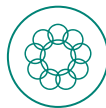


Посібник Сфери

Гуманітарна Хартія
і Мінімальні стандарти
гуманітарної допомоги



Видання 2018 р.





Посібник Сфери

Гуманітарна Хартія і Мінімальні стандарти
гуманітарної допомоги

ЩО ТАКЕ СФЕРА?



ГУМАНІТАРНА ХАРТІЯ



ПРИНЦИПИ ЗАХИСТУ



ОСНОВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ СТАНДАРТ



ВОДОПОСТАЧАННЯ, САНІТАРНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ТА СПРІЯННЯ ДОТРИМАННЮ ГІГІЄНИ



ПРОДОВОЛЬЧА БЕЗПЕКА ТА ХАРЧУВАННЯ



ЖИТЛО І ПОСЕЛЕННЯ



ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я



Асоціація Сфера
Рю де Варембе, 3, Женева 1202, Швейцарія
(3 Rue de Varembé, 1202 Geneva, Switzerland)
Ел. пошта: info@spherestandards.org
Вебсайт: www.spherestandards.org

Перше видання — 2000
Друге видання — 2004
Третє видання — 2011
Четверте видання — 2018

Захищено авторським правом © Асоціація Сфера, 2018
Авторські права на Основний гуманітарний стандарт з якості та підзвітності – © CHS Alliance, Асоціація Сфера та Groupe URD, 2018

Усі права захищено. Цей матеріал захищений авторським правом, але може бути відтворений безкоштовно з освітньою метою, зокрема для навчання, досліджень і програмної діяльності, за умови публікації інформації про власника авторських прав. Не для перепродажу. Для копіювання за інших обставин, публікації в Інтернеті, повторного використання в інших публікаціях або для перекладу чи адаптації потрібно отримати попередній письмовий дозвіл, надіславши електронний лист на адресу info@spherestandards.org.

Каталогізаційний запис цієї публікації доступний у Британській бібліотеці та Бібліотеці Конгресу США.

ISBN 978-1-908176-400 PBK
ISBN 978-1-908176-608 EPUB
ISBN 978-1-908176-707 PDF

Посилання: Асоціація Сфера. *Посібник Сфери: Гуманітарна Хартія та Мінімальні стандарти гуманітарного реагування*, 4-те видання, Женева, Швейцарія, 2018.
www.spherestandards.org/handbook

Проект «Сфера» було створено у 1997 році групою НУО та Рухом Червоного Хреста й Червоного Півмісяця з метою розробки набору універсальних мінімальних стандартів в основних сферах гуманітарного реагування – Посібника Сфери. Метою Посібника є підвищення якості гуманітарної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій та конфлікту, а також відповідальності гуманітарних організацій перед людьми, які постраждали від кризи. Гуманітарна Хартія та Мінімальні стандарти гуманітарного реагування є результатом колективного досвіду багатьох людей та установ, а отже, не можуть представляти бачення лише однієї установи. У 2016 році проект «Сфера» було зареєстровано як Асоціація Сфера.

Цей Посібник розповсюджується від імені Асоціації Сфера видавничою компанією Practical Action Publishing та її агентами й представниками в усьому світі. Practical Action Publishing (номер у Реєстрі компаній Великобританії: 1159018) — це видавнича компанія, яка перебуває у повній власності організації Practical Action і провадить торгову діяльність лише для підтримки цілей своєї материнської благодійної організації.

Practical Action Publishing, Альберт Стріт, 27а, Парбі, CV21 2SG, Великобританія (27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, United Kingdom)
Тел.: +44 (0) 1926 634501; факс: +44 (0) 1926 634502
Вебсайт: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Дизайн: Non-linear Design Studio, Мілан (Італія)
Друк: Shortrun Press, Великобританія.
Типографський набір: vPrompt eServices, Індія

Зміст

Передмова	v
Подяка	vii
Що таке Сфера?.....	1
Гуманітарна Хартія	29
Принципи захисту	35
Основний гуманітарний стандарт	53
Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни.....	101
Продовольча безпека та харчування	173
Житло і поселення	259
Охорона здоров'я	317
Додатки	407
Додаток 1: Юридичні засади Сфери	410
Додаток 2: Кодекс поведінки	425
Додаток 3: Скорочення та акроніми	433
Алфавітний покажчик	435

Передмова

Публікацією четвертого видання Посібник Сфери відзначає своє 20-річчя. Це видання є результатом багаторічної інтенсивної мобілізації гуманітарних організацій в усьому світі та відображає два десятиліття досвіду застосування стандартів в оперативній діяльності, розробці політики та адвокації для забезпечення незмінної якості та підзвітності.

Посібник Сфери має чітку структуру, засновану на правах. Він ґрунтується на правових та етичних основах гуманітаризму та надає практичні настанови, засновані на передовій світовій практиці та накопичених фактичних даних для підтримки працівників гуманітарних організацій, де б вони не працювали.

Сфера посідає унікальне місце в межах сектору та гуманітарного ландшафту, що постійно розвивається. Це видання ґрунтується на міжнародних зобов'язаннях, озвучених на першому Всесвітньому гуманітарному саміті у 2016 році, Порядку денному у сфері сталого розвитку до 2030 року та інших глобальних ініціативах.

Втім, попри те, що політичний ландшафт продовжує розвиватися, нам відомо, що безпосередні потреби виживання людей в умовах конфліктів та надзвичайних ситуацій залишаються переважно незмінними, де б не виникла криза. Сфера підтримує та сприяє глобальним і локальним політичним процесам, нагадуючи про фундаментальну потребу в наданні підзвітної допомоги, щоб дати людям змогу вижити, відновитися та відбудувати гідне життя.

Сила та глобальне охоплення Сфери полягають у тому, що вона належить усім. Цей підхід «власності» стверджується що кілька років, коли стандарти переглядаються користувачами. Саме в цей момент ми колективно підтверджуємо наші зобов'язання та погоджуємось вдосконалювати свої дії, щоб гарантувати, що фахівці-практики отримують найкращу наявну інформацію, де б вони не працювали. Це робить Сферу основним орієнтиром і нагадуванням про вирішальне значення людської гідності та права людей на повноцінну участь в ухваленні рішень, які їх стосуються.

Сфера є однією із засад гуманітарної діяльності. Це відправна точка для нових суб'єктів гуманітарної діяльності та постійний орієнтир для досвідченого персоналу. Вона надає рекомендації щодо пріоритетних дій і щодо того, де знайти більш докладну технічну інформацію. Наші партнери з розробки стандартів надають ще більшу підтримку в конкретних секторах за межами Сфери, щоб допомогти людям відновитися та процвітати.

Це видання створено завдяки внеску тисяч людей, які працюють із понад 450 організаціями щонайменше в 65 країнах світу. Глобальне охоплення відображає досвід різноманітних контекстів, надзвичайні виклики та різні типи організацій. Ці стандарти не існували б без непохитної відданості багатьох із вас. Наш сектор вдячний вам за ваш внесок під час перегляду посібника та, насправді, протягом останніх двох десятиліть.

Ми з нетерпінням чекаємо на продовження цієї важливої роботи та навчання разом з вами, поки ви користуватиметесь цим Посібником.



Мартін Маккенн
Голова правління Сфери



Крістін Кнудсен
Виконавчий директор

Подяка

Це видання Посібника Сфери є результатом найбільш різноманітного й масштабного процесу консультацій в історії Сфери. Було отримано майже 4500 коментарів в Інтернеті від 190 організацій, і понад 1400 людей особисто взяли участь у 60 заходах, проведених партнерами в 40 країнах. Сфера висловлює вдячність за масштаб і широкий внесок, зокрема й від національних, місцевих і міжнародних неурядових організацій, національних органів влади та міністерств, товариств Червоного Хреста й Червоного Півмісяця, університетів, інституцій ООН та окремих спеціалістів.

Процес перегляду координував офіс Сфери. Окремі розділи були розроблені провідними авторами за міжсекторальної підтримки призначених експертів з різних тематик та загалом у гуманітарному секторі. Більшість авторів і експертів були висунуті їхніми власними організаціями, і вони присвятили свій час і зусилля перегляду Посібника як матеріальний внесок в розвиток сектора.

Для підтримки авторів і експертів у їх роботі були створені робочі та референтні групи. Сфера визнає цінний внесок усіх цих людей протягом 2017 та 2018 років. Повний список усіх членів робочих та референтних груп можна знайти на веб-сайті Сфери spherestandards.org. Список провідних авторів та експертів наведено нижче.

Розділ «Житло і поселення» присвячений пам'яті **Грема Сондерса**, який був автором цього розділу у виданнях 2004 і 2011 років, а також консультантом на ранніх етапах підготовки видання 2018 року.

Грем був справжнім фахівцем у гуманітарній сфері та куратором сектору житла й поселення. Його бачення, лідерство та нестримна енергія відіграли важливу роль у висвітленні питань надання гуманітарного притулку та визначенні правил гри для майбутніх поколінь фахівців-практиків у сфері житла й поселення. Він постійно прагнув удосконалити наші практики та перевести весь сектор на професійну основу. Нам дуже бракуватиме його як першопроходця, професіонала та друга.

Основоположні розділи

- **Гуманітарна Хартія і Додаток 1:** Д-р Мері Пікард
- **Принципи захисту:** Саймон Расселл (Глобальний кластер захисту) і Кейт Саттон (Гуманітарна консультаційна група)
- **Основний гуманітарний стандарт:** Такеші Коміно (CWSA Japan) і Савако Мацуо (JANIC)

Технічні розділи

- **Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни:** Кіт Дайєр (NCA) і Дженні Лем (Oxfam GB)
- **Продовольча безпека:** Деніел Ванганга (WVI)
- **Харчування:** Пол Васіке (Save the Children USA)
- **Житло і поселення:** Секі Хірано (CRS) і Ела Сердароглу (IFRC)
- **Охорона здоров'я:** Д-р Дургавасіні Деванат (IFRC), д-р Джулі Голл (IFRC), д-р Джуліт Гарві (International Medical Corps), д-р Унні Крішнан (Save the Children Australia), д-р Еба Паша (незалежний експерт)

Вразливості, можливості та оперативна обстановка

- **Діти та захист дітей:** Сьюзен Вішневські (Terre des Hommes)
- **Особи похилого віку:** Айрін ван Горссен і Філ Генд (HelpAge)
- **Гендер:** Мірейя Кано (GenCap)
- **Гендерно зумовлене насильство:** Жанна Ворд (незалежна експертка)
- **Особи з інвалідністю:** Пікардо Пла Кордеро (Humanity and Inclusion)
- **Особи, які живуть із ВІЛ:** Еліс Фей (УВКБ ООН)
- **Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка:** Д-р Марк ван Оммерен (ВООЗ), Пітер Фентефогель (УВКБ ООН)
- **Тривалі кризи:** Сара Секкенес (ПРООН)
- **Міські умови:** Д-р Памела Сітко (WVI)
- **Цивільно-військова координація:** Дженніфер Яловець і Марк Герпик (WVI)
- **Навколишнє середовище:** Аманда Джордж і Томас Пало (Swedish Red Cross)
- **Зменшення ризику надзвичайних ситуацій:** Гленн Дольчемасколо і Мутоні Нджогу (UNISDR)
- **Грошова допомога та ринки:** Ізабель Пеллі (CaLP)
- **Управління ланцюгами постачання та логістика:** Джордж Фентон (Humanitarian Logistics Association)
- **Моніторинг, оцінка, підзвітність і навчання:** Джоанна Олсен (CRS)

Правління Сфери (травень 2018)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Алвінн Хав'єр) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Карін Сеттеле) * CARE International (Філліне Гвітон) * CARITAS Internationalis (Ян Войтс) * Humanitarian Response Network, Канада (Памзі Саліба) * InterAction (Джулієн Шопп) * International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ірнацио Пакер) * Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця (IFRC) (Девід Фішер) * International Medical Corps (IMC) (Мері Пек) * The Lutheran World Federation (LWF) (Роланд Шлотт) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Мамаду Ндіадже) * Oxfam International – Intermón (Марія Шало Фрейкса) * Plan International (Колін Роджерс) * RedR International (Мартін Маккенн) * Save the Children (Унні Крішнан) * Сфера Індія (Вікрант Магаджан) * The Salvation Army (Дамаріс Фрік) * World Vision International (WVI) (Ізабель Гомес).

Також висловлюємо подяку членам Правління, які ініціювали перегляд і керували ним, але відтоді залишили Правління: Сара Камбарамі (ACT Alliance) * Анна Гарвандер (Church of Sweden/LWF) * Нен Бузард (ICVA) * Барбара Мінео (Oxfam International – Intermón) * Максим Війє (Save the Children).

Донори

Окрім внесків організацій зі складу Правління, наведених вище, фінансування процесу перегляду Посібника забезпечували:

Данське агентство з міжнародного розвитку (DANIDA) * Міністерство закордонних справ Німеччини * Irish Aid * Уряд Австралії — Департамент закордонних справ і торгівлі (DFAT) * Генеральний Директорат Європейської Комісії з питань цивільного захисту та гуманітарної допомоги (ECHO) через Міжнародну федерацію товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця (IFRC) * Відділ USAID з надання гуманітарної допомоги під час надзвичайних ситуацій (OFDA) * Шведське агентство міжнародного розвитку і співробітництва (SIDA) через Церкву Швеції * Швейцарське агентство з розвитку та співробітництва (SDC) * Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН) * Бюро з питань народонаселення, біженців та міграції Державного департаменту США (US-PRM).

Група редакторів

Крістін Кнудсен, виконавчий директор (Сфера)

Анінія Надіг, менеджер з адвокації та нетворкінгу (Сфера)

Редактори: Кейт Мерфі та Еймі Ансарі (Translators without borders)

Координатори перегляду: Ліннет Ларсен і Міро Модрусан

Координатор проекту: Дар'я Пістряк

Переклад і вичитка: Профпереклад

Термінологія: Ірина Максимук і Максим Добровольський, проектні спеціалісти;

Оксана Андрушків; Дар'я Пістряк

За підтримки працівників Сфери:

Трістан Гейл, менеджер з навчання

Вассіла Мансурі, спеціаліст із інформаційно-роз'яснювальної роботи

Хуан Мішель, менеджер із комунікацій (до вересня 2017 року)

Барбара Сарторе, менеджер із комунікацій (з жовтня 2017 року)

Лоредана Сербан, спеціаліст з питань адміністрування та фінансів

Крістен Пантано та Керолайн Тінка, стажери

Онлайн консультації: Маркус Форсберг (PHAP)

Дизайн Посібника: Non-linear (www.non-linear.com)

Підготовка рукопису, верстка та виробництво: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)

Кімберлі Кларк і Меган Ллойд-Лейні (CommsConsult)

Висловлюємо щирю подяку за додаткову допомогу під час перегляду Посібника Джеймсу Дарсі, Малкольму Джонстону, Гішаму Хогалі, Бену Маунтфілду, д-ру Алісі Обрехт, Ісабо Рікс, Пану Саарісто, Маніші Томас і Маріліз Тернбулл.

Координатори Сфери, які організували особисті консультації щодо перегляду:

ADRA Аргентина (Регіональна консультація з організаціями ADRA в Південній Америці)

Агентство з координації допомоги Афганістану (Афганістан)

Альянс активістів Сфери на Філіппінах (ASAP)

Amity Foundation (член робочої групи щодо стандартів благодійництва, координаційний центр для Китаю)

BIFERD (Демократична Республіка Конго)

Community World Service Asia (Таїланд і Пакистан)

Даніель Артеага Галарза*, консультант Сфери, Національна система управління ризиками (Еквадор)

Д-р Олівер Гоффманн*, координатор Сфери в Німеччині

Grupo Esfera (Болівія)

Grupo Esfera (Сальвадор)

Grupo Esfera (Гондурас)

Ілліасу Адаму*, підкласер щодо захисту дітей (Нігер)

Індонезійське товариство ліквідації наслідків катастроф (MPBI)

Institut Bioforce (Франція)

InterAction (США)

Міжвідомча робоча група з підзвітності (Ефіопія)

Корейська рада неурядових організацій із зарубіжного співробітництва в галузі розвитку (Республіка Корея)

Спільнота Сфери Бангладеш (SCB)

Сфера Індія

Форум НУО Україна

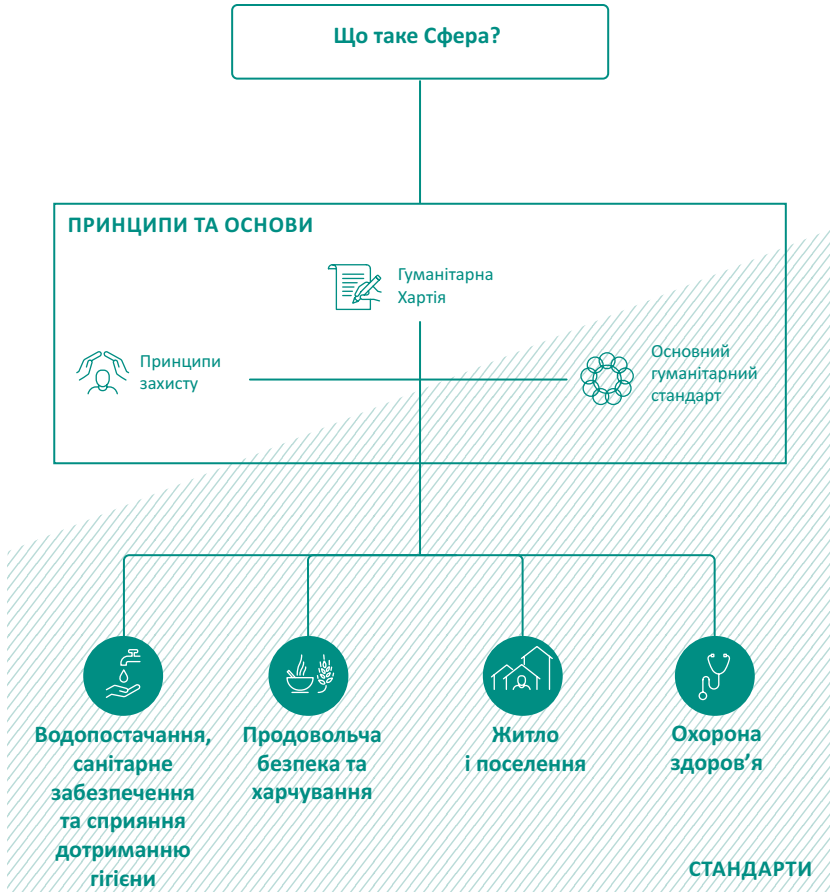
ПРООН Чилі

*Індивідуальні координатори



Що таке
Сфера?

Посібник



ДОДАТОК 1 Юридичні засади Сфери

ДОДАТОК 2 Кодекс поведінки

ДОДАТОК 3 Скорочення та акроніми

Зміст

Що таке Сфера?.....	4
1. Посібник	4
Чотири основоположні розділи та чотири технічні розділи	4
Мінімальні стандарти сприяють забезпеченню послідовного підходу	6
Структура стандартів	6
Робота з ключовими показниками	7
Зв'язок із іншими стандартами	7
2. Застосування стандартів у контексті	8
Стандарти застосовуються впродовж усього програмного циклу	9
Попереднє оцінювання й аналіз	9
Розробка стратегії та проектування програми	9
Реалізація	10
Моніторинг, оцінка, підзвітність і навчання	10
Розуміння вразливості й можливостей	10
Дезагрегування даних	12
Діти	12
Особи похилого віку	13
Гендер	14
Гендерно зумовлене насильство	14
Особи з інвалідністю	14
Особи, які живуть із ВІЛ	15
Представники ЛГБТКІ-спільноти	15
Психічне здоров'я та психосоціальна допомога	15
Розуміння оперативної обстановки	16
Підтримка національних та місцевих суб'єктів	17
Тривалі кризи	17
Робота в міських умовах	17
Громадські поселення	18
Місця присутності національних чи міжнародних збройних сил	19
Вплив на навколишнє середовище під час гуманітарного реагування	19
Додаток: Надання допомоги через ринки	21
Посилання та додаткова література	27



Що таке Сфера?

Проект «Сфера», наразі відомий як «Сфера», було створено 1997 року групою неурядових гуманітарних організацій і Рухом Червоного Хреста й Червоного Півмісяця. Його метою було підвищення якості гуманітарної допомоги, а також відповідальності гуманітарних організацій за свої дії. Філософія Сфери ґрунтується на двох засадничих позиціях:

- Люди, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій чи конфлікту, мають право на гідне життя, а отже, мають право на допомогу; і
- Потрібно вживати всіх можливих заходів, щоб полегшувати страждання людей, спричинені надзвичайною ситуацією чи конфліктом.

Гуманітарна Хартія і Мінімальні стандарти втілюють ці засадничі позиції на практиці. Принципи захисту є основою всіх видів гуманітарної діяльності, а Основний гуманітарний стандарт містить зобов'язання щодо підзвітності в усіх секторах. Разом вони утворюють Посібник Сфери, який став одним із найбільш уживаних гуманітарних документів у світі.

1. Посібник

Основними користувачами Посібника Сфери є фахівці, які беруть участь у плануванні, управлінні та наданні гуманітарної допомоги. До них належать персонал і волонтери місцевих, національних і міжнародних гуманітарних організацій, які надають допомогу у кризових ситуаціях, а також самі постраждалі особи. Посібник також використовується для гуманітарної адвокації з метою підвищення якості та підзвітності допомоги й захисту відповідно до гуманітарних принципів. Його широко використовують уряди, донори, військові та приватний сектор як керівництво для власних зусиль і щоб конструктивно співпрацювати з гуманітарними організаціями, які застосовують описані в посібнику стандарти.

Перше пілотне видання Посібника було опубліковано у 1998 році, а у 2000, 2004, 2011 і у 2018 роках було видано змінені та доповнені версії Посібника. Під час кожного перевидання проводилися консультації з представниками всього гуманітарного сектора із залученням окремих осіб, неурядових організацій (НУО), урядів та інституцій ООН. Наведені в Посібнику стандарти й керівні принципи ґрунтуються на доказах і відображають 20 років польових досліджень, які проводилися фахівцями з усього світу.

Четверте видання присвячене 20-й річниці публікації Посібника Сфери і відображає зміни в гуманітарному секторі, які відбулися протягом цього часу. Видання містить нові настанови щодо роботи в міських умовах, дотримання Мінімальних стандартів під час тривалих кризових ситуацій та надання допомоги через ринки як спосіб дотримання стандартів. Усі технічні розділи відображають поточну практику, а узгоджений Основний гуманітарний стандарт замінює попередні Основні стандарти.

Чотири основоположні розділи та чотири технічні розділи

Посібник відображає відданість Сфери принципам гуманітарного реагування, яке ґрунтується на захисті прав людини. Він базується на глибокій повазі до права людей брати активну участь в ухваленні рішень щодо їхнього відновлення.

Чотири основоположні розділи окреслюють етичне, правове та практичне підґрунтя гуманітарного реагування і лежать в основі всіх технічних розділів та програм. Вони описують зобов'язання та процеси, які забезпечують якість надання гуманітарної допомоги і заохочують організації, які надають таку допомогу, бути підзвітними перед населенням, на яке впливають їхні дії. Ці розділи забезпечують ефективне застосування Мінімальних стандартів у будь-якому контексті. Якщо читати технічні розділи, не ознайомившись із основоположними розділами, можна пропустити важливі елементи стандартів. Основоположні розділи це:

Що таке Сфера? (поточний розділ): містить виклад структури Посібника, його призначення та основні принципи. Що важливо, в ньому описано, як використовувати Посібник на практиці.

Гуманітарна Хартія: наріжний камінь Посібника Сфери, який виражає спільне переконання гуманітарних організацій у тому, що всі люди, які постраждали від криз, мають право на захист і допомогу. Це право забезпечує основні передумови для гідного життя. У Гуманітарну Хартію закладено етичні та правові основи Принципів захисту, Основного гуманітарного стандарту та Мінімальних стандартів. Її розроблено на основі Кодексу поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при реагуванні на надзвичайні ситуації 1994 року. Кодекс поведінки залишається невід'ємною складовою Посібника Сфери ⊕ *див. Додаток 2.*

Перелік основних документів, які становлять правову основу Гуманітарної хартії ⊕ *див. Додатку 1.*

Принципи захисту: практичний виклад юридичних принципів і прав, які містяться у Гуманітарній хартії, у вигляді чотирьох принципів, які лежать в основі усіх заходів із гуманітарного реагування.

Основний гуманітарний стандарт: дев'ять зобов'язань, які описують основні процеси та організаційні обов'язки, покликані забезпечити якість і підзвітність у дотриманні Мінімальних стандартів.

Чотири технічні розділи містять Мінімальні стандарти для ключових секторів надання гуманітарної допомоги:

- Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH).
- Продовольча безпека та харчування.
- Житло і поселення.
- Охорона здоров'я

На практиці гуманітарні потреби не можуть бути розподілені чітко за секторами. Ефективне гуманітарне реагування має комплексно задовольняти потреби людей, а сектори мають діяти скоординовано та взаємодіяти, щоб це забезпечити. У контексті тривалої кризи також можливий вихід за межі гуманітарного реагування з потребою в тісній співпраці із суб'єктами, що займаються питаннями розвитку. Посібник містить перехресні посилання, які допоможуть забезпечити цю співпрацю. Щоб сприяти комплексному гуманітарному реагуванню, потрібно ознайомитися з усіма розділами посібника.



Кодекс поведінки: 10 основних принципів

1. Гуманітарний імператив завжди на першому місці.
2. Допомога надається незалежно від раси, національності чи віросповідання того, хто її одержує, і без жодних несприятливих чи дискримінаційних відмінностей. Черговість надання допомоги визначається лише гостротою потреби в ній.
3. Допомога не повинна використовуватися для підтримки жодної політичної чи релігійної позиції.
4. Ми прагнутимо до того, щоб не бути інструментом внутрішньої та зовнішньої політики урядів.
5. Ми маємо поважати культуру та звичаї.
6. Під час надзвичайних ситуацій ми маємо діяти, спираючись на місцеві можливості.
7. Потрібно знайти шляхи залучення осіб, на користь яких реалізовується програма, до управління наданням гуманітарної допомоги.
8. Під час надання гуманітарної допомоги потрібно прагнути не тільки задовольнити основні потреби, а й знизити вразливість до надзвичайних ситуацій у майбутньому.
9. Ми підзвітні як перед тими, кому ми хочемо допомогти, так і перед тими, від кого отримуємо кошти.
10. У нашій інформаційній та рекламній діяльності особи, що постраждали від надзвичайних ситуацій, мають бути представлені як особистості, що мають гідність, а не об'єкт жалюсців.

Кодекс поведінки: Принципи діяльності Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при реагуванні на надзвичайні ситуації.

Повний текст: 📄 див. Додаток 2

Мінімальні стандарти сприяють забезпеченню послідовного підходу

Мінімальні стандарти ґрунтуються на доказах і гуманітарному досвіді. Вони відображають найкращу практику в галузі надання гуманітарної допомоги, засновану на консенсусі. Оскільки вони відображають невід'ємні права людини, то й застосовуються повсюдно.

Втім, для того, щоб ефективно застосовувати стандарти, важливо розуміти, моніторити й аналізувати контекст, у якому здійснюються заходи з гуманітарного реагування.

Структура стандартів

Стандарти мають спільну структуру, що допомагає читачеві зрозуміти універсальне твердження, супроводжуване ключовими діями, ключовими показниками та інструкціями щодо його досягнення.

- **Стандарти** базуються на принципі, згідно з яким кожен має право на гідне життя. Стандарти є якісними та мають універсальний характер; вони визначають той мінімум, якого потрібно досягнути при наданні гуманітарної допомоги під час кризи. В Основному гуманітарному стандарті (Core Humanitarian Standard) еквівалентами Мінімальних стандартів є поняття «зобов'язання» та «критерій якості».

- **Ключові дії** окреслюють практичні кроки, яких потрібно вжити для досягнення Мінімального стандарту. Вони мають характер рекомендацій, які можуть застосовуватися не в кожному контексті, а отже, на практиці слід вибрати дію, що найкраще відповідає ситуації.
- **Ключові показники** слугують індикатором, який визначає, чи було досягнуто стандарту. Вони дають змогу оцінювати результати ключових дій та інформувати про перебіг їх реалізації. Мінімальні кількісні вимоги — це найнижчий прийнятний рівень досягнення показників, і вони передбачені лише там, де є консенсус серед представників сектору.
- **Інструкції містять** додаткову інформацію щодо ключових дій і перекресні посилання на Принципи захисту, Основний гуманітарний стандарт та інші стандарти в Посібнику. Також надаються перекресні посилання на інші стандарти Партнерства з гуманітарних стандартів.

Робота з ключовими показниками

Ключові показники Сфери дають змогу оцінити, чи досягнуто стандарту; але не слід плутати їх із самим стандартом. Стандарт має універсальний характер, а ключові показники, як і ключові дії, потрібно розглядати у світлі контексту й фази надання гуманітарної допомоги. Розрізняють три види показників Сфери:

- **Показники процесу** визначають, чи було досягнуто мінімальних вимог. Наприклад, для аналізу продовольчої безпеки, засобів до існування та копінгових стратегій використовуються стандартизовані протоколи  *див. Стандарт 1.1. оцінювання продовольчої безпеки і харчування: оцінювання продовольчої безпеки.*
- **Показники прогресу** використовуються для моніторингу досягнення стандарту. Зокрема, ці показники можна використовувати для визначення базового рівня, встановлення цільових показників разом із партнерами й зацікавленими сторонами та моніторингу змін у досягненні цих цільових показників. Наприклад, відсоток домогосподарств, які постійно зберігають воду в чистих закритих контейнерах  *див. Стандарт 2.2 щодо водопостачання: якість води.* Попри те, що оптимальний цільовий показник становить 100 відсотків, фахівці мають пов'язувати показник із реальними умовами на місці, відстежуючи зміни на краще у порівнянні з базовим рівнем і прогрес у досягненні узгодженого цільового показника з часом.
- **Цільові показники** — це конкретні цілі, що піддаються кількісному вимірюванню. Вони становлять кількісно вимірюваний мінімальний показник, нижче якого стандарт не може вважатися досягнутим. Цих цілей потрібно досягнути якомога швидше, адже недосягнення цільового показника поставить під загрозу реалізацію програми загалом. Приклад: відсоток дітей віком від 6 місяців до 15 років, які отримали щеплення від кору: цільовий показник становить 95 відсотків  *див. Стандарт 2.2.1 щодо базової медичної допомоги — охорона здоров'я дітей: дитячі хвороби, яким можна запобігти за допомогою вакцинації.*

Зв'язок із іншими стандартами

Посібник Сфери не охоплює всі аспекти гуманітарної допомоги, які забезпечують право на гідне життя. Організації-партнери розробили додаткові стандарти в кількох галузях, що ґрунтуються на тій самій філософії та зобов'язаннях, що й стандарти



Сфери. Ці стандарти доступні на сайті Сфери, а також Партнерства з гуманітарних стандартів та на сайтах організацій-партнерів.

- Керівні принципи та стандарти здійснення операцій з порятунку домашньої худоби в надзвичайних ситуаціях (LEGS). Проєкт LEGS
- Мінімальні стандарти із захисту дітей у гуманітарній діяльності (CPMS). Альянс із захисту дітей у гуманітарній діяльності.
- Мінімальні стандарти щодо освіти: готовність, реагування, відновлення: Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях (INEE).
- Мінімальні стандарти відновлення економіки (MERS). Мережа освіти та сприяння малим підприємствам (SEEP).
- Мінімальний стандарт аналізу ринку (MISMA). Партнерство з вивчення застосування готівкових коштів (CaLP)
- Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування. Консорціум з питань віку та інвалідності

2. Застосування стандартів у контексті

Гуманітарне реагування відбувається в різних контекстах. На застосування Мінімальних стандартів у певній оперативній ситуації для забезпечення права на гідне життя впливають декілька факторів:

- умови здійснення гуманітарного реагування;
- відмінності між групами населення та різноманітність серед окремих осіб;
- операційні та логістичні реалії, які впливатимуть на те, як і який тип гуманітарного реагування здійснюватиметься; і
- точні базові рівні та показники в різних контекстах, включно з визначенням ключових термінів і встановленням цільових показників.

На здійснення гуманітарного реагування впливають культура, мова, можливості організацій з надання гуманітарної допомоги, безпека, доступ, умови навколишнього середовища та ресурси. Також важливо передбачити потенційні негативні наслідки гуманітарного реагування та заходи щодо їх обмеження [⊕] див. *Принципи захисту 1 і 2*, а також *зобов'язання 3 Основного гуманітарного стандарту*.

Посібник Сфери — це добровільний кодекс якості та підзвітності, покликаний заохочувати якомога ширше застосування стандартів і володіння ними. Це не керівництво щодо того, «як робити», а радше опис мінімальних стандартів для забезпечення виживання людей та відновлення після кризи із гідністю.

Відповідність стандартам Сфери не означає реалізацію всіх ключових дій або дотримання всіх ключових показників усіх стандартів. Обсяг відповідності дій організації стандартам залежатиме від низки факторів, деякі з яких перебувають поза її контролем. Доступ до постраждалого населення або політична чи економічна нестабільність можуть унеможливити досягнення стандартів у деяких контекстах.

У випадках, коли мінімальні вимоги перевищують фактичні умови життя приймаючої громади, варто подумати про те, як зменшити потенційну напругу, наприклад, пропонуючи надання послуг на рівні громади. У деяких ситуаціях органи влади можуть встановлювати мінімальні вимоги, що перевищують Мінімальні стандарти Сфери.

Стандарти Сфери є вираженням основних прав, пов'язаних із гідним життям, і залишаються незмінними. Показники та мінімальні вимоги можуть потребувати адаптації залежно від контексту. Якщо досягнути стандартів неможливо, будь-які пропозиції щодо зниження мінімальних вимог повинні бути розглянуті дуже уважно. Будь-які зміни мають бути погоджені спільно, а про фактичний недостатній прогрес у порівнянні з мінімальними стандартами має бути повідомлено широким колам залучених суб'єктів. Крім того, гуманітарні організації мають оцінити негативний вплив недотримання стандарту на населення й ужити заходів для мінімізації шкоди. Використовуйте цю прогалину в спроможності надання допомоги для адвокації та намагайтесь якнайшвидше досягнути показників.

Стандарти застосовуються впродовж усього програмного циклу

Стандарти Сфери потрібно використовувати впродовж усього програмного циклу, від попереднього оцінювання й аналізу, розробки стратегії, планування та проектування, впровадження й моніторингу програми до оцінки та навчання.

Попереднє оцінювання й аналіз

Мінімальні стандарти Сфери є основою для попереднього оцінювання та аналізу потреб у кожному секторі; у кожному розділі доступний перелік контрольних запитань для оцінювання. На початку кризи стандарти Сфери допомагають визначити нагальні потреби та встановити пріоритетність заходів для задоволення цих потреб. Планові показники та мінімальні рівні допомоги окреслені глобально, що допомагає сформулювати мінімальні результати надання допомоги. Отже, стандарти також сприяють узгодженості між організаціями та секторами.

Розробка стратегії та проектування програми

Основний гуманітарний стандарт і Мінімальні стандарти сприяють плануванню надання належної гуманітарної допомоги в потрібний час тим, хто її найбільше потребує. Повноцінна участь постраждалого населення та координація з національними та місцевими органами влади має критичне значення для дотримання цих вимог в усіх секторах.

Ключові дії та показники створюють основу для визначення пріоритетів, планових показників і координації між секторами, завдяки чому зусилля з надання допомоги в межах секторів підсилюють одне одного та здатність населення задовольняти власні потреби. Ключові дії та показники окреслюють якість допомоги, якої потрібно досягти. Крім того, вони забезпечують основу для проведення аналізу реагування, яка визначає найкращий спосіб задоволення визначених потреб і зведення до мінімуму потенційних шкідливих побічних ефектів.

Планування програм зазвичай передбачає аналіз кількох варіантів реагування, наприклад надання товарів у натуральній формі, грошової допомоги, прямого надання послуг, технічної допомоги або поєднання цих варіантів. Із часом обрані комбінації варіантів реагування зазвичай розвиваються. Мінімальні стандарти зосереджуються на тому, що має бути зроблено, а не на тому, як має надаватися допомога.

Для задоволення гуманітарних потреб дедалі ширше використовується грошова допомога — форма ринкового програмування. Міркування щодо використання



грошової допомоги включено в усі розділи Посібника. Грошову допомогу можна використати для задоволення багатосекторних потреб, а також потреб окремих секторів. Її також можна використовувати для боротьби з дискримінаційними практиками, які обмежують доступ жінок до активів і ухвалення ними рішень щодо управління активами. Ефективним способом надання допомоги та дотримання стандартів у різних секторах є багаточільові гранти. Грошова допомога має ґрунтуватися на багатосекторному аналізі потреб, мінливості контексту, функціональності ринку й оцінці здійсненності.

Не всі сектори добре адаптовані до ринкового програмування. Особливо це стосується постачальників прямих послуг або технічної допомоги. Постачальники послуг з охорони здоров'я та харчування можуть віддавати перевагу роботі із існуючими постачальниками послуг із охорони здоров'я і місцевими заходами у сфері охорони здоров'я, які не діють як ринки.

Щоб визначити оптимальний спосіб надання допомоги, потрібно проводити консультації з населенням, аналіз ринків, знати способи надання послуг, а також мати розуміння ланцюгів постачання й можливостей матеріально-технічного забезпечення. Цей аналіз потрібно час від часу переглядати в разі зміни ситуації  *див. Додаток: Надання допомоги через ринки.*

Реалізація

Якщо неможливо забезпечити дотримання стандартів Сфери для всіх або частини груп постраждалого населення, встановіть причину та поясніть прогалини, а також визначте, що потрібно змінити. Оцініть негативні наслідки, включно з ризиками для захисту та здоров'я населення. Задокументуйте ці проблеми та активно співпрацюйте з іншими секторами й постраждалим населенням, щоб визначити способи зменшення потенційної шкоди.

Моніторинг, оцінка, підзвітність і навчання

Механізми моніторингу, оцінки, підзвітності й навчання (Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning, MEAL) забезпечують своєчасне ухвалення управлінських рішень, заснованих на доказах, і сприяють адаптації гуманітарних програм до мінливих умов. Усі Мінімальні стандарти мають показники, які можна моніторити для визначення того, чи було їх досягнуто, чи досягаються вони справедливо для всіх верств населення і яких ще заходів потрібно вжити. Оцінка допомагає вдосконалювати політику та майбутню практику, а також сприяє підзвітності. Системи MEAL також сприяють ширшому засвоєнню уроків, пов'язаних із ефективною гуманітарною діяльністю.

Розуміння вразливості й можливостей

У цьому Посібнику термін «люди» використовується в широкому сенсі, щоб відобразити переконання Сфери, згідно з яким усі люди мають право на гідне життя, а отже, право на допомогу. Термін «люди» варто розуміти як жінок, чоловіків, хлопчиків і дівчаток, незалежно від віку, наявності інвалідності, національності, раси, етнічного походження, стану здоров'я, політичних поглядів, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності чи будь-якої іншої характеристики, яку вони використовують для самовизначення.

Оцінюйте поточну ситуацію та тенденції з плином часу

– Хто є постраждалим? – Потреби та вразливості – Стратегії та можливості захисту – Особа переміщена? – Перебуває в дорозі? – Які пріоритети постраждалих людей?	– Загрози та ризики захисту – Безпекова ситуація та верховенство права – Доступ до допомоги – Доступ до людей, які потребують допомоги? – Сезонні зміни щодо небезпек	– Відносини зацікавлених сторін та органів влади – Можливості та наміри сторін, які здійснюють реагування – Плани влади та інших суб'єктів щодо реагування – Роль приймаючого населення	– Доступні товари та послуги – Ринкові системи та ланцюги постачання – Можливості інфраструктури – Постачальники послуг (фінансових, тощо) – Логістичні можливості та обмеження



Проаналізуйте та розставте пріоритети

Які проблеми необхідно вирішити? Для яких груп людей? У якій географічній зоні? Протягом якого періоду? За якими стандартами?



Перегляньте варіанти та вирішіть, як буде здійснюватися реагування

Розгляньте доступні варіанти у контексті ситуації, з якою ви стикнулися:

- Пряме надання послуг
- Розподіл товарів
- Технічна допомога
- Ринкове програмування
- Готівкова допомога

Виберіть з-поміж вказаного варіанти відповідей на основі своєї оцінки таких показників:

– Терміновість і своєчасність	– Ефективність, економічна доцільність
– Здійсненість	– Стійкість
– Спроможності	– Сприйняття на національному рівні
– Гідність	– Державна політика
– Загрози та ризики захисту	



Розробіть програму, засновану на якості та підзвітності

Основні ракурси

- Розбивка даних за статтю, віком та інвалідністю
- Вразливості та захист
- Стійкість або перехід

Комунікація та підзвітність

- Механізми зворотного зв'язку та подання скарг
- Координація
- Систематичне залучення громади

Моніторинг контексту, процесів, прогресу та результатів

- Підбір показників
- Належне дезагрегування даних

Стратегії перехідного періоду та виходу з кризи

- Залученість і сприйняття на місцевому рівні
- Національні системи та сприйняття
- Партнерства

Розуміння контексту для застосування стандартів (рис. 1)



Не всі люди однаково контролюють владу та ресурси. Окремі особи та групи населення мають різні можливості, потреби та вразливості, що змінюються з часом. Окремі фактори (вік, стать, інвалідність, юридичний статус чи стан здоров'я) можуть обмежувати доступ до допомоги. Ці та інші фактори також можуть лежати в основі умисної дискримінації. Запорукою якісного програмування є систематичний діалог із жінками, чоловіками, дівчатками та хлопчиками різного віку та походження — окремо і у змішаних групах. Те, чи є людина молодою чи літньою, жінкою чи дівчинкою, чи має інвалідність, чи належить до етнічної меншини, саме собою не робить її всебічно вразливою. Швидше йдеться про взаємодію факторів у певному контексті, здатну зміцнити потенціал і розвинути стійкість або завадити доступу до допомоги будь-якої особи чи групи.

У багатьох контекстах цілі громади та групи також можуть бути вразливими через те, що мешкають у віддалених, небезпечних або важкодоступних районах, або через те, що вони географічно розосереджені і мають обмежений доступ до допомоги та захисту. Групи можуть мати обмежений доступ до послуг та зазнавати дискримінації за ознакою національності, етнічної належності, мови, релігійних чи політичних переконань, що потребує особливої уваги для дотримання принципу неупередженості.

Якщо до проєктування програми залучаються різноманітні групи, гуманітарне реагування є більш комплексним, інклюзивним і часто забезпечує більш стійкий результат. Інклюзія та участь постраждалого населення є запорукою гідного життя.

Деагрегування даних

У багатьох ситуаціях складно знайти або визначити дані на рівні всього населення. Втім, деагреговані дані можуть продемонструвати різні потреби та вплив заходів на різні групи. Деагреговані дані допомагають виявити осіб, які перебувають у зоні найбільшого ризику, вказують, чи мають вони доступ до гуманітарної допомоги та чи можуть скористатися нею, а також те, у якому напрямку потрібно докласти більше зусиль, щоб охопити цих осіб. Забезпечте максимальне деагрегування даних за категоріями, що відповідають контексту, щоб зрозуміти відмінності за статтю чи гендером, віком, інвалідністю, географічною чи етнічною належністю, релігійними переконаннями, кастою та іншими факторами, які можуть обмежити доступ до неупередженої допомоги.

Для деагрегування загальних даних про вік використовуйте ті самі групи, що й у національних системах збору даних. Якщо такі групи за віком відсутні, використовуйте таблицю нижче. Під час розгляду конкретних груп (немовлята, діти, молодь, жінки, люди похилого віку тощо) може знадобитися більш поглиблене деагрегування.

Діти

Діти становлять велику частку населення, що страждає під час кризових ситуацій, проте часто ця частка менш помітна. Можливості та потреби дітей залежать від біологічного віку та рівня розвитку. Потрібно вживати особливих заходів для захисту дітей від шкоди та забезпечення рівного доступу до базових послуг.

Під час криз діти стикаються з особливими ризиками, що загрожують їхньому життю, включно з недоїданням, розлученням із родиною, торгівлею людьми, залученням до збройних угруповань, а також фізичним або сексуальним насильством та зловживаннями. Усі ці ризики потребують негайних дій.

Стать	Статус інвалідності	Вік									
		0–5	6–12	13–17	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
Жінки	Без інвалідності										
	З інвалідністю										
Чоловіки	Без інвалідності										
	З інвалідністю										

Ризики захисту часто ускладнюються різноманітними факторами. Наприклад, хлопчиків-підлітків та юнаків, швидше за все, вербуватимуть для участі у збройних силах та угрупованнях або залучатимуть до найгірших форм дитячої праці. Дівчатка-підлітки частіше стають секс-рабіннями або жертвами торгівлі людьми. Дітей з інвалідністю частіше кидають напризволяще або залишають без уваги. Дівчатка з інвалідністю потребують особливої уваги, адже стикаються з більшим ризиком сексуального насильства, сексуальної експлуатації та недоїдання.

Активно цікавтеся думкою дівчат і хлопців різного віку та походження, щоб вони мали змогу впливати на те, як допомога надається, контролюється та оцінюється. Згідно з визначенням Конвенції про права дитини, «дитина» означає будь-яку особу віком до 18 років. Проаналізуйте, як у постраждалому суспільстві визначається поняття дитини, щоб переконатися, що кожній дитині чи молодій людині буде надано допомогу.

Особи похилого віку

Особи похилого віку в більшості країн становлять частку населення, яка стрімко зростає, але якою часто нехтують у гуманітарній діяльності.

У багатьох культурах сприйняття когось як особи похилого віку пов'язано радше з обставинами (наприклад, особа є бабусею/дідусем) або з фізичними ознаками (наприклад, сиве волосся), ніж із віком. Попри те, що в багатьох джерелах похилим віком називають вік 60 років і старше, більш доцільним у контексті гуманітарної кризи можна вважати вік 50 років.

Особи похилого віку мають знання й досвід копіювих стратегій і виконують функції доглядачів, розпорядників ресурсів, координаторів та джерел доходу. Часто вони є втіленням традицій та історії, і виконують роль культурних орієнтирів. Ізоляція, фізична слабкість, руйнування структур підтримки сім'ї та громади, хронічні захворювання, функціональні труднощі та зниження розумових здібностей збільшують вразливість осіб похилого віку в гуманітарному контексті.

Переконайтеся, що думка осіб похилого віку враховується та що їх залучають на кожному етапі гуманітарної допомоги. Забезпечуйте послуги, середовища та інформацію, що відповідають віку і є доступними, і використовуйте дані, дезагровані за віком, для моніторингу та управління програмою.



Гендер

Поняття «гендер» стосується соціально сконструйованих відмінностей між жінками та чоловіками впродовж їхнього життєвого циклу. Його сприйняття може змінюватися з часом, а також залежно від культури та контексту. Гендер часто визначає відмінні ролі, обов'язки, владу та доступ до ресурсів жінок, дівчат, хлопців і чоловіків. Розуміння цих відмінностей і того, як вони змінюються під час кризи, має вирішальне значення для ефективного гуманітарного програмування та дотримання прав людини. Кризи можуть давати можливість подолати гендерну нерівність і розширити права та можливості жінок, дівчат, хлопців і чоловіків.

Поняття гендеру не тотожне поняттю статі, яке стосується біологічних властивостей людини.

Поняття «гендер» поширюється не лише на жінок. Хоч жінки та дівчатка й частіше стикаються з обмеженнями в гендерних ролях, на чоловіків і хлопчиків також негативно впливають суворі очікування щодо маскуліності. Програмування гендерної рівності передбачає їх залучення для розвитку більш рівноправних стосунків і рівної участі жінок, дівчаток, чоловіків і хлопчиків.

Гендерно зумовлене насильство

Гендерно зумовлене насильство – це насильство, що базується на гендерних відмінностях між чоловіками та жінками. Воно підкреслює, що в основі більшості форм насильства, яке вчиняється щодо жінок та дівчаток у світі, лежить нерівність між чоловіками та жінками. Кризи можуть посилити різні форми гендерно зумовленого насильства, включно з насильством з боку близького партнера, дитячими шлюбами, сексуальним насильством і торгівлею людьми.

Організації несуть відповідальність за вжиття всіх заходів для запобігання сексуальній експлуатації та насильству над людьми, які постраждали внаслідок кризових ситуацій, зокрема й під час провадження власної діяльності. Якщо звинувачення у неправомірній поведінці виявляються правдивими, важливо, щоб компетентні органи притягнули зловмисника до відповідальності, а слідство велося прозоро.

Особи з інвалідністю

Близько 15 відсотків населення світу живе з певною формою інвалідності. До осіб з інвалідністю належать особи з довгостроковими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які разом із різними бар'єрами перешкоджають їх повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

У гуманітарному контексті особи з інвалідністю частіше стикаються з бар'єрами та перешкодами у фізичному середовищі, транспорті, доступі до інформації та зв'язку, а також доступі до гуманітарних об'єктів і послуг. Під час програмування гуманітарної допомоги та забезпечення готовності потрібно враховувати можливості й потреби всіх осіб з інвалідністю та докладати цілеспрямованих зусиль для усунення фізичних, комунікаційних та ставленнєвих бар'єрів для їхнього доступу й участі. Ризики для жінок і дівчаток з інвалідністю можуть ускладнюватися гендерною нерівністю та дискримінацією.

⊕ *Див. Посилання: Запитання Вашингтонської групи для дезагрегування даних за статусом інвалідності та* ⊕ *Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування для отримання додаткової.*

Особи, які живуть із ВІЛ

Поінформованість про ступінь поширення ВІЛ-інфекції у конкретному контексті відіграє важливу роль для розуміння факторів уразливості та ризиків, а також для планування ефективного надання допомоги. Переміщення може призвести до підвищення ступеня вразливості, пов'язаної із ВІЛ-інфекцією, а у кризовій ситуації можлива втрата доступу до профілактики, тестування, догляду, лікування та підтримки. Серед груп населення, які найбільше піддаються ризику, часто виникає потреба в особливих заходах для захисту від насильства та дискримінації. Ситуація може ускладнюватися гендерною нерівністю та дискримінацією за ознаками інвалідності, гендерної ідентичності та сексуальної орієнтації. А це, своєю чергою, може завадити особам, які живуть із ВІЛ, звертатися по допомогу під час кризи. Насильство, дискримінація та негативні копінгові стратегії, наприклад, проституція, посилюють вразливість до зараження ВІЛ-інфекцією, особливо серед жінок, дівчат і представників ЛГБТКІ-спільноти. До груп населення, які піддаються найвищому ризику, належать чоловіки, які вступають у статеві зносини з чоловіками, споживачі внутрішньовенних наркотиків, особи, які займаються проституцією, трансгендери, особи з інвалідністю, а також особи, які перебувають у в'язниці та інших закритих установах  *див. Базова медична допомога – Стандарт 2.3.3 щодо сексуального та репродуктивного здоров'я: ВІЛ.*

Фактори на кшталт зменшення мобільності з часом і розширення доступу до допомоги населенню, що постраждало внаслідок кризи, можуть знизити ризик зараження ВІЛ-інфекцією. Щоб запобігти дискримінаційним практикам, розвіюйте хибні уявлення щодо присутності осіб, які живуть із ВІЛ, і збільшення ступеня поширення ВІЛ-інфекції. Особи, які живуть із ВІЛ, мають право на гідне життя, без дискримінації, і не повинні бути дискриміновані щодо доступу до медичного обслуговування.

Представники ЛГБТКІ-спільноти

Особи, які ідентифікують себе як лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери, квіри або інтерсексуали (ЛГБТКІ), часто піддаються підвищеному ризику дискримінації, стигматизації, сексуального та фізичного насильства. Вони можуть зіткнутися з перешкодами в доступі до медичної допомоги, житла, освіти, працевлаштування, інформації та гуманітарних об'єктів. Наприклад, представники ЛГБТКІ-спільноти часто стикаються з дискримінацією в межах програм допомоги, які базуються на «традиційних» сімейних одиницях, як-от забезпечення тимчасовим житлом чи розподілу харчових продуктів. Ці перешкоди впливають на їхнє здоров'я та можливості виживання та можуть мати довгострокові наслідки для інтеграції. Підготовка та планування допомоги має включати конкретні безпечні та інклюзивні заходи захисту. На кожному етапі надання гуманітарної допомоги потрібно забезпечити змістовні консультації з представниками ЛГБТКІ-спільноти та їх організаціями.

Психічне здоров'я та психосоціальна допомога

Люди по-різному реагують на стрес, спричинений гуманітарною кризою. Деякі особи, ймовірно, переживатимуть сильне потрясіння, особливо якщо вони були вимушено переміщені, розлучені з членами сім'ї, пережили насильство або до цього страждали на психічні розлади. Надання основних послуг і безпека з соціального та культурного погляду мають критичне значення як для запобігання стресу серед постраждалого населення, так і для боротьби з дискримінацією.



Посилення психосоціальної допомоги з боку громади та використання самопомоги створює захисне середовище, в якому постраждалі можуть допомагати один одному в соціальному та емоційному відновленні. Цілеспрямовані індивідуальні, сімейні чи групові втручання, включно з клінічними втручаннями, відіграють важливу роль, але зовсім не обов'язково повинні здійснюватися фахівцями з охорони психічного здоров'я. Вони також можуть здійснюватися підготовленими непрофесіоналами під наглядом фахівців  *див. Стандарт 2.5 базової медичної допомоги: психологічна допомога.*

Постраждале населення часто має духовну або релігійну ідентичність і може асоціювати себе із релігійною спільнотою. Часто це важлива частина їхньої копінгової стратегії, яка також визначає належну гуманітарну допомогу в широкому колі секторів. З'являється дедалі більше свідчень того, що постраждалому населенню йде на користь, коли гуманітарні працівники враховують його релігійну ідентичність. Релігійні громади мають безліч можливостей долучитися до надання гуманітарної допомоги. Підхід, орієнтований на потреби людей, вимагає від гуманітарних працівників зважати на релігійну належність постраждалого населення. З'являється дедалі більше інструментів, які допоможуть досягнути цього.

Розуміння оперативної обстановки

Гуманітарне реагування відбувається в найрізноманітніших контекстах — в містах і селах, під час конфліктів або раптових надзвичайних ситуацій. Часто ці контексти з часом поєднуються між собою. Ефективність реагування з метою задоволення потреб постраждалого населення залежатиме від географічних, безпекових, соціальних, економічних, політичних та екологічних факторів. Метою розробки Мінімальних стандартів була можливість зосередитися на наданні негайної допомоги для порятунку життя, проте вони застосовуються і в ситуаціях гуманітарного реагування, що тривають кілька днів, тижнів, місяців і навіть років. Способи гуманітарного реагування потрібно змінювати з часом залежно від ситуації, щоб не допустити залежності від зовнішньої допомоги. Постійний аналіз контексту та ситуації визначає, коли потрібно адаптувати програми до змін у середовищі, наприклад до нових безпекових проблем або сезонних обмежень, як-от повеней.

Постійна оцінка впливу гуманітарного реагування на місцеву динаміку, як-от закупівля товарів і послуг або оренда транспортних засобів є необхідною, аби переконатися, що гуманітарна діяльність не підживлює динаміку конфлікту  *див. Принцип захисту 2.* У разі тривалої кризи основні системні недоліки здатні загострили потреби та вразливості, через що виникне потреба в додатковому захисті та заходах із підвищення стійкості. Деякі з цих потреб і вразливостей краще усувати за участі або у співпраці з суб'єктами, що займаються питаннями розвитку.

Для встановлення чіткого розподілу праці та відповідальності, а також для виявлення прогалин в охопленні допомогою та її якості потрібно розробити механізми координації, наприклад систему кластерів. Важливо не допустити дублювання зусиль і марної витрати ресурсів. Організації, які забезпечать обмін інформацією та знаннями між зацікавленими сторонами, а також спільне планування та комплексні заходи, ефективніше управлятимуть ризиками та зможуть поліпшити результати надання допомоги.

Підтримка національних та місцевих суб'єктів

Визнаючи першорядну роль і відповідальність приймаючої держави, Посібник застосовний до усіх учасників процесу гуманітарного реагування та визначає роль, яку гуманітарні організації можуть відігравати у забезпеченні цієї відповідальності. Під час конфлікту вирішальний вплив має готовність державних і недержавних суб'єктів полегшувати доступ до населення.

Роль держави в управлінні та координації гуманітарного реагування визначається багатьма факторами, зокрема:

- існуванням спеціального урядового органу, який відповідає за координацію або реалізацію гуманітарного реагування (часто іменованого Національним органом чи організацією з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (National Disaster Management Authority or Organisation, NDMA));
- роллю і ресурсами галузевих міністерств у встановленні стандартів, як-от стандартів харчування та стандартів основних лікарських засобів і медичного персоналу;
- браком функціонуючих державних інституцій, наприклад, у районах конфлікту. У таких надзвичайних випадках гуманітарним організаціям доведеться розробити власні механізми координації.

Тривалі кризи

Якщо очевидно, що гуманітарну допомогу доведеться надавати довше ніж кілька місяців або років, розгляньте різні способи задоволення потреб і забезпечення гідного життя. Вивчіть можливості співпраці з постачальниками послуг, місцевою владою, місцевими громадами, мережами соціального захисту та суб'єктами, що займаються питаннями розвитку, щоб мати змогу задовольняти потреби. Попереднє оцінювання має враховувати контекст і питання захисту, а також вплив на права постраждалого населення. Залучайте осіб обох статей і будь-якого віку, з інвалідністю чи без неї, різного походження, включно з самопроголошеними спільнотами, до аналізу, попереднього оцінювання, ухвалення рішень, моніторингу та достатньої оцінки. Своєчасно розвивайте довгострокові та постійні рішення. Якщо гуманітарні організації мають змогу знайти довгострокові рішення, ці рішення мусять мати перевагу над тимчасовими заходами.

Важливо розуміти, що постраждалі особи часто першими реагують на власні потреби та захищають себе. Національні та місцеві органи влади, організації громадянського суспільства, релігійні та інші організації надають життєво важливу допомогу. Враховуйте ці вже наявні мережі допомоги та визначте способи їх підтримки, а не руйнуйте і не дублюйте їх.

Робота в міських умовах

Оскільки дедалі більше людей у світі переїжджають до міст, гуманітарні працівники мають бути готові надавати допомогу в міських умовах. Робота в міських умовах зазвичай відрізняється від інших контекстів, зважаючи на такі особливості:

- **Щільність:** більша густота населення, щільність забудови, інфраструктури, законів та культур на відносно невеликій території.
- **Різноманітність:** соціальні, етнічні, політичні, мовні, релігійні та економічно різноманітні групи, що живуть поруч.



- **Динамічність:** міське середовище дуже мінливе, вирізняється високою мобільністю та швидкими змінами владних відносин.

Міські органи влади часто є ключовими органами, які підтримують зв'язки з іншими державними суб'єктами та установами, як-от профільними міністерствами. Потрібно уважно оцінити доступ до основних послуг, продовольчої безпеки та засобів до існування, а також наявність дискримінації. Люди у великих і малих містах використовують готівку для оплати оренди, придбання харчових продуктів та доступу до медичної допомоги. Мінімальні стандарти гідного життя діють незалежно від того, як надається допомога.

Мінімальні стандарти Сфери можна використовувати для підтримки кількох точок доступу для надання допомоги в містах, зокрема й на основі населеного пункту в цілому, за мікрорайонами та районами міської забудови. Такими зручними точками доступу можуть стати організовані групи зі спільними інтересами (школи, клуби, неформальні жіночі організації, асоціації водіїв таксі тощо). Співпраця з місцевими суб'єктами (приватний сектор, місцева влада, місцеві лідери і громадські групи) є життєво важливою передумовою перезапуску, підтримки та зміцнення доступних послуг, а не їх заміни. Пам'ятайте про те, як гуманітарна допомога може сприяти плануванню муніципальних інвестицій, підвищуючи ефективність діяльності під час кризи та в довгостроковій перспективі.

Як і в будь-якій ситуації, аналіз контексту в міському середовищі має охоплювати наявні ресурси та можливості: торгівлю, готівкові ресурси, технології, громадські місця, осіб з особливими вміннями й навичками, соціальне та культурне розмаїття, але також і питання ризиків і захисту. Аналіз має інформувати про варіанти надання допомоги та остаточний вибір способу її надання, наприклад рішення про надання допомоги в натуральній формі чи у вигляді готівкових коштів (і найкращий спосіб надання такої допомоги). Економіка великих і малих міст, побудована на готівкових розрахунках, створює можливості для партнерства з учасниками ринку й галузі технологій, що може полегшити використання грошової допомоги.

Громадські поселення

Сплановані громадські поселення й табори, а також колективні центри та стихійні поселення дають притулок мільйонам людей, які були вимушено переміщені. Стандарти Сфери можна використовувати для забезпечення якості допомоги в межах громадських поселень. Крім того, вони допомагають визначати пріоритети для багатосекторних програм з вирішення проблем громадського здоров'я та доступу до основних послуг у стихійних поселеннях.

У громадських поселеннях спеціальний інструментарій управління таборами може посилювати підзвітність і сприяти скоординованому наданню послуг. Утім, громадські поселення становлять і певні ризики для захисту. Наприклад, якщо переміщених осіб позбавити права на свободу пересування за межами поселення, вони можуть не мати доступу до ринків або засобів до існування. Особливу увагу також потрібно приділяти приймаючим громадам, адже реальні чи уявні відмінності у ставленні можуть призвести до ескалації напруженості чи конфлікту. У таких випадках адвокація використання альтернатив таборам і задоволення

потреб приймаючої громади також забезпечити можливість гідного життя для постраждалого населення.

Місія присутності національних чи міжнародних збройних сил

Коли гуманітарні організації діють у тих самих районах, що й національні чи міжнародні збройні сили, їм важливо знати про повноваження, методи, можливості та обмеження їхньої діяльності. Під час надзвичайних ситуацій і конфліктів гуманітарні організації можуть тісно співпрацювати з військовими структурами, включно з урядовими силами держави перебування, недержавними збройними угрупованнями та міжнародними миротворчими силами. Гуманітарні організації мають пам'ятати, що уряди держав перебування зобов'язані надавати допомогу та захист людям, які постраждали від кризи на їхній території. Часто саме національним збройним силам доручається це завдання.

Діалог між гуманітарними організаціями та військовими структурами та координація на всіх рівнях і етапах взаємодії мають регулюватися гуманітарними принципами. Обмін інформацією, планування та розподіл завдань — це три основних елементи ефективного цивільно-військового співробітництва. Обмін інформацією між гуманітарними організаціями та військовими структурами можливий, проте має залежати від контексту оперативної діяльності. Гуманітарні організації не зобов'язані ділитися інформацією, яка дає тактичну перевагу одній зі сторін конфлікту або ставить під загрозу цивільне населення.

Іноді гуманітарним організаціям доводиться використовувати унікальні можливості військових для підтримки своєї діяльності. Військова підтримка гуманітарних організацій має обмежуватися підтримкою інфраструктури та непрямою допомогою; пряма допомога є крайнім заходом.

Співпраця з військовими має фактичний або передбачуваний вплив на нейтралітет і оперативну незалежність гуманітарної організації, тому потребує ретельної попередньої оцінки. Погоджені на міжнародному рівні керівні документи мають містити інформацію про механізми гуманітарно-військового співробітництва  див. Зобов'язання 6 Основного гуманітарного стандарту та Посилання.

Вплив гуманітарного реагування на навколишнє середовище

Середовище, в якому люди живуть і працюють, має критичне значення для їхнього здоров'я, добробуту та відновлення після кризи. Розуміння того, наскільки відновлення постраждалого населення залежить від навколишнього середовища, може вплинути на проектування програм і забезпечити гуманітарну допомогу, що відповідає цілям сталого розвитку, щоб долати майбутні потрясіння та зменшити майбутні ризики.

Гуманітарна діяльність прямо й опосередковано впливає на навколишнє середовище. Отже, для ефективного гуманітарного реагування потрібно ретельно оцінювати екологічні ризики у межах більш широкої оцінки й аналізу ситуації. Програми мають зводити свій вплив на навколишнє середовище до мінімуму та враховувати, як закупівлі, транспортування, вибір матеріалів або використання землі та природних ресурсів здатні захистити або зашкодити навколишньому середовищу  див. Стандарт 7 щодо житла та поселення: екологічна стійкість.



Країни та регіони, в яких існує бідність, які мають слабкий інституційний потенціал та екологію, наражаються на більший ризик надзвичайних ситуацій і нестабільності, внаслідок чого виникає хибне коло соціального та екологічного занепаду. Це впливає на здоров'я, освіту, засоби до існування та інші аспекти безпеки, гідності й добробуту. Екологічна стійкість є важливою складовою якісного гуманітарного реагування. ⊕ див. *Зобов'язання 3 і 9 Основного гуманітарного стандарту і Стандарт 7 щодо житла та поселення: екологічна стійкість.*

Додаток

Надання допомоги через ринки

Цей додаток доповнює вступ до Посібника Сфери і містить додаткову інформацію та настанови щодо використання ринків для досягнення Мінімальних стандартів і допомоги в задоволенні потреб постраждалого населення після кризи. Він ґрунтується на розділах, присвячених основоположним стандартам, а технічні розділи містять посилання на нього. Отже, цей додаток є невід’ємною складовою Посібника Сфери. Для ефективного реагування, гуманітарні організації мають розуміти наявні потреби і як їх задовольнити на практиці. Цей аналіз також включає в себе розуміння того, як функціонують ринки та які товари й послуги доступні на місцевому, національному, регіональному та міжнародному рівнях. Завдяки цьому розумінню гуманітарні програми отримують змогу підтримувати — або принаймні не руйнувати — ринки під час реагування на кризову ситуацію.



Аналіз ринку як складова аналізу програм гуманітарного реагування

Після оцінки потреб і можливостей для визначення пріоритетів варто проаналізувати різні способи забезпечення гуманітарного реагування й задоволення цих потреб. Аналіз програм гуманітарного реагування має гарантувати, що операційні, програмні та ситуативні ризики й можливості систематично враховуються під час визначення способу надання допомоги. Іноді це називають «вибором модальності».

Визначення найкращого способу допомоги для задоволення потреб передбачає наявність:

- інформації про пріоритети й те, в який спосіб люди хочуть мати доступ до допомоги, дезагРЕГОВАНОЇ за секторами та часом;
- розуміння економічної вразливості, як уже наявної, так і спричиненої кризою.

У межах аналізу програми гуманітарного реагування аналіз ринку допомагає визначити найефективніший спосіб задоволення найважливіших потреб: допомога в натуральній формі, надання послуг, грошова допомога або поєднання цих способів у певному контексті. Аналіз ринку допоможе виявити будь-які обмеження на ринках, включно з питаннями попиту та пропозиції, а також політики, норми, правила чи інфраструктуру, які обмежують функціонування ринку.

Який би варіант реагування не було обрано, він має враховувати особливості ринку та прагнути захистити засоби до існування, місцеві робочі місця та бізнес. В основі Сфери лежить фундаментальна повага до людей, які постраждали внаслідок кризи, і підтримка їхнього вибору способів відновлення. Розглядаючи те, як люди взаємодіють із місцевими ринками, щоб отримати товари, послуги та дохід, аналіз ринку підтримує підхід, орієнтований на потреби людей.

Програмування й ринки

Допомога може надаватись через ринки на місцевому, національному та регіональному рівнях у різні способи. Ринкове програмування можна використовувати

безпосередньо для надання допомоги; як варіант, можна підтримувати ринки, щоб поліпшити обслуговування постраждалого населення.

- Закупівля товарів, включаючи непродовольчі товари, на місцевому та регіональному рівні сприяє ринковій пропозиції.
- Грошова допомога, завдяки якій люди мають змогу купувати місцеві товари та послуги, сприяє ринковому попиту.
- Підтримка інфраструктури, наприклад, полегшення доступу до ринків, або реформи, як-от закони про запобігання маніпулюванню цінами, підтримує ринок, щоб забезпечити краще обслуговування постраждалого населення.

Стать, етнічна належність або інвалідність часто безпосередньо впливають на фізичний, фінансовий і соціальний доступ до ринків. Чим відрізняється доступ до ринків для чоловіків, жінок, молоді та людей похилого віку? Чи мають торговці, які належать до певної етнічної групи доступ до кредитних установ? Ці та інші фактори впливають на те, наскільки активну участь люди можуть брати у ринковій діяльності.

Під час розробки ринкових програм потрібно враховувати етичні та екологічні міркування. Важливо забезпечити, щоб ринки, які надмірно експлуатують природні ресурси, екосистеми та навколишнє середовище, не розвивалися у спосіб, що наражатиме людей на подальший ризик.

Товари, послуги й ринки: реагуючи на першочергові гуманітарні потреби, потрібно враховувати як товари, так і послуги. Більшість стандартів Сфери передбачають надання певного товару або доступу до товарів. Втім, соціальні сектори на кшталт охорони здоров'я та освіти характеризуються наданням або полегшенням доступу до послуг, тож надання допомоги через ринки може виявитися неможливим. У співпраці зі сторонніми постачальниками послуг або субпідрядниками вживайте заходів для уважного моніторингу якості товарів та послуг, які ті надають [⊕ див. Стандарт 1.4 щодо систем охорони здоров'я: фінансування охорони здоров'я](#).

У деяких випадках доцільними є ринкові програми, які опосередковано підтримують доступ до послуг. Грошова допомога може бути спрямована на забезпечення транспортування до закладів охорони здоров'я або доступ до освіти через придбання форми та матеріалів. Відстеження витрат домогосподарств дає чіткі дані про вартість доступу до послуг, зокрема й тих, які мають бути безкоштовними. Моніторинг витрат домогосподарств завжди має супроводжуватися моніторингом результатів грошової допомоги.

Сектори послуг також можуть враховувати розробку ринкових програм для виготовлення протимоскітних сіток, оброблених інсектицидами, прикорму та фармацевтичної продукції, якщо вони відповідають критеріям якості [⊕ див. Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності](#).

У більшості контекстів доведеться поєднувати різні види втручань у ринковій сфері. Наприклад, ринкові програми, ймовірно, доведеться поєднувати з іншими видами діяльності, як-от надання технічної допомоги. Ці поєднання змінюватимуться впродовж дії програми й можуть переходити від допомоги в натуральній формі до грошової допомоги або ваучерів і навпаки. Поряд з моніторингом програм, для підтвердження або коригування форми допомоги важливу роль відіграє моніторинг ринку.

Потрібно забезпечити постійну взаємодію між функціями ланцюгів постачання, логістики та програм. Для отримання додаткових вказівок щодо інструментів, які забезпечують цей вибір і аналіз [⊕ див. Посилання](#).

Контрольні запитання

Перелік контрольних запитань щодо грошової допомоги

У цьому розділі представлено перелік рекомендацій щодо надання допомоги через ринки. Він охоплює цикл управління програмою та інші важливі елементи, які потрібно враховувати під час упровадження цього підходу для дотримання Мінімальних стандартів. Контексти будуть різними, а варіанти механізмів надання допомоги відрізнятимуться залежно від інфраструктури, захисту даних, економічної доцільності та доступу до фінансових послуг.

Проектування програми

- Визначайте цільові критерії відповідно до цілей програми та з урахуванням міркувань щодо грошової допомоги.
- Ретельно визначте, хто в домогосподарстві має отримувати грошову допомогу, ґрунтуючись на чіткій оцінці ризику та зваживши будь-які проблемні питання щодо захисту.
- Визначте безпечні, доступні й ефективні механізми надання допомоги на основі контексту, цілей та обсягу програми, а також фінансової грамотності й уподобань одержувачів.
- Розрахуйте суму платежу з огляду на потреби, які потрібно покрити, і вартість задоволення цих потреб.
- Встановіть частоту й тривалість платежів на підставі потреб, сезонності, можливостей постачальника фінансових послуг і ризиків щодо захисту.
- Якщо можливо й доцільно, застосовуйте багатосекторний підхід.
- Визначте ключові проблеми та відповідні показники для моніторингу на рівні процесів, діяльності, результатів і наслідків.

Реалізація

- Включіть обумовлені контекстом міркування та інші актуальні аспекти в тендери для постачальників фінансових послуг і встановіть чіткі критерії відбору.
- Розгляньте можливість використання наявних і знайомих механізмів надання соціального захисту.
- Налаштуйте системи реєстрації та ідентифікації одержувачів, які відповідають механізму надання допомоги та захисту особистих даних.
- Переконайтеся, що реєстрація та ідентифікація охоплюють дані, яких потребує постачальник фінансових послуг.
- Застосовуйте та документуйте заходи захисту даних.
- У міру можливості запровадьте механізми для цифрових даних у взаємодії з різними організаціями («сумісні системи»).
- Чітко визначте процедури, ролі та відповідальність за процес передачі готівки, а також механізми управління ризиками.
- Переконайтеся, що процес надання грошової допомоги є загальнодоступним та ефективним.



- Переконайтеся, що всі постраждалі групи мають доступ до обраного механізму надання допомоги протягом усього життєвого циклу проекту.
- Переконайтеся, що одержувачі мають інформацію про цілі програми та тривалість надання грошової допомоги, щоб ухвалювати обґрунтовані рішення щодо витрат.
- Переконайтеся, що постачальники фінансових послуг підзвітні одержувачам через управління та моніторинг договорів  див. *Зобов'язання 4 і 5 Основного гуманітарного стандарту*.

Моніторинг, оцінка й навчання

- Здійснюйте моніторинг процесів, діяльності, результатів і ризиків, пов'язаних із наданням грошової допомоги, зокрема шляхом моніторингу після розподілу коштів.
- Контролюйте, чи були готівка або ваучери одержані визначеною особою, у безпечний спосіб, вчасно та в правильному розмірі.
- Крім моніторингу цін, здійснюйте послідовний моніторинг ринків та їхніх ланцюгів постачання.
- Здійснюйте моніторинг витрат домогосподарств і визначаєте на основі даних моніторингу ринку, чи дійсно потреби можна задовольнити шляхом надання грошової допомоги та скорочення негативних копінгових стратегій.
- Здійснюйте моніторинг потенційних ризиків грошової допомоги, включно з ризиками захисту та будь-яким негативним впливом на природні ресурси.
- Оцініть наслідки, пов'язані з наданням грошової допомоги.
- Регулярно оцінюйте, чи ефективно задовольняє обраний вид грошової допомоги мінливі потреби, та адаптуйте програму відповідним чином; крім того, підтримуйте постійне навчання для майбутніх програм.

Перелік контрольних запитань щодо управління ланцюгами постачання та логістикою

У цьому розділі наведено рекомендації щодо управління ланцюгами постачання та логістикою. Він охоплює цикл управління програмою та інші важливі елементи, які потрібно враховувати.

Управління ланцюгами постачання (Supply Chain Management, SCM) починається з вибору товару чи послуги, що передбачає визначення джерела, закупівлю, управління якістю, управління ризиками (включно зі страхуванням), пакування, відвантаження, транспортування, складування, управління запасами, доставку та розподіл. Процес SCM охоплює велику кількість партнерів, тому важливо координувати дії  див. *Зобов'язання 6 Основного гуманітарного стандарту*.

Для здійснення SCM потрібно мати відповідний досвід. Зокрема, йдеться про досвід управління контрактами, управління транспортуванням і складами, управління запасами, аналіз об'єму продажів і управління інформацією, відстеження статусу відвантажень і управління імпортом. Заходи з управління та моніторингу мають гарантувати безпечне доправлення товарів до пунктів розподілу. Водночас гуманітарні організації несуть відповідальність за те, щоб продукти та послуги (включно з послугами з надання грошової допомоги) досягали осіб, які потребують допомоги.

Місцеві та регіональні закупівлі стимулюють місцеві ринки, що може заохочувати фермерів і виробників виробляти більше продукції і, своєю чергою, сприяти зростанню місцевої економіки. Втім, коли поставки вже відносно обмежені, місцеві та регіональні закупівлі можуть призвести до проблем на інших ринках або порушити роботу наявних торгівельних мереж. І навпаки, імпорт може витіснити місцевих або регіональних виробників, і також порушити роботу наявних торгівельних мереж.

Проектування програми

- Оцініть наявність потрібних товарів і послуг на місцевому ринку, перш ніж шукати їх за межами регіону.
- Розгляньте можливість співпраці з авторитетними місцевими або регіональними перевізниками, які володіють цінними знаннями про місцеві правила, процедури та матеріально-технічну базу і допоможуть дотримуватися законів країни перебування та прискорити процеси доставки.
- В умовах конфлікту особливо ретельно перевіряйте постачальників послуг.
- Переконайтеся, що використання місцевих ресурсів не спричиняє та не загострює бойові дії.
- Зважайте на те, чи є використання природних ресурсів стійким і чи може призвести до конфлікту через ресурси.
- Запровадьте прозору, чесну та відкриту процедуру укладання контрактів, враховуючи пропозиції на місцевому, національному та міжнародному рівні.
- Якщо залучено декілька організацій, у міру можливості координуйте використання місцевих ресурсів.

Реалізація

- Будуйте хороші взаємини з постачальниками, місцевими торговцями та постачальниками послуг.
- Забезпечуйте належну якість товарів і послуг, що надаються за контрактами, а також етичні та екологічно стійкі практики.
- Навчайте та контролюйте персонал на всіх рівнях ланцюга постачання, щоб забезпечити незмінну якість продукції та дотримання процедур безпеки (для одержувачів і персоналу), а також етичних та екологічно стійких практик.
- Залучайте персонал організацій-партнерів і постачальників послуг до навчання та проводьте навчання місцевими мовами.
- Організуйте процедури звітності, включно з плануванням постачання, транспортування та зберігання, управлінням запасами, звітністю та фінансовими системами.
- Не використовуйте харчові продукти для оплати логістичних операцій, зокрема розвантаження на складах. Такі витрати мають бути включені до основного бюджету.
- Рекомендовано використовувати різні склади для продовольчих і непродовольчих товарів. Під час вибору складу переконайтеся, що його не використовували для зберігання небезпечних вантажів і що відсутня небезпека зараження. Серед факторів, які потрібно враховувати, — безпека, місткість, зручність доступу, міцність конструкції та відсутність загрози затоплення.
- Здійснюйте оцінку й управління ризиками для безпеки транспортних шляхів і складів.



- У ситуаціях конфлікту створіть системи контролю та контролюйте всі етапи ланцюга постачання, щоб звести до мінімуму ризик мародерства або реквізиції сторонами конфлікту.
- Аналізуйте та розглядайте ширші політичні та безпекові наслідки, зокрема можливість перенаправлення запасів для підживлення збройного конфлікту  *див. Принцип захисту 2.*
- Зведіть до мінімуму втрати продукції на всіх рівнях ланцюга постачання та повідомляйте про них.
- Забезпечте перевірку пошкоджених або невідповідних товарів кваліфікованими інспекторами (наприклад, експертами з безпеки харчових продуктів і лабораторіями громадського здоров'я) і подальшу сертифікацію для утилізації.
- Швидко утилізуйте пошкоджені товари, перш ніж вони створюють загрозу для здоров'я та безпеки. До методів утилізації товарів належать продаж (наприклад, у вигляді їжі для тварин) і захоронення або спалювання у спосіб, дозволений місцевими нормами і засвідчений відповідальними органами. У будь-якому випадку, непридатні товари не мають повторно потрапляти в ланцюг постачання, завдавати шкоди навколишньому середовищу або забруднювати джерела води  *див. Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH): стандарти утилізації твердих відходів 5.1-5.3.*
- Повсякденні потреби з управління охоплюють оперативне та прозоре звітування про будь-які затримки або відхилення в ланцюзі постачання. Забезпечте достатню кількість документів та форм місцевою мовою в усіх місцях отримання, зберігання та/або відправлення товарів. У цей спосіб буде збережено та задокументовано аудиторський слід транзакцій.

Моніторинг, оцінка й навчання

- Здійснюйте моніторинг і управління надходженням товарів, щоб уникнути відхилень та переривання розподілу, а також запобігти спотворенню ринкової рівноваги.
- Регулярно інформуйте зацікавлені сторони про ефективність роботи ланцюга постачання.
- Діліться відповідною інформацією про рівні запасів, очікувані надходження та розподіл між зацікавленими сторонами ланцюга постачання. Використовуйте відстеження рівня запасів, щоб своєчасно висвітлити очікувані недоліки та проблеми. Обмін інформацією між партнерами сприятиме отриманню позик, що запобігає порушенню надходження товарів. Якщо бракує ресурсів, потрібно визначити пріоритетність товарів. Під час розгляду можливих рішень консультуйтеся із зацікавленими сторонами.
- Переконайтеся, що механізми підзвітності та комунікації відображають особливості процесів доставки.
- Переконайтеся, що системи відстеження товарів та управління інформацією використовуються із самого початку втручання.
- Регулярно оцінюйте, чи ефективно задовольняє обрана допомога мінливі потреби, і відповідно адаптуйте програму; крім того підтримуйте постійне навчання для майбутніх програм.

Посилання та додаткова література

Розуміння вразливості й можливостей

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme [Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування. Консорціум з питань віку та інвалідності в межах програми ADCAP]. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Програмування на основі релігійної ідентичності

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming [Підхід до забезпечення гуманітарного реагування, який враховує віросповідання. Посібник з охорони психічного здоров'я та психосоціального програмування]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

Аналіз ринку й ринкове програмування

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards [Мінімальні стандарти відновлення економіки (MERS). Основний стандарт 2 і стандарти з оцінки й аналізу]. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Мінімальний стандарт аналізу ринку (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Грошова допомога

CBA Programme Quality Toolbox [Інструментарій з якості для програм грошової допомоги]. CaLP. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Управління ланцюгами постачання та логістикою

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA) [Відстеження вантажів. Застосунок для відстеження предметів гуманітарної допомоги Relief Item Tracking Application (RITA)]. Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page [Веб-сторінка посилань з питань логістики]. UNOCHA. <https://www.humanitarianresponse.info>

Logistics Operational Guide (LOG) [Посібник з логістики (LOG)]. Logistics Cluster. <http://dlca.logcluster.org>

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013 [Ринкові системи та сценарії Oxfam для програм з надання готівкових коштів – Модель RAG 2013]. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V [Інструментарій з логістики у програмах допомоги у формі готівки та ваучерів]. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Додаткова література

Рекомендації щодо додаткової літератури містяться за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources





Гуманітарна Хартія

Гуманітарна Хартія

У Гуманітарну Хартію закладено етичні та правові основи Принципів захисту, Основного гуманітарного стандарту та Мінімальних стандартів, які розглядаються в Посібнику. Вона є вираженням усталених юридичних прав і обов'язків, а також загальних переконань гуманітарних організацій.

З точки зору юридичних прав і обов'язків Гуманітарна Хартія резюмує основні правові принципи, які мають найбільше значення для добробуту осіб, які постраждали від надзвичайної ситуації або конфлікту. З точки зору загальних переконань, вона прагне закріпити вироблену спільними зусиллями гуманітарних організацій думку щодо принципів, якими варто керуватися під час реагування в разі надзвичайної ситуації або конфлікту, зокрема функцій та обов'язків різних суб'єктів, які беруть участь у наданні допомоги.

Гуманітарна Хартія створює основу для зобов'язань, які беруть на себе гуманітарні організації, що підтримують Сферу, і закликає всіх, хто бере участь у гуманітарній діяльності, дотримуватися тих самих принципів.

Наші переконання

1. Гуманітарна Хартія виражає наше спільне як гуманітарних організацій переконання, згідно з яким усі постраждалі від надзвичайної ситуації або конфлікту особи мають право на отримання захисту і допомоги з метою створення основних умов для гідного життя. Ми переконані в тому, що викладені в Гуманітарній Хартії принципи універсальні й поширюються на всіх, хто постраждав від надзвичайної ситуації чи конфлікту, де б вони не відбувалися, а також на всіх, хто прагне надати їм допомогу або гарантувати їхню безпеку. Ці принципи відображено у міжнародному праві, проте джерелом їх дієвості є те, що вони зрештою спираються на головний етичний принцип **гуманності**, згідно з яким усі люди народжуються вільними й рівними у своїй гідності та правах. Згідно з цим принципом, ми підтверджуємо першочергове значення **гуманітарного імперативу**, який вимагає вживати заходів з метою запобігання або полегшення страждань, спричинених надзвичайною ситуацією або конфліктом, і за жодних обставин не відмовлятися від дотримання цього принципу.

Ми, місцеві, національні та міжнародні гуманітарні організації, беремо на себе зобов'язання сприяти поширенню принципів, викладених у цій Гуманітарній Хартії, і дотримуватися їх, а також дотримуватися Мінімальних стандартів у своїх зусиллях із захисту постраждалих. Ми закликаємо всіх, хто бере участь у здійсненні гуманітарної діяльності, зокрема органи влади та представників приватного сектору, схвалити загальні принципи, права й обов'язки, викладені нижче, як вираження спільних гуманітарних переконань.

Наша роль

2. Ми визнаємо, що основні потреби осіб, які постраждали від надзвичайної ситуації або конфлікту, задовольняються передусім їхніми власними зусиллями та за підтримки громади й місцевих установ. Ми визнаємо першочергову роль та відповідальність постраждалої держави за надання своєчасної допомоги постражданим особам, гарантування їхнього захисту та безпеки і надання допомоги для відновлення. Ми переконані, що для ефективного запобігання надзвичайним ситуаціям і реагування на них потрібно поєднати заходи, яких вживають офіційні органи і волонтери, і що в цьому сенсі важливу роль у справі підтримки органів державної влади виконують національні товариства Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та інші громадські організації. У разі відсутності в держави достатніх ресурсів, ми визнаємо роль ширшого міжнародного співтовариства, включно з урядовими донорами і регіональними організаціями, у наданні країнам допомоги з виконання їхніх обов'язків. Ми визнаємо й підтримуємо особливі функції, які виконують уповноважені інституції ООН і Міжнародний комітет Червоного Хреста.

3. Як гуманітарні організації, ми визначаємо свою роль передусім у зв'язку з потребами й можливостями постраждалого населення, а також з обов'язками урядів або контролюючих органів. Наша роль у наданні допомоги відображає той факт, що суб'єкти, на яких лежить головна відповідальність за цю діяльність, не завжди здатні повною мірою самостійно виконувати цю функцію або не бажають її виконувати. У міру можливості під час дотримання гуманітарного імперативу та інших принципів, викладених у цій Хартії, ми підтримуватимемо зусилля відповідних органів влади щодо забезпечення захисту й надання допомоги постраждалому населенню. Ми закликаємо всіх державних і недержавних суб'єктів поважати неупереджену, незалежну й нейтральну роль гуманітарних організацій і сприяти їхній роботі, усуваючи зайві юридичні та практичні перешкоди, гарантуючи їхню безпеку та своєчасно надаючи сталий доступ до постраждалого населення.



Спільні принципи, права та обов'язки

4. Ми пропонуємо свої послуги як гуманітарних організацій, виходячи з принципу гуманності й гуманітарного імперативу, і визнаємо права всіх людей, постраждалих від надзвичайної ситуації або конфлікту, — жінок і чоловіків, хлопчиків і дівчаток. Тут йдеться також про права на захист і допомогу, закріплені в положеннях міжнародного гуманітарного права, права прав людини і права щодо біженців. Для цілей цієї Гуманітарної Хартії ми коротко викладаємо зазначені права так:

- **право на гідне життя;**
- **право на отримання гуманітарної допомоги;**
- **право на захист і безпеку.**

Попри те, що в міжнародному праві ці права не мають такого формулювання, вони виражають цілу низку усталених юридичних прав і розширюють практичне значення поняття гуманітарного імперативу.

5. Право на гідне життя відображено в положеннях міжнародного права, зокрема у передбачених правами людини положеннях, які стосуються права на життя, права на достатній життєвий рівень, а також свободи від катувань і жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження і покарання. Право на життя тягне за собою обов'язок оберігати життя, якщо воно опиняється під загрозою. Це передбачає обов'язок не відмовляти і не перешкоджати наданню допомоги для порятунку життя. Гідність передбачає не лише фізичний добробут, але й повагу до людської особистості загалом, зокрема цінностей і переконань окремих осіб і постраждалих громад, а також дотримання їхніх прав людини, включно з правом на свободу, а також права на свободу совісті та віросповідання.

6. Право на отримання гуманітарної допомоги — це невід'ємна складова права на гідне життя. Воно включає в себе право на достатній життєвий рівень, зокрема на достатнє харчування, воду, одяг, прихисток і медичну допомогу, що безпосередньо гарантовано міжнародним правом. Ці права знайшли відображення й отримали практичне вираження в Основному гуманітарному стандарті й мінімальних стандартах Сфери, особливо щодо надання допомоги населенню, яке постраждало від надзвичайної ситуації або конфлікту. Якщо урядові або неурядові суб'єкти не надають цю допомогу, то, на наше переконання, вони мають дозволити робити це іншим. Будь-яку таку допомогу потрібно надавати згідно з принципом **неупередженості**, який передбачає, що допомога має надаватися лише з огляду на потребу й відповідно до неї. Це відображає більш широкий принцип **недискримінації**, згідно з яким ніхто не має зазнавати дискримінації за ознакою віку, статі, раси, кольору шкіри, етнічної належності, сексуальної орієнтації, мови, віросповідання, інвалідності, стану здоров'я, політичних та інших переконань, національного або соціального походження.

7. Право на захист і безпеку ґрунтується на положеннях міжнародного права, резолюціях ООН та інших міжурядових організацій, а також на суверенному обов'язку держав захищати людей, які перебувають під їхньою юрисдикцією. Захищеність і безпека людей у надзвичайних ситуаціях або в ситуаціях конфлікту — це критично важлива проблема гуманітарного характеру, включно з питаннями захисту біженців і внутрішньо переміщених осіб. На законодавчому рівні визнається, що деякі люди можуть бути особливо вразливими до протиправного поводження та незаконної дискримінації за ознаками віку, статі або раси, і можуть потребувати особливих заходів захисту і допомоги. Ми переконані, що держава, в якій бракує ресурсів для забезпечення захисту людей за цих обставин, має звертатися по міжнародну допомогу.

Норми права щодо захисту цивільних і переміщених осіб потребують особливої уваги:

- i. Під час **збройного конфлікту**, як визначено міжнародним гуманітарним правом, діє спеціальне правове положення щодо захисту й надання допомоги особам, які не беруть участі у конфлікті. Зокрема, Женевські конвенції 1949 року і Додаткові протоколи до них від 1977 року покладають зобов'язання на сторони міжнародних і неміжнародних збройних конфліктів. Ми підкреслюємо важливість загальної недоторканності цивільного населення щодо нападу й репресій і, зокрема, важливість таких принципів та обов'язків як:

- принципу **розмежування** між цивільним населенням і комбатантами, а також між цивільними та військовими об'єктами;
- принципу **пропорційності** у застосуванні військової сили і **заходів безпеки** у разі атаки;
- обов'язку утримуватися від застосування зброї невибіркової дії або зброї, яка за своєю природою завдає надмірні каліцтва або спричиняє зайві страждання;
- обов'язку дозволяти надання постраждалим неупередженої допомоги.

Недотримання цих основоположних принципів є причиною значної частини страждань, завданих цивільному населенню під час збройних конфліктів, яких можна б було уникнути.

- ii. **Право на притулок** залишається запорукою забезпечення захисту осіб, які зазнають переслідувань або насильства. Особи, які постраждали від надзвичайної ситуації або конфлікту, часто змушені залишати батьківщину в пошуках безпеки та засобів до існування. Положення Конвенції про статус біженців 1951 року (зі змінами) та інших міжнародних і регіональних договорів, забезпечують основні гарантії для осіб, які не можуть скористатися захистом держави свого громадянства або проживання і змушені шукати захисту в іншій державі. Головною з цих гарантій є принцип **заборони депортації**, згідно з яким особу не можна вислати до країни, де їй життю, свободі або фізичній безпеці може загрожувати небезпека або де їй може загрожувати небезпека катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання. Аналогічний принцип поширюється на внутрішньо переміщених осіб. Він відображений в міжнародному праві прав людини і детально викладений в Керівних принципах з питань внутрішнього переміщення 1998 року та відповідному регіональному та національному законодавстві.



Наші зобов'язання

8. Ми пропонуємо наші послуги, виходячи з переконання, що об'єктом гуманітарної діяльності є, насамперед, постраждале населення, і визнаємо, що його активна участь є запорукою того, що допомога надається у спосіб, який найбільш ефективно задовольняє потреби постраждалого населення, зокрема й потреби вразливих та соціально ізольованих осіб. Ми намагатимемось підтримувати місцеві зусилля щодо запобігання надзвичайним ситуаціям, підготовки до та реагування на них, і зміцнювати потенціал місцевих суб'єктів на всіх рівнях.

9. Ми усвідомлюємо, що спроби надати гуманітарну допомогу за певних обставин можуть мати непередбачувані негативні наслідки. Ми ставимо перед собою мету, у співпраці з постраждалими громадами і владою, звести до мінімуму негативні наслідки гуманітарної діяльності для місцевої громади та навколишнього середовища. Що стосується збройних конфліктів, ми визнаємо, що спосіб надання гуманітарної допомоги може призвести до підвищення вразливості цивільного населення до атак або, в окремих випадках, ненавмисно надати перевагу одній або кільком сторонам конфлікту. Ми зобов'язуємося звести до мінімуму ці негативні наслідки за умови, що це відповідатиме викладеним вище принципам.

10. Ми діятимемо відповідно до принципів гуманітарної діяльності, викладених у цій Гуманітарній Хартії, та настанов Кодексу поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при реагуванні на надзвичайні ситуації (1994).

11. Основний гуманітарний стандарт і Мінімальні стандарти Сфери надають практичне значення загальним принципам, викладеним у цій Хартії, і в їх основі лежить розуміння гуманітарними організаціями того, що є базовими мінімальними умовами гідного життя, а також їхній досвід із надання гуманітарної допомоги. Попри те, що виконання цих стандартів залежить від цілої низки факторів, значна частина яких можуть виявитися нам непідвладними, ми беремо на себе зобов'язання постійно прагнути до їх здійснення і готові нести за це відповідальність. Ми закликаємо всі сторони, включно з постраждалими державами і державами-донорами, міжнародними організаціями, приватними та неурядовими суб'єктами застосовувати Основний гуманітарний стандарт і Мінімальні стандарти Сфери як загальноприйняті норми діяльності.

12. Дотримуючись Основного гуманітарного стандарту й Мінімальних стандартів, ми беремо на себе зобов'язання робити все можливе, щоб забезпечити людям, які постраждали від надзвичайних ситуацій та конфліктів, доступ принаймні до мінімальних умов для гідного життя і безпеки, включно з доступом до водопостачання, санітарного забезпечення, продовольства, харчування, житла та медичного обслуговування. Маючи це на меті, ми й далі боротимемось за те, щоб держави та інші сторони дотримувалися своїх моральних та юридичних зобов'язань перед постраждалим населенням. Зі свого боку ми беремо на себе зобов'язання підвищувати ефективність, доцільність і підзвітність нашої діяльності у сфері надання гуманітарної допомоги шляхом проведення ретельної початкової оцінки й моніторингу мінливої місцевої обстановки, за рахунок прозорості процесу інформування й ухвалення рішень, а також шляхом підвищення ефективності координації та співпраці з іншими суб'єктами, які беруть участь у наданні допомоги на всіх рівнях, як це докладно викладено в Основному гуманітарному стандарті й Мінімальних стандартах. Зокрема, ми зобов'язуємося провадити нашу діяльність у співпраці з постраждалим населенням, зосереджуючи увагу на його активній участі в програмах із надання гуманітарної допомоги. Ми усвідомлюємо, що ми несемо відповідальність насамперед перед людьми, яким намагаємось допомогти.



Принципи захисту



Гуманітарна Хартія



Принципи захисту

ПРИНЦИП 1

Підвищувати рівень безпеки, почуття гідності та дотримання прав людей, а також уникати ситуацій, що наражають їх на ризик подальшого завдання шкоди

ПРИНЦИП 2

Забезпечувати людям доступ до неупередженої допомоги відповідно до потреб і без дискримінації

ПРИНЦИП 3

Допомагати людям відновитися від фізичних і психологічних наслідків потенційного чи пережитого насильства, а також примусу чи навмисного позбавлення певних благ

ПРИНЦИП 4

Допомагати людям відстоювати свої права

ДОДАТОК Короткий виклад професійних стандартів роботи із захисту

Зміст

Принципи захисту	38
Принцип 1	40
Принцип 2	42
Принцип 3	44
Принцип 4	46
Додаток: Короткий виклад професійних стандартів роботи із захисту	48
Посилання та додаткова література	51



Принципи захисту

Чотири принципи захисту застосовуються до всіх видів гуманітарної діяльності та всіх суб'єктів, які займаються гуманітарною діяльністю.

1. Підвищувати рівень безпеки, почуття гідності та дотримання прав людей, а також уникати ситуацій, що наражають їх на ризик подальшого завдання шкоди.
2. Забезпечувати людям доступ до допомоги відповідно до потреб і без дискримінації.
3. Допомогати людям відновитися від фізичних і психологічних наслідків потенційного чи пережитого насильства, а також примусу чи навмисного позбавлення певних благ.
4. Допомогати людям відстоювати свої права.

Принципи захисту підтримують права, викладені в Гуманітарній Хартії: право на гідне життя, право на гуманітарну допомогу та право на захист і безпеку. Принципи чітко формулюють роль, яку можуть відігравати всі суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, допомагаючи захистити людей. Однак ролі та сфери відповідальності суб'єктів, що займаються гуманітарною діяльністю, є другорядними порівняно з державними. Держава чи інші органи влади несуть юридичну відповідальність за благополуччя осіб, які перебувають на їхній території чи під їхнім контролем, а також за безпеку цивільного населення під час збройного конфлікту. Зрештою, саме ці органи влади мають обов'язок забезпечувати захист та безпеку людей, вчиняючи певні дії або утримуючись від них. Роль суб'єктів, що займаються гуманітарною діяльністю, може полягати в тому, щоб заохочувати та переконувати органи влади виконувати їхні обов'язки, а якщо вони цього не роблять — допомагати людям боротися з наслідками.

Захист стосується безпеки, гідності та прав осіб, які постраждали від надзвичайних ситуацій/катастроф чи збройного конфлікту. Міжвідомчий постійний комітет (МПК; Inter-agency Standing Committee, IASC) визначає захист так:

«...будь-яка діяльність, спрямована на забезпечення безумовної поваги до прав особи відповідно до букви та духу застосованих зведень правових норм (тобто міжнародного права людини, міжнародного гуманітарного права, міжнародного права щодо біженців)»

У широкому розумінні захист охоплює всі зусилля, яких докладають суб'єкти, що займаються гуманітарною та правозахисною діяльністю, для забезпечення того, щоб права постраждалих осіб і зобов'язання носіїв обов'язків згідно з міжнародним правом розуміли, поважали, захищали та виконували без дискримінації.

Захист означає вжиття заходів для захисту людей від насильства, примусу та навмисного позбавлення певних благ. Часто постає низка пріоритетних питань захисту, які стосуються цілих громад у певному гуманітарному контексті, для ефективного вирішення яких узгоджені дії є критично важливими. Щоб гуманітарне реагування було орієнтоване на захист, вирішальне значення має розуміння та врахування ключових ризиків для постраждалих осіб, включно з серйозною шкодою, спричиненою недотриманням міжнародного гуманітарного права, права щодо біженців або права прав людини.

Цей розділ містить вказівки щодо того, як гуманітарні організації можуть сприяти захисту, допомагаючи людям залишатися в безпеці, отримувати допомогу, відновлюватися після насильства та відстоювати свої права.

Застосування Принципів на практиці

Всі, хто застосовує Мінімальні стандарти Сфери, повинні керуватися Принципами захисту, навіть якщо вони не мають чіткого мандату на захист або спеціалізованих можливостей із захисту. Це включає розуміння контексту та вжиття заходів для попередження, обмеження або припинення порушень і ризиків для безпеки людей. Надання інформації та підтримка здатності осіб приймати інформовані рішення щодо власної ситуації та відновлення мають ключове значення.

Спеціалізовані суб'єкти, які займаються діяльністю із захисту, повинні дотримуватися цих Принципів разом із конкретними додатковими стандартами. Спеціалізовані суб'єкти, які займаються діяльністю із захисту, виконують особливу роботу, зосереджуючись на наступних конкретних проблемних сферах:

- захист дітей;
- гендерно зумовлене насильство;
- права на житло, землю та майно;
- діяльність із розмінування;
- верховенство права та правосуддя;
- юридичні консультації;
- активісти з прав людини та правозахисники;
- внутрішньо переміщене населення; і
- права біженців.

⊕ *Див. розділ Посилання та Додаток: Професійні стандарти роботи із захисту, які стосуються пошуку членів родини, відновлення документів, захисту даних та інших питань.*

Діяльність із захисту

Діяльність, пов'язана із захистом, може бути спрямована на попередження, реагування, відновлення та формування середовища. Дотримання Принципів захисту вимагає поєднання цих видів діяльності.

- **Попередження:** попередження виникнення загроз безпеці, гідності чи правам людей або зменшення впливу цих загроз чи вразливості до них.
- **Реагування:** припинення постійних порушень або зловживань шляхом негайного реагування на випадки насильства, примусу та позбавлення певних благ.
- **Відновлення:** надання засобів захисту від триваючих або пережитих зловживань шляхом забезпечення медичної допомоги (включно з психосоціальною підтримкою), правової допомоги чи іншої підтримки, щоб допомогти особам відновити свою гідність.
- **Формування середовища:** внесок у політичне, соціальне, культурне, інституційне та правове середовище, яке забезпечує безумовну повагу до прав постраждалого населення. Це включає заохочення дотримання прав відповідно до міжнародного права.



Адвокація, державна чи приватна, є спільною для всіх чотирьох видів діяльності. Якщо загрози постраждалому населенню випливають з умисних рішень, дій чи політик, гуманітарні та правозахисні організації повинні виступати за зміну рішень, дій чи політик, які загрожують правам постраждалого населення. Це може включати вплив на або зміну поведінки особи чи організації, яка становить загрозу, а також намагання змінити дискримінаційну політику чи законодавство. Це також може включати підтримку власних зусиль осіб, спрямованих на те, щоб залишатися в безпеці, та зменшення ризиків, з якими можуть стикнутися люди.

Принцип захисту 1:

Підвищувати рівень безпеки, почуття гідності та дотримання прав людей, а також уникати ситуацій, що наражають їх на ризик подальшого завдання шкоди

Суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, вживають заходів для зменшення загальних ризиків і вразливості людей, включно з потенційно негативними впливами гуманітарних програм.

Цей Принцип включає:

- Розуміння ризиків щодо захисту в певному контексті;
- Надання допомоги, яка зменшує ризики, з якими особи можуть стикнутися, задовольняючи свої потреби із гідністю;
- Надання допомоги в середовищі, яке не наражає осіб на подальшу фізичну небезпеку, насильство чи зловживання; і
- Підтримку здатності людей захищати себе самостійно.

Головною в цьому принципі є важливість уникнення негативних впливів, спричинених формуванням програм гуманітарної діяльності **⊕ див. Основний гуманітарний стандарт, Зобов'язання 3.**

Керівні настанови

Контекстний аналіз: розумійте контекст і передбачайте наслідки гуманітарної діяльності, що можуть вплинути на безпеку, гідність і права постраждалого населення. Співпрацюйте з партнерами та групами постраждалих жінок, чоловіків, хлопчиків і дівчаток для проведення регулярного аналізу ризиків, оскільки ситуація змінюється з часом.

Наведений нижче перелік запитань не є вичерпним, але може стати основою для такого аналізу:

- У чому полягають загрози захисту, ризики та вразливості для всього населення? Які можливості має населення, щоб їх мінімізувати?
- Чи є групи, які стикаються зі специфічними ризиками? Чому? Наприклад, вони можуть бути спричинені етнічною належністю, кастою, класом, гендером, статтю, віком, інвалідністю або сексуальною орієнтацією.

- Чи існують перешкоди, які заважають людям отримувати допомогу або брати участь у прийнятті рішень? Це можуть бути безпекові, соціальні чи фізичні бар'єри або спосіб надання інформації.
- Що роблять місцеві громади, щоб захистити себе? Як гуманітарні організації можуть підтримати ці зусилля, не нашкодивши їм? Чи існують ризики для осіб, які захищають себе?
- Чи залучені люди до негативних механізмів пристосування, таких як комерційний секс, ранні шлюби, дитяча праця чи ризикована міграція? Що можна зробити для пом'якшення притаманних цим діям вразливостей?
- Чи має гуманітарна діяльність ненавмисні негативні наслідки, такі як піддання осіб ризику в пунктах роздачі допомоги або спричинення розколу всередині громади чи з приймаючими громадами? Що можна зробити, щоб зменшити цей ризик?
- Чи існують каральні закони, які становлять ризик для захисту, наприклад, обов'язкове тестування на ВІЛ, криміналізація одностатевих стосунків тощо?

Встановіть і підтримуйте механізми обміну інформацією та підзвітності з громадами, включно з тими, що знаходяться в зоні ризику, для виявлення та вирішення проблем захисту.

Уникайте співучасті у порушеннях прав людей через дії, які надають легітимності політикам і практикам, що спричиняють проблему. Прикладом цього може бути діяльність, яка дозволяє примусове переміщення населення з політичних чи військових міркувань або опосередковане посилення конфлікту через недбалий вибір партнерів чи комерційних підрядників. Цей аналіз може передбачати складний вибір і рішення, але його слід суворо дотримуватися та переглядати в міру зміни обставин.



Гуманітарна допомога: спосіб надання допомоги та середовище, в якому вона надається, можуть зробити осіб більш вразливими до шкоди, насильства чи примусу.

- Надавайте допомогу в максимально безпечному середовищі та активно шукайте шляхи мінімізації загроз і вразливостей. Наприклад, надавайте освітні та медичні послуги в місцях, до яких всі особи мають безпечний доступ **⊕ див. Посібник Міжвідомчої мережі з питань освіти у надзвичайних ситуаціях.**
- Вживайте всіх доцільних заходів під час надання та управління допомогою, щоб захистити осіб від фізичного та сексуального насильства. Наприклад, цінні товари або грошова допомога можуть спричинити пограбування, що наражає одержувачів на ризик заподіяння шкоди.
- Допоможіть особам знайти безпечні способи задоволення основних потреб у спосіб, який знизить вразливість до ризиків. Наприклад, запропонуйте альтернативне паливо, яке зменшить потребу збирати дрова в небезпечних умовах.
- Розробляйте заходи для захисту дівчаток і хлопчиків, що не створюють додаткових ризиків, таких як вербування дітей, викрадення або розлучення з родиною **⊕ див. Посібник з мінімальних стандартів захисту дітей.**

- Координуйте свої дії з державними органами та спеціалізованими організаціями щодо очищення регіонів, де надається допомога, від протипіхотних мін і боєприпасів, що не розірвалися ⊕ *див. Міжнародні стандарти протимінної діяльності*.
- Розглядайте будь-який ненавмисний вплив на навколишнє середовище, який може вплинути на безпеку, гідність і права людей.
- Консультуйтеся з різними представниками громади, включно з групами ризику та організаціями, яким вони довіряють, щоб виявити найефективніший спосіб надання допомоги. Наприклад, працюйте з особами з інвалідністю, щоб визначити, як надавати допомогу. Не повинно бути жодних додаткових ризиків для їхнього добробуту чи добробуту осіб, яким вони довіряють отримання допомоги від свого імені.

Механізми захисту на рівні громади: визначте, якими є засоби, за допомогою яких особи намагаються захистити себе, свої родини та громади. Підтримуйте ініціативи самопомоги, якими керують громади. Гуманітарна діяльність не повинна ставити під загрозу здатність людей захищати себе та інших.

Сенситивна інформація: переконайтеся, що особи не піддаються ризику через спосіб, за допомогою якого суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, збирають інформацію та обмінюються нею. Запровадьте політику збирання та передачі сенситивної інформації. Вона має визначати обставини, за яких інформацію може бути передано, і відповідати принципу інформованої згоди. Невиконання цієї вимоги може поставити під загрозу безпеку осіб, які вижили, і персоналу.

Принцип захисту 2:

Забезпечувати людям доступ до неупередженої допомоги відповідно до потреб і без дискримінації

Суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, виявляють перешкоди в доступі до допомоги та вживають заходів для забезпечення її надання відповідно до потреб і без дискримінації.

Цей Принцип включає:

- Виступати проти будь-яких дій, які навмисно позбавляють осіб їхніх основних потреб, застосовуючи гуманітарні принципи та відповідне законодавство ⊕ *див. Гуманітарну Хартію*;
- Забезпечення отримання людьми підтримки виходячи з потреб та без дискримінації за будь-якими іншими ознаками; і
- Забезпечення доступу до допомоги для всіх сегментів постраждалого населення.

Основоположною в цьому принципі є ідея про те, що громади повинні мати доступ до гуманітарної допомоги, якої вони потребують ⊕ *див. Основний гуманітарний стандарт, Зобов'язання 2*.

Керівні настанови

Неупередженість: віддавайте перевагу допомозі, заснованій лише на потребах, і надавайте допомогу пропорційно потребі. Цей принцип неупередженості був підтверджений у Кодексі поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій, які займаються наданням допомоги у надзвичайних ситуаціях ⊕ див. Додаток 2 і Гуманітарну Хартію. Гуманітарні організації не повинні зосереджуватися виключно на конкретній групі (наприклад, переміщених особах у таборах або конкретних меншинах), якщо така зосередженість шкодить іншій групі постраждалого населення, яка потребує допомоги.

Право на отримання гуманітарної допомоги: відстоюйте право осіб, які постраждали від кризи, на отримання гуманітарної допомоги. Якщо особи не можуть задовольнити свої основні потреби, а відповідні органи влади не можуть надати допомогу, останні не повинні відмовляти неупередженим гуманітарним організаціям в доступі до постраждалого населення. Така відмова може порушувати міжнародне право, особливо в ситуаціях збройного конфлікту. Особи, що постраждали від кризи, не потребують особливого правового статусу, щоб отримувати гуманітарну допомогу та захист.

Органи влади не повинні заперечувати існування гуманітарних потреб або використовувати бюрократичні бар'єри для обмеження переміщення гуманітарних працівників.

Перешкоди в доступі до допомоги: здійснюйте моніторинг доступу осіб до гуманітарної допомоги, щоб визначити та зрозуміти будь-які перешкоди, з якими вони можуть стикнутися. Вживайте заходів для вирішення цих проблем, де це можливо.

- Визначте бар'єри, які обмежують свободу пересування осіб або їх фізичний доступ до гуманітарної допомоги. Це включає блокади, протипіхотні міни та блокпости. Під час збройного конфлікту сторони можуть встановлювати блокпости, але їх використання не повинно допускати дискримінацію певних категорій постраждалих осіб або надмірно перешкоджати доступу осіб до гуманітарної допомоги.
- Зверніть увагу на перешкоди, які можуть обмежувати доступ до допомоги певних груп і окремих осіб, що призводить до несправедливого розподілу допомоги. Перешкоди можуть стати причиною дискримінації жінок і дітей, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю або представників меншин. Вони також можуть завадити особам отримувати допомогу через їхнє етнічне походження, релігійні переконання, політичні погляди, сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність, мову чи інші ознаки.
- Надавайте інформацію про права та механізми зворотного зв'язку в доступних форматах і доступними мовами. Сприяйте інформаційно-роз'яснювальній роботі з «прихованими» групами ризику, такими як особи з інвалідністю, діти, які живуть на вулиці, або ті, хто проживає в менш доступних регіонах, щоб сприяти їхньому безпечному доступу до допомоги.



Принцип захисту 3: Допомагати людям відновитися від фізичних і психологічних наслідків потенційного чи пережитого насильства, а також примусу чи навмисного позбавлення певних благ

Суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, надають негайну та сталу підтримку тим, хто постраждав від порушень, включно з перенаправленням їх до додаткових служб, якщо необхідно.

Цей Принцип включає:

- Перенаправлення осіб, що пережили насильство, до відповідних служб підтримки;
- Вжиття всіх доцільних заходів для забезпечення того, щоб постраждале населення не зазнавало подальшого насильства, примусу чи позбавлення певних благ; і
- Підтримку власних зусиль таких осіб, спрямованих на відновлення їхньої гідності та прав у межах їхніх громад та забезпечення їх безпеки.

Основоположною в цьому Принципі є ідея про те, що громади та особи, які постраждали від кризи, повинні отримувати скоординовану додаткову допомогу
⊕ див. *Основний гуманітарний стандарт, Зобов'язання 6.*

Керівні настанови

Перенаправлення: будьте поінформовані про існуючі системи перенаправлення та допомагайте особам, які постраждали від насильства, безпечно отримувати доступ до відповідних послуг. Деякі особи можуть не звертатися за допомогою після порушення. Вживайте заходів, щоб зрозуміти, в чому полягають бар'єри, які заважають людям звертатися за допомогою, і відповідно адаптуйте систему перенаправлення.

Підтримуйте тих, хто пережив фізичне або гендерно зумовлене насильство, щоб вони могли отримати доступ до таких послуг, як медичні послуги, допомога поліції, послуги з підтримки психічного здоров'я та психосоціальна підтримка тощо. Ці послуги мають враховувати стать, вік, інвалідність, сексуальну орієнтацію осіб та інші відповідні чинники ⊕ див. *Рекомендації з інтеграції заходів боротьби із гендерно зумовленим насильством в гуманітарну діяльність.*

Створіть та використовуйте безпечні й ефективні механізми перенаправлення до служб захисту, які підтримують дітей, що пережили насильство, експлуатацію, жорстоке поводження та недбалість.

Діяльність на рівні громад: підтримуйте дії громади та заходи самопомогі, які сприяють відновленню почуття людьми власної значимості та покращенню їхнього захисту.

Підтримуйте механізми захисту на рівні сім'ї, громади та індивідуального реагування, а також послуги з підтримки психічного здоров'я та психосоціальної

підтримки. Це може включати створення можливостей для людей, щоб вони могли обговорити свою ситуацію, визначити конкретні загрози для захисту, які потрібно вирішити, а також розробити та впровадити кроки для їх вирішення.

Допомагайте місцевим групам, таким як групи молоді, групи жінок або релігійні групи, застосовувати ненасильницькі засоби самозахисту, та підтримуйте вразливих осіб.

Усюди, де це можливо, забезпечте перебування сімей разом, у тому числі нетрадиційних сімей, і давайте змогу особам із певного села чи мережі підтримки проживати в одній місцевості.

Підтримуйте позитивні копінгові стратегії на рівні громади, такі як поховання відповідно до культурних вимог, релігійні церемонії та практики, а також нешкідливі культурні та соціальні практики.

Триваючі порушення, моніторинг і звітність: будьте обізнані щодо механізмів повідомлення про порушення прав людини та дотримуйтесь процедур і політик для безпечного обміну сенситивною інформацією  див. *Принцип захисту 1 і Додаток: Професійні стандарти роботи із захисту.*

Триваючі порушення також необхідно розглядати та вирішувати разом із партнерами та спеціалізованими агенціями. Основна відповідальність за захист людей покладається на уряд та інші відповідні органи влади. Співпрацюйте зі спеціалізованими агенціями, щоб визначити суб'єктів, на яких така відповідальність покладена за законом або які мають спроможність надавати захист, і нагадуйте їм про їхні зобов'язання.

Важливу роль у забезпеченні фізичної безпеки людей відіграють органи безпеки та правоохоронні органи, поліція, військові та миротворчі сили. Якщо це доцільно та безпечно, повідомте поліцію, правоохоронні органи чи військових про порушення прав людини.

Під час збройного конфлікту здійснюйте моніторинг установ, які надають основні послуги та користуються особливим захистом згідно з міжнародним гуманітарним правом, таких як школи та лікарні, і повідомляйте про будь-які атаки на них. Докладайте особливих зусиль, щоб зменшити ризики та загрози викрадень або примусового вербування, які можуть відбуватися в цих місцях.

Управління сенситивною інформацією: гуманітарні організації повинні мати чіткі політики та процедури для персоналу щодо того, як вони повинні реагувати, якщо їм стає відомо про зловживання або вони стають його свідками, а також щодо того, як здійснювати перенаправлення до фахівців чи спеціалізованих установ. Ці політики повинні містити пояснення щодо сенситивності інформації.

Такі докази, як показання свідків, демографічні тенденції та зображення, за якими можна ідентифікувати осіб, можуть становити суворо конфіденційну інформацію і наражати певних осіб на небезпеку. Сенситивну інформацію про конкретні зловживання чи порушення повинні збирати спеціалізовані агенції, які мають необхідні навички, системи, можливості та протоколи  див. *Додаток: Професійні стандарти роботи із захисту.*



Принцип захисту 4:

Допомагати людям відстоювати свої права

Суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, допомагають постраждалим громадам відстоювати свої права за допомогою інформації та документів, а також підтримують зусилля з покращення дотримання прав.

Цей Принцип включає:

- Підтримку осіб у відстоюванні їхніх прав і доступі до засобів захисту від уряду чи інших джерел;
- Надання допомоги особам в отриманні документів, яких вони потребують для підтвердження своїх прав; і
- Відстоювання безумовного дотримання прав людей і міжнародного права, сприяючи таким чином становленню потужнішого захисного середовища.

Основоположною в цьому Принципі є ідея про те, що особи, які постраждали від кризи, повинні знати свої права $\oplus$ див. *Основний гуманітарний стандарт, Зобов'язання 4*.

Керівні настанови

Доступна інформація: забезпечуйте освіту та інформацію, які дадуть людям змогу розуміти і відстоювати свої права. Інформуйте людей про їхні права, наприклад, щодо варіантів повернення та переселення. Співпрацюйте зі спеціалізованими організаціями, що надають правову допомогу, щоб інформувати людей про їхні права відповідно до законодавства певної країни.

Надавайте інформацію мовами, які постраждали особи розуміють. Використовуйте різні формати (наприклад, письмовий, графічний чи аудіоформат), щоб зробити інформацію максимально широкодоступною. Перевіряйте зрозумілість інформації для різних груп, враховуючи відмінності у віці, гендері, рівні освіти та рідній мові.

Документи: загалом, люди мають права незалежно від того, чи є у них ті чи інші документи. Однак, не маючи хоча б якихось документів, як-от свідоцтва про народження, свідоцтва про шлюб, свідоцтва про смерть, паспорту, свідоцтва про право власності на землю чи свідоцтва про освіту, люди можуть зіткнутися з перешкодами в доступі до прав або пільг. Направте їх до установ, які можуть надати або замінити ці документи.

Правовстановлюючі документи, визнані відповідними органами, не слід плутати з документами, виданими гуманітарними організаціями, такими як продовольчі картки або реєстраційні документи. Документи, видані органами влади, не повинні визначати, хто має право на допомогу від гуманітарних організацій.

Доступ до юридичної підтримки та систем правосуддя: люди мають право вимагати від уряду та відповідних органів судового та іншого правового захисту в разі порушення їхніх прав. Це може включати компенсацію за втрату власності або її повернення. Люди також мають право очікувати, що осіб, винних у порушенні їхніх прав, буде притягнуто до відповідальності.

Допомагайте тим, хто обирає засоби правового захисту, отримувати безпечний доступ до механізмів правосуддя. Ефективне перенаправлення вимагає розуміння того, які агенції можуть надати юридичну підтримку.

Уникайте сприяння доступу до правосуддя в ситуаціях, коли судовий процес може завдати жертвам додаткової шкоди. Наприклад, постачальники медичних послуг і мережі перенаправлення з питань гендерно зумовленого насильства повинні знати національну медико-правову систему та відповідне законодавство про сексуальне насильство. Інформуйте осіб, що пережили насильство, про будь-яке законодавство, яке вимагає обов'язкового повідомлення про такі випадки, що може обмежити конфіденційність інформації, яку надають пацієнти. Це може вплинути на рішення особи, яка пережила насильство, продовжувати лікування або повідомити про насильство, але таке рішення слід поважати  див. *Охорона здоров'я: Стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.2.*

Під час кризи постраждалі громади можуть використовувати альтернативні та неформальні механізми вирішення спорів, такі як медіація на рівні громади. Там, де вони існують, повідомте про них людям і поясніть, як вони можуть отримати доступ до цих послуг.

Основними предметами спору можуть бути доступ до землі та право власності на неї. Заохочуйте органи влади та громади до спільної роботи над вирішенням питань, пов'язаних із доступом до або правом власності на землю.



Додаток

Короткий виклад професійних стандартів роботи із захисту

Під час збройного конфлікту чи інших ситуацій насильства критично важливим є захист цивільних осіб, які можуть зазнати шкоди та страждань. Ефективне реагування у сфері захисту вимагає компетентності та дотримання загальновизнаних професійних Мінімальних стандартів, застосованих до всіх суб'єктів, які займаються діяльністю із захисту.

Професійні стандарти роботи із захисту було створено з метою формування спільної основи для роботи із захисту серед суб'єктів, що займаються гуманітарною та правозахисною діяльністю, а також максимального підвищення ефективності цієї роботи для постраждалого населення. Вони доповнюють Принципи захисту.

Стандарти відображають думку про те, що люди повинні бути в центрі діяльності, що здійснюється від їхнього імені. Люди відіграють значиму роль в аналізі, розробці та моніторингу реагування в сфері захисту на загрози і ризики, з якими вони стикаються. Окрім покращення фізичної безпеки людей, зусилля щодо захисту мають сприяти дотриманню прав, гідності та недоторканності тих, хто перебуває під загрозою або зазнає порушень їхніх прав і зловживань.

Спектр діяльності, яку здійснюють суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, дуже різниться, і для всіх суб'єктів критично важливо інтегрувати питання захисту у свою практику відповідно до Принципів захисту. Професійні стандарти передусім призначені для фахівців у сфері захисту та організацій, які займаються спеціалізованою роботою в сфері захисту в збройних конфліктах та інших ситуаціях насильства.

Професійні стандарти становлять для організацій міцну основу для перегляду та розробки внутрішніх політик, керівництв і навчальних матеріалів. Вони є базовим документом для спеціалістів-практиків, які розробляють і впроваджують стратегії захисту на місцевому рівні. Вони також можуть слугувати джерелом нових ідей. Це корисний орієнтир, що допомагає іншим суб'єктам і зацікавленим сторонам зрозуміти, як суб'єкти, що спеціалізуються на захисті, безпечно впроваджують заходи для посилення захисту окремих осіб і громад.

Ці стандарти не мають на меті регулювати роботу із захисту чи обмежувати різноманітність, а радше доповнюють інші професійні принципи та заохочують суб'єктів, що займаються діяльністю із захисту, інтегрувати їх у власні практики, інструкції та навчання.

Професійні стандарти 2018 року організовано таким чином:

1. Основоположні принципи в роботі із захисту
2. Управління стратегіями захисту
3. Огляд архітектури захисту
4. Розбудова правової бази захисту
5. Сприяння взаємодоповнюваності
6. Управління даними та інформацією для досягнення цілей захисту
7. Забезпечення професійних можливостей

Стандарти містять міркування щодо наслідків інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) і зростаючого обсягу законодавства про захист даних, а також конкретні вказівки щодо управління інформацією у сфері захисту.

Діалог і взаємодія між суб'єктами, що займаються гуманітарною та правозахисною діяльністю і миротворчими операціями Організації Об'єднаних Націй та іншими військовими і поліцейськими силами, що мають міжнародний мандат, часто необхідні для забезпечення цілей захисту. Професійні стандарти містять вказівки щодо дотримання принципового підходу в цих взаємодіях.

У Професійних стандартах також розглядаються національні, регіональні та міжнародні зусилля щодо боротьби з «насильницьким екстремізмом» за допомогою антитерористичного законодавства, та пояснюється, яким чином таке законодавство може вплинути на діяльність суб'єктів, що займаються діяльністю із захисту.

Завантажуйте Професійні стандарти роботи із захисту з магазину електронних книг Міжнародного комітету Червоного Хреста (МКЧХ):

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



Посилання та додаткова література

Загальний захист: передумови та інструменти

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. [Мінімальні стандарти для агенцій щодо включення захисту в гуманітарне реагування. Версія для випробування на місцях]. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. <https://drc.ngo>

Policy on Protection in Humanitarian Action. [Політика щодо захисту в гуманітарній діяльності]. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. [Професійні стандарти роботи в сфері захисту, яку виконують суб'єкти, що займаються гуманітарною та правозахисною діяльністю, під час збройних конфліктів та інших ситуацій насильства]. ICRC, 2018. <https://shop.icrc.org>

Гендерно зумовлене насильство

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. [Рекомендації з інтеграції заходів боротьби із гендерно зумовленим насильством в гуманітарну діяльність: зменшення ризиків, підвищення стійкості та допомога у відновленні]. IASC, 2015. gbvguidelines.org



Права на житло, землю та майно

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. [Принципи реституції житла та власності біженців та переміщених осіб]. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Внутрішньо переміщені особи

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. [Посібник із захисту внутрішньо переміщених осіб]. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях]. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Діяльність із розмінування

International Mine Action Standards. [Міжнародні стандарти протимінної діяльності]. www.mineactionstandards.org

Особи похилого віку та особи з інвалідністю

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. [Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування]. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Діти та захист дітей

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. [Міжвідомча мережа з питань освіти у надзвичайних ситуаціях (INEE), Мінімальні стандарти освіти: готовність, реагування, відновлення]. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Мінімальні стандарти захисту дітей у гуманітарній діяльності: Альянс із захисту дітей у гуманітарній діяльності], 2012. <http://cpwg.net>

Додаткова література

Рекомендації щодо додаткових джерел містяться за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Додаткова література

Загальний захист: передумови та інструменти

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. [Пам'ятка щодо розгляду питань захисту цивільного населення]. OCHA, 2016. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence. [Посилення захисту цивільних осіб під час збройних конфліктів та інших ситуацій насильства]. ICRC, 2017. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. [Огляд примусової міграції FMR 53: Місцеві громади — перший і останній постачальник захисту]. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Gioffi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards.* [Зміцнення захисту під час війни: Пошук професійних стандартів]. ICRC, 2001. <https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards>

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. [Вирощування «дерева захисту» — Захист прав через гуманітарну діяльність — Програми та практики з досвіду роботи на місцях]. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. [Практичне керівництво щодо захисту осіб у надзвичайних ситуаціях природного походження]. IASC, 2011.

www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response.* [Діяльність із захисту: включення захисту цивільних в гуманітарне реагування]. HPG Report 26. ODI, 2007.

<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf>

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). [Захист і підзвітність постраждалому населенню в гуманітарному програмуванні (Попередня настанова Групи директорів з питань надзвичайних ситуацій)]. IASC, 2016.

www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_-aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. [Навчання з інтеграції принципів захисту та настанови для окремих секторів]. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. [Безпека з гідністю: Польовий посібник з інтеграції захисту на рівні громад у гуманітарні програми]. Action Aid, 2009. www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf



Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. [Заява про центральну роль захисту в гуманітарній діяльності]. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protection_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf

Slim, H. Bonwick, A. *Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* [Захист — Посібник Мережі активного навчання щодо підзвітності та ефективності (ALNAP) для гуманітарних організацій]. ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

Стратегії та можливості самозахисту

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. [Місцеві погляди на захист: рекомендації щодо підходу до захисту в гуманітарній діяльності на рівні громад]. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. [Тематичний програмний документ № 8 — Гуманітарний захист: покращення результатів захисту для зменшення ризиків для осіб у гуманітарних кризах, сторінка 24]. DG ECHO, EC, 2016.

ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

Заходи на основі грошових коштів

Guide for Protection in Cash-based Interventions. [Посібник щодо захисту під час заходів із надання грошової допомоги]. UNHCR and partners, 2015.

www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

Особи з інвалідністю

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection. [Включення дітей з інвалідністю до гуманітарної діяльності: захист дітей]. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. [Діяти за принципом мінімальної обізнаності: робота з особами з інвалідністю в умовах вимушеного переселення]. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. [Вашингтонська група зі статистики щодо інвалідності]. 2018. www.washingtongroup-disability.com

Гендерно зумовлене насильство

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners. [Розвиток потенціалу для включення осіб з інвалідністю в програми боротьби з гендерно зумовленим насильством у гуманітарній діяльності: інструментарій для практиків з питань ГЗН]. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. [Рекомендації щодо етики та безпеки для дослідження, документування та моніторингу сексуального насильства в надзвичайних ситуаціях]. WHO, 2007.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors. [Гендерно зумовлене насильство щодо дітей та молоді з інвалідністю: інструментарій для суб'єктів, що займаються захистом дітей]. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016.
www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

Права на житло, землю та майно

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. [Контрольний список щодо прав на житло, землю та майно, а також ширших земельних проблем протягом усього періоду переміщення від надзвичайної ситуації і до відновлення]. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the "Pinheiro Principles". [Довідник із реституції житла та власності біженців та переміщених осіб. Реалізація «Принципів Пінейро»]. Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR, 2007.
www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c.html

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. [Земля та стихійні лиха: керівництво для практиків]. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010.
<https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/>

Внутрішньо переміщені особи

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. [Вирішення проблеми внутрішнього переміщення: Концепція національної відповідальності]. Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005.
<https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/>

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons.* [Захищати чи нехтувати? Щодо більш ефективного підходу ООН до захисту внутрішньо переміщених осіб]. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004.
<https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/>

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. [Рамкова програма щодо довгострокових рішень для внутрішньо переміщених осіб]. IASC, 2010.
www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. [Реалізація спільного реагування на ситуації внутрішнього переміщення: посібник для координаторів ООН з гуманітарних питань та/або постійних координаторів і місцевих працівників]. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf



UN Guiding Principles on Internal Displacement. [Керівні принципи щодо внутрішнього переміщення]. UN Economic and Social Council, 1998. www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html

Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. [Захист, психічне здоров'я та психосоціальна підтримка на рівні громад]. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? [Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка під час гуманітарних криз: що повинні знати керівники програм захисту?] IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

Особи похилого віку

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors. [Гуманітарна діяльність та особи похилого віку: стислий виклад ключової інформації для суб'єктів, що займаються гуманітарною діяльністю]. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

Діти та захист дітей

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. [Посібник для фахівців і осіб, що розробляють політики, щодо правосуддя з питань, пов'язаних з участю дітей-жертв та свідків злочинів]. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. [Комплексні стандарти щодо роззброєння, демобілізації та реінтеграції]. UN-DDR, 2006. www.unddr.org/iddrs.aspx

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. [Міжвідомчі керівні принципи щодо дітей без супроводу та дітей, розлучених із сім'єю]. ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children. [INSPIRE: сім стратегій для подолання насильства щодо дітей]. WHO, 2016. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. [Паризькі принципи та зобов'язання щодо захисту дітей від незаконного вербування чи їх використання збройними силами або угрупованнями]. UNICEF, 2007. https://www.unicef.org/protection/57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. [Реагування на найгірші форми дитячої праці в надзвичайних ситуаціях]. CPWG, 2010. http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

ВІЛ

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update. [Комплексні рекомендації щодо профілактики, діагностики та лікування ВІЛ і догляду для ключових груп населення. Оновлення]. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. [Впровадження комплексних програм роботи з ВІЛ та ІПСШ для трансгендерних осіб: практичне керівництво для спільних заходів]. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. [Впровадження комплексних програм роботи з ВІЛ та гепатитом С для осіб, які вживають ін'єкційні наркотики: практичне керівництво для спільних заходів]. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions. [Впровадження комплексних програм роботи з ВІЛ/ІПСШ для секс-працівників: практичні підходи від спільних заходів]. WHO, 2013. www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. [Впровадження комплексних програм роботи з ВІЛ/ІПСШ для чоловіків, які мають статеві зносини з чоловіками: Практичне керівництво для спільних заходів]. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. [Спільна заява ООН про припинення дискримінації в закладах охорони здоров'я]. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

Особи ЛГБТКІ та різноманітна сексуальна орієнтація, гендерна ідентичність і самовираження, а також статеві характеристики

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. [Спільна заява ООН щодо припинення насильства і дискримінації стосовно лесбійок, геїв, бісексуалів, трансгендерів та інтерсексуалів (ЛГБТІ)]. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

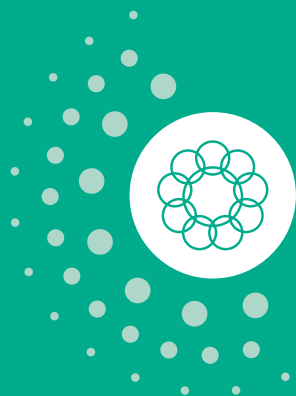
Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. [Злі вулиці: Виявлення та реагування на ризики гендерно зумовленого насильства серед біженців у містах — ЛГБТІ-біженці]. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284>

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. [Навчальний пакет із захисту представників ЛГБТІ спільноти у ситуаціях вимушеного переміщення]. UNHCR, 2015. www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents



The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. [Джок'якартські принципи: Принципи застосування міжнародного права прав людини щодо сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності]. International Commission of Jurists, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. [Робота з лесбійками, геями, бісексуалами, трансгендерами та інтерсексуалами у ситуаціях вимушеного переміщення]. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf



Основний гуманітарний стандарт

Гуманітарна Хартія та Принципи захисту безпосередньо підтримують Основний гуманітарний стандарт. Разом ці три розділи складають принципи та основи Мінімальних стандартів Сфери.



Основний гуманітарний стандарт (рис. 2)

ДОДАТОК: Керівні запитання для моніторингу ключових дій та організаційних обов'язків

Зміст

Основний стандарт і дев'ять зобов'язань.....	56
Зобов'язання 1.....	58
Зобов'язання 2.....	59
Зобов'язання 3.....	63
Зобов'язання 4.....	67
Зобов'язання 5.....	71
Зобов'язання 6.....	74
Зобов'язання 7.....	78
Зобов'язання 8.....	80
Зобов'язання 9.....	85
Додаток: Керівні запитання для моніторингу ключових дій та організаційних обов'язків.....	89
Посилання та додаткова література.....	97



Основний стандарт і дев'ять зобов'язань

У здійсненні гуманітарного реагування зазвичай беруть участь багато організацій та окремих осіб. Тому для забезпечення ефективного реагування розроблені деякі загальні елементи та способи провадження діяльності. За відсутності спільного підходу результати можуть бути непослідовними та непередбачуваними.

Основний гуманітарний стандарт з якості та підзвітності (Core Humanitarian Standard, CHS) визначає дев'ять Зобов'язань, за допомогою яких організації та фізичні особи можуть поліпшувати якість та ефективність гуманітарної допомоги, яку надають. Він також сприяє кращій підзвітності перед громадами і населенням, потерпілими від кризи, працівниками, донорами, урядами та іншими зацікавленими особами. Знаючи про те, які зобов'язання гуманітарні організації взяли на себе, вони зможуть притягати їх до відповідальності за їх виконання. Це добровільна правова основа як для окремих осіб, так і для організацій.

Стандарт застосовується як на рівні реагування, так і на рівні програмування, і на всіх етапах реагування. Водночас, не можна сказати, що певне зобов'язання відповідає конкретному етапу програмного циклу. Деякі зобов'язання більш актуальні для певного етапу циклу, натомість інші, як-от спілкування з постраждалими особами, мають застосовуватись протягом усіх етапів.

Основний гуманітарний стандарт разом із Гуманітарною хартією та Принципами захисту є міцним фундаментом Посібника Сфери і лежить в основі всіх технічних стандартів. У Посібнику містяться перехресні посилання між технічними та основоположними розділами.

Докладну інформацію про Основний гуманітарний стандарт, включно з ресурсами, які допоможуть застосовувати його на практиці, можна знайти на сторінці corehumanitarianstandard.org.

Унікальна структура

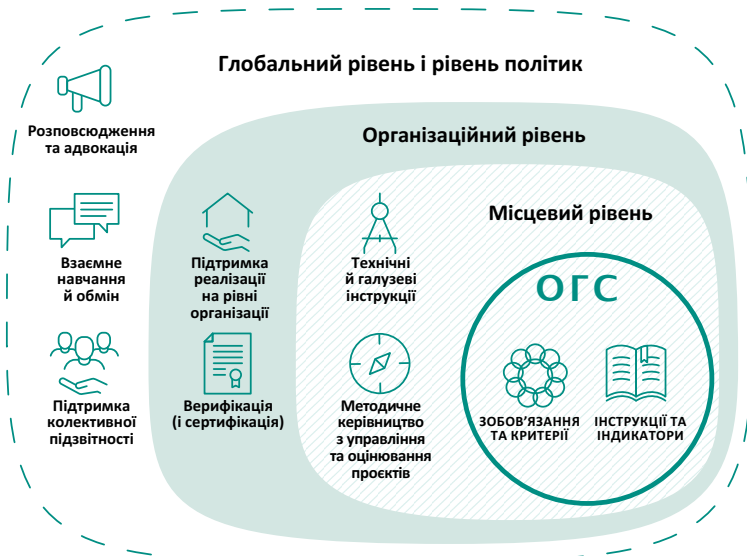
Основний гуманітарний стандарт є результатом спільних зусиль у межах гуманітарного сектору, покликаних об'єднати основні стандарти Сфери, Міжнародного партнерства із забезпечення підзвітності гуманітарної діяльності (Humanitarian Accountability Partnership, HAP), світової мережі організацій People In Aid і Groupe URD в єдину структуру. Тепер розпорядження ним від імені сектору здійснюють Сфера, Альянс Основного гуманітарного стандарту (CHS Alliance) і Groupe URD, які спільно володіють авторськими правами.

Кожне з дев'яти зобов'язань зосереджене на конкретному аспекті гуманітарного реагування. Разом вони формують надійний підхід до ефективної та підзвітної гуманітарної діяльності.

Структура Основного гуманітарного стандарту дещо відрізняється від структури інших стандартів Сфери:

- **Зобов'язання** визначає, чого громади та люди, які постраждали від кризи, можуть очікувати від організацій та окремих осіб, які надають гуманітарну допомогу.
- **Критерій** якості описує, коли зобов'язання є виконаним, і те, що гуманітарна організація та її працівники мають робити, щоб виконати зобов'язання.
- **Показники ефективності** визначають прогрес у виконанні зобов'язань, стимулюють навчання та вдосконалення, а також дають змогу порівнювати їх зі впливом часу і у різних місцях.
- **Ключові дії та організаційні обов'язки** описують, що працівники мають робити, а також політики, процеси та системи, які організації мають запровадити, щоб гарантувати, що їхні працівники надають якісну гуманітарну допомогу згідно з принципами підзвітності.
- **Інструкції** підкріплюють ключові дії та організаційні обов'язки прикладами та додатковою інформацією.
- **Керівні запитання** допомагають у плануванні, оцінюванні та аналізі  *див. Додаток 1.*
- **Посилання** надають додаткову інформацію з конкретних питань.

На схемі нижче показано, як Основний гуманітарний стандарт можна використовувати на різних рівнях. Сфера, Groupe URD і Альянс Основного гуманітарного стандарту пропонують додаткові інструменти, які можна знайти на сторінці corehumanitarianstandard.org.



Застосування Основного гуманітарного стандарту (Рис. 3)

Зобов'язання 1

Громади й особи, які постраждали від кризи, отримують допомогу, яка відповідає їхнім потребам.

Критерій якості

Гуманітарне реагування є належним та відповідає потребам.

Показники ефективності

1. Громади й особи, які постраждали від кризи, вважають, що реагування враховує їхні особливі потреби, культуру та вподобання.
2. Допомога та захист відповідають встановленим ризикам, вразливостям і потребам.
3. Реагування враховує можливості, навички та знання людей, які потребують допомоги й захисту.

Ключові дії

1.1 Систематично, об'єктивно та постійно аналізуйте ситуацію та зацікавлених сторін.

- Оцінюйте роль і спроможність місцевої влади та інших політичних і неpolітичних суб'єктів, а також вплив кризової ситуації на них.
- Оцінюйте наявні на місцевому рівні можливості (матеріальні, людські, ринкові) для задоволення першочергових потреб у допомозі та захисті. Майте на увазі, що вони змінюватимуться з часом.
- Перевіряйте та підтверджуйте інформацію; майте на увазі, що дані початкової оцінки будуть недосконалими, але це не повинно заважати діяльності з порятунку життя.
- Оцінюйте безпеку та захист постраждалого, переміщеного населення та приймаючого населення, щоб виявити загрозу насильства та будь-яких форм примусу, незабезпечення засобів до існування або основних прав людини.
- Оцінюйте гендерну динаміку та динаміку влади, а також маргіналізацію, щоб визначити більш ефективну та стійку програму реагування.
- Працюйте у взаємодії з іншими суб'єктами, щоб не допустити обтяження громад множинним оцінюванням. Спільними оцінками та висновками потрібно поділитися із зацікавленими установами, урядом та населенням, яке постраждало.

1.2 Розробляйте та впроваджуйте відповідні програми на основі об'єктивної оцінки потреб (допомога, захист) і ризиків, а також розуміння вразливостей і можливостей різних груп населення.

- Оцінюйте потреби в захисті та допомозі жінок, чоловіків, дітей і підлітків, осіб, які перебувають у важкодоступних місцях, і груп ризику, зокрема осіб з інвалідністю, осіб похилого віку, соціально ізольованих осіб, домогосподарств, очолюваних жінками, етнічних чи мовних меншин та стигматизованих груп населення (наприклад, осіб, які живуть із ВІЛ).

1.3 Змінюйте програми разом зі зміною потреб, можливостей та ситуації.

- Здійснюйте моніторинг політичної обстановки та адаптуйте аналіз зацікавлених сторін і безпеки.
- Регулярно відстежуйте епідеміологічні та інші дані, щоб інформувати про ухвалені рішення й визначати пріоритетність втручань задля порятунку життя.
- Зберігайте достатню гнучкість, щоб перепроектувати будь-яке втручання відповідно до змін у потребах. Якщо потрібно, переконайтеся, що донори погоджуються зі зміною програми.

Організаційні обов'язки**1.4 Організаційні політики зобов'язують неупереджено надавати допомогу, виходячи з потреб і можливостей громад і осіб, які постраждали від кризи.**

- Організації дотримуються принципів, процесів та систем, які забезпечують відданість гуманітарним принципам та принципу інклюзивності.
- Усі працівники розуміють свої обов'язки й те, як їх можна притягнути до відповідальності.
- Організації в прозорий спосіб діляться цими принципами з іншими зацікавленими сторонами.

1.5 Організаційні політики визначають зобов'язання з урахуванням різноманітності груп населення, представлених у громаді, включно з незахищеними та соціально відчуженими групами, і передбачають збирання даних, дезаггредованих за групами.

- Рівні дезагрегування даних для оцінки та звітності чітко визначені.

1.6 Запроваджено процедури, які забезпечують належний і постійний аналіз ситуації.

- Гуманітарні працівники користуються підтримкою керівництва в отриманні знань, навичок, поведінки та ставлення, необхідних для управління та здійснення оцінки.

**Інструкції**

Оцінка й аналіз — це процес, а не окрема подія. У міру можливості слід проводити глибокий аналіз. Можливості та потреби постраждалих осіб і громад не повинні базуватися на припущеннях — їх визначають шляхом оцінки, яка залучає цих осіб і громади до постійного обговорення для пошуку належної стратегії реагування.

Важливо розглянути можливість проведення базової підготовки з надання першої психологічної допомоги для працівників, які беруть участь в оцінці. Це допоможе працівникам ефективно працювати з людьми, які відчувають сильний стрес під час оцінки.

Слід забезпечити проведення спеціалізованої оцінки для груп, які потенційно зазнають ризиків захисту. Прикладом є спеціалізована оцінка за участі жінок, чоловіків, хлопчиків та дівчаток, щоб зрозуміти, чи піддаються вони насильству, дискримінації та іншим ризикам.

Неупереджена оцінка. Діяти неупереджено не означає ставитися до всіх людей однаково. Надання допомоги, що базується на правах людини, передбачає розуміння різних можливостей, потреб і вразливостей. Люди можуть бути вразливими через дискримінацію на основі індивідуальних факторів, як-от вік, стать, інвалідність, стан здоров'я, сексуальна орієнтація чи гендерна ідентичність, або через те, що вони піклуються про представників інших вразливих груп.

Вразливість. Соціальні фактори, а також фактори, пов'язані з контекстом, можуть підвищити вразливість людей. До цих факторів належать дискримінація та соціальна відчуженість, соціальна ізоляція, негативний вплив на навколишнє середовище, зміни клімату, бідність, відсутність прав землеволодіння, низька якість управління, етнічна належність, клас, каста, релігійні чи політичні переконання тощо.

Наявні можливості. Люди, громади, організації та органи влади, які постраждали від кризи, вже володіють навичками, знаннями та здатністю долати кризові ситуації, реагувати на них і відновлюватися після кризи. Щоб відстоювати право на гідне життя, активно залучайте постраждалих до ухвалення рішень, які можуть на них вплинути. Можливо, доведеться вжити цілеспрямованих заходів для посилення участі зазвичай недостатньо представлених груп: жінок, дітей, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю, мовних чи етнічних меншин.

Дезагрегування даних. Дезагрегування даних відіграє важливу роль для розуміння впливу діяльності або подій на різні групи. Належною є практика, яка заохочує дезагрегування даних щонайменше за статтю, віком та інвалідністю. Додаткові фактори залежать від контексту.

Аналіз дезагрегованих даних сприяє використанню стандартів у контексті та моніторингу. Правильне використання дезагрегованих даних демонструє, хто найбільше постраждав, хто має доступ до допомоги, а в якому випадку потрібно зробити більше, щоб повністю охопити групу ризику [⊕ див. Що таке Сфера?](#).

Постійний аналіз та ефективне використання даних. Системи управління персоналом мають бути достатньо гнучкими, щоб дозволяти швидко набирати та розгортати команди для проведення оцінки. Важливо розподіляти програмні бюджети та ресурси відповідно до потреб. Фінансування має сприяти постійному аналізу потреб у допомозі та захисті, а також зміну та коригування програм, включно із заходами для полегшення доступу до допомоги (інформаційно-роз'яснювальні механізми, доступність об'єктів і комунікації).

Зобов'язання 2

Громади й особи, які постраждали від кризи, мають своєчасний доступ до допомоги, якої вони потребують.

Критерій якості

Гуманітарне реагування є ефективним і своєчасним.

Показники ефективності

1. Громади й особи, які постраждали від кризи, включно з найбільш вразливими групами, вважають, що отримують допомогу й захист своєчасно.

2. Громади й особи, які постраждали від кризи, вважають, що реагування відповідає їхнім потребам.
3. Звіти з моніторингу та оцінки показують, що гуманітарне реагування відповідає поставленим цілям з точки зору вчасності, якості та кількості.

Ключові дії

2.1 Розробляйте програми з урахуванням можливих перешкод для гуманітарної діяльності, що гарантує реальність та безпечність запропонованих для громади дій.

- Чітко визначте та вкажіть будь-які обмеження, пов'язані із неможливістю оцінити та задовольнити потреби конкретної території чи групи населення, включно з важкодоступними місцями.
- Заздалегідь визначте пріоритетність підтримки місцевих можливостей з реагування, якщо планування на випадок надзвичайних ситуацій (contingency planning) показує, що території чи населення вразливі й доступ до них у майбутньому може бути обмеженим.

2.2 Забезпечуйте своєчасне гуманітарне реагування, ухвалюючи відповідні рішення та діючи без зволікань.

- Не забувайте про умови життя, культурні звичаї, пори року, сільськогосподарські календарі та інші фактори, які впливають на надання потрібних послуг у потрібний час.
- Включайте в програмні плани часові межі для систем постачання та моніторингу; передбачайте та позначаєте затримки.
- Визнайте, що на ранніх стадіях гострої кризи рішення ухвалюватимуться на основі недосконалих знань, і що вони уточнюватимуться в міру того, як ставатиме доступною нова інформація.
- Співпрацюйте з іншими суб'єктами для розробки спільних стратегій розв'язання колективних проблем, які блокують своєчасне надання допомоги.

2.3 Будь-які потреби, котрі не вдалося задовольнити, перенаправляйте організації, що мають відповідні технічні можливості та повноваження, або ж уживайте заходів для адвокації необхідності задоволення цих потреб.

- Серед іншого, йдеться про незадоволені потреби в інформації, а також потреби в захисті та допомозі.

2.4 Використовуйте відповідні технічні стандарти й кращі практики гуманітарної діяльності для планування та оцінки програм.

- Застосовуйте національні технічні стандарти (якщо вони існують), адаптовані до гуманітарного контексту.
- Координуйте роботу з відповідними зацікавленими сторонами для адвокації використання узгоджених на глобальному рівні стандартів на доповнення до національних стандартів (включно зі стандартами Сфери і стандартами партнерів у суміжних секторах).



2.5 Здійснюйте моніторинг діяльності, результатів і наслідків гуманітарного реагування для адаптування програм і вирішення проблем неналежного виконання обов'язків.

- Визначте показники ефективності, прив'язані до часу та контексту. Регулярно переглядайте їх, щоб оцінити прогрес у задоволенні потреб у допомозі та захисті.
- Враховуйте прогрес у досягненні цілей і показників виконання на додаток до дій та показників результатів (наприклад, кількості побудованих об'єктів). Здійснюйте моніторинг висновків проекту та бажаних результатів, на кшталт використання об'єктів або змін у практиці.
- Регулярно аналізуйте системи, щоб збирати лише корисну оновлену інформацію про оперативну обстановку (наприклад, функціонування місцевого ринку, зміни в безпековій ситуації).

Організаційні обов'язки

2.6 Програмні зобов'язання відповідають організаційним спроможностям.

- Організаційні політики відображають важливість використання узгоджених гуманітарних технічних стандартів якості та набуття спеціальних знань у вибраних сферах втручання.
- Визначте умови, за яких організація може знадобитися надавати послуги за межами цієї сфери знань, доки це не зможуть робити інші.

2.7 Зобов'язання, передбачені політиками, гарантують:

- a. систематичний, об'єктивний і постійний моніторинг і оцінку діяльності та її наслідків;
- b. використання результатів моніторингу та оцінки для адаптації й поліпшення якості програм;
- c. своєчасне ухвалення рішень з відповідним розподілом ресурсів.

Інструкції

Усунення обмежень і реалістичне програмування. Якщо організація не може отримати доступ до населення або задовольнити визначені потреби, вона зобов'язана передати ці потреби відповідним суб'єктам (включно з урядовими та неурядовими суб'єктами) ⊕ див. *Принцип захисту 3*.

Для планування на випадок надзвичайних ситуацій перед кризою потрібно використовувати прогнози та системи раннього попередження, щоб у разі потреби допомогти громадам, органам влади та установам швидко реагувати на ситуацію. Це також допоможе особам, які постраждали, захистити своє майно до того, як їхнє життя та засоби до існування опиняться під загрозою.

Слід розробити процеси ухвалення рішень, які є достатньо гнучкими щоб реагувати на нову інформацію, яка надходить з триваючого оцінювання. В межах організації слід делегувати повноваження із прийняття рішень та розподіляти ресурси якомога ближче до місця реалізації програми допомоги.

Слід документувати рішення та процеси ухвалення рішень, щоб демонструвати прозорість. Усі процеси повинні ґрунтуватися на консультаціях, активній участі інших суб'єктів і координації з ними $\oplus$ див. *Зобов'язання 6*.

Моніторинг діяльності, показників результатів і впливу. Моніторинг є основою для перегляду проєктів, перевірки застосування критеріїв відбору та визначення того, чи досягає допомога осіб, які її найбільше потребують. Слід документувати будь-які зміни в програмі, які є результатом моніторингу, і впровадити системи моніторингу, які залучатимуть постраждалих осіб і ключових зацікавлених сторін $\oplus$ див. *Зобов'язання 7*.

Слід використовувати показники моніторингу, які є спільними для всього процесу реагування, якщо такі є.

Ухвалення організаційних рішень. Обов'язки та процеси ухвалення рішень в межах організацій мають бути чітко визначені та зрозумілі, включно з тим, хто є відповідальними особами, з ким слід консультуватися, та яка інформація потрібна для ухвалення рішень.

Організаційні політики, процеси та системи. Організації мають документувати, як гуманітарна діяльність поліпшує результати на основі систематичного й ретельного моніторингу та оцінки. Слід демонструвати, як дані моніторингу та оцінки використовуються для зміни програм, політик і стратегій, посилення готовності та своєчасного підвищення ефективності $\oplus$ див. *Зобов'язання 7*. Сюди можна віднести створення фонду реагування на надзвичайні ситуації або можливість у відповідній ситуації швидко набирати або залучати кваліфікованих працівників.

Зобов'язання 3

Громади й особи, які постраждали від кризи, захищені від негативних наслідків, більш підготовлені до них, стійкі та менш уразливі завдяки гуманітарній діяльності.

Критерій якості

Критерій якості

Гуманітарне реагування посилює місцеву спроможність та уникає негативних наслідків.

Показники ефективності

1. Громади й особи, які постраждали від кризи, завдяки гуманітарній діяльності вважають себе більш спроможними протистояти майбутнім потрясінням і стресам.
2. Місцеві органи влади, лідери та організації, відповідальні за реагування на надзвичайні ситуації, вважають, що їхні можливості були покращені.
3. Громади й особи, які постраждали від кризи, включно з уразливими та маргіналізованими особами, не відчувають негативних наслідків гуманітарної діяльності.



Ключові дії

3.1 Забезпечуйте розробку програм з урахуванням місцевих можливостей, та працюйте над підвищенням стійкості громад і осіб, постраждалих від кризи.

- Проектуйте послуги (наприклад, управління посухами та зведення конструкцій, стійких до повеней, ураганів або землетрусів), які зменшують вплив небезпек.
- Підтримуйте ініціативи самопомогли та заходи з готовності на рівні громади.

3.2 Використовуйте для управління діяльністю результати оцінок будь-яких існуючих загроз та ризиків для громади, а також планів із забезпечення готовності.

- Розумійте та враховуйте потреби й можливості різних груп населення, які піддаються різним рівням ризику.

3.3 Забезпечуйте розвиток потенціалу місцевих лідерів та організацій як перших суб'єктів реагування на кризи в майбутньому, приділяючи особливу увагу незахищеним та маргіналізованим верствам населення.

- Якомога активніше співпрацюйте з органами муніципальної влади та місцевого самоврядування.
- Сприяйте тому, щоб місцеві суб'єкти розглядалися як рівні партнери, наділені свободою розробки та/або управління процесом реагування.
- Підтримуйте ініціативи місцевих груп і організацій як платформу для навчання та нарощування потенціалу з метою поліпшення невідкладного реагування на майбутні кризи.
- Якщо можливо, наймайте працівників з числа місцевого населення, враховуючи його різноманітність, а не іноземців.

3.4 Для забезпечення довгострокових позитивних результатів та мінімізації ризику залежності, стратегію переходу або виходу із кризи слід планувати на ранніх етапах гуманітарної програми.

- Надавайте підтримку для зміцнення наявних державних і громадських систем замість запровадження паралельних зусиль, які триватимуть тільки протягом терміну реагування.

3.5 Розробляйте та впроваджуйте програми, які сприятимуть швидшому відновленню після кризи і принесуть користь місцевій економіці.

- Вживайте заходів з відновлення соціальних послуг, освіти, ринків, механізмів перенаправлення та можливостей забезпечення засобів до існування, які задовольняють потреби вразливих груп населення.
- Максимально враховуйте ринкові умови під час аналізу для визначення форми допомоги (у вигляді готівки, ваучерів чи в натуральній формі), яка матиме найбільш позитивний результат.
- Якщо можливо, купуйте товари та послуги на місцях.
- Наскільки це можливо, пом'якшуйте негативні наслідки для ринку.

3.6 Своєчасно та постійно визначайте потенційні або наявні ненавмисні негативні наслідки, та вживайте відповідних заходів для їх подолання, зокрема за такими напрямками:

- a. захист громади, безпека, гідність і права людини;
- b. сексуальна експлуатація та сексуальне насильство з боку працівників;
- c. культура, гендерні питання, а також соціальні та політичні відносини;
- d. засоби до існування;
- e. місцева економіка;
- f. навколишнє середовище.

Організаційні обов'язки

3.7 Політики, стратегії та керівні принципи розробляються таким чином, щоб:

- a. не допустити існування програм, які можуть негативно вплинути на потерпілі від кризи громади та осіб, наприклад, через експлуатацію, жорстоке поводження або дискримінацію з боку працівників;
- b. посилити місцеву спроможність.

3.8 Упровадження систем, які захищають будь-яку інформацію особистого характеру, отриману від громад та осіб, постраждалих від кризи, розголошення якої може їм зашкодити.

- Слід упровадити чітку та комплексну політику захисту даних, включно з системами електронної реєстрації та розповсюдження.
- Слід інформувати осіб, які отримують допомогу, про їхні права щодо захисту даних, про те, як вони можуть отримати доступ до особистої інформації, яку зберігає про них організація, і про те, як висловити занепокоєння щодо неправомірного використання інформації.



Інструкції

Стійкість громади та місцеві лідери. Громади, місцеві організації та органи влади є першими, хто діє в умовах кризи та має глибоке знання ситуації та конкретних потреб. Ці місцеві суб'єкти мають бути рівноправними партнерами та користуватися свободою розробки чи управління процесом реагування. Для цього міжнародні та місцеві організації мають взяти на себе зобов'язання адаптувати свій спосіб діяльності та брати участь у відкритому діалозі та конструктивній критиці. Якщо можливо, потрібно використовувати місцеву фінансову інфраструктуру/послуги замість створення нових паралельних систем.

Стратегії перехідного періоду та виходу з кризи. У співпраці з органами влади та населенням, яке постраждало, слід якнайшвидше розробити послуги, які надаватимуться після завершення програми реагування в надзвичайній ситуації (наприклад, упровадити заходи з відшкодування витрат, використати доступні на місці матеріали або зміцнити місцевий потенціал з управління).

Негативні наслідки й принцип «Не нашкодь». Висока вартість ресурсів для надання допомоги та впливова позиція гуманітарних працівників можуть призвести до експлуатації та жорстокого поводження, конкуренції, конфліктів

і нецільового використання або привласнення допомоги. Допомога може негативно вплинути на засоби до існування та ринкові системи, спровокувати конфлікт за ресурси і посилити нерівність у владних відносинах між різними групами. Потрібно передбачити ці потенційні негативні наслідки, відстежувати їх та, якщо можливо, вживати запобіжних заходів.

Слід звертати увагу на культурні практики, які можуть мати негативний вплив на певні групи. Наприклад, упередження щодо дівчаток, хлопчиків або певних каст; нерівні можливості для дівчаток в отриманні освіти; відмова від щеплень; інші форми дискримінації або привілейованих умов.

Безпечні та оперативні механізми зворотного зв'язку та подання скарг можуть зменшити жорстоке поводження та нецільове використання допомоги. Працівники повинні вітати та заохочувати пропозиції й скарги. Працівники мають бути навчені, як захищати конфіденційність та перенаправляти сенситивну інформацію, як-от інформацію про експлуатацію та жорстоке поводження.

Сексуальна експлуатація та жорстоке поводження з боку працівників. Усі працівники несуть спільну відповідальність за запобігання експлуатації та жорсткому поводженню. Працівники зобов'язані повідомляти про будь-які випадки жорстокого поводження, які вони підозрюють або свідками яких стають, як у власній організації, так і за її межами. Зауважте, що діти (особливо дівчатка) часто дуже вразливі, і відповідні політики мають чітко захищати дітей від експлуатації та жорстокого поводження ⊕ *див. Зобов'язання 5.*

Негативний вплив на навколишнє середовище. Гуманітарне реагування може погіршити стан навколишнього середовища (наприклад, спричинити ерозію ґрунту, виснаження або забруднення ґрунтових вод, надмірний вилов риби, виробництво відходів і вирубку лісів). Негативний вплив на навколишнє середовище може посилити кризу або рівень уразливості та зменшити стійкість населення до потрясінь.

До заходів зі зменшення негативного впливу на навколишнє середовище належить відновлення лісів, збирання дощової води, ефективне використання ресурсів та етичні політики й практики закупівель. Капітальне будівництво можна виконувати лише після проведення екологічної оцінки ⊕ *див. Зобов'язання 9.*

Організаційна політика запобігання негативним наслідкам і посилення місцевої спроможності. Організаціям рекомендується мати чітко задокументовану політику та систему управління ризиками. Неурядові організації (НУО), які не в змозі систематично боротися з неетичною поведінкою чи корупцією методами власних політик та процедур боротьби із хабарництвом, а також шляхом спільних дій з іншими НУО, збільшують корупційні ризики для інших суб'єктів.

Політики та процедури мають відображати зобов'язання щодо захисту вразливих груп населення та окреслювати шляхи запобігання та розслідування зловживань владою. Ретельні практики підбору, перевірки та найму працівників допоможуть зменшити ризик неправомірної поведінки з боку працівників, а кодекси поведінки мають чітко вказувати, які практики заборонені. Працівники мають офіційно погодитися дотримуватися цих кодексів і бути поінформованими про санкції, які будуть до них застосовані у разі їх порушення ⊕ *див. Зобов'язання 8.*

Захист особистої інформації. Уся особиста інформація, отримана від окремих осіб і громад, має розглядатися як конфіденційна. Особливо це стосується обробки даних, пов'язаних із захистом, повідомлень про порушення, скарг на жорстоке поводження чи експлуатацію та гендерно зумовлене насильство. Системи, які забезпечують конфіденційність, мають критичне значення для запобігання додатковій шкоді ⊕ *див. Принципи захисту і Зобов'язання 5 і 7.*

Широкое використання електронних систем реєстрації та розповсюдження даних в межах гуманітарного реагування підкреслює потребу в чіткій та комплексній політиці захисту даних. Критичне значення мають угоди, які зобов'язують треті сторони, наприклад, банки та комерційні організації, захищати інформацію. Важливо керуватися чіткими вказівками щодо збору, зберігання, використання та видалення даних, які відповідають міжнародним стандартам та місцевим законам про захист даних. Потрібно запровадити системи для зменшення ризику втрати даних. Дані, що вже не потрібні, мають бути знищені.

Зобов'язання 4

Громади й особи, що постраждали від кризи, знають свої права, обізнані щодо допомоги, на яку мають право, а також мають доступ до інформації та беруть участь в ухваленні важливих для них рішень.

Критерій якості

Гуманітарне реагування базується на спілкуванні, участі, зворотному зв'язку (відгуках).

Показники ефективності

1. Громади та особи, які постраждали від кризи, знають свої права.
2. Громади та особи, які постраждали від кризи, вважають, що мають своєчасний доступ до зрозумілої та актуальної інформації, зокрема щодо проблем, які можуть становити для них додаткові ризики.
3. Громади та особи, які постраждали від кризи, задоволені наявними у них можливостями впливати на процес реагування.
4. Усі працівники проходять навчання та отримують настанови щодо прав постраждалого населення.



Ключові дії

4.1 Надавайте громадам і особам, які постраждали від кризи, інформацію про організацію: принципи, яких вона дотримується у своїй діяльності; якої поведінки варто очікувати від її працівників; програми, які вона реалізує; яку допомогу вона надаватиме.

- Слід розглядати саму інформацію як ключовий елемент захисту. Без точної інформації про допомогу та їхні права люди можуть ставати вразливими до експлуатації та жорстокого поводження ⊕ *див. Принцип захисту 1.*
- Надавайте чітку інформацію про те, якої поведінки люди можуть очікувати від гуманітарних працівників і який механізм подання скарг, якщо вони не задоволені.

4.2 Спілкуйтеся тими мовами, у тому форматі й через ті засоби масової інформації, які є легкими для розуміння й культурно прийнятними для різних членів громади, особливо вразливих і маргіналізованих груп.

- Використовуйте наявні системи комунікації та консьольуйтеся з людьми щодо засобів комунікації, яким вони віддають перевагу. Враховуйте ступінь конфіденційності, який потрібно забезпечити для різних форматів і засобів інформації.
- Забезпечуйте ефективне та безпечне використання комунікаційних технологій, як нових, так і старих.

4.3 На всіх стадіях роботи слід забезпечити участь та залучення громад і осіб, які постраждали від кризи.

- Приділяйте увагу групам або особам, які історично були відсторонені від влади та процесів ухвалення рішень. Систематично звертайте увагу на етичні способи взаємодії з цими особами та групами, щоб поважати їхню гідність і уникати посилення стигми.
- Зверніть увагу на баланс між прямою участю громади та непрямим представництвом обраними представниками на різних етапах реагування.

4.4 Підтримуйте громади й осіб, які постраждали від кризи, та допомагайте їм висловитися стосовно якості й ефективності отриманої допомоги, особливо враховуючи стать, вік і етнокультурне різноманіття опитуваних.

- Навчіть працівників завойовувати та зберігати довіру людей, знати, як реагувати на позитивні й негативні відгуки та спостерігати за реакцією різних членів громади на спосіб надання послуг.
- Інтегруйте збирання відгуків до більш широкого підходу, який охоплюватиме різні організації чи сектори, щоб переглядати, аналізувати та діяти на основі цих відгуків.
- Діліться відповідями на відгуки з представниками громади.

Організаційні обов'язки

4.5 Розроблено організаційні політики щодо обміну інформацією та заохочення до відкритого спілкування.

- Визначте й задокументуйте процеси обміну інформацією.
- Намагайтеся відкрито ділитися організаційною інформацією про успіхи та невдачі з зацікавленими сторонами, щоб сприяти загальносистемній культурі відкритості та підзвітності.

4.6 Розроблено організаційні політики щодо залучення громад та осіб, постраждалих від кризи, до обговорення пріоритетів і ризиків, які ті визначають на всіх етапах роботи.

- Слід визначити способи навчання та заохочення працівників, аби сприяти залученню громади, зокрема до ухвалення рішень, як вони повинні враховувати думку різних груп серед постраждалих осіб та працювати із негативними відгуками.

- Розробляйте політики та стратегії для створення простору й часу для діалогу з представниками громади, ухвалення рішень і самопомогги.

4.7 Зовнішні комунікації, включно з тими, які використовуються для фандрейзингу, є перевіреними, етичними та ввічливими й позиціонують постраждалих від кризи громади й осіб як таких, що мають почуття власної гідності.

- Діліться інформацією на основі оцінки ризиків. Враховуйте потенційну шкоду для населення, наприклад у разі обміну інформацією про розподіл готівкових коштів або демографічними даними щодо конкретних населених пунктів, що може поставити людей під загрозу атаки.
- Слід обережно використовувати історії та зображення, в яких обговорюються і зображуються постраждалі люди, оскільки це може бути втручанням у їхнє приватне життя та порушенням конфіденційності, якщо робити це без їхнього дозволу ⊕ див. *Принцип захисту 1 щодо інформованої згоди.*

Інструкції

Обмін інформацією з громадами. Обмін достовірною, своєчасною, зрозумілою та доступною інформацією зміцнює довіру, поглиблює рівень участі та посилює вплив проєкту. Це запорука прозорості. Обмін фінансовою інформацією з громадами підвищить економічну ефективність і допоможе громадам виявляти й висвітлювати марнотратство та шахрайство.

Якщо організація неналежним чином ділиться інформацією з людьми, яким прагне допомогти, можуть виникати непорозуміння та затримки, невідповідні проєкти, на які даремно витрачаються ресурси, і негативне сприйняття організації. Наслідком може стати гнів, розчарування та невпевненість.

Ефективне, безпечне, доступне та інклюзивне спілкування. Різні групи мають різні комунікаційні та інформаційні потреби та джерела. Вони можуть потребувати часу для розмови між собою в безпечній приватній обстановці, щоб обміркувати інформацію та її наслідки.

Інформована згода. Варто мати на увазі, що деякі люди можуть висловити згоду, повністю не розуміючи її наслідків. Хоч це й не ідеальний підхід, але певний ступінь згоди та участі спершу має припускатися на підставі висловленої готовності брати участь у проєктній діяльності, через спостереження, знання або юридичні та інші документи (як-от угоди з громадою) ⊕ див. *Принцип захисту 1.*

Участь і залучення. Слід консультиватися з постраждалими особами та місцевими установами на ранніх етапах реагування, щоб спиратися на наявні знання та розвивати позитивні, шанобливі взаємини. Краще виділити час для попередніх консультацій, ніж усувати наслідки помилкових рішень пізніше. На ранніх стадіях реагування на гостру кризу консультації можливі лише з обмеженою кількістю постраждалих осіб. З часом з'являться можливості для залучення більшої кількості осіб і груп до процесу ухвалення рішень.

Слід зауважити, що в деяких конфліктних ситуаціях заохочення групових обговорень і ухвалення рішень може розглядатися як форма політичної організації та може нашкодити місцевому населенню. Потрібно розглядати різні методи посилення взаємодії громади із системою зворотного зв'язку, включно з використанням опитувальників для громад.



Зворотний зв'язок. Формальний зворотний зв'язок можна отримати шляхом спеціального оцінювання (з використанням групових обговорень чи інтерв'ю), моніторингу після розподілу допомоги або анкетування. Неформальний зворотний зв'язок, отриманий під час щоденної взаємодії, також потрібно використовувати для поглиблення довіри та постійного вдосконалення програм. Слід отримати відгуки про те, чи відчують жінки, чоловіки, дівчатка та хлопчики повагу та чи задоволені вони своїм впливом на ухвалення рішень. Люди можуть бути задоволені наданою допомогою, але незадоволені своїм впливом на ухвалення рішень.

Люди можуть боятися, що критика у відгуку матиме для них негативні наслідки. Також можуть існувати культурні причини, через які критикувати втручання є неприйнятним. Потрібно розглянути різні методи надання неформального і формального зворотного зв'язку, включно з методами конфіденційного обміну зворотним зв'язком.

Слід розробити механізми зворотного зв'язку з іншими установами та переконатися, що вони доступні для всіх людей. Їх потрібно розглядати окремо від механізмів подання скарг у разі серйозних порушень практики чи поведінки $\oplus$ *див. Зобов'язання 5*, попри те, що на практиці типи зворотного зв'язку і скарг зазвичай збігаються. Слід врахувати й відреагувати на отримані відгуки, а також у разі потреби внести відповідні зміни до програми. Також інтегруйте механізми зворотного зв'язку в системи моніторингу та оцінювання організацій.

Сприяння розвитку культури відкритого спілкування. Організації мають публічно заявляти (на своєму веб-сайті або в рекламних матеріалах, доступних для постраждалих осіб) про свої особливі інтереси, як-от політичні чи релігійні погляди. Це дасть змогу зацікавленим сторонам краще зрозуміти характер організації, її ймовірну належність і політики.

Організаційне зобов'язання залучати громади та дослухатися до них. Гендерна політика та політика різноманітності допомагають просувати цінності та зобов'язання організації та надавати конкретні приклади очікуваної поведінки. Зворотний зв'язок від постраждалих осіб також має бути джерелом інформації для розробки стратегій та програм.

Обмеження доступу до інформації, конфіденційність і нерозголошення. Не вся інформація може або має передаватися всім зацікавленим сторонам. Потрібно обмірковувати, як збирання інформації, яка може ідентифікувати групи (демографічні дані) або окремих осіб, може зумовити чи посилити вразливість цих осіб або створити нові загрози їхній безпеці $\oplus$ *див. Принципи захисту*.

Етичний підхід до зовнішніх комунікацій. Фандрейзингові матеріали і фотографії, вирвані з контексту, часто можуть вводити в оману, а також збільшують ризики для безпеки. Політики та вказівки щодо зовнішніх комунікацій мають бути доступними для всіх працівників і забезпечувати уникнення помилок.

Деталі, додані до зображень і включені в історії, не повинні давати змогу відстежити належність осіб (особливо дітей) до певного місця проживання чи громади. Під час фотографування потрібно вимкнути геолокацію.

Зобов'язання 5

Громади й особи, які постраждали від кризи, мають доступ до безпечних та дієвих механізмів розгляду скарг.

Критерій якості

Скарги вітаються та опрацьовуються.

Показники ефективності

1. Громади та особи, які постраждали від кризи, включно з вразливими та соціально відчуженими групами, знають про спеціально створені для них механізми подання скарг.
2. Громади та особи, які постраждали від кризи, вважають механізми реагування на скарги доступними, ефективними, конфіденційними та безпечними.
3. Скарги розглядають, порушені в них питання вирішують, а про результати повідомляють скаржнику протягом встановленого часу.

Ключові дії

- 5.1 **Слід проводити консультації з громадами й особами, які постраждали від кризи, щодо планування, впровадження та перевірки процедур розгляду скарг.**
 - Інформацію слід дезагрегувати за статтю, віком та статусом інвалідності, адже ці критерії можуть впливати на погляди людей щодо доступу до механізмів подання скарг та перешкод.
 - Слід узгодити порядок подання скарг, те, що може завадити людям і працівникам подати скарги, і як вони хочуть отримувати відповідь на скарги. Обміркуйте порядок реєстрації та відстеження скарг, а також те, як отримані з них дані буде використано в майбутньому плануванні.
 - Розгляньте спільні механізми подання скарг з іншими агентствами, партнерами та сторонніми підрядниками.
 - Слід провести інструктаж для працівників щодо механізму розгляду скарг.
- 5.2 **Вітайте подання скарг, інформуйте про можливості оцінки механізму подання скарг та перелік питань, який можна за його допомогою вирішити.**
 - Розгляньте можливість проведення інформаційної кампанії, яка допоможе підвищити обізнаність щодо системи та процедур подання скарг, під час якої люди зможуть ставити додаткові запитання про те, як вона працюватиме.
- 5.3 **Своєчасно, справедливо та належним чином розглядайте скарги, віддаючи на всіх етапах пріоритет безпеці скаржника та всіх постраждалих осіб.**
 - Розглядайте кожну скаргу окремо, навіть якщо декілька скарг стосуються схожих питань.
 - Надавайте відповідь у визначений термін. Скаржник має знати, коли чекати на відповідь.
 - Розгляньте можливість здійснення управління системою розгляду скарг на рівні громади або залучення громади до неї.



Організаційні обов'язки

5.4 Упроваджено та документально оформлено процедури розгляду скарг від громад і осіб, які постраждали від кризи. Цією процедурою має бути передбачено вирішення питань якості виконання програми, питань сексуальної експлуатації та жорстокого поводження та інших зловживань владою.

- Слід вести записи про принцип дії механізму подання скарг, критерії ухвалення рішень, усі подані скарги, як на них було надано відповідь і протягом якого часу.
- Слід дбати про збереження конфіденційності інформації про скарги відповідно до політики захисту даних.
- Слід розробляти механізми подання скарг у співпраці з іншими організаціями, адже це допоможе уникнути плутанини для громади та працівників.

5.5 Упроваджено корпоративну культуру, згідно з якою скарги ретельно розглядаються, а дії щодо них здійснюються відповідно до встановлених політик і процедур.

- Необхідно публічно повідомляти про політики, які стосуються обов'язків організації піклуватися про осіб, яким вона прагне допомогти, її кодекси поведінки та те, як вона захищатиме потенційно вразливі групи, наприклад жінок, дітей та осіб з інвалідністю.
- Слід упровадити формальні процедури розгляду скарг відповідно до принципів конфіденційності, незалежності та поваги. Розгляд має здійснюватися ретельно, своєчасно та професійно, із дотриманням правових стандартів і вимог місцевого трудового законодавства. Необхідно провести навчання для відповідальних осіб щодо розгляду скарг і реагування на неправомірну поведінку працівників або забезпечити можливість звернення до спеціалістів.
- Слід розробити порядок розгляду скарг і політику щодо викривачів для розгляду скарг від працівників і довести їх до відома працівників.

5.6 Громади й особи, що постраждали від кризи, повністю обізнані щодо правил поведінки працівників гуманітарної організації, включно з організаційними зобов'язаннями щодо недопущення з їхнього боку сексуальної експлуатації та жорстокого поводження.

- Необхідно пояснити громадам і працівникам процес подання скарг. Мають бути передбачені механізми розгляду сенситивних питань (наприклад, питань корупції, сексуальної експлуатації та жорстокого поводження, тяжких порушень або зловживання службовим становищем) і несенситивної інформації (наприклад, труднощів під час використання критеріїв відбору).

5.7 Скарги, які не стосуються сфери діяльності організації, перенаправляються до відповідної установи у спосіб, що узгоджується з передовими практиками.

- Слід уточнити вказівки щодо того, які скарги належать до компетенції організації, а також коли та як звертатися до інших постачальників послуг.

Інструкції

Розробка механізму подання скарг. Перш ніж обрати найкращий спосіб взаємодії з громадами, потрібно оцінити соціальну динаміку та динаміку влади. Зверніть увагу на потреби осіб похилого віку, жінок і дівчаток, хлопчиків і чоловіків, осіб з інвалідністю та інших маргіналізованих осіб. Переконайтеся, що вони мають право голосу під час розробки та впровадження систем подання скарг.

Підвищення обізнаності про порядок подання скарг. Знадобляться час і ресурси, щоб переконатися, що постраждалі особи знають, яких послуг, ставлення від працівників та поведінки вони можуть очікувати від гуманітарних організацій. Вони також мають знати, що робити і куди подати скаргу, якщо гуманітарна організація не виконала цих зобов'язань.

Механізм має бути розроблений так, щоб люди могли бути впевнені, що вони завжди можуть подати скаргу конфіденційно та без страху помсти.

Потрібно управляти очікуваннями, адже громади можуть вірити, що процес подання скарг може усунути всі їхні проблеми. Наслідком цього може стати розчарування, особливо якщо очікувані зміни знаходяться поза контролем організації.

Робота зі скаргами. Скаржнику необхідно чітко пояснити, що скарга виходить за межі контролю та відповідальності організації. Якщо це можливо, та за погодженням зі скаржником, слід перенаправити скаргу до відповідної організації. Слід координувати роботу з іншими установами та секторами, щоб забезпечити ефективну роботу системи.

До розгляду заяв про сексуальну експлуатацію та жорстоке поводження з боку гуманітарних працівників слід допускати тільки навчених працівників.

Відповідно до побажань скаржників слід здійснювати конфіденційне перенаправлення для отримання додаткової допомоги та підтримки (наприклад, підтримки психічного здоров'я та психосоціальної допомоги або іншої медичної допомоги).

Особливу проблему становлять анонімні та зловмисні скарги, адже їх джерело невідоме. Вони можуть стати для організації попереджувальним сигналом щодо прихованого невдоволення, і для подальшого розслідування доведеться з'ясувати, чи існує непомічена до цього часу причина для скарги.

Захист скаржників. Потрібно максимально обережно визначати, хто і яку інформацію мусить знати в організації. Особи, які повідомляють про сексуальне насильство, можуть зазнавати соціальної стигматизації та стикатися з реальною небезпекою з боку зловмисників і навіть власних сімей. Необхідно розробити механізм, який гарантуватиме конфіденційний розгляд скарг. Потрібно також упровадити політику повідомлення про підозри у вчиненні неправомірних дій, щоб захистити працівників, які висловлюють занепокоєння щодо програм або поведінки колег.

Політика захисту даних має регулювати питання тривалості зберігання певних типів інформації відповідно до законодавства про захист даних.

Процес розгляду скарг. Переконайтеся, що і працівники організації, і громади, які вона обслуговує, мають можливість подавати скарги. Такі скарги можна розглядати як можливість для розвитку організації та поліпшення її роботи. Скарги



можуть вказувати на вплив і доцільність втручання, потенційні ризики та вразливість, а також на ступінь задоволеності людей наданими послугами.

Сексуальна експлуатація та жорстоке поводження (Sexual Exploitation and Abuse, SEA) щодо осіб, які постраждали від кризи. Організація та її вище керівництво несуть відповідальність за наявність механізмів і процедур подання скарг, а також за їх безпечність, прозорість, доступність і конфіденційність. У відповідних випадках організації мають розглянути питання про включення конкретних положень про співпрацю під час розслідувань справ щодо сексуальної експлуатації та жорстокого поводження у свої угоди про партнерство.

Організаційна культура. Менеджери та вище керівництво мають моделювати культуру взаємної поваги між усіма працівниками, партнерами, волонтерами та особами, які постраждали від кризи та сприяти її розвитку. Їхня підтримка має критичне значення для впровадження механізмів подання скарг представниками громади. Працівники мають вміти розглядати скарги або заяви про жорстоке поводження. У разі злочинної діяльності або порушення міжнародного права працівники мають знати, як зв'язатися з відповідними органами. Організації, які мають партнерів, мають домовитися про те, як подавати та розглядати скарги (зокрема й взаємні).

Поведінка персоналу та кодекси поведінки. Організації мають упровадити кодекс поведінки для працівників. Цей кодекс має бути схвалений вищим керівництвом і оприлюднений. Політика захисту дітей має поширюватися на всіх працівників і партнерів. Також мають проводитися ввідні інструктажі та навчання щодо очікуваних стандартів поведінки. Працівники мають знати та розуміти наслідки порушення кодексу поведінки ⊕ див. *Зобов'язання 3 і 8.*

Зобов'язання 6

Громади й особи, які постраждали від кризи, отримують скоординовану та взаємодоповнювану допомогу.

Критерій якості

Гуманітарне реагування координується та є взаємодоповнюваним.

Показники ефективності

1. За допомогою скоординованих дій, організації зводять до мінімуму кількість прогалин і дублювання, виявлених постраждалими громадами та партнерами.
2. Організації, які здійснюють гуманітарне реагування, включно з місцевими організаціями, обмінюються відповідною інформацією за допомогою формальних і неформальних механізмів координації.
3. Організації координують оцінку потреб, надання гуманітарної допомоги та моніторинг реалізації програм допомоги.
4. Місцеві організації повідомляють про належну участь та представництво в механізмах координації.

Ключові дії

- 6.1** **Визначте ролі, обов'язки, можливості та інтереси різних зацікавлених сторін.**
- Слід розглянути можливість співпраці для оптимізації спроможності громад, урядів країни перебування, донорів, представників приватного сектору та гуманітарних організацій (місцевих, національних, міжнародних) із різними повноваженнями та досвідом.
 - Запропонуйте та проводьте спільні попередні оцінки, тренінги та оцінювання між організаціями та іншими зацікавленими сторонами для забезпечення більш узгодженого підходу.
- 6.2** **Переконайтесь, що гуманітарне реагування доповнює допомогу, надану центральними й місцевими органами влади та іншими гуманітарними організаціями.**
- Слід пам'ятати, що загальне планування та координація зусиль із надання допомоги є обов'язком уряду країни перебування. Гуманітарні організації відіграють важливу роль у підтримці функцій держави з реагування та координації.
- 6.3** **Беріть участь у роботі відповідних координаційних органів та співпрацюйте з іншими суб'єктами для того, щоб скоротити перелік вимог до громади та збільшити масштаб і спектр послуг в гуманітарній діяльності.**
- Вживайте заходів для адвокації застосування та дотримання визнаних стандартів якості та настанов шляхом координації. Використовуйте координаційні органи для контекстуалізації гуманітарних стандартів, особливо показників, для спільного моніторингу й оцінки діяльності та загальних заходів з гуманітарного реагування.
 - Визначте обсяг діяльності та зобов'язань, а також будь-які дублювання з іншими координаційними органами та те, як їх вирішувати, наприклад, з погляду підзвітності, координації гендерної політики та захисту.
- 6.4** **Обмінюйтеся інформацією з партнерами, координаційними групами та іншими зацікавленими суб'єктами через відповідні канали зв'язку.**
- Поважайте використання місцевої мови (мов) під час зустрічей та іншого спілкування. Визначте перешкоди у спілкуванні, щоб надати місцевим суб'єктам можливість участі.
 - Слід спілкуватись зрозумілою мовою та уникати жаргону й просторіччя, особливо коли інші учасники не розмовляють цією мовою.
 - У разі потреби слід забезпечити усний і письмовий переклад.
 - Обирайте місце проведення зустрічей так, щоб у них могли брати участь місцеві суб'єкти.
 - Працюйте з мережами місцевих організацій громадянського суспільства, щоб переконатися, що думки їхніх учасників враховано.



Організаційні обов'язки

6.5 Організаційні політики та стратегії передбачають чітке зобов'язання щодо координації та співпраці з іншими суб'єктами, зокрема з центральними та місцевими органами влади, з дотриманням гуманітарних принципів.

- Слід включити координацію в організаційну політику та стратегію забезпечення ресурсами. Організація повинна задекларувати, як вона співпрацюватиме з партнерами, владою країни перебування та іншими гуманітарними чи негуманітарними суб'єктами.
- Працівники, які представляють організацію на координаційних зустрічах, повинні мати відповідну інформацію, навички та повноваження для участі в плануванні та ухваленні рішень. Важливо чітко сформулювати координаційні обов'язки в посадових інструкціях працівників.

6.6 Співпраця з партнерами регулюється чіткими й послідовними угодами, які поважають повноваження, обов'язки й незалежність кожного з партнерів і визначають їхні відповідні обмеження та зобов'язання.

- Місцеві та національні організації залучають або співпрацюють з партнерами, з якими мають спільне розуміння організаційних повноважень, взаємних ролей та обов'язків для ефективної і відповідальної діяльності.

Інструкції

Робота з приватним сектором. Приватний сектор може забезпечити комерційну ефективність, додатковий досвід і ресурси для гуманітарних організацій. Обмін інформацією потрібен щонайменше для уникнення дублювання та сприяння передовим гуманітарним практикам. Переконайтеся, що підприємства-партнери дотримуються основних прав людини і не мають історії сприяння нерівності чи дискримінаційній практиці. Партнерство з приватним сектором має забезпечувати явні вигоди для осіб, які постраждали від кризи, але варто визнавати і те, що суб'єкти приватного сектору можуть мати власні додаткові цілі.

Цивільно-військова координація. Гуманітарні організації мають чітко відрізнятися від військових структур, щоб уникати будь-якого реального чи уявного зв'язку з політичними чи військовими програмами, які можуть звести нанівець неупередженість, незалежність, довіру, безпеку та доступ до постраждалого населення.

Збройні сили мають особливі знання і ресурси, зокрема й пов'язані з безпекою, логістикою, транспортом і зв'язком. Водночас, будь-які зв'язки з військовими органами мають використовуватися та здійснюватися гуманітарними організаціями відповідно до затверджених інструкцій [⊕ див. Що таке Сфера? Гуманітарна хартія і Принципи захисту](#). Деякі організації підтримуватимуть мінімальний діалог з військовими для забезпечення ефективної роботи, а інші можуть розвивати тісніші зв'язки.

Трьома ключовими елементами цивільно-військової координації є обмін інформацією, планування та розподіл завдань. Діалог має відбуватися повсякчас, у всіх контекстах і на всіх рівнях.

Додаткова допомога. Місцеві організації, місцеві органи влади та мережі громадянського суспільства мають багатий досвід, що впливає з конкретного

контексту. Їм може знадобитися підтримка для відновлення роботи після кризи, і їх потрібно залучати до координації заходів з реагування.

Якщо влада є стороною конфлікту, гуманітарні організації мають використовувати власні судження щодо незалежності влади, але центральним елементом ухвалення рішень залишатимуться інтереси постраждалого населення.

Координація. Міжгалузева координація може задовольняти потреби людей цілісно, а не ізольовано. Наприклад, координація послуг щодо підтримання психічного здоров'я та психосоціальної допомоги має здійснюватися між секторами охорони здоров'я, захисту та освіти, наприклад, через технічну робочу групу, що складається з відповідних спеціалістів.

Особи, відповідальні за координацію, несуть відповідальність за те, щоб зустрічі та обмін інформацією були добре організовані, ефективні та орієнтовані на результат. Місцеві суб'єкти можуть не брати участь у координаційних механізмах, якщо через мову чи місце розташування їм здаватиметься, що ті стосуються лише міжнародних організацій. Можуть знадобитися національні та субнаціональні механізми координації, які мусять мати чіткий порядок звітності.

Участь у механізмах координації до настання надзвичайної ситуації допомагає встановити стосунки та полегшує координацію під час реагування. Відтак, слід пов'язати структури координації під час надзвичайних ситуацій із довгостроковими планами розвитку та координаційними органами, якщо вони існують.

Міжнародні міжвідомчі механізми координації під час надзвичайних ситуацій мають підтримувати національні механізми координації. У сфері допомоги біженцям механізм координації має бути таким, як використовується в УВКБ ООН.

Обмін інформацією (включно з фінансовою) між різними зацікавленими сторонами та різними механізмами координації підвищує ймовірність виявлення програмних прогалин або дублювання.



Робота з партнерами. З партнерами можуть існувати різні типи домовленостей, починаючи від суто договірних і закінчуючи спільним ухваленням рішень і спільними ресурсами. Поважайте повноваження і бачення партнерської організації та її незалежність. Визначіть можливості для взаємного навчання та розвитку. Визначіть, що обидві сторони можуть отримати від партнерства, поглиблюючи свої знання та розширюючи можливості і забезпечуючи кращу готовність до реагування та більш різноманітні варіанти його здійснення.

Довгострокова співпраця між місцевими та національними організаціями громадянського суспільства та міжнародними організаціями допоможе всім партнерам поглибити свої знання та потенціал, а також забезпечити кращу готовність до реагування та більш різноманітні варіанти реагування.

Зобов'язання 7

Громади й особи, які постраждали від надзвичайних ситуацій або конфліктів, можуть розраховувати на допомогу найкращої якості, оскільки організації постійно вчаться на власному досвіді та відгуках про свою роботу.

Критерій якості

Суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, постійно навчаються та вдосконалюються.

Показники ефективності

1. Громади та особи, які постраждали від кризи, вказують на поліпшення з часом допомоги та захисту, які вони отримують.
2. Вдосконалено заходи з допомоги та захисту завдяки досвіду, отриманому під час поточного гуманітарного реагування.
3. Допомога й захист відображають досвід інших випадків реагування.

Ключові дії

7.1 Під час розробки програм враховуйте набуті знання й досвід роботи.

- Слід розробити системи моніторингу, які є простими та доступними, визнаючи, що інформація має бути репрезентативною для різних груп і чітко вказувати на те, хто отримав користь від попередніх програм, а хто ні.
- Поруч із успіхами слід брати до уваги і невдачі.

7.2 Вчіться, впроваджуйте нововведення та зміни, беручи до уваги результати моніторингу, оцінок, зворотного зв'язку і розглянутих скарг.

- Використовуйте відкриті слухання та інші якісні підходи до участі. Особи, які постраждали від кризи, є найкращим джерелом інформації про потреби та зміни обстановки.
- Обмінюйтесь набутими знаннями з громадами та обговорюйте їх . Дізнайтеся, що вони хотіли б зробити інакше та як посилити свою роль в ухваленні рішень або управлінні.

7.3 Діліться досвідом і нововведеннями із працівниками організації, громадами і особами, які постраждали від кризи, та іншим зацікавленим сторонами.

- Надавайте інформацію, зібрану під час моніторингу та оцінки, у доступному форматі, який дає змогу обмінюватися інформацією та ухвалювати рішення
⊕ див. Зобов'язання 4.
- Визначте шляхи підтримки навчання в рамках системи в цілому.

Організаційні обов'язки

7.4 Розроблено політики, які стосуються оцінки та навчання, а також можливостей для вивчення досвіду інших та вдосконалення чинних практик.

- Організації включають до циклу навчання проведення аналізу ефективності та плани удосконалення, які ґрунтуються на вимірюваних об'єктивних показниках.

- Усі працівники розуміють свою відповідальність щодо моніторингу прогресу своєї роботи та того, як навчання може сприяти їхньому професійному розвитку.

7.5 Упроваджено механізми документування досвіду й знань, доступні для широкого користування працівниками організації.

- Навчання в організації призводить до практичних змін (поліпшення стратегій оцінювання, реорганізації команд задля більшої згуртованості та чіткішого формулювання обов'язків під час ухвалення рішень тощо).

7.6 Організація сприяє навчанню та впровадженню нововведень стосовно гуманітарного реагування як серед своїх працівників, так і в гуманітарному секторі.

- Збирайте та публікуйте звіти про гуманітарне реагування, включно з основними засвоєними уроками та рекомендаціями щодо перегляду практики під час майбутніх заходів з реагування.

Інструкції

Навчання на власному досвіді. Різні підходи та методи відповідають різним цілям ефективності, навчання та підзвітності:

Моніторинг — збирання регулярних наборів даних про проектну діяльність і ефективність можна використовувати для коригування курсу. Використовуйте якісні та кількісні дані для моніторингу та оцінки; здійснюйте триангуляцію даних і зберігайте узгоджені записи. Розгляньте етику того, як відбувається збирання, управління даними та звітність. Визначте, які дані збирають та як вони представлені у контексті цілей їхнього використання та користувачів даних. Не збирайте дані, які не плануєте аналізувати чи використовувати.

Огляди в режимі реального часу — разові оцінювальні вправи, в яких беруть участь особи, які працюють над проектом; можуть бути використані для коригування курсу.

Зворотний зв'язок/відгуки — інформація, отримана від постраждалих осіб, не обов'язково структур; може бути використана для коригування курсу. Саме особи, які постраждали від кризи, можуть найкраще оцінити зміни у своєму житті.

Аналіз вжитих заходів — разові вправи за участю осіб, які працюють над проектом; проводяться після завершення проекту. Визначають елементи, які потрібно зберегти чи змінити в майбутніх проєктах.

Оцінювання — формальна діяльність для об'єктивного визначення цінності дій, проєкту чи програми, яка зазвичай здійснюється третіми сторонами, може відбуватися в режимі реального часу (для коригування курсу) або після завершення проєкту, щоб забезпечити навчання для подібних ситуацій та бути основою для політики.

Дослідження — систематичне вивчення конкретних визначених питань, пов'язаних з гуманітарною діяльністю, які зазвичай використовуються для формування політики.

Інновації. Реагування на кризу часто призводить до розробки інновацій, адже люди та організації адаптуються до мінливого середовища. Особи, які постраждали від кризи, впроваджують інновації, адаптуючись до власних мінливих



обставин; вони можуть отримати вигоду від підтримки, яка залучає їх більш систематично до процесів інновацій та розвитку.

Співпраця та обмін засвоєними уроками. Спільне навчання з іншими установами, урядовими та неурядовими організаціями та освітніми організаціями є професійним обов'язком і може надати нові перспективи та ідеї, а також забезпечити максимальне використання обмежених ресурсів. Співпраця також допомагає зменшити тягар проведення повторних оцінок в одній громаді.

Вправи для взаємного навчання використовуються різними організаціями, і їх можна проводити для моніторингу прогресу в режимі реального часу або як аналітичну вправу після кризи.

Мережі та спільноти фахівців-практиків (включно з науковими колами) можуть створювати можливості для навчання в групах колег як на місцях під час реагування, так і під час аналізу або навчальних форумів після завершення діяльності. Це може зробити важливий внесок в організаційну практику та навчання в рамках системи в цілому. Обмін інформацією про проблеми та успіхи між колегами допоможе гуманітарним працівникам визначити ризики та уникнути майбутніх помилок.

Особливо корисними є докази, доступні в різних секторах. Вивчення та аналіз доказів між організаціями з більшою ймовірністю сприятиме організаційним змінам, ніж уроки, отримані в межах однієї організації.

Моніторинг, який здійснюють самі особи, які постраждали від кризи, може підвищити прозорість і якість і заохочувати володіння інформацією.

Політики щодо оцінювання та навчання. Систематичне врахування ключових уроків і сфер для вдосконалення відбувається не завжди. Уроки не можна вважати засвоєними, якщо вони не призвели до помітних змін у поточних або майбутніх програмах з реагування.

Управління знаннями та навчання в межах організації. Управління знаннями передбачає збирання, розвиток, обмін, зберігання й ефективне використання знань і навчання в межах організації. Постійний національний персонал часто є запорукою збереження місцевих знань та відносин. Навчання також має поширюватися на національних, регіональних і місцевих суб'єктів і допомагати їм розробляти або оновлювати власні плани готовності до кризових ситуацій.

Зобов'язання 8

Громади й особи, які постраждали від кризи, отримують необхідну їм допомогу від добре організованої команди компетентних працівників та волонтерів.

Критерій якості

Працівників заохочують до ефективної роботи, ставляться до них справедливо та чесно.

Показники ефективності

1. Усі працівники відчувають підтримку своєї організації у виконанні своєї роботи.

2. Дії працівників відповідають поставленим перед ними завданням.
3. Громади й особи, які постраждали від кризи, оцінюють працівників як ефективних з точки зору знань, навичок, поведінки та ставлення.
4. Громади й особи, які постраждали від кризи, знають про гуманітарні кодекси поведінки та про те, як висловлювати занепокоєння щодо порушень.

Ключові дії

8.1 Працівники діють відповідно до повноважень і цінностей організації, а також погоджених цілей і стандартів її діяльності.

- До працівників на різних посадах або рівнях можуть застосовуватися різні умови. Національне трудове законодавство часто визначає статус особи, і його положень потрібно дотримуватись. Усі працівники мають бути обізнані про свій правовий та організаційний статус, національний чи міжнародний.

8.2 Працівники дотримуються політик, які їх стосуються, й усвідомлюють наслідки у разі їх порушення.

- Потреба у ввідному інструктажі та навчанні щодо повноважень організації, її політики та кодексів поведінки стосується будь-яких ситуацій, включно з швидким розгортанням чи масштабуванням гуманітарного реагування.

8.3 Працівники розвивають і використовують важливі особисті й управлінські якості та технічні вміння для виконання своїх обов'язків і розуміють, яким чином організація може підтримати їх у робочому процесі.

- Можливості для формального розвитку працівників можуть бути обмеженими на першому етапі реагування, але керівники мають забезпечити як мінімум ввідний інструктаж і навчання на робочому місці.



Організаційні обов'язки

8.4 Організація забезпечує наявність ефективних керівників, людські ресурси та технічні можливості для виконання своїх програм.

- Слід наймати працівників, які підвищують доступність послуг. Уникайте приводів для дискримінації за ознакою мови, етнічної належності, гендерної ідентичності, інвалідності та віку.
- Заздалегідь обміркуйте, як організація реагуватиме на піки попиту на кваліфікованих працівників. Уточніть ролі та обов'язки на рівні країни, а також внутрішні обов'язки щодо ухвалення рішень та спілкування.
- Уникайте короткострокового залучення працівників, що призводить до високої плинності кадрів, підриває безперервність і якість програми й може призвести до того, що працівники уникатимуть особистої відповідальності за виконання завдань.
- Застосовувати етичні методи найму, щоб уникнути ризику руйнування потенціалу місцевих НУО.
- Розвивайте можливості місцевих працівників, які, ймовірно, залишаться на більш тривалий період часу. У багатомандатних установах працівники, відповідальні за питання розвитку, мають бути навчені та готові до гуманітарного реагування.

8.5 Розроблено справедливі, прозорі, недискримінаційні політики щодо персоналу, які відповідають місцевому законодавству про зайнятість.

- Організаційна політика та практика сприяють збільшенню ролі національного персоналу на рівні управління та керівництва для забезпечення безперервності, інституційної пам'яті та більш відповідних контексту програм реагування.

8.6 Розроблено посадові інструкції, перелік обов'язків та схеми зворотного зв'язку, які дають працівникам чітке розуміння того, що від них вимагається.

- Посадові інструкції є точними та оновлюються.
- Працівники розробляють індивідуальні цілі щодо робочих прагнень і компетенцій, які зафіксовано в плані розвитку.

8.7 Упроваджено кодекс поведінки, який зобов'язує працівників, як мінімум, не експлуатувати людей, не допускати жорстокого ставлення та проявів дискримінації.

- Кодекс поведінки організації є зрозумілим, належним чином підписаним і працівники дотримуються його. Усім представникам організації (включно з працівниками, волонтерами, партнерами та підрядниками) зрозуміло, які стандарти поведінки очікуються від них та якими будуть наслідки в разі порушення кодексу.

8.8 Розроблено політики, які надають працівникам підтримку в професійному зростанні.

- Організації мають упровадити механізми перевірки продуктивності працівників, оцінки прогалин у потенціалі та розвитку талантів.

8.9 Розроблено політики, які гарантують працівникам безпеку та добробут.

- Установи виконують обов'язок піклуватися про своїх працівників. Менеджери інформують гуманітарних працівників про ризики та захищають їх від зайвих загроз їхньому фізичному та емоційному здоров'ю.
- Заходи, яких можна вжити, охоплюють ефективне управління безпекою, профілактичні поради щодо здоров'я, активну підтримку розумної тривалості робочого дня та доступ до психологічної підтримки.
- Слід упровадити політику «нульової толерантності» до домагань і жорстокого поводження, включно з сексуальними домаганнями та насильством, на робочому місці.
- Слід розробити цілісні стратегії запобігання та реагування на випадки сексуальних домагань і насильства, з якими стикаються або які вчиняють працівники.

Інструкції

Персонал і волонтери. Будь-який призначений представник організації, включно з національними, міжнародними, постійними або тимчасовими працівниками, а також волонтерами і консультантами, вважається членом колективу.

Організації мають привертати увагу працівників і волонтерів до необхідності підвищення обізнаності про маргіналізовані групи й уникнення стигматизації та дискримінаційного ставлення та практик.

Дотримання організаційних повноважень, цінностей і політик. Очікується, що працівники працюватимуть у межах правового поля, місії, цінностей і бачення організації, які мають бути визначені та доведені до їх відома. Окрім цього ширшого розуміння ролі та способів роботи організації, особа має працювати над особистими цілями та очікуваними результатами, погодженими із керівником.

Організаційна політика має містити чіткі зобов'язання щодо гендерного балансу серед працівників та волонтерів.

Організаційна політика має сприяти створенню робочого середовища, яке є відкритим, інклюзивним і доступним для людей з інвалідністю. Зокрема, йдеться про виявлення та усунення перешкод для доступності на робочому місці; заборону дискримінації за ознакою інвалідності; сприяння рівним можливостям і рівній винагороді за рівну працю; а також забезпечення розумних пристосувань для людей з інвалідністю на робочому місці.

Зовнішні партнери, підрядники та постачальники послуг також мають знати політики та кодекси поведінки, які до них застосовуються, а також наслідки в разі їх недотримання (наприклад, розірвання контрактів).

Стандарти ефективності та розвиток компетенцій. Працівники та роботодавці несуть взаємну відповідальність за розвиток своїх навичок, зокрема управлінських. За допомогою чітких цілей і стандартів ефективності вони мають розуміти, які навички, компетенції та знання потрібні для виконання їхніх поточних функцій. Вони також мають бути обізнані про можливості зростання та розвитку, які можуть бути доступними або обов'язковими. Компетенції можна розвивати завдяки досвіду, навчанню, наставництву чи тренінгам.

Існують різні методи, які можна використовувати для оцінки навичок і поведінки працівників, включно зі спостереженням, аналізом результатів роботи, бесідами з ними та інтерв'ю з їхніми колегами. Регулярна та задокументована оцінка ефективності має дозволити керівникам визначити сфери підтримки та навчання для працівників.

Спроможність персоналу. Системи управління персоналом відрізняються залежно від установи та контексту, але мають базуватися на належній практиці. Їх потрібно розглядати та планувати на стратегічному рівні за підтримки вищого керівництва. Організаційні та проєктні плани мають враховувати потенціал працівників та гендерний баланс. Необхідно мати правильну кількість працівників з відповідними навичками в потрібному місці в потрібний час для досягнення коротко- і довгострокових цілей організації.

Організації мають гарантувати, що рівень компетентності працівників сприятиме тому, що до думки громади дослухатимуться, а ухвалення рішень і вжиття заходів відбуватиметься на рівні громади. Працівники також мають бути готові застосовувати стандартні операційні процедури, оскільки це дає змогу делегувати повноваження на більш високому рівні та забезпечує швидше реагування.

Графіки оцінювання працівників мають бути достатньо гнучкими, щоб охоплювати працівників, які працюють тимчасово, а також тих, хто працює за безстроковими



контрактами. Належну увагу потрібно приділяти вмінно слухати, сприяти залученню громади та діалогу з нею, ухваленню рішень та ініціативам у громаді. Організації-партнери мають домовитися про компетенції, обов'язкові для виконання працівниками узгоджених зобов'язань.

Кадрова політика та процедури. Стиль і складність кадрової політики та процедур залежатимуть від розміру та контексту роботи кожної установи. Якою би простою чи складною не була установа, якщо можливо, працівники мають брати участь у розробці та перегляді цієї політики, щоб забезпечити врахування їхніх поглядів. Існування посібників для працівників сприятиме поглибленню знань щодо політик та наслідків їх недотримання.

Настанови для працівників. Кожен працівник має визначити індивідуальні цілі, які охоплюють його робочі прагнення та компетенції, які він/вона сподівається розвинути, і зафіксувати їх у плані розвитку.

Ефективне реагування залежить не лише від наявності кваліфікованого персоналу, але й від способу управління ним. Дослідження в контексті надзвичайних ситуацій свідчать, що для забезпечення ефективного реагування ефективно управління, системи та процедури є так само важливими, якщо не важливішими, ніж навички працівників.

Захист і добробут. Працівники часто подовгу працюють в умовах ризику та стресу. Обов'язок організації піклуватися про свій національний та міжнародний персонал охоплює дії, спрямовані на сприяння психічному та фізичному добробуту й уникнення тривалого виснаження, вигорання, травм і хвороб.

Менеджери можуть сприяти обов'язку дбайливого ставлення шляхом моделювання належної практики та особистого прикладу щодо дотримання відповідної політики. Гуманітарні працівники також мають брати на себе особисту відповідальність за управління своїм добробутом. Перша психологічна допомога має бути невідкладно доступна працівникам, які пережили або стали свідками надзвичайно тривожних подій.

Навчайте працівників отримувати інформацію про випадки сексуального насильства, яких зазнали їхні колеги. Надавайте доступ до надійних засобів розслідування та стримування, які сприяють довірі та підзвітності. У разі виникнення таких подій, застосовуйте орієнтований на постраждалих підхід до медичної та психосоціальної підтримки, який охоплює визнання вторинного травматичного синдрому. Підтримка має відповідати потребам іноземних та національних працівників.

Фахівець із психічного здоров'я, підібраний з урахуванням культурних і мовних особливостей, має зв'язатися з усіма національними та міжнародними працівниками та волонтерами через один-три місяці після того, як вони пережили потенційно травматичну подію. Спеціаліст має оцінити постраждалу особу та в разі потреби направити її на клінічне лікування.

Зобов'язання 9

Громади й особи, які постраждали від кризи, можуть розраховувати, що організації, які надають їм допомогу, управляють ресурсами ефективно, раціонально та з дотриманням етичних норм.

Критерій якості

Ресурси розподіляються та використовуються відповідально і за призначенням.

Показники ефективності

1. Громади та особи, які постраждали від кризи, знають про бюджети на рівні громад, витрати та досягнуті результати.
2. Громади та особи, які постраждали від кризи, вважають, що наявні ресурси використовуються:
 - a. за призначенням;
 - b. без зловживань або розтрат.
3. Ресурси, отримані для здійснення реагування, використовуються та контролюються відповідно до погоджених планів, цілей, бюджетів і часових рамок.
4. Гуманітарне реагування здійснюється в економічно доцільний спосіб.

Ключові дії

- 9.1 **Розробляйте програми й упроваджуйте процеси для забезпечення ефективного використання ресурсів і досягнення балансу між їх якістю, вартістю та вчасністю на кожному етапі реагування.**
 - Під час раптових криз процедури слід адаптувати так, щоб забезпечити швидше ухвалення фінансових рішень і подолання труднощів (наприклад, у разі відсутності доступних постачальників для проведення конкурентних тендерів).
- 9.2 **Управляйте та використовуйте ресурси за прямим призначенням з метою мінімізації зайвих витрат.**
 - Забезпечте наявність працівників зі спеціальними навичками та систем щодо управління ризиками, пов'язаними із закупівлями, грошовою допомогою та управлінням запасами.
- 9.3 **Здійснюйте моніторинг і звітуйте щодо видатків згідно з бюджетом.**
 - Слід упровадити системи фінансового планування та моніторингу, щоб гарантувати виконання цілей програми, включно з процедурами пом'якшення ключових ризиків управління фінансами.
 - Відстежуйте всі фінансові операції.
- 9.4 **При використанні місцевих ресурсів, в тому числі природних, враховуйте їх вплив на навколишнє середовище.**
 - Слід провести швидку оцінку впливу на навколишнє середовище, щоб визначити ризики і впровадити пом'якшувальні заходи на ранніх етапах реагування або програми.



9.5 Не допускайте проявів корупції, а у разі її виявлення — вживайте належних заходів.

- Слід задокументувати критерії фінансування та його джерела. Обробляйте інформацію про проєкт у відкритий та прозорий спосіб.
- Заохочуйте зацікавлені сторони повідомляти про зловживання владою.

Організаційні обов'язки

9.6 Упроваджено політики та процедури, які регулюють використання ресурсів та управління ними, а також визначають, у який спосіб організація:

- a. **приймає і розподіляє кошти та допомогу в натуральній формі, дотримуючись етичних норм та не порушуючи закон;**
- b. **використовує ресурси відповідально щодо навколишнього середовища;**
- c. **не допускає випадки корупції, шахрайства, конфліктів інтересів та неналежного використання ресурсів і реагує на відповідні випадки;**
- d. **здійснює аудит, перевіряє дотримання вимог та надає прозорі звіти;**
- e. **на постійній основі оцінює, контролює й зменшує ризик;**
- f. **гарантує, що отримані ресурси жодним чином не впливають на її незалежність.**

Інструкції

Ефективне використання ресурсів. Термін «ресурси» стосується ресурсів, потрібних організації для виконання своєї місії. Зокрема, йдеться про кошти, працівників, товари, обладнання, час, землю та навколишнє середовище загалом.

Під час гострих криз часто виникає тиск, що змушує організації швидко реагувати та демонструвати, що вони щось роблять для вирішення ситуації. Це може призвести до слабкого планування проєкту та недостатнього акценту на розгляді різних потенційних програм і фінансових варіантів (наприклад, використання грошової допомоги), які можуть запропонувати краще співвідношення ціни та якості. Втім, підвищений ризик корупції в цих контекстах означає, що важливо забезпечити навчання та підтримку працівників і створити механізми подання скарг для запобігання корупції в межах системи ⊕ *див. Зобов'язання 3 і 5.*

Залучення досвідчених керівників протягом цього періоду допоможе зменшити ризики та знайти баланс між забезпеченням своєчасного реагування, дотриманням стандартів та обмеженням розтрат.

Співпраця та координація між організаціями (та громадами) також сприятимуть більш ефективній допомозі (наприклад, шляхом проведення спільних початкових або заключних оцінок та підтримки міжвідомчих систем реєстрації та логістики).

Наприкінці проєкту активи та ресурси, які залишаться, потрібно буде пожертвувати, продати або повернути у відповідальний спосіб.

Використання ресурсів за призначенням. Усі суб'єкти гуманітарної діяльності підзвітні як донорам, так і постраждалим особам, і повинні мати змогу

продемонструвати, що ресурси використовувалися розумно, ефективно та з користю.

Бухгалтерські записи мають відповідати прийнятим національним та/або міжнародним стандартам і систематично застосовуватися в організації.

Шахрайство, корупція та марнотратство відводять ресурси від тих, хто їх найбільше потребує. Проте і втручання, яке не є ефективним через брак працівників чи ресурсів, не можна назвати підзвітним. Економність не завжди означає баланс ціни та якості. Часто потрібно знайти баланс між економністю, ефективністю та продуктивністю.

Моніторинг і звітність про витрати. Усі працівники несуть спільну відповідальність за забезпечення належного управління фінансами. Рекомендується повідомляти про будь-які підозри щодо шахрайства, корупції або нецільового використання ресурсів.

Вплив на навколишнє середовище та використання природних ресурсів. Заходи гуманітарного реагування можуть негативно впливати на навколишнє середовище. Наприклад, вони можуть призводити до утворення великої кількості відходів, негативно впливати на природні ресурси, виснажувати або забруднювати ґрунтові води й спричиняти вирубку лісів та інші екологічні небезпеки. Екосистеми мають важливе значення для добробуту людей і захищають від природних небезпек. Будь-який вплив на навколишнє середовище потрібно розглядати як міжгалузеву проблему, оскільки він може завдати тривалої шкоди життю, здоров'ю та засобам до існування. Ключовим є залучення постраждалих осіб до цього процесу та приділення уваги їхнім занепокоєнням. Підтримка місцевого управління природними ресурсами має бути інтегрована в процес розробки програм.

Управління корупційними ризиками. Визначення та розуміння корупції неоднакове в різних культурах. Чітке визначення поведінки, яка очікується від працівників (включно з волонтерами) і партнерів, є критично важливим для усунення цього ризику  *див. Зобов'язання 8*. Шанобливе спілкування з членами громади, упровадження механізмів моніторингу на місці та прозорість відносин із зацікавленими сторонами сприятимуть пом'якшенню корупційних ризиків.

Подарунки в натуральній формі можуть створювати етичні дилеми. Дарування подарунків у багатьох культурах є важливою соціальною нормою, і відмова від подарунка може здатися грубістю. Якщо отримання подарунка викликає почуття заборгованості, одержувач має ввічливо відмовитися від нього. Якщо подарунок було прийнято, важливо оголосити про це та обговорити це з менеджером, якщо залишаються сумніви. Зменшити ризики для операційної незалежності та організаційної неупередженості можна шляхом розробки настанов для працівників та заохочення прозорості. Працівники мають бути поінформовані про цю політику та можливі дилеми.

Природні ресурси та вплив на навколишнє середовище. Організації мають взяти на себе зобов'язання дотримуватися екологічно раціональної політики та практики (включно з планом дій та швидкою оцінкою впливу на навколишнє середовище) і використовувати наявні настанови, щоб долати екологічні проблеми в надзвичайних ситуаціях. Політика «зелених закупівель» допомагає пом'якшити



вплив на навколишнє середовище, але нею потрібно управляти так, щоб звести до мінімуму затримки в наданні допомоги.

Корупція та шахрайство. Шахрайство охоплює крадіжки, перенаправлення товарів або майна та фальсифікацію документів, як-от вимог щодо відшкодування витрат. Кожна організація має вести точний облік фінансових операцій, щоб показати, як були використані кошти. Упровадьте системи та процедури для забезпечення внутрішнього контролю фінансових ресурсів і запобігання шахрайству та корупції.

Організації мають підтримувати визнані передові практики фінансового управління та звітності. Організаційна політика також має забезпечувати прозорість і надійність систем закупівель і включати в себе заходи боротьби з тероризмом.

Конфлікти інтересів. Працівники мають забезпечити відсутність конфліктів між цілями організації та їх особистими чи фінансовими інтересами. Наприклад, не можна укладати контракти з постачальниками, організаціями чи окремими особами, якщо вони або члени їхніх сімей можуть отримати з цього фінансовий зиск.

Існують різні форми конфлікту інтересів. Люди не завжди усвідомлюють, що порушують організаційні кодекси та політики. Наприклад, використання ресурсів організації без дозволу або отримання подарунків від постачальника може розглядатися як конфлікт інтересів.

Створення культури, в якій люди відчують, що можуть відкрито обговорювати та заявляти про потенційні чи фактичні конфлікти інтересів, є запорукою усунення цих конфліктів.

Аудит і прозорість. Аудит може проводитися в кількох формах. Внутрішні аудити перевіряють дотримання процедур. Зовнішні аудити перевіряють, чи є фінансова звітність організації достовірною та прозорою. Аудиторське розслідування проводиться, коли організація підозрює певну проблему — як правило, шахрайство.

Додаток

Керівні запитання для моніторингу ключових дій та організаційних обов'язків

Нижче наведено декілька керівних запитань, пов'язаних із ключовими діями та організаційними обов'язками згідно з Основним гуманітарним стандартом. Ці запитання можна використовувати під час розробки програми або як інструмент для перегляду проекту, заходів реагування чи політики.

Зобов'язання 1 Громади й особи, які постраждали від кризи, отримують допомогу, яка відповідає їхнім потребам.

Керівні запитання для моніторингу ключових дій

1. Чи було проведено комплексну консультативну оцінку спроможності та потреб і чи було її використано для планування реагування?
2. Чи проводились консультації з постраждалими особами та громадами, місцевими установами та іншими зацікавленими сторонами (включно з репрезентативними групами жінок, чоловіків, дівчаток і хлопчиків) під час оцінки потреб, ризиків, спроможностей, вразливості та контексту? Чи було проведено дезагрегування даних оцінки та моніторингу за статтю, віком та статусом інвалідності?
3. Як визначались групи ризику?
4. Чи враховуються в аналізі потреб і контексту відповідні наскрізні питання?
5. Чи відповідає реагування потребам і побажанням постраждалого населення (наприклад, якщо вона надається у натуральній формі чи у вигляді готівкових коштів)? Чи існують різні види допомоги та захисту для різних демографічних груп?
6. Яких заходів вживають для адаптації стратегії реагування щодо різних демографічних груп, з огляду на зміни потреб, спроможностей, ризиків і контексту?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. Чи має організація чіткі зобов'язання, які впливають з її політики, щодо заснованої на правах людини, неупередженої та незалежної гуманітарної діяльності, і чи знають про це її працівники?
2. Чи сприймають зацікавлені сторони організацію як неупереджену, незалежну та недискримінаційну?
3. Чи включають робочі процеси механізми для послідовного збору даних, дезагрегованих за статтю, віком, статусом інвалідності та іншими характеристиками?
4. Чи використовуються ці дані регулярно для розробки та реалізації програм?
5. Чи є в організації фінансування, кадрова політика та програмна гнучкість, що дозволяють їй змінювати програми реагування відповідно до зміни потреб?
6. Чи проводить організація систематичний аналіз ринку для визначення відповідних форм допомоги?



Зобов'язання 2 Громади й особи, які постраждали від кризи, мають своєчасний доступ до допомоги, якої вони потребують.

Керівні запитання для моніторингу ключових дій

1. Чи регулярно визначаються та аналізуються обмеження на кшталт фізичних бар'єрів, дискримінації та ризиків, а плани змінюються відповідним чином і за участі постраждалого населення?
2. Чи враховує планування оптимальний час для провадження діяльності, а також такі фактори як погода, пора року, соціальні фактори, легкість доступу чи наявність конфлікту?
3. Чи контролюються та усуваються затримки у виконанні планів і заходів?
4. Чи використовуються системи раннього попередження та плани дій на випадок надзвичайних ситуацій?
5. Чи використовуються та чи досягаються усталені технічні стандарти?
6. Чи виявляються та враховуються незадоволені потреби?
7. Чи використовуються результати моніторингу для внесення змін до програм?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. Чи існують чіткі процедури оцінки того, чи має організація достатні можливості, фінансування та працівників, яких можна залучити, перед ухваленням програмних зобов'язань?
2. Чи існують чіткі політики, процедури та ресурси для підтримки моніторингу та оцінки й використання їхніх результатів для управління та ухвалення рішень? Чи відомо про них працівникам?
3. Чи існують чіткі процедури для визначення відповідальності та часових рамок для ухвалення рішень щодо розподілу ресурсів?

Зобов'язання 3 Громади й особи, які постраждали від кризи, захищені від негативних наслідків, більш підготовлені до них, стійкі та менш уразливі завдяки гуманітарній діяльності.

Керівні запитання для моніторингу ключових дій

1. Чи було визначено можливості для забезпечення стійкості на місцевому рівні (структури, організації, неформальні групи, лідери та мережі підтримки) і чи існують плани зміцнення цих можливостей?
2. Чи використовується наявна інформація про ризики, небезпеки, уразливості та відповідні плани в діяльності з розробки програм?
3. Чи розглядалось у програмі, чи можуть і як можуть послуги надаватися місцевим громадянським суспільством, урядом чи представниками приватного сектору? Чи існують плани підтримки цих органів, якщо вони беруть на себе надання відповідних послуг?
4. Чи розробляються стратегії та дії, спрямовані на зниження ризику та підвищення стійкості, за погодженням із постраждалими особами та громадами або під їх керівництвом?
5. У який спосіб (формальний і неформальний) проводяться консультації з місцевими лідерами та/або органами влади, щоб переконатися, що стратегії реагування відповідають місцевим та/або національним пріоритетам?

6. Чи достатньо працівники підтримують місцеві ініціативи, включно з ініціативами самопомогі на рівні громади, особливо для соціально відчужених верств населення і меншин, невідкладного реагування та розбудови потенціалу для реагування в майбутньому?
7. Чи сприяє реагування швидкому відновленню?
8. Чи є прогрес у ступені володіння та ухвалення рішень місцевими мешканцями?
9. Чи була проведена оцінка ринку для визначення можливого впливу програми на місцеву економіку?
10. Чи була розроблена чітка стратегія перехідного періоду та/або виходу з кризи після консультацій із постраждалими особами та іншими зацікавленими сторонами?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. Чи існує політика, яка передбачає проведення оцінки ризиків і вправ зі зменшення ризиків для вразливих груп у програмних сферах організації? Чи відомо про неї працівникам?
2. Чи існують політики та процедури для оцінки та пом'якшення негативних наслідків реагування? Чи відомо про них працівникам?
3. Чи існують політики та процедури для вирішення проблем, пов'язаних із випадками сексуальної експлуатації, жорстокого поводження чи дискримінації, зокрема й за ознакою сексуальної орієнтації та іншими ознаками? Чи відомо про них працівникам?
4. Чи існують плани дій на випадок надзвичайних ситуацій для реагування на нові чи майбутні кризи? Чи відомо про них працівникам?
5. Чи розуміють працівники, які дії від них очікуються з питань захисту, безпеки та оцінки ризиків?
6. Чи сприяє організація самопомозі та реагуванню на рівні громади?



Зобов'язання 4 Громади й особи, що постраждали від кризи, знають свої права, обізнані щодо допомоги, на яку мають право, а також мають доступ до інформації та беруть участь в ухваленні важливих для них рішень.

Керівні запитання для моніторингу ключових дій

1. Чи надається інформація про організацію та програми реагування в доступний та належний спосіб різним постраждалим групам населення?
2. Чи можуть жінки, чоловіки, дівчатка та хлопчики (особливо з маргіналізованих і вразливих груп) отримати доступ до наданої інформації та чи розуміють вони її?
3. Чи запитують і використовують думку постраждалих осіб, включно з найбільш уразливими та соціально відчуженими верствами, під час розробки та впровадження програм?
4. Чи всі групи в постраждалій громаді знають, як надати відгук про гуманітарне реагування, і чи почуваються вони в безпеці, використовуючи ці канали?
5. Чи використовуються механізми зворотного зв'язку (відгуків)? Чи може програма вказати на елементи, які були змінені на основі зворотного зв'язку? $\oplus$ Див. ключові дії 1.3 і 2.5.

6. Чи було виявлено та усунуто перешкоди для надання зворотного зв'язку?
7. Чи було дезагреговано дані, які надаються через механізми зворотного зв'язку, за статтю, віком, статусом інвалідності та іншими відповідними категоріями?
8. Якщо допомога надається через електронні перекази, то чи доступні для людей канали зворотного зв'язку, навіть якщо у них відсутній прямий контакт із працівниками?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. включають політики та плани програм положення щодо обміну інформацією, включно з критеріями щодо того, якою інформацією можна ділитися, а якою — ні? Чи відомо про них працівникам?
2. Чи містять політики та плани програм положення щодо захисту даних? Чи існують критерії безпечного зберігання даних (шафи, що замикаються, — для паперових копій, і захищені паролем файли — для електронних копій), обмеження доступу, знищення даних у разі евакуації та протоколи обміну інформацією? Чи вказується в цих протоколах, якою інформацією можна ділитися, з ким і в яких ситуаціях? Майте на увазі, що інформація має надаватися лише за принципом суворої необхідності, і не має містити ідентифікуючих даних чи історій хвороби, якщо в цьому немає потреби.
3. Чи містить організаційна політика положення про те, як поводитися з конфіденційною або службовою інформацією або інформацією, яка потенційно може поставити працівників або постраждалих осіб під загрозу? Чи відомо про них працівникам?
4. Чи існують зобов'язання, які впливають із організаційної політики, та вказівки щодо того, як постраждалі особи мають бути представлені у зовнішніх повідомленнях або матеріалах для фандрейзингу? Чи відомо про них працівникам?

Зобов'язання 5 Громади й особи, які постраждали від кризи, мають доступ до безпечних та дієвих механізмів розгляду скарг.

Керівні запитання для моніторингу ключових дій

1. Чи проводяться консультації з громадами та особами, які постраждали від кризи, щодо розробки механізмів подання скарг?
2. Чи враховуються побажання всіх демографічних груп, особливо ті, що стосуються безпеки та конфіденційності, під час розробки процедур розгляду скарг?
3. Чи всі демографічні групи отримують і чи розуміють вони інформацію про те, як працюють механізми подання скарг і які види скарг можна подати через ці механізми?
4. Чи існують погоджені часові рамки для розгляду й задоволення скарг та чи дотримуються вони? Чи фіксується час між поданням скарги та її розглядом?
5. Чи розглядаються скарги щодо сексуальної експлуатації, жорстокого поводження та дискримінації працівниками з відповідними компетенціями та належним рівнем повноважень і чи відбувається це негайно?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. Чи існують спеціальні політики, бюджети та процедури для розгляду скарг?
2. Чи всі працівники пройшли ввідний та повторний інструктаж щодо політики та процедур розгляду скарг організації?
3. Чи містить політика організації щодо розгляду скарг положення щодо сексуальної експлуатації, жорстокого поводження та дискримінації?
4. Чи повідомлено постраждалим особам про зобов'язання, які випливають із організаційної політики, та процедури запобігання сексуальній експлуатації, жорсткому поводженню та дискримінації?
5. Чи передаються скарги, які не можуть бути розглянуті організацією, на розгляд інших компетентних організацій та чи відбувається це своєчасно?

Зобов'язання 6 Громади й особи, які постраждали від кризи, отримують скоординовану та взаємодоповнювану допомогу.**Керівні запитання для моніторингу ключових дій**

1. Чи вчасно надається інформація про компетенції організації, її ресурси, географічні райони та сектори роботи іншим суб'єктам, які реагують на кризу?
2. Чи вивчається інформація про компетенції, ресурси, географічне охоплення та сектори роботи інших організацій, включно з місцевими та національними органами влади, і чи використовується ця інформація?
3. Чи були визначені та підтримані наявні координаційні структури?
4. Чи враховуються програми інших організацій та органів влади під час розробки, планування та реалізації власних програм організації?
5. Чи були виявлені та усунуті прогалини та дублювання в охопленні програмою діяльністю?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. Чи існує чітке зобов'язання в політиці та/або стратегії організації щодо співпраці з іншими суб'єктами?
2. Чи встановлено критерії або умови для відбору партнерів, співпраці та координації?
3. Чи існують офіційні домовленості про партнерство?
4. Чи містять угоди про партнерство чітке визначення ролей, відповідальності та зобов'язань кожного партнера, включно з тим, як кожен партнер сприятиме спільному дотриманню гуманітарних принципів?

Зобов'язання 7 Громади й особи, які постраждали від надзвичайних ситуацій або конфліктів, можуть розраховувати на допомогу найкращої якості, оскільки організації постійно вчаться на власному досвіді та відгуках про свою роботу.**Керівні запитання для моніторингу ключових дій**

1. Чи вивчаються результати оцінок та аналізів заходів з реагування на подібні кризи та чи використовуються вони, якщо це доречно, у процесі розробки програм?
2. Чи призводять процеси моніторингу, оцінки, зворотного зв'язку та розгляду скарг до змін та/або інновацій у розробці та реалізації програм?



3. Чи документуються засвоєні уроки та чи відбувається це систематично?
4. Чи використовуються спеціальні системи для обміну знаннями з відповідними зацікавленими сторонами, включно з постраждалими особами і партнерами?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. Чи існують політики та ресурси для оцінки та навчання? Чи відомо про них працівникам?
2. Чи існують чіткі вказівки щодо фіксації та розповсюдження засвоєних уроків, включно з конкретними інструкціями, застосовними до гуманітарних криз?
3. Чи визначаються засвоєні уроки на рівні програми, чи документуються та поширюються вони в організації?
4. Чи є організація активним учасником форумів з навчання та інновацій? Як організація робить внесок у роботу цих форумів?

Зобов'язання 8 Громади й особи, які постраждали від кризи, отримують необхідну допомогу від добре організованої команди компетентних працівників та волонтерів.

Керівні запитання для моніторингу ключових дій

1. Чи інформують нових працівників про повноваження та цінності організації?
2. Чи здійснюється управління продуктивністю працівників, чи усуваються недопрацювання та чи визнається якісна робота?
3. Чи підписують працівники кодекс поведінки чи подібний обов'язковий документ? Якщо так, то чи підкріплюється їхнє розуміння цієї політики навчанням щодо неї та інших супутніх політик?
4. Чи надходять скарги на працівників організації або партнерів? Як їх розглядають?
5. Чи знають працівники про наявні механізми підтримки для розвитку компетенцій, важливих для їхньої ролі, і чи використовують вони їх?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

1. Чи існують процедури для оцінки потреб у людських ресурсах у зв'язку з масштабом та обсягом програми?
2. Чи передбачає організаційне планування майбутні потреби в лідерстві та розвиток нових талантів?
3. Чи відповідають кадрова політика та процедури місцевому законодавству про зайнятість і чи дотримуються вони усталеної належної практики управління персоналом?
4. Чи охоплює політика щодо безпеки та добробуту персоналу практичні та психосоціальні потреби місцевих працівників, які могли особисто постраждати від кризи?
5. Чи враховуються «м'які навички», які підтримують здатність працівників слухати та враховувати відгуки осіб, які постраждали від кризи, під час найму, навчання та оцінювання працівників?
6. Чи всі працівники мають оновлені посадові інструкції та цілі, включно з конкретними обов'язками?

7. Чи є справедливою та прозорою структура винагороди та пільг, та чи застосовується вона послідовно?
8. Чи всі працівники ознайомлені з політикою та процедурами управління продуктивністю та розвитку персоналу та отримують інформацію про них?
9. Чи всі працівники (і підрядники) мають підписати кодекс поведінки (який охоплює запобігання сексуальній експлуатації та жорсткому поводженню) і пройти інструктаж щодо кодексу поведінки?
10. Чи містять контракти із постачальниками фінансових послуг і комерційними суб'єктами чітке положення/пункт/кодекс поведінки щодо запобігання сексуальній та іншій експлуатації?
11. Чи діють в організації інструкції щодо внутрішнього механізму розгляду скарг, які стосуються конкретного місця роботи? Чи відомо про них працівникам?
12. Чи розуміють, визнають та реагують працівники на дискримінацію у власних програмах і діяльності?

Зобов'язання 9 Громади й особи, які постраждали від кризи, можуть розраховувати, що організації, які надають їм допомогу, управляють ресурсами ефективно, раціонально та з дотриманням етичних норм.

Керівні запитання для моніторингу ключових дій

13. Чи дотримуються працівники організаційних протоколів з ухвалення рішень щодо витрат?
14. Чи здійснюється регулярний моніторинг витрат і чи розповсюджуються звіти серед керівників програми?
15. Чи закуповуються послуги та товари на конкурсних торгах?
16. Чи здійснюється моніторинг потенційних впливів на навколишнє середовище (вода, ґрунт, повітря, біорізноманіття) та чи вживаються заходи щодо їх пом'якшення?
17. Чи існує безпечна процедура повідомлення про підозри у вчиненні неправомірних дій, про яку відомо працівникам, постраждалим особам та іншим зацікавленим сторонам?
18. Чи здійснюється моніторинг економічної доцільності та соціального впливу?

Керівні запитання для моніторингу організаційних обов'язків

19. Чи існують політики та процедури етичних закупівель, використання та управління ресурсами?
20. Чи включають вони положення щодо:
 - отримання та розподілу коштів?
 - отримання та розподілу подарунків у натуральній формі?
 - пом'якшення та запобігання впливу на навколишнє середовище?
 - запобігання шахрайству, розгляду підозрюваної та підтвердженої корупції та нецільового використання ресурсів?
 - конфлікту інтересів?
 - аудиту, перевірки та звітності?
 - оцінки та управління ризиками щодо активів?



Посилання та додаткова література

Додаткові ресурси щодо Основного гуманітарного стандарту: corehumanitarianstandard.org

Альянс Основного гуманітарного стандарту: www.chsalliance.org

Компас якості Основного гуманітарного стандарту (CHS Quality Compass): www.urd.org

Інститут закордонного розвитку (Overseas Development Institute, ODI): www.odi.org

Підзвітність

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Мінімальні стандарти із захисту дітей (CPMS)]. Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Complaints Mechanism Handbook [Посібник з механізму подання скарг]. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel [Рекомендації щодо створення механізму подання скарг для громад стосовно сексуальної експлуатації та жорстокого поводження з боку персоналу ООН та інших осіб]. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataaskforce.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування]. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. *Financial Management Essentials: Handbook for NGOs* [Льюїс, Т. Основи фінансового менеджменту: Посібник для НУО]. Mango, 2015. www.mango.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Керівні принципи та стандарти здійснення операцій з порятунку домашньої худоби в надзвичайних ситуаціях (LEGS)]. LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Мінімальні стандарти відновлення економіки (MERS)]. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Мінімальні стандарти щодо освіти: готовність, відновлення, реагування]. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Мінімальний стандарт аналізу ринку (MISMA)]. The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice* [Муньяс Гадіалі, Б. Підзвітність на практиці]. Resource Centre, Save the Children, 2013. <http://resourcecentre.savethechildren.se>

Top Tips for Financial Governance [Поради з фінансового управління]. Mango, 2013. www.mango.org

Продуктивність гуманітарних працівників

A Handbook for Measuring HR Effectiveness [Посібник з визначення ефективності роботи фахівців з управління персоналом]. CHS Alliance, 2015. <http://chsalliance.org>



Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response [Побудова довіри в різномірних командах. інструментарій для реагування в надзвичайних ситуаціях]. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) [Захист від сексуальної експлуатації та насильства (PSEA)]. OCHA. <https://www.unocha.org>

Protection from Sexual Exploitation and Abuse [Захист від сексуальної експлуатації та насильства]. CHS Alliance. <https://www.chsalliance.org>

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle* [Раттер, Л. Посібник з основних гуманітарних компетенцій: розбудова гуманітарного потенціалу протягом життєвого циклу працівника]. NGO Coordination Resource Centre, СВНА, 2011. <https://ngocoordination.org>

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers [Всесвітня організація охорони здоров'я, фонд War Trauma Foundation і World Vision International. Перша психологічна допомога: посібник для польових працівників]. WHO Geneva, 2011. www.who.int

Оцінка

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide [Оцінка гуманітарних потреб. Посібник з прийнятних рішень]. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015) [Посібник з багатосекторної початкової швидкої оцінки (редакція від липня 2015)]. IASC, 2015. <https://interagencystandingcommittee.org>

Participatory assessment, in Participation Handbook for Humanitarian Field Workers (Chapter 7) [Колективна оцінка. Посібник щодо участі для гуманітарних польових працівників (розділ 7)]. ALNAP and Groupe URD, 2009. <http://urd.org>

Грошова допомога

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments* [Блейк, М. Пропсон, Д. Монтеверде, К. Принципи співробітництва між державним і приватним сектором у розподілі гуманітарних виплат]. CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming [Готівкою чи в натуральній формі? А може, і те, й інше? Уроки аналізу гуманітарної допомоги з мультимодального програмування]. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuys, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies* [Мартін-Сімпсон, С. Гроотенхуйс, Ф. Джордан, С. Monitoring4CTP: посібник з моніторингу в програмуванні готівкових переказів (СТР) у надзвичайних ситуаціях]. Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Діти

Child Safeguarding Standards and how to implement them [Стандарти захисту дітей і їх застосування]. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

Співробітництво

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters* [Нокс Кларк, П. Кемпбелл, Л. Дослідження координації в гуманітарних кластерах]. ALNAP, 2015. <https://reliefweb.int>

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level [Зразковий модуль для координації кластерів на рівні країни]. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Проектування і реагування

The IASC Humanitarian Programme Cycle [Цикл гуманітарних програм МПК]. Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

Особи з інвалідністю

Конвенція про права осіб з інвалідністю. Організація Об'єднаних Націй. <https://www.un.org>

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions [Опитування Вашингтонської групи щодо статистики з питань інвалідності та наборів запитань щодо інвалідності]. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

Навколишнє середовище

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability [Навколишнє середовище та гуманітарна діяльність: підвищення ефективності, стійкості та підзвітності]. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition [Рекомендації щодо надзвичайних екологічних ситуацій, 2-е видання]. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery [Навчальний інструментарій: інтеграція питань щодо навколишнього середовища в гуманітарну діяльність і раннє відновлення]. UNEP, Groupe URD. <http://postconflict.unep.ch>

Гендер

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies* [Мазурана, Д. Бенеллі, П. Гупта, Х. Вокер, П. Стать і вік мають значення: покращення гуманітарного реагування в надзвичайних ситуаціях]. ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action [Жінки, дівчатка, хлопчики та чоловіки: різні потреби, рівні можливості, Посібник з гендерної рівності в гуманітарній діяльності]. IASC, 2006. <https://interagencystandingcommittee.org>

Гендерно зумовлене насильство

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines [Рекомендації з інтеграції заходів боротьби із гендерно зумовленим насильством в гуманітарну діяльність: зменшення ризиків, підвищення стійкості та допомога у відновленні. Настанови з гендерно зумовленого насильства]. IASC, 2015. <http://gbvguidelines.org>

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings [Посібник з координації втручань з питань гендерного насильства в гуманітарних умовах]. United Nations, UNICEF, November 2010. <https://www.un.org>

Гуманітарне реагування, орієнтоване на потреби людей

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts* [Боніно, Ф. Жан, І. Нокс Кларк, П. Замкнути цикл: ефективний зворотний зв'язок у гуманітарних контекстах]. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org



Participation Handbook for Humanitarian Field Workers [Посібник з питань участі для гуманітарних працівників]. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment [Що таке оцінка вразливості та спроможностей (VCA)? Вступ до оцінки вразливості та спроможностей]. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

Продуктивність, моніторинг і оцінка

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide* [Кетлі, А. Бернс, Дж. Абебе, Д. Суджі, О. Колективна оцінка впливу: посібник з проектування]. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. <http://fic.tufts.edu>

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs* [Альянс CHS і Старт, А. Створення організаційної структури навчання та розвитку: посібник для НУО]. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners* [Халлам, А. Боніно, Ф. Застосування оцінювання для змін: думки гуманітарних спеціалістів]. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide [Посібник з моніторингу та оцінки (M&E) проєктів/програм]. ALNAP, IRCS, January 2011. <https://www.alnap.org>

Sphere for Monitoring and Evaluation [Настанови Сфери з моніторингу та оцінки]. The Sphere Project, March 2015. www.sphereproject.org

Захист

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies* [Слім, Г. Бонвік, А. Захист: Керівництво мережі ALNAP для гуманітарних організацій]. ALNAP, 2005. www.alnap.org

Відновлення

Minimum Economic Recovery Standards [Мінімальні стандарти відновлення економіки]. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Стійкість

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction [Досягнення стійкості: посібник Resilience 2.0 для спеціалістів із надання допомоги та розробників політики в галузі зменшення ризику стихійних лих, адаптації до зміни клімату та зменшення бідності]. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation* [Тернбулл, М. Стеррет, К. Гіллбоу, А. Назустріч стійкості. Посібник зі зменшення ризику надзвичайних ситуацій та адаптації до зміни клімату]. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

Додаткова література

Рекомендації щодо додаткової літератури містяться за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Додаткова література

Підзвітність

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. *Handbook of Good Practices: Preventing Corruption in Humanitarian Operations* [Гіз, Р. Алендорф, М. Дебере, С. Довідник із передових практик: запобігання корупції в гуманітарній діяльності]. Transparency International, 2010. www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: What it Means for UK NGOs (background paper) [Співвідношення ціни та якості: що це означає для НУО у Великобританії (довідковий документ)]. Bond, 2012. www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

Продуктивність гуманітарних працівників

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report [Центр передового досвіду – Duty of Care: резюме звіту про проєкт]. CHS Alliance, 2016. <https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf>

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: A Toolkit* [Альянс CHS і Старт, А. Інформаційна панель HR Metrics: інструментарій]. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors* [Альянс CHS і Лакруа, І. Інструментарій з управління кадрами для малих і середніх неприбуткових організацій]. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity [Підбиття підсумків: підвищення кваліфікації персоналу]. CHS Alliance, People In Aid, 2011. <http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf>

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance* [Найтінгейл, К. Розбудова майбутнього гуманітарної допомоги: місцевий потенціал і партнерство з допомоги в надзвичайних ситуаціях]. Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook [Короткий довідник із впровадження політик PSEA]. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

Проектування і реагування

Camp Management Toolkit [Інструментарій з управління таборами]. Norwegian Refugee Council, 2015. <http://cmtoolkit.org/>

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0) [Довідковий модуль МПК з реалізації циклу гуманітарних програм (версія 2.0)]. IASC, 2015.

<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian>



Навколишнє середовище

Environment and Humanitarian Action (factsheet) [Навколишнє середовище та гуманітарна діяльність (інформаційний бюлетень)]. OCHA and UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf

Гуманітарне реагування, орієнтоване на потреби людей

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do [Посібник товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця щодо залучення громад та підзвітності (CEA): поліпшення комунікації, залучення та підзвітності в нашій діяльності]. IFRC, 2016. <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf>

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members [Інструментарій з комунікації: практичний посібник для керівників програм щодо поліпшення спілкування з учасниками та представниками громад]. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises [Як за допомогою соціальних мереж розширювати залучення людей, які постраждали від кризи]. FRC, 2017. <http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/>

Infosaid Diagnostic Tools [Діагностичні інструменти Infosaid]. CDAC Network, 2012. www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q

Infosaid E-learning course [Онлайн-курс Infosaid]. CDAC Network, 2015. www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

Продуктивність, моніторинг і оцінка

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide* [Бьюкенен-Сміт, М. Косгрейв, Дж. Оцінка гуманітарної діяльності: пілотний посібник]. ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments* [Норман, Б. Практики моніторингу та підзвітності для дистанційно керованих проєктів, які реалізуються в нестабільних операційних середовищах]. ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956



Водопостачання,
санітарне
забезпечення
та сприяння
дотриманню
гігієни (WASH)



Гуманітарна
Хартія



Принципи
захисту



Основний
гуманітарний
стандарт



Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH)

Сприяння дотриманню гігієни	Водопостачання	Асенізація	Боротьба з переносниками інфекцій	Утилізація твердих відходів	WASH при спалахах захворювань та в закладах охорони здоров'я
Стандарт 1.1 Сприяння дотриманню гігієни	Стандарт 2.1 Доступ до води та її кількість	Стандарт 3.1 Середовище, не забруднене людськими фекаліями	Стандарт 4.1 Боротьба з переносниками інфекцій на рівні поселення	Стандарт 5.1 Середовище, не забруднене твердими відходами	Стандарт 6 Заходи WASH у медичних закладах
Стандарт 1.2 Визначення і використання засобів гігієни та доступ до них	Стандарт 2.2 Якість води	Стандарт 3.2 Доступ до туалетів і користування ними	Стандарт 4.2 Побутові та особисті дії щодо боротьби з переносниками інфекцій	Стандарт 5.2 Побутові та особисті дії щодо безпечної утилізації твердих відходів	
Стандарт 1.3 Менструальна гігієна та гігієна при нетриманні сечі		Стандарт 3.3 Управління та обслуговування збирання, транспортування, утилізації та обробки екскрементів		Стандарт 5.3 Системи утилізації твердих відходів на рівні громади	

ДОДАТОК 1 Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни: перелік контрольних запитань для оцінки вихідних потреб

ДОДАТОК 2 Схема F: фекально-оральна передача діарейних захворювань

ДОДАТОК 3 Мінімальна кількість води: кількість, необхідна для виживання, та кількісне визначення потреб у воді

ДОДАТОК 4 Мінімальна кількість туалетів у громадах, громадських місцях та установах

ДОДАТОК 5 Захворювання, пов'язані з водопостачанням і санітарним забезпеченням

ДОДАТОК 6 Дерево рішень щодо обробки і зберігання води в домогосподарствах

Зміст

Основні поняття водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни	104
Стандарти водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни:	
1. Сприяння дотриманню гігієни.....	108
2. Водопостачання	118
3. Асенізація.....	126
4. Боротьба з переносниками інфекцій.....	134
5. Утилізація твердих відходів	140
6. WASH при спалахах захворювань та в закладах охорони здоров'я	145
Додаток 1: Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни: перелік контрольних запитань для оцінки вихідних потреб.....	153
Додаток 2: Схема F: фекально-оральна передача діарейних захворювань	158
Додаток 3: Мінімальна кількість води: кількість, необхідна для виживання, та кількісне визначення потреб у воді	159
Додаток 4: Мінімальна кількість туалетів у громадах, громадських місцях та установах	160
Додаток 5: Захворювання, пов'язані з водопостачанням і санітарним забезпеченням	161
Додаток 6: Дерево рішень щодо обробки та зберігання води в домогосподарствах	164
Посилання та додаткова література	165



Основні поняття водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни

Кожна людина має право на доступ до води та санітарного забезпечення

Мінімальні стандарти Сфери щодо водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (Water supply, Sanitation and Hygiene, WASH) є практичним вираженням права на доступ до води й санітарне забезпечення в гуманітарних контекстах. Ці стандарти ґрунтуються на переконаннях, принципах, обов'язках і правах, проголошених у Гуманітарній Хартії. До них належать право на гідне життя, право на захист і безпеку та право на отримання гуманітарної допомоги на підставі потреби.

Перелік ключових юридичних та програмних документів, які лягли в основу Гуманітарної Хартії [⊕ див. Додаток 1: Юридичні засади Сфери](#).

Люди, які постраждали внаслідок кризових ситуацій, знаходяться під підвищеною загрозою захворювань і смерті через захворювання, зокрема, діарейні та інфекційні. Ці захворювання значною мірою зумовлені антисанітарією, неякісним водопостачанням і неможливістю дотримання норм гігієни. Програми WASH мають на меті зниження ризиків для громадського здоров'я.

Основними шляхами зараження людини хвороботворними мікроорганізмами є фекалії, рідини, пальці, мухи та їжа. Головною метою програм WASH у гуманітарному реагуванні є зменшення ризиків для громадського здоров'я через створення бар'єрів на цих шляхах зараження [⊕ див. Додаток 2: Схема F. Ключові дії](#):

- сприяння дотриманню належних правил гігієни;
- забезпечення доступу до безпечної питної води;
- забезпечення доступу до санітарно-гігієнічних об'єктів;
- зменшення ризиків для гігієни з навколишнього середовища;
- створення умов для того, щоб люди могли бути здоровими, жити в гідності, комфорті та безпеці.

У межах програм WASH важливо:

- управляти всім ланцюгом водопостачання: пошук джерел води, її обробка, розподіл, збирання, зберігання в домогосподарствах та споживання;
- комплексно управляти всім ланцюгом санітарного забезпечення;
- забезпечити належні моделі поведінки щодо гігієни;
- забезпечити доступ до гігієнічних засобів.

Залучення громади має вирішальне значення

Залучення громади до WASH — це динамічний процес, який об'єднує громаду та інші зацікавлені сторони, аби люди, які постраждали від кризи, мали змогу більше контролювати процес реагування та його вплив на них. Ефективне залучення об'єднує громади та групи реагування, щоб максимізувати вплив громади, покликаний зменшити ризики для громадського здоров'я, надавати доступні послуги належної якості, поліпшувати якість програм та забезпечувати

підзвітність. Залучення громади допомагає дослідити спроможність і готовність громади керувати системами WASH і підтримувати їх $\oplus$ див. рис. 4. Залучення громади до WASH.

Взаємодія з громадою дає ключове розуміння сприйняття, потреб, копінових механізмів, можливостей, наявних норм, структур лідерства та пріоритетів, а також відповідних заходів. Моніторинг і оцінка, включно з механізмами зворотного зв'язку, демонструють, чи є реагування в межах WASH доречним, чи потребує коригування. $\oplus$ див. Основний гуманітарний стандарт, зобов'язання 4 і 5.



Аналіз

Програма

Зовнішнє залучення

Залучення громади до WASH (рис. 4)

Особливості щодо WASH в міських зонах

Залучати громаду складніше в міських зонах, де щільність населення вища, а групи ризику менш помітні. Водночас громадські простори, медіа та технології в міських зонах можуть створити умови для ширшого та ефективнішого діалогу. Різноманітність форм власності (домогосподарства в сільській місцевості і поєднання державної та приватної власності в міських зонах) впливає на вибір способів реагування та їх реалізації.



Потрібно використовувати комбіновані методи

Ринкова допомога може ефективно задовольнити потреби WASH, наприклад шляхом забезпечення доступу до гігієнічних засобів. Грошову допомогу (готівка та/або ваучери) потрібно доповнювати іншими заходами з WASH, включно з технічною допомогою та залученням громад. Варіанти реалізації варіюються від будівництва інфраструктури до сприяння дотриманню гігієни та мобілізації громад. Генератори чи тимчасові туалети можна надати одразу, а от капітальний ремонт водоочисних систем є довгостроковим проектом. Контроль якості й технічна допомога мають вирішальне значення для збереження здоров'я та безпеки. Технічна допомога має надаватися своєчасно та в належний спосіб, а також має бути послідовною, доступною і досяжною, щоб гарантувати сталі результати.

Реагування в межах програм WASH має сприяти досягненню довгострокових цілей громади та зводити до мінімуму вплив на навколишнє середовище. Комплексне управління водопостачанням і санітарним забезпеченням має задовольняти потреби людей і захищати екосистему. Воно впливає на вибір технологій, термінів та поетапності реалізації заходів, залучення громад, приватного сектору та ринку, а також варіанти фінансування.

Ці Мінімальні стандарти не слід застосовувати ізольовано

Право на належний доступ до води та санітарне забезпечення пов'язане з правами на житло, харчування та здоров'я. Результативність у досягненні Мінімальних стандартів Сфери в одній галузі впливає на прогрес у інших галузях. Тісна координація та співпраця з іншими секторами, а також координація з місцевими органами влади та іншими органами реагування допомагає забезпечити задоволення потреб, запобігає дублюванню зусиль і оптимізує якість реагування у сфері WASH. Наприклад, у разі недотримання стандартів харчування, дотримання стандартів водопостачання та санітарного забезпечення стає більш нагальним, адже зростає вразливість людей до хвороб. Те саме стосується населення з високим ступенем поширення ВІЛ-інфекції. Перехресні посилання в цьому Посібнику вказують на деякі потенційні зв'язки.

Якщо національні стандарти нижчі за Мінімальні стандарти Сфери, гуманітарні організації мають співпрацювати з урядом, щоб поступово підвищувати їх.

Міжнародне право захищає право на доступ до води й санітарне забезпечення

Це право охоплює доступ до достатньої кількості безпечної води для особистих і побутових потреб, а також наявність індивідуальних, безпечних і чистих санітарно-гігієнічних об'єктів. Держави зобов'язані забезпечувати це право під час криз  *див. Додаток 1: Юридичні засади Сфери.*

Доступ до безпечної води та належних санітарно-гігієнічних об'єктів має критичне значення для:

- збереження життя, здоров'я та гідності;
- запобігання смерті від зневоднення;
- зменшення ризику захворювань, пов'язаних із водою, санітарним забезпеченням і гігієною;
- забезпечення належного споживання, приготування їжі та вимог щодо особистої й побутової гігієни.

Право на доступ до води та санітарне забезпечення належить до загальних прав, критично важливих для виживання й гідності людини, і державні та недержавні суб'єкти несуть відповідальність за реалізацію цього права. Зокрема, під час збройного конфлікту забороняється атакувати, руйнувати, вилучати або унеможлиблювати використання водопровідних чи іригаційних споруд.

Зв'язок із Принципами захисту та Основним гуманітарним стандартом

Використання води впливає на захист. Збройні конфлікти та нерівність впливають на безпечність водопостачання для окремих осіб і груп. Численні запити на доступ до води для споживання та побутових цілей, а також як до засобу для існування, можуть викликати занепокоєння щодо захисту за відсутності належних коротко- та довгострокових заходів. Захист у межах програм WASH часто розглядається з точки зору індивідуального захисту та безпеки. Водночас визнається особлива вразливість під час отримання води, дефекації або менструальної гігієни. Ці елементи індивідуального захисту є критично важливими, проте принципове значення мають і ширші питання захисту. Прості початкові заходи, як-от замки на дверях туалетів, достатнє освітлення та розділення санітарно-гігієнічних об'єктів, зменшать ризик жорстокого поводження чи насильства.

Адаптовані та інклюзивні програми є запорукою недискримінації, зменшення потенційних ризиків і поліпшення використання та якості послуг. Наприклад, завдяки цим програмам особи з інвалідністю отримують доступ до санітарно-гігієнічних об'єктів, а жінкам і дітям надаються ємності відповідного розміру для перенесення води. Залучення окремих осіб і громад на всіх етапах реагування допоможе враховувати питання захисту в програмах WASH.

Гуманітарні працівники мають пройти навчання щодо захисту дітей і вміти використовувати системи перенаправлення для ймовірних випадків насильства, жорстокого поводження чи експлуатації, зокрема й щодо дітей.

Гуманітарні організації повинні ретельно продумувати цивільно-військову співпрацю та координацію, особливо під час конфліктів. Нейтральність і неупередженість можуть впливати на їх сприйняття громадою. У деяких ситуаціях гуманітарним організаціям, ймовірно, доведеться приймати допомогу від військових, наприклад з транспортування та розподілу. Водночас, треба уважно розглянути вплив такої співпраці на гуманітарні принципи та вжити зусиль для пом'якшення ризиків для захисту  див. Гуманітарну хартію та Місця присутності національних та міжнародних збройних сил у розділі Що таке Сфера?

Під час застосування Мінімальних стандартів потрібно дотримуватися всіх дев'яти зобов'язань Основного гуманітарного стандарту як основи для забезпечення підзвітності програм WASH.



1. Сприяння дотриманню гігієни

Під час криз чинники, пов'язані з водопостачанням, санітарним забезпеченням і гігієною, зумовлюють значну кількість захворювань і смертей, яким можна запобігти. Сприяння дотриманню гігієни, яке підтримує моделі належної поведінки, залучення громади та дії, спрямовані на зниження ризику захворювань, має принципове значення для успішного реагування в межах WASH.

Стандартизований підхід, який переважно ґрунтується на поширенні навчальних повідомлень і розподілі гігієнічних засобів, навряд чи буде дуже ефективним. Ризики та сприйняття ризиків залежать від контексту. Люди мають різний життєвий досвід, копінгіві стратегії, культурні та поведінкові норми. Важливо адаптувати підходи на основі аналізу цих факторів, а також контексту. Ефективне сприяння дотриманню гігієни залежить від таких чинників:

- робота з громадою для мобілізації її активності та сприяння ухваленню рішень;
- двостороння комунікація та зворотний зв'язок щодо ризиків, пріоритетів і послуг;
- доступ до об'єктів, послуг і матеріалів WASH і їх використання.

Сприяння дотриманню гігієни має ґрунтуватися на знаннях людей про ризики та запобігання захворюванням, щоб зумовлювати позитивну поведінку, спрямовану на збереження здоров'я.

Регулярно контролюйте заходи та їх результати, щоб пересвідчитися в розвитку програм WASH і програм сприяння дотриманню гігієни. У співпраці із суб'єктами зі сфери охорони здоров'я здійснюйте контроль частоти захворювань, пов'язаних із WASH, як-от діарейних захворювань, холери, тифу, трахоми, глестів та шистосомозу ⊕ див. Стандарти 2.1.1 — 2.1.4 щодо базової медичної допомоги. Інфекційні захворювання та Стандарт 1.5 щодо систем охорони здоров'я.

Стандарт 1.1 зі сприяння дотриманню гігієни: Сприяння дотриманню гігієни

Люди усвідомлюють основні ризики для здоров'я населення, пов'язані з водопостачанням, санітарним забезпеченням та дотриманням гігієни, і можуть вживати заходів з їхнього зменшення на індивідуальному рівні, на рівні домогосподарства та громади.

Ключові дії

1 Визначте основні ризики для громадського здоров'я та поточні практики гігієни, які збільшують ці ризики.

- Розробіть профіль громади, щоб визначити, які особи та групи вразливі до яких ризиків, пов'язаних із WASH, і чому.
- Визначте фактори, які можуть мотивувати позитивні моделі поведінки та профілактичні заходи.

- 2 Працюйте з постраждалим населенням, щоб розробити порядок просування знань та навичок гігієни та більш широкомасштабні заходи реагування в межах WASH, і управляти ними.
 - Розробіть стратегію комунікації, використовуючи засоби масової інформації та діалог із громадою для обміну практичною інформацією.
 - Виявляйте та навчайте впливових осіб, громадські групи та соціальних працівників.
- 3 Використовуйте відгуки громади та дані спостережень за станом здоров'я, щоб адаптувати та поліпшити діяльність із просування знань і навичок щодо гігієни.
 - Здійснюйте моніторинг доступу та використання засобів WASH та впливу діяльності із просування знань і навичок щодо гігієни на поведінку та практику.
 - Адаптуйте діяльність і визначайте незадоволені потреби.

Ключові показники

Відсоток постраждалих домогосподарств, які правильно описують три заходи із запобігання захворюванням, пов'язаним із WASH

Відсоток цільових груп населення, які правильно вказали два критичних періоди часу для миття рук

Відсоток цільових груп населення, які користуються пунктами для миття рук на виході з громадського туалету

Відсоток постраждалих домогосподарств, де є мило та вода для миття рук

Відсоток постраждалого населення, яке збирає воду з поліпшених джерел водопостачання

Відсоток домогосподарств, які зберігають питну воду в чистих і закритих ємностях

Відсоток доглядальників, які повідомили, що безпечно утилізують дитячі фекалії

Відсоток домогосподарств, які використовують засоби від нетримання (прокладки, сечоприймачі, судна, крісла-туалети) і повідомили, що безпечно утилізують сечу або фекалії дорослих з нетриманням

Відсоток постраждалих домогосподарств, які правильно утилізують тверді відходи

Відсоток осіб, які надали відгуки та повідомили, що вони були використані для адаптації та поліпшення об'єктів і послуг WASH

Місцеве середовище не забруднене фекаліями людей і тварин



Інструкції

Розуміння та управління ризиками WASH: визначення пріоритетів і зменшення ризиків WASH на початковому етапі кризи може виявитися складним завданням. Зосередьтеся на використанні безпечної води, асептизації та митті рук, оскільки вони матимуть найбільший вплив на запобігання передачі захворювань. Для оцінки ризиків для громадського здоров'я, пов'язаних із WASH, і заходів із їх зменшення, потрібно розуміти такі аспекти:

- поточне використання об'єктів і послуг WASH;
- доступ до основних засобів побутової гігієни ⊕ *див. Стандарти 1.2 і 1.3 зі сприяння дотриманню гігієни;*
- поточні копінгові стратегії, місцеві звичаї та вірування;
- соціальні структури та динаміка влади в громаді;
- куди люди звертаються по медичну допомогу (включно з народними цілителями, аптеками, поліклініками);
- хто відповідає за експлуатацію та підтримку інфраструктури WASH;
- дані епідеміологічного нагляду щодо захворювань, пов'язаних із WASH;
- соціальні, фізичні та комунікаційні бар'єри для доступу до засобів та послуг WASH, особливо для жінок і дівчат, осіб похилого віку та осіб з інвалідністю;
- відмінності в рівнях доходу;
- умови навколишнього середовища та сезонні тенденції захворювань.

