Dự án Sphere

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo

ẤN HÀNH NĂM 2011

Dự án Sphere

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo

Do Dự án Sphere xuất bản

Bản quyền @Dự án Sphere 2011

Email: info@sphereproject.org

Website: www.sphereproject.org

Dự án Sphere được bắt đầu thực hiện năm 1997 bởi một nhóm các Tổ chức phi chính phủ và Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ, nhằm xây dựng một bộ các Tiêu chuẩn tối thiểu mang tính phổ cập ở những lĩnh vực then chốt của hoạt động ứng phó nhân đạo: Sổ tay Sphere. Mục đích của Sổ tay là để nâng cao chất lượng ứng phó nhân đạo trong những tình huống thiên tai và xung đột cũng như tăng cường trách nhiệm giải trình của hệ thống nhân đạo đối với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo là sản phẩm từ kinh nghiệm tập thể của nhiều người và nhiều tổ chức. Do đó, chúng không đại diện cho quan điểm của một tổ chức riêng lẻ nào.

Ấn hành thử nghiệm lần đầu năm 1998

Ấn hành chính thức lần đầu năm 2000

Ấn hành lần thứ hai năm 2004

Ấn hành lần thứ ba năm 2011

Mã xuất bản ISBN978-1-908176-00-4

Thư mục của ấn phẩm này được lưu giữ tại Thư viện Vương quốc Anh và Thư viện Quốc hội Hoa Kỳ.

Tất cả các quyền bản quyền đã được đăng ký. Tài liệu này được tác giả giữ bản quyền nhưng có thể được sao chép miễn phí bằng bất kỳ phương pháp nào cho mục đích giáo dục nhưng không được buôn bán. Cần xin phép chính thức cho những mục đích sử dụng đó nhưng thông thường sẽ được cấp phép nhanh chóng. Để sao chép trong các tình huống khác hay để sử dụng lại trong các ấn phẩm khác hay để dịch thuật hay biên tập lại, phải xin phép trước bằng văn bản từ người giữ bản quyền tác giả và phải trả một khoản phí nhất định.

Việc phát hành cho Dự án Sphere được tiến hành bởi Nhà xuất bản Practical Action, các đại lý và các cơ quan đại diện của Nhà xuất bản này trên toàn thế giới.

Nhà xuất bản Practical Action, Trung tâm Công nghệ và phát triển Schumacher, Bourton ở Dunsmore, Rugby, CV239QZ, Vương quốc Anh

Điện thoại: +44(0) 1926634501; Fax+44(0) 1926634502

Email: sphere@practicalaction.org.uk

Website: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Nhà xuất bản Practical Action (Đăng ký của Công ty tại Vương quốc Anh số No. 1159018) là công ty xuất bản do Practical Action hoàn toàn sở hữu và việc kinh doanh của nó chỉ nhằm mục đích hỗ trợ các hoạt động từ thiện của công ty mẹ.

Thiết kế Sổ tay Sphere tiếng Anh: Metz-Tessy, Pháp

In tại: Nhà in Hobbs, Southampton,Vương quốc Anh

Lời nói đầu

Lần ấn hành mới nhất này của Sổ tay Sphere, *Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo*, là sản phẩm của sự hợp tác rộng rãi giữa nhiều tổ chức.

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo phản ánh quyết tâm của các tổ chức trong việc nâng cao hiệu quả sự trợ giúp của các tổ chức này cũng như tăng cường trách nhiệm giải trình của mình trước các đối tác, góp phần vào một khuôn khổ trách nhiệm mang tính thiết thực.

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo không chấm dứt được việc xảy ra những cuộc khủng hoảng nhân đạo cũng như không ngăn ngừa được tình cảnh đau thương của con người. Tuy nhiên, điều nó có thể mang lại là cơ hội nâng cao hiệu quả của sự trợ giúp nhằm tạo ra sự khác biệt đối với cuộc sống của những người bị ảnh hưởng bởi các tình huống thảm họa.

Từ lúc ra đời vào cuối những năm 1990, vốn được xem như là sáng kiến của một nhóm các Tổ chức phi chính phủ nhân đạo và Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ, Các tiêu chuẩn Sphere đã được áp dụng như là các tiêu chuẩn phổ biến trong các hoạt động ứng phó nhân đạo trong thế kỷ 21.

Do đó, chúng tôi xin bày tỏ lời cảm ơn đến tất cả những người đã đóng góp vào sáng kiến này.

Ton van Zutphen

Chủ tịch Ban chỉ đạo

John Damerell

Quản đốc Dự án

Lời cảm ơn

Việc chỉnh sửa cuốn Sổ tay Sphere là một quá trình hợp tác và tư vấn rộng rãi, thu hút sự tham gia của nhiều người trên khắp thế giới – quá nhiều để có thể nêu tên từng người một. Dự án Sphere ghi nhận những đóng góp và thiện chí của các tổ chức, cá nhân đã tham gia vào quá trình này.

Quá trình chỉnh sửa cuốn Sổ tay đã được đặt dưới sự lãnh đạo của một nhóm các đầu mối về các chương mang tính kỹ thuật và các nội dung mang tính liên ngành, được hỗ trợ bởi các chuyên gia về các vấn đề mới xuất hiện, được các tổ chức nhân đạo biệt phái hoặc thuê trực tiếp, tùy theo mức độ liên quan của công việc. Các chuyên gia tư vấn đóng vai trò đầu tàu trong việc sửa chữa các hợp phần của Sổ tay nói chung và những phần cần nhiều đóng góp mới. Ở những nơi không đề cập khác đi, thì những người liệt kê dưới đây là chuyên gia tư vấn.

Hiến chương Nhân đạo: James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) và Yvonne Klynman (IFRC)

Các Nguyên tắc Bảo vệ: Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) và Claudine Haenni Dale

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi: Peta Sandison và Sara Davidson

Các chương mang tính kỹ thuật

- **Cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB)
- **An ninh lương thực và dinh dưỡng:**
  - Dinh dưỡng: Susan Thurstans (Save the Children UK)
  - An ninh lương thực và sinh kế: Devrig Velly (Action contre la Faim)
  - Viện trợ lương thực: Paul Turnbull (WFP) và Walter Middleton (World Vision International)
- **Nhà ở, định cư và các mặt hàng phi lương thực:** Graham Saunders (IFRC)
- **Y tế:** Mesfin Teklu (World Vision International)

Các chủ đề mang tính liên ngành

- **Trẻ em:** Monica Blomström và Mari Mörth (cả hai đều từ Save the Children Sweden)
- **Người cao tuổi:** Jo Wells (HelpAge International)
- **Người khuyết tật:** Maria Kett (Trung tâm người Khuyết tật và Phát triển hòa nhập Leonard Cheshire)
- **Vấn đề giới:** Siobhán Foran (Dự án IASCGenCap)
- **Vấn đề tâm lý:** Mark van Ommeren (WHO) và Mike Wessells (Trường Đại học Columbia)
- **Các vấn đề HIV/AIDS:** Paul Spiegel (UNHCR)
- **Môi trường, biến đổi khí hậu và giảm nhẹ rủi ro thảm họa:** Anita van Breda (WWF) và Nigel Timmins (Christian Aid)

Các tiêu chuẩn đồng hành với Sphere

- **Giáo dục:** Jennifer Hofmann và Tzvetomira Laub (cả hai đều từ INEE)
- **Vật nuôi:** Cathy Watson (LEGS)
- **Phục hồi kinh tế:** Tracy Gerstle và Laura Meissner (cả hai đều từ mạng lưới SEEP)

Các chuyên gia

- **Phục hồi sớm sau thiên tai:** Maria Olga Gonzalez (UNDP-BCPR)
- **Điều phối và quản lý lán trại:** Gillian Dunn (IRC)
- **Lập chương trình hỗ trợ bằng tiền mặt:** Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership network)

Ngoài ra, nhiều người khác đã được tham khảo ý kiến về các vấn đề liên quan đến mối quan hệ quân sự - dân sự, tính nhạy cảm của xung đột và môi trường đô thị.

Các Nhóm công tác và Nhóm tham khảo đã được thành lập để hỗ trợ các đầu mối trong công việc của mình. Mặc dù Dự án Sphere ghi nhận đóng góp của những người này nhưng không thể nêu tên của từng người một. Tuy nhiên, có thể tìm thấy danh sách đầy đủ của các Nhóm công tác và Nhóm tham khảo trên trang thông tin điện tử của Dự án tại địa chỉ: www.sphereproject.org.

Biên tập: Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson

Điều khiển hội thảo chỉnh sửa Sổ tay: Raja Jarrah

Chuyên gia Giám sát & Đánh giá: Claudia Schneider, SKAT

Ban chỉ đạo Dự án Sphere *(đến ngày 31 tháng 12 năm 2010)*

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

Các nhà tài trợ

Ngoài sự đóng góp của các tổ chức có đại diện trong Ban chỉ đạo được nêu trên đây, các tổ chức sau đây đã đóng góp kinh phí cho quá trình chỉnh sửa cuốn Sổ tay:

Cơ quan Phát triển quốc tế Ốt-xtrây-li-a (AusAID) *Vụ Nhân đạo Cộng đồng châu Âu (ECHO) *Bộ Ngoại giao CHLB Đức *Bộ Ngoại giao Tây-ban-nha *Cơ quan Hợp tác và phát triển Thụy Sĩ (SDC) *Bộ Phát triển quốc tế Vương quốc Anh (DFID) *Phòng tị nạn và di cư thuộc Bộ Ngoại giao Hoa Kỳ (US-PRM) *Văn phòng Trợ giúp thiên tai hải ngoại thuộc Cơ quan Hỗ trợ phát triển quốc tế Hoa Kỳ (US-OFDA)

Ban quản lý Dự án Sphere

Quản đốc Dự án: John Damerell

Quản lý đào tạo và học tập: Verónica Foubert

Quản lý vật tư và hoạt động xúc tiến: Aninia Nadig

Hỗ trợ đào tạo và hoạt động xúc tiến: Cécilia Furtade

Quản trị và tài vụ: Lydia Beauquis

Ở những giai đoạn khác nhau, quá trình chỉnh sửa Sổ tay còn nhận được sự hỗ trợ của Alison Joyner, Hani Eskandar và Laura Lopez.

NHÓM LÀM VIỆC VỀ QUẢN LÝ THIÊN TAI TẠI VIỆT NAM (DMWG)

Nhóm làm việc về Quản lý Thiên tai chia sẻ cam kết thúc đẩy việc áp dụng các hướng dẫn và Tiêu chuẩn tối thiểu Sphere nhằm nâng cao chất lượng và trách nhiệm giải trình trong các hoạt động cứu trợ nhân đạo tại Việt Nam.

Chúng tôi chân thành cảm ơn sự tham gia và đóng góp của tất cả các đồng nghiệp và đối tác trong việc dịch và phát hành cuốn Sổ tay Sphere phiên bản năm 2011. Chúng tôi ghi nhận đóng góp tích cực của các thành viên trong Nhóm hành động về Sphere, gồm có TS. Ian Wilderspin và ông Miguel Coulier (UNDP), ông Đặng Văn Tạo (IFRC), ông Vũ Xuân Việt và ông Provash Mondal (Oxfam), ông Nguyễn Văn Gia (SCiV), ông Nguyễn Trọng Ninh (Plan), ông Lê Văn Dương (WV), ông Trần Thanh Thùy và ông Richard Wecker (CARE), bà Nguyễn Thị Yến (HFHV), ông Vũ Quang Hiếu (WHO), TS. Hà Văn Như (HSPH), ông Nguyễn Đình Quang (UNICEF). Các thành viên Nhóm hành động về Sphere đã chia sẻ kiến thức, kinh nghiệm và hỗ trợ kỹ thuật trong quá trình cùng góp ý cho bản dịch, cũng như hiệu đính cuốn Sổ tay theo các quy trình và tiêu chuẩn chất lượng đã thống nhất.

Chúng tôi trân trọng cảm ơn ông Phan Đức Thắng đã đóng góp to lớn về thời gian, kinh nghiệm và kiến thức để đảm bảo bản dịch đầu tiên của cuốn sách đạt chất lượng tốt.

Chúng tôi đánh giá cao sự chuyên nghiệp và kiến thức chuyên môn sâu sắc của ông Ngô Công Chính (Thạc sĩ Quản trị công, Viện Quản lý và Phát triển Châu Á) trong vai trò là Chủ biên và chịu trách nhiệm chỉnh sửa cuối cùng cho phần dịch tiếng Việt của cuốn sách Sphere.

Cuối cùng, chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đến tất cả các đồng nghiệp trong Nhóm làm việc Quản lý Thiên tai tại Việt Nam, các đối tác thuộc các cơ quan Chính phủ, Ban Điều phối viện trợ Nhân dân (PACCOM), Trung tâm Dữ liệu các Tổ chức Phi chính phủ, đại diện các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế, Hội Chữ thập đỏ Việt Nam, Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, v.v. đã nỗ lực đóng góp thời gian, kiến thức và kinh nghiệm để việc phát hành cuốn Sổ tay Sphere bằng tiếng Việt đạt kết quả và chất lượng chuyên môn cao nhất.

Trân trọng.

Mục lục

Lời nói đầu iii

Lời cảm ơn iv

Sphere là gì? 3

Hiến chương Nhân đạo 19

Các Nguyên tắc Bảo vệ 25

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi 49

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh 79

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về an ninh lương thực và dinh dưỡng 141

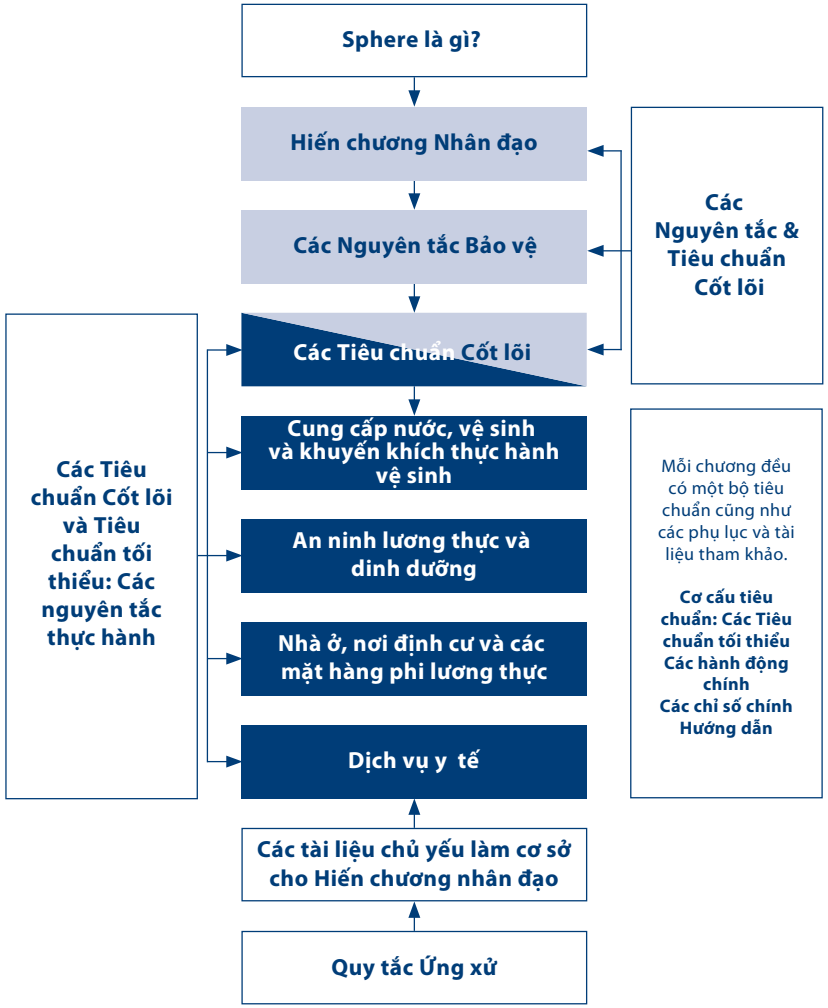
Các Tiêu chuẩn tối thiểu về nhà ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực 251

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về hỗ trợ y tế 299

Phụ lục 377

- Phụ lục 1. Các tài liệu chủ yếu làm cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo 378
- Phụ lục 2. Quy tắc Ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các Tổ chức phi chính phủ trong hoạt động cứu trợ nhân đạo 389
- Phụ lục 3. Các từ viết tắt 398

Cấu trúc của Sổ tay



Sphere là gì?

Sphere là gì?

Dự án Sphere và Sổ tay của Dự án được nhiều người biết đến vì chúng đã giới thiệu những vấn đề về chất lượng và trách nhiệm giải trình trong ứng phó nhân đạo. Nhưng nguồn gốc của Dự án là gì? Đâu là những triết lý và phương pháp tiếp cận của Dự án? Cuốn Sổ tay được hình thành như thế nào và tại sao? Vị trí của nó ở đâu trong khuôn khổ hoạt động nhân đạo ngày càng trên quy mô lớn hơn? Ai nên sử dụng nó và khi nào? Chương này sẽ cố gắng cung cấp câu trả lời cho một số câu hỏi trên đây. Ngoài ra, chương này cũng nêu chi tiết về cấu trúc của Sổ tay, hướng dẫn cách sử dụng Sổ tay cũng như cách thức bạn và tổ chức của bạn làm thế nào để tuân thủ các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere.

Triết lý của Dự án Sphere: Quyền được sống có nhân phẩm

Dự án Sphere – hay "Sphere" - được khởi động năm1997 bởi một nhóm các Tổ chức phi chính phủ hoạt động nhân đạo và Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế. Mục tiêu của các tổ chức này là nâng cao chất lượng hoạt động của mình trong ứng phó với thảm họa và chịu trách nhiệm về những hoạt động đó. Triết lý của họ được dựa vào **hai niềm tin cốt lõi**: một là, những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và xung đột có quyền được sống có nhân phẩm và, do đó, có quyền được trợ giúp; và hai là, cần phải thực hiện tất cả các bước có thể để giảm nhẹ nỗi khổ đau của con người bắt nguồn từ thảm họa hay xung đột.

Phấn đấu thực hiện hai niềm tin này, Dự án Sphere đã xây dựng Hiến chương Nhân đạo và xác định một bộ các **Tiêu chuẩn tối thiểu** ở các khía cạnh then chốt liên quan đến mạng sống con người được phản ánh trong 4 chương mang tính kỹ thuật của Sổ tay: Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh; An ninh lương thực và dinh dưỡng; Chỗ ở, nơi định cư, các mặt hàng phi lương thực; và Hỗ trợ y tế. Các **Tiêu chuẩn Cốt lõi** là các tiêu chuẩn về quy trình và được áp dụng cho tất cả các chương kỹ thuật.

Các **Tiêu chuẩn tối thiểu** được dựa vào bằng chứng và đại diện cho sự đồng thuận ở từng lĩnh vực về thực hành tốt trong ứng phó nhân đạo. Các hoạt động chính, các chỉ số chính và các hướng dẫn (được mô tả trong phần "Sử dụng các tiêu chuẩn như thế nào?" dưới đây) đi kèm với từng tiêu chuẩn, hướng dẫn bạn cách thức thực hiện tiêu chuẩn ấy.

Các **Tiêu chuẩn tối thiểu** mô tả điều kiện phải đáp ứng trong bất kỳ hoạt động ứng phó nhân đạo nào để các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có thể sống sót

và phục hồi trong điều kiện ổn định và đảm bảo nhân phẩm. Việc **tạo điều kiện để các nhóm dân cư bị ảnh hưởng được tham gia** vào quá trình tham vấn giữ vị trí trung tâm trong triết lý của Sphere. Do đó, Dự án dần được biết đến như là các sáng kiến về **Chất lượng và Trách nhiệm giải trình (Q & A).**

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo được xuất bản chung thành cuốn **Sổ tay**, mà ấn bản mới nhất bạn đang có trong tay. Sổ tay được thiết kế cho công tác lập kế hoạch, thực hiện, giám sát và đánh giá trong hoạt động ứng phó nhân đạo. Nó đồng thời là một công cụ vận động chính sách hữu hiệu khi thương lượng về ứng phó nhân đạo và tìm kiếm nguồn lực từ các nhà chức trách. Hơn nữa, Sổ tay cũng hữu ích cho các hoạt động phòng ngừa thảm họa và lập kế hoạch cứu trợ khẩn cấp khi các nhà tài trợ ngày càng đặt ra nhiều tiêu chuẩn cho công tác lập báo cáo.

Sổ tay không do một tổ chức riêng biệt nào sở hữu và được đón nhận rộng rãi bởi toàn thể những người hoạt động nhân đạo nói chung. Nó trở thành một trong những bộ tiêu chuẩn trong ứng phó nhân đạo được biết đến nhiều nhất, được quốc tế thừa nhận và được sử dụng làm công cụ điều phối và truyền thông giữa các tổ chức.

Được xuất bản lần đầu tiên vào năm 2000, Sổ tay được chỉnh sửa vào năm 2003 và 2009-2010. Trong mỗi lần chỉnh sửa, các cuộc tham khảo ý kiến chuyên ngành đều được tổ chức, thu hút sự tham gia của nhiều cơ quan, tổ chức và cá nhân, kể cả các chính phủ và các tổ chức thuộc hệ thống Liên Hợp Quốc (LHQ).

Những người chủ yếu sử dụng Sổ tay là những người thực hành trong công tác lập kế hoạch, quản lý hay thực hiện ứng phó nhân đạo, trong đó có cán bộ, nhân viên và những người tình nguyện của các tổ chức nhân đạo quốc gia và quốc tế. Trong khuôn khổ các đề xuất dự án và vận động quỹ, các Tiêu chuẩn tối thiểu cũng thường xuyên được đề cập.

Các đối tượng khác, như các nhà chức trách chính phủ và chính quyền địa phương, quân đội và khu vực tư nhân, cũng được khuyến khích sử dụng Sổ tay. Nó sẽ giúp ích cho hoạt động của họ cũng như giúp họ hiểu các tiêu chuẩn được sử dụng bởi các tổ chức nhân đạo mà họ có thể phải giao tiếp.

Sổ tay: Một cách suy nghĩ về các giá trị của Sphere

Bố cục của Sổ tay phản ánh mục tiêu của Dự án Sphere là gắn ứng phó nhân đạo với phương pháp tiếp cận dựa trên quyền con người và có sự tham gia của các đối tượng hưởng lợi.

Hiến chương Nhân đạo, các Nguyên tắc Bảo vệ và Tiêu chuẩn Cốt lõi

Hiến chương Nhân đạo, Các Nguyên tắc Bảo vệ và Tiêu chuẩn Cốt lõi thể hiện phương pháp tiếp cận dựa trên quyền con người và lấy con người làm trung tâm

trong ứng phó nhân đạo. Chúng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tạo điều kiện để dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và các nhà chức trách địa phương cũng như trung ương có thể tham gia vào tất cả các giai đoạn của hoạt động ứng phó. Các Nguyên tắc Bảo vệ và các Tiêu chuẩn Cốt lõi được nhóm lại với nhau ở đầu cuốn Sổ tay để tránh phải nhắc lại ở mỗi chương mang tính kỹ thuật. Những người sử dụng Sổ tay, kể các các chuyên gia về một lĩnh vực kỹ thuật cụ thể, cần coi các nguyên tắc và tiêu chuẩn này như là một phần gắn bó hữu cơ của các chương này.

Nền tảng của Sổ tay là **Hiến chương Nhân đạo** (đi kèm với danh mục các tài liệu chính sách và pháp lý chủ yếu tại Phụ lục 1, trang 378). Nó tạo cơ sở đạo lý và pháp lý cho các Nguyên tắc Bảo vệ cũng như cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu, do đó tạo điều kiện để giải thích và thực hiện chúng một cách đúng đắn. Nó là lời tuyên bố về các quyền và nghĩa vụ hợp pháp đã được xác lập cũng như niềm tin và sự cam kết chung của các tổ chức nhân đạo, tất cả được tập hợp trong một **bộ các nguyên tắc**, **quyền và nghĩa vụ chung**. Được dựa trên nguyên tắc nhân đạo và nhu cầu cứu trợ nhân đạo, chúng bao gồm có quyền được sống có nhân phẩm, quyền được tiếp nhận viện trợ nhân đạo, quyền được bảo vệ và bảo đảm an ninh. Hiến chương cũng nhấn mạnh tầm quan trọng về **trách nhiệm giải trình của các tổ chức đối với các cộng đồng bị ảnh hưởng**. Các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu thể hiện ý nghĩa thực tế của các nguyên tắc và nghĩa vụ này.

Hiến chương Nhân đạo giải thích tại sao cả viện trợ và bảo vệ đều là những trụ cột của hành động nhân đạo. Để phát triển thêm khía cạnh bảo vệ này, Sổ tay đưa ra các **Nguyên tắc Bảo vệ** để biến một số nguyên tắc pháp lý và quyền được nêu trong Hiến chương thành các chiến lược và hành động làm cơ sở cho việc thực hành nhân đạo từ góc độ bảo vệ. Bảo vệ là phần cốt lõi của hành động nhân đạo và các Nguyên tắc Bảo vệ chỉ ra trách nhiệm của tất cả các tổ chức nhân đạo trong việc bảo đảm rằng các hoạt động của họ quan tâm đến những mối đe dọa nghiêm trọng mà những người bị tác động thường phải đối mặt trong các tình huống thảm họa và xung đột.

Tất cả các tổ chức nhân đạo cần bảo đảm rằng những hành động của họ không gây thêm thiệt hại cho những người bị ảnh hưởng (Nguyên tắc Bảo vệ 1), rằng các hoạt động của họ phải mang lại lợi ích cho những người bị ảnh hưởng nhiều nhất và những người dễ bị tổn thương nhất (Nguyên tắc Bảo vệ 2), rằng họ phải góp phần bảo vệ những người bị ảnh hưởng chống lại tình trạng bạo lực và sự lạm dụng các quyền khác của con người (Nguyên tắc Bảo vệ 3) và rằng họ phải giúp đỡ những người bị ảnh hưởng phục hồi sau khi bị lạm dụng (Nguyên tắc Bảo vệ 4). Vai trò và trách nhiệm của các tổ chức nhân đạo trong việc bảo vệ nhìn chung là thứ yếu so với trách nhiệm pháp lý của Nhà nước và các nhà chức trách liên quan. Bảo vệ thường liên quan đến việc nhắc nhở các nhà chức trách về trách nhiệm của chính họ.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi là bộ các Tiêu chuẩn tối thiểu đầu tiên và làm cơ sở cho tất cả các tiêu chuẩn khác. Chúng mô tả tầm quan trọng của các quy trình và cách tiếp

cận được tiến hành trong một hoạt động ứng phó nhân đạo đối với hiệu quả của hoạt động đó. Quan tâm đến năng lực và sự tham gia tích cực của những người bị ảnh hưởng bởi thiên tai và xung đột, phân tích toàn diện và thấu hiểu nhu cầu và bối cảnh, điều phối có hiệu quả giữa các tổ chức, cam kết thường xuyên nâng cao hiệu quả hoạt động và sự hiện diện của những người làm công tác cứu trợ có kỹ năng và được hỗ trợ đầy đủ là những yếu tố rất quan trọng để đạt được các tiêu chuẩn kỹ thuật.

Các Nguyên tắc Bảo vệ và Tiêu chuẩn Cốt lõi được gom thành một nhóm ở ngay đầu cuốn Sổ tay để không phải nhắc lại ở từng chương mang tính kỹ thuật. Chúng là nền tảng của tất cả các hoạt động nhân đạo và **phải được sử dụng cùng với các chương mang tính kỹ thuật**. Chúng có tầm quan trọng to lớn để đáp ứng các tiêu chuẩn kỹ thuật về chất lượng và trách nhiệm đối với những người bị ảnh hưởng.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu ở 4 chương kỹ thuật

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu liên quan đến cách tiếp cận trong việc xây dựng, thực hiện dự án và 4 loạt hoạt động liên quan đến sinh mạng con người: Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh; An ninh lương thực và dinh dưỡng; Chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực; và Hỗ trợ y tế.

Sử dụng các tiêu chuẩn như thế nào?

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu đều được trình bày theo một công thức cụ thể, bắt đầu bằng phần mô tả chung và phổ biến – Tiêu chuẩn tối thiểu – sau đó là các hành động chính, các chỉ số chính và các hướng dẫn.

Đầu tiên, **Tiêu chuẩn tối thiểu** được đưa ra. Mỗi tiêu chuẩn bắt nguồn từ nguyên tắc các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có quyền được sống trong nhân phẩm. Tiêu chuẩn này là định tính và nêu cụ thể mức độ tối thiểu phải đáp ứng trong hoạt động ứng phó nhân đạo. Phạm vi của nó mang tính phổ biến và có thể áp dụng trong mọi tình huống thảm họa. Do đó, nó được mô tả bằng những ngôn từ phổ thông.

Sau đó, những **hành động thiết thực chính** được đề xuất, nhằm thực hiện Tiêu chuẩn tối thiểu. Một số hành động có thể không áp dụng được trong tất cả các tình huống, và người làm công tác cứu trợ phải tự lựa chọn hành động phù hợp hay thiết kế hành động thay thế, làm sao để đáp ứng được tiêu chuẩn đề ra.

Tiếp theo, một bộ **các chỉ số** làm "dấu hiệu" cho thấy một tiêu chuẩn đã được đáp ứng hay chưa. Chúng cho ta thấy cách thức đo lường và truyền đạt các quy trình và kết quả từ các hành động chính. Chúng liên quan đến Tiêu chuẩn tối thiểu chứ không phải là hành động chính.

Cuối cùng, các **hướng dẫn** gồm có những điểm cụ thể cần xem xét khi muốn thực hiện những hành động chính và chỉ số chính. Nó hướng dẫn việc xử lý các khó khăn

thực tiễn, các điểm mốc hay gợi ý về các nội dung ưu tiên và mang tính liên ngành. Nó cũng đề cập đến các vấn đề quan trọng liên quan đến các tiêu chuẩn, hành động hay chỉ số và mô tả các tình huống nan giải, dễ gây tranh cãi hay những thiếu hụt về kiến thức. Nó **không** hướng dẫn **cách thức** thực hiện một hoạt động cụ thể.

Phần giới thiệu tóm tắt cho từng chương nêu lên những vấn đề lớn có liên quan. Các chương về các tiêu chuẩn kỹ thuật tối thiểu cũng có thêm các phụ lục, ví dụ như danh mục các vấn đề phục vụ việc đánh giá, các công thức, biểu bảng và các ví dụ về mẫu báo cáo. Mỗi chương đều kết thúc bằng các tài liệu tham khảo và gợi ý về các tài liệu đọc thêm. Một danh mục chi tiết các thuật ngữ cho từng chương có thể tìm thấy tại trang thông tin điện tử của Dự án Sphere (www.sphereproject.org).

Tất cả các chương đều có mối liên hệ với nhau. Thông thường, các tiêu chuẩn được mô tả trong một lĩnh vực cần được xem xét cùng với các tiêu chuẩn mô tả ở các lĩnh vực khác. Do đó, Sổ tay có rất nhiều chỉ dẫn về tham khảo chéo.

Tuân thủ các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere

Sổ tay Sphere là bộ quy tắc mang tính tự nguyện và là công cụ mang tính tự điều chỉnh về chất lượng và trách nhiệm giải trình, và Dự án Sphere không có cơ chế tuân thủ nào. Không có cái gọi là phải "giao kèo" với Dự án, là thành viên của Sphere hay của bất kỳ quy trình được công nhận nào. Dự án đã có ý không làm cho Sổ tay mang tính chỉ định hay định hướng tuân thủ, để khuyến khích hơn tính sở hữu đối với cuốn sổ tay của càng nhiều người càng tốt.

Sổ tay không đưa ra những lời hướng dẫn cụ thể về việc cung cấp các dịch vụ như thế nào (các hành động chính gợi ý các hoạt động để đạt được một tiêu chuẩn nào đó mà không nêu cụ thể phải làm như thế nào). Thay vào đó, nó giải thích **cần phải có những gì** để bảo đảm một cuộc sống có nhân phẩm cho dân cư bị ảnh hưởng. Do đó, từng cơ quan thực hiện có quyền lựa chọn một hệ thống nào đó để bảo đảm việc thực hiện các Tiêu chuẩn tối thiểu của Dự án Sphere. Một số tổ chức đã sử dụng các cơ chế hoàn toàn mang tính nội bộ, trong khi một số khác lại chọn phương pháp kiểm tra chéo. Một số sử dụng Sphere để đánh giá hoạt động tập thể của họ trong những tình huống khẩn cấp cụ thể.

Tuân thủ với Sphere không có nghĩa là phải đạt được tất cả các tiêu chuẩn và chỉ số. Mức độ các tổ chức đạt được các tiêu chuẩn này tùy thuộc vào các yếu tố mà một số nằm ngoài khả năng kiểm soát của họ. Đôi khi khó khăn trong việc tiếp cận dân cư bị ảnh hưởng, thiếu sự hợp tác của các nhà chức trách hay tình trạng thiếu an ninh nghiêm trọng làm cho họ không thể đáp ứng các tiêu chuẩn này.

Nếu điều kiện sống chung của dân cư bị ảnh hưởng là thấp hơn đáng kể so với các Tiêu chuẩn tối thiểu trước khi xảy ra thảm họa, các tổ chức có thể không có đủ nguồn lực để đáp ứng các tiêu chuẩn. Trong tình huống này, cung cấp các phương tiện cơ bản cho tất cả những người bị ảnh hưởng có thể quan trọng hơn việc đáp ứng một phần các tiêu chuẩn.

Đôi khi các Tiêu chuẩn tối thiểu có thể vượt quá điều kiện sống hàng ngày của người dân xung quanh. Tuân thủ các tiêu chuẩn đối với dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa vẫn rất quan trọng. Nhưng những tình huống đó cũng có thể cho thấy sự cần thiết phải hành động để hỗ trợ những người dân xung quanh và để đối thoại với những người lãnh đạo cộng đồng. Điều gì là phù hợp và khả thi sẽ tùy thuộc vào bối cảnh của tình hình.

Trong trường hợp không thể đáp ứng các tiêu chuẩn, các tổ chức nhân đạo cần:

- Trình bày trong báo cáo (nhận xét, đánh giá, v.v...) mức độ chênh lệch giữa các chỉ số của Sphere và những chỉ số đạt được trên thực tế
- Giải thích lý do của trình trạng này và những gì cần phải thay đổi
- Đánh giá ảnh hưởng tiêu cực có thể xảy ra đối với dân cư bị ảnh hưởng
- Tiến hành các hành động thích hợp nhằm giảm thiểu tác hại gây ra bởi những ảnh hưởng tiêu cực.

Bằng cách thực hiện các bước trên đây, các tổ chức chứng tỏ rằng họ đang tuân thủ triết lý và các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere ngay cả khi họ không thể đáp ứng các tiêu chuẩn nêu ra trong Sổ tay này.

Vị trí của Sphere trong hoạt động nhân đạo

Sổ tay Sphere được thiết kế để sử dụng cho các hoạt động ứng phó nhân đạo trong nhiều tình huống, kể cả thiên tai, xung đột, các sự kiện diễn ra từ từ hay đột ngột, vấn đề môi trường nông thôn cũng như đô thị, và các tình huống khẩn cấp về chính trị ở tất cả các nước. Thuật ngữ "thảm họa" bao hàm các tình huống này và, khi thấy thích hợp, thuật ngữ "xung đột" được sử dụng. "Dân cư" được sử dụng để nói đến các cá nhân, gia đình, cộng đồng và các nhóm rộng lớn hơn. Do đó, chúng tôi thường dùng thuật ngữ "dân cư bị ảnh hưởng" trong toàn bộ cuốn Sổ tay này.

Khi nào sử dụng Sổ tay

Tập trung vào giai đoạn **thực hiện ứng phó nhân đạo**, các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere liên quan đến các hoạt động nhằm đáp ứng các nhu cầu sinh tồn khẩn cấp của dân cư bị ảnh hưởng. Giai đoạn này có thể kéo dài từ vài ngày hay vài tuần lễ đến nhiều tháng, thậm chí cả năm, đặc biệt ở các bối cảnh mà tình trạng mất an ninh và di tản kéo dài. Do vậy, không thể ấn định một khung thời gian cụ thể nào cho tính hữu ích của các tiêu chuẩn Sphere.

Tuy nhiên, Sổ tay có một vị trí cụ thể trong khuôn khổ rộng lớn hơn của **hoạt động nhân đạo** vượt ra ngoài việc cung cấp cứu trợ khẩn cấp và bao hàm một loạt hoạt động từ chuẩn bị sẵn sàng để ứng phó, sau đó là ứng phó nhân đạo và cuối cùng là phục hồi sớm. Là công cụ tra cứu, Sổ tay hữu ích cả trong chuẩn bị ứng phó và trong

các giai đoạn phục hồi sớm sau thảm họa mà về mặt khái niệm góp phần "định hình" hoạt động ứng phó nhân đạo nhưng trên thực tế cần được xem xét đồng thời.

Chuẩn bị sẵng sàng để ứng phó đòi hỏi các chủ thể - chính phủ, tổ chức nhân đạo, tổ chức xã hội dân sự địa phương, cộng đồng và các cá nhân- có năng lực, quan hệ và kiến thức để chuẩn bị sẵn sàng và ứng phó có hiệu quả với thảm họa hay xung đột. Trước và trong hoạt động ứng phó, họ cần bắt đầu thực hiện những hành động góp phần nâng cao sự sẵn sàng và giảm nhẹ rủi ro trong tương lai. Họ phải sẵn sàng, ít nhất là để đáp ứng các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere trong một tình huống thảm họa trong tương lai.

Phục hồi sớm là quá trình tiếp theo giai đoạn cứu trợ và hướng đến phục hồi dài hạn và sẽ có hiệu quả nhất nếu được trù liệu trước và được tạo điều kiện ngay từ đầu một hoạt động ứng phó nhân đạo. Nhận rõ tầm quan trọng của phục hồi sớm, Sổ tay đề cập đến giai đoạn này trong suốt cuốn sách và bất kỳ ở đâu thấy thích hợp.

Những diễn biến mới trong lĩnh vực hoạt động nhân đạo và ý nghĩa đối với Sphere

Trong những năm gần đây, đã diễn ra một số sự kiện trong hoạt động nhân đạo và các lĩnh vực khác liên quan, trong đó có những thay đổi về tính chất của thảm họa và xung đột cũng như công tác nhân đạo. Những sự kiện được xem xét trong Sổ tay bao gồm:

- Về mặt khái niệm và tác nghiệp, người ta ngày càng quan tâm hơn đến các hoạt động cứu trợ ở cấp địa phương và quốc gia với nhận thức cần tham vấn các **nhóm dân cư bị ảnh hưởng** và cần phải tăng cường năng lực ứng phó của Nhà nước bị ảnh hưởng bởi khủng hoảng và các cơ sở cứu trợ, cơ quan trong nước.
- **Trách nhiệm giải trình** của hoạt động nhân đạo, đặc biệt là đối với dân cư bị ảnh hưởng, ngày càng chủ động hơn, đồng thời người ta cũng chủ động hơn trong phối hợp hoạt động, kể cả quy trình cải cách nhân đạo (cách tiếp cận theo lĩnh vực), dưới sự bảo lãnh của Ủy ban thường trực liên tổ chức (IASC).
- Ngày càng quan tâm hơn đến các vấn đề và biện pháp bảo vệ.
- Tăng cường nhận thức về khả năng tiềm ẩn phải di cư bắt buộc trên quy mô lớn bởi **các thảm họa do biến đổi khí hậu gây ra** và về sự gia tăng rủi ro do môi trường xuống cấp.
- Nhận thức rằng **các nhóm dân cư nghèo ở đô thị** ngày càng tăng nhanh và họ có những rủi ro riêng biệt, đặc biệt là rủi ro liên quan đến kinh tế tiền mặt, sự gắn kết về mặt xã hội và không gian sinh sống.

- Các phương pháp tiếp cận mới đối với viện trợ, như **hỗ trợ tiền mặt, phiếu mua hàng** và mua sắm tại địa phương thay cho việc vận chuyển hàng viện trợ nhân đạo.
- Ngày càng nhìn nhận rằng **giảm thiểu rủi ro thảm họa** như là một lĩnh vực, đồng thời là một phương pháp tiếp cận.
- Sự tham gia ngày càng nhiều của **giới quân sự** vào hoạt động cứu trợ nhân đạo, một nhóm chủ thể không bị thúc đẩy bởi động cơ nhân đạo là chính, cần có những hướng dẫn riêng và chiến lược phối hợp riêng cho cuộc đối thoại giữa giới quân sự và giới dân sự tham gia hoạt động nhân đạo.
- Sự tham gia ngày càng tăng của khu vực tư nhân vào hoạt động ứng phó nhân đạo, đòi hỏi phải có các hướng dẫn và chiến lược tương tự như cho cuộc đối thoại quân sự - dân sự.

Dự án Sphere đã đưa các diễn biến này vào trong Sổ tay khi thấy thích hợp, đặc biệt là **các vấn đề mới nảy sinh** về hỗ trợ tiền mặt, phục hồi sớm và quan hệ quân sự - dân sự.

Thấu hiểu bối cảnh trong hoạt động cứu trợ nhân đạo

Cứu trợ nhân đạo có hiệu quả phải dựa vào sự phân tích mang tính toàn diện, phù hợp với bối cảnh tình hình (nhận định, giám sát và đánh giá), nhằm **đánh giá nhu cầu, tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của người dân trong từng bối cảnh**.

Sổ tay được thiết kế chủ yếu làm công cụ để nhìn nhận các bối cảnh khác nhau và để điều chỉnh các chương trình ứng phó cho phù hợp: nó hướng dẫn những người thực hành cách tư duy xoay quanh việc thực hiện một tiêu chuẩn cần ứng dụng một cách phổ biến trong một tình hình hay tình huống cụ thể, đặc biệt cần lưu ý đến tình trạng dễ bị tổn thương và năng lực cụ thể.

Không phải tất cả các cá nhân trong một nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa đều có nguồn lực và quyền lực như nhau. Do đó, họ bị ảnh hưởng ở những mức độ khác nhau tùy theo nguồn gốc chủng tộc, khuynh hướng tôn giáo hay quan hệ chính trị của họ. Di dời chỗ ở có thể làm cho một số người dễ bị rủi ro hơn so với hoàn cảnh bình thường của họ. Phụ nữ, trẻ em, người cao tuổi, người khuyết tật hay người bị nhiễm HIV có thể bị từ chối sự hỗ trợ thiết yếu với họ hay cơ hội được lắng nghe do những rào cản về vật chất, văn hóa và (hoặc) xã hội. Kinh nghiệm cho thấy rằng đối xử với những người này như là "các nhóm dân cư dễ bị tổn thương" có thể dẫn đến các biện pháp can thiệp manh mún và không hiệu quả, do đó bỏ qua đặc điểm chồng chéo và bản chất thay đổi của tình trạng dễ bị tổn thương theo thời gian, ngay cả trong một cuộc khủng hoảng cụ thể.

Các nỗ lực cứu trợ và phục hồi cũng phải tính đến các mối nguy hiểm và rủi ro trong tương lai nhằm xây dựng lại các cộng đồng an toàn hơn và bền vững hơn. Ở nhiều

nơi trên thế giới, kiến thức truyền thống về các mối nguy hiểm, rủi ro, năng lực cần được kết hợp với những nhận xét, đánh giá về rủi ro của khí hậu trong tương lai.

Để làm rõ mối liên hệ giữa giữa mỗi tình huống thảm họa và tình trạng dễ bị tổn thương, năng lực của dân cư bị ảnh hưởng, Sổ tay đã đề cập đến một số nội dung mang tính xuyên suốt. Các nội dung về trẻ em, giới, người cao tuổi, HIV/AIDS, người khuyết tật và sự hỗ trợ tâm lý xã hội bàn thảo đến tình trạng dễ bị tổn thương của từng cá nhân và các nhóm nhỏ. Giảm nhẹ rủi ro thảm họa (trong đó có biến đổi khí hậu) và môi trường đề cập đến các vấn đề rủi ro tác động đến toàn bộ nhóm dân cư bị ảnh hưởng. Cuối phần giới thiệu, mỗi chủ đề được mô tả chi tiết hơn.

Mối liên hệ với các tiêu chuẩn nhân đạo khác

Để giữ cho Sổ tay Sphere là một tập sách có quy mô vừa phải, trọng tâm của nó được đặt ở bốn lĩnh vực quan trọng nhất của hoạt động nhân đạo. Nhiều lĩnh vực có liên quan khác - vốn là một phần của hoạt động cứu trợ có hiệu quả, đã xây dựng tiêu chuẩn của riêng mình. Một số tiêu chuẩn đó được đưa vào một loạt **các tiêu chuẩn đồng hành với Sphere**, được xuất bản thành các tập riêng nhưng được xây dựng với cùng tinh thần nghiêm túc và quy trình tham vấn như Sphere – Tiêu chuẩn tối thiểu về giáo dục của Mạng lưới liên tổ chức về giáo dục trong tình huống khẩn cấp (INEE): Phòng ngừa, ứng phó và phục hồi; Tiêu chuẩn tối thiểu về phục hồi kinh tế sau khủng hoảng của Mạng lưới giáo dục và xúc tiến doanh nghiệp nhỏ (SEEP); và Hướng dẫn và tiêu chuẩn về tình trạng khẩn cấp đối với vật nuôi (LEGS).

Giáo dục trong tình huống khẩn cấp có thể là cứu mạng sống cũng như duy trì cuộc sống. Được tổ chức ở nơi an toàn, hình thức giáo dục này tạo ra cảm giác an bình, hỗ trợ tâm lý xã hội và sự bảo vệ chống lại hành vi lạm dụng và gây hại. Nó cũng được sử dụng để chuyển tải các thông điệp về an toàn, kỹ năng sống và các thông tin thiết yếu về y tế và vệ sinh. Các Tiêu chuẩn tối thiểu về giáo dục trong tình huống khẩn cấp của INEE: Phòng ngừa, ứng phó và phục hồi được xuất bản lần đầu vào năm 2004 và được cập nhật năm 2010, trở thành các tiêu chuẩn đồng hành với Sphere năm 2008. Chúng được xem như một khuôn khổ để bảo đảm mối liên kết thiết yếu giữa giáo dục và y tế, nước sạch, vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng, chỗ ở và bảo vệ, và để tăng cường sự an toàn, chất lượng và trách nhiệm giải trình của công tác phòng ngừa và ứng phó.

Phát triển doanh nghiệp nhỏ và Gia súc được đề cập tương ứng trong Tiêu chuẩn tối thiểu về phục hồi kinh tế sau khủng hoảng của SEEP và Hướng dẫn và tiêu chuẩn về tình trạng khẩn cấp đối với gia súc. Dự kiến hai bộ Tiêu chuẩn tối thiểu này sẽ trở thành các tiêu chuẩn đồng hành với Sphere trong năm 2011.

Sử dụng cùng với cuốn Sổ tay này, các tiêu chuẩn đồng hành sẽ góp phần nâng cao chất lượng của viện trợ cung cấp cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thiên tai và xung đột. Hướng dẫn về các tiêu chuẩn của INEE, SEEP và LEGS đã được lồng ghép và tham khảo chéo trong toàn bộ Sổ tay này.

Các tổ chức, liên minh và mạng lưới đã xây dựng các tiêu chuẩn và quy tắc ứng xử khác để đáp ứng các tiêu chuẩn tác nghiệp riêng, như tôn chỉ mục đích, chuyên môn kỹ thuật hay những bất cập trong hướng dẫn của từng tổ chức cụ thể. Nếu thấy thích hợp, các tiêu chuẩn này được tham chiếu ở các chương có nội dung kỹ thuật của Sổ tay này.

Dự án Sphere là một phần của một nhóm các sáng kiến về chất lượng và trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực ứng phó nhân đạo, có mối liên hệ làm việc chặt chẽ với Dự án Xây dựng năng lực cho tình huống khẩn cấp (ECB). ECB đã soạn thảo Sổ tay hướng dẫn những điều hợp lý (The Good Enough Guide) và Nhóm đối tác về Trách nhiệm nhân đạo (HAP), bàn về những vấn đề tuân thủ qua Tiêu chuẩn quản lý chất lượng và trách nhiệm nhân đạo của mình. Các sáng kiến khác về chất lượng và trách nhiệm giải trình mà Sphere có quan hệ thường xuyên là Peope In Aid, Nhóm URD (Tình trạng khẩn cấp, Phục hồi và Phát triển), Coordination Sud và Mạng lưới học hỏi tích cực về trách nhiệm giải trình và hiệu quả trong ứng phó nhân đạo (ALNAP).

Vượt qua khuôn khổ cuốn Sổ tay

Công cụ chủ yếu và được sử dụng nhiều nhất của Dự án Sphere là cuốn Sổ tay này. Sổ tay cũng được lưu hành dưới dạng điện tử trên trang thông tin điện tử của Sphere (www.sphereproject.org), ở đó bạn có thể tìm được những tin tức mới nhất, các bản cập nhật mới nhất của lần xuất bản này cũng như các tài liệu tham khảo khác.

Sổ tay được xuất bản bằng nhiều thứ tiếng và được đính kèm với các tài liệu đào tạo và tuyên truyền. Những tài liệu này thường được điều chỉnh theo hoàn cảnh từng địa phương theo kinh nghiệm của những người thực hành. Điều đó cho thấy sức sống của cộng đồng thực hành Sphere - một mạng lưới những người thực hành không chính thức, có mối liên kết mở và ngày càng phát triển, có mục tiêu duy trì sức sống của Sphere. Dự án Sphere được dựa trên nhu cầu cải thiện chất lượng của hoạt động ứng phó nhân đạo để đáp ứng quyền và nhu cầu của dân cư bị ảnh hưởng bởi thiên tai và xung đột và chịu trách nhiệm trước họ. Dự án đã có nhiều tiến bộ từ khi bắt đầu triển khai, nhưng một cuốn Sổ tay không thì không thể làm nên thành tựu - chỉ các bạn mới có thể làm nên thành tựu đó.

Phác thảo các nội dung mang tính xuyên suốt

Các nội dung mang tính liên ngành trong Sổ tay này đặt trọng tâm vào những lĩnh vực cụ thể được quan tâm trong ứng phó với thảm họa và xử lý các vấn đề liên quan đến rủi ro chung của các nhóm người hay của các cá nhân. Trong phần này, mỗi nội dung đều được mô tả tương đối chi tiết.

Trẻ em: Cần phải thực hiện một số biện pháp đặc biệt để bảo đảm tất cả trẻ em được bảo vệ khỏi các nguy hiểm và được tiếp cận bình đẳng các dịch vụ xã hội. Bởi trẻ em thường là phần đông nhất của nhóm dân cư bị ảnh hưởng, nên rất cần phải tham khảo quan điểm và kinh nghiệm của các em trong các đánh giá và lập kế hoạch về tình trạng khẩn cấp, đồng thời các em phải có tiếng nói đối với việc cấp phát, giám sát và đánh giá các dịch vụ nhân đạo. Trẻ em và thanh niên rất dễ bị tác động tiêu cực do tình trạng dễ bị tổn thương trong một số tình huống, như thiếu dinh dưỡng, lạm dụng, bắt cóc, bắt tham gia các nhóm vũ trang hay lực lượng tham chiến, bạo lực tình dục và không có cơ hội tham gia vào quá trình ra quyết định. Công ước về Quyền trẻ em tuyên bố rằng trẻ em là cá thể dưới 18 tuổi. Định nghĩa này có thể thay đổi tùy theo bối cảnh văn hóa và xã hội. Cần phân tích thấu đáo mỗi nhóm dân cư bị ảnh hưởng định nghĩa như thế nào về trẻ em, nhằm bảo đảm rằng không trẻ em hay thanh niên nào bị gạt ra ngoài sự trợ giúp nhân đạo.

Giảm nhẹ rủi ro thảm họa: Được định nghĩa là khái niệm và việc thực hành giảm nhẹ rủi ro thảm họa thông qua các nỗ lực mang tính hệ thống nhằm phân tích và quản lý các yếu tố gây ra thảm họa, kể cả thông qua giảm thiểu sự đối mặt với các hiểm họa, giảm thiểu tình trạng dễ bị tổn thương của con người và tài sản, quản lý đất đai và môi trường một cách khôn khéo, và cải thiện việc phòng ngừa ứng phó với các tình huống nguy hiểm. Những tình huống nguy hiểm này bao gồm những thiên tai như bão, lụt, hạn hán và nước biển dâng. Vì những tình huống này ngày càng hay thay đổi và trở nên nghiêm trọng hơn, chúng ngày càng được coi là hậu quả của tình trạng **biến đổi khí hậu toàn cầu**.

Môi trường: Môi trường được hiểu là các yếu tố và quy trình về vật lý, hóa học và sinh học ảnh hưởng đến cuộc sống và sinh kế của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng. Nó cung cấp nguồn tài nguyên duy trì cuộc sống của các cá nhân và góp phần vào chất lượng cuộc sống. Nó cần được bảo vệ và quản lý để duy trì các chức năng cơ bản của mình. Các Tiêu chuẩn tối thiểu là nhằm đáp ứng nhu cầu ngăn chặn trình trạng khai thác quá mức, ô nhiễm và sự xuống cấp của các điều kiện môi trường và nhằm bảo đảm các chức năng hỗ trợ cuộc sống của môi trường, giảm thiểu rủi ro và tình trạng dễ bị tổn thương, cũng như góp phần đưa ra các cơ chế tăng cường khả năng thích nghi của các hệ thống tự nhiên để chúng có thể tự phục hồi.

Giới: Giới nói về thực tế là con người trải nghiệm một tình huống theo những cách khác nhau tùy theo giới của mình. **Giới tính** nói về những đặc tính về mặt sinh học của phụ nữ và nam giới. Giới tính mang tính tự nhiên, được quyết định từ lúc sinh ra và, do đó, nhìn chung không thay đổi và mang tính phổ biến.

Các quyền bình đẳng của phụ nữ và nam giới được nêu rõ tại các văn bản về quyền con người tạo cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo. Phụ nữ và nam giới có quyền như nhau trong việc tiếp nhận trợ giúp và bảo vệ nhân đạo, được tôn trọng nhân phẩm, được thừa nhận năng lực bình đẳng kể cả năng lực lựa chọn, có cùng cơ hội hành động về sự lựa chọn của mình và có cùng mức độ quyền lực để hình thành kết quả từ hành động của mình. Các hoạt động ứng phó nhân đạo sẽ có hiệu quả hơn khi chúng dựa vào sự thấu hiểu về các nhu cầu, rủi ro, lợi ích, năng lực và các biện pháp đối phó khác nhau của phụ nữ và nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai ở tất cả các lứa tuổi cũng như tác động khác nhau của thảm họa hay xung đột đối với họ. Có thể thông qua phân tích giới để hiểu biết những sự khác nhau này cũng như những bất bình đẳng về vai trò và khối lượng công việc của phụ nữ và nam giới, khả năng họ có thể tiếp cận và kiểm soát nguồn lực, quyền ra quyết định và cơ hội phát triển kỹ năng của họ. Giới liên quan đến nhiều nội dung mang tính liên ngành. Mục đích nhân đạo của sự cân bằng và vô tư có nghĩa là phải quan tâm đến việc thực hiện sự công bằng giữa phụ nữ và nam giới và bảo đảm sự bình đẳng về kết quả lâu dài. Về mặt lịch sử, sự quan tâm đến quan hệ giới được thúc đẩy bởi sự cần thiết phải xử lý nhu cầu và tình huống của phụ nữ và nam giới, bởi vì phụ nữ và trẻ em gái thường ở vị thế thua thiệt hơn so với đàn ông và trẻ em trai. Tuy nhiên, cộng đồng hoạt động nhân đạo ngày càng nhìn nhận sự cần thiết phải thấu hiểu những vấn đề mà đàn ông và trẻ em trai phải đối mặt trong các tình huống khủng hoảng.

HIV/AIDS: Nắm được tỷ lệ nhiễm HIV trong một tình huống nhân đạo cụ thể là rất quan trọng để hiểu những tổn thương và rủi ro và để lập kế hoạch cho một hoạt động ứng phó nhân đạo có hiệu quả. Ngoài những nhóm người rủi ro nhiều nhất thường cần nhận được các biện pháp cụ thể để bảo vệ họ chống lại sự lãng quên, phân biệt đối xử và nạn bạo hành (như nhóm đồng tính nam, người tiêm chích ma túy và người hành nghề mại dâm). Trong một số tình huống có thể có các nhóm dễ bị tổn thương khác như người tị nạn, người di cư, thanh niên và các bà mẹ đơn thân. Sự di dời chỗ ở quy mô lớn có thể làm gia tăng tình trạng dễ bị tổn thương và rủi ro do sự cách ly của các thành viên trong gia đình và sự đổ vỡ tính gắn kết của cộng đồng cũng như các chuẩn mực xã hội và giới tính điều tiết hành vi con người. Phụ nữ và trẻ em có thể bị lạm dụng bởi các nhóm vũ trang và rất dễ bị tổn thương bởi HIV do tình trạng bạo hành và lạm dụng tình dục. Trong các tình huống

khẩn cấp, người dân không còn được tiếp cận các biện pháp can thiệp HIV, như các chương trình phòng ngừa, và có thể xảy ra tình trạng gián đoạn các chương trình điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ART), phòng chống lao và điều trị các chứng viêm nhiễm mang tính tức thời.

Những người sống chung với HIV/AIDS thường phải chịu sự phân biệt đối xử và kỳ thị. Do đó, phải triệt để tôn trọng tính riêng tư và phải bảo vệ họ khi cần thiết. Các hoạt động nhân đạo trong Sổ tay này cần cung cấp các biện pháp can thiệp HIV thích hợp với tình hình lây nhiễm và bối cảnh, và không làm cho con người dễ bị tổn thương và rủi ro hơn với HIV.

Người cao tuổi: Theo LHQ, phụ nữ và nam giới lớn tuổi là những người trên 60 tuổi, nhưng định nghĩa "người cao tuổi" có thể thay đổi theo bối cảnh. Người cao tuổi thường nằm trong nhóm những người nghèo nhất ở các nước đang phát triển và chiếm tỷ lệ lớn và ngày càng tăng trong số những người dễ bị tổn thương của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thiên tai và xung đột (ví dụ, những người trên 80 tuổi là nhóm dân cư tăng nhanh nhất trên thế giới), nhưng họ thường bị lãng quên trong công tác quản lý thảm họa hay xung đột. Tình trạng bị cô lập và sự yếu đuối về thể chất là những yếu tố làm trầm trọng thêm mức độ dễ bị tổn thương của họ trong thảm họa hay xung đột, cùng với sự đổ vỡ nguồn sinh kế, gia đình và các cơ chế hỗ trợ cộng đồng, các vấn đề sức khỏe và khả năng di chuyển mang tính kinh niên, tình trạng suy giảm sức khỏe tinh thần. Cần phải có những cố gắng đặc biệt để phát hiện và tiếp cận những người cao tuổi còn sống trong nhà và các hộ gia đình do người cao tuổi làm chủ hộ. Người cao tuổi cũng có những đóng góp quan trọng trong việc tồn tại và phục hồi sau thảm họa. Họ có vai trò sống còn trong chăm sóc trẻ em, quản lý nguồn lực và tạo thu nhập, họ có kiến thức và kinh nghiệm về biện pháp đối phó cộng đồng và góp phần bảo tồn bản sắc văn hóa và xã hội.

Người khuyết tật: Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính từ 7% đến 10% dân cư toàn thế giới – trong đó có trẻ em và người cao tuổi – có khuyết tật. Thiên tai và xung đột có thể làm tăng thêm tình trạng thương tật và có thể dẫn đến khuyết tật. Công ước LHQ về quyền của người khuyết tật (CRPD) định nghĩa khuyết tật là một khái niệm đang tiến hóa, bắt nguồn từ sự giao tiếp giữa những người có thương tật (có thể là về thân thể, giác quan, trí tuệ hay tâm lý) và các rào cản về thái độ và môi trường ngăn cản họ tham gia đầy đủ và có ý nghĩa vào xã hội một cách bình đẳng với những người khác. Do đó, sự hiện diện của các rào cản này ngăn cản những người có khuyết tật tham gia đầy đủ và có ý nghĩa cũng như hưởng lợi từ các chương trình nhân đạo chính lưu. CRPD mới đề cập cụ thể đến an toàn và sự bảo vệ những người khuyết tật trong các tình huống xung đột và khẩn cấp (Điều 11).

Người khuyết tật phải đối mặt với những rủi ro to lớn trong các tình huống thảm họa và thường bị gạt ra ngoài các quy trình cứu trợ và phục hồi. Tình trạng này càng làm cho họ khó khăn hơn trong việc sử dụng và tham gia có hiệu quả vào các dịch vụ hỗ trợ thảm hoạ theo tiêu chuẩn. Điều quan trọng là, người khuyết tật là một nhóm dân cư đa dạng, trong đó có trẻ em và người cao tuổi, mà nhu cầu của họ không thể đáp ứng theo phương pháp "một cỡ vừa cho mọi người". Do đó, các hoạt động ứng phó nhân đạo phải tính đến năng lực, kỹ năng, nguồn lực và kiến thức của các cá nhân có đặc điểm và mức độ khuyết tật khác nhau. Cũng cần phải nhớ rằng người khuyết tật có những nhu cầu cơ bản giống như những người khác trong cộng đồng. Ngoài ra, một số người còn có những nhu cầu riêng biệt, như thay thế các thiết bị hỗ trợ và tiếp cận các dịch vụ phục hồi. Hơn nữa, bất kỳ biện pháp nào cho người khuyết tật cũng không được tách họ ra khỏi gia đình và các mạng lưới cộng đồng của họ. Cuối cùng, nếu không tính đến các quyền của người khuyết tật trong các hoạt động ứng phó nhân đạo, chúng ta sẽ mất đi cơ hội to lớn để xây dựng lại cộng đồng cho tất cả mọi người. Do đó, điều hết sức quan trọng là phải lôi cuốn sự tham gia của người khuyết tật vào tất cả các khía cạnh của công tác cứu trợ và phục hồi. Điều này đòi hỏi phải thực hiện các biện pháp vừa mang tính lồng ghép, vừa phù hợp với đối tượng đặc thù.

Hỗ trợ tâm lý xã hội: Một số nguyên nhân lớn nhất gây ra tình trạng dễ bị tổn thương và đau khổ trong thảm họa bắt nguồn từ những tác động phức tạp của thảm họa về mặt tinh thần, vật chất, xã hội và tình cảm. Nhiều phản ứng là bình thường và có thể khắc phục với thời gian. Điều quan trọng là biết tổ chức các biện pháp hỗ trợ về sức khỏe tinh thần và tâm lý phù hợp với điều kiện địa phương, khuyến khích ý thức tự lực, tự khắc phục và tính tự cường trong dân cư bị ảnh hưởng. Hành động nhân đạo sẽ được tăng cường nếu, vào lúc thích hợp sớm nhất, dân cư bị ảnh hưởng tham gia vào việc hướng dẫn và thực hiện hoạt động cứu trợ. Ở mỗi lĩnh vực nhân đạo, cách thức quản lý viện trợ đều có tác động tâm lý có thể hỗ trợ hay gây tác hại cho dân cư bị ảnh hưởng. Cần cung cấp viện trợ bằng tình thương yêu, do đó khuyến khích nhân phẩm, tạo ra hiệu quả tự thân thông qua sự tham gia tích cực, tôn trọng các tập quán tôn giáo và văn hóa, đồng thời tăng cường năng lực của dân cư bị ảnh hưởng để tạo dựng cuộc sống tốt đẹp mọi mặt cho chính họ.

Tài liệu tham khảo:

Công ước LHQ về quyền trẻ em: www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Công ước LHQ về quyền của người khuyết tật: www.un.org/disabilities/

WHO nói về người khuyết tật: www.who.int/disabilities/en/

Hiến chương Nhân đạo

Hiến chương Nhân đạo cung cấp cơ sở đạo lý và pháp lý cho các Nguyên tắc Bảo vệ, đồng thời cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu được đề cập trong cuốn Sổ tay. Một mặt, là tuyên ngôn về các quyền và nghĩa vụ hợp pháp đã được xác lập; mặt khác, nó là tuyên ngôn về niềm tin chung của mọi người.

Về các quyền và nghĩa vụ hợp pháp, Hiến chương tóm lược các nguyên tắc hợp pháp cốt lõi có tác động nhiều nhất đến phúc lợi của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và xung đột. Về niềm tin chung, Hiến chương cố gắng phản ánh sự đồng thuận giữa các tổ chức nhân đạo đối với các nguyên tắc điều chỉnh cách ứng xử đối với thảm họa và xung đột, trong đó có vai trò và trách nhiệm của các chủ thể khác nhau.

Hiến chương tạo nên nền tảng của sự cam kết của các tổ chức nhân đạo ủng hộ Sphere và kêu gọi các tổ chức tham gia vào hoạt động nhân đạo thông qua cùng các nguyên tắc như vậy

Hiến chương Nhân đạo

Niềm tin của chúng ta

1. Hiến chương Nhân đạo thể hiện niềm tin chung của chúng ta – các tổ chức nhân đạo - rằng tất cả những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa hay xung đột có quyền được tiếp nhận sự bảo vệ và trợ giúp để bảo đảm các điều kiện cơ bản cho cuộc sống và nhân phẩm. Chúng ta tin tưởng rằng các nguyên tắc ghi trong Hiến chương này mang tính phổ biến, áp dụng cho tất cả những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa hay xung đột bất kể họ ở nơi đâu và cho tất cả những ai muốn hỗ trợ họ hay bảo đảm an ninh cho họ. Những nguyên tắc này được phản ánh trong luật pháp quốc tế nhưng, xét cho cùng, có sức mạnh bắt nguồn từ các nguyên tắc đạo lý căn bản của **nhân loại**: rằng mọi người sinh ra đều có quyền tự do và bình đẳng về nhân phẩm và các quyền. Dựa trên nguyên tắc này, chúng ta khẳng định tính ưu tiên của **hoạt động nhân đạo**; rằng cần phải hành động để ngăn chặn hay giảm nhẹ nỗi đau khổ bắt nguồn từ thảm họa hay xung đột; và rằng không có bất cứ điều gì có thể phủ nhận nguyên tắc này.

Là các tổ chức nhân đạo quốc tế, quốc gia và địa phương, chúng ta cam kết xúc tiến và tôn trọng các nguyên tắc trong Hiến chương này và đáp ứng các Tiêu chuẩn tối thiểu trong nỗ lực hỗ trợ và bảo vệ những người bị ảnh hưởng. Chúng ta kêu gọi các tổ chức tham gia vào hoạt động nhân đạo, kể cả các chủ thể thuộc khu vực chính phủ và tư nhân, ủng hộ các nguyên tắc, quyền và nghĩa vụ chung được nêu ra dưới đây như là một tuyên ngôn về niềm tin nhân đạo chung của mọi người.

Vai trò của chúng ta

2. Chúng ta nhìn nhận rằng, trước hết phải thông qua nỗ lực của chính chúng ta và với sự hỗ trợ của cộng đồng và các tổ chức địa phương, để đáp ứng nhu cầu cơ bản

của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và xung đột. Chúng ta nhìn nhận vai trò và trách nhiệm trước hết của Nhà nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa trong việc hỗ trợ kịp thời những người dân bị ảnh hưởng, bảo vệ và bảo đảm an ninh cho họ và hỗ trợ họ phục hồi. Chúng ta tin tưởng rằng, kết hợp hành động chính thức và tự nguyện có vai trò then chốt để ngăn chặn và đối phó có hiệu quả và, về khía cạnh này, các Hội Quốc gia thuộc phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ và các tổ chức xã hội dân sự khác có vai trò hết sức quan trọng trong việc hỗ trợ các cơ quan công quyền. Ở những nơi mà năng lực quốc gia còn yếu, chúng ta khẳng định vai trò của cộng đồng quốc tế, trong đó có các nhà tài trợ chính phủ và các tổ chức khu vực, trong việc hỗ trợ Nhà nước hoàn thành trách nhiệm của mình. Chúng ta nhìn nhận và hỗ trợ vai trò đặc biệt của các cơ quan chức năng thuộc LHQ và Ủy ban Chữ thập đỏ Quốc tế.

3. Là các tổ chức nhân đạo, chúng ta hiểu rõ vai trò của mình đối với nhu cầu và năng lực của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng và trách nhiệm của chính phủ hoặc của các thế lực kiểm soát. Vai trò của chúng ta trong việc cung cấp viện trợ phản ánh thực tế rằng những người có trách nhiệm hàng đầu không phải lúc nào cũng có đủ năng lực để tự thực hiện hoặc không sẵn lòng thực thi trách nhiệm đó. Trong chừng mực có thể và phù hợp với mục đích đáp ứng nhu cầu nhân đạo và các nguyên tắc khác nêu trong Hiến chương này, chúng ta sẽ hỗ trợ nỗ lực của các nhà chức trách trong việc bảo vệ và trợ giúp những người bị ảnh hưởng. Chúng ta kêu gọi các chủ thể Nhà nước và không thuộc Nhà nước tôn trọng vai trò vô tư, độc lập của các tổ chức nhân đạo và tạo điều kiện dễ dàng cho công việc của các tổ chức này bằng cách gỡ bỏ các rào cản thực tế và pháp lý không cần thiết, bảo đảm an toàn cho họ và cho phép họ tiếp cận kịp thời và thường xuyên với những người bị ảnh hưởng.

Các nguyên tắc, quyền và nghĩa vụ chung

4. Là các tổ chức nhân đạo, chúng ta sẵn sàng phục vụ theo nguyên tắc nhân văn và nhu cầu bức thiết về hoạt động nhân đạo, nhìn nhận quyền của tất cả những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa hay xung đột - phụ nữ và nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai. Trong những quyền này có quyền được bảo vệ và trợ giúp, được thể hiện qua các điều khoản của luật nhân đạo quốc tế, luật về quyền con người và luật về người tị nạn. Để phục vụ mục đích của Hiến chương này, các quyền được tóm lược như sau:

- ***Quyền được sống có nhân phẩm***
- ***Quyền được tiếp nhận sự trợ giúp nhân đạo***
- ***Quyền được bảo vệ và bảo đảm an ninh.***

Mặc dù các quyền này không được thể hiện bằng những từ ngữ như vậy trong luật pháp quốc tế, nhưng chúng bao hàm trọn vẹn một loạt các quyền hợp pháp đã được xác lập và mang lại ý nghĩa đầy đủ hơn cho nhu cầu bức thiết về ứng phó nhân đạo.

5. **Quyền được sống có nhân phẩm** được thể hiện qua các điều khoản của luật pháp quốc tế và, đặc biệt, các quyền con người liên quan đến quyền được sống, được hưởng một mức sống hợp lý và quyền không bị tra tấn hay bị đối xử vô đạo đức, vô nhân đạo và tàn bạo, hay bị trừng trị. Quyền được sống bao hàm nghĩa vụ bảo tồn sự sống khi sự sống bị đe dọa. Hàm chứa trong điều này là nghĩa vụ không từ chối hay ngăn trở việc cung cấp trợ giúp nhằm cứu sinh mạng. Nhân phẩm có ý nghĩa nhiều hơn là sự đầy đủ về vật chất; nó đòi hỏi sự tôn trọng con người, trong đó có các giá trị và tín ngưỡng của các cá nhân và cộng đồng bị ảnh hưởng, và tôn trọng các quyền con người của họ, trong đó có quyền tự do, quyền tự do lương tâm và quyền tuân thủ lễ tiết tôn giáo.

6. **Quyền tiếp nhận trợ giúp nhân đạo** là một yếu tố cần thiết của quyền được sống có nhân phẩm. Nó bao hàm quyền được hưởng một mức sống hợp lý, trong đó có thức ăn, nước uống, quần áo, chỗ ở phù hợp và các nhu cầu về sức khỏe tốt được bảo đảm rõ ràng trong luật pháp quốc tế. Các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere phản ánh những quyền này và diễn giải chúng một cách thiết thực, đặc biệt là về việc cung cấp trợ giúp cho những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và xung đột. Ở những nơi mà các chủ thể Nhà nước và ngoài Nhà nước không tự cung cấp sự trợ giúp đó, chúng ta tin tưởng rằng chúng ta phải cùng các tổ chức khác giúp họ làm việc đó. Bất kỳ một sự trợ giúp nào như vậy đều phải được cung cấp trên nguyên tắc **vô tư**, tức là được cung cấp thuần túy trên cơ sở nhu cầu và tỷ lệ thuận với nhu cầu. Điều này phản ánh nguyên tắc bao quát hơn về **không phân biệt đối xử:** rằng không được phân biệt đối xử với bất kỳ người nào trên cơ sở địa vị, kể cả tuổi tác, giới, chủng tộc, màu da, dân tộc, giới tính, ngôn ngữ, tôn giáo, khuyết tật, sức khỏe, chính kiến, nguồn gốc dân tộc hay xã hội.

7. **Quyền được bảo vệ và bảo đảm an ninh** bắt nguồn từ các điều khoản của luật pháp quốc tế, các nghị quyết của LHQ và của các tổ chức liên chính phủ khác, và từ trách nhiệm chủ quyền của các Nhà nước trong việc bảo vệ tất cả những người trong pháp quyền của họ. An toàn và an ninh của những người gặp thiên tai hay xung đột là mối quan tâm nhân đạo đặc biệt, trong đó có việc bảo vệ người tị nạn và người di tản nội địa. Như luật pháp thừa nhận, một số người có thể rất dễ bị tổn thương vì bị lạm dụng và phân biệt đối xử do địa vị của họ, như tuổi tác, giới hay chủng tộc, và có thể cần các biện pháp bảo vệ và trợ giúp đặc biệt. Đến mức độ mà một Nhà nước thiếu năng lực bảo vệ những người trong hoàn cảnh này, chúng ta tin tưởng rằng Nhà nước đó phải tìm kiếm sự trợ giúp quốc tế để làm việc đó.

Luật pháp về bảo vệ dân thường và người di tản nội địa đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt:

(i) Trong **xung đột vũ trang** theo định nghĩa của luật pháp quốc tế, có điều khoản pháp lý cụ thể về việc bảo vệ và trợ giúp cho những người không tham gia vào xung đột. Đặc biệt, các Công ước Giơ-ne-vơ năm 1949 và các Nghị định thư bổ sung năm 1977 áp đặt nghĩa vụ đó cho các bên tham

gia xung đột vũ trang quốc tế và phi quốc tế. Chúng ta nhấn mạnh quyền chung của thường dân được miễn tham gia vào các cuộc tấn công và trả thù và đặc biệt là tầm quan trọng của nguyên tắc phải **phân biệt** giữa dân thường và người tham chiến, và giữa các đối tượng dân sự và mục tiêu quân sự; các nguyên tắc về **tỷ lệ cân đối** trong sử dụng lực lượng và **phòng vệ** trong tấn công; nghĩa vụ không sử dụng vũ khí vốn dĩ tàn phá bừa bãi hay, về bản chất, gây ra thương vong quá đáng và khổ đau không cần thiết; và nghĩa vụ cho phép cung cấp cứu trợ mang tính vô tư. Phần lớn nỗi khổ đau không tránh khỏi gây ra cho thường dân trong các cuộc xung đột vũ trang bắt nguồn từ việc không tuân thủ các nguyên tắc cơ bản này.

(ii) **Quyền được xin tị nạn hay tìm nơi ẩn náu** vẫn có ý nghĩa sống còn đối với việc bảo vệ những người phải đối mặt với bạo lực hay lệnh truy tố. Những người bị ảnh hưởng bởi thiên tai hay xung đột thường bị bắt buộc rời bỏ nhà cửa của mình để đi tìm an ninh và các phương tiện sinh tồn. Các điều khoản của Công ước năm 1951 về Địa vị của người tị nạn (như đã được sửa đổi) và các hiệp ước quốc tế và khu vực khác cung cấp các bảo đảm căn bản cho những người không thể tìm kiếm sự bảo vệ của Nhà nước mà họ là công dân hay đang cư trú và buộc phải tìm kiếm sự an toàn ở một nước khác. Điều đầu tiên trong các bảo đảm này là nguyên tắc **không cưỡng bức hồi hương:** nguyên tắc này cho rằng không một người tị nạn nào bị trục xuất về lại đất nước nơi sự sống, tự do hay an ninh thân thể của họ có thể bị đe dọa hoặc trở về nơi ở đó họ có nguy cơ phải đối mặt với tra tấn hay bị đối xử vô đạo đức, vô nhân đạo và tàn nhẫn, hay bị trừng trị. Nguyên tắc này cũng được áp dụng đối với những người sơ tán trong nước, như đã được thể hiện ở luật pháp nhân quyền quốc tế và được nêu chi tiết tại Các nguyên tắc năm 1998 về Sơ tán trong nước cũng như tại luật pháp quốc gia và luật pháp khu vực có liên quan.

Cam kết của chúng ta

8. Chúng ta sẵn sàng phục vụ với niềm tin rằng dân cư bị ảnh hưởng giữ vị trí trung tâm của hoạt động nhân đạo, và nhìn nhận rằng sự tham gia tích cực của họ có ý nghĩa thiết yếu đối với việc cung cấp trợ giúp theo hướng đáp ứng nhu cầu của họ một cách tốt nhất, kể cả nhu cầu của những người dễ bị tổn thương nhất và bị gạt ra ngoài lề xã hội. Chúng ta sẽ cố gắng hỗ trợ những nỗ lực ở cấp địa phương để ngăn chặn, chuẩn bị sẵn sàng và ứng phó với thảm họa và xung đột, cũng như tăng cường năng lực của các chủ thể ở địa phương thuộc mọi cấp độ.

9. Chúng ta nhận thức rằng các nỗ lực cung cấp trợ giúp nhân đạo đôi lúc có thể đưa đến những hệ quả tiêu cực không mong muốn. Phối hợp với các cộng đồng bị ảnh hưởng và các nhà chức trách, mục tiêu của chúng ta là giảm thiểu các hệ quả tiêu cực từ hoạt động nhân đạo đối với cộng đồng địa phương và (hoặc) đối với môi trường. Đối với xung đột vũ trang, chúng ta nhìn nhận rằng cách thức cung cấp trợ

giúp nhân đạo có thể làm cho dân thường dễ bị tổn thương hơn trước các cuộc tấn công hoặc có thể đôi khi đem lại lợi thế không mong muốn cho một hay nhiều bên tham gia xung đột. Chúng ta cam kết giảm thiểu bất kỳ hệ quả tiêu cực nào như vậy, chừng nào điều này còn phù hợp với các nguyên tắc được nêu ở trên.

10. Chúng ta sẽ hành động theo các nguyên tắc hoạt động nhân đạo đề ra trong Hiến chương này và với sự chỉ dẫn cụ thể tại Quy tắc ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ và của các Tổ chức phi chính phủ trong cứu trợ nhân đạo (1994).

11. Các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu mang lại ý nghĩa thực tiễn cho các nguyên tắc chung trong Hiến chương này, dựa trên sự hiểu biết của các tổ chức về các yêu cầu tối thiểu cơ bản cho một cuộc sống trong nhân phẩm và kinh nghiệm của chính họ trong việc cung cấp trợ giúp nhân đạo. Mặc dù việc thực hiện các tiêu chuẩn phụ thuộc vào nhiều yếu tố mà một số có thể nằm ngoài khả năng kiểm soát của chúng ta, nhưng chúng ta cam kết sẽ thường xuyên nỗ lực để đáp ứng các tiêu chuẩn này và chịu trách nhiệm giải trình về việc làm của chúng ta. Chúng ta kêu gọi tất cả các bên, kể cả các chính phủ bị ảnh hưởng cũng như các chính phủ tài trợ, các tổ chức quốc tế, các chủ thể tư nhân và ngoài Nhà nước, đồng ý thông qua các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere như là những chuẩn mực đã được thừa nhận.

12. Bằng cách tôn trọng các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu, chúng ta cam kết sẽ cố gắng hết mình nhằm bảo đảm rằng dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và xung đột ít nhất cũng tiếp cận được những yêu cầu tối thiểu cho cuộc sống có nhân phẩm và an ninh, trong đó có nước uống, vệ sinh, thức ăn, chỗ ở và chăm sóc sức khỏe hợp lý. Nhằm mục đích này, chúng ta sẽ tiếp tục vận động Nhà nước và các bên tham gia đáp ứng nghĩa vụ về đạo lý và pháp lý đối với dân cư bị ảnh hưởng. Về phía chúng ta, chúng ta cam kết sẽ làm cho hoạt động cứu trợ hiệu quả, phù hợp và có trách nhiệm hơn thông qua việc đánh giá và giám sát bối cảnh luôn thay đổi của địa phương; thông qua sự minh bạch về thông tin và ra quyết định; và thông qua sự điều phối và hợp tác hiệu quả hơn với các chủ thể có liên quan ở mọi cấp, như đã được nêu chi tiết trong các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu. Đặc biệt, chúng ta cam kết sẽ hợp tác chặt chẽ với các nhóm dân cư bị ảnh hưởng, nhấn mạnh sự tham gia tích cực của họ vào hoạt động cứu trợ. Chúng ta thừa nhận sẽ chịu trách nhiệm giải trình trước hết với những người được chúng ta trợ giúp.

Các Nguyên tắc Bảo vệ

Sử dụng chương này như thế nào

Hành động nhân đạo gồm 2 nội dung trụ cột: bảo vệ và trợ giúp. Phần lớn nội dung của Sổ tay này, đặc biệt là các chương có nội dung kỹ thuật, nằm trong phạm vi trợ giúp, trong khi chương này tập trung vào bảo vệ. Trên cơ sở Hiến chương Nhân đạo, chương này nói về vấn đề làm thế nào các tổ chức nhân đạo có thể góp phần bảo vệ những người phải đối mặt với sự đe dọa sử dụng bạo lực hay cưỡng bức. Nói một cách bao quát hơn, điều đó liên quan đến vai trò của các tổ chức trong việc bảo đảm sự tôn trọng và thực hiện các quyền đã được nêu trong chương này, trong đó có khả năng tiếp cận sự trợ giúp.

Chương này được chia thành hai phần:

- Phần **giới thiệu**, nêu lên trách nhiệm chung của tất cả các tổ chức tham gia vào hoạt động ứng phó nhân đạo để góp phần bảo vệ dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và bảo đảm sự tôn trọng các quyền con người.
- Bốn **Nguyên tắc Bảo vệ** làm nền tảng cho tất cả các hoạt động nhân đạo và bao hàm các yếu tố căn bản của bảo vệ trong bối cảnh ứng phó nhân đạo. Các yếu tố này được đi kèm với các Hướng dẫn để giải thích chi tiết hơn vai trò của các tổ chức nhân đạo trong bảo vệ. Phần tham khảo có các tiêu chuẩn và tài liệu khác về các khía cạnh chuyên sâu hơn về nội dung bảo vệ.

Mục lục

Giới thiệu 29
Các Nguyên tắc Bảo vệ 33
Tài liệu tham khảo 44

Giới thiệu

Bảo vệ và ứng phó nhân đạo

Bảo vệ liên quan đến sự an toàn, nhân phẩm và các quyền của những người bị ảnh hưởng bởi thiên tai hay xung đột vũ trang. Hiến chương Nhân đạo tóm lược một số quyền căn bản nhất liên quan đến ứng phó nhân đạo. Chương này nói về cách thức các quyền này cung cấp thông tin cho việc thực hành hoạt động nhân đạo từ góc độ bảo vệ và, đặc biệt, cách thức các tổ chức giảm nhẹ việc gây thêm tổn hại cho dân cư bị ảnh hưởng và làm thế nào họ có thể giúp những người này được an toàn và an ninh tốt hơn.

Các vấn đề cốt lõi cần quan tâm trong bảo vệ nhân đạo trong bối cảnh này là quyền không bị bạo lực và cưỡng chế dưới các hình thức khác nhau và quyền không bị cố ý tước đoạt điều kiện sống trong nhân phẩm.

Những mối quan tâm này dẫn đến **bốn Nguyên tắc Bảo vệ căn bản** làm cơ sở cho tất cả các hoạt động nhân đạo. Đó là:

1. Tránh gây thêm tổn hại do hành động của bạn
2. Bảo đảm người dân tiếp cận được sự trợ giúp vô tư - tỷ lệ thuận với nhu cầu và không phân biệt đối xử
3. Bảo vệ người dân khỏi những tổn hại về thân thể và tâm lý do bạo lực hay cưỡng chế
4. Hỗ trợ người dân đòi các quyền của mình, tiếp cận các biện pháp khắc phục hậu quả của sự lạm dụng.

Trong khuôn khổ của hoạt động ứng phó nhân đạo, bốn nguyên tắc này phản ánh những mối đe dọa nghiêm trọng nhất mà người dân thường phải đối mặt trong tình huống thảm họa hay xung đột. Các hướng dẫn đề cập đến trách nhiệm và ý kiến liên quan cho các tổ chức cũng như các nhu cầu bảo vệ đặc biệt.

Bốn Nguyên tắc Bảo vệ là kết quả tất yếu từ bản tóm lược các quyền được nêu trong Hiến chương Nhân đạo: quyền được sống trong nhân phẩm, quyền được tiếp nhận sự trợ giúp nhân đạo và quyền được bảo vệ và bảo đảm an ninh.

Hiểu các Nguyên tắc Bảo vệ

Phần trình bày sau đây đưa ra những hướng dẫn ngắn gọn cho việc giải thích các Nguyên tắc Bảo vệ:

Nguyên tắc 1 (tránh gây thêm tổn hại) nhằm khắc phục các mối quan ngại mà ứng phó nhân đạo có thể gây ra hoặc làm nghiêm trọng thêm. Như đã trình bày trong Hiến chương, các tổ chức tham gia ứng phó nhân đạo phải làm tất cả những gì họ có thể làm được một cách hợp lý để tránh việc gây thêm tổn hại cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thiên tai hay xung đột vũ trang, ví dụ xây dựng khu định cư cho những người di tản ở những nơi không an toàn.

Nguyên tắc 2 (bảo đảm khả năng tiếp cận sự trợ giúp vô tư) nêu lên trách nhiệm bảo đảm rằng sự trợ giúp đến được với những người cần giúp đỡ, đặc biệt những người dễ bị tổn thương nhất và những người có nguy cơ bị gạt bỏ vì lý do chính trị hay lý do khác. Việc tước bỏ khả năng tiếp cận sự trợ giúp cần thiết là sự quan ngại lớn nhất về bảo vệ, có thể bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở việc chối bỏ khả năng tiếp cận của các tổ chức nhân đạo để cung cấp trợ giúp.

Nguyên tắc 3 (bảo vệ người dân khỏi bạo lực) liên quan đến việc bảo vệ khỏi bạo lực và bảo vệ khỏi bị bắt buộc hay lôi kéo vào hành động ngược lại ý chí của chính mình, ví dụ phải cầm vũ khí, bị cưỡng bức rời khỏi hay bị ngăn cấm rời khỏi một địa điểm, hay bị đối xử tồi tệ hay bị trừng trị. Nó liên quan đến việc ngăn chặn hay làm giảm nhẹ tổn hại về thể xác và tâm lý, trong đó có việc gây sợ hãi và cố tình khủng bố hay gây hoảng loạn.

Nguyên tắc 4 (hỗ trợ việc đòi các quyền, tiếp cận các biện pháp khắc phục và phục hồi sau khi bị lạm dụng) nói đến vai trò của các tổ chức nhân đạo trong việc giúp đỡ dân cư bị ảnh hưởng đòi các quyền lợi của mình và tiếp cận các biện pháp khắc phục như sửa sai chính trị, đền bù hay hoàn trả tài sản. Nó cũng liên quan đến việc hỗ trợ người dân khắc phục hậu quả của hành động cưỡng dâm và, bao quát hơn, hỗ trợ họ khắc phục hệ quả của sự lạm dụng - về thể xác và tâm lý, xã hội và kinh tế.

Cùng với phần hướng dẫn, bốn Nguyên tắc Bảo vệ mô tả những gì mà các tổ chức nhân đạo có thể và nên làm để góp phần bảo vệ dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Nhưng cần đặc biệt ghi nhớ rằng vai trò và trách nhiệm của các tổ chức trong bối cảnh này nhìn chung là thứ yếu. Như Hiến chương viết, phải xem vai trò này là nghĩa vụ hàng đầu của Nhà nước và các cơ quan chức năng liên quan, ví dụ các bên tham gia xung đột kiểm soát hay chiếm đóng lãnh thổ. Những nhà chức trách này có trách nhiệm về mặt chính thức và pháp lý đối với phúc lợi của người dân trong lãnh thổ hay dưới quyền kiểm soát của họ hay, nói bao quát hơn, đối với sự an toàn của thường dân trong cuộc xung đột vũ trang.

Cuối cùng, chính những nhà chức trách này phải có phương tiện để bảo đảm an ninh cho dân cư bị ảnh hưởng thông qua hành động hay sự kiềm chế. Vai trò chủ yếu của các tổ chức nhân đạo có thể là khuyến khích và thuyết phục họ làm việc đó và hỗ trợ người dân xử lý hậu quả khi các nhà chức trách không hoàn thành trách nhiệm của mình.

Đưa các Nguyên tắc Bảo vệ vào thực hành

Để đáp ứng các tiêu chuẩn của Sổ tay này, **tất cả** các tổ chức nhân đạo cần được hướng dẫn bởi các Nguyên tắc Bảo vệ, ngay cả khi họ không có tôn chỉ bảo vệ rõ ràng hay không có khả năng chuyên môn về bảo vệ.

Các Nguyên tắc không mang tính "tuyệt đối": cần nhìn nhận rằng các tình huống có thể hạn chế mức độ theo đó các tổ chức nhân đạo thực hiện các nguyên tắc này. Đặc biệt, các khía cạnh của Nguyên tắc 3 có thể không nằm trong tầm kiểm soát của một tổ chức. Tuy nhiên, các nguyên tắc phản ánh các mối quan ngại mang tính phổ biến, chỉ đạo hành động trong mọi tình huống.

Một số tổ chức nhân đạo có tôn chỉ bảo vệ hay vai trò bảo vệ cụ thể đối với các nhóm dễ bị tổn thương. Một số trong các tổ chức này thực hiện các hoạt động bảo vệ như những chương trình hay dự án độc lập, hay đặt trong khuôn khổ những hoạt động ứng phó theo "nhóm bảo vệ" hay "lĩnh vực bảo vệ" với nguồn lực riêng và cán bộ chuyên trách riêng. Năm 2011, Nhóm bảo vệ toàn cầu đưa ra các cơ cấu điều phối với bốn đầu mối phụ trách các lĩnh vực quan tâm như sau:

- Bảo vệ trẻ em
- Bạo lực giới
- Nhà ở, đất đai và tài sản
- Hoạt động giáo dục, vận động chính sách và rà phá bom, mìn, các vật liệu chưa nổ (UXO)
- Pháp quyền và công lý

Danh mục này minh họa một số lĩnh vực bảo vệ cụ thể. Đó không phải là một danh mục đầy đủ và cần nhìn nhận rằng còn nhiều mối quan ngại khác về bảo vệ.

Đối với một số vấn đề nêu trên và các nội dung bảo vệ khác, như bảo vệ thường dân và những người di tản nội địa, hay bảo vệ trong thiên tai, các tiêu chuẩn và hướng dẫn cụ thể đã được xây dựng như là một phần của các sáng kiến bên ngoài Sphere. Các tiêu chuẩn đó được liệt kê tại phần Tài liệu tham khảo ở cuối chương này. Chương này được thiết kế để bổ sung cho các tiêu chuẩn đó.

Các phương thức khác nhau của hoạt động bảo vệ

Bốn Nguyên tắc Bảo vệ áp dụng cho hoạt động bảo vệ chuyên sâu cũng như cho hoạt động nhân đạo nói chung, mặc dù các hoạt động có thể khác nhau. Các hoạt động liên quan đến bảo vệ của tất cả các tổ chức nhân đạo có thể được phân loại đại thể theo ba phương thức có liên hệ với nhau và có thể được thực hiện đồng thời:

- Phòng ngừa: ***Ngăn chặn các hành vi đe dọa về thân thể hay lạm dụng quyền con người*** và giảm thiểu nguy cơ phải đối diện với hay tình trạng dễ

bị tổn thương trước các hành vi đe dọa hay lạm dụng đó. Ngăn chặn các hành vi đe dọa cũng bao hàm nỗ lực tạo dựng một môi trường thuận lợi cho sự tôn trọng các quyền của phụ nữ, nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai ở mọi lứa tuổi, phù hợp với luật pháp quốc tế.

- Ứng phó: ***Chặn đứng các hành vi vi phạm đang diễn ra*** bằng cách ứng phó với các sự cố bạo lực và các hành động lạm dụng các quyền khác.
- Khắc phục: ***Thực hiện các biện pháp khắc phục*** đối với các hành động lạm dụng đang hoặc đã xảy ra thông qua sửa chữa và phục hồi, bằng việc cung cấp chăm sóc y tế, hỗ trợ tâm lý xã hội, hỗ trợ pháp lý hay các loại dịch vụ và hỗ trợ khác, và giúp người bị ảnh hưởng trong việc tiếp cận các biện pháp khắc phục hiện có và đòi các quyền của mình.

Tuyên truyền vận động, công cộng hay riêng tư, là yếu tố chung gắn kết ba phương thức hoạt động này. Các hành vi đe dọa dân cư bị ảnh hưởng xuất phát từ các quyết định, hành động hay chính sách có chủ ý và nhiều biện pháp bảo vệ có liên quan là nhằm cố gắng thay đổi các hành vi và chính sách đó. Việc tuyên truyền vận động của các tổ chức nhân đạo và các tổ chức khác, như các tổ chức nhân quyền, có ý nghĩa trọng tâm cho nỗ lực tạo nên sự thay đổi. Có thể xảy ra căng thẳng cho các tổ chức nhân quyền bởi họ "nói trực diện" về các hành vi lạm dụng hay sự cần thiết phải duy trì sự hiện diện của mình, và những căng thẳng này có thể quyết định họ có tuyên truyền vận động về một vấn đề hay không, và tuyên truyền vận động như thế nào.

Cho dù tuyên truyền vận động được thực hiện hay không, nhìn chung thành công của nó tùy thuộc khả năng tiếp cận bằng chứng đáng tin cậy, sự phân tích nhóm đối tượng và phân tích bối cảnh một cách thấu đáo. Do đó, nó có mối liên hệ với tiêu chuẩn đánh giá trong các Tiêu chuẩn Cốt lõi (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61). Như các Hướng dẫn dưới đây giải thích, việc sử dụng bằng chứng, như khai báo của nhân chứng cho phép xác định nguồn thông tin, có thể rất nhạy cảm bởi nó có thể làm cho người dân gặp rủi ro và nên được xử lý một cách thận trọng nhất (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, Hướng dẫn 8, trang 35).

Các Nguyên tắc Bảo vệ

Nguyên tắc Bảo vệ 1: Tránh gây thêm tổn hại do hành động của bạn

Những người tham gia hoạt động nhân đạo phải thực hiện các hành động nhằm tránh hoặc giảm thiểu ảnh hưởng xấu từ sự can thiệp của mình, đặc biệt là rủi ro đặt người dân trước mối nguy hiểm hay sự lạm dụng lớn hơn đối với các quyền của họ.

Nguyên tắc này bao gồm các yếu tố sau:

- Hình thức trợ giúp nhân đạo và môi trường cung cấp trợ giúp không được đặt người dân trước những hiểm nguy về thân thể, bạo lực hay những hành vi lạm dụng các quyền của họ.
- Các nỗ lực trợ giúp và bảo vệ không được gây tổn hại đến năng lực tự vệ của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa.
- Các tổ chức nhân đạo phải quản lý thông tin mang tính nhạy cảm sao cho không đe dọa an ninh của những người cung cấp thông tin hay của những người có thể bị nhận diện từ nguồn thông tin đó.

Hướng dẫn

Đánh giá bối cảnh và trù liệu hậu quả của hoạt động nhân đạo vì sự an toàn và cuộc sống của dân cư bị ảnh hưởng.

1. ***Tránh trở thành đồng phạm trong việc lạm dụng các quyền***. Có thể có những nhận định và sự lựa chọn khó khăn, ví dụ khi đối mặt với việc phải quyết định cung cấp hay không cung cấp trợ giúp cho những người bị giam giữ trong trại di tản ngược lại với ý chí của họ. Phải đưa ra những nhận định này trên cơ sở từng trường hợp một, nhưng luôn luôn cần xem xét lại theo thời gian bởi vì hoàn cảnh luôn thay đổi.
2. ***Danh mục các vấn đề cần kiểm tra:*** Khi phân tích các hoạt động, cần thường xuyên suy nghĩ về danh mục các câu hỏi chưa đầy đủ sau đây, có thể sử dụng như là danh mục các vấn đề cần kiểm tra, về hoạt động nhân đạo nói chung cũng như về các hành động cụ thể:

- Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa sẽ nhận được gì từ những hoạt động của chúng ta?
- Những hoạt động của chúng ta có thể dẫn đến hậu quả tiêu cực không mong muốn nào cho an ninh của người dân và chúng ta phải làm gì để tránh hay giảm thiểu những hậu quả đó?
- Những hoạt động của chúng ta có tính đến các hành vi đe dọa đối với dân cư bị ảnh hưởng hay không? Chúng có gây nguy hại cho nỗ lực tự vệ của người dân hay không?
- Những hoạt động của chúng ta có phân biệt đối xử với nhóm người nào hay có thể bị hiểu là như vậy? Chúng có bảo vệ các quyền của những người mà về mặt lịch sử đã bị thiệt thòi hay đã bị phân biệt đối xử?
- Việc bảo vệ và xúc tiến các quyền của những nhóm người như vậy sẽ gây ra tác động gì đối với các mối quan hệ trong và ngoài cộng đồng?
- Những hoạt động của chúng ta có thể làm xấu thêm sự chia rẽ hiện có trong cộng đồng và giữa các cộng đồng lân cận?
- Những hoạt động của chúng ta có vô tình trao thêm quyền hay củng cố thêm địa vị của các nhóm vũ trang và các chủ thể khác?
- Những hoạt động của chúng ta có thể bị lợi dụng về mặt hình sự hay không?

3. ***Tham khảo ý kiến với các thành phần khác nhau*** của những nhóm dân cư bị ảnh hưởng - hay những tổ chức được họ tin cậy – trong việc đánh giá những hệ quả tích cực và có thể tiêu cực của hoạt động ứng phó nói chung và các hoạt động cụ thể.
4. ***Hình thức cung cấp sự trợ giúp*** có thể làm cho người dân dễ bị tổn thương hơn đối với các cuộc tấn công. Ví dụ, các loại hàng hóa quý, ví dụ khẩu phần ăn khô, có thể bị ăn cướp và, do đó, làm cho những người tiếp nhận có nguy cơ bị tổn hại hay bị tước đoạt. Nên xem xét các hình thức trợ giúp khác (ví dụ, cung cấp thức ăn nấu chín tại các bếp hay trung tâm phát chẩn) ở những nơi mà việc cung cấp có nhiều rủi ro. Các cộng đồng bị ảnh hưởng cần được tham khảo ý kiến về hình thức trợ giúp mà họ thích hơn.
5. ***Môi trường cung cấp trợ giúp nhân đạo*** cần phải an toàn, càng an toàn càng tốt, cho những người có liên quan. Không nên bắt buộc những người cần sự trợ giúp phải đi tới hay đi qua những vùng nguy hiểm để tiếp nhận sự trợ giúp. Ở những nơi đã xây dựng các lán trại hay khu định cư, các cơ sở này cần phải an toàn nhất có thể cho những người cư trú và cần được đặt xa những nơi dễ bị tấn công hay phải đối mặt với những mối nguy hiểm khác.

Sự tự vệ của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng

6. ***Phải hiểu các phương tiện*** mà người dân sử dụng để bảo vệ mình, gia đình mình và cộng đồng mình. Hãy hỗ trợ các sáng kiến tương trợ lẫn nhau tại cộng đồng (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, Hướng dẫn 13-14, trang 40). Cách thức các tổ chức nhân đạo can thiệp không nên làm ảnh hưởng đến khả năng người dân tự bảo vệ mình và bảo vệ người khác – trong đó có việc di chuyển đến nơi an toàn hơn và tránh tiếp xúc với các nhóm vũ trang.
7. ***Nhu cầu bảo tồn sự sống:*** Hãy giúp người dân tìm cách thức an toàn để có được những nhu cầu sinh tồn. Ví dụ: cung cấp các hàng hóa như nước uống, củi hay chất đốt khác để giúp họ đáp ứng những nhu cầu sống hàng ngày mà không phải thực hiện những chuyến đi đầy khổ ải và hiểm nguy. Đây là một vấn đề đặc biệt quan trọng đối với người cao tuổi, phụ nữ, trẻ em và người khuyết tật.

Quản lý các thông tin nhạy cảm

8. ***Các thông tin liên quan đến bảo vệ*** có thể mang tính nhạy cảm. Các tổ chức nhân đạo cần có chính sách và thủ tục rõ ràng để hướng dẫn cán bộ, nhân viên của mình về việc họ cần phải trả lời như thế nào nếu họ biết hay chứng kiến các hành vi lạm dụng và về việc bảo mật các thông tin liên quan. Cán bộ, nhân viên cần được hướng dẫn về cách báo cáo thích hợp về những sự kiện được chứng kiến hay những lời cáo buộc được nghe thấy.
9. ***Báo cáo các thông tin nhạy cảm:*** Hãy xem xét việc chuyển thông tin về những hành vi lạm dụng đến các chủ thể thích hợp có chức năng bảo vệ liên quan. Những chủ thể này có thể có mặt ở những nơi không phải là nơi thông tin này được phát hiện.
10. ***Cần phải có chính sách về việc báo cáo các thông tin nhạy cảm*** và chính sách này cần bao hàm những báo cáo về các sự cố hay phân tích chiều hướng. Nó cần nêu cụ thể làm thế nào để quản lý các thông tin nhạy cảm và các tình huống phải báo cáo những thông tin này. Trong chừng mực có thể, các tổ chức cần tìm kiếm sự đồng ý của các cá nhân liên quan để sử dụng các thông tin này. Việc báo cáo thông tin cần được tiến hành sao cho không gây nguy hiểm cho người cung cấp thông tin hay người được nêu tên trong thông tin.
11. Chỉ nên thu thập ***thông tin về các hành vi lạm dụng và vi phạm các quyền cụ thể*** khi đã có ý định rõ ràng về việc sử dụng thông tin này và đã xác định mức độ chi tiết cho việc sử dụng thông tin. Những thông tin phục vụ bảo vệ như vậy cần được thu thập bởi các tổ chức có tôn chỉ bảo vệ hay có sẵn năng lực, kỹ năng, hệ thống và quy trình cần thiết. Việc thu thập những thông tin này cần có điều kiện là sự đồng ý dựa trên cơ sở được thông báo trước và, trong mọi trường hợp, sự đồng ý của cá nhân ấy là cần thiết để chia sẻ thông tin với bên thứ ba.

12. ***Cần đánh giá phản ứng của chính phủ và các cơ quan chức năng khác*** đối với việc thu thập và sử dụng thông tin về các hành vi lạm dụng. Có thể phải cân nhắc nhu cầu tiếp tục thu thập thông tin so với nhu cầu sử dụng thông tin. Các tổ chức nhân đạo khác nhau có thể đưa ra những sự lựa chọn khác nhau về hoạt động này.

Nguyên tắc Bảo vệ 2: Bảo đảm người dân tiếp cận được sự trợ giúp vô tư - tỷ lệ thuận với nhu cầu và không phân biệt đối xử

Người dân có thể tiếp cận sự trợ giúp nhân đạo theo nhu cầu và không bị phân biệt đối xử. Không được phép ngăn cản những người cần sự trợ giúp và cần giúp họ tiếp cận các tổ chức nhân đạo khi họ cần, để đáp ứng các tiêu chuẩn của Sphere.

Nguyên tắc này bao gồm các yếu tố sau:

- Bảo đảm tất cả các bộ phận của nhóm dân cư bị ảnh hưởng tiếp cận được sự trợ giúp nhân đạo.
- Bất kỳ hành động nào cố tình tước đoạt phương tiện sinh tồn của một bộ phận dân cư bị ảnh hưởng cũng phải được ngăn chặn trên cơ sở luật pháp liên quan và các nguyên tắc nhân đạo chung, như đã được trình bày tại Hiến chương Nhân đạo.
- Dân cư bị ảnh hưởng tiếp nhận sự trợ giúp trên cơ sở nhu cầu và không được phân biệt đối xử với bất kỳ lý do nào khác.

Hướng dẫn

Bảo đảm khả năng tiếp cận

1. ***Ở những nơi dân cư bị ảnh hưởng không thể đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mình*** và các cơ quan chức năng không thể tự mình cung cấp sự trợ giúp cần thiết, các cơ quan này không được khước từ các tổ chức nhân đạo làm việc đó. Một sự khước từ như vậy là vi phạm luật pháp quốc tế, đặc biệt trong các tình huống xung đột vũ trang.
2. ***Giám sát khả năng tiếp cận:*** Phải giám sát chặt chẽ việc nhóm dân cư bị ảnh hưởng, đặc biệt những người dễ bị tổn thương nhất, tiếp cận sự trợ giúp nhân đạo như thế nào.
3. ***Tiếp cận với sự trợ giúp nhân đạo và quyền tự do di chuyển*** liên quan chặt chẽ với nhau (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, Hướng dẫn 7-9, trang 39). Việc giám sát khả năng tiếp cận cần tính đến các cản trở, như các trạm kiểm soát, chướng ngại vật và bãi mìn. Trong các tình huống xung đột vũ trang, các bên có thể dựng trạm kiểm soát nhưng các rào chắn không được tạo sự phân biệt đối xử giữa các nhóm dân cư bị ảnh hưởng hay ngăn cản một cách quá đáng khả năng tiếp cận của người dân với trợ giúp nhân đạo. Cần phải có những biện pháp đặc biệt để bảo đảm sự tiếp cận bình đẳng cho những người bị ảnh hưởng ở các vùng sâu, vùng xa hay vùng hẻo lánh.
4. ***Cần có các biện pháp đặc biệt để tạo điều kiện dễ dàng cho sự tiếp cận của các nhóm dễ bị tổn thương*** khi xem xét bối cảnh, các điều kiện xã hội và văn hóa và hành vi của cộng đồng. Những biện pháp này có thể gồm việc xây dựng không gian an toàn cho những người đã từng là nạn nhân của các hành động lạm dụng như cưỡng dâm hay buôn bán người, hay lắp đặt các phương tiện tạo dễ dàng cho sự tiếp cận của người khuyết tật. Bất kỳ biện pháp nào như vậy cần tránh sự kỳ thị đối với các nhóm dân cư này (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, Hướng dẫn 5-6, trang 63).

Xử lý sự khước từ trợ giúp và tiếp cận nhu cầu sinh tồn

5. ***Quyền tiếp nhận trợ giúp nhân đạo:*** Như đã trình bày chi tiết tại Hiến chương Nhân đạo, dân cư bị ảnh hưởng có quyền tiếp nhận trợ giúp nhân đạo. Quyền này bắt nguồn từ các chuẩn mực và quy tắc pháp lý vốn là một phần của luật pháp quốc tế. Cụ thể hơn, luật pháp nhân đạo quốc tế có một số điều khoản liên quan về việc tiếp cận viện trợ và về việc "bảo vệ các đồ vật không thể thiếu cho sự sinh tồn của thường dân" (các Nghị định thư I và II năm 1977 bổ sung cho Công ước Giơ-ne-vơ năm 1949). Các tổ chức nhân đạo có thể xem xét việc khuyến khích sự tôn trọng các luật pháp liên quan (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, Hướng dẫn 3-4, trang 38–39).

Bảo đảm không phân biệt đối xử

6. ***Tính vô tư:*** Các tổ chức nhân đạo cần xắp xếp ưu tiên những người bị ảnh hưởng mà họ muốn trợ giúp chỉ trên cơ sở nhu cầu của họ và cung cấp trợ giúp tỷ lệ thuận với nhu cầu đó. Đây là nguyên tắc vô tư được khẳng định tại Quy tắc ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ và các tổ chức phi chính phủ trong cứu trợ thảm họa (xem Phụ lục 2 tại trang 389 và Hiến chương Nhân đạo tại trang 19). Các tổ chức nhân đạo không nên chỉ quan tâm đến một nhóm cụ thể nào (ví dụ, người di tản cư trú trong các lán trại) nếu sự quan tâm này có hại cho một bộ phận khác của những người bị ảnh hưởng.
7. ***Dân cư bị ảnh hưởng không cần có địa vị pháp lý đặc biệt*** để tiếp nhận sự trợ giúp nhân đạo và được bảo vệ.

Nguyên tắc Bảo vệ 3: Bảo vệ người dân khỏi những tổn hại về thân thể và tâm lý bắt nguồn từ hành vi bạo lực và cưỡng bức

Người dân được bảo vệ khỏi bạo lực, không bị bắt buộc hay lôi kéo vào hành động đi ngược nguyện vọng của họ và không lo sợ bị lạm dụng.

Nguyên tắc này bao gồm các yếu tố sau:

- Thực hiện các bước hợp lý để bảo đảm rằng nhóm dân cư bị ảnh hưởng không bị tấn công dữ dội, bằng cách xử lý nguồn gốc gây ra sự đe dọa hoặc bằng cách giúp họ tránh sự đe dọa đó.
- Thực hiện các bước hợp lý để bảo đảm rằng nhóm dân cư bị ảnh hưởng không bị cưỡng bức; ví dụ, bị bắt buộc hay lôi kéo vào hành động đi ngược lại ý chí của họ theo cách thức có thể gây ra tổn hại cho họ hay vi phạm các quyền của họ (ví dụ, quyền tự do di chuyển).
- Hỗ trợ các nỗ lực của nhóm dân cư bị ảnh hưởng để họ được an toàn, được hỗ trợ an ninh và phục hồi nhân phẩm, kể cả các cơ chế tương trợ lẫn nhau ở cấp cộng đồng.

Hướng dẫn

Bảo vệ khỏi hành vi bạo lực và cưỡng bức

1. ***Trách nhiệm hàng đầu trong việc bảo vệ người dân*** khỏi các hành vi đe dọa cuộc sống và sự an toàn của họ thuộc về chính phủ và các cơ quan chức năng (xem Hiến chương Nhân đạo, trang 19). Trong tình huống xung đột vũ trang, các bên tham gia xung đột phải bảo vệ thường dân và những người đã từ bỏ vũ khí. Khi phân tích bối cảnh về các rủi ro và hành động đe dọa đối với người dân, các tổ chức nhân đạo cần xác định những người có trách nhiệm pháp lý và (hoặc) có năng lực thực tế trong việc cung cấp sự bảo vệ.
2. ***Góp phần giảm thiểu các hành vi đe dọa khác,*** kể cả cung cấp sự trợ giúp theo hướng làm cho người dân an toàn hơn, tạo thuận lợi cho những nỗ lực của chính người dân nhằm bảo đảm an toàn hay thực hiện các bước đi (thông qua tuyên truyền vận động hay các hình thức khác) để giảm thiểu nguy cơ bị rủi ro của họ.
3. ***Giám sát và báo cáo***: Các tổ chức nhân đạo cần quan tâm đến trách nhiệm của mình trong việc theo dõi và báo cáo các hành động vi phạm nghiêm trọng quyền con người. Họ cũng cần tuyên truyền vận động về các quyền của dân cư bị ảnh hưởng với các cơ quan chức năng và các chủ thể liên quan khác bằng cách nhắc nhở họ về trách nhiệm của chính họ. Họ có thể sử dụng các phương thức hành động khác nhau, kể cả ngoại giao, vận động hành lang và tuyên truyền vận động công khai, nhưng nên luôn luôn ghi nhớ chỉ đạo việc quản lý những thông tin nhạy cảm (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).
4. ***Trong xung đột vũ trang***, các tổ chức nhân đạo cần xem xét việc theo dõi các cơ sở được bảo vệ đặc biệt theo luật pháp nhân đạo quốc tế như các trường học và bệnh viện, và báo cáo bất kỳ cuộc tấn công nào vào đây. Các tổ chức cũng cần cố gắng giảm thiểu rủi ro và đe dọa về bắt cóc hay bắt đi lính có thể xảy ra ở những địa điểm này.
5. ***Ở những nơi mà chất nổ có thể đe dọa nhóm dân cư bị ảnh hưởng***, các tổ chức nhân đạo cần phối hợp với các cơ quan chức năng chính phủ và các cơ quan chuyên môn để tháo gỡ bom mìn và các vật liệu chưa nổ. Mối đe dọa này đặc biệt hiện hữu ở những tình huống ở đó người dân đang trở về gia đình sau xung đột vũ trang.
6. ***Các chủ thể chính trị, thực thi pháp luật và quân đội*** có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ người dân khỏi bị lạm dụng và vi phạm. Cuối cùng thì lĩnh vực chính trị là nơi người ta tìm ra giải pháp cho những vấn đề cốt lõi của những mối quan ngại về bảo vệ. Ví dụ, các cơ quan an ninh và thực thi pháp luật, kể cả các lực lượng gìn giữ hòa bình, có thể và cần đóng vai trò quan trọng trong việc bảo đảm an ninh thân thể của những người gặp rủi ro. Các tổ chức nhân đạo có thể cảnh báo các chủ thể liên quan về những hành động vi phạm đang diễn ra. Những biện pháp can thiệp như vậy với các đơn vị quân đội, các sĩ quan chỉ huy của họ hay các cơ quan chức năng dưới sự kiểm soát của các lực lượng đang hoạt động tại đây, có thể có vai trò rất quan trọng để chặn đứng các hành động vi phạm của quân đội.

Quyền tự do di chuyển

7. ***Không nên ép buộc người dân phải ở lại*** hay đi đến một nơi không phải là sự lựa chọn của họ (như trại tị nạn); cũng không nên đặt ra bất kỳ hạn chế vô lý nào trên đường di chuyển của họ. Chỉ đưa ra sự hạn chế quyền tự do di chuyển và sự lựa chọn nơi cư trú khi có những vấn đề an ninh hay lý do y tế nghiêm trọng và phải tương ứng với mục đích. Trong mọi hoàn cảnh, dân cư bị ảnh hưởng bởi xung đột và thảm họa đều có quyền xin tị nạn.
8. ***Sơ tán:*** Các tổ chức nhân đạo chỉ tham gia vào các cuộc sơ tán như là các biện pháp ngoại lệ trong những hoàn cảnh cực đoan, ở đó không có cách nào khác để cung cấp sự trợ giúp hay bảo vệ khẩn cấp trước những hành động đe dọa nghiêm trọng đối với sinh mạng, an ninh hay sức khỏe của người dân.
9. ***Không nên khuyến khích người dân bị ảnh hưởng ở lại một nơi nguy hiểm,*** cũng không nên xúc tiến sự trở lại hay tái định cư của họ khi họ không có khả năng tiếp cận đầy đủ tất cả các thông tin về điều kiện ở những nơi đó.

Những rủi ro đặc biệt trước nạn bạo lực và cưỡng bức

10. ***Những người dễ bị tổn thương:*** Cần tính đến các yếu tố cá nhân, xã hội và bối cảnh để phát hiện những người dễ bị tổn thương nhất trước một số rủi ro hay mối đe dọa nào đó. Cần phải có các biện pháp đặc biệt cho những người đang đối diện với những rủi ro này, như phụ nữ, trẻ em, những người bị buộc phải di tản, người cao tuổi, người khuyết tật và các nhóm tôn giáo hay dân tộc tiểu số.

11. ***Môi trường an toàn cho trẻ em:*** Các tổ chức nhân đạo cần tạo điều kiện để trẻ em có được môi trường an toàn. Các gia đình và cộng đồng cần nhận được sự hỗ trợ trong nỗ lực giữ cho trẻ em được an toàn và an ninh.

12. ***Trẻ em, đặc biệt là khi bị cách ly khỏi gia đình***, hay không có người lớn đi kèm, có thể dễ bị lạm dụng và bóc lột hơn trong thiên tai hay xung đột. Các tổ chức cần có biện pháp hợp lý để ngăn ngừa trẻ em khỏi bị bắt tham gia các lực lượng vũ trang và nếu chúng có mối liên hệ với các lực lượng vũ trang thì họ phải hành động để chúng được thả ngay lập tức và được tái hòa nhập với cộng đồng.

13. ***Phụ nữ và trẻ em gái đặc biệt dễ bị rủi ro*** vì bạo lực giới. Khi góp phần bảo vệ các nhóm đối tượng này, các tổ chức nhân đạo cần đặc biệt xem xét các biện pháp nhằm giảm thiểu những rủi ro có thể xảy ra, trong đó có nạn buôn bán người, mại dâm bắt buộc, cưỡng dâm hay bạo lực gia đình. Họ cũng cần thực hiện các tiêu chuẩn và công cụ nhằm ngăn chặn và xóa bỏ tập quán lạm dụng và bóc lột tình dục. Tập tục không thể chấp nhận này có thể liên quan đến những người bị ảnh hưởng có hoàn cảnh éo le riêng, như phụ nữ sống đơn thân hay bị tàn tật thường bị ép buộc phải hành nghề mại dâm để được cung cấp trợ giúp nhân đạo.

Hỗ trợ xã hội và tự lực ở cấp cộng đồng

14. Cần khuyến khích các ***cơ chế bảo vệ và hỗ trợ tâm lý xã hội tại gia đình và cộng đồng*** bằng cách bố trí các gia đình ở cùng một nơi, hướng dẫn người dân ngăn ngừa trẻ em khỏi bị cách ly với gia đình, khuyến khích việc chăm sóc chu đáo những em bị cách ly, và tổ chức việc tìm kiếm và đoàn tụ gia đình cho những em này. Nếu có thể, hãy bố trí các gia đình ở một nơi và tạo điều kiện để người dân ở cùng một làng và mạng lưới hỗ trợ được sống ở cùng một khu vực.

15. ***Hỗ trợ các hoạt động tự lực tại cộng đồng:*** Các hoạt động này có thể bao gồm các nhóm phụ nữ xử lý vấn đề bạo lực giới, các nhóm thanh niên hợp tác về hỗ trợ sinh kế, các nhóm phụ huynh hỗ trợ trẻ em giao tiếp tích cực và chăm sóc cha mẹ của các em nhỏ và các em có nhu cầu đặc biệt, các nhóm thanh niên phổ biến thông tin về những mối đe dọa như bom mìn và các nhóm cộng đồng hỗ trợ phụ nữ và nam giới đã mất bạn đời của mình, người cao tuổi cả và người khuyết tật.

Nguyên tắc Bảo vệ 4: Hỗ trợ người dân đòi các quyền của mình, tiếp cận với các biện pháp khắc phục và phục hồi hệ quả của sự lạm dụng

Hỗ trợ người dân đòi các quyền của mình bằng thông tin, tài liệu và sự trợ giúp để tìm kiếm các biện pháp khắc phục. Hỗ trợ họ bằng cách thích hợp trong việc phục hồi hậu quả về thể chất, tâm lý và xã hội bắt nguồn từ hành vi bạo lực và các hành vi bị lạm dụng khác.

Nguyên tắc này bao gồm các yếu tố sau:

- Hỗ trợ dân cư bị ảnh hưởng đòi các quyền của mình và tiếp cận các biện pháp khắc phục từ chính phủ và các nguồn khác và cung cấp cho họ thông tin về các quyền lợi của họ cũng như các biện pháp khắc phục sẵn có.
- Hỗ trợ dân cư bị ảnh hưởng tìm kiếm tài liệu mà họ cần để chứng minh các quyền lợi của mình.
- Hỗ trợ dân cư bị ảnh hưởng phục hồi bằng cách cung cấp sự trợ giúp cấp cộng đồng và hỗ trợ tâm lý xã hội.

Hướng dẫn

Hỗ trợ dân cư bị ảnh hưởng đòi các quyền của mình

1. ***Chính phủ và các cơ quan chức năng khác chịu trách nhiệm*** bảo đảm rằng các quyền của người dân bị ảnh hưởng được tôn trọng và thực hiện. Thông qua các hệ thống pháp luật hay các kênh khác, các tổ chức nhân đạo cần tính đến việc hỗ trợ những người dân này đòi các quyền của họ.

2. ***Các quyền lợi:*** Các tổ chức cần thông báo cho dân cư bị ảnh hưởng về quyền lợi của họ, trong mỗi chương trình viện trợ cũng như theo luật pháp và quy định của nước liên quan. Cần đặc biệt quan tâm đến việc (tái) lập các quyền của người dân về nhà ở, đất đai và tài sản.

3. ***Thông tin và tham vấn:*** Dân cư bị ảnh hưởng cần được các cơ quan chức năng và các tổ chức nhân đạo cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ và theo cách thức mà họ hiểu được. Họ phải được tham gia vào quá trình tham vấn có ý nghĩa về các quyết định ảnh hưởng đến đời sống của họ mà không tạo thêm rủi ro (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55). Đây là một cách để giúp họ xác nhận các quyền của mình.

Tài liệu

4. ***Tìm kiếm tài liệu hay thay thế những tài liệu đã bị mất:*** Các tổ chức nhân đạo cần hỗ trợ dân cư bị ảnh hưởng tìm kiếm tài liệu – hay thay thế các tài liệu đã bị mất - để họ có thể tiếp cận các quyền của mình. Người dân

thường có các quyền bất kể họ có tài liệu hay không. Nhưng để tiếp cận tất cả các quyền lợi của mình, họ thường cần một số tài liệu hay nhận dạng nào đấy, như giấy khai sinh, giấy đăng ký kết hôn, hộ chiếu hay chứng nhận sở hữu đất đai. Tiếp cận các tài liệu về tài sản là rất quan trọng sau một thảm họa, nhưng ở một số nước quyền sở hữu không được văn bản hóa một cách rõ ràng và có thể trở thành một điểm hết sức gay cấn. Cần phải thu xếp giấy chứng tử để tránh những vấn đề về tài chính và pháp lý cho người thân. Loại giấy tờ này thường không có khi thi thể được chôn cất mà không có lễ nghi gì, một tập quán cần phải tránh.

5. Không nên lẫn lộn ***tài liệu pháp lý*** được chính phủ và các cơ quan chức năng công nhận với các tài liệu được các tổ chức nhân đạo cấp, như tài liệu đăng ký, thẻ phân phối khẩu phần hay thẻ vận tải. Các tài liệu chính thức do các cơ quan chức năng cấp không thể quyết định ai có quyền được tiếp nhận sự trợ giúp từ các tổ chức nhân đạo.

Tiếp cận các biện pháp khắc phục

6. ***Người dân có quyền đòi hỏi các biện pháp sửa sai về pháp lý và các biện pháp sửa sai khác*** từ chính phủ và các cơ quan chức năng về những hành vi vi phạm các quyền của họ. Điều này có thể bao gồm đền bù mất mát hay phục hồi tài sản. Họ cũng có quyền đòi hỏi những kẻ vi phạm phải được đưa ra công lý. Điều này có vai trò quan trọng trong việc phục hồi niềm tin và sự tin cậy trong các nhóm dân cư bị ảnh hưởng. Các tổ chức nhân đạo có thể có khả năng hỗ trợ người dân trong việc tiếp cận công lý hay chuyển những vấn đề của họ đến các cơ quan có khả năng giúp đỡ họ.
7. ***Chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ phục hồi:*** Người dân cần được hỗ trợ trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp và sự hỗ trợ phục hồi khác sau các cuộc tấn công, bạo lực giới và các vấn đề liên quan (xem Tiêu chuẩn 3 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát bệnh truyền nhiễm tại trang 331, và Tiêu chuẩn 1-2 về Sức khỏe trẻ em tại trang 337–338).
8. ***Ở những nơi có sự trợ giúp để khắc phục hậu quả*** từ các tổ chức phi chính phủ, người dân cần được giúp đỡ để xác định và tiếp cận sự trợ giúp đó, nếu thấy thích hợp.

Hỗ trợ tại cộng đồng và hỗ trợ tâm lý xã hội

9. ***Các cơ chế ứng phó tích cực ở cộng đồng,*** như an táng phù hợp về mặt văn hóa, các buổi hành lễ và tập quán tôn giáo và các tập quán xã hội và văn hóa không độc hại, cần được hỗ trợ.
10. ***Các hoạt động cho trẻ em:*** Nếu thấy thích hợp, các cộng đồng nên được khuyến khích tổ chức các hoạt động có bố cục chặt chẽ, hỗ trợ giáo dục và mang tính bảo vệ cho trẻ em thông qua các phương tiện không chính quy, như các sân chơi thân thiện với trẻ em. Các cơ chế bảo vệ ở cộng đồng cần bao hàm các hoạt động tự lực, khuyến khích sự lành mạnh về tâm lý.
11. ***Góp phần hỗ trợ tâm lý xã hội một cách phù hợp*** cho những người sống sót từ nạn bạo lực. Cần bảo đảm rằng những nạn nhân này tiếp cận được các mạng lưới xã hội ở cộng đồng và các hoạt động tự lực. Khả năng tiếp cận với sự hỗ trợ xã hội ở cộng đồng cần được bổ sung bằng khả năng tiếp cận sự chăm sóc sức khỏe tâm thần.
12. ***Hệ thống hỗ trợ lồng ghép:*** Những tổ chức hoạt động về hỗ trợ tâm lý xã hội và sức khỏe tâm thần ở các ngành khác nhau cần hợp tác để xây dựng một hệ thống hỗ trợ lồng ghép cho người dân (xem Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tâm thần, trang 350).
13. ***Hỗ trợ khám chữa bệnh:*** Cần thiết lập các cơ chế để chuyển những người bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi thảm họa đến các phòng khám sẵn có để được điều trị.

Tài liệu tham khảo

Nội dung chung về bảo vệ: Bối cảnh và các công cụ

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

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

Ủy ban Thường trực Liên tổ chức (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual forthe Protection of Persons

Affected by Natural Disasters.

