

حداقل استانداردها در خدمات بهداشتی

نظام ها و ساختارهای زیربنایی بهداشتی

در هنگام امداد رسانی، زمانی که آمار مرگ و میر در حال افزایش بوده و یا ممکن است به زودی افزایش یابد، اولویت با موارد امدادی است که بر نیازهای حیاتی شامل مراقبت های پزشکی اولیه تمرکز دارند. هنگامی که نیازهای حیاتی تامین شوند و آمار مرگ و میر به کمترین میزان رسیده باشد، خدمات بهداشت باید طیف گسترده تری یابند. در طول مراحل پاسخگویی، داشتن رویکرد منظم بهداشتی نسبت به طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی خدمات ضامن تامین نیازهای اصلی، پوشش مناسب، دسترسی بهینه و کیفیت بالای خدمات است.

باید اطمینان داشت که کلیه افراد به خدمات بهداشتی که برای مبارزه با علل اصلی مرگ و میر بیماری پیش بینی شده اند دسترسی دارند.

• علل اصلی مرگ و میر و بیماری شناسایی، ثبت و پایش شوند.

• خدمات بهداشتی اولیه شامل برنامه های امدادی مناسب و موثر برای کاهش میزان بالای مرگ و میر باشد.

• کلیه افراد جامعه، حتی گروه های آسیب پذیر، به خدمات بهداشتی اولیه دسترسی داشته باشند.

• مقامات بهداشتی محلی و افراد جامعه در طراحی و اجرای خدمات بهداشتی اولیه مشارکت داشته باشند.

• در طراحی و اجرای برنامه های بهداشتی اولیه، شامل آب و بهداشت محیط، امنیت غذایی، تغذیه، پناهگاه و حفاظت، همکاری نزدیکی با بخش های دیگر وجود داشته باشند.

• میزان مرگ و میر ناخالص ثابت مانده یا به کمتر از دو برابر میزان پایه ثبت شده در زمان قبل از بحران برسد.

• آمار مرگ و میر زیر ۵ سال ثابت مانده و یا به دو برابر آمار مرگ و میر قبل از بحران کاهش یابد.

. طراحی خدمات بهداشتی بر اساس اصول بهداشتی عمومی تضمین می نماید که بیشترین فواید بهداشتی برای بیشترین افراد جمعیت تامین شده باشد. خدمات اولیه بهداشتی شامل تامین آب سالم و کافی، بهداشت محیط، غذا و پناهگاه، کنترل بیماری های عفونی، مراقبت های بالینی اولیه و انجام تحقیقاتی در زمینه بیماری هاست. خدمات بالینی گسترده شامل مراقبت از آسیب دیدگیها، در بحران هایی مانند زلزله که زخمی هایی زیادی برجای می گذارد از اولویت بیشتری برخوردار است. دسترسی باید بر اساس اصل برابری و بر اساس نیازها و به دور از تبعیض هایی باشد که ممکن است گروه های خاص را محروم سازد. در عمل، مکان و کارکنان بهداشتی باید به گونه ای سازماندهی شوند تا حداکثر دسترسی و پوشش را تامین کنند. در زمان طراحی خدمات بهداشتی باید نیازهای خاص گروه های آسیب پذیر، که امکان دسترسی فوری به خدمات را ندارند مدنظر قرار گیرد.

هنگامی که هزینه ای بابت خدمات دریافت میشود باید هماهنگی لازم صورت گیرد تا افرادی که قادر به پرداخت هزینه ها نیستند نیز به خدمات دسترسی داشته باشند. این عمل با صرف نظر از پرداخت هزینه توسط این افراد یا دادن بِن به آنها امکان پذیر می باشد.

آمار مرگ و میر ناخالص، روزانه از نظر بهداشتی نشانه ای آشکار و مفید برای پایش در شرایط بحرانی می باشد. دو برابر شدن آمار مرگ و میر ناخالص بیانگر وجود فوریت بهداشت عمومی است که نیاز به پاسخگویی فوری دارد. میانگین آمار مرگ و میر ناخالص کشورهای کمتر توسعه یافته روزانه تقریباً ۰/۳۸ در هر ۱۰۰۰۰ نفر می باشد این در حالیست که آمار آفریقای جنوبی ۰/۴۲ و در کشورهای صنعتی متوسط میزان مرگ و میر روزانه ۰/۲۵ در هر ۱۰۰۰۰ نفر، باشد. زمانی که آمار پایه مشخص نیست، آژانس های بهداشتی باید این میزان را در حد کمتر از ۱ در هر ۱۰۰۰۰ نفر در روز ثابت نگه دارند. آمار پایه مرگ و میر زیر ۵ سال برای کشورهای کمتر توسعه یافته روزانه تقریباً ۱/۰۳ مرگ و میر در هر ۱۰۰۰۰ نفر، آفریقا ۱/۱۴ و در کشورهای صنعتی تقریباً ۰/۰۴ در هر ۱۰۰۰۰ نفر باشد. زمانی که آمار پایه مرگ و میر زیر ۵ سال نامشخص باشد آژانس ها باید آمار را در حد کمتر از ۲ در هر ۱۰۰۰۰ نفر در هر روز حفظ کنند.

نظام های اطلاعات بهداشتی

طراحی و توسعه خدمات بهداشتی از طریق جمع آوری مداوم و منسجم، تحلیل و بهره برداری از اطلاعات بهداشتی عمومی صورت می گیرد.

- یک نظام اطلاعات بهداشتی استاندارد توسط تمام آژانس های بهداشتی تدوین می شود تا به طور مستمر اطلاعات مربوط به مسایل جمعیت شناختی، مرگ و میر، بیماری و خدمات بهداشتی جمع آوری شود.
- یک یا چند آژانس برای هماهنگی نظام اطلاعات بهداشتی استاندارد انتخاب شود تا این نظام را سازمان دهی نموده و بر آن نظارت نماید.

- تسهیلات و آژانس های بهداشتی اطلاعات مربوط به تحقیقات خود را به طور مستمر به آژانس هماهنگ کننده نظام استاندارد اطلاعات بهداشتی ارسال نمایند. تکرار این گزارش دهی بر حسب شرایط تغییر می کند. مثلاً ممکن است روزانه، هفتگی یا ماهانه باشد.

- گزارش دقیق مربوط به بیماری های واگیردار شامل تحلیل و تشریح اطلاعات، توسط آژانس هماهنگ کننده نظام اطلاعات بهداشتی تهیه و در اختیار آژانس های مربوطه، تصمیم گیران و جامعه قرار گیرد. تکرار این گزارش دهی بر حسب شرایط متغیر بوده و می تواند روزانه، هفتگی یا ماهیانه باشد.

- آژانس ها باید پیش بینی لازم جهت حفظ اطلاعات حاصل به منظور تضمین حقوق و امنیت افراد و یا جامعه را انجام دهند.