Щоб зберегти мотивацію, зміни в поведінці та практика мають бути простими. Об'єкти мають бути зручними та доступними для всіх користувачів, а також безпечними, чистими, культурно прийнятними та забезпечувати гідність. До заходів зі сприяння дотриманню гігієни потрібно залучати як чоловіків, так і жінок, адже активна підтримка гігієни з боку чоловіків може мати вирішальний вплив на поведінку в родині.

Мобілізація громад: забезпечуйте співпрацю з наявними структурами, гарантуючи, що жінкам та чоловікам доступні однакові можливості, як на оплачуваній, так і на добровільній основі. Поважні громадські та релігійні лідери, соціальні працівники та місцеві суб'єкти з надійною репутацією, наприклад, жіночі або молодіжні організації, можуть сприяти мобілізації та профілактичним заходам.

Зазвичай виділяють двох фахівців по роботі із громадою на 1000 осіб. Соціальні працівники та волонтери мають володіти гарними навичками спілкування, вміти будувати засновані на повазі стосунки з місцевими громадами та добре розуміти місцеві потреби та проблеми. У разі потреби через місцевий координаційний форум мають бути узгоджені пільги для соціальних працівників, щоб сприяти рівності й уникати порушень.

Медичні працівники громади можуть мати схожі ролі з соціальними працівниками у сфері WASH, проте мають інші обов'язки ⊕ *див. Стандарт 1.2 щодо систем охорони здоров'я. Людські ресурси у сфері охорони здоров'я.*

Робота з дітьми: діти можуть сприяти просуванню здорової поведінки серед своїх однолітків та членів родини. Міністерства освіти або соціальні служби можуть визначати можливості зі сприяння дотриманню гігієни в школах, інтернатах і дитячих будинках, а також для дітей, які живуть на вулиці. Залучайте дітей до розробки інформаційних повідомлень  *див. Посібники INEE та CPMS.*

Канали комунікації та підходи: надавайте інформацію в різних форматах (письмовий, графічний, звуковий) і різними мовами, щоб зробити її максимально доступною. Адаптуйте інформацію для дітей та осіб з інвалідністю, розробіть і протестуйте інформаційні повідомлення, щоб переконатися, що вони зрозумілі всім, незалежно від віку, статі, рівня освіти та мови.

Діалог на рівні громади сприяє усуненню проблем і плануванню дій. Засоби масової інформації можуть підсилити загальну інформацію, розширивши охоплення. Обидва підходи стануть у нагоді, якщо йдеться про певну аудиторію. Розробіть відповідні механізми зворотного зв'язку з користувачами та контролюйте їхню ефективність. Надавайте зворотний зв'язок громаді, заохочуючи її представників відповідати по черзі  *див. Основний гуманітарний стандарт, Зобов'язання 5.*

Миття рук із милом — це важливий спосіб запобігання передачі діарейних захворювань. Обладнання для миття рук потребує регулярної подачі води, мила та безпечного водовідведення. Розташуйте обладнання так, щоб забезпечити миття рук до контакту з їжею (вживання їжі, приготування їжі або годування дитини) та після контакту з екскрементами (після використання туалету або миття сидниць дитини)  *див. Стандарт 2.2 з водопостачання. Якість води.*

Сприяння користуванню туалетами: ключовою проблемою для персоналу, який працює у сфері сприяння дотриманню гігієни, є інклюзивне використання засобів і об'єктів для утилізації екскрементів. Окрім занепокоєння щодо чистоти та запаху, основними факторами, які перешкоджають людям користуватися туалетами, є сором, культурні табу, фізична доступність та занепокоєння щодо приватності й безпеки  *див. Стандарт 3.2 з асенізації. Доступ до туалетів і користування ними.*

Отримання, **транспортування та безпечне зберігання питної води** є запорукою зниження ризиків забруднення. У домогосподарствах потрібно мати окремі ємності для збирання та зберігання питної води  *див. Стандарт 1.2 зі сприяння дотриманню гігієни та стандарти 2.1 і 2.2 з водопостачання.*

Люди, які переміщуються: знаходьте можливості взаємодіяти з людьми, які переміщуються, тимчасово подорожуючи з ними або зустрічаючи їх у місцях відпочинку. Використовуйте різні канали зв'язку (радіо, SMS, групи в соціальних мережах і безкоштовні гарячі лінії), щоб надавати інформацію про гігієну та отримувати зворотний зв'язок. Для цього розробіть пакет «предметів домашнього вжитку», який би включав мобільні телефони або зарядні пристрої на сонячних батареях, за допомогою яких люди зможуть підтримувати зв'язок із сім'ями, отримувати доступ до інформації та надавати зворотний зв'язок.



Стандарт 1.2 зі сприяння дотриманню гігієни: Визначення і використання засобів гігієни та доступ до них

Відповідні засоби для підтримання гігієни, здоров'я, гідності та добробуту доступні постраждалим особам і використовуються ними.

Ключові дії

- 1 Визначте гігієнічні засоби першої необхідності для окремих осіб, домогосподарств і громад.
 - Враховуйте різні потреби чоловіків і жінок, осіб похилого віку, дітей та осіб з інвалідністю.
 - Визначте і надайте додаткові засоби спільного користування для підтримання гігієни навколишнього середовища, наприклад контейнери для твердих відходів та приладдя для прибирання.
- 2 Забезпечте своєчасний доступ до засобів першої необхідності.
 - Оцінюйте наявність засобів на місцевих, регіональних або міжнародних ринках.
- 3 У співпраці з постраждалим населенням, місцевими органами влади та іншими суб'єктами плануйте, як люди забиратимуть або купуватимуть гігієнічні засоби.
 - Надавайте інформацію про час, місцезнаходження, зміст і адресатів грошової допомоги та/або гігієнічних засобів.
 - Координуйте роботу з іншими секторами щодо надання грошової допомоги та/або гігієнічних засобів й визначте механізми розподілу.
- 4 Отримуйте зворотний зв'язок від постраждалих осіб щодо відповідності вибраних гігієнічних засобів та їхньої задоволеності механізмом доступу до цих засобів.

Ключові показники

Усі постраждалі домогосподарства мають доступ до мінімальної кількості гігієнічних засобів першої необхідності:

- дві ємності для води на домогосподарство (10–20 літрів; одна ємність для збирання, інша — для зберігання);
- 250 г мила для купання на людину на місяць;
- 200 г мила для прання на людину на місяць;
- мило та вода на пунктах для миття рук (один пункт на спільний туалет або на домогосподарство);
- горщик, совок або пелюшки для утилізації дитячих фекалій.

Відсоток постраждалих осіб, які повідомляють про регулярне використання гігієнічних засобів після розподілу або яких помічено за таким використанням

Відсоток доходу домогосподарства, який витрачається на придбання гігієнічних засобів для визначених першочергових потреб

Інструкції

Визначте засоби першої необхідності: адаптуйте гігієнічні засоби та гігієнічні набори відповідно до культури та контексту. На початковому етапі кризи віддавайте перевагу засобам першої необхідності (мило, ємності для води, засоби при менструації та нетриманні тощо) над засобами, які «приємно мати» (щітка для волосся, шампунь, зубна паста, зубна щітка тощо). Деякі групи матимуть особливі потреби  *див. Інструкції: групи ризику* (нижче).

Ємності для води: обирайте 10–20-літрові ємності для збирання та зберігання питної та побутової води. Розмір і тип ємностей має відповідати віку та вазі, яку здатні переносити особи, які зазвичай набирають воду. Ємності мають бути з кришками, чисті і закриті. У ємності для зберігання має бути вузька горловина або кран для безпечного збирання, зберігання та споживання питної води.

Якщо вода подається з перебоями, забезпечте ємності для зберігання більшого об'єму. У міських районах або в місцях, де постачання води є централізованим, домашнього запасу води має бути достатньо для звичайного споживання (включно з піковим споживанням) між поповненнями запасу.

Групи ризику: деяким людям знадобиться інша — зазвичай більша — кількість засобів особистої гігієни з огляду на їхній вік, стан здоров'я, інвалідність, мобільність або нетримання. Особам з інвалідністю або особам, які стикаються з перешкодами для пересування, можуть знадобитися додаткові засоби. Зокрема, йдеться про додаткове мило, засоби при нетриманні, ємності для води, судна, крісло-туалет або пластикові чохли для матраців. Запитайте в людей чи в їхніх доглядальників, чи потрібна їм допомога у збиранні та утилізації відходів у спосіб, що забезпечує їхню гідність. Проконсультуйтеся з ними та їхніми родинами чи доглядальниками щодо найбільш відповідної підтримки.

Ринкове програмування щодо гігієнічних засобів: забезпечення гігієнічними засобами має, за можливості, підтримувати місцеві ринки (наприклад, шляхом надання готівки чи ваучерів або шляхом поліпшення складської інфраструктури). Плани доступу та використання гігієнічних засобів мають ґрунтуватися на аналізі ринку та доходів домогосподарств, включно з гендерними ролями в ухваленні рішень щодо витрат. Наглядайте за тим, чи забезпечує ринок належну кількість і якість продукції і, у разі потреби, коригуйте їх  *див. Надання допомоги через ринки*.

Розподіл: під час організації розподілу віддавайте перевагу безпеці та захисту населення  *див. Принцип захисту 1*.

Створіть спеціальну групу з розподілу. Заздалегідь повідомляйте людей про час, місце, перелік засобів, які розподілятимуться, а також про будь-які критерії для отримання допомоги. Не допускайте дискримінації чи стигматизації та, якщо потрібно, розподіляйте засоби домогосподарствам або через окремі лінії розподілу. Визначайте та усувайте будь-які перешкоди для доступу до місць роздачі або систем розподілу, особливо для жінок і дівчаток, осіб похилого віку та осіб з інвалідністю.

Поповнення витратних матеріалів: організуйте стабільне регулярне постачання витратних матеріалів, як-от мила, засобів при менструації та нетриманні.



Координація спільного розподілу: плануйте спільні консультації з громадою, щоб зрозуміти потреби та копінгові механізми в різних секторах. Задовольняйте декілька потреб одночасно для зручності цільових груп населення та економії часу та коштів у різних секторах. Переконайтеся, що члени домогосподарств можуть безпечно доправити додому отримані засоби після розподілу.

Люди, які переміщуються: для людей, які переміщуються, забезпечте можливість транспортувати гігієнічні засоби (наприклад, мило відповідного розміру). Дайте людям змогу вибирати потрібні засоби замість роздавати стандартні набори. Встановіть систему збирання та утилізації відходів упаковки в місцях, де проходять люди.

Стандарт 1.3 зі сприяння дотриманню гігієни: Менструальна гігієна та гігієна при нетриманні

Жінки та дівчатка менструального віку, а також чоловіки та жінки з нетриманням сечі або калу мають доступ до засобів гігієни та засобів WASH, які підтримують їхню гідність та добробут.

Ключові дії

- 1 Дізнайтеся про існуючі практики, суспільні норми та міфи, пов'язані з менструальною гігієною та нетриманням, і відповідним чином адаптуйте гігієнічні засоби та санітарно-гігієнічні об'єкти.
- 2 Консультуйтеся з жінками, дівчатками та особами з нетриманням щодо проектування, розміщення та управління об'єктами (туалетами, ванними кімнатами, пральнями, обладнанням для утилізації та водопостачання).
- 3 Забезпечте доступ до відповідних матеріалів для менструальної гігієни та засобів при нетриманні, мила (для купання, прання та миття рук) та інших гігієнічних засобів.
 - Забезпечте роздачу засобів у відокремлених місцях, щоб зберегти гідність і зменшити стигму, а також продемонструйте, як правильно використовувати незнайомі засоби.

Ключові показники

Відсоток жінок і дівчаток менструального віку, які мають доступ до відповідних матеріалів для менструальної гігієни

Відсоток отримувачів, які задоволені матеріалами та засобами для менструальної гігієни

Відсоток осіб з нетриманням, які використовують відповідні матеріали та засоби при нетриманні

Відсоток отримувачів, які задоволені матеріалами та засобами при нетриманні

Інструкції

Шляхи розв'язання проблем менструальної гігієни та нетримання в умовах кризи: успішне дотримання менструальної гігієни та гігієни нетримання допомагає людям вести гідне життя, не припиняючи повсякденну діяльність. Окрім забезпечення доступу до гігієнічних засобів, важливо проконсультуватися з користувачами щодо механізмів утилізації відходів вдома, а також у громадських закладах і установах, наприклад, у школі. Туалети мають бути пристосовані до використання при менструації чи нетриманні та забезпечувати місце для прання та сушіння ⊕ див. Стандарти 3.1 і 3.2 з асенізації.

Табу, пов'язані з менструацією: на успіх реагування впливатимуть переконання, норми й табу, пов'язані з менструацією. Дослідження цих питань може бути неможливим в умовах початкової чи гострої фази кризи, але це потрібно зробити якнайшвидше.

Нетримання не є поширеним терміном у деяких контекстах, навіть у медичній сфері. Нетримання — це складна медична та соціальна проблема, яка виникає, коли людина не здатна контролювати потік своєї сечі чи фекалій. Ця проблема може призвести до високого рівня стигматизації, соціальної ізоляції, стресу та неможливості отримати доступ до послуг, освіти й працевлаштування. Поширеність нетримання може здаватися низькою, адже більшість людей триматимуть цю проблему в таємниці, проте насправді з нетриманням може жити дуже багато людей. Зокрема, до них належать:

- особи похилого віку;
- особи з інвалідністю та з обмеженою мобільністю;
- жінки, які нещодавно народили, включно з дівчатками, які мають підвищений ризик виникнення фістули;
- особи з хронічними захворюваннями: астмою, діабетом, інсультом або раком;
- дівчатка та жінки, які зазнали гендерного насильства або жіночого обрізання;
- особи, які перенесли хірургічне втручання, наприклад, видалення простати;
- жінки в період менопаузи;
- діти молодшого віку та діти, які зазнали психологічної травми внаслідок конфлікту чи надзвичайної ситуації.

Неналежна гігієна при нетриманні може бути основним джерелом передачі захворювань у надзвичайних ситуаціях. Критичне значення має доступ до значно більшої кількості води та мила. Особи з нетриманням сечі або калу та особи, які за ними доглядають, потребують у п'ять разів більше мила та води, ніж інші. Особам із нетриманням, які не здатні самостійно пересуватися, потрібно обов'язково проконсультуватися з фахівцями з охорони здоров'я чи інвалідності, щоб з'ясувати, як запобігти інфекціям і пролежням, що можуть бути смертельними, та як їх лікувати.

Постачання та санітарно-гігієнічні об'єкти: обговоріть варіанти з постраждалими особами, щоб зрозуміти їхні побажання щодо одноразових або багаторазових матеріалів; механізмів утилізації в будинках, школах, медичних центрах і громадських закладах; приміщень для прання та сушіння білизни; а також



туалетів та ванних кімнат. Враховуйте вікові норми та побажання, адже тип і кількість потрібних матеріалів змінюються з часом. Показуйте, як використовувати незнайомі матеріали.

У разі нетримання калу та сечі, а також для різних ступенів тяжкості нетримання, потрібно використовувати різні типи прокладок. Правильний вибір розміру є запорукою безпечного використання. Забезпечте наявність прокладок для нетримання сечі та калу різних розмірів і типів.

Враховуйте близькість туалетів для людей з нетриманням. Деяким людям вдається запобігти епізодам нетримання сечі, якщо вони мають швидкий доступ до туалету. Можливо, таким людям доведеться надати крісло-туалет, судно та/або сечоприймач.

Мінімальне постачання: для менструальної гігієни та у разі нетримання сечі:

- спеціальна ємність із кришкою для замочування ганчірок і зберігання прокладок/ганчірок;
- мотузка і кілочка для сушіння.

Для менструальної гігієни:

- абсорбуючий бавовняний матеріал (4 кв. м на рік), одноразові прокладки (15 шт. на місяць) або багаторазові гігієнічні прокладки (6 шт. на рік) на вибір для жінок і дівчаток;
- спідня білизна (шість пар на рік);
- додаткове мило (250 грамів на місяць) ⊕ див. Стандарт 1.2 зі сприяння дотриманню гігієни. Визначення і використання гігієнічних засобів та доступ до них.

У разі нетримання вибір предметів постачання залежить від тяжкості й типу нетримання, а також від побажань людей. Рекомендований мінімум:

- м'який абсорбуючий бавовняний матеріал (8 кв. м на рік), одноразові прокладки (150 шт. на місяць) або багаторазова спідня білизна для нетримання (12 пар на рік);
- спідня білизна (12 пар на рік);
- додаткове мило (500 грамів мила для купання та 500 грамів мила для прання на місяць);
- два на матрацики для захисту від протікання, що миються;
- додаткові ємності для води;
- відбілювач або аналогічний дезінфікуючий засіб для чищення (3 л нерозбавленого засобу на рік);
- судна і сечоприймачі (для чоловіків та жінок), крісло-туалет (у разі потреби).

Поповнення предметів постачання: плануйте, як і коли поповнювати матеріали. Спосіб надання грошової допомоги або допомоги в натуральній формі змінюється з часом. Розгляньте варіанти отримання матеріалів від дрібних підприємств або виготовлення захисних матеріалів самими людьми ⊕ див. Надання допомоги через ринки.

Школи, безпечні зони та навчальні центри: підтримка WASH у школах і безпечних зонах має враховувати інфраструктуру WASH і навчання для вчителів. В об'єктах має бути окремий механізм утилізації — контейнер із кришкою, із системою збирання та утилізації або жолоб від туалету до сміттєспалювальної

печі. Організуйте добре доглянуті та розділені за статтю санітарно-гігієнічні об'єкти з гачками та полицями для засобів менструальної гігієни.

Заохочуйте вчителів розглядати питання менструальної гігієни під час стандартних уроків. Навчіть учителів:

- сприяти дотриманню менструальної гігієни серед дівчат;
- зберігати в школі засоби для менструальної гігієни;
- підтримувати учнів із нетриманням, викликаним психологічними наслідками кризи  див. *Посібник INEE*.

Житло: працюйте з сектором забезпечення житлом, щоб гарантувати необхідну приватність для менструальної гігієни та гігієни при нетриманні в тимчасовому житлі сімейного або колективного типу. Зокрема, можна забезпечити використання ширм або окремих зон для перевдягання.

Люди, які переміщуються: пропонуйте засоби для менструальної гігієни та нетримання особам, які проходять через пункти постачання.



2. Водопостачання

Недостатня кількість і якість водопостачання є основною причиною більшості проблем громадського здоров'я у кризових ситуаціях. У разі надзвичайної ситуації, води для задоволення основних потреб може не вистачати, тому наявність достатньої для виживання кількості безпечної питної води має вирішальне значення. Пріоритет потрібно надавати забезпеченню достатньої кількості води, навіть якщо вона середньої якості, доки не буде досягнуто мінімальних стандартів щодо кількості та якості води.

В умовах конфлікту, надзвичайної ситуації або відсутності функціонуючих систем обслуговування, крани, колодязі та труби часто виходять з ладу. В умовах конфлікту сторони можуть використовувати позбавлення доступу до води як навмисну стратегію. Це суворо заборонено міжнародним гуманітарним правом.

Проконсультуйтеся з членами громади та відповідними зацікавленими сторонами, щоб зрозуміти, як вони використовують воду та отримують до неї доступ, чи є якісь обмеження доступу та як вони можуть змінюватися залежно від пори року.

Стандарт 2.1 щодо водопостачання:

Доступ до води та її кількість

Люди мають рівноправний доступ до достатньої кількості безпечної води для пиття, приготування їжі та особистої гігієни.

Ключові дії

- 1 Визначте найбільш придатні джерела ґрунтових або поверхневих вод, з огляду на потенційний вплив на навколишнє середовище.
 - Враховуйте сезонні коливання у водопостачанні та потребі у воді, а також механізми доступу до питної води, води для побутових потреб і води як засобу для існування.
 - Дізнайтеся про різні джерела води, постачальників і операторів, а також про доступ до води в громадах і домогосподарствах.
- 2 Визначте необхідну кількість води, і які системи потрібні для її постачання.
 - Працюйте із зацікавленими сторонами, щоб знайти точки водопостачання для безпечного й рівноправного доступу для всіх членів громади.
 - Упроваджуйте системи експлуатації та технічного обслуговування, які б забезпечували чіткий розподіл обов'язків та майбутні потреби для сталого доступу до води.
- 3 Забезпечте належне водовідведення з точок водопостачання в домашніх і громадських зонах для прання, купання та приготування їжі, а також у приміщеннях для миття рук.
 - Шукайте можливості повторного використання води, наприклад для городництва, виготовлення цегли чи поливу.

Ключові показники

Середня норма споживання води для пиття, приготування їжі та особистої гігієни в кожному домогосподарстві

- Не менше 15 літрів на день на людину
- Кількість слід визначати залежно від обстановки та етапу реагування

Максимальна кількість людей, яка може перебувати у пункті водопостачання

- 250 осіб на 1 кран (з розрахунку витрати води 7,5 л/хв)
- 500 осіб на 1 ручну помпу (з розрахунку витрати води 17 л/хв)
- 400 осіб на 1 колодязь відкритого типу (з розрахунку витрати води 12,5 л/хв)
- 100 осіб на 1 пральню
- 50 осіб на 1 приміщення для купання

Відсоток доходу домогосподарства, який витрачається на придбання води для пиття, приготування їжі та особистої гігієни

- Цільовий показник — не більше 5 %

Відсоток залучених домогосподарств, які знають, де і коли вони наступного разу отримають воду

Відстань від домогосподарства до найближчого пункту водопостачання

- <500 метрів

Час перебування у черзі в пункті водопостачання

- <30 хвилин

Відсоток громадських пунктів водопостачання без стоячої води

Відсоток систем/об'єктів водопостачання з функціонуючою та підзвітною системою управління

Інструкції

Вибір джерел водопостачання. Під час вибору джерел водопостачання потрібно враховувати такі фактори:

- наявність, безпечність, близькість і стале підтримання достатньої кількості води;
- потреба в обробці води та можливість забезпечити її на рівні основної маси води або на рівні домогосподарства;
- соціальні, політичні чи юридичні фактори, які впливають на управління джерелами води, можуть бути суперечливими, особливо в умовах конфлікту.

На ранній стадії кризи для забезпечення нагальних потреб часто потрібне поєднання різних підходів і джерел водопостачання. Поверхневі джерела води, хоч і потребують додаткової обробки, але є найшвидшим рішенням. Проте бажано використовувати ґрунтові води та/або джерельну воду: вода з них менше потребує обробки і їй не потрібно викачувати. Слід забезпечити регулярне спостереження за всіма джерелами водопостачання, щоб уникнути їх надмірного використання ⊕ див. Стандарт 2 щодо житла та поселення: планування розміщення та поселення.



Потреби: кількість води, необхідної для пиття, приготування їжі та особистої гігієни, залежить від ситуації та етапу реагування. На визначення потрібної кількості води впливають такі фактори як споживання та звички, які існували до кризи, конструкції системи санітарних об'єктів, культурні звичаї тощо [⊕ див. розділ Розуміння та управління ризиками WASH у Стандарті 1.1 щодо сприяння дотриманню гігієни і Стандарті 3.2 щодо асенізації](#).

Показник 15 літрів на день на людину є усталеною практикою. Це не максимальна кількість, і вона не завжди відповідає всім контекстам або етапам реагування. Наприклад, цей показник не може бути використаний, якщо люди є вимушено переміщеними протягом багатьох років. Під час гострої фази посухи та протягом короткого часу доцільною є кількість 7,5 л води на добу на людину. У міському середовищі для осіб із середнім рівнем доходу мінімально прийнятною кількістю води для підтримання здоров'я та гідності може бути 50 літрів на добу на людину.

Наслідки забезпечення різної кількості води потрібно розглядати у порівнянні із рівнем захворюваності та смертності від захворювань, пов'язаних із санітарією та гігієною. Координуйте свої дії з іншими суб'єктами у сфері WASH, щоб узгодити загальний мінімум щодо кількості води в певному контексті. Настанови щодо визначення кількості води для людей, худоби, інституційних та інших потреб містяться у [⊕ див. Стандартах 2.1.1 — 2.1.4 щодо базової медичної допомоги – Інфекційні захворювання і додатку 3 розділу «Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни»](#). Щодо невідкладних потреб домашньої худоби [⊕ див. Посібник LEGS](#).

Потреби	Кількість (л/доба/людина)	Адапуйте залежно від
Виживання: споживання води (пиття і їжа)	2,5–3	Клімату та фізіології особи
Гігієнічні потреби	2–6	Соціальних і культурних норм
Базові потреби з приготування їжі	3–6	Різновиду їжі, а також соціальних і культурних норм
Усього: основні потреби у воді	7,5–15	

Мінімальна потреба у воді для виживання. Потреби у воді різняться в межах груп населення, особливо для осіб з інвалідністю або з обмеженнями мобільності, а також для груп, які сповідають різні релігійні практики.

Вимірювання. Не слід просто ділити кількість доставленої води на кількість населення. Більш ефективними способами збирання даних щодо використання та споживання води є опитування, спостереження та обговорення в групах з-поміж населення порівняно з вимірюванням кількості води, що завозиться або закачується у водогін, або часу роботи ручних насосів для закачування води. Порівнюйте звіти системи водопостачання зі звітами домогосподарств.

Доступ і рівноправність. До пунктів водопостачання належать громадські приміщення для купання, приготування їжі, пральні й туалети, а також громадські установи, наприклад школи або медичні заклади.

Цільові показники мінімальної кількості (див. ключові показники вище) передбачають, що пункт водопостачання має бути доступний протягом близько 8 годин постійного водопостачання на день. Використовуйте ці показники обережно, адже вони не гарантують мінімальної кількості води або рівноправного доступу.

Реагування у сфері водопостачання та санітарії має відповідати потребам як населення країни перебування, так і переміщеного населення, щоб уникнути напруженості та конфліктів.

Під час розробки програми враховуйте, що потреби залежать від віку і статі, а також різняться в людей з інвалідністю або з обмеженнями мобільності. Розташуйте точки водопостачання, які є доступними для людей з обмеженою мобільністю, достатньо близько до домогосподарств, щоб обмежити ризики для захисту.

Інформуйте населення, яке постраждало від кризи, про те, коли і де очікувати доставки води, про їхнє право на справедливий розподіл води і про те, як надати відгук.

Час перебування в черзі та тривалість подорожі в обидві сторони. Надмірна тривалість подорожі в обидві сторони та час перебування в черзі вказують на недостатню кількість пунктів водопостачання або недостатню продуктивність джерел води. Це може призвести до зменшення індивідуального споживання води та збільшення споживання води з незахищених поверхневих джерел, а також до зменшення часу на освіту чи діяльність, що приносить дохід. Тривале перебування в черзі також може підвищувати ризик насильства біля місця розташування крана ⊕ див. *Принцип захисту 1 і Зобов'язання 1 Основного гуманітарного стандарту*.

Придатні ємності для води. ⊕ Див. *Стандарт 1.2 щодо сприяння дотриманню гігієни: визначення і використання засобів гігієни та доступ до них*. При застосуванні системи обробки води в домогосподарствах та її безпечного зберігання (House-level water treatment and safe storage, HWTSS), потрібно обрати відповідну кількість ємностей належного розміру. Наприклад, процес коагуляції, флокуляції та дезінфекції потребує використання двох відер, тканинного фільтру та мішалки.

Аналіз ринку води. Проаналізуйте доступ домогосподарств до води та ємностей для неї до та після кризи. Ця проста оцінка ринку має стати основою для ухвалення рішень про те, як забезпечити стабільний доступ до води в короткостроковій і довгостроковій перспективі. Визначте, як використовувати, підтримувати та розвивати ринок води, враховуючи комбінований підхід до допомоги домогосподарствам у вигляді готівкових коштів, грантів та нарощування технічного потенціалу за участю продавців чи постачальників або іншими засобами. Щомісяця відстежуйте ринкові ціни (вода, паливо) для визначення витрат домогосподарств протягом певного часу та використовуйте ці тенденції, щоб визначати зміни в розробці програми ⊕ див. *Надання допомоги через ринки*.

Оплата. Витрати на воду не мають перевищувати 3-5 відсотків від загального доходу домогосподарства. Потрібно знати, як домогосподарства покривають підвищені витрати під час кризи, і вживати заходів для протидії негативним копіновим механізмам ⊕ див. *Принцип захисту 1*. Слід також забезпечити прозоре управління фінансовими системами.



Управління системами та інфраструктурою водопостачання. Співпрацюйте з громадою та іншими зацікавленими сторонами, щоб ухвалювати рішення щодо розміщення, проектування та використання пунктів водопостачання (у коротко-строковій і довгостроковій перспективі). Сюди належать приміщення для купання, приготування їжі та прання, туалети та громадські установи (школи, ринки та медичні заклади). Використовуйте зворотний зв'язок, щоб адаптувати та полегшувати доступ до водних об'єктів.

Розглядайте попередні та поточні структури управління водними ресурсами, здатність і готовність людей платити за послуги водопостачання та каналізації, а також механізми відшкодування витрат. Розгляньте можливість капітальних інвестицій у системи водопостачання, які забезпечати довгострокову економію або економію за рахунок масштабу. Порівняйте альтернативи на кшталт використання насосів на сонячній енергії або водопровідних систем із підведенням води, особливо під час тривалих криз у містах і громадських поселеннях.

Забезпечте людей засобами для експлуатації та обслуговування систем водопостачання через WASH-комітети або партнерство з приватним чи державним сектором.

Вживання води у пляшках. Очищена вода економічно більш доцільна і технічно обґрунтована, ніж вода в пляшках, з огляду на потребу в транспортуванні, вартість, якість та створення відходів. Використовувати воду в пляшках можна, як виключення, протягом короткого строку коли, наприклад, люди переміщуються. При цьому слід запровадити відповідну систему утилізації пластикових відходів.

Приміщення для прання та купання. Якщо неможливо забезпечити приватне купання в домашніх умовах, забезпечте окремі приміщення для чоловіків і жінок, які гарантуватимуть безпеку, приватність і гідність.

Проконсультуйтеся з користувачами, особливо з жінками, дівчатками та особами з інвалідністю, щодо розташування, конструкції та безпеки цих приміщень. Зверніть увагу на можливість подачі гарячої води для купання та прання за певних обставин, наприклад у разі розповсюдження корості, і під час сезонних змін клімату.

Водовідведення з точок водопостачання, приміщень для прання й купання і пунктів для миття рук. Під час будівництва та реконструкції пунктів розподілу та використання води переконайтеся, що стічні води не становлять небезпеки для здоров'я і не сприяють розмноженню збудників хвороб. Створіть загальний план водовідведення в координації зі спеціалістами у сфері планування територій, представниками сектору забезпечення житлом та/або органами муніципальної влади.

Проектуйте системи та інфраструктуру водозабезпечення, санітарії та гігієни з урахуванням потреб водовідведення. Наприклад, такі показники як номінальний тиск у крані, розмір точки водопостачання та/або поверхні для прання, а також висота від крана до дна ємності з водою мають відповідати встановленим вимогам ⊕ див. *Стандарт 2 щодо житла та поселення: планування розміщення та поселення.*

Стандарт 2.2 щодо водопостачання:

Якість води

Вода є приємною на смак і достатньої якості для пиття та приготування їжі, а також для особистої й побутової гігієни, і не становить ризику для здоров'я.

Ключові дії

- 1 Визначте ризики для громадського здоров'я, пов'язані з наявною водою, і найбільш доцільний спосіб їх зменшення.
 - Охороняйте джерела води та регулярно проводьте санітарні дослідження джерел і пунктів водопостачання.
- 2 Визначте найбільш доцільний спосіб постачання безпечної питної води в місці споживання або використання.
 - До варіантів очищення належать очищення загальної маси води та її розподіл з безпечним збиранням та зберіганням на рівні домогосподарств або очищення та безпечне зберігання води на рівні домогосподарств.
- 3 Зведіть до мінімуму забруднення води після доставки в місці споживання або використання.
 - Обладнайте домогосподарства безпечними ємностями для збирання та зберігання питної води, а також засобами для безпечного забору води для пиття.
 - Вимірюйте параметри якості води (залишковий вільний хлор (ЗВХ) і колонієутворюючі одиниці (КУО)) у місці доставки та споживання або використання.

Ключові показники

Відсоток постраждалих людей, які отримують питну воду із захищених джерел водопостачання

Відсоток домогосподарств, які відповідно до спостережень завжди зберігають воду в чистих закритих контейнерах

Відсоток досліджень якості води, під час яких було виявлено відповідність мінімальним стандартам якості води

- <10 КУО/100 мл у місці доставки (нехлорована вода)
- ≥0,2–0,5 мг/л ЗВХ у місці доставки (хлорована вода)
- Каламутність менше 5 НОК (нефелометрична одиниця каламутності)

Інструкції

Збереження безпечного ланцюга водопостачання: хвороби, пов'язані з водою, становлять загрозу для цілісності ланцюга водопостачання. Перешкодами для фекально-оральної передачі хвороб є: локалізація екскрементів, накривання їжі, миття рук у важливі моменти, а також безпечне отримання та зберігання води
 ⊕ див. Стандарт 1.1 зі сприяння дотриманню гігієни; Стандарт 3.2 за асенізації та Додаток 2. Схема F.



Оцінка ризиків для ланцюга водопостачання, від джерела води до ємностей для зберігання питної води, охоплює:

1. санітарне дослідження пункту водопостачання;
2. спостереження за використанням окремих ємностей для збирання та зберігання води;
3. спостереження за використанням чистих закритих ємностей для питної води;
4. дослідження якості води.

Якщо існує висока ймовірність того, що вода небезпечна, ці дії допоможуть виявити очевидні ризики без трудомісткого дослідження якості води в домогосподарствах.

Під час санітарного дослідження оцінюються умови та практики, які можуть становити ризик для громадського здоров'я в пункті водопостачання. Структура пункту водопостачання, водовідведення, огороження, способи дефекації та способи утилізації твердих відходів розглядаються як можливі джерела забруднення. Під час дослідження також перевіряють ємності для води в домогосподарстві.

Якість води: під час введення в експлуатацію нового джерела води проведіть дослідження води на фізичні, бактеріологічні та хімічні показники. Робіть це до та після місцевих сезонних коливань. Не нехтуйте аналізом хімічних показників (наприклад, рівень фтору та миш'яку), які можуть призвести до довгострокових проблем зі здоров'ям.

Присутність фекальних ентеробактерій (понад 99 відсотків яких складає *E. coli*) вказує на рівень забруднення води екскрементами людей і тварин і ймовірну присутність інших шкідливих патогенів. Якщо виявлено фекальну кишкову паличку, очистіть воду. Навіть якщо *E. coli* не виявлено, вода може піддаватися повторному забрудненню без залишків дезінфікуючого засобу.

Якщо воду хлорують (перед розподілом або очищенням на рівні домогосподарств), проведіть вибіркові перевірки в домогосподарствах, визначивши вміст ЗВХ і, в разі потреби, очистіть воду. Частота доставки, температура й тривалість зберігання води впливають на вимірювання ЗВХ на рівні домогосподарства (розчинення хлору).

Заохочення використання захищених джерел: люди можуть віддавати перевагу незахищеним джерелам води, як-от річки, озера та незахищені колодязі, з міркувань смаку, близькості розташування чи соціальної зручності. Важливо зрозуміти їхню логіку та розробити інформаційні повідомлення та заходи, які заохочуватимуть до використання захищених джерел води.

Вода, приємна на смак: якщо безпечна питна вода неприємна на смак (через рівень солоності, сірководню або хлору, до якого люди не звикли), споживачі можуть пити з джерел, де вода краща на смак, але не є безпечною. Залучайте громаду та упроваджуйте заходи з дотримання гігієни для сприяння споживанню безпечної питної води.

Дезінфекція води: якщо існує значний ризик забруднення джерела або забруднення після доставки, воду потрібно очищувати дезінфікуючим засобом залишкової дії, наприклад хлором. Ризик визначається щільністю населення,

механізмами утилізації екскрементів, правилами гігієни та поширеністю діарейних захворювань. Каламутність має бути нижче 5 НОК. Якщо цей показник вищий, навчить споживачів фільтрувати, відстоювати та відділяти осад з води, щоб зменшити каламутність перед очищенням. За відсутності альтернативи розгляньте можливість короткострокового хлорування подвійною дозою хлору. Майте на увазі, що розчинення хлору залежить від тривалості зберігання й температурного діапазону, тому враховуйте це під час визначення дозування й тривалості впливу  *див. Додаток 6. Дерево рішень щодо обробки та зберігання води в домогосподарствах.*

Кількість і якість: якщо неможливо забезпечити відповідність мінімальним стандартам щодо кількості та якості води, віддавайте перевагу кількості над якістю. Навіть воду середньої якості можна використовувати для запобігання зневодненню, зниженню стресу та профілактики діарейних захворювань.

Забруднення після доставки: вода, яка є безпечною на момент доставки, може бути забруднена під час отримання, зберігання та забору питної води. Зведіть цей ризик до мінімуму за допомогою методів безпечного отримання та зберігання. Регулярно очищайте побутові або громадські резервуари для води та привчайте до цього громаду  *див. Стандарти 1.1 і 1.2 зі сприяння дотриманню гігієни.*

Очищення води в домогосподарствах та її зберігання (HWTSS): здійснюйте HWTSS, коли централізована система очищення води неможлива. Серед способів HWTSS, які зменшують кількість випадків діареї та поліпшують мікробіологічну якість води для побутових цілей, що зберігається, — кип'ятіння, хлорування, дезінфекція із застосуванням сонячного світла, фільтрування через керамічний фільтр, повільна фільтрація через пісок, мембранна фільтрація, а також флокуляційне очищення та дезінфекція. Щоб узгодити вимоги до побутового палива та доступ до кип'ятіння води, потрібно співпрацювати з іншими секторами. Уникайте незначимих способів очищення води під час криз та епідемій. Ефективне використання способів HWTSS передбачає регулярний подальший контроль, підтримку та моніторинг, і є передумовою для впровадження HWTSS як альтернативного підходу до обробки води  *див. Додаток 6. Дерево рішень щодо обробки та зберігання води в домогосподарствах.*

Якість води для установ: очищуйте всі запаси води для шкіл, лікарень, медичних центрів і закладів харчування хлором або іншим дезінфікуючим засобом залише кової дії  *див. Додаток 3. Мінімальна кількість води: кількість, необхідна для виживання, та кількісне визначення потреб у воді.*

Хімічне і радіологічне зараження: у місцях, де дані про гідрогеологічну ситуацію, промислову діяльність або військові дії дають підстави припускати, що водопостачання може становити хімічний або радіаційний ризик для громадського здоров'я, потрібно провести хімічний аналіз. Рішення про використання потенційно зараженої води впродовж тривалого періоду потрібно ухвалювати тільки ґрунтуючись на ретельному аналізі наслідків для здоров'я та на підставі згоди з боку місцевих органів влади.



3. Асенізація

Середовище, не забруднене екскрементами людини, має критичне значення для захисту гідності, безпеки, здоров'я та добробуту людей. Йдеться про природне середовище, а також середовище проживання, навчання та роботи. Безпечна асенізація є пріоритетом WASH, і у кризових ситуаціях вона так само важлива, як і безпечне водопостачання.

Кожна людина повинна мати доступ до належних, безпечних, чистих і надійних туалетів. Дефекація в умовах, які забезпечують гідність — це надзвичайно особиста справа. Відповідність туалетів визначається культурними практиками, щоденними звичаями та звичками людей, їхніми уявленнями й тим, чи користувалися люди раніше санітарно-гігієнічними об'єктами. Безконтрольна дефекація становить високий ризик для здоров'я, особливо в місцях із високою щільністю населення, місцях перебування переміщених осіб, а також у середовищі з високою вологістю.

У секторі WASH для визначення об'єктів асенізації використовують різні терміни. У цьому Посібнику термін «туалет» означає будь-який об'єкт або пристрій, який безпосередньо містить екскременти та створює перший бар'єр між людьми та випорожненнями [⊕ див. Додаток 2. Схема F](#). У цьому посібнику слово «туалет» використовується замість слова «вбиральня».

Локалізація людських екскрементів на відстані від людей створює початковий бар'єр для хвороб, які передаються через екскременти, зменшуючи прямі та непрямі шляхи їх передачі [⊕ див. Додаток 2. Схема F](#). Для зведення до мінімуму ризиків для громадського здоров'я та впливу на довкілля потрібно об'єднати збирання, транспортування, обробку та утилізацію екскрементів.

Присутність людських фекалій у середовищі проживання, навчання та роботи може свідчити про проблеми із захистом. Люди можуть не почуватися в безпеці, користуючись санітарно-гігієнічними об'єктами, особливо в густонаселених районах.

У цьому розділі термін «екскременти людини» визначається як виділення організму, особливо фекалії, сеча та менструальні виділення. Стандарти в цьому розділі охоплюють весь ланцюг асенізації, від початкової локалізації до кінцевої обробки.

Стандарт 3.1 з асенізації:

Середовище, не забруднене людськими екскрементами

Усі екскременти безпечно локалізуються в одному місці для запобігання забрудненню природного, житлового, навчального, робочого та громадського середовища.

Ключові дії

- 1 Організуйте санітарно-гігієнічні об'єкти у щойно збудованих колективних поселеннях або в поселеннях із значно пошкодженою інфраструктурою для негайної локалізації екскрементів.

- 2 Негайно здійснити знезараження забруднених фекаліями житлових, навчальних і робочих приміщень або джерел поверхневих вод.
- 3 Проєктуйте та будуйте всі об'єкти для асенізації на основі оцінки ризику потенційного забруднення найближчих джерел поверхневих або підземних вод.
 - Оцініть місцевий рельєф, стан ґрунтів, підземні та поверхневі води (включно з сезонними коливаннями), щоб запобігти забрудненню джерел води та використовувати цю інформацію для технічних рішень.
- 4 Локалізуйте й утилізуйте фекалії дітей і немовлят у безпечний спосіб.
- 5 Проєктуйте та будуйте всі об'єкти для асенізації так, щоб обмежити доступ збудників хвороб до екскрементів.

Ключові показники

Середовище, де живуть, навчаються та працюють люди, не забруднене фекаліями людини

Усі об'єкти для локалізації екскрементів розташовані на достатній відстані від будь-яких джерел поверхневих і підземних вод

Інструкції

Поетапність: відразу після кризи, в терміновому порядку забезпечте контроль безладної дефекації у відкритих місцях. Облаштуйте зони для дефекації, виберіть місце розташування і побудуйте громадські туалети та розпочніть узгоджену кампанію сприяння дотриманню гігієни. Запобігайте дефекації поблизу будь-яких джерел води (незалежно від того, чи використовуються вони для пиття, чи ні), а також водосховищ і водоочисних споруд. Не облаштовуйте зони для дефекації на схилі або з навітряного боку від поселень. Не облаштовуйте зони для дефекації уздовж доріг загального користування, поблизу громадських закладів (особливо закладів охорони здоров'я та харчування) або поблизу місць зберігання та приготування їжі.

Проведіть кампанію зі сприяння дотриманню гігієни, яка заохочуватиме безпечну утилізацію екскрементів і створить попит на туалети.

У кризових ситуаціях у міських умовах оцініть ступінь пошкодження наявних систем каналізації. Подбайте про встановлення біотуалетів або використовуйте септики-відстійники чи резервуари-сховища, які можна регулярно очищати від осаду.

Відстань від джерел води: переконайтесь, що фекальні маси з об'єктів для локалізації екскрементів (траншей з відходами, вигрібних ям, сховищ, септиків-відстійників, стічних ям) не забруднюють джерела води. Зараження води через фекалії не є безпосередньою проблемою для громадського здоров'я, якщо таку воду не вживають для пиття. Проте, потрібно уникати і шкоди довкіллю.



Якщо можливо, проведіть дослідження на водопроникність ґрунту, щоб визначити швидкість, з якою екскременти просочуються в ґрунт (швидкість інфільтрації). На основі цього показника, визначіть мінімальну відстань між об'єктами для локалізації екскрементів та джерелами води. Швидкість інфільтрації залежатиме від рівня насиченості ґрунту, забору з джерела та характеру екскрементів (більш водянисті екскременти просочуватимуться швидше, ніж більш сухі).

Якщо умови не дозволяють провести дослідження на водопроникність ґрунту, відстань між об'єктами для локалізації екскрементів та джерелами води має становити не менше 30 метрів, а дно ями/рову має бути розташоване не менше ніж на 1,5 м вище від рівня ґрунтових вод. Цю відстань потрібно збільшити, якщо ґрунт розтрісканий і скелястий або вапнякового походження, або зменшити, якщо це дрібнозем.

У разі повеней або високого рівня ґрунтових вод, облаштуйте водонепроникну інфраструктуру для локалізації екскрементів, щоб звести до мінімуму забруднення ґрунтових вод. Як варіант, будуйте надземні туалети або встановлюйте септики-відстійники для екскрементів, щоб запобігти забрудненню довкілля. Подбайте про те, щоб дренаж або скиди з септиків не забруднювали джерела поверхневих і/або підземних вод.

Якщо є підозра забруднення, негайно визначте та локалізуйте джерело забруднення та розпочніть очищення води. Деякі типи забруднення води можна усунути за допомогою методів очищення на кшталт хлорування, проте потрібно визначити й локалізувати джерело забруднювачів, як-от нітрати. Метгемоглобінемія — це гострий, проте зворотний стан, пов'язаний із високим рівнем нітратів у питній воді, наприклад  див. Стандарт 2.2 з водопостачання. Якість води.

Локалізація дитячих фекалій: фекалії немовлят і дітей зазвичай небезпечніші, ніж фекалії дорослих. Серед дітей частіше зустрічаються інфекції, що передаються через екскременти, і до яких у дітей можуть не вироблятися антитіла. Надавайте батькам і доглядальникам інформацію про безпечну утилізацію фекалій немовлят, способи прання та використання підгузків (пелюшок), горщики або совки для безпечної утилізації.

Стандарт 3.2 з асенізації:

Доступ до туалетів і користування ними

Населення має доступ до належних, відповідних і прийнятних туалетів, які забезпечують швидкий, безпечний і зручний доступ до них у будь-який час доби.

Ключові дії

 1 Визначте найбільш технічно прийнятні варіанти туалетів.

- Проектуйте й будуйте туалети так, щоб звести до мінімуму загрози безпеці користувачів і обслуговуючого персоналу, особливо жінок і дівчаток, дітей, осіб похилого віку та осіб з інвалідністю.
- Розділяйте всі громадські туалети чи туалети спільного користування за статтю й віком, якщо необхідно.

- 2 Здійсніть кількісну оцінку потреб постраждалого населення в туалетах з огляду на ризики для громадського здоров'я, культурні звички, практики збирання та зберігання води.
- 3 Проконсультуйтеся з представниками зацікавлених сторін щодо розміщення, проектування та будівництва туалетів спільного користування чи громадських туалетів.
 - Беріть до уваги доступ до і використання туалетів залежно від віку, статі та інвалідності; враховуйте потреби осіб з обмеженнями мобільності; осіб, які живуть із ВІЛ; осіб з нетриманням; представників сексуальних або гендерних меншин.
 - Розташовуйте громадські туалети досить близько до домогосподарств, щоб організувати безпечний доступ, але водночас і на достатній відстані, щоб домогосподарства не зазнавали засудження через близькість до туалетів.
- 4 Обладняйте туалети належними засобами для миття й сушіння або утилізації предметів менструальної гігієни, нетримання сечі або калу.
- 5 Подбайте про те, щоб задоволення потреб у водопостачанні туалетів було технічно можливим.
 - Забезпечте належне постачання водою для миття рук із милом, для підмивання і для туалетів зі зливом та/або водяним затвором.

Ключові показники

Співвідношення туалетів спільного користування

- Мінімум 1 туалет на 20 осіб

Відстань від житла до туалетів спільного користування

- Максимум 50 метрів

Відсоток туалетів, які мають внутрішні замки та достатнє освітлення

Відсоток туалетів, які жінки та дівчатка вважають безпечними

Відсоток жінок і дівчаток, задоволених засобами дотримання менструальної гігієни в туалетах, якими вони регулярно користуються

Інструкції

Які туалети є належними, відповідними та прийнятними? Вибір типу туалету залежить від етапу реагування, побажань цільових користувачів, наявної інфраструктури, доступу до води для змиву та водяного затвору, складу ґрунту та наявності будівельних матеріалів.

Туалети є достатніми, відповідними та прийнятними, якщо вони:

- безпечні для використання всім населенням, включно з дітьми, особами похилого віку, вагітними жінками та особами з інвалідністю;
- розташовані так, щоб звести до мінімуму загрози безпеці користувачів, особливо жінок і дівчаток та осіб з іншими особливими потребами щодо захисту;



- знаходяться на відстані не більше 50 метрів від житлових приміщень;
- забезпечують рівень приватності, що відповідає очікуванням користувачів;
- ними легко користуватися та підтримувати в чистоті (як правило, чистими туалетами користуються частіше);
- не становлять небезпеки для довкілля;
- мають достатньо місця для різних користувачів;
- мають внутрішні замки;
- забезпечують легкий доступ до води для миття рук, підмивання та змиву;
- забезпечують гідні умови для очищення, сушіння та утилізації засобів менструальної гігієни, а також засобів проти нетримання в дітей та дорослих;
- зводять до мінімуму розмноження мух і комарів;
- зводять до мінімуму неприємний запах.

Потрібно забезпечити легкий доступ до туалету особам із хронічними захворюваннями, наприклад ВІЛ. Вони часто страждають на хронічну діарею та мають обмежену мобільність.

Моніторте використання туалетів та відсоток осіб, які повідомляють, що туалети відповідають їхнім вимогам. Використовуйте цю інформацію, щоб зрозуміти, які групи незадоволені та як поліпшити ситуацію. Враховуйте доступ і використання туалетів за статтю та віком, особами з інвалідністю чи обмеженнями мобільності, особами, які живуть з ВІЛ, і особами з нетриманням.

Доступність: обране технічне рішення має гарантувати право всього населення, включно з особами з інвалідністю, на безпечний доступ до санітарних приміщень. Для дітей, осіб похилого віку та осіб з інвалідністю чи нетриманням може знадобитися побудувати, пристосувати або придбати доступні туалети або прибудови до наявних туалетів. Також потрібно забезпечити доступ до ґендерно-нейтральних туалетів з одним входом, із пандусами або горизонтальним доступом, і з розширеними можливостями доступу всередині надбудови, **у мінімальному співвідношенні орієнтовно 1 на 250 осіб.**

Безпечні та захищені санітарні об'єкти: невдало вибрані місця для розміщення туалетів можуть спричинити для жінок і дівчаток загрозу нападу, особливо в нічний час. Переконайтеся, що всі групи ризику, включно з жінками та дівчатками, хлопчиками, особами похилого віку та особами з іншими особливими потребами щодо захисту, почуваються, і перебувають, у безпеці, коли користуються туалетами, вдень і вночі. Забезпечте належне освітлення приміщень і подбайте про надання групам ризику ліхтариків. Запитайте учленів громади, особливо представників груп ризику, як підвищити їхню безпеку. Проконсультуйтеся із представниками шкіл, медичних центрів і клінік, місць, дружніх до дітей, ринків і закладів харчування.

Зауважте, що недостатньо консультуватися щодо безпечних і гідних санітарно-гігієнічних умов лише з жінками та дітьми, адже в багатьох контекстах саме чоловіки контролюють, що дозволяється робити жінкам і дітям. Пам'ятайте про ці соціальні ієрархії та владну динаміку й активно взаємодійте з особами, які ухвалюють рішення, щоб зміцнити право жінок і дітей на безпечний доступ до туалетів і душів.

Освітлення громадських туалетів допоможе полегшити доступ, але також може приваблювати осіб, які використовуватимуть освітлення з іншою метою.

Співпрацюйте з членами громади, особливо з особами, які піддаються найбільшій загрозі, щоб визначити додаткові способи зменшити їхню вразливість.

Кількісне визначення вимог щодо туалетів: подбайте про те, щоб адаптувати вимоги щодо туалетів у контексті, який відобразить зміни в середовищі проживання до та після кризи, вимоги до громадських місць та будь-які конкретні ризики для громадського здоров'я. На початкових етапах раптових криз **першочерговим рішенням є громадські туалети з мінімальним співвідношенням 1 туалет на 50 осіб**, яке потрібно якомога швидше покращити. **Мінімальне співвідношення в середньостроковій перспективі становить 1 туалет на 20 осіб** із пропорцією жіночих і чоловічих туалетів 3:1. Цифри та кількість туалетів для цілей планування ⊕ див. Додаток 4.

Сімейні, спільні чи громадські туалети? Сімейні туалети вважаються ідеальним рішенням з погляду безпеки та захищеності користувачів, зручності й збереження гідності, а також зв'язку між власністю та обслуговуванням. Іноді нормою можуть бути спільні санітарно-гігієнічні об'єкти для невеликої групи помешкань. Спершу можуть бути спроектовані та побудовані громадські або спільні туалети, але з думкою про те, щоб забезпечити сімейні туалети в майбутньому. Наприклад, за рахунок збереження санітарних смуг у населених пунктах створюється простір для будівництва громадських туалетів поряд з тимчасовим житлом, а згодом і для будівництва сімейних туалетів, якщо дозволяє бюджет. Санітарні смуги забезпечують доступ для видалення осаду, технічного обслуговування й виведення з експлуатації.

Громадські туалети також знадобляться в деяких громадських установах або закладах спільного користування: закладах охорони здоров'я, ринкових зонах, закладах харчування, закладах освіти та приймальних чи адміністративних зонах ⊕ див. Додаток 4. *Мінімальна кількість туалетів у громадах, громадських місцях та установах.*

До громадських санітарних об'єктів, побудованих на етапі швидкого реагування, висувуються особливі вимоги щодо експлуатації та обслуговування. Оплата роботи персоналу для прибирання туалетів може бути узгоджена з громадами як тимчасовий захід із чіткою стратегією виходу.

Вода та матеріали для очищення заднього проходу: під час проєктування об'єкту подбайте про наявність достатньої кількості води, туалетного паперу та інших матеріалів для очищення заднього проходу. Проконсультуйтеся з користувачами щодо найбільш придатних матеріалів для очищення та забезпечте їх безпечну утилізацію й сталість постачання.

Миття рук: переконайтеся, що в об'єкті можна мити руки, зокрема й водою з милом (або в альтернативний спосіб, наприклад попелом), після використання туалету, очищення сидниць дитини від калу, особливо перед вживанням і приготуванням їжі.

Дотримання менструальної гігієни: в туалеті мають бути відповідні контейнери для утилізації засобів менструальної гігієни, щоб запобігти засміченню каналізаційних труб або труднощам з очищенням вигрібних ям чи септиків-відстійників. Проконсультуйтеся з жінками та дівчатами щодо конструкції туалетів, щоб забезпечити простір, доступ до води для миття та місць для сушіння.



Стандарт 3.3 з асенізації:

Управління та обслуговування збирання, транспортування, утилізації та обробки екскрементів

Об'єкти, інфраструктура та системи для асенізації контролюються й обслуговуються в безпечний спосіб, щоб гарантувати надання послуг і мінімальний вплив на навколишнє середовище.

Ключові дії

- 1 Організуйте системи збирання, транспортування, очищення й утилізації екскрементів, сумісні з місцевими системами, через співпрацю з місцевими органами влади, які відповідають за асенізацію.
 - Застосовуйте поточні національні стандарти та дбайте про те, щоб додаткове навантаження на наявні системи не мало негативного впливу на довкілля чи громади.
 - Погодьте з місцевими органами влади й землевласниками використання землі для очищення та утилізації екскрементів за межами об'єктів.
- 2 Визначте системи для короткострокового та довгострокового утримання туалетів, особливо підземних частин (ям, сховищ, септиків-відстійників, стічних ям).
 - Проектуйте й визначайте розмір підземних частин так, щоб забезпечити безпечну локалізацію екскрементів і видалення осаду.
 - Встановіть чіткі та підзвітні ролі та обов'язки й визначте джерела фінансування для майбутньої експлуатації й технічного обслуговування.
- 3 Здійснюйте видалення осаду із об'єкту для локалізації екскрементів у безпечний спосіб – як для осіб, які здійснюють такі роботи, так і тих, хто їх оточує.
- 4 Надавайте населенню інформацію, засоби, інструменти та матеріали для будівництва, очищення, ремонту й технічного обслуговування туалетів.
 - Проводьте кампанії зі сприяння дотриманню гігієни щодо використання, очищення й технічного обслуговування туалетів.
- 5 Забезпечте отримання води для транспортування з доступних джерел, не піддаючи ці джерела надмірному навантаженню.

Ключовий показник

Усі екскременти людини утилізуються в безпечний для громадського здоров'я та довкілля спосіб

Інструкції

Видалення осаду — це видалення (необроблених і частково оброблених) екскрементів із вигрібної ями, сховища або септика й транспортування до зовнішньої установки з обробки й утилізації відходів. Видалення осаду потрібно враховувати

в процесах експлуатації й технічного обслуговування туалетів від самого початку, а також при бюджетуванні.

Нечистоти або побутові стічні води, змішані з екскрементами людини, класифікуються як стічні води. Окрім випадків, коли поселення розміщені в місцях із каналізацією, побутові стічні води не мають змішуватися з екскрементами людини. Очищення стічних вод складніше і дорожче, ніж очищення побутових стічних вод.

Планування: на попередніх етапах виходьте з об'єму екскрементів 1–2 літри на людину на добу. У довгостроковій перспективі заплануйте 40–90 літрів екскрементів на людину на рік; у міру розкладання об'єм екскрементів зменшується. Фактичний об'єм залежить від того, чи використовується вода для змивання чи ні, чи використовуються якісь засоби або вода для підмивання, чи використовуються вода та інші засоби для чищення туалетів, а також від раціону користувачів. Переконайтеся, що побутова вода від прибирання та приготування їжі або від прання та купання не потрапляє в об'єкти для локалізації екскрементів, адже через надлишок води доведеться видаляти більше осаду. Відведіть 0,5 метра ґрунту зверху вигрібною ями для засипання.

Для особливих ситуацій у сфері охорони здоров'я, як-от спалахи холери ⊕ див. Стандарт 6 щодо водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни. Дотримання WASH у закладах охорони здоров'я.

Місцеві ринки: у відповідних випадках використовуйте доступні місцеві матеріали та робочу силу для будівництва туалетів. Це розширює участь людей у використанні й технічному обслуговуванні об'єктів.

Локалізація екскрементів у складних умовах навколишнього середовища: під час повеней або кризових ситуацій в умовах міста може бути особливо важко забезпечити належні засоби й об'єкти для локалізації екскрементів. У таких ситуаціях варто розглянути можливість встановлення туалетів із цоколем, туалетів із відведенням сечі, відстійників для стічних вод і тимчасових одноразових поліетиленових пакетів із відповідними системами збирання й утилізації. Доповніть ці способи заходами зі сприяння дотриманню гігієни.

Екскременти як ресурс: екскременти також є потенційним ресурсом. Наразі існують технології для перетворення обробленого осаду на джерело енергії, наприклад у вигляді паливних брикетів або біогазу. Процеси екологічного санітарного очищення або компостування відновлюють органічні фракції та поживні речовини з людських екскрементів у поєднанні з органічними харчовими відходами. Отриманий компост можна використовувати як меліорант або добриво для присадибних ділянок.



4. Боротьба з переносниками інфекцій

Переносник інфекції — це збудник хвороби. Переносники інфекцій створюють шлях від джерела захворювання до людини. Трансмісивні захворювання є головною причиною хвороб, і смерті під час багатьох гуманітарних криз. Основні переносники — це комахи, зокрема, комарі, мухи та воші, але гризуни також можуть переносити інфекції. Деякі переносники також можуть завдавати болісних укусів. Переносники можуть свідчити про проблеми з твердими відходами, із водовідведенням або асенізацією, неправильний вибір місця розташування поселення або ширший спектр проблем, пов'язаних із безпекою.

Трансмісивні захворювання можуть бути складними, тож для усунення проблем, пов'язаних з переносниками, може знадобитися консультація спеціаліста. Втім, запобігти поширенню таких захворювань можуть прості й ефективні заходи.

Програми боротьби з переносниками інфекцій можуть не мати успіху, якщо вони націлені на неправильного переносника чи використовують неефективні методи або націлені на правильного переносника, але в неправильному місці чи в неправильний час. Боротьба має бути цілеспрямованою і має ґрунтуватися на життєвих циклах та екології переносників.

Програми боротьби з переносниками мають бути спрямовані на зменшення щільності їхньої популяції, місць їх розмноження та контактів між людьми та переносниками. Під час розробки програм враховуйте наявні дослідження й зверніться по кваліфіковану консультацію до національних або міжнародних організацій з охорони здоров'я. Отримайте консультацію у місцевих організацій щодо закономірностей захворювань, місць розмноження та сезонних коливань кількості переносників, а також виникнення випадків захворюваності.

Стандарти в цьому розділі зосереджуються на зменшенні чи усуненні проблемних переносників інфекцій, щоб запобігти трансмісивним захворюванням і звести до мінімуму незручності. Боротьба з переносниками інфекцій потрібна в багатьох секторах  *див. Стандарт 2 щодо житла та поселення, Базова медична допомога— Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.1 і Стандарт 6.2 щодо продовольчої допомоги.*

Стандарт 4.1 щодо боротьби з переносниками інфекцій: Боротьба з переносниками інфекцій на рівні поселення

Населення проживає у середовищі, де місця розмноження та харчування переносників інфекцій знаходяться під контролем, щоб зменшити ризики, пов'язані з переносниками.

Ключові дії

- 1 Оцініть ризик трансмісивних захворювань для визначеної території.

- Визначте, чи перевищує рівень захворюваності в регіоні встановлені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) або національні норми для цього захворювання.
- Дізнайтеся про потенційні місця розмноження переносників інфекцій і їхній життєвий цикл, особливо щодо харчування, на основі даних місцевих експертів і обізнаності про важливих переносників.

2 Узгодьте дії з гуманітарної боротьби з переносниками інфекцій із місцевими планами та системами боротьби з переносниками, а також із національними рекомендаціями, програмами чи політиками.

3 Визначте на основі розуміння життєвих циклів переносників, чи доречні хімічні або нехімічні способи боротьби з ними за межами домогосподарств.

- Інформуйте населення про потенційні ризики, пов'язані з хімічними способами боротьби з переносниками, і про графік застосування хімікатів.
- Забезпечте всіх працівників, які працюють з хімікатами, засобами індивідуального захисту (ЗІЗ) та спецодягом і навчіть користуватися ними.

Ключовий показник

Відсоток ідентифікованих місць розмноження, в яких порушено життєвий цикл переносника інфекції

Інструкції

Колективні поселення: вибір місця для поселення допоможе мінімізувати ризик трансмісивних захворювань для постраждалого населення. Мінімізація ризику має бути одним із ключових факторів під час пошуку потенційних місць. Наприклад, для боротьби з малярією колективні поселення потрібно розміщувати на відстані 1–2 кілометри з навітряного боку від великих місць розмноження переносників, як-от болота чи озера, але важливо забезпечити доступ до додаткового джерела чистої води. Враховуйте вплив нового місця поселення на наявність переносників інфекцій у сусідніх приймаючих громадах  див. Стандарт 2 щодо житла та поселення. Планування розміщення та поселення.

Оцінка факторів ризику: ухвалюйте рішення щодо заходів боротьби з переносниками інфекцій на основі оцінки потенційних захворювань та інших ризиків, а також епідеміологічних і клінічних даних щодо трансмісивних захворювань. Розгляньте потенційні та підтверджені випадки на визначеній території за останні два роки. До інших факторів впливу на цей ризик належать:

- імунний статус населення, включно з тривалістю дії шкідливого фактора в минулому, стресом у зв'язку з порушенням харчування та іншими стресами;
- переміщення населення з неендемічної території на ендемічну;
- тип збудника і поширеність — як у переносників інфекцій, так і серед людей;
- види переносників інфекцій, їх чисельність, поведінка та екологія (пора року, місця розмноження) і потенційна взаємодія між переносниками;
- підвищена тривалість та інтенсивність контакту з переносниками інфекцій через близькість розташування, вид поселення, типи тимчасового житла, наявні заходи з індивідуального захисту і запобігання зараженню.



Знищення або зміна місць розмноження та харчування переносників інфекцій: чимало заходів WASH можуть істотно впливати на місця розмноження та харчування, а саме:

- усунення зон зі стоячою водою або підвищеною вологою навколо водорозподільних пунктів, зон для купання та прання;
- контроль зберігання твердих відходів на рівні домогосподарств, під час їх збирання й транспортування, а також у місцях обробки та утилізації;
- забезпечення ємностей для води кришками;
- асенізація;
- очищення фундаментних плит і надбудов туалетів для запобігання появи переносника інфекцій;
- спорудження накриття для вигрібних ям, щоб запобігти потраплянню фекалій у довкілля та переносників інфекцій у ями;
- проведення заходів із забезпечення загальної чистоти в межах програм сприяння дотриманню гігієни;
- утримування колодязів закритими та/або обробка ларвіцидами, наприклад у регіонах, де ендемічною є лихоманка денге.

Найчастіше переносниками інфекцій є три основні види комарів:

- *Culex* (філяріоз і вірус лихоманки Західного Нілу), які розмножуються в стоячій воді з органічними масами, наприклад, у туалетах;
- *Anopheles* (малярія та філяріоз), які розмножуються у відносно чистих поверхневих водах: калюжах, струмках із повільним потоком та колодязях;
- *Aedes* (лихоманка денге, жовта лихоманка, лихоманка чикунгуня та вірус Зіка), які розмножуються в ємностях для води: пляшках, відрах та шинях.

Біологічні та нехімічні засоби боротьби: біологічні засоби боротьби передбачають застосування організмів, які полюють на цільові види-переносники інфекцій, паразитують на них, конкурують або зменшують їхні популяції. Наприклад, личинкоїдні риби та прісноводні ракоподібні можуть контролювати популяції комарів *Aedes* (переносників лихоманки денге). Однією з найбільш перспективних стратегій є використання ендосимбіотичних бактерій *Wolbachia*, метою якої є обмеження передачі вірусу лихоманки денге. Біологічні засоби боротьби виявились ефективними в певних робочих середовищах, і дані свідчать про їхню ефективність у ширшому масштабі.

Попри те, що біологічні засоби боротьби дають змогу уникнути хімічного забруднення довкілля, можливі експлуатаційні обмеження та небажані екологічні наслідки. Біологічні засоби боротьби ефективні лише проти нестатевозрілих комарів-переносників інфекцій і, як правило, обмежуються використанням у великих бетонних або глазурованих керамічних ємностях для зберігання води чи колодязях. Критичне значення має готовність місцевих громад прийняти застосування цих біологічних організмів у ємностях із водою. Участь громади є бажаною під час розподілу організмів, а також під час моніторингу та поповнення запасу ємностей у разі потреби.

Екологічні методи боротьби: декілька основних екологічних методів спрямовані на знищення місць розмноження переносників інфекцій, зокрема:

- належна утилізація екскрементів людей і тварин, наявність робочих туалетів і закривання отворів туалетів з вигрібною ямою кришками;

- належна утилізація твердих відходів для боротьби з комахами та гризунами;
- забезпечення якісного водовідведення в поселеннях;
- відведення стоячої води та видалення рослинності навколо відкритих каналів і ставків для боротьби з комарами.

Такі заходи зменшують щільність популяції деяких переносників інфекцій. Швидше за все вам не вдасться повністю усунути всі місця розмноження, харчування та відпочинку переносників інфекцій у межах або поблизу поселень, навіть у довгостроковій перспективі. У цьому разі варто подбати про локальні хімічні засоби або заходи індивідуального захисту. Обприскування заражених зон допоможе зменшити кількість дорослих мух і запобігти епідемії діареї або мінімізувати розповсюдження хвороби, якщо застосовувати його під час епідемії. Залишкове обприскування в приміщенні зменшить щільність популяції дорослих комарів, які переносять малярію або лихоманку денге. Приманки з отрутою зменшують популяцію гризунів.

Національні та міжнародні протоколи: ВООЗ опублікувала чіткі міжнародні протоколи та норми як щодо вибору й застосування хімічних речовин у боротьбі з переносниками інфекцій, так і щодо захисту й вимог до підготовки персоналу. Заходи боротьби з переносниками інфекцій мають стосуватися двох головних питань: ефективності й безпеки. Якщо національні норми щодо вибору хімічних речовин не відповідають міжнародним стандартам, проконсультуйтеся з відповідним національним органом і працюйте з ним, щоб отримати дозвіл на застосування міжнародних стандартів.

Захистіть всіх працівників, які працюють з хімікатами, забезпечивши їхню підготовку, надавши захисний одяг і приміщення для купання, а також обмеживши кількість годин роботи з хімікатами.

Координація з лікуванням малярії: впроваджуйте стратегії боротьби з переносниками малярії одночасно з ранньою діагностикою та лікуванням протималярійними препаратами ⊕ див. Базова медична допомога — Стандарт 2.1.1 щодо інфекційних захворювань. Профілактика.

Стандарт 4.2 щодо боротьби з переносниками інфекцій: Побутові та особисті дії щодо боротьби з переносниками інфекцій

Усі постраждалі особи обізнані та мають засоби захисту для себе та своєї родини від переносників інфекцій, які можуть становити істотний ризик для здоров'я або добробуту.

Ключові дії

- 1 Оцініть поточні практики запобігання або стримування переносників інфекцій на рівні домогосподарств у межах загальної програми сприяння дотриманню гігієни.
 - Визначте перешкоди для більш ефективної поведінки та фактори, які мотивують людей.



- 2 Проводьте інформаційні кампанії з широким залученням громадськості, щоб інформувати населення про проблемних переносників інфекцій, час і місце високого ризику передачі інфекцій та профілактичні заходи.
 - Здійснюйте нагляд за групами високого ризику.
- 3 Проведіть оцінку актуальних та ефективних профілактичних заходів на місцевому ринку.
 - Подбайте про зміцнення ринків, щоб забезпечити стале джерело профілактичних заходів.
 - Розробіть план закупівлі, розподілу та реалізації засобів боротьби з переносниками інфекцій у співпраці з громадою, місцевими органами влади та іншими секторами, якщо місцеві ринки не в змозі задовольнити попит.
- 4 Навчайте громади здійснювати моніторинг, звітувати й надавати зворотний зв'язок щодо проблемних переносників інфекцій та програми боротьби з переносниками.

Ключові показники

Відсоток постраждалих осіб, які можуть правильно описати шляхи передачі та ефективні заходи боротьби з переносниками інфекцій на рівні домогосподарств

Відсоток осіб, які вжили належних заходів, щоб захистити себе від трансмісивних хвороб

Відсоток домогосподарств із належним захистом запасів харчових продуктів

Інструкції

Індивідуальні заходи захисту від малярії: своєчасні та систематичні засоби захисту, як-от протимоскітні намети, завіси та сітки для ліжок, допомагають захиститися від малярії. Довговічні протимоскітні сітки також захищають від вошей, бліх, кліщів, тарганів і клопів. Іншими засобами захисту також може слугувати одяг із довгими рукавами, побутові фумігатори, запалювальні спіралі, аерозолі та засоби, що відлякують комарів. Заохочуйте застосування таких методів серед груп ризику, наприклад дітей до п'яти років, осіб з імунodefіцитом і вагітних жінок.

Групи з високим ризиком: деякі верстви населення більш уразливі до трансмісивних захворювань, ніж інші, особливо немовлята й діти перших років життя, особи похилого віку, особи з інвалідністю, особи, які хворіють, а також вагітні та жінки, які годують груддю. Визначте групи високого ризику та вживайте заходів для зменшення цього ризику. Запобігайте стигматизації.

Соціальна мобілізація та комунікація: щоб зменшити середовище проживання личинок переносників інфекцій і популяції дорослих особин, потрібні зміни в поведінці як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади. Діяльність із соціальної мобілізації та комунікації має бути повністю інтегрована в заходи з профілактики та боротьби з переносниками інфекцій через широкий спектр каналів.

Заходи індивідуального захисту для інших переносників інфекцій: найефективнішими засобами захисту від вошей є індивідуальна гігієна та регулярне прання одягу й постільної білизни. Контролюйте зараження за допомогою кампаній з індивідуальної гігієни (використання спеціальної пудри), масового прання або знищення вошей. Розробіть і використовуйте протоколи обробки осіб, які щойно прибули до поселення. Чисте побутове середовище, ефективна утилізація відходів і належне зберігання вареної та сирової їжі не дадуть щурам, іншим гризунам і комахам (наприклад, тарганам) потрапити в будинки чи прихистки  див. Стандарт 1.1 зі сприяння дотриманню гігієни. Сприяння дотриманню гігієни.



5. Утилізація твердих відходів

Утилізація твердих відходів — це процес обробки й видалення твердих органічних і неорганічних відходів. Він передбачає такі дії:

- планування систем утилізації твердих відходів;
- обробка, розділення, зберігання, сортування та переробка відходів на рівні джерела;
- передача в пункт збирання;
- транспортування та остаточна утилізація, повторне використання, зміна призначення або переробка.

Відходи можуть утворюватися на рівні домашнього господарства, установи чи громади; сюди належать і медичні відходи. Відходи можуть бути небезпечними або нешкідливими. Неналежне поводження з твердими відходами становить ризик для громадського здоров'я, адже може створити сприятливе середовище існування для комах, гризунів та інших переносників інфекцій [⊕ див. Стандарт 4.1 щодо боротьби з переносниками інфекцій: Боротьба з переносниками інфекцій на рівні поселення](#). Необроблені відходи можуть забруднювати поверхневі та підземні води. Серед утилізованих у неналежний спосіб твердих відходів можуть гратися діти, ризикуючи отримати травму чи хворобу. Збирачі сміття, які заробляють тим, що збирають на звалищах матеріали багатократного використання, можуть отримати травму чи інфекційне захворювання.

Тверді відходи можуть засмічувати дренажні системи, утворюючи стоячі та забруднені поверхневі води, які можуть бути середовищем проживання переносників інфекцій та створювати інші ризики для громадського здоров'я.

Нижченаведені стандарти не охоплюють очищення або утилізацію хімічних відходів або лужних фільтратів. Рекомендації щодо поводження з небезпечними відходами [⊕ див. Посилання та додаткова література](#). Рекомендації щодо поводження з небезпечними медичними відходами [⊕ див. Стандарт WASH 6. WASH у закладах охорони здоров'я](#).

Стандарт 5.1 щодо утилізації твердих відходів: Середовище, не забруднене твердими відходами

Тверді відходи безпечно локалізуються, щоб запобігти забрудненню природного, житлового, навчального, робочого та громадського середовища.

Ключові дії

- 1 Розробіть програму утилізації твердих відходів на основі ризиків для громадського здоров'я, оцінки відходів, що створюються домогосподарствами та установами, та поточної практики.
 - Оцініть можливості повторного використання, зміни призначення, переробки або компостування на місці.
 - Розумійте ролі жінок, чоловіків, дівчаток і хлопчиків у поводженні з твердими відходами, щоб запобігти створенню додаткових ризиків захисту.

- 2 У співпраці з місцевою чи муніципальною владою та постачальниками послуг подбайте про розвантаження наявних систем та інфраструктури, особливо в містах.
 - Подбайте, щоб усі могли використовувати нові та наявні засоби обробки й утилізації відходів.
 - Установіть строки для якнайшвидшого дотримання місцевих стандартів охорони здоров'я або політики утилізації твердих відходів.
- 3 Організуйте періодичні або цільові кампанії з прибирання твердих відходів, забезпечивши відповідну інфраструктуру для підтримки такої кампанії.
- 4 Забезпечте захисним одягом та імунізуйте осіб, які збирають і утилізують тверді відходи, а також осіб, які беруть участь у їх повторному використанні або зміні призначення.
- 5 Забезпечте належне, достатнє та безпечне управління місцями обробки відходів.
 - Використовуйте безпечні та належні методи обробки та утилізації, наприклад захоронення, керовані звалища та спалювання.
 - Управляйте місцями утилізації відходів так, щоб запобігти або звести до мінімуму ризики захисту, особливо для дітей.
- 6 Зведіть до мінімуму кількість пакувальних матеріалів і зменшіть кількість твердих відходів, співпрацюючи з організаціями, відповідальними за розподіл їжі та предметів домашнього вжитку.

Ключовий показник

Тверді відходи не накопичуються навколо визначених локальних або громадських пунктів збирання відходів

Інструкції

Люди, які переміщуються, икидають важкі або непотрібні речі. Утворення твердих відходів у пунктах роздачі може посилити напруженість у відносинах з населенням. Об'єм твердих відходів зростатиме, якщо отримані предмети домашнього вжитку не відповідатимуть реальним потребам. Ці тверді відходи, ймовірно, складаються з інших матеріалів, ніж відходи, що утворюються на місцевому рівні, і їх, можливо, доведеться обробляти або утилізувати в інший спосіб.

Міські зони: міська інфраструктура утилізації твердих відходів може бути інтегрована в інші системи обслуговування. Співпрацюйте з органами влади та системами, щоб компенсувати додаткове розповсюдження твердих відходів.

Захист осіб, які здійснюють утилізацію відходів: забезпечте захисним одягом усіх осіб, які здійснюють утилізацію твердих відходів. Як мінімум, забезпечте рукавички. В ідеалі також надайте черевики та захисні маски. У разі потреби зробіть таким особам щеплення проти правця й гепатиту В. Подбайте про наявність води та мила для миття рук і обличчя. Поінформуйте про та навчіть



працівників правильним способом транспортування й утилізації відходів, а також поінформуйте про ризики, пов'язані із неналежною утилізацією відходів **⊕ див.** *Базова медична допомога — Стандарт 2.1.1 щодо інфекційних захворювань. Профілактика.*

Осіб, які здійснюють утилізацію відходів, можуть стигматизувати як брудних або бідних. Консультації з громадою допоможуть змінити це ставлення. Також варто подбати про те, щоб особи, які здійснюють утилізацію відходів, мали відповідне обладнання й могли підтримувати чистоту.

Колективні поселення та сільська місцевість: тверді відходи можна — і навіть краще — вивозити в колективних поселеннях та районах з меншою щільністю населення. Розмір могильників або ям для спалювання твердих побутових відходів залежить від розміру домогосподарства й базується на оцінці потоку відходів. Ями потрібно належним чином огорожувати, щоб до них не мали доступу діти й тварини, і в ідеалі розташовувати на відстані не менше 15 метрів від житла.

Для локальних або колективних пунктів збирання відходів спочатку надajte 100-літровий контейнер на кожні 40 домогосподарств. У довгостроковій перспективі забезпечте один контейнер на десять домогосподарств, адже кількість побутових відходів з часом зростатиме. Орієнтовно, на 1000 осіб має бути доступна команда з технічного обслуговування з 2,5 осіб.

Повторне використання, зміна призначення та переробка: заохочуйте громаду до повторного використання, зміни призначення або переробки твердих відходів, якщо це не становить суттєвого ризику для громадського здоров'я. Розгляньте перспективи для малого бізнесу або додаткові доходи від переробки відходів, а також можливість сімейного або колективного компостування органічних відходів.

Стандарт 5.2 щодо утилізації твердих відходів: Побутові та особисті дії щодо безпечної утилізації твердих відходів

Населення може в безпечний спосіб збирати та, потенційно, переробляти тверді відходи у своїх домогосподарствах.

Ключові дії

- 1 **1** Забезпечте домогосподарства зручними критими сховищами відповідного розміру для побутових відходів або контейнерами для невеликих груп домогосподарств.
 - Врахуйте побажання домогосподарств щодо кількості й розміру контейнерів для повторного використання та переробки.
- 2 **2** Забезпечте чітко позначені й огорожені локальні громадські пункти збирання відходів, куди домогосподарства зможуть щодня здавати відходи.
- 3 **3** Організуйте систему регулярного вивезення побутових та інших відходів із визначених громадських пунктів збирання.

- 4 Подбайте про безпечну утилізацію твердих відходів у ямах для захоронення або спалювання на рівні домогосподарств чи громад.

Ключові показники

Відсоток домогосподарств, які мають доступ до визначеного пункту збирання твердих відходів на рівні певної локації або громади на прийнятній відстані від житла

Відсоток домогосподарств, які повідомляють про належне зберігання відходів на рівні домогосподарств

Інструкція

Планування: кількість твердих відходів, яку створюють люди, залежить від способу отримання та приготування їжі, а також від того, яка діяльність провадиться в домогосподарстві чи поряд із ним. Коливання можуть мати сезонний характер і часто відображають розклад роздачі продуктів або ринків. Припустімо, що одна людина утворює 0,5 кг твердих відходів на день. Це дорівнює 1–3 літрам на людину на день, виходячи з типової щільності твердих відходів від 200 до 400 кг/м³.

Стандарт 5.3 щодо утилізації твердих відходів: Системи утилізації твердих відходів на рівні громади

Спеціально визначені громадські пункти збирання відходів не є переповненими, а кінцева обробка або утилізація відходів виконується в безпечний спосіб.

Ключові дії

- 1 Переконайтеся, що школи й навчальні заклади, місця, дружні до дитини, та адміністративні приміщення мають чітко позначені належні криті сховища для відходів, які утворюються в цьому місці.
- 2 Забезпечте чітко позначене й огорожене сховище для відходів, що утворюються на територіях громад, особливо на офіційних чи неофіційних ринках, у транзитних центрах та центрах реєстрації.

Ключові показники

Відсоток шкіл і навчальних центрів з належними сховищами для відходів

Відсоток громадських ринків з належними сховищами для відходів

Відсоток ям для твердих відходів або сміттєспалювальних печей у школах, навчальних центрах, на громадських ринках та в інших державних установах, де утилізація відходів відбувається в безпечний спосіб



Інструкції

Відходи ринків: ринки потребують особливої уваги, адже на територіях громад часто відсутня чітко визначена власність і відповідальність за утилізацію твердих відходів. Утилізуйте більшість відходів ринків так само, як і тверді побутові відходи.

Відходи скотобоєнь: подбайте про те, щоб забій худоби відповідав вимогам гігієни та місцевим законам. Значну частину твердих відходів скотобоєнь та рибних ринків можна розглядати як тверді побутові відходи, але слід приділяти особливу увагу рідким відходам. У разі потреби утилізуйте ці відходи в закритій ямі поруч із бійнею або рибопереробним заводом. Кров та інші рідкі відходи треба зливати в яму через закритий стік, щоб уникнути доступу комах. Для миття і прибирання потрібна наявність води.

6. Заходи WASH при спалахах захворювань та в закладах охорони здоров'я

Особи, залучені до сфери WASH, та спеціалісти в галузі охорони здоров'я, мають працювати задля зменшення ризиків для громадського здоров'я, запобігання передачі захворювань і контролю спалахів захворювань. Потрібно забезпечити тісну координацію з урядовими структурами та партнерами в обох секторах для усунення ризиків для громадського здоров'я в межах громади та в закладах охорони здоров'я. Поточний стандарт базується на стандартах WASH 1–5 і розділі «Охорона здоров'я», які слід використовувати в цілому та які повинні керувати всіма технічними втручаннями.

Профілактика та контроль інфекцій (ПКИ) є ключовим видом діяльності у профілактиці захворювань у будь-якій ситуації, а також у реагуванні на спалахи. Це критично важливо для пацієнтів, працівників сфери охорони здоров'я та громади. Органи охорони здоров'я несуть відповідальність за забезпечення дотримання мінімальних стандартів у закладах охорони здоров'я, проте для цього часто потрібна структурована співпраця та підтримка з боку осіб, залучених до сфери WASH.

Належна практика WASH, що послідовно застосовується як на рівні громади, так і в закладах охорони здоров'я, зменшить передачу інфекційних захворювань і допоможе контролювати спалахи хвороб. Мінімальні дії в цьому стандарті можуть стосуватися уже розпочатого реагування та визначення областей для збільшення масштабів реагування при спалахах захворювання.

Реагування на спалахи захворювань на рівні громад

Не завжди доцільно реагувати на кожен компонент WASH. Зосередьтеся на безпосередньому ризику для громадського здоров'я та будуйте довіру й підзвітність у межах громад. Організуйте заходи з реагування в порядку пріоритетності на основі епідеміологічних даних, оцінки факторів ризику, шляхів передачі (особливо окрім фекально-орального шляху), очікуваного впливу кожного втручання та наявних ресурсів.

Участь громади залишається ключовим компонентом реагування на спалахи з метою запобігання поширенню захворювань. Поточні уявлення та переконання громади можуть сприяти або заважати реагуванню, тому важливо їх розуміти та долати. Для того, щоб запобігти передачі захворювань, деякі соціальні норми можливо доведеться змінити. Наприклад, шукайте, у співпраці з громадою, альтернативні форми привітання замість рукоштовування.

Заохочуйте спеціальні заходи з профілактики й лікування захворювань у постраждалих громаді. Наприклад, можна використовувати протимоскітні сітки для запобігання малярії або оральні регідраційні солі та цинк (для дітей) від діареї.

Якщо фахівці по роботі із громадою задіяні в активному пошуку хворих або пов'язані з цими діями, вони мають пройти навчання. Інтегруйте всі дані в загальне розслідування спалаху захворювання та реагування. Швидке відстеження поширення спалаху захворювання та на які категорії населення він впливає, має вирішальне значення для своєчасного реагування, а дані, інтегровані в загальну



систему, допоможуть запобігти дублюванню або пропуску ключових сфер  див. Базова медична допомога — Стандарт 2.1.4 щодо інфекційних захворювань. Готовність до спалахів захворювань і заходи з реагування на них.

Під час спалаху будь-якого захворювання завжди дотримуйтесь оновлених технічних інструкцій, оскільки нові захворювання матимуть різні ризики та вплив. Існують розширені інструкції щодо ПКІ у профілактиці та контролі конкретних захворювань, які є пріоритетними  див. розділ «Посилання» нижче. Поточний стандарт містить мінімальний обсяг питань, які потрібно розглянути, і описує співпрацю між секторами WASH та охорони здоров'я. На схемі нижче представлено огляд ключових заходів з WASH на рівні громади під час спалаху захворювань. Щодо заходів у сфері охорони здоров'я  див. Базова медична допомога— Стандарти 2.1.1 — 2.1.4 з інфекційних захворювань.



Принципи WASH щодо заходів на рівні громади під час спалахів захворювань (Рис. 5)

Стандарт 6:

Заходи WASH у закладах охорони здоров'я

Усі заклади охорони здоров'я дотримуються мінімальних стандартів профілактики та контролю інфекцій, пов'язаних із WASH, зокрема й під час спалахів захворювань.

Ключові дії

- 1 Забезпечте надійне водопостачання, в достатній кількості та якості, що відповідає специфіці закладу охорони здоров'я.
 - Зберігайте запас чистої води, якого б вистачило принаймні на 48 годин (0,5 мг/л залишкового вільного хлору), щоб забезпечити постійне водопостачання.
 - **При спалахах захворювань:** збільшіть кількість води й адаптуйте розчини хлору відповідно до типу захворювання, ризику та потреб.
- 2 Забезпечте достатні засоби для утилізації екскрементів, щоб обмежити передачу захворювань.
 - Надайте крісла-туалети й туалети-відра для осіб з обмеженнями мобільності.
 - Мийте санітарно-гігієнічні об'єкти (туалети, душові, зони для миття) водою з мийним засобом. Уникайте використання сильнодіючих мийних засобів у туалетах.
 - **При спалахах захворювань:** забезпечте засоби для утилізації екскрементів у кожній зоні медичного закладу.
 - **При спалахах захворювань:** адаптуйте матеріали та приладдя для конкретного захворювання, наприклад, холерні ліжка та відра для екскрементів чи блювоти.
 - **При спалахах захворювань:** визначте додаткові запобіжні заходи для очищення, виведення з експлуатації та видалення осаду з санітарних об'єктів та обладнання та утилізації екскрементів.
- 3 Надайте працівникам сфери охорони здоров'я, пацієнтам та відвідувачам достатню кількість мийних засобів та обладнання для підтримки гігієни.
 - антисептиком на основі спирту. Використовуйте одноразові рушники або сушіть їх на повітрі.
 - **При спалахах захворювань:** забезпечте пункти для миття рук у кожній зоні.
 - **При спалахах захворювань:** упровадьте додаткові гігієнічні заходи, як-от хлорні ножні ванни або обприскування (залежно від захворювання) і миття рук перед надяганням або зняттям засобів індивідуального захисту (ЗІЗ).
 - **При спалахах захворювань:** надайте пацієнтам спеціальні засоби гігієни та проведіть інструктаж перед випискою.
- 4 Підтримуйте чисте та гігієнічне середовище.
 - Щодня мийте підлогу та горизонтальні робочі поверхні водою з мийним засобом.



- Очищайте та дезінфікуйте потенційно забруднені поверхні 0,2-відсотковим розчином хлору.
- Очищайте, дезінфікуйте або стерилізуйте вироби медичного призначення для багаторазового використання залежно від ризику перед кожним використанням.
- Дезінфікуйте всі простирадла 0,1-відсотковим розчином хлору після замочування, якщо вони помітно забруднені; стерилізуйте всі простирадла для операційних.
- **При спалахах захворювань:** збільшіть концентрацію дезінфікуючого засобу для миття підлоги та забруднених поверхонь. Розгляньте можливість використання спеціальних механізмів для дезінфекції простирадл.

5 Правильно поводьтеся, обробляйте й утилізуйте відходи.

- Сортируйте медичні відходи на місці їх утворення за допомогою методу трьох контейнерів.
- Навчайте всіх працівників сфери охорони здоров'я сортуванню та утилізації відходів.
- Подбайте про те, щоб визначені групи працівників використовували ЗІЗ для збирання, обробки та утилізації відходів (мінімум: рукавички та черевики).
- **При спалахах захворювань:** посилюйте запобіжні заходи щодо утилізації відходів, використовуючи повний комплект ЗІЗ залежно від типу захворювання.

6 Переконайтеся, що всі працівники сфери охорони здоров'я, пацієнти та особи, які за ними доглядають, користуються належними ЗІЗ.

- Надайте ЗІЗ, які відповідають типу загрози та категорії запобіжних заходів з ізоляції.
- Навчіть працівників сфери охорони здоров'я, пацієнтів та інших осіб у закладі вибирати, використовувати й знімати ЗІЗ.
- **При спалахах захворювань:** оцініть тип очікуваного впливу та адаптуйте ЗІЗ до типу передачі захворювання.

7 Будь-які дії, пов'язані з тілами померлих та похованням, повинні провадитись у культурно прийнятний і безпечний спосіб, заснований на належному дотриманні гідності та вимог громадського здоров'я.

- Враховуйте місцеві традиції, а також потребу в ідентифікації та поверненні тіл померлих родинам.
- **При спалахах захворювань:** якщо звичні практики використовувати небезпечно, визначте альтернативи разом із громадою.
- **При спалахах захворювань:** навчіть спеціальні команди та забезпечте їх відповідними ЗІЗ для проведення поховань.

Ключові показники

Усі працівники сфери охорони здоров'я мийуть руки з милом або антисептиком на спиртовій основі до та після кожного контакту з пацієнтом

Усі пацієнти та особи, які за ними доглядають, мийуть руки, перш ніж торкатися їжі або споживати її, а також після відвідування туалету

На всіх пунктах для миття рук є мило або антисептик (або 0,05 % розчин хлору при спалахах захворювань)

Кількість пунктів для миття рук

- Мінімальна: один пункт на кожні десять стаціонарних пацієнтів

Якість питної води в місці доставки

- Мінімальна: 0,5–1 мг/л ЗВХ

Доступна кількість безпечної води

- Мінімальна: 5 літрів на день на одного амбулаторного пацієнта
- Мінімальна: 60 літрів на день на одного пацієнта в центрі лікування холери
- Мінімальна: 300–400 літрів на одного пацієнта в центрі лікування вірусних геморагічних лихоманок на день

Кількість доступних туалетів

- Мінімальна: чотири в амбулаторних закладах (окремі туалети для чоловіків, жінок, дітей та медичних працівників)
- Мінімальна: 1 на 20 стаціонарних пацієнтів (окремі туалети для чоловіків, жінок, дітей та медичних працівників)

Інструкції

Програми профілактики та контролю інфекцій мають ключове значення в усіх закладах охорони здоров'я, зокрема, в амбулаторіях і в межах громадських програм охорони здоров'я. Вони передбачають розробку настанов щодо стандартних запобіжних заходів, запобіжних заходів залежно від шляху передачі інфекції та клінічних методів асептики. У кожному закладі та під час навчання працівників сфери охорони здоров'я потрібно передбачити спеціальну групу з профілактики та контролю інфекцій. Системи епідеміологічного нагляду мають контролювати інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, і резистентність до антимікробних препаратів. Заклади повинні мати відповідний штат і робоче навантаження. На одному ліжку має розміщуватися лише один пацієнт. Медична допомога має надаватися в належному та безпечному середовищі з розвинутою інфраструктурою WASH та обладнанням для дотримання практик безпечної гігієни ⊕ див. Стандарти 1.1 і 1.2 щодо систем охорони здоров'я.

Кількість і якість води: під час розрахунку потрібної кількості води беріть до уваги значення в додатку 3 та коригуйте їх залежно від ситуації ⊕ див. Додаток 3. **Мінімальна кількість води.** Мобільні клініки мають забезпечувати ті самі стандарти WASH, що й амбулаторні заклади, включно з доступом до безпечного джерела води й туалетів. Забезпечте запас води принаймні на 48 годин використання (і зберігання) на заклад. При спалахах захворювань на кшталт лихоманки Ебола та холери забезпечте запас води на 72 години. Основні засади громадських програм WASH ⊕ див. Стандарти 2.1 і 2.2 щодо водопостачання.

У медичних установах використовуються різні розчини хлору.



Розчин хлору	Дії закладу охорони здоров'я
0,05 %	Миття рук Прання (після чищення)
0,2 % (холера) 0,5 % (Ебола)	Протирання горизонтальних робочих поверхонь після прибирання (тільки для холери) Засоби для прибирання, фартухи, чоботи, кухонне приладдя й посуд Ополіскування суден, відер Очищення поверхонь, забруднених рідинами організму Підготовка тіл померлих (Ебола)
2 %	Підготовка тіл померлих (холера) Додається до відер для екскрементів і блювотних мас (холера)
1 %	Матковий розчин для хлорування води

Асенізація: ⊕ Див. Стандарти 3.1 — 3.3 з асенізації, щоб знайти загальні вказівки з асенізації, і Стандарт 1.3 щодо сприяння дотриманню гігієни. Менструальна гігієна та гігієна при нетриманні, щоб знайти інформацію про відповідні матеріали.

забезпечують достатньо простору для осіб, які доглядають за пацієнтами. Усі санітарно-гігієнічні об'єкти (туалети, душові, зони для миття) потрібно мити водою з мийним засобом. Не варто використовувати в туалетах сильні дезінфікуючі засоби (це особливо стосується септиків-відстійників), адже ці засоби порушують природні процеси біорозкладання деяких патогенів.

Під час спалахів захворювань вживайте додаткових запобіжних заходів, коли виконуєте очищення, виведення з експлуатації або видалення осаду з об'єктів та обладнання для утилізації екскрементів (наприклад, розчин хлору для очищення, обробка негашеним вапном або хлором).

Нефекальні стічні води: як мінімум, утилізуйте нефекальні стічні води у жироловлювачах та стічних ямах. Переконайтеся, що ями огорожені, щоб запобігти втручанням з боку громади.

Медичні відходи містять збудники інфекцій, наприклад ВІЛ і гепатиту В, які також можуть забруднювати ґрунт і джерела води. Використовуйте метод щонайменше трьох контейнерів для збирання та сортування відходів у міру їх створення:

Категорія	Приклад	Колір контейнера/наліпка
Загальні відходи Нешкідливі	Папір	Чорний
Використані гострі предмети Небезпечні, інфіковані	Голки, скальпелі, системи для інфузій, бите скло, порожні флакони	Жовтий, з написом «Гострі предмети», герметичний і стійкий до проколів
Негострі предмети Небезпечні, інфіковані	Матеріали, забруднені рідинами організму, як-от тампони, перев'язувальні матеріали, шовний матеріал, лабораторні культури	Жовтий, маркований і герметичний

Може знадобитися подальше сортування, зокрема для біологічних (тканини людини), фармацевтичних і хімічних (лабораторні реагенти) відходів. Збирайте відсортовані відходи з медичної зони щонайменше щодня або негайно, якщо вони дуже заразні. Для транспортування відходів використовуйте візки та фіксовані маршрути у спеціально відведені зони з обмеженим доступом. Контейнери

для відходів, візки та зони для зберігання потрібно регулярно дезінфікувати. Вакцинують від гепатиту В і правця всіх осіб, які перевозять медичні відходи.

Обробка та утилізація відходів залежно від наявних засобів:

Категорія	Обробка та утилізація
Загальні	Переробити, спалити або закопати Міське сміттєзвалище
Використані гострі предмети	Могильник для гострих предметів Помістити в герметичний контейнер і закопати на сміттєзвалищі Спалити (не флакони), а потім закопати в сажисту яму (обережно, адже гострі предмети не обов'язково були затуплені)
Інфіковані (негострі предмети)	Могильник (вкрити відходи негашеним вапном) Спалити, а потім закопати в сажисту яму Обробити в автоклаві або провести хімічну обробку
Патологічні	Залежить від соціокультурних норм: Могильники для захоронення (наприклад, для захоронення плаценти) або місця поховань Кремація
Фармацевтичні	Дотримуватися національних інструкцій, якщо можливо, або повернути постачальнику Помістити в герметичний контейнер й утилізувати на сміттєзвалищі Спеціальні сміттєспалювальні установки (>1200 градусів Цельсія)
Хімічні відходи	Дотримуватися національних інструкцій, якщо можливо, або повернути постачальнику Невелику кількість можна спалити або помістити в герметичний контейнер Обробити на очисних станціях або в обертовій печі

Температура у сміттєспалювальній печі має перевищувати 900 градусів Цельсія; піч мусить мати подвійні камери. Низькоякісні сміттєспалювальні установки виробляють токсичні викиди, що забруднюють повітря, і не забезпечують повну стерилізацію. Могильники та сміттєспалювальні установки мають бути побудовані відповідно до наявних національних і міжнародних стандартів і їхня експлуатація, обслуговування та виведення з експлуатації мають здійснюватися у безпечний спосіб.

Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) є обов'язковою умовою дотримання протоколів ПКІ і того, щоб пацієнти, члени сім'ї та персонал не наражалися на подальший ризик.

Оцініть тип очікуваного впливу (бризки, аерозоль, контакт або дотик) і спосіб передачі захворювання. Використовуйте добре підібрані, надійні та придатні засоби (наприклад, стійкі до рідин або водонепроникні).

Основні ЗІЗ захищають користувачів від контакту з кров'ю, рідинами або виділеннями організму. До них належать: рукавички, в разі контакту з інфікованими матеріалами; халати/фартухи в разі контакту одягу або відкритих ділянок шкіри з інфікованим матеріалом; засоби захисту обличчя (маски, окуляри або щитки для захисту від бризок, крапель або аерозолі). Також можуть знадобитися додаткові ЗІЗ (або базові ЗІЗ, які використовуються довший час) залежно від способу передачі захворювання: при контактному способі – наприклад, халат і рукавички (в амбулаторному середовищі); при крапельному способі – хірургічні маски на



відстані 1 метра від пацієнта; при повітряно-крапельному способі – протиаерозольні респіратори).

Викидайте одноразові ЗІЗ у сміттєвий контейнер (наприклад, 220-літрові бочки) біля входу в зону роздягання. Збирайте та відвозьте контейнери до спеціально виділеного місця утилізації відходів. Багаторазові ЗІЗ (наприклад, міцні рукавички та захисні окуляри) поміщайте у контейнери з 0,5-відсотковим розчином хлору. Виконуйте очищення, прання, ремонт і зберігання ЗІЗ у правильний спосіб.

Для миття рук у рукавичках після кожного етапу роздягання потрібно мати 0,5-процентний розчин хлору. Забезпечте окремий пункт для миття рук із 0,05-відсотковим розчином хлору як останній крок у процесі роздягання.

Поводження з тілами померлих: вживайте заходів для безпечного, гідного та культурно прийнятного поховання померлих, включно з ідентифікацією всіх осіб. Дайте людям можливість упізнати членів своєї родини та провести поховання. Не скидайте тіла безцеремонно в братські могили. Масове поховання може завадити отриманню свідочств про смерть, необхідних для подання судових позовів. Враховуйте потенційні правові проблеми під час поховання жертв насильства
⊕ див. Стандарт 1.1 щодо систем охорони здоров'я. Надання медичних послуг.

Під час спалахів захворювань, залежно від збудника захворювання та його передачі, можуть знадобитися особливі запобіжні заходи, наприклад обробка тіл померлих розчином хлору. Ритуали очищення й догляду за тілами померлих можуть збільшити ймовірність передачі захворювань, але неповага до культурних особливостей може призвести до того, що поховання відбуватимуться таємно та без повідомлення.

Працівники сфери охорони здоров'я та поховальні бригади мають завжди носити ЗІЗ. Надавайте членам громадських поховальних бригад психосоціальні послуги. Працюйте з лідерами громад, щоб запобігти стигматизації людей, які виконують цю роль.

Виведення з експлуатації: консультуйтеся з громадою, місцевою владою та гуманітарними організаціями, щоб визначити, як вивести з експлуатації тимчасовий медичний заклад під час реагування.

Додаток 1

Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни: перелік контрольних запитань для оцінки вихідних потреб

Наведений перелік запитань передусім призначений для оцінки потреб, визначення ресурсів та опису місцевих умов. Він не містить запитань, які визначатимуть зовнішні ресурси на доповнення до ресурсів, які безпосередньо доступні на місцях.

Загальні відомості

- Скільки осіб постраждало і де вони перебувають? Виконайте розбивку даних за статтю, віком, інвалідністю тощо.
- Які ймовірні шляхи переміщення осіб? Які є фактори безпеки для постраждалих осіб і для потенційного реагування?
- Які є поточні, переважаючі чи ймовірні захворювання, пов'язані з WASH?
- Хто є ключовими особами, до яких потрібно звертатися або з якими потрібно проконсультуватися?
- Хто є вразливими групами населення і чому?
- Чи всі мають рівний доступ до наявних об'єктів, зокрема й у громадських місцях, медичних центрах і школах?
- Які особливі безпекові ризики існують для жінок, дівчаток, хлопчиків і чоловіків? Які є групи ризику?
- Які способи водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни були звичними для населення до кризи?
- Які є формальні та неформальні структури влади (наприклад, громадські лідери, старійшини, жіночі організації)?
- Як ухвалюються рішення в домогосподарствах і в громаді?
- Чи є доступ до місцевих ринків? Які ключові товари та послуги у сфері WASH були доступні на ринку до кризи та є доступними під час кризи?
- Чи має населення доступ до готівки та/або кредитів?
- Чи існують сезонні коливання, про які варто знати, які обмежують доступ або підвищують вимоги до робочої сили, наприклад під час збирання врожаю?
- Хто є ключовими органами влади, з якими треба підтримувати зв'язок і співпрацювати?
- Хто є місцевими партнерами в географічній місцевості, наприклад групи громадянського суспільства, які мають аналогічний потенціал у сфері WASH та залученні громади?

Сприяння дотриманню гігієни

- Які способи водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни були звичними для населення до кризи?
- Які наявні практики є шкідливими для здоров'я, хто їх практикує і чому?
- Хто досі практикує позитивну поведінку з дотримання гігієни та що дає їм змогу і спонукає це робити?
- Які практичні переваги та недоліки запропонованих змін?



- Які є офіційні та неофіційні канали комунікації та охоплення населення (наприклад, медико-санітарні працівники громади, повитухи, народні цілителі, клуби, кооперативи, церкви та мечеті)?
- Який є доступ до засобів масової інформації у регіоні (наприклад, радіо, телебачення, відео, газети)?
- Які є місцеві ЗМІ та/або неурядові організації (НУО)?
- Які верстви населення можуть і мають бути цільовими (наприклад, матері, діти, громадські лідери, релігійні лідери)?
- Який тип системи охоплення населення працюватиме в цьому контексті (наприклад, волонтери, працівники чи особи, які просувають дотримання гігієни в громаді, шкільні спортивно-оздоровчі клуби, комітети WASH) для негайної та середньострокової мобілізації?
- Які навчальні потреби мають працівники у сфері сприяння дотриманню гігієни та фахівці по роботі із громадою?
- Які непродовольчі товари є в наявності, а які є конче необхідними з огляду на побажання та потреби?
- Де люди отримують доступ до ринків, щоб придбати основні гігієнічні засоби? Чи змінився цей доступ (вартість, різноманітність, якість) після кризи?
- Як домогосподарства отримують доступ до основних гігієнічних засобів? Хто ухвалює рішення щодо того, які товари купувати, та щодо визначення пріоритетів?
- Наскільки ефективними є практики гігієни в закладах охорони здоров'я (особливо важливо в епідемічних ситуаціях)?
- Які потреби та побажання жінок і дівчаток щодо менструальної гігієни?
- Які потреби та побажання осіб із нетриманням?

Водопостачання

- Яке є поточне джерело водопостачання та хто є поточними споживачами?
- Скільки води доступно на людину на день?
- Яка частота водопостачання щодня й щотижня?
- Чи достатньо води в джерелі її постачання для задоволення короткострокових і довгострокових потреб усіх груп?
- Чи достатньо близько до поселень розташовані пункти отримання води? Чи безпечні вони?
- Чи надійне поточне водопостачання? Як довго воно зможе використовуватися?
- Чи достатньо в населення ємностей для води відповідного розміру й типу (для отримання та зберігання)?
- Чи є джерело води забрудненим або чи піддається воно ризику забруднення (мікробіологічного, хімічного або радіаційного)?
- Чи організовано систему очищення води? Чи потрібно очищувати воду? Чи можливе очищення? Яке очищення є необхідним?
- Чи потрібна дезінфекція? Чи є в громади нарікання, пов'язані зі смаковими якостями та сприйняттям води через смак і запах хлору?
- Чи є поблизу альтернативні джерела води?
- Які є традиційні вірування та практики, що стосуються отримання, зберігання та використання води?

- Чи є перешкоди для використання наявних джерел водопостачання?
- Чи можна переселити людей в інше місце, якщо джерела води не відповідають потребам населення?
- Які є альтернативи, якщо джерела води не відповідають потребам населення?
- Чи існують традиційні вірування та практики, пов'язані з гігієною (наприклад, спалах холери на Гаїті був пов'язаний з культурою вуду)? Чи є будь-яке з цих вірувань чи практик корисним чи шкідливим?
- Які ключові питання дотримання гігієни пов'язані з водопостачанням?
- Чи купують люди воду? Якщо так, то де, за якою ціною та з якою метою? Чи змінилися параметри доступу (вартість, якість, регулярність доставки)?
- Чи мають люди засоби для використання води з дотриманням вимог гігієни?
- Чи належним чином відбувається водовідведення з точок водопостачання, пралень та зон для купання?
- Чи придатні умови ґрунту для поводження з проблемною водою з точок водопостачання, пралень і зон для купання на території поселення або за його межами? Чи проводились випробування щодо просочування вологи в ґрунт?
- Яким є звичне джерело водозабезпечення свійської худоби в разі переміщення населення в сільській місцевості?
- Як впливатиме на навколишнє середовище можлива реалізація заходів щодо водопостачання, забору води та використання джерел?
- Хто зараз користується наявними джерелами води? Чи існує небезпека конфлікту, якщо цими джерелами користуватимуться нові групи населення?
- Які є можливості для співпраці з приватним та/або державним сектором у сфері водопостачання? На основі яких проблемних аспектів та можливостей можна аналізувати реагування та складати рекомендації?
- Якими мають бути обов'язки з експлуатації та технічного обслуговування? Які можливості для їх виконання в короткостроковій і довгостроковій перспективі? Хто за них відповідатиме?
- Чи є поточний або потенційний фінансовий механізм або система відшкодування витрат на експлуатацію й технічне обслуговування?
- Як населення приймаючої громади отримує доступ до води й гарантує її безпечність у місці використання?

Утилізація екскрементів

- Чи вільне довкілля від фекалій?
- Якщо дефекація здійснюється відкрито, то чи є для цього спеціально відведене місце?
- Чи існують які-небудь туалетні приміщення? Якщо так, то чи користуються ними? Чи достатньо їх? Чи успішно вони працюють? Чи можна їх розширити або адаптувати?
- Чи є приміщення безпечними та чи забезпечують вони гідність: чи є вони освітленими, обладнаними замками, ширмами? Чи має населення доступ до туалету вдень і вночі? Якщо вночі доступу немає, то які є альтернативні варіанти?
- Які практики асенізації використовує населення приймаючої громади?



- Чи небезпечна наявна практика дефекації для водопостачання (поверхневих або підземних вод) або місць проживання та для довкілля загалом?
- Чи є соціально-культурні норми, які треба враховувати під час проектування туалетів?
- Чи знайомі люди з тим, як функціонує туалет, його конструкцією та правилами користування ним?
- Які місцеві матеріали можна використовувати для будівництва туалетів?
- Чи визнається та практикується компостування?
- З якого віку діти починають користуватися туалетом?
- Як утилізуються фекалії немовлят і дітей перших років життя?
- Який ухил місцевого рельєфу?
- Який рівень підземних вод?
- Чи придатні умови ґрунту для утилізації екскрементів на місці?
- Чи сприяють наявні методи утилізації екскрементів розмноженню переносників інфекцій?
- Чи наявні матеріали або вода для очищення заднього проходу? Як зазвичай утилізуються ці матеріали?
- Чи мють люди руки після дефекації, перед приготуванням і вживанням їжі?
- Чи є поруч із туалетом або в домогосподарстві мило та інші мийні засоби з водою?
- Як жінки вирішують проблеми гігієни, пов'язані з менструацією? Чи є для цього відповідні матеріали та приміщення?
- Чи є особливі санітарні зручності або засоби, що надаються особам з інвалідністю, особам, які живуть із ВІЛ, особам з нетриманням і особам, які перебувають на постільному режимі у медичних закладах?
- Чи оцінювалися екологічні фактори, наприклад видобуток сировини, як-от піску і гравію для будівельних цілей, і захист довкілля від фекалій?
- Чи є в громаді кваліфіковані робітники, наприклад муляри чи електрики, та некваліфіковані робітники?
- Чи наявні машини для очищення вигрібних ям або видалення осаду? Чи утилізуються зібрані фекальні відходи в належний спосіб і безпечно?
- Якою є належна стратегія асенізації — включно з локалізацією, очищенням, обробкою та утилізацією екскрементів?

Трансмісивні захворювання

- Які є ризики трансмісивних захворювань і наскільки вони серйозні?
- Які денні або сезонні моделі характерні для місцевих переносників інфекцій щодо місць розмноження, відпочинку та харчування?
- Які традиційні вірування і практики (наприклад, віра в те, що причиною малярії є брудна вода) пов'язані з переносниками інфекцій і захворюваннями, які вони спричиняють? Чи є будь-яке з цих вірувань чи практик корисним чи шкідливим?
- Якщо ризики виникнення трансмісивних захворювань є високими, то чи мають особи з груп ризику доступ до засобів індивідуального захисту?
- Чи можлива у цій місцевості реалізація заходів, що перешкоджають розмноженню переносників інфекцій (дренаж, вирубування кущів, утилізація екскрементів, утилізація твердих відходів тощо)?

- Чи існує потреба у хімічних засобах боротьби з переносниками інфекцій? Які є програми, правила й ресурси щодо використання хімікатів для боротьби з переносниками інфекцій?
- Які заходи безпеки потрібно здійснювати в домогосподарствах, і яку інформацію потрібно надати мешканцям?

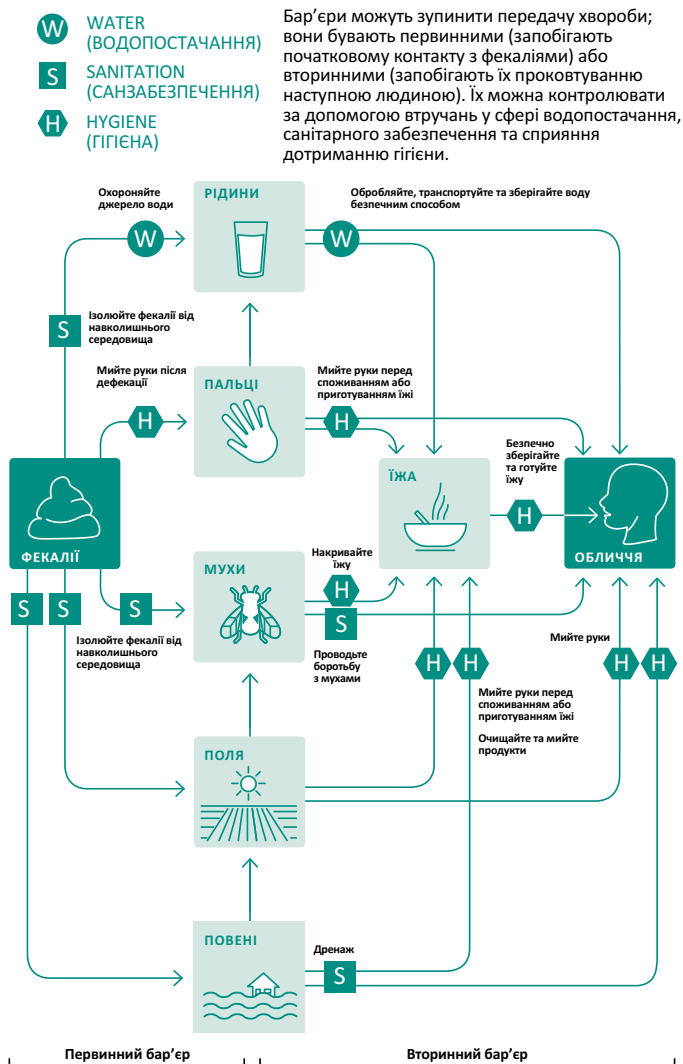
Утилізація твердих відходів

- Чи становлять скупчення твердих відходів проблему?
- Як люди утилізують свої відходи? Які різновиди та яка кількість вироблених твердих відходів?
- Чи існує можливість ліквідації відходів на місці, чи їх доводиться збирати й вивозити?
- Яка звична для постраждалого населення практика утилізації твердих відходів (наприклад, ями для компосту/відходів, система збирання сміття, контейнери)?
- Чи існують в цьому районі медичні або інші установи, що продукують відходи? Як утилізують ці відходи? Хто за це відповідає?
- Де утилізуються одноразові гігієнічні матеріали (наприклад, дитячі підгузки, гігієнічні засоби при менструації і нетриманні)? Наскільки ефективна ця процедура, і чи дотримуються при цьому пристойності?
- Як впливає на довкілля наявна практика утилізації твердих відходів?
- Які можливості управління твердими відходами існують у приватному й державному секторі?



Додаток 2

Схема F: фекально-оральна передача діарейних захворювань



ПРИМІТКА Ця схема є коротким викладом шляхів передачі; можуть бути важливими й інші пов'язані схеми передачі. Питна вода може забруднюватися, наприклад, через брудну ємність для води, або до продуктів харчування може потрапити інфекція через брудне кухонне начиння. SWEDC

5 F: faeces (фекалії), fluids (рідину), fingers (пальці), flies (мухи), food (їжа) (Рис. 6)

Джерело: Центр води, інжинірингу та розвитку (Water, Engineering and Development Center, WEDC)

Додаток 3

Мінімальна кількість води: кількість, необхідна для виживання, та кількісне визначення потреб у воді

Життєзабезпечувальні потреби: споживання води (пиття і їжа)	2,5–3 літри на людину на день (залежно від клімату й індивідуальних особливостей фізіології)
Основні практики дотримання гігієни	2–6 літрів на людину на день (залежно від соціальних і культурних норм)
Основні потреби з приготування їжі	3–6 літрів на людину на день (залежно від типу продукту, соціальних і культурних норм)
Медичні центри та лікарні	5 л на амбулаторного хворого на день 40–60 л на стаціонарного хворого на день 100 л на оперативне втручання та пологи Додаткова кількість води може знадобитися для пралень, туалетів зі змивом тощо
Центри з лікування холери	60 л на одного хворого на день 15 л на особу, яка доглядає хворих, на день
Центр з лікування вірусної геморагічної лихоманки	300–400 л на хворого на день
Центри лікувального харчування	30 л на стаціонарного хворого на день 15 л на особу, яка доглядає хворих, на день
Мобільна клініка з нечастими виїздами	1 л на хворого на день
Мобільна клініка з частими виїздами	5 л на хворого на день
Пункти оральної регідратації	10 л на хворого на день
Приймальні/транзитні центри	15 л на людину на день у разі перебування понад один день 3 л на людину на день у разі перебування лише в денний час
Школи	3 л на учня на день для пиття та миття рук (сюди не входить витрата води на туалети: див. «Громадські туалети»)
Мечеті	2–5 л на людину на день для миття рук та пиття
Громадські туалети	1–2 л на користувача на день для миття рук 2–8 л на кабінку на день для прибирання туалету
Усі туалети зі змивом	20–40 л на користувача на день для звичайних туалетів зі змивом, під'єднаних до каналізації 3–5 л на користувача на день для туалетів із ручним заливанням води
Миття заднього проходу	1–2 літри на день на людину
Худоба	20–30 л на велику або середню худобу на день 5 л на дрібну худобу на день



Додаток 4

Мінімальна кількість туалетів у громадах, громадських місцях та установах

Місцезнаходження	Короткострокова перспектива	Середньо- та довгострокова перспектива
Громада	1 туалет на 50 осіб (громадський)	1 туалет на 20 осіб (спільний на сім'ю) 1 туалет на 5 осіб або на 1 родину
Ринки	1 туалет на 50 торговельних місць	1 туалет на 20 торговельних місць
Лікарні/медичні центри	1 туалет на 20 ліжок чи 50 амбулаторних пацієнтів	1 туалет на 10 ліжок чи 20 амбулаторних пацієнтів
Центри харчування	1 туалет на 50 дорослих 1 туалет на 20 дітей	1 туалет на 20 дорослих 1 туалет на 10 дітей
Приймальні/транзитні центри	1 туалет на 50 осіб Із розрахунку 3 жіночих туалети на 1 чоловічий	
Школи	1 туалет на 30 дівчаток і 1 туалет на 60 хлопчиків	1 туалет на 30 дівчаток і 1 туалет на 60 хлопчиків
Офіси		1 туалет на 20 працівників

Джерело: адаптована версія з видання Harvey, Baghri and Reed (2002)

Примітка. Якщо дозволяє контекст, варто від початку віддавати перевагу спільним туалетам або, ще краще, туалетам на кожну сім'ю, щоб забезпечити їх сприйняття, використання та культурно прийнятні санітарні втручання.

У громаді має бути та сама кількість приміщень для купання, що й туалетів на 50 осіб (у короткостроковій перспективі) або 20 осіб (у довгостроковій перспективі).

Додаток 5

Захворювання, пов'язані з водопостачанням і санітарним забезпеченням

1. Екологічна класифікація інфекцій, що передаються через воду

Категорія	Інфекція	Збудник
1) Фекально-оральний механізм (передаються через воду або через недотримання гігієни) а) Діарея та дизентерія	Амебна дизентерія Балантидіаз Кампілобактеріоз Холера Криптоспоридіоз Діарея, спричинена кишковою паличкою Лямбліоз Ротавірусна діарея Сальмонельоз Шигельоз Єрсиніоз кишковий	Найпростіші Найпростіші Бактерії Бактерії Найпростіші Бактерії Найпростіші Віруси Бактерії Бактерії Бактерії
б) Кишкові інфекції	Черевний тиф Паратиф Поліомієліт Гепатит А Лептоспіроз Аскаридоз Трихоцефальоз	Бактерії Бактерії Віруси Віруси Спірохети Гельмінти Гельмінти
2) Передається через недотримання гігієни а) Шкірні та очні інфекції	Інфекційні захворювання шкіри Інфекційні захворювання очей	Різне Різне
б) Інше	Тиф, який передається через воші Поворотний тиф, який передається через воші	Бактерії <i>Rickettsia</i> Спірохети
3) Передається через воду а) Передається через шкірно	Шистосомоз	Гельмінти
б) Передається при ковтанні	Дракункульоз Клонорхоз Диботріоцефальоз Парагонімоз Інше	Гельмінти Гельмінти Гельмінти Гельмінти Гельмінти
4) Комахи-переносники, які живуть біля води а) Комахи, які кусають біля води	Сонна хвороба	Найпростіші
б) Які розмножуються у воді	Філяріоз Малярія Річкова сліпота Віруси, що передаються комарами Жовта лихоманка Лихоманка Денге Інше	Гельмінти Найпростіші Гельмінти Віруси Віруси Віруси

Джерело: Культурна Фундація «Атлас» (ACF): Вода, санітарне забезпечення та гігієна для населення з груп ризику. Додаток 5, стор. 675



2. Екологічна класифікація інфекцій, що передаються через фекалії

Категорія	Інфекція	Збудник	Переважні механізми передачі	Основний спосіб боротьби (технічні заходи виділено курсивом)
1) Фекально-оральний (небактеріальний) механізм Нелатентні, низька інфекційна доза	Поліомієліт Гепатит А Ротавірусна діарея Амебна дизентерія Лямбліоз Балантидіаз Ентеробіоз Гіменолепідоз	Віруси Віруси Віруси Найпростіші Найпростіші Найпростіші Гельмінти Гельмінти	Особистий контакт Побутове забруднення	Побутове водопостачання Поліпшені житлові умови Забезпеченість туалетами Освіта щодо охорони здоров'я
2) Фекально-оральний (бактеріальний) механізм Нелатентні, середня або висока інфекційна доза Помірно стійкі й здатні до розмноження	Діарея та дизентерія Кампілобактеріоз Холера Діарея, спричинена кишковою паличкою Сальмонельоз Шигельоз Єрсиніоз кишковий Кишкові інфекції Черевний тиф Паратиф	Бактерії Бактерії Бактерії Бактерії Бактерії Бактерії Бактерії Бактерії	Особистий контакт Побутове забруднення Зараження води Зараження сільськогосподарських культур	Побутове водопостачання Поліпшені житлові умови Забезпеченість туалетами Обробка екскрементів перед повторним використанням або викиданням Освіта щодо охорони здоров'я
3) Гельмінти, що передаються через ґрунт Латентні та стійкі, без проміжного господаря	Аскаридоз (круглі черви) Трихоцефалоз (трихоцефал) Анкілостома Стронгілоїдоз	Гельмінти Гельмінти Гельмінти Гельмінти	Забруднений двір Зараження ґрунту в громадській зоні дефекації Зараження сільськогосподарських культур	Забезпеченість туалетами з чистою підлогою Обробка екскрементів перед внесенням у ґрунт
4) Яловичі або свинячі солітери Латентні та стійкі, проміжний господар — корова чи свиня	Теніоз	Гельмінти	Забруднений двір Забруднене поле Зараження кормів	Забезпеченість туалетами Обробка екскрементів перед внесенням у ґрунт Контроль якості м'яса та приготування їжі
5) Гельмінти, що передаються через воду Латентні та стійкі, проміжний господар(і) — водні організми	Шистосомоз Клонорхоз Диботріцефалоз Парагоніmoz	Гельмінти Гельмінти Гельмінти Гельмінти	Зараження води	Забезпеченість туалетами Обробка екскрементів перед утилізацією Боротьба з тваринами, що розносять інфекції Термічна обробка їжі

Категорія	Інфекція	Збудник	Переважні механізми передачі	Основний спосіб боротьби (технічні заходи виділено курсивом)
6) Комахи-переносники інфекцій з фекалії	Філяріоз (передається через комарів <i>Culex pipiens</i>) Інфекції категорій 1–4, особливо I і II, що можуть передаватися через мух і тарганів	Гельмінти Різне	Комахи, що розмножуються в місцях, забруднених фекаліями	Ідентифікація та знищення потенційних місць розмноження Використання протимоскітних сіток



Додаток 6

Дерево рішень щодо обробки та зберігання води в домогосподарствах



Джерело: адаптовано з посібника МФЧХ (2008) про обробку води в домогосподарствах та її зберігання у надзвичайних ситуаціях

Посилання та додаткова література

Загальні/право на доступ до води

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal) [Право на доступ до води й санітарне забезпечення (інформаційний портал)]. www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation [Резолюція 64/292 Генеральної асамблеї ООН. Право людини на воду та санітарне забезпечення], 2010. www.un.org

Вплив WASH на здоров'я

Bartram, J. Cairncross, S. *"Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health."* [Бартрам, Дж. Кернкрос, С. Гігієна, санітарне забезпечення та вода: забуті основи здоров'я]. *PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises* [Бланшет, К. та ін. Огляд доказів досліджень медичної допомоги в умовах гуманітарних криз]. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. *"Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework."* [Кемпбелл, О.М. Бенова, Л. та ін. Здобуття основних прав: роль води, санітарного забезпечення та гігієни в материнському та репродуктивному здоров'ї: концептуальна основа]. *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."* [Ф'ютрел, Л. Кауфман та ін. Заходи у сфері водопостачання, санітарії та гігієни для зменшення частоти діареї в країнах, що розвиваються: систематичний огляд і мета-аналіз]. *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. *"Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review."* [Рамеш, А. Бланшет, К. та ін. Свідчення ефективності заходів у сфері водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни (WASH) щодо наслідків для здоров'я під час гуманітарних криз: систематичний огляд]. *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."* [Вульф, Дж. Прусс-Устун, А. та ін. Оцінка впливу питної води та санітарного забезпечення на діарейні захворювання у країнах з низьким та середнім рівнем доходу: систематичний огляд і мета-регресія]. *Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

Ефективне програмування у сфері WASH

Compendium of accessible WASH technologies [Збірник доступних технологій WASH]. WaterAid і WEDC, 2014. www.wateraid.org



Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies (2nd ed)* [Девіс, Дж. Ламберт, Р. Інженерні рішення в надзвичайних ситуаціях (2-ге видання)]. ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review [Ефективність і дієвість водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни в надзвичайних ситуаціях у країнах з низьким і середнім рівнем доходу: систематичний огляд]. <https://www.developmentbookshelf.com>

Public Health Engineering in Precarious Situations [Інженерія охорони здоров'я в небезпечних ситуаціях]. MSF, 2010. <http://refbooks.msf.org>

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings [Посібник WASH для роботи із біженцями: практичні настанови для роботи із біженцями]. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk [Вода, санітарне забезпечення та гігієна для населення з груп ризику]. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

Захист і WASH

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* [Хаус, С. Феррон, С. Соммер, М. Кавілл, С. Насильство, гендер і WASH. Набір інструментів для практиків. Як зробити водопостачання, санітарне забезпечення та гігієну безпечнішими за допомогою вдосконаленого програмування та послуг]. WaterAid/SHARE, 2014. <http://violence-WASH.lboro.ac>

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities [Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування]. Age and Disability Consortium, 2018. <https://www.cbm.org>

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery [Міжвідомча мережа з питань освіти у надзвичайних ситуаціях (INEE), Мінімальні стандарти освіти: готовність, реагування, відновлення]. INEE, 2010 р. www.ineesite.org

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility* [Джонс, Г.Е. Рід, Р. Водопостачання та санітарне забезпечення для осіб з інвалідністю та інших уразливих груп: розробка послуг для покращення доступності]. Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action [Мінімальні стандарти захисту дітей у гуманітарній діяльності: Альянс із захисту дітей у гуманітарній діяльності], 2012 р. <http://cpwg.net>

Сприяння дотриманню гігієни/зміна поведінки

Curtis, V. Cairncross, S. *"Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review."* [Кертис, В. Кернкрос, С. Вплив миття рук з милом на ризик виникнення діареї в громаді: систематичний огляд]. *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* [Де Бак, Е. Ганнес, К. та ін. Сприяння зміні поведінки щодо миття рук і санітарного забезпечення в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Систематичний огляд за змішаним методом. Систематичний огляд 36. Міжнародна ініціатива з оцінки впливу], June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development* [Феррон, С. Морган, Дж. О'Рейлі, М. Сприяння дотриманню гігієни: Практичний посібник – від допомоги до розвитку]. ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. *"Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects."* [Фрімен, М.С. Стокс, М.І. та ін. Гігієна та здоров'я: систематичний огляд світової практики миття рук та оновлень щодо його впливу на здоров'я]. *Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design* [Гарві, П. Баррі, С. Рід, Б. Екстрене санітарне забезпечення: оцінювання та розробка програм]. WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package [Сприяння дотриманню гігієни в надзвичайних ситуаціях. Пакет навчальних матеріалів]. WASH Cluster. <http://washcluster.net>

Hygiene Promotion Guidelines [Інструкції зі сприяння дотриманню гігієни]. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Rabie, T. Curtis, V. *"Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review."* [Рабі, Т. Кертіс, В. Миття рук і ризик респіраторних інфекцій: кількісний систематичний огляд]. *Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. *"Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries."* [Вотсон, Дж. А. Енскін, Дж. Х. Рамос, М. Бенеллі, П. Голдсворт, Е. Дрейбелбіс, Р. Каммінг, О. Чи працюють повідомлення про сприяння дотриманню гігієни, спрямовані на дітей? Вплив заходів зі сприяння миттю рук, спрямованих на дітей, на діарею, гельмінтозні інфекції, що передаються через ґрунт, і зміну поведінки в країнах з низьким і середнім рівнем доходу]. *Trop Med Int Health*, 2017.