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

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

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

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

Văn phòng LHQ về điều phối các vấn đề nhân đạo (OCHA) (2009), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. NewYork. www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

Các tiêu chuẩn cụ thể về bảo vệ

Trẻ em

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

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

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

Người khuyết tật

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

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

Bạo lực giới

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

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

Các quyền về nhà ở, đất đai và tài sản

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

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

Cụm bảo vệ toàn cầu, Housing, Land And Property Area of Responsibility

(2009),Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C

3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20 and%20 Land%20Issues_Final2.pdf

Trung tâm theo dõi di cư nội địa, FAO, OCHA, UNHCHR, UN-Habitat và UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the 'Pinheiro Principles', IASC. Geneva. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Di tản trong nước

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

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

Cụm bảo vệ toàn cầu (2010), Handbook for the Protection ofInternally

Displaced Persons. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

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

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

Hội đồng Kinh tế và xã hội LHQ (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinciples.org/ và www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec1256 61e0036f36e?Opendocument

Sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội

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

Nhóm tham khảo của IASC về sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội (2010), Mental

Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know. www.psychosocialnetwork. net/explore/tags/mhpss/

Tháo gỡ bom mìn

The International Mine Action Standards: www.mineactionstandards.org/imas.

Người cao tuổi

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

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi

Sử dụng chương này như thế nào

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi là các tiêu chuẩn quan trọng về mặt quy trình cần được áp dụng chung trong mọi lĩnh vực. Chúng cung cấp căn cứ tham chiếu duy nhất về phương pháp tiếp cận đối với tất cả các tiêu chuẩn trong Sổ tay này. Do đó, để có thể hiểu được các tiêu chuẩn trong mỗi chương kĩ thuật, người đọc cần phải nghiên cứu mỗi chương để áp dụng song song với các Tiêu chuẩn Cốt lõi.

Có sáu Tiêu chuẩn Cốt lõi:

Cứu trợ nhân đạo lấy con người làm trung tâm

Phối hợp và hợp tác

Đánh giá

Thiết kế và thực hiện hoạt động ứng phó

Tính hiệu quả, minh bạch và bài học kinh nghiệm

Hiệu quả hoạt động của những người làm công tác cứu trợ

Mỗi Tiêu chuẩn Cốt lõi có cấu trúc như sau:

- **Các Tiêu chuẩn Cốt lõi:** Về bản chất tiêu chí này là định tính và nêu cụ thể mức độ cần đạt được trong hoạt động ứng phó nhân đạo
- **Các hành động chính:** Đây là những hoạt động và đầu vào được gợi ý để thực hiện các tiêu chuẩn
- **Các chỉ số chính:** Đây là những "dấu hiệu" cho thấy một tiêu chuẩn đã được thực hiện hay chưa. Chúng cung cấp cách thức để đo lường và thể hiện ra quy trình và kết quả từ các hành động chính; chúng liên quan đến Tiêu chuẩn tối thiểu, chứ không liên quan đến hành động chính.
- **Hướng dẫn:** Đây là những điểm cụ thể cần tính đến khi áp dụng các Tiêu chuẩn Cốt lõi, hành động chính và chỉ số chính trong các tình huống khác nhau. Chúng hướng dẫn về việc xử lý các khó khăn, tiêu chuẩn hay gợi ý về các vấn đề ưu tiên. Chúng cũng bao hàm những vấn đề quan trọng liên quan đến các tiêu chuẩn, hành động và chỉ số, và mô tả những hình huống phức tạp, dễ gây tranh cãi hay những bất cập về kiến thức.

Những chỉ số chính của các Tiêu chuẩn Cốt lõi đáp ứng được tính đa dạng về mục đích áp dụng và bối cảnh của người sử dụng. Các chi tiết kỹ thuật có thể đo lường được và có giới hạn về mốc thời gian cho mỗi chỉ số mang tính cụ thể về bối cảnh và lĩnh vực. Do đó, người sử dụng cần vận dụng các chỉ số chính vào tình huống cụ thể của mình sao cho phù hợp.

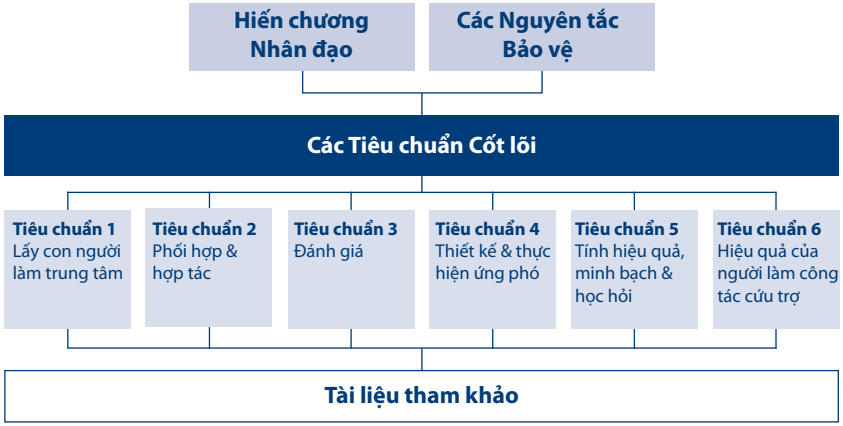
Cuối chương này còn có danh mục chọn lọc gồm các tài liệu tham khảo.

Mục lục

Giới thiệu 53

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi 55

Tài liệu tham khảo 74



Giới thiệu

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi mô tả các quy trình quan trọng cần có để đạt được tất cả các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere. Chúng là cách thể hiện trên thực tế các nguyên tắc trong Hiến chương Nhân đạo của Sphere và có ý nghĩa căn bản đối với quyền được tiếp nhận hỗ trợ của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa hay xung đột để họ có thể sống trong nhân phẩm. Các Tiêu chuẩn Cốt lõi xác định mức độ tối thiểu của hoạt động cứu trợ mà các tổ chức nhân đạo cần đạt được (được báo hiệu bởi các chỉ số chính), cho dù họ là tổ chức quốc tế, quốc gia, địa phương hay cộng đồng.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng có mối liên kết với các sáng kiến quan trọng khác về trách nhiệm giải trình, khuyến khích sự gắn kết và củng cố sự cam kết chung đối với trách nhiệm giải trình. Ví dụ, Tiêu chuẩn 2010 về trách nhiệm giải trình và quản lý chất lượng của Nhóm đối tác trách nhiệm giải trình nhân đạo (HAP) có bao hàm các yêu cầu bổ sung. Đặc biệt, Tiêu chuẩn về hiệu quả hoạt động của người làm công tác cứu trợ gắn kết với Quy tắc ứng xử của tổ chức *"People in Aid"*. Sổ tay hướng dẫn *"Good enough Guide"* của Dự án Tăng cường năng lực trong tình huống khẩn cấp, *La bàn chất lượng* của Nhóm URD và Mạng lưới học hỏi tích cực vì trách nhiệm giải trình và hiệu quả trong hoạt động nhân đạo (ALNAP) tạo cơ sở để hình thành Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 và 5. Các Tiêu chuẩn Cốt lõi có tính bổ sung cho các Tiêu chuẩn cơ sở trong các Tiêu chuẩn tối thiểu của INEE: Chuẩn bị sẵn sàng, ứng phó và phục hồi.

Tầm quan trọng của các Tiêu chuẩn Cốt lõi đối với tất cả các lĩnh vực

Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 công nhận sự tham gia của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa - bao gồm phụ nữ, nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai thuộc mọi lứa tuổi – và công nhận năng lực để sống có nhân phẩm của họ là một phần không thể thiếu trong hoạt động ứng phó nhân đạo. Tiêu chuẩn Cốt lõi 2 nói về về sự cần thiết phải phối hợp và thực hiện với các tổ chức và các cơ quan chức năng chính phủ tham gia vào hoạt động nhân đạo độc lập và vô tư để đạt được hiệu quả cứu trợ.

Tiêu chuẩn Cốt lõi 3 mô tả nhu cầu phải đánh giá có hệ thống để hiểu được bản chất của thảm họa, phát hiện những người bị ảnh hưởng và ảnh hưởng như thế nào, và nhận xét về mức độ rủi ro và năng lực của họ. Tiêu chuẩn này nhìn nhận tầm quan trọng cần thiết phải hiểu rõ nhu cầu của người bị ảnh hưởng trong mối tương quan với bối cảnh chính trị, xã hội, kinh tế và môi trường và nhóm dân cư xung quanh. Các tổ chức đáp ứng được Tiêu chuẩn Cốt lõi 4 thiết kế hành động ứng phó của mình trên cơ sở đánh giá vô tư về nhu cầu, hỗ trợ những nhu cầu của người dân chưa đáp ứng được trong bối cảnh người dân và quốc gia bị ảnh hưởng cũng có một phần khả năng đáp ứng nhu cầu của họ.

Tiêu chuẩn Cốt lõi 5 đạt được nếu các tổ chức thường xuyên rà soát tính hiệu quả, chất lượng và sự phù hợp của hành động ứng phó của mình. Các tổ chức cần điều chỉnh các biện pháp ứng phó của mình dựa theo thông tin thu được trong quá trình giám sát và thu thập phản hồi của người dân bị ảnh hưởng, và chia sẻ thông tin về những hoạt động của họ. Họ cần đầu tư vào các hoạt động kiểm điểm và đánh giá khách quan và sử dụng các phát hiện để cải thiện chính sách và thực hành của mình.

Tiêu chuẩn Cốt lõi 6 nhìn nhận rằng các tổ chức nhân đạo có nghĩa vụ đối với dân cư bị ảnh hưởng bằng việc tuyển dụng những người làm công tác cứu trợ có kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ phù hợp để thực thi hoạt động ứng phó một cách hiệu quả. Tương tự như vậy, các tổ chức này có trách nhiệm tạo điều kiện cho những người làm công tác cứu trợ làm việc tốt qua quá trình quản lý và hỗ trợ có hiệu quả để đảm bảo sức khỏe thân thể và tinh thần của họ.

Tình trạng dễ bị tổn thương

Trọng tâm của Sphere là đáp ứng khẩn cấp nhu cầu sinh tồn của người dân bị ảnh hưởng bởi thiên tai và xung đột. Tuy nhiên, các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng cần hỗ trợ việc chuẩn bị sẵn sàng để phòng ngừa, ứng phó với thảm họa và các cách thức giảm thiểu rủi ro và tình trạng dễ bị tổn thương trong tương lai, tăng cường năng lực và khuyến khích phục hồi sớm. Các cách thức này cần tính đến tác động của hoạt động ứng phó đối với môi trường tự nhiên và bối cảnh chung và cần phù hợp với nhu cầu của dân cư trong cộng đồng và người dân xung quanh.

Trong Sổ tay, thuật ngữ "dễ bị tổn thương" nói đến những người đặc biệt dễ bị ảnh hưởng bởi hậu quả của các thảm họa do thiên nhiên hay con người, xung đột gây ra. Con người bị tổn thương hay trở nên dễ bị tổn thương hơn trước thảm họa do sự kết hợp của nhiều yếu tố về địa lý, xã hội, môi trường và chính trị. Họ dễ bị xã hội phân biệt đối xử do sắc tộc, lứa tuổi, giới tính, khuyết tật, giai cấp hay đẳng cấp xã hội, xu hướng chính trị hay tôn giáo của họ. Sự kết hợp của các yếu tố gây tổn thương và ảnh hưởng của một bối cảnh thường xuyên thay đổi, tất cả đều góp phần làm cho người dân dễ bị tổn thương vì những lý do khác nhau và bằng những cách khác nhau. Giống những người khác bị ảnh hưởng bởi thảm họa, những người dễ bị tổn thương, cũng có một số năng lực về quản lý và phục hồi sau thảm họa. Hiểu rõ được năng lực của họ cũng như những trở ngại họ phải đương đầu trong quá trình họ tiếp cận trợ giúp nhân đạo có vai trò rất quan trọng để một hoạt động ứng phó đáp ứng nhu cầu của những người cần sự trợ giúp nhiều nhất.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi

Tiêu chuẩn Cốt lõi 1: Hoạt động ứng phó nhân đạo lấy con người làm trung tâm

Năng lực và các biện pháp sống có nhân phẩm của người dân được lồng ghép vào thiết kế và phương pháp tiếp cận của hoạt động ứng phó nhân đạo.

Những hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Hỗ trợ năng lực địa phương bằng cách phát hiện các nhóm cộng đồng và mạng lưới xã hội càng sớm càng tốt và xây dựng các sáng kiến tự lực ở cộng đồng (xem Hướng dẫn 1).
- Xây dựng các cơ chế có tính hệ thống và minh bạch qua đó dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và xung đột có thể cung cấp ý kiến phản hồi một cách thường xuyên và tác động đến các chương trình (xem Hướng dẫn 2).
- Bảo đảm sự đại diện cân bằng của những người dễ bị tổn thương trong các cuộc thảo luận với dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 3).
- Cung cấp cho dân cư bị ảnh hưởng thông tin về tổ chức nhân đạo, dự án của tổ chức này và quyền lợi của người dân bằng hình thức và ngôn ngữ dễ hiểu đối với họ (xem Hướng dẫn 4).
- Giúp dân cư bị ảnh hưởng tiếp cận với những địa điểm an toàn và thích hợp để tổ chức hội họp cộng đồng và chia sẻ thông tin càng sớm càng tốt (xem Hướng dẫn 5).
- Tạo điều kiện để người dân gửi khiếu nại về chương trình trợ giúp một cách dễ dàng và an toàn, và thiết lập thủ tục minh bạch, kịp thời về việc trả lời và xử lý các khiếu nại (xem Hướng dẫn 6).
- Ở những nơi có thể, sử dụng lao động, vật liệu bền vững về môi trường cũng như sử dụng những doanh nghiệp có ý thức trách nhiệm xã hội tại địa phương để mang lại lợi ích cho kinh tế địa phương và thúc đẩy quá trình phục hồi.
- Bất kỳ khi nào có thể, thiết kế các dự án cần đáp ứng và tôn trọng các tập quán hữu ích về văn hóa, tinh thần và truyền thống mà người dân địa phương coi là quan trọng (xem Hướng dẫn 7).

- Tăng dần quyền ra quyết định của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và quyền làm chủ của họ đối với các dự án trong quá trình trợ giúp.

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các biện pháp thực hiện dự án có mối liên hệ rõ ràng với năng lực và các sáng kiến cộng đồng.
- Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa điều hành hoặc tham gia tích cực vào các cuộc hội họp về cách tổ chức và thực hiện hoạt động cứu trợ (xem Hướng dẫn 1–2).
- Số lượng các sáng kiến tự lực do cộng đồng bị ảnh hưởng và cơ quan chức năng địa phương chủ trì gia tăng trong quá trình ứng phó (xem Hướng dẫn 1).
- Các tổ chức đã điều tra và, ở mức độ thích hợp, đã xử lý các khiếu nại nhận được trong thời gian cung cấp trợ giúp.

Hướng dẫn

1. ***Năng lực địa phương:*** Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa đã có và có thể tiếp thu các kỹ năng, kiến thức và năng lực để đương đầu, ứng phó và phục hồi sau thảm họa. Sự tham gia tích cực vào hoạt động ứng phó nhân đạo là cơ sở thiết yếu của quyền con người được sống trong nhân phẩm đã được khẳng định tại Nguyên tắc 6 và 7 của Quy tắc ứng xử dành cho Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ và các tổ chức phi chính phủ trong cứu trợ nhân đạo (xem Phụ lục 2, trang 389). Các sáng kiến tự lực cấp cộng đồng góp phần vào việc cải thiện tình hình tâm lý và xã hội bằng cách phục hồi nhân phẩm và mức độ kiểm soát cho những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Việc tiếp cận được sự hỗ trợ về mặt xã hội, tài chính, văn hóa và tình cảm thông qua gia đình mở rộng, các mạng lưới và nghi thức tôn giáo, bạn bè, trường học và hoạt động cộng đồng góp phần phục hồi ý thức tự trọng và bản sắc của cá nhân và cộng đồng, giảm thiểu mức độ tổn thương và làm tăng thêm khả năng chống chịu. Người dân địa phương cần được hỗ trợ để nhận diện và, nếu thích hợp, khôi phục lại hay thiết lập mới các mạng lưới hỗ trợ và các nhóm tự lực. Mức độ và cách thức người dân tham gia sẽ được quyết định phụ thuộc vào thời gian thảm họa mới xảy ra hay xảy ra đã lâu và bởi hoàn cảnh vật chất, xã hội và chính trị. Do đó, cần lựa chọn các chỉ số để thể hiện được sự tham gia theo bối cảnh và mang tính đại diện cho tất cả những người bị ảnh hưởng. Dân cư địa phương thường là những người đầu tiên phản ứng trong một thảm họa và thậm chí ngay từ đầu hoạt động ứng phó họ đã có thể tham gia ở mức độ nào đó. Ý định rõ ràng về việc lắng nghe, tham vấn và lôi cuốn người dân tham gia ngay từ đầu sẽ làm tăng chất lượng và vai trò cộng đồng quản lý ở giai đoạn sau của chương trình cứu trợ.

2. ***Các cơ chế phản hồi*** cung cấp phương tiện cho những người bị ảnh hưởng có thể tác động đến việc lập kế hoạch và thực hiện chương trình (xem mốc chuẩn về "sự tham gia" của HAP). Các cơ chế này bao gồm các cuộc thảo luận, điều tra, phỏng vấn và hội họp theo nhóm trọng điểm nhằm "đúc rút bài học kinh nghiệm" với thành phần tham gia đủ để đại diện cho những người bị ảnh hưởng (xem Sổ tay hướng dẫn *"The Good Enough Guide"* của ECB. Những phát hiện và hành động của tổ chức trong việc trả lời ý kiến phản hồi của người dân cần được chia sẻ một cách có hệ thống với người dân bị ảnh hưởng.
3. ***Sự tham gia có tính đại diện:*** Hiểu và xử lý những rào cản đối với sự tham gia của người dân có vai trò quyết định sự tham gia cân bằng. Cần có biện pháp để bảo đảm sự tham gia của thành viên của tất cả các nhóm của dân cư bị ảnh hưởng - người trẻ và người già, nam giới và nữ giới. Phải đặc biệt cố gắng thu hút sự tham gia của những người không được đại diện đầy đủ, bị thiệt thòi (ví dụ, do sắc tộc hay tôn giáo) hay vì lý do khác mà "không hiện diện" (ví dụ, đang trở về nhà hay đang ở trong một cơ sở cứu trợ). Cần khuyến khích sự tham gia của thanh niên và trẻ em chừng nào điều đó là vì lợi ích tối thượng của họ và cần có biện pháp để bảo đảm rằng họ không bị đặt vào sự lạm dụng hay tổn hại nào.
4. ***Chia sẻ thông tin:*** Người dân có quyền được cung cấp thông tin chính xác và cập nhật về những hoạt động được thực hiện cho họ. Thông tin có thể làm giảm nỗi lo âu và là cơ sở quan trọng của trách nhiệm và ý thức làm chủ cộng đồng. Ít nhất, các tổ chức cũng cần cung cấp bản mô tả về tôn chỉ và các hoạt động dự án của mình, các quyền và quyền lợi của người dân, ở đâu và khi nào họ có thể tiếp cận sự trợ giúp (xem điểm chuẩn về "chia sẻ thông tin" của HAP). Những cách thức phổ thông để chia sẻ thông tin bao gồm các bảng tin, hội họp, trường học, báo chí và đài phát thanh. Thông tin cần phản ánh sự hiểu biết tình hình của người dân và được truyền đi bằng ngôn ngữ địa phương, sử dụng các phương tiện truyền thông được cải tiến để đến được tất cả những người liên quan. Ví dụ, hãy sử dụng phương pháp truyền thông trực tiếp *(truyền miệng)* hay tranh ảnh cho trẻ em và người lớn không biết đọc, sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu (tức là trẻ em dưới 12 tuổi ở địa phương có thể hiểu được) và sử dụng cỡ chữ lớn khi in ấn thông tin cho những người khiếm thị. Hãy điều hành các cuộc hội họp sao cho người già và những người khiếm thính có thể nghe được.
5. ***Không gian an toàn và dễ tiếp cận:*** Hãy tổ chức các cuộc hội họp công cộng ở những nơi an toàn và bảo đảm những nơi này dễ tiếp cận với những người có khó khăn trong việc đi lại, trong đó có nhóm phụ nữ bị hạn chế tham gia các sự kiện công cộng bởi tập quán văn hóa. Cung cấp các địa điểm thân thiện với trẻ em để trẻ em vui chơi, học tập, giao tiếp và phát triển.

6. ***Khiếu nại:*** Người dân có quyền gửi khiếu nại đến một tổ chức và được trả lời (xem điểm chuẩn về "xử lý khiếu nại" của HAP). Cơ chế chính quy cho việc khiếu nại và sửa sai là một phần quan trọng của trách nhiệm giải trình của tổ chức đó đối với người dân và giúp họ tái lập khả năng kiểm soát cuộc sống của họ.
7. ***Các tập quán phù hợp về văn hóa***, thủ tục an táng hay nghi thức và tập quán tôn giáo, thường là một yếu tố trong bản sắc, nhân phẩm và năng lực của người dân để có thể phục hồi sau thảm họa. Không nên hỗ trợ một số tập quán có thể chấp nhận về mặt văn hóa nhưng lại vi phạm các quyền con người (như không cho trẻ em gái đi học hay cắt bỏ (một phần) bộ phận sinh dục của phụ nữ).

Tiêu chuẩn Cốt lõi 2: Phối hợp và hợp tác

Lập kế hoạch cứu trợ nhân đạo được thực hiện và phối hợp với các cơ quan chức năng địa phương, các tổ chức nhân đạo và tổ chức xã hội dân sự liên quan cùng tham gia vào hoạt động nhân đạo một cách vô tư, cùng làm việc vì hiệu quả, phạm vi và hiệu lực cao nhất.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tham gia vào các cơ chế điều phối chung và chuyên ngành nếu thấy phù hợp ngay từ đầu (xem Hướng dẫn 1–2).
- Tìm hiểu thông tin về vai trò, trách nhiệm và mục đích điều phối của Nhà nước và các nhóm điều phối nếu có (xem Hướng dẫn 3).
- Cung cấp cho các nhóm điều phối thông tin về tôn chỉ, mục tiêu và chương trình của tổ chức mình.
- Chia sẻ thông tin đánh giá với các nhóm điều phối liên quan một cách kịp thời và theo hình thức mà các tổ chức nhân đạo khác có thể sử dụng được ngay (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).
- Sử dụng thông tin về chương trình của các tổ chức nhân đạo khác làm cơ sở cho việc phân tích, lựa chọn địa điểm và lập kế hoạch ứng phó.
- Thường xuyên cập nhật với các nhóm điều phối về tiến độ, những chậm trễ, thiếu hụt và năng lực của tổ chức mình (xem Hướng dẫn 4).
- Hợp tác với các tổ chức nhân đạo khác để tăng cường công tác tuyên truyền về những mối quan ngại nhân đạo chung.

- Xây dựng các chính sách và tập quán rõ ràng về quan hệ của tổ chức mình với các tổ chức, cơ quan không hoạt động nhân đạo, trên cơ sở các nguyên tắc và mục tiêu nhân đạo (xem Hướng dẫn 5).

Các chỉ số chính (đọc chung với các Hướng dẫn)

- Báo cáo và thông tin đánh giá về kế hoạch chương trình và tiến độ thực hiện được gửi thường xuyên cho các nhóm điều phối liên quan (xem Hướng dẫn 4).
- Hoạt động của các tổ chức nhân đạo khác ở cùng địa bàn hay cùng lĩnh vực không bị trùng lặp.
- Cam kết đưa ra tại các cuộc họp phối hợp được thực hiện và báo cáo kịp thời.
- Hoạt động cứu trợ do chính tổ chức mình thực hiện có tính đến năng lực và biện pháp thực hiện của các tổ chức nhân đạo, tổ chức xã hội dân sự và của các cơ quan chức năng khác.

Hướng dẫn

1. ***Các hoạt động ứng phó có phối hợp:*** Phạm vi, tính kịp thời và chất lượng của một chương trình phù hợp đòi hỏi phải có hành động mang tính tập thể. Sự tham gia tích cực vào các nỗ lực phối hợp cho phép những người phụ trách điều phối phân công trách nhiệm kịp thời và rõ ràng, đo lường mức độ các nhu cầu được đáp ứng bởi cả tập thể, giảm thiểu sự trùng lặp và xử lý những bất cập về phạm vi và chất lượng. Những hoạt động ứng phó có phối hợp, đánh giá và chia sẻ thông tin kịp thời giữa các tổ chức giúp giảm bớt gánh nặng cho người dân bị ảnh hưởng, đang phải cung cấp cùng một thông tin cho nhiều đoàn đánh giá khác nhau. Việc hợp tác và, nếu có thể, sự chia sẻ nguồn lực và thiết bị, sẽ tối đa hóa năng lực của các cộng đồng, các khu vực xung quanh, chính phủ nước chủ nhà, các nhà tài trợ và các tổ chức nhân đạo có tôn chỉ và chuyên môn khác nhau. Tham gia vào các cơ chế phối hợp trước một thảm họa góp phần tạo lập quan hệ và tăng cường sự phối hợp trong quá trình ứng phó. Các tổ chức xã hội dân sự và cơ quan chức năng địa phương có thể không tham gia nếu các cơ chế phối hợp tỏ ra chỉ phù hợp với các tổ chức quốc tế. Hãy tôn trọng ngôn ngữ địa phương trong các cuộc họp và trong các văn bản thông tin chung. Hãy xác định các chủ thể xã hội dân sự và mạng lưới tại địa phương tham gia vào hoạt động ứng phó và khuyến khích họ cũng như các tổ chức nhân đạo quốc tế và địa phương khác cùng tham gia. Cán bộ đại diện cho các tổ chức tại các cuộc họp phối hợp phải có đủ thông tin, kỹ năng và thẩm quyền để đóng góp vào việc lập kế hoạch và ra quyết định.
2. ***Các cơ chế phối hợp chung*** bao gồm các cuộc họp – chung (cho tất cả các chương trình), chuyên ngành (ví dụ về y tế) và liên ngành (ví dụ về giới) – và

các cơ chế chia sẻ thông tin (như về cơ sở dữ liệu đánh giá và thông tin về bối cảnh tình hình). Các cuộc họp với sự tham gia của nhiều ngành có thể góp phần giải quyết nhu cầu của người dân nói chung chứ không phải là từng nhu cầu riêng rẽ (ví dụ, chỗ ở, nước uống, môi trường, vệ sinh và nhu cầu hỗ trợ tâm lý có liên quan với nhau). Những thông tin liên quan cần được chia sẻ giữa các cơ chế điều phối để bảo đảm sự phối hợp chặt chẽ giữa tất cả các chương trình. Ở mọi tình huống phối hợp, sự cam kết của các tổ chức tham gia sẽ bị ảnh hưởng bởi chất lượng của các cơ chế điều phối: những người phụ trách công tác phối hợp có trách nhiệm bảo đảm rằng các cuộc họp và thông tin được quản lý tốt, có hiệu quả và định hướng theo kết quả. Nếu không được như vậy thì các tổ chức cần phải vận động và hỗ trợ việc cải thiện các cơ chế điều phối này.

3. ***Vai trò điều phối:*** Nhà nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa có vai trò điều phối các hoạt động ứng phó nhân đạo. Các tổ chức nhân đạo có vai trò rất quan trọng bằng cách hỗ trợ chức năng điều phối của Nhà nước. Tuy nhiên, trong một số bối cảnh, các cơ chế điều phối khác có thể thích hợp, ví dụ nếu chính các cơ quan chức năng của Nhà nước phải chịu trách nhiệm về hành vi lạm dụng hay vi phạm, hoặc sự giúp đỡ của họ không vô tư, hoặc Nhà nước sẵn sàng đóng vai trò điều phối nhưng không có đủ năng lực. Trong những tình huống này, những cuộc họp điều phối có thể được chủ trì bởi các cơ quan chức năng địa phương hay cùng với LHQ hoặc các tổ chức phi chính phủ. Nhiều hoạt động cứu trợ nhân đạo khẩn cấp quy mô lớn thường được phối hợp thông qua "phương pháp tiếp cận chuyên môn", với các nhóm tổ chức hoạt động ở cùng lĩnh vực dưới sự chủ trì của một tổ chức.

4. ***Chia sẻ dữ liệu hiệu quả*** sẽ được tăng cường nếu thông tin dễ sử dụng (rõ ràng, bổ ích, ngắn gọn) và theo các quy trình nhân đạo toàn cầu, tức là tương thích về mặt kỹ thuật với dữ liệu của các tổ chức khác (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61). Tần suất chính xác để chia sẻ dữ liệu tùy thuộc vào từng tổ chức và từng bối cảnh nhưng phải nhanh chóng để chúng còn hữu ích. Các thông tin nhạy cảm cần được giữ bí mật (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3-4, trang 61–65).

5. ***Quân đội và khu vực tư nhân:*** Khu vực tư nhân và quân đội trong nước và nước ngoài ngày càng trở thành một phần của hoạt động cứu trợ và, do đó, ảnh hưởng đến nỗ lực điều phối. Quân đội có chuyên môn và nguồn lực riêng, kể cả về an ninh, hậu cần, vận tải và thông tin. Tuy nhiên, các hoạt động của họ có thể không rõ ràng để phân biệt sự khác biệt quan trọng giữa các mục đích nhân đạo và mục đích quân sự hay chính trị và tạo ra những rủi ro về an ninh trong tương lai. Quan hệ với quân đội cần phải phục vụ và đặt dưới sự chủ trì của các tổ chức nhân đạo theo các hướng dẫn đã được chấp thuận. Một số tổ chức sẽ duy trì mức độ đối thoại tối thiểu để bảo đảm hiệu quả tác nghiệp (ví dụ, chia sẻ thông tin cơ bản về chương trình) trong khi

một số tổ chức khác có thể thiết lập quan hệ chặt chẽ hơn (ví dụ, sử dụng phương tiện của quân đội). Trong mọi trường hợp, các tổ chức nhân đạo cần duy trì sự khác biệt rõ ràng với quân đội để tránh bất kỳ mối liên hệ thực sự hoặc cảm nhận với những mục đích chính trị hay quân sự, do đó làm ảnh hưởng đến sự độc lập, độ tin cậy, an ninh và khả năng tiếp cận của các tổ chức này với dân cư bị ảnh hưởng. Khu vực tư nhân có thể bổ sung sự hiệu quả, khả năng chuyên môn và nguồn lực mang tính thương mại cho các tổ chức nhân đạo. Nhưng cần phải chia sẻ thông tin để tránh sự trùng lặp và khuyến khích thực hành tốt về mặt nhân đạo. Quan hệ đối tác tư nhân - nhân đạo nhất thiết phải mang lại lợi ích cho các mục đích nhân đạo.

Tiêu chuẩn Cốt lõi 3: Đánh giá

Các nhu cầu ưu tiên của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa được xác định thông qua quá trình đánh giá có tính hệ thống về bối cảnh, rủi ro cho cuộc sống trong nhân phẩm và năng lực ứng phó của người dân và của các cơ quan chức năng.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tìm kiếm và sử dụng thông tin trước khi xảy ra thảm họa về năng lực cứu trợ nhân đạo tại địa phương, những người bị ảnh hưởng và dân cư nói chung, bối cảnh và các yếu tố khác có thể làm gia tăng khả năng người dân bị tổn thương bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 1).
- Thực hiện ngay đánh giá ban đầu, sử dụng thông tin trước thảm họa để nhận định về những thay đổi trong bối cảnh mà thảm họa tạo ra, xác định các yếu tố mới tạo ra hay làm tăng thêm khả năng gây tổn thương cho người dân *(hoặc tăng thêm tính dễ tổn thương của người dân)* (xem Hướng dẫn 2).
- Thực hiện đánh giá nhanh càng sớm càng tốt, sau đó thực hiện đánh giá sâu nếu thời gian và tình hình cho phép (xem Hướng dẫn 3).
- Phân loại dữ liệu về dân cư, ít nhất là về giới tính và tuổi tác (xem Hướng dẫn 4).
- Trong quá trình đánh giá, hãy lắng nghe ý kiến của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa bao gồm phụ nữ và nam giới thuộc mọi lứa tuổi, trẻ em gái và trẻ em trai và những người dễ bị tổn thương khác cũng như dân cư nói chung (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 trang 55 và hướng dẫn 5-6).
- Tham gia vào các cuộc đánh giá đa ngành, hỗn hợp hay liên tổ chức nếu có thể.
- Thu thập thông tin có hệ thống và bằng nhiều cách, đối chiếu với thông tin thu thập được từ các nguồn và tổ chức khác, và văn bản hóa liệu ngay sau khi thu thập được (xem Hướng dẫn 7).

- Đánh giá năng lực, kỹ năng, nguồn lực và biện pháp đối phó của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 8).
- Đánh giá kế hoạch và năng lực ứng phó của Nhà nước.
- Đánh giá ảnh hưởng của thảm họa đối với tình hình tâm lý xã hội của các cá nhân và cộng đồng.
- Đánh giá sự an toàn hiện tại và nguy cơ tiềm ẩn đối với dân cư bị ảnh hưởng và những người làm cứu trợ, trong đó có khả năng hoạt động cứu trợ có thể làm trầm trọng thêm cuộc xung đột hay tạo ra căng thẳng giữa dân cư bị ảnh hưởng và dân cư địa phương/ nước chủ nhà (xem Hướng dẫn 9).
- Chia sẻ dữ liệu một cách kịp thời với hình thức mà các tổ chức nhân đạo khác có thể tiếp cận được (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 2 trang 58 và Hướng dẫn 10).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các nhu cầu được xác định qua quá trình đánh giá có mối liên kết rõ ràng với khả năng ứng phó của dân cư và Nhà nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa.
- Các báo cáo đánh giá nhanh và đánh giá sâu bao hàm quan điểm đại diện cho tất cả dân cư bị ảnh hưởng, trong đó có các thành viên của các nhóm dễ bị tổn thương và dân cư xung quanh.
- Các báo cáo đánh giá có dữ liệu được phân loại, ít nhất là về giới tính và lứa tuổi.
- Các báo cáo đánh giá sâu có thông tin và phân tích về tình trạng dễ bị tổn thương, bối cảnh và năng lực.
- Trong trường hợp các mẫu báo cáo đã được thỏa thuận và được ủng hộ rộng rãi, các mẫu này cần được sử dụng.
- Các cuộc đánh giá nhanh được hỗ trợ bằng các đánh giá sâu đối với các nhóm dân cư được lựa chọn trước khi tiến hành hoạt động can thiệp.

Hướng dẫn

1. ***Thông tin trước thảm họa:*** Sự hợp tác trong việc thu thập thông tin hiện có là rất hữu ích cho những đánh giá ban đầu và đánh giá nhanh. Hầu như lúc nào cũng sẵn có một khối lượng thông tin khá lớn về bối cảnh (ví dụ, về chính trị, xã hội, kinh tế, an ninh, xung đột hay môi trường) và về dân cư (như về giới tính, lứa tuổi, sức khỏe, văn hóa, giáo dục, tín ngưỡng). Những nguồn cung cấp thông tin này có thể thu thập được từ các bộ liên quan của Nhà nước (ví dụ, số liệu từ điều tra sức khỏe, dân số), các cơ quan nghiên cứu, các tổ chức cộng đồng và các tổ chức nhân đạo quốc tế và địa phương có

mặt trước khi xảy ra thảm họa. Những sáng kiến về phòng ngừa thảm họa và cảnh báo sớm, các sản phẩm mới về kỹ thuật đồ bản có thể chia sẻ trên mạng, về phân loại đám đông và về điện thoại di động (như mạng Ushahidi) cũng có thể cung cấp những cơ sở dữ liệu có thông tin liên quan.

2. ***Đánh giá ban đầu***, thường được thực hiện vài giờ đầu tiên sau khi xảy ra thảm họa, hầu như có thể dựa hoàn toàn vào các thông tin nguồn thứ cấp và các dữ liệu hiện có. Chúng có vai trò thiết yếu, tạo cơ sở để xác định các nhu cầu cứu trợ tức thời và cần được thực hiện và chia sẻ ngay lập tức.
3. ***Các đánh giá theo giai đoạn***: Đánh giá là một quá trình, không phải là một sự kiện đơn lẻ. Đánh giá ban đầu và đánh giá nhanh cung cấp thông tin cơ sở cho các đánh giá chi tiết sau đó, làm sâu sắc thêm (chứ không nhắc lại) những phát hiện trước đó. Cần phải thận trọng bởi việc nhắc lại các thông tin nhạy cảm về bảo vệ, như hành vi bạo lực giới có thể gây tổn hại thay vì mang lại lợi ích cho các cộng đồng và cá nhân.
4. ***Phân loại dữ liệu:*** Rất khó có thể phân loại chi tiết dữ liệu ngay từ đầu nhưng việc đó lại rất quan trọng để xác định nhu cầu và quyền của trẻ em, người lớn thuộc mọi lứa tuổi. Ngay khi có thể, cần tiến hành phân loại sâu thêm về giới tính và lứa tuổi cho nhóm trẻ em từ 0-5 tuổi, 6-12 tuổi và 13-17 tuổi, và sau đó theo các nhóm 10 tuổi, ví dụ 50-59 tuổi, 60-69 tuổi, 70-79 tuổi, và trên 80 tuổi. Không giống như các nhóm tuổi liên quan đến tình hình tâm lý trong Chương Hỗ trợ y tế, phân loại sâu các nhóm này giúp xử lý những khác biệt liên quan đến lứa tuổi gắn liền với các quyền cũng như các vấn đề về xã hội và văn hóa.
5. ***Các đánh giá mang tính đại diện:*** Các đánh giá về nhu cầu liên quan đến tất cả các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Cần đặc biệt cố gắng để đánh giá những người sống ở những địa điểm khó tiếp cận, như những người không ở trong lán trại, ở những điểm khó tiếp cận về mặt địa lý, hay ở nhờ các gia đình chủ nhà. Cũng cần áp dụng phương pháp này với những người dễ tiếp cận hơn nhưng thường bị rủi ro, như người khuyết tật, người già, người còn ở trong nhà, trẻ em và thanh niên có thể là mục tiêu bị bắt đi lính hay bị bạo lực giới. Các nguồn tin sơ cấp bao gồm quan sát trực tiếp, thảo luận nhóm, điều tra, thảo luận với các nhóm dân cư khác nhau (ví dụ các cơ quan chức năng địa phương, những người lãnh đạo cộng đồng, nam giới và phụ nữ lớn tuổi, nhân viên y tế, giáo viên và những người khác làm công tác giáo dục, thương nhân và các tổ chức nhân đạo). Trao đổi công khai có thể làm khó hoặc gây nguy hiểm cho một số người. Hãy trao đổi riêng với trẻ em bởi chúng thường ít nói trước mặt người lớn vì làm như vậy có thể gây rủi ro cho chúng. Trong hầu hết các trường hợp, phụ nữ và trẻ em gái cần được tham khảo ý kiến ở những nơi riêng biệt. Người làm cứu trợ tham gia thu thập thông tin từ những người bị lạm dụng và bị xâm hại phải có kỹ

năng và có hệ thống cần thiết để làm việc này một cách an toàn và thích hợp. Ở những nơi xảy ra xung đột, thông tin có thể bị sử dụng sai mục đích và đặt người dân trước những rủi ro lớn hơn hoặc ảnh hưởng đến khả năng vận hành của tổ chức. Chỉ khi nào một cá nhân đồng ý thì thông tin về người đó mới được chia sẻ với các tổ chức nhân đạo hay các tổ chức liên quan khác (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33). Khó có thể tiếp cận ngay lập tức với những người bị ảnh hưởng: các khu vực hay nhóm người bị cô lập cần được ghi nhận rõ ràng trong báo cáo đánh giá và quay trở lại họ trong dịp sớm nhất có thể.

6. ***Đánh giá mức độ dễ bị tổn thương:*** Những rủi ro mà người dân phải đương đầu sau một thảm họa có thể khác nhau theo từng nhóm người hay các cá nhân khác nhau. Một số người có thể dễ bị tổn thương do các yếu tố cá biệt như tuổi tác (đặc biệt những người còn rất trẻ và những người rất già) và tình trạng bệnh tật (đặc biệt những người sống chung với HIV/AIDS). Nhưng chỉ những yếu tố cá biệt không thôi thì không mặc nhiên làm tăng thêm mức độ rủi ro. Khả năng tiếp cận các yếu tố xã hội và bối cảnh góp phần vào tình trạng dễ bị tổn thương như tình trạng phân biệt đối xử hay bị gạt ra ngoài lề xã hội (ví dụ, địa vị thấp kém và không có quyền lực của phụ nữ và trẻ em gái); tình trạng bị cô lập về mặt xã hội, tình trạng xuống cấp về môi trường, biến đổi khí hậu, nghèo đói, không có quyền sử dụng đất, quản trị yếu kém, sắc tộc, giai cấp hay đẳng cấp xã hội, xu hướng chính trị hay tôn giáo. Các đánh giá chuyên sâu sau đó cần nhận diện những mối nguy hiểm trong tương lai như những thay đổi về hình thái rủi ro do môi trường xuống cấp (ví dụ, tình trạng xói mòn đất hay chặt phá rừng) và biến đổi khí hậu và địa chất (ví dụ bão, lụt, hạn hán, sạt lở đất và nước biển dâng).

7. ***Thu thập thông tin và danh mục đối chiếu:*** Thông tin cho việc đánh giá, trong đó có số lượng và sự di chuyển của người dân, cần phải được kiểm tra chéo, thẩm định lại và tham khảo với nhiều nguồn. Nếu không thể đánh giá đa ngành ngay từ đầu thì cần đặc biệt chú ý mối liên kết với các đánh giá về bảo vệ, liên ngành hay chuyên ngành khác. Các nguồn dữ liệu và mức độ phân loại cần được ghi nhận, và tỷ lệ tử vong và chết yểu ở trẻ em dưới 5 tuổi cần được ghi chép ngay từ đầu. Hiện sẵn có nhiều danh mục đối chiếu dựa trên các tiêu chuẩn nhân đạo được thỏa thuận (xem các danh mục đối chiếu ở phần phụ lục của các chương kỹ thuật). Danh mục đối chiếu làm tăng thêm tính gắn kết và khả năng của các tổ chức khác trong việc tiếp cận dữ liệu, bảo đảm rằng tất cả các lĩnh vực cơ bản khác đã được rà soát và giảm thiểu sự thành kiến mang tính cá nhân hay tổ chức. Một mẫu báo cáo chung có thể đã được các tổ chức xây dựng trước khi xảy ra thảm họa hoặc được thỏa thuận trong quá trình ứng phó. Trong tất cả các trường hợp, đánh giá cần xác định rõ mục tiêu và phương pháp sử dụng và tạo ra được thông tin vô tư về tác động của thảm họa đối với những người bị ảnh hưởng. Cần kết hợp các phương pháp định tính và định lượng phù hợp với bối cảnh. Các

nhóm đánh giá cần có thành phần là phụ nữ và nam giới, những người có kiến thức chung và các chuyên gia, kể cả những người có kỹ năng thu thập dữ liệu nhạy cảm về giới và giao tiếp với trẻ em. Các nhóm cần có người hiểu biết ngôn ngữ địa phương và địa điểm và có thể giao tiếp với người dân theo cách thức chấp nhận được về mặt văn hóa.

8. ***Đánh giá về năng lực:*** Các cộng đồng đều có năng lực ứng phó và phục hồi (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55). Nhiều cơ chế ứng phó có tính bền vững và hữu ích, một số khác mang tính tiêu cực và tiềm ẩn những hậu quả có hại về lâu dài, như bán tài sản hay tiêu thụ rượu nặng. Đánh giá cần nhận diện những biện pháp tích cực làm tăng thêm khả năng chống chịu của người dân cũng như xác định lý do của các biện pháp có tính tiêu cực.

9. ***Đánh giá về an ninh:*** Cần thực hiện đánh giá về sự an toàn và an ninh của nhóm dân cư bị ảnh hưởng và nhóm dân cư chủ nhà khi làm đánh giá ban đầu cũng như sau đó, xác định các mối đe dọa bạo lực cũng như bất kỳ hình thức cưỡng bức nào và khước từ sự sinh tồn hay các quyền cơ bản (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, trang 38).

10. ***Chia sẻ báo cáo đánh giá:*** Các báo cáo đánh giá cung cấp thông tin hữu ích cho các tổ chức nhân đạo, tạo ra các dữ liệu ban đầu và tăng cường tính minh bạch của các quyết định ứng phó. Dù mỗi tổ chức thiết kế mẫu báo cáo như thế nào thì các báo cáo này cũng cần phải rõ ràng và ngắn gọn, cho phép người sử dụng xác định được những ưu tiên để hành động và mô tả phương pháp sử dụng để chứng tỏ độ tin cậy của số liệu và cho phép so sánh nếu cần thiết.

Tiêu chuẩn Cốt lõi 4: Thiết kế và ứng phó

Cứu trợ nhân đạo đáp ứng các nhu cầu của người dân bị ảnh hưởng đã được đánh giá theo bối cảnh tình hình, những rủi ro gặp phải và năng lực của người dân và Nhà nước bị ảnh hưởng trong việc đối phó và phục hồi sau thảm họa.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thiết kế chương trình trên cơ sở đánh giá ban đầu về nhu cầu, bối cảnh, các rủi ro gặp phải và năng lực của người dân bị ảnh hưởng (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).
- Thiết kế chương trình để đáp ứng những nhu cầu mà Nhà nước hoặc người dân bị ảnh hưởng sẽ không hoặc không thể đáp ứng được (xem Hướng dẫn 1).

- Xắp xếp thứ tự ưu tiên các hành động cứu sống tính mạng để xử lý những nhu cầu cơ bản, khẩn cấp ngay sau khi xảy ra thảm họa.
- Sử dụng các dữ liệu đã được phân loại để phân tích cách thức thảm họa đã tác động đến các cá nhân và nhóm dân cư khác nhau, và thiết kế chương trình để đáp ứng những nhu cầu riêng của họ.
- Thiết kế cách ứng phó sao cho những người bị ảnh hưởng tiếp cận được nguồn trợ giúp và các dịch vụ bảo vệ một cách đầy đủ (xem Hướng dẫn 2).
- Bảo đảm rằng thiết kế và cách tiếp cận của chương trình hỗ trợ đáp ứng được mọi khía cạnh nhân phẩm của các cá nhân và nhóm dân cư bị ảnh hưởng (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 tại trang 55 và Hướng dẫn 3).
- Phân tích các yếu tố bối cảnh làm gia tăng khả năng bị tổn thương của người dân, thiết kế chương trình để từng bước giảm thiểu khả năng bị tổn thương của họ (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3 tại trang 61 và Hướng dẫn 4).
- Thiết kế chương trình để giảm thiểu rủi ro gây nguy hại cho người dân, làm suy giảm sự bùng nổ của cuộc xung đột hay tiềm năng xung đột tạo ra tình trạng mất an ninh hay cơ hội cho hành vi bóc lột và lạm dụng (xem Hướng dẫn 5 và Tiêu chuẩn Bảo vệ 1, trang 33).
- Từng bước khắc phục khoảng cách giữa các nhu cầu được đánh giá và các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere, đi đến đáp ứng hoặc vượt các chỉ số của Sphere (xem Hướng dẫn 6).
- Thiết kế các chương trình khuyến khích phục hồi sớm, giảm thiểu rủi ro và tăng cường năng lực của dân cư bị ảnh hưởng để phòng ngừa, giảm thiểu hay ứng phó tốt hơn với tác động của thảm họa trong tương lai (xem Hướng dẫn 7).
- Thường xuyên điều chỉnh chương trình để duy trì tính hữu ích và phù hợp (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 5, trang 69).
- Tăng cường khả năng phục hồi bền vững bằng cách lập kế hoạch và tuyên truyền về các biện pháp với dân cư bị ảnh hưởng trong giai đoạn đầu thực hiện chương trình.

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thiết kế chương trình dựa vào phân tích những nhu cầu và rủi ro cụ thể mà các nhóm dân cư khác nhau phải đương đầu.
- Thiết kế chương trình khắc phục được bất cập giữa nhu cầu của người dân và của chương trình hay năng lực của Nhà nước đáp ứng nhu cầu đó.
- Thiết kế chương trình được điều chỉnh để phản ánh những thay đổi về bối cảnh, rủi ro, nhu cầu và năng lực của người dân.

- Thiết kế chương trình bao gồm những hành động nhằm giảm thiểu khả năng dễ bị tổn thương của người dân với các thảm họa tương lai và tăng cường năng lực của họ để quản lý và ứng phó với những tình huống đó.

Hướng dẫn

1. ***Hỗ trợ năng lực hiện có:*** Vai trò và trách nhiệm hàng đầu của Nhà nước là giúp đỡ và bảo vệ kịp thời người dân bị ảnh hưởng (xem Hiến chương Nhân đạo, đoạn 2, trang 20). Hãy can thiệp nếu người dân bị ảnh hưởng và (hoặc) Nhà nước không có đủ năng lực để ứng phó (đặc biệt là vào giai đoạn đầu của quá trình ứng phó) hay nếu Nhà nước hoặc thế lực kiểm soát phân biệt đối xử gay gắt đối với một số nhóm dân cư hay khu vực bị ảnh hưởng. Trong mọi trường hợp, năng lực và ý định của Nhà nước đối với tất cả các thành viên của nhóm dân cư bị ảnh hưởng cung cấp thông tin để quyết định quy mô và hình thức ứng phó nhân đạo.
2. ***Khả năng tiếp cận:*** Trợ giúp nhân đạo được cung cấp cho những người cần sự trợ giúp đó mà không có sự phân biệt đối xử (xem Nguyên tắc Bảo vệ 2, trang 35). Khả năng người dân tiếp cận với viện trợ và năng lực của họ sử dụng và hưởng lợi từ viện trợ sẽ gia tăng khi họ được cung cấp thông tin kịp thời, thiết kế chương trình phù hợp với nhu cầu của họ và với những mối quan tâm về văn hóa và an toàn của họ (ví dụ, xắp hàng riêng cho người già hay phụ nữ với trẻ em để phân phát lương thực phẩm. Khả năng tiếp cận này càng tăng thêm với sự tham gia của phụ nữ, nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai thuộc mọi lứa tuổi vào quá trình thiết kế chương trình. Khả năng tiếp cận cũng gia tăng với việc sử dụng các tiêu chí và quy trình xác định đối tượng được thiết kế cẩn thận, được tuyên truyền rộng rãi, được cộng đồng hiểu rõ và được giám sát có hệ thống. Những hành động được mô tả tại các chương có nội dung kỹ thuật sẽ dễ dàng cho khả năng tiếp cận bình đẳng thông qua việc thiết kế có tính toán, như đặt vị trí các phương tiện ở những nơi an toàn, v.v...
3. ***Nền tảng của cuộc sống trong nhân phẩm*** là bảo đảm quyền tiếp cận các dịch vụ, an ninh và sự tôn trọng nhân quyền (xem Hiến chương Nhân đạo, trang 19). Tương tự như vậy, **cách thức** thực hiện ứng phó nhân đạo có tác động lớn đến nhân phẩm và cuộc sống của dân cư bị ảnh hưởng. Phương pháp tiếp cận chương trình cần tôn trọng giá trị nội tại của các cá nhân, hỗ trợ bản sắc tôn giáo và văn hóa của họ, xúc tiến tính tự cường của cộng đồng và khuyến khích các mạng lưới hỗ trợ xã hội, tất cả đều góp phần đảm bảo sức khỏe và tâm lý và là yếu tố thiết yếu của quyền được sống trong nhân phẩm của người dân.
4. ***Bối cảnh và tình trạng dễ bị tổn thương:*** Các yếu tố về xã hội, chính trị, văn hóa, kinh tế, xung đột và môi trường tự nhiên có thể làm tăng thêm khả

năng bị tổn thương bởi thảm họa; những thay đổi về bối cảnh có thể tạo nên những người dễ bị tổn thương mới (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61). Người dân bị tổn thương có thể phải đồng thời đối mặt với một số yếu tố (ví dụ, người già là thành viên của các nhóm sắc tộc bị thiệt thòi). Cần được phân tích sự tương tác giữa các yếu tố con người và bối cảnh làm tăng thêm rủi ro và các chương trình cần được thiết kế để khắc phục và giảm nhẹ những rủi ro này và đáp ứng nhu cầu của những người dễ bị tổn thương.

5. ***Tính nhạy cảm của xung đột:*** Cứu trợ nhân đạo có thể có những hệ quả tiêu cực không mong muốn. Nguồn lực viện trợ quý giá có thể làm tăng thêm sự lạm dụng và bóc lột và dẫn đến sự cạnh tranh, sử dụng sai mục đích hoặc biển thủ viện trợ. Nạn đói có thể là một vũ khí chiến tranh (ví dụ, cố tình di dời dân cư hay buộc phải chuyển tài sản khỏi một khu vực). Viện trợ cũng có thể tác động tiêu cực đến dân cư nói chung và làm tăng thêm các mối quan hệ quyền lực bất bình đẳng giữa các nhóm dân cư, kể cả nam giới và phụ nữ. Hãy phân tích và thiết kế chương trình cẩn thận có thể giảm thiểu khả năng tiềm ẩn làm gia tăng xung đột và làm mất an ninh trong công tác viện trợ (kể cả trong thảm họa). Hãy thiết kế chương trình để bảo đảm nguồn viện trợ được phân phát bình đẳng và vô tư. Hãy bảo vệ sự an toàn và nhân phẩm của người dân bằng cách tôn trọng các thông tin mật của cá nhân. Ví dụ, những người sống chung với HIV/AIDS có thể bị kỳ thị; những người sống sót từ các hành động vi phạm nhân quyền phải được bảo đảm sự trợ giúp an toàn và bí mật (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).

6. ***Đáp ứng các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere:*** Thời gian cần có để thực hiện được các Tiêu chuẩn tối thiểu sẽ phụ thuộc vào bối cảnh: nó sẽ bị ảnh hưởng bởi nguồn lực, khả năng tiếp cận, tình trạng mất an ninh và mức sống trong khu vực trước khi xảy ra thảm họa. Có thể xảy ra tình trạng căng thẳng nếu dân cư bị ảnh hưởng có mức sống cao hơn mức sống của người dân sở tại và (hoặc) dân cư nói chung, hay thậm chí làm cho điều kiện của họ xấu đi. Hãy xây dựng các biện pháp thực hiện để có thể giảm thiểu sự chênh lệch và những rủi ro bằng nhiều cách, ví dụ, giảm nhẹ tác động tiêu cực của hoạt động cứu trợ đến môi trường tự nhiên và nền kinh tế, và hỗ trợ việc cải thiện mức sống của người dân địa phương. Ở những nơi được phép và những thời điểm cho phép, hãy tăng diện cứu trợ nhân đạo để hỗ trợ cả người dân địa phương chủ nhà.

7. ***Phục hồi sớm và giảm nhẹ rủi ro:*** Cần hành động càng sớm càng tốt để tăng cường năng lực địa phương, hoạt động với nguồn lực địa phương và phục hồi các dịch vụ, giáo dục, thị trường và cơ hội kiếm sống, góp phần phục hồi kinh tế sớm và khuyến khích năng lực của người dân trong việc quản lý rủi ro sau khi nguồn trợ giúp bên ngoài chấm dứt (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55). Ít nhất thì cứu trợ nhân đạo cũng không được gây tổn hại hay làm suy giảm chất lượng cuộc sống cho các thế hệ tương lai và vô tình góp phần tạo nên những hiểm họa trong tương tai (ví dụ, thông qua tàn phá

rừng và sử dụng nguồn tài nguyên thiên nhiên một cách không bền vững). Một khi những mối đe dọa tức thời đối với cuộc sống đã được ổn định, hãy phân tích những mối hiểm họa hiện tại và tiềm ẩn trong tương lai (như những hiểm họa được tạo nên bởi biến đổi khí hậu). Hãy thiết kế chương trình để giảm thiểu rủi ro. Ví dụ, tranh thủ các cơ hội trong quá trình cứu trợ để đầu tư vào việc giảm thiểu rủi ro và "xây dựng lại an toàn hơn". Ví dụ như xây dựng nhà chịu được động đất và bão, bảo vệ các vùng đất ngập nước để ngăn gió bão và hỗ trợ việc xây dựng chính sách và các sáng kiến cấp cộng đồng về cảnh báo sớm và chuẩn bị sẵn sàng để phòng ngừa thảm họa.

Tiêu chuẩn Cốt lõi 5: Tính hiệu quả, minh bạch và chia sẻ kinh nghiệm

Hiệu quả hoạt động của các tổ chức nhân đạo được rà soát liên tục và thông báo với các nhóm đối tượng liên quan; các dự án được điều chỉnh để tăng cường hiệu quả.

Các hành động chính: (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xây dựng các cơ chế có tính hệ thống nhưng đơn giản, kịp thời và có sự tham gia của người dân để giám sát tiến độ hướng tới việc thực hiện tất cả các tiêu chuẩn liên quan của Sphere và các nguyên tắc, kết quả đầu ra và hoạt động đặt ra cho chương trình (xem Hướng dẫn 1).
- Xây dựng các cơ chế cơ bản để giám sát hiệu quả hoạt động của tổ chức về các hệ thống quản lý và kiểm soát chất lượng (xem Hướng dẫn 2).
- Định kỳ thực hiện các hoạt động phản ánh và rút kinh nghiệm trong quá trình thực hiện hoạt động ứng phó nhân đạo.
- Thực hiện đánh giá kết thúc chương trình hay một hình thức kiểm điểm, rút kinh nghiệm khách quan khác, đối chiếu với các mục tiêu, nguyên tắc và Tiêu chuẩn tối thiểu đã đặt ra cho chương trình (xem Hướng dẫn 5).
- Tham gia vào các hoạt động rút kinh nghiệm chung, liên tổ chức hay hợp tác khi có thể.
- Chia sẻ các phát hiện quan trọng rút ra từ hoạt động giám sát và, nếu thấy thích hợp, chia sẻ các phát hiện từ hoạt động đánh giá và các hoạt động rút kinh nghiệm khác với dân cư bị ảnh hưởng, các cơ quan chức năng và các nhóm điều phối một cách kịp thời (xem Hướng dẫn 6).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các chương trình được điều chỉnh dựa theo thông tin thu thập được từ hoạt động giám sát và rút kinh nghiệm.
- Các nguồn tư liệu giám sát và đánh giá bao gồm quan điểm của đại diện của các đối tượng được nhận hỗ trợ ứng phó nhân đạo cũng như của cộng đồng chủ nhà (nếu là cộng đồng khác nhau).
- Thông tin chính xác, được cập nhật và không bí mật về tiến độ được chia sẻ thường xuyên với các đối tượng ứng phó nhân đạo, các cơ quan chức năng địa phương và các tổ chức nhân đạo khác.
- Hiệu quả hoạt động được giám sát thường xuyên theo các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu liên quan của Sphere (cũng như các tiêu chuẩn về hiệu quả của tổ chức hay toàn cầu) và các kết quả chủ yếu được chia sẻ với các đối tượng chủ yếu liên quan (xem Hướng dẫn 6).
- Các tổ chức thường xuyên tiến hành đánh giá khách quan hay kiểm điểm, rút kinh nghiệm đối với một hoạt động ứng phó nhân đạo quy mô lớn theo các tiêu chuẩn thực hành đánh giá được thừa nhận (xem Hướng dẫn 6).

Hướng dẫn

1. ***Giám sát*** là để so sánh ý định trước khi thực hiện với kết quả đạt được. Nó đo lường tiến độ so với mục tiêu và chỉ số cũng như tác động của dự án đối với tình trạng dễ bị tổn thương và bối cảnh. Thông tin thu được từ hoạt động giám sát hướng dẫn việc điều chỉnh dự án, xác nhận các tiêu chí lựa chọn đối tượng và viện trợ có đến được tay người dân hay không. Nó cho phép những người ra quyết định trả lời ý kiến phản hồi của cộng đồng và nhận diện những vấn đề và chiều hướng đang nảy sinh. Nó cũng là cơ hội cho các tổ chức cung cấp cũng như thu thập thông tin. Giám sát có hiệu quả chọn lọc các phương pháp phù hợp với từng chương trình và bối cảnh cụ thể, kết hợp các dữ liệu định tính và định lượng và lưu giữ hồ sơ một cách có hệ thống. Công khai và truyền thông (minh bạch) về những thông tin thu được từ hoạt động đánh giá làm tăng thêm trách nhiệm giải trình đối với dân cư bị ảnh hưởng. Hoạt động giám sát được thực hiện bởi chính người dân càng tăng cường tính minh bạch, chất lượng và ý thức làm chủ của người dân đối với thông tin. Sự rõ ràng về mục đích sử dụng và người sử dụng dữ liệu quyết định việc nên thu thập những thông tin nào và trình bày ra sao. Dữ liệu cần được trình bày theo hình thức ngắn gọn và dễ hiểu, qua đó tạo dễ dàng cho việc chia sẻ và ra quyết định.
2. ***Hiệu quả hoạt động của tổ chức*** không chỉ gói gọn trong việc đo lường các thành tựu của chương trình. Nó còn liên quan đến chức năng chung của tổ chức - tiến độ về các khía cạnh như mối quan hệ của tổ chức đó với tác tổ

chức khác, sự gắn kết với các thực hành tốt, quy tắc ứng xử và nguyên tắc của hoạt động nhân đạo, tính hiệu quả và hiệu lực của các hệ thống quản lý. Các phương pháp bảo đảm chất lượng như *La bàn chất lượng* của Nhóm URD có thể được sử dụng để đánh giá hiệu quả hoạt động.

3. ***Giám sát tác động:*** Việc đánh giá tác động (ảnh hưởng của một biện pháp can thiệp trong ngắn hạn và trung hạn, tích cực và tiêu cực, có chủ ý và không có chủ ý) ngày càng được xem là khả thi và thiết yếu đối với ứng phó nhân đạo. Đánh giá tác động là một lĩnh vực quan trọng mới xuất hiện, gắn kết những đóng góp về mặt nhân đạo với những thay đổi trong dân cư và bối cảnh thường là rất phức tạp và có mối quan hệ với nhau. Dân cư bị ảnh hưởng là những quan tòa tốt nhất đánh giá những thay đổi trong cuộc sống của họ; do đó, đánh giá kết quả và tác động phải bao hàm các phương pháp lắng nghe ý kiến phản hồi của người dân và các phương pháp cùng tham gia định tính cũng như định lượng khác.
4. ***Duy trì tính hữu ích:*** Giám sát cần định kỳ kiểm tra xem chương trình có còn hữu ích cho các nhóm dân cư bị ảnh hưởng hay không. Các phát hiện cần đưa đến việc điều chỉnh chương trình ở mức độ hợp lý.
5. ***Phương pháp thẩm tra tính hiệu quả:*** Các phương pháp khác nhau thích hợp với các mục đích giải trình, học hỏi và hiệu quả khác nhau. Có thể sử dụng một số phương pháp kể cả giám sát và đánh giá, đánh giá tác động có sự tham gia và lắng nghe ý kiến của người dân, các công cụ bảo đảm chất lượng, kiểm toán và rút kinh nghiệm nội bộ. Đánh giá chương trình thường được thực hiện cuối mỗi hoạt động ứng phó, khuyến nghị những thay đổi về chính sách và chương trình trong tương lai. Giám sát hiệu quả hoạt động và "đánh giá ngay khi hỗ trợ đang diễn ra" cũng có thể được thực hiện trong quá trình cứu trợ, đưa đến những thay đổi tức thời về chính sách và thực hành. Thường thường, đánh giá được thực hiện bởi các nhóm chuyên gia bên ngoài độc lập, nhưng các cán bộ của tổ chức cũng có thể tiến hành đánh giá một chương trình chừng nào họ áp dụng phương pháp khách quan. Điều này thường có nghĩa những người đánh giá phải là các cán bộ của tổ chức không tham gia vào hoạt động ứng phó. Đánh giá hoạt động nhân đạo sử dụng 8 khía cạnh được biết đến là các tiêu chí của Ủy ban Trợ giúp phát triển (DAC); đó là tính hữu ích, tính phù hợp, tính đúng đắn, tính gắn kết, tính bao hàm, hiệu quả, hiệu lực và tác động.
6. ***Tính hiệu quả theo ngành:*** Chia sẻ thông tin về tiến độ của một tổ chức hướng tới việc thực hiện các Tiêu chuẩn tối thiểu của Sphere với các nhóm điều phối sẽ hỗ trợ công tác giám sát và tạo ra nguồn dữ liệu quý giá các dữ liệu về hiệu quả theo ngành.

Tiêu chuẩn Cốt lõi 6: Hiệu quả của người làm công tác cứu trợ

Các tổ chức nhân đạo cung cấp sự hỗ trợ về quản lý, giám sát và hỗ trợ tâm lý, tạo điều kiện để những người làm cứu trợ có kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ trong việc lập kế hoạch và thực hiện hoạt động ứng phó nhân đạo có hiệu quả với tinh thần nhân văn và sự tôn trọng.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tổ chức tập huấn cho các cán bộ quản lý về khả năng lãnh đạo, giúp họ thông thạo các chính sách và nguồn lực chủ yếu để quản lý có hiệu quả (xem Hướng dẫn 1).
- Xây dựng các thủ tục tuyển dụng có tính hệ thống, công bằng và minh bạch để thu hút tối đa các ứng viên thích hợp (xem Hướng dẫn 2).
- Tuyển dụng các nhóm cân đối về số phụ nữ và nam giới, sắc tộc, lứa tuổi và nguồn gốc xã hội, sao cho tính đa dạng của nhóm phù hợp với văn hóa và bối cảnh địa phương.
- Cung cấp đầy đủ và kịp thời cho những người làm cứu trợ (cán bộ, người tình nguyện và chuyên gia tư vấn, quốc gia cũng như quốc tế) các hướng dẫn, thông tin cơ bản, kênh báo cáo và bản mô tả công việc được cập nhật, để họ dễ dàng hiểu rõ trách nhiệm, mục đích công việc, giá trị tổ chức và bối cảnh địa phương.
- Xây dựng các hướng dẫn về an ninh và sơ tán, các chính sách về y tế và an toàn, và sử dụng chúng để thông báo cho những người làm công tác cứu trợ trước khi họ bắt đầu làm việc với tổ chức.
- Bảo đảm rằng những người làm cứu trợ tiếp cận được với dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ tâm lý.
- Xây dựng quy tắc ứng xử cá nhân cho những người làm cứu trợ làm nhiệm vụ bảo vệ người dân bị ảnh hưởng khỏi bị lạm dụng tình dục, tham nhũng, bóc lột và vi phạm các quyền con người của người dân. Hãy chia sẻ những quy tắc ứng xử này với người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 3).
- Khuyến khích văn hóa tôn trọng đối với người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 4).
- Xây dựng các thủ tục khiếu nại và xử lý kỷ luật thích đáng đối với những người làm cứu trợ sau khi khẳng định họ đã vi phạm quy tắc ứng xử của tổ chức.
- Thường xuyên thẩm định cán bộ và người tình nguyện và cung cấp cho họ ý kiến phản hồi về hiệu quả hoạt động so với mục đích công việc, kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ.

- Hỗ trợ những người làm cứu trợ quản lý gánh nặng công việc của họ và giảm thiểu tình trạng căng thẳng tâm lý (xem Hướng dẫn 5).
- Tạo điều kiện cho nhân viên và cán bộ quản lý cùng nhau tìm kiếm cơ hội để thường xuyên học hỏi và phát triển (xem Hướng dẫn 6).
- Hỗ trợ thích hợp cho những người làm cứu trợ đã phải trải qua những sự kiện gây đau đớn cùng cực (xem Hướng dẫn 7).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các cuộc kiểm điểm hiệu quả làm việc của cán bộ, nhân viên và người tình nguyện cho thấy mức độ năng lực phù hợp so với kiến thức, kỹ năng, hành vi, thái độ và trách nhiệm trong văn bản mô tả công việc của họ.
- Những người làm cứu trợ vi phạm quy tắc ứng xử liên quan đến hành vi tham nhũng và lạm dụng phải bị kỷ luật chính thức.
- Các nguyên tắc, hay quy định tương tự, của Quy tắc ứng xử của tổ chức "People In Aid" được phản ánh trong các chính sách và tập quán của tổ chức.
- Tỷ lệ xảy ra đau ốm, bị thương và các vấn đề sức khỏe liên quan đến tình trạng căng thẳng tâm lý ở những người làm cứu trợ được duy trì ở mức ổn định hay giảm xuống trong quá trình ứng phó với thảm họa.

Hướng dẫn

1. ***Thực hành quản lý tốt:*** Các hệ thống quản lý con người phụ thuộc vào từng tổ chức và từng bối cảnh, nhưng người làm quản lý và giám sát cần thông thạo Quy tắc ứng xử của tổ chức "People In Aid" trong đó có các chính sách và hướng dẫn về việc lập kế hoạch, tuyển dụng, quản lý, học hỏi và phát triển, thời kỳ chuyển tiếp sau khi hết hợp đồng và, đối với các tổ chức quốc tế, về việc triển khai nhân sự.
2. ***Các thủ tục tuyển dụng*** cần phải công khai và dễ hiểu đối với tất cả các cán bộ, nhân viên và những người đăng ký tuyển dụng. Tính minh bạch bao gồm việc xây dựng và chia sẻ các bản mô tả công việc được cập nhật cho từng vị trí công việc và có ý nghĩa quan trọng đối với việc xây dựng các nhóm công tác đa dạng và có đủ năng lực. Các nhóm hiện tại có thể tăng cường tính thích hợp và sự đa dạng của họ thông qua việc tuyển dụng mới, nếu thấy cần thiết. Việc tăng nhanh số cán bộ, nhân viên có thể dẫn đến việc tuyển dụng những người thiếu kinh nghiệm và họ cần có sự hỗ trợ của những người có kinh nghiệm.
3. ***Việc những người làm cứu trợ*** kiểm soát công tác quản lý và phân bổ nguồn lực viện trợ có giá trị đặt họ vào vị trí có quyền lực đối với dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Có vị thế cao hơn đối với người dân đang phụ thuộc vào viện

trợ và mạng lưới bảo vệ xã hội của họ đang bị đảo lộn hay bị phá hủy, có thể dẫn đến tình trạng tham nhũng và lạm dụng. Phụ nữ, trẻ em và người khuyết tật thường bị cưỡng ép vào các tình huống lạm dụng tình dục. Không bao giờ được đòi hỏi quan hệ tình dục để đổi lấy viện trợ hay bảo vệ nhân đạo. Không cá nhân nào tham gia cứu trợ nhân đạo (người làm cứu trợ và quân đội, Nhà nước hay khu vực tư nhân) được dính líu đến hành vi lạm dụng, tham nhũng hay bóc lột tình dục. Nghiêm cấm những người tham gia phân phối hàng cứu trợ nhân đạo cưỡng bức làm việc đối với người lớn hay trẻ em, sử dụng ma túy bất hợp pháp và buôn bán hàng hóa và dịch vụ nhân đạo.

4. ***Những người làm cứu trợ*** cần tôn trọng các giá trị và nhân phẩm của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và cần tránh các hành vi không thể chấp nhận về mặt văn hóa đối với họ (như ăn mặc không phù hợp).

5. ***Những người làm cứu trợ*** thường làm việc nhiều giờ trong điều kiện nguy hiểm và căng thẳng. Nghĩa vụ của tổ chức trong việc chăm sóc họ bao gồm các hành động bảo đảm cuộc sống của họ và tránh tình trạng bị kiệt sức, bị thương hay ốm đau về lâu dài. Các cán bộ quản lý phải làm cho những người làm cứu trợ nhận thức được các mối rủi ro và bảo bệ họ khỏi bị đối mặt với những hành vi đe dọa thân thể và sức khỏe tình cảm của họ thông qua việc quản lý an ninh có hiệu quả, nghỉ ngơi và phục hồi đầy đủ, tích cực giúp đỡ họ làm việc trong thời gian hợp lý và tiếp cận sự hỗ trợ tâm lý. Các cán bộ quản lý có thể khuyến khích nghĩa vụ chăm sóc bằng việc nêu gương những điển hình thực hành tốt và tự mình tuân thủ các chính sách. Những người làm cứu trợ cũng cần chịu trách nhiệm cá nhân đối với việc tự quản lý cuộc sống của mình.

6. ***Trong giai đoạn đầu của một thảm họa***, việc tăng cường năng lực của cán bộ, nhân viên có thể bị hạn chế. Nhưng với thời gian, thông qua kiểm điểm hiệu quả và phản hồi của họ, các cán bộ quản lý cần xác định và hỗ trợ những khía cạnh cần học hỏi và phát triển. Việc chuẩn bị sẵn sàng phòng ngừa thảm họa cũng cung cấp cơ hội để xác định và phát triển năng lực thực hiện các hoạt động nhân đạo.

7. ***Hỗ trợ về tâm lý cần được tiến hành ngay lập tức*** cho những người làm cứu trợ đã kinh qua hay đã chứng kiến các tình huống đặc biệt đau khổ (xem Tiêu chuẩn 1 Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tâm thần 1 tại trang 351 và Tài liệu tham khảo). Báo cáo về tình hình tâm lý sau khi hoàn thành nhiệm vụ là không hiệu quả và không cần phải tổ chức.

Tài liệu tham khảo

Nguồn tài liệu

Cứu trợ nhân đạo lấy con người làm trung tâm

Dự án Tăng cường năng lực trong tình trạng khẩn cấp (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing. Oxford.www.oxfam.org.uk/publications

Nhóm đối tác quốc tế về trách nhiệm giải trình (sắp phát hành), Standard in Accountability and Quality Management.Geneva. www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

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

Phối hợp và hợp tác

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

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen

Humanitarian Response. Geneva. IASC, Global Cluster Approach:

http://oneresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx

IASC và OCHA (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. NewYork.http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civi lDefence Assets In Disaster Relief– "Oslo Guidelines". Rev.1.1.Geneva. http://ochaonline.un.org/cmcs

Đánh giá

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

IASC (sắp ấn hành), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments. Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: www.ushahidi.com

Thiết kế và ứng phó

Nhóm liên kết về tính nhạy cảm của xung đột: www.conflictsensitivity.org/

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

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

Nhóm liên kết về phòng ngừa (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/ tools_for_ mainstreaming_GN9.pdf

Chiến lược quốc tế về giảm nhẹ thiên tai của LHQ (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

Tính hiệu quả, minh bạch và chia sẻ kinh nghiệm

Mạng lưới học hỏi tích cực vì trách nhiệm giải trình và hiệu quả hoạt động trong hoạt động nhân đạo (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London. www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

Các dự án hợp tác học hỏi (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass. www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

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

Tổ chức Hợp tác và phát triển kinh tế (OECD) (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris.www.oecd.org/dac

Hiệu quả hoạt động của người làm cứu trợ

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

WHO, World Vision International và War Trauma Foundation (sắp ấn hành), Psychological First Aid Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/ emergencies/en/

Tài liệu đọc thêm

Đánh giá và ứng phó

UNHCR và WFP (2008), Joint Assessment Mission Guidelines.

2nd Edition. Rome. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

Trẻ em

Hành động vì quyền của trẻ em (ARC) (2009), www.arc-online.org/ using/index.html

Mạng lưới Liên tổ chức về giáo dục trong các tình huống khẩn cấp (INEE) và Dự án Sphere (2009), Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship. Geneva.

Người khuyết tật

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability _checklist_booklet_01.pdf

Ủy ban phụ nữ về người tị nạn là phụ nữ và trẻ em WCRWC) (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Field workers. NewYork.www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

Môi trường

Chương trình môi trường của LHQ và Phòng môi trường của OCHA: www.reliefweb.int/ochaunep

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

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

UNHCR và Liên minh quốc tế về bảo tồn thiên nhiên (2005), Hướng dẫn về môi trường của UNHCR. Giơ-ne-vơ. www.unhcr.org/3b03b2a04.html

Giới

Mạng lưới Giới và thiên tai: http://gdnonline.org

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

HIV/AIDS

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

Người cao tuổi

Help Age International: www.helpage.org

IASC (2008), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/page?loader.aspx?page?=content-products-products&sel=24

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

Thực hiện, giám sát và đánh giá

Báo cáo Hàng năm của ALNAP (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning. London.www.alnap.org

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

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

Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book. www.compasqualite.org/en/index/index.php

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

Có thể tìm hiểu thêm thông tin về hoạt động đánh giá (trong đó có các mô-đun) và các phương pháp tiếp cận của ALNAP tại địa chỉ www.alnap.org

Xác định đối tượng

Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ Quốc tế (2003), World Disasters Report 2003 –Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

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

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh

Sử dụng chương này như thế nào

Chương này được chia thành bảy phần như sau:

Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh

Khuyến khích thực hành vệ sinh

Cung cấp nước

Xử lý phân

Kiểm soát các trung gian truyền bệnh

Quản lý chất thải rắn

Tiêu thoát nước

Các Nguyên tắc Bảo vệ và các Tiêu chuẩn Cốt lõi phải được thường xuyên sử dụng trong chương này.

Mặc dù chủ yếu nhằm cung cấp thông tin cho hoạt động ứng phó nhân đạo đối với thảm họa, nhưng các Tiêu chuẩn tối thiểu cũng có thể được xem xét trong phòng ngừa thảm họa và trong quá trình chuyển tiếp sang các hoạt động phục hồi.

Mỗi phần đều có những nội dung sau:

- **Các Tiêu chuẩn tối thiểu:** Về bản chất, đây là các tiêu chuẩn định tính và nêu cụ thể mức độ cần đạt được trong hoạt động cứu trợ nhân đạo về Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh.
- **Các hành động chính:** Đây là những hoạt động và đầu vào được gợi ý để thực hiện các tiêu chuẩn.
- **Các chỉ số chính:** Đây là những "dấu hiệu" cho thấy một tiêu chuẩn đã được thực hiện hay chưa. Chúng cung cấp cách thức để đo lường và chuyển tải các quy trình và kết quả từ các hành động chính; chúng liên quan đến các Tiêu chuẩn tối thiểu, chứ không liên quan đến các hành động chính.
- **Các Hướng dẫn:** Đây là những điểm cụ thể cần tính đến khi áp dụng các Tiêu chuẩn Cốt lõi, hành động chính và chỉ số chính vào các tình huống khác nhau. Chúng hướng dẫn việc xử lý các khó khăn, điểm mốc thực tiễn hay gợi ý về các vấn đề ưu tiên. Chúng cũng bao hàm những vấn đề quan trọng liên quan đến các tiêu chuẩn, hoạt động hay chỉ số, và mô tả những tình huống nan giải, dễ gây tranh cãi hay bất cập về tri thức hiện có.

Nếu không thể đáp ứng các chỉ số và hành động chính thì cần phải thẩm định những ảnh hưởng tiêu cực đối với dân cư bị ảnh hưởng và thực hiện những hành động thích hợp để giảm nhẹ những tác động đó.

Danh mục đối chiếu về đánh giá nhu cầu được bao gồm trong Phụ lục 1; các Hướng dẫn tại Phụ lục 2-6; và danh mục các tài liệu tham khảo chọn lọc và tài liệu đọc thêm cung cấp nguồn thông tin về những vấn đề cụ thể cũng như bao quát trong chương này.

Mục lục

Giới thiệu 83

1. Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh 88
2. Khuyến khích thực hành vệ sinh 91
3. Cung cấp nước 97
4. Xử lý phân 105
5. Kiểm soát các trung gian truyền bệnh 111
6. Quản lý chất thải rắn 118
7. Tiêu thoát nước 122

Phụ lục 1: Danh mục đánh giá nhu cầu ban đầu về Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh 124

Phụ lục 2: Khối lượng nước tối thiểu cho các tổ chức và cho mục đích sử dụng khác 129

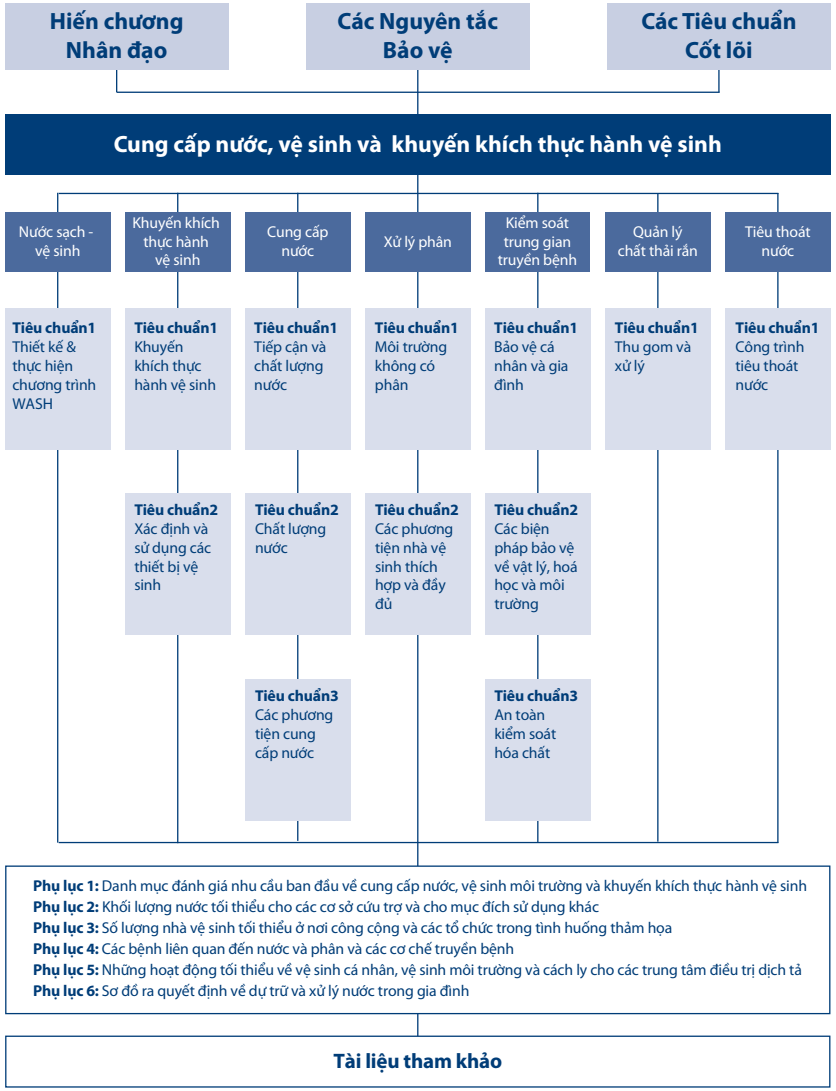
Phụ lục 3: Số lượng nhà vệ sinh tối thiểu ở nơi công cộng và các cơ sở cứu trợ trong tình huống thảm họa 130

Phụ lục 4: Các bệnh liên quan đến nước và phân và các cơ chế truyền bệnh 131

Phụ lục 5: Những hoạt động tối thiểu về vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường và cách ly cho các trung tâm điều trị dịch tả (CTCs)) 133

Phụ lục 6: Sơ đồ ra quyết định về trữ nước và xử lý nước trong gia đình 135

Tài liệu tham khảo 136



Giới thiệu

Mối liên kết với Hiến chương Nhân đạo và luật pháp quốc tế

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh (sau đây gọi tắt là nước sạch-vệ sinh) là sự thể hiện thiết thực về niềm tin và cam kết mà các tổ chức nhân đạo cùng chia sẻ và là các nguyên tắc, quyền và nghĩa vụ chung chi phối hành động nhân đạo được nêu trong Hiến chương Nhân đạo. Với nền tảng là các nguyên tắc nhân đạo và được thể hiện qua luật pháp quốc tế, các nguyên tắc này bao gồm quyền được sống có nhân phẩm, quyền được bảo vệ và an ninh, và quyền được tiếp nhận trợ giúp nhân đạo theo nhu cầu. Phụ lục 1, trang 378 gồm có danh mục các tài liệu pháp lý và chính sách làm cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo, cùng với phần giải thích dành cho những người làm công tác nhân đạo.

Mặc dù Nhà nước là bên có nghĩa vụ chính về việc tôn trọng các quyền nêu trên, các tổ chức nhân đạo có trách nhiệm làm việc với các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa theo cách thức phù hợp với các quyền đó. Những quyền bao quát này dẫn đến những quyền cụ thể hơn, trong đó có quyền tham gia, quyền tiếp cận thông tin và không bị phân biệt đối xử; đó là những quyền tạo cơ sở cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng như các quyền cụ thể về tiếp cận nước sạch, vệ sinh, lương thực, chỗ ở và sức khỏe làm cơ sở cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng như các Tiêu chuẩn tối thiểu trong Sổ tay này.

Mọi người đều có quyền tiếp cận nước sạch và vệ sinh. Quyền này được luật pháp quốc tế thừa nhận, theo đó người dân được tiếp cận nước đầy đủ, sạch, chất lượng chấp nhận được, dễ tiếp cận và chi trả được cho mục đích sử dụng cá nhân và gia đình, cũng như được tiếp cận các điều kiện vệ sinh. Một lượng nước sạch vừa đủ có thể ngăn chặn được tình trạng tử vong do mất nước, giảm thiểu rủi ro bệnh tật phát sinh từ nước và cung cấp nước cho nhu cầu uống, nấu ăn và cho các nhu cầu vệ sinh cá nhân và gia đình.

Quyền tiếp cận nước sạch và vệ sinh gắn bó chặt chẽ với các quyền con người khác, trong đó có quyền về sức khỏe, nhà ở và thức ăn đầy đủ. Đó là một phần của những bảo đảm căn bản cho sự sinh tồn. Các chủ thể là Nhà nước và ngoài Nhà nước có trách nhiệm thực hiện quyền tiếp cận nước và vệ sinh. Ví dụ, trong tình huống xung đột, hành động tấn công, phá hủy, tháo bỏ hay làm vô tác dụng các công trình cấp nước uống và thủy lợi đều bị nghiêm cấm.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu trong chương này chưa phải là sự phản ánh đầy đủ quyền tiếp cận nước và vệ sinh. Tuy nhiên, các tiêu chuẩn Sphere phản ánh nội dung cốt lõi của quyền này và góp phần vào việc từng bước thực hiện quyền này một cách toàn diện.

Tầm quan trọng của nước sạch-vệ sinh trong tình huống thảm họa

Nước sạch và vệ sinh là hai yếu tố quyết định sự sinh tồn trong giai đoạn đầu của một thảm họa. Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa nhìn chung rất dễ bị ốm đau và tử vong vì bệnh tật mà phần lớn liên quan đến tình trạng vệ sinh môi trường tồi tệ, cấp nước không bảo đảm và không có khả năng bảo đảm điều kiện vệ sinh. Những căn bệnh nguy hiểm nhất bao gồm tiêu chảy và các bệnh truyền nhiễm được truyền qua đường miệng-ruột (xem Phụ lục 4: Các căn bệnh liên quan đến phân và nước và cơ chế truyền bệnh). Những căn bệnh khác liên quan đến nước và điều kiện vệ sinh gồm những căn bệnh lan truyền bởi các trung gian gắn liền với rác thải và nước thải. Thuật ngữ "vệ sinh" trong Sổ tay này đề cập đến việc xử lý phân, kiểm các soát trung gian truyền bệnh, xử lý chất thải rắn và tiêu thoát nước.

Mục tiêu chính của các chương trình nước sạch-vệ sinh trong tình huống thảm họa là giảm thiểu sự lây truyền các bệnh theo đường miệng-ruột và hạn chế tiếp xúc với các trung gian truyền bệnh thông qua việc khuyến khích:

- Các thực hành vệ sinh tốt
- Cung cấp nước uống an toàn
- Giảm thiểu các rủi ro môi trường đối với sức khỏe
- Các điều kiện cho phép người dân sống khỏe, đảm bảo nhân phẩm, thoải mái và an ninh

Chỉ cung cấp nước và các phương tiện vệ sinh đầy đủ không thôi sẽ không thể bảo đảm việc sử dụng hay tác động tối ưu đối với sức khỏe con người. Để có được lợi ích tối đa từ một biện pháp ứng phó, rất cần phải đảm bảo cho người dân có được thông tin, kiến thức và sự hiểu biết cần thiết để ngăn ngừa các căn bệnh liên quan đến nước và điều kiện vệ sinh và phải vận động sự tham gia của họ vào việc thiết kế và bảo trì các phương tiện đó.

Việc sử dụng nước và các phương tiện vệ sinh cộng đồng, ví dụ với người tị nạn và người di tản, có thể làm gia tăng nguy cơ phụ nữ và trẻ em gái bị lạm dụng tình dục hay các hình thức bạo lực giới. Để giảm thiểu những rủi ro này và để có được chất lượng ứng phó tốt hơn, rất cần phải bảo đảm sự tham gia của phụ nữ vào các chương trình cung cấp nước và vệ sinh. Sự tham gia bình đẳng của phụ nữ và nam giới vào quá trình lập kế hoạch, ra quyết định và quản lý ở địa phương sẽ góp phần bảo đảm rằng tất cả dân cư bị ảnh hưởng tiếp cận an toàn và dễ dàng với nguồn nước được cấp và các dịch vụ vệ sinh và các dịch vụ đó là phù hợp.

Có thể ứng phó tốt hơn trong lĩnh vực y tế nếu khâu phòng ngừa thảm họa được làm tốt hơn. Sự sẵn sàng ứng phó với thảm họa là kết quả của năng lực, các mối quan hệ và tri thức được chính phủ, các tổ chức nhân đạo, các tổ chức xã hội dân

sự, các cộng đồng và các cá nhân xây dựng để dự báo và ứng phó có hiệu quả với tác động của các mối hiểm nguy có thể hoặc sắp xảy ra. Nó được dựa trên sự phân tích rủi ro và có quan hệ mật thiết với các hệ thống cảnh báo sớm. Nó bao gồm việc lập kế hoạch, tích trữ thiết bị và vật tư, tổ chức các dịch vụ và biện pháp dự phòng, đào tạo con người, đào tạo về lập kế hoạch và diễn tập ở cấp cộng đồng để đối phó với thảm họa.

Mối liên kết với các chương khác

Nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác có liên quan với chương này. Tiến độ thực hiện các tiêu chuẩn ở một lĩnh vực thường có ảnh hưởng, thậm chí có ý nghĩa quyết định đến tiến độ những lĩnh vực khác. Để một hoạt động ứng phó có hiệu quả, cần phải có sự phối hợp và hợp tác chặt chẽ với những lĩnh vực khác. Việc điều phối với các cơ quan chức năng địa phương và các tổ chức khác tham gia hoạt động ứng phó cũng rất cần thiết để bảo đảm rằng nhu cầu của người dân được đáp ứng, các nỗ lực không bị trùng lặp và chất lượng của các biện pháp về cấp nước và vệ sinh phát huy tác dụng tối đa.

Ví dụ, ở những nơi mà các tiêu chuẩn dinh dưỡng chưa được đáp ứng, thì việc cải thiện tiêu chuẩn nước sạch và vệ sinh sẽ khẩn cấp hơn, bởi người dân có nguy cơ mắc bệnh nhiều hơn đáng kể. Điều đó cũng xảy ra với các nhóm dân cư mà ở đó tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao hơn hay có tỷ lệ người già và người khuyết tật cao hơn. Cần phải quyết định các ưu tiên trên cơ sở chia sẻ thông tin đáng tin cậy giữa các lĩnh vực, tùy theo diễn biến tình hình. Nhưng, nếu thấy có liên quan, cũng cần phải tham khảo các tiêu chuẩn mang tính bổ sung hoặc song hành.

Mối liên kết với các Nguyên tắc Bảo vệ và các Tiêu chuẩn Cốt lõi

Để thỏa mãn các tiêu chuẩn trong Sổ tay này, các tổ chức nhân đạo cần được chỉ dẫn bởi các Nguyên tắc Bảo vệ, ngay cả khi những tổ chức này không có tôn chỉ rõ ràng về bảo vệ hay năng lực chuyên môn về bảo vệ. Các nguyên tắc không mang tính "tuyệt đối": mọi người nhìn nhận rằng các tình huống có thể hạn chế mức độ theo đó các tổ chức có khả năng thực hiện các nguyên tắc. Tuy nhiên, các nguyên tắc phản ánh những mối lo ngại nhân đạo mang tính phổ biến, do đó chúng chỉ dẫn hành động của các tổ chức trong mọi tình huống.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi là những tiêu chuẩn thiết yếu về quy trình và về con người, áp dụng chung cho tất cả các lĩnh vực. Sáu Tiêu chuẩn Cốt lõi liên quan đến sự tham gia, đánh giá ban đầu, ứng phó, xác định đối tượng, theo dõi, đánh giá, thực hiện nhiệm vụ của người đi cứu trợ, và giám sát và hỗ trợ người làm công tác cứu trợ nhân đạo. Chúng cung cấp một điểm tham chiếu duy nhất cho những phương

pháp tiếp cận làm cơ sở cho tất cả các tiêu chuẩn khác trong Sổ tay này. Do đó, mỗi chương kỹ thuật đòi hỏi việc sử dụng song hành của các Tiêu chuẩn Cốt lõi để bảo đảm thực hiện các tiêu chuẩn của chính mình. Đặc biệt, để bảo đảm tính phù hợp và chất lượng của bất kỳ biện pháp ứng phó nào, cần phải huy động sự tham gia cao nhất của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa - kể cả những nhóm và cá nhân phải đối mặt với rủi ro thường xuyên nhất trong các tình huống thảm họa.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Phần này được thiết kế để đọc cùng với và để hỗ trợ cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi.

Cần hiểu rằng, là người già hay người trẻ, là phụ nữ hay người khuyết tật, hay là người sống chung với HIV, bản thân những điều này không làm người đó dễ bị tổn thương hơn hay chịu nhiều rủi ro hơn so với các nhóm dân cư khác. Thật ra, sự tương tác giữa các yếu tố tạo ra tình trạng đó: ví dụ, một người lớn hơn 70 tuổi, sống độc thân và sức yếu thường dễ bị tổn thương hơn một người có cùng độ tuổi và cùng tình trạng sức khỏe nhưng sống cùng đại gia đình và có mức thu nhập tốt. Tương tự, một bé gái 3 tuổi sẽ dễ bị tổn thương hơn nếu bé không có người đi kèm so với khi bé sống trong sự chăm sóc của các bậc cha mẹ có ý thức trách nhiệm.

Khi các tiêu chuẩn nước sạch-vệ sinh và các hành động chính được thực hiện, việc phân tích tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng sẽ giúp bảo đảm rằng nỗ lực ứng phó hỗ trợ những người cần sự trợ giúp nhất và những người có quyền tiếp nhận sự trợ giúp mà không bị phân biệt đối xử. Điều đó cần sự hiểu biết thấu đáo về bối cảnh địa phương và những cách khác nhau theo đó một cuộc khủng hoảng tác động đến các nhóm người khác nhau do mức độ bị tổn thương trước đó của họ (ví dụ, bạo lực giới, trong đó có bóc lột tình dục), tỷ lệ bệnh tật (ví dụ, HIV hay lao) và khả năng xảy ra dịch bệnh (ví dụ, sởi hay tiêu chảy). Thảm họa có thể làm cho những bất bình đẳng vốn có trở nên nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, hỗ trợ các biện pháp ứng phó và tăng cường khả năng phục hồi của người dân là rất quan trọng. Cần hỗ trợ kiến thức, kỹ năng và các biện pháp của họ và cần vận động cho họ tiếp cận với sự hỗ trợ về xã hội, pháp lý, tài chính và tâm lý. Cũng cần phải khắc phục các rào cản về thể chất, văn hóa, kinh tế và xã hội mà họ phải đương đầu trong việc tiếp cận những dịch vụ hỗ trợ này một cách bình đẳng.

Những điểm sau đây nhấn mạnh một số lĩnh vực chủ yếu góp phần bảo đảm rằng các quyền và năng lực của tất cả những người bị ảnh hưởng được tính đến:

- Huy động sự tham gia tối đa của người dân, bảo đảm bao gồm các nhóm đại diện, đặc biệt những nhóm ít xuất hiện (ví dụ, những người có khó khăn về giao tiếp hay di chuyển, những người sống trong các cơ sở cứu trợ, những thanh niên bị kỳ thị hay những nhóm không được đại diện đầy đủ).

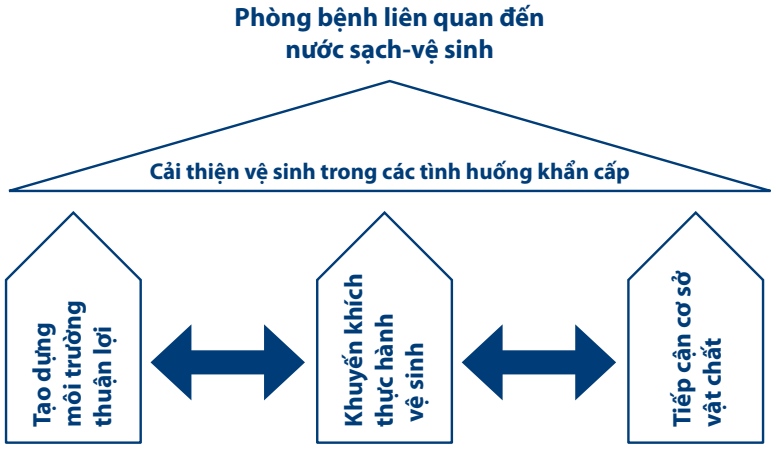
- Phân loại dữ liệu theo giới tính và lứa tuổi (ví dụ, 0 – trên 80 tuổi) trong quá trình đánh giá – đây là một yếu tố quan trọng trong việc bảo đảm rằng lĩnh vực nước sạnh-vệ sinh có xem xét đầy đủ tính đa dạng của các nhóm dân cư.
- Bảo đảm rằng tất cả các thành viên của cộng đồng được tiếp cận và phổ biến thông tin về các quyền và lợi ích của họ một cách đầy đủ và dễ hiểu.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu

1. Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh

Mục tiêu của bất kỳ chương trình nào về nước sạch-vệ sinh cũng là nhằm khuyến khích vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường để bảo vệ sức khỏe, như được trình bày ở hình dưới đây. Một chương trình nước sạch-vệ sinh muốn có hiệu quả phải dựa vào sự trao đổi thông tin giữa tổ chức và nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa nhằm nhận diện những vấn đề về vệ sinh và những giải pháp chấp nhận được về mặt văn hóa. Bảo đảm việc sử dụng tối ưu tất cả nguồn nước và các phương tiện vệ sinh được cấp và thực hành vệ sinh an toàn sẽ mang lại tác động lớn nhất đối với sức khỏe của người dân.

Khuyến khích thực hành vệ sinh có ý nghĩa sống còn cho thành công của mỗi chương trình nước sạch-vệ sinh. Trọng tâm của khuyến khích thực hành vệ sinh vừa mang tính bao quát, vừa mang tính cụ thể. Về khía cạnh bao quát, khuyến khích thực hành vệ sinh là một phần hữu cơ của tất cả các phần và được phản ánh ở các chỉ số về cấp nước, xử lý phân, kiểm soát các trung gian truyền bệnh, quản lý chất thải rắn và tiêu thoát nước. Cụ thể hơn, trọng tâm này tập trung vào hai tiêu chuẩn khuyến khích thực hành vệ sinh ở chương này và có liên quan đến các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh cụ thể.



Tiêu chuẩn 1 về nước sạch-vệ sinh: Thiết kế và thực hiện chương trình nước sạch-vệ sinh

Nhu cầu về nước sạch-vệ sinh của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa được đáp ứng và người sử dụng tham gia một cách phù hợp vào việc vào việc thiết kế, quản lý và bảo trì các phương tiện.

Cách hành động chủ yếu (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định những rủi ro chủ yếu có ý nghĩa quan trọng về sức khỏe cộng đồng, qua tham khảo ý kiến với nhóm dân cư bị ảnh hưởng (xem Hướng dẫn 1 và Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, 3-4, trang 55–65).
- Cung cấp sự trợ giúp và xử lý các yêu cầu về y tế của nhóm dân cư bị ảnh hưởng theo ưu tiên của họ (xem Hướng dẫn 1).
- Thu thập ý kiến phản hồi một cách có hệ thống về thiết kế và mức độ chấp nhận được của các phương tiện cũng như các biện pháp tuyên truyền từ tất cả các nhóm người sử dụng về các hoạt động của chương trình nước sạch-vệ sinh (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, 3-4, trang 55–65).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các nhóm dân cư được tiếp cận các nguồn lực và phương tiện của chương trình nước sạch-vệ sinh một cách an toàn và bình đẳng, sử dụng các phương tiện được cấp và có hành động để giảm thiểu rủi ro về y tế (xem Tiêu chuẩn 2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 94).
- Tất cả những người làm việc về nước sạch-vệ sinh truyền đạt một cách rõ ràng và tôn trọng đến dân cư bị ảnh hưởng và công khai chia sẻ thông tin với họ, đồng thời biết trả lời các câu hỏi được cộng đồng nêu ra về dự án.
- Sẵn có một hệ thống để quản lý và bảo trì các phương tiện ở mức hợp lý, và các nhóm dân cư khác nhau đóng góp một cách bình đẳng (xem Hướng dẫn 1).
- Tất cả mọi người sử dụng hài lòng về việc thiết kế và thực hiện chương trình nước sạch-vệ sinh đã làm gia tăng an ninh và phục hồi nhân phẩm.

Hướng dẫn

1. ***Đánh giá nhu cầu:*** Cần tiến hành đánh giá để nhận diện những tập quán mang tính rủi ro có thể làm tăng thêm mức độ bị tổn thương và dự tính khả năng thành công của việc cung cấp các phương tiện nước sạch-vệ sinh cũng như các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh. Các rủi ro chính có

thể tập trung vào sự an toàn thân thể trong việc tiếp cận các phương tiện, sự phân biệt đối xử với những nhóm dân cư bị thiệt thòi do đó ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận của họ, việc sử dụng và bảo trì nhà vệ sinh, không rửa tay bằng xà phòng hay bằng các chất thay thế, việc lấy và trữ nước mất vệ sinh, và việc tích trữ lương thực và thực phẩm và chế biến thức ăn mất vệ sinh. Đánh giá cần xem xét những nguồn lực cung cấp cho người dân cũng như những kiến thức và tập quán tại địa phương, sao cho các hoạt động tuyên truyền có hiệu quả, bổ ích và mang tính thực tiễn hơn. Các chuẩn mực về xã hội và văn hóa có thể làm dễ dàng hơn và (hoặc) làm ảnh hưởng đến sự tuân thủ các tập quán về vệ sinh của Nhà nước cần được xác định như là một phần của cuộc đánh giá ban đầu và hiện đang tiến hành. Cuộc đánh giá cần đặc biệt chú ý đến nhu cầu của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Nếu không thể tham khảo ý kiến với bất kỳ nhóm dân cư bị ảnh hưởng nào đó, thì điều này cần được nêu rõ trong báo cáo đánh giá và cần được xử lý càng sớm càng tốt (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).

2. Khuyến khích thực hành vệ sinh

Khuyến khích thực hành vệ sinh là phương pháp tiếp cận có kế hoạch và mang tính hệ thống để làm cho người dân hành động nhằm ngăn chặn và (hoặc) làm giảm các căn bệnh liên quan đến nước, vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân. Nó cũng có thể cung cấp một cách tiếp cận mang tính thực tiễn nhằm tăng thêm sự tham gia, ý thức trách nhiệm và sự giám sát của cộng đồng đối với các chương trình nước sạch-vệ sinh. Nó cần hướng đến việc phát huy kiến thức, tập quán và nguồn lực của dân cư bị ảnh hưởng cũng như sử dụng những bằng chứng hiện có về nước sạch-vệ sinh để quyết định xem làm thế nào để bảo vệ tốt nhất sức khỏe của người dân.

Khuyến khích thực hành vệ sinh liên quan đến việc bảo đảm rằng người dân sử dụng tốt nhất nguồn nước, các phương tiện và dịch vụ phục vụ vệ sinh cá nhân được cung cấp và bao gồm cả việc vận hành và bảo trì có hiệu quả những phương tiện đó. Có ba yếu tố cơ bản, là:

1. Chia sẻ thông tin và kiến thức
2. Vận động các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa
3. Cung cấp vật liệu và phương tiện thiết yếu.

Việc vận động cộng đồng đặc biệt phù hợp trong các tình huống thảm họa bởi cần đặt trọng tâm vào việc khuyến khích người dân hành động để bảo vệ sức khỏe của chính mình. Ở những nơi có thể, các hoạt động tuyên truyền nên bao gồm các phương pháp tương tác, chứ không đơn thuần chỉ tập trung vào việc tuyên truyền rầm rộ về các thông điệp.

Tiêu chuẩn 1 về Khuyến khích thực hành vệ sinh: Thực hiện các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh

Nam giới, phụ nữ và trẻ em bị ảnh hưởng bởi thảm họa thuộc mọi lứa tuổi nhận thức được những rủi ro chủ yếu về sức khỏe và được vận động thực hiện các biện pháp nhằm ngăn chặn tình trạng xấu đi của những điều kiện vệ sinh, sử dụng và bảo trì các phương tiện được cung cấp.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Cung cấp một cách có hệ thống những thông tin về những rủi ro liên quan đến vệ sinh và những biện pháp phòng ngừa bằng các kênh truyền thông đại chúng thích hợp (xem Hướng dẫn 1-2).
- Xác định những yếu tố cụ thể về xã hội, văn hóa hay tôn giáo sẽ làm động cơ thúc đẩy các nhóm xã hội trong cộng đồng và sử dụng họ làm cơ sở cho chiến lược truyền thông nhằm khuyến khích thực hành vệ sinh (xem Hướng dẫn 2).
- Nếu có thể, hãy sử dụng các phương pháp khuyến khích thực hành vệ sinh mang tính tương tác để bảo đảm việc thực hiện đối thoại và thảo luận với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 3).
- Hợp tác với cộng đồng bị ảnh hưởng, thường xuyên theo dõi những tập quán vệ sinh chủ yếu và việc sử dụng những phương tiện vệ sinh được cung cấp (xem Hướng dẫn 3 và Tiêu chuẩn Cốt lõi 5, Hướng dẫn 1, 3-5, trang 69-70).
- Thương thảo với người dân và các nhóm đối tượng chủ yếu để xác định các điều khoản và điều kiện cho những người làm công tác vận động cộng đồng (xem Hướng dẫn 5).

Các chỉ số chính (đọc chung với các Hướng dẫn).

- Tất cả các nhóm người sử dụng có thể mô tả và trình diễn điều họ đã làm để ngăn ngừa tình trạng xấu đi của các điều kiện vệ sinh (xem Hướng dẫn 1).
- Tất cả các phương tiện vệ sinh được sử dụng tốt và bảo trì thường xuyên.
- Tất cả mọi người dân rửa tay sau khi đi vệ sinh, sau khi rửa hậu môn cho trẻ em, trước khi ăn và trước khi chế biến thức ăn (xem Hướng dẫn 6).
- Tất cả các hoạt động và thông điệp khuyến khích thực hành vệ sinh đề cập đến những hành vi chủ yếu và quan niệm không đúng và hướng đến tất cả các nhóm người sử dụng (xem Hướng dẫn 6).
- Đại diện của tất cả các nhóm người sử dụng tham gia vào việc lập kế hoạch, đào tạo, thực hiện, giám sát và đánh giá công tác khuyến khích thực hành vệ sinh (xem Hướng dẫn 1–6 và Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, và Hướng dẫn 1-5, trang 56-57.
- Những người chăm sóc trẻ em được cung cấp các phương tiện để xử lý phân trẻ em một cách an toàn (xem Tiêu chuẩn 1 về Xử lý phân người tại trang 105 và Hướng dẫn 6).

Các Hướng dẫn

1. ***Xác định các rủi ro ưu tiên về vệ sinh và hành vi:*** Nhữnghiểu biết thu được qua đánh giá rủi ro, nhiệm vụ và trách nhiệm về công tác vệ sinh của các nhóm đối tượng khác nhau cần được sử dụng để lập kế hoạch và sắp xếp thứ tự ưu tiên sự trợ giúp nhân đạo, sao cho dòng thông tin giữa những người làm công tác nhân đạo và người dân bị ảnh hưởng đến đúng đối tượng và những quan niệm sai trái được xử lý (khi được phát hiện).
2. ***Đến được tất cả các thành phần dân cư:*** Trong giai đoạn đầu của thảm họa, có thể cần phải dựa vào các phương tiện thông tin đại chúng để bảo đảm nhiều người dân nhận được những thông tin quan trọng về việc giảm thiểu các rủi ro về sức khỏe. Các nhóm dân cư khác nhau cần được cung cấp thông tin, cách giáo dục và tài liệu truyền thông khác nhau thông qua các kênh thích hợp, để thông tin đến được tất cả các thành viên của nhóm. Điều này là đặc biệt quan trọng đối với những người mù chữ, có khó khăn về giao tiếp và (hoặc) không có ra-đi-ô và TV. Các phương tiện tuyên truyền dân dã (như kịch, hát, múa, v.v...) có thể có hiệu quả trong những trường hợp này. Phối hợp với Nhóm chịu trách nhiệm ứng phó về giáo dục sẽ có vai trò quan trọng để quyết định cơ hội thực hiện các hoạt động về vệ sinh ở trường học.
3. ***Các phương pháp tương tác:*** Các tài liệu và phương pháp cùng tham gia thích hợp về văn hóa tạo ra cơ hội tốt cho nhóm dân cư bị ảnh hưởng lập kế hoạch và theo dõi những cải thiện về vệ sinh của họ. Nó cũng cho họ cơ hội đưa ra những đề xuất hay khiếu nại về chương trình, khi thấy cần thiết. Việc lập kế hoạch khuyến khích thực hành vệ sinh phải thích hợp về văn hóa. Các hoạt động tuyên truyền cần được thực hiện bởi những người có tính cách và kỹ năng làm việc với các nhóm, có thể chia sẻ niềm tin và tập quán khác với quan niệm của họ (ví dụ, ở một số nền văn hóa, người ta không chấp nhận việc phụ nữ nói chuyện với đàn ông không quen biết).
4. ***Gánh nặng trách nhiệm:*** Cần bảo đảm rằng không nhóm dân cư nào (ví dụ phụ nữ) trong cộng đồng bị ảnh hưởng phải gánh vác quá nhiều trách nhiệm về các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh hay về quản lý các hoạt động đó. Các lợi ích, như cơ hội đào tạo và việc làm, cần được dành cho phụ nữ, nam giới cũng như các nhóm bị thiệt thòi.
5. ***Điều khoản và điều kiện cho những người làm công tác vận động cộng đồng:*** Việc sử dụng những người hoạt động ở cấp cơ sở hoặc đến thăm các gia đình tạo ra một cách làm mang tính tương tác nhiều hơn để tiếp cận với số đông dân cư, nhưng những người này cần sự trợ giúp để phát triển kỹ năng truyền thông của mình. Theo mô hình sơ bộ cho hoạt động ở các lán trại, cứ 1.000 người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa sẽ cần có hai người làm công tác khuyến khích thực hành vệ sinh/ vận động cộng đồng. Những người làm vận động cộng đồng có thể được thuê theo ngày, hay theo hợp

đồng, hay trên cơ sở tình nguyện. Dù họ được trả công hay làm việc tình nguyện cũng phải trao đổi với dân cư bị ảnh hưởng, với các tổ chức thực hiện và với các nhóm ứng phó chịu trách nhiệm về lĩnh vực khác nhau để tránh gây căng thẳng và phá vỡ tính bền vững lâu dài của những hệ thống đã được xây dựng tại địa phương.

6. ***Tạo động lực cho các nhóm hành động:*** Cần nhận thức rằng sức khỏe có thể không phải là động lực quan trọng nhất tạo ra những thay đổi về hành vi. Nhu cầu về tính riêng tư, sự an toàn, sự tiện lợi, sự tôn trọng các chuẩn mực tôn giáo và văn hóa, địa vị xã hội và sự kính trọng có thể là những động lực mạnh hơn cả lời hứa về sức khỏe tốt hơn. Những yếu tố này cần được xem xét khi thiết kế các hoạt động tuyên truyền và phải được lồng ghép có hiệu quả vào thiết kế và chọn vị trí để lắp đặt các phương tiện cùng với nhóm kỹ sư. Không nên chỉ nhấn mạnh thay đổi hành vi cá nhân, mà cũng cần quan tâm đến việc vận động xã hội và làm việc với các nhóm dân cư.

Tiêu chuẩn 2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh: Xác định và sử dụng các phương tiện vệ sinh

Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa được tiếp cận các phương tiện vệ sinh và tham gia vào việc xác định và tuyên truyền sử dụng các phương tiện này để bảo đảm vệ sinh cá nhân, sức khỏe, nhân phẩm và sự thoải mái.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tham khảo ý kiến với tất cả nam giới, phụ nữ và trẻ em thuộc mọi lứa tuổi về các phương tiện vệ sinh ưu tiên mà họ cần (xem Hướng dẫn 1, 3-4).
- Cấp phát kịp thời các phương tiện vệ sinh để đáp ứng nhu cầu tức thời của cộng đồng (xem Hướng dẫn 2-3).
- Thực hiện việc theo dõi sau khi cấp phát các phương tiện vệ sinh để đánh giá việc sử dụng và sự hài lòng của người dân (xem Hướng dẫn 3 & 5).
- Điều tra và đánh giá việc sử dụng các biện pháp thay thế cho việc cấp phát các phương tiện vệ sinh, ví dụ cấp tiền mặt, phiếu mua hàng và (hoặc) các mặt hàng phi lương thực (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và cấp phiếu mua hàng, trang 208).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Phụ nữ, nam giới và trẻ em được tiếp cận và sử dụng có hiệu quả các phương tiện vệ sinh để duy trì sức khỏe, nhân phẩm và sự thoải mái (xem Hướng dẫn 1, 7 và 9).

- Tất cả phụ nữ và trẻ em gái ở tuổi có kinh nguyệt được cung cấp các vật dụng thích hợp để giữ gìn vệ sinh, sau khi tham khảo ý kiến với nhóm dân cư bị ảnh hưởng (xem Hướng dẫn 5 và 8).
- Tất cả phụ nữ, nam giới và trẻ em có thông tin và được hướng dẫn về việc sử dụng an toàn các phương tiện vệ sinh mà họ không quen dùng (Hướng dẫn 5).
- Thông tin về thời gian, địa điểm, sự thỏa thuận và các nhóm đối tượng để phân phát các mặt hàng phi lương thực được cung cấp cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 3-5).

Hướng dẫn

1. ***Các phương tiện vệ sinh cơ bản:*** Một gói các mặt hàng vệ sinh tối thiểu cơ bản bao gồm thùng đựng nước, xà phòng tắm, xà phòng giặt, và các vật dụng vệ sinh kinh nguyệt.

Danh mục các mặt hàng vệ sinh cơ bản

Thùng đựng nước 10– 20 lít để chuyên chở nước	1 thùng/ hộ gia đình
Thùng đựng nước 10– 20 lít để trữ nước	1 thùng/ hộ gia đình
250 gam xà phòng tắm	1 bánh/ người/ tháng
200 gam xà phòng giặt	1 gói/ người/ tháng
Vật dụng chấp nhận được để vệ sinh kinh nguyệt (ví dụ, vải bông có thể giặt)	1 gói/ người

2. ***Công tác điều phối:*** Trao đổi với Nhóm chịu trách nhiệm ứng phó về chỗ ở và dân cư bị ảnh hưởng xem các mặt hàng phi lương thực, như chăn màn, không được bao gồm trong các mặt hàng vệ sinh cơ bản có cần hay không (xem Tiêu chuẩn 1 về Các mặt hàng phi lương thực, trang 281).
3. ***Cấp phát kịp thời các phương tiện vệ sinh:*** Để bảo đảm cấp phát kịp thời các mặt hàng vệ sinh, có thể nên cấp phát một số hạng mục phổ biến (xà phòng, thùng kim loại, v.v...) mà không cần sự đồng ý của dân cư bị ảnh hưởng, sau đó trao đổi và thỏa thuận với họ về việc cấp phát các mặt hàng khác.
4. ***Các nhu cầu ưu tiên:*** Người dân có thể muốn bán các mặt hàng được cấp phát nếu những nhu cầu ưu tiên của họ không được đáp ứng thích đáng, do đó nhu cầu của họ phải được xem xét khi lập kế hoạch cấp phát.
5. ***Tính thích hợp:*** Cần cẩn thận để tránh việc nêu cụ thể các sản phẩm sẽ không được sử dụng do lạ lẫm hay sẽ được sử dụng sai mục đích (ví dụ, các

mặt hàng có thể hiểu nhầm là lương thực). Nếu thấy thích hợp hay được ưa thích hơn về mặt văn hóa, có thể nêu cụ thể bột giặt, thay vì gọi là xà phòng giặt.

6. ***Thay thế:*** Cần xem xét việc thay thế các phương tiện đã hao mòn khi thấy cần thiết.
7. ***Các nhu cầu đặc biệt:*** Một số người dân có nhu cầu riêng biệt (ví dụ, chứng không kiểm được hay tiêu chảy nghiêm trọng) có thể cần khối lượng nhiều hơn về các mặt hàng vệ sinh cá nhân như xà phòng. Người khuyết tật hay người phải nằm liệt giường có thể cần thêm các mặt hàng như bô đi ngoài. Một số mặt hàng có thể cần chỉnh sửa để sử dụng hợp vệ sinh (như ghế có lỗ ở dưới hay ghế có bô ở dưới).
8. ***Vệ sinh kinh nguyệt:*** Cần phải có phương án cho việc giặt hay vứt bỏ các vật dụng vệ sinh kinh nguyệt.
9. ***Các mặt hàng bổ sung:*** Các tập quán xã hội và văn hóa hiện tồn tại có thể cần có thêm một số mặt hàng vệ sinh cá nhân. Những mặt hàng (tính theo người/tháng) có thể cần đến như:
   - 75ml/100g kem đánh răng
   - 1 bàn chải đánh răng
   - 250ml dầu gội đầu
   - 250ml nước thơm cho trẻ em đến 2 tuổi
   - 1 chiếc dao cạo râu dùng một lần
   - đồ lót cho phụ nữ và trẻ em gái trong tuổi có kinh nguyệt
   - 1 chiếc lược hay bàn chải để chải đầu
   - 1 chiếc bấm móng tay
   - tã lót (bỉm) và bô cho trẻ em (tùy theo nhu cầu của từng gia đình)

3. Cung cấp nước

Nước có vai trò thiết yếu đối với cuộc sống, sức khỏe và nhân phẩm con người. Trong những tình huống cực đoan, có thể không có đủ nước để đáp ứng nhu cầu cơ bản và, ở những trường hợp này, cung cấp một lượng nước uống an toàn để sinh tồn có ý nghĩa sống còn. Trong hầu hết các trường hợp, những vấn đề về sức khỏe xảy ra do vệ sinh kém đều bắt nguồn từ tình trạng thiếu nước và từ việc sử dụng nguồn nước bị nhiễm bẩn.

Tiêu chuẩn 1 về Cung cấp nước: Khả năng tiếp cận và chất lượng nước

Tất cả mọi người dân được tiếp cận một cách an toàn và bình đẳng với một lượng nước đủ để uống, nấu ăn và để làm vệ sinh cá nhân và gia đình. Các điểm cấp nước công cộng được đặt đủ gần với các hộ gia đình để có thể sử dụng nhu cầu nước tối thiểu.

Các hành động chính (đọc cùng với các Hướng dẫn)

- Xác định nguồn nước thích hợp với tình huống, có tính đến chất lượng và tác động của môi trường đối với nguồn nước (xem Hướng dẫn 1).
- Xắp xếp thứ tự ưu tiên và cung cấp nước để đáp ứng nhu cầu của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 2 và 4).

Các chỉ số chính (đọc cùng với các Hướng dẫn)

- Lượng nước sử dụng trung bình cho việc nấu ăn, uống và vệ sinh cá nhân ở mỗi hộ gia đình đạt ít nhất là 15 lít/người/ngày (xem Hướng dẫn 1–8).
- Khoảng cách tối đa từ mỗi hộ gia đình đến điểm lấy nước gần nhất là 500m (xem Hướng dẫn 1, 2, 5 và 8).
- Thời gian xếp hàng ở mỗi nguồn nước không quá 30 phút (xem Hướng dẫn 7).

Hướng dẫn

1. ***Lựa chọn nguồn nước:*** Các yếu tố sau đây cần được xem xét trong việc lựa chọn nguồn nước: có đủ nước, độ gần và tính bền vững của lượng nước; có cần xử lý nước hay không; và tính khả thi của nguồn nước, trong đó có sự tồn tại của bất kỳ yếu tố xã hội, chính trị hay pháp lý nào liên quan đến nguồn nước. Nói chung, các nguồn nước ngầm và (hoặc) nguồn nước chảy tự nhiên từ sông suối đều được ưu tiên, bởi chúng cần xử lý ít hơn và không phải bơm. Trong các tình huống thảm họa, thường cần kết hợp một vài

phương pháp và nguồn nước trong giai đoạn đầu. Tất cả các nguồn nước đều cần thường xuyên theo dõi để tránh bị khai thác quá mức.

2. ***Nhu cầu về cung cấp nước:*** Khối lượng nước cần cho sử dụng trong gia đình tùy thuộc vào bối cảnh và có thể thay đổi theo thời tiết, các phương tiện vệ sinh sẵn có, thói quen của người dân, các tập quán tôn giáo và văn hóa của họ, loại thức ăn họ nấu, loại quần áo họ mặc, v.v... Nhìn chung, càng ở gần nguồn nước thì người dân càng tiêu thụ nước nhiều hơn. Nếu có thể, nên cấp nhiều hơn 15 lít/người/ngày để đáp ứng nhu cầu ở địa phương nơi có tiêu chuẩn cao hơn.

Nhu cầu nước cơ bản để sinh tồn

Nhu cầu sinh tồn: lượng nước tiêu thụ (uống và thức ăn)	2,5 – 3 lít mỗi ngày	Tùy thuộc vào thời tiết và sinh lý con người
Tập quán vệ sinh cơ bản	2–6 lít mỗi ngày	Tùy thuộc vào các chuẩn mực xã hội và văn hóa
Nhu cầu nấu ăn cơ bản	3–6 lít mỗi ngày	Tùy thuộc vào loại thức ăn cũng như các chuẩn mực xã hội và văn hóa
Tổng nhu cầu nước cơ bản	7,5–15 lít mỗi ngày	

Để có hướng dẫn về lượng nước tối thiểu cần thiết cho các cơ sở cứu trợ và các mục đích sử dụng khác, hãy xem Phụ lục 2: Lượng nước tối thiểu cần thiết cho các cơ sở cứu trợ và các mục đích sử dụng khác. Để có hướng dẫn về nhu cầu nước cho gia súc, hãy xem Hướng dẫn và Các tiêu chuẩn khẩn cấp cho gia súc (xem Các tài liệu tham khảo).

3. ***Đo lường nước:*** Điều tra hộ gia đình, quan sát và thảo luận nhóm cộng đồng là những phương pháp thu thập dữ liệu về việc sử dụng và tiêu thụ nước sẽ có hiệu quả hơn so với việc đo lượng nước được bơm vào đường ống hay việc vận hành của các máy bơm tay.

4. ***Khối lượng/phạm vi cung cấp nước:*** Trong tình huống thảm họa và đến khi các Tiêu chuẩn tối thiểu về khối lượng và chất lượng nước được đáp ứng, cần ưu tiên tạo ra khả năng tiếp cận bình đẳng với khối lượng nước đầy đủ ngay cả khi chất lượng nước chỉ ở mức trung bình. Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa dễ mắc bệnh hơn; do đó, các chỉ số về khả năng tiếp cận và khối lượng nước phải đáp ứng ngay cả khi chúng cao hơn các chuẩn mực của dân cư bị ảnh hưởng hay của dân cư địa phương. Cần đặc biệt quan tâm đến việc bảo đảm nhu cầu có thêm nước cho những người

có điều kiện sức khỏe đặc biệt, như người những người nhiễm HIV/AIDS, và để đáp ứng nhu cầu nước cho gia súc và cây trồng khi bị hạn hán. Để tránh xảy ra xung đột, nên mở rộng phạm vi cung cấp nước và vệ sinh để xử lý một cách bình đẳng nhu cầu của dân cư bị ảnh hưởng cũng như dân cư địa phương.

5. ***Số lượng tối đa người dân cho mỗi nguồn nước:*** Số lượng người dân cho mỗi nguồn nước tùy thuộc vào công suất và lượng nước có sẵn ở mỗi nguồn nước.

Các hướng dẫn tương đối như sau:

250 người mỗi vòi nước	với công suất dòng chảy 7,5 lít/phút
500 người mỗi máy bơm tay	với công suất dòng chảy 17 lít/phút
400 người mỗi giếng nước	với công suất dòng chảy 12,5 lít/phút

Những hướng dẫn này dựa trên giả định rằng điểm cấp nước có thể sử dụng khoảng 8 giờ mỗi ngày và việc cấp nước bảo đảm liên tục trong thời gian đó. Nếu có thể sử dụng nhiều hơn, người dân có thể lấy hơn mức tối thiểu 15 lít/ngày. Những chỉ tiêu này phải được sử dụng một cách cẩn trọng, bởi đạt được chúng không chắc liệu có thể bảo đảm được khối lượng nước tối thiểu hay việc tiếp cận bình đẳng.

6. ***Thời gian xếp hàng:*** Thời gian xếp hàng quá nhiều cho thấy nguồn nước không có đủ do số lượng điểm cấp nước không đủ hay công suất nguồn nước không đủ. Hệ quả tiêu cực của thời gian xếp hàng quá nhiều làm cho lượng nước tiêu thụ mỗi người giảm xuống, tiêu thụ từ các nguồn nước bề mặt không được bảo vệ tăng lên và thời gian dành cho những nhiệm vụ sinh tồn quan trọng khác ít hơn cho những người phải đi lấy nước.

7. ***Khả năng tiếp cận và tính bình đẳng:*** Ngay cả khi có đủ khối lượng nước để đáp ứng nhu cầu tối thiểu, thì vẫn cần thêm các biện pháp để bảo đảm khả năng tiếp cận bình đẳng cho tất cả các nhóm dân cư. Các điểm cấp nước nên được đặt ở những nơi dễ tiếp cận đối với mọi người, không kể giới tính hay sắc tộc, v.v... của họ. Có thể cần phải thiết kế hay cải tiến một số bơm tay và thùng xách nước cho những người sống chung với HIV/AIDS, người già, người khuyết tật và trẻ em sử dụng. Ở những tình huống nước được phân phối hay được bơm vào những thời điểm nhất định, điều này cần phải lên kế hoạch qua tham khảo ý kiến với những người sử dụng, kể cả phụ nữ.