- نظام اطلاعات بهداشتی به عنوان یک نظام هشدار دهنده عمل می کند که در زمان مناسب، شیوع بیماریهای عفونی را هشدار داده و باعث پاسخگویی سریع می شود.

از اطلاعات تکمیلی حاصل از دیگر منابع مربوطه برای تحلیل اطلاعات حاصل از تحقیقات و به عنوان رهنمودی برای تصمیم گیری استفاده خواهد شد.

در صورت امکان نظام اطلاعات بهداشتی را بایستی برپایه نظام اطلاعات موجود بنا نمود. در برخی بحران ها، ممکن است نیاز به ایجاد نظامی جدید یا موازی وجود داشته باشد که برای ایجاد آن باید با مسئولین بهداشتی مشورت نمود. نظام اطلاعات بهداشتی باید تغییر پذیر بوده و در طول زمان تکامل یابد در زمان مقابله با بحران، اطلاعات بهداشتی جمع آوری شده باید موارد ذیل را در برگیرد اما نباید تنها به آن محدود شود.

الف- میزان مرگ و میر ناخالص.

ب- میزان مرگ و میر زیر پنج سال

ج- میزان بیماریهای حاصل از علل خاص

د- میزان مرگ و میر حاصل از علل خاص.

ه- میزان وقوع بیماری های متداول

و- میزان استفاده از امکانات بهداشتی.

ز- تعداد مشاوره های روزانه در هر کلینیک.

اطلاعات تا حد امکان بر اساس سن و جنس تفکیک شوند تا بتوان از آن برای تصمیم گیری استفاده نمود. در مراحل اولیه بحران، ممکن است انجام تحلیل های بسیار دقیق مشکل باشد. با این حال، با توجه به اینکه کودکان زیر ۵ سال بیشتر از گروههای دیگر در معرض خطر قرار دارند، اطلاعات مربوط به مرگ و میر و بیماری این گروه، از ابتدای بحران باید جمع آوری و ثبت شود. علاوه بر این، تجزیه اطلاعات بیماری و مرگ و میر بر اساس جنسیت نیز برای شناسایی بیماری های خاص جنسیتی موثر است. در صورتی که زمان و شرایط اجازه دهد باید تحلیل دقیق تری صورت گیرد تا تفاوت های مربوطه به سن بیشتر شناسایی شوند (مانند ۱۱-۰ ماه، ۴-۱ سال، ۱۴-۵ سال، ۴۹-۱۵ سال، ۵۹-۵۰ سال و بالای ۶۰ سال)

باید ضمانتی مبنی بر حفظ مدارک و اطلاعات پزشکی وجود داشته باشد. پیش بینی لازم برای حفظ امنیت افراد و همچنین اطلاعات آنان بایستی صورت گیرد. کارکنان بدون اخذ اجازه از بیمار نباید اطلاعات مربوط به وی را در اختیار افرادی قرار دهند که مستقیماً در مراقبت از وی نقشی ندارند.

کنترل بیماریهای واگیردار

میزان بسیار زیاد مرگ و میر و بیماری بیشتر در بحران های بسیار پیچیده به چشم می خورد و در بحران های عادی چنین افزایش چشمگیری دیده نمی شود. در بیشتر موارد، خصوصا در بحران هایی که در کشورهای در حال توسعه رخ می دهند، بین ۶ الی ۹۰ درصد علل مرگ و میر را چهار بیماری واگیردار ذیل تشکیل می دهند، سرخک، اسهال، عفونت های شدید تنفسی و مالاریا، سوء تغذیه حاد باعث افزایش میزان نرخ مرگ و میر حاصل از این بیماری ها، خصوصا در کودکان می شود. در برخی موارد خاص، بیماری های واگیر داری مانند مننژیت مغزی، تب زرد، هپاتیت ویروسی و تیفوئید نیز شیوع می یابند.

۱- پیشگیری

مردم به اطلاعات و خدماتی که برای پیشگیری از بیماریهای واگیردار تخصیص یافته اند و در کاهش میزان مرگ و میر بیماری سهیم هستند، دسترسی داشته باشند.

• پیام های آموزشی بهداشت باید اطلاعات لازم را برای پیشگیری از بیماری های متداول واگیردار، و دسترسی به خدمات مربوطه را در اختیار افراد قرار دهد.

• باید اقدامات خاص پیشگیری، مانند واکسیناسیون عمومی سرخک و برنامه های گسترده ایمن سازی، اجرا شوند.

۲- تشخیص و درمان بیماری

مردم به تشخیص و مداوای موثر برای بیماری ها و عفونی دسترسی داشته که این خود موجب کاهش چشمگیر و پیشگیری از افزایش مرگ و میر شود.

• پروتوکول های استاندارد شده مدیریت موارد بیماری برای تشخیص و مداوای بیماری های عفونی رایج، به طور مستمر به کار روند.

پیام های آموزشی بهداشت عمومی، مردم، خصوصا کودکان، زنان باردار و سالمندان را تشویق نماید که تب، سرفه، اسهال و غیره را در مراحل اولیه درمان نمایند.

در مناطق اندمیک مالاریا، باید پروتوکلی تدوین که بر اساس آن (ظرف کمتر از ۲۴ ساعت) موارد تب شناسایی و با بهترین داروهای موثر درمان شوند.

در زمان لازم خدمات آزمایشگاهی در دسترس بوده و بکار گرفته شود.

۳- آمادگی شیوع

اقدامات جهت اخذ آمادگی در برابر شیوع بیماری های عفونی و مقابله با آن بایست از قبل انجام گیرد.

• تحقیق در خصوص شیوع بیماری انجام و نقشه های کنترل آن تهیه گردد.

• پروتوکول هایی جهت تحقیق و کنترل شیوع بیماری های رایج موجود بوده و در بین دست اندرکاران توزیع شود.

• کارکنان بایستی در زمینه اصول تحقیقات و کنترل بیماری شامل پروتوکول های درمانی مربوطه آموزش ببینند.

• ذخیره های داروهای اساسی، وسایل پزشکی، واکسن ها، وسایل حفاظتی اصلی موجود بوده و بتوان به سرعت موارد کمبود را تهیه نمود.

• منابع واکسن برای بیماری های شایع شناسایی تا در صورت لزوم مورد استفاده واقع شوند.

• مکان هایی جهت قرنطینه و درمان بیماران عفونی قبل از شیوع مشخص شود.

• آزمایشگاهی در سطح محلی، منطقه ای، ملی یا دیگر کشورها جهت تایید تشخیص بیماری مشخص گردد.

• وسایل نمونه گیری و حمل نمونه های حاوی منابع واگیردار در محل موجود باشد تا جابجایی نمونه ها به آزمایشگاه های مناسب امکان پذیر باشد.

۴- تشخیص، بررسی و مقابله با شیوع بیماری.

