SPHERE
AFETLERE MÜDAHALEDE ASGARİ STANDARTLAR
İNSANİ YARDIM SÖZLEŞMESİ
EL KİTABI

Derleyen: Yrd. Doç Dr. Ayhan Özşahin

INEE Asgari Standartlar El Kitabının **SPHERE** programına uyarlanması ve
Eğitim Hizmetlerinde Asgari Standartlar Bölümü
Zeynep Türkmen Sanduvaç
Tarafından Hazırlanmıştır.

SPHERE,
Afetlere Müdahalede Asgari Yardım Standartları ve İnsani Yardım Sözleşmesi
Yaygınlaştırma ve Uyarlama Projesi çerçevesinde hazırlanmıştır.

Proje, Oxfam UK nin desteği ile Mavi Kalem Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği
tarafından uygulanmaktadır.

SPHERE, Afetlere Müdahalede Asgari Standartlar, İnsani Yardım Sözleşmesi El Kitabı, Sphere 2004 versiyonu kaynak alınarak, Birleşmiş Milletlere ait ilgili diğer kaynaklar kullanılarak ve **INEE** eğitim standartlarından yararlanılarak hazırlandı. Bazı bölümlerde olmayan kontrol listeleri oluşturulup kitaba eklendi. Uygulayıcılar için başvuru rehberi olması amaçlandı.

PROJEDE YER ALANLAR VE GÖREVLERİ
(alfabetik sıra izlenmiştir)

PROJE EKİBİ

Yrd. Doç Dr. Ayhan Özşahin - Kamu kuruluşları ile koordinasyon / Uzman Eğitici
Dr. Filiz Ayla - Proje Direktörü
Gamze Karadağ - Direktör Asistanı
Nuran Kızılkan - Proje Koordinatörü (Mayıs 08 - Şubat 08)
Doç Dr. Özlem Sarıkaya - Uzman Okuma / Uzman Eğitici
Zeynep Türkmen Sanduvaç - Proje Eğitim Koordinatörü /UzmanEğitici

ÇEVİRİGRUBU

Emin Tuğcu - Bölüm 3: Beslenme, Gıda Güvenliği ve Gıda Yardımında Asgari Standartlar
Gülnur Elcik - Sphere Nedir, İnsani Yardım Sözleşmesi
Bölüm 5: Sağlık Hizmetlerinde Asgari Standartlar
Taylan Taftaf - Bölüm 1: Tüm Sektörler İçin Ortak Genel Standartlar
Bölüm 2: Su Sağlama, Sanitasyon ve Hijyen Destekleme Hizmetlerinde Asgari Standartlar
Bölüm 4: Barınak, Yerleşim Alanı ve Gıda-dışı Kalemlerde Asgari Standartlar
Veysel Eşsiz - Ekler
Mehmet Çamuroğlu - Eğitim modülleri
Zeynep Türkmen Sanduvaç - Eğitim Modülleri

UZMAN OKUMALAR

Altuna Soydan Söylemezoğlu - Bölüm 1: Tüm Sektörler İçin Ortak Genel Standartlar
Bölüm 4: Barınak, Yerleşim Alanı ve Gıda-dışı Kalemlerde Asgari Standartlar
Nuran Kızılkan - Bölüm 2: Su Sağlama, Sanitasyon ve Hijyen Destekleme Hizmetlerinde Asgari Standartlar
Doç. Dr. Özlem Sarıkaya - Bölüm 3: Beslenme, Gıda Güvenliği ve Gıda Yardımında Asgari Standartlar
Bölüm 5: Sağlık Hizmetlerinde Asgari Standartlar
Zeynep Türkmen Sanduvaç- Sphere Nedir
İnsani Yardım Sözleşmesi, Ekler

GÖRSEL ÇALIŞMALAR

Ahmet Söğütlüoğlu - Basılı malzeme ve CD görsel uyarlama
Uğur Bilgiç - Web tasarımı
İdil Türkmen - Eğitim Modülleri, PPT sunum tasarımı

İ Ç İ N D E K İ L E R

BÖLÜM 1: TÜM SEKTÖRLER İÇİN ORTAK GENEL STANDARTLAR s7

ASGARİ STANDART 1: KATILIM s8
ASGARİ STANDART 2: İLK DEĞERLENDİRME s8
ASGARİ STANDART 3: MÜDAHALE s9
ASGARİ STANDART 4: HEDEF TESPİTİ s10
ASGARİ STANDART 5: İZLEME s11
ASGARİ STANDART 6: DEĞERLENDİRME s11
ASGARİ STANDART 7: YARDIM GÖREVLİLERİNİN YETERLİLİK VE SORUMLULUKLARI s11
ASGARİ STANDART 8: YARDIM GÖREVLİLERİNİN DENETİMİ, YÖNETİLMESİ VE DESTEKLENMESİ s12

BÖLÜM 2: SU SAĞLAMA, SANİTASYON VE HİJYEN DESTEKLEME HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR s13

ASGARİ STANDART 1: HİJYEN DESTEKLEME s14
Hijyen Destekleme Standardı 1: Program Tasarımı ve Uygulanması s14

ASGARİ STANDART 2: SU SAĞLAMA s15
Su Sağlama Standardı 1: Erişim ve Su Miktarı s15
Su Sağlama Standardı 2: Su Kalitesi s17
Su Sağlama Standardı 3: Su Kullanım Tesisleri ve Malzemeleri s18

ASGARİ STANDART 3: DIŞKI UZAKLAŞTIRMA s19
Dışkı Uzaklaştırma Standardı 1: Tuvaletlere Erişim ve Tuvalet Sayısı s19
Dışkı Uzaklaştırma Standardı 2: Tuvaletlerin Tasarımı, İnşası ve Kullanımı s20

ASGARİ STANDART 4: HASTALIK TAŞIYICILARIN (VEKTÖRLERİN) KONTROLÜ s22
Vektör Kontrolü Standardı 1: Bireysel ve Aile Düzeyinde Korunma s22
Vektör Kontrolü Standardı 2: Fiziksel, Çevresel ve Kimyasal Korunma Tedbirleri s23
Vektör Kontrolü Standardı 3: Kimyasal Kontrol ve Güvenlik Tedbirleri s24

ASGARİ STANDART 5: KATI ATIK YÖNETİMİ s25
Katı Atık Yönetimi Standardı 1: Atıkların Toplanması ve Uzaklaştırılması s25

ASGARİ STANDART 6: DRENAJ s27
Drenaj Standardı 1: Drenaj İşleri s27

BÖLÜM 3: BESLENME, GIDA GÜVENLİĞİ VE GIDA YARDIMINDA ASGARİ STANDARTLAR s29

ASGARİ STANDART 1: GIDA GÜVENLİĞİ VE BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ s31
Değerlendirme Standardı 1: Gıda Güvenliği s31
Değerlendirme Standardı 2: Beslenme s33

ASGARİ STANDART 2: GIDA GÜVENLİĞİ s34
Gıda Güvenliği Standardı 1: Genel Gıda Güvenliği s34
Gıda Güvenliği Standardı 2: Temel Üretim s37
Gıda Güvenliği Standardı 3: Gelir ve İstihdam s39
Gıda Güvenliği Standardı 4: Pazarlara Ulaşım s41

ASGARİ STANDART 3: BESLENME s42
I. Genel Beslenme Desteği s43
Genel Beslenme Desteği Standardı 1: Bütün Gruplar s43
Genel Beslenme Desteği Standardı 2: Riskli Gruplar s45
II) Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi s47
Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi Standardı 1: Orta Düzeyde Beslenme Bozukluğu s48
Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi Standardı 2: İleri Düzeyde Beslenme Bozukluğu s49
Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi Standardı 3: Temel Besin Maddelerinden Eksik Beslenme s51

ASGARİ STANDART 4: GIDA YARDIMI s52
I) Gıda Yardımı Planlaması s52
Gıda Yardımı Planlama Standardı: 1 Payların Planlanması s53
Gıda Yardımı Planlama Standardı 2: Uygunluk ve Kabul Edilebilirlik s53
Gıda Yardımı Planlama Standardı 3: Gıda Kalitesi ve Güvenliği s55
II) Gıda Yardımı Yönetimi s56
Gıda Yardımı Yönetimi Standardı 1: Gıdanın İşlenmesi s56
Gıda Yardımı Yönetimi Standardı 2: Temin Zinciri Yönetimi s57
Gıda Yardımı Yönetimi Standardı 3: Dağıtım s59

BÖLÜM 4: BARINAK, YERLEŞKE VE GIDA-DIŞI KALEMLERDE ASGARİ STANDARLAR s61

ASGARİ STANDART 1: BARINAK VE YERLEŞKE s63
Barınak ve Yerleşke Standardı 1: Stratejik Planlama s63
Barınak ve Yerleşke Standardı 2: Fiziksel Planlama s64
Barınak ve Yerleşke Standardı 3: Kapalı Yaşam Alanı s65
Barınak ve Yerleşke Standardı 4: Tasarım s66
Barınak ve Yerleşke Standardı 5: İnşaat s67
Barınak ve Yerleşke Standardı 6: Çevreye Etki s68

ASGARİ STANDART 2: GIDA-DIŞI KALEMLER (GİYİM, YATAK ve HANELER) s69
Gıda-dışı Kalemler Standardı 1: Giyim ve Yatak Malzemeleri s69
Gıda-dışı Kalemler Standardı 2: Kişisel Hijyen s69
Gıda-dışı Kalemler Standardı 3: Yemek Pişirme ve Yeme Aletleri s70
Gıda-dışı Kalemler Standardı 4: Ocaklar, Yakıt ve Aydınlatma s70
Gıda-dışı Kalemler Standardı 5: Aletler ve Ekipman s71

BÖLÜM 5: SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR....s73

ASGARİ STANDART 1: SAĞLIK SİSTEMLERİ VE ALTYAPI s75
Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 1: Öncelikli Sağlık Hizmetleri s76
Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 2: Ulusal ve Yerel Sağlık Sistemlerinin Desteklenmesi s77
Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 3: Koordinasyon s79
Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 4: Temel Sağlık Hizmetleri s79
Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 5: Klinik Hizmetler s80
Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 6: Sağlık Bilgilendirme Sistemleri s82

ASGARİ STANDART 2: BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ s83
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 1: Önleme s84
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 2: Kızamıktan Korunma s84
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 3: Erken Teşhis s85
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 4: Salgın Hazırlığı s86
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 5: Salgın Tespiti, İncelemesi ve Müdahalesi s87
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 6: HIV/AIDS s89

ASGARİ STANDART 3: BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN KONTROLÜ s90
Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 1: Yaralanma s90
Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 2: Üreme Sağlığı s91
Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 3: Sağlığın Zihinsel ve Toplumsal Yönleri s93
Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 4: Kronik Hastalıklar s94

BÖLÜM 6: EĞİTİM HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR s95

ASGARİ STANDART: EĞİTİM HİZMETLERİ....s96
Eğitim Hizmetleri Standardı 1: Psikososyal Gereksinimlere Yönelik Öğretmen Eğitimi....s96
Eğitim Hizmetleri Standardı 2: Müfredat ve Sınavlar s96
Eğitim Hizmetleri Standardı 3: Müfredatın Uyarlanması....s96
Eğitim Hizmetleri Standardı 4: Tamamlayıcı Eğitimler....s97
Eğitim Hizmetleri Standardı 5: Okul Öncesi Eğitim....s97
Eğitim Hizmetleri Standardı 6: Katılım....s97
Eğitim Hizmetleri Standardı 7: Zor Koşullardaki Çocuklar....s98

EL KİTABI NASIL OKUNMALI?

El kitabı 5 ana bölümden oluşmaktadır ve her bölüm aşağıdaki başlıklar altında hazırlanmıştır:

*** Asgari Standartlar:** Niteliksel özellikteki bu standartlar, ulaşılması gereken asgari düzeyleri belirler.
*** Temel Göstergeler:** Standartlara ulaşılıp ulaşılamadığını gösteren işaretlerdir. Uygulanan yöntemlerin ve izlenen sürecin yanı sıra programların sonuçlarını ve etkilerini ölçme imkanı verir. Göstergeler niteliksel ya da ölçülebilir olabilirler.
*** Kılavuz Notlar:** Standart ve göstergelerin farklı durumlara uygulanmasında göz önünde bulundurulması gereken noktaları, uygulamadaki güçlüklere ilişkin çözüm yollarını ve öncelikli konulardaki önerileri içermektedir. Kılavuz notlarda standart ve göstergelerle ilgili kritik konular ve mevcut bilgilerdeki ikilemler, tartışmalar ve boşluklar da yer alabilmektedir.
Bu kitaptaki asgari standartlar, afetzedelerin tüm haklarını ve gereksinimlerini göstermemekle birlikte, Sphere standartları bu hakkın özünü yansıtmakta ve küresel olarak artmakta olan farkındalığa katkıda bulunmaktadır.

ULUSLARARASI YASAL DÜZENLEMELERLE BAĞLANTILAR:

Her bireyin, onuruyla ve insan haklarına saygı gösterilerek yaşamaya hakkı vardır. İnsani yardım kuruluşlarının da katılım, ayrımcılığa tabi tutulmama ve bilgi hakkı vb. insan haklarına uygun şekilde yardım sağlama sorumluluğu vardır. İnsani yardım kuruluşları, afet sırasında yardım etmek istedikleri insanlara karşı uluslararası yasal düzenlemeler yanında, yerel yasalar ile "İnsani Yardım Sözleşmesi" uyarınca da sorumludurlar. Örneğin gıda güvenliği, beslenme ve gıda yardımı asgari standartları, "İnsani Yardım Sözleşmesi"nce belirtilen hak ve prensiplerin basit bir ifadesidir. Uluslararası İnsan Hakları ve İnsancıl Hukuk ve Mülteci Hakları afet/felaket ya da çatışma altındaki insanların hayatlarını devam ettirebilmelerine yönelik temel gereksinimlerinin sağlanmasını ve haysiyetlerinin korunmasını hedefler.

BÖLÜMLERİN BİRBİRİYLE BAĞLANTILARI:

Bir müdahalenin etkili olması için, nasıl tasarlandığı ve uygulandığı önemlidir. Bir alanda standartların yakalanması çoğu zaman başka alandaki gelişme sürecine önayak, hatta neden olur. Bir müdahalenin etkili olabilmesi için sektörler arasında güçlü bir koordinasyon ve işbirliği gerekir. Yerel yönetim ve diğer kurumlarla koordine olmak da ihtiyacın karşılandığından emin olmak, tekrardan kaçınmak ve insani yardım kalitesini en üst seviyede tutmak için gereklidir.
Örneğin yemek pişirme araçları ve yemek tüketimi (ve dolayısıyla toplum sağlığının korunması) için gereken su ve yakıt için standartlar su, sağlığın korunması, hijyen koşullarının iyileştirilmesi, sağlık hizmetleri ve barınak, yerleşim ve gıda dışı konular bölümlerinde belirtilmiştir.

AFETZEDELERİN RİSKLERİ:

Acil durumlarda en çok risk altında kalan gruplar kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelliler ve hastalardır (özellikle HIV/AIDS virüsü taşıyanlar). Bazı durumlarda insanlar etnik kökenleri, dini ve politik görüşleri ya da göçten dolayı savunmasız durumda kalabilir. Bu liste, risk altındaki grupların tamamını içermemekle birlikte, en sık karşılaşılan grupları ifade etmektedir. Bazı riskler, kişilerin hayatta kalabilmelerini, afet koşullarının üstesinden gelebilmelerini zorlaştırır ve en fazla riskle karşı karşıya olan gruplar her durum için özel olarak tespit edilmelidir. Bu grupların hepsini ayrımcılık yapmadan ve özel gereksinimlerini karşılayarak korumak için yoğun çaba gösterilmelidir.

BÖLÜM 1: TÜM SEKTÖRLER İÇİN ORTAK GENEL STANDARTLAR

Bu bölüm, sekiz ana "süreç ve insan" standardını detaylandırmaktadır:

1) Katılım,

2) İlk Değerlendirme,

3) Müdahale,

4) Hedef Belirlenmesi,

5) İzleme,

6) Değerlendirme,

7) Yardım Görevlilerinin Yeterlilik ve Sorumlulukları,

8) Personelin Denetimi, Yönetilmesi ve Desteklenmesi.

GİRİŞ

Bir müdahalenin etkili olması için, nasıl tasarlandığı ve uygulandığı önemlidir. Bu bölümde ortaya konmakta olan genel standartlar, tüm bölümler üzerinde bütünleştirici bir özellik taşımaktadır. Yardım kuruluşları, teknik bölümlerde belirtilen standartların gerçekleştirilmesine katkı sağlarken, bu bölümde anlatılan genel standartları uygulayacaktır.

ASGARİ STANDART 1: KATILIM

Afetten etkilenen tüm yaşlardan kadın ve erkeklerin yardım programı hakkında bilgi almaları ve bu insanlara, proje süresince tüm aşamalarda yardım kuruluşlarına fikir bildirmeleri için imkan tanınmalıdır.

Kılavuz Notlar

1. Tüm Grupların Temsil Edilmesi: Afetten etkilenen insanların proje boyunca (ilk değerlendirme, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarında) karar-verme sürecine (korunmasız ve marjinal gruplar da dahil olmak üzere) katılmalarına; bölgedeki tüm insanların yardım programında dengeli şekilde temsil edilmelerine özellikle caba gösterilmelidir.

2. İletişim ve Şeffaflık: Değerlendirme ve analiz sonuçları, sağlanacak etkin bir iletişimle, ilgili tüm örgüt ve bireylere bildirilmelidir. İnsanların program üzerine fikirlerini bildirmelerine ve yorum yapmalarına imkan tanınmalıdır.

3. Yerel Kapasite: İnsanların programlara katılımı mümkün olan bütün farklı yollardan sağlanmalıdır.

4. Uzun Dönemli Sürdürülebilirlik: Bir afete müdahale programı, mevcut hizmetleri ve yerel kurumları desteklemeli ve/veya tamamlamalı ve dış yardım kesildikten sonra da sürdürülebilir olmalıdır. Nüfus üzerinde temel sorumlulukları olan yerel ve ulusal devlet kurumlarına, uzun dönemli bir program tasarlanırken mümkün olan her durumda danışılmalıdır.

ASGARİ STANDART 2: İLK DEĞERLENDİRME

Afetten etkilenen nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik programlar, mevcut şartların açık şekilde anlaşılmasını sağlayacak bilgilerin üzerinde şekillenmelidir. Yapılacak ilk değerlendirme, afetin niteliğini ve nüfus üzerindeki etkisini belirleyecektir. Afetten etkilenen insanların ihtiyaçları, mağduriyetleri ve temel hizmetlerdeki açıklar değerlendirilirken, aynı zamanda sahip oldukları kapasite ve kullanılabilir durumdaki kaynaklar da belirlenmelidir. Afetin neden ve etkilerinin analizi kritik bir önem taşımaktadır. Standardize edilmiş prosedürler vasıtasıyla toplanan bilgiler, şeffaf bir karar-verme sürecine imkan tanıyacak şekilde kullanıma sunulur.

Kılavuz Notlar

1. İlk Değerlendirme: Gerçekleştirilecek ilk değerlendirme, ihtiyaç duyulabilecek acil yardımların saptanmasını ve daha detaylı araştırmalar yapılması gereken alanların belirlenmesini sağlar. Nüfus içindeki tüm sektör ya da gruplara erişilmesi her zaman mümkün olamayacağından, hangi gruplara erişilemediği açık bir şekilde belirtilmeli ve bu gruplara ilk fırsatta dönülmesi sağlanmalıdır.

2. Kontrol Listeleri: Kontrol listeleri, anahtar konumda olan alanların eksiksiz bir şekilde araştırıldığını garanti altına alır. Kontrol listesi örnekleri bu el kitabının teknik bölümlerindeki eklerde bulunmaktadır.

3. Zaman: İlk değerlendirme, afet sonrasında mümkün olan en kısa süre içerisinde, insan hayatına yönelik tehditleri ve diğer kritik ihtiyaçları tespit edecek şekilde gerçekleştirilmelidir. Rapor hemen tamamlanmalı ve en uygun yardım programının hızla tasarlanması için yeterli düzeyde bilgi sunabilmelidir. İlerleyen safhalarda, derinlemesine bir değerlendirme gerekli olacaktır.

4. Değerlendirme Ekibi: Cinsiyet açısından dengeli, açık görev tanımlı, genel bilgiye sahip, belirli alanlarda uzmanlaşmış teknik görevlilerin oluşturduğu, afetten etkilenen nüfus içerisine kültürel açıdan kabul edilebilir bir ekip, değerlendirme sürecinin etkinliğini arttıracaktır.

5. Bilgi Toplanması: Saha çalışmaları başlamadan önce, değerlendirme ekibini oluşturan görevliler, bu sürecin amaçları, yöntemi ve süreç içinde kendi rollerinin ne olduğu konusunda açık olmalı ve şartlara uygun bir yol kullanılmalıdır. Çatışmalı durumlarda çalışmak durumunda olan görevliler, toplanan bilginin hassas ve kritik bir önemde olabileceğini, bu bilginin kötüye kullanılabileceğini akıllarından çıkarmamalıdır.

6. Bilgi Kaynakları: Değerlendirme raporunu oluşturacak bilgiler, birincil kaynaklardan (yardım kuruluşu çalışanları, yerel görevliler, her iki cinsten de topluluk liderleri, yaşlılar, çocuklar, sağlık çalışanları, öğretmenler, tüccarlar ve diğer anahtar konumdaki bireylerle gerçekleştirilecek görüşmeler ve doğrudan gözlemler yoluyla) ve ikincil kaynaklardan (mevcut durumdaki yayınlanmış ve yayınlanmamış belgeler ve raporların, duruma uygun tarihsel bilgilerin değerlendirilmesi yoluyla) sağlanabilir. Bilgi toplama yöntemleri ve ulaşılan bilgi sınırları, durumun gerçekçi bir tablosunu çıkarmak için mümkün olan en açık şekilde paylaşılmalıdır. Rapor tüm grupların endişelerini ve önerilerini içermelidir.

7. Sektörel Değerlendirme: Afetin ilk safhalarında bütün sektörlere yönelik bir değerlendirme her zaman mümkün olmayabilir. Ayrı sektörlere dönük değerlendirmelerde, aralarındaki bağlantılara özellikle özen gösterilmelidir.

8. Ev Sahibi Konumundaki Nüfusla İlişkiler: Mevcut kaynaklar, yeri değiştirilen nüfus ve ev sahibi konumundaki nüfus içinde rahatsızlıklara neden olabilir. Olası gerilimleri asgari düzeye çekmek için, ev sahibi nüfusla diyalog içinde bulunulmalı ve imkanlar el verdiği ölçüde, yer değiştiren nüfus için geliştirilecek altyapı ve hizmetlerin, ev sahibi nüfusun yaşamında da sürdürülebilir bir iyileşmeye katkı yapması sağlanmalıdır.

9. Bilginin Ayrıştırılması: Toplanan bilginin ayrıştırılması, değerlendirme raporlarını inceleyenlerin, sonuçların doğruluğunu kontrol etmesine ve aynı alan üzerinde yapılan önceki çalışmalarla karşılaştırmasına imkan verir. Yaş, cinsiyet ve korunmasızlık kriterlerine göre ileri düzeydeki farklılıkları tespit etmek için, zaman ve koşullar elverdiğince, daha detaylı bir bilgi ayrıştırmasına gidilebilir.

10. Temel İçerik: İlk değerlendirme ve ardı sıra gerçekleştirilecek analizlerde, afet yaşanan bölgedeki yapısal, politik, güvenliğe yönelik, ekonomik, toplumsal ve çevresel etmenler, yaşam koşullarındaki ve topluluk yapılarındaki değişim göz önünde tutulmalıdır.

11. İyileşme: Afet sonrası iyileşme dönemine yönelik analiz ve planlama ilk değerlendirmenin bir parçası olmalıdır.

ASGARİ STANDART 3: MÜDAHALE

Yaşanan bir afet sonucunda insanların hayatları tehlikede olduğu durumlarda, programlar önceliği yaşam kurtarmaya yönelik ihtiyaçlara verir.

Kılavuz Notlar

1. Asli İhtiyaçlara Karşılık Vermek: Örneğin öncelik taşıyan yardım maddelerinin arasına karışması muhtemel ikincil önemdeki maddelerin sevk kanallarını kapatmamasına dikkat edilmelidir.

2. Asgari Standartların Sağlanması: Müdahale program ve projeleri, geçerli olan hayat şartları ile Sphere Asgari Standartları arasındaki boşluğu kapatmaya yönelik olarak .

tasarlanmalıdır. Burada acil ihtiyaçlar ile afetten etkilenen nüfusun sürekli ihtiyaçlarının birbirinden ayrılması önemlidir. Birçok durumda bir topluluğu asgari standartlara ulaştırmak için kaynak gereksinimi, mevcut kaynakların çok üzerindedir. Bir yardım kuruluşunun bu standartlara tek başına ulaştırması beklenemez. Bu nedenle kuruluşlar arasındaki koordinasyon, kritik boşlukların belirlenip kapatılması açısından hayati önem taşımaktadır.

3. Kapasite ve Uzmanlık: Bir yardım kuruluşu, kapasitesinin ihtiyaçtan fazla olduğu durumlarda, açıkta kalan bu kapasitesini yerel otoritenin bilgisine sunmalı ve bu kapasite gerekli yer ve zamanda değerlendirilmelidir.

4. Açıkta Kalan Alanların Bildirilmesi: Temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik kapasitenin yetmemesi nedeniyle oluşan açıklar zaman kaybetmeden bildirilmelidir.

5. Bilgi Paylaşımı: Kritik ihtiyaçları belirleyen örgütler, sahip oldukları bilgileri mümkün olan en kısa sürede ilgili tüm birimlere bildirmelidir. Mümkün olan her yerde, tanımlanmış olan terminoloji, standartlar ve prosedürler kullanılmalıdır. Bölge hükümeti ve yerel kuruluşlar düzeyinde kabul görmüş standart araştırma şekli ve ortak yönergeler bu açıdan kesin bir fayda sağlayabilir.

6. Olumlu Etkinin Azami Noktaya Çekilmesi ve Zararın Önüne Geçilmesi: Oluşan çatışmanın doğasını ve kaynağını anlamak, yardımın adil ve tarafsız bir şekilde dağıtılmasına ve olumsuz etkilerin azaltılmasına ya da bitmesine yardımcı olur.

ASGARİ STANDART 4: HEDEF TESPİTİ

Hedef tespiti, afetten etkilenen insanların zarar görebilir konumunun tam bir analizi üzerine gerçekleştirilmelidir.

Kılavuz Notlar

1. Hedef Tespitinin Amacı: Hedef tespitinde amaç, etkili ve bağımlılığı asgari düzeye çekecek şekilde yardım sağlanırken, en zarar görebilir durumda olan insanların ihtiyaçlarının öncelikle karşılanmasıdır.

2. Hedef Tespit Mekanizmaları: Yardım çalışanları, içe dönük hedef tespitinin bazı zarar görebilir grupların gözden kaçırılmasına neden olabileceğini akıllarından çıkarmamalıdır. Afetten etkilenen nüfusla fikir alış verisinin sağlanması ve hedef tespit kararları konusunda uzlaşmaya varılması için, zarar görebilir toplulukların da temsil edilmesi sağlanmalıdır.

3. Hedef Tespit Kriterleri: Hedef tespit kriterleri genellikle topluluk, hane ya da bireylerin zarar görebilirlik düzeyiyle ilgilidir. Yanlış hedef tespit kriter ve mekanizmaları, bireyin saygınlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Bazı örnekler vermek gerekirse:

1. İdari ve topluluk temelli hedef tespit mekanizmaları herhangi bir bireyin mal varlığına yönelik bilgileri sorabilir. Bu tür sorular uygunsuz görünebilir ve sosyal yapıları göz ardı eden bir karakter taşıyabilir.

2. Düzgün beslenemeyen çocukların yaşadığı haneler genellikle hassas gıda yardımının sağlanması için hedef kapsamına alınmaktadır. Bu durum, hassas oranlarda gıda almaya devam edebilmek için ebeveynlerin çocuklarını zayıf tutmasına neden olabilir.

3. Yapılacak yardımın hedef tespiti yerel klan sistemi üzerinden yapıldığında, bu tür sistemlerin dışında kalan insanların (örneğin yaşadıkları yeri değiştirmek zorunda kalan bireyler) gözden kaçırılması muhtemeldir.

4. Yerleri değiştirilen kadınlar, kız çocukları ve delikanlılar cinsel istismara maruz kalabilir.

5. HIV/AIDS virüsü taşıyan insanların topluluk içinde damgalanması olasıdır. Bu nedenle her zaman bireysel mahremiyetin sağlanması gerekmektedir.

6. Tesis ve Hizmetlere Erişim ve Kullanım: İnsanların tesis ve ürünlere erişimi, silahlı çatışma gibi durumlarda, yolsuzluklar ve sindirme politikaları (cinsel suiistimaller de dahil olmak üzere) gibi etmenlerden ötürü sınırlı bir noktaya gelebilir. Mümkün olan her yerde, tesis ve ürünlere erişimi sınırlayan etmenler yardım programında gerçekleştirilecek revizyonlarla engellenmelidir.

7. Dahil Etme ve Hariç Tutmada İzleme Hataları: Hedef tespit ve dağıtım sistemlerinin güncellenmesi, ihtiyaçlara göre düzenlenmesi ve daha etkili bir yardım dağıtımının sağlanması için hazırlık yapılması zorunludur.

ASGARİ STANDART 5: İZLEME

İzleme için toplanacak bilgi zaman aşımına uğramamış ve kullanışlı olmalıdır. Kesin, mantıklı, tutarlı, muntazam ve şeffaf bir bilgi kaydı ve analizi, devam eden program üzerinde geribildirimi sağlamalıdır.

Kılavuz Notlar

1. İzleme Sonucunda Elde Edilen Bilginin Kullanılması: Bilgi düzenli olarak güncellenmelidir. Düzenli bir izleme yöneticilere, öncelikleri belirleme, aciliyet taşıyan problemleri tespit etme, eğilimleri takip etme, müdahalelerin etkinliğini ölçme ve gerektiğinde programlarda revizyona gitme imkanı tanımaktadır.

2. Bilginin Kullanımı ve Yayılması: Toplanan bilgi programla doğrudan ilgili olmalıdır. Bu bilgi diğer sektör ve kuruluşların ve afetten etkilenen nüfusun ihtiyaçları doğrultusunda belgelenmeli ve kullanıma sunulmalıdır.

3. İzleme Sistemine Dahil Olan İnsanlar: Afetten etkilenen nüfus içerisindeki tüm gruplardan, kültürel açıdan kabul edilebilir bir şekilde bilgi toplayabilecek insanlar, özellikle cinsiyet ve dil becerisi göz önünde tutularak, izleme sistemine dahil edilmelidir.

4. Bilgi Paylaşımı: İzleme ve değerlendirme faaliyetleri, yakın bir diyalogu ve sektörler arasında işbirliğini gerektirir.

ASGARİ STANDART 6: DEĞERLENDİRME

Programın genel olarak uygunluğu, etkinliği, kapsama alanı, tutarlılığı ve afetten etkilenen nüfus üzerindeki etkisinin anlaşılması için, değerlendirme belirlenmiş amaçlar ve mutabık kalınmış asgari standartlar üzerinden yapılır.

Kılavuz Notlar

1. Kriterlerin Oluşturulması: Program değerlendirmesi yapacak görevliler gerektiğinde farklı yöntemler kullanabilmeli ve elde edilen sonuçları karşılaştırabilmelidir.

2. Bilginin Müteakip Kullanımı: Değerlendirme sonrasında ulaşılan sonuçlar, şeffaflık ve güvenilirliği sağlamak için yazılı raporlara dönüştürülmeli ve paylaşılmalıdır.

ASGARİ STANDART 7: YARDIM GÖREVLİLERİNİN YETERLİLİK VE SORUMLULUKLARI

Yardım görevlileri, şartlara uygun teknik niteliklere, yerel kültür ve görenekler konusunda deneyime ve/veya acil durumlara yönelik tecrübeye sahiptir.

Görevliler aynı zamanda insan hakları ve insani yardım prensipleri üzerinde de bilgi sahibidir.

Görevliler aynı zamanda insan hakları ve insani yardım prensipleri üzerinde de bilgi sahibidir.

Kılavuz Notlar

1. Yardım Görevlilerinin Farkında Olması Gereken Durumlar: Yardım görevlileri ve sahada görevlilere destek veren diğer çalışanlar, insan hakları ihlallerinin durdurulmasını bekleyen kadın, erkek ve çocuklara nasıl yaklaşılacağını bilmeli; tecavüz ve cinsel şiddet kurbanlarına yönelik tıbbi ya da psikolojik prosedürlere aşina olmaları gerekmektedir.

2. Yardım Görevlilerinin Sorumlulukları: İnsani yardım karşılığı kişisel fayda talep edilemez. Zorla insan çalıştırmak, yasa dışı ilaç, (uyuşturucu) kullanımı ve kanuna aykırı ticaretler de engellenmesi gereken diğer faaliyetlerdir.

ASGARİ STANDART 8: YARDIM GÖREVLİLERİNİN DENETİMİ, YÖNETİLMESİ VE DESTEKLENMESİ

Yardım görevlileri, insani yardım programının etkili bir şekilde uygulanabilmesi için denetlenir, yönetilir ve desteklenir.

Kılavuz Notlar

1. Her Kademedeki Yöneticiler: Tüm düzeylerdeki yöneticiler ilgili kuralların uygulanmasını desteklemek ve yasalarla uyumunu sağlamak için sistem kurmak ve/veya var olanı korumak sorumluluğundadır.

2. İnsani Yardım Kuruluşları: İnsani yardım kuruluşları, personelinin herhangi bir acil duruma dahil olmadan önce niteliklerinden, kabiliyetlerinden ve düzgün bir şekilde eğitilip hazırlandığından emin olmalıdır. Acil durum ekipleri oluşturulurken, personel ve gönüllülerin kadın, erkek sayısı açısından dengeli bir dağılıma sahip olması amaçlanmalıdır. Personelin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sürekli bir destek ve eğitim gerekli olabilir.

3. Tüm Personel: Tüm personele, hem görev öncesinde hem de afet bölgesine ulaşıldığında güvenlik ve sağlık konularına yönelik olarak uygun bilgi verilmelidir. Görev öncesinde personelin aşı olmaları ve sıtmadan korunmaya yönelik ilaç alması gerekebilir. Afet bölgesine ulaşıldığında, güvenlik risklerinin asgari noktaya çekilmesi için personele, gıda ve su güvenliği, yerel bulaşıcı hastalıklardan korunma, tıbbi yardım olanakları, tıbbi nedenlerden ötürü tahliye plan ve yöntemleri gibi konularda eksiksiz bilgi verilmelidir.

4. Özel Çabalar: Bir yardım örgütünün farklı düzeylerinde çeşitliliğin sağlanması için özel çabalar gösterilmelidir.

5. Kapasite Oluşturma/Geliştirme: Kapasite oluşturma/geliştirme, özellikle zamana yayılan afete yardım sürecinde ele alınmalıdır.

BÖLÜM 2: SU SAĞLAMA, SANİTASYON VE HİJYEN DESTEKLEME HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR

Bu bölüm altı ana alt bölüme ayrılmıştır:

1) Hijyen Destekleme,

2) Su Sağlama,

3) Dışkı Uzaklaştırma,

4) Hastalık Taşıyıcıların Kontrolü,

5) Katı Atık Yönetimi

6) Drenaj.

ASGARİ STANDART 1: HİJYEN DESTEKLEME

Su, sanitasyon ve hijyen destekleme programları, insan sağlığını korumayı, kişisel ve çevresel hijyenin iyileştirilmesini amaçlar. Buradaki üç temel amaç: 1) Bilgi/Enformasyon Paylaşmak, 2) Toplulukları Harekete Geçirmek 3) Gerekli Malzeme/Araç, Tesis sağlamaktır.

Etkili hijyen destekleme temel hijyen sorunlarını tanımlar, iyileştirme programları tasarlar, uygular, izler. Hijyen destekleme, sağlanan tesis ve araçların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Afetten etkilenen insanların kendi sağlıklarını korumaya yönelik harekete geçmelerini desteklemeye ağırlık verilir. Bu hiçbir zaman iyi uygulanmış su ve sanitasyon hizmetlerinin yerine geçemez.

Hijyen Destekleme Standart 1: Program Tasarımı ve Uygulanması

Gerekli araç, malzeme, tesis ve kaynak, afetten etkilenen nüfusun zarar görebilirliğine, ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre sağlanır. Kullanıcılar, mümkünse, hijyen sistemlerinin/hizmetlerinin yönetimi ve bakımına dâhil olmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Halk sağlığı açısından önemli temel hijyen riskleri belirlenir (kılavuz notu 1).
* Destekleme, kullanıcıların temsilcilik ve katılımcılık yoluyla tesis ve hizmetlerin tasarımından başlayarak katkıları olacak şekilde uygulanır (kılavuz notları 2, 3 ve 5).
* Nüfusun tüm gruplarının, kaynak, tesis ve hizmetlere adil erişimi sağlanır (kılavuz notu 3).
* Hijyen mesajları anahtar davranışlar ve yanlış kanıları hedef alır ve tüm kullanıcı gruplara hitap eder. Grupların temsilcileri, planlama, eğitim, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarına katılır (kılavuz notları 1, 3 ve 4).
* Kullanıcılar, tesis/hizmetlerin yönetimi ve bakımında uygun ve adil şekilde sorumluluk alır (kılavuz notları 5 ve 6).

Kılavuz Notlar

1. İhtiyaçların Belirlenmesi: Anahtar davranışların saptanması gerekir. Temel riskler genellikle, dışkı uzaklaştırma, tuvalet kullanımı/bakımı, sabun eksikliğiyle ellerin yıkanamaması, suyun hijyenik olmayan şekilde taşınması/saklanması, yiyecek saklama/pişirme koşullarının hijyenik olmayışından kaynaklanır. Önerilen davranışların uygulanabilirliği, yerel alışkanlıklara, bilgi birikimine ve uygulamalara bağlıdır. Zarar görebilir grupların ihtiyaçlarına özel dikkat gösterilmelidir. Herhangi bir grupla görüşülemezse bu durum değerlendirme raporunda açıkça belirtilir ve en kısa sürede ulaşılamayan gruplarla temas sağlanır.

2. Sorumluluğun Paylaşılması: Hijyen konusunda nihai sorumluluk afetten etkilenen nüfusa düşer. Yardım kuruluşları bilgi ve hizmetlere erişimi sağlamalı, hijyen uygulamalarına kolaylık sağlamak için çalışmalı ve bunu herkese gösterebilmelidir. Zarar görebilir gruplar, riskli uygulamaların/koşulların saptanmasında ve risklerin ölçülebilir şekilde azaltılmasında sorumluluk almalıdır. Faaliyetler kültürel olarak kabul edilebilir olmalı ve yardım alan nüfusun üzerine fazla yük getirmemelidir.

3. Nüfusun Tüm Kesitlerine Ulaşılması: Farklı gruplarla birlikte çalışabilecek kolaylaştırıcılar aracılığıyla (örnek: bazı toplumlarda kadınların tanımadıkları erkeklerle konuşması kabul görmez) nüfusu oluşturan tüm gruplara ulaşılmalıdır. Tanıtım/bilgilendirme materyalleri mesajların okuma-yazma bilmeyenlere de ulaşılabilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır.

Kültürel açıdan uygun, katılımcı materyaller/yöntemler, toplulukların kendi hijyen iyileştirmelerini planlamalarına ve izlemelerine imkan sunar. Kabaca hedef nüfusun her 1000 üyesine iki hijyen desteği çalışanı / topluluğu harekete geçirecek hijyen öncüsü gerekir.

4. Öncelikli Hijyen Risk ve Davranışların Tespit Edilmesi: Yardım planı ve öncelik belirlemede farklı grupların hijyen riskleri, görev ve sorumlulukları saptanırken yanlış/eksik bilgilere (örn: HIV/AIDS virüsü nasıl bulaşır) yönelik bilgilendirme yapılabilir.

5. Hizmet ve Tesislerin Yönetimi: Farklı kullanıcı grupların temsilcilerinden ve yarısı kadınlardan oluşan su ve/veya sanitasyon komiteleri oluşturulabilir. Komiteler, su dağıtım noktaları, umumi tuvalet, duş/çamaşır alanları gibi ortak tesis ve hizmetlerin yönetimini, hijyen destekleme faaliyetlerine katılımı ve hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlayan bir mekanizma görevi görür.

6. Aşırı İş Yükleme: Grupların hizmetlerden eşit faydalanması sağlanmalıdır. Hiçbir grup hijyen destekleme faaliyetleri ya da hizmet/tesislerin yönetimi sorumluluğunu diğerlerinden daha çok alarak aşırı iş yükü altında kalmamalıdır. Tüm grupların ihtiyaç/istekleri aynı olmaz (örneğin kadınlarla erkeklerin). Ancak kadınların katılımı erkeklerin sorumluluk almaktan kaçınmasına yol açmamalıdır.

ASGARİ STANDART 2: SU SAĞLAMA

Su hayat, sağlık ve insanlık onuru açısından temel bir gereksinimdir. Acil durumlarda temel ihtiyaçları karşılayacak yeterli su bulunmayabilir, ancak yaşamsal seviyede güvenli/sağlıklı içilebilir suyun sağlanması kritiktir. Sıklıkla temel sağlık sorunları, yetersiz su kaynaklı hijyen eksikliği ve kirli su tüketilmesi nedeniyle oluşmaktadır.

Su Sağlama Standardı 1: Erişim ve Su Miktarı

İnsanlar, içme, yemek yapma, kişisel ve evsel hijyen sağlama gibi temel ihtiyaçları karşılayacak miktarda suya güvenli/adil şekilde erişebilmelidir. Halka açık su dağıtım noktaları, asgari su gereksinimi karşılanmasını kolaylaştıracak şekilde barınaklara yakın olmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Bir barınağın içme, yemek pişirme ve kişisel hijyen gereksinimleri için gereken ortalama günlük kişi başı su tüketimi en az 15 litredir (kılavuz notları 1-8).
* Herhangi bir barınaktan en yakın su dağıtım noktasına olan mesafe en fazla 500 metredir (kılavuz notları 1, 2, 5 ve 8).
* Su kaynağı önünde bekleme süresi en fazla 15 dakikadır (kılavuz notu 7).
* 20 litrelik bir kabın dolum süresi en fazla 3 dakikadır (kılavuz notları 7 ve 8).
* Su kaynakları/sistemleri yeterli miktarda suyu sürekli/düzenli sağlaması için korunur (kılavuz notları 2 ve 8).

Kılavuz Notlar

1. İhtiyaçlar: Evsel kullanım su miktarı, iklim, mevcut sanitasyon tesis/hizmetleri, insanların alışkanlıkları, dinleri/kültürleri, pişirdikleri yemekler, giydikleri kıyafetler gibi etmenlere göre değişir. Haneler su kaynağına yakınlaştıkça su tüketiminde artış görülür.

Yaşamsal su ihtiyacı için sadeleştirilmiş tablo		
Yaşamsal ihtiyaç: İçme suyu/gıda	Günlük 2,5-3 litre	İklime/bireysel fizyolojiye göre değişir.
Temel hijyen uygulamaları	Günlük 2-6 litre	Sosyokültürel normlara göre değişir.
Yemek pişirme için temel ihtiyaç	Günlük 3-6 litre	Yemek türüne ve sosyokültürel normlara göre değişir.
Temel su ihtiyacının toplamı	Günlük 7,5-15 litre	

2. Su Kaynağı Seçimi: Kaynakta yeterli su var mı, kaynak bu miktarı ne süreyle sağlar, arıtma gerekli mi (gerekliyse, arıtma fizibilitesi ve zaman), kaynak kullanılabilir hale getirilirken gereken teknoloji/maliyet, kaynağın nüfusa mesafesi, kaynağı etkileyen sosyal/politik/yasal faktörler değerlendirilir. Genellikle daha az arıtma gerektirdiğinden yeraltı suları ve pompa gerektirmediğinden kaynaktan cazibeyle akan sular tercih edilir. Aşırı kullanımı engellemek için kullanılan kaynaklar sürekli izlenmelidir.

3. Ölçüm: Kişi başı su tüketimi yalnızca şebekeye pompalanan su miktar ölçümü/el tulumbası çalıştırma süresi baz alınarak hesaplanamaz. Hane bazı gözlem, anketler, görüşmeler, grup tartışmalarından edinilen bilgiler su kullanımı/tüketimi verilerinin toplanmasında daha etkili yöntemlerdir.

4. Nitelik ve Nicelik: Suyla bulaşan hastalıklar, kirli su kaynakları kadar kişisel/evsel hijyen için yeterli suyun olmamasından da kaynaklanır. Niteliksel ve niceliksel asgari standartlar tam karşılanana dek, öncelik asgari nitelik standartlarında yetersiz miktarda suya değil, yeterli miktardaki suya (orta nitelikte olsa bile) adaletli erişime tanınır. Bazı hastalıklar, içmek ve kişisel hijyen için daha fazla suya ihtiyaç duyar. Canlı hayvan ve ekinler için gereken su sağlanmalıdır, kuraklık dönemlerinde insanların geçimleri ve yaşamaları buna bağlıysa özellikle dikkat edilmelidir.

5. Kapsama: Müdahalede ilk evrede nüfusun hayatta kalmasını sağlayacak acil gereksinimlerin karşılanması önceliklidir. İnsanların hastalıklara karşı zarar görebilirliği artacağından, afetten etkilenen/ev sahibi nüfusun normları üzerinde olsa bile göstergelerde işaret edilen değerlere ulaşılması gerekir.

6. Bir Su Kaynağına Düşen Azami Kişi Sayısı: Bir su kaynağına düşen kişi sayısı, kaynağın verimine/kullanılabilirliğine göre belirlenir. Musluklar, el tulumbaları/kuyular sabit oranda su sağlamıyor olabilir. Su sabit akışlıysa (su kaynağından günde yalnızca sekiz saat su dağıtıldığı düşünülerek) su kaynağına düşen azami kişi sayısı kabaca şöyle hesaplanır:

Musluk / 250 kişi	Debi 7,5 litre/dakika olarak alınır
El tulumbası/500 kişi	Debi 16,6 lt/dakika olarak alınır
Tek kullanıcılı açık kuyu /400 kişi	Debi 12,5 lt/dakika olarak alınır

Dağıtım süresi uzatılırsa günlük kişi başı asgari 15 litrenin üzerinde dağıtım gerçekleşir. Bu değerler dikkatli kullanılmalıdır, değerlere ulaşılması aynı zamanda asgari miktarda su kullanıldığı ya da insanların tümüne dağıtım yapıldığı anlamına gelmeyebilir.

7. Bekleme Süresi: Su sırasında aşırı bekleme süresi, yetersiz su miktarına işaret eder (yetersiz sayıda dağıtım noktası vb.). Aşırı bekleme süresi: 1) Kişi başına düşen su tüketiminde azalma, 2) Kirli yüzey sularının tüketiminde artış ve 3) Su noktalarının diğer hayati işlevler için kullanılacağı sürede azalmaya neden olur.

8. Erişim ve Eşitlik: Asgari ihtiyaçlar için yeterli su bulunsa bile, nüfusun tüm gruplarının suya eşit erişimini sağlamak için ek önlemler gerekebilir. Su dağıtım noktaları, cinsiyet/etnik kimlik gözetilmeden herkesin erişebileceği alanlarda konumlandırılır. El tulumbaları ve su taşıma kaplarından bazıları, hastalar, yaşlılar, engelliler ve çocukların kullanabileceği şekilde tasarlanabilir/uyarlanabilir. Su günlük belli miktarda ya da günün belli saatlerinde dağıtılıyorsa, günlük su miktarı/su dağıtım saatleri kullanıcılarla birlikte özellikle de kadınların/su bulmaktan sorumlu grupların uygun/güvenli buldukları saatler dikkate alınarak planlanır. Tüm kullanıcıların suyun nerede/ne zaman dağıtılacağını bilmeleri sağlanır.

Su Sağlama Standardı 2: Su Kalitesi

Su, tadı hoş ve sağlığı tehdit edecek risklere yol açmadan yeterli kalitede içilebilir ve kişisel/evsel hijyen için kullanılabilir olmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Sağlık koruma taraması ile dışkı kirliliği riskinin düşük olduğu saptanır (kılavuz notu 1).
* Dağıtım noktasında 100 ml suda dışkı kaynaklı organizma bulunmaz (kılavuz notu 2).
* Su, en yakın kaynaktan değil, korunan, güvenilir ya da arıtılmış su kaynaklarından içilir (kılavuz notu 3).
* Dağıtım sonrası kirliliğinin asgari düzeyde olması için gerekli önlemler alınır (kılavuz notu 4).
* Borulu su sistemlerinde ve salgın ishal riski durumunda tüm su sistemlerindeki su dezenfekte edilir. Musluktaki suda serbest klor kalıntısı 0,5 mg/l ve bulanıklık değeri azami 5 NTU olmalıdır (kılavuz notları 5, 7 ve 8).
* Kimyasal (su arıtma kimyasalları dâhil)/radyolojik kirli su kullanımı nedenli sağlık sorunları saptanmamıştır (kılavuz notu 6).

Kılavuz Notlar

1. Sağlık Koruma Taraması: Bu tarama, halk sağlığını tehdit eden şartların, uygulamaların değerlendirilmesidir. Suyun kaynağında, taşıma sırasında, evlerde muhtemel kirlenme nedenlerini ve dışkılama, drenaj, katı atık yönetimini inceler. Topluluk haritalama, sağlık tehditlerinin saptanması ve topluluğun riskli durumların azaltılmasına dâhil edilmesinde etkili bir yöntem olabilir. Hayvan dışkısı insan dışkısı kadar zararlı olmasa da ishale neden olan kriptosporidyum, giyardia, salmonella, campylobacter, kalisivirüsler ve benzerlerini içerebilir ve sağlık için belirgin risk oluşturur.

2. Mikrobiyolojik Su Kalitesi: Dışkısal koliform bakterileri (% 99'undan fazlası E. coli'dir), sudaki insan/hayvan dışkı kirliliğini ve patojen bulunma olasılığını gösterir. Dışkısal koliform bulunuyorsa, su arıtılmalıdır. Öte yandan, ilk evrelerde nicelik nitelikten daha önemli bir konumdadır.

3. Korunan Kaynaklara Yönlendirme: Güvenilir su/arıtılmış su sağlamak tek başına yeterli değildir. Korunan/arıtılmış suyun sağlık üzerindeki olumlu etkileri anlatılarak insanların bu suyu kullanmaları sağlanır.

Tadı, hanelerine yakınlığı ve sosyal uygunluk gibi nedenlerden korunmasız su kaynakları (nehirler, göller ve korunmasız kuyular) tercih edilebilir. Bu tür durumlarda teknisyenler, hijyen destekleme görevlileri ve topluluk öncüleri tercihlerin gerekçelerini dikkate almalı, mesajlarda ve grup tartışmalarında bu görüşlere yer verilmelidir.

4. Dağıtım Sonrası Kirlenme: Dağıtım noktasındaki güvenli su, doldurma, saklama ve su çekme sırasındaki kirlenmeyi önlemez. Risk azaltmak için temiz/uygun doldurma/saklama kapları dağıtmak (Bkz. Su Sağlama Standardı 3), dezenfektanlarla arıtmak, kullanım noktasında arıtmak gibi yöntemler uygulanabilir. Kullanım noktasında rutin numuneler alınarak dağıtım sonrası kirlenmenin seyri izlenmelidir.

5. Suyun Dezenfekte Edilmesi: Su kaynağında veya dağıtım sonrasında kirlenirse, klor gibi bir dezenfektanla arıtılması gerekir. Riski, nüfus yoğunluğu, dışkı uzaklaştırma sistemleri, hijyen uygulamaları, ishalli hastalıkların yaygınlığı gibi koşullar belirler. Risk değerlendirme, topluluğun tat/lezzet duyarlılığı gibi niteliksel bilgileri de içerir (kılavuz notu 6). Yoğun nüfusa hizmet veren borulu su sistemleri de dezenfektanla arıtılır. Eğer ishal salgını tehdidi varsa, dağıtım öncesi/evlerde içme suyu sisteminin tamamı arıtma işlemine tabi tutulur. Suyun düzgün dezenfektasyonu için, bulanıklık 5 NTU altında olmalıdır.

6. Kimyasal ve Radyolojik Kirlenme: Kayıtlar/bilgi kaynakları su kaynaklarında sağlığa kimyasal/radyolojik tehditler olabileceğine işaret ediyorsa, hemen bu risklerin varlığı kimyasal analizlerle doğrulanır. Analizleri takiben kısa dönem halk sağlığı riskleri/faydaları arasında denge sağlayacak bir karar alınmalıdır. Kirli olması muhtemel suyu uzun süre kullanma kararı, sağlığa etkilerine dair profesyonel değerlendirmeler ve analizlere dayanılarak verilir.

7. Suyun Lezzeti: Suyun tadı tek başına bir sağlık sorunu teşkil etmese de (örn. hafif tuzlu su) tadı hoş olmayan güvenli su, örn. klorlu su, kullanıcıları güvenli olmayan suyu içmeye iterek sağlıklarını riske atabilir. Bu durumda güvenli su kullanımına teşvik çalışmaları yapılır.

8. Sağlık Merkezlerinde Suyun Kalitesi: Hastane, sağlık merkezi ve beslenme tesislerinde suyun klor gibi bir dezenfektanla arıtılması gerekir. Su kesintisi olasılığı varsa, bu merkezlerde normal kullanım miktarında suyu kesintisiz sağlayacak su deposu bulunmalıdır.