Tiêu chuẩn 2 về Cung cấp nước: Chất lượng nước

Nước phải có vị dễ chịu và chất lượng đủ tốt để uống, để nấu ăn và làm vệ sinh cá nhân và gia đình mà không gây ra rủi ro cho sức khỏe con người.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tiến hành điều tra nhanh về vệ sinh và, nếu thời gian và tình hình cho phép, thực hiện kế hoạch an toàn nước tại nguồn (xem Hướng dẫn 1-2).
- Thực hiện tất cả các bước cần thiết để giảm thiểu ô nhiễm nước sau khi cung cấp (xem Hướng dẫn 3-4 và Tiêu chuẩn 1 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 93).
- Đối với nước cấp qua đường ống, hay tất cả các nguồn nước được cấp vào thời điểm có nguy cơ xảy ra dịch tiêu chảy, phải xử lý nước bằng chất tẩy trùng sao cho có lượng tồn dư clo-rin 0,5mg/lít và độ đục ở dưới mức 5 đơn vị NTU *(NTU là đơn vị đo độ đục của nước)* tại vòi nước. Trong trường hợp xảy ra dịch tả, phải bảo đảm lượng tồn dư clo-rin là trên 1mg/lít (xem Hướng dẫn 5–8).
- Ở những nơi đề xuất xử lý nước tại hộ gia đình, cần bảo đảm việc xử lý nước được hỗ trợ bởi công tác tuyên truyền, đào tạo và giám sát hợp lý (xem Hướng dẫn 3 và 6).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Không có vi khuẩn E.coli trong mỗi 100ml nước tại điểm lấy nước và sử dụng nước (xem Hướng dẫn 2, 4-7).
- Bất kỳ giải pháp nào về xử lý nước tại hộ gia đình cũng phải đạt hiệu quả trong việc cải thiện chất lượng nước vi sinh và được hỗ trợ bằng công tác truyên truyền, đào tạo và giám sát thích hợp (xem Hướng dẫn 3–6).
- Không có ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe do việc sử dụng trong ngắn hạn nguồn nước bị nhiễm bẩn bởi hóa chất (trong đó có dư lượng của các hóa chất xử lý nước) hay các nguồn bức xạ, và việc đánh giá cho thấy ít có khả năng bị ảnh hưởng như vậy (xem Hướng dẫn 7).
- Tất cả dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa uống nước từ nguồn được bảo vệ hay được xử lý thay vì các nguồn nước sẵn có khác (xem Hướng dẫn 3 và 6).
- Không xảy ra sự bùng phát các căn bệnh lây truyền qua đường nước hay liên quan đến nguồn nước (xem hướng dẫn 1-9)

Hướng dẫn

1. ***Kế hoạch điều tra vệ sinh và an toàn nguồn nước:*** Điều tra vệ sinh là đánh giá những điều kiện và tập quán có thể góp phần tạo ra rủi ro về y tế. Nó liên quan đến những yếu tố có thể gây nhiễm bẩn nước tại nguồn, trong quá trình vận chuyển và tại gia đình, các tập quán đi vệ sinh, thoát nước và quản lý chất thải rắn. Lập bản đồ cộng đồng là một cách đặc biệt hiệu quả để nhận diện những rủi ro về y tế và qua đó thu hút sự tham gia của cộng đồng vào việc tìm kiếm cách thức giảm thiểu những rủi ro này. Cần nhìn nhận rằng, mặc dù phân động vật không gây tác hại nhiều như phân người, nhưng nó có thể chứa vi khuẩn như cryptosporium, giardia, salmonella, campylobacter, caliciviruses và những nguyên nhân phổ biến gây nên dịch tiêu chảy ở người, do đó là nguồn rủi ro đáng kể đối với sức khỏe. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra khuyến nghị về việc sử dụng kế hoạch an toàn nguồn nước của WHO, với phương pháp tiếp cận toàn diện về việc xác định các mối hiểm nguy và nhận định các rủi ro, lập kế hoạch để cải thiện/nâng cấp, các biện pháp theo dõi và kiểm soát và các quy trình quản lý, kể cả để phát triển các chương trình hỗ trợ (xem Các tài liệu tham khảo).
2. ***Chất lượng nước vi sinh:*** Các loại khuẩn từ phân (mà >99% là E.coli) là một chỉ dẫn về mức độ chất thải của con người và (hoặc) động vật làm nhiễm bẩn nước và khả năng có sự hiện diện của các tác nhân gây bệnh độc hại. Nếu có sự hiện diện của các loại khuẩn từ phân thì nước phải được xử lý.
3. ***Khuyến khích sử dụng các nguồn nước được bảo vệ:*** Chỉ cung cấp những nguồn nước được bảo vệ và nước được xử lý không thôi sẽ có rất ít tác động, trừ phi người dân hiểu được lợi ích của những nguồn nước này và sử dụng chúng. Người dân có thể thích dùng những nguồn nước không được bảo vệ hơn, như sông, hồ và giếng không được bảo vệ vì các lý do như vị nước, địa điểm gần và tiện lợi về mặt xã hội. Trong những trường hợp đó, những cán bộ kỹ thuật, khuyến khích thực hành vệ sinh và vận động cộng đồng cần hiểu lý do dẫn đến ý thích đó để đề cập vấn đề này trong các thông điệp tuyên truyền và trong các cuộc thảo luận.
4. ***Nhiễm bẩn sau cấp nước:*** Nước an toàn tại điểm cấp nước có thể vẫn là một rủi ro đáng kể đối với sức khỏe do bị nhiễm bẩn trong khi thu gom, tích trữ và múc nước. Các bước đi để giảm thiểu những rủi ro đó bao gồm các tập quán thu gom và tích trữ tốt hơn và phân phát các thùng sạch sẽ và thích hợp hơn để chuyên chở và trữ nước (xem Tiêu chuẩn 3 về Cung cấp nước, trang 103). Cần phải lấy mẫu nước thường xuyên tại điểm sử dụng để theo dõi mức độ nhiễm bẩn sau khi cấp nước.
5. ***Khử trùng nước:*** Nước cần được xử lý với thuốc khử trùng như clo-rin nếu có độ rủi ro bị nhiễm bẩn đáng kể tại nguồn hay sau khi cấp. Rủi ro này sẽ được quyết định bởi những điều kiện ở nơi định cư như mật độ dân số,

những biện pháp thu gom phân người, những tập quán vệ sinh và mức độ xảy ra bệnh tiêu chảy. Trong trường hợp có mối đe dọa hay đã có dịch tả, tất cả các nguồn nước uống cần được xử lý trước khi phân phát hay sử dụng tại hộ gia đình. Để khử trùng nước đúng quy cách, độ đục phải dưới 5 đơn vị NTU, mặc dù để sử dụng khẩn cấp trong ngắn hạn, nước có độ đục lớn hơn có thể được khử trùng đúng quy cách với liều clo-rin cao gấp hai lần sau khi lọc, đến lúc lượng bùn giảm đến mức mong muốn (xem Phụ lục 6: Cơ cấu ra quyết định về xử lý và trữ nước tại hộ gia đình).

6. ***Xử lý nước tại hộ gia đình:*** Khi việc sử dụng hệ thống xử lý nước điều hành từ trung tâm không thực hiện được, thì có thể áp dụng phương án xử lý nước tại điểm sử dụng ở hộ gia đình. Nhiều biện pháp xử lý nước tại điểm sử dụng ở hộ gia đình cho thấy giảm được bệnh tiêu chảy và cải thiện được chất lượng vi sinh của nước trữ tại hộ gia đình, trong đó có đun sôi, khử trùng bằng clo-rin, khử trùng bằng ánh nắng mặt trời, lọc bằng sỏi, lọc chậm bằng cát và khử trùng bằng kỹ thuật kết bông. Phương án xử lý nước tại điểm sử dụng ở hộ gia đình thích hợp nhất cho mỗi bối cảnh phụ thuộc vào những điều kiện về nước và vệ sinh môi trường, chất lượng nước, sự chấp nhận về văn hóa và tính khả thi về thực hiện của một trong những phương án trên. Để việc xử lý nước tại điểm sử dụng ở hộ gia đình thành công cần bao gồm cung cấp những vật liệu và sản phẩm phù hợp cũng như đào tạo đầy đủ cho người sử dụng. Cần tránh việc áp dụng phương án xử lý nước chưa được thử nghiệm trong tình huống thảm họa. Ở những nơi có thể dự báo trước rủi ro, nên xem xét việc đặt sẵn các sản phẩm xử lý nước tại điểm sử dụng ở hộ gia đình để có thể ứng phó nhanh chóng. Việc sử dụng những sản phẩm có sẵn tại địa phương nên được ưu tiên nếu cần phải tiếp tục sử dụng sau thảm họa. Việc sử dụng hiệu quả xử lý nước tại điểm sử dụng ở hộ gia đình đòi hỏi phải hỗ trợ và giám sát thường xuyên, và đây nên được coi là một điều kiện tiên quyết để áp dụng phương án này thay cho một phương án xử lý nước khác.

7. ***Xử lý nước tại điểm sử dụng ở hộ gia đình bằng clo-rin:*** Có thể tính đến việc tăng gấp đôi liều clo-rin để lọc nước có độ đục cao hơn ở nơi không có nguồn nước thay thế. Chỉ nên thử làm việc này trong một thời gian ngắn và sau khi đã hướng dẫn những người sử dụng nước giảm thiểu độ đục bằng phương pháp lọc, để lắng đọng và gạn lọc trước khi xử lý (xem Phụ lục 6: Cơ cấu ra quyết định về xử lý và trữ nước tại hộ gia đình).

8. ***Nhiễm bẩn hóa chất và bức xạ:*** Ở những nơi hồ sơ địa thủy văn hay thông tin về hoạt động quân sự hay công nghiệp cho thấy nguồn cấp nước có thể có rủi ro đối với sức khỏe do nhiễm bẩn hóa chất hay bức xạ, cần phải nhanh chóng đánh giá rủi ro này bằng phương pháp phân tích hóa học. Sau đó cần đưa ra một quyết định bảo đảm sự hài hòa giữa lợi ích trước mắt và rủi ro lâu dài đối với sức khỏe. Hơn nữa, cũng cần đưa ra quyết định về việc sử dụng nguồn nước có thể bị nhiễm bẩn để cung cấp lâu dài trên cơ sở một cuộc

phân tích và đánh giá thấu đáo hơn về những ảnh hưởng đối với sức khỏe người dân.

9. ***Vị nước:*** Vị nước tự nó không phải là vấn đề trực tiếp ảnh hưởng đến sức khỏe (ví dụ, nước hơi mặn không phải là một rủi ro đối với sức khỏe), nhưng nếu nguồn cấp nước không có vị dễ chịu thì người sử dụng có thể uống nước từ nguồn khác không an toàn và đặt họ trước rủi ro về sức khỏe. Để tránh tình trạng này, cần phải có các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh để bảo đảm rằng người dân chỉ sử dụng nguồn cấp nước an toàn.

10. ***Chất lượng nước cho các trung tâm y tế:*** Tất cả mọi nguồn nước cho các bệnh viện, trung tâm y tế và trung tâm phát chẩn cần được xử lý bằng clo-rin hoặc bằng một chất khử trùng có dư lượng khác. Trong mọi tình huống ở đó nước có thể phải chia phần do nguồn cung bị gián đoạn, thì phải trữ đủ nước ở trung tâm nhằm bảo đảm việc cung cấp nước ở mức sử dụng bình thường không bị gián đoạn (xem Phụ lục 2: Lượng nước tối thiểu cho các cơ sở cứu trợ và cho các mục đích sử dụng khác, và Phụ lục 5: Các hoạt động tối thiểu về vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường và cách ly cho các trung tâm điều trị tiêu chảy).

Tiêu chuẩn 3 về Cung cấp nước: Các phương tiện cấp nước

Người dân có các phương tiện phù hợp để thu gom, trữ và sử dụng nước cho mục đích uống, nấu ăn và vệ sinh cá nhân, và để bảo đảm rằng nước uống sẽ an toàn đến khi sử dụng hết.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Cung cấp cho dân cư bị ảnh hưởng các phương tiện phù hợp để lấy và trữ nước (xem Hướng dẫn 1 và Tiêu chuẩn 2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 94).
- Tích cực khuyến khích tất cả dân cư bị ảnh hưởng và những người dễ bị tổn thương tham gia vào việc chọn vị trí và thiết kế các điểm lấy nước và xây dựng các phương tiện giặt và tắm rửa (xem Hướng dẫn 2).
- Ở các điểm lấy nước và các khu giặt rửa cộng đồng, cần có phòng tắm cá nhân và chỗ giặt rửa cho phụ nữ để họ giặt và phơi đồ lót và vải vệ sinh (xem Hướng dẫn 2 và Tiêu chuẩn 2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 94).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Mỗi hộ gia đình có ít nhất 2 thùng dung tích từ 10 – 20 lít để lấy nước sạch, 1 thùng để trữ nước và 1 thùng để chuyên chở nước (xem Hướng dẫn 1 và Tiêu chuẩn 2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, Hướng dẫn 1 tại trang 95).

- Các thùng để lấy và trữ nước có cổ hẹp và (hoặc) có nắp cho các xô hay các phương tiện trữ nước an toàn khác, cho việc kéo và xách an toàn, và sử dụng được dễ dàng (xem Hướng dẫn 1).
- Có ít nhất 1 chậu rửa cho 100 người dân và có khu tắm và giặt rửa riêng cho phụ nữ. Có đủ nước để tắm và giặt (xem Hướng dẫn 2).
- Nước ở các hộ gia đình không bị nhiễm bẩn vào mọi thời điểm (xem Hướng dẫn 1).
- Tất cả mọi người dân hài lòng với các phương tiện họ có để lấy nước, trữ nước, tắm, rửa và giặt (xem Hướng dẫn 2).
- Việc bảo trì các hệ thống và phương tiện được bảo đảm thường xuyên và người sử dụng tham gia bảo trì ở những nơi có điều kiện (xem Hướng dẫn 3).

Hướng dẫn

1. ***Thu gom và trữ nước:*** Người dân cần có thùng để lấy nước, trữ nước và sử dụng nước để uống, nấu ăn, giặt và tắm. Thùng phải sạch sẽ, vệ sinh và dễ xách và phù hợp với nhu cầu và thói quen của địa phương về kích cỡ, hình dáng và thiết kế. Trẻ em, người khuyết tật, người già và người sống chung với HIV/AIDS có thể cần loại thùng xách nước nhỏ hơn hay có thiết kế đặc biệt. Công suất để trữ nước phụ thuộc vào quy mô hộ gia đình và sự sẵn có của nguồn nước, ví dụ khoảng 4 lít mỗi người có thể là phù hợp cho các tình huống ở đó nguồn nước được cấp đều đặn mỗi ngày. Tuyên truyền và theo dõi việc lấy nước, trữ nước và kéo nước an toàn là cơ hội tốt để trao đổi về các vấn đề nhiễm bẩn nước với những người dễ bị tổn thương, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em.
2. ***Các phương tiện giặt rửa và tắm cộng đồng:*** Người dân cần có không gian ở đó họ có thể tắm trong riêng tư và nhân phẩm. Nếu điều này không thể thu xếp ở hộ gia đình, thì sẽ cần các phương tiện ở trung tâm dành riêng cho phụ nữ và cho nam giới. Ở nơi không có xà phòng, thì có thể cung cấp các vật liệu thường được dùng để thay thế như tro, cát sạch, sô-đa và một số loại cây phù hợp cho việc cọ rửa. Giặt quần áo, đặc biệt là quần áo trẻ em, là một hoạt động vệ sinh hết sức cần thiết; dụng cụ để nấu ăn và để ăn cũng cần phải rửa. Số lượng, địa điểm, thiết kế, sự an toàn, tính phù hợp và sự tiện dụng cần được quyết định thông qua tham khảo ý kiến với người sử dụng, đặc biệt là phụ nữ, các em gái thành niên và người khuyết tật. Việc đặt các phương tiện ở những nơi trung tâm, dễ tiếp cận và có đủ ánh sáng, có thể nhìn rõ khu vực xung quanh, có thể góp phần bảo đảm an toàn cho người sử dụng.
3. ***Bảo trì các hệ thống nước:*** Điều quan trọng là dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa biết và được cung cấp các phương tiện cần thiết để bảo trì và duy trì các hệ thống được cung cấp.

4. Xử lý phân

Việc xử lý an toàn phân người là biện pháp hiệu quả đầu tiên để phòng ngừa các căn bệnh liên quan đến phân, góp phần giảm thiểu nguy cơ truyền bệnh qua đường trực tiếp và gián tiếp. Do đó, xử lý phân một cách an toàn là một ưu tiên cao và, trong hầu hết các tình huống, cần được xử lý với cùng sự khẩn trương và nỗ lực như việc cấp nước an toàn. Việc cung cấp các phương tiện thích hợp để đi vệ sinh là một trong số các biện pháp ứng phó khẩn cấp để bảo vệ nhân phẩm, sự an toàn, sức khỏe và cuộc sống thoải mái cho người dân.

Tiêu chuẩn 1 về Xử lý phân: Môi trường không có phân người

Môi trường sống nói chung và chỗ ở, khu vực chế biến thức ăn, trung tâm y tế và xung quanh nguồn cấp nước uống nói riêng không bị nhiễm bẩn bởi phân người.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thực hiện các biện pháp chứa phân thích hợp ngay lập tức (xem Hướng dẫn 1).
- Tiến hành tham khảo ý kiến nhanh chóng với nhóm dân cư bị ảnh hưởng về các tập quán xử lý phân an toàn và vệ sinh (xem Tiêu chuẩn 1 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, Hướng dẫn 1-6, trang 93-94).
- Tiến hành đồng thời một chiến dịch khuyến khích thực hành vệ sinh về xử lý phân an toàn và sử dụng các phương tiện thích hợp (xem Tiêu chuẩn 1 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, Hướng dẫn 1-6, trang 93-94).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Môi trường sống của dân cư bị ảnh hưởng không có phân người (xem chú giải 1-2).
- Tất cả các biện pháp chứa phân, tức là nhà xí các loại, cách nguồn nước ngầm ít nhất 30m. Đáy của nhà xí phải ở phía trên mực nước ngầm ít nhất 1,5m (xem Hướng dẫn 3).
- Trong tình huống có lũ lụt hay mực nước ngầm cao, cần có các biện pháp thích hợp để xử lý tình trạng phân làm nhiễm bẩn nguồn nước ngầm (xem Hướng dẫn 3).
- Nước thải hay nước tràn ra từ hệ thống nhà vệ sinh không được làm nhiễm bẩn nguồn nước ngầm hay nguồn nước mặt (xem Hướng dẫn 3).

- Các nhà vệ sinh được sử dụng một cách hợp vệ sinh nhất và phân trẻ em được đem đổ đi một cách hợp vệ sinh và ngay lập tức (xem Hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. ***Xử lý phân an toàn:*** Xử lý phân an toàn là nhằm giữ cho môi trường không bị nhiễm bẩn vì phân người bị phát tán không kiểm soát. Ngay sau khi xảy ra thảm họa và trong khi đang xây dựng kế hoạch quản lý việc xử lý phân, cần xem xét thực hiện một chiến dịch quét dọn bước đầu, phân ranh giới và làm rào chắn các khu vực đi ngoài và chọn vị trí và xây dựng các nhà vệ sinh công cộng. Tùy theo tình hình, việc áp dụng biện pháp theo nhiều giai đoạn để giải quyết vấn đề làm vệ sinh sẽ có hiệu quả nhất. Hãy huy động tất cả các nhóm dân cư bị ảnh hưởng tham gia vào việc thực hiện các hoạt động xử lý phân an toàn. Ở những nơi mà dân cư bị ảnh hưởng không có truyền thống sử dụng nhà vệ sinh, cần phải tiến hành một chiến dịch thực hành vệ sinh đồng bộ để khuyến khích việc xử lý phân an toàn và tạo ra nhu cầu có thêm nhà vệ sinh. Trong các tình huống thảm họa ở đô thị khi các hệ thống nước thải có thể bị hư hại, cần đánh giá tình hình và xem xét việc lắp đặt các nhà vệ sinh di động hay nhà xí và (hoặc) thùng chứa phân có thể đem đổ thường xuyên. Cần xem xét thích đáng việc nạo vét, thu gom, chuyên chở và cuối cùng là vứt bỏ bùn cống.
2. ***Khu vực đi ngoài:*** Trong giai đoạn đầu và ở những nơi có đất, nên tách biệt khu vực đi ngoài và (hoặc) xây các nhà vệ sinh kiểu giao thông hào. Biện pháp này chỉ hiệu quả nếu địa điểm này được quản lý đúng quy cách và được bảo quản tốt, đồng thời dân cư bị ảnh hưởng hiểu rõ tầm quan trọng của việc sử dụng các phương tiện được cấp và biết địa điểm của chúng.
3. ***Khoảng cách từ hệ thống vệ sinh tới nguồn nước:*** Khoảng cách từ các nhà vệ sinh đến các nguồn nước phải ít nhất là 30m và đáy của nhà vệ sinh phải ở trên mực nước ngầm ít nhất 1,5m. Khoảng cách này cần tăng thêm đối với nền đá hay đá vôi có vết nứt, và giảm đi với nền đất xốp. Trong một số tình huống thảm họa, ô nhiễm nguồn nước ngầm có thể không phải là mối quan ngại tức thời nếu nguồn nước này không được sử dụng trực tiếp làm nước uống. Thay vào đó, có thể xử lý nước ở hộ gia đình hay sử dụng phương án khác (xem Tiêu chuẩn 2 về Cung cấp nước, Hướng dẫn 6, trang 102). Ở những nơi bị ngập lụt hay có mực nước ngầm cao, có thể cần phải xây nhà xí hay thùng chứa phân ở vị trí cao hơn để chứa phân, tránh tình trạng phân làm nhiễm bẩn môi trường. Cũng rất cần bảo đảm nước thải hay nước tràn ra từ các nhà xí/ thùng chứa phân không làm nhiễm bẩn nguồn nước mặt hay nguồn nước ngầm.
4. ***Chứa phân trẻ em:*** Cần đặc biệt quan tâm đến việc xử lý phân trẻ em, bởi vì loại phân này thường nguy hiểm hơn phân người lớn (trẻ em thường nhiễm bệnh do phân nhiều hơn người lớn và cơ thể chúng chưa phát triển các chất kháng thể với tình trạng nhiễm bệnh). Cha mẹ và người trông trẻ cần được cung cấp thông tin về việc xử lý an toàn phân trẻ em, cách giặt và sử dụng tã lót (bỉm), bô hay xẻng xúc để có thể quản lý có hiệu quả việc xử lý phân an toàn.

Tiêu chuẩn 2 về Xử lý phân: Có đầy đủ nhà vệ sinh và phù hợp

Người dân có nhà vệ sinh đầy đủ, phù hợp và chấp nhận được, cách xa nơi ở một khoảng cách hợp lý, cho phép tiếp cận chúng một cách nhanh chóng, an toàn và an ninh vào mọi thời điểm, ngày cũng như đêm.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tham khảo ý kiến và đạt thỏa thuận với tất cả những người sử dụng (đặc biệt là phụ nữ và những người có khả năng di chuyển hạn chế) về địa điểm, thiết kế và tính phù hợp của các phương tiện vệ sinh (xem Hướng dẫn 1-4 và các Nguyên tắc Bảo vệ 1-2, trang 33-36).
- Cung cấp cho dân cư bị ảnh hưởng các phương tiện, công cụ và vật liệu để xây dựng, bảo trì và quét dọn các phương tiện vệ sinh (xem Hướng dẫn 6-7).
- Cung cấp đầy đủ nước để rửa tay và xả nhà vệ sinh và (hoặc) các biện pháp gắn kín hợp vệ sinh, vật liệu lau hậu môn thích hợp để sử dụng ở các nhà xí thông thường (xem Hướng dẫn 7-8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các nhà xí được thiết kế, xây dựng và đặt ở vị trí thích hợp để đáp ứng các yêu cầu sau đây:
  - Chúng có thể được sử dụng một cách an toàn bởi mọi tầng lớp nhân dân trong đó có trẻ em, người già, phụ nữ có thai và người khuyết tật (xem Hướng dẫn 1).
  - Chúng được đặt ở những vị trí có thể giảm thiểu rủi ro về an ninh cho người sử dụng, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em gái, cả ban ngày lẫn ban đêm (xem Hướng dẫn 3 và Nguyên tắc Bảo vệ 1, Hướng dẫn 1-6, trang 33-34).
  - Chúng bảo đảm một mức độ riêng tư phù hợp với những chuẩn mực của người sử dụng (xem Hướng dẫn 3).
  - Chúng dễ sử dụng, được giữ sạch sẽ và không tạo ra mối nguy hiểm về sức khỏe đối với môi trường xung quanh. Tùy thuộc vào bối cảnh, các nhà vệ sinh được cung cấp đủ nước để rửa tay và xả phân (xem Hướng dẫn 7-8).
  - Chúng có đủ điều kiện để thu gom các vật dụng vệ sinh kinh nguyệt của phụ nữ và tạo cho họ một không gian riêng tư cần thiết để giặt và phơi các vật dụng này (xem Hướng dẫn 9).

- Chúng giảm thiểu khả năng sinh nở của ruồi và muỗi (xem Hướng dẫn 7).
- Chúng được cung cấp các dụng cụ để nạo vét, vận chuyển và xả cặn trong trường hợp chúng được gắn kín hay chúng được sử dụng lâu dài và có nhu cầu phải vét hết (xem Hướng dẫn 11).
- Trong tình huống ngập lụt hay mực nước ngầm cao, các hố xí hay thùng xí không được thấm nước để giảm thiểu tình trạng nhiễm bẩn nguồn nước ngầm và môi trường (xem Hướng dẫn 11).

- Nhiều nhất là 20 người dân phải có một nhà vệ sinh (xem Hướng dẫn 1-4 và Phụ lục 3: Số lượng tối thiểu nhà vệ sinh ở những nơi công cộng và cơ sở cứu trợ trong tình huống thảm họa).
- Phải có nhà vệ sinh riêng, có chốt bên trong cho phụ nữ và nam giới ở những nơi công cộng như chợ búa, điểm cấp phát hàng cứu trợ, trung tâm y tế, trường học, v.v...(xem Hướng dẫn 2 và Nguyên tắc Bảo vệ 1-2, trang 33-36).
- Các nhà vệ sinh ở cách xa chỗ ở không quá 50m (xem Hướng dẫn 5).
- Việc sử dụng các nhà vệ sinh do hộ gia đình tự sắp xếp và (hoặc) được sắp xếp riêng cho phụ nữ và nam giới (xem Hướng dẫn 2-5).
- Tất cả dân cư bị ảnh hưởng hài lòng với quá trình tham khảo ý kiến và với các phương tiện vệ sinh được cung cấp và sử dụng chúng một cách thích hợp (xem Hướng dẫn 1-10).
- Người dân rửa tay sau khi sử dụng nhà vệ sinh, trước khi ăn và trước khi chế biến thức ăn (xem Hướng dẫn 8).

Hướng dẫn

1. Các phương tiện chấp nhận được: Các chương trình xử lý phân thành công phụ thuộc vào hiểu biết của người dân về các nhu cầu khác nhau và sự tham gia của họ. Khó có thể bảo đảm tất cả các nhà vệ sinh được chấp nhận bởi tất cả các nhóm dân cư. Có thể phải xây dựng những nhà vệ sinh đặc biệt cho trẻ em, người già và người khuyết tật, ví dụ, nhà vệ sinh có ghế hay tay vịn, hay phải trang bị ống bô hay ghế bô. Việc cung cấp các phương tiện vệ sinh tùy thuộc vào thời gian cứu trợ, ý thích và thói quen văn hóa của những người dự kiến sẽ sử dụng, cơ sở hạ tầng hiện có, lượng nước sẵn có (để xả phân hay gắn kín), cấu tạo của nền đất và những vật liệu xây dựng hiện có. Các hình thức xử lý phân khác nhau cho các giai đoạn khác nhau của hoạt động cứu trợ thảm họa được liệt kê tại bảng dưới đây.

Các biện pháp khác nhau để xử lý phân an toàn

	Hình thức xử lý phân an toàn	Gợi ý về cách áp dụng
1	Phân cách khu vực đi ngoài (ví dụ bằng tấm ngăn)	Giai đoạn 1: 2 hoặc 3 ngày đầu tiên khi rất nhiều người cần nhà vệ sinh ngay lập tức
2	Hố xí kiểu hào giao thông	Giai đoạn 1: trong 2 tháng đầu
3	Hố xí đơn giản	Lên kế hoạch để sử dụng ngay từ đầu và về lâu dài
4	Hố xí cải tiến có thông hơi (VIP)	Tùy theo bối cảnh: cứu trợ từ trung hạn đến dài hạn
5	Làm vệ sinh sinh thái (Ecosan) có hệ thống tách nước tiểu	Tùy theo bối cảnh: để xử lý mực nước ngầm cao và tình huống ngập lụt, từ đầu hay trung hạn đến dài hạn
6	Hố xí tự hoại	Từ trung hạn đến dài hạn

2. ***Nhà vệ sinh công cộng:*** Ở những nơi công cộng, nhà vệ sinh được cung cấp với các hệ thống đã được thiết lập để quét dọn và bảo trì thường xuyên. Cần sử dụng dữ liệu dân số đã được phân loại để lập kế hoạch về số phòng vệ sinh mà phụ nữ cần so với nam giới, thông thường với tỷ lệ 3:1. Ở những nơi có thể, nên làm hố đi tiểu (xem Phụ lục 3: Số lượng tối thiểu nhà vệ sinh ở các nơi công cộng và các cơ sở cứu trợ trong tình huống thảm họa).
3. ***Nhà vệ sinh ở hộ gia đình:*** Ở những nơi cho phép, nhà vệ sinh tại hộ gia đình là phương án tốt hơn. Mục tiêu là nên có 1 nhà vệ sinh cho tối đa 20 người dân. Ở nơi hiện không có nhà vệ sinh, có thể bắt đầu với mục tiêu 1 nhà vệ sinh cho 50 người, và giảm dần số người sử dụng xuống còn 20 người càng sớm càng tốt. Trong một số tình huống, do hạn chế về diện tích, khó có thể thực hiện mục tiêu này. Trong những trường hợp đó, cần vận động để có thêm diện tích. Tuy nhiên, cần nhớ rằng mục tiêu đầu tiên là phải cung cấp và duy trì một môi trường không có phân người.
4. ***Các phương tiện vệ sinh chung:*** Cần tham khảo các hộ gia đình về địa điểm và thiết kế cũng như trách nhiệm quét dọn và bảo trì các nhà vệ sinh dùng chung. Nhìn chung, nhà vệ sinh sạch sẽ được sử dụng thường xuyên hơn. Cần cố gắng tạo điều kiện để những người mắc các chứng bệnh mạn tính, như HIV và AIDS, dễ dàng tiếp cận nhà vệ sinh bởi họ thường xuyên phải sống chung với bệnh đi ngoài mạn tính và rất khó khăn trong việc đi lại.

5. ***Các phương tiện an toàn:*** Đặt nhà vệ sinh ở những nơi không phù hợp có thể làm cho phụ nữ và trẻ em gái dễ bị tấn công hơn, đặc biệt là vào ban đêm. Cần bảo đảm rằng phụ nữ và trẻ em gái cảm thấy và được an toàn khi sử dụng những nhà vệ sinh được cung cấp. Khi có thể, các nhà vệ sinh công cộng cần có ánh sáng hoặc các gia đình có đèn pin. Cần xin ý kiến đóng góp của cộng đồng về cách thức tăng cường an ninh cho người sử dụng (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1-2, trang 33-36).
6. ***Sử dụng công cụ và vật liệu xây dựng ở địa phương:*** Rất nên sử dụng các vật liệu có tại địa phương để xây dựng nhà vệ sinh. Điều đó sẽ tăng cường sự tham gia của dân cư bị ảnh hưởng vào việc sử dụng và bảo quản nhà vệ sinh. Cung cấp cho người dân dụng cụ thi công cũng sẽ hỗ trợ cho việc thực hiện mục tiêu này.
7. ***Nước và vật liệu để rửa hậu môn:*** Cần cấp nước cho những nhà vệ sinh có bộ phận xả nước và (hoặc) có cơ chế bịt kín hợp vệ sinh. Đối với hố xí thông thường, có thể cần cung cấp giấy vệ sinh hay vật liệu khác để lau hậu môn. Cần tham khảo ý kiến của người sử dụng về loại vật liệu phù hợp nhất về mặt văn hóa và về việc thu gom chúng một cách an toàn.
8. ***Rửa tay:*** Người sử dụng cần có phương tiện để rửa tay bằng xà phòng hay bằng vật liệu thay thế (như tro chẳng hạn) sau khi đi vệ sinh, lau hậu môn cho trẻ em và trước khi ăn hay chế biến thức ăn. Cần có nguồn nước thường xuyên gần nhà vệ sinh cho mục đích sử dụng này.
9. ***Kinh nguyệt:*** Phụ nữ và trẻ em gái ở tuổi có kinh nguyệt, kể cả các em học sinh nữ, cần có các vật liệu phù hợp để thấm và xử lý kinh nguyệt. Họ cần được tham khảo ý kiến về việc lựa chọn loại vật liệu thích hợp về mặt văn hóa. Nhà vệ sinh cần có vật liệu thích hợp để xử lý kinh nguyệt hay các phương tiện cá nhân để rửa (xem Tiêu chuẩn 2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, Hướng dẫn 2 và 8, trang 95-96).
10. ***Hút bể phốt:*** Khi thấy thích hợp và tùy thuộc nhu cầu, việc hút bể phốt của các nhà vệ sinh/hố xí và các thùng chứa phân, kể cả điểm xử lý chất thải cuối cùng, cần được tính đến ngay từ đầu.
11. ***Nhà vệ sinh trong hoàn cảnh khó khăn:*** Trong tình huống ngập lụt hay thảm họa ở đô thị, việc cung cấp các phương tiện xử lý phân an toàn thường rất khó khăn. Trong hoàn cảnh đó, nên xem xét các biện pháp chứa phân người như hố xí nâng cao, hố xí có cơ chế tách nước tiểu, thùng chứa chất thải và việc sử dụng các túi nhựa tạm thời có thể phân hủy, cùng với các hệ thống thu gom và xử lý phù hợp. Các biện pháp này cần được hỗ trợ bằng các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh.

5. Kiểm soát các trung gian truyền bệnh

Trung gian truyền bệnh là vật mang theo một căn bệnh và các căn bệnh truyền qua các trung gian là nguyên nhân quan trọng gây ra ốm đau và tử vong trong các tình huống thảm họa. Muỗi là trung gian truyền bệnh sốt rét, một trong những nguyên nhân hàng đầu gây chết người và tử vong ở trẻ em. Muỗi cũng truyền các bệnh khác, như sốt rét vàng da, sốt xuất huyết đeng-gơ (dengue) và sốt xuất huyết. Các loài ruồi không đốt như ruồi nhà, ruồi xanh hay ruồi nhặng, có vai trò chính trong việc truyền bệnh tiêu chảy. Các loài bọ cắn người, như rệp hay bọ chét, gây phiền toái đến mức đau đớn và đôi khi truyền các căn bệnh như sốt phát ban, ghẻ lở hay dịch hạch. Con ve có thể truyền sốt cơn trong khi rận người truyền sốt phát ban hay sốt cơn. Chuột cống và chuột nhắt có thể truyền các bệnh như trùng xoắn móc câu và vi khuẩn san-môn và có thể mang theo các trung gian truyền bệnh khác, ví dụ bọ chét có thể truyền sốt la-sa, dịch hạch hay các chứng viêm nhiễm khác.

Các căn bệnh truyền qua các trung gian có thể kiểm soát được bằng nhiều cách, trong đó có lựa chọn địa điểm thích hợp và cung cấp nơi ở, cấp nước, xử lý phân, quản lý chất thải rắn và nước thải, cung cấp dịch vụ y tế (kể cả vận động cộng đồng và tuyên truyền về sức khỏe), sử dụng các hóa chất, bảo vệ gia đình và cá nhân, và bảo vệ có hiệu quả các kho lương thực, thực phẩm. Bản chất của một căn bệnh truyền qua các trung gian thường là rất phức tạp và xử lý các vấn đề liên quan đến các trung gian truyền bệnh có thể cần sự quan tâm của chuyên gia. Tuy nhiên, có thể làm được nhiều việc để góp phần phòng ngừa sự lan truyền của các căn bệnh này với những biện pháp đơn giản và có hiệu quả, một khi xác định được căn bệnh, các trung gian truyền bệnh và quan hệ của chúng với con người.

Tiêu chuẩn 1 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh: Bảo vệ cá nhân và gia đình

Tất cả dân cư bị ảnh hưởng có kiến thức và phương tiện để bảo vệ mình khỏi các trung gian truyền bệnh và gây phiền toái có thể gây rủi ro đáng kể cho sức khỏe hay cuộc sống của con người.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Nâng cao nhận thức của tất cả dân cư bị ảnh hưởng đang đối mặt với rủi ro mắc bệnh do các trung gian truyền bệnh về các nguyên nhân gây bệnh, cơ chế truyền bệnh và biện pháp phòng ngừa (xem Hướng dẫn 1-5).

- Giúp dân cư bị ảnh hưởng tránh muỗi trong thời kỳ muỗi đốt cao điểm bằng cách sử dụng các phương tiện không gây hại (như màn, nước thơm đuổi muỗi, v.v...) được cung cấp cho họ (xem Hướng dẫn 3).
- Đặc biệt quan tâm đến việc bảo vệ các nhóm người có nguy cơ cao như phụ nữ đang mang thai và cho con bú, trẻ sơ sinh, trẻ em, người già, những người có khó khăn về mặt vận động và người ốm (xem Hướng dẫn 3).
- Thực hiện biện pháp kiểm soát rận người mang theo nguy cơ gây bệnh sốt phát ban hay sốt cơn (xem chú dẫn 4).
- Bảo đảm rằng giường chiếu và quần áo được để ở nơi thông thoáng và được giặt thường xuyên (xem Hướng dẫn 4).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các nhóm dân cư tiếp cận được chỗ ở không ẩn chứa hay khuyến khích sự phát triển của các trung gian truyền bệnh và được bảo vệ bằng các biện pháp kiểm soát các trung gian truyền bệnh thích hợp (xem Hướng dẫn 3-5).
- Tất cả các nhóm dân cư bị rủi ro nhiễm bệnh do các trung gian truyền bệnh hiểu các cơ chế truyền bệnh và có hành động tự bảo vệ mình (xem Hướng dẫn 1-5).
- Tất cả người dân được cung cấp màn chống muỗi được xử lý bằng thuốc chống côn trùng và sử dụng chúng có hiệu quả (xem Hướng dẫn 3).
- Tất cả lương thực, thực phẩm tích trữ ở hộ gia đình được bảo vệ khỏi nhiễm bẩn bởi các các trung gian truyền bệnh như ruồi, côn trùng và chuột (xem Hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. ***Xác định rủi ro nhiễm bệnh do các trung gian truyền bệnh:*** Cần đưa ra quyết định về các biện pháp can thiệp để kiểm soát các trung gian truyền bệnh trên cơ sở nhận định rủi ro gây ra bệnh cũng như các bằng chứng lâm sàng của căn bệnh do các trung gian truyền bệnh. Các yếu tố ảnh hưởng đến rủi ro này bao gồm:
   - Tình hình miễn dịch của dân cư, kể cả lần nhiễm bệnh trước đó, căng thẳng về dinh dưỡng và các căng thẳng tâm lý khác. Sự di chuyển của người dân (ví dụ người tị nạn, người di tản nội địa) từ nơi không có dịch đến nơi có dịch là nguyên nhân phổ biến gây nên dịch bệnh.
   - Loại tác nhân gây bệnh và mức độ rủi ro, ở các trung gian truyền bệnh cũng như ở người.

   - Các loại các trung gian truyền bệnh, hành vi và sinh thái học của chúng.
   - Số lượng các trung gian truyền bệnh (mùa, nơi ủ bệnh, v.v....).
   - Mức độ phơi nhiễm với các trung gian truyền bệnh: độ gần, hình thái định cư, kiểu nhà ở, các biện pháp bảo vệ và phòng ngừa cá nhân, v.v...
2. ***Chỉ số cho các chương trình kiểm soát các trung gian truyền bệnh:*** Các chỉ số thường dùng để đo lường tác động của các hoạt động kiểm soát các trung gian truyền bệnh là tỷ lệ phát sinh bệnh do các trung gian truyền bệnh (từ số liệu dịch tễ học, số liệu dựa vào cộng đồng và các chỉ số thay thế, tùy theo từng hoạt động ứng phó) và số lượng ký sinh trùng (sử dụng bộ công cụ chẩn đoán nhanh hay kính hiển vi).
3. ***Các biện pháp phòng chống sốt rét cá nhân:*** Nếu có rủi ro đáng kể xảy ra sốt rét, thì nên cung cấp một cách có hệ thống và kịp thời các biện pháp bảo vệ, như các vật tư được xử lý bằng thuốc diệt côn trùng, ví dụ lều trại, rèm và màn ngủ. Màn ngủ được tẩm thuốc diệt côn trùng có lợi thế là tạo thêm sự bảo vệ chống lại chấy, rận, rệp, bọ chét, ve và gián. Mặc áo dài tay, sử dụng các loại thuốc xông khói trong nhà, hương vòng, thuốc phun và thuốc chống sâu bọ là những biện pháp bảo vệ có thể sử dụng để chống muỗi. Điều quan trọng sống còn là người sử dụng hiểu tầm quan trọng của việc bảo vệ và sử dụng các công cụ đúng quy cách để các biện pháp bảo vệ có hiệu quả. Ở những nơi mà nguồn lực khan hiếm, nên phân phát những loại thuốc này đến tận tay các cá nhân và nhóm người có rủi ro nhiều nhất, như trẻ em dưới 5 tuổi, phụ nữ có thai.
4. ***Các biện pháp bảo vệ cá nhân đối với các trung gian truyền bệnh khác:*** Vệ sinh cá nhân tốt và thường xuyên giặt quần áo và chăn chiếu là biện pháp bảo vệ hiệu quả nhất chống lại chấy, rận. Có thể kiểm soát được tình trạng nhiễm ký sinh trùng bằng điều trị cá nhân (thoa phấn), giặt đồng loạt hay các chiến dịch diệt chấy rận và các phác đồ điều trị khi người di tản mới đến một khu định cư. Môi trường gia đình sạch sẽ, cùng với việc thu gom rác thải và giữ thức ăn tốt (đã nấu và chưa nấu), sẽ ngăn được chuột, các loài gặm nhấm và côn trùng (như gián) vào trong nhà hay chỗ ở.
5. ***Các căn bệnh truyền qua nước:*** Người dân cần được cung cấp thông tin về các rủi ro đối với sức khỏe và tránh tiếp xúc với nguồn nước ở đó có rủi ro biết trước là sẽ nhiễm bệnh như bệnh sán máng, bệnh trùng xoắn móc câu, bệnh giun (được truyền do tiếp xúc với nước tiểu của các động vật có vú, đặc biệt là chuột – xem Phụ lục 4: Các bệnh liên quan đến nước và phân và các cơ chế truyền bệnh). Các tổ chức có thể cần làm việc với dân cư bị ảnh hưởng để tìm ra các nguồn nước thay thế hay để bảo đảm rằng nước cho tất cả các mục đích sử dụng được xử lý một cách thích hợp.

Tiêu chuẩn 2 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh: Các biện pháp bảo vệ hóa chất, môi trường và vật lý

Môi trường sinh sống của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa không đặt họ trước rủi ro phải tiếp xúc với các các trung gian truyền bệnh gây bệnh và gây phiền toái và những các trung gian truyền bệnh này được khống chế ở mức thấp nhất có thể.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Đưa người dân bị ảnh hưởng đến định cư ở các địa điểm có thể giảm thiểu việc họ phải tiếp xúc với các trung gian truyền bệnh, đặc biệt là muỗi (xem Hướng dẫn 1).
- Phát quang và (hoặc) làm thay đổi những nơi làm tổ hay ủ bệnh của các trung gian truyền bệnh nếu cần thiết (xem Hướng dẫn 2-4).
- Thực hiện biện pháp kiểm soát ruồi rộng khắp ở những nơi định cư có đông dân có nguy cơ hay đã xuất hiện bệnh dịch tả (xem Hướng dẫn 2).
- Cung cấp cho người dân bị bệnh sốt rét các cơ chế tham vấn, để họ được chuẩn đoán và điều trị sớm (xem Hướng dẫn 5).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Mật độ muỗi được khống chế ở mức thấp để tránh rủi ro xảy ra tỷ lệ truyền nhiễm bệnh quá cao (xem Hướng dẫn 4).
- Số lượng ít hơn người dân bị mắc phải các vấn đề về sức khỏe liên quan đến các trung gian truyền bệnh (xem Hướng dẫn 1-5).

Hướng dẫn

1. ***Lựa chọn địa điểm*** có vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu sự tiếp xúc của dân cư bị ảnh hưởng với nguy cơ mắc bệnh do các trung gian truyền bệnh gây ra. Đây phải là một trong những yếu tố then chốt khi xem xét các địa điểm. Ví dụ, để kiểm soát sốt rét, các trại nên được đặt khoảng 1-2km ngược chiều gió cách các điểm muỗi sinh đẻ nhiều, như đầm lầy hay hồ nước, khi có thể tìm nguồn nước sạch khác (xem Tiêu chuẩn chỗ ở và định cư 2, Hướng dẫn 5-9, trang 278-279).
2. ***Kiểm soát các trung gian truyền bệnh về môi trường và hóa chất:*** Có một số biện pháp công nghệ môi trường cơ bản có thể áp dụng để giảm thiểu cơ hội cho các trung gian truyền bệnh sinh trưởng, như xử lý đúng quy cách phân người và phân động vật (xem Phần xử lý phân, trang 115), xử lý rác thải đúng quy cách để kiểm soát ruồi, muỗi và động vật gặm nhấm (xem Phần về quản lý rác thải, trang 128), tiêu thoát nước tù đọng và dọn dẹp các loại cỏ dại bao phủ mặt kênh và ao để kiểm soát muỗi (xem phần về Tiêu thoát nước, trang 132). Các biện pháp y tế môi trường ưu tiên như vậy sẽ có tác dụng phần nào đối với mật độ của một số các trung gian truyền bệnh. Khó có thể tạo ra tác động trọn vẹn đối với tất cả các địa điểm sinh đẻ, ăn, nghỉ của côn trùng trong hoặc gần một khu định cư, ngay cả trong dài hạn, và có thể phải cần đến một số biện pháp kiểm soát bằng hóa chất phù hợp với địa phương hay các biện pháp bảo vệ cá nhân. Ví dụ, việc phun thuốc các địa điểm bị nhiễm côn trùng có thể làm giảm bớt số ruồi đã trưởng thành và góp phần ngăn chặn dịch tả, hoặc có thể góp phần giảm thiểu mức độ nghiêm trọng nếu được thực hiện trong khi dịch bệnh đang diễn ra.
3. ***Thiết kế biện pháp ứng phó:*** Các chương trình kiểm soát các trung gian truyền bệnh có thể không có tác động đối với bệnh nếu chúng nhắm vào một các trung gian truyền bệnh khác, sử dụng các phương pháp không hiệu quả hay nhắm vào đúng loại các trung gian truyền bệnh nhưng không đúng địa điểm hoặc không đúng thời điểm. Lúc đầu, các chương trình kiểm soát cần nhắm vào việc thực hiện các mục tiêu: giảm thiểu mật độ các trung gian truyền bệnh; giảm thiểu mức độ tiếp xúc với các trung gian truyền bệnh và con người; và giảm thiểu các địa điểm sinh đẻ của các trung gian truyền bệnh. Các chương trình được thực hiện không đúng quy cách có thể phản tác dụng. Cần tiến hành nghiên cứu chi tiết và, thông thường, cần có và nên tìm kiếm ý kiến tư vấn chuyên môn từ các tổ chức y tế trong nước và quốc tế. Ngoài ra, cũng cần ý kiến tư vấn tại địa phương về các hình thái bệnh tại địa phương, các địa điểm sinh đẻ của các trung gian truyền bệnh, sự thay đổi theo mùa về số lượng các trung gian truyền bệnh và mức độ xảy ra bệnh, v.v...
4. ***Kiểm soát muỗi trong môi trường:*** Kiểm soát môi trường chủ yếu là để loại trừ các địa điểm sinh đẻ của muỗi. Có ba loại muỗi chính truyền bệnh là loài Culex (bệnh giun chỉ), Anopheles (bệnh sốt rét và giun chỉ) và Aedes (bệnh sốt vàng da và sốt xuất huyết). Muỗi Culex sinh sản ở nguồn nước tù đọng có nhiều tạp chất hữu cơ như phân thải từ nhà xí. Muỗi Anopheles sinh sản ở nguồn nước bề mặt tương đối không ô nhiễm như nguồn nước mưa, suối chảy chậm và giếng nước. Muỗi Aedes sinh đẻ ở các dụng cụ đựng nước như chai lọ, thùng xô, lốp xe, v.v... Có một số ví dụ về việc kiểm soát muỗi môi trường như thoát nước, xây nhà xí thông thoáng và hoạt động tốt, đậy nắp lên các hố xí và thùng đựng nước, và đậy nắp giếng nước và (hoặc) xử lý nước giếng bằng thuốc diệt ấu trùng (ví dụ, ở những nơi có nguy cơ xảy ra dịch sốt suất huyết).
5. ***Điều trị sốt rét:*** Các biện pháp kiểm soát sốt rét nhằm giảm mật độ muỗi nên được thực hiện đồng thời với việc chẩn đoán và điều trị sớm với các loại thuốc kháng sốt rét. Những biện pháp này bao gồm phá bỏ các địa điểm

sinh đẻ, giảm tỷ lệ sống sót hàng ngày của muỗi và hạn chế thói quen đốt người của muỗi. Cần phát động và duy trì các chiến dịch chẩn đoán và điều trị sớm. Phương pháp tiếp cận tổng hợp, kết hợp tích cực phát hiện các trường hợp nhiễm bệnh bằng những người được đào tạo tốt và hoạt động rộng, với việc điều trị với thuốc kháng sốt hiệu nghiệm, thường có kết quả trong việc giảm mức độ bệnh sốt rét nhiều hơn là phát hiện các trường hợp nhiễm bệnh một cách thụ động bằng các dịch vụ y tế trung tâm (xem Các dịch vụ y tế thiết yếu – Tiêu chuẩn 2 về Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, Hướng dẫn 3, trang 340).

Tiêu chuẩn 3 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh: An toàn trong kiểm soát bằng hóa chất

Các biện pháp kiểm soát các trung gian truyền bệnh bằng hóa chất được thực hiện theo hướng bảo đảm rằng các nhân viên, dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và môi trường tại địa phương được bảo vệ tốt và tránh gây ra hiện tượng kháng hóa chất đối với những chất được sử dụng.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Bảo vệ các nhân viên xử lý hóa chất bằng cách tổ chức tập huấn, cung cấp quần áo bảo hộ và các phương tiện tắm rửa và hạn chế số giờ họ phải làm việc với hóa chất (xem Hướng dẫn 1).
- Thông báo cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa về những rủi ro tiềm ẩn của các hóa chất được sử dụng trong việc kiểm soát các trung gian truyền bệnh bằng hóa chất và về thời gian biểu tiến hành công việc. Cung cấp cho người dân các biện pháp bảo vệ trong và sau thời gian sử dụng các chất độc hại hoặc thuốc trừ sâu, theo các quy trình được quốc tế thỏa thuận (xem Hướng dẫn 1).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các tiêu chuẩn và chuẩn mực được quốc tế chấp nhận được tuân thủ trong việc lựa chọn chất lượng, lưu trữ và vận chuyển hóa chất cho việc kiểm soát các trung gian truyền bệnh. Không xảy ra các phản ứng nghịch được báo cáo hay quan sát thấy do những hóa chất kiểm soát các trung gian truyền bệnh gây ra (xem Hướng dẫn 1).
- Tất cả những hóa chất kiểm soát các trung gian truyền bệnh được kiểm kê đầy đủ vào mọi thời điểm (xem Hướng dẫn 1).

Hướng dẫn

1. ***Các quy trình quốc gia và quốc tế:*** Hiện đã có các quy trình và chuẩn mực quốc tế rõ ràng, do Tổ chức Y tế Thế giới ban hành, cần được tuân thủ vào mọi thời điểm. Có các quy trình cho việc lựa chọn cũng như sử dụng hóa chất để kiểm soát các trung gian truyền bệnh, kể cả các yêu cầu về bảo vệ và đào tạo nhân viên. Kiểm soát trung gian truyền bệnh cần giải quyết hai mối quan ngại chủ yếu, đó là tính hiệu nghiệm và sự an toàn. Nếu các chuẩn mực quốc gia về việc lựa chọn hóa chất chưa đáp ứng các tiêu chuẩn quốc tế, đem lại ít hay không đem lại tác động hoặc gây hại cho sức khỏe và sự an toàn, thì tổ chức cần tham khảo ý kiến và vận động cơ quan chức năng quốc gia để được thực hiện các tiêu chuẩn quốc tế.

6. Quản lý chất thải rắn

Quản lý chất thải rắn là một quy trình xử lý và loại bỏ chất thải rắn hữu cơ và độc hại mà, nếu không được quan tâm thích đáng, có thể gây ra rủi ro về sức khỏe cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và có thể gây ra tác động tiêu cực đối với môi trường. Những rủi ro đó có thể bắt nguồn từ sự sinh sản của ruồi, muỗi và các động vật gặm nhấm thường sống và phát triển nhờ rác thải (xem phần về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh, trang 111) và làm ô nhiễm nguồn nước ngầm và nước bề mặt do chúng thấm qua hỗn hợp các loại rác thải dân sinh, y tế và công nghiệp. Rác thải rắn và các đống đổ nát không được thu gom sau thiên tai còn có thể tạo ra một khung cảnh xấu xí và đau thương, do đó làm nản lòng những ai muốn cố gắng cải thiện các mặt khác của sức khỏe môi trường. Sau đó, rác thải sẽ gây ách tắc các kênh nước thải và làm gia tăng nguy cơ ngập lụt, dẫn đến những vấn đề về sức khỏe môi trường gắn liền với nước bề mặt bị ô nhiễm và tù đọng. Những người bới rác, mặc dù có được nguồn thu nhập nhỏ nhoi từ việc gom nhặt các vật liệu có thể tái chế từ những đống rác thải, có thể bị rủi ro nhiễm bệnh từ rác thải bệnh viện trộn lẫn với rác thải dân sinh từ các hộ gia đình.

Tiêu chuẩn 1 về Quản lý chất thải rắn: Thu gom và vứt bỏ

Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có một môi trường không bị nhiễm bẩn vì chất thải rắn vứt bừa bãi, kể cả rác thải y tế, và có các phương tiện để vứt bỏ rác sinh hoạt một cách thuận tiện và có hiệu quả.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thu hút sự tham gia của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa vào việc thiết kế và thực hiện chương trình xử lý chất thải rắn (xem Hướng dẫn 1).
- Tổ chức các chiến dịch thu gom chất thải rắn mang tính định kỳ (xem Hướng dẫn 1).
- Xem xét tiềm năng kinh doanh quy mô nhỏ hay tạo nguồn thu nhập bổ sung từ việc tái chế rác thải (xem Hướng dẫn 3).
- Cùng với dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, cần tổ chức một hệ thống để bảo đảm rằng rác thải sinh hoạt được bỏ vào thùng rác để có thể thu gom thường xuyên để đem đốt hay đem chôn ở những hố rác thải được chỉ định và các loại rác thải y tế và rác độc hại khác được giữ riêng trong suốt dây chuyền xử lý (xem Hướng dẫn 3).
- Chuyển rác thải ra khỏi khu định cư trước khi chúng trở thành rủi ro cho sức khỏe hay gây ra sự phiền toái cho con người (xem Hướng dẫn 2-6).

- Cung cấp các phương tiện bổ sung để thu gom và chứa rác thải cho các hộ gia đình chủ nhà, phản ánh nhu cầu gia tăng về thu gom rác thải trong các tình huống thảm họa.
- Cung cấp các hố, thùng và khu vực đào hố chứa rác thải được phân chia ranh giới rõ ràng và có rào chắn phù hợp ở những nơi công cộng, như chợ búa, khu chế biến cá và khu giết mổ động vật (xem Hướng dẫn 3-6).
- Bảo đảm thường xuyên có sẵn một hệ thống thu gom rác thải (xem Hướng dẫn 3-6).
- Tiến hành vứt bỏ lần cuối các loại chất thải rắn theo cách thức và ở địa điểm có thể tránh tạo ra những vấn đề về sức khỏe và môi trường cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cũng như dân cư địa phương (xem Hướng dẫn 6-7).
- Cung cấp quần áo bảo hộ thích hợp và tiêm phòng uốn ván và viêm gan B cho những nhân viên giúp thu gom và vứt bỏ chất thải rắn và những người tham gia thu gom vật liệu để tái chế (xem Hướng dẫn 7).
- Trong trường hợp cần ưu tiên chôn cất xác chết một cách thích hợp và trang nghiêm, phải phối hợp với các tổ chức có trách nhiệm và các cơ quan chức năng địa phương để làm việc này (xem Hướng dẫn 8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các hộ gia đình tiếp cận được các thùng chứa rác thải và những thùng này được đổ ít nhất hai lần mỗi tuần và được đặt cách hố rác cộng đồng không quá 100m (xem Hướng dẫn 3).
- Tất cả rác thải tạo ra bởi người dân sống trong các khu định cư được chuyển ra khỏi môi trường sống cận kề hàng ngày và ra khỏi môi trường định cư ít nhất hai lần mỗi tuần (xem Hướng dẫn 1-3).
- Cung cấp ít nhất một thùng đựng rác 100 lít cho mỗi 10 hộ gia đình ở những nơi mà rác thải không được chôn tại chỗ (xem Hướng dẫn 3).
- Vứt bỏ rác thải một cách an toàn, có kiểm soát và kịp thời để giảm đến mức thấp nhất rủi ro ô nhiễm rác thải đối với môi trường (xem Hướng dẫn 4-6).
- Tất cả rác thải y tế (kể cả rác thải nguy hiểm như thủy tinh, kim tiêm, bông băng và thuốc) được tách ra và vứt bỏ riêng ở các hố chôn được thiết kế, thi công và vận hành đúng quy cách hay ở lò đốt có hố sâu để chứa tro, và cả hai đều có ranh giới rõ ràng với cơ sở y tế (xem Hướng dẫn 4-7).

Hướng dẫn

1. ***Lập kế hoạch và thực hiện:*** Việc vứt bỏ chất thải rắn cần được lên kế hoạch và thực hiện có tham khảo ý kiến và phối hợp với dân cư bị ảnh hưởng bởi

thảm họa, các tổ chức liên quan và các cơ quan chức năng địa phương. Nên bắt đầu công việc này từ khi bắt đầu hoạt động can thiệp trước khi rác thải trở thành rủi ro lớn đối với sức khỏe của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Tùy theo bối cảnh, cần tổ chức các chiến dịch làm vệ sinh định kỳ, có tham khảo ý kiến với dân cư bị ảnh hưởng và các cơ quan chức năng địa phương.

2. ***Chôn rác thải:*** Nếu rác thải được chôn tại chỗ ở của các hộ gia đình hay ở các hố cộng đồng, hằng ngày rác thải cần được phủ một lớp đất mỏng để tránh việc thu hút các trung gian truyền bệnh như ruồi, muỗi và động vật gặm nhấm và không trở thành nơi sinh đẻ của chúng. Nếu đem vứt bỏ phân và bỉm của trẻ em, thì chúng phải được phủ đất ngay lập tức. Địa điểm vứt bỏ rác thải cần được rào chắn để tránh xảy ra tai nạn và ngăn trẻ em và động vật ra vào. Cần cẩn thận để tránh hiện tượng thấm nước, làm nhiễm bẩn nguồn nước ngầm.

3. ***Loại hình và số lượng chất thải:*** Rác thải ở các khu định cư rất khác nhau về chủng loại và số lượng, tùy theo số lượng và loại hình hoạt động kinh tế, loại thức ăn chính tiêu thụ, và tập quán địa phương về tái chế và (hoặc) xử lý rác thải. Cần đánh giá mức độ rác thải tác động đến sức khỏe của người dân và tiến hành xử lý nếu thấy cần thiết. Rác thải sinh hoạt cần được thu gom và bỏ vào thùng rác để đem vứt bỏ vào hố để chôn lấp hay để đốt. Ở nơi không thể cung cấp thùng rác cho từng hộ gia đình, thì cần cung cấp thùng rác cộng đồng. Cần khuyến khích tái chế rác thải ở cộng đồng, với điều kiện việc này không gây ra rủi ro đáng kể cho sức khỏe của người dân. Cần tránh phân phát những hàng hóa có thể tạo ra khối lượng lớn rác thải do phải đóng gói hay gia công tại chỗ.

4. ***Rác thải y tế:*** Việc quản lý không tốt rác thải y tế đặt người dân, nhân viên y tế và người xử lý rác thải trước nguy cơ bị nhiễm bệnh, bị ảnh hưởng độc hại và bị thương. Trong tình huống thảm họa, các loại rác thải độc hại nhất có thể là các vật sắc nhọn hay không sắc nhọn bị nhiễm bẩn (như bông băng, quần áo vấy máu và các chất hữu cơ như nhau thai, v.v...). Các loại rác thải cần được phân loại tại nguồn. Chất thải không nhiễm bẩn (giấy, tấm bọc bằng chất dẻo, thực phẩm dư thừa, v.v...) có thể đem vứt bỏ như rác thải. Các đồ vật sắc nhọn bị nhiễm bẩn, đặc biệt là kim tiêm và xi ranh đã sử dụng, cần được bỏ vào hộp an toàn ngay sau khi sử dụng. Các hộp an toàn và các rác thải bị nhiễm bẩn khác có thể đem vứt bỏ tại chỗ bằng cách chôn lấp, đốt hoặc bằng các phương pháp an toàn khác (xem Tiêu chuẩn1 về Hệ thống y tế, Hướng dẫn 11, trang 309).

5. ***Rác thải chợ:*** Hầu hết các loại rác thải từ chợ có thể được xử lý như rác thải sinh hoạt. Rác thải từ lò sát sinh và chợ cá có thể cần xử lý và cần có các phương tiện đặc biệt để xử lý các chất thải lỏng và bảo đảm rằng việc giết mổ động vật được thực hiện trong điều kiện vệ sinh tốt và tuân thủ luật pháp địa phương. Thông thường có thể đem vứt bỏ rác thải từ lò sát sinh

vào các hố lớn được che phủ, ở gần lò mổ hay nhà máy chế biến cá. Có thể cho máu, v.v... của cá và động vật chảy từ lò sát sinh và nhà máy chế biến vào hố theo kênh đào được che phủ (bằng cách đó sẽ giảm được việc ruồi muỗi bâu quanh hố). Cần phải cung cấp nước cho mục đích lau rửa.

6. ***Đổ rác có kiểm soát và (hoặc) chôn lấp rác hợp vệ sinh:*** Cần vứt bỏ rác quy mô lớn ở xa nơi dân cư, bằng phương pháp đổ rác có kiểm soát hay chôn lấp hợp vệ sinh. Cách làm này cần phải có đủ diện tích và có thiết bị cơ khí. Lý tưởng ra, rác được đem đổ phải được phủ đất cuối mỗi ngày để ngăn chặn các loài chim/thú ăn thịt đến bới rác và ngăn chặn các trung gian truyền bệnh sinh đẻ.

7. ***Phúc lợi của cán bộ, nhân viên***: Tất cả những người tham gia vào việc thu gom, chuyên chở, xử lý và tái chế rác thải cần được cung cấp các phương tiện bảo hộ, ít nhất là găng tay và lý tưởng là quần áo lao động, ủng và khẩu trang. Khi thấy cần thiết, cần phải tiến hành tiêm phòng uốn ván và viêm gan B. Cần cung cấp nước và xà phòng để rửa tay chân và mặt. Những người phải tiếp xúc với rác thải y tế cần nhận được đầy đủ thông tin về phương pháp bảo quản, chuyên chở và vứt bỏ rác thải đúng quy cách và những rủi ro gắn liền với việc quản lý rác thải không đúng quy cách.

8. ***Quản lý xác chết:*** Việc quản lý và (hoặc) chôn cất xác chết do thiên tai cần được ứng xử một cách thích hợp và trang nghiêm. Việc này thường được giao cho các tổ tìm kiếm và cứu nạn, phối hợp với các cơ quan chức năng của nhà nước và chính quyền địa phương. Việc chôn cất người chết vì bệnh truyền nhiễm cũng cần được xử lý một cách thích hợp, có tham khảo ý kiến và phối hợp với nhà chức trách y tế (xem Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế, Hướng dẫn 12, trang 309). Có thể tham khảo thêm phần Tài liệu tham khảo, để có thêm thông tin về cách thức chôn cất người chết.

7. Tiêu thoát nước

Nước bề mặt ở hoặc gần khu định cư có thể bắt nguồn từ nguồn nước thải ở các hộ gia đình và các điểm cấp nước, nước rò rỉ từ các nhà xí và cống rãnh, nước mưa hay nước lũ dâng. Những rủi ro chính đối với sức khỏe gắn liền với nước bề mặt là sự nhiễm bẩn nguồn nước cấp và môi trường sống, làm hư hỏng nhà xí và chỗ ở, sự sinh đẻ của các trung gian truyền bệnh và rủi ro chết đuối. Nước mưa và nước lũ dâng có thể làm nghiêm trọng thêm tình hình thoát nước ở khu định cư và làm tăng thêm rủi ro nhiễm bẩn. Cần thực hiện một kế hoạch thoát nước thích hợp, xử lý việc thoát nước mưa bằng quy hoạch chung của khu vực và thoát nước thải, sử dụng hệ thống thoát nước tại chỗ và quy mô nhỏ, để giảm rủi ro tiềm ẩn đối với dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Phần này của Sổ tay bàn về các vấn đề và hoạt động thoát nước quy mô nhỏ, thoát nước quy mô lớn thường được quyết định bởi việc chọn địa điểm và hoạt động phát triển ở đó (xem Tiêu chuẩn 2 về Chỗ ở và nơi định cư, Hướng dẫn 5, trang 266).

Tiêu chuẩn 1 về Tiêu thoát nước: Công trình tiêu thoát nước

Người dân có một môi trường sống trong đó những rủi ro đối với sức khỏe của họ và những rủi ro khác gây ra bởi nước xói mòn và nước đọng, trong đó có nước mưa, nước lũ, nước thải dân sinh và nước thải y tế, được giảm thiểu tối đa.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Cung cấp các phương tiện thoát nước thích hợp để các khu có người ở và các điểm phân phát nước không bị đọng nước và nước mưa chảy thoát và được ngăn từ xa (xem Hướng dẫn 1-2, 4-5).
- Tìm kiếm thỏa thuận với dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa về việc xử lý vấn đề thoát nước và cung cấp đủ công cụ thích hợp cho các công trình thoát nước quy mô nhỏ và bảo dưỡng các công trình này nếu cần thiết (xem Hướng dẫn 4).
- Bảo đảm rằng tất cả các điểm cấp nước và các phương tiện rửa tay có hệ thống thoát nước hiệu quả để tránh tình trạng bùn lầy (xem Hướng dẫn 2).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Việc thoát nước ở các điểm cấp nước được lập kế hoạch, xây dựng và bảo dưỡng tốt, bao gồm thoát nước từ khu rửa và tắm cũng như các điểm lấy nước và các phương tiện rửa tay (xem Hướng dẫn 2 và 4).

- Việc thoát nước không gây ô nhiễm cho nguồn nước bề mặt và (hoặc) nước ngầm (xem Hướng dẫn 2-4).
- Các khu nhà ở, lối đi và các phương tiện cấp nước và vệ sinh không bị nước làm ngập lụt hay xói mòn (xem Hướng dẫn 2-4).
- Việc thoát nước không gây ra xói mòn (xem Hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. ***Lựa chọn và quy hoạch địa điểm:*** Cách thức hiệu quả nhất để kiểm soát các vấn đề thoát nước là lựa chọn và bố trí mặt bằng khu định cư (xem Tiêu chuẩn 1-2 về Chỗ ở và nơi định cư, trang 261-266).
2. ***Nước thải:*** Bùn rác hay nước thải sinh hoạt được phân loại thành nước cống rãnh có trộn lẫn với phân người. Trừ phi khu định cư được đặt ở nơi đã có sẵn hệ thống cống rãnh, nước thải sinh hoạt không được để lẫn với phân người. Xử lý nước cống rãnh khó hơn và tốn kém hơn xử lý nước thải sinh hoạt. Ở các điểm lấy nước và khu vực tắm rửa, việc tạo ra những khu vườn nhỏ để sử dụng nước thải nên được khuyến khích, nếu có thể. Cần đặc biệt quan tâm ngăn nước thải chảy vào các khu tắm rửa, làm nhiễm bẩn nguồn nước.
3. ***Thoát nước và vứt bỏ phân người:*** Cần đặc biệt quan tâm bảo vệ các nhà xí và cống rãnh khỏi bị ngập úng, để tránh bị hư hỏng cấu trúc và rò rỉ.
4. ***Tuyên truyền:*** Điều hết sức quan trọng là vận động dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa tham gia vào việc xây dựng các công trình thoát nước quy mô nhỏ, bởi vì họ thường có kiến thức về dòng chảy tự nhiên của nước thoát và vị trí đặt các kênh dẫn. Đồng thời, nếu họ hiểu các rủi ro về sức khỏe và thân thể và hỗ trợ việc xây dựng hệ thống thoát nước, họ sẽ có xu hướng bảo quản hệ thống đó nhiều hơn (xem phần về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh, trang 111). Khi đó, có thể cần cung cấp trợ giúp kỹ thuật và dụng cụ phục vụ việc bảo trì.
5. ***Xử lý nước thải tại chỗ:*** Nếu có thể và nếu có điều kiện tốt về đất, việc thoát nước từ các điểm lấy nước và khu vực tắm rửa nên được đặt tại chỗ chứ không nên chuyển qua các kênh mở bởi những kênh như vậy thường khó bảo quản và thường bị ách tắc. Có thể sử dụng các kỹ thuật đơn giản và rẻ tiền như hố thấm hay trồng chuối để hỗ trợ việc xử lý nước thải tại chỗ. Ở những nơi mà việc xử lý ở xa khu định cư là giải pháp duy nhất khả thi, thì nên xây kênh tiêu hơn là lắp đặt đường ống dẫn. Kênh tiêu nên được thiết kế để tạo tốc độ dòng chảy cho nước thải lúc thời tiết khô ráo cũng như để tải nước khi trời mưa. Ở những nơi mà độ dốc cao hơn 5%, thì cần áp dụng các kỹ thuật xây dựng để ngăn ngừa tình trạng xói mòn quá mức. Việc thải các chất lắng đọng từ bất kỳ quy trình xử lý nước nào cũng cần được kiểm soát cẩn thận để người dân không dùng lại nguồn nước đó và không làm nhiễm bẩn nguồn nước bề mặt cũng như nguồn nước ngầm.

Phụ lục 1

Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh: Danh mục các câu hỏi để đánh giá nhu cầu ban đầu

Danh mục các câu hỏi này chủ yếu được sử dụng để đánh giá nhu cầu, xác định nguồn lực tại chỗ và mô tả điều kiện tại địa phương. Nó không bao hàm các câu hỏi để xác định những nguồn lực cần thêm từ bên ngoài để bổ sung cho những nguồn có thể huy động ngay lập tức và sẵn có tại địa phương.

1. Các vấn đề chung

- Bao nhiêu người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và họ ở những đâu? Hãy phân loại dữ liệu càng chi tiết càng tốt theo giới tính, nhóm tuổi, tình trạng khuyết tật, v.v...
- Đâu là hướng di chuyển có thể xảy ra với dân cư bị ảnh hưởng? Có những yếu tố nào về an ninh đối với dân cư bị ảnh hưởng và đối với các hoạt động cứu trợ tiềm năng?
- Những căn bệnh nào có liên quan đến vệ sinh và nguồn nước hiện đang xảy ra và có thể xảy ra? Đâu là mức độ có thể xảy ra và sự tiến triển dự kiến của các vấn đề?
- Ai là những người chính cần tham khảo ý kiến hay cần tiếp xúc?
- Ai là những người dễ bị tổn thương trong nhóm dân cư và tại sao?
- Hiện có hay không có khả năng tiếp cận bình đẳng cho tất cả mọi người với những phương tiện hiện có, kể cả ở các nơi công cộng, các trung tâm y tế và các trường học?
- Hiện có những rủi ro an ninh đặc biệt nào đối với phụ nữ, trẻ em gái và những người dễ bị tổn thương?
- Người dân đã quen thuộc với những tập quán vệ sinh và sử dụng nước nào trước khi xảy ra thảm họa?
- Đâu là những cơ cấu quyền lực chính thức và không chính thức (ví dụ, các nhà lãnh đạo cộng đồng, các vị bô lão, các nhóm phụ nữ, v.v...)?

- Những quyết định nào được đưa ra ở hộ gia đình và cộng đồng?

2. Khuyến khích thực hành vệ sinh

- Những tập quán vệ sinh và sử dụng nước nào là quen thuộc với người dân trước khi xảy ra thảm họa?
- Những tập quán nào là có hại cho sức khỏe, ai là người thực hành những tập quán này và tại sao?
- Ai là những người còn thực hành hành vi vệ sinh tích cực; điều gì đã tạo điều kiện và thúc đẩy họ tiếp tục thực hành?
- Những điều gì là có lợi và bất lợi của bất kỳ sự thay đổi nào được đề xuất đối với tập quán?
- Đâu là những kênh chính thức và không chính thức hiện có để tuyên truyền và vươn tới các nhóm đối tượng (những người làm công tác y tế cộng đồng, những người đỡ đẻ theo phương pháp truyền thống, những người chữa bệnh theo phương pháp truyền thống, các câu lạc bộ, hợp tác xã, nhà thờ Thiên chúa giáo, nhà thờ Hồi giáo, v.v...)?
- Trong khu vực có cách nào tiếp cận với các phương tiện thông tin đại chúng (đài truyền thanh, đài truyền hình, phương tiện nghe-nhìn, báo chí, v.v...)?
- Trong khu vực có các tổ chức truyền thông địa phương và (hoặc) các tổ chức phi chính phủ nào?
- Tầng lớp nào của dân cư địa phương cần được chú ý (các bà mẹ, trẻ em, các nhà lãnh đạo cộng đồng, những người làm bếp cộng đồng, v.v...)?
- Trong bối cảnh này hệ thống tiếp cận đối tượng nào có thể có hiệu quả (người tình nguyện, các câu lạc bộ sức khỏe, các ủy ban, v.v...) để huy động cộng đồng trong ngắn hạn và trung hạn?
- Đâu là nhu cầu học hỏi của cán bộ, nhân viên và người tình nguyện làm công tác khuyến khích thực hành vệ sinh?
- Hiện có những mặt hàng phi lương thực nào và mặt hàng nào là khẩn cấp nhất theo ý thích và nhu cầu của người dân?
- Các tập quán vệ sinh nào ở các cơ sở y tế (đặc biệt quan trọng trong tình huống có dịch bệnh) có hiệu quả như thế nào?

3. Cung cấp nước

- Đâu là nguồn cấp nước hiện nay và ai là những người đang sử dụng?
- Có bao nhiêu nước cho mỗi người mỗi ngày?

- Tần suất cấp nước hằng ngày, hàng tuần là bao nhiêu?
- Nước tại nguồn có đủ để đáp ứng nhu cầu ngắn hạn và dài hạn của tất cả các nhóm dân cư?
- Các điểm lấy nước có đủ gần nơi người dân sinh sống? Các điểm này có an toàn không?
- Nguồn cấp nước hiện nay có đáng tin cậy không? Nó có thể kéo dài trong bao lâu?
- Người dân có đủ số thùng đựng nước với kích cỡ và kiểu cách hợp lý không?
- Nguồn nước có bị nhiễm bẩn hay có rủi ro bị nhiễm bẩn (vi sinh, hóa chất hay bức xạ) hay không?
- Hiện có sẵn hệ thống xử lý nước hay không? Việc xử lý nước có cần không? Xử lý nước có khả thi không? Phương pháp xử lý nào là cần thiết?
- Biện pháp khử trùng nào là cần thiết, ngay cả khi nguồn cấp nước không bị nhiễm bẩn?
- Có nguồn nước nào khác gần đó hay không?
- Có trở ngại nào đối với việc sử dụng nguồn cấp nước hiện có hay không?
- Có thể di chuyển dân cư đi chỗ khác nếu nguồn cấp nước không thể sử dụng được?
- Có thể chuyển nước đến bằng xe bồn nếu nguồn nước không thể sử dụng được?
- Những vấn đề chủ yếu nào có liên quan đến việc cấp nước?
- Người dân có phương tiện để sử dụng nước một cách hợp vệ sinh không?
- Trong trường hợp có di tản dân cư ở nông thôn, đâu là nguồn nước thường dùng cho gia súc?
- Liệu sẽ có tác động đến môi trường do các biện pháp can thiệp về cấp nước, hút nước đến cạn kiệt và sử dụng nguồn nước?
- Những người nào khác hiện đang sử dụng nguồn nước? Liệu có rủi ro xảy ra xung đột nếu nguồn nước được sử dụng cho các nhóm dân cư mới đến?

4. Xử lý phân

- Đâu là tập quán đi ngoài hiện nay? Nếu đấy là đi ngoài ở khoảng trống, có khu vực được chỉ định hay không? Khu vực đó có an ninh không?
- Hiện có những tín ngưỡng và tập quán nào, kể cả các tập quán về giới, về việc xử lý phân?

- Hiện có phương tiện nào không? Nếu có, các phương tiện có được sử dụng không, có đủ phương tiện không, chúng có vận hành tốt không? Chúng có mở rộng hay chỉnh sửa được không?
- Tập quán đi ngoài hiện nay có đe dọa các nguồn cấp nước (nước mặt hay nước ngầm) hay đe dọa khu vực định cư và đối với môi trường nói chung?
- Người dân có rửa tay sau khi đi ngoài và trước khi chế biến thức ăn và trước khi ăn? Có sẵn xà phòng hay các vật liệu rửa tay khác hay không?
- Người dân có quen với việc xây dựng và sử dụng nhà vệ sinh không?
- Ở địa phương có sẵn vật liệu nào để xây dựng nhà vệ sinh?
- Người dân có sẵn sàng sử dụng hố xí, nhà xí theo kiểu giao thông hào hay khu vực đi ngoài, v.v...?
- Có đủ diện tích để xây nhà vệ sinh, khu đi ngoài, hố xí, v.v... không?
- Địa hình có độ dốc bao nhiêu?
- Mực nước ngầm là bao nhiêu?
- Điều kiện nền đất có thích hợp cho việc xử lý phân tại chỗ hay không?
- Những sắp xếp hiện nay cho việc xử lý phân có khuyến khích các trung gian truyền bệnh?
- Có sẵn vật liệu hay nước để rửa hậu môn không? Người dân thường vứt bỏ các loại vật liệu này như thế nào?
- Phụ nữ xử lý các vấn đề về kinh nguyệt như thế nào? Có vật liệu nào hay phương tiện nào thích hợp cho công việc này không?
- Có sẵn phương tiện hay thiết bị cụ thể nào cho người khuyết tật hay người sử dụng phương tiện y tế để đi lại có thể tiếp cận các phương tiện vệ sinh?
- Có vấn đề môi trường nào cần phải xem xét hay không?

5. Các bệnh lây lan qua các trung gian truyền bệnh

- Những rủi ro nào có thể gây ra các căn bệnh lây truyền qua các trung gian truyền bệnh và những rủi ro này nghiêm trọng đến mức độ nào?
- Có tín ngưỡng hay tập quán truyền thống nào liên quan đến các trung gian truyền bệnh và bệnh lây truyền qua các trung gian truyền bệnh (ví dụ, niềm tin rằng sốt rét do nguồn nước bẩn gây ra)? Có tín ngưỡng hay tập quán nào là hữu ích hay gây hại?
- Nếu rủi ro xảy ra bệnh ở mức cao, những người đứng trước rủi ro mắc bệnh có tiếp cận được các biện pháp bảo vệ cá nhân?

- Liệu có tạo ra những thay đổi đối với môi trường địa phương (bằng cách thoát nước, phát quang bụi rậm, xử lý phân người, xử lý bùn cống, v.v...) để ngăn ngừa các trung gian truyền bệnh sinh đẻ?
- Có cần phải kiểm soát các trung gian truyền bệnh bằng hóa chất không? Hiện có chương trình, quy chế hay nguồn lực nào để kiểm soát các trung gian truyền bệnh và sử dụng hóa chất?
- Cần cung cấp những thông tin và biện pháp an toàn nào cho các hộ gia đình?

6. Quản lý chất thải rắn

- Việc thu gom chất thải rắn có khó khăn hay không?
- Người dân vứt bỏ rác thải của họ như thế nào? Ở địa phương có loại rác thải nào và khối lượng bao nhiêu?
- Rác thải có thể vứt bỏ tại chỗ không? Có cần thu gom và vứt bỏ rác thải ở nơi khác không?
- Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có những tập quán thông thường nào để vứt bỏ rác thải (hố chôn rác thải và (hoặc) làm phân bón, hệ thống thu gom, thùng chứa, v.v...)?
- Có hoạt động hay cơ sở y tế nào tạo ra rác thải không? Loại rác thải này được vứt bỏ như thế nào? Ai chịu trách nhiệm về công việc này?
- Bông băng kinh nguyệt được vứt bỏ ở đâu và việc vứt bỏ này có kín đáo và hiệu quả không?
- Những biện pháp vứt bỏ rác thải hiện nay có tác động gì đối với môi trường?

7. Tiêu thoát nước

- Có vấn đề thoát nước nào không, ví dụ gây ngập úng chỗ ở hay ngập úng nhà vệ sinh, tạo ra chỗ sinh đẻ cho các trung gian truyền bệnh, nguồn nước ô nhiễm làm nhiễm bẩn khu định cư hay nguồn cấp nước?
- Khu đất có dễ bị ngập úng không?
- Người dân có phương tiện để bảo vệ chỗ ở và nhà vệ sinh của họ khỏi tình trạng ngập lụt cục bộ không?
- Các điểm lấy nước và khu tắm rửa có được thoát nước tốt hay không?

Phụ lục 2

Khối lượng nước tối thiểu cho các cơ sở cứu trợ và cho các mục đích sử dụng khác

Trung tâm y tế và bệnh viện	5 lít cho mỗi bệnh nhân ngoại trú 40-60 lít cho mỗi bệnh nhân nội trú mỗi ngày Có thể cần thêm nước cho các thiết bị giặt, nhà vệ sinh có bộ phận xối nước, v.v...
Trung tâm điều trị tiêu chảy	60 lít/bệnh nhân/ngày 15 lít/người chăm sóc/ngày
Trung tâm chăm sóc bệnh tật	30 lít/bệnh nhân nội trú/ngày 15 lít/người chăm sóc/ngày
Các trung tâm đón tiếp/ chuyển tiếp	15 lít/người/ngày nếu ở quá 1 ngày 3 lít/người/ngày nếu chỉ ở vào ban ngày
Trường học	3 lít/học sinh/ngày để uống và rửa tay (Không tính nước sử dụng cho nhà vệ sinh: xem Nhà vệ sinh công cộng dưới đây)
Nhà thờ Hồi giáo	2-5 lít/người/ngày để rửa tay và uống
Nhà vệ sinh công cộng	1-2 lít/người sử dụng/ngày để rửa tay 2-8 lít/phòng nhỏ/ngày để rửa nhà vệ sinh
Nhà vệ sinh có bộ phận xối nước	20-40 lít/người sử dụng/ngày cho nhà vệ sinh có bộ phận xối nước thông thường được nối với ống thoát 3-5 lít/người sử dụng/ngày cho nhà vệ sinh phải xối nước bằng tay
Rửa hậu môn	1-2 lít/người/ngày
Nước uống cho gia súc	20-30 lít/con lớn hay con vừa/ngày 5 lít/con nhỏ/ngày

Phụ lục 3

Số lượng tối thiểu nhà vệ sinh ở nơi công cộng và các cơ sở cứu trợ trong tình huống thảm họa

Tổ chức	Ngắn hạn	Dài hạn
Khu chợ	1 nhà vệ sinh/50 quầy hàng	1 nhà vệ sinh/20 quầy hàng
Bệnh viện/trung tâm y tế	1 nhà vệ sinh/20 giường bệnh hay 50 bệnh nhân ngoại trú	1 nhà vệ sinh/20 giường bệnh hay 20 bệnh nhân ngoại trú
Trung tâm nuôi dưỡng	1 nhà vệ sinh/50 người lớn 1 nhà vệ sinh/20 trẻ em	1 nhà vệ sinh/20 người lớn 1 nhà vệ sinh/10 trẻ em
Trung tâm đón tiếp/ chuyển tiếp	1 nhà vệ sinh/50 cá nhân; với tỷ lệ 3:1 cho phụ nữ so với nam giới	
Trường học	1 nhà vệ sinh/30 em gái 1 nhà vệ sinh/60 em trai	1 nhà vệ sinh/30 em gái 1 nhà vệ sinh/60 em trai
Văn phòng		1 nhà vệ sinh/20 cán bộ, nhân viên

Nguồn: Trích từ Harvey, Baghri và Reed (2002)

Phụ lục 4

Những bệnh liên quan đến nguồn nước và phân người và cơ chế truyền bệnh

Truyền theo đường nước hay trôi theo nước	Bệnh tả, bệnh tiêu chảy do vi khuẩn shigella, tiêu chảy, bệnh vi khuẩn san-môn, v.v... Thương hàn, phó thương hàn, v.v... Bệnh lỵ do sán amíp, nhiễm khuẩn giardias Viêm gan A, sốt bại liệt, tiêu chảy cấp do rotavirus, tiêu chảy	**Do khuẩn truyền từ phân qua miệng** **Truyền từ phân qua miệng nhưng không do khuẩn**	Nước nhiễm bẩn Làm vệ sinh môi trường kém Làm vệ sinh cá nhân kém Nhiễm bẩn lương thực, thực phẩm
Trôi theo nước hay khan hiếm nước	Viêm nhiễm da và mắt Sốt phát ban và sốt cơn do chấy rận		Nguồn nước không phù hợp Làm vệ sinh cá nhân kém
Giun sán liên quan đến phân người	Giun đũa, giun móc, giun kim, v.v...	**Bệnh giun sán truyền qua đất**	Đi đại tiện ngoài trời Nhiễm bẩn đất
Sán sơ mít ở thịt bò và thịt lợn	Nhiễm sán giây	**Từ động vật sang người**	Thức ăn chưa nấu chín Nhiễm bẩn đất

Dựa vào nước	Bệnh sán máng, bệnh giun Guinea, bệnh sán lá gan nhỏ, v.v...	**Ở lâu trong nguồn nước bị nhiễm khuẩn**	Nhiễm bẩn nước
Trung gian truyền bệnh côn trùng liên quan đến nước	Sốt rét, sốt đeng-gơ, bệnh ngủ, bệnh giun chỉ, v.v...	**Do ruồi, muỗi đốt**	Đốt gần nước Sinh đẻ gần nước
Trung gian truyền bệnh côn trùng liên quan đến phân người	Tiêu chảy, kiết lỵ	**Truyền qua ruồi và gián**	Môi trường bẩn

Phụ lục 5

Những hoạt động tối thiểu về vệ sinh, làm vệ sinh và cách ly cho các trung tâm điều trị bệnh tả (CTC)

Các nguyên tắc thiết yếu mà tất cả các cơ sở y tế và trung tâm điều trị bệnh tả (CTC) phải tuân thủ:

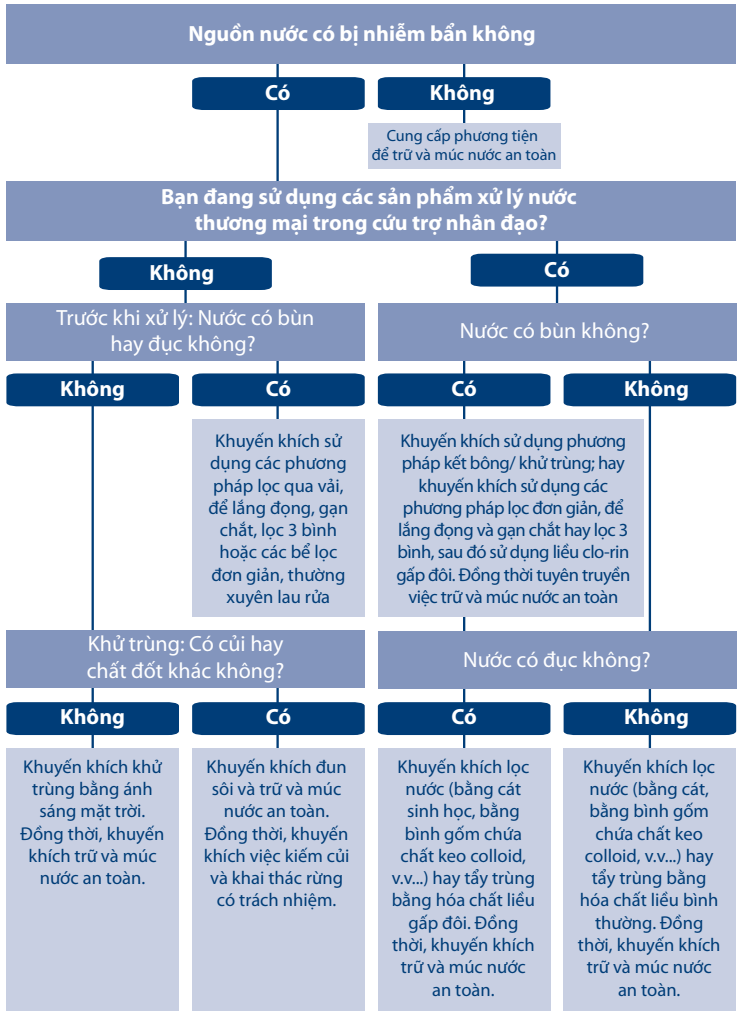
1. Cách ly các trường hợp nghiêm trọng
2. Phải có dụng cụ để đựng tất cả các loại phân và chất nôn mửa
3. Phân công 1 người chăm sóc 1 bệnh nhân
4. Rửa tay bằng nước được khử trùng bằng clo-rin
5. Tất cả các sàn nhà phải rửa được
6. Khử trùng chân trước khi rời trung tâm
7. Khử trùng quần áo của những người bị nhiễm bệnh trước khi rời trung tâm (bằng cách đun sôi hay tẩy trùng)
8. Thường xuyên lau sàn nhà và tất cả các khu vực của trung tâm
9. Cung cấp nhà vệ sinh và nhà tắm riêng cho bệnh nhân và người chăm sóc
10. Nấu ăn ở ngay trong trung tâm. Nếu đem thức ăn từ bên ngoài vào, thức ăn phải được lấy ra khỏi dụng cụ đựng thức ăn ngay từ cửa ra vào để dụng cụ đựng không đem vi khuẩn gây bệnh (vibrio) ra khỏi trung tâm sau khi sử dụng
11. Tiếp tục theo dõi gia đình và người nhà của bệnh nhân, bảo đảm không xảy ra các trường hợp nhiễm bệnh khác. Khử trùng nhà cửa và cung cấp thông tin về vấn đề vệ sinh
12. Nếu người dân đến trung tâm bằng phương tiện giao thông công cộng, phải khử trùng phương tiện đó
13. Phải có dụng cụ để đựng và xử lý ngay trong khu cách ly tất cả các chất thấm ra từ nước mưa và nước thải
14. Xử lý rác thải ngay trong trong khu cách ly

Các dung dịch clo-rin cho CTC

Clo-rin % cho các mục đích sử dụng khác nhau	Dung dịch 2%	Dung dịch 0,2%	Dung dịch 0,05%
	Rác thải và phân Xác chết	Sàn nhà Giường chiếu/đồ dùng Chậu rửa chân Quần áo	Tay Da

Phụ lục 6

Cơ chế ra quyết định về trữ và xử lý nước ở hộ gia đình



Tài liệu tham khảo

Nguồn

Các công cụ luật pháp quốc tế

Quyền về nước (Điều 11 và 12 của Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, xã hội và văn hóa, CESCR, Ý kiến bình luận chung số 15, ngày 26/11/2002. UN Doc. E/C.12/2002/11. Committeeon Economic, Social and Cultural Rights.

Các vấn đề chung

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

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

Tổ chức Thầy thuốc không biên giới (1994), Public Health Engineering in Emergency

Situations. First Edition. Paris.

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

Điều tra vệ sinh

Điều tra địa chất Anh quốc (2001), ARGOSS manual. London. www.bgs.ac.uk

Vấn đề giới

IASC (không có ngày), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook.Geneva. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

Khuyến khích thực hành vệ sinh

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

Ferron, S, Morgan, J và O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical

Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing. UK. Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project.

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

Cấp nước

Tổ chức Hành động chống nạn đói (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. Paris.www.actioncontrelafaim.org/english/.

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

Nhu cầu về nước để bảo đảm an ninh lương thực

Tổ chức Nông – Lương LHQ (FAO). www.fao.org/nr/water/index.html

Nhu cầu về nước cho gia súc

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical

Action Publishing. UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Chất lượng nước

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

Kế hoạch an toàn nước

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

Xử lý phân

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

Kiểm soát các trung gian truyền bệnh

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

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

Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for

Relief Organisations. Oxfam GB.

Rác thải

Trung tâm công nghệ thích hợp CPT (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org.

Hiệp hội rác thải quốc tế. www.iswa.org.

Quản lý xác chết

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Note for Emergencies No.8. Geneva. http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf.

Rác thải y tế

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

Tiêu thoát nước

Cơ quan bảo vệ môi trường (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Waste water Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

Tài liệu đọc thêm

Các vấn đề chung

WHO và Tổ chức y tế toàn châu Mỹ (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en

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

Xử lý phân người

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

Kiểm soát các trung gian truyền bệnh

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

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

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

Quản lý xác chết

PAHO và WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations. Disaster Manuals and Guidelines Series, No. 5. Washington DC. www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

Rác thải y tế

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva. WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org.

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org.

Khuyết tật và tình trạng dễ bị tổn thương chung

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

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK.www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf.

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

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về An ninh lương thực và dinh dưỡng

Sử dụng chương này như thế nào

Chương này được chia thành bốn phần như sau:

Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng

Chế độ nuôi dưỡng của trẻ thơ và trẻ nhỏ

Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng

An ninh lương thực

Phần thứ tư, an ninh lương thực, được chia nhỏ thành ba phần: An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực; An ninh lương thực - hỗ trợ mặt và phiếu mua hàng; và An ninh lương thực – các hoạt động sinh kế.

Các Nguyên tắc Bảo vệ và các Tiêu chuẩn Cốt lõi phải được sử dụng thống nhất trong chương này.

Mặc dù chủ yếu nhằm cung cấp thông tin cho hoạt động ứng phó nhân đạo đối với thảm họa, nhưng các Tiêu chuẩn tối thiểu cũng có thể được xem xét trong phòng ngừa thảm họa và trong quá trình chuyển tiếp sang các hoạt động phục hồi.

Mỗi phần đều có những nội dung sau:

- **Các Tiêu chuẩn tối thiểu:** Về bản chất, đây là những tiêu chuẩn định tính và nêu cụ thể mức độ tối thiểu cần đạt được trong hoạt động cứu trợ nhân đạo về việc cung cấp lương thực và dinh dưỡng.
- **Các hành động chính:** Đây là những hoạt động và đầu vào được gợi ý để thực hiện các tiêu chuẩn.
- **Các chỉ số chính:** Đây là những "dấu hiệu" cho thấy một tiêu chuẩn đã được thực hiện hay chưa. Chúng cung cấp cách thức để đo lường và chuyển tải các quy trình và kết quả từ những hành động chính; chúng liên quan đến các Tiêu chuẩn tối thiểu, chứ không liên quan đến các hành động chính.
- **Các hướng dẫn:** Đây là những điểm cụ thể cần tính đến khi áp dụng các Tiêu chuẩn tối thiểu, hành động chính và chỉ số chính vào những tình huống khác nhau. Chúng hướng dẫn việc xử lý các khó khăn, điểm mốc thực tiễn hay gợi ý về các vấn đề ưu tiên. Chúng cũng bao hàm những vấn đề quan trọng liên quan đến các tiêu chuẩn, hoạt động hay chỉ số, và mô tả những tình huống nan giải, những vấn đề dễ gây tranh cãi hay bất cập về tri thức hiện có.

Nếu không thể đáp ứng các chỉ số và hành động chính, thì cần phải thẩm định những ảnh hưởng tiêu cực đối với dân cư bị ảnh hưởng và thực hiện những hành động thích hợp để giảm nhẹ những tác động đó.

Phần phụ lục bao gồm một danh mục các vấn đề để đánh giá, hướng dẫn việc đo lường tình trạng thiếu dinh dưỡng cấp và quyết định ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng và các yêu cầu về dinh dưỡng. Cuối cùng là danh mục các tài liệu tham khảo chọn lọc nêu nguồn tư liệu về các vấn đề chung cũng như các vấn đề mang tính kỹ thuật cụ thể, và được chia thành nguồn tư liệu tham khảo và các tài liệu đọc thêm.

Mục lục

Giới thiệu 146

1. Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng 153
2. Chế độ nuôi dưỡng trẻ thơ và trẻ nhỏ 162
3. Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng 169
4. An ninh lương thực 181
   - 4.1. An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực 185
   - 4.2. An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng 208
   - 4.3. An ninh lương thực – các sinh kế 213

Phụ lục 1: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình an ninh lương thực và sinh kế 224

Phụ lục 2: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình an ninh hạt giống 226

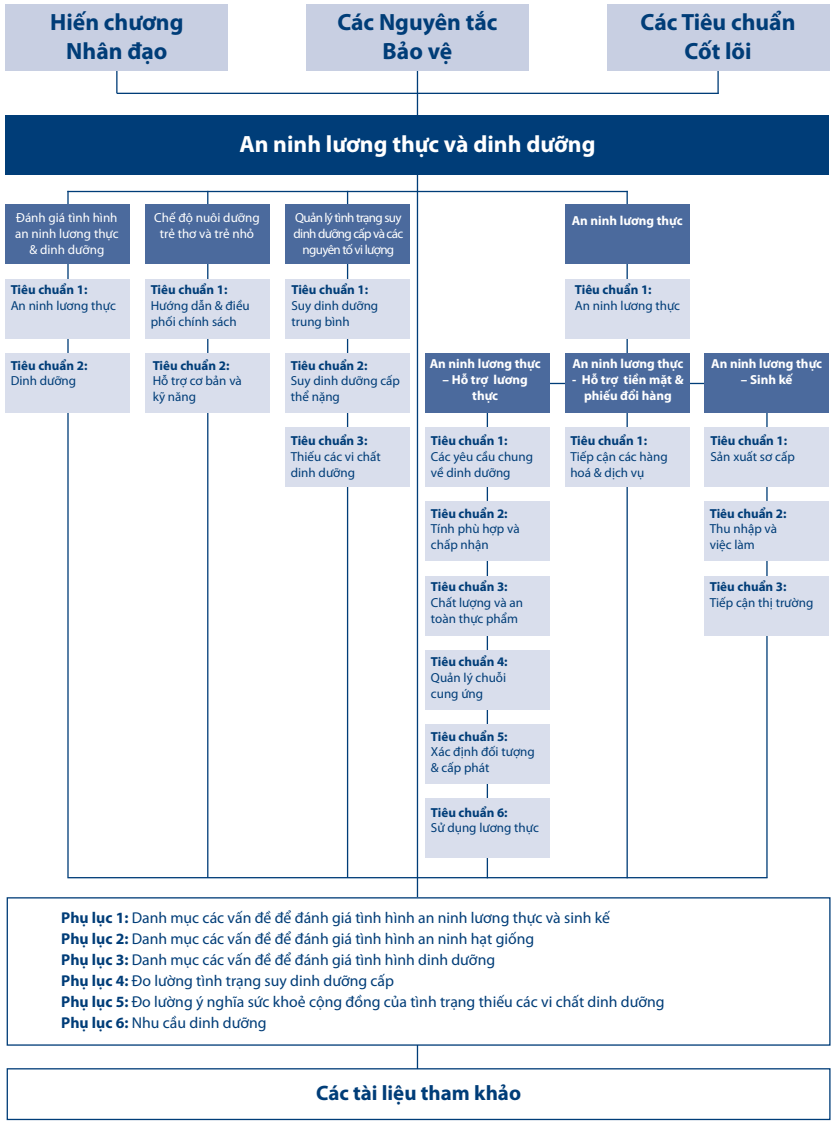
Phụ lục 3: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình dinh dưỡng 228

Phụ lục 4: Đo lường tình trạng suy dinh dưỡng cấp 231

Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng 236

Phụ lục 6: Các yêu cầu về dinh dưỡng 239

Các tài liệu tham khảo 243



Giới thiệu

Mối liên kết với Hiến chương Nhân đạo và luật pháp quốc tế

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về An ninh lương thực và dinh dưỡng là cách thể hiện thiết thực về niềm tin và cam kết mà các tổ chức nhân đạo cùng chia sẻ và là các nguyên tắc, quyền và nghĩa vụ chung chỉ đạo hành động nhân đạo được nêu ra tại Hiến chương Nhân đạo. Với nền tảng là các nguyên tắc nhân đạo và được thể hiện qua luật pháp quốc tế, các nguyên tắc này bao gồm quyền được sống có nhân phẩm, quyền được bảo vệ và an ninh, và quyền được tiếp nhận trợ giúp nhân đạo theo nhu cầu. Ở Phụ lục 1 có danh mục các văn bản pháp lý và chính sách làm cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo (xem trang 378), với lời giải thích cho những người làm công tác nhân đạo.

Mặc dù Nhà nước là bên có nghĩa vụ chính về các quyền nêu trên, nhưng các tổ chức nhân đạo có trách nhiệm làm việc với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa theo cách thức phù hợp với các quyền đó. Những quyền bao quát này dẫn đến những quyền cụ thể hơn, trong đó có quyền tham gia, quyền tiếp cận thông tin và không bị phân biệt đối xử; đó là những quyền tạo cơ sở cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng như các quyền cụ thể về tiếp cận nước sạch, vệ sinh, lương thực, chỗ ở và sức khỏe làm cơ sở cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng như các Tiêu chuẩn tối thiểu trong Sổ tay này.

Mọi người có quyền được tiếp cận lương thực đầy đủ. Quyền này được công nhận tại các công cụ luật pháp quốc tế và bao hàm quyền không bị bỏ đói. Khi các cá nhân hoặc các nhóm dân cư, vì lý do nằm ngoài khả năng kiểm soát của họ, không thể được hưởng quyền được tiếp cận lương thực đầy đủ bằng các phương tiện họ có thì Nhà nước có nghĩa vụ trực tiếp bảo đảm quyền đó cho họ. Quyền được tiếp cận lương thực hàm ý những nghĩa vụ sau đây của Nhà nước:

- "Tôn trọng khả năng tiếp cận đầy đủ lương thực hiện có" đòi hỏi các cơ quan Nhà nước không thực hiện bất kỳ biện pháp nào có thể dẫn đến việc cản trở khả năng tiếp cận đó.
- "Bảo vệ" đòi hỏi Nhà nước phải có các biện pháp để bảo đảm rằng các doanh nghiệp hay cá nhân không tước đoạt khả năng của các cá nhân được tiếp cận đầy đủ lương thực.
- "Thực hiện đầy đủ" (tạo điều kiện) có nghĩa là Nhà nước phải tích cực tham gia vào các hoạt động nhằm tăng cường khả năng của người dân được tiếp cận và sử dụng các nguồn lực và phương tiện để bảo đảm các sinh kế của họ, kể cả an ninh lương thực.

Trong trường hợp xảy ra thảm họa, Nhà nước cần cung cấp lương thực cho những người có nhu cầu hay có thể yêu cầu sự trợ giúp quốc tế nếu Nhà nước không có đủ nguồn lực. Nhà nước cũng cần tạo điều kiện cho người dân tiếp cận sự trợ giúp quốc tế một cách an toàn và không bị ngăn cản.

Các Công ước và Nghị định thư Giơ-ne-vơ bao gồm quyền được tiếp cận lương thực trong tình huống xung đột vũ trang và chiếm đóng. Các văn kiện này cấm việc bỏ đói thường dân như là một biện pháp chiến tranh, cũng như cấm tấn công, phá hủy, vứt bỏ và làm mất tác dụng các loại lương thực, các vùng nông nghiệp để sản xuất lương thực, mùa màng, gia súc, các công trình và thiết bị cấp nước uống và các công trình thủy lợi. Khi một Nhà nước chiếm đóng một nước khác bằng bạo lực, luật pháp nhân đạo quốc tế buộc lực lượng chiếm đóng phải bảo đảm đủ lương thực cho dân cư và mang lại nguồn cung cấp lương thực cần thiết nếu nguồn lực của lãnh thổ bị chiếm đóng không đủ. Nhà nước cần có mọi nỗ lực để bảo đảm rằng người tị nạn và những người di tản nội địa khác luôn có đủ lương thực.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu trong chương này phản ánh nội dung cốt lõi của quyền có lương thực và góp phần từng bước thực hiện quyền này trên toàn cầu.

Tầm quan trọng của An ninh lương thực và dinh dưỡng trong tình huống thảm họa

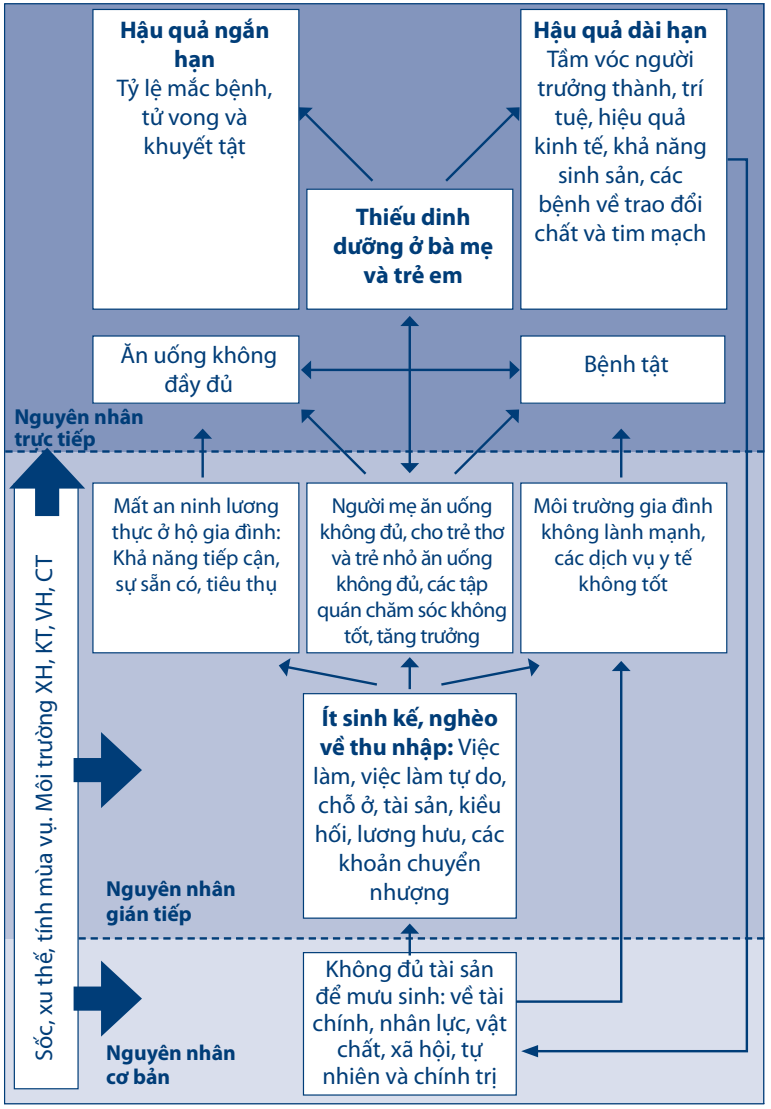
Khả năng tiếp cận lương thực và việc duy trì tình trạng đủ dinh dưỡng là những yếu tố quyết định sự sinh tồn của người dân trong tình huống thảm họa (xem vị trí của Sphere trong hoạt động nhân đạo, trang 9). Thường thường dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa đã ở trong tình trạng thiếu dinh dưỡng khi thảm họa xảy ra. Thiếu dinh dưỡng là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong một cách trực tiếp hay gián tiếp.

Nguyên nhân gây ra thiếu dinh dưỡng rất phức tạp. Khung logic (xem trang 149) là công cụ phân tích cho thấy mối quan hệ qua lại giữa các yếu tố góp phần gây nên thiếu dinh dưỡng. Những nguyên nhân trực tiếp là bệnh tật và (hoặc) lượng thức ăn tiêu thụ không đầy đủ, do nghèo đói, mất an ninh lương thực ở hộ gia đình, các tập quán chăm sóc không phù hợp ở gia đình cũng như ở cộng đồng, chất lượng nước kém, vệ sinh kém, không được tiếp cận đủ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Những thảm họa (như bão, động đất, lũ lụt, xung đột và hạn hán) đều trực tiếp ảnh hưởng lớn đến nguyên nhân quan trọng của tình trạng thiếu dinh dưỡng. Mức độ dễ bị tổn thương của một gia đình hay cộng đồng quyết định khả năng đối phó với sự phơi nhiễm trước những cú sốc này. Khả năng quản lý những rủi ro liên quan được quyết định chủ yếu bởi đặc tính của mỗi gia đình hay cộng đồng, đặc biệt là số lượng tài sản, các biện pháp đối phó và sinh kế mà gia đình hay cộng đồng đó theo đuổi.

Chương này có sử dụng các khái niệm sau:

- *An ninh lương thực* có được khi tất cả mọi người dân và vào mọi thời điểm được tiếp cận về vật chất, xã hội và kinh tế với lương thực đầy đủ, an toàn và có chất dinh dưỡng để đáp ứng nhu cầu bữa ăn và sở thích về thức ăn cho một cuộc sống tích cực và lành mạnh. Trong khuôn khổ định nghĩa này về an ninh lương thực, có ba yếu tố cấu thành:
  - *Sự sẵn có* đề cập tới số lượng, chất lượng và mùa vụ của nguồn cung ứng lương thực tại nơi bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Nó bao gồm nguồn sản xuất tại địa phương (nông nghiệp, chăn nuôi, ngư nghiệp, thức ăn hoang dã) và các loại lương thực do thương nhân nhập khẩu (các biện pháp can thiệp của chính phủ và các tổ chức cứu trợ). Thị trường địa phương có khả năng cung cấp lương thực là yếu tố quyết định sự sẵn có.
  - *Khả năng tiếp cận* đề cập tới năng lực của hộ gia đình mua đủ lương thực một cách an toàn để thỏa mãn nhu cầu dinh dưỡng của tất cả các thành viên trong gia đình. Nó đo lường khả năng của hộ gia đình có thể có được nguồn lương thực sẵn có thông qua sự kết hợp giữa sản xuất và tích trữ tại gia đình, mua sắm, đổi chác, tặng phẩm, vay mượn hoặc được hỗ trợ bằng lương thực, tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng.
  - *Sử dụng* đề cập tới việc một hộ gia đình sử dụng lương thực mà hộ đó có khả năng tiếp cận, trong đó có việc tích trữ, chế biến, nấu nướng và phân phát trong gia đình. Nó cũng là khả năng hấp thụ và chuyển hóa các chất dinh dưỡng của một cá nhân, có thể bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh tật và suy dinh dưỡng.
- *Sinh kế* bao gồm năng lực, tài sản (trong đó có các nguồn lực về tự nhiên, vật chất và xã hội) và các hoạt động mà một hộ gia đình áp dụng để tồn tại và sinh sống trong tương lai. Sinh kế là các phương tiện hay hoạt động thực tế qua đó người dân sử dụng các tài sản của mình để có nguồn thu nhập và thực hiện các mục tiêu khác của sinh kế. Các biện pháp đối phó được định nghĩa là các biện pháp ứng phó mang tính tạm thời bị bắt buộc áp dụng bởi tình trạng mất an ninh lương thực. Sinh kế của một hộ gia đình được bảo đảm khi gia đình đó có thể đối phó với và phục hồi sau các cú sốc, duy trì hay nâng cao năng lực cũng như các tài sản sản xuất của mình.
- *Dinh dưỡng* là thuật ngữ rộng để cập tới các quy trình liên quan đến việc ăn, tiêu hóa và sử dụng thức ăn bởi cơ thể để tăng trưởng và phát triển, sinh sản, hoạt động thể chất và duy trì sức khỏe. Thuật ngữ "suy dinh dưỡng" về mặt kỹ thuật bao gồm thiếu dinh dưỡng và thừa dinh dưỡng. Thiếu dinh dưỡng bao hàm một loạt điều kiện, kể cả suy dinh dưỡng cấp, suy dinh dưỡng mạn tính và thiếu các vi chất dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng cấp nói về tình trạng còi cọc (gầy còm) và (hoặc) phù nề dinh dưỡng, còn suy dinh dưỡng mạn tính nói về tình trạng thấp còi (thiếu chiều cao). Thấp còi và gầy còm là hai hình thái của sự trục trặc về tăng trưởng. Trong chương này, chúng tôi nói đến thiếu dinh dưỡng, nhấn mạnh đặc biệt tới hình thái đặc trưng của suy dinh dưỡng cấp tính.

Khung lo-gic về các nguyên nhân gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng:



Khung lo-gic cho thấy rằng mức độ rủi ro được quyết định bởi tần suất và mức độ nghiêm trọng của các cú sốc do tự nhiên và con người gây ra và bởi phạm vi kinh tế, xã hội và địa lý. Các yếu tố quyết định của năng lực đối phó gồm mức độ tài sản về mặt tài chính, nhân lực, vật chất, xã hội, tự nhiên và chính trị của hộ gia đình; mức độ sản xuất, thu nhập và tiêu thụ của gia đình; và năng lực của gia đình trong việc đa dạng hóa nguồn thu nhập và tiêu thụ để giảm nhẹ ảnh hưởng của rủi ro.

Tình trạng dễ bị tổn thương của trẻ thơ và trẻ nhỏ có nghĩa là phải ưu tiên giải quyết tình hình dinh dưỡng của trẻ em. Ngăn ngừa tình trạng thiếu dinh dưỡng cũng quan trọng như điều trị suy dinh dưỡng cấp. Các biện pháp can thiệp về an ninh lương thực có thể quyết định tình hình dinh dưỡng và sức khỏe trong ngắn hạn, sự tồn tại và có cuộc sống tốt đẹp về lâu dài của các em.

Phụ nữ thường có vai trò lớn hơn trong việc lập kế hoạch về bữa ăn và chế biến thực phẩm trong gia đình. Sau mỗi thảm họa, chiến lược sinh kế của gia đình có thể thay đổi. Nhìn nhận vai trò khác nhau trong việc bảo đảm dinh dưỡng trong gia đình là chìa khóa để cải thiện an ninh lương thực ở cấp độ gia đình. Thấu hiểu nhu cầu dinh dưỡng đặc thù của phụ nữ có thai và đang cho con bú, trẻ em, người cao tuổi và người khuyết tật cũng có vai trò quan trọng trong việc xây dựng các biện pháp ứng phó phù hợp về lương thực.

Ứng phó với thảm họa tốt hơn về mặt an ninh lương thực và dinh dưỡng được thực hiện thông qua việc chuẩn bị sẵn sàng hơn để phòng ngừa thảm họa. Sự sẵn sàng đó là kết quả của năng lực, các mối quan hệ và tri thức được xây dựng bởi chính phủ, các tổ chức nhân đạo, các tổ chức xã hội dân sự địa phương, các cộng đồng và các cá nhân để tham gia và ứng phó có hiệu quả với tác động của các mối hiểm nguy hiện hữu, sắp xảy ra hay có thể xảy ra. Sự sẵn sàng dựa vào việc phân tích các rủi ro cũng như gắn liền với các hệ thống cảnh báo sớm. Nó bao gồm lập kế hoạch dự phòng, tích trữ thiết bị và vật tư, dịch vụ cứu trợ khẩn cấp và các cơ chế dự phòng, truyền thông, quản lý thông tin và cơ chế phối hợp, đào tạo nhân lực và lập kế hoạch và diễn tập ở cấp cộng đồng.

Các lĩnh vực can thiệp chính về an ninh lương thực và dinh dưỡng trong tình huống thảm họa được trình bày trong Sổ tay này là chế độ ăn uống của trẻ thơ và trẻ nhỏ; quản lý suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng; hỗ trợ lương thực; hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng; và các hoạt động sinh kế.

Mối liên hệ với các chương khác

Nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác có liên quan với chương này. Tiến độ thực hiện các tiêu chuẩn ở một lĩnh vực thường có ảnh hưởng, thậm chí có ý nghĩa quyết định tiến độ ở những lĩnh vực khác. Để một hoạt động ứng phó có hiệu quả, cần phải có sự phối hợp và hợp tác chặt chẽ với những lĩnh vực khác. Phối hợp với các cơ quan chức năng địa phương và các tổ chức khác tham gia hoạt động ứng phó cũng rất

cần thiết để bảo đảm rằng nhu cầu của người dân được đáp ứng, các nỗ lực không bị trùng lặp và chất lượng của các biện pháp về cấp nước và vệ sinh phát huy tác dụng tối đa.

Khung lo-gic về tình trạng thiếu dinh dưỡng (xem trang 149) xác định rằng môi trường gia đình không tốt và các dịch vụ y tế yếu kém là hai trong số những nguyên nhân lớn nhất gây nên tình trạng suy dinh dưỡng. Các biện pháp ứng phó nhằm ngăn ngừa và khắc phục tình trạng suy dinh dưỡng đòi hỏi phải thực hiện được những Tiêu chuẩn tối thiểu ở chương này cũng như ở các chương về Cấp nước, vệ sinh và thúc đẩy thực hành vệ sinh cá nhân, Chỗ ở và Y tế. Chúng cũng đòi hỏi phải đạt được các Tiêu chuẩn Cốt lõi và phải thực hiện các Nguyên tắc Bảo vệ. Để bảo đảm an ninh lương thực và dinh dưỡng cho tất cả các nhóm dân cư theo hướng bảo đảm sự sinh tồn và tôn trọng nhân phẩm của họ, thì việc thực hiện các tiêu chuẩn không thôi là không đủ trong chương này của Sổ tay.

Nếu thích hợp, cần tham khảo những tiêu chuẩn cụ thể và những Hướng dẫn liên quan ở các chương khác cũng như những tiêu chuẩn bổ sung hay đồng hành.

Mối liên hệ với các Nguyên tắc Bảo vệ và Tiêu chuẩn Cốt lõi

Để thỏa mãn các tiêu chuẩn trong Sổ tay này, các tổ chức nhân đạo cần được chỉ dẫn bởi các Nguyên tắc Bảo vệ, ngay cả khi những tổ chức này không có tôn chỉ rõ ràng về bảo vệ hay năng lực chuyên môn về bảo vệ. Các nguyên tắc không mang tính "tuyệt đối": mọi người nhìn nhận rằng các tình huống có thể hạn chế mức độ theo đó các tổ chức có khả năng thực hiện các nguyên tắc. Tuy nhiên, các nguyên tắc phản ánh những mối lo ngại nhân đạo mang tính phổ biến, do đó chúng hướng dẫn hành động của các tổ chức trong mọi tình huống.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi là những tiêu chuẩn thiết yếu về quy trình và về con người, áp dụng chung cho tất cả các lĩnh vực. Sáu Tiêu chuẩn Cốt lõi liên quan đến sự tham gia, đánh giá ban đầu, ứng phó, xác định đối tượng, theo dõi, đánh giá, thực hiện nhiệm vụ của người đi cứu trợ, và giám sát và hỗ trợ người làm công tác cứu trợ nhân đạo. Chúng cung cấp một điểm tham chiếu duy nhất cho những phương pháp tiếp cận làm cơ sở cho tất cả các tiêu chuẩn khác trong Sổ tay này. Do đó, mỗi chương kỹ thuật đòi hỏi việc sử dụng song hành của các Tiêu chuẩn Cốt lõi để bảo đảm thực hiện các tiêu chuẩn của chính mình. Đặc biệt, để bảo đảm tính phù hợp và chất lượng của bất kỳ biện pháp ứng phó nào, cần phải huy động sự tham gia cao nhất của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa - kể cả những nhóm và cá nhân phải đối mặt với rủi ro thường xuyên nhất trong các tình huống thảm họa.

Tình trạng dễ bị tổn thương và năng lực của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Phần này được thiết kế để đọc cùng với và hỗ trợ cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi.

Cần hiểu rằng, là người già hay người trẻ, là phụ nữ hay người khuyết tật, hay là người sống chung với HIV, bản thân những điều này không làm người đó dễ bị tổn thương hơn hay chịu nhiều rủi ro hơn so với các nhóm dân cư khác. Thật ra, sự tương tác giữa các yếu tố tạo ra tình trạng đó: ví dụ, một người lớn hơn 70 tuổi, sống độc thân và sức yếu thường dễ bị tổn thương hơn một người có cùng độ tuổi và cùng tình trạng sức khỏe nhưng sống cùng đại gia đình và có mức thu nhập tốt. Tương tự, một bé gái 3 tuổi sẽ dễ bị tổn thương hơn nếu bé không có người đi kèm so với khi bé sống trong sự chăm sóc của các bậc cha mẹ có ý thức trách nhiệm.

Khi các tiêu chuẩn về an ninh lương thực và dinh dưỡng và các hành động chính được thực hiện, việc phân tích tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng sẽ giúp bảo đảm rằng nỗ lực ứng phó hỗ trợ những người cần sự trợ giúp nhất và những người có quyền tiếp nhận sự trợ giúp mà không bị phân biệt đối xử. Điều đó cần sự hiểu biết thấu đáo về bối cảnh địa phương và những cách khác nhau theo đó một cuộc khủng hoảng tác động đến các nhóm người khác nhau do mức độ bị tổn thương trước đó của họ (ví dụ, bạo lực giới, trong đó có bóc lột tình dục), tỷ lệ bệnh tật (ví dụ, HIV hay lao) và khả năng xảy ra dịch bệnh (ví dụ, sởi hay tiêu chảy). Thảm họa có thể làm cho những bất bình đẳng vốn có trở nên nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, hỗ trợ các biện pháp ứng phó và tăng cường khả năng phục hồi của người dân là rất quan trọng. Cần hỗ trợ kiến thức, kỹ năng và các biện pháp của họ và cần vận động cho họ tiếp cận với sự hỗ trợ về xã hội, pháp lý, tài chính và tâm lý. Cũng cần phải khắc phục các rào cản về thể chất, văn hóa, kinh tế và xã hội mà họ phải đương đầu trong việc tiếp cận những dịch vụ hỗ trợ này một cách bình đẳng.

Những điểm sau đây nhấn mạnh một số lĩnh vực chủ yếu góp phần bảo đảm rằng các quyền và năng lực của tất cả những người bị ảnh hưởng được tính đến:

- Huy động sự tham gia tối đa của người dân, bảo đảm bao gồm các nhóm đại diện, đặc biệt những nhóm ít xuất hiện (ví dụ, những người có khó khăn về giao tiếp hay di chuyển, những người sống trong các cơ sở cứu trợ, những thanh niên bị kỳ thị hay những nhóm không được đại diện đầy đủ).
- Phân loại dữ liệu theo giới tính và lứa tuổi (ví dụ, 0 – trên 80 tuổi) trong quá trình đánh giá – đây là một yếu tố quan trọng trong việc bảo đảm rằng lĩnh vực nước sạch-vệ sinh có xem xét đầy đủ tính đa dạng của các nhóm dân cư.
- Bảo đảm rằng tất cả các thành viên của cộng đồng được tiếp cận và phổ biến thông tin về các quyền và lợi ích của họ một cách đầy đủ và dễ hiểu.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu

1. Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng

Trong tình huống khủng hoảng nghiêm trọng và để ứng phó tức thời, một cuộc đánh giá nhanh liên ngành ban đầu có thể là đủ để quyết định có cần cung cấp trợ giúp ngay lập tức hay không. Đánh giá nhanh ban đầu được thiết kế để có được một cách nhìn nhanh chóng, rõ ràng và kịp thời về bối cảnh cụ thể. Có thể sẽ cần phải tiến hành một cuộc đánh giá tiếp theo, chi tiết hơn về tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, mà bước đánh giá này thường cần khá nhiều thời gian và nguồn lực để có thể được thực hiện một cách quy chuẩn. Đánh giá tình hình là một quá trình liên tục, đặc biệt là trong những cuộc khủng hoảng kéo dài và cần cung cấp thông tin cho việc xác định các nhóm đối tượng và ra quyết định như là một phần của công tác quản lý hoạt động ứng phó.

Lý tưởng nhất, các đánh giá về tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng nên gối đầu nhau và cố gắng xác định những yếu tố cản trở việc có được đầy đủ dinh dưỡng cũng như các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện sự sẵn có, khả năng tiếp cận và việc sử dụng tối ưu lượng lương thực tiêu thụ. Các danh mục các vấn đề được cung cấp tại Phụ lục 1: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình an ninh lương thực và sinh kế, Phụ lục 2: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình an ninh hạt giống, và Phụ lục 3: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình dinh dưỡng.

Hai tiêu chuẩn đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng bắt nguồn từ Tiêu chuẩn Cốt lõi 3 (xem trang 61) và cả hai đều áp dụng khi các biện pháp can thiệp về an ninh lương thực và dinh dưỡng được lên kế hoạch hay vận động.