بایستی شیوع بیماری های مسری به صورت دقیق و موثر تشخیص داده شود و مورد بررسی و کنترل قرار گیرد. سیستم اطلاعات بهداشتی شامل یک جزء اخطار دهنده باشد. تحقیقات در مورد شیوع بیماری در طول ۲۴ ساعت اولیه اخطار آغاز شود. شیوع بر اساس زمان، مکان و شخص تشریح شده و به شناسایی گروه های در معرض خطر منجر شود. پیشگیری های اولیه برای حفظ جان افراد و امنیت اطلاعات صورت گیرد. اقدامات کنترلی مناسب هر بیماری به سرعت آغاز شود. میزان مرگ و میر در حد قابل قبول حفظ شود. وبا ۱٪ یا کمتر اسهال خونی ناشی از شیگلا ۱٪ یا کمتر تیفوئید ۱٪ یا کمتر مننژیت مننگوکوکی متغییر

۴-۱- سیستم اخطار اولیه برای شیوع بیماری های عفونی: عناصر اصلی چنین سیستمی شامل موارد ذیل است.

- مشخصات مورد بیماری و نحوه شناسایی آن در بین تمامی مراکز بهداشتی توزیع شود.
- کارکنان مراکز بهداشتی در زمینه تشخیص و گزارش موارد شیوع بیماری در فیلد آموزش دیده باشند.
- گزارش موارد مشکوک طی ۲۴ ساعت به سطح بعدی سیستم بهداشتی ارسال گردد.
- ایجاد سیستم های ارتباطی نظیر ارتباط بی سیم یا تلفن جهت اطمینان از اعلام سریع موارد مقامات بهداشتی مربوطه ایجاد گردد.

۴-۲- تایید شیوع یک بیماری: در همه موارد تایید شیوع یک بیماری به آسانی صورت نمی گیرد زیرا در مورد هر بیماری متفاوت است.

الف- بیماری هایی که یک مورد شیوع آن بیماری را تایید کند: وبا، سرخک، تب زرد، تب های خونریزی دهنده.
ب- مننژیت منگوکوکی: در جمعیت های بالغ بر ۳۰۰۰۰ نفر، اگر ۱۵ مورد (در ۱۰۰۰۰۰ نفر) یا بیشتر، موارد بیماری گزارش گردد حاکی از اپیدمی است. در مواقعی که خطر زیادی جهت اپیدمی وجود دارد (مثلا ۹ مورد در در شیوع بالای ۳ سال و پوشش واکسیناسیون زیر ۸۰٪) این مورد به ۱۰ مورد (در ۱۰۰۰۰ نفر) کاهش یابد. در جمعیت های کمتر از ۳۰۰۰۰ نفر وجود ۵ مورد در هفته یا دو برابر شدن موارد در یک دوره سه هفته ای اپیدمی بیماری را تایید می کند.

۴-۳- کنترل اپیدمی: تدابیر کنترل باید به طور خاص در راستای متوقف کردن انتقال شیوع عامل بیماری صورت گیرند.

اغلب، اطلاعات قبلی در مورد عامل شیوع بیماری می تواند ما را به ابعاد معیارهای کنترلی مناسب در وضعیت های خاص رهنمون کند، به طور خلاصه فعالیت های قابل انجام در کنترل اپیدمی شامل موارد ذیل است:

- فعالیت های مقابله با شیوع بیماری: این فعالیت ها شامل بهبود کیفیت، کمیت آب آشامیدنی (مثلا در هنگام شیوع وبا)، تشخیص و درمان درست مالاریا، و ایجاد قرنطینه و کنترل منابع حیوانات باشد.
- حفاظت از گروه های آسیب پذیر: فعالیت ها شامل واکسیناسیون، پیشگیری به طریق شیمیایی (مالاریا در خانم باردار) و بهبود تغذیه می باشد.

- توقف انتقال بیماری: فعالیت ها شامل ارتقا سطح بهداشت (مدفوعی دهانی) و کنترل عامل انتقال بیماری می باشد.

۴-۴- کنترل ناقلین و مالاریا: در زمان شیوع بیماری مالاریا، باید تدابیر کنترل ناقلین مانند سمپاشی اماکن سرپسته و توزیع پشه بند صورت گیرد. این فعالیت ها مستلزم حمایت های سازماندهی و پیگیری هایی است که ممکن است در فاز اول

شیوع بیماری قابل اجرا نباشد. برای جمعیت هایی که بیش از ۸۰٪ آنها از پشه بند استفاده می کنند، آغشته کردن آن با سموم حشره کش می تواند به متوقف کردن زنجیره انتقال کمک کند.

۴-۵- موارد فوت ناشی از بیماری: اگر موارد فوت شده از حد مجاز تجاوز کند، ارزشیابی فوری معیارهای کنترلی بیماری باید صورت گیرد و قدم های اصلاحی برداشته شود تا موارد فوت در حد قابل قبولی ثابت نگه داشته شود.

۴-۶- موارد فوت ناشی از مننژیت مننگوکوکی: تعداد موارد فوت ناشی از این بیماری بر اساس نوع بیماری و دسترسی افراد به مراکز درمانی متغیر باشد. عموماً آژانس های بهداشتی باید به کمترین میزان فوت بسنده کند که البته این میزان در موارد بحران می تواند تا ۳۰٪ هم برسد.

کنترل بیماری های غیر واگیر

افزایش شدت بیماری و مرگ و میر حاصل از بیماری های غیرواگیر یک عامل مشکوک در بسیاری از بحران ها می باشد. یکی از عواقب اصلی حوادث طبیعی مانند زمین لرزه، مجروحین هستند. جراحات در اثر خشونت فیزیکی نیز با بسیاری از موارد اضطراری پیچیده در ارتباط بوده و می تواند یکی از عوامل اصلی افزایش میزان مرگ و میر در چنین بحران هایی باشد. همزمان با توجه خاص به مشکلاتی نظیر ایدز، خشونت جنسی، نیاز به مراقبت های مامایی در مواقع اضطراری و وجود حداقل خدمات بهداشت باروری در بسیاری از جوامع، لزوم بهداشت باروری در میان جمعیت های آسیب دیده از بحران نیز در سال های اخیر اهمیت خاصی یافته است. نیاز به برنامه های بهداشت باروری پیشرفته خصوصاً در مواقع اضطراری پیچیده تایید شده ولی این موضوع با انواع زیادی از بحران ها نیز مرتبط می باشد.

بهداشت روان و مشکلات روانی می توانند در هنگام بحران و حتی پس از آن نیز وجود داشته باشند. ترس، از دست دادن نزدیکان، عدم ثبات و دیگر عوامل استرس زا در مواقع حوادث می توانند مردم را در معرض خطر مشکلات روحی و روانی و اجتماعی قرار دهند. سرانجام، شواهدی وجود دارند که نشان می دهند در هنگام بحران بسیاری از بیماری های مزمن به پیچیدگی های حادی تبدیل می شوند. این پیچیدگی ها به دلیل اختلالاتی است که در روند درمان پیش می آید. گر چه، عوامل استرس زای دیگری نیز ممکن است در بروز شرایط پزشکی مزمن دخیل باشند.