Su Sağlama Standardı 3: Su Kullanım Tesisleri ve Malzemeleri

İnsanların, içmek, yemek pişirmek ve kişisel hijyen sağlamak için gereken yeteri miktar suyu, dolduracakları, saklayacakları, kullanacakları ve tüketilene dek içme suyunun güvenli kalmasını sağlayacak doğru araç ve donanımları vardır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Her barınakta en az iki adet 10-20 litrelik su doldurma kabı; ek olarak barınakta her zaman su olmasını sağlayacak temiz su saklama kabı bulunur (kılavuz notu 1).
* Su doldurma ve saklama kapları, boğazları dar ve/veya kapaklı olmalıdır ya da depolama, su çekme/çıkarma ve yükleme-boşaltmada kullanılan başka güvenli araçlar bulunur (kılavuz notu 1).
* Kişisel hijyen için kişi başı sabun miktarı ayda en az 250 gramdır.
* Ortak banyo tesisi gerekiyorsa, kadınlar ve erkekler için ayrı ve yeterli sayıda kabin bulunur, bu kabinlerden herkes eşit ve en uygun şekilde yararlanır (kılavuz notu 2).
* Ortak çamaşırhane gerekiyorsa, çamaşır yıkamak için 100 kişiye en az bir lavabo/küvet düşer ve kadınların iç çamaşırlarını, hijyenik bezlerini yıkayıp kurutabilecekleri özel alanlar bulunur.

* Zarar görebilir grupların, banyoların yer seçimi ve inşası, kullanımı ve desteklenmesi, sabun yapımı/dağıtımına katılımları cesaretlendirilir (kılavuz notu 2).

Kılavuz Notlar

1. Su Doldurma ve Saklama: Su doldurmak, saklamak, yıkanmak, çamaşır ve yemek için ihtiyaç duyulan kaplar, temiz, sağlıklı, taşınması kolay ve boyut, şekil ve tasarım açısından yerel ihtiyaç ve alışkanlıklara uygun olmalıdır. Çocuklar, engelliler, yaşlılar ve hastalar için küçük/özel tasarımlı su taşıma kapları gerekebilir. Su depolama kapasitesi, barınak büyüklüğü ve verilen sürekli su miktarına göre değişir. Su sağlama sürekli ise kişi başı yaklaşık 4 litre uygundur. Güvenli su doldurma, saklama ve su çekme/çıkarma işlemlerinin desteklenmesi ve izlenmesi, zarar görebilir gruplarla (özellikle kadın ve çocuklarla) su kirliliğiyle ilgili konuların tartışılması gereklidir.

2. Ortak Çamaşır, Bulaşık ve Banyo Tesisleri: İnsanların, mahremiyet ve saygınlıklarını koruyarak yıkanabilecekleri özel alanlar hane bazında yapılamıyorsa, ortak tesislere gereksinim duyulur. Sabun yoksa alternatif olarak kül, temiz kum, soda ya da çamaşır yıkama/ovalama için uygun bitkiler kullanılabilir. Giysi yıkama (özellikle çocuk) hijyen açısından vazgeçilmezdir. Yemek pişirilen ve yemek yenilen kapların yıkanması gerekir. Tesis yeri, tasarımı, güvenliği, uygunluğu ve rahatlığı kullanıcılarla, özellikle kadınlar ve engellilerle ortak kararlaştırılır. Tesislerin merkezi, erişimi kolay, iyi aydınlatılmış alanlarda konuşlandırılmasıyla kullanıcıların güvenliği sağlanır.

ASGARİ STANDART 3: DIŞKI UZAKLAŞTIRMA

İnsan dışkısının güvenli uzaklaştırılması, dışkı bağlantılı hastalıkların doğrudan ve dolaylı yollardan yaygınlaşmasını azaltır. Bu nedenle güvenli dışkı uzaklaştırma afet durumunda güvenli su sağlanmasında gösterilen hız ve çabayla hemen çözümlenmelidir. Saygınlık, güvenlik, sağlık ve esenlik için uygun tuvaletlerin kurulması, en birincil acil durum müdahalesi gerekliliklerindendir.

Dışkı Uzaklaştırma Standardı 1: Tuvaletlere Erişim ve Tuvalet Sayısı
İnsanlar, hanelerine yeterince yakın, gece/gündüz istedikleri her zaman, hızlı, güvenli ve uygun şekilde, yeterli sayıda tuvalete erişebilmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Her bir tuvalet için azami 20 kullanıcı vardır (kılavuz notları 1-4).
* Tuvaletlerin kullanımı hanelere göre ve/veya cinsiyetlere göre ayrılarak düzenlenir (kılavuz notları 3-5).
* Kamuya açık alanlarda (çarşı, dağıtım merkezi, sağlık merkezi vb.) kadınlar ve erkekler için ayrı tuvaletler bulunur (kılavuz notu 3).
* Ortak ya da umumi tuvaletlerin temizliği ve bakımı, planlanan tüm kullanıcılara hizmet verecek şekilde yapılır (kılavuz notları 3-5).
* Tuvaletler yerleşim birimlerine azami 50 metre uzaklıktadır (kılavuz notuna 5).
* Tuvaletler en hijyenik şekilde kullanılır ve çocuk dışkıları hijyenik bir şekilde derhal uzaklaştırılır (kılavuz notu 6).

Kılavuz Notlar

1. Güvenli Dışkı Uzaklaştırma: Çevrede insan dışkısı kaynaklı kirlenmenin önüne geçmeye ve nüfustaki tüm gruplara ulaşmayı hedefler. Topluluk geleneksel olarak tuvalet kullanmıyorsa, tuvalet kullanımını özendirmek ya da daha fazla sayıda tuvalet inşasına talep oluşturmak için eğitim/tanıtım kampanyaları toplulukla birlikte kararlaştırılıp, yürütülebilir. Kentsel kanalizasyon sistemleri zarar görmüşse, sistemin çalışır vaziyetteki kısımları izole edilerek, portatif tuvalet, septik tank ve muhafaza tankı gibi çözümlere başvurulabilir.

2. Dışkılama Alanları: İlk evrelerde, tuvaletler inşa edilmeden önce açık dışkılama alanı ya da hendek kazmak için bir bölge belirlenebilir. Bu yöntem ancak belirlenen alan düzgün bir şekilde kontrol edilip yönetilirse işe yarayacaktır.

3. Umumi Tuvaletler: Umumi tuvalet inşası gerekiyorsa, kurulacak tesislerin düzenli/düzgün temizliği/bakımı için hemen bir sistem oluşturmalıdır. Kadın tuvalet kabinlerinin erkeklerinkine oranı (genelde bu oran 3'e 1'dir) nüfusun cinsiyete dağılımı verilerinden yararlanılarak planlanır. Mümkünse erkekler için pisuar konur.

4. Ortak Tuvaletler: 20 kişiye bir tuvalet hemen sağlanamayabilir. Başlangıçta tuvalet başına 50 kişi hesap edilebilir, ancak en kısa sürede sayı 20'ye düşürülmelidir. Kullanıcı durumundaki toplulukla birlikte geliştirilecek işlevsel bir sistemle ortak tuvaletlerin temiz tutulduğundan ve bakımlarının yapıldığından emin olunmalıdır. Yer darlığından istenilen ortak tuvalet/kişi oranına hemen ulaşılamayabilir, ancak insan dışkısız bir çevre ve sürekliliğinin sağlanması öncelikli amaç olduğundan yer için savunuculuk faaliyetlerine devam edilmelidir.

5. Paylaşılan Tuvaletler: Dört/beş ailenin paylaştığı bir tuvalet genellikle daha temiz ve iyi durumdadır, daha sıklıkla kullanılır. Yeri/tasarımı konusunda kullanıcı ailelerin fikri alınır, bunun için gerekli araçlar ailelere temin edilir. Paylaşılan tuvaletleri kimler kullanacak, temizlik/bakım nasıl yapılacak gibi konularda kullanıcılarla birlikte karar verilir ve tesislere erişim sağlanır. Kronik ishal görülme sıklığı ve sınırlı hareket kabiliyeti nedeniyle HIV/AIDS hastalarının tuvaletlere erişimleri kolaylaştırılır.

6. Çocuk Dışkıları: Çocuklarda dışkı bağlantılı enfeksiyonların görülme sıklığı daha yüksektir. Antikorların bulunmaması nedeniyle çocuk dışkısı yetişkin dışkısına göre daha tehlikeli kabul edilir. Bu yüzden çocuk dışkıları uzaklaştırma işlemi daha dikkatli yapılır. Sürece ebeveynler/çocuk bakan kişiler dahil edilir, dışkıların güvenli uzaklaştırılması ve bebek bezi temizliği hakkında bilgilendirme yapılır. Tuvaletler çocuklar da düşünülerek tasarlanmalıdır.

Dışkı Uzaklaştırma Standardı 2: Tuvaletlerin Tasarımı, İnşası ve Kullanımı
Tuvaletler rahat, hijyenik ve güvenli kullanılabilecek şekilde konuşlandırılmalı, tasarlanmalı ve inşa edilmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Tuvaletler yeri/tasarımı için kullanıcılara (özellikle kadınlara) danışılarak ve onayları alınarak konuşlandırılır (kılavuz notları 1-3).
* Tasarlanan, inşa edilen ve yerleştirilen tuvaletler:
* Çocuklar, yaşlılar, hamile kadınlar ve fiziksel/zihinsel engelliler dâhil nüfusun tamamının kullanılabileceği şekilde tasarlanır (kılavuz notu 1).
* Kullanıcılara (özellikle kadınlara ve kızlara) yönelik gündüz/gece tehdit oluşturmayacak şekilde konuşlandırılır (kılavuz notu 2).

* Temiz tutulmalarını kolaylaştıracak ve sağlık tehlikesi oluşturmayacak şekilde tasarlanır.
* Kullanıcı normlarına uygun bir mahremiyet sağlar.
* Kadınların hijyenik pedlerini atabilecekleri, adet bezlerini ve çamaşırlarını mahremiyet içinde yıkayabilecek ve kurutabilecekleri şekilde düzenlenir (kılavuz notu 4).
* Sinek ve sivrisinek üremesini asgari düzeye indirir (kılavuz notu 7).
* Sulu tuvaletlere yeteri miktarda su düzenli olarak verilir (kılavuz notları 1, 3).
* Tuvalet çukuru bir yeraltı su kaynağına en az 30 metre uzaklıkta ve tuvalet çukurunun dip noktası taban suyu seviyesinden en az 1,5 metre yukarıda olacak şekilde inşa edilir. Dışkılama sistemlerinin drenaj akıntıları, taşmalar, sızmalar yüzey suyu kaynaklarına/sığ yeraltı su kaynaklarına karışmaz (kılavuz notu 5).
* İnsanlar tuvaletten çıkınca, yemek hazırlamadan ve yemeden önce ellerini yıkar (kılavuz notu 6).
* Uygunsa insanlara, kendi tuvaletlerini inşa etmek, bakım/temizlik için gerekli araçlar ve malzemeler sağlanır (kılavuz notu 7).

Kılavuz Notlar:

1. Kabul Edilebilir Tuvaletler: Dışkı uzaklaştırma programı insanların ihtiyaçlarındaki farklılıklar kavranarak ve kullanıcıların katılımı sağlanarak başarıya ulaşır. Çocuk/yaşlı/engelli kullanıcılara özel tuvalet düzenekleri (oturaklı tuvalet, çocuk tuvaleti, tutunma kolları, düşey/yatay raylar) gerekebilir. Tuvalet tiplerine, kullanıcı tercihleri/kültürel alışkanlıkları, mevcut altyapı, sulu tuvalet için su varlığı, zemin durumu ve yapım malzemeleri gibi etkenlere bakılarak karar verilir.

2. Güvenli Tuvaletler: Tuvaletler kadınların, kızların, özellikle geceleri, olabilecek saldırılara karşı savunmasız durumda kalmayacakları, kendilerini güvende hissedecekleri ve gerçekten de güvende olacakları şekilde konuşlandırılır. Mümkünse umumi tuvaletlere aydınlatma/ailelere el feneri sağlanır. Kullanıcı güvenliğini sağlayacak önlemlerle ilgili topluluğun görüşleri alınır.

3. Anal Temizlik: Tercih edenlere su, diğerlerine tuvalet kâğıdı/diğer anal temizlik malzemeleri sağlanır. Kültürel açıdan en uygun temizlik malzemesi ve kullanım sonrasında ortadan nasıl kaldırılacaklarına ilişkin kullanıcılara danışılır.

4. Adet Dönemi: Adet gören kadın ve kızların ped, bez vb. malzemelere erişimi sağlanır. Kültürel açıdan en uygun malzemeler için kadınlara danışılır.

5. Dışkılama Sistemlerinin Su Kaynaklarına Mesafesi: Temel gösterge mesafeleri kayalar ve taşlar yüzünden artabilir/ince toprak zeminden ötürü azalabilir. Yer altı kaynak suyu kullanılmıyorsa yer altı su kirliliği derhal müdahaleyi gerektiren bir durum değildir. Su basması, taşkın görülüyor ya da yer altı su seviyesi yüksekse, ayaklı/yükseltilmiş tuvalet ya da septik tanklar inşa etmek (çukurlardan çevreye sızıntı olmamalıdır) gerekebilir.

6. El Yıkama: Tuvaletten çıkınca, yemeğe oturmadan ve yemek hazırlamadan önce el yıkamak hastalıkların yayılmasını engeller. Kullanıcılar tuvaletten çıktıklarında sabun/alternatifi bir malzemeyle (örn. kül) ellerini yıkayabilmeli ve teşvik edilmelidir. Bu nedenle tuvaletlerin yakınında sabit bir su kaynağı bulundurulur.

7. Sıhhi Tuvaletler: Temiz tutulmayan tuvaletler, hastalık odağı haline gelir, insanlar da bu tuvaletleri kullanmak istemez. Kullanıcılar aidiyet duygusu hissederlerse tuvaletlerin temiz kalması mümkündür. Aidiyet hissi, hijyen destekleme faaliyetleri, tuvaletleri yerleşime yakın konumlandırma, kullanıcıları tasarım, inşa, işletme, bakım, kontrol ve kullanım süreçlerine dâhil etme suretiyle sağlanabilir.

Temiz tutulan tuvaletler, sifonlu tuvalet, havalandırmalı geliştirilmiş çukur tuvalet (VIP tuvalet), dışkı deliğinin üzerinin kapatılması sinek/sivrisinek çoğalmasını engelleyebilir.

ASGARİ STANDART 4: HASTALIK TAŞIYICILARIN (VEKTÖRLERİN) KONTROLÜ

Vektörler, hastalıkların taşınmasına aracılık eden canlılardır. Afet durumlarında oluşan hastalık ve ölümlere büyük oranda vektörlerle bulaşan hastalıkların neden olduğu anlaşılmaktadır. Hastalık ve ölüm oranını arttıran hastalıklardan sıtma (malarya) hastalığının taşıyıcı vektörü sivrisineklerdir. Sivrisinekler, sarıhumma ve başka ölümcül hastalıkların da taşıyıcısıdır. Ev sineği, yeşil ve karasinek gibi sinek türleri ise ishalli hastalıkların taşınmasına neden olur. Isıran/sokan türden sinekler, tahtakuruları ve pireler, acı/ağrı gibi sıkıntıların ötesinde tifüs ve veba gibi çok ciddi hastalıkların taşıyıcısı olabilir. Keneler, tekrarlayan ateşe (borrelyoz) neden olurken, vücut bitleri tifüs ve tekrarlayan ateş taşıyabilir. Sıçanlar/fareler, leptospiroz ve salmonelloz gibi hastalıkları taşıyabilir, Lassa humması, veba gibi enfeksiyonların taşıyıcısı pireleri barındırabilirler.

Vektörlerle bulaşan hastalıkların kontrolü ve taşınmalarını engellemek için uygun barınak/yerleşim alanı seçimi, su sağlama, dışkı uzaklaştırma, katı atık yönetimi, uygun ve doğru drenaj işleri, sağlık hizmetlerine erişim (sağlık için halkı harekete geçiren ve teşvik eden çalışmalar dâhil), kimyasal kontrol, aile/birey koruması, gıda stoklarının korunması gibi önlemlere başvurulabilir.

Vektörlerle bulaşan hastalıklar oldukça karmaşık yapılıdır ve bu nedenle vektör kaynaklı sorunların çözümünde uzman desteğine ihtiyaç duyulabileceği doğrudur. Ancak hastalık/vektör ve bunların insanlarla olan etkileşimi saptandığında yayılmalarını engelleyecek basit ama etkili önlemler alınabilir.

Vektör Kontrolü Standardı 1: Bireysel ve Aile Düzeyinde Korunma
Afetten etkilenen tüm insanlar, hastalık ve rahatsızlık kaynağı vektörlerden ve vektörlerin sağlık ve esenliklerine oluşturabilecekleri ciddi tehditlerden kendilerini koruyacak bilgi ve imkânlara sahip olmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Vektörle bulaşan hastalık riski altındaki insanların tümü bu hastalıkların taşınma yollarını ve olası korunma yöntemlerini anlamıştır (kılavuz notları 1-5).
* Nüfusun tümü, vektör popülasyonu oluşmasını/büyümesini engelleyecek şekilde düzenlenen barınaklarda uygun vektör kontrol önlemleriyle korunuyor olmalıdır.
* Sivrisinek sokmalarının doruk zamanlarında, koruyucu ancak insanlara zararsız, sokmalara maruz kalmayı önleyecek tüm önlemler alınır. Hamile kadınlar, emziren anneler, bebekler, küçük çocuklar, yaşlılar ve hastalar gibi yüksek risk gruplarına özel ilgi gösterilir (kılavuz notu 3).
* İnsanlar özel kimyasal işlem görmüş sineklikleri etkin olarak kullanıyor olmalıdır (kılavuz notu 3).
* Bit kaynaklı tifüs ve tekrarlayan ateş tehdidi varsa vücut biti kontrolü gerçekleştirilir (kılavuz notu 4).
* Yataklar ve kıyafetler düzenli olarak havalandırılır ve yıkanır (kılavuz notu 4).
* Yiyeceklerle sinek, böcek ve kemirgen gibi vektörlerin etkileşimine izin verilmez.

Kılavuz Notlar

1. Vektörlerle Bulaşan Hastalık Riskinin Belirlenmesi: Vektör kontrolüne ilişkin müdahale kararları, potansiyel hastalık riskini belirleyen değerlendirme sonuçlarına ve vektörle taşınan hastalığın klinik bulgularına göre verilmelidir. Potansiyel hastalık riskini etkileyen etmenler:

* Halkın bağışıklık durumu, önceden maruz kalınan hastalıklar, beslenme ve diğer etmenler. İnsanların (mülteciler/yerinden edilmiş kişiler) hastalığın görülmediği bir yerden görüldüğü bir yere gitmesi sık rastlanılan salgın nedenlerinden biridir.
* Patojen (hastalık yapıcı) tipi ve hem vektörlerde hem de insanlarda görülme sıklığı.
* Vektörün türü, davranışları ve ekolojisi.
* Vektör sayısı (mevsimler ve üreme alanları vb.).
* Vektörlere maruz kalmayı arttıran etmenler: Yakınlık, yerleşim şekli, barınak tipi, mevcut bireysel korunma ve engelleyici önlemler.

2. Vektör Kontrol Programları için Göstergeler: Vektör kontrol faaliyetlerinin etki ölçümü için vektörle bulaşan hastalığın insidans hızı (belirli nüfusta belirli zaman aralığında yeni vaka görülme hızı), hızlı teşhis kitleri ve mikroskopla parazit sayımı sık kullanılan göstergelerdir. İnsidans hızı belirlenirken, yapılacak müdahalenin türüne göre, epidemiyolojik veriler, toplum kökenli bilgiler ve dolaylı göstergelerden yararlanılır.

3. Sıtmadan Bireysel Korunma Tedbirleri: Sıtma bir risk ise, böcek öldürücüyle işlem görmüş çadır, perde ve cibinlik kullanımı gibi sistematik korunma tedbirleri zamanında sağlanmalıdır. İlaç emdirilmiş cibinlikler, vücut/saç biti, pire, kene, hamamböceği ve tahtakurusuna karşı da ek koruma sağlar. Uzun kollu kıyafetler, tütsü, sprey ve sineksavar diğer koruyucu önlemlerdir. Korunma yöntemlerinin etkisi, kullanıcıların korunmanın önemini anlamalarına, alet ve malzemelerin etkili kullanımını bilmelerine bağlıdır. İmkânlar kısıtlıysa, beş yaş altı çocuklar, bağışıklık sistemi zayıf kişiler, hamileler gibi en riskli gruplardan bireylere öncelik verilir.

4. Diğer Vektörlerden Bireysel Korunma Tedbirleri: Doğru kişisel hijyenle birlikte giysi ve yatak takımlarını düzenli yıkamak, vücut bitine karşı uygulanabilecek en etkili korunma yöntemidir. Bit istilası, toz ilaçlarla bedensel arındırma, toplu temizlik/bitten arındırma kampanyaları ve yerleşim yerine yeni gelen insanlara hemen arındırma uygulanması için protokollerle kontrol altında tutulabilir. Temiz bir barınak, doğru atık yönetimi ve gıda saklama, sıçanların/kemirgenlerin barınaklara girmesini engelleyecektir.

5. Suyla Bulaşan Hastalıklar: Şistozomiyaz, gine kurdu hastalığı ya da leptospiroz (sıçan vb. idrarıyla temasla bulaşır) gibi hastalıklar riski varsa, sulu tesislere girmemeleri yönünde insanlar uyarılmalı ve sağlık riskleriyle ilgili bilgilendirilmelidir. Yardım kuruluşları kullanıcılarla birlikte çalışarak alternatif su kaynakları bulma ya da her türlü kullanım için suyun uygun arıtılmasını sağlamalıdır.

Vektör Kontrolü Standardı 2: Fiziksel, Çevresel ve Kimyasal Korunma Tedbirleri
İnsan sağlığına ve esenliğine yönelik risk oluşturan hastalık taşıyıcı ve rahatsızlık verici vektörlerin sayısı kabul edilebilir bir seviyede tutulmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Yeri değiştirilen nüfus sivrisineklere en az maruz kalacakları yerde konumlandırılır (kılavuz notu 1).
* Vektör üreme bölgelerinde mümkün değişiklikler yapılır (kılavuz notları 2-4).

* Salgın riski/salgın görülüyorsa, nüfusun yoğun olduğu yerleşim yerlerinde etkin sinek kontrolü uygulanır.
* Sivrisineklerin popülasyon yoğunluğu düşük tutularak hastalık taşıma riski önlenmelidir (kılavuz notu 4).
* Sıtmaya erken teşhis konmalı, hastalığa yakalanan insanlar hemen tedavi edilmelidir (kılavuz notu 5).

Kılavuz Notlar

1. Yerleşim Yeri Seçimi: Yerleşim yerleri vektörlerle bulaşan hastalıklara maruz kalma riskini en aza indirecek şekilde seçilmelidir. Sıtma kontrolü için yerleşim yeri bataklık/göl gibi üreme sahalarından rüzgâra karşı 1-2 kilometrelik uzaklıkta, ek temiz su kaynağı bulunan yerde gerçekleştirilir.

2. Çevresel ve Kimyasal Vektör Kontrolü: Vektör üremesine elverişli durumları en aza indirgemekte kullanılan insan/hayvan dışkılarının doğru uzaklaştırılması, sinek/kemirgen kontrolünde çöplerin/atıkların doğru uzaklaştırılması ve sivrisinek kontrolünde durgun suların drenajı gibi temel çevresel sağlık/mühendislik tedbirleri, belli vektör popülasyonlarının yoğunluğu üzerinde etki sağlar. Ancak bir yerleşim yerinde/yakınında bulunan tüm üreme, beslenme, dinlenme bölgelerinde, kısa/uzun dönemde yeterli etkiyi sağlamayabilir ve yerel kimyasal kontrol/bireysel kontrol tedbirlerine gereksinim duyulur. Çevre ilaçlama yetişkin sinek sayısını azaltarak ciddi sağlık risklerini engeller.

3. Bir Müdahalenin Tasarlanması: Vektörün hatalı tespiti ya da vektörün doğru ancak yer ve zamanın yanlış tespiti, vektör kontrolü programlarının etkili olmasını engeller. Kontrol programlarının hedefleri: 1) Vektör popülasyon yoğunluğunu azaltmak, 2) İnsanların vektörlerle temasını azaltmak ve 3) Vektör üreme bölgelerini küçültmek. Kötü uygulamaların zarar verici etkileri olabileceği için detaylı araştırmalara, uzman görüşlerine başvurulabilir ve ulusal/uluslararası sağlık örgütlerinden destek alınabilir. Hastalığın seyri, vektör üreme bölgeleri, vektör sayısının mevsimsel değişimi ve hastalıkların insidans hızı gibi bilgiler için yerel kaynaklara da başvurulmalıdır.

4. Çevresel Sivrisinek Kontrolü: Öncelikli olarak sivrisineklerin üreme bölgelerinin ortadan kaldırılmasını amaçlar. Hastalık taşıyıcı üç ana sivrisinek türü Culex (filariya), Anofel (sıtma ve filariya) ve Aedes'tir (sarı humma ve dang humması). Culex sivrisinekleri lağım/tuvalet çukuru gibi organik maddelerle dolu durgun sularda; Anofel çamurlu su birikintisi/gölet, yavaş akışlı sular, kuyu suları gibi kirlilik oranı nispeten düşük yüzey sularında ve Aedes ise şişe, kova gibi su kaplarında/su biriken yerlerde ürer. Çevresel kontrolde, iyi bir drenaj sistemi, doğru çalışan VIP tuvaletler, tuvalet deliklerinin, su kaplarının, depoların, kuyu ağızlarının kapalı tutulması ve/veya larvasit ilaçlaması (dang ateşi endemik ise) önlemleri alınır.

5. Sıtma Tedavisi: Üreme bölgelerini ortadan kaldırmak, günlük yaşama oranını azaltmak ve insanları sokmalarını engellemek gibi sıtma kontrolü stratejileri, erken teşhis ve etkili antimalaryal ilaç tedavileriyle eş zamanlı yürütülmeli, erken teşhis ve tedaviye yönelik kampanyalar başlatılmalı ve sürdürülmelidir. Eğitimli sosyal yardım çalışanlarıyla aktif vaka bulgulama ve ilaç tedavisi birlikte yürütülmelidir. Bu merkezi sağlık hizmetleriyle pasif vaka bulgulamayla sıtmayla mücadeleden çok daha etkili olacaktır.

Vektör Kontrolü Standardı 3: Kimyasal Kontrol ve Güvenlik Tedbirleri
Personele, afetten etkilenen insanlara ve yerel çevreye yeterli koruma sağlayacak kimyasal vektör kontrol tedbirleri alınmalıdır ve kullanılan kimyasallara direnç kazanımı engellenmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Personele gerekli eğitim, özel koruyucu giysi ve işlem sonrası yıkanma imkanı, gözetim/denetim altında çalışma sağlanır. Kimyasal maddelerle temas süresine kısıtlamalar getirilerek koruma sağlanır.
* Kimyasal seçimi, kalitesi, taşınması, saklanması, uygulama ekipmanları ve kullanılan maddelerin güvenle ortadan kaldırılması uluslararası normlara uygundur ve her zaman denetlenir (kılavuz notu 1).
* Halk, kimyasal kontrol maddelerinin potansiyel riskleri ve uygulamanın zaman çizelgesi hakkında bilgilendirilmelidir. Uygulama esnasında ve sonrasında, zehir ve böcek ilaçlarından, insanlar uluslararası düzeyde benimsenen prosedürlere uygun şekilde korunur (kılavuz notu 1).

Kılavuz Notu

1. Ulusal ve Uluslararası Protokoller: Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmış, vektör kontrol kimyasallarının seçimini ve uygulamasını açıkça düzenleyen ve her zaman uyulması gereken uluslararası protokol ve normlar bulunmaktadır. Vektör kontrol tedbirleri iki esas amaca ulaşmayı sağlamalıdır, etkinlik ve güvenlik. Kimyasalların seçiminde ulusal normlar, uluslararası standartların yanında etkisiz kalıyorsa (sağlık ve güvenliğe yönelik çok az etkisi var/hiç etki oluşturmuyor/tehdit oluşturuyorsa), yardım kuruluşu ilgili ulusal mercilere başvurarak uluslararası standartlara uyulmasını sağlamalıdır.

ASGARİ STANDART 5: KATI ATIK YÖNETİMİ

Organik katı atıklar, yerleşim yerinden uzaklaştırılmazsa vektörlerin üremesi ve yüzey suyu kirliliği gibi ciddi risklere neden olabilir. Toplanmadan biriken katı atıklar, afet/çatışma sonucu oluşan enkazlar, iç karartıcı/çirkin görüntülere neden oldukları kadar çevresel sağlıkla ilgili diğer iyileştirme çabalarına negatif etki yapar. Katı atıklar drenaj kanallarının kapanmasına ve durgun kirli sularla bağlantılı gelişen çevresel sağlık problemlerinin oluşmasına yol açabilir.

Katı Atık Yönetimi Standardı 1: Atıkların Toplanması ve Uzaklaştırılması
İnsanların, tıbbi atıklar dâhil olmak üzere, katı atıklarla kirlenmemiş bir çevrede yaşamaları ve evsel atıklarını rahatça ve etkili bir şekilde uzaklaştırabilecekleri araçlara sahip olmaları sağlanmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Afetten etkilenenler, katı atık yönetimi programının tasarım ve uygulama sürecine dâhil edilir.
* Evsel atıklar, çöp kutularına konulur, çöpler düzenli olarak her gün toplanır, belirlenen bir çukura gömülür ya da yakılır.
* Tüm hanelerin çöp konteynerlerine erişimi vardır ve/veya ortak çöp çukuruyla aralarındaki mesafe 100 metrenin altındadır.
* Evsel atıkların gömülmediği durumlarda, 10 aileye en az bir adet 100 litrelik konteyner düşecek şekilde çöp konteyneri sağlanır.
* Atıklar, yerleşim noktalarında sıkıntı yaratmaya ya da sağlık riski oluşturmaya başlamadan önce uzaklaştırılır (kılavuz notları 1, 2 ve 6).

* Tıbbi atıklar ayrıca saklanır ve diğer atıklarla karıştırılmadan uzaklaştırılır. Bunun için her bir sağlık tesisinin sınırları içinde, doğru şekilde tasarlanmış, inşa edilmiş ve işletilen bir atık çukuru ya da derin kül çukurlu çöp yakma fırını bulunur (kılavuz notları 3, 6).
* Hanelerde/kamusal alanda hiçbir zaman bulaşıcı/tehlikeli tıbbi atıklar (iğne, cam, pansuman atığı, ilaç vb.) bulunmaz (kılavuz notu 3).
* Pazar/hayvan kesim sahası gibi kamusal alanlarda, yerleri açıkça işaretli, düzgün şekilde çitle çevrelenmiş atık çukurları/çöp kutuları/belirli alanlar bulunur ve düzenli çöp toplama sistemi işletilir (kılavuz notu 4).
* Katı atıkların son uzaklaştırması, yerel halka ve afetten etkilenen nüfusa sağlık ya da çevresel sorunlar yaşatmayacak şekilde ve yerlerde gerçekleştirilir (kılavuz notları 5, 6).

Kılavuz Notlar

1. Atıkların Gömülmesi: Atıklar, yerleşim yerinde evsel/umumi atık çukurlarına gömülecekse, gömme çukurlarının vektörler için cazibe merkezi haline gelmesi, üreme alanına dönüşmesi engellenir. Bunun için çukurların üzeri haftada en az bir kez ince bir tabaka toprakla örtülür. Çocuk dışkısı/bezi atıldıktan sonra vakit kaybedilmeden toprakla örtülmelidir. Uzaklaştırma sahalarının etrafı kazaları önlemek, çocukların/hayvanların erişimini engellemek için kapatılmalıdır. Atıklardan gelen sızıntılar hiçbir surette yeraltı sularına karışmamalıdır.

2. Atık Tipi ve Miktarı: Atıklar, ekonomik faaliyetin türüne, tüketilen gıdalara, yerel geri dönüşüm ve atık uzaklaştırma uygulamalarına göre farklılık gösterir. Gerekiyorsa katı atık maddelerinin insan sağlığı üzerinde etkileri saptanarak buna uygun önlemler alınmalıdır. Sağlık riski oluşturmuyorsa geri dönüşüm desteklenir. Dağıtılan ihtiyaç malzemeleri paketleme ve kullanım nedenlerinden yerleşimde aşırı katı atık yığılmasına neden olmamalıdır.

3. Tıbbi Atıklar: Kötü yönetilen tıbbi atık uzaklaştırma, halkı, sağlık çalışanlarını ve atıklarla ilgili görevlileri, bulaşma, zehirlenme ve yaralanmalarla karşı karşıya bırakır. Bir afet durumunda en tehlikeli atıklar, infeksiyon riski taşıyan keskin/sivri uçlu aletler ile pansuman atıkları, kanlı bezler, plasenta gibi organik maddelerden oluşan tıbbi atıklardır. Tıbbi atıklar bulundukları yerde türlerine göre ayrılır. Bulaşıcı hastalık riski taşımayan kâğıt, plastik ambalaj, yemek atıkları vb. katı atıklarla aynı şekilde uzaklaştırılır. Hastalık taşıma riski bulunan iğne/şırınga vb. atıklar, ayrı kutularda emniyete alınır. Bu kutular ve diğer bulaşıcı atıklar yerinde gömülebilir, yakılabilir veya diğer güvenli yollarla uzaklaştırılabilir.

4. Pazar Atıkları: Pazar atıkları çoğunlukla evsel atıklarla aynı muameleyi görür. Hayvan kesimlerinin hijyenik koşullarda/yerel yasalara uygun şekilde yapılması ve oluşan sıvı atıkların bertaraf edilmesi için özel tesisler kurulması gerekir. Kesim atıkları, mezbahaların hemen yanında üzeri kapalı büyük bir çukura atılabilir ve mezbahadan gelen kan, sıvı, vektörleri engellemek için üstü kapalı beton kanallar vasıtasıyla bu çukura akıtılabilir. Temizlik amacıyla kesim yerlerine su sağlanmalıdır.

5. Kontrollü Çöp Boşaltma/Doldurma: Büyük ölçekli atık uzaklaştırma, yerleşimden atıkların kontrollü çöp boşaltma/çöp doldurma yoluyla gerçekleştirilir. Yeterli alan ve mekanik teçhizat olması burada önemlidir. Çöp dökme alanına boşaltılan atıkların üzerine hayvanların/insanların çöpleri karıştırmalarını önlemek ve vektör üremesini engellemek için her günün sonunda toprak dökülmesi ideal bir çözümdür.

6. Personel Sağlığı: Atık toplama, taşıma ve uzaklaştırmadan sorumlu tüm katı atık personeline koruyucu giysi, en kötü halde eldiven ve en iyisi de iş tulumu, bot ve koruyucu maske temin edilir. El/yüz temizliği için su ve sabun sağlanır. Tıbbi atıklarla temas edecek çalışanlara, saklama, taşıma ve uzaklaştırmaya ilişkin doğru yöntemler ile yanlış atık yönetiminin riskleri hakkında bilgilendirme yapılır.

ASGARİ STANDART 6: DRENAJ

Acil durum yerleşim yerlerinde/yakınlarında, ev/dağıtım noktalarından gelen atık sular, tuvalet/kanalizasyon sızıntıları, yağmur/sel suları nedeniyle yüzeyde su birikebilir. Bu durum, su ve çevre kirliliği, tuvalet ve barınakların zarar görmesi, vektör üremesi ve boğulmalar gibi temel sağlık riskleri oluşturabilir. Yüzey suları drenajı, yerinde küçük ölçekli drenajlarla atık suların uzaklaştırılmasını da kapsar ve potansiyel halk sağlığı risklerini azaltacak doğru bir drenaj planıyla hayata geçirilir. Bu alt bölüm küçük ölçekli drenaj sorunlarını/işlerini kapsar. Büyük ölçekli drenaj işleri genellikle yerleşim yeri seçimi ve gelişimiyle belirlenir.

Drenaj Standardı 1: Drenaj İşleri

İnsanların, akan, biriken yağmur suları, yükselen sel suları, evsel atık su, sağlık merkezlerinden gelen atık suların etkileri dâhil olmak üzere, su erozyonu ve durağan sulardan kaynaklanabilecek sağlık risklerinin asgari noktaya çekildiği bir çevrede yaşaması sağlanır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarıyla bir arada okunmalıdır)

* Yerleşim birimleri, su dağıtım noktaları yakınındaki alanlar durağan atık sulardan arındırılır ve yağmur suyu drenaj ve tahliyeleri açıktır (kılavuz notları 1, 2, 4 ve 5).
* Barınak, yol, su/sanitasyon tesislerinde su baskını/su erozyonu görülmez (kılavuz notları 2, 4).
* Su dağıtım noktalarında drenaj doğru şekilde planlanır, inşa edilir ve bakılır. Drenaj işleri, çamaşır/banyo bölgelerinden su tahliyesini de kapsar (kılavuz notları 2, 4).
* Tahliye edilmiş sular, yüzey sularında/yeraltı sularında kirlilik oluşturmaz ya da su erozyonuna neden olmaz (kılavuz notu 5).
* Gerektiğinde küçük çaplı drenaj işleri/bakımı için yeterli ve uygun araç sağlanır (kılavuz notu 4).

Kılavuz Notlar

1. Yerleşim Yeri Seçimi ve Planlaması: Yer seçimi/yerleşim planında drenaj işleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bu suyun tahliyesiyle ilgili sorunların kontrol altında tutulmasında en etkili yöntemdir.

2. Atık Sular: Çamurlu sular/evsel atık sular ve insan dışkısı birleşimi kanalizasyon olarak nitelendirilir. Yerleşimde, işler durumda bir kanalizasyon sistemi yoksa, evsel atık sularıyla insan dışkısının karışmasına izin verilmemelidir. Kanalizasyon suyunun arıtımı evsel atık sularının arıtımından çok daha zor ve pahalıdır. Su dağıtım noktaları, çamaşır/banyo sahaları gibi yerlerde atık sulardan bahçe düzenlemeleri yapılarak yararlanılması özendirilebilir. Çamaşır/banyo sahaları atık sularının su kaynaklarını kirletmemesine dikkat edilmelidir.

3. Drenaj ve Dışkı Uzaklaştırma: Yapısal hasar ve sızıntıların oluşmasını önlemek için tuvaletler/kanalizasyon sistemleri, su baskınlarından ve sel sularının yükselmesinden korunur.

4. Özendirme: Drenajın doğal akışını, kanalların olması gereken yerleri bildiklerinden afetzedeler küçük ölçekli drenaj işlerine dâhil edilir. Oluşacak sağlık risklerini, fiziksel riskleri anlarlar ve drenaj inşasına katılırlarsa, gerekli bakımı da daha yüksek bir ihtimalle gösterirler. Bu durumda teknik destek/ekipman gerekebilir.

5. Yerinde Tahliye: Su doldurma/çamaşır noktaları drenajı, bakımı zor/sıklıkla tıkanan açık kanallar arazi şartları da elverişliyse yerinde yapılmalıdır. Atık suların yerinde tahliyesi için süzme çukuru gibi basit ve ucuz teknikler değerlendirilebilir. Yerinde tahliye mümkün değilse atık suların yerleşimden uzaklaştırmasında boru yerine kanal tercih edilebilir. Kanallar, kurak mevsim atıklarının ve sel suyunun akışına izin verecek ve akış hızı sağlayacak şekilde tasarlanır. Eğim % 5'in üstündeyse, fazla aşınmayı engelleyecek mühendislik müdahaleleri gerekir. Su arıtma işlemlerinden artakalanların drenajı kontrollü yapılmalıdır. İnsanların bu suyu kullanmalarına izin verilmemeli ve yüzey/yeraltı sularına olası karışmaların önüne geçilmelidir.

BÖLÜM 3: BESLENME, GIDA GÜVENLİĞİ VE GIDA YARDIMINDA ASGARİ STANDARTLAR

Bu bölüm dört kategoride toplanmıştır:

1) Gıda Güvenliği ve Beslenme Değerlendirme standartları

2) Gıda Güvenliği standartları

3) Beslenme standartları

4) Gıda Yardımı standartları.

GİRİŞ

Herkesin yeterli gıda almaya hakkı vardır. Bu hak uluslararası yasal düzenlemelerle kabul edilmiştir ve açlıktan muaf olma hakkını da içerir. Yeterli gıda alma hakkının temel özellikleri aşağıdakileri içerir:

* Katkı maddesi içermemek ve toplumun kültüründe kabul edilebilir olmak şartı ile bireylerin diyet gereksinimlerindeki doyumu sağlamak için yeterli olacak miktarda ve nitelikte gıdanın erişilebilir olması,

* Nitelenen gıdaya erişimin sürdürülebilir ve diğer insan hakları ile çakışmıyor olması.

* Devlet içindeki ve dışındaki failler gıda alma hakkının sağlanması için sorumluluk altındadırlar.

Toplulukların kasten açlıktan ölmeye bırakılması veya savaş stratejisi olarak geçim kaynaklarının yok edilmesi gibi, uluslar arası hukukun ihlal edildiği ya da yükümlülüklerin yerine getirilmediği durumlar gıda güvenliği korunmasında ve beslenmede yıkıcı etkiler bırakırlar.

Beslenme, Gıda Güvenliği ve Gıda Yardımının Afetlerdeki Önemi: Afetlerde yeterli gıdaya erişim ve gıdanın besin değerlerinin korunması insanların hayatta kalmaları için önemli etkenlerdir. Beslenme bozukluğu görülen en ciddi sağlık sorunu olabilir ve direkt ya da dolaylı olarak ölüme yol açabilir. Toplumun geçim kaynaklarının esnekliği ve bunu takiben gıda güvenliği onların yakın zamandaki sağlık - beslenme durumlarını ve gelecekteki sağkalım ve refah düzeylerini belirler. Gıda yardımı, çeşitli ölçümlerin parçası olarak, gıda güvenliğinin korunması ve beslenmenin sağlanmasında önemli olabilir.

Bu bölümde aşağıdaki terimler kullanılmıştır:

* Gıda Güvenliği bütün insanların, sürekli olarak, sağlıklı yaşabilmelerine yetecek derecede güvenli ve besleyici gıdaya ulaşacak ekonomik ve fiziksel güçleri olduğunda sağlanmış sayılır (Dünya Gıda Zirvesi Hareket Planı, paragraf 1, 1996).

* Beslenme bozukluğu akut, kronik beslenme bozukluğundan temel besin maddeleri eksikliklerine (A, B, C vitaminleri, iyot, demir, vb. eksiklikleri) kadar değişebilen durumları kapsar. Akut beslenme bozukluğu boya göre kısa sürede gelişen kilo kaybını (kavrukluk) ve/veya proteinden eksik beslenmeye bağlı ödemi tanımlarken, kronik beslenme bozukluğu yaşa göre boy kısalığını (bodurluk) tanımlamak için kullanılmaktadır.

ASGARİ STANDART 1:
GIDA GÜVENLİĞİ VE BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerlendirme Standardı 1: Gıda Güvenliği

İnsanlar gıda güvensizliği riski altında olduğunda, program insanların normalde nasıl yiyeceğe eriştiğini ve afetin şu anki ve gelecekteki gıda güvenliğini nasıl etkileyeceğini temel alarak karar verir ve en uygun müdahaleyi yapar.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Değerlendirmeler ve analizler gereksinimleri belirleyip öncelik sırasına sokabilmek için Gıda Güvenliğinin ilgili coğrafi bölgelerde ve yaşam alanlarında, mevsim değişikliklerini ve zamanın yarattığı değişimi dikkate alarak inceler (kılavuz notu 1).
* Değerlendirmeler gıda güvenliğini etkileyen geniş çaptaki sosyal, ekonomik ve politik yönergelerin anlaşılmasını sağlar (kılavuz notu 2).
* Değerlendirme bir araştırma ve durumla mücadele stratejilerinin analizini içerir (kılavuz notu 3).
* Mümkünse değerlendirmeler, resmi ve gayri resmi kuruluşlar da dahil olmak üzere, yerel kaynakların üstüne kurulur (kılavuz notu 4).
* Kullanılan yöntemler dizisi değerlendirme raporunda ayrıntılı olarak tanımlanır ve yaygın olarak kabul gören prensiplere uygunluğu gösterilir (kılavuz notu 5).
* Var olan ikincil veriler ile alanda yeni toplanmış birincil verilerin üzerinde yoğunlaşmak karar vermek için gereklidir (kılavuz notu 6).
* Önerilen gıda güvenliği müdahaleleri mevcut gereksinimleri karşılamanın yanı sıra, geçim yollarını destekleyici, koruyucu ve arttırıcı olmalıdır (kılavuz notu 7).
* Gıda güvensizliğinin toplumun beslenme durumuna olan etkisi göz önüne alınmalıdır (kılavuz notu 8).

Kılavuz Notlar

1. Analiz Kapsamı: Gıda güvensizliği insanların geçimlerine, bulundukları bölgeye, sosyal statülerine, yılın zamanına, afetin doğasına ve ilgili müdahalelere göre farklılık gösterir. Değerlendirmenin odağı insanların afetten önce gıda ve geliri nasıl elde ettikleri ve afetin bunu nasıl etkilediği olacaktır. Örneğin kentsel ve kentin çevresindeki alanlarda odak, gıdanın piyasa arzının gözlemlenmesi olabilirken, kırsal alanlarda çoğunlukla gıda üretimine yönelik olacaktır. Göç olan bölgelerde, yerli halkın gıda güvenliği de hesaba katılmalıdır.

2. Bağlam: Gıda güvensizliği daha geniş makro-ekonomik ve yapısal sosyo-politik etkenlerin (insanların besleyici gıdaya erişimini etkileyen ulusal ve uluslararası politikalar, süreçler ve kuruluşlar) sonucu olabilir. Bu kronik gıda güvensizliği olarak tanımlanır ve çoğunlukla yapısal zaaflardan doğan uzun süreli bir durumdur, ama bir afetin etkileriyle şiddetlenebilir.

3. Mücadele Stratejileri: Değerlendirme ve analizler kimlerin uygulayacağına ve nasıl işleyeceklerine bağlı olarak farklı mücadele stratejilerini hesaba katmalıdır. Stratejiler farklılık göstermekle beraber, yine de hepsinin değişik aşamaları vardır. İlk mücadele stratejileri çoğunlukla marjinal olmazlar, tersine çevrilebilirler ve kalıcı hasara yol açmazlar. Örneğin yabani yiyecek toplamak, birinci dereceden önemli olmayan değerleri satmak ya da ailenin bir bireyini çalışmak için başka bir yere göndermek gibi. Kriz stratejileri olarak da tanımlanan sonraki stratejiler, kalıcı olarak gelecekteki gıda güvenliğine zarar verir.

Örneğin toprak satımı, bütünüyle ailelerin göç ettirilmesi ya da ormansızlaştırma gibi. Kadın ve kızlar tarafından kullanılan bazı stratejiler onlara HIV bulaşma riskini, fahişelik ve uygunsuz ilişkileri ya da güvensiz bölgelere seyahat ettikçe cinsel şiddeti arttırır. Artan göç de HIV bulaşma riskini arttırır. Mücadele stratejileri kamuya ait doğal kaynakların aşırı derece suiistimali gibi çevreyi de etkileyebilir. Gıda güvenliğinin bütün seçenekler tükenmeden önce korunması ve desteklenmesi önemlidir.

4. Yerel Kaynaklar: Planlama ve değerlendirmenin her aşamasında halkın ve ilgili kurumların katılımı hayati önem taşır. Programlar ihtiyaca göre ve belirli bir bölgeye göre tasarlanmış olmalıdır. Tekrarlayan doğal afetlere ve uzun süredir var olan çatışmalara maruz kalan bölgelerde yerel erken uyarı ve acil durum müdahale sistemleri veya ağları olabilir. Daha önce kuraklık veya sel yaşamış toplumlar kendi acil durum planlarına sahip olabilirler. Böyle yerel kaynakların desteklenmesi önemlidir.

5. Yöntemler: Resmi olmasa bile, değerlendirmelerin kapsadığı alan ve örneklem yöntemleri dikkate alınmalıdır. Raporda belgelenen işlem süreci mantıklı ve açık olmakla birlikte, gıda güvenliği değerlendirmesi için kabul edilen işlemleri içermelidir. Metodolojik yaklaşımlar, bilgilerin daha sonra karşılaştırılabilmeleri, bilgi ve analizlerin tutarlılığını ve bütünlüğünü sağlamak için devletle kurumlar arasında koordine edilmelidir. Birden fazla kurumun yaptığı değerlendirmeler daha çok tercih edilir. Değişik kaynaklardan gelen devamlı bir sonuca ulaşmak için değişik kaynaklı ve tipte gıda güvenliğine yönelik bilginin (ekin değerlendirmeleri, uydu resimleri, hane değerlendirmeleri gibi) kullanılması önemlidir. Değerlendirmelerde dikkate alınması gereken temel alanların kontrol listesi Ek 1'de, yöntemi gözden geçirmek için bir kontrol listesi Ek 2'de bulunmaktadır.

6. Bilgi Kaynakları: Çoğu durumda, afet öncesi durumla ilgili değişik grupların normalde sahip oldukları gıdaya erişimleri ve gıda güvenliği en düşük olan grupların gıdaya erişimleri ile ilgili olduğu gibi, farklı grupların gıdaya erişiminde daha önceki krizlerin etkileri gibi ikincil düzeyde birçok bilgiyle karşılaşılır. İkincil bilgilerin etkili kullanımı, değerlendirme sırasında yeni durumda temel olan konulara odaklanan birincil bilgilerin toplanmasını sağlar.

7. Uzun Vadeli Planlama: Her ne kadar acil gereksinimleri karşılamak ve üretici değerleri korumaya krizin ilk aşamalarında öncelik verilse de, müdahaleler her zaman uzun vadeli tasarlanmalıdır. Bu birçok sektörde teknik uzmanlığın yanında, diğer grupların temsilcileri de dahil olmak üzere, topluluğun üyeleriyle yakın çalışmayı gerektirir. Değerlendirmenin ve program planlamasının her aşamasında topluluğun üyelerinin katılımı, sadece uzun vadeli olasılıklar ve riskler hakkındaki bakış açıları için bile olsa, önemlidir. Öneriler sağlam bir temele oturtulmuş olmalı ve deneyimli ve uygun nitelikte çalışanlarca desteklenmelidir. Değerlendirme komitesi ilgili sektörlerde uzmanlar (ziraatçiler, agroekonomistler, veterinerler, sosyal bilimciler vb.) barındırmalıdır.

8. Gıda Güvensizliği ve Beslenme Durumu: Gıdanın güvensizliği beslenme bozukluğunun altında yatan üç nedenden biridir. Bu yüzden gıda güvensizliğinin olduğu yerlerde mikro-besin eksikliğini de içeren beslenme bozukluğu riski vardır. Gıda güvensizliğinin beslenme düzeyine etkisini dikkate almak gıda güvensizliği ile ilgili değerlendirmelerin temel bir parçasıdır. Bununla beraber, gıda güvensizliği beslenme bozukluğunun yegane nedeni olarak düşünülmemeli ve diğer olası sağlık ve bakım etkenleri de göz önüne alınmalıdır.

Değerlendirme Standardı 2: Beslenme

İnsanların beslenme bozukluğu riski altında olduğu durumlarda, programlardaki kararlar beslenme bozukluğunun yaygınlığı, nedenleri, çeşidi, derecesi üzerine temellendirilmeli ve en uygun müdahale yapılmalıdır.

Temel Göstergeler

* Antropometrik (büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi) bir ölçüm yapmadan önce, beslenme bozukluğunun (gıda, sağlık ve bakım açısından) altında yatan nedenlere yönelik olarak sorunların göze çarpan özelliklerini, şiddetini ve gıda desteğine en çok ihtiyacı olan grupları da kapsayan bir analiz yapılmalıdır (kılavuz notu 1 ve Genel Besin Temini Standardı 2).
* Beslenme bozukluğunun nedeni sorgulanırken toplumun ve diğer yerel paydaşların fikirleri de dikkate alınmalıdır (kılavuz notu 1).
* Antropometrik ölçümler, sadece sonuç olarak ortaya çıkacak bilgi ve analizler programın karar vermesinde yardımcı olacaksa yapılır (kılavuz notu 2).
* Uluslararası antropometrik ölçüm kılavuzları ve bunlarla tutarlı ulusal kılavuzlar, beslenme bozukluğunun yaygınlığını, çeşitlerini ve derecesini tanımlamak için birlikte kullanılır (kılavuz notu 3).
* Antropometrik ölçümlerin beş yaş altı çocuklara uygulandığı durumlarda planlama yapmak için uluslar arası boya göre ağırlık referans değerleri Z değeri ve medyan yüzdesine göre beslenme bozukluğunun raporlandırmasında kullanılır (kılavuz notu 3).
* Toplumun risk altında olduğu temel besin maddeleri eksiklikleri belirlenir (kılavuz notu 4).
* Müdahalelerin yerel kapasiteyle koordine olmuş ve onu iyi incelemiş değerlendirmelerden yola çıkılarak yapılması önerilir.

Kılavuz Notlar

1. Altta Yatan Nedenler: Beslenme bozukluğunun ilk akla gelen nedenleri, hastalık ve/veya yetersiz besin alımı (bu durum da gıda güvensizliğinden kaynaklanır), halk sağlığı veya sosyal bakım ortamlarından yoksunluk ya da hane veya bütün toplum bazında sağlık hizmetlerine erişim güçlüğüdür. Bu nedenler diğer insani, yapısal, doğal ve ekonomik kaynaklar, politik, kültürel ve güvenlik koşulları, resmi ya da gayri resmi altyapı, toplu göç veya göçe zorlama durumlarından da etkilenir. Beslenme bozukluğunun nedenlerini ortaya çıktığı şartlara bağlı olarak incelemek bütün gıda programları için temel ön koşuldur. Beslenme bozukluğunun nedenine yönelik bilgi halihazırdaki sağlık ve beslenme profili, araştırma raporları, erken uyarı bilgileri, sağlık merkezlerinin kayıtları, gıda güvenlik raporları, toplumun sosyal yardım kurumları gibi birincil ve ikincil niceliksel ve niteliksel bilgi kaynaklardan elde edilebilir.

2. Karar Verme: Karar, beslenme bozukluğunun altında yatan üç nedenin ve antropometrik ölçümlerin sonuçlarının iyi incelenmesine dayanır. Ama akut krizlerde, antropometrik ölçümler üç haftaya kadar zaman alabildiği için, genel gıda yardımı kararları ölçüm sonuçlarını beklemeden verilebilir. Yine de, beslenme bozukluğunu gidermeyi amaçlayan müdahaleler için antropometrik ölçüm bulgularına en kısa zamanda ulaşmak gerekir.