Tiêu chuẩn 1 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng: An ninh lương thực

Ở những nơi người dân phải đối mặt với rủi ro gia tăng về mất an ninh lương thực, việc đánh giá phải được tiến hành bằng các phương pháp được chấp nhận để tìm hiểu loại hình, mức độ và phạm vi mất an ninh lương thực, để nhận diện những người bị ảnh hưởng nhiều nhất và để xác định những biện pháp ứng phó thích hợp nhất.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Sử dụng phương pháp luận tuân thủ các nguyên tắc được chấp nhận rộng rãi và mô tả phương pháp đó một cách toàn diện trong báo cáo đánh giá (xem Hướng dẫn 1).
- Thu thập và phân tích thông tin ngay ở gian đoạn đầu của đánh giá (xem Hướng dẫn 2).
- Phân tích tác động của tình trạng thiếu an ninh lương thực đối với tình hình dinh dưỡng của người dân (xem Hướng dẫn 4).
- Tiến hành cuộc đánh giá trên cơ sở năng lực tại địa phương, kể cả các tổ chức chính thức và không chính thức nếu có thể, để hỗ trợ việc đánh giá (xem Hướng dẫn 9).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tình hình an ninh lương thực và sinh kế của các cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng được điều tra để chỉ đạo các biện pháp can thiệp (xem Hướng dẫn 3-9).
- Các phát hiện từ cuộc đánh giá được tổng hợp trong báo cáo phân tích, trong đó có những khuyến nghị rõ ràng về các hành động hướng vào các cá nhân và nhóm dân cư dễ bị tổn thương nhất (xem Hướng dẫn 1-10).
- Biện pháp ứng phó dựa vào nhu cầu lương thực tức thời của người dân nhưng cũng tính đến việc bảo vệ và khuyến khích các hoạt động sinh kế của họ (xem Hướng dẫn 10).

Hướng dẫn

1. ***Phương pháp luận:*** Phạm vi của đánh giá và quy trình lấy mẫu là rất quan trọng, ngay cả khi việc làm này là không chính thức. Đánh giá tình hình an ninh lương thực cần phải có mục đích rõ ràng và sử dụng các phương pháp được quốc tế chấp nhận. Việc khẳng định qua các nguồn thông tin khác nhau (ví dụ: đánh giá về mùa màng, ảnh vệ tinh và đánh giá về hộ gia đình) có tầm quan trọng sống còn để có được một kết luận nhất quán (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3 tại trang 61, và Tài liệu tham khảo và tài liệu đọc thêm).
2. ***Nguồn thông tin:*** Có thể có được nguồn thông tin thứ cấp về tình hình trước khi xảy ra thảm họa. Do phụ nữ và nam giới có vai trò khác nhau nhưng bổ sung cho nhau trong việc bảo đảm sức khỏe dinh dưỡng của hộ gia đình, nguồn thông tin này cần được phân loại theo giới tính càng nhiều càng tốt (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3 trang 61 và Phụ lục 1: Danh mục các vấn đề đánh giá tình hình an ninh lương thực và sinh kế).

3. ***Sự sẵn có, khả năng tiếp cận, mức tiêu thụ và sử dụng lương thực:*** (Xem định nghĩa về sự sẵn có, khả năng tiếp cận và sử dụng lương thực tại trang 148). Tiêu thụ lương thực phản ánh lượng năng lượng và chất dinh dưỡng hấp thụ của các cá nhân trong hộ gia đình. Sẽ không thể đo lường lượng năng lượng thực tế và chi tiết về chất dinh dưỡng trong các đánh giá này. Những thay đổi về số lượng bữa ăn tiêu thụ trước và sau một thảm họa có thể là một chỉ số đơn giản nhưng mang nhiều ý nghĩa về những thay đổi về tình hình an ninh lương thực. Số lượng nhóm thức ăn mà mỗi cá nhân hay hộ gia đình tiêu thụ, hay tần suất tiêu thụ trong một giai đoạn tham khảo nào đó phản ánh tính đa dạng của khẩu phần. Đây là một chỉ số thay thế tốt, đặc biệt khi được so sánh với địa vị kinh tế - xã hội của một hộ gia đình cũng như tổng lượng tiêu thụ năng lượng từ lương thực và chất lượng bữa ăn. Các công cụ có thể cung cấp thước đo tốt về hình thái và vấn đề tiêu thụ lương thực bao gồm: lịch thời vụ; điểm số về sự đa dạng thực phẩm trong bữa ăn hộ gia đình; thang điểm về sự tiếp cận mất an ninh lương thực của hộ gia đình hay điểm số về tiêu thụ lương thực.
4. ***Tình trạng mất an ninh lương thực và dinh dưỡng:*** Mất an ninh lương thực là một trong ba nguyên nhân quan trọng gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng. Tuy nhiên, không nên cho rằng đó là nguyên nhân duy nhất gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng.
5. ***Bối cảnh:*** Mất an ninh lương thực có thể là hệ quả của những yếu tố kinh tế vĩ mô và cơ cấu chính trị - xã hội, trong đó có các chính sách, quy trình và thể chế trong nước và quốc tế có tác động đến khả năng tiếp cận của dân cư bị ảnh hưởng với lương thực đủ dinh dưỡng cũng như tác động đến sự xuống cấp của môi trường ở địa phương. Tình trạng này thường được định nghĩa là sự mất an ninh lương thực kinh niên, một điều kiện mang tính lâu dài bắt nguồn từ những yếu kém về cơ cấu có thể trở nên nghiêm trọng hơn do tác động của thảm họa. Các hệ thống thông tin về an ninh lương thực vùng và địa phương, trong đó có các hệ thống cảnh báo sớm về nạn đói và phương pháp phân loại giai đoạn an ninh lương thực tổng hợp, là những cơ chế quan trọng để phân tích thông tin.
6. ***Phân tích biện pháp ứng phó:*** An ninh lương thực thay đổi tùy thuộc vào sinh kế của người dân, chỗ ở của họ, hệ thống thị trường, khả năng họ tiếp cận các chợ ở địa phương, địa vị xã hội của họ (kể cả giới tính và lứa tuổi), thời điểm trong năm, bản chất của thảm họa cũng như các biện pháp ứng phó. Trọng tâm của việc đánh giá là trả lời câu hỏi dân cư bị ảnh hưởng đã tìm kiếm lương thực và thu nhập như thế nào trước khi xảy ra thảm họa và bây giờ họ đối phó với vấn đề này ra sao. Ở những nơi người dân phải di tản, thì cần phải xem xét cả vấn đề an ninh lương thực của người dân sở tại. Việc đánh giá cũng cần phân tích thị trường, ngân hàng, các định chế tài chính và (hoặc) các cơ chế trao đổi ở địa phương trong trường hợp hỗ trợ tiền mặt

và chuỗi cung cấp lương thực, kể cả những rủi ro gắn liền với công việc này (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33). Điều đó sẽ giúp đánh giá tính khả thi của các biện pháp hỗ trợ tiền mặt hay hỗ trợ lương thực cũng như việc thiết kế các cơ chế thực hiện an toàn và hiệu quả.

7. ***Phân tích thị trường*** là một phần của đánh giá ban đầu và những lần đánh giá sau đó. Phân tích thị trường cần bao gồm những xu hướng giá cả, sự sẵn có của những dịch vụ và hàng hóa cơ bản, tác động của thảm họa đối với cơ cấu thị trường và thời gian dự kiến để phục hồi. Hiểu được khả năng của thị trường tạo ra việc làm, lương thực, các hàng hóa và dịch vụ thiết yếu sau khi xảy ra thảm họa có thể giúp thiết kế các biện pháp ứng phó phù hợp, hiệu quả và kịp thời có thể cải thiện nền kinh tế địa phương. Hệ thống thị trường có thể vượt ra ngoài phạm vi của những nhu cầu ngắn hạn sau thảm họa để tác động đến sinh kế bằng cách cung cấp các công cụ sản xuất (như hạt giống, nông cụ, v.v...) và duy trì nhu cầu về việc làm. Các chương trình cần được thiết kế để hỗ trợ việc mua sắm tại địa phương khi có thể (xem Tiêu chuẩn 4 về An ninh lương thực và hỗ trợ lương thực, Hướng dẫn 2-3 tại trang 197, Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực và sinh kế, Hướng dẫn 7 tại trang 217, và Tiêu chuẩn 3 về An ninh lương thực và sinh kế, Hướng dẫn 2 tại trang 222).

8. ***Các biện pháp ứng phó:*** Việc đánh giá và phân tích cần xem xét các biện pháp đối phó khác nhau, ai áp dụng những biện pháp đó và khi nào, những biện pháp đó có hiệu quả không và bản chất của tác động tiêu cực (nếu có). Nên sử dụng các công cụ như chỉ số biện pháp đối phó. Trong khi các biện pháp khác nhau, thì các giai đoạn đối phó cũng khác nhau rõ rệt. Một số biện pháp đối phó là bình thường, mang tính tích cực và cần được hỗ trợ. Một số biện pháp đối phó khác, đôi khi gọi là biện pháp đối phó khủng hoảng, có thể làm hại vĩnh viễn đến an ninh lương thực trong tương lai (như bán đất, cả nhà di cư, chặt phá rừng, v.v...). Một số biện pháp đối phó khác được sử dụng bởi phụ nữ và trẻ em gái hay họ bị ép buộc phải sử dụng có thể gây ảnh hưởng nhiều và tiêu cực đến sức khỏe, tâm lý và sự Hòa nhập xã hội của họ. Các biện pháp đối phó cũng có thể ảnh hưởng đến môi trường, như khai thác quá mức các nguồn tài nguyên sở hữu chung. Việc phân tích cần quyết định một ngưỡng sinh kế để có thể xác định sự kết hợp phù hợp nhất giữa các biện pháp cứu trợ có thể bảo đảm rằng an ninh lương thực được bảo vệ và hỗ trợ trước khi tất cả các phương án không gây tác hại được tính đến (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1-2, trang 33-36).

9. ***Phân tích tình trạng dễ bị tổn thương có sự tham gia của người dân:*** Sự tham gia có ý nghĩa của các nhóm phụ nữ và nam giới cũng như của các tổ chức và cơ quan địa phương khác nhau ở tất cả các công đoạn đánh giá có tầm quan trọng sống còn. Các chương trình cần phát huy tri thức bản địa, dựa vào nhu cầu và điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh địa phương. Các khu vực phải đối đầu với thiên tai liên miên hay xung đột kéo dài có thể có

các hệ thống hay mạng lưới ứng phó với tình trạng khẩn cấp và cảnh báo sớm tại địa phương và các kế hoạch dự phòng, tất cả những yếu tố này cần được xem xét trong việc đánh giá. Một điều nữa cũng hết sức quan trọng là cần huy động sự tham gia của phụ nữ vào việc thiết kế và thực hiện dự án (xem Nguyên tắc Bảo vệ 2-4, trang 36-41).

10. ***Nhu cầu trước mắt và lập kế hoạch lâu dài:*** Các biện pháp can thiệp với mục đích đáp ứng nhu cầu lương thực trước mắt có thể bao gồm hỗ trợ lương thực, tiền mặt và phiếu mua hàng. Những biện pháp này có thể tiến hành độc lập hay kết hợp với các biện pháp can thiệp về sinh kế khác. Trong khi đáp ứng các nhu cầu trước mắt và bảo tồn các tài sản sản xuất là ưu tiên ngay từ đầu cuộc khủng hoảng, các biện pháp ứng phó luôn luôn cần được lên kế hoạch cùng với mục tiêu dài hạn, trong đó có nhận thức về tác động của biến đổi khí hậu đối với việc phục hồi một môi trường đã bị xuống cấp.

Tiêu chuẩn 2 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng: Dinh dưỡng

Khi người dân phải đối mặt với rủi ro gia tăng về thiếu dinh dưỡng, cần tiến hành việc đánh giá bằng các phương pháp được quốc tế thừa nhận để hiểu loại hình, mức độ và phạm vi của tình trạng thiếu dinh dưỡng và xác định những người dễ bị ảnh hưởng nhất và những người chịu rủi ro nhiều nhất, cũng như những biện pháp ứng phó thích hợp.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thu thập thông tin có sẵn từ những đánh giá ban đầu và trước khi xảy ra thảm họa để nêu bật bản chất và mức độ nghiêm trọng của tình hình dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 1-6).
- Xác định những nhóm dân cư có nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng nhiều nhất và những yếu tố quan trọng có tiềm năng tác động đến tình hình dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 1-2).
- Quyết định xem có cần hay không cần tiến hành đánh giá định tính và định lượng ở cấp độ quần thể để đo lường và hiểu tốt hơn tình hình nhân trắc học, tình hình các vi chất dinh dưỡng, tình hình ăn uống của trẻ thơ và trẻ nhỏ, các tập quán chăm sóc bà mẹ và các yếu tố tiềm ẩn liên quan quyết định tình trạng thiếu dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 1-2).
- Xem xét ý kiến của cộng đồng và các nhóm đối tượng liên quan khác tại địa phương về các yếu tố tiềm ẩn có thể quyết định tình trạng thiếu dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 7).

- Tiến hành đánh giá năng lực cấp quốc gia và cấp địa phương về việc chủ trì và (hoặc) hỗ trợ các biện pháp ứng phó với thảm họa (xem chú dẫn 1 và 8).
- Sử dụng những thông tin thu được từ việc đánh giá để quyết định xem tình hình có ổn định hay ngày càng xấu đi (xem Hướng dẫn 7-8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các phương pháp luận đánh giá và phân tích, trong đó có các chỉ số tuân thủ các nguyên tắc được thừa nhận rộng rãi, được sử dụng cho việc đánh giá nhân trắc học cũng như phi nhân trắc học (xem Hướng dẫn 3-6).
- Các phát hiện từ việc đánh giá được trình bày trong một báo cáo phân tích, trong đó có các khuyến nghị rõ ràng về những hành động cần tiến hành hướng vào những cá nhân và nhóm người dễ bị tổn thương nhất (xem Hướng dẫn 3-6).

Hướng dẫn

1. ***Thông tin về bối cảnh:*** Thông tin về những nguyên nhân gây nên thiếu dinh dưỡng có thể được thu thập từ các nguồn sơ cấp hay thứ cấp, trong đó có các báo cáo về dinh dưỡng và sức khỏe, báo cáo nghiên cứu, thông tin cảnh báo sớm, hồ sơ của trung tâm y tế, báo cáo về an ninh lương thực và các nhóm cộng đồng. Nếu không có thông tin cho những lĩnh vực đánh giá hay biện pháp can thiệp cụ thể, có thể tham khảo các nguồn khác như: Điều tra sức khỏe dân số học, Điều tra cụm đa chỉ số và các cuộc điều tra khác về dinh dưỡng và sức khỏe trong nước, hệ thống thông tin về bức tranh dinh dưỡng toàn cảnh của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Hệ thống thông tin về dinh dưỡng khoáng chất và vi-ta-min của WHO, cơ sở dữ liệu về tình huống khẩn cấp phức tạp (CE-DAT), Hệ thống thông tin về dinh dưỡng trong tình huống khủng hoảng (NICS), các hệ thống theo dõi tình hình dinh dưỡng quốc gia, và tỷ lệ tham gia, và diện hưởng lợi của các chương trình quản lý suy dinh dưỡng hiện hành. Nếu có sẵn dữ liệu mang tính đại diện, thì nên đánh giá xu thế về tình hình dinh dưỡng theo thời gian hơn là tỷ lệ suy dinh dưỡng vào một thời điểm cụ thể (xem Phụ lục 3: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình dinh dưỡng). Đánh giá tình hình dinh dưỡng cần được xem xét trong khuôn khổ những đánh giá bao quát hơn, đặc biệt những đánh giá tình hình an ninh lương thực và y tế. Thông tin về các sáng kiến dinh dưỡng đang thực hiện, khả năng hoạt động của những sáng kiến này và năng lực ứng phó của địa phương cũng như quốc gia cần được thu thập để phát hiện những bất cập và chỉ đạo các biện pháp ứng phó.
2. ***Phạm vi phân tích:*** Cần tiến hành đánh giá sâu sau khi đã đánh giá ban đầu (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61) chỉ ở những nơi mà những bất cập về thông tin đã được phát hiện và cần thêm thông tin để làm cơ sở cho việc

ra quyết định, để đo lường kết quả chương trình và (hoặc) để tuyên truyền vận động. Đánh giá sâu về tình hình dinh dưỡng là nói về một số phương pháp đánh giá có thể sử dụng, như điều tra nhân trắc học, đánh giá chế độ ăn uống cho trẻ thơ dưới 1 tuổi và trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, điều tra về các vi chất dinh dưỡng và điều tra về nguyên nhân. Cũng có thể sử dụng các hệ thống theo dõi và giám sát dinh dưỡng.

3. ***Phương pháp luận:*** Đánh giá tình hình dinh dưỡng dưới bất kỳ hình thức nào cũng phải có mục đích rõ ràng, sử dụng những phương pháp được quốc tế thừa nhận, xác định những cá nhân dễ bị tổn thương về mặt dinh dưỡng và tạo ra sự hiểu biết về những yếu tố có thể góp phần gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng. Quá trình đánh giá và phân tích cần được ghi chép và trình bày ở một báo cáo kịp thời, lô-gíc và minh bạch. Các phương pháp sử dụng phải mang tính vô tư, đại diện và phối hợp tốt giữa các tổ chức và cơ quan chính phủ để các thông tin bổ sung cho nhau, nhất quán và so sánh được. Các đánh giá có nhiều tổ chức tham gia có thể bổ ích trong việc đánh giá những lĩnh vực rộng lớn về tính chất kỹ thuật và về khái niệm địa lý.
4. ***Điều tra nhân trắc học*** là cuộc điều tra liên ngành mang tính đại diện dựa vào việc chọn mẫu ngẫu nhiên và sàng lọc kỹ càng. Điều tra nhân trắc học cung cấp con số ước tính về mức độ suy dinh dưỡng (mạn tính và cấp tính). Loại điều tra này sẽ cần báo cáo chủ yếu về tình hình Cân nặng so với Chiều cao theo Bảng điểm Z dựa vào các tiêu chuẩn của WHO (xem Phụ lục 4: Đo lường suy dinh dưỡng cấp). Cân nặng so với Chiều cao theo Bảng điểm Z theo chuẩn NCHS của Trung tâm thống kê y tế Hoa Kỳ cũng có thể báo cáo để tiện so sánh với những cuộc điều tra trước đây. Tình trạng suy dinh dưỡng cấp tính và suy dinh dưỡng cấp tính thể nặng cần được đưa vào nội dung điều tra nhân trắc học. Triệu chứng phù nề dinh dưỡng cũng cần được đánh giá và ghi chép riêng. Khoảng tin cậy đối với mức độ suy dinh dưỡng cần được báo cáo và sự bảo đảm chất lượng điều tra phải được thể hiện. Có thể làm được điều này thông qua việc sử dụng các công cụ hiện có (ví dụ: Sổ tay hướng dẫn về Phương pháp Chuẩn hóa trong theo dõi, giám sát, và chuyển đổi cứu trợ (SMART), phần mềm Đánh giá tình hình dinh dưỡng trong tình huống khẩn cấp (ENA) và phần mềm EpiInfo). Thực hành được chấp nhận rộng rãi nhất là đánh giá mức độ suy dinh dưỡng ở trẻ em từ 6 đến 59 tháng tuổi như là một chỉ số thay thế cho toàn bộ dân cư. Tuy nhiên, trong các trường hợp các nhóm dân cư khác có thể bị ảnh hưởng nhiều hơn hay có thể phải đối mặt với rủi ro về dinh dưỡng lớn hơn, thì cần phải tính đến việc tiến hành đánh giá (Xem Phụ lục 4: Đo lường tình trạng suy dinh dưỡng cấp).
5. ***Các chỉ số phi nhân trắc học:*** Các thông tin bổ sung về nhân trắc học có ý nghĩa rất quan trọng, mặc dù cần được xem xét cẩn trọng và chỉ khai thác hạn chế khi đính kèm với báo cáo điều tra nhân trắc học, để không làm ảnh hưởng xấu đến chất lượng của cuộc điều tra. Các chỉ số đó liên quan đến

tỷ lệ/diện tiêm chủng (đặc biệt là tiêm chủng bệnh sởi), bổ sung vi-ta-min A, tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng và các chỉ số về thực hành nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (gọi tắt là IYCF) theo khuyến nghị của WHO. Có thể đo lường tỷ lệ chết ở trẻ em dưới 1 tuổi và tỷ lệ chết ở trẻ em dưới 5 tuổi, nếu thấy thích hợp.

6. ***Tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng:*** Nếu nhóm dân cư đã được biết đến là thiếu vi-ta-min A, i-ốt, kẽm hoặc thiếu máu do thiếu nguyên tố sắt trước khi xảy ra thảm họa, thì tình trạng này có thể trở nên nghiêm trọng hơn khi có thảm họa. Có thể xảy ra các bệnh như chứng nứt da (pellagra), tê phù (beri-beri), xcô-bút (scurvy) hay các chứng bệnh thiếu vi chất dinh dưỡng khác thì nên xem xét khi lên kế hoạch và phân tích đánh giá. Nếu ở cơ sở y tế phát hiện các trường hợp có biểu hiện các triệu chứng trên thì điều đó có thể cho thấy bữa ăn của người dân không đủ chất dinh dưỡng và có thể chứng tỏ một vấn đề chung của toàn bộ nhóm dân cư. Đánh giá tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng có thể làm trực tiếp hay gián tiếp. Đánh giá gián tiếp bao gồm ước tính lượng tiêu thụ dinh dưỡng ở cấp độ toàn nhóm dân cư và ngoại suy rủi ro thiếu các vi chất dinh dưỡng bằng cách rà soát tất cả các số liệu hiện có về khả năng tiếp cận, sự sẵn có và việc sử dụng lương thực (xem Tiêu chuẩn 1 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, trang 153), và bằng cách đánh giá khẩu phần ăn (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 186). Đánh giá trực tiếp bao gồm đo lường mức thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng ở cấp lâm sàng hay cận lâm sàng ở các cá thể bệnh nhân và theo mẫu nhóm dân cư, ví dụ đo lường nồng độ hê-mô-glô-bin trong khi điều tra, qua đó có thể sử dụng mức độ bệnh thiếu máu như là một chỉ số thay thế cho tình trạng thiếu nguyên tố sắt.

7. ***Giải thích mức độ thiếu dinh dưỡng:*** Quyết định xem mức độ thiếu dinh dưỡng có cần phải có biện pháp can thiệp hay không đòi hỏi phải phân tích chi tiết tình hình liên quan đến quy mô và mật độ dân số tham khảo, tỷ lệ mắc bệnh hay tử vong ở trẻ em (xem Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu, Hướng dẫn 3, trang 324). Điều đó cũng đòi hỏi phải tham khảo các chỉ số khác về y tế, mức chênh lệch theo mùa, các chỉ số IYCF, mức độ thiếu dinh dưỡng và thiếu các vi chất dinh dưỡng trước khi xảy ra thảm họa (xem Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng), tỷ lệ suy dinh dưỡng cấp tính thể nặng so với tỷ lệ suy dinh dưỡng cấp tính nói chung và các yếu tố khác ảnh hưởng đến các nguyên nhân gây ra thiếu dinh dưỡng. Kết hợp các hệ thống thông tin bổ sung cho nhau có thể là cách thức hiệu quả nhất về mặt chi phí để theo dõi chiều hướng. Bất cứ nơi nào có thể, các tổ chức và nhóm dân cư địa phương nên tham gia vào các hoạt động theo dõi, cắt nghĩa các phát hiện và lập kế hoạch cho các biện pháp ứng phó. Việc áp dụng các mô hình và phương pháp ra quyết định có xem xét các biến số trong đó có an ninh lương thực, sinh kế và y tế và dinh

dưỡng có thể là thích hợp (xem Tiêu chuẩn 1 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, Hướng dẫn 5, trang 153).

8. ***Ra quyết định:*** Các phát hiện từ việc đánh giá cần làm cơ sở cho những quyết định về các biện pháp ứng phó nhằm quản lý tình trạng suy dinh dưỡng. Các quyết định nhằm thực hiện việc phân phối lương thực nói chung và các biện pháp can thiệp về điều trị tức thời hay mang tính phòng ngừa trong giai đoạn nghiêm trọng của thảm họa không cần đợi kết quả của các đánh giá sâu. Khi việc đánh giá được thực hiện thì các kết quả phải cung cấp thông tin cho việc hành động. Việc ra quyết định cần dựa vào sự hiểu biết về tình trạng thiếu dinh dưỡng như đã được thể hiện ở khung lô-gic, do kết quả của việc đánh giá về tình hình dinh dưỡng và năng lực ứng phó hiện có.

2. Nuôi dưỡng trẻ thơ và trẻ nhỏ

Các thực hành không chuẩn mực trong nuôi dưỡng trẻ nhỏ làm gia tăng khả năng các em bị thiếu dinh dưỡng, bệnh tật và chết yểu. Những rủi ro này càng gia tăng trong các tình huống thảm họa và những em nhỏ nhất càng dễ bị tổn thương nhất. Các thực hành chăm sóc tốt nhất góp phần tối đa hóa tỷ lệ sống sót và giảm thiểu tỷ lệ bệnh tật ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi là sớm cho trẻ bú và bú hoàn toàn ngay sau sinh, hoàn toàn nuôi bằng sữa mẹ đến 6 tháng tuổi, tiếp tục nuôi bằng sữa mẹ đến 24 tháng tuổi hay lâu hơn, bắt đầu áp dụng chế độ ăn bổ sung hợp lý, đúng quy cách từ tháng thứ 6.

Nuôi dưỡng trẻ thơ dưới 1 tuổi và trẻ nhỏ dưới 5 tuổi (IYCF) là các biện pháp can thiệp để bảo vệ và hỗ trợ nhu cầu dinh dưỡng của trẻ thơ và trẻ nhỏ được nuôi bằng sữa mẹ cũng như không được nuôi bằng sữa mẹ. Các biện pháp can thiệp ưu tiên là bảo vệ và hỗ trợ nuôi bằng sữa mẹ, giảm thiểu các rủi ro phải cho bú ngoài và tạo điều kiện cho ăn bổ sung an toàn và thích hợp. Trẻ thơ và trẻ nhỏ trong hoàn cảnh đặc biệt khó khăn, như ở các nhóm dân cư có tỷ lệ nhiễm HIV cao, trẻ mồ côi, trẻ sinh thiếu cân và trẻ suy dinh dưỡng nghiêm trọng cần được đặc biệt quan tâm. Bảo vệ và hỗ trợ sức khỏe thể chất, tinh thần và dinh dưỡng của phụ nữ đang mang thai và đang cho con bú có vai trò trung tâm đối với sức khỏe của bà mẹ và đứa con. Cần phải tính đến nhu cầu riêng biệt của những người chăm sóc trẻ, đồng thời là ông bà, người cha đơn thân hay anh chị ruột. Sự tham gia của nhiều ngành có ý nghĩa rất quan trọng trong việc bảo vệ và đáp ứng, một cách tốt nhất và kịp thời nhất, nhu cầu dinh dưỡng rộng lớn hơn của trẻ thơ, trẻ nhỏ và bà mẹ. IYCF là một phần không thể tách rời của rất nhiều tiêu chuẩn trong chương này và được nhắc lại ở các chương khác.

Tiêu chuẩn 1 về Chế độ ăn uống cho trẻ thơ và trẻ nhỏ: Chỉ đạo và điều phối chính sách

Đối với các tầng lớp dân cư, việc chăm sóc trẻ thơ và trẻ nhỏ một cách an toàn và phù hợp được bảo vệ thông qua thực hiện chỉ đạo chính sách chủ chốt và phối hợp chặt chẽ.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tôn trọng các điều khoản của văn bản Hướng dẫn tác nghiệp về chế độ ăn uống của trẻ thơ trong các tình huống khẩn cấp (IFE) và Bộ quy tắc quốc tế về việc bán các chất thay thế sữa mẹ, và các Nghị quyết sau đó của Đại hội đồng Y tế Thế giới (WHA), tất cả được gọi chung là Bộ quy tắc (xem Hướng dẫn 1-2).
- Tránh tìm kiếm hay chấp nhận hàng quyên góp là các thực phẩm thay thế sữa mẹ (gọi tắt là BMS), các sản phẩm sữa khác, bình đựng sữa, núm vú cao su (xem Hướng dẫn 2).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Một chính sách của quốc gia và (hoặc) của tổ chức được ban hành để xử lý các vấn đề về IYCF và phản ánh Hướng dẫn tác nghiệp về IFE (xem Hướng dẫn 1).
- Một đơn vị điều phối chính về IYCF được chỉ định cho mỗi tình huống khẩn cấp (xem Hướng dẫn 1).
- Một đơn vị được chỉ định để xử lý các vấn đề liên quan đến hàng quyên góp là các BMS, các sản phẩm sữa khác, bình đựng sữa, núm vú cao su (xem Hướng dẫn 2).
- Những hành vi vi phạm Bộ quy tắc được theo dõi và báo cáo (xem Hướng dẫn 1-2).

Hướng dẫn

1. ***Chỉ đạo, điều phối và truyền thông về chính sách:*** Các văn bản chính về chỉ đạo chính sách để cung cấp thông tin cho các chương trình bao gồm Hướng dẫn tác nghiệp về IFE và Bộ quy tắc. Có thể tìm thấy các văn bản hướng dẫn khác tại phần Tài liệu tham khảo và tài liệu đọc thêm. Nghị quyết của WHA số 63.23 (2010) kêu gọi các nước thành viên bảo đảm rằng các kế hoạch chuẩn bị sẵn sàng và các biện pháp ứng phó khẩn cấp ở cấp quốc gia và quốc tế phải tuân thủ Hướng dẫn tác nghiệp về IFE. Chuẩn bị sẵn sàng để phòng ngừa thảm họa bao gồm xây dựng chính sách, định hướng và tập

huấn về IFE, xác định nguồn BMS tuân thủ Bộ quy tắc và nguồn thực phẩm bổ sung. Một đơn vị điều phối chính về IYCF được chỉ định cho mỗi tình huống khẩn cấp. Giám sát và báo cáo những hành vi vi phạm Bộ quy tắc là một đóng góp quan trọng cho việc bảo đảm trách nhiệm giải trình đối với nguồn viện trợ. Việc tuyên truyền nhất quán và rõ ràng đến dân cư bị ảnh hưởng và trên các phương tiện truyền thông có ảnh hưởng rất lớn đến biện pháp ứng phó.

2. ***Xử lý sữa và các sản phẩm sữa:*** Không nên gộp sữa và các sản phẩm sữa vào những kiện hàng phân phát không có đối tượng cụ thể (xem Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, Hướng dẫn 5, trang 193). Các chỉ định và việc quản lý nuôi con bằng sữa ngoài (sữa hộp, sữa bột...) cần tuân thủ Hướng dẫn tác nghiệp về IFE và Bộ quy tắc, lý tưởng nhất là dưới sự chỉ đạo của đơn vị điều phối IFE đã được chỉ định. Hàng quyên góp là BMS, sản phẩm sữa, bình đựng sữa và núm vú cao su không nên được tìm kiếm hay được chấp nhận trong các tình huống khẩn cấp. Bất kỳ mặt hàng quyên góp nào được mang đến cần được đặt dưới sự kiểm soát của một cơ quan được chỉ định và việc quản lý nó được quyết định bởi đơn vị điều phối IFE.

Tiêu chuẩn 2 về Chế độ ăn uống cho trẻ thơ và trẻ nhỏ: Sự hỗ trợ cơ bản và có kỹ năng

Các bà mẹ và người chăm sóc trẻ được tiếp cận sự hỗ trợ chăm sóc kịp thời và thích hợp, góp phần giảm thiểu rủi ro và tối đa hóa lượng dinh dưỡng, tình hình sức khỏe và tỷ lệ sống sót.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thực hiện các biện pháp can thiệp mang tính đa ngành và lồng ghép để bảo vệ và hỗ trợ IYCF một cách an toàn và thích hợp (xem Hướng dẫn 1).
- Ưu tiên cho phụ nữ đang mang thai và cho con bú được tiếp cận lương thực, tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng và những biện pháp can thiệp mang tính hỗ trợ khác (xem Hướng dẫn 1).
- Lồng ghép tư vấn kỹ năng nuôi con bằng sữa mẹ vào các biện pháp can thiệp cho các đối tượng là phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ và trẻ em từ 0 đến 24 tháng tuổi (xem Hướng dẫn 2-7).
- Hỗ trợ các bà mẹ của tất cả các trẻ sơ sinh để sớm bắt đầu việc nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ (xem Hướng dẫn 3).
- Hỗ trợ việc nuôi con bằng thức ăn bổ sung một cách kịp thời, an toàn, đầy đủ và đúng quy cách (xem Hướng dẫn 5).

- Tạo điều kiện để các bà mẹ và người chăm sóc có trẻ cần chăm sóc bằng sữa ngoài được tiếp cận với các sản phẩm BMS đầy đủ và thích hợp cũng như sự hỗ trợ liên quan (xem Hướng dẫn 6).
- Quan tâm đặc biệt đến việc hỗ trợ chăm sóc trẻ thơ và trẻ nhỏ trong hoàn cảnh đặc biệt khó khăn (như trẻ em mồ côi, trẻ em suy dinh dưỡng cấp, trẻ sinh thiếu cân và trẻ bị nhiễm HIV) (xem Hướng dẫn 4-7).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Đo lường các chỉ số chuẩn của WHO để sớm bắt đầu nuôi con bằng sữa mẹ, nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ đối với trẻ em dưới 6 tháng tuổi và tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ đối với trẻ từ 1 đến 2 tuổi (xem Hướng dẫn 2-3, 5-6).
- Người chăm sóc trẻ em được tiếp cận với các thức ăn bổ sung một cách kịp thời, thích hợp, có đủ chất dinh dưỡng và an toàn cho trẻ em từ 6 đến 24 tháng tuổi (xem Hướng dẫn 5-6).
- Các bà mẹ đang cho con bú được tiếp cận với sự hỗ trợ về kỹ năng nuôi con bằng sữa mẹ (xem Hướng dẫn 1-3).
- Có thể tiếp cận với nguồn cung BMS thích hợp và tuân thủ Bộ quy tắc cũng như với sự hỗ trợ liên quan cho trẻ thơ cần được chăm sóc bằng sữa ngoài (xem Hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. ***Cần có các biện pháp đơn giản và các hoạt động can thiệp cơ bản*** để tạo ra một môi trường bảo vệ và hỗ trợ IYCF. Hãy cảnh giác và tiến hành điều tra các nguồn tin về những khó khăn gặp phải trong nuôi con bằng sữa mẹ, nuôi con bằng thức ăn bổ sung và (hoặc) thực hành nuôi con bằng sữa ngoài ở trẻ em từ 0 đến 24 tháng tuổi. Những trẻ em không được nuôi bằng sữa mẹ cần sự hỗ trợ khẩn cấp. Sự hỗ trợ này cần được sắp xếp ưu tiên cho những bà mẹ, người chăm sóc trẻ và phụ nữ đang mang thai và đang cho con bú để đáp ứng nhu cầu thiết yếu trước mắt. Các gia đình có trẻ em dưới 24 tháng tuổi và bà mẹ của tất cả các trẻ sơ sinh đang cho con bú cần được đăng ký và được liên hệ với các chương trình an ninh lương thực để bảo đảm rằng họ được tiếp cận đủ lương thực. Việc cấp chỗ ở cho các bà mẹ và người chăm sóc trẻ sẽ tạo điều kiện để họ được tiếp cận với sự hỗ trợ cơ bản và với người đồng đẳng về IYCF. Hỗ trợ về nuôi con bằng sữa mẹ cần được lồng ghép ngay từ đầu vào các dịch vụ chủ yếu như sức khỏe sinh sản, chăm sóc sức khỏe ban đầu, hỗ trợ tâm lý xã hội và các chương trình chăm sóc trẻ em.
2. ***Phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ:*** Lượng tiêu thụ dinh dưỡng không đầy đủ đối với phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ tạo ra rủi ro về các biến chứng trong thai kỳ, tử vong ở bà mẹ,

trẻ sinh thiếu cân và suy giảm dinh dưỡng ở bà mẹ gắn liền với lượng tập trung thấp của một số chất dinh dưỡng ở sữa mẹ. Trọng lượng cơ thể thấp của bà mẹ lúc thụ thai có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng trẻ sinh thiếu cân và là một đặc điểm của hiện tượng mang thai ở tuổi thành niên. Phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ cần được nhận thực phẩm bổ sung hằng ngày, đáp ứng cho họ các yêu cầu mỗi ngày về các vi chất dinh dưỡng để bảo vệ lượng dự trữ trong cơ thể người mẹ và chất lượng sữa mẹ, dù họ được hay không được nhận khẩu phần có bổ sung chất dinh dưỡng. Cần tiếp tục cung cấp cho họ viên sắt (a-xít pho-líc), nếu họ đã được cung cấp. Phụ nữ cần được nhận vi-ta-min A trong thời gian 6 đến 8 tuần sau khi sinh con. Việc bổ sung các vi chất dinh dưỡng cần tuân thủ các khuyến nghị quốc tế về liều lượng và thời gian. Có thể cần tham khảo các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội, đặc biệt đối với các nhóm dân cư bị chấn thương bởi thảm họa. Mặc dù hỗ trợ dinh dưỡng cho người mẹ thành niên là quan trọng, nhưng các chương trình ngăn ngừa mang thai trong tuổi thành niên thường có tác động lớn nhất đến tỷ lệ trẻ sinh thiếu cân.

3. ***Sớm bắt đầu nuôi con Hoàn toàn bằng sữa mẹ*** (trong vòng 1 giờ sau khi sinh) là một biện pháp can thiệp ưu tiên để bảo vệ sức khỏe của cả bà mẹ và đứa con. Trẻ sinh thiếu cân và bà mẹ sẽ đặc biệt có lợi từ việc tiếp tục tiếp xúc da trực tiếp giữa mẹ và bé từ khi sinh đến khi bắt đầu thời kỳ hoàn toàn nuôi bằng sữa mẹ (xem Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em, Hướng dẫn 1, trang 338).

4. ***Nuôi con bằng sữa mẹ:*** Nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ đòi hỏi một đứa trẻ chỉ được nuôi bằng sữa mẹ mà không tiếp nhận nước, hay bất cứ loại thức ăn, đồ uống nào khác, ngoại trừ một số nhỏ các vi chất dinh dưỡng dạng giọt bổ sung, hay các dung dịch thuốc điều trị có chỉ định của y tế. Điều đó bảo đảm an ninh về thức ăn và dung dịch trong đứa trẻ trong sáu tháng đầu tiên và tạo cho đứa trẻ sức đề kháng tích cực. Nuôi con bằng sữa mẹ cũng bảo vệ các trẻ thơ và trẻ nhỏ khác, đặc biệt trong bối cảnh thiếu nước, điều kiện vệ sinh và công tác vệ sinh, do đó cần duy trì chế độ dinh dưỡng này cho đến 24 tháng tuổi hay nhiều hơn. Các bà mẹ, gia đình, cộng đồng và người làm công tác y tế cần được bảo đảm về sự kiên định của việc nuôi con bằng sữa mẹ; sự tin tưởng có thể bị giảm đi trong các tình huống khẩn cấp nghiêm trọng. Việc lập kế hoạch và phân bổ nguồn lực cần tạo điều kiện để có sự hỗ trợ về kỹ năng nuôi con bằng sữa mẹ để quản lý những tình huống khó khăn hơn, trong đó có những nhóm dân cư bị căng thẳng và trẻ thơ bị suy dinh dưỡng cấp dưới 6 tháng tuổi (xem Tiêu chuẩn 2 về Quản lý suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng, trang 174), và những nhóm dân cư nơi thực hành chăm sóc trẻ em theo phương pháp kết hợp là phổ biến và có việc nuôi trẻ dưới 1 tuổi khi bà mẹ bị HIV (xem Hướng dẫn 7).

5. ***Cho ăn bổ sung*** là quá trình cho trẻ ăn thêm các thức ăn ngoài sữa mẹ từ sáu tháng tuổi (hoặc thực phẩm thay thế sữa mẹ thích hợp đối với trẻ thơ không được nuôi bằng sữa mẹ). Trong giai đoạn chăm sóc ăn bổ sung (6-24 tháng), việc nuôi bằng sữa mẹ vẫn tiếp tục để góp phần có ý nghĩa vào việc bảo đảm an ninh thức ăn và chất lỏng. Trẻ thơ không được nuôi bằng sữa mẹ cần hỗ trợ để bù đắp lượng dinh dưỡng thiếu hụt. Do đó, mối liên hệ với các chương trình về an ninh lương thực là rất quan trọng để hỗ trợ việc chăm sóc bổ sung. Ở những nơi mà dân cư phụ thuộc vào viện trợ lương thực, thì một loại lương thực được bổ sung các vi chất dinh dưỡng thích hợp nên được bao gồm trong khẩu phần chung; có thể cần phân phát một gói các thức ăn bổ sung phổ biến. Các tiêu chí rõ ràng cho việc đóng gói bao gồm cách sử dụng và thời hạn của các chất dinh dưỡng bổ sung có nguồn gốc li-pít cần được đặt ra cho các tình huống khẩn cấp khác nhau. Các thực phẩm chức năng chế biến sẵn không phải là thức ăn bổ sung. Việc phân phát thức ăn bổ sung cần đi kèm với việc hướng dẫn thực hành và trình diễn về cách chế biến. Việc sử dụng các vi chất dinh dưỡng bổ sung, kể cả vi-ta-min A, cần tuân thủ các khuyến nghị mới nhất. Bổ sung nguyên tố sắt có thể sẽ có lợi cho trẻ sinh thiếu cân và các trẻ em khác. Nếu nhóm dân cư ở trong khu vực có dịch sốt rét, việc bổ sung nguyên tố sắt nên dành cho trẻ em thiếu máu và thiếu nguyên tố sắt, đi kèm với các biện pháp phòng chống sốt rét thích hợp.

6. ***Nuôi con bằng sữa ngoài (sữa hộp, sữa bột...):*** Trẻ thơ không được nuôi bằng sữa mẹ cần được phát hiện và đánh giá sớm bởi những người có chuyên môn để đề suất các phương án chăm sóc. Trong trường hợp không thể cho trẻ bú sữa mẹ trực tiếp thì sữa mẹ xin được, đặc biệt là bằng cách cho bú nhờ, là hết sức quý báu, nhất là đối với trẻ sơ sinh và trẻ sinh thiếu cân. Trong trường hợp nuôi bằng sữa ngoài được chỉ định, bà mẹ và người chăm sóc trẻ cần được tiếp cận chắc chắn với khối lượng BMS thích hợp và đầy đủ chừng nào còn cần thiết (ít nhất là cho đến khi đứa trẻ lên 6 tháng tuổi) cũng như những biện pháp hỗ trợ thiết yếu khác (nước, chất đốt, các phương tiện bảo quản, theo dõi tăng trưởng, chăm sóc y tế, thời gian, v.v...). Trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi được chăm sóc bằng phương pháp kết hợp cần được hỗ trợ để chuyển dần sang chế độ nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ. Không nên sử dụng các bình sữa do khó khăn mà không rửa được. Các chương trình hỗ trợ nuôi con bằng sữa ngoài cần theo dõi các tập quán IYCF của cộng đồng bằng cách sử dụng các chỉ số chuẩn để bảo đảm rằng việc nuôi con bằng sữa mẹ không bị ảnh hưởng. Cần tổ chức việc theo dõi tỷ lệ bệnh tật ở cấp độ cá nhân và cả nhóm dân cư, đặc biệt chú ý bệnh tiêu chảy. Cần xem xét việc phân phát vi-ta-min bổ sung liều thấp cho trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi mà không được nuôi bằng sữa mẹ.

7. ***HIV và chế độ ăn uống cho trẻ em:*** Tăng tối đa tỷ lệ sống sót của trẻ em không bị nhiễm HIV là vấn đề quan trọng hàng đầu để quyết định phương

án chăm sóc các em được sinh ra bởi những bà mẹ nhiễm HIV. Những bà mẹ chưa biết tình trạng bệnh tật hoặc biết chắc là không nhiễm HIV cần được hỗ trợ để nuôi con bằng sữa mẹ theo các khuyến nghị IYCF cho các nhóm dân cư (xem Hướng dẫn 3-5). Đối với những người mẹ đã nhiễm HIV, kết hợp các biện pháp can thiệp bằng thuốc kháng vi-rút với nuôi con bằng sữa mẹ có thể giảm thiểu đáng kể nguy cơ lây truyền HIV sau sinh. Việc tăng cường khả năng tiếp cận các loại thuốc kháng vi-rút cần được ưu tiên (xem Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, trang 344). Đối với trẻ thơ đã không dùng sữa mẹ, mà đã sử dụng phương pháp nuôi thay thế, rủi ro càng lớn hơn trong điều kiện khẩn cấp. Điều này có nghĩa là, nuôi con bằng sữa mẹ tạo ra khả năng sống sót nhiều hơn cho các trẻ thơ được sinh ra bởi những bà mẹ bị nhiễm HIV cũng như cho những em bị nhiễm HIV, kể cả ở những nơi chưa có các loại thuốc kháng vi-rút. Cần phải có sự hỗ trợ khẩn cấp về nuôi con bằng sữa ngoài cho những trẻ thơ đã dùng phương pháp nuôi thay thế (xem Hướng dẫn 6).

3. Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng thể cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng thể cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng gắn liền với rủi ro gia tăng bệnh tật và tử vong đối với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Do đó, khi tình trạng này đã ở mức cao hay có rủi ro cao, thì cần phải bảo đảm khả năng tiếp cận với những dịch vụ có thể khắc phục cũng như ngăn chặn tình trạng thiếu dinh dưỡng. Tác động của những dịch vụ này sẽ bị giảm đi đáng kể nếu các nguyên nhân sâu xa gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng không được khắc phục đồng thời thông qua các biện pháp can thiệp khác nhằm hỗ trợ sức khỏe, cấp nước, vệ sinh và thúc đẩy thực hành vệ sinh cá nhân, hỗ trợ lương thực và đảm bảo an ninh lương thực.

Mức độ trung bình của tình trạng suy dinh dưỡng cấp có thể được xử lý bằng nhiều cách. Trong các tình huống khẩn cấp, chăm sóc ăn bổ sung thường là cách đầu tiên để ngăn chặn và điều trị suy dinh dưỡng thể cấp, mức độ vừa và ngăn chặn suy dinh dưỡng cấp chuyển thành mức độ nặng. Cách này có thể làm đồng loạt hay có trọng điểm, tùy thuộc vào mức độ suy dinh dưỡng cấp, các nhóm dân cư dễ bị tổn thương và rủi ro gia tăng suy dinh dưỡng cấp. Các chỉ số tác động ở Tiêu chuẩn 1 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng chủ yếu áp dụng cho các chương trình ăn bổ sung có trọng điểm. Mặc dù chưa có các chỉ số đánh giá tác động áp dụng cho chương trình ăn bổ sung đồng loạt, nhưng đối với các chương trình loại này, theo dõi được độ bao phủ, mức độ chấp nhận của đối tượng và thực tế khẩu phần cung cấp là quan trọng và cần thiết. Suy dinh dưỡng cấp mức độ nặng được xử lý bằng việc chăm sóc điều trị phục hồi có thể được thực hiện thông qua nhiều phương pháp khác nhau. Quản lý suy dinh dưỡng cấp dựa vào cộng đồng nên là phương pháp được ưu tiên nếu điều kiện cho phép. Các chương trình điều trị phục hồi suy dinh dưỡng cấp tính thể nặng cần bao gồm công tác huy động cộng đồng (trong đó có truyền thông hiệu quả, chủ động phát hiện các trường hợp mắc bệnh, dịch vụ tư vấn, chuyển tuyến và các hoạt động hỗ trợ tiếp theo), áp dụng cách điều trị phục hồi ngoại trú cho các trường hợp suy dinh dưỡng cấp thể nặng mà chưa có các biến chứng lâm sàng. Với các trẻ loại này mà đã có các biểu hiện tai biến lâm sàng, hoặc các trẻ quá nhỏ, cần được chăm sóc điều trị phục hồi nội trú tại các cơ sở y tế.

Mặc dù việc chẩn đoán lâm sàng biểu hiện của thiếu vi chất dinh dưỡng là không khó, tuy nhiên trong nhiều bối cảnh, phát hiện được các trường hợp có biểu hiện lâm sàng này không dễ. Vì thiếu vi chất thể tiền lâm sàng mới là gánh nặng lớn đối với sức khỏe và sự sống còn của một cộng đồng, cho nên nếu biết rõ một nhóm dân cư nào đó đang thuộc khu vực bị thiếu vi chất dinh dưỡng, hoàn toàn có thể giả định rằng tình trạng thiếu vi chất này sẽ bùng phát mạnh lên trong thời điểm thảm họa. Và vì vậy cần triển khai các giải pháp can thiệp phòng chống thiếu vi chất cho cả cộng đồng đó, cũng như cho các cá thể đã được phát hiện.

Tiêu chuẩn 1 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu vi chất dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng cấp ở mức độ trung bình

Tình trạng suy dinh dưỡng cấp ở mức độ trung bình được khắc phục.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Ngay từ đầu, hãy thiết lập các chiến lược, mục tiêu và tiêu chí rõ ràng cho việc bắt đầu và kết thúc các biện pháp can thiệp (xem Hướng dẫn 1).
- Tối đa hóa khả năng và diện tiếp cận thông qua sự tham gia của nhóm dân cư ngay từ đầu (xem Hướng dẫn 2 và Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55).
- Sử dụng các tiêu chí nhân trắc học được chấp nhận trong nước và quốc tế làm chuẩn cho việc quyết định trẻ được tiếp nhận và xuất khỏi chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 3-4, Phụ lục 4: Đo lường suy dinh dưỡng cấp, và Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng).
- Gắn việc quản lý suy sinh dưỡng cấp mức độ trung bình với việc quản lý suy dinh dưỡng cấp độ nặng và các dịch vụ y tế hiện có, nếu thấy có thể (xem Hướng dẫn 5-6).
- Cung cấp khẩu phần thức ăn bổ sung khô hoặc được chế biến sẵn thích hợp, trừ phi có lý do rõ ràng cho việc chăm sóc tại chỗ (xem Hướng dẫn 8).
- Điều tra và xử lý các nguyên nhân của tình trạng bỏ giữa chừng hay điều trị không có hiệu quả (xem Hướng dẫn 5-6).
- Xử lý các vấn đề IYCF theo hướng đặc biệt quan tâm đến khía cạnh bảo vệ, hỗ trợ và khuyến khích việc nuôi con bằng sữa mẹ (xem Hướng dẫn 7).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

Các chỉ số này chủ yếu được áp dụng cho nhóm từ 6 – 59 tháng tuổi, mặc dù các nhóm tuổi khác có thể tham gia chương trình.

- Hơn 90% nhóm dân cư đối tượng ở cách địa điểm thực hiện chương trình trong phạm vi ít hơn 1 ngày đi bộ khứ hồi (kể cả thời gian điều trị) để nhận khẩu phần thức ăn bổ sung khô và không quá 1 giờ đi bộ để nhận thức ăn bổ sung tại chỗ (xem Hướng dẫn 2).
- Độ bao phủ của chương trình là >50% ở vùng nông thôn, >70% ở vùng đô thị và >90% trong lán trại (xem Hướng dẫn 2).
- Tỷ lệ những người xuất khỏi chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng bị chết là <3%, phục hồi sức khỏe là >75% và không đạt kết quả là <15% (xem Hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. ***Thiết kế chương trình*** phải dựa trên sự hiểu biết về sự phức tạp và tính năng động của tình hình dinh dưỡng. Chăm sóc bổ sung có thể thực hiện có trọng điểm hay đồng loạt. Quyết định theo hình thức nào phụ thuộc vào mức độ suy dinh dưỡng cấp và số lượng các ca mắc bệnh, rủi ro gia tăng suy dinh dưỡng cấp, năng lực sàng lọc và theo dõi số lượng các ca mắc bệnh bằng các tiêu chí nhân trắc học, các nguồn lực sẵn có và khả năng tiếp cận với nhóm dân cư bị ảnh hưởng. Chăm sóc ăn bổ sung có trọng điểm nhìn chung cần có nhiều thời gian và công sức hơn để sàng lọc và theo dõi các cá nhân mắc bệnh suy dinh dưỡng cấp nhưng lại cần ít nguồn lực thực phẩm hơn, trong khi phương pháp đồng loạt nhìn chung cần ít nhân lực có kiến thức chuyên môn hơn nhưng lại cần nhiều nguồn lực thực phẩm hơn. Huy động cộng đồng có hiệu quả sẽ góp phần nâng cao sự hiểu biết của dân cư cũng như hiệu quả của chương trình. Một điều cũng quan trọng là cần lập mối liên kết với việc chữa bệnh, các hệ thống y tế, các mạng lưới HIV, AIDS và lao, và các chương trình an ninh lương thực, trong đó có hỗ trợ lương thực, hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ phiếu mua hàng. Dân cư bị ảnh hưởng cần được tham gia vào việc quyết định lựa chọn địa điểm cho các chương trình. Cũng cần quan tâm đến những người dễ bị tổn thương bởi họ thường gặp khó khăn trong việc tiếp cận các địa điểm đó. Ngay từ lúc bắt đầu thảm họa, cần tính đến cách thức kết thúc sự trợ giúp hay kế hoạch hỗ trợ dài hơi hơn.
2. ***Độ bao phủ*** đề cập tới số lượng các cá nhân cần được điều trị so với những người thực tế được điều trị. Độ bao phủ có thể bị ảnh hưởng bởi mức độ chương trình được chấp nhận, việc lựa chọn địa điểm và khả năng tiếp cận địa điểm thực hiện chương trình, tình hình an ninh, tần suất các lần phân phát, thời gian phải đợi chờ, chất lượng dịch vụ, mức độ huy động, mức độ đi thăm và sàng lọc các hộ gia đình và việc điều chỉnh các tiêu chí tiếp nhận chương trình điều trị. Các địa điểm chương trình cần ở gần nhóm dân cư đối tượng để có thể giảm rủi ro và chi phí gắn liền với việc người dân phải đi lại những quãng đường dài cùng trẻ em và rủi ro kích thích họ di tản đến chính

những địa điểm này. Phương pháp đo lường độ bao phủ có thể khác nhau về mức độ tin cậy và loại hình thông tin thu thập được. Phương pháp được sử dụng phải được mô tả khi lập báo cáo. Cần tham khảo văn bản hướng dẫn hiện hành khi quyết định phương pháp nào là phù hợp trong một bối cảnh nhất định. Đánh giá về độ bao phủ nên được coi là một công cụ quản lý, do đó không nên để đến cuối của giai đoạn hỗ trợ khẩn cấp.

3. ***Các tiêu chí tiếp nhận vào chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng:*** Những người không đáp ứng các tiêu chí nhân trắc học định nghĩa về suy dinh dưỡng cấp cũng có thể được hưởng lợi từ chương trình chăm sóc bổ sung; ví dụ, những người sống chung với HIV hay bị bệnh lao hay những người xuất khỏi chương trình để tránh tình trạng bệnh tái phát, những người có các chứng bệnh mạn tính khác hay những người khuyết tật. Cần điều chỉnh các hệ thống theo dõi và báo cáo nếu những cá nhân không đáp ứng các tiêu chí nhân trắc học được đưa vào diện đối tượng hưởng lợi.

4. ***Các tiêu chí xuất khỏi chương trình*** cần tuân thủ văn bản hướng dẫn quốc gia hay hướng dẫn quốc tế trong trường hợp không có văn bản hướng dẫn quốc gia. Các tiêu chí này cần được nêu cụ thể khi báo cáo về các chỉ số đo lường hiệu quả (xem Hướng dẫn 5).

5. ***Các chỉ số đo lường hiệu quả*** liên quan đến các cá nhân xuất khỏi chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng sau khi được điều trị. Số lượng người xuất khỏi chương trình gồm tất cả những người đã hồi phục sức khỏe, đã chết, đã bỏ giữa chừng hay không hồi phục sức khỏe. Những cá nhân được chuyển đến để được chăm sóc bổ sung (như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe) là những người chưa kết thúc điều trị và sẽ tiếp tục được điều trị hay sẽ trở lại để được điều trị. Các cá nhân được chuyển đến các địa điểm chương trình khác là những người chưa kết thúc điều trị và không nên được đưa vào các chỉ số đo hiệu quả. Các chỉ số liên quan đến hiệu quả như sau:

$$\textbf{Tỷ lệ những người xuất khỏi chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng} = \frac{\text{Số người hồi phục sức khỏe}}{\text{Tổng số người xuất khỏi chương trình}} \times 100\%$$

$$\textbf{Tỷ lệ những người xuất khỏi chương trình bị chết} = \frac{\text{Số người bị chết}}{\text{Tổng số người xuất khỏi chương trình}} \times 100\%$$

$$\textbf{Tỷ lệ những người bỏ chương trình giữa chừng} = \frac{\text{Số người bỏ giữa chừng}}{\text{Tổng số người xuất khỏi chương trình}} \times 100\%$$

$$\textbf{Tỷ lệ những người xuất khỏi chương trình không hồi phục sức khỏe} = \frac{\text{Số người không hồi phục sức khỏe}}{\text{Tổng số người xuất khỏi chương trình}} \times 100\%$$

Các cá nhân được tiếp nhận vào chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng, sau khi được chăm sóc sức khỏe và xuất viện cần được báo cáo như một loại riêng biệt để tránh những kết quả mang tính thiên vị theo hướng báo cáo số người hồi phục sức khỏe nhiều hơn. Trẻ em mà suy dinh dưỡng chỉ là chứng bệnh phụ so với khuyết tật, hở vòm miệng hay các vấn đề phẫu thuật, v.v... không nên loại ra ngoài báo cáo chương trình. Khi lập báo cáo, nhóm cốt lõi là trẻ em 6-59 tháng tuổi. Ngoài các chỉ số nêu trên, khi phân tích về hiệu quả, các hệ thống cần theo dõi sự tham gia của người dân, mức độ chương trình được chấp nhận (một chỉ số tốt để đo lường mức độ chấp nhận là tỷ lệ người bỏ giữa chừng và độ bao phủ), số lượng và chất lượng thực phẩm được cung cấp, độ bao phủ, lý do chuyển sang các chương trình khác (đặc biệt là trẻ em mà tình trạng suy dinh dưỡng trở nên tồi tệ hơn và trở thành suy dinh dưỡng cấp thể nặng) và số lượng các cá nhân được tiếp nhận để điều trị. Các yếu tố khách quan cũng cần được xem xét, như hình thái bệnh, mức độ thiếu dinh dưỡng trong dân cư, mức độ mất an ninh lương thực trong các hộ gia đình và trong dân cư, các biện pháp can thiệp bổ sung dành cho dân cư (kể cả những đợt phân phát lương thực nói chung hay những chương trình tương tự) và năng lực của các hệ thống hiện hành trong việc cung cấp dịch vụ. Cần thường xuyên điều tra những nguyên nhân dẫn đến tình trạng bỏ giữa chừng hay điều trị không mang lại hiệu quả mong muốn.

6. ***Đầu vào và các vấn đề y tế cần xem xét:*** Các chương trình chăm sóc bổ sung có trọng điểm là điểm tiếp xúc quan trọng cho việc sàng lọc và tư vấn về tình trạng bệnh tật. Các chương trình cần tính đến năng lực của các dịch vụ hiện hành và bảo đảm việc cung cấp có hiệu quả các loại thuốc kháng bệnh giun sán, bổ sung vi-ta-min A, viên sắt và a-xít pho-líc kết hợp với rà soát và điều trị sốt rét, bổ sung kẽm để điều trị tiêu chảy và tiêm phòng (xem Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm tại trang 329, và Tiêu chuẩn 1-2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em tại trang 337-338). Ở lĩnh vực HIV, cần phải có dịch vụ xét nghiệm HIV và điều trị phòng ngừa cũng như cần quan tâm đặc biệt đến số lượng và chất lượng của khẩu phần thức ăn bổ sung.

7. ***Các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ*** của những em bé suy dinh dưỡng cấp có tuổi dưới 6 tháng cần được tiếp nhận vào diện chăm sóc bổ sung, bất kể tình hình dinh dưỡng của bà mẹ như thế nào. Các bà mẹ suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình có thể nuôi con bằng sữa mẹ một cách có hiệu quả và cần có sự hỗ trợ hợp lý về dinh dưỡng để bảo vệ tình hình dinh dưỡng của chính họ. Các bà mẹ cần được nhận khẩu phần thức ăn bổ sung, hỗ trợ về kỹ năng nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ và tư vấn về chăm sóc bổ sung an toàn, đủ chất bổ và phù hợp với nhu cầu của đứa con. Trẻ em dưới 6 tháng tuổi bị suy dinh dưỡng cấp cần được chuyển sang chế độ nuôi bằng sữa mẹ có kỹ năng thuần thục và được chăm sóc cần thiết ở cở sở nội trú
8. ***Khẩu phần:*** Khẩu phần khô hay thức ăn chế biến sẵn cung cấp hàng tuần hay hai tuần một lần là cách thức tốt hơn phương án chăm sóc tại chỗ, nhưng thành phần và lượng của chúng cần tính đến tình hình an ninh lương thực của hộ gia đình và khả năng chia sẻ. Cần cung cấp thông tin rõ ràng về cách chế biến và bảo quản thức ăn bổ sung một cách hợp vệ sinh, chúng cần được tiêu thụ như thế nào và vào lúc nào (xem Tiêu chuẩn 6 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, Hướng dẫn 1, trang 206) và về tầm quan trọng của việc tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ cho trẻ em dưới 24 tháng tuổi. Những người dễ bị tổn thương, như những người có khó khăn trong việc đi lại, có thể cần một số điều chỉnh đối với chương trình để đáp ứng nhu cầu cụ thể của họ.

Tiêu chuẩn 2 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng cấp mức độ nặng

Tình trạng suy dinh dưỡng cấp mức độ nặng được xử lý.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Ngay từ đầu, cần xây dựng các tiêu chí rõ ràng và đồng thuận cho việc bắt đầu hay tăng cường hỗ trợ những dịch vụ hiện có và cho việc giảm dần hay kết thúc những hoạt động này (xem Hướng dẫn 1).
- Lồng ghép các hợp phần về quản lý suy dinh dưỡng cấp thể nặng vào những biện pháp can thiệp như chăm sóc bệnh nhân nội trú, chăm sóc bệnh nhân ngoại trú và huy động dân cư (xem Hướng dẫn 2).
- Ngay từ đầu, tối đa hóa khả năng tiếp cận và độ bao phủ thông qua sự tham gia của dân cư (xem Hướng dẫn 1-3 và Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55).
- Cung cấp sự chăm sóc về dinh dưỡng và y tế theo các văn bản hướng dẫn được thừa nhận trong nước và quốc tế cho việc quản lý suy dinh dưỡng cấp thể nặng (xem Hướng dẫn 4-8).

- Bảo đảm rằng các tiêu chí xuất khỏi chương trình điều trị có các chỉ số nhân trắc học cũng như phi nhân trắc học (xem Hướng dẫn 6).
- Điều tra và xử lý nguyên nhân dẫn đến các trường hợp bỏ giữa chừng, điều trị không hiệu quả hay tăng số người chết (xem Hướng dẫn 6-7).
- Xử lý IYCF theo hướng đặc biệt quan tâm bảo vệ, hỗ trợ và khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ (xem Hướng dẫn 9-10).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

Các chỉ số này chủ yếu được áp dụng cho nhóm từ 6 – 59 tháng tuổi, mặc dù các nhóm tuổi khác có thể tham gia chương trình điều trị.

- Hơn 90% nhóm dân số mục tiêu ở cách địa điểm thực hiện chương trình trong phạm vi ít hơn 1 ngày đi bộ khứ hồi (kể cả thời gian điều trị).
- Độ bao phủ của chương trình là >50% ở vùng nông thôn, >70% ở vùng đô thị và >90% trong lán trại (xem Hướng dẫn 3).
- Tỷ lệ những người xuất khỏi chương trình điều trị bị chết là <3%, phục hồi sức khỏe là >75% và không đạt kết quả là <15% (xem Hướng dẫn 6).

Hướng dẫn

1. ***Thiết kế chương trình:*** Các chương trình điều trị cần được thiết kế để phát huy và hỗ trợ năng lực của những hệ thống y tế hiện có, nếu thấy có thể. Mức độ hỗ trợ thêm cần thiết để bảo đảm quản lý có hiệu quả tình trạng suy dinh dưỡng cấp nghiêm trọng được quyết định dựa trên năng lực hiện có ở cấp độ cơ sở y tế và cộng đồng, số lượng và diện (về mặt địa lý) của dân cư bị ảnh hưởng và tình hình an ninh. Ngay từ đầu, các chương trình cần tính đến các biện pháp chấm dứt hỗ trợ hay kế hoạch hỗ trợ dài hơi vượt ra ngoài thời gian của tình huống khẩn cấp. Các tiêu chí để kết thúc hay chuyển tiếp các chương trình cần tính đến năng lực và cơ hội để lồng ghép vào các chương trình hiện có.
2. ***Các hợp phần chương trình:*** Các chương trình về quản lý suy dinh dưỡng cấp thể nặng cần bao gồm chăm sóc nội trú cho những người có biến chứng y tế và tất cả trẻ em dưới 6 tháng tuổi bị suy dinh dưỡng cấp và chăm sóc ngoại trú tập trung cho trẻ em không có biến chứng y tế. Chăm sóc nội trú có thể dưới hình thức thực hiện hay tư vấn trực tiếp. Các chương trình cũng cần liên kết với các dịch vụ khác xử lý những nguyên nhân trực tiếp hay tiềm tàng gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng, như chăm sóc bổ sung, các mạng lưới HIV, AIDS và lao, các dịch vụ y tế ban đầu và chương trình an ninh lương thực (kể cả hỗ trợ lương thực, hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ phiếu mua hàng). Vận động cộng đồng có hiệu quả sẽ giúp ích cho việc thực hiện các mục tiêu về

mức độ chấp nhận, khả năng tiếp cận và độ bao phủ của chương trình. Các địa điểm chăm sóc ngoại trú phải gần các nhóm dân cư đối tượng để giảm thiểu rủi ro và chi phí gắn liền với việc đi lại trên những quãng đường dài với trẻ em và rủi ro khi người dân di tản đến chính những địa điểm này.

3. ***Độ bao phủ:*** Cũng giống như trường hợp suy dinh dưỡng cấp ở mức vừa, độ bao phủ can thiệp có thể bị ảnh hưởng bởi mức độ chương trình được chấp nhận, việc lựa chọn địa điểm và khả năng tiếp cận địa điểm chương trình, tình hình an ninh, tần suất các lần phân phát, thời gian phải đợi chờ, chất lượng dịch vụ, mức độ huy động, mức độ đi thăm và sàng lọc các hộ gia đình và việc điều chỉnh các tiêu chí tiếp nhận. Phương pháp đo lường độ bao phủ có thể khác nhau về mức độ tin cậy và loại hình thông tin thu thập được. Phương pháp được sử dụng phải được mô tả khi lập báo cáo. Cần tham khảo văn bản hướng dẫn hiện hành khi quyết định phương pháp nào là phù hợp trong một bối cảnh nhất định (xem Tiêu chuẩn 1 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng, Hướng dẫn 2, trang 171).

4. ***Các văn bản hướng dẫn:*** Trường hợp có các văn bản hướng dẫn quốc gia thì phải tuân thủ những hướng dẫn này. Nếu không có các văn bản hướng dẫn quốc gia hay những văn bản này không đạt tiêu chuẩn quốc tế, thì thực hiện các hướng dẫn quốc tế. Có thể tìm thấy các hướng dẫn được quốc tế thừa nhận tại phần Các tài liệu tham khảo.

5. ***Các tiêu chí cho tiếp nhận vào cơ sở điều trị nội trú*** cần nhất quán với các văn bản hướng dẫn quốc gia và quốc tế (xem Phụ lục 4: Đo lường tình trạng suy dinh dưỡng cấp, và Tài liệu tham khảo). Tiêu chí tiếp nhận vào cơ sở điều trị cho trẻ em dưới 6 tháng tuổi và các nhóm khó xác định tình trạng nhân trắc học cần xem xét cả tình trạng lâm sàng và thực trạng nuôi bằng sữa mẹ. Những trẻ đã xét nghiệm hay nghi bị nhiễm HIV và những trẻ bị bệnh lao hay bị ốm kinh niên cần được tiếp cận sự chăm sóc một cách bình đẳng nếu họ đáp ứng các tiêu chí gia nhập cơ sở điều trị. Những trẻ sống chung với HIV nhưng không đáp ứng các tiêu chí tiếp nhận vào cơ sở điều trị thường cần sự trợ giúp về dinh dưỡng, nhưng điều này không phải là tốt nhất trong bối cảnh điều trị suy dinh dưỡng cấp thể nặng trong các tình huống thảm họa. Những trẻ em này và gia đình cần được hỗ trợ thông qua nhiều loại dịch vụ, trong đó có chăm sóc dựa vào gia đình hay dựa vào cộng đồng, các trung tâm điều trị bệnh lao và các chương trình phòng bệnh nhằm ngăn chặn sự lây nhiễm từ mẹ sang con.

6. ***Các tiêu chí để được xuất khỏi chương trình điều trị phục hồi:*** Những trẻ được xuất khỏi chương trình phải hoàn toàn không còn các biến chứng y tế, đã phục hồi vị giác, đã tăng cân và duy trì một trọng lượng thích hợp mà không có hiện tượng phù nề liên quan đến dinh dưỡng (ví dụ, qua hai lần cân trọng lượng liên tục). Được nuôi bằng sữa mẹ có vai trò đặc biệt quan trọng đối với trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi cũng như trẻ em đến 24 tháng tuổi.

Trẻ thơ không được nuôi bằng sữa mẹ cần được tiếp tục theo dõi kỹ càng. Cần tuân thủ các tiêu chí xuất khỏi chương trình để tránh những rủi ro liên quan đến việc cho xuất khỏi chương trình quá sớm. Các văn bản hướng dẫn xác định giới hạn về thời gian lưu trú trung bình để điều trị và để tránh tình trạng mất quá nhiều thời gian để hồi phục sức khỏe. Thời gian lưu trú trung bình để điều trị thay đổi theo các văn bản hướng dẫn đang sử dụng, do đó nó cần được điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh quốc gia và văn bản hướng dẫn đang sử dụng. Trọng lượng tăng trung bình cần được tính riêng rẽ cho các cá nhân bị và không bị phù nề do dinh dưỡng. HIV, AIDS và bệnh lao có thể làm cho việc điều trị cho một số người suy dinh dưỡng không có kết quả. Cần xem xét thời gian điều trị hay chăm sóc dài hơn, cùng với những dịch vụ y tế và những dịch vụ hỗ trợ khác của cộng đồng và xã hội (xem Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, trang 328).

7. ***Các chỉ số đo lường hiệu quả*** đối với việc quản lý suy dinh dưỡng cấp thể nặng cần kết hợp kết quả chăm sóc nội trú và ngoại trú mà không lặp lại hai lần (có nghĩa là, loại bỏ những sự dịch chuyển giữa hai hợp phần). Nếu không thể làm việc đó, việc giải thích tỷ lệ kết quả phải được điều chỉnh tương ứng, ví dụ các chương trình điều trị cần có các chỉ số tốt hơn khi chỉ thực hiện chăm sóc ngoại trú và cần phấn đấu đạt các chỉ số được đề ra cho phương án chăm sóc kết hợp khi chỉ thực hiện chăm sóc nội trú. Số người xuất khỏi chương trình sau điều trị phục hồi suy dinh dưỡng cấp thể nặng bao gồm những người đã hồi phục sức khỏe, đã chết, đã bỏ giữa chừng hoặc không hồi phục sức khỏe (xem Tiêu chuẩn 1 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng, Hướng dẫn 4, trang 172). Những người được chuyển qua các dịch vụ khác (ví dụ, các dịch vụ y tế) là những người chưa kết thúc điều trị. Trong trường hợp các chương trình chỉ báo cáo về điều trị ngoại trú thì cần báo cáo cả những trường hợp được chuyển qua điều trị nội trú, khi đánh giá hiệu quả. Các yếu tố như biến chứng lâm sàng HIV sẽ ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong trong trường hợp một tỷ lệ các ca được nhập chương trình điều trị đã bị nhiễm HIV. Mặc dù các chỉ số đo lường hiệu quả chưa được điều chỉnh cho các tình huống này, việc tính đến các yếu tố đó có vai trò rất quan trọng khi giải thích kết quả. Ngoài các chỉ số tiếp nhận vào chương trình điều trị, các trường hợp nhập mới, số lượng trẻ em đang được điều trị và tỷ lệ độ bao phủ cần được đánh giá khi theo dõi hiệu quả hoạt động. Các nguyên nhân tái nhập chương trình, sự xấu đi của tình trạng lâm sàng, tình trạng bỏ giữa chừng và điều trị không hiệu quả cần được điều tra và ghi chép một cách thường xuyên. Định nghĩa của những khái niệm này cũng cần được điều chỉnh cho phù hợp với những văn bản hướng dẫn đang sử dụng.

8. ***Đầu vào cho y tế:*** Tất cả các chương trình về quản lý suy dinh dưỡng cấp thể nặng cần có các biện pháp điều trị có tính hệ thống theo các văn bản

hướng dẫn quốc gia và quốc tế và các cơ sở chuyển bệnh nhân đã được xác lập cho việc quản lý các căn bệnh như lao và HIV. Ở những nơi có tỷ lệ nhiễm HIV cao, chiến lược điều trị suy dinh dưỡng cần tính đến những biện pháp can thiệp để tránh sự lan truyền HIV cũng như những biện pháp để hỗ trợ sự sống sót của bà mẹ và trẻ em. Các hệ thống chuyển bệnh nhân hiệu quả để xét nghiệm cũng như chăm sóc bệnh nhân lao và HIV có vai trò thiết yếu.

9. ***Hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ:*** Trẻ em được tiếp nhận để điều trị nội trú thường nằm trong số những người ốm yếu nhất. Các bà mẹ cần sự hỗ trợ về kỹ năng nuôi con bằng sữa mẹ như là một phần của quá trình cải thiện dinh dưỡng và phục hồi sức khỏe, đặc biệt là trẻ em dưới 6 tháng tuổi. Cần cung cấp đủ thời gian và nguồn lực cho quá trình này - sẽ là hữu ích nếu có một khu vực được chỉ định (góc cho con bú) để bà mẹ tiếp nhận sự trợ giúp về kỹ năng và sự giúp đỡ đồng đẳng. Những bà mẹ đang nuôi con bằng sữa mẹ của các trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi bị suy dinh dưỡng cấp thể nặng cần được nhận khẩu phần bổ sung bất kể tình hình dinh dưỡng của họ như thế nào, trừ phi họ đáp ứng các tiêu chí nhân trắc học về suy dinh dưỡng cấp nghiêm trọng mà, trong trường hợp đó, họ cũng cần được tiếp nhận để điều trị.
10. ***Hỗ trợ về mặt xã hội và tâm lý xã hội:*** Động viên về mặt tình cảm và thể chất thông qua vui chơi có vai trò quan trọng đối với trẻ em bị suy dinh dưỡng cấp nghiêm trọng trong giai đoạn phục hồi. Những người chăm sóc trẻ thường cần sự hỗ trợ về mặt xã hội và tâm lý xã hội để đưa các em đến điều trị. Có thể thực hiện điều này thông qua các chương trình vận động nhấn mạnh sự khuyến thích và tương tác như là những biện pháp điều trị cũng như phòng ngừa rủi ro bị tàn tật và làm tổn hại đến trí não (xem Nguyên tắc bảo vệ 4, trang 41). Tất cả những người chăm sóc các em suy dinh dưỡng thể nặng cần được tạo điều kiện để chăm sóc các em trong thời gian điều trị thông qua việc cung cấp tư vấn, trình diễn và thông tin về sức khỏe và dinh dưỡng.

Tiêu chuẩn 3 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng: Thiếu các vi chất dinh dưỡng

Các biện pháp can thiệp về thiếu các vi chất dinh dưỡng áp dụng song song với các biện pháp can thiệp về y tế và dinh dưỡng khác, nhằm giảm thiểu những căn bệnh thông thường gắn liền với tình huống khẩn cấp và nhằm khắc phục tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Đào tạo các nhân viên y tế về cách thức phát hiện và điều trị các ca thiếu các vi chất dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 1-2).

- Xây dựng quy trình để đáp ứng có hiệu quả với các loại hình thiếu vi chất dinh dưỡng mà dân cư có nguy cơ gặp phải (xem Hướng dẫn 2).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các trường hợp thiếu các vi chất dinh dưỡng được điều trị theo thực hành lâm sàng hiện hành tốt nhất (xem Hướng dẫn 1-2).
- Các biện pháp can thiệp về vi chất dinh dưỡng thường áp dụng song song với các biện pháp can thiệp về y tế nhằm giảm thiểu những căn bệnh thông thường gắn liền với các tình huống khẩn cấp như sởi (vi-ta-min A) và tiêu chảy (nguyên tố kẽm) (xem Hướng dẫn 3-4).

Hướng dẫn

1. ***Chẩn đoán và điều trị các trường hợp thiếu vi chất dinh dưỡng lâm sàng:*** Có thể chẩn đoán lâm sàng một số loại thiếu vi chất dinh dưỡng bằng các kiểm tra đơn giản. Các chỉ số thiếu hụt này thu thập được có thể nhập vào số liệu của hệ thống giám sát, mặc dù cần đào tạo nhân viên một cách cẩn thận để bảo đảm việc đánh giá là chính xác. Việc chẩn đoán thiếu vi chất dinh dưỡng là khá khó khăn và trong các tình huống khủng hoảng các trường hợp được xác định thường là các tình huống được cán bộ y tế bắt gặp khi trẻ đến tham gia các chương trình thực phẩm bổ sung. Điều trị những ca thiếu các vi chất dinh dưỡng nên bao gồm việc tích cực phát hiện các ca bệnh, và việc sử dụng các tiêu chí nhất quán cho chẩn đoán và điều trị. Phát hiện và điều trị các ca bệnh cần được thực hiện trong hệ thống y tế và trong các chương trình thực phẩm bổ sung (xem Tiêu chuẩn 2 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, Hướng dẫn 6, trang 160). Khi tỷ lệ các ca thiếu vi chất dinh dưỡng vượt quá ngưỡng sức khỏe cộng đồng (xem Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng), việc điều trị đồng loạt cho dân cư bằng bổ sung trực tiếp các vi chất có thể là phương án thích hợp. Bệnh sco-bút (thiếu vi-ta-min C), bệnh pellagra (thiếu vi-ta-min PP), bệnh beriberi (thiếu vi-ta-min B1) và bệnh ariboflavinosis (thiếu vi-ta-min B2) là những dịch bệnh thường quan sát thấy nhất, bắt nguồn từ tình trạng khó tiếp cận với các vi chất dinh dưỡng trong những nhóm dân cư phụ thuộc vào viện trợ lương thực. Do đó, tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng cần được khắc phục bằng các biện pháp can thiệp trong toàn bộ dân cư cũng như điều trị cá nhân.
2. ***Chẩn đoán và điều trị thiếu các vi chất dinh dưỡng cận lâm sàng:*** Thiếu các vi chất dinh dưỡng cận lâm sàng có thể gây ra tác động tiêu cực đối với sức khỏe, nhưng không thể phát hiện trực tiếp mà phải thông qua kiểm tra hóa sinh. Trường hợp ngoại lệ là bệnh thiếu máu, mà xét nghiệm hóa sinh thường sẵn có và có thể thực hiện khá dễ dàng trên thực địa (xem Tiêu chuẩn 2 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, Hướng

dẫn 6 tại trang 160, và Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng). Có thể sử dụng các chỉ số gián tiếp để đánh giá rủi ro thiếu các vi chất dinh dưỡng trong dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và quyết định cần phải có cải thiện gì trong khẩu phần và sử dụng các chất bổ sung nào (xem Tiêu chuẩn 2 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, Hướng dẫn 6 tại trang 160, và Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng).

3. ***Phòng ngừa:*** Các biện pháp phòng ngừa tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng được mô tả vắn tắt tại phần viết về an ninh lương thực - hỗ trợ lương thực (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 186). Phòng ngừa cũng đòi hỏi phải kiểm soát các căn bệnh như nhiễm trùng hô hấp cấp, sởi và các căn bệnh nhiễm ký sinh trùng như sốt rét và tiêu chảy là những căn bệnh làm suy giảm nguồn dự trữ các vi chất dinh dưỡng (xem các Tiêu chuẩn 1 và 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em, trang 337-338). Chuẩn bị sẵn sàng để điều trị bao gồm xây dựng các phương án chẩn đoán bệnh và phác đồ điều trị cùng các hệ thống nhằm tích cực phát hiện các ca mắc bệnh.

4. ***Sử dụng các vi chất dinh dưỡng trong việc điều trị các căn bệnh phổ biến:*** Hoạt động bổ sung các vi chất dinh dưỡng cần được lồng ghép vào việc phòng ngừa và điều trị một số căn bệnh nhất định. Nó bao gồm cung cấp bổ sung vi-ta-min A đồng thời với tiêm phòng sởi và đưa nguyên tố kẽm cùng với các dung dịch bù nước và điện giải bằng đường uống (hay còn gọi tắt là ORS) vào các hướng dẫn về điều trị tiêu chảy (xem Tiêu chuẩn 1 và 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em tại trang 337-338, và Tiêu chuẩn 2 về Chế độ ăn uống cho trẻ thơ và trẻ nhỏ tại trang 164).

4. An ninh lương thực

Các biện pháp ứng phó về an ninh lương thực là nhằm đáp ứng các nhu cầu trước mắt, không gây hại và giảm thiểu nhu cầu của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa trong việc áp dụng những biện pháp đối phó có tiềm năng gây hại cũng như góp phần vào việc phục hồi an ninh lương thực trong tương lai.

Một đánh giá chính xác là đánh giá đó phải kiểm tra tính phù hợp và độ khả thi của các phương án ứng phó tiềm năng (Xem Tiêu chuẩn 1 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, trang 153). Các biện pháp ứng phó về an ninh lương thực trong phần này của Sổ tay được nhóm thành các tiêu chuẩn về an ninh lương thực chung, hỗ trợ lương thực, hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng và các hoạt động sinh kế.

Nếu cần phải có lương thực thì phải xem xét hình thức hỗ trợ thích hợp và rổ lương thực phải được lựa chọn cẩn thận để hỗ trợ bằng hiện vật cũng như hỗ trợ bằng phiếu mua hàng. Các biện pháp ứng phó về sinh kế bao gồm sản xuất các sản phẩm cơ bản, tạo thu nhập và tạo việc làm cũng như tiếp cận các hàng hóa và dịch vụ ngoài thị trường.

Hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng có thể được sử dụng cho nhiều loại hàng hóa và dịch vụ trong an ninh lương thực cũng như ở các lĩnh vực khác. Hiểu năng lực của thị trường và phương thức cung cấp thích hợp có ý nghĩa sống còn để thiết kế các biện pháp can thiệp về an ninh lương thực.

Các tiêu chuẩn an ninh lương thực có tính đến các nguồn lực để đáp ứng nhu cầu lương thực cho dân cư nói chung và nói riêng cho những người dễ bị tổn thương cụ thể đang đứng trước nguy cơ gia tăng về dinh dưỡng. Cho đến khi nhu cầu này được đáp ứng, bất kỳ biện pháp ứng phó nào nhằm điều trị suy dinh dưỡng đều có tác dụng hạn chế, bởi vì những người đã phục hồi sức khỏe sẽ trở lại tình trạng thiếu khẩu phần ăn uống và tình hình dinh dưỡng của họ rất có khả năng sẽ lại xấu đi.

Các phương pháp xác định đối tượng, cung cấp và phân phát cần giảm thiểu rủi ro xảy ra những sai sót trong việc đưa vào và loại ra một số đối tượng nào đó. Điều đó bao gồm rủi ro xảy ra biển thủ sự trợ giúp về lương thực, tiền mặt hay các hình thức trợ giúp khác. Điều hết sức quan trọng là các biện pháp can thiệp về an ninh lương thực không được chuyển hướng sử dụng làm cho xung đột trở nên nghiêm trọng hơn.

Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực: Các vấn đề chung về an ninh lương thực

Người dân có quyền tiếp nhận trợ giúp lương thực nhân đạo để bảo đảm sự sống còn và bảo vệ nhân phẩm của họ, cũng như để ngăn chặn tình trạng hao mòn tài sản và tăng cường sức chịu đựng của họ càng nhiều càng tốt.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thiết kế các biện pháp ứng phó ban đầu để đáp ứng những nhu cầu trước mắt (xem Hướng dẫn 1).
- Xem xét việc thực hiện các biện pháp để hỗ trợ, bảo vệ và khuyến khích an ninh lương thực (xem Hướng dẫn 2).
- Đặt các biện pháp ứng phó trên cơ sở phân tích chính xác, những lợi ích, rủi ro và chi phí gắn liền với những biện pháp đó cũng như những biện pháp đối phó của người dân (xem Hướng dẫn 3).
- Xây dựng các phương án kết thúc trợ giúp và chuyển giao can thiệp cho tất cả các biện pháp ứng phó với thảm họa, nâng cao nhận thức về những phương án này và áp dụng chúng khi thấy thích hợp (xem Hướng dẫn 4).
- Bảo đảm rằng các đối tượng hưởng lợi tiếp cận được sự trợ giúp thích hợp, kể cả việc cung cấp các tri thức, kỹ năng và dịch vụ cần thiết (xem Hướng dẫn 5).
- Bảo vệ và bảo tồn môi trường thiên nhiên khỏi bị xuống cấp trong tất cả các hoạt động ứng phó (xem Hướng dẫn 6).
- Giám sát để đi đến xác định mức độ chấp nhận và khả năng tiếp cận với các biện pháp can thiệp của các nhóm dân cư và cá nhân, và để bảo đảm độ bao phủ tổng quát đối với dân cư bị ảnh hưởng mà không có sự phân biệt đối xử nào (xem Hướng dẫn 7).
- Đánh giá để đo lường ảnh hưởng của các biện pháp can thiệp đối với nền kinh tế, các mạng lưới xã hội, các sinh kế ở địa phương và môi trường thiên nhiên, và để bảo đảm rằng những phát hiện từ việc đánh giá được chia sẻ và sử dụng có hiệu quả nhằm tác động đến những biện pháp can thiệp tiếp theo (xem Hướng dẫn 8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả mọi người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần có biện pháp ứng phó về an ninh lương thực nhận được sự trợ giúp đáp ứng nhu cầu thiết yếu của

họ, ngăn chặn tình trạng hao mòn tài sản, cho họ khả năng lựa chọn và bảo vệ nhân phẩm của họ.

- Các hộ gia đình không sử dụng các biện pháp đối phó mang tính tiêu cực (xem Hướng dẫn 3).
- Sự lựa chọn tiền mặt, phiếu mua hàng hay kết hợp cả hai phương án này được dựa trên cơ sở đánh giá và phân tích thấu đáo (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng, trang 208).

Hướng dẫn

1. ***Xắp xếp thứ tự ưu tiên đối với các biện pháp ứng phó khẩn cấp:*** Phân phối lương thực, tiền mặt hay phiếu mua hàng hay sự kết hợp của các phương án này là biện pháp ứng phó ban đầu phổ biến nhất đối với tình trạng mất an ninh lương thực nghiêm trọng. Các biện pháp ứng phó khác cũng nên được xem xét, trong đó có trợ cấp lương thực, miễn phí tạm thời, các chương trình tạo việc làm, hỗ trợ sản xuất, giảm quy mô đàn gia súc, cung cấp thức ăn gia súc và hỗ trợ thị trường. Khi thị trường hoạt động và tiếp cận được và không có rủi ro xảy ra lạm phát nghiêm trọng, thì ưu tiên có thể là tái lập các cơ chế thị trường bình thường và làm sống lại những hoạt động kinh tế có thể tạo ra việc làm (xem các phần về Thị trường và các biện pháp can thiệp về an ninh lương thực tại danh mục Tài liệu tham khảo). Những biện pháp như vậy có thể phù hợp hơn là phân phát lương thực nếu chúng tạo ra những lợi thế cho việc hỗ trợ các sinh kế, giảm mức độ dễ bị tổn thương trong tương lai và bảo vệ nhân phẩm của người dân. Các tổ chức cứu trợ cần tính đến những gì mà các tổ chức khác đang làm để bảo đảm rằng sự kết hợp các biện pháp ứng phó sẽ cung cấp những đầu vào và dịch vụ mang tính bổ sung cho nhau.
2. ***Hỗ trợ, bảo vệ và tăng cường an ninh lương thực:*** Điều này bao gồm một loạt các biện pháp ứng phó và tuyên truyền vận động. Mặc dù đáp ứng các nhu cầu trước mắt và bảo tồn các tài sản sản xuất là ưu tiên trong giai đoạn đầu xảy ra thảm họa, nhưng các biện pháp ứng phó cần được lập kế hoạch với tầm nhìn dài hạn hơn và lồng ghép vào các biện pháp ứng phó ở những lĩnh vực khác. Trong ngắn hạn, có thể là không khả thi để đạt được an ninh lương thực với các sinh kế của chính người dân. Nhưng cần hỗ trợ những phương cách kiếm sống hiện có góp phần thực hiện an ninh lương thực và bảo vệ nhân phẩm. Các biện pháp ứng phó về an ninh lương thực cần ngăn chặn sự hao mòn tài sản, hướng tới sự phục hồi nguồn tài sản đã bị mất mát trong thảm họa và tăng sức chống chịu trước những hiểm nguy trong tương lai.
3. ***Những rủi ro gắn liền với các biện pháp đối phó:*** Các biện pháp đối phó góp phần đảm bảo an ninh lương thực và bảo vệ nhân phẩm cần được hỗ trợ. Tuy nhiên, các biện pháp đối phó có thể tốn kém hay tạo ra rủi ro làm tăng thêm mức độ dễ bị tổn thương (xem Tiêu chuẩn 1 về Đánh giá tình

hình an ninh lương thực và dinh dưỡng, trang 153). Các rủi ro cần được nhìn nhận càng sớm càng tốt và các biện pháp can thiệp sớm cần được thực hiện để giúp người dân tránh trở lại sử dụng những biện pháp đối phó như vậy. Ví dụ, việc phân phát củi đốt và (hoặc) các bếp đun tiết kiệm nhiên liệu có thể tránh được việc sử dụng quá mức nguồn tài nguyên thiên nhiên và tránh việc phải đi đến những nơi không an toàn; các khoản tiền mặt được cấp phát có thể tránh được việc bán tháo tài sản và đất đai (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).

4. ***Chiến lược kết thúc trợ giúp và chuyển giao can thiệp*** phải được tính đến ngay từ đầu, đặc biệt trong trường hợp biện pháp ứng phó có thể có ảnh hưởng dài hạn; ví dụ việc cung cấp các dịch vụ miễn phí mà trong điều kiện bình thường thì người ta vẫn phải trả tiền, như dịch vụ thú y, có thể tạo khó khăn cho việc tái lập các dịch vụ thú y phải trả tiền. Trước khi kết thúc một chương trình hay chuyển sang một giai đoạn mới, cần phải có bằng chứng về sự cải thiện tình hình hoặc các chủ thể có vị thế tốt hơn có thể đảm đương trách nhiệm của mình. Trong trường hợp hỗ trợ lương thực, tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng, điều đó có thể có nghĩa là phải gắn kết với các hệ thống bảo trợ xã hội hiện hành hay với các mạng lưới an toàn dài hạn, hay phải vận động chính phủ và các nhà tài trợ thành lập các hệ thống nhằm khắc phục tình trạng mất an ninh lương thực kinh niên.

5. ***Tiếp cận tri thức, kỹ năng và dịch vụ:*** Cơ cấu tổ chức cần được thiết kế và lập kế hoạch cùng với người sử dụng, để phù hợp và được duy trì tốt, nếu có thể, duy trì cả sau khi can thiệp chấm dứt. Một số người có những nhu cầu rất riêng biệt. Ví dụ, trẻ em mồ côi do bệnh AIDS có thể bị lãng quên trong các hoạt động thông tin và chuyển giao kỹ năng được thực hiện ở các hộ gia đình, do đó có thể được cung cấp bằng các dịch vụ thích hợp khác.

6. ***Tác động môi trường:*** Cần bảo vệ nguồn tài nguyên thiên nhiên phục vụ sản xuất và đời sống của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa (và dân cư sở tại). Cần xem xét tác động đến môi trường trong quá trình đánh giá và lập kế hoạch cho bất kỳ biện pháp ứng phó nào. Ví dụ, người dân sống trong lán trại cần có củi đun, việc này có thể đẩy nhanh tình trạng chặt phá rừng tại địa phương; phân phát các loại lương thực cần nhiều thời gian đun nấu sẽ cần nhiều chất đốt hơn, tiềm ẩn rủi ro gây ra tác động đối với môi trường (xem Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 191). Các biện pháp ứng phó cũng có thể giúp môi trường phục hồi từ tình trạng bị xuống cấp. Ví dụ, giảm quy mô đàn gia súc có thể giảm bớt sức ép đối với đồng cỏ trong lúc hạn hán, dành phần cỏ còn lại cho đàn gia súc sống sót. Nếu thấy có thể, các biện pháp ứng phó nên tăng cường năng lực của người dân để quản lý nguồn tài nguyên thiên nhiên, đặc biệt là khi cung cấp các đầu vào. Cần thẩm định và có biện pháp giảm nhẹ rủi ro qua đó một biện pháp ứng phó có thể gây ra hay làm nghiêm trọng thêm những căng thẳng đối với nguồn tài nguyên thiên nhiên, và do đó góp phần thổi bùng tình trạng xung đột (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).

7. ***Độ bao phủ, khả năng tiếp cận và mức độ chấp nhận:*** Cần đánh giá về các đối tượng hưởng lợi và đặc điểm của họ và cần ước lượng số người, được phân loại theo giới tính và lứa tuổi, trước khi quyết định mức độ tham gia của các nhóm đối tượng khác nhau (đặc biệt chú ý đến những người dễ bị tổn thương). Sự tham gia phần nào được quyết định bởi khả năng tiếp cận dễ dàng và mức độ người dân chấp nhận các hoạt động. Mặc dù một số biện pháp ứng phó về an ninh lương thực được nhắm vào những người tham gia các hoạt động kinh tế, nhưng chúng không được phân biệt đối xử, có thể tiếp cận được bởi những người dễ bị tổn thương và bảo vệ những người ăn theo, trong đó có trẻ em. Những bất cập có thể hạn chế sự tham gia, trong đó có giảm sút năng lực làm việc, gánh nặng công việc nội trợ, mang thai, nhiệm vụ chăm sóc trẻ em, tình trạng ốm đau và khuyết tật. Để khắc phục những bất cập này, cần xác định những hoạt động nằm trong khả năng của các nhóm dân cư hay cần thiết lập những cơ chế hỗ trợ thích hợp. Các cơ chế xác định nhóm đối tượng dựa vào sự tự lựa chọn cần được thiết lập sau khi tham khảo ý kiến đầy đủ với tất cả các nhóm trong dân cư (xem Nguyên tắc Bảo vệ 2, trang 36).

8. ***Giám sát và đánh giá:*** Điều cần thiết là phải giám sát tình hình an ninh lương thực nói chung để đánh giá xem biện pháp can thiệp có còn phù hợp nữa không, quyết định khi nào thì giảm dần các hoạt động cụ thể, đưa ra những điều chỉnh hay những dự án mới và xác định xem có nhu cầu về tuyên truyền vận động hay không. Việc đánh giá cần dựa vào các tiêu chí đã được xác lập của Ủy ban viện trợ phát triển (DAC) được lưu giữ tại Tổ chức Hợp tác và phát triển kinh tế (OECD) để đo lường các chỉ số sau: tính phù hợp, mối liên hệ qua lại, sự gắn kết, độ bao phủ, tính hiệu quả, tính hiệu lực và tác động.

4.1. An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực

Mục đích của hỗ trợ lương thực là để bảo đảm rằng người dân có thể tiếp cận một cách an toàn với lương thực có chất lượng tốt và số lượng đầy đủ và có phương tiện để chế biến và tiêu thụ lương thực một cách an toàn.

Các đợt cấp phát lương thực (miễn phí) nói chung được thực hiện khi được đánh giá là cần thiết, nhắm vào những đối tượng cần lương thực nhiều nhất và nên chấm dứt khi những người hưởng lợi đã phục hồi được khả năng sản xuất hay tiếp cận được nguồn lương thực của mình thông qua các phương tiện khác. Những người hưởng lợi có thể cần một giai đoạn chuyển tiếp sang hình thức trợ giúp khác, như hỗ trợ lương thực có điều kiện hay hỗ trợ sinh kế. Chăm sóc ăn bổ sung có thể vẫn cần, ngoài khẩu phần chung cho những người đang đối mặt với rủi ro (ví dụ, trẻ em

từ 6 đến 59 tuổi và phụ nữ đang mang thai hoặc đang nuôi con bằng sữa mẹ). Điều này có thể dưới hình thức đồng loạt hay có trọng điểm tùy thuộc vào bối cảnh (xem Tiêu chuẩn 1 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng, trang 170).

Đối với các đợt cấp phát lương thực nói chung và cấp thực phẩm bổ sung nói riêng, cần cung cấp khẩu phần đem về nhà, khi thấy có thể. Cấp thực phẩm tại chỗ được thực hiện chỉ khi nào người dân không có phương tiện để tự mình nấu ăn (ngay sau khi xảy ra thảm họa hay trong khi người dân đang di chuyển), khi tình trạng mất an ninh gây ra rủi ro cho những người nhận khẩn phần đem về nhà hay chỉ trong trường hợp chăm sóc tại trường học trong tình huống khẩn cấp (dù khẩu phần đem về nhà có thể được phân phát thông qua trường học).

Quản lý chuỗi cung ứng (hay gọi tắt là SCM) phải đặc biệt mạnh và có ý thức trách nhiệm - bởi mạng sống con người có thể đối mặt với hiểm nguy ngay lập tức và các đợt hỗ trợ lương thực thường chiếm một phần lớn trong hoạt động ứng phó. Các hệ thống cung cấp và phân phối cần được giám sát vào mọi thời điểm, kể cả ở cấp độ cộng đồng, và tính minh bạch thông qua công tác truyền thông hiệu quả có thể đóng vai trò then chốt. Các cuộc đánh giá mang tính định kỳ cần phổ biến các phát hiện và được thảo luận với các nhóm đối tượng liên quan, trong đó có các nhóm dân cư bị ảnh hưởng và các cơ sở cứu trợ ở địa phương.

Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực: Các vấn đề chung về nhu cầu dinh dưỡng

Bảo đảm đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, kể cả những người đang đối mặt với rủi ro nhiều nhất.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Sử dụng mức độ tiếp cận với khối lượng và chất lượng lương thực để quyết định xem tình hình có ổn định hoặc có trở nên xấu hơn hay không (xem Hướng dẫn 1, 4-5).
- Thiết kế các đợt hỗ trợ lương thực trên cơ sở các yêu cầu chuẩn ban đầu theo kế hoạch về mức năng lượng, đạm, mỡ và các vi chất dinh dưỡng, được điều chỉnh đến mức cần thiết theo tình hình địa phương (xem các chỉ số chính, Hướng dẫn 2 và Phụ lục 6: Nhu cầu dinh dưỡng).
- Bảo đảm khả năng tiếp cận của người dân với những loại lương thực có chất dinh dưỡng phù hợp và sự hỗ trợ về dinh dưỡng được bảo vệ, tăng cường và hỗ trợ (xem Hướng dẫn 3-8).

- Bảo đảm rằng trẻ em từ 6 đến 24 tháng tuổi được tiếp cận các loại thức ăn bổ sung có đủ dinh dưỡng và độ năng lượng cao, rằng phụ nữ đang mang thai và đang cho con bú được tiếp cận với sự hỗ trợ bổ sung về chất dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 2).
- Bảo đảm rằng các hộ gia đình có người ốm kinh niên (trong đó có người sống chung với HIV) và có người bị khuyết tật hoặc người dễ bị tổn thương, được tiếp cận những loại lương thực có chất dinh dưỡng phù hợp và sự hỗ trợ về dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 6-8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Có sự tiếp cận đầy đủ với các loại lương thực, trong đó có một loại lương thực chính (ngũ cốc hay củ), các loại hạt đậu (hay sản phẩm động vật) và các loại mỡ, mà kết hợp lại có thể đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng của người dân (xem Hướng dẫn 2-3, 5).
- Có sự tiếp cận đầy đủ với muối i-ốt cho phần lớn các hộ gia đình (>90%) (xem Hướng dẫn 2-4 và Phụ lục 6: Nhu cầu dinh dưỡng).
- Có sự tiếp cận đầy đủ với các nguồn ni-a-cin bổ sung (hạt đậu các loại, các loại hạt khác, cá khô) nếu loại lương thực chính là ngô hay cao lương (xem Hướng dẫn 2-3, Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng, và Phụ lục 6: Nhu cầu dinh dưỡng).
- Có sự tiếp cận đầy đủ với các nguồn vi-ta-min B1 bổ sung (ví dụ hạt đậu các loại, các loại hạt khác, trứng) nếu loại lương thực chính là gạo đánh bóng (xem Hướng dẫn 2-3).
- Có sự tiếp cận đầy đủ với các nguồn vi-ta-min B2 ở những nơi mà người dân sống nhờ vào khẩu phần rất hạn chế (xem Hướng dẫn 2-3).
- Không xảy ra các trường hợp mắc các chứng thiếu vi-ta-min C (bệnh sco-bút), thiếu vi-ta-min PP (pellagra) hay thiếu vi-ta-min B1 (beriberi) (xem Hướng dẫn 5 và Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng).
- Tỷ lệ thiếu vi-ta-min A, thiếu máu do thiếu sắt và rối loạn do thiếu i-ốt khi ở mức chưa có ý nghĩa về sức khỏe cộng đồng (xem Hướng dẫn 5 và Phụ lục 5: Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng).

Hướng dẫn

1. ***Giải thích khả năng tiếp cận lương thực:*** Có thể đo lường khả năng tiếp cận lương thực bằng các công cụ phân tích như chỉ số tiêu thụ lương thực hay tính đa dạng của khẩu phần. Các phương pháp này có xem xét một số biến

số (trong đó có an ninh lương thực, khả năng tiếp cận thị trường, sinh kế, sức khỏe và dinh dưỡng) có thể là phù hợp để quyết định xem tình hình có ổn định hay đang xấu đi, và các biện pháp can thiệp có cần thiết hay không (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực và đánh giá tình hình dinh dưỡng, trang 153).

2. ***Nhu cầu dinh dưỡng và lập kế hoạch khẩu phần:*** Cần sử dụng những con số ước tính sau đây cho nhu cầu tối thiểu của một nhóm dân cư để lên kế hoạch khẩu phần chung, các số liệu có thể được điều chỉnh cho từng nhóm dân cư như được trình bày tại Phụ lục 6: Nhu cầu dinh dưỡng:

   - 2.100 kilô calo/người/ngày
   - 10% tổng năng lượng là từ prô-tê-in
   - 17% tổng năng lượng là từ chất béo
   - Các vi chất dinh dưỡng vừa đủ

   Khẩu phần thức ăn nói chung có thể được thiết kế bằng cách sử dụng các công cụ lập kế hoạch khẩu phần (ví dụ Nutval). Trong trường hợp người dân hoàn toàn không thể tiếp cận với nguồn lương thực nào, khẩu phần được phân phát phải đáp ứng tổng nhu cầu dinh dưỡng của họ. Cần xác lập con số ước tính cho khối lượng trung bình mà nhóm dân cư bị ảnh hưởng có thể tiếp cận được (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực và đánh giá tình hình dinh dưỡng, trang 153). Sau đó cần lên kế hoạch khẩu phần để bù đắp sự chênh lệch giữa nhu cầu dinh dưỡng và những gì người dân có thể tự cung cấp cho họ. Như vậy, nếu nhu cầu chuẩn là 2.100 kilô calo/người/ngày và việc đánh giá kết luận người dân trong một nhóm dân cư có thể tự cung cấp 500 kilô calo/người/ngày từ nguồn lực hay nỗ lực của họ, thì cần thiết kế khẩu phần để cung cấp thêm 2.100 – 500 = 1.600 kilô calo/ người/ ngày. Ngoài hàm lượng năng lượng của bữa ăn, điều thiết yếu là cần xem xét cả hàm lượng prô-tê-in, chất béo, các vi-ta-min và các khoáng chất.

   Nếu khẩu phần được thiết kế để cung cấp toàn bộ hàm lượng năng lượng của bữa ăn, nó phải có đầy đủ hàm lượng của tất cả các chất dinh dưỡng. Nếu khẩu phần định cung cấp một phần nhu cầu năng lượng của bữa ăn, thì nó có thể được thiết kế theo một trong hai cách. Nếu hàm lượng dinh dưỡng của các thức ăn khác mà người dân có được là một yếu tố không biết được, khẩu phần cần được thiết kế để cung cấp một hàm lượng dinh dưỡng cân đối, tỷ lệ thuận với hàm lượng năng lượng của khẩu phần. Nếu hàm lượng dinh dưỡng của các thức ăn khác mà người dân có được là một yếu tố biết được, khẩu phần cần được thiết kế bổ sung các thức ăn giúp bù đắp phần dinh dưỡng mà họ thiếu hụt. Con số lên kế hoạch trung bình cho khẩu phần chung cần tính đến nhu cầu bổ sung của phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ. Cũng cần đưa đủ thức ăn chấp nhận được cho trẻ em

vào khẩu phần chung, như thức ăn tổng hợp được bổ sung chất dinh dưỡng (xem Tiêu chuẩn 2 về Chăm sóc trẻ thơ và trẻ nhỏ, trang 164). Cần bảo đảm sự bình đẳng, để các khẩu phần giống nhau được cấp phát cho các nhóm dân cư bị ảnh hưởng như nhau. Những người lập kế hoạch cần nhận thức rằng các khẩu phần khác nhau ở các cộng đồng kề nhau có thể gây ra căng thẳng. Việc tiêu thụ quá nhiều các vi chất dinh dưỡng có thể có hại, do đó cần được xem xét trong khi lên kế hoạch khẩu phần, đặc biệt là nếu muốn bao gồm một số thức ăn tổng hợp được bổ sung chất dinh dưỡng.

3. ***Phòng ngừa tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng:*** Nếu đáp ứng được các chỉ số lương thực chủ yếu, thì cần ngăn chặn tình hình dinh dưỡng của dân cư nói chung xấu đi, với điều kiện là các biện pháp y tế thích hợp đã có sẵn để phòng ngừa những căn bệnh như sởi, sốt rét và nhiễm ký sinh trùng (xem Tiêu chuẩn 1 – 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 327-329). Bảo đảm một hàm lượng dinh dưỡng đầy đủ trong thức ăn và khẩu phần có thể là một thách thức trong những tình huống ở đó chỉ có rất ít các loại thức ăn. Các phương án để cải thiện chất lượng dinh dưỡng của khẩu phần bao gồm bổ sung chất dinh dưỡng cho các loại lương thực chính, các loại thức ăn tổng hợp được bổ sung chất dinh dưỡng, các loại lương thực được mua tại địa phương để bù đắp cho các chất dinh dưỡng còn thiếu và (hoặc) sử dụng các sản phẩm bổ sung khác như các thức ăn được chế biến sẵn, chứa li-pít, giàu dinh dưỡng hay các viên hoặc các loại bột chứa các vi chất dinh dưỡng. Các sản phẩm này có thể được phân phát cho những người dễ bị tổn thương như trẻ em từ 6-24 tháng tuổi hay từ 6-59 tháng tuổi, phụ nữ đang mang thai và phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ. Trong các trường hợp ngoại lệ khi các loại thức ăn giàu dinh dưỡng sẵn có ở địa phương, có thể xem xét việc tăng khối lượng thức ăn trong khẩu phần chung để cho phép trao đổi thức ăn nhiều hơn, nhưng vẫn phải tính đến tính hiệu quả về chi phí và tác động đối với thị trường. Cũng có thể xem xét một số phương án khác để ngăn chặn tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng, trong đó có các biện pháp an ninh lương thực để tăng cường khả năng tiếp cận với những loại lương thực có chất bổ (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực và đánh giá tình hình dinh dưỡng, trang 153), và Tiêu chuẩn 1-2 về An ninh lương thực – các tiêu chuẩn về sinh kế, trang 213-218). Nên tính đến những mất mát của các vi chất dinh dưỡng, có thể xảy ra trong quá trình vận chuyển, bảo quản, gia công và nấu nướng, cũng như khả năng tích luỹ sinh học của một số dạng hóa chất của các vi-ta-min và khoáng chất.

4. ***Giám sát việc sử dụng khẩu phần:*** Các chỉ số chính có đề cập đến khả năng tiếp cận lương thực nhưng không định lượng việc sử dụng lương thực hay khả năng tích lũy sinh học của các chất dinh dưỡng. Việc đo lường trực tiếp lượng tiêu thụ dinh dưỡng có thể đặt ra những đòi hỏi không thực tế về việc

thu thập thông tin. Tuy nhiên, có thể gián tiếp ước lượng hàm lượng dinh dưỡng tiêu thụ bằng cách sử dụng thông tin từ các nguồn khác, trong đó có theo dõi mức độ lương thực sẵn có và việc sử dụng lương thực ở cấp độ gia đình, đánh giá giá cả và mức độ sẵn có của lương thực ở thị trường địa phương, kiểm tra các kế hoạch và hồ sơ về việc phân phát viện trợ lương thực, đánh giá khả năng đóng góp của nguồn lương thực hoang dã (nếu có) và tiến hành đánh giá tình hình an ninh lương thực. Việc phân bổ lương thực trong các hộ gia đình có thể không phải lúc nào cũng bình đẳng và những người dễ bị tổn thương có thể bị ảnh hưởng nhiều, nhưng thông thường thì việc đo lường những khía cạnh này là không khả thi. Các cơ chế phân phát thích hợp (xem Tiêu chuẩn 5 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 200), sự lựa chọn lương thực và trao đổi với dân cư bị ảnh hưởng có thể góp phần cải thiện việc phân bổ lương thực tại hộ gia đình (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55).

5. ***Người cao tuổi*** có thể đặc biệt bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Các yếu tố rủi ro làm giảm khả năng tiếp cận lương thực và có thể làm gia tăng nhu cầu dinh dưỡng bao gồm tình trạng bệnh tật và khuyết tật, tình trạng bị cô lập, căng thẳng về tâm lý, quy mô hộ gia đình, thời tiết lạnh rét và tình trạng nghèo đói. Người cao tuổi cần phải có khả năng dễ dàng tiếp cận các nguồn lương thực (trong đó có các đợt chuyển lương thực). Lương thực cũng cần được nấu và tiêu thụ một cách dễ dàng và phải đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng và các vi chất dinh dưỡng bổ sung cho người cao tuổi.

6. ***Những người sống chung với HIV*** có thể đối diện với rủi ro bị suy dinh dưỡng nhiều hơn do một số yếu tố, trong đó có lượng tiêu thụ thức ăn giảm sút do mất khẩu vị hay gặp khó khăn trong ăn uống, khả năng hấp thụ các chất dinh dưỡng yếu kém do bị tiêu chảy, nhiễm ký sinh trùng hay tổn thương đường ruột, những thay đổi về quá trình trao đổi chất, các chứng viêm nhiễm và bệnh mạn tính. Nhu cầu năng lượng của những người sống chung với HIV gia tăng theo thời kỳ nhiễm bệnh. Cần bảo đảm rằng họ có đầy đủ dinh dưỡng và sống lành mạnh, càng nhiều càng tốt, để làm chậm quá trình chuyển sang giai đoạn AIDS. Xay xát và tăng cường dinh dưỡng cho lương thực hay cung cấp các thức ăn tổng hợp được tăng cường dinh dưỡng và các thức ăn bổ sung chuyên dụng có thể là những giải pháp nhằm tăng cường khả năng tiếp cận với khẩu phần phù hợp. Trong một số tình huống, việc tăng thêm khối lượng khẩu phần thức ăn có thể là một giải pháp phù hợp. Cần xem xét việc cung cấp các loại thuốc kháng vi-rút cũng như cần xem xét vai trò hỗ trợ của dinh dưỡng trong việc tuân thủ chế độ điều trị này.

7. ***Người khuyết tật:*** Người khuyết tật có thể phải đối mặt với những rủi ro đặc biệt nghiêm trọng nếu bị cách ly khỏi các thành viên gần gũi trong gia đình và người chăm sóc quen thuộc trong tình huống thảm họa. Họ cũng có thể phải đối mặt với tình trạng phân biệt đối xử, do đó ảnh hưởng đến khả năng

tiếp cận lương thực. Cần cố gắng phát hiện và giảm thiểu những rủi ro này bằng cách bảo đảm khả năng tiếp cận trực tiếp với lương thực, xây dựng các cơ chế để hỗ trợ chăm sóc (ví dụ cung cấp thìa và ống hút, xây dựng các cơ chế để đi thăm và tiếp xúc các hộ gia đình) và bảo đảm khả năng tiếp cận các loại thức ăn giàu năng lượng và giàu dinh dưỡng. Các rủi ro cụ thể về dinh dưỡng bao gồm khó khăn gặp phải khi nhai và nuốt (dẫn đến giảm mức tiêu thụ thức ăn và bị nghẹn hóc), vị trí hay tư thế không thích hợp khi ăn uống, giảm sút khả năng đi lại do đó ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận lương thực và ánh sáng mặt trời (do đó ảnh hưởng đến tình hình vi-ta-min D) và chứng táo bón, những vấn đề này có thể ảnh hưởng đến những người mắc bệnh liệt não.

8. ***Những người chăm sóc và những đối tượng họ chăm sóc*** có thể gặp phải những trở ngại cụ thể về dinh dưỡng. Ví dụ, họ có ít thời gian để tiếp cận lương thực bởi vì họ bị đau ốm hay phải chăm sóc người đau ốm, họ có thể có nhu cầu lớn hơn trong việc duy trì các thực hành vệ sinh mà có thể phải thỏa hiệp, họ có thể có ít tài sản hơn để trao đổi lấy lương thực do các chi phí điều trị hay làm ma chay, và họ cũng có thể phải đối mặt với sự kỳ thị xã hội và do đó có ít khả năng tiếp cận các cơ chế hỗ trợ cộng đồng. Điều quan trọng là những người chăm sóc được hỗ trợ chứ không bị gây khó khăn trong việc chăm sóc những cá nhân dễ bị tổn thương; sự hỗ trợ đó cần giúp họ khắc phục việc chăm nom, vệ sinh, sức khỏe và hỗ trợ và bảo vệ về mặt tâm lý xã hội. Các hệ thống xã hội hiện hành có thể được sử dụng để cung cấp đào tạo cho những thành viên được lựa chọn trong dân cư để đảm đương trách nhiệm ở những lĩnh vực này (xem Nguyên tắc Bảo vệ 4, trang 41).

Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực: Sự thích hợp và mức độ chấp nhận

Các mặt hàng lương thực được cung cấp là thích hợp và được chấp nhận bởi những người tiếp nhận, để chúng được sử dụng có hiệu quả ở cấp độ hộ gia đình.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tham khảo ý kiến của dân cư bị ảnh hưởng trong quá trình đánh giá và thiết kế chương trình về khả năng chấp nhận, sự quen thuộc và tính thích hợp của các mặt hàng lương thực, và để bảo đảm rằng các kết quả sẽ cung cấp thông tin cho việc ra quyết định về sự lựa chọn lương thực (xem Hướng dẫn 1).
- Đánh giá khả năng của người dân trong việc tích trữ lương thực, tiếp cận nguồn nước và chất đốt, thời gian nấu ăn và sự cần thiết phải ngâm lương thực khi lựa chọn loại lương thực (xem Hướng dẫn 2).

- Khi phân phát các loại lương thực không quen thuộc với người dân, hướng dẫn về cách chế biến cho những người có nhiệm vụ nấu ăn, tốt nhất là bằng ngôn ngữ địa phương (xem Hướng dẫn 1).
- Nếu phân phát ngũ cốc cả hạt, bảo đảm những người tiếp nhận có phương tiện để xay xát và chế biến tại hộ gia đình hay cách tiếp cận các cơ sở xay xát/chế biến (xem Hướng dẫn 3).
- Bảo đảm rằng dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa tiếp cận được những mặt hàng quan trọng về mặt văn hóa, trong đó có các đồ gia vị (xem Hướng dẫn 4).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các quyết định chương trình được dựa vào sự tham gia đầy đủ của tất cả các nhóm đối tượng vào việc lựa chọn các mặt hàng lương thực (xem Hướng dẫn 1 và 4).
- Thiết kế chương trình có tính đến khả năng tiếp cận nguồn nước, chất đốt và thiết bị chế biến lương thực (xem Hướng dẫn 2-3).
- Không phân phát trên diện rộng sữa bột, sữa nước hay các sản phẩm sữa khác như là những mặt hàng riêng biệt (xem Hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. ***Mức độ quen thuộc và chấp nhận:*** Mặc dù giá trị dinh dưỡng là mối quan tâm hàng đầu khi lựa chọn rổ lương thực, nhưng các mặt hàng lương thực cũng cần phải quen thuộc với người tiếp nhận và phù hợp với truyền thống tôn giáo và văn hóa, trong đó có những thức ăn kiêng kị đối với phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ. Những người dễ bị tổn thương cần tham gia vào các cuộc tham khảo ý kiến về lựa chọn lương thực. Nếu một loại lương thực không quen thuộc được sử dụng, nó cần phải hợp với khẩu vị của người dân địa phương. Trong báo cáo đánh giá và yêu cầu gửi các nhà tài trợ, những sự lựa chọn lương thực (đưa vào và loại ra) cần được giải thích. Khi thảm họa ngăn cản khả năng tiếp cận các phương tiện nấu ăn, thì phải cung cấp các thức ăn chế biến sẵn (nên tham khảo thêm Tiêu chuẩn 2 về Chế độ nuôi dưỡng cho trẻ thơ và trẻ nhỏ, trang 164). Nếu không có các phương tiện nấu ăn, có thể sẽ không có phương án thay thế và cần xem xét những "khẩu phần khẩn cấp" đặc biệt.
2. ***Tích trữ lương thực và nấu ăn:*** Khả năng của người dân tích trữ lương thực sẽ góp phần quyết định sự lựa chọn hàng hóa. Đối với nhu cầu về nước, cần tham khảo Tiêu chuẩn 1 về Cung cấp nước tại trang 97. Cần phải đánh giá tình hình chất đốt để cung cấp thông tin cho việc lựa chọn lương thực, bảo đảm rằng những người hưởng lợi có thể nấu thức ăn đầy đủ nhằm tránh các rủi ro cho sức khỏe và ngăn chặn tình trạng môi trường xuống cấp cũng như

các rủi ro về an ninh do phải đi kiếm củi quá nhiều (xem Nguyên tắc Bảo vệ 2, trang 33). Nhìn chung, các loại lương thực được cung cấp không nên tốn quá nhiều thời gian hay cần quá nhiều nước để đun nấu. Ngũ cốc được xay xát thường giảm thiểu thời gian cũng như chất đốt để đun nấu. Về dụng cụ nấu ăn, cần tham khảo Tiêu chuẩn 6 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực tại trang 97, và Tiêu chuẩn 2 – 3 về Các mặt hàng phi lương thực tại trang 283-285.

3. ***Chế biến thức ăn:*** Các loại ngũ cốc cả hạt có ưu điểm là bảo quản được lâu hơn và thường có giá trị lớn hơn đối với những người tiếp nhận. Trong trường hợp các hộ gia đình có truyền thống xay xát tại nhà hoặc có khả năng tiếp cận các phương tiện xay xát tại địa phương, thì có thể phân phát ngũ cốc nguyên hạt. Có thể cung cấp các phương tiện để xay xát thương mại có tỷ lệ xay bột thấp: điều này cho phép loại bỏ mầm bệnh, dầu và các en-zym (thường gây ra ôi thiu). Xay xát là mối quan tâm lớn đặc biệt đối với ngô hạt: hạt ngô được xay vỡ chỉ có thể bảo quản được trong vòng 6 đến 8 tuần lễ, do đó chỉ nên xay ngô hạt ngay trước khi tiêu thụ. Cần tôn trọng luật pháp quốc gia về việc nhập khẩu và phân phát các loại ngũ cốc cả hạt. Các chi phí về xay xát có thể được chi trả bằng tiền mặt hay phiếu mua hàng, trong khi phương án ít nên dùng hơn là cung cấp ngũ cốc bổ sung hay cung cấp thiết bị xay xát.
4. ***Các khía cạnh quan trọng về mặt văn hóa:*** Việc xác định danh mục các loại thực phẩm, đồ ăn thiết yếu cho bữa ăn hàng ngày của người dân trong văn hóa và nếp quen ăn uống của địa phương là hết sức quan trọng (ví dụ các gia vị, trà…) và xác lập khả năng của người dân trong việc tiếp cận các mặt hàng thiết yếu này. Rổ lương thực cần được thiết kế theo tinh thần đó, đặc biệt là khi người dân sẽ phụ thuộc vào khẩu phần lương thực trong một thời gian dài.
5. ***Sữa:*** Không nên phân phát, mà không có trọng điểm, thực đơn cho trẻ thơ, sữa bột, sữa nước hay các sản phẩm sữa không phải trả tiền hay được trợ giá như là một mặt hàng đơn lẻ (kể cả sữa để pha trà) trong một đợt cấp phát lương thực chung hay một chương trình chăm sóc bổ sung thức ăn đem về nhà, bởi vì việc sử dụng bừa bãi các sản phẩm này có thể gây ra những tác hại nghiêm trọng cho sức khỏe. Bất kỳ biện pháp can thiệp nào về sữa cũng cần phải tuân thủ văn bản Hướng dẫn tác nghiệp về IFE, Bộ quy tắc quốc tế về tiếp thị các BMS và các nghị quyết sau đó của WHA (xem các Tiêu chuẩn 1 – 2 về Chăm sóc trẻ thơ và trẻ nhỏ, trang 163-164).

Tiêu chuẩn 3 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực: Chất lượng và sự an toàn lương thực

Lương thực được cấp phát phải phù hợp với sự tiêu dùng của người dân và có chất lượng thích hợp.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Lựa chọn những loại lương thực phù hợp với các tiêu chuẩn quốc gia của nước tiếp nhận viện trợ và các tiêu chuẩn khác được quốc tế chấp nhận (xem Hướng dẫn 1-2).
- Cấp phát lương thực trước ngày hết hạn sử dụng hoặc "trước ngày hết hạn sử dụng càng sớm càng tốt" (xem Hướng dẫn 1).
- Tham khảo ý kiến của những người tiếp nhận về chất lượng của lương thực được cấp phát và nhanh chóng xử lý các vấn đề phát sinh (xem Hướng dẫn 3).
- Lựa chọn các vật liệu đóng gói lương thực phù hợp, nghĩa là phải bền chắc và thuận tiện cho việc chuyên chở, bảo quản và cấp phát và không gây hại cho môi trường (xem Hướng dẫn 4).
- Dán nhãn mác cho các gói lương thực bằng ngôn ngữ thích hợp; đối với những loại lương thực được đóng gói, cần ghi rõ ngày sản suất, nguồn gốc, ngày hết hạn sử dụng cho những loại tiềm ẩn nguy hiểm và chi tiết về hàm lượng dinh dưỡng (xem Hướng dẫn 4).
- Chuyên chở và bảo quản lương thực trong những điều kiện thích hợp, sử dụng các thực hành tốt trong việc quản lý kho bãi và kiểm tra chất lượng lương thực một cách có hệ thống (xem Hướng dẫn 5).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả mọi người tiếp nhận được những loại lương thực "phù hợp với mục đích sử dụng"; để an toàn, lương thực không tạo ra rủi ro cho sức khỏe; để bảo đảm chất lượng, lương thực phải đạt các tiêu chuẩn chất lượng đặc trưng và đảm bảo hàm lượng dinh dưỡng (xem các Hướng dẫn 1-2, 4).
- Trách nhiệm giám sát là việc phát hiện ra được và giải quyết tất cả các khiếu nại hay lời phàn nàn của người dân tiếp nhận lương thực (xem Hướng dẫn 3).