جراحات

باید مطمئن بود که مردم به خدمات مناسب برای درمان جراحات دسترسی دارند.

- در مواردی که تعداد مجروحین بسیار زیاد است، یک سیستم استاندارد شده برای طبقه بندی پایه ریزی می شود تا ماموران بهداشت را در زمینه های ارزیابی، اولویت بندی، احیاء و ارجاع راهنمایی نماید.
- رهنمودهای استاندارد شده ای برای فراهم نمودن کمک های اولیه و احیاء پایه ریزی می شود.
- پروتوکول های استاندارد شده ای برای ارجاع بیماران زخمی جهت استفاده از مراقبت های پیشرفته، شامل جراحی، ایجاد می شوند. همچنین تجهیزات لازم جهت انتقال این بیماران به مراکز ارجاع بایستی محیا باشد.
- خدمات جراحی و آسیب روحی شدید تنها توسط سازمان هایی ارائه شود که مهارت و منابع مناسب را در اختیار دارند.
- در مواردی که تعداد زیادی مجروح وجود دارد، طرح های پیش فرضی برای درمان جراحات متعدد انجام شود تا امکانات بهداشتی و مراقبتی لازم را در اختیار بیماران قرار دهد. این طرح ها با برنامه های محلی و منطقه ای بایستی مرتبط باشد.

۱- اولویت بندی خدمات مربوط به آسیب های روحی:

در بسیاری از بحران ها، تعیین تعداد مجروحین که نیاز به مراقبت های بالینی دارند. امکان پذیر نمی باشد. در حوادث غیر مترقبه همانند زمین لرزه، ۹۰-۸۵٪ کسانی که زنده از زیر آوار بیرون آیند، عموماً توسط کارکنان محلی امداد رسانی یا همسایگان و بستگان خود در طی ۷۲ ساعت اول نجات یافته اند. بنابراین، در چنین مناطقی تاکید برنامه های امداد رسانی باید

بر روی مردمان خود منطقه باشد تا آنان بتوانند به هم کمک کنند. این نکته حائز اهمیت است که فعالیت های بهداشتی اولویت بندی شده می توانند از میزان مرگ و میر بکاهد.

۲- تعیین اولویت درمان:

اولویت بندی مرحله ای است که بیماران بر اساس بیماری یا جراحات خود گروه بندی شده و اولویت بندی در درمان آنها بر اساس منابع موجود و شانس بیمار برای زنده ماندن صورت گیرد. اصل مسلم در اولویت بندی آن است که با منابع محدود بتوان امکانات بهداشتی گسترده ای به تعداد زیادی از مردم ارائه کرد. اولویت بندی لزوماً به این معنا نیست که اشخاصی که آسیب های بسیار جدی دیده اند در اولویت قرار می گیرند. برای مثال در مورد مجروحین متعدد، آنهایی که جراحات مهمی دارند ممکن است از اولویت کمتری در مقایسه با آنهایی که جراحات سطحی تری دارند، برخوردار شوند (ترباژ). هیچ سیستم استاندارد شده ای برای اولویت بندی وجود ندارد و در سطح جهان سیستم های متعددی وجود دارند که استاندارد نیستند. بسیاری از سیستم ها ۲ تا ۵ گروه جراحات را مشخص کنند.

۳- کمک های اولیه و مراقبت های اصلی پزشکی:

مراقبت از آسیب های روحی و جراحی ممکن است در بسیاری از مناطق محروم وجود نداشته باشد اما شایان ذکر است که کمک های اولیه، احیاء و اعمال غیر جراحی می توانند در بسیاری از آسیب های شدید مثرتر باشند. اقدامات بسیار ساده نظیر بازکردن راه تنفس، کنترل خونریزی و کنترل مایعات وریدی ممکن است موقعیت شخصی را که جراحات شدید دارد ثابت نگاه دارد. کیفیت خدمات پزشکی اولیه می تواند در شانس بیمار برای زنده ماندن تاثیر به سزایی داشته باشد. بسیاری از بیماران زخمی می توانند روزها و هفته ها بدون جراحی زنده بمانند به شرط آنکه کمک های اولیه درست و مراقبت های پزشکی مناسب دریافت نمایند.

۴- بهداشت باروری:

باید مردم به حداقل خدمات اولیه برای پاسخگویی به نیازهای بهداشت باروری خود دسترسی داشته باشند.

• یک یا چند سازمان و یا شخص انتخاب شوند تا هماهنگی لازم را برای ارائه حداقل خدمات با مشورت مقام بهداشتی انجام دهند.

• اقداماتی بایست توسط آژانس های بهداشتی انجام تا از عواقب خشونت های جنسی جلوگیری و یا کنترل شود. این کار با هماهنگی دیگر بخش ها به ویژه بخش خدمات اجتماعی و حفاظتی صورت می گیرد.

تعداد موارد خشونت جنسی که به مراکز خدمات بهداشتی گزارش می شود توسط مقامات حمایتی و امنیتی پی گیری شده و به سازمان مربوطه انعکاس داده می شود. جمع آوری و بازنگری اطلاعات با در نظر گرفتن قوانین بین المللی صورت می گیرد.

• حداقل خدمات برای جلوگیری از شیوع ایدز اجرا شود.

• تعداد مناسب کیف زایمان تمیز و استریل و در اختیار ماماها سنتی نیز گذارده شود تا زایمان های خانگی نیز به طور مطمئن انجام شود.

• نظام ارجاع استاندارد شده ای از ماماها و ماماها سنتی به وجود آمده و ارتقاء داده شود تا به مشکلات پس از زایمان رسیدگی نمایند. وسایل حمل و نقل مناسب در مواقع لزوم به ارجاع مهیا باشد.

• برنامه هایی برای انجام محدوده گسترده ای از خدمات بهداشتی باروری در مراحل اولیه مراقبت ها بهداشتی به اجرا درآید.

۵- جنبه های اجتماعی و روانی بهداشت:

• مردم بایستی به خدمات اجتماعی و بهداشت روانی دسترسی داشته تا بتوانند بیماری های ناشی از ناهنجاری های روحی، معلولیت ها و مشکلات اجتماعی خویش را کاهش دهند.

مردم به منابع اطلاعاتی موجود و موثق در مورد بحران و تلاش‌های صورت گرفته در این زمینه دسترسی داشته باشند.

- مراسم عمومی فرهنگی و مذهبی انجام شده (شامل مراسم عزاداری) مردم بتوانند مراسم خاکسپاری را انجام دهد.
- به محض آرام شدن اوضاع، بچه‌ها و بزرگسالان به مدارس رسمی و غیر رسمی و فعالیت‌های تفریحی عادی دسترسی پیدا کنند.
- بزرگسالان و نوجوانان قادر باشند در برنامه‌های سالم، و مشترک المنافع نظیر فعالیت‌های امداد رسانی شرکت کنند.
- افراد تنها، همچون کودکان یتیم یا از خانواده جدا مانده، بیوه‌ها، افراد مسن یا افرادی که خانواده خود را از دست داده‌اند به فعالیت‌هایی دسترسی تا ورود آنها به اجتماع را تسهیل نماید.
- در مواقع لزوم، خدمات جستجوی خانواده‌ها صورت گرفته تا مردم و خانواده‌ها را دوباره به یکدیگر برساند.
- در مناطقی که مردم بی‌خانمان شده‌اند، پناهگاه‌هایی با هدف یکجا نگه داشتن خانواده‌ها و افراد تاسیس گردد.
- مشاوره‌های لازم با مجامع صورت گرفته تا تصمیماتی در مورد استقرار مکان‌های مذهبی، مدارس، آب آشامیدنی و تسهیلات بهداشتی اخذ گردد. می‌توان مراکز فرهنگی و تفریحی خاص نیز برای افراد معلول در نظر گرفت.
- افرادی که از مشکلات روحی حاد ناشی از استرس رنج می‌برند به کمک‌های اولیه روان‌شناختی در مراکز خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

- مراقبت‌هایی برای بیماران روانی اضطراری در سیستم مراقبت بهداشتی اولیه وجود داشته همچنین داروهای ضروری بیماران روانی، مطابق با لیست داروهای ضروری، در مراکز مراقبت‌های اولیه موجود باشد.
- در خصوص افرادی که پیش از وقوع حادثه نیز از مشکلات روحی و روانی رنج می‌برده‌اند، درمان را ادامه داده و از قطع ناگهانی دارو یا استفاده از داروهای مضر جلوگیری شود. نیازهای اصلی بیماران در بیمارستان‌های روانی مورد توجه قرار گیرد.
- اگر بحران قابل پیش‌بینی باشد، برنامه‌هایی برای ارائه خدمات روانی اجتماعی در مرحله بعد از بروز بحران به اجرا در آید.

۶-۱- اطلاعات: دسترسی به اطلاعات نه تنها حق همه افراد است بلکه در کاهش استرس و هیجان عمومی بسیار مهم می‌باشد. اطلاعاتی باید در مورد دامنه بحران و همچنین عملیات نجات جمع‌آوری شود. علاوه بر آن عموم مردم بایستی از فعالیت‌های نجات که توسط دولت، مقامات محلی و سازمان‌های امداد رسانی انجام می‌شود و همچنین محل استقرار آنها آگاهی داشته باشند.

۶-۲- تشییع جنازه: خانواده‌ها باید بتوانند برای بستگان خود مراسم تشییع جنازه را اجرا نموده و در حد امکان باید از دفن اجساد بدون مراسم جلوگیری می‌شود.

۶-۳- کمک‌های اولیه روان‌شناختی: در بین عامه مردم و امدادگران، تألمات شدید که به دنبال استرس‌های تکان‌دهنده ایجاد می‌شود به بهترین وجه ممکن توسط اصول کمک‌های اولیه روان‌شناختی درمان شود.

۷- بیماران یهای مزمن

در جمعیت‌هایی که بیماری‌های مزمن بیشترین میزان مرگ و میر را دارند، مردم به درمان‌های اساسی برای جلوگیری از مرگ و میر دسترسی داشته باشند.

- یک یا چند سازمان خاص برای هماهنگی برنامه‌ها در نظر گرفته شوند تا افرادی که بیماری مزمن دارند تحت درمان قرار گیرند.

- افرادی که بیماری مزمن دارند شناسایی شده و ثبت نام شوند.

- داروهایی برای درمان طولانی مدت بیماری‌های مزمن از طریق سیستم بهداشتی اولیه موجود است، به شرط آنکه این دارو‌ها در لیست داروهای ضروری موجود باشند.

هیچ راهنمای قابل قبولی در خصوص درمان بیماری مزمن وجود ندارد هنگام بسیاری از بحران‌ها، اولویت به بیمارانی داده می‌شود که عدم ادامه درمان آنها ممکن است منجر به مرگ آنان شود. این بیماری‌ها شامل نارسایی مزمن کلیه که احتیاج مبرم

به دیالیز دارد. دیابت که نیاز به تزریق انسولین دارد و سرطان های خاص دوران کودکی می باشد. اینها برنامه های جدیدی نبوده بلکه ادامه روند درمان جهت زنده نگه داشتن بیماران می باشد. در بحران های آنی، ممکن است برنامه هایی در رابطه با بیماریهای مزمن ایجاد شوند. اگر جمعیت قبل از بحران به این درمان ها، دسترسی نداشته باشد، معرفی برنامه های جدید درمانی جهت درمان بیماریهای مزمن نامناسب به نظر می رسد. درمان مداوم بیماری های مزمن باید از طریق سیستم های درمانی اولیه و با استفاده از داروهای موجود در لیست داروهای ضروری انجام شود.

آب رسانی

حداقل استانداردها در پروژه های آب رسانی، بهداشت محیط و ارتقاء سطح بهداشتی آب رسانی: آب برای ادامه حیات، سلامت و منزلت انسانی ضروری است. در شرایط حاد، ممکن است آب به اندازه کافی در دسترس نباشد و در این وضعیت اولویت اصلی، تهیه آب آشامیدنی سالم برای ادامه حیات است. در بسیاری موارد، مشکلات اصلی بهداشتی به دلیل فقر بهداشتی ناشی از کمبود آب و استفاده از آب آلوده است. همه مردم باید مقدار کافی آب برای آشامیدن، پخت و پز، بهداشت شخصی و خانگی، و همچنین دسترسی ایمن و یکسان به آب سالم را داشته باشند. مراکز توزیع عمومی آب باید به اندازه کافی به خانه ها نزدیک باشد تا افراد بتوانند به حداقل نیازهای آبی خود دسترسی یابند. متوسط میزان مصرف آب برای آشامیدن، پخت و پز و بهداشت شخصی در هر خانواده حداقل ۱۵ لیتر برای هر نفر در هر روز است.

- حداکثر مسافت هر خانه تا نزدیکترین مرکز توزیع آب، ۵۰۰ متر بیشتر نباشد.
- زمان ایستادن در صف جلوی منبع آب نباید بیشتر از ۱۵ دقیقه باشد.
- زمان پرکردن یک منبع ۲۰ لیتری آب نباید بیشتر از سه دقیقه طول بکشد.
- منابع آب باید طوری نگهداری شوند که مقدار کافی از آب همواره یا به طور مستمر در دسترس همگانی باشد.

جدول شماره یک: خلاصه نیازهای پایه به آب برای بقاء

نیازهای حیاتی: آب مصرفی (آشامیدنی و غذایی)	۳-۲/۵ لیتر در روز	بستگی به آب و هوا و فیزیولوژی فردی دارد
فعالیت عمده بهداشتی	۶-۲ لیتر در روز	بستگی به هنجارهای اجتماعی و فرهنگی دارد
نیازهای اولیه پخت و پز	۶-۳ لیتر در روز	بستگی به هنجارهای اجتماعی و فرهنگی دارد
نیازهای اولیه به آب	۱۵-۷/۵ لیتر در روز	

آب باید قابل خوردن بوده و کیفیت لازم برای آشامیدن را داشته باشد و بتوان برای بهداشت فردی و خانگی از آن استفاده نمود، بدون اینکه خطرات بهداشتی جدی همراه داشته باشد.

- هیچ نوع کلی فرم مدفوع در هر ۱۰۰ میلی لیتر آب در نقطه توزیع وجود نداشته باشد.
- مردم از منابع حفاظت شده یا تصفیه شده به جای منابع آبی دیگر، برای آشامیدن استفاده نمایند.
- اقدامات لازم برای پیشگیری آلودگی، پس از توزیع نیز صورت گیرد.
- تمام منابع آبی لوله کشی شده یا دیگر منابع آبی باید در زمان خطر یا در صورت شیوع اسهال، با یک ماده ضد عفونی کننده تصفیه شوند بنابراین مقدار کلر آزاد باقی مانده در هر لیتر آب حدود ۰/۵ میلی گرم و تیرگی آن نیز زیر ۵ NTU باشد (National turbinate unit)

• هیچگونه تأثیر بهداشتی منفی مربوط به استفاده کوتاه مدت از آبی که با مواد شیمیایی (نظیر مواد شیمیایی تصفیه کننده) یا منابع رادیولوژیک آلوده شده، دیده نشود و بررسی ها نشان دهد هیچ گونه نشانه ای از احتمال وقوع چنین تأثیری نیز وجود نداشته باشد.

در صورتی که هرگونه کلی فرم مدفوع در آب وجود داشته باشد باید آب را تصفیه نمود. با این حال، در مراحل اولیه بحران، کمیت آب مهمتر از کیفیت آن است.

تنها تامین منابع حفاظت شده یا آب تصفیه شده نمی تواند تاثیر گذار باشد مگر اینکه مردم مزایای بهداشتی این منابع آبی را درک نموده و از آنها استفاده نمایند. ممکن است مردم به دلیل مزه با مقدار آب در دسترس و یا باورهای اجتماعی ترجیح دهند که از منابع آبی حفاظت نشده مانند رودخانه ها، دریاچه ها و چادرها استفاده نمایند. در چنین مواردی، تکنسین ها، مسئولین حفظ بهداشت و کسانی که مسئولیت بسیج عمومی را بر عهده دارند باید منطق این ترجیح را درک نموده و سعی کنند که در پیام ها و یا گفتگوهای خود این موارد را نیز در نظر داشته باشند.

سالم بودن آب در محل توزیع به تنهایی نمی تواند تضمین کننده عدم خطر بهداشتی باشد زیرا ممکن است در هر زمان دیگر از جمله تهیه، انبار و استفاده از آن آلوده شود. بنابراین استفاده از روش صحیح تهیه و نگهداری آب، توزیع گالن های تمیز مناسب جهت جمع آوری و نگهداری آن، همچنین تصفیه آب با یک ماده ضد عفونی کننده، پایدار یا تصفیه در نقطه مصرف از جمله اقداماتی است که می تواند خطر بهداشتی را کاهش دهد. باید از آب مصرفی در نقطه مصرف همواره نمونه برداری نمود تا میزان آلودگی پس از توزیع را مشخص نمود. در صورتی که منابع آب، در معرض خطر چشمگیری قرار داشته باشند یا در صورتی که احتمال آلودگی آب پس از توزیع وجود داشته باشد، باید آب را با ماده ضد عفونی کننده ای پایدار تصفیه نمود. خطرات احتمالی را می توان بر اساس شرایط اجتماعی مانند تراکم جمعیت، چگونگی دفع فضولات، عادات بهداشتی و شیوع بیماری های اسهالی تعیین نمود. ارزیابی خطرات باید اطلاعات کیفی را با توجه به عواملی نظیر دیدگاه یک اجتماع از مزه آب و قابل استفاده بودن آن در برگیرد.

در مکان هایی که مشاهدات نشان دهنده احتمال آلودگی آب با مواد شیمیایی یا رادیولوژیکی است با انجام یک تحلیل بایستی به سرعت میزان خطر بهداشتی این آب ها را تعیین نمود سپس لازم است بر اساس نتایج حاصل و خطرات بهداشتی کوتاه مدت تصمیمی اتخاذ شود. همچنین بر پایه یک ارزیابی تخصصی و تحلیل تاثیرات بهداشتی آب بر اجتماع، می توان در مورد استفاده طولانی مدت از منابع آبی آلوده تصمیم گیری نمود.

مزه آب اگر چه به تنهایی نمی تواند خطر بهداشتی باشد (مثلا آبی که کمی شور باشد) اما اگر مزه آب سالم خوشایند نباشد مردم از منابع آبی غیر سالم برای آشامیدن استفاده می کنند که سلامت آنها را به خطر می اندازد. این مورد حتی می تواند هنگامی که آب کلردار بین افراد توزیع می شود خطر ساز باشد. در این گونه مواقع باید با فعالیت های خاص، اطمینان حاصل نمود که افراد تنها از منابع آبی سالم استفاده می کنند.

تمام آب مصرفی در بیمارستان ها، مراکز بهداشتی و مراکز تغذیه باید با کلر یا مواد ضد عفونی کننده پایدار تصفیه شوند. در شرایطی که احتمال قطع آب برای مدت کوتاهی وجود دارد، باید آب ذخیره شده به اندازه کافی وجود داشته باشد که در مواقع عادی بتوان بدون وقفه از آن استفاده نمود.

• هر خانواده باید حداقل ۲ گالن ۱۰ تا ۲۰ لیتری جمع آوری آب داشته باشد و همچنین گالن های ذخیره آب هر خانواده همواره باید آب مصرفی آنها را تامین نماید.

• گالن های ذخیره آب باید دهانه تنگ و در پوش دار بوده و قابلیت ذخیره، استخراج و جابجایی را داشته باشند.

• هر فردی باید حداقل ۲۰۰ گرم صابون در ماه داشته باشد.

• در جایی که وجود تسهیلات حمام عمومی ضروری است، رختکن ها باید به تعداد کافی و به تفکیک زنانه و مردانه وجود داشته باشد و نحوه استفاده از این تسهیلات درست و عادلانه باشد.

• در مکان هایی که وجود تسهیلات رختشویی ضروری به نظر می رسد، باید برای هر ۱۰۰ نفر حداقل یک کاسه دستشویی وجود داشته باشد و مراکز شستشوی خصوصی برای زنان در نظر گرفته شود تا آنها بتوانند لباس های زیر و وسایل بهداشتی خود را بشویند.

دفع فضولات

دفع مناسب فضولات انسانی اولین مانع در برابر شیوع بیماری های حاصل از فضولات است و به کاهش میزان انتقال بیماری از راه های مستقیم و غیر مستقیم کمک می کند بنابراین، دفع مناسب فضولات از اولویت برخوردار است و در بسیاری از بحران ها باید همراه با برنامه های آب رسانی سالم، انجام شود. پیش بینی تسهیلات لازم برای دفع، یکی از پاسخ های ضروری برای حفظ منزلت، امنیت و بهداشت و رفاه مردم است.

مردم باید دسترسی به تعداد کافی دستشویی داشته باشند که به مکان سکونت آنها نزدیک بوده و بتوانند در طول شبانه روز دسترسی سریع، ایمن و قابل قبول به آنها داشته باشند.

• حداکثر ۲۰ نفر از هر دستشویی استفاده کنند.

• در صورت امکان استفاده از دستشویی باید به تفکیک خانواده ها یا به تفکیک جنسی صورت گیرد.

• در مکان های عمومی (بازارها، مراکز توزیع، مراکز بهداشتی و غیره) باید توالت هایی جداگانه جهت استفاده زنان و مردان وجود داشته باشند.

• توالت های عمومی یا مشترک بایستی به گونه ای تمیز و نگهداری شوند که همه افراد بتوانند از آن استفاده کنند.

• توالت ها نباید بیش از ۵۰ متر از محل سکونت افراد قرار داشته باشند.

• توالت ها باید به بهداشتی ترین طریق مورد استفاده قرار گیرند و مدفوع کودکان باید بلافاصله و به طور بهداشتی دفع شود.

توالت ها باید طوری طراحی، ساخته و محل یابی شوند که ویژگی های زیر را داشته باشند.

- همه اقشار یک جمعیت، حتی کودکان، سالمندان، زنان باردار و معلولین جسمی و ذهنی بتوانند از آن استفاده کنند.

- مکان یابی توالت ها باید به گونه ای باشد که خطر احتمالی برای مصرف کنندگان خصوصاً زنان و دختران طی روز یا شب به کمترین حد ممکن برسد.

- تمیز نگاه داشتن این توالت ها به حد کافی آسان باشد تا افراد به استفاده از آن رغبت داشته باشند.

- این توالت ها معیارهای خصوصی مصرف کنندگان را در نظر بگیرد.

- این توالت ها باید به زنان امکان دور انداختن وسایل بهداشتی را داده یا حریمی خصوصی برای آنها ایجاد کند تا بتوانند وسایل بهداشتی خود را شسته و خشک کنند.

- امکان تخم گذاری مگس و پشه به حداقل ممکن برسد.

- توالت ها باید همواره ذخایر کافی آب برای شستشو داشته باشند.

- توالت های گودالی و توالت های جذبی باید حداقل ۳۰ متر از منابع آبی فاصله داشته و ته چاه هر توالتی باید حداقل ۱/۵ متر بالاتر از سفره آب باشد. فاضلاب یا سر ریز سیستم های دفع نباید به طرف منابع آبی سطحی یا منابع آبی کم عمق باشد.

- مردم پس از اجابت مزاج و قبل از خوردن و آماده سازی غذا دست های خود را بشویند.

- در صورت امکان، ابزار لازم باید در اختیار مردم قرار گیرد تا آنها بتوانند توالت های خود را ساخته و از آن نگهداری نمایند.

کنترل ناقلان بیماری

ناقل بیماری یک عامل حمل بیماری است و بیماریهای حاصل از ناقلان از علل بیماری و مرگ در بسیاری از بحران ها به شمار می روند. پشه ها، ناقل بیماری مالاریا هستند که یکی از دلایل مهم بیماری و مرگ و میر است. پشه ها بیماری های دیگری مانند تب زرد و تب دانگ را نیز منتقل می کند.

پشه هایی که نیش نمی زنند مانند مگس درانتقال بیماری ها و اسهال نقش دارند. کنه ناقل تب عود کننده و شپش انسانی ناقل تیفوس و تب عود کننده می باشد. موش های صحرائی و خانگی ناقل بیماری های همانند عفونت لپتوسپیروزی و سالمونلایی بوده و می توانند میزبان کک هایی باشند که آنها نیز ناقل بیماریهایی مانند تب لاسایا، طاعون و دیگر عفونت ها هستند.

بیمار یهای حاصل از ناقلان را می توان با به بکارگیری ابتکارات مختلف مانند مکان یابی مناسب و نحوه پیش بینی محل احداث پناهگاه ها، آب رسانی مناسب، دفع فضولات، مدیریت دفع فضولات جامد و فاضلاب، پیش بینی خدمات بهداشتی،

استفاده از مواد شیمیایی کنترل کننده، حفاظت خانواده و فرد و حفاظت موثر انبارهای غذا کنترل کرد. با وجود اینکه ماهیت بیماری های حاصل از ناقلان بسیار پیچیده است و ممکن است برای مبارزه با آن توجه خاصی نیاز باشد، اما با روش هایی ساده و موثر می توان از انتقال و شیوع بیماری جلوگیری نمود و این زمانی است که بیماری و ناقل آن و نحوه پیش گیری از آن در بین جمعیت خاص شناسایی شده باشد.

• باید اطمینان داشت همه مردم آسیب دیده از بحران، دانش و ابزار لازم را برای حفاظت خود در مقابل بیماری ها و ناقلان مودی بیماری که ممکن است خطر بزرگی برای سلامت و رفاه آنها باشند در اختیار داشته باشند.

• کل جمعیتی که در معرض خطر بیماری های حاصل از ناقلان بیماری قرار دارد، باید از نحوه انتقال بیماری و روش احتمالی برای پیشگیری مطلع باشند.

• تمام جمعیت به نوعی پناهگاه دسترسی داشته باشند که مأمّن یا موجب رشد ناقلین بیماری نبوده و از طریق اقدامات لازم برای کنترل ناقلان بیماری، حفاظت می شود.

• مردم در زمان اوج هجوم پشه ها، با استفاده از ابزار مناسب، باید خود را از نیش آنها حفظ نمایند. باید نسبت به گروههای در خطر مانند

- زنان باردار و شیرده، کودکان، نوزادان، سالمندان و بیماران توجه خاصی مبذول شود.
- افرادی که به پشه بند دسترسی دارند از آن به نحو مناسب استفاده نمایند.
- رختخواب ها و لباس ها، باید به طور مستمر در معرض هوا قرار گرفته و شسته شوند.
- مواد غذایی بایستی در مقابل ناقلان بیماری مانند پشه، حشرات و جوندگان حفظ شوند.

مدیریت زباله های جامد

زباله های جامد جمع آوری نشده و تجمع یافته و زباله های باقی مانده پس از یک بلای طبیعی یا درگیری می تواند محیطی ناخوشایند و دلسرد کننده ایجاد نموده و مانع تلاش برای بهبود جنبه های دیگر بهداشت محیط شود. زباله های جامد مانعی در مقابل کانال های فاضلاب بوده و باعث بروز مشکلات بهداشت محیطی شده و آب های راکد و آلوده را به وجود می آورند.

• مردم بایستی در محیطی زندگی کنند که تا حد قابل قبولی به دور از آلودگی ناشی از زباله های خانگی خود باشند.

• جمعیت آسیب دیده از بحران باید در طراحی و اجرای برنامه های دفع زباله های جامد مشارکت داشته باشند.

• زباله های خانگی باید در مخازن خاصی نگهداری شده و به طور روزانه جمع آوری، سوزانده یا در گودال های مخصوص دفن شوند.

• همه خانه ها به یک مخزن دفع زباله دسترسی داشته و یا فاصله آنها از مخزن زباله عمومی بیشتر از ۱۰۰ متر نباشد.

• اگر زباله های خانگی در جایی دفن نمی شوند، باید حداقل یک مخزن ۱۰۰ لیتری برای هر ۱۰ خانوار وجود داشته باشد.

• قبل از اینکه زباله ها خطری برای سلامتی محسوب شود و یا موجب آزار و اذیت گردد، باید از خانه ها جمع آوری شود.

• زباله های پزشکی باید جدا شده و مجزا دفن شوند، همچنین لازم است مخازن و کوره های زباله سوزی با مخزن عمیق در محدوده امکانات بهداشتی طراحی، ساخته و استفاده شوند.

• در هیچ جای منطقه مسکونی یا مراکز عمومی و در هیچ زمانی، آلودگی یا زباله های پزشکی خطرناک وجود نداشته باشد.

در مراکز عمومی مانند بازارها و کشتارگاه ها، مناطق حصارکشی شده مناسبی به عنوان مخازن زباله ها یا سطل هایی وجود داشته و زباله های آنها به طور مستمر جمع آوری شوند.

• دفع نهایی زباله های جامد باید در جایی و به روشی صورت گیرد که هیچ گونه خطری برای سلامتی و محیط زندگی جمعیت محلی آسیب دیده ایجاد کند.

اگر بنا باشد زباله ها در جایی از خانه یا مخازن عمومی دفن شوند، باید روی آنها را حداقل هفته ای یک بار با لایه نازکی از خاک پوشانده تا از جمع شدن ناقلان بیماری مانند مگس ها و جوندگان دور آن و تخمگذاری آنها ممانعت به عمل آید. مناطق دفع زباله ها باید حصارکشی شوند، تا از بروز حوادث و تماس کودکان و حیوانات با آن جلوگیری شود، همچنین باید مراقبت های لازم بعمل آید هیچ گونه آبراه آلوده کننده ای باعث آلودگی آب های زیر زمینی نشوند. زباله های مناطق مسکونی با توجه

به میزان و نوع فعالیت اقتصادی، نوع غذای مصرفی و عملکرد محلی در بازیافت و یا دفع زباله ها، ترکیب و کمیت مختلفی دارند. میزان تاثیر زباله های جامد بر سلامت افراد باید ارزیابی شده و در صورت نیاز اقداماتی در این زمینه صورت گیرد. باید جوامع را تشویق به بازیافت زباله ها نمود البته در صورتیکه این اقدام هیچ خطری جهت سلامتی افراد، در برداشته باشد. اجناسی که ضمن فراوری و بسته بندی تولید مقدار زیادی زباله جامد می کنند نباید توزیع شوند. مدیریت ناصحیح زباله های پزشکی، اجتماع، بهداشت - کاران و افرادی که با زباله سروکار دارند را در معرض عفونت، تاثیرات سمی و جراحات قرار می دهد. در شرایط بحران، خطرناک ترین نوع زباله ها را ابزار نوک تیز و غیر نوک تیز عفونی و باند، پارچه های خونی و مواد آلی مانند جفت، تشکیل می دهند. زباله های مختلف باید در منبع جداسازی شوند. زباله های غیر عفونی را می توان به عنوان زباله های جامد دفع کرد. ابزار نوک تیز آلوده همانند سوزن بلافاصله در جعبه های مخصوص گذاشته شوند. جعبه های مخصوص و زباله های عفونی را می توان در منطقه ای خاص دفن کرد، سوزاند و یا از روش مطمئن دیگری استفاده نمود.

فاضلاب

آب های سطحی داخل یا نزدیک سکونت گاه های اضطراری ممکن است حاصل آب مصرفی خانه ها یا منابع آب، ترشحات توالت ها و مجاری فاضلاب، آب باران یا سیلاب باشد. مهمترین خطر سلامتی ناشی از آب های سطحی مربوط به آلودگی ذخایر آبی و محیط زیست، تخریب توالت ها و خانه ها تخم گذاری ناقلان و غرق شدن در آب باشد آب باران و طغیان سیلاب می تواند شرایط فاضلاب در مناطق مسکونی را وخیم تر کرده و آلودگی را افزایش دهد.

- مناطق اطراف محل سکونت و شیرهای توزیع آب باید از آب آلوده مصرفی و سیلاب ها دور بوده و تمیز نگاه داشته شوند.
- پناهگاه ها، راه ها و تسهیلات آب و بهداشت محیط نباید با آب پوشیده (غوطه ور) و یا فرسوده شوند.
- فاضلاب منابع آبی باید به خوبی طراحی، ساخته و نگهداری شوند. این فاضلاب شامل فاضلاب اماکن شستشو و حمام ها و همچنین نقاط جمع آوری آب نیز باشد.

آب های فاضلابی، نباید آب های سطحی یا زیر زمینی را آلوده کرده یا باعث فرسایش این منابع شوند. باید ابزار کافی برای انجام عملیات مربوط به فاضلاب در مقیاس کوچکتر و نیز نگهداری آن تهیه شود. موثرترین روش های کنترل مشکلات فاضلاب ها، انتخاب مکان ساختمان و محل سکونت می باشد. آب مصرفی خانگی هنگامی که با مدفوع انسانی مخلوط گردد، فاضلاب محسوب می شود. در مناطق مسکونی که دارای سیستم فاضلاب هستند نباید اجازه داد که آب مصرفی خانگی با مدفوع انسانی آلوده شود.

مرجع:

- ۱- کنسرسیوم بین المللی نمایندگان در ایران. منشور بشر دوستانه و حداقل استانداردهای امدادسانی در بحران. ترجمه نازنین محمدی. تهران، انتشارات ناصری. ۱۳۸۳.