3. Antropometrik Ölçümler: Antropometrik ölçümler beslenme bozukluğunun görülme sıklığını tahmin etmeyi sağlar. En çok kabul gören uygulama toplumu temsilen 6-59 aylık çocuklarda beslenme bozukluğunun ölçülmesidir. Ancak diğer gruplar daha büyük risk altına girmiş ya da beslenme bozukluğundan daha fazla etkileniyor olabilirler.

Bu gibi durumlarda en çok risk altında olan grupların ölçümü yapılır fakat bu ölçümler sorunlu olabilir. Uluslararası kılavuzlar ölçümlerde temsili bir örneklemi öngörür ve yerel (ulusal) kılavuzlarla uyum da raporun karşılaştırılabilirliğini ve koordinasyonunu kolaylaştırır. Temsili verinin beslenme durumunun eğilimlerini göstermeye elverişli olduğu durumlarda, bu veri tek bir görülme sıklığı grafiği için tercih edilir. Antropometrik ölçümler sırasında değişik örneklemeler kullanılarak bağışıklanma düzeyleri ve geçmişe dair ölüm verileri bulunabilir. Raporlar her zaman beslenme bozukluğunun olası nedenlerini belirtmeli ve proteinden eksik beslenmeye bağlı ödem ayrıca rapor edilmelidir.

4. Temel Besin Maddesi Eksikliği: Eğer toplumda felaket öncesi A vitamini, iyot veya demir eksikliği olduğu biliniyorsa, afet sürecinde de bir sorun teşkil edeceği kabul edilebilir. Sağlık ve Gıda Güvenliği analizlerinin mikro besin eksikliği riskine işaret ettiği durumlarda, özel eksikliği düzeltmek için önlemler alınmalıdır.

ASGARİ STANDART 2: GIDA GÜVENLİĞİ

Gıda Güvenliği gıdaya erişilebilirliği (ve satın alma gücünü), gıda stoklarının istikrarlı olarak yeterli ve ulaşılabilir oluşunu ifade eder. Ayrıca gıdanın kalitesi, çeşitliliği, güvenliği ve gıdanın biyolojik yararlanımı ve tüketimi de bu bölümde incelenir. İnsanların geçim güçlükleri ve gıda güvensizliğine karşı risk altında olma durumları çoğunlukla eldeki mevcut kaynaklar ve afetin bunları nasıl etkilediği ile belirlenir. Bu kaynaklar ekonomik ve mali birikimi (nakit, kredi, birikimler ve yatırımlar gibi) ve fiziksel, doğal, insani ve sosyal sermayeyi içerir. Afetzedelerin kaynaklarının korunması, kurtarılması ve geliştirilmesi gelecekteki gıda güvenlikleri ve geçimleri için önemlidir. Çatışma durumlarına güvensizlik ve çatışmanın yarattığı tehdit, insanların geçimlerini ve pazarlara ulaşımlarını kısıtlayabilir. Hane halkı çatışmanın bir sonucu olarak gerek terk etmek, gerek savaşan gruplar tarafından el konulmak veya tahrip edilmek suretiyle mevcut mal varlıklarını kaybedebilir.

İlk gıda güvenlik standardı, gıda güvenliği değerlendirme ve analiz standardının devamı olarak, afetlerde yapılacak gıda güvenliği programlarının bütün yönlerine uygulanan genel bir standarttır ve bu mal varlıklarının korunması ve sürdürülmesi ile ilgili kararlarda da etkilidir. Kalan üç standart ise öncelikli üretim, gelir üretimi, istihdam ve (mal ve hizmetleri de kapsayan) pazarlara ulaşım ile ilgilidir.

Gıda Güvenliği Standardı 1: Genel Gıda Güvenliği

İnsanların hayatlarını sürdürecek, sosyal değerlerini kaybetmeyecek ve itibarlarını koruyacak kadar, uygun ve yeterli gıdaya ve gıda dışı kalemlere erişme hakkı vardır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır.)

* İnsan hayatının gıda eksikliği riski altında olduğu durumlarda müdahalelerde acil gıda ihtiyacını karşılamaya öncelik vermelidir (kılavuz notu 1).
* Bütün afetlerde, gıda güvenliğini destekleyecek, koruyacak ve arttıracak önlemler alınmalıdır. Bu üretici mal varlıklarının korunması ve afet yüzünden zarar görmüş olanların geri kazandırılmasını da içerir (kılavuz notu 2).
* Gıda Güvenliğini destekleyen ve koruyan müdahaleler sağlam analizlere dayanmalı ve afete maruz kalmış halka danışarak yapılmalıdır.
* Müdahaleler halkın mücadele çabalarını, bunların getirilerini ve risklerini dikkate alır (kılavuz notu 3).

* Afete karşılık geliştirilen bütün gıda güvenlik programları için sonlandırma ve normal duruma geçiş stratejileri geliştirilir (kılavuz notu 4).
* Eğer bir müdahale yeni ya da farklı bir geçim olanağını destekliyorsa, bütün grupların bundan yararlanması için gerekli bilgi, beceri ve hizmete sahip olması desteklenir (kılavuz notu 5).
* Gıda güvenliği müdahalelerinin çevreye vereceği olumsuz etkinin en az düzeyde olması sağlanır (kılavuz notu 6).
* Yardımın toplumda ne kadar kabul gördüğünü ve değişik toplum gruplarının ne kadar iştirak ettiğini ölçmek için yardım alanlar takip edilir. Böylece müdahalenin ayrım olamadan toplumun tümünü kapsaması sağlanmış olur (kılavuz notu 7).
* Programın hedefleriyle bağlantılı olarak devam eden müdahalenin yerel ekonomide, sosyal ilişkilerde, geçim olanaklarında ve çevrede yarattığı etkiler de takip edilir (kılavuz notu 8).

Kılavuz Notlar

1. Hayat Kurtarma Müdahalelerine Öncelik Tanımak: Gıda dağıtımı sadece mutlak gereksinim olduğunda uygulanmalı ve en kısa sürede sonlandırılmalıdır. Karşılıksız yiyecek dağıtımı bölgede yeterli gıda stoku bulunmaktaysa ve yerel tutum ve davranışlar karşılıksız gıda elde etmeye engel oluyorsa uygun değildir. Bu durumda müdahalede gıdaya erişimin önündeki engeller hedef alınmalıdır. Ayrıca bölgesel gıda yoksunluğu pazarların desteklenmesi ile çözülebilir. Örneğin alım gücünün olduğu ama stok sorunu yaşanan toplumlarda sübvansiyonlu gıda satışı, istihdam programlarıyla alım gücünü desteklemek (yemek için çalışmak gibi) ve nakit para dağılımını veya biriktirmeyi engelleme çalışmaları gibi programlar da etkili olabilir. Özellikle kentsel alanlarda, pazarın normal düzenine kavuşmasını ve iş imkanı sunan ekonomik etkinliklerin canlanmasını sağlamak öncelik teşkil edebilir. Bu tip stratejiler insanların saygınlıklarını koruduğu, geçimlerine destek olduğu ve böylece insanların gelecekte bu tür sorunlarla mücadele direncini arttırdığı için gıda dağıtımından daha uygun olabilir.

2. Gıda Güvenliğinin Desteklenmesi, Korunması ve Geliştirilmesi: Gıda güvenliğini desteklemek için doğru ölçümlerin kullanılması geniş çaplı müdahaleleri ve müdafaayı kapsayabilir. Kısa sürede gıda güvenliğini sağlamak geçim olanaklarına dayalı çözümler bulmak için kolay olmasa da, eğer mümkünse, insanların saygınlığı koruyan ve geçimine katkıda bulunan stratejiler korunmalı ve var olan bu tip stratejilere destek verilmelidir. Gıda güvenliği müdahalelerinin amacı afette kaybedilen varlıkları tam olarak geri getirmek değil, daha fazla kaybı engellemek ve iyileşme sürecine katkıda bulunmaktır.

3. Mücadele Stratejileri ile İlgili Riskler: Çoğu mücadele stratejisinin bir bedeli veya risk altında olanları olumsuz etkileme riski vardır. Örneğin:

* Alınan gıdadan veya gıdanın kalitesinden yapılan kesintiler toplumun sağlık ve beslenme durumunda düşüşe sebep olur.
* Okul harcı ve sağlık hizmeti giderlerinde yapılan kesintiler insani yatırımlara dolaylı yoldan zarar verir.
* Gıda güvenliğini sağlamak için fahişelik gibi dışarıyla ilişkiler insan onurunu zedeler, toplumdan dışlanma tehlikesi doğurur ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların riskini arttırır.
* Hane halkının geçim kaynaklarını satması, onların gelecekteki üretim kapasitesini düşürür.
* Borçlarını ödeyememeleri gelecekte krediye erişimlerini engeller.

* Doğal kaynakların aşırı tüketimi doğal sermayeye zarar verir (balık tutmak, yakacak odun toplamak vb.).
* Çalışmak ya da yiyecek veya yakıt toplamak için güvensiz bölgelere gitmek insanların (özellikle kadın ve çocukların) saldırıya uğrama riskini arttırır.
* Yasadışı mal üretmek veya ticaretini yapmak tutuklanma riski taşır.
* Ailelerin, özellikle anne ve çocuğun ayrılması, çocuk bakımı ve beslenme kalitesini düşürür.

Bu zayıflatıcı etkiler çabuk tespit edilmeli ve bu durumları engellemek için caydırıcı nitelikte erken girişimler gerçekleştirilmelidir.

4. Normal Duruma Geçiş ve Programın Sonlandırılma Stratejileri: Özellikle programın uzun vadeli etkileri varsa, normalde maddi bir karşılığı olan hizmetlerin ücretsiz sunulması (örneğin kredi sağlama veya veteriner hizmeti) gibi stratejilerin ne kadar sürdürüleceğinin programın başlangıcında kararlaştırılması gerekir. Program sonlanmadan veya başka bir evreye geçmeden önce durumun iyileştiğine dair bulgular edinilmelidir.

5. Bilgiye, Beceri ve Hizmetlere Erişim: Hizmetlerle ilgili düzenlemeler kullanacak insanlarla beraber tasarlanmalıdır. Böylece proje süresince uygun ve yeterli olmaları sağlanır. Bazı grupların kendine has gereksinimleri olabilir, örneğin AIDS yüzünden evlatlık verilen bir çocuğun aile içindeki yetenek ve bilgi aktarımından yoksun kalması gibi.

6. Çevresel Etki: İmkanlar izin verdikçe, afetzedeler ve diğer yerel halkın üretimi ve geçimi için temel olan doğal kaynaklar korunmalıdır. Müdahalenin çevreye etkisi her müdahalenin planlanması ve değerlendirilmesi esnasında incelenmelidir. Örneğin, kamplarda yaşayan insanlar yiyecek için yakıta gereksinim duyarlar ve bu hızlı bir şekilde çevrenin ormansızlaşmasına neden olabilir. Uzun sürede pişen gıdaların dağıtımı daha çok yakıt tüketimine neden olur ve bu yüzden çevreyi daha çok etkiler Müdahaleler, olabildiğince, çevreye daha fazla zarar vermeden korumayı hedefler. Mesela stokların satın alınmak yoluyla elden çıkarıldığı programlar kuraklıkta otlak hayvanlarına yönelik baskıyı azaltarak, kümes hayvanları için daha çok yem olanağı yaratır.

7. Kapsama, Erişim ve Kabul Edilebilirlik: Değişik grupların katılımlarının düzeyi belirlenmeden önce, (risk altındaki gruplara özel önem gösterilerek) yardım alanlar ve özellikleri tanımlanmalı ve sayıları tahmin edilmelidir. Bazı gıda güvenliği müdahaleleri ekonomik olarak aktif kesimleri hedef alsa da, ayrımcılık yapmamalı ve risk altındaki grupları ve bireyleri, çocuklar da dahil olmak üzere, korumayı hedeflemelidir. Çalışma kapasitesi, evdeki çalışma yükü, çocuk bakma sorumluluğu, sürekli hastalık ya da sakatlık ve sınırlı fiziksel erişim gibi birçok kısıtlılık, kadınların, yaşlıların ve engellilerin katılımını sınırlandırabilir. Bu gibi zorunluluğun üstünden gelmek için bu grupların kapasiteleri dahilinde aktiviteler tanımlanmalı ya da gerekli destek yapıları oluşturulmalıdır.

8. İzleme: Rutin izlemenin yanı sıra, gıda güvenliğine yönelik daha geniş bir durum analizi yapmak, programın işe yararlılığını değerlendirmek, bazı aktivitelerin ne zaman yürürlükten kaldırılacağını, hangi değişiklerin ya da yeni projelerin uygulamaya gireceğini belirlemek ve hangi projelerin taraftar bulmaya ihtiyacı olduğunu görmek açısından gereklidir. Kıtlık erken uyarı sistemlerini de kapsayan yerel ve bölgesel gıda güvenliğine dair bilgi sistemleri önemli bilgi kaynaklarıdır.

Gıda Güvenliği Standardı 2: Temel Üretim

Temel üretim araçları korunmalı ve desteklenmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Temel üretimi destekleyen müdahalelerde gerekli girdilerin ve hizmetlerin erişilebilirliğini ve kullanılabilirliğini de içeren üretim sistemlerinin devamlılığı esas alınır (kılavuz notu 1).
* Yeni teknolojiler sadece yerel üretim sistemlerine, kültürel etkinliklere ve çevreye katkıları gıda üreticileri tarafından anlaşılıp kabul edildiğinde uygulamaya koyulur (kılavuz notu 2).
* Eğer mümkünse, üreticilere üretim, işçilik ve dağıtım yönetiminde esneklik sağlayacak veya riskleri azaltacak girdi bilgileri sağlanır (kılavuz notu 3).
* Verimli bitki, hayvan ve balıkçılık girdileri zamanında sağlanır, yerel halktan kabul görür ve kalite standartlarına uygun olur (kılavuz notu 4-5).
* Sunulan girdiler ve hizmetler risk altında olma olasılığını veya riski arttırmaz (az kalan doğal kaynaklar için rekabeti arttırmak veya var olan sosyal ilişkileri zedelemek gibi) (kılavuz notu 6).
* Yerel üreticileri, pazarları ve tüketicileri olumsuz etkilemediği sürece girdiler ve hizmetler yerel kaynaklardan temin edilir (kılavuz notu 7).
* Proje girdilerinden yararlanan gıda üreticileri, işleyicileri ve dağıtıcıları bunu uygun bir şekilde kullanır (kılavuz notu 8-9).
* Müdahaleler yapıcı girdilerin ve hizmetlerin ihtiyacına yöneliktir ve uygun olduğu yerde bu hizmet ve girdileri sağlar.

Kılavuz Notlar

1. Temel Üretimin Sürdürülebilirliği: Varlığını sürdürebilmesi için, gıda üretim stratejilerinin yeterli gelişmeyi sağlama ve başarılı olma şansının yüksek olması gerekir. Bu şans aşağıdakiler gibi çok çeşitli faktörlerden etkilenebilir:

* Yeterli doğal kaynaklara erişim (tarım alanı, otlak, su, nehirler, göller, kıyılar vs.). Kıyı alanlarının aşırı kullanımı, aşırı balıkçılık, su kirliliği gibi ekolojik dengeyi tehlikeye atan durumlardan kaçınılmalıdır (özellikle kentlerin çevrelerinde).
* Becerilerin ve kapasitenin derecesi. Özellikle bazı gruplara eğitim ve öğretimin verilemediği veya toplumların hastalıklardan ciddi olarak etkilendiği durumlarda kısıtlı olabilir.
* Üretimin halihazırdaki durumuyla ilişkili iş bulma kapasitesi ve önemli tarımsal aktivitelerin zamanlaması.
* Girdilerin erişilebilirliği ve ilgili hizmetlerin doğası ve kapsamı (finansal, zirai ve veterinerlik). Bu hizmetler devlet kuruluşlarından ve/veya başka oluşumlardan sağlanabilir.
* Belirli aktivitelerin yasal durumu veya afetzedelerin çalışma hakları. Örneğin yakacak odun toplamaya yönelik denetimler veya mültecilerin ücretli çalışma haklarındaki kısıtlamalar.
* Silahlı çatışma nedeniyle güvenlik, ulaşım altyapısının tahribatı, kara mayınları veya haydutluk tehdidi.
* Üretim diğer grupların, su gibi yaşam için gerekli olan doğal kaynaklara ulaşımını olumsuz etkilememelidir.

2. Teknolojik Gelişim: Yeni teknolojiler ürün çeşitleri, çiftlik hayvan türleri, yeni araçlar veya verimlilikte iyileşmeyi içerebilir.

Mümkün olduğunca, gıda üretimi aktiviteleri varolan modelleri izlemeli ve/veya ulusal gelişim planlarıyla bağlantılı olmalıdır. Yeni teknolojiler afet sırasında sadece daha önce bölgede test edilip uygunluğu tasdik edilmişse uygulanır. İlk uygulandığında, yeni teknolojiler uygun toplum danışmanları, gerekli bilgiler, eğitim ve benzeri yardımlarla desteklenmelidir. Yerel hükümet birimleri, sivil toplum örgütleri ve diğer kurumlardaki yeni teknolojiyi uygulamayı sağlayacak ek hizmet kapasitesi değerlendirilmeli ve gerekiyorsa desteklenmelidir.

3. Seçenekleri Arttırmak: Üreticilere seçenek tanıyan müdahalelere üretime başlangıç için nakit ya da kredi destekleri sağlanmasını veya çiftçilere daha uygun tohum çeşitleri seçme şansı sunan tohum fuarları düzenlenmesini örnek verebiliriz. Üretim, besin sağlayan ürünleri gelir sağlayan ürünlerle değiştirmek gibi, besin üretimine olumsuz etki yapacak müdahaleleri içermemelidir. Kırsal alanlardaki kuraklıklarda hayvan yemi temini direk insan beslenmesine, gıda yardımından daha etkili olabilir.

4. Zamanlama ve Kabul Edilebilirlik: Üretici girdi örnekleri, tohumları, üretim araçlarını, gübreyi, çiftlik hayvanlarını, balıkçılık gereçlerini, av gereçlerini, ulaşım tesislerini ve benzeri oluşumları içerir. Tarımsal girdiler ve veterinerlik hizmetlerinin zamanlaması, tohum ve tarım araçları yardımının ekim mevsiminde yapılması gibi tarım ve hayvancılık sezonlarına uygun şekilde olmalıdır. Kuraklıklarda acil hayvan stoklarının satın alınmak yoluyla boşaltılması işlemi çok fazla hayvan ölmeden önce yapılmalı ve tekrar stoklama işlemi de tehlikenin geçtiğinden emin olunduktan sonra yapılmalıdır (örneğin yağmurlardan sonra).

5. Tohumlar: Çiftçilerin kendi kalite kriterlerini oluşturmaları için öncelik yerel tohumlara verilmelidir. Yerel tohum çeşitleri çiftçiler ve yerel tarım çalışanları tarafından onaylanmalıdır. Tohumlar hastalığa karşı dirençli ve yerel şartlara uygun olmalıdır. Kökeni yerel olmayan tohumların yerel şartlara uygunluğu ve kullanıma elverişliliği onaylanmış olmalıdır. Çiftçilerin deneyiminin olduğu yerlerde melez tohum kullanımı uygun olabilir, fakat bu karar topluma danışılarak alınmalıdır. Tohumların karşılıksız sağlandığı durumlarda, başka zaman melez tohumları satın almak pahalı olduğu için, çiftçiler melez tohumu yerel çeşitlere tercih edebilirler. Melez tohum dağıtılmadan önce devletin melez tohumlar ile ilgili yönetmelikleri kontrol edilmelidir. Genetik yapısı değiştirilmiş (GMO) tohumlar ulusal veya diğer kural koyucu otoriteler tarafından onaylanmadığı sürece dağıtılmamalıdır.

6. Kırsal Alandaki Geçim Olanaklarının Etkisi: Birincil gıda üretimi hayati önemdeki doğal kaynakların eksikliği durumunda sürdürülemiyor olabilir. Yerel olarak elverişli doğal kaynaklara erişimi artıran ve değiştiren üretim teşviki yerel halk arasındaki gerginliği arttırabileceği gibi, daha sonraki su ve diğer temel gereksinimlere erişimi kısıtlayabilir. Borç verme ya da para yardımı gibi finansal müdahaleler yapılırken de, yerel güvenliği zedelememeye dikkat edilmelidir. Ayrıca, karşılıksız girdiler de sosyal yardım ve dağıtımlar için geleneksel mekanizmaları bozabilir.

7. Girdilerin Yerel Temini: Çiftlik hayvanları ve tohumlar gibi gıda üretimi için kullanılacak girdi ve hizmetler mümkün olduğunca yerel kaynaklardan elde edilmelidir. Ama yerel kaynaklardan temine başlamadan önce az bulunan maddelerin fiyatının yükselmesi gibi projenin yerel pazarda yaratacağı dalgalanma riski göz önüne alınmalıdır.

8. Kullanımı İzleme: Sürecin göstergeleri ve gıda üretiminin, işleme ve dağıtımın sonuçları, ekilen alan, hektar başına düşen tohum, ürün yavru hayvan miktarı, vb. veriler yardımı ile tahmin edilebilir. Proje girdilerini üreticilerin nasıl kullandığını belirlemek önemlidir.

Buna örnek olarak tohumların ekilmiş olmasını ve araçların, gübrenin, ağların ve balıkçılık gereçlerinin amaçları doğrultusunda kullanılmış olmasını gösterebiliriz. Girdilerin kalitesi kabul edilebilirlik ve üreticinin tercihi açısından da gözden geçirilmelidir. Projenin hane başına düşen gıdayı nasıl etkilediğini izlemek projeyi değerlendirmek için önemlidir. Bu amaçla hanelerin gıda stokları, tüketilen gıdanın miktarı ve kalitesi, satın alınan veya bağışlanan gıdanın miktarı gibi kriterler kullanılabilir. Projenin, hayvansal gıdalar, balık veya protein açısından zengin özel gıda tiplerinin üretimini amaçladığı durumlarda hanelerin üretilen bu tip gıdayı nasıl kullandığı incelenmelidir. Bu çeşit bir analizin sonuçları beslenme ölçümleri ile de karşılaştırılabilir (beslenme düzeyinin sağlanan sağlık ve bakım ile ilgili göstergeleri de dikkate alınmalıdır).

9. Girdilerin Öngörülemeyen veya Olumsuz Etkileri: Örneğin, çeşitli tarım sezonlarında çalışma koşullarındaki değişikliklerinin etkileri, müdahalelerin var olan alternatif mücadele stratejilerine etkisi (işsizlik, kadınların çalışma şekli ve bunun çocuk bakımına, okul devamlılığına ve eğitime etkisi, toprak ve diğer hayati kaynaklara erişim için alınan riskler.

Gıda Güvenliği Standardı 3: Gelir ve İstihdam

Gelir iş olanağı yaratmanın geçim stratejileri için olanaklı olduğu bölgelerde, insanlar hane halkı bazında kaynakları tehlikeye atmaksızın ve gıda güvenliğine katkıda bulunan uygun ve adil gelir-kazanç fırsatlarına erişebilir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Zamanlama, çalışma aktiviteleri, gelir çeşidi ve uygulamanın teknik kullanılabilirliği yerel insan kaynaklarının, pazar ve ekonomi analizlerinin ve çeşitli yetenek ve eğitim gereksinimlerine olan arz-talep analizlerinin iyi anlaşılmasıyla mümkündür (kılavuz notu 1-2).
* İş ve gelir sağlayan müdahaleler teknik açıdan yeterlidir ve gerekli girdileri zamanında sağlar. Mümkün olduğunda, müdahaleler diğerlerinin gıda güvenliğine katkıda bulunur ve çevreyi koruyup yeniler.
* Çalışma karşılığında ödenen gelir uygun, ödemeler düzgün ve zamanındadır. Ani gelişen gıda güvensizliği durumlarında ödemeler erken yapılır (kılavuz notu 3).
* Güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı yaratmak için gerekli prosedürler uygulanır (kılavuz notu 4).
* Yüksek miktarlarda para içeren projeler güvensizlik yaratmaması ya da dikkati başka yöne çekmemesi için gerekli önlemler alınır (kılavuz notu 5).
* Çalışma olanağı sağlayan müdahaleler hane halkı bakım sorumluluklarını destekler ve korur, ayrıca yerel çevreyi ve düzenli geçim aktivitelerini olumsuz etkilemez (kılavuz notu 6).
* Hane yönetimi, gelirin (gıda ya da para) kullanımı, kullanımı incelenir ve bütün hane halkının gıda güvenliğine katkıda bulunduğundan emin olunur (kılavuz notu 7).

Kılavuz Notlar

1. İnisiyatiflerin Uygunluğu: Proje aktiviteleri, proje tasarımında yerel insan kaynaklarının kullanımını en üst düzeyde tutmalı ve uygun aktiviteleri belirlemelidir. Mümkün olabildiğince gıda karşılığında çalışma (GKÇ) ve para karşılığında çalışma (PKÇ) aktiviteleri katılan gruplarla beraber planlanmalı ve onlar tarafından seçilmelidir. Çok sayıda yerinden olmuş kişinin (mülteciler ya da bölge içinde yerinden olmuş) bulunduğu yerlerde, iş olanakları bölge halkının aleyhine olmamalıdır.

Bazı durumlarda, iş olanakları iki grup için de elverişli olmalıdır. Mikrofinans hizmetlerinin gıda güvenliğini ne şekilde destekleyebileceğine karar vermek için hane yönetiminden ve nakit paranın kullanımından haberdar olmak önemlidir.

2. Maddi Yardım Çeşitleri: Maddi yardım nakit para, gıda veya hem para hem gıda olarak verilebilir ve gıda güvenliği olmayan hanelerin gereksinimlerini karşılamalıdır. Ödeme yerine, insanların doğrudan kendilerine katkı sağlayacak işleri yürütmesini sağlayan yardımlar da yapılabilir. Gıdanın yetersiz olduğu ya da pazarların kontrolsüz ve zayıf olduğu durumlarda GKÇ tercih edilebilir. Kadınların gıda kullanımını paraya göre daha kolay kontrol ettiği bölgelerde de GKÇ daha uygundur. PKÇ ticaret ve pazarlar gıdaya yerel olarak erişimi sağladığı durumlarda ve para dağıtımı için güvenlik sistemlerinin olduğu durumlarda tercih edilir. İnsanların alım ihtiyacı ve gıda veya para yardımının diğer temel gereksinimler üstündeki etkisi (okul devamlılığı, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal yükümlülükler) göz önüne alınmalıdır. Yardımın derecesi ve çeşidi, yukarıdaki açıklanan bilgileri ve gıda ve para kaynaklarının yeterliliği de göz önüne alınarak belirlenmelidir.

3. Ödemeler: Verilen yardımlar hanelerin gıda güvenliği gereksinimlerine ve yerel iş oranlarına göre hesaplanmalıdır. Yardımın derecesini belirlemek için evrensel kabul gören kılavuzlar yoktur, fakat yardımın gelir sağlayan türde olduğu durumlarda, gıdanın yerel pazardaki satış fiyatına dikkat edilmelidir. Bireylerin program aktivitelerine katılarak elde ettiği gelir başka aktivitelerden elde edeceklerinden daha yüksek olmalıdır. Bu durum GKÇ, PKÇ'nin yanı sıra kredilere ve iş başlatmaya da yöneliktir. Gelir elde etme fırsatları gelir kaynakları yelpazesini genişletmeli ve varolan kaynakların yerini almamalıdır. Verilen yardım yerel pazarda olumsuz etki yaratmamalıdır (ücret oranı enflasyonu yaratan, başka aktivitelerdeki iş gücünü çeken veya gerekli toplum hizmetlerini zedelemek gibi).

4. Çalışma Ortamındaki Riskler: Riski en az indirecek ve yaralanmayı engelleyecek pratik yöntemler yardımı ile (bilgilendirme toplantıları, ilk yardım çantaları, gerektiğinde koruyucu giysi), yüksek risk taşıyan çalışma ortamları güvenli hale getirilmelidir.

5. Güvensizlik Riskleri ve Sapmalar: Yapılan işin karşılığında nakit ödeme ya da borç vermek hem program çalışanları, hem de alıcılar için güvenlik sorunları yaratır. İki grubun da güvenlik riskleri arasında denge sağlanmalı ve çeşitli seçenekler gözden geçirilmelidir. Alıcıların güvenliği ve kolay erişimi için dağıtım noktaları evlerine olabildiği kadar yakın olmalıdır. Ama dağıtımı merkezden yapmamak da program çalışanlarının güvenliğini tehlikeye sokabilir. Eğer ileri derecede yozlaşmadan veya kaynak aktarımından şüpheleniliyorsa, YKÇ PKÇ'ya tercih edilebilir.

6. Bakım Sorumlulukları ve Geçim: Beslenme bozukluğu riskini arttırmamak için, çalışma olanaklarının çocuk bakımını veya başka bakım sorumluluklarını olumsuz yönde etkilememesine dikkat edilmelidir. Programlar bakım elemanları çalıştırmayı veya bakım olanakları sağlamayı düşünmek zorunda kalabilir. Müdahaleler iş ya da eğitim gibi başka olanaklara erişimi etkilememeli ve hanelerin kaynaklarını var olan üretici aktivitelerden başka yöne çevirmemelidir.

7. Maddi Karşılığı Olan Yardımın Kullanımı: Adil bir maddi yardım karşılığında sağlanan gelirin gıda güvenliğine gözle görülür bir katkı yapması anlamına gelir. Hanelerdeki para yönetimi ya da gıda girdilerinin (hanenin içindeki dağıtımları ve son kullanıcılar dahil olmak üzere) doğru tespit edilmesi, verilen paranın varolan gerilimi hem arttırabildiği hem de azaltabildiği ve böylece hane halkının gıda güvenliği ve beslenmelerini etkilediği için, şarttır.

Gelir ve istihdam yaratmaya yönelik müdahaleler, gıda güvenliğini etkileyen toplum bazındaki kaynaklar dahil olmak üzere, çok sayıda gıda güvenliği hedefine sahip olmalıdır. Örneğin, yolların onarımı pazarlara ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirebilirken, sulama ve su depolama sistemlerinin yapım ve onarımı üretimi arttırabilir.

Gıda Güvenliği Standardı 4: Pazarlara Ulaşım

İnsanların üretici, tüketici ya da tüccar olarak ürün ve hizmet pazarlarına güvenli erişimi sağlanmalı ve korunmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Gıda güvenliği müdahaleleri yerel pazarlar ve ekonomik sistemlerin iyi anlaşılmış olması temeline dayanırlar. Böylece yerel pazar ve ekonomik sistemlerin tasarımları hakkında bilgi sahibi olunur ve gerekirse sistemin iyileştirilmesi ve politikaların geliştirilmesinden yana çalışmalara önderlik edilebilir (kılavuz notları 1-2).
* Üretici ve tüketiciler düzenli olarak temel maddelerin temin edilebildiği (uygun fiyatlı gıda ürünleri de dahil olmak üzere) pazarlara ekonomik ve fiziksel erişime sahip olurlar (kılavuz notu 3).
* Gıda dağıtımı ve alımı dahil olmak üzere, gıda güvenliği müdahalelerinin yerel pazarlara ve yan sanayiye olan olumsuz etkileri en aza indirilir (kılavuz notu 4).
* Pazarların işleyiş ve idaresiyle ilgili olarak pazar fiyatları ve yararlanmaya yönelik yerel farkındalık ve bilgilenme artar (kılavuz notu 5).
* Temel gıda ve diğer gerekli ürünler elde mevcuttur (kılavuz notu 6).

Kılavuz Notlar

1. Pazar Analizi: Pazarların çeşitleri -yerel, bölgesel, ulusal- ve birbirlerine nasıl bağlandıkları incelenmelidir. Risk altındaki gruplar da dahil olmak üzere bütün afetzedelerin işleyen pazarlara nasıl erişebileceği düşünülmelidir. Gıda ya da tohum, tarım araçları, barınak malzemesi karşılığı yapılan müdahalelerden önce sağlanacak ürünler ile ilgili bir pazar analizi yapılmalıdır. Ürünlerin yerel kaynaklardan temin edilmesi yerel üreticileri destekler. Dışarıdan getirilen ürünlerin de yerel fiyatları düşürmesi olasıdır. Tohum gibi girdilerin serbest pazarda bulunmadığı zamanlarda çiftçiler kendi tohum sağlama sistemleri ve ağları sayesinde tohuma erişebiliyor olabilir. Dış girdilerin bu gibi sistemleri nasıl etkileyeceği göz önüne alınmalıdır.

2. Taraf Olunması Gereken İşlemler: Pazarlar yerel durumu etkileyen ulusal ve küresel ekonomiler uyarınca işlerler. Örnek olarak fiyatlandırma ve ticareti de kapsayan hükümet politikaları ve kurallar ürünlerin temin edilebilme durumunu ve erişimi etkiler. Bu çapta hareketler afet müdahalelerinin alanının dışında olsa da, bu değişkenlerin incelenmesi durumu düzeltmek için hükümet ya da başka kurumlardan yana müşterek kurumsal yaklaşım fırsatları için gereklidir.

3. Pazar Arz ve Talebi: Pazarlara ekonomik erişim, alım gücü, pazar fiyatları ve temin edilebilirliğe göre değişir. Satın alma gücü, temel gereksinimler (gıda, tohum, araçlar, sağlık hizmetleri gibi girdiler) ve gelir kaynakları (nakit, tarım ürünleri, çiftlik hayvanları, vergiler gibi) arasındaki ticaret hadlerine bağlıdır. Servet erozyonu insanların temel gereksinimlerini (çoğunlukla şişirilmiş fiyatlarla) almak için ellerindeki maddi değerleri (çoğunlukla değerinin altında) satmaya mecbur kaldıkları ticaret hadlerindeki bozulmaya bağlı oluşur. Ayrıca pazarlara erişim politik ve güvenlik ortamından, belirli grupların (azınlıklar gibi) erişimini engelleyen kültürel ya da dini kabullerden de etkilenebilir.

4. Müdahalelerin Etkileri: Gıdanın, tohumların ve başka gereksinimlerin yerel temini tüketicinin aleyhine ve yerel üreticilerin lehine, yerel enflasyon yaratabilir. Bunun aksine, dışarıdan temin edilen gıda yardımları fiyatları düşürebilir ve yerel gıda üretimini engelleyici bir etki yaratarak gıda güvenliği olmayan insan sayısını arttırabilir. Yardım temininden sorumlu kişiler bu etkileri izlemeli ve göz önüne almalıdır. Ayrıca gıda dağıtımı, gelir aktarımının bir çeşidi olduğu için, hak sahiplerinin alım gücünü de etkiler. Bazı ürünlerin uygun fiyatlı satışı başka ürünlere göre, örneğin harmanlanmış gıdanın yağa göre, daha kolaydır. Söz konusu gıda veya gıda paketleriyle ilgili 'alım gücü', gıdayı alan hanenin onu nasıl değerlendirdiğini (tüketmesi veya satması gibi) etkileyecektir. Hanelerin alım ve satım şeklini anlamak gıda dağıtım programlarının geniş alanda etkisini belirlemek için önemlidir.

5. Şeffaf Pazar Kuralları: Yerel alıcılar ve üreticilerin pazar fiyat kontrollerinden ve arz ve talebi etkileyen diğer kurallardan haberdar olması gerekir. Bunlar devletin fiyatlandırma ve vergi kurallarını, bölgesel sınırlardan ürün geçişine yönelik kuralları, ya da komşu bölgelerle yapılan ticareti kolaylaştıran düzenlemeleri içerebilir (çatışma durumlarında bu konularda açık kuralların gerekli olmamasına rağmen).

6. Temel Gıda Maddeleri: Pazar izlemi için gıda ürünlerinin seçimi yerel yemek alışkanlıklarına bağlıdır ve yerel olarak belirlenmelidir. Bir bölgede hangi gıda ürünlerinin gerekli olduğunu belirlerken besin değeri uygun olan payların planlanması prensiplerine göre hareket edilmelidir.

7. Anormal Dönemsel Fiyat Değişiklikleri: Üretimlerini fiyatların en düşük olduğu zamanlarda (örneğin hasattan sonra) satmak zorunda olan yoksul tarım üreticilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, harcayabilecek az geliri olan tüketiciler gıda stoku yatırımı yapamayacaklarından, az miktarda ve sürekli alımlara bağımlıdırlar. Hatta bu kişiler bu nedenle, fiyatlar yüksek olduğunda (örneğin kıtlık zamanlarına) alım yapmak zorunda kalırlar. Bu etkileri en aza indirgeyecek müdahaleler gelişmiş taşımacılık sistemlerini, çeşitlendirilmiş gıda üretimini ve kritik zamanlarda yapılan nakit ve gıda aktarımlarını içerir.

ASGARİ STANDART 3: BESLENME

Beslenme bozukluğunun erken dönemdeki nedenleri hastalık ve/veya yetersiz gıda alımıdır ve yetersiz gıdadan ya da hane veya toplum bazında sağlık ve bakım hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanır. Önleyici programların amacı, değerlendirmede tanımlanan beslenme bozukluklarının işaret edilen nedenlerinden emin olmaktır. Bu, insanların uygun kalitede ve miktarda gıdaya güvenli ulaşımı ve gıdayı güvenli bir şekilde hazırlayıp tüketecek gereçlere sahip olmasını, insanların yaşam ortamları ve hastalık riskini en aza indirgeyecek (önleyici ve iyileştirici) sağlık hizmetlerinin kalitesini ve toplumun beslenme açısından risk altındaki üyelerine bakım sağlanabilecek ortamların varlığını kapsar. Bakım, hane ve toplumdaki koşulları ve hane halkının fiziksel, sosyal ve zihinsel gereksinimlerini karşılayacak özen ve desteği içerir.
Beslenme bozukluğunu düzeltmeyi amaçlayan programlar beslenme bozukluğu olan bireyler için özel beslenme programlarını, tıbbi tedavi ve/veya destek bakımı içerebilir. Beslenme programları sadece antropometrik incelemeler yapıldıktan ya da planlandıktan sonra yürütülmelidir ve koruyucu önlemlerle tamamlanmalıdır.
Bu bölümdeki ilk iki standart beslenme bozukluklarını önlemeye yönelik programlara ilişkin beslenme konuları ile ilgilidir ve Gıda Yardımı ve Gıda Güvenliği Standartları ile birlikte kullanılmalıdır.

Sonraki üç standart ise beslenme bozukluklarını düzeltmeye yönelik programlarla ilgilidir. Beslenme bozukluklarını düzeltmeye veya önlemeye yönelik müdahaleler hem bu bölümdeki hem de diğer bölümlerdeki (sağlık hizmetleri, su sağlanması ve sanitasyonu ve barınma) asgari standartların karşılanmasını gerektirir. Ayrıca 1. bölümde açıklanan ortak standartlar da karşılanmalıdır. Başka bir deyişle, bütün grupların beslenmesinin, yaşamlarını devam ettirmeye yetecek ve onurlarını zedelemeyecek şekilde, korunması ve desteklenmesi için sadece bu bölümdeki standartları sağlamak yeterli değildir.

I. Genel Beslenme Desteği

Bu bölüm hem genel nüfusun hem de beslenme riski altındaki özel grupların gereksinimlerini karşılayacak beslenme kaynakları ve hizmetlerini dikkate alır. Bu gereksinimler karşılanana kadar, iyileşenler yetersiz beslenme desteğinin olduğu bir ortama dönecekleri ve tekrar kötüleşeceklerinden, beslenme bozukluğunu düzeltmeye amaçlayan müdahalelerin sınırlı bir etkiye sahip olması olasıdır.

Genel Beslenme Desteği Standardı 1: Bütün Gruplar

Toplumun beslenme gereksinimleri karşılanmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Beslenme gereksinimlerini karşılayan gıda çeşitlerine erişimin olması - temel ürünler (tahıl veya yumrulu bitkiler), kuru baklagiller (ya da hayvansal gıdalar) ve yağ kaynakları - (kılavuz notu 1).
* A ve C vitaminleri ve demir yönünden kuvvetli zengin ya da zenginleştirilmiş gıdaya veya uygun katkılı gıdaya erişimin olması (kılavuz notları 2, 3, 5 ve 6).
* Hanelerin çoğunluğunun (%90'dan fazla) iyotlu tuza erişimlerinin olması (kılavuz notu 2, 3 ve 6).
* Eğer tahıllar mısır ya da darı ise, ek niacin kaynaklarına (kuru baklagiller, kuru yemişler, kurutulmuş balık) erişimin olması (kılavuz notu 2-3).
* Eğer tahıllar kabuksuz pirinç ise ek tiamin kaynaklarına (kuru baklagiller, kuru yemişler, yumurta) erişimin olması (kılavuz notu 2-3).
* İnsanların ileri derecede sınırlı diyetle beslendiği durumlarda yeterli ribofilavin kaynaklarına erişimin olması (kılavuz notları 2-3).
* Orta dereceli ve ciddi beslenme bozukluğu vakalarının stabil veya gerilemiş, kabul edilebilir seviyelerde olması (kılavuz notu 4).
* İskorbüt (C vitamini eksikliği), pellegra,(niacin-B5 vitamini eksikliği) beriberi (tiamin-B1 vitamini eksikliği) hastalıkları ve riboflavin (B2 vitamini) eksikliğine sahip olgunun olmaması (kılavuz notu 5).
* Kseroftalmi (A vitamini eksikliğine bağlı göz hastalığı) ve iyot eksikliği oranları toplum sağlığı açısından anlamlı düzeyde olmaması (kılavuz notu 6).

Kılavuz Notlar

1. Beslenme Gereksinimleri: Aşağıdaki tahminler nüfusun ortalama gereksinimleri içindir ve Ek 7'de belirtildiği gibi her topluma göre uyarlanarak kullanılmalıdır:

* Kişi başına günde 2100 kilo kalori
* Toplam enerjinin % 10-12'sinin proteinden sağlanması
* Toplam enerjinin % 17'sinin yağdan sağlanması
* Taze veya zenginleştirilmiş gıdalar aracılığıyla yeterli temel besin maddesi alımı.

Yukarıda listelenen değerlerin tümüyle gıda yardımına bağımlı toplumların beslenme gereksinimlerini karşılamaya yönelik belirlendiği unutulmamalıdır. İnsanların beslenme gereksinimlerinin bir kısmını kendilerinin karşılayabildiği durumlarda gıda yardımı değerleri değerlendirmeler temelinde duruma göre uyarlanmalıdır.

2. Temel Besin Maddeleri Eksikliklerine Bağlı Hastalıkları Önlemek: Eğer bunların belirtileriyle karşılaşılırsa, toplumun A vitamini, iyot, demir gibi besin maddelerindeki gerileme önlenmeli, kızamık, sıtma ve parazitik hastalıkları önleyici uygun halk sağlığı önlemleri sağlanmalıdır. Temel besin maddeleri eksikliklerine bağlı hastalıkları önlemek için olası fırsatlar, besleyici gıdalara erişimi sağlayan gıda güvenliği önlemlerini, payların zenginleştirilme veya harmanlanma yoluyla beslenme kalitesinin arttırılmasını veya yerel temin edilen ürünlerle kayıp besin değerlerini gidermeyi ve/veya tıbbi desteği içerir. Taşıma, saklama, işleme ve pişirme sırasında oluşabilecek temel besin maddeleri (A vitamini, iyot, demir, vb.) kayıplarına dikkat edilmelidir. Özellikle besin yönünden zengin gıdaların yerel olarak sağlanabildiği durumlara genel paylardaki yiyecek miktarını arttırarak daha fazla besin değiş tokuşu sağlanmaya çalışılabilir, ama bu girişimin maliyet-yararlılığı ve pazarlara etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

3. Temel Besinlere Erişimin İzlenmesi: Göstergeler diyetlerin kalitesini ölçer ama besin değerlerin derecesini belirtmezler. Besin alımı miktarını ölçmek gerçekçi olmayan bir bilgi toplama yükü gerektirir. Göstergeler farklı kaynaklardan değişik tekniklerle edinilen bilgiler kullanılarak ölçülebilir. Bu bilgiler gıda kullanımının ve elde edilebilirliğinin hane bazında izlenmesini, pazarlardaki gıda fiyatlarının ve bulunabilen gıdanın değerlendirilmesini, dağıtılan gıdaların besin içeriğinin değerlendirilmesini, gıda yardımı dağıtım planlarının ve kayıtlarının incelenmesini, yabani gıdanın katkılarının değerlendirilmesi ve gıda güvenliği yönetiminin değerlendirilmesini içerir. Hane düzeyinde yapılan analizler bireysel gıda erişimini göstermez. Hanelerin iç dinamiklerindeki gıda dağılımı her zaman eşit olmayabilir ve korunmasız gruplar bu durumdan etkilenebilir. Dağıtım sistemleri gıda yardımı ürünlerinin seçimi ve afetzedelerle konuşulması iç dinamiklere bağlı gıda dağılımının iyileşmesine yardımcı olabilir.

4. Beslenme Bozukluğu Düzeyinin Yorumlanması: Beslenme bozukluğuna eğilim sağlık merkezi raporları, tekrarlanan antropometrik ölçümleri, beslenme araştırmaları, toplum taramaları ya da toplum raporlarından elde edilebilir. Büyük alanlarda ve uzun süre boyunca beslenme bozukluğunun oranlarını izleyen sistemler kurmak pahalı olabilir ve teknik uzmanlık gerektirir. Böyle bir sistemin görece maliyeti kaynakların boyutuna göre değerlendirilmelidir. Birden fazla birbirini tamamlayıcı bilgi sistemi kullanmak (örneğin izlem araştırmaları (sürveyans) ve aralıklı ölçümler) kaynakları en etkili kullanmanın yolu olabilir. Mümkün oldukça, yerel kurum ve toplulukların izleme aktivitelerine, bulguların yorumlanmasına ve müdahalenin planlanmasına katılması sağlanmalıdır. Hangi seviye beslenme bozukluğunun olduğunun belirlenmesi, hastalık ve ölüm hızlarının, dönemsel dalgalanmaların, beslenme bozukluğunun acil durum öncesi düzeylerinin ve beslenme bozukluğunun altında yatan nedenlerin nüfusun referans değerleri ışığında analiz edilmesini gerektirir.

5. Yaygın Temel Besin Maddeleri Eksiklikleri: Dört temel besin maddesi eksikliğinin - İskorbüt (C vitamini), pellagra (niasin), beriberi (tiamin) ve riboflavin eksikliği- gıda yardımına bağımlı topluluklarda temel besin maddelerine uygun olmayan erişim durumlarından kaynaklanan en çok karşılaşılan beslenme sorunlarından olduğu ve bir afet durumunda genellikle engellenebileceği önemle belirtilmektedir.

Örneğin sağlık merkezlerinde bu eksikliklerden herhangi birine sahip hastalar varsa, bunun bazı gıda ürünlerine sınırlı erişimden kaynaklanma ve toplulukta yaygın bir sorun olma ihtimali yüksektir. Bu tür beslenme yetersizlikleri hem toplum genelinde müdahalelerle hem de bireysel tedaviyle giderilmelidir. Temel besin maddeleri eksikliklerinin bölgede endemik (yaygın görülen) bir problem olduğuna dair somut kanıtlar varsa bu eksiklikler afet öncesi düzeylere indirilmelidir.

6. Bölgesel Temel Besin Maddesi Eksiklikleri: Afetin ilk dönemlerinde temel besin maddesi eksikliklerini gidermek, onları tanımlamada zorluklar nedeniyle güçleşmektedir. Kseroftalmi (A vitamini eksikliğine bağlı) ve guatr (iyot eksikliğine bağlı) 'saha dostu' tanımlanabilirlik kriterleri olan istisnalardır. Bu eksikliklerin çocuklar ve lohusalara yüksek doz A vitamini takviyesi, tuzun iyotlanması ve halkın farkındalığını artıran kampanyalar gibi toplumsal düzeyde müdahalelerle üstesinden gelinebilir. Bu olayların halk sağlığı açısından önemlerine yönelik tanımlamalar için Ek 6'yı inceleyiniz.

Genel Beslenme Desteği Standardı 2: Riskli Gruplar

Risk altında olduğu belirlenen grupların beslenme ve ek gıda gereksinimleri karşılanmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Altı aylık veya daha küçük bebeklerin sadece anne sütüyle beslenmesi, istisnai durumlarda uygun anne sütü benzeri ürünlerden yeterli miktarlarda sağlanması (kılavuz notu 1-2).
* 6-24 aylık çocukların besleyici ve enerji bakımından zengin gıdaya erişmesi (kılavuz notu 3).
* Hamile veya emziren kadınların ek gıda ve desteğe erişmesi (kılavuz notu 4).
* Adolesan kızların korunması, gelişimi, beslenme ve bakımına özel ilgi gösterilmesi (kılavuz notu 4).
* Bebek ve çocuk beslenme uygulamalarına yönelik organizasyonlarda görevli profesyonellere, bakıcılara uygun beslenme bilgisi, eğitim ve öğretimi verilmesi (kılavuz notu 1-4 ve 8).
* Yaşlı insanların uygun besleyici gıdalara ve beslenme desteğine erişiminin korunması, desteklenmesi ve geliştirilmesi (kılavuz notu 5).
* Engelli veya kronik hastalığa sahip fertleri olan ailelerin uygun besleyici gıda ve beslenme desteğine erişmesi (kılavuz notları 6-8).
* Risk altındaki bireylerin gerekli bakımı alabilmelerini sağlayan toplum temelli sistemler (kılavuz notu 8).

Kılavuz Notlar

1. Bebek Beslenmesi: Sadece anne sütüyle besleme altı ayın altındaki bebeklerin beslenmesinde en sağlıklı yoldur. Sadece emzirilen bebeklerin emzirme öncesi hiçbir su, çay veya ek gıda alması gerekmez. Tek başına emzirme oranları genelde düşük olduğu için, özellikle temizlik ve bakım uygulamalarının çöktüğü ve bulaşıcı hastalık riskinin arttığı ortamlarda, emzirmeyi desteklemek ve geliştirmek önemlidir. Annenin öldüğü ya da bebeğin yapay gıdalarla beslenmeye başladığı istisnai durumlar olabilir. Bu gibi durumlarda, Codex Alimentarius standartlarında uygun olarak anne sütü benzeri gıdalar kullanılabilir ve olanaklıysa tekrar emzirilmeye başlanması desteklenmelidir. Güvenli hazırlanmasındaki zorluklar yüzünden anne sütünün yerini tutan gıdalar tehlikeli olabilirler.

Hijyenik olmadıkları için, biberonlar kullanılmamalıdır. Uzmanlar emzirme için gerekli koruma, destek ve gelişimin sağlanması için eğitilmelidir. Eğer bebek mamaları dağıtılmışsa bakıcılar bunların güvenli kullanılması için desteğe ve önerilere gereksinim duyabilirler. Temin ve dağıtım Uluslararası Anne Sütü Alternatifleri Pazarlaması Düzenlemesi' ve ilişkili Dünya Sağlık Örgütü önergelerine uygun olmalıdır.

2. HIV ve Bebek Beslenmesi: Gönüllü veya gizli HIV/AIDS testleri yoksa, bütün annelerin emzirmesi desteklenmelidir. Bir kadın durumunu bilmediğinde anne sütü alternatiflerini önermek çok daha risklidir. Eğer bir kadında HIV-pozitif tespit edildiyse; kabul edilebilir, karşılanabilir, sürdürülebilir ve güvenli olan alternatif besleme yöntemlerinin kullanımı önerilir. Emzirmemeyi seçen HIV-pozitif'li annelere bebeğin en az iki yıllık yeterli beslenmesini kapsayan özel destek ve rehberlik sağlanmalıdır.

3. Küçük Çocuk Bakımı: Çocuğun en az ilk iki yılında emzirme devam etmelidir. Altı aylık olduklarında, çocuklar anne sütünün yanında en az %30'u yağ kaynaklı enerji yönünden zengin gıdalara da gereksinim duyarlar. 6-24 aylık çocukların emzirilme imkanı olmadığı durumlarda, gıdalar çocuğun bütün beslenme gereksinimlerini karşılayacak yeterlilikte olmalıdır. Hanelere 24 aylık ve daha küçük çocuklar için ek gıda hazırlamaları için imkan ve becerileri kazanmalarını sağlayacak yönde çaba harcanmalıdır. Kızamık ya da diğer bağışıklanma sorunları giderilmiş ise, 6-59 aylık çocuklara A vitamini tavsiyesi yaygın bir uygulamadır. Düşük doğum ağırlıklı bebekler ve küçük çocuklar da günlük protokollerle yetersizliği karşılamak zor olmasına rağmen demir desteğinden fayda görebilirler.

4. Hamile ve Emziren Kadınlar: Hamile ya da emziren kadınlar için beslenme yetersizliği riski hamilelik sorunları, anne ölümleri, düşük doğum ağırlığı ve emzirme performansının bozulmasını da kapsayan risklerle birliktedir. Normal bir temel beslenme dağıtım programı hamile ve emziren kadınların ihtiyacı olan ek gereksinimleri de hesaplamalıdır. Genel gıda payı yetersiz olduğunda, beslenmede bozulmayı engellemek için destekleyici beslenme gerekebilir. Düşük gebelik ağırlığı, bebeklerin düşük ağırlıkta doğmasıyla yakından ilgilidir ve bu sorunlar olduğunda, adolesan kızlar için kullanılan beslenme desteği sağlayan düzenekler işleme konmalıdır. Hamile ve emziren kadınlar günlük demir ve folik asit desteği almalıdır ama çocuklarda da olduğu gibi, eksikliği günlük alımlarla gidermek sorun olabilir. Bu yüzden, zengin ürün çeşidi taşıyan diyetlerle, demir eksikliği riskini azaltacak önlemler alınmalıdır. Ayrıca yeni doğum yapmış kadınlara altı hafta A vitamini verilmelidir.

5. Yaşlılar: Afetlerden özellikle etkilenebilirler. Gıdaya erişimi azaltan ve beslenme gereksinimini artıran hastalık ve sakatlık, psikososyal stres, soğuk ve fakirlik gibi beslenme riski yaratan etkenler olabilir. Bu etkenler normal destek sistemleri (resmi ya da gayri resmi) çalışamadığında daha da kötüleşebilir. Genel paylar için ortalama planlama rakamları için yaşlı insanların besin gereksinimlerini belirlemede şunları göz önüne almalıdır:

* Yaşlı insanlar gıda kaynaklarına kolayca erişebilmelidir (gıda yardımları dahil olmak üzere).
* Gıdaların hazırlanması ve tüketimi kolay olmalıdır.
* Gıdalar yaşlı insanların fazladan protein ve temel besin maddeleri gereksinimlerini karşılamalıdır.