Hướng dẫn

1. ***Chất lượng lương thực:*** Các loại lương thực phải phù hợp với các tiêu chuẩn lương thực của Chính phủ tiếp nhận và (hoặc) Các tiêu chuẩn Codex Alimentarius về chất lượng, đóng gói, nhãn mác và "phù hợp với mục đích sử dụng". Lương thực cần luôn "đạt chuẩn cho con người sử dụng" và "phù hợp với mục đích sử dụng". Khi lương thực không có đủ chất lượng để sử dụng cho một mục đích cụ thể thì dù nó có đủ phẩm chất cho con người ăn, nhưng vẫn không được xem là đạt yêu cầu (ví dụ: chất lượng của bột mì cung cấp có thể an toàn cho người ăn, nhưng không đủ phẩm chất để các gia đình làm bánh). Để xét nghiệm chất lượng, các tổ chức đã mua lương thực cần lấy mẫu theo kế hoạch lấy mẫu và kiểm tra một cách có hệ thống để bảo đảm chất lượng phù hợp. Khi có yêu cầu, các loại lương thực được mua tại địa phương hay được nhập khẩu cần đi kèm với các chứng chỉ kiểm dịch thực vật hay các chứng chỉ thanh tra khác. Cần xét nghiệm mẫu ngẫu nhiên đối với lương thực lưu kho. Việc xông khói phải sử dụng các sản phẩm thích hợp và triệt để tuân thủ quy trình. Khi có khối lượng lương thực lớn hay khi có nghi ngờ hay tranh chấp về chất lượng, các chuyên gia kiểm định chất lượng độc lập cần kiểm tra lô hàng liên quan. Thông tin về thời hạn và chất lượng của các lô hàng có thể thu thập được từ các chứng chỉ của nhà cung ứng, các báo cáo kiểm định chất lượng, các nhãn mác hàng hóa và các báo cáo của nhà kho. Lương thực không phù hợp với mục đích sử dụng cần được tiêu hủy một cách thận trọng (xem Tiêu chuẩn 4 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, Hướng dẫn 10, trang 196).
2. ***Các thực phẩm biến đổi gien:*** Phải hiểu và tôn trọng các quy định quốc gia về việc tiếp nhận và sử dụng các loại thực phẩm biến đổi gien. Những quy định đó phải được xem xét khi lên kế hoạch cho các đợt chuyển lương thực mà dự kiến sẽ được nhập khẩu.
3. ***Khiếu nại và cơ chế phản hồi:*** Các tổ chức cần thiết lập các cơ chế phù hợp để đảm bảo tiếp nhận khiếu nại và phản hồi đầy đủ thông tin khiếu nại của người tiếp nhận liên quan đến chất lượng và sự an toàn của lương thực cung cấp. (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, Hướng dẫn 2, trang 56).
4. ***Đóng gói:*** Nếu có thể, việc đóng gói nên cho phép cấp phát trực tiếp mà không phải đo lại hay đóng gói lại: kích cỡ thích hợp của kiện hàng hóa có thể góp phần đáp ứng các tiêu chuẩn khẩu phần. Đóng gói lương thực không nên mang theo bất kỳ thông điệp nào mang tính kích động hay xúc phạm về chính trị hay tôn giáo. Các rủi ro về môi trường có thể được giảm thiểu bằng việc lựa chọn các vật liệu đóng gói và quản lý các dụng cụ gói hàng chưa sử dụng (như các bao tải hay hộp đựng). Vật liệu đóng gói thức ăn được chế biến sẵn (như giấy thiếc để gói) có thể cần sự kiểm soát riêng biệt để có thể vứt bỏ an toàn.
5. ***Khu vực kho bãi*** cần phải khô ráo và hợp vệ sinh, được bảo vệ tốt trong mọi điều kiện thời tiết và không bị nhiễm bẩn bởi các hóa chất hay các chất tồn dư khác. Chúng cũng cần được bảo vệ an toàn chống lại các loại sâu bọ, như côn trùng và động vật gặm nhấm (xem Tiêu chuẩn 4 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực tại trang 196, và Tiêu chuẩn 1 về Quản lý rác thải tại trang 118).

Tiêu chuẩn 4 về An ninh lương thực – hỗ trợ lương thực: Quản lý chuỗi cung ứng (hay gọi tắt là SCM)

Hàng hóa và các chi phí liên quan được quản lý tốt bằng những hệ thống mang tính vô tư, minh bạch và nhạy bén

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thiết lập hệ thống SCM được phối hợp tốt và có hiệu quả, bằng năng lực tại địa phương nếu thấy khả thi (xem Hướng dẫn 1-3).
- Bảo đảm quy trình minh bạch, công bằng và công khai để ký kết các hợp đồng (xem Hướng dẫn 1-2, 4).
- Xây dựng quan hệ tốt đẹp với các nhà cung ứng và các nhà cung cấp dịch vụ và thực thi các chuẩn mực về đạo đức (xem Hướng dẫn 1-2, 4-5).
- Đào tạo và giám sát nhân viên ở tất cả các cấp của hệ thống SCM để thực hiện các thủ tục về chất lượng và an toàn thực phẩm (xem Hướng dẫn 5).
- Xây dựng các thủ tục thích hợp về trách nhiệm giải trình, trong đó có các hệ thống về kiểm kê, báo cáo và tài chính (xem Hướng dẫn 6-8).
- Giảm thiểu mức độ mất mát, kể cả trộm cắp, và giải trình về tất cả những mất mát xảy ra (xem Hướng dẫn 9 – 11).
- Giám sát và quản lý dây chuyền lương thực, thực hiện các hành động cần thiết để tránh việc chuyển đổi mục đích sử dụng lương thực sang các mục đích sử dụng bất hợp pháp, làm gián đoạn các đợt cấp phát, cũng như để tất cả các nhóm đối tượng được thông báo thường xuyên về hiệu quả hoạt động của chuỗi cung ứng (xem Hướng dẫn 12-13).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Lương thực đến được các điểm cấp phát theo dự kiến (xem Hướng dẫn 1 và 7).
- Các hệ thống giám sát hàng hóa, kế toán, kiểm kê và báo cáo được thiết lập ngay từ đầu hoạt động can thiệp (xem Hướng dẫn 7-8, 11-13).
- Các báo cáo đánh giá về SCM cho thấy bằng chứng của việc đánh giá và kiểm kê năng lực SCM tại địa phương, sự sẵn có lương thực tại địa phương và hạ tầng cơ sở hậu cần tại địa phương (xem Hướng dẫn 2-3).
- Báo cáo về SCM cho thấy:
  - Bằng chứng về tính minh bạch, công bằng và công khai của hệ thống trong quá trình xúc tiến ký kết các hợp đồng;
  - Bằng chứng về việc quản lý và báo cáo về hiệu quả hoạt động của các nhà cung ứng/ cung cấp dịch vụ;
  - Số lượng và tỷ lệ nhân viên SCM được đào tạo;
  - Sự hoàn thiện và chính xác của hồ sơ, tài liệu;
  - Tổn thất được giảm thiểu và duy trì ở mức dưới 2% và tất cả lương thực được kiểm kê;
  - Phân tích dây chuyền lương thực một cách thường xuyên và các nhóm đối tượng được thông báo về dây chuyền lương thực và chuỗi cung ứng.

Hướng dẫn

1. ***Quản lý chuỗi cung ứng*** (SCM) là phương pháp tiếp cận lồng ghép về công tác hậu cần. Bắt đầu bằng sự lựa chọn hàng hóa, SCM bao gồm việc tìm nguồn, mua sắm, đảm bảo chất lượng, đóng gói, vận chuyển bằng tàu thủy, vận tải, lưu kho, quản lý kiểm kê và bảo hiểm. SCM liên quan đến nhiều đối tác khác nhau, do đó phối hợp các hoạt động có vai trò rất quan trọng (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 2, trang 58). Các tập quán quản lý và giám sát cần bảo đảm rằng hàng hóa được bảo vệ đến tận các điểm cấp phát. Tuy nhiên, các tổ chức nhân đạo cũng phải chịu trách nhiệm về việc lương thực đến tay những người hưởng lợi (xem Tiêu chuẩn 5 và 6 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 200-205).
2. ***Sử dụng các dịch vụ tại địa phương:*** Cần đánh giá về sự sẵn có và mức độ tin cậy của năng lực tại địa phương trước khi tìm nguồn bên ngoài khu vực. Cần thận trọng để bảo đảm rằng việc tìm nguồn tại địa phương không gây ra hay làm trầm trọng thêm tình hình khủng hoảng và gây thêm tai họa cho cộng đồng. Các đơn vị vận tải và vận tải biển có uy tín ở địa phương và trong vùng có những kiến thức quý báu về các quy định, thủ tục và phương tiện tại địa phương, do đó có thể góp phần bảo đảm sự tuân thủ luật pháp của nước sở tại và đẩy nhanh việc giao trả hàng. Trong tình huống xung đột, việc giám sát các nhà cung cấp dịch vụ phải đặc biệt chặt chẽ.
3. ***Tìm nguồn tại địa phương hay nhập khẩu:*** Cần đánh giá sự sẵn có hàng hóa tại địa phương, tác động đến hoạt động sản xuất và thị trường tại địa phương cũng như tính bền vững về môi trường, nếu những hàng hóa đó được mua tại chỗ hay được nhập khẩu (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực và đánh giá tình hình dinh dưỡng tại trang 153, và Tiêu chuẩn 1 và 3 về An ninh lương thực – các sinh kế tại trang 213-221). Thị trường được khuyến khích và hỗ trợ thông qua việc mua lương thực tại chỗ hoặc trong vùng, bởi điều đó sẽ kích thích nông dân sản xuất thêm và thúc đẩy nền kinh tế địa phương. Ở nơi mà nhiều tổ chức cùng tham gia, việc tìm nguồn hàng tại địa phương cần được phối hợp càng nhiều càng tốt. Các nguồn hàng khác ở

trong nước có thể bao gồm việc cho vay hay phân bổ lại từ các chương trình lương thực hiện hành (có thể cần sự thỏa thuận giữa các nhà tài trợ) hay từ nguồn dự trữ lương thực quốc gia, hoặc vay mượn từ các nhà cung ứng thương mại, hay hoán đổi hàng hóa với họ.

4. ***Vô tư:*** Các thủ tục đấu thầu mang tính công bằng và minh bạch là điều thiết yếu để tránh sự nghi ngờ về thiên vị hay tham nhũng. Cần đánh giá hiệu quả và cập nhật danh sách rút gọn của các nhà cung cấp dịch vụ.

5. ***Kỹ năng và đào tạo:*** Cần huy động những người thực hành SCM và những người làm quản lý chương trình có kinh nghiệm để thành lập hệ thống SCM và đào tạo nhân viên. Các loại kiến thức chuyên môn cần thiết bao gồm quản lý thầu, vận tải, quản lý nhà kho, quản lý kiểm kê, phân tích dây chuyền và quản lý thông tin, theo dõi vận tải biển và quản lý nhập khẩu. Khi tổ chức đào tạo, cần huy động nhân viên của các tổ chức đối tác và các nhà cung cấp dịch vụ, và nên sử dụng ngôn ngữ địa phương.

6. ***Không được dùng lương thực làm phương tiện thanh toán:*** Cần phải tránh việc sử dụng lương thực để thanh toán cho các hoạt động hậu cần như bốc dỡ hàng hóa tại các nhà kho và điểm cấp phát. Nếu không thể thanh toán bằng tiền mặt và phải sử dụng lương thực, thì cần phải điều chỉnh khối lượng lương thực được chuyển đến các điểm cấp phát để khối lượng theo kế hoạch ban đầu vẫn đến tay các đối tượng tiếp nhận.

7. ***Báo cáo (kể cả báo cáo của Nhóm chuyên trách về hậu cần và giữa các tổ chức):*** Hầu hết các nhà tài trợ lương thực đều có chế độ báo cáo riêng, do đó những người làm SCM cần biết những yêu cầu này và xây dựng hệ thống báo cáo để đáp ứng những yêu cầu đó. Nhu cầu quản lý hàng ngày bao gồm nhanh chóng báo cáo bất kỳ sự chậm trễ hay sự sai lệch nào trong chuỗi cung ứng. Thông tin về dây chuyền và các báo cáo SCM khác cần được chia sẻ một cách minh bạch.

8. ***Tài liệu:*** Cần phải có đầy đủ tài liệu và mẫu biểu (như hóa đơn, vận đơn, sổ theo dõi kho hàng, mẫu báo cáo, v.v...) bằng ngôn ngữ địa phương ở tất cả các địa điểm hàng hóa được tiếp nhận, lưu kho và (hoặc) cấp phát, để lưu trữ được các văn bản về lai lịch của tất cả các giao dịch.

9. ***Nhà kho:*** Có kho riêng cho lương thực là phương án tốt hơn kho dùng chung, nhưng quản lý tốt sẽ giảm thiểu rủi ro đối với việc sử dụng nhà kho dùng chung. Khi lựa chọn một nhà kho cho lương thực, cần bảo đảm rằng nhà kho đó chưa bao giờ lưu giữ bất kỳ hàng hóa độc hại nào và nó không có nguy cơ bị nhiễm bẩn. Cần xem xét các yếu tố như an ninh, công suất, khả năng tiếp cận dễ dàng, cấu trúc vững chắc (về mái che, tường, cửa và sàn), và không có nguy cơ bị ngập lụt.

10. ***Xử lý các hàng hóa không phù hợp cho người ăn:*** Các hàng hóa bị hư hỏng cần được kiểm tra bởi các thanh tra viên có chuyên môn (như các chuyên gia lương thực và các phòng xét nghiệm y tế) để xác nhận những hàng hóa đó có phù hợp hay không phù hợp với người tiêu dùng. Cần phải thực hiện việc hủy bỏ trước khi lương thực trở thành mối nguy hiểm đối với sức khỏe con người. Cần có phương pháp để hủy bỏ hàng hóa không còn phù hợp cho người ăn, như đem bán làm thức ăn động vật và đem chôn hay đem đốt theo lệnh và có sự chứng kiến của các cơ quan chức năng. Để đem bán làm thức ăn động vật, cần phải có sự xác nhận rằng hàng hóa đó là phù hợp cho mục đích sử dụng. Trong mọi trường hợp, các hàng hóa không phù hợp với mục đích sử dụng không được phép quay trở lại chuỗi cung ứng lương thực cho người hay cho động vật, và việc hủy bỏ không được gây hại cho môi trường hay làm nhiễm bẩn nguồn nước.

11. ***Những mối đe dọa đối với chuỗi cung ứng:*** Trong các tình huống xung đột vũ trang hay mất an ninh chung, có nguy cơ lương thực bị đánh cắp hay bị tịch thu bởi các phe tham gia xung đột, và cần phải kiểm soát những rủi ro đối với an ninh của các tuyến đường vận chuyển và các nhà kho. Luôn luôn tiềm ẩn nguy cơ mất cắp ở mọi công đoạn của chuỗi cung ứng: cần thiết lập và giám sát các hệ thống kiểm soát ở tất cả các điểm lưu kho, giao nhận và cấp phát để giảm thiểu rủi ro này. Các hệ thống kiểm soát nội bộ cần bảo đảm sự phân chia trách nhiệm rõ ràng để giảm thiểu rủi ro xảy ra va chạm. Các kho hàng hóa phải được kiểm tra thường xuyên để phát hiện việc chuyển lương thực cho các mục đích sử dụng bất hợp pháp. Cần phải có các biện pháp không chỉ để bảo đảm sự toàn vẹn của chuỗi cung ứng mà còn để phân tích và xử lý những ảnh hưởng rộng lớn hơn về mặt chính trị và an ninh, như khả năng các kho hàng chuyển mục đích sử dụng sẽ trở thành ngòi nổ cho xung đột vũ trang (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).

12. ***Phân tích dây chuyền lương thực*** cần được thực hiện thường xuyên và thông tin về mức hàng lưu kho, thời gian dự kiến hàng đến và các đợt cấp phát cần được chia sẻ giữa các nhóm đối tượng tham gia chuỗi cung ứng. Theo dõi và dự báo mức hàng lưu kho cần nêu bật mức thiếu hụt dự kiến và các vấn đề gặp phải một cách kịp thời để tìm biện pháp giải quyết. Chia sẻ thông tin giữa các đối tác sẽ tạo thuận lợi cho việc vay mượn để tránh những gián đoạn trong dây chuyền. Sẽ không tránh được những gián đoạn trong dây chuyền nếu không có đủ nguồn lực. Trong những trường hợp đó, có thể cần phải quyết định thứ tự ưu tiên của các danh mục trong rổ lương thực khi lập kế hoạch sử dụng kinh phí hiện có của chương trình để mua lương thực (ví dụ chọn thứ gì để mua). Phải tham khảo các bên, cơ quan và tổ chức liên quan để tìm giải pháp, kể cả việc giảm bớt khẩu phần chung, giảm bớt hay cắt bớt một số loại lương thực mà người hưởng lợi đã có nhiều khả năng tiếp cận hơn (về mặt địa lý và kinh tế).

13. ***Cung cấp thông tin:*** Những thông tin liên quan cần được cung cấp cho các nhóm đối tượng thích hợp, chứ không phải là cho tất cả các nhóm đối tượng, để tránh những hiểu nhầm có thể xảy ra. Việc sử dụng các phương tiện thông tin địa phương, các phương pháp phổ biến thông tin truyền thống và các công nghệ mới nhất (email, điện thoại di động) cần được xem xét như là một cách để cập nhật thông tin cho những người tiếp nhận và các quan chức địa phương về các đợt cấp phát và tăng cường tính minh bạch.

Tiêu chuẩn 5 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực: Xác định đối tượng và cấp phát

Phương pháp cấp phát lương thực có trọng điểm mang tính nhạy bén, kịp thời, minh bạch, an toàn, tôn trọng nhân phẩm và phù hợp với điều kiện địa phương.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định đối tượng tiếp nhận và đặt trọng tâm phân phối lương thực dựa trên cơ sở nhu cầu, có tham khảo ý kiến của các bên, các đối tượng tham gia một cách thích hợp (xem Hướng dẫn 1 – 2).
- Thiết kế các phương pháp cấp phát lương thực có hiệu quả, bình đẳng và tôn trọng nhân phẩm, thông qua tham khảo ý kiến với các tổ chức đối tác, các nhóm và những người tiếp nhận tại địa phương. Quá trình thiết kế cần có sự tham gia tích cực của phụ nữ và đại diện của người khuyết tật, người cao tuổi và các cá nhân có khó khăn trong việc đi lại (xem Hướng dẫn 1 – 4).
- Tham khảo ý kiến với các cơ quan, tổ chức có liên quan tại địa phương về các điểm cấp phát thích hợp, để những điểm này bảo đảm khả năng tiếp cận dễ dàng và an toàn cho người tiếp nhận (xem Hướng dẫn 5 – 6).
- Thông báo trước cho người tiếp nhận về kế hoạch cấp phát, chất lượng và khối lượng của khẩu phần lương thực (xem Hướng dẫn 7 – 8).
- Theo dõi và đánh giá hiệu quả của việc cấp phát lương thực có trọng điểm (xem Hướng dẫn 9).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các tiêu chí xác định nhóm đối tượng phải dựa vào sự phân tích đầy đủ về tình trạng dễ bị tổn thương (xem Hướng dẫn 1).
- Các cơ chế xác định nhóm đối tượng được thỏa thuận giữa những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 1-2).

- Có các mô hình cấp phát thay thế phù hợp cho những người có khó khăn đi lại (xem Hướng dẫn 3-4).
- Người tiếp nhận lương thực không phải đi bộ quá 10km để đến điểm cấp phát, có nghĩa là không quá 4 giờ đi bộ (xem Hướng dẫn 5).
- Có các phiếu khẩu phần, biểu ngữ và (hoặc) biển báo cung cấp thông tin cụ thể về khẩu phần lương thực trong các đợt cấp phát (xem Hướng dẫn 7-8).
- Các cơ chế theo dõi và (hoặc) cơ chế chịu trách nhiệm trước các đối tượng hưởng lợi (xem Hướng dẫn 9) để phát hiện:
  - Ý thích của các nhóm đối tượng về phương pháp cấp phát;
  - Thông tin được cung cấp cho người hưởng lợi về việc cấp phát;
  - Người hưởng lợi/sự tiếp nhận lương thực, thực tế so với kế hoạch (về tính kịp thời, số lượng, chất lượng).

Hướng dẫn

1. ***Xác định nhóm đối tượng:*** Lương thực cần được chuyển đến những người được đánh giá là cần lương thực nhất: các hộ gia đình mất an ninh lương thực nghiêm trọng nhất và các cá nhân suy dinh dưỡng nhiều nhất (xem phần Tình trạng dễ bị tổn thương và năng lực của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa tại trang 152, và Tiêu chuẩn 1-2 về An ninh lương thực và đánh giá tình hình dinh dưỡng tại trang 153-157). Việc xác định đối tượng trải dài toàn bộ hoạt động can thiệp, chứ không chỉ trong giai đoạn đầu. Tìm ra sự cân bằng giữa các sai sót theo hướng gạt nhầm đối tượng ra khỏi diện hưởng lợi (những người đang có thể bị đe dọa mạng sống) và những sai sót theo hướng đưa nhầm đối tượng vào diện hưởng lợi (có thể gây đổ vỡ hay lãng phí) là một công việc phức tạp. Hơn nữa, giảm thiểu sai sót thường làm tăng chi phí. Trong các tình huống khẩn cấp nghiêm trọng, sai sót đưa đối tượng vào có thể dễ chấp nhận hơn là sai sót loại đối tượng ra: cấp phát đồng loạt có thể thích hợp trong những tình huống thảm họa xảy ra đột ngột ở đó tất cả các hộ gia đình đều chịu những tổn thất tương tự như nhau hay ở các trường hợp không thể xác định các đối tượng do không thể tiếp cận địa điểm thảm họa. Việc lựa chọn các cơ quan, tổ chức, hay các nhân tham gia vào việc xác định đối tượng cần dựa vào tính công minh, năng lực và ý thức trách nhiệm của họ. Những người này có thể là các vị bô lão, các ban cứu trợ được bầu tại địa phương, các tổ chức xã hội dân sự và các tổ chức phi chính phủ địa phương, các cơ quan chức năng địa phương hay các tổ chức phi chính phủ quốc tế. Việc lựa chọn phụ nữ tham gia vào hoạt động này rất nên được khuyến khích. Phương pháp tiếp cận trong việc xác định đối tượng phải rõ ràng và được chấp nhận bởi các nhóm dân cư được tiếp nhận cũng như không được tiếp nhận viện trợ lương thực, để tránh tạo ra căng thẳng và tác hại (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 và Hướng dẫn 3 tại trang 57, và Nguyên tắc Bảo vệ 2 tại trang 36).

2. ***Đăng ký:*** Việc chính thức đăng ký các hộ gia đình nhận lương thực cần được thực hiện càng sớm càng tốt và được cập nhật nếu thấy cần thiết. Thông tin về người hưởng lợi có vai trò thiết yếu để thiết kế một hệ thống cấp phát có hiệu quả (quy mô và đặc điểm dân số học của nhóm dân cư có ảnh hưởng đến việc tổ chức đợt cấp phát), để lập danh sách người hưởng lợi, các phiếu kiểm kê và các phiếu khẩu phần (nếu cần phát hành) và để xác định những đối tượng có nhu cầu đặc biệt. Trong các lán trại, việc đăng ký thường rất khó khăn, đặc biệt là ở những nơi mà dân di tản không có giấy tờ tùy thân (xem Nguyên tắc Bảo vệ 4, Hướng dẫn 4-5, trang 42). Danh sách của chính quyền địa phương và danh sách do cộng đồng tự xây dựng sẽ rất hữu ích, với điều kiện một cuộc đánh giá độc lập chứng minh được những danh sách đó là chính xác và công tâm. Phụ nữ từ nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần được khuyến khích giúp đỡ quá trình đăng ký. Các tổ chức cần bảo đảm rằng những người dễ bị tổn thương không bị loại ra ngoài danh sách những người hưởng lợi, đặc biệt là những người không thể ra khỏi nhà. Mặc dù chủ hộ thường là người được đăng ký, nhưng phụ nữ cần có quyền được đăng ký theo tên riêng của mình: phụ nữ có thể sử dụng lương thực được cấp phát tốt hơn tại cấp độ gia đình. Nếu không thể thực hiện việc đăng ký ở giai đoạn đầu của thảm họa, thì cần phải hoàn thành công việc này ngay sau khi tình hình đã ổn định; điều này là hết sức quan trọng khi các đợt hỗ trợ lương thực cần nhiều thời gian để thực hiện. Cần xây dựng cơ chế để tiếp nhận khiếu nại và trả lời cho quá trình đăng ký (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, Hướng dẫn 2 & 6, trang 57-58).

3. ***Phương pháp cấp phát khẩu phần "khô":*** Hầu hết các phương pháp cấp phát đều thay đổi theo thời gian. Một phương pháp cấp phát lương thực chung thường là dưới hình thức khẩu phần khô để người hưởng lợi nấu tại nhà mình. Người nhận khẩu phần có thể là một cá nhân hay người giữ phiếu khẩu phần của hộ gia đình, người đại diện của một nhóm các hộ gia đình, các vị lãnh đạo truyền thống hay các vị lãnh đạo của cộng đồng được cấp phát lương thực. Các điều kiện tại thực địa quyết định việc lựa chọn người thích hợp nhất để nhận khẩu phần và người tiếp nhận có thể thay đổi theo sự thay đổi của điều kiện tại chỗ. Cần đánh giá cẩn thận những rủi ro gắn liền với việc cấp phát qua các đại diện hay qua các vị lãnh đạo. Việc lựa chọn người tiếp nhận cần tính đến tác động đối với gánh nặng công việc và các rủi ro về bạo lực có thể xảy ra, kể cả bạo lực trong gia đình (xem các Nguyên tắc Bảo vệ 1 -2, trang 33-36). Tần suất các đợt cấp phát cần tính đến trọng lượng của khẩu phần lương thực và phương tiện mà người hưởng lợi sử dụng để chuyên chở khẩu phần về nhà. Cần có hành động cụ thể để bảo đảm rằng người cao tuổi và người khuyết tật có thể nhận được khẩu phần của mình: các thành viên khác của cộng đồng có thể hỗ trợ, nhưng cấp phát khẩu phần hàng tuần hay hai tuần một lần sẽ thuận tiện hơn cho việc tiếp nhận, so với cấp phát hàng tháng. Nỗ lực giúp đỡ những người dễ bị tổn

thương không nên tạo thêm sự kỳ thị mà họ đã phải trải nghiệm: đó có thể là một vấn đề cụ thể trong những nhóm dân cư có nhiều người sống chung với HIV và AIDS (xem Nguyên tắc Bảo vệ 4, Hướng dẫn 1, 9-11, trang 41-43).

4. ***Phương pháp cấp phát khẩu phần "ướt":*** Trong trường hợp ngoại lệ, một đợt cấp phát lương thực chung có thể là bữa ăn đã nấu chín hay thức ăn chế biến sẵn cho giai đoạn đầu của một tình huống khẩn cấp nghiêm trọng. Các khẩu phần này có thể thích hợp khi người dân đang trong quá trình di chuyển hay tình hình mất an ninh nghiêm trọng, do đó đem thức ăn về nhà có thể đặt người hưởng lợi trước rủi ro bị cướp hay bị bạo hành; mức độ lạm dụng hay đánh thuế cao có thể loại những người dễ bị tổn thương ra ngoài; tình trạng di tản ồ ạt có thể làm cho người dân mất mát tài sản của mình (dụng cụ nấu ăn và (hoặc) chất đốt) hoặc làm cho họ trở nên quá mỏi mệt để có thể nấu ăn; các vị lãnh đạo có thể chuyển khẩu phần cho các mục đích sử dụng khác; hay có những vấn đề môi trường cần quan tâm (ví dụ, bảo vệ môi trường sinh thái mong manh bằng cách tránh đốn củi). Có thể sử dụng các bữa ăn tại trường học hoặc các biện pháp khuyến khích bằng lương thực cho những người làm công tác giáo dục như là một cơ chế cấp phát trong tình huống khẩn cấp (xem Các Tiêu chuẩn tối thiểu về giáo dục của INEE).

5. ***Các điểm cấp phát và việc đi lại:*** Cần thành lập các điểm cấp phát ở những nơi an toàn và tiện lợi cho người tiếp nhận, chứ không dựa vào sự thuận lợi về hậu cần cho tổ chức cứu trợ (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, Hướng dẫn 6-9, trang 39). Các điểm cấp phát cần tính đến địa hình và gần các nguồn hỗ trợ khác (nước uống, nhà vệ sinh, dịch vụ y tế, bóng mát, chỗ ở, các khu vực an toàn cho phụ nữ). Các điểm cấp phát cần tránh những nơi mà người dân cần phải vượt qua các điểm kiểm soát vũ trang hay quân sự, hoặc phải thương lượng để đi lại an toàn. Tần suất các đợt cấp phát và số lượng các điểm cấp phát cần tính đến thời gian người hưởng lợi bỏ ra để đi đến các điểm cấp phát, sự thuận tiện và chi phí cho việc chuyên chở hàng hóa. Người hưởng lợi phải đến được và trở về từ điểm cấp phát trong vòng một ngày; cần xây dựng các phương tiện cấp phát thay thế để lương thực đến tay những người không thể đến được các điểm cấp phát hay bị cô lập với các điểm này (ví dụ, những người có khó khăn trong việc đi lại). Tốc độ đi bộ trung bình là 5km/giờ nhưng có thể chậm hơn nếu địa hình khó khăn hay có nhiều dốc; thời gian thay đổi theo lứa tuổi và khả năng đi lại. Khả năng tiếp cận điểm cấp phát là nỗi lo lắng chung của những người bị phân biệt đối xử và bị gạt ra ngoài lề xã hội trong tình huống thảm họa. Các đợt cấp phát cần được lên lịch biểu để giảm thiểu sự gián đoạn các hoạt động hàng ngày, vào các thời điểm cho phép người hưởng lợi đi đến các điểm cấp phát giữa ban ngày để bảo vệ họ và tránh tình trạng họ phải ở qua đêm bởi việc làm này tạo thêm rủi ro cho họ (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).

6. ***Giảm thiểu rủi ro an ninh:*** Các đợt cấp phát lương thực có thể gây ra những rủi ro an ninh, trong đó có bạo lực. Có thể xảy ra tình trạng căng thẳng trong quá trình cấp phát lương thực. Phụ nữ, trẻ em, người cao tuổi và người khuyết tật thường đối mặt với rủi ro bị mất các quyền lợi của mình. Do đó, phải đánh giá rủi ro trước khi tiến hành cấp phát và phải thực hiện các biện pháp để giảm thiểu rủi ro, trong đó có việc sử dụng các nhân viên được đào tạo để giám sát việc cấp phát và sử dụng chính những người dân bị ảnh hưởng để bảo vệ các điểm cấp phát. Nếu thấy cần thiết, có thể huy động sự tham gia của công an địa phương, nhưng họ cần được quán triệt về mục tiêu của các đợt hỗ trợ lương thực. Bố trí mặt bằng của địa điểm cấp phát một cách cẩn thận có thể tạo thuận lợi cho việc kiểm soát đám đông và giảm thiểu rủi ro. Cần thực thi các biện pháp cụ thể để ngăn chặn, theo dõi và ứng phó với tình trạng bạo lực giới, kể cả việc bóc lột tình dục gắn liền với cấp phát lương thực. Các biện pháp đó bao gồm việc ngăn cách phụ nữ và đàn ông, ví dụ bằng các rào ngăn hay bằng cách cấp phát vào những thời điểm khác nhau, thông báo cho tất cả các đội cấp phát về cách ứng xử thích hợp và những biện pháp trừng phạt vì lạm dụng tình dục, và mời những "người giám hộ" là phụ nữ tham gia giám sát việc bốc dỡ, đăng ký, cấp phát lương thực (xem Hướng dẫn 5 và Nguyên tắc Bảo vệ 2, trang 36).

7. ***Phổ biến thông tin:*** Những người đến nhận lương thực cần được thông báo về:

   - Số lượng và loại khẩu phần sẽ cấp phát và lý do nếu có sự khác biệt so với kế hoạch; thông tin về khẩu phần cần được trưng bày tại điểm cấp phát bằng những hình thức dễ hiểu đối với những người không biết đọc hay những người có khó khăn về nói (ví dụ, viết bằng ngôn ngữ địa phương, trình bày bằng tranh ảnh và (hoặc) bằng thông tin truyền miệng để người dân biết các tiêu chuẩn của mình;
   - Kế hoạch cấp phát (ngày, giờ, địa điểm, tần suất) và bất kỳ thay đổi nào;
   - Chất lượng dinh dưỡng của lương thực và, nếu thấy cần thiết, yêu cầu đối với người nhận về việc bảo vệ giá trị dinh dưỡng của lương thực;
   - Yêu cầu về việc xử lý và sử dụng lương thực một cách an toàn;
   - Thông tin cụ thể về việc sử dụng lương thực một cách tối ưu cho trẻ em (xem Tiêu chuẩn 1-2 về Chăm sóc trẻ thơ và trẻ nhỏ, trang 163-164).
   - Cách thức thích hợp để người tiếp nhận tìm kiếm thêm thông tin về chương trình và quy trình khiếu nại; (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, Hướng dẫn 4-6, trang 57)

8. ***Những thay đổi đối với chương trình:*** Những thay đổi xảy ra đối với rổ lương thực hay mức khẩu phần do không có đủ lương thực phải được trao đổi với những người tiếp nhận thông qua các ban cấp phát, các vị lãnh đạo cộng đồng và các tổ chức đại diện. Cần cùng nhau xây dựng một phương hướng hành động trước khi bắt đầu việc cấp phát. Ban cấp phát cần thông báo cho người dân về những thay đổi, lý do gây ra thay đổi và khi nào thì khẩu phần bình thường sẽ được cấp phát lại. Có thể xem xét những phương án sau:

   - Giảm mức khẩu phần cho tất cả những người đến nhận (chia sẻ bình đẳng số lương thực hiện có hay một rổ lương thực rút bớt);
   - Cấp phát khẩu phần "đầy đủ" cho những người dễ bị tổn thương và khẩu phần "rút bớt" cho dân cư nói chung;
   - Phương án bất đắc dĩ là hoãn đợt cấp phát.

   Nếu việc cấp phát khẩu phần theo kế hoạch không thể thực hiện, thì không nhất thiết phải sửa chữa phần thiếu hụt trong đợt cấp phát tiếp sau đó (có nghĩa là, việc cấp phát bổ sung có thể là không thích hợp).

9. ***Giám sát và đánh giá*** cần được thực hiện ở tất cả các cấp độ của chuỗi cung ứng và đến tận điểm tiêu thụ (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 5, trang 69). Tại điểm cấp phát, nên kiểm tra sự sẵn sàng của công tác tổ chức trước khi việc cấp phát bắt đầu (ví dụ, tổ chức việc đăng ký, an ninh, phổ biến thông tin). Nên cân ngẫu nhiên những khẩu phần mà các hộ gia đình đã được nhận để đo lường mức độ chính xác và sự bình đẳng của công tác quản lý cấp phát, kết hợp với việc phỏng vấn người tiếp nhận lương thực. Đi thăm các hộ gia đình một cách ngẫu nhiên có thể giúp xác định mức độ chấp nhận và sự hữu ích của khẩu phần và phát hiện những người đáp ứng các tiêu chí lựa chọn nhưng không được nhận lương thực. Những chuyến viếng thăm như vậy cũng có thể phát hiện các hộ được nhận khẩu phần ngoài luồng, khẩu phần đó đến từ đâu, nó đang được sử dụng cho mục đích gì và cho ai (ví dụ, do trưng thu, tuyển dụng hay bóc lột tình dục hay vì một lý do nào khác). Việc giám sát cần phân tích tác động của các đợt cấp phát lương thực đối với sự an toàn của người hưởng lợi. Cũng cần đánh giá tác động rộng lớn hơn của các đợt cấp phát lương thực, như ảnh hưởng đối với chu kỳ nông nghiệp, các hoạt động nông nghiệp, điều kiện thị trường và sự sẵn có của các vật tư đầu vào nông nghiệp.

Tiêu chuẩn 6 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực: Sử dụng lương thực

Lương thực được bảo quản, chế biến và sử dụng một cách an toàn và thích hợp ở cấp hộ gia đình cũng như ở cấp cộng đồng.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Bảo vệ người hưởng lợi khỏi tình trạng dùng, và chế biến lương thực cứu trợ theo cách không thích hợp (xem Hướng dẫn 1).
- Phổ biến các thông tin liên quan tới người tiếp nhận về tầm quan trọng của vệ sinh thực phẩm và khuyến khích sự hiểu biết tốt về cách thực hành hợp vệ sinh trong sử dụng, chế biến lương thực (xem Hướng dẫn 1-2).
- Trong trường hợp thức ăn nấu chín được cấp phát, đào tạo nhân viên về an toàn trong bảo quản, sử dụng và chế biến thực phẩm, cũng như những rủi ro tiềm ẩn đối với sức khỏe do các tập quán không đúng đắn (xem Hướng dẫn 1).
- Tham khảo ý kiến (và tư vấn khi thấy cần thiết) với người hưởng lợi về việc bảo quản, chế biến, nấu nướng và tiêu thụ lương thực được cấp phát và tính đúng đắn của hoạt động cấp phát ưu tiên tới những người dễ bị tổn thương, và trả lời về những vấn đề phát sinh (xem Hướng dẫn 1-2).
- Bảo đảm rằng các hộ gia đình tiếp cận được các dụng cụ nấu ăn, chất đốt, nước uống và vật tư vệ sinh phù hợp (xem Hướng dẫn 1-4).
- Đối với những cá nhân không thể chế biến lương thực hay không thể tự ăn, bảo đảm rằng họ có được người chăm sóc để nấu thức ăn phù hợp và cho họ ăn uống, nếu thấy cần thiết (xem Hướng dẫn 8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Không xảy ra trường hợp nào nguy hiểm đến sức khỏe do lương thực được cấp phát.
- Nâng cao nhận thức của người hưởng lợi về vệ sinh thực phẩm (xem Hướng dẫn 1-2).
- Tất cả các nhân viên liên quan phải được đào tạo về việc sử dụng lương thực và về những rủi ro gắn liền với các tập quán không đúng đắn (xem Hướng dẫn 1).
- Các hộ gia đình được tiếp cận đầy đủ các vật liệu và dụng cụ phù hợp và an toàn để chế biến và nấu ăn (xem Hướng dẫn 3-4).
- Sự hiện diện đầy đủ của những người chăm sóc cho tất cả những cá nhân cần sự hỗ trợ đặc biệt (xem Hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. ***Vệ sinh thực phẩm:*** Tình huống thảm họa có thể phá vỡ các tập quán vệ sinh bình thường của người dân. Có thể phải tăng cường các biện pháp hỗ trợ về an toàn vệ sinh thực phẩm, như hỗ trợ các biện pháp phù hợp với điều kiện và hình thái dịch bệnh ở địa phương; ví dụ, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc rửa tay trước khi cầm nắm vào thức ăn, tránh nhiễm bẩn nước và thực hiện các biện pháp kiểm soát sâu bọ. Những người nhận lương thực cần được thông báo về việc bảo quản lương thực như thế nào để bảo đảm an toàn ở cấp độ gia đình. Những người làm công tác chăm sóc cần được cung cấp thông tin về việc sử dụng tối ưu những nguồn lực của gia đình để chăm sóc trẻ em và các phương pháp an toàn để chế biến lương thực (xem Tiêu chuẩn 1-2 về khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 91-94). Trong trường hợp nhà bếp cộng đồng được xây dựng để cung cấp bữa ăn nóng cho nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, cần đặc biệt quan tâm đến việc lựa chọn địa điểm cho nhà bếp, có tính đến khả năng tiếp cận, sự an toàn và điều kiện vệ sinh của địa điểm, sự sẵn có nguồn nước để uống và để nấu ăn, cũng như diện tích để ngồi ăn.
2. ***Các nguồn thông tin:*** Cần có các cơ chế chia sẻ thông tin và tiếp thu ý kiến phản hồi của người hưởng lợi, đặc biệt là phụ nữ (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, Hướng dẫn 2 và 6, trang 57-58). Để phổ biến các hướng dẫn về lương thực, nên tính đến việc sử dụng các trường học và các diện tích học tập an toàn làm nơi tập hợp. Có thể cần các hình thức hay biểu đồ dễ hiểu đối với người dân có những nhu cầu thông tin khác nhau (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, Hướng dẫn 4, trang 57).
3. ***Chất đốt, nước uống và đồ dùng gia đình:*** Khi thấy cần thiết, nên cung cấp chất đốt thích hợp hay xây dựng một chương trình trồng hay thu hoạch củi, dưới sự giám sát về an toàn cho phụ nữ và trẻ em, là những người chính làm nhiệm vụ kiếm củi (đối với bếp đun và chất đốt, xem Tiêu chuẩn 4 về Các mặt hàng phi lương thực, trang 286). Đối với khả năng tiếp cận, số lượng, chất lượng của nguồn nước và các phương tiện cấp nước, xem Tiêu chuẩn 1-3 về Cấp nước, trang 97-103. Đối với các dụng cụ nấu nướng và ăn uống và dụng cụ đựng nước (xem Tiêu chuẩn 3 về Các mặt hàng phi lương thực, trang 285).
4. ***Tiếp cận các phương tiện chế biến lương thực*** như cối xay ngũ cốc sẽ tạo điều kiện để người dân nấu ăn theo sự lựa chọn của họ và tiết kiệm thời gian cho các hoạt động hữu ích khác. Chế biến lương thực tại hộ gia đình, như xay xát, có thể giảm bớt thời gian, lượng nước và lượng chất đốt sử dụng cho việc nấu nướng (xem Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, Hướng dẫn 2, trang 191).
5. ***Các nhu cầu đặc biệt:*** Các cá nhân cần sự hỗ trợ về việc ăn uống có thể gồm trẻ em, người cao tuổi, người khuyết tật và người sống chung với HIV (xem Tiêu chuẩn 2 về Chăm sóc trẻ thơ và trẻ nhỏ tại trang 164, và Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, Hướng dẫn 5-7 tại trang 190). Có thể cần có các chương trình tiếp cận người hưởng lợi, sự hỗ trợ bổ sung hay các hoạt động triển khai tiếp theo, để hỗ trợ một số người gặp nhiều khó khăn trong việc chăm sóc những người ăn theo (ví dụ, cha mẹ có bệnh tâm thần).

4.2. An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng

Hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ phiếu mua hàng là hai hình thức trợ giúp: hỗ trợ tiền mặt là cung cấp tiền cho người dân trong khi hỗ trợ phiếu mua hàng là cung cấp cho họ phiếu để mua một khối lượng cố định của một sản phẩm được quy định, như lương thực (phiếu mua hàng dựa trên hàng hóa) hay một giá trị tiền tệ cố định (phiếu mua hàng dựa trên giá trị). Mặc dù mục đích và thiết kế của hai loại hình này có thể khác nhau, nhưng hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng có cùng phương pháp tiếp cận thị trường, qua đó người hưởng lợi được cung cấp sức mua.

Hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ phiếu mua hàng được sử dụng để đáp ứng nhu cầu cơ bản về lương thực và phi lương thực, hay để mua các tài sản cho phép người dân phục hồi các hoạt động kinh tế. Hỗ trợ tiền mặt vô điều kiện (hay mang tính "phổ cập" hay "không có trọng điểm") không đi kèm với điều kiện về việc tiền mặt nên được sử dụng như thế nào. Nhưng nếu các nhu cầu cơ bản đã được xác định trong đợt đánh giá, thì tiền mặt sẽ được sử dụng để đáp ứng những nhu cầu này. Nếu hỗ trợ sinh kế hay hoạt động sản xuất đã được xác định là một nhu cầu, thì tiền mặt được cấp phát sẽ sử dụng cho mục đích này. Cấp phát tiền mặt vô điều kiện có thể thích hợp khi bắt đầu một tình huống khẩn cấp. Hỗ trợ tiền mặt có điều kiện có đi kèm với điều kiện là người nhận tiền mặt phải sử dụng tiền mặt cho những mục đích cụ thể (ví dụ, để xây lại nhà cửa, cung cấp lao động, thiết lập hay tái thiết lập sinh kế và (hoặc) tham gia các dịch vụ y tế). Phiếu mua hàng cung cấp khả năng tiếp cận với nhiều loại hàng hóa không xác định trước (ví dụ, lương thực, vật nuôi, hạt giống, công cụ) hay các dịch vụ (ví dụ, nhà máy xay xát, giao thông, tiếp cận thị trường hay quầy hàng, vay tiền ngân hàng). Phiếu mua hàng có thể có giá trị tiền mặt hay giá trị một mặt hàng, được sử dụng cho những cửa hàng được lựa chọn trước, với những thương nhân, người cung cấp dịch vụ được chỉ quy định hay tại các hội chợ. Các chương trình phiếu mua hàng cần đề cập đến các tiêu chuẩn cho một ngành/lĩnh vực liên quan; ví dụ, các chương trình phiếu mua hàng cần đề cập đến các Tiêu chuẩn 1-3 và 6 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 186-205).

Việc lựa chọn cách hỗ trợ thích hợp (lương thực, tiền mặt hay phiếu mua hàng) cần có sự phân tích bối cảnh cụ thể, trong đó có tính hiệu quả về chi phí, tác động đối với thị trường thứ cấp, mức độ linh hoạt của việc hỗ trợ, xác định nhóm đối tượng và các rủi ro về mất an ninh và tham nhũng.

Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ phiếu mua hàng: Tiếp cận với các nguồn hàng hóa và dịch vụ hiện có

Tiền mặt và phiếu mua hàng được xem là những cách thức để giải quyết các nhu cầu cơ bản và bảo vệ và tái lập sinh kế.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tham khảo ý kiến và thu hút sự tham gia của những người hưởng lợi, đại diện cộng đồng và nhóm đối tượng liên quan khác trong việc đánh giá, thiết kế, thực hiện, giám sát và đánh giá (xem Hướng dẫn 1, 3, 6-7, và Tiêu chuẩn Cốt lõi 1-3, trang 55-61).
- Đánh giá và phân tích xem người dân có mua cái mà họ cần ở thị trường địa phương, với giá cả có hiệu quả về chi phí so với các biện pháp cấp phát thay thế, đồng thời phân tích chuỗi thị trường (xem Hướng dẫn 2).
- Lựa chọn tiền mặt hay phiếu mua hàng, hay sự kết hợp của hai phương án, trên cơ sở cơ chế cung cấp phù hợp nhất và những lợi ích có thể mang lại cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và nền kinh tế địa phương (xem Hướng dẫn 1-3, 5-6).
- Thực hiện các biện pháp nhằm giảm thiểu rủi ro hỗ trợ lương thực sang các mục đích sử dụng bất hợp pháp, mất an ninh, lạm phát, sử dụng có hại và tác động tiêu cực đến các nhóm người bị thiệt thòi; cần đặc biệt chú ý đến các hệ thống xác định nhóm đối tượng (xem Hướng dẫn 4 và 7).
- Theo dõi để đánh giá xem tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng có còn là phương án cấp phát phù hợp nhất hay không và xem có cần điều chỉnh hay không (xem Hướng dẫn 8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các nhóm dân cư đối tượng đáp ứng được một phần hay tất cả các nhu cầu cơ bản về lương thực của họ cũng như các nhu cầu khác về sinh kế (ví dụ, tài sản để sản xuất, sức khỏe, giáo dục, giao thông, chỗ ở và vận tải) thông qua việc mua sắm từ thị trường địa phương (xem chú giải 1-2, 8).
- Tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng là cách thức cấp phát được ưa thích cho tất cả các nhóm dân cư đối tượng, đặc biệt là phụ nữ và những người dễ bị tổn thương khác (xem Hướng dẫn 3-8).
- Cách thức hỗ trợ tiền mặt hay hỗ trợ phiếu mua hàng không dẫn đến những khoản chi tiêu có tính chất nguy hại cho xã hội (xem Hướng dẫn 4 và 8).
- Cách thức hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ phiếu mua hàng không tạo ra tình trạng mất an ninh (xem Hướng dẫn 3-4, 8).
- Nền kinh tế địa phương được hỗ trợ để phục hồi sau thảm họa (xem Hướng dẫn 1-2, 8).

Hướng dẫn

1. ***Hỗ trợ tiền mặt và hỗ trợ phiếu mua hàng là một công cụ:*** Tiền mặt và phiếu mua hàng là cơ chế để thực hiện các mục tiêu mong muốn, không phải là những biện pháp can thiệp. Một đánh giá cẩn trọng mang tính so sánh cho thấy tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng có phù hợp hay không, chúng có nên được sử dụng riêng rẽ hay không, hay chúng nên được sử dụng cùng với các biện pháp ứng phó khác (ví dụ sự hỗ trợ bằng hiện vật). Hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng có thể được sử dụng ở những giai đoạn khác nhau của một tình huống thảm họa. Biện pháp ứng phó cần được quyết định không chỉ bởi tính hiệu quả và hiệu lực dự kiến trong việc đáp ứng các nhu cầu cơ bản hay thiết lập lại sinh kế của người hưởng lợi mà còn bởi bất kỳ mức độ thấp hơn nào của những rủi ro liên quan. Tiền mặt và phiếu mua hàng có thể tạo ra sự lựa chọn và mức độ linh hoạt lớn hơn các phương án ứng phó bằng hiện vật, và cũng có thể tạo cho người hưởng lợi cảm giác lớn hơn về tôn trọng nhân phẩm. Chúng cũng có thể tạo ra những tác động lan tỏa tích cực đối với nền kinh tế địa phương, do đó nên được tính đến trong quá trình đánh giá tình hình. Chúng có thể được sử dụng như sau:

   - Hỗ trợ tiền mặt – hỗ trợ tiền mặt vô điều kiện hay có điều kiện, bằng một đợt hay một số đợt, để đáp ứng một số nhu cầu nhất định;
   - Hàng hóa hay phiếu mua hàng dựa trên giá trị - hỗ trợ phiếu mua hàng bằng giấy hay bằng phương tiện điện tử, để trao đổi lấy các hàng hóa cụ thể hay một số hàng hóa theo giá trị của phiếu mua hàng;
   - Tiền mặt đổi lấy công việc – hỗ trợ tiền mặt như là một nguồn thu nhập bằng cách tham gia vào các hoạt động được quy định (thường thường là các hoạt động cần sức lao động chân tay).

   Việc lên kế hoạch, thực hiện và giám sát cần có sự tham gia của các nhóm đối tượng liên quan, như chính phủ, các cơ quan chức năng địa phương, các tổ chức cộng đồng, các vị đại diện, các hợp tác xã, các hiệp hội, các nhóm ở địa phương và người hưởng lợi. Sự tham gia rộng rãi như vậy sẽ bảo đảm tính hữu ích và sự bền vững. Một chiến lược chấm dứt sự hỗ trợ cần được xây dựng cùng với các nhóm đối tượng chủ yếu, ngay từ giai đoạn thiết kế trở đi.

2. ***Tác động đến nền kinh tế địa phương và hệ thống thị trường:*** Việc đánh giá tình hình thị trường cần phân tích tình hình trước và sau khi xảy ra thảm họa, cũng như tính cạnh tranh và sự hội nhập của thị trường để đáp ứng các nhu cầu hiện hành. Sự phân tích cũng cần cho thấy vai trò của các chủ thể thị trường khác nhau, sự sẵn có và giá cả của hàng hóa (tài sản phục vụ sinh kế, vật liệu làm chỗ ở, lương thực và các hàng hóa khác tùy thuộc vào mục đích), tính mùa vụ cũng như khả năng tiếp cận về mặt địa lý, xã hội và kinh tế của các nhóm người dễ bị tổn thương. Tiền mặt và phiếu mua hàng có thể

phù hợp nếu thị trường hoạt động tốt và có thể tiếp cận và khi lương thực và các hàng hóa cơ bản khác có sẵn với khối lượng cần thiết và giá cả hợp lý. Các đợt hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng có thể kích thích nền kinh tế địa phương phục hồi nhanh hơn và bền vững hơn. Phản ứng của thị trường có thể khuyến khích việc mua sắm tại địa phương và việc sử dụng tốt hơn năng lực của các chủ thể thị trường hiện có. Sử dụng tiền mặt và phiếu mua hàng khi bối cảnh không phù hợp có thể làm méo mó thị trường và có thể có các tác động tiêu cực, như lạm phát. Theo dõi thị trường là rất quan trọng để hiểu tác động của tiền mặt và phiếu mua hàng đến thị trường và người dân địa phương.

3. ***Các cơ chế hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng:*** Tiền mặt và phiếu mua hàng có thể được hỗ trợ qua ngân hàng địa phương, các cửa hàng, thương nhân, các công ty chuyển tiền địa phương, các công ty kiều hối và các bưu điện. Chúng có thể được chuyển trực tiếp hay bằng công nghệ như ngân hàng di động và mạng điện thoại di động. Ngân hàng thường có hiệu quả nhưng có thể khó tiếp cận đối với những người dễ bị tổn thương; nếu ngân hàng có thể tiếp cận được, có lẽ thông qua ngân hàng di động, đó có thể là giải pháp an toàn hơn. Việc lựa chọn cơ chế hỗ trợ đòi hỏi phải đánh giá các phương án và tham khảo ý kiến của người tiếp nhận. Các vấn đề cần tính đến là chi phí cho người tiếp nhận (phí ngân hàng, thời gian và chi phí đi lại, thời gian tại điểm nhận tiền/phiếu mua hàng), chi phí cho việc tổ chức (phí và chi phí của người cung cấp dịch vụ cho việc thiết lập hệ thống, thời gian của nhân viên cho việc thiết lập và quản trị, vận chuyển, an ninh, giáo dục và tập huấn cho người tiếp nhận), hiệu quả và hiệu lực (độ tin cậy, sức chịu đựng, ý thức trách nhiệm, tính minh bạch, công tác giám sát, độ linh hoạt, kiểm soát tài chính, an ninh tài chính và khả năng tiếp cận của những người dễ bị tổn thương). Một phương án tiếp cận tỏ ra đắt đỏ có thể vẫn là cơ chế hỗ trợ thích hợp nhất.

4. ***Xem xét các rủi ro:*** Những rủi ro thường cảm nhận được từ việc hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng là nỗi lo sợ rằng tiền mặt và phiếu mua hàng có thể góp phần gây ra lạm phát giá cả (làm suy yếu sức mua của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và những người khác), việc sử dụng tiền mặt và phiếu mua hàng cho những mục đích gây hại cho xã hội (ví dụ, lạm dụng chất cồn và (hoặc) thuốc lá) và phân biệt đối xử giữa phụ nữ và nam giới về khả năng tiếp cận tiền mặt so với các nguồn bằng hiện vật. Những quan ngại khác là việc chuyên chở tiền mặt có thể tạo ra những rủi ro về an ninh cho những người thực hiện nhiệm vụ và cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa nói chung (xem Tiêu chuẩn bảo vệ 1, trang 33) và sự hấp dẫn của tiền mặt có thể tạo thêm khó khăn cho việc xác định đối tượng được nhận tiền và có thể làm gia tăng nguy cơ tham nhũng hay bị các nhóm vũ trang chiếm đoạt. Tuy nhiên, các đợt cấp phát hiện vật cũng có những rủi ro riêng (xem Tiêu chuẩn 4-5 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 196 – 200). Có thể giảm

thiểu những rủi ro gắn liền với việc cấp phát tiền mặt và phiếu mua hàng nhờ một thiết kế tốt, phân tích rủi ro thấu đáo và quản lý tốt. Quyết định cần được đưa ra thông qua tham khảo ý kiến dựa trên cơ sở bằng chứng: những mối lo sợ không có cơ sở không nên làm ảnh hưởng đến việc lập kế hoạch chương trình.

5. ***Xác định giá trị của việc cấp phát tiền mặt và phiếu mua hàng:*** Giá trị xác định cho các đợt hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng được dựa vào bối cảnh cụ thể. Việc tính toán cần được phối hợp với các tổ chức khác và dựa vào ưu tiên và nhu cầu của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, giá cả của các hàng hóa chủ yếu dự định sẽ mua tại thị trường địa phương, sự trợ giúp khác đã và sẽ được cung cấp, các chi phí liên quan khác (ví dụ, trợ giúp đi lại cho những người có khó khăn đi lại), phương pháp, quy mô và tần suất của các đợt trả tiền và thời điểm trả tiền so với tính mùa vụ cũng như mục tiêu của chương trình và của đợt cấp phát (ví dụ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản dựa trên rổ lương thực hay cung cấp việc làm dựa vào tiền công lao động hàng ngày). Những thay đổi về giá cả có thể hạn chế mức độ thành công của các đợt hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng. Sự linh hoạt của ngân sách sẽ có vai trò sống còn để điều chỉnh giá trị của đợt cấp phát hay để bổ sung một hợp phần hàng hóa, dựa vào kết quả theo dõi thị trường.

6. ***Lựa chọn hỗ trợ tiền mặt hay phiếu mua hàng:*** Loại hình hỗ trợ thích hợp tùy thuộc vào mục tiêu của chương trình và bối cảnh địa phương. Việc kết hợp các phương án có thể là thích hợp, trong đó có sự trợ giúp bằng hiện vật và những thay đổi theo mùa vụ. Các tổ chức cứu trợ cần xác định được dân cư bị ảnh hưởng bởi thiên tai coi phương án nào là cách hỗ trợ phù hợp nhất thông qua tham khảo ý kiến đầy đủ với họ (xem Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực – sinh kế, trang 218).

7. ***Xác định nhóm đối tượng trong các chương trình hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng:*** Có những thách thức đáng kể đối với các hàng hóa bằng hiện vật và dịch vụ, nhưng do sự hấp dẫn của tiền mặt và phiếu mua hàng, cần đặc biệt quan tâm đến việc giảm thiểu những sai sót về loại ra hay đưa vào diện đối tượng hưởng lợi. Có thể tiếp cận người dân thông qua trực tiếp xác định nhóm đối tượng (các hộ gia đình hay nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa) hay thông qua gián tiếp xác định nhóm đối tượng (các thương nhân hay người cung cấp dịch vụ địa phương). Tình hình mất an ninh có thể cần phương pháp gián tiếp xác định nhóm đối tượng (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33). Vấn đề giới ảnh hưởng đến các quyết định về thành viên của hộ gia đình được đăng ký để nhận tiền mặt hay phiếu mua hàng, cũng như với trường hợp cấp phát bằng hiện vật (xem Tiêu chuẩn 5 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 200). Phối hợp với các nhóm đối tượng liên quan, kể cả các chương trình phúc lợi và bảo trợ xã hội cấp phát tiền mặt, có vai trò rất quan trọng cho hoạt động xác định nhóm đối tượng (cũng như với trường hợp cấp phát bằng hiện vật).

8. ***Giám sát các đợt hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng:*** Cần có thông tin cơ sở phục vụ công tác theo dõi trước, trong và sau các chương trình hỗ trợ (tiền mặt và phiếu mua hàng), có tính đến các tác động trực tiếp và gián tiếp của tiền mặt và phiếu mua hàng đến thị trường. Những thay đổi trong quá trình can thiệp cần đáp ứng những thay đổi của bối cảnh và tình hình thị trường. Công tác giám sát cần bao gồm giá cả các mặt hàng chủ yếu, tác động lan tỏa đến thị trường địa phương và những biến động giá cả. Những câu hỏi chủ yếu là: Người dân mua sắm những gì với số tiền mặt và phiếu mua hàng được cấp phát? Người dân có nhận được và chi tiêu tiền mặt một cách an toàn không? Tiền mặt và phiếu mua hàng có bị chuyển sang các mục đích sử dụng khác không? Phụ nữ ảnh hưởng như thế nào đến việc chi tiêu tiền mặt? (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 5, trang 69).

4.3. An ninh lương thực – sinh kế

Sinh kế bền vững của người dân và mức độ dễ bị tổn thương của họ trước tình trạng mất an ninh lương thực được quyết định chủ yếu bởi các nguồn lực (hay tài sản) mà họ sẵn có và họ đã bị ảnh hưởng như thế nào bởi tình huống thảm họa. Các nguồn lực đó là nguồn vốn tài chính (như tiền mặt, tín dụng, tiền tiết kiệm), nguồn vốn vật chất (nhà cửa, máy móc), nguồn vốn tự nhiên (đất đai, nguồn nước), nguồn vốn con người (lao động, kỹ năng), nguồn vốn xã hội (các mạng lưới, các chuẩn mực) và nguồn vốn chính trị (ảnh hưởng, chính sách). Điều cốt yếu đối với những người sản xuất ra lương thực là họ có khả năng tiếp cận đất đai để hỗ trợ sản xuất hay không và họ có các phương tiện để tiếp tục canh tác hay không. Điều cốt yếu đối với những người cần có nguồn thu nhập để có lương thực là họ có việc làm, thị trường và dịch vụ hay không. Đối với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa, ưu tiên lớn nhất là phải bảo tồn, phục hồi và phát triển các nguồn lực cần thiết cho an ninh lương thực và sinh kế trong tương lai của họ.

Tình hình bất ổn chính trị, mất an ninh kéo dài và nguy cơ xảy ra xung đột có thể hạn chế nghiêm trọng các hoạt động kiếm sống và khả năng tiếp cận thị trường. Các hộ gia đình có thể buộc phải từ bỏ mảnh đất của họ và có thể mất mát tài sản, hoặc là bị bỏ lại, bị phá hủy hay là bị chiếm đoạt bởi các bên tham chiến.

Ba tiêu chuẩn của Sổ tay liên quan đến sản xuất hàng hóa thô, tạo thu nhập và việc làm, và khả năng tiếp cận thị trường, trong đó có các hàng hóa và dịch vụ.

Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực – sinh kế: Sản xuất sơ cấp

Các cơ chế sản xuất sơ cấp được bảo vệ và hỗ trợ.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các biện pháp can thiệp hỗ trợ sản xuất sơ cấp dựa trên cơ sở đánh giá về sinh kế, phân tích bối cảnh và sự hiểu biết rõ ràng về tính khả thi của các hệ thống sản xuất, trong đó có khả năng tiếp cận và sự sẵn có các sản phẩm, vật tư đầu vào, dịch vụ và nhu cầu thị trường (xem Hướng dẫn 1).
- Áp dụng các công nghệ mới chỉ trong trường hợp ảnh hưởng của các công nghệ này đến các hệ thống sản xuất, tập quán văn hóa tại địa phương và môi trường thiên nhiên được hiểu rõ và được chấp nhận bởi những người sản xuất và người tiêu thụ lương thực tại địa phương (xem Hướng dẫn 2).
- Cung cấp các sản phẩm, vật tư đầu vào sản xuất hay cung cấp tiền mặt để mua các sản phẩm hay vật tư đầu vào, nhằm tạo sự linh hoạt cho các nhà sản xuất trong việc xây dựng các biện pháp và để quản lý sản xuất của họ cũng như nhằm giảm thiểu rủi ro (xem Hướng dẫn 3).
- Cung cấp các sản phẩm, vật tư đầu vào một cách kịp thời, bảo đảm rằng những sản phẩm hay vật tư đầu vào này được chấp nhận tại địa phương và phù hợp với các chuẩn mực có liên quan về chất lượng (xem Hướng dẫn 4-5).
- Sử dụng các sản phẩm, vật tư đầu vào và dịch vụ một cách thận trọng, không làm xấu thêm mức độ dễ bị tổn thương hay làm gia tăng rủi ro (ví dụ, bằng cách làm tăng thêm sự cạnh tranh nguồn tài nguyên thiên nhiên khan hiếm hay làm tổn hại đến các mạng lưới xã hội hiện hành (xem Hướng dẫn 6).
- Đào tạo các nhà sản xuất lương thực về các thực hành quản lý tốt hơn, nếu thấy có thể và thích hợp (xem Hướng dẫn 1-2, 5-6).
- Trong trường hợp có thể, mua các sản phẩm, vật tư đầu vào và dịch vụ tại địa phương, trừ phi điều này ảnh hưởng tiêu cực đến các nhà sản xuất, thị trường hay người tiêu thụ tại địa phương (xem Hướng dẫn 7).
- Thực hiện việc giám sát thường xuyên để đánh giá xem các sản phẩm, vật tư đầu vào sản xuất có được sử dụng một cách thích hợp bởi những người hưởng lợi (xem Hướng dẫn 8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các hộ gia đình được đánh giá là có nhu cầu tiếp cận được các sản phẩm, vật tư đầu vào cần thiết để bảo vệ và phục hồi sản xuất sơ cấp ở mức độ trước khi xảy ra thảm họa, khi thấy chính đáng và phù hợp với lịch thời vụ (xem Hướng dẫn 1-6).
- Tất cả các hộ gia đình được xác định là đối tượng hưởng lợi được cấp tiền mặt hay phiếu mua hàng, trong trường hợp được coi (hay được đánh giá) là khả thi về mặt tác nghiệp, theo giá trị thị trường của các sản phẩm, vật tư đầu vào cần thiết, có tính đến sự lựa chọn của các hộ gia đình về phương cách kiếm sống (xem Hướng dẫn 3, 5 và 7).

Hướng dẫn

1. ***Tính khả thi của sản xuất sơ cấp:*** Để có tính khả thi, chiến lược sản xuất lương thực phải có cơ hội hợp lý để phát triển tốt và thành công (xem Hướng dẫn và tiêu chuẩn về gia súc trong tình trạng khẩn cấp tại phần Tài liệu tham khảo). Điều đó chịu sự ảnh hưởng của nhiều yếu tố, trong đó có:

   - Khả năng tiếp cận các nguồn tài nguyên thiên nhiên (đất trồng trọt, đồng cỏ, thức ăn cho gia súc, nước, sông, hồ, nước ven biển, v.v...). Không được gây nguy hại tới sự cân bằng sinh thái, ví dụ bằng cách khai thác quá mức đất ven rừng, đánh cá quá mức hay gây ô nhiễm nguồn nước, đặc biệt là các vùng ven đô;
   - Trình độ kỹ năng và năng lực, có thể chỉ có ở mức độ hạn chế ở những nơi mà các nhóm dân cư bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi dịch bệnh hay ở những nơi mà công tác giáo dục, đào tạo bị cản trở bởi một số nhóm người;
   - Sự sẵn có lao động tương ứng với các hình thái sản xuất hiện hành và thời điểm của các hoạt động nông – ngư nghiệp chủ yếu;
   - Sự sẵn có và khả năng tiếp cận các sản phẩm, vật tư đầu vào cần thiết cho sản xuất nông – ngư nghiệp.

   Mức độ sản xuất trước khi xảy ra thảm họa có thể không tốt và nỗ lực để phục hồi lại mức độ đó có thể mâu thuẫn với nguyên tắc "không gây hại" (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).

2. ***Phát triển công nghệ:*** Các công nghệ "mới" có thể bao gồm các giống cây trồng, giống gia súc và giống cá cải tiến, các công cụ mới, phân bón mới hay các tập quán quản lý sáng tạo. Trong chừng mực có thể, các hoạt động sản xuất lương thực nên phát huy hay củng cố các hình thái sản xuất hiện hành và (hoặc) gắn kết với các kế hoạch phát triển quốc gia. Chỉ áp dụng công nghệ mới sau khi tình huống thảm họa chấm dứt, nếu trước đó những công nghệ này đã được thử nghiệm tại địa phương và chứng tỏ là có thể thích ứng hay được chấp nhận bởi những người hưởng lợi. Khi áp dụng, công nghệ mới cần đi kèm với các cuộc tham khảo ý kiến thích hợp ở cộng đồng, cung cấp thông tin, đào tạo và các hình thức hỗ trợ thích hợp khác. Trong trường hợp có thể, nên phối hợp làm công việc này với các cơ sở công hoặc tư nhân làm công tác khuyến nông và các nhà cung ứng sản phẩm, vật tư đầu vào sản xuất để bảo đảm có sự hỗ trợ liên tục, khả năng tiếp cận công nghệ trong tương lai và (điều có ý nghĩa sống còn) tính khả thi về thương mại.

3. ***Nâng cao chất lượng lựa chọn:*** Các biện pháp can thiệp có thể mang lại sự lựa chọn tốt hơn cho các nhà sản xuất bao gồm tiền mặt hay tín dụng thay cho (hay bổ sung cho) các sản phẩm, vật tư đầu vào sản xuất, hạt giống và hội chợ gia súc sử dụng phiếu mua hàng, qua đó tạo cho nông dân cơ hội lựa chọn hạt giống hay giống gia súc mà họ muốn. Hỗ trợ sản xuất cần đánh giá những ảnh hưởng tiềm ẩn đối với tình hình dinh dưỡng, kể cả khả năng tiếp cận các loại lương thực giàu dinh dưỡng bằng cách tự sản xuất hay làm ra tiền từ hoạt động sản xuất. Cung cấp thức ăn gia súc trong lúc hạn hán có thể mang đến cho người chăn nuôi những lợi ích về mặt dinh dưỡng trực tiếp hơn là cấp phát lương thực cho họ. Tính khả thi của việc hỗ trợ tiền mặt cho các hộ gia đình để họ tiếp cận các sản phẩm, vật tư đầu vào sản xuất cần dựa vào sự sẵn có các hàng hóa tại địa phương, khả năng tiếp cận thị trường và sự sẵn có một cơ chế cung cấp an toàn và chi trả được.

4. ***Tính kịp thời và mức độ chấp nhận:*** Các sản phẩm, vật tư đầu vào sản xuất bao gồm các loại hạt giống, công cụ, phân bón, gia súc, thiết bị đánh bắt cá, dụng cụ săn bắt thú, tiền cho vay và tín dụng, thông tin thị trường và các phương tiện vận tải. Một phương án thay thế các sản phẩm, vật tư đầu vào bằng hiện vật là cung cấp tiền mặt hay phiếu mua hàng để người dân có thể mua các sản phẩm, vật tư theo sự lựa chọn của họ. Việc cung cấp các sản phẩm, vật tư nông nghiệp và dịch vụ thú y phải trùng khớp với thời vụ trồng trọt và chăn nuôi. Ví dụ, việc cung cấp hạt giống và công cụ phải diễn ra trước thời vụ gieo trồng và việc giảm quy mô khẩn cấp đàn gia súc trong lúc hạn hán phải diễn ra trước khi gia súc bắt đầu chết hàng loạt, trong khi việc tái lập quy mô đàn gia súc phải diễn ra khi khả năng phục hồi được bảo đảm chắc chắn, ví dụ như sau các trận mưa tiếp theo.

5. ***Hạt giống:*** Cần ưu tiên các giống cây trồng và các giống khác đang được sử dụng tại địa phương, để nông dân có thể áp dụng các tiêu chí của chính họ trong việc xác định chất lượng. Các cây trồng được đề xuất nên là những loại có ưu tiên cao nhất cho vụ tiếp theo. Các giống này cần nhận được sự đồng ý của nông dân và các chuyên gia nông nghiệp địa phương. Ít nhất thì các giống này cần được thích ứng với sinh thái nông nghiệp và với điều kiện quản lý của nông dân địa phương, có sức kháng sâu bệnh. Lựa chọn hạt giống cũng cần tính đến các kịch bản biến đổi khí hậu trong tương lai, như lũ lụt, hạn hán hay nước biển dâng. Các loại hạt giống có xuất xứ ngoài khu vực nên được xét nghiệm đầy đủ về chất lượng và kiểm tra sự thích hợp với điều kiện địa phương. Người nông dân cần được tạo điều kiện tiếp cận với nhiều loại cây trồng và hạt giống trong bất kỳ biện pháp can thiệp nào liên quan đến hạt giống để chính họ có thể quyết định loại nào là tốt nhất đối với hệ thống canh tác đặc trưng của họ. Các hạt giống lai có thể là thích hợp khi nông dân đã quen thuộc với chúng và có kinh nghiệm gieo trồng chúng. Điều đó chỉ có thể được quyết định qua tham khảo ý kiến với người dân. Khi hạt giống được cung cấp miễn phí và nông dân trồng ngô, thì họ

có thể thích hạt giống ngô lai hơn là các giống ngô địa phương, bởi vì mua giống ngô địa phương sẽ đắt đỏ hơn là được cung cấp giống ngô lai. Chính sách của chính phủ về các giống lai cũng cần được tuân thủ trước khi cấp phát. Không nên cấp phát các loại hạt giống biến đổi gien trừ phi chúng đã được các cơ quan chức năng địa phương chấp thuận. Trong trường hợp đó, nông dân cần được thông báo rằng viện trợ có cả hạt giống biến đổi gien.

6. ***Tác động đến sinh kế nông thôn:*** Sản xuất lương thực sơ cấp có thể không khả thi nếu thiếu các tài nguyên thiên nhiên thiết yếu (và có thể không khả thi trong dài hạn nếu việc sản xuất này đang trên đà đi xuống trước khi xảy ra thảm họa), hoặc nếu thiếu khả năng tiếp cận đối với một số nhóm dân cư (ví dụ, những người dân không có đất đai). Khuyến khích hoạt động sản xuất mà cần tiếp cận nhiều hơn hay thay đổi cách tiếp cận tài nguyên thiên nhiên tại địa phương có thể làm gia tăng tình trạng căng thẳng trong dân cư địa phương, do đó có thể hạn chế khả năng tiếp cận nguồn nước và các nhu cầu thiết yếu khác. Cần thận trọng khi cung cấp các nguồn lực, dù là bằng hiện vật hay bằng tiền mặt, để bảo đảm rằng những nguồn lực này không làm gia tăng các rủi ro về an ninh cho người tiếp nhận hay gây ra xung đột (xem Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực – sinh kế tại trang 218, và Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng tại trang 208). Đồng thời, việc cung cấp miễn phí các sản phẩm, vật tư có thể gây xáo trộn các cơ chế hỗ trợ xã hội và phân phối lại truyền thống, trong khi nó có thể làm cho khu vực tư nhân ngừng hoạt động và gây tổn hại cho khả năng tiếp cận các sản phẩm, vật tư trong tương lai.

7. ***Mua các sản phẩm, vật tư đầu vào tại địa phương:*** Các sản phẩm, vật tư đầu vào và dịch vụ phục vụ sản xuất lương thực, như dịch vụ thú y và hạt giống, có thể tìm kiếm được thông qua các hệ thống cung ứng có thể kiểm chứng và hợp pháp hiện hành tại địa phương, nếu có thể. Để hỗ trợ khu vực tư nhân địa phương, nên dùng các cơ chế như tiền mặt hay phiếu mua hàng, qua đó gắn kết người sản xuất sơ cấp trực tiếp với người cung ứng. Để thiết kế các hệ thống như vậy để hỗ trợ việc mua sắm tại địa phương, cần xem xét sự sẵn có của các sản phẩm, vật tư thích hợp cũng như khả năng của người cung ứng trong việc tăng cường nguồn cung ứng, có tính đến rủi ro lạm phát (có nghĩa là, làm tăng giá cả của các mặt hàng khan hiếm) và chất lượng của sản phẩm, vật tư. Việc cung cấp trực tiếp các sản phẩm, vật tư được nhập khẩu chỉ nên thực hiện khi các phương án thay thế tại địa phương không khả thi.

8. ***Công tác giám sát:*** Các chỉ số về quy trình và các đầu ra từ việc sản xuất, chế biến và cấp phát lương thực có thể được ước tính; ví dụ, diện tích gieo trồng, số lượng hạt giống gieo trồng mỗi héc-ta, năng suất và số lượng gia súc. Điều quan trọng là phải quyết định những người sản xuất sử dụng các sản phẩm, vật tư ra sao (có nghĩa là, xác nhận rằng hạt giống đã được gieo trồng

và rằng các công cụ, phân bón, lưới và các dụng cụ đánh bắt cá đã được sử dụng như dự kiến) hay tiền mặt được chi tiêu như thế nào cho việc mua các sản phẩm, vật tư. Cũng cần rà soát lại chất lượng của các sản phẩm, vật tư về mặt hiệu quả, mức độ chấp nhận và ý thích của người sản xuất. Điều quan trọng đối với công tác đánh giá là đánh giá xem dự án đã tác động như thế nào đến nguồn lương thực cung cấp cho các hộ gia đình; ví dụ, lượng dự trữ tại hộ gia đình, số lượng và chất lượng của lương thực được tiêu thụ, và số lượng lương thực đem buôn bán hay đem cho. Trong trường hợp dự án nhằm tăng cường sản xuất một loại lương thực cụ thể, như sản phẩm động vật, sản phẩm cá hay một cây họ đậu giàu prô-tê-in, thì cần điều tra xem các hộ gia đình đã sử dụng những sản phẩm này như thế nào.

Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực – sinh kế: Thu nhập và việc làm

Trong trường hợp tạo thu nhập và việc làm là những phương án mang tính khả thi, thì phụ nữ và nam giới đều có khả năng tiếp cận bình đẳng với các cơ hội tạo thu nhập thích hợp.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Quyết định về các hoạt động tạo thu nhập được đưa ra trên cơ sở đánh giá thị trường và sự phân tích có sự tham gia của các đối tượng hưởng lợi về năng lực của các hộ gia đình trong việc tham gia vào các hoạt động này (xem Hướng dẫn 1-2).
- Hình thức trả tiền thù lao (tiền mặt, phiếu mua hàng hay sự kết hợp cả hai phương án) được dựa trên cơ sở phân tích kỹ càng năng lực tại địa phương, nhu cầu trước mắt, hệ thống thị trườngvà ý thích của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 3).
- Mức độ trả tiền thù lao được dựa trên cơ sở nhu cầu, mục tiêu của việc phục hồi sinh kế và giá tiền công lao động tại địa phương (xem Hướng dẫn 4).
- Bảo đảm có sẵn các thủ tục để cung cấp một môi trường làm việc an toàn và an ninh (xem Hướng dẫn 5).
- Thực hiện các biện pháp để tránh việc chuyển mục đích sử dụng và (hoặc) tình trạng mất an ninh khi có những khoản tiền lớn (xem Hướng dẫn 6).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả những người dân thuộc nhóm đối tượng hưởng lợi tạo ra thu nhập thông qua các hoạt động của mình và góp phần vào việc đáp ứng nhu cầu cơ bản của bản thân và các nhu cầu sinh kế khác.

- Các biện pháp ứng phó về tạo cơ hội việc làm được dành cho phụ nữ và nam giới một cách bình đẳng và không gây tác động tiêu cực đến thị trường địa phương hay gây ảnh hưởng tiêu cực đến các hoạt động sinh kế bình thường (xem Hướng dẫn 7).
- Người dân được thông báo và hiểu về chế độ trả tiền thù lao như là một đóng góp cho tình hình an ninh lương thực của tất cả các thành viên trong hộ gia đình một cách bình đẳng (xem Hướng dẫn 8).

Hướng dẫn

1. ***Tính thích hợp của các sáng kiến:*** Phân tích thị trường là điều căn bản để lý giải và xác định các hoạt động. Cần sử dụng các công cụ hiện hành để hiểu thị trường và hệ thống kinh tế (xem phần về thị trường của phụ lục Tài liệu tham khảo). Cần sử dụng tối đa nguồn nhân lực tại địa phương trong việc thiết kế dự án và xác định các hoạt động phù hợp. Các phương án thay thế cho một số nhóm người (như phụ nữ đang mang thai, người khuyết tật, người cao tuổi) cần được thảo luận trong nhóm đối tượng hưởng lợi. Trong trường hợp có nhiều người di tản (người tị nạn hay người di tản nội địa), cần xem xét các cơ hội cung cấp việc làm và kỹ năng cho người di tản cũng như người dân sở tại. Các địa điểm hoạt động cần tính đến nguy cơ bị tấn công, rủi ro về an toàn (như các khu vực có cài mìn) và các khu vực không phù hợp về môi trường (ví dụ, khu vực bị nhiễm bẩn hay bị ô nhiễm, dễ bị lún hay bị ngập lụt, hoặc có độ dốc quá lớn) (xem các Nguyên tắc Bảo vệ 1-3, trang 33-38).
2. ***Chuyển thu nhập cho các hộ gia đình có năng lực tham gia hạn chế:*** Mặc dù nhiều hộ gia đình có thể có khả năng sử dụng các hoạt động tạo việc làm và tạo thu nhập, nhưng ảnh hưởng của thảm họa đối với một số hộ gia đình có thể không cho phép họ tranh thủ các cơ hội này, hay giai đoạn để được nhận nguồn thu nhập đầy đủ có thể là quá dài đối với họ. Các biện pháp về mạng an sinh, như hỗ trợ tiền mặt và (hoặc) hỗ trợ lương thực vô điều kiện, cần được xem xét cho các hộ gia đình này, cùng với một kế hoạch gắn kết họ với các hệ thống bảo trợ xã hội hiện hành hay vận động thành lập mạng lưới an sinh mới, nếu thấy cần thiết.
3. ***Hình thức trả tiền thù lao:*** Trả tiền thù lao có thể bằng tiền mặt hay bằng lương thực, hay là kết hợp cả hai phương án, và cần tạo điều kiện để các hộ gia đình mất an ninh lương thực đáp ứng được nhu cầu của họ. Thay vì trả tiền cho các công trình công cộng, trả tiền thù lao có thể dưới hình thức một biện pháp khuyến khích để giúp người dân thực hiện những nhiệm vụ mang lại lợi ích trực tiếp cho chính họ. Cần tính đến nhu cầu mua sắm của người dân và tác động của việc cấp phát tiền mặt hay lương thực để đáp ứng các nhu cầu cơ bản (như trường học, dịch vụ y tế và các nghĩa vụ xã hội).

Hình thức và mức độ trả tiền thù lao cần được quyết định theo từng trường hợp một, có tính đến các yếu tố trên, khả năng tiếp cận tiền mặt và lương thực, và tác động có thể tạo ra đối với thị trường lao động địa phương.

4. ***Thanh toán:*** Không có các văn bản hướng dẫn được chấp nhận trên toàn cầu về việc định mức thù lao. Nhưng ở những nơi mà thù lao được trả bằng hiện vật và được cấp như là một nguồn thu nhập, thì giá trị bán lại (ví dụ, của lương thực) trên thị trường địa phương phải được tính đến. Mức thu ròng về thu nhập cho cá nhân thông qua sự tham gia vào các hoạt động dự án phải lớn hơn mức thu nhập khi người đó dành một phần thời gian cho các hoạt động khác. Cách tính này áp dụng cho lương thực và tiền mặt cho các hoạt động xây dựng công trình, cũng như cho tín dụng và thành lập doanh nghiệp, v.v... Những cơ hội mang lại thu nhập cần tăng cường các nguồn thu nhập và không thay thế các nguồn hiện có. Trả tiền thù lao không nên tạo ra tác động tiêu cực đối với thị trường lao động địa phương, ví dụ bằng cách gây ra lạm phát mức trả tiền công, lôi kéo lao động ra khỏi các hoạt động khác, hay gây hại cho các dịch vụ xã hội cơ bản.

5. ***Rủi ro trong môi trường làm việc:*** Cần tránh tạo ra môi trường làm việc có rủi ro cao bằng các quy trình thực hành để giảm thiểu rủi ro hay điều trị chấn thương; ví dụ, tổ chức các buổi thông báo, cung cấp quần áo bảo hộ lao động và bộ dụng cụ cấp cứu, nếu thấy cần thiết. Điều đó cũng cần bao gồm việc giảm thiểu rủi ro bị phơi nhiễm với HIV. Các biện pháp tăng cường an toàn trong thời gian chuyển tiếp gồm bảo đảm an toàn cho các con đường đến nơi làm việc, bảo đảm các con đường này có đầy đủ ánh sáng, cấp phát đuốc, sử dụng hệ thống cảnh báo sớm (sử dụng chuông, còi, đài phát thanh hay các thiết bị khác) và các chuẩn mực về an ninh, như đi theo nhóm hay tránh đi lại lúc trời tối. Cần đặc biệt quan tâm đến phụ nữ, trẻ em gái và những người khác có rủi ro bị tấn công tình dục. Cần bảo đảm rằng tất cả mọi người tham gia được biết các thủ tục khẩn cấp và có thể tiếp cận hệ thống cảnh báo sớm (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1 và 3, trang 33-38).

6. ***Rủi ro mất an ninh và chuyển sang mục đích sử dụng khác:*** Cấp phát các nguồn lực dưới dạng lương thực hay tiền đổi lấy việc làm (ví dụ, vay mượn hay trả tiền để làm một công việc) đặt ra những lo ngại về mặt an ninh cho nhân viên làm dự án cũng như cho người tiếp nhận (xem Tiêu chuẩn 5 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, Hướng dẫn 6 tại trang 204, và Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng, Hướng dẫn 4 tại trang 211).

7. ***Trách nhiệm chăm sóc và sinh kế:*** Việc tham gia vào các hoạt động tạo thu nhập không nên ảnh hưởng xấu đến việc chăm sóc trẻ em hay các trách nhiệm chăm sóc khác, bởi điều đó có thể làm tăng thêm rủi ro suy dinh dưỡng và các rủi ro sức khỏe khác. Các chương trình cần tính đến việc thuê những người cung cấp dịch vụ chăm sóc hay cung cấp các công cụ chăm sóc. Sẽ là không thích hợp nếu làm tăng thêm gánh nặng công việc cho cuộc sống của người dân, đặc biệt là cho phụ nữ. Các chương trình không được ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng tiếp cận các cơ hội khác, như cơ hội việc làm và học hành, hay chuyển các nguồn lực gia đình khỏi những hoạt động sản xuất đang thực hiện. Tham gia vào các hoạt động tạo thu nhập cần tôn trọng luật pháp quốc gia về tuổi tối thiểu được nhận vào làm việc, thường là không ít hơn tuổi hoàn thành bậc giáo dục bắt buộc.

8. ***Sử dụng tiền thù lao:*** Trả tiền thù lao công bằng có nghĩa là nguồn thu nhập được tạo ra sẽ đóng góp một phần có ý nghĩa của những nguồn lực cần thiết cho an ninh lương thực. Phải hiểu việc quản lý ở hộ gia đình đối với nguồn tiền mặt và lương thực được cấp phát (kể cả cấp phát giữa các hộ gia đình và cho mục đích sử dụng cuối cùng), bởi vì cách thức chúng được cấp phát có thể làm xấu thêm hay làm lan rộng những căng thẳng đang xảy ra, do đó ảnh hưởng đến tình hình an ninh lương thực của các thành viên trong hộ gia đình. Các biện pháp ứng phó tạo thu nhập và việc làm thường có nhiều mục đích khác nhau về an ninh lương thực, kể cả các nguồn lực cấp cộng đồng ảnh hưởng đến an ninh lương thực. Ví dụ, sửa chữa đường sá có thể cải thiện khả năng tiếp cận thị trường và dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong khi sửa chữa hay xây dựng các hệ thống cấp nước, thủy lợi có thể cải thiện năng suất.

Tiêu chuẩn 3 về An ninh lương thực – sinh kế: Tiếp cận thị trường

Khả năng tiếp cận an toàn của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa với hàng hóa và dịch vụ ngoài thị trường với tư cách là người sản xuất, người tiêu thụ và người buôn bán, được bảo vệ và khuyến khích.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Bảo vệ và tăng cường khả năng tiếp cận thị trường hoạt động tốt và có thể chi trả cho những người sản xuất, người tiêu thụ và người buôn bán (xem Hướng dẫn 1).
- Các biện pháp ứng phó về an ninh lương thực và sinh kế được dựa trên cơ sở hiểu biết rõ ràng về việc thị trường địa phương có hoạt động tốt hay bị gián đoạn cũng như tiềm năng phát triển của thị trường (xem Hướng dẫn 2).
- Việc vận động cho những cải thiện và đổi mới chính sách được dựa trên cơ sở phân tích thị trường được thực hiện trước khi thực hiện mỗi biện pháp can thiệp (xem Hướng dẫn 3).
- Thực hiện các bước đi nhằm khuyến khích và hỗ trợ khả năng tiếp cận thị trường cho những người dễ bị tổn thương (xem Hướng dẫn 4).

- Kiểm soát tác động tiêu cực của các biện pháp ứng phó, trong đó có việc mua và cấp phát lương thực, đối với thị trường địa phương (xem Hướng dẫn 5).
- Giảm thiểu hậu quả tiêu cực của những biến động giá cả cực đoan theo thời vụ hay biến động giá cả không bình thường khác đối với thị trường địa phương (xem Hướng dẫn 6).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các biện pháp can thiệp được thiết kế để hỗ trợ sự phục hồi của thị trường, bằng những biện pháp can thiệp trực tiếp hay bằng việc khuyến khích người buôn bán tại địa phương, thông qua các chương trình hỗ trợ tiền mặt và (hoặc) hỗ trợ phiếu mua hàng.
- Các nhóm dân cư đối tượng hưởng lợi có khả năng tiếp cận an toàn và đầy đủ với hàng hóa, dịch vụ và hệ thống thị trường trong suốt quá trình thực hiện chương trình.

Hướng dẫn

1. ***Cung và cầu thị trường:*** Khả năng tiếp cận thị trường bị ảnh hưởng bởi sức mua, giá cả và sự sẵn có hàng hóa. Khả năng chi trả phụ thuộc vào các điều kiện buôn bán giữa nhu cầu cơ bản (về lương thực, các sản phẩm, vật tư nông nghiệp cơ bản như hạt giống, công cụ, chăm sóc sức khỏe, v.v...) và các nguồn thu nhập (từ cây trồng, gia súc, tiền công, v.v...). Sự hao mòn tài sản xảy ra khi tình hình buôn bán xấu đi buộc người dân phải đem bán tài sản (thường với giá thấp) để trang trải cho các nhu cầu cơ bản (với giá lạm phát). Khả năng tiếp cận thị trường cũng có thể bị ảnh hưởng bởi môi trường chính trị và an ninh cũng như bởi những vấn đề văn hóa và tôn giáo, do đó hạn chế khả năng tiếp cận thị trường của một số nhóm người, như các dân tộc thiểu số chẳng hạn.
2. ***Phân tích thị trường:*** Cần quan tâm bảo đảm khả năng tiếp cận thị trường cho tất cả dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, kể cả những người dễ bị tổn thương. Những biện pháp ứng phó dưới hình thức trả thù lao bằng tiền mặt, phiếu mua hàng hay lương thực hay cung cấp các sản phẩm, vật tư nên được thực hiện sau khi đã phân tích thị trường kỹ lưỡng về hàng hóa được cung ứng. Việc mua nguồn hàng dư thừa tại thị trường địa phương sẽ hỗ trợ những người sản xuất địa phương, nhưng cũng cần phát hiện những tác động tiêu cực. Việc nhập khẩu thường có xu hướng làm giảm giá cả tại địa phương (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực và đánh giá tình hình dinh dưỡng, Hướng dẫn 7, trang 156).
3. ***Tuyên truyền vận động:*** Thị trường vận động trong khuôn khổ nền kinh tế trong nước và toàn cầu rộng lớn hơn. Ví dụ, các chính sách của chính phủ, kể cả chính sách giá cả và thương mại, ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và sự sẵn có hàng hóa. Mặc dù những hành động ở cấp độ này nằm ngoài phạm vi một biện pháp ứng phó với thảm họa , nhưng những yếu tố đó cần được phân tích, bởi có thể có cơ hội cho một cách tiếp cận chung giữa các tổ chức hay để vận động chính phủ và các tổ chức khác thực hiện các biện pháp cải thiện tình hình (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, trang 38).
4. ***Những người dễ bị tổn thương:*** Cần thực hiện phân tích mức độ dễ bị tổn thương để phát hiện những người ít có khả năng tiếp cận thị trường và các cơ hội kiếm sống. Những người khuyết tật, người sống chung với HIV, người cao tuổi và phụ nữ có trách nhiệm chăm sóc phải được hỗ trợ để có thể tiếp cận thị trường.
5. ***Tác động của các biện pháp can thiệp:*** Việc mua lương thực, hạt giống hay những hàng hóa khác tại thị trường địa phương có thể gây ra lạm phát tại địa phương, tạo ra bất lợi cho người tiêu dùng nhưng mang lại lợi ích cho người sản xuất. Ngược lại, nhập khẩu lương thực có thể đẩy giá cả xuống thấp và là một yếu tố làm nản lòng người sản xuất lương thực tại địa phương, do đó tiềm ẩn nguy cơ làm gia tăng tình trạng mất an ninh lương thực. Cấp phát tiền mặt có thể có tác động lan tỏa tích cực đến nền kinh tế địa phương nhưng cũng có thể gây ra lạm phát đối với các mặt hàng chủ yếu. Những người chịu trách nhiệm mua sắm cần theo dõi những tác động này và xem xét chúng một cách cẩn thận. Cấp phát lương thực cũng có thể ảnh hưởng đến sức mua của những người hưởng lợi, bởi nó là một hình thức chuyển thu nhập. Một số mặt hàng dễ bán lấy giá tốt hơn những mặt hàng khác, ví dụ dầu ăn so với thức ăn tổng hợp. "Sức mua" gắn liền với một loại lương thực cụ thể hay một rổ lương thực cụ thể sẽ ảnh hưởng đến việc hộ gia đình hưởng lợi có ăn hoặc có bán loại lương thực hay rổ lương thực này hay không. Hiểu được việc mua và bán của hộ gia đình có ý nghĩa quan trọng để quyết định tác động rộng lớn hơn của các chương trình cấp phát lương thực.
6. ***Những biến động giá cả thời vụ mang tính cực đoan bất thường*** có thể ảnh hưởng tiêu cực đến những người sản xuất nông nghiệp nghèo, những người phải bán sản phẩm của mình khi giá cả ở mức thấp nhất (thường ngay sau khi thu hoạch) hay đến những người chăn nuôi gia súc (những người buộc phải bán vật nuôi của mình trong đợt hạn hán). Ngược lại, những người tiêu thụ có ít thu nhập khả dụng không thể đầu tư vào đàn gia súc mà phải phụ thuộc vào những lần mua sắm nhỏ nhưng thường xuyên hơn. Do đó, họ buộc phải mua ngay cả khi giá cao (ví dụ, trong đợt hạn hán). Các biện pháp can thiệp có thể giảm nhẹ những tác động này bao gồm cải thiện hệ thống chuyên chở và lưu kho, đa dạng hóa sản xuất lương thực và hỗ trợ tiền mặt hay hỗ trợ lương thực vào những thời điểm có ý nghĩa then chốt.

Phụ lục 1

Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình an ninh lương thực và sinh kế

Đánh giá tình hình an ninh lương thực thường phân loại nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa thành các nhóm sinh kế, theo các nguồn và biện pháp tìm kiếm thu nhập và lương thực. Việc phân loại cũng phân chia nhóm dân cư theo mức độ giàu có hay tầng lớp xã hội. Điều quan trọng là cần so sánh tình hình hiện tại với lịch sử an ninh lương thực trước khi xảy ra thảm họa. Cái gọi là "những năm bình thường trung bình" có thể được coi là một chỉ số cơ sở. Cần xem xét vai trò và tình trạng dễ bị tổn thương riêng biệt của phụ nữ và nam giới và ảnh hưởng của chúng đến tình hình an ninh lương thực của hộ gia đình.

Những câu hỏi sau đây liên quan đến những lĩnh vực rộng lớn thường được xem xét trong khi đánh giá tình hình an ninh lương thực.

1. An ninh lương thực của các nhóm sinh kế

- Có những nhóm nào trong dân cư có cùng phương cách kiếm sống? Có thể phân loại những nhóm này theo các nguồn lương thực hay thu nhập chính không?

2. An ninh lương thực trước khi xảy ra thảm họa (số liệu cơ sở)

- Các nhóm sinh kế khác nhau có được lương thực và thu nhập như thế nào trước khi xảy ra thảm họa? Đối với một năm trung bình gần đây, họ có những nguồn lương thực và thu nhập nào?
- Các nguồn lương thực và thu nhập khác nhau này thay đổi như thế nào giữa các mùa vụ trong một năm bình thường? (Xây dựng lịch mùa vụ sẽ giúp ích cho việc đánh giá.)
- Nhìn lại 5 năm hay 10 năm trước, tình hình an ninh lương thực thay đổi từng năm như thế nào? (Xây dựng một lịch biểu hay lịch sử những năm được mùa và những năm mất mùa sẽ giúp ích cho việc đánh giá.)

- Các nhóm sinh kế khác nhau sở hữu những tài sản, tiền tiết kiệm hay nguồn dự trữ nào (ví dụ, dự trữ lương thực, tiết kiệm tiền mặt, số lượng vật nuôi, đầu tư, tín dụng, tiền cho vay chưa thu lại được, v.v...)?
- Trong vòng 1 tuần lễ hay 1 tháng, hộ gia đình chi tiêu những khoản gì và chi tiêu cho mỗi khoản là bao nhiêu?
- Ai là người chịu trách nhiệm quản lý tiền mặt trong hộ gia đình và tiền mặt được chi tiêu cho những mục đích gì?
- Tiếp cận chợ gần nhất bằng cách nào để mua được các hàng hóa cơ bản? (Xét các khía cạnh về khoảng cách, an ninh, thuận tiện trong việc đi lại, có sẵn thông tin thị trường, chuyên chở, v.v...)
- Các hàng hóa cơ bản, kể cả lương thực, có sẵn không và giá cả là bao nhiêu?
- Trước khi xảy ra thảm họa, mối liên hệ trung bình giữa hoạt động mua bán và các nguồn thu nhập chủ yếu và lương thực, ví dụ tiền công so với lương thực, vật nuôi so với lương thực, v.v...là như thế nào?

3. An ninh lương thực trong lúc xảy ra thảm họa

- Tình huống thảm họa đã ảnh hưởng như thế nào đến các nguồn lương thực và thu nhập khác nhau cho từng nhóm sinh kế được xác định?
- Tình huống thảm họa đã ảnh hưởng như thế nào đến khả năng tiếp cận chợ, sự sẵn có của chợ và giá cả các mặt hàng cơ bản?
- Đối với các nhóm sinh kế khác nhau, có những biện pháp ứng phó nào và tỷ lệ người dân tham gia vào từng biện pháp ứng phó đó?
- Tỷ lệ này thay đổi như thế nào so với trước khi xảy ra thảm họa?
- Nhóm nào hay nhóm dân cư nào bị ảnh hưởng nhiều nhất?
- Các biện pháp ứng phó có những ảnh hưởng ngắn hạn và trung hạn nào đối với tài sản tài chính và những loại tài sản khác của người dân?
- Đối với tất cả các nhóm sinh kế và tất cả những người dễ bị tổn thương, các biện pháp ứng phó có những ảnh hưởng nào đối với sức khỏe, sự thoải mái trong cuộc sống nói chung và nhân phẩm của họ? Có rủi ro nào gắn liền với các biện pháp ứng phó đó không?

Phụ lục 2

Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình an ninh hạt giống

Dưới đây là những câu hỏi tham khảo cho các đánh giá tình hình an ninh hạt giống.

1. Trước khi xảy ra thảm họa (số liệu cơ sở)

- Những mùa vụ cây trồng nào là quan trọng nhất đối với nông dân? Họ sử dụng những mùa vụ đó cho mục đích tiêu thụ hay thu nhập, hay cho cả hai? Những cây trồng đó được gieo trồng mỗi mùa vụ phải không? Loại cây trồng phụ nào có thể trở nên quan trọng trong các thời điểm căng thẳng?
- Nông dân tìm kiếm hạt giống hay các nguyên liệu để trồng cho các mùa vụ này như thế nào? (Cần xem xét tất cả các kênh.)
- Đâu là các thông số gieo hạt cho từng cây trồng quan trọng? Diện tích gieo trồng trung bình là bao nhiêu? Tỷ lệ gieo hạt là bao nhiêu? Tỷ lệ nhân giống là bao nhiêu (tỷ suất hạt giống hay ngũ cốc thu hoạch so với hạt giống gieo trồng)?
- Có loại giống nào là quan trọng hay được ưa chuộng cho những cây trồng cụ thể?
- Những sản phẩm, vật tư nào là thiết yếu cho những cây trồng hay hạt giống cụ thể?
- Ai là người trong hộ gia đình chịu trách nhiệm ra quyết định, quản lý cây trồng và xử lý các sản phẩm ở các giai đoạn khác nhau của quá trình sản xuất và sau thu hoạch?

2. Sau khi thảm họa xảy ra

- Theo quan điểm của những người hưởng lợi, biện pháp can thiệp liên quan đến việc canh tác có khả thi không?
- Nông dân có tin tưởng tình hình bây giờ đủ ổn định và an ninh để họ có thể thành công trong việc gieo trồng, thu hoạch và bán hay tiêu thụ một sản phẩm trồng trọt?

- Nông dân có khả năng tiếp cận đầy đủ với đồng ruộng và các phương tiện sản xuất khác (phân bón, công cụ sản xuất, động vật kéo cày) hay không?
- Nông dân đã sẵn sàng trở lại với sản xuất nông nghiệp chưa?

3. Đánh giá cung và cầu về hạt giống: dự trữ hạt giống tại nhà

- Có đủ hạt giống do gia đình sản xuất (bao gồm hạt giống do chính người nông dân thu hoạch và hạt giống có thể có được từ các mạng lưới xã hội như láng giềng) để gieo trồng không?
- Đây có phải là cây trồng mà người nông dân vẫn muốn trồng không? Nó có thích ứng với điều kiện tại địa phương không? Thị trường có nhu cầu về nó không?
- Các giống do người nông dân tự sản xuất có còn thích hợp để gieo trồng trong vụ tới không? Chất lượng của hạt giống có đáp ứng các tiêu chuẩn bình thường của nông dân không?

4. Đánh giá cung và cầu về hạt giống: thị trường tại địa phương

- Chợ có hoạt động bình thường mặc dù có tình huống thảm họa hay không (ngày họp chợ vẫn diễn ra, người nông dân có khả năng đến chợ, bán và mua một cách tự do)?
- Khối lượng hạt giống hay ngũ cốc hiện có có nhiều bằng khối lượng trong điều kiện bình thường vào cùng thời điểm của các mùa vụ trước?
- Ở chợ có bán những cây trồng và chủng loại mà người nông dân thấy phù hợp để gieo trồng không?
- Giá cả hiện tại của hạt giống hay ngũ cốc ngoài thị trường có ngang với giá cả vào cùng thời điểm của các mùa vụ trước? Giá cả có chênh lệch không? Mức chênh lệch có gây khó khăn cho người nông dân không?

5. Đánh giá cung và cầu về hạt giống: hạt giống của khu vực chính quy

- Các cây trồng và chủng loại của khu vực chính quy đang chào bán có thích ứng được với các khu vực đặc biệt căng thẳng không? Có bằng chứng nào cho thấy người nông dân ưa thích những loại giống này?
- Khối lượng hạt giống hiện có của khu vực chính quy có đủ để đáp ứng nhu cầu viện trợ không? Nếu không, khối lượng đó có thể đáp ứng bao nhiêu phần nhu cầu của người nông dân?

Phụ lục 3

Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình dinh dưỡng

Sau đây là một số câu hỏi tham khảo để kiểm tra những nguyên nhân sâu xa gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng, mức độ rủi ro dinh dưỡng và khả năng ứng phó. Những câu hỏi này dựa vào khung lo-gic về các nguyên nhân gây nên thiếu dinh dưỡng (xem trang 149). Thông tin có từ nhiều nguồn khác nhau và để thu thập thông tin thì cần một số công cụ điều tra khác nhau, trong đó có cuộc phỏng vấn những người cung cấp thông tin chủ yếu, quan sát, rà soát các số liệu thứ cấp (xem thêm Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, 3-4, trang 55-65).

Tình hình trước khi xảy ra thảm họa

Những thông tin nào đã sẵn có về tính chất, quy mô và nguyên nhân gây nên tình trạng thiếu dinh dưỡng ở nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực và đánh giá về tình hình dinh dưỡng, trang 157)?

Rủi ro hiện nay về thiếu dinh dưỡng

1. Rủi ro thiếu dinh dưỡng liên quan đến suy giảm khả năng tiếp cận lương thực – xem Phụ lục 1: Danh mục các vấn đề để đánh giá về tình hình an ninh lương thực và sinh kế.
2. Rủi ro thiếu dinh dưỡng liên quan đến chế độ ăn uống và các tập quán chăm sóc trẻ dưới 1 tuổi và trẻ nhỏ:
   - Có sự thay đổi nào trong công việc và hình thái xã hội (ví dụ, do di dân, di tản hay xung đột vũ trang), có nghĩa là vai trò và trách nhiệm trong hộ gia đình đã thay đổi?
   - Có sự thay đổi nào trong cấu trúc bình thường của hộ gia đình? Có nhiều trẻ em bị cách ly khỏi gia đình không?
   - Môi trường chăm sóc bình thường có bị gián đoạn không (ví dụ, do phải di tản), do đó ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận những người chăm sóc thứ hai, tiếp cận lương thực cho trẻ em và tiếp cận nguồn nước, v.v...?

   - Có trẻ dưới 1 tuổi nào đang không được nuôi bằng bú sữa mẹ không? Có trẻ dưới 1 tuổi đang được nuôi bằng sữa hộp không?
   - Có bằng chứng nào hay có sự nghi kỵ nào cho thấy tình trạng xuống cấp về thực hành nuôi trẻ dưới 1 tuổi do tình huống khẩn cấp, đặc biệc là sự suy giảm về tỷ lệ cho trẻ bú sớm sau sinh hay nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ, sự gia tăng về tỷ lệ nuôi con bằng sữa hộp và (hoặc) sự gia tăng về tỷ lệ trẻ dưới 1 tuổi không được nuôi con bằng sữa mẹ?
   - Có hay không các loại thực phẩm bổ sung phù hợp với lứa tuổi, đầy đủ về dinh dưỡng và an toàn cho trẻ cũng như các dụng cụ, điều kiện để nấu những thức ăn này một cách hợp vệ sinh?
   - Có bằng chứng nào hay có sự nghi ngờ nào về hoạt động cấp phát các thực phẩm thay thể sữa mẹ như sữa bột dùng cho trẻ dưới 1 tuổi, các sản phẩm sữa khác, bình bú và núm vú cao su, đã được cho tặng hay được mua?
   - Ở các cộng đồng chăn nuôi, các đàn gia súc ở cách xa trẻ em được bao lâu rồi? Khả năng tiếp cận sữa có thay đổi so với mức độ bình thường không?
   - HIV/AIDS có ảnh hưởng đến các tập quán chăm sóc ở cấp hộ gia đình?
3. Rủi ro thiếu dinh dưỡng liên quan đến sự yếu kém của ngành y tế (xem Chương về sức khỏe, trang 299):
   - Có báo cáo nào về sự bùng phát dịch bệnh, do đó có thể ảnh hưởng đến tình hình dinh dưỡng, như sởi hay bệnh tiêu chảy? Các căn bệnh này có nguy cơ bùng phát không? (xem các Tiêu chuẩn 1-3 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 324-331).
   - Đâu là ước tính tỷ lệ tiêm phòng sởi trong dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa ? (xem Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em, trang 337).
   - Vi-ta-min A có được cấp phát cùng với tiêm chủng sởi trong hoạt động thường kỳ không? Đâu là con số ước tính về tỷ lệ bổ sung vi-ta-min A?
   - Có con số ước tính về tỷ lệ tử vong (tỷ lệ tử vong thô hay tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi) không? Con số ước tính là bao nhiêu và phương pháp nào đã được sử dụng để ước tính? (xem Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu, trang 324)?
   - Đã có, hay sẽ có một sự suy giảm đáng kể về nhiệt độ môi trường xung quanh, do đó có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ lây nhiễm đường hô hấp cấp hay đến nhu cầu về năng lượng của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa ?
   - Tỷ lệ nhiễm HIV có cao không?

- Người dân có chịu nguy cơ bị thiếu dinh dưỡng do nghèo đói và sức khỏe yếu kém phải không?
- Có tình trạng quá đông người không? Có nhiều rủi ro hay nhiều trường hợp bị mắc bệnh lao không?
- Có nhiều trường hợp bị sốt rét không?
- Người dân có bị ngâm nước hay phải mặc quần áo ướt hay ở ngoài thời tiết khắc nghiệt trong thời gian dài không?

4. Có tổ chức chính quy và không chính quy nào tại địa phương có thể phối hợp các biện pháp can thiệp tiềm năng?
   - Khả năng của Bộ Y tế, các tổ chức tôn giáo, các nhóm hỗ trợ cộng đồng, các nhóm hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ ra sao, các tổ chức phi chính phủ sẽ có mặt dài hạn hay ngắn hạn tại địa phương?
   - Những biện pháp can thiệp dinh dưỡng nào hay sự hỗ trợ cấp cộng đồng nào đã được thực hiện bởi các cộng đồng địa phương, các cá nhân, các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức chính phủ, các tổ chức Liên Hợp Quốc, các tổ chức tôn giáo, v.v...? Những chính sách dinh dưỡng nào (trong quá khứ, hiện tại và đã hết hiệu lực), các biện pháp ứng phó dài hạn nào đã được hoạch định và cách chương trình nào đang được thực hiện hoặc đang được lên kế hoạch để ứng phó với tình hình hiện nay?

Phụ lục 4

Đo lường suy dinh dưỡng cấp tính

Trong các tình huống khẩn cấp quy mô lớn, có thể phải đưa trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi, phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ, trẻ em lớn tuổi hơn, trẻ vị thành niên, người thành niên hay người cao tuổi vào diện điều tra – đánh giá về tình trạng suy dinh dưỡng và các chương trình dinh dưỡng.

Các cuộc điều tra đối với các nhóm tuổi ngoài nhóm trẻ em 6-59 tháng tuổi nên được thực hiện nếu:

- Việc phân tích bối cảnh tình hình kỹ lưỡng đã được thực hiện, kể cả phân tích các nguyên nhân gây ra suy dinh dưỡng. Chỉ khi nào kết quả của phân tích này cho thấy tình hình dinh dưỡng của trẻ nhỏ không phản ánh được tình hình dinh dưỡng của toàn bộ nhóm dân cư thì mới xem xét thực hiện một cuộc điều tra đối với một nhóm tuổi khác;
- Kiến thức chuyên môn sẵn có để bảo đảm việc thu thập số liệu có chất lượng cao, phân tích đầy đủ, trình bày đúng quy cách và giải thích kết quả chính xác;
- Nguồn lực và (hoặc) chi phí cơ hội của việc đưa các nhóm tuổi khác vào diện điều tra đã được xem xét;
- Xây dựng được các mục tiêu rõ ràng và được văn bản hóa cho cuộc điều tra.

Trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi

Khi tiến hành nghiên cứu về nhóm tuổi này, cơ sở bằng chứng cho việc đánh giá và can thiệp còn hạn chế. Áp dụng cho nhóm tuổi này, hầu hết các hướng dẫn hiện hành đều khuyến nghị dùng chung một định nghĩa nhân trắc học để xác định tình trạng suy dinh dưỡng cấp tính giống như áp dụng cho trẻ em thuộc nhóm 6-59 tháng tuổi (loại trừ chỉ số vòng cánh tay - MUAC hiện không được khuyến nghị dùng cho nhóm trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi). Các tiêu chí nhập vào diện điều trị cần tập trung vào kích thước hiện nay thay vì đánh giá về tăng trưởng. Việc chuyển từ các tham chiếu tăng trưởng của quần thể NCHS sang các tiêu chuẩn tăng trưởng 2006 của WHO đưa đến khuynh hướng gia tăng số trẻ thơ dưới 6 tháng tuổi bị suy dinh dưỡng thể cấp (còi-cọc). Khuynh hướng thay đổi này cần được xem xét và tính

đến trong đánh giá. Các vấn đề dễ gặp trên thực tế có thể là có nhiều trẻ tìm đến tham gia chương trình nuôi dưỡng bổ sung hoặc sẽ có nhiều người chăm sóc trẻ gặp vướng mắc trong việc nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ một cách đầy đủ. Điều quan trọng là phải đánh giá và xem xét:

- Xem xét sự tăng trưởng của trẻ trong một quá trình liệu mức độ tăng trưởng đã đủ tốt cho dù trẻ đang có tầm vóc nhỏ (ví dụ, một số trẻ có cân nặng thấp khi sinh vẫn có thể "bắt kịp" lại được tốc độ lớn ở giai đoạn sau đó)?
- Các thực hành nuôi dưỡng trẻ nhỏ – đứa trẻ có được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ không?
- Tình trạng lâm sàng - đứa trẻ có biến chứng lâm sàng, hay các triệu chứng phải điều trị, hoặc có thể gây nguy hiểm cho trẻ ?
- Các yếu tố về người mẹ - ví dụ, người mẹ có thiếu sự hỗ trợ của gia đình hay người mẹ có đang trong tình trạng chán nản không? Đối với trẻ nhỏ dưới 1 tuổi đang bị nguy cơ cao, việc tiếp nhận trẻ vào các cơ sở điều trị phục hồi nội trú của chương trình dinh dưỡng phải là một ưu tiên..

Trẻ em thuộc nhóm 6-59 tháng tuổi

Bảng dưới đây cho thấy các chỉ số thường dùng để chỉ các mức độ suy dinh dưỡng khác nhau ở trẻ em 6-59 tháng tuổi. Chỉ số cân nặng so với chiều cao (WFH) cần được tính toán theo chuẩn tăng trưởng 2006 của WHO. Điểm số Z của WFH (theo tiêu chuẩn của WHO) là chỉ số được ưa dùng trong báo cáo kết quả điều tra nhân trắc học. Chỉ số đo vòng cánh tay (gọi tắt là MUAC) là một tiêu chí độc lập về suy dinh dưỡng thể cấp và là một trong những công cụ tốt nhất để dự báo tỷ lệ trẻ tử vong. Tỷ lệ trẻ có MUAC thấp cũng cần được nghiên cứu trong các cuộc điều tra để dự báo số lượng các ca cho các chương trình thực phẩm bổ sung và chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng. Điểm giới hạn <11,5cm thường được sử dụng để xác định trẻ suy dinh dưỡng cấp thể nặng, ngưỡng từ 11,5 - <12,5cm là để xác định trẻ suy dinh dưỡng cấp thể vừa. MUAC ở mức giới hạn cao hơn cũng thường được sử dụng, như là một phần của quá trình rà soát sự phát triển của trẻ giữa hai giai đoạn điều tra. Người ta thường không dùng một mình chỉ số MUAC trong các cuộc điều tra nhân trắc học, nhưng MUAC có thể được sử dụng như là tiêu chí duy nhất để tiếp nhận các trẻ vào chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng.

	Suy dinh dưỡng cấp nói chung	Suy dinh dưỡng cấp thể vừa	Suy dinh dưỡng cấp thể nặng
Trẻ em từ 6,0 đến 59,9 tháng tuổi	Điểm số Z WFH<-2 và (hoặc) MUAC<12,5cm và (hoặc) Có phù dinh dưỡng	Điểm số Z WFH từ -3 đến <-2 và (hoặc) MUAC từ 11,5 đến <12,5cm	Điểm số Z WFH<-3 và (hoặc) MUAC<11,5cm và (hoặc) Có phù dinh dưỡng

Trẻ em từ 5 - 19 tuổi

Nên sử dụng chuẩn tăng trưởng 2007 của WHO để xác định tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em từ 5 đến 19 tuổi. Các đường cong tăng trưởng trong chuẩn tham khảo này được xây dựng lại từ chuẩn chung của NCHS/WHO năm 1977, kết hợp chặt chẽ với các chuẩn tăng trưởng trẻ em mới của WHO cho nhóm trẻ 6-59 tháng, và với các ngưỡng giới hạn khuyến nghị sử dụng cho người trưởng thành. Có thể xem xét việc sử dụng MUAC cho trẻ em lớn tuổi và người vị thành niên, đặc biệt là trong bối cảnh HIV. Bởi đây là một lĩnh vực kỹ thuật đang trong quá trình phát triển, điều quan trọng là cần thường xuyên tham khảo các khuyến nghị mới nhất và tài liệu kỹ thuật được cập nhật.

Người lớn từ 20 - 59,9 tuổi

Không có định nghĩa nào được thống nhất về suy dinh dưỡng cấp tính ở người trưởng thành, nhưng bằng chứng cho thấy người bị suy dinh dưỡng cấp tính thể nặng thường có chỉ số khối cơ thể (BMI) dưới 16 điểm; còn người bị suy dinh dưỡng cấp thể vừa và thể nhẹ thường có BMI dưới 18,5 điểm. Các cuộc điều tra dinh dưỡng ở người lớn cần nhằm mục đích thu thập số liệu về cân nặng, chiều cao, chiều cao khi ngồi và số đo vòng cánh tay MUAC. Các số liệu này có thể được sử dụng để tính chỉ số khối cơ thể (gọi tắt là BMI). Khi dùng BMI, người ta chỉ tính và áp dụng trị số hiệu chỉnh Cormic (tỷ lệ giữa chiều cao khi ngồi và chiều cao khi đứng) khi có mục tiêu so sánh giữa các nhóm quần thể. Sự điều chỉnh như vậy có thể làm thay đổi đáng kể tỷ lệ thiếu dinh dưỡng ở người lớn và có thể có những ảnh hưởng quan trọng đến việc quyết định có xây dựng chương trình can thiệp hay không. Lấy số đo vòng cánh tay MUAC là việc luôn nên làm. Nếu cần có kết quả ngay lập tức hay khi nguồn lực cho việc điều tra bị hạn chế nghiêm trọng, thì việc điều tra có thể dựa vào số đo vòng cánh tay MUAC thuần túy.

Bởi vì việc phiên giải các kết quả nhân trắc học bị phức tạp hóa bởi tình trạng thiếu các dữ liệu được thẩm định hoặc các tiêu chuẩn được xác nhận để quyết định ý

nghĩa của kết quả, nên các kết quả đó phải được giải thích cùng với thông tin chi tiết về bối cảnh. Có thể tìm thấy hướng dẫn về cách đánh giá kết quả trong phần Các tài liệu tham khảo và tài liệu đọc thêm.

Để rà soát và lựa chọn các trường hợp tiếp nhận vào và xuất khỏi chương trình điều trị phục hồi dinh dưỡng sau can thiệp, các tiêu chí cần có là sự kết hợp các chỉ số nhân trắc học, các triệu chứng lâm sàng (đặc biệt là tình trạng suy yếu cơ thể, tình trạng mất cân mới xảy ra) và các yếu tố xã hội (khả năng tiếp cận lương thực, sự sẵn có những người chăm sóc, chỗ ở, v.v...). Cần nhớ rằng hiện tượng phù nề ở người lớn có thể là do nhiều nguyên nhân chứ không phải chỉ do suy dinh dưỡng, do đó các thầy thuốc lâm sàng cần đánh giá tình hình phù nề ở người lớn để loại trừ các nguyên nhân khác. Các tổ chức tài trợ chương trình cần tự chọn các chỉ số sẽ sử dụng để làm tiêu chí quyết định người được tham gia can thiệp, có tính đến những khiếm khuyết đã được biết đến của BMI, tình trạng thiếu thông tin về MUAC và ảnh hưởng của việc sử dụng chúng cho việc xây dựng chương trình. Bởi đây là một lĩnh vực kỹ thuật đang trong quá trình phát triển, nên điều quan trọng là cần tham khảo các khuyến nghị mới nhất và tài liệu kỹ thuật được cập nhật.

Có thể sử dụng MUAC làm một công cụ rà soát đối với phụ nữ đang mang thai; ví dụ, như là một tiêu chí để nhận vào chương trình chăm sóc dinh dưỡng. Xét nhu cầu dinh dưỡng vượt trội mà phụ nữ mang thai thường cần so với người bình thường, phụ nữ đang mang thai có thể phải đối mặt với rủi ro lớn hơn so với các nhóm khác trong dân cư. MUAC không thay đổi đáng kể trong thai kỳ. MUAC <20,7cm (rủi ro nghiêm trọng) và <23cm (rủi ro trung bình) đã chứng tỏ có nguy cơ thai nhi chậm phát triển. Các điểm giới hạn được gợi ý cho mức độ rủi ro thay đổi theo từng quốc gia và nằm trong khoảng từ 21cm đến 23cm. MUAC dưới 21cm được gợi ý là điểm giới hạn thích hợp để quyết định rằng một phụ nữ đang gặp rủi ro và cần được nhận vào chương trình can thiệp dinh dưỡng trong tình huống khẩn cấp.

Người cao tuổi

Hiện không có định nghĩa nào được chấp thuận về tình trạng suy dinh dưỡng ở người cao tuổi, thế nhưng nhóm người này có thể đối mặt với rủi ro bị suy dinh dưỡng trong các tình huống khẩn cấp. WHO khuyến nghị rằng ngưỡng BMI cho người lớn có thể là phù hợp cho người cao tuổi ở lứa tuổi 60-69 và cao hơn. Nhưng khó có thể bảo đảm đo lường một cách chính xác bởi độ cong của cột sống và sự dồn nén của các đốt sống. Sải tay hay nửa sải tay nên được sử dụng thay cho chiều cao, nhưng yếu tố phép nhân để đo chiều cao thay đổi theo từng nhóm dân cư. Đánh giá qua quan sát bằng mắt cũng cần thiết. MUAC có thể là một công cụ hữu ích để đo lường tình trạng suy dinh dưỡng ở người cao tuổi, nhưng việc nghiên cứu về các điểm giới hạn thích hợp hiện đang tiếp diễn.

Người khuyết tật

Hiện không có văn bản hướng dẫn nào về việc đo lường những người có khuyết tật về thân thể và, do đó, họ thường bị loại ra ngoài các cuộc điều tra nhân trắc học. Đánh giá qua quan sát bằng mắt là cần thiết. Các thước đo MUAC có thể tạo ra cảm giác sai lệch ở các trường hợp mà cơ bắp đã phát triển mạnh để hỗ trợ sự di chuyển. Có những phương án thay thế các thước đo chuẩn về chiều cao, trong đó có chiều dài, sải tay, nửa sải tay hay chiều dài của ống chân. Cần tham khảo những nghiên cứu mới nhất để quyết định cách thức thích hợp nhất để đo lường những người khuyết tật vì đối với họ các thước đo về chiều cao, cân nặng hay MUAC đều không thích hợp.

Phụ lục 5

Đo lường ý nghĩa sức khỏe cộng đồng của tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng

Ở những nơi phát hiện có tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng về mặt lâm sàng, việc điều trị khẩn cấp cần được thực hiện trên cơ sở từng trường hợp một. Các trường hợp thiếu các vi chất dinh dưỡng thông thường cũng là chỉ báo sự hiện diện của vấn đề gốc rễ đã gây ra tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng trong quần thể dân cư. Khám và phân loại các trường hợp thiếu vi chất dinh dưỡng trong quần thể dân cư có vai trò quan trọng trong việc lập kế hoạch và theo dõi các biện pháp can thiệp.

Xét nghiệm hóa sinh có ưu điểm là cung cấp các thước đo khách quan về tình hình các nguyên tố vi lượng. Tuy nhiên, việc thu thập các mẫu sinh học để xét nghiệm thường đặt ra những thách thức về mặt hậu cần, đào tạo nhân viên, dây chuyền bảo quản lạnh và đôi khi cả sự chấp nhận của các đối tượng. Đo lường hóa sinh cũng không phải luôn luôn bổ ích một cách rõ ràng, có nghĩa là nhạy cảm và cụ thể, như mong muốn. Có thể cũng có những sự dao động theo thời điểm lấy mẫu trong ngày và theo mùa trong năm, cũng như với tình trạng suy dinh dưỡng cấp. Kiểm soát chất lượng tốt có ý nghĩa then chốt và nên luôn luôn được tính đến khi lựa chọn phòng thí nghiệm để xét nghiệm mẫu.

Khi đánh giá tình trạng về vi chất dinh dưỡng, nên luôn ghi nhớ khả năng tiêu thụ quá nhiều cũng như tình trạng thiếu hụt. Đây là vấn đề phải được đặc biệt quan tâm nếu các thực phẩm được làm giàu với nhiều vi chất dinh dưỡng và ở mức độ cao, hay các chế phẩm vi chất đã được sử dụng để cung cấp các vi chất dinh dưỡng cho nhóm dân cư bị ảnh hưởng.

Bảng dưới đây là phân loại tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng sử dụng các chỉ số khác nhau.

Chỉ số thiếu vi chất dinh dưỡng	Nhóm tuổi được khuyến nghị điều tra	Xác định vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng	
		Mức độ nghiêm trọng	Tỷ lệ (%) mắc bệnh
Thiếu vi-ta-min A			
Quáng gà (XN)	24 – 71 tháng	Nhẹ	>0 - <1
		Trung bình	≥1 - <5
		Nghiêm trọng	≥5
Vệt Bilots (1B)	6 – 71 tháng	Không cụ thể	>0,5
Khô/loét/nhuyễn giác mạc (X2, X3A, X3B)	6 – 71 tháng	Không cụ thể	>0,01
Sẹo giác mạc	6 – 71 tháng	Không cụ thể	>0,05
Retinol huyết thanh(≤0,7 µmol/L)	6 – 71 tháng	Nhẹ	≥2 - <10
		Trung bình	≥10 - <20
		Nghiêm trọng	≥20
Thiếu i-ốt			
Bướu cổ (nhìn thấy được + sờ thấy được)	Trẻ em trong tuổi đến trường	Nhẹ	5,0 – 19,9
		Trung bình	20,0 – 29,9
		Nghiêm trọng	≥30,0
-I-ốt niệu trung vị (mg/l)	Trẻ em trong tuổi đến trường	Tiêu thụ quá nhiều	>300
		Tiêu thụ vừa phải	100 - 199
		Thiếu nhẹ	50 - 99
		Thiếu trung bình	20 - 49
		Thiếu nghiêm trọng	<20
Thiếu nguyên tố sắt			
Thiếu máu (phụ nữ không mang thai haemoglobin <12,0 g/dl; trẻ em 6-59 tháng tuổi <11,0 g/dl)	phụ nữ, trẻ em 6-59 tháng tuổi	Nhẹ	5-20
		Trung bình	20-40
		Cao	≥40

Beriberi			
Các triệu chứng lâm sàng	Toàn bộ nhóm dân cư	Nhẹ	≥1 ca &<1%
		Trung bình	1 - 4
		Nghiêm trọng	≥ 5
Lượng khẩu phần tiêu thụ ni-a-xin (<0,33mg/100kcal)	Toàn bộ nhóm dân cư	Nhẹ	≥ 5
		Trung bình	5 – 19
		Nghiêm trọng	20 - 49
Pellagra			
Các triệu chứng lâm sàng (viêm da) trong nhóm tuổi được điều tra	Toàn bộ nhóm dân cư hay phụ nữ > 15 tuổi	Nhẹ	≥1 ca &<1%
		Trung bình	1 - 4
		Nghiêm trọng	≥ 5
Lượng ni-a-cin tương đương được tiêu thụ trong khẩu phần <5mg/ ngày	Toàn bộ nhóm dân cư hay phụ nữ > 15 tuổi	Nhẹ	5-19
		Trung bình	20 - 49
		Nghiêm trọng	≥ 50
Sco-bút			
Các triệu chứng lâm sàng	Toàn bộ nhóm dân cư	Nhẹ	≥1 ca &<1%
		Trung bình	1 - 4
		Nghiêm trọng	≥ 5

Phụ lục 6

Nhu cầu dinh dưỡng

Những con số dưới đây có thể được sử dụng cho mục đích lập kế hoạch trong giai đoạn đầu của một tình huống thảm họa. Nhu cầu dinh dưỡng tối thiểu liệt kê tại bảng dưới đây cần được sử dụng để đánh giá mức độ phù hợp của khẩu phần chung cho nhóm dân cư. Những nhu cầu này được tính trên cơ sở giả định về quy mô dân số, các giả định về nhiệt độ môi trường sống xung quanh và mức độ hoạt động của người dân. Chúng cũng tính đến những nhu cầu dinh dưỡng gia tăng cần cho phụ nữ đang mang thai và đang nuôi con bằng sữa mẹ. Bảng nhu cầu này không nhằm mục đích đánh giá mức độ phù hợp của một khẩu phần nuôi dưỡng bổ sung, hoặc khẩu phần điều trị phục hồi dinh dưỡng, hay để đánh giá khẩu phần cho các nhóm đối tượng dân cư đặc biệt, như những người mắc bệnh lao hay những người sống chung với HIV.