Менструальна гігієна

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners* [Мейгон, Т. Кавілл, С. Питання менструальної гігієни: Навчальний посібник для практиків]. WaterAid. <https://washmatters.wateraid.org>

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response*. [Зоммер, М. Шмітт, М. Клатворсі, Д. Набір інструментів для інтеграції управління менструальною гігієною у гуманітарне реагування відповідь. Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org



Нетримання

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.”* [Гроус, Н. Бейлі, Н. Ленд, Р. Трані, Дж.Ф. Кетт, М. Проблеми водопостачання та санітарного забезпечення для осіб з інвалідністю в країнах з низьким і середнім рівнем доходу: огляд літератури та обговорення наслідків для глобального здоров'я й міжнародного розвитку]. *Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. *“Taking stock: Incompetent at incontinence – why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?”* [Хафскільд, Б. Поп-Стефанія, Б. та ін. Підбиття підсумків. Некомпетентність щодо нетримання — чому ми ігноруємо потреби людей, які страждають на нетримання?] *Waterlines*, vol. 35, № 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

Асенізація

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.”* [Клейзен, Т.Ф. Бостое, К. Шмідт, В.П. Буассон, С. Фунг, І.К. Дженкінз, М.В. Скотт, Б. Саґден, С. Кернкрос, С. Заходи з оптимізації утилізації людських екскрементів для запобігання діареї]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. *“The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis.”* [Фрімен, М.С. Гарн, Дж.В. Сclar, Г.Д. Буассон, С. Медлікотт, К. Александер, К.Т. Пенакалапати, Г. Андерсон, Д. Махтані, А.Г. Граймс, Дж.І.Т. Рефюсс, Е.А. Клейзен, Т.Ф. Вплив санітарного забезпечення на інфекційні захворювання та умови харчування: систематичний огляд і мета-аналіз]. *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*. [Генш, Р. Дженнінгс, А. Ренґлі, С. Реймонд, Ф.]. 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.”* [Грем, Дж. П. Поліццотто, М. Л. Туалети з вигрібними ямами та їхній вплив на якість ґрунтових вод: систематичний огляд]. *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. <http://hsr.himmelfarb.gwu>

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual* [Гарві, П. Утилізація екскрементів у надзвичайних ситуаціях: польовий посібник]. An Inter-Agency Publication WEDC, 2007. <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. [Прості туалети з вигрібними ямами. Інформаційний бюлетень WASH 3.4.] WHO. www.who.int

Очищення води

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." [Бранц, А. Лівайн, М. Леманн, Л. Бастабле, А. Імран Алі, С. Кадір, К. Єйтс, Т. Блум, Д. Лантань, Д. Хлорування питної води в надзвичайних ситуаціях: огляд знань з метою розробки рекомендацій щодо впровадження заходів та необхідні дослідження]. *Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Point-of-use water treatment in emergencies." [Лантань, Д.С. Клейзен, Т.Ф. Очищення води на місці використання в надзвичайних ситуаціях]. *Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." [Лантань, Д.С. Клейзен, Т.Ф. Застосування методів очищення побутової води та її безпечного зберігання під час реагування в умовах надзвичайних ситуацій: на прикладі Непалу, Індонезії, Кенії та Гаїті]. *Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. "Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." [Рейнер, Дж. Мюррей, А. Джозеф, М. Бранц, А.Дж. Лантань, Д. Оцінка розподілу домашніх фільтрів для питної води на Гаїті]. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

Якість води

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." [Бейн, Р. Кронк, Р. Райт, Дж. Янг, Х. Слеймейкер, Т. Бартрам, Дж. Фекальне забруднення питної води в країнах з низьким і середнім рівнем доходу: систематичний огляд і мета-аналіз]. *PLoS Med*, т. 11, 2014, e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality. [Настанови щодо якості питної води.] WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review." [Костила, К. Бейн, Р. Кронк, Р. Бартрам, Дж. Сезонні коливання фекального забруднення джерел питної води в країнах, що розвиваються: систематичний огляд]. *PubMed*, 2015.

Боротьба з переносниками інфекцій

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. [Лихоманка денге. Інструкції з діагностики, лікування, профілактики та контролю. Нове видання. Всесвітня організація охорони здоров'я, Женева, 2009. Розділ 3. Боротьба з переносниками інфекцій та надання послуг зі знищення переносників інфекцій.] www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. [Посібник з комплексної боротьби з переносниками інфекцій.] WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals* [Лакарен, К.Дж. Рід, Р.А. Екстрена боротьба з переносниками інфекцій хімічними методами]. WEDC, Loughborough University, 1999. Великобританія. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>



Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. [Контроль малярії в надзвичайних гуманітарних ситуаціях: міжвідомчий польовий довідник.] WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations* [Томсон, М. Профілактика захворювань за допомогою боротьби з переносниками інфекцій. Настанови для організацій, що надають допомогу]. Oxfam GB, 1995. <https://policy-practice.oxfam.org>

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance [Боротьба з переносниками інфекцій. Боротьба з переносником Aedes aegypti та заходи профілактики в контексті вірусу Зіка, жовтої лихоманки, лихоманки денге або чикунгунья: Технічний посібник]. WASH WCA Regional Group, 2016. <http://washcluster.net>

Утилізація твердих відходів

Disaster Waste Management Guidelines [Настанови з управління відходами в надзвичайних ситуаціях]. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies [Технічні примітки щодо WASH у надзвичайних ситуаціях, № 7: управління твердими побутовими відходами в надзвичайних ситуаціях]. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

WASH під час спалахів захворювань

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. “Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research.” [Браун, Дж. Кавілл, С. Каммінг, О. Жандрон, А. Водопостачання, санітарне забезпечення та гігієна в надзвичайних ситуаціях: загальний огляд і рекомендації для подальших досліджень]. *Waterlines*, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. [Waterlines, т. 31, 2012. спалахи захворювань WASH Набір інструментів з контролю холери.] UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. [Основні екологічні стандарти охорони здоров'я.] WHO, 2008. <http://apps.who.int>

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola [Посібник із залучення громади до програм WASH: настанови для практиків, засновані на уроках Еболи]. Oxfam, 2016. <https://policy-practice.oxfam.org>

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. [Огляд настанов з профілактики та контролю інфекцій (ПКИ): пакет настанов щодо вірусу Ебола]. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. “Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera.” [Лантань, Д. Бастабле, А. Енсінк, Дж. Мінц, Е. Інноваційні заходи WASH із профілактики холери.] *WHO Wkly Epid Rec.* October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic [Контроль епідемії холери]. MSF, 2017. <https://sherlog.msf.org>

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. [Швидкий інструктаж щодо виведення з експлуатації центрів лікування Еболи]. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

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.*” [Тейлор, Д.Л. Кахавіта, Т.М. Кернкросс, С. Енсінк, Дж.Х. Вплив водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни на боротьбу з холерою: систематичний огляд]. *PLoS One*, т. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. <http://journals.plos.org>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme* [Єйтс, Т. Аллен, Дж. Леандр Жозеф, М. Лантань, Д. Заходи з WASH у відповідь на спалахи захворювань. Програма гуманітарних даних]. Oxfam GB, 2017. <https://policy-practice.oxfam.org>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. “*Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence.*” [Єйтс, Т. Вуйчич, Й.А. Жозеф, М.Л. Галландат, К. Лантань, Д. Заходи з водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни під час спалахів захворювань: синтез даних. *Waterlines*, т. 37, № 1, с. 5-30]. <https://www.developmentbookshelf.com>

Профілактика інфекцій та інфекційний контроль

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. [Стислий довідник з профілактики та контролю інфекцій у закладі охорони здоров'я]. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. [Основні вимоги щодо водопостачання та санітарного забезпечення для медичних закладів]. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. [Рекомендації щодо основних компонентів програм профілактики та контролю інфекцій на національному рівні та на рівні закладу невідкладної медичної допомоги.] WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. [Рекомендації щодо безпечної утилізації невикористаних фармацевтичних препаратів у надзвичайних ситуаціях та після їх завершення.] WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework [Основа самооцінки гігієни рук] WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries [Спалювання відходів у закладах охорони здоров'я країн з низьким рівнем доходу]. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

Laundries for Newbies [Пральні для новачків]. MSF, 2016. <https://sherlog.msf.org>

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition. [Поводження з тілами загиблих унаслідок катастроф: Польовий посібник для служб швидкого реагування. Друге видання.] ICRC, IFRC, 2016. <https://www.icrc.org>

Medical Waste Management [Управління медичними відходами]. ICRC, 2011. <https://www.icrc.org>

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. [Безпечне поводження з медичними відходами. Друге видання.] WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines [Настанови щодо стерилізації]. ICRC, 2014. <http://icrcndresourcecentre.org>



WASH in health care facilities. [WASH у закладах охорони здоров'я]. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual [Посібник для операторів зони відходів]. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

WASH і харчування

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." [Альтманн, М. та ін. Ефективність пакету побутового водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни в межах програми амбулаторного лікування тяжкого гострого недоїдання. Прагматичний кластер — рандомізоване контрольоване дослідження в Республіці Чад.]. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. <https://www.ajtmh.org>

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction [BABYWASH і 1000 днів: пакет практичних інструментів для зменшення відставання в рості]. Action Against Hunger (ACF), 2017. <https://www.actionagainsthunger.org>

Null, C. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329 [Налл, К. та ін. (2018). Вплив якості водопостачання, санітарного забезпечення, миття рук і харчування на діарею та ріст дітей у сільських районах Кенії: кластерне рандомізоване контрольне дослідження.]. *The Lancet: Global Health*, т. 6, № 3, березень 2018, с. e316-e329. <https://www.sciencedirect.com>

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1 [Oxfam і Університет Тафтса: серія програм WASH і харчування: збудники кишкових інфекцій та недостатнє харчування. Технічний звіт 1.] Oxfam, Tufts. <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com>

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives [Посібник з WASH і харчування 2017: Інтеграція водопостачання, санітарного забезпечення, гігієни та харчування для порятунку життів]. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH, готівка та ринки

CaLP CBA quality toolbox [Інструментарій якості готівкової допомоги від мережі CaLP]. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Додаткова література

Рекомендації щодо додаткової літератури містяться за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Додаткова література

Загальне/право на доступ до води

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation. [2,1 мільярда людей не мають доступу до безпечної питної води вдома, і більш ніж удвічі більше людей не мають доступу до санітарного забезпечення]. WHO, 2017.

www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: Fact Sheet 35 [Право на доступ до води. Інформаційний бюлетень 35]. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010.

www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

Загальне/навколишнє середовище

Environment Marker – Guidance Note [Маркер довкілля — настанова]. UN OCHA & UNEP, 2014.

www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%20Guidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Ефективне програмування у сфері WASH

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions [Зменшення ризику надзвичайних ситуацій і водопостачання, санітарне забезпечення та гігієна. Вичерпні рекомендації: настанова для польових фахівців, які планують і впроваджують заходи з WASH].

www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH і захист

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. [Включення дітей з інвалідністю до гуманітарної діяльності: Брошура з WASH]. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper [WASH, захист і підзвітність. Довідковий документ]. UNHCR, 2017.

<http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/>

Сприяння дотриманню гігієни/зміна поведінки

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF [ABC – сприяння зміні поведінки. Частина 1. Теорії та моделі. Частина 2. Практичні ідеї й техніки. ACF] France. 2013.

Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) [Набори інструментів Choose Soap. Лондонська школа гігієни та тропічної медицини], 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. [Комунікація для впливу на поведінку (COMBI). Набір інструментів для поведінкової та соціальної комунікації у відповідь на спалахи захворювань.] WHO, 2012. www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. et al. “Hygiene: new hopes, new horizons.” *Lancet Infect Dis*, т. 11, 2011, с. 312-21.



Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. [Кертис, В. Шмідт, В. та ін. Гігієна: нові надії, нові горизонти. Рекомендації зі сприяння дотриманню гігієни в надзвичайних ситуаціях.] IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design* [Гарві, П. Багрі, С. Рід, Б. Екстрене санітарне забезпечення: оцінювання та розробка програм]. WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676> or [http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20\(WEDC\).pdf](http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf)

Kittle, B. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis*. [Кітл, Б. Практичний посібник із проведення бар'єрного аналізу.]. Helen Keller International. New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights. In partnership with Cabinet Office* [Сервіс, О. та ін. (The Behavioral Insights Team) EAST: Чотири прості способи застосування аналізу поведінки. У партнерстві з секретаріатом Кабінету Міністрів], Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

Менструальна гігієна

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts* [Хаус, С. Рекомендації щодо вибору санітарно-гігієнічних засобів і матеріалів при нетриманні при роботі з біженцями]. UNHCR Publication, 2016. <http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/>

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world*. [Хаус, С. Мейгон, Т. Кавілл, С. Питання менструальної гігієни. Ресурс для поліпшення менструальної гігієни в усьому світі]. WaterAid/SHARE, 2012. <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf>

Асенізація

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. *"Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection."* [Мейджорін, Ф. Торондел, Б. Ка Саан Чан, Г. Класен, Т.Ф. Заходи з оптимізації утилізації дитячих фекалій для запобігання діареї та гельмінтозній інфекції, що передається через ґрунт.] *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. [Прості туюалети з вигрібними ямами. Інформаційний бюлетень WASH 3.4.] WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Якість води

Fewtrell, L. *"Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion."* [Ф'ютрел, Л. Нітрати в питній воді, метгемоглобінемія та загальний тягар захворювань: дискусія. *Environmental Health Perspectives* (Перспективи охорони навколишнього середовища), т. 112, № 14, жовтень 2004, с. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216]. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review." [Костила, К. Бейн, Р. Кронк, Р. Бартрам, Дж. Сезонні коливання фекального забруднення джерел питної води в країнах, що розвиваються: систематичний огляд.] *Science of The Total Environment*, vol. 514, 2015, pp. 333-43.

Villeneuve, C.M. et al. "Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." [Вільянуева, К.М. та ін. Оцінка впливу хімічних речовин у питній воді та наслідків для здоров'я: Поточний рівень знань і дослідницькі потреби. *Environmental Health Perspectives*, vol. 122, 2014, pp. 213-21 pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf

Боротьба з переносниками інфекцій

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. "Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." [Бенеллі, Г. Джеффріз, К.Л. Вокер, Т. Біологічні методи боротьби з комарами, які переносять інфекції: минуле, сьогодення та майбутнє.] *Insects*, vol. 7, no. 4, 2016 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. [Хімічні методи боротьби з переносниками інфекцій та шкідниками, що становлять ризик для громадського здоров'я]. WHO, 1997. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504>

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology.* [Хантер, П. Хвороби, що передаються через воду: епідеміологія та екологія.]. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. [Контроль малярії в надзвичайних гуманітарних ситуаціях. Робоча група GFATM для роботи в надзвичайних гуманітарних ситуаціях, 2009]. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control, 3rd Ed [Посібник з застосування розчинів з післядією для обприскування приміщень: застосування розчинів з післядією для боротьби з переносниками інфекцій, 3-тє видання]. WHO, 2007. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664>

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. [Рекомендації з боротьби з переносниками малярії та їх застосовність до оцінки продукції.] WHO, 2017. www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. *Vector Control: Methods for use by individuals and communities.* [Розендаль, Дж.А. Боротьба з переносниками інфекцій. Методи для окремих осіб та громад]. WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

Warrell, D. Gilles, H. (eds). *Essential Malariology. Fourth Edition.* [Ворелл, Д. Жиль, Г. (ред.). Основи маляріології. Четверте видання.] Arnold. London, 2002.

WASH під час спалахів захворювань

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control. [Рекомендації при спалахах холери: готовність, профілактика та контроль.] Oxfam, 2012. <https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172>



Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. [Ебола: ключові запитання та відповіді щодо водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни.] WHO/UNICEF, 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. “Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings.” [Ск’яво, Р. Люн, М.М. Браун, М. Інформація про ризики та заходи з пом’якшення захворювань в умовах епідемій та появи нових захворювань.] *Pathog Glob Health*, vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76–94 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

WASH і харчування

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. “Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?” [Додос, Дж. Маттерн, Б. Лапег, Дж. Альтманн, М. Айт Айсса, М. Взаємозв’язок між водопостачанням, санітарним забезпеченням, гігієною та харчуванням: про що говорить причинно-наслідковий аналіз харчування] *Waterlines*, vol. 36, no. 4, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005>

Luby, S. et al. (2018) “Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial.” [Лубі, С. та ін. (2018). Вплив якості водопостачання, санітарного забезпечення, миття рук і харчування на діарею та ріст дітей у сільських районах Бангладеш: кластерне рандомізоване контрольне дослідження.] *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302-e315

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904>

WASH, готівка та ринки

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper [Готівка та ринки в секторі WASH: позиційний документ Глобального кластера WASH]. Глобальний кластер WASH, 2016.

www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings [Заходи з грошової допомоги в межах програм WASH при роботі із біженцями.] UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf



Продовольча
безпека та
харчування



Гуманітарна
Хартія



Принципи
захисту



Основний
гуманітарний
стандарт



Продовольча безпека та харчування

Оцінювання	Ведення недостатності харчування	Дефіцит мікро-нутрієнтів	Годування немовлят і дітей перших років життя	Продовольча безпека	Продовольча допомога	Засоби до існування
СТАНДАРТ 1.1 Оцінювання продовольчої безпеки	СТАНДАРТ 2.1 Ведення помірної недостатності харчування	СТАНДАРТ 3 Дефіцит мікронутрієнтів	СТАНДАРТ 4.1 Стратегічне управління та координація діяльності	СТАНДАРТ 5 Загальна продовольча безпека	СТАНДАРТ 6.1 Загальні харчові потреби	СТАНДАРТ 7.1 Виробництво сировини
СТАНДАРТ 1.2 Оцінювання харчування	СТАНДАРТ 2.2 Ведення важкої гострої недостатності харчування		СТАНДАРТ 4.2 Багатосекторна підтримка практики належного годування немовлят і дітей перших років життя в надзвичайних ситуаціях		СТАНДАРТ 6.2 Якість, відповідність і прийнятність харчових продуктів	СТАНДАРТ 7.2 Дохід і зайнятість
					СТАНДАРТ 6.3 Цільовий розподіл, розповсюдження та доставка	
					СТАНДАРТ 6.4 Використання продовольства	

ДОДАТОК 1 Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки і засобів до існування

ДОДАТОК 2 Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки

ДОДАТОК 3 Перелік контрольних запитань для оцінювання харчування

ДОДАТОК 4 Вимірювання гострої недостатності харчування

ДОДАТОК 5 Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення

ДОДАТОК 6 Харчові потреби

Зміст

Основні поняття продовольчої безпеки та харчування	176
1. Оцінювання продовольчої безпеки та харчування	181
2. Ведення недостатності харчування	188
3. Дефіцит мікронутрієнтів	198
4. Годування немовлят і дітей перших років життя	201
5. Продовольча безпека	210
6. Продовольча допомога	214
7. Засоби до існування	229
Додаток 1: Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки та засобів до існування	238
Додаток 2: Перелік контрольних запитань для оцінювання безпеки у сфері забезпечення насінням	240
Додаток 3: Перелік контрольних запитань для оцінювання харчування	242
Додаток 4: Вимірювання гострої недостатності харчування	244
Додаток 5: Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення	248
Додаток 6: Харчові потреби	251
Посилання та додаткова література	253



Основні поняття продовольчої безпеки та харчування

Кожна людина має право на свободу від голоду та достатнє харчування

Мінімальні стандарти Сфери у галузі продовольчої безпеки й харчування є практичним вираженням права на достатнє харчування в гуманітарних контекстах. Ці стандарти ґрунтуються на переконаннях, принципах, обов'язках і правах, проголошених у Гуманітарній Хартії. До них належать право на гідне життя, право на захист і безпеку та право на отримання гуманітарної допомоги на основі потреби.

Перелік ключових юридичних та програмних документів, які лягли в основу Гуманітарної Хартії, включно з пояснювальними коментарями для гуманітарних працівників, [⊕ див. у Додатку 1](#).

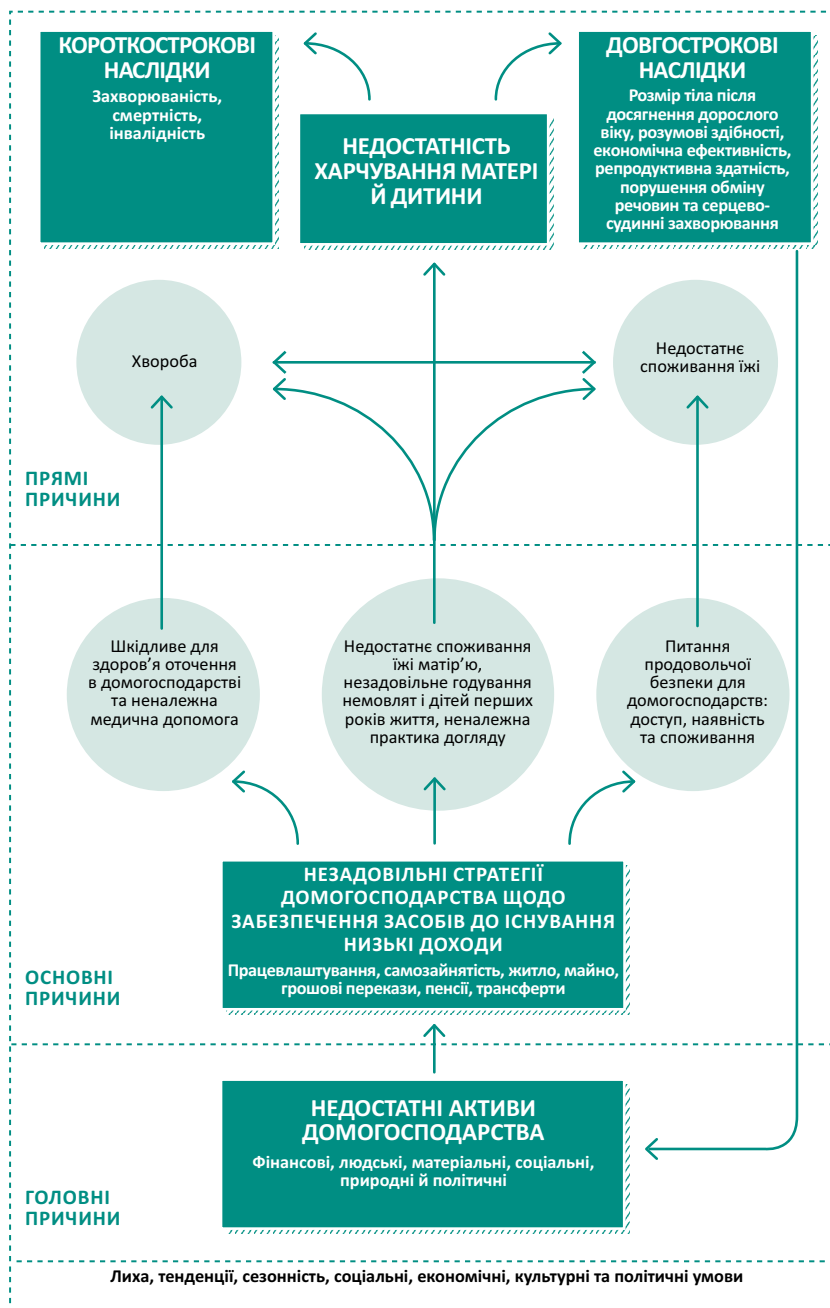
Недостатнє харчування знижує здатність людей відновлюватися після кризи. Воно призводить до порушення когнітивних функцій, зниження імунітету до хвороб, підвищення сприйнятливості до хронічних захворювань, обмеження засобів до існування, а також зниження здатності взаємодіяти з громадою. Крім того, недостатнє харчування ослаблює стійкість і може збільшити залежність від постійної підтримки.

Причини недостатнього харчування мають комплексний характер

Безпосередніми причинами недостатнього харчування є недостатнє споживання їжі та часті захворювання [⊕ див. рис. 7](#). Серед основоположних причин — продовольчі ризики в домогосподарстві, неналежні практики годування та догляду, нездорове середовище в домогосподарстві та неналежна медична допомога.

Усі ці причини пов'язані між собою. Отже, попри те, що однією з причин недостатнього харчування є продовольчі ризики, саме лише надання продовольчої допомоги навряд чи допоможе вирішити проблему в довгостроковій перспективі, якщо одночасно не усунути інші причини. Реагування, пов'язане з харчовими продуктами й харчуванням, має узгоджуватися з реагуванням у сфері WASH, забезпечення житлом і організації поселення, а також охорони здоров'я в межах узгодженого підходу. Наприклад, щоб приготувати поживну їжу та упроваджувати безпечні методи годування, потрібно забезпечити достатню кількість та якість води. Наявність доступу до санітарно-гігієнічних об'єктів знизить ризик спалахів захворювань. Доступ до належного житла забезпечує доступ до приміщень для приготування їжі та захищає населення від екстремальних погодних умов, що додатково знижує ризик захворювань. Якщо люди мають доступ до якісної медичної допомоги, то, швидше за все, вони матимуть кращий стан харчування. Це, своєю чергою, збільшує їхню здатність здобувати засоби до існування.

Контроль причин, які лежать в основі недостатнього харчування, допоможе запобігти йому та обмежити його. Збереження засобів до існування має принципове значення в цьому контексті, адже збільшує їхню здатність впливати на інші потенційні причини недостатнього харчування. До активів домогосподарств належать обладнання й техніка, сировина, земля, знання та доступ до діючих ринків. Заходи з реагування у сфері продовольчої безпеки та харчування мають сприяти захисту та розвитку цих активів, а отже, підтримувати різні стратегії



Продовольча безпека та харчування: причини недостатності харчування (Рис. 7)

забезпечення засобів до існування, незалежно від наявності високого рівня недостатнього харчування.

Соціальні, економічні, культурні та політичні зміни в посткризовому середовищі впливають на копінгіві стратегії домогосподарств щодо кризи та доступ до засобів до існування чи активів домогосподарств. Стабілізація цих зовнішніх факторів розширить можливості отримання доходу та, зрештою, зменшить вплив причин недостатнього харчування на населення.

Робота в містах створює певні виклики

Посилення урбанізації створює нові виклики для сектору продовольчої безпеки та харчування. Міське середовище потенційно пропонує ширші можливості для працевлаштування та отримання доходу. Втім, із зростанням кількості міського населення зростає й попит на житло та послуги в містах. У багатьох випадках існуючі політика та стратегії планування землекористування не можуть задовольнити цей неочікуваний попит. Перенаселеність, забруднене повітря, неналежна утилізація відходів та відсутність санітарних об'єктів у міських нетрях збільшують ймовірність тяжких захворювань. Це обмежує можливості населення отримувати засоби до існування й часто викликає першопричини недостатнього харчування.

Деякі групи особливо вразливі до недостатнього харчування

Для розробки достатнього реагування у сфері харчування потрібно мати повне розуміння особливих потреб щодо харчування у вагітних жінок і жінок, які годують груддю, немовлят і дітей перших років життя, осіб похилого віку та осіб з інвалідністю. Поліпшення продовольчої безпеки на рівні домогосподарств також передбачає розуміння різних ролей. Зокрема, жінки часто відіграють більшу роль у плануванні та приготуванні їжі для своїх домогосподарств.

Важливо дезагрегувати дані принаймні за статтю, віком та інвалідністю. Це дозволить зрозуміти, кому яка їжа потрібна і кому може бракувати важливих поживних речовин. Так само дезагрегуйте дані для контролю після роздачі продуктів, щоб підтвердити, що заходи в межах програми забезпечують рівний доступ до достатньої кількості якісних харчових продуктів та харчування.

Запобігання недостатньому харчуванню не менш важливе, ніж лікування гострої недостатності харчування. Заходи з продовольчої безпеки та харчування можуть визначати стан харчування та здоров'я в короткостроковій перспективі, а також життєзабезпечувальні потреби й добробут у довгостроковій перспективі.

Ці мінімальні стандарти не слід застосовувати ізольовано

Мінімальні стандарти в цьому розділі відображають основний зміст права на достатнє харчування та сприяють поступовій реалізації цього права в усьому світі.

Право на достатнє харчування пов'язане з правами на доступ до води та санітарне забезпечення, здоров'я та житло. Прогрес у досягненні Мінімальних стандартів Сфери в одній галузі впливає на прогрес в інших галузях. Отже, для ефективного реагування потрібно забезпечити тісну координацію та співпрацю з іншими секторами, місцевими органами влади та іншими органами, які здійснюють реагування. Це допоможе забезпечити задоволення потреб, запобігти дублюванню зусиль і оптимізувати якість продовольчої безпеки та харчування. Перехресні посилання в цьому Посібнику вказують на потенційні зв'язки між галузями.

Наприклад, якщо потреби в харчуванні не задовольняються, зростає потреба у WASH, адже зростає вразливість людей до захворювань. Те саме стосується груп населення, серед яких поширений ВІЛ, або з великою часткою осіб похилого віку чи осіб з інвалідністю. За таких обставин ресурси охорони здоров'я також потребуватимуть коригування. Визначайте пріоритети на основі інформації, отриманої від інших секторів роботи, та переглядайте її в міру розвитку ситуації.

Якщо національні стандарти нижчі за Мінімальні стандарти Сфери, гуманітарні організації мають співпрацювати з урядом, щоб поступово підвищувати їх.

Міжнародне право захищає право на достатнє харчування

Право на свободу від голоду та на достатнє харчування захищене міжнародним правом і передбачає наявність постійного фізичного та економічного доступу до достатньої кількості їжі. Держави зобов'язані забезпечити це право, якщо окремі особи або групи, включно з біженцями та внутрішньо переміщеними особами, не мають доступу до достатнього харчування, зокрема й під час криз  *див. Додаток 1.*

Якщо їхніх власних ресурсів недостатньо, держави можуть звертатися по міжнародну допомогу. Для цього вони повинні:

- не заважати використанню існуючих джерел отримання достатнього харчування та забезпечувати постійний доступ до них;
- захищати доступ окремих осіб до достатнього харчування, дбаючи про те, щоб організації чи окремі особи не позбавляли їх такого доступу;
- активно підтримувати людей у забезпеченні надійних засобів до існування та продовольчої безпеки, надаючи їм потрібні ресурси.

Вилучення в цивільних осіб їжі як спосіб ведення війни заборонене Женевськими конвенціями. Також заборонено атакувати, знищувати, вилучати або робити непридатними сільськогосподарські посіви, худобу, харчові продукти, ірригаційні споруди, установки та джерела постачання питної води, а також сільськогосподарські угіддя, на яких вирощуються харчові продукти.

У випадку окупації міжнародне гуманітарне право зобов'язує окупаційну владу забезпечити достатнє харчування для населення, включно з імпортом, якщо наявних на окупованій території запасів не вистачає.

Зв'язок із Принципами захисту та Основним гуманітарним стандартом

Продовольча та харчова допомога потенційно може призвести до серйозних порушень прав людини, якщо її використовують не за призначенням, зокрема для експлуатації або жорстокого поводження з учасниками програм допомоги. Разом із постраждалим населенням мають розроблятися й реалізовуватися програми, які сприятимуть безпеці, гідності й недоторканності населення. Потрібно забезпечити належне управління та жорсткий нагляд за персоналом і ресурсами, а також суворе дотримання й виконання правил поведінки для всіх осіб, які беруть участь у реалізації програм допомоги. Упровадьте чіткі механізми зворотного зв'язку з постраждалим населенням і швидко реагуйте на будь-які проблеми. Гуманітарні працівники мають пройти навчання щодо захисту дітей і вміти використовувати системи перенаправлення для ймовірних випадків насильства, жорстокого поводження чи експлуатації, зокрема й щодо дітей  *див. Принцип захисту 1 і Зобов'язання 5 Основного гуманітарного стандарту.*



В усіх ситуаціях, а особливо в умовах конфлікту, потрібно уважно оцінювати військово-цивільну співпрацю та координацію, наприклад логістичну підтримку  див. *Що таке Сфера?* і *Принципи захисту*.

Під час застосування Мінімальних стандартів потрібно дотримуватися всіх дев'яти зобов'язань Основного гуманітарного стандарту як основи для забезпечення підзвітних програм з продовольчої безпеки та харчування.

1. Оцінювання продовольчої безпеки та харчування

Упродовж кризи потрібно проводити оцінювання продовольчої безпеки та харчування. Оцінювання показує, як розвивається контекст, і допомагає скоригувати заходи з реагування. В ідеалі, оцінювання продовольчої безпеки та харчування потрібно поєднувати, адже вони визначають фактори, які перешкоджають доступу до достатнього харчування, а також щодо наявності, доступу до та вживання харчових продуктів. Спільне оцінювання продовольчої безпеки та харчування допоможе підвищити економічну доцільність і пов'язати харчування з програмами продовольчої безпеки.

Оцінювання має відповідати загально визнаним принципам, проводитися з використанням міжнародно визнаних методів, бути неупередженим, репрезентативним і добре скоординованим між гуманітарними організаціями та урядами. Оцінювання мають бути взаємодоповнюваними, послідовними та порівнюваними. Зацікавлені сторони мають узгодити відповідну методологію. Вона має охоплювати репрезентативну вибірку постраждалого населення і зосереджувати увагу на групах ризику. Багатосекторне оцінювання допомагає аналізувати широкомасштабні кризи та широкі географічні зони.

Метою оцінювання продовольчої безпеки та харчування є:

- зрозуміти ситуацію, поточні потреби та способи задоволення цих потреб;
- оцінити, скільки людей потребують допомоги;
- визначити групи найвищого ризику;
- забезпечити базовий показник для контролю впливу гуманітарного реагування.

Оцінювання можна проводити на різних етапах кризи. Наприклад:

- попереднє оцінювання – протягом перших двох-трьох днів для негайного початку розподілу продовольчої допомоги;
- швидке оцінювання – протягом двох-трьох тижнів, яке базується на припущеннях і орієнтовних значеннях, створюючи основу для розробки програм;
- докладне оцінювання – протягом 3-12 місяців, якщо здається, що ситуація погіршується або для розробки програм відновлення потрібна додаткова інформація.

Докладне **оцінювання продовольчої безпеки** визначає стратегії та активи домогосподарств, а також копінгові стратегії. Слід розглянути, як вони змінилися внаслідок кризи, та які наслідки для продовольчої безпеки домогосподарств. Докладне оцінювання має визначити, як найкраще захистити та/або просувати ці стратегії для досягнення продовольчої безпеки.

Докладне **оцінювання харчування** передбачає збирання і аналіз репрезентативних даних для визначення рівня поширеності гострого недоїдання, годування немовлят і дітей перших років життя та інших методів догляду. Ці дані в поєднанні з аналізом інших першопричин недостатнього харчування та оцінюванням стану здоров'я та продовольчої безпеки становлять причинно-наслідковий підхід до



аналізу харчування, що стане в нагоді під час планування, реалізації та моніторингу програм харчування.

Ринки відіграють вирішальну роль у продовольчій безпеці та харчуванні у міському та сільському середовищі. Оцінювання має охоплювати аналіз ринків, що відповідає Мінімальному стандарту аналізу ринку (MISMA) та/або стандартам оцінки та аналізу Мінімального стандарту відновлення економіки (MERS)  *див. Надання допомоги через ринки.*

Наведені нижче стандарти оцінювання продовольчої безпеки та харчування ґрунтуються на Зобов'язанні 1 Основного гуманітарного стандарту і призначені для розробки відповідних заходів у сфері продовольчої безпеки та харчування для постраждалих осіб  *див. контрольні списки оцінювання в додатках 1, 2 і 3, а також у Керівних принципах та стандартах здійснення операцій з порятунку домашньої худоби в надзвичайних ситуаціях (LEGS).*

Стандарт 1.1 оцінювання продовольчої безпеки та харчування:

Оцінювання продовольчої безпеки

У ситуаціях, коли людям загрожують продовольчі ризики, проводяться оцінювання, щоб визначити ступінь їхніх масштаби, осіб, які найбільше постраждали, та найбільш придатні заходи реагування.

Ключові дії

- 1  Збирайте й аналізуйте інформацію про продовольчу безпеку на початковому етапі та протягом кризи.
 - Здійснюйте аналіз критичних проблем, пов'язаних з продовольчою безпекою, як-от негативний вплив на навколишнє середовище, безпека та доступ до ринків.
- 2  Аналізуйте вплив продовольчої безпеки на стан харчування постраждалого населення.
 - Здійснюйте огляд першопричин недостатнього харчування, включно з неналежними практиками догляду, нездоровим середовищем у домогосподарстві, відсутністю медичної допомоги або доступу до систем соціального захисту.
 - Збирайте дані в містах частіше, адже ситуація там змінюється швидше і її складніше відстежувати, ніж у сільській місцевості.
- 3  Визначте можливі заходи реагування, які допоможуть врятувати життя, захистити та сприяти створенню засобів до існування.
 - Здійснюйте оцінювання ринку та спроможності уряду й інших суб'єктів задовольняти потреби.
- 4  Аналізуйте доступні ресурси та способи приготування їжі, включно з типом плит та палива, а також наявністю кастрюль і кухонного начиння.

- Аналізуйте, як люди отримували та зберігали їжу й паливо для приготування їжі до кризи, їхні доходи до кризи та як вони долають проблеми зараз.
- Зверніть увагу на права й потреби захисту жінок і дівчат, які найчастіше відповідають за збирання палива та приготування їжі.

Ключові показники

Для аналізу продовольчої безпеки, засобів до існування та копінгових стратегій використовуються стандартизовані протоколи

Відсоток аналітичних звітів з узагальненими висновками, включно з методологією оцінювання та виявленими проблемами

Інструкції

Докризові дані в поєднанні з даними географічних інформаційних систем дають загальне уявлення про потенційні наслідки кризи. Втім, навряд чи їх вдасться дезагрегувати достатньо, щоб отримати чітку картину щодо міських зон.

Джерела, інструменти та інформаційні системи для оцінювання: до джерел інформації належать дані оцінювання врожаю, супутникові зображення, оцінювання домогосподарств, обговорення у фокус-групах та інтерв'ю з ключовими інформаторами. Корисними інструментами для швидкого оцінювання продовольчої безпеки домогосподарств є: показник споживання їжі (Food consumption Score), показник різноманітності харчування домогосподарств (Household Dietary Diversity Score) та приведений індекс копінгових стратегій (Reduced Coping Strategies Index). Існує широкий спектр місцевих і регіональних інформаційних систем продовольчої безпеки, включно з системами раннього попередження про голод. Використовуйте Комплексну класифікацію стадій продовольчої безпеки (Integrated Food Security Phase Classification), якщо така є, і стандартизовані протоколи для класифікації тяжкості та причин гострих продовольчих ризиків у проблемних районах. Розробка програм продовольчої безпеки має ґрунтуватися на чіткому аналізі заходів реагування з використанням результатів оцінювання.

Погіршення стану навколишнього середовища може спричинити продовольчі ризики, а вони, своєю чергою, негативно впливають на навколишнє середовище. Наприклад, заготівля дров і виробництво традиційного вугілля дають змогу готувати їжу і отримувати дохід від її продажу. Втім, це також може призвести до вирубки лісів. Заходи реагування мають захищати та підтримувати продовольчу безпеку, водночас обмежуючи негативний вплив на навколишнє середовище.

Групи ризику: дезагрегуйте дані за статтю, віком, інвалідністю, рівнем доходу та іншими важливими факторами. Жінки й чоловіки можуть виконувати різні додаткові ролі в забезпеченні харчового добробуту домогосподарства. Проконсультуйтеся із жінками, із чоловіками (якщо потрібно — окремо) щодо практик, пов'язаних із продовольчою безпекою, приготуванням їжі та ресурсами домогосподарств. Майте на увазі, що особи похилого віку та особи з інвалідністю можуть не отримувати харчової допомоги, яка розподіляється в межах домогосподарств.

Охопіть оцінюванням також дівчаток і хлопчиків, особливо з домогосподарств, очолюваних дітьми, дітей, розлучених з батьками, або дітей без супроводу, дітей



з інвалідністю та дітей, які живуть в умовах альтернативного догляду. Будьте уважні до дітей у різних кризових ситуаціях. Наприклад, під час спалахів інфекційних захворювань залучайте дітей до центрів спостереження, тимчасового догляду та лікування. У ситуаціях військового конфлікту залучайте дітей до центрів демобілізації.

Копінгові стратегії: розглядайте різні типи копінгових стратегій, їх ефективність і можливі негативні наслідки. Деякі такі копінгові стратегії, як-от продаж землі, міграція цілими родинами або вирубка лісів, можуть назавжди зруйнувати продовольчу безпеку в майбутньому. Деякі копінгові стратегії, які використовують, або до використання яких змушують жінок, дівчаток та хлопчиків, можуть вплинути на їхнє здоров'я, психологічний добробут і соціальну інтеграцію. До цих стратегій належать комерційний секс або секс «заради виживання», видавання доньок заміж за викуп або практика, коли жінки й дівчатка їдять в останню чергу; дитяча праця, ризикована міграція, а також продаж і торгівля дітьми.

Непрямі заходи: споживання їжі відображає споживання калорій та поживних речовин окремими домогосподарствами. Недоцільно вимірювати фактичне споживання калорій та поживних речовин під час попереднього оцінювання, тому використовуйте непрямі показники. Наприклад, кількість груп харчових продуктів, які споживає окрема особа чи домогосподарство, і частота їх споживання протягом певного періоду відображають різноманітність харчування. Зміни в щоденній кількості прийомів їжі та різноманітність харчування — це значущі непрямі показники продовольчої безпеки, особливо коли вони корелюються із соціально-економічним статусом домогосподарства.

До інструментів для вимірювання моделей споживання харчових продуктів належать: показник різноманітності харчування домогосподарств, шкала доступу домогосподарств до продовольчої безпеки (Household Food Insecurity Access Scale) і показник споживання їжі. Шкала голоду в домогосподарствах (Household Hunger Scale) — ще один корисний непрямий показник продовольчих ризиків. Деякі поширені показники, як-от показник споживання їжі, можуть неповністю відображати продовольчі ризики в міському контексті. Порівнюйте обрані заходи із заходами щодо копінгових стратегій, щоб зрозуміти різні обмеження в доступі до їжі.

Такий показник як частка витрат на харчування (Food Expenditures Share) та його порогові значення може бути надто складним для застосування в міських домогосподарствах. Це пов'язано з тим, що за продуктовий кошик можуть відповідати кілька людей, що члени домогосподарства споживають їжу, отриману не в домогосподарстві, та те, що внесок у сімейний дохід можуть робити багато людей.

Аналіз ринку та вартість харчування: збирайте інформацію про доступ до ринків, фінансовий капітал, засоби до існування та економічну вразливість. Ці елементи пов'язані з цінами на товари, можливостями отримання доходу та ставками заробітної плати, що впливає на продовольчу безпеку. Ринкові системи, як формальні, так і неформальні, здатні захистити засоби до існування шляхом постачання продуктів виробництва, як-от насіння та інструментів [⊕ див.](#) *Продовольча безпека і харчування — Стандарти 7.1 і 7.2 щодо засобів до існування.*

Включіть аналіз ринку до попереднього та подальшого оцінювання контексту. Аналіз ринку має оцінювати здатність місцевих ринків задовольнити потреби в харчуванні, та встановлює мінімальну вартість і доступність харчових продуктів, які відповідають потребам типового домогосподарства у поживних речовинах ⊕ *див. Надання допомоги через ринки.*

Реагування в сільській місцевості дедалі частіше має ринковий характер, а у міській – завжди. Щоб задовольнити потреби постраждалих осіб до нього залучаються продавці, ринкові площі, місцеві харчові продукти й транспортні послуги. А отже, важливо розуміти доступ до ринку для груп ризику ⊕ *див. Посібник MISMA.*

Стандарт 1.2 оцінювання продовольчої безпеки та харчування:

Оцінювання харчування

Для оцінювання харчування використовуються загальноприйняті методи визначення типу, ступеня й обсягу недостатності харчування, осіб, які піддаються найбільшому ризику, і відповідного реагування.

Ключові дії

- 1 Збирайте докризову інформацію та проводьте попередню оцінку, щоб визначити характер і тяжкість ситуації з харчуванням situation.
 - Оцініть національну та місцеву спроможність очолити або підтримати заходи з реагування, а також інших суб'єктів харчування.
- 2 Проведіть швидке вимірювання окружності середини плеча (Mid Upper Arm Circumference, MUAC) і оцінку годування немовлят і дітей перших років життя в надзвичайних ситуаціях (Infant and Young Children Feeding in Emergencies, IYCF-E), щоб оцінити ситуацію з харчуванням на момент початку кризи.
- 3 Визначте групи, які мають найбільшу потребу в підтримці щодо харчування.
 - Збирайте інформацію про причини недостатнього харчування з первинних або вторинних джерел, включно з уявленнями та думками громади.
 - Взаємодійте з громадами, щоб визначити групи ризику, звертаючи увагу на вік, стать, інвалідність, хронічні захворювання та інші фактори.
- 4 Визначте відповідні заходи реагування з огляду на контекст і невідкладність.
 - Визначте, чи є обстановка стабільною чи погіршується, переглядаючи тенденції щодо статусу харчування в міру розвитку ситуації, а не поширеність недостатності харчування в певний час.
 - Розгляньте як варіанти запобігання так і варіанти лікування.



Ключові показники

Для оцінювання недостатнього харчування та визначення його причин використовуються стандартизовані протоколи

Відсоток звітів з оцінювання, які включають методологію оцінювання та виявлені проблеми

Інструкції

Інформація про контекст: інформацію про причини недостатнього харчування можна отримати з первинних і вторинних джерел: профілі здоров'я та харчування, звіти про дослідження, інформація про раннє попередження, записи медичних закладів, звіти про продовольчу безпеку та інші джерела. Приклади:

- демографічні дослідження здоров'я;
 - мультиіндикаторні кластерні дослідження;
 - національні бази даних інформації про харчування;
 - інші національні дослідження здоров'я та харчування;
 - національні системи нагляду за харчуванням;
 - рівень госпіталізації та охоплення існуючими програмами лікування недостатності харчування;
 - дані про поширеність, захворюваність і смертність від ВІЛ, включно з групами з вищим ризиком або з вищим ступенем тяжкості захворювання
- ⊕ див. *Базова медична допомога — стандарт 2.3.3 щодо сексуального та репродуктивного здоров'я. ВІЛ.*

Якщо можливо, місцеві заклади та самі громади мають активно сприяти оцінюванню, тлумаченню результатів і плануванню реагування.

Швидке реагування: на першому етапі кризи рішення щодо загального розподілу продовольства або негайного лікування недостатнього харчування мають ґрунтуватися на швидкій оцінці, початкових висновках та наявних можливостях реагування. Поглиблений аналіз має бути проведений на подальших етапах, але він не повинен затримувати реагування під час гострого етапу.

Обсяг аналізу: поглиблене оцінювання потрібно проводити у разі, якщо в інформації виявлено прогалини та якщо потрібна додаткова інформація для розробки програми, вимірювання її результатів або для адвокації. Визначте, чи потрібні якісні або кількісні оцінки на рівні всього населення, щоб зрозуміти антропометричний статус, статус щодо мікронутрієнтів, годування немовлят і дітей перших років життя, практики материнського догляду та відповідні потенційні фактори недостатнього харчування. Координуйте роботу з секторами охорони здоров'я, WASH та продовольчої безпеки для розробки та підготовки до оцінювання.

Антропометричні дослідження використовуються для вивчення фізичних пропорцій тіла та оцінки рівня хронічного та гострого недоїдання. Вони можуть базуватися на випадковій вибірці або спеціальному скринінгу. Згідно зі стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), під час досліджень потрібно встановлювати Z-показник співвідношення «маса тіла – зріст». Використовуйте Z-показники співвідношення «маса тіла – зріст», наведені в довіднику Національного центру медичної статистики (NCHS), щоб порівняти дані з результатами минулих досліджень. Включіть до обсягу оцінювання дефіцит ваги й тяжкий дефіцит ваги, виміряні за даними MUAC. Найбільш поширеною практикою є оцінка рівнів недоїдання у дітей віком 6–59 місяців як непрямого показника для всього населення. Втім, якщо є інші групи, які стикаються з більшими харчовими ризиками, подбайте про їхнє включення до оцінки ⊕ див. *Додаток 4. Вимірювання гострої недостатності харчування.*

Визначте рівні аліментарної дистрофії (голодного набряку) та зафіксуйте їх окремо. Повідомляйте про довірчі інтервали для визначення рівнів недоїдання та продемонструйте гарантію якості дослідження. Використовуйте наявні інструменти: методологічний посібник «Стандартизована система моніторингу та оцінки надання допомоги в надзвичайних ситуаціях і перехідні періоди (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, SMART)», «Стандартизоване розширене дослідження харчування для біженців» (Standardized Expanded Nutrition Survey for Refugee Populations, SENS), програмне забезпечення «Оцінка стану харчування в надзвичайних ситуаціях» (Emergency Nutrition Assessment) або програмне забезпечення Epi Info.

Оцінювання годування немовлят і дітей перших років життя: оцініть потреби та пріоритети годування немовлят і дітей перших років життя (IYCF-E) та відстежуйте вплив гуманітарної діяльності та бездіяльності на практику годування немовлят і дітей перших років життя. Докризові дані можна використовувати для раннього ухвалення рішень. Співпрацюйте з іншими секторами, щоб включити питання IYCF-E в інші галузеві оцінки, та використовуйте для оцінювання доступні багатосекторальні дані  *див. Додаток 3. Перелік контрольних запитань для оцінювання харчування.*

Включіть до обсягу оцінювання кількість наявних консультантів з питань грудного вигодовування, підготовлених медичних працівників та представників інших допоміжних служб і їх потенціал. Для більш поглибленої оцінки проведіть довільну вибірку, систематичну вибірку або групову вибірку. Це може здійснюватися через окреме дослідження IYCF-E або комплексне дослідження. Втім, комплексне дослідження може призвести до зменшення розміру вибірки, що може знизити репрезентативність дослідження.

Інші показники: додаткова інформація може бути ретельно розглянута для загальної оцінки стану харчування. Сюди входить рівень охоплення програмами імунізації та харчування, особливо імунізацією від кору, дефіцит вітаміну А, йоду та інших мікронутрієнтів, рівень захворюваності та поведінка, спрямована на збереження здоров'я. Також можна враховувати приблизні дані про смертність немовлят і дітей віком до 5 років разом із причиною смерті (якщо такі є).

Інтерпретація рівнів недостатнього харчування: щоб вирішити, чи потребує рівень харчування заходів втручання, потрібно провести докладний аналіз кількості та щільності контрольного населення, а також рівнів смертності та захворюваності. Потрібна також інформація про стан здоров'я, сезонні коливання, показники IYCF-E, докризові рівні недостатнього харчування, частку тяжкого гострого недоїдання відносно глобального гострого недоїдання та рівні дефіциту мікронутрієнтів  *див. Базова медична допомога — Стандарт 2.2.2. Ведення хвороб новонароджених і дітей і Додаток 5. Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення.*

Найбільш економічно доцільним способом відстеження тенденцій може бути поєднання компліментарних інформаційних систем. Доцільно використовувати моделі та підходи ухвалення рішень, які враховують декілька змінних, наприклад, продовольчу безпеку, засоби до існування, здоров'я та харчування  *див. Стандарт 1.1 щодо оцінювання продовольчої безпеки та харчування. Оцінювання продовольчої безпеки.*



2. Ведення недостатності харчування

Запобігання та лікування недостатності харчування — це міркування, які важливо враховувати під час гуманітарних криз. Хронічному недоїданню можна запобігти, але докази того, що його можна повністю усунути або лікувати, обмежені. З іншого боку, гострому недоїданню, яке може бути спровоковано під час кризи, можна запобігти, й лікувати постраждалих за допомогою правильного харчування.

Реагування в галузі харчування має ключове значення для зниження захворюваності та смертності серед постраждалого населення. Водночас воно передбачає розуміння складних першопричин недостатнього харчування. Для усунення всіх причин та взаємодії між ними важливо застосовувати багатосекторальний підхід.

Ведення помірної гострої недостатності харчування: в умовах кризи основною стратегією запобігання та лікування помірної гострої недостатності харчування часто є додаткове харчування.

Існують два загальноприйняті типи програм додаткового харчування: програми додаткового харчування для всього населення для запобігання недостатності харчування та цільові програми для лікування помірної гострої недостатності харчування та запобігання важкій гострій недостатності харчування. Вибір програми додаткового харчування залежить від ступеня гострої недостатності харчування, уразливих груп населення та ризику зростання поширеності гострої недостатності харчування.

Програми додаткового харчування для всього населення рекомендується обирати в ситуаціях, коли існують високі продовольчі ризики та потрібно розширити втручання за межі лише випадків помірної гострої недостатності харчування. Вони мають супроводжуватися розподілом харчових продуктів серед усіх постраждалих домогосподарств. Попри відсутність чітко визначених показників впливу програм забезпечення додатковим харчуванням для всього населення, велике значення мають моніторинг охоплення, дотримання цих програм, їхня прийнятність і раціони, що надаються. Показники ведення помірної гострої недостатності харчування насамперед стосуються цільового додаткового харчування.

Головна мета цільової програми додаткового харчування полягає в тому, щоб запобігти тяжкій недостатності харчування в осіб із помірною недостатністю харчування та забезпечити їх реабілітацію. Ці типи програм зазвичай передбачають додавання спеціальних харчових добавок до загального раціону осіб із помірною недостатністю харчування, вагітних жінок і матерів, що годують груддю, та інших осіб із групи ризику.

Ведення важкої гострої недостатності харчування: важка гостра недостатність харчування потребує терапевтичного догляду, який можна здійснювати в різні способи. Якщо дозволяють умови, кращим способом ведення гострої недостатності харчування є здійснення догляду силами громади, а саме:

- стаціонарне лікування осіб із тяжкою гострою недостатністю харчування, в яких виявлено медичні ускладнення;

- стаціонарне лікування всіх дітей віком до шести місяців із тяжкою формою гострої недостатності харчування;
- амбулаторне лікування важкої гострої недостатності без ускладнень медичного характеру;
- інформаційно-роз'яснювальна робота з громадою;
- інші послуги або програми для осіб із помірною гострою недостатністю харчування залежно від контексту.

Програми, спрямовані на ведення важкої гострої недостатності харчування, потрібно доповнювати програмами додаткового харчування та мобілізацією громади для ведення інформаційно-роз'яснювальної роботи, активного виявлення випадків недостатності харчування, перенаправлення та подальшого спостереження.

Стандарт 2.1 щодо ведення недостатності харчування: Ведення помірної гострої недостатності харчування

Вжито заходів для запобігання й лікування помірної гострої недостатності харчування.

Ключові дії

- 1 Із самого початку програми визначте чіткі й узгоджені стратегії, цілі та критерії щодо початку і завершення здійснюваних втручань.
- 2 Із самого початку максимально збільшіть ступінь охоплення втручань для лікування гострої недостатності харчування шляхом залучення громади.
 - Співпрацюйте із зацікавленими представниками громади для виявлення вразливих осіб та домогосподарств.
- 3 Розробіть протоколи долучення до програм чи виходу з них на основі антропометричних критеріїв, прийнятих на національному та міжнародному рівнях.
 - Вкажіть критерії виходу з програм під час звітування щодо показників ефективності.
 - З'ясуйте й усуньте причини переривання лікування та його неефективності або збільшення кількості смертей.
- 4 Забезпечте взаємодію програм ведення помірної гострої недостатності харчування з програмами ведення важкої гострої недостатності харчування та з наявними структурами охорони здоров'я.
- 5 Надавайте додаткове харчування у вигляді сухих пайків або відповідної їжі, готової до споживання, окрім випадків, коли є чітке обґрунтування для організації харчування на місці.
 - Надавайте пайки щотижня або що два тижні. Під час визначення розміру та складу пайків враховуйте склад і розмір домогосподарства, продовольчу безпеку домогосподарства та ймовірність поділу пайка.
 - Надавайте чітку інформацію про те, як готувати та зберігати додаткове харчування з дотриманням правил гігієни, а також як і коли його споживати.



6 Наголошуйте на захисті, підтримці та сприянні практиці грудного вигодовування, підгодовування та дотримання гігієни.

- Надавайте чітку інформацію про важливість винятково грудного вигодовування дітей віком до шести місяців та продовження грудного вигодовування дітей віком від 6 до 24 місяців як для фізичного, так і для психологічного здоров'я матері та дитини.
- Матерів, які годують груддю дітей віком до шести місяців із гострою недостатністю харчування, слід допускати до програм додаткового харчування незалежно від їхнього власного статусу харчування.

Ключові показники

Відсоток цільової популяції, яка перебуває на відстані, що не перевищує один день ходьби пішки в обох напрямках (включно з часом на лікування) для отримання сухих пайків додаткового харчування

- >90 відсотків

Відсоток цільової популяції, яка перебуває на відстані не більше ніж однієї години ходьби до пункту, який працює за програмами додаткового харчування на місці

- >90 відсотків

Відсоток охоплення випадків помірної гострої недостатності харчування (ПГНХ) з доступом до лікувальних послуг

- >50 відсотків у сільській місцевості
- >70 відсотків у містах
- >90 відсотків у таборах тимчасового розміщення

Частка осіб, які вибули з цільових програм додаткового харчування через смерть, одужання або переривання лікування

- Померло: <3 відсотки
- Видужало: >75 відсотків
- Перервало лікування: <15 відсотків

Інструкції

Проектування програми: розробляйте програми, які базуються на наявному потенціалі системи охорони здоров'я та підтримують його, враховуючи доступ до закладів охорони здоров'я, географію поширення населення та безпеку. Важливо забезпечити взаємодію програм зі здійсненням стаціонарного й амбулаторного терапевтичного догляду, допологового нагляду, профілактики малярії, дитячих хвороб та скринінгу, мережами надання допомоги хворим на ВІЛ/СНІД і туберкульоз, а також із програмами продовольчої безпеки, куди входять продовольча допомога і грошова допомога у формі готівки або ваучерів.

Програми додаткового харчування призначені не для заміни раціону, а для його доповнення. Вони мають ключове значення для розробки програм у межах багатосекторального підходу з додатковими послугами на кшталт WASH, охорони

здоров'я, IYCF та загального розподілу їжі. Оцініть доступність додаткового харчування на національному або міжнародному ринках і врахуйте під час планування програм потенційні обмеження постачання ⊕ див. *Надання допомоги через ринки*.

Запобігання чи лікування: упровадьте загальний підхід, щоб запобігати недостатності харчування, або цільовий підхід для лікування. Вибір підходу залежатиме від таких факторів:

- ступінь гострої недостатності харчування та кількість постраждалих осіб;
- ризик зростання захворюваності;
- ризик зниження продовольчої безпеки;
- переміщення та щільність населення;
- можливість проводити скринінг та моніторинг постраждалого населення з використанням антропометричних критеріїв;
- наявні ресурси та доступ до постраждалих осіб.

У межах цільового підходу до додаткового харчування зазвичай витрачається більше часу та зусиль на скринінг і моніторинг осіб із гострою недостатністю харчування, але водночас потрібно менше спеціалізованих харчових ресурсів. Загальний підхід, як правило, висуває менше вимог щодо рівня кваліфікації персоналу, але потребує більше спеціалізованих харчових ресурсів.

Ефективна мобілізація громад: мобілізація та залучення громад сприяють кращому розумінню людьми програми та її ймовірної ефективності. У співпраці з цільовими групами населення визначте, де розмістити центри, що реалізують програми. Розгляньте групи ризику, які можуть зіткнутися з труднощами під час доступу до цих центрів. Надавайте чітку та вичерпну інформацію про підтримку, що надається, доступними мовами та через декілька каналів обміну інформацією, зокрема в аудіо-, візуальному та письмовому форматі.

Охоплення населення — це співвідношення числа осіб, які потребують лікування, до числа осіб, хто його насправді отримує. На рівень охоплення можуть впливати такі чинники:

- прийнятність програми для населення, включно з розташуванням та доступністю центрів реалізації програми;
- безпекова ситуація;
- частота видачі харчових продуктів;
- час очікування;
- ступінь мобілізації, частота відвідувань удома та скринінгу;
- наявність працівників у сфері харчування чоловічої та жіночої статі;
- узгодження критеріїв допуску до програми та охоплення населення;
- здатність осіб, які здійснюють догляд, визначати ознаки недостатності харчування.

Методології оцінки охоплення є затратними та потребують персоналу, який пройшов спеціальну підготовку. Якщо проводити дослідження охоплення нецільово, виберіть альтернативні методи згідно з національними рекомендаціями. Для оцінки охоплення використовуйте типові дані програми, як-от дані скринінгу, дані щодо перенаправлення та госпіталізації.



Регулярні оцінки охоплення можуть бути необов'язковими, якщо не відбулися значні зміни в території, на якій реалізується програма, як-от переміщення населення, використання нового засобу для лікування чи зміна протоколу лікування.

Критерії допуску до програми мають відповідати національним і міжнародним рекомендаціям. Критерії допуску до програми для дітей віком до шести місяців і для груп, чий антропометричний статус складно визначити, мають охоплювати клінічний статус і статус грудного вигодовування ⊕ див. Додаток 4. Вимірювання гострої недостатності харчування і Посилання та додаткова література.

Особи, які живуть з ВІЛ (або щодо яких є така підозра), хворі на туберкульоз та інші хронічні захворювання, не мають піддаватися дискримінації та мусять мати рівний доступ до медичної допомоги, якщо вони відповідають критеріям допуску. Деякі особи, які не відповідають антропометричним критеріям гострої недостатності харчування, також можуть розраховувати на додаткове харчування. Це, зокрема, особи, які живуть з ВІЛ, хворі на туберкульоз та інші хронічні захворювання, особи, які вибули з програми, але потребують терапевтичної підтримки, щоб уникнути рецидиву, а також особи з інвалідністю. Якщо ці особи не відповідають антропометричним критеріям, потрібно скоригувати системи моніторингу та звітності.

Особи, які живуть з ВІЛ і не відповідають критеріям доступу до програми, часто потребують харчової підтримки. Таку підтримку краще пропонувати поза контекстом лікування важкої гострої недостатності харчування в умовах кризи. Надайте цим особам та їхнім родинам послуги, включно з доглядом силами громади та вдома, через центри лікування туберкульозу та програми профілактики передачі інфекцій від матері до дитини.

Критерії виходу з програми та моніторинг: до осіб, які вибувають із програми, належать особи, які видужали, померли, перервали лікування або не видужали. Особи, яких направили отримувати додаткові послуги, наприклад, медичну допомогу, не вважаються такими, що завершили лікування, і продовжать його одразу або повернуться до лікування пізніше. Не включайте до цієї категорії осіб, переведених у інші заклади, або осіб, які не завершили лікування.

Якщо особи приєднуються до програми харчування після вибуття з програми терапевтичного догляду, звітуйте про них як про окрему категорію, щоб уникнути упереджених результатів. Якщо симптоми гострої недостатності харчування розвинулись в особи внаслідок інших факторів (інвалідність, розщеплення піднебіння або хірургічні проблеми), включіть її у звітність програми. Визначте, як стать особи може вплинути на доступ до лікування, на переривання лікування та одужання.

Розрахуйте статистику виходу з програми:

- Відсоток вибуття осіб, які одужали = кількість осіб, які одужали/загальна кількість осіб, які вибули з програми x 100
- Відсоток вибуття осіб, які померли = кількість смертей/загальна кількість осіб, які вибули з програми x 100
- Відсоток вибуття осіб, які перервали лікування = кількість осіб, які перервали лікування/загальна кількість осіб, які вибули з програми x 100
- Відсоток вибуття осіб, які не одужали = кількість осіб, які не одужали/загальна кількість осіб, які вибули з програми x 100

Окрім наведених вище показників, системи моніторингу мають включати:

- участь населення;
- прийнятність програми для населення (частоту переривання лікування та охоплення можна використовувати як непрямий показник цього параметру);
- кількість і якість їжі;
- рівень охоплення;
- причини переведення в інші програми (зокрема дітей, статус харчування яких погіршується до важкої гострої недостатності харчування);
- кількість осіб, які були госпіталізовані та перебувають на лікуванні.

Враховуйте зовнішні фактори:

- моделі захворюваності;
- рівень недостатності харчування населення;
- рівень продовольчих ризиків домогосподарств і населення;
- додаткові втручання, доступні для населення (включно із загальною продовольчою допомогою або еквівалентними програмами);
- потенціал наявних систем надання послуг

Взаємодія з сектором охорони здоров'я та іншими секторами: і цільові, та загальні програми додаткового харчування можна використовувати як платформу для надання додаткових послуг. У багатьох ситуаціях загальна програма додаткового харчування для запобігання недостатності харчування може сприяти реагуванню в кризових обставинах. Наприклад, вона може забезпечити доступ до цільової групи населення шляхом обліку населення, скринінгу громади та направлення на лікування осіб з важкою та помірною гострою недостатністю харчування. Крім того, програма може сприяти заходам для забезпечення виживання дітей:

- антигельмінтні засоби;
- добавки, що містять вітамін А;
- добавки заліза та фолієвої кислоти одночасно зі скринінгом та лікуванням малярії;
- добавки цинку для лікування діареї;
- імунізація.

⊕ Див. Базова медична допомога — Стандарти 2.1.1 — 2.1.4 щодо інфекційних захворювань та Базова медична допомога — Стандарти 2.2.1 і 2.2.2 щодо здоров'я дітей.

Для задоволення потреб груп населення з високим рівнем уразливості, як-от з високою поширеністю ВІЛ, та осіб, які мають труднощі з пересуванням або харчуванням, може знадобитися адаптація програми. Зокрема, може бути потрібно скоригувати якість і кількість додаткової їжі ⊕ див. ІСтандарт 4.1 щодо годування немовлят і дітей перших років життя.



Стандарт 2.2 щодо ведення недостатності харчування: Ведення важкої гострої недостатності харчування

Забезпечено лікування важкої гострої недостатності харчування.

Ключові дії

- 1 Із самого початку програми розробіть чіткі й узгоджені стратегії, цілі та критерії щодо початку і завершення втручань.
 - Забезпечте достатню кількість персоналу із відповідними можливостями, досвідом і навичками.
- 2 Включіть до процесу ведення важкої гострої недостатності харчування стаціонарне лікування, амбулаторне лікування, перенаправлення та мобілізацію громади.
- 3 Забезпечте надання продовольчої та медичної допомоги відповідно до рекомендацій щодо ведення важкої гострої недостатності харчування, прийнятих на національному та міжнародному рівнях.
- 4 Забезпечте, щоб критерії виходу з програми передбачали антропометричні та інші показники.
- 5 З'ясуйте й усуньте причини переривання лікування і неефективності лікування або збільшення кількості смертей.
- 6 Захищайте, підтримуйте та сприяйте практиці грудного вигодовування, підгодовування, дотримання гігієни та правильній взаємодії матері та дитини.
 - Надавайте чітку інформацію про важливість винятково грудного вигодовування дітей віком до шести місяців та продовження грудного вигодовування дітей віком від 6 до 24 місяців як для фізичного, так і для психологічного здоров'я матері та дитини.

Ключові показники

Відсоток цільової популяції, яка перебуває на відстані, що не перевищує один день ходьби пішки в обох напрямках (включно з часом на лікування) від місця реалізації програми

- >90 відсотків цільового населення

Відсоток охоплення випадків важкої гострої недостатності харчування (ВГНХ) з доступом до центрів лікування

- >50 відсотків у сільській місцевості
- >70 відсотків у містах
- >90 відсотків у таборах тимчасового розміщення

Частка осіб, які вибули з програм терапевтичного догляду через смерть, одужання або які перервали лікування

- Померло: <10 відсотків
- Видужало: >75 відсотків
- Перервало лікування: <15 відсотків

Інструкції

Компоненти програми: стаціонарне лікування може надаватися безпосередньо або за направленням. Програми мають передбачати децентралізоване амбулаторне лікування дітей, які не мають ускладнень медичного характеру. Пункти амбулаторного лікування потрібно розташовувати недалеко від цільових груп населення, щоб знизити ризики та витрати, пов'язані з потребою пересування на великі відстані з маленькими дітьми, а також ризик подальшого переміщення населення. ⊕ *Див. Стандарт 2.2.2 щодо здоров'я дітей: ведення хвороб новонароджених і дітей.*

Забезпечте взаємодію програм ведення ВГНХ із іншими відповідними заходами/послугами:

- додатковим харчуванням;
- мережами лікування ВІЛ і туберкульозу;
- реабілітацією;
- первинними медичними послугами;
- програмами продовольчої безпеки, включно з продовольчою або грошовою допомогою.

У програмах ведення важкої та помірної гострої недостатності харчування використовуються однакові методики оцінки **охоплення** ⊕ *див. Стандарт 2.1 щодо ведення недостатності харчування. Ведення помірної гострої недостатності харчування.*

Критерії допуску до програми мають відповідати національним і міжнародним рекомендаціям. Критерії допуску до програми для дітей віком до шести місяців і для груп, чий антропометричний статус складно визначити, мають охоплювати клінічний статус і статус грудного вигодовування ⊕ *див. Додаток 4. Вимірювання гострої недостатності харчування і Посилання та додаткова література.*

Особи, які живуть з ВІЛ (або щодо яких є така підозра), хворі на туберкульоз та інші хронічні захворювання, не мають піддаватися дискримінації та мусять мати рівний доступ до медичної допомоги, якщо вони відповідають критеріям допуску. Деякі особи, які не відповідають антропометричним критеріям гострої недостатності харчування, також можуть розраховувати на додаткове харчування. Це, зокрема, особи, які живуть з ВІЛ, хворі на туберкульоз та інші хронічні захворювання, особи, які вибули з програми, але потребують терапевтичної підтримки, щоб уникнути рецидиву, а також особи з інвалідністю. Якщо ці особи не відповідають антропометричним критеріям, потрібно скоригувати системи моніторингу та звітності.

Особи, які живуть з ВІЛ і не відповідають критеріям доступу до програми, часто потребують харчової підтримки. Таку підтримку краще пропонувати поза контекстом лікування важкої гострої недостатності харчування в умовах кризи. Надайте цим особам та їхнім родинам послуги, включно з доглядом силами громади та вдома, через центри лікування туберкульозу та програми профілактики передачі інфекцій від матері до дитини.

Критерії виходу з програми та видужання: особи, які вибувають із програми, не повинні мати ніяких ускладнень медичного характеру. Крім того, в них має бути відновлений апетит, і вони мають досягти відповідного приросту ваги й зберігати



його, не демонструючи ознак аліментарної дистрофії (наприклад, упродовж двох послідовних зважувань). Розрахуйте середній приріст ваги окремо для осіб з аліментарною дистрофією і без неї. Грудне вигодовування є особливо важливим для грудних дітей віком до 6 місяців, а також для дітей віком від 6 до 24 місяців. Немовлята, яких не годують грудним молоком, потребують ретельного подальшого спостереження лікаря. Дотримуйтеся критеріїв виходу з програми, щоб уникнути ризиків, пов'язаних із передчасним вибуттям із програми.

Настанови щодо ведення гострої недостатності харчування в громаді мають вказувати середню тривалість перебування на лікуванні та бути спрямовані на скорочення періодів відновлення. Під час розрахунку середньої тривалості лікування дотримуйтеся чинних національних настанов, оскільки вони враховують контекст. ВІЛ, туберкульоз та інші хронічні захворювання можуть призвести до того, що в деяких випадках лікування осіб з недостатністю харчування не дасть очікуваних результатів. Необхідно передбачити можливість лікування або догляду впродовж більш тривалого терміну спільно зі службами охорони здоров'я, іншими соціальними службами й існуючими у громаді службами надання допомоги ⊕ див. Базова медична допомога — Стандарт 2.3.3 щодо сексуального та репродуктивного здоров'я. ВІЛ.

Показники ефективності ведення важкої гострої недостатності харчування: серед осіб, які вибули з програми лікування важкої гострої недостатності харчування, можуть бути ті, хто видужав, помер, перервав лікування або не видужав ⊕ див. Інструкції до стандарту 2.1 щодо ведення недостатності харчування. Ведення помірної гострої недостатності харчування.

Показники ефективності ведення важкої гострої недостатності харчування мають враховувати результати стаціонарного та амбулаторного лікування без подвійного обліку осіб, яких переводять з одного компонента програми в інший. Якщо це неможливо, тлумачення показників ефективності потрібно скоригувати. Наприклад, програми повинні мати кращі показники ефективності, якщо застосовується тільки амбулаторне лікування, і мають бути спрямовані на показники, визначені для комбінованого лікування, якщо застосовується тільки стаціонарне лікування.

Особи, направлені до інших структур (наприклад, до медичних установ), є особами, що не завершили лікування. Під час оцінювання ефективності амбулаторного лікування звітуйте про переведення хворих на стаціонарне лікування, щоб точно відобразити ефективність програми.

Показники ефективності не враховують клінічні ускладнення ВІЛ. Клінічні ускладнення у зв'язку з ВІЛ-інфекцією впливатимуть на рівень смертності. Такі ситуації мають обов'язково враховуватися під час тлумачення ефективності програми.

Окрім показників виходу з програми, під час проведення моніторингу ефективності програми потрібно переглядати дезагреговані дані щодо осіб, які вперше надходять на лікування (стать, вік, інвалідність), кількість дітей, які перебувають на лікуванні, та показники охоплення населення. Потрібно регулярно досліджувати й реєструвати частку та причини випадків повторної госпіталізації, погіршення клінічного стану, переривання лікування, а також випадки, коли лікування не дає очікуваного результату. Визначення цих понять потрібно узгодити з чинними нормами.

Дані системи охорони здоров'я: усі програми з важкої гострої недостатності харчування мають передбачати систематичне лікування відповідно до національних або міжнародних методичних рекомендацій. Важливо, щоб вони включали ефективні механізми перенаправлення до лікарів-спеціалістів для лікування основних захворювань, як-от туберкульоз та ВІЛ. У районах широкого розповсюдження ВІЛ-інфекції програми ведення недостатності харчування мають передбачати одночасно і втручання, спрямовані на запобігання передаванню ВІЛ-інфекції, та заходи, що забезпечують виживання матері й дитини. У середовищах поширеності ВІЛ-інфекції (більше ніж 1 відсоток) проводьте тестування дітей з недостатністю харчування, щоб встановити їхній ВІЛ-статус і визначити потребу в антиретровірусній терапії.

Підтримка практики грудного вигодовування: матері немовлят, які перебувають на стаціонарному лікуванні, потребують кваліфікованої допомоги у сфері грудного вигодовування як частини процесу харчової реабілітації й одужання. Це особливо важливо для дітей віком до 6 місяців і для матерів з інвалідністю. Виділіть достатньо часу та ресурсів для цього; наприклад, доцільно організувати спеціальний куточок грудного вигодовування, де цілеспрямовано надаватиметься кваліфікована допомога, включно зі взаємодопомогою. Матері, які годують груддю дітей із важкою недостатністю харчування у віці до 6 місяців, мають одержувати додаткове харчування, незалежно від їхнього власного стану. Якщо матері відповідають антропометричним критеріям важкої гострої недостатності харчування, їх потрібно прийняти до програми для проходження лікування.

Психосоціальна підтримка: дітям із важкою гострою недостатністю харчування під час періоду реабілітації надзвичайно важливо надавати емоційну та фізичну підтримку через гру. Це сприяє прихильності та позитивному настрою у матері. Особи, які доглядають за цими дітьми, також часто потребують психосоціальної допомоги, щоб доставляти своїх дітей до центрів проведення лікування. Деяким матерям також може знадобитися підтримка, щоб отримати доступ до послуг з охорони психічного здоров'я у разі післяпологової депресії. Цих цілей можна досягти за допомогою програм мобілізації, в яких особливу увагу потрібно приділяти аспектам стимуляції та взаємодії для лікування та запобігання майбутній інвалідності та когнітивним порушенням у дітей. Усім особам, які доглядають за дітьми з важкою недостатністю харчування, потрібно забезпечити можливість годувати своїх дітей та доглядати за ними під час лікування; це можна зробити шляхом консультування, навчання на наочних прикладах, а також надання інформації з питань охорони здоров'я і харчування. Зверніть увагу на вплив лікування на осіб, які здійснюють догляд, та братів і сестер особи, яка проходить лікування, щоб забезпечити належний догляд за дітьми, запобігти розлученню членів сім'ї, мінімізувати психосоціальний стрес і максимізувати потенційну прихильність до лікування.

Взаємодія з іншими суб'єктами: координуйте роботу з партнерами з питань захисту дітей і гендерно зумовленого насильства, щоб організувати шляхи перенаправлення та протоколи обміну інформацією. Навчайте працівників у сфері харчування, як забезпечувати підтримку та конфіденційність під час перенаправлення осіб, які доглядають за дітьми, що зазнали фізичного, сексуального чи емоційного насильства, експлуатації або жорстокого поводження.



3. Дефіцит мікронутрієнтів

Дефіцит мікронутрієнтів є перешкодою для соціально-економічного розвитку багатьох країн, що суттєво впливає на здоров'я населення, здатність до навчання та продуктивність. Дефіцит мікронутрієнтів породжує замкнене коло недостатності харчування, недорозвиненості та бідності, що негативно впливає на й без того малозабезпечені групи.

Виявлення дефіциту мікронутрієнтів у багатьох контекстах є проблематичним. Попри те, що клінічні ознаки важкого дефіциту легко діагностуються, більшим тягарем для здоров'я та виживання населення може бути безсимптомний дефіцит мікронутрієнтів. Відтак, слід припускати, що криза погіршить поточний дефіцит мікронутрієнтів у населення. Проблеми дефіциту мікронутрієнтів потрібно вирішувати шляхом здійснення втручань, які охоплюють все населення, а також проведення лікування на індивідуальному рівні.

Існує три підходи до боротьби з дефіцитом мікронутрієнтів:

- **Застосування добавок:** надання мікронутрієнтів у формі, що добре засвоюється, зазвичай призводить до найшвидшого зменшення дефіциту мікронутрієнтів у окремих осіб або цільових груп населення. Наприклад, програми боротьби з анемією за допомогою добавок заліза, застосування добавок фолієвої кислоти для вагітних жінок і добавок вітаміну А для дітей віком молодше 5 років.
- **Збагачення харчових продуктів:** ефективною стратегією боротьби з дефіцитом мікронутрієнтів є збагачення харчових продуктів мікронутрієнтами. Наприклад, застосування йодованої солі, мікронутрієнтів у формі порошків або рослинної олії, збагаченої вітаміном А.
- **Мікронутрієнти в харчових продуктах:** вітаміни та мінерали для запобігання дефіциту мікронутрієнтів присутні в різноманітних продуктах харчування. Політики та програми мають забезпечувати споживання безпечних харчових продуктів достатньої різноманітності, кількості та якості, багатих на мікронутрієнти, протягом усього року.

Попри те, що в кризових ситуаціях використовуються всі три підходи, найпоширенішим підходом є застосування добавок.

Стандарт 3 щодо дефіциту мікронутрієнтів: Дефіцит мікронутрієнтів

Виконано коригування дефіциту мікронутрієнтів.

Ключові дії

- 1 Отримайте інформацію про передкризову ситуацію, щоб визначити найпоширеніші дефіцити мікронутрієнтів.
- 2 Навчайте працівників сфери охорони здоров'я методам діагностики та ведення (лікування) дефіциту мікронутрієнтів.

- 3 Розробіть методики ефективного реагування на ризики розвитку дефіциту мікронутрієнтів.
- 4 Поєднуйте втручання в галузі охорони здоров'я із заходами із забезпечення мікронутрієнтами для зниження кількості захворювань, що зазвичай пов'язані з кризами, наприклад, використовуйте добавки вітаміну А для лікування кори та цинку для лікування діареї.

Ключові показники

Відсутні випадки цинги, пелагри, бері-бері та арибофлавінозу

- ⊕ Див. Додаток 5. Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення для визначення значення для громадського здоров'я за віковими групами та для населення загалом.
- Використовуйте національні або залежні від контексту показники, якщо такі існують.

Статистика ксерофтальмії, анемії та дефіциту йоду не є значущою для охорони здоров'я

- ⊕ Див. Додаток 5. Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення для визначення значень для громадського здоров'я за віковими групами та для населення загалом.
- Використовуйте національні або залежні від контексту показники, якщо такі існують.

Інструкції

Діагностика клінічного дефіциту мікронутрієнтів: діагностику дефіциту мікронутрієнтів, що проявляється клінічно, завжди має здійснювати кваліфікований медичний персонал. Якщо клінічні ознаки цього різновиду дефіциту враховуються в системах моніторингу стану здоров'я та харчування, то для проведення базового оцінювання й перенаправлення потрібно забезпечити належне навчання персоналу. Точне визначення випадків дефіциту є проблематичним, і в умовах кризи діагностувати дефіцит мікронутрієнтів потрібно на основі реакції організму на різні добавки мікронутрієнтів.

Безсимптомний дефіцит мікронутрієнтів – це недостатньо тяжкий стан, щоб мати чіткі симптоми для діагностики, проте він може мати негативні наслідки для здоров'я. Цей різновид дефіциту діагностується шляхом здійснення біохімічного дослідження. Винятком є анемія, для діагностування якої існує базовий аналіз, який можна легко зробити на місці.

Для оцінювання ризику формування дефіциту мікронутрієнтів і визначення моменту, коли може знадобитися застосування добавок або підвищення споживання поживних речовин, можна скористатися непрямими показниками. Непряме оцінювання передбачає оцінювання вживання поживних речовин на рівні населення та екстраполяцію ризику дефіциту. Для цього перегляньте наявні дані щодо доступу до їжі, її наявності та використання, а також оцініть достатність продуктового раціону.



Профілактика: методи профілактики дефіциту мікронутрієнтів наведено в розділі 6 нижче (⊕ див. *Стандарт 6.1 щодо продовольчої допомоги. Основні харчові потреби*). Профілактика дефіциту мікронутрієнтів потребує здійснення контролю за захворюваннями, зокрема гострими респіраторними інфекціями й кором, а також паразитарними інфекціями, як-от малярія та діарея, які виснажують запаси мікронутрієнтів у людському організмі. Готовність до лікування дефіциту мікронутрієнтів має передбачати розробку підходів до визначення випадків захворювання і настанов із лікування, а також системи активного виявлення випадків захворювання ⊕ див. *Базова медична допомога — Стандарти 2.2.1 і 2.2.2 щодо здоров'я дітей*.

Лікування дефіциту мікронутрієнтів: виявлення випадків та лікування дефіциту мікронутрієнтів мають відбуватися в межах системи охорони здоров'я та програм харчування. Якщо показники дефіциту мікронутрієнтів перевищують порогові показники, що використовуються службами охорони здоров'я, може бути доцільним провести загальне лікування населення добавками. Найпоширенішими захворюваннями, що виникають внаслідок дефіциту мікронутрієнтів, є цинга (дефіцит вітаміну С), пелагра (дефіцит ніацину), бері-бері (дефіцит тіаміну) та арибофлавіноз (дефіцит рибофлавіну ⊕ див. *Додаток 5: Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення*).

Заходи з охорони громадського здоров'я для контролю дефіциту мікронутрієнтів:

- забезпечення добавками, що містять вітамін А, паралельно з вакцинацією від кору в дітей віком 6–59 місяців;
- проведення дегельмінтизації всіх дітей віком 12–59 місяців;
- додавання до продуктового кошика йодованої солі та інших збагачених продуктів (наприклад, рослинної олії, збагаченої вітамінами А та D), а також забезпечення добавками мікронутрієнтів у формі порошку або йодованої рослинної олії;
- забезпечення дітей віком 6–59 місяців комплексними добавками мікронутрієнтів, що містять залізо;
- щоденне забезпечення вагітних і жінок, що годують груддю, комплексними добавками мікронутрієнтів, що містять залізо та фолієву кислоту.

Якщо продукти з кількома поживними мікронутрієнтами, що містять залізо, недоступні, щоденно забезпечуйте добавки заліза та фолієвої кислоти для вагітних і жінок, які народили протягом останніх 45 днів.

Використовуйте непрямі показники, дезагреговані за статтю, щоб оцінити ризик дефіциту мікронутрієнтів у постраждалого населення та визначити потребу в підвищенні споживання поживних речовин або застосуванні добавок. Наприклад, непрямі показники дефіциту вітаміну А можуть включати низьку вагу при народженні, дефіцит ваги або затримку в рості ⊕ див. *Стандарт 1.2 щодо оцінювання продовольчої безпеки та харчування. Оцінювання харчування*.

4. Годування немовлят і дітей перших років життя

Належна та своєчасна підтримка годування немовлят і дітей перших років життя в надзвичайних ситуаціях (IYCF-E) рятує життя й забезпечує задоволення потреб у харчуванні, здоров'я та розвиток дітей. Практика годування немовлят і дітей перших років життя, що не відповідає необхідним вимогам, підвищує вразливість до недостатності харчування, хвороб і смерті та шкодить здоров'ю матері. Ця небезпека зростає в умовах кризи. Особливо вразливими виявляються немовлята та діти перших років життя, зокрема:

- новонароджені з низькою масою тіла;
- діти, розлучені з батьками, та діти без супроводу дорослих;
- немовлята та діти перших років життя в матерів із депресією;
- діти віком до 2 років, які не перебувають на грудному вигодовуванні;
- діти з груп із середнім або високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції;
- діти з інвалідністю, особливо з проблемами, пов'язаними з харчуванням;
- немовлята та діти перших років життя з гострою недостатністю харчування, затримкою росту або дефіцитом мікронутрієнтів.

Годування немовлят і дітей перших років життя в надзвичайних ситуаціях (IYCF-E) передбачає заходи й втручання, спрямовані на захист і задоволення потреб у харчуванні немовлят і дітей перших років життя віком 0–23 місяці, що перебувають чи не перебувають на грудному вигодовуванні. До пріоритетних заходів належать:

- підтримка й заохочення грудного вигодовування;
- правильне та безпечне підгодовування;
- підтримка штучного вигодовування немовлят, для яких забезпечити грудне вигодовування неможливо.

Підтримка вагітних і жінок, які годують груддю, має ключове значення для добробуту їхніх дітей. «Винятково грудне вигодовування» означає, що немовля не отримує жодних інших рідин, окрім грудного молока, і жодної твердої їжі, крім необхідних мікронутрієнтів або лікарських засобів. Це гарантує безпеку харчування та рідин у грудних дітей протягом перших 6 місяців життя і забезпечує активний імунний захист. Грудне вигодовування забезпечує оптимальний розвиток головного мозку та продовжує захищати здоров'я дітей старшого віку, особливо за відсутності належних санітарно-гігієнічних умов. Грудне вигодовування також захищає здоров'я матері, затримуючи менструацію та захищаючи від раку грудей. Це сприяє психологічному добробуту, посилює прив'язаність і чутливість.

Ключові дії в цьому розділі відповідають рекомендаціям Інструкцій щодо порядку харчування немовлят і дітей перших років життя у надзвичайних ситуаціях (Інструкції). Інструкції були розроблені міжвідомчою робочою групою, метою якої було надати стислі та практичні вказівки щодо забезпечення відповідного IYCF-E та щодо Міжнародного Кодексу правил зі збуту заміників грудного молока (Кодекс збуту).



Стандарт 4.1 щодо годування немовлят і дітей перших років життя:

Стратегічне управління та координація діяльності

Стратегічне управління та координація діяльності сприяють безпечному, своєчасному та належному годуванню немовлят і дітей перших років життя.

Ключові дії

- 1 Створіть координаційний орган з IYCF-E в межах механізму координації кризових ситуацій і забезпечте взаємодію між секторами.
 - Якщо можливо, виходьте з того, що таким координаційним органом є уряд.
- 2 Включіть положення Інструкцій до відповідних настанов щодо політики готовності державних і гуманітарних організацій.
 - Розробіть настанови та спільну заяву з національними органами влади в ситуаціях, коли відповідна політика відсутня.
 - Якщо можливо, посилюйте відповідну національну політику.
- 3 Підтримуйте стабільну, узгоджену та своєчасну комунікацію щодо IYCF-E на всіх рівнях реагування.
 - Якнайшвидше інформуйте гуманітарні організації, донорів і засоби масової інформації про будь-яку чинну політику та практику IYCF-E.
 - Повідомляйте постраждалим особам про доступні послуги, практики IYCF-E та механізми зворотного зв'язку.
- 4 Утримуйтеся від отримання замінників грудного молока, інших рідких молочних продуктів, пляшок і сосок на пляшки у вигляді пожертв або прохань про їх надання у вигляді пожертв.
 - Якщо такі пожертви надходять, то ними має управляти спеціально призначений орган відповідно до вимог Інструкцій та Кодексу збуту.
 - Забезпечте жорстке визначення отримувачів замінників грудного молока, та використання, придбання, управління й розподілу таких замінників. Ґрунтуйтеся на оцінюванні потреб і ризиків, аналізі даних і технічних рекомендаціях.

Ключові показники

Відсоток упроваджених політик IYCF у надзвичайних ситуаціях, які відображають положення Інструкцій

Відсутні повідомлення про порушення Кодексу збуту

Своєчасно реєструється відсоток пожертв замінників грудного молока (ЗГМ), рідких молочних продуктів, пляшок і сосок на пляшки, що порушують вимоги Кодексу збуту

Інструкції

Комунікація з постраждалими особами, особами й організаціями, що надають допомогу, та ЗМІ: повідомлення про доступні послуги та методи здорового годування немовлят і дітей перших років життя передбачає розробку адаптованих інформаційних повідомлень для різних груп, які надають допомогу, і для громадськості. Під час розробки повідомлень враховуйте потребу в підтримці для таких доглядальників, як бабусі та дідусі, самотні батьки і матері, домогосподарства, очолювані дітьми, брати та сестри, а також доглядальників з інвалідністю та осіб, які живуть з ВІЛ.

Міжнародний кодекс зі збуту заміників грудного молока: Кодекс захищає дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні, сприяючи безпечному використанню заміників грудного молока. Він базується на неупередженій і точній інформації та застосовується в усіх контекстах. Рекомендації Кодексу мають бути включені до законодавства на етапі готовності та повинні виконуватися під час реагування в кризовій ситуації. За відсутності національного законодавства слід реалізувати положення Кодексу на мінімальному рівні.

Кодекс збуту не обмежує доступність і не забороняє використання заміників грудного молока, пляшок та сосок для пляшок. Він лише обмежує їхній збут, придбання й розповсюдження. Типові порушення Кодексу в умовах кризи виникають через проблеми з маркуванням і нецільове розповсюдження. Відстежуйте порушення Кодексу збуту під час криз та повідомляйте них ЮНІСЕФ, ВООЗ та місцевим органам влади.

Використовуйте стандартні показники, якщо такі є, і розробляйте показники залежно від контексту, якщо вони відсутні. Визначте контрольні показники IYCF-E для визначення прогресу та досягнень, враховуючи часові межі втручання. Заохочуйте послідовне використання показника IYCF-E виконавчими партнерами та під час опитувань. Виконуйте повторне оцінювання або частину базового оцінювання в межах моніторингу втручань IYCF-E. Використовуйте щорічні опитування, щоб визначити вплив цих втручань.

Штучне вигодовування: усі замітники грудного молока мають відповідати стандартам Codex Alimentarius (прим. – Міжнародні стандарти харчових продуктів) та Кодексу правил. Критичне значення для мінімізації ризиків штучного вигодовування в надзвичайних ситуаціях має доступ до відповідних послуг WASH. Система розподілу заміників грудного молока залежатиме від контексту, включно з масштабами втручання. Не включайте дитячі суміші та інші замітники грудного молока в загальну роздачу їжі. Не роздавайте продукти на основі сухого молока та рідке молоко як єдиний товар. Показання до штучного вигодовування та його ведення мають відповідати Інструкції та Кодексу правил і реалізуватися під керівництвом призначеного координаційного органу з IYCF-E.



Стандарт 4.2 щодо годування немовлят і дітей перших років життя:

Багатосекторна підтримка практики належного годування немовлят і дітей перших років життя в надзвичайних ситуаціях

Матері й особи, які здійснюють догляд за немовлятами та дітьми перших років життя, мають доступ до своєчасної та належної допомоги у сфері годування, що зводить до мінімуму ризики, враховує культурні особливості й забезпечує досягнення найкращих результатів щодо харчування, охорони здоров'я і виживання.

Ключові дії

- 1 Забезпечте насамперед доступ вагітних жінок і жінок, що годують груддю, до продовольчої допомоги, грошової допомоги у формі готівки та/або ваучерів і до інших різновидів допомоги, що надається.
- 2 Забезпечте для вагітних і матерів, що годують груддю, доступ до кваліфікованого консультування з грудного вигодовування.
- 3 Надавайте цілеспрямовану допомогу матерям усіх новонароджених, щоб вони з самого початку годували своїх дітей винятково груддю.
 - Надавайте прості вказівки щодо винятково грудного вигодовування в пологових будинках.
 - Захищайте, заохочуйте та підтримуйте винятково грудне вигодовування дітей віком 0–5 місяців та продовження грудного вигодовування дітей віком від 6 місяців до 2 років.
 - Якщо практикується змішане годування дітей віком 0–5 місяців, підтримуйте перехід на винятково грудне вигодовування.
- 4 Забезпечте матерям, дітям яких потрібне штучне харчування, й особам, які здійснюють догляд за такими дітьми, доступ до належних замінників грудного молока, приладдя для годування, а також до іншої пов'язаної з цим допомоги.
 - Вивчіть питання щодо безпечності та доцільності релактації (повернення до грудного вигодовування після перерви) та використання послуг годувальниць, коли матері не годують немовлят груддю. Враховуйте культурний контекст і доступність послуг у таких ситуаціях.
 - Якщо єдиним прийнятним варіантом є замінники грудного молока, забезпечте основний пакет, який включатиме приладдя для приготування сумішей та годування, послуги у сфері WASH та доступ до медичних послуг.
- 5 Сприяйте практиці своєчасного, безпечного, адекватного й належного підгодовування.
 - Оцініть домашні продукти, щоб визначити, чи придатні вони для підгодовування, і надайте консультації та підтримку щодо підгодовування з урахуванням контексту.

- Забезпечте доступ до приладдя для годування та приготування сумішей, включно з урахуванням потреб дітей, які мають труднощі, пов'язані з годуванням.

6

Надавайте підтримку щодо годування немовлят і дітей перших років життя з особливо вразливих категорій.

- Підтримуйте заходи стимулювання немовлят і практику догляду за дітьми на ранніх етапах розвитку в межах програм харчування.

7

У разі потреби, забезпечте добавки мікронутрієнтів.

- Забезпечуйте щоденні добавки вагітним і жінкам, які годують груддю, зокрема одну добову норму комплексу мікронутрієнтів для захисту запасів та складу грудного молока, незалежно від того, чи отримують жінки збагачене харчування.
- Продовжуйте забезпечення добавок заліза та фолієвої кислоти, якщо вони вже надаються.

Ключові показники

Відсоток матерів, що годують груддю, які мають доступ до кваліфікованої консультації

Відсоток доглядальників, які мають доступ до заміників грудного молока (ЗГМ) і супутньої підтримки для немовлят, які потребують штучного вигодовування, відповідно до вимог Кодексу правил

Відсоток доглядальників, які мають доступ до своєчасного, відповідного, адекватного з погляду поживної цінності та безпечного підгодовування для дітей віком від 6 до 23 місяців

Інструкції

Оцінювання та моніторинг IYCF-E: оцініть потреби та пріоритети реагування з IYCF-E та відстежуйте вплив втручань IYCF-E ⊕ див. Стандарт 1.2 щодо оцінювання продовольчої безпеки та харчування. Оцінювання харчування.

Багатосекторальна співпраця: секторальні точки доступу для ідентифікації та підтримки IYCF-E:

- допологовий та післяпологовий догляд;
- пункти імунізації;
- моніторинг росту;
- ранній розвиток дитини;
- послуги з лікування ВІЛ (включно з профілактикою передачі від матері до дитини);
- лікування гострої недостатності харчування;
- підтримка громадського здоров'я, психічного здоров'я та психосоціальна підтримка;
- послуги в секторі WASH;
- місця працевлаштування;
- сприяння розвитку сільського господарства.



Цільові групи: усі дані оцінювання та програми для дітей віком до 5 років мають бути дезагреговані за статтю та віком (0–5 місяців, 6–11 місяців, 12–23 місяців та 24–59 місяців). Дезагрегування за інвалідністю рекомендується вводити з 24 місяців.

Визначте й упровадьте послуги для забезпечення потреб у харчуванні та догляді немовлят і дітей перших років життя з інвалідністю, дітей, розлучених з батьками, та дітей без супроводу дорослих. Направте дітей, розлучених з батьками, та дітей без супроводу дорослих, до партнерів, які працюють у сфері захисту дітей. Визначте частку вагітних і жінок, які годують груддю.

Враховуйте населення з середнім або високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, дітей, розлучених з батьками, дітей без супроводу дорослих, немовлят з низькою вагою при народженні, дітей з інвалідністю та труднощами, пов'язаними з годуванням, дітей віком до 2 років, які не перебувають на грудному вигодовуванні, та дітей з гострою недостатністю харчування. Майте на увазі, що діти матерів з депресією, як правило, піддаються більшому ризику недостатності харчування.

Вагітні та жінки, що годують груддю: якщо потреби вагітних і жінок, які годують груддю, не задовольняються в програмах продовольчої допомоги або грошової допомоги чи допомоги у формі ваучерів, потрібно забезпечити для цих жінок посилений раціон харчування. Надавайте їм добавки мікронутрієнтів відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Організуйте психосоціальну підтримку матерів, які перебувають у стресовому стані, включно з направленням до служб психологічної допомоги у разі потреби. Організуйте належну підтримку матерів з інвалідністю. Створіть безпечні місця в таборах та інших громадських середовищах, де жінки могли б годувати груддю, наприклад, відокремлені зони для грудного вигодовування.

Діти на грудному вигодовуванні: планування та розподіл ресурсів мають передбачати кваліфіковану підтримку грудного вигодовування у складних ситуаціях. До таких ситуацій належать грудні діти віком від 0 до 6 місяців із гострою недостатністю харчування, населення, в якому поширене змішане годування, і годування немовлят у середовищах, де поширена ВІЛ-інфекція.

Діти, що не перебувають на грудному вигодовуванні: в умовах криз захищайте немовлят і дітей перших років життя, які не перебувають на грудному вигодовуванні, та сприяйте задоволенню їхніх потреб у харчуванні. Наслідки відмови від грудного вигодовування залежать від віку дитини. Найбільш вразливими до інфекційних захворювань є наймолодші діти. Їхній добробут залежить від доступу до гарантованих поставок належних заміників грудного молока, палива, обладнання та санітарно-гігієнічних умов.

Дитячі суміші та інші замітники грудного молока: дитячі суміші — це оптимальна заміна грудного молока для дітей віком 0–5 місяців. Віддавайте перевагу готовим до вживання дитячим сумішам у рідкій формі, оскільки вони не потребують приготування та створюють менше ризиків для безпеки, ніж порошкоподібні дитячі суміші.

Правильне використання, дбайливе зберігання та гігієна приладдя для годування мають критичне значення при використанні готових до вживання дитячих сумішей. Готові до вживання дитячі суміші займають багато місця, тому їх дорого

транспортувати та зберігати. Для годування дітей віком понад 6 місяців використовуйте альтернативне рідке молоко. До альтернативних видів молока належать пастеризоване незбиране молоко корів, кіз, овець, верблюдів та буйволів; рідке молоко, пастеризоване при надвисоких температурах; рідкі кисломолочні продукти; або йогурт.

Використання дитячих сумішей для годування дітей віком понад 6 місяців залежатиме від докризових практик, наявних ресурсів, джерел альтернативного рідкого молока, достатності підгодовування та політики гуманітарних організацій. Показання до застосування заміників грудного молока можуть бути коротко- або довгостроковими. З цього випливає, що рідке молоко для дітей віком понад 6 місяців не є необхідним.

Кваліфікований працівник у сфері охорони здоров'я чи харчування може визначити потребу в дитячій суміші шляхом індивідуальної оцінки, подальшого нагляду та підтримки. Якщо індивідуальна оцінка неможлива, проконсультуйтеся з органом з координації й спеціалізованими гуманітарними організаціями для отримання поради щодо оцінювання та критеріїв визначення цільових груп. Забезпечуйте дитячі суміші протягом часу, коли дитина не перебуває на грудному вигодовуванні, або принаймні протягом 6 місяців. Надаючи заміники грудного молока дітям, які їх потребують, не заохочуйте – ненавмисно – використовувати їх також і матерів, які годують груддю.

Не використовуйте пляшечки для годування; їх складно мити. Заохочуйте та підтримуйте годування з чашки.

Забезпечте контроль захворюваності на індивідуальному рівні та на рівні всього населення, зосереджуючи увагу на діарей.

Підгодовування — це процес, який розпочинають, коли самого грудного молока вже недостатньо для задоволення харчових потреб немовлят і разом з грудним молоком потрібно вводити інші продукти та рідини. Для підгодовування дітей віком від 6 до 23 місяців треба використовувати харчові продукти та рідини промислового виробництва або ті, що готуються на місцях.

Попередня та поточна нестача поживних речовин має ключове значення для визначення варіантів підтримки підгодовування. Серед інших міркувань — доступність і наявність поживного раціону, сезонний характер постачання продуктів та доступ до якісних місцевих продуктів. Серед можливих варіантів заходів для забезпечення підгодовування:

- грошова допомога для придбання збагачених і багатих на поживні речовини продуктів місцевого виробництва;
- розподіл багатих на поживні речовини домашніх харчових продуктів або збагачених харчових продуктів;
- забезпечення дітей віком 6–23 місяців продуктами, збагаченими комплексами мікронутрієнтів;
- домашнє збагачення добавками мікронутрієнтів (мікронутрієнти у формі порошків та інші добавки);
- програми надання засобів до існування;
- програми мереж безпеки.



Розгляньте можливість навчання або обміну інформаційними повідомленнями разом із грошовою допомогою, щоб переконатися, що постраждалі особи розуміють, як оптимально використовувати готівку для досягнення результатів у харчуванні.

Добавки мікронутрієнтів: діти віком 6–59 місяців, які не отримують збагачених продуктів, можуть потребувати добавок мікронутрієнтів для задоволення потреб у харчуванні. Рекомендується застосовувати добавки вітаміну А. У районах, де малярія є ендемічним захворюванням, забезпечуйте добавки з вмістом заліза в будь-якій формі, включно з мікронутрієнтами у формі порошку, і завжди в поєднанні зі стратегіями діагностики, профілактики й лікування малярії. Прикладами стратегій профілактики малярії є використання оброблених інсектицидами протимоскітних сіток для ліжок та програми боротьби з переносниками, швидка діагностика захворювання на малярію та лікування ефективними проти-малярійними препаратами. Не давайте залізо дітям, які не мають доступу до програм профілактики малярії. Надавайте добавки заліза та фолієвої кислоти або комплекси мікронутрієнтів вагітним і жінкам, які годують груддю, відповідно до найсучасніших рекомендацій.

ВІЛ-інфекція та годування немовлят: матерів, які живуть із ВІЛ, потрібно заохочувати до грудного вигодовування протягом принаймні 12 місяців і до 24 місяців або довше під час антиретровірусної терапії. Якщо антиретровірусні препарати недоступні, виберіть стратегію, яка дає немовлятам найбільші шанси вижити без ВІЛ. Це збалансує ризики передачі ВІЛ і причини дитячої смертності, не пов'язані з ВІЛ. Відповідно підтримуйте матерів і осіб, які здійснюють догляд за дітьми. Насамперед забезпечте прискорений доступ до антиретровірусних препаратів  *див. Базова медична допомога — Стандарт 2.3.3 щодо сексуального та репродуктивного здоров'я. ВІЛ.*

Рекомендуйте матерям, які годують груддю, та годувальницям, не інфікованим ВІЛ, а також тим, чий ВІЛ-статус невідомий, годувати винятково груддю протягом перших 6 місяців життя дитини. Після цього слід починати підгодовування, продовжуючи грудне вигодовування, доки дитині не виповниться 24 місяці й більше. Немовлята, які отримують замісне харчування, потребують негайної ідентифікації та підтримки.

Ознайомтеся з поточною національною та регіональною політикою та визначте, чи відповідає вона останнім рекомендаціям ВООЗ. Визначте, чи відповідає вона новим умовам кризової ситуації, враховуючи зміну ризику інфекційних захворювань, не пов'язаних з ВІЛ, ймовірну тривалість надзвичайної ситуації, можливість замісного харчування та наявність антиретровірусних препаратів. Можливо, знадобиться видати оновлені тимчасові рекомендації для матерів і осіб, що здійснюють догляд.

Гендерно зумовлене насильство, захист дітей та харчування: гендерно зумовлене насильство, гендерна нерівність і харчування часто взаємопов'язані. Сімейне насильство може становити загрозу для здоров'я та добробуту жінок та їхніх дітей. Працівники у сфері харчування мають забезпечити підтримку та конфіденційне перенаправлення для осіб, які здійснюють догляд, або дітей, які зазнали гендерного насильства чи жорстокого поводження. Інші елементи, які потрібно інтегрувати — консультування, створення центрів лікування, адаптованих для

жінок і дітей, і регулярний моніторинг показників переривання лікування та випадків, коли лікування не дає очікуваного результату. Розгляньте можливість залучення спеціалістів із питань гендерно зумовленого насильства та захисту дітей до складу персоналу у сфері харчування ⊕ див. *Принципи захисту 3 і 4.*

Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я: під час криз у сфері громадського здоров'я потрібно запобігати перериванню доступу до послуг у сфері охорони здоров'я та харчування, щоб забезпечити постійну продовольчу безпеку домогосподарств та доступ до засобів до існування, а також звести до мінімуму ризики передачі захворювань шляхом грудного вигодовування, материнські захворювання та смертність. У разі потреби див. керівні принципи ВООЗ щодо лікування холери, лихоманки Ебола та вірусу Зіка.



5. Продовольча безпека

Продовольча безпека є тоді, коли кожен має фізичний і економічний доступ до достатньої кількості безпечної та поживної їжі, яка відповідає їхнім харчовим потребам і вподобанням, для активного та здорового життя.

На продовольчу безпеку впливають макроекономічні, соціально-політичні та екологічні фактори. Національні та міжнародні політики, процеси та інститути можуть впливати на доступ постраждалих осіб до достатнього харчування. Погіршення стану місцевого навколишнього середовища, дедалі більш мінливі та екстремальні погодні умови через зміни клімату також впливають на продовольчу безпеку.

Заходи реагування у сфері продовольчої безпеки в умовах гуманітарної кризи мають бути спрямовані на задоволення короткострокових потреб та допомагати постраждалому населенню уникати потенційно шкідливих копінгових стратегій. З часом заходи реагування мають сприяти захисту й відновленню засобів до існування, стабілізувати або створити можливості для працевлаштування та сприяти відновленню довгострокової продовольчої безпеки, не завдаючи негативного впливу природним ресурсам та навколишньому середовищу.

Відсутність продовольчої безпеки в домогосподарствах є однією з чотирьох основних причин недостатності харчування, разом із неналежними практиками годування й догляду, нездоровим середовищем у домогосподарстві та неналежним медичним обслуговуванням.

Стандарти в цьому розділі зосереджені на ресурсах для задоволення харчових потреб населення загалом і осіб з підвищеними харчовими ризиками, зокрема дітей віком до 5 років, осіб, які живуть з ВІЛ або СНІД, осіб похилого віку, осіб з хронічними захворюваннями та осіб з інвалідністю.

Доки не будуть задоволені харчові потреби населення, заходи реагування, спрямовані на лікування недостатності харчування, будуть малоефективними, адже щойно особи, які видужали від недостатності харчування, повернуться в умови недостатності їжі, стан їхнього харчування знову погіршиться.

Вибір найбільш дієвих і ефективних варіантів реагування у кризовій ситуації потребує ретельного аналізу потреб, дезагрегованих за статтю, уподобань домогосподарств, економічної доцільності та ефективності, ризиків для захисту та сезонних змін. Аналіз також має визначати конкретний тип і кількість потрібної їжі та оптимальний спосіб її розподілу.

Харчові продукти є основною статтею витрат уразливих сімей. Завдяки грошовій допомозі її адресати зможуть краще розпоряджатися своїми ресурсами, проте це залежить від суми допомоги. Спільний аналіз і встановлення цілей програми допоможуть визначити цільові групи, суму допомоги та будь-які потенційні умови її надання.

Реагування на потреби продовольчої безпеки має поступово зосереджуватися на діяльності через місцеві ринки або на їх підтримці. Рішення щодо місцевих, національних або регіональних закупівель мають ґрунтуватися на розумінні ринків, включно з постачальниками ринкових і фінансових послуг. Ринкове програмування, наприклад надання торговцям грантів на поповнення запасів, також може сприяти роботі ринків  *див. Надання допомоги через ринки та [Посібник MERS](#).*

Стандарт 5 щодо продовольчої безпеки:

Загальна продовольча безпека

Люди отримують продовольчу допомогу, яка забезпечує їхнє виживання і гідність, а також збереження їхніх активів, і зміцнює здатність до відновлення.

Ключові дії

1. Спираючись на дані оцінювання продовольчої безпеки, розробіть заходи реагування для задоволення нагальних потреб і розгляньте питання про вжиття заходів із надання підтримки, захисту та зміцнення продовольчої безпеки.
 - Розгляньте варіанти поповнення продуктового кошика в натуральній та в грошовій формі.
2. У найкоротший термін розробіть стратегії перехідного періоду та завершення для всіх програм продовольчої безпеки.
 - Інтегруйте у програми заходи реагування з інших секторів.
3. Переконайтеся, що особи, які отримують допомогу, мають доступ до набуття потрібних знань і навичок та одержання послуг для подолання труднощів і отримання засобів до існування.
4. Забезпечте захист, збереження та відновлення природного середовища від подальшого негативного впливу на нього.
 - Враховуйте вплив палива для приготування їжі на навколишнє середовище.
 - Враховуйте стратегії отримання засобів до існування, які допоможуть уникнути вирубки лісів та ерозії ґрунту.
5. Здійснюйте моніторинг рівня прийняття та доступності втручань у галузі гуманітарної продовольчої безпеки для різних груп населення й окремих осіб.
6. Подбайте про те, щоб з особами, які отримують продовольчу допомогу, консультувалися при розробці відповідних заходів з реагування і ставилися до них із повагою та без приниження гідності.
 - Упровадьте механізм зворотного зв'язку/відгуків.



Ключові показники

Відсоток цільових домогосподарств із прийнятим показником споживання їжі

- >35 відсотків; якщо додаються олія та цукор, >42 відсотки

Відсоток цільових домогосподарств із прийнятим показником різноманітності харчування

- >5 основних груп продуктів, які регулярно споживаються

Відсоток цільових домогосподарств із прийнятним індексом копінгових стратегій (Coping Strategies Index)

Відсоток отримувачів допомоги, які повідомляють про скарги або негативні відгуки щодо пониження їхньої гідності

- Усі скарги регулярно перевіряють та швидко реагують на них.

Інструкції

Контекст: здійснюйте моніторинг продовольчої безпеки в ширшому сенсі, щоб оцінити актуальність реагування з плином часу. Визначте, коли варто поступово припинити діяльність, а коли запровадити зміни чи нові проекти, а також визначте потреби в адвокації.

У містах вживайте заходів з узгодження показників витрат домогосподарств на харчування з поточною обстановкою, особливо в густонаселених районах із низьким рівнем доходу. Наприклад, частка витрат на харчування та її порогові значення можуть бути менш точними в міському контексті, адже непродовольчі витрати, як-от оренда та опалення, тут відносно вищі.

Стратегії завершення програми допомоги та перехідного періоду: ці стратегії варто планувати вже на початковому етапі програми. Перед завершенням програми або переходом до нової фази потрібно отримати підтвердження покращення становища, або того, що відповідальність за здійснення втручання можуть взяти на себе інші учасники процесу. Що стосується надання продовольчої допомоги, це може означати взаємодію з наявними або запланованими системами соціального забезпечення або довготривалими системами мереж безпеки.

Програми продовольчої допомоги можуть узгоджуватися з системами соціального захисту або закладати основу для такої майбутньої системи. Гуманітарні організації також можуть адвокатувати за створення систем, які усувають хронічні продовольчі ризики, якщо можливо, ґрунтуючись на аналізі хронічних продовольчих ризиків ⊕ див. *Посібник MERS*.

Групи ризику: використовуйте оцінювання ризиків на рівні громади та інші засоби спільного моніторингу, щоб протидіяти практикам, які загрожують певним групам або окремим особам. Наприклад, надання населенню палива та/або печей з економною витратою палива допоможе зменшити ризики фізичного та сексуального насильства щодо жінок та дівчаток. Додаткова грошова допомога, особливо вразливим домогосподарствам або окремим особам, як-от домогосподарства, очолювані жінками та дітьми, або домогосподарства з особами з інвалідністю, допоможе зменшити ризик сексуальної експлуатації та дитячої праці.

Структури підтримки на рівні громади: спільно з користувачами створюйте структури підтримки на рівні громади, які були б прийнятними та належним чином обслуговувалися, і які із більшою ймовірністю зберіглися б після завершення програми. Під час розробки враховуйте потреби вразливих груп населення. Наприклад, дівчатка та хлопчики, розлучені з батьками або без супроводу дорослих, втрачають можливості одержання інформації та розвитку навичок, що відбувається у сім'ї ⊕ див. *Зобов'язання 4 Основного гуманітарного стандарту*.

Підтримка засобів до існування: ⊕ Див. Продовольча безпека і харчування — стандарти 7.1 і 7.2 щодо засобів до існування, *Посібник MERS* і *Посібник LEGS*.

Вплив на навколишнє середовище: людям, які живуть у таборах, потрібне паливо для приготування їжі, що може прискорити вирубування місцевих лісів. Розгляньте варіанти на кшталт розподілу палива, надання енергоефективних печей та альтернативних джерел енергії. Враховуйте потенційні переваги для навколишнього середовища від надання ваучерів саме на екологічно стійкі товари й послуги. Шукайте можливості змінити попередні харчові та кулінарні звички, які могли спричиняти погіршення стану навколишнього середовища. Враховуйте тенденції зміни клімату. Насамперед обирайте заходи, які забезпечують покращення становища в короткостроковій перспективі та зменшують ризик кризи в середньо- та довгостроковій перспективі. Наприклад, зменшення поголів'я худоби може зменшити локальне навантаження на пасовища під час посухи ⊕ див. *Стандарт 7 щодо житла та поселення. Екологічна стійкість*.

Доступ і прийнятність: люди з більшою ймовірністю братимуть участь у програмі, до якої легко отримати доступ і яка має прийнятні заходи. Розробляйте програми на основі спільної участі усіх представників постраждалого населення, щоб забезпечити загальне охоплення та недискримінацію. Навіть попри те, що деякі заходи із забезпечення продовольчої безпеки спрямовані на економічно активну частину населення, вони мають бути доступними усьому населенню. Щоб подолати обмеження для груп ризику, активно співпрацюйте з ними, щоб разом розробити заходи та створити відповідні структури підтримки.



6. Продовольча допомога

Продовольча допомога потрібна, коли якість і кількість наявної їжі або доступ до їжі недостатні для того, щоб запобігти надмірній смертності, захворюваності або недостатності харчування. Вона охоплює гуманітарні заходи реагування, які сприяють наявності й доступу до їжі, обізнаності з питань харчування та практики годування. Ці заходи мають також захищати та зміцнювати засоби до існування для постраждалих осіб. До варіантів реагування належить надання харчових продуктів у натуральній формі, грошова допомога, підтримка виробництва та підтримка ринків. Попри те, що на початкових етапах кризи пріоритетом є задоволення нагальних потреб, реагування має зберігати й захищати активи, сприяти відновленню активів, втрачених під час криз, і підвищувати стійкість до майбутніх загроз.

Продовольча допомога також може запобігати застосуванню населенням негативних копінгових механізмів: продажу виробничих активів, надмірної експлуатації або знищення природних ресурсів, а також накопичення боргів.

У програмах продовольчої допомоги можна використовувати широкий спектр інструментів, зокрема:

- загальний розподіл харчових продуктів (надання продуктів у натуральній формі, грошова допомога на придбання харчових продуктів);
- програми загального додаткового харчування;
- цільові програми додаткового харчування;
- надання відповідних послуг та інформації, включно з передачею знань та навичок.

Загальний розподіл харчових продуктів спрямований на осіб, які найбільше потребують підтримки, і припиняється, коли одержувачі допомоги знову знаходять можливість виробляти продукти або отримати доступ до них у інший спосіб. Можуть знадобитися перехідні заходи, наприклад надання грошової допомоги на певних умовах або програми забезпечення засобів до існування.

Особи з особливими потребами в поживних речовинах можуть потребувати додаткового харчування понад встановлені пайки. Це стосується дітей віком від 6 до 59 місяців, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю, осіб, які живуть з ВІЛ, а також вагітних і жінок, які годують груддю. У багатьох ситуаціях додаткове харчування рятує життя. Пункти харчування на місці організовують тільки в тих випадках, коли люди не мають змоги самостійно готувати їжу. Це може знадобитися відразу після кризи або під час переміщення населення, а також у випадках, коли відсутність безпеки може поставити під загрозу одержувачів пайків, які видаються на руки. Пункти харчування на місці також можна використовувати для екстреного харчування дітей у школах, хоча пайки, які видають на руки, можна розподіляти через школи. Враховуйте, що діти, які не відвідують школу, не матимуть доступу до цих пайків; плануйте механізми роботи з цими дітьми на місцях.

Продовольча допомога потребує належного управління ланцюгом постачання та логістикою для ефективного управління товарами.

Управління системами доставки готівки має бути надійним і підзвітним і потребує систематичного моніторингу  див. *Надання допомоги через ринки.*

Стандарт 6.1 щодо продовольчої безпеки:

Основні харчові потреби

Потреби щодо харчування постраждалого населення, включно з найбільш уразливими групами, задоволено.

Ключові дії

- 1  Вимірюйте рівень доступу до харчових продуктів у достатній кількості та належної якості.
 - Регулярно оцінюйте рівень доступу, щоб визначити, чи стабільний він, чи, ймовірно, знизиться.
 - Оцінюйте доступ постраждалих осіб до ринків.
- 2  Організуйте продовольчу та грошову допомогу на основі планових стандартних потреб у калоріях, білках, жирах і мікроелементах.
 - Плануйте раціони так, щоб компенсувати різницю між потребами в харчуванні та обсягом харчових продуктів, який люди можуть забезпечити собі самі.
- 3  Забезпечуйте, сприяйте та захищайте доступ постраждалого населення до повноцінного харчування та додаткових харчових продуктів.
 - Забезпечте дітям віком 6-24 місяці доступ до прикорму, а вагітним і жінкам, які годують груддю, — додаткову харчову підтримку.
 - Забезпечте домогосподарства, у яких є хронічно хворі особи, осіб, які живуть із ВІЛ та туберкульозом, осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, поживним харчуванням та достатнім додатковим харчуванням.

Ключові показники

Ступінь поширеності недоїдання серед дітей віком до 5 років з розбивкою за статтю, а також за статусом інвалідності – від 24 місяців

- Використовуйте систему класифікації BOO3 (MAD, MDD-W).
- Для розбивки за інвалідністю використовуйте модуль ЮНІСЕФ/Вашингтонської групи щодо функціонування дитини.

Відсоток залучених домогосподарств із прийнятим показником споживання їжі (Food Consumption Score)

- >35 відсотків; якщо додаються олія та цукор, то >42 відсотків

Відсоток залучених домогосподарств із прийнятим показником різноманітності харчування (Dietary Diversity Score)

- >5 основних груп продуктів, які регулярно споживаються

Відсоток залучених домогосподарств, які отримують мінімальну потребу в калоріях (2100 кКал/на добу на людину) і рекомендоване щоденне споживання мікронутрієнтів



Інструкції

Моніторинг доступу до харчування. Беріть до уваги такі аспекти, як рівень продовольчої безпеки, доступ до ринків і засобів до існування, стан здоров'я і харчові потреби. Це допоможе визначити, чи є ситуація стабільною чи погіршується, і чи потрібне втручання з погляду продовольчої безпеки. Використовуйте проміжні показники: показник споживання їжі або інструментарій для визначення різноманітності харчування.

Форми допомоги. Використовуйте відповідні форми допомоги (у вигляді готівкових коштів, ваучерів або в натуральній формі) або поєднуйте різні форми допомоги для забезпечення продовольчої безпеки. Якщо використовується грошова допомога, розгляньте можливість надання харчових пайків для задоволення потреб конкретних груп. Враховуйте доступність продуктів на ринку і чи достатньо їх для задоволення особливих потреб у харчуванні; для цього використовуйте спеціальні методології, включно з оцінкою «мінімальної вартості здорового харчування».

Складання раціонів і якість харчування. Для планування раціону існує кілька інструментів, наприклад NutVal. Про планування загальних раціонів [див. у Додатку 6. Харчові потреби](#). Якщо раціон розрахований на забезпечення максимальної поживної цінності, він повинен містити достатню кількість усіх поживних речовин. Якщо раціон не повністю забезпечує енергетичні потреби, його можна скласти за допомогою одного з підходів:

- Якщо вміст поживних речовин в інших продуктах харчування, доступних населенню, невідомий, плануйте раціон так, щоб забезпечити збалансований вміст поживних речовин пропорційно енергетичній цінності раціону.
- Якщо вміст поживних речовин у харчових продуктах, доступних населенню, відомий, сплануйте раціон так, щоб доповнити ці харчові продукти за рахунок додавання відсутніх поживних речовин.

Наведені нижче оцінки мінімальних харчових потреб населення потрібно використовувати для планування загальних раціонів і змінювати залежно від контексту.

- 2100 кКал на людину на день, причому 10–12 відсотків загальної енергетичної цінності має забезпечуватися білками, а 17 відсотків — жирами [див. довідкову інформацію в Додатку 4. Харчові потреби](#).

Якщо доступні типи харчових продуктів обмежені, забезпечити достатній вміст поживних речовин у харчових раціонах стає складніше. Потрібно забезпечити доступ до йодованої солі, ніацину, тіаміну та рибофлавіну. Серед варіантів поліпшення поживної цінності раціону — збагачені основні продукти, включно зі збагаченими сумішами, і заохочення купівлі свіжих продуктів місцевого виробництва за ваучери. Розгляньте можливість використання харчових добавок, як-от готових до вживання продуктів на основі ліпідів, багатих на поживні речовини, або таблеток чи порошків, що містять кілька поживних мікронутрієнтів. Поширюйте повідомлення IYCF-E, щоб сприяти оптимальним практикам грудного вигодовування та прикорму [див. Стандарти 4.1 і 4.2 щодо годування немовлят і дітей перших років життя](#).

Плануючи раціон, проконсультуйтеся з громадою, щоб врахувати місцеві та культурні уподобання. В умовах браку палива вибирайте продукти, які не потребують тривалого приготування. Щоразу, коли відбуваються зміни в раціоні, якомога раніше повідомляйте цю інформацію всім громадам, щоб звести до мінімуму невдоволення та обмежити ризик домашнього насильства щодо жінок, яких можуть звинуватити у зменшенні раціону. Із самого початку чітко повідомте план виходу з кризи, щоб керувати очікуваннями, зменшити занепокоєння та дозволити домогосподарствам ухвалювати відповідні рішення.

Зв'язок із програмами охорони здоров'я. Продовольча допомога може запобігти погіршенню харчування постраждалого населення, особливо в поєднанні із заходами з охорони здоров'я для запобігання захворюванням, таким як кір, малярія та паразитарні інфекції ⊕ див. *Стандарт 1.1 щодо систем охорони здоров'я: надання медичних послуг та Базова медична допомога — Стандарт 2.1 щодо інфекційних захворювань: запобігання.*

Контроль використання харчових продуктів. Ключові показники продовольчої допомоги вимірюють доступ до харчових продуктів, але не дають кількісної оцінки споживання їжі. Безпосереднє вимірювання кількості спожитих поживних речовин — нереалістичне завдання. Проте показники вживання харчових продуктів цілком можливо виміряти за допомогою інформації, зібраної різними методами з різних джерел, включно з моніторингом наявності продовольства і його використання в домашніх господарствах, аналізу цін та наявності продуктів харчування і пального для приготування їжі на місцевих ринках. Серед інших варіантів — аналіз планів та звітності з розподілу продовольства, оцінка використання продуктів харчування з диких рослин і тварин і оцінка продовольчої безпеки.

Групи ризику. Під час встановлення умов для отримання особами продовольчої допомоги, проконсультуйтеся з різними групами, щоб визначити конкретні потреби, які інакше можуть залишитися без уваги. Включайте до загального раціону достатнє харчування прийнятної якості, наприклад вітамінізовані суміші для дитячого харчування (віком від 6 до 59 місяців). Групи населення, які можуть потребувати особливої уваги, — це особи похилого віку, особи, які живуть із ВІЛ, особи з інвалідністю та доглядачі.

Особи похилого віку: до факторів ризику харчування, які зменшують доступність продуктів харчування і збільшують харчові потреби таких осіб, належать хронічні захворювання, інвалідність, ізоляція, великі сім'ї, холод і бідність. Особам похилого віку потрібно забезпечити легкий доступ до джерел продовольства та його передачі. Продукти не мають бути складними з погляду приготування і споживання і мають відповідати підвищеним вимогам до вмісту білків та мікроелементів для літніх людей.

Люди, які живуть із ВІЛ. Люди, які живуть із ВІЛ, можуть виявитися найбільш уразливими з погляду недостатності харчування в силу кількох факторів, серед яких мала кількість споживаної їжі, погане засвоєння поживних речовин, порушення обміну речовин, а також хронічні інфекції та захворювання. Енергетичні потреби осіб із ВІЛ ростуть залежно від стадії інфекції. Покращений доступ до достатнього харчування можливий за умов подрібнення їжі збагачення харчових продуктів, додавання насичених поживними речовинами харчових сумішей або спеціальних



добавок. У деяких випадках варто збільшити раціон харчування. По можливості направляйте людей із ВІЛ, які недоїдають, на спеціальні програми годування.

Люди з інвалідністю, зокрема й із психосоціальними порушеннями, можуть потрапити в особливо вразливе становище під час кризи через розлуку з найближчими членами родини і з тими, хто зазвичай здійснює догляд за ними. Вони можуть також зазнавати дискримінації. Зменшити ці ризики можна, забезпечивши фізичний доступ до продуктів, доступ до висококалорійних продуктів, багатих поживними речовинами, а також заходи з надання допомоги з годування — наприклад, надавши ручні блендери, ложки й соломинки для пиття, або розробивши систему відвідування осіб з інвалідністю удома або програму підтримки для них. Крім того, враховуйте, що діти з інвалідністю менш імовірно будуть зараховані до школи, тож не будуть охоплені шкільними програмами харчування.

Доглядачі. Дуже важливо надавати підтримку особам, які здійснюють догляд за людьми в групах ризику. Доглядачі й особи, за якими вони доглядають, можуть стикатися з особливими перешкодами щодо доступу до харчування: наприклад, у них може бути менше часу для доступу до продуктів, оскільки вони або доглядають за хворими, або самі є хворими; вони можуть відчувати значно більшу потребу в дотриманні гігієнічних правил; у них може бути менше коштів, які вони могли б запропонувати в обмін на продукти, через високі витрати на лікування чи похорон; або вони можуть зазнавати соціальної стигматизації і мати обмежений доступ до допомоги, яку надають у громаді. Відтак використовуйте наявні соціальні мережі для навчання осіб, відібраних із місцевого населення, з тим, щоб вони взяли на себе відповідальність за підтримку доглядачів.

Стандарт 6.2 щодо продовольчої допомоги:

Якість, відповідність і прийнятність харчових продуктів

Надані харчові продукти є якісними, прийнятними для одержувачів допомоги та можуть бути використані раціонально й ефективно.