Yaşlı insanlar diğer hane yaşayanları için önemli bakım yardımcılarıdır ve bu işlevlerini yerine getirebilmeleri için özel desteğe gereksinim duyabilirler.

6. HIV/AIDS'le Yaşayan İnsanlar (H/AYİ): Çok sayıda faktörün etkisiyle daha yüksek beslenme bozukluğu riski altında olabilirler. Bu etkenler, iştah kaybından ya da yemek yeme zorluklarından kaynaklanan gıda alımı azalması, ishal yüzünden besinlerin emiliminde azalma, bağırsak hücrelerinin hasar görmesi ya da parazitler, metabolizmada değişimler, kronik enfeksiyonlar veya hastalıklar olabilir. H/AYİ'ın enfeksiyonun evresine bağlı olarak enerji gereksinimlerini arttırdığı kanıtlanmıştır. Temel besin maddeleri bağışıklılık sisteminin korunması ve hayatın devamı için gereklidir.
AIDS'in belirtilerinin geciktirilmesi için H/AYİ'ın mümkün olduğunca iyi ve sağlıklı beslendiklerinden emin olunmalıdır.

7. Engelliler: Yaşadıkları ortamlardan kaynaklanan daha ileride olumsuzlukları artabilecek bir takım beslenme riskleriyle yüz yüze olabilirler. Beslenme riskleri daha az besin alınmasına ve boğulmaya yol açan çiğneme ve yutma zorluklarını, beslenirken uygunsuz duruş ve pozisyonları, gıda ve güneş ışığına (D vitamini alımını etkiler) erişimi engelleyen azalmış hareket kabiliyetlerini, gıda erişimini engelleyen sosyal ayrımcılığı ve çoğunlukta beyin felci olan insanları etkileyen kabızlığı kapsayabilir.
Engelliler afetlerde yakın aile bireylerinden (ve bakıcılarından) ayrı kalma riski altındadır. Bu riskler belirlenmeli ve gıdaya erişim kolalaştırılarak, gıda desteği mekanizmaları geliştirilerek (örneğin çatal ve kaşık temin edilerek, evlere doktor hizmeti sunarak ve iş ve sosyal hizmetler sağlanarak) ve enerji yönünden zengin gıdalara ulaşım kolaylaştırılarak azaltılmalıdır.

8. Toplum Temelli Bakım: Bakım vericiler ve hizmet verdikleri kişilerin özel beslenme gereksinimleri olabilir: Örneğin, hastalara baktıkları veya hasta olduklarından gıdaya erişmek için az zamanları olabilir, temizlik uygulamalarına ve hijyenin korunmasına daha çok gereksinim duyabilirler, tedavi ve cenazeler yüzünden gıdaya karşılık verecekleri mal/maddi değer kaybına uğramış olabilir ve sosyal etiketleme veya toplum desteğine kısıtlı erişimle karşılaşabilirler. Bakım sağlayanların olanakları afet sonucunda değişmiş olabilir, örneğin ailelerin dağılmasından veya ölümünden dolayı çocuklar veya yaşlı insanlar asıl bakım sağlayıcı olmuş olabilirler. Bakım sağlayanların desteklenmesi ve risk altındaki grupların bakımının ihmal edilmemesi önemlidir. Bu beslenmeyi, temizlik ve hijyeni, sağlığı, psikososyal desteği ve korumayı da içerir. Var olan sosyal ilişkiler bu konularda sorumluluk almaları için seçilen toplum bireylerine eğitim verilmesini sağlamak için kullanılabilir.

II) Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi

Beslenme bozukluğu, temel besin maddeleri de dahil olmak üzere, afetzedelerin artmış hastalık ve ölüm riskleriyle ilişkilidir. Bu yüzden beslenme bozukluğu oranı yüksek olduğunda, beslenme bozukluğunu önlemeye yönelik hizmetlerin yanı sıra düzeltmeye yönelik hizmetlere de erişimin sağlandığından emin olunmalıdır.
Bu hizmetlerin etkileri halkın yaşadığı yerde temel gıda sağlanan kanallarda sorun varsa, akut gıda güvensizliği yaşanıyorsa ya da güvenlik yüzünden destekleyici beslenme güvenlik nedenleriyle yapılan genel destek olmadan dağıtılıyorsa azalma gösterir.
Orta düzeyde beslenme bozukluğuna yönelik bazı yollar, genel gıda paylarının, gıda güvenliğinin ve sağlık hizmetlerine, temiz içme ve kullanma suyuna erişimin iyileştirilmesi gibi birçok yol vardır.
Afetlerde hedeflenen destekleyici beslenme çoğunlukla orta düzeyde beslenme bozukluğunun düzeltilmesi ve ileri düzeyde beslenme bozukluğunun önlenmesi için uygulanan birincil yöntemdir (Standart 1). Bazı durumlarda beslenme bozukluğu oranları orta seviyeli eksik beslenmeyi hedeflemekte etkisiz kılacak ve bütün bireyleri

(örneğin 6-59 aylık çocuklar) belirli risk ölçütlerinin içine sokacak kadar yüksek olabilir. Bu sınırsız destekleyici beslenme olarak bilinir.
Ciddi beslenme bozukluğu 24 saatlik hastanede, günlük bakım ve evde bakım gibi değişik yaklaşımlarla tedavi edici bakımla düzeltilebilir (standart 2). Hastanede bakımının sağlanması su ve sanitasyon hizmetleri gibi diğer standartların da yerine getirilmesine bağlıdır. Temel besin maddeleri eksikliklerinin giderilmesi, (standart 3) sağlık ve alt yapı sistemleri ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünde ulaşılan standartlara bağlıdır.

Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi Standardı 1: Orta Düzeyde Beslenme Bozukluğu

Orta dereceli eksik beslenme bozukluğunu ele alır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Programın başında programın kurulması ve bitişine dair açıkça belirlenmiş ve üstünde anlaşılmış hedefler ve ölçütler kararlaştırılır (kılavuz notu 1).
* Kapsanan oran kırsal alanlarda % 50'den, kentsel alanlarda % 70'ten, ve kamp durumlarında % 90'dan yüksektir (kılavuz notu 2).
* Hedef toplumun % 90'ından fazlası destekleyici beslenme programı hazır gıda paylarının dağıtım merkezlerinden en fazla bir günlük yürüme mesafesinde (yapılan tedavi dahil) ve yerinde destekleyici beslenme programlarından en fazla bir saatlik yürüme mesafesi uzaklığındadır (kılavuz notu 2).
* Hedeflenen destekleyici beslenme programlarından çıkanların oranları ölülerin % 3'ten, iyileşenlerin % 75'ten ve katılmayanların % 15'ten fazlasıdır (kılavuz notu 3).
* Bireylerin programa kabulü uluslararası kabul edilmiş antropometrik ölçütlere göre yapılan değerlendirmeler temelindedir (kılavuz notu 4 ve Ek 5).
* Hedeflenen destekleyici beslenme programları var olan sağlık yapısıyla bağlantılıdır ve protokoller sağlık sorunlarını belirlemek ve ona göre hareket etmek üzere kullanılır (kılavuz notu 5).
* Yerinde beslenme yardımı için net gerekçeler olmadıkça, destekleyici beslenme kuru gıda dağıtımı temellidir (kılavuz notu 6).
* İzleme sistemleri kurulur (kılavuz notu 7).

Kılavuz Notlar

1. Hedeflenen Destekleyici Beslenmenin Tasarımı: Hedeflenen destekleyici beslenme programları sadece antropometrik ölçümler yapıldıktan ya da planlandıktan sonra ya da beslenme bozukluğunun altındaki nedenler eşzamanlı olarak belirlenebiliyorsa yürütülmelidir. Hedeflenen destekleyici beslenme programları, Genel gıda desteği standardı karşılanmadan önce, kısa zamanlı olarak yürütülebilir. Programın amacı hedef toplumla açıkça konuşulmalı ve tartışılmalıdır.

2. Kapsam: Programın başında belirlenen hedef nüfusa göre hesaplanır ve antropometrik incelemelerin bir parçası olarak tahmin edilebilir. Etkinlik süresi programın kabul edilebilirliğinden, dağıtım noktalarından, görevlilerin ve tedaviye ihtiyacı olanlar için güvenlik, bekleme zamanı, hizmet kalitesinden ve ev ziyaretlerinin uzamasından etkilenebilir. Çocuklarla yapılan uzun yolculuk risklerini ve masraflarını azaltmak için dağıtım merkezleri hedef topluma yakın olmalıdır. Afetzedeler dağıtım merkezlerinin nerelerde olacağı kararına katılabilmelidir. Son karar geniş bir katılıma dayanmalı ve ayrımcılık yapmamalıdır.

3. Çıkış Göstergeleri: Gıda programlarındaki çıkışlar artık programa kayıtlı olmayan bireylerdir. Çıkış yapan bireylerin toplamı ölen, iyileşen ve ayrılan bireylerden oluşur. Vazgeçerek çıkışların oranları = programdan vazgeçenlerin sayısı/ çıkışların toplam sayısı x %100 Ölerek çıkışların oranları= programdaki ölümlerin sayısı/ çıkışların toplam sayısı x %100 İyileşerek çıkışların oranları= başarıyla iyileştirilenlerin sayısı/ çıkışların toplam sayısı x %100

4. Kabul Kriterleri: Beslenme bozukluğunun antropometrik ölçümlere göre tanımlandığı bireylerin dışındaki, HIV/AIDS'le yaşayan insanlar, tüberkülozu olanlar ve engelliler gibi, destekleyici beslenmeden yararlanabilmelidir. İzleme sistemleri bu bireyleri de içerecek şekilde ayarlanmalıdır. Bu insanlar için toplum tabanlı ev desteği veya tüberküloz tedavi merkezleri gibi uzun dönemli beslenme desteği verecek düzenekler kurmak daha yararlı olabilir.

5. Sağlık Girdileri: Hedeflenen destekleyici beslenme programları antihelmint (barsak parazit ilacı) temini, A vitamini desteği ve bağışıklık yardımları gibi tıbbi protokolleri içermelidir, ama bu hizmetler sunulurken var olan sağlık hizmetlerinin kapasitesi göz önüne alınmalıdır.

6. Yerinde Besleme: Eve götürülebilecek kuru gıda payları, haftalık ve iki haftalık dağıtılarak, yerinde beslenmeye tercih edilir; ama bu durumda hane içindeki paylaşım miktarları dikkate alınmalıdır. Yerinde besleme sadece güvenlik sorunu olduğunda düşünülmelidir. Göç eden veya yerinden olan insanlar için olduğu gibi yakıt, su ve pişirme gereçlerinin sınırlı olduğu durumlarda, geleneksel yemek yeme modellerini bozmadığı sürece, hazır gıdanın kısa süreli olarak dağıtımı düşünülebilir. Evde beslenme için alınacak gıdalarda, destekleyici gıdanın nasıl sağlıklı bir şekilde hazırlanacağına, nasıl ve ne zaman tüketileceğine ve 24 aylıktan küçük çocukları emzirmeye devam edilmesinin önemine dair açık bilgi verilmelidir.

7. İzleme Sistemleri: Sistemler toplum katılımını, programın ne kadar kabul gördüğünü (bunun için vazgeçenlerin oranına bakmak başarılı bir ölçüm çeşididir), yeniden kabul edilenlerin oranını, sağlanan gıdanın kalitesini ve miktarını, programın etkinlik süresini, kabul edilme ve çıkartılma oranlarını ve ölüm şekillerini, toplumun beslenme bozukluğunun düzeyini, hanelerdeki ve toplumdaki gıda güvensizliğini ve hizmet ulaşımı için var olan sistemlerin kapasitesi gibi dış etkenleri izlemelidir. Tekrar katılımın, vazgeçmenin ve başarısızlığın bireysel nedenleri de düzenli bir şekilde incelenmelidir.

Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi Standardı 2: İleri Düzeyde Beslenme Bozukluğu

Ciddi düzeyde beslenme bozukluğunu ele alır.

Temel Göstergeler (Kılavuz Notlar ile beraber okunmalı)

* Programın başında, programın kurulması ve bitişine dair açıkça belirlenmiş ve üstünde anlaşılmış hedefler ve ölçütler kararlaştırılır (kılavuz notu 1).
* Kapsanması gereken oran kırsal alanlarda % 50'den, kentsel alanlarda % 70'den, ve kamp durumlarında % 90'dan yüksektir (kılavuz notu 2).
* Tedavi edici bakımdan ayrılanlar, ölenlerin %10'undan az, iyileşenlerin %75'inden fazlası ve vazgeçenlerin %15'inden azı oranlarındadır (kılavuz notu 3-5).
* Tedavinin sonlandırılma kriterleri hastanın iştahlı olması, ishalin yokluğu, ateş, parazitik hastalık ve başka tedavi edilmemiş hastalıkların yokluğu gibi antropometrik olmayan göstergelerdir (kılavuz notu 4).

* Ortalama ağırlık artışı her birey için günlük kilogram başına 8 gramdan yüksektir (kılavuz notu 6).
* Beslenme ve tıbbi bakım uluslararası kabul gören tedavi edici bakım protokollerine uygun olarak sağlanır (kılavuz notu 7).
* Emzirmeye, psikososyal desteğe, temizliğe ve topluma iş ve sosyal hizmetler sağlamaya klinik bakım kadar önem verilir (kılavuz notu 8).
* Her 10 hasta için en az bir beslenme yardımcısı vardır.
* Beslenme bozukluğu olan bireylerin ve afetten etkilenen aile üyeleri için bakıma dair sorunlar belirlenir ve ele alınır (kılavuz notu 9).

Kılavuz Notlar

1. Tedavi Edici Bakıma Başlamak: Ciddi düzeyde beslenme bozukluğu tedavisine ilişkin merkezler açarken dikkate alınması gereken faktörler, afetzedelerin sayısı ve coğrafi dağılımı, güvenlik durumu, merkez kurmak veya kapatmak için önerilen kriterler ve var olan sağlık kurumlarının kapasitesidir. Tedavi edici beslenme programları sağlık sistemlerine zarar vermemeli ve devletin hizmet sağlama sorumluluğundan kaçınmasına neden olmamalıdır. Mümkün olduğunda, programlar şiddetli beslenme bozukluğunu tedavi etmek için var olan kapasiteyi güçlendirmeyi ve desteklemeyi hedeflemelidir. Programın amacı hedef toplumla açıkça konuşulmalı ve tartışılmalıdır. Tedavi edici bakım programları sadece, programların sonunda, kalan hastaların tedavilerinin tamamlanması için başlatılmalıdır.

2. Kapsam: Hedef topluma göre hesaplanır ve antropometrik ölçümlerin bir parçası olarak kullanılabilir. Programın kabul edilebilirliği, tedavi merkezlerinin yerleri, çalışanların ve hastaların güvenliği, bekleme zamanı ve hizmet kalitesinden etkilenebilir.

3. Çıkış Göstergeleri: Tedavi edici beslenme programları için çıkış göstergelerini elde etmek için gereken süre 1-2 aydır. Beslenme programından çıkanlar artık kayıtlı olmayan insanlardır. Çıkış yapan insanlar vazgeçenlerin, iyileşenlerin ve ölenlerin toplamından oluşur. Ölüm hızları kapsama oranı ve tedavi edilen beslenme bozukluklarının ışığında yorumlanır. HIV pozitif katılımcı oranlarının yüksek olduğu yerlerde ölüm hızları bunlardan etkilendiğinden değerler bu durumlara uyarlanamaz.

4. İyileşme Hızları: Taburcu edilen kişiler tıbbi yan etkilerden kurtulmuş ve yeterli kilo kazanmış ve koruyor olmalıdır (arka arkaya yapılan 2 ölçüm gibi). Programdan gereğinden önce ayrılma sorunlarını engellemek için, var olan protokollere taburcu kriterleri eklenmiş olmalıdır. Protokoller uzamış iyileşme süreçlerinden sakınabilmek amacıyla, hastaların tedavi edici beslenme programında ortalama ne kadar süreyle kalması gerektiğini de belirler (örneğin tipik süre 30-40 gün olabilir). HIV/AIDS ya da tüberküloz beslenme bozukluğu olan hastaların iyileşememesine neden olabilir. Uzun süreli tedavi veya bakım olanakları, sağlık hizmetleri ve diğer sosyal ve toplumsal destekleri de hesaba katarak değerlendirilmelidir. Programa tekrar katılma, vazgeçme ve müdahalede başarısızlık nedenleri sürekli olarak araştırılmalı ve belgelenmelidir. Taburcu edilen kişiler mümkün olduğunca takip edilmeli ve destekleyici beslenme için bildirimde bulunulmalıdır.

5. Başarısızlık Hızları: Nüfusun programa erişemediği durumlarda yüksek olabilir. Erişebilirlik tedavi noktalarının yerleşim yerine uzaklığından, süregelen silahlı çatışmalardan, güvenlik eksikliğinden, bireysel tedavi verilenlerin bakım vericilerin desteğine ulaşma düzeyinden diğer bakıma muhtaç kişilere bakmak için evde bırakılan bakım görevlilerinin sayısından ve verilen bakımın kalitesinden etkilenebilir.

Tedavi edici beslenme programlarından ayrılan kişiler belirlenmiş bir süre boyunca programa devam etmeyen insanlardır (örn. yatan hastalar için 48 saatten daha fazlası).

6. Ağırlık Artışı: Benzer diyetler verildiğinde, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde benzer ağırlık artışı sağlanabilir. Ama bazı hastaların gelişme gösteremediği ve taburcu edilmediği durumlarda, ortalama ağırlık artış oranları bu durumu maskeleyebilir. Toplumdaki riskler ve taleplerin düşük olduğu ayaktan beslenme programlarında (örneğin zaman olarak), daha düşük hızlar da kabul edilebilir. Ortalama kilo alımı şu şekilde hesaplanır: (çıkıştaki ağırlık (gr.) - girişteki ağırlık (gr)) / girişteki ağırlık (kg) x tedavi süresi(gün).

7. Protokoller: Uluslararası kabul gören protokoller, müdahaleye yanıt alamama durumlarının açıklamaları da dahil olmak üzere, EK 9'daki referanslarda bulunabilir. Tedavi protokollerini kullanabilmek için, klinik görevlilerinin özel eğitim almış olması gerekir. Tedavi edici bakıma alınan ve şüpheli HIV pozitif olan bireyler kabul kriterlerine uyuyorsa diğerleriyle eşit bakıma erişebilmelidir. Bu tüberküloz olguları için de geçerlidir. Kabul kriterlerine uymayan HIV/AIDS hastaları sıklıkla beslenme desteğine gereksinim duyarlar, ama bunun afetlerde ileri derecede beslenme bozukluğu tedavi kapsamında yer alması tavsiye edilmez. Bu bireyler ve aileleri toplum temelli ev bakımı, anneden bebeğe geçişi önlemeyi amaçlayan koruma programları ve tüberküloz tedavi merkezlerini içeren değişik hizmetlerle desteklenmelidir.

8. Emzirme ve Psikososyal Destek: Emziren annelerin süt salınımını ve en uygun bebek ve çocuk beslenmesini desteklemek için özel dikkat gösterilmelidir. Bu amaç için bir emzirme köşesi kurulmalıdır. Duygusal ve fiziksel uyarı ileri derecede beslenme bozukluğu olan çocukların rehabilitasyon sürecinde çok önemli bir rol oynar. İleri derecede beslenme bozukluğu görülen çocuklara bakanlar çocuklarını tedaviye getirmek için çoğunlukla sosyal ve psikososyal desteğe gereksinim duyarlar. Bu iş ve sosyal yardım ya da ulaşım programları aracılığı ile sağlanabilir.

9. Bakım Sağlayıcılar: İleri derecede beslenme bozukluğu görülen kişilere bakan bireylerin tedavi boyunca öneriler, gösterimler, sağlık ve beslenme bilgisi doğrultusunda bakım sağladığından emin olunmalıdır. Program görevlileri bakım sağlayan insanlarla yapılan tartışmaların (savaşan grupların toplumun açlıktan ölmeye kastetmesini tartışmak gibi) insan haklarının ihlaline yol açabileceğinden haberdar olmaları ve bu gibi durumlarla ilgili prosedürler konusunda eğitilmelidir

Beslenme Bozukluğunun Düzeltilmesi Standardı 3: Temel Besin Maddelerinden Eksik Beslenme

Temel besin maddelerinden eksik beslenmeyi ele alır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Eksikliklere bağlı hastalıklarının bütün klinik olguları DSÖ'nün temel besin maddelerinin desteği protokollerine göre tedavi edilir (kılavuz notu 1).
* Prosedürler toplumun risk altında olabileceği temel besin maddeleri eksikliklerine etkili müdahaleler yapabilmek için kullanılır (kılavuz notu 2).
* Sağlık görevlileri toplumun risk altında olduğu temel besin maddeleri eksikliklerini belirleyip tedavi edebilecek şekilde eğitilirler (kılavuz notu 2).

Kılavuz Notlar

1. Tanı ve Tedavi: Bazı temel besin maddeleri eksikliklerine basit klinik muayenelerle tanı koymak olanaklıdır. Bu eksiklilerin göstergeleri sağlık veya beslenme araştırmaları ile birlikte saptanabilir, ama değerlendirmelerin doğruluğundan emin olmak için çalışanların iyi eğitilmesi gerekir. Diğer temel besin maddeleri eksiklikleri biyokimyasal inceleme olmadan belirlenemez. Bu gibi durumlarda, olgu tanımı sorunlu olabilir ve acil durumlarda çoğunlukla hastaların sağlık hizmetlilerine verdiği ek bilgilere dayanarak tanımlanabilir. Temel besin maddeleri eksikliklerinin veya hastalık yüzünden eksiklik riski altında olanların tedavileri sağlık sistemleri ve beslenme programlarının parçası olmalıdır.

2. Hazırlıklı Olma: Temel besin maddeleri eksikliklerini önleme stratejileri genel beslenme desteği standardı 1'de açıklanmıştır. Bu tür temel besin maddelerinin eksikliklerini önleme ayrıca akut solunum enfeksiyonu, kızamık, parazit enfeksiyonu, sıtma ve ishal gibi temel besin maddeleri depolarını boşaltan hastalıkların ortaya çıkma olasılığını azaltarak da yapılabilir. Eksikliklerin tedavisi aktif olguların saptanmasını, olgu tanımlarının ve protokollerinin geliştirilmesini gerektirecektir.

ASGARİ STANDART 4: GIDA YARDIMI

Eğer bir toplumun gıdaya ulaşma yolları doğal afet yüzünden tarım ürünlerinin kaybı, silahlı mücadelede olan bir grubun kasıtlı olarak insanları açlık durumunda bırakması, askerler tarafından yiyeceğe el koyulması, göçe zorlama ya da göç etme gibi nedenlerle zarar görebilir. Gıda yardımı müdahalesi, hayatın devamlılığını sağlamak, insanların kendine güvenini yerine getirmek ve zararla başa çıkma stratejilerine uyum sağlamaya yönelik kendi gereksinimlerini azaltmak için gerekli olabilir. Müdahaleler kısa süreli ihtiyacı karşılamanın yanı sıra, mümkün olduğunca uzun süreli gıda güvenliğinin yeniden kurulmasına da katkı sağlayacaktır.

Aşağıdaki maddeler göz önüne alınmalıdır:

* Genel (bedava) dağıtımlar sadece çok gerekli olduğunda gıdaya en çok ihtiyacı olan grupları hedef alarak yapılır ve mümkün olduğunca çabuk sona erdirilir.
* Mümkünse evde hazırlanabilen kuru gıdalar tercih edilir. Toplu beslenme (dağıtıldığı yerde tüketilmesi gereken pişirilmiş gıda temini) sadece insanların yemek pişirme olanaklarının olmadığı büyük ve ani gelişen afetler veya nüfus hareketlerinin ilk kısa evresinde veya kuru tayın dağıtımının insanları risk altında bırakacağı güvensizlik durumlarda organize edilir.
* Mültecilere ve yerinden edilmiş insanlara yapılan gıda yardımı mülteci veya yerinden olmuşluk statülerine göre değil, durumlarının ve gereksinimlerinin değerlendirilmesine göre yapılır.
* Gıda ürünleri bölgede bir eksiklik varsa veya afetten etkilenen alan içinde gereğinden fazla hareket etmenin pratik olarak mümkün olmadığı durumlarda bölge dışından getirilir.
* Gıdaya el koyulma veya silahlı çatışmada yer alan taraflar tarafından kullanılma ihtimali varsa, çatışmayı güçlendirmemek için gerekli önlemler alınır.

I) Gıda Yardımı Planlaması

Acil bir durumun ilk değerlendirme ve analizleri, insanların kendi gıda ve gelir kaynaklarını belirlemenin yanında, bu kaynaklara tehdit oluşturan unsurları da belirlemelidir. Gıda yardımının gerekli olup olmadığı ve eğer gerekliyse, insanların yeterli beslenme durumlarını korumaları için ne çeşit ve miktarda gıda gerektiği de bu safhada belirlenmelidir.

Karşılıksız gıda dağıtımının gerekli olduğu kararlaştırıldığında, insanların uygun olmayan yollardan mücadele stratejilerine başvurmaksızın kendi olanaklarıyla temin edebildikleri gıdalar da göz önüne alınarak, hanelerin beslenme gereksinimlerini karşılayabilecek uygun bir genel pay belirlenmelidir. Destekleyici beslenme programının (DBP) gerekli olduğuna karar verildiğinde, uygun destekleyici pay belirlenmelidir. Bu gibi durumlarda, DBP bireylerin hak ettiği genel gıda paylarına eklenir. Her durumda da, temin edilen ürünler, mağdur halka danışılarak, özenle seçilmelidir. Gıdalar kaliteli, tüketmek için güvenli ve alanlar için uygun ve kabul edilebilir olmalıdır.

Gıda Yardımı Planlama Standardı :1 Payların Planlaması

Temel gıda dağıtımı için hazırlanan paylar afetzedelerin gereksinimleri ile ellerindeki gıda kaynaklarının arasındaki açığı kapatacak şekilde tasarlanır.

Temel Göstergeler (Kılavuz Notlar ile beraber okunmalı)

* Genel dağıtım için hazırlanan pay enerji, protein, yağ ve temel besin maddeleri gereksinimlerini belirleyen ilk planlama standartları temel alınarak tasarlanır (kılavuz notu 1).
* Dağıtılan pay afetzedelerin uygun olmayan yollarla mücadele stratejilerine başvurmasını engeller veya azaltır.
* Uygun olduğunda, paylar ekonomik değişim değeri hesaplanır ve yerel koşullara uygun hale getirilir (kılavuz notu 2).

Kılavuz Notlar

1. Beslenme Gereksinimleri: Yerinden olmuş insanların ve gıdaya hiç erişimi olmadığı durumlarda, dağıtılan paylar insanların toplam beslenme gereksinimlerini karşılamaya yöneliktir. Ancak, çoğu afet mağduru topluluk kendi olanaklarıyla bazı gıdalara erişebilmektedir. Bu gibi durumlarda paylar insanların kendi başlarına erişebildikleri gıda ile beslenme gereksinimleri arasındaki farkı kapatmak için tasarlanır. Bu yüzden eğer standart gereksinim insan başına günde 2.100 kilokalori ise ve değerlendirmeler insanların kendi çabaları ve kaynakları ile günde 500 kilokaloriye erişebildiklerini gösteriyorsa, pay günde kişi başına 2.100 - 500 = 1.600 kilokalori sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Benzer hesaplamalar yağ ve protein için de yapılmalıdır. Üzerinde anlaşılan tahminler insanların erişebildiği ortalama gıda miktarına için belirlenmelidir.

2. Ekonomik Koşullar: Çok az ya da hiç gıda erişimi olmadığında ve insanların dağıtılan gıdanın tümünü (ya da tüme yakınını) tüketebilmelerinin beklendiği durumlarda, gıda payları, kabul edilebilirlik ve maliyet-yarar hesapları temel alınarak hazırlanmalıdır. Diğer gıdalara erişilebilen ve yararlanılabilen yerlerde payların bir kısmının değişim değeri karşılığında satın alınabileceği umulabilir. Değişim değeri örneğin yerel pazarlarda aynı ürünlerden aynı miktarda almanın fiyatı gibi, payın yerel pazar değeridir.

Gıda Yardımı Planlama Standardı 2: Uygunluk ve Kabul Edilebilirlik

Sağlanan gıda kalemleri alıcılar için uygun, kabul edilebilir ve hane bazında etkili olarak kullanılabilir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Değerlendirme ve programın planlanması sırasında gıda kalemlerinin kabul edilebilirliği, alışılmışlığı ve uygunluğunu ölçmek için insanlara danışılır ve program kararları insanların ürün seçimlerine göre verilir (kılavuz notu 1).
* Alışılmamış gıdalar dağıtıldığında, kadınlara ve diğer yemek yapan insanlara gıdaların yerel lezzetlere göre en az besin kaybı ile nasıl hazırlanabileceğine dair bilgiler verilir. Bu bilgilerin yerel dilde olması tercih edilir (kılavuz notu 1).
* Dağıtılacak ürünler seçilirken insanların suya ve yakıta erişimi, pişirme zamanı ve gerekli malzemeler göz önüne alınır (kılavuz notu 2).
* Ham tahıl dağıtıldığında, insanların gıdayı geleneksel yollarla evlerinde işleyebilecek ya da öğütebilecek durumda olmaları veya yerleşim yerlerine yakın uygun öğütme ve işleme olanaklarına erişebilmeleri gerekir (kılavuz notu 3).
* İnsanların baharatlar gibi kültürel önemi olan ürünlere erişebilmesi gerekir (kılavuz notu 4).
* Tek başına süt tozunun ya da sıvı sütün karşılıksız veya sübvansiyonlu dağıtımı yapılamaz (kılavuz notu 5).

Kılavuz Notlar

1. Alışkanlıklar ve Kabul Görme: Her ne kadar gıda ürünleri seçerken ilk dikkate alınan besin değerleri olsa da, dağıtılan gıdalar alışıldık ve kültürel ya da dini geleneklerle uyumlu olmalıdır. Bu hamile veya emziren kadınlar için tabu olan yiyecekleri de kapsar. Değerlendirme raporlarında ve bağış yapan kuruluşlara yapılan isteklerde, belirli ürünlerin niye seçildiği ve bazılarının neden istenmediği açıklanmalıdır. Akut hayati gereksinimler olduğunda ve pişirme olanaklarına erişim yoksa yenmeye hazır gıdalar temin edilmelidir. Bu koşullarda bazen toplumun alışık olmadığı gıdaları temin etmenin alternatif bir yolu bulunamayabilir. Sadece bu durumlarda özel 'acil durum gıda paylarının dağıtımı düşünülmelidir.

2. Yakıt Gereksinimleri: Gıda gereksinimleri değerlendirilirken, insanların çevrelerine (aşırı yakacak odun toplamak gibi) ve sağlıklarına zarar vermeden gıdayı pişirebileceklerinden emin olmak için yakıt değerlendirmesi de yapılmalıdır. Gerekirse uygun yakıt sağlanmalı ya da, yakacak toplayanların başında gelen kadın ve çocukların güvenliğini kontrol edebilmek için, yakacak toplama programları düzenlenmelidir. Genel olarak uzun sürede pişmeyen ve çok su gerektirmeyen gıdaların dağıtımı yapılmalıdır. Öğütülmüş tahılın ya da tahıl değirmenlerinin temini pişirme zamanlarını ve harcanan su miktarını azaltır.

3. Tahılın İşlenmesi: Öğütme özellikle mısırla ilgilidir ve öğütülmüş bir mısırın raf ömrü sadece 6-8 haftadır. Bu yüzden öğütme tüketimden kısa süre önce yapılmalıdır. Alıcıların geleneklerinde evlerde tahıl öğütme varsa, tahıllar öğütülmeden dağıtılabilir. Öğütülmemiş tahılın uzun raf ömrü vardır ve alıcılar için daha yüksek ekonomik değeri olabilir. Başka bir yöntem de düşük yoğunlukta öğütülmüş ticari gıda sağlamaktır. Bu işlem ekşimeye neden olan bakterileri, yağı ve enzimleri ortadan kaldırır ve protein miktarını azaltsa da, tahılların raf ömrünü arttırır. Tam tahılların dağıtımına ve ithaline ilişkin ulusal kanunlara uyulmalıdır.

4. Kültürel Önemi Olan Ürünler: Değerlendirme: 1) Günlük yemek alışkanlığının parçası olan kültürel çeşnileri ve diğer gıda kalemlerini tanımlamalı ve 2) İnsanların bu malzemelere erişimini saptamalıdır. Özellikle insanların dağıtılan paylara uzun süre bağımlı olacağı durumlarda, gıda paketi buna göre düzenlenmelidir.

5. Süt: Süt tozu ya da sıvı sütün (çaya karıştırılma amaçlı süt de dahil olmak üzere) tek bir ürün olarak dağıtılır ve genel gıda dağıtım programlarında veya eve alınıp götürülecek destekleyici beslenme programlarında yer almamalıdır. Sütün rastgele kullanılması ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu özellikle uygun olmayan ölçülerde sulandırma ve mikrop bulaşma riskinin olduğu çocuklar için önemlidir.

Gıda Yardımı Planlama Standardı 3: Gıda Kalitesi ve Güvenliği

Dağıtılan gıdanın kalitesi ve topluluğun tüketimine uygunluğunu esas alır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Gıda ürünleri ulusal (alıcı ülkenin) ve diğer uluslararası standartlara uyar (kılavuz notu 1-2).
* Bütün ithal edilen paketlenmiş gıdalar ülkeye geldikten sonra en az altı ay raf ömrüne sahiptir ve bütün paketlenmiş gıdalar son kullanma tarihleri ya da kullanılması tavsiye edilen son tarih geçmeden dağıtılır (kılavuz notu 1).
* Dağıtılan gıdanın kalitesine ilişkin saptanan hiçbir şikayet yoktur (kılavuz notu 3).
* Gıdaların paketleri sağlam, dağıtım, saklama ve taşıma için elverişli ve doğaya zarar vermeyecek niteliktedir (kılavuz notu 4).
* Gıda paketleri gıdaların son kullanma tarihi ve besin içeriği detayları ile ilgili olarak uygun dilde etiketlenir.
* Depolama koşulları yeterli ve uygundur, depolar düzgün bir şekilde yönetilir ve gıda kalitesine ilişkin rutin kontroller bölgelerde uygulanır (kılavuz notu 5).

Kılavuz Notlar

1. Gıda Kalitesi: Gıdalar alıcı ülkenin gıda standartlarına ve/veya kalite, paketleme, etiketleme, raf ömrü vb. bakımından Codex Alimentarius standartlarına uygun olmalıdır. Kalitenin uygunluğundan emin olmak için örnekler destek sağlayıcılar tarafından teslim noktalarında sistematik olarak kontrol edilmelidir. Mümkünse, alınan ürünler (yerel veya ithal) insanların tüketimi için uygunluğunu onaylayan sağlık ve denetim sertifikaları ile beraber dağıtılmalıdır. Tüketime uygunluklarının devamlılığını kontrol etmek için, ülke içinde stoklanan gıdalara rastlantısal örneklem testleri yapılmalıdır. Yüksek miktarlar söz konusu olduğunda veya kalite hakkında şüpheler ya da anlaşmazlıklar varsa, bağımsız kalite müfettişleri gönderilen malları incelemelidir. Özel gıda maddelerinin yaşına ve kalitesine dair bilgiler tedarikçilerin sertifikalarından, kalite kontrol denetim raporlarından, paket etiketlerinden, ambar raporlarından vb. kaynaklardan edinilebilir.

2. Genetik Yapısı Değiştirilmiş Gıdalar: Genetik yapısı değiştirilmiş gıdaların alımına ve kullanımına dair ulusal düzenlemeler anlaşılmalı ve uyulmalıdır. Gıda yardım programları planlanırken dış gıda yardımı bu düzenlemeleri dikkate almalıdır.

3. Şikayetler: Alıcıların gıdanın kalitesi ile ilgili şikayetleri takip edilmeli ve adil ve şeffaf bir şekilde ele alınarak izlenmelidir.

4. Paketleme: Mümkünse paketleme, tekrar paketleme ihtiyacı yaratmadan, gıdaların doğrudan dağıtımına uygun olmalıdır.

5. Depolama Alanları: Kuru ve sağlıklı, hava koşullarına karşı korunaklı ve kimyasallar ya da başka atıklarla kirlenmemiş olmalıdır. Ayrıca böcekler ve kemirgenler gibi zararlı haşerelere karşı olabildiğince güvenli olmalıdırlar.

II) Gıda Yardımı Yönetimi

Gıda yardımı yönetiminin amacı gıdayı en çok gereksinim duyan insanlara ulaştırmaktır. Genel olarak bu, doğru ürünlerin, doğru yere, doğru koşullarda, doğru zamanda, doğru fiyatla ve en az kayıpla ulaşmasını içerir.
Besin temini zinciri kurmak ve yönetmek gıda yardım programında yer alan yardım kuruluşları, alıcı, devlet, insani aktörler, yerel otorite, çeşitli hizmet sağlayıcıları ve yerel toplum organizasyonları arasındaki uyumluluğu gerektirir. Her grup besin temini zincirindeki bir halka (ya da halkalar) olarak belirli görevler ve sorumluluklar üstlenecektir. Bir zincir en zayıf halkası kadar güçlü olduğu için, gıda yardımı lojistiğinde görev alan bütün gruplar gerekli ürünlerin zamanında hedeflerine varması sorumluluğunu paylaşırlar. Dağıtım sürecinde eşitlik birincil önem taşır ve karar verme ve uygulama aşamalarında afetzedelerin katılımını sağlamak hayati önem taşır. İnsanlar dağıtılacak gıda çeşidinden ve miktarından haberdar olmalı ve dağıtımın eşit olarak yapıldığından ve söz verilen yardımı alabileceklerinden emin olmalıdır. Farklı gruplara farklı pay dağıtılmasının sebebi açıklanmalı ve anlaşılmalıdır.

Gıda Yardımı Yönetim Standardı 1: Gıdanın İşlenmesi

Gıdalar, hane ve toplum bazında, güvenli ve uygun bir şekilde saklanır, hazırlanır ve tüketilir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Herhangi bir dağıtım alanında gıdanın uygun olmayan işlenme veya hazırlanmasından kaynaklanan bir yan etki olmaz (kılavuz notu 1).
* Gıda yardımı alıcıları gıdanın temizliğinin önemini anlamaları için bilgilendirilir (kılavuz notu 1) .
* Dağıtılan gıdanın saklanması, hazırlanması ya da pişirilmesiyle ilgili güçlüklere dair herhangi bir şikayet yoktur (kılavuz notu 2) .
* Her hanenin yeterli yemek hazırlama malzemesine, yakıta ve temizlik ürününe erişir (kılavuz notu 3-4).
* Gıdayı hazırlayamayan ya da kendilerini besleyemeyen kişiler, gerektiğinde, gıdayı zamanında ve uygun şekilde hazırlayacak bakıcılara ulaşırlar (kılavuz notu 4-5).
* Pişmiş gıda dağıtılan yerlerde çalışanlar ürünlerin güvenli olarak saklanması, taşınması ve gıdanın hazırlanması konusunda eğitimli ve gereği yapılmadığı takdirde ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarından haberdardır.

Kılavuz Notlar

1. Gıda Hijyeni: Değişen koşullar insanların temizlik alışkanlıklarını bozabilir. Bu yüzden, bazı durumlarda gıda hijyeninin iyileştirilmesi ve yerel ortam ve hastalık kalıplarıyla uyumlu önlemleri desteklemek gerekebilir. Örneğin gıdaya dokunmadan önce elleri yıkamanın önemini vurgulamak, suyun kirlenmesini önlemek, haşerelerin kontrolü için önlemler almak vb. İnsanlar evlerinde gıdayı nasıl güvenle saklayabilecekleri konusunda bilgilendirilmeli ve bakım vericilere çocuk beslenmesinde hane kaynaklarının en verimli nasıl kullanılacağına ve gıda hazırlamak için güvenli yöntemler hakkında bilgi sağlanmalıdır.

2. Bilgi Kaynakları: Programların izleme sistemlerini, alıcılarla yapılan odak grup tartışmalarını ve hızlı hane halkı taramalarını içerebilir.

3. Hane Eşyaları ve Yakıt: Gıdanın hazırlanması için her hanenin en az bir yemek tenceresine, 40 litrelik su deposuna, ayda kişi başı 250g sabuna ve yeterli yakıta erişimi olmalıdır. Eğer yakıta erişim sınırlı ise, kısa sürede pişen gıdalar dağıtılmalıdır. Eğer bu da mümkün değilse, dış kaynaklardan yakıt desteği ile açık giderilmeye çalışılmalıdır.

4. Değirmenlere Erişim: Değirmenlere ve diğer işleme tesislerine ve temiz suya erişim insanlara kendi seçtikleri gıdayı en iyi şekilde hazırlama olanağı sağladığı ve ayrıca başka üretici aktiviteler için zaman yarattığından çok önemlidir.

5. Özel Gereksinimler: Tam bir liste olmasa da, gıda almak için yardıma gereksinim duyan insanlar çoğunlukla küçük çocuklar, yaşlılar, engelliler ve hastalardır.

Gıda Yardımı Yönetimi Standardı 2: Temin Zinciri Yönetimi

Gıda yardımı kaynakları (ürünler ve destek fonları) şeffaf, duyarlı yöntemler kullanılarak iyi bir şekilde yönetilir.

Temel Göstergeler (Kılavuz Notlar ile beraber olunmalı)

* Gıda yardımı kaynakları hedeflenen yararlanıcılara ulaştırılmıştır.
* Değerlendirmeler yerel temin zinciri yönetiminin (TZY) kapasitesi ve lojistik altyapıya yöneliktir. Olanak varsa yerel kapasiteyi kullanan etkili ve eşgüdümlü bir TZY sistemi kurulmuştur (kılavuz notu 1-2).
* Değerlendirmeler yerel kaynaklı gıda ürünlerinin bulunup bulunmadığını dikkate alır (kılavuz notu 3).
* TZY anlaşmalarının ihaleleri şeffaf, adil ve açıktır (kılavuz notu 4).
* Bütün düzeylerdeki TZY çalışanları gerekli eğitimi almış ve gıda kalitesi ve güvenliğine dair işlemleri gözlemiştir (kılavuz notu 5).
* TZY'nin mali sorumluluğunu yerine getirmesi için gerekli envanter muhasebesi, bildirimler ve finansal sistemler çalışır durumdadır (kılavuz notu 6-7).
* Hırsızlık da dahil olmak üzere, kayıpları en aza indirgeyecek önlemler alınmış ve kayıpların da hesabı tutulmuştur (kılavuz notu 8-10).
* Gıda hattı izlenmiş ve dağıtımın kesintiye uğramasını engelleyecek şekilde korunmuştur (kılavuz notu 11).
* Temin zincirinin çalışması hakkında bilginin bütün taraflara düzenli olarak ulaşması sağlanmıştır (kılavuz notu 12).

Kılavuz Notlar

1. Temin Zinciri Yönetimi (TZY): Gıda yardımı lojistiklerine entegre edilmiş bir yaklaşımdır. Ürünlerin seçimi ile başlar ve kaynak bulmayı, temini, kalite güvencesini, paketlemeyi, nakliyatı, ulaşımı, depolamayı, envanter yönetimini, sigortayı vb. oluşumları içerir. Bütün ürünlerin alıcı hanelere ulaşana kadar korunması için gerekli yönetim ve izleme uygulamaları yürütülmelidir.

2. Yerel Hizmetlerin Kullanımı: Bir değerlendirme dış kaynaklara başvurmadan önce yerel kapasitenin güvenilirliğini ve kullanılabilirliğini hesaplamalıdır. Böyle organizasyonların yerel düzenlemeler, işleyiş ve olanaklara dair değerli bilgileri vardır ve ulaştırma hizmetlerini hızlandırmanın yanında, ev sahibi ülkenin yasalarıyla uyumun sağlanmasında da yardımcı olabilirler.

3. Yerel Kaynaklar ve İthalat: Gıda ürünlerinin yerel olarak temini ve yerel kaynaklı ya da ithal pazar sistemleri ve yerel üretime yönelik çıkarımlar değerlendirilmelidir. Birden fazla kurumun gıda desteği sağlamaya çalıştığı durumlarda,

(ürün alımı da dahil olmak üzere) yerel kaynak kullanımı mümkün olduğunca eşgüdümlü yürütülmelidir.

4. Tarafsızlık: Adil ve şeffaf anlaşma prosedürleri, adam kayırma ve yolsuzluk şüphelerinin giderilmesi için gereklidir. Gıda yardımı paketleri politik, dini ya da bölücü nitelikte mesajlar taşımamalıdır.

5. Beceriler ve Eğitim: Tecrübeli TZY pratisyenleri ve gıda yardımı yöneticileri çalışanları eğitmek ve TZY sistemini kurmak için hareket halinde olmalıdır. Özel uzmanlık çeşitleri anlaşma yönetimini, taşımacılık ve depo yönetimini, envanter yönetimini, bilgi yönetimini ve hat analizini, sevkiyat takibini, ithalat yönetimini ve benzerlerini içerir. Eğitim verilirken, ortak organizasyonların çalışanları da bu eğitime dahil olmalıdır.

6. Raporlama: Çoğu gıda yardımı yapan kuruluşun özel raporlama şartları vardır, temin zinciri yöneticileri, günlük yönetim gereksinimlerini karşılamanın yanı sıra, bu şartların da farkında olmalıdır. Bu temin zincirindeki gecikme ve sapmaların anında raporlanmasını içerir. Hat bilgileri ve diğer TZY raporları şeffaf bir şekilde paylaşılmalıdır.

7. Dökümantasyon: Yapılan işin belgelendirilmiş izlem denetimini korumak için, gıda yardımının alındığı, saklandığı ve/veya gönderildiği her yerde yeterli bir doküman ve form stoku (nakliye fişleri, gıda payı defterleri, rapor fişleri gibi) bulunmalıdır.

8. Depolama: Gıda depolamaya ayrılmış ambarlar, paylaşılan tesislere göre daha çok tercih edilir. Bir depo seçilirken, depoda daha önce tehlikeli ürünlerin saklanmadığından ve hastalık bulaşma riski olmadığından emin olunmalıdır. Göz önüne alınması gereken başka etkenler güvenliği, kapasiteyi, erişim kolaylığını, sağlamlığı (çatıların, duvarların, kapıların ve zeminin) ve su basma tehlikesinin olmamasıdır.

9. İnsan Tüketimine Uygun Olmayan Ürünlerin Dağıtımı: Zarar görmüş ürünler tıp doktorları ve halk sağlık uzmanları gibi nitelikli uzmanlar tarafından incelenip, insanlar tarafından tüketilmesine uygun olup olmadığı onaylanmalıdır. Tüketime uygun olmayan ürünlerin ortadan kaldırılmasına yönelik yöntemler, hayvan yemi olarak satılması, gömülmesi ya da yakılması olabilir. Hayvan yemi olarak elden çıkartılacak olanların bu amaca uygunluğu belgelenmelidir. Bütün durumlarda tüketime uygun olmayan ürünlerin hayvan ya da insan gıda temin zincirine tekrar dahil olmadığından ve çevreye zarar vermeden veya su kaynaklarını kirletmeden ortadan kaldırıldığından emin olunmalıdır.

10. Temin Zincirine Yönelik Tehlikeler: Silahlı çatışma durumlarında, gıda yardımına savaşan gruplar tarafından el konulması ve yağmalanması tehlikesi vardır ve bu nedenle ulaşım yollarının ve depoların güvenliği göz önüne alınmalıdır. Bütün afet durumlarında, temin zincirinin her seviyesinde hırsızlık yüzünden kayıp verilmesi riski vardır ve riski en aza indirmek için bütün depolama, el değiştirme ve dağıtım noktalarında denetim sistemleri kurulmalı ve işletilmelidir. Gizli anlaşmaları engellemek için, iç denetim sistemleri görev ve sorumlulukların paylaşımını garantiye almalıdır. Dağıtımdaki sapmaları tespit edebilmek için stoklar düzenli olarak denetlenmelidir. Eğer sapma tespit edilirse, temin zincirinin bütünlüğünü sağlayacak önlemlerin alınmasının yanında, daha geniş politik ve güvenlik sorunlarına işaret eden analizler yapılmalıdır (sapan stokunun silahlı çatışmayı besleme ihtimali gibi).

11. Hat Analizleri: Düzenli hat analizleri yürütülmeli ve stok miktarına, gelmesi beklenen ürünlere, dağıtıma vb. olaylara yönelik bilgiler temin zinciriyle ilişkili birimlerle paylaşılmalıdır. Stok seviyesinin düzenli takibi ve tahminleri, beklenen açıkların ve sorunların zamanında tespit edilerek çözüm bulunmasına olanak sağlar.

12. Bilgi Sağlamak: Yerel medyanın kullanımı veya geleneksel haber yayma yöntemleri insanları gıda temini ve operasyonları hakkında bilgilendirmenin bir yolu olarak görülmelidir. Bu durum şeffaflığı destekler. Kadın grupları toplumu gıda yardım programları hakkında bilgilendirmek için yardım sağlamak amacıyla kazanılmalıdır.

Gıda Yardımı Yönetim Standardı 3: Dağıtım

Gıda dağıtım yöntemleri yerel şartlara uygun, uyumlu, şeffaf ve tarafsız olmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Gıda yardımı alıcıları, toplum gruplarını da kapsayan tüm taraflara danışarak yapılan bir değerlendirme uyarınca, gereksinimler temelinde hedeflenmiş ve belirlenmiştir (kılavuz notu 1-2).
* Etkili ve tarafsız dağıtım yöntemleri yerel gruplar, ortak çalışılan organizasyonlar ve çeşitli alıcı grupları danışmanlığında tasarlanmıştır (kılavuz notları 1-3).
* Dağıtım noktaları kolay erişimi ve güvenliği sağlamak için, alıcıların ikamet ettikleri yerlere mümkün olduğunca yakındır (kılavuz notu 4-5).
* Alıcılar verilecek gıda payları ve dağıtım planının kalite ve miktarı hakkında bilgilendirilmiştir (kılavuz notları 6-7).
* Gıda yardım programının performansı ve etkinliği uygun bir şekilde izlenmiş ve değerlendirilmiştir (kılavuz notu 8).

Kılavuz Notlar

1. Hedef Tespiti: Gıda yardımlarında toplumsal cinsiyet, engellilik, dini ve etnik geçmiş vb. gibi ayrımlar yapmaksızın toplumdaki en çok risk altındaki kişilerin gereksinimlerinin karşılanması hedeflenmelidir. Dağıtıcı organlar, tarafsızlıkları, kapasiteleri ve güvenilirlikleri temel alınarak seçilmelidir. Dağıtım organları yerel toplum liderlerini (mütevelli heyetten yaşlılar), yerel olarak seçilmiş yardım topluluklarını, yerel kurumları, yerel sivil toplum örgütlerini ya da devleti veya uluslararası sivil toplum örgütlerini içerebilir.

2. Kayıt: Gıda yardımı alan hanelerin resmi kayıtlarının tutulma işlemine, ortam bu işleme elverişli hale geldikten sonra, mümkün olduğunca hızlı başlanmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir. Yerel otoriteler ve yerel oluşumlar tarafından oluşturulan aile listeleri bu konuda yardımcı olabilir ve bu işleme etki altındaki toplumun kadınlarının katılımı desteklenmelidir. Kadınların istediklerinde kendi isimleri ile kayıt olma hakkı olmalıdır. Kadın ve reşit olmayan insanlar tarafından yönetilen hanelerin ve diğer risk altındaki bireylerin listelerin dışında kalmadığından emin olmak için önlemler alınmalıdır. Eğer kayıt tutma acil durumun ilk aşamalarında olanaklı değilse, istikrar sağlanır sağlanmaz tamamlanmalıdır. Bu özellikle gıda yardımı uzun süre devam edecekse önemlidir.

3. Dağıtım Yöntemleri: Çoğu dağıtım yöntemleri zamanla gelişir. Başlangıç aşamalarında, yerel kaynaklar tarafından sağlanan nüfus tahminleri ya da aile listeleri temel alınarak yapılan temel dağıtımlar tek kullanılabilir yol olabilir. Bütün sistemler gıdanın belirlenen alıcılara ulaştığından ve sistemin eşit ve tarafsız olduğundan emin olmak için yakından takip edilmelidir. Programın erişiminin risk altındaki grupları kapsamasına özel önem gösterilmelidir. Ancak risk altındaki grupları hedefleme girişimleri bu grupların yaşadıkları zorluklara herhangi bir itibar kaybının eklenmesine neden olmamalıdır.

4. Dağıtım Noktaları: Sadece dağıtıcı kurumlar için lojistik olarak elverişli yerlere değil, alıcılar için de güvenli ve en elverişli yerlere kurulmalıdır. Dağıtımın sıklığı ve dağıtım noktalarının sayısı hesaplanırken alıcıların dağıtım noktalarına (veya dağıtım noktalarından evlerine) yolculuk süreleri ve mal taşıma ücret ve uygunluğu göz önüne alınmalıdır. Alıcılar gıda paylarını almak için uzun mesafeler yürümek zorunda kalmamalıdır ve dağıtımlar günlük aktiviteleri kesintiye uğratmayacak zamanlarda yapılmalıdır. Dağıtım noktalarında bekleme alanları ve içilebilir su sağlanıyor olmalıdır.

5. Güvenlik Risklerini En Aza İndirgemek: Gıda değerli bir üründür ve dağıtımın sapması ve olası şiddet riski gibi güvenlik riskleri yaratabilir. Gıdanın az olduğu zamanlarda, dağıtım yapılırken gerilim artabilir. Kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve engelliler gıda paylarını alamayabilir ya da payları zorla ellerinden alınabilir. Bu riskler önceden keşfedilmeli ve en aza indirgemek için gerekli önlemler alınmalıdır. Bu önlemler, dağıtımların gözlenmesini ve dağıtım noktalarının mümkünse yerel polis güçleri ile korunmasını içerir. Gıda yardımı ile ilişkili toplumsal cinsiyet temelli şiddetin ya da cinsel istismarın izlenmesi ve bu durumu önlemek için müdahale edilmesi gerekebilir.