Có hai điểm quan trọng để xem xét trước khi sử dụng những nhu cầu được liệt kê tại bảng dưới đây. Thứ nhất, những nhu cầu tối thiểu cho các nhóm dân cư có bao hàm nhu cầu của tất cả các lứa tuổi và của hai giới tính. Do đó, chúng không mang tính chất đặc trưng cho một lứa tuổi hay giới tính nào, và không nên được sử dụng như là nhu cầu cho một cá nhân. Thứ hai, những nhu cầu dinh dưỡng này được dựa trên cơ sở một cơ cấu chung về dân số.

Chất dinh dưỡng	Nhu cầu dân cư tối thiểu (1)
Năng lượng	2.100 kcal
Protein	53 g (10% của tổng năng lượng)
Mỡ	40 g (17% của tổng năng lượng)
Vi-ta-min A	550µgRAE*
Vi-ta-min D	6,1 µg
Vi-ta-min E	8,0 mg alpha-TE*
Vi-ta-min K	48,2 µg

Vi-ta-min B1 (Thiamin)	1,1 mg
Vi-ta-min B2 (Ribofvavin)	1,1 mg
Vi-ta-min B3 (Niacin)	13,8 mg NE
Vi-ta-min B6 (Pyidoxine)	1,2 mg
Vi-ta-min B12 (Cobalamin)	2,2 µg
Folate	363 µg DFE*
Pantothenate	4,6 mg
Vi-ta-min C	41,6 mg
Sắt	32 mg
I-ốt	138 µg
Kẽm	12,4 mg
Đồng	1,1 mg
Selenium	27,6 µg
Can-xi	989 mg
Ma-giê	201 mg

** Alpha-TE: Mức tương đương alpha – tocopherol*

RAE: Mức tương đương hoạt động retinol

DFE: Mức tương đương folate trong khẩu phần thức ăn

(1) Thể hiện như là mức tiêu thụ chất dinh dưỡng tham khảo (RNI) cho tất cả các chất dinh dưỡng, trừ năng lượng và nguyên tố đồng

Tài liệu tham khảo: RNI lấy thừ FAO/WHO (2004), Vi-ta-min và nhu cầu khoáng chất trong dinh dưỡng con người. Ấn hành lần thứ 2, được sử dụng cho các con số tính toán nhu cầu về tất cả các vi-ta-min và khoáng chất trừ nguyên tố đồng, bởi nhu cầu về khoáng chất này không được bao gồm trong FAO/WHO (2004). Nhu cầu về nguyên tố đồng được lấy từ WHO (2006), Đi tìm Các yếu tố trong dinh dưỡng và sức khỏe con người.

Bảng dưới đây cho thấy chỉ số về cơ cấu dân số trung bình, được chia theo nhóm tuổi. Tuy nhiên, điều quan trọng cần ghi nhớ là chỉ số này tùy thuộc vào bối cảnh cụ thể và có thể thay đổi đáng kể. Ví dụ, ở một số cộng đồng nông thôn, việc di dân của các thế hệ trung niên đã dẫn đến con số cao bất thường về số người cao tuổi phải chăm sóc trẻ em.

Nhóm tuổi	**% của nhóm dân cư**
0 – 6 tháng	1,32
7 – 11 tháng	0,95
1 – 3 tuổi	6,58
4 – 6 tuổi	6,41
7 – 9 tuổi	6,37
10 – 18 tuổi nữ	9,01
10 – 18 tuổi nam	9,52
19 – 50 tuổi nữ	17,42
51 – 65 tuổi nữ	4,72
19 – 65 tuổi nam	27,90
65+ nữ	2,62
65+ nam	2,18
Phụ nữ đang mang thai	2,40
Phụ nữ đang cho con bú	2,60

Tài liệu tham khảo: Liên Hợp Quốc (2003), Triển vọng dân số thế giới: Hiệu đính năm 2002, Dân số bổ sung theo giới tính, năm tuổi và năm dương lịch, từ 1950 đến 2050.

Nhu cầu về năng lượng của dân cư cần được điều chỉnh theo các yếu tố sau:

- Cơ cấu dân số học của nhóm dân cư, đặc biệt là tỷ lệ phần trăm của trẻ em dưới 5 tuổi và phần trăm của phụ nữ;
- Trọng lượng trung bình của người lớn, và trọng lượng cơ thể thực tế, bình thường và mong muốn;

- Mức độ hoạt động để duy trì cuộc sống bổ ích - tất cả các nhu cầu sẽ gia tăng nếu mức độ hoạt động vượt quá mức nhẹ (tức là 1,6 x Mức chuyển hóa cơ bản);
- Nhiệt độ trung bình của môi trường xung quanh, chỗ ở và quần áo – nhu cầu sẽ gia tăng nếu nhiệt độ trung bình của môi trường xung quanh là dưới 20°C;
- Tình hình dinh dưỡng và sức khỏe của nhóm dân cư – nhu cầu sẽ gia tăng nếu nhóm dân cư ở trong tình trạng suy dinh dưỡng và có nhu cầu dinh dưỡng bổ sung để theo kịp nhịp độ phát triển. Tình trạng nhiễm HIV/AIDS có thể ảnh hưởng đến nhu cầu trung bình của nhóm dân cư (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 186). Việc có điều chỉnh khẩu phần chung để đáp ứng nhu cầu này hay không sẽ tùy thuộc vào sự phân tích bối cảnh và các khuyến nghị quốc tế hiện hành.

Nếu không có được những thông tin này từ các đánh giá, thì các con số trong bảng trên cần được sử dụng như những nhu cầu tối thiểu.

Tài liệu tham khảo và tài liệu đọc thêm

Các nguồn

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com,series,17January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso,E và Cogill, B (2004rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note No.7.Washington DC.

Coates, J, Swindale, A và Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access. Indicator Guide. Version3. FANTA. Washington DC.

Ủy ban An ninh lương thực thế giới (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group(2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.ennonline.net/ife.

INEE (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes Schoo lFeeding in Emergencies).Geneva.

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

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).Practical

Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf.

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol.83, No. 844, p. 1097. Geneva. www.icrc.org.

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A và Bilinsky, P (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.

The Right to Adequate Food(Article 11: 12/05/99.E/C 12/1999/5,CESCR General Comment12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch.

UNHCR, WFP, University College London và IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html.

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO(2007),Growth reference forschool-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en/.

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: www.ibfan.org.

Tài liệu đọc thêm

Các tài liệu tham khảo về đánh giá

Đánh giá ban đầu

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

Đánh giá về an ninh lương thực

Tổ chức CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. USA.

FANTA-2(2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml.

FAO và WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions(CFSAM) Guidelines. Rome.

Tổ chức Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

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

Đánh giá về an ninh hạt giống

Longley, C et al(2002),Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for

Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343–355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

Đánh giá về sinh kế

Jaspers,S và Shoham,J(2002),A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings.Version 1.1. Task Force on Safe Access toFirewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

Thị trường

Tổ chức CARE (2008),Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market

Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

Tiêu thụ lương thực

Dự án Trợ giúp kỹ thuật về lương thực và dinh dưỡng (2006), Household Dietary

Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

Các phương pháp cùng tham gia

Tổ chức Action Aid(2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

Tổ chức CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step- by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tổ chức Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and

Adaptation assessment CEDRA.

Các hệ thống thông tin về dinh dưỡng và an ninh lương thực

Mạng lưới cảnh báo sớm về nạn đói (FEWSNET):www.fews.net.

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems(FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp.

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1.

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org.

Shoham, J, Watson, F và Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2.ODI. London.

Đánh giá nhân trắc học

Trung tâm kiểm soát và phòng chống dịch bệnh (CDC) và WFP(2005),A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A và Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional

Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UNACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Tổ chức Save the ChildrenUK (2004), Emergency nutrition assessment and guidance for fieldworkers. London

Young, H và Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers.London.

Đánh giá về các nguyên tố vi lượng

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A và Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva

Đánh giá IYCF

Tổ chức CARE (2010).Infant and young child feeding practices. Collecting and Using

Data: A Step-by-Step Guide. www.ennonline.net/resources.

Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ

Nhóm cốt cán IFE (2009),Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.ennonline.net/ife.

Nhóm cốt cán IFE và các cộng tác viên (2009), IFE Module 1: Orientation package on

IFE. www.ennonline.net/ife.

Nhóm cốt cán IFE và các cộng tác viên (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.ennonline.net/ife.

UNICEF và WHO (2003), Global Strategy for infant and young childfeeding. Geneva.

UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.ennonline.net/ife.

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI), UNICEF và WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding.Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles forf eeding infants and young children during emergencies. Geneva.

Các biện pháp can thiệp về an ninh lương thực

Các vấn đề chung

Barrett, C và Maxwell, D(2005),Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings –Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good

Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

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

Xác định các nhóm đối tượng và cấp phát lương thực

Jaspars, S và Young, H (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome. WFP (2006),Targeting in Emergencies. Rome.

Quản lý chuỗi cung ứng và chất lượng và sự an toàn lương thực

Tổ chức CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010),Catalogue and Standard

Operating Procedures. www.unhrd.org.

WFP (2010), Food Quality Control: http://foodquality.wfp.org.

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP. Chatham, UK and Rome.

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

Các biện pháp can thiệp bằng tiền mặt và phiếu mua hàng

Tổ chức Action contre la faim(2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers.Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, OxfamGB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P và Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Các biện pháp can thiệp về hạt giống

Tổ chức Catholic Relief Services (CRS)(2002),Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, in collaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-AridTropics.

Sperling, L và Remington, T, cùng với Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agricultureand CRS. Rome.

Cẩm nang chung về các vấn đề về dinh dưỡng trong tình huống khẩn cấp

IASC (2008), Atoolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package(HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency

Situations. Paris.

UNHCR và WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of

Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP và WHO(2002), Food and Nutrition Needs in

Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Foodand Nutrition Handbook. Rome.

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

Những người dễ bị tổn thương

FANTA và WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO và WHO (2002), Living Well with HIVand AIDS.A Manual on Nutritional

Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

Tổ chức Help Age International (2001), Addressingthe Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications.

Help Age và UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis. IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs –Equal Opportunities. Winstock, A(1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.

Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp

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

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

FANTA-2 (2008), Training guide for community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C, Mason, F và Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C và Shoham, J (forthcoming), Supplementary feeding minimum reporting package.

VALID International (2006), Community-Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manualfor Physicians and

Other Senior Health Workers.Geneva.

WHO, WFP, UNSCN và UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition.A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committeeo nNutrition and UNICEF.

Tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng

Seal, A và Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU và WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Controlin Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and

Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia. Second Edition. Geneva. WHO và UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and Mineral preparations in emergencies.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về Chỗ ở, Nơi định cư và các Mặt hàng Phi lương thực

Sử dụng chương này như thế nào?

Chương này được chia làm hai phần chính, bao gồm:

Chỗ ở và nơi định cư

Các mặt hàng phi lương thực: Quần áo, chăn màn và đồ dùng gia đình

Cả hai phần trên đưa ra các tiêu chuẩn chung áp dụng cho bất kỳ kịch bản ứng phó nào bao gồm cả việc di tản lẫn không di tản dân cư, chẳng hạn như dựng tạm nhà hoặc làm nhà chuyển tiếp ngay trên nền đất cũ, trở về nhà sau khi đã sửa chữa, ở tạm tại nhà người khác, vào ở các khu lều trại tự dựng hoặc theo quy hoạch hay tại các trung tâm sinh hoạt cộng đồng, chuyển tiếp và hồi hương.

Nên sử dụng kết hợp các Nguyên tắc Bảo vệ và Tiêu chuẩn Cốt lõi với chương này.

Những tiêu chuẩn này chủ yếu là để cung cấp thông tin cho hoạt động ứng phó nhân đạo trước một thảm họa nhưng đồng thời chúng cũng có thể được cân nhắc trong các hoạt động phòng ngừa thảm họa, phục hồi và tái thiết.

Mỗi phần đều có các nội dung chính như sau:

- **Các Tiêu chuẩn tối thiểu:** Về bản chất những tiêu chuẩn này mang tính định tính và chỉ ra các mức tối thiểu về việc cung cấp chỗ ở cần phải đạt được trong hoạt động cứu trợ nhân đạo.
- **Các hoạt động chính:** Là những hoạt động và đầu vào được gợi ý để giúp đạt được các tiêu chuẩn.
- **Các chỉ số chính:** Là những "dấu hiệu" cho thấy liệu một tiêu chuẩn nào đó đã đạt được hay chưa. Những chỉ số này đưa ra cách thức để đo lường và truyền tải các qui trình và kết quả của các hoạt động chính. Các chỉ số này chỉ liên quan đến các Tiêu chuẩn tối thiểu chứ không liên quan đến các hoạt động chính.
- **Các hướng dẫn:** Đây là những điểm cụ thể cần tính đến khi áp dụng các Tiêu chuẩn Cốt lõi, hành động chính và chỉ số chính vào các tình huống khác nhau. Chúng hướng dẫn việc xử lý các khó khăn, điểm mốc thực tiễn hay gợi ý về các vấn đề ưu tiên. Chúng cũng bao hàm những vấn đề quan trọng liên quan đến các tiêu chuẩn, hoạt động hay chỉ số, và mô tả những tình huống nan giải, dễ gây tranh cãi hay bất cập về tri thức hiện có.

Nếu không thể đáp ứng các chỉ số và hành động chính thì cần phải thẩm định những ảnh hưởng tiêu cực đối với dân cư bị ảnh hưởng và thực hiện những hành động thích hợp để giảm nhẹ những tác động đó.

Danh mục kiểm tra đánh giá nhu cầu được đưa vào phần phụ lục để làm cơ sở cho việc áp dụng các Tiêu chuẩn tối thiểu khi xác định và giám sát các hoạt động cứu trợ. Danh mục các tài liệu tham khảo cũng được đưa vào phần phụ lục nêu chi tiết các nguồn thông tin hướng dẫn "làm thế nào" trong thực tiễn.

Mục lục

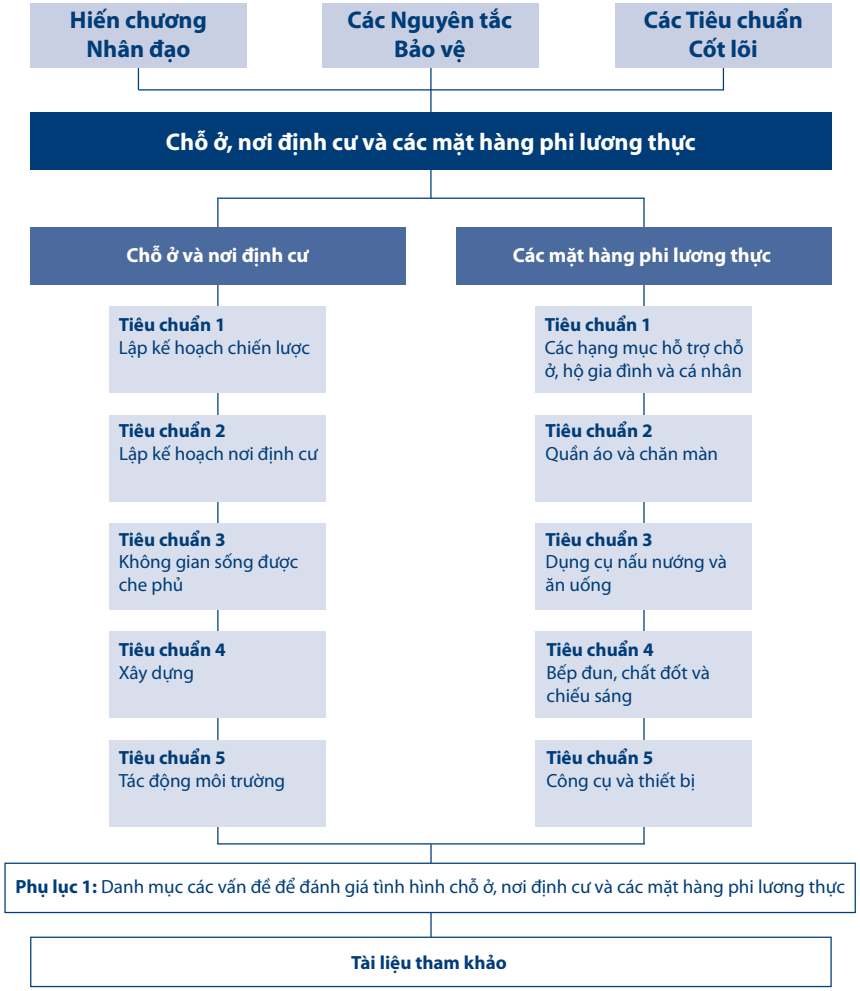
Giới thiệu 255

1. Chỗ ở và nơi định cư 261

2. Các mặt hàng phi lương thực: Quần áo, chăn màn và đồ dùng gia đình 280

Phụ lục 1: Danh mục kiểm tra đánh giá chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực 290

Tài liệu tham khảo 296



Giới thiệu

Mối liên kết với Hiến chương Nhân đạo và luật pháp quốc tế

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về Chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực là sự thể hiện thiết thực về niềm tin và cam kết mà các tổ chức nhân đạo cùng chia sẻ và là các nguyên tắc, quyền và nghĩa vụ chung chỉ đạo hành động nhân đạo được nêu tại Hiến chương Nhân đạo. Với nền tảng là các nguyên tắc nhân đạo và được thể hiện qua luật pháp quốc tế, các nguyên tắc này bao gồm quyền được sống có nhân phẩm, quyền được bảo vệ và an ninh, và quyền được tiếp nhận trợ giúp nhân đạo theo nhu cầu. Phụ lục 1, trang 378 gồm có danh mục các tài liệu pháp lý và chính sách làm cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo, cùng với lời giải thích dành cho những người làm công tác nhân đạo. Trong các hoạt động cứu trợ nhân đạo, chỗ ở, nơi định cư và mặt hàng phi lương thực là những thuật ngữ thường được đề cập trong các quy định về quyền có chỗ ở phù hợp và được đề cao trong luật về quyền con người.

Tất cả mọi người đều có quyền được có chỗ ở đảm bảo. Quyền này được thừa nhận trong các công cụ luật pháp quốc tế cơ bản (xem danh mục các tài liệu tham khảo: Các công cụ luật pháp quốc tế) và bao gồm quyền được sống trong an ninh, hòa bình và nhân phẩm, đảm bảo quyền được thuê và không bị cưỡng chế ra khỏi chỗ ở và quyền được bồi thường thiệt hại. Theo các công cụ luật pháp này thì chỗ ở đảm bảo phải đạt các tiêu chuẩn sau:

- Có đủ không gian sống và chống lại lạnh, nóng, ẩm, gió, mưa hoặc những yếu tố khác làm ảnh hưởng tới sức khỏe bao gồm các mối nguy hiểm về xây dựng cũng như các trung gian truyền bệnh;
- Được tiếp cận với các dịch vụ, phương tiện, vật liệu và cơ sở hạ tầng;
- Phù hợp về mặt chi phí, điều kiện sống, khả năng tiếp cận, địa điểm và không gian văn hóa;
- Địa điểm quy hoạch nơi cư trú và nhà ở hợp lý tạo điều kiện cho người dân tiếp cận với các dịch vụ y tế, trường học, nhà trẻ, mẫu giáo, các tiện nghi xã hội và các cơ hội kiếm sống;
- Vật liệu xây dựng và các chính sách liên quan đến xây dựng nhà ở phải phù hợp nhằm bảo đảm bản sắc và tính đa dạng văn hóa về nhà ở.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu trong chương này không bao gồm đầy đủ quyền được có chỗ ở đảm bảo như đã được định nghĩa trong các công cụ luật pháp quốc tế mà chỉ phản ánh nội dung cốt lõi của quyền có nhà và góp phần vào việc thực hiện quyền đó.

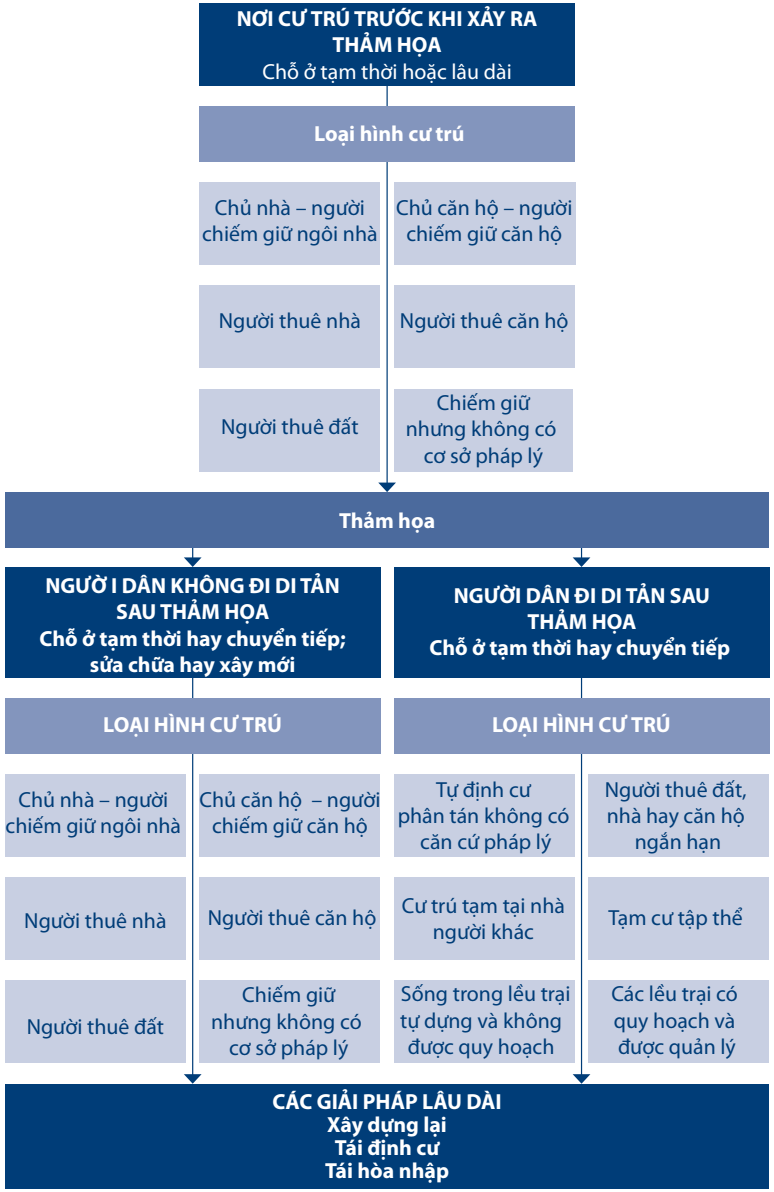
Tầm quan trọng của Chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực khi xảy ra thảm họa

Chỗ ở là một yếu tố quan trọng quyết định sự sống còn trong giai đoạn đầu của thảm họa. Sau việc đảm bảo sống còn, chỗ ở là yếu tố cần thiết để đảm bảo an ninh và an toàn cá nhân, tránh sự khắc nghiệt của thời tiết, tăng cường khả năng chống chịu ốm đau và bệnh tật. Chỗ ở cũng quan trọng với nhân phẩm và sự bền vững của đời sống gia đình và cộng đồng và tạo điều kiện cho các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa hồi phục trở lại sau thảm họa. Những hoạt động cứu trợ về chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực sẽ hỗ trợ các chiến lược ứng phó hiện có và tăng cường khả năng tự cung tự cấp, tự quản lý của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Nên sử dụng tối đa các kỹ năng và nguồn lực địa phương, với điều kiện không gây ảnh hưởng tiêu cực đối với nhóm dân cư bị ảnh hưởng hoặc đối với nền kinh tế địa phương. Bất cứ hoạt động cứu trợ nào cũng cần phải xem xét những rủi ro thường xảy ra trong các thảm họa và cần cố gắng giảm thiểu tác động bất lợi lâu dài đối với môi trường, đồng thời tận dụng tối đa các cơ hội để duy trì hoặc thiết lập những hoạt động kiếm sống dành cho cộng đồng bị ảnh hưởng.

Nhu cầu sống trong môi trường ấm áp và tránh được các tác động của khí hậu, và được bảo đảm an toàn cá nhân và nhân phẩm có thể đạt được nhờ việc đáp ứng các nhu cầu của bản thân cá nhân, không gian sống được che phủ nơi con người cư trú và vị trí của không gian đó. Tương tự, việc đáp ứng các nhu cầu trên đòi hỏi phải có sự kết hợp các yếu tố như chuẩn bị thực phẩm, nấu nướng và ăn uống; quần áo, giường chiếu, chăn màn; chỗ ở hoặc không gian sống được che phủ; chỗ để đun nấu và không gian thông thóang; và được tiếp cận với các dịch vụ thiết yếu.

Các nhu cầu về chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực cho cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa sẽ bị chi phối bởi tính chất và mức độ của thảm họa cũng như phạm vi di tản dân cư. Khả năng và nhu cầu quay trở về nhà và sửa chữa chính là căn cứ để xác định các hoạt động ứng phó với thảm họa, cụ thể tại những nơi người dân không có khả năng hoặc chưa sẵn sàng để quay trở về, họ cần có các nhà tạm hoặc chuyển tiếp để lưu trú hoặc cần có các giải pháp về nhà ở (sơ đồ bên dưới) để giúp đỡ họ. Yếu tố bối cảnh cũng là là cơ sở để xác định các hoạt động cứu trợ cần thiết (thành thị hoặc nông thôn) đồng thời các yếu tố như điều kiện khí hậu và tình hình an ninh và chính trị và khả năng đối phó của cộng đồng với thảm họa cũng ảnh hưởng đến việc xác định hình thức cứu trợ.

Các phương án lựa chọn về chỗ ở, nơi định cư và các kịch bản ứng phó



Trong điều kiện thời tiết khắc nghiệt, khi mà chỗ ở có vai trò hết sức quan trọng quyết định sự sống còn và do hậu quả của việc di tản, người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa sẽ không có khả năng xây dựng được chỗ ở đảm bảo, do vậy cần phải có các giải pháp về chỗ ở mà có thể dựng được nhanh chóng lều trại, căng bạt… hoặc tạm cư tập thể tại các trung tâm sinh hoạt cộng đồng. Người dân khi di tản có thể ở tạm một thời gian tại các gia đình khác, hoặc cũng có thể tách biệt hay tập trung cư trú trong các khu định cư có sẵn hoặc tạm trú tại các khu lều trại được qui hoạch và quản lý, hoặc tại những trung tâm sinh hoạt tập thể.

Trong trường hợp có thể, người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa nên được hỗ trợ để sửa chữa hay tu sửa nhà cửa hoặc để xây dựng chỗ ở mới, bao gồm việc hỗ trợ vật liệu xây dựng, công cụ và thiết bị, tiền mặt hoặc phiếu mua hàng, hướng dẫn kỹ thuật và tập huấn… Việc hỗ trợ hoặc trợ giúp về kỹ thuật nên dành cho những nhóm dân bị ảnh hưởng mà không có khả năng hoặc chuyên môn kỹ thuật trong lĩnh vực xây dựng để họ có thể tiến hành hoạt động xây dựng. Đồng thời cũng cần xem xét quyền lợi và nhu cầu của các nhóm dân cư ảnh hưởng gián tiếp bởi thảm họa chẳng hạn như các nhóm dân cư tại các vùng lân cận nơi đón tiếp dân tản cư. Ở những nơi mà các công trình công cộng, đặc biệt là trường học, đã được sử dụng làm nơi cư trú tạm thời cho người dân trong thảm họa, cần được sắp xếp lại càng sớm càng tốt để sớm hoạt động trở lại bình thường.

Thông tin về nhu cầu hỗ trợ nhà ở (dù tạm thời hay lâu dài) trong bất kỳ hoạt động cứu trợ nào, cũng đều do nhóm dân cư bị ảnh hưởng cung cấp nhờ sử dụng khả năng và nguồn lực của riêng họ. Các hoạt động cứu trợ về nhà ở cần bảo đảm cho những người dân bị ảnh hưởng này có thể tiếp tục và (hoặc) phát triển từ giải pháp hỗ trợ nhà ở khẩn cấp sang giải pháp bền vững hơn.

Cần sửa sang lại các tòa nhà công cộng bị hư hỏng hoặc xây dựng các công trình tạm thời làm trường học, trung tâm y tế và các trung tâm sinh hoạt cộng đồng. Cùng với việc cung cấp chỗ ở cho những người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa là xây dựng các khu để lưu trú và bảo vệ các tài sản là nguồn sinh kế chính của người dân như vật nuôi. Hoạt động cứu trợ cần có đầy đủ các thông tin về các rủi ro và mối nguy hiểm về chỗ ở và định cư khi tiến hành quy hoạch, thiết kế và xây dựng bao gồm cả việc bị thảm họa làm cho nghiêm trọng hơn hoặc chịu sự tác động của biến đổi khí hậu. Việc xem xét các tác động về môi trường của các giải pháp về định cư và xây dựng nhà ở là hết sức quan trọng trong việc giảm thiểu tác động lâu dài của thảm họa.

Để hoạt động cứu trợ về chỗ ở, định cư và các mặt hàng phi lương thực đạt chất lượng tốt hơn, cần phải có sự chuẩn bị chu đáo hơn. Để có được sự chuẩn bị tốt như vậy cần có sự kết hợp tốt của các yếu tố như năng lực, mối quan hệ và kiến thức của các cơ quan chính phủ, các tổ chức nhân đạo, các tổ chức xã hội dân sự tại địa phương, cộng đồng và cá nhân, khi cảnh báo và ứng phó một cách hiệu quả với tác động của những mối nguy hiểm hiện tại, sắp xảy đến hoặc có khả năng xảy đến. Việc chuẩn bị này phải có được thông tin từ việc phân tích rủi ro và sử dụng các hệ thống cảnh báo sớm.

Mối liên kết với các chương khác

Nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác có liên quan với chương này. Tiến độ thực hiện các tiêu chuẩn ở một lĩnh vực thường có ảnh hưởng, thậm chí có ý nghĩa quyết định tiến độ ở những lĩnh vực khác. Để cho một hoạt động can thiệp trở nên có hiệu quả, cần sự phối hợp và cộng tác chặt chẽ với các lĩnh vực khác. Ví dụ, việc cung cấp bổ sung nguồn cấp nước và các phương tiện vệ sinh thích hợp ở những khu vực ở đó có sự hỗ trợ về chỗ ở là việc làm cần thiết để đảm bảo sức khỏe và tôn trọng nhân phẩm của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Tương tự như vậy, việc cung cấp chỗ ở phù hợp cũng góp phần bảo đảm sức khỏe và sự thoải mái trong cuộc sống của các nhóm dân cư di tản, trong khi dụng cụ nấu ăn là cần thiết để sử dụng lương thực được hỗ trợ đáp ứng các nhu cầu về dinh dưỡng. Sự phối hợp với các cơ quan chức năng địa phương, các tổ chức cứu trợ khác, các tổ chức cộng đồng và các tổ chức mang tính đại diện cũng rất cần thiết để đảm bảo cho các nhu cầu được đáp ứng, để các nỗ lực không bị trùng lặp và để các hoạt động can thiệp về chỗ ở, nơi cư trú và các mặt hàng phi lương thực đạt được chất lượng tối đa.

Mối liên kết với các Nguyên tắc Bảo vệ và các Tiêu chuẩn Cốt lõi

Để thỏa mãn các tiêu chuẩn trong Sổ tay này, các tổ chức nhân đạo cần được chỉ dẫn bởi các Nguyên tắc Bảo vệ, ngay cả khi những tổ chức này không có tôn chỉ rõ ràng về bảo vệ hay năng lực chuyên môn về bảo vệ. Các nguyên tắc không mang tính "tuyệt đối": mọi người nhìn nhận rằng các tình huống có thể hạn chế mức độ theo đó các tổ chức có khả năng thực hiện các nguyên tắc. Tuy nhiên, các nguyên tắc phản ánh những mối lo ngại nhân đạo mang tính phổ biến, do đó chúng định hướng hành động của các tổ chức trong mọi tình huống.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi là những tiêu chuẩn thiết yếu về quy trình và về con người, áp dụng chung cho tất cả các lĩnh vực. Sáu Tiêu chuẩn Cốt lõi liên quan đến sự tham gia, đánh giá ban đầu, ứng phó, xác định đối tượng, theo dõi, đánh giá, thực hiện nhiệm vụ của người đi cứu trợ, và giám sát và hỗ trợ người làm công tác cứu trợ nhân đạo. Chúng cung cấp một điểm tham chiếu duy nhất cho những phương pháp tiếp cận làm cơ sở cho tất cả các tiêu chuẩn khác trong Sổ tay này. Do đó, mỗi chương kỹ thuật đòi hỏi việc sử dụng song hành của các Tiêu chuẩn Cốt lõi để bảo đảm thực hiện các tiêu chuẩn của chính mình. Đặc biệt, để bảo đảm tính phù hợp và chất lượng của bất kỳ biện pháp ứng phó nào, cần phải huy động sự tham gia cao nhất của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa - kể cả những nhóm và cá nhân phải đối mặt với rủi ro thường xuyên nhất trong các tình huống thảm họa.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Phần này được viết để xem cùng và nhấn mạnh thêm các Tiêu chuẩn Cốt lõi.

Cần hiểu rằng, là người già hay người trẻ, là phụ nữ hay người khuyết tật, hay là người sống chung với HIV, bản thân những điều này không làm người đó dễ bị tổn thương hơn hay chịu nhiều rủi ro hơn so với các nhóm dân cư khác. Thật ra, sự tương tác giữa các yếu tố tạo ra tình trạng đó: ví dụ, một người lớn hơn 70 tuổi, sống độc thân và sức yếu thường dễ bị tổn thương hơn một người có cùng độ tuổi và cùng tình trạng sức khỏe nhưng sống cùng đại gia đình và có mức thu nhập tốt. Tương tự, một bé gái 3 tuổi sẽ dễ bị tổn thương hơn nếu bé không có người đi kèm so với khi bé sống trong sự chăm sóc của các bậc cha mẹ có ý thức trách nhiệm.

Khi các tiêu chuẩn về chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực cùng các hành động chính được triển khai thực hiện, việc phân tích tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng sẽ giúp bảo đảm rằng nỗ lực ứng phó hỗ trợ những người cần sự trợ giúp nhất và những người có quyền tiếp nhận sự trợ giúp mà không bị phân biệt đối xử. Điều đó cần sự hiểu biết thấu đáo về bối cảnh địa phương và những cách khác nhau theo đó một cuộc khủng hoảng tác động đến các nhóm người khác nhau do mức độ bị tổn thương trước đó của họ (ví dụ, bạo lực giới, trong đó có bóc lột tình dục), tỷ lệ bệnh tật (ví dụ, HIV hay lao) và khả năng xảy ra dịch bệnh (ví dụ, sởi hay tiêu chảy). Thảm họa có thể làm cho những bất bình đẳng vốn có trở nên nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, hỗ trợ các biện pháp ứng phó và tăng cường khả năng phục hồi của người dân là rất quan trọng. Cần hỗ trợ kiến thức, kỹ năng và các biện pháp của họ và cần vận động cho họ tiếp cận với sự hỗ trợ về xã hội, pháp lý, tài chính và tâm lý. Cũng cần phải khắc phục các rào cản về thể chất, văn hóa, kinh tế và xã hội mà họ phải đương đầu trong việc tiếp cận những dịch vụ hỗ trợ này một cách bình đẳng.

Những điểm sau đây nhấn mạnh một số lĩnh vực chủ yếu góp phần bảo đảm rằng các quyền và năng lực của tất cả những người bị ảnh hưởng được tính đến:

- Huy động sự tham gia tối đa của người dân, bảo đảm bao gồm các nhóm đại diện, đặc biệt những nhóm ít xuất hiện (ví dụ, những người có khó khăn về giao tiếp hay di chuyển, những người sống trong các cơ sở cứu trợ, những thanh niên bị kỳ thị hay những nhóm không được đại diện đầy đủ).
- Phân loại dữ liệu theo giới tính và lứa tuổi (ví dụ, 0 – trên 80 tuổi) trong quá trình đánh giá – đây là một yếu tố quan trọng trong việc bảo đảm rằng lĩnh vực nước sạnh-vệ sinh có xem xét đầy đủ tính đa dạng của các nhóm dân cư.
- Bảo đảm rằng tất cả các thành viên của cộng đồng được tiếp cận và phổ biến thông tin về các quyền và lợi ích của họ một cách đầy đủ và dễ hiểu.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu

1. Chỗ ở và nơi định cư

Các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa mà không phải di tản cần được hỗ trợ để dựng tạm nhà hoặc xây nhà chuyển tiếp ngay tại vị trí cũ hoặc được hỗ trợ để sửa chữa và xây mới lại nhà ở. Nhà ở hỗ trợ cho những người này có thể tạm thời hoặc cố định tùy vào các yếu tố như mức độ hỗ trợ, quyền sử dụng hay quyền sở hữu đất, sự sẵn có của các dịch vụ thiết yếu và cơ hội để mở rộng hay nâng cấp chỗ ở. Những nhóm dân cư di tản mà không có khả năng quay trở lại nơi ở cũ thường thích ở với những thành viên/ gia đình khác có chung mối quan hệ về lịch sử, tôn giáo hoặc các mối quan hệ khác và cũng nên giúp đỡ để họ làm được như vậy. Khi không thể định cư riêng rẽ cho từng gia đình thì có thể cung cấp chỗ ở tập thể tại các lều trại được quy hoạch riêng hoặc tự lập, nhà tạm hoặc chuyển tiếp, hoặc tại các tòa nhà công cộng lớn phù hợp cho việc sử dụng làm trung tâm tập thể.

Tiêu chuẩn 1 về Chỗ ở và nơi định cư: Lập kế hoạch chiến lược

Các giải pháp về chỗ ở và nơi định cư góp phần bảo đảm an ninh, an toàn, sức khỏe và hạnh phúc của các nhóm dân cư phải di tản cũng như không phải di tản, đồng thời thúc đẩy sự phục hồi và tái thiết ở những nơi có thể.

Các hành động chính

- Đánh giá và phân tích các nhu cầu về chỗ ở và nơi định cư của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa thông qua sự tham vấn với các cơ quan chức năng và với chính người dân (xem Hướng dẫn 1).
- Phối hợp với các cơ quan chức năng, các tổ chức cứu trợ và nhóm dân cư bị ảnh hưởng để xây dựng kế hoạch cứu trợ về chỗ ở và nơi định cư, trong đó có việc phục hồi sớm ở những nơi có điều kiện (xem Hướng dẫn 1).
- Ưu tiên và hỗ trợ những hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa quay lại nhà cũ hoặc nơi ở cũ của họ trong trường hợp điều kiện cho phép (xem Hướng dẫn 2).
- Giúp đỡ những hộ gia đình không thể hoặc không muốn quay lại chỗ ở cũ để họ có thể ở nhờ các hộ gia đình khác hoặc lưu trú trong các khu định cư chung tạm thời (xem Hướng dẫn 3 - 4).

- Đảm bảo cho họ được tiếp cận các mặt hàng phi lương thực, các giải pháp về chỗ ở (như lều bạt hoặc vật liệu để dựng lều), vật liệu xây dựng, tiền mặt, trợ giúp kỹ thuật, thông tin hoặc kết hợp các yếu tố này, tùy theo yêu cầu đặt ra (xem Hướng dẫn 5 - 6).
- Đảm bảo rằng nhà ở hoặc nơi định cư mới được đặt ở khoảng cách an toàn với bất kỳ mối đe dọa hiện tại hay tiềm ẩn nào, và rằng rủi ro từ những tai họa đang xảy ra được giảm đến mức thấp nhất (xem Hướng dẫn 7).
- Đảm bảo rằng các đống đổ nát do thảm họa được chuyên chở ra khỏi những nơi có nhà cửa bị phá hủy hoặc đổ nát, những khu định cư tạm thời, các công trình công cộng và đường đi lại (xem Hướng dẫn 8).
- Lập kế hoạch để người dân được tiếp cận an toàn với nguồn nước và các dịch vụ vệ sinh, các cơ sở chăm sóc sức khỏe, trường học, nơi giải trí và nơi thờ cúng, cũng như tiếp cận với đất đai, thị trường hoặc các dịch vụ dùng cho việc tiếp tục hoặc phát triển các hoạt động hỗ trợ sinh kế (xem Hướng dẫn 9 - 10).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các giải pháp về chỗ ở và nơi định cư nhằm đáp ứng nhu cầu thiết yếu của toàn bộ dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần được sự đồng ý và thông qua của chính những người dân bị ảnh hưởng, các cơ quan chức năng và phối hợp với tất cả các tổ chức cứu trợ (xem Hướng dẫn 1).
- Tất cả các giải pháp về chỗ ở và nơi định cư tạm thời cần đảm bảo an toàn và phù hợp cho đến khi có được những giải pháp lâu dài hơn (xem Hướng dẫn 2-10).

Hướng dẫn

1. ***Đánh giá, tham khảo ý kiến và phối hợp:*** Cần tiến hành đánh giá sơ bộ để xác định các nhu cầu về chỗ ở và nơi định cư của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, những rủi ro sau thảm họa, tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng, những cơ hội phục hồi từ đầu và nhu cầu đánh giá chi tiết hơn, trong đó có tác động về môi trường. Nhóm dân cư bị ảnh hưởng (đặc biệt là những đối tượng dễ bị tổn thương với các nhu cầu cụ thể) cùng với các cơ quan chức năng cần được tham dự vào quá trình đánh giá. Các kế hoạch hiện có để ứng phó với những bất ngờ xảy ra cần được sử dụng làm cơ sở cho các hoạt động cứu trợ và có sự phối hợp với các cơ quan chức năng, các tổ chức nhân đạo, một số tổ chức khác và nhóm dân cư bị ảnh hưởng thông qua cơ chế điều phối đã thống nhất. Các nguồn lực có sẵn, bối cảnh địa phương (trong đó có các hình thái thời tiết theo mùa), an ninh và khả năng tiếp cận địa bàn và đất đai hiện có hoặc mới sẽ là cơ sở cho việc lập kế hoạch cứu trợ (xem phần Các Tiêu chuẩn Cốt lõi 1-5 tại trang 55-68; các Tiêu chuẩn 1-5 về Hàng lương thực tại trang 281-288; và Phụ lục 1: Chỗ ở, nơi định cư và danh mục các vấn đề để đánh giá nhu cầu về chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực).

2. ***Trở lại nơi ở cũ:*** Cơ hội trở lại nhà và đất ở của riêng mình là mục đích chính của đại đa số những người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Các giải pháp sửa sang hoặc nâng cấp chỗ ở do chính những người dân vạch ra sẽ hỗ trợ cho các biện pháp ứng phó cộng đồng, giữ được những hình thái định cư đã được xác lập và tạo điều kiện cho việc sử dụng cơ sở hạ tầng hiện có (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 tại trang 55). Việc trở về có thể bị chậm trễ hoặc gặp trở ngại và do vậy cần một thời gian lưu trú tạm thời tại nơi khác. Những vấn đề ảnh hưởng đến việc quay trở về của người dân bị ảnh hưởng bao gồm tình trạng tiếp diễn của các thảm họa như lụt lội, sạt lở đất hoặc dư chấn động đất, những mối quan ngại về an ninh như tài sản hoặc đất đai đã bị chiếm giữ và nhu cầu bồi thường thiệt hại, xung đột bạo lực vẫn tiếp tục, mâu thuẫn sắc tộc hoặc tôn giáo, ngược đãi hoặc do mìn và các vật liệu chưa nổ. Việc xây lại các trường học cũng rất quan trọng, cho phép các nhóm dân cư di tản quay trở lại. Việc quay về nơi ở cũ của những hộ gia đình do phụ nữ làm chủ hộ, những người trở thành góa bụa hoặc mồ côi sau thảm họa hay những người khuyết tật có thể gặp khó khăn do các rào cản về luật tài sản và đất đai, có sự phân biệt đối xử hoặc do những thủ tục cổ hủ. Với những người đã di tản nhưng không có khả năng sửa chữa hoặc xây dựng lại nhà ở thì cũng rất khó để quay trở về nhà và đất cũ.
3. ***Tạm trú tại các gia đình và cộng đồng dân cư:*** Những nhóm dân cư di tản không có khả năng quay lại nơi ở cũ thường thích ở chung với họ hàng hoặc những người có cùng văn hóa, tôn giáo hoặc các mối quan hệ khác (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55). Cứu trợ nhà ở trong trường hợp này có thể bao gồm việc mở rộng, nâng cấp nhà và phương tiện của gia đình tiếp nhận, hoặc xây một chỗ ở riêng biệt bên cạnh gia đình tiếp nhận để bố trí tốt hơn cho các gia đình tạm cư. Cần phân tích, đánh giá sự gia tăng mật độ dân số trong trường hợp này và cũng cần đánh giá và lưu ý các nhu cầu về các phương tiện và dịch vụ xã hội, cơ sở hạ tầng và nguồn tài nguyên thiên nhiên.
4. ***Tạm cư tập thể:*** Dù không phải là các hoạt động cứu trợ được mặc định song lều trại tạm cư quy hoạch vẫn có thể được áp dụng cho những người và gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa mà không có khả năng hoặc không muốn quay về nơi ở cũ và việc ở nhờ gia đình khác cũng không phải là một lựa chọn dành cho họ. Những giải pháp định cư như vậy có thể được thực hiện tại các khu vực mà những mối đe dọa về an ninh sẽ gia tăng rủi ro đối với những nhóm dân cư nếu ở biệt lập hoặc ở những nơi mà việc tiếp cận với các dịch vụ và nguồn tài nguyên thiết yếu như nước, lương thực và vật liệu xây dựng bị hạn chế. Việc cung cấp nơi ở tập thể tại các công trình lớn có thể kịp thời và tạm thời bảo vệ người dân khỏi các điều kiện khí hậu khắc

nghiệt và cũng cần cải tạo và nâng cấp những tòa nhà này để tạo điều kiện thuận lợi cho người dân, giả dụ như việc dựng vách ngăn chia nhỏ phòng ra và đường dành cho những người đi lại khó khăn. Tại nhiều nước, việc sử dụng những tòa nhà được xác định trước làm các trung tâm tập thể là một biện pháp ứng phó đã được xác lập với một số loại thảm họa quen thuộc, đi kèm trách nhiệm cung cấp các dịch vụ và hoạt động quản lý gắn với nó. Mặc dù các trường học thường được sử dụng để cung cấp chỗ ở cho những người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa, song nên tìm các cơ sở khác để trường học vẫn có thể tiếp tục hoạt động. Khi quy hoạch các khu tạm cư tập thể, cần lưu ý những tác động đến an toàn cá nhân, sự riêng tư và nhân phẩm của những người sống trong khu định cư đó, cũng như khả năng tiếp cận với các phương tiện thiết yếu. Điều cần thiết là phải đảm bảo để các khu tạm cư này không trở thành mục tiêu tấn công và tạo ra rủi ro an ninh cho người dân xung quanh hoặc dẫn đến những rủi ro không bền vững đối với môi trường xung quanh.

5. ***Các loại hình hỗ trợ chỗ ở:*** Cần kết hợp các loại hình trợ giúp khác nhau để đáp ứng nhu cầu về chỗ ở của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Trợ giúp cơ bản có thể bao gồm các vật dụng cá nhân, như quần áo, giường chiếu, chăn màn hoặc đồ gia dụng chung như bếp đun và chất đốt. Những vật dụng hỗ trợ chỗ ở có thể bao gồm lều bạt, tấm nhựa, bộ dụng cụ lao động, vật liệu xây dựng và những chỗ ở tạm thời hoặc chuyển tiếp làm từ vật liệu có thể tái sử dụng khi xây dựng chỗ ở lâu dài. Cần huy động lao động thủ công hoặc lao động chuyên môn, tình nguyện hoặc có ký hợp đồng và hướng dẫn kỹ thuật xây dựng. Tùy theo tình hình kinh tế của địa phương có thể sử dụng các hình thức hỗ trợ tiền mặt hay phiếu mua hàng nhằm khuyến khích sử dụng nguồn lực và chuỗi cung ứng của địa phương. Tiền mặt cũng có thể được sử dụng để thanh toán tiền thuê chỗ ở. Khi tiến hành hỗ trợ bằng hàng hóa cũng có thể kèm theo việc cung cấp thông tin hoặc tư vấn về cách thức tiếp cận các khoản tài trợ, vật liệu hoặc các hình thức hỗ trợ chỗ ở khác, trong các chiến dịch cộng đồng hoặc tại các công trình công cộng tại địa phương.

6. ***Nhà ở chuyển tiếp:*** Là một phương pháp tiếp cận chứ không phải một giai đoạn ứng phó, việc cung cấp nhà ở chuyển tiếp đáp ứng thực tế là những nhóm dân cư bị ảnh hưởng thường tự mình lo chỗ ở sau thảm họa và việc tự quản lý này cần được ủng hộ (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55). Những giải pháp về chỗ ở sau thảm họa có thể được sử dụng để làm những công trình cố định hoặc được chuyển từ những nơi tạm thời đến các điểm cố định và dùng để khuyến khích các nhóm dân cư bị ảnh hưởng chuyển sang những chỗ ở bền vững hơn. Đối với những người hiện vẫn đang sinh sống tại chỗ cũ, nhà ở chuyển tiếp có thể được xem là chỗ ở cơ bản ban đầu mà qua thời gian có thể được nâng cấp, mở rộng hoặc thay thế khi nguồn lực cho phép. Với những người phải di tản, nhà ở chuyển tiếp là một nơi ở thích hợp, có

thể tháo dỡ và tái sử dụng khi họ có điều kiện trở về nơi ở cũ hoặc khi họ đến tái định cư ở những nơi khác. Cũng có thể cung cấp nhà ở chuyển tiếp cho những nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa tạm trú tại các hộ gia đình khác tại ngay sát hoặc bên cạnh ngôi nhà họ đang trú tạm. Loại nhà như vậy dễ tháo dỡ và có thể tái sử dụng khi các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có điều kiện quay trở về nơi ở cũ hoặc đến một nơi nào khác.

7. ***Đánh giá mức độ rủi ro, tình trạng dễ bị tổn thương và mối nguy hiểm:*** Cần tiến hành và thường xuyên xem xét việc đánh giá toàn diện mức độ rủi ro và tình trạng dễ bị tổn thương (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61). Trong bất kỳ báo cáo đánh giá nào cũng cần xem xét những mối đe dọa hiện có hoặc tiềm ẩn về an ninh và rủi ro, việc xâm hại đặc trưng do lứa tuổi, giới tính, khuyết tật, vị thế kinh tế hay xã hội, sự phụ thuộc vào các nguồn tài nguyên thiên nhiên của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng và mối quan hệ giữa những người này với những hộ gia đình nơi họ tạm trú (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, trang 38). Rủi ro do thiên tai gây ra bao gồm động đất, núi lửa, sạt lở đất, lụt lội hoặc gió mạnh có thể sẽ là cơ sở cho việc đề ra các giải pháp về chỗ ở và nơi định cư. Các địa điểm định cư cần đảm bảo không bị nhiễm bệnh và nhiễm bẩn hay rủi ro từ các trung gian truyền bệnh. Các vật liệu và hàng hóa nguy hiểm có thể lộ ra hoặc được mang đến sau những thiên tai như động đất, lụt bão. Có thể có mìn và các vật liệu chưa nổ do các cuộc xung đột hiện tại hoặc trước đó để lại. Sự ổn định của các công trình tại các khu vực sinh sống cần phải được đánh giá bởi các chuyên gia có kinh nghiệm. Trong trường hợp tạm cư tập thể, cần nghiên cứu và đánh giá khả năng chịu lực của các công trình kiến trúc hiện có và mức độ rủi ro trong kết cấu như sàn nhà, tường ngăn bên trong, mái nhà, v.v…

8. ***Công tác thu dọn hiện trường:*** Công tác thu dọn các đống đổ nát sau thiên tai và xung đột là một việc làm cần được ưu tiên giúp đảm bảo cung cấp chỗ ở và để hình thành những giải pháp định cư thích hợp. Việc lên kế hoạch thu dọn hiện trường cần được bắt đầu ngay sau khi thảm họa xảy ra để đảm bảo việc tái chế, phân loại và (hoặc) xử lý phù hợp (xem Tiêu chuẩn 5 về Chỗ ở và nơi định cư, trang 277). Khi thu dọn hiện trường có một số vấn đề cơ bản cần hết sức quan tâm là sự xuất hiện của những tử thi cần được nhận diện và xử lý tiếp một cách thích hợp, việc giữ lại và bảo quản những tài sản cá nhân, xử lý những khu vực có kết cấu nguy hiểm và thu hồi những vật liệu độc hại và quyền sở hữu đối với những vật dụng còn có thể sửa chữa được để tái sử dụng hoặc để bán. Công tác thu dọn có thể tạo cơ hội kiếm thêm thu nhập nhưng đòi hỏi phải sử dụng thiết bị lớn và kiến thức chuyên môn. Khi tiến hành thu dọn cần xem xét việc sử dụng, quản lý, sở hữu các bãi phế thải và tác động của chúng lên môi trường.

9. ***Trường học, cơ sở y tế và cơ sở hạ tầng cộng đồng:*** Cần bảo đảm việc tiếp cận các dịch vụ thiết yếu, bao gồm các trường học, cơ sở y tế, địa điểm an

toàn để vui chơi và hội họp chung. Nên sử dụng cơ sở hạ tầng dịch vụ có sẵn hoặc được tu bổ, với những phương tiện và dịch vụ bổ sung tạm thời theo yêu cầu. Trong trường hợp việc sửa chữa hoặc xây mới các tòa nhà công cộng bị chi phối bởi kế hoạch định cư mới hoặc một số quy định khác thì có thể xây dựng những công trình tạm thời nhằm cung cấp dịch vụ trước mắt, ngắn hạn. Việc cung cấp dịch vụ dù là ngắn hạn hay lâu dài đều có thể đáp ứng được các tiêu chuẩn như đã thỏa thuận (xem Tiêu chuẩn 1 về WASH tại trang 91 Tiêu chuẩn 1 về Các hệ thống y tế tại trang 309 và Các Tiêu chuẩn tối thiểu INEE cho giáo dục: Chuẩn bị sẵn sàng, ứng phó, phục hồi).

10. ***Hỗ trợ sinh kế:*** Khi tổ chức định cư cho những nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần nắm rõ về hoạt động kinh tế của họ trước khi xảy ra thảm họa và các cơ hội kiếm sống sau thảm họa (xem Các tiêu chuẩn 1-2 về Đánh giá tình hình an ninh lương thực và dinh dưỡng tại trang 153 – 157 và Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 tại trang 55). Sự sẵn có về đất đai để phục vụ cho công tác trồng trọt và chăn nuôi cũng như khả năng tiếp cận chợ và các dịch vụ trong vùng cũng cần được xem xét.

Tiêu chuẩn 2 về Chỗ ở và nơi định cư: Xây dựng kế hoạch định cư

Việc xây dựng kế hoạch định cư (quay trở về nơi ở cũ, ở nhờ hoặc tạm cư tập thể) tạo điều kiện để nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có thể sử dụng một cách an toàn và đảm bảo các điều kiện ăn ở và các dịch vụ thiết yếu.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định và sử dụng các quy trình lập kế hoạch hiện có ở những nơi điều kiện cho phép và trên cơ sở các thông tin thu thập được từ những kế hoạch tốt nhất và có thể giảm thiểu rủi ro và tình trạng dễ bị tổn thương (xem Hướng dẫn 1).
- Xác định quyền sở hữu đất đai, tài sản và (hoặc) quyền sử dụng đối với các tòa nhà hoặc địa điểm định cư (xem Hướng dẫn 2).
- Đảm bảo việc tiếp cận chỗ ở, địa điểm định cư và các dịch vụ thiết yếu một cách an toàn (xem Hướng dẫn 3 -4).
- Sử dụng những hình thái định cư hiện có và những nét đặc trưng về địa hình để giảm thiểu tác động có hại đối với môi trường (xem Hướng dẫn 5).
- Thu hút sự tham gia của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa vào việc xây dựng kế hoạch định cư chung tạm thời theo nhóm họ hàng, láng giềng hoặc thôn xóm cho phù hợp (xem Hướng dẫn 6).

- Đảm bảo có đủ diện tích mặt bằng và các biện pháp để phòng hỏa hoạn tại các khu lều trại tạm tự lập hoặc quy hoạch (xem Hướng dẫn 7 -8).
- Giảm thiểu rủi ro về các trung gian gây dịch bệnh (xem Hướng dẫn 9).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thông qua các quy trình lập kế hoạch đã thống nhất, tất cả các nhóm dân cư được hỗ trợ chỗ ở sẽ được hỏi ý kiến và phải đồng ý với vị trí xây nhà hoặc không gian sống được che phủ và có thể tiếp cận với các dịch vụ thiết yếu (xem Hướng dẫn 1).
- Bảo đảm rằng mọi kế hoạch định cư đều xác định được và giảm nhẹ các rủi ro và tình trạng bị tổn thương trong việc sử dụng chỗ ở, không gian sống được che phủ và các dịch vụ thiết yếu (xem Hướng dẫn 2 -9).

Hướng dẫn

1. ***Quy trình lập kế hoạch:*** Nên sử dụng phương pháp lập kế hoạch của địa phương và căn cứ vào các thông tin về thảm họa hay khủng hoảng, những nguy cơ được xác định và tác động đối với nhóm dân cư bị ảnh hưởng. Cần có các biện pháp thích hợp để giảm thiểu rủi ro và tình trạng dễ bị tổn thương. Cần tuân thủ các quy định hiện tại của các cơ quan chức năng khi tiến hành lập kế hoạch, đảm bảo không làm cản trở các nhu cầu về nhân đạo khi đáp ứng nhu cầu cấp thiết về chỗ ở và nơi định cư. Cần xác định ý nghĩa lâu dài của các quyết định về quy hoạch, đặc biệt là về địa điểm cho các nơi tạm cư tập thể
2. ***Quyền sở hữu và sử dụng tài sản, đất đai và nhà ở:*** Đối với các nhóm dân cư di tản cũng như các nhóm dân cư không phải di tản, cần xác định quyền sở hữu đất đai, nhà ở và các công trình khác có liên quan và những người nắm giữ chính thức hoặc theo tập quán các quyền đó. Những vấn đề như vậy thường gây tranh cãi, đặc biệt trong trường hợp không có sổ sách ghi chép hoặc có xung đột làm ảnh hưởng đến việc sở hữu. Những ngôi nhà hoặc tòa nhà có nhiều người ở và sử dụng sẽ có nhiều vấn đề liên quan đến quyền sở hữu hoặc chiếm dụng chung. Cần cố gắng xác định các quyền về tài sản và đất đai của những người dễ bị tổn thương và cần hỗ trợ những người này, đặc biệt là đối tượng phụ nữ, góa bụa hoặc mồ côi do thảm họa, người khuyết tật, chủ nhà, chủ đất, người nắm giữ quyền chiếm dụng xã hội và những người định cư không chính thức. Cần làm rõ quyền sở hữu hoặc thừa kế là chính thức, không chính thức hoặc được ngầm định, đặc biệt là khi người chủ sở hữu đã mất hoặc di tản đi nơi khác. Việc trao quyền nắm giữ theo nhóm hoặc tương tự cho một số hộ gia đình trong trường hợp không tồn tại các quyền chính thức trước khi xảy ra thảm họa có thể giúp cho việc thiết lập dần dần các quyền này. Việc hỗ trợ chỗ ở cũng có thể được hiểu và

sử dụng như là sự hợp pháp hóa những yêu sách về quyền sở hữu đất đai và có thể gây cản trở cho các hoạt động nhân đạo. Việc sử dụng đất đai để làm nơi tạm cư cần cân nhắc các quyền sử dụng đất đai hoặc các nguồn tài nguyên thiên nhiên hiện tại của các cộng đồng tiếp nhận hoặc lân cận (xem Tiêu chuẩn 5 về Chỗ ở và nơi định cư, trang 277).

3. ***Các dịch vụ và phương tiện thiết yếu:*** Những nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa quay về nơi ở cũ, ở nhờ tại các gia đình khác hoặc tạm cư tập thể đều cần được tiếp cận với các dịch vụ thiết yếu một cách an toàn, an ninh và bình đẳng. Những dịch vụ này bao gồm nước sạch, vệ sinh, chất đốt để nấu nướng hoặc phương tiện nấu nướng chung, y tế, xử lý rác thải, trường học, phương tiện xã hội, nơi thờ cúng, nơi hội họp, khu vui chơi giải trí (trong đó có những nơi dành cho trẻ em), nơi nhốt gia súc (đảm bảo tách biệt với chỗ ở của người ở khoảng cách thích hợp). Cần có đủ diện tích dành cho việc chôn cất và thờ cúng người chết. Nên tận dụng tối đa những cơ sở hiện có hoặc được sửa chữa lại miễn không gây ảnh hưởng xấu đến những gia đình xung quanh và cộng đồng tiếp nhận. Cần cung cấp thêm một số cơ sở hoặc nơi hội họp nhằm đáp ứng nhu cầu của nhóm dân cư được xác định là đối tượng thụ hưởng và đặc biệt là những người dễ bị tổn thương. Cơ cấu xã hội và vai trò giới của nhóm dân cư bị ảnh hưởng cũng như những đòi hỏi của các đối tượng này cần được thể hiện trong việc cung cấp dịch vụ, ví dụ nơi cung cấp dịch vụ phải được đặt trong khoảng cách hợp lý để những người có khó khăn trong việc di chuyển có thể đi bộ đến và bố trí những khu vực an toàn trong các khu tạm cư để các bà mẹ cho con bú. Cần đảm bảo để những người lớn tuổi, người khuyết tật và người có nhu cầu thường xuyên được tiếp cận với các phương tiện, dịch vụ một cách dễ dàng. Tại những khu định cư chung tạm thời, cần bố trí các khu vực văn phòng hành chính, nhà kho, chỗ ở của nhân viên và khu kiểm dịch theo yêu cầu (xem Tiêu chuẩn 1 về Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh tại trang 91 và Tiêu chuẩn 1 về Các hệ thống y tế tại trang 309).

4. ***Đường đi lại:*** Cần đánh giá khả năng tiếp cận nơi định cư, điều kiện hạ tầng giao thông và khoảng cách đến các điểm nút giao thông khi cần cứu trợ khẩn cấp, trong đó có tính đến những cản trở về thời tiết, những đe dọa và rủi ro về an ninh. Đối với các khu tạm cư tập thể, đường đi lối lại phải đủ tốt để xe tải hạng nặng có thể vào ra dễ dàng các khu công trường, nhà kho và các điểm phân phối lương thực. Những cơ sở khác cũng cần đủ điều kiện để các xe cộ hạng nhẹ có thể ra vào được. Đường đi lối lại bên trong các khu định cư cần đảm bảo an toàn, an ninh và chịu được mọi thời tiết khi cần tiếp cận đến chỗ ở của các cá nhân và các cơ sở tạm cư tập thể trong đó có các trường học và cơ sở y tế. Cần có đèn chiếu sáng ở những nơi cần thiết. Đường vào và lối thoát hiểm bên trong các khu tạm cư tập thể và các trung tâm sinh hoạt cộng đồng không nên có những khu vực biệt lập hoặc bị che khuất, có thể gây nguy hiểm cho sự an toàn của cá nhân người sử dụng. Cần

tránh để những bậc lên xuống hoặc chỗ lồi lõm gần lối thoát hiểm tại các trung tâm sinh hoạt cộng đồng và phải làm tay vịn ở bất kỳ chỗ nào có cầu thang hoặc đoạn đường dốc. Đối với những người có khó khăn trong việc đi lại, cần tạo ra những khoảng trống bằng phẳng gần lối thoát hiểm hoặc dọc theo các đường nhánh. Những người trú ngụ ở những tòa nhà được dùng làm trung tâm tập thể nên được sắp xếp ở gần ít nhất 2 lối thoát hiểm để có thể lựa chọn được đường thoát khi gặp nguy hiểm và các lối thoát hiểm này cần đặt ở vị trí dễ nhìn.

5. ***Lựa chọn địa điểm và thoát nước:*** Cần xem xét và đánh giá về việc tiêu nước mặt và những rủi ro bị đọng nước hay ngập lụt khi lựa chọn địa điểm và xây dựng kế hoạch tạm cư tập thể. Độ dốc của địa điểm không nên vượt quá 5%, trừ phi có được những biện pháp kiểm soát chặt chẽ việc tiêu nước và xói mòn, hoặc phải dưới 1% để tạo ra hệ thống thoát nước hợp lý. Có thể vẫn cần đến một số kênh thoát nước để giảm thiểu tình trạng ngập lụt hoặc nước đọng. Điểm trũng nhất ít nhất phải cao hơn 3m so với mực nước ngầm tối đa theo ước tính. Điều kiện nền đất cho phép đào được hố xí và là nơi có thể xây nhà vệ sinh và các thiết bị khác (xem Tiêu chuẩn 1 - 2 về Xử lý phân người tại trang 105-107 và Tiêu chuẩn 1 về Tiêu thoát nước tại trang 122).

6. ***Quy hoạch các khu tạm cư tập thể:*** Việc phân bổ không gian trong các trung tâm tập thể và lô đất cho các hộ gia đình trong các khu lều trại tạm thời theo quy hoạch cần dựa vào các thông tin về các tập quán xã hội và sử dụng các nguồn lực chung, trong đó có nguồn nước và các phương tiện vệ sinh, nấu nướng, phân phối lương thực, thực phẩm, v.v… Việc quy hoạch các khu lân cận có thể sẽ hỗ trợ cho mạng lưới xã hội hiện nay, đóng góp vào việc đảm bảo an ninh và tạo điều kiện cho việc tự quản của nhóm dân cư bị ảnh hưởng. Sắp xếp chỗ ở trong khu lều trại cần đảm bảo tính riêng tư và đề cao được nhân phẩm của các hộ gia đình, nên có cửa ra vào và có mành che cho từng nhà, không nên để cửa của các nhà thông nhau làm mất sự riêng tư. Cần có các khu vực an toàn và tách biệt cho những nhóm dân cư phải di tản bao gồm nhiều người độc thân hoặc trẻ em không có người thân đi cùng. Đối với những khu định cư phân tán, các nguyên tắc về quy hoạch theo cụm cũng cần được áp dụng; ví dụ, các hộ gia đình thường quay về một khu vực nhất định hoặc chọn các gia đình tiếp nhận ở gần nhau (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).

7. ***Diện tích lều trại tự dựng hoặc theo quy hoạch tạm thời:*** Đối với các khu tạm cư theo kiểu lều trại, diện tích sử dụng tối thiểu cho mỗi cá nhân trong từng hộ gia đình là 45m^2 bao gồm nhà ở, diện tích dành cho đường đi, khu nấu nướng, cơ sở giáo dục và khu vui chơi giải trí, khu vệ sinh, vành đai phòng hỏa, khu hành chính, khu chứa và phân phối nước, khu chợ, nhà kho và vườn nhỏ cho các hộ gia đình. Ở những nơi có sẵn hoặc được bổ sung thêm các dịch vụ cộng đồng, diện tích mặt bằng tối thiểu cho mỗi người có

thể là 30m^2. Khi quy hoạch mặt bằng cũng cần xem xét những thay đổi về dân số. Nếu như không thể cung cấp được diện tích mặt bằng tối thiểu như trên thì có thể giảm nhẹ hậu quả của mật độ dân cư quá cao bằng cách bảo đảm sự riêng biệt và riêng tư giữa các hộ gia đình, dành diện tích cho các cơ sở cần thiết, v.v…

8. ***Phòng hỏa:*** Cần đánh giá các rủi ro về hỏa hoạn khi tiến hành quy hoạch các khu tạm cư tập thể và khi chia nhà cho các hộ dân. Giảm nhẹ các rủi ro này bằng cách cứ 300m đất đã được xây dựng lại bố trí một vành đai phòng lửa rộng 30m và khoảng cách tối thiểu giữa các nhà là 2m (tốt nhất là bằng 2 lần chiều cao của bất kỳ cấu trúc xây dựng nào) để tránh nguy cơ sụp nhà và ảnh hưởng đến những ngôi nhà cạnh đó. Cũng cần xem xét các tập quán nấu nướng ưa thích và việc sử dụng bếp đun, lò sưởi khi quy hoạch địa điểm tổng thể và tạo khoảng cách an toàn giữa các chỗ ở của các hộ gia đình (xem Tiêu chuẩn 4 về Các mặt hàng phi lương thực, trang 286).

9. ***Nguy cơ truyền bệnh qua trung gian:*** Những khu đất thấp, những đống đổ nát do thảm họa, những ngôi nhà trống và hố sâu có thể trở thành nơi sinh sản của các loài gây bệnh và đe dọa đến sức khỏe của của các gia đình xung quanh. Đối với các khu tạm cư tập thể, việc lựa chọn địa điểm thích hợp và giảm nhẹ nguy cơ truyền bệnh qua trung gian có ý nghĩa then chốt trong việc giảm nhẹ tác động của bệnh tật do các trung gian truyền bệnh gây ra đối với các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Tiêu chuẩn 1-3 về Kiểm soát trung gian truyền bệnh, trang 111-116).

Tiêu chuẩn 3 về Chỗ ở và nơi định cư: Không gian sống được che phủ

Người dân có đủ không gian sống được che phủ với đầy đủ tiện nghi sưởi ấm, không khí trong lành, không bị ảnh hưởng bởi thời tiết, được đảm bảo tính riêng tư, sự an toàn và sức khỏe, đồng thời có đủ điều kiện cho những hoạt động thiết yếu cũng như các hoạt động kiếm sống của hộ gia đình.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Đảm bảo cho mỗi hộ gia đình có được một không gian sống phù hợp được che phủ (xem Hướng dẫn 1-2).
- Tạo điều kiện để có sự tách biệt an toàn và tính riêng tư cần có giữa các giới tính, các độ tuổi khác nhau và giữa những gia đình riêng trong cùng một căn hộ (xem Hướng dẫn 3).

- Đảm bảo để các hoạt động thiết yếu và hoạt động kiếm sống của hộ gia đình có thể được tiến hành trong phạm vi không gian sống được che phủ và tại các khu vực liền kề (xem Hướng dẫn 4).
- Khuyến khích việc sử dụng những giải pháp về chỗ ở và những vật liệu quen thuộc với người dân và được chấp nhận về mặt văn hóa và xã hội, bền vững về môi trường (xem Hướng dẫn 5-6).
- Đánh giá các điều kiện khí hậu cụ thể trong các mùa để cung cấp các phương tiện sưởi ấm, thông gió và bảo vệ phù hợp nhất (xem Hướng dẫn 7-10).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Diện tích ở được che phủ cho một người tối thiểu phải đạt 3,5m^2 (xem Hướng dẫn 1-2).
- Tất cả các giải pháp về chỗ ở và vật liệu đáp ứng các tiêu chuẩn về kỹ thuật và mục đích sử dụng và được chấp nhận về mặt văn hóa (xem Hướng dẫn 3-10).

Hướng dẫn

1. ***Khí hậu và bối cảnh:*** Ở những nơi có khí hậu lạnh, sinh hoạt của hộ gia đình thường diễn ra trong phạm vi được che phủ và người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có thể ở phần lớn thời gian trong nhà để được sưởi ấm. Ở thành phố, các hoạt động của hộ gia đình thường diễn ra bên trong khu vực được che phủ vì không có nhiều không gian trống xung quanh. Để đáp ứng được điều kiện này, bình quân mỗi người sẽ cần có trên 3,5m^2 mặt sàn được che phủ. Khoảng cách từ sàn nhà đến trần nhà cũng là một yếu tố quan trọng. Trong điều kiện khí hậu nóng ẩm, thường cần trần cao hơn để giúp cho việc thông gió, trong khi trần thấp lại được ưa chuộng ở những nơi khí hậu lạnh nhằm giảm thiểu khoảng không cần sưởi ấm bên trong nhà. Khoảng cách từ sàn nhà đến trần nhà tối thiểu là 2m. Ở những nơi khí hậu ấm hơn, có thể sử dụng khoảng không gian liền kề có bóng mát ở bên ngoài làm nơi đun nấu. Các giải pháp về chỗ ở nên phù hợp với nhiều kiểu khí hậu khắc nghiệt, từ khí hậu lạnh về ban đêm và về mùa đông cho đến khí hậu nóng về ban ngày và về mùa hè. Ở những nơi không có đủ vật liệu để hoàn thiện một chỗ ở thì nên ưu tiên cho việc làm mái để cung cấp một khu vực được che phủ tối thiểu cho người dân. Nếu không thể đáp ứng được những yêu cầu trên, sẽ không có đủ không gian sống được che phủ và như vậy sẽ không đáp ứng được các yêu cầu về an ninh, tính riêng tư và phẩm giá. Vì thế nên, cần từng bước đáp ứng các yêu cầu trên càng sớm càng tốt (xem Hướng dẫn 2).
2. ***Thời gian***: Ngay sau khi xảy ra thảm họa, đặc biệt là trong điều kiện khí hậu khắc nghiệt và không có sẵn vật liệu để làm nhà, thì diện tích được che phủ

ít hơn 3,5m^2 cho mỗi người là có thể chấp nhận được để cứu sống và cung cấp chỗ ở ngắn hạn. Trong hoàn cảnh như vậy, thiết kế nhà ở cần cố gắng đạt mức 3,5m^2 bình quân đầu người càng sớm càng tốt để có thể giảm thiểu tác động tiêu cực đến sức khỏe và điều kiện phúc lợi của người dân ở đó. Nếu không đạt được mức 3,5m^2 một đầu người hoặc mức này vượt quá diện tích sử dụng thông thường cho người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa hoặc vùng lân cận thì cần xem xét các vấn đề về nhân phẩm, sức khỏe và tính riêng tư của người dân trong những diện tích nhà ở nhỏ hẹp. Nên lưu ý khi quyết định bố trí nhà ít hơn 3,5m^2 cho mỗi đầu người, cùng với những hành động để giảm nhẹ tác động tiêu cực đối với những người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Những giải pháp về chỗ ở tạm thời hoặc chuyển tiếp có thể là cần thiết để cung cấp chỗ ở phù hợp trong một thời gian kéo dài, qua nhiều điều kiện khí hậu khác nhau và có thể lên tới vài ba năm. Các kế hoạch đã thống nhất với các cơ quan chức năng hoặc các tổ chức khác của địa phương cần đảm bảo rằng những chỗ ở tạm thời hay chuyển tiếp nói trên không được phép mặc nhiên trở thành nhà ở lâu dài.

3. ***Các tập quán văn hóa, sự an toàn và tính riêng tư:*** Có những tập quán của địa phương khi sử dụng không gian sống được che phủ, ví dụ như việc xếp đặt chỗ ngủ và bố trí cho các thành viên trong gia đình mở rộng có thể là những thông tin cơ bản khi xem xét diện tích mặt bằng được che phủ. Cần tham khảo ý kiến của các nhóm dân cư dễ bị tổn thương và của những người chăm sóc họ. Nên phân chia thành các nơi biệt lập trong các căn hộ gia đình. Trong điều kiện ăn ở tập thể, việc chia nhóm theo quan hệ gia đình, việc bố trí lối đi hợp lý, vật liệu để phân cách nơi sinh hoạt của cá nhân và gia đình có thể góp phần đảm bảo sự riêng tư và sự an toàn. Việc bố trí không gian sống đảm bảo, riêng tư và thích hợp đối với cả hình thức tạm cư tập thể lẫn tách biệt riêng thành từng hộ gia đình đều giúp giải quyết những vấn đề về tâm lý, tạo điều kiện thoải mái cho người dân khi sinh sống. (xem Nguyên tắc Bảo vệ 1, trang 33).

4. ***Sinh hoạt của hộ gia đình:*** Khu vực được che phủ nên bố trí đủ không gian cho các hoạt động sau: ngủ, tắm giặt và thay quần áo; chăm sóc trẻ em, người ốm đau, người bệnh tật; bảo quản lương thực, nước, của cải và tài sản quan trọng khác của gia đình; nấu nướng và ăn uống trong nhà khi cần; chỗ sinh hoạt chung các thành viên của hộ gia đình. Việc quy hoạch khu vực được che phủ, nhất là việc đặt vị trí các cửa ra vào và các vách ngăn, cần phát huy tối đa việc sử dụng không gian bên trong và bất cứ khu vực liền kề nào bên ngoài.

5. ***Các giải pháp về chỗ ở, vật liệu và xây dựng:*** Các giải pháp về chỗ ở như lều trại, gói hỗ trợ nhà ở, gói hỗ trợ vật liệu hoặc nhà lắp ghép có thể được cung cấp ở những nơi mà các lựa chọn về chỗ ở sau thảm họa không luôn có sẵn, không thích hợp hoặc không bền vững với môi trường tại địa phương. Ở

những nơi được hỗ trợ tấm nhựa chịu lực để xây dựng chỗ ở khẩn cấp, cần được hỗ trợ kèm theo dây thừng, bộ dụng cụ gá lắp và các vật liệu chống đỡ khác như cột gỗ hay những vật liệu làm khung của địa phương. Bất cứ loại vật liệu hay giải pháp nào về chỗ ở đều phải đáp ứng được các yêu cầu về kỹ thuật và tiêu chuẩn quốc tế và được người dân chấp nhận. Khi chỉ cung cấp được một phần vật liệu để xây dựng (ví dụ, tấm nhựa) thì cần phân tích, đánh giá và giảm nhẹ tác động tiêu cực tiềm ẩn của việc tìm nguồn cung ứng các vật liệu cần thiết khác (ví dụ, gỗ để làm khung) đối với kinh tế hay môi trường tại địa phương. Đồng thời cần xem xét năng lực kỹ thuật và tài chính của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa trong việc bảo trì và sửa chữa nhà ở để dễ dàng xác định các loại vật liệu và công nghệ (xem Tiêu chuẩn 5 về Các mặt hàng phi lương thực, trang 288). Cần tiến hành giám sát thường xuyên để đảm bảo việc thực hiện các giải pháp về chỗ ở luôn thỏa đáng qua thời gian

6. ***Thiết kế có sự tham gia của người dân:*** Mọi thành viên trong các hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần được khuyến khích tham gia ở mức tối đa có thể vào việc xác định kiểu hỗ trợ phù hợp về chỗ ở. Cần quan tâm lắng nghe ý kiến của những nhóm hoặc cá nhân thành viên thường xuyên ở nhà hơn và của những người có nhu cầu đặc biệt về khả năng tiếp cận không gian đó. Việc đánh giá các mẫu nhà ở phổ biến hiện có tại địa phương có thể là những thông tin cơ sở cho vấn đề này. Cần làm cho các hộ gia đình hiểu rõ lợi hại của những cách thức thi công cũng như của những vật liệu xây dựng "mới" lạ lẫm dùng để chứng tỏ vị thế xã hội của hộ gia đình (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 tại trang 55).

7. ***Điều kiện khí hậu nóng, ẩm:*** Chỗ ở cần được bố trí và thiết kế theo hướng đảm bảo thoáng gió nhất và giảm thiểu tác động của ánh nắng mặt trời. Mái nhà cần có độ dốc hợp lý để thoát nước mưa và phải có mái hiên rộng, ngoại trừ ở những nơi gió to có thể làm tốc mái. Cần xây dựng bằng vật liệu nhẹ vì cần thoáng mát. Đảm bảo tiêu thoát nước mặt xung quanh chỗ ở một cách hợp lý cùng với việc tôn cao nền để giảm thiểu nguy cơ nước tràn vào trong nhà.

8. ***Điều kiện khí hậu khô, nóng:*** Cần xây dựng bằng vật liệu nặng để đảm bảo giữ ẩm tốt, giúp cho sự thay đổi nhiệt độ trong nhà giữa ngày và đêm, hoặc bằng vật liệu nhẹ nhưng có lớp cách nhiệt tốt. Cần quan tâm đến việc thiết kế kết cấu xây dựng bằng vật liệu nặng ở những khu vực có rủi ro địa chấn. Nếu chỉ có tấm nhựa hoặc lều bạt thì cần phải làm mái hai lớp có thông gió giữa hai lớp để chống nóng. Vị trí mở cửa ra vào và cửa sổ nên tránh hướng gió thường thổi sẽ giảm thiểu được tác động của gió nóng và sự hấp nóng xung quanh nhà. Cần lát sàn đến tận chân tường bao để giảm thiểu bụi và sự xâm nhập của các trung gian truyền bệnh.

9. ***Điều kiện khí hậu lạnh:*** Đối với những chỗ ở có người ở nhà cả ngày thì nên xây dựng bằng vật liệu nặng với khả năng giữ nhiệt tốt. Các công trình xây dựng mỏng nhẹ có khả năng giữ nhiệt thấp và cách nhiệt tốt sẽ thích

hợp hơn với những chỗ ở mà người ở chỉ về nhà vào ban đêm. Giảm thiểu gió lùa, nhất là ở nơi mở cửa sổ và cửa ra vào để đảm bảo sự dễ chịu, đồng thời đảm bảo thông gió cho khu có thiết bị sưởi ấm hoặc bếp nấu. Bếp đun hoặc các thiết bị sưởi ấm khác rất quan trọng và phải phù hợp với chỗ ở. Cần phân tích, đánh giá và giảm nhẹ những rủi ro hỏa hoạn tiềm ẩn từ việc sử dụng bếp đun và lò sưởi (xem Tiêu chuẩn 4 - Các mặt hàng phi lương thực, trang 286). Cần có hệ thống tiêu thoát nước mặt xung quanh nhà và tôn cao nền nhà để giảm thiểu nguy cơ nước mưa hay tuyết tan tràn vào nhà. Giảm thiểu sự mất nhiệt của cơ thể qua sàn nhà bằng cách đảm bảo sàn nhà được cách nhiệt qua lớp thảm, đệm mút hoặc giường (xem Tiêu chuẩn 2 - Các mặt hàng phi lương thực, trang 283).

10. ***Thông gió và kiểm soát các trung gian truyền bệnh:*** Cần tạo sự thông gió bên trong các nhà ở hộ gia đình và các tòa nhà công cộng như trường học, cơ sở y tế, để đảm bảo môi trường trong lành, giảm thiểu tác động của khói bếp và các bệnh liên quan về mắt và nhiễm trùng đường hô hấp, đồng thời hạn chế nguy cơ truyền bệnh như lao phổi lây truyền qua nước bọt. Cần tìm hiểu về các tập quán xây dựng ở địa phương, mẫu nhà ở của dân cư di tản và việc lựa chọn vật liệu xây dựng để làm cơ sở cho việc đề ra biện pháp kiểm soát các trung gian truyền bệnh (xem Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu – kiểm soát các bệnh truyền nhiễm tại trang 324, và Tiêu chuẩn 1-3 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh tại trang 111-116).

Tiêu chuẩn 4 về Chỗ ở và nơi định cư: Xây dựng

Giải pháp xây dựng phải phù hợp với năng lực, kiến thức chuyên môn, vật liệu và các tập quán xây dựng an toàn của địa phương và phát huy tối đa sự tham gia của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa, đồng thời đảm bảo các cơ hội kiếm sống tại địa phương.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thu hút sự tham gia của người dân, các nhà chuyên môn về xây dựng và các cơ quan chức năng có liên quan tại địa phương vào việc thống nhất các tập quán, vật liệu và kiến thức chuyên môn phù hợp về xây dựng an toàn, từ đó tối đa hóa các cơ hội kiếm sống tại địa phương (xem Hướng dẫn 1-3).
- Đảm bảo để những người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa nhưng không có khả năng, điều kiện hoặc cơ hội tiến hành những hoạt động liên quan đến xây dựng, có thể tiếp cận với sự hỗ trợ hoặc giúp đỡ khác (xem Hướng dẫn 1-3).

- Giảm thiểu khả năng bị tổn thương và các rủi ro cho công trình thông qua việc xây dựng và lựa chọn vật liệu sao cho phù hợp (xem Hướng dẫn 4-5).
- Đáp ứng các tiêu chuẩn về vật liệu và tiêu chuẩn chất lượng thi công đã được thống nhất (xem Hướng dẫn 5-6).
- Quản lý việc cung cấp vật liệu, lao động, hỗ trợ kỹ thuật và phê chuẩn về mặt pháp lý qua các tập quán đấu thầu, mua sắm và quản lý thi công thích hợp (xem Hướng dẫn 7).
- Tạo điều kiện cho việc bảo trì và nâng cấp chỗ ở của các hộ gia đình bằng cách sử dụng các công cụ và nguồn lực sẵn có tại địa phương (xem Hướng dẫn 8).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Toàn bộ quá trình thi công tương ứng với các tiêu chuẩn và tập quán xây dựng an toàn đã được thống nhất (xem Hướng dẫn 2-7).
- Các hoạt động thi công thể hiện sự tham gia của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và sự gia tăng tối đa các cơ hội kiếm sống tại địa phương (xem Hướng dẫn 1-2, 8).

Hướng dẫn

1. ***Sự tham gia của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa:*** Sự tham gia của nhóm dân cư bị ảnh hưởng vào những hoạt động liên quan đến chỗ ở và nơi định cư có thể dựa trên thông tin từ những tập quán hiện tại làm cơ sở cho việc quy hoạch, xây dựng và bảo trì nhà ở và nơi định cư. Các chương trình đào tạo kỹ năng và chương trình dạy nghề có thể làm tăng tối đa cơ hội tham gia của những người này trong quá trình thi công, nhất là đối với những người chưa có những kỹ năng hoặc kinh nghiệm cần thiết về xây dựng. Nên khuyến khích phụ nữ ở mọi độ tuổi tham gia các hoạt động đào tạo và các hoạt động liên quan đến chỗ ở và dựng chỗ ở. Sự đóng góp của những người ít có khả năng làm công việc chân tay hoặc những công việc đòi hỏi có kiến thức chuyên môn kỹ thuật có thể bao gồm việc giám sát công trường, quản lý kho hàng, chăm sóc trẻ em, lưu trú tạm thời hoặc chuẩn bị đồ ăn cho những người làm việc trên công trường xây dựng và hỗ trợ hành chính. Các yêu cầu khác về thời gian và sức lao động của nhóm dân cư bị ảnh hưởng cũng cần được xem xét. Sự trợ giúp của các nhóm tình nguyện hoặc nhân lực theo hợp đồng có thể bổ trợ cho sự tham gia của từng hộ gia đình. Sự hỗ trợ đó rất quan trọng cho những gia đình mà chủ hộ là phụ nữ, bởi vì phụ nữ có thể bị lạm dụng và bóc lột tình dục khi tìm kiếm sự giúp đỡ (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 tại trang 55, Nguyên tắc Bảo vệ 2 tại trang 36 và Tiêu chuẩn 5 về Các mặt hàng phi lương thực tại trang 288). Những người có khó khăn trong việc đi lại, người lớn tuổi và những

đối tượng khác không có khả năng làm các công việc về xây dựng cũng cần được trợ giúp.

2. ***Chuyên môn kỹ thuật và kinh nghiệm:*** Chuyên môn về quản lý, thi công và thiết kế kỹ thuật phù hợp có thể sẽ bổ trợ cho các kỹ năng và sự hiểu biết của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, đồng thời cung cấp kinh nghiệm về các quy trình kỹ thuật và pháp quy đã được thiết lập (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 6, trang 72). Ở những địa bàn dễ xảy ra thảm họa theo mùa hay theo chu kỳ, sự tham gia của những chuyên viên kỹ thuật đã có kinh nghiệm từ trước về các giải pháp phù hợp của địa phương hoặc về những tập quán tốt nhất đã thống nhất có thể cung cấp những thông tin cơ bản cho việc thiết kế và quá trình thi công.
3. ***Tìm nguồn vật liệu và lao động:*** Việc cung cấp một cách nhanh chóng các giải pháp về chỗ ở hay các vật liệu và dụng cụ lao động (từng mục hoặc từng gói) có thể giúp người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa tự mình dựng hay thi công lấy chỗ ở. Ở những nơi điều kiện cho phép, cần hỗ trợ tạo việc làm tại địa phương thông qua mua sắm vật liệu ngay tại địa phương và thuê nhân công địa phương làm các công việc tay chân hay chuyên môn sau khi đã đánh giá và phân tích thị trường. Nếu như việc tìm nguồn vật liệu tại địa phương có chiều hướng gây ảnh hưởng tiêu cực đáng kể đến kinh tế địa phương hoặc đến môi trường thiên nhiên, thì có thể cần đến những phương án như: phải sử dụng nhiều nguồn; chuyển đổi vật liệu hoặc quy trình sản xuất; tìm nguồn vật liệu trong khu vực hoặc quốc tế; hay các hệ thống nhà ở thuộc sở hữu riêng (xem Tiêu chuẩn 5 về Chỗ ở và nơi định cư, trang 277). Nên khuyến khích việc tái sử dụng những vật liệu thu nhặt được từ các tòa nhà bị hư hại, sau khi đã xác định được chủ nhân của những vật liệu đó.
4. ***Phòng ngừa thảm họa và giảm bớt rủi ro:*** Tính bền vững của công trình xây dựng cần phù hợp với các điều kiện khí hậu và thiên tai quen thuộc, đồng thời cần xem xét những điều chỉnh nhằm đối phó với ảnh hưởng của biến đổi khí hậu tại địa phương. Trên cơ sở tham vấn nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và các cơ quan chức năng liên quan, cần áp dụng một số điều chỉnh cần thiết trong các tiêu chuẩn hoặc các tập quán xây dựng sau thảm họa.
5. ***Thiết kế và xây dựng các tòa nhà công cộng đảm bảo an toàn:*** Các tòa nhà công cộng tạm thời hay lâu dài chẳng hạn như trường học và cơ sở y tế, cần được xây dựng hoặc sửa chữa để có thể chống chịu với thiên tai và đảm bảo sự an toàn và để mọi người có thể tiếp cận được. Các tòa nhà này cần tuân theo các thủ tục và tiêu chuẩn cụ thể về xây dựng của ngành đã được thông qua, trong đó có các yêu cầu về khả năng tiếp cận đối với những người có khó khăn trong việc đi lại, nhìn hoặc giao tiếp. Việc sửa chữa hoặc xây mới các tòa nhà như vậy cần được tiến hành với sự tư vấn của các cơ quan chức năng và cần căn cứ vào các kế hoạch bảo trì, giá cả hợp lý và các cơ sở hạ

tầng đã được chấp nhận. (xem Các Tiêu chuẩn tối thiểu của INEE về giáo dục: Chuẩn bị sẵn sàng, ứng phó và phục hồi).

6. ***Tiêu chuẩn xây dựng:*** Cần thỏa thuận với các cơ quan chức năng có liên quan về các tiêu chuẩn và hướng dẫn xây dựng để có thể đáp ứng những yêu cầu chủ yếu về an toàn và hiệu quả. Ở những nơi mà các quy tắc xây dựng của quốc gia hay của địa phương chưa được tuân thủ triệt để hoặc chưa được cưỡng chế thi hành thì cần thỏa thuận tuân thủ từng bước, thể hiện bản sắc văn hóa về nhà ở của địa phương, các điều kiện khí hậu, nguồn lực, năng lực xây dựng và bảo trì, khả năng tiếp cận và tính khả thi về kinh tế.
7. ***Quản lý xây dựng và mua sắm vật liệu:*** Cần xây dựng một lịch biểu thi công để lên kế hoạch các hoạt động. Lịch biểu này sẽ bao gồm những mốc quan trọng như thời điểm hoàn thành, việc bố trí lại nhóm dân cư di tản vào những khu định cư và nhà ở cụ thể và thời điểm bắt đầu các hình thái thời tiết theo mùa. Cũng cần thiết lập hệ thống quản lý xây dựng và mạng lưới cung cấp vật liệu, lao động, giám sát hiện trường và một chuỗi cung ứng nhạy bén, hiệu quả và có trách nhiệm. Nó còn bao gồm việc tìm nguồn, mua sắm vật liệu, chuyên chở, giao nhận và quản lý, từ điểm cung ứng đến nơi xây dựng (xem Tiêu chuẩn 4 về An ninh lương thực – hỗ trợ lương thực, trang 196).
8. ***Nâng cấp và bảo trì:*** Do những biện pháp ứng phó ban đầu về chỗ ở thường chỉ cung cấp mức tối thiểu không gian khép kín và vật liệu hỗ trợ, nên nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa sẽ phải tìm thêm phương cách mở rộng quy mô hoặc tăng chất lượng khoảng không gian khép kín đã được cấp. Cách thức thi công và vật liệu sử dụng có thể cho phép các hộ gia đình bảo trì và từng bước nâng cấp hoặc điều chỉnh chỗ ở sao cho đáp ứng được nhu cầu dài hạn của họ thông qua việc sử dụng các cụng cụ lao động và vật liệu có sẵn tại địa phương (xem Tiêu chuẩn 5 về Các mặt hàng phi lương thực, trang 288).

Tiêu chuẩn 5 về Chỗ ở và nơi định cư: Tác động về môi trường

Tác động tiêu cực về môi trường có thể được giảm thiểu nhờ các giải pháp về chỗ ở và nơi định cư cho các gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa, về tìm kiếm nguồn vật liệu và về sử dụng các kỹ thuật xây dựng phù hợp.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Đánh giá và phân tích tác động tiêu cực của thảm họa đối với môi trường tại địa phương cũng như các rủi ro và tình trạng dễ bị xâm hại về môi trường (xem Hướng dẫn 1).

- Xem xét quy mô của các nguồn tài nguyên thiên nhiên của địa phương khi xây dựng kế hoạch định cư tạm thời hay lâu dài cho nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 1-3).
- Quản lý nguồn tài nguyên thiên nhiên của địa phương nhằm đáp ứng nhu cầu hiện tại và tương lai của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Hướng dẫn 1-3).
- Giảm thiểu tác động tiêu cực có thể nảy sinh từ việc sản xuất và cung ứng vật liệu xây dựng và từ quá trình thi công đối với nguồn tài nguyên thiên nhiên của địa phương (xem Hướng dẫn 3-4).
- Giữ lại cây cối và thảm thực vật ở những nơi có thể, nhằm gia tăng khả năng giữ nước, giảm thiểu tình trạng xói mòn đất và tạo bóng mát (xem Hướng dẫn 5).
- Sau khi không còn cần sử dụng làm nơi ở khẩn cấp, địa điểm lập nhà ở tập trung hoặc lều trại tạm cư thì khu vực đó phải được trả lại điều kiện ban đầu, trừ phi có phương án khác (xem Hướng dẫn 6).

Các chỉ số chính

- Khi quy hoạch khu định cư cho người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa, dù là trở về nơi ở cũ hay tạm cư tập thể, cần giảm nhẹ hoặc hạn chế đến mức thấp nhất tác động tiêu cực đối với môi trường (xem Hướng dẫn 1-6).
- Trong quá trình xây dựng và tìm nguồn vật liệu cho tất cả các giải pháp về chỗ ở cần giảm nhẹ và hạn chế đến mức thấp nhất tác động tiêu cực đến môi trường (xem Hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. ***Đánh giá môi trường:*** Nên đánh giá tác động của thảm họa đối với môi trường thiên nhiên để cung cấp thông tin cho hoạt động cứu trợ và giảm nhẹ ảnh hưởng. Việc quản lý kém các nguồn tài nguyên môi trường cũng có thể gây ra thiên tai chẳng hạn như sụt lở đất. Hoặc thiên tai cũng có thể xảy ra do những rủi ro hoặc tình trạng dễ bị tổn thương của môi trường hiện có, như lũ lụt theo mùa ở những vùng đất thấp hoặc tình trạng thiếu các nguồn tài nguyên môi trường an toàn có thể khai thác được. Nhận thức được những rủi ro này là rất quan trọng để cung cấp thông tin cho việc quy hoạch nơi định cư và đảm bảo rằng các nguy cơ và tác động của biến đổi khí hậu đều được xem là một phần của hoạt động cứu trợ.
2. ***Tính bền vững và việc quản lý các nguồn tài nguyên môi trường:*** Ở những nơi mà nguồn tài nguyên môi trường không đủ để đáp ứng với tốc độ gia tăng dân số thì cần phải hạn chế các hoạt động thiếu bền vững đối với môi trường thiên nhiên. Những nơi có nguồn tài nguyên thiên nhiên thì những khu định cư chung tạm thời cũng cần được quản lý theo hướng giảm đến mức thấp nhất sự phương hại đến môi trường. Cần cung cấp và quản lý nguồn cung chất đốt bền vững và các phương án chăn thả vật nuôi, sản xuất nông nghiệp và những hoạt động hỗ trợ sinh kế khác dựa vào nguồn tài nguyên thiên nhiên. Số lượng khu định cư ít đi nhưng quy mô rộng hơn và được quản lý tốt sẽ bền vững hơn về mặt môi trường so với số lượng khu định cư nhiều nhưng quy mô giảm đi và bố trí phân tán khiến cho việc quản lý, giám sát trở nên khó khăn hơn. Cũng cần xem xét các tác động đến nhu cầu về nguồn tài nguyên môi trường của những người tiếp nhận các hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa hoặc ở gần các khu vực bị ảnh hưởng bởi thảm họa.
3. ***Giảm nhẹ tác động dài hạn đối với môi trường:*** Việc quản lý các nguồn tài nguyên môi trường nên được xem xét ở tất cả các cấp lập kế hoạch. Ở những nơi mà nhu cầu cung cấp chỗ ở cho người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có tác hại đối với môi trường thiên nhiên, ví dụ phải cố gắng làm giảm thiểu các tác động dài hạn làm cạn kiệt các nguồn tài nguyên thiên nhiên của địa phương, bằng các hoạt động bổ trợ về quản lý và phục hồi môi trường. Cần tham khảo ý kiến của các cơ quan chức năng về môi trường có liên quan.
4. ***Tìm kiếm nguồn vật liệu xây dựng:*** Cần đánh giá tác động môi trường của các hoạt động khai thác nguồn tài nguyên như nước, gỗ xây dựng, cát, đất và bãi cỏ cũng như chất đốt để nung gạch và ngói lợp. Cần xác định rõ người sử dụng thường xuyên, tỷ lệ khai thác và tái tạo, quyền sở hữu hoặc kiểm soát các nguồn tài nguyên đó. Các nguồn cung thay thế hoặc bổ sung có thể hỗ trợ kinh tế địa phương và giảm tác động tiêu cực lâu dài về môi trường. Cần khuyến khích việc sử dụng nhiều nguồn vật liệu và tái sử dụng các vật liệu cũ và các quy trình sản xuất và vật liệu thay thế (như sử dụng các khối đất được gia cố). Đồng thời, nên kết hợp các biện pháp trên với biện pháp giảm nhẹ ảnh hưởng, chẳng hạn khôi phục và trồng lại cây, cỏ.
5. ***Xói mòn:*** Các giải pháp về chỗ ở và nơi định cư cần được quy hoạch để đảm bảo giữ được cây cối và thảm thực vật khác nhằm ổn định nền đất, giữ bóng mát và tránh tác động của thời tiết. Đường sá, hệ thống tiêu thoát nước phải được quy hoạch để tận dụng các điều kiện tự nhiên nhằm giảm thiểu tình trạng xói mòn và ngập lụt. Nếu không thể thực hiện được điều này thì cần đưa ra các biện pháp phù hợp nhằm kiểm chế tình trạng xói mòn bằng cách đào kênh thoát nước, làm cống ngầm hoặc đắp bờ đất có trồng cây để giữ nước (xem Tiêu chuẩn 1 về thoát nước, trang 122).
6. ***Bàn giao:*** Việc tái tạo môi trường thiên nhiên cần được tăng cường ở trong và xung quanh các khu tạm cư tập thể bằng các biện pháp phục hồi môi trường phù hợp trong thời gian tạm cư. Cần quản lý tốt việc chấm dứt cư trú đối với một số khu định cư để đảm bảo việc thu dọn toàn bộ vật liệu hoặc rác thải không tái sử dụng được hoặc những vật liệu gây hại cho môi trường thiên nhiên.

2. Các mặt hàng phi lương thực: Quần áo, chăn màn và đồ gia dụng

Quần áo, chăn màn, giường chiếu là để đáp ứng nhu cầu cá nhân của con người nhằm chống chọi với khí hậu và đảm bảo sức khỏe, sự riêng tư và nhân phẩm. Các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần có các hàng hóa và vật dụng cơ bản cho chỗ ở của mình để có thể nấu nướng, ăn uống, sưởi ấm, đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân cũng như để xây dựng, bảo dưỡng hoặc sửa chữa nhà ở (xem Tiêu chuẩn 2 về Tuyền truyền vệ sinh tại trang 94 và Tiêu chuẩn 1 về Cung cấp nước tại trang 97).

Nên đánh giá và hỗ trợ những nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa – dù họ trở về nơi ở cũ hay ở nhờ tại các gia đình khác hoặc ở trong các khu tạm cư tập thể - các hàng hóa phi lương thực cho cá nhân và cho hộ gia đình một cách phù hợp và căn cứ vào nhu cầu. Nhu cầu này cần được đánh giá và đáp ứng một cách thỏa đáng. Những nhóm dân cư ít bị ảnh hưởng bởi thảm họa, chẳng hạn những gia đình tiếp nhận những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa, có thể cũng cần được hỗ trợ các mặt hàng phi lương thực để bù vào những khoản phải chi thêm khi có gia đình khác đến ở cùng hoặc bù vào những thiệt hại do ảnh hưởng của thảm họa đến kinh tế địa phương và đến khả năng tiếp cận các mặt hàng đó.

Mặc dù việc hỗ trợ bằng hiện vật là các mặt hàng phi lương thực thường là hoạt động cứu trợ phổ biến, song cần cân nhắc việc cung cấp tiền mặt hay phiếu mua hàng để mua các mặt hàng này ở những nơi mà thị trường địa phương vẫn còn hoạt động (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực – hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng, trang 208).

Những mặt hàng dành cho tiêu dùng cá nhân hoặc hộ gia đình thường không cần kèm theo thông tin hoặc chỉ dẫn về cách sử dụng.Tuy nhiên, những thứ để hỗ trợ cho việc sửa chữa hoặc xây dựng nhà ở, như vật liệu xây dựng, bộ dụng cụ gá lắp… lại thường đòi hỏi phải có thêm hướng dẫn kỹ thuật để sử dụng an toàn và hiệu quả. Tương tự như vậy, những thứ đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân cũng cần được hỗ trợ bằng các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh phù hợp (xem Tiêu chuẩn 1-2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 91-94).

Tiêu chuẩn 1 về Các mặt hàng phi lương thực: Các mặt hàng hỗ trợ cá nhân, hộ gia đình và chỗ ở nói chung

Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có đủ các mặt hàng hỗ trợ cho cá nhân, hộ gia đình và chỗ ở nói chung để bảo đảm sức khỏe, nhân phẩm, sự an toàn và sự thoải mái trong cuộc sống.

Tiêu chuẩn 1 về Các mặt hàng phi lương thực: Các mặt hàng hỗ trợ cá nhân, hộ gia đình và chỗ ở nói chung

Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có đủ các mặt hàng hỗ trợ cho cá nhân, hộ gia đình và chỗ ở nói chung để bảo đảm sức khỏe, nhân phẩm, sự an toàn và sự thoải mái trong cuộc sống.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Đánh giá nhu cầu riêng biệt của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa về các mặt hàng phi lương thực (xem Hướng dẫn 1-2 và Tiêu chuẩn 3 về Cung cấp nước, trang 103).
- Xác định những mặt hàng phi lương thực mà người dân có thể tìm mua tại địa phương hoặc có thể tự mua nếu được hỗ trợ bằng tiền mặt hoặc phiếu mua hàng (xem Hướng dẫn 3).
- Cân nhắc tính phù hợp của tất cả các mặt hàng phi lương thực trong toàn bộ gói hàng đã xác định (xem Hướng dẫn 4).
- Lên kế hoạch phân phối tất cả các mặt hàng phi lương thực một cách trật tự, minh bạch và công bằng (xem Hướng dẫn 5).
- Cung cấp chỉ dẫn, hướng dẫn kỹ thuật hoặc tuyên truyền việc sử dụng các mặt hàng hỗ trợ chỗ ở đúng quy cách (xem Hướng dẫn 6).
- Lên kế hoạch bổ sung thêm hàng phi lương thực cho các nhóm dân cư di tản với thời gian lâu hơn (xem Hướng dẫn 7).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các nhu cầu đã đánh giá về các mặt hàng phi lương thực của toàn bộ nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa được đáp ứng.

Hướng dẫn

1. ***Đánh giá nhu cầu:*** Cần xác định nhu cầu riêng đối với các vật dụng cá nhân (như quần áo và vệ sinh cá nhân), các vật dụng chung cho hộ gia đình (như nơi bảo quản và chế biến lương thực, thực phẩm), cũng như các vật dụng hỗ trợ chỗ ở (như tấm nhựa, vải bạt, dây thừng, các công cụ hoặc vật liệu xây dựng cơ bản). Cần có sự phân biệt giữa nhu cầu cá nhân và nhu cầu tập thể, đặc biệt là về nấu nướng và chất đốt. Cần chỉ ra những nhu cầu về các mặt hàng phi lương thực có thể đáp ứng được bằng cách sử dụng những sản phẩm quen thuộc từ nguồn địa phương. Cần xem xét và lưu ý nhu cầu về hộp, túi đựng hoặc đồ đóng gói tương tự để chứa và chuyên chở các đồ

dùng của cá nhân và hộ gia đình di tản và đây được xem là một phần trong gói hỗ trợ các mặt hàng phi lương thực. Việc cung cấp các mặt hàng này phải là một nhóm trong kế hoạch tổng thể ứng phó với thảm họa (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1-3 tại trang 55-61 và Tiêu chuẩn 1 về Nơi định cư tại trang 261).

2. ***Các cơ sở cộng đồng:*** Các mặt hàng phi lương thực cần được cung cấp một cách phù hợp cho các trường học và các cơ sở khác dành cho cộng đồng, để hỗ trợ vệ sinh cá nhân, sức khỏe, chế biến thực phẩm và nấu nướng, v.v... Trẻ em cần được tiếp cận các đồ dùng học tập và vui chơi. Giữa ngành giáo dục và ngành y tế, cần thiết lập mối liên hệ để đảm bảo các thông điệp về vệ sinh và y tế, hỗ trợ cho việc sử dụng đúng cách các mặt hàng phi lương thực (xem Tiêu chuẩn 1-2 về khuyến khích thực hành vệ sinh tại trang 91-94 và Các Tiêu chuẩn tối thiểu của INEE trong giáo dục: Chuẩn bị sẵn sàng, ứng phó, phục hồi).

3. ***Tìm nguồn hàng phi lương thực:*** Thảm họa ảnh hưởng đến nền kinh tế địa phương nên thường đòi hỏi phải tìm nguồn hàng phi lương thực ở những nơi khác và phân phối trực tiếp đến từng cá nhân, hộ gia đình hoặc cộng đồng. Nếu trong báo cáo đánh giá nhu cầu ban đầu có phần phân tích nhanh thị trường thì phần này có thể xác định liệu có thể tìm nguồn hàng phi lương thực quen thuộc tại địa phương hay phải tìm ở những khu vực lân cận, không bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Ở những nơi mà kinh tế địa phương vẫn còn hoạt động hoặc có thể vẫn hoạt động nếu có thêm sự hỗ trợ bằng việc tìm nguồn hoặc việc quản lý chuỗi cung ứng, việc hỗ trợ tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng cho những nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa sẽ tạo điều kiện để họ có thể quản lý nhu cầu của chính họ về hàng cứu trợ (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực – hỗ trợ tiền mặt và phiếu trả tiền, trang 208). Cần lên kế hoạch cho các hoạt động cứu trợ để đảm bảo cho những người dễ bị tổn thương không bị thiệt thòi và các nhu cầu cứu trợ đều được đáp ứng.

4. ***Gói hàng cứu trợ:*** Các mặt hàng phi lương thực thường được đóng gói và xếp vào trong các kho hàng, căn cứ vào các chi tiết về tiêu chuẩn và thành phần. Số lượng và chi tiết cụ thể của các mặt hàng phi lương thực trong một gói hàng cứu trợ dành cho hộ gia đình cần được cân nhắc trên cơ sở tham khảo số người thường có trong mỗi hộ gia đình, độ tuổi, giới tính và sự có mặt của những người có nhu cầu cụ thể, đồng thời tham khảo sự chấp nhận trên phương diện văn hóa đối với những mặt hàng này.

5. ***Phân phát hàng cứu trợ:*** Khi tiến hành phân phát hàng cứu trợ, nên xây dựng kế hoạch cụ thể và cần tham vấn ý kiến của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa để đảm bảo công bằng và hiệu quả. Cần thông báo đầy đủ tới người dân về việc phân phát, đăng ký hoặc đánh giá nào cần họ tham gia. Cần tiến hành việc đăng ký chính thức và phân phát phiếu mua hàng.

Đảm bảo các đối tượng là cá nhân hoặc hộ gia đình dễ bị tổn thương được đưa đầy đủ vào các danh sách nhận hàng cứu trợ và có thể tiếp cận với các thông tin cũng như với chính việc phân phối. Cần lập ra quy trình giải quyết khiếu nại để xử lý bất kỳ mâu thuẫn nào xuất hiện trong quá trình đăng ký hoặc phân phát hàng cứu trợ. Các cơ quan chức năng có liên quan cần được tham khảo ý kiến về địa điểm phân phát thích hợp nhất cho người dân tiếp nhận và chuyên chở an toàn các mặt hàng phi lương thực. Cần tính đến các yếu tố như đoạn đường phải đi bộ, mặt bằng và mức độ thuận tiện, chi phí chuyên chở những thứ cồng kềnh như các vật liệu để xây dựng chỗ ở. Cần thực hiện việc giám sát các đợt phân phối và việc sử dụng các mặt hàng phi lương thực đã được cấp, để đánh giá được mức độ phù hợp và thỏa đáng của cả quy trình phân phối cũng như bản thân các mặt hàng đã phân phối (xem Tiêu chuẩn 5 về An ninh lương thực – hỗ trợ lương thực, trang 200).

6. ***Tuyên truyền vận động, chỉ dẫn và hướng dẫn kỹ thuật:*** Đồ dùng cho cá nhân và cho cả hộ gia đình phải là những thứ quen thuộc để người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có thể sử dụng mà không cần hướng dẫn thêm. Tuy nhiên, vẫn cần có hướng dẫn kỹ thuật và những chỉ dẫn thích hợp khi cung cấp những thứ để hỗ trợ về chỗ ở như vật liệu xây dựng, bộ dụng cụ gá lắp (xem Tiêu chuẩn 5 về Các mặt hàng phi lương thực, trang 288). Khi đóng gói có thể kèm theo sơ đồ đơn giản hướng dẫn cách sử dụng an toàn các vật dụng này trong việc sửa chữa hoặc xây cất một chỗ ở phù hợp và an toàn. Cần thu hút sự tham gia của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa và các chuyên gia xây dựng địa phương vào các hoạt động nâng cao nhận thức tại chỗ (ví dụ, việc sửa chữa hoặc dựng nhà ở mẫu) để hiểu rõ hơn về các kỹ thuật thi công cần thiết. Cần chỉ rõ với những người tham gia vào các hoạt động xây dựng bất cứ khiếm khuyết nào về thiết kế và thi công nhà ở trước thảm họa có thể đã dẫn đến sự hư hại hoặc đổ nát, cũng như những ví dụ về những ngôi nhà tốt tại địa phương đã đứng vững trước thảm họa.

7. ***Bổ sung hàng cứu trợ:*** Việc lập kế hoạch phân phối hàng cứu trợ cần xem xét tốc độ tiêu dùng, thời gian sử dụng căn cứ vào tốc độ đó và khả năng của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa trong việc bổ sung các mặt hàng đó.

Tiêu chuẩn 2 về Các mặt hàng phi lương thực: Quần áo và chăn màn

Nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có đủ quần áo, chăn, màn, giường chiếu để đảm bảo nhân phẩm, sức khỏe và an toàn và dễ chịu.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định rõ những nhu cầu riêng về trang phục của phụ nữ và nam giới ở mọi lứa tuổi, trong đó có trẻ em và những đối tượng dễ bị xâm hại hoặc bị

thiệt thòi, đồng thời đảm bảo cho họ quyền được tiếp cận những vật dụng cần thiết đúng kích cỡ của họ và phù hợp với văn hóa, điều kiện thời tiết và khí hậu (xem Hướng dẫn 1-5).

- Xác định rõ nhu cầu về chăn màn và giường chiếu của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và đảm bảo cho họ có quyền tiếp cận với chăn màn và giường chiếu cần thiết để đủ ấm và thu xếp được chỗ ngủ phù hợp (xem Hướng dẫn 2-5).
- Đánh giá nhu cầu sử dụng màn ngủ đã được xử lý bằng thuốc chống côn trùng và cung cấp theo yêu cầu (xem Tiêu chuẩn 1-3 về Các trung gian truyền bệnh, trang 111-116).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Mọi phụ nữ, nam giới, trẻ em dù gái hay trai đều có ít nhất hai bộ trang phục đầy đủ, đúng kích cỡ, phù hợp về mặt văn hóa, mùa và khí hậu (xem Hướng dẫn 1-5).
- Mọi người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa đều có đủ bộ chăn màn, giường chiếu, màn ngủ đã qua xử lý bằng thuốc chống côn trùng ở nơi cần thiết đảm bảo đủ ấm và thu xếp được chỗ ngủ phù hợp (xem Hướng dẫn 2-5 và Tiêu chuẩn 1-3 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh, trang 111-116).

Hướng dẫn

1. ***Thay đổi quần áo:*** Mọi người đều cần có đủ quần áo để thay đổi nhằm đảm bảo đủ ấm, nhân phẩm, sức khỏe và sự thoải mái trong cuộc sống. Cần có ít nhất có hai bộ quần áo nhất là đồ lót, để có thể thay giặt.
2. ***Tính phù hợp:*** Trang phục (bao gồm cả giày dép) phải phù hợp với điều kiện khí hậu, tập quán văn hóa và đúng kích cỡ yêu cầu. Trẻ em dưới hai tuổi cần có thêm một chăn đắp, ngoài việc có đủ quần áo phù hợp. Chăn màn cần phản ánh tập quán văn hóa và đủ về số lượng để có thể thu xếp chỗ ngủ riêng khi cần.
3. ***Khả năng giữ ấm:*** Cần quan tâm đến các đặc tính năng giữ nhiệt của quần áo, chăn màn cũng như ảnh hưởng của điều kiện khí hậu ẩm ướt đến khả năng giữ nhiệt của các vật dụng này. Cần xem xét việc kết hợp trang phục với chăn màn để đảm bảo đáp ứng yêu cầu về mức độ giữ ấm. Sử dụng thảm cách nhiệt để chống mất nhiệt cơ thể do tiếp xúc với nền đất có thể hiệu quả hơn là cung cấp thêm chăn đắp.
4. ***Độ bền***: Quần áo và chăn màn phải đủ bền chắc để có thể sử dụng thường xuyên và lâu dài.
5. ***Các nhu cầu cụ thể:*** Những đối tượng dễ bị rủi ro nhất cần có thêm quần áo và chăn màn đáp ứng nhu cầu của họ. Số đối tượng này bao gồm những người có hệ bài tiết kém, những người bị bệnh mãn tính, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú, người lớn tuổi và những người có khó khăn về đi lại. Trẻ em, những người có khó khăn về đi lại và người lớn tuổi là những đối tượng dễ bị mất nhiệt, do vậy họ cần có thêm quần áo, chăn đắp, v.v... để giữ ấm ở mức độ thích hợp. Do có hạn chế trong việc đi lại nên những người lớn tuổi, người đau ốm hoặc tàn tật sẽ cần được quan tâm đặc biệt, chẳng hạn được cấp thêm đệm hoặc giường nâng lên hạ xuống được.

Tiêu chuẩn 3 về Các mặt hàng phi lương thực: Dụng cụ nấu nướng và ăn uống

Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có dụng cụ nấu nướng và ăn uống phù hợp về mặt văn hóa để chế biến và bảo quản thức ăn, để nấu nướng và ăn uống.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định nhu cầu của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa trong việc chế biến và bảo quản thức ăn, nấu nướng và ăn uống, cũng như tạo điều kiện để họ có được các dụng cụ phù hợp về mặt văn hóa theo yêu cầu (xem Hướng dẫn 1-2).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Mỗi hộ gia đình hay mỗi nhóm 4-5 người có hai nồi nấu lớn có tay cầm và nắp vung, một khay để chế biến hay đựng thức ăn, một dao làm bếp và hai cái muôi để múc thức ăn (xem Hướng dẫn 1-2).
- Mỗi người bị ảnh hưởng bởi thảm họa có một đĩa sâu lòng đựng thức ăn, một chiếc thìa hay các dụng cụ khác để ăn uống và một cốc hay ca dùng để uống nước (xem Hướng dẫn 1-2).

Hướng dẫn

1. ***Tính phù hợp:*** Các dụng cụ nấu nướng và ăn uống cần phải phù hợp về mặt văn hóa và bảo đảm an toàn khi sử dụng. Phụ nữ hay những người thường chịu trách nhiệm khi chế biến thức ăn cần được tham khảo ý kiến khi lựa chọn các vật dụng. Số lượng các dụng cụ nhà bếp được xác định dựa trên thông tin về các tập quán văn hóa chẳng hạn việc mỗi gia đình trong một căn hộ có một bộ đồ nấu nướng và ăn uống khác nhau hoặc việc chế biến cần các dụng cụ khác nhau, v.v... Dụng cụ nấu nướng và ăn uống cần phải có kích cỡ phù hợp với người lớn tuổi, người khuyết tật và trẻ em.

2. ***Vật liệu:*** Các loại dụng cụ bằng nhựa (xô, bát, can xách nước, thùng đựng nước, v.v...) phải được làm bằng nhựa có chất lượng tốt. Các dụng cụ bằng kim loại (thìa, dĩa, bát, đĩa, cốc uống nước, v.v...) phải làm bằng thép không gỉ hoặc làm bằng kim loại tráng men.

Tiêu chuẩn 4 về Các mặt hàng phi lương thực: Bếp đun, chất đốt và chiếu sáng

Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có quyền được sử dụng một bếp đun an toàn, tiết kiệm chất đốt và nguồn cung cấp chất đốt dễ dàng tiếp cận hay nguồn năng lượng gia dụng, hay tiếp cận được các phương tiện nhà bếp phổ biến. Mỗi hộ gia đình cũng cần có các phương tiện chiếu sáng nhân tạo phù hợp để bảo đảm an toàn cá nhân.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định và đáp ứng nhu cầu nấu ăn và sưởi ấm nhà của các hộ gia đình bằng cách bảo đảm khả năng tiếp cận các bếp đun an toàn, tiết kiệm chất đốt và một nguồn cung cấp chất đốt dễ dàng tiếp cận hay nguồn năng lượng gia dụng, hay các phương tiện nhà bếp chung (xem Hướng dẫn 1).
- Bảo đảm rằng các bếp đun có thể được sử dụng một cách an toàn và rủi ro hỏa hoạn được giảm đến mức thấp nhất (xem Hướng dẫn 2-3).
- Xác định và ưu tiên các nguồn chất đốt hay năng lượng gia dụng bền vững về kinh tế và môi trường (xem Hướng dẫn 4).
- Bảo đảm rằng nguồn chất đốt được cấp và bảo quản một cách an toàn và tin cậy (xem Hướng dẫn 5).
- Xác định và đáp ứng nhu cầu của các hộ gia đình về các thiết bị chiếu sáng nhân tạo bền vững để cung cấp ánh sáng nhân tạo và cung cấp diêm hay một loại nhiên liệu thắp sáng thay thế thích hợp hoặc nến, v.v... (xem Hướng dẫn 6).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Bếp đun tiết kiệm nhiên liệu cùng với nguồn cấp chất đốt hay năng lượng gia dụng theo yêu cầu được người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa sử dụng (xem Hướng dẫn 1-3).
- Không có báo cáo về tai nạn gây thiệt hại cho người dân trong việc sử dụng thường nhật các bếp đun cũng như trong việc cấp và bảo quản chất đốt (xem Hướng dẫn 4-5).

- Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa sử dụng các thiết bị chiếu sáng nhân tạo an toàn và bền vững và có diêm hay các phương tiện thay thế thích hợp để đánh lửa hoặc thắp nến, v.v... (xem Hướng dẫn 6).

Hướng dẫn

1. ***Bếp đun:*** Thiết kế chi tiết của bếp đun cần dựa vào các tập quán tại địa phương. Cần khuyến khích các giải pháp nấu nướng tiết kiệm năng lượng bao gồm việc chuẩn bị củi, phòng ngừa hỏa hoạn, chế biến thức ăn, nấu ăn chung, v.v... Nếu những người di tản được bố trí nhà ở tập thể, các thiết bị bếp và sưởi ấm công cộng sẽ phù hợp hơn so với việc cấp bếp riêng cho từng gia đình để giảm thiểu rủi ro gây ra hỏa hoạn và ô nhiễm khói trong nhà (Xem Tiêu chuẩn 2 về An ninh lương thực - hỗ trợ lương thực, trang 191).
2. ***Thông gió:*** Nên lắp ống thông khói cho các bếp đun đặt ở những nơi khép kín để xả khí thải hay khói ra ngoài một cách an toàn. Cần sử dụng các lỗ thông hơi được bảo vệ trong mọi thời tiết để bảo đảm thông gió tốt và giảm thiểu rủi ro gây ra các vấn đề về đường hô hấp.
3. ***Đề phòng hỏa hoạn***: Cần làm tường/vách ngăn cách an toàn giữa bếp và các nơi sinh hoạt khác của nhà ở. Bếp đun trong nhà cần được đặt trên bệ không bắt lửa và có lớp bọc chống lửa xung quanh ống thông khói ở những nơi mà ống thông khói chạy qua các cấu trúc của khu nhà ở để ra ngoài. Bếp đun cần được đặt ở xa lối ra vào và bảo đảm an toàn khi sử dụng.
4. ***Nguồn chất đốt bền vững:*** Cần quản lý tốt các nguồn cung cấp chất đốt, đặc biệt ở những nơi mà các gia đình tiếp nhận hay láng giềng cũng sử dụng những nguồn này. Cần bổ sung nguồn chất đốt để bảo đảm tính bền vững, chẳng hạn như trồng thêm cây lấy củi để giảm bớt hay tránh việc khai thác củi từ các khu rừng hiện có. Khuyến khích sử dụng các nguồn chất đốt phi truyền thống; ví dụ, sử dụng than đóng bánh làm bằng mùn cưa và các chất liệu hữu cơ, trong trường hợp chất đốt này được chấp nhận bởi các nhóm dân cư bị ảnh hưởng.
5. ***Thu gom và bảo quản chất đốt:*** Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, đặc biệt là phụ nữ và các bé gái, cần được tham khảo ý kiến về địa điểm và phương tiện thu lượm chất đốt để nấu ăn và sưởi ấm nhằm đảm bảo an toàn cá nhân. Cần lưu ý đến nhu cầu thu gom chất đốt của những người dễ bị tổn thương như các hộ do phụ nữ làm chủ hộ, những người phải trông nom người bị đau ốm kinh niên hay người có khó khăn về đi lại. Cần khuyến khích việc sử dụng các chất đốt cần ít sức lao động, trong đó có các bếp đun tiết kiệm chất đốt và các nguồn chất đốt dễ dàng tiếp cận. Các chất đốt cần được bảo quản ở khoảng cách an toàn với bếp đun, và bất kỳ loại chất đốt dạng lỏng nào như dầu hỏa, cần được cất giữ ở những nơi cách xa tầm với của trẻ em.

6. ***Ánh sáng nhân tạo:*** Đèn hay nến là các nguồn chiếu sáng phổ biến và sẵn có, tuy nhiên cần xem xét các nguy cơ gây hỏa hoạn của các nhiên liệu thắp sáng này. Nên cung cấp các loại ánh sáng nhân tạo khác để góp phần bảo đảm an toàn cá nhân ở trong và xung quanh những khu định cư, nếu ở đó không có nguồn ánh sáng công cộng. Cần xem xét việc sử dụng những nguồn thắp sáng nhân tạo tiết kiệm năng lượng, như các đi-ốt phát sáng và cung cấp pin mặt trời để tạo ra nguồn năng lượng điện mang tính cục bộ.

Tiêu chuẩn 5: Các mặt hàng phi lương thực: Công cụ và thiết bị

Khi có trách nhiệm thi công hay bảo dưỡng chỗ ở của mình hoặc khi cần thu dọn các đống đổ nát, người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có khả năng tiếp cận với các công cụ và thiết bị cần thiết và được đào tạo bổ sung.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các gia đình có trách nhiệm thi công an toàn một phần hay toàn bộ nhà ở của mình hay nơi ở chung hoặc thực hiện công việc bảo dưỡng cơ bản và (hoặc) khi tiến hành thu dọn các đống đổ nát, cần có các công cụ và thiết bị để thực hiện an toàn những việc này (xem Hướng dẫn 1-2).
- Bảo đảm rằng các cơ chế phù hợp về việc sử dụng, bảo trì và giữ gìn an toàn các công cụ và thiết bị, trong trường hợp những dụng cụ này được cung cấp cho việc sử dụng công cộng hay sử dụng chung, được người dân nhất trí và biết cách sử dụng (Xem Hướng dẫn 1-2).
- Đào tạo và hướng dẫn nếu cần thiết, về việc sử dụng các công cụ và thiết bị cũng như việc bảo dưỡng và thu dọn các đống đổ nát (xem Hướng dẫn 3).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các hộ gia đình hay các nhóm cộng đồng có công cụ và thiết bị để xây dựng, bảo trì hay thu dọn các đống đổ nát một cách an toàn ở những nơi cần thiết (xem Hướng dẫn 1-2).
- Tất cả các hộ gia đình hay các nhóm cộng đồng đều được tập huấn hoặc hướng dẫn sử dụng công cụ trong việc xây dựng hoặc bảo dưỡng nhà nếu có nhu cầu. (xem Hướng dẫn 3).