Ключові дії

- 1 Вибирайте харчові продукти, які відповідають національним стандартам приймаючого уряду та іншим міжнародно прийнятим стандартам якості.
 - Проведіть тестування довільної вибірки продовольчих запасів.
 - Ознайомтеся із національними правилами щодо отримання та використання генетично модифікованих харчових продуктів, якщо плануєте використувати імпортовані харчові продукти, та дотримуйтеся цих правил.
- 2 Виберіть відповідне пакування для харчових продуктів.
 - На етикетках повинна бути зазначена дата виробництва, країна походження, термін придатності, дані про вміст поживних речовин та інструкції з приготування в доступних форматах і місцевою мовою, особливо для менш звичних або рідко вживаних продуктів.

- 3 Оцініть наявність доступу населення до води, палива, печей і засобів для зберігання їжі.
 - Надавайте готову їжу, якщо через кризу відсутній доступ до засобів для приготування їжі.
- 4 У разі роздавання круп із цільного зерна забезпечте одержувачів засобами для їх помелу/переробки.
 - Компенсуйте витрати одержувачів допомоги на помел шляхом надання готівки чи ваучерів або надання додаткового обладнання для помелу (менш бажано).
- 5 Забезпечте транспортування й зберігання харчових продуктів у належних умовах.
 - Дотримуйтеся стандартів управління зберіганням, забезпечуйте систематичні перевірки якості харчових продуктів.
 - Вимірюйте величини в узгоджених одиницях і уникайте зміни одиниць вимірювання та процедур вимірювання протягом проєкту.

Ключові показники

Відсоток постраждалого населення, яке повідомляє, що надані харчові продукти є належної якості та відповідають місцевим уподобанням

Відсоток постраждалого населення, яке повідомляє, що механізм отримання харчових продуктів був прийнятним

Відсоток домогосподарств, які повідомляють, що отримували харчові продукти, які легко готувати та зберігати

Відсоток людей, які отримують допомогу та повідомляють про скарги або негативні відгуки щодо якості харчових продуктів

- Усі скарги регулярно перевіряють та швидко реагують на них.

Відсоток втрат харчових продуктів, про які повідомляється в межах програми

- Цільове значення: <0,2 відсотка від загального тоннажу.

Інструкції

Якість харчових продуктів: харчові продукти мають відповідати харчовим стандартам уряду країни перебування, а також стандартам Codex Alimentarius щодо якості, пакування, маркування та відповідності призначенню. Якщо харчові продукти за своєю якістю не можуть бути використані передбачуваним способом, вони не відповідають своєму призначенню, навіть якщо придатні для споживання людьми. Наприклад, якість борошна може бути неприйнятною для випікання хлібу в домашніх умовах, хоча водночас борошно може бути придатним для споживання. Харчові продукти, закуплені на місці або імпортовані, мають супроводжуватися фітосанітарними сертифікатами та іншими відповідними документами. Фумігацію потрібно проводити відповідними речовинами, суворо дотримуючись процедур. У випадках, коли ввозиться велика кількість продуктів або існують сумніви чи розбіжності щодо їх якості, потрібно залучати незалежних інспекторів для перевірки якості продовольчих вантажів.



Переконайтеся, що приймаючі уряди максимально залучені до процесу. Відомості про термін придатності та якість продовольчих вантажів можна отримати з сертифікатів постачальника, звітів контролю якості продукту, ярликів на пакуванні та складських звітів. Створіть базу даних сертифікатів аналізу, виданих відповідним органом для підтвердження якості та чистоти продукту.

Оцінюйте наявність продовольчих товарів на місцевих, національних або міжнародних ринках. Якщо продовольча допомога надходить із місцевих джерел, вона має бути довгостроковою і не перевантажувати місцеві природні ресурси та не спотворювати ринки. Враховуйте потенційні обмеження в постачанні харчових продуктів під час планування програми.

Пакування харчових продуктів: про втрати харчових продуктів можна повідомляти на складах і в кінцевих пунктах видачі. Втрати харчових продуктів можуть бути пов'язані з неякісним пакуванням у межах циклу розподілу. Пакування має бути міцним та зручним для транспортування, зберігання й розподілу, а також доступним для осіб похилого віку, дітей та осіб з інвалідністю. Якщо можливо, пакування має бути придатним для безпосереднього розподілу без перемірювання чи розфасовування.

На пакованні харчових продуктів не має бути жодних написів або закликів політичного чи релігійного змісту чи характеру, що можуть розпалювати ворожнечу.

Пакування не має становити небезпеки, та гуманітарні організації несуть відповідальність за запобігання засміченню довкілля пакуванням від продуктів, що роздаються або купуються за готівку чи ваучери. Використовуйте мінімальну кількість пакування (бажано біорозкладаного) і місцевих матеріалів, якщо можливо, сприяючи співпраці з місцевою владою та виробниками пакувальних матеріалів. Надавайте тару для харчових продуктів, придатну до повторного використання, переробки або привласнення. Утилізуйте відходи пакування так, щоб запобігти забрудненню навколишнього середовища. Може знадобитися спеціальний контроль за безпечною утилізацією пакування готового для споживання харчування, наприклад, обгорткової фольги.

У разі забруднення відходами пакування, організуйте регулярні громадські кампанії з прибирання. Ці кампанії мають бути частиною заходів з мобілізації та підвищення обізнаності громади, а не програм «гроші за працю»  див. *Стандарти WASH 5.1 — 5.3 щодо утилізації твердих відходів*.

Вибір харчових продуктів: поживна цінність продуктів — головний критерій під час надання продовольчої допомоги, однак продукти мають бути знайомі одержувачам продовольчої допомоги і сумісні з їхніми релігійними та культурними традиціями, враховуючи й будь-які заборони для вагітних жінок або жінок, що годують груддю. Обговорюйте з жінками та дівчатками питання вибору харчових продуктів, адже в багатьох ситуаціях саме вони несуть основну відповідальність за приготування їжі. Підтримуйте бабусь і дідусів, одиноких чоловіків, які ведуть господарство, і молодь, яка опікується своїми братами й сестрами без підтримки, оскільки для них доступ до їжі може бути під загрозою.

У містах домогосподарства, швидше за все, матимуть доступ до більш різноманітного асортименту продуктів, ніж у сільській місцевості, але якість раціону може бути обмеженою і передбачати іншу харчову допомогу.

Годування немовлят: пожертвовані або пільгові дитячі суміші, сухе молоко, рідке молоко або рідкі молочні продукти не мають розповсюджуватися як окремих товар у межах загального розподілу харчових продуктів. Ці продукти також не варто розповсюджувати в межах програм додаткового харчування, що видається на руки  див. Стандарт 4.2 щодо годування немовлят і дітей перших років життя.

Крупи з цільного зерна: там, де існує традиція домашнього помелу або є доступ до місцевих млинів, роздавайте крупи з цільного зерна. Крупи з цільного зерна мають довший термін зберігання, ніж їхні альтернативи, та можуть мати вищу цінність для учасників програми.

Надавайте обладнання для комерційного помелу з низьким виходом, під час якого видаляються зародки, олія та ферменти, які спричиняють згірклість. Комерційний помел із низьким виходом значно збільшує термін зберігання, проте водночас зменшує вміст білка. Термін придатності меленої цільної кукурудзи становить лише від 6 до 8 тижнів, тому помел потрібно здійснювати незадовго до споживання. Мелене зерно зазвичай потребує менше часу на приготування. Вимоги до помелу іноді можуть наражати жінок або дівчаток-підлітків на підвищений ризик експлуатації. Обговорюйте з жінками та дівчатками ймовірні ризики та відповідні рішення, як-от надання підтримки млинам, якими керують жінки.

Зберігання та приготування їжі: під час вибору харчових продуктів потрібно враховувати наявні в населення можливості для зберігання. Переконайтеся, що люди, які отримують допомогу, розуміють, як уникнути ризиків для здоров'я, пов'язаних із приготуванням їжі. Надавайте печі з економною витратою палива або альтернативні види палива, щоб звести до мінімуму негативний вплив на навколишнє середовище.

Місця зберігання мають бути сухими та безпечними з точки зору санітарії, захищеними від впливу погодних умов і без ознак хімічного та інших видів забруднень. Забезпечте захист складських приміщень від шкідників, зокрема комах та гризунів. У відповідних випадках залучайте працівників міністерства охорони здоров'я для сертифікації якості харчових продуктів від продавців і продавець.

Стандарт 6.3 щодо продовольчої допомоги: Цільовий розподіл, розповсюдження та доставка

Визначення одержувачів та розподіл продовольчої допомоги є оперативним, своєчасним, прозорим і безпечним.



Ключові дії

- 1  Визначте цільові групи одержувачів продовольчої допомоги на основі потреб і консультацій із відповідними зацікавленими сторонами.
- Надайте чітку та загальнодоступну інформацію про підходи до визначення цільових груп, прийнятих як для одержувачів, так і для населення, що не є одержувачем допомоги, щоб запобігти створенню напруги та заподіяння шкоди.

- Розпочніть офіційну реєстрацію домогосподарств, які мають отримувати харчові продукти, щойно це стане можливим, і в разі потреби оновлюйте її.
- 2 Розробіть ефективні, справедливі, надійні, безпечні, доступні та ефективні методи розподілу продовольства або прямі механізми доставки готівки/ ваучерів.
- Дізнавайтесь думку жінок і чоловіків, включно з підлітками та молоддю, і сприяйте участі потенційно вразливих або маргіналізованих груп.
- 3 Розташуйте пункти роздачі та доставки в доступних, безпечних і найбільш зручних для одержувачів місцях.
- Зведіть до мінімуму ризику для осіб, які дістаються до пунктів роздачі, регулярно перевіряючи контрольно-пропускні пункти або відстежуючи зміни безпекової обстановки.
- 4 Надавайте одержувачам попередню докладну інформацію щодо плану та графіку роздач, якості та кількості пайків або вартості готівки чи ваучерів, а також те, що вони мають покривати.
- Плануйте розподіл так, щоб враховувати час на поїздку і робочий час людей і віддавати пріоритет групам ризику, де це необхідно.
- Перед розподілом визначте та впровадьте механізми зворотного зв'язку з громадою.

Ключові показники

Зведено до мінімуму відсоток помилок при визначенні цільових груп для включення та виключення з програми

- Цільовий показник: <10 відсотків

Відстань від житла до кінцевих пунктів роздачі або ринків (якщо надається допомога у формі готівки або ваучерів)

- Цільовий показник: <5 кілометрів

Відсоток осіб, яким надається допомога (дезагрегований за статтю, віком та інвалідністю), які повідомляють про безпекові проблеми під час подорожі (в обидва кінці) та в центрах реалізації програми

Кількість зареєстрованих випадків сексуальної експлуатації або зловживання владою, пов'язаних із розподілом або доставкою

Відсоток випадків сексуальної експлуатації або зловживання владою, пов'язаних із практикою розподілу чи доставки, які розслідуються

- 100 відсотків

Відсоток цільових домогосподарств, які правильно вказали своє право на продовольчу допомогу

- Цільовий показник: >50 відсотків цільових домогосподарств

Інструкції

Визначення цільових груп: переконайтеся, що інструменти та методи визначення цільових груп адаптовані до контексту. Визначення цільових груп для надання допомоги має охоплювати увесь період втручання, а не лише початкову фазу. Знайти оптимальний баланс між помилками виключення, які можуть бути небезпечними для життя, та помилками включення, які потенційно можуть виявитися руйнівними або марнотратними, досить складно. В умовах кризи, що швидко розвиваються, помилкове включення більш прийнятне, ніж помилкове виключення. Загальний розподіл харчових продуктів може бути доречним у кризових ситуаціях, коли домогосподарства зазнали однакових втрат або якщо докладне оцінювання для визначення цільових груп неможливе через брак доступу.

Діти віком від 6 до 59 місяців, вагітні та жінки, які годують груддю, особи, які живуть з ВІЛ, та інші вразливі групи можуть отримувати додаткове харчування або можуть бути включені до програм лікування й профілактики недостатності харчування. Для осіб, які живуть з ВІЛ, це збільшить щоденне споживання калорій і заохочуватиме до антиретровірусної терапії.

Будь-яка цільова програма має ретельно уникати стигматизації чи дискримінації. Наприклад, особи, які живуть з ВІЛ, можуть бути включені до програм розподілу для «осіб із хронічними захворюваннями» та отримувати допомогу через медичні центри, де їм надають догляд і лікування. Не можна оприлюднювати списки осіб, які живуть з ВІЛ, і в більшості контекстів лідери громад не мають бути залучені в ролі посередників, відповідальних за визначення цільових груп серед осіб, які живуть з ВІЛ.

Посередники/комітети, відповідальні за визначення цільових груп: забезпечуйте прямий контакт із постраждалими особами та групами в громаді, намагаючись не залучати «громадських вартових». Організуйте комітети з визначення цільових груп, до складу яких входитимуть представники таких категорій населення:

- жінки та дівчатка, чоловіки та хлопчики, особи похилого віку та особи з інвалідністю;
- місцеві виборні комітети, жіночі та гуманітарні організації;
- місцеві та міжнародні НУО;
- молодіжні організації;
- органи місцевого самоврядування.

Реєстрація: проведення реєстрації в таборах часто ускладнене, особливо якщо переміщені люди не мають посвідчень особи. Можуть бути використані списки, складені місцевими органами влади, та списки домогосподарств, складені громадою, за умови, що незалежне оцінювання підтверджує їхню точність і неупередженість. До участі в проведенні реєстрації варто заохочувати жінок із постраждалого населення. Важливо включати до списків на роздачу продовольства осіб із груп ризику, особливо маломобільних груп населення.

Якщо реєстрація неможлива на початкових етапах кризи, її варто завершити, щойно ситуація стабілізується. Упровадьте механізм зворотного зв'язку щодо реєстрації, який буде доступним для всіх постраждалих осіб, включно з жінками, дівчатками, особами похилого віку та особами з інвалідністю. Жінки мають право на реєстрацію під власним іменем. Якщо це можливо, обговоріть із чоловіками та



з жінками, у разі потреби окремо, питання щодо того, хто має фізично одержувати продовольчу допомогу або допомогу у готівковій формі від імені домогосподарства. Обговорення має ґрунтуватися на результатах оцінки ризиків.

Особливо враховуйте домогосподарства, очолювані чоловіком або жінкою одноосібно, а також домогосподарства, очолювані дітьми та молоддю, та дітей, розлучених із рідними чи без супроводу дорослих, щоб вони могли безпечно одержувати допомогу від імені своїх домогосподарств. Облаштуйте поруч із пунктами роздачі центри догляду за дітьми, щоб родини лише з одним із батьків та жінки з малими дітьми могли отримувати допомогу, не залишаючи дітей без нагляду. У середовищах із полігамними домогосподарствами розглядайте кожну дружину з дітьми як окрему родину.

Розподіл «сухих» пайків: загальний розподіл продовольчої допомоги зазвичай здійснюється у формі роздачі сухих пайків, які одержувачі допомоги готують у себе вдома. Отримувати продовольчу допомогу можуть власники індивідуальної або сімейної продуктової картки, традиційні лідери та лідерки жіночих організацій або керівники механізму цільового розподілу продовольчої допомоги на базі громади. Під час визначення частоти роздач продовольчої допомоги треба враховувати вагу пайка і те, як одержувач допомоги зможе доставити його додому. Можливо, доведеться вжити особливих заходів, щоб забезпечити можливість отримання пайків особами похилого віку, вагітними та жінками, які годують груддю, дітьми, розлученими з родинами або без супроводу дорослих та особами з інвалідністю належних їм пайків. Подбайте про те, щоб їм допомагали інші члени громади, або видавайте пайки частіше і дрібнішими порціями.

Розподіл «рідких» пайків: за виняткових обставин, наприклад, на початковій стадії кризи, що швидко розвивається, загальний розподіл продовольчої допомоги може здійснюватися у вигляді приготованої їжі або готових до споживання харчових продуктів. Такі пайки доречні, якщо, наприклад, люди переміщуються, або якщо під час доставки продуктів додому одержувачі допомоги наражаються на ризик крадіжки, насильства, жорстокого поводження чи експлуатації. У надзвичайних ситуаціях як метод розподілу продовольчої допомоги можна використовувати шкільне харчування та надання харчових продуктів для мотивації працівників освітніх закладів.

Пункти роздачі: під час вибору місця для пунктів роздачі потрібно враховувати рельєф місцевості та близькість інших зручностей і засобів забезпечення підтримки (чиста, безпечна вода, туалети, медичні послуги, захист від сонця, прихисток, спеціальні безпечні місця для дітей та жінок). Потрібно враховувати наявність контрольно-пропускних пунктів з озброєними людьми та ведення бойових дій, щоб звести до мінімуму ризик для цивільних осіб і гарантувати безпечний доступ до допомоги. Шляхи до пунктів роздачі та від них мають бути чітко позначеними, доступними та часто використовуватися іншими членами громади. Враховуйте зручність і витрати на перевезення товарів  *див. Принцип захисту 2.*

Організуйте альтернативні способи розподілу, щоб охопити осіб, які мешкають далі від пунктів роздачі, або осіб з функціональними обмеженнями. Доступ до пунктів роздачі в умовах кризи є типовим джерелом занепокоєння для маргіналізованих і соціально відчужених груп населення. Забезпечте безпосередній розподіл серед осіб, які перебувають у різних установах.

Планування роздачі: плануйте роздачу продовольчої допомоги так, щоб люди могли дістатися до пункту роздачі та повернутися додому до настання темряви. Не можна допускати, щоб одержувачі допомоги залишалися в пунктах роздачі в нічний час, адже це пов'язано з додатковими ризиками. Плануйте роздачу так, щоб звести до мінімуму перешкоди для повсякденної діяльності. Розгляньте можливість створення прискорених або пріоритетних черг для груп ризику, а також облаштуйте стійку соціального працівника, який зможе зареєструвати дітей без супроводу дорослих або дітей, розлучених з батьками. Заздалегідь повідомляйте про графік і проведення роздач через різні канали зв'язку.

Безпека під час роздачі харчових продуктів, ваучерів та готівки: вживайте заходів, щоб звести до мінімуму ризики для осіб, які беруть участь у роздачі допомоги. Ці заходи включають у себе належне стримування натовпу, здійснення підготовленим персоналом контролю за розподілом допомоги та організацію охорони пунктів розподілу самим постраждалим населенням. У разі необхідності до цього треба залучати місцеву поліцію. Поліцейські мають бути поінформовані щодо цілей надання продовольчої допомоги. Ретельно розплануйте місце розташування пунктів роздачі допомоги, щоб гарантувати безпеку та доступність для осіб похилого віку, осіб з інвалідністю та осіб з функціональними обмеженнями. Повідомте всіх членів бригад, що працюють в пунктах роздачі, про те, як треба поводитися, включно з відповідальністю за вчинення сексуальних злочинів. Залучайте охоронців з-поміж жінок для спостереження за розвантаженням, реєстрацією, розподілом і подальшою роздачею харчових продуктів  *див. Зобов'язання 7 Основного гуманітарного стандарту.*

Поширення інформації: забезпечте розміщення інформації про продовольчу допомогу на видному місці в пунктах роздачі мовами та у форматах, доступних для осіб, які не вміють читати або мають труднощі зі спілкуванням. Інформуйте населення за допомогою друкованих, звукових, SMS та голосових повідомлень про таке:

- план розподілу пайків із зазначенням кількості й типу пайків або суми готівки/ваучерів і того, що вони мають покривати;
- причини будь-яких змін планів (щодо часу, кількості та типу продуктів тощо);
- план розподілу;
- поживну якість харчових продуктів, а також те, яких заходів треба вживати для збереження поживної цінності продуктів, у разі потреби;
- правила безпечного поводження з продуктами та їх використання;
- конкретну інформацію щодо оптимального використання дитячого харчування;
- способи отримання додаткової інформації або надання зворотного зв'язку.

Для грошової допомоги до інформації про пайок потрібно включити суму допомоги. Інформацію можна надавати в пункті роздачі, вивісити на пункті видачі готівки або обміну ваучерів, або у буклетах, надрукованих місцевою мовою.

Зміни складу пайків: зміни складу або обсягу пайків або вартості грошової допомоги можуть бути зумовлені недостатньою доступністю продовольства, фінансування або іншими причинами. Ці зміни потрібно обговорювати з одержувачами допомоги за посередництва комітетів із розподілу допомоги, лідерів громад та уповноважених організацій. Важливо виробити спільний план дій до



початку розподілу допомоги. Комітет із розподілу має інформувати населення про зміни, причини змін, а також дату та план відновлення нормального обсягу пайків. Можливі варіанти:

- зменшення обсягу пайків для всіх одержувачів допомоги;
- надання повних пайків уразливим особам і зменшених пайків іншим групам населення;
- відтермінування розподілу допомоги як крайній варіант.

Моніторинг роздачі та доставки: регулярно перевіряйте харчові продукти шляхом вибіркового зважування пайків, отриманих домогосподарствами, щоб визначити точність і справедливість розподілу. Опитуйте одержувачів допомоги. Вибірка опитаних має включати в себе однакову кількість жінок і чоловіків, зокрема й підлітків та молоді, осіб з інвалідністю та осіб похилого віку. Варто проводити вибіркове відвідування домогосподарств командою, що складається щонайменше з одного чоловіка й однієї жінки, щоб упевнитися в прийнятності та корисності наданого продовольства, а також виявити осіб, які мають право на продовольчу допомогу відповідно до критеріїв відбору, але не отримують її. Такі відвідування також допоможуть виявити допомогу, отриману з інших джерел, з'ясувати джерело її отримання, а також хто і з якою метою її використовує. Зокрема, можна виявити, чи не застосовувалася сила для присвоєння майна людей, спонукання їх до яких-небудь дій або експлуатації, зокрема й сексуальної
⊕ див. Надання допомоги через ринки.

Стандарт 6.4 щодо продовольчої допомоги:

Використання продовольства

Харчові продукти зберігають, готують і споживають у належний спосіб із дотриманням заходів безпеки як на рівні домогосподарств, так і на рівні місцевої громади.

Ключові дії

- 1 Захищайте одержувачів допомоги від небезпеки внаслідок неправильного поводження з харчовими продуктами та їх приготування.
 - Надавайте людям інформацію про важливість дотримання норм гігієни харчування і сприяйте дотриманню ними правил гігієни при поводженні з харчовими продуктами.
 - У випадках розподілу готових до споживання продуктів навчайте працівників безпечному зберіганню продуктів, поводженню з ними та приготуванню, а також інформуйте про потенційну шкоду здоров'ю внаслідок неправильного поводження з продуктами.
- 2 Консультуйте та інструктуйте одержувачів допомоги з питань зберігання, приготування, теплової обробки та споживання харчових продуктів.
- 3 Забезпечте домогосподарствам доступ до відповідного кухонного начиння, палива, печей з економним використанням палива, питної води та засобів гігієни.

- 4 Подбайте про те, щоб особи, які не здатні приготувати їжу або самостійно споживати її, мали можливість отримати допомогу від осіб, які здійснюють догляд.
- 5 Стежте за тим, як продовольчі ресурси використовуються в домогосподарстві.

Ключові показники

Кількість зареєстрованих випадків, коли надані харчові продукти становили загрозу для здоров'я

Відсоток домогосподарств, здатних у безпечний спосіб зберігати та готувати їжу

Відсоток цільових домогосподарств, які можуть відтворити щонайменше три інформаційних повідомлення щодо гігієни

Відсоток цільових домогосподарств, які повідомляють, що мають доступ до відповідного кухонного приладдя для приготування їжі, палива, питної води та засобів гігієни

Інструкції

Гігієна харчування: в умовах кризи можуть порушуватися нормальні гігієнічні практики. Важливо сприяти гігієні харчових продуктів, адаптованій до місцевих умов і моделей захворювань. Зокрема, потрібно підкреслювати важливість запобігання забрудненню води, боротьби зі шкідниками та миття рук перед обробкою їжі. Інформуйте одержувачів продовольчої допомоги про безпечне зберігання їжі на рівні домогосподарств  див. *стандарти WASH щодо сприяння дотриманню гігієни*.

Обробка та зберігання харчових продуктів: доступ до засобів переробки харчових продуктів, наприклад, зернодробарок, дає змогу приготувати їжу на власний вибір і заощадити час для іншої корисної діяльності. Якщо пропонуються швидкопсувні харчові продукти, розгляньте відповідні засоби для їх зберігання, наприклад герметичні контейнери, холодильники та морозильні камери. Тепло, холод і волога впливають на зберігання швидкопсувних продуктів.

До осіб, які можуть потребувати допомоги зі зберігання, приготування їжі та годування, належать діти перших років життя, особи похилого віку, особи з інвалідністю та особи, які живуть із ВІЛ. Для надання допомоги деяким людям, не здатним забезпечити продуктами харчування осіб, які перебувають на їх утриманні (наприклад, батьки з інвалідністю), можуть знадобитися спеціальні програми або додаткова підтримка.

Контроль використання харчових продуктів у домогосподарстві: гуманітарні організації мають здійснювати моніторинг та оцінювати використання харчових продуктів у домогосподарстві, а також їхню відповідність і достатність. На рівні домогосподарства продовольчі товари можна споживати за призначенням, а також торгувати ними чи обмінювати на інші продукти. Метою бартеру може бути отримання доступу до інших більш бажаних харчових продуктів, непродовольчих



товарів або оплата послуг, як-от плата за навчання або лікування. Оцінювання розподілу в межах домогосподарства має також контролювати споживання їжі за статтю, віком та інвалідністю.

Використання готівки та ваучерів: важливо усунути ризик так званих «панічних» покупок, якщо домогосподарства отримують готівку або ваучери. Забезпечте належну підготовку продавців і осіб, які отримують допомогу, перед розподілом, під час розподілу та після розподілу допомоги. Наприклад, врахуйте, чи будуть харчові продукти доступними увесь місяць, чи краще рівномірно розподіляти їх протягом місяця. Ваучери можуть бути випущені у невеликих номіналах, щоб обмінювати їх щотижня. Той самий принцип має застосовуватися до готівки, яку можна отримати через банкомати або інші форми цифрових та фізичних платежів.

7. Засоби до існування

Здатність населення захищати свої засоби до існування безпосередньо пов'язана з їхньою вразливістю до криз. Розуміння вразливості до, під час і після кризи полегшує надання доцільної допомоги та допомагає визначити, як громади можуть відновити та покращити свої засоби до існування.

Кризи можуть порушити велику кількість факторів, на які люди покладаються для підтримання своїх засобів до існування. Особи, які постраждали внаслідок кризи, можуть втратити роботу або бути змушені залишити свої земельні ділянки чи джерела води. Майно також може бути знищене, забруднене або вкрадене під час конфліктів та надзвичайних ситуацій. Може зупинитися робота ринків.

На початкових етапах кризи першочерговим завданням є задоволення основних потреб виживання. Проте з часом відновлення систем, навичок і можливостей, які підтримують засоби до існування, також допоможе людям з гідністю повернутися до нормального життя. Сприяння підтримці засобів до існування серед біженців часто створює унікальні виклики, наприклад перебування в таборах або обмежувальна нормативно-правова база в країнах, що надають притулок.

Виробники продовольства потребують доступу до землі, води, худоби, допоміжних послуг і ринків, які можуть підтримувати виробництво, а також засобів для продовження виробництва без шкоди для інших ресурсів, населення або систем
 ⊕ *див. Посібник LEGS.*

У містах вплив кризи на засоби до існування відрізнятиметься від впливу в сільській місцевості. Склад домогосподарства, навички, статус інвалідності та освіта визначатимуть ступінь, до якого люди можуть брати участь у різних видах економічної діяльності. Як правило, біднішим міським жителям доступний вузький спектр копіюваних стратегій для захисту засобів до існування, ніж аналогічним верствам у сільській місцевості. Наприклад, у деяких країнах вони не мають доступу до землі для вирощування їжі.

Об'єднання тих, хто втратив засоби до існування, і тих, хто впливає на створення нових можливостей, допоможе визначити пріоритети реагування для забезпечення засобів до існування. Заходи з реагування мають ґрунтуватися на аналізі ринків праці, послуг і відповідних продуктів. Усі втручання щодо засобів до існування мають передбачати використання та/або підтримку місцевих ринків
 ⊕ *див. Посібник MERS.*



Стандарт 7.1 щодо засобів до існування:

Виробництво сировини

Механізми виробництва сировини захищені й отримують підтримку.

Ключові дії

- 1 Надайте фермерам доступ до початкових виробничих ресурсів та/або активів.

- Віддавайте перевагу готівці або ваучерам в умовах, коли ринки функціонують і їх відновлення можна підтримати, щоб дати фермерам можливість вибирати бажані ресурси, насіння, види риби чи худоби.
 - Запроваджуйте нові технології після кризи, лише якщо вони пройшли випробування в аналогічних умовах або адаптовані до них.
- 2 Постачайте ресурси, які є прийнятними для місцевого населення, відповідають вимогам щодо якості та придатні для конкретного сезону.
- Віддавайте перевагу місцевим ресурсам тваринництва і місцевим сортам сільськогосподарських культур, які вже використовуються та користуються попитом у новому сезоні.
- 3 Подбайте, щоб ресурси та послуги не збільшували вразливість одержувачів допомоги та не створювали конфліктів у громаді.
- Оцініть потенційну конкуренцію за обмежені природні ресурси (наприклад, землю чи воду), а також потенційну шкоду для наявних соціальних мереж.
- 4 Залучайте постраждалих чоловіків та жінок до планування, ухвалення рішень, реалізації та моніторингу реагування у сфері виробництва сировини на рівних правах.
- 5 Забезпечте підготовку виробників у сфері рослинництва, рибальства, аквакультури, лісництва та тваринництва, методам сталого виробництва та управління.
- 6 Здійснюйте оцінювання ринку та стимулюйте попит на місцеві культури, овочі та іншу сільськогосподарську продукцію.

Ключові показники

Відсоткова зміна у виробничій діяльності цільового населення (джерело продовольства або доходу) порівняно зі звичайним роком

Відсоток домогосподарств, які повідомляють, що мають доступ до належних засобів для зберігання своєї продукції

Відсоток цільових домогосподарств, що мають покращений фізичний доступ до функціонуючих ринків завдяки програмним втручанням

Інструкції

Стратегії виробництва: стратегії виробництва повинні мати розумні шанси на розвиток і успіх у певному контексті. Це може залежати від багатьох факторів, зокрема доступу до:

- достатніх природних ресурсів, робочої сили, виробничих ресурсів та фінансового капіталу;
 - якісних сортів насіння, пристосованих до місцевих умов;
 - продуктивних тварин, які становлять важливий ресурс продовольчої безпеки
- ⊕ див. Посібник LEGS.

Крім того, стратегія має враховувати наявні навички отримання засобів до існування, уподобання громади, фізичне середовище та потенціал для масштабування.

Сприяйте різноманітній діяльності, пов'язаній із отриманням засобів до існування на місцевому рівні, та водночас запобігайте виснаженню природних ресурсів. Шкода довкіллю не лише збільшує ризик кризи, але й призводить до виникнення напруженості між громадами. Втручання з метою забезпечення засобів до існування, якщо можливо, мають сприяти адаптації до зміни клімату, наприклад у формі вибору адаптованих сортів насіння.

Запобігайте дитячій праці, пов'язаній з ініціативами щодо забезпечення засобів до існування. Зважайте на опосередкований вплив програм забезпечення засобів до існування на дітей, наприклад, пропуски школи через те, що вони змушені утримувати домогосподарство, поки батьки працюють.

Енергія: враховуйте потреби енергії для механізованої праці, обробки харчових продуктів, зв'язку, роботи холодових ланцюгів для збереження харчових продуктів та ефективних спалювальних пристроїв.

Покращення: враховуйте впровадження поліпшених сортів сільськогосподарських культур, видів худоби чи риби, нових знарядь праці, добрив або інноваційних методів управління. Посилюйте виробництво харчових продуктів, забезпечуючи збереження докризових моделей та/або зв'язків із національними планами розвитку.

Нові технології: виробники та місцеві споживачі мають усвідомити та прийняти наслідки упровадження нових технологій для місцевих виробничих систем, культурних практик та природного середовища, перш ніж застосовувати їх. Упровадження нових технологій має супроводжуватися належними консультаціями з місцевими громадами, наданням інформації та навчанням. Забезпечуйте доступ для представників дискримінованих груп (зокрема жінок, осіб похилого віку, меншин та осіб з інвалідністю). Якщо можливо, узгоджуйте ці дії з постачальниками засобів до існування та урядовими установами. Забезпечуйте безперервну технічну підтримку та доступність нових технологій в майбутньому і оцінюйте їхню комерційну життєздатність.

Грошова допомога або кредити можуть надаватися для використання на ярмарках насіння та худоби. Зрозумійте потенційні наслідки обраного підходу для харчування людей, зважаючи на те, чи допомагає він виробляти збагачену поживними речовинами їжу самостійно, чи забезпечує готівку для придбання продуктів. Оцініть доцільність грошової допомоги для придбання виробничих ресурсів, враховуючи наявність товарів, доступ до ринків та існування безпечного, доступного й гендерно чутливого механізму надання готівки [⊕ див. Посібник MERS і Посібник LEGS](#).

Сезонність і коливання цін: надавайте сільськогосподарські ресурси та ветеринарні послуги, які мають збігатися у часі з відповідними сезонами вирощування сільськогосподарських культур та розмноження тварин. Наприклад, насіння і знаряддя праці треба надавати перед початком сівби. Зменшення погोलів'я худоби під час посухи має відбуватися до того, як розпочнеться падіж худоби. Натомість поповнення погोलів'я потрібно починати за умови, що ймовірність



відновлення поголів'я висока, наприклад після наступного сезону дощів. У разі потреби надайте продовольчу допомогу для захисту насіння та ресурсів. Переконайтеся, що ресурси враховують різні можливості, потреби та ризики різних груп, зокрема жінок та осіб з інвалідністю. Різкі сезонні коливання цін негативно позначаються на бідних сільськогосподарських виробниках, які продають свою продукцію відразу після збирання врожаю, коли ціни найнижчі. Ці коливання також негативно впливають на власників худоби, яким доводиться продавати тварин під час посухи. І навпаки, споживачі з обмеженим чистим доходом не можуть дозволити собі інвестувати в продовольчі запаси. Вони залежать від невеликих, але частих покупок. Як наслідок, вони купують харчові продукти, навіть коли ціни високі, наприклад під час посухи. Щодо домашньої худоби ⊕ *див. Посібник LEGS.*

Насіння: вибір конкретних сортів насіння має бути схвалений фермерами та місцевими фахівцями в галузі сільського господарства. Насіння має відповідати місцевим вимогам і умовам господарювання місцевих фермерів, а також бути стійким до хвороб і витримувати потенційно важкі погодні умови, пов'язані зі зміною клімату. Насіння, що надходить з інших регіонів, має пройти належну сертифікацію якості та перевірку на відповідність місцевим умовам. Під час здійснення будь-яких втручань у сфері забезпечення насінням надавайте фермерам доступ до різних культур і сортів, що дасть їм можливість вибрати стратегію, найбільш придатну для їхньої конкретної системи господарювання. Наприклад, фермери, які вирощують кукурудзу, можуть віддавати перевагу насінню гібридів перед місцевими сортами. Дотримуйтеся норм, визначених державною політикою щодо насіння гібридів. Не можна поширювати генетично модифіковане насіння без дозволу місцевих органів влади. Якщо допомога включає генетично модифіковане насіння, повідомляйте про це фермерів. Якщо фермери використовують ваучери або ярмарки насіння, заохочуйте їх купувати насіння у місцевих офіційних постачальників. Фермери можуть віддавати перевагу традиційним сортам, адаптованим до місцевих умов. Вони точно будуть доступні за нижчою ціною, тобто фермер отримає більше насіння за ваучер того самого номіналу.

Напруженість у громаді та ризики для безпеки: напруженість між переміщеними особами та місцевим населенням або в межах постраждалої громади може виникати, якщо виробництво потребує змін у доступі до наявних природних ресурсів. Конкуренція за воду чи землю може призвести до обмежень у їх використанні. Виробництво сировини для продовольства може виявитися нежиттєздатним у разі нестачі найважливіших природних ресурсів у довгостроковій перспективі або за відсутності доступу до нього певних груп населення (наприклад, безземельних селян). Безоплатне надання ресурсів може дестабілізувати традиційні механізми надання соціальної допомоги та перерозподілу, а також негативно позначитися на підприємствах приватного сектору. Це може створити напругу та поставити під загрозу доступ до ресурсів у майбутньому ⊕ *див. Принцип захисту 1.*

Ланцюги постачання: використовуйте ресурси та послуги для виробництва харчових продуктів (наприклад, ветеринарні послуги та насіння) через наявні місцеві ланцюги постачання, які можна проконтролювати. Для підтримки місцевого приватного сектору потрібно використовувати механізми на кшталт надання готівки або ваучерів, що встановлюють прямі зв'язки між виробниками сировини та постачальниками. Під час проектування таких систем із підтримки місцевих закупівель треба брати до уваги наявність відповідних ресурсів

і можливості постачальників збільшити пропозицію. Оцініть ризик інфляції та незмінність якості ресурсів. Відстежуйте та пом'якшуйте негативні наслідки відповідних заходів з реагування, зокрема великих локальних закупівель та розподілу харчових продуктів, на ринкові ціни. Зважайте на вплив закупівель та імпорту місцевих харчових продуктів на місцеву економіку. Під час роботи з приватним сектором виявляйте та усувайте гендерну нерівність і забезпечте справедливий розподіл усіх прибутків **⊕ див. Посібник MERS.**

Відстежуйте, чи дійсно виробники використовують надані ресурси за призначенням. Перевірте якість ресурсів з погляду їх ефективності, прийнятності та уподобань виробника. Визначте, як проєкт вплинув на забезпеченість продовольством домогосподарств, наприклад запаси продовольства, кількість і якість споживаної їжі, кількість продовольства, яке було продано або роздано. Якщо проєкт спрямовано на збільшення виробництва конкретних різновидів продовольства (наприклад, м'яса або риби, або овочів із високим вмістом білків), потрібно проаналізувати споживання цих продуктів у домогосподарствах. Здійснюйте також і аналіз позитивних аспектів для різних членів домогосподарства (жінки, діти, особи похилого віку та особи з інвалідністю).

Зберігання після збирання врожаю: значна частка продукції (в середньому 30 відсотків) стає непридатною для використання після збирання врожаю через втрати. Щоб звести втрати до мінімуму, надавайте допомогу постраждалим особам, керуючи поводженням із зібраним врожаєм, його зберіганням, обробкою, пакуванням, транспортуванням, збутом та іншими видами діяльності після збирання врожаю. Надавайте їм рекомендації щодо зберігання врожаю в умовах без впливу вологи та афлатоксинів, які виробляються грибами, та забезпечуйте відповідні можливості. Забезпечте їм також можливість переробляти врожай, особливо зернові культури.

Стандарт 7.2 щодо засобів до існування:

Дохід і зайнятість

У випадках, коли стратегії з отримання доходу та працевлаштування є здійсненними, жінки та чоловіки отримують рівні можливості для отримання доходу.

Ключові дії

1

Ухвалюйте рішення щодо заходів зі створення доходу на основі гендерно чутливої оцінки ринку.

- Зменшуйте ризик недостатності харчування та інших ризиків для громадського здоров'я, подбавши про те, щоб участь у можливостях отримання доходу не зводила нанівець догляд за дітьми та інші обов'язки з догляду.
- Будьте обізнані про ставки оплати праці для членів громади та встановлену державою мінімальну заробітну плату за некваліфіковану та кваліфіковану роботу.



- 2 Вибирайте види оплати (натуральна форма, готівка, ваучери, харчові продукти або поєднання всіх видів) на основі аналізу, який враховує думку цільової аудиторії.
 - Будьте обізнані про місцевий потенціал, переваги безпеки та захисту, нагальні потреби, рівний доступ, наявні ринкові системи та побажання постраждалих осіб.
- 3 Визначте рівень оплати праці на основі типу роботи, місцевих правил, цілей щодо відновлення засобів до існування та поширених місцевих ставок заробітної плати.
 - Розгляньте заходи підтримки для домогосподарств, які не можуть брати участь у програмах забезпечення роботою, як-от безумовні грошові перекази та надання продовольчої допомоги.
- 4 Організуйте та підтримуйте інклюзивне, безпечне та захищене робоче середовище.
 - Відстежуйте ризики сексуальних домагань, дискримінації, експлуатації та жорстокого поводження на робочому місці та швидко реагуйте на скарги.
- 5 Сприяйте розвитку співпраці з приватним сектором та іншими зацікавленими сторонами для створення стабільних можливостей працевлаштування.
 - Справедливо розподіляйте основні ресурси для сприяння відновленню засобів до існування.
- 6 Якщо можливо, вибирайте екологічно сталі варіанти отримання прибутку.

Ключові показники

Відсоток цільового населення, яке збільшило свій чистий дохід протягом визначеного періоду

Відсоток домогосподарств, які мають доступ до кредитів

Відсоток цільового населення, яке диверсифікує свою діяльність, що приносить дохід

Відсоток цільового населення, зайнятого (або самозайнятого) у діяльності, що забезпечує сталі засоби до існування протягом певного періоду часу (6–12 місяців)

Відсоток постраждалого населення з фізичним та економічним доступом до функціонуючих ринків та/або інших послуг із підтримки засобів до існування (офіційних або неофіційних)

Інструкції

Аналіз: гендерно чутливий аналіз людських ресурсів та ринку має фундаментальне значення для обґрунтування й визначення напрямків діяльності, сприяння відновленню та стійкості, а також для збереження сталих результатів. Розуміння домашніх ролей і обов'язків має критичне значення для покриття альтернативних

витрат, як-от догляд за дітьми чи особами похилого віку або доступ до інших послуг, як-от освіта чи охорона здоров'я.

Використовуйте наявні інструменти для розуміння ринків та економічних систем. Реагування на потреби продовольчої безпеки має ґрунтуватися на функціях ринку до та після кризи, а також на їхньому потенціалі до поліпшення умов життя бідного населення. Обговоріть альтернативи або методи адаптації для груп ризику (молодь, особи з інвалідністю, вагітні жінки або особи похилого віку) в межах цільової групи. Проаналізуйте їхні навички, досвід і можливості, а також потенційні ризики та стратегії їх пом'якшення. Дізнайтеся, чи мігрують члени домогосподарства на сезонну роботу. Зрозумійте, як проявляється обмеженість доступу до ринків і засобів до існування для різних груп постраждалого населення, і допомагайте їм в отриманні такого доступу.

Заходи підтримки: деякі жінки та чоловіки можуть бути не в змозі брати участь у діяльності, яка приносить дохід, наприклад, літні пари. Криза може унеможливити участь інших осіб у трудовій діяльності через зміну обов'язків чи стану здоров'я. У таких випадках варто передбачити заходи підтримки, пов'язані з наявними національними системами соціального захисту. У разі потреби, порекомендуйте нові заходи підтримки. Упровадження заходів підтримки має сприяти справедливому розподілу ресурсів, надаючи жінкам і дівчатам, у разі потреби, прямий доступ до ресурсів. Водночас, спільно з одержувачами соціальної допомоги намагайтесь знайти шляхи для їх переходу до безпечної та сталої діяльності, що приносить дохід. Якщо можливо, заходи реагування з використанням готівки мають бути пов'язані з наявними програмами підтримки у межах стратегій сталого розвитку та соціального захисту.

Оплата праці: перед упровадженням будь-яких програм оплачуваної роботи проведіть аналіз ринку. Оплата праці може бути у формі виплати готівкою або видаватися продуктами, або поєднанням того та іншого; її мета — допомогти домогосподарствам, незабезпеченим продовольством, задовольнити свої потреби. Повідомте людям цілі проєкту, очікування гуманітарної організації від працівників, умови, в яких люди працюватимуть, а також суму та порядок виплат.

Оплату праці можна перетворити з просто оплати за роботу для громади на засіб стимулювання, щоб допомогти людям поліпшити власне становище. Враховуйте купівельні потреби населення, а також вплив розподілу готівкових коштів або продуктів на інші основні потреби (відвідування шкіл, доступ до медичного обслуговування та соціальні зобов'язання). Різновид і величину оплати праці варто визначати в кожному конкретному випадку. Стежте, щоб усі жінки та чоловіки отримували однакову оплату за узгоджений обсяг роботи та щоб не було дискримінації щодо окремих груп.

Розгляньте вплив вартості перепродажу на місцеві ринки, де оплата здійснюється в натуральній формі та надається як переказ доходу. Нова діяльність, що приносить дохід, має розширити, а не замінити поточний діапазон джерел доходу. Оплата праці не має негативно впливати на місцеві ринки праці, наприклад, спричинивши інфляцію ставок заробітної плати, відволікаючи трудові ресурси з інших сфер зайнятості, або завдаючи шкоди основним громадським службам.

Купівельна спроможність: надання готівки може мати позитивний мультиплікативний вплив на місцеву економіку, але також може спричинити локальну



інфляцію щодо основних товарів. Розподіл продовольства також може вплинути на купівельну спроможність людей, які отримують допомогу. Купівельна спроможність, пов'язана з певним харчовим продуктом або комбінацією продуктів, впливає на те, чи з'їдає домогосподарство одержувача чи продає цей продукт. Деякі товари (наприклад, олію) легше продати за хорошу ціну, ніж інші (наприклад, суміші). Забезпечте розуміння продажу та закупівлі харчових продуктів домогосподарствами під час оцінки ширшого впливу програм розподілу продовольчої допомоги.

Безпека на робочому місці: використовуйте практичні процедури для мінімізації ризиків для громадського здоров'я або лікування травм. Наприклад, у разі потреби забезпечте навчання, захисний одяг і аптечки першої допомоги. Зведіть до мінімуму небезпеку зараження інфекційними захворюваннями та ВІЛ. Облаштуйте безпечні маршрути до робочих місць, забезпечивши працівників ліхтариками в місцях, де дорога недостатньо освітлена. Використовуйте дзвінки, свистки та рації, щоб попереджати про загрози. Заохочуйте рух у групах і утримання від пересування після настання темряви. Подбайте, щоб усі учасники програм були проінформовані про порядок дій у надзвичайній ситуації та мали доступ до систем раннього попередження. Жінки та дівчатка мають бути однаково захищені, а будь-які дискримінаційні норми на робочому місці мають усуватися.

Ведення домашніх справ та виконання сімейних обов'язків: регулярно спілкуйтеся з постраждалими особами, окремо з жінками та чоловіками, щоб дізнатися про їхні вподобання та пріоритети щодо отримання доходу, можливості отримання грошей за роботу та інші домашні та сімейні потреби. Обговоріть робоче навантаження та будь-яке зростання напруженості вдома через зміни традиційних гендерних ролей і збільшення контролю жінок над майном.

Робочі графіки мають враховувати фізичний стан і розпорядок дня чоловіків і жінок і відповідати культурним особливостям. Наприклад, потрібно враховувати час молитов і державні свята. Робочий час не повинен становити необґрунтований тягар у контексті іншої діяльності людей. Програми працевлаштування не повинні відволікати ресурси домогосподарств від поточної виробничої діяльності, та не мають заважати доступу до іншої роботи чи освіти. При залученні дітей до участі в програмах створення у населення доходу потрібно дотримуватися національного законодавства, яке визначає мінімальний вік для працевлаштування. Зазвичай це як мінімум вік завершення обов'язкового шкільного навчання. Якщо в програмі беруть участь особи, які доглядають за малими дітьми, на робочих місцях рекомендується облаштувати дитячі заклади, на які мають виділятися окремі кошти.

Управління охороною довкілля: заохочуйте участь людей у природоохоронній діяльності: саджанні дерев, прибиранні табору та відновленні довкілля через програми продовольчої допомоги та програм «Гроші за працю». Попри те, що ці заходи мають тимчасовий характер, вони посилять залученість людей до діяльності з охорони довкілля.

Враховуйте доступність і безпечність робочого середовища. Переконайтеся, що сміття, яке потрібно прибрати, не містить небезпечних матеріалів. Програми «Гроші за працю» не повинні застосовуватися для робіт з очищення промислових об'єктів або об'єктів з утилізації відходів.

Сприяйте виробництву екологічно чистих будівельних матеріалів як виду діяльності, що приносить прибуток, і забезпечте відповідне професійне навчання. Навчайте і заохочуйте людей здійснювати компостування біорозкладаних відходів для використання їх як добрива.

Приватний сектор: приватний сектор може відігравати важливу роль у сприянні захисту та відновленню засобів до існування. Якщо можливо, організовуйте партнерства для створення можливостей працевлаштування. Ці партнерства також допоможуть створити та розвивати мікро-, малі та середні підприємства. Бізнес і технологічні інкубатори можуть надавати фінансовий капітал і можливості для передачі знань  *див. Посібник MERS.*



Додаток 1

Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки та засобів до існування

Під час оцінювання продовольчої безпеки часто виділяють широкі групи постраждалих осіб за засобами до існування відповідно до їхніх джерел доходу і продовольства, а також стратегій їх отримання. Така класифікація також може ділити населення на групи за добробутом або класами. Важливо порівняти поточну ситуацію зі станом продовольчої безпеки до кризи. За відправну точку можна брати «середні нормальні роки». Враховуйте особливі ролі та вразливості жінок і чоловіків, а також їхній можливий вплив на продовольчу безпеку домогосподарств.

Нижченаведений перелік контрольних запитань охоплює широке коло проблем, що розглядаються під час аналізу продовольчої безпеки.

Продовольча безпека груп населення залежно від засобів до існування

- Чи є серед населення групи, які використовують однакові стратегії забезпечення засобів до існування? Як їх можна класифікувати за основними джерелами продовольства чи доходу?

Стан продовольчої безпеки до кризи (відправна точка)

- Як різні групи населення отримували доступ до продовольства або дохід до кризи? Якими були їхні джерела продовольства та доходу протягом «середнього року» у недавньому минулому?
- Як ці різні джерела продовольства та доходу змінювалися сезонно та географічно протягом «середнього року»? Тут варто скласти сезонний календар.
- Чи всі групи отримували достатньо харчових продуктів належної якості, щоб добре харчуватися?
- Чи всі групи отримували достатній дохід у безпечний спосіб, щоб забезпечити свої основні потреби? Враховуйте харчові продукти, освіту, охорону здоров'я, мило та інші предмети домашнього вжитку, одяг і виробничі ресурси, як-от насіння та знаряддя праці. (Останні два запитання допоможуть виявити, чи були хронічні проблеми. Наявні проблеми можуть посилитися через кризу. Відповідне реагування залежить від того, чи є проблема хронічною чи гострою).
- Якщо порівнювати ситуацію, що існувала 5 або 10 років тому, як змінювався стан продовольчої безпеки з року в рік? У нагоді стануть побудова хронології або історії продовольчої безпеки.
- Яким майном, заощадженнями та іншими резервами володіють групи населення з різними засобами до існування? Приклади включають продовольчі запаси, грошові заощадження, худобу, інвестиції, кредити й незатребувану заборгованість.
- Що входить до витрат домогосподарства протягом тижня чи місяця? Яка частка витрат за кожною статтею?
- Хто відповідає за контроль над готівковими коштами в домогосподарстві, та на що витрачаються гроші?

- Наскільки доступним є найближчий ринок для придбання основних товарів? Враховуйте такі фактори як відстань, безпека, легкість пересування, наявність і доступ до інформації про ринки та транспорт.
- Чи наявні основні товари, та які ціни на них, зокрема й на харчові продукти?
- Які були в середньому умови торгівлі щодо основних потреб (продовольство, сільськогосподарські ресурси, охорона здоров'я тощо) та джерел доходу до кризи (товарні культури, худоба, заробітна плата тощо)?

Продовольча безпека під час кризи

- Як криза позначилася на різних джерелах продовольства і доходу кожної з виділених груп із різними засобами до існування?
- Як криза вплинула на сезонні особливості продовольчої безпеки для різних груп населення?
- Як криза вплинула на доступ до фінансових послуг, ринків, наявність товарів і ціни на основні товари на ринках?
- Які копінгові стратегії різних груп, і який відсоток людей із цих груп бере у них участь? Якщо порівнювати зі становищем до кризи, які зміни відбулися в цьому контексті?
- Яка група населення постраждала найбільше?
- Які короткострокові й довгострокові наслідки цих копінгових стратегій для фінансових та інших активів населення?
- Які наслідки цих копінгових стратегій для здоров'я, загального добробуту і збереження гідності груп населення з різними засобами до існування і всіх уразливих осіб? Чи пов'язані такі копінгові стратегії з якими-небудь ризиками?



Додаток 2

Перелік контрольних запитань для оцінювання безпеки у сфері забезпечення насінням

Нижче наведено орієнтовні запитання для оцінювання безпеки у сфері забезпечення насінням. Таке оцінювання має враховувати національне законодавство про гібридні та генетично модифіковані сорти.

Стан безпеки у сфері забезпечення насінням до кризи (відправна точка)

- Які сільськогосподарські культури мають для фермерів найбільше значення? Для чого вони їх використовують — для споживання, отримання доходу чи для й того, й іншого? Чи вирощують ці культури щосезону? Які інші культури можуть набути важливого значення у період кризи?
- Як фермери зазвичай отримують насіння або інший посадковий матеріал для цих культур? Врахуйте всі способи.
- Які параметри засівання для кожної основної культури? Яка середня площа посівів? Які норми висіву? Які коефіцієнти розмноження (співвідношення кількості посадженого насіння до кількості насіння або зерна, одержаного після збирання врожаю)?
- Чи існують бажані сорти конкретних культур або сорти, що мають більше значення (місцеві адаптовані до клімату сорти)?
- Які виробничі ресурси потрібні для вирощування конкретних культур або сортів?
- Хто в домогосподарстві відповідає за ухвалення рішень, керує посівом та утилізацією продуктів рослинництва на різних етапах виробництва та в післявиробничий період?

Безпека у сфері забезпечення насінням після кризи

- Чи є втручання, пов'язане з сільським господарством, здійсненням з погляду осіб, які отримують допомогу?
- Які культури найбільше постраждали внаслідок кризи? Чи варто на них зосереджуватися і чому, якщо так чи ні?
- Чи впевнені фермери, що зараз ситуація стабільна та достатньо безпечна, щоб успішно вирощувати, збирати, продавати або споживати зібраний врожай?
- Чи мають вони достатній доступ до полів та інших засобів виробництва (добрива, інвентар, тяглові тварини)?
- Чи готові вони повернутися до сільського господарства?

Оцінювання пропозиції та попиту на насіння: запаси домогосподарства

- Чи є власні запаси насіння домогосподарства достатніми для сівби? Сюди входить насіння власного врожаю фермера і насіння, потенційно доступне через соціальні мережі (наприклад, у сусідів).
- Чи бажають фермери і надалі вирощувати певну сільськогосподарську культуру? Чи пристосована вона до місцевих умов? Чи є на неї досі попит?

- Чи є насіння власного виробництва фермера досі придатним для висаджування наступного сезону? Чи відповідає якість насіння звичайним стандартам фермера?

Оцінювання пропозиції та попиту на насіння: місцеві ринки

- Чи функціонують ринки загалом, попри кризу (чи працюють ринки у встановлені дні, чи є у фермерів можливість вільно пересуватися, продавати та купувати)?
- Чи є поточні обсяги наявного насіння або зерна порівнянними з тими, які були за звичайних умов у той самий період протягом попередніх сезонів?
- Чи присутні на ринках культури та сорти, які фермери вважають придатними для вирощування?
- Чи є поточні ринкові ціни на насіння або зерно порівнянними з цінами в той самий час у попередні сезони? Якщо існує різниця в ціні, то чи може величина цієї різниці становити проблему для фермерів?

Оцінювання пропозиції та попиту на насіння: насіння з державного сектора

- Чи пристосовані культури та сорти, що надходять із державного сектора, для вирощування в районах, які опинилися в умовах кризи? Чи є підстави вважати, що фермери їх використовуватимуть?
- Чи можуть наявні у держави запаси насіння задовольнити потреби, зумовлені кризою? Якщо ні, то яку частку потреб фермерів вони задовольнять?



Додаток 3

Перелік контрольних запитань для оцінювання харчування

Нижче наведено орієнтовні запитання для оцінювання основних причин недостатності харчування, рівня харчових ризиків і можливих варіантів реагування. Запитання засновані на концептуальній схемі недостатності харчування.  Див. Рис. 7. Продовольча безпека та харчування: причини недостатності харчування. Інформація може надходити з різних джерел. Для її отримання знадобляться різні інструменти оцінки, зокрема інтерв'ю з ключовими інформаторами, спостереження та перегляд вторинних даних.

Становище, що передувало надзвичайній ситуації

Яка інформація про характер, масштаб і причини недостатності харчування серед постраждалого населення вже наявна?  Див. Стандарт 1.1 щодо оцінювання продовольчої безпеки та харчування.

Поточний ризик недостатності харчування

Який ризик недостатності харчування через обмежений доступ до їжі?

 Див. Додаток 1. Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки та засобів до існування.

Який ризик недостатності харчування через практики годування та догляду за немовлятами та дітьми перших років життя?

- Чи змінився характер праці та соціальний устрій (наприклад, внаслідок міграції, переміщення або збройного конфлікту), що означало б зміни у функціях і розподілі обов'язків у домогосподарстві?
- Чи відбулися зміни у звичайному складі домогосподарств? Скільки дітей позбавлені батьківського піклування?
- Чи сталося порушення нормальних умов здійснення догляду (наприклад, через переміщення населення), яке вплинуло на доступ до осіб, що здійснюють спеціалізований догляд, доступ до харчових продуктів, доступ до води тощо?
- Чи є немовлята, яких не годують груддю? Чи є діти, що перебувають на штучному вигодовуванні?
- Чи є свідчення (або підозра) того, що під час кризи відбулося зниження рівня грудного вигодовування? Зокрема, чи відбулося зниження показників раннього початку грудного вигодовування або винятково грудного вигодовування? Чи помічено підвищення показника штучного вигодовування та/або збільшення частки дітей, яких не годують груддю?
- Чи доступне безпечне та поживне підгодовування, що відповідає віку, а також засоби його приготування, які відповідають вимогам гігієни?
- Чи є свідчення або підозри того, що серед усього населення розподіляють заміники грудного молока, наприклад дитячі молочні суміші, інші молочні продукти, пляшечки та соски на пляшечку (як ті, що надаються донорами, так і ті, що купуються)?

- Як довго маленькі діти перебували поза контактом зі свійською худобою в скотарських районах? Чи змінився доступ до молока порівняно зі звичайним?
- Чи вплинув ВІЛ на практики догляду на рівні домогосподарства?
- Чи пристосований загальний продуктовий раціон до потреб осіб похилого віку та осіб із труднощами в харчуванні? Оцініть його енергетичний склад і вміст мікронутрієнтів. Оцініть прийнятність харчових продуктів (смакові якості, придатність до пережовування і засвоюваність).

Який ризик недостатності харчування через незадовільну охорону здоров'я?

- Чи є відомості про спалахи захворювань, які можуть вплинути на стан харчування (наприклад, кір або гострі кишкові інфекції)? Чи є ризик виникнення цих спалахів?  Див. Базова медична допомога — Стандарт 2.1 щодо інфекційних захворювань.
- Яке орієнтовне охоплення постраждалого населення вакцинацією проти кору?  Див. Базова медична допомога — Стандарт 2.2.1 щодо здоров'я дітей.
- Чи дають дітям вітамін А під час вакцинації проти кору? Яке орієнтовне охоплення населення вітаміном А у вигляді добавки?
- Чи існують розрахунки коефіцієнтів смертності (загальної або дітей віком до 5 років)? Які ці коефіцієнти, та яким методом їх розраховано?  Див Основні поняття у сфері охорони здоров'я.
- Чи спостерігається або очікується істотне зниження температури довкілля, яке може спричинити поширення гострих респіраторних інфекцій або вплинути на потреби постраждалого населення в енергетичній цінності їжі?
- Чи поширена ВІЛ-інфекція серед населення?
- Чи є населення вже є вразливим до недостатності харчування через бідність або поганий стан здоров'я?
- Чи існує перенаселеність або значна поширеність туберкульозу чи ризик цього?
- Чи зареєстровані випадки неінфекційних захворювань, як-от діабет, артрит, серцево-судинні захворювання та анемія?
- Чи висока захворюваність на малярію?
- Чи перебували люди у воді або в мокрому одязі чи зазнавали впливу інших суворих умов довкілля протягом тривалого часу?

Через які офіційні та неофіційні місцеві структури можна здійснювати потенційні втручання?

- Які можливості міністерств охорони здоров'я, релігійних організацій, громадських груп допомоги, груп сприяння практиці грудного вигодовування або НУО, що провадять діяльність у відповідному районі впродовж короткого чи довгого періоду часу?
- Які заходи щодо підтримки харчування або підтримки на рівні громади вже були впроваджені та організовані місцевими громадами, окремими особами, НУО, урядовими організаціями, агентствами ООН або релігійними організаціями? У чому полягає суть політик щодо підтримки харчування (колишніх, поточних чи завершених), запланованих довгострокових заходів з реагування у сфері забезпечення харчуванням, а також здійснюваних або запланованих програм надання допомоги у зв'язку з поточною ситуацією?



Додаток 4

Вимірювання гострої недостатності харчування

У надзвичайних ситуаціях, пов'язаних із забезпеченням харчуванням, може виникнути потреба внести до оцінювання стану харчування або програм харчування дітей у віці до 6 місяців, вагітних жінок та жінок, що годують груддю, дітей старшого віку, підлітків, дорослих та осіб похилого віку.

Діти у віці до 6 місяців

Попри те, що дослідження для цієї вікової групи тривають, доказова база для здійснення оцінювання та лікування наразі обмежена. Більшість настанов рекомендують такі самі антропометричні методи визначення випадків гострої недостатності харчування немовлят, що й для старших дітей віком 6–59 місяців (за винятком окружності середини плеча (MUAC), яка наразі не рекомендована для дітей віком до 6 місяців). Критерії доступу до програм харчування акцентують увагу радше на розмірі тіла дитини, аніж на оцінці росту.

Результатом переходу від показників росту (фізичного розвитку) Національного центру медичної статистики (NCHS) на розроблені ВООЗ у 2006 році норми росту дітей стало виявлення більшого числа випадків виснаження дітей у віці до 6 місяців. Це може означати також збільшення кількості дітей, яких включають до програм харчування, і зростання стурбованості осіб, які здійснюють догляд за дітьми, щодо достатності практики винятково грудного вигодовування. Важливо оцінювати та враховувати такі аспекти:

- Зростання дитини в довжину – чи задовільний коефіцієнт росту, попри те, що розмір тіла лишається малим (наприклад, деякі діти можуть «наганяти відставання», хоч мали низьку масу тіла при народженні)?
- Практика годування дитини – чи годують дитину винятково груддю?
- Клінічний стан – чи помітні в дитини які-небудь ускладнення або хвороби, які можна лікувати або внаслідок яких вона зазнає підвищеного ризику?
- Материнські фактори – наприклад, чи потребує матір підтримки з боку сім'ї, чи перебуває вона в стані депресії? Дітей, які зазнають підвищеного ризику, варто насамперед направляти на стаціонарні програми лікувального харчування.

Діти у віці 6-59 місяців

У наведеній нижче таблиці подано усталені показники різних ступенів недостатності харчування серед дітей у віці від 6 до 59 місяців. Показники співвідношення «маса тіла – зріст» («weight-for-height», WFH) треба розраховувати, використовуючи норми росту дітей ВООЗ (2006). Z-показник співвідношення «маса тіла – зріст» (відповідно до норм ВООЗ) є найкращим показником для результатів антропометричних досліджень. Окружність середини плеча (ОСП, або mid upper arm circumference, MUAC) є самостійним критерієм гострої недостатності харчування, а також одним із найкращих прогнозуючих параметрів смертності. Частота випадків низьких показників ОСП також використовується, щоб прогнозувати кількість пацієнтів, які беруть участь у програмах додаткового харчування і терапії.

Граничними значеннями зазвичай вважають <11,5 см для важкої гострої недостатності харчування і 11,5-12,5 см для помірної гострої недостатності харчування. Цей показник, із більш високим граничним значенням, також часто застосовують у двоступеневій процедурі скринінгу. Цей показник не можна застосовувати ізольовано під час антропометричних досліджень, проте він може бути використаний як єдиний критерій доступу до програм харчування.

	Загальна гостра недостатність харчування	Помірна гостра недостатність харчування	Важка гостра недостатність харчування
Діти у віці 6-59 місяців	WFH <-2 Z-показника і/або ОСП <12,5 см і/або аліментарна дистрофія	WFH -3 — -2 Z-показника і/або ОСП 11,5–12,5 см	WFH <-3 Z-показника і/або ОСП <11,5 см і/або аліментарна дистрофія
Особи похилого віку	ОСП 21 см	ОСП 18,5–21,0 см	ОСП 18,5 см
Вагітні та жінки, що годують груддю	ОСП <23 см (може бути <210 мм в деяких контекстах)	ОСП 18,5–22,9 см	ОСП <18,5 см
Дорослі (включно з особами, які живуть із ВІЛ або туберкульозом)	Індекс маси тіла (ІМТ) <18,5	ІМТ 16–18,5	ІМТ <16

Діти у віці 5-19 років

Для визначення стану харчування дітей у віці 5-19 років варто використовувати норми росту, розроблені ВООЗ у 2007 році. Ці криві даних показників росту приблизно збігаються з нормами росту ВООЗ для дітей у віці 6-59 місяців та рекомендованими граничними значеннями для дорослих. Щодо дітей старшого віку і підлітків, особливо у випадку ВІЛ-інфекції, можна використовувати показник окружності середини плеча (ОСП). Оскільки ця технічна сфера постійно розвивається, потрібно ознайомлюватися з новітніми настановами й оновленнями.

Дорослі (20–59 років)

Не існує узгодженого визначення недостатності харчування у дорослих, але факти говорять про те, що граничними показниками щодо важкої гострої недостатності харчування потрібно вважати індекс маси тіла (ІМТ) 16, а для легкої або помірної гострої недостатності харчування — нижче 18,5. Під час досліджень недостатності харчування у дорослих варто звертати увагу на дані про вагу, зріст, зріст у положенні сидючи та виміри окружності середини плеча (ОСП). Ці дані допоможуть підрахувати ІМТ. Потрібно також робити поправки значень ІМТ на індекс Cormic (співвідношення зросту в положенні сидючи та в положенні стоячи) для того, щоб порівняти різні групи населення. Такі поправки можуть суттєво змінити картину видимої поширеності недостатності харчування, що своєю чергою внесе серйозні зміни в планування програм із надання допомоги. Вимірювання ОСП потрібно виконувати завжди. У випадках, коли результати вимірювань потрібні негайно або в умовах обмежених ресурсів, дослідження має базуватися тільки на вимірах ОСП.



Оскільки інтерпретація результатів антропометричних досліджень утруднена відсутністю перевірених даних про практичні кінцеві результати та орієнтири для визначення їх значення, ці результати можна розглядати разом із докладною контекстуальною інформацією. Інструкції з оцінювання:  *див. Посилання та додаткова література.*

Процедура скринінгу окремих осіб для внесення їх до програми догляду та лікування у зв'язку з недостатністю харчування і для виходу з програми має враховувати поєднання антропометричних показників і клінічних ознак (зокрема, слабкості, що була виявлена в останній період зниження маси тіла), а також соціальних факторів (наприклад, доступ до харчових продуктів, наявність осіб, що можуть здійснювати догляд, наявність тимчасового житла тощо). Важливо пам'ятати, що аліментарна дистрофія (голодний набряк) у дорослих може бути спричинена не лише недостатністю харчування, а й багатьма іншими причинами, та клініцистам варто звертати увагу на набряки, щоб з'ясувати їхню справжню причину. Окремим гуманітарним організаціям потрібно визначитися з показниками, на основі яких вирішуватиметься, хто підходить для включення програми харчування, водночас враховуючи відомі недоліки вимірювань ІМТ, відсутність даних щодо ОСП, а також наслідки їх використання для програми. Ця технічна сфера постійно розвивається, тому потрібно ознайомлюватися з новітніми настановами й оновленнями.

Вимірювання ОСП можуть бути використані як інструмент скринінгу вагітних жінок, наприклад, як критерій для включення в програму харчування. Вагітні жінки можуть становити групу більшого ризику, ніж інші групи населення, оскільки вони потребують додаткового харчування. Під час вагітності показники ОСП мало змінюються. Було доведено, що ОСП <20,7 см (великий ризик) і <23,0 см (помірний ризик) свідчить про уповільнений ріст плоду. Зразкові граничні показники, що стосуються ризику, залежать від країни та зберігаються в межах від 21 до 23 см. Показник менше 21 см вважається відповідним граничним показником для віднесення жінок до категорії осіб із підвищеним ризиком під час надзвичайних ситуацій.

Особи похилого віку

Наразі не існує узгоджених критеріїв визначення недостатності харчування в осіб похилого віку, проте ця група населення зазнає значного ризику недостатнього харчування в умовах надзвичайної ситуації. ВООЗ рекомендує вважати, що граничні значення ІМТ для дорослих відповідають таким значенням в осіб у віці понад 60 років. Однак точність вимірювань є надто проблематичною у зв'язку з викривленнями хребта (сутулість) і компресією хребців. При цьому замість вимірювання зросту можна оцінювати величину розмаху або напіврозмаху рук із подальшим множенням на відповідний коефіцієнт, який, однак, може варіюватися залежно від групи населення. Потрібно застосовувати візуальні способи оцінювання. Вимірювання ОСП також може виявитися корисним для оцінювання ступеня недостатності харчування у літніх людей, проте дослідження щодо визначення відповідних граничних значень ще тривають.

Особи з інвалідністю

Наразі відсутні настанови щодо показників у осіб з інвалідністю, і тому вони часто не входять до програм антропометричних досліджень. Потрібно застосовувати візуальні способи оцінювання. Вимірювання ОСП можуть дати хибну картину у випадках, коли м'язи плеча добре розвинені у зв'язку з потребою в їх постійному використанні для забезпечення руху. Крім стандартних методів вимірювань росту, існують і альтернативні методи, зокрема вимірювання довжини, розмаху, напіврозмаху рук, а також довжини гомілки. Для цього потрібно ознайомитися з результатами останніх наукових досліджень, щоб знайти найкращий спосіб вимірювання для осіб з інвалідністю у випадках, коли стандартні вимірювання ваги, росту і ОСП не можна застосувати.



Додаток 5

Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення

У разі виявлення клінічно вираженого дефіциту мікронутрієнтів, потрібно негайно проводити лікування кожного окремого випадку. Окремі випадки клінічно вираженого дефіциту мікронутрієнтів зазвичай також вказують на основну причину дефіциту мікронутрієнтів на рівні всього населення. Визначення та класифікація дефіциту мікронутрієнтів на рівні населення мають критичне значення для планування втручань і здійснення їх моніторингу.

Перевагою біохімічних аналізів є те, що вони дають об'єктивні показники вмісту мікронутрієнтів. Втім, забір матеріалу для аналізу часто пов'язаний із труднощами, зумовленими логістикою, навчанням персоналу, системою забезпечення оптимального температурного режиму зберігання і транспортування, а іноді прийнятністю для населення. Біохімічні дослідження також не завжди є настільки чутливими та специфічними, як вимагається. Можливі також зміни, зумовлені тим, у який час дня зроблено забір проби, а також порою року, як у випадку з гострою недостатністю харчування. Критичне значення має належний контроль якості, що варто враховувати під час вибору лабораторії для проведення аналізу проб.

Під час оцінювання вмісту мікронутрієнтів треба враховувати не лише їх дефіцит, але і надмірне споживання. Про це варто пам'ятати особливо в тих випадках, коли для забезпечення мікронутрієнтами постраждалого населення використовують різноманітні збагачені поживними речовинами та вітамінами продукти або добавки.

Дефіцит мікронутрієнтів має тяжкі наслідки для психічного та фізичного здоров'я, імунної системи та функціональних можливостей осіб похилого віку.

У наведеній нижче таблиці представлена класифікація значення дефіциту деяких мікронутрієнтів для здоров'я населення із використанням різних показників. Інформацію про біохімічні тести та порогові значення для громадського здоров'я можна знайти у найновішій літературі або звернувшись до спеціаліста.

Показник дефіциту мікронутрієнтів	Вікова група, рекомендована для обстеження на поширеність	Масштаб проблеми для громадського здоров'я	
		Важкість	Поширеність (%)
Дефіцит вітаміну А			
Куряча (нічна) сліпота (XN)	24–71 міс.	Легка	0 ≤ 1
		Помірна	1 ≤ 5
		Істотна	5
Ксеротичні бляшки (X1B)	6–71 міс.	Не визначено	>0,5
Ксероз/ виразки рогівки/ кератомаліяція (X2, X3A, X3B)	6–71 міс.	Не визначено	>0,01
Рубці рогівки (XS)	6–71 міс.	Не визначено	>0,05
Ретинол у сироватці крові (≤0,7 мкмоль/л)	6–71 міс.	Легка	2 ≤ 10
		Помірна	10 ≤ 20
		Істотна	20
Дефіцит йоду			
Зоб (видимий та при пальпації)	Діти шкільного віку	Легка	5,0–19,9
		Помірна	20,0–29,9
		Істотна	30,0
Медіана вмісту йоду у сечі (мкг/л)	Діти шкільного віку	Надмірне вживання	>300
		Достатнє вживання	100–199
		Легкий дефіцит	50–99
		Помірний дефіцит	20–49
		Важкий дефіцит	<20
Дефіцит заліза			
Анемія (не вагітні жінки: гемоглобін <12,0 г/дл; діти 6-59 місяців: <11,0 г/дл)	Жінки, діти 6-59 місяців	Низька	5–20
		Середня	20–40
		Висока	40
Бері-бері			
Клінічні ознаки	Все населення	Легка	1 випадок і <1 %
		Помірна	1–4
		Істотна	5



Показник дефіциту мікронутрієнтів	Вікова група, рекомендована для обстеження на поширеність	Масштаб проблеми для громадського здоров'я	
		Важкість	Поширеність (%)
Споживання з їжею (<0,33 мг/1000 ккал)	Все населення	Легка	5
		Помірна	5–19
		Істотна	20–49
Смертність серед немовлят	Діти у віці 2–5 місяців	Легка	Немає підвищення
		Помірна	Незначне підвищення
		Істотна	Помітне підвищення
Пелагра			
Клінічні ознаки (дерматит) в обстеженій віковій групі	Усе населення чи жінки>15 років	Легка	≥ 1 випадок і <1 %
		Помірна	1–4
		Істотна	5
Dietary intake of niacin equivalents <5mg/day	Усе населення чи жінки>15 років	Легка	5–19
		Помірна	20–49
		Істотна	50
Цинга			
Клінічні ознаки	Все населення	Легка	1 випадок і <1 %
		Помірна	1–4
		Істотна	5

Додаток 6

Харчові потреби

Нижченаведені показники можна використовувати під час планування програм на початкових стадіях кризи. Наведені в таблиці дані, які стосуються мінімальних харчових потреб, варто використовувати для оцінювання достатності загальних продуктових раціонів. Ці дані не призначені для оцінювання достатності раціонів додаткового або лікувального харчування або оцінювання раціонів харчування, призначених для особливих груп населення, наприклад осіб, хворих на туберкульоз, або осіб, які живуть з ВІЛ.

Поживна речовина	Мінімальні потреби населення
Енергетична цінність	2100 ккал
Білки	53 г (10 % загальної енергетичної цінності)
Жири	40 г (17% загальної енергетичної цінності)
Вітамін А	550 мкг RAE (еквівалент активності ретинолу)
Вітамін D	6,1 мкг
Вітамін Е	8,0 мг alpha-TE (еквівалент альфа-токоферолу)
Вітамін К	48,2 мкг
Вітамін В1 (тіамін)	1,1 мг
Вітамін В2 (рибофлавін)	1,1 мг
Вітамін В3 (ніацин)	13,8 мг NE (еквівалент ніацину)
Вітамін В6 (піридоксин)	1,2 мг
Вітамін В12 (кобаламін)	2,2 мкг
Фолієва кислота	363 мг DFE (харчовий еквівалент фолату)
Пантотенова кислота	4,6 мг
Вітамін С	41,6 мг
Залізо	32 мг
Йод	138 мкг
Цинк	12,4 мг
Мідь	1,1 мг
Селен	27,6 мкг
Кальцій	989 мг
Магній	201 мг

Джерело: *Норми споживання поживних речовин із посібника ФАО/ВООЗ (2004).* Харчові потреби людини у вітамінах і мінеральних речовинах. Друге видання. Відповідні показники застосовувалися для розрахунку потреб у всіх вітамінах і мінеральних речовинах, окрім міді. Потреби в міді наведено за виданням ВООЗ (1996) Мікроелементи в харчуванні та здоров'ї людини.

Ці мінімальні вимоги для пересічного населення охоплюють всі вікові групи та обидві статі. А отже, вони не є специфічними для будь-якої окремої групи за віком чи статтю і не мають використовуватися як вимоги до кожної окремої особи. Ці вимоги базуються на усередненому демографічному профілі, припущеннях щодо нормальної температури довкілля та рівня активності людей. Вони також враховують додаткові потреби вагітних і жінок, що годують груддю.

Зазначені вимоги виражені як рекомендовані норми споживання поживної речовини (reference nutrient intakes, RNI) для всіх поживних речовин, окрім енергетичної цінності та міді.



Оновлення та подальші дослідження щодо макро- та мікронутрієнтів доступні на вебсайтах Продовольчої та сільськогосподарської організації (ФАО) Організації Об'єднаних Націй та ВООЗ.

Під час розрахунку енергетичних потреб населення потрібно брати до уваги такі фактори:

- похилого віку, підлітків;
- середня маса тіла дорослих, а також реальна, звичайна і бажана маса тіла;
- рівні фізичної активності, потрібні для продуктивної життєдіяльності (харчові потреби зростатимуть, якщо ступінь фізичної активності вищий за «легкий» (тобто 1,6 x інтенсивність основного обміну речовин);
- середня температура довкілля, забезпеченість тимчасовим житлом і одягом (харчові потреби зростатимуть, якщо середня температура повітря нижча ніж 20 °C);
- стан харчування і стан здоров'я населення (харчові потреби зростатимуть, якщо значний відсоток населення страждає від недостатності харчування й у людей виникають потреби його компенсувати. Широке поширення ВІЛ-інфекції може серйозно вплинути на потреби пересічного населення. Питання про зміну раціону харчування з метою задоволення цих потреб має бути вирішене на підставі аналізу конкретної ситуації та чинних міжнародних рекомендацій).

Рекомендації з розрахунку коригувать: ⊕ див. УВКБ ООН, ЮНІСЕФ, ВПП і ВООЗ (2002). *Потреби в продовольстві та харчуванні в надзвичайних ситуаціях* і *Посібник ВПП із продовольства та харчування (2001)*.

Якщо отримання інформації цього типу під час оцінювання неможливе, то цифри, наведені в таблиці вище, варто використовувати як величину мінімальних харчових потреб.

Щоб зрозуміти структуру населення з розбивкою за статтю, віком та іншими критеріями, у разі потреби, використовуйте національні вихідні дані або див. World Population Prospects (Світові демографічні перспективи): <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

Посилання та додаткова література

Загальні положення

Child Protection Minimum Standards (CPMS). [Мінімальні стандарти захисту дітей (CPMS)] Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Preparedness and Response Package [Пакет планів готовності та реагування на надзвичайні ситуації]. 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* [Гарві, П. Праудлок, К. Клей, Е. Райлі, Б. Джаспарс, С. Продовольча допомога у надзвичайних ситуаціях і в умовах перехідного періоду. Огляд сучасних поглядів]. Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування] Консорціум з питань віку та інвалідності, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons [Рамкова програма МПК з пошуку довгострокових рішень в інтересах внутрішньо переміщених осіб]. МКП, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs* [Лан, Г. Графхем, О. Тепло, світло та енергія для біженців: рятувати життя, зменшувати витрати]. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Керівні принципи та стандарти здійснення операцій з порятунку домашньої худоби в надзвичайних ситуаціях (LEGS)]. Проект LEGS, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Мінімальні стандарти відновлення економіки (MERS)] Мережа SEEP, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance [Мінімальні стандарти захисту дітей у гуманітарній діяльності]. CPWG, 2016. <http://cpwg.net>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Мінімальні стандарти освіти: готовність, відновлення, реагування]. Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях (INEE), 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Мінімальний стандарт аналізу ринку (MISMA)]. Партнерство з вивчення застосування готівкових коштів (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework* [Педжич, Дж. Право на харчування в умовах збройного конфлікту: правова база]. Міжнародний комітет Червоного Хреста, 2001. <https://www.icrc.org>

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition [Питання безпечного палива та енергії: продовольча безпека та харчування]. 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) [Право на достатнє харчування (стаття 11: 12.05.1999. E/C 12/1999/5, Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, зауваження загального порядку № 12)]. Економічна і соціальна рада ООН, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction [Сендайська рамкова програма зі зниження ризику надзвичайних ситуацій]. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

Оцінка

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People [RAM-OP: метод швидкого оцінювання для осіб похилого віку]. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology [Стандартизована система моніторингу та оцінки надання допомоги в надзвичайних ситуаціях та перехідні періоди (SMART)]. Методологічний посібник. SMART. <http://smartmethodology.org>

Харчування

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* [Каслмен, Т. Сеймо-Фассо, Е. Когіл, Б. Наслідки антиретровірусної терапії для їжі та харчування в умовах обмежених ресурсів. Технічна допомога з питань харчових продуктів і харчування, технічна примітка № 7]. FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations* [Шастр, К. Даффілд, А. Кайнднесс, Г. Лежан, С. Тейлор, А. Мінімальна вартість раціону. Результати випробування нової методології на чотирьох майданчиках дослідження]. Save the Children UK, 2007. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts [Codex Alimentarius. Стандарти, настанови та рекомендації]. FAO та ВООЗ. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies [Потреби в їжі та харчуванні в надзвичайних ситуаціях]. ВООЗ, УВКБ ООН, Дитячий фонд ООН, ВПП, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes [Міжнародний кодекс зі збуту замінників грудного молока]. ВООЗ, 1981. www.who.int

Ведення гострої недостатності харчування

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences* [Блек, Р.Е. Аллен, Л.Г. Бхутта, З.А. Колфілд, Л.Е. де Оніс, М. Еццати, М. Метерс, С. Рівера, Х. Недостатність харчування матерів і дітей: глобальний і регіональний вплив і наслідки для здоров'я]. The Lancet, vol. 371, № 9608, 2008, pp. 243–260. <https://doi.org>

Спільні методики

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work* [Боніно, Ф. Як забезпечити, щоб механізми зворотного зв'язку працювали]. ALNAP, 2014.

Годування немовлят і дітей перших років життя

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children [Норми росту дітей та виявлення важкої гострої недостатності харчування у немовлят і дітей перших років життя]. ВООЗ, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide [Ранній розвиток дитини в надзвичайних ситуаціях. Комплексний програмний посібник]. ЮНІСЕФ, 2014. <https://www.unicef.org>

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? [Інтеграція заходів з розвитку дітей перших років життя в програми харчування в надзвичайних ситуаціях: чому, що і як?] Спільна заява ЮНІСЕФ і ВООЗ, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies [Інструкції щодо організації харчування немовлят і дітей перших років життя у надзвичайних ситуаціях]. IFE Core Group, 2017. <https://www.enonline.net>

Діти

Growth reference for school-aged children and adolescents [Показники росту для дітей шкільного віку та підлітків]. ВООЗ, 2007. www.who.int

Продовольча безпека

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual [Індекс копінгових стратегій : методичний посібник]. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming* [Каккавале, О. Флеміг, Т. Збирання інформації про ціни для програмування продовольчої безпеки]. ВПП, 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* [Коутс, Дж. Свіндейл, А. Білінський, П. Шкала вразливості домогосподарств до продовольчої безпеки (HFIAS) для вимірювання доступу до харчування. Посібник з вимірювання показників, ред. 3]. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality [Безпека та якість харчових продуктів]. ФАО та ВООЗ. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects [Інструменти та пілотні проекти для міст]. Кластер продовольчої безпеки. <http://fscluster.org>

Food Security Cluster Core Indicator Handbook [Довідник із базових показників]. Кластер продовольчої безпеки. <http://fscluster.org>

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves [Гуманітарна зона, зона впливу]. Глобальний альянс за чисті кухонні плити, 2018. <http://cleancookstoves.org>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 [Комплексна класифікація стадій продовольчої безпеки (IPC) 2018 – технічний посібник, ред. 3]. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction [Зберегти продовольство: глобальна ініціатива зі скорочення продовольчих втрат і харчових відходів. Об'єм, причини та скорочення]. ФАО та ВООЗ. <http://www.fao.org>

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2* [Свіндейл, А. Білінський, П. Показник різноманітності харчування домогосподарств (HDDS) для вимірювання доступу домогосподарств до харчування. Посібник з вимірювання показників, ред. 2]. FANTA, 2006.



Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N) [Технічна настанова. Оцінка споживання їжі, аналіз якості харчування (FCS-N)]. ВПП, 2015. <https://www.wfp.org>

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves [Ярусний рейтинг за проміжними стандартами ISO IWA]. Глобальний альянс за чисті кухонні плити <http://cleancookstoves.org>

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security [Добровільні рекомендації щодо підтримки поступової реалізації права на достатнє харчування в контексті національної продовольчої безпеки]. Комітет зі всесвітньої продовольчої безпеки, 2005.

Продовольча допомога

Guide to Personal Data Protection and Privacy [Посібник із захисту персональних даних і конфіденційності]. ВПП, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. [Комплексне програмування захисту та продовольчої допомоги. Генеральний директорат європейського цивільного захисту та операцій з гуманітарної допомоги. Остаточна версія]. <https://reliefweb.int>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme [NutVal 2006, ред. 2.2: Програма для планування, розрахунку та моніторингу програм продовольчої допомоги]. УВКБ ООН, ВПП, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity [Захист на практиці: надання продовольчої допомоги в безпечний спосіб та із дотриманням гідності]. ООН-ВПП, 2013. <https://reliefweb.int>

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger [Революція: від надання харчів до продовольчої допомоги: інновації для подолання голоду]. ВПП, 2010. <https://documents.wfp.org>

Втручання у сфері забезпечення насінням

Seed System Security Assessment (SSSA) [Оцінка безпеки системи постачання насіння (SSSA)]. CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook [Постачання насіння в надзвичайних ситуаціях. Технічний посібник]. ФАО, 2010. www.fao.org

Ринки та грошова допомога

CaLP CBA quality toolbox [Інструментарій якості грошової допомоги]. CaLP, rqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual [Посібник з використання готівки та ваучерів]. ВПП, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines [Електронні перекази в надзвичайних ситуаціях. Інструкції для підтримки реалізації програм]. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers [Нова передова практика використання ваучерів на свіжі харчові продукти]. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action [Рекомендації з інтеграції заходів боротьби із гендерно зумовленим насильством в гуманітарну діяльність]. МПК, 2015. www.gbvguidelines.org

Гендер

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action [Рекомендації з інтеграції заходів боротьби із гендерно зумовленим насильством в гуманітарну діяльність]. МПК, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH) [Дослідження насильства над жінками: практичний посібник для дослідників і активістів. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Особи з інвалідністю

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet [Включення дітей з інвалідністю до гуманітарної діяльності. Брошура з харчування]. ЮНІСЕФ. <http://training.unicef.org>

Module on Child Functioning and Disability [Модуль «Дитяче функціонування та інвалідність»]. ЮНІСЕФ, 2018. <https://data.unicef.org>

Засоби до існування

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis [CLARA: Груповий аналіз засобів до існування та ризику]. Women's Refugee Commission, 2016 р. <https://www.womensrefugeecommission.org>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets [Настанови зі сталих засобів до існування]. DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

Навколишнє середовище

Flash Environmental Assessment Tool [Посібник зі швидкої оцінки стану навколишнього середовища]. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy [Посібник із безпечного доступу до дров та джерел альтернативної енергії]. ВПП, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3 [Комплексна класифікація стадій продовольчої безпеки (IPC) 2018 – технічний посібник, ред. 3]. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Graffham, O. Heat, *Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs* [Лан, Г. Графхем, О. Тепло, світло та енергія для біженців: рятувати життя, зменшувати витрати]. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative [Ініціатива «Moving Energy»]. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

Додаткова література

Рекомендації щодо додаткової літератури містяться за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Додаткова література

Попередня оцінка

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition [Спільна місія з оцінки (JAM): Настанови. 2-ге вид]. УВКБ ООН/ВПП, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool [Засіб багатосекторальної швидкої попередньої оцінки (MIRA)]. МПК, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA) [Технічні рекомендації щодо спільного підходу до оцінювання харчування та продовольчої безпеки (JANFSA)]. ВПП і ЮНІСЕФ, 2016.

Оцінювання продовольчої безпеки

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis [Альтернативні схеми вибірки для надзвичайних обставин: посібник із планування дослідження, збирання та аналізу даних]. FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification [Порівняння показників споживання харчових продуктів домогосподарствами для використання в класифікації фаз гострого продовольчого ризику]. FANTA, 2015.

<https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf>

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines [Настанови Місії з оцінки безпеки врожаю та продовольства (CFSAM):]. FAO і ВПП, 2009. www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines [Настанови з комплексного аналізу продовольчої безпеки та вразливості (CFSVA)]. ВПП, 2009.

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition [Посібник з оцінки продовольчої безпеки в надзвичайних ситуаціях (EFSA) – друге видання]. ВПП, 2009.

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners [Оцінка забезпечення засобів до існування домогосподарств: інструментарій для практиків]. CARE, 2002.

Vulnerability and Capacity Assessment Guide [Посібник з оцінки вразливості та спроможності]. МФЧХ. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers [Економіка домогосподарств: посібник для розробників програм і політик]. Save the Children, 2008.

Оцінювання безпеки у сфері забезпечення насінням

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems* [Лонглі, К. Домінгес, К. Сайде, М. А. Леонардо, В. Дж. Чи потрібне фермерам гуманітарне насіння? Методологія оцінки насінневих систем]. Надзвичайні ситуації, NCBI, 2002.



Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security* [Сперлінг, Л. Коли трапляється лихо: посібник з оцінки безпеки насінневої системи]. Міжнародний центр тропічного сільського господарства, 2008.

Оцінювання засобів до існування

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability* [Джасперс, С. Шоем, Дж. Критичний огляд підходів до оцінки та моніторингу засобів до існування в ситуаціях хронічного конфлікту та політичної нестабільності]. ODi, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings [Матриця ролей і відповідальності гуманітарних організацій для забезпечення скоординованої багатосекторальної паливної стратегії в ситуаціях гуманітарної кризи. Редакція 1.1. Цільова група з безпечного доступу до дров та джерел альтернативної енергії в ситуаціях гуманітарної кризи]. МПК, 2009.

Ринки

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report, HPG background paper* [Адамс, Л. Вчимося на прикладі грошової допомоги для подолання наслідків цунамі. Заключний звіт, довідковий документ HPG]. HPG, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf>

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis [Готівка, місцеві закупівлі та/або імпортна продовольча допомога? Ринкова інформація та аналіз реагування на продовольчі ризики]. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies* [Креті, П. Джаспарт, С. Програмування готівкових переказів у надзвичайних ситуаціях]. Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies [Переказ коштів: Механізми переказу готівки в надзвичайних ситуаціях]. Save the Children UK, Oxfam GB і Британське Товариство Червоного Хреста, за підтримки ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper* [Гарві, П. Готівка та ваучери в надзвичайних ситуаціях. Довідковий документ HPG]. ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers [Впровадження втручань у готівковій формі: госібник для гуманітарних працівників]. Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Мінімальний стандарт аналізу ринку (MISMA)]. CaLP, 2013.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit* [Майк, А. Набір інструментів ринкового планування та аналізу надзвичайних ситуацій (EMMA)]. Oxfam GB, 2010.

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance [Настановна з багатосекторальної швидкої попередньої оцінки (MIRA)]. МПК, 2015.

Споживання їжі

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet [Аналіз споживання їжі: Розрахунок і використання оцінки споживання їжі в аналізі продовольчої безпеки. Технічна інструкція]. ВПП, 2008. www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Household Dietary Diversity Score (HDDS). [Показник різноманітності харчування домогосподарств (HDDS)]. Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Reference Nutrient Intake (RNI) publications [Публікації з рекомендованих норм споживання поживних речовин (RNI)]. ВООЗ.

www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ and www.who.int/elena/nutrient/en/

Спільні методики

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook [Посібник з аналізу вразливості до зміни клімату та спроможностей]. CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA) [Оцінка ризиків зміни клімату та погіршення стану довкілля та оцінка адаптації (CEDRA)]. Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers [Як провести оцінку вразливості та потенціалу (VCA). Покроковий посібник для працівників і волонтерів Червоного Хреста і Червоного Півмісяця]. МФЧХ, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis [Аналіз вразливості за участі цільової аудиторії]. ActionAid, 2004.

Інформаційні системи харчування та продовольчої безпеки

Famine Early Warning Systems Network [Мережа систем раннього попередження про голод]. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS) [Інформаційні системи та картування продовольчої безпеки та вразливості (FIVIMS)]. FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture [Глобальна система інформації та раннього попередження у сфері продовольства та сільського господарства]. ФАО. www.fao.org/ES/gIEWS/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1. [Комплексна класифікація стадій продовольчої безпеки, технічний посібник. Редакція 1.1.]. IPC Global partners і ФАО, 2008. www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2* [Шоем, Дж. Вотсон, Ф. Долан, К. Використання показників харчування в системах нагляду, технічний документ 2]. ODI, 2001. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf>



Антропометричне оцінювання

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality [Посібник: Вимірювання та інтерпретація недостатності харчування та смертності]. Центри контролю та профілактики захворювань і ВПП, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49–51. [Оцінка недостатності харчування дорослих у надзвичайних ситуаціях. Звіт спеціального засідання з надзвичайних ситуацій робочої групи Посійного комітету ООН щодо харчування, с. 49–51.]. АСС, Sub-Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations* [Коллінз, С. Даффілд, А. Майатт, М. Дорослі: Оцінка стану харчування населення, постраждалого внаслідок надзвичайних ситуацій]. АСС, Sub-Committee on Nutrition, 2000.

https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers [Оцінювання стану харчування в надзвичайних ситуаціях і настанови для польових працівників]. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers* [Янг, Г. Джаспарс, С. Значення та вимірювання гострої недостатності харчування в надзвичайних ситуаціях: Основа для ухвалення рішень]. HPN, 2006. <https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/>

Оцінювання мікронутрієнтів

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations* [Горстайн, Дж. Салліван, К.М. Парванта, І. Бегін, Ф. Показники й методи перехресних досліджень стану вітамінів і мінералів у групах населення]. Micronutrient Initiative and CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Оцінювання годування немовлят і дітей перших років життя

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide [Практики годування немовлят і дітей перших років життя. Збирання і використання даних. Покрокові інструкції]. CARE, 2010. www.enonline.net/resources

Годування немовлят і дітей перших років життя

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant [Посібник з облаштування зон для догляду за дітьми, розділ 4. Годування немовлят, які не отримують грудного годування]. ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming [ЕЧО. Годування немовлят і дітей перших років життя у надзвичайних ситуаціях. Настанови для програмування].

https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [Глобальна стратегія годування немовлят і дітей перших років життя]. ЮНІСЕФ і ВООЗ, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations [Рекомендації щодо годування немовлят та ВІЛ у контексті біженців та переміщених осіб]. УВКБ ООН, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies [Керівні принципи годування немовлят і дітей перших років життя в умовах надзвичайних ситуацій]. ВООЗ, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief [Глобальні цілі з харчування 2025. Резюме щодо політики грудного вигодовування]. ВООЗ/ЮНІСЕФ, 2014 www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence [ВІЛ-інфекція та годування немовлят: принципи та рекомендації щодо годування немовлят у контексті ВІЛ-інфекції та огляд доказів]. ВООЗ, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE [Модуль IFE 1: Орієнтаційний пакет IFE]. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.enonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices [Показники для оцінювання практики годування немовлят і дітей перших років життя]. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF and WHO, 2007.

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex [Практики годування немовлят і дітей перших років життя: Стандартні операційні процедури з поводження із заміниками грудного молока для годування дітей-біженців віком 0–23 місяців із додатком]. УВКБ ООН, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations [Модуль 2 з годування немовлят у надзвичайних ситуаціях для працівників сфери охорони здоров'я та харчування в надзвичайних ситуаціях]. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.enonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media [Захист немовлят у надзвичайних ситуаціях. Інформація для ЗМІ]. IFE Core Group, 2009. www.enonline.net/ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011 [Програмний посібник ЮНІСЕФ щодо годування немовлят і дітей перших років життя], 2011. www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Загальна продовольча безпека

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role* [Барретт, К. Максвелл, Д. Продовольча допомога через п'ятдесят років: перегляд ролі]. Routledge, Нью-Йорк, 2005. <https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf>

Food and Nutrition Needs in Emergencies [Потреби в їжі та харчуванні в надзвичайних ситуаціях]. УВКБ ООН, ЮНІСЕФ, ВПП і ВООЗ, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution [Серія посібників з продовольчої допомоги. Для загального поширення]. World Vision International, 2017.



Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition [Керівні принципи щодо заходів боротьби з гендерно-зумовленим насильством в умовах гуманітарних криз — акцент на запобіганні та реагуванні на сексуальне насильство в надзвичайних ситуаціях, розділи 1–4, таблиця дій 6.1. Продовольча безпека та харчування]. МПК, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. [Мінімальні стандарти захисту дітей у гуманітарній діяльності: Альянс за захист дітей у гуманітарній діяльності, 2012 р.] <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action>

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. *Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10* [Максвелл, Д. Седлер, К. Сім, А. Мутоні, М. Іган, Р. Вебстер, М. Втручання у сфері продовольчої безпеки в надзвичайних ситуаціях. Огляд належної практики. № 10]. Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. <https://www.enonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf>

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34 [Право на достатнє харчування. Інформаційний бюлетень № 34]. УВКПЛ і ФАО, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

Визначення цілей та розподіл продовольства

Catalogue and Standard Operating Procedures [Каталог і стандартні операційні процедури]. UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org

Food Quality Control [Контроль якості харчових продуктів]. ВПП, 2010. <http://foodqualityandsafety.wfp.org/>

Food Storage Manual [Посібник зі зберігання харчових продуктів]. Інститут природних ресурсів і ВПП, 2003.

Food Assistance Main Manual, Third edition [Основний посібник з продовольчої допомоги, третє видання]. World Vision International, 2017.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide [Продовольча допомога в контексті ВІЛ: посібник із розробки раціону]. ВПП, 2008.

Food Resource Management Handbook [Посібник з управління харчовими ресурсами]. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3* [Джаспарс, С. Янг, Х. Загальний розподіл продовольства в надзвичайних ситуаціях. Від харчових потреб до політичних пріоритетів. Огляд належної практики № 3]. Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Logistics Operational Guide [Операційний посібник з логістики]. ВПП, Кластер логістики, 2010.

School Feeding Quality Standards [Стандарти якості шкільного харчування]. ВПП, 2009.

Targeting in Emergencies [Визначення цільових груп у надзвичайних ситуаціях]. ВПП, 2006.

UNHCR Handbook for Registration [Посібник УВКБ ООН з реєстрації]. УВКБ ООН, 2003.

Втручання у сфері забезпечення насінням

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa [Ваучери та ярмарки насіння: Посібник з відновлення сільського господарства з використанням насіння в Африці]. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10* [Сперлінг, Л. Ремінгтон, Т. Гауген, Дж.М. Допомога у сфері забезпечення насінням: поради для фахівців. Короткі практичні курси 1-10]. International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

Загальні посібники з харчування в надзвичайних ситуаціях

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations [Набір інструментів з підтримки харчування в надзвичайних ситуаціях]. МПК, 2008.

Food and Nutrition Needs in Emergencies [Потреби в їжі та харчуванні в надзвичайних ситуаціях]. УВКБ ООН, ЮНІСЕФ, ВПП і ВООЗ, 2002.

Food and Nutrition Handbook [Посібник з харчових продуктів та харчування]. ВПП, 2001.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies [Рекомендації з вибіркового годування та лікування недостатності харчування в надзвичайних ситуаціях]. УВКБ ООН та ВПП, 2009.

Harmonised Training Package (HTP) [Гармонізований пакет навчальних матеріалів (HTP)]. IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. *Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications* [Кхара, Т. Долан, К. Технічний довідковий документ. Взаємозв'язок між дефіцитом ваги та затримкою росту. Політика, програмування та дослідження]. ENN, 2014.

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies [Помірна гостра недостатність харчування: інструмент ухвалення рішень у надзвичайних ситуаціях]. GNC MAM Task Force, 2014.

Prudhon, C. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations* [Прюдон, К. Діагностика та лікування недостатності харчування в надзвичайних ситуаціях]. АСФ, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies [Управління харчуванням у надзвичайних ситуаціях]. ВООЗ, 2000.

Уразливі особи

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action [Задоволення харчових потреб осіб похилого віку в надзвичайних ситуаціях у Африці: ідеї для дій]. HelpAge International, 2001.
<http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf>



Food Assistance Programming in the Context of HIV [Програмування продовольчої допомоги в контексті ВІЛ], FANTA and WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS [Нормальне життя з ВІЛ та СНІДом. Посібник з харчування та підтримки людей, які живуть з ВІЛ та СНІДом]. ФАО і ВООЗ, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis [Особи похилого віку в умовах надзвичайних ситуацій і гуманітарних криз]. HelpAge and UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities [Жінки, дівчатка, хлопчики й чоловіки. Різні потреби — рівні можливості]. МПК, 2006.

Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children* [Вінсток, А. Практичні вказівки для ведення випадків труднощів з харчуванням та питтям у дітей]. Winslow Press, 1994.

Ведення гострої недостатності харчування

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual [Терапевтичний догляд на рівні громади (CTC): польовий посібник]. VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition [Ведення важкої гострої недостатності харчування на рівні громади]. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM [Інтеграція підтримки IYCF у ведення гострої недостатності харчування на рівні громади (CMAM)]. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009. www.enonline.net/resources

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes [Звіт MAMI, технічний огляд. Поточні дані, політика, практика та результати програми]. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers [Ведення гострої недостатності харчування. Посібник для лікарів та інших старших медичних працівників]. ВООЗ, 1999.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. *Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies* [Наварро-Колорадо, К. Мейсон, Ф. Шоем, Дж. Визначення ефективності додаткового харчування в надзвичайних ситуаціях]. HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. *Supplementary Feeding Minimum Reporting Package* [Наварро-Колорадо, Ф. Шоем, Дж. Мінімальний пакет звітів про додаткове годування]. HPN (готується до друку).

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition [Навчальний посібник з лікування гострої недостатності харчування на рівні громад]. FANTA, 2008.

Дефіцит мікронутрієнтів

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies [Керівні принципи використання комплексних вітамінних і мінеральних добавок у надзвичайних ситуаціях]. ВООЗ і ЮНІСЕФ, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers [Залізодефіцитна анемія: оцінювання, профілактика та контроль. Посібник для керівників програм]. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Пелагра: профілактика та контроль під час масштабних надзвичайних ситуацій]. ВООЗ, 2000.

Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions* [Сіл, А. Прюдон, К. Діагностика дефіциту мікронутрієнтів у надзвичайних ситуаціях; поточна практика та майбутні напрями діяльності]. UNSCN, 2007. <https://www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf>

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Цинга: профілактика та контроль у надзвичайних ситуаціях]. ВООЗ, 1999.

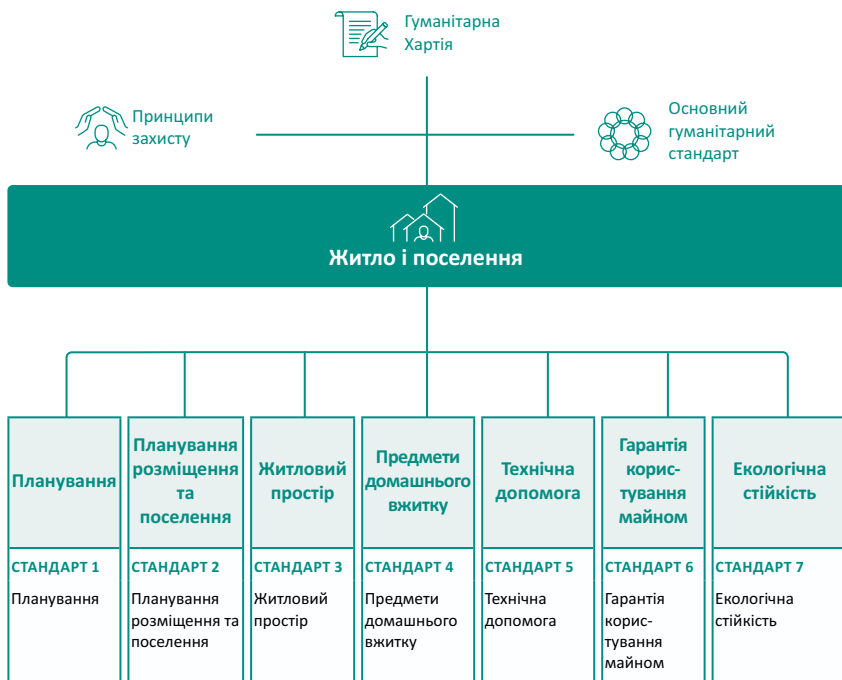
Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies [Дефіцит тіаміну: профілактика та контроль у надзвичайних ситуаціях]. ВООЗ, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia, Second Edition [Добавки вітаміну А: посібник із застосування для лікування та профілактики дефіциту вітаміну А та ксерофтальмії. Друге видання]. ВООЗ, 1997.





Житло і поселення



- ДОДАТОК 1** Перелік контрольних запитань з оцінювання забезпечення житлом та поселення
- ДОДАТОК 2** Опис сценаріїв поселення
- ДОДАТОК 3** Додаткові характеристики сценаріїв поселення
- ДОДАТОК 4** Можливі варіанти надання допомоги
- ДОДАТОК 5** Варіанти реалізації програм
- ДОДАТОК 6** Потенційна допомога та варіанти реалізації програм, пов'язані зі сценаріями поселення

Зміст

Основні поняття щодо забезпечення житлом і поселення	262
Стандарти забезпечення житлом і поселення:	
1. Планування	268
2. Планування розміщення та поселення	271
3. Житловий простір	276
4. Предмети домашнього вжитку	280
5. Технічна допомога	284
6. Гарантія користування майном	288
7. Екологічна стійкість	292
Додаток 1: Перелік контрольних запитань з оцінювання забезпечення житлом та поселення	269
Додаток 2: Опис сценаріїв поселення	301
Додаток 3: Додаткові характеристики сценаріїв поселення	303
Додаток 4: Можливі варіанти надання допомоги	305
Додаток 5: Варіанти реалізації програм	308
Додаток 6: Потенційна допомога та варіанти реалізації програм, пов'язані зі сценаріями поселення	309
Посилання та додаткова література	313



Основні поняття щодо забезпечення житлом і поселення

Кожна людина має право на достатнє житло

Мінімальні стандарти Сфери щодо забезпечення житлом і організації поселення є практичним вираженням права на достатнє житло в гуманітарних контекстах. Ці стандарти ґрунтуються на переконаннях, принципах, обов'язках і ширших правах, проголошених у Гуманітарній Хартії. До них належать право на гідне життя, право на захист і безпеку та право на отримання гуманітарної допомоги на підставі потреби.

Перелік ключових юридичних та програмних документів, які лягли в основу Гуманітарної Хартії, включно з пояснювальними коментарями для гуманітарних працівників [⊕ див. у Додатку 1](#).

Забезпечення житлом і поселення взаємопов'язані та мають розглядатися разом. «Житло» — це житловий простір домогосподарства, включно з предметами, необхідними для забезпечення повсякденної діяльності. «Поселення» — це ширші території, на яких проживають люди та громади.

Реагування у сфері забезпечення житлом і поселення спрямоване на створення безпечного середовища для проживання

Своєчасне забезпечення житлом і поселення можуть врятувати життя на початкових етапах кризи. Окрім захисту від погодних умов, житло сприяє збереженню здоров'я людини, підтримує сімейне та суспільне життя, а також є важливою умовою збереження гідності, безпеки та доступу до засобів до існування [⊕ див. рис. 8 нижче](#).

Середня тривалість перебування переміщених осіб у приймаючих країнах з роками продовжує зростати. Якщо переміщення триває роками чи навіть десятиліттями, то критичного значення для збереження гідності та відновлення осіб, які постраждали внаслідок кризи, набуває розташування тимчасового житла та поселень, а також планування районів і громад, де розташоване таке житло.

Допомога із забезпечення житлом і організації поселення має підтримувати та спиратися на наявні ресурси постраждалих домогосподарств, громад, громадянського суспільства та уряду. Це збільшує шанси на розробку локалізованих стратегій, які заохочують автономність і самоврядування серед постраждалих осіб. Почуття безпеки, спільноти та соціальної єдності є передумовою початку процесу відновлення.

Заходи щодо забезпечення житлом і організації поселення не обмежуються доставкою обладнання та матеріалів або будівництвом житла, а передбачають також і підтримку щодо отримання землі, прихистку, житла чи предметів домашнього вжитку. Сюди входять також технічна допомога та гарантії якості, які можуть розширити можливості та мобілізувати постраждале населення для кращого та безпечнішого відновлення. Важливо бути обізнаним щодо національного законодавства з питань землі та власності. Також потрібно розуміти положення національного законодавства про біженців і відповідні процедури для визначення їх статусу.



Що забезпечує житло (рис. 8)

Деякі функції належного житла в разі надзвичайних ситуацій. Програми надання житла повинні підтримувати сім'ї для задоволення цих потреб.

Незалежно від форми наданої підтримки, важливо завжди поважати наявні громадські структури та сприяти соціальній згуртованості.

Кожне домогосподарство й кожна громада потребуватимуть різних рівнів та видів підтримки. Гарантія користування майном та відповідні правовстановлюючі документи є основною вимогою для доступу до безпечного житла. Втім, у ситуаціях конфлікту або у разі наявності невирішених проблем, пов'язаних із правом володіння, отримати житло може бути особливо складно $\oplus$ див. *Стандарт 6 щодо забезпечення житлом і поселення. Гарантія користування майном.*

Під час планування поселень дедалі частіше виникає потреба враховувати довгострокове переміщення та відновлення. Переміщення може чинити тиск на наявні (часто обмежені) ресурси та призводити до напружених взаємин із приймаючою громадою. Якісне програмування передбачає розуміння, запобігання та пом'якшення негативного впливу на довкілля. Якщо не брати до уваги екологічні проблеми, програми забезпечення житлом та поселення можуть зрештою виявитися неефективними, адже короткострокові результати можуть спричинити нові проблеми, що потребуватимуть подальших інвестицій $\oplus$ див. *Стандарт 7 щодо забезпечення житлом і поселення. Екологічна стійкість.*

Реагування у сфері забезпечення житлом і поселення в містах потребує спеціальних знань

Допомога людям у міських районах може ускладнюватися через високу щільність населення, потреби в інфраструктурі, державне регулювання та соціальну різноманітність у громаді. Під час та після кризи складно спілкуватися з високомобільними людьми та допомагати їм, особливо коли йдеться про пошук житлового простору. Якщо постраждала технічно складна інфраструктура (наприклад, багатоповерховий будинок), гуманітарні організації також вимушені



мати справу зі складними відносинами оренди за участі кількох власників, орендарів або неофіційних поселенців.

Робота в містах передбачає наявність досвіду в міському плануванні та проектуванні, а також знання прав, нормативних актів, законів і політики щодо житла, землі та майна. Вирішальне значення має чітке розуміння місцевих ринків житла та фінансових ринків. Потрібно бути готовим до співпраці з громадянським суспільством і приватним сектором. Приватний сектор може відігравати певну роль у розробці стійких ринкових рішень. Заходи з реагування мають базуватися на місцевих нормах і послугах і не повинні передбачати створення паралельних структур. Цілісна стратегія реагування на рівні поселення, мікрорайону чи району з більшою ймовірністю забезпечить стійке поліпшення добробуту постраждалого населення в містах  див. *Надання допомоги через ринки.*

Потрібно розглянути різні сценарії організації поселення в посткризовий період

Питання про те, де і як постраждалі особи знаходять прихисток, залежить від того, чи можуть вони залишатися на місці, чи мусять рухатись далі. Першим кроком у плануванні варіантів забезпечення житлом та організації поселення є систематичний аналіз посткризового контексту. Важливо розуміти різні підходи, які можуть бути прийнятними для осіб, які були переміщені, безпосередньо постраждали, але не були переміщені, або постраждали опосередковано  див. *рис. 9 нижче.*

Якщо умови дозволяють, люди можуть вирішити залишитися в місці походження як мешканці-домовласники або в орендованому чи нелегально зайнятому житлі (на земельній ділянці). Підтримка непереміщених домогосподарств може передбачати ремонт або реконструкцію наявного житла.

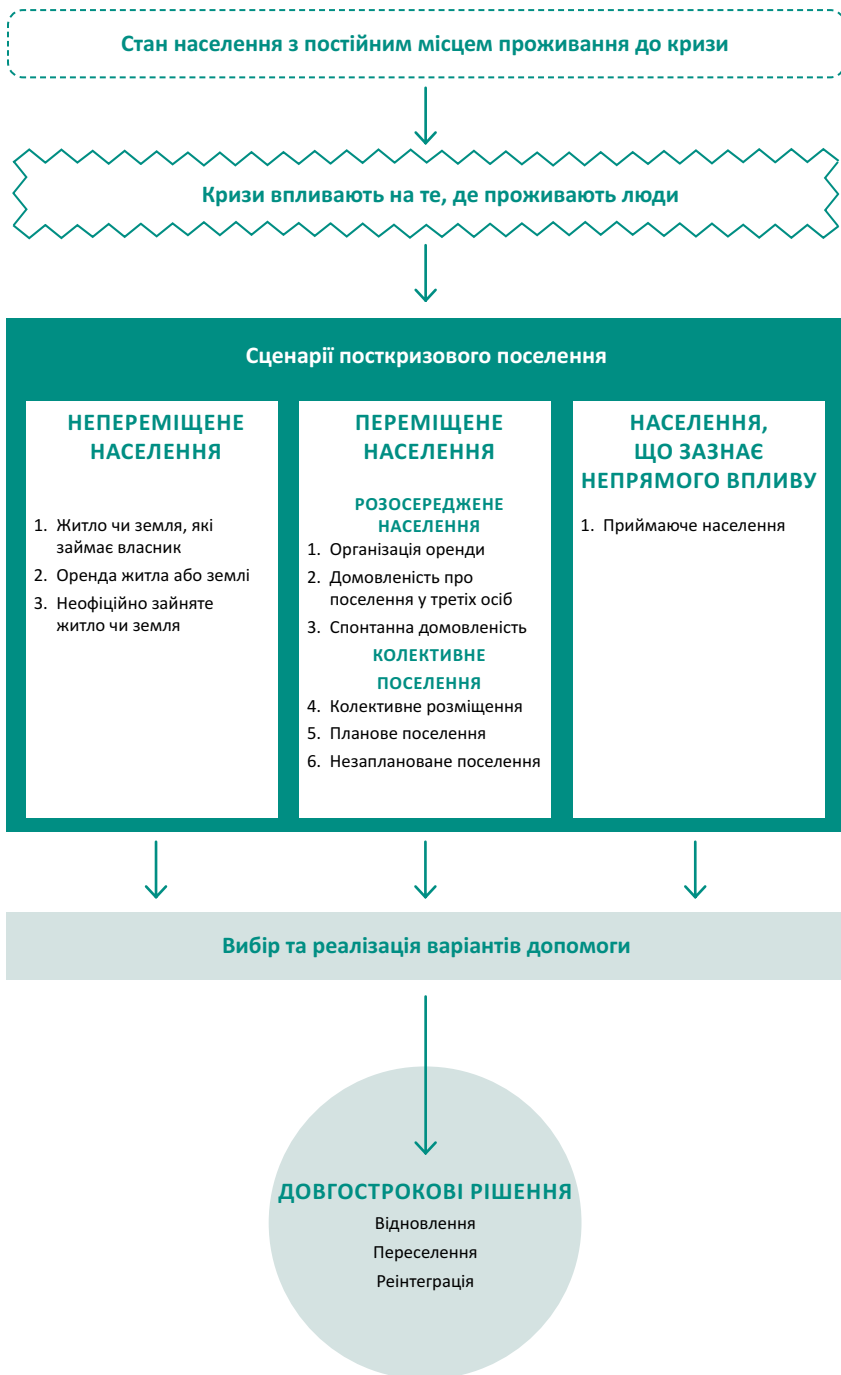
Переміщене населення може розселитися в межах району, в інших регіонах у країні проживання або перетинати міжнародні кордони. У цих випадках люди, швидше за все, орендують житло, селяться самовільно або ж їх приймають інші. Деякі переміщені домогосподарства можуть селитися разом у колективному житлі чи у запланованому поселенні або знаходять притулок у незапланованих стихійних поселеннях.

Розуміння кризи через ці сценарії поселення допоможе планувати стратегії надання допомоги. Тут йдеться про вибір найбільш ефективного та доречного виду допомоги відповідно до конкретних категорій постраждалого населення та вибір способів надання допомоги. Це має сприяти поступовому відновленню, а в ідеалі — досягненню довгострокового рішення. Стандарти та додатки в цьому розділі дотримуються цієї логіки та призначені для комплексного використання  див. *Додаток 2. Опис сценаріїв поселення і Додаток 3. Додаткові характеристики сценаріїв поселення.*

Ці Мінімальні стандарти не слід застосовувати в ізоляції

Мінімальні стандарти в цьому розділі відображають основний зміст права на достатнє житло та сприяють поступовій реалізації цього права в усьому світі.

Право на достатнє житло пов'язане з правами на доступ до води та санітарне забезпечення, їжу та здоров'я. Прогрес у досягненні Мінімальних стандартів Сфери в одній галузі впливає на прогрес в інших галузях. Для ефективного



Сценарії посткризового поселення (Рисунок 9)

реагування потрібно забезпечити тісну координацію та співпрацю з іншими секторами. Координація з місцевими органами влади та іншими органами реагування допоможе забезпечити задоволення потреб, запобігти дублюванню зусиль і оптимізувати якість продовольчої безпеки та харчування. Перехресні посилання в цьому Посібнику вказують на деякі потенційні зв'язки.

Наприклад, у населених пунктах потрібно облаштувати належне водопостачання та санітарно-гігієнічні об'єкти для забезпечення здоров'я та гідності постраждалого населення. Наявність основного кухонного приладдя та палива для приготування їжі дає людям змогу користуватися продовольчою допомогою та задовольняти потреби в харчуванні.

Якщо національні стандарти нижчі за Мінімальні стандарти Сфери, гуманітарні організації мають співпрацювати з урядом, щоб поступово підвищувати їх.

Міжнародне право захищає право на достатнє житло

Право на доступ до достатнього житла захищено міжнародним правом. Це означає право жити гідно, в безпеці та мирі. Це право включає в себе право вибору місця проживання і право на гарантію користування майном. Воно закріплює принципи захисту на кшталт захисту від примусового виселення. Держави зобов'язані забезпечити це право, якщо окремі особи або групи, включно з біженцями та внутрішньо переміщеними особами, не мають доступу до достатнього житла, зокрема й під час криз ⊕ див. Додаток 1. *Юридичні засади Сфери*.

Поняття «достатність» означає, що житло — це більше, ніж просто чотири стіни й дах. Воно підкреслює важливість урахування розташування поселення, культурної ідентичності та наявності послуг в межах реагування у сфері забезпечення житлом. «Достатнє» житло та інші форми прихистку мають забезпечувати гарантію користування майном та бути:

- доступними, даючи домогосподарству змогу отримати інші основні товари та послуги для гідного життя;
- придатними для проживання, такими, що гарантують фізичну безпеку, захищений і достатній житловий простір, доступ до безпечної питної води, належного водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни (WASH), а також приготування й зберігання їжі;
- культурно прийнятними;
- доступними та придатними до використання, зокрема й для осіб з обмеженою рухливістю;
- розташованими так, щоб забезпечити доступ до засобів до існування та основних послуг у межах громади.

Зв'язок із Принципами захисту та Основним гуманітарним стандартом

Кризи можуть призвести до посилення наявної нерівності. А отже, важливо пропонувати неупереджену та засновану на контексті допомогу, зокрема особам із бодай мінімальним потенціалом самостійно відновитися після кризи ⊕ див. *Принцип захисту 2*.

Намагаючись отримати доступ до житла та поселення деякі особи можуть стикатися з фізичними, культурними, економічними та соціальними перешкодами. Щоб зрозуміти ці перешкоди й усунути їх, зверніть увагу на такі аспекти:

- **Правовий статус осіб** (наприклад, біженці, внутрішньо переміщені особи, особи без громадянства, мігранти, шукачі притулку, бездомні або безземельні особи та інші особи, позбавлені громадянських свобод і доступу до державних послуг або мереж соціальної підтримки);
- **Особи, які зазнають особливих ризиків захисту, і групи, які зазнають особливого ризику дискримінації та соціальної ізоляції** через:
 - етнічну належність, національність, касту, належність до корінного населення, релігійну чи політичну належність;
 - статус землеволодіння, статус переміщеної особи, нелегального поселенця чи орендаря;
 - розташування житла у важкодоступних місцях, небезпечних, незахищених зонах, у міських поселеннях чи нелегальних поселеннях;
 - вразливість і статус у суспільстві  див. *Що таке Сфера?* і *Принципи захисту*.

Гуманітарні працівники мають пройти навчання щодо захисту дітей і вміти використовувати системи перенаправлення для ймовірних випадків насильства, жорстокого поводження чи експлуатації, зокрема й щодо дітей.

Під час застосування Мінімальних стандартів потрібно дотримуватися всіх дев'яти зобов'язань Основного гуманітарного стандарту як основи для забезпечення підзвітних програм із забезпечення житлом та організації поселення.



1. Планування

Планування є запорукою оптимальних результатів реагування на регіональному, національному рівні, на рівні установ та громад. Розуміння до- та посткризового контексту допомагає оцінити прямий і опосередкований вплив кризи на умови життя людей, а також будь-які соціальні, економічні та політичні наслідки. Визначення потреб і подальша розробка відповідних варіантів реагування є підґрунтям для ретельно спланованого та скоординованого реагування у сфері забезпечення житлом і організації поселення.

Стандарт 1 щодо забезпечення житлом та поселення: Планування

Діяльність у сфері забезпечення житлом та поселення ретельно спланована та скоординована та сприяє досягненню безпеки та добробуту постраждалого населення, а також подальшому відновленню.

Ключові дії

- 1 Забезпечте оцінювання потреб постраждалого населення у сфері забезпечення житлом та організації поселення у співпраці з державними та місцевими органами влади та самим населенням.
 - Оцініть зміни порівняно з докризовою ситуацією, визначте безпосередні потреби й можливості переміщеного та непереміщеного населення та врахуйте будь-які особливі потреби груп ризику.
 - Визначте наявність придатної для проживання або вільної землі, будівель, квартир і приміщень на місцевому ринку житла та оренди землі.
- 2 Спільно із зацікавленими сторонами визначте найбільш ефективні та доречні варіанти допомоги та способи їх надання.
- 3 Розробіть план заходів із надання допомоги у сфері забезпечення житлом та організації поселення за погодженням з відповідними органами влади та постраждалими громадами.
 - Пропонуйте допомогу відповідно до потреб і преференцій постраждалого населення та органів влади.
 - Оптимізуйте економічну ефективність, технічну якість, швидкість і терміни, масштаб реалізації та відтворюваність.

Ключові показники

План заходів із надання допомоги у сфері забезпечення житлом та організації поселення передбачає задоволення основних потреб цільових груп населення та є узгодженим із населенням та відповідними органами влади

Відсоток постраждалих осіб, які вказали, що допомога у сфері забезпечення житлом та організації поселення відповідає їхнім потребам та пріоритетам і сприяє створенню більш довгострокових рішень

Інструкції

Оцінювання: під час здійснення оцінювання перегляньте зміни в умовах забезпечення житлом та організації поселення після настання кризи та від початку передбачте можливі ризики захисту. Ці ризики можуть охоплювати сприйняття приймаючою громадою, ризики, пов'язані з доступом до поселень, безпечним доступом до послуг, а також ризики необґрунтованого виселення.

Враховуйте прямий і опосередкований вплив кризи на умови життя людей, включно з соціальними, економічними та політичними наслідками.

Оскільки криза впливає на людей по-різному, різні люди матимуть різні потреби в забезпеченні житлом і організації поселення. Працюйте з групами, які можуть зіткнутися з перешкодами в доступі до житла: особами з інвалідністю, домогосподарствами, очолюваними жінками, особами похилого віку, етнічними й мовними меншинами ⊕ див. Додаток 1. Перелік контрольних запитань з оцінювання забезпечення житлом та організації поселення, Принцип захисту 2 і Зобов'язання 4 Основного гуманітарного стандарту 4.

Допомога та способи її надання: виберіть найбільш ефективні способи надання допомоги з огляду на контекст, потенціал, наявні ресурси, сценарій поселення та етап реагування. Серед інших ключових факторів — розташування, тип житла (включно з місцевими технологіями будівництва), право володіння, а також ринкові структури й нормативно-правова база. Пріоритетом під час надання допомоги має бути повернення людей до своїх домівок (або місць проживання), якщо це можливо. Допоможіть людям, які не можуть або не хочуть повертатися, отримати доступ до варіантів житла та поселення, що відповідають їхнім потребам ⊕ див. Додатки 2 – 6.

Визначте терміни задоволення нагальних потреб, враховуючи ефективність, технічну якість, масштаб реалізації, потенціал на місцях і відтворюваність. Розгляньте способи посилення довгострокового відновлення та стійкості громад до майбутніх криз.

Враховуйте різні способи реалізації вибраних варіантів, включно з їх поєднанням із:

- фінансовою підтримкою;
- матеріальною допомогою в натуральній формі;
- підрядними роботами/роботами на замовлення;
- технічною допомогою/сприянням забезпеченню якості;
- розвитком спроможностей.

Переглядайте та коригуйте поєднання цих способів у міру зміни обставин.

Переміщені особи: переміщені особи не лише мають нагальні потреби в житлі, але й потребують особливої підтримки для ухвалення обґрунтованих рішень щодо доступних для них варіантів житла. Серед прикладів такої підтримки: інформація про те, чи повернуться вони додому і коли це станеться, як інтегруватися в місці перебування або переселитися в третє місце.

Непереміщені домогосподарства потребують підтримки, щоб повернутися до початкових умов свого життя, і мають отримати відповідну допомогу із забезпечення житлом. Якщо на відбудову потрібно багато часу або люди не перебувають у безпеці, розгляньте тимчасові варіанти: переселення до приймаючих родин, допомога з оренди, тимчасове або транзитне житло тощо. Якщо через кризу середовище безпеки змінилося, можливо, знадобиться переїзд.



Приймаючі громади також відчують на собі наслідки кризи, адже вони діляться своїм публічним і приватним простором. Зокрема, це передбачає спільне користування послугами, як-от медичними центрами та школами, або виконання ролі приймаючої родини. Може існувати реальна або уявна конкуренція з переміщеними особами за робочі місця, послуги, інфраструктуру та ресурси. У таких ситуаціях рішення мають передбачати справедливую цільову підтримку, яка не створює додаткових ризиків або загроз для громади ⊕ див. *Принцип захисту 1*.

Аналіз ринку: розуміння ринків на місцевому, національному та регіональному рівнях має вирішальне значення для якісного реагування у сфері забезпечення житлом. На основі аналізу ринку можна отримати інформацію про наявні варіанти житла, а також про орендну плату та іншу інформацію про послуги, пов'язані з поселенням ⊕ див. *Надання допомоги через ринки, Посібник MISMA та Посібник MERS*.

Розчищення від руїн: розчищення від руїн потрібно розпочинати одразу після завершення кризи. Уламки можна повторно використовувати, переробляти або ідентифікувати для сортування, збирання та/або обробки. Розчищення від руїн може дати можливість для здійснення програм «гроші за працю». Основні проблеми — наявність трупів, небезпечних конструкцій та матеріалів. Розчищення від руїн потребує професійних знань і використання спеціального обладнання, тому його треба планувати спільно з фахівцями з інших секторів ⊕ див. *Стандарт 7 щодо забезпечення житлом і організації поселення. Екологічна стійкість, стандарти у сфері охорони здоров'я та стандарти у сфері WASH*.

Засоби до існування: критичне значення для визначення варіантів забезпечення житлом мають засоби до існування, якими люди користувалися до кризи, та можливості, які вони мають після кризи. Наявність землі та можливість безпечно обробляти сільськогосподарські культури і використовувати пасовища, доступ до ринків та доступ до інших можливостей працевлаштування можуть впливати на вибір місця для проживання, навіть тимчасового ⊕ див. *Продовольча безпека і харчування — Стандарти 7.1 і 7.2 щодо засобів до існування, Посібник LEGS і Посібник MERS*.

Повернення: головною метою більшості осіб, які постраждали від кризи, є можливість повернутися на свою землю й у свої будинки. Постраждалі особи повинні мати можливість визначити потребу в ремонті чи модернізації свого житла. Повернення може передбачати заходи, спрямовані на підтримку колективних копіюваних стратегій, збереження усталеного характеру поселень і використання наявної інфраструктури. Ремонт або реконструкція комунальної інфраструктури — шкіл, систем водопостачання, клінік чи ринків — також сприяють поверненню переміщених осіб. Обставинами, які можуть перешкоджати поверненню, є безпекові проблеми, як-от захоплення майна або землі збройними силами, продовження збройного конфлікту, напруженість між етнічними групами або на релігійному ґрунті, страх переслідувань, а також страх мін та боєприпасів, що не вибухнули. Поверненню на колишнє місце проживання домогосподарств, очолюваних жінками, тих, хто овдовів або осиротів через кризу, а також осіб з інвалідністю можуть перешкоджати закони щодо права володіння і власності чи процедури, засновані на місцевих звичаях, що є неналежними або дискримінаційними. Завадити поверненню або спричинити небажання переміщеного населення повернутися на колишнє місце проживання може також неможливість відновити житло.

2. Планування розміщення та поселення

Планування розміщення та поселення має сприяти створенню безпечного, прийнятного і доступного житлового простору, що забезпечує доступ до основних послуг, засобів до існування та можливостей для ширшого спілкування та розвитку.

Стандарт 2 щодо забезпечення житлом та поселення: Планування розміщення та поселення

Житло та поселення розташовані в безпечних і захищених зонах, де є достатній простір і доступ до основних послуг і засобів до існування.

Ключові дії

- 1 Працюйте в межах поточних процесів і правил планування та погоджуйте умови з приймаючими громадами та відповідними органами влади.
 - Розміщуйте нові поселення на безпечній відстані від реальних або потенційних загроз і мінімізуйте ризики від наявних небезпек.
 - Враховуйте очікувану тривалість існування поселення, щоб визначити, які основні послуги потрібно розширити або розвинути.
- 2 Залучайте різноманітних суб'єктів, включаючи представників певних груп з-поміж постраждалого населення, до участі у виборі та плануванні місць тимчасового колективного поселення.
 - Визначте фактори, які можуть вплинути на розташування чи планування ділянки, враховуючи стать, вік, інвалідність, етнічну чи мовну належність, а також гендерні ролі та обов'язки.
 - У міському контексті застосовуйте географічно визначений підхід на основі районів, щоб краще зрозуміти динаміку громади.
- 3 Забезпечте постраждалому населенню доступ до основних служб і об'єктів, зокрема й до можливостей для забезпечення засобів до існування.
 - Забезпечте взаємодію з іншими секторами, щоб визначити прийнятну відстань і можливості безпечно діставатися пішки або транспортом до основних служб і об'єктів.
 - Координуйте роботу з постачальниками послуг, щоб визначити пріоритети та надавати основні послуги та можливості для забезпечення засобів до існування, якщо вони відсутні.
- 4 Плануйте використання землі так, щоб забезпечити достатній простір для всіх функцій, повний доступ до житла і служб, а також відповідні заходи безпеки в поселенні.
 - Передбачайте планування місць спільного користування, як-от пунктів водопостачання та санітарного забезпечення, громадських закладів приготування їжі, місць, дружніх до дітей, місць скупчення людей, місць для релігійних потреб та пунктів роздачі харчових продуктів.



- Подбайте про те, щоб розміщення основних служб у населених пунктах відповідало стандартам безпеки, захисту та збереження гідності.
- 5 Врахуйте необхідність планування відведення дощових або паводкових вод при виборі місця для поселень та його облаштування.
- Забезпечте належні дренажні споруди, щоб відводити стоячу воду з усіх житлових районів і служб і гарантувати чистоту зливової каналізації.
- Передбачте, де можуть бути місця розмноження переносників інфекцій, та усуньте їх.

Ключові показники

Відсоток жител та/або поселень, які розташовані в районах, де відомі природні або антропогенні загрози, ризики та небезпеки відсутні або є мінімальними

Відсоток жител та/або поселень, які мають безпечний доступ до основних служб у межах прийнятної часу або на прийнятній відстані

Відсоток осіб, які отримують допомогу з організації розміщення, які почуваються в безпеці з огляду на розташування житла чи поселення

Відсоток місць розташування поселень із достатньою корисною площею для проведення приватних і громадських заходів на відкритому повітрі відповідно до контексту

- 45 кв. м на особу в поселеннях табірної типу, включно з присадибними ділянками
- 30 кв. м на особу, включно з присадибними ділянками, якщо надання послуг громаді можливе за межами запланованої території поселення.
- Мінімальне співвідношення між закритою житловою площею та розміром ділянки 1:2; забезпечте його якнайшвидше збільшення до 1:3 і більше.

Інструкції

Процедури та принципи планування: після кризи уряди та місцеві органи влади часто запроваджують нові політики щодо зон, у яких заборонено забудову, безпечних зон або буферних зон. Забезпечте адвокацію планування з урахуванням ризиків і відповідні варіанти допомоги. «Зона, в якій заборонено забудову» не є «зоною відсутності допомоги» і вона не повинна затримувати заходи із забезпечення житлом та організації поселення.

Встановіть правовий статус будь-якої земельної ділянки та майна ⊕ див. Стандарт 6 щодо забезпечення житлом і поселення. Гарантія користування майном.

Залучайте постраждалих осіб до розрахунку й організації простору для підтримки наявних соціальних і культурних практик. Залучайте жінок та представників інших груп ризику до розробки та реалізації планування заходів у сфері забезпечення житлом і організації поселення.

Основні служби та об'єкти: люди, які повертаються до рідних домівок, і ті, хто проживає у місцях тимчасового поселення, потребують безпечного, захищеного та рівного доступу до основних служб і об'єктів:

- об'єктів WASH ⊕ див. *стандарти WASH щодо водопостачання*;
- рішень щодо загального освітлення та освітлення для домогосподарств;
- засобів для зберігання та обробки харчових продуктів (включно з печами й паливом) ⊕ див. *Стандарт 1.1 щодо оцінювання продовольчої безпеки та харчування* і *Стандарт 6.4 щодо продовольчої допомоги*;
- закладів охорони здоров'я ⊕ див. *Стандарт 1.1 щодо систем охорони здоров'я. Надання медичних послуг*;
- утилізації твердих відходів ⊕ див. *стандарти WASH щодо утилізації твердих відходів*;
- шкіл ⊕ див. *Посібник INEE*;
- соціальних об'єктів, як-от місць відправлення культу, місць збирання людей і зон відпочинку;
- місць для культурно прийнятних поховань і супутніх ритуалів;
- місць для розміщення худоби (відокремлених від житлових приміщень) ⊕ див. *Посібник LEGS*.

Планування місця розташування тимчасових поселень: планування поселень має ґрунтуватися на принципах міського планування та будівництва та передбачати такі сполучні компоненти, як-от точки доступу, перехрестя та громадські простори. Ці компоненти ґрунтуються на фізичних, соціальних, екологічних та економічних факторах і формують просторовий план нового поселення. Планування поселень має підтримувати наявні соціальні мережі, надавати можливості для формування нових мереж, сприяти безпеці й захисту та самоврядуванню з боку постраждалих осіб.

План розміщення ділянок у тимчасових поселеннях має забезпечувати приватність і збереження гідності членів окремих домогосподарств. Кожне окреме житло мусить мати вихід на загальну або закриту територію, а не розташовуватися навпроти входу в житло іншої сім'ї. Облаштуйте безпечні житлові зони для всіх потенційно вразливих категорій населення, але уникайте їх групування, оскільки це лише збільшить їхню вразливість. Натомість сім'ї, великі родини та групи зі схожим походженням слід розміщувати разом, щоб зберегти соціальні зв'язки. Враховуйте потреби, уподобання та звички різних груп (за віком, статтю та інвалідністю).

Площа території запланованих або стихійних поселень: мінімальна корисна площа для запланованих поселень табірному типу становить 45 кв. м на одну особу, включно з присадибними ділянками. Має бути достатньо місця для розміщення доріг і пішохідних доріжок, надвірних зон для приготування їжі або колективних кухонь, освітніх установ і зон відпочинку, закладів охорони здоров'я, санітарно-гігієнічних об'єктів, протипожежних перешкод, адміністративних приміщень, резервуарів для води, каналізації, культових споруд, пунктів роздачі продовольства, ринків, складів, а також невеликих городів для окремих домогосподарств (не для масштабної сільськогосподарської діяльності чи тваринництва). Якщо послуги громаді можуть надаватися наявними чи додатковими об'єктами за межами запланованого поселення, то мінімальна площа має становити 30 кв. м на одну особу. Якщо неможливо забезпечити мінімальну площу, активно вживайте заходів



щодо пом'якшення наслідків більш високої густоти заселення. Під час планування території поселень також потрібно враховувати зміни чисельності населення.

Під час планування розміщення у містах використовуйте наявні служби та житловий фонд. Забезпечте адекватне розділення та збереження приватності для окремих домогосподарств та залиште місце для необхідних зручностей.

Площа присадибних ділянок: рекомендоване співвідношення площі тимчасового житла та присадибної ділянки — 1:2 або 1:3. Це допоможе забезпечити достатній простір для основних видів діяльності домогосподарств на свіжому повітрі. Втім, краще, щоб це співвідношення становило 1:4 або 1:5. Співвідношення площі житла до площі присадибної ділянки має враховувати культурні та соціальні норми та забезпечувати наявність корисного простору.

Відведення дощових і паводкових вод: недостатній дренаж дощових або паводкових вод може серйозно обмежити життєвий простір людей, їх мобільність і доступ до послуг. Як правило, характер масштабних дренажних систем визначається вибором місця поселення та розвитком інфраструктури. Не варто обирати ділянки, які розташовані на заплаві, це може поставити під загрозу безпеку, особливо в умовах перевантаженого або обмеженого простору. Вода, що потрапляє в середовище проживання, навчання та роботи людей і застоюється там, становить загальну загрозу здоров'ю, гідності та добробуту людей.

Захистіть туалети та каналізацію від затоплення, щоб запобігти пошкодженню конструкцій та витоку. Основною загрозою для громадського здоров'я, пов'язаною з поганим дренажем, є збільшення ризику гострих кишкових захворювань через контакт із забрудненою водою.

Неконтрольована вода також завдає шкоди іншій інфраструктурі, житлу та майну, обмежити можливості отримання засобів до існування та спричинити стрес. Неналежне водовідведення також створює умови для розмноження переносників інфекцій ⊕ див. *Стандарти WASH 4.1 і 4.2 щодо боротьби з переносниками інфекцій*.

Доступ: враховуйте стан місцевих доріг і близькість до транспортних вузлів, які можна використовувати для постачання допомоги та інших товарів. При постачанні допомоги потрібно уникати пошкодження місцевої дорожньої інфраструктури. Враховуйте сезонні обмеження, небезпеки та ризики. Територія поселення та пункти первинного зберігання й розподілу харчових продуктів мають бути доступними для вантажних автомобілів високої вантажопідйомності з дороги, що придатна для використання в будь-яку погоду. Інші об'єкти мають бути доступними для автомобілів малої вантажопідйомності. Облаштуйте в межах поселень дороги та пішохідні доріжки для безпечного, надійного та придатного для використання в будь-яку погоду доступу до окремих жител і комунальних об'єктів. Враховуйте потреби людей із обмеженою рухливістю або для яких є проблеми щодо доступності середовища.

Пожежна безпека: під час планування місця розташування тимчасових поселень потрібно провести оцінювання пожежної безпеки. Потрібно облаштувати 30-метрові протипожежні перешкоди через кожні 300 метрів забудованої території. Відстань між будівлями має бути не менше ніж 2 метри. В ідеалі вона має бути вдвічі більшою за висоту будівлі, щоб у разі руйнування будівля не торкалася сусідніх будівель.

Враховуйте місцеві способи приготування їжі та опалення (наприклад, тип печей (плит) і їх бажане розташування). Надайте мешканцям безпечні кухонні плити або печі, обладнання для протипожежної безпеки та організуйте тренінги. Віддавайте перевагу вогнетривким будівельним матеріалам і предметам домашнього вжитку. Інформуйте мешканців (зокрема й осіб з обмеженнями рухливості чи доступу) про плани протипожежної профілактики, пожежного управління та евакуації.

Зниження злочинності: проєкт поселення може сприяти зниженню рівня злочинності та гендерно-зумовленого насильства. Зважайте на розташування та доступність жител, будівель та об'єктів, освітлення в нічний час, відстань від житла до туалету й місць для купання, а також можливість пасивного спостереження через лінії огляду. У будівлях, які використовуються як місця компактного проживання, мають бути забезпечені альтернативні шляхи евакуації.

Мінливі загрози й ризики: здійснюйте регулярне оцінювання контексту, небезпеки та ризиків у міру зміни ситуації. Йдеться про сезонні небезпеки, зміни в безпековій ситуації, боєприпаси, що не вибухнули, від попередніх або поточних конфліктів, а також наслідки демографічних змін.

Безпека місць компактного проживання та громадської інфраструктури: технічні спеціалісти мають оцінити структурну стійкість громадських будівель, місць компактного проживання та інших споруд у населених пунктах, які постраждали внаслідок кризи. Враховуйте реальні та потенційні загрози безпеці чи здоров'ю.

Підтримка засобів до існування: беріть до уваги економічну діяльність людей до кризи та потенційні можливості для отримання засобів до існування в умовах після кризи. Визначте доступні землі для обробітки та випасання худоби, доступ до ринків та/або можливості працевлаштування. Реагування у сфері забезпечення житлом і організації поселення потенційно може створити можливості місцевого працевлаштування, наприклад у галузі технічної допомоги, постачання, а також на ринку праці. Використовуйте навчальні та освітні програми для розширення місцевого потенціалу, щоб досягти результатів протягом визначеного строку ⊕ див. Стандарт 5 щодо забезпечення житлом і організації поселення і Продовольча безпека і харчування — стандарти 7.1 і 7.2 щодо засобів до існування.

Експлуатація та технічне обслуговування: розробіть план експлуатації та технічного обслуговування, щоб забезпечити ефективну роботу будь-яких об'єктів, служб і комунальних послуг (водопостачання, санітарне забезпечення, водовідведення, утилізація відходів, школи). До основних компонентів плану належать участь громади, створення груп користувачів, визначення ролей і обов'язків, а також наявність плану відшкодування або розподілу витрат.

Припинення експлуатації поселень і їхня передача: для посилення природного відновлення навколишнього середовища в тимчасових поселеннях та навколо них можуть знадобитися відповідні заходи з відновлення навколишнього середовища. Для кожного поселення потрібно розробити план виведення з експлуатації, в ідеалі ще на етапі проектування втручання ⊕ див. Стандарт 7 щодо забезпечення житлом і поселення. Екологічна стійкість.

Щоб забезпечити відновлення території та місцевого довкілля, проведіть навчання місцевого населення методам сталого управління земельними ресурсами. Якщо можливо, використовуйте для робіт зі звільнення територій і припинення експлуатації поселень місцеву робочу силу.



3. Житловий простір

Житловий простір є невід’ємною складовою добробуту людей. Основна потреба і право людини — мати місце для своєї сім’ї, де вона житиме, почуватиметься в безпеці та здійснюватиме основні види діяльності, пов’язані з веденням домашнього господарства.

Стандарт 3 щодо забезпечення житлом та поселення: Житловий простір

Люди мають доступ до достатнього й безпечного житлового простору, в якому мають змогу гідно здійснювати основні види діяльності, пов’язані з веденням домашнього господарства і забезпеченням засобів до існування.

Ключові дії

1. Подбайте, щоб кожне постраждале домогосподарство мало достатній житловий простір для ведення домашнього господарства.
 - Забезпечте житловий простір, який відповідає різноманітним потребам членів домогосподарства щодо сну, приготування та вживання їжі та є прийнятним з погляду місцевої культури й способу життя.
 - Забезпечте дах над головою і стіни для захисту мешканців та їхнього майна, пропонуючи фізичну безпеку, гідність, приватність і захист від погодних умов.
 - Забезпечте оптимальні умови освітлення, вентиляції та теплового комфорту.
2. Подбайте, щоб на території, прилеглій до житлового простору, було безпечно провадити основні види діяльності.
 - Йдеться про зони для приготування їжі, туалети, місця для прання, купання, забезпечення засобів до існування, спілкування та ігрові майданчики.
3. Сприяйте використанню таких рішень для облаштування житла, технологій виконання будівельних робіт і будівельних матеріалів, які є культурно та соціально прийнятними та екологічно стійкими.

Ключові показники

Відсоток постраждалого населення, яке має достатній життєвий простір, як у житлі так і безпосередньо навколо нього, для щоденних справ

- Не менше ніж 3,5 кв. м житлового простору на особу, не включаючи місць для приготування їжі, зон для купання та санітарно-гігієнічних об’єктів
- 4,5–5,5 кв. м житлового простору на особу в місцевостях із холодним кліматом або в містах, де приміщення для приготування їжі та купання і/або санітарно-гігієнічні об’єкти розташовані всередині
- Внутрішня висота від підлоги до стелі не менше ніж 2 м (2,6 м в умовах жаркого клімату) у найвищій точці

Відсоток житлових об'єктів, які відповідають узгодженим технічним та експлуатаційним стандартам і є культурно прийнятними

Відсоток осіб, які отримали допомогу з надання житла і почуваються в ньому в безпеці

Інструкції

Житловий простір: житловий простір має бути достатнім для щоденних дій, як-от сну, приготування та споживання їжі, купання, одягання, зберігання їжі та води, захисту майна та інших основних активів. Житловий простір має забезпечувати приватність і, у разі потреби, окреме розміщення осіб різної статі, різних вікових груп і окремих сімей у складі одного домогосподарства згідно з культурними та соціальними нормами $\oplus$ див. *Стандарт 2 щодо забезпечення житлом і поселення. Планування розміщення та поселення.*

Подбайте про наявність житлового простору для зборів членів сім'ї, а також для догляду за немовлятами та дітьми перших років життя, хворими або пораненими особами. Зверніть увагу на те, як змінюється використання простору вдень і вночі, та сплануйте розташування вікон, дверей і перегородок, щоб максимально використовувати внутрішній простір і прилеглі зовнішні території, наприклад кухні чи ігрові майданчики.

Для гідного провадження цієї діяльності житло має забезпечувати закритий простір (стіни, вікна, двері й дах) із достатньою площею. Перенаселеність або вплив погодних умов збільшує ризик інфекційних та інших захворювань. Відсутність достатнього простору може призвести до ризиків для захисту, меншої безпеки та приватності.

Мінімальний житловий простір має відповідати культурним та соціальним нормам, контексту, етапу реагування та рекомендаціям національних органів влади чи сектора гуманітарного реагування. Детально обміркуйте потенційні наслідки застосування мінімального розрахункового простору (3,5 кв. м на особу, 4,5 кв. м в умовах холодного клімату) і погоджуйте з партнерами будь-які зміни, щоб якомога швидше довести площу наданого житлового простору до мінімальної норми.

Якщо є потреба діяти швидко та врятувати життя, розгляньте такі варіанти першочергової допомоги:

- побудувати дах для мінімального житлового простору, а потім перейти до опору для стін, дверей та вікон; або
- побудувати житло з меншою площею та в подальшому розширити його.

У деяких ситуаціях норма житлового простору може бути продиктована фізичними обмеженнями, наприклад, в поселеннях з обмеженим простором, густонаселених містах або в екстремальних кліматичних умовах, де матеріали для тимчасового житла недоступні. Зазначена норма мінімального житлового простору застосовується на етапі надзвичайної ситуації та у разі побудови тимчасового або транзитного житла. Якщо тривалість перебування продовжується, потрібно переглянути розрахунки придатного для проживання простору. На етапі відновлення потрібно враховувати прийнятні місцеві норми та стратегії виходу з кризи.



Максимально залучайте постраждалі громади та домогосподарства до визначення типу допомоги, яка має надаватися. Проконсультуйтеся з особами, які проводять більше часу в накритих житлових приміщеннях, а також із особами з обмеженнями рухливості або для яких є перешкоди в доступності. Забезпечте доступність житлового простору для осіб з інвалідністю та тих, хто з ними проживає. Особи з інвалідністю, особливо з затримкою розумового розвитку та психічними розладами, можуть потребувати додаткового простору.

Культурні практики, безпека та приватність: враховуйте місцеві культурні практики та звичаї та те, як вони впливають на потребу в розділенні внутрішнього простору житла (штори, стіни). Наприклад, спроєктуйте житло так, щоб розмістити в ньому спальні місця для членів великої родини або для членів різних сімей, які живуть в одному домогосподарстві.

У разі колективного розміщення забезпечити приватність й гарантувати безпеку допоможуть добре сплановані маршрути переміщення всередині житлової зони, а також перегородки, що розділять особистий простір і спільний простір усього домогосподарства.

У разі колективного розміщення забезпечте також можливість для колективного розміщення груп однолітків. Наприклад, деякі представники ЛГБТКІ спільноти віддають перевагу співжиттю з друзями та однолітками, а не з власними сім'ями.

Захист: подбайте, щоб із житла було декілька виходів, а внутрішній простір виходив на громадські місця. Подбайте, щоб працівники знали, як розглядати питання захисту, пов'язані з домашнім насильством або жорстоким поведінням, насильством, експлуатацією та недбалим поведінням із дітьми. Жінкам, дівчатам і особам, які потребують допомоги з особистою гігієною, часто потрібен додатковий простір ⊕ див. *Стандарт WASH 1.3 щодо сприяння дотриманню гігієни. Менструальна гігієна та гігієна при нетриманні.*

У разі тимчасового колективного розміщення потрібно вжити конкретних заходів для запобігання сексуальній експлуатації та сексуальному насильству. Співпрацюйте з членами громади, щоб зрозуміти ризики та усунути їх, а також створити надійну систему розгляду скарг із можливістю вжиття негайних дій, які можна проконтролювати.

Психосоціальні аспекти: планування і проєкт житла мають включати відкриті громадські побутові та житлові простори, які розширюють можливості для спілкування.

В умовах теплового вологого клімату проєктуйте та орієнтуйте житло так, щоб забезпечити максимальну вентиляцію та звести до мінімуму потрапляння прямих сонячних променів. Більш висока стеля сприяє циркуляції повітря. Крита надвірна прибудова обмежує потрапляння прямого сонячного світла та захищає від дощу. Розгляньте можливість використання прилеглого затіненого або критого зовнішнього простору для приготування їжі з окремою зоною для інших видів діяльності. Дах повинен мати достатній нахил для стоку дощової води та широкі виступи (окрім місць із постійними сильними вітрами). Конструкція житла має бути легкою, із низькою теплоємністю, наприклад з деревини. Щоб запобігти потраплянню води в криту житлову зону, використовуйте фальшпідлогу ⊕ див. *Стандарт 2 щодо забезпечення житлом і поселення. Планування розміщення та поселення.*

В умовах спекотного, сухого клімату конструкції мають бути важкими (наприклад, із глини чи каменю), щоб забезпечувати тепловий комфорт в умовах змін нічних і денних температур. Як варіант, використовуйте легкі конструкції з достатньою ізоляцією. Варто вживати особливих заходів безпеки під час проєктування важких конструкцій у сейсмічно небезпечних зонах. Якщо можливо та доречно, забезпечте затінені, добре провітрювані простори. Якщо в розпорядженні є лише полімерна плівка або намети, забезпечте двохаровий дах із вентиляцією між шарами для зниження припливу теплового випромінювання. Розташуйте дверні та віконні отвори по інший бік від переважного напрямку гарячого вітру. Потрібно забезпечити щільне стикування настилу підлоги та зовнішніх стін, щоб завадити потраплянню всередину пилу й переносників інфекцій.

В умовах холодного клімату краще використовувати нижчу стелю, щоб мінімізувати внутрішній об'єм, який потребує опалення. Для побудови житла, в якому люди перебуватимуть упродовж усієї доби, потрібно використовувати важкі конструкції з високою теплоємністю. Якщо люди перебувають у житлі лише в нічний час, то бажано обирати легкі конструкції з низькою теплоємністю і надійною теплоізоляцією. Обмежте потоки повітря, особливо поблизу дверних та віконних отворів, щоб забезпечити особистий комфорт і водночас належну вентиляцію для обігрівачів і кухонних плит.

Належна вентиляція допоможе підтримувати здорове внутрішнє середовище, запобігатиме утворенню конденсату та обмежить поширення інфекційних захворювань. Вентиляція також зводить до мінімуму шкідливий вплив диму від побутових печей, і спричинені ним респіраторні інфекції та проблеми з очима. Якщо можливо, варто передбачити природну вентиляцію.

Боротьба з переносниками інфекцій: низько розташовані ділянки, руїни та порожні будівлі можуть ставати місцями розмноження переносників інфекцій, які можуть становити ризик для громадського здоров'я. Для колективних поселень вибір місця розташування та активна боротьба з переносниками інфекцій є запорукою зменшення впливу трансмісивних хвороб  див. *Стандарт WASH 4.2 щодо боротьби з переносниками інфекцій. Побутові та особисті дії щодо боротьби з переносниками інфекцій.*



4. Предмети домашнього вжитку

Допомога з надання предметів домашнього вжитку забезпечує відновлення та збереження здоров'я, гідності та безпеки та сприяє здійсненню повсякденних домашніх справ і веденню господарства. Цей стандарт стосується предметів для сну, приготування та зберігання харчових продуктів, їжі та пиття, теплового комфорту, освітлення та одягу. У розділі, присвяченому водопостачанню, санітарному забезпеченню та гігієні (WASH), міститься додаткова інформація про предмети на кшталт протимоскітних сіток, відер, резервуарів для води та гігієнічних засобів.

Стандарт 4 щодо забезпечення житлом та поселення: Предмети домашнього вжитку

Допомога з надання предметів домашнього вжитку забезпечує відновлення та збереження здоров'я, гідності та безпеки та сприяє веденню повсякденних домашніх справ і господарства.

Ключові дії

- 1 Assess and ensure access to items that enable households to restore and maintain essential domestic activities.
 - Consider different needs according to age, sex, disability, social and cultural practices, and family size.
 - Prioritise access to items for domestic activities, personal clothing, personal hygiene, and to support safety and health.
- 2 Decide how to deliver the household item assistance effectively and appropriately.
 - Consider what can be sourced locally through cash or voucher-based assistance and through local, regional or international procurement for in-kind distribution.
 - Consider environmental issues related to how items are packaged or delivered.
- 3 Monitor the availability, quality and use of household items, and adapt as needed.
 - Plan to replenish in cases of extended displacement.
 - Monitor the chosen markets for availability, price and quality. Adapt the way assistance is provided as the situation evolves.

Ключові показники

Люди мають доступ до одягу в достатній кількості та належної якості

- Щонайменше два повних комплекти одягу на особу. Одяг має бути потрібного розміру, відповідати культурним особливостям, сезону та клімату, а також бути пристосованим до будь-яких потреб

Люди мають достатньо предметів належної якості для безпечного та здорового сну без порушення приватності

- Щонайменше одна ковдра та комплект для сну (килимок, матрац, постільна білизна) на особу. У холодному кліматі потрібні додаткові ковдри/ізоляція підлоги
- Довговічні протимоскітні сітки, оброблені інсектицидами, якщо потрібно

Люди мають достатню кількість предметів для приготування, споживання та зберігання їжі

- На домогосподарство або групу з чотирьох-п'яти осіб: дві каструлі великого розміру з ручками та кришками, одна ємність для приготування або подачі їжі, один кухонний ніж і два ополоника
- На 1 особу: одна глибока тарілка, один набір столового приладдя і одна ємність для пиття

Відсоток постраждалого населення, яке має доступ до достатнього, безпечного та доступного енергопостачання для підтримки теплового комфорту, приготування їжі та освітлення

Кількість нещасних випадків, пов'язаних із користуванням печами, зберіганням або видобуванням палива

- Встановіть відправну точку та вимірюйте прогрес до 0

Інструкції

Важливо забезпечити наявність **основних предметів домашнього вжитку** в достатній кількості та належної якості таких категорій:

- для сну та теплового комфорту, та одяг;
- резервуари для води, предмети для приготування та зберігання харчових продуктів, прийому їжі та пиття;
- освітлення;
- для приготування їжі, кип'ятіння води та опалення, включно з паливом та енергією ⊕ *див. Стандарт 5 щодо продовольчої безпеки та харчування. Загальна продовольча безпека;*
- для гігієни, включно з гігієнічними засобами для менструальної гігієни або гігієни при нетриманні ⊕ *див. Стандарти WASH 1.2 і 1.3 зі сприяння дотриманню гігієни;*
- для захисту від переносників інфекцій, наприклад протимоскітні сітки ⊕ *див. Стандарт WASH 4.2 щодо боротьби з переносниками інфекцій;*
- пожежна та димова безпека.

Вибір належних предметів домашнього вжитку: предмети домашнього вжитку мають бути передбачені у загальному плані. Коли визначаєте тип, кількість і якість предметів домашнього вжитку, віддавайте перевагу насамперед предметам, які спрямовані на порятунок життя. Враховуйте такі аспекти:

- важливі повсякденні заняття на індивідуальному рівні, рівні домогосподарства та громади;
- культурні норми, прийнятність і традиції;



- безпека та простота використання (що потребує мінімального додаткового інструктажу чи технічних вказівок);
- довговічність, норма витрати й потреба в поповненні;
- поточні умови проживання;
- доступність на місцях;
- особливі потреби за категоріями постраждалого населення, включно з жінками, дівчатками, чоловіками, хлопчиками, немовлятами, особами похилого віку, особами з інвалідністю та іншими вразливими особами та групами;
- вплив обраних предметів на навколишнє середовище ⊕ *див. Стандарт 7 щодо забезпечення житлом і поселення. Екологічна стійкість.*

Безпека: усі предмети з пластмаси мають бути виготовлені з харчової пластмаси. Усі металеві вироби мають бути виготовлені з нержавіючої сталі або бути емальованими.

Піч має перебувати на безпечній відстані від структурних елементів житла. Внутрішні печі (кухонні плити) потрібно встановлювати на фундамент із незаймистого матеріалу. У місці виходу димоходу назовні потрібно встановити виготовлену з незаймистого матеріалу муфту. Печі (кухонні плити) потрібно встановлювати на достатній відстані від входів так, щоб забезпечити безпечний доступ до них під час користування. Паливо потрібно зберігати на безпечній відстані від самої печі (плити), а рідке паливо, наприклад гас, потрібно зберігати в недоступному для дітей місці.

Тепловий комфорт означає, що люди відчують комфортне тепло або прохолоду, одягнені та перебувають у сухості. Особистий комфорт забезпечують одяг, ковдри та постільна білизна. Каремати, обігрівачі та кондиціонери створюють прийнятні умови для проживання. Потрібно вжити всіх можливих заходів на індивідуальному рівні та на рівні домогосподарства, щоб запобігти переохолодженню чи тепловому удару.

Доступне паливо та побутове енергопостачання: паливо та інші джерела енергії необхідні для освітлення, приготування їжі, забезпечення теплового комфорту та зв'язку. Заготівля або купівля палива чи енергії — це регулярна стаття витрат, яку потрібно належним чином планувати. Слід сприяти використанню енергозберігаючих методів приготування їжі, включно з печами з економічним використанням палива, заготівлею дров, профілактикою пожеж, методами приготування їжі та спільним приготуванням їжі. Консультуйтеся з особами, постраждалими від кризи, та приймаючою громадою щодо місця й засобів заготівлі палива для вирішення питань особистої безпеки та екологічної стійкості.

У разі потреби потрібно організувати **штучне освітлення** для забезпечення особистої безпеки в межах поселень і навколо них за відсутності загального освітлення. Крім сірників і свічок, подбайте про наявність енергозберігаючих штучних джерел освітлення, наприклад світлодіодів та сонячних панелей.

Ринкове програмування щодо предметів домашнього вжитку: оцінювання ринку предметів домашнього вжитку має виконуватися в межах ширшого оцінювання ринкової системи. Забезпечення предметами домашнього вжитку, якщо це можливо, має підтримувати місцеві ринки. Аналізуйте витрати на ці статті в межах загальної структури витрат домогосподарства. Відстежуйте їх у часі, щоб

належним чином адаптувати та коригувати допомогу  див. *Надання допомоги через ринки*.

Розподіл: сплануйте ефективні та справедливі методи розподілу за погодженням з місцевою владою та постраждалим населенням. Переконайтеся, що вразливі особи чи домогосподарства включені до списків роздачі й мають доступ як до інформації про роздачу, так і до самої роздачі. Місця роздачі потрібно вибирати обережно, враховуючи пішу доступність, рельєф місцевості та можливість транспортування більш габаритних товарів, як-от предмети для підтримки житла. Рекомендується надати контейнери для зберігання та транспортування товарів особистого і домашнього вжитку.

Моніторинг після розподілу: оцініть відповідність процесу роздачі та самих предметів домашнього вжитку. Якщо надані предмети не використовуються або продаються на ринку, або якщо є затримки в доступі до певних предметів, адаптуйте процеси або продукти. Майте на увазі, що з часом потреби змінюватимуться, і програми мають пристосовуватися до цих змін.



5. Технічна допомога

Технічна допомога є невід'ємною частиною реагування у сфері забезпечення житлом і організації поселення. Вона сприяє самовідновленню постраждалих осіб і поліпшує якість і безпеку тимчасового житла та поселень. Важливо, щоб постраждалі домогосподарства або громади брали активну участь у виборі розміщення для себе, проєктуванні житла, плануванні території та виборі матеріалів, а також у нагляді за проведенням робіт із будівництва житла та інших будівельних робіт або безпосередньо у проведенні таких робіт.

Стандарт 5 щодо забезпечення житлом та поселення: Технічна допомога

Люди вчасно одержують доступ до належної технічної допомоги.

Ключові дії

- 1 Зрозумійте докризову практику планування та будівництва, наявні матеріали, досвід і можливості.
 - Консультуйтеся з постраждалими особами, місцевими спеціалістами у сфері будівництва та органами влади, щоб узгодити технології здійснення будівельних робіт і матеріали та знайти потрібних фахівців із забезпечення якості.
- 2 Залучайте та підтримуйте постраждалих осіб, місцеві органи влади та місцевих спеціалістів у процесі будівництва.
 - Дотримуйтеся застосовних норм планування та будівництва, специфікацій матеріалів і стандартів якості відповідно до передбачуваного терміну служби тимчасового житла, поселення чи домогосподарства.
 - Оптимізуйте технології здійснення будівельних робіт та можливості забезпечення засобів до існування на місцях.
- 3 Заохочуйте використання безпечніших технологій здійснення будівельних робіт, щоб задовольнити поточні потреби в житлі та зменшити майбутні ризики.
 - Для пошкоджених або зруйнованих будинків чи тимчасового житла визначте конструктивні ризики та небезпеки, причини виходу з ладу або те, що може вийти з ладу в майбутньому.
 - Якщо можливо, вивчайте, удосконалюйте та впроваджуйте інновації у місцеві технології здійснення будівельних робіт; забезпечуйте ефективну передачу знань, щоб сприяти розвитку належних технологій здійснення будівельних робіт.
- 4 Забезпечте людям доступ до належної технічної допомоги.
 - Забезпечте доступ до спеціалізованих професійних знань щодо того, як дотримуватися будівельних норм і стандартів і як підвищити технічні знання серед постраждалого населення.

- Зважайте на осіб з обмеженою спроможністю, здатністю або можливістю в безпечний та технічно доцільний спосіб провадити діяльність, пов'язану з будівництвом, або домовлятися про заселення у наявне безпечне й технічно справне житло.
- 5 Упровадьте належне управління матеріалами, фінансами, робочою силою, технічною допомогою та процесами для дотримання офіційних вимог, аби забезпечити якісні результати.
- Дотримуйтеся відповідних процедур і правил поведінки щодо проведення тендерів, закупівель, контрактів і управління будівництвом.
 - Заохочуйте використання місцевих доступних, стійких і знайомих технологій, інструментів і матеріалів і наймайте місцеву робочу силу для обслуговування та модернізації тимчасового житла.

Ключові показники

Відсоток програм, у яких місцеві органи влади залучені до визначення стандартів будівництва та моніторингу будівельної діяльності

Відсоток видів будівельної діяльності, у яких постраждале населення бере активну участь

Відсоток тимчасових жител, які були побудовані, відремонтовані, модернізовані або обслуговуються відповідно до узгодженої безпечної технології здійснення будівельних робіт у конкретному середовищі та з огляду на конкретні небезпеки

Відсоток домогосподарств, які повідомили, що отримали відповідну технічну допомогу та інструктаж

Інструкції

Участь постраждалого населення і взаємодія з ним: участь у діяльності із забезпечення житлом та будівництва має відповідати поточній місцевій практиці. Навчальні програми та схеми стажування можуть розширити можливості для участі в будівництві всіх постраждалих осіб (безпосередньо постраждалих та приймаючої громади). Створіть можливості для участі жінок і осіб з інвалідністю. Люди, які не здатні повною мірою виконувати фізичну роботу, можуть брати участь у інших видах діяльності (моніторинг території, складський облік, адміністративна підтримка, догляд за дітьми або приготування їжі для осіб, які виконують будівельні роботи). Майте на увазі, що постраждалі особи можуть мати інші взаємовиключні обмеження в часі. Громадські трудові бригади, що працюють на волонтерських засадах, або наймані працівники можуть брати участь у будівельних роботах окремих домогосподарств, особливо очолюваних жінками, дітьми, особами похилого віку або особами з інвалідністю. Така допомога має велике значення, адже ці групи ризикують зазнати сексуальної експлуатації, коли звертаються по допомогу з будівництва.

Участь молоді у будівництві: завдяки участі у проєктах будівництва молодь може набувати цінних навичок, впевненості, підвищувати самооцінку та зміцнювати зв'язки з громадою.



Подбайте про те, щоб дітей, які не досягли мінімального віку для праці, не залучали до будівництва тимчасового житла або до участі в програмах «гроші за працю». Діти від мінімального працездатного віку (зазвичай 14 або 15) до 18 років мають брати участь у роботах у спосіб, який відповідає їхньому віку та рівню розвитку. Переконайтеся, що їхня участь відповідає вимогам національного законодавства в цьому контексті. Забезпечуйте дотримання міжнародних стандартів і національного трудового законодавства, щоб запобігати використанню небезпечної дитячої праці та праці неповнолітніх. Будь-які підозри або запитання щодо дитячої праці потрібно направляти спеціалістам із захисту дітей або до соціальних служб **⊕ див. Посібник CPMS.**

Професійний досвід: надавайте консультації з планування території та просторового планування, місцевих технологій будівництва, оцінювання збитків, знесення та розчищення від руїн, будівництва, управління територією, оцінювання наявного будівельного фонду та гарантії користування майном. Це забезпечить відповідність житла стандартам. Також стануть у нагоді знання ринків матеріалів і праці, а також юридична та адміністративна підтримка **⊕ див. Стандарт 6 щодо забезпечення житлом і поселення. Гарантія користування майном.**

Дотримання будівельних норм: з'ясуйте, чи дотримуються зазвичай місцеві чи національні будівельні норми та чи є їх дотримання обов'язковим. Якщо ні, то виступайте за їх використання та дотримання. Ці норми мають відображати місцеву культуру щодо житла, кліматичні умови, ресурси, можливості будівництва та технічного обслуговування, доступність і прийнятну вартість. Переконайтеся, що в межах програм забезпечення житлом домогосподарства мають змогу дотримуватися або поступово досягати узгоджених норм і стандартів. Особливо це стосується програм, у яких для задоволення потреб тимчасового житла передбачено грошову допомогу. У разі відсутності чинних стандартів упровадьте мінімальні стандарти спільно з місцевими органами влади та відповідними зацікавленими сторонами (зокрема, якщо можливо, постраждалих осіб), щоб гарантувати їхню відповідність вимогам щодо безпеки та ефективності.

Розширення технічного потенціалу: розширюйте потенціал громади, сприяючи навчанню та підвищенню обізнаності постраждалого населення, місцевих органів влади, місцевих спеціалістів у сфері будівництва, кваліфікованої та некваліфікованої робочої сили, орендодавців, експертів з правових питань та місцевих партнерів.

У місцевостях, вразливих до впливу сезонних або циклічних криз, залучайте технічних спеціалістів і місцевих експертів, які мають досвід відповідних локальних рішень або можуть ділитися найкращими практиками. Ці люди можуть надавати інформацію про практики проєктування та будівництва і допомагати розробляти покращені рішення.

Вибір джерел матеріалів: якщо існує можливість швидко забезпечити наявність будівельних матеріалів, постраждале населення може самостійно будувати житло. Рішення для будівництва житла можуть складатися з окремих компонентів або попередньо визначеного набору з відповідними будівельними інструментами. Під час вибору матеріалів потрібно спиратися на результати швидкого оцінювання та аналізу ринку, а також оцінювання впливу на довкілля.

Вибір місцевих матеріалів може вплинути на місцеву економіку, робочу силу та природне середовище. У деяких ситуаціях на місцях може не виявитися матеріалів належної якості. У цьому випадку використовуйте альтернативні матеріали чи виробничі процеси, або комерційні системи будівництва тимчасового житла, але враховуйте наслідки використання матеріалів, незнайомих для місцевої культури. Не слід використовувати матеріали, вироблені шляхом експлуатації місцевої робочої сили та дітей.

Безпечні громадські будівлі: будуйте або ремонтуйте тимчасові та постійні громадські будівлі, зокрема, школи та медичні центри, так, щоб вони не становили ризику для громадського здоров'я та були стійкими до надзвичайних ситуацій. Такі об'єкти мають відповідати будівельним нормам і процедурам узгодження. Гарантуйте безпеку та доступ для всіх, зокрема й для людей з обмеженою рухливістю та порушеннями мовлення (по можливості узгоджуйте свої дії з організаціями, що представляють осіб з інвалідністю). Під час ремонту та будівництва таких будівель консультируйтесь з відповідними органами. Упровадьте доступну стратегію експлуатації та технічного обслуговування.

Закупівлі та управління будівництвом: розробіть графік будівництва, який складається з ключових цільових етапів (дати початку та завершення, а також дати та тривалість переселення переміщених осіб). Це стосується як ситуацій, коли будівництвом управляє власник, так і коли це робить підрядник. Графік має вказувати очікуваний початок сезонних змін погоди та містити план дій на випадок непередбачуваних подій. Упровадьте систему управління будівництвом і контролю для матеріалів, робочої сили та шеф-монтажних робіт. Система має охоплювати процедури пошуку постачальників, закупівель, транспортування, обробки та адміністрування протягом усього процесу будівництва.

Наймайте якомога більше місцевих працівників, щоб підвищити рівень їхньої кваліфікації та забезпечити засоби до існування для постраждалих осіб. Наймайте спеціалістів (інженерів, архітекторів, спеціалістів із містобудування, керівників будівництва та юристів) для виконання конкретних завдань.

Подбайте про врахування екологічних проблем. Сприяйте суспільно прийнятному повторному використанню списаних матеріалів, якщо можна підтвердити права на такі матеріали та їх якість  *див. Стандарт 7 щодо забезпечення житлом і поселення. Екологічна стійкість.*

Модернізація та технічне обслуговування: початкові заходи з реагування у сфері забезпечення житлом зазвичай охоплюють лише мінімальний рівень критого або огороженого житлового простору. Втім, початкові методи будівництва та матеріали мають дозволити домогосподарствам підтримувати, адаптувати або модернізувати тимчасове житло для задоволення своїх довгострокових потреб. Такі зміни потрібно вносити в безпечний спосіб, використовуючи, якщо можливо, доступні та знайомі місцеві інструменти та матеріали.

Інструменти спільного користування: упровадьте процедури, які визначають порядок використання, обслуговування та безпечного зберігання інструментів та матеріалів спільного користування.



6. Гарантія користування майном

Гарантія користування майном означає, що люди можуть жити у власних домівках, не боячись примусового виселення, як у ситуаціях громадського поселення, неформальних поселень, у приймаючих громадах, так і після повернення. Це основа права на належне житло та багатьох інших прав людини. У гуманітарному контексті найбільш прийнятним є поступовий або поетапний підхід. Він передбачає, що переміщені особи можуть отримати допомогу для поліпшення умов життя в різних типах житла. Проте це не означає, що існує пріоритет надання допомоги саме власникам, і не обов'язково вказує на постійність користування майном чи право власності. Суб'єкти у сфері забезпечення житлом розвивають розуміння того, що є «достатньо гарантованим» для цілей розробки варіантів житла для найбільш уразливих і незахищених осіб з точки зору користування майном. Докладніше про належні практики та концепцію «достатньої гарантованості»
 Ⓢ *див. Посилання: Payne and Durand-Lasserve (2012).*

Стандарт 6 щодо забезпечення житлом та поселення: Гарантія користування майном

Постраждалі особи мають гарантію користування тим житлом чи місцем поселення, яке вони мають.

Ключові дії

- 1 Проведіть комплексну перевірку на предмет дотримання належних практик під час розробки та реалізації програми.
 - Забезпечте максимальну юридичну визначеність щодо користування майном (підхід «достатньої гарантованості»), враховуючи контекст і та існуючі обмеження.
 - Забезпечте координацію та співпрацю з місцевими органами влади, правниками та міжвідомчими майданчиками.
- 2 Будьте поінформовані про законодавчу базу та фактичну обстановку на місцях.
 - Складіть список існуючих систем і рішень щодо користування майном для різних сценаріїв отримання житла та поселення в умовах після кризи; визначте, як вони впливають на групи найбільшого ризику.
 - Співпрацюйте з місцевою владою, щоб зрозуміти, які нормативні акти виконуватимуться, а які ні, а також з'ясуйте відповідні часові рамки.
 - Будьте поінформовані про те, як регулюються відносини щодо користування майном та як вирішуються спори, і які зміни відбулися з початку кризи.
- 3 Будьте поінформовані про те, як системи, рішення та практика щодо користування майном впливають на гарантію користування майном для груп ризику.
 - Враховуйте гарантію користування майном як показник вразливості.

- Будьте поінформовані про те, які документи можуть знадобитися особам, які беруть участь у програмі, беручи до уваги те, що найбільш уразливі групи населення можуть не мати цих документів або могли втратити доступ до них.
- Переконайтеся, що надання гуманітарної допомоги не є упередженим на користь формальних відносин власник-орендар або відносин вільного використання.

4

Упроваджуйте програми надання житла та поселення так, щоб забезпечувати гарантії користування майном.

- Залучайте місцевих експертів до адаптації програм до різних типів користування майном, особливо для вразливих груп.
- Переконайтеся, що документація, наприклад, угоди про право користування, належним чином підготовлена і відображає права всіх сторін.
- Зменшіть ризик того, що програма надання житла спричинить або сприятиме напруженості в межах громади та між сусідніми громадами.

5

Забезпечте захист від примусового виселення.

- У разі виселення або ризику виселення, організуйте направлення осіб для визначення альтернативних рішень щодо житла та іншої галузевої допомоги.
- Допомагайте у вирішенні спорів.

Ключові показники

Відсоток одержувачів житла, які мають гарантію користування наданим житлом і можливість проживання в ньому принаймні протягом терміну дії програми допомоги

Відсоток одержувачів житла, які мають відповідну угоду про гарантію користування для свого варіанту проживання

Відсоток одержувачів житла, які мають труднощі в одержанні гарантій користування і які самостійно або через направлення отримали доступ до юридичних послуг та/або механізмів вирішення спорів

- ⊕ Див. Принцип захисту 4.

Інструкції

Користування майном — це відносини між групами осіб або окремими особами щодо житла та землі, встановлені статутним правом або звичаєвими, неформальними чи релігійними домовленостями. Системи користування майном визначають, хто може використовувати які ресурси, як довго та за яких умов. Існує багато форм домовленостей про користування, починаючи від повної власності та офіційних угод про оренду до тимчасового житла і зайняття землі в неформальних поселеннях. Незалежно від форми користування, усі особи зберігають права на житло, землю та майно. Особи, які живуть у неформальних поселеннях (часто — внутрішньо переміщені особи), можуть не мати законного права займати землю, але все ж мають право на достатнє житло та захищені від примусового



виселення. Щоб визначити, чи існує гарантія користування, потрібна документація щодо підстав користування та організаційне застосування методів комплексної перевірки на предмет дотримання належних практик.

Гарантія користування майном — це невід’ємна складова права на достатнє житло, що гарантує правовий захист від примусового виселення, переслідувань та інших загроз і дає людям змогу жити у власному домі в безпеці, мирі та з гідністю. Усім людям, зокрема й жінкам, дається певний ступінь гарантій користування майном. Важливо зрозуміти, як регулюються та застосовуються відносини користування, включно з механізмами врегулювання спорів, і як ці відносини могли змінитися з початку кризи. До даних для оцінки гарантії користування майном належать кількість спорів, частота виселень та сприйняття громадою гарантії користування майном.

Поетапне користування. Одним із найефективніших способів зміцнення гарантій користування майном є використання поточних систем користування, які мають певну соціальну легітимність [⊕ див. Посилання: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model і Payne and Durand-Lasserve \(2012\).](#)

Міркування щодо житла в міських районах. Більшість переміщених осіб в умовах міста проживають у неформальних поселеннях або в орендованому житлі без формального права власності, оренди та/або користування. Отже, ризик примусового виселення та пов’язаних з ним форм експлуатації та переслідувань є визначальною рисою їхнього проживання. Варіанти надання житла та допомоги в поселенні в міських районах мають враховувати складні ситуації користування та підходи щодо поетапного користування для орендарів, неформальних поселенців, скваттерів тощо.

Принцип «не нашкодь»: у деяких контекстах гуманітарне втручання може призвести до виселення вразливих груп. В інших випадках акцентування уваги на питаннях гарантії користування майном може збільшити ризик виселення для вразливих груп. Комплексна перевірка на предмет дотримання належних практик допоможе виявити ризики щодо гарантії користування майном, з якими стикаються різні групи. У деяких випадках, коли ризики для гарантії користування майном високі, може бути краще взагалі утриматись від будь-яких дій.

Загальні приводи для виселення. Загроза виселення виникає через складну взаємодію факторів, більшість із яких також спричинені експлуатацією та жорстоким поводженням. Вони охоплюють:

- неспроможність платити орендну плату, часто через обмеження засобів до існування, як-от права на роботу;
- відсутність письмових договорів оренди з орендодавцями, що робить людей вразливими до підвищення цін та виселення;
- суперечки з орендодавцями;
- дискримінація постраждалих осіб;
- обмеження щодо поліпшення житла. Особи, які не мають дозволу на будівництво, постійно перебувають під загрозою виселення;
- користувачі або мешканці ділянок під забудову, які не можуть урегулювати свою ситуацію з цивільною адміністрацією;

- операції з житлом, що відбуваються в межах звичаєвого права або релігійних традицій, а отже, не визнаються статутним правом, і навпаки;
- для жінок: розлучення, насильство з боку партнера та інші форми домашнього насильства, або смерть чоловіка;
- відсутність цивільних документів у жінок (вони можуть бути включені в документи батька чи чоловіка) та в осіб з інших маргіналізованих або переслідуваних груп.

Виселення та переселення. Переселення може відповідати законодавству про права людини і виконуватися з метою захисту здоров'я та безпеки мешканців, які зазнали впливу надзвичайних ситуацій, екологічних небезпек, або для збереження критичних екологічних ресурсів. Водночас, зловживання правилами, спрямованими на захист громадського здоров'я та безпеки чи навколишнього середовища, для виправдання виселення за відсутності справжнього ризику або коли доступні інші варіанти, суперечить міжнародному праву прав людини.



7. Екологічна стійкість

Екологічна стійкість стосується відповідального програмування, яке задовольняє потреби сьогодення, не ставлячи під загрозу здатність майбутніх поколінь задовольняти власні потреби. Ігнорування проблем навколишнього середовища в короткостроковій перспективі може поставити під загрозу відновлення, посилити наявні проблеми або спричинити нові [⊕ див. Принцип захисту 1 і Зобов'язання 3 і 9 Основного гуманітарного стандарту](#).

Стандарт 7 щодо забезпечення житлом та поселення: Екологічна стійкість

Допомога у сфері забезпечення житлом та поселення зводить до мінімуму негативний вплив програми на природне середовище.

Ключові дії

- 1 Інтегруйте оцінку впливу на навколишнє середовище та управління ним у всі плани забезпечення житлом та поселення.
 - Оцініть вплив кризи на навколишнє середовище, а також екологічні ризики та вразливість, щоб мінімізувати негативні наслідки варіантів забезпечення житлом та поселення.
 - Включіть план управління охороною довкілля до процедур експлуатації та моніторингу.
- 2 Вибирайте найбільш стійкі матеріали й методи серед прийнятних варіантів.
 - Віддавайте перевагу матеріалам і методам, які не виснажують місцеві природні ресурси та не завдають довгострокової шкоди навколишньому середовищу.
 - Утилізуйте та повторно використовуйте, переробляйте або змінюйте наявні матеріали, включно з уламками від руйнувань.
- 3 Утилізуйте тверді відходи у всіх поселеннях в безпечний, своєчасний, культурно прийнятний та екологічно сталий спосіб.
 - Координуйте роботу з органами у сфері WASH, охорони здоров'я, громадських робіт та іншими органами, приватним сектором та іншими зацікавленими сторонами, щоб запровадити або відновити практики сталої утилізації відходів.
- 4 Створюйте, відновлюйте та заохочуйте використання безпечних, надійних, доступних та екологічно стійких систем енергопостачання.
 - Визначте, чи мають наявні системи енергопостачання негативний вплив на природні ресурси, рівень забруднення, здоров'я та безпеку.
 - Переконайтеся, що нові або переглянуті варіанти енергопостачання відповідають потребам користувачів, у разі потреби забезпечте навчання та подальший контроль.

5

Захищайте, відновлюйте та поліпшуйте екологічну цінність робочих майданчиків (наприклад, тих, що відведені під тимчасові поселення) під час і після використання.

- Оцініть базові умови щодо довкілля та наявні місцеві природні ресурси для кожного майданчика, визначте небезпеки для довкілля, зокрема й небезпеки, зумовлені попереднім комерційним або промисловим використанням.
- Усуньте безпосередні та очевидні небезпеки на території, а також серйозне погіршення стану навколишнього середовища, зводячи до мінімуму вирубування природної рослинності та порушення природного водовідведення.
- Залиште територію в стані, який дозволить місцевому населенню негайно використовувати її, якщо можливо — у кращому стані, ніж вона була до того.

Ключові показники

Відсоток заходів у сфері забезпечення житлом та поселення, які проводяться після екологічної експертизи

Кількість реалізованих рекомендацій плану управління та моніторингу навколишнього середовища

Відсоток конструкцій тимчасового житла, побудованих з використанням будівельних матеріалів із низьким рівнем викидів вуглецю, та методів їхньої закупівлі

Відсоток твердих відходів на території, які підлягають повторному використанню, зміні призначення або переробці

- Цільовий показник > 70 відсотків за об'ємом

Відсоток територій тимчасового поселення, які було відновлено до кращого стану довкілля, ніж до використання

Інструкції

Оцінка впливу на навколишнє середовище складається з трьох елементів: базового опису місцевого середовища, для якого проводиться оцінка; розуміння запропонованої діяльності та потенційної загрози, яку вона може завдати навколишньому середовищу; і розуміння наслідків, якщо така загроза виникне.

Проведення консультацій з відповідними природоохоронними органами може бути корисним. Ключові аспекти, які треба враховувати під час оцінки впливу на навколишнє середовище:

- докризовий доступ та використання місцевих природних ресурсів, включно з паливом та будівельними матеріалами, джерелами води та управлінням відходами;
- обсяг доступних місцевих природних ресурсів і вплив кризи на них;
- соціальні, економічні та культурні питання (включно з гендерними ролями), які можуть вплинути на сталість реагування та підвищити його загальну ефективність.



Вибір джерел матеріалів: під час вибору природних ресурсів (вода, деревина, пісок, ґрунт і трава, а також паливо для випалювання цегли та черепиці) пам'ятайте про вплив на навколишнє середовище. Заохочуйте використання ресурсів з кількох джерел, повторне використання списаних матеріалів і виробництво альтернативних матеріалів. Хорошим способом виробництва стійких будівельних матеріалів є відновлення лісів. Не слід використовувати матеріали, вироблені за рахунок експлуатації дорослих і дітей ⊕ *див. Надання допомоги через ринки.*

Вибір місця розташування поселення: місце розташування потрібно обирати, спираючись на дані оцінки впливу на навколишнє середовище. Наприклад, розміщення поселень поблизу наявної інфраструктури може зменшити вплив на навколишнє середовище через відсутність необхідності будівництва нової інфраструктури. Враховуйте ризики, пов'язані з кліматичними умовами ⊕ *див. Стандарт 2 щодо забезпечення житлом і поселення. Планування розміщення та поселення.*

Ерозія: зберігайте дерева та іншу рослинність для стабілізації ґрунту, збільшення тіні й захисту від несприятливих погодних умов. Використання природних контурів рельєфу при побудові елементів інфраструктури (доріг, проходів та мереж водовідведення) зводить до мінімуму ерозію ґрунту та затоплення. У разі потреби встановіть дренажні канали чи дренажні труби під проїжджою частиною або земляні насипи, щоб запобігти ерозії ґрунту. Якщо ухил становить понад 5 відсотків, потрібно застосувати інженерні методи для запобігання надмірній ерозії.

Управління уламками та повторне використання або зміна призначення відходів: планування управління уламками відразу після кризи сприяє повторному їх використанню, зміні призначення або безпечній утилізації.

Існує потенціал для повторного використання або зміни призначення твердих відходів, які накопичуються під час гуманітарних криз. Повторне використання матеріалів в умовах гуманітарного реагування як частина більш систематичної стратегії управління твердими відходами залежить від культурного ставлення до поводження з відходами та близькості підприємств, які бажають придбати певні виокремлені матеріали. Гуманітарне реагування надає можливості для винахідливого повторного використання матеріалів ⊕ *див. Стандарт 3.1 щодо асенізації та Стандарти WASH 5.1 і 5.3 щодо утилізації твердих відходів.*

Енергія: у контексті споживання енергії слід враховувати умови клімату, наявні природні ресурси, забруднення всередині та зовні житлового середовища, вплив на здоров'я та безпеку і преференції користувачів. Якщо можливо, програми мають зменшувати потреби домогосподарства в енергії. Енергоефективне проектування, використання пасивних підходів для обігріву або охолодження конструкцій, а також використання енергоефективних предметів домашнього вжитку, наприклад сонячних ламп, зменшує витрати домогосподарства та вплив на навколишнє середовище ⊕ *див. Стандарт 5 щодо продовольчої безпеки та харчування. Загальна продовольча безпека.*

Визначте ризики для населення, зумовлені пошкодженими джерелами енергії, наприклад пошкодженими лініями електропередач і витоком з резервуарів пропану чи мазуту. Слід координувати зусилля з місцевою владою та постачальниками енергії для відновлення енергетичних послуг, їх надання та

підтримки. Одним із способів гарантувати безпеку та обмежити забруднення чи попит на природні ресурси є субсидії та інші способи мотивації.

Управління природними ресурсами: в умовах обмежених природних ресурсів для підтримки істотного збільшення територій розселення людей важливо розробити план управління ресурсами. У разі потреби консультуйтеся із зовнішніми експертами. План управління ресурсами може передбачати зовнішнє постачання палива, різні способи випасання худоби, сільськогосподарського виробництва та інших джерел доходу, які залежать від природних ресурсів. Великі, добре керовані поселення можуть бути більш екологічно стійкими, ніж численні дрібніші, розрізнені поселення, якими не так просто управляти та які складно контролювати. Втім, великі колективні поселення можуть чинити більший тиск на сусідні приймаючі громади, ніж менші розрізнені поселення. Суб'єкти, які працюють у сфері забезпечення житлом, мають завжди враховувати вплив своїх втручань на потреби приймаючого населення в природних ресурсах  *див. Зобов'язання 9 Основного гуманітарного стандарту і [Посібник LEGS](#).*

Міські та сільські місцевості: люди в сільській місцевості, як правило, більше залежать від наявності природних ресурсів у найближчому оточенні, ніж жителі міст. Утім, міські райони поглинають велику кількість природних ресурсів — деревини, піску, цементу, цегли та інших природних будівельних матеріалів, що надходять із набагато більшої зони довкола. У разі використання великої кількості будівельних матеріалів у програмах будівництва в містах та інших масштабних програмах будівництва тимчасового житла, де вплив на навколишнє середовище може виходити далеко за межі території реалізації програми, потрібно ухвалювати добре обґрунтовані рішення.



Додаток 1

Перелік контрольних запитань з оцінювання забезпечення житлом та поселення

Мета даного переліку контрольних запитань полягає в забезпеченні одержання відповідної інформації, потрібної для реалізації реагування у сфері забезпечення житлом та поселення в період після кризи. Цей список не є обов'язковим. Його потрібно використовувати й коригувати відповідно до обставин.

Інформацію про основоположні причини кризи, безпекову ситуацію, основні демографічні показники щодо переміщеного і приймаючого населення, а також про основних інформаторів, із якими потрібно консулюватися і налагоджувати зв'язок, доведеться отримувати окремо.

Оцінювання й координація

- Чи було створено узгоджений механізм координації дій відповідними органами влади та гуманітарними організаціями?
- Які є вихідні дані щодо постраждалого населення, і які є відомі небезпеки, ризики та фактори вразливості щодо забезпечення житлом та поселення?
- Чи існує план дій у надзвичайних ситуаціях, який потрібно враховувати під час організації реагування?
- Яка інформація, отримана під час здійснення попереднього оцінювання, вже доступна?
- Чи заплановано проведення оцінювання на міжорганізаційному та/або багатосекторальному рівнях, і чи внесено в нього питання щодо забезпечення житлом, організації поселення та надання предметів домашнього вжитку?

Демографічні показники

- Який кількісний склад типового домогосподарства?
- Яка кількість постраждалих осіб перебуває в домогосподарствах різних типів? Враховуйте групи осіб, які не мають родинних зв'язків (наприклад, діти без супроводу дорослих, домогосподарства, кількісний склад яких є нетиповим). Виконайте розбивку за віком, інвалідністю та етнічною, мовною чи релігійною належністю, залежно від контексту.
- Яка кількість постраждалих домогосподарств не має відповідного житла, і де знаходяться ці домогосподарства?
- Скільки людей (із розбивкою за статтю, віком та інвалідністю) не є членами окремих домогосподарств, і не мають жодного або належного житла, і де перебувають ці люди?
- Скільки постраждалих домогосподарств, що не мають відповідного житла, не були переміщені й потребують допомоги на місцях первинного проживання?
- Скільки постраждалих домогосподарств, що не мають відповідного житла, були переміщені й потребують допомоги в забезпеченні житлом за рахунок розселення у приймаючих сім'ях або в тимчасових поселеннях?

- Скільки осіб (із розбивкою за статтю й віком) не мають доступу до громадських об'єктів, як-от шкіл, закладів охорони здоров'я та громадських центрів?

Ризики

- Які безпосередні ризики для життя, здоров'я та безпеки людей через відсутність відповідного житла і яка кількість людей може зазнати цих ризиків?
- Які опосередковані ризики для життя, здоров'я та безпеки людей через відсутність відповідного житла?
- Як системи, домовленості та практика користування майном впливають на гарантію користування майном для вразливих і маргіналізованих груп населення?
- Які особливі небезпеки створює відсутність відповідного житла для вразливих осіб включно з жінками, дітьми, неповнолітніми без супроводу, особами з інвалідністю або хронічними захворюваннями, та чому?
- Які наслідки має присутність переміщеного населення для місцевого приймаючого населення?
- Яка потенційна небезпека виникнення конфліктів або дискримінації серед груп постраждалого населення або між ними, особливо для жінок і дівчаток?

Ресурси й обмеження

- Які матеріальні, фінансові та людські ресурси має у своєму розпорядженні постраждале населення для задоволення, повністю або частково, невідкладних потреб у сфері забезпечення житлом?
- Які проблеми, що стосуються наявності землі, прав власності на землю і користування нею, впливають на здатність постраждалих осіб задовольняти нагальні потреби у сфері забезпечення житлом, включно з організацією (якщо потрібно) місць тимчасового колективного поселення?
- З якими ризиками може стикатися населення, яке, можливо, прийматиме постраждалих осіб у власних помешканнях або на прибудинковій території?
- Які існують можливості та обмеження щодо використання наявних придатних і неушкоджених будівель або споруд для тимчасового поселення в них переміщеного населення?
- Чи придатні наявні вільні землі для розміщення на них тимчасових поселень, враховуючи особливості рельєфу та інші обмеження, пов'язані із навколишнім середовищем?
- Які нормативно-правові вимоги й обмеження можуть вплинути на розробку рішень для забезпечення житлом?

Матеріали, проектування і будівництво

- Які первинні рішення щодо житла або матеріали були забезпечені постраждалому населенню та іншим учасниками програм допомоги?
- Які наявні матеріали можуть бути вилучені з пошкоджених будівель для повторного використання під час перебудови жител?



- Які технології здійснення будівельних робіт зазвичай застосовуються постраждалим населенням і матеріали якого типу використовуються для зведення каркасу, даху і зовнішніх стін?
- Які альтернативні рішення щодо конструкцій або матеріалів можуть бути доступні й знайомі або прийнятні для постраждалого населення?
- Які саме характеристики конструкції гарантують безпечний та вільний доступ до наданого житла і його використання усіма представниками постраждалого населення?
- Яким чином обрані рішення щодо забезпечення житлом можуть звести до мінімуму майбутні ризики та вразливість?
- Хто і як зазвичай будує житло?
- Хто і як зазвичай дістає будівельні матеріали?
- Як організувати навчання жінок, молоді, осіб з інвалідністю та осіб похилого віку або надати їм допомогу з тим, щоб вони могли брати участь у будівництві тимчасового житла, і що може перешкодити цьому?
- Чи треба надавати додаткову допомогу окремим особам чи домогосподарствам, які не здатні або не мають можливості самостійно будувати тимчасове житло? Приклади допомоги включають участь добровольців або найманих працівників, а також надання технічної допомоги.

Діяльність, пов'язана з веденням домашнього господарства і забезпеченням засобів до існування

- Якого типу діяльність із ведення домашнього господарства та забезпечення засобів до існування зазвичай здійснюють всередині житлових приміщень або на прилеглий території, та як цю діяльність враховують під час надання житлового простору і його проектування?
- Які легальні й екологічно стійкі можливості забезпечення засобів до існування можуть бути надані за рахунок вибору джерел постачання матеріалів, будівництва житла та організації поселення?

Основні служби та комунальні об'єкти

- Наскільки доступна вода, призначена для пиття й особистої гігієни, та які є можливості та обмеження щодо задоволення очікуваних потреб із санітарного забезпечення?
- Яка фактична забезпеченість соціальними об'єктами (закладами охорони здоров'я, школами, місцями відправлення культу тощо), і які є обмеження та можливості щодо забезпечення доступу до цих об'єктів?
- Якщо громадські будівлі, особливо школи, використовують для поселення переміщеного населення, то які процедури й графік повернення цих об'єктів до використання за призначенням?

Наслідки для приймаючого населення та навколишнього середовища

- Які питання спричиняють занепокоєння у населення, яке приймає постраждалих осіб?
- Які є проблеми організації та фізичного розміщення переміщеного населення в місцевій громаді, яка приймає постраждалих, або на території тимчасових поселень?

- Які є негативні наслідки для місцевого навколишнього середовища, спричинені використанням місцевих джерел постачання будівельних матеріалів?
- Які є негативні наслідки для місцевого навколишнього середовища у зв'язку із задоволенням потреб переміщеного населення в паливі, санітарному забезпеченні, утилізації відходів, пасовищах для худоби тощо?

Потреби в предметах домашнього вжитку

- Які непродовольчі товари мають критичне значення для постраждалих осіб?
- Чи можна придбати будь-які основні непродовольчі товари на місцевому рівні?
- Чи можна використовувати для придбання готівку або ваучери?
- Чи потрібно надавати технічну допомогу на додаток до надання предметів і матеріалів для будівництва тимчасового житла?

Одяг і постільна білизна

- Який одяг, ковдри та постільні предмети зазвичай використовують жінки, чоловіки, діти та немовлята, вагітні та жінки, які годують груддю, особи похилого віку? Які соціальні та культурні особливості потрібно враховувати?
- Скільки жінок і чоловіків різного віку, а також дітей і немовлят мають невідповідний вимогам щодо якості або кількості одягу, ковдри та постільну білизну для захисту від несприятливих кліматичних умов і збереження здоров'я, гідності та добробуту?
- Яка потенційна небезпека для життя, здоров'я та особистої безпеки постраждалого населення пов'язана з тим, що його потреби у відповідному одязі, ковдрах та постільній білизні не були задоволені?
- Які заходи щодо боротьби з переносниками інфекцій, зокрема, надання протимоскітних сіток, є обов'язковими для збереження здоров'я та добробуту домогосподарств?

Приготування і споживання їжі, печі (кухонні плити) і паливо

- Яке кухонне та столове приладдя типове домогосподарство мало до кризи?
- Скільки домогосподарств не мають доступу до кухонного та столового приладдя у достатній кількості?
- Як постраждалі особи зазвичай готували їжу й обігрівали помешкання до кризи, та де відбувалося приготування їжі?
- Яке паливо зазвичай використовувалось для приготування їжі та опалення, і де його продавали?
- Скільки домогосподарств не мають доступу до печей (кухонних плит) для приготування їжі та опалення, і чому?
- Скільки домогосподарств не мають доступу до достатньої кількості палива для приготування їжі та опалення?
- Які є можливості й обмеження (особливо пов'язані із захистом навколишнього середовища) щодо вибору джерел постачання достатньої кількості палива для населення, яке постраждало внаслідок кризи, та населення сусідніх територій?
- Які наслідки може мати вибір джерел постачання достатньої кількості палива для постраждалих осіб, особливо для жінок усіх вікових категорій?



- Які культурні особливості приготування та споживання їжі потрібно враховувати?

Знаряддя праці та обладнання

- До яких основних знарядь для ремонту, будівництва або технічного обслуговування житла мають доступ домогосподарства?
- У яких видах діяльності, пов'язаних із забезпеченням засобів до існування, також можуть використовуватись основні знаряддя для будівництва, технічного обслуговування й розчищення від руїн?
- Які програми навчання або підвищення обізнаності щодо безпечного використання знарядь праці потрібно реалізувати?

Додаток 2

Опис сценаріїв поселення

Сценарії поселення дають змогу визначити перший рівень класифікації місць та умов проживання постраждалих осіб. Розуміння кризи через ці сценарії допоможе планувати стратегії надання допомоги. Додаткові дані для докладного планування:  див. *Додаток 3. Додаткові характеристики сценаріїв поселення.*

Група населення	Сценарій організації поселення	Опис	Приклади
Непереміщене населення	Мешканець є власником житла або землі	Мешканець є власником майна і/або землі (право власності може бути офіційним або неофіційним) або є частковим її власником чи співвласником.	Будинки, квартири, земля
	Оренда житла або землі	Завдяки оренді фізична особа чи домогосподарство має змогу користуватися житлом чи землею протягом певного часу за певну ціну без переходу права власності на підставі письмового чи усного договору з приватним або державним власником.	
	Нелегально зайняте житло чи земля	Домогосподарства займають майно та/або землю без прямого дозволу власника або призначеного представника власника приміщення.	Порожні будинки, квартири, незаселена земля
Переміщене населення Розосереджене розселення	Організація оренди	Завдяки оренді фізична особа чи домогосподарство має змогу користуватися житлом чи землею протягом певного часу за певну ціну без переходу права власності на підставі письмового чи усного договору з приватним або державним власником. Оренда оплачується самостійно особою чи громадою або субсидується державою чи гуманітарними організаціями.	Будинки, квартири, земля з наявного житлового фонду



Група населення	Сценарій організації поселення	Опис	Приклади
Переміщені особи	Домовленість про поселення	Приймаюче населення надає притулок переміщеним особам або окремим сім'ям.	Будинки, квартири, земельні ділянки, які вже заселені або надані в користування приймаючому населенню
	Стихийне заселення	Переміщені домогосподарства стихійно селяться в певному місці без погодження з відповідними суб'єктами (власник, місцева влада, гуманітарні організації та/або приймаюче населення).	Порожні будинки, порожні квартири, незаселена земля, узбіччя доріг
На рівні громади	Колективне поселення	Наявний об'єкт або споруда, де селяться кілька домогосподарств. Інфраструктура та базові послуги надаються на колективних засадах або до них надається вільний доступ.	Громадські будівлі, центри евакуації, прийому та транзиту, покинуті будівлі, території підприємств, недобудови
	Планове поселення	Спеціально побудоване поселення для переміщених осіб, яке має спеціально розроблений план території та включає в себе відповідну інфраструктуру, об'єкти та служби.	Офіційні поселення під контролем держави, ООН, неурядових організацій або громадянського суспільства. Можуть включати центри транзиту, прийому та евакуації
	Незаплановане поселення	Кілька домогосподарств стихійно та колективно селяться в одному місці, створюючи нове поселення. Домогосподарства або колективні поселення можуть укладати договори оренди з землевласником. Це часто відбувається без попередньої домовленості з відповідними учасниками (власник, місцева влада та/або приймаюче населення). Основні служби на території поселення спочатку не плануються.	Неофіційні території та поселення

Додаток 3

Додаткові характеристики сценаріїв поселення

У таблиці нижче наведено додаткові характеристики, що розширюють варіанти поселення, описані в **⊕ Додатку 2. Опис сценаріїв поселення**. Використовуйте їх для більш докладного розуміння кризи та подальшого планування.

Примітка: вибір характеристик та їх визначення залежить від контексту і має відповідати рекомендаціям. Розробіть додаткові характеристики для конкретного контексту.

Категорія	Приклади	Примітки
Типи переміщеного населення	Біженці, шукачі притулку, внутрішньо переміщені особи (ВПО), біженці, які повернулися, ВПО, які повернулися, інші важливі категорії (наприклад, мігранти)	⊕ <i>Див. Керівні принципи з підтримки гуманітарного профілю (www.humanitarianresponse.info).</i>
Опосередковано постраждали	Наявне населення, приймаюче населення	Приймаюче населення часто зазнає впливу зі сторони постраждалого населення, наприклад за рахунок спільного користування громадськими послугами (школи) або приймаючи в себе постраждали сім'ї.
Географічне середовище	Міські, приміські, сільські райони	Приміські райони: територія між консолідованими міськими та сільськими районами.
Рівень пошкодження	Без пошкоджень, пошкоджено частково, повністю зруйновано	Класифікація рівня пошкодження має вказувати на те, чи безпечно жити в будинку чи тимчасовому житлі.
Тривалість/етап	Короткостроковий, середньостроковий, довгостроковий, постійний Надзвичайна ситуація, перехідний період, відновлення, довгострокові рішення	Визначення цих термінів відрізняються і встановлюються на рівні реагування.
Системи землеволодіння	Статутне, звичаєве, релігійне, гібридне	Неофіційні домовленості щодо володіння землею чи житлом включають регульоване та нерегульоване самовільне заселення. Самовільний поділ на законне землеволодіння і різні форми неофіційної оренди. У деяких випадках на одній земельній ділянці можуть співіснувати кілька форм володіння, і кожна сторона матиме певні права.
Форми володіння житлом	Право власності, користування, оренда, колективне володіння	
Форми землеволодіння	Приватне, комунальне, колективне, відкритий доступ, державне/громадське	



Категорія	Приклади	Примітки
Тип тимчасового житла	Намети, тимчасове житло, транзитне житло, основне житло, будинки, квартири, орендовані приміщення в межах більших споруд, гаражі, фургони, контейнери	⊕ Див. Додаток 4. Можливі варіанти надання допомоги.
Управління територією	З управлінням, з дистанційним або мобільним управлінням, самоуправління, без управління	З управлінням: без заперечень з боку землевласника та схвалено органами влади. Дистанційне або мобільне управління: у випадках, коли є група, яка керує кількома територіями. Самоуправління здійснюється структурою керівництва громади або внутрішніми комітетами.

Додаток 4

Можливі варіанти надання допомоги

Для задоволення потреб постраждалого населення залежно від обставин можна об'єднувати різні варіанти надання допомоги. Розгляньте переваги та недоліки кожного варіанту і розробіть найбільш прийнятну програму.

Варіант надання допомоги	Опис
Предмети домашнього вжитку	⊕ див. Стандарт 4 щодо забезпечення житлом та поселення. Предмети домашнього вжитку.
Комплекти для будівництва тимчасового житла	Будівельні матеріали, інструменти та засоби кріплення для створення або покращення житлового простору. Розгляньте доцільність постачання стовпів та кілочків, можливо вони можуть бути надані самими домогосподарствами. Розгляньте потребу в додатковому інструктажі, сприянні, навчанні чи підвищенні обізнаності.
Набори інструментів для тимчасового житла	Інструменти та засоби кріплення для створення або покращення житлового простору та поселення.
Намети	Готові переносні криті конструкції.
Сприяння поверненню й транзиту	Підтримка постраждалого населення, яке має намір повернутися на батьківщину або переїхати на нове місце. Ця підтримка може включати широкий спектр послуг: надання транспорту, спеціальні транспортні тарифи чи талони, або надання інструментів, матеріалів чи запасів насіння.
Ремонт	Ремонт означає відновлення будівлі, яка була пошкоджена або занедбана, до належного робочого стану, в якому вона відповідатиме стандартам і специфікаціям. Якщо будівлі зазнали незначних пошкоджень, їх можна відремонтувати без проведення серйозної модернізації. Переміщене населення може потребувати ремонту колективних центрів або модернізації вже наявних будівель, наприклад шкіл, що використовуються для масового поселення.
Модернізація	Модернізація будинків передбачає посилення та/або зміну конструкції будинків. Мета модернізації полягає в тому, щоб зробити будівлю більш стійкою до майбутніх небезпек, обладнавши її засобами безпеки. Будівлі, які постраждали внаслідок кризи, можуть потребувати не лише ремонту, але й модернізації. Переміщеному населенню може знадобитися модернізувати будинки приймаючих сімей, якщо їм загрожує небезпека.
Підтримка приймаючого населення	Особи, які не можуть повернутися до своїх домів, часто зупиняються в рідних та друзів або в громадах, з якими мають спільні історичні, релігійні та інші зв'язки. Підтримка приймаючого населення, щоб воно продовжувало надавати притулок постраждалим особам, включає в себе підтримку в розширенні або пристосуванні наявного житла приймаючої сім'ї або фінансову та матеріальну підтримку для покриття поточних витрат.



Варіант надання допомоги	Опис
Допомога з оплати оренди	Допомога постраждалим домогосподарствам з оплати оренди житла та землі може передбачати фінансові внески, допомогу в укладенні справедливої угоди або консультування щодо стандартів власності. Оплата оренди — це постійна стаття витрат, тому вже на початкових етапах сплануйте стратегії виходу, сприяючи самозабезпеченню або підключаючи діяльність із забезпечення засобів до існування $\oplus$ див. <i>Стандарт 3 щодо забезпечення житлом і поселення. Житловий простір та Стандарт 6: Гарантія користування майном.</i> (Примітка. Допомога з оплати оренди може забезпечити приймаюче населення готівкою або ж виснажить ринок і спричинити інфляцію.)
Тимчасове житло	Короткострокові рішення щодо забезпечення житлом, яке планується зняти, коли буде запропоновано наступне рішення. Зазвичай тимчасове житло будується мінімальним коштом.
Транзитне житло	Житло, нашивидкоруч збудоване з використанням матеріалів і технологій, що передбачають подальший перехід до більш стабільних рішень. Житло має бути оновлюваним, багаторазовим, забезпечувати можливість перепродажу або переміщення з тимчасових місць на постійні.
Основне житло	Житлові об'єкти, заплановані, спроектовані та побудовані так, щоб зрештою стати частиною постійного будинку, але не доповнювати його. Основне житло дає домогосподарству можливості для подальшого розширення власними засобами й ресурсами. Метою такого житла є створення безпечного та достатнього житлового простору з однієї або двох кімнат разом із засобами водопостачання та санітарного забезпечення і потрібними предметами домашнього вжитку $\oplus$ див. <i>Стандарт 3 щодо забезпечення житлом і поселення. Житловий простір та стандарт 4. Предмети домашнього вжитку.</i>
Реконструкція/перебудова	Знесення та відбудова будівель, які не підлягають ремонту.
Інформаційні центри	У інформаційних центрах постраждали особи можуть отримати консультації та інструкції. Місцеві центри можуть надавати докладну інформацію про права на консультацію та допомогу, варіанти та процеси повернення; права на землю, доступ до компенсації, технічні консультації та допомогу, повернення, інтеграцію та переселення; канали зворотного зв'язку; і способи відшкодування, включно з арбітражем і правовою допомогою.
Юридичні та адміністративні консультації	Юридичні та адміністративні консультації допомагають постраждалим особам дізнатися про свої права та отримати адміністративну підтримку безкоштовно або за зниженою ціною. Особливу увагу потрібно приділяти потребам найбільш уразливих верств населення.
Гарантування користування майном	Підтримка в забезпеченні прав на житло та/або користування землею для постраждалих осіб гарантує правовий захист від примусового виселення, переслідувань та інших загроз, а також гарантує безпеку, спокій та збереження гідності $\oplus$ див. <i>Стандарт 6 щодо забезпечення житлом і поселення. Гарантія користування майном.</i>
Планування інфраструктури та поселення	Підтримка планування інфраструктури та поселення сприяє поліпшенню послуг, що надаються на рівні громади, та плануванню сталого транзитного поселення і рішень з реконструкції. Підтримку планування інфраструктури та поселення можна розділити на дві категорії: підтримка, що координується насамперед сектором тимчасового житла, і підтримка, що координується іншими секторами.

Варіант надання допомоги	Опис
Підтримка колективного поселення	Наявні будівлі можна використовувати як центри колективного проживання або центри евакуації, а також для забезпечення короткострокового притулку. До таких будівель належать школи, громадські будівлі, криті ігрові майданчики, релігійні об'єкти чи вільні будівлі. Такі об'єкти можуть потребувати адаптації або модернізації для проживання ⊕ див. Стандарт 3 щодо забезпечення житлом і поселення. Житловий простір. Якщо для поселення людей, які постраждали від кризи, використовуються шкільні будівлі, негайно визначте та використовуйте альтернативні споруди, в яких можна забезпечити продовження навчання ⊕ див. Рекомендації з облаштування центрів колективного проживання та Посібник INEE.
Управління поселеннями та центрами колективного проживання	⊕ Див. Рекомендації з облаштування центрів колективного проживання.
Розчищення від руїн та поводження з тілами померлих	Розчищення від руїн допомагає посилити громадську безпеку та доступ до постраждалих осіб. Також враховуйте вплив на навколишнє середовище ⊕ див. Стандарти 2 і 7 щодо забезпечення житлом і поселення. Поводьтесь та ідентифікуйте тіла померлих належним чином ⊕ див. Здоров'я 1.1 і WASH 6.
Відновлення та/або будівництво спільної інфраструктури	Відновіть або побудуйте інфраструктуру (водопостачання, каналізація, дороги, водовідведення, мости та електромережі) ⊕ Див. розділ WASH щодо рекомендацій і Стандарт 2 щодо забезпечення житлом і поселення. Планування розміщення та поселення.
Відновлення та/або будівництво громадських об'єктів	Освіта: школи, простори, дружні до дитини, безпечні ігрові зони ⊕ див. Посібник INEE; Медичні послуги: медичні центри та лікарні ⊕ див. Стандарт 1.1 щодо систем охорони здоров'я. Надання медичних послуг; Захист правопорядку: облаштування поліцейських постів або громадських структур охорони правопорядку; Громадська діяльність: місця зустрічей для ухвалення рішень, відпочинку та молитви, зберігання палива, приміщення для приготування їжі та утилізації твердих відходів; Господарська діяльність: ринки, земля та простір для худоби, простір для забезпечення засобів до існування та провадження бізнесу.
Міське/сільське планування та зонування	Під час перепланування житлових територій після кризи залучайте місцеві органи влади та спеціалістів у сфері містобудування, щоб забезпечити дотримання правил та взаємних інтересів усіх зацікавлених сторін ⊕ див. Стандарт 2 щодо забезпечення житлом і поселення. Планування розміщення та поселення.
Переселення	Переселення — це процес, який передбачає відновлення житла, активів та соціальної інфраструктури сім'ї чи громади в іншому місці.



Додаток 5

Варіанти реалізації програм

Спосіб надання допомоги впливає на якість, терміни, масштаб і вартість реалізації програм. Виберіть варіанти реалізації на основі розуміння місцевих ринків, включно з ринками товарів, праці та оренди, з метою сприяння економічному відновленню [⊕ див. Надання допомоги через ринки](#). Розгляньте вплив обраних варіантів реалізації програми на ступінь участі та відчуття причетності, гендерну динаміку, соціальну згуртованість та можливості отримання засобів до існування.

Варіант реалізації	Опис
Технічна допомога та забезпечення якості	Технічна допомога є невід’ємною частиною будь-якого реагування у сфері забезпечення житлом і організації поселення, незалежно від типу допомоги ⊕ див. Стандарт 5 щодо забезпечення житлом і поселення. Технічна допомога .
Фінансова підтримка	Завдяки фінансовій підтримці домогосподарства та громади отримують доступ до товарів і послуг або задовольняють свої потреби в забезпеченні житлом і організації поселення. З огляду на ризик і складність завдання, доповніть фінансову підтримку технічною допомогою та підтримкою з нарощування потенціалу. Грошові перекази можуть бути такі: Обумовлені грошові перекази: використовуються, коли необхідно виконати певні умови; наприклад, система траншів. Обмежена сума готівки або номінал ваучерів: корисні для придбання конкретних товарів або залучення продавців. Безумовні, необмежені або багатоцільові перекази. Доступ до фінансових послуг, наприклад ощадних груп, позик, мікрокредитів, страхування та гарантій. ⊕ див. Надання допомоги через ринки .
Матеріальна допомога в натуральній формі	Придбання та наступне розповсюдження предметів і матеріалів серед безпосередньо постраждалих домогосподарств застосовується, коли місцеві ринки не в змозі забезпечити товари належної якості, в потрібній кількості або в потрібний час ⊕ див. Надання допомоги через ринки .
Роботи на замовлення та підрядні роботи	Замовлення робіт або наймання підрядників для досягнення цілей програм із забезпечення житлом і поселення за допомогою моделей, орієнтованих на власників, підрядників або посередників ⊕ див. Стандарт 5 щодо забезпечення житлом і поселення. Технічна допомога .
Нарощування потенціалу	Підвищення кваліфікації та навчання забезпечує зацікавленим сторонам покращення здатності реагувати індивідуально та колективно, а також взаємодіяти й спільно вирішувати загальні виклики та обирати інструменти, наприклад при розробці та впровадженні будівельних стандартів і норм ⊕ див. Стандарт 5 щодо забезпечення житлом і поселення. Технічна допомога . Завдяки успішному нарощуванню потенціалу експерти отримують змогу зосередитися на нагляді за діяльністю місцевих суб’єктів і надавати допомогу ширшим категоріям осіб, які потребують допомоги

Таблиця варіантів допомоги та їх реалізації, пов’язаних зі сценаріями поселення, доступна за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Додаток 6

Потенційна допомога та варіанти реалізації програм, пов'язані зі сценаріями поселення

Сценарій організації поселення																
Непереміщені							Переміщені									
							Розосереджене розселення				На рівні громади					
							Житло чи земля, які займає власник	Оренда житла або землі	Незаконно зайняте житло чи земля	Організація оренди	Домовленість про поселення	Стихийне заселення	Колективне поселення	Планове поселення	Незаконно поселення	Опосередковано постраждали
Можливі варіанти надання допомоги	Масштаб житла для домогосподарства	Предмети домашнього вжитку	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Сценарій організації поселення											
Непереміщені					Переміщені						
		Житло чи земля, які займає власник	Оренда житла або землі	Незаконно зайняте житло чи земля	Організація оренди	Дововленість про поселення	Стихийне заселення	Колективне поселення	Планове поселення	Незаконно поселення	Опосередковано постраждали
	Масштаб поселення	Інформаційні центри	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Юридичні та адміністративні консультації	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Захист від неогрунтованого виселення		X	X	X	X	X	X	X	
		Планування інфраструктури та поселення		X			X	X	X	X	X
		Міське/сільське планування та зонування	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Підтримка колективного поселення						X			X
		Управління поселеннями та центрами колективного проживання						X	X	X	X
		Розчищення від руїн та поводження з тілами померлих	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Відновлення та/або будівництво спільної інфраструктури	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Сценарій організації поселення													
				Непереміщені			Переміщені						
				Житло чи земля, які займає власник	Оренда житла або землі	Незаконно зайняте житло чи земля	Організація оренди	Домовленість про поселення	Стихийне заселення	Колективне поселення	На рівні громади		Опосередковано постраждали
Планове поселення	Незаконно поселення												
Варіанти реалізації			Відновлення та/або будівництво громадських об'єктів	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Міське/сільське планування та зонування	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Переселення	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
			Технічна допомога та забезпечення якості	X	X	X							
			Фінансова підтримка	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Матеріальна допомога в натуральній формі	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Роботи на замовлення та підрядні роботи	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Нарощування потенціалу	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	



Посилання та додаткова література

Міжнародно-правові акти

Article 25 Universal Declaration of Human Rights [Стаття 25 Загальної декларації прав людини]. Архів Міжнародної ради з прав людини, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant) [Зауваження загального порядку № 4. Право на достатнє житло (Ст. 11.1 Пакту)]. Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions [Зауваження загального порядку № 7. Право на достатнє житло (Ст. 11.1 Пакту): примусове виселення]. Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав, 1997. www.eschr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement [Керівні принципи щодо внутрішнього переміщення]. УКГС, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons* [Пінейро, П. Принципи реституції житла та власності біженців та переміщених осіб]. УВКПЛ, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention [Конвенція про статус біженців]. УВКБ ООН, 1951. www.unhcr.org

Загальні принципи

Camp Closure Guidelines [Рекомендації з припинення діяльності таборів для біженців]. Глобальний кластер CCCM, 2014. www.globalccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS) [Мінімальні стандарти захисту дітей (CPMS)]. Глобальна робоча група із захисту дітей, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Handbook, 4th Edition [Посібник з надзвичайних ситуацій, 4-те видання]. УВКБ ООН, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. [Гуманітарна цивільно-військова координація: посібник для військових]. УКГС ООН, 2014. <https://docs.unocha.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities [Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування]. Консорціум з питань віку та інвалідності, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) [Керівні принципи та стандарти здійснення операцій з порятунку домашньої худоби в надзвичайних ситуаціях (LEGS)]. Проєкт LEGS, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS) [Мінімальні стандарти відновлення економіки (MERS)]. Мережа SEEP, 2017. <https://seepnetwork.org>



Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response [Мінімальні стандарти освіти: готовність, відновлення, реагування]. Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях (INEE), 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) [Мінімальний стандарт аналізу ринку (MISMA)]. Партнерство з вивчення застосування готівкових коштів (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines [Настанови з планування врегулювання наслідків катастроф]. МФЧХ, 2012. www.ifrc.org

UN-CM Coord Field Handbook. [Польовий довідник ООН із цивільно-військової координації]. УКГС ООН, 2015. <https://www.unocha.org>

Сценарії організації поселення

Humanitarian Profile Support Guidance [Керівні принципи з підтримки гуманітарного профілю]. Робоча група МПК з управління інформацією, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster [Надання притулку після надзвичайних ситуацій]. Центр надання притулку, 2010. <http://shelterprojects.org>

Тимчасові колективні поселення

Collective Centre Guidelines [Рекомендації з облаштування центрів колективного проживання]. УВКБ ООН та МОМ, 2010. <https://www.globalccmcluster.org>

Готівка, ваучери, оцінювання ринків/Інвалідність

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies [Всі під одним дахом: Житло і поселення для осіб з інвалідністю в надзвичайних ситуаціях]. МФЧХ, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox [Інструментарій CaLP щодо якості надання грошової допомоги]. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Гендер та гендерно зумовлене насильство

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery [Рекомендації з інтеграції заходів боротьби із гендерно зумовленим насильством в гуманітарну діяльність. Міжвідомчий постійний комітет (МПК), 2015. Частина 3, розділ 11. Тимчасове житло, поселення та відновлення]. <https://gbvguidelines.org>

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action [Посібник МПК із гендерних питань під час гуманітарної діяльності]. МПК, 2017. <https://reliefweb.int>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations [Гарантія користування майном в умовах операцій з надання гуманітарного притулку]. НРСБ і МФЧХ, 2014. www.ifrc.org

Захист дітей

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 [Мінімальні стандарти захисту дітей у гуманітарних заходах: Стандарт 24]. Альянс за захист дітей у гуманітарній діяльності, Глобальний кластер захисту, 2012. <http://cpwg.net>

Школи та громадські будівлі

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit) [Рекомендації з безпечного будівництва шкіл (Набір інструментів INEE)]. INEE, 2009. <http://toolkit.ineesite.org>

Міські зони

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses [Незаконні поселенці в містах, переміщені внаслідок надзвичайних ситуацій: виклики для реагування у сфері забезпечення житлом]. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines [Рекомендації з надання притулку в містах]. НРСБ, Центр надання притулку, 2010. <http://shelterprojects.org>

Гарантія користування майном

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard [Права на землю та житло. Стандарт належної поведінки]. Shelter cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges* [Пейн, Г. Дюран-Лассерв, А. Триматися на плаву: Гарантія користування майном — типи, політика, практика та виклики]. 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning [Рекомендації щодо швидкої оцінки права користування майном у контексті планування посткризового реагування]. МФЧХ, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response [Гарантія користування майном в операціях з надання житла. Настанови щодо гуманітарного реагування]. НРСБ, 2016. <https://www.sheltercluster.org>

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1) [Право на достатнє житло. Інформаційний бюлетень 25 (Ред. 1)]. OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1) [Право на достатнє житло. Інформаційний бюлетень 21 (Ред. 1)]. OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

Додаткова література

Рекомендації щодо додаткової літератури містяться за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Додаткова література

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons [Виселення в Бейруті та Лівані: масштаб та причини]. НРСБ, 2014. <https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons>

Housing, Land and Property Training Manual [Навчальний посібник: житло, земля та майно]. НРСБ, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians [Земля в умовах конфлікту: Посібник для гуманітарних працівників.] UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor* [Ролник, Р. Спеціальна доповідь з питань належного житла (2015). Керівні принципи щодо гарантії користування майном для бідного населення міст]. УВКПЛ, 2015.

www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners [Гарантія користування майном у міських районах. Настанова гуманітарних для працівників]. НРСБ, 2017. <http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf>

Social Tenure Domain Model [Соціальна модель гарантії користування майном]. UN Habitat and GLTN. <https://stdm.gltm.net/>

Управління будівництвом

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects [Практичні вказівки: управління проектами посткризового будівництва (і реконструкції)]. Catholic Relief Services, 2012. <https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1>

Навколишнє середовище

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG) [Вибір і використання будівельних матеріалів. Посібник із захисту довкілля (BMEG)]. WWF Environment and Disaster Management, 2017. <http://envirodm.org/post/materialguide>

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming [Інструменти оцінки впливу на довкілля та рекомендації для гуманітарного програмування]. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation [Оцінка потреб із захисту довкілля в посткризових умовах. Практичний посібник]. UNEP, 2008. <http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458>

Flash Environmental Assessment Tool [Інструментарій для швидкої оцінки довкілля]. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations [Інструментарій FRAME: нормативна база для оцінювання, моніторингу та аналізу довкілля під час заходів, пов'язаних із біженцями]. UNHCR and CARE, 2009.



www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT) [«Зелене» відновлення та реконструкція: набір навчальних інструментів для гуманітарної діяльності (GRRT)]. WWF & American Red Cross. <http://envirodm.org/green-recovery>

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters [Рекомендації щодо швидкої оцінки впливу на навколишнє середовище (REA) під надзвичайних ситуацій]. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3 [Оцінка впливу на навколишнє середовище та інструмент для дії, 2008, версія 3]. УВКБ ООН and UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND) [Кількісна оцінка стійкості після надзвичайних ситуацій (QSAND)]. IFRC and BRE Global. www.qsand.org



Охорона
здоров'я



Гуманітарна
Хартія



Принципи
захисту



Основний
гуманітарний
стандарт



Охорона здоров'я

Системи охорони здоров'я	Базова медична допомога						
	Інфекційні захворювання	Здоров'я дітей	Сексуальне і репродуктивне здоров'я	Медична допомога при пораненнях і травмах	Психічне здоров'я	Неінфекційні захворювання	Паліативна допомога
СТАНДАРТ 1.1 Надання медичної допомоги	СТАНДАРТ 2.1.1 Профілактика	СТАНДАРТ 2.2.1 Дитячі хвороби, яким можна запобігти вакцинацією	СТАНДАРТ 2.3.1 Охорона репродуктивного здоров'я, охорона здоров'я матері та новонароджених	СТАНДАРТ 2.4 Медична допомога при пораненнях і травмах	СТАНДАРТ 2.5 Охорона психічного здоров'я	СТАНДАРТ 2.6 Лікування неінфекційних захворювань	СТАНДАРТ 2.7 Паліативна допомога
СТАНДАРТ 1.2 Людські ресурси у сфері охорони здоров'я	СТАНДАРТ 2.1.2 Спостереження, виявлення спалахів захворювань і раннє реагування	СТАНДАРТ 2.2.2 Ведення хвороб новонароджених і дітей	СТАНДАРТ 2.3.2 Сексуальне насильство та клінічне ведення осіб, які пережили зґвалтування				
СТАНДАРТ 1.3 Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності	СТАНДАРТ 2.1.3 Діагностика і ведення конкретних випадків		СТАНДАРТ 2.3.3 ВІЛ				
СТАНДАРТ 1.4 Фінансування охорони здоров'я	СТАНДАРТ 2.1.4 Готовність до спалахів захворювань і заходи реагування на них						
СТАНДАРТ 1.5 Інформація щодо охорони здоров'я							

ДОДАТОК 1 Перелік контрольних запитань для оцінювання медичної допомоги

ДОДАТОК 2 Типові форми тижневих звітів про нагляд

ДОДАТОК 3 Формули для розрахунку основних показників у сфері охорони здоров'я

ДОДАТОК 4 Отруєння

Зміст

Основні поняття у сфері охорони здоров'я.....	320
1. Системи охорони здоров'я.....	325
2. Базова медична допомога	340
2.1 Інфекційні захворювання	340
2.2 Здоров'я дітей	352
2.3 Сексуальне та репродуктивне здоров'я	357
2.4 Медична допомога при пораненнях і травмах.....	366
2.5 Психічне здоров'я	370
2.6 Неінфекційні захворювання	374
2.7 Паліативна допомога	377
Додаток 1: Перелік контрольних запитань для оцінювання медичної допомоги	381
Додаток 2: Типові форми тижневих звітів про нагляд	383
Додаток 3: Формули для розрахунку основних показників у сфері охорони здоров'я	388
Додаток 4: Отруєння	390
Посилання та додаткова література	393



Основні поняття у сфері охорони здоров'я

Кожна людина має право на своєчасну та належну медичну допомогу

Мінімальні стандарти у сфері охорони здоров'я є практичним вираженням права на охорону здоров'я в гуманітарних контекстах. Ці стандарти ґрунтуються на переконаннях, принципах, обов'язках і правах, проголошених у Гуманітарній Хартії. До них належать право на гідне життя, право на захист і безпеку та право на отримання гуманітарної допомоги на основі потреби.

Перелік ключових юридичних та програмних документів, які лягли в основу Гуманітарної Хартії, включно з пояснювальними коментарями для гуманітарних працівників, [⊕ див. у Додатку 1: Юридичні засади Сфери](#).

Метою охорони здоров'я в умовах кризи є зниження надмірної захворюваності та смертності

Гуманітарні кризи суттєво впливають на здоров'я та добробут постраждалого населення. Доступ до життєво необхідної медичної допомоги є критично важливим на початкових етапах надзвичайної ситуації. Охорона здоров'я може також включати роботу з просування здорового способу життя, профілактику, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу на будь-якому етапі реагування.

Вплив кризи на громадське здоров'я може бути як прямим (травми чи смерть унаслідок самої кризи), так і непрямим (зміни в умовах життя, вимушене переміщення, відсутність правового захисту чи обмеження доступу до медичної допомоги).

Скупченість, неналежні житлові умови, погані санітарні умови, недостатня кількість і якість води, а також погіршення продовольчої безпеки — усе це підвищує ризик недоїдання та спалахів інфекційних захворювань. Екстремальні стрес-фактори також можуть спровокувати розлади психічного здоров'я. Розмивання механізмів соціальної підтримки та систем самодопомоги може призвести до негативних копіювальних механізмів та зниження поведінки, спрямованої на пошук допомоги. Обмежений доступ до медичної допомоги та збоїв в постачанні ліків можуть порушити поточне лікування — наприклад, охорону здоров'я матері та лікування ВІЛ, діабету і розладів психічного здоров'я.

Основна мета реагування у сфері охорони здоров'я під час кризи полягає в попередженні та зниженні надмірної смертності й захворюваності. Моделі смертності та захворюваності, а отже, і потреби в медичній допомозі, змінюватимуться залежно від типу та ступеня кожної кризи.

Найкориснішими показниками для моніторингу й оцінки серйозності кризи є загальний показник смертності (Crude Mortality Rate, CMR) та більш чутливий загальний показник смертності дітей віком до п'яти років (under 5, U5CMR). Подвоєння або ще більш суттєве зростання базового показника CMR або U5CMR вказує на значну надзвичайну ситуацію у сфері охорони громадського здоров'я та вимагає негайного реагування [⊕ див. Додаток 3: Формули для розрахунку основних показників у сфері охорони здоров'я](#).

За відсутності відомого базового показника, надзвичайними пороговими значеннями будуть такі:

- $CMR > 1/10\,000/\text{день}$
- $U5CMR > 2/10\,000/\text{день}$

Надзвичайні порогові значення повинні визначатися на рівні країни. Якщо, наприклад, базовий U5CMR уже перевищує надзвичайні порогові значення, чекати його подвоєння було б неетично.

Підтримуйте та розвивайте існуючі системи охорони здоров'я

Підхід до систем охорони здоров'я має поступово реалізовувати право на здоров'я під час кризи та відновлення, тому важливо зважати на те, як підтримувати існуючі системи. Найм працівників (національних та міжнародних) матиме коротко- і довгострокові наслідки для національних систем охорони здоров'я. Засновуючись на аналізі, добре сплановані втручання у сфері охорони здоров'я можуть покращити існуючі системи охорони здоров'я, їхнє майбутнє відновлення та розвиток.

На першому етапі кризи віддавайте пріоритет швидкому оцінюванню у галузі охорони здоров'я та багатосекторальному швидкому оцінюванню, спрямованим на певні питання/цілі. Неповна інформація та недоступні території не повинні перешкоджати своєчасному прийняттю рішень у сфері громадського здоров'я. Більш повну оцінку слід провести як тільки це стане можливим.

Кризи в міських зонах вимагають іншого підходу до реагування у сфері охорони здоров'я

Реагування на кризи в міських зонах повинні враховувати щільність населення, політики щодо урбанізованого середовища, соціальні структури та наявні соціальні служби. Виявити людей із групи ризику або тих, хто не має доступу до медичної допомоги, складно. Масштаб потреб може швидко перевищити можливості. Людям, які шукають притулку в малих та великих містах, рідко відомо про існуючі медичні послуги або про те, як отримати до них доступ, що тягне за собою ризик подальшого поширення інфекційних захворювань. Інформаційно-просвітницька робота допоможе людям впоратися з новими стрес-факторами, що виникають у міському середовищі, як, наприклад, недостатній доступ до житла, їжі, медичної допомоги, роботи чи мереж соціальної підтримки.

У містах чутки та дезінформація поширюються швидко. Використовуйте технології, щоб негайно надавати точну інформацію про охорону здоров'я та відповідні служби. Постачальники вторинної та третинної медичної допомоги часто активніші саме в містах, тому збільшуйте спроможності цих постачальників для надання первинної медичної допомоги. Залучайте їх до систем раннього попередження та реагування на інфекційні захворювання, а також розширюйте їхню спроможність надавати звичні для них спеціалізовані послуги.

Ці Мінімальні стандарти не слід застосовувати ізольовано

Мінімальні стандарти в цьому розділі відображають основний зміст права на належну медичну допомогу та сприяють поступовій реалізації цього права в усьому світі. Це право пов'язане з правами на воду та санітарію, їжу та притулок. Досягнення Мінімальних стандартів Сфери в одній галузі впливає на



прогрес в інших галузях. Забезпечуйте координацію та тісну співпрацю з іншими секторами.

Тісна координація з іншими секторами, а також координація з місцевими органами влади та іншими органами реагування допомагає забезпечити задоволення потреб, запобігає дублюванню зусиль і оптимізує якість реагування. Координація між суб'єктами у сфері охорони здоров'я також важлива для неупередженого задоволення потреб і забезпечення того, щоб люди, доступ до яких ускладнений, представники груп ризику або маргіналізовані верстви населення також мали доступ до медичної допомоги. Перехресні посилання в цьому Посібнику вказують на деякі потенційні зв'язки.

Якщо національні стандарти нижчі за мінімальні стандарти Сфери, співпрацюйте з урядом, щоб поступово підвищувати їх.

Пріоритети слід визначати на основі надійної інформації, яка розповсюджується між секторами, і переглядати їх у міру розвитку ситуації.

Міжнародне право захищає право на охорону здоров'я

Медична допомога має надаватися без дискримінації та бути доступною. Це означає її наявність, прийнятність, фінансову доступність та належну якість. Держави зобов'язані забезпечувати це право під час криз  див. Додаток 1: Юридичні засади Сфери.

Право на охорону здоров'я може забезпечуватися лише за таких умов:

- населення є захищеним;
- фахівці, відповідальні за систему охорони здоров'я, добре підготовлені та сумлінно дотримуються універсальних етичних принципів і професійних стандартів;
- система охорони здоров'я відповідає Мінімальним стандартам; і
- держава здатна та бажає створити й підтримувати безпечні та стабільні умови, в яких може надаватися медична допомога.

Напади, погрози та інші насильницькі перешкоди для роботи медичного персоналу, установ і медичного транспорту є порушенням міжнародного гуманітарного права. Це впливає із основоположних зобов'язань поважати та захищати поранених і хворих.

Гуманітарні організації повинні ретельно розглядати характер будь-якої загрози та способи її вирішення. Наприклад, напад національної армії може розглядатися інакше, ніж загроза з боку місцевої громади  див. Особливі міркування щодо захисту систем охорони здоров'я нижче.

Зв'язок із Принципами захисту та Основним гуманітарним стандартом

Суб'єкти у сфері охорони здоров'я повинні піклуватися про поранених і хворих гуманно, надаючи неупереджену допомогу без розрізнення, з огляду на потребу. Забезпечення конфіденційності, захисту даних і приватності має вирішальне значення для захисту людей від насильства, жорстокого поводження та інших проблем.

Медицинський персонал часто першим реагує на випадки насильства стосовно окремих осіб, у тому числі гендерно зумовленого насильства, жорстокого поводження та занедбання дітей. Навіть працівників виявляти та перенаправляти такі випадки установам соціального забезпечення або захисту, використовуючи системи конфіденційної комунікації та перенаправлення. Діти, розлучені з батьками, або діти без супроводу, що потребують невідкладної медичної допомоги, але при цьому не мають законного опікуна, що міг би дати на неї згоду, становлять особливу проблему в контексті захисту. Якщо є можливість, проконсультуйтеся з дитиною та відповідними місцевими органами влади. Право на життя та охорону здоров'я критично важливе для забезпечення найкращих інтересів дитини та може переважати вимогу надання згоди. Рішення повинні враховувати контекст, культурні норми і практики. Міжнародна медична евакуація та перенаправлення і переміщення дітей без супроводу вимагає суворої документації, а також залучення служб захисту та місцевих органів влади.

Все частіше виникає потреба надавати медичну допомогу допомоги під час перебування у морі, включно з міжнародними водами, або після того, як людей доправили на берег. Це створює особливі виклики щодо захисту та політичні труднощі, а також вимагає ретельного планування, готовності й пом'якшення ризиків захисту.

Ретельно оцінюйте цивільно-військову співпрацю, особливо під час конфліктів. Військові та озброєні групи можуть бути важливими постачальниками медичної допомоги — навіть для цивільного населення. У крайньому разі гуманітарним організаціям може знадобитися скористатися можливостями військових, наприклад, для підтримки інфраструктури, щоб відновити електропостачання закладів охорони здоров'я або надати матеріально-технічну допомогу, таку як транспортування ліків чи медична евакуація. Однак покладатися на військових слід з урахуванням контексту доступу до медичної допомоги та уявлень про нейтралітет і неупередженість  *див. Гуманітарну Хартію та Місця присутності національних та міжнародних збройних сил у розділі Що таке Сфера?*

При застосуванні Мінімальних стандартів потрібно дотримуватися всіх дев'яти Зобов'язань Основного гуманітарного стандарту. Під час реагування у сфері охорони здоров'я повинні запроваджуватися механізми зворотного зв'язку  *див. Зобов'язання 5 Основного гуманітарного стандарту.*

Особливі міркування щодо захисту систем охорони здоров'я

Попередження нападів на заклади охорони здоров'я, машини швидкої допомоги та працівників сфери охорони здоров'я вимагає істотних зусиль на міжнародному, державному та громадському рівнях. Характер загроз суттєво відрізнятиметься залежно від контексту, і їх слід розглядати та повідомляти про них. Щоб захистити сферу охорони здоров'я, особам, залученим до цієї сфери, слід враховувати вказані нижче питання — як у своїй роботі, так і в підтримці міністерств охорони здоров'я чи інших відповідних сторін.

Під час усіх надзвичайних ситуацій, і особливо під час конфліктів, особи, залучені до сфери охорони здоров'я, повинні позиціонувати себе нейтральними та неупередженими та діяти відповідно до цих принципів, оскільки сторони конфлікту, громада чи пацієнти можуть недостатньо добре розуміти це.



Надаючи життєво важливі медичні послуги, дотримуйтеся гуманітарних принципів і забезпечуйте неупереджену медичну допомогу виключно з огляду на потребу. Щоб сприяти дотриманню принципу нейтральності, обслуговуйте поранених та хворих, не роблячи між ними різниці, забезпечуйте безпеку пацієнтів і підтримуйте конфіденційність медичної інформації та персональних даних.

Прийняття з боку місцевих громад, посадових осіб та сторін конфлікту може допомогти захистити сферу охорони здоров'я. Особи, залучені до сфери охорони здоров'я, повинні як навчати тих, хто їх оточує, так і підтримувати сприйняття своєї неупередженості та нейтральності. Стандарт медичної допомоги, якість послуг і розташування певного закладу охорони здоров'я (наприклад, якщо він знаходиться поблизу військового табору) також впливатимуть на це сприйняття.

Заклади охорони здоров'я зазвичай застосовують політику «без зброї» — коли зброю залишають за межами закладу чи машини швидкої допомоги. Це сприяє створенню нейтрального середовища, може допомогти уникнути напруженості чи ескалації конфлікту всередині закладу та запобігти тому, щоб заклад сам став мішенню для нападу.

Вживайте заходів фізичної безпеки, щоб захистити заклад і персонал від небезпек. Водночас намагайтеся зрозуміти, як заходи безпеки можуть вплинути на сприйняття та прийняття закладу охорони здоров'я широкою громадськістю.

Організуючи надання медичної допомоги, гуманітарні організації повинні враховувати ризики та переваги і те, як це впливає на довіру та прийняття громадою. у деяких випадках може бути доцільно використати «стриманий» підхід (наприклад, без брендування майна чи локацій), тоді як в інших може бути краще мати великі логотипи на майні чи локаціях.

1. Системи охорони здоров'я

Система охорони здоров'я, що добре функціонує, може реагувати на всі потреби охорони здоров'я під час кризи, щоб навіть під час великомасштабної кризи у цій галузі, такої, як спалах лихоманки Ебола, могли продовжуватися інші заходи з охорони здоров'я. Тобто лікування захворювань, які легко піддаються лікуванню, має продовжуватися, а також триватимуть програми первинної медичної допомоги для матері та дитини, що зменшить надмірну смертність і захворюваність. Будь-який суб'єкт, який сприяє, відновлює або підтримує здоров'я, робить внесок у загальну систему охорони здоров'я. Система охорони здоров'я охоплює всі рівні: від національного, регіонального, районного та громадського до осіб, які здійснюють догляд на дому, військового та приватного сектору.

Під час кризи системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги часто послаблюються — навіть до того, як на них зростає попит. Працівники сфери охорони здоров'я можуть бути відсутні, медичні товари/засоби можуть надходити із затримками, а також може бути пошкоджено інфраструктуру. Щоб визначити пріоритети гуманітарного реагування, важливо розуміти вплив кризи на системи охорони здоров'я.

Суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, рідко працюють у надзвичайних ситуаціях, де немає системи охорони здоров'я, яка б існувала до цього. Якщо система слабка, її потрібно буде зміцнювати або розвивати (наприклад, через шляхи перенаправлення, зіставлення та аналіз медичної інформації).

Стандарти в цьому розділі стосуються п'яти основних аспектів системи охорони здоров'я, що добре функціонує:

- надання якісних медичних послуг;
- підготовлені та мотивовані працівники у сфері охорони здоров'я;
- належне постачання, управління та використання лікарських засобів, діагностичних матеріалів і технологій;
- належне фінансування охорони здоров'я; і
- якісна інформація щодо здоров'я та її аналіз.

Ці аспекти багато в чому впливають один на одного. Наприклад, недостатня кількість працівників у сфері охорони здоров'я або брак основних лікарських засобів вплине на надання послуг.

Лідерство та координація надважливі для забезпечення неупередженого задоволення потреб у сфері охорони здоров'я. Реагування зазвичай очолюють і координують міністерства охорони здоров'я (МОЗ), і вони можуть звернутися за підтримкою до інших суб'єктів, залучених до сфери охорони здоров'я. Іноді міністерствам бракує спроможності чи бажання виконувати цю роль ефективно і неупереджено, тому цю відповідальність має взяти на себе інше відомство. Якщо МОЗ не має доступу або не сприймається в усіх регіонах країни, суб'єкти, що займаються гуманітарною діяльністю, повинні намагатися підтримувати прийняту існуючу систему, особливо в гострих надзвичайних ситуаціях. Ретельно визначте, як працювати з недержавними суб'єктами та іншими особами, а також їхню здатність надавати або координувати медичну допомогу населенню.



Доступ до населення є важливим, але його слід розглядати з чітким розумінням гуманітарних принципів і наслідків для неупередженості та нейтральності допомоги. Координація повинна відбуватися на всіх рівнях охорони здоров'я та між ними — від національного рівня до рівня громад, а також з іншими секторами, такими як WASH, харчування й освіта, а також із міжсекторальними технічними робочими групами — наприклад, з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, гендерно зумовленого насильства (ГЗН) та ВІЛ.

Стандарт 1.1 щодо систем охорони здоров'я: Надання медичної допомоги

Люди мають доступ до комплексної та якісної медичної допомоги, яка є безпечною, ефективною та орієнтованою на потреби пацієнта.

Ключові дії

- 1 Забезпечуйте достатню та належну медичну допомогу на різних рівнях системи охорони здоров'я.
 - У гострих надзвичайних ситуаціях надайте пріоритет медичним послугам на рівні країни або на найближчому операційному рівні, з огляду на тип кризи, епідеміологічний профіль та спроможності системи охорони здоров'я.
 - Визначте різні типи допомоги, які мають бути доступними на різних рівнях (домогосподарство, громада, заклад охорони здоров'я і лікарня).
- 2 Створюйте або зміцнюйте механізми медичного сортування та системи перенаправлення.
 - Впроваджуйте протоколи медичного сортування в закладах охорони здоров'я або на місцях у конфліктних ситуаціях, щоб негайно виявляти, швидко лікувати чи стабілізувати тих, хто потребує негайної допомоги, перед тим, як вони будуть направлені та транспортовані в інше місце для подальшого лікування.
 - Забезпечуйте ефективне перенаправлення між рівнями надання допомоги та послуг, включно із захищеними та безпечними екстреними транспортними службами, а також між секторами, такими як харчування чи захист дітей.
- 3 Адаптуйте або використовуйте стандартизовані протоколи для охорони здоров'я, ведення конкретних випадків та раціонального використання ліків.
 - Використовуйте національні стандарти, у тому числі списки основних лікарських засобів, і адаптуйте їх до контексту надзвичайної ситуації.
 - Використовуйте міжнародні рекомендації, якщо національні рекомендації застаріли або недоступні.
- 4 Надавайте медичну допомогу, яка гарантуватиме права пацієнтів на гідність, приватність, конфіденційність, безпеку та інформовану згоду.
 - Забезпечуйте безпеку та приватність, щоб кожен міг отримати доступ до медичної допомоги, включно з людьми із захворюваннями, які часто асоціюються зі стигматизацією — наприклад, ВІЛ або інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

5 Надавайте безпечну медичну допомогу та запобігайте шкоді, небажаним медичним наслідкам або жорстокому поводженню.

- Впроваджуйте систему звітування про та перегляду випадків виникнення небажаних медичних наслідків.
- Запровадьте політику повідомлення про будь-яке жорстоке поводження чи сексуальне насильство.

6 Використовуйте належні заходи профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ПКИ), включно з мінімальними стандартами WASH та механізмами утилізації медичних відходів, у всіх закладах охорони здоров'я.

- Під час спалахів таких захворювань, як холера чи лихоманка Ебола, зверніться за вичерпними рекомендаціями до спеціалізованих організацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНІСЕФ і «Лікарі без кордонів» (Medecins Sans Frontieres, MSF).

7 Здійснюйте всі заходи, пов'язані з тілами померлих, в тому числі поховання, у безпечний, культурно прийнятний спосіб, заснований на дотриманні гідності та належній практиці щодо дотримання громадського здоров'я.

Ключові показники

Процентне співвідношення населення, яке має доступ до первинної медико-санітарної допомоги в межах однієї години ходьби від житла

- Мінімум 80 відсотків

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, які надають пріоритетні медичні послуги

- Мінімум 80 відсотків

Кількість стаціонарних ліжок (без пологових) на 10 000 населення

- Мінімум 18

Процентне співвідношення населення, яке потребує перенаправлення на наступний рівень медичної допомоги

Процентне співвідношення вчасно перенаправлених пацієнтів

Інструкції

Доступ до охорони здоров'я залежить від наявності медичної допомоги, включно з її прийнятністю і фізичною та фінансовою доступністю для всіх.

Наявність: медична допомога може надаватися через поєднання використання закладів охорони здоров'я на рівні громад, мобільних і стаціонарних закладів. Кількість, тип і розташування кожного з них залежатимуть від контексту. Загальні рекомендації щодо планування охоплення стаціонарними закладами охорони здоров'я такі:

- Один заклад охорони здоров'я на 10 000 населення; і
- Одна районна чи сільська лікарня на 250 000 населення.



Однак, це не забезпечує належного охоплення медичною допомогою у всіх обставинах. У сільській місцевості може бути краще поставити за мету створити один заклад на 50 000 осіб у поєднанні з програмами ведення конкретних випадків на рівні громад і мобільними клініками. У міських зонах заклади вторинної медичної допомоги можуть бути першим пунктом доступу і, отже, надавати первинну медичну допомогу для більшої кількості населення, ніж 10000 осіб.

Забезпечення додаткових послуг у сфері охорони здоров'я критично важливе у надзвичайних ситуаціях. Проте уникайте дублювання існуючих послуг, яке може призводити до марнування ресурсів та знижувати довіру до уже наявних закладів. Люди повинні впевнено повертатися до таких закладів, коли тимчасові заклади закриваються.

Здійснюйте моніторинг коефіцієнта використання послуг. Низькі показники можуть вказувати на низьку якість, прямі чи непрямі цінові бар'єри, віддавання переваги іншим службам, завищену оцінку кількості населення або інші проблеми з доступом. Вищі показники можуть свідчити про існування певної проблеми громадського здоров'я чи занижену оцінку кількості цільового населення, або вказувати на інші проблеми з доступом. Усі дані слід аналізувати за статтю, віком, інвалідністю, етнічним походженням та іншими чинниками, які можуть бути релевантними у відповідному контексті. Для розрахунку коефіцієнта завантаженості закладів охорони здоров'я **⊕ див. Додаток 3.**

Прийнятність: проконсультуйтеся з усіма сегментами громади, щоб визначити та усунути перешкоди в доступі до послуг для різних частин громади та всіх сторін конфлікту, особливо груп ризику. Працюйте з жінками, чоловіками, дітьми, особами, які живуть із ВІЛ та особами, які мають високий ризик інфікування, особами з інвалідністю та літніми людьми, щоб зрозуміти їхню поведінку при зверненні за медичною допомогою. Залучення людей до розробки системи охорони здоров'я сприятиме участі пацієнтів і поліпшить своєчасність надання допомоги.

Фінансова доступність: **⊕ Див. Стандарт 1.4 щодо систем охорони здоров'я: Фінансування охорони здоров'я.**

Медична допомога на рівні громади: первинна медико-санітарна допомога включає допомогу на рівні домогосподарства та громади. Доступ до первинної медико-санітарної допомоги може здійснюватися через медико-санітарних працівників громади (МСПГ) або волонтерів, наставників чи у співпраці з сільськими комітетами охорони здоров'я – для збільшення залучення пацієнтів і громади. Допомога може варіюватися від профілактичних програм до роботи з просування здорового способу життя або ведення конкретних випадків і залежить від контексту. Усі програми повинні налагоджувати зв'язки з найближчим закладом первинної медичної допомоги для забезпечення комплексної допомоги, клінічного нагляду та моніторингу програми. Якщо такі працівники проводять скринінг на гостре недоїдання, потрібне перенаправлення до служб харчування в закладах охорони здоров'я чи інших місцях **⊕ див Стандарт 1.2. щодо оцінювання продовольчої безпеки та харчування: Оцінювання харчування.** Інтегруйте медичну допомогу з програмами на рівні громад в інших секторах, таких як WASH та харчування **⊕ див. Стандарт WASH 1.1 щодо сприяння дотриманню гігієни та**

Продовольча безпека і харчування — Стандарт 2.1 щодо ведення недостатньої харчування.

Системи екстреного перенаправлення із заздалегідь визначеними, безпечними та захищеними можливостями транспортування повинні бути доступними 24 години на добу, сім днів на тиждень. Передача між тим, хто направляє, і початальником медичних послуг, що приймає, має здійснюватися з урахуванням клінічної відповідальності.

Права пацієнтів: проєкуйте заклади охорони здоров'я та служби таким чином, щоб забезпечити приватність і конфіденційність. Наприклад, варто передбачити окремі приміщення для консультацій. Перед проведенням медичних або хірургічних процедур слід отримати інформовану згоду пацієнтів або їхніх опікунів. Враховуйте будь-які особливі аспекти, які можуть вплинути на інформовану згоду та безпеку, наприклад, вік, гендер, інвалідність, мову чи етнічну належність. Якомога раніше запровадьте механізми зворотного зв'язку з пацієнтом. Щодо захисту даних пацієнтів ⊕ див. *Стандарт 1.5 щодо систем охорони здоров'я: Інформація щодо охорони здоров'я.*

Належні та безпечні заклади: застосовуйте протоколи раціонального використання ліків і безпечне управління лікарськими засобами та виробами медичного призначення ⊕ див. *Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та виробу медичного призначення першої необхідності.*

Переконайтеся, що заклади є належними навіть у надзвичайних ситуаціях. Забезпечте приватні приміщення для проведення консультацій, організований потік пацієнтів, відстань між ліжками в 1 метр, вентиляцію, приміщення для стерилізації для лікарень (не на відкритому повітрі), достатнє енергопостачання для підтримки критичного обладнання та адекватні санітарно-гігієнічні засоби. Під час спалахів захворювань, переглядайте вимоги до інфраструктури та вказівки, у тому числі, наприклад, щодо медичного сортування, спостереження та зон ізоляції.

Розробляйте заходи, щоб зробити заклади охорони здоров'я безпечними, захищеними та доступними під час криз, наприклад, повеней чи конфліктів.

Профілактика та контроль інфекцій (ПКИ) є ключовими в усіх ситуаціях для попередження захворювань та антимікробної резистентності. Навіть у некризових умовах у 12 відсотків пацієнтів у всьому світі під час отримання медичної допомоги розвивається інфекція, а 50 відсотків інфекцій, набутих після операцій, стійкі до добре відомих антибіотиків.

Основні компоненти ПКИ включають розробку та реалізацію настанов щодо стандартних запобіжних заходів, запобіжних заходів залежно від шляху передачі та клінічних методів асептики, наявність команди з ПКИ у кожному закладі, підготовку працівників у сфері охорони здоров'я, програми моніторингу та включення виявлення інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, й антимікробної резистентності до систем нагляду. Медичні заклади повинні бути належним чином укомплектовані персоналом, який повинен мати відповідне робоче навантаження; мати належне заповнення ліжок (не більше одного пацієнта на ліжку), антропогенне середовище, а також дотримуватися практики безпечної гігієни ⊕ див. *Стандарт 1.2 щодо систем охорони здоров'я: Людські ресурси у сфері охорони здоров'я, ⊕ див. Належні та безпечні заклади* вище, а щодо



інфраструктури й обладнання WASH,  див. *Стандарт WASH 6: WASH у закладах охорони здоров'я.*

Стандартні запобіжні заходи є частиною заходів ПКІ і включають:

- *Попередження травм гострими предметами:* обережно поводьтеся з голками, скальпелями та іншими гострими предметами, наприклад, під час чищення використаних інструментів або утилізації використаних голок. Будь-якій особі, що отримала травму гострим предметом, необхідно запропонувати постконтактну профілактику (ПКП) ВІЛ протягом 72 годин  див. *Базова медична допомога — стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.3: ВІЛ.*
- *Користування засобами індивідуального захисту (ЗІЗ):* забезпечте відповідні ЗІЗ з урахуванням ризику та завдання, яке необхідно виконати. Оцініть тип очікуваного джерела зараження (наприклад, бризки, розпилення, контакт або дотик) і категорію передачі захворювання, довговічність і відповідність ЗІЗ для виконання завдання (наприклад, водостійкість або водонепроникність), а також відповідність обладнання. Додаткові ЗІЗ залежатимуть від типу передачі: контактна (наприклад, халат або рукавички), крапельна (хірургічні маски потрібно носити на відстані до 1 метра від пацієнта) або повітряно-крапельна (протиаерозольні респіратори).  див. *Стандарт WASH 6: WASH у закладах охорони здоров'я.*
- Інші заходи включають гігієну рук, управління медичними відходами, підтримання чистоти, очищення виробів медичного призначення, респіраторну гігієну та гігієну при кашлі, а також розуміння принципів асептики  див. *Стандарт WASH 6: WASH у закладах охорони здоров'я.*

Небажані наслідки: в усьому світі 10 відсотків пацієнтів лікарень страждають від небажаних явищ (навіть не в контексті гуманітарної кризи) — переважно через небезпечні хірургічні процедури, помилки в застосуванні лікарських засобів та інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги. Реєстр небажаних наслідків слід вести в кожному закладі охорони здоров'я та перевіряти його для сприяння навчанню.

Поводження з тілами померлих і загиблих: застосовуйте місцеві звичаї та релігійні практики для того, щоб забезпечити шанобливе ставлення до померлих, ідентифікувати та повернути останки сім'ям. Незалежно від того, чи йдеться про епідемію, стихійне лихо, конфлікт чи масові вбивства, поведження з тілами померлих і загиблих вимагає координації між секторами охорони здоров'я, WASH, юридичним сектором, секторами захисту і судово-медичної експертизи.

Тіла померлих рідко становлять негайну небезпеку для здоров'я. Певні захворювання (наприклад, холера або лихоманка Ебола) вимагають спеціального ставлення. Для вилучення тіл померлих і загиблих можуть знадобитися ЗІЗ, обладнання для вилучення, транспортування та зберігання, а також документація.  див. *Стандарт WASH 6: WASH у закладах охорони здоров'я.*

Стандарт 1.2 щодо систем охорони здоров'я: людські ресурси у сфері охорони здоров'я

Люди мають доступ до працівників сфери охорони здоров'я з відповідними навичками на всіх рівнях системи охорони здоров'я.

Ключові дії

- 1 Перегляньте існуючі рівні укомплектованості персоналом та його розподіл відповідно до національних класифікацій, щоб визначити прогалини та сфери, що недостатньо обслуговуються.
 - Відстежуйте рівні укомплектованості персоналом на 1 000 осіб за функціями та місцем працевлаштування.
- 2 Підготуйте працівників до їхніх ролей відповідно до національних стандартів чи міжнародних інструкцій.
 - Будьте готові, що у гострих надзвичайних ситуаціях працівники можуть мати більше завдань і потребувати навчання і підтримки.
 - Запроваджуйте підвищення кваліфікації там, де висока плинність кадрів.
- 3 Надавайте підтримку працівникам сфери охорони здоров'я, щоб вони могли працювати у безпечному робочому середовищі.
 - Впроваджуйте та відстоюйте всі можливі заходи для захисту працівників сфери охорони здоров'я під час конфліктів.
 - Забезпечуйте навчання з охорони праці та імунізацію проти гепатиту В і правця для клінічних працівників.
 - Проводьте належну профілактику інфекцій та інфекційний контроль і надавайте відповідні ЗІЗ для виконання працівниками їхніх обов'язків.
- 4 Розробляйте стратегії заохочення і нарахування заробітної плати, які мінімізують різницю в оплаті праці та несправедливий розподіл працівників сфери охорони здоров'я між системою МОЗ та іншими постачальниками медичних послуг.
- 5 Обмінюйтеся даними про людські ресурси у сфері охорони здоров'я та їхню готовність із МОЗ та іншими відповідними органами на місцевому і національному рівнях.
 - Вам має бути відомо про переміщення та від'їзди працівників сфери охорони здоров'я під час конфлікту.

Ключові показники

Кількість медико-санітарних працівників громади на 1000 осіб

- Мінімум 1–2 медико-санітарних працівники громади

Процентне співвідношення пологів, які приймав кваліфікований персонал (лікарі, медсестри, акушерки)

- Мінімум 80 відсотків



Кількість кваліфікованого акушерського персоналу (лікарів, медсестер, акушерок) на 10 000 осіб

- Мінімум 23 на 10 000 осіб

Всі медичні працівники, які виконують клінічну роботу, пройшли навчання з клінічних протоколів та ведення конкретних випадків

Інструкції

Наявність працівників сфери охорони здоров'я: до таких працівників належать лікарі, медсестри, акушерки, фельдшери, лаборанти, фармацевти, медико-санітарні працівники громади, а також керівний і допоміжний персонал. Кількість і профіль працівників повинні відповідати чисельності населення та потребам у послугах. Нестача кадрів може призвести до надмірного робочого навантаження та небезпечності медичної допомоги. Залучайте наявних працівників сфери охорони здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації.

Під час найму та навчання місцевого персоналу дотримуйтеся національних інструкцій (або міжнародних, якщо національних немає). Найм міжнародного персоналу має відповідати національним нормам і положенням МОЗ (наприклад, щодо підтвердження кваліфікації, особливо для клінічної практики).

Подумайте про медичну допомогу для людей у важкодоступних сільських і міських регіонах, у тому числі поблизу зон конфлікту. Персонал повинен надавати допомогу людям будь-якої етнічності, мови та належності. Наймайте і навчайте працівників сфери охорони здоров'я нижчого рівня для інформаційно-роз'яснювальної роботи з громадою, ведення конкретних випадків у мобільних бригадах або медичних пунктах, а також розробіть надійні механізми перенаправлення. Для роботи в складних зонах можуть знадобитися «мотиваційні пакети» для працівників.

Медико-санітарні працівники громади (МСПГ): програмування на рівні громади за участю МСПГ (включно з волонтерами) розширює доступ до важкодоступних груп населення, у тому числі маргіналізованих або стигматизованих груп. Якщо існують географічні обмеження або проблеми прийнятності в різноманітних громадах, один такий працівник на практиці може бути здатним обслуговувати лише 300 осіб, а не 500.

Робота МСПГ буде різною. Вони можуть навчати наданню першої допомоги чи веденню конкретних випадків, або можуть проводити перевірку стану здоров'я. Вони повинні бути прив'язаними до найближчого закладу охорони здоров'я, щоб забезпечити належний нагляд та комплексну допомогу. Часто МСПГ не можуть бути включені в систему охорони здоров'я після закінчення надзвичайної ситуації. У деяких контекстах МСПГ можуть зазвичай працювати лише в сільській місцевості, тому для криз у міських зонах може знадобитися інша модель.

Прийнятність: задоволення соціокультурних очікувань людей збільшить залучення пацієнтів. Персонал має відображати різноманіття населення з його поєднанням різних соціоекономічних, етнічних і мовних груп, осіб різної сексуальної орієнтації, а також відповідний гендерний баланс.

Якість: організації повинні навчати працівників і здійснювати нагляд за ними, щоб переконатися, що їхні знання актуальні, а практика — безпечна. Приведіть навчальні програми у відповідність до національних інструкцій (адапованих для надзвичайних ситуацій) або узгоджених міжнародних інструкцій.

Передбачте навчання з таких тем:

- клінічні протоколи та ведення конкретних випадків;
- стандартні операційні процедури (такі як ПКІ, управління медичними відходами);
- безпека та захист (адаповані до рівня ризику); і
- кодекси поведінки (такі як медична етика, права пацієнтів, гуманітарні принципи, захист дітей, захист від сексуальної експлуатації та насильства)
 ⊕ див. Базова медична допомога — Стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.2: Сексуальне насильство та клінічне ведення осіб, які пережили зґвалтування і Принципи захисту.

Регулярний нагляд і моніторинг якості сприятимуть належній практиці. Одноразове навчання не гарантує високої якості. Надавайте МОЗ записи про те, хто, коли та де проходив навчання, якою була тема та хто його проводив.

Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності

Люди мають доступ до лікарських засобів та виробів медичного призначення першої необхідності, які є безпечними, ефективними та мають гарантовану якість.

Ключові дії

- 1 Створіть стандартизовані списки основних лікарських засобів та виробів медичного призначення для пріоритетної медичної допомоги.
 - Перегляньте існуючі національні списки основних лікарських засобів та виробів медичного призначення на ранніх етапах реагування та адаптуйте їх до контексту надзвичайної ситуації.
 - Зверніть особливу увагу на контрольовані лікарські засоби, які можуть вимагати спеціальної інформаційно-просвітницької роботи для забезпечення їх наявності.
- 2 Створіть ефективні системи управління для забезпечення наявності безпечних лікарських засобів та виробів медичного призначення першої необхідності.
 - Охопіть питання транспортування, зберігання та холодовий ланцюг для вакцин, а також для отримання та зберігання препаратів крові.
- 3 Приймайте пожертви лікарських засобів та виробів медичного призначення лише якщо вони відповідають міжнародно визнаним інструкціям.



Ключові показники

Кількість днів, коли основні лікарські засоби недоступні

- Максимум 4 дні з 30 днів

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, які мають лікарські засоби першої необхідності

- Мінімум 80 відсотків

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, які мають функціональні виробни медичного призначення першої необхідності

- Мінімум 80 відсотків

Всі лікарські засоби, які видаються пацієнтам, перебувають у межах строку придатності

Інструкції

Управління лікарськими засобами першої необхідності: до таких лікарських засобів належать ліки, вакцини та препарати крові. Належне управління лікарськими засобами забезпечує їхню доступність, а також забороняє небезпечні лікарські засоби чи лікарські засоби, у яких завершився строк придатності. Основними елементами управління є відбір, прогнозування, закупівля, зберігання та розповсюдження.

Відбір має здійснюватися на основі національного переліку основних лікарських засобів. Проводьте інформаційно-просвітницьку роботу для усунення будь-яких прогалин, наприклад, щодо неінфекційних захворювань, репродуктивного здоров'я, полегшення болю під час паліативної допомоги та хірургічних втручань, анестезії, психічного здоров'я, контрольованих медикаментів (див. нижче) тощо.

Прогнозування має ґрунтуватися на споживанні, даних щодо захворюваності та контекстному аналізі. Постачання лікарських засобів на національному рівні може зриватися, якщо, зокрема, завдано шкоди місцевому виробництву, пошкоджено склади або затримуються міжнародні закупівлі.

Методи **закупівлі** повинні відповідати національному законодавству, митним правилам і механізмам забезпечення якості для міжнародних закупівель. Відстоюйте необхідність удосконалення цих механізмів у разі виникнення затримок (через МОЗ, інше головне відомство, національний орган із ліквідації наслідків катастроф або координатора з гуманітарних питань). Якщо відповідних систем не існує, закуповуйте попередньо узгоджені препарати з актуальним строком придатності та які мають інструкції мовою країни та працівників сфери охорони здоров'я.

Зберігання: лікарські засоби потрібно безпечно зберігати протягом усього циклу їх постачання. Вимоги для різних препаратів варіюються. Лікарські засоби не можна зберігати прямо на підлозі. Забезпечте окремі зони для артикулів, у яких закінчився строк придатності (під замком), легкозаймистих препаратів (добре провітрювані приміщення із протипожежним захистом), контрольованих речовин (із додатковим захистом) і препаратів, що потребують холодового ланцюга чи температурного контролю.

Розповсюдження: запровадьте безпечні, захищені, передбачувані та задокументовані механізми транспортування від центральних складів до закладів охорони здоров'я. Партнери можуть використовувати систему push (автоматичне постачання) або pull (постачання на вимогу).

Безпечна утилізація прострочених лікарських засобів: запобігайте забрудненню навколишнього середовища та створенню небезпек для людей. Дотримуйтеся національних норм (адапованих до надзвичайних ситуацій) або міжнародних вказівок. Спалювання при надвисокій температурі коштує дорого, а накопичення фармацевтичних препаратів працює лише в короткостроковій перспективі ⊕ див. Стандарт WASH 6: WASH у закладах охорони здоров'я.

Вироби медичного призначення першої необхідності: визначте та закупіть необхідні вироби й обладнання (у тому числі лабораторні реагенти, більш потужні пристрої) для кожного рівня охорони здоров'я, що відповідають національним чи міжнародним вимогам. Включіть допоміжні вироби для осіб з інвалідністю. Гарантуйте безпечне використання виробів, що охоплює регулярне обслуговування та постачання запасних частин, бажано на місцевому рівні. Виводьте вироби з експлуатації безпечним способом. Розповсюджуйте або замінійте втрачені допоміжні вироби та надавайте чітку інформацію щодо їхнього використання і обслуговування. Звертайтеся до служб реабілітації, щоб підібрати відповідний розмір, зробити налаштування, організувати використання та обслуговування. Уникайте одноразового розповсюдження виробів.

Попередньо узгоджені комплекти корисні на ранніх етапах кризи або для попереднього накопичення для забезпечення готовності. Вони містять попередньо узгоджені основні лікарські засоби та вироби медичного призначення і відрізняються залежно від виду медичного втручання. ВООЗ — головний постачальник Міжвідомчих комплектів для невідкладної медичної допомоги та комплектів для лікування неінфекційних захворювань, а також комплектів для лікування діареї, травм тощо. Фонд ООН у галузі народонаселення (ЮНФПА) — головний постачальник комплектів для сексуального та репродуктивного здоров'я.

Контрольовані медичні препарати: лікарські засоби для знеболення, лікування проблем психічного здоров'я та припинення післяпологової кровотечі зазвичай підлягають особливому контролю. Оскільки 80 відсотків країн із низьким рівнем доходу не мають доступу до адекватних знеболювальних лікарських засобів, сприяйте МОЗ та уряду в покращенні доступності контрольованих препаратів.

Препарати крові: координуйте свою діяльність із національною службою переливання крові, де вона існує. Збирайте кров лише у тих, хто добровільно бажає її здати. Тестуйте всі препарати крові як мінімум на ВІЛ, гепатити В і С, сифіліс, із визначенням групи крові та тестуванням на сумісність. Безпечно зберігайте та розповсюджуйте препарати. Навчайте клінічний персонал раціональному використанню крові та її препаратів.



Стандарт 1.4 щодо систем охорони здоров'я:

Фінансування охорони здоров'я

Люди мають доступ до безкоштовної першочергової медичної допомоги під час кризи.

Ключові дії

- 1 Заплануйте скасування або тимчасове призупинення плати за користування медичними послугами, якщо вона стягується через державні системи.
- 2 Зменшіть непрямі витрати або інші фінансові перешкоди для доступу до та використання послуг.

Ключові показники

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, які не стягують плату за користування першочерговою медичною допомогою (що включає консультації, лікування, обстеження та забезпечення лікарськими засобами)

- Цільове значення — 100%

Процентне співвідношення людей, які не здійснюють жодних прямих платежів під час доступу до медичної допомоги або користування нею (що включає консультації, лікування, обстеження та забезпечення лікарськими засобами)

- Цільове значення — 100%

Інструкції

Плата за користування: вимога оплати медичних послуг під час надзвичайної ситуації створює бар'єри для доступу та може перешкоджати людям звертатися за медичною допомогою.

Призупинення платежів на користь державних постачальників медичних послуг обов'язково призведе до фінансової напруги. Розгляньте можливість підтримки закладів МОЗ або інших відповідальних постачальників заробітною платою та заохоченнями для працівників, додатковими лікарськими засобами, виробами медичного призначення та допоміжними виробами. Якщо плату за користування послугами тимчасово призупинено, переконайтеся, що користувачі отримують чітку інформацію про строки та причини, а також здійснюйте моніторинг доступності та якості послуг.

Непрямі витрати можна мінімізувати шляхом надання належних послуг у громадах та використання планових механізмів транспортування і перенаправлення.

Грошова допомога: у цілях Загального охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 року йдеться про те, що люди повинні отримувати медичну допомогу без зайвих фінансових труднощів. Проте немає чітких доказів того, що використання грошової допомоги спеціально для цілей реагування у сфері охорони здоров'я

в гуманітарних контекстах має позитивний вплив на результати діяльності в цій галузі (станом на дату цього видання)  див. *Що таке Сфера? у тому числі Надання допомоги через ринки.*

Досвід показує, що використання допомоги в готівковій формі для реагування у сфері охорони здоров'я може бути корисним, якщо:

- надзвичайна ситуація стабілізувалася;
- існують певні послуги, які потребують підтримки, наприклад, допологовий догляд або лікування хронічних захворювань;
- існує позитивна поведінка, спрямована на збереження здоров'я, і високий попит на неї; та
- інші критичні потреби домогосподарств, такі як забезпечення продуктами харчування і тимчасовим житлом, було задоволено.

Стандарт 1.5 щодо систем охорони здоров'я: Інформація щодо охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я послугується доказами, отриманими шляхом збирання, аналізу та використання відповідних даних про громадське здоров'я.

Ключові дії

- 1 Зміцнюйте або розвивайте інформаційну систему щодо охорони здоров'я, яка надає достатню, точну та актуальну інформацію для ефективного і справедливого реагування у сфері охорони здоров'я.
 - Забезпечте охоплення всіх зацікавлених сторін інформаційною системою, а також її простоту у впровадженні, та передбачте легкі процедури збирання, аналізу й інтерпретації інформації для управління реагуванням.
- 2 Посилюйте або розвивайте механізми раннього попередження, оповіщення та реагування (Early Warning, Alert and Response, EWAR) на всі небезпеки, які вимагають негайного реагування.
 - Вирішіть, які захворювання та явища слід включити у першу чергу, з огляду на профіль епідеміологічного ризику та контекст надзвичайної ситуації.
 - Використовуйте компоненти, засновані як на показниках, так і на подіях.
- 3 Узгодьте загальні оперативні дані та визначення і використовуйте їх.
 - Враховуйте такі спільні знаменники, як чисельність населення, розмір сім'ї та розподіл за віком.
 - Встановіть адміністративні зони та географічні коди.
- 4 Узгодьте стандартні операційні процедури для всіх осіб, залучених до сфери охорони здоров'я, під час використання інформації про здоров'я.
- 5 Забезпечте механізми захисту даних, щоб гарантувати права та безпеку окремих осіб, звітних підрозділів та/або груп населення.



6

Підтримуйте відповідальне відомство з метою своєчасного та регулярного збирання, аналізу, інтерпретації та розповсюдження інформації про здоров'я серед усіх зацікавлених сторін, а також управління процесом прийняття рішень щодо програм охорони здоров'я.

- Включіть питання охоплення населення та використання медичних послуг, а також аналіз та інтерпретацію епідеміологічних даних.

Ключові показники

Процентне співвідношення повних звітів про раннє попередження, оповіщення та реагування (EWAR) або звітів про спостереження, поданих вчасно

- Мінімум 80 відсотків

Частота звітів з інформацією про стан охорони здоров'я, підготовлених відповідальним відомством

- Мінімум щомісяця

Інструкції

Інформаційна система щодо охорони здоров'я: інформаційна система щодо охорони здоров'я, що належно функціонує, забезпечує підготовку, аналіз, розповсюдження і використання надійної та своєчасної інформації про детермінанти здоров'я, ефективність систем охорони здоров'я та стан здоров'я населення. Дані можуть бути якісними чи кількісними та збиратися з різних джерел, таких як переписи населення, реєстрація актів цивільного стану, опитування населення, опитування щодо передбачуваних потреб, індивідуальні записи та звіти закладів охорони здоров'я (наприклад, інформаційні системи управління охороною здоров'я). Вони мають бути достатньо гнучкими, щоб включати та відображати несподівані виклики, такі як спалахи хвороб або повний крах системи охорони здоров'я чи медичних послуг. Інформація дасть змогу визначити проблеми та потреби на всіх рівнях системи охорони здоров'я.

Збирайте відсутню інформацію шляхом подальшої оцінки або опитувань. Беріть до уваги транскордонне переміщення людей та необхідну або доступну інформацію. Забезпечуйте регулярний аналіз того, хто що робить і де.

Інформаційні системи управління охороною здоров'я (Health Management Information Systems, HMIS) або регулярні звіти використовують інформацію щодо здоров'я, отриману від закладів охорони здоров'я, для оцінки ефективності надання медичної допомоги. HMIS здійснюють моніторинг реалізації конкретних втручань, лікування захворювань, використання ресурсів, як, наприклад, наявність індикаторних препаратів, людські ресурси та коефіцієнти використання.

Спостереження за станом здоров'я — це постійний і систематичний збирання, аналіз та інтерпретація даних про здоров'я. Спостереження за захворюваннями, зокрема, забезпечує моніторинг різноманітних захворювань та моделей їх прогресування і часто фіксується у звітах HMIS.

Система раннього попередження, оповіщення та реагування (EWAR) є частиною звичайної системи спостереження за станом здоров'я. Вона виявляє та генерує сповіщення про будь-яку подію в галузі громадського здоров'я, яка потребує негайного реагування, як-от отруєння хімічними речовинами або епідемічні захворювання $\oplus$ див. Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.2: Спостереження, виявлення спалахів захворювань і раннє реагування.

Стандартні операційні процедури: запровадьте загальні визначення та способи передачі інформації між локаціями, рівнями медичної допомоги та особами, залученими до сфери охорони здоров'я. Як мінімум, узгодьте:

- визначення конкретних випадків;
- показники того, що підлягає моніторингу;
- звітні одиниці (наприклад, мобільні клініки, польові госпіталі, медичні пункти);
- шляхи подання звітності; і
- частоту подання даних, проведення аналізу та звітування.

Дезагрегування даних: дані про стан здоров'я слід розбивати за статтю, віком, інвалідністю, групами переміщеного населення та населення, що приймає, контекстом (наприклад, ситуація в таборі/не в таборі) та адміністративним рівнем (регіон, район) для керування прийняттям рішень і виявлення проблем для груп ризику.

Для EWAR слід дезагрегувати дані щодо смертності та захворюваності дітей віком до п'яти років та старше. Мета цього полягає в тому, щоб швидко створити сповіщення, якщо необхідно. Прийнятними є також і менш детальні дані. Дані розслідувань спалахів хвороб, відстеження контактів, складання структурованих переліків і подальший моніторинг тенденцій захворюваності повинні містити дезагреговану інформацію.

Управління даними, безпека та конфіденційність: вживайте належних запобіжних заходів для захисту безпеки особи та її даних. Без дозволу пацієнта працівники у жодному разі не повинні повідомляти інформацію про пацієнта будь-якій особі, що не бере безпосередньої участі в його лікуванні. Особливу увагу приділяйте особам з інтелектуальними, психічними або сенсорними порушеннями, що можуть вплинути на їхню здатність давати інформовану згоду. Враховуйте той факт, що багато людей, які живуть із такими захворюваннями, як ВІЛ, могли не повідомляти про свій статус близьким членам родини. З обережністю опрацьовуйте дані, які стосуються травм, спричинених катуваннями чи іншими порушеннями прав людини, включно із сексуальним насильством. Розгляньте можливість передачі такої інформації відповідним суб'єктам чи установам, якщо особа дає на це інформовану згоду $\oplus$ див. Принцип захисту 1 і Основний гуманітарний стандарт, Зобов'язання 4.

Загрози для охорони здоров'я: про погрози працівникам сфери охорони здоров'я або будь-які випадки насильства за участю працівників сфери охорони здоров'я слід повідомляти за допомогою узгоджених місцевих і національних механізмів $\oplus$ див. Основні поняття щодо охорони здоров'я (вище) і Посилання та додаткова література (нижче).



2. Базова медична допомога

Базова медична допомога спрямована на вирішення основних причин смертності та захворюваності серед постраждалого від кризи населення. Координуйте дії з міністерствами охорони здоров'я та іншими офіційними суб'єктами у сфері охорони здоров'я, щоб узгодити, яким послугам віддавати пріоритет, коли та де. Установіть пріоритети на основі контексту, оцінювання ризиків та наявних доказів.

Постраждале від кризи населення матиме нові та відмінні потреби, які продовжуватимуть змінюватися. Люди можуть зіткнутися з перенаселеністю, багаторазовими переміщеннями, недоїданням, відсутністю доступу до води або конфліктом, що триває. Вік, гендер, інвалідність, ВІЛ-статус, мовна чи етнічна належність можуть додатково вплинути на потреби людей та стати суттєвими перешкодами для доступу до медичної допомоги. Враховуйте потреби тих, хто живе в місцях, що недостатньо обслуговуються, або важкодоступних місцях.

Узгодьте пріоритетні послуги з МОЗ та іншими суб'єктами у сфері охорони здоров'я, зосереджуючись на тих ризиках, які найімовірніше виникнуть і спричинять найвищу захворюваність і смертність. Програми охорони здоров'я повинні забезпечувати відповідну ефективну допомогу з урахуванням контексту, логістики та ресурсів, які знадобляться. Пріоритети можуть змінюватися залежно від подальшого покращення або погіршення ситуації. Перегляд слід проводити регулярно, на основі наявної інформації та в міру зміни контексту.

Після того, як рівень смертності знизиться або ситуація стабілізується, можуть стати можливими більш комплексні медичні послуги. У тривалій перспективі це може бути базовий пакет медичних послуг, визначений на рівні країни.

У цьому розділі описано необхідний мінімум медичної допомоги в ключових сферах реагування на надзвичайні ситуації: інфекційні захворювання, здоров'я дітей, сексуальне та репродуктивне здоров'я, допомога при пораненнях і травмах, психічне здоров'я, неінфекційні захворювання та паліативна допомога.

2.1 Інфекційні захворювання

Гуманітарна криза, спричинена стихійним лихом, конфліктом чи голодом, часто призводить до зростання захворюваності та смертності від інфекційних захворювань. Переїзд людей у переповнені колективні поселення або тимчасові притулки означає ймовірність легкого поширення таких хвороб, як діарея та кір. Пошкодження санітарно-гігієнічних об'єктів або відсутність чистої води означає швидке розповсюдження захворювань, що передаються через воду та переносників. Зниження популяційного імунітету призводить до підвищення сприйнятливості до захворювань. Збіг у системах охорони здоров'я може перервати довготривале лікування, наприклад, від ВІЛ та туберкульозу (ТБ), забезпечення планових імунізацій, а також лікування простих захворювань, таких як респіраторні інфекції.

Гострі респіраторні інфекції, діарея, кір і малярія все ще є причиною найбільшої захворюваності серед постраждалого від кризи населення. Гостре недоїдання ускладнює перебіг цих захворювань, особливо у дітей до п'яти років і літніх людей.

Завдання під час кризи полягає в тому, щоб запобігти інфекційним захворюванням із самого початку, контролювати будь-які конкретні випадки та забезпечити швидке й адекватне реагування в разі спалаху. Втручання, спрямовані на боротьбу з інфекційними захворюваннями, мають включати профілактику, спостереження, виявлення спалахів хвороб, діагностику та ведення конкретних випадків, а також реагування на спалахи.

Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.1: Профілактика

Люди мають доступ до медичної допомоги та інформації для попередження інфекційних захворювань.

Ключові дії

- 1 Визначте ризик інфекційних захворювань у постраждалого населення.
 - Перегляньте попередньо наявну інформацію про здоров'я, якщо така є, та дані спостереження, а також стан харчування і доступ до безпечної води та санітарії.
 - Проведіть оцінку ризиків із залученням постраждалого населення, включно з місцевими лідерами та фахівцями сфери охорони здоров'я.
- 2 Співпрацюйте з іншими секторами, щоб розробити спільні попереджувальні заходи та створити комплексні програми зі зміцнення здоров'я на рівні громад.
 - Працюйте з конкретними страхами, чутками та поширеними переконаннями, які можуть нашкодити дотриманню здорового способу життя.
 - Координуйте свою діяльність з іншими секторами, які здійснюють інформаційно-роз'яснювальну роботу, такими як особи, що займаються просуванням знань і навичок щодо гігієни, або працівники сфери громадського харчування, щоб забезпечити поширення узгодженої інформації.
- 3 Проводьте заходи з вакцинації для попередження захворювань.
 - Визначте потребу в кампаніях вакцинації від конкретних інфекційних захворювань на основі ризику, можливості його матеріалізації та контексту.
 - Якнайшвидше відновіть проведення планової вакцинації за допомогою попередньо існуючої програми імунізації.
- 4 За потреби вживайте попереджувальних заходів, спрямованих на конкретне захворювання.
 - Забезпечте та гарантуйте використання протимоскітних сіток, оброблених інсектицидами тривалої дії (LLIN), усіма стаціонарними пацієнтами в будь-якій малярійній зоні.
- 5 Впроваджуйте заходи профілактики та контролю інфекцій (ПКИ) на всіх рівнях охорони здоров'я відповідно до ризиків ⊕ див. Стандарт 1.1 щодо систем охорони здоров'я та підтримку заходів WASH у Стандарті WASH 6: WASH у закладах охорони здоров'я.



Ключові показники

Процентне співвідношення людей, які застосовують ключові практики, що пропагуються в освітніх заходах і повідомленнях щодо охорони здоров'я

Процентне співвідношення постраждалих домогосподарств, які повідомляють, що отримали відповідну інформацію про ризики, пов'язані з інфекційними захворюваннями, і профілактичні заходи

Процентне співвідношення постраждалих домогосподарств, які можуть описати три заходи, яких вони вживають для попередження інфекційних захворювань

Усі стаціонарні пацієнти в закладах охорони здоров'я використовують проти-москитні сітки, оброблені інсектицидами тривалої дії (LLIN), у малярійних зонах

Захворюваність на основні інфекційні захворювання стабільна або не зростає порівняно з докризовим рівнем

Інструкції

Оцінювання ризиків: проведіть оцінювання ризиків із залученням постраждалого населення, місцевих лідерів і фахівців у сфері охорони здоров'я. Аналізуйте ризики, пов'язані з контекстом і навколишнім середовищем, наприклад, у переповнених колективних поселеннях і міських зонах. Приділяйте особливу увагу різним сегментам населення на предмет виявлення чинників, характерних для конкретних захворювань, зниженого імунітету чи інших ризиків.

Міжсекторальні попереджувальні заходи: розробіть загальні попереджувальні заходи, такі як належна гігієна, утилізація відходів, безпечна вода та її достатня кількість, а також боротьба з переносниками. Належні житлові умови, забезпечення відстані між житлами та вентиляція можуть допомогти зменшити передачу захворювань. Виключно грудне вигодовування та доступ до адекватного харчування безпосередньо впливають на стан здоров'я $\oplus$ див. *Зобов'язання 3 Основного гуманітарного стандарту, Стандарт WASH 1.1 щодо сприяння дотриманню гігієни, Стандарти WASH 2.1 та 2.2 з водопостачання, Стандарти WASH 5.1–5.3 щодо утилізації твердих відходів, Стандарт 2 щодо забезпечення житлом і поселення та Продовольча безпека і харчування — Стандарти щодо годування немовлят і дітей перших років життя 4.1 і 4.2.*

Сприяння охороні здоров'я: залучайте громади до надання інформації у форматах і мовами, що доступні для літніх людей, осіб з інвалідністю, жінок і дітей. Знайдіть час, щоб протестувати та перевірити інформаційні повідомлення щодо чутливих питань.

Вакцинація: рішення про проведення кампанії з вакцинації має ґрунтуватися на трьох чинниках:

- **Оцінка загальних факторів ризику,** таких як недоїдання, висока розповсюдженість хронічних захворювань, скупченість населення, неадекватні умови WASH, а також специфічні ризики щодо захворювань, такі як географічне положення, клімат, сезон та імунітет населення.

- **Здійсненність кампанії** – на основі оцінки характеристик вакцини, що включає її доступність, ефективність, безпеку, незалежно від того, чи використовується вакцина з одним чи декількома антигенами, чи вона пероральна чи ін'єкційна, а також незалежно від її стабільності. Враховуйте такі операційні чинники, як доступ до населення, часові обмеження, транспорт, матеріальні потреби, вартість і можливість отримати інформовану згоду.
- **Загальний контекст**, у тому числі етичні та практичні обмеження, такі як спротив громади, нерівномірність через брак ресурсів і політичні обмеження чи обмеження щодо безпеки, або відомі загрози для працівників, які здійснюють вакцинацію.

⊕ Див. Базова медична допомога — Стандарт 2.2.1 щодо здоров'я дітей: Дитячі хвороби, яким можна запобігти вакцинацією і *Вакцинація в умовах гострої гуманітарної кризи: Структура прийняття рішень, ВООЗ, 2017 р.*, що стосується 23 антигенів, у тому числі холери, менінгіту, кору і ротавірусу.

Профілактика малярії: у разі високого та середнього ступеня передачі малярії надайте протимоскітні сітки LLIN людям та домогосподарствам із тяжким недоїданням, вагітним жінкам, дітям віком до п'яти років, дітям без супроводу дорослих та особам, які живуть із ВІЛ. Потім визначте пріоритети для людей, залучених до програм додаткового годування, домогосподарств із дітьми до п'яти років та домогосподарств із вагітними жінками. Призначайте вагітним жінкам хіміопрофілактику відповідно до національних протоколів і моделей резистентності. У регіонах із високим рівнем недоїдання та смертності від кору розгляньте можливість проведення таргетованої сезонної хіміопрофілактики малярії.

Захворювання, що передаються комарами роду *Aedes*: лихоманку денге, чикунгунья, вірус Зіка та жовту лихоманку поширюють комарі роду *Aedes*. Попереджайте відповідні захворювання за допомогою комплексної боротьби з переносниками. Люди повинні носити одяг, щоб запобігти укусам, а домогосподарствам слід використовувати належні практики використання води та утилізації відходів, а також репеленти чи протимоскітні сітки LLIN для дітей грудного та молодшого віку, які сплять протягом дня ⊕ див. Стандарт WASH 4.2 щодо боротьби з переносниками інфекцій: Побутові та особисті дії щодо боротьби з переносниками інфекцій.

Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.2: Спостереження, виявлення спалахів захворювань і раннє реагування

Системи нагляду та звітності забезпечують раннє виявлення спалахів хвороб і раннє реагування.

Ключові дії

- 1 Посилюйте або впроваджуйте механізм раннього попередження, оповіщення та реагування (EWAR) залежно від конкретного контексту.



- Визначте пріоритетні захворювання та події, яким слід приділяти увагу виходячи з епідеміологічного ризику.
- Проводьте навчання для працівників сфери охорони здоров'я на всіх рівнях про пріоритетні захворювання та механізми сповіщення органів охорони здоров'я і створення оповіщення.
- Розповсюджуйте щотижневі звіти EWAR серед усіх зацікавлених сторін для вжиття необхідних заходів.

2 Створіть групи із розслідування спалахів захворювань.

- Переконайтеся, що заходи починають здійснюватися швидко після отримання оповіщення.
- Ініціюйте дистанційне розслідування у ситуаціях, коли такі групи не мають доступу до постраждалого населення, наприклад, у зонах активного конфлікту.

3 Переконайтеся, що біологічні зразки можна перевіряти за допомогою швидких діагностичних тестів або в лабораторіях для підтвердження спалаху
 ⊕ див. Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.3: Діагностика і ведення конкретних випадків.

Ключові показники

Процентне співвідношення оповіщень, які надходять протягом 24 годин

- 90 відсотків

Процентне співвідношення оповіщень, які надійшли та які було перевірено протягом 24 годин

- 90 відсотків

Процентне співвідношення перевірених оповіщень, розслідування за якими було проведено протягом 24 годин

- 90 відсотків

Інструкції

Раннє попередження, оповіщення та реагування (EWAR): у координації з усіма зацікавленими сторонами, включно з МОЗ, партнерами та громадою, зміцніть або створіть систему EWAR, що відображувала б постраждале населення ⊕ див. Стандарт 1.5 щодо систем охорони здоров'я: Інформація щодо охорони здоров'я. Ця система повинна мати можливість фіксувати чутки, незвичайні події та повідомлення громади.

Нагляд та раннє попередження: зміцніть систему EWAR разом із партнерами та узгодьте звітні одиниці, потік даних, інструменти звітності, інструменти аналізу даних, визначення конкретних випадків і частоту звітності.

Створення оповіщень і звітування. Оповіщення — це інформація про незвичайні події в галузі охорони здоров'я, які можуть вказувати на ранні стадії спалаху хвороб. Визначте порогові значення для оповіщень, специфічні для кожного захворювання, і повідомляйте про них якомога швидше. Використовуйте звітність

працівників сфери охорони здоров'я, яка базується на подіях і яку можна негайно повідомляти, або аналізуйте звіти на основі показників (щотижня чи частіше). Негайно реєструйте всі оповіщення та передавайте їх групам із розслідування спалахів для перевірки.

Перевірка оповіщень: перевіряйте інформацію за оповіщеннями протягом 24 годин. Перевірку можна здійснювати дистанційно, наприклад, телефоном. Вона передбачає збір додаткових даних та аналіз конкретного випадку (випадків) на основі симптомів, дати їх появи, місця, статі, віку, наслідків для здоров'я та диференціальних діагнозів.

Виявлення спалаху: якщо оповіщення підтверджено, проведіть розслідування на місці протягом 24 годин. Переконайтеся, що групи з розслідування мають достатні навички для перевірки оповіщень, проведення розслідувань на місці, виявлення ймовірного спалаху та взяття лабораторних зразків. Розслідування підтвердить спалах у разі досягнення епідемічного порогу або визначить, чи відображає оповіщення спорадичні випадки чи сезонні піки.

Розгляньте окремі випадки захворюваності, відберіть зразки та проведіть оцінку ризику. Можливі результати:

- це не становить випадок захворювання;
- випадок захворювання підтверджено, але це не спалах; або
- випадок захворювання підтверджено і є підозра про спалах/спалах підтверджено.

Деякі спалахи захворювань можуть бути підтверджені лише лабораторним аналізом; однак навіть потенційні спалахи можуть усе ж потребувати негайних дій.

Пороги оповіщення та спалаху

	Поріг оповіщення	Поріг спалаху
Холера	2 випадки захворювання з гострою водянистою діареєю та важким зневодненням у людей віком від 2 років або смерть від гострої водянистої діареї в тому самому регіоні протягом одного тижня 1 смерть від важкої гострої водянистої діареї у людини віком від 5 років 1 випадок гострої водянистої діареї, позитивний результат швидкого діагностичного тесту на холеру в регіоні	1 підтверджений випадок
Малярія	Вирішується на рівні країни залежно від контексту	Вирішується на рівні країни залежно від контексту
Кіп	1 випадок	Визначається на рівні країни
Менінгіт	2 випадки за один тиждень (у популяції <30 000) 3 випадки на тиждень (у популяції 30 000–100 000)	5 випадків на тиждень (у популяції <30 000) 10 випадків на 100 000 осіб за тиждень (у популяції 30 000–100 000) 2 підтверджені випадки за один тиждень у таборі



	Поріг оповіщення	Поріг спалаху
Вірусні геморагічні лихоманки	1 випадок	1 випадок
Жовта лихоманка	1 випадок	1 випадок

Розслідування спалаху та раннє реагування: проведіть подальше розслідування, якщо спалах підтверджено або щодо нього є підозра. Визначте причину/джерело, хто постраждав, шляхи передачі та хто становить групу ризику, щоб вжити відповідних заходів стримування.

Виконайте описові епідеміологічні дослідження, що включали б:

- випадки захворювання, випадки смерті, особу, в якій з'явилися симптоми, час і місце їх виникнення (для побудови епідемічної кривої та складання точкової карти);
- структуровані переліки, які складають за кожним випадком і в яких аналізується ступінь спалаху, наприклад, кількість госпіталізацій, ускладнень, летальність; і
- розрахунок рівня уражень на основі узгоджених показників кількості населення.

Розробіть гіпотезу, яка пояснює джерело зараження і захворювання. Візьміть до уваги інформацію про збудника, джерело та шлях передачі.

Оцініть гіпотезу та узгодьте визначення випадку спалаху. Воно може бути більш конкретним, ніж визначення випадку захворювання, яке використовується для цілей нагляду. Після того, як лабораторні дослідження підтвердять спалах із багатьох джерел, дотримуйтеся визначення випадку спалаху; можливо, потреби продовжувати збирати зразки більше не буде.

Оперативно і регулярно повідомляйте про висновки та оновлюйте їх. Якнайшвидше запроваджуйте заходи стримування в популяції.

Усі ці заходи можна проводити одночасно, особливо під час спалаху, що триває  див. Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.4: Готовність до спалахів захворювань і заходи реагування на них.

Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.3:

Діагностика і ведення конкретних випадків

Люди мають доступ до ефективної діагностики та лікування інфекційних захворювань, які є найбільш поширеною причиною захворюваності та смертності.

Ключові дії

- 1 Розробіть чіткі інформаційні повідомлення, які спонукатимуть людей звертатися за допомогою в разі виникнення таких симптомів, як лихоманка, кашель і діарея.
 - Підготуйте письмові матеріали, радіопрограми чи повідомлення на мобільний телефон, використовуючи доступні формати та мови.

- 2 Використовуйте затверджені стандартні протоколи ведення випадків захворювання для надання медичної допомоги.
 - Розгляньте можливість упровадження ведення випадків на рівні громади, наприклад, випадків малярії, діареї та пневмонії.
 - Направляйте важкі випадки на вищі рівні надання медичної допомоги або на карантин.
- 3 Забезпечте належні лабораторні та діагностичні спроможності, матеріально-технічні засоби та гарантію якості.
 - Визначте використання швидких діагностичних тестів або лабораторного тестування на патогенні мікроорганізми, а також на якому рівні системи охорони здоров'я слід забезпечувати їх проведення (наприклад, швидкі діагностичні тести в громаді).
- 4 Переконайтеся, що лікування для людей, які отримують довгострокові медичні послуги у зв'язку з такими інфекційними захворюваннями, як туберкульоз та ВІЛ не переривається.
 - Запроваджуйте програми боротьби з туберкульозом лише після виконання загальновизнаних критеріїв.
 - Координуйте свою діяльність із програмами боротьби з ВІЛ для забезпечення медичної допомоги людям з коінфекцією ВІЛ/туберкульоз.

Ключові показники

Процентне співвідношення медичних центрів, які надають допомогу постраждалому від кризи населенню використовуючи стандартизовані протоколи лікування певного захворювання

- Використовуйте щомісячний перегляд для моніторингу тенденцій

Процентне співвідношення підозрюваних випадків захворювання, підтверджених діагностичним методом, передбаченим узгодженим протоколом

Інструкції

Протоколи лікування: протоколи повинні включати комплекс заходів із діагностики, лікування та перенаправлення. Якщо під час кризи такий комплекс заходів недоступний, розгляньте можливість використання міжнародних рекомендацій. Слід розуміти місцеві моделі стійкості до ліків (також із урахуванням переміщення), особливо щодо малярії, туберкульозу та тифу. Враховуйте особливі потреби груп високого клінічного ризику, таких як діти віком до двох років, вагітні жінки, особи похилого віку, особи, які живуть із ВІЛ, і діти з гострим недоїданням, які мають підвищений ризик розвитку деяких інфекційних захворювань.

Гострі респіраторні інфекції: під час кризи вразливість підвищується через перенаселеність, дим у приміщеннях та погану вентиляцію, а також недоїдання та/або дефіцит вітаміну А. Знижуйте летальність за рахунок своєчасного виявлення проблем, прийому пероральних антибіотиків і перенаправлення хворих у важких випадках.



Діарея та кров'яниста діарея: контролюйте рівень смертності через розширення доступу і використання пероральної регідратаційної терапії та добавок цинку на рівні домогосподарства, громади чи на рівні первинної медичної допомоги. Лікування можна проводити в пунктах оральної регідrataції на рівні громади.

Ведення випадків захворювань на рівні громади: пацієнтів із малярією, пневмонією або діареєю можуть лікувати медико-санітарні працівники громади (МСПГ), що пройшли відповідну підготовку. Переконайтеся, що всі програми координуються та контролюються найближчим закладом охорони здоров'я. Забезпечте справедливий і неупереджений доступ до них для всього населення.

Лабораторне тестування: створіть мережу національних, регіональних і міжнародних лабораторних закладів для перенаправлення зразків на тестування. Гарантуйте швидке діагностичне тестування на малярію, холеру та лихоманку денге, а також тестування рівня гемоглобіну в крові. Забезпечте належне транспортування зразків, які будуть тестуватися на наявність інших патогенних мікроорганізмів (наприклад, середовище Кері-Блера для холери).

Організуйте навчання для працівників сфери охорони здоров'я щодо методів діагностики, забезпечення якості, а також збирання, транспортування і документування зразків. Розробіть протокол остаточного тестування в референс-лабораторіях на національному, регіональному або міжнародному рівнях. Остаточне тестування має включати посів із зразків, серологічне та антигенне тестування або тестування РНК на жовту лихоманку, вірусні геморагічні лихоманки та гепатит Е. Запровадьте протоколи безпечних механізмів транспортування патогенних мікроорганізмів, особливо вірусної геморагічної лихоманки, чуми тощо. Зверніть увагу на авіаційні правила щодо транспортування біологічних зразків повітрям.

Боротьба з **туберкульозом (ТБ)** складна через зростання резистентності до ліків. Запроваджуйте відповідні програми лише за умови забезпечення безперервного доступу до населення та надання допомоги протягом щонайменше 12–15 місяців. Наразі було виявлено туберкульоз із множинною резистентністю до ліків (МЛС-ТБ, стійкий до двох основних протитуберкульозних препаратів, ізоніазиду та рифампіцину) та туберкульоз із широкою резистентністю (ШЛС-ТБ, стійкий до чотирьох основних протитуберкульозних препаратів). Обидва ці типи потребують більш тривалого, дорожчого та складнішого лікування. У кризових ситуаціях часто важко отримати доступ до діагностичного тестування та тестування на чутливість, необхідного для забезпечення правильного вибору та використання протитуберкульозних препаратів.

Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.4: Готовність до спалахів захворювань і заходи реагування на них

До спалахів захворювань належним чином готуються, і їхнє стримування є своєчасним і ефективним.

Ключові дії

- 1 Розробіть і розповсюдьте інтегрований план забезпечення готовності до спалаху захворювання і реагування на нього в партнерстві з усіма зацікавленими сторонами та секторами.
 - Навчання слід зосередити на ключовому персоналі в зонах високого ризику.
 - Заздалегідь розмістіть основні лікарські засоби, вироби медичного призначення, швидкі тести, ЗІЗ та набори (наприклад, для лікування холери та діарейних захворювань) у регіонах, схильних до епідемій, і в регіонах з обмеженим доступом.
- 2 Після виявлення спалаху вживайте заходів стримування, спрямованих на конкретне захворювання.
 - Визначте потребу в проведенні цільової кампанії вакцинації.
 - Розширте масштаби заходів профілактики інфекцій та інфекційного контролю, включно із забезпеченням зон ізоляції для холери, гепатиту Е чи інших спалахів.
- 3 Створюйте та координуйте матеріально-технічне забезпечення і спроможності реагування на конкретні спалахи.
 - Забезпечте транспортні та складські потужності для лікарських засобів і витратних матеріалів, включно з холодовим ланцюгом для вакцин.
 - Передбачте додаткові спроможності для закладів охорони здоров'я, наприклад, намети для лікування холери чи менінгіту.
 - Гарантуйте доступ та транспортування до лабораторій на місцевому, національному та міжнародному рівнях для тестування біологічних зразків.
- 4 За потреби координуйте роботу з іншими секторами, включно із тими, що займаються захистом дітей.

Ключові показники

Процентне співвідношення медичних працівників в зонах високого ризику, які пройшли навчання щодо плану реагування на спалахи захворювань та відповідних протоколів

Летальність знижено до прийнятного рівня

- Холера <1 відсотка
- Менінгіт <15 відсотків
- Гепатит Е <4 відсотків у загальній популяції, 10–50 відсотків у вагітних жінок у третьому триместрі



- Дифтерія (респіраторна) <5–10 відсотків
- Коклюш <4 відсотків у однорічних дітей, <1 відсотка у дітей віком від одного до чотирьох років
- Лихоманка денге <1 відсотка

Інструкції

План забезпечення готовності до спалахів захворювань і заходів реагування на них: розробіть його разом із партнерами, що працюють у галузі охорони здоров'я, МОЗ, членами громади та лідерами. Також слід залучити партнерів з питань WASH, харчування, забезпечення житлом та освіти, уряд країни, що приймає, в'язниці та військових (якщо доречно). Переконайтеся, що під час реагування на спалах інші критично важливі служби охорони здоров'я не постраждали.

У плані має бути визначено:

- механізм координації заходів реагування на спалахи захворювань на національному та субнаціональному рівнях і на рівні громад;
- механізми мобілізації громад та комунікації щодо ризиків;
- посилення EWAR: нагляд за захворюваннями, виявлення спалахів, (епідеміологічне) розслідування спалахів;
- ведення конкретних випадків;
- заходи стримування, специфічні для певної хвороби та контексту;
- міжсекторальні заходи;
- протоколи безпечного транспортування та шляхи перенаправлення зразків для лабораторних досліджень;
- плани дій у надзвичайних ситуаціях для розширення послуг на різних рівнях надання допомоги, включно зі створенням зон ізоляції у лікувальних центрах;
- спроможності групи з контролю за спалахами захворювань та вимоги до резервних працівників сфери охорони здоров'я, і
- наявність основних лікарських засобів, вакцин, виробів медичного призначення, лабораторних матеріально-технічних засобів та ЗІЗ для працівників сфери охорони здоров'я, включно через міжнародні закупівлі (наприклад, глобальні запаси вакцин).

Стимування спалахів захворювань ґрунтується на адекватній комунікації щодо ризиків та роботі спеціалізованих груп з контролю за спалахами захворювань. Стримуйте спалах комплексно, щоб він не поширився на нові території, а також щоб кількість нових випадків зменшилася, якщо спалах уже триває. Це вимагатиме активного виявлення випадків захворювання, оперативної діагностики та ведення конкретних випадків. За потреби забезпечуйте зони ізоляції (наприклад, у разі холери чи гепатиту Е). Вдосконалюйте боротьбу з переносниками, щоб знизити ризик інфікування, використовуйте протимоскітні сітки LLIN і краще дотримання гігієни.

Кампанії з вакцинації

Менінгіт: серогрупи А, С, W і Y можуть викликати спалахи в умовах криз. Вакцини проти менінгіту А і С доступні для використання під час епідемій. Планова вакцинація під час криз не рекомендується та неможлива для серогруп С і W. Цільова

вакцинація проводиться для конкретних вікових груп на основі відомого рівня уражень або для осіб віком від шести місяців до 30 років. З огляду на необхідність люмбальної пункції для встановлення остаточного діагнозу, запровадьте чітке визначення випадку захворювання.

Вірусна геморагічна лихоманка: лікування та діагностика вірусних геморагічних лихоманок, таких як лихоманка Ебола або Ласса, ґрунтуються на суворих національних і міжнародних рекомендаціях. Вони включають протоколи щодо нових вакцин та інноваційних методів лікування. Ефективне залучення громади під час цих спалахів є критично важливим.

Жовта лихоманка: проведення масової вакцинації рекомендується після підтвердження єдиного випадку в населеному пункті. Вона здійснюється як для переміщеного населення, так і для населення, що приймає. Поєднуйте таку вакцинацію із заходами боротьби з переносниками-комарами роду *Aedes* і суворою ізоляцією хворих, у яких було виявлено захворювання.

Поліомієліт: поліомієліт включено до Розширеної програми імунізації ВООЗ (РПІ), і вакцинацію проти нього слід відновлювати після початкових етапів надзвичайної ситуації. У разі виявлення паралітичного поліомієліту ініціюйте масову вакцинацію.

Холера: повинні бути доступними чіткі протоколи лікування та боротьби зі спалахами, які слід скоординувати між секторами. Застосовуйте вакцини проти холери згідно з вимогами ВООЗ і доповнюйте існуючі стратегії боротьби з холерою.

Гепатит А і Е: ці захворювання становлять значний ризик, особливо в таборах для біженців. Попереджуйте спалахи та контролюйте їх, використовуючи покращене санітарно-гігієнічне забезпечення і доступ до безпечної води.

Кір: ⊕ Див. Базова медична допомога — Стандарт 2.2.1 щодо здоров'я дітей: Дитячі хвороби, яким можна запобігти вакцинацією.

Коклюш або дифтерія: спалахи коклюшу часто виникають у разі переміщення людей. Через занепокоєння щодо ризиків серед дорослих-реципієнтів цільноклітинної вакцини проти дифтерії, кашлюку та правця (АКДС), з особливою обережністю підходьте до організації кампаній з вакцинації, пов'язаних зі спалахом коклюшу. Водночас, використовуйте спалах, щоб усунути прогалини в плановій імунізації. Ведення випадків захворювання включає лікування хворих антибіотиками та раннє профілактичне лікування контактних осіб у домогосподарствах, де є немовля або вагітна жінка. Спалахи дифтерії менш поширені, але все ще становлять загрозу в місцях скупчення людей із низьким імунітетом до дифтерії. Відомо про проведення кампаній масової вакцинації від дифтерії трьома окремими дозами вакцини. Ведення випадків захворювання включає введення як анти-токсину, так і антибіотика.

Летальність: допустимий рівень летальності (Case Fatality Rate, CFR) для конкретних захворювань залежить від контексту та наявного імунітету. Ставте за мету максимальне зниження летальності. Високі показники летальності можуть свідчити про відсутність доступу до належної медичної допомоги, пізні звернення до лікаря та проведення лікування захворювання, наявність значних супутніх захворювань у населення або низьку якість охорони здоров'я. Здійсніть



моніторинг летальності на регулярній основі та негайно вживайте коригувальних заходів, якщо вона перевищує очікуваний рівень.

Лікування дітей: під час спалахів розглядайте дітей як окрему групу для цілей розробки та реалізації програм. Координуйте та перенаправляйте свою діяльність між секторами охорони здоров'я та захисту дітей. Зважайте на ризики розлучення дітей із батьками. Ці ризики можуть бути спричинені захворюваністю та смертністю батьків або власне тим, як розроблені програми. Зосереджуйтеся на запобіганні розділенню сім'ї та забезпеченні згоди батьків або дитини на лікування. Вживайте заходів для того, щоб навчальні заклади продовжували працювати, пам'ятаючи про необхідні заходи стримування та освіти щодо охорони здоров'я.

2.2 Базова медична допомога – Здоров'я дітей

Під час кризи діти стають ще вразливішими до інфекцій, хвороб та інших ризиків для їх здоров'я та життя. Погіршуються не тільки умови життя, але й перериваються програми імунізації. Ризики для дітей без супроводу та дітей, розлучених із сім'єю, ще вищі.

Потрібне узгоджене реагування, орієнтоване на дитину. Спочатку воно буде зосереджене на допомозі, спрямованій на порятунок життя, але в кінцевому підсумку втручання повинні полегшити страждання та сприяти росту і розвитку. Програми мають бути націлені на основні причини захворюваності та смертності. Глобально, такими ризиками є гострі респіраторні інфекції, діарея, кір, малярія, недоїдання і неонатальні причини захворюваності та смертності.

Стандарт 2.2.1 щодо здоров'я дітей:

Дитячі хвороби, яким можна запобігти вакцинацією

Під час криз діти віком від шести місяців до 15 років мають імунітет проти хвороб і доступ до планових послуг Розширеної програми імунізації (РПІ).

Ключові дії

- 1 Визначте наявність потреби у вакцинації та найбільш доцільний підхід у разі надзвичайної ситуації.
 - Візьміть за основу оцінку ризику (наприклад, чисельність населення, сезон), здійсненість кампанії (включно з потребою в декількох дозах, доступність) і контекст (наприклад, безпека, конкуруючі потреби). Це має бути постійний процес у міру розвитку кризи ⊕ *див. Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.1: Профілактика.*
- 2 Проведіть кампанію масової вакцинації проти кору для дітей віком від шести місяців до 15 років, незалежно від наявності в анамнезі вакцинації проти кору, якщо оціночне охоплення для кору становить менше 90 відсотків або невідоме.
 - Передбачте забезпечення вітаміном А для дітей віком 6–59 місяців.
 - Переконайтеся, що усі немовлята, вакциновані у віці від шести до дев'яти місяців, отримали ще одну дозу вакцини проти кору в дев'ять місяців.

3 Якнайшвидше повторно запровадьте РПІ, визначену на стор. 401 і 402 Програми.

- Поставте за мету, щоб заклади первинної медичної допомоги або мобільні бригади, в тому числі щодо інформаційно-роз'яснювальної роботи, пропонували національний календар імунізації проти захворювань, яким можна запобігти вакцинацією, принаймні 20 днів на місяць.

4 Перевіряйте стан вакцинації дітей, які відвідують заклади охорони здоров'я або мобільні клініки, та робіть будь-які необхідні щеплення.

Ключові показники

Процентне співвідношення дітей віком від шести місяців до 15 років, які отримали щеплення проти кору, станом на дату завершення кампанії вакцинації проти кору

- >95 відсотків

Процентне співвідношення дітей віком від шести до 59 місяців, які отримали відповідну дозу вітаміну А, станом на дату завершення кампанії вакцинації проти кору

- >95 відсотків

Процентне співвідношення дітей віком 12 місяців, які отримали три дози АКДС

- >90 відсотків

Процентне співвідношення закладів первинної медичної допомоги, які пропонують базові послуги РПІ принаймні 20 днів на місяць

Інструкції

Вакцинація: вакцини життєво важливі для попередження надмірної смертності під час гострих криз. Національні рекомендації можуть не охоплювати надзвичайні ситуації або людей, які перетнули кордони, тому негайно працюйте над визначенням необхідних вакцин і розробіть план впровадження кампаній з імунізації, який має включати і процеси закупівлі. ⊕ *Див. Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.1: щодо вказівок для проведення оцінки ризику та прийняття рішень стосовно вакцинації, а також Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності щодо закупівлі та зберігання вакцин.*

Вакцинація проти кору: імунізація проти кору є пріоритетним втручанням у сфері охорони здоров'я під час криз.

- **Охоплення:** перегляньте дані про охоплення переміщених осіб і груп населення, що приймає, щоб оцінити, чи перевищувало охоплення плановою імунізацією проти кору або охоплення кампанією проти кору 90 відсотків за попередні три роки. Проведіть кампанію проти кору, якщо охоплення вакцинацією становить менше 90 відсотків, про нього немає даних або воно викликає сумніви. Водночас призначайте добавки вітаміну А. Переконайтеся, що щонайменше 95 відсотків новоприбулих осіб у поселенні віком від шести місяців до 15 років пройшли вакцинацію.



- **Вікові діапазони:** деякі діти старшого віку могли пропустити планову вакцинацію, кампанії проти кору та саме захворювання на кір. Ці діти залишаються під загрозою зараження кором і можуть інфікувати немовлят і дітей молодшого віку, для яких ризик смерті від цієї хвороби є вищим. Тому проводьте вакцинацію до досягнення віку 15 років. Якщо це неможливо, віддавайте пріоритет дітям віком 6–59 місяців.
- **Повторні вакцинації:** усі діти віком від дев'яти місяців до 15 років повинні отримати дві дози вакцини проти кору в межах стандартних національних програм імунізації. Діти віком від шести до дев'яти місяців, які отримали вакцину проти кору (наприклад, під час екстреної кампанії), повинні отримати ще дві дози в рекомендованому віці відповідно до національного календаря щеплень (зазвичай це 9 місяців і 15 місяців у регіонах високого ризику).

Поліомієліт: розгляньте можливість проведення кампанії проти поліомієліту там, де існують спалахи поліомієліту або є загрози для програм викорінення захворювань, як визначено в документі *Вакцинація в умовах гострої гуманітарної кризи: структура прийняття рішень* ⊕ див. *Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.1: Профілактика*.

Національна РПІ: негайно проведіть повторну РПІ, щоб захистити дітей від кору, дифтерії та коклюшу і знизити ризик респіраторних інфекцій. Для національних РПІ можуть знадобитися додаткові вакцини ⊕ див. *Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.4: Готовність до спалахів захворювань і заходи реагування на них*.

Безпека вакцин: завжди забезпечуйте безпеку вакцин. Дотримуйтесь інструкцій виробника щодо зберігання та охолодження ⊕ див. *Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності*.

Інформована згода: отримайте інформовану згоду батьків або опікунів на введення вакцини, яка б забезпечувала розуміння ризиків і потенційних побічних ефектів.

Стандарт 2.2.2 щодо здоров'я дітей:

Ведення хвороб новонароджених і дітей

Діти отримують доступ до пріоритетної медичної допомоги, спрямованої на усунення основних причин захворюваності та смертності новонароджених і дітей.

Ключові дії

1. Забезпечуйте належну медичну допомогу на різних рівнях (заклади охорони здоров'я, мобільні клініки або програми на рівні громади).
- Використовуйте рекомендації «Здоров'я новонароджених у гуманітарних ситуаціях» щодо необхідного догляду за новонародженими ⊕ див. *Посилання*.

- Розгляньте можливість впровадження інтегрованого обліку захворюваності у громаді (ІОЗГ) та Інтегрованого обліку захворюваності серед дітей (ІОЗДі).
- 2 Встановіть стандартизовану систему оцінки та медичного сортування в усіх закладах, які надають допомогу хворим новонародженим або дітям.
 - Забезпечте, щоб діти, в яких спостерігаються небезпечні ознаки (нездатність пити або харчуватися грудним молоком, постійна блювота, судоми, млявість або непритомність), отримали негайне лікування.
 - Проводьте оцінку травм та хімічного отруєння в контекстах підвищеного ризику.
- 3 Забезпечте наявність основних лікарських засобів відповідної дози та складу для лікування поширених дитячих хвороб на всіх рівнях надання медичної допомоги.
- 4 Проводьте перевірки росту та стану харчування дітей.
 - Перенаправляйте всіх дітей, які страждають від недоїдання, до служб харчування.
 - Забезпечуйте стаціонарне лікування дітей, які страждають від важкої гострої недостатності харчування з ускладненнями.
- 5 Запровадьте відповідний протокол ведення випадків захворювання для лікування дитячих захворювань та захворювань, яким можна запобігти вакцинацією, як, наприклад, дифтерія та коклюш, у ситуаціях високого ризику виникнення спалаху.
 - Використовуйте наявні протоколи, де це можливо.
- 6 Розробіть інформаційні повідомлення у сфері освіти щодо охорони здоров'я, щоб спонукати сім'ї до здорової поведінки та практик профілактики захворювань.
 - Сприяйте таким діям, як виключно грудне вигодовування, годування немовлят, миття рук, утримання немовлят у теплі, а також заохочуйте практики раннього розвитку дітей.
- 7 Розробіть інформаційні повідомлення у сфері освіти щодо охорони здоров'я, щоб заохотити людей завчасно звертатися за медичною допомогою стосовно будь-яких проявів, таких як лихоманка, кашель або пронос, у дітей та новонароджених.
 - Вживайте заходів, щоб охопити дітей, позбавлених догляду з боку батьків чи будь-яких дорослих.
- 8 Виявляйте дітей з інвалідністю або затримками розвитку.
 - Надавайте консультації та забезпечуйте перенаправлення до служб догляду чи реабілітації.

Ключові показники

Загальні показники смертності дітей віком до п'яти років

- Менше 2 смертей на 10 000 на день $\oplus$ див. Додаток 3 стосовно розрахунків



Своєчасне проведення ефективного протималярійного лікування всім дітям віком до п'яти років, хворим на малярію

- Протягом 24 годин після появи симптомів
- Виняток становлять діти віком до п'яти років, які страждають від важкої гострої недостатності харчування

Своєчасне надання оральних регідратацийних солей (ОРС) і добавок цинку всім дітям віком до п'яти років, які страждають на діарею

- Протягом 24 годин після появи симптомів

Своєчасне надання допомоги всім дітям віком до п'яти років, хворим на пневмонію

- Протягом 24 годин після появи симптомів

Інструкції

Необхідний догляд за новонародженими: забезпечте всім новонародженим кваліфікований догляд із моменту народження, бажано в закладі охорони здоров'я та відповідно до **⊕ див. рекомендацій «Інтегроване ведення вагітності та пологів» (ІВВП)** і **«Здоров'я новонароджених у гуманітарних ситуаціях»**. Незалежно від того, чи відбуваються пологи з кваліфікованою допомогою чи без неї, необхідний догляд за новонародженими складається з таких елементів:

- тепловий захист (відкласти купання, утримувати дитину сухою та в теплі, забезпечуючи контакт «шкіра до шкіри»);
- профілактика інфекційних захворювань (пояснювати необхідність практик народження дитини в чистоті, миття рук, чистої пуповини, догляду за шкірою та очима);
- підтримка годування (якнайшвидше і виключно грудне вигодовування, включно з часу появи молозива);
- моніторинг (оцінка небезпечних ознак інфекцій або станів, які можуть вимагати перенаправлення до інших фахівців); і
- післяпологовий догляд (забезпечуйте його вдома або недалеко від нього в перший тиждень життя, причому перші 24 години є найбільш критичними для післяпологового візиту; ставте за мету здійснення до трьох візитів додому у перший тиждень життя).

Інтегрований облік захворюваності серед дітей (ІОЗДі) зосереджується на догляді за дітьми віком до п'яти років на рівні первинної медичної допомоги. Після запровадження ІОЗДі включіть клінічні рекомендації в стандартні протоколи та проведіть належне навчання для фахівців сфери охорони здоров'я.

Інтегрований облік захворюваності у громаді (ІОЗГ) — це підхід до надання своєчасного та ефективного лікування малярії, пневмонії та діареї людям з обмеженим доступом до закладів охорони здоров'я, особливо дітям віком до п'яти років.

Лікування діареї: лікуйте дітей з діареєю оральними регідратацийними солями (ОРС) із низькою осмоляльністю та добавками цинку. Цинк скорочує тривалість проносу, а ОРС запобігають зневодненню. Заохочуйте доглядальників

продовжувати або збільшувати грудне вигодовування під час епізоду діареї та збільшувати весь обсяг годування опісля.

Лікування пневмонії: якщо у дітей кашель, оцініть прискореність чи утрудненість дихання та втягування грудної клітки. Якщо вони є, проведіть лікування відповідним пероральним антибіотиком. Направте тих, хто має небезпечні ознаки або важку пневмонію, для отримання першочергової допомоги.

Частота прискореного дихання залежить від віку:

Від народження до 2 місяців: >60/хв	12 місяців: >50/хв
1–5 років: >40/хв	5 років: >20/хв

ВІЛ: якщо поширеність ВІЛ перевищує 1 відсоток, проводьте тестування для всіх дітей із важкою гострою недостатністю харчування. Матері та доглядальники немовлят, які зазнали контакту з ВІЛ, потребують адаптованої підтримки та порад  *див. Стандарти продовольчої безпеки та харчування.*

Годування дітей, розлучених з батьками: для дітей, розлучених із батьками, або дітей без супроводу організуйте годування під наглядом.

Інциденти у сфері захисту дітей: використовуйте звичайні медичні послуги для виявлення випадків занедбання, жорстокого поводження та експлуатації дітей. Передавайте такі випадки до служб захисту дітей. Інтегруйте ідентифікацію та гендерно чутливі процедури ведення випадків захворювань у звичайні медичні послуги для матерів та немовлят, дітей і підлітків.

Рекомендації з харчування:  *Див. Стандарт 3 щодо продовольчої безпеки та харчування: Дефіцит мікронутрієнтів, і Стандарт 2.2 щодо ведення недостатності харчування: Ведення важкої гострої недостатності харчування.*

Побутове забруднення повітря: розгляньте можливість надання альтернативних кухонних плит, щоб зменшити дим і випари, а також оцініть кількість випадків респіраторних захворювань, які вони спричиняють  *див. Стандарт 3 щодо забезпечення житлом і поселення: Житловий простір та Стандарт 4: Предмети домашнього вжитку.*

Отруєння:  *Див. Додаток 4.*

2.3 Сексуальне та репродуктивне здоров'я

Від початку кризи має бути доступною охорона сексуального та репродуктивного здоров'я, спрямована на порятунок життя. Забезпечте комплексні послуги якнайшвидше.

Ці критично важливі послуги є частиною комплексного реагування у сфері охорони здоров'я та забезпечуються через використання, зокрема, комплектів для сексуального та репродуктивного здоров'я  *див. Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності.*

Комплексна охорона сексуального та репродуктивного здоров'я передбачає модернізацію наявних послуг, додавання відсутніх послуг та підвищення їх якості.



Розуміння архітектури систем охорони здоров'я допоможе визначити, як це забезпечити  див. *Стандарти щодо систем охорони здоров'я 1.1–1.5.*

Усі люди, включно з тими, які опиняються в гуманітарних ситуаціях, мають право на сексуальне та репродуктивне здоров'я. При наданні послуг щодо сексуального та репродуктивного здоров'я слід враховувати культурні особливості та релігійні переконання громади та дотримуватись загальноновизнаних міжнародних стандартів прав людини. Зважайте на потреби підлітків, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю та населення в групах ризику, незалежно від їх сексуальної орієнтації чи гендерної ідентичності.

Надзвичайні ситуації підвищують ризики сексуального насильства, включно із сексуальною експлуатацією. Усі суб'єкти повинні працювати разом для забезпечення попередження та реагування на них, та у тісній координації із сектором захисту. Збирайте інформацію безпечно та етично. Обмінюйтеся даними лише відповідно до узгоджених протоколів  див. *Принципи захисту та Стандарт 1.5 щодо систем охорони здоров'я: Інформація щодо охорони здоров'я.*

Стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.1:

Охорона репродуктивного здоров'я, охорона здоров'я матерів і новонароджених

Люди мають доступ до послуг охорони здоров'я і планування сім'ї, що запобігають надмірній захворюваності та смертності матерів і новонароджених.

Ключові дії

- 1  Переконайтеся, що прийом пологів у чистоті та безпеці, базовий догляд за новонародженими та невідкладна акушерська і неонатальна допомога доступні в будь-який час.
 - Створіть систему перенаправлення від громади до закладу охорони здоров'я чи лікарні, що функціонуватиме в будь-який час (із комунікацією і транспортуванням).
- 2  Надайте всім очевидно вагітним жінкам комплекти для безпечних із точки зору інфікування пологів, якщо доступ до кваліфікованих постачальників послуг з охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я неможливо гарантувати.
- 3  Проконсультуйтеся з громадою, щоб отримати краще уявлення про місцеві преференції, практики та ставлення до контрацепції.
 - Залучайте чоловіків, жінок і підлітків обох статей до окремих та приватних обговорень.
- 4  Забезпечуйте доступність на запит низки методів тривалої оборотної контрацепції та короткочасної контрацепції в закладах охорони здоров'я, які надаватимуться в приватній та конфіденційній обстановці.

- Надавайте консультації, які акцентують увагу на інформованому виборі та ефективності.

Ключові показники

Кваліфікований догляд доступний у випадках надання невідкладної акушерської та неонатальної допомоги у будь-який час

- Базова невідкладна акушерська і неонатальна допомога: мінімум п'ять закладів на 500 000 осіб
- Комплексна невідкладна акушерська і неонатальна допомога: мінімум один заклад на 500 000 осіб

Процентне співвідношення пологів, які приймав кваліфікований персонал

- Мінімальний цільовий показник: 80 відсотків

Доступна система перенаправлення для надання невідкладної акушерської та неонатальної допомоги

- Доступна 24 години на добу та 7 днів на тиждень

Процентне співвідношення пологів шляхом кесаревого розтину в закладах охорони здоров'я

- Цільовий показник: 5–15 відсотків

Усі центри первинної медико-санітарної допомоги повідомляють про наявність щонайменше чотирьох методів контрацепції в період від трьох до шести місяців після початку кризи.

Інструкції

Невідкладна акушерська і неонатальна допомога: приблизно 4 відсотки будь-якої групи населення становитимуть вагітні жінки, і близько 15 відсотків із них матимуть непередбачувані ускладнення під час вагітності або під час пологів, що вимагатимуть невідкладної акушерської допомоги. Близько 5–15 відсотків пологів вимагають хірургічного втручання, наприклад, кесаревого розтину. У всьому світі 9–15 відсотків новонароджених потребуватимуть невідкладної допомоги, спрямованої на порятунок життя. Близько 5–10 відсотків новонароджених не дихають саамостійно при народженні та потребують стимуляції, а половина з них потребує реанімації. Основними причинами збоїв дихання є передчасні пологи та гострі інтранатальні стани, що призводять до важкої асфіксії ⊕ див. Базова медична допомога — Стандарт 2.2.2 щодо здоров'я дітей: Ведення хвороб новонароджених і дітей.

Базова невідкладна акушерська і неонатальна допомога включає парентеральне введення антибіотиків, утеротонічних засобів (парентеральний окситоцин, мізопростол), парентеральне введення протисудомних препаратів (магнію сульфат), видалення посліду за допомогою відповідних пристроїв, ручне відділення плаценти, додаткову допомогу при вагінальних пологах (вакуум-екстракція), реанімацію матері та новонародженого.



Комплексна невідкладна акушерська і неонатальна допомога включає все перелічене, а також операції під загальною анестезією (кесарів розтин, лапаротомія), раціональне та безпечне переливання крові з дотриманням стандартних запобіжних заходів. Допомога після абортів — це втручання, спрямоване на порятунок життя, що є частиною невідкладної акушерської та неонатальної допомоги та має на меті зменшення смертності та страждань від ускладнень викидня (спонтанного аборту) та небезпечних абортів. Лікування включає усунення кровотечі (можливо, шляхом хірургічного втручання) і сепсису, а також забезпечення профілактики правця.

Критично важливо, щоб як базові, так і комплексні послуги невідкладної акушерської та неонатальної допомоги були доступні в будь-який час.

Система перенаправлення повинна забезпечувати, щоб жінки або новонароджені мали доступ до транспортних засобів аби дістатися до та із закладу первинної медичної допомоги, де надається базова невідкладна акушерська і неонатальна допомога, а також до лікарні, де надається комплексна невідкладна акушерська і неонатальна допомога.

Планування сім'ї: взаємодійте з різноманітними групами у громаді, щоб розуміти їх преференції та культурні погляди. Переконайтеся, що громаді відомо, де і як отримати доступ до контрацепції. Поширюйте інформацію в кількох форматах і кількома мовами, щоб забезпечити доступність. Залучайте лідерів громад до розповсюдження інформації.

Консультації щодо контрацепції повинні надавати постачальники послуг, які пройшли відповідну підготовку та розуміють преференції, культуру і контекст цільової аудиторії. Під час консультування слід наголошувати на конфіденційності та приватності, добровільному й інформованому виборі та згоді, ефективності медичних і немедичних методів, можливих побічних ефектах, веденні та подальшому нагляді, а також вказівках щодо припинення їх використання, якщо необхідно.

Низка контрацептивів різних видів має бути доступною негайно, щоб задовольнити очікуваний попит. Постачальники повинні пройти навчання щодо припинення використання оборотних контрацептивів тривалої дії.

Інші послуги: якнайшвидше ініціюйте інші види догляду за матерями та новонародженими, що включає допологовий та післяпологовий догляд.

Координація з іншими секторами: координуйте роботу із сектором харчування, щоб у разі потреби забезпечити перенаправлення вагітних жінок і жінок, які годують груддю, до служб харчування, наприклад, для отримання цільового додаткового годування ⊕ див. Продовольча безпека і харчування — Стандарти 2.1 і 2.2 щодо ведення недостатності харчування.

Стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.2:

Сексуальне насильство та клінічне ведення осіб, які пережили зґвалтування

Люди мають доступ до медичної допомоги, яка є безпечною та відповідає потребам осіб, постраждалих від сексуального насильства.

Ключові дії

- 1 Визначте провідну організацію для координації багатосекторального підходу до зниження ризику сексуального насильства, забезпечення перенаправлень та надання комплексної підтримки постраждалим.
 - Координуйте роботу з іншими секторами для посилення попередження та реагування.
- 2 Інформуйте громаду про доступні послуги та важливість негайного звернення за медичною допомогою після сексуального насильства.
 - Якомога швидше забезпечте постконтактну профілактику ВІЛ (протягом 72 годин після контакту).
 - Забезпечте екстрену контрацепцію протягом 120 годин.
- 3 Створіть безпечні простори в закладах охорони здоров'я для прийому осіб, постраждалих від сексуального насильства, та надання їм клінічної допомоги та перенаправлення.
 - Використовуйте чіткі протоколи та перелік прав пацієнтів, які також мають бути доведені до відома громадськості.
 - Проведіть навчання для працівників сфери охорони здоров'я щодо підтримки під час спілкування, збереження конфіденційності та захисту інформації та даних про постраждалих.
- 4 Надайте постраждалим від сексуального насильства доступ до клінічної допомоги та забезпечте перенаправлення до інших допоміжних служб.
 - Забезпечте механізм перенаправлення для пацієнтів із загрозливими для життя, складними чи тяжкими станами.
 - Запровадьте механізми перенаправлення між службами охорони здоров'я, юридичними службами, службами захисту, безпеки, психосоціальними та громадськими службами.

Ключові показники

Усі заклади охорони здоров'я мають навчений персонал, достатню кількість матеріально-технічного забезпечення й обладнання для забезпечення клінічного лікування осіб, постраждалих від зґвалтування, на основі національних або міжнародних протоколів



Усі особи, постраждалі від сексуального насильства, стверджують, що вони отримували медичну допомогу в безпечний та конфіденційний спосіб

Усі особи, постраждалі від сексуального насильства, які відповідають заданим критеріям, отримують:

- Постконтактну профілактику протягом 72 годин після інциденту або після контакту
- Екстрену контрацепцію протягом 120 годин після інциденту або контакту

Інструкції

Запобігання сексуальному насильству та зґвалтуванням вимагає дій у всіх секторах ⊕ див. Стандарт WASH 2.1 щодо водопостачання ⊕ див. Стандарт 3.2 WASH щодо асенізації ⊕ див. Продовольча безпека і харчування — Стандарт 6.3 щодо продовольчої безпеки та Стандарт 7.2 щодо засобів до існування; Стандарти забезпечення житлом і поселення 2 та 3 ⊕ див. Принцип захисту 1 та Основний гуманітарний стандарт, Зобов'язання 4 та 8. ⊕ див. Стандарти щодо систем охорони здоров'я 1.1–1.3 для отримання додаткової інформації про забезпечення безпеки закладів охорони здоров'я та надання безпечної допомоги.

Клінічна допомога, включно з психіатричною допомогою та перенаправленням постраждалих, має бути в усіх закладах первинної медичної допомоги та мобільних бригадах ⊕ див. Стандарт 1.2 щодо систем охорони здоров'я та Стандарт 2.5 щодо базової медичної допомоги. Тут ідеться про наявність кваліфікованих працівників, які діють зі співчуттям і надають своєчасне та конфіденційне лікування і консультування всім дітям, дорослим і літнім людям щодо таких питань:

- екстрена контрацепція;
- тестування на вагітність, інформація щодо вагітності та направлення на безпечний аборт відповідно до закону;
- превентивне лікування ІПСШ;
- постконтактна профілактика для запобігання передачі ВІЛ ⊕ див. Стандарт щодо охорони здоров'я 2.3.3: ВІЛ
- профілактика гепатиту В;
- догляд за ранами та профілактика правця; і
- перенаправлення для отримання додаткових послуг, таких як інші медичні, психологічні, юридичні та соціальні послуги.

Забезпечте рівний гендерний розподіл працівників сфери охорони здоров'я, які вільно володіють місцевою мовою та мовами, якими розмовляють пацієнти, а також проводьте наставництво для супроводжуваних і перекладачів обох статей, щоб вони могли надавати послуги без дискримінації та неупереджено. Навчіть працівників сфери охорони здоров'я клінічному догляду за постраждалими від сексуального насильства, зосереджуючись на підтримувальному спілкуванні, вивченні анамнезу та огляді, лікуванні та консультуванні. Там, де це можливо і необхідно, проводьте навчання щодо судово-медичної системи та збирання судово-медичних доказів.

Діти, які постраждали від сексуального насильства: за дітьми мають здійснювати догляд працівники сфери охорони здоров'я, які пройшли спеціальне

навчання щодо догляду за дітьми після зґвалтування. Дозвольте дітям обирати стать працівника сфери охорони здоров'я. В усіх таких випадках швидко залучайте спеціалізованих суб'єктів захисту.

Залучення громади: працюйте з пацієнтами та громадою, щоб покращити доступність і прийнятність медичної допомоги та реалізувати профілактичні програми під час кризи. Забезпечте механізми конфіденційного та оперативного зворотного зв'язку. Залучайте жінок, чоловіків, дівчаток і хлопчиків-підлітків, а також групи ризику, таких як особи з інвалідністю та представники ЛГБТКІ спільноти.

Нормативно-правова база: будьте обізнаними щодо національної судово-медичної системи та відповідного законодавства про сексуальне насильство. Інформуйте осіб, що пережили насильство, про будь-які законодавчі вимоги щодо обов'язкового повідомлення про такі випадки, що можуть обмежити конфіденційність інформації, яку пацієнти розкривають постачальникам медичних послуг. Це може вплинути на їхнє рішення продовжувати отримувати медичну допомогу, але таке рішення потрібно поважати.

У багатьох країнах штучний аборт є законним за таких обставин, як зґвалтування. Якщо це так, доступ до нього або перенаправлення мають надаватися без дискримінації.

Хоча боротьба з сексуальним насильством є критично важливою, форми гендерно зумовленого насильства (ГЗН), такі як насильство з боку близького партнера, дитячі та примусові шлюби та каліцтво жіночих статевих органів, також поширені не лише під час гуманітарних криз, але в деяких ситуаціях можуть посилюватися під час кризи та мати значні та особливі впливи на здоров'я (фізичне, сексуальне, психічне) осіб, які потребують особливого реагування. Інші міжнародні рекомендації дедалі більше визнають не лише сексуальне насильство, але й ці інші форми ГЗН та їхній вплив на здоров'я  *див. Рекомендації МПК з інтеграції заходів боротьби з гендерно зумовленим насильством у гуманітарну діяльність.*

Стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.3:

ВІЛ

Люди мають доступ до медичної допомоги, яка запобігає передачі та знижує захворюваність і смертність від ВІЛ.

Ключові дії

- 1 Встановіть стандартні запобіжні заходи та процедури для безпечного і раціонального використання переливання крові та дотримуйтеся їх.
- 2 Надавайте антиретровірусну терапію (АРТ) усім, хто її вже приймає, включно з жінками в програмах запобігання передачі інфекції від матері до дитини.
 - Активно відстежуйте людей, які живуть із ВІЛ, для продовження їх лікування.
- 3 Надавайте чоловічі презервативи з лубрикантом, а також жіночі презервативи, якщо населення їх уже використовує.



- Працюйте з лідерами громади та постраждалим населенням, щоб краще розуміти місцеву специфіку використання презервативів, підвищити рівень їх сприйняття та забезпечити, щоб розповсюдження презервативів було культурно прийнятним.
- 4 Пропонуйте тестування всім вагітним жінкам, якщо поширеність ВІЛ перевищує 1 відсоток.
 - 5 Якнайшвидше (але, в будь-якому разі, протягом 72 годин після контакту) ініціюйте постконтактну профілактику (ПКП) для постраждалих від сексуального насильства та осіб, які мають ризик зараження через свою професійну діяльність.
 - 6 Забезпечуйте профілактику опортуністичних інфекцій ко-тримоксазолом для:
 - a. пацієнтів, які живуть із ВІЛ; і
 - b. дітей, народжених від матерів, які живуть із ВІЛ, у віці від чотирьох до шести тижнів; продовжуйте профілактику до виключення ВІЛ-інфекції.
 - 7 Переконайтеся, що заклади первинної медичної допомоги мають протимікробні препарати та застосовують синдромний підхід до лікування пацієнтів із симптомами ІПСШ.

Ключові показники

Уся кров, яку переливають, перевіряється і не містить інфекцій, що передаються при переливанні, включно з ВІЛ

Процентне співвідношення людей, які раніше проходили антиретровірусну терапію (АРТ) та продовжують отримувати антиретровірусні препарати

- 90 відсотків

Процентне співвідношення жінок, які звертаються за медичними послугами та проходять тестування на ВІЛ, якщо поширеність ВІЛ перевищує 1 процент

- 90 відсотків

Процентне співвідношення осіб, які потенційно зазнали контакту з ВІЛ, повідомили про це в заклади охорони здоров'я та отримали ПКП протягом 72 годин після контакту

- 100 відсотків

Процентне співвідношення немовлят, які зазнали контакту з ВІЛ, що отримували ко-тримоксазол у віці від чотирьох до шести тижнів

- 95 відсотків

Інструкції

Ключові дії, наведені вище, мають застосовуватися в усіх гуманітарних кризах, незалежно від місцевої епідеміології ВІЛ.

Залучайте постраждалу громаду та ключові групи населення (працівників сфери охорони здоров'я, лідерів, жінок, представників ЛГБТКІ спільноти, осіб

з інвалідністю) до надання послуг у зв'язку з ВІЛ та переконайтеся, що вони знають, де отримати доступ до антиретровірусних (АРВ) препаратів. Якщо вже існує асоціація людей, які живуть із ВІЛ, проконсультуйтеся з нею та залучіть її до розробки та реалізації програми.

Корисним є розповсюдження презервативів у групах одного віку чи серед колег під керівництвом громади. Ключові групи населення та підлітки часто знають, де збираються їхні однолітки, і волонтери можуть розповсюджувати презервативи в таких групах. Проводьте просвітницьку роботу серед ключових груп населення, використовуючи культурно прийнятні інформаційні повідомлення про правильне використання презервативів і їх утилізацію. Зробіть презервативи доступними для громади, працівників гуманітарних організацій, працівників, які мають спецодяг, водіїв вантажівок, що займаються доставкою допомоги тощо.

Переливання крові: ⊕ Див. Стандарти щодо систем охорони здоров'я 1.1 і 1.3.

Постконтактна допомога і лікування повинні включати консультування, оцінку ризику зараження ВІЛ, інформовану згоду, оцінку джерела та надання антиретровірусних препаратів. Не проводьте ПКП особі, про яку відомо, що вона живе з ВІЛ. Хоча перед початком ПКП рекомендується провести консультування та тестування, якщо це неможливо реалізувати, не відкладайте початок ПКП ⊕ див. Базова медична допомога — Стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.2: Сексуальне насильство та клінічне ведення осіб, які пережили зґвалтування.

Комплексні заходи, пов'язані з ВІЛ, в умовах криз: проведіть вказані нижче заходи, як тільки це буде практично можливо:

Обізнаність щодо ВІЛ: надайте громадськості, особливо групам підвищеного ризику, доступну інформацію про профілактику ВІЛ та інших ІПСШ.

Профілактика ВІЛ: надавайте групам підвищеного ризику послуги для зменшення шкоди, наприклад, стерильне ін'єкційне обладнання та опіодну замісну терапію для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, якщо ці послуги вже існували ⊕ див. Стандарт 2.5 щодо базової медичної допомоги: Охорона психічного здоров'я.

Консультування та тестування на ВІЛ: надавайте (або відновіть) послуги з консультування та тестування, пов'язані з початком АРТ. Пріоритетними групами для тестування на ВІЛ є вагітні жінки та їхні партнери, діти з важкою гострою недостатністю харчування, якщо поширеність ВІЛ перевищує 1 процент, та інші групи ризику.

Стигматизація та дискримінація: вкрай важливо переконатися, що стратегії та програми не посилюють стигматизацію. Поставте за мету активне зменшення стигматизації та дискримінації в регіонах, де відомо про високий рівень стигматизації та дискримінаційну поведінку.

Забезпечення АРТ: якомога швидше розширюйте антиретровірусну терапію на всіх, хто її потребує, а не лише на тих, кого зареєстрували раніше.

Примітка: організація Caritas Internationalis та її члени не сприяють використанню і не розповсюджують будь-яку форму штучного контролю за народжуваністю.



Профілактика передачі від матері до дитини: тестуйте вагітних жінок та їхніх партнерів і забезпечуйте ранню діагностику ВІЛ у немовлят. Проводьте АРТ жінкам, про яких відомо, що вони мають позитивний результат тестування на ВІЛ, або які нещодавно отримали позитивний результат. Направляйте немовлят із позитивним тестом до педіатричних служб щодо ВІЛ. Жінкам, які живуть із ВІЛ, надавайте специфічні рекомендації щодо годування немовлят, а також підтримку в питаннях утримання та дотримання вказівок щодо лікування $\oplus$ див. *Продовольча безпека і харчування — Стандарти годування немовлят і дітей перших років життя 4.1 і 4.2.*

Послуги при ко-інфекції ВІЛ/ТБ: забезпечуйте скринінг на ТБ та перенаправлення до фахівців для осіб, які живуть із ВІЛ. Забезпечуйте лікування ТБ для людей, які попередньо реєструвалися у програмі лікування $\oplus$ див. *Базова медична допомога — Стандарт щодо інфекційних захворювань 2.1.3: Діагностика і ведення конкретних випадків.* В умовах високої поширеності ТБ і ВІЛ поєднайте тестування на них та встановіть інфекційний контроль за ТБ у закладах охорони здоров'я.

2.4 Медична допомога при пораненнях і травмах

В умовах будь-якої кризи високий рівень захворюваності та смертності пояснюється травмами. Зростання попиту на послуги з надання допомоги при травмах, швидше за все, швидко перевищить спроможності місцевих систем охорони здоров'я. Щоб зменшити вплив травм і знизити ризик колапсу системи охорони здоров'я, забезпечте систематичне медичне сортування та лікування масових випадків травмування разом із базовою невідкладною допомогою, безпечними оперативними втручаннями та реабілітацією. У цьому розділі розглядається реагування системи охорони здоров'я на фізичні ушкодження. Конкретні вказівки щодо отруєнь, психічного здоров'я та сексуального насильства розглядаються в інших розділах $\oplus$ див. *Додаток 4: Отруєння; Стандарт 2.5 щодо базової медичної допомоги та Базова медична допомога — Стандарт щодо сексуального та репродуктивного здоров'я 2.3.22.*

Стандарт щодо медичної допомоги при пораненнях і травмах 2.4:

Медична допомога при пораненнях і травмах

Під час криз люди мають доступ до безпечної та ефективної допомоги при травмах, що запобігає смертності, захворюваності, стражданням та інвалідності, яких можливо уникнути.

Ключові дії

1

Надавайте допомогу при травмах на всіх рівнях і для всіх пацієнтів.

- Швидко створюйте безпечні системи перенаправлення між закладами та від постраждалих громад до закладів.
- Створіть мобільні клініки або польові госпіталі, якщо допомога в стаціонарних структурах недоступна для населення.

- 2 Переконайтеся, що працівники сфери охорони здоров'я мають належні навички та знання для лікування поранень.
 - Охопіть усі рівні — від тих, хто надає першу допомогу, до тих, хто надає остаточну хірургічну та анестезіологічну допомогу.
- 3 Запровадьте або вдоскональте стандартизовані протоколи медичного сортування та надання допомоги при пораненнях і травмах.
 - Передбачте системи перенаправлення для захисту дітей, постраждалих від сексуального насильства, а також тих, хто потребує психічної та психосоціальної підтримки.
- 4 Забезпечте профілактику правця всім, хто має ризик отримати травму, пораненням із відкритими ранами та тим, хто бере участь у рятувальних операціях та розбиранні завалів.
- 5 Гарантуйте мінімальні стандарти безпеки та управління для всіх установ, що надають медичну допомогу особам, постраждалим від травм та ушкоджень, включно із польовими госпіталями.
- 6 Забезпечте своєчасний доступ до служб реабілітації, першочергових допоміжних пристроїв і засобів пересування для травмованих пацієнтів.
 - Переконайтеся, що допоміжні пристрої, так як інвалідні візки, милиці чи інші допоміжні засоби пересування, можна відремонтувати на місці.
- 7 Забезпечте своєчасний доступ до послуг психічної та психосоціальної підтримки.
- 8 Створіть або зміцніть інформаційні системи щодо охорони здоров'я, щоб включити дані про ушкодження та травми.
 - Віддавайте пріоритет базовій клінічній документації, такій як індивідуальні медичні записи для всіх пацієнтів із травмами.
 - Використовуйте стандартні визначення, щоб інтегрувати інформацію про травми в набори даних інформаційної системи щодо охорони здоров'я.

Ключові показники

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, які мають план на випадок надзвичайної ситуації, включно з лікуванням масових випадків травмування, який регулярно переглядається та відпрацьовується

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, які мають протоколи для ведення пацієнтів з тяжкими травмами, що включають формальні інструменти медичного сортування

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, працівники яких пройшли базове навчання щодо ведення пацієнтів з тяжкими травмами

Процентне співвідношення закладів охорони здоров'я, які впроваджують заходи з поліпшення якості послуг для зниження базової захворюваності та смертності згідно з наявними даними



Інструкції

Навчання та розвиток навичок медичної допомоги при пораненнях і травмах має охоплювати:

- управління випадками масового травмування – для тих, хто здійснює реагування та координує його;
- базову первинну допомогу;
- стандартизоване медичне сортування на місцях та в закладах охорони здоров'я; і
- раннє розпізнавання, реанімацію, лікування ран, знеболення та своєчасну психосоціальну підтримку.

Стандартизовані протоколи повинні існувати або розроблятися для охоплення таких питань:

- критерії медичного сортування на основі гостроти стану для планових та надзвичайних ситуацій, що включає оцінку, визначення пріоритетів, базову реанімацію та критерії для екстреного перенаправлення;
- допомога першій лінії у надзвичайній ситуації на місцях; і
- перенаправлення на невідкладну та розширену медичну допомогу, що включає хірургію, післяопераційний догляд та реабілітацію.

Мінімальні стандарти безпеки та якості: навіть якщо допомога при травмах надається як реагування на гостру подію або конфлікт, що триває, необхідно забезпечити дотримання Мінімальних стандартів Сфери. Слід вжити заходів щодо таких питань:

- безпечне і раціональне використання лікарських засобів, виробів медичного призначення та препаратів крові, включно з ланцюгом постачання;
- профілактика та контроль інфекцій;
- достатні джерела живлення для освітлення, зв'язку та експлуатації основних виробів медичного призначення, таких як обладнання для екстреної реанімації та стерилізаційні автоклави; і
- управління медичними відходами.

Первинна допомога в громаді: первинна допомога, надана непрофесіоналами, проте вчасно та правильно, рятує життя. Проте вона має надаватися безпечно і систематично. Усі, хто надає первинну допомогу, повинні застосовувати до поранених структурований підхід. Базова підготовка з обробки ран, наприклад, щодо їх промивання та перев'язки, є життєво важливою.

Охопіть первинну допомогу на рівні домогосподарства та громади, а також вказівки щодо того, коли та куди звертатися за медичною допомогою. Підвищуйте обізнаність про ризики, пов'язані з конкретним контекстом, як-от нестабільна інфраструктура або ризик отримання травм під час спроб порятунку.

Медичне сортування — це процес класифікації пацієнтів відповідно до тяжкості їхніх травм і потреби в медичній допомозі. Таке сортування визначає тих, кому негайне медичне втручання принесе найбільше користі. Існує декілька систем медичного сортування. Одна із систем, що широко використовується, застосовує п'ять кольорів: червоний для пацієнтів із найвищим пріоритетом, жовтий для пацієнтів із середнім пріоритетом, зелений для пацієнтів із нижчим пріоритетом,

синій для пацієнтів, яких не можуть охопити технічні спроможності закладу або які потребують паліативної допомоги, і сірий для померлих.

Професійна невідкладна допомога першої лінії: усі працівники сфери охорони здоров'я вищого рівня, такі як лікарі, повинні володіти навичками систематичного підходу до хворих і поранених у гострому стані $\oplus$ *див. підхід ABCDE у Міжнародних рекомендаціях МФЧХ із надання першої допомоги та реанімації*. Початкова реанімація і втручання для порятунку життя, такі як введення рідин та антибіотиків, геморагічний контроль і лікування пневмотораксу, можуть у багатьох ситуаціях проводитися до передачі пацієнта до служб вищого рівня.

Анестезіологічна, травматологічна та хірургічна допомога: невідкладна, оперативна та реабілітаційна допомога повинна здійснюватися лише організаціями, які мають відповідну кваліфікацію. Постачальники повинні діяти в межах своєї професійної практики та мати достатні ресурси для підтримки своєї діяльності. Невідповідна або неналежна медична допомога може завдати більше шкоди, ніж бездіяльність. Хірургічне втручання, проведене без відповідного до- та післяопераційного догляду і безперервної реабілітації, може призвести до неможливості відновлення функціональних можливостей пацієнта.

Польові госпіталі: використання тимчасових польових госпіталів може бути необхідним, особливо під час гострих криз, і має координуватися з МОЗ або провідними установами та іншими особами, залученими до сфери охорони здоров'я. Стандарти та безпека медичної допомоги мають відповідати національним і міжнародним стандартам $\oplus$ *див. Посилання для подальших вказівок*.

Реабілітація та соціальна реінтеграція: рання реабілітація може збільшити виживаність, максимізувати вплив медичних і хірургічних втручань і поліпшити якість життя постраждалих від травм. Медичні бригади зі стаціонарними спроможностями повинні бути здатними забезпечити ранню реабілітацію. Підготуйте карту наявних пунктів реабілітації та шляхів перенаправлення і забезпечте розуміння зв'язків між існуючими системами соціального забезпечення та допомогою в готівковій формі. Установіть зв'язки з місцевими реабілітаційними центрами або реабілітаційними організаціями на рівні громади для забезпечення безперервної допомоги.

Перед випискою враховуйте поточні потреби пацієнтів, постраждалих від травм та ушкоджень, включно з тими, хто вже мав інвалідність до цього. Забезпечте подальше медичне та реабілітаційне спостереження, навчання пацієнтів і доглядальників, необхідні допоміжні засоби (такі як милиці або інвалідні візки), психологічну та психосоціальну підтримку, а також доступ до інших основних послуг. Створіть мультидисциплінарні плани надання допомоги та команди, що включатимуть фахівців із фізичної реабілітації та працівників у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Підтримку психічного здоров'я та психосоціальну підтримку осіб, що постраждали від ушкоджень, які змінили їхнє життя, слід починати ще тоді, коли такі особи перебувають у стаціонарі. Посилання на поточні служби підтримки мають ключове значення $\oplus$ *див. Стандарт 2.5 щодо базової медичної допомоги: Охорона психічного здоров'я*.

Особливі міркування щодо лікування — знеболення: правильне усунення больового синдрому після травми знижує ризики пневмонії та тромбозу глибоких вен і допомагає пацієнту розпочати фізіотерапію. Воно зменшує фізіологічну



реакцію на стрес, що призводить до зниження серцево-судинної захворюваності, а також зменшує психологічний стрес. Гострий біль унаслідок травми слід лікувати відповідно до зворотної схеми східчастого знеболювання ВООЗ. Нейропатичний біль, спричинений ушкодженням нерва, може бути присутнім із самого початку, і його слід лікувати належним чином $\oplus$ див. *Стандарт 1.3 систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності та Стандарт 2.7 базової медичної допомоги: Паліативна допомога $\oplus$ див. *схему східчастого знеболювання ВООЗ.**

Особливі міркування щодо лікування — лікування ран: в умовах більшості криз багато пацієнтів звертаються за медичною допомогою через понад шість годин після травми. Відкладання звернення до лікаря значно підвищує ризик інфікування рани та пов'язаної з цим смертності. Працівники сфери охорони здоров'я повинні знати протоколи лікування ран (у тому числі опіків), а також профілактики та лікування інфекцій — як гострих, так і запалених. Ці протоколи мають включати надання відповідних антибіотиків, хірургічне видалення чужорідних предметів та мертвих тканин і перев'язку.

Правець: під час стихійних лих, що виникають раптово, ризик правця може бути відносно високим. Вводьте вакцину, що містить правцевий анатоксин (DT або Td — вакцини проти дифтерії та правця — або DPT, залежно від віку та історії вакцинації) тим, у кого є відкриті рани. Особи з брудними або сильно інфікованими ранами також повинні отримати дозу протиправцевого імуноглобуліну (TIG), якщо не вакциновані проти правця.

2.5 Психічне здоров'я

Психічне здоров'я та психосоціальні проблеми поширені серед дорослих, підлітків і дітей у всіх гуманітарних ситуаціях. Екстремальні чинники стресу, пов'язані з кризами, створюють підвищений ризик виникнення соціальних, поведінкових, психосоціальних проблем і психічних розладів. Охорона психічного здоров'я та психосоціальна підтримка передбачають реалізацію багатосекторних заходів. У цьому стандарті основна увага зосереджується на заходах, що здійснюються суб'єктами в галузі охорони здоров'я $\oplus$ див. Основний гуманітарний стандарт і Принципи захисту для отримання додаткової інформації про психосоціальні втручання в різних секторах.

Стандарт 2.5 щодо психічного здоров'я:

Охорона психічного здоров'я

Люди різного віку мають доступ до медичної допомоги у сфері психічного здоров'я і пов'язаних із ним функціональних розладів.

Ключові дії

- 1 Координуйте заходи з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у різних секторах.
 - Створіть міжгалузеву технічну робочу групу з психічного здоров'я та психосоціальних питань. Її можуть спільно очолювати організація, яка працює

у сфері охорони здоров'я, та гуманітарна організація, яка спеціалізується на захисті.

- 2 Розробляйте програми на основі визначених потреб і ресурсів.
 - Проаналізуйте наявні системи охорони психічного здоров'я, кваліфікації персоналу, інші ресурси та послуги.
 - Проведіть оцінку потреб, пам'ятаючи, що психічні розлади можуть бути хронічними, спричиненими кризою або поєднувати обидві причини.
- 3 Співпрацюйте з членами громади, включно з маргіналізованими групами, для посилення самодопомоги та соціальної підтримки з боку громади.
 - Сприяйте діалогу з громадою щодо шляхів спільного вирішення проблем, спираючись на мудрість, досвід і ресурси громади.
 - Збережіть або підтримайте відновлення механізмів підтримки, які існували раніше, як-от груп для жінок, молоді або осіб, які живуть із ВІЛ.
- 4 Проінструктуйте працівників і волонтерів щодо надання першої психологічної допомоги.
 - Застосовуйте принципи першої психологічної допомоги для подолання гострого стресу після нещодавнього впливу потенційно травматичних подій.
- 5 Зробіть базову клінічну психіатричну допомогу доступною в кожному закладі охорони здоров'я.
 - Організуйте коротке навчання та нагляд для медичних працівників загального профілю, для оцінки та лікування пріоритетних психічних захворювань.
 - Організуйте механізм перенаправлення, залучивши спеціалістів із психічного здоров'я, постачальників медичних послуг загального профілю, підтримку на рівні громади та інші служби.
- 6 Зробіть психологічну допомогу доступною для людей, які постраждали від тривалого стресу, де це можливо.
 - Де це можливо, навчайте та наглядайте за неспеціалістами.
- 7 Захищайте права людей із тяжкими психічними розладами в громаді, лікарнях та установах.
 - З самого початку кризи регулярно відвідуйте психіатричні лікарні та будинки-інтернати для людей із тяжкими психічними розладами.
 - Вживайте заходів для розгляду випадків недбалості та жорстокого поводження в установах та організовуйте догляд.
- 8 Зведіть до мінімуму шкоду, пов'язану зі зловживанням алкоголем і наркотиками.
 - Навчіть працівників виявляти та здійснювати короточасні втручання, пом'якшувати шкоду та працювати з особами з абстинентним синдромом або в стані інтоксикації.
- 9 Вживайте заходів для розвитку сталої системи охорони психічного здоров'я під час планування раннього відновлення та тривалих криз.



Ключові показники

Відсоток вторинної медичної допомоги, яка надається підготовленими працівниками, які працюють під наглядом керівника, і систем лікування психічних захворювань

Відсоток первинної медичної допомоги, яка надається підготовленими працівниками, які працюють під наглядом керівника, і систем лікування психічних захворювань

Кількість людей, які беруть участь у громадських заходах самодопомоги та соціальної підтримки

Відсоток користувачів медичних послуг, які отримують допомогу з приводу психічних захворювань

Відсоток людей, які отримували допомогу з приводу психічних захворювань, які повідомляють про покращення функціонування та зменшення симптомів

Кількість днів, протягом яких за останні 30 днів основні психотропні препарати були недоступні

- Менше ніж чотири дні

Інструкції

Багаторівнева підтримка. Кризи по-різному впливають на людей, створюючи потребу в різних видах підтримки. Запорукою належної організації охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки є розробка багаторівневої системи додаткової підтримки, яка відповідає різним потребам, як показано на діаграмі нижче. Ця піраміда показує, як різні дії доповнюють одна одну. Усі рівні піраміди однаково важливі і в ідеалі мають бути реалізовані одночасно.



Піраміда багаторівневих послуг і підтримки (рис. 10)

Джерело: Цільова група МПК з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у надзвичайних ситуаціях (2010)

Оцінювання: частота психічних розладів дуже висока під час будь-якої кризи. Для початку надання допомоги дослідження поширеності таких розладів не обов'язкове. Використовуйте швидкі підходи, які передбачають безпосередню участь, та, якщо можливо, інтегруйте питання психічного здоров'я в інші оцінювання. Не варто обмежуватися одним клінічним питанням.

Самодопомога та підтримка з боку громади. Залучайте медичних працівників, лідерів і волонтерів на рівні громади, щоб члени громади, включно з маргіналізованими особами, посилили самодопомогу та соціальну підтримку. Така діяльність може включати створення безпечного простору та умов для діалогу з громадою.

Перша психологічна допомога. Перша психологічна допомога має бути доступною для людей, які пережили потенційно травматичні події, наприклад фізичне або сексуальне насильство, стали свідками жорстокості та отримали тяжкі травми. Це не клінічне втручання. Це базова гуманна, підтримуюча допомога у відповідь на страждання. Вона складається з уважного слухання, оцінки основних потреб і забезпечення їхнього задоволення, заохочення соціальної підтримки та захисту від подальшої шкоди. Працівники мають поводитися ненав'язливо і не змушувати людей говорити про свої потрясіння. Після короткого інструктажу громадські лідери, медичні працівники та інші особи, залучені в процес надання гуманітарної допомоги, можуть надати першу психологічну допомогу людям, які перебувають у стані стресу. Попри те, що перша психологічна допомога має бути широко доступною, загальні заходи з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки не повинні обмежуватися лише нею.

Однократна психологічна консультація сприяє можливості виговоритися, заохочуючи людей стисло, але систематизовано, переказати враження, думки та емоційні реакції, які вони пережили під час нещодавньої стресової події. Проте, у кращому випадку це втручання є неефективним, тому його не варто використовувати.

Інші психологічні втручання. Медичні працівники загального профілю можуть здійснювати психологічне втручання у разі депресії, тривожності та посттравматичного стресового розладу, якщо вони добре підготовлені і діють під наглядом і за підтримки спеціаліста. Зокрема, може проводитись когнітивна поведінкова терапія або міжособистісна психотерапія.

Клінічна психіатрична допомога. Проінформуйте весь медичний персонал і волонтерів про доступну психіатричну допомогу. Навчайте медичних працівників відповідно до протоколів, що ґрунтуються на доказах, наприклад протоколу mhGAP. Якщо можливо, запросіть до загального медичного закладу спеціаліста з питань психічного здоров'я, наприклад, медсестру з психіатричного відділення. Організуйте приватний простір для консультацій  **див. Посібник з гуманітарного втручання за протоколом mhGAP.**

Найчастішими станами, з якими звертаються до медичної служби в екстрених випадках, є психози, депресія, неврологічні захворювання, епілепсія. Психічне здоров'я матері спричиняє особливе занепокоєння через його потенційний вплив на догляд за дітьми.

Слід інтегрувати категорії психічного здоров'я в інформаційну систему охорони здоров'я (ІСОЗ)  **див. Додаток 2. Зразок форми ІСОЗ.**



Основні психотропні лікарські засоби. Слід організувати безперебійне постачання основних психотропних препаратів, принаймні, по одному з кожної терапевтичної категорії (антипсихотичні, антидепресантні, анксіолітичні, протиепілептичні, а також препаратів для усунення побічних ефектів антипсихотичних засобів). ⊕ *Див. Міжвідомчий комплект для невідкладної медичної допомоги (Interagency Emergency Health Kit), що містить список рекомендованих психотропних лікарських засобів і Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності.*

Захист прав людей з психічними розладами. Під час гуманітарних криз люди з тяжкими психічними розладами надзвичайно вразливі до порушень прав людини: жорстокого поводження і недбалості, залишення напризволяще, відсутності притулку, їжі чи медичного обслуговування. Слід визначити принаймні одну організацію, яка б опікувалася питанням задоволення потреб людей, що перебувають у спеціалізованих закладах.

Перехід до посткризового періоду. Гуманітарні кризи збільшують частоту багатьох психічних розладів у довгостроковій перспективі, тому важливо планувати постійне збільшення потреби в лікуванні на постраждалій території. Це охоплює зміцнення поточних національних систем охорони психічного здоров'я та сприяння залученню до цих систем маргіналізованих груп (включно з біженцями). Демонстраційні проекти з короткостроковим екстремим фінансуванням можуть забезпечити апробацію концепції та створити імпульс для залучення подальшої підтримки та коштів для розвитку системи охорони психічного здоров'я.

2.6 Неінфекційні захворювання

Необхідність зосередитися на неінфекційних захворюваннях (НІЗ) під час гуманітарних криз відображає збільшену глобальну тривалість життя в поєднанні з поведінковими факторами ризику, такими як тютюнопаління і нездорове харчування. Близько 80 відсотків смертей від НІЗ припадає на країни з низьким або середнім рівнем доходу, і надзвичайні ситуації ще більше погіршують становище.

У середній дорослій популяції чисельністю 10 000 осіб, імовірно, буде 1500–3000 осіб із гіпертензією, 500–2000 осіб із діабетом і 3–8 гострих серцевих нападів протягом звичайного 90-денного періоду.

Захворювання можуть бути різними, але часто включатимуть діабет, серцево-судинні захворювання (у тому числі гіпертензію, серцеву недостатність, інсульт, хронічні захворювання нирок), хронічні захворювання легень (такі як астма та хронічне обструктивне захворювання легень) і рак.

Початкове реагування має усунути гострі ускладнення та не допустити перерв у лікуванні, а вже потім передбачати більш комплексні програми.

Паліативна допомога та послуги у сфері психічного здоров'я розглядаються окремо в розділах ⊕ *Стандарти базової медичної допомоги 2.5: Психічне здоров'я та 2.7: Паліативна допомога.*

Стандарт 2.6 щодо неінфекційних захворювань: Лікування неінфекційних захворювань

Люди мають доступ до профілактичних програм, діагностики та основних методів лікування гострих ускладнень і довготривалого лікування неінфекційних захворювань.

Ключові дії

- 1 Визначте потреби охорони здоров'я у зв'язку з НІЗ та проаналізуйте доступність послуг до кризи.
 - Визначте групи з пріоритетними потребами, включно з тими, хто має ризик виникнення небезпечних для життя ускладнень, таких як інсулінозалежний діабет або важка астма.
- 2 Упроваджуйте програми поетапно, виходячи з пріоритетів порятунку життя та полегшення страждань.
 - Переконайтеся, що пацієнти з діагностованими ускладненнями, що загрожують життю (наприклад, важкий напад астми, діабетичний кетоацидоз), отримують відповідну медичну допомогу. Якщо відповідна допомога недоступна, запропонуйте паліативну та підтримувальну допомогу.
 - Уникайте раптового переривання лікування пацієнтів, яким діагноз поставили до кризи.
- 3 Інтегруйте лікування НІЗ у систему охорони здоров'я на всіх рівнях.
 - Створіть систему перенаправлення для лікування гострих ускладнень і складних випадків у межах вторинної або третинної медичної допомоги, а також для надання паліативної та підтримувальної допомоги.
 - Перенаправляйте пацієнтів для забезпечення реагування у сферах харчування або продовольчої безпеки, якщо це необхідно.
- 4 Створіть національні програми готовності до НІЗ.
 - Включайте основні лікарські засоби та матеріально-технічне забезпечення до попереднього заготовленого або екстреного медичного забезпечення для надзвичайних ситуацій.
 - Підготуйте окремих пацієнтів, забезпечивши їх резервним запасом лікарських засобів та надайте їм вказівки щодо того, де отримати невідкладну допомогу в разі кризи.

Ключові показники

Процентне співвідношення закладів первинної медичної допомоги, які надають допомогу пацієнтам із пріоритетними НІЗ

Кількість днів, протягом яких за останні 30 днів основні лікарські засоби від НІЗ були недоступні

- Менше ніж чотири дні



Кількість днів, протягом яких за останні 30 днів базове обладнання для лікування НІЗ було недоступне (або не функціонувало)

- Менше ніж чотири дні

Усі працівники сфери охорони здоров'я, які займаються лікуванням НІЗ, пройшли навчання з лікування НІЗ

Інструкції

Оцінка потреб і ризиків для визначення пріоритетних НІЗ: здійснюйте проектування програм відповідно до контексту та фази надзвичайної ситуації. Це може включати перегляд записів, використання докризових даних і проведення опитувань домогосподарств або епідеміологічну оцінку з перехресним опитуванням. Зберіть дані щодо поширеності та захворюваності на конкретне НІЗ і визначте потреби, пов'язані із загрозою життю, або стани з важкими симптомами.

Проаналізуйте доступність і використання послуг до кризи, особливо для таких складних випадків, як рак або хронічна хвороба нирок, щоб оцінити очікування та спроможність системи охорони здоров'я в конкретному контексті. Середньострокова та довгострокова мета полягає в підтримці та відновленні таких послуг.

Потреби в комплексному лікуванні: забезпечте безперервність догляду за пацієнтами зі складними потребами, такими як нирковий діаліз, радіотерапія та хіміотерапія, якщо це можливо. Надайте чітку та доступну інформацію про шляхи перенаправлення. Надайте направлення до служби паліативної допомоги, якщо така є  див. Стандарт 2.7 щодо базової медичної допомоги: Паліативна допомога.

Інтеграція лікування НІЗ у систему охорони здоров'я: забезпечте базове лікування НІЗ на рівні первинної медичної допомоги відповідно до національних стандартів або згідно з міжнародними рекомендаціями щодо надзвичайних ситуацій, якщо національних стандартів не існує.

Працюйте з громадами, щоб поліпшити раннє виявлення та перенаправлення. Інтегруйте медико-санітарних працівників громади у заклади первинної медичної допомоги та співпрацюйте з лідерами громад, народними цілителями та приватним сектором. Візні служби можуть надавати медичні послуги щодо НІЗ ізольованим групам населення.

Адаптуйте існуючу інформаційну систему щодо охорони здоров'я для кризових ситуацій або розробіть нову, що включатиме моніторинг основних НІЗ: гіпертензії, діабету, астми, хронічної обструктивної хвороби легень, ішемічної хвороби серця та епілепсії  див. Стандарт 1.5 щодо систем охорони здоров'я: Інформація щодо охорони здоров'я та додаток 2.

Лікарські засоби та вироби медичного призначення: перегляньте національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення, включно з технологіями та основними лабораторними тестами, для лікування НІЗ. Зосередьтеся на первинній медичній допомозі  див. Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та вироби медичного призначення першої необхідності. Якщо необхідно, виступайте за включення ключових

лікарських засобів і виробів медичного призначення першої необхідності до цих переліків відповідно до міжнародних і екстрених рекомендацій щодо НІЗ. Забезпечте доступ до лікарських засобів і виробів медичного призначення першої необхідності на відповідних рівнях медичної допомоги. Комплекти для лікування НІЗ можна використовувати разом із міжвідомчими комплектами для невідкладної медичної допомоги на ранніх стадіях кризи, щоб збільшити доступність основних лікарських засобів та обладнання. Не використовуйте ці комплекти для забезпечення довгострокових запасів.

Навчання: проводьте підготовку клінічного персоналу на всіх рівнях щодо ведення конкретних випадків НІЗ та навчіть всіх працівників лікуванню пріоритетних НІЗ, включно зі стандартними операційними процедурами при перенаправленні ⊕ див. Стандарт 1.2 щодо систем охорони здоров'я: Людські ресурси у сфері охорони здоров'я.

Сприяння здоровому способу життя та освіта щодо охорони здоров'я: надавайте інформацію про послуги, пов'язані з НІЗ, та про те, де отримати відповідну допомогу. Інформація має бути доступною для всіх, включно з особами похилого віку та особами з інвалідністю, для просування моделей здорової поведінки, зміни факторів ризику, поліпшення якості самопомоги та дотримання схем лікування. Моделі здорової поведінки можуть включати, наприклад, регулярну фізичну активність або зменшення споживання алкоголю і тютюну. Працюйте з різними сегментами громади для розробки інформаційних повідомлень і стратегій їх розповсюдження, щоб вони відповідали віку, гендеру та були культурно прийнятними. Адапуйте стратегії профілактики та контролю до контексту, враховуючи такі обмеження, як лімітоване постачання продуктів харчування або перенаселеність.

Плани профілактики та готовності: включіть лікування НІЗ до національних планів на випадок катастроф і надзвичайних ситуацій для закладів охорони здоров'я різних типів (наприклад, невеликих медичних центрів або великих лікарень із відділеннями діалізу). Медичні центри в нестабільних або схильних до стихійних лих зонах повинні бути підготовлені до надання послуг, пов'язаних із НІЗ.

Сформуйте реєстр пацієнтів зі складними станами та критичними потребами та створіть стандартизовані операційні протоколи для перенаправлення їх до фахівців у разі виникнення кризи.

2.7 Паліативна допомога

Паліативна допомога — це попередження та полегшення страждань і стресу, пов'язаних із доглядом наприкінці життя. Вона включає виявлення, оцінку та лікування болю, а також задоволення інших фізичних, психосоціальних і духовних потреб. Інтегруйте фізіологічну, психологічну та духовну допомогу, надавайте її виключно на прохання пацієнта або його сім'ї та забезпечуйте системи підтримки для допомоги пацієнтам, сім'ям і доглядальникам. Така допомога наприкінці життя повинна надаватися незалежно від причини.



Стандарт щодо паліативної допомоги 2.7:

Паліативна допомога

Люди мають доступ до паліативної допомоги та допомоги наприкінці життя, яка полегшує біль і страждання, максимізує комфорт, забезпечує гідність і якість життя пацієнтів, а також надає підтримку членам їхньої сім'ї.

Ключові дії

- 1 Запровадьте керівні принципи та політики для підтримки послідовної паліативної допомоги.
 - Включіть національні або міжнародні рекомендації щодо контролю болю і симптомів у закладах охорони здоров'я.
 - Розробіть рекомендації щодо медичного сортування на основі стану здоров'я пацієнта, прогнозу та наявності ресурсів.
- 2 Розробіть план догляду та надавайте паліативну допомогу пацієнтам, які помирають.
 - В умовах гострої невідкладної ситуації забезпечте, як мінімум, полегшення болю та гідну смерть.
 - Вивчіть питання розуміння ситуації пацієнтом або його родиною, а також їхні проблеми, цінності й культурні переконання.
- 3 Інтегруйте паліативну допомогу на всіх рівнях системи охорони здоров'я.
 - Створіть потужні мережі перенаправлення для забезпечення безперервності підтримки та догляду.
 - Віддавайте пріоритет допомозі на рівні громади, що включає догляд на дому.
- 4 Навчайте працівників сфери охорони здоров'я надавати паліативну допомогу, що включає контроль болю і симптомів, а також підтримку психічного здоров'я та психосоціальну підтримку.
 - Дотримуйтеся національних стандартів або міжнародних стандартів, якщо національних стандартів не існує.
- 5 Надавайте необхідні медичні засоби та обладнання.
 - Зберігайте в закладах охорони здоров'я паліативні лікарські засоби та відповідні вироби медичного призначення, такі як прокладки для нетримання сечі та катетери.
 - Пам'ятайте про правила щодо контрольованих медичних препаратів, які можуть затримувати доступність основних лікарських засобів.
- 6 Працюйте з місцевими системами та мережами для підтримки пацієнтів, доглядальників і сімей у громаді та вдома.
 - Забезпечте матеріально-технічні засоби для потреб домашнього догляду, такі як прокладки для нетримання сечі, урологічні катетери та перев'язувальні пакети.

Ключові показники

Кількість днів, протягом яких за останні 30 днів основні лікарські засоби для паліативної допомоги були недоступні

- Менше ніж 4 дні

Процентне співвідношення персоналу, що пройшов базове навчання з контролю болю та симптомів або паліативної допомоги, в кожному медичному центрі, лікарні, мобільній клініці та польовому госпіталі

Процентне співвідношення пацієнтів, визначених системою охорони здоров'я як такі, що потребують паліативної допомоги, та які отримали таку допомогу

Інструкції

Гуманітарні суб'єкти, залучені до сфери охорони здоров'я, повинні знати та поважати місцеві способи прийняття медичних рішень і місцеві цінності, пов'язані з хворобами, стражданням, помиранням та смертю. Важливо полегшити страждання, і пацієнти, які помирають, повинні отримувати допомогу, орієнтовану на комфорт, незалежно від того, чи зумовлена їхня хвороба смертельними травмами, інфекційним захворюванням чи будь-якою іншою причиною.

Розробка плану надання допомоги: визначте відповідних пацієнтів і поважайте їхнє право приймати інформовані рішення щодо надання їм медичної допомоги. Надавайте неупереджену інформацію та враховуйте їхні потреби й очікування. План надання допомоги має бути узгодженим і базуватися на побажаннях пацієнта. Запропонуйте доступ до послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Наявність лікарських засобів: деякі паліативні лікарські засоби, такі як знеболювальні, включено до основних і додаткових модулів міжвідомчого комплексу для невідкладної медичної допомоги та Переліку основних лікарських засобів. Міжвідомчі комплекти для невідкладної медичної допомоги (Interagency emergency health kits, IEHK) корисні на ранніх стадіях кризи, але не підходять для затяжних ситуацій, коли потрібно створити більш сталі системи  див. Стандарт 1.3 щодо систем охорони здоров'я: Лікарські засоби та виробництво медичного призначення першої необхідності та Посилання та додаткова література.

Сім'я, громада та соціальна підтримка: координуйте діяльність з іншими секторами для узгодження шляхів перенаправлення для пацієнтів і їхніх сімей, щоб вони могли отримати комплексну підтримку. Йдеться про доступ до національних систем соціального забезпечення та добробуту або організацій, які пропонують допомогу з тимчасовим житлом, набори засобів гігієни та «набори гідності» (для жінок та дівчат), допомогу в готівковій формі, підтримку психічного здоров'я та психосоціальну підтримку, а також юридичну допомогу для забезпечення основних щоденних потреб.

Координуйте роботу з відповідними секторами для відстеження розділених сімей, щоб пацієнти могли спілкуватися з рідними.



Співпрацюйте з існуючими мережами надання медико-санітарної допомоги на рівні громади, які часто мають кураторів, що пройшли навчання з домашнього догляду, а також громадських психосоціальних працівників, щоб забезпечити додаткову підтримку пацієнтам і членам їхніх сімей та допомогти надавати догляд на дому, якщо це необхідно (наприклад, для осіб, які живуть із ВІЛ).

Духовна підтримка: вся підтримка має базуватися на запитах пацієнта або його сім'ї. Працюйте з місцевими релігійними лідерами, щоб знайти надавачів духовної допомоги, які поділяють віру чи переконання пацієнта. Ці особи можуть стати відповідним ресурсом для пацієнтів, опікунів і суб'єктів, що займаються гуманітарною діяльністю.

Забезпечте, щоб місцеві релігійні лідери орієнтувалися на ключові принципи психосоціальної підтримки пацієнтів із суттєвими проблемами зі здоров'ям.

Запровадьте надійні механізми двостороннього перенаправлення між системою охорони здоров'я та духовними лідерами для будь-якого пацієнта, доглядальника або члена сім'ї, який робить відповідний запит.

Забезпечте підтримку безпечних і гідних практик поховання у співпраці з місцевою громадою і відповідно до національних або міжнародних вказівок  *див.*
Стандарт щодо систем охорони здоров'я 1.1: надання медичної допомоги.

Додаток 1

Перелік контрольних запитань для оцінювання медичної допомоги

Підготовка

- Отримайте наявну інформацію про населення, яке постраждало від кризи.
- Отримайте доступні карти території ураження, її аерофотознімки або супутникові зображення та дані геоінформаційної системи (ГІС).
- Отримайте демографічні, адміністративні дані та дані про стан здоров'я.

Безпека та доступ

- Визначте наявність поточних природних або антропогенних загроз.
- Визначте загальну безпекову ситуацію, в тому числі присутність збройних сил.
- Визначте рівень доступу гуманітарних організацій до постраждалого від кризи населення.

Демографічні показники та соціальна структура

- Визначте чисельність постраждалого від кризи населення з розбивкою за статтю, віком та інвалідністю.
- Визначте групи підвищеного ризику, як, наприклад, жінки, діти, літні люди, особи з інвалідністю, особи, які живуть із ВІЛ, або маргіналізовані групи.
- Визначте середній розмір домогосподарства та кількість домогосподарств, які очолюють жінки та діти.
- Визначте існуючу соціальну структуру та гендерні норми, включно з ієрархією влади та/або впливом у громаді та домогосподарстві.

Вихідна інформація про стан здоров'я

- Визначте проблеми зі здоров'ям, які існували в зоні, постраждалій від кризи, до настання надзвичайної ситуації.
- Визначте проблеми зі здоров'ям, які існували попередньо у країні походження – для біженців або в регіоні походження – для внутрішньо переміщених осіб.
- Визначте існуючі ризики для здоров'я, такі як потенційні епідемічні захворювання.
- Визначте попередньо існуючі та наявні перешкоди для охорони здоров'я, соціальні норми та переконання, у тому числі позитивні та шкідливі практики.
- Визначте попередні джерела отримання медичної допомоги.
- Проаналізуйте різні аспекти системи охорони здоров'я та їхню ефективність
⊕ див. *Стандарти щодо систем охорони здоров'я 1.1–1.5.*

Показники смертності

- Обчисліть загальний показник смертності.
- Обчисліть вікові показники смертності (наприклад, показник смертності дітей віком до п'яти років).



- Обчисліть показники смертності від конкретної причини.
- Обчисліть пропорційний показник смертності.

Показники захворюваності

- Визначте показники захворюваності для основних захворювань і патологій, які мають важливе значення для громадського здоров'я.
- Визначте, де це можливо, показники захворюваності на основні захворювання і патології за віком і статтю.

Наявні ресурси

- Визначте спроможності МОЗ країни, яка постраждала від кризи.
- Визначте стан національних закладів охорони здоров'я, у тому числі їх загальну кількість, кількість за типом наданої медичної допомоги, а також ступінь пошкодження їхньої інфраструктури та доступ до них.
- Визначте кількість наявного медичного персоналу і його кваліфікацію.
- Визначте наявні бюджети охорони здоров'я та механізм фінансування.
- Визначте спроможність і стан функціонування існуючих програм охорони громадського здоров'я, таких як Розширена програма імунізації.
- Визначте наявність стандартизованих протоколів, основних лікарських засобів, виробів та обладнання медичного призначення, а також логістичних систем.
- Визначте стан існуючих систем перенаправлення до фахівців.
- Визначте рівень стандартів ПКІ у закладах охорони здоров'я.
- Визначте стан існуючої інформаційної системи щодо охорони здоров'я.

Дані з інших відповідних секторів

- Стан харчування.
- Умови навколишнього середовища та WASH.
- Продовольчий кошик і продовольча безпека.
- Житло та його якість.
- Освіта, зокрема щодо охорони здоров'я та гігієни.

Додаток 2

Типові форми тижневих звітів про нагляд

2.1 Форма спостереження за смертністю (сукупна)*

Об'єкт:
 Дата з понеділка: До неділі:
 Загальна кількість населення на початок цього тижня:
 Народилося цього тижня: Померло цього тижня:
 Прибуло цього тижня (якщо застосовується):
 Вибуло цього тижня:
 Загальна кількість населення на кінець тижня:
 Всього населення віком до 5 років:

	<5 років		≥5 років		Усього
	чол.	жін.	чол.	жін.	
Пряма причина					
Гостра інфекція нижніх дихальних шляхів					
Холера (підозра)					
Діарея — кривава					
Діарея — водяниста					
Травма — невіпадова					
Малярія					
Материнська смерть — пряма					
Кіп					
Менінгіт (підозра)					
Неонатальна (0–28 днів)					
Інше					
Невідомо					
Всього за віком і статтю					
Додаткова причина					
СНІД (підозра)					
Недостатнє харчування					
Материнська смерть — непряма					
Неінфекційні захворювання (вказати)					
Інше					
Всього за віком і статтю					

*Ця форма використовується в разі високої смертності, коли докладнішу інформацію про окремі випадки смерті неможливо зібрати через обмеження часу.

- Інші причини смертності можна додати відповідно до контексту та епідеміологічної моделі.
- Для віку можна зробити додаткову розбивку, якщо це можливо, наприклад, 0–11 місяців, 1–4 роки, 5–14 років, 15–49 років, 50–59 років, 60–69 років, 70–79 років, 80+ років.
- Про випадки смерті мають повідомляти не лише заклади охорони здоров'я, але й повинні надходити звіти від місцевих і релігійних лідерів, працівників громад, жіночих груп і лікарень, куди перенаправляють пацієнтів.
- За можливості, на звороті цієї форми слід зазначити визначення відповідних випадків.



2.2 Форма спостереження за смертністю (індивідуальна) *

Об'єкт:
Дата з понеділка: До неділі:
Загальна кількість населення на початок цього тижня:
Народилося цього тижня: Померло цього тижня:
Прибуло цього тижня (якщо застосовується):
Вибуло цього тижня:
Загальна кількість населення на кінець тижня:
Всього населення віком до 5 років:

№	Стать (ч, ж)	Вік (дні=d, місяці=m, роки=r)	Пряма причина смерті										Основні причини								
			Гостра інфекція нижніх дихальних шляхів	Холера (підозра)	Діарея — кров'яниста	Діарея — водяниста	Травма — невідпавкова	Малярія	Материнська смерть — пряма	Кір	Менінгіт (підозра)	Неонатальна (0–28 днів)	Неінфекційні захв. (вказати)	Інше (вказати)	Невідомо	СНІД (підозра)	Недостатнє харчування	Материнська смерть (непряма)	Інше (вказати)	Дата (дд/мм/рр)	Розташування на об'єкті (наприклад, номер блоку)
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

*Ця форма використовується, коли є достатньо часу для реєстрації даних про окремі випадки смерті; вона дає змогу проводити аналіз за віком, місцем розташування та рівнем завантаженості закладів.

- Частота звітності (тобто щодня чи щотижня) залежить від кількості смертей.
- Залежно від ситуації можна додати інші причини смерті.
- Про випадки смерті мають повідомляти не лише заклади охорони здоров'я на місці, але й повинні надходити звіти від місцевих і релігійних лідерів, працівників громад, жіночих груп і лікарень, куди перенаправляють пацієнтів.
- За можливості, на звороті цієї форми слід зазначити визначення відповідних випадків.
- Для віку можна зробити додаткову розбивку, якщо це можливо, наприклад, 0–11 місяців, 1–4 роки, 5–14 років, 15–49 років, 50–59 років, >60 років.

2.3 Зразок форми звіту за системою раннього попередження, оповіщення та реагування (EWAR)

Ця форма використовується в гострій фазі кризи, коли спостерігається високий ризик таких подій у сфері громадського здоров'я, як травми, отруєння або спалахи захворювань, що можуть викликати епідемії.

Дата з понеділка: До неділі:

Місто/село/поселення/табір:

Провінція: Район:

Підрайон: Назва об'єкта:

• Стационар • Амбулаторія • Медичний центр • Мобільна клініка

Агенція(-ї), що надає допомогу:

Особа, що подає звіт, і контактний номер:

Загальна кількість населення: Всього населення віком до 5 років:

А. ЗВЕДЕНІ ДАНІ ЗА ТИЖДЕНЬ

Нові випадки:	Захворюваність		Смертність		Усього
	<5 років	5 років і старше	<5 років	5 років і старше	
УСЬОГО ПРИБУЛО					
УСЬОГО ПОМЕРЛО					
Гостра респіраторна інфекція					
Гостра водяниста діарея					
Гостра кривава діарея					
Малярія — підозра/підтверджено					
Кір					
Менінгіт — підозра					
Синдром гострої геморагічної лихоманки					
Синдром гострої жовтяниці					
Гострий в'ялий параліч (ГВП)					
Правець					
Лихоманка іншого походження >38,5°C					
Травма					
Хімічне отруєння					
Інше					
Усього					

– Можна вказувати більше ніж один діагноз; слід зафіксувати найважливіший. Кожен випадок слід враховувати лише один раз.

– Включіть лише випадки захворювання, засвідчені (або випадки смерті, які сталися) протягом тижня спостереження.

– Вкажіть «0» (нуль), якщо протягом тижня у вас не було жодного випадку захворювання або смерті від одного з перелічених у формі синдромів.

– Про смерть слід повідомляти лише в розділі «Смертність», а НЕ в розділі «Захворюваність».

– Визначення випадків захворювання для кожного стану, що є об'єктом спостереження, слід зазначити на звороті цієї форми.

– Причини захворюваності можна додавати або вилучати відповідно до епідеміології та оцінки ризику захворювання.

– Метою спостереження за системою EWAR є раннє виявлення подій у сфері громадського здоров'я, які потребують негайного реагування.

– Дані про такі стани, як недоїдання, слід отримувати шляхом опитувань (поширеність), а не спостереження (кількість нових випадків).

В. ОПОВІЩЕННЯ ПРО СПАЛАХ

У будь-який момент, коли ви підозрюєте будь-яке із вказаних нижче захворювань, будь ласка, надішліть SMS або зателефонуйте за номером чи надішліть листа на електронну пошту з максимально детальною інформацією про час, місце та кількість випадків захворювання і смертей: холера, шигельоз, кір, поліомієліт, тиф, правець, гепатит А або Е, лихоманка денге, менінгіт, дифтерія, коклюш, геморагічна лихоманка, травми та хімічні отруєння. Цей перелік захворювань буде змінюватися залежно від епідеміології захворювання в країні.



2.4 Зразок стандартної форми звіту про спостереження за інформаційною системою управління охороною здоров'я (HMIS)

Об'єкт:

Дата з понеділка: До неділі:

Загальна кількість населення на початок цього тижня/місяця:

Народилося цього тижня/місяця: Померло цього тижня/місяця:

Прибуло цього тижня/місяця (якщо застосовується):

Вибуло цього тижня/місяця:

Загальна кількість населення на кінець тижня/місяця:

Всього населення віком до 5 років:

Захворюваність	До 5 років (нові випадки)		5 років і старше (нові випадки)		Усього		Повторні випадки	
	чол.	жін.	Усього	чол.	жін.	Усього	Нові випадки	Усього
Гостра респіраторна інфекція								
Гостра водяниста діарея								
Гостра кров'яниста								
Малярія — підозра/ підтверджено								
Кір								
Менінгіт — підозра								
Синдром гострої геморагічної лихоманки								
Синдром гострої жовтяниці								
Гострий в'ялий параліч (ГВП)								
Правець								
Лихоманка іншого походження >38,5°C								
ВІЛ/СНІД								
Захворювання очей								
Захворювання шкіри								
Гостра недостатність харчування								
Захворювання, які передаються статевим шляхом								
Виразкова хвороба статевих органів								
Виділення з уретри у чоловіків								
Вагінальні виділення								
Запальне захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ)								
Кон'юнктивіт новонароджених								
Вроджений сифіліс								

Захворюваність	До 5 років (нові випадки)		5 років і старше (нові випадки)		Усього		Повторні випадки	
	чол.	жін.	Усього	чол.	жін.	Усього	Нові випадки	Усього
Неінфекційні захворювання								
Гіпертензія								
Ішемічна хвороба серця								
Діабет								
Астма								
Хронічне обструктивне захворювання легень								
Епілепсія								
Інші хронічні НІЗ								
Психічне здоров'я								
Розлади, пов'язані із вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин								
Інтелектуальна недостатність і порушення розвитку								
Психотичний розлад (у тому числі біполярний розлад)								
Деменція або делірій								
Середньо-важкий емоційний розлад/ депресія								
Соматична скарга без медичного пояснення								
Самоушкодження (у тому числі спроба самогубства)								
Інші скарги щодо психологічного стану								
Ушкодження								
Значне ушкодження голови/хребта								
Значне ушкодження тулуба								
Значне ушкодження кінцівки								
Ушкодження середньої тяжкості								
Легке ушкодження								
Усього								

Для віку можна зробити додаткову розбивку, якщо це можливо, наприклад, 0–11 місяців, 1–4 роки, 5–14 років, 15–49 років, 50–59 років, >60 років



Додаток 3

Формули для розрахунку основних показників у сфері охорони здоров'я

Загальний показник смертності (CMR)

Визначення: показник смертності серед усього населення, що включає жінок і чоловіків будь-якого віку.

Формула:

$$\frac{\text{Загальна кількість смертей протягом звітного періоду}}{\text{Середньострокова кількість населення в групі ризику} \times \text{Кількість звітних днів}} \times 10,000 \text{ осіб} = \text{Смертей/10,000 осіб/день}$$

Показник смертності дітей віком до 5 років (U5MR)

Визначення: показник смертності дітей віком до п'яти років серед населення.

Формула:

$$\frac{\text{Загальна кількість смертей серед дітей <5 років протягом звітного періоду}}{\text{Загальна кількість дітей віком до 5 років} \times \text{Кількість днів у звітному періоді}} \times \frac{10,000}{\text{осіб}} = \frac{\text{Смертей/10,000 дітей віком до 5 років/день}}$$

Показник захворюваності

Визначення: кількість нових випадків захворювання, які трапляються протягом звітного періоду в групі населення з ризиком розвитку захворювання.

Формула:

$$\frac{\text{Кількість нових випадків певного захворювання протягом звітного періоду}}{\text{Кількість населення в групі ризику} \times \text{Кількість місяців у звітному періоді}} \times 1,000 \text{ осіб} = \frac{\text{Нові випадки певного захворювання/1,000 осіб/місяць}}$$

Летальність (CFR)

Визначення: кількість людей, які померли від захворювання, поділена на кількість людей, які мають це захворювання.

Формула:

$$\frac{\text{Кількість людей, які померли від певного захворювання протягом звітного періоду}}{\text{Кількість людей, які мали це захворювання протягом звітного періоду}} \times 100 = x\%$$

Коефіцієнт завантаженості закладу охорони здоров'я

Визначення: кількість амбулаторних відвідувань на одну особу за рік. Якщо можливо, розділяйте нові та попередні відвідування. Для підрахунку цього коефіцієнта слід використовувати **нові** відвідування. Однак часто нові та попередні відвідування важко розрізнити, тому їх нерідко об'єднують як загальну кількість відвідувань під час кризи.

Формула:

$$\frac{\text{Загальна кількість відвідувань на тиждень}}{\text{Загальна кількість населення}} \times 52 \text{ тижні} = \text{Відвідувань/людину/рік}$$

Кількість консультацій на одного лікаря-клініциста за день

Визначення: середня кількість загальних консультацій (нові та повторні випадки), які проводить кожен лікар-клініцист за день.

Формула:

$$\frac{\text{Загальна кількість консультацій на рік}}{\text{Кількість лікарів відповідно до ЕПЗ* в закладі охорони здоров'я}} \div \text{Кількість робочих днів закладу охорони здоров'я на тиждень}$$

**ЕПЗ (еквівалент повної зайнятості) стосується еквівалентної кількості лікарів-клініцистів, які працюють у закладі охорони здоров'я.*

Наприклад, якщо в амбулаторному відділенні працює шість лікарів-клініцистів, але двоє з них працюють неповний робочий день, тоді кількість лікарів-клініцистів ЕПЗ = 4 штатних одиниці на повний робочий день + 2 штатних одиниці на половину робочого дня = 5 лікарів-клініцистів ЕПЗ.



Додаток 4

Отруєння

Отруєння може статися, коли люди піддаються дії токсичних хімічних речовин через рот, ніс, шкіру, очі чи вуха або через ковтання. Діти піддаються вищому ризику, оскільки вони дихають швидше, мають велику площу поверхні відносно маси тіла, мають більш проникну шкіру та знаходяться ближче до землі. Токсичний вплив може позначитися на розвитку дитини, у тому числі спричинити затримку росту та порушити надходження поживних речовин, а також може призвести до хвороби або смерті.

Первинне лікування

Під час звернення до закладу охорони здоров'я, якщо відомо, що пацієнт зазнав впливу хімічних речовин, або він має ознаки та симптоми впливу хімічних речовин:

- слід вжити запобіжних заходів для медичного персоналу, що включає носіння відповідних засобів індивідуального захисту (ЗІЗ);
- проведіть медичне сортування пацієнтів;
- виконайте втручання, необхідні для порятунку життя;
- проведіть знезараження (наприклад, зніміть із пацієнта одяг або промийте уражені ділянки водою з милом), в ідеалі за межами закладу охорони здоров'я, щоб запобігти зараженню інших осіб; після цього
- дотримуйтеся подальших протоколів лікування, включно з підтримувальним лікуванням.

Протоколи лікування

Протоколи можуть відрізнятися залежно від країни. Загалом потрібне надання антидота і підтримувальне лікування (наприклад, підтримка дихання).

У таблиці нижче наведено симптоми хімічного впливу та поширені антидоти (протиотрути).

Симптоми впливу токсичних хімічних речовин і можливе лікування

Клас токсичної хімічної речовини	Загальні ознаки впливу	Протиотрути (національні рекомендації можуть відрізнятися)
Нерво-паралітичні речовини, такі як зарин, табун або VX	Звужені зіниці; затуманений зір; головний біль; рясні виділення; напруга в грудях і утруднене дихання; нудота; блювота; діарея; м'язові посмикування; судомми; втрата свідомості.	Атропін Оксими (пралідоксим, обідоксим) Бензодіазепіни (при судомах)
Везиканти, такі як іприт	Сльозотеча; подразнення очей; кон'юнктивіт; пошкодження рогівки; почервоніння і болючі пухири на шкірі; респіраторний дистрес-синдром.	Підтримувальне лікування +/- тіосульфат натрію Наприклад, промивання очей, антибіотики місцевого застосування, промивання шкіри, бронходилататори У важких випадках використовують тіосульфат натрію
Ціанід	Хапання повітря ротом; асфіксія; судомми; сплутаність свідомості; нудота.	Амілнітри (первинна допомога) Тіосульфат натрію і нітрил натрію або з 4 ДМАП або гідроксокобаламін або дикоальту едетат
Отруйні речовини психохімічної дії, такі як BZ	Сухість у роті та на шкірі; тахікардія; змінений стан свідомості; марення; галюцинації; гіпертермія; порушення координації; розширені зіниці.	фізостигмін
Сльозогінний газ і речовини, що використовуються для протидії масовим заворушенням.	Поколоювання і печіння слизових оболонок; сльозотеча; слиновиділення; нежить; напруга в грудях; головний біль; нудота.	Переважно підтримувальне лікування
Хлор	Почервоніння очей і сльозотеча; подразнення носа і горла; кашель; відчуття задухи або задушення; задишка; хрипи; хрипкий голос; набряк легень.	N-ацетилцистеїн (NAC)
Талій (щуряча отрута)	Біль у животі; нудота; блювота; діарея; закреп; судомми; марення; депресія; випадання волосся на шкірі голови та тілі; хвороблива периферична нейропатія та дистальна рухова слабкість; атаксія; нейрокогнітивний дефіцит.	Фероцин («берлінська лазур»)
Свинець	Анорексія; блювота; закреп; біль у животі; блідість; неухважність; слабкість; периферичні паралічі.	Хелація
Органофосфати (у тому числі деякі інсектициди та нерво-паралітичний газ)	Слиновиділення; сльозотеча; сечовипускання; дефекація; шлункові спазми; блювота.	Атропін Оксими (пралідоксим, обідоксим)

Підготовлено за даними ВООЗ, Керівництво «Гігієна навколишнього середовища в надзвичайних ситуаціях».



Посилання та додаткова література

Охорона здоров'я і права людини

The Right to Health: Fact Sheet No.31. [Право на здоров'я: Інформаційний бюлетень № 31]. OHCHR and WHO, 2008. <http://www.ohchr.org>

Цивільно-військова координація

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. [Цивільно-військова координація в гуманітарній діяльності у сфері охорони здоров'я]. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. [Гуманітарна цивільно-військова координація: посібник для військових]. UN OCHA, 2014. <http://www.unocha.org>

Захист і міжнародне гуманітарне право

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. [Швидка та догоспітальна допомога в ситуаціях ризику]. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. [Загальні етичні принципи охорони здоров'я під час збройних конфліктів та інших надзвичайних ситуацій]. ICRC, Geneva, 2015. <https://www.icrc.org>

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. [Забезпечення готовності та безпеки закладів охорони здоров'я в умовах збройних конфліктів та інших надзвичайних ситуацій]. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. [Керівні принципи щодо інвалідності та управління ризиками для здоров'я в разі надзвичайних ситуацій]. World Health Organization, 2013. <http://www.who.int>

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. [Охорона здоров'я під загрозою: обов'язки медичного персоналу, який працює в умовах збройних конфліктів та інших надзвичайних ситуацій]. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. [Мінімальні стандарти захисту дітей у гуманітарних заходах: Стандарт 24. Надання житла і захист дітей]. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. [Механізм моніторингу та звітності (MRM) щодо грубих порушень стосовно дітей у ситуаціях збройного конфлікту]. UN and UNICEF, 2014. <http://www.mrmtools.org>



Співробітництво

Health Cluster Guide. [Посібник кластера з охорони здоров'я]. Global Health Cluster, 2009. <http://www.who.int>

Reference module for cluster coordination at the country level. [Довідковий модуль для координації кластерів на рівні країни]. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Охорона здоров'я в надзвичайних ситуаціях

Blanchet, K et al *Evidence on public health interventions in humanitarian crises.* [Докази щодо втручань у сфері громадського здоров'я під час гуманітарних криз]. The Lancet, 2017: <http://www.thelancet.com>

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. [Класифікація та мінімальні стандарти для іноземних медичних бригад під час катастроф, що виникають раптово]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. [Забезпечення доступу до медичної допомоги. Операційне керівництво щодо захисту біженців та заходів у міських зонах]. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Public Health Guide in Emergencies. [Посібник з охорони громадського здоров'я в надзвичайних ситуаціях]. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. <http://pdf.usaid.gov>

Refugee Health: An approach to emergency situations. [Здоров'я біженців: підхід до надзвичайних ситуацій]. Médecins Sans Frontières, 1997. <http://refbooks.msf.org>

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* [Потреби людей, які постраждали від конфлікту, в охороні здоров'я: майбутні тенденції та зміна структури]. The Lancet, 2010. <http://www.thelancet.com>

Клінічні рекомендації

Clinical Guidelines – Diagnosis and Treatment Manual. [Клінічні рекомендації — Посібник із діагностики та лікування]. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

Системи охорони здоров'я

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. [Аналіз порушених секторів охорони здоров'я. Модульний посібник]. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone.* [Вплив спалаху лихоманки Ебола на системи охорони здоров'я та здоров'я населення Сьєрра-Леоне]. Journal of Public Health, 2015. <https://academic.oup.com>

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. [Справа кожного. Зміцнення систем охорони здоров'я для покращення показників стану здоров'я]. WHO, 2007. <http://www.who.int>

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. [Підхід до оцінки системи охорони здоров'я: практичне керівництво 2.0]. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa*. [Вплив реагування на спалах лихоманки Ебола у 2014–2015 роках на смертність від малярії, ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Західній Африці]. *Emerging Infection Diseases* Vol 22. CDC, 2016. <https://wwwnc.cdc.gov>

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. [Набір інструментів для відновлення: підтримка країн у досягненні стійкості надання медичних послуг]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. [Набір інструментів для оцінки спроможності системи охорони здоров'я керувати великим потоком біженців, шукачів притулку та мігрантів]. WHO/UNHCR/IOM, 2016. <http://www.euro.who.int>

Безпека

Comprehensive Safe Hospital Framework. [Комплексна система безпечної лікарні]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Patient Safety: Making Health Safer. [Безпека пацієнтів: як підвищити безпеку сфери охорони здоров'я]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Профілактика інфекцій та інфекційний контроль

Essential environmental health standards in health care. [Основні екологічні стандарти охорони здоров'я]. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. [Основні вимоги щодо водопостачання та санітарного забезпечення для медичних закладів]. MSF, 2009. <http://oops.msf.org>

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Рекомендації щодо запобіжних заходів у разі ізоляції: запобігання передачі інфекційних агентів у закладах охорони здоров'я]. CDC, 2007 updated 2017. <https://www.cdc.gov>

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. [Інструкції щодо вибору та використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) у закладах охорони здоров'я]. CDC, 2004. <https://www.cdc.gov>

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. [Рекомендації щодо безпечної утилізації невикористаних фармацевтичних препаратів у надзвичайних ситуаціях та після їх завершення]. WHO, 1999. <http://apps.who.int>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. [Рекомендації щодо основних компонентів програм профілактики та контролю інфекцій на національному рівні та на рівні закладу невідкладної медичної допомоги]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. [Поводження з тілами загиблих унаслідок катастроф. Польовий посібник для служб швидкого реагування, видання друге]. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org



Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. [Безпечне управління відходами під час діяльності у сфері охорони здоров'я. Видання друге]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Людські ресурси у сфері охорони здоров'я

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. [Класифікація працівників сфери охорони здоров'я: приведення професій у відповідність до міжнародних стандартів]. WHO. <http://www.who.int>

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. [Глобальна стратегія щодо людських ресурсів у сфері охорони здоров'я. Робоча сила у 2030 р.]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. [Людські ресурси для інформаційної системи щодо охорони здоров'я, мінімальний набір даних для реєстру людських ресурсів у сфері охорони здоров'я]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. [Потреба в людських ресурсах у сфері охорони здоров'я для загального охоплення медичними послугами та ЦСР]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. [Міжнародна стандартна класифікація професій: структура, визначення груп і таблиці відповідності]. ILO, 2012. <http://www.ilo.org>

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. [Показники навантаження та потреба у персоналі (WISN), посібник користувача]. WHO, 2010. <http://www.who.int>

Working together for health. World Health Report 2006. [Співпраця заради охорони здоров'я. Всесвітня доповідь про здоров'я, 2006 р.]. WHO 2006. <http://www.who.int>

Лікарські засоби

Emergency Reproductive Health Kit. [Комплект для невідкладної медичної допомоги — репродуктивне здоров'я]. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org>

Guidelines of Medicine Donations. [Рекомендації щодо пожертвування ліків]. WHO, 2010. <http://www.who.int>

Interagency Emergency Health Kit. [Міжвідомчий комплект для невідкладної медичної допомоги]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Model Formulary for children. [Модельний формуляр для дітей]. WHO, 2010. <http://apps.who.int>

Model List of Essential Medicines 20th List. [Модельний перелік основних лікарських засобів, 20-й перелік]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Non-Communicable Diseases Kit. [Комплект для лікування неінфекційних захворювань]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Revised Cholera Kits. [Переглянуті комплекти для лікування холери]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. [Міжвідомчий комплект для невідкладної медичної допомоги 2017 р.: Лікарські засоби та вироби медичного призначення для 10 000 осіб приблизно на три місяці]. WHO, 2017.

Вироби медичного призначення, у тому числі допоміжні засоби

Core Medical Equipment. [Основне медичне обладнання]. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Decommissioning Medical Equipment and Devices. [Виведення з експлуатації медичного обладнання та виробів медичного призначення]. WHO <http://www.who.int>

Global Atlas of Medical Devices. [Глобальний атлас виробів медичного призначення]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. [Рекомендації щодо надання інвалідних візків із ручним керуванням у місцях з обмеженими ресурсами]. World Health Organization, 2008. <http://www.who.int>

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. [Технічна серія «Вироби медичного призначення»: Положення про вироби медичного призначення, вироби медичного призначення за закладами охорони здоров'я, оцінка потреб у виробі медичного призначення, довідник щодо процесу закупівель, пожертвування виробів медичного призначення, огляд програми обслуговування медичного обладнання]. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Priority Assistive Products List. [Перелік пріоритетних допоміжних засобів]. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. <http://www.who.int>

Контрольовані лікарські засоби

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. [Програма доступу до контрольованих лікарських засобів, Інформаційна довідка ВООЗ]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. [Наявність наркотичних препаратів, що перебувають під міжнародним контролем: забезпечення належного доступу для медичних і наукових цілей]. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. <http://www.incb.org>

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. [Доступність наркотичних препаратів і психотропних речовин у надзвичайних ситуаціях, звіт Міжнародного комітету з контролю за наркотиками, стор. 36–37]. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. [Забезпечення балансу в національних політиках щодо контрольованих речовин. Керівництво щодо наявності та доступності контрольованих лікарських засобів]. WHO, 2011. <http://www.who.int>



Препарати крові

Blood safety and availability. [Безпека та доступність крові]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. [Настанови щодо поводження із кров'ю та її компонентами як основними лікарськими засобами, Додаток 3]. WHO, 2017. <http://apps.who.int>

Universal Access to Safe Blood Transfusion. [Універсальний доступ до безпечного переливання крові]. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Фінансування охорони здоров'я

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. [Заходи з допомоги в готівковій формі в межах програм охорони здоров'я у ситуаціях, пов'язаних із біженцями. Огляд]. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. [Готівка за здоров'я: ключові висновки за результатами програми «Готівка за здоров'я» в Йорданії]. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. [Моніторинг прогресу в напрямку загального охоплення послугами охорони здоров'я на національному та глобальному рівнях]. WHO, 2014. <http://apps.who.int>

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. [Скасування плати за послуги первинної медичної допомоги під час гуманітарних криз]. Global Health Cluster and WHO, 2011. <http://www.who.int>

Інформація щодо охорони здоров'я

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. [Керівні принципи МПК: загальні операційні набори даних щодо готовності та реагування на катастрофи]. IASC, 2011 <https://interagencystandingcommittee.org>

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. [Глобальний довідковий перелік 100 основних показників стану здоров'я]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. [Стандарти інформаційних послуг у сфері громадського здоров'я в активованих кластерах охорони здоров'я та інших механізмах координації гуманітарної охорони здоров'я]. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

Оцінка потреб у сфері охорони здоров'я та визначення пріоритетів серед медичних послуг

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. [Набір інструментів оцінки: практичні кроки для оцінки криз у сфері охорони здоров'я та гуманітарних криз]. MSF, 2013. <http://evaluation.msf.org>

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. [Репозиторій Глобальної обсерваторії охорони здоров'я: загальний показник народжуваності та смертності за країнами]. World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. [Швидка оцінка ризиків гострих подій у сфері громадського здоров'я]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. [SARA — Опитування щодо оцінки доступності та готовності послуг]. WHO/USAID, 2015. <http://www.who.int>

Профілактика інфекційних захворювань

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. [Набір інструментів для комплексної боротьби з переносниками інфекцій у надзвичайних гуманітарних ситуаціях]. MENTOR Initiative and WHO, 2016. <http://thementorinitiative.org>

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. [Вакцинація в умовах гострих гуманітарних криз: система для прийняття рішень]. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Інфекційні захворювання (специфічні захворювання)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. [Лихоманка денге. Інструкції з діагностики, лікування, профілактики та контролю. Нове видання]. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Guidelines for the control for shigellosis. [Рекомендації щодо боротьби з шигельозом]. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. [Тимчасове керівництво з епідеміологічного нагляду за холерою]. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. <http://www.who.int>

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia*. [Лікування туберкульозу в комплексній тривалій невідкладній ситуації: результати лікування та досвід у Сомалі]. Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa. [Боротьба з епідеміями менінгіту в Африці]. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Management of a measles epidemic. [Боротьба з епідемією кору]. MSF, 2014. <http://refbooks.msf.org>

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. [Реагування на спалах менінгіту в країнах Африки на південь від Сахари]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. [Механізм готовності до пандемічного грипу (PIP). Система для обміну вірусами грипу, доступу до вакцин та інших переваг]. WHO, 2011. <http://apps.who.int>

Виявлення спалаху захворювання та раннє реагування

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. [Раннє виявлення, оцінка та реагування на гострі події у сфері громадського здоров'я, впровадження раннього попередження та реагування з акцентом на спостереженні за окремими подіями]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. [Раннє попередження, оповіщення та реагування (EWAR): ключова сфера готовності країн до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я]. WHO, 2018. <http://apps.who.int>



Weekly Epidemiological Record. [Щотижневий епідеміологічний бюлетень]. WHO. <http://www.who.int>

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. [Спостереження за спалахами та реагування на гуманітарні кризи, рекомендації ВООЗ щодо впровадження EWARN]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Готовність до спалахів захворювань і заходи з реагування на них

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. [Боротьба з інфекційними захворюваннями в надзвичайних ситуаціях: польовий посібник]. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. [Готовність до епідемій та реагування на них в умовах таборів для біженців. Керівництво для працівників сфери громадського здоров'я]. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Outbreak Communication Planning Guideline. [Керівництво з планування комунікації у разі спалаху захворювання]. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Здоров'я дітей та новонароджених

IMCI Chart Booklet. [Буклет із діаграмами ІОЗДі — Інтегрованого обліку захворюваності серед дітей]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. [Інтегроване ведення випадків захворювання у громаді в гострих і затяжних надзвичайних ситуаціях: практичне дослідження для Південного Судану]. IRC and UNICEF, 2017. <https://www.rescue.org>

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. [Здоров'я новонароджених у гуманітарних ситуаціях. Польовий посібник. Проміжна версія]. IAWG RH in Crises, 2016. <http://iawg.net>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. [Огляд і останнє оновлення ІОЗГ: потенційні переваги для програм боротьби з малярією]. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. [Вакцини проти поліомієліту: позиція ВООЗ. Видання «Щотижневий епідеміологічний бюлетень»]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Updates on HIV and infant feeding. [Оновлення щодо ВІЛ та годування немовлят]. UNICEF, WHO, 2016. <http://www.who.int>

Сексуальне і репродуктивне здоров'я

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. [Інструментарій для сексуального та репродуктивного здоров'я підлітків у гуманітарних обставинах]. UNFPA and Save the Children, 2009. <http://iawg.net>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. [Міжвідомчі комплекти для репродуктивного здоров'я в умовах кризи, 5-те видання]. UNFPA/IAWG, 2011. <http://iawg.net>

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. [Міжвідомчий польовий посібник із сексуального та репродуктивного здоров'я в гуманітарних обставинах]. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. <http://www.who.int>

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. [Колесо медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції]. WHO, 2015. <http://who.int>

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. [Мінімальний початковий пакет послуг (МППП) для репродуктивного здоров'я в кризових ситуаціях. Модуль дистанційного навчання]. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. <http://iawg.net>

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. [Вибрані практичні рекомендації щодо використання контрацепції, третє видання]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. [Безпечний аборт: технічні та політичні рекомендації для систем охорони здоров'я]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Сексуальне насильство та клінічне ведення осіб, які пережили зґвалтування

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. [Клінічна допомога постраждалим від сексуального насильства]. International Rescue Committee, 2014. <http://iawg.net>

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. [Догляд за дітьми, які пережили сексуальне насильство. Керівництво для постачальників медичних та психосоціальних послуг у гуманітарних ситуаціях]. IRC and UNICEF, 2012. <https://www.unicef.org>

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. [Клінічне ведення осіб, які пережили зґвалтування: розробка протоколів для використання з біженцями та внутрішньо переміщеними особами. Переглянуте видання, стор. 44–47]. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. [Клінічне ведення осіб, які пережили зґвалтування: онлайн навчання]. WHO 2009. <http://apps.who.int>

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. [Рекомендації з інтеграції втручань щодо гендерно зумовленого насильства в гуманітарну діяльність, зниження ризиків, підвищення стійкості та допомоги у відновленні]. Inter-Agency Standing Committee, 2015. <https://gbvguidelines.org>

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. [Рекомендації щодо надання судово-медичної допомоги жертвам сексуального насильства]. WHO, 2003. <http://www.who.int>

ВІЛ

Consolidated Guidelines on the Use of ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach – Second edition. [Зведене керівництво щодо застосування препаратів АРТ для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції: рекомендації щодо підходу до громадського здоров'я — Друге видання]. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. [Рекомендації щодо боротьби з ВІЛ у гуманітарних ситуаціях]. UNAIDS and IASC, 2010. <http://www.unaids.org>



Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. [Рекомендації щодо надання антиретровірусної терапії мігрантам і постраждалим від кризи групам населення в країнах Африки на південь від Сахари]. УВКБ ООН, 2014. <http://www.unhcr.org>

Guidelines for management of sexually transmitted infections. [Рекомендації з лікування захворювань, які передаються статевим шляхом]. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. [Рекомендації щодо постконтактної профілактики ВІЛ та використання котримоксазолу для профілактики ВІЛ-обумовлених інфекцій серед дорослих, підлітків і дітей]. WHO, 2014. <http://www.who.int>

HIV prevention in emergencies. [Профілактика ВІЛ у надзвичайних ситуаціях]. UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org>

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. [Питання передачі від матері до дитини у гуманітарних ситуаціях. Міжвідомча робоча група з боротьби з ВІЛ у надзвичайних гуманітарних ситуаціях. Частина II: керівництво із впровадження]. Inter-Agency Task Team, 2015. <http://iawg.net>

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. [Політика ВООЗ щодо спільної діяльності з боротьби з ТБ/ВІЛ: настанова для національних програм та інших зацікавлених сторін]. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Медична допомога при пораненнях і травмах

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. [Рекомендації Американської кардіологічної асоціації щодо серцево-легеневої реанімації та невідкладної серцево-судинної допомоги] American Heart Association, 2015 and 2017. <https://eccguidelines.heart.org>

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. [Посібник з анестезії, Додаток 3: знеболення за рекомендаціями МКЧХ. Зворотна триступенева схема «сходинок» ВООЗ щодо фармакологічного знеболення]. ICRC, 2017. <https://shop.icrc.org>

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. [Огляд захисту дітей у гуманітарній діяльності: небезпеки та травми]. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. [Класифікація та мінімальні стандарти для іноземних медичних бригад під час катастроф, що виникають раптово. Мінімальні технічні стандарти та рекомендації щодо реабілітації]. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

Disasters. [Катастрофи]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

ecBHFA Framework Community Based Health and First Aid. [Охорона здоров'я та перша допомога в громаді]. ICRC, 2017. <http://ifrc-ecbhfa.org>

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. [Мінімальний набір даних для звітності бригад екстреної медичної допомоги]. WHO, 2016. <https://extranet.who.int>

Guidelines for trauma quality improvement programmes. [Рекомендації щодо програм покращення якості лікування травм]. World Health Organization, 2009. <http://apps.who.int>

International First Aid and Resuscitation Guidelines. [Міжнародні рекомендації з надання першої допомоги та реанімації]. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. [Міжвідомча ініціатива, яка включає набір інтегрованих інструментів медичного сортування для планового, екстреного та догоспітального сортування, що забезпечує плавний перехід між звичайними та екстремними умовами]. WHO and ICRC. <http://www.who.int>

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. [Рекомендовані основні компетенції лікарняного персоналу в умовах катастроф]. California Department of Public Health, 2011. <http://cdphready.org>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. [Технічна нарада для досягнення глобального консенсусу щодо медичного сортування]. WHO and ICRC, 2017. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. [Рекомендації Європейської ради з реанімації щодо реанімації]. European resuscitation council, 2015. <https://cprguidelines.eu>

The WHO Trauma Care Checklist. [Контрольний запитальник ВООЗ щодо надання допомоги при травмах]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* [Іноземні польові госпіталі під час нещодавніх раптових катастроф в Ірані, Гаїті, Індонезії та Пакистані]. Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. [Воєнна хірургія, робота з обмеженими ресурсами під час збройних конфліктів та інших ситуацій насильства]. International Committee of the Red Cross, 2010. <https://www.icrc.org>

Психічне здоров'я

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. [Використання чутливого до віри підходу в гуманітарному реагуванні: керівництво щодо психічного здоров'я та психосоціального програмування]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [Загальна структура моніторингу та оцінки психічного здоров'я і психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях]. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>



Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. [Оцінка психічного здоров'я та психосоціальних потреб і ресурсів: інструментарій для гуманітарних ситуацій]. WHO and UNHCR, 2012. <http://www.who.int>

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. [Ефективніше відновлення: стала психіатрична допомога після надзвичайних ситуацій]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [Сприяння самодопомозі та соціальній підтримці в громаді (план заходів 5.2) відповідно до Керівництва з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях]. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. [Групова міжособистісна психотерапія для лікування депресії]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [Форма міжвідомчого перенаправлення та інструкція щодо психічного здоров'я і психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій]. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. [Посібник із гуманітарного втручання за протоколом mhGAP: клінічне лікування психічних, неврологічних станів і станів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у гуманітарних обставинах]. WHO and UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. [Управління проблемами плюс (PM+): індивідуальна психологічна допомога дорослим, які постраждали від стресу, в громадах, що зазнали негараздів]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. [Перша психологічна допомога: посібник для польових працівників]. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. <http://www.who.int>

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. [Навчальний посібник із надання першої психологічної допомоги для практиків, які працюють у сфері охорони здоров'я дітей]. Save the Children, 2013. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. [Цільова група з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в гуманітарних надзвичайних ситуаціях: що повинні знати гуманітарні суб'єкти, залучені до сфери охорони здоров'я]. IASC, 2010. <http://www.who.int>

Неінфекційні захворювання

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. [Управління ризиками для сфери охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій: неінфекційні захворювання, Інформаційний бюлетень, 2011 р.]. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Jobanputra, K. Boule, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises*. [Три кроки до покращення лікування неінфекційних захворювань під час гуманітарних криз]. PLOS Medicine, 2016. <http://journals.plos.org>

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*. [Глобальна та регіональна смертність від 235 причин смерті для 20 вікових груп у 1990 та 2010 роках: системний аналіз для дослідження Глобального тягара хвороб 2010 р.]. The Lancet, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

NCD Global Monitoring Framework. [Глобальна система моніторингу НІЗ]. WHO, 2013. <http://www.who.int>

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. [НІЗ у надзвичайних ситуаціях — Міжвідомча робоча група ООН з питань НІЗ]. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies*. [Допомога при неінфекційних захворюваннях у надзвичайних ситуаціях]. The Lancet, 2016. <http://www.thelancet.com>

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. [Пакет основних заходів ВООЗ щодо боротьби з НІЗ, Інструменти для впровадження Пакету ВООЗ щодо реагування на НІЗ]. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Паліативна допомога

Caring for Volunteers Training Manual. [Турбота щодо волонтерів. Навчальний посібник]. Psychosocial Centre IFRC, 2015. <http://pscentre.org>

Disaster Spiritual Care Handbook. [Посібник із надання духовної допомоги в ситуаціях катастроф]. Disaster Services, American Red Cross, 2012. <https://interagencystandingcommittee.org>

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. [Настанови з вирішення етичних питань під час спалахів інфекційних хвороб]. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. [Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях]. IASC, 2007. <http://www.who.int>

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. [Перелік основних лікарських засобів для паліативної допомоги]. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com>

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources*. [Міркування щодо паліативної допомоги у разі подій із масовими жертвами, коли ресурси обмежені]. Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer*. [Паліативна допомога в гуманітарних кризах: завжди є що запропонувати]. The Lancet, 2017. <http://www.thelancet.com>



Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. [Паліативна допомога, боротьба з раком: переведення знань в дії. Керівництво ВООЗ для розробки ефективних програм]. WHO, 2007. <http://www.who.int>

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings.* [Модель ADAPT: концептуальна основа для програмування заходів у сфері психічного здоров'я та психосоціального в постконфліктних обставинах]. War Trauma Foundation, 2013. <https://www.interventionjournal.com>

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, U. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua.* [Виглядає добре, але завдає шкоди? Сприйняття короткострокових медичних місій у Нікарагуа]. Global public health, NCBI, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. [19-й Модельний перелік основних лікарських засобів ВООЗ, глава 2 2, Лікарські засоби для знеболювання та паліативного лікування]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Отруєння

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. [Первинне клінічне лікування пацієнтів, які зазнали впливу хімічної зброї]. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Додаткова література

Рекомендації щодо додаткової літератури містяться за посиланням www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Додаткова література

Цивільно-військова координація

UN-CMCoord Field Handbook. [Польовий довідник ООН із цивільно-військової координації]. UN OCHA, 2015.

<https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications>

Співробітництво

Global Health Cluster. [Глобальний кластер охорони здоров'я].

<http://www.who.int/health-cluster/en/>

Системи охорони здоров'я

Approach to Health Systems Strengthening. [Підхід до зміцнення систем охорони здоров'я]. UNICEF, 2016.

https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning. [Зміцнення системи охорони здоров'я, від діагностики до планування]. Action Contre Le Faim, 2017. <https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning>

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. [Моніторинг складників систем охорони здоров'я: довідник показників та стратегії їх вимірювання]. WHO, 2010. <http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

Newbrander et al. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states*. [Відбудова та зміцнення систем охорони здоров'я і надання базових медичних послуг у нестабільних державах]. NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook. [Стратегічний підхід до національної системи охорони здоров'я у XXI столітті: довідник]. WHO, 2017. <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

van Olmen, J et al. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas*. [Структури систем охорони здоров'я в їх політичному контексті: окреслення різних порядків денних]. BMC Public Health, 2012. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774>

Безпека

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. [Діагностичні помилки: освіта та навчання, електронні інструменти, людський фактор, помилки в застосуванні лікарських засобів, мультизахворюваність, перехід до іншого виду медичної допомоги]. WHO, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. [Посібник щодо показника безпеки лікарень для оцінювачів, 2-е видання]. WHO, 2015.

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>



Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. [Серія технічних матеріалів щодо безпечнішої первинної медичної допомоги. Залучення пацієнтів. Адміністративні помилки]. WHO, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Лікарські засоби

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. [Управління медикаментами на рівні центру охорони здоров'я. Навчальний посібник]. WHO, 2004. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/>

Вироби медичного призначення, у тому числі допоміжні засоби

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. [Глобальна типова регуляторна система для виробів медичного призначення, включно з виробами медичного призначення для діагностики in vitro]. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products. [Перелік попередньо узгоджених виробів для діагностики in vitro]. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

Контрольовані лікарські засоби

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. [Типові рекомендації щодо міжнародного забезпечення контрольованими лікарськими засобами для екстреної медичної допомоги]. International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Фінансування охорони здоров'я

Doocy et al. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review.* [Застосування готівкової допомоги у гуманітарних надзвичайних ситуаціях. Систематичний огляд]. International Initiative for Impact Evaluation, 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang et al. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda.* [Вплив медичного страхування на використання медичної допомоги матерями: дані з Гани, Індонезії та Руанди]. Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Інформація щодо охорони здоров'я

Checchi et al. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action.* [Інформація про громадське здоров'я населення, яке постраждало від кризи. Огляд методів та їх використання для адвокації та дій]. The Lancet, 2017. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30702-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract)

Creating a master health facility list. [Створення головного переліку закладів охорони здоров'я]. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies.* [Інформація про охорону здоров'я в надзвичайних ситуаціях]. WHO Bulletin, 2005. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>

Оцінка потреб у сфері охорони здоров'я та визначення пріоритетів серед медичних послуг

Checchi, F et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers*. [Громадське здоров'я постраждалого від кризи населення. Практичний посібник для осіб, які приймають рішення]. Network Paper 61. Humanitarian Practice Network, December 2007. <https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/>

Prioritising Health Services in humanitarian crises. [Пріоритезація медичних послуг під час гуманітарних криз]. Health and Education Research Team, 2014. <http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/>

Waldman, R.J. *Prioritising health care in complex emergencies*. [Пріоритезація медичної допомоги в комплексних надзвичайних ситуаціях]. The Lancet, 2001. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04568-2/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login)

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. [Світова статистика охорони здоров'я, 2016 р.: Моніторинг для ЦСР]. WHO, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Профілактика інфекційних захворювань

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. [Вакцинація в надзвичайних гуманітарних ситуаціях. Посібник із впровадження програм вакцинації]. WHO, 2017. http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

Виявлення спалаху захворювання та раннє реагування

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. [Контрольний перелік і показники для моніторингу прогресу в розвитку основних можливостей Міжнародних правил у сфері охорони здоров'я у державах-учасниках]. WHO, 2013. <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual. [Комплексне спостереження за захворюваннями та реагування на них. Навчальний посібник щодо спостереження на рівні громади.]. WHO, 2015. <http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based>

Готовність до спалахів захворювань і заходи з реагування на них

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola. [Ключові постулати для соціальної мобілізації та залучення громади в зонах інтенсивної передачі вірусу Ебола]. WHO, 2014. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/>

Здоров'я дітей та новонароджених

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. [Консультативна рада з питань готовності до надзвичайних ситуацій. Забезпечення охорони здоров'я дітей під час надзвичайних ситуацій]. Pediatrics. 2015. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112>



Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought*. [Зростання дітей під час посухи]. Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001.

https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. [Включення дітей з інвалідністю до гуманітарної діяльності. Брошура про здоров'я]. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries. [Переглянута класифікація ВООЗ та лікування дитячої пневмонії в закладах охорони здоров'я, резюме доказів]. WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

Медична допомога при пораненнях і травмах

Emergency Trauma Care. [Невідкладна травматологічна допомога]. World Health Organization, 2017. <http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/>

EMT initiative. [Ініціатива щодо бригад екстреної медичної допомоги]. WHO, 2017. <https://extranet.who.int/emt/page/home>

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. [Глобальні рекомендації щодо попередження інфікування місць проведення хірургічних втручань]. WHO, 2016. <http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition. [Посібник із впровадження контрольного переліку запитань для забезпечення хірургічної безпеки, перше видання]. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™*. [Визначення нових напрямків для ефективнішого лікування хірургічного болю в Сполучених Штатах: основні висновки першого конгресу Surgical Pain Congress™]. The American Surgeon, NCBI, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860>

Malchow, Rj et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism*. [Еволюція лікування болю у пацієнта з травмою в критичному стані: нові концепції глобальної війни з тероризмом]. Critical Care Medicine, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262>

Providing Care for an Influx of Wounded. [Надання допомоги потоку поранених]. MSF, 2008. <http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf>

Психічне здоров'я

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. [Набір інструментів для інтеграції психічного здоров'я в загальну систему охорони здоров'я в гуманітарних обставинах]. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

Неінфекційні захворювання

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013. [План дій для глобальної стратегії профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2008-2013 рр.]. WHO, 2009. <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

Demaio, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. *Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action.* [Неінфекційні захворювання в надзвичайних ситуаціях: заклик до дії]. PLOS Currents Disasters, 2013. <http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/>

Global Status Report on Non-communicable diseases. [Глобальний звіт щодо неінфекційних захворювань]. WHO, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. [Лікування серцево-судинних захворювань, діабету, астми та хронічних обструктивних захворювань легень у надзвичайних та гуманітарних ситуаціях]. WHO, 2008.

Паліативна допомога

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. [Чутливий до віри підхід у гуманітарному реагуванні: керівництво щодо психічного здоров'я та психосоціального програмування]. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith>

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. [Кризові стандарти медичної допомоги: системна основа для реагування на катастрофитанадзвичайніситуації]. Institute of Medicine. 2012. <https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster>

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. [Етика під час епідемій, надзвичайних ситуацій та катастроф: дослідження, спостереження та догляд за пацієнтами. Навчальний посібник]. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit. [Набір інструментів духовного лідера]. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. <http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/>

Knaul, F. Farmer, P.E. et al. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control.* [Звіт комісії видання «Ланцет» щодо глобального доступу до паліативної допомоги та контролю болю]. The Lancet, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>

Отруєння

Chemical Hazards Compendium. [Компендіум хімічних небезпек]. UK Government, 2013. <https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium>



Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. [Готовність до надзвичайних ситуацій і реагування на них. Інформаційні бюлетені щодо конкретних хімічних речовин]. Center for Disease control and prevention, 2013. <https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp>

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. [Рекомендації щодо виявлення та контролю впливу свинцю на вагітних і жінок, які годують груддю]. CDC, 2010. <https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf>

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual. [Управління громадським здоров'ям у разі хімічних інцидентів., Керівництво ВООЗ]. WHO, 2009. http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html



Додатки

Зміст

Додаток 1: Юридичні засади Сфери.....	410
Додаток 2: Кодекс поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при реагуванні під час надзвичайних ситуацій	425
Додаток 3: Скорочення та акроніми.....	433

Додаток 1

Юридичні засади Сфери

Гуманітарна Хартія викладає спільні переконання і загальні принципи щодо гуманітарної діяльності та зобов'язань в умовах надзвичайних ситуацій або конфлікту, а також зазначає, що їх відображено в міжнародному праві. Наведений нижче анотований перелік ключових документів містить найбільш відповідні міжнародно-правові документи, що стосуються міжнародного права прав людини, міжнародного гуманітарного права (МГП), права щодо біженців і щодо гуманітарної діяльності. Він не має на меті представити регіональне законодавство та тенденції на регіональному рівні. Подальші ресурси та вебпосилання на низку інших рекомендацій, принципів, стандартів і структур, які підтримують здійснення реагування, доступні на вебсайті Сфери www.spherestandards.org. Примітки наведено лише для документів, які потребують пояснень, є новими доповненнями або мають окремі розділи, що стосуються надзвичайної ситуації чи конфлікту.

Посібник Сфери відображає конкретні права, які є частиною міжнародної правової бази. Сюди належать право на особисту безпеку та гідність; свобода від дискримінації; а також права на доступ до води та санітарне забезпечення, житло, продовольчу безпеку і харчування, охорону здоров'я. Хоча деякі з цих прав викладено в окремих міжнародних пактах, усі вони містяться в одному із Пактів із прав людини – чи-то щодо громадянських і політичних прав або ж економічних, соціальних і культурних прав.

Цей додаток містить документи, тематично організовані за п'ятьма категоріями:

1. **Права людини, питання захисту та вразливості**
2. **Збройні конфлікти та гуманітарна допомога**
3. **Біженці та внутрішньо переміщені особи**
4. **Надзвичайні ситуації та гуманітарна допомога**
5. **Основи гуманітарної політики, настанови та принципи щодо прав людини, захисту і вразливості під час забезпечення готовності та реагування на надзвичайні ситуації** www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Для з'ясування статусу кожного документа в межах цих категорій їх класифіковано як: а) договори та звичаєве право або б) прийняті ООН та інші офіційно прийняті міжурядові настанови та принципи.

1. Міжнародні документи з прав людини, питань захисту та вразливості

Наведені нижче документи стосуються передусім прав людини, визнаних універсальними договорами та деклараціями. Сюди також включено низку ключових документів, що стосуються віку (діти та особи похилого віку), статі та інвалідності, оскільки це одні з найпоширеніших причин уразливості в умовах надзвичайної ситуації чи конфлікту.

1.1 Договори та звичаєве право у сфері прав людини, питань захисту та вразливості

Дія договірної права у сфері прав людини поширюється на держави, які є сторонами відповідного договору, а дія звичаєвого права (наприклад, заборона тортур) поширюється на всі держави. Право прав людини застосовується завжди, за двома можливими винятками:

- Деякі громадянські та політичні права може бути призупинено під час оголошення надзвичайної ситуації відповідно до статті 4 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права («відступ від зобов'язань»).
- Під час визнаних збройних конфліктів і у випадку існування будь-якої невідповідності праву прав людини, пріоритетним є застосування МГП.

1.1.1 Універсальні права людини

Загальна декларація прав людини 1948 року (ЗДПЛ), прийнята резолюцією 217 A(III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року. www.un.org

Коментар: Проголошена Генеральною Асамблеєю ООН у 1948 році, ЗДПЛ вперше встановила основні права людини, які підлягають захисту в усьому світі. Ця Декларація не є договором, але загальновизнано, що вона стала частиною звичаєвого міжнародного права. Перше речення преамбули ЗДПЛ запроваджує концепцію «гідності, яка властива всім членам людської сім'ї» як фундаментальної основи прав людини, а стаття 1 проголошує: «Всі люди народжуються вільними та рівними у своїй гідності та правах».

Міжнародний пакт про громадянські та політичні права 1966 року (МПГПП), прийнятий резолюцією 2200A (XXI) Генеральної Асамблеї ООН від 16 грудня 1966 року, набрав чинності 23 березня 1976 року, Серія договорів ООН, том 999, стор. 171, і том 1057, стор. 407. www.ohchr.org

Другий Факультативний протокол до МПГПП 1989 р. (щодо скасування смертної кари), прийнятий резолюцією 44/128 Генеральної Асамблеї ООН від 15 грудня 1989 року, набрав чинності 11 липня 1991 року, Серія договорів ООН, том 1642, стор. 414. www.ohchr.org

Коментар: Держави-учасниці МПГПП зобов'язані поважати та забезпечувати права всіх осіб на своїй території або під своєю юрисдикцією, визнаючи при цьому право «народів» на самовизначення та рівні права чоловіків і жінок. Відступ від деяких прав (позначених зірочкою*) заборонено

у будь-якому разі, навіть в умовах вкрай складної надзвичайної ситуації га національному рівні.

Права за МПГПП: право на життя;* заборона катувань чи іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження чи покарання;* заборона рабства;* заборона свавільного арешту чи тримання під вартою; право на гуманне поводження і повагу до гідності у разі тримання під вартою; заборона позбавлення волі на тій лише підставі, що особа не в змозі виконати якесь договірне зобов'язання;* право на вільне пересування і свобода вибору місця проживання; вислання іноземців тільки на виконання рішення, винесеного відповідно до закону; рівність перед законом, право на справедливий судовий розгляд і право на презумпцію невинуватості в кримінальному провадженні; заборона ретроактивного застосування кримінального законодавства;* право на рівність перед законом;* право на приватне життя; свободу думки, совісті та релігії;* право на вільне вираження своїх поглядів, право на мирні зібрання; право на свободу асоціації з іншими; право на шлюб і право заснувати сім'ю; захист дітей; право голосувати та брати участь у веденні державних справ; право меншин користуватися своєю культурою, сповідувати свою релігію і користуватися рідною мовою.*

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 року (МПЕСКП), прийнятий резолюцією 2200А (XXI) Генеральної Асамблеї ООН від 16 грудня 1966 року, набув чинності 3 січня 1976 року, Серія договорів ООН, том 993, стор. 3. www.ohchr.org

Коментар: Держави-учасниці погоджуються виділити максимум своїх наявних ресурсів на «поступове здійснення» закріплених у Пакті прав, якими мають однаково користуватися чоловіки та жінки.

Права за МПЕСКП: право на працю; право на справедливу винагороду за працю; право вступати в професійні спілки; право на соціальне забезпечення і страхування; право на сімейне життя, включно з підтримкою матерів після пологів і захистом дітей від експлуатації; право на достатній життєвий рівень, що включає достатнє харчування, одяг і житло; право на фізичне і психічне здоров'я; право на освіту; право на участь у культурному житті та користування результатами наукового та культурного прогресу.

Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1969 року (МКЛРД), прийнята резолюцією 2106 (XX) Генеральної Асамблеї ООН від 21 грудня 1965 року, набула чинності 4 січня 1969 року, Серія договорів ООН, том 660, стор. 195. www.ohchr.org

Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок 1979 року (CEDAW), прийнята резолюцією 34/180 Генеральної Асамблеї ООН від 18 грудня 1979 року, набула чинності 3 вересня 1981 року, Серія договорів ООН, том 1249, стор. 13. www.ohchr.org

Конвенція про права дитини 1989 року (КПД), прийнята резолюцією 44/25 Генеральної Асамблеї ООН від 20 листопада 1989 року, набула чинності 2 вересня 1990 року, Серія договорів ООН, том 1577, стор. 3. www.ohchr.org

Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо участі дітей у збройних конфліктах 2000 року, прийнятий резолюцією Генеральної Асамблеї ООН A/RES/54/263 від 25 травня 2000 року, набрав чинності 12 лютого 2002 року, Серія договорів ООН, том 2173, стор. 222. www.ohchr.org

Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції та дитячої порнографії 2000 року, прийнятий резолюцією Генеральної Асамблеї ООН A/RES/54/263 від 25 травня 2000 року, набув чинності 18 січня 2002 року, Серія договорів ООН, том 2171, стор. 227. www.ohchr.org

Коментар: практично всі держави світу долучилися до Конвенції про права дитини. Вона передбачає основні права людини для дітей і визначає, коли вони потребують особливого захисту (наприклад, коли розлучаються зі своїми сім'ями). Протоколи до конвенції вимагають від держав-учасниць життя позитивних дій із конкретних питань, що стосуються захисту дітей.

Конвенція про права осіб з інвалідністю 2006 року (КПІ), прийнята резолюцією Генеральної Асамблеї ООН A/RES/61/106 від 13 грудня 2006 року, набула чинності 3 травня 2008 року, Збірник договорів ООН, глава IV, 15. www.ohchr.org

Коментар: КПІ підтримує права осіб з інвалідністю, які гарантуються усіма іншими угодами про права людини, а також конкретно стосується підвищення обізнаності щодо прав осіб з інвалідністю, недискримінації та доступності послуг і закладів. Також у ній окремо згадуються «ситуації ризику та надзвичайні гуманітарні ситуації» (стаття 11).

1.1.2 Геноцид, катування та інші злочини

Конвенція про запобігання злочину геноциду та покарання за нього 1948 року, прийнята резолюцією 260 (III) Генеральної Асамблеї ООН від 9 грудня 1948 року, набула чинності 12 січня 1951 року, Серія договорів ООН, том 78, стор. 277. www.ohchr.org

Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання 1984 року, прийнята резолюцією 39/46 Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1984 року, набула чинності 26 червня 1987 року, Серія договорів ООН, том 1465, стор. 85. www.ohchr.org

Коментар: учасницями цієї конвенції є дуже багато держав. Також заборона катувань наразі є загальновизнаною частиною міжнародного звичаєвого права. Жодна надзвичайна ситуація чи війна не можуть використовуватися для виправдання катувань. Держави не повинні повертати (видворяти) нікого на певні території, якщо особа має достатні підстави вважати, що йому/їй там загрожує катування.

Римський статут Міжнародного кримінального суду 1998 року, прийнятий Дипломатичною конференцією в Римі 17 липня 1998 року, набрав чинності 1 липня 2002 року, Серія договорів ООН, том 2187, стор. 3. www.icrc.org

Коментар: стаття 9 Статуту (Елементи злочинів), прийнятого Міжнародним кримінальним судом (МКС) у 2002 році, детально описує воєнні злочини, злочини проти людяності та геноцид, таким чином кодифікуючи значну частину звичаєвого міжнародного кримінального права. МКС може здійснювати розслідування та переслідування у справах, переданих йому

Радю Безпеки ООН (навіть якщо держава, громадянином якої є обвинувачена особа не є учасницею договору), а також щодо злочинів, які, як стверджується, вчинили громадяни держав-учасниць Статуту, або які було вчинено на їхній території.

1.2 Принципи та настанови ООН та інші офіційно прийняті міжурядові документи, що стосуються прав людини, питань захисту та вразливості

Мадридський міжнародний план дій з питань старіння 2002 року, друга Всесвітня асамблея ООН з проблем старіння, Мадрид, 2002 р., схвалений резолюцією 37/51 Генеральної Асамблеї ООН від 3 грудня 1982 року. www.ohchr.org

Принципи Організації Об'єднаних Націй щодо осіб похилого віку 1991 року, резолюція Генеральної Асамблеї ООН 46/91 від 16 грудня 1991 року. www.ohchr.org

2. Міжнародні документи щодо збройних конфліктів, міжнародного гуманітарного права та гуманітарної допомоги

2.1 Договори та звичаєве право щодо збройних конфліктів, міжнародного гуманітарного права та гуманітарної допомоги

Міжнародне гуманітарне право (МГП) визначає межі, коли конфлікт із застосуванням насильства стає «збройним конфліктом», що дозволяє застосовувати цей особливий правовий режим. Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ) є офіційним депозитарієм договорів МГП і має на своєму вебсайті обширну інформацію та ресурси, включно з офіційними коментарями до Женевських конвенцій та Протоколів до них, а також правилами Дослідження звичаєвого міжнародного гуманітарного права. www.icrc.org

2.1.1 Основні договори МГП

Чотири Женевські конвенції 1949 року

Додатковий протокол до Женевських конвенцій, що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів 1977 року (Протокол I)

Додатковий протокол до Женевських конвенцій, що стосується захисту жертв збройних конфліктів неміжнародного характеру 1977 року (Протокол II).
www.icrc.org

Коментар: Чотири Женевські конвенції, учасниками яких є всі держави та які є загальноприйнятими як складова звичаєвого права, стосуються захисту та поводження з пораненими та хворими під час війни на суші (I) і на морі (II), поводження з військовополоненими (III) та захисту цивільного населення під час збройного конфлікту (IV). Вони застосовуються передусім до міжнародних збройних конфліктів, за винятком статті 3, спільної для конвенцій, що стосується конфліктів неміжнародного характеру, і деяких інших елементів, наразі прийнятих як звичаєве право в конфліктах неміжнародного характеру. Два протоколи 1977 року оновили Конвенції, особливо визначення комбатантів і кодифікацію конфліктів неміжнародного характеру. Низка держав не долучилися до протоколів.

2.1.2 Договори про заборонені види зброї, наземні міни та щодо культурних цінностей

Окрім «Женевського права», описаного вище, існує також сукупність норм, які часто називають «Гаазьким правом» щодо збройних конфліктів. Воно включає Конвенцію про захист культурних цінностей і низку конвенцій про типи зброї, використання яких обмежене або заборонене, у тому числі гази та іншу хімічну і біологічну зброю, звичайну зброю, яка є невибірковою або завдає непотрібних страждань, а також протипіхотні наземні міни та касетні боєприпаси. www.icrc.org

2.1.3 Звичаєве МГП

Звичаєве МГП стосується права збройних конфліктів, яке держави, через свої заяви, політики та практики, беруть на себе зобов'язання дотримуватися як таке, що представляє звичаєві норми, які застосовуються до всіх держав, незалежно від їх приєднання до певних договорів у межах МГП. Узгодженого переліку норм звичаєвого права не існує, але найбільш авторитетним тлумаченням є наведена нижче праця.

Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study [Дослідження звичаєвого міжнародного гуманітарного права], ICRC, Henckaerts, J-M. and Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge and New York, 2005. www.icrc.org

Коментар: це дослідження охоплює майже всю сферу дії права збройних конфліктів. У ньому перелічено 161 конкретну норму та вказано застосовність кожної з них під час міжнародних і/або неміжнародних збройних конфліктів. Незважаючи на те, що деякі правники критикують методологію цього дослідження, воно є результатом широких консультацій і ретельного дослідницького процесу, що здійснювався протягом десяти років, і воно широко визнано як авторитетний ресурс, що містить зібрання та тлумачення звичаєвих норм.

2.2 Принципи та настанови ООН та інші офіційно прийняті міжурядові документи, що стосуються збройних конфліктів, МГП та гуманітарної допомоги

Стислий довідник (Aide Memoire) Ради Безпеки ООН щодо захисту, 2002 рік, оновлений 2003 року (S/PRST/2003/27). undocs.org

Коментар: цей документ не є обов'язковим для держав, але є керівним документом для Ради Безпеки ООН щодо миротворчої діяльності та надзвичайних ситуацій, пов'язаних із конфліктом, і який є результатом консультацій із низкою установ ООН і Міжвідомчим постійним комітетом (МПК).

Резолюції Ради Безпеки ООН, що стосуються сексуального насильства над жінками в умовах збройного конфлікту, особливо перша така Резолюція № 1325 (2000) «Жінки, мир, безпека», яка стала віхою у боротьбі з насильством над жінками у ситуаціях збройних конфліктів, а згодом Резолюції 1820 (2008), 1888 (2009), 1889 (2009) та 1325 (2012). Усі резолюції Ради Безпеки ООН за роками та номерами доступні за посиланням: www.un.org

3. Міжнародні документи щодо біженців та внутрішньо переміщених осіб (ВПО)

3.1 Договори щодо біженців та ВПО

Окрім одного міжнародного договору, цей розділ містить посилання на два договори Африканського Союзу (колишня Організація африканської єдності, або ОАЄ), оскільки обидва вони створюють історичні прецеденти.

Конвенція про статус біженців 1951 року (зі змінами), прийнята Конференцією повноважних представників з питання про статус біженців і апатридів ООН, Женева, 2–25 липня 1951 року, набула чинності 22 квітня 1954 року, Серія договорів Організації Об'єднаних Націй, том 189, стор. 137. www.unhcr.org

Протокол щодо статусу біженців 1967 року, зазначений Генеральною Асамблеєю ООН у Резолюції 2198 (XXI) 2 від 16 грудня 1966 року, Серія договорів Організації Об'єднаних Націй, том 606, стор. 267. www.unhcr.org

Коментар: як перший міжнародний договір про біженців, Конвенція визначає біженця як особу, яка «через обґрунтовані побоювання стати жертвою переслідувань за ознакою расової належності, релігії, громадянства, належності до певної соціальної групи чи політичних поглядів знаходиться за межами країни своєї національної належності та не в змозі користуватися захистом цієї країни або не бажає користуватися таким захистом внаслідок таких побоювань; або [...] не може чи не бажає повернутися до неї внаслідок таких побоювань...»

Конвенція щодо конкретних аспектів проблем біженців в Африці 1969 року, Організація Африканської Єдності, прийнята Асамблеєю глав держав і урядів на її шостій черговій сесії в Аддіс-Абебі 10 вересня 1969 року. www.unhcr.org

Коментар: цей документ приймає та розширює визначення Конвенції 1951 року, охоплюючи також осіб, які були змушені покинути свою країну не лише внаслідок переслідувань, але й через зовнішню агресію, окупацію, іноземне панування або події, які суттєво порушують громадський порядок. Він також визнає недержавні групи як можливих винуватців переслідувань і не вимагає, щоб біженці демонстрували прямий зв'язок між собою та майбутньою небезпекою.

Конвенція Африканського Союзу про захист та сприяння внутрішньо переміщеним особам в Африці (Конвенція Кампалі), 2009 рік, прийнята на спеціальному саміті Африканського Союзу, що відбувся в Кампалі, набула чинності 6 грудня 2012 року. au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

Коментар: це перша багатостороння конвенція щодо ВПО.

3.2 Принципи та настанови ООН та інші офіційно прийняті міжурядові документи, що стосуються біженців та ВПО

Керівні принципи з питань внутрішнього переміщення 1998 року, визнані у вересні 2005 року главами держав і урядів, які зібралися на Всесвітньому саміті в Нью-Йорку, у резолюції 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) Генеральної Асамблеї ООН як «важлива міжнародна основа для захисту внутрішньо переміщених осіб». www.ohchr.org

Коментар: ці принципи ґрунтуються на міжнародному гуманітарному праві та законодавстві щодо прав людини, а також на законодавстві щодо біженців, і призначені служити міжнародним стандартом, яким мають керуватися уряди, міжнародні організації та всі інші відповідні суб'єкти при наданні допомоги та для захисту ВПО.

4. Міжнародні документи про надзвичайні ситуації та гуманітарну допомогу

4.1 Договори про надзвичайні ситуації та гуманітарну допомогу

Конвенція про охорону персоналу Організації Об'єднаних Націй та зв'язаного з нею персоналу 1994 року, прийнята резолюцією 49/59 Генеральної Асамблеї ООН від 9 грудня 1994 року, набула чинності 15 січня 1999 року, Серія договорів ООН, том 2051, стор. 363.

Факультативний протокол до Конвенції про охорону персоналу Організації Об'єднаних Націй та зв'язаного з нею персоналу 2005 року, прийнятий резолюцією A/60/42 Генеральної Асамблеї ООН від 8 грудня 2005 року, набрав чинності 19 серпня 2010 року, Серія договорів ООН, том 2689, стор. 59. www.un.org

Коментар: у Конвенції захист обмежується миротворчою діяльністю ООН, якщо тільки ООН не оголосила про «особливий ризик», і ця вимога є непрактичною. Протокол виправляє цю суттєву прогалину в Конвенції та розширює правовий захист на всі операції ООН, від екстреної гуманітарної допомоги до розбудови миру та надання гуманітарної, політичної допомоги та сприяння розвитку.

Конвенція Тампере про надання телекомунікаційних ресурсів для пом'якшення наслідків лих і здійснення операцій із надання допомоги 1998 року, затверджена Міжурядовою конференцією з надзвичайних ситуацій та електрозв'язку 1998 року, набула чинності 8 січня 2005 року, Серія договорів ООН, том 2296, стор. 5. www.itu.int

Рамкова конвенція ООН про зміну клімату 1992 року (РКЗК ООН), прийнята Конференцією ООН з навколишнього середовища та розвитку в Ріо-де-Жанейро, 4–14 червня 1992 року, підтримана Генеральною Асамблеєю ООН у резолюції 47/195 від 22 грудня 1992 року, набрала чинності 21 березня 1994 року, Серія договорів Організації Об'єднаних Націй, том 1771, стор. 107. unfccc.int

- **Київський протокол до РКЗК ООН 1997 року**, прийнятий на третій сесії Конференції Сторін (COP-3) Рамкової конвенції, Кіото, Японія, 1997 р., набрав чинності 16 лютого 2005 р., Серія договорів ООН, том 2303, стор. 148. unfccc.int
- **Паризька угода 2015 року**, ухвалена на 21-й сесії Конференції Сторін Рамкової конвенції (COP-21), Париж, Франція, грудень 2015 р., набрала чинності в листопаді 2016 року. unfccc.int

Коментар: РКЗК ООН, Київський протокол і Паризька угода є частиною однієї договірної структури. Вони спрямовані на вирішення нагальної потреби в реалізації стратегій адаптації до зміни клімату та зниження ризиків, а також нарощування місцевого потенціалу та стійкості, особливо в країнах, схильних до стихійних лих. Вони наголошують на стратегіях зменшення кількості ризиків та управлінні ними під час надзвичайних ситуацій, особливо щодо зміни клімату.

4.2 Принципи та настанови ООН та інші офіційно прийняті міжурядові документи, що стосуються надзвичайних ситуацій та гуманітарної допомоги

Посилення координації екстреної гуманітарної допомоги Організації Об'єднаних Націй, із Додатком, Керівні принципи, Резолюція 46/182 Генеральної Асамблеї від 19 грудня 1991 року. www.unocha.org

Коментар: результатом ухвалення цього документу було створення Департаменту ООН з гуманітарних питань, який у 1998 році став Управлінням ООН з координації гуманітарних справ (ОСНА).

Сендайська рамкова програма зі зниження ризиків стихійних лих на 2015–2030 рр. (Сендайська рамкова програма). www.unisdr.org

Коментар: Сендайська рамкова програма є наступницею Хіогської рамкової програми дій на 2005–2015 роки «Зміцнення стійкості держав і громад до надзвичайних ситуацій». Її було прийнято декларацією на третій Всесвітній конференції ООН зі зменшення ризиків надзвичайних ситуацій у 2015 році та схвалено Генеральною Асамблеєю ООН (у Резолюції 69/283). Управління ООН зі зменшення ризиків надзвичайних ситуацій (UNISDR) підтримує впровадження цієї програми. Це добровільна необов'язкова угода, розрахована на 15 років і спрямована на суттєве зниження ризиків надзвичайних ситуацій та втрати життя, засобів до існування та здоров'я.

Керівні принципи внутрішньодержавного сприяння та регулювання міжнародної допомоги при надзвичайних ситуаціях і допомоги у первинному відновленні (IDRL Guidelines) 2007 року, прийняті 30-ю Міжнародною конференцією Червоного Хреста та Червоного Півмісяця (до якої входять держави-учасниці Женевських конвенцій). www.ifrc.org

5. Основи гуманітарної політики, керівництва та принципи щодо прав людини, питань захисту і вразливості під час забезпечення готовності та реагування на надзвичайні ситуації

Наразі існує ціла низка загальних і спеціальних операційних керівництв щодо гуманітарного реагування в надзвичайних ситуаціях. Оскільки ці інструменти більше не розрізняють збройний конфлікт, ситуації з біженцями та реагування на надзвичайні ситуації, тут представлено вибірку за такими тематичними заголовками: загальні стандарти; гендерна рівність та захист від гендерно зумовленого насильства; діти в умовах надзвичайних ситуацій; а також біженці та внутрішньо переміщені особи (ВПО).

1. Супутні стандарти Сфери

Мінімальні стандарти захисту дітей у гуманітарній діяльності (CPMS). Альянс за захист дітей у гуманітарній діяльності (Альянс), 2012 р.
<https://resourcecentre.savethechildren.net>

Мінімальний стандарт аналізу ринку (MISMA). Партнерство з вивчення застосування готівкових коштів (CaLP), 2017 р. www.cashlearning.org

Мінімальні стандарти освіти: готовність, реагування, відновлення. Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях (INEE), 2010 р.
<http://s3.amazonaws.com>

Керівні принципи та стандарти здійснення операцій з порятунку домашньої худоби в надзвичайних ситуаціях (LEGS). Проєкт LEGS, 2014 р.
<https://www.livestock-emergency.net>

Мінімальні стандарти відновлення економіки (MERS). Мережа освіти та сприяння малим підприємствам (SEEP), 2017 р. <https://seepnetwork.org>

Стандарти включення людей похилого віку та людей з інвалідністю до програм гуманітарного реагування. Консорціум з питань віку та інвалідності, HelpAge International, Handicap International, 2018 р. <https://reliefweb.int>

2. Інші кодекси, інструкції та посібники за темами

2.1 Загальні стандарти захисту та якості гуманітарного реагування

Кодекс поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при реагування на надзвичайні ситуації ⊕ див. Додаток 2.

Основоположні принципи Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця 1965 року, прийняті 20-ю Міжнародною конференцією Червоного Хреста. www.ifrc.org

Оперативне керівництво МПК щодо захисту осіб у надзвичайних ситуаціях природного походження. (IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters) Міжвідомчий постійний комітет і проєкт Брукінгс-Берна з внутрішнього переміщення. 2011. <https://www.brookings.edu>

Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях (IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007), 2007 р. Міжвідомчий постійний комітет ООН. www.who.int

Керівництво МПК щодо залучення осіб з інвалідністю до гуманітарної діяльності (IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action). <https://interagencystandingcommittee.org>

Політика МПК щодо захисту в гуманітарній діяльності (IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016), 2016 р. Міжвідомчий постійний комітет ООН. <https://interagencystandingcommittee.org>

Принципи та належна практика гуманітарного донорства (Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship 2003) 2003 року, схвалені Стокгольмською конференцією країн-донорів, агентствами ООН, НУО і Міжнародним рухом Червоного Хреста та Червоного Півмісяця, підписані Європейською комісією та 16 державами. www.ghdinitiative.org

Професійні стандарти роботи із захисту (Professional Standards for Protection Work). 2018 р. Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ). <https://shop.icrc.org>

Міжнародне право та стандарти, застосовні в ситуаціях стихійних лих (International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations), 2009 р., International Development Law Organization, IDLO). <https://www.sheltercluster.org>

2.2 Гендерна рівність і захист від гендерно зумовленого насильства (ГЗН)

GBV Constant Companion [Пам'ятка щодо гендерно зумовленого насильства]. Глобальний кластер з питань житла, Робоча група з розробки програм протидії ГЗН при наданні тимчасового житла. 2016 р. <https://sheltercluster.org>

Посібник із гендерних питань під час гуманітарної діяльності (Gender Handbook in Humanitarian Action 2006), 2006 р., «Жінки, дівчатка, хлопчики та чоловіки, різні потреби — рівні можливості, Посібник із гендерних питань під час гуманітарної діяльності» (Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action). Міжвідомчий постійний комітет. <http://www.unhcr.org>

Планування готовності щодо гендерних питань в умовах таборів: планування поселень, офіційні табори та рекомендації щодо неофіційних поселень (Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance). Глобальний кластер з питань житла, Робоча група з розробки програм протидії ГЗН при наданні житла. 2016 р. <https://www.sheltercluster.org>

Рекомендації МПК з інтеграції заходів боротьби із гендерно зумовленим насильством в гуманітарну діяльність (IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action), 2015. Нью-Йорк; Міжвідомчий постійний комітет ООН і Глобальний кластер захисту. www.gbvguidelines.org

Інтеграція управління ризиками надзвичайних ситуацій з урахуванням гендерних аспектів до програм розвитку, які здійснюються громадою (Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs). Наставови щодо гендерних питань та управління ризиками надзвичайних ситуацій. № 6. Світовий банк. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org>

Врахування гендерних аспектів у зниженні ризику надзвичайних ситуацій: політика та практичні рекомендації (Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines). Женева; UNISDR, UNDP та IUCN. 2009 р. <https://www.unisdr.org>

Вказівки за принципом мінімальної обізнаності: робота з чоловіками та хлопчиками, які постраждали від сексуального та гендерно зумовленого насильства під час вимушеного переміщення (Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement). УВКБ ООН. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Вказівки за принципом мінімальної обізнаності: Робота з лесбійками, геями, бісексуалами, трансгендерами та інтерсексуалами у вимушеному переміщенні (Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons in Forced Displacement). УВКБ ООН. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Передбачуваність і можливість попередити: найкращі практики боротьби з міжособистісним насильством і насильством, спрямованим на себе, під час і після надзвичайних ситуацій (Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters). Женева; МФЧХ, Канадський Червоний Хрест. 2012. www.ifrc.org

2.3 Діти в умовах надзвичайних ситуацій

Польовий довідник щодо дітей без супроводу та дітей, розлучених із сім'єю (Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children). 2017. Міжвідомча робоча група з питань дітей без супроводу та дітей, розлучених із сім'єю; Альянс за захист дітей у гуманітарній діяльності. <https://reliefweb.int>

Мінімальні стандарти МПК щодо захисту дітей у гуманітарній діяльності (IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action). 2012. Нью-Йорк; Міжвідомчий постійний комітет ООН і Глобальний кластер захисту (Робоча група із захисту дітей). cpwg.net

Міжвідомчі керівні принципи щодо дітей без супроводу та дітей, розлучених із сім'єю (Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children), 2004 р. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. <https://www.icrc.org>

2.4 Біженці та внутрішньо переміщені особи (ВПО)

УВКБ ООН (Агентство ООН у справах біженців) має спеціальний юридичний мандат щодо захисту біженців відповідно до Конвенції та Протоколу про біженців. На вебсайті УВКБ ООН ви можете знайти численні ресурси з цієї теми. www.unhcr.org

Посібник МПК із захисту внутрішньо переміщених осіб (IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons) (березень 2010 р.). Міжвідомчий постійний комітет ООН. 2010. www.unhcr.org

Додаток 2

Кодекс поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при реагуванні на надзвичайні ситуації

Підготовлено спільно Міжнародною федерацією товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та Міжнародним комітетом Червоного Хреста¹

Мета

Цей Кодекс поведінки спрямований на захист наших стандартів поведінки. Він не містить операційних подробиць, як-от інформації про те, як розрахувати харчові пайки чи створити табір для біженців. Він радше має на меті підтримувати високі стандарти незалежності, ефективності та впливу, до яких прагнуть НУО, що працюють у сфері реагування на надзвичайні ситуації та Міжнародний рух Червоного Хреста та Червоного Півмісяця. Це добровільний кодекс, виконання якого забезпечується відповідно до бажання організації, яка його приймає, підтримувати стандарти, викладені в Кодексі.

У разі збройного конфлікту цей Кодекс поведінки буде тлумачитися та застосовуватися відповідно до міжнародного гуманітарного права.

Кодекс поведінки представлено першим. До нього додаються три додатки, де описано робоче середовище, створення якого ми очікуємо від урядів країн, що приймають, урядів-донорів та міжурядових організацій з метою сприяння ефективному наданню гуманітарної допомоги.

Визначення

НУО: НУО (неурядові організації) – тут означають організації, як національні, так і міжнародні, створені окремо від уряду країни, в якій їх засновано.

НУГО: для цілей цього тексту було введено термін «неурядові гуманітарні організації» (НУГО), щоб охопити складові Міжнародного руху Червоного Хреста та Червоного Півмісяця — Міжнародний комітет Червоного Хреста, Міжнародну федерацію товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та національні товариства, що є її членами — і НУО, як визначено вище. Цей кодекс стосується саме тих НУГО, які беруть участь у реагуванні на надзвичайні ситуації та катастрофи.

МУО: МУО (міжурядові організації) означають організації, створених двома чи більше урядами. Цей термін охоплює всі агентства ООН і регіональні організації.

1 За спонсорської підтримки організацій: *Caritas Internationalis*,* *Catholic Relief Services*,* *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*,* *International Save the Children Alliance*,* *Lutheran World Federation*,* *Oxfam*,* *World Council of Churches*,* *International Committee of the Red Cross* (* члени Керівного комітету з гуманітарного реагування).

Надзвичайні ситуації/катастрофи: Надзвичайна ситуація/катастрофа — це катастрофічна подія, що призводить до загибелі людей, великих людських страждань і горя, а також до значних матеріальних збитків.

Кодекс поведінки

Принципи поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та НУО при реагуванні на надзвичайні ситуації

1. Гуманітарний імператив завжди на першому місці

Право отримувати гуманітарну допомогу та пропонувати її — основоположний гуманітарний принцип, яким повинні користуватися всі громадяни всіх країн. Як члени міжнародного співтовариства ми визнаємо свій обов'язок надавати гуманітарну допомогу скрізь, де вона потрібна. Для виконання цього зобов'язання фундаментальне значення має необхідність безперешкодного доступу до постраждалого населення. Наша основна мотивація при здійсненні реагування на надзвичайну ситуацію чи катастрофу полягає в полегшенні страждань тих людей, що найменше здатні протистояти стресу, спричиненому такою ситуацією. Надання нами гуманітарної допомоги не є ідеологічним чи політичним актом, і його не слід розглядати таким чином.

2. Допомога надається незалежно від раси, національності чи віросповідання того, хто її одержує, і без жодних несприятливих чи дискримінаційних відмінностей. Черговість надання допомоги визначається лише гостротою потреб в ній

Усюди, де це можливо, ми будемо надавати допомогу на основі ретельної оцінки потреб постраждалих від надзвичайної ситуації чи катастрофи осіб та вже наявних місцевих можливостей для задоволення цих потреб. У всіх наших програмах ми враховуватимемо міркування пропорційності. Людські страждання необхідно полегшувати щоразу, коли їх виявляють; життя так само цінне в одній частині країни, як і в іншій. Таким чином, надання нами допомоги відображатиме ступінь страждань, які вона намагається полегшити. Впроваджуючи цей підхід, ми визнаємо вирішальну роль, яку відіграють жінки в громадах, схильних до виникнення надзвичайних ситуацій чи катастроф, і забезпечимо підтримку цієї ролі, а не її применшення через наші програми допомоги. Реалізація такої універсальної, неупередженої та незалежної політики може бути ефективною лише в тому разі, якщо ми та наші партнери матимемо доступ до необхідних ресурсів для надання такої справедливої допомоги, а також матимемо рівний доступ до всіх жертв надзвичайної ситуації чи катастрофи.

3. Допомога не повинна використовуватися для підтримки жодної політичної чи релігійної позиції

Гуманітарна допомога надаватиметься відповідно до потреб окремих осіб, сімей та громад. Незважаючи на право НУГО підтримувати певні політичні чи релігійні погляди, ми підтверджуємо, що допомога не залежатиме від того, чи поділяють одержувачі допомоги ці погляди. Ми не будемо пов'язувати обіцянку, надання чи розподіл допомоги з прихильністю до чи прийняттям певних політичних або релігійних переконань.

4. Ми прагнутимо до того, щоб не бути інструментом внутрішньої та зовнішньої політики урядів

НУГО — це установи, які діють незалежно від урядів. Таким чином, ми формуємо свої власні політики та стратегії реалізації та не прагнемо впроваджувати політику будь-якого уряду, за винятком тих випадків, коли вона збігається з нашою власною незалежною політикою. Ми ніколи свідомо — або через недбалість — не дозволимо використовувати себе або своїх працівників для збирання чутливої інформації політичного, військового чи економічного характеру для урядів чи інших органів, яка може служити іншим цілям, ніж суто гуманітарні. Ми також не будемо виступати інструментом зовнішньої політики урядів-донорів. Ми використовуватимемо допомогу, яку отримуємо, для задоволення потреб, і ця допомога не повинна обумовлюватися необхідністю донора позбутися товарних надлишків або політичними інтересами будь-якого конкретного донора. Ми цінуємо та заохочуємо добровільні внески у вигляді праці та фінансування від зацікавлених осіб для підтримки нашої роботи та визнаємо незалежність дій, яким сприяє така добровільна мотивація. Щоб захистити свою незалежність, ми намагатимемось уникати залежності від одного джерела фінансування.

5. Ми маємо поважати культуру та звичаї

Ми намагатимемось поважати культуру, структури та звичаї громад і країн, у яких працюємо.

6. Під час надзвичайних ситуацій ми маємо діяти, спираючись на місцеві можливості

Усі люди та громади — навіть в умовах надзвичайної ситуації — мають як вразливість, так і спроможності. Там, де це можливо, ми будемо посилювати ці спроможності, наймаючи місцевий персонал, закуповуючи місцеві матеріали та торгуючи з місцевими компаніями. Там, де це можливо, ми працюватимемо через місцеві НУГО як партнери у плануванні та реалізації програм, а також співпрацюватимемо з місцевими урядовими структурами, де це буде доречно. Ми пріоритизуватимемо належну координацію свого реагування на надзвичайні ситуації. Найкраще це робити в межах зацікавлених країн зусиллями тих, хто безпосередньо бере участь в операціях із надання допомоги, а також залучати представників відповідних органів ООН.

7. Потрібно знайти шляхи залучення осіб, на користь яких реалізовується програма, до управління наданням гуманітарної допомоги

Допомога в межах реагування на надзвичайні ситуації ніколи не повинна нав'язуватися бенефіціарам. Ефективна допомога та довготривала реабілітація оптимально досягаються в разі залучення цільових бенефіціарів до розробки, управління та реалізації програми допомоги. Ми будемо намагатися досягти повної участі громади у своїх програмах надання допомоги та реабілітації.

8. Під час надання гуманітарної допомоги потрібно прагнути не тільки задовольнити основні потреби, а й знизити вразливість до надзвичайних ситуацій у майбутньому

Усі дії з надання допомоги впливають на перспективи довгострокового розвитку — позитивно чи негативно. Усвідомлюючи це, ми будемо намагатися впроваджувати програми допомоги, які активно зменшуватимуть вразливість бенефіціарів до

майбутніх надзвичайних ситуацій чи катастроф і допоможуть створити сталий спосіб життя. При розробці та управлінні програмами допомоги ми приділятимемо особливу увагу екологічним проблемам. Ми також докладатимемо зусиль для зведення до мінімуму негативного впливу гуманітарної допомоги, намагаючись уникнути тривалої залежності бенефіціарів від зовнішньої допомоги.

9. Ми підзвітні як перед тими, кому ми хочемо допомогти, так і перед тими, від кого отримуємо кошти

Ми часто діємо як інституційна ланка в партнерстві між тими, хто бажає допомогти, і тими, хто потребує допомоги під час надзвичайних ситуацій. Тому ми вважаємо себе підзвітними перед обома зацікавленими сторонами. Всі наші відносини з донорами та бенефіціарами мають бути відкритими та прозорими. Ми визнаємо необхідність звітувати про свою діяльність як із фінансової точки зору, так і з точки зору ефективності. Ми визнаємо зобов'язання забезпечити належний моніторинг розподілу допомоги та проводити регулярні оцінки впливу допомоги у разі надзвичайної ситуації чи катастрофи. Ми також намагатимемося відкрито звітувати про вплив своєї роботи та чинники, які обмежують або посилюють цей вплив. Наші програми базуватимуться на високих стандартах професіоналізму та досвіду, що зводитиме до мінімуму марнування цінних ресурсів.

10. У нашій інформаційній та рекламній діяльності особи, що постраждали від надзвичайних ситуацій, мають бути представлені як особистості, що мають гідність, а не об'єкт жалощів

Ніколи не можна втрачати повагу до жертви катастрофи як до рівноправного партнера в діяльності. У своїй публічній інформації ми відображатимемо об'єктивну картину ситуації лиха, висвітлюючи здатності, можливості та прагнення жертв катастрофи, а не лише їхні вразливості та страхи. Незважаючи на те, що ми співпрацюватимемо зі ЗМІ, щоб посилити реакцію громадськості, ми не дозволимо зовнішнім або внутрішнім вимогам публічності отримати перевагу над принципом максимізації загальної допомоги в разі лиха. Ми уникатимемо конкуренції з іншими агентствами з реагування на катастрофи за висвітлення в ЗМІ у ситуаціях, коли таке висвітлення може завдати шкоди послугам, що надаються бенефіціарам, або безпеці нашого персоналу чи бенефіціарів.

Робоче середовище

Погодившись в односторонньому порядку намагатися дотримуватися Кодексу, викладеного вище, ми наводимо нижче деякі орієнтовні керівні вказівки, які описують робоче середовище, створення якого ми очікуємо від урядів-донорів, приймаючих урядів та міжурядових організацій — передусім агентств ООН — для сприяння ефективній участі НУГО у реагуванні на надзвичайні ситуації чи катастрофи.

Ці вказівки представлено для ознайомлення. Вони не є юридично обов'язковими, і ми не очікуємо, що уряди та МУО підтвердять свою згоду з цими настановами шляхом підписання будь-якого документа, хоча це може стати нашою ціллю на майбутнє. Їх представлено в дусі відкритості та співпраці, щоб наші партнери дізналися про ідеальні відносини, яких ми прагнемо досягнути у взаємодії з ними.

Додаток І: Рекомендації урядам країн, постраждалих від надзвичайних ситуацій

1. Уряди повинні визнавати та поважати незалежні, гуманітарні та неупереджені дії НУГО

НУГО є незалежними органами. Цю незалежність і неупередженість повинні поважати уряди приймаючих країн.

2. Уряди приймаючих країн повинні сприяти швидкому доступу НУГО до осіб, постраждалих від надзвичайних ситуацій

Для того, щоб НУГО могли діяти у повній відповідності до своїх гуманітарних принципів, їм має бути надано швидкий і неупереджений доступ до жертв надзвичайних ситуацій чи катастроф з метою забезпечення їм гуманітарної допомоги. Обов'язком уряду приймаючої країни є не блокувати таку допомогу, а також приймати неупереджені та аполітичні дії НУГО. Такий обов'язок є елементом здійснення суверенної відповідальності. Уряди приймаючих країн повинні сприяти швидкому в'їзду гуманітарних працівників, зокрема через скасування вимог щодо транзитних, в'їзних та виїзних віз або організацію їх оперативного надання. Уряди повинні надати дозвіл на політ і права на посадку для літаків, які перевозять міжнародну гуманітарну допомогу та персонал, на період екстреної допомоги.

3. Уряди повинні сприяти своєчасному надходженню потоку товарів та інформації для надання допомоги під час надзвичайних ситуацій

Матеріали та устаткування для надання допомоги ввозяться в країну виключно з метою полегшення людських страждань, а не заради комерційної вигоди чи прибутку. Для таких поставок, як правило, має забезпечуватися вільний і необмежений проїзд, і до них не застосовуються вимоги щодо наявності консульських сертифікатів про походження чи рахунків-фактур, імпорتنих та/або експортних ліцензій чи інших обмежень, або оподаткування імпорту, зборів за посадку літака чи портових зборів.

Уряд приймаючої країни має сприяти тимчасовому ввезенню обладнання, необхідного для надання допомоги, включно з транспортними засобами, легкими літаками та телекомунікаційним обладнанням, тимчасово скасувавши ліцензії або реєстраційні обмеження. Так само уряди не повинні обмежувати реекспорт обладнання для надання допомоги після завершення операції з надання допомоги.

Для поліпшення якості комунікації в разі надзвичайної ситуації урядам приймаючих країн рекомендується призначати певні радіочастоти, які організації з надання допомоги можуть використовувати всередині країни та для міжнародного зв'язку з метою екстреної комунікації. Також бажано повідомляти про такі частоти громаді, яка займається реагуванням на надзвичайну ситуацію, до її настання. Уряди приймаючих країн повинні дозволити гуманітарним працівникам використовувати всі засоби зв'язку, необхідні для їх діяльності з надання допомоги.

4. Уряди повинні намагатися надавати скоординовану інформацію про надзвичайну ситуацію та послуги з планування

Кінцеву відповідальність за загальне планування та координацію зусиль із надання допомоги несе уряд приймаючої країни. Планування та координацію можна суттєво поліпшити, якщо НУГО буде надано інформацію про потреби в допомозі та державні системи для планування і реалізації зусиль із надання допомоги, а також інформацію про потенційні ризики для безпеки, з якими вони можуть зіткнутися. Урядам наполегливо рекомендується надавати таку інформацію НУГО.

Щоб сприяти ефективній координації та ефективному використанню зусиль із надання допомоги, урядам країн, що приймають, наполегливо рекомендується призначити ще до настання надзвичайної ситуації єдину контактну особу для НУГО, що перебувають, для зв'язку з національними органами влади.

5. Екстрена гуманітарна допомога в ситуації збройного конфлікту

У разі збройного конфлікту дії з надання допомоги регулюються відповідними положеннями міжнародного гуманітарного права.

Додаток II: Рекомендації урядам-донорам

1. Уряди-донори повинні визнавати та поважати незалежні, гуманітарні та неупереджені дії НУГО

НУГО є незалежними органами, чия незалежність і неупередженість повинні поважати уряди-донори. Уряди-донори не повинні використовувати НУГО для досягнення будь-яких політичних чи ідеологічних цілей.

2. Уряди-донори повинні надавати фінансування з гарантією операційної незалежності

НУГО приймають фінансування та матеріальну допомогу від урядів-донорів у тому ж дусі, що й вони надають її жертвам надзвичайної ситуації чи катастрофи – це підхід, орієнтований на гуманність та незалежність дій. Реалізація дій із надання гуманітарної допомоги є кінцевою відповідальністю НУГО і здійснюватиметься відповідно до політик цієї НУГО.

3. Уряди-донори повинні використовувати свої можливості посередництва, щоб допомогти НУГО отримати доступ до осіб, постраждалих від надзвичайної ситуації

Уряди-донори повинні визнавати важливість взяття на себе певного рівня відповідальності за безпеку та свободу доступу працівників НУГО до місць надзвичайної ситуації. Вони повинні бути готові до застосування дипломатичних зусиль із таких питань у взаємодії з урядами приймаючих країн, якщо це необхідно.

Додаток III: Рекомендації міжурядовим організаціям

1. МУО повинні визнавати місцеві та іноземні НУГО своїми цінними партнерами

НУГО готові співпрацювати з ООН та іншими міжурядовими установами, щоб поліпшити якість реагування на надзвичайні ситуації. Вони роблять це в дусі партнерства, що означає повагу до недоторканності та незалежності усіх партнерів.

Міжурядові установи повинні поважати незалежність і неупередженість НУГО. Агентства ООН повинні консультувати НУГО при підготовці планів надання допомоги.

2. МУО повинні сприяти урядам приймаючих країн у створенні загальної координаційної структури для надання допомоги в разі надзвичайних ситуацій на міжнародному та місцевому рівнях

НУГО зазвичай не мають повноважень забезпечувати загальну координаційну структуру у випадку надзвичайних ситуацій чи катастроф, які потребують міжнародної реакції. Ця відповідальність покладається на уряд країни, що приймає, та відповідні органи ООН. Останнім наполегливо рекомендується надавати цю послугу своєчасно та ефективно в інтересах постраждалої держави та національного та міжнародного співтовариства, яке здійснює реагування на надзвичайні ситуації. У будь-якому разі НУГО повинні докладати всіх зусиль для забезпечення ефективної координації своїх власних послуг.

У разі збройного конфлікту дії з надання допомоги регулюються відповідними положеннями міжнародного гуманітарного права.

3. МУО повинні поширити заходи із забезпечення безпеки, застосовні до організацій ООН, на НУГО

Якщо послуги із забезпечення безпеки надаються міжурядовим організаціям, ці послуги повинні поширюватися, на вимогу, і на їхніх операційних партнерів з-поміж НУГО.

4. МУО повинні надавати НУГО такий самий доступ до відповідної інформації, який надається організаціям ООН

МУО наполегливо рекомендується надавати своїм операційним партнерам з-поміж НУГО всю інформацію, що стосується впровадження ефективного реагування на надзвичайні ситуації.

Додаток 3

Скорочення та акроніми

АКДП	анатоксин коклюшно-дифтерійно-правцевий
АРТ	антиретровірусна терапія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	внутрішньо переміщена особа
ВПП	Всесвітня продовольча програма
ГЗН	гендерно зумовлене насильство
ЗВХ	залишковий вільний хлор
ЗІЗ	засоби індивідуального захисту
ЗПС	загальний показник смертності
ІМТ	індекс маси тіла
ІОЗГ	інтегрований облік захворюваності у громаді
ІОЗДі	інтегрований облік захворюваності серед дітей
ІПСШ	захворювання, які передаються статевим шляхом
ІСУОЗ	інформаційна система управління охороною здоров'я
км	кілометр
КПІ	Конвенція про права осіб з інвалідністю
ЛГБТКІ	лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери, квіри або інтерсексуали
МГП	міжнародне гуманітарне право
МКЧХ	Міжнародний комітет Червоного Хреста
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МППГП	Міжнародний пакт про громадянські та політичні права
МПК	Міжвідомчий постійний комітет
МСП	медико-санітарний працівник громади
МФЧХ	Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця
НІЗ	неінфекційні захворювання
НУО	неурядова організація
ОАЕ	Організація африканської єдності (тепер Африканський Союз)
ОГС	Основний гуманітарний стандарт з якості та підзвітності
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПГНХ	помірна гостра недостатність харчування
ПКІ	профілактика та контроль інфекцій
ПКП	постконтактна профілактика
РПІ	Розширена програма імунізації
см	сантиметр
ТБ	туберкульоз
УВКБ	Управління Верховного комісара ООН у справах біженців
ООН	(Агентство ООН у справах біженців)
УВКПЛ	Управління Верховного комісара ООН з прав людини
УКГС	Управління ООН з координації гуманітарних питань (ОСНА)
ФАО	Продовольча та сільськогосподарська організація ООН
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
ЮНФПА	Фонд ООН у галузі народонаселення

CBA	допомога в готівковій формі
CDC	Центри контролю та профілактики захворювань
CPMS	Мінімальні стандарти захисту дітей
EWAR	раннє попередження, оповіщення та реагування
FANTA	Технічна допомога з питань продовольства і харчування
HWTSS	обробка води в домогосподарствах та її безпечне зберігання
INEE	Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях
IYCF	годування немовлят і дітей перших років життя
LEGS	Керівні принципи та стандарти здійснення операцій допомоги з порятунку домашньої худоби в надзвичайних ситуаціях
LLIN	протимоскітна сітка, оброблена інсектицидами тривалої дії
MEAL	моніторинг, оцінювання, підзвітність і навчання
MERS	Мінімальні стандарти відновлення економіки
MISMA	Мінімальний стандарт аналізу ринку
MSF	<i>Médecins sans Frontières</i> («Лікарі без кордонів»)
MUAC	окружність середини плеча
NTU	нефелометричні одиниці помутніння
RNI	рекомендовані норми споживання поживної речовини
SEEP	освіта та сприяння малим підприємствам (мережа)
USCMR	загальний показник смертності дітей віком до п'яти років
WASH	водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни
WFH	співвідношення вага/зріст



Алфавітний показчик

Алфавітний покажчик

Англійською

CFR (летальність) 349, 351, 389
CHS *див.* Основний гуманітарний стандарт з якості та підзвітності (ОГС)
CHW (медико-санітарні працівники громади) 332, 348
CMR (загальні показники смертності) 320, 355, 388
EWAR (раннє попередження, оповіщення та реагування) 339, 344, 385
HMIS (інформаційні системи управління охороною здоров'я) 338, 386
IPC (профілактика інфекцій та інфекційний контроль) 149, 171, 329
MEAL (моніторинг, оцінка, підзвітність і навчання) 10
WASH *див.* «Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH)»

А

акроніми 433
акушерство 358
аналіз програм гуманітарного реагування 21
аналіз ринку
аналіз програм гуманітарного реагування 21
оцінювання продовольчої безпеки 184
посилання/додаткова література 27
анестезія 369
антиретровірусні терапії 365
антропометричні дослідження 186
асенізація
доступ до туалетів і користування ними 128
загальні відомості 126
збирання, транспортування, утилізація та очищення 132
інфекції 162
контрольний перелік 155
поетапність 127
посилання/додаткова література 168
аудит 88

Б

безпека
вакцини 354
громадські будівлі 287
гуманітарна допомога 41
житловий простір 278
заклади охорони здоров'я 329
ланцюг водопостачання 123
медична допомога при травмах 368
пожежа 274
поселення 262, 275
працівники сфери охорони здоров'я 339
предмети домашнього вжитку 282
робота 236
розподіл 113, 225
туалети 130

безпека, право 32
див. також гарантування
безсторонність, гуманітарна відповідь 43
бенефіціари, залучення 427
біженці
договори 417
керівні орієнтири 423
боротьба з переносниками інфекцій
біологічні та хімічні засоби боротьби 136
екологічні методи боротьби 136
житловий простір 279
загальні відомості 134
контрольний перелік 156
лікування малярії 137
національні та міжнародні протоколи 137
побутовий та особистий рівень 137
посилання/додаткова література 169
будівельні матеріали 286
будівельні матеріали для таборів *див.* колективні поселення
будівельні норми 286
будівництво, тимчасове житло 284

В

вакцинація
діти 352, 353
діти грудного та молодшого віку 352, 353
кампанії 342, 350
вартість харчування 184
вентиляція 279
взаємодоповнюваність 74
видалення осаду 132
визначення цілей, продовольча допомога 223
використання продовольства в домогосподарстві 227
вироби медичного призначення 333, 335, 376
виселення 290
відбір, основні лікарські засоби 334
відходи
див. також асенізація *див. також* відходи ринків *див. також* утилізація твердих відходів
бійня 144
переробка 294
повторне використання 294
відходи боєнь 144
відходи ринків 144
ВІЛ/СНІД
ведення недостатності харчування 197
годування немовлят 208
діти 357
загальний огляд 363
продовольча допомога 217
ризики захисту 15
вірусна геморагічна лихоманка 351
внутрішньо переміщені особи (ВПО)
договори про 417
керівні орієнтири 418, 423

вода

- вибір джерел 119
- вимірювання 120
- дезінфекція 124
- доступ 118
- ємності 121
- забруднення 125
- забруднення після доставки 125
- захищене джерело 124
- зберігання 121, 125
- інфекції 161
- кількість 120, 149, 159
- очищення 169
- постачання 154
- розчини хлору 149
- системи та інфраструктура 121
- смакові якості 124
- у пляшках/очищення 122
- фекальні маси 127
- час перебування в черзі та подорожі в обидва боки 121
- якість 123, 149, 169
- вода в пляшках 122
- водовідведення
 - дощові та паводкові води 274
- Водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH)
 - асенізація 126
 - боротьба з переносниками інфекцій 134
- водопостачання 118
- вплив на здоров'я 165
- грошова допомога 172
- захист 166
- контрольний перелік 153
- основні поняття 104
- охорона здоров'я 145
- підходи 106
- програмування 165
- ризиків 110
- сприяння дотриманню гігієни 108
- утилізація твердих відходів 140
- харчування 172
- волонтери 82
- ВПО *див.* внутрішньо переміщені особи (ВПО)
- вразливість 10, 60
- вразливості 427
- Втручання на основі АРТ 365

Г

- гарантування
 - гідність 40
 - права 40
- гендер 14, 99
- гендерна рівність 422
- гендерно зумовлене насильство
 - додаткова література 51
 - Загальні відомості 14
 - керівні орієнтири 422
 - посилання/додаткова література 99
- геноцид, договори 413
- гепатит 351
- гігієна
 - див. також* сприяння дотриманню гігієни

- засоби 112
- менструальна 114, 167
- менструальний 131
- харчові продукти 227
- гідність
 - гарантування 40
 - захист 428
 - право на 32
- годування немовлят
 - багатосекторна підтримка 204
- вимірювання недостатності харчування 244
- ВІЛ 208
- грудне вигодовування 197
- загальний огляд 201
- підгодовування 207
- штучне 203
- громади
 - механізми подання скарг 71
 - напряга 232
 - первинна допомога 368
 - стійкість 65
 - утилізація твердих відходів 143
- громадські поселення
 - загальні відомості 18
- громадські туалети 131
- грошова допомога
 - загальні відомості 9
 - перелік контрольних запитань 23
 - посилання/додаткова література 27, 98
 - WASH 172
- грудне вигодовування 197, 206
- групи високого ризику, боротьба з переносниками інфекцій 138
- групи ризику
 - продовольча безпека 212
 - продовольча допомога 217
 - сприяння дотриманню гігієни 113
- гуманітарна відповідь
 - безсторонність 43
- гуманітарна допомога
 - безпека 41
 - грошова допомога 23
 - договори 419
 - доступ 42
 - керівні орієнтири 420
 - право на отримання 32, 426
- Гуманітарна Хартія
 - загальний огляд 30
 - загальні відомості 5, 410
 - зобов'язання 33
 - спільні принципи 31
- гуманітарне реагування
 - актуальність 58
 - взаємодоповнюваність 74
 - відповідність 58, 89
 - ефективність 60, 90
 - загальні стандарти захисту та якості 421
 - збройні сили 19, 76
 - зворотний зв'язок 67
 - координація 74
 - місцева спроможність 63
 - місцеві спроможності 427
 - негативні наслідки 63

незалежність від урядів 427
 неупередженість 59, 60, 426
 орієнтоване на потреби людей 99
 політика 426
 релігія 426
 своєчасність 60, 90
 скарги 71
 спілкування 67
 участь 67, 69
 гуманітарні організації
 механізми подання скарг 72, 74
 моніторинг 63, 89
 навчання 78, 93
 обмеження 62
 політики запобігання негативним наслідкам 66
 політики інновацій 78
 управління знаннями 80
 ухвалення рішень 63
 гуманітарні працівники *див.* персонал *див.*
 медико-санітарні працівники громади
 (МСП) *див.* працівники сфери охорони
 здоров'я

Д

дані *див.* інформація
 дезагрегування, даних 12, 60, 339
 дезінфекція, вода 124
 дитяча суміш 206
 дифтерія 351
 діагностика
 дефіцит мікронутрієнтів 199
 інфекційні захворювання 346
 діарея 158, 348, 356
 діти
див. також охорона здоров'я *див. також*
 немовлята і діти перших років життя
 вакцинація 352, 353
 вигодовування, штучне 203, 206
 гендерно зумовлене насильство 208
 годування 201, 357
 захист 12, 357
 керівні орієнтири 423
 недостатнє харчування 244
 охорона здоров'я 352
 посилення/додаткова література 98
 розлучені з батьками 357
 сексуальне насильство 362
 фекалії 128
 хвороби 354
 WASH 111
 діти грудного та молодшого віку
 вакцинація 352, 353
 фекалії 128
 хвороби 354
 діти перших років життя *див.* немовлята і діти
 перших років життя
 діти, розлучені з батьками 357
 добавки, мікронутрієнти 198
 доглядачі, продовольча допомога 218
 догляд за літніми та невиліковно хворими людьми
див. паліативна допомога
 догляд за новонародженими 356, 358

докризові дані, оцінювання продовольчої безпеки
 183
 документація 46
 домашні обов'язки 236
 допомога
 психосоціальна 15
 дорослі
див. також люди
 недостатнє харчування 245
 доставка
 харчові продукти 221, 226
 доступ
 вода 118
 гуманітарна допомога 42
 поселення/притулок 274
 системи правосуддя 46
 туалети 128
 юридична підтримка 46

Е

екскременти людини
 визначення 126
 експлуатація 65
див. також сексуальна експлуатація та
 насильство (SEA)
 енергія
 постачання 282
 харчове виробництво 231
 ерозія 294

Ж

житловий простір 276
 жінки, вагітні та ті, що годують груддю 206
 жовта лихоманка 351
 жорстоке поводження 65
див. також гендерно зумовлене насильство
див. також захист *див. також* сексуальна
 експлуатація та насильство (SEA)

З

заборонені види зброї 415
 забруднення, вода 125
 забруднення повітря 357
 Загальне охоплення послугами охорони здоров'я
 до 2030 року 336
 загальні показники смертності (CMR) 320, 355, 388
 закупівля, основні лікарські засоби 334
 залучення громади
 боротьба з переносниками інфекцій 138
 заходи з реагування на спалахи 145
 механізми захисту 44
 недостатнє харчування 191
 охорона здоров'я 328
 сексуальне насильство 363
 управління охороною довкілля 236
 WASH 104
 заміінники грудного молока 206
 засоби до існування
 виробництво сировини 229
 дохід і зайнятість 233
 загальні відомості 229
 контрольний перелік 238
 поселення 275, 298

засоби індивідуального захисту (313) 151, 330
захворювання

див. також ВІЛ/СНІД *див. також* інфекції *див.*

також спалахи захворювань

вірусна геморагічна лихоманка 351

гепатит 351

дифтерія 351

діарея 158, 348, 356

жовта лихоманка 351

інфекційні 340

кір 353

коклюш 351

менінгіт 350

неінфекційні 374

пневмонія 357

пов'язані з водопостачанням і санітарним
забезпеченням 161

поліомієліт 351, 354

туберкульоз 348

фекально-оральна передача 158

холера 351

що передаються комарами роду *Aedes* 343

захворювання, що передаються комарами роду
Aedes 343

захист

діти 12, 357

житловий простір 278

заходи 39

механізми 44

особи з інвалідністю 14

особи похилого віку 13

особиста інформація 65, 67

пацієнти з ВІЛ/СНІД 15

посилання/додаткова література 51, 100

право 32

представники ЛГБТІКІ-спільноти 15

WASH 166

заходи з розмінування 51

заходи підстраховки, засоби до існування 235

зацікавлена сторона *див.* гуманітарні організації

зацікавлені сторони *див.* приймаючі уряди *див.*

гуманітарні організації

збагачення, харчові продукти 198

зберігання

вода 121, 125

основні лікарські засоби 334

харчові продукти 227, 233

збройні конфлікти

договори та звичаєве право 415

екстрена гуманітарна допомога 430

керівні орієнтири 416

правове положення 32

збройні сили 19, 76

зв'язок *див. також* інформація

зворотний зв'язок

гуманітарне реагування 67

організаційні обов'язки 70

згвалтування 361

313 (засоби індивідуального захисту) 151, 330

злив

стічні води 122

злочинні порушення прав 413

знеболення 369

зниження злочинності 275

I
інваліди *див.* особи з інвалідністю
інструкції 7

Інтегрований облік захворюваності серед дітей
(ІОЗДі) 356

Інтегрований облік захворюваності у громаді
(ІОЗГ) 356

інфекції

див. також туберкульоз (ТБ)

профілактика та контроль (ІРС) 149, 171, 329

респіраторні 347

інфекційні захворювання

готовність до спалахів захворювань і заходи
з реагування на них 349

діагностика і ведення конкретних випадків 346

загальні відомості 340

профілактика 341

спостереження, виявлення спалахів

захворювань і раннє реагування 343

інформаційні системи

охорона здоров'я 338

управління охороною здоров'я 338, 386

харчування і продовольча безпека 183

інформаційні системи управління охороною

здоров'я (HMIS) 338, 386

інформаційні системи щодо охорони здоров'я 338

інформація

див. також зв'язок

громадське здоров'я 337

дезагрегування 12, 60, 339

доступність 46

конфіденційність 70, 339

обмін 69, 75, 77

організаційні обов'язки 68

особиста 65, 67

оцінювання харчування 186

потік 429

розподіл 225

чутливість 42, 45

інформована згода 69

ІОЗГ (інтегрований облік захворюваності
у громаді) 356

ІОЗДі (інтегрований облік захворюваності серед
дітей) 356

К

катування 413

кількість

вода 120, 149, 159

туалети 160

кір 353

клімат, житловий простір 278

ключові дії 7

ключові показники 7

Кодекс поведінки

загальний огляд 425

Основні принципи 6, 426

коефіцієнти смертності *див. також* загальні

показники смертності (CMR) *див. також*

EWAR (раннє попередження, оповіщення та
реагування)

коклюш 351

колективні поселення

боротьба з переносниками інфекцій 135

утилізація твердих відходів 142
 комунальні інструменти 287
 комунальні об'єкти 273, 298
 комунікації
 боротьба з переносниками інфекцій 138
 етичні 69, 70
 загальні відомості 67, 69
 організаційні обов'язки 68
 практики годування 203
 WASH 111
 контрольні переліки
 боротьба з переносниками інфекцій 156
 водопостачання 154
 загальні відомості про WASH 153
 засоби до існування 238
 оцінювання безпеки у сфері забезпечення
 насінням 240
 оцінювання харчування 242
 продовольча безпека 238
 утилізація твердих відходів 157
 контрольовані медичні препарати 335
 конфіденційність 70, 339
 концепція «не нашкод» 290
 координація
 гуманітарне реагування 74
 міжгалузева 77
 партнерські організації 77
 цивільно-військова 76
 копінгові стратегії 184
 користування майном
 безпека 288
 визначення 289
 корупція 86, 87
 критерії вибуття з програми, ведення
 недостатності харчування 195
 критерії допуску до програми
 ведення недостатності харчування 192, 195
 програми харчування 244, 245
 крупи з цільного зерна 221
 культура/звичаї 278, 427
 культурні цінності 415
 купівельна спроможність 235

Л

лабораторне тестування 348
 летальність (CFR) 349, 351, 389
 лікарські засоби
 наявність 379
 першої необхідності 333, 376
 психотропні 374
 лікування

див. лікування ран

 дефіцит мікронутрієнтів 200
 малярія 137
 недостатнє харчування 191
 лікування ран 370
 люди

див. також діти

див. також немовлята

 і діти перших років життя

див. також

 особи похилого віку

див. також люди,

 які переміщуються

див. також особи

 з інвалідністю
 визначення 10

права, з психічними розладами 374
 люди, що перебувають у дорозі
 утворення твердих відходів 141
 WASH 111
 людські екскременти

див. також

 асенізація

М

малярія
 лікування 137
 профілактика 138, 343
 материнський догляд 358
 матеріально-технічне забезпечення 27
 медико-санітарні працівники громади (CHW, МСП)
 332, 348

див. також

 працівники сфери охорони
 здоров'я
 медичні препарати, контрольовані 335
 менингіт 350
 менструальна гігієна 114, 131, 167
 миття рук 111, 131
 міжнародне гуманітарне право
 договори 415
 керівні орієнтири 416
 міжнародне право

див. також

 міжнародне гуманітарне право
 право на достатнє житло 266
 право на доступ до води й санітарне
 забезпечення 106
 право на своєчасну та належну медичну
 допомогу 322
 Міжнародний кодекс зі збуту заміників грудного
 молока 203
 міжурядові організації (МУО)
 визначення 425
 рекомендації 430
 мікронутрієнти
 дефіцит 198, 208, 248
 мінімальні стандарти 6
 загальні відомості 34
 право на достатнє харчування 176
 право на свободу від голоду 176
 Мінімальні стандарти
 оцінка й аналіз 9
 проект програми 9
 реалізація 10
 розробка стратегії 9
 MEAL 10
 місцева спроможність 63
 місцеві лідери 64, 65
 місцеві спроможності 427
 місцеві суб'єкти, підтримка 17
 місце розташування
 вибір 135, 294
 планування 273
 міські зони
 утилізація твердих відходів 141
 міські райони
 поселення і тимчасове житло 263
 природні ресурси 295
 реагування у сфері охорони здоров'я 321
 труднощі 178
 WASH 105
 молодь, будівельна діяльність 285

моніторинг
 ведення недостатності харчування 192
 використання продовольства 217, 227
 грошова допомога 24
 доставка харчових продуктів 226
 загальні відомості 63
 Мінімальні стандарти 10
 організаційні обов'язки 89
 порушення 45
 посилання/додаткова література 100
 розподіл харчових продуктів 226
 управління ланцюжками постачання 26
 харчове виробництво 233
 моніторинг, оцінка, підзвітність і навчання (MEAL) 10
 МУО (міжурядові організації)
 визначення 425
 рекомендації 430

Н

наркозні середовища
 боротьба з переносниками інфекцій 136
 гуманітарне реагування 19, 66
 поселення/притулок 292
 посилання/додаткова література 99
 приймаюче населення 298
 природні ресурси 85, 87
 продовольча безпека 183, 213
 навчання
 гуманітарні організації 78, 93
 співпраця 80
 навчання у співпраці 80
 надання
див. також розподіл
 тимчасове житло та розміщення 269
 надзвичайні ситуації/катастрофи
 визначення 426
 договори 419
 керівні орієнтири 420
 насіння 232, 240
 національні суб'єкти, підтримка 17
 небажані явища 330
 негативні наслідки
 гуманітарне реагування 63
 жорстоке поводження 65
 недостатнє харчування
 ведення 188, 189, 194
 вимірювання 244
 загальні відомості 188
 інтерпретація рівнів 187
 причини 176
 ризики 242
 уразливі групи 178
 недоїдання *див. також* харчування *див. також*
 недостатнє харчування
 недоторканність особистого життя 278
 недостатнє харчування *див. також* недоїдання
 неінфекційні захворювання (НІЗ) 374
 непереміщені домогосподарства 269
 непрямі показники, оцінювання продовольчої
 безпеки 184
 немовлята і діти перших років життя *див. також*
 годування немовлят
 нетримання 114, 168

неупередженість, гуманітарне реагування 59,
 60, 426
 неурядові гуманітарні організації (НУГО)
 визначення 425
 загальні відомості 429, 430
 неурядові організації (НУО) 425
 нормативно-правові бази, сексуальне насильство
 363
 НУГО *див.* неурядові гуманітарні організації (НУГО)
 НУО (неурядові організації) 425

О

об'єкти
 комунальні 273, 298
 обробка води в домогосподарствах та її
 зберігання (HWTSS) 125, 164
 оплата праці 235
 організації *див.* гуманітарні організації
 організаційні обов'язки
 відповідність і актуальність гуманітарного
 реагування 59
 ефективність і своєчасність 62
 зворотний зв'язок 70
 інформація 68
 моніторинг 89
 негативні наслідки гуманітарного реагування
 65
 персонал 81
 політики навчання 78
 скарги 72
 співпраця 76
 спілкування 68
 управління ресурсами 86
 Основний гуманітарний стандарт з якості та
 підзвітності (CHS)
 відповідність і актуальність 58
 ефективність і своєчасність 60
 загальні відомості 5, 56
 координатія та взаємодоповнюваність 74
 механізми подання скарг 71
 місцева спроможність і негативні наслідки 63
 персонал 80
 політики навчання та інновації 78
 посилання на право на достатнє житло 266
 посилання на право на доступ до води
 й санітарне забезпечення 107
 посилання на право на своєчасну та належну
 медичну допомогу 322
 продовольча безпека та харчування 179
 спілкування, участь і зворотний зв'язок 67
 структура 56
 основні служби 273, 298
 особи з інвалідністю
 вимірювання недостатності харчування 246
 захист 14
 посилання/додаткова література 99
 продовольча допомога 218
 особи похилого віку
 захист 13
 недостатнє харчування 246
 продовольча допомога 217
 особи, які здійснюють утилізацію відходів 141
 отруєння 390

- охорона здоров'я
 - див. також* системи охорони здоров'я
 - базова 340
 - відходи 150
 - діти 352
 - контрольний перелік 381
 - медична допомога при пораненнях і травмах 366
 - надання 326
 - неінфекційні захворювання 374
 - основні поняття 320
 - особливі міркування щодо захисту 323
 - паліативна допомога 377
 - пов'язане з іншими правами 321
 - прийнятність 328
 - психічне здоров'я 370
 - сексуальне і репродуктивне здоров'я 357
 - фінансування 336
 - WASH 145
- оцінка
 - НІЗ 376
 - планування забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення 269
 - посилання/додаткова література 98
 - психічні розлади 373
- оцінки ризиків, профілактика захворювань 342
- оцінювання
 - Мінімальні стандарти 10
 - посилання/додаткова література 100
- оцінювання годування 187
- оцінювання IYCF-E 205
- очищення
 - вода 169
- П**
 - пайки 224
 - паливо 282
 - паліативна допомога 377
 - партнерські організації 77
 - пацієнти
 - небажані явища 330
 - права 329
 - реабілітація 369
 - соціальна реінтеграція 369
 - первинна допомога 368
 - передача від матері до дитини, ВІЛ 366
 - переливання крові 365
 - переміщені особи 269
 - див. також* внутрішньо переміщені особи (ВПО)
 - переробка, відходи 142, 294
 - персонал
 - волонтери 82
 - добробут 82, 84
 - експлуатація та жорстоке поводження з боку 65
 - компетентності 81, 83
 - конфлікти інтересів 88
 - підтримка 80
 - поведінка та кодекси поведінки 74
 - політики 82, 83, 84
 - формування навичок 83, 84
 - перша допомога 373
 - підзвітність
 - загальні відомості 428
 - Мінімальні стандарти 10
 - посилання/додаткова література 97
 - підтримка
 - див. також* підтримка громади
 - годування немовлят і дітей перших років життя 204
 - місцеві суб'єкти 17
 - національні суб'єкти 17
 - паліативна допомога 379
 - персонал 80
 - психосоціальна 197
 - юридична 46
 - підтримка громади
 - психічне здоров'я 373
 - структури 212
 - WASH 110
 - плани надання допомоги 379
 - планування
 - розміщення та поселення 271
 - утилізація твердих відходів 143
 - планування сім'ї 360
 - пневмонія 357
 - повернення, переміщені особи 270
 - поводження з тілами померлих і загиблих 152, 330
 - повторне використання
 - відходи 294
 - тверді відходи 142
 - подарунки в натуральній формі 87
 - пожежна безпека 274
 - показники ефективності, ведення недостатності харчування 196
 - показники захворюваності 382
 - показники смертності 381
 - показники стану здоров'я 388
 - поліомієліт 351, 354
 - політика 426
 - польові госпіталі 369
 - попередньо кваліфіковані комплекти 335
 - поранення
 - гострими предметами 330
 - і медична допомога при травмах 366
 - порушення, моніторинг 45
 - поселення/притулок
 - безпека 262, 275
 - вибір місця розташування 135, 294
 - виведення з експлуатації та передача 275
 - доступ 274
 - експлуатація та технічне обслуговування 275
 - енергопостачання 282
 - житловий простір 276
 - засоби до існування 270, 275, 298
 - зниження злочинності 275
 - користування майном 288
 - міські райони 263
 - можливі варіанти надання допомоги 305
 - навколишнє середовище 292
 - основні поняття 262
 - основні служби та об'єкти 273
 - планування 271
 - планування місця розташування 273
 - площа території 273
 - пожежна безпека 274
 - предмети домашнього вжитку 280

способи надання 269, 308
 тепловий комфорт 282
 технічна допомога 284
 Посібник Сфери
 загальні відомості 4
 розділи 4
 послуги з надання інформації та планування на
 випадок надзвичайних ситуацій чи катастроф 429
 потік, товари/інформація для надання допомоги 429
 потреби в лікуванні, комплексні 376
 права
 відстоювання 46
 гарантування 40
 пацієнти 329
 права людини
 договори та звичаєве право 411
 керівні орієнтири 414
 права на житло, землю та майно 51
 право на достатнє житло
 загальні відомості 262
 зв'язки з іншими правами 264
 посилання на міжнародне право 266
 посилання на Основний гуманітарний стандарт 266
 посилання на Принцип захисту 266
 право на достатнє харчування 176, 179
 право на доступ до води й санітарне забезпечення 104
 міжнародне право 106
 пов'язане з іншими правами 106
 посилання/додаткова література 165
 посилання на Основний гуманітарний стандарт 107
 посилання на Принципи захисту 107
 право на життя з гідністю 32
 право на захист і безпеку 32
 право на отримання гуманітарної допомоги 32, 43, 426
 право на свободу від голоду 176
 право на своєчасну та належну медичну допомогу
 посилання на міжнародне право 322
 посилання на Основний гуманітарний стандарт 322
 посилання на Принципи захисту 322
 працівники сфери охорони здоров'я 331, 339

див. також

 медико-санітарні працівники
 громади (МСП)
 предмети домашнього вжитку 280
 контрольний перелік 299
 розподіл 283
 штучне освітлення 282
 предмети постачання
 менструальна гігієна 115
 нетримання 115
 представники ЛГБТІКІ-спільноти 15
 препарати крові 335
 приватний сектор
 гуманітарне реагування 76
 захист засобів до існування 237
 приготування/обробка, харчові продукти 227

приймаючі громади 270
 прийнятність
 працівники сфери охорони здоров'я 332
 продовольча безпека 213
 приміщення
 нетримання 115
 прання/купання 122
 приміщення для купання 122
 приміщення для прання 122
 Принципи захисту
 загальні 38
 загальні відомості 5
 застосування 39
 посилання на права на достатнє житло 266
 посилання на право на доступ до води й санітарне забезпечення 107
 посилання на право на своєчасну та належну медичну допомогу 322
 продовольча безпека та харчування 179
 природні ресурси 294, 295
 прогнозування, основні лікарські засоби 334
 програми додаткового харчування 193
 продовольча безпека
 загальні відомості 210
 контрольний перелік 238
 основні поняття 176
 оцінка 181, 182
 пов'язане з іншими правами 178
 прийнятність 213
 продовольча допомога
 визначення цільових груп 223
 готівка та ваучери 228
 загальні відомості 214
 проект програми
 ведення недостатності харчування 190, 195
 Мінімальні стандарти 9
 управління ланцюгами постачання 25
 проектування програми
 грошова допомога 23
 прозорість 88
 протипіхотні міни 51, 415
 протокол лікування 347
 Професійні стандарти роботи в сфері захисту 48
 профілактика

див. також

 вакцинація
 ВІЛ 365
 дефіцит мікронутрієнтів 200
 інфекції 149, 171, 329
 інфекційні захворювання 341
 малярія 138, 343
 недостатнє харчування 191
 оцінки ризиків 342
 психічне здоров'я
 загальний огляд 370
 психосоціальна допомога 15
 психосоціальна підтримка 197
 психологічні втручання 373
 психосоціальна допомога 15
 психосоціальна підтримка 197
 психотропні лікарські засоби 374

Р

Раннє попередження, оповіщення та реагування (EWAR) 339, 344, 385

раціони 216

реабілітація, пацієнти 369

реалізація

грошова допомога 23

управління ланцюгами постачання 25

реєстрація, продовольча допомога 223

релігія

гуманітарне реагування 426

паліативна допомога 380

репродуктивне здоров'я *див. сексуальне та*

репродуктивне здоров'я

респіраторні інфекції 347

ресурси

див. також природні ресурси

екскременти як 133

управління 85

ризик

безпека 232

боротьба з переносниками інфекцій 135

недостатнє харчування 242

WASH 110

ризик для громадського здоров'я, WASH 104

ринкове програмування

вода 121

гігієнічні засоби 113

загальні відомості 9, 21

посилання/додаткова література 27

предмети домашнього вжитку 282

робота в міських умовах

труднощі 17

розповсюдження

основні лікарські засоби 335

розподіл

безпека під час 113, 225

інформація 225

планування 225

предмети домашнього вжитку 283

пункти 224

рідкі пайки 224

сухі пайки 224

харчові продукти 221, 226

розробка програм *див. також* ринкове

програмування

розчини хлору 149

розчищення від руїн 270

Розширена програма імунізації (РПІ) 352

РПІ (Розширена програма імунізації) 352

С

санітарні зручності *див. також* туалети
своєчасність 60

сексуальна експлуатація та жорстоке поводження (SEA)

механізми подання скарг 72, 74

сексуальне і репродуктивне здоров'я

ВІЛ 363

загальні відомості 357

сексуальне насильство 361

сексуальне насильство 361

системи охорони здоров'я

див. також охорона здоров'я

дані про громадське здоров'я 337

Допомога у зв'язку з НІЗ 376

загальні відомості 325

лікарські засоби та вироби медичного
призначення першої необхідності 333

надання медичної допомоги 326

підтримка та розвиток 321

працівники сфери охорони здоров'я 331

продовольча допомога 217

фінансування 336

системи правосуддя 46

системи спостереження за станом здоров'я 338

системи управління персоналом 60

сільські райони 295

сімейні обов'язки 236

сімейні туалети 131

скарги 71, 92

скаржники 73

скорочення 433

смакові якості, вода 124

СНІД *див. ВІЛ/СНІД*

сортування 368

соціальна реінтеграція, пацієнти 369

спалахи захворювань

виявлення 345

заходи реагування 145

контроль 349

оповіщення 385

пороги 345

розслідування 346

WASH 170

світлопідсвічування 76, 80, 205

співробітництво

посилання/додаткова література 98

спільний розподіл 114

цивільно-військова 19

спільний розподіл 114

спостереження за смертністю 383

сприяння дотриманню гігієни

гігієнічні засоби 112

загальний огляд 108

менструальна гігієна 114

нетримання 114

посилання/додаткова література 166

стандарт

див. також Мінімальні стандарти

загальний захист і якість 421

посилання на інші стандарти 7, 421

структура 6

стратегії

див. також копіювальні стратегії *див. також*

стратегії виходу з кризи *див. також* стратегії
перехідного періоду

розробка 9

стратегії завершення програм

продовольча безпека 212

стратегії переходу

загальні відомості 64

продовольча безпека 212

супутні стандарти 7, 421

«Сфера» 410

Сфера 4

схема F 158
 сценарії організації поселення
 описи 301
 характеристика 303
 сценарії організації розміщення
 післякризовий 264

Т

ТБ (туберкульоз) 348
 тепловий комфорт 282
 травми *див.* тілесні ушкодження
 тривалі кризи 17
 туалети
 використання терміну 126
 громадські 131
 доступ 128
 кількість 160
 сімейні 131
 сприяння дотриманню 111
 туберкульоз (ТБ) 348

У

умовне користування майном 290
 управління *див.* управління ланцюгами
 постачання *див.* управління знаннями *див.*
 поводження з тілами померлих і загиблих *див.*
 асенізація *див.* утилізація твердих відходів *див.*
 недоїдання
 управління знаннями 80
 управління ланцюгами постачання 24, 27
 уразливі групи
 недостатнє харчування 178
 уряди *див.* уряди-донори *див.* приймаючі уряди
 уряди-донори 430
 уряди *див.* уряди-донори *див.* приймаючі уряди
 уряди країни перебування 75
 уряди країн, що приймають 429
 утилізація
 відходи 140
 екскременти 132, 155
 лікарські засоби 335
 утилізація твердих відходів
 загальний огляд 140
 контрольний перелік 157
 побутові та особисті дії 142
 посилання/додаткова література 170
 рівень громад 143
 участь
 будівництво тимчасового житла 285
 гуманітарне реагування 67, 69

Ф

фекально-оральна передача, захворювання 158
 фінансова допомога, харчове виробництво 231

Х

харчове виробництво
 енергія 231
 коливання цін 231
 ланцюги постачання 232
 моніторинг 233
 сезонність 231
 стратегії 230
 фінансова допомога 231
 харчові продукти
 вибір 220
 використання 217, 226, 227
 гігієна 227
 доставка 221, 226
 зберігання 227, 233
 пайки 224
 пакування 220
 приготування/обробка 221, 227
 раціони 216
 розподіл 221, 226
 якість 218
 харчування
 див. також недоїдання
 основні поняття 176
 оцінка 181, 185, 242
 потреби 251
 якість 216
 WASH 172
 хірургічна допомога 369
 холера 351

Ш

шахрайство 88
 швидке реагування, оцінювання харчування 186
 шкода
 див. також принцип «Не нашкодь»
 уникнення впливу 40
 школи, WASH 116
 штучне вигодовування, немовлята і діти перших
 років життя 203, 206, 221
 штучне освітлення 282

Ю

юридична основа, «Сфера» 410
 юридична підтримка 46

Я

якість
 вода 123, 149
 працівники сфери охорони здоров'я 333
 харчові продукти 218
 харчування 216

У Посібнику Сфери представлено принциповий підхід до якості та підзвітності в гуманітарному реагуванні. Це практичне вираження переконання, закладеного в основу Сфери: всі люди, які постраждали від надзвичайної ситуації чи конфлікту, мають право на гідне життя та право на отримання гуманітарної допомоги.

Гуманітарна Хартія — це наріжний камінь Посібника, а Принципи захисту та Основний гуманітарний стандарт — це фундамент, на якому базуються всі сектори допомоги. Технічні стандарти визначають пріоритети для забезпечення реагування в чотирьох ключових секторах, спрямованих на порятунок життя: водопостачання, санітарне забезпечення та сприяння дотриманню гігієни; продовольча безпека та харчування; житло і поселення; охорона здоров'я.

Вимірювані мінімальні стандарти описують, чого необхідно досягти в межах гуманітарного реагування для забезпечення виживання людей і відновлення їхнього життя та засобів до існування, забезпечуючи при цьому дотримання їхнього права голосу та людської гідності. Ключові дії, індикатори та інструкції пропонують шляхи застосування цих стандартів у різноманітних контекстах. Усі розділи пов'язані та підсилюють один одного.

Сильна сторона Посібника Сфери полягає в його універсальності та можливості адаптації до будь-яких гуманітарних ситуацій. Посібник широко використовується в гуманітарному секторі, забезпечуючи таким чином «спільну мову» для роботи з усіма зацікавленими сторонами щодо якості та підзвітності в гуманітарному контексті.



spherestandards.org



www.facebook.com/SphereNGO



www.twitter.com/spherepro



Партнерство з гуманітарних стандартів — це співпраця між ініціативами зі стандартизації, покликана заохочувати використання доказів, експертних висновків та передового досвіду та їх застосування для покращення якості та підзвітності в гуманітарному реагуванні

ISBN 978-1-908176-79-0



9 781908 176790