6. Bilginin Yayılması: Alıcılar aşağıdaki konular hakkında bilgilendirilmelidir:

* Dağıtılan gıda paylarının çeşidi, miktarı ve eğer farklı hazırlanmışsa bunun nedeni,
* Dağıtım planı (gün, saat, yer, sıklık) ve eğer varsa, dış etkilerden kaynaklanan aksamalar,
* Gıdanın besin kalitesi ve eğer gerekiyorsa, gıdanın besin değerinin korunması için gereken koşullar,
* Gıda ürünlerinin güvenli taşınması ve kullanılması için gerekenler.

7. Program Değişiklikleri: Yetersiz kaynaklardan dolayı gıda paketlerinde ya da gıda paylarının miktarında yapılacak değişiklikler dağıtım kurumları ve toplum liderleri aracılığı ile alıcılarla tartışılmalı ve hareket planı beraber belirlenmelidir. Dağıtım kurulu halkı değişikliklerden ve nedenlerinden, değişikliğin ne kadar süreceğinden ve ne zaman normal gıda paylarının dağıtımına geri dönüleceğinden haberdar etmelidir. İnsanların ne alacaklarını açık bir şekilde bilmesi önemlidir. Örneğin, gıda paylarının miktarları dağıtım sitelerinde sürekli olarak görünebilen, yerel dilde ya da resimli anlatımla açıklanmış bir şekilde sergilenmelidir, böylece insanlar sorumluluklarının farkında olurlar.

8. İzleme ve Değerlendirme: Gıda yardımı dağıtımının izlenmesi ve değerlendirilmesi besin temini zincirinin her seviyesinde uygulanmalıdır. Dağıtım noktalarında dağıtım yönetiminin eşitliğini ve doğruluğunu ölçmek için hanelere dağıtılan gıda paylarına rastlantısal olarak ağırlık ölçümleri uygulanmalı ve yardım programından çıkan insanların görüşleri alınmalıdır. Toplum bazında gıda yardımı alan hanelere yapılan rastgele ziyaretler günlük gıda paylarının kullanışlılığını ve kabul edilebilirliğini ölçmekte ve ayrıca yardım kriterlerini karşılayan ama gıda yardımı alamayan insanların belirlenmesinde yardımcı olabilir. Bu gibi ziyaretler ayrıca fazladan gıdanın alınıp alınmadığını ve alınıyorsa kaynağını da (örneğin el koymak, satın almak ya da cinsel veya başka suiistimal yoluyla) belirleyebilir. Gıda dağıtım sistemlerinin daha geniş etkileri de göz önüne alınmalıdır. Bunlar, tarımsal döngüye, tarımsal aktivitelere, pazar şartlarına ve tarımsal girdilerin varlığına yönelik çıkarımları kapsar.

BÖLÜM 4: BARINAK, YERLEŞKE VE GIDA-DIŞI KALEMLERDE ASGARİ STANDARLAR

Her insan uygun barınma yeri hakkına sahiptir. Barınma yeri hakkının ana unsurları, hizmet, tesis, malzeme ve altyapı erişimiyle birlikte, maddi açıdan karşılanabilirliği, yaşanacak düzeyde bir yer olması, erişilebilirliği, yeri ve kültürel açıdan uygunluğudur. Barınma yeri hakkı aynı zamanda, doğal kaynaklara sürekli erişim, temiz içme suyu, yemek pişirme, ısınma ve aydınlatma için enerji, sanitasyon ve çamaşır yıkama imkanı, gıda saklama imkanı, atık tasfiyesi, saha drenajı ve acil yardım servisleri gibi hizmetleri de kapsamaktadır.

Bu bölüm iki kısma ayrılmaktadır:

1) Barınak ve Yerleşke

2) Gıda-dışı Kalemler: Giyim, Yatak ve Hanelere Yönelik Kalemler.

Her iki kısım da, konutlara dönme ve hasarlı konutların tamiri, afetten etkilenen insanların ev sahibi ailelerin yanına yerleştirilmesi, mevcut bina ve yapılarda toplu barınaklar oluşturulması ve geçici olarak kurulan ya da kendiliğinden oluşan kamplar gibi, farklı müdahale senaryolarında kullanılmak üzere genel standartları içermektedir.

GİRİŞ

Acil Durumlarda Barınma, Yerleşke ve Gıda-dışı Kalemlerin Önemi

Barınak ve bağlantılı yerleşke ve gıda-dışı kalemlere yönelik müdahaleler, toplumun afetle başa çıkma stratejilerini desteklemelidir. Bu müdahaleler çevre üzerindeki uzun dönemli olumsuz etkileri asgari düzeyde tutarken, afetten etkilenen halkın geçinme imkânlarını koruma ya da yaratmalarını azami düzeye çıkarmalıdır.

Barınakla birlikte kıyafet, battaniye ve yatak takımları, kişisel hijyen ihtiyaçları, yemek hazırlamak ve yemek, yaşanabilecek bir ısı düzeyine sahip olmaları için imkanları olmalıdır.

Mümkün olan en kısa sürede acil durum barınaklarından kalıcı konut çözümlerine geçilebilmelidir.

Kadınlar, barınak ve yerleşke programlarına dahil edilmelidir. Cinsel istismar olmamasına da dikkat edilmelidir.

ASGARİ STANDART 1: BARINAK VE YERLEŞKE

Dağınık bir yerleşkenin mümkün olmadığı durumlarda, barınma toplu olarak kamuya açık büyük binalarda ya da yapılarda (antrepolar, büyük toplantı salonları, barakalar vb) veyahut geçici olarak kurulan ya da kendiliğinden oluşan kamplarda sağlanabilir.

Barınak ve Yerleşke Standardı 1: Stratejik Planlama

Kılavuz Notlar

1. Dönüş: Afetten etkilenenler için en büyük hedef, yaşadıkları bölgeye ve evlerine geri dönebilme imkânıdır. Hasarlı konutların tamir edilmesine yönelik bir plan halkın afetle başa çıkma stratejilerini destekler.

2. Afetten Etkilenen Halkın, Aile ve Topluluklar Tarafından Misafir Edilmesi: Afetten etkilenen insanlar genellikle, diğer aile üyelerinin ya da tarihi, dini veya benzeri bağları paylaşan kimselerin yanına yerleşmeyi tercih ederler. Barınak yardımı, afetten etkilenen hane halklarının daha rahat bir şekilde yerleşmesi için ev sahibi konumundaki ailelerin evlerini iyileştirmek ya da genişletmek veya ev sahibi ailenin evine bitişik olarak ayrı bir barınağın kurulmasını kapsayabilir. Nüfus yoğunluğundaki ve sosyal hizmetlerle altyapıya yönelik taleplerde oluşacak artış tahmin edilmeli ve önlem alınmalıdır.

3. Toplu Yerleşim: Büyük bina ya da bina karkasının altında toplu barınaklar, konutlarda ihtiyaç duyulan ısı düzeyine ulaşılması için gerekli olan kaynakların sağlanamadığı soğuk iklimlerde tercih edilebilir. Okul binaları kullanılıyorsa, çocukların okula devam edebilmesi için barınmaya yönelik alternatif bina aramaya devam edilmelidir. Toplu yerleşimlerin saldırılar için açık bir hedef haline gelmemesi için çabalanmalıdır.

4. Risklerin ve Zarar Görebilirlik Durumlarının Tespiti: Afetten etkilenen ve ev sahibi konumundaki sosyal gruplara, detaylı bir risk ve zarar görebilirlik durum tespiti yapılmalıdır.

5. Doğal Afetler: Deprem, volkanik faaliyet, heyelan, sel ya da fırtına gibi doğal afetlerin herhangi bir noktada teşkil ettiği risk tespit edilmelidir. Riskler yeterince düşürülmeden dönmekten kaçınılmalıdır.

6. Tehlikeli Malzeme ve Eşyalar: Deprem, sel ve tayfun gibi doğal afetler sonrasında potansiyel olarak tehlikeli malzeme ve eşya yığınları oluşabileceği gibi, askeri mühimmat açığa çıkabilir. Bu, deneyimli bir personel tarafından tespit edilmelidir.

7. Yapı Durumlarının Tespiti: Yerleşim bölgelerindeki bina yapılarının sağlamlığı, toplu barınaklar için, binada bulunan mevcut bina karkasının ilave yükleri kaldırabilme yetisi ve zemin, iç duvarlar, çatılar gibi bina parçalarının yıkılma riski uzman bir personel tarafından belirlenmelidir.

8. Arazi ve Bina Mülkiyeti ve Kullanımı: Arazi ve binaların mülkiyeti saptanmalı ve kullanım haklarının (resmi ya da alışılmış şekilde) kimde olduğu mümkün olduğunca belirlenmelidir. Zarar görebilir grupların arazi ya da mülkiyet hakları tespit edilmeli ve desteklenmelidir

9. Tesis ve Hizmetlere Erişim: Mevcut durumdaki ya da tamir edilmiş ve yeterli kapasiteye sahip tesis ve hizmetler tespit edilmeli ve kullanıma sunulmalıdır.

10. Yerleşim Birimlerine Erişim: Toplu barınaklar ve geçici olarak kurulan ya da kendiliğinden oluşan kamplar için, yerleşim biriminin kendisi ve öncelikli depolama ve gıda dağıtım noktaları tüm hava şartlarında kamyonlar tarafından ulaşılabilir bir durumda olmalıdır. Diğer noktalara ise küçük araçlarla ulaşılabilir olmalıdır.

11. Geçim Desteği: Yaşadığı yeri terk etmek zorunda kalanlar ve afetten etkilenenlere ev sahipliği yapan topluluk içindeki zarar görebilir grupların ihtiyaçları ve sıkıntıları tespit edilmeli ve karşılanmaya çalışılmalıdır.

Barınak ve Yerleşke Standardı 2: Fiziksel Planlama

Kılavuz Notlar

1. Grup Planlaması: Toplu yerleşimlerde, mevcut sosyal uygulamalar ve su, sanitasyon hizmetleri, yemek pişirme ve gıda dağıtımı gibi paylaşılan kaynaklara göre düzenlenmeli, farklı hanelerin mahremiyeti göz önünde bulundurulmalıdır.

2. Hizmet ve Tesislere Erişim: Su tedariği, tuvalet, sağlık ve sosyal hizmetler dahil olmak üzere temel hizmetlere erişim, mevcut ya da tamir edilmiş tesislerin kullanımını azami bir noktaya çekerken, çevre halklar üzerindeki olumsuz etkileri asgari bir düzeye indirmeli, herkes için güvenli erişim sağlanmalıdır.

3. Ölü Defin Yöntemleri: Ölü defin yöntemlerine yönelik sosyal adetlere saygı gösterilmelidir. Her sosyal grubun kendi göreneklerini saygınlık içinde yaşaması için birbirinden ayrı alanlar sağlanmalıdır. Mezarlıklarla içme suyu kaynakları arasında en az 30 metre mesafe olmalı ve mezarların zemini su tabakasının en az 1,5 metre üzerinde olmalıdır. Mezarlıklardan çıkan yüzey suları yerleşim birimlerine ulaşmamalıdır.

4. İdari Tesisler ve Karantina Alanları: Gerekli durumlarda, afete yönelik yardım faaliyetlerini destekleme ve karantina alanları oluşturulmalıdır.

5. Yüzey Alanı: Kişi başına 45 m^2 düşecek bir alan planlaması, konutlara ayrılmış bölgeleri ve yollar, patikalar, eğitim kurumları, hıfzısıhha hizmetleri, orman yolları, idari kurumlar, su depolama, dağıtım noktaları, pazarlar ve müstakil konutların bostanlıkları için gerekli olan alanları içermektedir. Alan planlamasında nüfustaki gelişme ve artışlar da göz önünde tutulmalıdır.

6. Topografya ve Zemin Şartları: Geçici olarak oluşturulmuş kamplar için, kapsamlı drenaj ve erozyon kontrol tedbirleri alınmadığı sürece, yüzey eğimi % 6'yı geçmemeli, yeterli drenaja imkan sağlaması için de tercihen % 1'in üstünde olmalıdır. Su taşkınlarını ve gölet oluşumlarını engellemek için drenaj kanallarına ihtiyaç olabilir. Yağmurlu mevsimlerde yerleşim biriminin en alçak noktası ile tahmin edilen su tabakası arasındaki mesafe 3 metrenin altında olmamalıdır.

7. Barınak Bölgelerine Erişim: Mevcut ya da yeni oluşturulacak güzergâhlar herhangi bir tehlikeli duruma yakınlaşmayı engellemelidir.

8. Erişim ve Acil Durum Çıkışları: Toplu barınaklar potansiyel güvenlik tehditlerini asgari bir noktaya çekmesine imkan tanımalıdır. Toplu barınakların çıkış noktalarında basamak ya da yükseklik farkı olmamasına dikkat edilmeli ve tüm merdiven ve rampalarda tırabzan olması sağlanmalıdır. Mümkün olan durumlarda, yürüme zorluğu çeken ya da yardım almadan kendi başlarına yürüyemeyen barınak sakinleri için zemin katta çıkışlara bitişik alanlarda yer ayrılmalı ya da yükseklik farkı olmayan çıkış güzergâhlarına yerleştirilmelidir. Tüm bina sakinleri oluşturulacak en az iki çıkış noktasına makul bir uzaklıkta bulunmalı, bu çıkışlar kolaylıkla görünebilir olmalıdır.

9. Hastalık Taşıyıcıların Teşkil Ettiği Riskler: Düşük rakımlı alanlar, çukurlar, terk edilmiş binalar ve kerpiç evlerin neden olduğu hafriyat bölgeleri, yakın bölgelerdeki konutlar açısından ciddi sağlık riski teşkil edebilecek hastalık taşıyıcılar için üreme bölgelerine dönüşebilir.

Barınak ve Yerleşke Standardı 3: Kapalı Yaşam Alanı

Kılavuz Notlar

Kişi başına düşen kapalı alan en az 3,5 m^2'dir

1. İklim ve Şartlar: Sıcak ve nemli iklimlerde, sağlıklı bir çevre oluşturmak için gerekli olan ilave hava dolaşımına imkan tanıyacak, kişi başına düşen 3,5 m^2 den fazla kapalı alan hesaba katılmalıdır. Sıcak ve nemli iklimlerde hava dolaşımının sağlanması için yüksek tavan tercih edilirken, soğuk iklimlerde tavanın alçak olması gerekmektedir. Sıcak iklimlerde, yemek hazırlamak, pişirmek ve uyumak için barınağa bitişik durumda gölgeli dış alanlar oluşturulabilir.

2. Süre: Bir afet sonrasındaki ilk safhalarda, ihtiyaç içindeki insanlara elverişli kısa dönem barınak sağlamak için kişi başına 3,5 m^2'den az bir kapalı alan da uygun olabilir. Barınak oluşturmaya yönelik müdahale kişi başına 3,5 m^2 alana en kısa süre içerisinde ulaşmak için tasarlanmalıdır. Kişi başına 3,5 m^2'ye ulaşılamadığında kısıtlı kapalı alanın saygınlık, sağlık ve mahremiyet üzerindeki etkilerine dikkat gösterilmelidir ve insanlar üzerindeki olumsuz etkileri hafifletecek tedbirler alınmalıdır.

3. Çatı Kaplamaları: Tam bir barınak oluşturmaya yönelik malzemeler sağlanamadığında, çatıları kapatmak ve asgari bir kapalı alan oluşturmak için gerekli olan yapısal taşıyıcı desteğine öncelik verilmelidir.

4. Kültürel Uygulamalar: Kapalı alanların kullanılmasına yönelik mevcut yerel uygulamalar (örneğin uyuma düzeni ve aile fertlerinin yerleşme şekli gibi), gerekli olan kapalı alanın planlanması esnasında göz önünde tutulmalıdır. Planlama esnasında zarar görebilir gruplara dahil olan insanlar kadar, hareket etme açısından kısıtlı kişilere de danışılmalıdır.

5. Güvenlik ve Mahremiyet: Kadınlar, kızlar ve genç erkekler saldırılara karşı savunmasız bir durumdadır ve tehditlerden uzak olmaları için yeterli ayrımın yapılmasına yönelik özel ilgi gösterilmelidir. Bağımsız konut barınaklar içinde, dahili bölmeler oluşturmaya yönelik imkanlar sağlanmalıdır. Toplu barınaklarda, akraba ailelerin bir arada bulunması, bina veya yapı karkasının içerisinde iyi planlanmış erişim güzergahları, kişisel ve konut alanlarının izlenmesine yönelik malzemeler yeterli kişisel mahremiyet ve güvenliğin sağlanmasına yardımcı olabilir.

6. Hane Faaliyetleri: Hane içinde, uyumak, çamaşır yıkamak ve giyinmek, bebeklerin, çocukların, hastaların ve zayıf durumda olanların bakımı, gıda, su, ev eşyaları ya da diğer önemli malzemelerin saklanması, gerektiğinde içeride yemek pişirmek ve yemek, hane halkının bir araya gelebilmesi için alan sağlanmalıdır.

7. Tasarım ve Alan Oluşturma: Sağlanan kapalı alanın esnek kullanımı, gündüz ve gece farklı zamanlarda farklı faaliyetlere imkân tanıyabilmelidir. Yapının tasarımı, giriş-çıkışların konumu ve dahili bölmelere yönelik imkanlar iç ve bitişik dış alanlarda ihtiyaç duyulduğunda gündelik faaliyetlere, geçinmeyi destekleyecek aktivitelere ortam yaratabilmelidir.

8. Barınakların Diğer İşlevleri: Barınaklar, arazi talepleri ve hakları, yardımların alınmasına yönelik yer olarak hizmet etmesi ve yeniden inşaat süreci dahilinde afet sonrası psikososyal destek alımını aynı zamanda hanenin temel finansal değerini de temsil edebilir.

Barınak ve Yerleşke Standardı 4: Tasarım

Kılavuz Notlar

Barınağın tasarımı ve kullanılan malzemeler mümkün olduğunca halk açısından tanıdık ve kültürel ve sosyal açıdan kabul edilebilir düzeydedir.

1. Katılımcı Tasarım: Barınakların son haline ve kullanılacak malzemelere karar verilmesi sürecine afetten etkilenen bütün haneler mümkün olduğu ölçüde dahil edilmelidir.

2. Yerel Barınak İnisiyatifleri ve Hasarlı Binaların Tamiratı: Deprem sonrası artçı sarsıntılar ya da toprak kayması gibi riskler, hanelerin bir çatışmadan etkilenen bölgeye geri dönmesine yönelik potansiyel güvenlik riski ve hasar görmüş altyapı ve binalardan kaynaklanan sağlık ve güvenlik riskleri saptanmalıdır.

3. Malzeme ve İnşaat: Yerel ya da alışılmış malzemeler mevcut ya da tavsiye edilebilir olmadığında, kültürel olarak kabul edilebilir tasarım ve malzemeler, afetten etkilenen insanların da katılımıyla belirlenmelidir.

4. Sıcak ve Nemli İklimler: Barınaklar havalandırmayı azami, doğrudan güneş ışığını ise asgari bir noktaya çekecek şekilde konumlanmalı ve tasarlanmalıdır. Mümkün olan en yüksek hava akımını sağlamak için kapı ve pencereleri kapatacak engellerden (komşu barınaklar gibi) kaçınılmalıdır. Çatılar yağmur suyu drenajına imkan tanıyacak bir eğime ve geniş saçaklara sahip olmalıdır. Mevsimlik yağışlar göz önüne alınmalı, barınak etrafında yeterli yüzey su drenajına ve su girişini asgari bir noktaya çekmek için barınak zemininin yükseltilmiş olmasına dikkat edilmelidir. Mevcut bitki örtüsü toprağın su emme kapasitesini arttırabilir.

5. Sıcak ve Kuru İklimler: Yüksek ısı kapasitesi sağlamak için barınak inşaatı, içerisini gece ve gündüz sıcaklıklarındaki değişimi göz önüne alarak, soğutacak ya da ısıtacak şekilde ağır malzemelerle yapılmalı veya yeterli düzeyde bir yalıtımla inceletilmiş malzemeler kullanılmalıdır. Sismik risk taşıyan bölgelerde ağır malzemelerle inşa edilen barınakların yapısal tasarımına dikkat gösterilmelidir. Yalnızca plastik kaplama ya da tentelerin kullanıldığı durumlarda yayılan sıcaklık artışını düşürecek şekilde yüzeyler arasında havalandırmaya imkân tanıyan çift tabakalı çatılar tercih edilmelidir. Kapı ve pencerelerin doğrudan rüzgâr almayacak şekilde konumlanması, sıcak rüzgârlarla sıcaklık artışının ve barınak çevresindeki alanda ısı dağılımının asgari bir noktaya çekilmesine yardımcı olacaktır. Gölgelik alanlar ve sıcak rüzgârlardan korunma, bitişik barınaklar, çevredeki doğal yüzey şekilleri ya da ağaçlarla da sağlanabilir. Barınaklara kum girişini asgari bir noktaya çekmek için harici duvarlarla bitişik zeminler oluşturulmalıdır.

6. Soğuk İklimler: Gün boyu kullanılan barınaklarda yüksek ısı kapasitesi sağlamak için ağır malzemelerle inşaatı tercih edilmelidir. Yalnızca geceleri kullanılan barınaklarda, düşük ısı kapasitesi ve yüksek yalıtımlı, inceltilmiş malzemeler kullanılması daha uygun olacaktır. Barınaklar içindeki hava akımı, insanların rahat edeceği kadar düşük olmalı fakat aynı zamanda da alan ısıtıcıları ya da ocaklar için yeterli havalandırma sağlamalıdır. Kapı ve pencereler ısı kaybını asgari düzeyde tutacak şekilde tasarlanmalıdır. Soba ve diğer tip ısıtıcılar temel bir gerekliliktir ve barınağa uygun olmalıdır.

7. Havalandırma: Sağlıklı bir dahili ortam sağlamak ve tüberküloz gibi hastalıkların yayılma riskini düşürmek için barınak tasarımı yeterli düzeyde havalandırmaya imkan tanımalıdır.

8. Yerel Su Edinimi, Sanitasyon ve Atık Yönetimine Dair Uygulamalar: Güvenli su kaynakları, dışkı boşaltım sistemleri ve atık yönetimine dair afet öncesi uygulamalar tespit edilmeli ve bu uygulamaların afet sonrası koşullarda sunacağı imkan ve kısıtlamalar belirlenmelidir. Tuvaletlerin ve katı atık yönetimi tesislerinin konumu, barınak ya da yerleşke tasarımlarının kültürel, çevresel, güvenlik ve sosyal boyutlarını risk altında bırakmamalıdır.

9. Hastalık Taşıyıcıların Teşkil Ettiği Risklerin Belirlenmesi: Bölgedeki bina tipleri, yaşadıkları yeri terk etmek zorunda kalmış insanların barınak kullanım şekilleri ve malzeme seçimi, barınak tasarımı ve hastalık taşıyıcıları kontrole yönelik tedbirlerin belirlenmesinde göz önünde tutulmalıdır. Bu türden durumlarda risk kaynakları genellikle sivrisinekler, sinekler, sıçanlar, yılan, akrep ve karıncalardır.

Barınak ve Yerleşke Standardı 5: İnşaat

Kılavuz Notlar

Yerel ekonomiyi ya da çevreyi olumsuz yönde etkilemeden, yerel kaynaklı malzeme ve işgücü kullanılır.

1. Barınak Malzemeleri ve İşgücünün Temini: Yerel kaynaklardan teminin yerel ekonomi ya da çevre üzerinde belirgin olumsuz etkileri olduğu durumlarda, farklı kaynaklar, alternatif malzeme ve yapım süreçleri ya da bölgesel veya uluslararası kaynaklı malzemelerle özel barınak sistemleri tercih edilebilir. Mümkün olan durumlarda, hasar görmüş ya da yıkılmış binalardan sağlanan malzemelerin yeniden kullanımı, ister temel (tuğla ya da duvar bölmeleri, kereste, çatı kiremitleri vs) ister ikincil derecede önem teşkil eden inşaat malzemeleri olarak (barınak temelleri ya da yollar için moloz) teşvik edilmelidir. Kullanılan malzemelerin mülkiyeti ya da hakları tespit edilmeli ve gerekli anlaşmalar sağlanmalıdır.

2. Afetten Etkilenen Hanelerin Katılımı: Beceri geliştirme-eğitim programları ve çıraklık sistemi, afetten etkilenen insanların (özellikle de gerekli olan inşaat beceri ve deneyiminden yoksun olan kişilerin) inşaat sürecine katılımını azami noktaya çekebilir. Fiziksel güç ya da teknik düzey gerektiren işleri üstlenemeyen insanların inşaat bölgesi izleme ve envanter kontrolü, çocuk bakımı ve geçici yerleşkelerin sağlanması, inşaat çalışanlarının yemek ihtiyacının desteklenmesi ve idari işler yoluyla, inşaat sürecini desteklemesi sağlanabilir. İş karşılığı yemek sisteminin sürece dahil edilmesi, gereken yiyecek güvenliğini sağlayacağından, afetten etkilenen hanelerin faal şekilde surece katılımına olanak tanır. Yalnız kadınlar, aile reisinin kadın olduğu haneler ve engelli kadınlar, barınaklarının inşaatı için yardım arama sürecinde özellikle cinsel istismarlara karşı riskli bir konumdadır.

3. İnşaat Standartları: Temel güvenlik ve performans gereksinimlerinin karşılanması için inşaat uygulama standartları yetkili mercilerle karara bağlanmalıdır. Kullanılabilir yerel ya da ulusal inşaat yönetmeliği söz konusu olmadığı durumlarda, yeni standartlar üzerinde anlaşılmalıdır.

4. Afet Engelleme ve Etkilerini Hafifletme: Seçilecek tasarım iklim koşullarına uyumlu, rüzgâr yüküne dayanıklı ve soğuk iklimlerde kar yükünü karşılıyor olmalıdır. Depreme karşı direnç ve zemin taşıma şartları tespit edilmelidir. Afet sonucunda bina standartları ya da genel bina uygulamaları konusunda önerilen veya fiili değişimler, yerel merciler ve afetten etkilenen halka danışılarak uygulanmalıdır.

5. Geliştirme ve Bakım: Seçilen inşaat şekli ve kullanılan malzemeler, afetten etkilenen hanelere, uzun dönemli ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde barınaklarını uyarlama ya da geliştirme ve yerel olarak mevcut araç ve malzemelerle onarım yapabilme imkânını tanımalıdır.

6. Tedarik ve İnşaat Yönetimi: Merkezden, inşaat yapılacak sahaya, kaynak bulma, temin, taşıma, işleme ve idareyi kapsayacak şekilde, malzeme, işgücü ve inşaat bölgesi idaresi konusunda geçerli, etkili ve sorgulanabilir bir temin zinciri ve inşaat yönetim sistemi sağlanmalıdır.

Barınak ve Yerleşke Standardı 6: Çevreye Etki

Kılavuz Notlar

Afetten etkilenen halkın geçici ya da sürekli yerleşimi sırasında, mevcut doğal kaynaklar göz önünde tutulur.

1. Çevresel Kaynakların Sürdürülebilirliği ve Yönetimi: İnsanların bölgede yerleşmesine imkan tanıyacak geniş kapsamlı doğal kaynaklara sahip çevrelerde, afetten etkilenen halkın bölgeye yayılması sağlanmalıdır (oluşturulacak küçük ölçekli yerleşim birimleri, geniş yerleşimlere kıyasla çevre üzerinde daha az olumsuz etkiye sahiptir). Yakıt, su, inşaatlarda kullanılmak için kereste, taş ve kum gibi mevcut kaynaklara erişim hakkı ve mevcut arazi ve ağaçlık alanların kullanım ve bakımı belirlenmelidir.

2. Çevre Üzerinde Uzun Dönemli Olumsuz Etkilerin Hafifletilmesi: Tamamlayıcı çevre yönetimi ve rehabilitasyon vasıtasıyla uzun dönemli etkilerin asgari bir noktada tutulmasına çaba gösterilmelidir.

3. İnşaat Malzemelerinin Temini: Kaynak çıkarma ve kaynakların yenilenme oranları ve bu kaynakların mülkiyet ve kontrol hakları belirlenmelidir.

4. Erozyon: Genel arazi kullanımı, mevcut bitki örtüsünün dağılımı ve yüzey drenaj şekilleri, gerekli olan yüzey açma işlemlerinin etkisini tespit etmek için belirlenmelidir. Tarım alanlarının ya da otlakların kullanımı, bölgenin doğal yaşamı üzerindeki olumsuz etkileri asgari bir noktada tutacak şekilde planlanmalıdır. Barınak çözümleri, Toprak stabilizasyonunun sağlanması gölgelik alan ve hava şartlarından korunma imkanlarının azami bir noktaya çekilmesi için, mevcut ağaçlık alanların ve bitki örtüsünün muhafaza edilmesine imkan tanıyacak şekilde oluşturulmalıdır. Erozyon ve su taşkınlarının asgari düzeyde tutulabilmesi için, yollar, patikalar ve drenaj şebekeleri doğal yüzey şekillerini takip edecek şekilde planlanmalıdır. Bu şartlar sağlanamadığında, yeraltı drenaj kanallarının oluşturulması, yolların altından geçen drenaj boru sistemleri ya da su sızmalarını engellemek için toprak setler gibi, erozyona yol açacak muhtemel durumlara yönelik etkili tedbirler alınmalıdır.

5. Devir Teslim: Toplu barınaklar ve geçici olarak kurulmuş ya da kendiliğinden oluşan kampların etrafındaki çevrenin doğal olarak yeniden canlanması, geçici yerleşke suresince, şartlara uygun çevre iyileştirme tedbirleri ile desteklenmelidir. Geçici yerleşimler sona erdiğinde yeniden kullanılamayacak veya çevre üzerinde olumsuz etkiye neden olacak bütün malzeme ve atıkların tasfiyesi sağlanmalıdır.

ASGARİ STANDART 2:
GIDA-DIŞI KALEMLER (GİYİM, YATAK VE HANELERE YÖNELİK)

Kıyafet, battaniye ve yatak malzemeleri, hava şartlarından korumaya ve sağlık, mahremiyet ve saygınlığın sağlanmasına yönelik en kişisel insan ihtiyaçlarını karşılayan eşyalardır. Ailelerin, kişisel hijyen ihtiyaçlarını karşılamaları, yemek hazırlayıp yemeleri, ısınmaları, barınak inşaatı, bakımı ya da tamiri için temel eşya ve malzemeler gereklidir.

Gıda-dışı Kalemler Standardı 1: Giyim ve Yatak Malzemeleri

Kılavuz Notlar

Kadınlar, kızlar, erkekler ve delikanlılar, kendi ölçülerinde, kültür, mevsim ve iklim şartlarına uygun en az bir tam takım kıyafete sahiptir. Bebeklerin ve iki yaşına kadar olan küçük çocukların asgari 100x70 cm ölçülerinde battaniyeleri vardır.

1. Kıyafet Değişimi: Yıkanabilmelerine olanak tanımak için temel kıyafetlerden bir takımdan daha fazlasının (özellikle de iç çamaşırları için) sağlanması gerekir.

2. Uygunluk: Kıyafetler, iklim şartlarına ve kültüre uygun olmalı, erkekler, kadınlar, kızlar ve delikanlılar için ayrı ayrı olmalı ve yaşa göre ölçülendirilmelidir.

3. Isı Performansı: Gereksinim duyulan ısı düzeyinin sağlanması için, kıyafet ve yatak takımlarının uygun bir kombinasyonu temin edilmelidir. Yalıtım özelliği olan uyku takımları kullanmak, zemin vasıtasıyla ısı kaybını engellemek için ilave battaniyelerden daha etkili bir çözüm olabilir.

4. Dayanıklılık: Alternatif kalemlerin yokluğundan dolayı, sağlanan kıyafetler ve yatak takımları bölge şartlarını ve uzun kullanımı karşılayacak şekilde yeterli dayanıklıkta olmalıdır.

5. Özel İhtiyaçlar: İnkontinans (idrar tutamama) problemleri olan, ishal sorunu yaşayan insanlar, hamile ve emzirme döneminde olan kadınlar, yaşlılar, engelliler ve hareket etme kabiliyeti kısıtlı olan diğerleri için, gerektiğinde üzerlerini değiştirmelerine imkan tanıyacak fazladan kıyafetler sağlanmalıdır. Yetişkinlere kıyasla ısı kaybına karşı daha korunmasız durumdaki bebekler ve çocukların yeterli düzeyde ısınması için ilave battaniyelere ihtiyaç olabilir. Hareket etme kabiliyeti sınırlı olan yaşlılar, hastalar, zayıf durumda olanlar da döşek ya da yükseltilmiş yatak sağlamak gibi özel bir ilgiye ihtiyaç duyabilirler.

Gıda-dışı Kalemler Standardı 2: Kişisel Hijyen

Kılavuz Notlar

Kişi başına ayda 250g banyo sabunu, 200g çamaşır yıkama sabunu düşer. Kadınlar kızlar için regl dönemlerine yönelik sıhhi malzemeler, bebekler ve iki yaşına kadar olan küçük çocuklar için yıkanabilir 12 çocuk bezi ya da tek kullanımlık alt bezleri sağlanır. Kişisel hijyen, saygınlık ve insanların rahatı açısından gerekli olan ilave kalemlere erişilebilmelidir.

1. Uygunluk: İnsanlara yabancı gelmesinden ötürü kullanılmayacak ya da yanlış kullanılacak (örneğin yanlışlıkla yiyecek malzemesi sanılabilecek) ürünlerin tedarik edilmemesi için dikkat gösterilmelidir. Kültürel açıdan uygun olan ya da tercih edilen durumlarda, çamaşır yıkama sabunu yerine çamaşır tozu kullanılabilir ya da kül veya temiz kum gibi uygun alternatifler değerlendirilebilir.

2. Değiştirme: Tüketim malzemelerinin gerektiğinde tekrar yerine konulabilmesine özen gösterilmelidir.

3. Özel İhtiyaçlar: İnkontinans (idrar tutamama) problemleri olan, ishal sorunu yaşayan insanlar, yaşlılar, engelliler ve hareket etme kabiliyeti kısıtlı olan diğerleri için ilave miktarlarda banyo ve çamaşır yıkama sabunu sağlanmalıdır.

4. Sıhhi Korunma: Sağlanan malzemelerin uygunluğu ve hangi malzemelerin tedarik edileceği konusunda kadınların da karar mekanizmasına dahil edilmesi önemlidir.

5. İlave Kalemler: Mevcut sosyal ve kültürel uygulamalar kişisel hijyene yönelik ilave kalemleri gerektirebilir. İmkanlar dahilinde, bu kalemler kişi başına ayda 75ml/100g diş macunu, bir diş fırçası, 250ml şampuan, bebekler ve iki yaşından küçük çocuklar için 250ml losyon, bir traş bıçağı, hane başına ise bir saç fırçası ve/veya tarak ve tırnak makasını içerebilir.

Gıda-dışı Kalemler Standardı 3: Yemek Pişirme ve Yeme Aletleri

Kılavuz Notlar

Her hanenin, kulplu büyük boy bir tencere ve kapak olarak da kullanılabilecek bir tava, kulplu orta boy bir tava ve kapak, yemek hazırlamak ya da servis etmek için bir leğen, bir mutfak bıçağı ve iki tahta servis kaşığına, 10-20 litre arası kapasiteye sahip kapaklı iki su kabı (vidalı kapağı olan 20 litrelik bidonlar ya da kapaklı 10 litrelik kovalar) ve ilave olarak su veya yemek saklama kabına ayrıca her bir kişinin bir yemek tabağı, bir metal kaşık ve fincan ya da su kabına erişimi olmalıdır.

1. Uygunluk: Sağlanan mutfak malzemeleri kültürel açıdan uygun olmalı ve güvenli kullanıma imkan tanımalıdır. Kadınlar ya da yemek hazırlama ve su tedariğinden sorumlu olan kişilere bu malzemeler tanımlanırken danışılmalıdır. Yemek pişirme-yeme aletleri ve su bidonları-kapları yaşlıların, engellilerin ve çocukların da kullanımına uygun olarak ölçülendirilmelidir.

2. Plastik Eşyalar: Tüm plastik eşyalar (kovalar, kaseler, bidonlar, su kapları vb.) yemek standartlarını karşılamalıdır.

3. Metal Eşyalar: Tüm çatal-bıçak takımları, kaseler, tabaklar ve fincanlar paslanmaz çelikten ya da alaşımında demir bulunmayan metalden olmalıdır.

4. Bebeklerin Beslenmesi: Anne sütünün yerine geçecek besinlerin gerekli olduğu istisnai durumlar dışında, bebek besleme şişeleri tedarik edilmeyebilir.

Gıda-dışı Kalemler Standardı 4: Ocaklar, Yakıt ve Aydınlatma

Kılavuz Notlar

Yemeğin hanelerde pişirildiği durumlarda, her hane yemek pişirme ve ısınmaya yönelik temel ihtiyaçların karşılanması için bir ocağa ve yeterli miktarda yakıta sahip olmalıdır. Çevresel ve ekonomik açıdan uygun yakıt kaynakları tespit edilmeli ve dış kaynaklardan sağlanan yakıta göre bu bölgesel kaynaklara öncelik verilmelidir. Yakıt depolamak için güvenli bir alan ve her hanenin, fener ya da mum gibi aydınlatma çeşitlerine ocak ya da mum yakmak için, kibrit gibi veya uygun alternatif ateşlemeye erişimi olmalıdır.

1. Ocaklar: Ocak ve yakıt çözümlerinin belirlenmesinde mevcut bölgesel uygulamalar dikkate alınmalıdır. Düşük enerji gerektiren yemek pişirme yöntemleri (odun ateşinde yemek pişirme, yangın yönetimi, ortak yemek pişirme vb.) teşvik edilmelidir.

Afet nedeniyle yaşadıkları yeri terk etmek zorunda kalan halkın toplu barınaklara yerleştirildiği durumlarda, yangın riskini ve iç alanlarda duman kirliliğini asgari bir noktada tutmak için, her hane için ayrı ocak kurulması yerine toplu ya da merkezi yemek pişirme ve ısıtma sistemleri oluşturulmalıdır.

2. Havalandırma: Kapalı bir alanda kullanıldıkları takdirde, gaz ya da dumanın dışarı güvenli bir şekilde verilmesi için ocakların baca bağlantıları düzgün bir şekilde yapılmalıdır. Alternatif olarak ocak ve pencerelerin konumu, yeterli havalandırmaya ve barınak içindeki hava kirliliği ve solunum sorunlarının asgari bir noktada tutulmasına imkan tanıyacak şekilde belirlenmelidir. Ocaklar yangın riskini ve iç ve dış kirliliği asgari noktada tutacak şekilde tasarlanmalıdır.

3. Sürdürülebilir Yakıt Kaynakları: Yakıt kaynakları doğru bir şekilde yönetilmeli ve sürekli bir tedarik sağlanabilmesi için kaynakların ikmali ve yeniden oluşturulmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

4. Yakıt Alınması: Kişisel güvenliğin sağlanması açısından, yemek pişirme ve ısınma ihtiyaçlarını karşılamak için yakıt alınacak yerler ve yakıt alma yolları konusunda kadınlara danışılmalıdır. Yakıt alma konusunda, aile reisinin kadın olduğu ve korunmasız grupların talepleri dikkate alınmalıdır. Mümkün olan yerlerde, daha az işgücü gerektiren yakıtların seçimi, düşük yakıt tüketimi olan ocakların kullanımı ve kolay ulaşılabilir yakıt kaynakları gibi özel çözümler oluşturulmalıdır.

Gıda-dışı Kalemler Standardı 5: Aletler ve Ekipman

Kılavuz Notlar

Barınaklarının bir kısmının ya da tümünün inşaatından veya gerekli bakım işlerinden sorumlu olan hanelerin, işlerin güvenli bir şekilde yapılması için gerekli olan alet ve ekipmanlara erişimi olmalıdır. Gerekli olan durumlarda, aletlerin kullanımı ve barınak inşaatı ya da tamir işleri konusunda gerekli olan eğitim verilmeli veya kılavuzluk yapılmalıdır. Hastalık taşıyıcılardan kaynaklanan hastalıkların yayılmasına karşı hane fertlerini korumak için, sivrisinek ağları gibi malzemeler tedarik edilmelidir.

1. Genel Alet Setleri: Yerel uygulamalara göre belirlenecek şekilde, genel bir alet seti çekiç ya da tokmak, balta ya da pala, bel ya da kürek içerebilir. Bölge koşullarında kolaylıkla tamir edilebilecek aletler tercih edilmelidir. Yer değiştirmiş toplulukların, yüzey suları drenaj kanalları için kazı yapmak ve ölülerle ilgilenmek (tabut yapmak, mezarlık ve defin çukurları açmak ya da ölülerin yakılması için odun ateşi hazırlamak) için gerekli aletlere sahip olması gerekmektedir.

2. Geçinmeye Yönelik Faaliyetler: Mümkün olan yerlerde, tedarik edilen aletler geçinmeye yönelik faaliyetler için de uygun olmalıdır.

3. Teknik Yardım: Aile reisinin kadın olduğu haneler ve belirlenmiş diğer korunmasız grupların, inşaat ya da bakım işlerinin yapılabilmesi için diğer aile fertlerinden, komşulardan ya da sözleşmeli çalışanlardan yardım ve destek alması gerekebilir.

BÖLÜM 5: SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR

Bu bölüm üç ana başlıktan oluşmaktadır:

1) Sağlık sistemleri ve sağlık altyapısı,

2) Bulaşıcı hastalıkların kontrolü,

3) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü.

Bu bölüm, bir afet esnasında sağlık hizmetlerini planlama, uygulama, izleme ve değerlendirmek için bir sistem yaklaşımı geliştirir. Bu yaklaşım, öncelikli sağlık gereksinimlerini belirler ve bu gereksinimlerin etkin ve etkili bir şekilde karşılanmasını sağlar. Bölüm boyunca, ulusal ve yerel ölçekteki sağlık sistemleri ile koordinasyon ve standardizasyon çalışmalarını desteklemeye yönelik prensiplere dikkat çekilmektedir.

GİRİŞ

Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Sağlık hizmeti afetin ilk evresinde hayatta kalmanın kritik anlamda belirleyicisidir. Halkın iyilik halinin devamlılığı da refahı üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Halk sağlığı üzerindeki bu etki doğrudan (örneğin yaralanmalar ve psikolojik travmalar) olabileceği gibi dolaylı da (örn. bulaşıcı hastalık hızlarının artması, beslenme bozukluğu, kronik hastalıkların yan etkileri vb.) olabilir. Bu dolaylı sağlık etkilerinin çoğu suyun uygun olmayan özellikte ve miktarda olması, sanitasyonun bozulması, gıda desteğinin ve sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması, yerinden edilmiş topluluklar ve nüfusun aşırı kalabalıklaşması gibi faktörlerle ilişkilidir. Afete insani yanıt için öncelikli amaçlar:

1) Aşırı hastalık ve ölümlerin azaltılması ve önlenmesi

2) Normale dönmeyi kolaylaştıracak koşulların oluşturulmasıdır.

Öncelikli sağlık hizmetlerine karar verilebilmesi için etkilenen toplumun önceki sağlık düzeylerinin, gereksinimlerinin, sağlık risklerinin, kaynak ve kapasitelerinin iyi bilinmesi gerekir. Afetin erken evrelerinde bilgiler eksik olabilir ve halkın sağlığına ilişkin önemli kararlar geçerli veriler elde edilmeden ve analiz yapılmadan alınabilir. Bu nedenle, toplum temsilcilerini de kapsayan çok sektörlü bir değerlendirmenin, olabildiğince, afetin halk sağlığı üzerine etkilerini, öncelikli halk sağlığı gereksinimlerini, yerel kaynaklara ulaşım olanaklarını ve dış yardım gereksinimini belirlemeye yönelik olarak yürütülmesi gerekir. Öncelikli halk sağlığı müdahaleleri, genellikle, mümkün olduğunca çok sayıda insana, mümkün olduğunca çok fayda sağlayacak şekilde planlanmalıdır. Müdahaleler olabildiğince kanıta dayalı uygulamaların ilkelerine uygun olarak yapılmalı, bunlar içinde sağlık yararı gösterilmiş olanlar tercih edilmelidir. Bu müdahaleler genellikle, güvenli ve uygun nitelikte su, sanitasyon faaliyetleri, beslenme hizmetleri, gıda yardımı/gıda güvenliği, barınma ve temel klinik bakımı içerir. Önleyici ve klinik hizmetler öncelikle olası salgın hastalıkların kontrolünü amaçlar. Kitlesel bir kızamık aşısı kampanyası, özellikle mülteciler ve karmaşık acil durumlardan etkilenenler gibi kızamık salgını riski taşıyan topluluklar için büyük ölçüde öncelikli olacaktır. Pek çok afet ortamında, hastanede yapılacak bakım, halk sağlığı üzerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha az bir etkiye sahiptir. Afetzedelerin, sağlık hizmetlerini planlama, uygulama, izleme ve değerlendirme süreçlerine katılımı şarttır. Yerel kapasitenin afetzedelerle birlikte oluşturulması, afetin yaralarının sarılması ve olası afetlere karşı hazırlıklı olmak için olası en etkili araçtır. Mülteciler ve zorunlu iç göç mağdurlarının sağlık gereksinimleri ev sahibi halkın sağlık hizmetlerinde ek bir yük oluşturabilir. İnsani yardımlar bunun için olabildiğince ev sahibi topluluğun sağlık hizmetlerinin bir parçası olmalı ve desteklemelidir. Çoğu afet durumunda kadınlar ve çocuklar sağlık hizmetlerinin temel kullanıcılarıdır ve hizmetlerin afetzedelerin tamamı için tarafsız, uygun ve ulaşılabilir olduğunu garanti edebilmek için, kadınların görüşlerine başvurmak önemlidir.

BAZI AFETLERİN HALK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ					
	KARMAŞIK ACİL DURUMLAR	DEPREMLER	KUVVETLİ RÜZGARLAR (SU TAŞKINLARI HARİÇ)	SELLER	SU TAŞKINLARI /TSUNAMİLER
ÖLÜMLER	çok	çok	az	az	çok
AĞIR YARALANMALAR	değişken	çok	orta	az	az
ARTMIŞ BULAŞICI HASTALIK RİSKİ	yüksek	düşük	düşük	değişken	düşük
BESİN KITLIĞI	yaygın	nadir	nadir	değişken	yaygın
YERİNDEN EDİLEN BÜYÜK GRUPLAR	yaygın (şehir merkezlerinde ağır derecede)	nadir	nadir	yaygın	değişken

Kaynak: Pan American Health Organizations'ın Doğal Afet Sonrası Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi adlı eserinden uyarlanmıştır. Acil Hazırlık Ofisi ve Afet Yardım Koordinasyonu: Bilimsel Yayın. No:47. Washington, DC. Pan Amerikan Sağlık Örgütü, 1981.

Önemli not: Bu tablodaki bilgiler afete veya bölgeye göre farklılık gösterebilir. Örneğin imar kanunlarının uygulamaya konulması depremden kaynaklanan hasar ve yaralanmalar ile ölüm sayısını önemli ölçüde azaltabilir.

ASGARİ STANDART 1: SAĞLIK SİSTEMLERİ VE ALTYAPI

Ölüm oranının yüksek seyrettiği ya da yükselme riski taşıdığı durumlarda, acil yanıt esnasında, öncelikli insani müdahaleler temel tıbbi bakım hizmetlerini de kapsayan acil yaşam kurtarma gereksinimleri üzerinde odaklanmalıdır. Bu gereksinimlerin karşılanarak ölüm hızlarının afet öncesine yakın değerlere düşürülmesinin ardından, daha kapsamlı bir dizi sağlık hizmeti geliştirilmelidir. Müdahalenin her aşamasında sağlık hizmetlerini planlama, uygulama, izleme ve değerlendirilmesini kapsayan bir yaklaşım en önemli gereksinimlerin karşılanması, hizmetlerin kapsamının ve erişimin en uygun düzeye getirilmesi ve kalitenin yükseltilmesini garantiye almak için katkı sağlayacaktır. Aşağıdaki standartlar tüm afet alanlarında uygulanmakla birlikte, özellikle kaynak sıkıntısı çeken yerler için geçerlidir. Bu standartlar birincil olarak afetzedelerin afet sırasında kaliteli sağlık servislerine erişebilmelerini sağlamak üzere tasarlanmıştır. Afet sonrası dönemde sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak, sağlık altyapısında ve hizmetlerinde ciddi bir aksama yaşanması halinde daha da önemli hale gelir.

Ancak sürdürülebilirliğin sağlanması konusu siyasi, idari, kurumsal, teknik ve mali olmak üzere birçok farklı etmenin dikkate alınmasını gerektirdiğinden bu belgenin kapsamı dışında kalmaktadır. Sağlık kuruluşları ve sağlık personeli, afete müdahale sırasında alınan kararların, hizmetin uzun vadede sürdürülebilirliğine katkı sağlayabileceği gibi bunun tersi bir sonuca da yol açabileceğini akıllarında tutmalıdırlar.

Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 1: Öncelikli Sağlık Hizmetleri

Herkes, ölüm ve hastalık artışına neden olan temel etkenleri ortaya çıkarmayı önceleyen sağlık hizmetlerine erişebilmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Ölüm ve hastalığın temel nedenleri saptanır ve belgelenerek izlem altına alınır.
* Öncelikli sağlık hizmetleri yüksek düzeydeki ölüm ve hastalık hızlarını düşürmek için en uygun ve etkili müdahaleleri kapsar (kılavuz not 1).
* Risk altındaki gruplar da dahil olmak üzere toplumun tüm bireyleri, öncelikli sağlık müdahalelerine erişebilmelidir (kılavuz not 2).
* Yerel sağlık yetkilileri ve toplum üyeleri öncelikli sağlık müdahalelerinin planlanması ve yürütülmesine katılır.
* Su temini ve sanitasyon, gıda güvenliği, beslenme, barınma ve korunmayı içine alan öncelikli sağlık müdahalelerinin planlaması ve yürütülmesinde diğer sektörlerle aktif bir işbirliği vardır.
* Kaba ölüm hızı (KÖH), afet öncesindeki nüfusa ait alt sınırın iki katından daha az bir seviyede tutulur ya da o seviyeye düşürülür (kılavuz not 3).
* 5 yaş altı çocuk ölüm hızı (5YAÇÖH), afet öncesi nüfusa ait alt sınırın iki katından daha az bir seviyede tutulur ya da o seviyeye düşürülür (kılavuz not 3).

Kılavuz Notlar

1. Öncelikli Sağlık Müdahaleleri: Afetin çeşidine ve yol açacağı sonuçlara göre değişir. Müdahalelerin belirlenmesinde halk sağlığı ilkelerinin temel alınması sağlık yardımının mümkün olduğunca çok insana mümkün olduğunca çok fayda sağlayacak şekilde ulaşmasını sağlayacaktır. Öncelikli halk sağlığı müdahaleleri güvenli su, sanitasyon, gıda ve barınma, bulaşıcı hastalıkların kontrolü (örn kızamık aşısı), temel klinik bakım ve hastalık sürveyansını[1] kapsamaktadır.
Çok sayıda yaralanmaya yol açan deprem gibi afetlerin ardından travma bakımını da içeren kapsamlı klinik hizmetlere öncelik verilir.

2. Sağlık Hizmetlerine Erişim: Erişim, ihtiyaçlara uygun eşit ulaşımı garantileyen hakkaniyet ilkesine dayanmalıdır ve özel bir grubun dışlanmasına neden olacak herhangi bir ayrımcılığa yol açmamalıdır. Uygulama açısından ise, sağlık hizmetlerinin yeri ve kadrosu, en yüksek erişim ve kapsamı hedefleyerek organize edilmelidir. Sağlık hizmetleri planlanırken, bu hizmetlere erişimde güçlük yaşayabilecek risk altındaki gruplara yönelik farklı olabilecek gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Hizmetler ücretliyse, bu ücretleri karşılayamayacak durumda olanların hizmetlere erişebilmelerini sağlamak için, ücretsiz hizmet, yardım çekleri gibi düzenlemeler yapılmalıdır.

3. Kaba Ölüm Hızı (KÖH) ve 5 Yaş Altı Ölüm Hızı: Günlük kaba ölüm hızı (KÖH) bir afet durumunun izlenmesi için en belirgin ve en kullanışlı sağlık göstergesidir. KÖH'nın alt sınırın iki kat üstüne çıkması halk sağlığı açısından acil müdahale gerektiren ciddi bir sorun olduğuna işaret eder.

1 Sürveyans: Sağlık problemlerinin izlenmesi amacıyla "sürekli ve sistematik olarak veri toplanması, analizi, yorumlanması ve konuyla ilgili kişilere dağıtılması" olarak tanımlanır.

Az gelişmiş ülkelerde yaklaşık KÖH alt sınırı günde on bin kişide 0,38 ve Sahra Altı Afrika'sında 0,44 iken, sanayileşmiş ülkelerde ise bu oran 0.25'dir. KÖH'nın bilinemediği durumlarda, sağlık kuruluşları, KÖH'nı 1,0/10.000 insan/1,0 günün altında tutmaya çalışmalıdır. 5 yaş altı ölüm hızı (5YAÇÖH) alt sınırı az gelişmiş ülkeler için yaklaşık günde 1,03 ölüm/10.000 5YAÇ, Sahra Altı Afrika'da 1,14, sanayileşmiş ülkelerde ise 0,04'dür. 5YAÇÖH'nın tespit edildiği durumlarda ise kuruluşların hedefi bu oranı 2,0/10.000 5 yaş altı çocuk sayısının altına düşürmek olmalıdır.

BÖLGELERE GÖRE KABA ÖLÜM HIZI ALT SINIRI

Bölge	KÖH (ölüm/10.000 /gün)	KÖH acil eşik değer	5YAÇÖH (5YAÇ ölümü/ 10.000/gün)	5YAÇÖH acil eşik değer
Sahra Altı Afrika'sı	0,44	0,9	1,14	2,3
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	0,16	0,3	0,36	0,7
Güney Asya	0,25	0,5	0,59	1,2
Doğu Asya ve Pasifik	0,19	0,4	0,24	0,5
Latin Amerika ve Karayipler	0,16	0,3	0,19	0,4
Batı ve Doğu Avrupa/ Bağımsız Devletler Topluluğu ve Baltık Ülkeleri	0,3	0,6	0,2	0,4
Sanayileşmiş ülkeler	0,25	0,5	0,04	0,1
Gelişmekte Olan Ülkeler	0,25	0,5	0,53	1,1
Az Gelişmiş Ülkeler	0,38	0,8	1,03	2,1
Dünya	0,25	0,5	0,48	1,0

Kaynak: UNICEF'in Dünya Çocuklarının Durumu 2003 (2001'e ait verilerden)

Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 2: Ulusal ve Yerel Sağlık Sistemlerinin Desteklenmesi

Sağlık hizmetleri mevcut sağlık sistemlerini, yapılarını ve personelini desteklemek için hazırlanmıştır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunacaktır)

* Sağlık müdahaleleri mümkün olduğunca Sağlık Bakanlığı temsilcileri tarafından yönlendirilir.

* Sağlık Bakanlığı yeterli kapasiteye sahip olmadığında, sağlık sektörünü idare edebilecek yeterlilikte başka bir kurum belirlenir (kılavuz notlar 1-2).
* Yerel sağlık olanakları insani yardım kuruluşlarınca desteklenir ve güçlendirilir (kılavuz notlar 1-2).
* Yerel sağlık çalışanları desteklenir ve sağlık hizmetleri içine cinsiyet ve etnik dengeler dikkate alınarak dahil edilir (kılavuz not 3).
* Sağlık hizmetleri, afetten etkilenen ülke ya da ev sahibi ülkenin mevcut ulusal sağlık standartları ve kılavuzlarına birleştirilir ya da uyarlanırlar (kılavuz not 4).
* Kapasitenin üstüne çıkılmadığı ya da halk mevcut hizmetlere erişmekte sorun yaşamadığı sürece, yabancı ülkelerin sahra hastaneleri de dahil, alternatif ya da benzer nitelikte bir sağlık tesisi kurulamaz. Bu konu sağlık konusunda yetkili olan makamla müzakere edilir (kılavuz not 5).

Kılavuz Notlar

1. Yetkili Sağlık Otoritesi: Sağlık Bakanlığı, sağlık güçlerini idare etme görevini yerine getirmekte yetersiz kalırsa, genellikle WHO, UNHCR, UNICEF gibi Birleşmiş Milletler (BM) kuruluşlarından biri bu sorumluluğu devralır. Sağlık konusunda yetkili olan makam, yerel sağlık sistemlerinin sağlık kuruluşlarınca desteklenip güçlendirilmesini güvence altına almalıdır. Bunun yanısıra, sağlık konusunda yetkili olan makam, sağlık kuruluşlarının eşgüdüm içinde ve birbirlerini tamamlayıcı şekilde faaliyet göstermesini sağlamakla yükümlüdür.

2. Sağlık Sektörünün Strateji ve Politikası: Sorumlu sağlık otoritesinin en önemli sorumluluklarından biri, sağlık sektörü içinde acil müdahale konusunda kapsamlı bir strateji ve politika geliştirmektir. İdeal olan, sağlık sektörü önceliklerini, hedeflerini ve bunların gerçekleştirilmesine yönelik önerileri sunan bir politika taslağı üretilmesidir. Bu belge konuyla ilgili kuruluşlar ve toplum temsilcileriyle görüşmeler sonrası geliştirilmelidir.

3. Yerel Sağlık Çalışanları: Afetzedeler arasındaki sağlık uzmanları ve diğer sağlık çalışanları, eğitimli geleneksel ebeler de dahil olmak üzere uygun olan sağlık hizmetlerine yerleştirilmelidir. Her ne kadar çalışanlar arasında cinsiyet dengesi sağlanmaya çalışılıyorsa da, sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak tek bir cinsiyetten olması durumunda, bu denge korunamayabilir.

4. Ulusal Standartlar ve Kılavuzlar: Genellikle yardım kuruluşlarının tedavi protokolleri ve temel ilaç listeleri de dahil olmak üzere afet müdahalesi yapılan ülkelerin sağlık standartlarına bağlı kalmaları önerilir. Bu standartlar ve kılavuzların uygun olup olmadığını belirlemek için, afetin erken evrelerinde Sağlık Bakanlığı veya sağlık konusunda yetkili olan makama danışılarak gözden geçirilmelidir. Standartlar ve kılavuzlar güncelliklerini yitirmişlerse ya da kanıta dayalı uygulamaları yansıtmıyorsa güncellenmelidirler.

5. Yabancı Ülkelerin Sahra Hastaneleri: Nadiren, mevcut hastanelerin uygun olarak çalışmadıkları durumlarda sahra hastaneleri sağlık hizmetini sağlamak için tek yol olabilir. Bununla birlikte mevcut hastaneler tekrar çalışmaya başlayana veya artan yükle başa çıkabilecek duruma gelene kadar var olan hastanelere kaynak sağlamak genellikle daha etkili bir sonuç verir. Travmatik yaralanmalarda yapılacak acil bakım için (ilk 48 saat), travmatik yaralanmalara ikincil bakım ve düzenli acil bakım hizmetleri için (3-15 gün) veya hasar görmüş bir hastanenin hasarı giderilene kadar (birkaç yıl alabilir) onun yerine hizmet vermek üzere bölgeye bir sahra hastanesi yerleştirilebilir.

Sahra hastanesinin yerleştirilmesinin uygun olup olmadığını belirlemek için söz konusu ihtiyacın iyi tanımlanmış olması; sahra hastanesinin beklenen hizmetleri verebilecek durumda olması, yerel kaynaklardan faydalanmaya gerek duymaması ve maliyetin uygun olması gerekir.

Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 3: Koordinasyon

En yüksek verime ulaşabilmek için, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve sektörlerin birbiriyle uyumlu çalışması ve bu hizmetlerden herkesin yararlanabilmesi gerekir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Koordinasyon her düzeyde (ulusal ve bölgesel), sağlık sektörü içinde ve diğer kuruluşlarla arasında saha düzeyinde sağlanmıştır.
* Her sağlık kuruluşuna ait sorumluluklar, sayıca en fazla insana ulaşmak ve hizmetlerde tamamlayıcılığı sağlamak amacıyla yetkili sağlık makamıyla görüşülerek belirlenmiş ve belgelenmiştir (kılavuz not 1).
* Koordinasyonu sağlamak amacıyla yerel ve yabancı ortaklar için hem merkezi hem de yerel düzeyde düzenli olarak sağlık sektörü toplantıları yapılır (kılavuz not 2).

Kılavuz Notlar

1. Sağlık Kuruluşları Arasında İşbirliği: Sağlıkla ilgili bütün kuruluşlar ulusal ve yerel sağlık hizmetlerinin sunumunda işbirliği içinde olmalıdır. Mülteci yerleşim yerlerinde, kuruluşlar ev sahibi ülkenin sağlık sistemiyle uyumlu olarak görev yapmalıdır. Bölgede birden çok sağlık kuruluşunun etkin olduğu durumlarda sorumlulukların işbirliği içinde dağıtılması yoluyla sağlık bölümündeki eksiklikler giderilir ve gereksiz tekrarlar yaşanmaz.

2. Koordinasyon Toplantıları: Bu toplantılarda bilginin paylaşıldığı, önceliklerin belirlendiği ve izlendiği, ortak sağlık stratejilerinin geliştirildiği ve benimsendiği, kuruluşlara göre görev dağılımının gerçekleştirildiği ve standartlaşmış protokollerin ve müdahalelerin kararlaştırıldığı bir forum sağlanmalıdır. Toplantılar başlangıç için en azından haftada bir kez gerçekleştirilmelidir.

Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 4: Temel Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri geçerli birinci basamak sağlık hizmetleri ilkelerine dayanır.

Temel Göstergeler (Kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Herkes, sağlık ve refahını koruyabilmesini sağlayacak sağlık bilgisine erişebilmelidir (kılavuz notu 1).
* Sağlık hizmetleri hane halkı/toplum, çevredeki sağlık kuruluşları, merkez sağlık kuruluşları ve sevk hastaneleri düzeyinde sunulur (kılavuz notu 2).
* Sağlık konusunda yetkili olan makam tarafından sağlık kuruluşlarının yararlanabileceği bir standart sevk sistemi oluşturulur. Hastaların bu kuruluşa ulaşabilmesi için de gerekli ulaşım sağlanır.
* Sağlık hizmetleri mümkün olduğunca bilimsel yöntemlerle sunulur ve kanıta dayanır.
* Sağlık hizmetlerinde uygun, sosyal ve kültürel olarak hiçbir sorun yaratmayacak nitelikteki teknolojiler kullanılır.

Kılavuz Notlar

1. Sağlık Bilgisi ve Sağlık Eğitimi: Yerel sağlık otoriteleri ve toplum temsilcilerine de danışılarak, halkın sağlık konusunda eğitilmesine ve halk sağlığının geliştirilmesine yönelik bir çalışma başlatılmalıdır. Eğitim programı insanların sağlıkla ilgili talepleri ve alışkanlıkları dikkate alınarak hazırlanmalıdır. Program temel yaygın (endemik) hastalıklar, sağlığı tehdit eden başlıca unsurlar, sağlık hizmetlerinin verildiği yer ve hizmetlerin erişilebilirliği, sağlığı korumak ve güçlendirmek konularında bilgi sağlamalıdır. Halk sağlığı mesajları, uygun görsel-işitsel araçlardan yararlanarak, uygun bir dille aktarılmalı ve kültürel hassasiyetler göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikli sağlık mesajları ile sağlık kuruluşlarının uygulamaları mümkün olduğunca tutarlı olmalıdır.

2. Gezici Klinikler: Bazı afetler sırasında, sağlık yardımına erişim olanakları sınırlı olan izole edilmiş veya göçer toplulukların gereksinimlerini gidermek için gezici klinikler oluşturmak gerekebilir. Yaşananlar göstermiştir ki, doğru organize edildiklerinde bu tür klinikler hayati bir gereksinimin yerini doldurabilir. Tam tersi durumlarda ise, gezici klinikler kapasitelerinin altında bir faaliyet gösterebileceği gibi, mevcut sağlık hizmetlerinin yerini değiştirerek sınırlı kaynakların verimsiz olarak kullanımına neden olur. Bu klinikler ancak sağlık konusunda yetkili olan makam ve yerel sağlık temsilcilerinin görüşmelerinin ardından yürürlüğe konulmalıdır.

Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 5: Klinik Hizmetler

İnsanlar kabul edilmiş olan protokol ve kılavuzları izleyen standart klinik hizmetlere erişebilmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Sağlık kuruluşlarının sayıları, seviyeleri ve yerleri insanların gereksinimlerini karşılamaya uygundur (kılavuz notlar 1-2).
* Bütün sağlık kuruluşlarında çalışan sayısı ve becerisi, cinsiyete ve etnik kökene göre, görev dağılımları ise insanların gereksinimlerine göre belirlenir (kılavuz notlar 1-2).
* Personel sayısı, klinik hekimlerinin muayene ettikleri hasta sayısı günde 50'yi aşmayacak şekilde düzenlenir. Sürekli olarak bu sınırın aşılması halinde, takviye personel görevlendirilir.
* Sağlık kuruluşlarındaki kapasite kullanım oranları izlenir ve kullanım kapasitenin üstünde ya da altında olduğunda durumlarda düzeltici önlemler alınır (kılavuz notu 3).
* Sağlık konusunda yetkili olan makam, standart vaka yönetim protokolleri oluşturur. Bu protokoller sağlık kuruluşlarını bağlar (kılavuz notu 4).
* Sağlık konusunda yetkili olan makam tarafından gerekli temel ilaçlardan oluşan standart bir liste oluşturulur ve sağlık kuruluşları bu listeye bağlı kalır (kılavuz notu 4).
* Klinik sağlık çalışanları, protokoller ve temel ilaç listesinin kullanımı konusunda eğitilir ve denetlenir (kılavuz notlar 5-6).
* İnsanların, kabul edilmiş olan ilkelere uygun olarak oluşturulmuş standart ilaç yönetimi sistemi aracılığıyla ilaç stokuna sürekli erişimi sağlanır (kılavuz not 7).
* İlaç bağışları ancak uluslararası olarak tanınmış kılavuzlara uygunsa kabul edilir. Bu kılavuzlara uygun hazırlanmamış bağışlar ise kullanılmaz ve güvenli bir şekilde imha edilir.
* Ölülere yönelik işlemler insan onuruna yakışır ve geleneklerine uygun bir biçimde, halk sağlığına zarar vermeyecek şekilde yapılır (kılavuz not 8).

Kılavuz Notlar

1. Sağlık Tesisleri ve Personel Kadrosu: Gereksinim duyulan sağlık kuruluşu sayısı, kurulacağı yer, sağlık çalışanlarının uzmanlık düzeyi ve sayısı koşullara göre değişiklik gösterebilir. Bir kadın personelin ya da etnik gruplara mensup tek bir kişinin varlığı bile kadınların ve azınlık gruplardan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini önemli ölçüde arttırabilir. Silah taşımak gibi sağlık kurumlarının tarafsızlığını tehlikeye düşürecek faaliyetler ve hareketlerde bulunmak yasaktır.

2. Sağlık Çalışanlarının Düzeyleri: Aşağıda belirtilen kılavuzlar işe yarar, ancak şartlara göre uyarlanması gerekebilir. "Nitelikli sağlık çalışanı" terimi doktor, hemşire, klinikte görevli memur ya da tıbbi asistan gibi belli bir eğitimden geçmiş olan görevli için kullanılır.

* Halk düzeyinde: 500-1000 kişiye 1 halk sağlığı çalışanı, 2000 kişiye 1 eğitim almış ebe, her 10 ev ziyareti için 1 gözlem hemşiresi, 1 kıdemli gözlem hemşiresi
* Çevre sağlık kuruluşu (nüfusun yaklaşık 10.000 kişi olduğu yerlerde): Günde 50 muayene yapan bir hekime bağlı en az bir sağlık çalışanı, ağızdan sıvı tedavisi, pansuman, kayıt, hasta kabul gibi işlemleri yürütmek için çalışanı da içine alan toplam 2-5 sağlık görevlisi
* Merkezi sağlık kuruluşu (yaklaşık 50.000 kişilik nüfus için): En az 5 nitelikli sağlık çalışanı, en az 1 doktor, günde 50 muayene kapasitesine göre (poliklinikte) görev yapan bir sağlık çalışanı ve 20-30 yatak başına 24 saat hizmetle görevli 1 hemşire (klinikte), 1 tane ağızdan sıvı tedavisi uygulayacak görevli, 1-2 eczacı, 1-2 pansuman, enjeksiyon, sterilizasyon yapacak görevli, 1 laboratuar teknisyeni ve niteliksiz hasta kabul, kayıt, güvenlik için çalışan
* Sevk Hastanesi: Değişken, cerrahi müdahale yapabilecek en az bir doktor ve her vardiya için 20-30 yatak başına bir hemşire

3. Sağlık Hizmetlerinin Kapasite Kullanım Oranı: Sağlık hizmetlerindeki mevcut kadro kapasite kullanım oranının belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Koşullara göre ve daha ziyade mevsimden mevsime değişiklik göstereceği için bu konuda belirli bir eşik yoktur. Ancak, eşik afetzedeler söz konusu olduğunda önemli ölçüde artar. Nüfusu sabit olan toplumlarda, kapasite kullanım oranları yaklaşık yılda kişi başı 0,5-1 yeni muayenedir. Yerinden edilmiş nüfus için bu rakamın ortalama 4,0 olması beklenir. Bu oran beklenenin altında kaldığında sağlık hizmetlerine erişimin güvensizlik ve düşük kapasite gibi nedenlere yetersiz olduğunun göstergesi olabilir. Eğer oran yüksekse, özel bir halk sağlığı problemi (bulaşıcı hastalık salgını gibi) ya da hedef kitlenin tahminlerin hayli üstünde olması nedeniyle kapasite kullanımının aşıldığı anlamı çıkarılabilir. Kapasite kullanım oranları değerlendirirken, risk taşıyan grupların temsilinde bir eksiklik yaşanmaması için cinsiyet, yaş, etnik köken ve sakatlık durumları dikkate alınmalıdır.

4. Standart Tedavi Protokolleri ve Temel İlaç Listeleri: Birçok ülke temel ilaç listeleri ya da ulusal kodeksler belirlemiştir ve yaygın hastalık ve yaralanmaların yönetimi için tedavi protokollerine sahiptir. Bu protokoller ve ilaç listelerinin uygun olup olmadıkları afete müdahalenin erken evresinde Sağlık Bakanlığı ve sağlık konusunda yetkili makamlara danışılarak gözden geçirilmelidir. Nadiren, önerilen antibiyotiklere ya da sıtma ilaçlarına direnç oluşması gibi durumlar saptanırsa ulusal protokollerin ve ilaç listelerinin değiştirilmesi gerekebilir. Herhangi bir protokol ya da gerekli ilaç listesinin bulunmadığı durumlarda ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ya da UNHRC tarafından kabul edilmiş Dünya Sağlık Örgütü Yeni Acil Sağlık Paketi gibi kılavuzlar izlenir.

5. Personelin Eğitim ve Yönetimi: Sağlık çalışanları sorumluluk düzeylerine uygun eğitim ve becerilere sahip olmalıdır. Sağlık kuruluşları, çalışanların bilgilerinin güncellenmesine yönelik eğitimlerden sorumludur.

Personel sürekli eğitim almıyorsa ya da yeni sağlık sistemleri ve protokoller tanıtılmıyorsa eğitim ve denetim yüksek düzeyde öncelik kazanacaktır. Mümkün olan en kısa sürede standart eğitim programları hazırlanmalı ve bu programlar ulusal programlarla birleştirilmelidir.

6. Hasta hakları: Afetle birlikte ortaya çıkan koşulların çoğu, hastanın mahremiyet, gizlilik, aydınlatılmış onam gibi haklarının uygulanabilmesini zorlaştırır. Fakat yine de, sağlık personeli bu hakları mümkün olduğunca korumaya ve geliştirmeye çalışmalıdır. Sağlık tesisleri ve verilecek hizmetler, mahremiyet ve gizlilik ilkeleri esas alınarak oluşturulmalıdır. Tıbbi ve cerrahi müdahale yapmadan önce, hastalardan aydınlatılmış onam istenilmelidir. Hastalar, uygulanan her girişimden beklenen yararlar, riskler, maliyet, süre gibi bilgileri öğrenme hakkına sahiptir.

7. İlaç Yönetimi: Sağlık kuruluşlarının, temel ilaç listesinin kullanımına ek olarak, etkin bir ilaç yönetimi sistemi oluşturması gerekir. Böyle bir sistemin amacı ilaçların verimli, uygun maliyetli ve gerçekçi bir şekilde kullanılmasını sağlamaktır. İlaç yönetimi döngüsü, seçme, temin etme, dağıtım ve kullanım olmak üzere 4 anahtar bileşen üzerine kurulmalıdır.

8. Ölülere yönelik işlemler: Afetler çok sayıda ölümle sonuçlandığında, çok sayıda ölülere yönelik işleminin de yönetilmesi gerekecektir. Böyle bir durumda ölüler halk sağlığı önlemleri açısından kabul edilemeyecek, önemli sosyal değerleri incitecek ve zaten sınırlı olan kaynakları ziyan edecek biçimde toplu mezarlara gömülemezler. Ölülere yönelik işlemler sırasında, çoğunlukla, ölülerin en kısa zamanda gömülmemesi ya da yakılmaması halinde salgın riski oluşturacakları gibi yanlış bir inanış vardır. Gerçekte ise, cesetler sağlık açısından çok fazla bir risk oluşturmaz. Yalnızca kolera ya da Kırım Kongo kanamalı ateşi gibi hastalıklar sonucunda ortaya çıkabilecek ölümler gibi bazı özel durumlarda cesetler sağlık riski taşır ve özel önlemler gerektirir. Aileler kültürlerine uygun bir cenaze töreni ve defin yapabilme olanağına sahip olmalıdır. Defnedilen kişilerin şiddet kurbanları olması durumunda adli konular dikkate alınmalıdır.

Sağlık Sistemleri ve Altyapı Standardı 6: Sağlık Bilgilendirme Sistemleri

Sağlık hizmetleri, ilgili halk sağlığı verilerinin sürekli ve birbiriyle bağlantılı şekilde toplanması, değerlendirilmesi ve kullanılması neticesinde planlanır ve geliştirilir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Standart bir sağlık bilgilendirme sistemi (SBS) tüm sağlık birimlerince demografi, ölüm, hastalık hızları ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilerin rutin olarak toplanabilmesi amacıyla yürütülür (kılavuz notlar 1-2)
* Oluşturulan bir SBS koordinasyon kuruluşu (veya kuruluşları) sistemi yönetmek ve denetlemekle yükümlüdür.
* Sağlık kurum ve kuruluşları düzenli olarak çalışmalar sırasında gözlemlenen bilgileri (sürveyans verileri) görevli SBS koordinasyon birimine gönderir. Raporların sıklığı duruma göre günlük, haftalık ya da aylık olabilir.
* SBS koordinasyon kuruluşu tarafından verilerin değerlendirilmesi ve yorumlanması yoluyla düzenli bir epidemiyolojik rapor hazırlanır ve bütün ilgili kuruluşların, karar mercilerinin ve halkın bilgisine sunulur. Raporun sıklığı koşullara göre günlük, haftalık ya da aylık olabilir.
* Kuruluşlar bireylerin ya da insanların güvenliğini ve haklarını güvence altına almak için bilgilerin korunması konusunda gereken önlemi alır (kılavuz not 3).

* SBS, bulaşıcı hastalıkların zamanında saptanması ve müdahale edilmesini sağlayan bir erken uyarı bileşeni içerir.
* Diğer kaynaklardan sağlanan tamamlayıcı bilgiler, sürveyans verilerinin yorumlanmasında ve karar verme sürecinde yol gösterici olması açısından sürekli kullanılır (kılavuz not 4).

Kılavuz Notlar

1. Sağlık Bilgi Sistemi (SBS): SBS çoğunlukla mevcut sürveyans sistemini destekleyici niteliktedir. Bazı acil durumlarda, benzer bir sisteme paralel bir sistem veya yeni bir sistem de gerekebilir ve buna sağlık konusunda yetkili makamlara danışarak karar verilir. SBS esnek bir yapıda tutularak gelişmelere göre güncellenmelidir. Afete müdahalede sağlık verilerinin aşağıdaki bilgileri içermesi önerilmekle birlikte veriler bunlarla da sınırlı kalmamalıdır:

a. Kaba ölüm hızı
b. 5 yaş altı ölüm hızı
c. Yaşa ve nedene orantılı ölümler
d. Nedene-özel ölüm hızları
e. En sık rastlanan hastalıklarda insidans[2] hızı
f. Sağlık kuruluşlarının kullanım oranı
g. Doktor başına düşen günlük başvuru sayısı

2. Verilerin sınıflandırılması: Karar verme süreçlerine yol göstermesi açısından, verilerin yaşa ve cinsiyete göre sınıflandırılması gerekir. Afetin ilk zamanlarında ayrıntılı bir sınıflandırma yapmak güç olabilir ancak özel bir risk taşıdığı için 5 yaş altı ölüm ve hastalık hızlarının baştan itibaren kaydedilmesi gerekir. Buna ek olarak cinsiyete özel ölüm ve hastalık dökümleri cinse özel farklılıklar açısından tanımlanması için yararlıdır. Zaman ve şartlar elverdikçe, yaşa (örneğin; 0-11 ay, 1-4 yaş, 5-14 yaş, 15-49 yaş, 50-59 yaş, 60 yaş ve üstü) ve cinsiyete göre farklılık gösteren durumları tanımlayabilmek için ayrıntılı bir sınıflandırma çalışması yapılmalıdır.

3. Gizlilik: Tıbbi kayıtlar ve verilerin gizliliğinden emin olunmalıdır. Bireylerin ve bunun yanı sıra verilerin gizliliğini sağlamak için gereken önlemler alınmalıdır. Sağlık çalışanları hastanın izni olmadan, hastanın tedavisiyle direk ilgisi olmayan hiç kimseyle paylaşmamalıdır. İşkence veya buna benzer herhangi bir şiddet sonucunda hastaların yaşadığı travmaya ilişkin veriler en yüksek özenle kayda alınmalıdır. Bireylerin rızasıyla bu tür bilgiler gerekli görülen kişi ve kurumlara verilebilir.

4. Diğer Veri Kaynakları: Sağlığa ilişkin veri kaynakları laboratuar raporları, anket ve formlar, olgu raporları, hizmetin kalitesi ölçümleri ve diğer programla ilgili birimleri içerir (Bkz. Ek 2 ve Ek 3).

ASGARİ STANDART 2: BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ

Bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölüm ve hastalık hızlarının artması diğer afetlerden daha çok karmaşık acil durumlarda görülmektedir. Büyük ölçüde, gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen bu tür olaylarda, %60 ile %90 arasındaki ölümlerin kızamık, ishal, akut solunum yolları hastalıkları ve sıtma olmak üzere 4 önemli bulaşıcı hastalıktan birine bağlı olduğu bilinmektedir. Akut beslenme bozukluğu, küçük çocuklar başta olmak üzere bu hastalıkların öldürücülük hızının artmasında en önemli etkendir.

2 İnsidans: Belli bir süre içinde bir toplumdaki sağlam kişilerin belirli bir hastalığa yakalanma olasılığıdır. Bu hız, belirli bir süre içinde görülen yeni vaka sayısının, risk altındaki kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir.

Bazı durumlarda meningokoksik menenjit, sarı humma, viral hepatit ve tifo gibi diğer bulaşıcı hastalık salgınları da görülebilir.
Bulaşıcı hastalık salgınları daha az sıklıkla kısa sürede gelişen doğal afetlerle birlikte de görülebilir. Genellikle sanitasyonun bozulduğu, yetersiz kalitede su sağlanan yerlerde ortaya çıkarlar. Biyolojik ajanların teröristler ve askeri güçler tarafından silah olarak kullanılması olasılığı afete müdahale ve insani yardım kuruluşları açısından yeni konulardır. Bu bölümde belirtilen standart ve göstergelerin bazıları bu tür olaylara uygulanabilir olsa da, biyolojik silahları kapsayan müdahalelere yönelik olarak düzenlenmemiştir.

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 1: Önleme

İnsanlar ölüm ve hastalık nedenleri arasında belirgin bir paya sahip olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için planlanan danışmanlık ve sağlık hizmetlerine erişebilmelidirler.

Temel Göstergeler (Kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Genel önleyici tedbirler konuyla ilgili diğer sektörlerle işbirliği yapılarak geliştirilir ve uygulamaya koyulur (kılavuz not 1).
* Toplum sağlığı eğitimi mesajlarıyla bireylere yaygın bulaşıcı hastalıkların nasıl önleneceği ve ilgili hizmetlere nasıl erişecekleri konusunda bilgi verilir.
* Daha önce belirtildiği gibi, toplu kızamık aşı kampanyası ve Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) gibi belli başlı önleyici tedbirler uygulamaya koyulur.

Kılavuz Notlar

1. Genel Önleyici tedbirler: Bu müdahalelerin çoğu aşağıdaki bölümlerle işbirliği içinde geliştirilir.

* Su ve Sanitasyon: Temiz ve yeterli su temini, yeterli sanitasyon, hijyen teşviki, hastalık taşıyıcı unsurların kontrolü (veba, sıtma gibi vektörler).
* Gıda Güvenliği, Beslenme ve Gıda Yardımı: Yeterli gıda erişimi ve beslenme bozukluklarının yönetimi.
* Barınma: Yeterli ve uygun barınma.

2. Kızamıktan Korunma ve Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP): Kızamık vakaları yüksek salgın ve ölüm oranları yaratma potansiyeline sahip olduğundan, afetzedeler arasında, özellikle de çatışma ve/veya yerinden olmuş nüfus arasında çocukların kızamığa karşı kitlesel aşılanması yüksek öncelikli bir tedbirdir. GBP kapsamında diğer çocukluk dönemi hastalıklarına yönelik aşılama yapılması, bu hastalıklar daha seyrek görüldüğünden ve daha sınırlı sağlık riskleri yarattıklarından ikincil önemdedir. Bu nedenle diğer çocukluk hastalıklarına yönelik GBP ancak toplumda acil bir gereksinim ortaya çıktığında gerçekleştirilir. Boğmaca ve difteri gibi diğer hastalıkların tekrarlayan salgınları bu kılavuzlar için istisnadır ve bu gibi hallerde bu hastalıklara karşı aşılama da bir öncelik halini alır.

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolüne Yönelik Standart 2: Kızamıktan Korunma:

6 aydan 15 yaşına kadar bütün çocuklar kızamık hastalığına karşı bağışık olmalıdır.

Temel Göstergeler (Kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* Kızamığa yatkınlık sıklığını belirlemek amacıyla, acil müdahalenin başlangıcında, 9 ay-15 yaş arası kızamık aşısı kapsamına dair bir tahmin yapılır (kılavuz not 1).

* Eğer aşılama kapsamı %90'dan daha az tahmin edilmişse, 6 ay- 15 yaşına kadar olan çocuklar için toplu bir kızamık aşısı (6 ile 59 aylık çocuklar için A vitamini takviyesini de içeren) kampanyası başlatılır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nı da kapsayan aşı kampanyaları ulusal ve yerel sağlık otoriteleri ile işbirliği içinde yürütülür (kılavuz not 2).
* Kampanya tamamlandığında:
a. 6 aydan 15 yaşına kadar olan çocukların en az %95'i kızamık aşısı almış olmalı.
b. 6 - 59 ay arası çocukların en az %95'i uygun dozda vitamin A almış olmalı.
* 6 - 9 ay arası aşılanan bütün çocuklar 9 aya ulaşınca bir doz daha kızamık aşısı alır (kılavuz not 3).
* 9 aylık çocukların rutin süren aşılanmalarının en az %95'lik bir kapsama ulaşması sağlanır. Bu sistem EPI ile birlikte yürütülür.
* Göçebe ya da yerinden edilmiş kişiler için, yeni gelenler arasında 6 aydan 15 yaşa kadar olanların en az %95'inin kızamığa karşı aşılanması sağlanır.

Kılavuz Notlar

1. Kızamıktan Korunma: Çok fazla sayıda ölüme yol açabilen kızamık hastalığı, bulaşıcılığı en yüksek virüslerden biri olarak bilinir. Kalabalık acil yerleşim yerlerinde ve fazla sayıda nüfus hareketin ve beslenme bozukluğunun yüksek olduğu yerlerde kızamık salgını riski de yüksektir. Bu nedenle bu yerlerde yapılması gereken ilk şey en kısa zamanda toplu kızamık aşısı kampanyaları düzenlemektir. Toplu aşı kampanyasını gerçekleştirmek için yeterli personel, aşı, soğuk zincir donanımları ve diğer gereçler hemen bir araya getirilmelidir. Eğer aşılanacak kişi sayısı belli değilse, kampanya, kapsamın yetersiz kalacağı varsayılarak yürütülmelidir.

2. Kızamık Aşısı İçin Yaş Aralığı: Yaşları büyük olan bazı çocuklar hem daha önceki aşı kampanyalarından hem de kızamık hastalığından kurtulabilirler. Bu çocukların kızamık hastalığına yakalanma riski devam eder ve kızamık hastalığına yakalandığı taktirde ölüm riski taşıyan bebekler ve küçük çocuklar için de enfeksiyon kaynağı olarak ciddi bir tehdit oluştururlar. İşte bu nedenle 15 yaşına kadar aşılı olunması önerilmektedir. Ancak kaynak sıkıntısı çekilen yerlerde 6 ay - 15 yaş arası tüm çocukların aşılanması mümkün olmayabilir. Bu tür yerlerde 6- 59 aylık çocuklara öncelik verilmelidir

3. 6 - 9 Aylık Bebeklerde Kızamık Aşısının Tekrarlanması: İlk dozunu 8 aylıktan sonra alan bebekler hariç, diğer tüm bebeklere 9 aylık olur olmaz tekrar kızamık aşısı yapılmadır. Bu bebeklere ise ikinci dozları ilk aşılanmadan en az 30 gün sonra yapılmadır.

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 3: Erken Teşhis

Önlenebilir nitelikteki ölüm ve hastalıkların başlıca nedenlerinden biri olan salgın hastalıkların etkin teşhis ve tedavi hizmetlerinden herkes yararlanabilmelidir.

Temel Göstergeler (Kılavuz notlarla birlikte okunmalıdır)

* En yaygın bulaşıcı hastalıkların teşhis ve tedavisinde her zaman, standardize edilmiş olgu yönetimi protokollerinden yararlanılır (kılavuz not 1).
* Halk sağlığı mesajları, çocuklar, hamile kadınlar ve yaşlılar başta olmak üzere insanları yüksek ateş, öksürük ve ishal gibi hastalıkları için erken bakım yollarının araştırılması konusunda teşvik eder.

* Sıtmanın yaygın olduğu bölgelerde, ateşli olguların erken tanısını (24 saat içinde) ve yüksek etkinliği olan ilk kuşak ilaçlarla tedavisini sağlamak amacıyla bir protokol hazırlanır (kılavuz not 2).
* Laboratuar hizmetleri gerektiğinde erişilebilir ve kullanılabilir durumdadır (kılavuz not 3).
* Bir tüberküloz kontrol programı ancak belirlenmiş ölçütlere uygun olarak hazırlandıktan sonra duyurulur (kılavuz not 4).

Kılavuz Notlar

1. Çocukluk Çağı Hastalıklarına Entegre/Bütüncül Yaklaşım: Çocukluk Çağı Hastalıklarına Entegre Yaklaşım'ın (ÇÇHEY) geliştirildiği ve klinik kılavuz ilkelere uyumun sağlandığı ülkelerde, bu kılavuzların standart protokoller içine dahil edilmesi tercih edilmelidir. ÇÇHEY'nin 5 yaş altı çocuklara sağlanan sağlık hizmetinin kalitesini yükselttiği gösterilmiştir.

2. Sıtma: Endemik bölgelere kitlesel nüfus hareketleri yoğun olarak yaşanmasından birkaç güne/haftaya kalmadan sıtma hastalığı insidansı artabilir. Sıtma tedavisinde kullanılan primetamin + sulfadoksin kombinasyonu ve klorakine karşı artan direnç nedeniyle, daha etkili ilaçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu özellikle falsiparum (karasu) sıtmasına maruz kalan riskli ve bağışıklığı olmayan insanlar için özellikle önemlidir. Bu durumda artemisin türevlerinin kullanıldığı tedavi kombinasyonları tercih edilir. İlaç seçimi, ilaç etkinlik verilerine dayanılarak ve sağlık konusunda yetkili makama danışılarak yapılmalıdır. İlaçların etkinliklerinin değerlendirilmesinde standart WHO protokolleri kullanılmalıdır.

3. Laboratuar Hizmetleri: Afetin ilk zamanlarında klinik laboratuarın kurulması afetlerin çoğunda öncelikle yapılması gereken bir iş değildir. En yaygın bulaşıcı hastalıklar çoğunlukla klinik olarak teşhis edilebilir ve tedavi genellikle varsayımlara yöneliktir. Laboratuar testleri, şüpheli bir salgın sırasındaki tanının onaylanması için, kitlesel bir aşı kampanyasının gerekli olduğu (örneğin meningokoksik menenjitler) ve kültür ve antibiyotik duyarlılık testlerinin olgu yönetim kararlarını etkileyebileceği durumlarda kullanışlıdır. Bu nedenle ülke içinde ya da dışında, uygun mikrobiyolojik incelemelerin yapılabildiği bir laboratuar belirlenmesi önemlidir. Doğru numune toplamak ve alınan mikrobiyolojik örneğin taşınmasına ilişkin kılavuzlar gereklidir.

4. Tüberküloz Kontrolü: Mülteciler ve diğer savaştan etkilenen insanlar arasında tüberküloz (TB) görülme sıklığı yüksektir. Bununla birlikte, zayıf TB kontrol programları çok ilaç kürlerine karşı dirençli bakterilerin yayılmasına ve enfeksiyona neden olma etkisinin uzamasına sebep olarak yarardan çok zarara yol açar. Acil durumlarda TB'lu hastaların bakımında sorun yaşanmayabilir, fakat TB'un kontrolü için kapsamlı programlar yalnızca belirlenmiş ilkelere (bakınız WHO, Tuberculosis Control in Refugee Situations: An Interagency Field Manual) uygun olarak yürütülmelidir. Yerleşim yerindeki tüberküloz kontrol programı ev sahibi ülkeye ait programlarla bileştirilerek uygulanmalı ve iyi uygulanabilirliği bilinen DOTS stratejisi takip edilmelidir (Direk Gözlem Altında Tedavi).

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 4: Salgın Hazırlığı

Enfeksiyon hastalıklarının salgınlarına hazırlanmak ve müdahale etmek için önlemler alınır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Bir salgın inceleme ve kontrol planı hazırlanır (kılavuz notu 1).
* Yaygın salgınların inceleme ve kontrol protokolleri hazır bulundurulur ve ilgili personele dağıtılır.
* Personel salgın inceleme ve kontrol ilkeleri konusunda, ilgili tedavi protokolleri de dâhil olmak üzere eğitim alır.
* Temel ilaçların yedek stokları, tıbbi malzeme, aşı ve temel korunma malzemeleri hazır bulundurulur ve hızlıca temin edilebilir (kılavuz notu 2).
* İlgili salgınlar (örn. kızamık, meningokokal menenjit, sarıhumma) için aşı kaynakları hızlı temin ve kullanım için tespit edilir. Hızlı temin için düzenekler kurulur (kılavuz notu 2).
* İleriye yönelik olarak enfekte hastaların diğerlerinden ayrı tutulacağı yerler ve tedavileri belirlenir, örn. kolera tedavi merkezleri.
* Tanıların onaylanmasını sağlamak için yerel, bölgesel, ulusal ya da bir başka ülkede laboratuarlar belirlenir (kılavuz notu 3).
* Enfeksiyona neden olan ajanlardan alınan örneklerin uygun bir laboratuara taşınmasını sağlayacak numune ve taşıma vasatları, ani bir salgının olası olduğu bölgelerde hazır bulundurulur. Ayrıca çeşitli hızlı testler de bölgede depolanabilir (kılavuz notu 4).

Kılavuz Notlar

1. Salgın İncelemesi ve Kontrol Planı: Planda aşağıdaki konular bulunmalıdır:
* Bir salgın kontrol ekibinin toplanabileceği koşullar,
* Uygun sektörlerin (örn. sağlık, su ve sağlık koruma (sanitasyon) temsilcilerden oluşan salgın kontrol ekibi,
* Ekipteki organizasyon ve pozisyonlara özel rol ve sorumluluklar,
* Yerel ve ulusal düzeyde bilgi verilen ve danışılan yetkililere yönelik düzenlemeler,
* Salgınları inceleme ve müdahale etmek için mevcut kaynaklar/olanaklar.

2. Yedek Stoklar: Sahadaki yedekler, olası salgınlara müdahale etmede kullanılacak malzemeleri içermelidir. Böyle stoklarda şunlar bulunabilir: Ağızdan sıvı tedavisi (oral rehidratasyon) için hazırlanmış tuzlar, damar içi sıvılar, antibiyotikler, aşılar ve tıbbi sarf malzemeleri. Viral hepatit ve HİV'in yayılımının önlenmesi için tek kullanımlık / kendi kendini imha eden enjektörler ve güvenli iğne kutuları hazır bulunmalıdır. Bazı durumlarda hazır paketlenmiş kolera kiti de bulundurulabilir. Menenjit aşısı gibi bazı stokları sahada tutmak pratik olmayabilir. Yakın gelecekte bu kalemlerin hızla bulunabilmesi için hızlı nakliyat ve depolama işlemleri önceden belirlenmelidir.

3. Referans Laboratuarları: Daha ayrıntılı testlere yardımcı olabilecek (örn. Şigella için antibiyotiğe duyarlılık testi, Kırım Kongo kanamalı ateşinin serolojik tanısı) bölgesel ya da uluslararası bir referans laboratuarı da tespit edilmelidir.

4. Taşıma Vasatları ve Hızlı Testler: Numune materyalleri (örn. makat için pamuklu çubuk) ve taşıma vasatları (örn. kolera, Şigella, E. Coli ve Salmonella için Cary-Blair, Amies' ya da Stuarts' ortamı; menenjit için Translocate) sahada bulunmalı ya da kolayca bulunabilecek olmalıdır. Ayrıca sıtma ve menenjit de dahil sahadaki birçok bulaşıcı hastalığın tanısını doğrulamada yararlı olabilen birçok yeni hızlı testler de mevcuttur.

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 5: Salgın Tespiti, İncelemesi ve Müdahalesi

Bulaşıcı hastalıkların salgınları zamanında ve etkin biçimde tespit edilir, incelenir ve kontrol edilir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Sağlık bilgi sistemi (SBS) bir erken uyarı bileşeni içerir (kılavuz notları 1-2).
* Bildirimden itibaren 24 saat içinde salgın incelemesi başlatılır.
* Salgın, bazı yüksek riskli grupların belirlenmesine yönelik olarak zamana, yere ve kişiye göre tanımlanır. Hem bireylerin hem de verilerin güvenliğini korumak için yeterli önlemler alınır.
* Hastalığa özgü uygun kontrol önlemleri mümkün olduğunca çabuk hayata geçirilir (kılavuz notları 3-4).
* Olgu ölümlülük hızları (fatalite) kabul edilebilir düzeylerde tutulur (kılavuz notu 5):
— Kolera: % 1 ya da daha az
— Şigella dizanterisi: % 1 ya da daha az
— Tifo: % 1 ya da daha az
— Meningokokal menenjit: Değişir (kılavuz notu 5).

Kılavuz Notlar

1. Enfeksiyon Hastalık Salgınları İçin Erken Uyarı Sistemi: Böyle bir sistemin anahtar bileşenleri aşağıdakileri içerir:
— Raporlama için tüm sağlık birimlerine dağıtılmış vaka tanımları ve eşik değerleri
— Toplum içinden olası salgınları tespit edip bildirmek için eğitilmiş kamu sağlığı çalışanları
— Şüpheli salgınların tespitten sonra 24 saat içinde sağlık sisteminin bir sonraki uygun basamağına bildirilmesi
— İlgili sağlık yetkililerinin hızla haberdar edilmesini sağlamak için kurulmuş iletişim sistemleri, örn. telsiz, telefon.

2. Bir Salgının Varlığının Doğrulanması: Bir salgının var olup olmadığını belirlemek her zaman kolay değildir ve her hastalık için açıkça tanımlanmış salgın eşik değerleri yoktur.
* Tek bir vakanın salgın göstergesi olabileceği hastalıklar: Kolera, kızamık, sarıhumma, Şigella, viral hemorajik ateşler.
* Meningokokal menenjit: 30.000'in üzeri nüfuslarda, bir haftada 15 olgu/100.000 kişi, bir salgına işaret eder. Ancak, yüksek salgın riskinde (yani 3+ yıl boyunca hiç salgın olmamış ve aşılanmışlık oranı < % 80), bu eşik haftada 10 olgu/100.000'e düşer. 30.000'den az nüfuslarda, bir haftada beş yeni olgu görülmesi ya da üç haftalık bir süre içinde olgu sayısının iki katına çıkması bir salgın olduğunu doğrular.
* Sıtma: Daha az özellikli tanımları vardır. Ancak, yılın o döneminde tanımlı bir alandaki nüfusta beklenenin üstünde bir olgu artışı bir salgına işaret edebilir.

3. Salgın Kontrolü: Salgına neden olan etkenin geçişini durdurmak için özel kontrol önlemleri geliştirilmesi gerekir. Çoğu zaman, etken hakkında önceden var olan bilgi, özellikli durumlar için uygun kontrol önlemlerinin tasarlanmasında yönlendirici olabilir. Genelde müdahale etkinlikleri aşağıdakileri içerir:
— Kaynağın Kontrolü. Su kalitesinin ve miktarının iyileştirilmesi (örn. kolera), uygun tanı ve tedavi (örn. sıtma), yalıtım/tecrit (örn. dizanteri), hayvan rezervuarlarını kontrol etme (örn. veba, Lassa ateşi) gibi müdahaleler olabilir.
— Hassas Grupların Korunması: Bağışıklama (örn. kızamık, menenjit, sarıhumma), kemoprofilaksi (örn. hamile kadınlarda sıtmanın önlenmesi), beslenmenin iyileştirilmesi (akut solunum enfeksiyonları) gibi müdahaleler olabilir.
— Geçişi Engellemek. Hijyen geliştirme (örn. ağız-dışkı yoluyla yayılan tüm hastalıklar), vektör/taşıyıcı kontrolü (örn. sıtma, denj humması) gibi müdahaleler olabilir.

4. Vektör Kontrolü ve Sıtma: Bir sıtma salgını sırasında, kapalı mekânda ilaçlama ve ilaçlı cibinlik dağıtımı programları gibi vektör kontrolü önlemleri entomolojik (böcekbilimsel) değerlendirmelerle ve uzmanların kılavuzluğunda yürütülmelidir. Bu müdahaleler, afetin ilk evresinde bulunamayabilecek önemli lojistik destek ve takip gerektirir. Hâlihazırda ilaçlı cibinlik kullanımı düzeyinin yüksek olduğu (> %80) toplumlarda cibinliklerin hızla yeniden ilaçlanması bulaşmanın durmasına yardımcı olabilir.

5. Olgu Ölümlülük Hızları: Olgu fatalite hızları bu belirtilen düzeyleri aşarsa, kabul edilebilir düzeylerde tutulmasını sağlamak için kontrol önlemlerinin acil bir değerlendirmesine girişilmeli ve düzeltici adımlar atılmalıdır.

6. Meningokokal Menenjit İçin Olgu Fatalite Hızları: Meningokokal menenjit için kabul edilebilir olgu fatalite hızları genel bağlama ve sağlık hizmetlerine erişime bağlı olarak değişiklik gösterir. Genelde sağlık kurumları mümkün olduğunca düşük bir olgu fatalite hızları hedeflemelidir, ancak salgınlar sırasında % 20'ye kadar çıkabilir.

* Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 6: HIV/AIDS

HIV/AIDS vb. hastalıkların (Hepatit B) bulaşmasını önlemek için insanlar asgari bir hizmet paketine erişime sahip olmalıdır.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

• Afet durumunda insanlar aşağıdaki temel hizmet paketine erişebilmelidir:
— Bedava erkek kondomları ve doğru kondom kullanımının geliştirilmesi
— Acil servis ve sağlık hizmeti ortamlarında iyatrojenik (nedeni bilinmeyen) / nosokomiyal (hastane enfeksiyonları) bulaşmayı engellemek için evrensel önlemler
— Güvenli kan temini
— Bireylerin kendilerini HIV'in geçişinden koruyabilmek için adım atabilmelerini sağlayacak gerekli bilgi ve eğitim
— Cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) bulgulara yönelik olgu yönetimi
— Cinsel şiddetin sonuçlarının önlenmesi ve yönetimi
— HIV/AIDS'le yaşayanlar için temel sağlık hizmetleri.
• Afet sonrası evrede HIV kontrolü hizmetlerinin alanını genişletmek için planlar başlatılır (kılavuz notu 1).

Kılavuz Notu

1. HIV kontrolü: afetlerin sonrası ve rehabilitasyon evresinde HIV kontrol etkinliklerinin genişlemesi, yerel gereksinimlere ve koşulların değerlendirilmesine dayandırılacaktır. Halkın, özellikle de HIV/AIDS'le yaşayanların ve onlara bakanların, programın tasarımı, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesine katılımı, programın başarısı için çok önemlidir. İlk aşamada gerçekleştirilmiş hizmetlerin yanı sıra, daha kapsamlı gözetim, önleme, tedavi, bakım ve destek hizmetleri başlatılmalıdır. Damgalanmayı azaltmak ve insanları ayrımcılıktan korumak için düzenlenen koruma ve eğitim programları, mümkün olur olmaz gerçekleştirilmelidir.

*Caritas Internationalis üyeleri, kondom kullanımının geliştirilmesiyle ilgili olduğundan dolayı Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü bölümündeki standart 6'yı onaylayamazlar. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü bölümündeki, Asgari İlk Hizmet Paketi'ne (AİHP) ilişkin standart 2'yi de onaylayamazlar. Aynı şekilde, Caritas Internationalis üyeleri, kondom kullanımıyla ya da bu el kitabının başka yerlerinde geçebilen AİHP'le ilgili standartları onaylayamaz.

ASGARİ STANDART 3: BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN KONTROLÜ

Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak hastalık ve ölümlerde artış, birçok afetin ortak özelliğidir. Bunun başlıca sebebi, deprem ve kasırga gibi aniden başlayan doğal afetlerden sonra, yaralanmadır. Fiziksel şiddete bağlı yaralanmalar da tüm karmaşık acil durumlarla birliktedir ve bu tür krizlerde aşırı ölümlerin başlıca nedeni olabilir. Afetzedelerin üreme sağlığı (ÜS) gereksinimleri, cinsiyete bağlı şiddet, hamilelik ve acil doğumla ilgili bakım gereksinimleri ve pek çok toplumda temel ÜS hizmetlerinin bile çok sınırlı olması gibi sorunlar son yıllarda artan derecede ilgi görmektedir. Daha iyi ÜS programlarına olan gereksinim pek çok afet türü için geçerlidir.
Sayıya dökmek güç olsa da, zihinsel sağlık ve psikososyal sorunlar, her tür afet ve afet sonrası ortamıyla ilişkili olabilir. Afetlere bağlı korkular, kayıplar, gelecekle ilgili belirsizlikler ve diğer stres kaynakları insanları artan psikiyatrik, psikolojik ve toplumsal sorunlarla ilişkili risklerle karşı karşıya bırakabilir. Son olarak, kronik hastalıklarda akut yan etkilerin görülme sıklığında afetlere bağlı artış olduğunu gösteren bulgular vardır. Bu yan etkiler genellikle devam eden tedavi kürlerinin kesintiye uğramasına bağlıdır. Ancak çeşitli başka stres kaynakları da kronik tıbbi durumun akut olarak kötüye gidişini hızlandırabilir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 1: Yaralanma

Yaralanmaların yönetimi için insanlar uygun hizmetlere erişebilmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Çok fazla sayıda yaralının olduğu durumlarda; değerlendirme, önem sırasına göre derecelendirme, temel canlandırma ve sevk konusunda sağlık hizmeti verenlere yol göstermek için standartlaşmış bir triyaj[3] sistemi kurulur (kılavuz notları 1-2).
* İlkyardım ve temel canlandırma girişimlerinin yürütülmesi için standart kılavuzlar oluşturulur (kılavuz notu 3).
* Yaralı hastaların, ameliyat dahil gelişmiş bakım hizmetlerine sevki için standart protokoller oluşturulur. Hastaların sevk birimlerine ulaşımı için uygun taşıma hizmetleri organize edilir.
* Travma ve cerrahi bakım hizmetleri sadece uygun uzmanlık ve kaynaklara sahip kurumlar tarafından oluşturulur (kılavuz notu 4).
* Çok fazla sayıda yaralı hasta olması olasılığı taşıyan durumlarda, ilgili sağlık birimleri için çoklu yaralanmaların yönetimine yönelik acil durum planları geliştirilir. Bu planlar semt ve bölge bazındaki planlarla ilişkilendirilmelidir.

Kılavuz Notlar

1. Travma Hizmetlerinin Önem Sırasına Göre Düzenlenmesi: Çoğu afette klinik bakıma gereksinim duyacak yaralı sayısını tespit etmek mümkün değildir. Depremler gibi aniden başlayan doğal afetlerden sonra, canlı olarak kurtarılanların % 85-90'ı genelde 72 saat içinde yerel acil durum personeli ya da komşuları ve aileleri tarafından çıkartılır. Bu yüzden, kurtarma operasyonlarında afet olasılığı yüksek bölgelerde en önemli vurgulardan biri, yerel halkı ilk bakımı sağlamak üzere hazırlamak olmalıdır. Öncelikli sağlık müdahalelerinin, önlenebilecek aşırı ölümleri azaltmak için tasarlandığı unutulmamalıdır. Silahlı çatışmada en şiddetli travmalara bağlı ölümler, sağlık birimlerinden uzak, güvensiz bölgelerde gerçekleşir ve bu yüzden genellikle tıbbi bakımla engellenemezler. Sivil halkı korumayı amaçlayan müdahalelerin bu ölümleri engellemesi gerekir.

3 Triyaj: Toplu yaralanmalarda tedavi ve sevk önceliğinin belirlenmesi için yaralıların/hastaların acil önemlerine göre derecelenerek ayıklanması.

Çatışma sırasında uygulanan sağlık müdahaleleri, şiddete bağlı yaralanmaların insidansının arttığı durumlarda bile topluma dayalı halk sağlığı ve temel sağlık hizmetlerine odaklanmalıdır.

2. Triyaj: Triyaj hastaların, yaralanma ya da hastalıklarının şiddetine göre sınıflandırma ve eldeki kaynaklar ve hastaların yaşam şanslarına göre tedavi önceliklerini belirleme işlemidir. Triyajın altında yatan ilke, sınırlı kaynakları en fazla sayıya en iyi sağlık yararı sağlayacak şekilde paylaştırmaktır. Triyaj ille de en ciddi şekilde yaralanmış kişilere öncelik verilmesi demek değildir. Sınırlı kaynaklar ve çok sayıda yaralının olduğu bir ortamda, ağır, yaşamı tehdit eden yaralanmalar, kurtarılma şansı daha fazla olan yaralanmalardan daha düşük önceliğe sahip olabilir. Standartlaşmış bir triyaj sistemi yoktur ve uluslararası çeşitli sistemler kullanılmaktadır. Çoğu sistem yaralanmayı iki ila beş sınıfta toplar, dörtlü sınıflandırma ise en sık kullanılanıdır.

3. İlkyardım ve Temel Tıbbi Bakım: Salt travma ve cerrahi bakım hizmetleri özellikle kaynakların kıt olduğu ortamlarda kolayca erişilebilir olmayabilir. Ancak ilkyardım, temel canlandırma ve cerrahi müdahale gerektirmeyen girişimlerin ağır yaralanmalar için bile hayat kurtarıcı olabildiğini not etmek önemlidir. Hava yolunun temizlenmesi, kanama kontrolü ve damar içi sıvı vermek gibi basit işlemler, hayati tehlikesi olan yaralıların bir sevk merkezine naklinden önce durumlarının kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir. Bu yüzden, sağlanan ilk tıbbî yönetimin kalitesi hastanın hayatta kalma şansını ciddi şekilde etkileyebilir. Yaranın temizlenme ve pansumanı, antibiyotik ve tetanos profilaksisi[4] vermek gibi cerrahi girişim içermeyen diğer işlemler de önemlidir. Pek çok ağır yaralı hasta, uygun ilkyardım, tıbbî bakım ve hemşirelik bakımı sağlanırsa ameliyat olmadan günlerce, hatta haftalarca hayatta kalabilir.

4. Travma ve Cerrahi Bakım: Bütün sağlık çalışanları hastalara ilkyardım ve temel canlandırma yapabilmelidir. Ayrıca stratejik noktalarda hayat kurtaran triyaj kapasitesi ve bunun bir sevk sistemine bağlantısı da önemlidir. Ancak kesin travma bakımı ve savaş cerrahisi, az sayıda kurumda bulunan özel eğitim ve kaynak gerektiren uzmanlık alanlarıdır. Uygun olmayan ya da yetersiz cerrahi tedavi, hiçbir şey yapılmamasından daha zararlı olabilir. Bu yüzden yalnızca ilgili uzmanlığa sahip organizasyonlar ve profesyoneller bu deneyim gerektiren hizmetleri yürütmelidir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 2: Üreme Sağlığı

İnsanlar üreme sağlığı ihtiyaçlarına cevap verebilecek Asgari İlk Hizmet Paketi'ne (AİHP) erişebilmelidir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Yetkili sağlık makamıyla görüşülerek AİHP'in eşgüdümünü ve hayata geçirilmesini kolaylaştıracak bir örgüt(ler) ya da birey(ler) belirlenir (kılavuz notu 1).
* Sağlık kurumları tarafından, ilgili sektörlerle, özellikle de koruyucu ve toplum sağlığı hizmetleriyle eşgüdümlü olarak cinsiyet temelli şiddeti (CTŞ) önlemek ve sonuçlarını yönetmek üzere adımlar atılır (kılavuz notu 2).
* Sağlık hizmetlerine, koruma ve güvenlik memurlarına bildirilen cinsel ve diğer CTŞ olgularının sayısı izlenir ve görevli CTŞ kuruluşuna (ya da kuruluşlarına) rapor edilir. Veri toplama ve incelemede gizlilik kuralları uygulanır.
* HIV/AIDS'in taşınmasını önlemek için asgari hizmet paketi hayata geçirilir.
* Belli bir zaman dilimindeki tahmini doğum sayısına göre yeterli sayıda temiz doğum kitleri bulundurulur ve hamile olduğu anlaşılan kadınlara ve geleneksel ebelere evde temiz şartlarda doğum yapılabilmesi için dağıtılır.

4 Profilaksi: Hastalık oluşmadan önce ilaç veya çeşitli tıbbi önlemler alarak koruma.

* Yeterli sayıda ebe doğum kitleri (UNICEF ya da eşdeğeri), temiz şartlarda ve güvenli doğumlar yapılmasını sağlamak için sağlık birimlerine dağıtılır.
* Doğumlarla ilgili acil durumları yönetmek için, resmi ebeleri ve geleneksel ebeleri de dâhil ederek standart bir sevk sistemi kurulur ve toplum içinde geliştirilir. Hastaların sevk birimlerine ulaşımı için uygun taşıtlar ayarlanır (kılavuz notu 3).
* Birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiş geniş çaplı üreme sağlığı hizmetlerinin mümkün olduğunca çabuk uygulanması için planlar başlatılır (kılavuz notu 4).

Kılavuz Notları

1. Asgari İlk Hizmet Paketi: AİHP, afetin ilk evrelerinde afetzedelerin üreme sağlığı (ÜS) ihtiyaçlarına yanıt vermek üzere tasarlanmıştır. AİHP yalnızca bir donanım ve malzeme seti değil, bir dizi özel sağlık etkinliğidir. Hedefleri: Eşgüdümünü ve hayata geçirilmesini kolaylaştıracak bir örgüt(ler) ya da birey(ler) belirlemek, cinsiyet temelli şiddeti önlemek ve sonuçlarını yönetmek, HIV'in taşınmasını önlemek, yenidoğan ve anne ölümleri ve hastalıklarını önlemek ve kapsamlı ÜS hizmetlerinin sağlanmasını planlamak. BMNF (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) ÜS kiti, AİHP'nin hayata geçirilmesini kolaylaştırmak için özel olarak tasarlanmıştır. Her basamaktaki bakım düzeylerinde (sağlık ocağı, sağlık merkezi ve sevk merkezi) kullanılabilen 12 alt kitlik bir seriden oluşur.

2. Cinsiyet Temelli Şiddet (CTŞ): Birçok karmaşık acil durumun, hatta birçok doğal afetin genel özelliğidir. Tecavüz, ev içi şiddet, cinsel sömürü, zorla evlendirme, fuhşa zorlama, insan ticareti ve insan kaçırma gibi istismarları içerir. CTŞ'nin önlenmesi ve yönetimi, topluluk üyeleri arasında ve kurumlar arasında işbirliği ve eşgüdüm gerektirir. Sağlık hizmetleri cinsel saldırıdan kurtulanların tıbbi yönetimini, gizliliği gözeten danışmanlığı ve diğer uygun bakım hizmetleri için sevk edilmesini içermelidir. Yerleşim yerlerinin planları, temel ihtiyaç maddelerinin dağıtımı ve sağlık hizmetleri ve diğer programlara erişim, CTŞ ihtimalini azaltacak şekilde tasarlanmalıdır. Afetzedelerin, özellikle çocukların ve gençlerin yardım kuruluşu çalışanları, askeri personel ve nüfuzlu mevkideki diğerleri tarafından cinsel sömürüsü etkin biçimde engellenmeli ve kontrol edilmelidir. Düzenleyici kuralları geliştirilmeli ve herhangi bir şiddete yönelik disiplin önlemleri oluşturulmalıdır.

3. Acil Doğum Bakım Hizmetleri: Hamile kadınların yaklaşık % 15'inde temel doğum bakımı gerektiren istenmeyen yan etkiler (komplikasyonlar) gelişebilir ve hamile kadınların % 5 kadarı, sezaryen dâhil çeşitli cerrahi girişimlere gereksinim duyar. Temel doğum bakım hizmetleri bir an önce olarak sağlık merkezi düzeyinde oluşturulmalı ve ilk değerlendirme, fetusun sağlık değerlendirmesi, epizyotomi (normal doğum kolaylaştırmak için uygulanan cerrahi bir girişim), kanama yönetimi, enfeksiyon yönetimi, eklampsi[5] yönetimi, çoğul doğum, bebeğin doğumda ters gelişi, vakumla doğum yardımı ve sünnet edilmiş kadınlar için özel bakımı içermelidir. Kapsamlı temel doğum bakımı bir an önce sevk hastanesinde hazırlanmış olmalı ve sezaryen operasyonu, laparotomi[6], rahim ağzı ve üçüncü derece vajinal yırtıkların onarımı, güvenli olmayan düşüklerle ilgili yan etkilerin bakımını ve güvenli kan naklini de içermelidir.

4. Kapsamlı Üreme Sağlığı Hizmetleri: Sağlık kuruluşları kapsamlı ÜS hizmetlerinin sonradan birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu için plan yapmalıdır. ÜS hizmetleri ayrı, dikey programlar olarak oluşturulmamalıdır. AİHP'de belirtilen girişimlere ek olarak, kapsamlı, entegre ÜS hizmetlerinin diğer unsurları arasında güvenli annelik, aile planlaması ve danışmanlığı, kapsamlı CTŞ hizmetleri, CYBH'lerin ve HIV/AIDS'in kapsamlı yönetimi, gençliğin spesifik ÜS ihtiyaçları ve izleme ve sürveyans vardır.

5 Eklampsi: Özellikle gebeliğin son aylarında görülen yüksek tansiyon, çeşitli nörolojik belirtiler ve komaya kadar ilerleyebilen bir hastalık.
6 Laparotomi: Karın ameliyatı.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 3: Sağlığın Zihinsel ve Toplumsal Yönleri

Akıl hastalığı oranlarını, sakatlığı ve toplumsal sorunları azaltabilmek için insanların sosyal hizmetlere ve akıl sağlığı hizmetlerine erişimi olmalıdır.

***Temel Sosyal Müdahale Göstergeleri 7** (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

Afetin akut (şiddetli) evresinde ağırlık sosyal müdahalelerde olmalıdır.
* İnsanların afet ve beraberinde yürütülen kurtarma çalışmaları hakkında sürekli, güvenilir bilgi akışına erişimi olur (kılavuz notu 1).
* Normal kültürel ve dini etkinlikler (ilgili ruhani görevliler ve din görevlileri tarafından düzenlenen yas törenleri dahil) sürdürülür ya da yeniden başlatılır. İnsanlar cenaze törenlerini yürütebilir (kılavuz notu 2).
* Kaynaklar izin verir vermez çocuk ve ergenler resmi ya da gayrı resmi eğitim ve normal eğlence faaliyetlerine kavuşur.
* Yetişkin ve ergenler, acil kurtarma çalışmaları gibi somut, anlamlı, genel ilgi gören etkinliklere katılabilir.
* Aileden ayrı düşmüş ya da yetim kalmış çocuklar, çocuk askerler, dullar, yaşlılar ya da diğerleri yalnız kalmış kişilerin toplumsal ağlara dâhil olmasını kolaylaştıran etkinliklere erişimleri sağlanır.
* Gerektiğinde insanları ve aileleri kavuşturmak için bir izleme hizmeti kurulur.
* İnsanlar yerinden edildiklerinde, yerleşim yerleri aileleri ve toplulukları bir arada tutmayı hedefleyecek şekilde düzenlenir.
* Dini yerlerin, okulların, su sağlama noktalarının ve sanitasyon tesislerinin nereye yerleştirileceği ile ilgili kararlarda topluma danışılır. Yerinden edilmiş kişilerin yerleşim yerleri eğlence ve kültürel alanlar içerecek şekilde tasarlanır.

Temel Psikolojik ve Psikiyatrik Müdahale Göstergeleri (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Travmatik stres kaynaklarına maruz kalma sonrası akut ruhsal sıkıntı yaşayan kişiler sağlık hizmet birimlerinde ve toplumda psikolojik ilkyardıma erişir (kılavuz notu 3).
* Acil psikiyatrik yakınmalara yönelik bakım birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla sağlanır. Temel ilaç listesiyle uyumlu temel psikiyatrik ilaçlar birinci basamak sağlık hizmet birimlerinde bulunur (kılavuz notu 4).
* Önceden psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireyler ilgili tedaviyi almaya devam eder ve ilaçları zararlı, ani bir biçimde kesmekten kaçınır. Psikiyatrik gözetim hastanelerindeki hastaların temel ihtiyaçları karşılanır.
* Afet uzun süreli hale gelirse, afet sonrası aşama için daha geniş çaplı, toplum temelli psikolojik müdahale planları başlatılır (kılavuz notu 5).

Kılavuz Notları

1. Bilgi: Bilgiye erişim yalnızca bir insan hakkı değildir, aynı zamanda gereksiz toplumsal endişeleri ve sıkıntılarını da azaltır. Afetin doğası ve şiddeti ve halkın fiziksel güvenliği için yapılan çalışmalar hakkında bilgi sağlanmalıdır. Ayrıca halk, devlet, yerel makamlar ve yardım kuruluşları tarafından yürütülen özel kurtarma etkinlikleri ve yerleri hakkında da bilgilendirilmelidir. Bilgi, risk iletişimi ilkelerine göre yayılmalıdır, yani karmaşık olmamalı (bölgedeki 12 yaş düzeyindekilerin anlayabileceği şekilde) ve empatik (afetten kurtulanların durumlarına uygun bir anlayışla) olmalıdır.

*Sosyal ve psikolojik göstergeler birbirinden ayrı ele alınmaktadır. 'Sosyal müdahale' terimi, asıl olarak sosyal etkileri amaçlayan etkinlikler için kullanılmaktadır. 'Psikolojik müdahale' terimi, birincil olarak psikolojik (ya da psikiyatrik) bir etki yaratmayı amaçlayan müdahaleler için kullanılmaktadır. Sosyal müdahalelerin ikincil psikolojik etkileri olduğu ve psikolojik müdahalelerin de ikincil sosyal etkileri olduğu durumların 'psikososyal' terimiyle ifade edildiği bilinmektedir.

2. Gömme İşlemleri: Aileler sevdiklerine veda etmek için, kültürel olarak uygunsa yakınlarının ölülerini görme seçeneğine sahip olmalıdır. Ölenlerin törensiz gömülmelerinden kaçınılmalıdır.

3. Psikolojik İlkyardım: Gerek genel halk arasında, gerekse yardım çalışanları arasında travmatik stres kaynaklarına maruz kalma sonrası yaşanan akut sıkıntılarla baş etmenin en iyi yolu, aşağıdaki psikolojik ilkyardım ilkelerine uymaktır. Bu, konuşmaya zorlamayan, dinlemeye odaklanmış, temel, karşısındakinin sınırlarına girmeyen, faydacı bir bakımı, gereksinimlerin değerlendirildiğinden ve temel gereksinimlerin karşılandığından emin olmayı, özel birinin refakatini teşvik etmeyi ama buna da zorlamamayı ve daha fazla zarardan korumayı gerektirir. Bu türden ilkyardım hem gönüllülere hem de profesyonellere çabucak öğretilebilir. Sağlık çalışanları, bağımlılık riskinden ötürü yaygın olarak benzodiazepin reçetesi yazmaktan kaçınmalıdır.

4. Acil Psikiyatrik Yakınmaların Bakımı: Acil bakım gerektiren psikiyatrik sağlık sorunları şunları içerir: Kendine ya da başkaları için tehlikeli olma, psikozlar, ağır depresyon ve mani.

5. Toplum Temelli Psikolojik Müdahaleler: Müdahaleler mevcut hizmetlerin değerlendirilmesi ve sosyokültürel bağlamın anlaşılması üzerine temellendirilmelidir. Bireylerin ve toplulukların kendi durumlarının kontrolünü yeniden kazanabilmelerine yardım edecek şekilde işlevsel, kültürel mücadele mekanizmalarını içermelidir. Mümkün olan durumlarda toplum liderleri ve yerli şifacılarla işbirliği önerilir. Toplum temelli "kendine yardım" grupları teşvik edilmelidir. Sosyal hizmet görevlileri, yoğun iş yükü olan sağlık çalışanlarına yardım etmek ve hassas ve azınlık gruplarına bakım hizmeti götürmek üzere eğitilmeli ve denetlenmelidir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Standardı 4: Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıkların yüksek ölüm oranlarına yol açtığı nüfuslarda, insanlar ölümü önlemeye yönelik temel tedavilere erişebilir.

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Tedavinin ani olarak kesilmesinin ölümle sonuçlanması olasılığı yaratacağı kronik hastalıkları olan bireyler için hazırlanan programlar arasında eşgüdüm sağlamak için belli bir kuruluş (ya da kuruluşlar) tayin edilir (kılavuz notu 1).
* Bu tür kronik hastalıkları olan bireyler etkin biçimde belirlenir ve kayıt altına alınır.
* Kronik hastalıkların rutin, devam eden tedavisine yönelik ilaçlar, temel ilaçlar listesinde belirtilmiş olmaları koşuluyla birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlanır.

Kılavuz Notlar

1. Kronik Hastalıklar: Afetler sırasında kronik hastalıkların yönetimi hakkında genel olarak kabul görmüş bir kılavuz daha önce oluşturulmamıştır. Hastaların önceden kronik rahatsızlıkları için devam eden tedaviye erişebildikleri ülkelerdeki karmaşık acil durumlarda, diyaliz bağımlısı kronik böbrek yetmezliği, insüline bağımlı diyabet ve bazı çocukluk kanserleri gibi, tedavide ani bir kesintinin ölümle sonuçlanmasının olası olduğu kronik hastalıklara öncelik verilmiştir. Bunlar yeni programlar değil, hayat kurtaran tedavilerin bir devamıydı. Gelecekteki afetlerde kronik hastalıklar için başka programlar da uygun olabilir. Eğer halk bu tedavilere afetten önce de erişemiyorsa, kurtarma çalışmaları sırasında kronik hastalıkların yönetimi için yeni tedavi rejimleri ya da programları başlatmak uygun değildir. Kronik hastalıkların rutin, devamlı yönetimi, temel ilaçlar listesini kullanarak birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlanabilmelidir.

BÖLÜM 6: EĞİTİM HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR

GİRİŞ

Afetlerde Eğitim Hizmetlerinin Önemi

Toplumun refahının devamlılığı için eğitim kilit rol oynamaktadır. Ayrıca diğer sektörlerdeki önlemlerin benimsenmesi ve doğru uygulanması için eğitim büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle afet ortamında yaşamsal önceliklerin, eğitim hizmetlerini engellememesine, eğitimin aksatılmadan sürdürülmesine önem verilmesi gerekmektedir.

ASGARİ STANDART: EĞİTİM HİZMETLERİ

Örgün eğitimin sürekliliğinin sağlanması afet ortamında önemini kaybetmemektedir.

Eğitim Hizmetleri Standardı 1: Psikososyal Gereksinimlere Yönelik Öğretmen Eğitimi

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Eğitim-öğretimin gerektiği gibi devam etmesi desteklenir.
* Devam eden eğitim- öğretimle psikososyal destek de sağlanır.
* İleri destek için yönlendirme sistemi kurulur.
* Öğretmenlere ve diğer çalışanlara fiziksel ve psikososyal gereksinimleri için destek verilir.
* Normale dönüş vurgulanır.

Kılavuz Notları

1. Psikososyal ilk değerlendirme yapılmalıdır.
2. İlk değerlendirmede öğrencilerin karşı karşıya kaldıkları farklı travmatik olaylar sınıflandırılmalıdır.
3. Travma sonrası bozukluklar ile ilgili belirtiler incelenmeli, bu soruna yönelik gerekli yardım ulaştırılmalıdır.
4. Ortamda yardım sağlayacak kişi ve organizasyonlar saptanmalı, desteklenmelidir.

Eğitim Hizmetleri Standardı 2: Müfredat ve Sınavlar

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Müfredat güncellenir, ilgi sağlanır.
* Müfredat eşitlik ve diğer evrensel değerleri yansıtır.
* Öğrencilerin karne almaları ve mezun olmaları desteklenir.

Kılavuz Notları

1. Müfredat konuları belirlenmeli, güncellenmelidir.
2. Öğrencilerin acil durumdaki temel ihtiyaçlarını karşılayacak bilgiler (sağlık eğitimi, kara mayınlarından korunma vb.) müfredatta yer almalıdır.
3. Müfredat, bölgesel veya uluslararası müfredatla karşılaştırılmalı, eksik varsa tamamlanmalı, gerekiyorsa tercüme desteği sağlanmalıdır.
4. Müfredat, şiddet, kin, nefret, ayrımcılık veya düşmanlık konuları açısından incelenmeli ve varsa bu tür konular müfredattan çıkarılmalıdır.
5. Eğitim materyalleri derlenip, çoğaltılmalıdır.
6. Öğrenciler için müfredata uyumlu çalışma kitapları sağlanmalıdır.
7. Müfredat, bir üst okula (üniversiteye) gitmek için sınav zorunluluğu varsa, bu sınavdaki konuları da içermelidir.
8. Bu tür sınavların yapılabilmesi için ortam (salon, malzeme vb.) sağlanmalıdır.
9. Sınav bedelleri için kaynak sağlanmalıdır.
10. Öğretmenlerin öğrencileri bu sınavlara hazırlayabilmeleri için örnek soru rehberi vb. yardımcı materyel sağlanmalıdır.

Eğitim Hizmetleri Standardı 3: Müfredatın Uyarlanması

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Toplumdaki paydaşlar belirlenir, en üst düzeyde katılım sağlanır.
* Müfredat birlikte gözden geçirilir.

* Herkesin hemfikir olduğu konulara öncelik verilir.
* Müfredatın öğrencilerin gereksinimlerine yanıt verebilmesine özen gösterilir.
Kılavuz Notları
1. Mevcut müfredat incelenmelidir.
2. Her sınıfa uygun ve tüm konuları içeren müfredat olmalıdır.
3. Müfredat ders kitaplarıyla uyumlu olmalıdır.
4. Öğretmenler ve okul yönetiminde müfredat bulunmalıdır.
5. Müfredat öğretmenlerin derslerini hazırlamalarına, yakın ve uzak dönemli planlama yapabilmelerine uygun olmalı, eğitim için özel teknikler içermelidir.

Eğitim Hizmetleri Standardı 4: Tamamlayıcı Eğitimler

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Eğitim programları alanında uzman kişiler tarafından hazırlanır. Bu konu için gönüllü eğitmenler tercih edilir ve eğitim takvimi hazırlanır.
* Hedef grubun özel eğitim ihtiyacı dikkate alınır.
* Yurttaşlık bilgisi vb. günlük yaşamda gereksinim duyulan konular da yer alır.
Kılavuz Notları
1. Toplumda temel sağlık sorunlarını, başlıca hastalık ve ölüm nedenlerine karşı önlemleri de içeren sağlık eğitimi verilmelidir.
2. Farklı hedef grupların farklı gereksinimlerine yönelik sağlık eğitimi uyarlanmalıdır.
3. Bu eğitim okuma yazma bilmeyen veya farklı dilleri konuşan kişilere de verilmelidir.

Eğitim Hizmetleri Standardı 5: Okul Öncesi Eğitim

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Yer ve malzeme sağlanır.
* Zaman ayrılır, güven ve konuşma ortamı sağlanır.
* Oyun oynamak için fırsatlar yaratılır.
* Ebeveyn katılımı sağlanır.
Kılavuz Notları
1. Afet öncesindeki okul öncesi eğitim durumu incelenmelidir.
2. Eğitime besin desteği sağlanmalıdır.
3. Eğitimin özel sektör veya devlet eliyle verilmesi belirlenmelidir.
4. Ebeveynlerin, gençlerin, gönüllülerin bu eğitimde yer almaları sağlanmalıdır.
5. Öğretmenlerin bu eğitimde yer alması sağlanmalıdır.

Eğitim Hizmetleri Standardı 6: Katılım

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Yardım ederken zarar vermemeye dikkat edilir.
* Tüm katılımcılara eşit davranılır.
* Toplumdaki ayrımcılık vb. yapıya karşı ezber bozucu yaklaşım sağlanır..
Kılavuz Notları
1. Örgün eğitime katılmayanlar araştırılmalıdır.
2. Azınlık gruplarının eğitime katılmasını engelleyen fiziksel, finansal vb. engeller olup olmadığına bakılmalıdır.

3. Farklı eğitimler de (meslek edindirme, yaşam becerileri, dil vb.) katılım yönünden incelenmelidir.

Eğitim Hizmetleri Standardı 7: Zor Koşullardaki Çocuklar

Temel Göstergeler (kılavuz notlarla birlikte okunmalı)

* Çocukların güvenliği sağlanır.
* Müfredat çocukların günlük ihtiyaçlarını destekler.
* Eğitime ulaşmanın önündeki engeller kaldırılır.
Kılavuz Notları
1. Çocukların yaşadığı, uyuduğu yerler göz önünde bulundurulmalıdır.
2. Çocukların sağlık durumu, sağlık hizmetlerine erişimi dikkate alınmalıdır.
3. Çocukların beslenme, giyinme durumlarına bakılmalıdır.
4. Çocukların karşılaşabileceği fiziksel, sosyal, psikolojik, cinsel istismar riskine dikkat edilmelidir.
5. Çocukların eğitiminin sürekliliğine dikkat edilmelidir.
6. Yeterince oyun oynama alanlarının olmasına dikkat edilmelidir.

1 Sağlık problemlerinin izlenmesi amacıyla "sürekli ve sistematik olarak veri toplanması, analizi, yorumlanması ve konuyla ilgili kişilere dağıtılması" olarak tanımlanır.
2 Belli bir süre içinde bir toplumdaki sağlam kişilerin belirli bir hastalığa yakalanma olasılığıdır. Bu hız, belirli bir süre içinde görülen yeni vaka sayısının, risk altındaki kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir.
3 Toplu yaralanmalarda tedavi ve sevk önceliğinin belirlenmesi için yaralıların/hastaların acil önemlerine göre derecelenerek ayıklanması.
4 Hastalık oluşmadan önce ilaç veya çeşitli tıbbi önlemler alarak koruma
5 Özellikle gebeliğin son aylarında görülen yüksek tansiyon, çeşitli nörolojik belirtiler ve komaya kadar ilerleyebilen bir hastalık.
6 Karın ameliyatı
7 Sosyal ve psikolojik göstergeler birbirinden ayrı ele alınmaktadır. 'Sosyal müdahale' terimi, asıl olarak sosyal etkileri amaçlayan etkinlikler için kullanılmaktadır. 'Psikolojik müdahale' terimi, birincil olarak psikolojik (ya da psikiyatrik) bir etki yaratmayı amaçlayan müdahaleler için kullanılmaktadır. Sosyal müdahalelerin ikincil psikolojik etkileri olduğu ve psikolojik müdahalelerin de ikincil sosyal etkileri olduğu durumların 'psikososyal' terimiyle ifade edildiği bilinmektedir.

KONTROL LİSTELERİ

BÖLÜM 1: TÜM SEKTÖRLER İÇİN ORTAK GENEL STANDARTLAR

1- Ortak Standartlara Uygunluk Kontrol Listesi

BÖLÜM 2: SU SAĞLAMA, SANİTASYON VE HİJYEN DESTEKLEME HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR

1- Su Sağlama, Sanitasyon Ve Hijyen Destekleme Hizmetleri Kontrol Listesi

BÖLÜM 3: BESLENME, GIDA GÜVENLİĞİ VE GIDA YARDIMINDA ASGARİ STANDARTLAR

1- Metodoloji ve Rapor Hazırlama için Gıda Güvenliği Kontrol Listesi

2- Gıda Güvenliği Değerlendirmesi Kontrol Listesi

3- Gıda Güvenliği Müdahaleleri

4- Beslenmenin Değerlendirilmesi Kontrol Listesi

5- Akut Beslenme Bozukluğunun Ölçümü

6- A Vitamini ve İyot Eksikliğinin Toplum Sağlığı İçin Öneminin Ölçülmesi

7- Beslenme Gereksinimleri

8- Besin Temini Zinciri Yönetim Lojistiği Kontrol Listesi

BÖLÜM 4: BARINAK, YERLEŞKE VE GIDA-DIŞI KALEMLERDE ASGARİ STANDARLAR

1- Barınak, Yerleşke ve Gıda-dışı Kalemler Öncelikli Keşif Kontrol Listesi

BÖLÜM 5: SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR

1- Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Kontrol Listesi

2- Örnek Haftalık Sürveyans Rapor Formları

3- Ölüm ve Hastalık Hızları Hesaplama Formülleri

BÖLÜM 6: EĞİTİM HİZMETLERİNDE ORTAK STANDARTLAR

1- Eğitim Hizmetleri Keşif Kontrol Listesi

BÖLÜM 1: TÜM SEKTÖRLER İÇİN ORTAK GENEL STANDARTLAR

EK 1- Ortak Standartlara Uygunluk Kontrol Listesi

Katılım

1. İnsanların programlara katılımı sağlandı
2. Projede tüm gruplar temsil edildi.
3. Değerlendirme ve analiz sonuçları, ilgili tüm örgüt ve bireylere bildirildi.
4. Afete müdahale programı, dış yardım kesildikten sonra da sürdürülebilir

İlk Değerlendirme

1. Değerlendirme ekibi cinsiyet açısından dengeli, açık görev tanımlı, genel bilgiye sahip, belirli alanlarda uzmanlaşmış teknik görevlilerden oluşuyor.
2. İlk değerlendirme, afet sonrasında mümkün olan en kısa süre içerisinde gerçekleştirildi
3. Bilgiler, birincil kaynaklardan (yardım kuruluşu çalışanları, yerel görevliler, her iki cinsten de topluluk liderleri vb. ile görüşmeler ve doğrudan gözlemler yoluyla) ve ikincil kaynaklardan (belgeler ve raporların, duruma uygun tarihsel bilgilerin değerlendirilmesi yoluyla) sağlandı.
4. İlk değerlendirme acil yardımların saptanmasını ve daha detaylı araştırmalar yapılması gereken alanların belirlenmesini sağladı.
5. İlk değerlendirme insan hayatına yönelik tehditleri ve diğer kritik ihtiyaçları içeriyor.
6. Rapor tüm grupların endişelerini ve önerilerini içermelidir.
7. Kontrol listeleri kullanıldı.

Müdahale

1. İkincil önemdeki maddeler öncelikli yardımı engellemedi.
2. Acil ihtiyaçlar ile afetten etkilenen nüfusun sürekli ihtiyaçları birbirinden ayrı tutuldu.
3. Kapasitenin ihtiyaçtan fazla olduğu durumlarda, yerel otoriteye bilgi verildi.
4. Temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik kapasitenin yetmediği durumlar bildirildi.
5. Belirlenen kritik ihtiyaçlar mümkün olan en kısa sürede ilgili tüm birimlere bildirildi.

Hedef Tespiti

1. Hedef tespitinde en zarar görebilir durumda olan insanların ihtiyaçlarına öncelik verildi.
2. Hedef tespitinde zarar görebilir topluluklar da temsil edildi.
3. Hedef tespit kriterlerinde bireyin saygınlığının korunmasına dikkat edildi.
4. İnsanların tesis ve hizmetlere erişiminin engellenmemesine dikkat edildi.
5. Hedef tespit ve dağıtım sistemleri ihtiyaçlara göre güncellendi.

İzleme

1. Bilgiler düzenli olarak güncellendi.
2. Programla doğrudan ilgili bilgiler toplandı ve diğer sektör ve kuruluşlarla paylaşıldı.
3. Afetten etkilenen nüfus içerisindeki tüm gruplardan, kültürel açıdan kabul edilebilir şekilde bilgi toplayabilecek insanlar, izleme sistemine dahil edildi.
4. Sektörler arasında işbirliği sağlandı.

Değerlendirme

1. Program farklı yöntemlerle değerlendirildi ve elde edilen sonuçlar karşılaştırıldı.
2. Değerlendirme sonrasında ulaşılan sonuçlar, yazılı raporlara dönüştürüldü ve paylaşıldı.

Yardım Görevlilerinin Yeterlilik Ve Sorumlulukları

1. Yardım görevlileri, şartlara uygun teknik niteliklere, yerel kültür ve görenekler konusunda deneyime ve/veya acil durumlara yönelik tecrübeye sahiptir.

2. Yardım görevlileri kadın, erkek ve çocuklara nasıl yaklaşılacağını biliyor; tecavüz ve cinsel şiddet kurbanlarına yönelik tıbbi ya da psikolojik prosedürlere aşina.
3. Yardım görevlileri kişisel fayda talep etmedi.

Yardım Görevlilerinin Denetimi, Yönetilmesi Ve Desteklenmesi

1. Her kademedeki yöneticiler ilgili kuralların uygulanmasını destekledi ve yasalarla uyumunu sağladı.
2. İnsani yardım kuruluşları, personelinin niteliklerinden, kabiliyetlerinden ve düzgün bir şekilde eğitilip hazırlandığından emin.
3. Acil durum ekipleri kadın, erkek sayısı açısından dengeli bir dağılıma sahipler.
4. Tüm personele güvenlik ve sağlık konularına yönelik olarak uygun bilgi verildi.
5. Kapasite oluşturma/geliştirme çabalarına yer verildi.

BÖLÜM 2: SU SAĞLAMA, SANİTASYON VE HİJYEN DESTEKLEME HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR

HİJYEN DESTEKLEME

Program Tasarımı ve Uygulanması

* Halk sağlığı açısından önemli temel hijyen riskleri belirlendi.
* Nüfusun tüm gruplarının, kaynak, tesis ve hizmetlere adil erişimi sağlandı.
* Grupların temsilcileri, planlama, eğitim, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarına katıldı.

SU SAĞLAMA

Erişim ve Su Miktarı

* İçme, yemek pişirme ve kişisel hijyen gereksinimleri için gerekli ve yeterli su sağlandı.
* Su dağıtım noktaları yeterli sayı ve sıklıkta uygulandı.
* Su kaynakları/sistemleri yeterli miktarda suyu sürekli/düzenli sağlaması için korundu.

Su Kalitesi

* Dağıtım noktasında 100 ml suda dışkı kaynaklı organizma bulunmuyor.
* Korunan, güvenilir ya da arıtılmış içme suyu kaynakları bulunuyor.
* Dağıtım sonrası kirliliğinin asgari düzeyde olması için gerekli önlemler alındı.
* Suyun doğru kullanımı ve biriktirilmesi için halk bilgilendirildi.
* Borulu su sistemlerinde ve salgın ishal riski durumunda tüm su sistemlerindeki su dezenfekte edildi.
* Kimyasal (su arıtma kimyasalları dâhil)/radyolojik kirli su kullanımı nedenli sağlık sorunları saptanmadı.

Su Kullanım Tesisleri ve Malzemeleri

* Yeterince ve uygun su doldurma ve saklama kapları bulunuyor.
* Kişisel hijyen için yeterli çamaşırhane, banyo, sabun vb. olanaklar sağlandı.

DIŞKI UZAKLAŞTIRMA

Tuvaletlerin Tasarımı, İnşası ve Kullanımı

* Yeterli sayıda tuvalet uygun ve güvenli yerlerde konumlandırıldı.
* Ortak ya da umumi tuvaletlerin temizliği ve bakımı, uygun şekilde yapıldı.

HASTALIK TAŞIYICILARIN (VEKTÖRLERİN) KONTROLÜ

Bireysel ve Aile Düzeyinde Korunma

* Vektörle bulaşan hastalık riski altındaki insanların tümü bu hastalıkların taşınma yollarını ve olası korunma yöntemlerini anladı.
* Nüfusun tümü, vektör popülasyonu oluşmasını/büyümesini engelleyecek şekilde düzenlenen barınaklarda uygun vektör kontrol önlemleriyle korunuyor.
* İnsanlar özel kimyasal işlem görmüş sineklikleri etkin olarak kullanıyor.
* Gerektiğinde vücut biti kontrolü gerçekleştirildi.
* Yataklar ve kıyafetler düzenli olarak havalandırılıyor ve yıkanıyor.
* Yiyeceklerle sinek, böcek ve kemirgen gibi vektörlerin etkileşimine izin verilmiyor.

Fiziksel, Çevresel ve Kimyasal Korunma Tedbirleri

* Nüfus sivrisineklere en az maruz kalacakları yerde konumlandırılıyor.
* Vektör üreme bölgelerinde mümkün değişiklikler yapıldı.
* Salgın riski/salgın halinde, nüfusun yoğun olduğu yerleşim yerlerinde etkin sinek kontrolü uygulanıyor.
* Sivrisineklerin popülasyon yoğunluğu düşük tutuluyor.
* Sıtmaya erken teşhis konuyor, hastalığa yakalanan insanlar hemen tedavi ediliyor.

Kimyasal Kontrol ve Güvenlik Tedbirleri

* Personele gerekli eğitim, özel koruyucu giysi ve işlem sonrası yıkanma imkanı, gözetim/denetim altında çalışma ortamı sağlandı.
* Kimyasal seçimi, kalitesi, taşınması, saklanması, uygulama ekipmanları ve kullanılan maddelerin güvenle ortadan kaldırılması uluslararası normlara uygun olarak seçildi ve her zaman denetlendi.
* Halk, kimyasal kontrol maddelerinin potansiyel riskleri ve uygulamanın zaman çizelgesi hakkında bilgilendirildi.

KATI ATIK YÖNETİMİ

Atıkların Toplanması ve Uzaklaştırılması

* Afetten etkilenenler, katı atık yönetimi programının tasarım ve uygulama sürecine dâhil edildi.
* Evsel atıklar, çöp kutularına konuluyor, çöpler düzenli olarak her gün toplanıyor, belirlenen bir çukura gömülüyor ya da yakılıyor.
* Tüm hanelerin çöp konteynerlerine erişimi var ve/veya ortak çöp çukuruyla aralarındaki mesafe 100 metrenin altında.
* Evsel atıkların gömülmediği durumlarda, 10 aileye en az bir adet 100 litrelik konteyner düşecek şekilde çöp konteyneri sağlandı.
* Tıbbi atıklar ayrıca saklanıyor ve diğer atıklarla karıştırılmadan uzaklaştırılıyor.
* Pazar/hayvan kesim sahası gibi kamusal alanlarda, yerleri açıkça işaretli, düzgün şekilde çitle çevrelenmiş atık çukurları/çöp kutuları/belirli alanlar bulunuyor.

DRENAJ

* Yerleşim birimleri, su dağıtım noktaları yakınındaki alanlar durağan atık sulardan arındırıldı ve yağmur suyu drenaj ve tahliyeleri açık.
* Su dağıtım noktalarında drenaj doğru şekilde planlandı, inşa edildi ve bakıldı.
* Tahliye edilmiş sular, yüzey sularında/yeraltı sularında kirlilik oluşturmuyor ya da su erozyonuna neden olmuyor.
* Gerektiğinde küçük çaplı drenaj işleri/bakımı için yeterli ve uygun araç sağlandı.

EK 1- Metodoloji ve Rapor Hazırlama için Gıda Güvenliği Kontrol Listesi

Gıda Güvenliği Değerlendirmeleri:

1. Metodolojinin net bir açıklamasını içermelidir:
– Genel tasarım ve hedefler
– Değerlendirme yapanların sayısı (bireysel veya eşli çalışıp çalışmadıkları)
– Temel bilgi/haber kaynaklarının seçimi (bütün grupları temsil edebiliyorlar mı ?)
– Odak veya diğer tartışma gruplarının bileşimi
– Bilgi kaynaklarının seçim kriterleri
– Değerlendirmenin zamanı
– Program değerlendirme araçları ve yöntemleri de dahil olmak üzere, analiz ve metodolojik araçlar için genel çerçeve.
2. Niceliksel ikincil bilgi kaynaklarının gözden geçirilmesini de kapsayan niteliksel bir yaklaşıma sahip olmalıdır.
3. Terimleri doğru kullanmalıdır. Örneğin, amaca yönelik örneklem, anahtar bilgi kaynakları, odak gruplar, özel tekniklere özgü terimler gibi.
4. Çatışma durumları gibi uygun olmayan durumlar haricinde, yerel kurumlar değerlendirme sürecine ortak edilmelidir.
5. Kilit önemdeki bulguları uygulanan anda analiz eden, yeterli çeşitlilikte, değerlendirme araçları ve teknikleri kullanmalıdır.
6. Afetzedelerin sayısı ya da geçimini sağlayan grupları kapsayacak genişlikte bir temsiliyet gücü olmalıdır.
7. Değerlendirmenin sınırlılıklarını ya da pratik zorluklarını tanımlamalıdır.
8. Değerlendirmenin kapsamı coğrafi dağılımı, geçimini sağlayan grupların genişliğini ve nüfusun konuyla ilgili tabakalaşmalarını da (örneğin cinsiyet, etnik köken, kabile grupları vb.) içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
9. İlgili bakanlık ve kamu hizmetleri temsilcileri, geleneksel liderler, anahtar sivil toplum örgütlerinin temsilcileri (dini gruplar, yerel sivil toplum örgütleri, yandaş ve baskı grupları, çiftçi veya köy birlikleri, kadın grupları) ve geçimini sağlayan grupların temsilcilerini de kapsayan görüşmeler yapılmalıdır.

Değerlendirme Raporu Bulguları Aşağıdakileri Kapsamalıdır:

1. Gıda güvenliğinin yakın tarihçesi ve mevcut durumdan önceki politikalar,
2. Farklı geçim gruplarının ve onların afet öncesindeki gıda güvenliği durumlarının tanımı,
3. Farklı geçim gruplarının afet öncesi gıda güvenliği,
4. Afetin farklı geçim gruplarının gıda güvenliği ve gıda sistemlerine olan etkisi,
5. Riskli grupların ya da mevcut durumda gıda güvensizliği riski altındaki grupların tanımlanması,
6. Önerilen müdahaleler (yürütme, savunma ve gerekli herhangi bir ek değerlendirmeyi içeren),
7. Eğer düşünülüyorsa, herhangi bir gıda yardımı müdahalesinin amacı ve süresinin tam olarak netleştirilmesi.
Gıda yardımı müdahaleleri yukarıdaki veri ve analizler temel alınarak düzenlenmelidir.

Ek 2- Gıda Güvenliği Değerlendirmesi Kontrol Listesi

Gıda güvenliğinin şu anki durumunu afet öncesiyle karşılaştırmak önemlidir. Bu durum için 'yıl ortalaması' tanımı temel alınabilir. Erkek ve kadınlara özel roller ve risk altındaki kişiler ve hanelerin gıda güvenliğine yönelik vurgular dikkate alınmalıdır.

Hane içi gıda güvenliği farklarını dikkate almak da önemli olabilir. Bu kontrol listesi genelde gıda güvenliği değerlendirmelerinde dikkat edilmesi gereken temel alanları kapsar. Afetin bağlamının genişliğine (örn. politik koşullar, nüfus ve hareketi gibi) ve diğer sektörlerle (beslenme, sağlık, su ve barınma) ilişkisine göre ek bilgi toplanmalıdır. Kontrol listesi yerel koşullara ve değerlendirmenin amaçlarına uyarlanmalıdır.

Geçim Gruplarının Gıda Güvenliği:

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

Afet Öncesi Gıda Güvenliği:

2. Afetten önce farklı geçim grupları hangi yollarla gelir ve gıda sağlamaktaydı? Geçen dönemde yıl ortalaması anlamında gıda ve gelir kaynakları nedir?
3. Normal bir yılda gelir ve gıda kaynakları mevsimlere göre nasıl fark göstermekteydi? (Bir mevsim takvimi oluşturmak yararlı olabilir.)
4. Son 5 ya da 10 yıla bakıldığında, gıda güvenliği yıldan yıla nasıl değişiklikler göstermiş? (Bir zaman çizelgesi ya da olumlu ve olumsuz yılların tarihçesi ile ilgili doküman oluşturmak yararlı olabilir.)
5. Değişik geçim grupları ne çeşit değerlere, birikimlere ya da başka varlıklara sahiplerdi? (Örneğin gıda stokları, para birikimi, çiftlik hayvanları, yatırımlar, kredi, tahsil edilmemiş borç vb.)
6. Bir haftalık ya da aylık bir süreçte, bir hanenin giderleri nelerdi ve her bir kaleme ait ne oranda harcama yapılmaktaydı?
7. Hanede paranın yönetiminden kim sorumluydu ve para nereye harcanmaktaydı?
8. Temel ürünlerin temin edilebileceği en yakın pazara erişim ne ölçüdeydi? (Mesafeyi, güvenliği, hareket kolaylığını, pazar bilgisinin varlığını vs. göz önüne alınız.)
9. Gıda da dahil olmak üzere, temel ürünlerin fiyatları ve bulunabilirliği ne orandaydı?
10. Afetten önce, temel gıda ve gelir kaynakları arasındaki ortalama ticaret şartları nelerdi? (Örneğin maaşla gıda, çiftlik hayvanlarından gıda vb.)

Afet Sırasında Gıda Güvenliği:

11. Afet tanımlanan geçim gruplarının her birinin farklı gıda ve gelir kaynaklarına erişimini nasıl etkiledi?
12. Afet farklı grupların gıda güvenliğinin mevsimsel koşullarını nasıl etkiledi?
13. Afet pazarlara erişimi, pazardaki ürün çeşitliliğini ve temel ürünlerin fiyatlarını nasıl etkiledi?
14. Farklı geçim gruplarının uyguladığı değişik mücadele taktikleri neler ve toplumun ne kadarı bu mücadeleye katılmakta?
15. Bu durum afet öncesi durumla karşılaştırıldığında ne gibi farklar görülmekte?
16. Hangi grup veya toplumlar afetten en çok etkilendi?
17. Kısa veya uzun zamanlı mücadele taktiklerinin insanların ekonomik veya başka değerlerine etkileri nelerdir?
18. Bütün geçim grupları ve risk altındaki grupların uyguladığı mücadele tekniklerinin sağlıklarına, genel refahlarına ve onurlarına etkileri nelerdir? Bu mücadele teknikleri ile ilgili riskler var mıdır?

Ek 3- Gıda Güvenliği Müdahaleleri

Acil durumlarda gıda güvenliğini destekleyecek, koruyacak ve geliştirecek müdahale yelpazesi geniştir. Aşağıdaki liste bütün olasılıkları kapsamamaktadır. Her müdahale yerel koşullara ve gıda güvenliğini destekleme stratejilerine uygun olarak tasarlanmalıdır ve bu yüzden her müdahalenin tasarımı ve amaçları benzersizdir.

Belirtilen gereksinimler uyarınca ve analizler temelinde çeşitli müdahale ve program seçeneklerinin göz önüne alınması önemlidir. Yerel önceliklere dikkat etmeyen "standart/hazır" müdahaleler nadiren işe yarar. Müdahaleler Gıda Güvenlik Standartları'nda belirtilmiş olan 3 temel gruba ayrılmıştır:

*** Temel Üretim**
*** Gelir ve İstihdam**
*** Pazar Ürünlerine ve Hizmetlere Erişim**

Genel gıda dağıtımı direk olarak hane halkına ücretsiz gıda yardımı sağlar ve bunun kısa sürede gıda güvenliğinin sağlanmasında önemi büyüktür.

Temel Üretim

* Tohum, Araç ve Gübrenin Dağıtımı: Tarımsal üretimi teşvik etmek (tarıma dönen kimselere başlangıç paketi olarak verilir) ya da ürün çeşitliliği yaratmak için uygulanır. Çoğunlukla eğitim ile beraber verilir.
* Tohum Belgeleri ve Fuarları: Yerel satıcıları bir araya getiren tohum fuarları düzenlemek yerel tohum temin sistemlerini canlandırır ve alıcıların geniş bir ürün yelpazesine erişmesini sağlar.
* Yerel Tarımsal Hizmet Uzantıları
* Gerekli Beceriler İçin Eğitim ve Öğretim
* Hayvancılık Müdahaleleri: Hayvan sağlığı ölçümlerini, acilen stokları elden çıkarmayı veya yenilemeyi, hayvan yemi ve ek gıda dağıtımını, hayvan barınaklarını ve alternatif su kaynağı teminini içerebilir.
* Balık Ağlarının ve Gereçlerinin ya da Avcılık Aletlerinin Dağıtımı
* Gıda İşlenmesinin Geliştirilmesi

Gelir ve İstihdam

* Para Karşılığında Çalışma (PKÇ): Gıda güvenliği olmayan hanelere paralı iş olanağı sağlar.
* Yemek Karşılığında Çalışma(YKÇ): Gıda güvenliği olmayan hanelere paralı iş imkanı sağlamanın yanında kendilerine ve topluma yararlı sonuçlar sağlar.
* Telafi İçin Yemek (TİY): Yemek karşılığında çalışmanın daha az yapılandırılmış bir biçimidir. Aktiviteler giriş döneminde telafi sağlamalı ve dışarıdan yapılacak teknik bir gözleme gerek duymamalıdır.
* Gelir Yaratma Projeleri: İnsanların gelir kaynaklarını ufak çaplı ve kendi çalışma alanlarında çeşitlendirmesine izin verir. Bu projeler kendi işlerini yürüten, yöneten ve gözlemleyen kişileri desteklemeyi sağlar.

Pazar ürünlerine ve hizmetlere erişim

* Pazar ve Altyapı Desteği: Üreticilerin uzak pazarlardan yararlanması için gerekli ulaşım desteğini içerir.
* Stokları Elden Çıkarma: Hayvancılıkla uğraşanlara kuraklıkta, su temini ve otlatma sorunları olduğunda ve hayvanların pazar fiyatları düştüğünde hayvanları için iyi fiyatlarda satış olanağı sağlar.
* Uygun Fiyatlı Alışveriş: Temel kalemlerin kontrollü ya da sübvansiyonlu fiyatlarla, ya da senet veya ürün karşılığında satılmasıdır.
* Gıda ya da Para Senetleri: Dükkanlarda gıda ya da başka ürünlerle değiştirilmek içindir.
* Devlet Hizmetlerine Yardım ve Teknik Destek: Tarımsal hizmet uzantılarını ve veterinerlik hizmetlerini kapsar.

* Mikro-Finans Projeleri: Kredi temini ve maddi değerleri koruma yollarına yönelik (bağışları, borç vermeyi, hayvancılık bankalarını ve kooperatif birikim hesaplarını içerebilir) projeleri kapsar.

Ek 4-Beslenmenin Değerlendirilmesi Kontrol Listesi

Aşağıda beslenme bozukluğunun altında yatan nedenleri, beslenme risk derecelerini ve müdahale olanaklarını inceleyen değerlendirmeler için örnek sorular vardır. Sorular beslenme bozukluğunun nedenlerinin kavramsal çerçevesine göre hazırlanmıştır. Bilgi toplamak anahtar bilgi kaynaklarıyla görüşmeler, gözlem ve ikincil verilerin değerlendirilmesi gibi çeşitli değerlendirme araçlarının kullanımını gerektirecektir.

1. Beslenme durumuna dair hangi bilgiler edinilebilir?

a) Herhangi bir beslenme anketi uygulandı mı?
b) Anne ve çocuk sağlığı merkezlerinden gelen herhangi bir bilgi var mı?
c) Var olan destekleyici ya da tedavi edici beslenme merkezlerinden gelen herhangi bir bilgi var mı?
d) Afetzedelerin kriz öncesi beslenme durumuna dair bilgi var mı? (insanlar hala aynı durumda olmasa bile)

2. Düşük düzeyde toplum sağlığına dayalı beslenme bozukluğu riski nedir?

a) Kızamık ya da akut ishalli hastalıklar gibi beslenme durumunu etkileyecek hastalıkların salgınına dair herhangi bir rapor var mı? Böyle bir salgının oluşma riski var mı?
b) Etkilenen toplumun tahmini kızamık aşısı olma oranı nedir?
c) Kızamık aşılarında düzenli olarak A vitamini temin ediliyor mu? Tahmini A vitamini desteği nedir?
d) Ölüm hızları tahmini yapıldı mı (kaba ya da beş yaş altı)? Hızlar nedir ve hangi yöntemler kullanılmıştır?
e) Ortam sıcaklığında etkilenen topluluktaki akut solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını veya enerji gereksinimini etkileyecek belirgin bir değişiklik oldu mu ya da olacak mı?
f) İnsanlar hâlihazırda açlık ve fakirlik yüzünden beslenme bozukluğu riski altında mı?
g) İnsanlar suyun ya da ıslak elbiselerin içinde uzun süre kalmış mı?

3. Yetersiz bakıma bağlı beslenme bozukluğu riski nedir?

a) Çalışma koşullarında hane içindeki rollerin ve sorumlulukların değişimini sağlayacak bir değişim yaşandı mı? (örneğin göç, yerinden edilme ya da silahlı çatışma yüzünden.)
b) Hanelerin normal bileşiminde bir değişim oldu mu? Ailesinden ayrılmış çocukların sayısı fazla mı?
c) Normal bakım ortamı (örneğin yer değişimi sonucunda) bakıcılara erişim, çocuk gıdasına erişim, suya erişimi vb. etkileyecek şekilde bozuldu mu?
d) Normal bebek besleme uygulamaları nelerdir? Anneler bebeklerini biberonla mı besliyor ya da yapay katkılı gıdalar kullanıyor mu? Eğer öyleyse, güvenli biberonla beslemeyi destekleyecek bir altyapı var mı?
e) Bebek gıdası, süt, biberon ve emzik bağışına ya da bağış yapılması isteğine dair kayıt var mı?
f) Kırsal toplumlarda, sürüler uzun süre boyunca küçük çocuklardan ayrı kalmış mı? Süte erişim normalden farklı mı?

4. Azalan gıda erişimine bağlı beslenme bozukluğu riski nedir?

Gıda güvenliği kontrol listesi için EK 2'ye bakınız.

5. Olası müdahalelerin yönlendirileceği ne gibi resmi ya da gayri resmi yerel yapılar işlemektedir?
a) Sağlık Bakanlığı'nın, dini organizasyonların, bebek beslenmesi destek gruplarının ya da bölgede kısa veya uzun süreli bulunan sivil toplum örgütlerinin kapasitesi nedir?
b) Gıda hattının elverişliliği ne durumdadır?
c) Toplum yakın zamanda yer değiştirmeye (otlak, iş, yardım için) meyilli mi?
6. Afetten önce yerel topluluklar, bireyler, sivil toplum örgütleri, devlet organizasyonları, BM makamları, dini organizasyonlar vb. tarafından hangi beslenme müdahalesi ya da topluma dayalı destekler yürütülmekteydi?
Duruma müdahale etmek için ne gibi beslenme politikaları (eski, sürdürülen ve durdurulmuş), uzun süreli beslenme müdahaleleri vurgulanıyor ya da planlanıyor?

EK 5-Akut Beslenme Bozukluğunun Ölçümü

Beş Yaş Altı Çocuklar: Aşağıdaki tablo 6-59 aylık çocuklardaki farklı derecede beslenme bozukluğunu ölçmekte genellikle kullanılan göstergeleri gösterir. Boya göre ağırlık (BGA) göstergeleri NCHS/CDC referans bilgilerinden alınmalıdır. BGA Z skoru antropometrik ölçüm sonuçlarını belirlemek için ve BGA medyan yüzdesi tedaviye uygunluğu belirlemek için tercih edilen göstergelerdir. Üst kol çevresi ölçümü (ÜKÇÖ) küçük çocuklarda kısmen taraflı değerlendirmelere yol açması nedeniyle antropometrik ölçümlerde tek başına kullanılmamalıdır ama ölüm tehlikesi hakkında en iyi belirti veren göstergelerden biridir. Bu yüzden bu ölçüm çoğunlukla beslenme programlarına kayıt için yapılan iki aşamalı taramanın bir parçası olarak kullanılır. 12-59 aylık çocuklar için yaygın olarak kullanılan kesim noktaları <12.5cm: toplam* beslenme bozukluğu ve <11.0cm ciddi beslenme bozukluğuna işaret eder.

	Toplam beslenme bozukluğu	Orta derecede beslenme bozukluğu	Ciddi beslenme bozukluğu
6 - 59 aylık çocuklar	<-2 Z raporu (BGA) veya %80 medyan yüzdesi (BGA) ve/veya beslenme bozukluğuna bağlı ödem	-3'ten <-2 Z skoruna (BGA) veya %70-<%80 medyan yüzdesi (BGA)	<-3 Z skoru (BGA) veya <%70 medyan yüdesi ve/veya beslenme bozukluğuna bağlı ödem

*Bazen Küresel beslenme bozukluğu olarak da kullanılır.

Beslenme bozukluğuna bağlı ödem dışında, altı aylıktan küçük bebeklerde beslenme bozukluğu kabul edilmiş antropometrik kesim noktaları yoktur. NCHS/CDC büyüme referansları, yapay gıdalarla beslenen bebeklerden elde edildiği ve anne sütü alan bebeklerde aynı hızda büyüme olmadığı için, sınırlı bir kullanım alanına sahiptir. Bu, bu yaş grubundaki beslenme bozukluğu tahminlerinin tahminlerin üstünde çıkma eğilimi olduğu anlamına gelir. Bu yaş grubunda bir problem olup olmadığı belirlemek için bebek besleme uygulamalarını, özellikle anne sütüne erişimi ve herhangi bir tıbbi durumu değerlendirmek önemlidir.

Diğer Yaş Grupları: Büyük Çocuklar, Adolesanlar, Yetişkinler ve Yaşlılar
Diğer yaş gruplarında uluslararası kabul gören akut beslenme bozukluğu tanımları yoktur. Bu kısmen beş yaşından sonra aşikar olmaya başlayan büyümedeki etnik farklılıklar ve bütün etnik gruplarla karşılaştırma yapmak için tek bir referans grubu kullanmanın uygun olmaması nedeniyledir. Bunun başka nedeni de çoğu durumda karar vermek için 6-59 aylık yaş grubunun beslenme durumuyla ilgili bilgisinin yeterli bulunması ve bu yüzden diğer yaş gruplarında beslenme bozukluğunu belirleyecek araştırmalara daha az ilgi gösterilmesidir.
Ama büyük çaplı acil beslenme bozukluğu durumlarında, büyük çocukların, adolesanların, yetişkinlerin ve yaşlıların da beslenme değerlendirmelerinde ve programlarında kapsanması gerekebilir. 6-59 aylık çocuklar dışındaki grupların araştırılması sadece aşağıdaki durumlarda karşılanmışsa yapılmalıdır:

* Durumun tam bir bağlamsal analizi yapılmış olmalıdır. Bu beslenme bozukluğunun nedenleri ile ilgili analizleri içerebilir. Yalnızca analizlerin küçük çocukların beslenme durumunun toplumun genel beslenme durumunu yansıtmadığı durumlarda başka yaş grupları için beslenme araştırmaları yapılır.
* Toplanan verilerin kalitesinden, analizinden, sonuçların doğru bir şekilde sunumu ve yorumlanmasından emin olmak teknik uzmanlık gerekir.
* Araştırmalarda başka yaş gruplarını kullanmanın kaynak ve/veya fırsat maliyeti dikkate alınmalıdır.
* Araştırma için açık ve kanıta dayalı amaçlar belirlenmelidir.

59 aylık çocuklardan daha büyük gruplar için en uygun beslenme bozukluğu göstergelerinin neler olacağını belirlemeye yönelik araştırmalar düzenlenmelidir ve bu veriler gelecekteki birkaç yıl içindeki değişikliklere de duyarlı olmalıdır.

Büyük Çocuklar (5-9 Yaş Arası): Büyük çocuklar için başka beslenme durumu ölçütleri olmadığı durumlarda, BGA Z skoru ve medyan yüzdesi için NCHS/CDC referansları ve küçük çocuklar için kullanılan kesim noktaları kullanılmalıdır (yukarıdaki tabloya bakınız). Küçük çocuklarda olduğu gibi, beslenme bozukluğuna bağlı ödem durumu değerlendirilmelidir.

Adolesanlar (10-19 Yaş Arası): Adolesanlarda beslenme bozukluğunun belirlenmesi için açık, denenmiş ve kabul gören tanımlar yoktur. Değerlendirmede kılavuz Ek 9'daki referans listesinde bulunabilir.

Yetişkinler (20-59 Yaş Arası):Yetişkinlerde akut beslenme bozukluğu için üstünde anlaşılmış bir tanım olmasa da, araştırma bulguları ciddi beslenme bozukluğu için kesim noktasının vücut kütle indeksinin (VKİ) 16'dan düşük değerleri işaret etmektedir. Yetişkinlerde beslenme bozukluğu ölçümleri için boy, ağırlık, otururken boy ve ÜKÇÖ verilerinin toplanması gerekir. Bu veriler VKİ'ni hesaplamakta kullanılabilir. VKİ Cormic indekse (oturur durumdaki boyun ayakta dururkenki boya oranı) ayarlanması topluluklar arasında karşılaştırma yapmaya olanak sağlar. Bu gibi ayarlamalar yetişkinlerdeki yetersiz beslenme görülme sıklığını büyük oranlarda değiştirebilir ve program niteliğinde önemli sonuçlar doğurabilir. ÜKÇÖ her zaman yapılmalıdır. Eğer acil sonuçlar gerekiyorsa ya da kaynaklar ciddi oranda kısıtlı ise, araştırmalar tek başına ÜOKÇÖ bazında sürdürülebilir. Antropometrik bilgilerin yorumlanması işe yarar değerde çıktıların ve sonucu belirleyen referans ölçümlerin azlığı nedeniyle zor olduğu için, bu sonuçlar ayrıntılı bağlamsal bilgilerle birlikte yorumlanmalıdır.

Değerlendirme için kılavuz referanslar da bulunabilir.
Bireylerin beslenme bakımına kabulü ya da taburcu edilmesi için taramalarda kullanılan kriterler antropometrik göstergeleri, klinik belirtileri ve sosyal etkenleri (örneğin gıdaya erişim, bakıcıların varlığı, barınak gibi) de içermelidir. Yetişkinlerde ödemin beslenme bozukluğundan başka birçok nedenden kaynaklanabileceğine dikkat edilmeli ve diğer nedenleri dışarıda bırakmak için yetişkin ödemini klinisyenler değerlendirmelidir. Bireysel aracılar bakıma uygunluğu belirleyen göstergelere karar verirken VKİndeki eksiklikleri, ÜKÇÖ ve onların kullanıldığı program vurgularındaki veri kayıplarını göz önüne almalıdır. Yetişkinlerde tarama ve tedavi için beslenme bozukluğunun geçici tanımları referanslarda bulunabilir. ÜKÇÖ hamile kadınlarda bir tarama aracı olarak kullanılabilir (örneğin bir beslenme programına giriş kriterleri arasında). Ek gıda gereksinimleri göz önüne alındığında, hamile kadınlar diğer gruplara göre daha yüksek beslenme bozukluğu riski altında olabilir. ÜKÇÖ hamilelik döneminde önemli bir değişiklik göstermez. ÜKÇ <20.7 cm (ciddi risk) ve <23.0 cm (orta dereceli risk) fetusun büyümesinde geri kalma riski olduğunu gösterir. Bu risk topluluklara göre değişebilir.

Yaşlılar: Yaşlılar için üstünde anlaşılmış bir beslenme bozukluğu tanımı olmasa da, bu grubun acil durumlarda beslenme bozukluğu riski altına girmesi olasıdır. Dünya Sağlık Örgütü yetişkinler için kullanılan VKİ eşiğinin 60-69 yaş arasındaki insanlar için de uygun olduğunu öne sürmektedir, ama bu konu da genç yetişkinlerdeki gibi sorunludur. Ayrıca, ölçümlerin doğruluğu omurga eğrilmeleri (kamburluk) ve omurga sıkışması nedeniyle problemli olabilir. Kulaç ve yarı-kulaç uzunlukları boy yerine kullanılabilir, ama boyu hesaplamak için kullanılacak çarpan topluluklara göre farklılık göstermektedir. ÜKÇÖ yaşlılarda eksik beslenme ölçümü için önemli bir araç olabilir ama uygun kesim noktası ile ilgili araştırmalar halen sürmektedir.

Engelliler: Fiziksel engelliler üzerinde ölçüm yapmak için herhangi bir kılavuz yoktur ve bu yüzden çoğunlukla antropometrik ölçümlerin dışında bırakılırlar. Görsel değerlendirme gereklidir. ÜKÇÖ, üst kol kası vücudun hareketine yardımcı olması nedeniyle gelişmiş olabileceği için, yanıltıcıdır. Standart boy ölçümlerine alternatif olarak, uzunluk, kulaç, yarı kulaç boyu ya da alt bacak uzunluğu ölçümleri de kullanılabilir. Standart ÜKÇÖ, boy ve ağırlık ölçümlerinin yapılmasının uygun olmadığı insanlarda, en uygun ölçüm şeklini bulmak için en yeni araştırma bulgularına başvurmak şarttır.

Ek-6 A Vitamini ve İyot Eksikliğinin Toplum Sağlığı İçin Öneminin Ölçülmesi

6-71 Aylık Çocuklarda A Vitamini Eksikliğinin (Kseroftalmi) Ölçümü

(bir ya da daha fazla göstergenin yaygınlığı toplum sağlığı problemini gösterir)

Gösterge	Asgari görülme sıklığı
Gece körlüğü (24-71 aylık çocuklar arasında)	> 1%
Biot lekesi	> 0,5%
Korneal kuruluk/ülser/yumuşama	> 0,01%
Korneal yara izleri	> 0,05%

İyot Eksikliği (Guatr) Göstergeleri

Aşağıdaki tabloda verilen göstergelerin afetlerde ölçülebilmesi olasıdır. En az bir ya da, daha kesin olarak, iki göstergenin yaygınlığı toplum sağlığı probleminin varlığını gösterir. İyot eksikliğinin göstergeleri sorunlu olabilir: biyokimyasal göstergelerin bazı acil durumlarda ölçülmesi mümkün olmayabilir ve klinik değerlendirme yüksek hata riski taşır. Yine de, iyot durumunun tam bir tablosunu görmek için idrar iyodun değerlendirilmesi tam bir iyot tablosu gerektirirken, 6-12 yaş arası çocukların klinik muayeneleriyle durumun ciddiyetine dair kaba bir tahmin yapılabilir.

	Toplum sağlığı sorununun ciddiyeti (görülme sıklığı)			
Gösterge	Hedef toplum	Hafif	Orta	Ciddi
Toplam guatr oranı (%)	Okul çağı çocuklar*	5-19,9	20-29,9	>=30,0
İdrarda medyan iyot düzeyi	Okul çağı çocuklar	50-99	20-49	<20

Ek 7- Beslenme Gereksinimleri

Aşağıdaki bilgiler afetin ilk safhalarında planlama yapmak için kullanılabilir:

Besinler
Topluluğun Ortalama Gereksinimi

Enerji	2,100 kcal
Protein	%10-12 toplam enerji (52µg-63µg), ancak <%15
Yağ	toplam enerjinin %17'si (40µg)
A Vitamini	1.666 IU (ya da 0.5mg retinol karşılığı)
Tiamin (B1)	0.9mg (ya da her 1,000 kcal için 0.4mg)
Riboflavin (B2)	1.4mg (ya da her 1,000 kcal için 0.6mg) 160
Folik asit	12.0mg (ya da her 1,000 kcal için 6.6mg)
Niasin (B3)	0.9mg
B12 Vitamini	28.0mg
C Vitamini	3.2 - 3.8 g kalsiferol
D Vitamini	22mg (düşük biyo-yararlanım. örn. %5-9)
Demir	150µg
Iyot	201mg
Magnezyum*	12.3 mg
Çinko*	27.6µg
Selenyum*	8.0 mg alpha-TE
E Vitamini*	48.2µg
K Vitamini*	25.3µg
Biyotin*	4.6µg
Pantotenat*	

*tercihan 6-12 yaş

Referans: Dünya Sağlık Örgütü, 2000, Büyük acil durumlarda beslenme yönetimi *geçici gereksinimler. Referans: Gıda Tarım Örgütü/Dünya Sağlık Örgütü, 2002 İnsan Vitamin ve Mineral Gereksinimleri. GTÖ/DSÖ uzman danışman raporuna ek olarak, Bangkok, Tayland. GTO, Roma.

Yukarıda verilen gereksinimleri kullanmadan önce dikkat edilmesi gereken 2 nokta vardır. İlk olarak, her başlık için verilen ortalamalar bütün yaş gruplarını ve cinsiyetleri kapsar. Bu yüzden herhangi bir cinsiyete veya gruba özel değillerdir ve bireysel bir gereksinim için kullanılmamalıdırlar. İkinci olarak, bu gereksinimler aşağıda belirtilen bir toplum profiline göre hazırlanmıştır:

GRUPLAR	TOPLULUKTAKİ GRUPLARIN % DAĞILIMI
0-4 yaş	12
5-9 yaş	12
10-14 yaş	11
15-19 yaş	10
20-59 yaş	49
60+ yaş	7
Hamile	2,5
Emziren	2,5
Erkek/Kadın	51/49

Farklı toplulukların demografik yapısı değişiklik göstereceğinden, bu toplulukla ilgili beslenme gereksinimlerini etkileyecektir. Örneğin, bir mülteci topluluğun %26'sı 5 yaş altındaysa ve topluluk %50 kadın ve %50 erkekten oluşuyorsa, enerji ihtiyacı 1.940 kcal'ye düşer.

Enerji ve protein gereksinimleri aşağıdaki etkenlere göre düzenlenmelidir:
* Toplumun demografik yapısı, özellikle beş yaş altı çocukların oranı ve kadınların oranı.
* Ortalama yetişkin ağırlığı ve şu anki, genel ya da istenen vücut ağırlığı.
* Yetişkin erkeklerin ortalama vücut ağırlığı 60 kg'dan ve kadınların ortalama ağırlığı 52 kg'dan fazla ise gereksinimler artış gösterecektir.
* Üretken yaşamı sürdürmek için aktivite düzeyi. Aktivite düzeyi hafif'i geçtiğinde (örn erkeklerde 1.55 x Bazal Metabolik Hız ve kadınlarda 1.56 x Bazal Metabolik Hız) gereksinimler artış gösterir.
* Ortalama ortam sıcaklığı, barınak ve kıyafet olanakları. Ortalama ortam sıcaklığı 20^0C'nin altındaysa gereksinimler artış gösterir.
* Toplumun beslenme ve sağlık durumu. Toplumda beslenme bozukluğu varsa ya da normal büyüme hızına yetişmek için ek besin gereksinimi duyuluyorsa gereksinimler artış gösterir. Ayrıca genel gıda payları güncel uluslararası önerilere göre ayarlanmalıdır. İlk değerlendirmenin içinde bu çeşit bilgilere erişme olanağı yoksa yukarıdaki tablodaki bilgiler ilk etapta asgari değerler olarak kullanılabilir.

Ek 8- Besin Temini Zinciri Yönetim Lojistiği Kontrol Listesi

1. Dağıtım ile ilgili ödemeler, geri dönen zarar görmüş ürünler ve anlaşmadaki şartların uygulanamadığı durumlar için satın alma kontratı oluşturun. (Zorlayıcı nedenler hariç)
2. Nakliyeciler ve işleme firmaları gıda ürünlerinin bakımından ve herhangi bir kaybın yerine koyulmasından sorumludurlar.
3. Depolama alanları güvenli ve temizdir ve gıda ürünlerini zarar ve kayıptan korur.
4. Her seviyede ürün kaybını en aza indirecek önlemler alınmıştır.
5. Bütün kayıplar belirlenir ve sayılır.
6. Zarar görmüş konteynerdeki ürünler olabildiğince çabuk kurtarılır.
7. Ürünler belirli aralıklarla incelenir ve şüpheli ürünler test edilir. Uygunsuz ürünler belirlenir ve açıkça belirtilmiş yöntemlere ve ulusal toplum sağlığı düzenlemelerine uygun olarak ortadan kaldırılır. Uygunsuz ürünlerin pazara karışması engellenir.
8. Fiziksel envanter sayımı envanter yönetiminde uzman ve proje ile bağlantısız insanlar tarafından düzenli sıklıkta yapılır, ve stoklar dengelenir.
9. Envanter raporu özetleri düzenli aralıklarla toplanır ve bütün taraflara ulaşması sağlanır.
10. Bütün ürün işlemleri sevk fişleri ile belgelenir.
11. Stok defterleri bütün alıcıların, maddelerin ve dengelerin ayrıntılı dökümünü sağlar.
12. Denetim, süreç yönetimi denetimi de dahil olmak üzere, besin temini zincirinin her seviyesinde uygulanır.
13. Gıda ürünlerini taşıyan araçlar bakımlıdır, taşıma bölümlerinde ürünlere zarar verebilecek çıkıntı yapan kenarlar bulunmaz ve olumsuz hava koşullarına karşı uygun olarak korunur (örneğin tente ile).
14. Araçlar gıda ürünlerinin yanında başka ticari ya da tehlikeli maddeler taşımaz.
15. Araçlar geçmişte tehlikeli madde taşımamış ve zararlı artık barındırmayan özelliktedir.

Kaynaklar: Dünya Gıda Programı, Acil Saha Operasyonları Elkitabı (2002) ve BAKIM, Gıda Kaynakları Yönetimi Elkitabı

BÖLÜM 4: BARINAK, YERLEŞKE VE GIDA-DIŞI KALEMLERDE ASGARİ STANDARTLAR

Ek 1-Barınak, Yerleşke ve Gıda-dışı Kalemler Öncelikli Keşif Kontrol Listesi

Aşağıdaki soru listesi, afet sonrası barınak oluşturmaya yönelik bir müdahale için uygun bilgilerin toplanmasını sağlayacak bir kılavuz ve kontrol listesi olarak kullanmaya yöneliktir. Soru listeleri birebir uygulanmak zorunda değildir ve şartlara göre uyarlanabilir. Afetin temel nedenleri, güvenlik durumu, yer değiştirmek zorunda kalan ve ev sahibi konumundaki toplulukların toplumsal istatistikleri ve temas kurulup danışılacak anahtar insanlara dair bilgiler ayrı ayrı belirlenmelidir.

1. Barınak ve Yerleşke

Toplumsal İstatistikler

* Tipik bir hanede kaç kişi bulunmakta?
* Afetten etkilenen halk içinde, velisi olmayan çocuklar ya da genel hane özelliklerini taşımayan azınlık (bir hane genişliğinde) grupları gibi, tipik hanelerden farklı konumda insanlar mevcut mu?
* Barınak sahibi olmayan ya da yetersiz barınak koşullarında yaşayan kaç hane var ve neredeler?

* Herhangi bir hane ferdi olmayan kaç insan barınaksız ya da yetersiz barınak koşullarındayaşamakta ve neredeler?

Riskler

* Barınak eksikliği ya da yetersiz barınak şartlarından kaynaklanan yaşamsal riskler neler ve risk altında bulunan kaç insan var?
* Barınak ihtiyacı açısından, afetten etkilenen halkın hayatlarına, sağlıklarına ve güvenliklerine yönelik potansiyel riskler neler?
* Yer değiştirmek zorunda kalan hanelerin varlığına bağlı olarak, ev sahibi konumundaki halka yönelik potansiyel riskler ve etkiler neler?
* Afetin barınak sağlanması üzerindeki devam eden etkileri nedeniyle, afetten etkilenen halkın hayatlarına, sağlıklarına ve güvenliklerine yönelik potansiyel riskler nelerdir?
* HIV/AIDS virüsü taşıyanlar da dahil olmak üzere, nüfus içinde korunmasız durumdaki insanlar kimlerdir?
* Korunmasız durumdaki insanlar için özellikle tehlike arz eden riskler nelerdir ve bunun nedeni nedir?

Hane Faaliyetleri

* Hangi hane ve geçinmeye yönelik destek faaliyetler afetten etkilenen insanların barınaklarında gerçekleşiyor ve barınak, alan ve tasarımı bu faaliyetleri nasıl yansıtıyor?
* Hangi hane ve geçinmeye yönelik destek faaliyetler afetten etkilenen insanların barınaklarının etrafındaki dış alanlarda gerçekleşiyor ve oluşturulan alan ve tasarım bu faaliyetleri nasıl yansıtıyor?

Malzeme ve Tasarım

* Afetten etkilenen haneler veya diğer aktörler tarafından bugüne dek hangi temel barınak çözüm ya da malzemeler sağlanmıştır?
* Barınakların yeniden inşaatında kullanılmak üzere (eğer uygulanabilirse) hasarlı yerleşim alanlarından hangi mevcut malzemeler kurtarılabilir?
* Afet nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan ve ev sahibi konumundaki insanlar tarafından tipik inşaat-bina ve yapı iskeleti, çatı ve dış duvarların oluşturulması için kullanılan farklı malzemeler ve yapı uygulamaları neler?
* Afetten etkilenen nüfus için potansiyel mevcut ve bildik ya da kabul edilebilir düzeydeki alternatif tasarım veya malzeme çözümleri neler?
* Belirlenen potansiyel barınak çözümleri tekli ya da çoklu afet engelleme ve etki azaltmaya yönelik endişeleri nasıl karşılıyor?
* Barınaklar genel olarak nasıl ve kim tarafından inşa ediliyor?
* İnşaat malzemeleri genel olarak nasıl ve kim tarafından sağlanıyor?
* Kendi barınaklarının inşasına katılmaları için kadınlar, gençler ve yaşlılar nasıl eğitiliyor ya da destekleniyor ve sıkıntılar neler?

Yerel Kaynak ve Sıkıntılar

* Afetten etkilenen hanelerin ve toplumun acil barınak ihtiyaçlarının bir kısmının ya da tamamının karşılanmasında güncel malzeme, finansal ve insan kaynaklarına yönelik kısıtlamalar neler?
* Acil barınak ihtiyaçlarının karşılanması açısından, arazi mülkiyeti, arazi kullanımı ve boş arazilerin değerlendirilmesine yönelik imkan ve kısıtlamalar neler?
* Ev sahibi konumundaki halkın, afet nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan insanları kendi konutlarında ya da çevre arazilerde konuk etmesine yönelik imkan ve kısıtlamalar neler?

* Afet nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan insanları mevcut, müsait ve hasar görmemiş bina veya yapı iskeletinin bulunduğu yerlerde geçici olarak yerleştirmeye yönelik imkan ve kısıtlamalar neler?
* Geçici yerleşkeler kurmak için erişim dahilindeki boş arazilerin kullanılmasının topografik ve çevresel uygunluğu nedir?
* Barınak çözümlerinin geliştirilmesinde yerel merci yönetmeliklerinin gereklilik ve kısıtlamaları neler?

Temel Hizmet ve Tesisler

* İçmek ve kişisel hijyen için mevcut su durumu nedir ve tahmin edilen sanitasyon ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik imkan ve kısıtlamalar nelerdir?
* Sosyal tesislerin (sağlık klinikleri, okullar, ibadet yerleri vb.) mevcut durumu ve bu tesislere erişime yönelik imkan ve kısıtlamalar neler?

Ev Sahibi Konumundaki Halk ve Çevre Üzerindeki Etki

* Ev sahibi konumundaki halk açısından göz önünde tutulması gereken konular nelerdir?
* Afet nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan insanları, ev sahibi halk yanına ya da geçici yerleşkelere yerleştirmeye yönelik örgütsel ve planlama konuları neler?
* Gerekli barınak yardımının (inşaat malzemeleri ve erişim) sağlanması ve afet nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan hanelere gerekli destek (yakıt, sanitasyon, atık tasfiyesi, ve uygun şartlarda hayvanlar için otlak) sağlanırken, çevreyle ilgili endişe kaynakları neler?
* Bölgede yerel barınak inşaat etmek ve yerleşke kurulmasına ve yönetim kapasitesine yönelik mevcut imkanlar neler?
* Malzeme tedariği, barınak inşaatı ve yerleşke çözümleri üzerinden insanların geçinmesini destekleyecek ne tür imkânlar sağlanabilir?

2. Gıda-dışı Kalemler: Giyim, Yatak ve Hanelere Yönelik Kalemler

Giyim ve Yatak

* Kadınlar, erkekler, çocuklar, bebekler, hamile ve emzirme dönemindeki kadınlar ve yaşlılar için kıyafet, battaniye ve yatak malzemelerinin sağlanmasına yönelik bölgesel adetler ve göz önüne alınması gereken sosyal ve kültürel noktalar neler?
* Hava şartlarının olumsuz etkilerinden korunmaya, sağlık, saygınlık ve rahatlarını sağlamaya yönelik, yetersiz ya da dayanıksız kıyafet, battaniye ve yatak takımlarına sahip ne kadar kadın, erkek, çocuk ve bebek vardır ve bunun nedeni nedir?
* Kıyafet, battaniye ve yatak takımlarının yetersizliğinden kaynaklanan acil yaşamsal riskler neler ve kaç insan risk altında?
* Yeterli düzeyde kıyafet, battaniye ya da yatak malzemeleri ihtiyacı açısından, afetten etkilenen nüfusun hayatlarına, sağlıklarına ve kişisel güvenliklerine yönelik potansiyel riskler neler?
* En çok hangi grup risk altında ve bunun nedeni nedir? Bu gruplar en iyi şekilde nasıl desteklenebilir?

Kişisel Hijyen

* Afet öncesinde tipik bir hanenin kişisel hijyenini sağlamak için erişimi olduğu temel kalemler neler?
* Afetten etkilenen hanelerin artık erişimi olmadığı temel kalemler neler?
* Kadınların, kızların, çocukların ve bebeklerin özel ihtiyaçları neler?
* Afetten etkilenen insanların sağlık ve saygınlığının sağlanması açısından sosyal ya da kültürel olarak önemli kabul edilen ilave kalemler neler?

Yemek Pişirme ve Yeme, Ocaklar ve Yakıt

* Afet öncesinde tipik bir hanenin sahip olduğu yemek pişirme ve yeme takımları neler?
* Yeterli yemek pişirme ve yeme takımlarına sahip olmayan kaç hane var ve bunun nedeni nedir?
* Afet öncesinde tipik bir hane ne türden bir ocak ve ısıtma sistemine sahiptir? Mevcut durumdaki barınak ve çevre alanla bağlantılı, yemek nerede pişirilmektedir ve hangi tür yakıt kullanılmaktadır?
* Kaç hane yemek pişirmek ve ısınmak için ocağa sahip değildir ve bunun nedeni nedir?
* Kaç hanenin yemek pişirmek ve ısınmak için yeterli yakıta erişimi yoktur ve bunun nedeni nedir?
* Çevreye yönelik endişeler göz önüne alındığında, afet nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan ve ev sahibi konumundaki topluluklar için yeterli düzeyde yakıt tedarik edilmesine yönelik imkan ve kısıtlamalar nelerdir?
* Yeterli düzeyde yakıt tedarik etmenin afet nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan topluluğun kadınları üzerindeki etkisi nedir?
* Hangi kültürel, alışılmış ve güvenli kullanım uygulamaları göz önüne alınmalıdır?

Alet ve Ekipmanlar

* Hane sahiplerinin, barınakların inşaatı, bakımı ya da onarımı için gerekli olan hangi temel aletlere erişimi vardır?
* Geçinmeyi desteklemeye yönelik faaliyetlerin hangilerinde barınak inşaatı, bakımı ve onarımı için tedarik edilmiş temel aletler kullanılabilir?
* Sağlık ve saygınlık standartlarının sağlanması için, iklim ya da doğal çevre belirli bir alanın kapatılmasını gerektiriyor mu ve hangi uygun malzeme çözümü sağlanabilir?
* Hanelerin sağlık ve rahatının sağlanması için hangi hastalık taşıyıcıların kontrol tedbirleri (özellikle de sivrisinek ağlarının kurulması gibi) gereklidir?

BÖLÜM 5: SAĞLIK HİZMETLERİNDE ASGARİ STANDARTLAR

Ek 1-Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Kontrol Listesi

Hazırlık

* Afetzedeler hakkında, ev sahibi ülkeden ve uluslararası kaynaklardan, mevcut bilginin edinilmesi.
* Mevcut haritalar ve hava fotoğraflarının edinilmesi.
* Ev sahibi ülkeden ve uluslararası kaynaklardan mevcut demografik ve sağlık verilerinin edinilmesi

Güvenlik ve Erişim

* Devam eden doğal ya da insan kaynaklı tehlikelerin saptanması
* Silahlı kuvvetler ve milisler de dâhil olmak üzere güvenlik durumunun bütünüyle saptanması.
* İnsani yardım kurumlarının etkilenen halka erişiminin belirlenmesi.

Demografik ve Sosyal Yapı

* Afetten etkilenmiş toplam nüfusun ve beş yaşın altındaki çocukların oranının saptanması.
* Nüfusun yaş ve cinsiyet dağılımlarının saptanması.
* Kadın, çocuk, yaşlı, engelli, hasta, belli etnik ve toplumsal gruplar gibi risk gruplarının tanımlanması.

* Ortalama hane büyüklüğünün ve hane başına düşen kadın ve çocuk sayısının saptanması.
* Otorite/etkin pozisyon ve kadının rolü de dâhil olmak üzere, var olan sosyal yapının tanımlanması.

Sağlık Geri Plan Bilgisi

* Afetten etkilenen bölgede, afetten önce var olan sağlık problemlerinin ve önceliklerin saptanması. Yerel hastalık epidemiyolojisinin tespit edilmesi
* Mülteciler söz konusuysa, geldikleri ülkedeki sağlık problemlerinin ve önceliklerin saptanması. Geldikleri ülkenin hastalık epidemiyolojisinin tespit edilmesi
* Potansiyel salgın hastalıklar gibi var olan sağlık risklerinin tespit edilmesi.
* Önceki sağlık bakımı kaynaklarının tespit edilmesi
* Göçmenlerin ana vatanındaki yerel halk sağlığı programlarının kapsam ve etkinliğinin tespit edilmesi.

Ölüm Hızları

Kaba ölüm hızının (KÖH) hesaplanması.
Beş yaş altı ölüm hızının (5YAÇÖH) hesaplanması.
Nedene özel ölüm hızlarının hesaplanması

Hastalık Hızları

Halk sağlığı açısından önemli, belli başlı hastalıklar için insidans hızlarının hesaplanması Eğer olanaklıysa belli başlı hastalıkların yaş ve cinsiyete göre görülme sıklıklarının belirlenmesi.

Mevcut Kaynaklar

* Afetten etkilenen ülkedeki Sağlık Bakanlığı'nın müdahale ve kapasitesinin saptanması
* Ulusal sağlık merkezlerinin olanaklarının toplam sayı, verilen hizmetin düzeyi ve kategorileri, fiziksel ve fonksiyonel durumunu da içerecek şekilde belirlenmesi.
* Mevcut sağlık çalışanlarının sayısının ve becerilerinin saptanması.
* GBP, anne çocuk sağlık hizmetleri gibi mevcut halk sağlık programlarının kapasite ve fonksiyonel durumunun saptanması.
* Standart protokol, temel ilaç, malzeme ve teçhizat durumunun saptanması.
* Mevcut sevk sisteminin durumunun saptanması.
* Mevcut sağlık bilgi sisteminin (SBS) durumunun saptanması.
* Özellikle, temel ilaç, aşı ve tıbbi malzemelerin dağıtımı ve depolanmasıyla ilgili, mevcut lojistik kapasitenin saptanması.

İlgili Diğer Sektörlerle İlgili Verilerin Gözden Geçirilmesi

* Beslenme durumu
* Çevre koşulları
* Gıda ve gıda güvenliği

Ek 2- Örnek Haftalık Sürveyans Rapor Formları

Ölüm Sürveyans Formu 1*

Bölge/Yer.....
Tarih (Pazartesi gününden) .....Pazar gününe kadar.....
Hafta başında toplam nüfus:.....
Hafta içindeki doğumlar: .....Hafta içindeki ölümler:.....
Hafta içindeki gelişler:.....Hafta içindeki gidişler: .....
Hafta sonunda toplam nüfus:.....Toplam beş yaşın altındaki çocuk sayısı: .....

	0-4 yaş		5 yaş üstü		Toplam
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	
DOĞRUDAN ÖLÜM NEDENLERİ					
Akut alt solunum yolları enfeksiyonu					
Kolera (şüpheli)					
Kanlı ishal					
Sulu ishal					
Kaza dışı yaralanmalar					
Sıtma					
Anne ölümü (direk)					
Kızamık					
Menenjit (şüpheli)					
Yenidoğan					
Diğer					
Bilinmeyen					
Yaş ve cinsiyete göre toplam					
ALTTA YATAN NEDEN					
AIDS (şüheli)					
Beslenme bozukluğu					
Anne ölümü (dolaylı)					
Diğer					
Yaş ve cinsiyete göre toplam					

*Zaman kısıtlamasından dolayı her ölüm vakası hakkında detaylı bilgiye sahip olunamayacağı için çok sayıda ölüm olursa bu form kullanılacaktır.
* Raporlama sıklığı (günlük ya da haftalık) ölümlerin sayısına bağlıdır
* Diğer ölüm olguları epidemiyolojik model ve kapsama göre eklenebilir.
* Yaşlar uygun şekilde alt gruplara ayrılabilir. (0-11 ay, 1-4 yaş, 5-14 yaş, 15-49 yaş, 50-59 yaş, 60+ yaş)
* Ölüler sadece sağlık kurumları tarafından değil, dini liderler, sosyal hizmet görevlileri, kadın örgütleri ve başka hastaneler tarafından da rapor edilmelidir.
* Mümkün olduğu durumlarda olgu tanımları formun arkasına yazılmalıdır.

Ölüm Sürveyans Formu 2*

Bölge/Yer.....
Tarih Pazartesi'den .....Pazar'a olan tarihler:.....
Bu hafta başındaki toplam kişi sayısı: .....
Bu haftaki doğumlar: .....Bu haftaki ölümler:.....
Bu haftaki girişler (uygulanabilirse): .....Bu haftaki çıkışlar:.....
Haftanın sonundaki toplam kişi sayısı:.....5 yaş altı toplam kişi sayısı: .....

	Doğrudan ölüm nedeni														Altta yatan neden						
No	Cinsiyet (e/k)	Yaş (g/a)	Alt solunum yolu enfeksiyonu	Kolera (şüpheli)	Kanlı ishal	Sulu ishal	Kaza dışı yaralanma	Sıtma	Anne ölümü (direk)	Kızamık	Menenjit (şüpheli)	Yenidoğan (0-28 gün)	Diğer (belirt)	Bilinmiyor	AIDS (şüpheli)	Beslenme bozukluğu	Anne ölümü (dolaylı)	Diğer (belirt)	Tarih (gün/ay/yıl)	Birimin bölgedeki yeri	Hastane veya evde ölüm
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

* Bu form her bir ölüm vakası hakkında bilgi toplamaya yeterli vakit kalırsa kullanılır. Yaşa, bölgeye göre salgın inceleme ve merkezin kullanım oranlarını analiz etmeye olanak verir.
* Raporlama sıklığı (günlük - ya da haftalık) ölüm olgularının sayısına bağlıdır
* Başka ölüm sebepleri bir duruma uyuyorsa eklenebilir.

* Ölümler sadece sağlık kurumları tarafından değil, dini liderler, sosyal hizmet görevlileri, kadın örgütleri ve başka hastaneler tarafından da rapor edilmelidir.
* Mümkün olduğu durumlarda olgu tanımları formun arkasına yazılmalıdır.

Haftalık Hastalık Sürveyans Raporlama Formu

Yer .....
Pazartesi'den .....Pazar'a olan tarihler:.....
Bu hafta başındaki toplam kişi sayısı: .....
Bu haftaki doğumlar: .....Bu haftaki ölümler: .....
Bu haftaki girişler (uygulanabilirse): .....Bu haftaki çıkışlar:
Haftanın sonundaki toplam kişi sayısı:.....5 yaş altı toplam kişi sayısı:

Hastalık tanısı*	5 yaş altı (yeni olgu)			5 yaş ve üstü (yeni olgu)			Toplam (yeni olgu)	Toplam (yeni ve eski olgular)
Akut solunum yolu enfeksiyonu*	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam		
AIDS (şüpheli)								
Anemi								
Kolera (şüpheli)								
Kanlı ishal								
Sulu ishal								
Göz hastalığı								
Sıtma								
Beslenme bozukluğu								
Kızamık								
Menenjit (şüpheli)								
Kazaya bağlı yaralanma								
Kaza dışı yaralanma								
Cinsel yolla bulaşan hastalık								
Genital ülser								
Erkek üretra akıntısı								
Vajinal akıntı								
Alt karın ağrısı								
Uyuz								
Deri hastalığı (uyuz dışı)								
Barsak kurtları								
Diğer								
Bilinmeyen								
Toplam								

* Birden fazla tanı mümkün; hastalıklar mevcut duruma göre eklenebilir ya da çıkartılabilir.
** Akut solunum yolu enfeksiyonu bazı ülkelerde üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu olarak ayrılabilir.
- Hastalık nedenleri epidemiyolojik bağlam ve modele göre eklenip çıkartılabilir.
- Yaş uygun şekilde alt sınıflara ayrılabilir. (0-11 aylık, 1-4 yaş, 5-14 yaş, 15-49 yaş, 50-59 yaş, 60+ yaş)

Sağlık merkezine başvuru	5 yaş altı			5 yaş ve üstü			Toplam	
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam başvuru								

Kullanım oranı: Yıllık kişi başı sağlık kurumuna başvuru sayısı = bir haftadaki toplam başvuru sayısı / toplam nüfus x 52 hafta
- Yaşlar uygun şekilde alt gruplara ayrılabilir. (0-11 aylık, 1-4 yaş, 5-14 yaş, 15-49 yaş, 50-59 yaş, 60+ yaş)

Doktor başına düşen danışma sayısı: Toplam başvuru sayısı (yeni ve mükerrer) / sağlık kurumundaki Toplam başvurulan doktor/ sağlık kurumunun haftada kaç gün işlediği

Ek3-Ölüm ve Hastalık Hızları Hesaplama Formülleri

Kaba Ölüm Hızı (KÖH)

* Tanım: Her iki cinsiyeti ve tüm yaşları kapsayan toplumun tümü için ölüm hızı. Kaba ölüm hızı farklı farklı zaman dönemleri (hafta, ay, yıl) için farklı standart nüfus paydalarıyla sunulabilir; Örneğin, ayda her 1000 kişi için ölümlerin sayısı ya da yılda her 1000 kişi için ölümlerin sayısı gibi.
* Bu formül en sık olarak olağanüstü durumlarda kullanılır:

Belli bir zaman dilimindeki toplam ölüm sayısı ÷ Aynı toplumda o andaki toplam nüfus X 10.000 = ölümler/10.000 kişi/gün

5 Yaş Altı Ölüm Hızı (5YAÇÖH)

* Tanım: Toplumdaki 5 yaş altındaki çocuklar arasındaki ölüm hızı.
* Bu formül çoğunlukla olağanüstü durumlar sırasında kullanılır:

Belli bir zaman diliminde 5 yaş altı çocuk ölümleri ÷Aynı toplumda toplam 5 yaş altı çocuk sayısı X 10.000=ölümler/10.000/gün

İnsidans Hızı

* Tanım: Hastalığın gelişme riski olan bir toplumda, belli bir zaman aralığında o hastalığa sahip yeni vakalarının sayısı.
* Bu formül çoğunlukla olağanüstü durumlar sırasında kullanılır:

Belli bir zaman diliminde yeni olgu sayısı ÷ Risk altındaki nüfus X 1.000
= Belli bir hastalığa ait yeni vakalar /1.000/ay

Olgu Ölümlülük Hızı (OÖH)
* Tanım: Bir hastalık nedeniyle ölen insanların o hastalığa yakalanmış insanların sayısına oranı
* Formül:
Bir hastalık nedeniyle ölenlerin sayısı ÷ O hastalığa yakalanan tüm hastalar X 100

Sağlık Merkezi Kullanım Hızı
* Tanım: Kişi başına yılda ayaktan hasta başvuru sayısı. Mümkün oldukça yeni ve eski başvurular arasında bir ayrım yapılmalıdır ve bu oranı hesaplamakta yeni başvurular kullanılmalıdır. Ancak genelde yeni ve eski başvurular arasında bir ayrım yapmak zordur, bu yüzden sıklıkla afet sırasındaki toplam başvurularla olarak birleştirilirler.
* Formül:
Belli bir zaman diliminde toplam başvuru sayısı ÷ Toplam nüfus X 52 hafta = Başvurular/kişi/yıl

Doktor Başına Günlük Görüşme/Muayene Sayısı
* Tanım: Her doktor tarafından günde yapılan ortalama görüşme (yeni ve mükerrer olgular) sayısı.
* Formül:
Toplam görüşme sayısı ÷ TZE* doktor sayısı X Sağlık biriminin haftada açık olduğu gün sayısı
* TZE (Tam Zamanlı Eşdeğeri) bir sağlık biriminde çalışan eşdeğer doktor sayısını gösterir. Örneğin ayakta tedavi bölümünde 6 doktor çalışıyorsa, fakat 2 tanesi yarım gün çalışıyorsa, TZE doktor sayısı = 4 tam zamanlı çalışan + 2 yarım gün çalışan = 5 TZE doktor

BÖLÜM 6: EĞİTİM HİZMETLERİNDE ORTAK STANDARTLAR

Ek 1- Eğitim Hizmetleri Keşif Kontrol Listesi

Psikososyal Gereksinimlerin Karşılanması için Öğretmen Eğitimi
* Psiko-sosyal ilk değerlendirme yapıldı mı?
* İlk değerlendirmede öğrencilerin karşı karşıya kaldığı farklı travmatik olaylar sınıflandırıldı mı?
* Travma sonrası bozukluklar ile ilgili ne gibi belirtiler var? Bu belirtiler ile ilgili ne yardımı alabilirler? Ne çeşit yardım istiyorlar ?
* Ortamda yardım sağlayacak olanlar kimler ? Bu kişiler ve organizasyonlar nasıl güçlendirilir.

Müfredat ve Sınavlar
Müfredat
* Eğitim materyallerinin kopyaları var mı? Eğitim malzemeleri çoğaltılabiliyor mu?
* Öğrenciler için müfredatı izleyen ders kitapları çalışma kitapları var mı?
* Müfredat konuları nelerdir?
* Temel konular öğrencilerin acil durumdaki ihtiyaçlarına yanıt verecek durumda mı? Örneğin, sağlık eğitimi, kara mayınlardan korunma eğitimi vb.

* Bölgesel ve uluslararası müfredatta bu konular yer alıyor mu? Bunların tercüme edilmesi mümkün mü?
* Müfredatta şiddet, kin, nefret, düşmanlık veya ayrımcılık konularına yer veriliyor mu?Bunların müfredattan kaldırılması mümkün mü?

Sınavlar
* Bölgesel veya ulusal sınavlar öğrencilerin bir üst okula-üniversiteye- girişinde belirleyici mi?
* Bu sınavlar hangi sınıflarda yapılır. (Tipik olarak, ortaokul bitirme ve lise bitirme sınıflarında mı?)
* Sınav konuları nelerdir?
* Öğrencilerin müfredatta görmedikleri konular için durumu ne olur?
* Öğrenci başına sınav bedeli nasıl karşılanır?
* Sınavlarda özel materyallere gerek var mı? (her öğrenci için ayrı sıra, laboratuar malzemeleri, vb.)
* Sınavlar nasıl yapılır? MEB tarafından mı? Dışardan bağımsız bir organizasyon tarafından mı?
* Eğer ülkede ya da bölgede acil durum var ise, öğrenciler kayıt olabilir mi?
* Öğretmenler için sınav sorularını hazırlamalarını destekleyen örnek soru rehberi var mı?

Müfredatın Revize Edilmesi ve Koşullara Uygunluğu İçin Arabuluculuk
* Belirli bir müfredat var mı?
* Müfredat hangi konuları ve sınıfları kapsamaktadır.
* Müfredat ders kitapları ile uyumlu mu? Müfredat sınıf seviyeleri ile uyumlu mu?
* Öğretmenler ve okul yönetiminde müfredatın kopyası var mı?
* Müfredat yapısı, öğretmenlerin derslerini hazırlamalarına, yakın ve uzak dönemli plan yapmalarına olanak veriyor mu? Eğitim için özel teknikler öneriliyor mu?

Yaşamsal Beceriler ve Tamamlayıcı Eğitim Programları
* Temel sağlık konuları nelerdir?
* Başlıca hastalık ve ölüm nedenleri nelerdir?
* Hedef grupları etkileyen önemli sağlık konuları nelerdir?

- çocuklar
- gençler
- anneler
- yaşlılar

* Sağlık çalışanları ile toplumdaki diğer kişiler arasına önemli sağlık sorunlarını adlandırırken farklılık var mıdır?
* Sağlık problemleri nasıl önlenir?
* Okuryazar olmayan grubun bilgilendirilmesi için en iyi yollar nelerdir?
* Toplumda farklı dil konuşan topluluklar varsa, sağlık mesajları onlara en iyi şekilde nasıl verilebilir?

Okul Öncesi Eğitim
* Afet öncesi erken çocukluk eğitimi var mıydı?
* Eğitime besin desteği de dahil miydi?
* Bu eğitimin özel sektör ya da devlet tarafından verilme durumu?
* Ebeveynlerin gençlerin bu eğitimin bir parçası olma durumu nedir?
* Bu konuda öğretmenlerin, gönüllülerin eğitim durumu nedir?

Tam Katılım

* Örgün eğitime kim(ler)in neden katılmadığı ile ilgili değerlendirme yapıldı mı?
* Azınlık gruplarının eğitim almasını engelleyen fiziksel ve finansal engeller var mı?
* Farklı grupların topluma katılmasını engelleyen çeşitli engeller var mı? Bu engeller eğitim alanında da geçerli mi?
* İş ve meslek edindirme ile ilgili beceri eğitimleri? Dil eğitimi? Yaşam becerileri eğitimi?

Zor Koşullarda Çocukların Durumu

* Çocuklar nerede yaşamaktadır.
* Çocuklar nerede uyumaktadır.
* Sağlık durumları nasıl? Sağlık hizmetine erişim durumu nedir?
* Günlük öğün miktarı yeterli mi?
* Yeterince giyecekleri var mı?
* Cinsel, fiziksel, sosyal, psikolojik istismar açısından, riskli davranışlara maruz kalma durumları ?
* Bu riskli durumların ortadan kaldırılması mümkün müdür?
* Çocukların, okuma, yazma becerileri edinmelerinde süreklilik var mı?
* Çocukların okuldan uzak kalmalarının önüne geçecek düzenlemeler var mı?
* Çocuklar yeterince oyun oynama alanına sahip mi?

ASGARİ STANDARTLAR - Bazı Sayısal Değerler:

Su Sağlama:

YAŞAMSAL SU İHTİYACI / KİŞİ		
İçme suyu / gıda	2,5-3 litre / gün	İklime / bireysel fizyolojiye göre değişir
Yemek pişirme	3-6 litre / gün	Sosyokültürel normlara göre değişir
Temel hijyen uygulamaları	2-6 litre / gün	Sosyokültürel normlara göre değişir
Toplam	7,5-15 litre /gün	

Musluk / 250 kişi	Debi 7,5 litre / dakika olarak alınır
Açık kuyu / 400 kişi	Debi 12,5 litre / dakika olarak alınır
El tulumbası / 500 kişi	Debi 16,5 litre / dakika larak alınır

* Herhangi bir barınaktan en yakın su dağıtım noktasına olan mesafe en fazla 500 metre
* Su kaynağı önünde bekleme süresi en fazla 15 dakika
* 20 litrelik bir kabın dolum süresi en fazla 3 dakika

Su Kalitesi:

Dağıtım noktasında 100 ml suda dışkı kaynaklı organizma yok
Musluktaki suda serbest klor kalıntısı 0,5 mg/L

Hijyen:

* Ortak çamaşırhane: Çamaşır yıkamak için 100 kişiye en az bir lavabo/küvet
* Kişi başına ayda 250 g banyo sabunu, 200 g çamaşır deterjanı
* Bebekler ve iki yaşından küçük çocuklar için 250 ml losyon
* Kişi başına ayda 75 ml/100 g diş macunu, bir diş fırçası
* Kadınlar ve kızlar için adet dönemlerine yönelik sıhhi malzemeler
* Bebekler ve küçük çocuklar için yıkanabilir 12 çocuk bezi ya da tek kullanımlık alt bezleri
* Hane başına bir saç fırçası ve/veya tarak ve tırnak makası
* Hedef nüfusun her 1000 üyesine iki hijyen desteği çalışanı

Tuvalet:

* Her bir tuvalet için azami 20 kullanıcı veya 4-5 aileye bir tuvalet
* Kadın tuvalet kabinlerinin erkeklerinkine oranı 3'e 1 (mümkünse erkekler için ilave pisuar)
* Tuvaletler yerleşim birimlerine azami 50 metre uzaklıkta
* Tuvalet çukuru bir yeraltı su kaynağına en az 30 metre uzaklıkta
* Tuvalet çukurunun dip noktası taban suyu seviyesinden en az 1,5 metre yukarıda

Çöpler:
* Her haneye bir kapaklı çöp kutusu
* Çöpler düzenli olarak her gün toplanır, belirlenen bir çukura gömülür ya da yakılır.
* 2 x 2 x 1 m çukur, 200 kişiye bir hafta yeter.
* Çukurun üzeri haftada en az bir kez ince bir tabaka toprakla örtülür. Dolunca 40 cm toprak örtülür.
* Çocuk dışkısı/bezi atıldıktan sonra vakit kaybedilmeden toprakla örtülür.
* Çöpler gömülmüyorsa, 10 aileye en az bir adet 100 litrelik konteyner
* Tüm hanelerin çöp konteynerine erişimi var ve/veya ortak çöp çukuruyla aralarındaki mesafe 100 metrenin altında

Gıda:
* Kişi başına günde 2100 kilo kalori
* Toplam enerjinin % 10-12'si proteinden
* Toplam enerjinin % 17'si yağdan
* Taze veya zenginleştirilmiş gıdalar aracılığıyla yeterli temel besin maddesi
* Çocuk en az ilk iki yılında emzirilir.
* Altı aylık olunca anne sütünün yanında en az %30'u yağ kaynaklı enerji yönünden zengin gıdalar

Yemek Malzemesi:
* Hane başına en az bir yemek tenceresi, 40 litrelik su deposu ve yeterli yakıt
* Hane başına en az kulplu büyük boy bir tencere ve kapak olarak da kullanılabilecek bir tava,
* Kulplu orta boy bir tava ve kapak,
* Yemek hazırlamak ya da servis etmek için bir leğen,
* Bir mutfak bıçağı ve iki tahta servis kaşığı,
* 10-20 litre kapasitede kapaklı iki su kabı (vidalı kapaklı 20 litrelik bidon veya kapaklı 10 litrelik kova)
* Temiz su veya yemek saklama kabı
* Ayrıca kişi başına bir yemek tabağı, bir metal kaşık ve fincan ya da su kabı
* Yakıt depolamak için güvenli bir alan, fener ya da mum gibi aydınlatma araçları, ocak ya da mum yakmak için, kibrit veya uygun alternatif ateşleme malzemesi
* Toplu ya da merkezi yemek pişirme ve ısıtma sistemleri
* Genel bir alet seti (çekiç ya da tokmak, balta ya da pala, bel ya da kürek)

Yerleşke:
* Mezarlıklarla içme suyu kaynakları arasında en az 30 metre mesafe
* Mezarlıklardan çıkan yüzey suları yerleşim birimlerine ulaşmamalı
* Kişi başına 45m^2 düşecek arazi (konutlar, yollar, kamu kurumları -eğitim, sağlık-, pazarlar vb.)
* Yüzey eğimi % 6'yı geçmemeli, yeterli drenaja imkan sağlaması için de tercihen en az % 1
* Sıtma kontrolü için bataklık/göl gibi üreme sahalarından rüzgâra karşı 1-2 kilometre uzaklıkta

Barınak (Toplu Yerleşim):
* Kişi başına bir yatak (ranza, kampet, mat vb.)
* Kişi başına 3,5 m^2 veya 10 m^3 alan
* Sıcak ve nemli iklimlerde yüksek tavan, soğuk iklimlerde alçak tavan
* Yataklar arası 75 cm
* Sıcaklık 20^{0}C
* Her 100 kişiye 5 tuvalet
* 30-50 kişiye bir duş

Barınak (Kamp):
* Çadır grubu halinde
* Çadır araları 8 m
* İki sıra çadır arasında 10 m genişliğinde yol
* Yol-çadır arası 2 m

Giysi:
* Kişi başına en az bir tam takım kıyafet (kendi ölçülerinde, kültür, mevsim ve iklim şartlarına uygun)
* Yıkanabilmelerine olanak tanımak için yedek (özellikle iç çamaşırları için)
* Bebekler ve iki yaşına kadar olan küçük çocuklar için asgari 100x70 cm ölçülerinde battaniye

Sağlık Hizmeti:
* Toplum düzeyinde: 500-1000 kişiye 1 halk sağlığı çalışanı, 2000 kişiye 1 eğitim almış ebe, her 10 ev ziyareti için 1 gözlem hemşiresi, 1 kıdemli gözlem hemşiresi
* Sağlık merkezi (10.000 nüfusa bir adet): Günde 50 muayene yapan bir hekime bağlı en az bir sağlık çalışanı, ağızdan sıvı tedavisi, pansuman, kayıt, hasta kabul gibi işlemleri yürütmek için çalışanı da içine alan toplam 2-5 sağlık görevlisi
* Merkezi sağlık kuruluşu (yaklaşık 50.000 kişilik nüfus için): Günde 50 muayene kapasitesine göre (poliklinikte) görev yapan bir doktor, ve 20-30 yatak başına 24 saat hizmetle görevli 1 hemşire (klinikte), 1 tane ağızdan sıvı tedavisi uygulayacak görevli, 1-2 eczacı, 1-2 pansuman, enjeksiyon, sterilizasyon yapacak görevli, 1 laboratuar teknisyeni ve niteliksiz (hasta kabul, kayıt, güvenlik için) çalışan
* Sevk Hastanesi: Değişken, cerrahi müdahale yapabilecek en az bir doktor ve her vardiya için 20-30 yatak başına bir hemşire
* Kapasite kullanım oranı: Yılda kişi başı 0,5-1 yeni muayene (nüfusu sabit olan toplumlarda)
* Kapasite kullanım oranı: Yılda kişi başı 4,0 yeni muayene (yerinden edilmiş nüfus için)
* Diğer gereksinimler için: Dünya Sağlık Örgütü Yeni Acil Sağlık Paketi