Hướng dẫn

1. ***Bộ công cụ điển hình:*** Tùy thuộc vào tập quán địa phương, bộ công cụ cần phải quen thuộc và phù hợp với bối cảnh, có thể bao gồm đinh, dây thép, dây thừng và các dụng cụ để dựng cọc và đo đạc. Cũng nên cung cấp các công cụ và thiết bị sử dụng chung ở những nơi mà những vật dụng này có thể sử dụng cho các tòa nhà công cộng và chỉ cần dùng đến trong một khoảng thời gian ngắn hoặc ở những nơi có ít nguồn lực. Bất kỳ việc sử dụng, bảo trì và bảo vệ an toàn chung nào cũng cần được thỏa thuận trước khi cấp phát.
2. ***Các hoạt động sinh kế:*** Trong trường hợp có thể, dụng cụ và thiết bị được cung cấp cũng cần phù hợp với các hoạt động hỗ trợ sinh kế. Cần giám sát việc sử dụng các công cụ và thiết bị để tránh tác động tiêu cực đến môi trường (như việc khai thác không bền vững hay khai thác trái phép các nguồn tài nguyên thiên nhiên, v.v...) và việc sử dụng các dụng cụ và thiết bị đó cho mục đích chung hay công cộng.
3. ***Hướng dẫn và hỗ trợ kỹ thuật:*** Cần hướng dẫn và nâng cao nhận thức về việc sử dụng an toàn và bảo trì đơn giản các công cụ và thiết bị cho các hoạt động được lên kế hoạch. Với các gia đình có phụ nữ làm chủ hộ và các nhóm dễ bị tổn thương khác có thể cần sự hỗ trợ từ các thành viên khác, trong gia đình, láng giềng hay người làm thuê để tiến hành các nhiệm vụ xây dựng hoặc bảo dưỡng. (xem Tiêu chuẩn 4 về Chỗ ở và nơi định cư, Hướng dẫn 1, trang 274).

Phụ lục 1

Danh mục các vấn đề để đánh giá nhu cầu ban đầu về chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực

Danh mục các câu hỏi này được sử dụng như một bản hướng dẫn và bảng kiểm tra để bảo đảm thu thập được các thông tin cần thiết có giá trị đối với giải pháp nhà ở sau thảm hoạ. Danh mục này không mang tính bắt buộc và cần được sử dụng hay điều chỉnh khi thấy thích hợp. Các thông tin về nguyên nhân cơ bản của thảm họa, tình hình an ninh, tình hình dân số cơ bản của cộng đồng di tản và cộng đồng tiếp nhận và tên những người chủ chốt cần liên lạc đã được tập hợp từ trước (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).

1. Chỗ ở và nơi định cư

Đánh giá và điều phối

- Các tổ chức cứu trợ và các nhà chức trách địa phương đã thiết lập cơ chế phối hợp thống nhất chưa?
- Hiện đã có những số liệu cơ sở nào về nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm hoạ? Hiện có những mối hiểm họa nào, những rủi ro nào về chỗ ở và nơi định cư và những yếu tố nào gây ra tình trạng dễ bị tổn thương?
- Có kế hoạch dự phòng nào cho hoạt động ứng phó chưa?
- Hiện đã có thông tin đánh giá ban đầu nào không?
- Có đánh giá liên tổ chức hay liên ngành nào đã được lên kế hoạch và đánh giá này có bao gồm các vấn đề về chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực không?

Nhân khẩu

- Mỗi hộ gia đình thường có bao nhiêu người?
- Có bao nhiêu người (phân theo lứa tuổi và giới tính) trong nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa là những cá nhân không thuộc các hộ gia đình đặc trưng (như trẻ em không có người đi kèm) hay không thuộc các nhóm dân tộc thiểu số có quy mô hộ gia đình không mang tính đặc trưng?
- Bao nhiêu hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa còn thiếu chỗ ở và những hộ này hiện ở đâu?

- Có bao nhiêu người, phân theo lứa tuổi và giới tính, không phải là thành viên của các hộ gia đình không có chỗ ở hoặc không có chỗ ở thích hợp? Những người này hiện ở đâu?
- Bao nhiêu hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa thiếu chỗ ở thích hợp phải di dời chỗ ở và cần có sự trợ giúp về chỗ ở với các gia đình tiếp nhận hay ở những nơi định cư chung mang tính tạm thời?
- Có bao nhiêu người, phân theo lứa tuổi và giới tính, không thể tiếp cận các phương tiện công cộng như trường học, trạm xá và trung tâm cộng đồng?

Các rủi ro

- Có những rủi ro tức thời đối với cuộc sống do thiếu chỗ ở thích hợp và bao nhiêu người đang phải đối mặt với những rủi ro đó?
- Có những nguy cơ tiềm tàng nào đối với cuộc sống, sức khỏe và an ninh của những người dân bị ảnh hưởng do những hậu quả mà thảm họa gây ra đối với việc cung cấp nhà ở?
- Có những rủi ro đặc biệt nào đối với các đối tượng dễ bị tổn thương chẳng hạn như phụ nữ, trẻ em, trẻ em không có người đi kèm, người khuyết tật hay người bị đau ốm kinh niên và tại sao?
- Có những nguy cơ tiềm tàng nào đối với cộng đồng tiếp nhận do sự có mặt của các gia đình di tản?
- Có những rủi ro tiềm ẩn nào về xung đột và phân biệt đối xử trong hay giữa những nhóm của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm hoạ?

Nguồn lực và cản trở

- Hiện có những nguồn vật liệu, tài chính và nhân lực của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa để đáp ứng một phần hay tất cả nhu cầu khẩn cấp về chỗ ở của họ?
- Có vấn đề gì liên quan đến nguồn lực, quyền sở hữu và quyền sử dụng đất đai để đáp ứng nhu cầu về chỗ ở khẩn cấp, trong đó có các nơi định cư chung tạm thời trong trường hợp cần thiết?
- Có những cơ hội và hạn chế nào đối với cộng đồng tiếp nhận để hỗ trợ tạm cư trong nhà hoặc xung quanh nhà cho các gia đình bị di tản?
- Có những cơ hội và hạn chế nào khi tận dụng các công trình hay khu nhà hiện có, sẵn có và không bị hư hại để bố trí nơi ở tạm thời cho các nhóm dân cư di tản?

- Việc sử dụng những khoảng đất trống có thích hợp về mặt địa hình và môi trường để làm các khu định cư tạm thời hay không?
- Các quy định của địa phương đối với việc xây dựng các giải pháp về chỗ ở đặt ra những yêu cầu nào và có những bất cập nào?

Vật liệu, thiết kế và xây dựng

- Có những giải pháp về chỗ ở và vật liệu mà các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và các nhóm đối tượng khác đã được cung cấp tính đến thời điểm này?
- Những vật liệu hiện có nào có thể được tận dụng từ hiện trường bị hư hại để sử dụng cho việc xây dựng lại chỗ ở?
- Nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa có những tập quán xây dựng đặc trưng nào? Họ sử dụng những vật liệu nào để làm kết cấu, mái che và tường ngoài?
- Những giải pháp thiết kế và vật liệu thay thế nào có tiềm năng, quen thuộc hay chấp nhận được đối với nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa?
- Những đặc điểm thiết kế nào là cần thiết để bảo đảm khả năng tiếp cận và sử dụng an toàn các giải pháp về chỗ ở cho tất cả các thành viên của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, đặc biệt là những người có khó khăn về đi lại?
- Làm thế nào để xác định các giải pháp chỗ ở tiềm năng để giảm thiểu những rủi ro và tính dễ bị tổn thương trong tương lai?
- Chỗ ở thường được thi công như thế nào và do ai?
- Các vật liệu xây dựng thường được tìm kiếm như thế nào và do ai?
- Phụ nữ, thanh niên, người khuyết tật và người lớn tuổi được hướng dẫn hay giúp đỡ như thế nào để có thể tham gia vào công việc thi công chỗ ở của chính họ? Đâu là những cản trở đối với việc họ tham gia thi công?
- Cần phải có sự trợ giúp thêm nào, thông qua cung cấp lao động tình nguyện hoặc lao động hợp đồng, hoặc trợ giúp kỹ thuật, để hỗ trợ các cá nhân và hộ gia đình thiếu năng lực hoặc thiếu cơ hội xây chỗ ở?

Các hoạt động hộ gia đình và hỗ trợ sinh kế

- Những hoạt động gia đình và hỗ trợ sinh kế nào thường diễn ra trong hoặc gần chỗ ở của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa? Cần thêm bao nhiêu diện tích và phải thiết kế như thế nào để hỗ trợ các hoạt động này?

- Những hỗ trợ nào về mặt pháp lý và sinh kế bền vững về môi trường có thể được cung cấp thông qua việc tìm nguồn cung vật liệu và thi công các giải pháp chỗ ở và nơi định cư?

Các dịch vụ thiết yếu và các phương tiện công cộng

- Nguồn nước để uống và để làm vệ sinh cá nhân hiện nay ra sao? Có những khả năng và bất cập nào trong việc đáp ứng nhu cầu vệ sinh theo dự kiến?
- Hiện có các cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội hiện có (trạm xá, trường học, nơi thờ cúng, v.v...)? Có những khả năng và hạn chế gì đối với việc tiếp cận các cơ sở dịch vụ trên?
- Nếu các tòa nhà công cộng, đặc biệt là trường học, được sử dụng làm chỗ ở cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, thì đâu là quy trình và thời hạn phải trả lại các cơ sở này cho mục đích sử dụng vốn có của chúng?

Cộng đồng tiếp nhận và tác động môi trường

- Cộng đồng tiếp nhận có những vấn đề đáng quan ngại nào về mặt môi trường?
- Có những vấn đề quy hoạch về mặt tổ chức và vật chất nào cho việc cấp chỗ ở cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa tại cộng đồng chủ nhà hoặc tại các khu định cư tạm thời?
- Việc tìm nguồn vật liệu xây dựng có thể gây ra những vấn đề đáng quan ngại về mặt môi trường tại địa phương?
- Những nhu cầu của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa về chất đốt, vệ sinh, xử lý chất thải, thức ăn cho gia súc, v.v... có thể gây ra những quan ngại nào về mặt môi trường tại địa phương ?

2. Các mặt hàng phi lương thực

Nhu cầu về các mặt hàng phi lương thực

- Những mặt hàng phi lương thực thiết yếu nào mà dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần có?
- Mặt hàng thiết yếu nào có thể tìm kiếm được tại địa phương?
- Việc sử dụng tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng có khả thi không?
- Có cần trợ giúp kỹ thuật để bổ sung cho việc cung cấp các khoản mục hỗ trợ về chỗ ở?

- Loại quần áo, chăn màn, giường chiếu nào thường được sử dụng bởi phụ nữ, đàn ông, trẻ em, phụ nữ có thai và đang cho con bú, người lớn tuổi? Có những đặc điểm về văn hóa và xã hội cần phải lưu ý?
- Có bao nhiêu phụ nữ và nam giới ở mọi lứa tuổi cũng như trẻ em còn thiếu quần áo, chăn màn, giường chiếu để khắc phục những tác động khắc nghiệt của khí hậu và để đảm bảo sức khỏe, nhân phẩm và sự thoải mái trong cuộc sống?
- Có những nguy cơ tiềm tàng nào đến đời sống, sức khoẻ và sự an toàn cá nhân của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa do không đảm bảo nhu cầu quần áo, chăn màn và giường chiếu?
- Cần có những biện pháp nào để kiểm soát các trung gian truyền bệnh, đặc biệt là việc cung cấp màn chống muỗi, để bảo đảm sức khỏe và sự thoải mái của các hộ gia đình?

Nấu nướng và ăn uống, bếp đun và chất đốt

- Trước khi xảy ra thảm họa, mỗi hộ gia đình thường có những dụng cụ gì để đun nấu và ăn uống?
- Bao nhiêu hộ gia đình không có đầy đủ dụng cụ đun nấu và ăn uống?
- Trước khi xảy ra thảm họa, nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa thường đun nấu và sưởi ấm nhà cửa như thế nào và họ nấu ăn ở đâu?
- Trước khi xảy ra thảm họa, dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa thường dùng chất đốt gì để đun nấu và sưởi ấm nhà cửa và họ lấy chất đốt này ở đâu?
- Bao nhiêu hộ gia đình không có bếp để đun nấu và sưởi ấm, và tại sao?
- Bao nhiêu hộ gia đình không có đầy đủ nguồn cung chất đốt để đun nấu và sưởi ấm?
- Có những cơ hội và khó khăn nào, đặc biệt là những vấn đề về môi trường, trong việc tìm kiếm nguồn cung chất đốt cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và dân cư ở khu vực lân cận?
- Việc tìm nguồn cung chất đốt phù hợp có ảnh hưởng gì đến dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm hoạ, đặc biệt là phụ nữ thuộc mọi lứa tuổi?
- Việc nấu nướng và ăn uống có những vấn đề nào cần lưu ý về mặt văn hóa?

Công cụ và thiết bị

- Cần có những công cụ và thiết bị cơ bản nào để xây dựng, bảo dưỡng hoặc sửa chữa nhà ở?

- Các hoạt động hỗ trợ sinh kế nào có thể sử dụng các công cụ và thiết bị cơ bản để xây dựng, bảo dưỡng và sửa chữa nhà?
- Cần thực hiện những hoạt động hướng dẫn và nâng cao nhận thức nào để có thể sử dụng các công cụ và thiết bị một cách an toàn?

Tài liệu tham khảo

Các công cụ pháp lý quốc tế

The Right to Adequate Housing (Article11(1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women

(1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination

(1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21. Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

Các tài liệu chung

Corsellis, T và Vitale, A (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

Davis, J và Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/ITPublications. London.

INEE (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. www. ineesite.org.

IASC (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

IFRC (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC và UN-Habitat (2010), Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After

Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

OCHA, UNHCR, OHCHR, FAO và Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

Ngân hàng thế giới (WB) (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

Tạm cư tập thể

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International

Organization for Migration (IOM). Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Môi trường

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

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF và American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html.

Đánh giá về tiền mặt, phiếu mua hàng và thị trường

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical

Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P và Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

ICRC và IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Người khuyết tật

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability _checklist_booklet_01.pdf.

Vấn đề giới

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

Hỗ trợ tâm sinh lý

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Supportin Emergency Settings. Geneva.

Trường học và các tòa nhà công cộng

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE và WB (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

Các mặt hàng phi lương thực và các mặt hàng khẩn cấp

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009), Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC và IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC và Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

IAPSO (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. UNDP. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về Hỗ trợ y tế

Sử dụng chương này như thế nào

Chương này được chia thành hai phần chính như sau:

Hệ thống y tế

Các dịch vụ y tế thiết yếu

Phương pháp tiếp cận Hệ thống y tế đối với việc thiết kế, thực hiện, giám sát và đánh giá các dịch vụ y tế được sử dụng như là khuôn khổ để tổ chức các dịch vụ y tế trong hoạt động ứng phó với thảm họa. Đây là cách tiếp cận tốt nhất để bảo đảm rằng các nhu cầu y tế ưu tiên được phát hiện và đáp ứng một cách hiệu quả và hiệu lực. Các nguyên tắc như hỗ trợ hệ thống y tế địa phương và quốc gia, điều phối và tiêu chuẩn hóa các công cụ và phương pháp tiếp cận được nhấn mạnh trong toàn bộ chương này.

Các Nguyên tắc Bảo vệ và các Tiêu chuẩn Cốt lõi phải được thường xuyên sử dụng trong chương này.

Mặc dù chủ yếu nhằm cung cấp thông tin cho hoạt động ứng phó nhân đạo đối với thảm họa, nhưng các Tiêu chuẩn tối thiểu cũng có thể được xem xét trong quá trình chuẩn bị sẵn sàng để phòng ngừa thảm họa.

Mỗi phần đều có những nội dung sau:

- **Các Tiêu chuẩn tối thiểu:** Về bản chất, đây là các tiêu chuẩn định tính và nêu cụ thể mức độ cần đạt được trong hoạt động ứng phó nhân đạo về cung cấp các dịch vụ y tế.
- **Các hành động chính:** Đây là những hoạt động và đầu vào được gợi ý để thực hiện các tiêu chuẩn.
- **Các chỉ số chính:** Đây là những "dấu hiệu" cho thấy một tiêu chuẩn đã được thực hiện hay chưa. Chúng cung cấp cách thức để đo lường và chuyển tải các quy trình và kết quả từ các hành động chính; chúng liên quan đến các Tiêu chuẩn tối thiểu, chứ không liên quan đến các hành động chính.
- **Các hướng dẫn:** Đây là những điểm cụ thể cần tính đến khi áp dụng các Tiêu chuẩn Cốt lõi, hành động chính và chỉ số chính vào các tình huống khác nhau. Chúng hướng dẫn việc xử lý các khó khăn, điểm mốc thực tiễn hay gợi ý về các vấn đề ưu tiên. Chúng cũng bao hàm những vấn đề quan trọng liên quan đến các tiêu chuẩn, hoạt động hay chỉ số, và mô tả những tình huống nan giải, dễ gây tranh cãi hay bất cập về tri thức hiện có.

Nếu không thể đáp ứng các chỉ số và hành động chính, thì cần phải thẩm định những ảnh hưởng tiêu cực đối với dân cư bị ảnh hưởng và thực hiện những hành động thích hợp để giảm thiểu những tác động đó.

Các phụ lục ở cuối chương này bao gồm Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình y tế, các mẫu báo cáo về công tác giám sát và các công thức để tính các chỉ số y tế chủ yếu. Cuối cùng còn có một danh mục các Tài liệu tham khảo.

Mục lục

Giới thiệu 304

1. Hệ thống y tế 309

2. Các dịch vụ y tế thiết yếu 324

2.1. Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm 326

2.2. Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em 336

2.3. Các dịch vụ y tế thiết yếu – sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản 341

2.4. Các dịch vụ y tế thiết yếu – thương tật 347

2.5. Các dịch vụ y tế thiết yếu – sức khỏe tâm thần 349

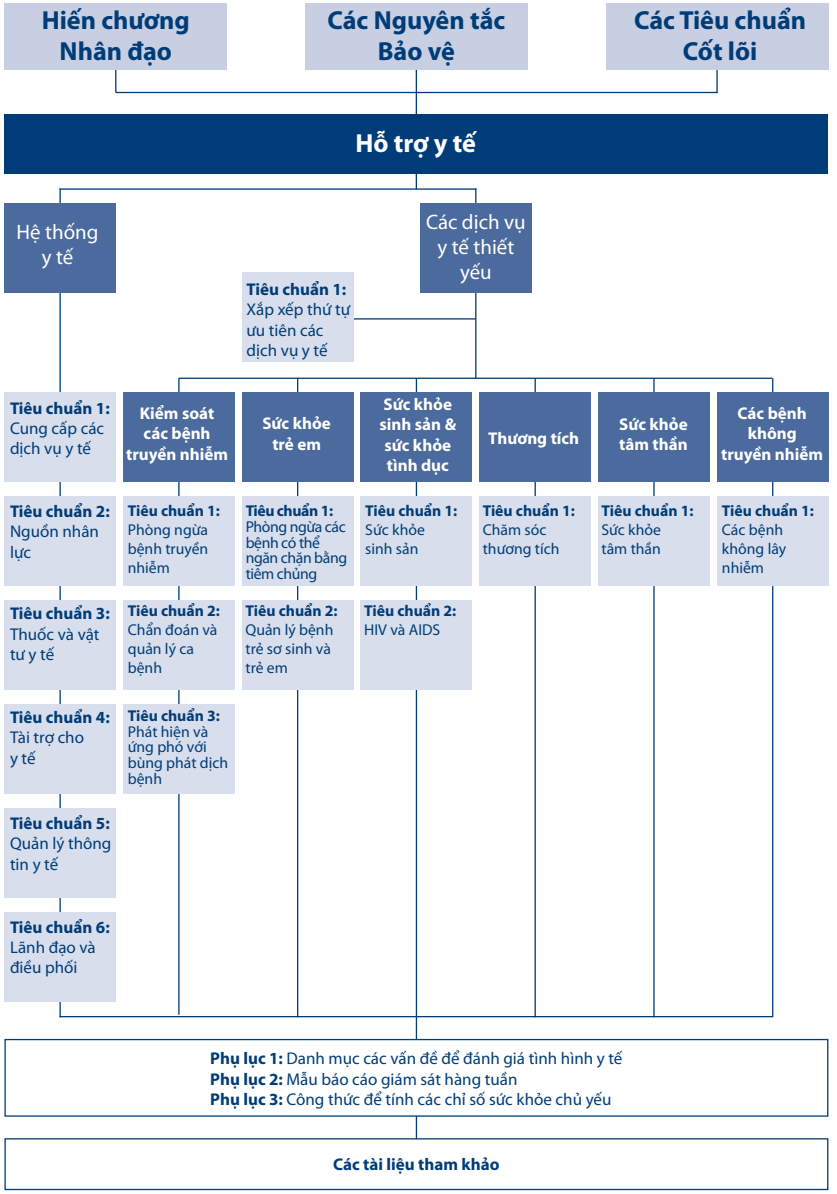
2.6. Các dịch vụ y tế thiết yếu – các bệnh không lây nhiễm 352

Phụ lục 1: Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình y tế 355

Phụ lục 2: Các mẫu báo cáo về công tác giám sát hàng tuần 358

Phụ lục 3: Công thức để tính các chỉ số y tế chủ yếu 367

Các Tài liệu tham khảo 369



Giới thiệu

Mối liên kết với Hiến chương Nhân đạo và luật pháp quốc tế

Các Tiêu chuẩn tối thiểu về Hỗ trợ y tế là sự thể hiện thiết thực về niềm tin và cam kết mà các tổ chức nhân đạo cùng chia sẻ và là các nguyên tắc, quyền và nghĩa vụ chung chỉ đạo hành động nhân đạo được nêu tại Hiến chương Nhân đạo. Dựa trên nguyên tắc nhân đạo và được thể hiện tại luật pháp quốc tế, các nguyên tắc này bao gồm quyền được sống có nhân phẩm, quyền được bảo vệ và an ninh và quyền được tiếp nhận trợ giúp nhân đạo trên cơ sở nhu cầu. Phụ lục 1, trang 378 gồm có danh mục các tài liệu pháp lý và chính sách làm cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo, cùng với lời giải thích dành cho những người làm công tác nhân đạo.

Mặc dù Nhà nước là bên có nghĩa vụ chính về việc tôn trọng các quyền nêu trên, nhưng các tổ chức nhân đạo có trách nhiệm làm việc với các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa theo cách thức phù hợp với các quyền đó. Những quyền bao quát này dẫn đến những quyền cụ thể hơn, trong đó có quyền tham gia, quyền tiếp cận thông tin và không bị phân biệt đối xử; đó là những quyền làm cơ sở cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng như các quyền cụ thể về tiếp cận nước sạch, vệ sinh, lương thực, chỗ ở và sức khỏe làm cơ sở cho các Tiêu chuẩn Cốt lõi cũng như các Tiêu chuẩn tối thiểu trong Sổ tay này.

Mọi người có quyền sức khỏe như đã được công nhận tại các công cụ luật pháp quốc tế. Quyền sức khỏe chỉ có thể được bảo đảm nếu người dân được bảo vệ, nếu những người chịu trách nhiệm về hệ thống y tế được đào tạo tốt và cam kết thực hiện các nguyên tắc đạo đức và tiêu chuẩn chuyên môn mang tính phổ biến, nếu hệ thống ở đó họ làm việc được thiết kế để đáp ứng các Tiêu chuẩn tối thiểu và nếu Nhà nước sẵn sàng và có khả năng thiết lập và bảo đảm các điều kiện an toàn và ổn định. Ở các thời điểm xung đột vũ trang, các bệnh viện và cơ sở y tế dân sự trong bất kỳ hoàn cảnh nào cũng không được trở thành mục tiêu tấn công, còn các nhân viên làm công tác chăm sóc sức khỏe và y tế có quyền được bảo vệ. Việc thực hiện các hành vi hay hoạt động gây nguy hại cho tính trung lập của các cơ sở y tế, như mang vũ khí, đều bị nghiêm cấm.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu ở chương này không phải là sự thể hiện đầy đủ quyền sức khỏe. Tuy nhiên, các tiêu chuẩn của Sphere phản ánh những nội dung cốt lõi của quyền sức khỏe, đặc biệt là trong các tình huống khẩn cấp, và góp phần vào việc từng bước thực hiện quyền này trên toàn thế giới.

Tầm quan trọng của Hỗ trợ y tế trong các tình huống thảm họa

Khả năng tiếp cận sự chăm sóc sức khỏe là một yếu tố then chốt quyết định sự sinh tồn trong giai đoạn đầu của thảm họa. Các tình huống thảm họa hầu như luôn luôn có tác động lớn đến y tế công cộng và sức khỏe của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng. Tác động y tế công cộng có thể được mô tả là trực tiếp (ví dụ, tử vong do bạo lực và bị thương) hay gián tiếp (ví dụ, gia tăng tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm và (hoặc) suy dinh dưỡng). Những tác động gián tiếp này đối với sức khỏe thường liên quan đến các yếu tố như khối lượng và chất lượng nước không bảo đảm, sự đổ vỡ của công tác vệ sinh môi trường, sự gián đoạn hay suy giảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và tình trạng xấu đi của an ninh lương thực. Mất an ninh, khó khăn trong việc đi lại, di tản dân cư và điều kiện sống xuống cấp (quá chật chội và chỗ ở tồi tàn) cũng có thể tạo ra những nguy cơ đối với sức khỏe của người dân. Biến đổi khí hậu cũng tiềm ẩn khả năng làm gia tăng mức độ dễ bị tổn thương và rủi ro.

Mục tiêu hàng đầu của biện pháp ứng phó đối với các cuộc khủng hoảng nhân đạo là ngăn chặn và giảm thiểu mức độ tử vong và sự gia tăng bệnh tật. Mục đích chính là giữ tỷ lệ tử vong thô (sau đây gọi tắt là CMR) và tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi (sau đây gọi tắt là U5MR) ở mức gấp hai lần hay ít hơn hai lần so với mức cơ sở được ghi nhận bằng văn bản cho nhóm dân cư trước khi xảy ra thảm họa (xem bảng số liệu tử vong tham khảo cơ sở theo vùng, trang 326). Các loại hình thảm họa khác nhau gắn liền với những quy mô và hình thái tử vong và bệnh tật khác nhau (xem bảng về tác động của các thảm họa đối với sức khỏe của người dân) và, do đó, nhu cầu về sức khỏe của nhóm dân cư bị ảnh hưởng sẽ thay đổi theo loại hình và mức độ của thảm họa.

Đóng góp của ngành y tế là cung cấp các dịch vụ y tế thiết yếu, trong đó có các biện pháp can thiệp mang tính phòng ngừa và xúc tiến có hiệu quả trong việc làm giảm các rủi ro cho sức khỏe. Các dịch vụ y tế thiết yếu là những biện pháp can thiệp ưu tiên, có hiệu quả trong việc khắc phục những nguyên nhân chính gây gia tăng tử vong và bệnh tật. Việc cung cấp các dịch vụ y tế thiết yếu phải được hỗ trợ bằng những hành động nhằm tăng cường hệ thống y tế. Cách thức theo đó các biện pháp can thiệp y tế được lập kế hoạch, tổ chức và thực hiện để ứng phó với tình huống thảm họa có thể tăng cường hay làm tổn hại Hệ thống y tế hiện hành cũng như sự phục hồi và phát triển của chúng trong tương lai.

Cần phải tiến hành phân tích hệ thống y tế hiện hành để xác định mức độ hiệu quả của hệ thống đó và phát hiện những bất cập lớn trong việc cung cấp và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế. Trong giai đoạn đầu của tình huống thảm họa, thông tin có thể không đầy đủ và các quyết định quan trọng về sức khỏe của người dân có thể được đưa ra mà không có đầy đủ số liệu liên quan. Cần phải tiến hành một đánh giá mang tính đa ngành, càng sớm càng tốt (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).

Ứng phó tốt hơn được thực hiện thông qua sự chuẩn bị tốt hơn. Sự chuẩn bị sẵn sàng được dựa trên cơ sở phân tích các rủi ro và được gắn kết chặt chẽ với các hệ

thống cảnh báo sớm. Sự chuẩn bị sẵn sàng bao gồm lập kế hoạch ứng phó khẩn cấp, dự trữ thiết bị và vật tư, thiết lập và (hoặc) duy trì các dịch vụ khẩn cấp và các phương án dự phòng, công tác truyền thông, quản lý thông tin, các cơ chế phối hợp, đào tạo con người, lập kế hoạch, diễn tập cấp cộng đồng. Việc thực thi các quy chuẩn về xây dựng có thể làm giảm đáng kể số lượng người chết và bị thương nghiêm trọng gắn liền với các trận động đất và (hoặc) bảo đảm rằng các cơ sở y tế duy trì được hoạt động sau thảm họa.

Tác động của một số thảm họa đối với sức khỏe cộng đồng

Ghi chú: Thậm chí đối với các loại hình thảm họa cụ thể, các hình thái tử vong và bệnh tật cũng khác nhau đáng kể tùy từng hoàn cảnh.

Ảnh hưởng	**Các tình huống khẩn cấp phức tạp**	**Động đất**	**Gió to (không gây lụt lội)**	**Ngập lụt**	**Lũ quét/ sóng thần**
Chết	Nhiều	Nhiều	Ít	Ít	Nhiều
Chấn thương nặng	Khác nhau theo tình huống	Nhiều	Trung bình	Ít	Ít
Tăng nguy cơ các bệnh truyền nhiễm	Cao	Thay đổi theo tình huống*	Nhỏ	Thay đổi theo tình huống*	Thay đổi theo tình huống*
Khan hiếm lương thực, thực phẩm	Phổ biến	Hiếm	Hiếm	Thay đổi theo tình huống*	Phổ biến
Di tản quy mô lớn	Phổ biến	Hiếm (có thể xảy ra ở những khu vực đô thị bị phá hoại nghiêm trọng)	Hiếm (có thể xảy ra ở những khu vực đô thị bị phá hoại nghiêm trọng)	Phổ biến	Thay đổi theo tình huống

(*) Tùy thuộc mức độ di tản sau thảm họa và điều kiện sống của nhóm dân cư bị ảnh hưởng
Nguồn: Trích từ Tổ chức Y tế toàn châu Mỹ 2000.

Mối liên hệ với các chương khác

Bởi vì tác động của các yếu tố y tế khác nhau đến tình hình sức khỏe, nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác cũng có liên quan đến chương này. Tiến độ thực hiện các tiêu chuẩn ở một lĩnh vực thường có ảnh hưởng đến và thậm chí quyết định tiến độ thực hiện ở những lĩnh vực khác. Để một hoạt động ứng phó có hiệu quả, cần có sự phối hợp và hợp tác chặt chẽ với các ngành/lĩnh vực khác. Phối hợp với các cơ quan chức năng địa phương và các tổ chức khác tham gia hoạt động ứng phó cũng rất cần thiết để bảo đảm rằng các nhu cầu của người dân được đáp ứng, các nỗ lực không bị trùng lặp, việc sử dụng các nguồn lực được phát huy tối đa, và các dịch vụ y tế có chất lượng tốt. Nếu thấy thích hợp, chương này có đề cập đến các tiêu chuẩn hay ý kiến hướng dẫn cụ thể ở các chương mang tính kỹ thuật khác để tiện tham chiếu. Tương tự, các tiêu chuẩn đi kèm hay bổ sung cũng được liệt kê để tiện tham chiếu.

Mối liên hệ với các Nguyên tắc Bảo vệ và Tiêu chuẩn Cốt lõi

Để thỏa mãn các tiêu chuẩn trong Sổ tay này, các tổ chức nhân đạo cần được chỉ dẫn bởi các Nguyên tắc Bảo vệ, ngay cả khi những tổ chức này không có tôn chỉ rõ ràng về bảo vệ hay năng lực chuyên môn về bảo vệ. Các nguyên tắc không mang tính "tuyệt đối": mọi người nhìn nhận rằng các tình huống có thể hạn chế mức độ theo đó các tổ chức có khả năng thực hiện các nguyên tắc. Tuy nhiên, các nguyên tắc phản ánh những mối lo ngại nhân đạo mang tính phổ biến, do đó chúng chỉ đạo hành động của các tổ chức trong mọi tình huống.

Các Tiêu chuẩn Cốt lõi là những tiêu chuẩn thiết yếu về quy trình và về con người, áp dụng chung cho tất cả các lĩnh vực. Sáu Tiêu chuẩn Cốt lõi liên quan đến sự tham gia, đánh giá ban đầu, ứng phó, xác định đối tượng, theo dõi, đánh giá, thực hiện nhiệm vụ của người đi cứu trợ, và giám sát và hỗ trợ người làm công tác cứu trợ nhân đạo. Chúng cung cấp một điểm tham chiếu duy nhất cho những phương pháp tiếp cận làm cơ sở cho tất cả các tiêu chuẩn khác trong Sổ tay này. Do đó, mỗi chương kỹ thuật đòi hỏi việc sử dụng song hành của các Tiêu chuẩn Cốt lõi để bảo đảm thực hiện các tiêu chuẩn của chính mình. Đặc biệt, để bảo đảm tính phù hợp và chất lượng của bất kỳ biện pháp ứng phó nào, cần phải huy động sự tham gia cao nhất của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa - kể cả những nhóm và cá nhân phải đối mặt với rủi ro thường xuyên nhất trong các tình huống thảm họa.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Phần này được thiết kế để đọc cùng với và hỗ trợ các Tiêu chuẩn Cốt lõi.

Cần hiểu rằng, là người già hay người trẻ, là phụ nữ hay người khuyết tật, hay là người sống chung với HIV, bản thân những điều này không làm người đó dễ bị tổn thương hơn hay chịu nhiều rủi ro hơn so với các nhóm dân cư khác. Thật ra, sự tương tác giữa các yếu tố tạo ra tình trạng đó: ví dụ, một người lớn hơn 70 tuổi, sống độc thân và sức yếu thường dễ bị tổn thương hơn một người có cùng độ tuổi và cùng tình trạng sức khỏe nhưng sống cùng đại gia đình và có mức thu nhập tốt. Tương tự, một bé gái 3 tuổi sẽ dễ bị tổn thương hơn nếu bé không có người đi kèm so với khi bé sống trong sự chăm sóc của các bậc cha mẹ có ý thức trách nhiệm.

Khi các tiêu chuẩn và hành động chính ở lĩnh vực y tế được thực hiện, việc phân tích tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng sẽ giúp bảo đảm rằng nỗ lực ứng phó hỗ trợ những người cần sự trợ giúp nhất và những người có quyền tiếp nhận sự trợ giúp mà không bị phân biệt đối xử. Điều đó cần sự hiểu biết thấu đáo về bối cảnh địa phương và những cách khác nhau theo đó một cuộc khủng hoảng tác động đến các nhóm người khác nhau do mức độ bị tổn thương trước đó của họ (ví dụ, bạo lực giới, trong đó có bóc lột tình dục), tỷ lệ bệnh tật (ví dụ, HIV hay lao) và khả năng xảy ra dịch bệnh (ví dụ, sởi hay tiêu chảy). Thảm họa có thể làm cho những bất bình đẳng vốn có trở nên nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, hỗ trợ các biện pháp ứng phó và tăng cường khả năng phục hồi của người dân là rất quan trọng. Cần hỗ trợ kiến thức, kỹ năng và các biện pháp của họ và cần vận động cho họ tiếp cận với sự hỗ trợ về xã hội, pháp lý, tài chính và tâm lý. Cũng cần phải khắc phục các rào cản về thể chất, văn hóa, kinh tế và xã hội mà họ phải đương đầu trong việc tiếp cận những dịch vụ hỗ trợ này một cách bình đẳng.

Những điểm sau đây nhấn mạnh một số lĩnh vực chủ yếu góp phần bảo đảm rằng các quyền và năng lực của tất cả những người bị ảnh hưởng được tính đến:

- Huy động sự tham gia tối đa của người dân, bảo đảm bao gồm các nhóm đại diện, đặc biệt những nhóm ít xuất hiện (ví dụ, những người có khó khăn về giao tiếp hay di chuyển, những người sống trong các cơ sở cứu trợ, những thanh niên bị kỳ thị hay những nhóm không được đại diện đầy đủ).
- Phân loại dữ liệu theo giới tính và lứa tuổi (ví dụ, 0 – trên 80 tuổi) trong quá trình đánh giá – đây là một yếu tố quan trọng trong việc bảo đảm rằng lĩnh vực nước sạnh-vệ sinh có xem xét đầy đủ tính đa dạng của các nhóm dân cư.
- Bảo đảm rằng tất cả các thành viên của cộng đồng được tiếp cận và phổ biến thông tin về các quyền và lợi ích của họ một cách đầy đủ và dễ hiểu.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu

1. Hệ thống y tế

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa hệ thống y tế là "tất cả các tổ chức, định chế và nguồn lực được dành cho việc thực hiện các hành động liên quan đến sức khỏe". Nó bao gồm một loạt các chủ thể tham gia vào việc cung cấp, tài trợ và quản lý các dịch vụ y tế, các nỗ lực nhằm tác động đến những yếu tố quyết định sức khỏe cũng như cung cấp các dịch vụ trực tiếp liên quan đến sức khỏe và liên quan đến tất cả các cấp: trung ương, vùng, quận/huyện, cộng đồng và hộ gia đình.

Các tiêu chuẩn về hệ thống y tế của Sphere được xắp xếp theo khuôn khổ hệ thống y tế của WHO, gồm sáu bộ phận cấu thành: sự lãnh đạo, nguồn nhân lực, thuốc và vật tư y tế, tài trợ cho y tế, quản lý thông tin y tế và cung cấp dịch vụ. Có nhiều mối quan hệ qua lại giữa các chức năng này và mỗi hành động ảnh hưởng tới một hợp phần có thể ảnh hưởng tới những hợp phần khác. Các bộ phận cấu thành này của hệ thống y tế là những chức năng cần phải có để cung cấp các dịch vụ y tế thiết yếu. Các biện pháp can thiệp y tế trong hoạt động ứng phó với thảm họa cần được thiết kế và được thực hiện theo hướng góp phần vào việc tăng cường hệ thống y tế.

Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế: Cung cấp dịch vụ y tế

Người dân có khả năng tiếp cận một cách bình đẳng với các dịch vụ y tế có hiệu quả, an toàn và có chất lượng được tiêu chuẩn hóa và tuân thủ các phác đồ và văn bản hướng dẫn đã được chấp nhận.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Cung cấp các dịch vụ y tế ở mức độ phù hợp với hệ thống y tế. Các cấp của hệ thống y tế là gia đình và cộng đồng, trạm xá và trạm y tế, trung tâm y tế và bệnh viện (xem Hướng dẫn 1).
- Thích ứng hay xây dựng các phác đồ quản lý ca bệnh được chuẩn hóa cho hầu hết các bệnh thông thường, có tính đến các chuẩn và văn bản hướng dẫn quốc gia (xem Hướng dẫn 2).
- Thiết lập hay tăng cường hệ thống chuyển tuyến được chuẩn hóa và bảo đảm rằng hệ thống này được tất cả các tổ chức cứu trợ sử dụng (xem Hướng dẫn 1).

- Thiết lập hay tăng cường hệ thống phân loại bệnh nhân được chuẩn hóa ở tất cả các cơ sở y tế để bảo đảm rằng những người có biểu hiện nguy kịch đều được điều trị ngay lập tức.
- Phát động công tác giáo dục và tuyên truyền sức khỏe tại cộng đồng và cơ sở y tế (xem Hướng dẫn 3).
- Xây dựng và tuân thủ quy chế sử dụng an toàn và hợp lý nguồn cung ứng máu và các sản phẩm máu (xem Hướng dẫn 5).
- Bảo đảm rằng các dịch vụ phòng thí nghiệm luôn sẵn sàng và được sử dụng khi được chỉ định (xem Hướng dẫn 6).
- Tránh việc thiết lập các dịch vụ y tế thay thế hay song hành, kể cả các trạm xá cơ động và các bệnh viện dã chiến (xem Hướng dẫn 7-8).
- Thiết kế các dịch vụ y tế theo hướng bảo đảm các quyền của bệnh nhân về tính riêng tư, bí mật và chấp thuận trên cơ sở có thông tin đầy đủ (xem Hướng dẫn 9).
- Thực hiện các quy trình thích hợp về quản lý chất thải, các biện pháp an toàn và các phương pháp kiểm soát lây nhiễm tại các cơ sở y tế (xem Hướng dẫn 10-11 và Tiêu chuẩn 1 về Quản lý rác thải, trang 118).
- Xử lý tử thi một cách trang trọng, phù hợp về mặt văn hóa và dựa trên tập quán y tế tốt (xem Hướng dẫn 12 và Tiêu chuẩn 1 về Quản lý rác thải, Hướng dẫn 8, trang 121).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Có đủ cơ sở y tế để đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe thiết yếu của tất cả mọi người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa:
  - Một đơn vị y tế cơ sở/10.000 người dân (đơn vị y tế cơ sở là cơ sở chăm sóc sức khỏe ở đó có các dịch vụ y tế phổ thông);
  - Một trung tâm y tế/50.000 người dân;
  - Một bệnh viện cấp quận hay bệnh viện nông thôn/250.000 người dân;
  - >10 giường cho bệnh nhân nội trú và giường đẻ/10.000 người dân. (xem Hướng dẫn 1)
- Tỷ lệ sử dụng các cơ sở y tế là 2 – 4 lần tư vấn mới/người/năm trong nhóm dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa và >1 lần tư vấn mới/người/năm trong các nhóm dân cư nông thôn và dân di tản (xem Hướng dẫn 4 và Phụ lục 3: Công thức để tính các chỉ số y tế chủ yếu).

Hướng dẫn

1. ***Mức độ chăm sóc:*** Các cơ sở y tế được phân loại theo mức độ chăm sóc tùy thuộc vào quy mô và các dịch vụ cung cấp. Số lượng và địa điểm của các cơ sở y tế có thể thay đổi theo từng bối cảnh.

   Các cơ sở y tế cũng phải xây dựng quy trình để bảo đảm chăm sóc liên tục, tốt nhất là bằng cách thiết lập hệ thống chuyển bệnh nhân có hiệu quả, đặc biệt là cho các can thiệp liên quan đến sinh mạng người dân. Hệ thống chuyển bệnh nhân phải hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

2. ***Các tiêu chuẩn và văn bản hướng dẫn quốc gia:*** Nhìn chung, các tổ chức cứu trợ cần tuân thủ các tiêu chuẩn và hướng dẫn y tế của nước ở đó hoạt động ứng phó với thảm họa đang được thực hiện, kể cả các phác đồ điều trị và danh mục các loại thuốc thiết yếu. Khi các phác đồ và danh mục này đã lỗi thời hay không phản ánh tập quán dựa trên bằng chứng, các tiêu chuẩn quốc tế cần được sử dụng để tham khảo và tổ chức chủ trì ngành y tế cần hỗ trợ Bộ Y tế trong việc cập nhật những phác đồ và danh mục này.

3. ***Tuyên truyền sức khỏe:*** Cần phát động một chiến dịch tích cực tuyên truyền về sức khỏe ở cấp cộng đồng, có tham khảo ý kiến với các cơ quan phụ trách y tế địa phương và các đại diện cộng đồng, bảo đảm sự đại diện cân bằng của phụ nữ và nam giới. Chương trình cần cung cấp thông tin về những vấn đề sức khỏe chủ yếu, những rủi ro đối với sức khỏe, sự sẵn có và địa điểm của các cơ sở y tế và những hành vi bảo vệ và tăng cường sức khỏe, đồng thời xử lý và ngăn chặn những tập quán có hại. Các thông điệp và tài liệu y tế cần sử dụng ngôn ngữ và phương tiện thích hợp, nhạy cảm về mặt văn hóa và dễ hiểu. Các trường học và không gian thân thiện với trẻ em là những nơi quan trọng để phổ biến thông tin và tiếp cận trẻ em cũng như các bậc phụ huynh (xem Các Tiêu chuẩn tối thiểu của INEE cho giáo dục – Tiêu chuẩn 3 về Khả năng tiếp cận và môi trường học hỏi).

4. ***Tỷ lệ sử dụng các dịch vụ y tế:*** Không có con số ngưỡng tối thiểu nào cho việc sử dụng các dịch vụ y tế, bởi điều đó thay đổi theo từng bối cảnh. Trong các nhóm dân cư nông thôn ổn định và phân tán, tỷ lệ sử dụng ít nhất là 1 lần tư vấn mới/người/năm. Trong các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa, tỷ lệ này có thể là trung bình 2-4 lần tư vấn mới/người/năm. Nếu tỷ lệ sử dụng thấp hơn mức trông đợi, điều đó có thể cho thấy khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế là khó khăn. Nếu tỷ lệ sử dụng cao hơn, điều đó có thể cho thấy việc sử dụng quá mức do một vấn đề y tế cụ thể nào đó hay do ước tính quá thấp nhóm dân cư đối tượng. Khi phân tích các tỷ lệ sử dụng, cũng cần quan tâm đến các khía cạnh giới tính, tuổi tác, nguồn gốc dân tộc và mức độ khuyết tật (xem Phụ lục 3: Công thức để tính các chỉ số y tế chủ yếu).

5. ***Truyền máu an toàn:*** Cần phối hợp với các dịch vụ truyền máu quốc gia, nếu có dịch vụ đó. Máu chỉ nên được thu gom từ những người hiến máu tự nguyện không nhận tiền thù lao. Cần thiết lập phòng thí nghiệm tốt, trong đó có việc sàng lọc để phát hiện khả năng nhiễm bệnh khi truyền máu, phân loại nhóm máu, xét nghiệm tính tương thích, sản xuất thành phần máu và bảo quản và chuyên chở các sản phẩm máu. Có thể giảm bớt các ca truyền máu không cần thiết thông qua việc sử dụng máu lâm sàng có hiệu quả, kể cả việc sử dụng các phương án thay thế cho truyền máu (các chất á tinh và các chất keo coloit), trong trường hợp có thể. Các nhân viên lâm sàng thích hợp cần được đào tạo để bảo đảm việc cung cấp máu an toàn và sử dụng máu lâm sàng có hiệu quả.

6. ***Các dịch vụ phòng thí nghiệm:*** Các bệnh lây lan phổ biến nhất có thể chẩn đoán được về mặt lâm sàng (ví dụ, bệnh tiêu chảy, nhiễm đường hô hấp cấp) hay với sự hỗ trợ của các xét nghiệm chẩn đoán nhanh hay sử dụng kính hiển vi (ví dụ, bệnh sốt rét). Xét nghiệm phòng thí nghiệm sẽ rất bổ ích để khẳng định nguyên nhân của sự bùng phát đang còn nghi ngờ, xét nghiệm vì những vấn đề văn hóa và độ nhạy kháng sinh để hỗ trợ việc ra quyết định quản lý ca bệnh (ví dụ, bệnh kiết lỵ) và để lựa chọn loại vắc-xin trong trường hợp tiêm phòng đồng loạt được chỉ định (ví dụ, viêm màng não do não mô cầu). Đối với một số bệnh không lây lan, như bệnh tiểu đường, việc xét nghiệm phòng thí nghiệm là hết sức quan trọng cho việc chẩn đoán và điều trị.

7. ***Các trạm xá di động:*** Trong một số tình huống thảm họa, có thể cần phải vận hành các trạm xá đi động nhằm đáp ứng nhu cầu của những nhóm dân cư bị cô lập hay đang di chuyển thường ít có khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các trạm xá di động cũng đã chứng tỏ có vai trò sống còn trong việc tăng cường khả năng tiếp cận cho việc chăm sóc trong các đợt bùng phát dịch bệnh ở đó rất nhiều ca bệnh được chờ đợi, như bùng phát sốt rét. Các trạm xá di động chỉ nên được áp dụng sau khi tham khảo ý kiến với tổ chức chủ trì ngành y tế và với các cơ quan chức năng địa phương (xem Tiêu chuẩn 6 về Hệ thống y tế, trang 321).

8. ***Các bệnh viện dã chiến:*** Thỉnh thoảng bệnh viện dã chiến là cách duy nhất để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi các bệnh viện hiện có bị hư hại nghiêm trọng hay bị phá hủy hoàn toàn. Tuy nhiên, thường thì sẽ có hiệu quả hơn nếu cung cấp nguồn lực cho các bệnh viện hiện có để các bệnh viện này khôi phục hoạt động hay khắc phục được khối lượng công việc gia tăng. Cũng có thể thích hợp nếu triển khai bệnh viện dã chiến để chăm sóc ngay lập tức các ca bị thương (trong 48 giờ đầu), chăm sóc thứ phát đối với các ca chấn thương, các ca phẫu thuật thông thường và các trường hợp sinh đẻ khẩn cấp (ngày thứ 3 đến ngày thứ 15) hay như một phương tiện tạm thời để thay thế cho bệnh viện địa phương bị hư hại đến khi bệnh viện này được xây dựng lại. Bởi vì các bệnh viện dã chiến rất dễ trông thấy, nên các nhà tài

trợ thường gây sức ép chính trị để triển khai chúng. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải ra quyết định triển khai bệnh viện dã chiến thuần túy trên cơ sở nhu cầu và giá trị gia tăng.

9. ***Các quyền của bệnh nhân:*** Các cơ sở và dịch vụ y tế cần được thiết kế theo cách thức có thể bảo đảm tính riêng tư và bí mật. Cần tìm kiếm sự chấp thuận trên cơ sở thông tin đầy đủ của các bệnh nhân (hay những người giám hộ nếu bệnh nhân không thể làm việc đó), trước khi tiến hành các thủ tục y tế hay phẫu thuật. Cán bộ, nhân viên y tế cần hiểu rằng bệnh nhân có quyền được biết mỗi thủ tục là như thế nào cũng như lợi ích được trông đợi, rủi ro tiềm ẩn và thời gian tiến hành thủ tục đó.

10. ***Kiểm soát lây nhiễm trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe và an toàn của bệnh nhân:*** Để một biện pháp ứng phó có hiệu quả trong tình huống thảm họa, các chương trình liên tục phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm (sau đây gọi tắt là IPC) cần phải được thực hiện ở cả cấp quốc gia và cấp ngoại biên cũng như ở các cấp chăm sóc sức khỏe khác nhau. Một chương trình IPC ở cơ sở y tế cần phải có:

    - Các chính sách IPC được xác định rõ ràng (ví dụ, các biện pháp kiểm soát lây nhiễm thông thường và bổ sung để khắc phục các nguy cơ tiềm ẩn);
    - Các nhân viên kỹ thuật có năng lực, có tinh thần cống hiến (nhóm IPC) để điều hành chương trình kiểm soát với một phạm vi, chức năng và trách nhiệm được xác định rõ ràng;
    - Hệ thống giám sát cảnh báo sớm để phát hiện sự bùng phát các bệnh truyền nhiễm;
    - Ngân sách được xác định cho các hoạt động (ví dụ, để đào tạo nhân viên) và các vật tư để ứng phó với tình huống khẩn cấp;
    - Các biện pháp dự phòng theo tiêu chuẩn được tăng cường và các biện pháp dự phòng bổ sung cụ thể được xác định cho dịch bệnh cụ thể;
    - Các biện pháp kiểm soát hành chính (ví dụ, chính sách cách ly) và các biện pháp kiểm soát kỹ thuật và môi trường (ví dụ, cải thiện phương tiện thông gió);
    - Thiết bị phòng hộ cá nhân được sử dụng;
    - Các tập quán IPC được giám sát và các khuyến nghị được rà soát thường xuyên.

11. ***Rác thải y tế:*** Rác thải độc hại từ các cơ sở y tế có thể được tách ra thành rác thải không sắc nhọn dễ lây nhiễm, rác thải sắc nhọn và rác thải thông thường không lây nhiễm. Quản lý rác thải y tế không tốt có thể phơi nhiễm các nhân viên y tế, người quét dọn, người xử lý rác, bệnh nhân và những

người trong cộng đồng trước nguy có bị lây nhiễm, như HIV, viêm gan B và viêm gan C. Phân loại rác thải tại nguồn thông qua các quy trình vứt bỏ cụ thể đến điểm cuối cùng phải được thực hiện để giảm thiểu rủi ro lây nhiễm. Các nhân viên được phân công xử lý rác thải y tế phải được đào tạo kỹ càng và phải mang các dụng cụ bảo hộ (găng tay và ủng là những yêu cầu tối thiểu). Việc xử lý phải theo loại rác thải; ví dụ, rác thải không sắc nhọn dễ lây nhiễm và rác thải sắc nhọn phải được đem đốt hay vứt bỏ ở các hố được bảo vệ.

12. ***Xử lý tử thi:*** Khi thảm họa gây ra nhiều tử vong, cần phải quản lý số lượng lớn tử thi. Việc chôn cất số lượng lớn tử thi dưới những hố mộ tập thể thường dựa trên cơ sở niềm tin không đúng đắn rằng các tử thi đó là mối nguy hiểm đối với sức khỏe con người nếu không được chôn hay hỏa thiêu ngay lập tức. Chỉ một số ít trường hợp đặc biệt (chết do bệnh dịch tả hay sốt xuất huyết) thì tử thi mới gây ra nguy hiểm cho sức khỏe và phải có các biện pháp dự phòng đặc biệt. Tử thi không nên được chôn dưới những hố mộ tập thể mà không có nghi thức gì. Người dân cần có cơ hội nhận diện thân nhân của mình và tổ chức tang lễ phù hợp với tập quán văn hóa. Chôn tập thể có thể tạo ra trở ngại cho việc lấy giấy chứng tử để làm các thủ tục pháp lý. Khi những người được chôn cất là nạn nhân của bạo lực, các vấn đề pháp y cần được xem xét (xem Tiêu chuẩn 2 về Chỗ ở và định cư, Hướng dẫn 3, trang 266).

Tiêu chuẩn 2 về Hệ thống y tế: Nguồn nhân lực

Các dịch vụ y tế được cung cấp bởi những cán bộ, nhân viên y tế được đào tạo và có năng lực, có đầy đủ kiến thức và kỹ năng để đáp ứng nhu cầu sức khỏe của người dân.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Rà soát lại đội ngũ cán bộ, nhân viên ở các cấp và năng lực của họ như là một hợp phần then chốt của đánh giá cơ sở về tình hình y tế.
- Xử lý những mất cân đối về số lượng cán bộ, nhân viên, sự kết hợp các kỹ năng, giới tính và (hoặc) tỷ lệ dân tộc nếu có thể (xem Hướng dẫn 1).
- Hỗ trợ những người làm công tác y tế địa phương và hòa nhập họ hoàn toàn vào các dịch vụ y tế, có tính đến trình độ chuyên môn của họ (xem Hướng dẫn 1).
- Bảo đảm có đầy đủ lực lượng nhân viên phụ trợ để hỗ trợ các chức năng ở từng cơ sở y tế.
- Đào tạo các cán bộ, nhân viên lâm sàng về việc sử dụng các phác đồ và hướng dẫn điều trị (xem Hướng dẫn 2).

- Thường xuyên giám sát và hỗ trợ cán bộ, nhân viên để bảo đảm rằng họ tuân thủ các tiêu chuẩn và hướng dẫn, trong đó có việc cung cấp ý kiến phản hồi.
- Tiêu chuẩn hóa và xắp xếp thứ tự ưu tiên các chương trình đào tạo theo những nhu cầu sức khỏe then chốt và những bất cập về trình độ năng lực.
- Bảo đảm chế độ thù lao công bằng và tin cậy cho tất cả những người làm công tác y tế, được thỏa thuận giữa các tổ chức và qua tham khảo ý kiến với các cơ quan phụ trách y tế địa phương.
- Bảo đảm môi trường làm việc an toàn, trong đó có các điều kiện vệ sinh và bảo vệ cơ bản cho tất cả những người làm công tác y tế.

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Có ít nhất 22 người làm công tác y tế (bác sĩ, y tá, hộ sinh)/ 10.000 người dân (xem Hướng dẫn 1):
  - Ít nhất 1 bác sĩ/50.000 người dân;
  - Ít nhất 1 y tá đã qua đào tạo/10.000 người dân;
  - Ít nhất 1 hộ sinh/10.000 người dân.
- Có ít nhất 1 người làm công tác y tế cộng đồng/1.000 người dân, 1 cán bộ giám sát/10 người đến thăm khám tại hộ gia đình và 1 cán bộ giám sát cao cấp.
- Các thầy thuốc lâm sàng không được yêu cầu phải thường xuyên khám cho hơn 50 bệnh nhân mỗi ngày. Nếu ngưỡng này bị vượt qua một cách thường xuyên thì cần tuyển thêm thầy thuốc lâm sàng (xem Hướng dẫn 1 và Phụ lục 3: Công thức để tính các chỉ số y tế chủ yếu).

Hướng dẫn

1. ***Lực lượng cán bộ, nhân viên y tế các cấp:*** Lực lượng làm công tác y tế bao gồm một loạt những người hoạt động ở ngành y tế, trong đó có bác sĩ, y tá, hộ sinh, cán bộ trạm xá hay trợ lý bác sĩ, kỹ thuật viên phòng thí nghiệm, dược sĩ, người làm công tác y tế cộng đồng, v.v... cũng như những người làm công tác quản lý và hỗ trợ. Không có sự đồng thuận nào về mức độ tối đa những người làm công tác y tế cho một nhóm dân cư và con số này có thể thay đổi theo từng bối cảnh. Tuy nhiên, có một mối tương quan giữa sự sẵn có những người làm công tác y tế và độ bao phủ của các hoạt động can thiệp về y tế. Ví dụ, sự hiện diện của chỉ một cán bộ y tế nữ hay một đại diện của một nhóm dân tộc thiểu số bị thiệt thòi trong đội công tác có thể làm tăng đáng kể việc phụ nữ hay các nhóm dân tộc thiểu số tiếp cận các dịch vụ y tế. Sự mất cân đối trong lực lượng làm công tác y tế phải được xử lý thông

qua việc bố trí lại và (hoặc) tuyển dụng thêm nhân viên đến những nơi có nhiều thiếu hụt lực lượng so với nhu cầu (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 6, trang 71).

2. ***Đào tạo và giám sát nhân viên:*** Những người làm công tác y tế cần được đào tạo đầy đủ, có kỹ năng và được giám sát hỗ trợ tương ứng với mức độ trách nhiệm của họ. Các tổ chức có nghĩa vụ đào tạo và giám sát nhân viên để bảo đảm rằng kiến thức của họ được cập nhật. Đào tạo và giám sát là ưu tiên cao, đặc biệt ở những nơi nhân viên không được tiếp nhận giáo dục thường xuyên hay các phác đồ điều trị mới đang được áp dụng. Trong chừng mực có thể, các chương trình đào tạo cần được chuẩn hóa và xắp xếp thứ tự ưu tiên theo những nhu cầu sức khỏe chủ yếu và những bất cập về trình độ năng lực được phát hiện thông qua công tác giám sát. Cần lưu giữ hồ sơ của những người đã được đào tạo, về nội dung gì, bởi ai, khi nào và ở đâu. Những thông tin này cần được chia sẻ với bộ phận quản lý nguồn nhân lực của các cơ quan phụ trách y tế địa phương (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 6, trang 71).

Tiêu chuẩn 3 về Hệ thống y tế: Thuốc và vật tư y tế

Người dân tiếp cận được nguồn cung ứng thường xuyên các loại thuốc thiết yếu và các loại vật tư tiêu hao.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Rà soát lại danh mục hiện hành về các loại thuốc thiết yếu của nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa để quyết định mức độ thích hợp của danh mục này (xem Hướng dẫn 1).
- Xây dựng và thông qua danh mục được chuẩn hóa của các loại thuốc thiết yếu và thiết bị y tế, trong đó có các hạng mục phù hợp với nhu cầu sức khỏe và trình độ năng lực của những người làm công tác y tế (xem Hướng dẫn 1-2).
- Xây dựng hay điều chỉnh một hệ thống quản lý thuốc có hiệu quả (xem Hướng dẫn 3).
- Bảo đảm có đủ các loại thuốc thiết yếu để điều trị các bệnh thông thường.
- Tiếp nhận các loại thuốc quyên góp chỉ khi nào chúng tuân thủ các văn bản hướng dẫn được quốc tế thừa nhận. Không sử dụng các loại thuốc quyên góp không tuân thủ các văn bản hướng dẫn này và phải vứt bỏ chúng một cách an toàn.

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Không cơ sở y tế nào hết nguồn dự trữ các loại thuốc thiết yếu được lựa chọn và các sản phẩm đánh dấu trong thời gian hơn một tuần lễ (xem Hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. ***Danh mục các loại thuốc thiết yếu:*** Hầu hết các nước đều có danh mục các loại thuốc thiết yếu đã được được xây dựng. Cần rà soát lại tài liệu này khi thấy cần thiết, có tham khảo ý kiến của tổ chức chủ trì ngành y tế ngay trong giai đoạn đầu của hoạt động ứng phó với tình huống thảm họa để quyết định mức độ phù hợp của nó. Thỉnh thoảng, có thể cần có những thay đổi nhất định đối với danh mục này; ví dụ, nếu có bằng chứng cho thấy hiện tượng kháng thuốc đối với các thuốc kháng siêu vi. Nếu chưa có một danh mục được cập nhật, thì nên tuân thủ văn bản hướng dẫn của WHO; ví dụ, Danh mục mẫu các loại thuốc thiết yếu của WHO. Việc sử dụng các gói thuốc đóng sẵn theo tiêu chuẩn cần được hạn chế trong giai đoạn đầu của tình huống thảm họa.
2. ***Thiết bị y tế:*** Cần chú ý đến việc xác định danh mục những thiết bị cần thiết để cấp phát cho hệ thống chăm sóc sức khỏe các cấp. Điều này cần gắn liền với năng lực đòi hỏi ở những người làm công tác y tế.
3. ***Quản lý thuốc:*** Các tổ chức phụ trách y tế cần thiết lập một hệ thống có hiệu quả để quản lý thuốc. Mục tiêu của hệ thống đó là để bảo đảm việc sử dụng hiệu nghiệm, hiệu quả về mặt chi phí và hợp lý các loại thuốc có chất lượng, bảo quản và vứt bỏ các loại thuốc hết hạn sử dụng. Hệ thống này cần dựa trên cơ sở bốn yếu tố then chốt của chu kỳ quản lý thuốc: lựa chọn, mua sắm, phân phối và sử dụng.
4. ***Các sản phẩm đánh dấu:*** Các sản phẩm này bao gồm một danh mục các loại thuốc thiết yếu hay chủ chốt được lựa chọn để đánh giá một cách thường xuyên sự vận hành của hệ thống quản lý thuốc. Các hạng mục được lựa chọn là sản phẩm đánh dấu cần phải phù hợp với các ưu tiên y tế của địa phương và sẵn có ở các cơ sở y tế trong mọi thời điểm, ví dụ thuốc a-mô-xi-lin và pa-ra-cê-ta-môn.

Tiêu chuẩn 4 về Hệ thống y tế: Tài chính y tế

Người dân được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu miễn phí trong thời gian xảy ra thảm họa.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định và huy động nguồn lực tài chính cho việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí tại điểm cung cấp cho nhóm dân cư bị ảnh hưởng trong thời gian xảy ra thảm họa (xem Hướng dẫn 1).
- Ở những nơi mà các loại phí sử dụng phải thu qua hệ thống của chính phủ, cần thu xếp để hủy bỏ hay tạm thời đình chỉ các loại phí này trong thời gian xảy ra thảm họa (xem Hướng dẫn 2).
- Cung cấp sự hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật cho hệ thống y tế để trang trải bất kỳ sự thiếu hụt nào được tạo ra bởi sự hủy bỏ và (hoặc) tạm thời đình chỉ các loại phí sử dụng và để xử lý nhu cầu gia tăng về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (xem Hướng dẫn 1).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu được cung cấp miễn phí cho dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa tại tất cả các cơ sở y tế của các tổ chức chính phủ và phi chính phủ trong suốt thời gian thực hiện hoạt động ứng phó với thảm họa

Hướng dẫn

1. ***Tài chính y tế:*** Chi phí cho các dịch vụ y tế thiết yếu thay đổi theo bối cảnh. Một bối cảnh như vậy bao gồm hệ thống y tế hiện hành, dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và các nhu cầu y tế cụ thể được xác định bởi tình huống thảm họa. Theo Ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế của WHO, cung cấp một gói tối thiểu các dịch vụ y tế thiết yếu có thể cần một khoản chi tiêu ít nhất là 40 USD/người/năm ở các nước có mức thu nhập thấp (con số năm 2008). Cung cấp các dịch vụ y tế trong bối cảnh thảm họa thường tốn kém hơn trong điều kiện bình thường.
2. ***Phí sử dụng*** là nói đến các khoản thanh toán trực tiếp bởi người hưởng lợi tại điểm cung cấp dịch vụ. Phí sử dụng ngăn cản khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dẫn đến tình trạng người nghèo và người dễ bị tổn thương không luôn luôn tìm kiếm sự chăm sóc sức khỏe khi cần dịch vụ này. Một nguyên tắc nhân đạo cơ bản là các dịch vụ và hàng hóa được cung cấp bởi các tổ chức viện trợ phải là miễn phí cho người tiếp nhận viện trợ. Trong bối cảnh không thể thực hiện nguyên tắc này, thì có thể xem xét việc hỗ trợ tiền mặt và (hoặc) phiếu mua hàng cho các thành viên của nhóm dân cư bị ảnh hưởng để họ có thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (xem Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực - hỗ trợ tiền mặt và phiếu mua hàng, trang 200). Việc hủy bỏ các loại phí sử dụng phải đi kèm với các biện pháp khác để hỗ trợ hệ thống y tế bù đắp nguồn thu đã mất và tăng cường việc sử dụng (ví dụ, trả tiền bồi dưỡng cho cán bộ, nhân viên y tế, cung cấp nguồn thuốc

bổ sung). Khả năng tiếp cận và chất lượng các dịch vụ y tế phải được giám sát sau khi hủy bỏ các loại phí sử dụng.

Tiêu chuẩn 5 về Hệ thống y tế: Quản lý thông tin y tế

Việc thiết kế và cung cấp các dịch vụ y tế được chỉ dẫn bởi việc thu thập, phân tích, giải thích và sử dụng các số liệu y tế liên quan.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Quyết định việc sử dụng hệ thống thông tin y tế (sau đây gọi tắt là HIS) hiện hành, thích ứng hệ thống này hay sử dụng một HIS thay thế (xem Hướng dẫn 1).
- Nếu thấy thích hợp, tiến hành đánh giá và điều tra để thu thập những thông tin hiện chưa có trong HIS nhưng có vai trò thiết yếu cho việc ra quyết định về các dịch vụ y tế ban đầu (xem Hướng dẫn 2).
- Xây dựng và (hoặc) sử dụng cách chẩn đoán theo tiêu chuẩn cho tất cả các ca bệnh được báo cáo và các điều kiện y tế và bảo đảm rằng các chẩn đoán này được tất cả các tổ chức cứu trợ sử dụng.
- Thiết kế hệ thống giám sát và cảnh báo sớm để phát hiện các đợt bùng phát bệnh như là một hợp phần của HIS và phát huy HIS hiện có trong trường hợp có thể (xem Tiêu chuẩn 3 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm tại trang 331, và Phụ lục 2: Các mẫu báo cáo về công tác giám sát hàng tuần).
- Phát hiện và báo cáo các căn bệnh và các điều kiện y tế ưu tiên thông qua HIS.
- Tất cả các tổ chức tham gia hoạt động ứng phó với thảm họa đều đồng ý và sử dụng một con số chung, như số dân (xem Hướng dẫn 3).
- Các cơ sở y tế và tổ chức phụ trách công tác y tế nộp số liệu giám sát và các số liệu y tế khác cho tổ chức chủ trì một cách thường xuyên, qua HIS. Tần suất các báo cáo này sẽ thay đổi theo bối cảnh và loại số liệu, ví dụ hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng).
- Sử dụng một cách thống nhất các số liệu bổ sung từ các nguồn thông tin liên quan khác, như thông tin từ các cuộc điều tra, để giải thích số liệu giám sát và chỉ đạo việc ra quyết định (xem Hướng dẫn 2).
- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để bảo vệ số liệu nhằm bảo vệ các quyền và sự an toàn của các cá nhân và (hoặc) các nhóm dân cư (xem Hướng dẫn 4).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các cơ sở y tế và các tổ chức phụ trách công tác y tế thường xuyên cung cấp báo cáo y tế trong vòng 48 giờ sau khi hết hạn nộp báo cáo cho tổ chức chủ trì thông qua HIS.
- Tất cả các cơ sở y tế và các tổ chức phụ trách công tác y tế báo cáo các ca bệnh dễ gây dịch bệnh trong vòng 24 giờ từ khi mắc bệnh (xem Tiêu chuẩn 3 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 331).
- Tổ chức chủ trì thường xuyên ấn hành một báo cáo thông tin y tế tổng hợp, trong đó có phân tích và giải thích các số liệu dịch tễ học cũng như báo cáo về diện cung cấp và việc sử dụng các dịch vụ y tế.

Hướng dẫn

1. ***Hệ thống thông tin y tế:*** Hệ thống giám sát cần phát huy HIS hiện có, càng nhiều càng tốt. Trong một số tình huống thảm họa, có thể cần một HIS mới hay song hành. Điều này được quyết định bởi việc đánh giá về hiệu quả và tính phù hợp của HIS hiện hành và nhu cầu thông tin cho tình huống thảm họa hiện tại. Trong quá trình ứng phó với thảm họa, các số liệu y tế cần bao gồm, nhưng không nhất thiết hạn chế ở những thông tin sau:
   - Số lượng tử vong được các cơ sở y tế ghi nhận, trong đó có tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi;
   - Tử vong theo tỷ lệ;
   - Tử vong theo nguyên nhân cụ thể;
   - Tỷ lệ xảy ra các căn bệnh thông thường nhất;
   - Bệnh tật theo tỷ lệ;
   - Tỷ lệ sử dụng các cơ sở y tế;
   - Số lượng lần khám bệnh/thầy thuốc/ngày.
2. ***Nguồn số liệu:*** Việc giải thích và sử dụng số liệu về các cơ sở y tế cần tính đến nguồn thông tin và những hạn chế của nó. Việc sử dụng số liệu bổ sung để ra quyết định là hết sức quan trọng trong một HIS toàn diện; ví dụ, con số ước tính về các căn bệnh hiện hành hay thông tin về hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế. Các nguồn số liệu khác có thể góp phần nâng cao chất lượng phân tích bao gồm các cuộc điều tra dân số, các báo cáo phòng thí nghiệm và các thước đo chất lượng dịch vụ. Việc điều tra và đánh giá phải tuân thủ các tiêu chí chất lượng được quốc tế thừa nhận và sử dụng các công cụ và phác đồ theo tiêu chuẩn và, trong trường hợp có thể, được chuyển qua một quy trình rà soát đồng đẳng.

3. ***Phân loại số liệu:*** Các số liệu cần được phân loại theo giới tính, lứa tuổi, mức độ dễ bị tổn thương của một số cá nhân đặc biệt, các nhóm dân cư bị ảnh hưởng và dân cư địa phương chủ nhà, và bối cảnh (ví dụ, ở trong trại hay không ở trong trại), chừng nào còn có ý nghĩa thực tiễn để hỗ trợ việc ra quyết định. Việc phân loại số liệu thường rất khó khăn trong giai đoạn đầu của tình huống khẩn cấp. Tuy nhiên, số liệu về tử vong và bệnh tật nên được phân loại, ít nhất cũng cho trẻ em dưới 5 tuổi. Nếu thời gian và điều kiện cho phép, cần phân loại số liệu chi tiết để giúp cho việc phát hiện những bất bình đẳng tiềm ẩn và những người dễ bị tổn thương (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).
4. ***Tính chất bí mật:*** Cần có những biện pháp thích hợp để bảo vệ sự an toàn của các cá nhân cũng như của chính số liệu. Cán bộ, nhân viên của tổ chức cứu trợ không bao giờ được phép chia sẻ thông tin về bệnh nhân với bất kỳ người nào không tham gia trực tiếp vào việc chăm sóc bệnh nhân mà không có sự cho phép của bệnh nhân đó. Cần đặc biệt quan tâm đến những người có tổn thương về trí tuệ, tâm thần hay cảm giác có thể ảnh hưởng đến khả năng của họ trong việc đưa ra sự chấp thuận trên cơ sở thông tin được cung cấp. Số liệu liên quan đến chấn thương do tra tấn hay do hành vi vi phạm nhân quyền, kể cả tấn công tình dục, phải được xử lý hết sức thận trọng. Có thể xem xét việc cung cấp thông tin này cho các chủ thể hay tổ chức thích hợp nếu cá nhân liên quan chấp thuận trên cơ sở được cung thông tin đầy đủ (xem Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế tại trang 309, và Nguyên tắc Bảo vệ 1, Hướng dẫn 7-12 tại trang 35).

   Xem Phụ lục 2 để tham khảo mẫu báo cáo về tử vong, cảnh báo sớm và bệnh tật. Xem Phụ lục 3 để có công thức tính các chỉ số y tế chủ yếu.

Tiêu chuẩn 6 về Hệ thống y tế: Sự lãnh đạo và công tác điều phối

Người dân có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế được phối hợp giữa các tổ chức và các ngành để đạt được tác động tối ưu.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Bảo đảm rằng các đại diện của Bộ Y tế chủ trì, hay ít nhất cũng tham gia tích cực vào công tác điều phối ngành y tế, bất cứ khi nào có thể.
- Khi Bộ Y tế thiếu năng lực hay thiếu sự sẵn sàng cần thiết để chủ trì, phải xác định một tổ chức khác có đủ năng lực cần thiết để đóng vai trò lãnh đạo trong công tác điều phối ngành y tế (xem Hướng dẫn 1-2).

- Thường xuyên tổ chức các cuộc họp điều phối ngành y tế cho các đối tác địa phương và nước ngoài ở các cấp trung ương, địa phương và thực địa trong ngành y tế, và giữa ngành y tế, các ngành khác và các nhóm công tác liên ngành có liên quan (xem Hướng dẫn 3 và Tiêu chuẩn Cốt lõi 2, trang 58).
- Giải thích rõ và văn bản hóa trách nhiệm và năng lực cụ thể của từng tổ chức y tế để bảo đảm phạm vi phục vụ tối đa đối với nhóm dân cư bị ảnh hưởng (xem Hướng dẫn 1).
- Thành lập các nhóm công tác trong khuôn khổ cơ chế điều phối ngành y tế bất kỳ khi nào tình hình đòi hỏi phải có nhóm công tác (ví dụ, nhóm chuẩn bị sẵn sàng và ứng phó với tình hình bùng phát dịch bệnh, nhóm sức khỏe sinh sản).
- Thường xuyên ấn hành và phân phát các báo cáo cập nhật và các bản tin về tình hình ngành y tế.

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tổ chức chủ trì ngành y tế đã xây dựng xong chiến lược ứng phó ngành y tế để xắp xếp thứ tự ưu tiên các biện pháp ứng phó và xác định vai trò của tổ chức chủ trì cũng như các tổ chức đối tác ngay khi bắt đầu hoạt động ứng phó với tình huống khẩn cấp (xem Hướng dẫn 2).

Hướng dẫn

1. ***Tổ chức chủ trì ngành y tế:*** Bộ Y tế nên là tổ chức chủ trì ngành y tế và chịu trách nhiệm lãnh đạo hoạt động ứng phó của ngành. Trong một số tình huống, Bộ Y tế không có năng lực hay không sẵn sàng đảm nhận vai trò lãnh đạo một cách hiệu quả và công tâm. Trong trường hợp đó, thông thường WHO - với tư cách là cơ quan chủ trì của nhóm y tế toàn cầu, sẽ đảm đương trách nhiệm này. Khi cả Bộ Y tế và WHO đều không đủ năng lực, một tổ chức y tế khác có thể được yêu cầu điều phối các hoạt động. Tổ chức chủ trì cần bảo đảm rằng các tổ chức y tế tham gia hoạt động ứng phó phối hợp với các cơ quan y tế địa phương và hỗ trợ năng lực của hệ thống y tế địa phương (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 2, trang 58).
2. ***Chiến lược ngành y tế:*** Một trách nhiệm quan trọng của tổ chức chủ trì ngành y tế là xây dựng chiến lược tổng quát cho hoạt động ứng phó với tình huống khẩn cấp trong pham vi ngành y tế. Lý tưởng ra, nên soạn thảo một văn bản trong đó cụ thể hóa các mục tiêu và ưu tiên và phác thảo các biện pháp để thực hiện những mục tiêu và ưu tiên đó. Tài liệu này cần được xây dựng sau khi tham khảo ý kiến với các tổ chức liên quan và các đại diện cộng đồng, bảo đảm sự tham gia đầy đủ nhất của tất cả các bên liên quan.
3. ***Các cuộc họp điều phối*** cần hướng vào hành động và cung cấp một diễn đàn ở đó thông tin được chia sẻ, các ưu tiên được xác định và giám sát, các biện pháp chung ở ngành y tế được xây dựng và điều chỉnh, các nhiệm vụ cụ thể được phân công, các phác đồ theo tiêu chuẩn và các biện pháp can thiệp được thỏa thuận. Các cuộc họp này cần được tiến hành để bảo đảm rằng tất cả các đối tác ở ngành y tế sử dụng các tiêu chí chung cũng như các số liệu, công cụ, hướng dẫn và tiêu chuẩn chung, bất kỳ khi nào có thể. Chúng cần được tổ chức thường xuyên hơn lúc bắt đầu tình huống thảm họa.

2. Các dịch vụ y tế thiết yếu

Các dịch vụ y tế thiết yếu là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mang tính phòng bệnh và điều trị thích hợp để xử lý nhu cầu về sức khỏe của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Chúng bao gồm các hoạt động can thiệp có hiệu quả nhất trong việc phòng ngừa và giảm thiểu tử vong và bệnh tật do các bệnh truyền nhiễm và không truyền nhiễm, hậu quả của xung đột và các sự kiện gây thương vong hàng loạt. Trong tình huống thảm họa, tỷ lệ tử vong có thể rất cao và việc xác định những nguyên nhân chính gây ra tử vong và bệnh tật là rất quan trọng cho việc thiết kế các dịch vụ y tế thiết yếu phù hợp. Phần này của chương về y tế sẽ phác thảo các tiêu chuẩn dịch vụ y tế thiết yếu, được phân loại thành sáu phần: kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, sức khỏe trẻ em, sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, thương tật, sức khỏe tâm thần, và các bệnh không lây nhiễm.

Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu: Xắp xếp thứ tự ưu tiên các dịch vụ y tế

Người dân có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế được xắp xếp thứ tự ưu tiên, để khắc phục những nguyên nhân gây ra tử vong và bệnh tật quá nhiều.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thu thập và phân tích số liệu về các vấn đề và rủi ro y tế nhằm mục đích xác định những nguyên nhân chính gây ra tử vong và bệnh tật quá nhiều, có phối hợp với các cơ quan y tế địa phương (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3, trang 61).
- Xác định những người dễ bị tổn thương (ví dụ, phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật, v.v...), là những người có thể phải đối mặt với những rủi ro đặc biệt (xem Nguyên tắc Bảo vệ 2, trang 36).
- Xắp xếp thứ tự ưu tiên và thực hiện các dịch vụ y tế thích hợp, khả thi và hiệu quả để giảm thiểu tử vong và bệnh tật một cách tối đa, có phối hợp với các cơ quan y tế địa phương (xem Hướng dẫn 1).

- Phát hiện các rào cản hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế đã được xắp xếp thứ tự ưu tiên và hình thành các giải pháp mang tính thực tế để khắc phục những rào cản này (xem Hướng dẫn 2).
- Thực hiện các dịch vụ y tế ưu tiên có phối hợp với tất cả các ngành và (hoặc) các cụm và các nhóm liên ngành khác (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 2, trang 58).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tỷ lệ tử vong thô (sau đây gọi tắt là CMR) được duy trì ở mức, hay được giảm xuống mức ít hơn hai lần so với tỷ lệ cơ sở được ghi nhận bằng văn bản cho nhóm dân cư trước khi xảy ra thảm họa (xem Hướng dẫn 3).
- Tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi (sau đây gọi tắt là U5MR) được duy trì ở mức, hay được giảm xuống mức ít hơn hai lần so với tỷ lệ cơ sở được ghi nhận bằng văn bản cho nhóm dân cư trước khi xảy ra thảm họa (xem Hướng dẫn 3).

Hướng dẫn

1. ***Các dịch vụ y tế ưu tiên*** là các dịch vụ y tế thiết yếu có hiệu quả trong việc khắc phục những nguyên nhân chính gây ra tử vong và bệnh tật quá nhiều. Các dịch vụ này thay đổi theo từng bối cảnh, trong đó có loại hình thảm họa và tác động của nó. Trong chừng mực có thể, các dịch vụ y tế ưu tiên nên dựa trên nguyên tắc về thực hành dựa trên cơ sở bằng chứng và mang lại lợi ích rõ ràng cho sức khỏe của người dân. Một khi tỷ lệ tử vong giảm xuống gần mức cơ sở, có thể từng bước áp dụng một loạt dịch vụ y tế toàn diện hơn (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 4, trang 65).
2. ***Khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế*** cần dựa vào các nguyên tắc công bằng và vô tư, bảo đảm khả năng tiếp cận bình đẳng theo nhu cầu mà không có sự phân biệt đối xử. Trên thực tế, địa điểm và lực lượng nhân sự làm các dịch vụ y tế cần được tổ chức để đảm bảo khả năng tiếp cận và phạm vi phục vụ tối ưu. Cần tính đến nhu cầu riêng biệt của những người dễ bị tổn thương khi thiết kế các dịch vụ y tế. Các rào cản đối với khả năng tiếp cận có thể về mặt thân thể, tài chính, hành vi và (hoặc) văn hóa cũng như truyền thông. Phát hiện và khắc phục những rào cản đối với khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế ưu tiên có ý nghĩa hết sức quan trọng (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 3 tại trang 61, và Nguyên tắc Bảo vệ 2 tại trang 36).
3. ***Tỷ lệ tử vong thô (CMR) và tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi (U5MR):*** CMR là chỉ số y tế hữu ích nhất để giám sát và đánh giá mức độ nghiêm trọng của tình huống khẩn cấp. Một tỷ lệ gấp hai lần hay nhiều hơn hai lần so với CMR cơ sở cho thấy tình trạng đáng báo động về sức khỏe của người dân, cần phải ứng phó ngay lập tức. Khi chưa biết hay còn nghi ngờ về tỷ lệ cơ sở, các tổ chức cần phấn đấu duy trì CMR ít nhất là dưới 1,0/10.000/ngày.

U5MR là một chỉ số nhạy cảm hơn CMR. Khi tỷ lệ cơ sở chưa biết hay còn nghi ngờ, các tổ chức cần phấn đấu để duy trì U5MR ít nhất là dưới 2,0/10.000/ngày.

Số liệu tử vong tham khảo cơ sở theo vùng

Vùng	CMR (số chết/ 10.000/ ngày	CMR ngưỡng báo động	U5MR (số chết/ 10.000/ ngày)	U5MR ngưỡng báo động
Cận Sahara châu Phi	0,41	0,8	1,27	2,1
Trung Đông & Bắc Phi	0,16	0,3	0,27	0,5
Nam Á	0,22	0,4	0,46	0,9
Đông Á & Thái Bình Dương	0,19	0,4	0,15	0,3
Mỹ La-tinh & Ca-ri-bê	0,16	0,3	0,15	0,3
Trung & Đông Âu, các nước thuộc Cộng đồng các quốc gia độc lập, các nước vùng Ban-tíc	0,33	0,7	0,14	0,3
Các nước công nghiệp hóa	0,25	0,5	0,03	0,1
Các nước đang phát triển	0,22	0,4	0,44	0,9
Các nước kém phát triển	0,33	0,7	0,82	1,7
Trung bình thế giới	0,25	0,5	0,40	0,8

Nguồn: UNICEF, Báo cáo Tình hình trẻ em thế giới 2009 (số liệu từ năm 2007)

2.1. Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát bệnh truyền nhiễm

Tử vong và bệnh tật do các căn bệnh truyền nhiễm có xu hướng gia tăng cùng với các tình huống thảm họa. Trong nhiều bối cảnh xung đột, từ 60% đến 90% số người chết là do 4 nguyên nhân nhiễm khuẩn là: viêm đường hô hấp cấp, tiêu chảy, sởi và sốt rét trong trường hợp có dịch địa phương. Suy dinh dưỡng cấp làm trầm trọng thêm những căn bệnh này, đặc biệt là ở trẻ em dưới 5 tuổi. Các đợt bùng phát bệnh truyền nhiễm có mối liên hệ rất ít với các thiên tai xảy ra khẩn cấp. Khi xảy ra bùng phát, thiên tai thường gắn với các yếu tố rủi ro như di tản, tình trạng quá đông người, chỗ ở tồi tàn, nguồn nước không đủ và không an toàn, và vệ sinh môi trường sống không tốt.

Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu: kiểm soát bệnh truyền nhiễm

Người dân có khả năng tiếp cận các thông tin và dịch vụ được thiết kế để phòng chống những bệnh truyền nhiễm góp phần nhiều nhất vào tỷ lệ tử vong và bệnh tật quá cao.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xây dựng và thực hiện các biện pháp phòng bệnh phổ thông, có sự phối hợp với các ngành liên quan (xem Hướng dẫn 1).
- Thực hiện các phương pháp thích hợp để kiểm soát các trung gian truyền bệnh sốt rét, sốt đeng-gơ (dengue) và các bệnh truyền qua các trung gian khác, tùy thuộc vào tình hình dịch tễ học tại địa phương (xem Hướng dẫn 2-3).
- Thực hiện các biện pháp phòng chống từng căn bệnh cụ thể; ví dụ, tiêm vắc-xin đồng loạt phòng sởi theo chỉ định (xem Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em, trang 337).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tỷ lệ xảy ra các bệnh truyền nhiễm chủ yếu theo bối cảnh được duy trì ở mức độ ổn định (không gia tăng).

Hướng dẫn

1. ***Các biện pháp phòng bệnh phổ thông:*** Các biện pháp này gồm có quy hoạch mặt bằng tốt, cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường tốt, cung cấp các phương tiện làm vệ sinh, tiêm vắc-xin phòng các bệnh cụ thể, cung cấp lương thực đầy đủ và an toàn, bảo vệ cá nhân và kiểm soát các trung gian truyền bệnh, giáo dục sức khỏe cộng đồng và huy động xã hội. Hầu hết các biện pháp can thiệp này cần được thực hiện cùng với các ngành khác, trong đó có:
   - Chỗ ở - có đủ số lượng nhà ở và khoảng cách hợp lý giữa các căn nhà, được thông gió, chống côn trùng và đặt xa nguồn nước tù đọng, gần nguồn nước và các phương tiện vệ sinh (xem Tiêu chuẩn 1-2 về Chỗ ở và nơi định cư tại trang 261-266, và Tiêu chuẩn 2 về Các mặt hàng phi lương thực tại trang 283).
   - Nước, vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường – có đủ lượng nước an toàn, có đủ các phương tiện làm vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh (xem Tiêu chuẩn 1-2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh tại trang 91-94,

Tiêu chuẩn 1-3 về Cung cấp nước tại trang 97-103, và Tiêu chuẩn 1-2 Xử lý phân tại trang 105-107).

- Làm vệ sinh môi trường, quản lý chất thải an toàn và kiểm soát các trung gian truyền bệnh (xem Hướng dẫn 2-3, Tiêu chuẩn 4 về Chỗ ở và nơi định cư, trang 267, Tiêu chuẩn 1-3 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh tại trang 111-116, Tiêu chuẩn 1 về Quản lý rác thải tại trang 118, và Tiêu chuẩn 1 về thoát nước tại trang 122).
- An ninh lương thực, dinh dưỡng và trợ giúp lương thực - khả năng tiếp cận lương thực đầy đủ và quản lý tình trạng suy dinh dưỡng (xem Tiêu chuẩn 1-2 về Chế độ nuôi dưỡng cho trẻ thơ và trẻ nhỏ tại trang 159-160, Tiêu chuẩn 1-3 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng tại trang 170-178, và Tiêu chuẩn 1 về An ninh lương thực tại trang 186).
- Giáo dục y tế và huy động xã hội – xây dựng các thông điệp nhằm bảo đảm việc thực hiện có hiệu quả các biện pháp phòng ngừa trên đây.

2. ***Phòng chống sốt rét:*** Thực hiện các phương pháp phòng chống sốt rét theo mức độ rủi ro gây ra lây nhiễm, giai đoạn khẩn cấp và sự di chuyển của nhóm dân cư, loại hình nhà ở và hành vi của các trung gian truyền bệnh tại địa phương ở những vùng có dịch sốt rét. Các biện pháp kiểm soát trung gian truyền bệnh như phun thuốc có dư lượng trong nhà (sau đây gọi tắt là IRS) bằng thuốc chống côn trùng có hiệu quả và phân phát màn ngủ được xử lý thuốc chống côn trùng có hiệu quả lâu dài (sau đây gọi tắt là LLIN) cần dựa vào những đánh giá côn trùng học và kiến thức chuyên môn. Để có hiệu quả như là một biện pháp kiểm soát ở cấp cộng đồng, IRS đòi hỏi diện phun thuốc ít nhất là 80% các khu nhà ở. LLIN có tác dụng bảo vệ con người lâu dài và là sự lựa chọn các loại màn ngủ theo tiêu chuẩn. Không nên phân phát các loại màn ngủ chưa được xử lý thuốc (xem Tiêu chuẩn 2 về Các mặt hàng phi lương thực tại trang 283, và Tiêu chuẩn 1-3 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh tại trang 111-116).

   Việc ưu tiên phân phát LLIN cho các nhóm rủi ro tùy thuộc vào giai đoạn của tình huống thảm họa và mức độ lan truyền bệnh sốt rét. Trong giai đoạn đầu của thảm họa tại các khu vực mà sốt rét lan truyền ở mức độ cao và vừa phải, cần dành ưu tiên cho các bệnh nhân ở bệnh viện, người bị suy dinh dưỡng nghiêm trọng và người nhà của họ, phụ nữ đang mang thai và trẻ em dưới 2 tuổi. Ưu tiên tiếp theo là những người đăng ký tham gia các chương trình chăm nuôi bổ sung, trẻ em dưới 5 tuổi, và gia đình của phụ nữ đang mang thai và của trẻ em dưới 2 tuổi. Cuối cùng, toàn bộ nhóm dân cư rủi ro cần được bảo vệ bằng LLIN. Trong giai đoạn đầu của thảm họa tại các khu vực mà sốt rét lan truyền ở mức thấp, cần sử dụng LLIN tại các môi trường trạm xá (ví dụ, các trung tâm chăm nuôi điều trị có nhà ở và bệnh viện).

3. ***Phòng chống sốt đeng-ghi (dengue):*** Kiểm soát các trung gian truyền bệnh (ấu trùng và côn trùng đã trưởng thành) là phương pháp chủ yếu để phòng chống sốt đeng-ghi. Kiểm soát trung gian truyền bệnh sốt đeng-ghi cần dựa vào số liệu giám sát về cách phân phát các ca mắc bệnh ở người và mật độ trung gian truyền bệnh. Cần chú ý nhiều nhất đến những nơi ở đó các tác nhân sinh sản nhiều nhất, có thể thay đổi theo từng địa điểm. Ở thành thị, muỗi Aedes thường sinh sản ở các thùng chứa nước và các điểm tích trữ nước nhân tạo (như cốc nhựa, lốp xe đã xử dụng, chai lọ vỡ, lọ hoa, v.v...). Định kỳ đổ nước và vứt bỏ các thùng đựng nước là cách hiệu quả nhất để giảm thiểu số lượng địa điểm sinh đẻ của muỗi. Nước trữ trong nhà cần được che đậy vào mọi thời điểm và thùng chứa nước cần được lau chùi, cọ rửa hàng tuần. Dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần được cung cấp các loại thùng chứa nước đúng quy cách và có nắp đậy. Xử lý các thùng chứa nước với loại thuốc chống ấu trùng đã được phê duyệt cũng có hiệu quả trong việc tiêu diệt ấu trùng. Phun thuốc chống côn trùng có hiệu quả trong việc giảm thiểu số lượng muỗi trưởng thành. Cũng cần tuyên truyền các biện pháp bảo vệ cá nhân (xem Tiêu chuẩn 2 về Các mặt hàng phi lương thực tại trang 283, và Tiêu chuẩn 1-3 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh tại trang 111-116).

Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm và quản lý các ca mắc bệnh

Người dân có khả năng tiếp cận dịch vụ chẩn đoán và điều trị có hiệu quả đối với những căn bệnh truyền nhiễm góp phần nhiều nhất vào các căn bệnh và mức tử vong quá nhiều nhưng có thể phòng chống được.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xây dựng các thông điệp về giáo dục sức khỏe để khuyến khích người dân sớm tìm kiếm sự chăm sóc cho các căn bệnh như sốt, ho, tiêu chảy, v.v...
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại tất cả các cơ sở y tế cấp một dựa vào phác đồ quản lý ca bệnh được chuẩn hóa, phương pháp Quản lý lồng ghép bệnh trẻ em (sau đây gọi tắt là IMCI) và Quản lý lồng ghép bệnh người lớn (sau đây gọi tắt là IMAI) ở những nơi các phương pháp này được thực hiện, và chăm sóc chuyển tiếp để quản lý các căn bệnh nghiêm trọng (xem Hướng dẫn 1).
- Thực hiện các phác đồ phân loại bệnh nhân, chẩn đoán và quản lý ca bệnh để sớm điều trị các trường hợp như viêm phổi, tiêu chảy, sởi, viêm màng não, suy dinh dưỡng và sốt đeng-gơ, và đào tạo nhân viên về các phác đồ điều trị

(xem Hướng dẫn 2-3 và Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em, trang 338).

- Thực hiện các chương trình kiểm soát bệnh lao chỉ sau khi đã đáp ứng các tiêu chí được thừa nhận (xem Hướng dẫn 4).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xây dựng sẵn và sử dụng thống nhất các phác đồ quản lý ca bệnh được chuẩn hóa để chẩn đoán và điều trị các bệnh truyền nhiễm thông thường (xem Hướng dẫn 1-3 và Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế, trang 309).

Hướng dẫn

1. ***Quản lý lồng ghép bệnh trẻ em (IMCI) và Quản lý lồng ghép bệnh người lớn (IMAI):*** Có thể giảm thiểu tử vong do các bệnh truyền nhiễm bằng cách chẩn đoán sớm và chính xác và điều trị đầy đủ. Sử dụng IMCI và IMAI ở những nơi hai phương pháp này được thực hiện hoặc sử dụng các phương pháp chẩn đoán bệnh quốc gia khác có ý nghĩa quan trọng để phân loại bệnh nhân và phân loại bệnh tật theo loại hình và mức độ nghiêm trọng của căn bệnh cũng như để hỗ trợ việc quản trị công tác chữa bệnh. Các dấu hiệu nguy hiểm là các chỉ định chuyển bệnh nhân đến cơ sở điều trị nội trú. Các phác đồ quản lý ca bệnh được chuẩn hóa cho phép chẩn đoán chính xác và sử dụng thuốc hợp lý (xem thêm Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu – sức khỏe trẻ em, trang 338).
2. ***Viêm phổi:*** Chìa khóa thành công cho việc giảm thiểu tử vong do viêm phổi là nhanh chóng cho uống các loại thuốc kháng sinh, ví dụ a-mô-xi-lin, theo phác đồ điều trị quốc gia. Viêm phổi nghiêm trọng đòi hỏi phải cấp cứu và điều trị ngoài đường tiêu hóa.
3. ***Sốt rét:*** Được điều trị nhanh chóng và hiệu quả là chìa khóa để kiểm soát sốt rét thành công. Ở những địa phương có dịch sốt rét, cần xác định phác đồ để sớm chẩn đoán (trong vòng 24 giờ) và điều trị sốt với các loại thuốc đầu bảng có hiệu quả cao. Điều trị bằng phối hợp các loại thuốc có gốc artemisinin (ACT) là phương pháp chuẩn mực để điều trị sốt rét do falciparum gây ra. Việc lựa chọn thuốc cần được quyết định sau khi tham khảo ý kiến với tổ chức chủ trì ngành y tế và chương trình phòng chống sốt rét quốc gia. Hãy chú ý đến chất lượng thuốc khi tìm nguồn cung ứng. Tốt nhất sốt rét nên được chẩn đoán bằng xét nghiệm phòng thí nghiệm (xét nghiệm chẩn đoán nhanh, dùng kính hiển vi) trước khi bắt đầu điều trị. Tuy nhiên, điều trị sốt rét lâm sàng không nên để chậm trễ nếu không thể chẩn đoán bằng xét nghiệm.
4. ***Kiểm soát lao:*** Các chương trình kiểm soát lao thực hiện không tốt có thể gây tác hại nhiều hơn là mang lại tác dụng, bằng cách kéo dài khả năng lây

nhiễm và góp phần phát tán khuẩn que có sức đề kháng nhiều loại thuốc. Mặc dù có thể quản lý các bệnh nhân lao trong tình huống thảm họa, nhưng chỉ nên thực hiện chương trình kiểm soát lao toàn diện nếu đáp ứng các tiêu chí đã được thừa nhận. Các tiêu chí này bao gồm sự cam kết và nguồn lực của tổ chức cứu trợ, bảo đảm nhóm dân cư sẽ ở ổn định ít nhất là 12-15 tháng và có thể thực hiện một chương trình có chất lượng tốt. Khi thực hiện, chương trình kiểm soát lao nên được lồng ghép vào chương trình quốc gia và tuân thủ chiến lược ngắn hạn điều trị bằng quan sát trực tiếp.

Trong giai đoạn nghiêm trọng của tình huống khẩn cấp, rủi ro bị gián đoạn tất cả công việc điều trị các bệnh mạn tính (kể cả bệnh lao và không thể tiếp tục giám sát bệnh nhân) thường là một khó khăn lớn. Cần thiết lập được sự phối hợp chặt chẽ giữa những người làm công tác y tế khẩn cấp và các dịch vụ của chương trình kiểm soát lao quốc gia. Điều đó sẽ góp phần bảo đảm rằng những người đang được điều trị trước khi xảy ra thảm họa được tiếp tục điều trị (xem Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu – các bệnh không truyền nhiễm, trang 353).

Tiêu chuẩn 3 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: Phát hiện và ứng phó với các đợt bùng phát bệnh

Các đợt bùng phát được chuẩn bị sẵn sàng, phát hiện, điều tra và kiểm soát kịp thời và hiệu quả.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

Phát hiện

- Thiết lập hệ thống giám sát và ứng phó (cảnh báo sớm hay EWARN) trên cơ sở đánh giá rủi ro toàn diện về các bệnh truyền nhiễm, như là một phần của hệ thống thông tin y tế rộng lớn hơn (xem Hướng dẫn 1 và Tiêu chuẩn 5 về Hệ thống y tế, trang 319).
- Đào tạo cán bộ, nhân viên y tế và những người làm công tác y tế cộng đồng về việc phát hiện và báo cáo những rủi ro tiềm ẩn xảy ra bùng phát.
- Cung cấp cho người dân những thông tin đơn giản về triệu chứng của các căn bệnh truyền nhiễm dễ gây ra dịch và cách tìm kiếm sự giúp đỡ.

Chuẩn bị sẵn sàng

- Soạn thảo kế hoạch điều tra và ứng phó với tình hình bùng phát bệnh truyền nhiễm (xem Hướng dẫn 2).

- Bảo đảm rằng các phác đồ cho việc điều tra và ứng phó với tình hình bùng phát bệnh truyền nhiễm, trong đó có các phác đồ điều trị liên quan, luôn có sẵn và được thông báo cho các nhân viên có liên quan.
- Bảo đảm rằng lượng dự trữ các vật liệu thiết yếu luôn có sẵn cho các căn bệnh truyền nhiễm ưu tiên hay được mua sắm nhanh chóng từ một nguồn được xác định trước (xem Hướng dẫn 3).
- Xác định trước các địa điểm để cách ly và điều trị các nạn nhân dễ gây nhiễm (ví dụ các trung tâm điều trị tiêu chảy).
- Xác định một phòng thí nghiệm tại địa phương, trong nước hay ở một nước khác, có thể khẳng định sự bùng phát của bệnh truyền nhiễm (xem Hướng dẫn 4).
- Bảo đảm rằng các vật liệu lấy mẫu bệnh phẩm và phương tiện chuyên chở mẫu bệnh phẩm có sẵn tại địa điểm cho những tác nhân lây nhiễm có khả năng nhất trong việc gây ra bùng phát đột ngột (xem Hướng dẫn 5).

Kiểm soát

- Mô tả sự bùng phát bệnh truyền nhiễm theo thời gian, địa điểm và con người, dẫn đến việc xác định những cá nhân có nguy cơ cao và việc thích ứng các biện pháp kiểm soát (xem Hướng dẫn 6-8).
- Thực hiện các biện pháp kiểm soát thích hợp mang tính đặc trưng đối với căn bệnh và bối cảnh (xem Hướng dẫn 9).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Văn bản của kế hoạch điều tra và ứng phó có sẵn hay được xây dựng ngay đầu hoạt động ứng phó với các bệnh truyền nhiễm.
- Các tổ chức y tế báo cáo các đợt bùng phát bệnh truyền nhiễm cho cấp thích hợp tiếp theo trong hệ thống y tế trong vòng 24 giờ sau khi phát hiện.
- Tổ chức chủ trì ngành y tế bắt đầu việc điều tra các trường hợp mắc bệnh dễ gây thành dịch được báo cáo trong vòng 48 giờ sau khi nhận được thông báo.
- Tỷ lệ tử vong bệnh (sau đây gọi tắt là CFR) được duy trì dưới mức chấp nhận được:
  - Ỉa chảy – 1% hay thấp hơn;
  - Kiết lỵ do shigella – 1% hay thấp hơn;
  - Thương hàn – 1% hay thấp hơn;
  - Viêm màng não do não mô cầu – thay đổi, từ 5-15%;

  - Sốt rét – thay đổi, với mục tiêu là <5% ở các bệnh nhân bị mắc bệnh nghiêm trọng;
  - Sởi - thay đổi, từ 2-21% các trường hợp được báo cáo ở bối cảnh bị ảnh hưởng bởi xung đột, với mục tiêu là <5% (xem Hướng dẫn 10).

Hướng dẫn

1. ***Hệ thống cảnh báo sớm để phát hiện bùng phát:*** Các yếu tố then chốt cho một hệ thống như vậy bao gồm:
   - Một mạng lưới các đối tác thực hiện;
   - Thực hiện tại tất cả các cơ sở y tế và ở cấp độ cộng đồng nếu có thể;
   - Đánh giá rủi ro toàn diện đối với tất cả các bệnh tiềm ẩn dễ gây ra dịch;
   - Dựa trên đánh giá rủi ro, xác định được một số lượng nhỏ các điều kiện ưu tiên (10-12) để giám sát hàng tuần và một số lượng lựa chọn các bệnh để công bố lệnh "báo động" tức thời (xem Phụ lục 2: Các mẫu báo cáo về công tác giám sát hàng tuần);
   - Phác đồ chẩn đoán rõ ràng cho từng căn bệnh hay điều kiện trên mẫu giám sát chuẩn;
   - Các ngưỡng báo động được xác định cho từng căn bệnh hay điều kiện ưu tiên để bắt đầu công việc điều tra;
   - Thông tin để bảo đảm thông báo nhanh chóng lệnh báo động chính thức hay không chính thức (lời đồn đại, tin tức báo chí, v.v...) cho các cơ quan y tế có liên quan;
   - Một hệ thống để ghi nhận và ứng phó với các lệnh báo động;
   - Báo cáo, nhập số liệu vào cơ sở dữ liệu theo tiêu chuẩn và phân tích số liệu hàng tuần;
   - Phản hồi đối với thông tin giám sát hàng tuần và các lệnh báo động tức thời cho tất cả các đối tác;
   - Giám sát thường xuyên nhằm bảo đảm chất lượng số liệu cũng như tính kịp thời và hoàn chỉnh của công tác báo cáo;
   - Các phác đồ và mẫu chuẩn cho việc điều tra các trường hợp;
   - Quy trình chuẩn cho việc chia sẻ thông tin và bắt đầu ứng phó với các đợt bùng phát.
2. ***Kế hoạch điều tra và kiểm soát bùng phát:*** Kế hoạch này phải được soạn thảo với sự tham gia đầy đủ của tất cả các nhóm đối tượng liên quan. Cần đề cập và giải quyết những vấn đề sau:

- Các tiêu chí để triệu tập tổ công tác kiểm soát bùng phát;
- Thành phần của tổ công tác kiểm soát bùng phát;
- Vai trò và trách nhiệm cụ thể của các tổ chức và của các vị trí trong tổ công tác;
- Các cơ chế cho việc tham vấn và chia sẻ thông tin ở cấp địa phương và cấp quốc gia;
- Các nguồn lực và phương tiện sẵn có để điều tra và ứng phó với các đợt bùng phát;
- Danh mục các loại thuốc, vật tư thiết yếu và kết quả chẩn đoán cần thiết.

3. ***Nguồn dự trữ:*** Nguồn dự trữ tại chỗ cần có các loại thuốc để sử dụng nhằm ứng phó với các đợt bùng phát có thể xảy ra. Có thể cần một túi thuốc được đóng gói sẵn để điều trị tiêu chảy hay thổ tả trong một số tình huống. Dự trữ tại chỗ một số thuốc, ví dụ vắc-xin điều trị viêm màng não, cũng có thể có ý nghĩa thực tế. Đối với các loại thuốc này, các thủ tục để mua sắm, chuyên chở và bảo quản cần được quyết định trước để có thể có được chúng một cách nhanh chóng.
4. ***Phòng thí nghiệm tham chiếu:*** Xét nghiệm phòng thí nghiệm sẽ rất hữu ích để khẳng định kết quả chẩn đoán trong một đợt bùng phát còn nghi ngờ mà việc tiêm chủng đồng loạt có thể được chỉ định (ví dụ, viêm màng não não mô cầu) hay trong trường hợp mà văn hóa hay xét nghiệm độ nhạy kháng sinh có thể ảnh hưởng đến quyết định quản lý các ca bệnh (ví dụ, bệnh shigella). Cũng cần xác định một phòng thí nghiệm tham chiếu, trong khu vực hay quốc tế, có khả năng hỗ trợ với những xét nghiệm tinh vi hơn; ví dụ, chẩn đoán huyết thanh học của bệnh sởi, sốt rét vàng, sốt dengue hay sốt xuất huyết do vi-rút.
5. ***Phương tiện chuyên chở và xét nghiệm nhanh:*** Các vật liệu lấy mẫu (ví dụ, tăm bông trực tràng) và các phương tiện chuyên chở (ví dụ, môi trường Cary-Blair cho dịch tả, shigella, E.coli và salmonella) và dây chuyền lạnh cho việc chuyên chở cần phải sẵn có tại chỗ hay phải dễ dàng tiếp cận. Ngoài ra, có một số xét nghiệm nhanh có thể hữu ích trong việc sàng lọc các bệnh truyền nhiễm ngay tại thực địa, trong đó có bệnh sốt rét và viêm màng não.
6. ***Điều tra bùng phát:*** 10 bước then chốt để tiến hành điều tra bùng phát là:
   - Xác lập sự tồn tại của sự bùng phát;
   - Khẳng định kết quả chẩn đoán;
   - Xác định một ca bệnh;
   - Đếm các ca bệnh;

   - Thực hiện xét nghiệm dịch tễ học (thời gian, con người, địa điểm);
   - Xác định người có rủi ro;
   - Xây dựng giả định để giải thích sự phơi nhiễm và căn bệnh;
   - Đánh giá giả định;
   - Phổ biến các phát hiện;
   - Thực hiện các biện pháp kiểm soát.

   Những bước trên đây không nhất thiết phải thực hiện theo một trình tự nghiêm ngặt nào và biện pháp kiểm soát cần được thực hiện càng sớm càng tốt.

7. ***Khẳng định sự tồn tại của đợt bùng phát:*** Không phải lúc nào cũng dễ dàng khẳng định một đợt bùng phát đã xảy ra và không phải lúc nào cũng có định nghĩa rõ ràng về ngưỡng bùng phát cho tất cả các căn bệnh. Tuy nhiên, đã có ngưỡng cho những căn bệnh liệt kê dưới đây:
   - Các căn bệnh mà một ca bệnh duy nhất có thể cho thấy một đợt bùng phát: tả, sởi, sốt rét vàng da, sốt xuất huyết do vi-rút;
   - Các căn bệnh mà cần nghi ngờ một đợt bùng phát khi các ca bệnh hay số người chết do căn bệnh đó vượt quá số lượng dự kiến cho địa phương hay nhiều gấp hai lần con số hàng tuần trước đó: shigella - ở những vùng không có dịch địa phương và trong các trại tị nạn, một ca duy nhất mắc bệnh shigella phải đặt ra nghi ngờ về một đợt bùng phát tiềm ẩn.
   - Sốt rét - tùy thuộc vào tình hình cụ thể; một sự gia tăng các ca bệnh vượt quá mức dự kiến cho một thời điểm trong năm ở một nhóm dân cư được xác định tại một địa điểm được xác định có thể cho thấy một đợt bùng phát. Nếu không có số liệu lịch sử, các dấu hiệu cảnh báo sẽ là một sự gia tăng đáng kể tỷ lệ thuận với các ca sốt được khẳng định là sốt rét trong hai tuần vừa qua và chiều hướng gia tăng tỷ lệ chết bệnh trong vài tuần vừa qua.
   - Vêm màng não não mô cầu - ở vành đai viêm màng não, cho các nhóm dân cư nhiều hơn 30.000 người, 15 ca bệnh/100.000 người/tuần; tuy nhiên, với mức rủi ro bùng phát cao (nghĩa là, không có bùng phát trong 3+ năm và diện tiêm vắc-xin dưới 80%), ngưỡng này sẽ rút xuống còn 10 ca bệnh/100.000 người/tuần. Ở các nhóm dân cư ít hơn 30.000 người, 5 ca bệnh trong một tuần hay 10 ca bệnh trong 3 tuần sẽ khẳng định có đợt bùng phát. Ở trong lều trại, 2 ca bệnh đươc khẳng định trong một tuần sẽ cho thấy có đợt bùng phát.

- Sốt đeng-ghi - sự gia tăng các ca sốt trong hai tuần qua kèm với sự gia tăng mức kháng thể IgG (dựa trên kết quả xét nghiệm các mẫu huyết thanh liên tục) của một bệnh nhân sốt 3-5 ngày và số lượng tiểu cầu giảm (<20.000).

8. ***Ứng phó với sự bùng phát dịch:*** Các hợp phần then chốt của một biện pháp ứng phó với sự bùng phát là phối hợp, quản lý ca bệnh, giám sát và dịch tễ học, phòng xét nghiệm, các biện pháp phòng chống cụ thể như cải thiện chất lượng nước và cải thiện công tác vệ sinh môi trường sống, tùy thuộc vào tình hình bệnh, thông tin về rủi ro, vận động xã hội, quan hệ với báo chí, quản lý thông tin, hậu cần và an ninh.

9. ***Các biện pháp kiểm soát:*** Cần xây dựng các biện pháp kiểm soát để ngăn chặn sự lây lan của tác nhân gây ra bùng phát. Thông thường, tri thức hiện có về tác nhân gây bệnh có thể hướng dẫn việc thiết kế các biện pháp kiểm soát thích hợp trong các tình huống cụ thể. Nhìn chung các hoạt động ứng phó bao gồm kiểm soát nguồn và (hoặc) ngăn chặn tình trạng phơi nhiễm (ví dụ, thông qua cải thiện nguồn nước để ngăn chặn bệnh tả), làm gián đoạn sự lây lan và (hoặc) ngăn chặn lây nhiễm (ví dụ, thông qua tiêm phòng vắc-xin đồng loạt để ngăn chặn bệnh sởi hay sử dụng LLIN để ngăn chặn bệnh sốt rét), và điều chỉnh các biện pháp phòng chống của nước chủ nhà (ví dụ, thông qua chẩn đoán và điều trị nhanh, hay áp dụng cách phòng bệnh bằng thuốc) (xem Tiêu chuẩn 5 về Hệ thống y tế tại trang 319, Tiêu chuẩn 1-2 về Cung cấp nước tại trang 97-100, Tiêu chuẩn 1-2 về Khuyến khích thực hành vệ sinh tại trang 91-94, và Tiêu chuẩn 1-3 về Kiểm soát các trung gian truyền bệnh tại trang 111-116).

10. ***Tỷ lệ tử vong bệnh:*** Tỷ lệ tử vong bệnh chấp nhận được đối với các bệnh truyền nhiễm thay đổi theo bối cảnh chung, khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và chất lượng cũng như độ nhanh nhạy của công tác quản lý ca bệnh. Nhìn chung, mục tiêu là giảm tỷ lệ tử vong bệnh xuống mức càng thấp càng tốt. Nếu tỷ lệ tử vong bệnh vượt quá mức dự kiến, cần ngay lập tức tiến hành đánh giá các biện pháp kiểm soát, sau đó cần thực hiện các biện pháp sửa chữa để bảo đảm rằng tỷ lệ tử vong bệnh được duy trì ở mức chấp nhận được.

2.2. Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em

Trong các tình huống khẩn cấp, trẻ em đặc biệt dễ bị tổn thương với tử vong và bệnh tật. Xử lý các nhu cầu sức khỏe đặc biệt của trẻ em đòi hỏi phải có các biện pháp can thiệp tập trung vào trẻ em. Các biện pháp can thiệp này phải bao gồm những biện pháp khắc phục nguyên nhân chính gây ra tử vong và bệnh tật quá nhiều, như viêm đường hô hấp cấp, tiêu chảy, sởi, suy dinh dưỡng và tử vong sơ sinh.

Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em: Ngăn chặn các căn bệnh có thể phòng ngừa bằng cách tiêm vắc-xin

Trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 15 tuổi có sức miễn dịch đối với bệnh sởi và có khả năng tiếp cận các dịch vụ của Chương trình tiêm chủng mở rộng (sau đây gọi tắt là EPI) một khi tình hình được ổn định.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Ước lượng diện tiêm phòng sởi cho trẻ em 9 tháng tuổi đến 15 tuổi ngay khi bắt đầu thực hiện biện pháp can thiệp, để xác định rủi ro xảy ra bùng phát (xem Hướng dẫn 1).
- Khi diện tiêm phòng sởi là <90% hay không được biết, hãy thực hiện một chiến dịch tiêm phòng sởi đồng loạt cho trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 15 tuổi, trong đó có việc cho trẻ em từ 6 đến 59 tháng tuổi uống vitamin A (xem Hướng dẫn 1-2).
- Bảo đảm rằng trẻ thơ dưới 1 tuổi đã được tiêm chủng trong giai đoạn từ 6 đến 9 tháng tuổi được tiêm thêm một liều vắc-xin phòng sởi khi trẻ đến 9 tháng tuổi (xem Hướng dẫn 3).
- Đối với các nhóm dân cư đang di chuyển hay di tản, hãy xây dựng một hệ thống để bảo đảm ít nhất 95% những người mới đến nhập trại hay mới đến nhập cộng đồng, từ 6 tháng tuổi đến 15 tuổi, được tiêm phòng sởi.
- Thiết lập lại Chương trình EPI ngay sau khi điều kiện cho phép để có thể thường xuyên tiêm phòng sởi và các bệnh có thể phòng ngừa bằng tiêm chủng vắc-xin cho trẻ em được đưa vào lịch biểu tiêm phòng quốc gia (xem Hướng dẫn 4).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Sau khi hoàn thành chiến dịch tiêm phòng sởi:
  - Ít nhất 95% trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 15 tuổi đã được tiêm phòng sởi;
  - Ít nhất 95% trẻ em từ 6 đến 59 tháng tuổi đã được nhận một liều Vitamin A thích hợp.
- Một khi các dịch vụ của Chương trình EPI đã được tái lập, ít nhất 90% trẻ em đến 12 tháng tuổi đã được tiêm 3 liều vắc-xin phòng DPT (bạch hầu, ho gà, uốn ván), được coi là chỉ số thay thế cho trẻ em đã được tiêm chủng đầy đủ.

Hướng dẫn

1. ***Diện tiêm phòng sởi:*** Xác định diện tiêm phòng sởi ở nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa thông qua việc rà soát số liệu về diện tiêm phòng. Dựa vào kết quả rà soát, xác định xem diện tiêm phòng sởi thường xuyên có đạt mức ≥90% trong 5 năm trước đó và (hoặc) chiến dịch tiêm phòng sởi được thực hiện trong 12 tháng trước đó có đạt mức ≥90% trẻ em từ 9 tháng tuổi đến 5 tuổi. Nếu diện tiêm phòng sởi chỉ đạt mức <90%, không được biết hay còn nghi ngờ về con số ước tính diện tiêm phòng, thì cần thực hiện một chiến dịch tiêm phòng trên cơ sở giả định rằng diện tiêm phòng trước đó là không đủ để ngăn chặn các đợt bùng phát.
2. ***Lứa tuổi tiêm phòng sởi***: Một số trẻ em lớn tuổi hơn có thể không tham gia các chiến dịch tiêm phòng sởi trước đó và cũng không mắc bệnh sởi. Những trẻ em này vẫn có rủi ro sẽ mắc bệnh sởi và có thể trở thành nguồn lây lan sởi cho trẻ thơ và trẻ nhỏ, những người phải đối mặt với rủi ro tử vong vì bệnh sởi cao hơn. Đấy là lý do vì sao có khuyến nghị tiêm chủng cho trẻ em đến 15 tuổi. Trong các bối cảnh thiếu thốn nguồn lực, khó có thể tiêm chủng cho tất cả trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 15 tuổi. Do đó, cần ưu tiên cho trẻ em từ 6 đến 59 tháng tuổi. Tất cả trẻ em trong nhóm tuổi đối tượng này phải được tiêm phòng sởi, bất kể trước đó các em có được tiêm phòng hay không.
3. ***Tiêm chủng lại cho trẻ em từ 6 đến 9 tháng tuổi:*** Tất cả trẻ em từ 6 đến 9 tháng tuổi đã được tiêm phòng cần được tiêm thêm một liều vắc-xin phòng sởi khi đến 9 tháng tuổi, với khoảng cách ít nhất một tháng giữa hai đợt tiêm phòng.
4. ***Tái lập Chương trình EPI:*** Đồng thời với việc chuẩn bị cho chiến dịch tiêm phòng sởi đồng loạt, cần bắt đầu kế hoạch tái lập EPI, có phối hợp với các cơ quan chức năng địa phương. Việc sớm tái lập việc tiêm chủng theo EPI không chỉ bảo vệ trẻ em trực tiếp phòng chống các bệnh như sởi, bạch hầu, ho gà, mà còn có giá trị gia tăng là giảm thiểu rủi ro mắc các chứng viêm đường hô hấp.

Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe trẻ em: Quản lý bệnh tật của trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Trẻ em được tiếp cận các dịch vụ y tế ưu tiên được thiết kế để xử lý những nguyên nhân chính gây ra bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Thiết kế các thông điệp giáo dục sức khỏe để khuyến khích dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa sớm tìm kiếm sự chăm sóc đối với bất kỳ bệnh tật nào

(sốt, ho gà, tiêu chảy, v.v...) ở trẻ sơ sinh. Trong khi thiết kế các thông điệp giáo dục sức khỏe, cần tính đến những trẻ em không có người lớn chăm sóc (xem Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế, Hướng dẫn 3, trang 298).

- Cung cấp sự chăm sóc thiết yếu cho tất cả các trẻ sơ sinh theo các văn bản hướng dẫn về Quản lý lồng ghép thai kỳ và sinh con (sau đây gọi tắt là IMPAC) nếu có thể (xem Hướng dẫn 1).
- Cung cấp sự chăm sóc sức khỏe cho trẻ em tại các cơ sở y tế cấp một bằng cách sử dụng phác đồ quốc gia, hoặc văn bản hướng dẫn Quản lý lồng ghép bệnh trẻ em (IMCI) ở những nơi văn bản này được thực hiện, và chăm sóc tại bệnh viện cho các trẻ em bị đau ốm nghiêm trọng (xem Hướng dẫn 2).
- Thiết lập một hệ thống được chuẩn hóa về đánh giá tình trạng khẩn cấp và phân loại bệnh nhân ở tất cả các cơ sở y tế để chăm sóc cho trẻ em bị đau ốm nhằm bảo đảm rằng những em có triệu chứng khẩn cấp được điều trị tức thời (xem Hướng dẫn 3).
- Bảo đảm rằng trẻ em tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được sàng lọc về tình hình dinh dưỡng và được chuyển đến các dịch vụ chăm sóc dinh dưỡng (xem Tiêu chuẩn 1-3 về Quản lý tình trạng suy dinh dưỡng cấp và thiếu các vi chất dinh dưỡng, trang 165-173).
- Xây dựng phác đồ quản lý ca bệnh thích hợp cho việc điều trị bệnh bạch hầu và ho gà ở các tình huống có mức rủi ro cao có thể bùng phát các căn bệnh này (xem Hướng dẫn 6).
- Luôn sẵn có các loại thuốc thiết yếu để điều trị những căn bệnh thông thường ở trẻ em, với liều và công thức thích hợp.

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh sốt rét được điều trị chống sốt rét có hiệu quả trong vòng 24 giờ sau khi xảy ra triệu chứng (xem Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 329).
- Tất cả trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh tiêu chảy được nhận dung dịch ORS và nguyên tố kẽm bổ sung (xem Hướng dẫn 3).
- Tất cả trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh viêm phổi được điều trị bằng thuốc kháng sinh thích hợp (xem Hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. ***Chăm sóc trẻ sơ sinh:*** Lý tưởng ra, tất cả các trẻ sơ sinh đều được nhận sự chăm sóc chuyên nghiệp ngay từ khi mới ra đời (tốt nhất là tại một cơ sở y tế), được giữ ấm và được nuôi bằng sữa mẹ sớm và hoàn toàn. Tất cả các cháu cần được đánh giá về mọi vấn đề, đặc biệt là những khó khăn về ăn

uống. Tất cả các cháu bị ốm đau cần được đánh giá về khả năng bị nhiễm trùng máu và các bệnh viêm nhiễm địa phương.

2. ***Quản lý lồng ghép bệnh trẻ em (IMCI):*** IMCI là phương pháp lồng ghép đối với sức khỏe trẻ em, đặt trọng tâm vào sự chăm sóc trẻ em dưới 5 tuổi ở cấp độ chăm sóc ban đầu. Ở những địa phương mà IMCI đã phát triển trong một nước và các hướng dẫn lâm sàng đã được thích ứng, các văn bản hướng dẫn này cần được lồng ghép vào các phác đồ theo tiêu chuẩn và những người làm công tác y tế được đào tạo đầy đủ.
3. ***Phân loại bệnh nhân:*** Các văn bản hướng dẫn về IMCI và chăm sóc chuyển tuyến bệnh nhân cần được tăng cường khi được sử dụng kết hợp với việc phân loại nhanh và điều trị bệnh nhân. Phân loại bệnh nhân là việc phân chia bệnh nhân thành các nhóm ưu tiên khác nhau theo nhu cầu điều trị, các nguồn lực hiện có và cơ hội sống sót của họ. Các thầy thuốc lâm sàng tham gia vào công tác chăm sóc trẻ em đau ốm cần được đào tạo về việc sử dụng các văn bản hướng dẫn phân loại bệnh nhân, đánh giá và điều trị khẩn cấp (sau đây gọi tắt là ETAT) để tiến hành những đánh giá nhanh.
4. ***Quản lý tiêu chảy:*** Trẻ em mắc tiêu chảy phải được điều trị bằng dung dịch ORS nồng độ thấp và bổ sung nguyên tố kẽm. Dung dịch ORS nồng độ thấp rút ngắn thời gian tiêu chảy và giảm thiểu nhu cầu điều trị bằng dung dịch qua đường tĩnh mạch.
5. ***Quản lý viêm phổi:*** Trẻ em bị ho gà cần được đánh giá về khả năng hít thở nhanh và (hoặc) hít thở khó khăn cũng như tỷ lệ rút lõm lồng ngực. Những em có triệu chứng hít thở nhanh và (hoặc) hít thở khó khăn cần được điều trị bằng thuốc kháng sinh qua đường miệng; những em có vấn đề về rút lõm lồng ngực cần được chuyển đến bệnh viện.
6. ***Quản lý ho gà và bạch hầu:*** Bùng phát bệnh ho gà là khá phổ biến ở các tình huống có dân di tản. Một chiến dịch tiêm phòng để ứng phó với sự bùng phát ho gà thường là tránh được do quan ngại về những diễn biến tiêu cực ở những người cao tuổi đã được tiêm phòng các vắc-xin bạch hầu, ho gà và uốn ván (DPT). Tuy nhiên, một sự bùng phát có thể được sử dụng để xử lý những bất cập ở tiêm chủng thường xuyên. Quản lý ca bệnh bao gồm điều trị các ca bệnh bằng thuốc kháng sinh và điều trị dự phòng cho những người tiếp xúc với bệnh nhân ở các hộ gia đình có trẻ thơ và phụ nữ đang mang thai. Bùng phát ho gà ít xảy ra hơn nhưng luôn là một mối đe dọa trong các nhóm dân cư có khả năng miễn dịch ho gà thấp hơn ở những nơi đông người. Các chiến dịch tiêm phòng đồng loạt với ba liều vắc-xin riêng biệt đã được thực hiện ở môi trường trại định cư để ứng phó với các đợt bùng phát bạch hầu. Quản lý ca bệnh bao gồm cho uống thuốc kháng độc tố và thuốc kháng sinh.

2.3. Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản

Tất cả các cá nhân, kể cả những người sống ở những vùng bị ảnh hưởng bởi thảm họa, có quyền được hưởng sức khỏe sinh sản. Để thực thi quyền này, các nhóm dân cư bị ảnh hưởng phải được tiếp cận với những thông tin và dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện để đưa ra những lựa chọn tự nguyện trên cơ sở có thông tin đầy đủ. Các dịch vụ sức khỏe sinh sản tốt phải dựa trên cơ sở các nhu cầu của dân cư bị ảnh hưởng. Cần phải tôn trọng các tín ngưỡng, các giá trị đạo đức và nguồn gốc văn hóa của cộng đồng, trong khi tuân thủ các chuẩn mực về quyền con người được quốc tế thừa nhận.

Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản: Sức khỏe sinh sản

Người dân được tiếp cận các dịch vụ sức khỏe sinh sản ưu tiên trong Gói dịch vụ ban đầu tối thiểu (sau đây gọi tắt là MISP) ngay từ khi mới xảy ra tình huống khẩn cấp và được tiếp cận dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện khi tình hình ổn định.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xác định tổ chức chủ trì dịch vụ sức khỏe sinh sản trong ngành hay nhóm công tác về y tế để tạo dễ dàng cho công tác điều phối và thực hiện MISP và bảo đảm rằng một cán bộ phụ trách sức khỏe sinh sản (do tổ chức chủ trì sức khỏe sinh sản chỉ định) sẵn sàng làm nhiệm vụ trong ngành hay trong nhóm công tác về y tế (xem Hướng dẫn 1).
- Thực hiện các biện pháp để giảm thiểu rủi ro xảy ra bạo lực tình dục, có phối hợp với các ngành hay cụm có liên quan khác (xem Hướng dẫn 3).
- Bảo đảm các dịch vụ để quản lý lâm sàng bạo lực tình dục, kể cả tiếp cận hỗ trợ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cũng như trợ giúp pháp lý (xem Hướng dẫn 3 và Nguyên tắc Bảo vệ 2, Hướng dẫn 7, trang 37).
- Thiết lập một tập hợp tối thiểu các dịch vụ phòng chống HIV, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ để giảm thiểu sự lan truyền HIV (xem Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, trang 344).
- Bảo đảm rằng các dịch vụ sản khoa và chăm sóc trẻ sơ sinh khẩn cấp luôn sẵn có và có thể tiếp cận được, trong đó có:

- Tại trung tâm y tế - hộ lý có tay nghề và vật tư cho các ca sinh đẻ bình thường và quản lý cơ bản các biến chứng sản khoa và trẻ sơ sinh khẩn cấp; chăm sóc sản khoa khẩn cấp cơ bản (sau đây gọi tắt là BEmOC) và chăm sóc trẻ sơ sinh khẩn cấp cơ bản;
- Tại bệnh viện chuyển bệnh nhân – các cán bộ y tế có tay nghề và vật tư cho việc quản lý toàn diện các biến chứng sản khoa và trẻ sơ sinh; chăm sóc sản khoa khẩn cấp toàn diện (sau đây gọi tắt là CEmOC) và chăm sóc trẻ sơ sinh khẩn cấp toàn diện;
- Một hệ thống truyền thông và chuyên chở để quản lý các tình huống sản khoa khẩn cấp và trẻ sơ sinh khẩn cấp được thành lập và vận hành tốt 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần, từ cộng đồng đến trung tâm y tế, giữa trung tâm y tế và bệnh viện chuyển bệnh nhân (xem Hướng dẫn 4).

- Cung cấp túi thuốc hộ sinh sạch cho các phụ nữ có thai nhìn rõ và cho các hộ lý để bảo đảm các ca sinh sạch sẽ tại nhà, khi không thể tiếp cận nhân viên y tế có tay nghề và cơ sở y tế (xem Hướng dẫn 4).
- Cung cấp thông tin cho các nhóm dân cư về lợi ích và sự hiện diện của các dịch vụ y tế cho các nạn nhân bạo lực tình dục và về hệ thống chuyển bệnh nhân khẩn cấp để xử lý các biến chứng trong thai kỳ và sinh con (xem Hướng dẫn 3-4).
- Bảo đảm luôn sẵn có các phương pháp tránh thai thông thường để đáp ứng nhu cầu của người dân (xem Hướng dẫn 2).
- Lên kế hoạch để thực hiện các dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện, được lồng ghép vào công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu càng sớm càng tốt (xem Hướng dẫn 1).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các cơ sở y tế có nhân viên đã qua đào tạo, nguồn vật tư và thiết bị đầy đủ để quản lý lâm sàng các dịch vụ cho các nạn nhân của hành động cưỡng dâm dựa trên phác đồ quốc gia hay phác đồ của WHO.
- Tất cả phụ nữ mang thai ở kỳ ba tháng cuối đã nhận được túi thuốc hộ sinh sạch.
- Ít nhất 4 cơ sở y tế có các dịch vụ chăm sóc sản khoa khẩn cấp cơ bản (BEmOC) và chăm sóc trẻ sơ sinh/500.000 dân.
- Ít nhất 1 cơ sở y tế có các dịch vụ chăm sóc sản khoa khẩn cấp toàn diện (CEmOC) và chăm sóc trẻ sơ sinh/500.000 dân.
- Tỷ lệ các ca sinh bằng phương pháp mổ đẻ không ít hơn 5% hay nhiều hơn 15% (xem Hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. ***Gói dịch vụ ban đầu tối thiểu (sau đây gọi tắt là MISP):*** MISP xác định những dịch vụ quan trọng nhất để ngăn ngừa bệnh tật và tử vong liên quan đến sức khỏe sinh sản ở phụ nữ, nam giới và vị thành niên trong bối cảnh thảm họa. MISP bao gồm một tập hợp các dịch vụ sức khỏe sinh sản ưu tiên phải được thực hiện đồng thời, để ngăn ngừa và quản lý hậu quả của hành động bạo lực tình dục, giảm thiểu rủi ro lây truyền HIV, ngăn ngừa tỷ lệ bệnh tật và tử vong quá cao đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh, và bắt đầu lập kế hoạch cho việc thực hiện các dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện ngay sau khi tình hình trở lại bình thường. Lập kế hoạch cho việc lồng ghép các hoạt động sức khỏe tình dục toàn diện và có chất lượng tốt vào công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu khi bắt đầu tình huống khẩn cấp có ý nghĩa cực kỳ quan trọng để bảo đảm sự chăm sóc liên tục. Chăm sóc sức khỏe sinh sản toàn diện gồm nâng cấp các dịch vụ hiện có, bổ sung các dịch vụ còn thiếu và nâng cao chất lượng dịch vụ.
2. ***Các vật tư chăm sóc sức khỏe tình dục:*** Các vật tư cho MISP phải được đặt trước, phân phát và bảo quản để tránh sự chậm trễ trong việc đưa các sản phẩm thiết yếu này đến với người dân. Túi thuốc Sức khỏe khẩn cấp liên cơ quan gồm một số lượng hạn chế các loại thuốc để điều trị dự phòng cho bệnh nhân sau khi bị phơi nhiễm, sun-phát ma-giê và các công cụ và thuốc phục vụ chăm sóc hộ sinh, nhưng không phải tất cả các vật tư này đều cần cho MISP. Túi thuốc Sức khỏe sinh sản liên cơ quan có các loại thuốc và vật tư để sử dụng trong 3 tháng.
3. ***Bạo lực tình dục:*** Tất cả các chủ thể tham gia ứng phó với thảm họa phải nhận thức được rủi ro xảy ra bạo lực tình dục, trong đó có bóc lột và lạm dụng tình dục bởi những người làm công tác nhân đạo, và phải phấn đấu để ngăn chặn và ứng phó với tình trạng này. Phải thu thập và chia sẻ, một cách an toàn và đúng chuẩn mực đạo đức, thông tin tổng hợp về những sự cố được báo cáo để hỗ trợ nỗ lực phòng ngừa và ứng phó. Cần giám sát các sự cố về bạo lực tình dục. Các biện pháp để hỗ trợ nạn nhân bạo lực tình dục phải luôn sẵn có tại tất cả các cơ sở y tế sơ cấp cũng như các nhân viên có kỹ năng chuyên môn để cung cấp các dịch vụ điều trị lâm sàng gồm tránh thụ thai khẩn cấp, phòng bệnh sau phơi nhiễm để ngăn ngừa rủi ro nhiễm HIV, điều trị phòng đoán các bệnh truyền qua đường tình dục, chăm sóc vết thương, phòng ngừa uốn ván và phòng ngừa viêm gan B. Việc sử dụng phương pháp tránh thai là sự lựa chọn cá nhân chỉ có thể thực hiện với sự chấp thuận của chính các nữ nạn nhân. Họ phải được tư vấn một cách không thành kiến để đưa ra quyết định trên cơ sở có thông tin đầy đủ. Họ cần được hỗ trợ để tìm kiếm sự săn sóc và được chuyển đến dịch vụ chăm sóc lâm sàng cũng như được tiếp cận sự chăm sóc sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội.

Theo yêu cầu của nạn nhân, nhân viên bảo vệ cần cung cấp cho họ sự bảo vệ và hỗ trợ pháp lý. Tất cả các hoạt động khám và điều trị chỉ được thực hiện với sự chấp thuận của nạn nhân trên cơ sở có thông tin đầy đủ. Bảo mật có ý nghĩa then chốt ở tất cả các công đoạn của quá trình này (xem Tiêu chuẩn 5 về Hệ thống y tế, Hướng dẫn 4 tại trang 321, và Nguyên tắc Bảo vệ 1, Hướng dẫn 7-12 tại trang 35).

4. ***Chăm sóc sản khoa và chăm sóc trẻ sơ sinh khẩn cấp:*** Khoảng 4% của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa là phụ nữ đang mang thai. Khoảng 15% tất cả phụ nữ đang mang thai có biến chứng sản khoa không dự báo trước trong thai kỳ hoặc vào thời điểm sinh đẻ, cần được chăm sóc sản khoa khẩn cấp và 5-15% tất cả các ca đẻ cần phải phẫu thuật, như mổ đẻ. Để ngăn ngừa tử vong và bệnh tật ở người mẹ và trẻ sơ sinh do các biến chứng, cần phải có công tác hộ sinh có tay nghề cho tất cả các ca sinh, BEmOC và hồi sức sau sinh tại tất cả các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu. BEmOC có chức năng điều trị bằng kháng sinh không qua đường tiêu hóa, thuốc mở âm hộ (oxy-tocin), thuốc chống sản giật (sun-phát ma-giê), lấy các sản phẩm thụ thai còn lưu lại bằng công nghệ thích hợp, lấy rau bằng phương pháp thủ công, thủ thuật giúp sinh (bằng máy hút và phóc-xép), hồi sức bà mẹ và trẻ sơ sinh. Chức năng của CEmOC bao gồm tất cả các can thiệp về BEmOC cũng như các biện pháp phẫu thuật bằng gây mê nói chung (mổ đẻ, mổ bụng) và truyền máu hợp lý và an toàn.

   Hệ thống chuyển bệnh nhân cần bảo đảm rằng tất cả phụ nữ và (hoặc) trẻ sơ sinh được chuyển đến nơi thích hợp và có phương tiện đi từ cơ sở chăm sóc sức khỏe sơ cấp và trở về với BEmOC và các dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh, và đến bệnh viện với CEmOC và các dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh.

Tiêu chuẩn 2 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản: HIV và AIDS

Người dân có khả năng tiếp cận với tập hợp tối thiểu các dịch vụ phòng ngừa HIV, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ trong các tình huống thảm họa.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Xây dựng các biện pháp phòng ngừa theo tiêu chuẩn và quy trình an toàn để xử lý chất thải trong môi trường chăm sóc sức khỏe (xem Hướng dẫn 2 và Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế, Hướng dẫn 10-11, trang 311-313).
- Xây dựng và tuân thủ quy trình cung cấp máu an toàn và sử dụng hợp lý phương pháp truyền máu (xem Hướng dẫn 2 và Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế, Hướng dẫn 5, trang 311-312).

- Thiết lập khả năng tiếp cận bao cao su có chất lượng tốt và miễn phí, cho nam giới cũng như cho phụ nữ, kể cả thông tin về việc sử dụng bao cao su đúng quy cách.
- Bảo đảm rằng các cơ sở y tế cung cấp quản lý hội chứng cho tất cả các bệnh nhân có triệu chứng bị nhiễm trùng qua đường tình dục.
- Bảo đảm rằng các dịch vụ điều trị phòng ngừa sau phơi nhiễm được cung cấp cho các cá nhân trong vòng 72 giờ sau khi xảy ra sự cố có nguy cơ phơi nhiễm với HIV (xem Hướng dẫn 3).
- Cung cấp thông tin bằng các hình thức dễ hiểu và giáo dục về phòng chống HIV cho công chúng nói chung và cho các nhóm có rủi ro cao (ví dụ, những người làm nghề mại dâm).
- Phòng ngừa trình trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng cách bảo đảm khả năng tiếp cận các loại thuốc/dụng cụ tránh thai và sinh đẻ an toàn và sạch sẽ (kể cả chăm sóc sản khoa khẩn cấp) và cung cấp các loại thuốc kháng vi-rút (xem Hướng dẫn 4).
- Cung cấp dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ trẻ thơ được sinh ra bởi các bà mẹ được biết đã nhiễm HIV, kể cả hướng dẫn và tư vấn về chế độ nuôi dưỡng (xem Tiêu chuẩn 2 về Chế độ nuôi dưỡng trẻ thơ và trẻ nhỏ, trang 160).
- Bảo đảm rằng những người sống chung với HIV được chăm sóc sức khỏe, kể cả việc điều trị dự phòng các chứng viêm nhiễm liên quan đến HIV bằng thuốc co-trimoxazole.
- Bảo đảm rằng những người trước kia đã được điều trị bằng thuốc kháng vi-rút tiếp tục được điều trị (xem Hướng dẫn 4).
- Thiết lập mối liên hệ giữa các chương trình phòng chống HIV và các chương trình phòng chống lao ở những nơi thực hiện hai chương trình này.
- Bảo đảm rằng những người có rủi ro phơi nhiễm HIV cao hơn được tiếp cận các can thiệp phòng chống HIV để tránh sự lây truyền HIV qua đường tình dục và những người tiêm chích ma túy được tiếp cận thiết bị tiêm sạch sẽ, ở những nơi đã có các dịch vụ này.
- Bắt đầu thực hiện các kế hoạch nhằm mở rộng diện cung cấp các dịch vụ kiểm soát HIV trong giai đoạn sau thảm họa (xem Hướng dẫn 1).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Những người có rủi ro phơi nhiễm HIV nhiều nhất được xác định là đối tượng của chương trình phòng chống HIV.

- Phụ nữ đang mang thai được biết đã nhiễm HIV được nhận các loại thuốc điều trị kháng vi-rút để tránh sự lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Sàng lọc 100% lượng máu được truyền để tránh các nhiễm trùng có thể lây truyền qua đường truyền máu, kể cả HIV.
- Các cá nhân có khả năng bị phơi nhiễm HIV (phơi nhiễm do nghề nghiệp trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe cũng như phơi nhiễm phi nghề nghiệp) được điều trị dự phòng sau phơi nhiễm trong vòng 72 giờ sau khi xảy ra sự cố.
- Tất cả các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu có các loại thuốc kháng khuẩn để cung cấp quản lý hội chứng cho các bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng qua đường tình dục (STI).

Hướng dẫn

1. ***Kiểm soát HIV:*** Tập hợp tối thiểu các dịch vụ phòng ngừa HIV, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ được mô tả ở phần Các hành động chính cho tiêu chuẩn này bao gồm các hành động mà ngành y tế phải thực hiện để ngăn chặn tình trạng HIV lây truyền và để cung cấp sự chăm sóc và hỗ trợ cho những người sống chung với HIV. Các hành động đó cần được thực hiện trong giai đoạn đầu của bất kỳ hoạt động ứng phó thảm họa nào.
2. ***Phòng tránh sự lây truyền HIV trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe:*** Việc phòng tránh sự lây truyền HIV trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe (ví dụ, các bệnh viện, các trạm xá, các chiến dịch tiêm phòng) là một ưu tiên trong giai đoạn đầu của hoạt động ứng phó với thảm họa. Các hành động quan trọng nhất là bảo đảm áp dụng các biện pháp dự phòng theo tiêu chuẩn, xây dựng các biện pháp thực hành truyền máu an toàn và hợp lý, và xử lý rác thải theo đúng quy cách (xem Tiêu chuẩn 1 về Hệ thống y tế, Hướng dẫn 5, 10-11, trang 312-313).
3. ***Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm:*** Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm để tránh lây nhiễm HIV bao gồm tư vấn, đánh giá rủi ro phơi nhiễm HIV, chấp thuận trên cơ sở có thông tin đầy đủ, đánh giá về nguồn và sự cung cấp các loại thuốc kháng vi-rút. Tuy nhiên, không nên cung cấp điều trị dự phòng sau phơi nhiễm cho những người được biết là đã nhiễm HIV; tư vấn và xét nghiệm không bao giờ được mang tính chất bắt buộc; còn việc cung cấp điều trị dự phòng sau phơi nhiễm không bao giờ được chậm trễ trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm.
4. ***Các thuốc kháng vi-rút:*** Việc cung cấp các thuốc kháng vi-rút để tránh lây truyền HIV từ mẹ sang con, điều trị dự phòng sau phơi nhiễm, trị liệu kháng vi-rút lâu dài trong các tình huống thảm họa hoàn toàn khả thi. Việc tiếp tục trị liệu kháng vi-rút cho những người đã được điều trị theo phương pháp này trước khi xảy ra thảm họa phải được coi là một ưu tiên trong quá trình ứng phó với thảm họa. Phụ nữ có thai đã được trị liệu kháng vi-rút cần được tiếp tục nhận các thuốc kháng vi-rút một cách không gián đoạn. Phụ nữ được biết là đã nhiễm HIV cần được nhận các loại thuốc kháng vi-rút để tránh lây truyền HIV từ mẹ sang con theo phác đồ quốc gia nếu có thể.

2.4. Các dịch vụ y tế thiết yếu – thương tích

Thương tích thường là nguyên nhân chính gây tử vong và bệnh tật quá nhiều sau các thiên tai nghiêm trọng, như động đất. Nhiều thiên tai nghiêm trọng là các sự cố gây thương vong hàng loạt, có nghĩa là số người trở thành bệnh nhân nhiều hơn là nguồn lực hiện có tại địa phương có thể xử lý bằng các quy trình thông thường. Thương tích do bạo lực về thể xác cũng gắn liền với các tình huống khẩn cấp phức tạp. Ví dụ, trong tình huống xung đột vũ trang, hầu hết các ca tử vong liên quan đến thương tích xảy ra ở những nơi mất an ninh cách xa các cơ sở y tế và, do đó, thường không thể ngăn chặn được bằng sự chăm sóc y tế. Cần có các biện pháp can thiệp nhằm bảo vệ dân thường để ngăn chặn những trường hợp tử vong như vậy (xem Nguyên tắc Bảo vệ 3, Hướng dẫn 1-5, trang 38-39).

Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu – thương tích: Chăm sóc thương tích

Người dân được tiếp cận sự chăm sóc thương tích có hiệu quả trong các tình huống thảm họa, để ngăn ngừa các trường hợp tử vong, bệnh tật và thương tật có thể tránh được.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Bảo đảm rằng những người làm công tác y tế địa phương và những người phối hợp với hoạt động ứng phó của ngành y tế có kỹ năng thuần thục về việc quản lý thương vong hàng loạt (xem Hướng dẫn 1).
- Trong các tình huống gây thương vong hàng loạt, cần thiết lập một hệ thống theo tiêu chuẩn để phân loại bệnh nhân, với những hướng dẫn rõ ràng về việc đánh giá, xắp xếp thứ tự ưu tiên, hồi sức cơ bản và chuyển bệnh nhân lên tuyến thích hợp (xem Hướng dẫn 1).
- Bảo đảm rằng những người làm công tác y tế hiểu biết kỹ càng các nguyên tắc và kỹ năng thiết yếu để thực hiện nhiệm vụ cứu thương và hồi sức cơ bản (xem Hướng dẫn 2).
- Bảo đảm rằng những người làm công tác y tế địa phương hiểu biết các nguyên tắc cốt lõi của việc quản lý người bị thương (xem Hướng dẫn 3).

- Cung cấp vắc-xin phòng chống uốn ván có chứa biến độc tố cho những người có vết thương bị bẩn và những người tham gia vào các hoạt động cấp cứu và thu dọn hiện trường (xem Hướng dẫn 4).
- Xây dựng các phác đồ theo tiêu chuẩn để chuyển những người bị thương lên tuyến trên để được chăm sóc tốt hơn, kể cả phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu (xem Hướng dẫn 5).
- Bảo đảm rằng chấn thương cuối cùng và dịch vụ phẫu thuật cũng như dịch vụ hồi sức sau chấn thương và hậu phẫu chỉ được xác lập bởi các tổ chức có năng lực chuyên môn và nguồn lực thích hợp (xem Hướng dẫn 5).
- Bảo đảm rằng các thiết bị hỗ trợ cá nhân và thiết bị hỗ trợ đi lại theo tiêu chuẩn (ví dụ, xe lăn, nạng) được cung cấp cho những bệnh nhân bị thương và những người có thương tật càng sớm càng tốt và rằng những thiết bị hỗ trợ này được sản xuất tại địa phương (xem Hướng dẫn 6).

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các cơ sở y tế có đội ngũ cán bộ, nhân viên đã qua đào tạo và các hệ thống để quản lý thương vong hàng loạt.

Hướng dẫn

1. ***Phân loại bệnh nhân:*** Phân loại bệnh nhân là quy trình phân loại các bệnh nhân theo mức độ nghiêm trọng của chấn thương hay bệnh tình và sắp xếp ưu tiên cho việc điều trị theo sự sẵn có của nguồn lực và "cơ hội sống sót" của bệnh nhân. Trong các sự cố gây thương vong hàng loạt, những người bị thương nghiêm trọng, đe dọa đến tính mạng có thể ít được ưu tiên hơn những người bị thương nhưng có thể sống sót được. Không có một hệ thống phân loại bệnh nhân chuẩn mực nào, và một số hệ thống được sử dụng trên thế giới. Cách phân loại phổ biến nhất sử dụng hệ thống bốn màu: màu đỏ báo hiệu mức độ ưu tiên cao, màu vàng báo hiệu mức độ ưu tiên trung bình, màu xanh lá cây được sử dụng cho các bệnh nhân đi lại được, và màu đen cho người chết.
2. ***Sơ cứu và chăm sóc y tế cơ bản:*** Các thủ thuật cấp cứu bao gồm phục hồi và duy trì nhịp thở, do đó có thể cần làm sạch và bảo vệ đường thông gió, đồng thời kiểm soát tình trạng mất máu và tiếp các dung dịch qua đường tĩnh mạch khi thấy cần thiết. Những thủ thuật này có thể giúp ổn định tình hình của những người có vết thương đe dọa tính mạng trước khi đưa đến một trung tâm chuyển bệnh nhân và làm tăng cơ hội sống sót của bệnh nhân, thậm chí đối với những người bị thương nghiêm trọng. Các biện pháp không cần phẫu thuật khác cũng có vai trò hết sức quan trọng, như làm sạch và băng bó vết thương, cho uống thuốc kháng sinh và phòng chống uốn ván.

3. ***Bảo quản vết thương:*** Trong hầu hết các tình huống khủng hoảng, nhiều bệnh nhân sẽ trình diện để được chăm sóc hơn 6 tiếng sau khi bị thương. Nhìn chung, sự trình diện chậm trễ làm tăng rủi ro vết thương bị nhiễm trùng cũng như tỷ lệ tử vong cao mà lẽ ra đã có thể cứu chữa được. Do đó, điều hết sức quan trọng là những người làm công tác y tế tại địa phương được làm quen với các nguyên tắc và phác đồ thích hợp để ngăn chặn và quản lý tình trạng nhiễm trùng chấn thương, trong đó có đóng kín vết thương sơ bộ, rửa vết thương, phẫu thuật để lấy dị vật và mô hoại tử.
4. ***Uốn ván:*** Trong tình huống thiên tai đột ngột ở đó thường có nhiều người bị thương tích và nhiều ca chấn thương, rủi ro bị nhiễm trùng uốn ván là tương đối cao. Trong khi không nên tiến hành tiêm phòng uốn ván đồng loạt, thì nên sử dụng vắc-xin có chứa giải độc tố uốn ván (vắc-xin DT, TD, hay DPT), tùy thuộc nhóm tuổi và lịch sử tiêm phòng, cho những người có vết thương bẩn hay cho những người tham gia vào các hoạt động cấp cứu và thu dọn hiện trường bởi họ thường phải đối mặt với rủi ro nhiễm trùng uốn ván. Những người có vết thương bẩn nhưng trước kia chưa tiêm phòng uốn ván cần được tiêm một liều globulin miễn dịch uốn ván (TIG), nếu sẵn có loại thuốc này.
5. ***Chấn thương và chăm sóc phẫu thuật:*** Chăm sóc phẫu thuật chấn thương và phẫu thuật vết thương chiến tranh góp phần cứu nhiều sinh mạng và hạn chế khuyết tật về lâu dài, do đó đòi hỏi đào tạo chuyên sâu và cần có những nguồn lực mà ít tổ chức có được. Phẫu thuật không đúng quy cách có thể gây hại nhiều hơn là không làm gì cả. Hơn nữa, thực hiện phẫu thuật mà không có hồi sức tức thời có thể dẫn đến thất bại hoàn toàn trong việc phục hồi chức năng của bệnh nhân. Do đó, chỉ những tổ chức và nhà chuyên môn có kiến thức chuyên ngành mới nên cung cấp các dịch vụ này, qua đó góp phần cứu sinh mạng và hạn chế khuyết tật về lâu dài.
6. ***Hồi sức hậu phẫu cho thương tích liên quan đến chấn thương:*** Phục hồi sớm có thể góp phần gia tăng đáng kể tỷ lệ sống sót và nâng cao chất lượng cuộc sống cho những người bị thương còn sống sót. Những bệnh nhân cần các thiết bị trợ giúp cá nhân (như các bộ phận giả và các thiết bị hỗ trợ đi lại) cũng cần được phục hồi về thân thể. Trong trường hợp có thể, quan hệ đối tác với các chương trình phục hồi dựa vào cộng đồng có thể phát huy tối đa sự chăm sóc hậu phẫu và phục hồi cho những người bị thương còn sống sót.

2.5. Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tâm thần

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội xảy ra trong mọi tình huống cứu trợ nhân đạo. Những nỗi kinh hoàng, những tổn thất, những bấp bênh và vô vàn những yếu tố gây căng thẳng khác gắn liền với xung đột và các thảm họa khác đặt

con người trước rủi ro gia tăng về các vấn đề khác nhau mang tính xã hội, hành vi, tâm lý và tâm thần. Sự hỗ trợ về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội bao gồm những hình thức hỗ trợ mang tính đa ngành (xem sơ đồ "kim tự tháp can thiệp" dưới đây). Những hình thức hỗ trợ này cần được thực hiện có phối hợp; ví dụ, thông qua nhóm công tác liên nhóm công tác chuyên ngành hay liên ngành. Tiêu chuẩn sức khỏe tâm thần dưới đây đặt trọng tâm vào hành động của các chủ thể trong ngành y tế. Cần tham khảo thêm Tiêu chuẩn Cốt lõi 1, trang 55, và Nguyên tắc Bảo vệ 3, trang 38).

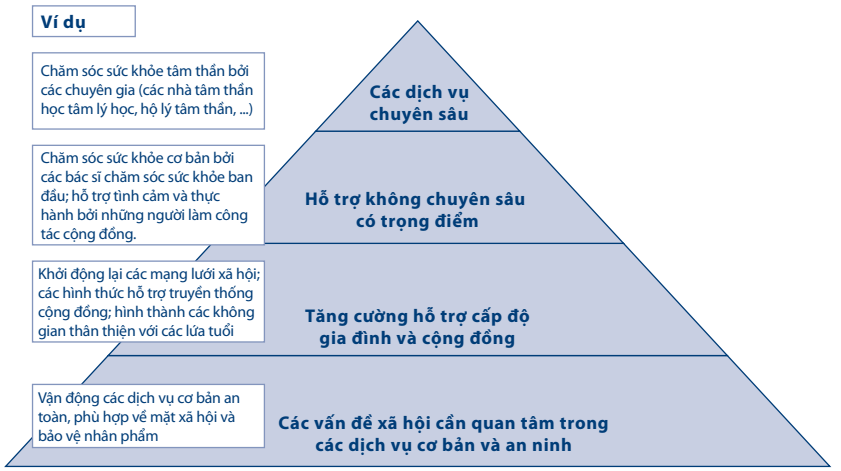
Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ y tế thiết yếu - sức khỏe tâm thần: Sức khỏe tâm thần

Người dân tiếp cận được những dịch vụ y tế góp phần ngăn chặn hay giảm thiểu các vấn đề về sức khỏe tâm thần và các tổn thương chức năng liên quan.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Bảo đảm rằng các biện pháp can thiệp được xây dựng trên cơ sở những nhu cầu và nguồn lực được xác định.
- Tạo điều kiện để các thành viên cộng đồng, trong đó có những người bị thiệt thòi, tăng cường khả năng tự lực cộng đồng và sự hỗ trợ của xã hội (xem Hướng dẫn 1).
- Bảo đảm rằng những người làm công tác cộng đồng, trong đó có các tình nguyện viên và nhân viên làm việc tại các cơ sở y tế, cung cấp sơ cứu về tâm lý cho những người bị căng thẳng tâm lý (xì-trét) cấp sau khi phải đối mặt với các yếu tố gây căng thẳng cực độ (xem Hướng dẫn 2).
- Bảo đảm có ít nhất một nhân viên tại mỗi cơ sở y tế có năng lực xử lý các vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng và đa dạng ở người lớn và trẻ em (xem Hướng dẫn 3).
- Giải quyết sự an toàn, các nhu cầu và các quyền cơ bản của những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần đang lưu trú tại các cơ sở cứu trợ (xem Hướng dẫn 4).
- Giảm thiểu tác hại liên quan đến các chất cồn và ma túy.
- Như là một phần của quá trình phục hồi sớm, nên bắt đầu thực hiện kế hoạch để xây dựng hệ thống sức khỏe tâm thần cộng đồng bền vững (xem Hướng dẫn 5).

Sơ đồ Kim tự tháp can thiệp



Nguồn: Nhóm Tham khảo về sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội thuộc Ban Chỉ đạo liên cơ quan, 2010

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các cơ sở y tế có đội ngũ cán bộ, nhân viên đã qua đào tạo và có các hệ thống để quản lý các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Hướng dẫn

1. ***Tự lực cộng đồng và hỗ trợ của xã hội:*** Khả năng tự lực cộng đồng và sự hỗ trợ của xã hội là những yếu tố then chốt của các hình thức hỗ trợ đa ngành về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội nói chung (xem sơ đồ dưới đây; xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 1 tại trang 55, và Nguyên tắc Bảo vệ 4, Hướng dẫn 2-4 tại trang 41-42). Các tổ chức y tế thường thuê hay thu hút sự tham gia của những người làm công tác y tế cộng đồng và các tình nguyện viên, những người có thể giúp các thành viên cộng đồng, kể cả những người bị thiệt thòi, tăng cường khả năng tự lực và sự hỗ trợ của xã hội.
2. ***Hỗ trợ tâm lý ban đầu:*** Tình trạng lo âu nghiêm trọng sau khi phải đối mặt với những yếu tố gây căng thẳng tâm lý cực đoan (ví dụ, các sự cố gây chấn thương) được kiểm soát tốt nhất theo các nguyên tắc sơ cứu tâm lý mà thường bị nhầm lẫn là một biện pháp can thiệp lâm sàng. Thực ra, đấy là sự

mô tả về một biện pháp ứng phó mang tính hỗ trợ và nhân văn đối với một đồng loại đang chịu đau khổ và cần sự hỗ trợ. Biện pháp này bao gồm sự chăm sóc căn bản, không xúc phạm và mang tính thực dụng đặt trọng tâm vào việc lắng nghe nhưng không bắt buộc đối tượng phải nói, đánh giá các nhu cầu và mối quan ngại, bảo đảm đáp ứng các nhu cầu cơ bản, khuyến khích sự hỗ trợ xã hội của những người khác và bảo vệ đối tượng khỏi bị tổn thương hơn nữa. Trao đổi về mặt tâm lý (có nghĩa là, động viên đối tượng giải tỏa căng thẳng bằng cách khuyến khích người đó kể lại vắn tắt nhưng có hệ thống những cảm nhận, ý nghĩ và phản ứng tình cảm đã trải nghiệm trong sự cố căng thẳng mới rồi) là không hiệu quả và không nên áp dụng. Tương tự như vậy, cần tránh sử dụng các loại thuốc an thần benzodiazepines trong việc xử lý tình trạng căng thẳng tâm lý cấp, bởi vì các loại thuốc này có thể can thiệp vào quá trình phục hồi tự nhiên.

3. ***Chăm sóc sức khỏe tâm thần cơ bản:*** Các vấn đề về sức khỏe tâm thần của người dân có thể do tình huống khẩn cấp gây ra hay đã có từ trước, hay do cả hai nguyên nhân. Những người có vấn đề nghiêm trọng cần được tiếp cận hệ thống hỗ trợ xã hội dựa vào cộng đồng và chăm sóc lâm sàng thông qua các dịch vụ y tế hiện có (ví dụ, bệnh viện đa khoa, trạm xá chăm sóc ban đầu, v.v...). Tổ chức công tác chăm sóc lâm sàng sức khỏe tâm thần cơ bản thường bao gồm tổ chức đào tạo nhanh và giám sát nhân viên y tế hoặc bổ sung một cán bộ chuyên môn về sức khỏe tâm thần vào trạm xá đa khoa. Cần có sẵn các loại thuốc hướng thần và chống động kinh thiết yếu. Các cá nhân đã được chăm sóc sức khỏe tâm thần trước khi xảy ra tình huống khủng hoảng cần được tiếp tục điều trị.

4. ***Người lưu trú trong các cơ sở cứu trợ:*** Bệnh viện tâm thần và nhà ở cho những người có các vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng cần được thăm thường xuyên, đặc biệt là trong giai đoạn đầu của tình huống khủng hoảng, bởi vì rủi ro những người này bị lãng quên hay bị lạm dụng là rất cao. Sự an toàn, các nhu cầu cơ bản (nước, thức ăn, chỗ ở, vệ sinh môi trường sống và chăm sóc thuốc men), giám sát các quyền con người và chăm sóc tâm thần học và tâm lý xã hội học cơ bản cần được cung cấp trong suốt thời gian xảy ra khủng hoảng.

5. ***Phục hồi sớm:*** Bởi vì các cuộc khủng hoảng nhân đạo làm tăng tỷ lệ của nhiều loại rối loạn tâm thần, nên cần phải sớm có kế hoạch để xây dựng hệ thống sức khỏe tâm thần, qua đó để mở rộng phạm vi điều trị có hiệu quả sức khỏe tâm thần ở toàn bộ khu vực bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem Tiêu chuẩn Cốt lõi 4, trang 65).

2.6. Các dịch vụ y tế thiết yếu – các bệnh không lây nhiễm

Tình hình già hóa dân số và tăng tuổi thọ đang làm thay đổi bức tranh bệnh tật do các căn bệnh truyền nhiễm sang các căn bệnh không truyền nhiễm ở nhiều nước,

trong đó có các nước có mức thu nhập thấp và các nước có mức thu nhập trung bình. Do đó, các căn bệnh không truyền nhiễm ngày càng trở nên quan trọng hơn với tư cách là một vấn đề y tế lớn trong các tình huống thảm họa. Sự gia tăng các vấn đề sức khỏe do sự xấu đi của các điều kiện sức khỏe mạn tính hiện hành đã trở thành một đặc điểm chung của rất nhiều tình huống thảm họa.

Tiêu chuẩn 1 về Các dịch vụ sức khỏe thiết yếu – các bệnh không truyền nhiễm: Các căn bệnh không truyền nhiễm

Người dân được tiếp cận các phương pháp trị liệu thiết yếu để giảm thiểu bệnh tật và tử vong do các biến chứng cấp tính và tình trạng xấu đi về điều kiện sức khỏe mạn tính của họ.

Các hành động chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Đánh giá và văn bản hóa mức độ mắc các căn bệnh không truyền nhiễm và chia sẻ số liệu với các tổ chức tham gia ứng phó với tình huống thảm họa (xem Hướng dẫn 1).
- Phát hiện được những người mắc các căn bệnh không truyền nhiễm đang được điều trị trước khi xảy ra tình huống khẩn cấp và bảo đảm rằng họ tiếp tục được điều trị. Tránh tình trạng gián đoạn chế độ điều trị một cách đột ngột.
- Bảo đảm rằng những người có các biến chứng cấp tính và tình trạng các căn bệnh không truyền nhiễm trở nên nghiêm trọng hơn, do đó gây ra nguy cơ cho sinh mạng của họ (ví dụ, bệnh tim, bệnh huyết áp cao nghiêm trọng) và những người đang trong cơn đau (ví dụ, đau do bệnh ung thư ở giai đoạn cuối) được điều trị.
- Trong các tình huống không có điều kiện điều trị các căn bệnh không truyền nhiễm, cần xây dựng quy trình tác nghiệp theo tiêu chuẩn, rõ ràng cho việc chuyển bệnh nhân lên tuyến thích hợp.
- Đảm bảo rằng các thiết bị chẩn đoán thiết yếu, các xét nghiệm phòng thí nghiệm cốt lõi và các loại thuốc để xử lý các căn bệnh không truyền nhiễm thường nhật và liên tục luôn sẵn có thông qua hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu. Các loại thuốc này phải được nêu cụ thể tại danh mục các loại thuốc thiết yếu.
- Bảo đảm rằng các thiết bị hỗ trợ cá nhân (ví dụ, các thiết bị hỗ trợ đi lại) luôn sẵn có cho những người có khó khăn trong việc đi lại hay giao tiếp.

Các chỉ số chính (xem cùng với phần Hướng dẫn)

- Tất cả các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu có quy trình vận hành theo tiêu chuẩn cho việc chuyển bệnh nhân có căn bệnh không truyền nhiễm đến các cơ sở chăm sóc tuyến hai và tuyến ba.
- Tất cả các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu có đầy đủ các loại thuốc để tiếp tục điều trị những người có căn bệnh không truyền nhiễm đang được điều trị trước khi xảy ra tình huống khẩn cấp.

Hướng dẫn

1. ***Các bệnh không truyền nhiễm*** bao gồm bệnh tim, đột quỵ, huyết áp cao, suy thận mạn tính, hen phế quản, suy thận mạn tính do thẩm phân phúc mạc, tiểu đường do insulin, động kinh. Trong các tình huống khẩn cấp, những người có điều kiện sức khỏe mạn tính đặc biệt dễ bị tổn thương với sự xấu đi về điều kiện sức khỏe của họ hay với các biến chứng như nhiễm khuẩn thứ phát và dễ bị rủi ro khi chế độ điều trị bị gián đoạn. Ổn định lâm sàng và duy trì chế độ trị liệu phải là cốt lõi của biện pháp ứng phó của ngành y tế trong các tình huống cứu trợ nhân đạo.

   Những người có căn bệnh không truyền nhiễm cần chế độ thuốc men lâu dài và cần được tiếp tục giám sát sau đó. Cần sẵn có chế độ điều trị thông thường, liên tục đối với các căn bệnh không truyền nhiễm thông qua hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, sử dụng các loại thuốc trong danh mục các loại thuốc thiết yếu. Nhưng không nên áp dụng các chế độ trị liệu hay chương trình mới cho việc quản lý các điều kiện sức khỏe mạn tính trong hoạt động cứu trợ, đặc biệt nếu các chế độ và chương trình đó không có khả năng tiếp tục sau giai đoạn khẩn cấp.

Phụ lục 1

Danh mục các vấn đề để đánh giá tình hình y tế

Chuẩn bị

- Thu thập các thông tin hiện có về nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa.
- Thu thập các bản đồ và ảnh vệ tinh.
- Thu thập các số liệu về dân số học và y tế.

Tình hình an ninh và khả năng tiếp cận

- Xác định sự tồn tại của các mối hiểm nguy do thiên nhiên hay do con người tạo ra.
- Xác định tình hình an ninh chung, trong đó có sự hiện diện của các lực lượng vũ trang.
- Xác định khả năng các tổ chức nhân đạo trong việc tiếp cận nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa.

Dân số học và cơ cấu xã hội

- Xác định tổng quy mô của nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa; phân loại chi tiết về lứa tuổi và giới tính.
- Xác định các nhóm có rủi ro cao, ví dụ phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật.
- Xác đinh quy mô trung bình của các hộ gia đình và ước tính con số các hộ gia đình do phụ nữ và trẻ em làm chủ hộ.
- Xác định cơ cấu xã hội hiện tại, trong đó có các vị trí có thẩm quyền và (hoặc) các nhóm ảnh hưởng.

Thông tin cơ sở về tình hình y tế

- Xác định các vấn đề về sức khỏe ở khu vực bị ảnh hưởng bởi thảm họa trước khi xảy ra thảm họa.
- Xác định các vấn đề về sức khỏe ở nước xuất xứ của người tị nạn trước khi xảy ra thảm họa (khu vực xuất xứ đối với dân di tản nội địa).

- Xác định các rủi ro hiện hành đối với sức khỏe; ví dụ, các căn bệnh có khả năng gây nên dịch.
- Xác định các nguồn chăm sóc sức khỏe trước kia.
- Phân tích cách thức và hiệu quả hoạt động của các chức năng thuộc hệ thống y tế.

Tỷ lệ tử vong

- Tính tỷ lệ tử vong thô.
- Tính tỷ lệ tử vong ở các lứa tuổi cụ thể (ví dụ, tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi).
- Tính tỷ lệ tử vong do các nguyên nhân cụ thể.
- Tính tỷ lệ tử vong cụ thể theo từng nguyên nhân.

Tỷ lệ bệnh tật

- Xác định tỷ lệ xảy ra các bệnh chính có ý nghĩa quan trọng về mặt y tế.
- Xác định tỷ lệ xảy ra các bệnh chính theo lứa tuổi và giới tính, nếu có thể.

Các nguồn lực hiện có

- Xác định năng lực của Bộ Y tế của nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa.
- Xác định tình trạng của các cơ sở y tế quốc gia, trong đó có tổng số cơ sở y tế chia theo loại hình chăm sóc được cung cấp, tình hình cơ sở vật chất và khả năng tiếp cận.
- Xác định tổng số và kỹ năng của các cán bộ, nhân viên y tế.
- Xác định tổng ngân sách hiện có cho ngành y tế và cơ chế tài chính.
- Xác định năng lực và khả năng hoạt động của các chương trình y tế hiện hành; ví dụ, Chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Xác định sự sẵn có của các phác đồ theo tiêu chuẩn, các loại thuốc và vật tư thiết yếu cũng như các hệ thống hậu cần.
- Xác định tình trạng của các hệ thống chuyển bệnh nhân hiện hành.
- Xác định tình trạng môi trường ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe.
- Xác định tình trạng của hệ thống thông tin y tế hiện có.

Số liệu của các ngành khác có liên quan

- Tình hình dinh dưỡng
- Tình hình lương thực và an ninh lương thực
- Các điều kiện môi trường
- Chỗ ở - chất lượng chỗ ở
- Giáo dục – giáo dục về vệ sinh và sức khỏe

Phụ lục 2

Các mẫu báo cáo tham khảo về giám sát hàng tuần

Mẫu giám sát tử vong 1*

Địa điểm.....

Ngày từ thứ Hai ..... Đến Chủ nhật.....

Tổng dân số vào đầu tuần .....

Số ca sinh trong tuần này ..... Số tử vong trong tuần này .....

Số người mới đến trong tuần này ..... Số người rời đi trong tuần này .....

Tổng dân số cuối tuần ..... Tổng số trẻ em dưới 5 tuổi.....

	0 – 4 tuổi		5+ tuổi		Tổng
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
Nguyên nhân trực tiếp					
Viêm đường hô hấp dưới cấp					
Bệnh tả (nghi ngờ)					
Tiêu chảy – xuất huyết					
Tiêu chảy – mất nước					
Bị thương – không do tai nạn					
Sốt rét					
Tử vong ở bà mẹ - trực tiếp					
Sởi					
Viêm màng não (nghi ngờ)					
Sơ sinh (0 – 28 ngày)					
Các căn bệnh khác					
Không rõ nguyên nhân					

Tổng số theo lứa tuổi và giới tính					
Nguyên nhân sâu xa					
AIDS (nghi ngờ)					
Suy dinh dưỡng					
Tử vong ở bà mẹ (gián tiếp)					
Các bệnh không lây nhiễm (nêu cụ thể)					
Các nguyên nhân khác					
Tổng theo lứa tuổi và giới tính					

Ghi chú: ** Mẫu này được sử dụng khi có nhiều ca tử vong và, như vậy, không thể ghi nhận thông tin chi tiết hơn về từng ca tử vong do hạn chế về thời gian.*

- *Tần suất báo cáo (ngày hoặc tuần) tùy thuộc vào số lượng ca tử vong.*
- *Các nguyên nhân gây tử vong khác có thể được bổ sung tùy thuộc vào tình huống và hình thái dịch tễ học.*
- *Độ tuổi có thể phân loại chi tiết hơn (0-11 tháng tuổi, 1-4 T, 5-14 T, 15-49 T, 50-59 T, 60+ T), nếu thấy khả thi.*
- *Các ca tử vong không chỉ được báo cáo từ các cơ sở y tế tại chỗ mà cần có thêm báo cáo từ các vị lãnh đạo địa phương và tôn giáo, những người làm công tác cộng đồng, các nhóm phụ nữ, các bệnh viện chuyển tiếp.*
- *Khi thấy có thể, cần xác định rõ chi tiết các ca bệnh và đính kèm với mẫu báo cáo này.*

Mẫu báo cáo giám sát tử vong 2*

Địa điểm .....

Ngày từ thứ Hai ..... Đến Chủ nhật .....

Tổng dân số vào đầu tuần .....

Số ca sinh trong tuần này ..... Số tử vong trong tuần này .....

Số người mới đến trong tuần này (nếu thấy thích hợp) .....

Số người rời đi trong tuần này .....

Tổng dân số cuối tuần ..... Tổng số trẻ em dưới 5 tuổi .....

			Các nguyên nhân trực tiếp gây tử vong													Các nguyên nhân tiềm tàng						
Số	Giới tính (nam, nữ)	Tuổi (ngày, tháng, năm)	Viêm đường hô hấp dưới cấp	Bệnh tả (nghi ngờ)	Tiêu chảy - xuất huyết	Tiêu chảy - mất nước	Bị thương – không do tai nạn	Sốt rét	Tử vong ở bà mẹ - trực tiếp	Sởi	Viêm màng não – nghi ngờ	Sơ sinh (0-28 ngày)	Các bệnh không truyền nhiễm (nêu cụ thể)	Các bệnh khác (nêu cụ thể)	Không rõ nguyên nhân	AIDS (nghi ngờ)	Suy dinh dưỡng	Tử vong ở bà mẹ - gián tiếp	Các nguyên nhân khác (nêu cụ thể)	Thời gian (ngày, tháng, năm)	Địa điểm (ví dụ, khối phố số ...)	Tử vong trong bệnh viện hay ở nhà
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

*Ghi chú: * Mẫu này được sử dụng khi có đủ thời gian để ghi nhận số liệu về các ca tử vong đơn lẻ; nó cho phép phân tích theo nhóm tuổi, điều tra về sự bùng phát theo vị trí địa lý và tỷ lệ sử dụng các cơ sở y tế.*

- *Tần suất báo cáo (ngày hoặc tuần) tùy thuộc số lượng các ca tử vong.*
- *Các nguyên nhân tử vong khác có thể được bổ sung tùy theo tình huống.*
- *Các ca tử vong không chỉ được báo cáo từ các cơ sở y tế tại chỗ mà cần có thêm các báo cáo từ các vị lãnh đạo địa phương và tôn giáo, những người làm công tác cộng đồng, các nhóm phụ nữ và các bệnh viện chuyển tiếp.*
- *Khi thấy có thể, cần xác định chi tiết các ca bệnh và đính kèm với mẫu báo cáo này.*

Mẫu báo cáo cảnh báo sớm hàng tuần*

* Mẫu này được sử dụng trong giai đoạn nghiêm trọng của tình huống khẩn cấp khi có rủi ro về các căn bệnh dễ gây ra dịch

Ngày từ thứ Hai ..... Đến Chủ nhật .....

Thị trấn/làng/nơi định cư/trại.....

Tỉnh ..... Huyện ..... Xã .....

Tên địa điểm ..... •Nội trú •Ngoại trú •Trung tâm y tế •Trạm xá cơ động

(Các) Tổ chức hỗ trợ ..... Cán bộ lập báo cáo/số điện thoại .....

Tổng dân số ..... Tổng số trẻ em dưới 5 tuổi .....

A. SỐ LIỆU TỔNG HỢP TRONG TUẦN

Các ca bệnh mới:	Bệnh tật		Tử vong		Tổng
	<5 tuổi	5 tuổi và trên 5 tuổi	<5 tuổi	5 tuổi và trên 5 tuổi	
TỔNG SỐ NHẬP VIỆN					
TỔNG SỐ TỬ VONG					
Viêm đường hô hấp cấp					
Tiêu chảy mất nước cấp					
Tiêu chảy cấp kèm phân có máu					
Sốt rét - số nghi ngờ/số khẳng định					
Sởi					
Viêm màng não (nghi ngờ)					
Hội chứng sốt xuất huyết cấp					
Hội chứng bệnh vàng da cấp					
Hội chứng liệt mềm cấp					
Uốn ván					
Các chứng sốt khác >38,5 độ C					
Bị thương/thương tích					
Các bệnh khác					
Tổng số					

- Có thể có một hay nhiều chẩn đoán; chẩn đoán quan trọng nhất cần được ghi chép lại. Mỗi ca chỉ được tính là một lần.
- Chỉ bao gồm những ca nhìn thấy (hoặc tử vong xảy ra) trong tuần giám sát.
- Viết "0" nếu bạn không có ca nào hay ca tử vong nào trong tuần cho một trong các triệu chứng liệt kê trong mẫu này.
- Các ca tử vong chỉ báo cáo ở phần tử vong, KHÔNG báo cáo ở phần bệnh tật.
- Chẩn đoán các ca bệnh cho từng điều kiện đang giám sát cần được ghi chép ở phía sau của mẫu này.
- Nguyên nhân gây bệnh có thể được bổ sung hay rút bỏ theo tình hình dịch tễ học và đánh giá về rủi ro bệnh tật.
- Mục đích của hệ thống giám sát EWARN là để sớm phát hiện các bệnh có thể gây ra dịch bệnh.
- Số liệu về các điều kiện như suy dinh dưỡng cần được thu thập qua các cuộc điều tra (đang xảy ra) chứ không phải qua giám sát (một sự cố).

B. BÁO ĐỘNG NGUY CƠ BÙNG PHÁT

Vào bất kỳ thời điểm nào mà bạn nghi ngờ về một căn bệnh trong số các căn bệnh sau, bạn hãy gửi tin nhắn SMS....., gọi điện thoại hay gửi email .....với lượng thông tin nhiều nhất về thời điểm, địa điểm và số lượng các ca mắc bệnh và tử vong: tả, shegella, sởi, bại liệt, thương hàn, uốn ván, viêm gan A và B, sốt đeng-gơ, viêm màng não, bạch hầu, ho gà và sốt xuất huyết.

(Danh sách các bệnh này sẽ thay đổi theo tình hình dịch tễ học của nước sở tại).

Mẫu báo cáo giám sát bệnh tật thường qui *

* Giám sát tình hình bệnh tật có thể được mở rộng từ khi có lệnh cảnh báo sớm sau giai đoạn nghiêm trọng để bao gồm cả các căn bệnh khác và để giám sát các chỉ số khác nếu thấy thích hợp.

Địa điểm .....

Ngày từ thứ Hai ..... Đến Chủ nhật .....

Tổng dân số vào đầu tuần .....

Số ca sinh trong tuần/tháng này ..... Số tử vong trong tuần/tháng này .....

Số người mới đến trong tuần này (nếu thấy thích hợp) .....

Số người rời đi trong tuần/tháng này .....

Tổng dân số cuối tuần/tháng..... Tổng số trẻ em dưới 5 tuổi .....

Căn bệnh	Trẻ em dưới 5 tuổi (các ca mới)			Trẻ em từ 5 tuổi trở lên (các ca mới)			Tổng	Các ca mắc lại
Chẩn đoán *	**Nam**	**Nữ**	**Tổng**	**Nam**	**Nữ**	**Tổng**	**Các ca mới**	**Tổng**
Viêm đường hô hấp cấp**								
Tiêu chảy mất nước cấp								
Tiêu chảy cấp kèm phân máu								
Sốt rét-nghi ngờ/ khẳng định								
Sởi								
Viêm màng não-nghi ngờ								
Hội chứng sốt xuất huyết cấp								
Hội chứng bệnh vàng da cấp								
Hội chứng bệnh liệt mềm cấp								
Uốn ván								
Các chứng sốt khác >38,5^{0}C								

AIDS – nghi ngờ***								
Bệnh mắt								
Suy dinh dưỡng ****								
Bị thương – do tai nạn								
Bị thương - không do tai nạn								
Nhiễm trùng qua đường tình dục								
Loét cơ quan sinh dục								
Viêm đường tiết niệu nam								
Chảy mủ âm đạo								
Đau bụng dưới								
Bệnh da liễu								
Các bệnh không lây nhiễm (ví dụ tiểu đường)								
Giun sán								
Các bệnh khác								
Các bệnh chưa rõ								
Tổng								

*Ghi chú: * Có thể chẩn đoán nhiều hơn một lần; các nguyên nhân gây bệnh có thể bổ sung hoặc loại bỏ tùy theo tình huống và hành thái dịch tễ học.*

*** Các viêm đường hô hấp cấp: ở một số quốc gia, loại bệnh này có thể được chia thành các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên và dưới.*

**** Tình trạng HIV và AIDS được đánh giá chính xác nhất thông qua các cuộc điều tra.*

***** Tình trạng suy dinh dưỡng được đánh giá chính xác nhất thông qua các cuộc điều tra nhanh (MUAC) hoặc rà soát cân nặng/chiều cao), bởi công tác giám sát chỉ phát hiện được những người đến trình diện để được chăm sóc y tế.*

 # Các nhóm tuổi có thể được phân loại chi tiết đến mức có thể.

BÁO ĐỘNG NGUY CƠ BÙNG PHÁT DỊCH BỆNH

Vào bất kỳ thời điểm nào mà bạn nghi ngờ về một căn bệnh trong số các căn bệnh sau, bạn hãy gửi tin nhắn SMS....., gọi điện thoại hay gửi email .....với lượng thông tin nhiều nhất về thời điểm, địa điểm và số lượng các ca mắc bệnh và tử vong: tả, kiết ly/shegella, AFP, thương hàn, uốn ván, viêm gan, sốt đeng-gơ, viêm màng não, bạch hầu, ho gà và sốt xuất huyết.

Các lần đến khám tại các cơ sở y tế	Trẻ em dưới 5 tuổi (các ca mới)			Trẻ em từ 5 tuổi trở lên (các ca mới)			Tổng	
	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ
Tổng số lần đến								

Ghi chú: Tỷ lệ sử dụng các cơ sở y tế: Số lượng các lần đến khám tại cơ sở y tế mỗi người mỗi năm = số lần đến khám trong 1 tuần/tổng số dân x 52 tuần.

- Các nhóm tuổi có thể phân nhỏ hơn nữa (0-11 tháng tuổi, 1-4 T, 5-14 T, 15-49 T, 60+ T).

- Số lượng lần khám/thầy thuốc lâm sàng: Tổng số lần đến khám (khám mới và khám lại)/số thầy thuốc chuyên trách tại cơ sở y tế/tổng số ngày cơ sở y tế hoạt động trong mỗi tuần.

Phụ lục 3

Công thức tính tỷ lệ mắc bệnh và tử vong

Tỷ lệ tử vong thô (CMR)

Định nghĩa: Tỷ lệ tử vong trong toàn nhóm dân cư, trong đó có phụ nữ và nam giới, thuộc mọi lứa tuổi.

Công thức tính:

$$\frac{\text{Tổng số ca tử vong trong một khoảng thời gian}}{\text{Số dân có rủi ro vào giữa kỳ x số ngày trong cả khoảng thời gian đó}} \times 10.000 \text{ người} = \text{Số ca tử vong/10.000 dân/ngày}$$

Tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi (U5 MR)

Định nghĩa: Tỷ lệ tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi trong nhóm dân cư.

Công thức tính:

$$\frac{\text{Tổng số ca tử vong ở trẻ em <5 tuổi trong một khoảng thời gian}}{\text{Tổng số trẻ em <5 tuổi x số ngày trong khoảng thời gian đó}} \times 10.000 \text{ người} = \text{Số ca tử vong/10.000 trẻ em <5 tuổi/ngày}$$

Tỷ lệ mắc bệnh

Định nghĩa: Số ca mới mắc một căn bệnh trong một khoảng thời gian được xác định ở nhóm dân cư có rủi ro mắc căn bệnh đó.

Công thức tính:

$$\frac{\text{Số ca mới mắc một căn bệnh cụ thể trong một khoảng thời gian}}{\text{Số dân có rủi ro mắc căn bệnh đó x số tháng trong khoảng thời gian đó}} \times 10.000 \text{ người} = \text{Số ca mắc căn bệnh cụ thể/1.000 người/tháng}$$

Tỷ lệ tử vong bệnh (CFR)

Định nghĩa: Số người tử vong vì một căn bệnh chia cho số người mắc căn bệnh đó.

Công thức tính:

$$\frac{\text{Số người tử vong vì một căn bệnh trong một khoảng thời gian}}{\text{Số người mắc căn bệnh đó trong khoảng thời gian đó.}} \times 100 = X\ \%$$

Tỷ lệ sử dụng cơ sở y tế

Định nghĩa: Số lần đến khám của bệnh nhân ngoại trú trên đầu người mỗi năm. Trong trường hợp có thể, nên phân biệt giữa số lần khám mới và số lần khám lại, và số lần khám mới sẽ được dùng để xác định tỷ lệ này. Tuy nhiên, thường khó tách biệt số lần khám mới và số lần khám lại, nên chúng thường được kết hợp lại thành tổng số lần đến khám trong thời gian xảy ra thảm họa.

Công thức tính:

$$\frac{\text{Tổng số lần đến khám trong 1 tuần}}{\text{Tổng số dân}} \times 52 \text{ tuần} = \text{Số lần đến khám/ người/năm}$$

Số lần khám của mỗi thầy thuốc lâm sàng trong ngày

Định nghĩa: Trung bình của tổng số lần đến khám (khám mới và khám lại) của mỗi thầy thuốc trong ngày.

Công thức tính:

$$\frac{\text{Số lần đến khám/người/năm}}{\text{Tổng số thầy thuốc FTE* tại cơ sở y tế}} \div \text{Số ngày cơ sở y tế mở cửa trong tuần}$$

** (FTE Full Time Equivalent) Định lượng tương đương thời gian làm việc đầy đủ (8 giờ/ ngày) cho thấy số lượng thầy thuốc tương đương làm việc tại cơ sở y tế. Ví dụ, nếu có 6 thầy thuốc làm việc tại khoa điều trị ngoại trú nhưng hai người trong số đó làm bán chuyên trách, thì chỉ số thầy thuốc FTE = 4 người làm việc chuyên trách + 2 người làm việc bán chuyên trách = 5 người FTE.*

Tài liệu tham khảo và tài liệu đọc thêm

Các nguồn

Các công cụ luật pháp quốc tế

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment No. 14, 11/8/2000. UNDoc.E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

WHO (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No.1. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf

Hệ thống y tế

Mạng lưới Liên cơ quan về giáo dục trong tình huống khẩn cấp (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/ 2635/2/47?dps=on

Cụm y tế toàn cầu của IASC (2009), Health Cluster Guide: Apractical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNHCR (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Tổ chức y tế Liên Mỹ (PAHO) (2000), Natural Disasters: Protecting the public's health. Scientific Publication No.575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: Improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (2008), The Inter-Agency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3Months, 4th edition. Geneva.

WHO và PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. http://helid.desastres.net/

Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. Hiệp hội y tế Hoa Kỳ. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Inter-Agency Field Handbook. Geneva. WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

Sức khỏe trẻ em

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

UNICEF (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

Sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Nhóm công tác Liên cơ quan về sức khỏe sinh sản trong tình huống khủng hoảng (2010), revision for field review), Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Ủy ban phụ nữ vì trẻ em và phụ nữ tị nạn (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. http://misp.rhrc.org/

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO và UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.

WHO, UNFPA và Trường y tế công cộng Andalucia (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

Thương tích

Hayward-Karlsson, J et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. ICRC. Geneva.

PAHO (1995, in lại năm 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care toolkit: Disaster Management Guidelines.Geneva. www.who.int/surgery/publications/ Disastermanagguide.pdf

Sức khỏe tâm thần

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

Nhóm tham khảo của IASC về sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/ emergencies/en/

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized HealthSettings. Geneva. www.who.int/mental_ health/

WHO, Tổ chức World Vision International và Quỹ chấn thương chiến tranh (sắp xuất bản), Psychological First Aid Guide. Geneva.

Các bệnh không lây nhiễm

Spiegelet al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, Vol.375, 23/1/2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Bản thảo, 28/2/2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHOPEN). Geneva.

Tài liệu đọc thêm

Các công ước luật pháp quốc tế

Mann,J et al (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

Hệ thống y tế

Beaglehole, R, Bonita, R và Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

Cụm Y tế toàn cầu của IASC (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Trường Y tế Johns Hopkins Bloomberg và Liên đoàn quốc tế các Hiệp hội chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Tổ chức Thầy thuốc không biên giới (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC.Geneva.

WHO (2006), The Inter-Agency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

Các dịch vụ y tế thiết yếu

Checchi, F và Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Mạng lưới thực hành nhân đạo. Viện phát triển hải ngoại. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR's Priniciples and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/ texis/vtx/search?page=search& docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm

Cook, GC, Manson, P và Zumla, AI (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, MA et al (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1.Geneva.

Sức khỏe trẻ em

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF và Nhóm Ngân hàng thế giới (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/ 2003/9241546220.pdf

Sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản

IASC (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

Ủy ban cứu trợ quốc tế (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA và Nhóm công tác Liên cơ quan về sức khỏe sinh sản của người tị nạn (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees.Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR và Hiệp hội các thầy thuốc lâm sàng Nam Phi (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations.

www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO và UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF và Nhóm Ngân hàng thế giới (2000, tái bản 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

Thương tích

Hiệp hội quốc tế về chân tay giả và chỉnh thị (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-in come countries: conclusions and recommendations. Prosthetics & Orthotics International. Vol.25, pp168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: www.usispo.org/code.asp

Mạng lưới các nạn nhân mìn (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P & O services in poorsettings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Mạng lưới các nạn nhân mìn (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P & O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

Tổ chức Thầy thuốc không biên giới (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

Sức khỏe tâm thần

UNHCR và WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: AField Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/ emergencies/en/

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

Các bệnh không lây nhiễm

Fauci, A Setal (eds) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. NewYork.

Foster, C et al (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. NewYork.

Phụ lục

Phụ lục 1

Các tài liệu chính làm cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo

Hiến chương Nhân đạo thể hiện niềm tin và các nguyên tắc chung về hoạt động nhân đạo và trách nhiệm trong các tình huống thảm họa hay xung đột, và ghi nhận rằng những điều này được phản ánh trong luật pháp quốc tế. Danh mục các tài liệu chính sau đây bao gồm những công cụ luật pháp quốc tế có liên quan đến các quyền con người, luật pháp nhân đạo quốc tế, luật tị nạn và hoạt động nhân đạo. Danh mục này không có ý định phản ánh các diễn biến tình hình và luật pháp khu vực. Nó cũng gồm một số văn bản hướng dẫn, nguyên tắc, tiêu chuẩn và khuôn khổ làm cơ sở cho Hiến chương Nhân đạo. Do danh mục này cần phải mang tính chọn lọc, các nguồn tham khảo và đường dẫn tới các trang thông tin điện tử được nêu tại trang thông tin điện tử của Dự án Sphere (www.sphereproject.org). Do hạn chế về độ dài của Sổ tay, các chú giải chỉ được cung cấp đối với những tài liệu cần giới thiệu hoặc cần giải thích đặc biệt, bởi vì những tài liệu này mới được công bố gần đây hoặc có những phần cụ thể về các tình huống thảm họa hay xung đột.

Các tài liệu được liệt kê theo nội dung, dưới các tiêu đề sau:

1. ***Các quyền con người, bảo vệ và tình trạng dễ bị tổn thương***
2. ***Xung đột vũ trang và trợ giúp nhân đạo***
3. ***Người tị nạn và người di tản nội địa***
4. ***Các tình huống thảm họa và trợ giúp nhân đạo***

Để bảo đảm sự rõ ràng về tình trạng của từng tài liệu, các tài liệu trên được phân loại theo các phụ đề sau:

1. ***Các hiệp ước và luật tục (nếu thấy thích hợp)***
2. ***Các văn bản hướng dẫn và nguyên tắc của Liên Hợp Quốc và của các tổ chức Liên chính phủ chính thức thông qua***
3. ***Các khuôn khổ chính sách, hướng dẫn và nguyên tắc nhân đạo***

1. Các quyền con người, bảo vệ và tình trạng dễ bị tổn thương

Những tài liệu sau đây liên quan chủ yếu đến các quyền con người được thừa nhận tại các hiệp ước và tuyên bố mang tính phổ quát. Một số tài liệu chính liên quan đến lứa tuổi (trẻ em và người già), giới và khuyết tật cũng được đưa vào cuốn sách này, bởi vì chúng là những cơ sở chung nhất về tình trạng dễ bị tổn thương trong các tình huống thảm họa hay xung đột.

1.1. Các hiệp ước và luật tục về quyền con người, bảo vệ và tình trạng dễ bị tổn thương

Luật hiệp ước về quyền con người áp dụng cho các quốc gia là các bên tham gia một hiệp ước có liên quan, nhưng luật tục (ví dụ, cấm tra tấn) áp dụng cho tất cả các quốc gia. Luật về quyền con người áp dụng vào mọi thời điểm, với hai ngoại lệ có thể xảy ra:

- Một số quyền dân sự và chính trị hạn chế có thể bị đình chỉ trong các tình huống được tuyên bố là tình trạng khẩn cấp quốc gia, theo Điều 4 của Công ước về các quyền dân sự và chính trị ("sự vi phạm").
- Trong các cuộc xung đột vũ trang được thừa nhận, luật nhân đạo quốc tế được áp dụng trước, nếu có bất kỳ mâu thuẫn nào với luật về quyền con người.

1.1.1. Các quyền con người phổ quát

Tuyên ngôn nhân quyền 1948 (UDHR), được thông qua bằng Nghị quyết 217 A(III) ngày 10/12/1948 của Đại hội đồng LHQ. www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml.

Được Đại hội đồng LHQ công bố năm 1948, Tuyên ngôn nhân quyền lần đầu tiên nêu ra các quyền con người cơ bản được bảo vệ trên toàn cầu. Đó không phải là một hiệp ước nhưng được nhất trí rộng rãi để trở thành một bộ phận của luật tục quốc tế. Câu đầu tiên của Phần mở đầu của Tuyên ngôn đưa ra khái niệm "nhân phẩm vốn có" của con người như là cơ sở căn bản của các quyền con người và Điều 1 tuyên bố "Tất cả mọi người sinh ra đều có quyền tự do và bình đẳng về nhân phẩm và các quyền."

Công ước quốc tế về các quyền dân sự và chính trị 1966 (ICCPR), được thông qua bằng Nghị quyết 2200A (XXI) ngày 16/12/1966 của Đại hội đồng LHQ, và có hiệu lực từ ngày 23/3/1976. United Nations, Treaty Series, vol. 999, p. 171 and vol. 1057, p. 407. www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm.

Nghị định thư Thứ hai không mang tính cưỡng chế của ICCPR 1989 (nhằm mục đích xóa bỏ án tử hình), được thông qua bằng Nghị quyết 44/128 ngày 15/12/1989 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 11/7/1991. United Nations, Treaty Series, vol. 1642, p. 414. www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm.

Các quốc gia tham gia ICCPR phải tôn trọng và bảo đảm các quyền của các cá nhân trong lãnh thổ và dưới quyền tài phán của họ, trong khi công nhận quyền tự quyết của người dân và các quyền bình đẳng giữa nam giới và nữ giới. Một số quyền (được đánh dấu bằng dấu *) không bao giờ được phép đình chỉ, ngay cả trong tình huống khẩn cấp nghiêm trọng nhất của quốc gia.

Các quyền: quyền được sống*; không bị tra tấn hay không bị đối xử tàn bạo, mất nhân tính hay hèn hạ*; không bị bắt làm nô lệ*; quyền không bị bắt giữ hay giam giữ tùy tiện; quyền được đối xử nhân đạo và có nhân phẩm trong khi bị giam giữ; quyền không bị cầm tù do vi phạm hợp đồng*; quyền tự do đi lại và định cư; chỉ trục xuất hợp pháp đối với người nước ngoài; quyền bình đẳng trước pháp luật; quyền được xét xử công bằng và suy đoán là vô tội tại các phiên tòa hình sự; cấm áp dụng hồi tố về các tội hình sự*; quyền được thừa nhận bình đẳng trước luật pháp*; quyền được sống riêng tư; quyền tự do suy nghĩ; quyền tự do tôn giáo và lương tâm*; quyền tự do chính kiến, bày tỏ và tụ tập hòa bình; quyền tự do lập hội; quyền hôn nhân và cuộc sống gia đình; bảo vệ trẻ em; quyền bầu cử và tham gia vào các vấn đề công cộng; quyền của các dân tộc thiểu số được hưởng thụ nền văn hóa, tôn giáo và ngôn ngữ của dân tộc mình*.

Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, xã hội và văn hóa 1966 (ICESCR), được thông qua bằng Nghị quyết 2200A (XXI) ngày 16/12/1966 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 3/1/1976. United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3. www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm.

Các quốc gia thành viên nhất trí sẽ dành tối đa nguồn lực hiện có của mình để "từng bước thực hiện" các quyền quy định tại Công ước, sẽ được nam giới cũng như nữ giới hưởng thụ một cách bình đẳng.

Các quyền: Quyền được làm việc; quyền được nhận thù lao; quyền được tham gia công đoàn; quyền có bảo hiểm xã hội; quyền được sống cuộc sống gia đình, kể cả bảo vệ người mẹ sau khi sinh con và bảo bệ trẻ em khỏi bị bóc lột; quyền được hưởng mức sống đầy đủ, kể cả lương thực, quần áo và nhà ở; quyền được hưởng sức khỏe về tinh thần và thể chất; quyền được học hành; và quyền tham gia vào cuộc sống văn hóa và hưởng thụ các lợi ích từ những tiến bộ về khoa học và văn hóa.

Công ước quốc tế về việc loại bỏ tất cả các hình thức phân biệt chủng tộc 1969 (ICERD), được thông qua bằng Nghị quyết 2106 (XX) ngày 21/12/1965 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 4/1/1969. United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195. www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm.

Công ước về việc loại bỏ tất cả các hình thức phân biệt đối xử đối với phụ nữ 1979 (CEDAW), được thông qua bằng Nghị quyết 34/180 ngày 18/12/1979 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 3/9/1981. United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm.

Công ước về quyền trẻ em 1989 (CRC), được thông qua bằng Nghị quyết 44/25 ngày 20/11/1989 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 2/9/1990. United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm.

Nghị định thư không ràng buộc về sự tham gia của trẻ em vào xung đột vũ trang 2000, được thông qua bằng Nghị quyết A/RES/54/263 ngày 25/5/2000 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 12/2/2002. United Nations, Treaty Series, vol. 2173, p. 222. www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm.

Nghị định thư không ràng buộc về buôn bán trẻ em, mại dâm trẻ em và khiêu dâm trẻ em, được thông qua bằng nghị quyết A/RES/54/263 ngày 25/5/2000 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 18/1/2002. United Nations, Treaty Series, vol.2171, p.227. www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm.

CRC được các quốc gia trên thế giới tham gia nhiều nhất. Nó khẳng định lại các quyền con người cơ bản của trẻ em và xác định khi nào trẻ em cần được bảo vệ đặc biệt (ví dụ, khi bị cách ly khỏi gia đình). Các Nghị định thư yêu cầu các quốc gia tham gia phải hành động tích cực về một số vấn đề cụ thể để bảo vệ trẻ em.

Công ước về quyền của người khuyết tật 2006 (CRPD), được thông qua bằng Nghị quyết A/RES/61/106 ngày 13/12/2006 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 3/5/2008. United Nations Treaty Collection, Chapter IV, 15. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm.

CRPD ủng hộ các quyền của người khuyết tật được quy định tại tất cả các công ước khác về quyền con người cũng như xử lý các vấn đề về việc nâng cao nhận thức của người khuyết tật, không phân biệt đối xử và khả năng tiếp cận các dịch vụ và phương tiện. CRPD cũng đặc biệt nhấn mạnh "các tình huống rủi ro và các tình huống khẩn cấp nhân đạo" (Điều 11).

1.1.2. Diệt chủng, tra tấn và các hình thức lạm dụng hình sự khác đối với các quyền con người

Công ước về việc ngăn chặn và trừng trị tội ác diệt chủng 1948, được thông qua bằng Nghị quyết 260 (III) ngày 9/12/1948 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 12/1/1951. United Nations, Treaty Series, vol.78, p.277. www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm.

Công ước chống tra tấn và các hình thức đối xử hay trừng phạt tàn bạo, vô nhân đạo và hèn hạ 1984, được thông qua bằng Nghị quyết 39/46 ngày 10/12/1984 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 26/6/1987. United Nations, Treaty Series, vol.1465, p.85. www2.ohchr.org/english/law/cat.htm.

Công nước này có sự tham gia của rất nhiều quốc gia. Việc cấm tra tấn cũng thường được coi là một phần của luật tục quốc tế. Không có bất kỳ hình thức khẩn cấp công cộng hay chiến tranh nào được phép phát động để biện minh cho hành động tra tấn. Các quốc gia không được gửi bất kỳ người nào trở lại lãnh thổ mà người đó có cơ sở hợp lý để tin sẽ có cơ nguy cơ bị tra tấn.

Quy chế Rome về Tòa án hình sự quốc tế, được thông qua tại Hội nghị ngoại giao tại Rome ngày 17/7/1998 và có hiệu lực từ ngày 1/7/2002. United Nations, Treaty Series, vol.2187, p.3. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument.

Điều 9 của Quy chế (Các yếu tố cấu thành tội ác), được thông qua năm 2002 bởi Tòa án hình sự quốc tế (ICC), mô tả chi tiết các tội ác chiến tranh, tội ác chống nhân loại và diệt chủng, do đó luật hóa phần lớn luật tục hình sự quốc tế. ICC có thể điều tra và tuy tố các vấn đề được Hội đồng an ninh LHQ chuyển đến Tòa (ngay cả khi Nhà nước của người bị truy tố không phải là một bên tham gia hiệp ước), cũng như các tội ác được coi là phạm phải bởi công dân của các quốc gia tham gia hiệp ước, hoặc gây ra trên lãnh thổ của họ.

1.2. Các văn bản hướng dẫn và nguyên tắc của LHQ và của các tổ chức Liên chính phủ chính thức thông qua về quyền con người, bảo vệ và tình trạng dễ bị tổn thương

Kế hoạch hành động Madrid về lão hóa 2002, được thông qua tại Đại hội thế giới lần 2 về lão hóa tại Madrid năm 2002 và được chuẩn y bằng Nghị quyết 37/51 ngày 3/12/2002 của Đại hội đồng LHQ. .www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm.

Các nguyên tắc của LHQ về người cao tuổi 1991, theo Nghị quyết 46/91 ngày 16/12/1991 của Đại hội đồng LHQ. www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm.

1.3. Các khuôn khổ chính sách, hướng dẫn và nguyên tắc nhân đạo về các quyền con người, bảo vệ và tình trạng dễ bị tổn thương

Bảo vệ những người bị ảnh hưởng bởi thiên tai: Hướng dẫn tác nghiệp của IASC về quyền con người và thiên tai 2006. Ủy ban thường trực Liên tổ chức. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx.

Luật và các tiêu chuẩn quốc tế áp dụng cho các tình huống thiên tai (Sổ tay luật IDLO) 2009. Tổ chức Luật phát triển quốc tế (IDLO). www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

Các nguyên tắc chỉ đạo Liên tổ chức về trẻ em không có người đi kèm và bị cách ly 2002, được xây dựng bởi ICRC, UNHCR, UNICEF, Tổ chức World Vision International, Save the Children, UK và Ủy ban Cứu trợ quốc tế. www.icrc.org.

Sổ tay về giới trong hoạt động nhân đạo 2006. Ủy ban thường trực Liên tổ chức www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh.

Hướng dẫn của IASC về sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội trong các tình huống khẩn cấp 2007. Ủy ban thường trực Liên tổ chức. www.humanitarianinfo.org/ iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default.

Các Tiêu chuẩn tối thiểu của INEE về giáo dục trong tình huống khẩn cấp, khủng hoảng kinh niên và tái thiết sớm, được cập nhật năm 2010. Mạng lưới Liên tổ chức về giáo dục trong các tình huống khẩn cấp (được chính thức công nhận là các tiêu chuẩn đồng hành của các tiêu chuẩn của Sphere từ năm 2008). www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/.

2. Xung đột vũ trang, luật nhân đạo quốc tế và trợ giúp nhân đạo

2.1. Các hiệp ước và luật tục về xung đột vũ trang, luật nhân đạo quốc tế và trợ giúp nhân đạo

Luật nhân đạo quốc tế nêu cụ thể các ngưỡng về khi nào thì xung đột dữ dội trở thành "xung đột vũ trang" và, do đó, làm cho chế độ pháp lý đặc biệt này có thể áp dụng được. Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế (ICRC) là nơi chính thức lưu trữ các hiệp ước về luật nhân đạo quốc tế và cung cấp các thông tin và nguồn tư liệu tổng hợp trên trang thông tin điện tử của mình (www.icrc.org), trong đó có ý kiến bình luận chính thức về các Công ước Giơ-ne-vơ và các Nghị định thư đính kèm cũng như các quy định của việc Nghiên cứu về luật tục nhân đạo quốc tế.

2.1.1. Các hiệp ước nhân đạo quốc tế then chốt

Bốn Công ước Giơ-ne-vơ năm 1949

Nghị định thư bổ sung về các Công ước Giơ-ne-vơ, bảo vệ nạn nhân của các cuộc xung đột vũ trang quốc tế 1977 (Nghị định thư I)

Nghị định thư bổ sung về các Công ước Giơ-ne-vơ, bảo vệ nạn nhân của các cuộc xung đột vũ trang không mang tính quốc tế 1977 (Nghị định thư II) www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView.

Bốn Công ước Giơ-ne-vơ – mà tất cả các quốc gia tham gia và nhìn chung được chấp thuận như là một bộ phận của luật tục – liên quan đến việc bảo vệ và đối xử với những người bị thương và ốm đau trong chiến tranh trên bộ (I) và trên biển (II), đối xử với tù nhân chiến tranh (III) và bảo vệ thường dân trong xung đột vũ trang (IV). Chúng áp dụng chủ yếu cho các cuộc xung đột vũ trang quốc tế, trừ Điều 3 áp dụng chung cho các công ước liên quan đến các cuộc xung đột không mang tính quốc tế và một số yếu tố khác bây giờ đã được chấp nhận là luật tục về các cuộc xung đột không mang tính quốc tế. Hai Nghị định thư năm 1977 đã cập nhật các công ước đến thời điểm đó, đặc biệt là định nghĩa về người tham gia xung đột và luật hóa các cuộc xung đột không mang tính quốc tế. Một số quốc gia chưa tham gia các Nghị định thư này.

2.1.2. Các hiệp ước về các loại vũ khí bị hạn chế hoặc bị cấm và về tài sản văn hóa

Ngoài "luật Giơ-ne-vơ" được nêu trên đây, còn có một loạt các luật khác thường được mô tả là "luật La Hay" về xung đột vũ trang. Các luật này gồm công ước về bảo

vệ tài sản văn hóa và một số công ước về các loại vũ khí bị hạn chế hay bị cấm sử dụng, trong đó có hơi độc, các vũ khí hóa học và sinh học khác, các loại vũ khí thông thường mang tính phá hủy hàng loạt hay gây ra nỗi đau khổ không cần thiết, cũng như các loại mìn sát thương và đạn chùm. www.icrc.org/ihl.nsf.

2.1.3. Luật tục nhân đạo quốc tế

Luật tục nhân đạo quốc tế nói về luật xung đột vũ trang được các quốc gia chấp nhận thông qua các tuyên bố, chính sách và tập quán cũng như về các quy tắc mang tính thông lệ áp dụng cho tất cả các quốc gia, không kể họ có tham gia các hiệp ước nhân đạo quốc tế hay không. Không có một danh sách được nhất trí nào về các quy tắc mang tính thông lệ này, nhưng sự giải thích có thẩm quyền nhất được thể hiện ở nghiên cứu dưới đây.

Nghiên cứu về luật tục nhân đạo quốc tế (CIHL). ICRC, Henckaerts, J-M và Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument.

Nghiên cứu này đề cập đến hầu như toàn bộ các luật về xung đột vũ trang. Nghiên cứu liệt kê 161 quy định cụ thể và từng quy định này có áp dụng hay không áp dụng trong xung đột vũ trang quốc tế và (hoặc) xung đột vũ trang không mang tính quốc tế. Mặc dù một số nhà bình luận pháp lý phê phán phương pháp luận của nghiên cứu này, nhưng CIHL đã xuất phát từ một quá trình nghiên cứu nghiêm túc và tham vấn rộng rãi kéo dài hơn 10 năm trời. Do đó, uy tín của CIHL với vai trò là một cách giải thích các quy tắc mang tính thông lệ đã được công nhận rộng rãi.

2.2. Các văn bản hướng dẫn và nguyên tắc của LHQ và của các tổ chức Liên chính phủ chính thức thông qua về xung đột vũ trang, luật nhân đạo quốc tế và trợ giúp nhân đạo

Bản ghi nhớ của Hội đồng bảo an LHQ về bảo vệ 2002, được cập nhật năm 2003 (S/PRST/2003/27. www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/ 2003/27. Đây không phải là một nghị quyết mang tính ràng buộc đối với các quốc gia mà chỉ là một văn bản mang tính hướng dẫn cho Hội đồng bảo an LHQ về gìn giữ Hòa bình và các tình huống xung đột khẩn cấp, xuất phát từ các cuộc tham khảo ý kiến với các tổ chức thuộc hệ thống LHQ và IASC.

Các nghị quyết của Hội đồng bảo an LHQ về bạo lực tình dục và phụ nữ trong xung đột vũ trang, đặc biệt là các Nghị quyết số 1820 (2008), 1888 (2009) và 1889 (2009).

Tất cả các nghị quyết của Hội đồng bảo an LHQ theo năm và theo số thứ tự: www.un.org/documents/scres.htm.

2.3. Các khuôn khổ chính sách, hướng dẫn và nguyên tắc nhân đạo về xung đột vũ trang, luật nhân đạo quốc tế và trợ giúp nhân đạo

Các tiêu chuẩn chuyên môn cho công tác bảo vệ được thực hiện bởi các chủ thể về nhân quyền và nhân đạo trong xung đột vũ trang và các tình huống bạo lực khác 2009, www.icrc.org.

3. Người tị nạn và người di tản nội địa

UNHCR – cơ quan LHQ phụ trách vấn đề người tị nạn – có sứ mệnh pháp lý đặc biệt trong việc bảo vệ người tị nạn được quy định tại Công ước và Nghị định thư về người tị nạn. UNHCR cũng được Đại hội đồng LHQ giao sứ mệnh liên lạc với các quốc gia để bảo vệ những người di tản nội địa. UNHCR có nguồn tư liệu phong phú trên trang thông tin điện tử của mình.

3.1. Các hiệp ước về người tị nạn và người di tản nội địa

Ngoài hiệp ước quốc tế, phần này còn đề cập đến hai hiệp ước của Liên minh châu Phi (trước đây gọi là Tổ chức đoàn kết châu Phi hay OAU), bởi vì hai hiệp ước này đều tạo ra những tiền lệ mang tính lịch sử.

Công ước về tình trạng của người tị nạn 1951 (đã được bổ sung), được thông qua tại Hội nghị các đại diện toàn quyền của LHQ về tình trạng của người tị nạn và người không có quốc gia, tại Giơ-ne-vơ, từ 2-25/7/1951 và có hiệu lực từ ngày 22/4/1954. United Nations, Treaty Series, vol.189, p.137.

Nghị định thư về tình trạng của người tị nạn 1967, được Đại hội đồng LHQ ghi nhận tại Nghị quyết 2198 (XXI) 2, ngày 16/12/1946. United Nations, Treaty Series, vol.606, p.267. www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf.

Là thỏa thuận quốc tế đầu tiên về người tị nạn, Công ước định nghĩa người tị nạn là người mà, "do nỗi lo sợ có căn cứ sẽ bị ngược đãi vì lý do sắc tộc, tôn giáo, dân tộc, thành viên của một nhóm xã hội hay chính kiến riêng, đang ở ngoài đất nước mà mình có quốc tịch và không thể trở về, hoặc do nỗi lo sợ đó mà không muốn tìm kiếm sự bảo vệ của nước đó hoặc không muốn trở về nước đó bởi vì có nỗi lo sợ bị ngược đãi..."

Công ước của OAU về những khía cạnh cụ thể của vấn đề người tị nạn ở châu Phi 1969, được Đại hội đồng các vị nguyên thủ quốc gia và đứng đầu chính phủ thông qua tại phiên họp toàn thể thứ 6, Addis Ababa, ngày 10/9/1969. www.unhcr.org/45dc1a682.html.

Công ước này chấp nhận định nghĩa của Công ước 1951 và mở rộng định nghĩa này để bao gồm những người bị buộc phải rời bỏ đất nước mình không chỉ do lo sợ bị ngược đãi mà còn vì sự xâm lược, chiếm đóng và đô hộ của nước ngoài hay vì các sự

kiện gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến trật tự xã hội. Công ước của OAU cũng nhìn nhận các nhóm người không có quốc gia như là những người gây ra sự ngược đãi và nó không đòi hỏi người tị nạn phải chứng minh mối liên hệ trực tiếp giữa họ và mối hiểm họa trong tương lai.

Công ước của Liên minh châu Phi về việc bảo vệ và trợ giúp người di tản nội địa ở châu Phi (Công ước Kampala) 2009, được thông qua tại Hội nghị thượng đỉnh Liên minh châu Phi, nhóm họp tại Kampala, Uganda, ngày 22/10/2009 nhưng đến tháng 10/2010 vẫn chưa có hiệu lực. www.unhcr.org/4ae9bede9.html.

Đây là công ước đa phương đầu tiên về người di tản nội địa. Nó được ký tắt bởi 17 quốc gia thành viên Liên minh châu Phi vào tháng 10/2009 nhưng cần có 15 quốc gia chính thức phê chuẩn để có hiệu lực.

3.2. Các văn bản hướng dẫn và nguyên tắc của LHQ và của các tổ chức Liên chính phủ chính thức thông qua về người tị nạn và người di tản nội địa.

Các nguyên tắc về di tản nội địa 1988, được công nhận tháng 9/2005 bởi các vị nguyên thủ quốc gia và đứng đầu chính phủ tham gia Hội nghị thượng đỉnh tại New York theo Nghị quyết 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) như là "một khuôn khổ quốc tế quan trọng cho việc bảo vệ người di tản nội địa. www.idpguidingprinciples.org/.

Các nguyên tắc này dựa trên cơ sở luật nhân đạo và nhân quyền quốc tế và luật người tị nạn tương ứng. Chúng được sử dụng như một tiêu chuẩn quốc tế để chỉ đạo các chính phủ, các tổ chức quốc tế và tất cả các chủ thể có liên quan khác trong việc cung cấp sự trợ giúp và bảo vệ cho người di tản nội địa.

4. Các tình huống thảm họa và trợ giúp nhân đạo

4.1. Các hiệp ước về thảm họa và trợ giúp nhân đạo

Công ước về sự an toàn của LHQ và nhân viên liên quan 1994, được thông qua bằng Nghị quyết 49/59 ngày 9/12/1994 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 15/1/1999. United Nations, Treaty Series, vol.2051, p.363. www.un.org/law/cod/safety.htm.

Nghị định thư không ràng buộc của Công ước về sự an toàn của LHQ và nhân viên liên quan 2005, được thông qua bằng Nghị quyết A/60/42 ngày 8/12/2005 của Đại hội đồng LHQ và có hiệu lực từ ngày 19/8/2010. www.ocha.unog.ch/drptoolkitPNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions.

Trong Công ước này, việc bảo vệ chỉ giới hạn ở các lực lượng gìn giữ Hòa bình của LHQ, trừ phi LHQ đã tuyên bố "rủi ro ngoại lệ" - một yêu cầu không có tính thực tiễn. Nghị định thư đã sửa chữa sai sót lớn này trong Công ước và mở rộng phạm vi bảo

vệ pháp lý đến tất cả các hoạt động của LHQ, từ trợ giúp nhân đạo khẩn cấp đến gìn giữ Hòa bình và cung cấp sự trợ giúp nhân đạo, chính trị và phát triển.

Công ước về viện trợ lương thực 1999, một công cụ pháp lý riêng biệt theo Công ước buôn bán ngũ cốc 1995, được điều hành bởi Ủy ban viện trợ lương thực thông qua Ban thư ký của Hội đồng ngũ cốc quốc tế (IGC).

Công ước Tempere về việc cung cấp các nguồn tài nguyên viễn thông cho việc giảm nhẹ thiên tai và các hoạt động cứu trợ 1998, được thông qua tại Hội nghị Liên chính phủ về viễn thông trong các tình huống khẩn cấp 1998 và có hiệu lực từ ngày 8/1/2005. United Nations, Treaty Series, vol.2296, p.5. www.unhcr.org/refworld/publisher, ICET98, 41dec59d4,0.html.

Công ước khung của LHQ về biến đổi khí hậu 1992 (UNFCCC), được thông qua tại Hội nghị của LHQ về môi trường và phát triển, Rio de Janeiro, từ 4-14/6/ 1992 và có hiệu lực từ ngày 21/3/1994. United Nations, Treaty Series,vol.1771, p.107. http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php.

Nghị định thư Kyoto về UNFCCC 1997, được thông qua tại phiên thứ 3 của Hội nghị Các bên tham gia Công ước khung, Kyoto, Nhật Bản, ngày 11/12/1997, và có hiệu lực từ ngày 16/2/2005. United Nations, Treaty Series,vol.2303, p.148. http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php.

Công ước UNFCCC và Nghị định thư Kyoto xử lý nhu cầu khẩn cấp về việc thực hiện các chiến lược về thích ứng với biến đổi khí hậu và giảm nhẹ rủi ro cũng như xây dựng năng lực và sức chịu đựng tại cấp địa phương, đặc biệt là ở các nước hay gặp phải thiên tai. Chúng nhấn mạnh các chiến lược giảm nhẹ thảm họa và quản lý rủi ro, đặc biệt là những hậu quả và rủi ro về biến đổi khí hậu.

4.2. Các văn bản hướng dẫn và nguyên tắc của LHQ và của các tổ chức Liên chính phủ chính thức thông qua về thảm họa và trợ giúp nhân đạo

Tăng cường sự điều phối trợ giúp khẩn cấp nhân đạo của LHQ, cùng với Phụ lục về Các nguyên tắc chỉ đạo, Nghị quyết 46/182 ngày 19/12/1991 của Đại hội đồng LHQ. www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html.

Nghị quyết này đã đưa đến việc thành lập Vụ các vấn đề nhân đạo của LHQ, sau đó trở thành Văn phòng LHQ về điều phối các vấn đề nhân đạo (OCHA) vào năm 1998.

Khung hành động Hyogo 2005-2015: Tăng cường năng lực ứng phó của các nước và các cộng đồng trước thiên tai, được thông qua tại Hội nghị thế giới về giảm nhẹ thảm họa năm 2005. www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm.

Khuôn khổ hành động này vạch ra chiến lược cho các quốc gia và các tổ chức nhân đạo lồng ghép nội dung giảm nhẹ rủi ro thảm họa vào việc thực hiện các chương trình ứng phó, phục hồi và phòng ngừa, lồng ghép nội dung này vào công cuộc phát triển bền vững và tăng cường năng lực chống chọi.

Văn bản hướng dẫn về tạo điều kiện và điều tiết công tác cứu trợ thảm họa quốc tế và trợ giúp phục hồi ban đầu (Hướng dẫn IDRL) 2007, được thông qua tại Hội nghị quốc tế Hội chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ (trong đó có các quốc gia tham gia Các công ước Giơ-ne-vơ). www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp.

4.3. Các khuôn khổ chính sách, hướng dẫn và nguyên tắc về thảm họa và hỗ trợ nhân đạo

Quy tắc ứng xử cho Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các Tổ chức Phi chính phủ trong cứu trợ thảm họa. (xem Phụ chương 2: Quy tắc ứng xử, trang 368).

Các nguyên tắc cơ bản của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế 1965, được thông qua tại Hội nghị quốc tế thứ 20 của Hội chữ thập đỏ. www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp.

Các tiêu chuẩn HAP trong trách nhiệm giải trình nhân đạo 2007. Nhóm đối tác về Trách nhiệm giải trình nhân đạo (một tổ chức tự điều tiết quốc tế ở lĩnh vực hoạt động nhân đạo, trong đó có chức năng kiểm định). .www.hapinternational.org.

Các nguyên tắc và thực hành tốt trong viện trợ nhân đạo 2003, được thông qua tại Hội nghị các nước viện trợ, các tổ chức LHQ, các Tổ chức Phi chính phủ và Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế tại Stockholm, và được ký kết bởi Ủy ban châu Âu và 16 quốc gia. www.goodhumanitariandonorship.org.

Các nguyên tắc đối tác: Tuyên bố về sự cam kết 2007, được thông qua tại Diễn đàn nhân đạo toàn cầu tháng 7/2007 (một cơ chế đối thoại giữa LHQ và các tổ chức nhân đạo không thuộc LHQ). www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html.

Phụ lục 2

Quy tắc ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các Tổ chức Phi chính phủ trong cứu trợ thảm họa

Do Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế cùng soạn thảo[1].

1. Được bảo trợ bởi các tổ chức Caritas International, Catholic Relief Services*, Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế*, International Save the Children Alliance*, Lutheran World Federation*, Oxfam*, Hội đồng Nhà thờ thế giới (The World Council of Churches)*, Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế (* thành viên của Ủy ban Điều hành ứng phó nhân đạo).*

Mục đích

Quy tắc ứng xử này nhằm bảo vệ các tiêu chuẩn ứng xử của chúng tôi. Nó không phải là các quy định tác nghiệp chi tiết như cách tính toán khẩu phần lương thực hay cách thiết lập một trại tị nạn. Nó nhằm duy trì tiêu chuẩn cao về tính độc lập, hiệu quả và tác động mà các Tổ chức Phi chính phủ (NGO) và Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế mong muốn đạt được trong các hoạt động ứng phó với thảm họa. Nó là một bộ quy tắc mang tính tự nguyện, được thực thi bằng ý chí của các tổ chức chấp thuận nó, để duy trì các tiêu chuẩn được đề ra trong Quy tắc.

Trong trường hợp xung đột vũ trang, Quy tắc ứng xử này sẽ được giải thích và áp dụng phù hợp với luật nhân đạo quốc tế.

Quy tắc ứng xử được trình bày trước. Đính kèm với Quy tắc là ba bản phụ lục, mô tả môi trường làm việc mà chúng tôi mong muốn các Chính phủ nước chủ nhà, các Chính phủ tài trợ và các Tổ chức Liên chính phủ thiết lập nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho việc cung cấp có hiệu quả nguồn trợ giúp nhân đạo.

Các khái niệm

NGO: Trong văn bản này, NGO chỉ các tổ chức, ở các quốc gia cũng như trên quốc tế, được thành lập riêng biệt với chính phủ của quốc gia nơi các tổ chức này được thành lập.

NGHA: Để phục vụ cho văn bản này, thuật ngữ Tổ chức Nhân đạo phi chính phủ (NGHA) được tạo ra để bao gồm các tổ chức hợp thành Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế - Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế, Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các Hội quốc gia thành viên – và các tổ chức NGO được định nghĩa trên đây. Quy tắc ứng xử này đề cập đặc biệt đến các tổ chức NGHA tham gia các hoạt động ứng phó với thảm họa.

IGO: IGO (Tổ chức Liên chính phủ) chỉ một tổ chức được thành lập bởi hai hoặc nhiều chính phủ. Do vậy, thuật ngữ IGO bao hàm tất cả các tổ chức thuộc hệ thống Liên Hợp Quốc (LHQ) và các tổ chức khu vực.

Thảm họa: Một tình huống thảm họa là một sự kiện gây ra thiệt hại nghiêm trọng về sinh mạng, nỗi đau khổ tột cùng về thể xác và tinh thần cho con người, cũng như mất mát to lớn về vật chất.

Quy tắc ứng xử
Các nguyên tắc ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các NGO trong các chương trình ứng phó với thảm họa

1. Nhu cầu nhân đạo là trên hết

Quyền được tiếp nhận trợ giúp nhân đạo và được cung cấp trợ giúp nhân đạo, đó là một nguyên tắc nhân đạo cơ bản mà tất cả các công dân của các nước cần có. Là thành viên của cộng đồng quốc tế, chúng ta nhìn nhận nghĩa vụ của mình là cung cấp trợ giúp nhân đạo ở bất kỳ nơi nào cần đến sự trợ giúp này. Do vậy, chúng ta có nhu cầu không bị ngăn cản khi tiếp cận những nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa; điều đó có ý nghĩa quan trọng căn bản trong việc thực thi trách nhiệm trợ giúp nhân đạo. Động cơ chính của chúng ta khi ứng phó thảm họa là giảm thiểu nỗi đau khổ cho những người có ít khả năng nhất để đứng vững trước sự căng thẳng do thảm họa gây ra. Khi chúng ta cung cấp trợ giúp nhân đạo, đó không phải là một hành động mang tính đảng phái hay chính trị, và không được phép nhìn nhận sự trợ giúp nhân đạo như vậy.

2. Cung cấp cứu trợ không phân biệt chủng tộc, tín ngưỡng hay quốc tịch của người nhận viện trợ và không có sự ngược đãi dưới bất kỳ hình thức nào. Ưu tiên cung cấp cứu trợ chỉ dựa trên cơ sở nhu cầu.

Bất cứ ở đâu có thể, chúng ta sẽ cung cấp cứu trợ trên cơ sở đánh giá một cách thấu đáo nhu cầu của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và khả năng hiện có tại chỗ để đáp ứng nhu cầu đó. Trong toàn bộ các chương trình của mình, chúng ta sẽ luôn tính đến sự cân xứng. Cần phải giảm nhẹ nỗi đau khổ của con người ở bất kỳ nơi nào xảy ra nỗi đau khổ đó; mạng sống của con người ở vùng này cũng quý giá như ở vùng khác. Do đó, chúng ta sẽ cung cấp cứu trợ tùy theo mức độ đau khổ mà nguồn cứu trợ đó có mục đích giảm nhẹ. Khi thực hiện phương pháp tiếp cận này, chúng ta nhìn nhận vai trò hết sức quan trọng của phụ nữ trong các cộng đồng thường xuyên xảy ra thảm họa và bảo đảm rằng các chương trình cứu trợ của chúng ta sẽ hỗ trợ, chứ không làm suy giảm, vai trò của phụ nữ. Việc thực thi chính sách toàn cầu, vô tư và độc lập như vậy chỉ có hiệu quả nếu chúng ta và các đối tác được tiếp cận các nguồn lực cần thiết để cung cấp cứu trợ cũng như được tiếp cận những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa một cách bình đẳng.

3. Không sử dụng viện trợ để thực hiện một quan điểm chính trị hay tôn giáo riêng biệt nào

Viện trợ nhân đạo sẽ được cung cấp theo nhu cầu của các cá nhân, gia đình và cộng đồng. Mặc dù các NGHA có quyền tán thành một quan điểm chính trị hay tôn giáo nào đó, nhưng chúng ta khẳng định rằng viện trợ sẽ không phụ thuộc vào việc những người tiếp nhận viện trợ có chấp nhận quan điểm đó hay không. Chúng ta

sẽ không ràng buộc lời hứa hẹn, việc cung cấp hay phân phát viện trợ vào việc tán thành hay chấp nhận bất kỳ quan điểm chính trị hay tôn giáo nào.

4. Chúng ta sẽ nỗ lực để không hành động như là những công cụ thực hiện chính sách đối ngoại của chính phủ

Các NGHA là những tổ chức hành động độc lập với chính phủ. Do đó, chúng ta xây dựng chính sách và biện pháp thực hiện của mình và không thực hiện chính sách của bất kỳ chính phủ nào, trừ phi việc thực hiện chính sách đó trùng hợp với chính sách độc lập của chính chúng ta. Chúng ta sẽ không bao giờ - một cách hữu ý hay vô tình – cho phép bất kỳ ai sử dụng chúng ta và nhân viên của chúng ta để thu thập thông tin mang tính nhạy cảm về chính trị, quân sự hay kinh tế cho các chính phủ hay các tổ chức khác, nhằm phục vụ những mục đích khác với những mục đích nhân đạo thuần túy; chúng ta cũng không hành động như những công cụ thực hiện chính sách đối ngoại của các chính phủ tài trợ. Chúng ta sẽ sử dụng nguồn viện trợ chúng ta nhận được để đáp ứng nhu cầu của người dân và nguồn viện trợ này sẽ không bị chi phối bởi nhu cầu tiêu thụ hàng hóa dư thừa của nhà tài trợ cũng như không bị chi phối bởi quyền lợi chính trị của bất kỳ nhà tài trợ nào. Chúng ta quý trọng và khuyến khích việc tự nguyện cống hiến sức lao động và tài chính của các cá nhân liên quan để hỗ trợ công việc của chúng ta và ghi nhận sự độc lập hành động được thúc đẩy bởi động cơ tự nguyện đó. Để bảo vệ sự độc lập của mình, chúng ta sẽ nỗ lực để tránh bị lệ thuộc vào một nguồn tài trợ duy nhất.

5. Chúng ta sẽ tôn trọng văn hóa và tập quán

Chúng ta sẽ nỗ lực tôn trọng nền văn hóa, các cấu trúc và các tập quán của các cộng đồng và đất nước nơi chúng ta đang làm việc.

6. Chúng ta sẽ cố gắng phát huy năng lực địa phương trong việc thực hiện hoạt động ứng phó với thảm họa

Tất cả người dân và cộng đồng – ngay cả trong tình huống thảm họa - đều có những năng lực cũng như điểm yếu nhất định. Trong trường hợp có thể, chúng ta sẽ tăng cường những năng lực này bằng cách tuyển dụng nhân viên địa phương, mua sắm vật tư địa phương và mua bán với các công ty địa phương. Trong trường hợp có thể, chúng ta sẽ làm việc thông qua các NGHA và các đối tác địa phương trong việc lập kế hoạch và thực hiện, và sẽ hợp tác với các cơ quan chính quyền địa phương nếu thấy thích hợp. Chúng ta sẽ dành ưu tiên cao cho việc phối hợp các hoạt động ứng phó của chúng ta. Việc phối hợp có thể làm tốt nhất với các nước có liên quan bởi những người tham gia trực tiếp vào các hoạt động cứu trợ và cần có sự tham gia của các tổ chức LHQ liên quan.

7. Chúng ta sẽ tìm mọi cách để thu hút sự tham gia của những người hưởng lợi chương trình vào việc quản lý viện trợ tại hiện trường

Viện trợ ứng phó với thảm họa không bao giờ được áp đặt lên người hưởng lợi. Viện trợ có hiệu quả và phục hồi bền vững có thể được thực hiện tốt nhất ở những

nơi mà người hưởng lợi được tham gia vào quá trình thiết kế, quản lý và thực hiện chương trình viện trợ. Chúng ta sẽ cố gắng hết sức mình để huy động sự tham gia đầy đủ của cộng đồng vào các chương trình cứu trợ và phục hồi của chúng ta.

8. Cứu trợ cần góp phần giảm thiểu tình trạng dễ bị tổn thương trước thảm họa cũng như đáp ứng các nhu cầu cơ bản

Tất cả các hoạt động cứu trợ đều ảnh hưởng đến triển vọng của công cuộc phát triển lâu dài, theo hướng tích cực hoặc tiêu cực. Nhận thức được điều này, chúng ta sẽ phấn đấu để thực hiện các chương trình cứu trợ có thể tích cực góp phần giảm thiểu tình trạng dễ bị tổn thương của người hưởng lợi trước những thảm họa tương lai và góp phần tạo nên các phương cách sống bền vững. Chúng ta sẽ đặc biệt quan tâm đến các vấn đề môi trường trong việc thiết kế, quản lý và thực hiện các chương trình cứu trợ. Chúng ta cũng sẽ cố gắng để giảm thiểu tác động tiêu cực của viện trợ nhân đạo và tránh sự phụ thuộc lâu dài của người hưởng lợi vào nguồn viện trợ từ bên ngoài.

9. Chúng ta sẽ chịu trách nhiệm giải trình trước những người mà chúng ta trợ giúp cũng như những người mà chúng ta tiếp nhận các nguồn viện trợ

Chúng ta thường đóng vai trò đầu mối liên kết về mặt thể chế trong mối quan hệ đối tác giữa những người mong muốn trợ giúp và những người cần sự trợ giúp trong các tình huống thảm họa. Do đó, chúng ta tự buộc mình phải chịu trách nhiệm giải trình trước cả hai nhóm đối tác này. Tất cả những giao dịch của chúng ta với nhà tài trợ và người hưởng lợi sẽ phản ánh thái độ công khai và minh bạch. Chúng ta chấp nhận sự cần thiết phải báo cáo về các hoạt động của mình, về mặt tài chính cũng như về mặt hiệu quả. Chúng ta chấp nhận trách nhiệm phải giám sát sát sao việc phân phối viện trợ cũng như thường xuyên đánh giá tác động từ nguồn viện trợ để ứng phó thảm họa. Chúng ta sẽ cố gắng báo cáo một cách công khai về tác động của công việc chúng ta làm cũng như các yếu tố hạn chế và (hoặc) tăng cường tác động đó. Các chương trình của chúng ta sẽ được dựa trên cơ sở các tiêu chuẩn cao về tính chuyên nghiệp và kiến thức chuyên môn, qua đó để giảm thiểu sự lãng phí các nguồn lực quý giá.

10. Trong các hoạt động thông tin, quảng bá và quảng cáo của mình, chúng ta sẽ nhìn nhận những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa là những con người có nhân phẩm, chứ không phải là những con người tuyệt vọng

Chúng ta không bao giờ mất đi sự tôn trọng đối với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa như một đối tác bình đẳng trong hành động. Trong công tác thông tin, chúng ta sẽ mô tả hình ảnh khách quan về tình hình thảm họa, nêu bật những năng lực cũng như nguyện vọng của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa chứ không chỉ những điểm yếu và nỗi lo sợ của họ. Trong khi chúng ta hợp tác với các cơ quan truyền thông để nâng cao ý thức ứng phó của người dân, chúng ta sẽ không cho phép nhu cầu quảng bá, từ bên ngoài hay từ nội tại, được ưu tiên nhiều hơn nguyên tắc sử dụng tốt nhất nguồn lực cứu trợ. Chúng ta sẽ tránh tình trạng cạnh tranh với

các tổ chức khác tham gia ứng phó với thảm họa về diện đưa tin trên báo chí trong các tình huống ở đó diện đưa tin có thể gây hại cho sự hỗ trợ người hưởng lợi, cho an ninh của nhân viên chúng ta, hay cho người hưởng lợi.

Môi trường làm việc

Sau khi đơn phương nhất trí sẽ cố gắng tuân thủ Quy tắc ứng xử được trình bày ở trên, chúng ta sẽ trình bày dưới đây một số hướng dẫn mang tính định hướng về môi trường làm việc mà chúng ta mong muốn được thiết lập bởi các chính phủ tài trợ, chính phủ nước chủ nhà cũng như các tổ chức liên chính phủ - chủ yếu là các tổ chức thuộc hệ thống LHQ - nhằm tạo điều kiện dễ dàng cho sự tham gia có hiệu quả của các NGHA vào hoạt động ứng phó với thảm họa.

Các hướng dẫn này được trình bày để định hướng. Chúng không mang tính ràng buộc về mặt pháp lý; chúng ta cũng không trông đợi các chính phủ và các IGO phải khẳng định sự chấp thuận các hướng dẫn này bằng cách ký kết một văn bản nào đó, mặc dù đây có thể là một mục tiêu để phấn đấu trong tương lai. Chúng được trình bày trên tinh thần công khai và hợp tác, để các đối tác của chúng ta biết được mối quan hệ lý tưởng mà chúng ta mong muốn xây dựng với họ.

Phụ lục I: Khuyến nghị đối với chính phủ của các nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa

1. Chính phủ nước chủ nhà cần nhìn nhận và tôn trọng các hoạt động độc lập, nhân đạo và vô tư của các NGHA

Các NGHA là các tổ chức độc lập. Sự độc lập và vô tư này cần được chính phủ nước chủ nhà tôn trọng.

2. Chính phủ các nước chủ nhà cần tạo điều kiện dễ dàng để các NGHA nhanh chóng tiếp cận những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Nếu các NGHA tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc nhân đạo của mình, họ cần được phép tiếp cận một cách nhanh chóng và vô tư những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa, với mục đích cung cấp trợ giúp nhân đạo. Như là một phần trong việc thực thi trách nhiệm chủ quyền của mình, chính phủ nước chủ nhà có nghĩa vụ không cản trở sự trợ giúp đó và chấp nhận hành động vô tư và phi chính trị của các NGHA. Chính phủ nước chủ nhà cần tạo điều kiện dễ dàng để các nhân viên cứu trợ vào nước mình một cách nhanh chóng, đặc biệt bằng cách miễn các yêu cầu về thị thực quá cảnh, nhập cảnh và xuất cảnh, hay bằng cách thu xếp để những yêu cầu này được đáp ứng một cách nhanh chóng. Chính phủ nước chủ nhà cần cấp phép bay qua bầu trời và quyền hạ cánh cho các máy bay chuyên chở hàng hóa và nhân viên cứu trợ quốc tế, trong suốt thời gian tiến hành hoạt động cứu trợ.

3. Chính phủ nước chủ nhà cần tạo điều kiện dễ dàng cho việc chuyên chở hàng hóa cứu trợ và cho dòng thông tin kịp thời trong các tình huống thảm họa

Hàng hóa và thiết bị cứu trợ được đưa vào một nước chỉ nhằm mục đích giảm nhẹ nỗi đau khổ của con người, không vì lợi ích hay lợi nhuận thương mại. Thông thường những hàng hóa đó phải được phép nhập khẩu miễn phí và không hạn chế và không phải đáp ứng các yêu cầu về chứng chỉ xuất xứ hay vận đơn, giấy phép nhập khẩu và (hoặc) xuất khẩu hay những hạn chế khác, hay thuế nhập khẩu, phí hạ cánh hay phí cảng vụ.

Việc tạm nhập các thiết bị cứu trợ cần thiết, trong đó có xe hơi, máy bay hạng nhẹ và thiết bị viễn thông, cần được chính phủ tiếp nhận viện trợ tạo điều kiện dễ dàng bằng cách tạm thời miễn các hạn chế về đăng ký hay giấy phép. Tương tự như vậy, chính phủ không nên hạn chế việc tái xuất thiết bị cứu trợ sau khi kết thúc hoạt động cứu trợ.

Để tạo thuận lợi cho công tác truyền thông về thảm họa, chính phủ nước chủ nhà nên chỉ định một số tần số vô tuyến nhất định để các tổ chức cứu trợ liên lạc trong nước và quốc tế và thông báo để cộng đồng tham gia cứu trợ biết các tần số đó trước khi tiến hành hoạt động cứu trợ. Chính phủ cần cho phép nhân viên cứu trợ sử dụng tất cả các phương tiện truyền thông cần thiết cho các hoạt động cứu trợ của chúng ta.

4. Chính phủ nước chủ nhà cần cung cấp thông tin về thảm họa và dịch vụ lập kế hoạch một cách có phối hợp

Việc lập kế hoạch và điều phối chung các nỗ lực cứu trợ, xét cho cùng, là trách nhiệm của chính phủ nước chủ nhà. Công tác lập kế hoạch và điều phối có thể được tăng cường rất nhiều nếu các NGHA được cung cấp thông tin về nhu cầu cứu trợ và hệ thống của chính phủ trong việc lập kế hoạch và thực hiện hoạt động cứu trợ cũng như thông tin về những rủi ro an ninh tiềm ẩn mà các NGHA có thể gặp phải. Chúng ta kêu gọi chính phủ cung cấp những thông tin trên cho các NGHA.

Để tạo điều kiện cho việc điều phối có hiệu quả và sử dụng tốt các nỗ lực cứu trợ, chúng ta kêu gọi chính phủ nước chủ nhà chỉ định, trước khi tiến hành hoạt động cứu trợ, một đầu mối duy nhất để các NGHA liên hệ với các cơ quan chức năng quốc gia.

5. Cứu trợ thảm họa trong bối cảnh xung đột vũ trang

Trong bối cảnh xung đột vũ trang, các hoạt động cứu trợ được điều chỉnh bởi các điều khoản liên quan của luật nhân đạo quốc tế.

Phụ lục II: Khuyến nghị cho chính phủ các nước tài trợ

1. Chính phủ nước tài trợ cần nhìn nhận và tôn trọng hành động độc lập, nhân đạo và vô tư của các NGHA

Các NGHA là các tổ chức độc lập mà sự độc lập và vô tư của họ cần được chính phủ nước tài trợ tôn trọng. Chính phủ nước tài trợ không nên sử dụng các NGHA để thực hiện bất kỳ mục tiêu chính trị hay hệ tư tưởng nào.

2. Chính phủ nước tài trợ cần cung cấp nguồn kinh phí cùng với bảo đảm tôn trọng sự độc lập tác nghiệp

Các NGHA chấp nhận sự trợ giúp kinh phí và vật chất từ chính phủ các nước tài trợ với cùng tinh thần mà họ cung cấp sự trợ giúp đó cho những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa: một tinh thần nhân đạo và độc lập tác nghiệp. Việc thực hiện các hoạt động cứu trợ, xét cho cùng, là trách nhiệm của các NGHA và sẽ được tiến hành theo các chính sách của NGHA đó.

3. Chính phủ nước tài trợ cần sử dụng vai trò trung gian của mình để hỗ trợ các NGHA tiếp cận những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Chính phủ nước tài trợ cần nhìn nhận tầm quan trọng của việc chấp nhận một mức độ trách nhiệm về sự an ninh và quyền tự do của các nhân viên NGHA được tiếp cận các khu vực xảy ra thảm họa. Họ cần sẵn sàng làm công tác ngoại giao với chính phủ nước chủ nhà về những vấn đề đó, nếu thấy cần thiết.

Phụ lục III: Khuyến nghị cho các Tổ chức Liên chính phủ

1. Các IGO cần nhìn nhận các NGHA, địa phương cũng như nước ngoài, là những đối tác quý giá

Các NGHA sẵn sàng hợp tác với các IGO và các tổ chức thuộc hệ thống LHQ để thực hiện tốt hơn hoạt động ứng phó với thảm họa. Họ làm việc đó với tinh thần quan hệ đối tác, tôn trọng sự toàn vẹn và độc lập của tất cả các đối tác. Các IGO phải tôn trọng sự độc lập và vô tư của các NGHA. Các tổ chức thuộc hệ thống LHQ cần tham khảo ý kiến của các NGHA trong việc xây dựng các kế hoạch cứu trợ.

2. Các IGO cần hỗ trợ chính phủ các nước chủ nhà trong việc cung cấp một khuôn khổ điều phối chung cho các hoạt động cứu trợ thảm họa quốc tế và địa phương

Thông thường các NGHA không có sứ mệnh cung cấp khuôn khổ điều phối chung cho các tình huống thảm họa đòi hỏi nỗ lực ứng phó quốc tế. Trách nhiệm này thuộc về chính phủ nước chủ nhà và các tổ chức LHQ liên quan. Họ được yêu cầu thực thi trách nhiệm này một cách kịp thời và có hiệu quả, để phục vụ đất nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa và cộng đồng quốc tế tham gia ứng phó thảm họa. Trong

bất kỳ trường hợp nào, các NGHA cần hết sức cố gắng để bảo đảm sự phối hợp có hiệu quả các dịch vụ của mình.

Trong tình huống xung đột vũ trang, các hoạt động nhân đạo được điều chỉnh bởi các điều khoản có liên quan của luật nhân đạo quốc tế.

3. Các IGO cần mở rộng phạm vi bảo vệ an ninh dành cho các tổ chức LHQ sang các NGHA

Trong trường hợp dịch vụ an ninh được cung cấp cho các IGO, dịch vụ này cần được mở rộng cho các đối tác NGHA nếu được yêu cầu.

4. Các IGO cần cung cấp cho các NGHA cùng mức độ tiếp cận các thông tin có liên quan như cho các tổ chức LHQ

Chúng ta kêu gọi các IGO chia sẻ với các đối tác NGHA của mình tất cả các thông tin có liên quan về việc thực hiện có hiệu quả hoạt động ứng phó với thảm họa.

Phụ lục 3

Danh mục các từ viết tắt

ACT	Điều trị bằng phối hợp các loại thuốc có gốc artemisinin
ALNAP	Mạng lưới học hỏi tích cực về trách nhiệm giải trình và hiệu quả trong ứng phó nhân đạo
ART	Điều trị bằng thuốc kháng vi rút
ARV	Thuốc kháng vi-rút
BCPR	Cục Phòng chống thảm họa và phục hồi (của UNDP)
BEmOC	Chăm sóc sản khoa khẩn cấp cơ bản
BMI	Chỉ số khối cơ thể
BMS	Các thực phẩm thay thế sữa mẹ
BTS	Dịch vụ truyền máu
CDC	Trung tâm Phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh
CE-DAT	Cơ sở dữ liệu khẩn cấp phức hợp
CEDAW	Công ước về loại bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ
CEmOC	Chăm sóc sản khoa khẩn cấp toàn diện
CFR	Tỷ lệ tử vong bệnh
CHW	Người làm công tác sức khỏe cộng đồng
CIHL	Luật Nhân đạo Quốc tế theo Phong tục
CMR	Tỷ lệ tử vong thô
CRC	Công ước về Quyền trẻ em
CRPD	Công ước về Quyền của người khuyết tật
CRS	Tổ chức Cứu trợ Thiên chúa giáo
FAO	Tổ chức Nông – Lương Liên Hợp Quốc
IAPSO	Văn phòng Liên tổ chức về dịch vụ mua sắm (thuộc UNDP)
ICRC	Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế
IFRC	Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế

IYCF	Chế độ nuôi dưỡng cho trẻ thơ (dưới 1 tuổi) và trẻ nhỏ (dưới 5 tuổi)
LBW	Thiếu cân khi sinh
LEDS	Các đi-ốt phát sáng
LEGS	Hướng dẫn và Tiêu chuẩn tối thiểu về Vật nuôi trong tình huống khẩn cấp
LHQ	Liên Hợp Quốc
LLIN	Màn được xử lý thuốc kháng côn trùng có tác dụng lâu dài
MISP	Gói dịch vụ ban đầu tối thiểu
MSF	Tổ chức Bác sĩ không biên giới
MUAC	Chỉ số vòng cánh tay
NCDs	Các bệnh không truyền nhiễm
NCHS	Trung tâm Quốc gia về thống kê y tế
NFCD	Quỹ Dinh dưỡng quốc tế cho các nước đang phát triển
NFI	Các mặt hàng phi lương thực
NGO	Tổ chức Phi chính phủ
NICS	Hệ thống Thông tin về dinh dưỡng trong tình huống khủng hoảng
NRC	Hội đồng Na-Uy về người tị nạn
NTU	Đơn vị đo độ đục (của nước)
OAU	Tổ chức Đoàn kết châu Phi (nay là Liên minh châu Phi)
OCHA	Văn phòng Điều phối các vấn đề nhân đạo của Liên hợp quốc
OECD	Tổ chức Hợp tác và phát triển kinh tế
OFDA	Văn phòng Trợ giúp thảm họa ở nước ngoài (thuộc USAID)
OHCHR	Văn phòng Cao ủy LHQ về quyền con người
ORS	Muối bù nước qua đường miệng
PAHO	Tổ chức Y tế toàn châu Mỹ
PEP	Phương pháp điều trị phòng ngừa sau phơi nhiễm
PLHIV	Người sống chung với HIV
PLWHA	Người sống chung với HIV và AIDS
PMTCT	Ngăn ngừa lây nhiễm HIV từ mẹ sang con
PoUWT	Xử lý nước tại điểm sử dụng

PTSS	Ban Hỗ trợ chương trình và kỹ thuật (thuộc UNHCR)
Q & A	Chất lượng & trách nhiệm giải trình
RH	Sức khỏe sinh sản
RNI	Lượng tiêu thụ chất bổ tham chiếu
SCHR	Ban Chỉ đạo ứng phó nhân đạo
SCM	Quản lý chuỗi cung ứng
SEEP	Mạng lưới giáo dục và xúc tiến doanh nghiệp nhỏ
SKAT	Trung tâm Công nghệ Thích hợp Thụy Sĩ
SMART	Giám sát và đánh giá hoạt động cứu trợ và chuyển tiếp theo tiêu chuẩn
STIs	Nhiễm trùng qua đường tình dục
U5MR	Tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi
UDHR	Tuyên ngôn nhân quyền
UFFH	Cân nặng so với chiều cao
UNAIDS	Chương trình chung của LHQ về HIV và AIDS
UN-DDR	Giải trừ quân bị, giải ngũ và tái Hòa nhập - LHQ
UNDP	Chương trình phát triển LHQ
UNDRO	Tổ chức Cứu trợ thảm họa của LHQ
UNFCCC	Công ước khung của LHQ về biến đổi khí hậu
UNFPA	Quỹ Dân số LHQ
UN-Habitat	Chương trình định cư con người của Liên hợp quốc
UNHCR	Văn phòng Cao ủy LHQ về người tị nạn (Cơ quan về người tị nạn của LHQ)
UNSDR	Chiến lược quốc tế về giảm nhẹ thiên tai của LHQ
USAID	Cơ quan Phát triển quốc tế của Hòa Kỳ
UNICEF	Quỹ Nhi đồng LHQ
VCA	Đánh giá tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng
VIP	Hố xí cải tiến có thông hơi
WASH	Cung cấp nước, vệ sinh, và khuyến khích thực hành vệ sinh
WCRWC	Ủy ban Phụ nữ về người tị nạn là phụ nữ và trẻ em
WEDC	Trung tâm nước, kỹ thuật dân dụng và phát triển
WFP	Chương trình Lương thực thế giới
WHA	Hội đồng Y tế Thế giới
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
WMO	Tổ chức Khí tượng Thế giới
WSP	Kế hoạch an toàn nước

Hãy tra cứu trang thông tin điện tử của Dự án Sphere

www.sphereproject.org

Dự án **Sphere**

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo

Dịch và biên soạn: Nhóm làm việc về Quản lý Thiên tai tại Việt Nam (DMWG)
Thiết kế và In ấn: **Công ty TNHH T.E.A.M Design** - Tel: 04.8585 2324
Đăng ký KHXB số: 181-2012/CXB/169-158/GTVT - QĐXB số: 06/QĐ-GTVT ngày 29-6-2012

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn tối thiểu trong cứu trợ nhân đạo

Quyền được sống có nhân phẩm

Dự án Sphere là một sáng kiến nhằm xác định và thúc đẩy các tiêu chuẩn qua đó cộng đồng toàn cầu ứng phó với cảnh ngộ của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa.

Với Sổ tay này, Sphere làm việc vì một thế giới ở đó quyền của tất cả những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa nhằm tái thiết cuộc sống và phục hồi sinh kế được công nhận và đáp ứng, thể hiện sự tôn trọng đối với tiếng nói, đảm bảo nhân phẩm và an ninh của họ.

Cuốn Sổ tay này gồm những nội dung sau:

- Hiến chương Nhân đạo: các nguyên tắc pháp lý và đạo lý phản ánh quyền của các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa
- Các Nguyên tắc Bảo vệ
- Các Tiêu chuẩn Cốt lõi và Tiêu chuẩn tối thiểu trong bốn lĩnh vực nhân đạo then chốt nhằm bảo vệ sinh mạng con người: Cung cấp nước, vệ sinh và khuyến khích thực hành vệ sinh; An ninh lương thực và dinh dưỡng; Chỗ ở, nơi định cư và các mặt hàng phi lương thực; và Hỗ trợ y tế. Bốn lĩnh vực này mô tả những gì cần phải được thực hiện trong một hoạt động cứu trợ nhân đạo để các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa vượt qua khó khăn và phục hồi cuộc sống trong ổn định và nhân phẩm.

Sổ tay Sphere nhận được sự đồng tình hưởng ứng rộng rãi của nhiều tổ chức và cá nhân, đi đến tiếng nói chung để cùng nhau làm việc nhằm nâng cao chất lượng và trách nhiệm giải trình trong các tình huống thảm họa và xung đột.

Sổ tay Sphere có một số tiêu chuẩn đồng hành, gồm có: INEE cho lĩnh vực giáo dục trong tình huống khẩn cấp, LEGS cho các hỗ trợ vật nuôi trong tình huống khẩn cấp, và SEEP cho phục hồi kinh tế. Do đó, Sphere mở rộng phạm vi của nó nhằm đáp ứng những nhu cầu phát sinh trong lĩnh vực hoạt động nhân đạo.

LEGS

INEE
Inter-Agency Network for Education in Emergencies
Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence
La Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia
Rede Inter-Institucional para a Educação em Situação de Emergência
الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ

SEEP
Powering connections

Dự án Sphere được khởi động năm 1997 bởi một số tổ chức phi chính phủ hoạt động trong lĩnh vực nhân đạo và Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ.