स्फियर परियोजना

मानवतावादी घोषणापत्र तथा प्रकोप सहायतासम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू

२००४ संस्करण

स्फियर परियोजना

मानवतावादी घोषणापत्र तथा प्रकोप सहायतासम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू

अग्रेजी संस्करणको प्रकाशकः

स्फियर परियोजना

प्रतिलिपि अधिकार © (कपीराइट) स्फियर परियोजना २००४

पोष्ट बक्स ३७२, १७ चेमिन दे क्रे सीएच-१२११ जेनेभा १९, स्विट्जरल्याण्ड
फोनः +४१ २२ ७३० ४५०१ फ्याक्सः +४१ २२ ७३० ४९०५
इमेलः info@sphereproject.org वेबसाइटः http:/www.sphereproject.org

स्फियर परियोजना

स्फियर परियोजना भनेको मानवीय सहायताका लागि संचालन समिति (SCHR) तथा भ्वाइस (VOICE) र आइसीभीए (ICVA) नामक संस्थाको कार्यक्रम हो । उक्त परियोजनाको थाल्नी १९९७ मा मानवीय सहायता कार्यक्रमसँग सम्बन्धित मूल क्षेत्रहरूका लागि विश्वव्यापी न्यूनतम मापदण्डहरू तयार गर्नका लागि गरिएको थियो । उक्त परियोजनाको लक्ष प्रकोपबाट प्रभावित मानिसहरूलाई प्रदान गरिने सहायताको गुणस्तर सुधार्नु तथा प्रकोपको स्थितिमा गरिने सहयोगसम्बन्धी मानवीय प्रणालीको जिम्मेवारीपन बढाउनु हो । मानवतावादी घोषणापत्र तथा प्रकोप सहायतासम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू विभिन्न व्यक्ति तथा निकायहरूको सामूहिक अनुभवबाट उत्पन्न भएका हुन् । तसर्थ यी कुराहरुलाई कुनै एउटा निकायको मात्र विचारलाई प्रतिनिधित्व गरेको रुपमा हेरिनु हुँदैन ।

प्रथम परीक्षणात्मक संस्करण १९९८
दोस्रो अन्तिम संस्करण २०००
यो संस्करण २००४

यस प्रकाशनको सूचीगत अभिलेख ब्रिटिश लाइब्रेरी तथा अमेरिकी लाइब्रेरी अफ कँग्रेसबाट उपलब्ध हुन्छ ।

सर्वाधिकार सुरक्षित । उक्त सामग्रीको प्रतिलिपि अधिकार रहेको छ तर सोको प्रयोग पुनः बिक्रीलाई नभई शैक्षिक उद्देश्यका लागि कुनै पनि विधिमार्फत् निःशुल्क पुनरुत्पादन गर्न सकिन्छ । त्यस्ता सबैखाले प्रयोगका लागि औपचारिक स्वीकृति लिनु पर्नेछ तर साधारणतया उक्त स्वीकृति तत्काल प्रदान गरिनेछ । अन्य परिस्थितिमा प्रतिलिपि बनाउनका लागि अथवा अन्य प्रकाशनहरूमा पुनः प्रयोगका लागि अथवा अनुवाद वा रुपान्तरका लागि प्रतिलिपि अधिकार भएका व्यक्तिसँग पूर्व लिखित स्वीकृति लिनु पर्नेछ र सोका लागि शुल्क तिर्नु पर्नेछ ।

अक्सफाम जी.बी. (Oxfam GB) द्वारा स्फियर परियोजनाका लागि विश्वव्यापी वितरण ।
अक्सफाम पब्लिशिङ्ग, २७४ बनबरी मार्ग, अक्सफोर्ड ओएक्स२ ७डीजेड, युके (संयुक्त अधिराज्य)
फोनः +४४ १८६५ ३११ ३११ फ्याक्सः +४१ १८६५ ३१२ ६००
इमेलः publish@oxfam.org.uk वेबसाइटः http:/www.oxfam.org.uk/publications

तथा यसका विश्वभरिका एजेन्ट एवं प्रतिनिधिहरूमार्फत् उपलब्ध । अक्सफाम जीबी २०२९१८ दर्ता संख्या भएको एक परोपकारी संस्था हुनुका साथै अक्सफाम जी.बी.अन्तर्राष्ट्रिय (Oxfam International) को एक सदस्य हो ।

प्रारुप (डिजाइन): डीएस प्रिन्ट याण्ड रिडिजाइन, लण्डन ।
मुद्रणः मुसुमेचि, आओस्ता, इटली ।

नेपाली संस्करणः २०६२/२००६ सन्
प्रकाशकः नेपाल रेडक्रस सोसाइटी, सेभ द चिल्ड्रेन अलाइन्स नेपाल, एक्सन एड नेपाल, लुथरन वर्ल्ड फेडरेशन नेपाल, अक्सफाम जी.बी.नेपाल, प्राक्टिकल एक्सन नेपाल ।

सर्वाधिकारः प्रकाशन समूह ।

ISBN 99946-969-6-3

मन्तव्य

स्फेयर (SPHERE) भन्नाले अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस अभियान तथा अन्य विभिन्न गैरसरकारी संस्थाहरूको दैवीप्रकोप उद्धारका निमित्त तयार पारिएको न्यूनतम स्तर निर्धारण सम्बन्धी सहमति हो । अर्को शब्दमा दैवीप्रकोप उद्धार तथा राहतको क्षेत्रमा कार्य गर्ने सबै पक्षहरूसँग मिलेर प्रयोगात्मक अभ्यास कार्यलाई सहज तथा स्तरीय बनाउन तयार पारिएको परियोजना वा निर्देशित सिद्धान्त हो । प्रकोप तथा द्वन्द्वबाट पीडितहरूको आधारभूत अधिकारको संरक्षण गर्ने समेत उद्देश्य राखेर यो परियोजना तयार पार्ने कार्य भएको छ । स्फेयरअन्तर्गत भएका दुई वटा महत्वपूर्ण विषयवस्तुहरूमा मानवीय घोषणा पत्र र उद्धार कार्यमा अपनाइने निश्चित मापदण्ड तथा स्तरीकरण रहेका छन् । प्रकोप पीडितहरूले सहायता प्राप्त गर्नु अधिकारको कुरा हो भने मानवीय कार्यमा संलग्न संस्थाहरूले निश्चित मापदण्डअनुरूप सहायता उपलब्ध गराउन प्रतिवद्ध हुनु पर्दछ ।

सन् १९९७ देखि नेपालमा दैवीप्रकोपको क्षेत्रमा कार्य गर्ने सरकारी, गैरसरकारी र अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाहरूको सञ्जाल (DP Net) को गठन भई दैवीप्रकोप व्यवस्थापन सम्बन्धी विभिन्न गतिविधिहरू सञ्चालन हुँदै आइरहेका छन् ।

सन् २००५ को मे २४ देखि यस सञ्जालको सचिवालय नेपाल रेडक्रस सोसाइटी केन्द्रीय कार्यालय, काठमाडौंमा सञ्चालन भइरहेको छ र यस सञ्जालका सदस्यहरूको बैठकको निर्णय मुताविक स्फेयर पुस्तिकाको आध्योपान्त नेपालीमा रूपान्तरण गर्ने कार्य सम्पन्न भएको छ । यस पुनित: कार्यमा उक्त सञ्जालका सदस्यहरू (सेभ द चिल्ड्रेन अलायन्स नेपाल, एक्सन एड नेपाल, लुथरन वर्ल्ड फेडरशन नेपाल, अक्सफाम जी.बी.नेपाल, प्राक्टिकल एक्सन नेपाल र नेपाल रेडक्रस सोसाइटी) ले संयुक्त रूपमा आर्थिक सहयोग जुटाई यस पुस्तिकाको प्रकाशन गरी सह्रानीय कार्य गरेका छन् । यस स्फेयरको नेपाली रूपान्तरण र प्रकाशन गर्ने कार्यमा विशेष सक्रियता देखाएकोमा सेभ द चिल्ड्रेन यु.यस.लाई हार्दिक धन्यवाद ज्ञापन गर्न चाहन्छौं ।

यस पुस्तकको नेपालीमा रूपान्तरण तथा प्रकाशनले मानवीय क्षेत्रमा कार्य गर्ने विभिन्न संघ-संस्थाहरूलाई स्फेयर परियोजनाको महत्वका बारेमा जानकारी गराउनुको साथै उद्धार तथा राहतका कार्य गर्दा एकरूपता र मानव अधिकारको विषयलाई पनि आत्मसाथ गर्दै न्यूनतम् मापदण्डको आधारमा कार्य गर्न सहयोग पुऱ्याउने आशा गर्न सकिन्छ ।

देवरत्न धाख्वा
महामन्त्री
नेपाल रेडक्रस सोसाइटी

कृतज्ञताज्ञापन

हाल नेपालमा मानवीय सहायताको क्षेत्रमा अनेक मानवीय संस्थाहरू कार्यरत छन् । विभिन्न संस्थाले प्रदान गर्ने मानवीय सहायताको स्तरमा विविधता पाइन्छ । प्रायः त्यस्ता मानवीय सहयोगले न्यूनतम मापदण्डहरू पनि पूरा गर्दैनन् । त्यसकारण विभिन्न संस्थाले प्रदान गर्ने सहयोगमा एकरूपता ल्याउन र न्यूनतम मापदण्ड कायम गर्न विभिन्न मानवीय संस्थाहरूले मानवीय सहयोगको निर्देशिकाको रूपमा स्फियरका न्यूनतम मापदण्डहरूको प्रसार गर्नु पर्ने कुराको महत्वलाई बुझेका छन् ।

परिणामस्वरूप नेपाल रेडक्रस सोसाइटी, सेभ द चिल्ड्रेन यु.एस., एक्सन एड नेपाल, लुथरन वर्ल्ड फेडरेशन नेपाल तथा अक्सफाम जी.बी. नेपालको संयुक्त तत्वावधानमा केन्द्रीय स्तरका साझेदारी संस्थाहरूका लागि "स्फियर प्रोजेक्ट" निर्देशिका सम्बन्धी एक अभिमुखीकरणको आयोजना मई २००५ मा काठमाण्डौमा गरिएको थियो । अभिमुखीकरणका दौरान सहभागीहरूले अधिराज्यभरि मानवीय सहयोग प्रदान गर्ने कार्यमा न्यूनतम मापदण्ड कायम गर्नका लागि "स्फियर प्रोजेक्ट" निर्देशिका लाई नेपाली भाषामा प्रकाशन गर्नु पर्ने र तल्लो तहका अथवा समुदायमा आधारित संस्थाहरू (CBOs), गैरसरकारी संस्थाहरू एवं क्षेत्रमा काम गर्ने कर्मचारीहरूलाई वितरण गर्नु पर्ने आवश्यकतामाथि जोड दिए । नेपालमा कार्यरत नेपाल रेडक्रस सोसाइटी, सेभ द चिल्ड्रेन अलायन्स नेपाल, एक्सन एड नेपाल, लुथरन वर्ल्ड फेडरेशन नेपाल, प्राक्टिकल एक्सन नेपाल तथा अक्सफाम जी.बी. नेपाल समेतले "स्फियर प्रोजेक्ट" निर्देशिकाको नेपाली संस्करणको प्रकाशनमा सहयोग गर्ने सहमति जनाए ।

उक्त निर्देशिका अमेरिकी वैदेशिक प्रकोप सहायतासम्बन्धी कार्यालय (OFDA) बाट प्राप्त आर्थिक सहयोगमा अनुवाद गरिसकिएको छ । हामी यस महान कार्यमा अगुवाइ गरेवापत सेभ द चिल्ड्रेन यु.एस. प्रति आभारी छौं ।

हामी सम्पूर्ण निर्देशिकालाई नेपालीमा रुपान्तर गर्ने कठिन कार्यका लागि, श्री विजय कुमार रौनीयार, उप-प्राध्यापक (अंग्रेजी), त्रिभुवन विश्वविद्यालय तथा नेपाली शुद्धाशुद्धी हेर्नुहुने र प्राविधिक समीक्षा गर्नुहुने श्री तीर्थराज वन्त, भूतपूर्व कार्यकारी निर्देशक, नेपाल रेडक्रस सोसाइटीप्रति पनि हार्दिक कृतज्ञता ज्ञापन गर्दछौं । अन्त्यमा श्रीमती अन्जली थकाली शाक्य, इपी-डीपीआर कार्यक्रम समन्वयकर्ता, सेभ द चिल्ड्रेनलाई स्फियर जेनेभासँग स्फियर प्रोजेक्ट निर्देशिका प्रकाशन गर्नका लागि स्वीकृति लिन निरन्तर प्रयास गर्नु भएकोमा र नेपालमा सो निर्देशिकाको संयुक्त प्रकाशनका लागि सबै साझेदारी संस्थाहरूलाई भेला गराउन र सहमत गराउन सफल हुनु भएकोमा विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छौं ।

काठमाण्डौ
२०६२

प्रकाशन समूह

विषयसूची

स्फियर भनेको के हो? ७

मानवतावादी घोषणापत्र १८

अध्याय १ः सबै क्षेत्रका लागि साझा न्यूनतम मापदण्डहरु २७

अध्याय २ः पानी, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनमा न्यूनतम मापदण्डहरु. ६३

अध्याय ३ः खाद्य सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोगमा न्यूनतम मापदण्डहरु १२३

अध्याय ४ः आश्रय, बसोबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरुमा न्यूनतम मापदण्डहरु २४५

अध्याय ५ः स्वास्थ्य सेवाहरुमा न्यूनतम मापदण्डहरु ३०१

अनुसूचीहरू ३७८

१. स्फियर हाते पुस्तिका (ह्याण्डबुक) लाई सघाउने लिखित कानूनी दस्तावेजहरु ३८१

२. प्रकोप पीडितलाई राहत प्रदान गर्ने कार्यमा अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियान एवं गैरसरकारी संस्था (गैसस) हरूका लागि आचारसंहिता ३८३

३. कृतज्ञता (धन्यवाद ज्ञापन) ३८४

४. अग्रनाम शब्दहरु (याक्रोनिमहरु) ३८७

शब्दानुक्रमणिका ३८८

स्फियर परियोजनासम्बन्धी प्रशिक्षण प्याकेज सूचनाहरु ४२४

पृष्ठपोषण ढाँचा (फीडब्याक फाराम) ४२८

समग्रमा हातेपुस्तिकाको संरचना

स्फियर भनेको के हो?
(एक परिचय)

↓

मानवतावादी घोषणापत्र

↓

सबै क्षेत्रका लागि
साझा मापदण्डहरू

पानी आपूर्ति, सरसफाइ
तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन

खाद्य सुरक्षा, पोषण
तथा खाद्य सहयोग

आश्रय, बसोबास तथा
अखाद्य सामाग्रीहरू

स्वास्थ्य सेवाहरू

प्रत्येक अध्यायमा समावेश भएका कुराहरूः

- न्यूनतम मापदण्डहरू
- प्रमुख सूचकांकहरू
- निर्देशक बुँदाहरू

↓

आचारसंहिता

अनुसूचीहरू

अनुक्रमणिका

स्फियर भनेको के हो?

स्फियर वास्तवमा दुई प्रमुख विश्वासमा आधारित छः प्रथम, प्रकोप* तथा द्वन्द्वबाट उत्पन्न मानवीय पीडालाई निवारण गर्न हरसम्भव पाइलाहरू चालिनु पर्छ, र दोश्रो प्रकोपबाट पीडित व्यक्तिहरूलाई ससम्मान बाँच्ने अधिकार भएकोले सोसम्बन्धी सहयोग प्राप्त गर्ने अधिकार पनि छ। स्फियर भन्नाले तीन कुरा बुझिन्छः हाते पुस्तिका, सहयोगका लागि अपनाइने विस्तृत प्रकृया र गुणस्तर तथा जवाफदेहीका लागि देखाइने प्रतिवद्धताको अभिव्यक्ति ।

उक्त पहलको थालनी १९९७ मा मानवतावादी गैससहरूको एक समूह तथा रेडक्रस र रेड क्रिसेन्ट अभियानबाट भयो र तिनले एक मानवतावादी घोषणापत्र तयार गर्नुका साथै प्रमुख पाँच क्षेत्रहरू (पानी तथा सरसफाइ, पोषण, खाद्य सहयोग, आश्रय तथा स्वास्थ्य सेवाहरू) मध्ये हरेकमा प्रकोप सहायता प्रदान गर्दा अपनाइनु पर्ने न्यूनतम स्तरहरूको पहिचान गरे। यस प्रकृयाले २००० मा प्रथम स्फियर हाते पुस्तिकाको प्रकाशन गरायो। समग्रमा मानवतावादी घोषणापत्र तथा न्यूनतम मापदण्डहरूले प्रकोपमा प्रदान गरिने सहयोग कार्यहरूमा हुनु पर्ने जवाफदेहिताका लागि कार्यगत संरचना तयार पार्न सहयोग गर्छ।

हाते पुस्तिकाको कोसेढुङ्गा भनेको मानवतावादी घोषणापत्र हो जुन अन्तर्राष्ट्रिय मानवतावादी कानून, अन्तर्राष्ट्रिय मानवाधिकारसम्बन्धी कानून, शरणार्थीसम्बन्धी कानून तथा प्रकोप पीडितलाई राहत प्रदान गर्ने कार्यमा अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियान एवं गैरसरकारी संस्था (गैसस) हरूका लागि आचारसंहिताका सिद्धान्त तथा प्रावधानहरूमाथि आधारित रहेको छ। उक्त घोषणापत्रले मानवीय कृयाकलापलाई नियन्त्रित गर्ने तथा प्राकृतिक वा मानवनिर्मित (सशस्त्र द्वन्द्वलगायतका) प्रकोप पीडितहरूलाई संरक्षण तथा सहयोगको अधिकार बहाल गर्ने प्रमुख सिद्धान्तहरूको व्याख्या गर्छ। यसले प्रकोप पीडितहरूलाई ससम्मान बाँच्न पाउने अधिकार बहाल गर्ने प्रमुख सिद्धान्तहरूको पनि व्याख्या गर्छ।

**प्रकोप शब्दले प्राकृतिक तथा मानव निर्मित प्रकोप दुवैलाई बुझाउँछ। नेपालको प्रकोपसम्बन्धी कानुनमा "दैवीप्रकोप" शब्द प्रयोग भएको छ जुन सामान्य बोलचालमा समेत प्रचलित छ।*

यस घोषणापत्रले संरक्षण तथा सहयोगको अधिकार प्रत्याभूति गर्नका लागि राज्य तथा युद्धरत समूहहरूले वहन गर्नु पर्ने कानूनी दायित्वहरूको बारेमा बयान गर्दछ। जब सम्बन्धित अधिकारीहरूले आफ्ना जिम्मेवारी वहन गर्न असमर्थ र/वा अनिच्छुक भएमा मानवतावादी संघसंस्थाहरूलाई मानवीय सहयोग तथा संरक्षण प्रदान गर्न दिनु उनीहरूको कर्तव्य हुन जान्छ।

न्यूनतम मापदण्ड तथा प्रमुख सूचकहरूलाई हरेक क्षेत्रका उपयोगकर्त्ताहरूको व्यापक सञ्जालहरूलाई प्रयोग गरी तयार पारिएका छन्। अधिकाँश मापदण्डहरू तथा संलग्न सूचकहरू नयाँ होइनन् तर तिनले विद्यमान जानकारी तथा अभ्यासलाई सुदृढ गर्नुका साथै अँगाल्छन्। समग्रमा तिनले व्यापक वर्णक्रम (spectrum) मा रहेको उल्लेखनीय सम्मतिको प्रतिनिधित्व गर्नुका साथै मानवअधिकार तथा मानवीय सिद्धान्तहरू व्यवहारमा उतारिन्छन् भनी यकिन गर्ने दिशामा देखाइने निरन्तर अठोठलाई प्रतिबिम्बित गर्छन्।

हालसम्म विश्वभरिका ८० राष्ट्रका ४०० भन्दा बढी संघसंस्थाहरूले न्यूनतम मापदण्ड तथा प्रमुख सूचकहरूको विकासमा सघाएका छन्। हाते पुस्तिकाको यस नयाँ (२००४) संस्करणलाई वर्तमान प्राविधिक विकासहरू तथा कार्यथलोमा स्फियर प्रयोग गर्ने निकायहरूको सुझावलाई ध्यानमा राखी निकै परिमार्जित गरिएको छ। खासगरी खाद्य सुरक्षासम्बन्धी छैठौं विषय थपेर पोषण तथा खाद्य सहयोगका क्षेत्रसँग समायोजन तथा एकीकरण गरिएको छ। अर्को नयाँ अध्यायले सबै क्षेत्रका लागि साझा हुने अनेक प्रकृयागत मापदण्डहरूका बारेमा विस्तृत वर्णन गरेका छ। यिनमा सहभागिता, लेखाजोखा, सहायता कार्य, लक्ष्यीकरण, अनुगमन, मूल्याङ्कन तथा कर्मचारीहरूको दक्षता तथा व्यवस्था पर्छन्। यसअतिरिक्त सबै क्षेत्रलाई उपयुक्त हुने सातवटा अन्तर-विषयक मुद्दाहरू (बालबालिका, वृद्धवृद्धा, अपाङ्ग, लिङ्ग, संरक्षण, एचआइभी/एड्स तथा वातावरण) माथि पनि विचार पुऱ्याइएको छ।

यस पुस्तकको प्रयोग कहिले गर्ने

स्फियर हाते पुस्तिकालाई प्रकोप सहायता प्रदान गर्दा यसको प्रयोग हुने गरी तयार गरिएको छ। साथै उक्त पुस्तक प्रकोपसम्बन्धी पूर्व तयारी गर्न तथा मानवीय सेवाका

लागि पैरवी गर्नका लागि पनि उपयोगी हुन सक्छ । यो पुस्तिका मानवीय सहयोगको आवश्यकता पर्ने विभिन्न परिस्थितिमा प्रयोग हुन सक्नेछ । यो पुस्तक प्राकृतिक प्रकोप तथा सशस्त्र द्वन्द्वलगायतका विभिन्न परिस्थितिमा लागू हुन्छ । यसलाई विश्वभरि जहाँसुकै पनि, सुस्त(तथा द्रुतगतिका परिस्थितिहरू, ग्रामीण तथा शहरी वातावरणहरू, विकासोन्मुक तथा विकसित राष्ट्रहरू दुवै अवस्थामा प्रयोग हुने गरी तयार पारिएको छ । पुस्तकभरि प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूको ससम्मान बाँच्न पाउने मानवाधिकार स्थापित गर्दै तिनीहरूका अत्यावश्यक जीवनोपयोगी खाँचाहरू पूरा गर्ने कुरामाथि जोड दिइएको छ ।

त्यसका बाबजूद हातेपुस्तिकामा दिइएका सूचनाहरू निर्देशात्मक (आदेशात्मक) होइनन् । तिनलाई प्रकोपसम्बन्धी तयारी तथा प्रकोपसम्बन्धी राहत प्राप्त गरिसकेपछिको परिवर्तनको अवस्थाजस्ता अन्य परिस्थितिहरूमा पनि लचकताका साथ प्रयोग गर्न सकिन्छ । यसलाई यातायात, औद्योगिक, रासायनिक, जैविक वा पारमाणविक प्रकोपजस्ता प्राविधिक प्रकोपहरूमा सहायता पुऱ्याउन सक्ने गरी तयार पारिएको छैन । तर यी प्रकोपहरूलाई खास सम्बोधन नगरे पनि त्यस्तो घटनाका कारण मानिसहरूको बसाइँसराइ वा अन्य परिणामहरूले मानवीय सहयोगको खाँचो टड्कारो गरेका अवस्थाहरूमा भने उत्तिकै महत्वपूर्ण हुन्छ ।

समयसंरचना

हातेपुस्तिका प्रयोग हुने समयसंरचना प्रायः प्रसङ्ग वा सन्दर्भमा भर पर्दछ । निकायहरूले कुनै क्षेत्रविशेषका लागि निर्धारित न्यूनतम मापदण्ड तथा सूचकहरू हासिल गर्न कैयौं दिन, साता वा महिना पनि लाग्न सक्छ । केही परिस्थितिमा बाह्य हस्तक्षेपबेगर पनि न्यूनतम मापदण्ड हासिल गर्न सकिन्छ । तर कार्यान्वयनका लागि जुनसुकै अवस्थामा पनि समयसंरचनाप्रति सहमति हुनु पर्छ । आवश्यक भए निर्देशन दिनेखालका टिपोटहरूले मापदण्ड तथा सूचकहरूको कार्यान्वयनका लागि वस्तुगत समयसंरचनाहरूबारे सुझाव प्रदान गर्छन् ।

पहिचान, अधिकार (mandate) तथा क्षमतामा व्याप्त भिन्नताका आधारमा राहत गतिविधिहरू कसरी संचालन गर्नेबारे मानवसेवी निकायहरूबीच विभिन्न विधिहरू अपनाइन्छन् । यी भिन्नताहरूले पूरक हुने अवधारणातर्फ संकेत गर्छन् जसको अर्थ हो

मानवसेवी निकायहरूले सहयोग प्रदान गर्ने आफ्नो जिम्मेवारी वहन गर्ने सिलसिलामा विभिन्नखाले गतिविधि गर्छन् वा उस्तै प्रविधि प्रयोग गर्छन् । सबै परिस्थितिमा प्रकोपसम्बन्धी गरिने कृयाकलापले संरचना, योजना (design) तथा दीर्घकालीन दीगोपनाका लागि विद्यमान सरकारी सेवाहरूलाई सहयोग गर्ने तथा/वा पूरक हुने काम गर्नु पर्छ ।

यस पुस्तकको प्रयोग कसरी गर्ने

मानवसेवी कार्यकर्ताहरूलाई व्यावहारिक निर्देशन दिने अनेकौं कार्यक्षेत्र पुस्तिका (field manual) छँदै छन् । यो पुस्तक 'कसरी काम गर्ने' भनी सिकाउने निर्देशिका होइन । बरु यसले प्रारम्भिक मूल्याङ्कनदेखि समायोजन तथा पैरवी गर्नेजस्ता मानवीय कृयाकलापका विभिन्न पक्षलाई सघाउने खालका न्यूनतम मापदण्ड तथा प्रमुख सूचकहरू प्रदान गर्छ । मापदण्डहरू भने खास प्रसङ्गमा हासिल गर्नु पर्ने न्यूनतम स्तरको व्याख्या गर्ने आम अभिव्यक्ति हुन्; सूचकहरूले सो मापदण्ड हासिल भयो वा भएन भनी निर्धारण गर्ने 'संकेतहरू' का रूपमा काम गर्छन्; जबकि निर्देशन दिने टिपोटहरूले थप सूचना प्रदान गर्छन् ।

पानीको आपूर्ति, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन; खाद्यान्न सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोग; आश्रय, बसोबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरू; एवं स्वास्थ्य सेवाहरूसमेतका यी चार प्राविधिक अध्यायहरूमध्ये हरेकका आफ्नै छुट्टै मापदण्ड तथा सूचकहरू छन् । साझा मापदण्डहरूसम्बन्धी प्रथम अध्यायले कार्यक्रम तयार तथा कार्यान्वयन गर्नका लागि निर्देशनहरूबारे उल्लेख गरेको छ जुन सबै क्षेत्रमा लागू हुन्छन् । सम्बन्धित प्राविधिक अध्याय पल्टाउनुअगावै उक्त अध्यायको अध्ययन गर्नु पर्छ ।

हरेक अध्यायमा दिइएका निर्देशक बुँदाहरू विभिन्न परिस्थितिमा मापदण्डहरू लागू गर्दा ख्याल गर्नु पर्ने विशेष बुँदाहरूसँग सम्बन्धित छन् । तिनले प्राथमिकताका विषयहरू तथा व्यावहारिक कठिनाइहरू हल गर्नका लागि सल्लाह प्रदान गर्नुका साथै विद्यमान जानकारीमा व्याप्त द्विविधा, विरोधाभास वा रिक्तताहरूबारे पनि व्याख्या गर्न सक्छन् । निर्देशक बुँदाहरूले सधैं विशिष्ट प्रमुख सूचकबारे संकेत गर्छन् र सो सम्बन्धबारे पाठभित्र संकेत गरिएको छ । प्रमुख सूचकहरूलाई सान्दर्भिक निर्देशक बुँदासँग समायोजन गर्दै पढ्नु पर्छ ।

हरेक अध्यायमा उक्त क्षेत्रसँग सम्बन्धित प्रमुख मुद्दाहरूबारे संक्षिप्त परिचय दिनुका साथै प्राविधिक सूचना, मूल्याङ्कन गर्ने रुजु वा मिलान गर्ने सूचीहरू (checklists), र आवश्यक भए सूत्र, तालिका तथा प्रतिवेदन ढाँचाका उदाहरणहरूको थप विस्तृत विवरण दिने छानिएका सूचीसमेतका परिशिष्टहरू पनि समावेश छन्। सबै अध्याय परस्पर सम्बन्धित छन् भने एक क्षेत्रमा उल्लेख गरिएका मापदण्डहरूलाई प्रायः अन्य क्षेत्रमा उल्लेख गरिएका मापदण्डहरूसँगै सम्बोधन गर्नु पर्ने कुरा ख्याल गर्नु आवश्यक हुन्छ।

मापदण्ड तथा सूचकबीच भिन्नता

मापदण्डहरू प्रकोप पीडित जनताको ससम्मान बाँच्न पाउनु पर्ने अधिकार छ भन्ने सिद्धान्तमाथि आधारित छन्। तिनीहरू स्वभावले गुणात्मक छन् भने विश्वव्यापी तथा कुनै पनि कृयाशील वातावरणमा उपयोग हुने भनिएका छन्। मापदण्डका मापकका रूपमा प्रमुख सूचकहरू भने गुणात्मक वा परिमाणात्मक प्रकृतिका हुन सक्छन्। तिनीहरू प्रयोग भएका प्रकृयाहरू तथा कार्यान्वयन गरिएका कार्यक्रमहरूको प्रभावलाई नाप्ने यन्त्रका रूपमा काम गर्छन्। तिनको अभावमा मापदण्डहरू व्यवहारमा प्रयोग गर्न गाह्रो हुने सदिच्छा जनाउने अभिव्यक्तिहरूभन्दा केही बढी मात्र हुनेछन्।

विभिन्न क्षेत्रका मापदण्डहरूले एक्लै थेग्न सक्दैनन्: ती अन्तरनिर्भर छन्। तर विश्वव्यापी मापदण्डहरूको निर्माण तथा तिनलाई व्यवहारमा उतार्न सक्ने क्षमताबीच एक अपरिहार्य तनाव छ। हरेक प्रसङ्ग भिन्न हुन्छ। केही अवस्थामा सबै मापदण्ड तथा सूचकहरूलाई स्थानीय कारक तत्वहरूले अप्राप्य बनाइदिन सक्छन्। त्यस्तो अवस्थामा यस हाते पुस्तिकामा सूचीबद्ध गरिएका र सही व्यवहारमा प्राप्त मापदण्ड तथा सूचकहरूबीच व्याप्त भिन्नताबारे सोका कारणसहित वर्णन गर्नुका साथै आवश्यक परिवर्तनबारे व्याख्या गर्नु पर्छ।

प्रकोप प्रभावित जनताले भोग्ने खतरा र तिनका क्षमताहरूको पहिचान गर्नु

प्रकोप पीडित व्यक्तिहरूको समस्यासंग जुध्न सक्ने गर्ने रणनीतिहरूलाई विस्तार गर्नका लागि प्रभावित समूहहरूका भिन्न संकट, आवश्यकता तथा क्षमताहरूको

पहिचान गर्नु आवश्यक छ। लिङ्ग, आयु, अपाङ्गता तथा एचआइभी/एड्सको स्थितिजस्ता विशिष्ट तत्वहरूले प्रकोपको परिस्थितिमा मानिसहरूले भोग्न पर्ने खतरा तथा सामना गर्ने एवं बाँच्ने क्षमतालाई प्रभावित गर्छ। खासगरी महिला, बालबालिका, वृद्धवृद्धा तथा एचआइभी/एड्ससंक्रमित व्यक्तिहरू (People Living with HIV/AIDS-PLWH/A) कुनै प्रकोपको सामना गर्दा विशेषखालका बेफाइदाहरू भोग्नु पर्नेका साथै तिनको अधिकारका रूपमा रहेका सेवा तथा सहयोग प्राप्त गर्न शारीरिक, साँस्कृतिक तथा सामाजिक व्यवधानहरूको सामना गर्नु पर्ने हुनसक्छ। प्रायः जातीय उत्पति, धार्मिक वा राजनीतिक सम्बन्धन, वा विस्थापनले केही व्यक्तिविशेषलाई खतरामा पार्न सक्छ र तिनलाई अन्य अवस्थामा खतरा झेल्ने समूहका रूपमा पहिचान नगर्न पनि सकिन्छ।

खतरा झेल्ने समूहका भिन्न आवश्यकता तथा उपयुक्त सेवा तथा सहयोगमा समान पहुँच गर्दा तिनले सामना गर्ने व्यवधानहरूको पहिचान गर्न नसक्दा तिनीहरूलाई झन उपेक्षित, वा महत्वपूर्ण सहयोगबाट वञ्चित गराउन सक्छ। प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूलाई सहयोग प्राप्त गर्ने तिनको अधिकार तथा उक्त सहयोगमा पहुँच गराउने साधनबारे सूचित गर्नु आवश्यक छ। खतराजन्य समूहहरूलाई त्यस्तो सूचना प्रदान गर्ने प्रावधानको विशेष महत्व छ किनभने तिनीहरू आफ्ना सम्पति क्षय हुँदा वा गुम्दा उत्पन्न हुने स्थितिलाई सामना गर्न वा सोबाट पार पाउन अरूहरूभन्दा कम सक्षम हुन सक्छन् भने तिनीहरूलाई बढी सहयोगको आवश्यकता पर्न सक्छ। यी कारणले गर्दा विशेष खतराजन्य समूहहरूको पहिचान गर्नु, विभिन्न प्रकोपका परिस्थितिमा तिनीहरू कसरी प्रभावित हुन्छन् भनी बुझ्नु, र सोहीअनुरुप प्रतिक्रिया गर्नु आवश्यक छ। भेदभावरहित ढंगले तिनका विशेष आवश्यकताहरूलाई ध्यानमा राखी सबै प्रभावित समूहलाई संरक्षण र समावेश गर्ने गरी विशेष ध्यान दिनु पर्छ।

तर प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूलाई निस्सहाय पीडितहरूका रूपमा हेरिनु हुन्न र यसअन्तरगत खतराजन्य समूहका सदस्यहरू पर्छन्। तिनीहरूसँग पहिचान तथा सहयोग गरिनु पर्ने प्रकोपको स्थितिको सामना गर्न एवं सोबारे प्रतिक्रिया गर्नसक्ने सीप तथा क्षमता छन् र हासिल गर्छन्। व्यक्तिहरू, परिवारहरू तथा समुदायहरू प्रकोपको अवस्थामा निकै साधनसम्पन्न तथा लचकदार हुन सक्छन्। तसर्थ प्रारम्भिक लेखाजोखामा

प्रभावित व्यक्तिहरूका आवश्यकता तथा अवगुणहरूका साथै तिनका क्षमता तथा सीपहरूको पनि ख्याल गर्नु पर्छ। एक्कासि उत्पन्न प्रकोप होस् वा विस्तारै उत्पन्न भएको होस्, व्यक्ति तथा समुदायहरू भने आफ्ना प्राथमिकताका आधारमा यसका असरहरूको सक्रिय सामना गर्नुका साथै सोबाट त्राण प्राप्त गर्छन्।

प्रमुख संकटाभिमुखी समूहहरू भने महिला, बालबालिका, वृद्धवृद्धा, अपाङ्गहरू, एचआइभी/एड्स संक्रमितहरू तथा अल्पसंख्यक जातिहरू हुन्। यो चाहिं संकटाभिमुखी समूहको सम्पूर्ण सूची होइन तर यसमा प्रायः निरन्तर पहिचान गरिने व्यक्तिहरू पर्छन्। हातेपुस्तिकामा 'संकटाभिमुखी समूह' शब्दको प्रयोग यी सबै समूहका लागि गरिएको छ। केही परिस्थितिमा अरूभन्दा बढी खतरा बेसाउने विशेष संकटाभिमुखी समूह हुन सक्छ तर एक समूहलाई खतरा हुँदा अर्कालाई पनि खतरा भइ नै रहन्छ। साधारणतया हातेपुस्तिकाले यी भिन्न संकटाभिमुखी समूहलाई तोक्ने काम गर्दैन। कुनै एक समूहलाई खतरा पर्दा यस सूचीमा पर्ने सबै समूहबारे प्रष्ट रूपमा सोच्न भनी उपयोगकर्ताहरूलाई जोडदार आग्रह गरिन्छ।

अन्तर-विषयक सवालहरू

हातेपुस्तिकाको परिमार्जन गर्दा सबै क्षेत्रलाई सान्दर्भिक हुने अनेकौं महत्वपूर्ण सवालहरूलाई सम्बोधन गर्ने प्रयास गरिएको छ। तिनको सम्बन्ध १) बालबालिका, २) वृद्धवृद्धा, ३) अपाङ्गहरू, ४) लिङ्ग विभेद, ५) संरक्षण, ६) एचआइभी/एड्स संक्रमितहरू तथा ७) वातावरणसँग छ। तिनीहरूलाई समानान्तर रूपमा वर्णन गर्नुसट्टा हरेक क्षेत्रका सान्दर्भिक खण्डहरूमा समावेश गरिएको छ। यी सवालविशेषलाई खतरासँग तिनको सम्बन्धका आधारमा र साथै कार्यथलोमा स्फिअरका प्रयोगकर्ताहरूबाट प्राप्त जानकारीमा सर्वाधिक उठाइएका सवालहरू भएकाले छानिएको हो। हाते पुस्तिकाले सबै अन्तर-विषयक सवालहरूलाई विस्तृत तवरले सम्बोधन गर्न नसके पनि तिनको महत्तालाई स्वीकार चाहिं गर्दछ।

बालबालिका सबै बालबालिकालाई क्षतिबाट संरक्षण तथा आधारभूत सेवाहरूमा तिनको समान पहुँच सुनिश्चित गर्न विशेष उपायहरू अवलम्बन गर्नु पर्छ। बालबालिका प्रायः प्रभावित जनसंख्याको व्यापक अंश हुने भएकाले आपतकालीन

मूल्याङ्कन तथा योजना बनाउँदा तिनका राय तथा अनुभवहरू जान्नुका साथै तिनले पनि मानवीय सेवाको आपूर्ति तथा अनुगमन र मूल्याङ्कनलाई प्रभावित पार्छन् भन्ने कुरा महत्वपूर्ण हुन्छ । खास क्षेत्रहरू (जस्तै कुपोषण, शोषण, अपहरण तथा युद्धरत सेनाहरूमा भर्ती, यौनजन्य हिंसा एवं निर्णय प्रकृयामा भाग लिने अवसरको अभाव)मा हुने खतराले व्यापक जनसंख्यालाई छोप्न सक्ने भए पनि सोको सर्वाधिक कुप्रभाव बालबालिका तथा युवायुवतीमाथि पर्छ ।

बाल अधिकारसम्बन्धी महासन्धिका अनुसार, बालक/बालिका भनेको १८ वर्षमुनिको व्यक्तिलाई जनाउँछ । तर साँस्कृतिक र सामाजिक सन्दर्भका आधारमा बालक/बालिकालाई केही जनसमूहमा फरक ढंगले परिभाषित गर्न सकिन्छ । सम्बन्धित समुदायले बालबालिकाको परिभाषा कसरी दिन्छ भन्ने कुराको पूर्ण विश्लेषण गर्नु आवश्यक छ जसले गर्दा कुनै बालक/बालिका वा युवा व्यक्ति मानवीय सेवाहरूबाट नबाहिरिउन् ।

वृद्धवृद्धा संयुक्त राष्ट्रसंघका अनुसार वृद्ध महिला तथा पुरुषहरू भनेका ६० वर्षभन्दा माथिका व्यक्ति पर्छन् । तर साँस्कृतिक तथा सामाजिक तत्वहरूको अर्थ यो हो कि उक्त परिभाषा एक प्रसङ्गदेखि अर्को प्रसङ्गमा फरक हुन्छ । वृद्धहरूले प्रकोप प्रभावित जनसंख्यामा सर्वाधिक खतरा झेल्ने ठूलो हिस्सा ओगटेको हुन्छन् । तर तिनीहरूले बाँच्न तथा पुनर्स्थापनामा प्रमुख योगदान पनि दिन्छन् । प्रकोपका अवस्थामा वृद्धहरूलाई खतराजन्य बनाउने सबभन्दा महत्वपूर्ण कारक एक्लोपना हो । जीविकोपार्जनका विधिहरूका साथै पारिवारिक तथा सामुदायिक संरचनाहरू भङ्ग भएको अवस्थामा एक्लोपनाले जीर्ण स्वास्थ्य तथा हिंडडुलका समस्या तथा सम्भावित मानसिक विकारहरूबाट हुने विद्यमान खतराहरूलाई झन चर्काइदिन्छ । तर अनुभवले यो देखाउँछ कि वृद्धहरू स्वयं सहायता प्राप्त गर्नेभन्दा अरूलाई बढी सहयोग गर्ने हुन्छन् । सहयोग पाएमा तिनीहरूले स्याहार, श्रोत व्यवस्थापक तथा आयआर्जन गर्ने व्यक्तिका रूपमा प्रमुख भूमिका खेल्न सक्छन् । तिनीहरूले सो कार्यमा आफ्नो ज्ञान प्रयोग गर्न सक्छन् । साथै समुदायका साँस्कृतिक तथा सामाजिक पहिचानहरू संरक्षण गर्न तथा द्वन्द्व समाधान गर्नेतर्फ प्रोत्साहन गर्न सामुदायिक समस्या सामना गर्ने आफ्नो अनुभवको प्रयोग गर्न सक्छन् ।

अपाङ्गहरू कुनै पनि प्रकोपमा अपाङ्गहरू खास खतरा झेल्ने हुन्छन् । यसअन्तरगत शारीरिक, संवेदनात्मक वा आवेगात्मक क्षति वा सिकाइसम्बन्धी कठिनाइहरू भएका व्यक्तिहरूलाई परिभाषित गर्न सकिन्छ जसले तिनीहरूलाई स्तरीय संकटकालीन सहायता सेवाहरू प्रयोग गर्न झन कठिन बनाउँछन् । विस्थापन तथा स्थानान्तरणको अवधिमा बाँच्नका लागि तिनलाई आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न सकेसम्म स्तरीय सुविधाहरू प्राप्त गर्न सुगम हुनु पर्छ । तिनीहरूलाई प्रायः परिवारबाट प्रदान गरिने सघाउने खालको सामाजिक सहयोगको सञ्जालको आवश्यकता पर्दछ ।

लिङ्गभेद मानवतावादी घोषणापत्रको आधारशीला तयार गर्ने मानवाधिकारसम्बन्धी दस्तावेजहरूमा महिला तथा पुरुषका समान अधिकार अन्तरनीहित छन् । मानवीय सहयोग प्राप्त गर्ने, आफ्नो मानवीय सम्मानको आदर गर्ने, विकल्पहरू रोज्नेलगायतका समान मानवीय क्षमताको पहिचान गर्ने, ती विकल्पहरूमाथि काम गर्ने समान अवसर प्राप्त गर्ने, र आफ्ना कृयाकलापका प्रतिफललाई साकार पार्न समान शक्ति हासिल गर्ने कुरामा महिला तथा पुरुष, केटी तथा केटा, सबैको समान अधिकार छ ।

पुरुष तथा महिलाका विभिन्न आवश्यकता, खतरा, रुचि, क्षमता तथा समस्या समाधान गर्ने रणनीतिहरू र तिनीहरूमाथि पर्ने प्रकोपका भिन्न असरहरूको समझदारीमाथि आधारित भएमा मानवीय प्रतिक्रियाहरू बढी प्रभावकारी हुन्छन् । यी भिन्नताहरूका साथै महिला तथा पुरुषहरूका भूमिका र कार्यभार, श्रोतहरूमा पहुँच तथा नियन्त्रण, निर्णय गर्ने क्षमता तथा सीप विकास गर्ने अवसरहरूमा व्याप्त असमानताहरूबारेको समझदारी लैंगिक विश्लेषणबाट प्राप्त हुन्छ । लिङ्गले अन्य सबै अन्तर(विषयक मुद्दाहरूलाई उछिन्छ । समानुपातिकता तथा निष्पक्षताका मानवीय लक्षहरूको अर्थ महिला तथा पुरुषबीच निष्पक्षता हासिल गर्न तथा प्रतिफलको समानता सुनिश्चित गर्न ध्यान दिइनु पर्छ ।

संरक्षण सहयोग र संरक्षण मानवीय कार्यका दुई अविभाज्य खम्बा हुन् । मानवसेवी निकायहरू प्रायः यस्ता परिस्थितिका सामना गर्छन् जहाँ मानवीय कार्य वा व्यवधानले सारा समुदाय वा जनसंख्याका केही अंशहरूको कल्याण वा सुरक्षालाई खतरा पुऱ्याउँछन् । जस्तै अन्तर्राष्ट्रिय कानूनद्वारा स्वीकृत जनाधिकारहरूको

उल्लंघन हुन पुग्नु । यसले मानिसहरूको कल्याण, वा बाँच्ने आधार, वा सुरक्षालाई प्रत्यक्ष खतरा हुन सक्छ । सशस्त्र द्वन्द्वको परिस्थितिमा मानिसहरूलाई त्यस्ता खतराहरूबाट जोगाउनु प्रमुख मानवीय सरोकार हुन्छ ।

राहत सहयोगको स्वरूप तथा सो प्रदान गरिने तरीकाले प्रभावित व्यक्तिहरूको सुरक्षामाथि महत्वपूर्ण (सकारात्मक वा नकारात्मक) असर पार्दछ । यस हाते पुस्तिकाले सुरक्षात्मक रणनीति वा संयन्त्रहरूबारे वा निकायहरूले आफ्नो जिम्मेवारी कसरी वहन गर्नेबारे विस्तृत विवरण दिँदैन । तापनि सम्भव भएसम्म यसले यौन दुर्व्यवहार तथा शोषणबाट रोकथाम गर्ने, वा जनसंख्याको उपयुक्त दर्ता सुनिश्चित गर्नेजस्ता संरक्षण पक्ष वा अधिकारसम्बन्धी सवालहरूको उल्लेख गर्छ । किनभने निकायहरूले सहयोग प्रदान गर्दा यिनको ख्याल गर्नु पर्छ ।

एचआइभी/एड्स एचआइभी/एड्सको संक्रमणको दर उच्च हुँदा समुदायहरूको समस्यासंग जुझ्ने क्षमता तथा निवारण गर्ने संयन्त्रहरू तथा लचिलोपना घटेर जान्छ । फलतः समुदायलाई सोबाट मुक्त हुन चाहिने समय बढ्दै जानसक्छ । अनि संकट उत्पन्न गराउने बाह्य तनावहरूको प्रवेश घट्न सक्छ । एचआइभी/एड्स भई बाँचिरहेकाहरू (PLWH/A) प्रायः भेदभावका शिकार हुन्छन् । त्यसैले सोसम्बन्धी गोपनीयता कडाइका साथ कायम गर्नु पर्छ । साथै आवश्यक भए संरक्षण प्रदान गर्नु पर्छ । उक्त क्षीण पार्ने रोगले व्यक्तिहरूलाई मात्र नभई तिनका परिवार तथा समुदायहरूलाई समेत प्रभावित गर्छ । त्यसमा अत्यधिक उत्पादनशील उमेरका युवाहरू, खासगरी महिलाहरू शारीरिक, मनोवैज्ञानिक तथा आर्थिक तवरले अनुपातरहित ढंगले प्रभावित हुन्छन् । महामारी छिप्पिदै जाँदा र बढी मानिसहरू मर्न थाल्दा समुदायहरूका जनसंख्यासम्बन्धी विशेषताहरू परिवर्तन भई अनुपातरहित संख्यामा टुहुरालगायतका बालबालिका तथा वृद्धहरू मात्र रहन जान्छन् । यी संकटाभिमुखी समूहहरूलाई विशेष ध्यानको आवश्यकता पर्छ । अतः सोहीअनुरुप राहत कार्यक्रमहरू परिमार्जित गर्नु पर्छ ।

वातावरण वातावरण भनेको शारीरिक, रासायनिक तथा जैविक परिवेशहरूलाई जनाउँछ । यसमा प्रकोप प्रभावित तथा स्थानीय समुदायहरू बसी आफ्नो जीविकोपार्जनको विकास गर्छन् । यसले व्यक्तिहरूलाई धान्ने प्राकृतिक श्रोतहरू प्रदान गर्छ । साथै तिनीहरू बस्ने परिवेशको गुणस्तर निर्धारण गर्छ । यी आवश्यक

कृयाकलापलाई अक्षुण्ण राख्न यसको संरक्षण हुनु पर्छ । न्यूनतम मापदण्डहरूले बढी शोषण, प्रदूषण तथा विग्रदो वातावरणीय परिस्थितिहरूको रोकथाम गर्नु पर्ने आवश्यकतालाई सम्बोधित गर्छ । तिनका प्रस्तावित न्यूनतम निवारक कृयाकलापले वातावरणमा नीहित जीवनदायी कार्यहरू सुरक्षित गर्न तथा स्व(उपचारका लागि प्राकृतिक प्रणालीहरूको अनुकूलता बढाउने संयन्त्रहरूको परिचय दिने प्रयास गर्छन् ।

स्फियर हातेपुस्तिकाका क्षेत्र तथा सीमाहरू

निकायहरूको न्यूनतम मापदण्डहरू हासिल गर्ने क्षमता विभिन्न तत्वमाथि भर पर्छ । तीमध्ये केही तिनको नियन्त्रणमा छन् । तर राजनीतिक तथा सुरक्षाजस्ता अन्य तत्वहरू तिनको नियन्त्रणबाहिर हुन सक्छन् । निकायहरूको प्रभावित जनसंख्यासमक्ष कति पहुँच छ, तिनले जिम्मेवार अधिकृतहरूको सहमति तथा सहयोग पाएका छन् कि छैनन्, र तिनीहरू उपयुक्त सुरक्षाको अवस्थामा संचालित हुन सक्छन् कि सक्दैनन् भन्ने कुराले विशेष महत्व राख्छन् । पर्याप्त आर्थिक, मानवीय तथा भौतिक श्रोतहरूको उपलब्धता उत्तिकै महत्वपूर्ण छ ।

मानवतावादी घोषणापत्र मानवीय सिद्धान्तहरूको आम अभिव्यक्ति हो । यस हाते पुस्तिकाले मात्र मानवीय गतिविधिका लागि आवश्यक सम्पूर्ण मूल्याङ्कन निर्देशिका वा पूर्वाधारहरू प्रदान गर्न सक्दैन । सर्वप्रथम, न्यूनतम मापदण्डहरूले उपयुक्त मानवीय सहयोगका सबै रूप वा प्रकारलाई समेट्दैनन् । दोश्रो, सबै मापदण्डहरू पूरा गर्न असम्भव नभए पनि कठिन हुन सक्ने अपरिहार्य परिस्थितिहरू हुन सक्छन् । पहुँचको अभाव वा असुरक्षा, अपुग श्रोतहरू, अन्य कारकहरूको संलग्नता र अन्तर्राष्ट्रिय कानूनको अपहेलनाजस्ता कतिपय तत्वले मानवीय सेवा गर्ने क्षेत्रमा अत्यधिक कठिन परिस्थितिहरूको सृजनामा योगदान गर्न सक्छन् ।

उदाहरणका लागि निकायहरू आफ्नो मातहत रहेका श्रोतहरू प्रभावित जनसमुदायका आवश्यकताहरू पूरा गर्न अपर्याप्त भएको ठान्न सक्छन्; त्यस्तो अवस्थामा उपयुक्त सहयोग तथा संरक्षण प्रदान गर्नेतर्फ रहेका व्यवधानहरू हटाउनका लागि आवश्यकता तथा सहायता कार्यक्रमहरूको प्राथमिकता निर्धारण तथा पैरवी गर्नु आवश्यक हुनेछ । स्थानीय जनसमुदायको प्रकोपप्रति उच्च खतरा रहेका स्थितिमा

वा व्यापक गरिबी वा लामो द्वन्द्वका अवस्थामा न्यूनतम मापदण्डहरूले सामान्य दैनिक जीवनका अवस्थाहरूलाई उछिन्न सक्छन् । यसले मनोमालिन्य बढाउन सक्ने हुँदा स्थानीय परिस्थितिहरूमाथि विचार पुऱ्याइनु पर्छ । अनि प्रभावित व्यक्ति तथा वरिपरिका जनसंख्यालाई समान रूपले हेरी कार्यक्रम तर्जुमा गर्नु पर्छ ।

कतिपय अवस्थामा सबै सूचक तथा मापदण्डहरू पूरा गर्न सकिंदैन भन्ने कुराको बोध हुँदाहुँदै पनि यस पुस्तकका प्रयोगकर्ताहरूले आफूले सकेसम्म राम्ररी सो पूरा गर्न प्रयास गर्नु पर्छ । उदाहरणका लागि प्रतिक्रियाको प्रथम चरणमा केही मात्र जनताका लागि न्यूनतम मापदण्ड तथा सूचकहरू पूरा गर्नुभन्दा सम्पूर्ण प्रभावित जनतालाई आधारभूत सुविधाहरू पुऱ्याउनु बढी महत्वपूर्ण हुनेछ । यस हाते पुस्तिकाले हरेक प्रश्न वा हरेक दोधारलाई हल गर्न सक्दैन । यसले प्रारम्भिक बिन्दुको काम भने गर्न सक्छ । सोका लागि वर्षौंको अनुभव तथा राम्रो अभ्यासबाट प्राप्त सम्मतिमा आधारित मापदण्ड तथा सूचकहरू, व्यावहारिक निर्देशन दिने निर्देशक बुँदाहरू, तथा पैरवीका लागि कानूनी संरचना तथा आधार प्रदान गर्ने मानवतावादी घोषणापत्र प्रयोग गर्न सक्छ ।

मानवतावादी घोषणापत्र तथा न्यूनतम मापदण्डहरूले न मानवीय प्रतिक्रियाका सबै समस्या समाधान गर्न सक्छन् न सम्पूर्ण मानवीय पीडालाई रोक्न सक्छन् । तिनले त मानवसेवी निकायहरूलाई आफ्नो सहयोगको प्रभावकारिता तथा गुणवत्तालाई बढाउन सक्ने र प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूको जीवनमा महत्वपूर्ण परिवर्तन ल्याउन सक्ने एक यन्त्र हात पारिदिने हो ।

मानवतावादी घोषणापत्र

मानवतावादी घोषणापत्र

यस घोषणापत्र तथा न्यूनतम मापदण्डहरूप्रति प्रतिबद्ध मानवसेवी निकायहरूले प्रकोप वा सशस्त्र द्वन्द्वबाट प्रभावित व्यक्तिहरूका लागि परिभाषित सेवास्तरहरू हासिल गर्ने तथा आधारभूत मानवीय सिद्धान्तहरूको पालना गर्ने कुराको सम्बर्द्धन गर्ने प्रयास गर्नेछन् ।

मानवतावादी घोषणापत्रले यी सिद्धान्तहरू तथा न्यूनतम मापदण्डहरू हासिल गर्ने कुराप्रति निकायहरूको प्रतिबद्धता जाहेर गर्छ । उक्त प्रतिबद्धता निकायहरूको आफ्नै नैतिक जिम्मेवारीहरूको गुणमाथि आधारित छ । यसले अन्तर्राष्ट्रिय कानूनमा उल्लेखित अधिकार तथा कर्तव्यहरूको प्रतिबिम्बित गर्छ । त्यसकै आधारमा राज्य तथा अन्य पक्षहरूले दायित्वहरू स्थापित गरेका हुन्छन् ।

घोषणापत्रको सम्बन्ध प्रकोप वा द्वन्द्व प्रभावित व्यक्तिहरूको जीवन तथा मर्यादा कायम राख्ने अत्यधिक आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्नुसँग छ । देहायका न्यूनतम मापदण्डहरूले यी आवश्यकता पूरा गर्ने लक्ष राखेका छन् । तिनमा पानी, सरसफाइ, पोषण, खाद्य, आश्रय तथा स्वास्थ्य सेवा पर्छन् । मानवतावादी घोषणापत्र र न्यूनतम मापदण्ड दुवै मिली मानवीय सहयोग प्रदान गर्ने प्रयासमा जिम्मेवारीपन प्रदान गर्ने संचालनसम्बन्धी ढाँचा तयार गर्न मद्दत दिन्छ ।

१ सिद्धान्तहरू

हामी मानवीय आवश्यकता तथा यसको सर्वोच्चतामा आफ्नो आस्थालाई दोहोऱ्याउँछौं । यसबाट हामीले द्वन्द्व वा प्रकोपबाट उत्पन्न हुने मानवीय दुःख तथा पीडालाई रोकथाम वा निवारण गर्न हरसम्भव कदमहरू चालिनु पर्छ र त्यसरी प्रभावित नागरिकहरूको संरक्षण तथा सहयोग प्राप्त गर्ने अधिकार छ भन्ने विश्वासलाई जनाउँछौं ।

अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनमा प्रतिबिम्बित तथा मानवताको सिद्धान्तमा आधारित यसै विश्वासका आधारमा हामी मानवसेवी निकायका रूपमा आफ्ना सेवाहरू प्रदान गर्छौं । हामी मानवता तथा निष्पक्षताका सिद्धान्तका साथै प्रकोप पीडितलाई राहत प्रदान गर्ने कार्यमा अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियान एवं गैरसरकारी संस्था (गैसस)हरूका लागि आचारसंहिता (१९९४) मा उल्लेखित अन्य सिद्धान्तअनुरुप काम गर्नेछौं । उक्त आचारसंहिताको सम्पूर्ण पाठ ३८३ पृष्ठमा दिइएको छ ।

मानवतावादी घोषणापत्रले निम्न सिद्धान्तहरुको आधारभूत महत्वलाई सुनिश्चित गर्छः

१.१ ससम्मान बाँच्न पाउने अधिकार

उल्लिखित ससम्मान बाँच्न पाउने अधिकार, उपयुक्त जीवनस्तर तथा क्रूर, अमानवीय वा अपमानजनक व्यवहार वा दण्डबाट स्वतन्त्रताको अधिकारसम्बन्धी कानूनी प्रावधानहरूमा प्रतिबिम्बित भएको छ । हामी यसबाट व्यक्तिको बाँच्ने अधिकार, खतरामा परेको अवस्थामा जीवन संरक्षण गर्न पाइलाहरू चाल्न लगाउन पाइने अधिकार, तथा त्यस्ता कदमहरू चाल्नु पर्ने अर्काको कर्तव्यबारे बुझ्दछौं । यस कर्तव्यभित्र जीवनदायी सहयोगको प्रावधान रोक्न वा विफल तुल्याउन नहुने कुरा पनि अन्तरनीहित छ । यसका अतिरिक्त अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनले द्वन्द्वका दौरान नागरिकहरूका लागि सहयोग प्रदान गर्नु पर्ने विशेष प्रावधान गरेको छ । साथै नागरिकहरूलाई आवश्यक सामाग्रीहरूको आपूर्तिको अभाव भएको बेलामा मानवीय तथा निष्पक्ष सहयोगको निम्ति राज्य तथा अन्य पक्षहरू बाध्य भएको कुराको पनि व्यवस्था गरिएको छ ।[1]

१.२ लडाकू तथा गैरलडाकूहरूबीच भिन्नता

उक्त भिन्नताबारे १९४९ मा सम्पन्न जेनेभा महासन्धिहरू र १९७७ मा निर्मित तिनका अतिरिक्त सन्धिहरूमा उल्लेख गरिएको छ । उक्त आधारभूत सिद्धान्तको प्रभावकारितामा निरन्तर क्षय भइरहेको अनुभव बीसौं शताब्दीको उत्तरार्द्धमा नागरिक हताहतमा असाध्य बढेको अनुपातमा गरिन्छ । आन्तरिक द्वन्द्वलाई प्रायः 'गृहयुद्ध' भनिनुबाट युद्धमा सक्रिय भाग लिनेहरू तथा कुनै प्रत्यक्ष सहभागिता

नजनाउने नागरिक तथा अन्य (बिरामी, घाइते तथा बन्दी/कैदीलगायत) व्यक्तिहरूबीच भिन्नता छुटयाउन नपर्ने भन्ने नपरोस् । गैरलडाकू व्यक्तिहरूलाई अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनअन्तरगत संरक्षण गरिन्छ र तिनीहरूलाई हमलाबाट जोगिने अधिकार प्रदान गरिएको छ ।[२]

१.३ पुनः स्वदेश नफर्काउने सिद्धान्त

उक्त सिद्धान्तअनुसार कुनै पनि शरणार्थीलाई जाति, धर्म, राष्ट्रियता, कुनै सामाजिक समूह वा राजनैतिक विचारधाराको सदस्यताको आधारमा निजको ज्यान वा स्वतन्त्रतामाथि आँच आउन सक्ने वा यातना दिन सकिने पर्याप्त उचित कारणहरू भएकोमा स्वदेश फिर्ता पठाइने छैन ।[३]

२ भूमिका तथा जिम्मेदारीहरू

२.१ हामी यो विश्वास गर्छौं कि सर्वप्रथम प्रकोप वा द्वन्द्वबाट प्रभावित व्यक्तिहरूका आधारभूत आवश्यकताहरू तिनको आफ्नै प्रयासबाट पूरा गरिनु पर्छ । समस्या समाधान गर्ने जनताको क्षमताले नभ्याएको खण्डमा तिनलाई सहयोग पुऱ्याउन राज्यले प्रमुख भूमिका खेल्नु र जिम्मेवारी लिनु पर्छ भन्ने कुरा मान्दछौं ।

२.२ अन्तर्राष्ट्रिय कानूनले प्रभावित व्यक्तिहरूले संरक्षण र सहयोग पाउने पर्ने अधिकारको व्यवस्था गरेको छ । यसले राज्य वा युद्धरत पक्षहरूले त्यस्तो सहयोग प्रदान गर्ने वा गर्न दिने साथै आधारभूत मानवअधिकारहरूको उल्लंघन हुने व्यवहार रोक्न वा नगर्नेजस्ता वैधानिक जिम्मेवारीहरूको व्याख्या गर्छ । यी अधिकार तथा कर्तव्यहरू अन्तर्राष्ट्रिय मानवअधिकार कानून, अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानून तथा शरणार्थी कानूनमा (तल उल्लेखित श्रोतहरू हेर्नुहोस्) समावेश गरिएका छन् ।

२.३ मानवसेवी निकायका रूपमा हामी यी प्रमुख भूमिका तथा जिम्मेवारीको सन्दर्भमा आफ्नो भूमिकाको व्याख्या गर्छौं । मानवीय सहयोग प्रदान गर्ने सम्बन्धमा हाम्रो भूमिकाबाट यो वास्तविकता झल्किन्छ कि प्रमुख दायित्व बोकेकाहरू सधैं आफै सो भूमिका निर्वाह गर्न सक्षम वा इच्छुक हुँदैनन् । सो कुरा कहिलेकाहीं क्षमताको विषय हुन जान्छ । कहिलेकाहीं यसले आधारभूत कानूनी तथा नैतिक

जिम्मेवारीहरूको जानाजानी अपहेलना गरेको देखाउँछ । परिणामस्वरूप बिल्कुल नहुनु पर्ने मानवीय पीडा प्रकट हुन जान्छ ।

२.४ युद्धरत पक्षहरू प्रायः हस्तक्षेपको मानवीय उद्देश्यको कदर गर्न चुक्छन् । यस कुराले के देखाउँछ भने द्वन्द्वका अवस्थामा सहयोग प्रदान गर्न खोज्दा नागरिकहरूलाई आक्रमण हुने झन बढी खतरा हुन सक्छ वा कहिलेकाहीं एक वा बढी युद्धरत पक्षहरूलाई नचिताएको फाइदा पुग्न सक्छ । माथि उल्लेखित जिम्मेवारीहरूसँग तारतम्य मिल्ने गरी हामी आफ्ना हस्तक्षेपहरूबाट हुन सक्ने त्यस्ता कुनै पनि कुप्रभावलाई न्यून गर्न कटिबद्ध छौं । युद्धरत पक्षहरूले त्यस्ता हस्तक्षेपहरूको मानवीय प्रकृतिको कदर गर्न सक्नु पर्छ ।

२.५ माथि उल्लेखित सिद्धान्तहरूको सन्दर्भमा तथा अझ सामान्य तवरले हामी अन्तर्राष्ट्रिय कानूनअन्तरगत रेडक्रसको अन्तर्राष्ट्रिय समिति तथा संयुक्त राष्ट्रसंघीय शरणार्थी उच्च आयुक्तबाट प्रदत्त संरक्षण तथा सहयोगसम्बन्धी आदेशलाई सम्मान तथा समर्थन गर्छौं ।

३ न्यूनतम मापदण्डहरू

देहायमा उल्लेखित न्यूनतम मापदण्डहरू निकायहरूको मानवीय सहयोग प्रदान गर्ने अनुभवमाथि आधारित छ । यी मापदण्डहरूको उपलब्धि विभिन्न तत्वमाथि भर पर्छ जसमध्ये कतिपय हाम्रो वशभन्दा बाहिरको हुन सक्छ तथापि हामी सो हासिल गर्न निरन्तर लागि रहने प्रतिबद्धता जाहेर गर्छौं । साथै हामीलाई सोहीअनुरुप जिम्मेवार बनाइने अपेक्षा राख्छौं । हामी राज्यहरूलगायतका अन्य मानवसेवी कर्मीहरूलाई स्वीकृत मान्यताका रूपमा यी मापदण्डहरू अँगीकार गर्न आग्रह गर्छौं ।

अध्याय १-५ मा उल्लेखित मापदण्डहरूको पालना गरेर हामीले आफूलाई प्रकोप पीडित व्यक्तिहरूलाई ससम्मान बाँच्न पाउने आफ्नो अधिकारको सन्तुष्टिका लागि कम्तिमा न्यूनतम आवश्यकताहरू (पानी, सरसफाइ, खाना, पोषण, आश्रय, स्वास्थ्य स्याहार)मा पहुँच भएको सुनिश्चित गर्न हरसम्भव प्रयास गर्न कटिबद्ध छौं । सो उद्देश्य पूर्तिका लागि हामी सरकार तथा अन्य पक्षहरूलाई अन्तर्राष्ट्रिय मानवअधिकार

कानून, अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानून तथा शरणार्थी कानूनमा उल्लेखित आफ्ना कर्तव्यहरू पूरा गरुन् भनी पैरवी गरिरहने छौं ।

हामी यस प्रतिबद्धताप्रति हामीलाई जिम्मेवार तुल्याउने तथा आफ्ना सम्बन्धित निकाय, अस्थायी समूह (consortium) तथा महासंघहरूभित्र जिम्मेवारी वहन गर्ने प्रणालीहरूको विकास गर्न लगाइने अपेक्षा गर्छौं । हामी आफूले सहयोग गर्न चाहेकाहरूप्रति आफ्नो आधारभूत जिम्मेवारी हुने कुरा बुझ्दछौं ।

पाद टिपोट:

१. मानवअधिकारसम्बन्धी विश्वव्यापी घोषणा १९४८ का धाराहरू ३ र ५; नागरिक तथा राजनैतिक अधिकारसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय अभिसन्धि १९६६ का धाराहरू ६ र ७; १९४९ का चार जेनेभा महासन्धिहरूको साझा धारा ३; चौथो जेनेभा महासन्धि धाराहरू २३, ५५ तथा ५९ ; १९७७ का अतिरिक्त सन्धिपत्रहरू प्रथमका ६९ देखि ७१ सम्मका धाराहरू; १९७७ का अतिरिक्त सन्धिपत्रहरू द्वितीयको धारा १८ का साथै अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनका अन्य सान्दर्भिक नियमहरू; यातना तथा अन्य क्रूर अमानवीय वा अपमानजनक व्यवहार वा दण्डविरुद्धको महासन्धि १९८४; आर्थिक, सामाजिक तथा साँस्कृतिक अधिकारसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्झौता १९६६ का धारा १०, ११ र १२; बाल अधिकारसम्बन्धी महासन्धि १९८९ का धाराहरू ६, ३७ तथा २४; एवं अन्तर्राष्ट्रिय कानूनमा अन्य ।

२. लडाकू तथा गैरलडाकू व्यक्तिहरूबीचको भिन्नता अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनमा आधारित आधारभूत सिद्धान्त हो । खासगरी १९४९ का चार जेनेभा महासन्धिहरूको साझा धारा ३ तथा १९७७ का अतिरिक्त सन्धिपत्रहरू प्रथमको धारा ४८ हेर्नुहोस् । साथै बाल अधिकारसम्बन्धी महासन्धि १९८९ को धारा ३८ पनि हेर्नुहोस् ।

३. शरणार्थीहरूको स्थितिसम्बन्धी महासन्धि १९५१ को धारा ३३; यातना तथा अन्य क्रूर अमानवीय वा अपमानजनक व्यवहार वा दण्डविरुद्धको महासन्धि १९८४ को धारा ३; बाल अधिकारसम्बन्धी महासन्धि १९८९ को धारा २२ ।

श्रोतहरू

यस घोषणापत्रबारे निम्न सामाग्रीहरूले सूचना प्रदान गर्छन्:

मानवअधिकारसम्बन्धी विश्वव्यापी घोषणा १९४८ ।

नागरिक तथा राजनैतिक अधिकारसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्झौता १९६६ ।

आर्थिक, सामाजिक तथा साँस्कृतिक अधिकारसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्झौता १९६६ ।

*सबै प्रकारका जातीय भेदभावको उन्मूलनसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय महासन्धि*१९६९ ।

१९४९ का चार जेनेभा महासन्धिहरू तथा तिनका दुई अतिरिक्त सन्धिपत्रहरू १९७७ ।

शरणार्थीहरूको स्थितिसम्बन्धी महासन्धि १९५१ तथा शरणार्थीहरूको स्थितिसम्बन्धी सन्धिपत्र १९६७ ।

यातना तथा अन्य क्रूर अमानवीय वा अपमानजनक व्यवहार वा दण्डविरुद्धको महासन्धि १९८४ ।

नरसंहारको अपराध रोकथाम तथा दण्ड (सजायँ)सम्बन्धी महासन्धि १९४८ ।

बाल अधिकारसम्बन्धी महासन्धि १९८९ ।

महिलाविरोधी सबै प्रकारका भेदभावको उन्मूलनसम्बन्धी महासन्धि १९७९ ।

राज्यविहीन व्यक्तिहरूसँगसम्बन्धित महासन्धि १९६० ।

आन्तरिक विस्थापनसम्बन्धी निर्देशक सिद्धान्तहरू १९९८ ।

अध्याय १:
सबै क्षेत्रका लागि साझा न्यूनतम मापदण्डहरु

यो अध्याय कसरी प्रयोग गर्ने

यस अध्यायले हरेक प्राविधिक क्षेत्रलाई सान्दर्भिक हुने 'प्रकृया तथा व्यक्तिहरु'सम्बन्धी प्रमुख आठवटा मापदण्डहरुबारे विस्तृत वर्णन गरेको छ । ती मापदण्डहरु यी हुन्ः १) सहभागिता, २) प्रारम्भिक मूल्याङ्कन, ३) प्रतिक्रिया, ४) लक्ष्यीकरण, ५) अनुगमन, ६) मूल्याङ्कन, ७) सहायता प्रदान गर्ने कार्यकर्ताका क्षमता तथा दायित्वहरु तथा ८) कर्मचारीहरुको सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन तथा तिनलाई सहयोग ।

उल्लिखित प्रत्येकमा निम्न कुराहरु रहेका छन्ः

- *न्यूनतम मापदण्डहरुः* यिनीहरुको प्रकृति गुणात्मक छ र यिनले हासिल गर्नु पर्ने न्यूनतम स्तर निर्धारण गर्छन्

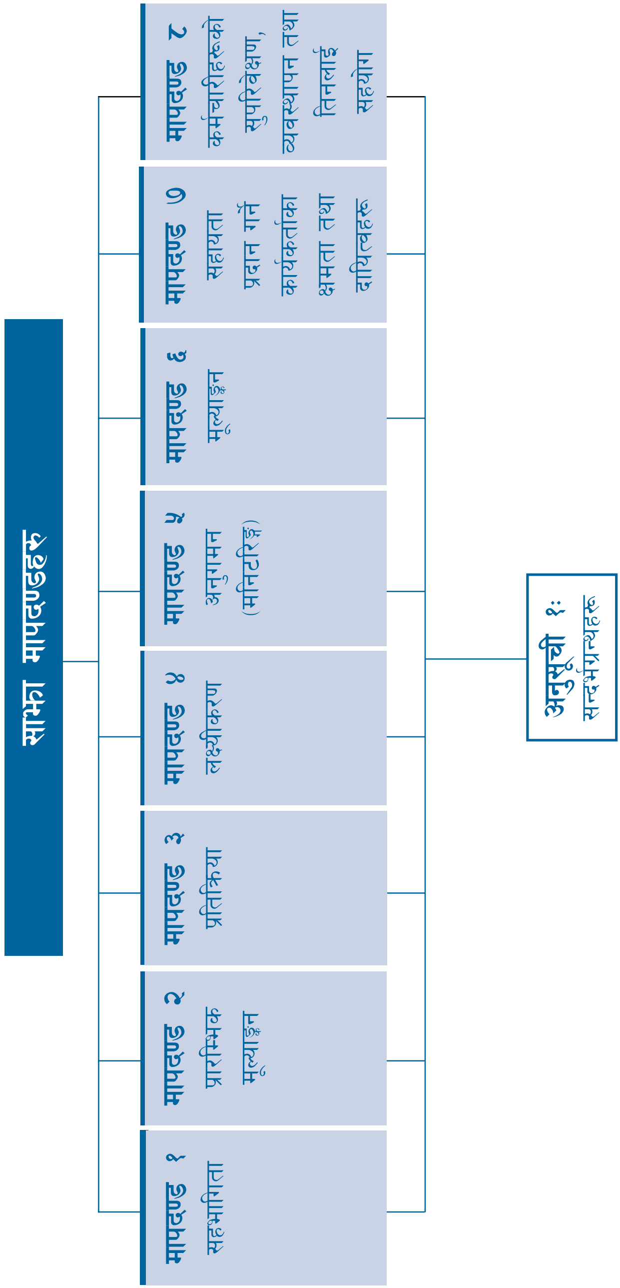
- *प्रमुख सूचकहरुः* यिनीहरु उक्त मापदण्ड हासिल भयो भन्ने 'संकेत' हुन् । यिनले कार्यक्रमहरुका साथै प्रयोग गरिएको प्रकृया वा विधिहरुले पारेको असर नाप्ने तथा सोबारे संचार गर्ने उपाय बताउँछन् । सूचकहरु गुणात्मक वा परिमाणात्मक हुन सक्छन् ।

- *निर्देशक बुँदाहरुः* यिनमा भिन्न परिस्थितिमा मापदण्ड तथा सूचकहरु लागू गर्दा ध्यान दिनु पर्ने बुँदाहरुका साथै व्यावहारिक कठिनाइहरु समाधान गर्ने निर्देशन, तथा प्राथमिकताका विषयहरुबारे सल्लाह पनि समावेश छन् । यिनमा मापदण्ड वा सूचकहरुसँग सम्बन्धित महत्वपूर्ण विषयहरु पनि सामेल हुन सक्छन् र यिनले विद्यमान ज्ञान वा जानकारीमा देखा पर्ने दोधार, विरोधाभास वा भिन्नताहरुबारे बयान गर्न सक्छन् ।

अध्यायको अन्त्यमा चयन गरिएका सन्दर्भग्रन्थहरु छन् । तिनले मापदण्दहरुसँग सम्बन्धित सामान्य तथा विशिष्ट दुवैथरी प्राविधिक विषयहरुबारे सूचना प्रदान गर्ने श्रोतहरुको जानकारी दिन्छन् ।

विषयसूची

परिचय	३१
१. सहभागिता	३४
२. प्रारम्भिक मूल्याङ्कन	३६
३. सहायताकार्य	४१
४. लक्ष्यीकरण	४३
५. अनुगमन (मनिटरिङ्ग)	४६
६. मूल्याङ्कन	४८
७. सहयोगकर्मीका क्षमता तथा जिम्मेवारीहरू	४९
८. कर्मचारीहरुको सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन तथा तिनलाई सहयोग	५१
परिशिष्ट १ः सन्दर्भग्रन्थहरु	५४


साझा मापदण्डहरू
मापदण्ड १ सहभागिता
मापदण्ड २ प्रारम्भिक मूल्याङ्कन
मापदण्ड ३ प्रतिक्रिया
मापदण्ड ४ लक्ष्यीकरण
मापदण्ड ५ अनुगमन (मनिटरिङ्ग)
मापदण्ड ६ मूल्याङ्कन
मापदण्ड ७ सहायता प्रदान गर्ने कार्यकर्ताका क्षमता तथा दायित्वहरू
मापदण्ड ८ कर्मचारीहरूको सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन तथा तिनलाई सहयोग
अनुसूची १: सन्दर्भग्रन्थहरू

परिचय

यी साझा मापदण्डहरू यस हाते पुस्तिकाका हरेक अध्यायसँग सम्बन्धित हुनुका साथै ती सबैमा एकीकृत अंग भएका छन् । यहाँ उल्लेखित मापदण्डहरू कार्यान्वयन गरेर निकायहरूले प्राविधिक अध्यायहरूमा उल्लेखित मापदण्डहरू हासिल गर्नेतर्फ सहयोग पुऱ्याउने छन् ।

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरूसँग सम्बन्ध

हरेक व्यक्तिको आफ्ना मानवाधिकारको कदरसहित ससम्मान बाँच्ने अधिका छ । मानवसेवी निकायहरूले अन्तर्राष्ट्रिय मानवाधिकार, मानवीय तथ शरणार्थीसम्बन्धी कानूनमा प्रतिबिम्बित सहभागिता, भेदभावरहितता तथ सूचनालगायतका मानवअधिकारहरूको अनुसरण गर्दै सहयोग प्रदान गर्नु पर् जिम्मेवारी छ । मानवतावादी घोषणापत्र तथा *प्रकोप पीडितलाई राहत प्रदान गर्ने कार्यमा अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियान एवं गैरसरकारी संस्था (गैसस) हरूका लागि आचारसंहिता*मा मानवसेवी निकायहरूले सहयोग गर्न चाहेकाहरूप्रति आफूलाई जिम्मेवार बनाउने दायित्व बोकेका छन् । साझा मापदण्डहरूले संरक्षण तथा सहयोग पुऱ्याउँदा संस्था तथा व्यक्तिहरूले वहन गर्नु पर्ने जिम्मेवारीहरूबारे व्याख्या गरेका छन् ।

सबै क्षेत्रका लागि साझा मापदण्डहरूको महत्व

प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूका आवश्यकता परिपूर्ति गर्ने कार्यक्रमहरू सम्बन्धित सन्दर्भको प्रष्ट समझदारीमाथि आधारित हुनु पर्छ । प्रारम्भिक मूल्याङ्कनहरूले प्रकोपको प्रकृति तथा मानिसहरूमाथि सोको प्रभावबारे विश्लेषण गर्नेछन् । प्रभावित व्यक्तिहरूका आवश्यकता तथा खतराहरूको साथै अत्यावश्यक सेवाहरूमा देखिने कुनै अन्तरालको वा भिन्नताहरूको लेखाजोखा गर्दा पीडितहरूको क्षमता तथा उपलब्ध श्रोतहरूको पहिचान पनि गर्नु पर्छ । कुनै एक क्षेत्रलाई अन्यबाट अलग्याई वा अर्थ, धार्मिक तथा पारम्परिक विश्वास, सामाजिक चलनहरू,

राजनैतिक तथा सुरक्षासम्बन्धी कारकहरू, समस्या समाधान गर्ने संयन्त्रहरू वा अपेक्षित भावी विकासहरूबाट अलग्गिएर मनन गर्न सकिँदैन । प्रकोपका कारण तथा प्रभावहरूको विश्लेषण गर्नु महत्वपूर्ण हुन्छ । समस्याको सही पहिचान तथा ज्ञान नहुँदा उपयुक्त सहायतासम्बन्धी प्रतिक्रिया जनाउन असम्भव नभए पनि गाह्रो चाहिं हुन्छ ।

उक्त सहायता कार्य संस्थाको क्षमता, विज्ञहरूको उपलब्धि, आर्थिक सीमा, क्षेत्र वा स्थितिसँग परिचय तथा कर्मचारीहरूलाई पर्ने सुरक्षासम्बन्धी खतराहरूलगायतका विभिन्न तत्वहरूमाथि भर पर्छ । यहाँ वर्णन गरिएका सहायता कार्यका मापदण्डहरू 'कसले कुनबेला के गर्छ' भन्ने स्पष्ट पार्नका लागि तयार पारिएका हुन् । एकपल्ट कुनै उपयुक्त सहायता कार्य निर्धारित भइसकेपछि निकायहरूलाई आवश्यकतानुसार निष्पक्ष तथा भेदभावरहित ढंगले सहयोग प्रदान गर्न सघाउने लक्ष्यीकरणका संयन्त्रहरू स्थापित गरिनु पर्छ ।

प्रकृयाको सुरुमा लक्षअनुसारको प्रगति भए नभएको निरन्तर नाप्न तथा विकास हुँदै आएको सन्दर्भभित्र कार्यक्रमको निरन्तर सान्दर्भिकतालाई जाँच गर्न अनुगमन प्रणालीहरू स्थापित गर्नु पर्छ । सेवाकार्यको दौरान वा अन्त्यमा गरिने मूल्याङ्कनले कार्यक्रमको समग्र प्रभावकारिता निर्धारित गर्नुका साथै भविष्यमा समान कार्यक्रमहरूमा सुधार ल्याउन उपयोगी हुने पाठहरूको पहिचान गर्न सक्छ ।

मानवीय सहयोगको गुणस्तर कठिन र कहिलेकाहीं असुरक्षित परिस्थितिहरूमा काम गर्ने कर्मचारी तथा स्वयंसेवीहरूका सीप, ज्ञान तथा प्रतिबद्धतामाथि निर्भर गर्छ । सहयोग कार्यक्रमका प्रमुख तत्वहरू भनेका दरो व्यवस्थापन तथा सुपरिवेक्षण हुन् र क्षमता निर्माणसँगै मानवीय सहयोगका न्यूनतम मापदण्डहरूको सम्मान गरिएको कुरा यकीन गर्न सघाउन सक्छन् । लैंगिक तथा अन्य अन्तर-विषयक सवालहरूको महत्व हेरी टोलीको निर्माण वा गठन गर्दा मानव संसाधानको विविधतालाई ध्यानमा राख्नु पर्छ ।

कुनै पनि प्रकोपप्रति गरिने सेवाकार्यको उपयुक्तता तथा गुणस्तर सुनिश्चित गर्नका लागि सेवाकार्यको लेखाजोखा, विकास, कार्यान्वयन तथा अनुगमनमा उल्लेखित

संकटाभिमुखी समूहहरूका साथै प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूको सहभागितालाई अत्यधिक बढाउनु पर्छ । समस्याहरूको साझा समझदारी तथा निकायहरूबीच प्रभावकारी समन्वयका लागि सेवाकार्यमा संलग्न सबैजनाको ज्ञान तथा सूचनाको व्यवस्थित आदानप्रदान एक आधारभूत कुरा हो ।

अन्य अध्ययायसँग सम्बन्ध

कुनै सान्दर्भिक प्राविधिक क्षेत्रतर्फ लाग्नुअघि यो पाठ पहिले पढ्नु आवश्यक छ ।

प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूका क्षमता तथा खतराहरू

प्रकोप परेको बेला सर्वाधिक खतरामा पर्ने समूहहरू भनेका महिला, बालबालिका, वृद्ध, अपाङ्ग तथा एचआइभी/एड्स संक्रमित भई बाँचिरहेका व्यक्तिहरू हुन् । कतिपय प्रसङ्गमा मानिसहरू जातीय उत्पति, धार्मिक वा राजनैतिक सम्बन्धन, वा विस्थापनाले गर्दा पनि खतरामा पर्न सक्छन् । यो चाहिं सम्पूर्ण सूची होइन तर यसअन्तरगत सर्वाधिक पहिचान गरिएकाहरू पर्छन् । विशेषखाले खतराहरूले प्रकोपको सामना गर्ने र सो घटनामा बाँच्ने व्यक्तिहरूको क्षमतालाई असर पार्छन् र सर्वाधिक खतरा हुने व्यक्तिहरूको पहिचान हरेक प्रसङ्गमा हुनु पर्छ ।

यस हाते पुस्तिकामा ‘संकटाभिमुखी समूहहरू’ भन्ने शब्दावलीले यी सबै समूहलाई जनाउँछ । कुनै एक समूह खतरामा पर्दा अरूहरू पनि खतरामा पर्न सक्छन् । तसर्थ खतराजन्य समूहहरूको उल्लेख भएको बेला हाते पुस्तिका प्रयोग गर्नेहरूलाई यहाँ सूचीबद्ध गरिएका सबैलाई ध्यानमा राख्न जोडदार आग्रह गरिन्छ । सम्पूर्ण प्रभावित समूहलाई भेदभावबेगर तथा तिनका विशेष आवश्यकतानुसार संरक्षण तथा सहयोग प्रदान गर्न विशेष ध्यान दिइनु पर्छ । तर यस कुराको ख्याल राख्नु पर्छ कि प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूमा स्वयं समस्या समाधान गर्ने वा संकटको सामना गर्ने सीप तथा क्षमता हुन्छ अथवा हासिल गर्छन् त्यसैले सो कुराको पहिचान तथा समर्थन हुनु पर्छ ।

न्यूनतम मापदण्डहरू

साझा मापदण्ड १: सहभागिता

प्रकोपबाट प्रभावित जनताहरूले सहायता कार्यक्रमको निर्धारण, तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन कार्यमा सक्रिय रूपले सहभागी हुन्छन् ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- प्रकोपबाट प्रभावित सबै उमेरका महिला तथा पुरुष र खतराजन्य समूहलगायत व्यापक स्थानीय जनसमुदायले सहायता कार्यक्रमबारे जानकारी प्राप्त गर्छन् र तिनलाई परियोजना चक्र (प्रोजेक्ट साइकिल)का सबै चरणमा सहायता गर्ने निकायसमक्ष आफ्नो राय पेश गर्ने अवसर प्रदान गरिन्छ ।

- सहायता कार्यक्रमसम्बन्धी लिखित उद्देश्य तथा योजनाहरूले प्रकोपबाट प्रभावित, खासगरी खतराजन्य समूहमा पर्ने, व्यक्तिहरूका आवश्यकता, सरोकार तथा मूल्यहरूलाई प्रतिबिम्बित गर्नु पर्छ र तिनको संरक्षणमा योगदान पुऱ्याउनु पर्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- कार्यक्रमको तर्जुमा स्थानीय सीप तथा क्षमताको प्रयोग व्यापक पार्न गरिएको छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **सबै समूहको प्रतिनिधित्वः** सम्पूर्ण परियोजना चक्र (निर्धारण, निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन)मा गरिने निर्णय प्रकृयामा प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूको सहभागिताले कार्यक्रमहरू उचित (न्यायसंगत) तथा प्रभावकारी भएको सुनिश्चित गर्न सघाउँछ । सहायता कार्यक्रमअन्तरगत परेका खतराजन्य तथा उपेक्षित समूहलगायतका व्यक्तिहरूको सन्तुलित

प्रतिनिधित्वको सहभागिता सुनिश्चित गर्ने विशेष प्रयास गरिनु पर्छ । सहभागिताले यस कुराको यकीन गर्नु पर्छ कि कार्यक्रमहरू प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूको स्वैच्छिक सहयोगमाथि आधारित छ र तिनीहरूले स्थानीय संस्कृतिको साथै व्यक्तिहरूका अधिकारको पनि सम्मान गर्छन् । सहायता कार्यक्रमहरूले व्यक्ति, परिवार तथा समुदायहरूको अन्तरनिर्भरतालाई प्रतिबिम्बित गर्नुका साथै संरक्षणका तत्वहरूको उपेक्षा नभएको पनि यकीन गर्नु पर्छ ।

२. **संचार तथा पारदर्शिताः** संलग्न सारा व्यक्तिबीच सूचना तथा ज्ञानको आदानप्रदान हुनु समस्याको राम्रो समझदारी तथा समन्वित सहायता प्रदान गर्ने क्रममा आधारभूत तत्वको काम गर्छ । मूल्याङ्कनका परिणामहरू सम्बन्धित सबै संस्था तथा व्यक्तिहरूमा सक्रियतासाथ सम्प्रेषित हुनु पर्छ । मानिसहरूलाई कार्यक्रमबारे टिप्पणी गर्न दिने संयन्त्रहरू स्थापित हुनु पर्छ । उदाहरणका लागि सार्वजनिक सभाका माध्यमले वा समुदायमा आधारित संस्थाहरूमार्फत । घरै बस्न बाध्य भएका वा अपाङ्गहरूका लागि विशेषखाले कार्यक्रमहरूको खाँचो पर्न सक्छ ।

३. **स्थानीय क्षमताः** कार्यक्रममा हुने सहभागिताले मानिसहरूमा संकटको घडीमा सम्मान तथा मर्यादाको चेतनामा बल पुऱ्याउनु पर्छ । साथै मानिसहरूलाई विभिन्न तरीकाले कार्यक्रमहरूमा सहभागी हुन हौस्याउनु पर्छ । कार्यक्रमहरू स्थानीय क्षमताको आधारमा बनाइनुका साथै संकटको सामना गर्ने मानिसहरूको स्वयंको क्षमतालाई कुण्ठित नपार्ने गरी बनाइनु पर्छ ।

४. **दीर्घकालीन दीगोपनाः** दीर्घकालीन लाभहरूको ज्ञान प्रायः संकटहरूको सामना गर्न स्थानीय क्षमताहरू सुदृढ गर्ने क्रममा हुन्छ । प्रकोपप्रति प्रतिक्रिया जनाउने सहायता कार्यक्रमको संरचना तथा योजना विद्यमान सेवा तथा स्थानीय संस्थाहरूलाई सहयोग गर्ने तथा/वा पूरक हुनुका साथै बाह्य सहयोग रोकिएपछि टिक्ने खालका हुनु पर्छ । स्थानीय तथा राष्ट्रिय सरकारी संस्थाहरूमा जनताहरूप्रतिको आधारभूत उत्तरदायित्वहरू छन् र तिनीसँग सम्भव भएसम्म दीर्घकालीन कार्यक्रम तर्जुमा गर्ने क्रममा परामर्श गर्नु पर्छ ।

साझा मापदण्ड २: प्रारम्भिक लेखाजोखा (मूल्याङ्कन)

प्रारम्भिक लेखाजोखाले संकटको स्थिति बुझ्न तथा जीवन, सम्मान, स्वास्थ्य तथा जीविकोपार्जनको प्रष्ट विश्लेषण गर्न सघाउँछन् जसले गर्दा सम्बन्धित अधिकारीहरूको परामर्शमा बाह्य प्रतिक्रिया चाहिने वा नचाहिने, र चाहिएमा त्यसको प्रकृति कस्तो हुनु पर्ने भनी निर्धारण गर्न सकिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- सूचनाको संकलन स्तरीय प्रकृयाबाट गरी पारदर्शी निर्णय प्रकृयाका लागि उपलब्ध गराइन्छ (निर्देशक बुँदा १-६ हेर्नुहोस्) ।
- मूल्याङ्कनले सबै प्राविधिकि क्षेत्र (पानी तथा सरसफाइ, पोषण, खाना, आश्रय, स्वास्थ्य), तथा भौतिक, सामाजिक, आर्थिक, राजनैतिक तथा सुरक्षात्मक वातावरणको ध्यान दिन्छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।
- परामर्शको माध्यमबाट लेखाजोखाले स्थानीय तथा राष्ट्रिय अधिकारीका साथै अन्य कर्मी एवं निकायहरूबाट प्राप्त हुने सेवाकार्यसम्बन्धी प्रतिक्रियाहरूलाई ध्यानमा राख्छ । (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।
- संकटको सामना गर्ने दिशामा प्रभावित व्यक्ति तथा वरिपरिका मानिसहरूसमेतका स्थानीय क्षमता तथा रणनीतिहरू पहिचान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।
- सम्भव भएसम्म तथ्याङ्कहरूलाई लिङ्ग तथा उमेरका आधारमा अलगअलग राखिन्छ (निर्देशक बुँदा ९ हेर्नुहोस्) ।
- मूल्याङ्कनलाई अन्तर्राष्ट्रिय कानूनमा परिभाषित गरिएबमोजिम प्रभावित व्यक्तिका अधिकारहरूमाथि आधारित गरिएको हुन्छ ।

- मूल्याङ्कनमा आफ्नो नियन्त्रणमा रहेको भूमिमा बस्ने जनताहरूको संरक्षण तथा सहयोग गर्नु पर्ने सम्बन्धित अधिकारीहरूको जिम्मेवारीलाई विश्लेषण गर्छ । साथै यसले प्रभावित व्यक्तिहरूको सम्बन्धमा लागू हुने राष्ट्रिय कानून, मापदण्ड तथा निर्देशनहरूको पनि विचार गर्छ । किनभने तिनीहरू अन्तर्राष्ट्रिय कानूनको अनुसरण गर्छन् ।

- मूल्याङ्कनमा व्यक्तिगत सुरक्षा तथा प्रभावित जनसमुदाय एवं मानवसेवी कर्मचारीहरूको सुरक्षामा प्रभाव पार्ने तत्वहरूलगायत संचालित वातावरणको विश्लेषण गर्नु पर्छ (निर्देशक बुँदा १० हेर्नुहोस्) ।

- जनसंख्यासम्बन्धी अनुमानहरू सकेसम्म बढी माध्यमको प्रयोग गरी जाँच्ने तथा रुजु गर्नुका साथै सोको आधारमा अनुमानको जानकारी गराउनु पर्छ ।

- मूल्याङ्कनबाट प्राप्त तथ्याङ्कहरू अन्य क्षेत्र, राष्ट्रिय तथा स्थानीय निकाय तथा प्रभावित जनताका प्रतिनिधिहरूलाई उपलब्ध गराइन्छ । बाह्य सहयोग, तथा उपयुक्त सहायता कार्यबारे सुझावहरू दिइन्छ तथा यी कुराहरू निकास अथवा संक्रमण अवधिको रणनीतिसँग सम्बन्धित हुनु पर्छ (निर्देशक बुँदा ११ हेर्नुहोस्) ।

प्रत्येक खण्डको निम्ति मूल्याङ्कनका रुजुसूची (चेकलिस्ट) हरेक प्राविधिक अध्यायको अन्त्यमा दिइएको परिशिष्टहरूमा पाउन सकिन्छ ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **प्रारम्भिक मूल्याकनहरू**ले तत्काल चाहिने कुनै पनि आवश्यक सहयोग प्रदान गर्ने आधार प्रदान गर्नुका साथै थप विस्तृत मूल्याङ्कन केन्द्रित हुनु पर्ने क्षेत्रहरू पहिचान गर्छन् । प्रारम्भिक मूल्याङ्कन आफैंमा साध्य नभई त्यसलाई अनुगमन प्रकृयाभित्र पुनर्मूल्याङ्कन तथा अद्यावधि गर्ने निरन्तर प्रकृयातर्फ पहिलो पाइलाको रूपमा हेर्नु पर्छ । उल्लेखित कुरा खासगरी स्थिति द्रुत गतिले विकास हुँदै गएमा वा ठूलो मात्रामा बसाइँसराइको गम्भीर समस्या परेमा वा महामारी फैलँदाको स्थितिसँग सम्बन्धित छ । प्राय: सबै क्षेत्र वा

जनसमूहलाई पर्याप्त मात्रामा सम्बोधन गर्न वा उनीहरूसँग परामर्श गर्न सम्भव नहुन सक्छ। त्यस्तो भएमा, कुनकुन समूह छुटेको हो सो प्रष्ट उल्लेख हुनु पर्छ। साथै पहिलो अवसर प्राप्त हुनासाथ तिनीहरूसमक्ष फर्केर जानु पर्छ।

२. **रूजुसूचीहरू:** प्रमुख क्षेत्रहरूको परीक्षण भएको यकीन गर्न यी उपयोगी तरीका हुन्। साथै रुजु सूचीका उदाहरणहरू यस हाते पुस्तिकाका हरेक प्राविधिक अध्यायमा दिइएका परिशिष्टहरूमा दिइएका छन्। थप जानकारी पृष्ठ ५४ मा उल्लेखित परिशिष्ट १ मा पाउन सकिन्छ।

३. **सामयिकता:** प्रकोप परेको लगत्तैपछि जीवनलाई हानि पुऱ्याउने वा अन्य महत्वपूर्ण आवश्यकताहरूलाई प्रभाव पार्न थाल्ने भएकाले यथाशक्य चाँडो प्रारम्भिक लेखाजोखा गरिनु पर्छ। प्रकोप परेलगत्तै पछि साधारणतया केही दिनभित्रै प्रतिवेदन तयार भइसक्नु पर्छ र त्यसभित्रका सामग्रीले योजनाकार तथा विश्लेषकहरूलाई सजिलै प्राथमिकताहरू पहिचान गर्न र छिट्टै एक उपयुक्त कार्यक्रम तयार पार्न पर्याप्त सूचना प्रदान गर्न सक्नु पर्छ। पछि सहायता कार्यक्रममा रहेका अभावको पहिचान गर्न तथा आधारभूत सूचना प्रदान गर्न अझ गहकिलो मूल्याङ्कनको खाँचो पर्न सक्छ।

४. **मूल्याङ्कन टोली:** मूल्याङ्कन टोलीमा जनसमुदायलाई साँस्कृतिक रूपले मान्य ढंगबाट सक्रियतासाथ संलग्न गराउन सक्ने सामान्य व्यक्ति तथा उपयुक्त प्राविधिक विज्ञहरू रहनु पर्छ। त्यस्तो टोली लैंगिक रूपमा सन्तुलित हुनु पर्छ। अनि त्यसले मूल्याङ्कनको गुणस्तरमा सुधार ल्याउनेछ। देश वा क्षेत्रमा परेका संकटहरूबारे स्थानीय ज्ञान तथा पूर्व अनुभव महत्वपूर्ण हुन्छ।

५. **सूचना संकलनः** टोलीका सदस्यहरू कार्यक्षेत्रमा काम सुरु हुनुअघिनै मूल्याङ्कनका उद्देश्य तथा विधिका साथै आफ्ना भूमिकाबारे प्रष्ट हुनु पर्छ। साथै उक्त सन्दर्भका लागि साधारणतया उपयुक्त हुने परिमाणात्मक तथा गुणात्मक विधिहरू प्रयोग गरिनु पर्छ। केही व्यक्ति वा समूह धक खोलेर नबोल्न सक्छन्। तसर्थ संवेदनशील सूचना संकलन गर्न विशेष व्यवस्था गर्नु पर्ने हुन्छ। उक्त सूचनालाई निकै सावधानी तथा गोपनीयतासाथ राख्नु पर्छ।

व्यक्तिको सहमति पाएपछि सो सूचना सही कर्मी वा संस्थाहरूलाई हस्तान्तरण गर्नेबारे सोच्न सकिन्छ। द्वन्द्वका स्थितिमा काम गरिरहेका कर्मचारीहरू उक्त सूचना संवेदनशील हुन सक्ने, दुरुपयोग गर्न सकिने र निकायको संचालन गर्ने आफ्नो क्षमतालाई असर पार्न सक्ने कुराप्रति सचेत हुनु आवश्यक छ।

६. **सूचनाका श्रोतहरुः** मूल्याङ्कनसम्बन्धी प्रतिवेदनका लागि चाहिने सूचनाहरू प्रारम्भिक श्रोतहरूबाट संकलन गर्न सकिन्छ। यसमा निकायका कर्मचारी, स्थानीय अधिकारी, सामुदायिक नेता (दुवै लिङ्गका), बूढापाका, बालबालिका, स्वास्थ्य कर्मचारी, शिक्षकशिक्षिका, व्यापारी तथा अन्य सम्बन्धित कर्मीजस्ता महत्वपूर्ण प्रमुख व्यक्तिहरूसँग छलफल प्रत्यक्ष निरीक्षणजस्ता माध्यमहरू समावेश हुन सक्छन्। त्यस्तै सूचनाहरू - विद्यमान साहित्य तथा प्रतिवेदनहरू (प्रकाशित तथा अप्रकाशित), महत्वपूर्ण ऐतिहासिक सामाग्री तथा प्रकोप-पूर्वका तथ्याङ्कजस्ता सहायक श्रोतहरूबाट संकलन गर्न सकिन्छ। सम्भावित पूर्वाग्रहहरूलाई न्यून पार्ने क्रममा सहायक सूचनालाई प्रत्यक्ष निरीक्षण तथा निर्णयसँग दाँज्नु महत्वपूर्ण हुन्छ। सूचना संकलन गर्न प्रयोग गरिने विधिहरू र सोबाट प्राप्त तथ्याङ्कका सीमाहरू परिस्थितिको वस्तुगत तस्वीर कोर्न प्रष्ट सम्प्रेषित हुनु पर्छ। मूल्याङ्कनसम्बन्धी प्रतिवेदनले सबै समूह, खासगरी खतरा झेल्ने विशेष समूह, बाट व्यक्त विशेष सरोकार तथा सुझावहरूलाई प्रष्ट औंल्याउनु पर्छ।

७. **क्षेत्रगत मूल्याङ्कनः** संकटको प्रारम्भिक चरणमा बहु-क्षेत्रीय मूल्याङ्कन गर्न सधैं सम्भव नहोला र विशेष क्षेत्रमा चाहिने महत्वपूर्ण आवश्यकताहरू पूरा गर्ने काममा ढिला हुन सक्छ। कुनै एक क्षेत्रका मूल्याङ्कन गरिँदा अन्य कर्मी तथा निकायसँग सम्पर्क गरी अन्य क्षेत्रसँग यसका सम्बन्ध तथा व्यापक प्रासङ्गिक तथा संरक्षणसम्बन्धी सवालहरूबारे थप ध्यान दिइनु पर्छ।

८. **स्थानीय जनताहरुसँग नाताः** विस्थापित जनताका लागि सुविधा तथा सहयोगको प्रावधान राख्दा स्थानीय सुमदायमा रोष उत्पन्न गर्न सक्छ। खासगरी विद्यमान श्रोतहरू सीमित भएको ठाउँमा र नयाँ व्यक्तिहरूको

आगमनसँगै सो बाँडचुँड गर्नु पर्दा त्यस्तो स्थिति देखा पर्न सक्छ । तनाव कम गर्नका लागि आश्रयदाता समुदायसँग सम्पर्क गर्नु पर्छ । साथै उचित भएसम्म विस्थापित जनताहरूका लागि तयार पारिने पूर्वाधार तथा प्रदान गरिने सेवाहरूको विकासले स्थानीय समुदायको जीवनमा पनि दीगो सुधार गर्ने खालको हुनु पर्छ ।

९. **तथ्याङ्कहरु अलग्याउने:** काम विभिन्न कारणले महत्वपूर्ण छ । यस मूल्याङ्कनकर्ताहरूलाई परिणामको सटीकता जाँच गर्न तथा सोही क्षेत्रमा गरिएका पूर्व अध्ययनहरूसँग दाँज्न मद्दत गर्छ । आयु, लिङ्ग, खतरा, आदि तत्वका अतिरिक्त परिवारको औसत आकार तथा घरहरूको संख्यालाई अलग्याउनु पर्ने प्रमुख सूचनाका रूपमा समावेश गर्नु उपयोगी हुन्छ किनभने यसले बढी उपयुक्त सहायता कार्यसम्बन्धी योजना बनाउन सघाउनेछ । प्रकोपका आरम्भिक चरणहरूमा तथ्याङ्कलाई आयु तथा लिङ्गका आधार छुटयाउन गाह्रो हुनेछ । तर पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्यु तथा अस्वस्थता दरलाई सुरुदेखि नै टिप्नु पर्छ । किनभने जनसंख्याको यो अंश प्रायशः खतरामा रहेको हुन्छ । समय र परिस्थितिले साथ दिए आयु, लिङ्ग तथा खतराको अनुरुप अझ थप भिन्नता पत्ता लगाउन झन विस्तृत तवरले छुटयाउने काम गर्नु पर्छ ।

१०. **अन्तरनीहित प्रसङ्गः** मूल्याङ्कन तथा त्यसपछिको विश्लेषणले अन्तरनीहित संरचनागत, राजनैतिक, सुरक्षात्मक, आर्थिक, जनसंख्यात्मक तथा वातावरणीय विषयहरूलाई ध्यानमा राख्नु पर्छ । त्यसैगरी स्थानीय तथा विस्थापित जनसमुदायका जीवनयापनका परिस्थिति तथा सामुदायिक संरचनाहरूमा संकट-पूर्वका चरणको सम्बन्धमा हुने जुनसुकै परिवर्तनमाथि ध्यान दिइनु पर्छ ।

११. **प्रत्युपलब्धि (पुनःप्राप्ति)ः** प्रकोपपछिको प्रत्युपलब्धिको अवधिका लागि गरिने विश्लेषण तथा योजना प्रारम्भिक मूल्याङ्कनको अंश हुनु पर्छ । कारण यदि स्थानीय जनताका बाँच्ने आफ्नै संयन्त्रहरूलाई सहयोग पुग्ने गरी बाह्य सहयोग प्रदान गरिएन भने समुत्थानमा ढिला हुन सक्छ ।

साझा मापदण्ड ३ : सहायताकार्य

सम्बन्धित अधिकारीहरू आफ्नो नियन्त्रणमा रहेको क्षेत्रका जनताका संरक्षण तथा सहयोगसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्न असक्षम र/वा अनिच्छुक भएमा र मूल्याङ्कन तथा विश्लेषणले यी आवश्यकताहरू अपूर्ण रहेको जनाएको अवस्थामा मानवीय सहायता कार्यको आवश्यकता पर्छ ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- प्रकोपका कारण मानिसका जीवन खतरामा पर्दा कार्यक्रमहरूले जीवन बचाउने आवश्यकताहरूलाई प्राथमिकता दिन्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- कार्यक्रम तथा परियोजनाहरू प्रभावित व्यक्तिहरूलाई सहयोग तथा संरक्षण गरी तिनका जीविकाको प्रवर्द्धन गर्न तयार पारिएका हुन्छन् ताकि तिनीहरूले प्रमुख सूचकमा उल्लेख गरिएअनुसार स्फिअर न्यूनतम मापदण्डहरू पूरा गर्छन् वा तिनलाई उछिन्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- प्रकोपसम्बन्धी सहायता कार्यबाट प्रभावित वा सोमा संलग्न व्यक्तिहरूबीच सूचनाको प्रभावकारी समन्वय तथा आदानप्रदान हुन्छ । मानवसेवी निकायहरूले आवश्यकताका आधारमा कृयाकलापहरू गर्छन् जहाँ तिनको ज्ञान तथा क्षमताले समग्र सहायता कार्यक्रममाथि सर्वाधिक प्रभाव पार्न सक्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- पहिचान गरिएका आवश्यकताहरूलाई सम्बोधन गर्न नसक्ने वा न्यूनतम मापदण्डहरू हासिल गर्न नसक्ने संस्था, कार्यक्रम तथा परियोजनाहरूले विद्यमान जुनसुकै अभावबारे जानकारी गराउँछन् । यसले गर्दा अरूले सहयोग गर्न सुविधा पुग्नेछ (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्) ।

- द्वन्द्वका स्थितिमा सहयोग कार्यक्रमले परिस्थितिको गतिमा सहायता कार्यले पार्ने सम्भावित असरलाई ध्यानमा राख्छ । (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **वास्तविक आवश्यकताको परिपूर्ति गर्नुः** मूल्याङ्कने निर्धारण गरिएका आवश्यकताहरू परिपूर्ति गर्न मानवीय सहायता कार्यको व्यवस्था गर्नु पर्छ । अत्यावश्यक सामाग्रीहरूको आपूर्तिमा बाधा पुऱ्याउन सक्ने अनावश्यक सामाग्रीहरूको आपूर्ति गर्ने माध्यमहरूमा समावेश नगर्न सतर्कता अपनाउनु पर्छ ।

२. **न्यूनतम मापदण्डहरुको परिपूर्ति गर्नेः** सहायता कार्यसम्बन्धी कार्यक्रम तथा परियोजनाहरू विद्यमान जीवनयापनको परिस्थिति तथा स्फिअर न्यूनतम मापदण्डहरूबीचको रिक्तता पुर्ने गरी तयार गरिनु पर्छ । तर प्रभावित व्यक्तिका प्रकोपकालीन आवश्यकता तथा सधैंभरि परिआउने आवश्यकताबीच फरक छुटयाउनु आवश्यक छ । कतिपय अवस्थामा समुदाय, क्षेत्र, प्रदेश वा देशलाई नै न्यूनतम मापदण्डमा ल्याउन आवश्यक पर्ने मानवीय आवश्यकता तथा श्रोतहरू उपलब्ध श्रोतहरूभन्दा निकै विशाल हुन्छन् । कुनै निकायले सो कुरा एक्लै हासिल गर्न सक्तैन । त्यसैले समुदायहरू, तिनका छिमेकीहरू, सम्बन्धित देशका सरकारहरू, दाताहरू तथा अन्य स्थानीय तथा अन्तर्राष्ट्रिय संघसंस्थाहरू सबैले महत्वपूर्ण भूमिका खेल्नु पर्ने हुन्छ । महत्वपूर्ण अभावहरूलाई सम्बोधन गर्न प्रकोपको स्थितिमा सहायता कार्य गर्न चाहनेहरूबीच समन्वय हुनु आवश्यक छ ।

३. **क्षमता तथा विज्ञताः** निकै विशिष्ट खालको वा खास आवश्यकता (वा समूह)हरूप्रति सहायता गर्ने अधिकार पाएको संस्थाले आफ्नै श्रोत तथा सीपको आधार प्रयोग गरेर भरसक उच्चतम मानवीय प्रभाव छाड्ने लक्ष राख्नु पर्छ । तर कुनै निकायको विज्ञता वा अधिकारका विशिष्ट सीमाभित्र पनि समग्र मानवीय आवश्यकताले संगठनका श्रोतहरू रित्याइ दिन सक्छ । बढी क्षमतावान निकायले आफ्नो क्षमताबारे व्यापक मानवीय सहायता गर्ने समुदायलाई जानकारी गराउनु पर्छ । साथै आवश्यक भएको बखत र ठाउँमा योगदान गर्नु पर्छ ।

४. **कमीहरुबारे जानकारी गराउनेः** मानवसेवी निकायहरूले भावी कार्यक्रमहरूलाई रकम उपलब्ध गराउन सघाउने गरी संचालित कार्यक्रमहरूका सफलता तथा सकारात्मक मूल्याङ्कनहरू प्रदर्शित गर्न मन पराए पनि तिनीहरू आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्ने आफ्नो क्षमतामा देखिने कमीहरूलाई तत्परतासाथ स्वीकार गर्न तयार हुनु पर्छ ।

५. **सूचना आदानप्रदान गर्नेः** महत्वपूर्ण आवश्यकताहरू पहिचान गर्ने संस्थाहरूले व्यापक समुदायलाई तिनका बारे सम्भवतः छिटोभन्दा छिटो जानकारी गराउनु पर्छ । यसले उपयुक्त श्रोतहरू तथा क्षमता भएका निकायहरूलाई आफ्नो सेवाकार्य संचालन गर्न समर्थ तुल्याउनेछ । अरूलाई झन छिटो र प्रभावकारी ढंगले आफ्ना सेवाकार्य परिचालन गर्न सघाउने गरी सम्भव भएसम्म परिचित शब्दावली, मापदण्ड तथा प्रकृयाहरू प्रयोग गर्नु पर्छ । सम्बन्धित सरकार तथा राष्ट्रियस्तरका निकायहरूबीच सहमति भएका स्तरीय सर्भेक्षण ढाँचा तथा सम्बन्धित निर्देशिकाको प्रयोगले यस मामिलामा निकै सहयोग पुऱ्याउन सक्छ ।

६. **सकारात्मक असरलाई अत्यधिक बढाउने तथा क्षतिलाई सीमित पार्नेः** अपर्याप्त श्रोतकै लागि हुने द्वन्द्व तथा प्रतिस्पर्धाले प्रायः असुरक्षाको वृद्धि, सहयोगको दुरुपयोग वा हिनामिना, सहयोगको असमान वितरण वा दिसान्तर गराउन सक्छ । द्वन्द्वको प्रकृति तथा श्रोतलाई राम्रोसँग बुझेमा सहयोग निष्पक्ष ढंगले वितरण भएको सुनिश्चित गर्न तथा नकारात्मक असरलाई कम पार्न वा पन्छ्याउन सहयोग गर्छ । द्वन्द्व प्रभावित अवस्थामा कर्मी, संयन्त्र, मुद्दाहरू तथा द्वन्द्वको सन्दर्भको विश्लेषण कार्यक्रमको योजना तर्जुमा गर्नुअगावै भइसक्नु पर्छ ।

साझा मापदण्ड ४ : लक्ष्यीकरण

मानवीय सहयोग वा सेवाहरू प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्ति वा समूहहरूको खतरा तथा आवश्यकताका आधारमा समान तथा निष्पक्ष ढंगले प्रदान गरिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- खतराको सम्पूर्ण विश्लेषण गरेर लक्ष्यीकरणका आधारहरू तयार गरिनु पर्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- लक्ष्यीकरणका संयन्त्रहरूबारे प्रभावित जनता (खतराजन्य समूहका प्रतिनिधिलगायत) तथा अन्य उपयुक्त कर्मीहरूबीच सहमति भएको हुनु पर्छ । लक्ष्यीकरणका आधारहरू प्रष्ट परिभाषित तथा व्यापक संचार गरिनु पर्छ (निर्देशक बुँदा २-३ हेर्नुहोस्) ।

- लक्ष्यीकरणका संयन्त्रहरूले व्यक्तिहरूको सम्मान तथा सुरक्षालाई कम आँक्नु वा खतरालाई बढाएर शोषणतर्फ ढकेल्नु हुँदैन (निर्देशक बुँदा २-३ हेर्नुहोस्) ।

- लक्ष्यीकरणका आधारहरूको सम्मान भएको तथा समयोचित सुधारात्मक कदम चालिएको छ भनी यकीन गर्न वितरण प्रणालीहरूको अनुगमन गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **लक्ष्यीकरणको उद्देश्य** सर्वाधिक खतरामा पर्ने व्यक्तिहरूलाई प्रभावकारी ढंगले तथा निर्भरता घटाउने गरी सहयोग प्रदान गर्नु हो ।

२. **लक्ष्यीकरणका संयन्त्रहरू** आवश्यकतानुरुप निष्पक्ष तथा भेदभावरहित तरीकाले सहयोग बाँडिने उपाय हुन् । तिनका विकल्पहरूमा समुदायमा आधारित लक्ष्यीकरण, प्रशासनिक लक्ष्यीकरण, स्व-लक्ष्यीकरण तथा यी विधिहरूको संयोजन पर्छन् । निकायका कर्मीहरूले स्व-लक्ष्यीकरणले कहिलेकाहीं केही खतराजन्य समूहलाई समावेश नगर्न सक्ने कुराप्रति सचेत हुनु पर्छ । प्रकोपबाट प्रभावित जनतासँग सम्पर्क गरिएको तथा तिनीहरू लक्ष्यीकरणसम्बन्धी निर्णयहरूमा सहमत भएको भनी यकीन गर्न सम्पर्क गर्ने प्रकृयामा खतराजन्य समूहहरूबाट लिइएका महिला तथा पुरुष, केटा तथा केटीहरूको एक प्रतिनिधिमूलक

समूहलाई समावेश गर्नु पर्छ । द्वन्द्वको स्थितिमा सोको प्रकृति तथा श्रोत तथा त्यसले लक्ष्यीकरण सहयोगसम्बन्धी प्रशासनिक तथा सामुदायिक निर्णयहरू कसरी प्रभावित गर्न सक्छ सोबारे बुझ्नु आवश्यक छ ।

३. **लक्ष्यीकरण का आधारहरू** प्रायः कुनै समुदाय, घरपरिवार वा व्यक्तिको खतराको स्तर वा मात्रासँग सम्बन्धित हुन्छन् । साथै यिनीहरूको निर्धारण दैवीप्रकोपले उत्पन्न गर्ने खतराहरू तथा सो झेल्ने व्यक्तिहरूको क्षमताको आधारमा गरिन्छ । अनुपयुक्त लक्ष्यीकरणका आधार तथा संयन्त्रहरूले व्यक्तिगत सम्मानलाई नचाहिकनै ठेस पुऱ्याउन सक्छन् अतः सो कुराबाट पन्छिनका लागि संयन्त्र उपयुक्त कदम चाल्नु पर्छ । यसका केही उदाहरण यहाँ दिइएका छन्:

- प्रशासनिक तथा समुदायमा आधारित संयन्त्रहरूले व्यक्तिका सम्पतिहरू बारे जानकारी खोज्न सक्छन् । त्यस्ता प्रश्नहरू अनावश्यक हस्तक्षेपको रूपमा मानिन्छ । साथै त्यसले सम्भवतः सामाजिक संरचनाहरूलाई पनि हानी पुऱ्याउन सक्छन् ।

- कुपोषित बालबालिका भएका घरपरिवारलाई प्रायः विशेष खाद्यान्नको सहयोग दिन लक्षित गरिन्छ । यसले मानिसहरूको सम्मानलाई ठेस पुऱ्याउन सक्छ किनभने यसले छानिएका राशन प्राप्त गरिरहन आमाबाबुलाई आफ्ना बालबालिकालाई दुब्लो बनाइराख्न प्रोत्साहित गर्न सक्छ । उक्त कुरा सामान्य राशन प्रदान गर्दा पनि लागू हुन्छ ।

- स्थानीय वंश प्रणालीअनुसार सहयोगको लक्ष्य राख्दा तीबाहिर पर्ने व्यक्तिहरू (जस्तै विस्थापित व्यक्तिहरू) बाहिरिने सम्भावना हुन्छ ।

- विस्थापित महिला, बालिका तथा बालकहरूलाई यौन कर्मका लागि बाध्य पार्न सकिन्छ ।

- एचआइभी/एड्सबाट ग्रस्त मानिसहरूलाई सामाजिक लज्जाको बोध हुन सक्छ । त्यसैले सदासर्वदा गोपनीयता कायम राख्नु पर्छ ।

४. **सुविधा तथा सेवाहरूमा पहुँच र तिनको प्रयोगः** प्रदान गरिएको सुविधा तथा सेवाहरूको मानिसहरूद्वारा प्रयोग हुने कुरालाई अनेक तत्वले प्रभावित गर्छन् जस्तै पहुँच, सुरक्षा, सुविधा (सुगमता), गुणस्तर र ती आवश्यकता तथा परम्परा सुहाउँदा छन् कि छैनन् । खासगरी सशस्त्र द्वन्द्वका स्थितिमा र भ्रष्टाचार, तर्साउने तथा शोषण (यौनलगायत)जस्ता तत्वले सो पहुँचलाई कुण्ठित पार्न सक्छ । सम्भव भएसम्म, सुविधाहरूको प्रयोगलाई खुम्च्याउने तत्वहरूलाई सामुदायिक परिचालन वा कार्यक्रमको संशोधनबाट हटाउन सकिन्छ । कार्यक्रमअघि र सोका दौरान गरिने सम्पर्कमा प्रयोग कुण्ठित हुने बढी सम्भावना भएका महिला, बालबालिका तथा अन्य खतराजन्य समूहहरूसँग पर्याप्त छलफल भएको सुनिश्चित गर्न आवश्यक छ ।

५. **बाहिर्‍याउने तथा समावेश गर्ने अनुगमनकारी गलतीहरूः** कुनै लक्ष्यीकरण प्रणाली प्रकोपमा परी खतरा झेल्ने र सहयोग चाहिने सबै व्यक्तिको पहुँचमा पुग्न नसकेपछि व्यक्ति वा समूहहरूले छिटै महत्वपूर्ण आवश्यकताहरू विकास गर्न सक्छन् । तसर्थ बढी पीडितहरूलाई प्रभावशाली रूपमा समेट्नका लागि लक्ष्यीकरण तथा वितरण प्रणालीहरूलाई अद्यावधिक तथा परिमार्जित गर्ने प्रावधान राख्नु पर्छ ।

साझा मापदण्ड ५ः अनुगमन

समस्याहरूप्रति प्रतिक्रिया जनाउने कार्यक्रमको प्रभावकारिताको पहिचान गरी झन व्यापक प्रसङ्गमा गरिने परिवर्तनहरूको निरन्तर अनुगमन गरिन्छ जसको उद्देश्य कार्यक्रममा सुधार ल्याउनु वा आवश्यक भए खारेज गर्नु हुन्छ ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- अनुगमनका लागि संकलित सूचना सामयिक तथा उपयोगी हुन्छन् । तिनलाई उपयुक्त, तर्कसंगत, निरन्तर, नियमित तथा पारदर्शी ढंगले अभिलेख र विश्लेषण गरिन्छ र तिनले संचालित कार्यक्रमलाई सूचित गर्छन् (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- हरेक प्राविधिक क्षेत्रमा नियमित सूचना संकलन सुनिश्चित गर्ने तथा हरेक मापदण्डका लागि सूचकहरू पूरा गरिएको छ छैन भनी पहिचान गर्ने प्रणालीहरू बनाइएका छन् ।

- सबै प्रभावित समूहबाट महिला, पुरुष तथा बालबालिकासँग नियमित सल्लाह गरिन्छ र तिनलाई अनुगमनका कृयाकलापमा संलग्न गराइन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- कार्यक्रम, अन्य क्षेत्र, जनसंख्याका प्रभावित समूह, सम्बन्धित स्थानीय अधिकारी, दाता तथा अन्य कर्मीहरूबीच सूचनाको प्रवाह गर्न सघाउने प्रणालीहरू विकसित गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **अनुगमनसम्बन्धी सूचनाको प्रयोगः** प्रकोपका स्थिति अस्थिर र गतिमान हुन्छन् । त्यसैले कार्यक्रमहरू सान्दर्भिक तथा प्रभावकारी रहिरहेको सुनिश्चित गर्न नियमित रूपले अद्यावधिक गरिएको सूचना महत्वपूर्ण हुन्छ । नियमित अनुगमनले व्यवस्थापकहरूलाई प्राथमिकताहरू निर्धारण गर्न, उदीयमान समस्याहरू पहिचान गर्न, दिशा पछ्याउन, आफ्ना कार्यको प्रभाव निर्धारित गर्न, तथा आफ्ना कार्यक्रमहरूमा संशोधन गर्ने कुरालाई सघाउँछ । कार्यक्रमहरूको निरन्तर अनुगमनबाट प्राप्त सूचनालाई पुनरावलोकन, मूल्याङ्कन तथा अन्य उद्देश्यका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ । केही परिस्थितिमा आवश्यकताहरू वा प्रसङ्गमा गरिने प्रमुख परिवर्तनबारे प्रतिक्रिया गर्न रणनीतिमा परिवर्तन ल्याउनु पर्ने हुन सक्छ ।

२. **सूचनाको प्रयोग तथा सम्प्रेषणः** संकलित सूचना भने कार्यक्रमका लागि प्रत्यक्ष रूपले सान्दर्भिक हुनु पर्छ – अर्को शब्दमा, सो सूचना उपयोगी हुनु पर्छ । साथै कार्यान्वयन गरिनु पर्छ । यसलाई अभिलेखको रूपमा राख्नु पर्छ । अन्य क्षेत्र तथा निकायलाई एवं प्रभावित जनतालाई चाहिने बेलामा क्रियात्मक ढंगले उपलब्ध गराउनु पर्छ । प्रयोग गरिएका संचार साधन

(सम्प्रेषण विधि, भाषा आदि) लक्षित श्रोताका लागि उपयुक्त तथा पहुँचयोग्य हुनु पर्छ ।

३. **अनुगमनमा संलग्न व्यक्तिहरुः** प्रभावित जनसमुदायका सबै समूहबाट सांस्कृतिक रूपले मान्य तरीकाले सूचना संकलन गर्न सक्षम मानिसहरूलाई लैंगिक तथा भाषिक सीपका आधारमा समावेश गरिनु पर्छ । स्थानीय सांस्कृतिक चलनको कारणले सांस्कृतिक रूपले मान्य व्यक्तिहरूले महिला वा अल्पसंख्य समूहहरूसँग छुट्टै सरसल्लाह गर्नु पर्ने हुन सक्छ ।

४. **सूचनाको आदानप्रदानः** अनुगमन तथा मूल्याङ्कनसम्बन्धी कृयाकलापहरूमा विभिन्न क्षेत्रसँग निकट सम्पर्क तथा सहयोगको आवश्यकता पर्छ । उदाहरणका लागि हैजाको महामारी चल्दा जल तथा सरसफाइ निकाय तथा स्वास्थ्य निकायहरूबीच निरन्तर सूचना आदान प्रदान हुनु पर्छ । नियमित बैठक तथा सूचनापाटीहरूको प्रयोगजस्ता समन्वयकारी संयन्त्रहरूले उक्त सूचना आदानप्रदान कार्यलाई सहज बनाउन सक्छन् ।

साझा मापदण्ड ६ः मूल्याङ्कन

मानवसेवी कार्यको व्यवस्थित तथा निष्पक्ष जाँच हुन्छ र त्यसको उद्देश्य अभ्यास तथा नीतिमा सुधार गर्ने पाठहरू सिक्न तथा जिम्मेवारी बढाउनु हो ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- कार्यक्रमको मूल्याङ्कन प्रभावित जनतामाथि यसको समग्र उपयुक्तता, प्रभावकारिता, व्याप्तता (कभरेज), सम्बद्धता तथा असर नाप्न उल्लेखित उद्देश्य तथा सहमति भएका न्यूनतम मापदण्डका आधारमा गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- मूल्याङ्कनहरूमा प्रभावित जनसमुदायका साथै यदि भिन्दै मूल समुदाय भए त्यसको पनि रायविचारलाई ध्यान दिइन्छ ।

- मूल्याङ्कनका लागि सूचनाको संकलन स्वतन्त्र तथा निष्पक्ष ढंगले गरिन्छ ।

- हरेक मूल्याङ्कन अभ्यासका परिणामहरू भावी व्यवहारमा सुधार ल्याउन प्रयोग गरिन्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **आधारहरु खडा गर्नेः** मानवीय सहयोगसम्बन्धी कार्यक्रमहरू मूल्याङ्कन गर्नु सजिलो कार्य होइन किनभने प्रकोपहरूमा तीव्र परिवर्तन तथा उच्च स्तरको अनिश्चितता हुने गर्छ । गुणात्मक विधिहरूले प्रकोपसम्बन्धी क्रियाकलापको जटिल प्रकृतिलाई समात्न सक्ने सम्भावना बढी छ भने त्यस्ता कार्यक्रमको मूल्याङ्कन गर्नेहरूले विभिन्न विधि अपनाउन तयार रहनुका साथै उचित निष्कर्षमा पुग्न परिणामहरूलाई दाँज्न एवं तौल्न तयार रहनु पर्छ ।

२. **सूचनाको पश्चात प्रयोगः** मूल्याङ्कनहरू लिखित प्रतिवेदनको रूपमा आउनु पर्छ । सो सूचना पारदर्शिता तथा जिम्मेवारीपन बढाउन आदानप्रदान गरिन्छ । यसले कार्यक्रम तथा एजेन्सीहरूलाई मानवीय नीति तथा अभ्यासहरूमा सुधार गर्नेतर्फ उन्मुख गराउने पाठ सिकाउँछ ।

साझा मापदण्ड ७ : सहयोगकर्मीका क्षमता तथा जिम्मेवारीहरू

सहयोगकर्मीहरूसँग योजना बनाउन तथा प्रभावकारी ढंगले उपयुक्त कार्यक्रमहरू कार्यान्वयन गर्न उपयुक्त योग्यता, अभिवृत्ति (धारणा) तथा अनुभव हुनु पर्छ ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- सहयोगकर्मीहरूसँग महत्वपूर्ण प्राविधिक योग्यता तथा स्थानीय संस्कृति तथा चलनहरूको ज्ञानका साथै/वा आपतकालसम्बन्धी पूर्व अनुभव रहेको

साझा मापदण्डहरू

हुन्छ । तिनीहरू मानव अधिकार तथा मानवतावादी सिद्धान्तहरूसँग पनि परिचित हुन्छन् ।

- कर्मचारीहरूलाई प्रकोप प्रभावित जनताहरू आफै तथा मूल समुदायभित्र हुने सम्भावित तनाव तथा द्वन्द्वका श्रोतहरूबारे जानकारी हुन्छ । तिनीहरू मानवीय सहयोग प्रदान गर्दाका नीहित आशयहरूबारे सचेत रही संकटाभिमुखी समूहहरूप्रति विशेष ध्यान दिन्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- कर्मचारीहरू दुर्व्यवहारपूर्ण, भेदभावपूर्ण वा अनैतिक गतिविधिहरू पहिचान गर्न सक्षम हुन्छन् र त्यस्ता कृयाकलापबाट पन्छिन्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **कर्मचारीहरू सचेत हुनु पर्ने** संकटका बेला महिला तथा बालबालिकाविरुद्ध हुने बलात्कार तथा अन्य किसिमका निर्मम कार्यलगायतका हिंसात्मक अपराधहरू कुन हदसम्म हुन सक्छन् भन्ने कुराप्रति कर्मचारीहरू सचेत हुनु पर्छ । उत्पीडन तथा बलात्कारको भयले महिलाहरूलाई सिपाही (सेना) तथा अधिकारप्राप्त वा शक्तिशाली पद ओगटेका अन्य पुरुषहरूसँग सम्बन्ध जोड्न बाध्य गर्छ । युवकहरूलाई युद्धरत सेनाहरूमा जबरजस्ती भर्ती गराइने खतरा हुन्छ । कर्मचारी तथा कार्यक्षेत्रमा काम गर्ने साथीहरू उल्लंघन गरिएका मानवाधिकारहरू पुनर्बहाली गराउन खोज्ने महिला, पुरुष तथा बालबालिकालाई सम्बन्धित ठाउँमा सम्पर्क गर्न पठाउने तथा बलात्कार र यौनजन्य हिंसाबाट बाँच्न सफल व्यक्तिहरूलाई परामर्श, चिकित्सकीय वा निरोधात्मक सेवाको निम्ति पठाउने प्रकृयाहरूसँग परिचित हुनु पर्छ ।

२. **कर्मचारीहरूले यो बुझ्नु पर्छ** कि प्रकोसम्बन्धी सहायता कार्यक्रमहरूमा संलग्न महत्वपूर्ण श्रोतहरूको व्यवस्थापन तथा बाँडफाँडमाथि नियन्त्रण गर्नु पर्ने जिम्मेवारीले तिनलाई तथा आपूर्तिमा संलग्न अन्य व्यक्तिलाई अरूहरूभन्दा माथिको सापेक्षिक रूपमा शक्तिशाली स्थानमा पुऱ्याइदिन्छ । कर्मचारीहरू

उक्त शक्ति भ्रष्ट वा गलत ढंगले प्रयोग हुन सक्ने कुराप्रति सचेत हुनु पर्छ । कर्मचारीहरू महिला तथा बालबालिकालाई निरन्तर होच्याइने, अपमानजनक वा शोषणपूर्ण व्यवहार गरिन्छ भन्ने कुराप्रति सचेत हुनु पर्छ । मानवीय सहयोगको सट्टा न यौन कर्मको चाहना गर्न सकिन्छ न सहयोग कर्मीहरू त्यस्तो कुनै आनादप्रदानमा सहभागी हुनु उचित हुन्छ । बाध्यत्मक श्रम तथा लागू पदार्थको गैरकानूनी प्रयोग तथा व्यापारसमेत प्रतिबन्धित छन् ।

साझा मापदण्ड ८ : कर्मचारीहरूको सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन तथा तिनलाई सहयोग

सहयोग कर्मीहरूले मानवीय सहयोग कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयन सुनिश्चित गर्न सुपरिवेक्षण तथा सहयोग प्राप्त गर्छन् ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- व्यवस्थापकहरू आफ्ना निर्णयका साथै उपयुक्त सुरक्षा तथा आचारसंहिता/नियमावलीको अनुसरण सुनिश्चित गर्न अनि आफ्ना कर्मचारीहरूलाई सहयोग गर्न जिम्मेवार छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- प्राविधिक तथा व्यवस्थापकीय कर्मचारीहरूलाई आफ्ना जिम्मेवारी पूरा गर्न आवश्यक तालीम, श्रोत तथा आवश्यक वस्तुहरू प्रदान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- कार्यक्रमहरूमा कार्यरत कर्मचारीहरूले आफूलाई गर्न लगाइएका कामको उद्देश्य तथा विधिबारे बुझेको हुनु पर्छ । साथै तिनले आफूले गरेको कामबारे लगत्तै जानकारी पाउँछन् ।

- सबै कर्मचारीलाई निजले जानकारी दिनु पर्ने तहसमेत खोलेर प्रष्ट लिखित रूपमा दिइएको हुन्छ । साथै तिनीहरूको आवधिक कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन पनि गरिन्छ ।

- सबै कर्मचारीलाई तिनले काम गर्ने क्षेत्र तथा वातावरण सान्दर्भिक स्वास्थ्य तथा सुरक्षासम्बन्धी विषयमा अभिमुखीकरण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- कर्मचारीलाई उपयुक्त सुरक्षा तालीम प्राप्त गर्नेछन् ।

- कर्मचारीहरूका लागि क्षमता विकास गर्ने प्रणालीहरू खडा गरिएका छन् । यसको नियमित अनुगमन गरिनेछ (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्) ।

- दीर्घकालीन दीगोपनाका लागि राष्ट्रिय तथा स्थानीय संघसंस्थाको क्षमता विकास गरिन्छ ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **सबै तहका व्यवस्थापकहरूमा** विशेषगरी कार्यक्रमको कार्यान्वयनलाई प्रवर्द्धन गर्ने, सान्दर्भिक नीतिहरू तथा आचारसंहिता/नियमावलीको अनुसरण भएको सुनिश्चित गर्ने प्रणालीहरू खडा र/वा कायम गर्ने जिम्मेवारीहरू रहेको हुन्छ । केही मानवसेवी निकायहरूसँग बालबालिकाको संरक्षण वा यौन शोषण तथा दुर्व्यवहारजस्ता विषयसँग सम्बन्धित कर्मचारी तथा संस्थागत आचारसंहिता तथा नियमहरू रहेका हुन्छन् । त्यस्ता नियमहरूको महत्व व्यापक रूपमा बुझिएको हुँदा कतिपय मानवसेवी एजेन्सीहरू भने आचारसंहिता विकास गर्ने प्रकृयामा छन् । यस्ता संहिताहरूको सफलताका लागि सोको अनुसरण गराउने व्यवस्थापकीय जिम्मेवारी महत्वपूर्ण पक्ष हो ।

२. **मानवसेवी निकायहरूले** आफ्ना कर्मचारीलाई प्रकोपको स्थितिमा काम गर्न खटाउनुअघि तिनीहरू योग्य तथा सक्षम हुनुका साथै सही तालीम प्राप्त तथा तत्पर छन् कि छैनन् भनी सुनिश्चित गर्नु पर्छ । प्रकोपसम्बन्धी टोलीहरू खटाउँदा निकायहरूले कर्मचारी तथा स्वयंसेवीमा महिला तथा पुरुषको सन्तुलन रहेको सुनिश्चित गर्न सक्नु पर्छ । कर्मचारीहरूले आफ्ना जिम्मेवारीहरू पूरा गर्न सक्छ भनी सुनिश्चित गर्न तिनलाई निरन्तर सहयोग तथा तालीम प्रदान गर्नु आवश्यक हुन्छ ।

३. **सबै कर्मचारीले** खटिनुपूर्व तथा कार्यस्थलमा पुगेपछि सुरक्षा तथा स्वास्थ्यसम्बन्धी उचित जानकारी प्राप्त गर्नु पर्छ । खटिनुपूर्व तिनीहरूले खोप तथा (आवश्यक भएका स्थानमा) औलो रोगनिरोधी औषधिहरू प्राप्त गर्नु पर्छ । कार्यस्थलमा पुगिसकेपछि तिनीहरूलाई सुरक्षासम्बन्धी खतरा कम पार्ने सूचना दिनुका साथै खाना तथा पानीसम्बन्धी सुरक्षा, एचआइभी/एड्स तथा अन्य संक्रामक रोगहरूको रोकथाम, चिकित्सकीय सहयोगको उपलब्धता, चिकित्सकीय कार्यका लागि स्थानान्तरण नीति तथा प्रक्रियाहरू, एवं कर्मीहरूको क्षतिपूर्तिबारे जानकारी गराइनु पर्छ ।

४. **विशेष प्रयासहरू** संस्थाका विभिन्न तहमा विविधताको सम्बर्द्धन गर्ने प्रयास थाल्नु पर्छ ।

५. **क्षमता विकास** भनेको दैवीप्रकोपपछिको पुनस्थापनासम्बन्धी चरणमा प्रष्ट उद्देश्यको रूपमा रहेको हुन्छ । यसलाई सकेसम्म, खासगरी लम्बिएको अवस्थामा प्रकोप/राहतकै चरणमा अपनाइनु पर्छ ।

परिशिष्ट १

सन्दर्भग्रन्थहरू

यहाँ उद्धृत अधिकाँश विवरण (डक्युमेन्ट)हरूका लागि कपीराइट अनुमति प्राप्त गरी विशेष स्फिअर लिङ्कः http:www.forcedmigration.orgमा संलग्न गर्न पाउँदा अक्सफोर्ड विश्वविद्यालयमा स्थित शरणार्थी अध्ययन केन्द्रको फोर्स्ट माइग्रेशन अनलाइन प्रोग्राम (Forced Migration Online Programme of the Reference Studies Centre at the University of Oxford) प्रति आभार प्रकट गर्दछौं ।

सहभागिता

ALNAP Global Study: *Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: Practitioner Handbook* (forthcoming). http://www.alnap.org

http://www.hapgeneva.org

लेखाजोखा तथा सहायता कार्य

UNHCR, *Handbook for Emergencies* (2000). http://www.unhcr.ch

Field Operations Guidelines for Assessment and Response (FOG, 1998). USAID. http://www.info.usaid.gov/ofda

Demographic Assessment Techniques in Complex Humanitarian *Emergencies: Summary of a Workshop* (2002). http://books.nap.edu/books/0309084970/html

Humanity Development Library: http://humaninfo.org

OCHA Humanitarian Information Centres:
http://www.humanitarianinfo.org

OCHA (1999), *Orientation Handbook on Complex Emergencies*. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. United Nations. New York.

Relief Web Humanitarian Library: http://www.reliefweb.int/library

Telford, J (1997), *Good Practice Review 5: Counting and Identification* of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its *Alternatives*. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

लक्ष्यीकरण

Humanitarian Ethics in Disaster and War. IFRC, 2003.
http://www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

International Food Policy Research Institute Training Material, Targeting: Principles and Practice.
http://www.reliefweb.int/training/ti1227.html

Vincent, M, Refslund Sorensen, B. (eds.) (2001), *Caught Between Borders, Response Strategies of the Internally Displaced.* Norwegian Refugee Council.

International Strategy for Disaster Reduction, *Countering Disasters, Targeting Vulnerability.* UN/ISDR, 2001. http://www.unisdr.org

अनुगमन तथा मूल्याङ्कन

ALNAP Annual Review (2001), *Humanitarian Action: Learning from Evaluation.* http://www.alnap.org

ALNAP Annual Review (2003), *Humanitarian Action: Improving* Monitoring to Enhance Accountability and Learning. http://www.alnap.org

Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex *Emergencies*, (1999). Overseas Economic Cooperation for Development (OECD). Paris. http://www.oecd.org/dac

Manual for the Evaluation of Humanitarian Aid. European Community Humanitarian Office Evaluation Unit, Brussels, 2002. http://europa.eu.int

कर्मचारी

The People in Aid Code of Good Practice in the Management and *Support of Aid Personnel 2003.* People in Aid. http://peopleinaid.org

बालबालिका

Action for the Rights of the Child (ARC). Save the Children Alliance and UNHCR, 1998.

Children Not Soldiers, Guidelines for Working with Child Soldiers and *Children Associated with Fighting Forces.* Save the Children.

Gosling, L and Edwards, M, *Toolkits – A Practical Guide to Planning, Monitoring, Evaluation and Impact Assessment.* Save the Children.

Inter-Agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children, *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children* (forthcoming).

अपाङ्गता

http://www.annenberg.nwu.edu/pubs/disada/

http://www.fema.gov/rrr/assistf.shtm

http://www.redcross.org/services/disaster/beprepared/disability.pdf

पर्यावरण

http://www.benfieldhrc.org/disastersstudies/projects/REA

Environmental assessment resources for small-scale activities: http://www.encapafrica.org

www.reliefweb.int/ochaunep

लिङ्ग

Beck, T and Stelcner, M (1996), *Guide to Gender-Sensitive Indicators*. Canadian International Development Agency (CIDA). Quebec.

Dugan, J, *Assessing the Opportunity for Sexual Violence against Women and Children in Refugee Camps.* Journal of Humanitarian Assistance, August 2000. http://www.jha.ac/articles

Enarson, E (2000), *Gender and Natural Disasters*, Working Paper, In Focus Programme on Crisis Response and Reconstruction. ILO.

FAO, *Gender in Emergencies Annex:* manuals, guidelines, major documents: http://www.fao.org

FAO/WFP (2003), *Passport to Mainstreaming a Gender Perspective in* Emergency Programmes.

Gender and Disaster Network: http://www.anglia.ac.uk

Gender and Humanitarian Assistance Resource Kit: http://www.reliefweb.int/library/GHARkit

UNHCR, *Guidelines on the Protection of Refugee Women.*

UNICEF (1999), *Mainstreaming Gender in Unstable Environments.* http://www.reliefweb.int/library

एचआइभी/एड्स

Holmes W (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care, and* Support Among Displaced and War-Affected Populations. *International Rescue Committee.* Kumarian Press, New York.

Inter-Agency Field Manual. Reproductive Health in Refugee *Situations.* UNHCR/WHO/UNFPA. Geneva, 1999.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) on HIV/AIDS in Emergency Settings. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings* (draft). IASC, 2003: 85. Geneva.

Family Health International (FHI) (2001), *HIV/AIDS Prevention and* Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design *and Management of Programs.* Virginia.

वृद्धवृद्धा

HelpAge International, *Older People in Disaster and HumanitarianCrises: Guidelines for Best Practice.* Available in English, French, Spanish and Portuguese. http://www.helpage.org

Madrid International Plan of Action on Ageing, Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002, A/CONF.197/9 Paragraphs 54-56. http://www.un.org

UNHCR, *Policy on Older Refugees* (as endorsed at the 17th Meeting of the Standing Committee February/March 2000). EC/50/SC/CRP.13

United Nations Principles for Older Persons. http://www.un.org

संरक्षण (सुरक्षा)

Agenda for Protection. UNHCR. Geneva, 2002.

Frohardt, M, Paul, D and Minear, L (1999), *Protecting Human Rights: The Challenge to Humanitarian Organisations.* Occasional Paper 35, Thomas J. Watson Jr. Institute for International Studies, Brown University.

Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action, Programmes and Practice Gathered from the *Field.* Inter-Agency Standing Committee, Geneva.

Protecting Refugees: A Field Guide for NGOs. UNHCR. Geneva, 1999
Strengthening Protection in War: A Search for Professonal Standards. ICRC. Geneva, 2001.

OCHA, *Protection of Civilians in Armed Conflict.*
http://www.reliefweb.int/ocha_ol/civilians/

टिपोट

टिपोट

टिपोट

अध्याय २ः पानी आपूर्ति, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनमा न्यूनतम मापदण्डहरु

यो अध्याय कसरी प्रयोग गर्ने

यस अध्यायलाई छ प्रमुख भागमा विभाजित गरिएको छः स्वास्थ्य प्रवर्द्धन, पानी आपूर्ति, मलमूत्र व्यवस्थापन, रोगवाहक (भेक्टर) नियन्त्रण, फोहोरमैला व्यवस्थापन तथा ढलनिकास । प्रत्येकमा निम्न कुरा समावेश छन्ः

- *न्यूनतम मापदण्डहरुः* यिनीहरुको प्रकृति गुणात्मक छ र यिनले जल तथा सरसफाइसम्बन्धी कार्यक्रमहरुको प्रावधानमा हासिल गर्नु पर्ने न्यूनतम स्तर निर्धारण गर्छ;

- *प्रमुख सूचकहरुः* यिनीहरु उक्त मापदण्ड हासिल भयो या भएन भन्ने 'संकेत' हुन् । यिनले कार्यक्रमहरुका साथै प्रयोग गरिएको प्रकृया वा विधिहरुले पारेको असर नाप्ने तथा सोबारे संचार गर्ने उपाय बताउँछन् । सूचकहरु गुणात्मक वा परिमाणात्मक हुन सक्छन्;

- *निर्देशक बुँदाहरुः* यिनमा भिन्न परिस्थितिमा मापदण्ड तथा सूचकहरु लागू गर्दा ध्यान दिनु पर्ने विशेष बुँदाहरुका साथै व्यावहारिक कठिनाइहरु समाधान गर्ने निर्देशन, तथा प्राथमिकताका सवालहरुबारे सल्लाह पनि समावेश छन् । यिनमा मापदण्ड वा सूचकहरुसँग सम्बन्धित महत्वपूर्ण विषयहरु पनि सामेल हुन सक्छन् र यिनले विद्यमान ज्ञान वा जानकारीमा देखा पर्ने दोधार, विरोधाभास वा अभावहरुबारे बयान गर्न सक्छन् ।

परिशिष्टहरुमा चयन गरिएका सन्दर्भग्रन्थहरु परेका छन् । यिनले यस अध्यायसँग सम्बन्धित सामान्य तथा विशिष्ट दुवैथरी प्राविधिक मुद्दाहरुबारे सूचना प्रदान गर्ने श्रोतहरुको जानकारी दिन्छन् ।

विषयसूची

परिचय ६७

१. स्वास्थ्य प्रवर्द्धन ७१

२. पानी आपूर्ति ७५

३. मलमूत्र व्यवस्थापन ८५

४. रोगवाहक (Vector) नियन्त्रण ९२

५. फोहोरमैला व्यवस्थापन १०१

६. ढलनिकास १०५

परिशिष्ट १ः पानी आपूर्ति तथा सरसफाइसम्बन्धी प्रारम्भिक आवश्यकताहरुको मूल्याङ्कन गर्ने रूजुसूची १०८

परिशिष्ट २ः संस्था तथा अन्य प्रयोगका लागि जलको न्यूनतम परिमाणका लागि योजनासम्बन्धी निर्देशिकाहरु ११२

परिशिष्ट ३ः प्रकोपको अवस्थामा सार्वजनिक स्थल तथा संस्थाहरुमा शौचालयहरुको न्यूनतम संख्या ११३

परिशिष्ट ४ः जल- तथा मलमूत्र-सम्बन्धित रोगहरु तथा संक्रमण हुने संयन्त्रहरु (माध्यमहरु) ११४

परिशिष्ट ५ः सन्दर्भग्रन्थहरु ११६

पानी आपूर्ति, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन

स्वास्थ्य प्रवर्द्धन

मापदण्ड १
कार्यक्रम तर्जुमा तथा कार्यान्वयन

पानी आपूर्ति

मापदण्ड १
पहुँच तथा पानीको परिमाण

मापदण्ड २
पानीको गुणस्तर

मापदण्ड ३
पानी प्रयोग गर्ने सुविधा तथा सामानहरू

मलमूत्र व्यवस्थापन

मापदण्ड १
शौचालय-सम्म पहुँच र तिनको संख्या

मापदण्ड २
शौचालयहरूको नक्शा, निर्माण तथा प्रयोग

रोगवाहक नियन्त्रण

मापदण्ड १
व्यक्तिगत तथा पारिवारिक संरक्षण

मापदण्ड २
भौतिक, वातावरणीय तथा रासायनिक संरक्षणका उपायहरू

मापदण्ड ३
रासायनिक नियन्त्रण सुरक्षा

फोहोरमैला व्यवस्थापन

मापदण्ड १
फोहोरमैला संकलन तथा व्यवस्थापन

ढल निकास

मापदण्ड १
ढलसम्बन्धी कार्य

परिशिष्ट १
पानी आपूर्ति तथा सरसफाइसम्बन्धी प्रारम्भिक आवश्यकताहरूको मूल्याङ्कन गर्ने रुजु सूची

परिशिष्ट २
संस्था तथा अन्य प्रयोगका लागि जलको न्यूनतम परिमाणका लागि योजनासम्बन्धी निर्देशिकाहरू

परिशिष्ट ३
संकटकालीन अवस्थामा सार्वजनिक स्थान तथा संस्थाहरूमा शौचालयहरूको न्यूनतम संख्याका लागि योजनासम्बन्धी निर्देशिकाहरू

परिशिष्ट ४
जल तथा मलमूत्रसम्बन्धित रोगहरू तथा संक्रमण हुने संयन्त्रहरू लागि योजनासम्बन्धी निर्देशिकाहरू

परिशिष्ट ५
सन्दर्भग्रन्थहरू

परिचय

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरुसँग सम्बन्ध

पानी, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू मानवतावादी घोषणापत्रमा अन्तर्निहित सिद्धान्त तथा अधिकारहरूको व्यावहारिक अभिव्यक्ति हो । मानवतावादी घोषणापत्र प्रकोप वा द्वन्द्वबाट प्रभावित हुने व्यक्तिहरूको जीवन तथा सम्मान कायम राख्ने सर्वाधिक आधारभूत आवश्यकताहरूसँग सरोकार राख्दछ । यी कुराहरू अन्तर्राष्ट्रिय मानव अधिकार, मानवीय तथा शरणार्थीसम्बन्धी कानूनमा प्रतिबिम्बित छन् ।

पानीमा सबैको हक छ । उक्त अधिकारलाई अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरूम मान्यता प्रदान गरिएको छ । साथै यसमा व्यक्तिगत तथा गार्हस्थ्य प्रयोगका लागि पर्याप्त, सुरक्षित, स्वीकार्य, भौतिक रूपले सुगम तथा धान्न सकिने पानीको व्यवस्थ गरिएको छ । निर्जलीकरणबाट हुने मृत्युको रोकथाम गर्न, जलउत्पन्न रोगको खतर घटाउन तथा पिउन (खपत गर्न), पकाउने, तथा व्यक्ति तथा घरेलु स्वास्थ्यसम्बन्धी आवश्यकताहरू पुर्ति गर्न पर्याप्त सुरक्षित पानीको आवश्यकता पर्छ ।

पानीको हक अभिन्न रूपमा अन्य मानव अधिकारहरूसंग सम्बन्धित छ । यसमा स्वास्थ्य, आवास तथा पर्याप्त खानाको अधिकार समेत समावेश छन् । त्यसैले यो मानव जीवनका लागि आवश्यक प्रत्याभूतिहरूको एक अंश हो । राज्य तथा गैरराज्य कर्मीहरूमा पानीको हक पूरा गर्नु पर्ने जिम्मेवारी नीहित छ । उदाहरणका लागि सशस्त्र द्वन्द्वका बेला खानेपानीका मुहानहरू तथा सिंचाइका निर्माणहरूमाथि आक्रमण गर्न, तिनलाई ध्वस्त पार्न, हटाउन वा अनुपयोगी बनाउन निषेध गरिएको छ ।

यस अध्यायमा उल्लिखित न्यूनतम मापदण्डहरू भने पानीको हकसम्बन्धी पूर्ण अभिव्यक्ति होइनन् । तर स्फिअर मापदण्डहरूले पानीको हकको मूल आत्मालाई

प्रतिबिम्बित गर्नुका साथै उक्त हकलाई विश्वव्यापी रूपमा गतिशील ढंगले स्थापित गर्न सघाउँछन् ।

प्रकोपमा पानी आपूर्ति, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनको महत्व

प्रकोपका प्रारम्भिक चरणमा पानी तथा सरसफाइ बाँच्नका लागि महत्वपूर्ण निर्धारक तत्व हुन् । प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरू प्रायः रोग लाग्ने वा रोगबाट मृत्यु हुने खतरा बढी हुन्छ । उक्त कुरा धेरै हदसम्म अपर्याप्त सरसफाइ, अपर्याप्त जल आपूर्ति तथा खराब स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित छन् । यीमध्ये सबैभन्दा महत्वपूर्ण रोग झाडापखाला तथा दिसाको कारण र मुखको माध्यमबाट फैलने संक्रामक रोगहरू हुन् (परिशिष्ट ४ हेर्नुहोस्) । अन्य जल-उत्पन्न तथा सरसफाइसम्बन्धी रोगहरू फोहोरमैला तथा पानीसँग सम्बन्धित रोगवाहकहरूले फिंजाउँछन् ।

प्रकोपको बेला जल आपूर्ति तथा सरसफाइ कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य असल स्वास्थ्य अभ्यासको प्रवर्द्धन, रोगवाहकको जानकारी, सुरक्षित खानेपानीको प्रावधान तथा वातावरणीय स्वास्थ्य खतराहरूको न्यूनीकरण एवं मानिसलाई सुस्वास्थ्य, सम्मान, आराम तथा सुरक्षासाथ बाँच्न दिने स्थितिहरू श्रृजना गरेर दिसा तथा मुखको माध्यमबाट हुने रोगहरूको संक्रमणलाई कम पार्नु हो । स्फिअरमा 'सरसफाइ' भन्ने शब्दले मलमूत्र व्यवस्थापन, रोगवाहिनी नियन्त्रण, फौहोरमैला व्यवस्थापन तथा ढलनिकासलाई जनाउँछ ।

सामान्यतया पर्याप्त पानी तथा सरसफाइका सुविधा पुऱ्याएर मात्रै तिनको अधिकतम प्रयोग वा जनस्वास्थ्यमा प्रभाव पार्ने कुरा सुनिश्चित गर्न सकिंदैन । कुनै सहायता कार्यक्रमबाट अधिकतम लाभ लिनका लागि प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूलाई जल-उत्पन्न तथा सरसफाइसम्बन्धी रोगको रोकथाम गर्ने, एवं ती सुविधाहरूको तयारी तथा सम्भारमा आफ्नो संलग्नता संचालन गर्नेबारे आवश्यक जानकारी, ज्ञान तथा समझदारी छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्ने कुरा टड्कारो छ ।

प्रकोपका अधिकाँश परिस्थितिमा पानी संकलन गर्ने जिम्मेवारी महिला तथा बालबालिकाको काँधमा पर्छ । सामुदायिक पानी तथा सरसफाइसम्बन्धी सुविधाहरू प्रयोग गर्दा, जस्तै शरणार्थी वा विस्थापित अवस्थामा, महिला तथा किशोरीहरूलाई यौनजन्य हिंसा वा शोषणको खतरा हुन सक्छ । यी खतराहरू न्यून पार्न (घटाउन) तथा राम्रो गुणस्तरीय कार्यक्रम सुनिश्चित गर्न सम्भव भएसम्म पानी आपूर्ति तथा सरसफाइ कार्यक्रमहरूमा महिला सहभागितालाई प्रोत्साहन गर्नु आवश्यक छ । योजना निर्माण, निर्णय प्रकृया तथा स्थानीय व्यवस्थापनमा महिला तथा पुरुषको समान सहभागिताले सम्पूर्ण प्रभावित जनतालाई पानी आपूर्ति तथा सरसफाइ सेवाहरू सुरक्षित तथा सुगमतापूर्वक उपलब्ध गराउन र उक्त सेवाहरू समान तथा उपयुक्त छन् भनी यकिन गर्न मद्दत पुग्नेछ ।

अन्य अध्यायसँग सम्बन्ध

अन्य क्षेत्रसम्बन्धी अध्यायमा उल्लिखित अधिकाँश मापदण्डहरू यस अध्यायका लागि पनि सान्दर्भिक छन् । एक क्षेत्रमा मापदण्डहरू हासिल गर्न भएका प्रगतिले अन्य क्षेत्रमा हुने प्रगतिलाई प्रभावित र अझ निर्धारितसमेत गर्छ । कुनै कार्यक्रम प्रभावकारी हुनका लागि अन्य क्षेत्रसँग समन्वय तथा संयोजन हुनु आवश्यक छ । आवश्यकताहरू पूरा गरिएका, प्रयासहरू नदोहोरिएका र पानीको गुणस्तर तथा सरसफाइसम्बन्धी कार्यक्रमहरू अधिकतम गरिएका छन् भनी सुनिश्चित गर्न स्थानीय निकाय तथा कार्यक्रम संचालन गर्ने अन्य निकायहरूसँग समन्वय गर्नु पनि अत्यावश्यक छ ।

उदाहरणका लागि, पोषणसम्बन्धी मापदण्डहरू पूरा नगरिएका अवस्थामा पानी तथा सरसफाइको मापदण्ड सुधार्नु झन आवश्यक हुन्छ । किनभने मानिसहरूलाई रोग लाग्ने खतरा उत्तिकै बढेको हुन सक्छ । सोही कुरा एचआइभी/एड्सको उच्च दर भएको वा वृद्ध वा अपाङ्ग व्यक्तिहरूको ठूलो अनुपातमा रहेको स्थानमा पनि लागू हुन्छ । परिस्थितिको विकाससँगै क्षेत्रहरूबीच सही सूचना आदानप्रदान गरिएको आधारमा प्राथमिकताहरू निर्धारण गरिनु पर्छ । अन्य प्राविधिक अध्यायमा आवश्यकतानुसार विशिष्ट मापदण्ड वा निर्देशक बुँदाहरू उल्लेख गरिएका छन् ।

सबै क्षेत्रका लागि साझा मापदण्डहरुसँग सम्बन्ध

कुनै हस्तक्षेप विकसित र कार्यान्वयन हुने प्रकृया सोको प्रभावकारिताका लागि महत्वपूर्ण हुन्छ । यस अध्याय सबै क्षेत्रका लागि साझा मापदण्डहरूसँग समन्वय गरी प्रयोग हुनु पर्छ । यसमा सहभागिता, प्रारम्भिक मूल्याङ्कन, सहायता कार्य, लक्ष्यीकरण, अनुगमन, मूल्याङ्कन, सहयोगकर्मीको क्षमता तथा जिम्मेवारीहरू, एवं कर्मचारीहरूको सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन र तिनलाई सहयोग भन्ने विषयहरू पर्छन् (अध्याय १, पृष्ठ २७ हेर्नुहोस्) । खासगरी कुनै पनि सहायता कार्यमा तल उल्लिखित संकटाभिमुखी समूहलगायतका प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूको सहभागिता अधिकतम मात्रामा गराउनु पर्छ । यसले उपयुक्तता तथा गुणस्तर सुनिश्चित गर्न सहयोग पुऱ्याउँछ ।

प्रकोपबाट प्रभावित जनताका खतरा तथा क्षमताहरु

प्रकोपको समयमा अधिकतम खतरामा पर्ने समूहहरूमा महिला, बालबालिका, वृद्ध, अपाङ्ग, एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरू हुन् । कतिपय प्रसङ्गमा मानिसहरूले जातीय उत्पति, धार्मिक वा राजनितिक सम्बन्धन, वा विस्थापनका कारणले पनि खतरा झेल्नु पर्ने हुन्छ । यो चाहिं सम्पूर्ण सूची होइन तर यसमा सर्वाधिक पहिचान गरिएकाहरू परेका छन् । विशेषखालका खतराहरूले मानिसहरूको संकटको सामना गर्ने र बाँच्ने क्षमतालाई प्रभावित गर्छ । प्रत्येक सन्दर्भमा सर्वाधिक खतरा झेल्ने व्यक्तिहरूको पहिचान हुनु पर्छ ।

यस हातेपुस्तिकाभरि नै 'संकटाभिमुखी समूह' भन्ने शब्दावलीले यी सबै समूहलाई जनाउँछन् । कुनै एक समूह खतरामा पर्दा अरू पनि प्रभावित हुने डर हुन्छ । तसर्थ संकटाभिमुखी समूहको उल्लेख हुनासाथ प्रयोगकर्ताहरूलाई यहाँ सूचीमा परेका सबैमाथि विचार पुऱ्याउन जोडदार आग्रह गरिन्छ । सबै प्रभावित समूहलाई बिना भेदभाव तथा विशेष आवश्यकतानुसार संरक्षण तथा सहयोग प्रदान गर्न विशेष ध्यान दिनु पर्छ । तर प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूसँग स्वयं समस्याको सामना गर्ने सीप तथा क्षमता हुन्छन् वा तिनले सिक्छन् भन्ने कुरा बुझी त्यसलाई मान्यता तथा समर्थन प्रदान गर्नु पर्छ ।

१ स्वास्थ्य प्रवर्द्धन

कुनै पनि पानी तथा सरसफाइसम्बन्धी कार्यक्रमको उद्देश्य स्वास्थ्य संरक्षण गर्नका लागि स्तरीय व्यक्तिगत तथा वातावरणीय स्वास्थ्यको सम्बर्द्धन गर्नु हो । यहाँ स्वास्थ्य प्रवर्द्धनको परिभाषा जनताका ज्ञान, व्यवहार तथा श्रोत तथा निकायको ज्ञान तथा श्रोतहरुको सम्मिश्रण भनी गरिएको छ । यी दुवै मिलेर खतरायुक्त स्वास्थ्य व्यवहारबाट बच्न मद्दत गर्छन् । यसका तीन प्रमुख कारकहरु छन् १) सूचना तथा जानकारीको परस्पर आदानप्रदान, २) समुदायहरुको परिचालन तथा ३) अत्यावश्यक सामाग्री तथा सुविधाहरुको प्रावधान । प्रभावकारी स्वास्थ्य प्रवर्द्धन प्रमुख स्वास्थ्य समस्याहरुको पहिचान गर्न तथा सुविधाहरुको अधिकतम प्रयोग र जनस्वास्थ्यमा अधिकतम प्रभाव सुनिश्चित गर्ने स्वास्थ्य अभ्यासहरु प्रवर्द्धन गर्ने कार्यक्रम निर्माण, कार्यान्वयन तथा अनुगमन गर्न निकाय तथा प्रभावित समुदायबीच परस्पर सूचनाको आदानप्रदान गर्ने कुरामाथि भर पर्छ । खासगरी प्रकोपका समयमा समुदायको परिचालन हुनु महत्वपूर्ण हुन्छ । किनभने सन्देशहरुको प्रचारप्रसार गर्ने कुरामा भन्दा मानिसहरुले आफ्नो स्वास्थ्यको संरक्षण गर्न तथा प्रदान गरिएका सुविधा तथा सेवाहरुको राम्रो प्रयोगको लागि सक्रिय होउन् भन्ने कुरामा जोड दिइनु पर्छ । स्वास्थ्य प्रवर्द्धन भनेको राम्रो सरसफाइ तथा जल आपूर्तिहरुको विकल्प होइन भन्ने कुरामाथि जोड दिइनु पर्छ किनकि ती असल स्वास्थ्यका लागि आधारभूत तत्व मात्र हुन् ।

स्वास्थ्य प्रवर्द्धन यस अध्यायभित्रका सबै मापदण्डहरुका लागि अभिन्न अङ्गको रुपमा रहेको छ । यहाँ यसको प्रस्तुति सम्बन्धित सूचकसँगै एक प्रबल मापदण्डको रुपमा गरिएको छ । थप विशिष्ट सूचकहरु पानी आपूर्ति, मलमूत्र व्यवस्थापन, रोगवाहक नियन्त्रण, फोहोरमैला व्यवस्थापन तथा ढल निकासका लागि उल्लिखित प्रत्येक सूचककमा दिइएको छ ।

स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी मापदण्ड १: कार्यक्रम तर्जुमा तथा कार्यान्वयन

प्रदान गरिएका सबै सुविधा तथा श्रोतहरूले प्रभावित व्यक्तिहरूका खतरा, आवश्यकता तथा प्राथमिकताहरूलाई प्रतिबिम्बित गर्छन्। प्रयोगकर्ताहरूलाई उपयुक्त भएको ठाउँमा स्वास्थ्य सुविधाहरूको व्यवस्थापन तथा सम्भारमा संलग्न गराइन्छ।

प्रमुख सूचकांकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- जनस्वास्थ्यको महत्वका स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रमुख खतराहरू पहिचान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।

- कार्यक्रमहरूमा सबै प्रयोगकर्ताहरूबाट प्रतिनिधिमूलक तथा सहभागितामूलक प्रदेय (input)का लागि प्रभावकारी संयन्त्र समावेश गरिन्छ। यसमा सुविधाहरूका प्रारम्भिक योजना पनि पर्दछन् (निर्देशक बुँदा २, ३ र ५ हेर्नुहोस्)।

- जनसमुदायका सबै समूहको प्रवर्द्धन गरिएका स्वास्थ्यसम्बन्धी व्यवहार (अभ्यास)हरू कायम राख्न वा हासिल गर्न आवश्यक हुने श्रोत वा सुविधाहरूमा समान पहुँच हुन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्)।

- स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी सन्देश तथा कृयाकलापहरूले प्रमुख व्यवहार तथा गलत धारणाहरूलाई सम्बोधन गर्नुका साथै सबै प्रयोगकर्ता समूहका लागि लक्षित गरिएका हुन्छन्। यी समूहका प्रतिनिधिहरूले योजना निर्माण, प्रशिक्षण, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनमा भाग लिन्छन् (निर्देशक बुँदा १, ३ र ४ तथा पृष्ठ २८ को सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्)।

- प्रयोगकर्ताहरूले उपयुक्त भएअनुसार सुविधाहरूको व्यवस्थापन तथा सम्भार गर्ने जिम्मेवारी लिन्छन् र विभिन्न समूहले समान रूपमा योगदान गर्छन् (निर्देशक बुँदा ५-६ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **आवश्यकताहरु निर्धारण गर्नेः** सम्बोधन गर्नु पर्ने स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रमुख व्यवहारहरू तथा प्रवर्द्धनात्मक कृयाकलापको सम्भावित सफलताको पहिचान गर्नको निम्ति मूल्याङ्कनको आवश्यकता पर्छ। यसका प्रमुख खतराहरू मलमूत्र व्यवस्थापन, शौचालयहरूको प्रयोग तथा सम्भार, साबुन अथवा अन्य वस्तुले हात धुने चलनको अभाव, पानीको अस्वस्थकर संकलन तथा भण्डारण, तथा खाद्यान्नको अस्वस्थकर भण्डारण तथा खाना बनाउनेमाथि केन्द्रित हुने सम्भावना छ। सन्देशहरू सान्दर्भिक तथा व्यावहारिक होउन् भन्नाका लागि मूल्याङ्कनले जनसमुदायलाई उपलब्ध श्रोतहरूका साथै स्थानीय व्यवहार, ज्ञान तथा अभ्यासहरूलाई हेर्नु पर्छ। यसले संकटाभिमुखी समूहका आवश्यकताहरूमाथि विशेष ध्यान पुऱ्याउनु पर्छ। कुनै समूहसँग सम्पर्क गर्न सम्भव नभए सो कुरा मूल्याङ्कन प्रतिवेदनमा प्रष्ट उल्लेख हुनुका साथै यस कुरामा यथाशक्य छिटो ध्यान दिु पर्छ (सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड, पृष्ठ ३४ तथा परिशिष्ट १ मा मूल्याङ्कन जाँच सूची हेर्नुहोस्)।

२. **जिम्मेवारीहरु बाँड्नेः** स्वास्थ्यसम्बन्धी व्यवहारको अन्तिम जिम्मेवारी प्रभावित जनसुमदायका सबै सदस्यमा रहन्छ। प्रकोपसम्बन्धी कार्यक्रम गर्ने सबै कर्मीले ज्ञान तथा सुविधाहरू दुवै सुगम छन् भनी सुनिश्चित गरी स्वस्थ व्यवहार गराउन काम गर्नुका साथै सो कुरा हासिल भएको देखाउन सक्षम हुनु पर्छ। यस प्रकृयाको अंशको रूपमा प्रभावित जनतामध्येका संकटाभिमुखी समूहहरूले खतरायुक्त चालचलन तथा परिस्थितिहरूको पहिचान गर्ने काममा भाग लिनुका साथै यी खतराहरू देखिने गरी घटाउने जिम्मा लिनु पर्छ। सो कुरा प्रवर्द्धनात्मक कृयाकलाप, तालीम तथा साँस्कृतिक रूपमा मान्य तथा लाभान्वित हुनेहरूमाथि बढी भार नपार्ने कृयाकलापहरूमा आधारित बानीव्यवहार परिवर्तनलाई सहज बनाई हासिल गर्न सकिन्छ।

३. **जनसुमदायका सबै भागलाई छुनेः** स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी कार्यक्रमहरू जनताका सबै समूहलाई राखी त्यस्ता सहजकर्ताहरूद्वारा चलाउनु पर्छ। यसले विभिन्न समूहमा पुगी तिनीहरूसँग सहकार्य गर्न सक्छन् (जस्तै कतिपय संस्कृतिमा अपरिचित पुरुषहरूसँग महिलाहरूले कुरा गर्नु मान्य हुँदैन)। सामाग्रीहरू निरक्षर जनताहरूसम्म

सन्देश पुग्ने गरी बनाइनु पर्छ। साँस्कृतिक रूपले उपयुक्त सहभागितामूलक सामाग्री तथा विधिहरूले समूहहरूलाई आफ्नै स्वास्थ्य सुधारका कार्यक्रमहरूबारे योजना बनाउन तथा अनुगमन गर्न महत्वपूर्ण अवसरहरू प्रदान गर्छन्। मोटामोटी निर्देशनको रूपमा कुनै शिविरमा लक्षित प्रति १,००० सदस्यका लागि दुईजना स्वास्थ्य प्रवर्द्धक/सामुदायिक परिचालकहरू हुनु पर्छ। स्वास्थ्यसम्बन्धी सामाग्रीबारे सूचना प्राप्त गर्नका लागि पृष्ठ २८० मा अखाद्य सामाग्रीसम्बन्धी मापदण्ड २ हेर्नुहोस्।

४. **प्राथमिकताअनुसारका स्वास्थ्यसम्बन्धी खतरा तथा व्यवहारलाई लक्षित गर्नेः** स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा संचारसम्बन्धी रणनीतिका उद्देश्यहरूको प्रष्ट परिभाषा तथा प्राथमिकीकरण हुनु पर्छ। विभिन्न समूहका स्वास्थ्यसम्बन्धी खतरा, कार्य तथा जिम्मेवारीहरूको मूल्याङ्कनबाट प्राप्त ज्ञान वा समझदारीलाई सहयोगसम्बन्धी योजना बनाउन तथा प्राथमिकता निर्धारण गर्न प्रयोग गर्नु पर्छ। यसले गलत धारणाहरूलाई दूर गर्न सहयोग गर्छ (जस्तै एचआइभी/एड्स कसरी सर्छ) र मानवसेवी कर्मी तथा प्रभावित जनताबीच उपयुक्त सूचना प्रवाह भएको र लक्षित गरिएको हुनु पर्छ।

५. **सुविधाहरु व्यवस्थापन गर्नेः** सम्भव भएसम्म विभिन्न उपभोक्ता समूहका प्रतिनिधिहरू रहेको पानी तथा/वा सरसफाइ समितिहरू बनाउनु राम्रो काम हो। यस्ता समितिका आधा सदस्य महिला हुनु पर्छ। यी समितिको उद्देश्य पानी वितरण केन्द्र (स्थल), सार्वजनिक शौचालय तथा लुगा आदि धुने क्षेत्रजस्ता सामुदायिक सुविधाहरू व्यवस्थित गर्नु, स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्ने कृयाकलापहरूमा संलग्न हुनु तथा प्रतिनिधित्व सुनिश्चित गर्ने र दीगोपना प्रवर्द्धन गर्ने संयन्त्रको रूपमा काम पनि गर्नु हो।

६. **अत्यधिक भारः** कुनै पनि समूहलाई स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्ने कृयाकलाप वा सुविधाहरूको व्यवस्थापन गर्ने बढी जिम्मेवारी दिइएको छैन र हरेक समूहले बराबर प्रभाव पार्न र लाभ उठाउन (जस्तै तालीम लिन) सक्छ भनी सुनिश्चित गर्नु आवश्यक छ। सबै समूहको मात्र हैन, महिला वा पुरुषका पनि उस्तै आवश्यकता तथा अभिरुचि हुँदैनन्। महिलाको सहभागिताले पुरुष वा जनसमूहका जिम्मेवारी नलिने अन्य समूहलाई उछिन्नु हुन्न भनी बुझ्नु पर्छ।

२ पानी आपूर्ति

पानी - जीवन, स्वास्थ्य तथा मानव सम्मानका लागि अत्यावश्यक हो । विषम परिस्थितिमा आधारभूत आवश्यकताहरु पूरा गर्नका लागि पर्याप्त पानी नहुन सक्छ भने यस्ता अवस्थामा जीवन धान्नसम्मका लागि सुरक्षित खानेपानी आपूर्ति गर्नु निकै महत्वपूर्ण हुन्छ । धेरैजसो अवस्थामा प्रमुख स्वास्थ्य समस्या अपर्याप्त पानी तथा प्रदूषित पानीको उपभोगबाट उत्पन्न खराब स्वास्थ्यका कारणले हुन्छन् ।

पानी आपूर्तिसम्बन्धी मापदण्ड १:
पहुँच तथा पानीको परिमाण

सबै व्यक्तिको पिउन, खाना पकाउन, तथा व्यक्तिगत र गार्हस्थ प्रयोगका लागि पर्याप्त पानीमा सुरक्षित तथा समान पहुँच हुनु पर्छ। सार्वजनिक धाराहरू पानीसम्बन्धी न्यूनतम आवश्यकता पूरा गर्न समर्थ हुने गरी घरपरिवारको सक्दो नजिक रहनु पर्छ।

प्रमुख सूचकांकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- कुनै पनि घरपरिवारमा पिउन, खाना पकाउन, तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्यका लागि औसतमा कम्तीमा १५ लीटर पानी प्रति व्यक्ति प्रति दिन प्रयोग गरिन्छ। (निर्देशक बुँदा १-८ हेर्नुहोस्) ।

- कुनै पनि घरपरिवारबाट निकटतम धाराको अधिकतम दूरी ५०० मीटर छ (निर्देशक बुँदा १, २, ५ तथा ८ हेर्नुहोस्) ।

- पानीको श्रोत (धारा)मा लाम लाग्ने समय १५ मिनेटभन्दा बढी हुने छैन (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

- २० लीटरको भाँडोमा पानी भर्न तीन मिनेटभन्दा बढी लाग्दैन (निर्देशक बुँदा ७-८ हेर्नुहोस्) ।

- पानीका श्रोत तथा वितरण प्रणालीहरूबाट निरन्तर वा नियमित रूपमा पर्याप्त पानी पाउने गरी सम्भार गरिन्छन् (निर्देशक बुँदा २-८ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **आवश्यकताहरुः** घरेलु प्रयोगका लागि चाहिने पानीको परिमाण हावापानी, सरसफाइका उपलब्ध सुविधाहरू, मानिसहरूका सामान्य व्यवहार, तिनका धार्मिक तथा सांस्कृतिक चालचलन, तिनले पकाउने खाना, तिनले लाउने लुगा, आदि इत्यादिका अनुसार थरीथरी हुन सक्छन् । पानीको श्रोत आवासको जति नजीक हुन्छ त्यत्तिकै पानीको खपत बढ्छ ।

बाँच्नका लागि पानीको आधारभूत आवश्यकतासम्बन्धी सरलीकृत तालिका		
बाँच्नका लागि आवश्यकता: पानीको प्रयोग (पिउन तथा खानामा)	२.५-३ लीटर प्रति दिन	हावापानी तथा व्यक्तिगत शारीरिक संरचनामा भर पर्छ
आधारभूत स्वास्थ्यसम्बन्धी व्यवहारहरू	२-६ लीटर प्रति दिन	सामाजिक तथा साँस्कृतिक मान्यतामा भर पर्छ
खाना पकाउनका लागि आधारभूत आवश्यकताहरू	३-६ लीटर प्रति दिन	खानाको प्रकार, सामाजिक तथा साँस्कृतिक मान्यतामा भर पर्छ
पानीसम्बन्धी कुल आधारभूत आवश्यकताहरू	७.५-१५ लीटर प्रति दिन	

संस्था तथा अन्य प्रयोगका लागि चाहिने न्यूनतम पानीका मात्रासम्बन्धी निर्देशनका लागि परिशिष्ट २ हेर्नुहोस् ।

२. **पानीको श्रोतको छनौटः** यसका लागि ध्यान राख्नु पर्ने कुराहरू यी हुन् - पानीको पर्याप्त मात्रामा उपलब्धता तथा निरन्तरता; पानी सफा राख्न उपचार गर्नु पर्छ वा पर्दैन र परे सोको सम्भाव्यता; श्रोत विकास गर्न समय, प्रविधि वा रकमको उपलब्धता; प्रभावित जनसमुदायबाट श्रोतको निकटता; र श्रोतसम्बन्धी कुनै विद्यमान सामाजिक, राजनीतिक वा कानूनी तत्वहरू। सामान्यतया थोरै उपचार गरे पुग्ने हुँदा जमीनमुनिको पानी ग्राह्य हुन्छ। त्यस्तै खासगरी तान्न नपर्ने मुहानबाट बगेको पानीलाई बढी ग्राह्यता दिइन्छ। संकटका प्रारम्भिक चरणमा प्रायः विभिन्न विधि तथा श्रोतको संयोजन गर्नु आवश्यक हुन्छ। बढी प्रयोग रोक्नका लागि सबै श्रोतको नियमित अनुगमन हुनु पर्छ।

३. **मापनः** पानी वितरण गर्ने सञ्जाल प्रणालीमा तानिएको पानीको परिमाण अथवा हातले चलाइने धारा चलेको समय मात्र नापेर व्यक्तिले खपत गरेको पानीको सही संकेत पाइँदैन। घरपरिवारको सर्वेक्षण, निरीक्षण तथा सामुदायिक छलफल समूहहरू पानीको उपयोग तथा खपतबारे तथ्याङ्क संकलन गर्ने बढी प्रभावकारी तरीका हुन्।

४. **गुणस्तर तथा परिमाण** कतिपय संकटकालीन अवस्थामा जलउत्पन्न रोगको संक्रमण प्रदूषित पानीको आपूर्तिजति नै व्यक्तिगत तथा घरेलु प्रयोगका लागि अपर्याप्त पानीले गर्दा हुँदो रहेछ। गुणस्तर तथा परिमाण दुवैका न्यूनतम मापदण्ड पूरा नहुञ्जेलसम्म, गुणस्तरीय पानी अपर्याप्त बाँड्नुको सट्टा मध्यमखाले पानी भए पनि पर्याप्त मात्रामा समान पहुँच हुने गरी वितरण कार्यलाई प्राथमिकता दिनु पर्छ। एचआइभी/एड्सबाट संक्रमित मानिसहरूलाई पिउन तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्यका लागि थप पानी आवश्यक पर्छ भन्ने कुरा बुझ्नु पर्छ। गाईवस्तु तथा फसलका लागि पानीको आवश्यकता पूरा गर्न खास ध्यान दिइनु पर्छ, विशेषगरी सुख्खाको अवस्थामा किनकि पानीमै जीवन र जीविका भर पर्दछ।

५. **व्यापकताः** सहायता कार्यको प्रारम्भिक चरणमा पहिलो प्राथमिकता सबै प्रभावित व्यक्तिका बाँच्नको निम्ति तत्काल चाहिने आवश्यकताहरू पूरा गर्नु हो। प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूलाई रोग लाग्ने खतरा निकै बढी हुन्छ। तसर्थ प्रभावित वा स्थानीय जनताको भन्दा उच्चतर मानक भए पनि सूचक पूरा

गर्नु पर्छ । त्यस्तो अवस्थामा निकायहरूले द्वेष बढ्न नदिनका लागि स्थानीय जनसमुदायको पानी तथा सरसफाइका सुविधाहरूको स्तर उकास्ने कार्यक्रमहरूको योजना बनाउनु पर्ने सुझाव दिइन्छ ।

६. **पानीको श्रोतपिच्छे मानिसहरुको अधिकतम संख्याः** श्रोतपिच्छे मानिसहरूको संख्या हरेक श्रोतमा आउने तथा उपलब्ध हुने पानीमा भर पर्छ । उदाहरणका लागि, धाराहरू प्रायः दिनको निश्चित समयमा मात्र आउँछन् । यदि पानी रसाउने दर न्यून भएमा हातले चल्ने धारा र कुवाँहरूले निरन्तर पानी नदिन सक्छ । (निरन्तर पानी कतिबेर उपलब्ध हुन्छ सोबारेका) मोटामोटी निर्देशन निम्नानुसार छन्:

प्रति धारा २५० व्यक्ति	७.५ लीटर/मिनेटको दरले हुने पानीको बहावको आधारमा
प्रति हातेधारा ५०० व्यक्ति	१६.६ ली/मिको दरले हुने पानीको बहावको आधारमा
एक्लो प्रयोग हुने प्रति खुला कुवाँ ४०० व्यक्ति	१२.५ ली/मिको दरले हुने पानीको बहावको आधारमा

यी निर्देशनहरूले प्रति दिन औसत आठ घण्टाका लागि मात्र पानी वितरण केन्द्र उपलब्ध हुन्छ भन्ने अनुमान गरेका छन् । यदि यसभन्दा बढी पहुँच भएमा मानिसहरूले प्रतिदिनको न्यूनतम आवश्यकता १५ लीटरभन्दा बढी पानी संकलन गर्न सक्छन् । यी लक्ष्यहरू सावधानीसाथ प्रयोग गरिनु पर्छ किनभने सो पूरा गर्दैमा पानीको न्यूनतम मात्रा वा समान पहुँचको प्रत्याभूति अपरिहार्य रूपमा दिन सक्दैन ।

७. **लाम लाग्ने समयः** लाम लाग्न बढी समय लाग्नु भनेको अपर्याप्त पानी उपलब्ध भएको सूचक हो (अथवा पानी वितरण केन्द्रको कम संख्या अथवा तिनले छोड्ने कम पानीले गर्दा) । बढी लाममा बस्नु पर्दाका सम्भावित नकारात्मक परिणाम यी हुन्: १) प्रति व्यक्ति पानीको खपतमा कमी; २) असुरक्षित सतही श्रोतहरूबाट बढी खपत; तथा ३) जीवन धान्न अन्य आवश्यक काममा लाग्नु परेकोले पानी संकलनकर्ताहरूसँग समयको कमी ।

८. **पहुँच तथा समानताः** न्यूनतम आवश्यकता पूरा गर्न पर्याप्त पानी उपलब्ध भए पनि सबै समूहका लागि समान पहुँच सुनिश्चित गर्न थप कदम चाल्नु पर्छ। उमेर वा जातीयताको भेदभाव नगरी सबैका लागि सुगम वा पहुँच हुने क्षेत्रमा पानीका धारा (श्रोत)हरू स्थापित हुनु पर्छ। एचआइभी/एड्स संक्रमित, वृद्ध तथा अपाङ्ग एवं बालबालिकाको प्रयोगका लागि केही हातले पानी तान्ने धारा तथा पानी बोक्ने भाँडा तयार पार्नु वा अपनाउनु पर्छ। शहरी अवस्थामा शौचालयहरूको प्रयोग भएको सुनिश्चित गर्न व्यक्तिका घरहरूमा पानी आपूर्ति गर्न आवश्यक हुन सक्छ। पानीको परिमाण किटेर दिन वा तोकिएका समयमा मात्र तानिने अवस्थामा सो सम्बन्धमा उपभोक्ताहरूसँग सम्पर्क गरी योजना बनाउनु पर्छ। पानी संकलन गर्ने जिम्मा भएका महिला तथा अन्य व्यक्तिका लागि सुविधाजनक तथा सुरक्षित समय तोकिनु पर्छ र सबै उपभोक्तालाई पानी कहिले र कहाँ उपलब्ध हुन्छ भनी पूर्ण सूचना दिइनु पर्छ।

पानी आपूर्तिको मापदण्ड २. पानीको गुणस्तर

पानी स्वादिष्ट र पिउनयोग्य गुणस्तरको छ तथा स्वास्थ्यलाई खासै खतरा नहुने गरी व्यक्तिगत तथा घरेलु स्वास्थ्यका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- सरसफाइसम्बन्धी सर्वेक्षणले मलमूत्रबाट प्रदूषण हुने खतरा कम रहेको संकेत गर्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।
- पानी वितरण हुने बिन्दुमा प्रति १०० मिलि पानीमा दिसापिसाबबाट उत्पन्न हुने कुनै कोलिफर्म (शूलजस्तो पेटको गडबडी वा विकार गराउने जीवाणु) छैन (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्)।
- मानिसहरू अन्य सजिलै पाइने पानीका श्रोतबाट प्राप्त पानीभन्दा सुरक्षित वा उपचार गरिएको श्रोतबाट पानी पिउन रुचाउँछन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्)।

- पानी संकलनपछिको प्रदूषण घटाउने कदमहरू चालिएका छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- धारा (पाइप), वा अन्य श्रोतबाट आउने पानीको हकमा खतराको अवस्थामा अथवा झाडापखाला चलेको बेलामा पानीलाई कीटाणुनाशक औषधि प्रयोग गरी सफा गरिन्छ । यसले गर्दा धारामा प्रति लिटर ०.५ मिलिग्राम क्लोरिन थेग्रिन पाउँदैन । साथै धमिलोपन ५ एनटीयुभन्दा कम रहन्छ (निर्देशक बुँदा ५, ७ र ८ हेर्नुहोस्) ।

- रासायनिक (सफाइ गर्न प्रयोग गरिएका रसायनहरूको रहलपहल वा अवशेष) वा रेडियोधर्मी श्रोतहरूबाट प्रदूषित पानीको अल्पकालीन प्रयोगले स्वास्थ्यसम्बन्धी कुनै नकारात्मक असर देखिएको छैन र मूल्याङ्कनले त्यस्तो दुष्प्रभावको कुनै बलियो सम्भावना नरहेको देखाउँछ (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **सरसफाइसम्बन्धी सर्वेक्षण** भनेको जनस्वास्थ्यलाई खतरा उत्पन्न गर्ने अवस्था तथा बानीव्याहोराहरूको मूल्याङ्कन हो । उक्त मूल्याङ्कनले पानीको श्रोत, ओसारपसार तथा घरका साथै दिसापिसाब गर्ने चलन, ढल निकास तथा फोहोरमैला व्यवस्थापनका दौरान पानीको प्रदूषण हुने सम्भावित कारणहरूबारे बुझ्नु पर्छ । समुदायको नक्शाङ्कन (म्यापिङ्ग) जनस्वास्थ्यसम्बन्धी खतरा कहाँ छन् भनी पहिचान गर्ने र तत्पश्चात यी खतरालाई घटाउने उपायहरू पत्ता लगाउने काममा समुदायलाई लगाउने विशेषरूपले प्रभावकारी तरीका हो । मानिसको दिसापिसाप जतिकै जनावरको मल हानिकारक नभए पनि त्यसमा झाडापखाला लगाउने क्रिप्टोस्पोरिडिअम (crystoporidium), जायर्डिआ (giardiasis), साल्मोनेल्ला (salmonella), क्याम्पिलोब्याक्टर (campylobacter), कैलिसिभाइरस (caliciviruses) तथा अन्य केही सामान्य कारण (कारक) हरू हुन सक्छन् तसर्थ तिनले स्वास्थ्यलाई निकै खतरा उत्पन्न गर्न सक्छन् भनी बुझ्नु आवश्यक छ ।

२. **पानीको सूक्ष्मजैविकी गुणस्तरः** दिसापिसाबमा पाइने कोलिफर्म (coliform) नामक पेटविकार गराउने जीवाणु (जसको >९९% *इ. कोलि (E. coli)* हो) भने पानीमा मानव/जनावरको दिसापिसाबबाट हुने प्रदूषणको मात्रा तथा हानिकारक प्याथोजिन (pathogene)को उपस्थितिको सम्भावनाको संकेत हो। दिसापिसाबमा पाइने कोलिफर्म पाइएमा पानी सफा गर्नु पर्छ। तर संकटको प्रारम्भिक चरणमा पानीको गुणस्तरभन्दा परिमाण बढी महत्वपूर्ण हुन्छ (पानीको आपूर्ति मापदण्ड १, निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्)।

३. **सुरक्षित श्रोतहरुको सम्बर्द्धनः** मानिसहरूले सफा गरिएको पानीबाट हुने स्वास्थ्यसम्बन्धी फाइदाहरू नबुझेसम्म र सो प्रयोग नगरेसम्म त्यस्ता सुरक्षित श्रोत वा पानी प्रदान गर्नु मात्रले कम असर पार्नेछ। मानिसहरूले पानीको स्वाद, निकटता तथा सामाजिक सुविधाजस्ता कारणले असुरक्षित श्रोतहरू, जस्तै नदी, ताल तथा संरक्षण नगरिएका कुवाँहरू बढी प्रयोग गर्न सक्छन्। त्यस्ता परिस्थितिमा प्राविधिज्ञ, स्वास्थ्य प्रवर्द्धक तथा सामुदायिक परिचालकहरूले उपभोक्ताले अपनाएका यी ग्राह्यताको कारण बुझ्नु पर्छ। यस्ता कारणलाई पछि प्रवर्द्धनात्मक सन्देश तथा छलफलहरूमा समावेश गर्ने कुरा विचार गर्न सकिन्छ।

४. **पानी संकलनपछिको प्रदूषणः** पानी दिने ठाउँ सुरक्षित भए पनि संकलन गर्ने (भर्ने), भण्डारण गर्ने तथा तान्ने बेलामा पुनः प्रदूषित हुने हुँदा यसले स्वास्थ्यलाई निकै खतरा पुऱ्याउन सक्छ। त्यस्तो खतरालाई कम गर्न अपनाउन सकिने कदमहरूमा सुधारिएको पानी संकलन तथा भण्डारण व्यवहारका लागि सफा तथा उपयुक्त भाँडा (पानीको आपूर्ति मापदण्ड ३), पानीमा थेग्रिने कीटाणुनाशक (विसंक्रामक)को प्रयोगबाट उपचार वा पानी प्रयोग गर्ने बेलाको उपचार सामेल छन्। पानी संकलन गरिसकेपछि हुने कुनै पनि प्रदूषणको मात्रा अनुगमन गर्न पानीलाई नियमित ढंगले प्रयोग हुने बिन्दुमै पानीको नमूना लिएर जाँच्नु पर्छ।

५. **पानीमा रहेका कीटाणु मार्नुः** पानीको श्रोतमै वा सो संकलनपछिको प्रदूषणसम्बन्धी ठूलो खतरा भए पानीमा थेग्रिने क्लोरिनजस्तो कीटाणुनाशक प्रयोग गरी पानीमा पाइने कीटाणुको उपचार गर्नु पर्छ। उक्त खतराको निर्धारण समुदायको जनघनत्व, मलमूत्रको व्यवस्थापन, स्वास्थ्यसम्बन्धी चालचलनहरू तथा

पा. आ./ स./स्वा. प्र.

झाडापखालाजस्तो रोगका स्थितिहरूले निर्धारण गर्छन् । खतराको मूल्याङ्कन गर्दा पानीको स्वाद तथा मीठोपन (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) बारे समुदायको अवधारणाजस्ता गुणात्मक सामुदायिक तथ्याङ्क समावेश गर्नु पर्छ । कुनै विशाल वा घना जनसंख्याका लागि पाइपद्वारा आपूर्ति गरिने पानीमा थेग्रिने कीटाणुनाशक औषधि प्रयोग गरी उपचार गर्नु पर्छ । साथै झाडापखाला चल्ने खतरा भएमा वा महामारी चलेमा पानी वितरणअगाडि वा घरमा सबै पिउने पानीको उपचार हुनु (सफा गरिनु) पर्छ । पानीभित्रका कीटाणु राम्ररी मार्न त्यसको धमिलोपना छ NTU भन्दा कम हुनपर्छ ।

६. **रासायनिक तथा रेडियोधर्मी प्रदूषणः** जलभौगर्भिक अभिलेख वा औद्योगिक वा सैनिक गतिविधिले पानीको आपूर्तिमा स्वास्थ्यसम्बन्धी रासायनिक वा रेडियोधर्मी खतराहरू भएको संकेत गरेमा रासायनिक विश्लेषण गरी तिनको तीव्र मूल्याङ्कन हुनु पर्छ । त्यसपछि जनस्वास्थ्यका अल्पकालीन खतरा तथा लाभलाई सन्तुलित गर्ने निर्णय गरिनु पर्छ । सम्भवतः प्रदूषित पानी अझ लामो समयका लागि आपूर्ति गर्नेबारे निर्णय गर्दा स्वास्थ्यमा पर्ने प्रभावको विश्लेषण तथा गहकिलो व्यावसायिक मूल्याङ्कनमा आधारित भएर गर्नु पर्छ ।

७. **स्वाद (मीठोपन)ः** स्वाद आफैंमा स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रत्यक्ष समस्या नभए पनि (जस्तै हल्का नुनिलो पानी) सुरक्षित पानीको स्वाद मीठो नहुँदा उपभोक्ताहरू असुरक्षित श्रोतबाट प्राप्त पानीको प्रयोग गरी आफ्नो स्वास्थ्यलाई खतरामा पार्न सक्छन् । उक्त खतरा क्लोरिन मिसिएको पानी आपूर्ति गर्दा पनि हुन सक्छ । तसर्थ सुरक्षित पानीको मात्र प्रयोग हुन्छ भनी यकीन गर्न प्रवर्द्धनात्मक कृयाकलापहरू संचालन गर्नु पर्छ ।

८. **स्वास्थ्य केन्द्रहरुका लागि पानीको गुणस्तरः** अस्पताल, स्वास्थ्य केन्द्र तथा खाद्य वितरण केन्द्रहरूका लागि पठाइने सबैथरी पानीलाई क्लोरिन वा अन्य थेग्रिने कीटाणुनाशकले उपचार गर्नु पर्छ । आपूर्तिमा अवरोध गरी पानीको परिमाण किटिन सकिने ठाउँमा पानीको प्रयोगको गर्ने सामान्य स्तर कायम गर्ने अवस्थामा निर्बाध आपूर्ति सुनिश्चित गर्न केन्द्रमा पर्याप्त जल भण्डार गरिनु पर्छ (परिशिष्ट २ हेर्नुहोस्) ।

पानी आपूर्तिको मापदण्ड ३ः पानीको उपयोग गर्ने सुविधा तथा सामाग्रीहरू

मानिसहरूलाई पिउन, खाना पकाउन तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्यका लागि पानी संकलन, भण्डारण तथा प्रयोग गर्न पर्याप्त मात्रामा पानी उपलब्ध तथा खपत नहुञ्जेलसम्म पिउने पानी सुरक्षित छ भनी सुनिश्चित गर्न पर्याप्त सुविधा तथा आपूर्ति गरिएको छ ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- हरेक घरपरिवारमा सधैं पानी उपलब्ध छ भनी सुनिश्चित गर्न १०-२० लिटरका पानी भर्ने सफा भाँडा कम्तिमा २ वटा र सफा पानी भण्डारण गर्ने यथेष्ट भाँडाहरू छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- पानी संकलन तथा संचय गर्ने भाँडामा साँगुरिदै गएका घाँटी र/वा ढक्कन, वा पानी संचय गर्ने, तान्ने वा चलाउने अन्य सुरक्षित साधनहरू देखिने गरी प्रयोगमा छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- व्यक्तिगत स्वास्थ्यका लागि प्रति व्यक्ति प्रति महिनाको निम्ति कम्तीमा २५० ग्राम साबुन उपलब्ध छ ।

- नुहाउनका लागि सामुदायिक सुविधा आवश्यक पर्ने ठाउँमा नुहाउने कोठा (साना कोष्ठ)हरू पुरुष तथा महिलाका लागि छुटाछुटै पर्याप्त संख्यामा उपलब्ध छन् । ती सही र समान ढंगले प्रयोग हुन्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- लुगा धुनका लागि सामुदायिक सुविधा चाहिने ठाउँमा प्रति १०० व्यक्तिका लागि कम्तीमा एउटा लुगा धुने स्थान र महिलाका लागि भित्री तथा सरसफाइका (स्यानिटरी) लुगा धुन तथा सुकाउन गोप्य स्थान उपलब्ध छन् ।

- स्नानसम्बन्धी सुविधाहरू निर्माणस्थल निर्धारण तथा निर्माण गर्ने एवं/वा साबुनको उत्पादन र वितरण गर्ने, र/वा उपयुक्त विकल्पहरूको प्रयोग तथा प्रवर्द्धन गर्ने कार्यमा सबै खतराउन्मुख समूहलाई सहभागी हुन हौस्याउनु पर्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **पानीको संकलन तथा संचयः** मानिसहरूलाई लुगा धुन, खाना पकाउन तथा नुहाउनका लागि पानी थाप्न, थुपार्न र प्रयोग गन भाँडाहरू चाहिन्छ। यी भाँडाहरू आकार, रूप र ढाँचाको हिसाबले सफा, स्वस्थ तथा बोक्न सजिलो र स्थानीय आवश्यकता तथा चलनअनुसार उपयुक्त हुनु पर्छ। बालबालिका, अपाङ्ग, वृद्ध तथा एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरूको निम्ति साना वा खास किसिमका पानी बोक्ने भाँडा आवश्यकता पर्न सक्छ। भण्डारण गर्ने आवश्यक क्षमता घरपरिवारको आकार तथा पानी निरन्तर उपलब्ध हुने कुरामाथि भर पर्छ। उदाहरणार्थ, निरन्तर दैनिक आपूर्ति हुने ठाउँमा प्रति व्यक्ति औसत ४ लिटर पानी उपयुक्त हुनेछ। सुरक्षित तरीकाले पानी संकलन, भण्डारण तथा तान्ने कामको प्रवर्द्धन एवं अनुगमन कार्यले खतरायुक्त समूह, खासगरी महिला तथा बालबालिकासँग पानी प्रदूषणका सवालहरूमाथि छलफल गर्ने एक अवसर प्रदान गर्दछ।

२. **लुगा धुन तथा नुहाउनका लागि सामुदायिक सुविधाहरुः** मानिसहरूलाई एकान्तमा सम्मानसाथ नुहाउन सक्ने ठाउँ चाहिन्छ। सो कुरा घरपरिवारको स्तरमा सम्भव नभएमा केन्द्रीकृत सुविधा आवश्यक हुन सक्छ। साबुन उपलब्ध नहुने वा प्रायः प्रयोग नहुने ठाउँमा खरानी, सफा बालुवा, सोडा वा धुन तथा/वा रगड्न (घोट्न) मिल्ने विभिन्न बिरुवाजस्ता विकल्पहरू उपलब्ध गराउनु पर्छ। लुगा धुनु, खासगरी केटाकेटीका लागि,स्वास्थ्यसम्बन्धी एक आवश्यक कृयाकलाप हो भने पकाउने तथा खाने भाँडाकुडालाई सफा राख्नु अर्को आवश्यकता हो। सुविधाहरूका संख्या, स्थान, ढाँचा, सुरक्षा, उपयुक्तता तथा सुगमताको सम्बन्धमा उपभोक्ताहरू, खासगरी महिला, किशोरी तथा कुनै पनि अपाङ्ग व्यक्तिहरूसँग सल्लाह गरी निर्णय गर्नु पर्छ। यस्ता सुविधाहरू सबैलाई पायक पर्ने केन्द्रीय, सुगम तथा राम्रो उज्यालो भएका क्षेत्रमा अवस्थित भएमा उपभोक्ताको सुरक्षा सुनिश्चित गर्न सहयोग पुग्नेछ।

३ मलमूत्र व्यवस्थापन

मानिसको मलमूत्रको सुरक्षित व्यवस्थापनले सोबाट उत्पन्न हुने रोगमा पहिलो अवरोध खडा गरी प्रत्यक्ष तथा अप्रत्यक्ष माध्यमबाट हुने संक्रमणलाई कम पार्न मद्दत गर्छ । तसर्थ सुरक्षित मलमूत्र व्यवस्थापन प्रमुख प्राथमिकता हो । अधिकाँश प्रकोपमा सुरक्षित पानी आपूर्तिका प्रावधानजत्तिकै महत्व दिएर सोही गति र प्रयाससाथ ध्यान दिनु पर्छ । दिसापिसाबका लागि उपयुक्त सुविधाहरुको व्यवस्था गर्नु मानिसहरुको सम्मान, सुरक्षा, स्वास्थ्य तथा कल्याणको निम्ति आवश्यक अनेकौं प्रकोपसम्बन्धी सेवाकार्यहरुमध्ये एक हो ।

मलमूत्र व्यवस्थापन मापदण्ड १:
शौचालयहरूमा पहुँच तथा तिनको संख्या

मानिसहरूका लागि तिनको निवासनजीकै रात दिन जुनसुकै समयमा पनि छिटो, सुरक्षित तथा मान्य तरीकाले प्रयोग गर्न सुविधा हुने गरी पर्याप्त संख्यामा शौचालयहरू हुनु पर्छ ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- बढीमा २० व्यक्तिले एउटा शौचालय प्रयोग गर्छन् (निर्देशक बुँदा १-४ हेर्नुहोस्) ।
- शौचालयहरूको प्रयोग घरपरिवारबमोजिम मिलाइएको र/वा सो लिङ्गअनुसार छुटयाइका छन् (निर्देशक बुँदा ३-५ हेर्नुहोस्) ।
- सार्वजनिक स्थल (बजार, वितरण केन्द्र, स्वास्थ्य केन्द्र आदि)हरूमा महिला तथा पुरुषका लागि छुटाछुट्टै शौचालय उपलब्ध छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- साझा वा सार्वजनिक शौचालयहरूको सफाइ तथा सम्भार लक्षित सबै उपभोक्ताले प्रयोग गर्ने गरी गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३-५ हेर्नुहोस्) ।

- शौचालयहरू आवासस्थलदेखि ५० मिटरभन्दा टाढा छैनन् (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- शौचालयहरू अत्यन्तै स्वस्थकर ढंगले प्रयोग गरिन्छ र केटाकेटीको दिसा (गू) तत्काल र स्वस्थतवरले व्यवस्थित गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **सुरक्षित मलमूत्र व्यवस्थापनः** सुरक्षित मैला व्यवस्थापनको उद्देश्य मानिसको दिसापिसाबबाट हुने प्रदूषणबाट वातावरण मुक्त छ भनी सुनिश्चित गर्नु हो । यस्तो कार्यमा प्रकोप प्रभावित जनसमुदायका सबै समूहलाई जति बढी सामेल गराउन सकिन्छ त्यत्तिनै बढी कार्यक्रम सफल हुने सम्भावना हुन्छ । जनताले परम्परा देखि नै शौचालयको प्रयोग नगरेका अवस्थामा सोको प्रयोग गर्न प्रोत्साहित गर्न संयुक्त शिक्षा/प्रवर्द्धन अभियान चाल्नु र बढी शौचालयको निर्माणका लागि माग खडा गर्नु आवश्यक हुनेछ । ढल व्यवस्था क्षतिग्रस्त भएका शहरी क्षेत्रमा संकटका बेला काम चलाउनका लागि अझै नबिग्रेको प्रणालीलाई अलग्याउनु (पाइपहरू पुनः अर्को बाटो लानु), बोक्न मिल्ने शौचालय जडान गर्नु तथा नियमित लेदो हटाउन मिल्ने सेप्टिक टयाङ्क तथा ठूलो टयाङ्क प्रयोग गर्नु आवश्यक हुन्छ ।

२. **दिसापिसाप गर्ने क्षेत्रहरुः** संकटको प्रारम्भिक चरणमा कुनै पनि शौचालय निर्माण हुनुअघि कुनै क्षेत्रलाई दिसापिसाब गर्ने क्षेत्र वा खाड्लमा बस्ने चर्पीका रूपमा प्रयोग गर्न भनी छुटयाउन आवश्यक हुन्छ । सो कुरा उक्त स्थल राम्ररी व्यवस्थित तथा सम्भार गरिएमा मात्र सफल हुनेछ ।

३. **सार्वजनिक शौचालयहरुः** केही प्रारम्भिक संकटकालीन अवस्था र सार्वजनिक स्थलहरूमा आम प्रयोगका लागि शौचालयहरू निर्माण गर्नु आवश्यक छ ।

यी सुविधाहरूको उपयुक्त नियमित सफाइ तथा सम्भार गर्ने प्रणाली स्थापना गर्नु धेरै जरुरी हुन्छ । पुरुषका तुलनामा महिलाहरूका लागि शौचालयका कोठाको (सालाखाला ३:१ को) अनुपात मिलाउन जनसंख्यासम्बन्धी अलगअलग राखिएका तथ्याङ्क प्रयोग गर्नु पर्छ । सम्भव भएसम्म पुरुषहरूका लागि मूत्रालय (पिसाबघर)को व्यवस्था मिलाउनु पर्छ (परिशिष्ट ३ हेर्नुहोस्) ।

४. **सामुदायिक शौचालयहरुः** विस्थापितहरूका लागि शौचालय विद्यमान नभएको स्थितिमा तत्काल प्रति २० व्यक्ति एक शौचालय उपलब्ध गराउनु सदा सम्भव हुँदैन । त्यस्ता अवस्थामा प्रति शौचालय ५० व्यक्तिको अंक प्रयोग गरी यथाशक्य २० मा झार्नु र सोहीअनुरुप शौचालयको साझा प्रयोगको व्यवस्था मिलाउनु पर्छ । समुदायसँग मिली बनाइएको कुनै पनि सामुदायिक शौचालयको सम्भार र सफाइ हुन्छ भनी सुनिश्चित गर्ने एक प्रणालीको व्यवस्था हुनु पर्छ । केही अवस्थामा सीमित ठाउँले गर्दा उक्त आँकडाअनुकूल व्यवस्था गर्न असम्भव हुन्छ । त्यसो हुँदा थप स्थान उपलब्ध गराउने माग राख्दै मानिसको दिसापिसाबबाट मुक्त वातावरण बनाउनु तथा कायम राख्नु नै मुख्य लक्ष हो सम्झनु पर्छ ।

५. **साझा सुविधाहरुः** एउटै शौचालय चार-पाँच परिवारले प्रयोग गर्दा सोको सम्भार र सफाइ राम्ररी गरिन्छ र त्यसैले नियमित प्रयोग हुन्छ । त्यसका लागि ती परिवारहरूसँग सोको निर्माणस्थल र ढाँचा तोक्न सरसल्लाह गरिन्छ । सोको सफाइ तथा सम्भारका लागि तिनलाई जिम्मेवारी र साधन पनि दिइन्छ । लक्षित उपभोक्ताहरूले आपसमा सहकार्य गरी सो शौचालय कसले प्रयोग गर्ने र सोको कसरी सफाइ तथा सम्भार गर्ने भनी निर्णय गरी साझा सुविधामा पहुँचको व्यवस्था गर्नु जरुरी हुन्छ । एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरूलाई शौचालयको सुविधा उपलब्ध गराउन अत्यावश्क छ किनकि यिनीहरू धेरैजसो झाडापखालाबाट पीडित हुन्छन् र उनीहरूको हिंडडुल गर्ने क्षमता घट्दै जान्छ ।

६. **केटाकेटीको आँच्चिः** केटाकेटीको आँच्चिको व्यवस्थापन गर्न विशेष ध्यान दिइनु पर्छ जुन प्रायः वयस्कहरूको दाँजोमा बढी खतरनाक हुन्छ किनभने

केटाकेटीमा मलमूत्रबाट फैलने संक्रमणको दर उच्च हुनुका साथै तिनमा प्रतिरोधात्मक क्षमता कम हुन्छ । अभिभावक वा स्याहारसुसार गर्नेहरूलाई संलग्न गरेर केटाकेटीलाई ध्यानमा राखेर सुविधाहरूको ढाँचा तयार गर्नु पर्छ । अभिभावक वा स्याहारसुसार गर्नेहरूलाई केटाकेटीको आँच्चिको सुरक्षित व्यवस्थापन गर्न तथा टालो (नैप्पि, ईचा, डायपर) धुने चलनबारे जानकारी गराउनु आवश्यक हुन्छ ।

मलमूत्र व्यवस्थापन मापदण्ड २: शौचालयहरूको ढाँचा, निर्माण तथा प्रयोग

शौचालयहरूको स्थान निर्धारण, ढाँचा, निर्माण तथा सम्भार आरामदायी, स्वस्थकर तथा सुरक्षित तरीकाले प्रयोग हुने गरी गरिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- उपभोक्ताहरू (खासगरी महिलाहरू)सँग सम्पर्क गरिन्छ र तिनले शौचालयको स्थान निर्धारण तथा ढाँचाबारे सहमति जनाउँछन् (निर्देशक बुँदा १-३ हेर्नुहोस्) ।
- शौचालयहरूको ढाँचा, निर्माण तथा स्थान निम्न विशेषतासाथ निर्धारित हुन्छः
  - तिनीहरूको ढाँचा बालबालिका, वृद्ध, गर्भवती महिला तथा शारीरिक तथा मानसिक रूपले असक्त व्यक्तिलगायतका सबै जनसमुदायले प्रयोग गर्न सक्ने गरी बनाइन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्);
  - शौचालयको निर्माणस्थल उपभोक्ताहरू, खासगरी महिला तथा बालिकाहरूले दिनरात प्रयोग गर्दा हुने खतरा कम पार्ने गरी तोकिन्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्);
  - तिनीहरूको प्रयोग गर्न गराउन सफा राख्न निकै सजिलो छ र तिनले स्वास्थ्यलाई कुनै खतरा प्रस्तुत गर्दैन;

- तिनले उपभोक्ताहरूका मान्यतानुसार केही मात्रामा गोपनीयता प्रदान गर्छन्;

- तिनमा महिलाहरूको मासिकधर्म भएको बेला सरसफाइको व्यवस्थापन गर्न मिल्नुका साथै महिलाहरूलाई सोसम्बन्धी लुगाफाटा धुन तथा सुकाउन आवश्यक गोपनीयता प्रदान गरिएको छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्);

- तिनले झिङ्गा तथा लामखुट्टेको प्रजननलाई न्यून गर्छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

- दिशा पखाल्न पानी प्रयोग गर्ने तथा/वा स्वास्थ्यवर्द्धक सील प्रयोगसहित निर्माण गरिएका सबै शौचालयमा पर्याप्त तथा नियमित पानीको आपूर्ति हुन्छ (निर्देशक बुँदा १ र ३ हेर्नुहोस्) ।

- खाल्डे चर्पी तथा सोख्ताहरू (अधिकाँश माटाका लागि) भूमिगत पानीको श्रोतभन्दा कम्तीमा ३० मीटर टाढा छन् । कुनै पनि चर्पीको तल्लो भाग पानीको सतहभन्दा कम्तीमा १.५ मीटर माथि हुनु पर्छ । ढल तथा चर्पीको प्रणालीबाट निस्केको चुहावट कुनै पनि सतही वा कम गहिरो जमीनमुनिको पानीको श्रोतमा मिसिन पुग्नु हुँदैन (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- मानिसहरूले दिसापिसाप गरिसकेपछि र खाना खानु तथा खाना पकाउनुअघि हात धुन्छन् (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

- मानिसहरूलाई उपयुक्त भए आफ्ना शौचालयहरू स्वयं निर्माण, सम्भार तथा सफाइ गर्न उपकरण तथा सरसामान प्रदान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **स्वीकार्य सुविधाहरुः** मलमूत्र व्यवस्थापनसम्बन्धी सफल कार्यक्रमहरू मानिसका विविध आवश्यकताबारे समझदारी तथा उपभोक्ताहरूको

सहभागितामाथि भर पर्छन् । सबै शौचालय सबै समूहका लागि उपयोग्य हुने गरी बनाउन सकिन्न । केटाकेटी, वृद्ध तथा अपाङ्गहरूका लागि विशेषखाले शौचालयहरू बनाइनु पर्छ । उदाहरणार्थ केटाकेटीले प्रयोग गर्ने बस्ने भाँडो, होचो बस्ने ठाउँ भएका वा हात समाउने ठाउँ भएका शौचालयहरू उल्लेख गर्न सकिन्छ । निर्माण गरिने शौचालयको प्रकार लक्षित उपभोक्ताका प्राथमिकता तथा प्रचलित बानी, विद्यमान पूर्वाधार (पखाल्न तथा पानीको सीलका लागि), पानी तत्काल उपलब्ध हुने अवस्था, जमीनको अवस्था तथा निर्माण सामाग्रीहरूको उपलब्धतामाथि भर पर्छ ।

२. **सुरक्षित सुविधाहरुः** शौचालयहरू गलत ठाउँमा राखिनुले महिला तथा बालिकाहरूलाई, खासगरी बेलुकापख, हमला हुने खतरा हुन्छ । तसर्थ महिलाहरूले उपलब्ध शौचालय प्रयोग गर्दा सुरक्षित भएको महसूस गर्छन् भनी सुनिश्चित गर्नु आवश्यक छ । सम्भव भए सामुदायिक शौचालयहरूमा उज्यालोको व्यवस्था हुनु पर्छ वा परिवारहरूलाई टर्चलाइट उपलब्ध गराउनु पर्छ । उपभोक्ताहरूको सुरक्षा बढाउने उपायहरूबारे समुदायको राय बुझ्नु पर्छ ।

३. **चाक धुने (दिसा सफा गर्ने वा पुछ्ने)ः** यस्तो कामका लागि पानी प्रयोग गर्ने मानिसहरूलाई पानी प्रदान गर्नु पर्छ । अरु व्यक्तिका लागि दिसा पुछ्नका लागि पुछ्ने कागज वा अन्य सामाग्री दिनु पर्ने हुन्छ । उपभोक्ताहरूसँग साँस्कृतिक रूपले सर्वाधिक उपयुक्त हुने सफाइ गर्ने सामाग्रीहरू तथा तिनको सुरक्षित व्यवस्थापनका लागि सरसल्लाह गर्नु पर्छ ।

४. **रजस्वलाः** रजस्वला हुने (नछुने, पर सरेको वा छाउपडी हुने) महिला तथा बालबालिकाका लागि रगत सोस्ने तथा व्यवस्थापन गर्ने उपयुक्त सामाग्रीहरू उपलब्ध हुनु पर्छ । चलनचल्तीअनुसार कुन सामाग्री उपयुक्त छ भनी महिलाहरूसँग परामर्श गर्नु पर्छ (अखाद्य सामाग्रीसम्बन्धी मापदण्ड २, पृष्ठ २८० हेर्नुहोस्) ।

५. **पानीका श्रोतभन्दा दिसापिसाप गर्ने क्षेत्रको दूरीः** माथि दिइएका दूरीहरू खण्डे चट्टान तथा चूनढुङ्गा भएका ठाउँका लागि बढाउन वा राम्रो माटो

भएका ठाउँका लागि घटाउन सकिन्छ । संकटका बेला भूमिगत पानी प्रयोग नगर्ने हो भने सोबाट हुने प्रदूषण चाहिं तत्काल सरोकारको विषय नहुन सक्छ । बाढी वा उच्च जलस्तरका वातावरणमा मलमूत्र थुपार्न तथा यसबाट वातावरण प्रदूषित हुनबाट जोगाउनका लागि उच्च शौचालय वा सेप्टिक ट्याङ्क बनाउनु पर्छ ।

६. **हात धुनेः** रोग फैलनबाट रोक्न दिसापिसाब गरिसकेपछि र खानु तथा खाना बनाउनुअघि हात धुने कुराको महत्वलाई बढाइचढाइ गर्न मिल्दैन । उपभोक्ताहरूसँग दिसापिसाप गरिसकेपछि हात धुनका लागि साबुन वा वैकल्पिक सामाग्री (जस्तै खरानी) हुनु पर्छ । साथै सोको प्रयोग गर्न प्रोत्साहित गरिनु पर्छ । यस कार्यका लागि शौचालयनजीकै नियमित पानीको श्रोत हुनु पर्छ ।

७. **स्वस्थकर शौचालयहरुः** शौचालयहरू सफा नराखिए ती रोग संक्रमणका केन्द्रबिन्दु हुन सक्छन् र मानिसहरूले तिनको प्रयोग नगर्न सक्छन् । उपभोक्ताहरूमा स्वामित्व भाव भए शौचालयको सरसफाइ हुन सक्छ । सो कुरा प्रवर्द्धनात्मक कृयाकलापबाट प्रोत्साहित गरिन्छ र सोका लागि शौचालयहरू मानिस सुत्ने ठाउँनजीकै राख्नुका साथै तिनको ढाँचा तथा निर्माण, सही संचालन, सम्भार, अनुगमन तथा प्रयोगका लागि नियमहरूबारे निर्णय लिने कार्यमा उपभोक्ताहरूलाई संलग्न गराइनु पर्छ । शौचालय सफा राख्दा, पानीको सील राख्दा, हावादार सुधारिएको चर्पी (ventilated improved pit–VIP)सहितको पाइखानाको ढाँचा वा दिसा बस्ने प्वालमाथि ढक्कनको सही प्रयोगबाट भिङ्गा र लामखुट्टेहरू लाग्न (भन्किन) पाउँदैनन् ।

४ रोगवाहक नियन्त्रण

रोगवाहक (Vector) भनेको रोग फैलाउने कारक हो । धेरैजसो प्रकोपका अवस्थामा यसबाट उत्पन्न रोगहरु बिरामी र मृत्युको मूल कारण बन्छ । लामखुट्टे औंलो सार्ने वाहक हो र औंलो अस्वस्थता तथा मृत्युको प्रमुख कारणमध्ये एक हो । लामखुट्टेले अरू रोगहरु पनि सार्छन् जस्तै पीतज्वर (yellow fever) तथा रक्तश्राव गराउने डेङ्गु ज्वरो (dengue fever) । नटोक्ने वा परागरहित झिङ्गाहरु, जस्तै घरेलु झिङ्गा, उड्ने झिङ्गा तथा मासुमा लाग्ने झिङ्गाहरुले झाडापखालासम्बन्धी रोग सार्न प्रमुख भूमिका खेल्छन् । टोक्ने झिङ्गा, उडुस तथा उपियाँहरु पिरोल्ने कीरा हुन् । केहीले एकथरी उच्च ताप हुने जरो (murine typhus) तथा प्लेग (plague) जस्ता उल्लेखनीय रोगहरुको संक्रमण गर्छन् । चिचडी नामक परजीवी कीराहरु (ticks) ले फेरिफेरि हुने आवर्ती ज्वर (relapsing fever) सार्छन् । मानिसका आङ्गमा हुने जुम्राले टाइफस तथा रिल्याप्सिङ्ग फिभर सार्छन् । चूहा र मूसाछुचुन्द्रोले लेप्टोस्पिरोसिस (leptospirosis) तथा साल्मोनेल्लोसिस (salmonellosis) जस्ता रोग सार्नुका साथै अन्य रोगवाहकहरु पैदा गर्न सक्छन् । जस्तै उपियाँहरुले लास्सा फिभर (lassa fever), प्लेग (plague) तथा अन्य रोगहरु सार्ने काम गर्छन् ।

रोगवाहिनीले सार्ने रोगहरु विभिन्न पहल गरी नियन्त्रण गर्न सकिन्छ । जस्तै उपयुक्त स्थानको छनौट तथा आश्रयको प्रावधान, उपयुक्त पानी आपूर्ति, मलमूत्र व्यवस्थापन, फोहोरमैला व्यवस्थापन तथा ढलनिकास, स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी प्रावधान (सामुदायिक परिचालन तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनलगायतका), रासायनिक प्रयोगबाट नियन्त्रण, पारिवारिक तथा व्यक्ति संरक्षण तथा खाद्य भण्डारहरुको प्रभावकारी संरक्षण उल्लेखनीय छन् । रोगवाहिनीबाट उत्पन्न रोगको प्रकृति प्रायः जटिल हुने र रोगवाहिनीसँग समबिन्धत समस्यालाई सम्बोधन गर्नका लागि विज्ञहरुको ध्यानाकर्षण गर्नु पर्ने हुनसक्छ । त्यस्ता रोगहरु फैलनबाट रोक्न एकपल्ट रोग, त्यसको वाहक तथा त्यसबाट जनसमुदायमा परेको प्रभावको पहिचान गरिसकेपछि सरल र प्रभावकारी उपायहरुमार्फत निकै कम गर्न सकिन्छ ।

रोगवाहक नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्ड १:
व्यक्तिगत तथा पारिवारिक संरक्षण

संकटग्रस्त सबै मानिससँग आफ्नो स्वास्थ्य वा तन्दुरुस्तीलाई निकै खतरा हुन सक्ने रोग तथा पिरोल्ने रोगवाहकहरूबाट आफूलाई सुरक्षित राख्न आवश्यक ज्ञान तथा साधनहरू छन् ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- रोगवाहकले सार्ने रोगको खतरा हुने सबै जनताले संक्रमणका तरीका तथा रोकथामका सम्भावित विधिहरूबारे बुझेका छन् (निर्देशक बुँदा १-५ हेर्नुहोस्) ।

- सबै जनतालाई रोगवाहिनीलाई शरण नदिने अथवा तिनको वृद्धिलाई प्रोत्साहित नगर्ने आश्रयमा पहुँच हुनुका साथै तिनीहरू उपयुक्त रोगवाहक नियन्त्रक उपायहरूबाट संरक्षित छन् ।

- लामखुट्टेले बढी टोक्ने मुख्य समयमा मानिसहरूले आफूसँग उपलब्ध सबैखाले हानिरहित साधनहरू प्रयोग गरी आफूलाई जोगाउँछन् । गर्भवती तथा दूध ख्वाउने (स्तनपान गराउने) आमा, बच्चा, शिशु, वृद्ध तथा रोगीजस्ता उच्च खतरायुक्त समूहहरूको संरक्षण गर्न विशेष ध्यान दिइन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- औषधि छर्केका झूल (मच्छरदानी) भएका मानिसहरूले तिनको प्रभावकारी उपयोग गर्छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- जुम्राले टाइफस वा रिल्याप्सिङ्ग फिभर (पटकपटक बल्झिने जरो)को खतरा भएको ठाउँमा मानव शरीरमा पाइने जुम्राको नियन्त्रण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- ओछ्यान तथा लुगाफाटा नियमित रूपले हावामा राख्ने र धुने गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- खानालाई झिङ्गा, कीरा तथा मूसाजस्ता रोगवाहकहरूबाट हुने प्रदूषणदेखि सधैं जोगाइन्छ ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **रोगवाहकबाट उत्पन्न रोगसम्बन्धी खतराको परिभाषाः** रोगवाहक नियन्त्रण गर्ने कृयाकलाप सम्बन्धमा गरिने निर्णयहरू सम्भावित रोगको खतरा तथा रोगवाहकबाट उत्पन्न रोगसम्बन्धी समस्याको परीक्षणको प्रमाणमा आधारित हुनु पर्छ । उक्त खतरा बढाउने कारकहरूमा यी तत्व समावेश छन्:

   - जनताको रोगप्रतिरोधक स्थितिमा पहिलेको घटना, पोषणसम्बन्धी तथा अन्य तनावहरू समावेश छन् । महामारीको साझा कारणमा जनता (जस्तै शरणार्थी, आन्तरिक रूपले विस्थापित व्यक्तिहरू–IDPS)को गैरमहामारी क्षेत्रबाट महामारी प्रभावित क्षेत्रमा बसाइँसराइ पर्दछ;

   - मानिस तथा रोगवाहक दुवैमा पाइने प्याथोजेन (रोगजनक) को प्रकार तथा उपस्थिति;

   - रोगवाहकका जातिप्रजाति, व्यवहार तथा जीवनक्रम (ecology);

   - रोगवाहकको संख्या (ऋतु वा याम, प्रजनन स्थल, आदि);

   - रोगवाहकप्रति बढ्दो सम्पर्कः निकटता, बसाइको ढाँचा, आश्रयको प्रकार, विद्यमान व्यक्तिगत संरक्षण तथा पन्छिने उपायहरू ।

२. **रोगवाहक नियन्त्रक कार्यक्रमका लागि सूचकहरुः** रोगवाहक नियन्त्रक कृयाकलापहरूको प्रभाव नाप्न प्रायः प्रयोग हुने सूचकहरूमा रोगवाहकउत्पन्न

घटनाको दर (महामारीसम्बन्धी तथ्याङ्क, सामुदायिक तथ्याङ्क तथा प्रतिक्रियाका आधारमा साटो (proxy) सूचक तथा (निदानात्मक उपकरण वा सूक्ष्मदर्शक प्रयोग गरेर) परजीवि गणना पर्छन् ।

३. **औलोदेखि संरक्षण गर्ने व्यक्तिगत उपायहरुः** यदि औलो (मलेरिया)को खतरा निकै भए कीटाणुनाशक औषधिबाट उपचार गरिएका पाल, पर्दा तथा झूलजस्ता सामाग्रीहरू संरक्षणका उपायको रूपमा समयमै व्यवस्था गर्न सुझाव दिइन्छ । संसेचित (औषधि छरिएका झूलजस्ता पार गर्न नसकिने) जालीहरूले जीउ तथा टाउकामा पलाउने जुम्रा, उपियाँ, टिक, साङ्गला तथा उड्सहरूविरुद्ध केही संरक्षण दिन सक्ने हुँदा तिनको दोहोरो फाइदा छ । लामखुट्टेविरुद्ध प्रयोग हुने संरक्षणका अन्य उपायहरूमा लामो बाहुला भएका कपडा, धुआँ गर्ने घरेलु सामाग्री, क्वाइल, एरोसोल स्प्रे तथा टाढा धपाउने सामाग्री (repellent) हरू छन् । उपभोक्ताहरूले संरक्षणको महत्व र संरक्षणका उपायहरू प्रभावकारी तुल्याउन उपकरणहरू कसरी प्रयोग गर्ने भनी बुझेको कुरा सुनिश्चित गर्नु महत्वपूर्ण हुन्छ । श्रोतको अभाव भएको ठाउँमा बढी खतरायुक्त हुने व्यक्ति तथा समूहहरू, जस्तै पाँच वर्षमुनिका बालबालिका, खोप नलिएका तथा गर्भवती महिलाहरूप्रति तिनको लक्ष हुनु पर्छ ।

४. **अन्य रोगवाहकविरूद्ध संरक्षणका व्यक्तिगत उपायहरुः** आङ्मा बस्ने जुम्राविरुद्ध सबभन्दा प्रभावकारी उपाय भनेको असल व्यक्तिगत स्वास्थ्य तथा लुगा र ओछ्यानहरू नियमित धुनु हो । तिनबाट ग्रस्त हुनबाट जोगिनका लागि व्यक्तिगत उपचार (पाउडर वा बुकुवा धस्नु), व्यापक लुगा धुलाइ वा जुम्रा मार्ने अभियान तथा बस्तीमा नयाँ विस्थापित व्यक्तिहरू बस्न आउने हुँदा उपचारसम्बन्धी नियमको सहारा लिनु पर्छ । सफा पारिवारिक वातावरण, राम्रो फोहोरमैला व्यवस्थापन तथा राम्रो खाद्य संचयले मूसा तथा अन्य त्यस्ता जनावरहरूलाई घर वा आश्रयस्थलमा प्रवेश गर्न रोक्नेछ ।

५. **जलउत्पन्न रोगहरुः** मानिसहरूलाई स्वास्थ्यसम्बन्धी खतराहरूबारे जानकारी गराइनु पर्छ । तिनले (स्तनपायी जन्तु, खासगरी मूसाको पिसाबबाट फैलनेः परिशिष्ट ४ हेर्नुहोस्) शिटोसोमियासिस (schitstosomiasis), गिनीवर्म

(guinea worm) वा लेप्टोस्पिरोसिस (leptospirosis)जस्ता रोगहरूबाट संक्रमित नहुनका लागि जलाशयहरूमा पस्नुबाट पन्छिनु पर्छ। निकायहरूले समुदायसँग सहकार्य गरी पानीका वैकल्पिक श्रोतहरू पत्ता लगाउनु पर्छ वा सबैखाले प्रयोगका लागि उपलब्ध पानीलाई राम्ररी सफा गरिएको छ भनी सुनिश्चित गर्नु पर्छ।

रोगवाहक नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्ड २: शारीरिक, वातावरणीय तथा रासायनिक संरक्षणका उपायहरू

मानिसको स्वास्थ्यलाई खतरामा पार्ने रोग सार्ने अनेकौं रोगवाहकहरू तथा तन्दुरुस्तीलाई खतरा हुने पिरोल्नेखाले रोगवाहकहरूलाई स्वीकार्य तहसम्म राखिन्छ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- विस्थापित जनतालाई लामखुट्टे कम लाग्ने स्थानमा स्थापित गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।
- व्यावहारिक भएको अवस्थामा रोगवाहक प्रजनन तथा बस्ने स्थलहरू परिमार्जित गरिन्छ (निर्देशक बुँदा २-४ हेर्नुहोस्)।
- झाडापखालासम्बन्धी महामारीको खतरा वा उपस्थिति भएमा उच्च घनत्व भएका बस्तीहरूमा झिङ्गा नियन्त्रण गर्ने व्यापक कार्यक्रम संचालन गरिन्छ।
- व्यापक संक्रमण तथा छूतको खतरा टार्ने गरी लामखुट्टेको संख्याको घनत्वलाई न्यूनतम गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्)।
- औलो लागेका मानिसहरूको निदान पहिले गरी तिनको उपचार गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **स्थानको चयन** जनतालाई रोगवाहकबाट उत्पन्न रोगको खतरा कम गर्नु महत्वपूर्ण कुरा हो; यो चाहिं सम्भावित स्थल रोज्दा विचार गर्नु पर्ने प्रमुख कारकमध्ये एक हो । उदाहरणस्वरूप, औलो नियन्त्रणका लागि धाप वा तालजस्ता वृहत प्रजनन क्षेत्रभन्दा १-२ किमि पर हावा चल्ने तथा थप स्वच्छ पानीको श्रोत उपलब्ध हुने ठाउँमा शिविर खडा गर्नु पर्छ (पृष्ठ २५४-२६० मा आश्रय तथा बस्ती वा स्थापना मापदण्डहरू १-२ हेर्नुहोस्) ।

२. **वातावरणीय तथा रासायनिक रोगवाहक नियन्त्रणः** रोगवाहकको प्रजनन गर्ने अवसरहरू घटाउन सक्ने अनेकौं आधारभूत वातावरणीय इन्जिनियरिङ्गका उपायहरू छन् । यिनमा मानिस तथा जनावरको मलमूत्रको उचित व्यवस्थापन (मलमूत्र व्यवस्थासम्बन्धी खण्ड हेर्नुहोस्), झिङ्गा तथा मूसा आदि नियन्त्रण गर्न कसिङ्गरको उचित व्यवस्थापन (फोहोरमैला व्यवस्थापनसम्बन्धी खण्ड हेर्नुहोस्) तथा लामखुट्टेहरू नियन्त्रण गर्न जमेको पानीको निकास (ढलनिकाससम्बन्धी खण्ड हेर्नुहोस्) पर्छन् । यस्ता प्राथमिकता प्राप्त वातावरणीय स्वास्थ्यसम्बन्धी कदमहरूले केही रोगवाहकको घनत्वलाई केही असर पार्नेछ । बस्तीभित्र वा नजीक सबैखाले प्रजनन हुने, आहारा ख्वाउने तथा बस्ने स्थलहरूमा प्रभाव पार्ने दीर्घकालमा पनि सम्भव नहुन सक्छ । त्यसैले केही स्थानमा सीमित रासायनिक नियन्त्रणका उपायहरू वा व्यक्तिगत संरक्षणका तरीकाहरू अपनाउनु पर्ने हुन्छ । उदाहरणार्थ कुनै ठाउँमा औषधि छर्कनाले ठूला झिङ्गाहरूको संख्या घटाउनुका साथै झाडापखाला चल्ने महामारी रोक्न सकिन्छ वा महामारीकै दौरान सो उपाय प्रयोग गरेमा रोगको भार कम गर्न सकिन्छ ।

३. **सहायता कार्यक्रमको रुपरेखा बनाउनेः** यदि रोगवाहक नियन्त्रण गर्ने कार्यक्रमहरूले गलत रोगवाहकलाई लक्षित गरेमा, दुष्प्रभावी विधिहरू प्रयोग गरेमा, वा सही रोगवाहकलाई गलत स्थान वा समयमा लक्षित गरेमा रोगमाथि कुनै असर नपार्न सक्छ । नियन्त्रण कार्यक्रमहरूले प्रारम्भमा निम्न तीन उद्देश्यहरूलाई सम्बोधन गर्ने लक्ष राख्नु पर्छः १) रोगवाहकको घनत्व घटाउनु, २) मानिस र रोगवाहकको सम्पर्क कम पार्नु, तथा ३) रोगवाहक

पलाउने स्थानहरू न्यून पार्नु । खराब तरीकाले संचालित कार्यक्रमहरू प्रत्युत्पादक हुन सक्छ । विस्तृत अध्ययनका साथै प्रायः विज्ञको सल्लाहको खाँचो पर्छ र सो राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय संघसंस्थाहरूबाट खोजिनु पर्छ । अर्कोतर्फ स्थानीय रोगको ढाँचा, प्रजनन स्थल, रोगवाहकको संख्यामा मौसमी विविधता तथा रोगका घटना आदिबारे स्थानीय राय बुझ्नु पर्छ ।

४. **वातावरणीय लामखुट्टे नियन्त्रणः** वातावरणीय नियन्त्रणको उद्देश्य मुख्यतया लामखुट्टेका प्रजनन स्थलहरूको नाश गर्नु हो । रोग संक्रमण गर्ने जिम्मेवार लामखुट्टेका तीन प्रमुख प्रजातिहरूमा *क्युलेक्स (culex)* (फाइलेरिया वा हात्तीपाइले रोग), *यानोफिल्स (anopheles)* (औलो तथा हात्तीपाइले) तथा *अयदिस (aedes)* (पीत ज्वर तथा डेङ्गु) हुन् । *क्युलेक्स* लामखुट्टेहरू पाइखानाजस्ता जैविक पदार्थले भरिपूर्ण स्थिर पानीमा प्रजनन गर्छन् भने *यानोफिल्स*ले तुलनात्मक रूपमा प्रदूषणरहित सतही पानीमा, जस्तै सडक आदिमा पानी जमी बनेको मैला दह, विस्तारै बग्ने खोला तथा इनारमा, अनि *अयदिस*ले पानीका भाँडाहरूमा, जस्तै शीशी, बाल्टीन (डोल), टायर आदिमा । वातावरणीय लामखुट्टे नियन्त्रणका उदाहरणहरूमा राम्रो ढल, सुचारु स्क्षए चर्पी, खाड्ल चर्पीमा बस्ने प्वाल तथा पानीका भाँडाहरू ढक्कनले छोप्ने र कुवाँहरू ढाकिराख्ने तथा/वा (जस्तै डेङ्गु ज्वरोको महामारी भएको ठाउँमा) तिनलाई लार्भानाशक उपचार प्रयोग गरेर सफा गर्ने कार्यहरू पर्छन् ।

५. **औलो (औल ज्वरो) को उपचारः** लामखुट्टेको प्रजनन स्थल मासेर, दैनिक बाँच्ने दर घटाएर तथा मानिसलाई टोक्ने अवसर सीमित पारेर लामखुट्टेको घनत्व घटाउन औलो नियन्त्रणका रणनीतिहरू र शीघ्र निदान तथा प्रभावकारी औलोप्रतिरोधी औषधिमार्फत उपचार साथसाथै लैजानु पर्छ । शिघ्र निदान तथा उपचारलाई प्रोत्साहित गर्न अभियानहरूको पहल गरी सो कायम राख्नु पर्छ । यदि एकीकृत विधि अपनाएको खण्डमा क्षेत्रमै जाने प्रशिक्षित कर्मीहरूद्वारा सक्रिय औलोका घटना पत्ता लगाई प्रभावकारी औलोप्रतिरोधी औषधि उपचार गरेमा औलोको भार घटाउन सकिन्छ । तर केन्द्रीकृत स्वास्थ्य सेवाहरूमार्फत निष्क्रिय ढंगले घटना पत्ता लगाएर औलोको भार घटाउन कठिन हुन्छ (पृष्ठ ३४० मा संक्रामक रोगसम्बन्धी मापदण्ड ५ हेर्नुहोस्) ।

रोगवाहक नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्ड ३ : रासायनिक नियन्त्रण सुरक्षा

रासायनिक रोगबाहक नियन्त्रणका उपायहरू प्रयोग गर्दा कर्मचारी, संकटग्रस्त मानिसहरू तथा स्थानीय वातावरणको राम्ररी संरक्षण हुने गरी गर्नु पर्छ । प्रयोग गरिएका पदार्थप्रतिको प्रतिरोध सृजना हुन दिनु हुँदैन ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- कर्मचारीहरूको सुरक्षा तालीम, रक्षात्मक पोशाक, स्नान गर्ने सुविधाहरूको प्रयोग, सुपरिवेक्षण तथा रसायन पदार्थ प्रयोग गर्न लाग्ने समयलाई सीमित गरेर गरिन्छ ।

- रोगवाहक नियन्त्रण गर्न प्रयोग गरिने रसायनहरूको चयन, गुणस्तर, ओसारपसार तथा भण्डारण, छर्कने उपकरण तथा रासायनिक वस्तुहरू फाल्नु पर्दा व्यवस्थापनमा अन्तर्राष्ट्रिय मान्यताको अनुसरण गरिन्छ । साथै तिनलाई सधैं जिम्मेवार रूपमा लिन सकिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- रोगवाहकलाई रासायनिक तवरले नियन्त्रण गर्न प्रयोग गरिने पदार्थहरूले पैदा गर्ने सम्भावित खतराबारे समुदायहरूलाई सूचित गर्नु पर्छ । समुदायलाई विषादि वा कीटाणुनाशकहरू प्रयोग गर्दा वा तत्पश्चात अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा स्वीकृत प्रकृयाअनुरुप सुरक्षा गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय नियमहरुः** रोगवाहक नियन्त्रणका लागि रसायनहरूको चयन तथा प्रयोगबारे विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा प्रकाशित प्रष्ट अन्तर्राष्ट्रिय नियम तथा मान्यताहरू रहेका छन् । यिनको

सदासर्वदा पालना हुनु पर्छ । रोगवाहक नियन्त्रण गर्ने उपायले दुई प्रमुख सरोकारहरूलाई ध्यानमा राख्नु पर्छ । ती हुन्: प्रभावकारिता तथा सुरक्षा । रसायनहरूको चयनका सम्बन्धमा राष्ट्रिय मान्यताहरू अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्डहरूसँग मेल खाएनन् र थोरै वा कुनै प्रभाव पारेनन् वा स्वास्थ्य तथा सुरक्षा दुवैलाई खतरामा पारे भने निकायले अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्डहरूको अनुसरण गर्ने अनुमति पाउनका लागि उपयुक्त राष्ट्रिय निकायलाई सम्पर्क गरी पहल गर्नु पर्छ ।

५ फोहोरमैला व्यवस्थापन

जैविक (organic) फोहोरमैला व्यवस्थित गरिएन भने झिङ्गा तथा मूसाको प्रजनन (रोगवाहक नियन्त्रणसम्बन्धी खण्ड हेर्नुहोस्) तथा सतही पानीको प्रदूषणले गम्भीर खतरा उत्पन्न हुन सक्छन् । संकलन नगरिएका र थुप्रिएका फोहोरमैला तथा प्रकोप वा द्वन्द्वपछि रहन गएको भग्नावशेष आदिको थुप्रोले पनि तनावपूर्ण तथा कुरूप वातावरण सृजना गर्नुका साथै वातावरणीय स्वास्थ्यका अन्य पक्षलाई सुधार्ने प्रयासहरुलाई हतोत्साहित पार्न सक्छन् । फोहोरमैलाले प्रायः ढलका निकासहरु अवरूद्ध गरी जमेका तथा प्रदूषित पानीसँग सम्बन्धित वातावरणीय स्वास्थ्यका समस्याहरु उत्पन्न गर्न सक्छन् ।

फोहोरमैला व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड १: संकलन तथा व्यवस्थापन

मानिसहरू चिकित्सकीय फोहोरलगायतका अन्य फोहोरमैलाद्वारा स्वीकार्य स्तरमा प्रदूषण नभएको वातावरणमा बस्छन् । तिनीहरूसँग घरेलु फोहोरमैला सजिलै तथा प्रभावकारी ढंगले व्यवस्थित गर्ने साधन छन् ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- प्रभावित जनसमुदायका मानिसहरू फोहोर मैला व्यवस्थापन कार्यक्रमहरूको निर्माण तथा कार्यान्वयनमा संलग्न हुन्छन् ।
- घरेलु फोहोरमैला नियमित संकलनका लागि दिनहुँ भाँडामा राखिन्छ, जलाइन्छ वा निर्धारित खाड्लमा पुरिन्छ ।

- सबै घरपरिवारको कसिङ्गर फाल्ने भाँडा (कन्टेनर)सम्म पहुँच हुन्छ र/वा सो भाँडा फोहोर पुर्ने खाड्लदेखि १०० मीटरभन्दा टाढा हुने छैन ।

- घरेलु फोहोर स्थलगत रूपमा नपुरिने स्थानमा प्रति १० परिवारका लागि कम्तीमा १०० लीटर क्षमताको फोहोर फाल्ने भाँडा उपलब्ध छ ।

- फोहोरमैलाले अप्ठेरो पार्नु वा स्वास्थ्यलाई खतरा पार्नुअगावै बस्तीदेखि हटाइन्छ (निर्देशक बुँदा १, २ र ६ हेर्नुहोस्) ।

- चिकित्सकीय फोहोर छुटचाई अलग्गै व्यवस्थित गरिन्छ र हरेक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रको प्राङ्गणमा ठीक किसिमले नक्शांकन, निर्माण तथा संचालन गरिएको खाडल, वा गहिरो खरानी रहने खाडल भएको भष्म पार्ने वा जलाउने यन्त्र (incinerator) रहन्छ (निर्देशक बुँदा ३ र ६ हेर्नुहोस्) ।

- बस्ती क्षेत्र वा सार्वजनिक स्थलहरूमा कुनै पनि प्रदूषित वा खतरायुक्त चिकित्सकीय फोहोर (सूई, गिलास, पट्टी, औषधि आदि) कुनै पनि बेला रहने छैन (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- बजार तथा पशु वधशालाजस्ता सार्वजनिक स्थलहरूमा फोहोर पुर्ने खाडल, कसिङ्गरदानी वा निर्धारित क्षेत्रहरू प्रष्ट देखिने गरी तथा उपयुक्त किसिमले घेरेर राखिएका छन् र फोहोर नियमित रूपमा संकल्न गर्ने व्यवस्था गरिएको छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- फोहोरमैलाको अन्तिम व्यवस्थापन यस्तो ठाउँमा र ढंगले गरिन्छ कि त्यसले स्थानीय तथा प्रभावित जनतालाई स्वास्थ्य तथा वातावरणीय समस्या खडा गर्ने छैन (निर्देशक बुँदा ५-६ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **फोहोरमैला (कसिङ्गर) पुर्नेः** यदि फोहोरमैला घरपरिवार वा सामुदायिक खाडलमा स्थलगत रूपमा पुर्ने भए यसलाई कम्तीमा हरेक साता माटोको

पातलो पत्रले ढाकी झिङ्गा तथा मूसाजस्ता रोगवाहक लाग्नबाट जोगाउनु तथा तिनको प्रजनन स्थल बन्नबाट रोक्नु पर्छ । यदि केटाकेटीको आँच्चि/न्याप्किनहरू (प्रयोग गरी फाल्ने ईचाहरू) खाल्डोमा व्यवस्थित गर्दा लगत्तै माटोले पुर्नु पर्छ । फोहोर व्यवस्थापन गर्ने स्थलहरूमा छेकबार लगाई दुर्घटना तथा बालबालिका एवं पशुहरूबाट जोगाउनु पर्छ; भूमिगत पानीलाई प्रदूषित गर्ने कुनै पनि घुल्ने वस्तुको रोकथाम गर्ने प्रयास गर्नु पर्छ ।

२. **फोहोर (कसिङ्गर) को प्रकार तथा परिमाणः** बस्तीमा थुप्रिने फोहोर (कसिङ्गर)को निर्माण तथा परिमाणमा व्यापक रूपले भिन्न हुन्छ । सो कुरा त्यहाँ संचालित आर्थिक गतिविधिको परिमाण तथा प्रकार, खपत गरिने प्रमुख खाद्यान्न तथा फोहोरमैला पुनरप्रयोग (recycle) गर्ने र/वा व्यवस्थित गर्ने स्थानीय चलनहरूमाथि भर पर्छ । मानिसको स्वास्थ्यमाथि फोहोरमैलाको कति दुष्प्रभाव परेको छ सोको मूल्याङ्कन गरी आवश्यक भए उपयुक्त कदम चाल्नु पर्छ । समुदायभित्र फोहोरमैलाको पुनरप्रयोग (recycle) गर्ने कामलाई बढावा दिनु पर्छ । तर यसले स्वास्थ्यलाई कुनै विशेष खतरा पुऱ्याउनु भने हुँदैन । प्याकिङ्ग (पोको पार्ने काम) तथा प्रशोधन गर्ने ठाउँमा ठूलो संख्यामा ठोस फोहोरमैला उत्पादन गर्ने वस्तुहरूको वितरण कार्यलाई निरुत्साहित गर्नु पर्छ ।

३. **चिकित्सकीय फोहोरः** स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी फोहोरमैलाको खराब व्यवस्थापनले समुदाय, स्वास्थ्यकर्मी तथा फोहोरमैला व्यवस्थापनमा काम गर्नेलाई सरुवा रोग, विषादीको प्रभाव तथा चोटपटक लाग्ने खतरा हुन्छ । प्रकोपको स्थितिमा अत्यधिक खतरनाक फोहोरमैलामध्ये संक्रामक तीखा पदार्थ तथा असंक्रामक सामान्य वस्तु (घाउमा लाउने पट्टी, रगतको टाटा लागेका कपडा तथा नाल आदिजस्ता जैविक पदार्थ) दुवै हुन सक्छन् । विभिन्न थरीका फोहोरमैलालाई श्रोतकेन्द्रमै छुट्याउनु पर्छ । रोग नसार्ने फोहोरमैला (कागज, प्लास्टिकका बेर्ने वस्तु, जूठोपूरो, आदि) लाई ठोस फोहोरमैलाझैं व्यवस्थित गर्नु पर्छ । प्रदूषित तीखा पदार्थ, खासगरी प्रयोग भएका सूई तथा सिरिन्जहरूलाई प्रयोग गर्नासाथ सुरक्षित बाक्समा राखिनु पर्छ । सुरक्षित बाक्स तथा अन्य संक्रामक फोहोरमैला स्थलमै पुरेर, भष्म गरेर वा अन्य सुरक्षित तरीकाले व्यवस्थित गर्नु पर्छ ।

४. **बजारको फोहोर**ः बजारको अधिकाँश फोहोरलाई घरेलु फोहोरझैं व्यवस्थित गर्न सकिन्छ। पशु वधशालाको फोहोरमा तरल पदार्थका लागि विशेष व्यवस्था तथा सुविधा हुनु पर्छ। साथै पशुलाई काट्ने काम स्वस्थ स्थितिमा स्थानीय कानूनबमोजिम गरिन्छ भनी सुनिश्चित गर्नु पर्छ। वधशालाको फोहोरमैलालाई प्रायः वधशालासँगैको ठूलो, ढक्कनसहितको खाड्लमा व्यवस्थित गर्न सकिन्छ। रगती आदिलाई वधशालबाट ढाकिएको नाला हुँदै उक्त खाल्डोमा बगाउन सकिन्छ (यसरी खाड्लमा झिङ्गाहरू पुग्न सक्तैनन्)। सफाइका लागि पानी उपलब्ध गराइनु पर्छ।

५. **फोहोरमैला नियन्त्रित ढुवानी (tipping)/स्वस्थ ढंगले पुर्ने (sanitary landfill)**ः फोहोरमैलालाई वृहत स्तरमा स्थलभन्दा बाहिर नियन्त्रित ढुवानी वा स्वस्थ ढंगले पुरेर व्यवस्थित गर्नु पर्छ। उक्त विधि अपनाउन पर्याप्त ठाउँ र यान्त्रिक उपकरणहरू पाइनुमा भर पर्छ। आदर्शको रूपमा हेर्ने हो भने ढुवानी गरिएका फोहोरमैलालाई हरेक दिनको अन्त्यमा माटोले ढाक्नु पर्छ। यसले फोहोर टिप्ने र रोगवाहक प्रजनन हुने कामलाई रोक्नेछ।

६. **कर्मचारीहरुको कल्याण**ः फोहोरमैला संकलन, ओसारपसार वा व्यवस्थापन गर्ने सारा कर्मचारीलाई सुरक्षात्मक पोशाक, कम्तीमा पञ्जा तथा जीउ ढाक्ने उपयुक्त पोशाक, बूट तथा सुरक्षात्मक नाक र मुख ढाक्ने मास्क प्रदान गरिनु पर्छ। हात मुख धुन पानी तथा साबुन उपलब्ध हुनु पर्छ। चिकित्सकीय फोहोरमैला चलाउने कर्मचारीहरूलाई भण्डारण, ओसारपसार तथा व्यवस्थापनसम्बन्धी सही विधिका साथै गलत व्यवस्थापनले हुने खतराहरूबारे जानकारी गराउनु पर्छ।

६ ढलनिकास

सतही पानी प्रकोप प्रभावित बस्तीभित्र अथवा यसको नजिकमा घरपरिवार तथा पानीका धाराबाट खेर गएका फोहोर पानी, चुहिने चर्पी तथा ढल, वर्षाको पानी वा उर्लँदो भेलबाट आउन सक्छ । सतही पानीले उत्पन्न गर्ने स्वास्थ्यसम्बन्धी मूल खतराका रुपमा पानी आपूर्ति तथा बस्ने वातावरण प्रदूषित हुने, शौचालय तथा आवासमा क्षति हुने, रोगवाहकको प्रजनन तथा डुबान हुने गर्छन् । वर्षाको पानी तथा उर्लँदो भेलले बस्तीको ढलनिकास व्यवस्थालाई झन बिगारी प्रदूषणको खतरा थप बढाउन सक्छ । वर्षाको पानीको निकासलाई व्यवस्थापन गर्ने तथा लघुस्तरको, स्थलगत ढलनिकास भएको उपयुक्त ढलनिकास योजना बनाई कार्यान्वयन गरी जनसमुदायलाई हुन सक्ने स्वास्थ्यसम्बन्धी खतरा कम पार्नु पर्छ । यस खण्डले लघुस्तरको ढलनिकासका समस्या तथा कृयाकलापलाई ध्यान दिएको छ । प्रायः ठूलो स्तरको ढलनिकासको निर्धारण स्थलको छनोट तथा विकासमाथि निर्भर हुन्छ (अध्याय ४, आश्रयस्थल, बस्ती तथा अखाद्य सामाग्रीहरु, पृष्ठ २४५ हेर्नुहोस् ।

पा. आ./ स./स्वा. प्र.

ढलनिकाससम्बन्धी मापदण्ड १: ढलनिकास कार्य

जलक्षय तथा जमेको पानी, वर्षाको पानी, बाढीको पानी, घरेलु फोहोर पानी तथा स्वास्थ्य केन्द्रहरूबाट निस्कने फोहोर पानीबाट उत्पन्न हुने स्वास्थ्यसम्बन्धी तथा अन्य खतराहरू न्यून गरिएका वातावरणमा मानिसहरू बसेका छन् ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- आवास क्षेत्र तथा पानीका धारा/श्रोतहरूवरिपरि जमेका फोहोर पानी रहन नदिने साथै वर्षाको पानी बग्ने ढलहरू सफा राखिन्छ (निर्देशक बुँदा १, २, ४ तथा ५ हेर्नुहोस्) ।

- आश्रयस्थल, बाटाघाटा तथा पानी एवं सरसफाइका सुविधाहरूलाई बाढीले बगाउँदैन वा पानीले क्षय गराउँदैन (निर्देशक बुँदा २-४ हेर्नुहोस्) ।

- पानीका धारा/श्रोत निकासको निकास राम्रो योजना गरी निर्माण तथा सम्भार गरिएको छ । यसअन्तरगत लुगा धुने तथा नुहाउने क्षेत्र साथै पानी संकलन गर्ने स्थानहरूबाट बगेका पानी निकास पर्छन् (निर्देशक बुँदा २-४ हेर्नुहोस्) ।

- ढलबाट निस्कने पानीले विद्यमान सतही वा भूमिगत पानीका श्रोतहरूलाई प्रदूषित वा क्षय गराउँदैन (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- साना ढलनिकासका काम तथा सम्भारका लागि आवश्यक भएका ठाउँमा पर्याप्त मात्रामा उपयुक्त उपकरणहरू प्रदान गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **स्थानको चयन तथा योजना निर्माणः** ढलनिकाससम्बन्धी समस्याहरू नियन्त्रण गर्ने अति प्रभावकारी तरीका स्थलको चयन तथा बस्तीको रूपरेखा बनाउनु हो (पृष्ठ २५४-२६८ मा उल्लेखित आश्रयस्थल तथा बस्तीसम्बन्धी मापदण्डहरू १-४ हेर्नुहोस्) ।

२. **खेरो (जाने) वा फोहोर पानीः** फोहोर वा घरेलु फोहोर पानी मानिसको दिसापिसापसँग मिसिएर ढलको रूप लिन्छ । नालाको व्यवस्था विद्यमान भएको ठाउँमा बस्ती नबसालिएसम्म घरेलु फोहोरपानीलाई मानिसको दिसापिसापसँग मिसिन दिनु हुन्न । घरेलु फोहोर पानीभन्दा ढलको पानी सफा गर्नु गाह्रो र बढी खर्चिलो हुन्छ । पानीका धारा तथा धुने र नुहाउने क्षेत्रहरूमा फोहोर पानीको प्रयोग गर्न साना बगैंचाहरू बनाउन प्रोत्साहित गर्नु पर्छ । धुने र नुहाउने क्षेत्रहरूबाट आएका फोहोर पानीले पानीका श्रोतहरूलाई प्रदूषित नगर्नको निम्ति विशेष ध्यान दिनु पर्छ ।

३. **ढलनिकास तथा मैला व्यवस्थापनः** संरचनात्मक क्षति तथा चुहावट रोक्नका लागि शौचालय तथा ढलहरूलाई भरिएर बाहिर बग्नबाट जोगाउन विशेष सावधानी अपनाउनु पर्छ ।

४. **प्रवर्द्धनः** प्रभावित जनतालाई लघुस्तरका ढलसम्बन्धी कामहरू दिनु पर्छ किनभने उनीहरूलाई प्रायः ढलको पानी प्राकृतिक रूपले कसरी बग्छ र नालाहरू कहाँ हुनु पर्छ भनी राम्रो ज्ञान हुन्छ । साथै उनीहरूले तिनमा सम्बन्धित स्वास्थ्य तथा भौतिक खतराबारे बुझेका र ढलनिकासको निर्माण कार्यमा सहयोग गरेका छन् भने उनीहरूले त्यसको सम्भार पनि गर्ने धेरै सम्भावना हुन्छ (रोगवाहक नियन्त्रणसम्बन्धी खण्ड हेर्नुहोस्) । त्यतिखेर प्राविधिक सहयोग तथा उपकरणहरूको आवश्यकता पर्नेछ ।

५. **स्थलगत व्यवस्थापनः** सम्भव भए र माटोको अवस्था अनुकूल भए धाराका पानी तथा धुने क्षेत्रहरूबाट गरिने ढलनिकास खुला नालाको सट्टा स्थलगत रूपमा गर्नु राम्रो हुनेछ । किनकि नालाहरू सम्भार गर्न गाह्रो र प्रायः जम्ने गर्छन् । फोहोर पानीको स्थलगत व्यवस्थापनका लागि सरल र सस्ता विधिहरू, जस्तै सोस्ने खाडल (sack pits) को प्रयोग गर्न सकिन्छ । यदि स्थलबाहिर व्यवस्थापन गर्नु पर्ने सम्भावना मात्र भए पाइपको सट्टा नालाहरू बनाउनु उपयुक्त हुन्छ । नालाहरूको ढाँचा सुख्खा मौसममा बेगले फोहोर बगाउन सक्ने तथा वर्षाको पानी बगाउनसमेत मिल्ने गरी बनाउनु पर्छ । जहाँ जमीन ५% भन्दा बढी भिरालो परेको छ त्यहाँ अत्यधिक क्षयलाई रोक्न प्राविधिक प्रविधि प्रयोग गर्नु पर्छ । पानीको उपचारको कारणबाट थेग्रिएका वस्तुहरूको निकासलाई मानिसहरूले त्यस्तो पानीलाई फेरि प्रयोग गर्न नसकिने किसिमले गर्नु पर्छ । साथै यसले सतही वा भूमिगत पानीका श्रोतलाई प्रदूषित पनि गर्ने छैन ।

परिशिष्ट १

पानीको आपूर्ति तथा सरसफाइसम्बन्धी आवश्यकताको प्रारम्भिक मूल्याङ्कन गर्ने रूजुसूची

प्रश्नहरूको यो सूची मुख्यतया आवश्यकताहरू निर्धारण गर्न, स्थानीय श्रोतहरू पहिचान गर्न तथा स्थानीय परिस्थितिहरूको वर्णन गर्दा प्रयोग गर्नका लागि हो । यसअन्तरगत तत्काल तथा स्थानीय तवरले उपलब्ध श्रोतहरूबाहेकका बाह्य श्रोतहरू निर्धारण गर्ने प्रश्नहरू समाविष्ट भएका छैनन् ।

१ सामान्य

- कति मानिस प्रभावित छन् र तिनीहरू कहाँ छन्? तथ्याङ्कलाई सकेसम्म लिङ्ग, उमेर, अपाङ्गता आदिका आधारमा छुटचाउनोस् ।
- मानिसहरू बसाइँसराइ गर्ने सम्भावना कति छन्? प्रभावित व्यक्ति तथा सम्भावित राहत सहायताका लागि सुरक्षात्मक कारण के के हुन्?
- हाल विद्यमान जल(तथा सरसफाइसँग सम्बन्धित रोगहरू के के हुन् वा सोको खतरा कति छ? समस्याहरूको सीमा तथा अपेक्षित विकास कति हुन सक्छ?
- सम्पर्क गर्नु पर्ने प्रमुख व्यक्ति को को हुन्?
- जनसुमदायमा खतरोन्मुखी व्यक्ति को हुन् र किन?
- विद्यमान सुविधामा सबैको समान पहुँच छ र?
- महिला तथा बालिकाहरूका लागि सुरक्षासम्बन्धी विशेष खतराहरू के के हुन्?
- आपतकालअघि जनताहरू पानी तथा सरसफाइका कस्ताखाले समस्यादेखि परिचित (अभ्यस्त) थिए?

२ पानी आपूर्ति

- हाल पानीको श्रोत के छ र वर्तमान उपभोक्ताहरू को को हुन्?
- प्रति व्यक्ति प्रति दिन कति पानी उपलब्ध छ?
- पानी आपूर्तिको दैनिक/साप्ताहिक निरन्तरता कति छ?

- के जनताका सबै समूहका अल्पकालीन तथा दीर्घकालीन आवश्यकताका लागि श्रोतमा उपलब्ध पानी पर्याप्त छ?
- के जल संकलन बिन्दुहरू (पानी भर्ने ठाउँहरू) मानिसहरू बस्ने ठाउँदेखि निकै नजीक छन्? के ती सुरक्षित छन्?
- के विद्यमान पानी आपूर्ति भरपर्दो छ? यो कति समयसम्म टिक्नेछ?
- के मानिसहरूसँग सही आकार तथा प्रकारका पर्याप्त पानीका भाँडा(कुडा) छन्?
- के पानीको श्रोत प्रदूषित छ वा प्रदूषित हुने खतरा छ (सूक्ष्मजैविकी वा रासायनिक/रेडियोधर्मी?
- के उपचार गर्नु (सफा पार्नु) आवश्यक छ? के त्यो सम्भव छ? कस्तोखाले उपचार जरुरी छ?
- के आपूर्ति प्रदूषित नहुँदा पनि कीटाणुनाशक उपचार गर्नु आवश्यक छ?
- के वरिपरि (नजीकै) वैकल्पिक श्रोत छन्?
- पानी संकलन, भण्डारण तथा उपयोगसम्बन्धी कस्ता परम्परागत विश्वास तथा चलनहरू छन्?
- के उपलब्ध आपूर्तिहरू प्रयोग गर्न कुनै बाधा छन्?
- के पानी अपर्याप्त हुँदा मानिसहरूलाई स्थानान्तरण गर्न सम्भव छ?
- के पानी अपर्याप्त हुँदा पानी बोक्ने वा ढुवानी गर्ने टचाङ्करबाट ओसार्न सम्भव छ?
- पानी आपूर्तिसँग सम्बन्धित प्रमुख स्वास्थ्यका मुद्दाहरू के के हुन्?
- के मानिसहरूसँग पानीलाई स्वस्थकर ढंगले प्रयोग गर्ने साधन छन्?

३ मलमूत्र व्यवस्थापन

- हाल दिसापिसाब गर्ने चलन कस्तो छ? खुला मैदानमा गरिन्छ भने स्थान वा क्षेत्र तोकिएको छ? के सो क्षेत्र सुरक्षित छ?
- मलमूत्र व्यवस्थापन सम्बन्धमा लैंगिकविशेष चलनका साथै विद्यमान विश्वास तथा व्यवहार के के हुन्?
- के कुनै विद्यमान सुविधा छन्? यदि छन् भने के तिनको प्रयोग हुन्छ, के ती पर्याप्त छन् र के ती सफलतापूर्वक संचालित छन्? के तिनलाई विस्तार वा संयोजन गर्न सकिन्छ?

पा. आ./ स./स्वा. प्र.

- के हाल प्रचलित दिसा गर्ने चलनले पानी आपूर्ति (सतही वा जमीनमुनिको पानी) वा बसोबास गर्ने क्षेत्रहरूको निम्ति कुनै चुनौती/खतराको रूपमा रहेको छ?
- के मानिसहरूले दिसापिसाब फेरिसकेपछि तथा खाना पकाउनु र खानुअघि हात धुने गर्छन्? के साबुन वा अरु सफा गर्ने सामाग्री उपलब्ध छन्?
- के मानिसहरू शौचालयको निर्माण तथा प्रयोगबारे परिचित छन्?
- शौचालय निर्माणका लागि के कस्ता स्थानीय सामाग्रीहरू उपलब्ध छन्?
- के मानिसहरू खाल्डे चर्पी (पाइखाना), दिसा गर्ने मैदान, खाड्ल आदि प्रयोग गर्न तयार छन्?
- के दिसा गर्नका निम्ति मैदान, चर्पी (पाइखाना), शौचालय, आदिका लागि पर्याप्त स्थान छ?
- जमीनको ढलान (भिरालोपन) कस्तो छ?
- जमीनमुनिको पानीको पठारको तह कस्तो छ?
- स्थलगत मलमूत्र व्यवस्थापनका लागि माटोका अवस्था उपयुक्त छन्?
- के हालका मलमूत्र व्यवस्थापन गर्ने प्रणालीले रोगवाहिनी (लामखुट्टे आदि) लाई निम्त्याउँछन्?
- चाक (दिसा) धुनका लागि सामाग्री वा पानी उपलब्ध छन्? मानिसहरूले प्राय: यी सामाग्रीहरू कसरी तह (थान्को) लगाउँछन्?
- महिलाहरूले नछुने हुनेसम्बन्धी सवालहरूलाई कसरी हल गर्छन्? के यसका लागि पर्याप्त सामाग्री वा सुविधा उपलब्ध छन्?

४ रोगवाहकबाट फैलने रोग

- रोगवाहकबाट सर्ने रोगका खतराहरू के के हुन् र ती कति गम्भीर हुन्?
- रोगवाहक तथा त्यसको माध्यमबाट सर्ने रोगबारे परम्परागत विश्वास तथा चलनहरू के के छन्? के यीमध्ये कुनै लाभदायक वा हानिकारक छन्?
- रोगवाहकबाट सर्ने रोगको खतरा बढी भए के खतरायुक्त व्यक्तिहरूलाई व्यक्तिगत सुरक्षा उपलब्ध छ?
- के स्थानीय वातावरणमा (ढलनिकास, घोटघाट गरेर सफा गर्ने काम, मलमूत्र व्यवस्थापन, कसिङ्गर व्यवस्थापन, आदिका माध्यमले) परिवर्तन गरी रोगवाहकको प्रजननलाई हतोत्साहित गर्न सम्भव छ?

- के रोगवाहककहरूलाई रासायनिक साधनले नियन्त्रण गर्नु आवश्यक छ? भेक्टरको नियन्त्रण तथा रसायनको प्रयोगबारे के कस्ता कार्यक्रम, नियम तथा श्रोतहरू विद्यमान छन्?
- घरपरिवारलाई कस्तो सूचना तथा सुरक्षात्मक सावधानी प्रदान गर्नु पर्छ?

५ फोहोरमैला व्यवस्थापन

- के फोहोरमैला एक समस्या हो?
- मानिसहरूले आफ्नो फोहोरमैला कसरी व्यवस्थापन गर्छन्? कस्तोखाले र कति मात्रामा फोहोरमैला उत्पादन गरिन्छ?
- के फोहोरमैला स्थलगत रूपमा व्यवस्थित गर्न सकिन्छ अथवा सो संकलन गरी बाहिरै व्यवस्थित गर्नु पर्ने छ?
- प्रभावित जनताका लागि फोहोरमैला व्यवस्थापनका आम चलन के छ? (प्राङ्गारिक/फोहोरमैला फाल्ने खाड्ल? संकलन प्रणाली? कसिङ्गरदानी?)
- के फोहोरमैला उत्पादन गर्ने स्वास्थ्य केन्द्र तथा गतिविधिहरू संचालित छन्? सो कसरी व्यवस्थित गरिन्छ? सोका लागि को जिम्मेवार छ?

६ ढलनिकास

- के ढलनिकासको कुनै समस्या छ (जस्तै बाढीले आवास वा शौचालयहरू बगाउनु, रोगवाहक प्रजनन हुने स्थालहरू, बस्ने क्षेत्र वा जल आपूर्तिहरू दूषित गर्ने प्रदूषित पानी)?
- के माटो पानी जम्नेखालको छ?
- के मानिसहरूसँग स्थानीय बाढीबाट आफ्ना घरबाड तथा शौचालय बचाउने साधन छन्?

परिशिष्ट २

संस्था तथा अन्य प्रयोगका लागि न्यूनतम पानीका मात्राका लागि योजनासम्बन्धी निर्देशिका

स्वास्थ्य केन्द्र तथा अस्पताल ५ लीटर/बहिरङ्ग रोगी४०-६० लीटर/अन्तरङ्ग रोगी/दिनधुलाइ उपकरण, फ्लश हुने शौचालय आदिका लागि थप पानी आवश्यक हुन सक्छ

स्वास्थ्य केन्द्र तथा अस्पताल	५ लीटर/बहिरङ्ग रोगी ४०-६० लीटर/अन्तरङ्ग रोगी/दिनधुलाइ उपकरण, फ्लश हुने शौचालय आदिका लागि थप पानी आवश्यक हुन सक्छ
हैजा केन्द्र	६० लीटर/रोगी/दिन/१५ लीटर/कुरुवा/दिन
चिकित्सकीय आहारा केन्द्र	३० लीटर/अन्तरङ्गरोगी/दिन/१५ लीटर/कुरुवा/दिन
स्कूल	३ लीटर/विद्यार्थी/दिन, पिउन तथा हात धुनका लागि (शौचालयको प्रयोग समावेश गरिएको छैनः तल हेर्नुहोस्)
मस्जिद	२(५ लीटर/व्यक्ति/दिन, धुन तथा पिउनका लागि
सार्वजनिक शौचालय	१(२ लीटर/उपभोक्ता/दिन, हात धुन २-८ लीटर/प्रकोष्ठ/दिन, शौचालय धुन
फ्लश गर्ने (पानीले पखाल्ने)	२०-४० लीटर/उपभोक्ता/दिन, ढलसँग जोडिएको
सबै शौचालय	फ्लशवाल परम्परागत शौचालयका लागि ३-५ लीटर/उपभोक्ता/दिन, खन्याउँदै फ्लश गर्ने शौचालयका लागि
चाक धुने	१-२ लीटर/व्यक्ति (जनही)/दिन (दिसा पुछ्ने/सफा गर्ने)

गाईवस्तु	२०-३० लीटर/ठूलो वा मझौला पशु/दिन ५ लीटर/सानो पशु/दिन
लघुस्तरको सिंचाइ	३-६ मिलीमीटर/मि^{२}/दिन, तर उल्लेख्य रूपमा परिवर्तन हुन सक्छ

परिशिष्ट ३

प्रकोपका अवस्थामा सार्वजनिक स्थल तथा संस्थाहरुमा न्यूनतम संख्याको शौचालयको योजनासम्बन्धी निर्देशिका

संस्था	**अल्पकालीन**	**दीर्घकालीन**
बजार क्षेत्र	५० पसल (स्टल)का लागि १ शौचालय	२० पसल (स्टल)का लागि १ शौचालय
अस्पताल/चिकित्सा केन्द्र	२० शैया वा ५० बहिरङ्ग रोगीका लागि १ शौचालय	१० शैया वा २० बहिरङ्ग रोगीका लागि १ शौचालय
आहारा केन्द्र	५० वयस्कका लागि १ शौचालय २० केटाकेटीका लागि १ शौचालय	२० वयस्कका लागि १ शौचालय१० केटाकेटीका लागि १ शौचालय
स्वागतकक्ष (रिसेप्शन)/पारवहन केन्द्र	५० व्यक्तिका लागि १ शौचालय३:१ महिलापुरुष (३ पुरुषमा १ महिलाको अनुपातले)	
स्कूल (विद्यालय)	३० छात्रालाई १ शौचालय ६० छात्रलाई १ शौचालय	३० छात्रालाई १ शौचालय६० छात्रलाई १ शौचालय
कार्यालय		२० कर्मचारीलाई १ शौचालय

श्रोत: *हार्भी, बाग्री तथा रीड (२००२) बाट रुपान्तरित*

परिशिष्ट ४

जल- तथा मलमूत्रबाट उत्पन्न हुने रोग तथा संक्रमण हुने संयन्त्रहरू

जल-उत्पन्न वा जल-प्रक्षालित (सँगै बगेर आएका)	हैजा, शिगेलोसिस (shigellosis), झाडापखाला (diarrhoea), साल्मोनेलोसिस (salmonellosis), इत्यादिटाइफाइड (typhoid), प्याराटाइफाइड (paratyphoid), इत्यादि अमीबाबाट लाग्ने आउँ (amoebic dysentery), जायर्डियासिस (giardiasis) कमलपित्त ए (hepatitis A), पोलियो (polio), रोटाभाइरस (rotavirus) झाडावान्ता (diarrhoea)	दिसापिसाप-मौखिक ब्याक्टेरियाबाट (**faecal-oral bacteria**) दिसापिसाप-मौखिक गैरब्याक्टेरियाबाट (**faecal-oral non-bacteria**)	जल प्रदूषण खराब सरसफाइ खराब व्यक्तिगत स्वास्थ्य फसलको प्रदूषण
जल-प्रक्षालित (सँगै बगेर आएका) वा जल-अभाव	छाला तथा आँखाको संक्रमणजुम्राबाट उत्पन्न हुने टाइफस तथा जुम्राबाट उत्पन्न हुने रिल्याप्सिङ्ग फिभर		अपर्याप्त पानीखराब व्यक्तिगत स्वास्थ्य

मलमूत्रबाट उत्पन्न हेल्मिन्थस (helminths)	जुका, हुकवर्म (hookworm), ह्विपवर्म (whipworm)	**माटोबाट सर्ने हेल्मिन्थस (helminths)**	खुला दिसापिसाप भूमिको प्रदूषण
गाई तथा सुँगुरको मासुबाट पलाउने फित्तेजुका (tapeworm)	टानिआसिस (taeniasis)	**मानिस-पशु**	आधा पकाएको मासु भूमिको प्रदूषण
जल-आधारित	शिस्टोमिआसिस (schistosomia-sis), गिनीवर्म (guinea worm), क्लोनोर्किआसिस (clonorchiasis), इत्यादि	**संक्रमित पानीमा लामो समयसम्म बस्नु**	जल प्रदूषण
जल-सम्बन्धी कीटाणु रोगवाहकमलमूत्र-सम्बन्धी कीटाणु रोगवाहक	औलो, डेङ्गु, निद्राको रोग, हात्तीपाइले, आदि झाडापखाला र आउँ	**लामखुट्टे, झिङ्गाले टोक्नु झिङ्गा तथा साँग्लाबाट संक्रमित**	पानीनिर टोकाइपानीमा प्रजननफोहोर वातावरण

परिशिष्ट ५

सन्दर्भग्रन्थहरु

यहाँ उद्धृत अधिकाँश विवरण (डक्युमेन्ट)हरूका लागि कपीराइट अनुमति प्राप्त गरी विशेष स्फिअर लिङ्क: http:www.forcedmigration.org मा संलग्न गर्न पाउँदा अक्सफोर्ड विश्वविद्यालयमा स्थित शरणार्थी अध्ययन केन्द्रको फोर्स्ट माइग्रेशन अनलाइन प्रोग्राम (Forced Migration Online Programme of the Reference Studies Centre at the University of Oxford)प्रति आभार प्रकट गर्दछौं ।

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी उपकरणहरु

The Right to Water (article 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 15, 26 November 2002, U.N. Doc. E/C.12/2002/11, Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

United Nations Treaty Collection: http://untreaty.un.org

University of Minnesota Human Rights Library: http://www1.umn.edu/humanrts

http://www.who.int/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.htm

सामान्य

Adams, J (1999), *Managing Water Supply and Sanitation in Emergencies*. Oxfam GB.

Cairncross, S and Feachem, R (1993), *Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text (Second Edition).* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.

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

Drouarty, E and Vouillamoz, JM (1999), *Alimentation en eau des populations menacées*. Hermann, Paris.

International Research Centre (Netherlands) website: http://www.irc.nl/publications

MSF (1994), *Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition.* Médecins Sans Frontières, Paris.

UNHCR (1999), *Handbook for Emergencies. Second Edition.* UNHCR. Geneva. http://www.unhcr.ch/

Water, Engineering and Development Centre (WEDEC), Loughborough University, UK. http://www.lboro.ac.uk

WHO Health Library for Disasters: http://www.helid.desastres.net

WHO Water, Sanitation, Health Programme: http://www.who.int/water_sanitation_health

सरसफाइसम्बन्धी सर्भेक्षण

ARGOSS manual: http://www.bgs.ac.uk

लिङ्ग

Gender and Water Alliance: http://www.genderandwateralliance.org

Islamic Global Health Network, Islamic Supercourse Lectures. On *Health Promotion, Child Health and Islam.* http://www.pitt.edu

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

स्वास्थ्य प्रवर्द्धन

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Waterand *Sanitation-Related Hygiene Practices.* International Nutrition Foundation for Developing Countries. Available from Intermediate Technology Publications, Southampton Row, London WC1, UK.

Benenson, AS, ed. (1995), *Control of Communicable Diseases Manual, 16th Edition.* American Public Health Association.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2000), *Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development.* Oxfam GB.

पानी आपूर्ति

FAO: http://www.fao.org

House, S and Reed, R (1997), *Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment*. WEDEC, Loughborough University, UK.

पानीको गुणस्तर

WHO (2003), *Guidelines for Drinking Water Quality. Third Edition.* Geneva.

मलमूत्र व्यवस्थापन

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

Pickford, J (1995), *Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience*. IT Publications, London.

रोगवाहक नियन्त्रण

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

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDEC, Loughborough, UK.

Thomson, M (1995), *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations.* Oxfam GB.

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

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

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

WHO Pes ticide Evaluation Scheme (WHOPES), *Guidelines for the purchase of pesticides for use in public health.* http://www.who.int.

फोहोरमैला

Design of landfill sites: http://www.lifewater.org

The International Solid Waste Association: http://www.iswa.org

चिकित्सकीय फोहोरमैला

Prüss, A, Giroult, E, Rushbrook, P, eds. (1999), *Safe Management of Health-Care Wastes*. WHO, Geneva.

WHO (2000), *Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management.* Geneva.

WHO: http://www.healthcarewaste.org

WHO: http://www.injectionsafety.org

ढलनिकास

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), *Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems*, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati.

टिपोट

टिपोट

टिपोट

अध्याय ३: खाद्य (खाद्यान्न) सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोगमा न्यूनतम मापदण्डहरू

यो अध्याय कसरी प्रयोग गर्ने

यस अध्यायलाई चार भागमा विभाजित गरिएको छः १) खाद्य (खाद्यान्न) सुरक्षा तथा पोषण मूल्याङ्कन तथा विश्लेषणसम्बन्धी मापदण्डहरु, २) खाद्यान्न सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरु, ३) पोषणसम्बन्धी मापदण्डहरु तथा ४) खाद्यान्न सहयोगसम्बन्धी मापदण्डहरु । खाद्यान्न सुरक्षा तथा पोषणसम्बन्धी मापदण्डहरु खाद्यसम्बन्धी अधिकारको व्यावहारिक अभिव्यक्ति हो भने खाद्यान्न सहयोगसम्बन्धी मापदण्डहरुलाई व्यवहार संचालनका दृष्टिले बढी बढी ध्यान दिइएको छ । हरेक भागमा निम्न कुरा समावेश छन्ः

- *न्यूनतम मापदण्डहरुः* यिनीहरुको प्रकृति गुणात्मक छ र यिनले खाद्य (खाद्यान्न) सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोगसम्बन्धी प्रतिक्रियाहरुको प्रावधानमा हासिल गर्नु पर्ने न्यूनतम स्तर निर्धारण गर्छ;

- *प्रमुख सूचकहरुः* यिनीहरु उक्त मापदण्ड हासिल भयो या भएन भन्ने 'संकेत' हुन् । यिनले कार्यक्रमहरुका साथै प्रयोग गरिएको प्रकृया वा विधिहरुले पारेको प्रभाव वा परिणाम नाप्ने तथा सोबारे संचार गर्ने उपाय बताउँछन् । सूचकहरु गुणात्मक वा परिमाणात्मक हुन सक्छन्;

- *निर्देशक बुँदाहरुः* यिनमा विभिन्न परिस्थितिमा मापदण्ड तथा सूचकहरु लागू गर्दा ध्यान दिनु पर्ने विशेष बुँदाहरुका साथै व्यावहारिक कठिनाइहरु समाधान गर्ने निर्देशन, तथा प्राथमिकताका विषयहरुबारे सल्लाह पनि समावेश छन् । यिनमा मापदण्ड वा सूचकहरुसँग सम्बन्धित महत्वपूर्ण विषयहरु पनि सामेल हुन सक्छन् र यिनले विद्यमान ज्ञान वा जानकारीमा देखा पर्ने दोधार, विरोधाभास तथा अभावहरुबारे बयान गर्न सक्छन् ।

अध्यायको अन्त्यमा दिइएका परिशिष्टहरुमा मूल्याङ्कनका लागि रूजुसूची, खाद्यान्न सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरु, असाध्य कुपोषण नाप्ने तथा सूक्ष्म पोषणको अल्पताको जनस्वास्थ्यसम्बन्धी महत्व निर्धारण गर्ने, पोषणका आवश्यकताहरु, एवं चयन गरिएका सन्दर्भ(ग्रन्थ)हरु छन् जसले यस अध्यायसँग सम्बन्धित सामान्य तथा विशिष्ट दुवैथरी प्राविधिक मुद्दाहरुबारे सूचना प्रदान गर्ने श्रोतहरुको जानकारी दिन्छन् ।

विषयसूची

परिचय १२७

१. खाद्य (खाद्यान्न) सुरक्षा तथा पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन तथा विश्लेषण १३२

२. खाद्य (खाद्यान्न) सुरक्षामा न्यूनतम मापदण्डहरु १४२

३. पोषणसम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरु १६३

क) सामान्य पोषण सहयोग १६५

ख) कुपोषणमा सुधार्ने १७५

४. खाद्य सहयोग न्यूनतम् मापदण्डहरू १८८

क) खाद्य सहयोग योजना १८९

ख) खाद्य सहयोगको व्यवस्थापन १९७

परिशिष्ट १ः अध्ययन विधि तथा प्रतिवेदनको निम्ति
खाद्यान्न सुरक्षाको रूजुसूची २०९

परिशिष्ट २ः खाद्य सुरक्षाको मूल्याङ्कनसम्बन्धी रूजुसूची २१२

परिशिष्ट ३ः खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरु २१५

परिशिष्ट ४ः पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन गर्ने रूजुसूची २१८

परिशिष्ट ५ः गम्मीर कुपोषण नाप्ने २२२

परिशिष्ट ६ः जनस्वास्थ्यमा भिटामिन ए तथा आयोडिन अल्पताको मापन २२७

परिशिष्ट ७ः पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरु २२९

परिशिष्ट ८ः आपूर्ति कडी (चक्र) लाई व्यवस्थापनसम्बन्धी
सामाग्रीहरुको रूजुसूची २३२

परिशिष्ट ९ः सन्दर्भग्रन्थहरु २३४

खाद्य सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोग

मापदण्ड १
खाद्य सुरक्षाको मूल्याङ्कन तथा विश्लेषण

मापदण्ड २
पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन तथा विश्लेषण

खाद्य सुरक्षा

मापदण्ड १
सामान्य खाद्य सुरक्षा

मापदण्ड २
प्राथमिक उत्पादन

मापदण्ड ३
आय तथा रोजगारी

मापदण्ड ४
बजारमा पहुँच

पोषण

सामान्य पोषणसम्बन्धी सहयोग

मापदण्ड १
सबै समूह

मापदण्ड २
खतराजन्य समूहहरू

कुपोषणमा सुधार

मापदण्ड १
मध्यम कुपोषण

मापदण्ड २
गम्भीर कुपोषण

मापदण्ड ३
सूक्ष्मपोषण सम्बन्धी कुपोषण

खाद्य सहयोग

खाद्य सहयोगको योजना बनाउने

मापदण्ड १
राशनको योजना

मापदण्ड २
औचित्य तथा स्वीकार्यता

मापदण्ड ३
खाद्यको गुणस्तर तथा सुरक्षा

खाद्य सहयोगको व्यवस्थापन

मापदण्ड १
खाद्य चलाउने

मापदण्ड २
आपूर्तिको कडी व्यवस्थापन

मापदण्ड ३
वितरण

परिशिष्ट १
अध्ययन विधि तथा प्रतिवेदनको निम्ति खाद्य सुरक्षाको रुजुसूची

परिशिष्ट २
खाद्यान्न सुरक्षाको मूल्याङ्कनसम्बन्धी रुजुसूची

परिशिष्ट ३
खाद्यान्न सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरू

परिशिष्ट ४
पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन गर्ने रुजुसूची

परिशिष्ट ५
असाध्य कुपोषण नाप्ने

परिशिष्ट ६
जनस्वास्थ्यमा भिटामिन ए तथा आयोडिन अल्पताको महत्व

परिशिष्ट ७
पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरू

परिशिष्ट ८
आपूर्ति कडीको व्यवस्थापनको प्रबन्ध रुजुसूची

परिशिष्ट ९
सन्दर्भग्रन्थहरू

परिचय

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरुसँग सम्बन्ध

खाद्य सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोगसम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू मानवतावादी घोषणापत्रमा अन्तर्नीहित सिद्धान्त तथा अधिकारहरूको व्यावहारिक अभिव्यक्ति हो । मानवतावादी घोषणापत्र प्रकोप वा द्वन्द्वबाट प्रभावित हुने व्यक्तिहरूको जीवन तथा सम्मान कायम राख्ने अत्यधिक आधारभूत आवश्यकताहरूसँग सरोकार राख्छ जुन अन्तर्राष्ट्रिय मानव अधिकार, मानवीय तथा शरणार्थीसम्बन्धी कानूनमा प्रतिबिम्बित छन् ।

पर्याप्त खानाको हक हरेक व्यक्तिलाई छ । उक्त अधिकारलाई अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरूमा मान्यता प्रदान गरिएको छ र यसमा भोकबाट मुक्त रहने अधिकार समाविष्ट छ । पर्याप्त खानासम्बन्धी हकका प्रमुख बुँदा निम्नानुसार छन्:

- व्यक्तिलाई खानाका आवश्यकता पूरा गर्ने मात्रामा खराब तत्व नमिसिएको, सम्बन्धित संस्कृतिमा मान्य हुने तथा गुणस्तरको खाद्य उपलब्ध हुनु पर्छ;

- त्यस्तो खाना निरन्तर सुलभ हुनु पर्छ । यसले अरुका मानवाधिकार उपभोग गर्नमा बाधा पुऱ्याउनु हुँदैन ।

राज्य तथा गैरराज्य कर्मीहरूमा खाद्यान्नसम्बन्धी हक पूरा गर्ने जिम्मेवारी छ । यी जिम्मेवारी पूरा नहुने तथा अन्तर्राष्ट्रिय कानूनको उल्लंघन हुने थुप्रै स्थिति छन् । यसमा उदाहरणका लागि, जनतालाई जानजानी भोकमरीमा पार्नु अथवा युद्धको रणनीतिको रूपमा जनताको जीविकोपार्जन ध्वस्त पार्ने कामले खाद्य सुरक्षा तथा पोषणमा खतरनाक असरहरू पारेका छन् । सशस्त्र द्वन्द्वका बेला लडाकूहरूले खाद्य सामाग्री, सो उत्पादन गर्ने कृषि क्षेत्र, अन्नबाली वा पशुधनमाथि हमला वा

सो नाश गर्न मनाही गरिएको छ । यस्ता परिस्थितिमा मानवसेवीहरूले प्रभावित जनताको अधिकार दिलाउन सहयोग गर्न सक्छन्: उदाहरणका लागि, राष्ट्रिय कानून तथा अन्तर्राष्ट्रिय मानव अधिकारसम्बन्धी उत्तरदायित्वहरूको सम्मान हुने किसिमले खाद्य सहयोग प्रदान गर्ने कुरालाई उल्लेख गर्न सकिन्छ ।

यस अध्यायमा उल्लिखित न्यूनतम मापदण्डहरू भने पर्याप्त खाद्यान्नको हकसम्बन्धी पूर्ण अभिव्यक्ति होइनन् । तर स्फिअर मापदण्डहरूले पर्याप्त खाद्यान्नको हकको मूल आत्मालाई प्रतिबिम्बित गर्नुका साथै उक्त हकलाई विश्वव्यापी रूपमा गतिशील ढंगले प्राप्त गर्नमा सघाउँछन् ।

प्रकोपको समयमा खाद्य सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोगको महत्व

खाद्य प्राप्त गर्नु तथा पर्याप्त पोषण स्तर धान्न सक्नु भनेको मानिसहरू प्रकोपको बेला मानिसहरू बाँच्नका लागि महत्वपूर्ण निर्धारक तत्व हुन् । कुपोषण भने सार्वजनिक स्वास्थ्यसम्बन्धी अति गम्भीर समस्या हुन सक्छ । यो प्रत्यक्ष तथा अप्रत्यक्ष रूपमा मृत्युको प्रमुख कारक पनि बन्न सक्छ । मानिसहरूको जीवनवृत्तिको पुनरलाभ तथा तत्पश्चात उनीहरूको खाद्य सुरक्षाले छोटो समयमै तिनको स्वास्थ्य तथा पोषणका साथै तिनको भावी जीवन अस्तित्व एवं हितलाई निर्धारित गर्दछ । खाद्य सहयोगले उपायहरूको संयोगको एक अङ्कको रूपमा खाद्य तथा पोषणको सुरक्षा तथा प्रत्याभूतिको निम्ति महत्वपूर्ण हुन सक्छ ।

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरूको विवरण पोषण वा खाद्य सहयोगका भन्दा कम दिइएको छ । यसको प्रमुख कारण प्रकोपको घडीमा खाद्य सुरक्षा सर्वोत्तम प्रयोगसहितको सीमित अङ्कको भिन्न क्षेत्र हुनु हो ।

यस अध्यायका लागि निम्न परिभाषाहरू प्रयोग गरिएका छन्:

- **खाद्य सुरक्षा** तब भएको मानिन्छ जब मानिसले सधैं स्वस्थ तथा सक्रिय जीवनयापनका लागि भौतिक तथा आर्थिक रूपमा सुरक्षित तथा पोषक खाना

पर्याप्त मात्रामा प्राप्त गर्न सक्छन् (विश्‍व खाद्य शिखर सम्मेलनको कार्ययोजना, अनुच्छेद १, १९९६);

- **जीवनयापन**भित्र क्षमता, सम्पति (भौतिक तथा सामाजिक श्रोत दुवै) तथा बाँच्न एवं भावी हितसँग सम्बन्धित जीविकोपार्जनका साधनका लागि गरिने कृयाकलापहरू पर्छन् । *जीवनयापनका रणनीतिहरू*अन्तरगत त्यस्ता व्यावहारिक साधन वा कृयाकलापहरू पर्छन् जसको माध्यमले मानिसहरू खाद्यान्न वा सो किन्ने आयआर्जन गर्छन् । अर्कोतर्फ *समस्याको सामना गर्ने रणनीतिहरू* भनेको खाद्य असुरक्षाको प्रतिक्रियामा गरिने अस्थाई कार्यक्रम हुन्;

- **कुपोषण**अन्तरगत जीर्ण कुपोषण, दीर्घ कुपोषण तथा सुक्ष्मपोषणसम्बन्धी अल्पतालगायतका विभिन्न परिस्थितिहरू पर्छन् । जीर्ण कुपोषण भन्नाले क्षयीकरण (दुर्वलता) र/वा पोषणसम्बन्धी इडिमा (oedima) (जीउ सुनिएको/स्थानीय जलोदर) बुझिन्छ भने दीर्घ कुपोषणले शारीरिक वृद्धि रोकिनु (होचोपन) बुझाउँछ । होचोपन तथा क्षयीकरण वृद्धि नहुने अवस्थाका दुई रूप हुन् । यस अध्यायमा हामी जीर्ण कुपोषण तथा सुक्ष्मपोषणसम्बन्धी अल्पताबारे मात्र उल्लेख गर्नेछौं ।

महिलाहरू खाद्य सहयोग पाउने मुख्य पात्रका रूपमा रहेका हुनाले घरपरिवारमा उनीहरूले खानासम्बन्धी सम्पूर्ण जिम्मेवारी बोकेका हुन्छन् । तसर्थ सम्भव भएसम्म कार्यक्रमको ढाँचा तयार गर्न र कार्यान्वयनमा तिनको सहभागितालाई प्रोत्साहन दिनु जरुरी छ ।

अन्य अध्यायसँग सम्बन्ध

अन्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित अध्यायहरूमा उल्लिखित मापदण्डहरू यस अध्यायका लागि सान्दर्भिक छन् । एक क्षेत्रमा मापदण्डहरू पूरा गर्ने कार्यमा भएको प्रगतिले प्राय: अन्य क्षेत्रको प्रगतिलाई समेत प्रभावित एवं निर्धारित पनि गरेको हुन्छ । हस्तक्षेप प्रभावकारी हुनका लागि अन्य क्षेत्रसँग घनिष्ट समन्वय तथा सामञ्जस्य हुनु आवश्यक छ । आवश्यकताहरू पूरा गरिएका छन्, प्रयासहरू दोहोरिएका छैनन्, तथा खाद्य सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोगसम्बन्धी कार्यक्रमहरूको

गुणस्तर अत्यधिक गराइएको छ भनी सुनिश्चित गर्न स्थानीय निकाय तथा सहयोग कार्यक्रम गर्ने अन्य निकायहहरूसँग समन्वय गर्नु पनि जरुरी छ ।

उदाहरणका लागि, खाना पकाउने भाँडाकुडा, खानाका लागि इन्धन तथा पानी, एवं जनस्वास्थ्यको सम्भारसम्बन्धी आवश्यकताहरूको बारेमा पानी, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन, स्वास्थ्य सेवा एवं आश्रय, बस्ती तथा अखाद्य सामाग्रीसम्बन्धी मापदण्डहरूमा चर्चा गरिएको छ । यी आवश्यकताहरू खाद्यान्न प्राप्त तथा पोषणको स्तर कायम गर्न सक्ने घरपरिवारको क्षमतामाथि प्रत्यक्ष असर पार्छ । अन्य प्राविधिक अध्यायमा आवश्यकतानुसार विशिष्ट मापदण्ड वा निर्देशक बुँदाहरू उल्लेख गरिएका छन् ।

सबै क्षेत्रका लागि साझा मापदण्डहरुसँग सम्बन्ध

कुनै सहायता कार्यको विकास र कार्यान्वयन हुने प्रकृया सोको प्रभावकारिताका लागि महत्वपूर्ण हुन्छ । यस अध्यायको प्रयोग सबै क्षेत्रका लागि साझा मापदण्डहरूसँग समन्वय गरी हुनु पर्छ जसमा सहभागिता, प्रारम्भिक मूल्याङ्कन, सहायता कार्य, लक्ष्यीकरण, अनुगमन, मूल्याङ्कन, सहयोगकर्मीको क्षमता तथा जिम्मेवारीहरू, एवं कर्मचारीहरूको सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन र तिनलाई सहयोग जस्ता विषयहरू पर्छन् (अध्याय १, पृष्ठ २७ हेर्नुहोस्) । खासगरी कुनै पनि सहायता कार्यमा तल उल्लिखित खतरोन्मुखी समूहलगायतका प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूको सहभागितालाई कार्यक्रमको उपयुक्तता तथा गुणस्तर सुनिश्चित गर्न सकेसम्म बढी मात्रामा गराउनु पर्छ ।

प्रकोपबाट प्रभावित जनताले झेल्ने खतरा तथा तिनका क्षमताहरु

आपतकालमा अधिकतम खतरामा पर्ने समूहहरूमा महिला, बालबालिका, वृद्ध, अपाङ्ग, एचआइभी/एड्स संक्रमित पर्छन् । कतिपय प्रसङ्गमा मानिसहरूले जातीय उत्पति, धार्मिक वा राजनैतिक सम्बन्धन, वा विस्थापनका कारणले पनि खतरा झेल्नु पर्ने हुन्छ । यो चाहिं सम्पूर्ण सूची होइन तर यसमा सर्वाधिक रूपमा

पहिचान गरिएकाहरू परेका छन् । विशेषखालका खतराहरूले मानिसहरूको संकटको घडीलाई सामना गर्ने र सोमा बाँच्ने क्षमतालाई प्रभावित गर्छ । साथै हरेक अवस्थामा सर्वाधिक खतरा भेल्ने व्यक्तिहरूको पहिचान गरिनु पर्छ ।

यस हातेपुस्तिकाभरि नै 'संकटाभिमुखी समूह' भन्ने शब्दावलीले यी सबै समूहलाई जनाउँछन् । कुनै एक समूह खतरामा पर्दा अरू पनि प्रभावित हुने डर हुन्छ । तसर्थ संकटाभिमुखी समूहको उल्लेख हुनासाथ यस हातेपुस्तिकाका प्रयोगकर्ताहरूलाई यहाँ सूचीमा परेका सबैको सम्बन्धमा विचार पुऱ्याउन विशेष आग्रह गरिन्छ ।सबै प्रभावित समूहलाई बिना भेदभाव तथा उनीहरूको आवश्यकतालाई विशेष संरक्षण तथा सहयोग प्रदान गर्न खास ध्यान दिइनु पर्छ । तर प्रकोप प्रभावित व्यक्तिहरूमा स्वयं समस्याको सामना गर्ने सीप तथा क्षमता रहेको हुन्छ वा तिनले सिक्छन् भन्ने कुरा बुझी तिनको पहिचान तथा समर्थन गरिनु पर्छ ।

१ खाद्य सुरक्षा तथा पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन एवं विश्लेषण

यी दुई मापदण्डहरु साभा प्रारम्भिक मूल्याङ्कन (पृष्ठ २८? हेर्नुहोस्) तथा सहभागिता (पृष्ठ २८ हेर्नुहोस्) सम्बन्धी मापदण्डहरुका पूरक हुन् र दुवै पोषण तथा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी हस्तक्षेपहरुको योजना बनाउने तथा पैरवी गर्ने जुनसुकै स्थानमा लागू हुन्छन् । यी मूल्याङ्कनहरु गहन छन् र तिनलाई सही ढंगले कार्यान्वयन गर्न निकै समय तथा श्रोतको आवश्यकता पर्छ । गम्भीर संकटमा तथा तत्काल सहायता कार्यक्रम संचालनका लागि तत्काल सहयोग आवश्यक पर्ने या नपर्ने र परेमा कस्ता प्रावधानको व्यवस्था गर्नु पर्छ भनी निर्णय गर्नका लागि छिटो मूल्याङ्कन पद्धति प्रयोग गर्नु यथेष्ट हुनेछ । मूल्याङ्कनसम्बन्धी रूजुसूचीहरु परिशिष्ट १-२, पृष्ठ २०९-२१२ मा दिइएका छन् ।

मूल्याङ्कन एवं विश्लेषणसम्बन्धी मापदण्ड १: खाद्य सुरक्षा

मानिसहरूलाई खाद्य असुरक्षाको खतरा हुने अवस्थामा कार्यक्रमसम्बन्धी निर्णयहरू तिनले सामान्यतया खाद्य कसरी प्राप्त गर्छन्, विद्यमान तथा भावी खाद्य सुरक्षामाथि संकटको प्रभाव तथा सर्वाधिक उपयुक्त सहायता कार्यक्रमको समभ्रुदारीमा आधारित छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- मूल्याङ्कन तथा विश्लेषणहरूले महत्वपूर्ण भौगोलिक स्थिति तथा जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरूमा मौसमहरूबीच भेद गरेर तथा समयान्तरमा आवश्यकताहरूको

पहिचान तथा प्राथमिकीकरण गर्न खाद्यान्न सुरक्षाको परीक्षण गर्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- मूल्याङ्कनले खाद्य सुरक्षालाई असर पार्ने व्यापक सामाजिक, आर्थिक तथा राजनैतिक नीति, संस्था एवं प्रकृयाहरूप्रतिको समभ्कदारी दर्शाउँछ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- मूल्याङ्कनमा समस्याको सामना गर्ने रणनीतिहरूको अनुसन्धान तथा विश्लेषण समावेश हुन्छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- सम्भव भएसम्म मूल्याङ्कन औपचारिक तथा अनौपचारिक दुवैथरी संस्थालगायतका स्थानीय क्षमताका आधारमा गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४) ।

- प्रयोग गरिएको विधिलाई मूल्याङ्कन प्रतिवेदनमा राम्रोसँग बुभ्किने गरी वर्णन गरिन्छ । साथै व्यापक रूपमा मान्यता प्राप्त सिद्धान्तहरूको अनुसरण गरेको हेरिन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- विद्यमान अनुपूरक तथ्याङ्कको प्रयोग गरिनुका साथै निर्णय प्रकृयाका लागि आवश्यक थप सूचनाहेतु क्षेत्रमा संकलन गरिएका प्राथमिक तथ्याङ्कमाथि जोड दिइन्छ (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

- तात्कालिक आवश्यकता पूरा गर्दै जीविकोपार्जनका रणनीतिहरूको समर्थन, संरक्षण एवं सम्बर्द्धन गर्न सिफारिस गरिएका खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरू निर्माण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

- जनताको पोषणसम्बन्धी स्थितिमा खाद्य असुरक्षाको असरबारे विचार गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **विश्लेषणको क्षेत्रः** खाद्य सुरक्षा मानिसका जीविकोपार्जन, तिनको अवस्थिति, तिनको सामाजिक स्तर, वर्षको समय तथा संकटको प्रकृति एवं सम्बन्धित सहायता कार्यक्रमहरूको अनुरुप फरक फरक हुन्छ। मूल्याङ्कनमा प्रकोपपूर्व प्रभावित जनताले कसरी खाना तथा आय आर्जन गर्थ्यो, र प्रकोपले सो कुरालाई कसरी प्रभावित गरेको छ भन्ने मूल रूपमा ध्यान दिएको कुरा प्रतिबिम्बित गर्नेछ। उदाहरणका लागि, शहरी तथा अर्द्धशहरी क्षेत्रमा खाद्यको बजार आपूर्तिको अध्ययनमा ध्यान केन्द्रित हुन सक्छ भने ग्रामीण भेगमा प्रायः खाद्यान्न उत्पादनमा हुनेछ। जनता विस्थापित भएको ठाउँमा आश्रयदाता स्थानीय जनताको खाद्य सुरक्षामा पनि विचार पुऱ्याउनु पर्छ। खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कन कुनै कार्यक्रम टुङ्ग्याउने तथा अर्को थाल्ने योजना बनाउनु अघि गर्नु पर्छ। दुवै अवस्थामा प्रयासहरू दोहोरिन नदिने कुरालाई न्यून पार्न सम्बन्धित सबै पक्षबीच समन्वय हुनु पर्छ। नयाँ सूचना संकलन गर्ने मूल्याङ्कनहरूले विद्यमान सूचना श्रोतहरूबाट प्राप्त सहायक तथ्याङ्कले नै पूरक भई काम गर्नु पर्छ।

२. **प्रसङ्गः** खाद्य सुरक्षा व्यापक वृहत्त अर्थशास्त्रीय (macro-economic) तथा समाज-राजनीतिक (socio-political) ढाँचाको कारणले ल्याएको परिणाम हुन सक्छ। उदहरणार्थ पोषणको दृष्टिले पर्याप्त खानामा जनताको पहुँचलाई प्रभावित गर्ने राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय नीति, प्रकृया वा संस्थाहरूलाई लिन सकिन्छ। यसलाई प्रायः दीर्घ खाद्य असुरक्षा भनिन्छ किनभने यो संरचनागत खतराहरूले गर्दा उत्पन्न हुने दीर्घकालिन अवस्था हो। तर यो अवस्था प्रकोपको प्रभावको कारणले गर्दा झन बिग्रन सक्छ।

३. **समस्याको सामना गर्ने रणनीतिहरुः** मूल्याङ्कन तथा विश्लेषणले समस्याको सामना गर्ने विभिन्न प्रकारका रणनीति, सो कसले लागू गरिरहेको र त्यसले कति राम्रो काम गरेको छ भनी विचार गर्नु पर्छ। रणनीतिहरू फरकफरक भए तापनि समस्या सामना गर्ने प्रष्ट चरणहरू छन्। समस्या सामना गर्ने प्रारम्भिक रणनीतिहरू अपरिहार्य रूपमा असामान्य छैनन्। बरु तिनीहरू परिवर्तनीय छन् र दीगो क्षति पुऱ्याउँदैनन्। उदाहरणका लागि, जङ्गली

खानाको संकलन, अनावश्यक सम्पतिहरू बेच्नु वा परिवारको कुनै सदस्यलाई अन्यत्र कुनै काम गर्न पठाउनुलाई लिन सकिन्छ । कहिलेकाहीं संकटकालीन रणनीति पनि भनिने पछिका रणनीतिहरूले भावी खाद्य सुरक्षालाई स्थायी रूपमा प्रभावित गर्न सक्छ । जस्तै जग्गा बेचविखन गर्नु, सारा परिवार नै तनावग्रस्त भई बसाइँ सर्नु गर्नु वा वन फाँड्नुजस्ता कुरा उल्लेख गर्न सकिन्छ । महिला तथा बालिकाहरूले अपनाउने केही रणनीतिले गर्दा तिनलाई एचआइभी संक्रमण हुने निकै ठूलो खतरा हुन सक्छ । उदाहरणका लागि वेश्यावृत्ति (देहव्यापार) तथा अवैध सम्बन्ध वा असुरक्षित क्षेत्रमा भ्रमण गर्दा यौन हिंसाको शिकार हुनु । बढ्दो बसाइँसराइले साधारणतया एचआइभी संक्रमणको खतरालाई अझ बढाउन सक्छ । रणनीतिहरूले वातावरणलाई पनि प्रभावित गर्न सक्छ । उदाहरणार्थ साझा स्वामित्वका प्राकृतिक श्रोतहरूको अत्यधिक उपयोग गर्नु । क्षति नभएका सारा विकल्पहरू सकिनुअघि नै खाद्य सुरक्षाको संरक्षण तथा समर्थन हुनु पर्छ ।

४. **स्थानीय क्षमताहरुः** मूल्याङ्कन तथा योजना निर्माणका सबै चरणमा समुदाय तथा उपयुक्त स्थानीय संस्थाहरूको सहभागिता महत्वपूर्ण हुन्छ । कार्यक्रमहरू आवश्यकतामाथि आधारित हुनुका साथै खास स्थानीय सन्दर्भलाई सुहाउँदो खालको हुनु पर्छ। पटकपटक प्रकोप हुने वा लामो समयसम्म द्वन्द्व चल्ने क्षेत्रहरूमा स्थानीय तवरमा पूर्व संकेत गर्ने तथा प्रकोपको बेला सहायता कार्यक्रम संचालन गर्ने प्रणाली वा सञ्जालहरू हुनु पर्छ। पहिले खडेरी वा बाढीको अनुभव भोगेका समुदायहरूका आफ्नै आकस्मिक योजनाहरू बनाइ राखेको हुन सक्छ। त्यस्ता स्थानीय क्षमताहरूलाई सहयोग हुनु आवश्यक छ।

५. **विधिः** मूल्याङ्कन तथा आदर्श नमूना छान्ने (sampling) प्रकृया अनौपचारिक रूपमै भए पनि त्यसले कति व्यापक किसिमले आवेष्टन गरेको छ भन्ने कुरामा ध्यान पुऱ्याउनु पर्छ । प्रतिवेदनमा उल्लिखित प्रकृया तर्कसंगत तथा पारदर्शी दुवै हुनु पर्छ । त्यसले खाद्य सुरक्षाको मूल्याङ्कनका लागि मान्य प्रकृयाहरूलाई प्रतिविम्बित पनि गरेको हुनु पर्छ । सूचना तथा विश्लेषणहरू आपसमा पूरक एवं नियमित रही तिनको कालान्तरमा तुलना गर्न सकिने कुरा सुनिश्चित गर्नको निम्ति निकायहरूको बीच तथा सरकारसँग विधिगत

कुराहरूबारे समन्वय हुनु पर्छ । प्रायःजसो बहु-निकाय मूल्याङ्कनहरू ग्राह्य हुन्छन् । विभिन्न श्रोतहरूको त्रिकोणात्मक समन्वय तथा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी सूचनाका प्रकारहरू विभिन्न श्रोतहरूको साथमा एक सटीक निष्कर्षमा पुग्न आवश्यक हुन्छन् । उदाहरणका लागि बालीसम्बन्धी मूल्याङ्कन, स्याटेलाइट (अन्तरीक्ष)बाट लिइएका तस्वीर, घरपरिवारका मूल्याङ्कन आदिलाई लिन सकिन्छ । परिशिष्ट १ मा मूल्याङ्कनअन्तरगत विचार राख्नु पर्ने मूल क्षेत्रहरूको रुजुसूची दिइएको छ । परिशिष्ट २ मा अध्ययन विधिको पुनरावलोकनसम्बन्धी रुजुसूची दिइएको छ ।

६. **सूचनाका श्रोतहरुः** कतिपय अवस्थामा संकटपूर्वको अवस्थाबारे थुप्रै सहायक सूचना विद्यमान रहन्छ । त्यसअन्तरगत सामान्य रूपमा खाद्यान्न उपलब्ध हुने, खाद्यान्नमा साधारणतया विभिन्न समूहको पहुँच, अत्यधिक खाद्य असुरक्षा समूह, खाद्यान्नको उपलब्धता तथा विभिन्न समूहको पहुँचमाथि पूर्व संकटका प्रभावहरू पर्छन् । पूरक सूचनाको प्रभावकारी प्रयोगले नया परिस्थितिमा के कुरा अत्यावश्यक छ भनी केन्द्रित गर्न मूल्याङ्कनका दौरानमा प्राथमिक तथ्याङ्क संकलन गर्न मद्दत पुऱ्याउँछ ।

७. **दीर्घकालीन योजनाः** संकटका प्रारम्भिक चरणमा तत्कालीन आवश्यकता पूरा गर्नु एवं उत्पादनशील सम्पतिहरूको संरक्षण गर्नु सधैं नै प्राथमिकताको विषय बनेको हुन्छ भने सहायता कार्यहरू लामो समयसम्मका लागि भनी ध्यानमा राखी योजना बनाउनु पर्छ । यसका लागि विभिन्न क्षेत्रमा प्राविधिक ज्ञान तथा सबै समूहका प्रतिनिधिसहित समुदायका सदस्यहरूसँग सहकार्य गर्ने क्षमताको खाँचो पर्छ । मूल्याङ्कन तथा कार्यक्रमसम्बन्धी योजना निर्माणका सबै चरणमा समुदायका सदस्यहरूको सहभागिता महत्वपूर्ण हुन्छ । सो कुरा दीर्घकालीन सम्भावना तथा खतराहरूको दृष्टिकोणले कम महत्वको होइन । सुझावहरू सही योग्यता तथा अनुभवप्राप्त कर्मचारीहरूबाट प्रदर्शित राम्रो जानकारीका आधारमा दिइनु पर्छ । मूल्याङ्कन टोलीमा महत्वपूर्ण क्षेत्रगत विज्ञ, जस्तै कृषिशास्त्री, कृषिअर्थशास्त्री, पशुचिकित्सक, समाजशास्त्री, तथा पानी तथा सरसफाइसम्बन्धी वा अन्य उपयुक्त विज्ञहरू समावेश हुनु पर्छ (पृष्ठ ३४ मा सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

८. **खाद्य असुरक्षा तथा पोषणको स्थितिः** कुपोषणका तीन अन्तरनीहित कारणहरूमध्ये खाद्य असुरक्षा एक हो । त्यसैले खाद्य असुरक्षा भएको ठाउँमा कुपोषण तथा सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताको खतरा हुन्छ । पोषणको स्थितिमाथि खाद्यान्न असुरक्षाको असरबारे विचार पुऱ्याउनु सोसम्बन्धी मूल्याङ्कनको एक आवश्यक अङ्ग हो ।। तर स्वास्थ्य तथा स्याहारसम्बन्धी सम्भावित कारक तत्वहरूको ख्याल नगरी खाद्य असुरक्षालाई मात्र कुपोषणको एकमात्र कारण ठहऱ्याउनु हुन्न ।

मूल्याङ्कन तथा विश्लेषणसम्बन्धी मापदण्ड २ः पोषण

मानिसहरूलाई कुपोषणको खतरा भएको अवस्थामा कुपोषणका कारण, प्रकार, स्तर तथा हदका साथै अति उपयुक्त सहायता कार्यबारप्रष्ट ज्ञानको आधारमा कार्यक्रमसम्बन्धी निर्णयहरू लिइनु पर्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- मानवमीतिय वा शारीरिक नापसम्बन्धी सर्भेक्षण (anthropometric survey) संचालन गर्नुअघि कुपोषणका अन्तरनीहित कारणहरू (खाद्यान्न, स्वास्थ्य तथा स्याहार)को विश्लेषणपश्चात प्रतिवेदन प्रस्तुत गरिन्छ । त्यसमा समस्या (हरू)को प्रकृति तथा गम्भीरता, एवं पोषण र सहयोगको सर्वाधिक आवश्यकता भएका समूहमाथि प्रकाश पारिन्छ । (निर्देशक बुँदा १ तथा पृष्ठ १७० मा दिइएको सामान्य पोषण सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) ।

- कुपोषणका कारणबारे समुदाय तथा अन्य स्थानीय जिम्मेवार व्यक्तिको राय बुझिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- कार्यक्रमसम्बन्धी निर्णय प्रकृयालाई सूचित गर्न सूचना तथा विश्लेषणको आवश्यकता हुने ठाउँमा मात्र मानवमीतिय सर्भेक्षणहरू गरिन्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- कुपोषणका प्रकार, मात्रा तथा सीमा निर्धारण गर्नका लागि अन्तर्राष्ट्रिय मानवमीतिय सर्भेक्षणसम्बन्धी निर्देशिका तथा सोसँग मेल खाने राष्ट्रिय निर्देशिकाको अनुसरण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाबीच मानवमीतिय सर्भेक्षणहरू संचालन गर्दा जेड अंक (Z scores) मा कुपोषणबारे प्रतिवेदन प्रस्तुत गर्न अन्तर्राष्ट्रिय उँचाइअनुकूल-वजनको आधार (reference value)लाई तथा योजना निर्माणका लागि मध्यिका (median) को प्रतिशतलाई प्रयोग गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- जनतालाई खतरा हुने सूक्ष्मपोषणसम्बन्धी अल्पताहरू निर्धारण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कनपछि सुझाव गरिएका सहायता कार्यहरू समन्वय गर्ने ढंगले स्थानीय क्षमताहरूमाथि भर पर्ने र सोका लागि पूरक हुने हुन्छन् ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **अन्तरनीहित कारणहरुः** कुपोषणका तात्कालिक कारणहरू रोग तथा/वा अपर्याप्त खाना खानु (जुन खाद्य असुरक्षाको परिणाम हो), खराब जनस्वास्थ्य वा सामाजिक तथा स्याहार गर्ने वातावरण, अथवा घरपरिवार वा सामुदायिक स्तरमा पर्याप्त स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध नहुनु हो । यी अन्तरनीहित कारणहरूमाथि मानवीय, संरचनागत, प्राकृतिक तथा आर्थिक श्रोतहरू, राजनैतिक, साँस्कृतिक तथा सुरक्षात्मक सन्दर्भ, औपचारिक तथा अनौपचारिक आधारशिला, जनताको बसाइँसराइ (बाध्यात्मक वा अबाध्यात्मक) तथा सोसम्बन्धी सीमा वा कठिनाइहरू लगायतका अन्य आधारभूत कारणहरूको प्रभाव पर्छक । प्रत्येक विशेषखाले प्रसङ्गमा कुपोषणका कारणहरू बुझ्नु पोषणसम्बन्धी कुनै पनि कार्यक्रमका लागि अत्यावश्यक पूर्वाधार हो । कुपोषणका कारणहरू जनाउने प्राथमिक वा सहायक श्रोतहरूबाट संकलन गर्न सकिन्छ । यसमा विद्यमान स्वास्थ्य तथा पोषणसम्बन्धी विवरण, अनुसन्धानका प्रतिवेदन, पूर्व चेतावनीसम्बन्धी सूचना, स्वास्थ्य

केन्द्रका अभिलेख, खाद्य सुरक्षासम्बन्धी प्रतिवेदन एवं सामुदायिक कल्याण समूहहरूबाट सूचना संकलन आदि समावेश हुन्छन् । यसभित्र गुणात्मक तथा परिमाणात्मक दुवैथरी सूचना हुन सक्छ । पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कनको रुजुसूची परिशिष्ट ४ मा पाउन सकिन्छ ।

२. **निर्णय प्रकृया** कुपोषणका तीनौटै अन्तरनीहित कारणहरूका साथै मानवमीतिय सर्भेक्षणहरूबाट प्राप्त परिणामहरूको ज्ञानमाथि आधारित हुनु पर्छ । तर गम्भीर संकटको अवस्थामा सामान्य खाद्यान्न वितरणको कार्यक्रम लागू गर्ने निर्णयका लागि मानवमीतिय सर्भेक्षणका परिणामहरूको प्रतिक्षा गरिरहनु पर्दैन किनभने यसले तीन सातासम्मको समय लिन सक्छ । तर मानवमीतिय सर्भेक्षणका परिणामहरू कुपोषण सुधार गर्ने लक्ष्य राखी संचालन हुने सहायता कार्यहरूबारे निर्णय लिनका लागि प्रयोग गर्न सम्भव हुन सक्छ ।

३. **मानवमीतिय सर्भेक्षण** (anthropometric survey)हरूले कुपोषण रहेको स्थिति अनुमान गर्न सघाउँछन् । सर्वाधिक स्वीकार्य चलन ६-५९ महिनाका बालबालिकाको कुपोषण स्तरको मूल्याङ्कन गर्नु हो । यसले सम्पूर्ण जनताको प्रतिनिधित्व गर्छ । तर अन्य समूहहरू बढी मात्रामा प्रभावित भएको वा पोषणसम्बन्धी ठूलो खतरा भोगिरहेको हुन सक्छ । त्यस्तो अवस्थामा यी समूहको स्थिति मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ यद्यपि नाप्ने कार्य समस्यामूलक हुन सक्छ (परिशिष्ट ५ हेर्नुहोस्) । अन्तर्राष्ट्रिय निर्देशिकाले सर्भेक्षणहरूका लागि प्रतिनिधिमूलक नमूना प्रयोग गर्नु पर्छ भनी तोकेको छ; राष्ट्रिय मार्गदर्शनको अनुसरण गर्नाले प्रतिवेदन तयार गर्नमा समन्वय तथा तुलनात्मकतालाई प्रवर्द्धन गर्न सक्छ । पोषण स्तरसँग सम्बन्धित चलनहरूबारे प्रतिनिधिमूलक तथ्याङ्क उपलब्ध हुँदासम्म एक्लो विद्यमान अंकभन्दा बढी ग्राह्य हुनेछन् । मानवमीतिय सर्भेक्षणका दौरान भिन्न आदर्श नमूनाको ढाँचा प्रयोग गरी खोपले समेटेको दरका साथै मृत्यु दरसम्बन्धी पूर्व तथ्याङ्कलाई पनि उपयोगी ढंगले संकलन गर्न सकिन्छ । प्रतिवेदनहरूमा सधैं कुपोषणका सम्भावित कारणहरूबारे वर्णन हुनु पर्छ । साथै पोषणसम्बन्धी स्थानीय जलोदर (oedema) बारे छुट्टै प्रतिवेदन प्रस्तुत गर्नु पर्छ ।

४. **सूक्ष्मपोषक तत्वको अल्पता**ः यदि प्रकोपपूर्व नै मानिसहरूमा भिटामिन ए, आयोडिन वा लौह तत्व (iron)को कमी भएको कुरा थाहा भएमा सो समस्या प्रकोपको दौरान पनि रहिरहने पूर्वानुमान गर्न सकिन्छ । स्वास्थ्य तथा खाद्य सुरक्षाका स्थितिको विश्लेषणले सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताको खतरा देखाएमा विशेषखाले अल्पताको परिमाणमा सुधार्ने कदमहरू चालिनु पर्छ (पृष्ठ १६५ मा सामान्य पोषणसम्बन्धी सहयोगको मापदण्ड १ तथा पृष्ठ १८५ मा कुपोषण सुधार्ने मापदण्ड ३ पनि हेर्नुहोस्) ।

खाद्य सुरक्षा

खाद्य सुरक्षाको मूल्याङ्कन तथा विश्लेषण

मापदण्ड १
सामान्य खाद्य सुरक्षा

मापदण्ड २
प्राथमिक उत्पादन

मापदण्ड ३
आय तथा रोजगारी

मापदण्ड ४
बजारमा पहुँच

परिशिष्ट १
अध्ययन विधि तथा प्रतिवेदनको निम्ति खाद्य सुरक्षाको रुजुसूची

परिशिष्ट २
खाद्य सुरक्षाको मूल्याङ्कनसम्बन्धी रुजुसूची

परिशिष्ट ३
खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरू

परिशिष्ट ८
सन्दर्भग्रन्थहरू

२ खाद्य सुरक्षामा न्यूनतम मापदण्ड

खाद्य सुरक्षामा खाद्यवस्तु प्राप्त गर्ने (धान्न सकिने क्षमतालगायत), पर्याप्त मात्रामा खाद्य आपूर्ति वा उपलब्धता, आपूर्तिमा स्थिरता समावेश छन् । यसभित्र खाद्यको गुणस्तर, विविधता तथा सुरक्षा एवं खपत तथा जैविक उपयोगसमेत समावेश हुन आउँछ ।

मानिसको जीविकोपार्जनको पुनरस्थापन लचिलोपना तथा खाद्य असुरक्षाको खतरा स्थितिलाई धेरै हदसम्म उनीहरुसँग उपलब्ध श्रोतहरु र यसलाई प्रकोपले कसरी प्रभावित पारेको छ भन्ने कुराले निर्धारित गर्दछ । यी श्रोतहरुअन्तरगत आर्थिक तथा वित्तीय सम्पति (जस्तै नगद, ऋण, बचत तथा लगानीहरु) एवं भौतिक, प्राकृतिक, मानवीय र सामाजिक पूँजीसमेत पर्न आउँछन् । प्रकोप पीडित व्यक्तिहरुका लागि तिनको खाद्य वस्तुको सुरक्षा एवं भावी जीविकोपार्जनका लागि श्रोतहरुको संरक्षण, पुनर्लाभ तथा विकास गर्नु प्रायः पहिलो प्राथमिकता भित्र पर्न आउँछ ।

द्वन्द्वका स्थितिमा असुरक्षा तथा द्वन्द्वको खतराले जीविकोपार्जनका गतिविधिहरु एवं बजारमा पहुँच हुने कुरालाई गम्भीर रुपले कुण्ठित पार्न सक्छ । घरपरिवारमा सम्पतिको प्रत्यक्ष हानि हुन सक्छ । त्यस्तो क्षति पलायनको कारणले त्यागिएको वा युद्धरत पक्षबाट ध्वस्त पारिएको अथवा कब्जा गरिएको कारणले हुन सक्छ ।

पृष्ठ १३२ मा उल्लिखित खाद्यवस्तुको सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कन तथा विश्लेषणपछि स्थापित खाद्य सुरक्षासम्बन्धी पहिलो मापदण्ड एक सामान्य मापदण्ड हो । यो प्रकोपमा संचालन हुने खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमका सबै पक्षमा लागू हुन्छ । यसमा सम्पतिहरुको अस्तित्व तथा संरक्षणसम्बन्धी विषयहरु पनि पर्छन् । बाँकी ३ मापदण्ड प्राथमिक उत्पादन, आयआर्जन तथा रोजगारी, एवं सामान र सेवालगायतका बजारमा पहुँचसँग सम्बन्धित छन् । परिशिष्ट ३ मा खाद्यवस्तु सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरुको विवरण दिइएको छ ।

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरुबीच केही प्रष्ट अतिव्याप्तता (overlapping) भएको पाइन्छ । किनकि खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरुमा खाद्य सुरक्षाका विविध पक्षसम्बन्धी

बहुउद्देश्यहरु जोडिएका हुन्छन् । तसर्थ एकभन्दा बढी मापदण्डहरु (पानी, स्वास्थ्य तथा आश्रय क्षेत्रका मापदण्डसमेत) यसभित्र पर्न आउँछन् । यसअतिरिक्त खाद्य सुरक्षासम्बन्धी सबै मापदण्ड पूरा गर्न कार्यक्रमहरुबीच सन्तुलन हुनु जरूरी छ । प्रकोप सहायता कार्यक्रमले संरचना, ढाँचा तथा दीर्घकालीन दीगोपनाका लागि विद्यमान सरकारी सेवाहरुलाई सघाउने तथा/वा पूरकको रुपमा काम गर्नु पर्छ ।

मूल्याङ्कन एवं विश्लेषणसम्बन्धी मापदण्ड १: सामान्य खाद्य सुरक्षा

मानिसहरूको जीवनको अस्तित्व सुनिश्चित गर्न, सम्पतिहरू क्षय हुनबाट जोगाउन र तिनको सम्मानलाई उच्च राख्न सकिने किसिमले उनीहरूलाई पर्याप्त तथा उपयुक्त खाद्य तथा अखाद्य वस्तुहरू प्राप्त हुनु पर्छ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- खाद्यान्नको अभावले गर्दा मानिसहरूको जीवन खतरामा परेको अवस्थामा सहायता कार्यक्रमले तिनको तात्कालिक खाद्यसम्बन्धी आवश्यकता पूर्ति गर्ने प्राथमिकता निर्धारण गर्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- सबै प्रकोपका सन्दर्भमा खाद्य सुरक्षालाई सहयोग, संरक्षण तथा सम्वर्द्धन गर्न पाइलाहरू चालिन्छ। यसअन्तरगत उत्पादनशील सम्पतिहरूको संरक्षण गर्नु वा प्रकोपको फलस्वरूप गुमेका सम्पतिहरू फर्काउनु पर्ने काम पर्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- खाद्य सुरक्षाको संरक्षण तथा समर्थन गर्ने कार्यक्रमहरू प्रकोप पीडित समुदायको परामर्शअनुसार गरिएको स्वस्थ विश्लेषणमाथि आधारित छन् ।

- कार्यक्रमहरूले मानिसहरूले समस्याको सामना गर्न अपनाउने रणनीति, तिनका लाभ तथा कुनै पनि सम्बन्धित जोखिम र लागतलाई ध्यानमा राख्छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- प्रकोपका बेला खाद्य सुरक्षासम्बन्धी सबै कार्यक्रमका लागि पारवहन तथा निकासका रणनीतिहरूको विकास गरी प्रकाशित गरिन्छ। साथै तिनलाई सुहाउँदो ढंगले लागू गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्)।

- कुनै पनि कार्यक्रमले नयाँ वा वैकल्पिक जीवनयापनका रणनीतिहरूको विकासलाई सघाउँदा सबै समूहको ज्ञान, सीप तथा सेवालगायतको उपयुक्त सहयोगमा पहुँच हुन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्)।

- खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरूले वातावरणमा न्यूनतम सम्भाव्य नराम्रो प्रभाव पार्छ (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्)।

- जनताका विभिन्न समूहको स्वीकृति तथा पहुँचको स्तर निर्धारण गर्न र बिना भेदभाव प्रभावित जनतालाई समग्र रूपमा समेट्ने कुरा सुनिश्चित गर्नको निम्ति लाभान्वित हुनेहरूको संख्याको अनुगमन गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्)।

- कार्यक्रमका लक्षहरूको विद्यमान अनुगमनसँगै स्थानीय अर्थतन्त्र, सामाजिक सञ्जाल, जीवनयापन तथा वातावरणमाथि कार्यक्रमहरूले पार्ने प्रभावको अनुगमन गरिन्छ। (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **जीवन धान्ने कार्यक्रमहरुको प्राथमिकीकरण गर्नेः** प्रकोपको समयमा चरम खाद्य असुरक्षा हुँदा खाद्यवस्तु वितरण गर्नु अति सामान्य कार्यक्रम भए पनि अन्यखाले कार्यक्रमहरूले पनि मानिसहरूको खाद्यवस्तुसम्बन्धी आफ्ना तात्कालिक खाँचोहरू टार्न सघाउन सक्छन्। उदाहरणका लागि अनुदानप्राप्त (मोल घटाइएका) खाद्यवस्तुको बिक्री (जब मानिसहरूसँग केही क्रय शक्ति भए पनि आपूर्तिको अभाव हुन्छ); रोजगारी कार्यक्रमहरूमार्फत क्रयशक्तिमा सुधार ल्याउनु (कामका लागि खाद्यान्न); तथा सामान लुकाउन नदिने पहल गर्ने अथवा नगद वितरणजस्ता कार्यक्रमहरू उल्लेख गर्न सकिन्छ। खासगरी शहरी क्षेत्रहरूमा सामान्य बजार

व्यवस्था पुनर्स्थापना गर्नु तथा रोजगारी प्रदान गर्ने आर्थिक गतिविधिहरू पुनः संचालन गर्नु प्राथमिकता हुन सक्छ । खाद्यवस्तु वितरणभन्दा त्यस्ता रणनीतिहरू बढी मात्रामा उपयुक्त हुन्छन् । किनभने तिनले सम्मान उच्च राख्नुका साथै जीवनयापनलाई सघाउँदै भावी खतरालाई न्यून पार्छन् । संयुक्त कार्यक्रमको पूरक लगानी तथा सेवा सुनिश्चित गर्न अरूहरूले के गर्दैछन् भनी बुझ्नु निकायहरूको जिम्मेवारी हो । सामान्य खाद्यवस्तु वितरणका कार्यक्रमहरू अत्यावश्यक भए मात्र सुरु गर्ने र यथाशक्य छिट्टो टुङ्ग्याउनु पर्छ । आम निःशुल्क खाद्यवस्तु वितरण निम्न अवस्थामा उपयुक्त नहुन सक्छः

- सम्बन्धित क्षेत्रमा खाद्यवस्तुको पर्याप्त आपूर्ति भएमा (तथा पहुँचमा हुने बाधाव्यवधानलाई सम्बोधन गर्नु आवश्यक छ);

- बजार प्रणालीहरूलाई सहयोग गरी खाद्यवस्तु उपलब्धताको स्थानीय अभावलाई व्यवस्था गर्न सक्ने स्थिति भएमा;

- स्थानीय प्रवृत्ति वा नीतिहरू निःशुल्क खाद्यवस्तु वितरणविरुद्ध भएमा ।

२. **खाद्य सुरक्षाको समर्थन, संरक्षण तथा प्रवर्द्धनः** खाद्य सुरक्षालाई सघाउने उपयुक्त उपायहरूमा व्यापकखाले कार्यक्रम तथा पैरवीलाई (परिशिष्ट ३ हेर्नुहोस्) समावेश गर्न सकिन्छ । छोटो समयमा मानिसहरूका आफ्नै जीविकोपार्जनसम्बन्धी रणनीतिहरूमा मात्र आधारित खाद्यान्न सुरक्षा हासिल गर्न सक्ने स्थिति नभए पनि, सम्भव भएसम्म घरपरिवारको खाद्य सुरक्षालाई सघाउन तथा सम्मानको संरक्षण गर्न विद्यमान रणनीतिहरूको सुरक्षा तथा समर्थन गर्नु पर्छ । खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरूले प्रकोपको परिणामस्वरूप हराएका सम्पतिहरू पूर्ण रूपले प्राप्त गर्न खोजेको अवश्यमेव होइन तर थप क्षय हुनबाट जोगाउन र पुनर्लाभको प्रकृयालाई प्रवर्द्धन गर्न भने खोजेको हो ।

३. **समस्या सामना गर्ने रणनीतिसम्बन्धी खतराहरुः** कतिपय सामना गर्ने रणनीतिहरूमा लागत लाग्ने वा जोखिम हुने हुनाले खतरालाई बढाउन सक्छन् । उदाहरणार्थः

- खाइएको खानाको मात्रा वा आहारको गुणस्तरमा कटौतीले स्वास्थ्य तथा पोषणको स्थितिमा ह्रास ल्याउँछ;

- विद्यालयको शुल्क तथा स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी खर्चमा कटौतीले गर्दा मानवीय पूँजीलाई कुण्ठित पार्छ;

- खाद्यान्न प्राप्त गर्नका लागि वेश्यावृत्ति (देहव्यापार) तथा बाह्य सम्बन्धले सम्मान घटाउनुका साथै सामाजिक बहिष्कार एवं एचआइभी संक्रमण वा अन्य यौनजन्य रोगहरूको जोखिम हुन सक्छ;

- घरपरिवारका सम्पतिको बेचबिखनले त्यसको भावी उत्पादक क्षमतालाई घटाउन सक्छ;

- ऋण चुक्ता गर्न नसक्दा भविष्यमा ऋण पाउने अवस्थामा कमी हुन सक्छ;

- प्राकृतिक श्रोतहरूको बढी खपतले प्राकृतिक सम्पदाको उपलब्धता घटाउँछ (जस्तै अत्यधिक माछा मार्नु, दाउरा बटुल्नु आदि);

- असुरक्षित क्षेत्रमा काम गर्न वा खाना वा इन्धन संकलन गर्न जाँदा मानिसहरू (खासगरी महिला तथा बालबालिका)माथि हमला हुन सक्छ;

- अवैध सामान उत्पादन वा सोको व्यापार गर्दा समातिने र थुनिने डर हुन्छ;

- परिवारको बिछोड तथा आमाहरूको केटाकेटीदेखि बिछोड हुँदा तिनको खराब स्याहार एवं कुपोषण हुने डर हुन्छ;

यी प्रगतिशील तथा असहाय बनाउने खालका असरहरू पहिचान गरी त्यस्ता रणनीतिहरूलाई निरुत्साहित पार्न र सम्पति गुम हुनबाट जोगाउन बेलैमा हस्तक्षेपहरू गर्नु पर्छ । जहाँ मानिसहरूलाई सामाजिक रूपले होच्याउने वा अस्वीकार्य (अमान्य) हुने कृयाकलापमा लाग्न बाध्य पारिन्छ त्यहाँ समस्याको सामना गर्ने

केही रणनीतिहरूले पनि सम्मानमा ठेस पुऱ्याउन सक्छ। तर कतिपय समाजमा ती रणनीतिहरू (जस्तै गाह्रोसाँगुरो परेको बेला परिवारको कुनै सदस्यलाई अन्यत्र काम गर्न पठाउनु)ले निकै राम्रो स्थापित परम्पराको रूप लिएका छन् ।

४. **निकास तथा संक्रमणकाल रणनीतिहरुः** यस्ता रणनीतिहरूबारे कार्यक्रमको प्रारम्भदेखि नै विचार पुऱ्याइनु पर्छ खासगरी कार्यक्रमले दीर्घकालीन प्रभाव पार्ने विषयमा, उदाहरणका लागि सामन्यतया पैसा तिर्नु पर्ने सेवाहरू निःशुल्क गर्ने प्रावधान, जस्तै ऋण वा पशुचिकित्सासम्बन्धी सेवाहरूमा पहुँचलाई लिन सकिन्छ । कार्यक्रम अन्त्य गर्नु वा नयाँ चरणमा प्रवेश गर्नुअघि स्थिति सुध्रिएको प्रमाण हुनु पर्छ ।

५. **ज्ञान, सीप तथा सेवाहरुमा पहुँचः** महत्वपूर्ण सेवाहरू प्रदान गर्ने संरचनाहरूको ढाँचा तथा योजना उपभोक्तासँग सहकार्य गरी बनाउनु पर्छ । यसबाट ती सेवाहरू परियोजनापश्चात पनि सम्भव भएसम्म उपयुक्त र राम्ररी धान्न सहयोग पुऱ्याउनेछ । केही समूहका अति विशिष्ट आवश्यकताहरू हुन्छन् । उदाहरणका लागि एड्सका कारणले टुहुरा भएका केटाकेटीहरूले परिवारभित्रैबाट प्राप्त हुने सूचना तथा सीप हस्तानान्तरणको मौका गुमाउन सक्छन् ।

६. **वातावरणीय प्रभावः** सकेसम्म प्रकोप प्रभावित जनता तथा आश्रय दिने स्थानीय जनताको उत्पादन एवं जीविकोपार्जनका प्राकृतिक श्रोतको आधारलाई संरक्षण गर्नु पर्छ। कुनै पनि सहायता कार्यक्रमको मूल्याङ्कन तथा योजना निर्माण गर्दा वरिपरिको वातावरणमाथि पर्ने प्रभावलाई पनि ध्यानमा राख्नु पर्छ। उदाहरणका लागि शिविरमा बस्ने मानिसहरूलाई खाना पकाउने इन्धन चाहिन्छ। यसले स्थानीय वनको फँडानी (वनविनाश) गराउन सक्छ । पकाउन लामो समय लाग्ने गेडागुडीजस्ता खाद्यवस्तुहरूको वितरण गर्नाले पकाउन बढी इन्धन आवश्यक पर्छ। यसले वातावरणलाई प्रभावित गर्न सक्छ (पृष्ठ २०० मा खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजना बनाउने मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) । सम्भव भएसम्म सहायता कार्यक्रमहरूले वातावरणलाई थप बिग्रनबाट बचाउने लक्ष राख्नु पर्छ। उदाहरणका लागि पशुधन संचय नगर्ने (destocking) कार्यक्रमहरूले सुख्खाको मौसममा गौचरमा

पशुचरनको दवाव घटाउँछ । यसले जीवित वस्तुका लागि बढी आहारा (चारा) उपलब्ध गराउन सहयोग पुऱ्याउँछ ।

७. **पहुँच तथा स्वीकार्यताः** (खतराजन्य समूहहरूको विशेष ख्याल गर्दै) विभिन्न समूहको सहभागिताको स्तर निर्धारण गर्नुअघि लाभान्वितहरू तथा तिनका विशेषताहरू बयान गर्नुका साथै तिनको संख्या अनुमान गर्नु पर्छ । सहभागिता आंशिक रूपमा पहुँचको सहजता तथा सहभागीहरूलाई कृयाकलापहरूको स्वीकार्यताबाट निर्धारित हुन्छ । खाद्य सुरक्षासम्बन्धी केही कार्यक्रमहरूको लक्ष्य आर्थिक रूपले सक्रिय व्यक्तिहरू भए पनि ती भेदभावरहित हुनु पर्छ । साथै तिनले खतरोन्मुखी समूहमा पहुँच प्रदान गर्नु तथा बालबालिकालगायतका आश्रितहरूको संरक्षण गर्नु पर्छ । काम गर्ने क्षमता, घरमा कामको भार, केटाकेटी, दीर्घ रोगी वा अपाङ्गको स्याहार गर्ने जिम्मेवारी तथा सीमित भौतिक पहुँचजस्ता विविध कठिनाइहरूको कारणले महिला, अपाङ्ग तथा वृद्ध व्यक्तिहरूको सहभागितालाई सीमित गर्न सक्छ । यी व्यवधानहरूलाई पार गर्न उल्लिखित समूहको क्षमताभित्र पर्ने कृयाकलापहरू पहिचान गर्नु पर्छ वा उपयुक्त सहयोग संरचनाहरू स्थापित गर्नु पर्छ । सामान्यतया समुदायका सबै समूहसँग पूर्ण परामर्श गरी आत्म(चयनमाथि आधारित लक्ष्यीकरण संयन्त्रहरू स्थापित गर्नु पर्छ (पृष्ठ ४३ मा लक्ष्यीकरण मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

८. **अनुगमनः** कार्यक्रमको निरन्तर सान्दर्भिकताको मूल्याङ्कन गर्न, विशेष कृयाकलाप कहिले टुङ्ग्याउने वा आवश्यकतानुसार परिमार्जन वा नयाँ परियोजनाहरू थाल्नी गर्न र पैरवीसम्बन्धी कुनै आवश्यकता पहिचान गर्न नियमित अनुगमन (पृष्ठ ४६-४८ मा अनुगमन तथा मूल्याङ्कनसम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) का साथै व्यापक खाद्य सुरक्षाको स्थितिको पनि अनुगमन हुनु जरुरी छ । स्थानीय तथा क्षेत्रीय खाद्य सुरक्षासम्बन्धी सूचना प्रणालीहरू, साथै खडेरीबारे पूर्व सूचना दिने प्रणालीहरू, सूचनाका महत्वपूर्ण श्रोत हुन् ।

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्ड २ः प्रमुख उत्पादन

प्रमुख उत्पादनका संयन्त्रहरूको संरक्षण तथा समर्थन गरिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- प्राथमिक उत्पादनलाई सहयोग गर्ने हस्तक्षेपहरू उत्पादन प्रणालीहरूको क्षमतासम्बन्धी प्रष्ट समझदारीमा आधारित छन्। यस प्रणालीअन्तरगत आवश्यक लगानी तथा सेवाहरूमा पहुँच वा तिनको उपलब्धता पर्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।

- नयाँ प्रविधिहरूको प्रयोग खाद्य उत्पादकहरूले स्थानीय उत्पादन प्रणालीमा पर्ने प्रभाव, साँस्कृतिक चालचलन तथा वातावरण बुझेर स्वीकार गरेपछि मात्र गर्नु पर्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्)।

- सम्भव भएको ठाउँमा उत्पादन, प्रशोधन तथा वितरणको व्यवस्थापनका साथै जोखिमहरू न्यून पार्नमा उत्पादकहरूलाई बढी लचकता प्रदान गर्ने उद्देश्यले विभिन्न लगानी प्रदान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्)।

- उत्पादनशील बिरुवा, वस्तु वा माछाहरू समयमै आपूर्ति गरिन्छ र ती स्थानीय रूपमा मान्य हुनुका साथै ती उपयुक्त गुणस्तर मान्यता प्राप्त हुनेछन् (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्)।

- लगानी गर्नाले तथा सेवाहरूको थालनीले खतरालाई चर्काउँदैन अथवा जोखिमलाई बढाउँदैन, जस्तै अभावग्रस्त प्राकृतिक श्रोतहरूमा प्रतिस्पर्धा बढाएर अथवा विद्यमान सामाजिक सञ्जाललाई क्षति पुऱ्याएर (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्)।

- जहाँ सम्भव छ सेवाहरू स्थानीय स्तरमै खरीद गरिन्छ जबसम्म यसबाट स्थानीय उत्पादक, बजार वा उपभोक्ताहरूलाई नराम्रो असर पर्दैन (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्)।

- परियोजनासम्बन्धी लगानी प्राप्त गर्ने खाद्यान्न उत्पादक, प्रशोधनकर्ता तथा वितरकहरूले तिनको राम्रो उपयोग गर्छन् (निर्देशक बुँदा ८-९ हेर्नुहोस्)।

- सहायता कार्यक्रमहरूले पूरक लगानी तथा सेवाहरूको आवश्यकता बुझी उपयुक्त स्थानमा प्रदान सो कुरा प्रदान गर्छन् ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **प्रमुख उत्पादनको धान्ने क्षमताः** धान्नयोग्य हुनका लागि खाद्य उत्पादनका रणनीतिहरूलाई उपयुक्त ढंगले विकास हुन र सफल हुने सही मौका प्राप्त हुनु पर्छ । सो कुरा विभिन्न तत्वबाट प्रभावित हुन्छ जस्तैः

- पर्याप्त प्राकृतिक श्रोतहरू (कृषियोग्य भूमि, गौचर, पानी, नदी, ताल, तटीय पानी आदि) मा पहुँच । पर्यावरणीय सन्तुलनलाई खतराजनक तुल्याउनु हुँदैन । जस्तै विशेषगरी अर्द्धशहरी क्षेत्रहरूमा सीमान्त भूमिको बढी उपयोग, बढी माछा मार्ने वा जलप्रदूषण;

- जहाँ समुदाय रोगबाट गम्भीर रूपले प्रभावित छन् अथवा केही समूहलाई शिक्षा तथा तालीमबाट वञ्चित गरिएका छन् त्यहाँ सीप तथा क्षमताहरूका स्तर सीमित हुन सक्छन्;

- उत्पादनका विद्यमान ढाँचा तथा प्रमुख कृषिजन्य कृयाकलापहरूको समयमा श्रमको उपलब्धता;

- लगानीहरूको उपलब्धता तथा सरकारी संस्था तथा/वा अन्य निकायबाट प्रदान हुन सक्ने (वित्तीय, पशुचिकित्सा, कृषि विस्तार)सँग सम्बन्धित सेवाहरूको प्रकृति तथा व्यापकता;

- विशिष्ट कृयाकलापहरू अथवा प्रभावित समूहहरूको काम गर्ने अधिकारको वैधता, जस्तै दाउरा संकलनमाथि नियन्त्रण वा तलबी काम गर्न शरणार्थीहरूको अधिकारमाथि प्रतिबन्ध;

- सशस्त्र द्वन्द्व, यातायातको संरचना भत्काउने, जमीनमुनि ओछ्याइने विष्फोटक पदार्थहरू, आक्रमण वा डाँकाको भयका कारणले सुरक्षा;

उत्पादनले पानीजस्ता जीवन धान्ने प्राकृतिक श्रोतहरूमा अन्य समूहको पहुँचमा प्रतिकूल असर पार्नु हुँदैन ।

२. **प्राविधिक विकासः** 'नयाँ' प्रविधिहरूअन्तरगत सुधारिएका बालीका प्रकारहरू वा वस्तुभाउका जाति, नयाँ उपकरण वा मलहरू पर्न सक्छन् । सकेसम्म खाद्यान्न उत्पादन गर्ने कृयाकलापहरूले विद्यमान ढाँचाहरूको अनुशरण गर्नु पर्छ र/वा राष्ट्रिय विकास योजनाहरूसँग सम्बन्धित रहनु पर्छ । नयाँ प्रविधिहरू यदि पहिल्यै स्थानीय क्षेत्रमा जाँच प्रयोग गरी सकिएको भए र उपयुक्त भएको भन्ने थाहा भइसकेपछि मात्र प्रकोपका दौरान लागू गर्नु पर्छ । नयाँ प्रविधिहरू लागू गर्दा उपयुक्त सामुदायिक परामर्श, सूचनाको प्रावधान, तालीम तथा अन्य सान्दर्भिक सहयोग पनि सँगै आउनु पर्छ । यसलाई सहज तुल्याउन स्थानीय सरकारी विभागहरू, गैरसरकारी संस्थाहरू तथा अन्य निकायको सेवा विस्तारको क्षमताको मूल्याङ्कन तथा यदि आवश्यक भए सुदृढ गर्नु पर्छ ।

३. **चयनको सुधारः** उत्पादकहरूलाई वृहत्तर विकल्प प्रदान गर्ने हस्तक्षेपकार्यको उदाहरणहरूअन्तरगत नगद लगानी वा सट्टामा वा पूरकको रूपमा ऋण उपलब्ध गराउने तथा किसानलाई मनपर्ने खालको बीउ छनौट गर्ने अवसर प्रदान गर्ने बीउ प्रदर्शन मेलाहरू पर्छन् । उत्पादनले पोषणसम्बन्धी नकारात्मक प्रभाव पार्नु हुँदैन । जस्तै अन्न बालीलाई नगदे बालीद्वारा प्रतिस्थापन गरिनु हुन्न । सुख्खाको मौसममा चारा (डाले घाँस)को प्रावधानले वस्तु चराउनेहरूलाई खाद्यान्न सहयोगको भन्दा बढी प्रत्यक्ष मानवीय पोषणको लाभ प्रदान गर्न सक्छ ।

४. **समसामयिकता तथा स्वीकार्यताः** उत्पादनशील लगानीअन्तरगत उदाहरणहरूको रूपमा बीउ, उपकरण, मल, वस्तुभाउ, माछा मार्ने उपकरण, शिकार गर्ने औजार, कर्जा तथा ऋण सुविधा, बजारसम्बन्धी सूचना, यातायातका सुविधाहरू आदि उल्लेखनीय छन् । कृषि सामाग्री तथा पशुचिकित्सासम्बन्धी प्रावधानको व्यवस्था कृषि तथा पशुपालनसम्बन्धी यामसँग मिल्ने गरी मिलाउनु पर्छ; जस्तै बीउ तथा उपकरण प्रदान गर्ने कार्यक्रम रोपाइँभन्दा अगाडि राखिनु पर्छ । सुख्खायाममा वस्तुभाउको आपत्कालीन पशुधन बढी नराख्ने व्यवस्था पशु मृत्युदर बढी हुनअघि गरिनु पर्छ भने

पूर्वस्थितिमा आउन सक्ने सुनिश्चित भइसकेपछि, अर्थात् आगौंका बर्षापछि पुनः पशुधन बढाउने काम हुनु पर्छ ।

५. **बीउहरुः** स्थानीय बीउलाई प्राथमिकता दिनु पर्छ ताकि कृषकहरूले गुणस्तर कायम गर्न आफ्नै पूर्वाधार प्रयोग गर्न सकून् । बीउका स्थानीय प्रकार कृषक तथा स्थानीय कृषि कर्मचारीहरूद्वारा स्वीकृत हुनु पर्छ । बीउहरू स्थानीय अवस्थासँग मेल खानेखालका हुनुका साथै रोगप्रतिरोधी पनि हुनु पर्छ । सम्बन्धित क्षेत्रभन्दा बाहिरबाट आएका बीउलाई स्थानीय परिवेशमा उपयुक्त छ कि छैन भनी सही ढंगले प्रमाणित तथा परीक्षण हुनु पर्छ । कृषकहरूलाई थाहा भएका तथा रोप्ने अनुभव भएका ठाउँमा मिश्रित बीउहरू उपयुक्त हुन सक्छन् । सो कुरा समुदायसँग परामर्श गरेर मात्रै निर्धारित गर्न सकिन्छ । बीउहरू निःशुल्क प्रदान गरिँदा कृषकहरूले स्थानीयभन्दा मिश्रित बीउ बढी रुचाउन सक्छन् किनभने सो किन्न महँगो पर्छ । मिश्रित बीउसम्बन्धी सरकारी नीतिहरू पनि वितरणअघि अनुसरण गरिनु पर्छ । राष्ट्रिय वा अन्य बहालवाला (सत्तासीन) निकायबाट स्वीकृत नभएसम्म आनुवंशिक रूपले परिमार्जित (जीएमओ) बीउहरू वितरण गरिनु हुन्न ।

६. **ग्रामीण जीवनवृत्तिमा प्रभावः** प्राथमिक खाद्य उत्पादन महत्वपूर्ण प्राकृतिक श्रोतको अभावमा टिकाउ नहुन सक्छ । स्थानीय रूपमा उपलब्ध प्राकृतिक श्रोतहरूमा बढ्दो वा परिवर्तित पहुँच खोज्ने उत्पादनको प्रवर्द्धन कार्यले स्थानीय जनतामा तनाव बढाउनुका साथै पानी तथा अन्य जरुरी आवश्यकताहरूमा हुने पहुँचलाई अझ बढी खुम्च्याउन सक्छ । अनुदान वा कर्जाका रूपमा दिइने वित्तीय श्रोतहरूको प्रावधानबारे ध्यान पुऱ्याउनु आवश्यक छ । तिनले पनि स्थानीय असुरक्षाको जोखिम बढाउन सक्छ (पृष्ठ १३०? मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्ड ३, निर्देशिका बुँदा ५ हेर्नुहोस्) । यसअतिरिक्त सामाग्रीहरूको निःशुल्क प्रावधानले सामाजिक सहयोग तथा पुनर्वितरणका परम्परागत संयन्त्रहरूलाई बिथोल्न सक्छ ।

७. **सामाग्रीहरुको स्थानीय खरीदः** पशु स्वास्थ्य सेवा, बीउ आदिजस्ता खाद्यान्न उत्पादनसम्बन्धी सामाग्री एवं सेवाहरू सम्भव भएसम्म देशभित्रकै विद्यमान

आपूर्ति प्रणालीहरूबाट प्राप्त गर्नु पर्छ । तर स्थानीय खरीद गर्नुअघि परियोजनाले गर्ने खरीदको कारणले बजारलाई बिगार्ने जोखिमबारे सोच्नु पर्छ जस्तै अभावग्रस्त सामाग्रीहरूको मूल्यवृद्धि ।

८. **अनुगमनको प्रयोगः** प्रकृयाका सूचक तथा खाद्य उत्पादन, प्रशोधन एवं वितरणको प्रतिफलहरूको पूर्वानुमान गर्न सकिन्छ, जस्तै रोपाइँको क्षेत्र, प्रति हेक्टर रोपिने बीउको परिमाण, उत्पादन, फसलको संख्या, आदि । उत्पादकहरूले परियोजनाका सामाग्रीहरू कसरी प्रयोग गर्छन् भनी निर्धारण गर्नु अत्यावश्यक छ । अर्थात् बीउहरू साँच्चि नै रोपिएका छन् र उपकरण, मल, जाली तथा माछा मार्ने उपकरण भनेजस्तो प्रयोग भएका छन् भनी जाँच गर्नु आवश्यक छ । सामाग्रीहरूको गुणस्तरलाई तिनको स्वीकार्यता तथा उत्पादकको ग्राह्यतालाई ध्यानमा राखी पुनरावलोकन गरिनु पर्छ । परियोजनाले घरपरिवारमा उपलब्ध खाद्यलाई कसरी प्रभावित गरेको छ, जस्तै घरको खाद्यवस्तुको जगेडा, खपत हुने खाद्यान्नको परिमाण तथा गुणस्तर र बेचिने वा बाँडिने खाद्यान्नको मात्रा मूल्याङ्कनको निम्ति महत्वपूर्ण भएको कुरा उल्लेखनीय छन् । परियोजनाले कुनै खास खाद्यवस्तु, जस्तै पशु वा माछा उत्पादन वा प्रोटीनयुक्त दालको उत्पादनमा वृद्धि गर्ने उद्देश्य राखेको भए सोभन्दा अघि घरपरिवारमा यिनको प्रयोगबारे अनुसन्धान गर्नु पर्छ । यस्तो किसिमको विश्लेषणका परिणामहरू पोषणसम्बन्धी सर्भेक्षणहरूमा प्रतिजाँच गर्न सकिन्छ (सोमा पोषण स्थितिका स्वास्थ्य तथा स्याहारसम्बन्धी निर्धारक तत्वहरूबारे पनि विचार गरिनु पर्छ) ।

९. **सामाग्रीहरुको अदृश्य वा नकारात्मक असरहरुः** पछिका कृषियाममा श्रमका ढाँचाहरूमा परिवर्तनहरूको प्रभाव, समस्या समाधान गर्ने वैकल्पिक तथा विद्यमान रणनीतिहरू (जस्तै श्रमको दिशा परिवर्तन), महिलाहरूको श्रमसम्बन्धी ढाँचा तथा बालबालिकाको स्याहारमा प्रभाव, स्कूलमा उपस्थिति तथा शिक्षामा असर, जग्गा एवं अन्य आवश्यक श्रोतहरूमा पहुँच पुऱ्याउनका लागि लिइएको जोखिमलाई उदाहरणको रूपमा लिन सकिन्छ ।

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्ड ३ : आम्दानी तथा रोजगारी

आयआर्जन तथा रोजगारी जीविकोपार्जनका सम्भावित रणनीति भएको अवस्थामा मानिसहरूलाई उपयुक्त आयमूलक अवसरहरू प्राप्त हुन्छन् । यसबाट राम्रो पारिश्रमिक प्राप्त भई जीवनवृत्ति आधारित हुने श्रोतहरूलाई जोखिममा नपारी खाद्य सुरक्षामा योगदान पुऱ्याउँछन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- समय निर्धारण गर्ने, कामका गतिविधिहरू, पीरिश्रमिकको प्रकार तथा कार्यान्वयनसम्बन्धी प्राविधिक सम्भाव्यताबारे परियोजनाले गर्ने निर्णयहरू स्थानीय मानवीय श्रोतका क्षमता, बजार तथा आर्थिक विश्लेषण र सान्दर्भिक सीप तथा तालीमका आवश्यकताहरूका लागि माग तथा आपूर्तिसमबन्धी विश्लेषणबारे प्रदर्शित ज्ञानमाथि आधारित छन् (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- रोजगार वा आयआर्जन गर्ने अवसरहरू प्रदान गर्ने कार्यक्रमहरू प्राविधिक रूपमा सम्भाव्य छन् । साथै आवश्यक सबै सामाग्रीहरू समयमा उपलब्ध छन् । सम्भव भएको अवस्थामा कार्यक्रमहरूले अरूको खाद्य सुरक्षामा योगदान गर्नुका साथै वातावरण संरक्षण वा पुनःस्थापित गर्छन् ।

- पारिश्रमिकको स्तर उपयुक्त छ र ज्यालादारी श्रमको भुक्तानी शीघ्र, नियमित तथा समयमै गरिन्छ । गम्भीर खाद्यान्न असुरक्षा हुने स्थितिमा तलब पेश्कीको रूपमा भुक्तान दिन सकिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- सुरक्षित र निर्धक्क काम गर्ने वातावरण प्रदान गर्ने प्रकृयाहरू कायम छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- ठूलो रकम लाग्ने परियोजनाहरूमा विचलन र/वा असुरक्षा हुन नदिन उपायहरू समावेश भएका छन् (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- श्रमसम्बन्धी अवसरहरू प्रदान गर्ने कार्यक्रमहरूले घरपरिवार स्याहार गर्ने जिम्मेवारीहरूलाई संरक्षण तथा सहयोग गर्छन् तर स्थानीय वातावरणमा नकारात्मक असर पार्ने वा नियमित जीविकोपार्जनका कृयाकलापहरूमा हस्तक्षेप गर्ने काम गर्दैनन् (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

- घरपरिवारको व्यवस्थापन तथा (नगद वा खाद्यवस्तु) पारिश्रमिकको प्रयोग, अनुदान वा कर्जाहरूले घरपरिवारका सबै सदस्यको खाद्य सुरक्षामा योगदान पुऱ्याएको देखिएबुझिएको छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **प्रेरणाको उपयुक्तता** परियोजनासम्बन्धी कृयाकलापले परियोजनाको ढाँचा तथा उपयुक्त कृयाकलापको पहिचान गर्न स्थानीय मानवीय श्रोतहरूको अधिकतम प्रयोग गर्नु पर्छ । सकेसम्म, कामका लागि खाद्यान्न (food-for-work, FFW) तथा कामका लागि नगद (cash-for-work, CFW) सम्बन्धी कृयाकलापहरूको छनोट तथा योजना बनाउने काम सहभागी समूह आफैंले गर्नु पर्छ । विस्थापितहरू (शरणार्थी वा आन्तरकि रूपले विस्थापितहरू, IDP) धेरै संख्यामा भएका ठाउँमा स्थानीय आश्रयदाता जनतालाई कठिनाइ पर्ने गरी रोजगारीका अवसरहरू प्रदान गरिनु हुँदैन । केही परिस्थितिमा रोजगारीका अवसरहरू दुवै समूहलाई उपलब्ध गराइनु पर्छ । घरपरिवारको व्यवस्थापन तथा नगदको प्रयोगबारे बुझ्नु भनेको खाद्य सुरक्षालाई सूक्ष्मवित्तीय (microfinance)सम्बन्धी सेवाहरूले सहयोग गर्छन् कि गर्दैनन् र कुन रूपमा गर्छन् भनी निर्णय गर्नका लागि आवश्यक हुन्छ (खाद्यान्न सुरक्षासम्बन्धी मापदण्ड २ पनि हेर्नुहोस्) ।

२. **पारिश्रमिकको प्रकारः** पारिश्रमिक नगद वा खाद्यान्न, वा दुवैको मिश्रण हुन सक्छ । त्यसले खाद्य असुरक्षा भएका घरपरिवारलाई आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न समर्थ तुल्याउँछ । रकम रकम मात्र नभएर, पारिश्रमिकले कहिलेकाहीँ मानिसलाई आफ्नो निम्ति प्रत्यक्ष फाइदा हुने काम गर्नको निम्ति सहयोग पुऱ्याउने प्रेरणाको रूप लिन्छ । बजार कमजोर वा अनियन्त्रित भएमा वा

खाद्य सुरक्षा

थोरै खाद्यान्न उपलब्ध भएमा कामको निम्ति नगद (CFW)को सट्टा कामको निम्ति खाद्यान्न (FFW) बढी प्राथमिकता दिन सकिन्छ । महिलाहरू नगदको सट्टा खाद्यान्नको प्रयोगमा बढी नियन्त्रण गर्न सक्ने भएमा समेत कामको निम्ति खाद्यान्न (FFW) उपयुक्त हुन सक्छ । कामको निम्ति नगद (CFW) भने व्यापार र बजारले खाद्यान्न स्थानीय तवरमा उपलब्ध हुने कुरा सुनिश्चित गर्न सक्ने र नगद खर्च गर्ने सुरक्षित प्रणाली उपलब्ध भएका ठाउँमा बढी ग्राह्य हुन्छ । मानिसका खरीदसम्बन्धी आवश्यकता तथा अन्य आधारभूत आवश्यकताका लागि नगद वा खाद्यान्न दिने कुराको प्रभाव (स्कूलमा उपस्थिति, स्वास्थ्य सेवाहरूमा पहुँच, सामाजिक जिम्मेवारीहरू) माथि ध्यान दिइनु पर्छ । पारिश्रमिकको प्रकार तथा स्तर भिन्न भिन्न घटनाको आधारमा निर्धारित गर्नु पर्छ । त्यसका लागि माथि उल्लेखित कुरा र नगद तथा खाद्यान्न श्रोतहरूको उपलब्धतालाई ध्यानमा राख्नु पर्छ ।

३. **भुक्तानीः** पारिश्रमिकसम्बन्धी स्तरअन्तरगत खाद्यान्न असुरक्षा भएका घरपरिवारका आवश्यकता तथा स्थानीय श्रम दरहरूलाई ध्यान दिनु पर्छ । पारिश्रमिकको स्तर तोक्ने विश्वव्यापी रूपमा मान्यताप्राप्त कुनै निर्देशिका छैन । तर जिन्सीमा र आय हस्तान्तरणका रूपमा पारिश्रमिक प्रदान गर्दा स्थानीय बजारमा खाद्यवस्तुको पुनर्बिक्री गर्ने मूल्यबारे विचार गर्नु पर्छ । कार्यक्रमका गतिविधिहरूमा सहभागिताको कारणबाट हुने आयमा व्यक्तिहरूलाई हुने खुद लाभ अन्य काममा समय दिएवापत हुने लाभभन्दा बढी हुनु पर्छ । सो कुरा कामको निम्ति खाद्यान्न (FFW), कामको निम्ति नगद (CFW) साथै ऋण, व्यापारको थालनी आदिमा पनि लागू हुन्छ । आयआर्जन गर्ने अवसरहरूले आयका श्रोतहरूको क्षेत्र बढाउनु पर्छ तर तिनले विद्यमान श्रोतहरूको स्थान लिनु हुन्न । पारिश्रमिकले स्थानीय श्रम बजारहरूमाथि नकारात्मक प्रभाव पार्नु हुँदैन । उदाहरणका लागि, ज्यालाको दरमा मुद्रास्फीति ल्याएर, अन्य गतिविधिबाट श्रमको दिशा परिवर्तन गरेर वा आवश्यक सार्वजनिक सेवाहरू कुण्ठित गरेर त्यस्तो असर पार्नु हुँदैन ।

४. **काम गर्ने वातावरण वा परिवेशमा खतराः** जोखिम कम पार्ने व्यावहारिक प्रकृयाहरू अपनाएर वा घाउचोटको उपचाार गरेर, उदाहरणको निम्ति

जोखिमबारे जानकारी दिने (briefing), प्राथमिक उपचारका उपकरणहरू राख्ने, आवश्यक भए सुरक्षात्मक पोशाक प्रदान गर्ने कुरा उल्लेखनीय छन् । उच्च जोखिम हुने काम गर्ने वातावरणलाई दूर गर्नु पर्छ । यसअन्तरगत एचआइभीको सम्पर्कमा आउने खतरालाई पनि समावेश गर्नु पर्छ । साथै सो न्यून पार्ने उपायहरू अवलम्बन गर्नु पर्छ ।

५. **असुरक्षा तथा विचलनको खतराः** नकद हस्तान्तरण गर्दा, जस्तै कर्जा वितरण गर्दा वा कामको पारिश्रमिक (ज्याला) भुक्तान गर्दा, कार्यक्रमका कर्मचारी तथा रकम पाउनेहरू दुवैलाई असुरक्षाको डर हुन सक्छ । दुवै समूहलाई हुन सक्ने सुरक्षासम्बन्धी जोखिमहरूमा सन्तुलन ल्याउनु पर्छ । सोका लागि अनेक विकल्पबारे सोच्नु पर्छ । रकम पाउनेहरूको जानआउन सजिलो र सुरक्षाका लागि रकम वितरण गर्ने केन्द्र सकेसम्म तिनको घरनजीकै अर्थात् विकेन्द्रीकृत हुनु पर्छ यद्यपि यसले कार्यक्रमका कर्मचारीको सुरक्षा स्थिति शंकास्पद हुन सक्छ । ठूलै भ्रष्टाचार वा रकमान्तर हुने आशंका भएमा कामको निम्ति नगद (CFW) को सट्टा कामको निम्ति खाद्यान्न (FFW) बढी ग्राह्य हुनेछ ।

६. **स्याहार गर्ने जिम्मेवारी तथा जीविकोपार्जनः** आयआर्जन गर्ने अवसरहरूमा सहभागिता भएको कारणले बालबालिकाको स्याहार वा अन्य स्याहार गर्ने जिम्मेवारीहरूलाई वेवास्ता गर्नु हुन्न । यसले कुपोषणको खतरा बढाउन सक्छ । कार्यक्रमहरूले स्याहार गर्नेहरू नियुक्त गर्नु पर्ने वा स्याहार गर्ने सुविधाहरू प्रदान गर्नेबारे विचार पुऱ्याउनु आवश्यक छ (पृष्ठ १७० मा सामान्य पोषण सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) । सहायता कार्यक्रमहरूले अन्य रोजगारी वा शिक्षाका अन्य अवसरहरूलाई प्रतिकूल प्रभाव पार्नु हुँदैन अथवा कायम रहेका उत्पादनशील कृयाकलापबाट घरेलु श्रोतहरूलाई विचलन गर्नेजस्ता काम गर्नु हुँदैन ।

७. **पारिश्रमिकको उपयोगः** उचित पारिश्रमिक भनेको आर्जित आयले खाद्य सुरक्षाका लागि आवश्यक श्रोतहरूको ठूलै भाग योगदान गर्नु हो । नगद वा खाद्य सामाग्रीहरूको (घरभित्रै वितरण तथा साधनका प्रयोगहरूलगायतका) घरेलु व्यवस्थापनलाई बुझ्नु पर्छ किनभने नगद दिने तरीकाले विद्यमान

तनावलाई समाप्त पार्न वा झन चर्काई खाद्यान्न सुरक्षा र परिवारका सदस्यहरूको पोषण कार्यक्रमलाई प्रभावित गर्न सक्छ । आय तथा रोजगार सृजना गर्ने कार्यक्रमहरूमा प्रायः खाद्यान्न सुरक्षासम्बन्धी विभिन्न उद्देश्यहरू समावेश भएको हुन सक्छन् । त्यसअन्तरगत खाद्य सुरक्षालाई प्रभावित गर्ने सामुदायिक स्तरका श्रोतहरू पनि पर्छन् । उदाहरणका लागि सडक मरम्मत गर्नाले बजार तथा स्वास्थ्य सेवामा पहुँच हुने कुरामा सुधार हुन सक्छ भने खेतमा पानी लगाउने तथा सिंचाइ प्रणालीको मरम्मत वा निर्माण भएमा उत्पादनशीलतामा सुधार आउन सक्छ ।

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्ड ४ : बजारमा पहुँच

उत्पादक, उपभोक्ता तथा व्यापारीका रूपमा बजारका वस्तु तथा सेवामा मानिसहरूको पहुँचलाई सुरक्षित तथा सम्वर्द्धन गरिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरू स्थानीय बजार तथा आर्थिक प्रणालीहरूबारे प्रष्ट समझदारीमा आधारित छन् । यसले तिनको ढाँचाबारे जानकारी दिनुका साथै आवश्यक भए प्रणालीमा सुधार तथा नीति परिवर्तन गर्नु पर्ने पैरवी पनि गर्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।
- उत्पादक तथा उपभोक्ताहरूको संचालित बजारहरूमा आर्थिक तथा भौतिक रूपमा पहुँच हुन्छ र त्यहाँ उचित मोलको खाद्यान्नलगायतका आधारभूत सामाग्रीहरूको नियमित आपूर्ति हुन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।
- स्थानीय बजार तथा बजार आपूर्तिकर्ताहरू, खाद्यान्न खरीद तथा वितरणमा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरूले पार्ने प्रतिकूल प्रभावहरू सम्भव भएसम्म न्यून गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- वस्तुको बजार मूल्य तथा उपलब्धताका साथै बजारहरूले कसरी काम गर्छन् र यसलाई नियन्त्रण गर्ने नीतिहरूसम्बन्धी जानकारी तथा स्थानीय चेतना बढ्दो छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- आधारभूत खाद्य सामाग्री तथा अन्य आवश्यक वस्तुहरू उपलब्ध छन् (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

- चरम मौसमी तथा अन्य असामान्य मूल्य बढघटका कारणबाट पर्ने नकारात्मक प्रभावहरूलाई न्यून गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **बजार विश्लेषणः** बजारका प्रकार(स्थानीय, क्षेत्रीय, राष्ट्रिय(तथा तिनीहरू परस्पर कसरी सम्बन्धित छन् भन्ने कुराको पुनरावलोकन गरिन्छ । खतरायुक्त समूहलगायतका सबै प्रभावित समूहको क्रियाशील बजारहरूमा पहुँच पुऱ्याउने विषयतर्फ ध्यान दिनु पर्छ । खाद्यान्नमा पारिश्रमिक दिने वा बीउ, कृषि उपकरण, आश्रयका सामाग्रीहरू आदि प्रदान गर्ने सहायता कार्यक्रमहरू संचालन गर्नुअगि आपूर्ति गरिने वस्तुको बजार विश्लेषण हुनु पर्छ । कुनै पनि जगेडा वस्तुको स्थानीय स्तरमा खरीद भएमा यसले स्थानीय उत्पादकहरूलाई सघाउ पुऱ्याउँछ । आयात (पैठारी)हरूले गर्दा स्थानीय मूल्यहरू घटाउन सक्छन् । किसानहरूको बीउ आपूर्ति गर्ने आफ्नै सञ्जाल तथा प्रणालीहरूमार्फत पहुँच हुँदाहुँदै पनि खुला बजारमा बीउजस्ता सामाग्रीहरू उपलब्ध नभएमा त्यस्ता प्रणालीहरूमाथि बाह्य सामाग्रीहरूले पार्ने असरबारे विचार गर्नु पर्छ ।

२. **वकालत (पैरवी)ः** बजारहरू व्यापक राष्ट्रिय तथा विश्वव्यापी अर्थतन्त्रहरूअन्तरगत संचालित हुन्छन् जसले स्थानीय बजारका परिस्थितिलाई प्रभावित गर्छन् । उदाहरणका लागि मूल्य निर्धारण तथा व्यापार नीतिलगायतका सरकारी नीतिहरूले पहुँच तथा उपलब्धतालाई प्रभावित गर्छन् । यस स्तरमा कुनै कदम चाल्नु प्रकोप सहायता कार्यक्रमको परिधिभन्दा बाहिरको कुरा भए तापनि यी तत्वहरूको विश्लेषण हुनु आवश्यक छ किनभने

खाद्य सुरक्षा

निकायहरूको संयुक्त प्रयास वा स्थिति सुधार्नका लागि सरकारी तथा अन्य निकायसमक्ष पैरवीका अवसरहरू देखा पर्न सक्छन् ।

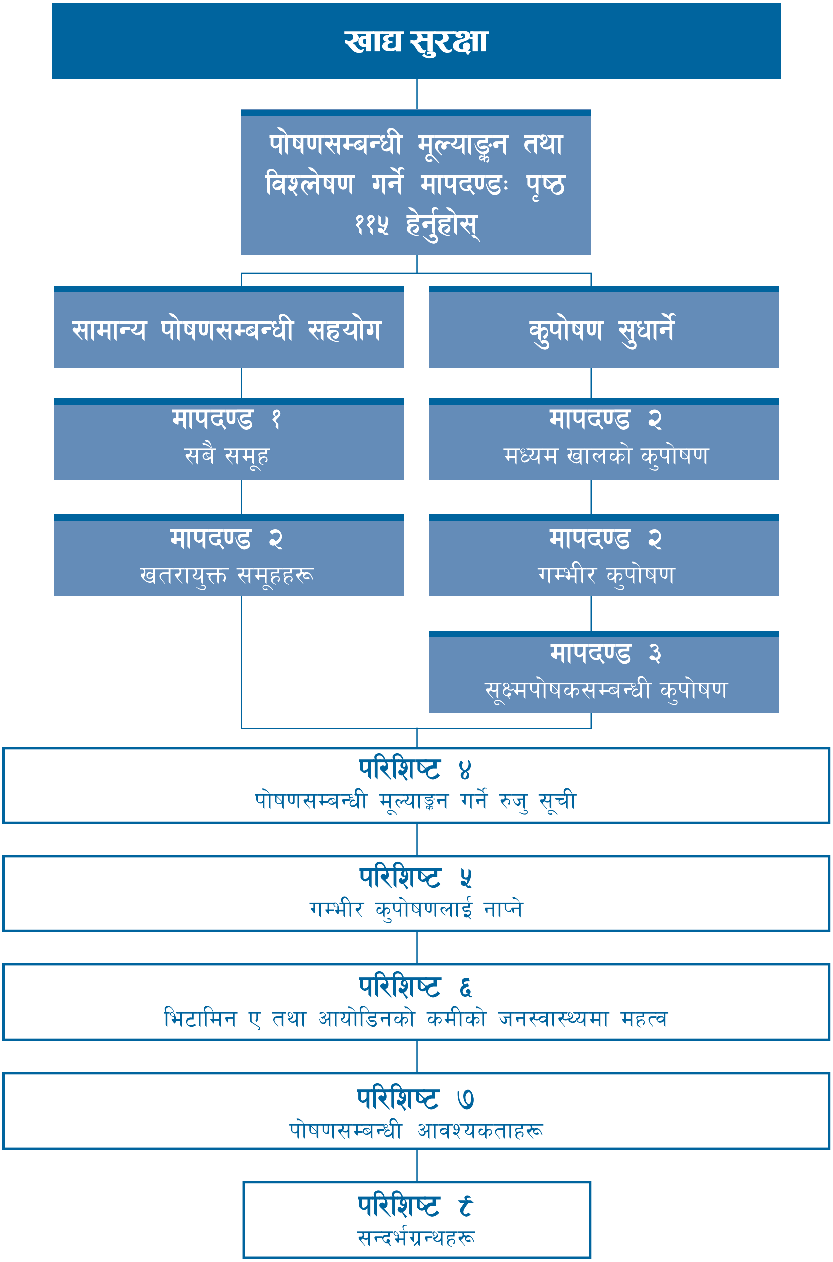
३. **बजारको माग तथा आपूर्तिः** बजारहरूमा हुने आर्थिक पहुँचमाथि क्रयशक्ति, बजार मूल्य तथा उपलब्धताको प्रभाव पर्छ । सो क्रयशक्ति धान्न सक्ने क्षमता भने आधारभूत आवश्यकताहरू (खाद्यान्न, आवश्यक कृषि सामाग्री, बीउ, उपकरण, स्वास्थ्य सेवा आदि) तथा (नगद, बाली, वस्तुभाउ, ज्याला आदि)बीच हुने व्यापारका शर्तहरूमाथि आधारित हुन्छ । जब व्यापारका शर्तहरूमा विकृति आउँछ मानिसहरूलाई (उच्च मूल्यमा) आधारभूत आवश्यकताका वस्तुहरू किन्न (प्रायः कम मोलमा) सम्पति बेच्न बाध्य हुन्छन् । त्यसबाट सम्पतिहरूको क्षयीकरण हुन थाल्छ । बजारहरूमा हुने पहुँचमाथि राजनैतिक तथा सुरक्षासम्बन्धी वातावरणका साथै (अल्पसंख्यकजस्ता) केही समूहको पहुँचलाई नियन्त्रिण गर्ने साँस्कृतिक वा धार्मिक मामिलाले समेत प्रभाव पार्छन् ।

४. **हस्तक्षेपहरुको असरः** खाद्यान्न, बीउ वा अन्य वस्तुको स्थानीय खरीदले उपभोक्ताहरूलाई बेफाइदा हुने गरी स्थानीय तवरमा मुद्रास्फीतिलाई जन्म दिन सक्छ तर स्थानीय उत्पादकहरूलाई भने फाइदा पुऱ्याउनेछ । यसको विपरीत आयातीत खाद्यान्न सहयोगले मूल्यलाई तल झारी स्थानीय खाद्यान्न उत्पादनलाई निरुत्साहित गर्नुका साथै खाद्यान्न असुरक्षा झेल्नेहरूको संख्या बढाउन सक्छ । खरीदको जिम्मा लिने व्यक्तिहरूले यी प्रभावको अनुगमन तथा ख्याल गर्नु पर्छ । खाद्यान्न वितरणले पनि लाभान्वित हुनेहरूको क्रयशक्तिलाई असर पार्छ किनभने यो एक किसिमको आय हस्तान्तरण हो । केही वस्तु अरूका तुलनामा सजिलै राम्रो मोलमा बेच्न सकिन्छ, जस्तै तेलका विरुद्धमा मिश्रित खाद्यान्न । उल्लिखित खाद्यान्न वा खाद्यान्नको डालोसँग सम्बन्धित 'क्रय शक्ति' ले लाभान्वित हुने घरपरिवारले सो कुरा खपत गर्ने वा बेच्ने भन्ने कुरालाई प्रभावित गर्छ । खाद्यान्न वितरण कार्यक्रमहरूमा पर्ने व्यापक प्रभाव निर्धारण गर्नका लागि घरपरिवारमा हुने बिक्री तथा खरीदको बारेमा बुझ्नु जरूरी छ (खाद्य सहयोग व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड ३ हेर्नुहोस्) ।

५. **पारदर्शी बजार नीतिहरुः** स्थानीय उत्पादक तथा उपभोक्ताहरू आपूर्ति तथा मागलाई प्रभावित गर्ने बजार मूल्य नियन्त्रण तथा अन्य नीतिहरूबारे सचेत हुनु आवश्यक छ । यसअन्तरगत राज्यको मूल्य निर्धारण तथा करसम्बन्धी नीतिहरू, वस्तुहरू क्षेत्रीय सीमाभन्दा बाहिर जाने कार्यलाई प्रभावित गर्ने नीतिहरू अथवा वरिपरिका क्षेत्रमा व्यापार कार्यलाई सहज तुल्याउने स्थानीय योजना (scheme)हरू पर्छन् (यद्यपि कतिपय द्वन्द्वका स्थितिमा यी विषयका लागि प्रष्ट नीतिहरू अपरिहार्य रूपमा नहुन सक्छन्) ।

६. **आवश्यक खाद्य सामाग्रीहरुः** बजार अनुगमनका लागि खाद्य सामाग्रीहरूको चयन खानासम्बन्धी स्थानीय चलन (बानी)हरूमा भर पर्ने हुनाले स्थानीय तवरमा निर्धारित गरिनु पर्छ । पोषणका दृष्टिले पर्याप्त राशनसम्बन्धी योजना निर्माण गर्ने सिद्धान्तहरू कुनै विशेष प्रसङ्गमा कस्ता खाद्य सामाग्री आवश्यक पर्छ भनी निर्णय गर्दा लागू गर्नु पर्छ (पृष्ठ १६५ मा सामान्य पोषण सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड १ तथा पृष्ठ १९० मा खाद्य सहयोगको योजना निर्माणसम्बन्धी मापदण्ड १ हेर्नुहोस्) ।

७. **मूल्यमा असामान्य ढंगले हुने मौसमी घटबढ**ले गरीब कृषि उत्पादकहरूलाई नराम्ररी प्रभावित गर्न सक्छ जसले आफ्ना उत्पादनहरू मूल्य सबैभन्दा तल झरेको बेला, (अर्थात् बाली भित्र्याएपछि) बेच्नु पर्ने हुन्छ । त्यसको विपरीत प्रयोग गर्न सकिने थोरै मात्र आम्दानी भएका उपभोक्ताहरूले खाद्यान्न भण्डार गर्नमा लगानी गर्न सक्दैनन् र बरु थोरै परिमाणमा पटकपटक खरीद गर्ने काम गर्छन् । तसर्थ तिनीहरू मूल्य चर्को हुँदा पनि (जस्तै सुख्खायाममा) किन्न बाध्य हुन्छन् । यस्ता असरहरूलाई न्यून गर्न सक्ने हस्तक्षेपका उदाहरणहरूमा सुधारिएको यातायात प्रणाली, खाद्यवस्तु उत्पादनमा विविधीकरण तथा संकटका घडीमा नगद अथवा खाद्यवस्तु स्थानान्तरण पर्छन् ।


खाद्य सुरक्षा
पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन तथा विश्लेषण गर्ने मापदण्डः पृष्ठ ११५ हेर्नुहोस्
सामान्य पोषणसम्बन्धी सहयोग
कुपोषण सुधार्ने
मापदण्ड १
सबै समूह
मापदण्ड २
मध्यम खालको कुपोषण
मापदण्ड २
खतरायुक्त समूहहरू
मापदण्ड २
गम्भीर कुपोषण
मापदण्ड ३
सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी कुपोषण
परिशिष्ट ४
पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन गर्ने रुजु सूची
परिशिष्ट ५
गम्भीर कुपोषणलाई नाप्ने
परिशिष्ट ६
भिटामिन ए तथा आयोडिनको कमीको जनस्वास्थ्यमा महत्व
परिशिष्ट ७
पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरू
परिशिष्ट ८
सन्दर्भग्रन्थहरू

३ पोषणसम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरु

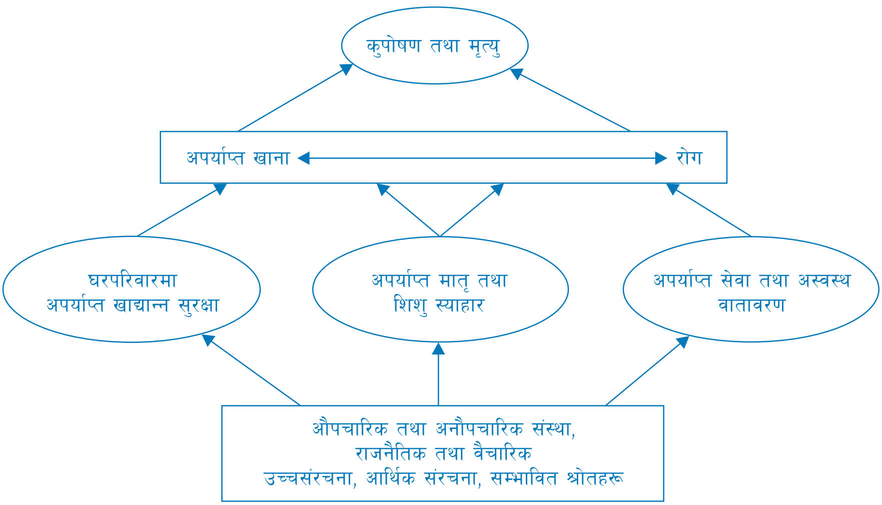
कुपोषणका तात्कालिक कारणहरुमा रोग र/वा अपर्याप्त खाना खानु पर्छन् । यो चाहिँ घरपरिवार वा सामुदायिक स्तरमा अपर्याप्त खाद्यवस्तु, स्वास्थ्य वा सेवा (स्याहार) को परिणाम हो ।

रोकथाम कार्यक्रमको उद्देश्य मूल्याङ्कनमा पहिचान गरिएको कुपोषणका कारणहरुमा ध्यान सुनिश्चित गर्नु हो । यसअन्तरगत पर्याप्त मात्रा तथा गुणस्तरको खानामा मानिसहरुको पहुँच पुग्नु र तिनीहरुसँग सो सुरक्षित ढंगले तयार पारी खान सक्ने साधन छन् भनी सुनिश्चित गर्ने; मानिसहरुको रहनसहनको वातावरण, (निवारक तथा निदानात्मक दुवैथरी) स्तरीय स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र ती सेवाको गुणस्तरले रोगसम्बन्धी जोखिमलाई न्यून पार्ने कुरा सुनिश्चित गर्ने; तथा पोषणका हिसाबले खतरायुक्त जनसमुदायका सदस्यहरुलाई स्याहार गर्न सकिने वातावरण छ भनी सुनिश्चित गर्ने कुराहरु पर्न आउँछन् । स्याहारअन्तरगत घरपरिवारका सदस्यका शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक आवश्यकताहरु पूरा गर्न घरपरिवार तथा समुदायभित्र समय, ध्यान तथा सहयोगको व्यवस्था गर्नु हो । सामाजिक तथा स्याहार गर्ने वातावरणको संरक्षण गर्ने विषयलाई खाद्य सहयोग तथा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरु मार्फत सम्बोधन गरिन्छ भने बढ्दो खतरा झेलिरहेका जनताका समूहहरुको पोषणसम्बन्धी स्याहार तथा सहयोगलाई पोषणसम्बन्धी मापदण्डहरुमा सम्बोधन गरिएकोछ ।

कुपोषण सुधार गर्ने लक्ष राखेका कार्यक्रमहरुमा विशेष आहारा कार्यक्रम, चिकित्सकीय उपचार र/वा कुपोषित व्यक्तिहरुका लागि सहयोग गर्ने स्याहार पर्न आउँछन् । मानवमीतिय सर्भेक्षणहरु संचालित भइसकेपछि वा सो गर्ने योजना बनाइँदा मात्र आहार कार्यक्रमहरु लागू गर्नु पर्छ । आहार कार्यक्रमलाई निवारक उपायहरु अवलम्बन गरेर सहयोग गर्नु पर्छ ।

यस भागका प्रथम दुई मापदण्डहरु कुपोषण रोकथाम गर्ने कार्यक्रमहरुसँग सम्बन्धित पोषणसम्बन्धी विषयहरुसँग सम्बन्धित छन् तथा यसलाई खाद्य सहयोग तथा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरुका साथ प्रयोग गर्नु पर्छ । अन्तिम तीन मापदण्डहरुले कुपोषण सुधार गर्ने कार्यक्रमहरुसँग सरोकार राख्दछन् ।

कुपोषण रोकथाम तथा सुधार गर्ने कार्यक्रमहरुले यस अध्याय तथा अन्य अध्यायमा उल्लिखित स्वास्थ्य सेवा, पानी आपूर्ति तथा सरसफाइ एवं आश्रयसम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरु हासिल गर्नु आवश्यक छ । साथै अध्याय १ मा सविस्तार वर्णित साझा मापदण्डहरु (पृष्ठ २७ हेर्नुहोस्) पनि हासिल गर्नु पर्छ । अर्को शब्दमा, सबै समूहको अस्तित्व तथा सम्मान उच्च राख्ने विषयलाई सुनिश्चित गर्ने गरी तिनीहरुको पोषणको संरक्षण तथा समर्थनका लागि यस हातेपुस्तिकाको यस भागमा उल्लिखित मापदण्डहरु मात्र हासिल गर्नु पर्याप्त हुँदैन ।



कुपोषणका कारणहरू देखाउने अवधारणागत खाका (ढाँचा)

क) सामान्य पोषणलाई सहयोग

यस भागमा आम जनता तथा पोषणसमबन्धी बढ्दो खतरा झेलिरहेका विशिष्ट समूहहरू दुवैका आवश्यकता पूरा गर्ने पोषणसम्बन्धी श्रोत तथा सेवाहरूबारे विचार गरिनेछ। यी आवश्यकताहरू पूरा नहुञ्जेल कुपोषण सुधार्न खोज्ने कुनै पनि कार्यक्रमको सीमित मात्र प्रभाव पर्ने सम्भावना छ किनभने स्वास्थ्य लाभ गर्ने व्यक्तिहरू अपर्याप्त पोषण सहयोग प्राप्त हुने स्थितिमा फर्किने छन् र तिनीहरूको स्वास्थ्यमा फेरि गिरावट आउन सक्नेछ।

जनतालाई पोषणसम्बन्धी आफ्ना केही वा सबै आवश्यकताहरू पूरा गर्न खाद्य सहयोग चाहिएको अवस्थामा पृष्ठ १९०-१९२ मा उल्लिखित खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजना निर्माणका मापदण्डहरू १-२ तथा पृष्ठ २८२-२८३ मा उल्लिखित अखाद्य सामाग्रीहरूसम्बन्धी मापदण्डहरू ३-४ सँगै सामान्य पोषण सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड १ लाई प्रयोग गर्नु पर्छ। सामान्य पोषण सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड २ को ध्यान खतरोन्मुखी समूहमाथि केन्द्रित छ। तर प्रकोपको खतरा झेल्ने व्यक्तिहरूको स्थिति प्रसङ्गअनुसार फरकफरक हुन्छन्। त्यसैले प्रत्येक स्थितिमा खतरामा परेका विशेष समूहहरूको पहिचान गरिनु पर्छ।

सामान्य पोषणलाई सहयोग गर्ने मापदण्ड १: सबै समूह

जनताका पोषणसम्बन्धी मागहरू पूरा भएका छन्।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- विभिन्न थरीका खाद्यान्नमा पहुँच छ - प्रमुख (अन्न वा कन्दमूल), दाल (वा पशु उत्पादन)हरू तथा चिल्लो पदार्थ (बोसो, घ्यू, तेल)का श्रोतहरू - यिनले पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।

- भिटामिन ए-, सी- तथा फलामयुक्त वा पौष्टिक खाना वा पर्याप्त पूरकहरूमा पहुँच छ (निर्देशक बुँदा २, ३, ५ तथा ६ हेर्नुहोस्)।

- घरपरिवारका अधिकाँश (९०% भन्दा बढी) व्यक्तिको आयोडिनयुक्त नूनमा पहुँच छ (निर्देशक बुँदा २, ३ र ६ हेर्नुहोस्) ।

- यदि प्रमुख खानाको रूपमा मकै वा सानो गेडागुडी भए निआसिन (niacin) (जस्तै दाल, कडा फल-बदाम, ओखर आदि), सुकुटी माछाका थप श्रोतहरूमा पहुँच छ (निर्देशक बुँदा २-३ हेर्नुहोस्) ।

- यदि प्रमुख खाना टल्किने (पलिश गरेका) चामल भए थायमिन (thiamine) (जस्तै दाल, कडा फल-बदाम, ओखर आदि), फुल-का थप श्रोतहरूमा पहुँच छ (निर्देशक बुँदा २-३ हेर्नुहोस्) ।

- मानिसहरू अति सीमित आहारमा निर्भर भएको अवस्थामा तिनीहरूको रिबोफ्लाभिन (riboflavin)का पर्याप्त श्रोतहरूमा पहुँच छ (निर्देशक बुँदा २-३ हेर्नुहोस्) ।

- मध्यमखाले वा गम्भीर कुपोषणका स्तरहरू मान्य स्तरमा स्थिर रहेका वा झरिरहेका छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- स्कर्भी (scurvy) (भिटामिन सी रहेका फलफूल नखानाले हुने रोग), पेलाग्रा (pellagra) (राम्रो खानाको अभावमा छाला फुटी मानसिक रोगसमेत हुने व्याधि), बेरिबेरि (beri-beri) वा रिबोफ्लाभिन (riboflavin) अल्पताका कुनै घटना भएका छैनन् (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- जेराप्थाल्मिआ (xerophthalmia) तथा आयोडिन (iodine)को अल्पताबाट हुने विकारका दरहरू जनस्वास्थ्यका दृष्टिले महत्वपूर्ण छैनन् (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरुः** औसत जनताका आवश्यकताका लागि निम्नानुसारका पूर्वानुमान प्रयोग गर्नु पर्छ । यहाँ उल्लेखित तथ्याङ्क परिशिष्ट ७ मा वर्णन गरिएको हरेक जनसंख्याका लागि समायोजन गर्नु पर्छ ।

- २,१०० केक्याल प्रति व्यक्ति प्रति दिन
- प्रोटीनबाट प्राप्त हुने कुल ऊर्जाको १०-१२%
- चिल्लो पदार्थ (बोसो) बाट प्राप्त हुने कुल ऊर्जाको १७%
- ताजा वा पौष्टिक खानामार्फत पर्याप्त सूक्ष्मपोषक तत्वको प्राप्ति ।

यी आवश्यकताहरू जनता पोषणसम्बन्धी आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न खाद्य सहयोगमै पूर्ण निर्भर रहनु पर्ने अवस्थामा मात्र खाद्य सहयोगसम्बन्धी प्रावधानका लागि हुन् भनी ख्याल राख्नु पर्छ । मानिसले पोषणसम्बन्धी केही आवश्यकता स्वयं पूरा गर्न सक्ने अवस्थामा खाद्य सहयोगसम्बन्धी प्रावधान सोहीअनुरुप मूल्याङ्कनको आधारमा समायोजन हुनु पर्छ । खाद्यान्नसम्बन्धी राशनको योजना बनाउँदा पृष्ठ १९० मा खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजना निर्माणको मापदण्ड १ हेर्नुहोस् ।

२. **सूक्ष्मपोषणबाट हुने रोगहरुको रोकथामः** यदि यी सूचकहरू पूरा भए जनताका सूक्ष्मपोषणसम्बन्धी स्थितिमा हुने ऱ्हास रोकिनु पर्छ र सोका लागि दादुरा, औंलो तथा परजीवि संक्रमणजस्ता रोगको रोकथाम गर्ने जनस्वास्थ्यसम्बन्धी यथेष्ट उपायहरू अवलम्बन गरिनु पर्छ (पृष्ठ ३३० मा संक्रामक रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्डहरू हेर्नुहोस्) । सूक्ष्मपोषणसम्बन्धी अल्पताहरू रोकथाम गर्ने सम्भावित विकल्पहरूमा यी कुराहरू पर्छन्: पौष्टिक खानामा पहुँचलाई प्रवर्द्धन गर्ने खाद्यान्न सुरक्षासम्बन्धी उपायहरू (पृष्ठ १४८-१५४ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरू २-३ हेर्नुहोस्); अन्यथा नभेटिने पोषक तत्वहरू प्रदान गर्नका लागि पौष्टिकतामार्फत वा मिश्रित खाना समावेश गरी वा स्थानीय तवरमा खरीद गरिएका वस्तुहरूमार्फत खानाको पौष्टिक गुणस्तरमा सुधार; तथा/वा पूरक औषधिहरू । ओसारपसार गर्दा, भण्डारण, प्रशोधन गर्दा तथा पकाउँदा सूक्ष्मपोषक कम हुने कुरालाई ध्यानमा राख्नु पर्छ । अपवादस्वरूप स्थानीय रूपमा पौष्टिक खाना उपलब्ध भएका अवस्थामा बढी खाद्य आदानप्रदान गर्न कुनै पनि सामान्य राशनमा खाद्यको मात्रा बढाउने कुरामा ध्यान पुऱ्याउनु पर्छ । तर यसको साथै लागत प्रभावकारिता एवं बजारमा पर्ने प्रभावलाई पनि ध्यानमा राख्नु पर्छ ।

३. **सूक्ष्मपोषकहरुमा पहुँचको अनुगमन गर्नेः** सूचकहरूले आहाराको गुणस्तर नाप्दछन् । तर तिनले पोषकको उपलब्धतालाई परिणाम तोक्दैनन् । खाइने पोषक तत्वहरूको परिमाण नाप्दा सूचना संकलनमाथि अवास्तविक आवश्यकताहरू थोपर्न सक्छ । सूचकहरूको मापन विभिन्न प्रविधि प्रयोग गरी विभिन्न श्रोतबाट संकलन गरिएको सूचनाद्वारा गर्न सकिन्छ । सोअन्तरगत यी कुराहरू पर्छन्: खाद्य उपलब्धता तथा घरपरिवारको स्तरमा सोको प्रयोगको अनुगमन गर्नु; बजारमा खाद्यको मूल्य तथा उपलब्धि निर्धारण गर्नु; वितरित जुनसुकै खाद्याको पोषक तत्व मूल्याङ्कन गर्नु; खाद्य सहयोग वितरण योजना तथा अभिलेखहरू जाँच गर्नु; जङ्गली खानाले प्रदान गर्ने कुनै योगदानको मूल्याङ्कन गर्नु; र खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कनहरू गर्नु । घरपरिवारको स्तरमा गरिने विश्लेषणले खाद्यमा व्यक्तिगत पहुँचको विश्लेषण गर्ने छैन । घरघरको बीचमा उपलब्ध गराइने खाद्य सधैं समान नहुन सक्छ र खतरोन्मुखी समूहहरू खास प्रभावित हुन सक्छन् । तर सो कुरा नाप्न व्यावहारिक हुँदैन । वितरण गर्ने संयन्त्रहरू (पृष्ठ १६८ मा खाद्य सहयोग व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड ३ हेर्नुहोस्), खाद्यान्न सहयोगका वस्तुहरूको छनौट एवं प्रभावित जनतासँग छलफल गर्नाले घरघरमा बाँडिने कार्यक्रममा सुधार ल्याउन सहयोग पुऱ्याउन सक्छ ।

४. **कुपोषणका स्तरहरुको व्याख्या गर्नेः** कुपोषणका प्रवृत्तिहरू स्वास्थ्य केन्द्रहरूका अभिलेख, मानवमीतिय सर्भेक्षण, पोषणसम्बन्धी निगरानी, समुदायबाट गरिएका परीक्षण अथवा प्रतिवेदनहरूबाट संकेत गर्न सकिन्छ । विशाल क्षेत्रमा वा लामो समयसम्म कुपोषणका दरहरूको अनुगमन गर्ने प्रणालीहरू खडा गर्नु खर्चिलो हुन सक्छ र सोका लागि प्राविधिक विशेषज्ञहरूको आवश्यकता पर्नेछ । त्यस्तो प्रणालीको सापेक्षित लागत श्रोत परिचालनको परिमाणको आधारमा हेरिनु पर्छ । पूरक सूचना प्रणालीहरूको मिश्रण, जस्तै निगरानी तथा बीचबीचमा गरिने सर्भेक्षणहरू चाहिं श्रोतहरूको सर्वाधिक प्रभावकारी उपयोग हुनेछ । सम्भव भएसम्म स्थानीय संस्था तथा समुदायहरूले अनुगमनका कृयाकलाप, तथ्याङ्कको व्याख्या एवं कुनै सहायता कार्यक्रमको योजना बनाउने काममा भाग लिनु पर्छ । कुपोषणका स्तरहरू स्वीकार्य छन् कि छैनन् भनी निर्धारण गर्नाका लागि सम्बन्धित जनता, रुग्णता तथा मृत्यु

दरहरू (पृष्ठ ३१३ मा स्वास्थ्य प्रणालीहरू तथा पूर्वाधार वा संरचनासम्बन्धी मापदण्ड १ अन्तरगत निर्देशिका बुँदा ३ हेर्नुहोस्), मौसमी उतारचढाव, प्रकोपपूर्वका कुपोषणसम्बन्धी स्तरहरू तथा सोका अन्तरनीहित कारणहरूलाई ध्यानमा राखी स्थितिको विश्लेषण गर्नु पर्छ ।

५. **सूक्ष्मपोषणको अल्पताले हुने महामारीः** चारथरी सूक्ष्मपोषणका अल्पताहरू स्कर्भी (भिटामिन सी को कमीबाट हुने रोग), पेल्लाग्रा (निआसिन), बेरिबेरि (थायमिन) तथा रिबोफ्लाभिन विषयमा चर्चा भइसकेको छ । किनभने यिनीहरू खाद्य सहयोगमा निर्भर रहने जनताहरूको सूक्ष्मपोषक तत्व यथेष्ट मात्रामा प्राप्त गर्न नसकेको कारणले सामान्यतया सर्वाधिक देखिने अल्पताहरू हुन् र प्रायः प्रकोपको स्थितिमा यसलाई दूर गरिन्छ । उदाहरणका लागि यदि यीमध्ये कुनै पनि अल्पता भएका व्यक्तिहरू स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा देखिए भने केही निश्चित प्रकारका खाद्यमा सीमित पहुँचका कारणबाट भएको भन्ने बुझिन्छ । साथै यो सम्पूर्ण जनसंख्यामा सो समस्या भएको संकेत हुन सक्छ । जे होस् अल्पताहरू जनसमुदायस्तरका हस्तक्षेप तथा व्यक्तिगत उपचारको माध्यमबाट (पृष्ठ १८५ मा कुपोषण सच्याउने मापदण्ड ३ हेर्नुहोस्) समाधान गर्न सकिन्छ । सूक्ष्मपोषणसम्बन्धी यी अल्पताहरू स्थानीय समस्याको रूपमा प्रष्ट देखिएपछि त्यस स्तरलाई कम्तिमा प्रकोपपूर्वको स्तरमा झार्नु पर्छ ।

६. **स्थानीय सूक्ष्मपोषणको अल्पताः** प्रकोपको प्रारम्भिक चरणमा सूक्ष्मपोषणसम्बन्धी अल्पताहरूलाई पहिचान गर्ने कठिनाईहरूले गर्दा त्यसलाई समाधान गर्ने कार्य जटिल हुन जान्छ । अपवादका रूपमा जेरोफ्थाल्मिआ (भिटामिन ए) तथा गलगाँड (आयोडिन) हुन् । यिनलाई पहिचान गर्ने 'कार्यक्षेत्रमैत्री' पूर्वाधारहरू उपलब्ध छन् । यी अल्पताहरूलाई पनि जनसमुदायस्तरका हस्तक्षेपहरूमार्फत समाधान गर्न सकिन्छ । उदाहरणका लागि केटाकेटी तथा सुत्केरीभएका महिलाहरूका भिटामिन ए भएको पूरक खाना दिने, नूनमा आयोडिनको मिश्रण तथा जनचेतना अभियानहरू उल्लेखनीय छन् । तिनको जनस्वास्थ्यमा महत्वका परिभाषाका लागि परिशिष्ट ६ हेर्नुहोस् ।

पोषण

सामान्य पोषणको समर्थनसम्बन्धी मापदण्ड २: खतरामा रहेका समूहहरू

पहिचान गरिएका खतरोन्मुखी समूहहरूको पोषण तथा सहयोगसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गरिएका छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- ६ महिनामुनिका शिशुहरूलाई मात्र स्तनपान गराइन्छ वा अपवादका स्थितिमा स्तनपानको विकल्पको रूपमा रहेको पर्याप्त आहारामा तिनको पहुँच छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।
- ६-२४ महिनाका बालबालिकाको पौष्टिक तथा निकै तागतिलो पूरक खानामा पहुँच छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।
- गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाहरूलो थप पोषक तत्व तथा सहयोग प्राप्त गर्छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।
- किशोरीहरूको स्याहार तथा पोषणको संरक्षण, सम्वर्द्धन तथा सहयोगका लागि विशेष ध्यान दिइन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।
- सम्बन्धित पेशागत व्यक्ति, सेवादायक तथा संस्थाहरूलाई शिशु तथा बालबालिकालाई स्तनपान गराउने, खाने कुरा ख्वाउने प्रचलनबारे पोषणसम्बन्धी उपयुक्त सूचना, शिक्षा तथा तालीम दिइन्छ (निर्देशक बुँदा १-४ तथा ८ हेर्नुहोस्) ।
- बूढाबुढीले पाउनु पर्ने उपयुक्त खाना तथा पोषणसम्बन्धी सहयोगलाई संरक्षण, सम्वर्द्धन तथा सहयोग प्रदान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- दीर्घ रोगीहरू भएका परिवार, एचआइभी/एड्स संक्रमित तथा विशेष किसिमका असक्तता भएका व्यक्तिहरूलाई उपयुक्त पौष्टिक खाना तथा पर्याप्त पोषणसम्बन्धी सहयोग प्राप्त छ (निर्देशक बुँदा ६-८ हेर्नुहोस्) ।

- खतरोन्मुखी समूहहरूको उपयुक्त हेरचाह भएको सुनिश्चित गर्ने समुदायमा आधारित प्रणालीहरू रहेका छन् (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुंदाहरु

१. **शिशुलाई स्तनपानः** छ महिनाभन्दा मुनिका शिशुहरूलाई मात्र स्तनपान गराउनु सर्वाधिक स्वस्थकर हुन्छ। स्तनपान गर्ने खास बालबालिकाले दुग्धाहारपूर्वको खाना, पानी, चिया वा पूरक खाना पाउँदैनन् । स्तनपानको दर खास रूपमा कम छ । तसर्थ स्वास्थ्य तथा स्याहारसम्बन्धी चलन टुटेको र संक्रमणको जोखिम उच्च भएको विशेष अवस्थामा स्तनपानलाई सम्वर्द्धन तथा समर्थन गर्नु अत्यावश्यक हुन्छ। केही अपवादका अवस्थामा (जस्तै आमाको मृत्यु भएमा वा शिशुलाई पूर्णतया कृत्रिम तरीकाले आहारा ख्वाउने अवस्थामा) शिशुलाई स्तनपान गराउन सकिन्न । यस्तो अवस्थामा पर्याप्त मात्रामा उपयुक्त विकल्पको प्रयोग गरिनु पर्छ र सोका लागि कोडेक्स यालिमेन्टारिअस मापदण्ड (Codex Alimentarius Standards) (रोगव्याधिसम्बन्धी आचारसंहिताको मापदण्डका आधारमा निर्णय लिनु पर्छ। साथै सम्भव भएको अवस्थामा पुनःस्तनपानलाई प्रोत्साहित गर्नु पर्छ । सुरक्षित आहारा बनाउँदा हुने कठिनाइका कारणले स्तनपानको विकल्प खतरापूर्ण हुन सक्छ। दूध ख्वाउने शीशीहरू अस्वस्थकर हुने हुँदा कहिल्यै प्रयोग गर्नु हुन्न । पेशागत व्यक्तिहरूलाई स्तनपान तथा पुनःस्तनपानलाई पर्याप्त संरक्षण, सम्वर्द्धन तथा सहयोग दिने काममा तालीम दिनु पर्छ । यदि शिशुको सूत्र (फर्मूला) वितरण गरिन्छ भने स्याहारकर्ताहरूलाई सोको सुरक्षित प्रयोगका लागि सल्लाह तथा सहयोग प्रदान गर्नु आवश्यक छ । खरीद तथा वितरणका कार्यहरू गर्दा स्तनपानका विकल्पको बजारीकरणसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय संहिता (International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes) तथा विश्व स्वास्थ्य सभाका सान्दर्भिक प्रस्तावहरूको अनुसरण गर्नु पर्छ ।

२. **एचआइभी तथा शिशुलाई आहाराः** एचआइभी/एड्सको स्वैच्छिक तथा गोप्य परीक्षण सम्भव नभए सबै आमालाई स्तनपान गराउनका लागि सहयोग गर्नु पर्छ । यदि एउटी महिलालाई आफ्नो स्थिति थाहा छैन भने त्यस्तो अवस्थामा स्तनपानका विकल्पहरू धेरै जोखिमपूर्ण हुन्छन् । यदि कुनै महिलाको परीक्षण भई आफू एचआइभी-पोजिटिभ भएको थाहा हुन आएमा स्तनपानको सट्टामा अन्य आहार ख्वाउने व्यवस्था हुनु पर्छ । तर सो कुरा स्वीकार्य, सम्भव, धान्न सकिने, दीगो र सुरक्षित किसिमले गरिनु पर्छ । स्तनपान गराउन नचाहने एचआइभी(पोजिटिभ भएका आमाहरूलाई कम्तिमा शिशुको जीवनका प्रथम दुई वर्षसम्म पर्याप्त आहारा प्रदान गर्ने कुरा सुनिश्चित गर्नाका लागि विशेष निर्देशन तथा सहयोग दिनु पर्छ ।

३. **सानु बच्चालाई आहाराः** स्तनपान चाहिं कम्तिमा जीवनका प्रथम दुई वर्षसम्म जारी राख्नु पर्छ । छ महिनाको आयुमा बालबालिकालाई स्तनपानका अतिरिक्त निकै तागतिला खाना चाहिन्छ; तिनको आहारको ३०% शक्तिदायी तत्व चिल्लो पदार्थ प्राप्त हुने श्रोतबाट आउने सुझाव दिइन्छ । ६-२४ महिनाका बालबालिकाले स्तनपान गर्न नपाउने अवस्थामा तिनका पोषणसम्बन्धी सम्पूर्ण आवश्यकताहरू पूरा गर्न पर्याप्त खाना दिनु पर्छ । घरपरिवारलाई २४ महिनामुनिका बालबालिकाका लागि उपयुक्त पूरक खानाहरू तयार गर्ने साधन तथा सीप प्रदान गर्ने प्रयास गर्नु पर्छ । सो काम विशेष खाद्य सामाग्री वा भाँडाकुडा, इन्धन तथा पानी उपलब्ध गराएर सम्पन्न गर्न सकिन्छ । दादुराका वा अन्य खोप संचालन गर्दा ६-५९ महिना उमेर भएका सबै बालबालिकालाई पूरकको रूपमा भिटामिन ए पूरक प्रदान गर्नु सामान्य चलन हो । जन्मिँदा कम तौल भएका शिशु तथा बालबालिकाले पनि फलामको तत्व भएको पूरक आहाराबाट लाभ उठाउन सक्छन् यद्यपि दैनिक नियमहरू अनुसरण गर्नु धेरै कठिन छ ।

४. **गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाहरुः** गर्भवती तथा स्तनपायी महिलाहरूले अपर्याप्त पोषक तत्व प्राप्त गरेको कारणले भोग्नु पर्ने जोखिमहरूमा गर्भावस्थाका जटिलता, मातृ मृत्युदर, जन्मिँदा न्यून तौल तथा क्षीण स्तनपान कार्य पर्न आउँछन् । सामान्य राशनका औसत योजनासम्बन्धी तथ्याङ्कहरूमा

गर्भवती तथा स्तनपायी महिलाहरूका थप आवश्यकताहरूबारे ध्यान दिइन्छ। यदि सामान्य राशन अपुग भएमा पोषणसम्बन्धी ह्रास रोक्नका लागि पूरक आहारा दिनु आवश्यक हुनेछ। गर्भाधान हुँदा आमाको कम तौल भएको कारण निजको बच्चा जन्मिँदा कम तौल हुने कुरासँग सम्बन्धित छ। तसर्थ किशोरीहरूलाई पोषणसम्बन्धी सहयोग प्रदान गर्ने संयन्त्रहरू उपलब्ध भएको ठाउँमा प्रयोग गरिनु पर्छ। गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाहरूले लौह तत्व तथा फोलिक अम्ल (folic acid) पूरकको रूपमा दिनहुँ पाउनु पर्छ। तर माथि शिशुको सम्बन्धमा उल्लेख भएजस्तै सो कुरा पालन गर्न भने समस्या पर्न सक्छ। तसर्थ विविधीकरण गरिएको आहारमार्फत (सामान्य पोषणसम्बन्धी सहयोगको मापदण्ड १ हेर्नुहोस्) लौह तत्वको अल्पता (iron deficiency) रहने कुरालाई न्यून पार्ने कदमहरू चालिएका छन् भनी सुनिश्चित गर्नु आवश्यक छ। सुत्केरी भएका महिलाहरूले पनि सुत्केरी भएको छ साता भित्र भिटामिन ए पाउनु पर्छ।

५. **वृद्धवृद्धा (बूढाबूढी)** प्रकोपबाट खास प्रभावित हुन सक्छन्। खाद्यमा हुने पहुँचलाई घटाउने तथा पोषणसम्बन्धी आवश्यकतालाई बढाउने पोषणसम्बन्धी जोखिमका कारक तत्वहरूमा रोग तथा असक्तता, मनोसामाजिक तनाव, सर्दी तथा गरिबी पर्दछन्। यी तत्वहरू औपचारिक वा अनौपचारिक जे होस् सामान्य सहयोगका सञ्जालहरू भत्किँदा झन बिग्रन सक्छन्। जब सामान्य राशनका औसत योजनासम्बन्धी तथ्याङ्कहरूमा वृद्धहरूका पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरूबारे विचार गरिन्छ त्यसबेला तिनका पोषण तथा स्याहारसम्बन्धी आवश्यकताहरू प्रति विशेष ध्यान दिइनु पर्छ। विशेषतया:

- वृद्धहरूको (राहतस्वरूप प्रदान गरिने खाद्यवस्तुलगायतका) खाद्यवस्तुका श्रोतहरूमा सजिलै पहुँच हुनु पर्छ;

- खानाहरू पकाउन तथा खान सजिलो हुनु पर्छ;

- खानाहरूले वृद्धहरूको थप प्रोटीन तथा सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्नु पर्छ।

पोषण

वृद्धहरू प्रायः घरका अन्य सदस्यहरूका लागि महत्वपूर्ण हेरचाह गर्ने व्यक्तिका रूपमा हुन्छन् र सो कार्य पूरा गर्न तिनलाई विशेष सहयोगको आवश्यकता पर्न सक्छ ।

६. **एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरुः** यस्ता व्यक्तिहरूले विभिन्न कारणवश कुपोषणसम्बन्धी ठूलो जोखिम भेल्न पर्ने हुन सक्छ । यिनमा रुचिमा कमी वा खानमा अप्ठेरो भएर कम खाना खाने, पखाला चलेर पोषक तत्वहरू कम पच्ने, परजीविहरू बढ्ने वा आन्द्रामा रहने कोषाणुहरू क्षति हुने; पाचाशय (metabolism) मा परिवर्तन हुने तथा दीर्घ संक्रमण हुने र रोग लाग्ने तत्वहरू पर्छन् । संक्रमित व्यक्तिहरूको तागतको आवश्यकता संक्रमणको चरणअनुरुप बढ्ने कुरा प्रमाणित भएको छ । प्रतिरोध कार्यलाई संरक्षण गर्न तथा बाँच्ने कुरालाई सम्वर्द्धन गर्न सूक्ष्मपोषकहरू विशेष महत्वपूर्ण हुन्छन् । संक्रमित व्यक्तिहरूले आफूलाई सकेसम्म पुष्ट तथा स्वस्थ राख्ने कुरा सुनिश्चित गर्नु पर्छ । यसले एड्स लाग्ने कुरालाई ढिलो तुल्याउन सहयोग पुऱ्याउँछ । खाद्य सहयोगको पिसाइकुटाइ तथा पौष्टिक तत्वयुक्त बनाउने काम वा पौष्टिक, मिश्रित खानाहरूको प्रावधान पर्याप्त आहारमा संक्रमित व्यक्तिहरूको पहुँचलाई सुधार गर्ने सम्भावित रणनीतिहरू हुन् । केही अवस्थामा कुनै पनि खाद्यवस्तुको राशनको परिमाणमा समग्र रूपमा बढाउनु उपयुक्त हुनेछ (पृष्ठ ४३ मा लक्ष्यीकरणसम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

७. **अपाङ्ग (असक्त व्यक्ति)हरु**ले पोषणसम्बन्धी विभिन्न प्रकारका जोखिमहरू भोग्न सक्छन् । यस्ता जोखिमलाई अपाङ्गहरू बस्ने वातावरणले झन विकराल बनाइ दिन सक्छ । पोषणसम्बन्धी जोखिमहरूमा चपाउन तथा निल्न गाह्रो हुन्छ । यसले गर्दा थोरै खाना खाने र अड्किने; खाना खाँदा शरीरलाई गलत ढंग/मुद्रामा राख्ने; खाद्यान्न तथा घाम पाउने कुरामा प्रभावित गर्ने गरी कम घुमफिर हुने (यसबाट भिटामिन डीको अवस्थामा प्रभाव पर्छ); खाद्यान्नमा हुने पहुँचमा भेदभाव तथा कब्जियत, खासगरी व्यक्तिमा मस्तिष्कको पक्षाघात गराउनेजस्ता जोखिमहरू पर्छन् । प्रकोपको समयमा असक्त (अपाङ्ग) व्यक्तिहरू निकटतम पारिवारिक सदस्यहरू (तथा सधैं हेरविचार गर्नेहरू)बाट अलग्गिने विशेष जोखिममा पर्न सक्छन् । अपाङ्ग

(असक्त) व्यक्तिहरूले खाद्यवस्तु (राहतमा दिइने खाद्यसमेत) भौतिक रूपमा निश्चित प्राप्त गर्ने, खान सहयोग गर्ने संयन्त्रहरू विकसित गर्ने (जस्तै चमचा तथा पिउने नलीहरू, घर वा आश्रममा भेट्ने प्रणालीहरू विकास गर्ने) तथा तागतिला खाना उपलब्ध गराउनेजस्ता कार्यहरू गरेर उल्लिखित जोखिमहरू निर्धारण तथा न्यून पार्ने प्रयास गर्नु पर्छ ।

८. **समुदायमा आधारित स्याहार**: स्याहार गर्ने तथा गरिनेहरूका पोषणसम्बन्धी विशेष आवश्यकताहरू हुन सक्छन्: उदाहरणका लागि तिनीहरू बिरामी भएकाले/बिरामीको स्याहार गर्ने भएकाले तिनीहरूसँग खाद्य प्राप्त गर्ने समय कम हुन सक्छ; स्वास्थ्यसम्बन्धी बानीव्योहोरामा ध्यान दिनु ठूलो आवश्यकता हुन सक्छ अन्यथा यो बिग्रन सक्छ; उपचार वा किरीया खर्चले गर्दा खाद्यान्नको निम्ति आदानप्रदान गर्ने सम्पति थोरै हुन सक्छन्; तथा तिनीहरूमा सामाजिक लाज रहनुका साथै सामुदायिक सहयोगका संयन्त्रहरूमा उनीहरूको पहुचँ कम हुन सक्छ । प्रकोपले गर्दा स्याहार गर्नेहरू उपलब्ध हुने कुरामा परिवर्तन भइसकेको हुन सक्छ । उदाहरणका लागि, पारिवारिक सम्बन्ध विच्छेद वा मृत्युको परिणामस्वरूप केटाकेटी तथा वृद्धवृद्धा नै प्रमुख स्याहारकर्ता बन्न सक्छन् । स्याहारकर्ताहरूलाई सहयोग गर्ने र खतरोन्मुखी समूहहरूलाई स्याहार गर्ने कुरालाई कम महत्व दिनु हुँदैन; यसअन्तरगत ख्वाउने, स्वास्थ्य, स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक सहयोग एवं संरक्षण गर्ने कुरा पर्छन् । छानिएका समुदायका सदस्यहरूलाई यी क्षेत्रमा जिम्मेवारी लिन तालीम प्रदान गर्न विद्यमान सामाजिक सञ्जालहरू प्रयोग गर्न सकिन्छ ।

ख) कुपोषण सुधार्ने

सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पतालगायतको कुपोषण भनेको प्रभावित व्यक्तिहरूको रुग्णता तथा मृत्यु दरको बढ्दो खतरासँग सम्बन्धित समस्या हो । तसर्थ कुपोषण दरहरू उच्च हुँदा सो सच्याउने एवं रोकथाम गर्ने सेवाहरूमा पहुँच निश्चित गर्नु आवश्यक छ । जनताका लागि उपयुक्त सामान्य सहयोग नहुँदा यी सेवाहरूको असर निकै कम हुन सक्छ । उदाहरणका लागि सामान्य खाद्यान्न कार्यक्रम विफल भए वा गम्भीर खाद्यान्न असुरक्षा भए वा सुरक्षाका कारणले सामान्य सहयोग बिना नै पूरक आहारा

कार्यक्रम संचालन गर्दा असर कम हुन सक्छ । यी अवस्थामा आम पोषणसम्बन्धी सहयोगका लागि पैरवी गर्नु कार्यक्रमको प्रमुख घटक हुनु पर्छ (पृष्ठ ३३ मा सहायता कार्यक्रमसम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

मध्यम प्रकारको कुपोषणलाई सम्बोधन गर्ने अनेक उपाय छन् । जस्तै सामान्य खाद्यवस्तुसम्बन्धी राशनमा सुधार गर्ने, खाद्य सुरक्षामा सुधार गर्ने, स्वास्थ्य सेवा तथा सरसफाइ एवं भाँडामा थापेर राख्न मिल्ने पानीमा पहुँच गर्ने कुरामा सुधार गर्नेजस्ता कुरा उल्लेख गर्न सकिन्छ । संकट कालमा लक्षित पूरक आहारा चाहिं प्राय: मध्यमखाले कुपोषण सच्याउने तथा गम्भीर कुपोषण रोक्ने (मापदण्ड १) प्रमुख रणनीति हुन्छ । केही घटनामा कुपोषण दरहरू यति उच्च हुन सक्छन् कि थोरै कुपोषण भएकालाई लक्षित गर्न अनुपयुक्त हुन सक्छन् तथा केही खतरोन्मुखी पूर्वाधार पूरा गर्ने सबै व्यक्तिहरू(जस्तै ६-५९ महिनाका शिशुहरू) सोका लागि योग्य हुन सक्छन् । यसलाई व्यापक पूरक आहारा कार्यक्रम (blanket supplementary feeding) भनिन्छ ।

गम्भीर कुपोषण चिकित्सकीय सेवाद्वारा सुधार्न सकिन्छ। यो विभिन्न विधिद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ । जस्तै २४-घण्टे अन्तरङ्ग रोगीको स्याहार, दिवा स्याहार (day care) तथा घरेलु स्याहार (home-based) (मापदण्ड २) । अन्तरङ्ग रोगीको स्याहारसम्बन्धी प्रावधान अन्य हासिल हुने मापदण्डहरूमा भर पर्छ । जस्तै कार्यगत (आउने/पाउने) पानी तथा सरसफाइसम्बन्धी सुविधाहरूको प्रावधान -पृष्ठ ६३ मा पानी, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन हेर्नुहोस्) । सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पता सच्याउने कार्य (मापदण्ड ३) स्वास्थ्य प्रणाली एवं पूर्वाधारसम्बन्धी मापदण्डहरू हासिल गर्नु र संक्रामक रोगहरू नियन्त्रण गर्नुमाथि भर पर्छ -पृष्ठ ३०१ मा स्वास्थ्य सेवाहरू हेर्नुहोस्) ।

कुपोषण सुधार्ने मापदण्ड १: मध्यमखाले कुपोषण

मध्यम खालको कुपोषणलाई सम्बोधन गरिएको छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- शुरूदेखि नै कार्यक्रम थाल्नी र समाप्त गर्नका लागि प्रष्ट परिभाषित तथा सहमति प्राप्त लक्ष तथा पूर्वाधारहरू स्थापित छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- ग्रामीण भेकमा >५०%, शहरी क्षेत्रमा >७०% तथा शिविरमा >९०% लाई समेटिएको छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- ९०% भन्दा बढी लक्षित जनता सुक्खा राशन पूरक आहारा वितरण कार्यक्रमबाट <१ दिनमा हिंडेर फिर्न सक्ने उपचारको निम्ति लाग्ने समयसमेत र स्थलगत पूरक आहारा कार्यक्रममा हिंडेर पुग्न एक घण्टाभन्दा बढी समय नलाग्ने दूरीमा रहेका छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- लक्षित पूरक आहारा कार्यक्रमहरूबाट निस्कने व्यक्तिहरूको अनुपात अर्थात् जो मरिसकेका छन्, ती <३%, स्वास्थ्य लाभ गरेका >७५% तथा अनुपस्थित रहने <१५% छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- आहार कार्यक्रममा व्यक्तिहरू समावेश गर्ने काम अन्तर्राष्ट्रिय रूपमा स्वीकार्य मानवमीतिय पूर्वाधारलाई मध्यनजर राखी गरिएको मूल्याङ्कनमा आधारित छ (निर्देशक बुँदा ४ र ५ हेर्नुहोस्) ।

- लक्षित पूरक आहारा कार्यक्रमहरू कुनै पनि विद्यमान स्वास्थ्य संरचनासँग सम्बन्धित रही स्वास्थ्य समस्याहरू पहिचान गर्न एवं सोहीअनुरुप प्रेषित गर्न नियमहरू अनुसरण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- स्थलगत आहारा कार्यक्रमको प्रष्ट औचित्य नभएसम्म पूरक आहारा कार्यक्रम घर लाने सुख्खा राशनहरूको वितरणमा आधारित हुन्छ (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

- अनुगमन गर्ने प्रणालीहरू स्थापित छन् (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **लक्षित पूरक आहारको ढाचाः** पोषण स्थितिको जटिलता र गतिशीलतालाई बुझेर मात्र कार्यक्रमको ढाँचा तयार गर्नु पर्छ । लक्षित पूरक आहारसम्बन्धी कार्यक्रमहरू मानवमीति सर्वेक्षणहरू संचालित वा सोसम्बन्धी योजना बनाइसकेपछि र यदि मध्यमखाले कुपोषणका अन्तरनीहित कारणहरूलाई एकैसाथ सम्बोधन गरेपछि मात्र लागू गरिनु पर्छ । लक्षित पूरक आहारसम्बन्धी कार्यक्रमहरू छोटो अवधिको निम्ति मात्र सामान्य पोषण समर्थनसम्बन्धी मापदण्ड १ पूरा हुनुअघि लागू गर्न सकिन्छ । कार्यक्रमको उद्देश्य लक्षित जनसमुदायलाई प्रष्ट जानकारी दिने तथा तिनीहरूसँग छलफल हुनु पर्छ (पृष्ठ ३४ मा सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

२. **आवेष्टन (कार्यक्रमको समेटाइ अथवा ओगटाइ)**लाई कार्यक्रमको शुरूमा परिभाषित लक्षित जनताको सन्दर्भमा गणना गरिन्छ तथा सोलाई मानवमीतिय सर्भेक्षणको एक अंशको रूपमा अनुमान गर्न सकिन्छ । यसलाई कार्यक्रमको स्वीकार्यता तथा वितरण केन्द्रहरू रहेको स्थल, कर्मचारी तथा सेवाग्राहीहरूको सुरक्षा, पर्खने समय, सेवाको गुणस्तर तथा घरघर गएर निरीक्षणबाट प्रभावित गर्न सकिन्छ । वितरण केन्द्रहरू लक्षित जनसमुदायको नजिक हुनु पर्छ । यसले गर्दा साना नानीहरू लिएर लामो बाटो हिंड्नु पर्दा हुने जोखिम तथा खर्चका साथै तिनीसँगै विस्थापित हुने मानिसहरूको जोखिम घटाउन सहयोग गर्छ । प्रभावित समुदायहरू वितरण केन्द्रहरू कहाँ राख्ने भनी निर्णय गर्ने कार्यमा संलग्न हुनु पर्छ । अन्तिम निर्णय भने व्यापक परामर्श तथा बिना भेदभाव गरिनु पर्छ ।

३. **बाहिरिएका सूचकः** आहार कार्यक्रमबाट बाहिरिएकाहरूमा पछि दर्ता नगरिएका व्यक्तिहरू पर्छन् । बाहिरिएका कूल व्यक्तिहरूमा अनुपस्थित, स्वास्थ्य लाभ गरेका (अन्तः पठाइकासमेत) तथा मृत्यु भएकाहरू पर्छन् ।

अनुपस्थितिको कारणले बाहिरिएकाहरूको अनुपात =

$$\frac{\text{कार्यक्रममा अनुपस्थित हुनेहरूको संख्या}}{\text{बाहिरिएकाहरूको संख्या}} \times १००\%$$

मृत्यु भई बाहिरिएकाहरूको अनुपात =
कार्यक्रममा मृतकहरूको संख्या x १००%
बाहिरिएकाहरूको संख्या

स्वास्थ्य लाभ गरी बाहिरिएकाहरूको अनुपात =
कार्यक्रममा सफलतापूर्वक स्वास्थ्य लाभ गर्नेहरूको संख्या x १००%
बाहिरिएकाहरूको संख्या ।

४. **भर्नाका पूर्वाधार वा आवश्यकताहरुः** कुपोषणको परिभाष गर्ने मानवमीतिय पूर्वाधारहरू पूरा गर्नेबाहेकका अन्य व्यक्तिहरूले पनि पूरक आहार कार्यक्रमबाट फाइदा लिन सक्छन् । उदाहरणका लागि एचआइभी/एड्सबाट संक्रमित, क्षयरोग लागेका वा अपाङ्गहरूलाई लिन सकिन्छ । यी व्यक्तिहरू समावेश भएमा अनुगमन गर्ने प्रणालीहरूलाई समायोजन गर्नु पर्ने हुन्छ । प्रकोपको समयमा संचालित आहार कार्यक्रमहरूमा योग्य सेवाग्राहीहरूको संख्या अत्यधिक भएमा प्रकोप अवधिपछि पनि जोखिममा रहिरहने व्यक्तिहरूका आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्ने यो सर्वोत्तम उपाय हुने छैन । दीर्घकालीन पोषणसम्बन्धी सहयोग प्रदान गर्नका लागि वैकल्पिक संयन्त्रहरू पहिचान गर्नु राम्रो हुनेछ । जस्तै समुदायिक घरमा आधारित प्रदान गरिने सहयोग वा क्षयरोग निवारण केन्द्रहरूमार्फत प्रदान गरिने सेवालाई लिन सकिन्छ ।

५. **स्वास्थ्य सामाग्रीहरुः** लक्षित पूरक आहारसम्बन्धी कार्यक्रमहरूमा पेटका जूका मार्ने (anti-helminths), भिटामिन ए पूरक तथा खोपहरूको प्रावधान गर्नेजस्ता उपयुक्त चिकित्सकीय नियमहरू समावेश गर्नु पर्छ । तर यी सेवाहरू प्रदान गर्दा विद्यमान स्वास्थ्य सेवाहरूको क्षमतालाई ध्यानमा राख्नु पर्छ । कुनै रोगविशेष (जस्तै एचआइभी/एड्स)को स्थिति चर्को भएका क्षेत्रहरूमा पूरक आहारको गुणस्तर तथा परिमाणलाई विशेष ध्यान दिइनु पर्छ ।

६. **स्थलगत आहारः** स्थलगत आहारका सट्टा हरेक साता वा दुई सातामा घर लैजाने सुख्खा राशन वितरण गर्नु बढी ग्राह्य हुन्छ । तर तिनको परिमाण घरको परिवारको आकारका आधारमा हुनु पर्छ । सुरक्षाको समस्या भएको अवस्थामा

मात्र स्थलगत आहार कार्यक्रम गर्ने भनी सोच्न सकिन्छ । इन्धन, पानी वा खाना पकाउने भाँडाकुडा थोरै मात्रामा उपलब्ध भएका स्थानमा, जस्तै विस्थापित वा बसाइँसराइ गरिरहेका जनसमुदायमा छोटो समयका लागि तयारी खाना वितरण गर्ने कुरा सोच्नु उपयुक्त हुन सक्छ । तर तिनले परम्परागत आहार कार्यक्रमलाई बिथोल्न भने हुँदैन । घर लाने आहारका सम्बन्धमा स्वस्थ ढंगले पूरक आहार कसरी बनाउने, सो कसरी र कहिले खाने र २४ महिनाभन्दा कम उमेर समूहका बालबालिकालाई स्तनपान कायम राख्नु पर्ने कुराको महत्व दर्शाउने गरी प्रष्ट जानकारी दिने व्यवस्था गर्नु पर्छ (पृष्ठ २०५ मा खाद्य सहयोग व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड ३ हेर्नुहोस्) ।

७. **अनुगमन गर्ने प्रणालीः** अनुगमन प्रणालीले सामुदायिक सहभागिता, कार्यक्रमको स्वीकार्यता (भाग नलिनेहरूको संख्या दरबाट नाप्नु राम्रो हुन्छ), पुनः दर्ता, प्रदान गरिने खाद्यको गुणस्तर तथा परिमाण, कार्यक्रमले ओगट्ने क्षेत्र, भर्ना तथा बिदा दिने (discharge) दर एवं बाहिरी कारकको रूपमा रुग्णताका ढाँचा, जनसमुदायमा कुपोषणका स्तर, घरपरिवार तथा समुदायमा खाद्य सुरक्षाको स्तर तथा सेवा पुऱ्याउने विद्यमान प्रणालीहरूको क्षमताको अनुगमन गर्नु पर्छ । पुनः भर्ना हुने, छाड्ने वा स्वास्थ्य लाभ गर्न नसक्ने व्यक्तिगत कारणहरूको निरन्तर छानबीन भइ रहनु पर्छ ।

कुपोषण सुधार्नेसम्बन्धी मापदण्ड २ः गम्भीर कुपोषण

गम्भीर कुपोषणलाई ध्यान दिइएको छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- शुरूदेखि नै कार्यक्रम थाल्ने र बन्द गर्ने प्रष्ट परिभाषित तथा स्वीकार्य पूर्वाधार खडा गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- सो कार्यक्रमले ग्रामीण भेगमा >५०%, शहरी क्षेत्रमा >७०% र शिविरहरूमा >९०% समेट्न पाएको छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- मृत्यु भई चिकित्सकीय सेवाबाट निस्कनेहरूको अनुपात <१०%, स्वास्थ्य लाभ गर्नेहरूको अनुपात >७५% तथा छाड्नेहरूको अनुपात <१५% छ (निर्देशक बुँदा ३-५ हेर्नुहोस्) ।

- बिदा दिने (discharge) पूर्वाधारमा खाना खाने राम्रो रुचि तथा झाडापखाला नहुनु, ज्वरो, परजीविय आक्रान्त तथा अन्य उपचार नभएको रोगजस्ता मानवमीतिय भित्र नपरेका सूचकहरू पर्छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- औसत वजन बढ्ने अङ्क >८ग्रा प्रति केजी प्रति व्यक्ति प्रति दिन हो (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

- पोषणसम्बन्धी तथा चिकित्सकीय सेवा भने अन्तर्राष्ट्रिय रूपमा मान्यता प्राप्त चिकित्सकीय सेवासम्बन्धी नियमअनुसार प्रदान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

- स्तनपान तथा मनोसामाजिक सहयोग, स्वास्थ्य तथा सामुदायिक सहयोगलाई उपचार केन्द्रमा दिइने सेवा जत्तिकै ध्यान दिइन्छ (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

- हरेक १० अन्तरङ्ग रोगीका लागि कम्तीमा एक आहार ख्वाउने सहयोगी हुनु पर्छ ।

- कुपोषित व्यक्ति तथा प्रभावित परिवारका सदस्यहरूको सेवा गर्ने विषयमा देखा पर्ने कठिनाइहरूको पहिचान तथा त्यसलाई ध्यान दिनु पर्छ (निर्देशक बुँदा ९ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **चिकित्सकीय सेवाको थालनी गर्नेः** गम्भीर कुपोषणको उपचार गर्ने केन्द्रहरू खोल्दा विचार पुऱ्याइनु पर्ने तत्वहरूमा यी कुरा पर्छन्: प्रभावित व्यक्तिहरूको संख्या तथा भौगोलिक विस्तार; सुरक्षा स्थिति; केन्द्रहरू खोल्न र बन्द गर्न

सुझाइएका पूर्वाधारहरू; तथा विद्यमान स्वास्थ्य संरचनाहरूको क्षमता। चिकित्सकीय आहार कार्यक्रमहरूले स्वास्थ्य प्रणालीहरूको क्षमतालाई वेवास्ता गर्नु हुँदैन। साथै तिनले सरकारहरूलाई सेवा प्रदान गर्ने आफ्ना जिम्मेवारीबाट मुक्त हुन पनि दिनु हुँदैन। सम्भव भएसम्म कार्यक्रमहरूले गम्भीर कुपोषण उपचार गर्ने विद्यमान क्षमता थप्ने तथा साथै त्यसलाई सुदृढ पार्दै जाने उद्देश्य राख्नु पर्छ। कार्यक्रमको उद्देश्य सम्बन्धमा लक्षित जनसमुदायलाई प्रष्ट जानकारी दिने तथा उनीहरूसँग छलफल हुनु पर्छ (पृष्ठ ३४ मा सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्)। चिकित्सकीय सेवा प्रदान गर्ने कार्यक्रम सोको अन्त्यमा बाँकीका रोगीहरूलाई उपचार पूरा गर्न सक्ने योजना भएपछि मात्र थाल्नु पर्छ।

२. **आवेष्टन (समेटाइ)** को गणना लक्षित जनताको अनुसार गरिन्छ भने त्यसलाई मानवमीतिय सर्भेक्षणको एक अंशको रूपमा पनि अनुमान गर्न सकिन्छ। सो कुरा कार्यक्रमको स्वीकार्यता, उपचार केन्द्रहरू रहेको स्थान, कर्मचारी तथा उपचारको आवश्यकता हुनेहरूको सुरक्षा, कुर्ने समय एवं सेवाको गुणस्तरबाट प्रभावित हुन सक्छ।

३. **निकासका सूचकहरुः** कुनै चिकित्सकीय आहार कार्यक्रमका लागि निकासका सूचकहरू हासिल गर्न १-२ महिनाको समय चाहिन्छ। आहार कार्यक्रमबाट निस्कनेहरू हाल दर्ता नगर्ने हुन्। त्यसरी निस्कने जनतामा कार्यक्रममा आउन छाड्ने, स्वास्थ्य लाभ गर्ने (बाहिर पठाइएकासमेत) तथा मृत हुनेहरू छन् (निकासका सूचकहरू कसरी हिसाब गर्ने भनी पूर्व मापदण्ड, निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्)। मृत्यु दरहरूको व्याख्या कार्यक्रमले समेटेको दर तथा उपचार गरिएको कुपोषणको गम्भीरताको आधारमा गरिनु पर्छ। भर्ना हुनेहरूको बढी अनुपात एचआइभी(पोजिटिभ भएको स्थितिमा मृत्यु दर कुन हदसम्म प्रभावित भएको छ भन्नेबारे जानकारी हुँदैन; यसकारण तथ्याङ्कहरूलाई यी स्थितिका लागि समायोजन गरिएको छैन।

४. **स्वास्थ्यलाभ गर्ने दरः** निस्किएको व्यक्तिमा कुनै चिकित्सकीय जटिलता हुनु हुँदैन। निजले पर्याप्त तौल बढाएको र सो कायम गरेको हुनु पर्छ (

जस्तै पछि दुईपटक लिइएको तौलमा) । स्थापित नियमहरूले कार्यक्रमबाट अगावै निस्कने जोखिम घटाउन र निकाल्नुभन्दा अघि पालना गर्नु पर्ने पूर्वाधारहरू सुझाएका छन् । त्यसबाट यी नियमहरूले स्वास्थ्य लाभका लागि लामो समय नलेओस् भन्ने लक्ष राखी (जस्तै खास बसाइँ ३०-४० दिन लामो हुन सक्छ) चिकित्सकीय आहार कार्यक्रममा रोगीहरूको औसत बसाइँलाई पनि परिभाषित गरेको छ । एचआइभी/एड्स तथा टीबीको कारणले केही कुपोषित व्यक्तिहरूले स्वास्थ्य लाभ गर्न नसक्ने हुन सक्छन् । तसर्थ दीर्घकालीन उपचार वा स्याहारका विकल्पहरूबारे स्वास्थ्य सेवा तथा अन्य सामाजिक र सामुदायिक सहयोगसँगै विचार गर्नु आवश्यक छ (पृष्ठ ३३४ तथा ३४३ मा सरुवा रोगको नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्डहरू ३ र ६ हेर्नुहोस्) । पुनः भर्ना हुने, छाड्ने तथा उपचारको असफलताका कारणहरूको छानबीन गरी निरन्तर अभिलेख राख्नु पर्छ । सम्भव भएसम्म निस्किएर गएपछि व्यक्तिहरूको अनुगमन (follow-up) हुनु पर्छ र सम्भव भए पूरक आहारका लागि पठाइनु पर्छ ।

५. **छाड्ने (default) दर**ः उक्त दर तब उच्च हुन सक्छ जब कार्यक्रममा जनताको पहुँच हुँदैन । समुदायबाट उपचार केन्द्रको दूरी, निरन्तर चल्ने सशस्त्र द्वन्द्व, सुरक्षाको कमी, उपचार गरिने व्यक्तिको स्याहारकर्तालाई दिइने सहयोगको स्तर, अन्य आश्रितहरूलाई हेरविचार गर्न घरैमा बसेका स्याहार कर्ताहरूको संख्या (एचआइभी/एड्सको दर उच्च भएको अवस्थामा सो संख्या निकै कम हुन सक्छ) तथा प्रदान गरिने सेवाको गुणस्तरबाट सो कार्यक्रममा हुने पहुँच प्रभावित हुन सक्छ । चिकित्सकीय आहार कार्यक्रममो तोकिएको अवधि (जस्तै अन्तरङ्ग रोगीहरूका लागि ४८ घण्टाभन्दा बढी)सम्म नआउने त्यस्तो व्यक्तिलाई छाड्ने व्यक्तिको रूपमा मानिन्छ ।

६. **मोटाउनु (तौल बढ्नु)**ः उस्तै आहार दिंदा वयस्क तथा बालबालिका दुवैले उही दरमा तौल बढाउन (मोटाउन) सक्छन् । तर व्यक्तिगत रोगीहरूमा सुधार नभएको वा पठाउन नहुने अवस्थामा तौल बढ्ने औसत दरले त्यस्ता स्थितिहरूलाई ओझेलमा पार्न सक्छन् । बहिरङ्ग रोगीसम्बन्धी कार्यक्रमहरूमा न्यून दरहरू बढी स्वीकार्य हुन सक्छन् किनभने समुदायले बेहोर्नु पर्ने जोखिम

पोषण

तथा मागहरू, जस्तै समयको हिसाबले, झनै कम हुन सक्छन् । औसत किसिमको तौल बढ्ने कुरालाई निम्नानुसार गणना गर्न सकिन्छ: (कार्यक्रम छाड्दाको तौल (ग्राम)मा भर्ना हुँदाको तौल (ग्राम) घटाउने)/(भर्ना हुँदाको तौल (केजी) X उपचारको अवधि (दिनहरू)) ।

७. **नियमहरुः** परिशिष्ट ९ मा दिइएका सन्दर्भग्रन्थहरूमा अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा मान्य नियमहरू, साथै उपचारको विफलताका परिभाषाहरू दिइएका छन् । उपचारसम्बन्धी नियमहरू लागू गर्न उपचार गर्ने कर्मचारीहरूलाई विशेष तालीमको आवश्यकता पर्छ (पृष्ठ ३११ मा स्वास्थ्य प्रणालीहरू तथा संरचनासम्बन्धी मापदण्डहरू हेर्नुहोस्) । एचआइभी पोजिटिभ परीक्षण भएका वा शंका गरिएका व्यक्तिहरूले पनि यदि भर्ना हुन आवश्यक पूर्वाधार पूरा गरेमा चिकित्सकीय सेवाका लागि समान पहुँच हुनु पर्छ । यो कुरा क्षयरोगीहरूलाई पनि समान रूपमा लागू हुन्छ । प्रायः भर्नाका पूर्वाधार पूरा नगर्ने एचआइभी/एड्स संक्रमितहरूलाई राष्ट्रिय सहयोग चाहिन्छ । तर सो कुरा प्रकोपका दौरान गम्भीर कुपोषणको उपचार गर्ने सन्दर्भमा सर्वोत्तम उपाय होइन । यी व्यक्ति तथा तिनका परिवारहरूलाई सामुदायिक घरमा आधारित सेवा, क्षयरोग उपचार केन्द्र तथा आमाबाट शिशुमा संक्रमण हुने रोगलाई लक्षित गरिएका रोकथाम कार्यक्रमजस्ता विविध सेवामार्फत सहयोग गरिनु पर्छ ।

८. **स्तनपान तथा मनोसामाजिक सहयोगः** स्तनपान गराउने आमाहरूलाई दूध ख्वाउने तथा अत्यधिक शिशु एवं साना नानीलाई आहार प्रदान गर्न सक्ने तुल्याउन विशेष ध्यान दिनु पर्छ । सो उद्देश्यका लागि एक स्तनपान केन्द्र खोल्न सकिन्छ । पुनर्स्थापनाको अवधिमा खेलमार्फत गम्भीर रूपमा कुपोषित बालबालिकाको निम्ति भावनात्मक तथा शारीरिक उत्तेजना प्रदान गर्नु महत्वपूर्ण हुन्छ । गम्भीर रूपले कुपोषित बालबालिकाका स्याहारकर्तालाई आफ्ना बालबालिकालाई उपचारार्थ ल्याउन प्रेरित गर्नको निम्ति सामाजिक तथा मनोसामाजिक सहयोग चाहिन्छ । सो कुरा क्षेत्रमै पुऱ्याइन सेवा केन्द्र तथा घुम्ती कार्यक्रमहरूमार्फत हासिल गर्न सकिन्छ (सामान्य पोषण सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) ।

८. **कुरुवा (स्याहार गर्ने)हरुः** गम्भीर रूपले कुपोषित व्यक्तिलाई उपचारको दौरानमा सबै स्याहारकर्ताहरूलाई सल्लाह, व्यावहारिक प्रदर्शन, स्वास्थ्य तथा पोषणसम्बन्धी सूचना दिएर कुपोषितहरूलाई आहार ख्वाउन तथा हेरविचार गर्ने सबैलाई समर्थ तुल्याउनु पर्छ । कार्यक्रमका कर्मचारीहरूले स्याहारकर्ताहरूसँग छलफल गर्दा व्यक्तिगत मानव अधिकारको उल्लंघन हुन सक्ने कुराप्रति सचेत हुनु पर्छ (जस्तै युद्धरत पक्षहरूद्वारा जानाजानी जनतालाई भोकमरीमा पार्नु) तथा तिनलाई त्यस्ता स्थितिको सामना गर्ने प्रकृयाहरूबारे प्रशिक्षण दिनु पर्छ ।

कुपोषण सुधार्ने मापदण्ड ३ : सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी कुपोषण

सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताहरूलाई सम्बोधन गरिएको छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

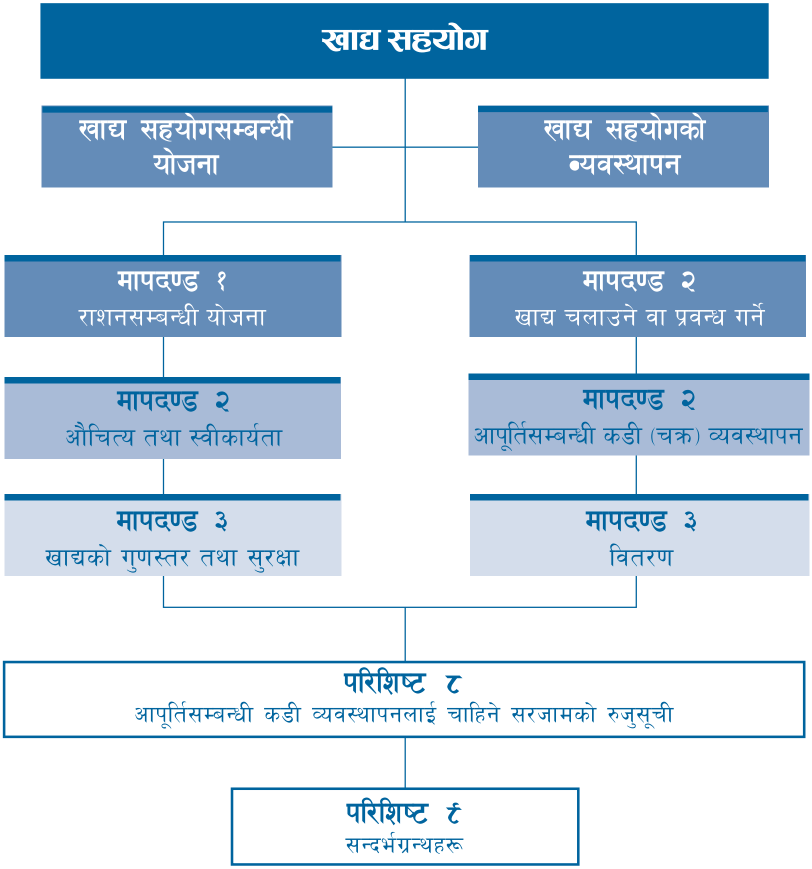
- उपचार केन्द्रमा आएका अल्पताबाट पीडित सबै रोगीहरूको उपचार विश्व स्वास्थ्य संगठन (World Health Organization -WHO) का सूक्ष्मपोषक पूरकसम्बन्धी नियमानुसार गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- जनता जोखिममा पर्न सक्ने सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताहरूविरुद्ध प्रभावकारी ढंगले कार्यक्रम संचालन गर्ने प्रकृयाहरू स्थापित छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।
- जनताले अत्यन्त जोखिम झेलिरहेको सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताहरूको पहिचान तथा उपचार कसरी गर्ने भन्ने विषयमा स्वास्थ्य कर्मचारीहरूले तालिम लिएका छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **निदान तथा उपचारः** केही सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताहरूको निदान सरल उपचारसम्बन्धी परीक्षणबाट सम्भव छ । त्यसपछि यी अल्पताका सूचकहरूलाई

स्वास्थ्य वा पोषणसम्बन्धी निगरानी प्रणालीहरूमा समाहित गर्न सकिन्छ यद्यपि मूल्याङ्कन सही छ भनी सुनिश्चित गर्न कर्मचारीहरूलाई राम्ररी तालिम दिनु पर्छ । अन्य सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताहरू जैविकरासायनिक (biochemical) परीक्षणबिना पहिचान गर्न सकिन्न । त्यस्ता स्थितिमा, घटनाको परिभाषा दिनु समस्याजनक हुन्छ । अझ प्रकोपको बेलामा त प्रायः कर्मचारीसमक्ष आफै प्रस्तुत हुने व्यक्तिहरूले पूरक कार्यक्रममा जनाएको उपस्थितिमार्फत मात्र सो निर्धारण गर्न सकिन्छ । सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताहरू वा रोगले गर्दा अल्पताको जोखिममा परेकाहरूको उपचारलाई स्वास्थ्य प्रणाली एवं आहार कार्यक्रमहरूमा स्थान दिनु पर्छ ।

२. **तयारी (तत्परता)**: सूक्ष्मपोषकसम्बन्धी अल्पताहरूको रोकथाम गर्ने रणनीतिहरू सामान्य पोषणसम्बन्धी सहयोगको मापदण्ड १ मा उल्लेख गरिएका छन् । सूक्ष्मपोषक भण्डारलाई छिन्नभिन्न गर्ने गम्भीर श्वासप्रश्वाससम्बन्धी संक्रमण, दादुरा, परजीविय संक्रमण, औलो तथा झाडावान्ताजस्ता रोगका घटनाहरू कम गरेर पनि रोकथाम गर्न सकिन्छ (पृष्ठ ३३० मा सरुवा रोगहरूको नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्डहरू हेर्नुहोस्) । अल्पताहरूको उपचारमा सक्रिय रूपले घटना (रोगी)को पत्ता लगाउने तथा घटनाका परिभाषा एवं उपचारका नियमहरूको विकास गर्ने कुरा पर्छन् ।


खाद्य सहयोग
खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजना
खाद्य सहयोगको व्यवस्थापन
मापदण्ड १
राशनसम्बन्धी योजना
मापदण्ड २
खाद्य चलाउने वा प्रवन्ध गर्ने
मापदण्ड २
औचित्य तथा स्वीकार्यता
मापदण्ड २
आपूर्तिसम्बन्धी कडी (चक्र) व्यवस्थापन
मापदण्ड ३
खाद्यको गुणस्तर तथा सुरक्षा
मापदण्ड ३
वितरण
परिशिष्ट ८
आपूर्तिसम्बन्धी कडी व्यवस्थापनलाई चाहिने सरजामको रुजुसूची
परिशिष्ट ९
सन्दर्भग्रन्थहरू

४ खाद्य सहयोगमा न्यूनतम मापदण्डहरु

यदि खाद्यको मूल्याङ्कन गर्ने समुदायका सामान्य साधनहरुलाई प्रकोपसँग सम्झौता गरियो भने (जस्तै प्रकोपका कारणले बालीलाई हानी हुनु, सशस्त्र द्वन्द्वका एक पक्षद्वारा जानाजानी भोकमरी गराउनु, सेनाद्वारा खाद्यान्न कब्जा गर्नु अथवा बाध्यतावश वा अवाध्यतावश विस्थापित हुनु), जीवन धान्न, मानिसको आत्मनिर्भरताको संरक्षण वा पुनर्स्थापन गर्न, तथा समस्या समाधान गर्ने सम्भवतः विनाशकारी रणनीतिहरु अपनाउनु पर्ने तिनको आवश्यकतालाई कम पार्न खाद्य सहयोगसम्बन्धी कार्यक्रमको आवश्यकता पर्न सक्छ ।

जब विश्लेषणले खाद्य सहयोग एक उपयुक्त कार्यक्रम हो भनी निर्धारण गर्छ तब यसलाई अल्पकालीन आवश्यकताहरु पूरा गर्ने तथा सकेसम्म दीर्घकालीन खाद्य सुरक्षालाईसमेत पुनर्स्थापित गर्न सक्ने गरी संचालन गर्नु पर्छ । निम्न कुराहरुलाई विचार पुऱ्याउनु पर्छ ।

- आम (निःशुल्क) वितरणहरु अति आवश्यक भए मात्र थाल्नु पर्छ र सो कार्यक्रम सबैभन्दा बढी खाद्य चाहिनेप्रति लक्षित हुनु पर्छ र यथाशक्य छिटो अन्त्य गर्नु पर्छ ।

- सम्भव भएसम्म घरमा तयार गर्नेखालका सुख्खा राशन उपलब्ध गराउनु पर्छ । व्यापक आहार कार्यक्रम (स्थलमै खान सकिने पकाइएको खानाको प्रावधान) प्रारम्भमा छोटो समयका लागि मात्र आयोजना गरिन्छ । यस्तो कार्यक्रमको आयोजना एक्कासि घट्ने ठूला प्रकोप वा जनताको स्थानान्तरणको लगत्तैपछि अथवा उनीहरुसँग आफ्नो निम्तिं पकाउने साधन नभएको अथवा सुख्खा राशनको वितरण गर्नाले सो पाउनेहरुलाई जोखिममा पार्न सक्छ भन्ने असुरक्षाको स्थितिमा गरिन्छ ।

- शरणार्थी तथा आन्तरिक रुपमा विस्थापित व्यक्तिहरुलाई तिनको उक्त हैसियतको आधारमा होइन तिनको परिस्थिति तथा आवश्यकताको मूल्याङ्कनका आधारमा खाद्य सहयोग प्रदान गरिन्छ ।

- अन्तरदेशीय अभाव वा उपलब्ध जगेडा खाद्य प्रकोपग्रस्त क्षेत्रमा लान व्यावहारिक रुपमा असम्भव भएपछि मात्र खाद्य वस्तुहरुको पैठारी (आयात) गरिन्छ ।

- सशस्त्र द्वन्द्वमा युद्धरत पक्ष वा लडाकूहरुद्वारा खाद्य सहयोग कब्जा वा प्रयोग गरिने जोखिम भएमा यसले द्वन्द्वलाई नचर्काउने उपायहरु अपनाइन्छ ।

अधिकाँश प्रकोपकालीन राहत कार्यक्रमहरुमा उच्च मूल्य र उच्च परिमाण संलग्न हुने हुँदा खाद्य सहयोग वितरण गर्ने व्यवस्थाहरु विशेष किसिमले दरो र जिम्मेवारीपूर्ण हुनु आवश्यक छ । सामुदायिक स्तरसमेतका सबै चरणमा आपूर्ति तथा वितरण प्रणालीहरुको अनुगमन हुनु पर्छ । कार्यक्रमको मूल्याङ्कन नियमित रुपमा गरिनु पर्छ र साथै यसबाट प्राप्त तथ्याङ्कहरु प्रभावित जनसमुदायलगायत सबै जिम्मेवार पक्षहरुलाई जानकारी दिने तथा उनीहरुसँग छलफल हुनु पर्छ ।

छवटा खाद्य सहयोगसम्बन्धी मापदण्डहरुलाई दुई उपवर्गमा विभाजित गरिएको छ । खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजनाले राशनसम्बन्धी योजना, खाद्यको औचित्य तथा स्वीकार्यता तथा खाद्यवस्तुको गुणस्तर र सुरक्षालाई समेट्छ । खाद्य सहयोगको व्यवस्थापनअन्तरगत खाद्यवस्तुको प्रवन्ध, आपूर्तिसम्बन्धी कडीको व्यवस्थापन तथा वितरण पर्छन् । अध्यायको अन्त्यमा दिइएको परिशिष्ट ८ मा आपूर्तिसम्बन्धी कडीको व्यवस्थापन गर्ने उद्देश्यका लागि व्यावहारिक उपायहरु (logistics) को रूजुसूची दिइएको छ ।

क) खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजना

कुनै प्रकोपको अवस्थाको प्रारम्भिक मूल्याङ्कन तथा विश्लेषणमा मानिसका आफ्नै खाद्यवस्तु र आयका श्रोतका साथै ती श्रोतलाई हुने खतराहरूको पहिचान हुनु पर्छ । यसले खाद्य सहयोग चाहिने या नचाहिने र यदि चाहिने भएमा मानिसहरू आफ्नो पर्याप्त पोषण स्थिति कायम राख्न निश्चित रूपमा समर्थ हुनका लागि आवश्यक खाद्यवस्तुको प्रकार तथा परिमाणबारे निर्धारण गर्नु पर्छ । खाद्यवस्तु निःशुल्क वितरण गर्न आवश्यक भएको निर्धारण गरिएपछि घरपरिवारलाई आफ्ना पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्न सघाउन उपयुक्त आम राशनको व्यवस्था गर्नु पर्छ । यसका लागि तिनीहरूले समस्या सामना गर्ने विनाशकारी रणनीतिहरू

नअपनाइकनै आफूलाई प्रदान गर्न सक्ने खाद्यवस्तुबारे विचार पुऱ्याउनु पर्छ (पृष्ठ १३४ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी विश्लेषण मापदण्ड १, निर्देशक बुँदा ३ तथा पृष्ठ १४५ मा खाद्य सुरक्षा मापदण्ड १, निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्)। पूरक आहार कार्यक्रम (Supplementary Feeding Programme (SFP)) आवश्यक छ भन्ने निश्चित भएपछि उपयुक्त पूरक राशनको व्यवस्था गर्नु पर्छ।

यस्तो अवस्थामा पूरक (SFP) राशन चाहिं जनताको पाउनु पर्ने सामान्य राशनमा थप प्रदान गरिने हो (पृष्ठ १७८ मा कुपोषण सुधार्ने मापदण्ड १, निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।सबै अवस्थामा प्रदान गरिने वस्तुहरू प्रभावित जनतासँग परामर्श गरी सावधानीपूर्वक छानिनु पर्छ। ती वस्तुहरू राम्रो गुणस्तर भएको, उपयोग गर्न सुरक्षित तथा पाउनेहरूका लागि उपयुक्त र मान्य हुनु पर्छ।

खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजनाको मापदण्ड १: राशनसम्बन्धी योजना

सामान्य खाद्यवस्तु वितरणका लागि प्रदान गरिने राशनहरू प्रभावित जनताका आवश्यकता तथा तिनका आफ्नै खाद्य श्रोतहरूबीचको नपुग पूर्ति गर्ने गरी तयार पारिन्छ।

प्रमुख सूचकांकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- सामान्य खाद्यान्न वितरणका लागि प्रदान गरिने राशनहरू स्थानीय परिस्थितिमा आवश्यक भएअनुरुप समायोजन गरी ऊर्जा, प्रोटीन, चिल्लो पदार्थ तथा सूक्ष्मपोषकका प्रारम्भिक योजनासम्बन्धी आवश्यकताहरूका लागि निर्मित मापदण्डका आधारमा तयार पारिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्; साथै पृष्ठ १६५-१७६ मा सामान्य पोषणसम्बन्धी सहयोगका मापदण्डहरू र परिशिष्ट ७ हेर्नुहोस्)।

- वितरण गरिने राशनले प्रकोप पीडित व्यक्तिहरूले समस्या सामना गर्ने विनाशकारी रणनीतिहरू अपनाउनु पर्ने आवश्यकता घटाउने वा हटाउने गर्छ।

- जहाँ सान्दर्भिक देखिन्छ त्यहाँ राशनको आर्थिक स्थानान्तरण मूल्यबारे हिसाब गरिन्छ । उक्त कुरा स्थानीय परिस्थितिका लागि उपयुक्त छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरुः** मानिसहरू विस्थापित भएका र खाद्यान्नमा ठ्याप्पै पहुँच नभएको अवस्थामा वितरित राशनले तिनको पोषणसम्बन्धी सम्पूर्ण आवश्यकता पूरा गर्नु पर्छ । तर अधिकाँश प्रकोप पीडित जनता आफ्नै साधन प्रयोग गरी केही खाद्यान्न प्राप्त गर्न समर्थ हुन्छन् । त्यसैले राशन वितरण गर्दा पोषणसम्बन्धी आवश्यकता पीडित आफैलै व्यवस्था गर्न सक्ने तथा पोषणको निम्ति आवश्यक परिमाणबीचको फरक मेटिने गरी तयार पारिनु पर्छ । यसरी मापदण्डले २,१०० केक्याल/व्यक्ति/दिनको खाँचो देखाएमा र मूल्याङ्कनमा लक्षित जनसमुदायका मानिसले आफ्नै प्रयास वा श्रोतबाट सरदर ५०० केक्याल/व्यक्ति/दिन प्राप्त गर्न सक्ने स्थितिमा राशनमा २,१००–५०० = १,६०० केक्याल/व्यक्ति/दिन प्रदान गर्ने प्रावधान हुनु पर्छ । त्यस्तै किसिमले चिल्लो पदार्थ (घ्यू, तेल आदि) उपलब्ध गराउने सम्बन्धमा पनि हिसाब हुनु पर्छ । त्यस्तै हिसाबले मानिसको पहुँच हुन सक्ने औसत परिमाणहरूका लागि सहमतिपूर्ण अनुमान खडा गर्नु पर्छ (पृष्ठ १३२ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कनको मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

२. **आर्थिक प्रसङ्गः** थोरै मात्र खाद्यवस्तु उपलब्ध हुने वा ठ्याप्पै नहुने अनि वितरित कुनै पनि खाद्यवस्तु सबै (वा लगभग सबै) खाइदिन सक्ने अवस्थामा पूर्णतया पोषणसम्बन्धी पूर्वाधारहरूको आधारमा राशन तयार पारिनु पर्छ । सो तयार पार्दा स्वीकार्यता तथा लागत प्रभावकारिताजस्ता सवालहरूलाई ध्यानमा राख्नु पर्छ । अन्य खाद्यवस्तु उपलब्ध हुने र सेवाग्राहीहरूले ती वस्तु प्राप्त गर्न आफ्नो राशनको केही अंश बेच्न सक्ने अवस्थामा उक्त राशनको स्थानान्तरण मूल्य महत्वपूर्ण हुन्छ । स्थानान्तरण मूल्य भनेको राशनको स्थानीय बजार मूल्य हो । अर्थात् स्थानीय बजारमा यसले उही सामाग्री उही परिमाणमा किन्दा लाग्ने पैसा हो ।

खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजनाको मापदण्ड २: उपयुक्तता तथा स्वीकार्यता

प्रदान गरिएका खाद्य सामाग्रीहरू प्राप्तकर्ताहरूलाई उपयुक्त तथा स्वीकार्य हुनुका साथै घरपरिवारको तहमा प्रभावकारी ढंगले प्रयोग गर्न सकिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- मानिसहरूलाई मूल्याङ्कन गर्दा वा कार्यक्रम तयार पार्दा खाद्य सामाग्रीहरूको स्वीकार्यता, परिचयात्मकता तथा उपयुक्तताका सम्बन्धमा परामर्श गरिन्छ । अनि यसबाट प्राप्त परिणामका आधारमा वस्तुहरूको चयनबारे कार्यक्रमसम्बन्धी निर्णयहरू गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- कुनै अपरिचित खाद्य वितरण गरिंदा न्यूनतम पोषण खेर जाने गरी स्थानीय रूपमा स्वादिलो पाराले पकाउनेबारे सकेसम्म स्थानीय भाषामा महिला तथा खाना पकाउने अन्य व्यक्तिहरूलाई निर्देशनहरू दिइन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- वितरण गरिने वस्तुहरू चयन गर्ने बेलामा मानिसहरूले खाना पकाउने इन्धन तथा पानी प्राप्त गर्न सक्ने क्षमता तथा खाना पकाउने अवधि र भिजाउने आवश्यकताहरूबारे विचार गरिन्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- कुटपिस गर्नु पर्ने गेडा (सम्पूर्ण अन्न) वितरण गर्दा पाउनेहरूसँग कुटपिस गर्ने आफ्नै साधन उपलब्ध छ अथवा परम्परागत ढंगले घरैमा सो कुटपिस गर्ने वा प्रशोधन गर्ने साधन छ वा तिनीहरूका आवासनजिकै उपयुक्त कुटपिस/प्रशोधन गर्ने सुविधाहरू छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- मानिसहरूलाई मसला (अचार, अमिलो पिरो)लगायतका सांस्कृतिक दृष्टिले महत्वपूर्ण सामाग्रीहरू प्राप्त हुन्छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- निःशुल्क वा सहुलियत दरको धूलो दूध वा झोल दूधलाई एक्लो वस्तुको रूपमा वितरण गरिंदैन (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **परिचयात्मकता तथा स्वीकार्यताः** खाद्यवस्तु समूहका लागि वस्तुहरू छान्दा तिनको पौष्टिकतालाई प्राथमिकता दिइन्छ । साथै वितरण गरिने खाद्यवस्तुहरू प्राप्त गर्नेहरूका लागि चिरपरिचित र तिनका धार्मिक तथा साँस्कृतिक परम्परासँग मेल खाने र गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाहरूलाई खान निषेध गरिएका कुराहरूलाई समेत ध्यानमा राखी धान्ने काम हुनु पर्छ । मूल्याङ्कनसम्बन्धी प्रतिवेदन तथा दाताहरूसमक्ष पेश गरिने आग्रहमा कुनै खास वस्तुहरू छान्नुका वा अन्यलाई नछान्नुका कारणहरू व्याख्या गरेको हुनु पर्छ । बाँच्नका लागि गम्भीर खाँचोहरू भएको तथा खाना पकाउने कुनै सुविधा नभएको अवस्थामा तयारी खाना दिनु पर्छ । यस्तो अवस्थामा कहिलेकाहिं व्यावहारिक विकल्प नभएको कारणले अपरिचित वस्तुहरू बाँड्नु पर्ने हुन सक्छ । त्यस्ता अवस्थामा मात्र विशेष 'प्रकोपकालीन राशन'बारे विचार गर्नु पर्छ ।

२. **इन्धनसम्बन्धी आवश्यकताहरुः** खाद्यवस्तुको आवश्यकतासम्बन्धी मूल्याङ्कन गर्दा इन्धनको पनि मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ । यसले प्राप्तकर्ताहरूले आफ्नो स्वास्थ्यमा दुष्प्रभाव नपर्ने तथा बढी दाउरा संकलन गर्दा वातावरणमा प्रभाव नपर्ने गरी पर्याप्त मात्रामा खाना पकाउन सक्छन् भनी सुनिश्चित गर्न सहयोग पुऱ्याउँछ । आवश्यक भए इन्धन उपलब्ध गराउने व्यवस्था गनु पर्छ वा दाउरा काट्ने कार्यक्रम स्थापित गरी मूल रूपमा संकलनकर्तामा महिला तथा बालबालिका हुने भएकोले उनीहरूको सुरक्षाको सुपरिवेक्षण गर्नु पर्छ । साधारणतया खाना पकाउन निकै समय अथवा धेरै पानी आवश्यक नपर्ने वस्तुहरू बाँड्नु पर्छ । कुटपिस गरिएको अन्न वा त्यस्तो मिल उपलब्ध गराउने व्यवस्था भएमा खाना पकाउने समय र इन्धनको बचत हुनेछ ।

३. **अन्नको प्रशोधनः** खासगरी मकै कुटपिस गर्ने कुरामा विचार पुऱ्याउनु पर्छ किनभने कुटपिस गरिएको मकै ६-८ सातासम्म मात्र राख्न मिल्छ । त्यसैले

खानुभन्दा केहीअघि मात्र कुटपिस गर्नु पर्छ । घरैमा पिन्ने परम्परा भएको अवस्थामा गेडा अन्न बाँड्न सकिन्छ । प्राप्तकर्ताका लागि सङ्लो अन्न लामो समयसम्म राख्न सकिने र उच्च आर्थिक मूल्यका हुन सक्छन् । विकल्पका रूपमा कम सारतत्व निकाल्ने व्यावसायिक कुटपिस गर्ने प्रावधान गर्न सकिन्छ । यसले दुर्गन्धका कारण बनेका कीटाणु, तेल तथा जीवोत्प्रेरक पाचक तत्व (enzyme) दूर गर्छ । यसले गर्दा अन्नलाई अझ लामो समयसम्म राख्न सकिन्छ यद्यपि यसले अन्नमा रहेको प्रोटीनको मात्रा घटाउँछ । सङ्लो अन्न झिकाउने तथा बाँड्नेसम्बन्धी राष्ट्रिय कानूनको पालना गर्नु पर्छ ।

४. **साँस्कृतिक रुपले महत्वपूर्ण सामाग्रीहरुः** मूल्याङ्कन गर्दा १) साँस्कृतिक रूपले महत्वपूर्ण र दैनिक खानामा बानी परेका मसला (अचार, अमिलो पिरो) तथा अन्य खाद्य सामाग्रीहरूको पहिचान; तथा २) यी सामाग्रीमा मानिसहरूको पहुँचको निधारण गर्नु पर्छ, खासगरी लामो समयका लागि जब मानिसहरू बाँडिने राशनमै भर पर्नु पर्ने हुन्छ, खाद्य समूह सोहीअनुरुप तयार पार्नु पर्छ ।

५. **दूधः** एक्लो वस्तुको रूपमा बाँडिने धूलो दूध वा तरल दूध (चियामा मिसाउने दूधसमेत)लाई सामान्य खाद्यान्न वितरण वा घर लाने पूरक आहार कार्यक्रममा समावेश गर्नु हुन्न । किनभने यसलाई जथाभावी प्रयोग गर्दा स्वास्थ्यमा गम्भीर खतरा पुऱ्याउन सक्छ । दूध गलत ढंगले घोल्ने तथा कीटाणुबाट प्रदूषित हुने बढी खतरा हुने हुनाले (पृष्ठ १७२ मा आम पोषणसम्बन्धी सहयोगको मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) यो कुरा साना नानीहरूमा खास रूपमा लागू हुन्छ ।

खाद्य सहयोगसम्बन्धी योजनाको मापदण्ड ३ : खाद्यको गुणस्तर तथा सुरक्षा

वितरण गरिने खाद्यवस्तुको गुणस्तर उपयुक्त र मानवीय खपतका लागि ठीक छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- खाद्यवस्तुहरूले राष्ट्रिय (प्राप्त गर्ने देशका) तथा अन्तर्राष्ट्रिय रूपमा मान्य अन्य मापदण्डहरूको अनुसरण गर्छन् (निर्देशक बुँदा १(२ हेर्नुहोस्) ।
- पैठारी भएको सुरक्षित रूपमा पोको पारिएका सबै खाना उक्त राष्ट्रमा पुगेपछि कम्तीमा छ महिनासम्म राख्न सकिन्छ र म्याद सक्नुअगावै वा 'सकेसम्म अगावै' भनेको अवधिभित्रै बाँडिन्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- बाँडिएको खानाको गुणस्तरसम्बन्धी कुनै ठोस गुनासा सुनिएका छैनन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।
- खानाका पोका बलिया, चलाउन, भण्डारण गर्न तथा बाँड्न सुविधाजनक हुनुका साथै तिनले वातावरणलाई कुनै खतरा पुऱ्याउँदैनन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।
- खानाका पोकाहरूमा उपयुक्त भाषामा उत्पादन मिति, प्रयोग गर्नु पर्ने 'सर्वोत्तम' समय तथा पोषक तत्वहरूको विवरण टाँसिएका छन् ।
- भण्डार गर्ने स्थिति पर्याप्त तथा उपयुक्त, भण्डारगृहहरूको राम्रो व्यवस्थापन गरिन्छ तथा सबै स्थानमा खाद्यवस्तुको गुणस्तर नियमित जाँच भइरहेको छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

खाद्य सहयोग

निर्देशक बुंदाहरु

१. **खाद्यवस्तुको गुणस्तर**ः खाद्यवस्तुहरूले गुणस्तर, प्याकिङ्ग, लेबुल लगाउने, राख्न सकिने समय आदिसम्बन्धी प्राप्त गर्ने सरकारका खाद्यसम्बन्धी मापदण्डहरू र/वा कोडेक्स यालिमेन्तारियस मापदण्डहरू (Codex Alimentarius Standards)को पालना गर्नु पर्छ । खाद्यवस्तुको नमूनाको गुणस्तर सही छ भनी सुनिश्चित गर्न आपूर्तिकर्ताले वस्तु बुझाउने केन्द्रमै

तिनको व्यवस्थित ढंगले परीक्षण गर्नु पर्छ । सम्भव भएसम्म खरीद गरिएका (स्थानीय रूपमा वा पैठारी गरी ल्याइएका) सामानहरूका साथ वस्तुहरू मानवीय उपभोगका लागि उचित भएको प्रमाणित गर्न वनस्पतीय दृष्टिमा स्वास्थ्यकर (phytosanitary) भएको प्रमाणपत्र वा अन्य परीक्षण गरिएका अन्य प्रमाणपत्रहरू राखिनु पर्छ । प्राप्त वस्तु निरन्तर उपभोग गर्न ठीक छन् भनी सुनिश्चित गर्न देशमा भित्रिएका र भण्डारण गरिएका जगेडा (खाद्यवस्तु)को केही नमूनाको परीक्षण गर्नु पर्छ । जब खाद्यवस्तुको ठूलो परिमाणको कुरा उठ्छ वा गुणस्तरबारे शंका हुन्छ वा विवाद उत्पन्न हुन सक्ने भए स्वतन्त्र गुणस्तर सर्वेक्षणकर्ताहरूले त्यस खेप (consignment)को वस्तुको परीक्षण गर्नु पर्छ । आपूर्तिकर्ताको प्रमाणपत्र, गुणस्तर नियन्त्रणसमबन्धी परीक्षणको प्रतिवेदन, प्याकेटका लेबुल, गोदामको प्रतिवेदन आदिबाट खास खाद्यवस्तुको खेप को आयु तथा गुणस्तरबारे जान्न सकिन्छ ।

२. **अनुवंशिक रुपमा परिमार्जित खाद्यवस्तुः** आनुवंशिकी रूपमा परिमार्जित खाद्यवस्तु प्राप्त तथा प्रयोग गर्नेबारेका राष्ट्रिय नियमहरूलाई बुझ्नु र कदर गर्नु पर्छ । कुनै खाद्यवस्तु सहयोगको कार्यक्रम बनाइँदा बाह्य खाद्यवस्तु सहयोगले त्यस्ता नियमलाई विचार पुऱ्याउनु पर्छ ।

३. **गुनासाहरुः** खाद्यवस्तुको गुणस्तरबारे प्राप्तकर्ताहरूको गुनासोलाई तत्काल सुनी बुझी पारदर्शी तथा निष्पक्ष ढंगले कारबाही गर्नु पर्छ ।

४. **प्याकेजिङ्गः** यदि सम्भव भए सामानहरू पुनः पोका पार्न नपर्ने गरी सोझै बाँड्न मिल्ने पोकामा राख्नु पर्छ ।

५. **भण्डारण गर्ने क्षेत्रहरु** सुख्खा तथा स्वस्थकर हुनुका साथै मौसमी अवस्थाबाट राम्ररी सुरक्षित तथा रसायन वा अन्य थेग्रिने वस्तुहरूबाट प्रदूषण रहित हुनु पर्छ । सकेसम्म त्यस्ता क्षेत्रहरू कीराफटयाङ्ग तथा मूसा आदिबाट सुरक्षित पनि हुनु आवश्यक छ । पृष्ठ २०० मा खाद्य सहयोगको व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड २ पनि हेर्नुहोस् ।

ख) खाद्य सहयोगको व्यवस्थापन

खाद्यवस्तु सहयोगको व्यवस्थापनको लक्ष सो वस्तु सबभन्दा बढी चाहिने मानिसहरूसम्म पुऱ्याउनु हो । साधारणतया, यसअन्तरगत सही सामान सही स्थानमा, सही स्थितिमा, सही समयमा तथा सही मूल्यमा व्यवस्था गर्ने क्रममा कमसे कम ह्रास हुने गरी पुऱ्याउनु पर्ने कुरा पर्छन् ।

गम्भीर प्रकोबाट प्रभावित विशाल जनतालाई जीवन धान्न आवश्यक खाद्य सहयोगको परिमाण हजारौं टन हुन सक्छ । वितरण गर्ने बिन्दुसम्म खाने वस्तुहरूलाई भौतिक रूपमा पुऱ्याउने काममा खरीदकर्ता (क्रेता), चलानी गर्ने गुमस्ता (agent), ढुवानी गर्ने तथा प्राप्तकर्ता, तथा एकथरी यातायातको साधनबाट अर्कोमा विभिन्न ढंगले ओसारपसार र व्यवस्था गर्ने व्यापक सञ्जाल लागेको हुन सक्छ । यी सञ्जाल वा आपूर्ति गर्ने कडीहरूलाई विभिन्न सम्झौता तथा सहमति प्रयोग गरी सँगै संचालन गरिन्छ । यी दस्तावेजहरूले सम्झौता गर्ने पक्षका भूमिका तथा जिम्मेवारी परिभाषा गर्नुका साथै क्षतिपूर्तिसम्बन्धी दायित्व र अधिकारहरू स्थापित गर्छन् । यी सबैका लागि उचित तथा पारदर्शी प्रकृयाको आवश्यकता पर्दछ जसले जवाफदेहीपन स्थापित गर्न मद्दत गर्छन् ।

आपूर्तिको कडी (चक्र) स्थापित तथा व्यवस्थित गर्ने काममा खाद्य सहयोग कार्यक्रममा संलग्न दाता, प्राप्त गर्ने सरकार, मानवसेवाकर्मी, स्थानीय निकाय, खाद्य सहयोग कार्यक्रममा संलग्न विभिन्न सेवादाता तथा स्थानीय सामुदायिक संस्थाहरूको बीच सहयोगको आवश्यकता पर्छ । आपूर्तिको कडी वा कडीहरूको श्रृङ्खलामा हरेक पक्षको विशेष भूमिका तथा जिम्मेवारी हुनेछ । कुनै पनि आपूर्तिको कडीको सम्बन्ध कमजोर भए त्यत्तिकै बलियो पनि हुन्छ । तसर्थ खाद्य सहयोगसम्बन्धी व्यावहारिक व्यवस्थाहरू (logistics)मा संलग्न सबै पक्षले वितरणसम्बन्धी लक्ष्य तथा समयतालिका पूरा गर्न पर्याप्त वस्तुहरू प्रवाह गरिराख्ने जिम्मेवारी साझा रूपमा वहन गर्छन् ।

वितरण प्रकृयामा समानता हुनु प्रमुख रूपले महत्वपूर्ण हुन्छ भने निर्णय तथा कार्यान्वयन प्रकृयामा प्रकोपग्रस्त जनसमुदायको संलग्नता आवश्यक हुन्छ । मानिसहरूलाई वितरण गरिने खाद्यान्न राशनको परिमाण तथा किसिमबारे सूचित

गर्नु पर्छ। यस कुराले गर्दा वितरण प्रकृया निष्पक्ष छ र वाचा गरिएको कुरा प्राप्त हुन्छ भन्ने कुरामा उनीहरू आश्वस्त हुनु सक्छन्। विभिन्न समूहलाई बाँडिने राशनमा कुनै भिन्नता भए सोको जानकारी दिनु र बुझाउनु पर्छ।

खाद्य सहयोगको व्यवस्थासम्बन्धी मापदण्ड १: खाद्य चलाउनु (व्यवस्था गर्नु)

खाद्यवस्तु घरपरिवार तथा सामुदायिक दुवै तहमा सुरक्षित तथा उपयुक्त ढंगले राख्ने, पकाउने तथा खाने गर्नु पर्छ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- कुनै वितरण स्थलमा गलत ढंगले खाद्य चलाएर वा तयारी गरेर स्वास्थ्यसम्बन्धी कुनै नराम्रा असर परेका छैनन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।
- खाद्य सहयोग प्राप्त गर्नेहरूलाई खाद्यवस्तुसम्बन्धी स्वास्थ्यबारे जानकारी दिइएको छ। साथै उनीहरूलाई यसबारे राम्रो ज्ञान छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।
- वितरित खाद्यवस्तु भण्डारण गर्न (राख्न), तयारी गर्न (पकाउन) वा प्रयोग गर्न (खान) कुनै कठिनाइ भएका गुनासाहरू सुनिएका छैनन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्)।
- हरेक घरपरिवारको सही पकाउने भाँडाकुडा, इन्धन तथा स्वास्थ्य सामाग्रीहरूमा पहुँच छ (निर्देशक बुँदा ३-४ हेर्नुहोस्)।
- स्वयं खाना पकाउन वा खान नसक्ने व्यक्तिहरूका लागि स्याहारकर्ताको वयवस्था छ। निजले समयमै सही खाना पकाई आवश्यकतानुसार ख्वाउने काम गर्छ (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्)।

- पकाइएको खाना बाँडिने स्थानमा कर्मचारीहरूलाई सुरक्षित भण्डारण गर्ने, वस्तुहरूको व्यवस्था गर्ने तथा खाना तयार पार्ने तालीम दिइएको छ । तिनलाई गलत चालचलनले हुन सक्ने स्वास्थ्यसम्बन्धी खतराहरूबारे ज्ञान छ ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **खाद्यवस्तुसम्बन्धी स्वास्थ्यः** परिवर्तित परिस्थितिले मानिसका सामान्य स्वास्थ्यसम्बन्धी चालचलनलाई बिथोल्न सक्छन् । त्यसैले खाद्य स्वास्थ्यलाई प्रवर्द्धन गर्नु र स्थानीय परिस्थिति तथा रोगका ढाँचाहरूसँग मेल खाने उपायहरूलाई सक्रियतासाथ समर्थन गर्नु जरुरी छ, जस्तै खाना चलाउनुअघि हात धुने, जलप्रदूषण बचाउने, कीरा आदि नियन्त्रण गर्ने उपायको अवलम्बनको महत्वमाथि जोड दिनु । मानिसलाई घरपरिवारको तहमा खाद्यान्नलाई सुरक्षित ढंगले भण्डारण कसरी गर्ने भनी जानकारी गराउनु पर्छ र स्याहारकर्ताहरूलाई शिशु आहारका घरेलु श्रोतहरूको अधिकतम प्रयोग गर्ने तथा खाना तयार पार्ने सुरक्षित तरीकाहरूबारे जानकारी दिनु पर्छ (पृष्ठ ७१ मा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

२. **सूचनाका श्रोतहरु**मा कार्यक्रम अनुगमन गर्ने प्रणालीहरू, प्राप्तकर्ताहरूसँग छलफल तथा द्रुत घरेलु सर्वेक्षणहरू समावेश हुन सक्छन् ।

३. **घरेलु सामाग्री तथा इन्धनः** प्रत्येक घरपरिवारसँग कम्तीमा एउटा पकाउने भाँडो, ४० लीटर क्षमताका पानी जम्मा गर्ने भाँडा, प्रति व्यक्ति प्रति महिना २५० ग्राम साबुन तथा खाना पकाउन पर्याप्त इन्धन हुनु पर्छ । यदि खाना पकाउने इन्धनको प्राप्ति सीमित भए थोरै समयमा पाक्ने खाद्यवस्तु वितरण गर्नु पर्छ । सो सम्भव नभए उक्त अभाव पूरा गर्न बाह्य श्रोतको व्यवस्था गर्नु पर्छ (पृष्ठ ८३ मा जल आपूर्तिसम्बन्धी मापदण्ड ३ तथा २८०-२८३ मा अखाद्य सामाग्रीसम्बन्धी मापदण्डहरू २-४ हेर्नुहोस्) ।

४. **पिंध्ने मिल (चक्की)सम्म पहुँच** तथा प्रशोधनका अन्य सुविधाहरू तथा सफा (स्वच्छ) पानीमा पहुँच हुनु अति महत्वपूर्ण हुन्छ किनभने यी सबैले मानिसलाई

आफ्नो इच्छानुसारको सर्वोत्तम खाना बनाउन र अन्य उत्पादनशील कामका लागि समय बचाउन समर्थ तुल्याउँछन् । यी सेवा प्राप्तिका लागि कुर्न निकै समय खर्चिरहेका स्याहारकर्ताहरूले सो कुर्ने समयलाई खाना पकाउन, केटाकेटीलाई ख्वाउन वा पोषणसम्बन्धी परिणाममाथि सकारात्मक प्रभाव पार्ने र/वा दीर्घकालीन आत्मनिर्भरता दिनेखालका अन्य काममा लगाउन सक्ने छन् । (पिन्नेलगायतका) घरैमा गरिने खाद्यान्न प्रशोधन गर्ने कामले खाना पकाउन लाग्ने समय (तथा पानी र इन्धनको मात्रा) बचाउन सक्छ ।

५. **विशिष्ट आवश्यकताहरुः** यो पूर्ण सूची नभए तापनि ख्वाउने काममा सहयोग चाहिने व्यक्तिहरूमा सामान्यतया साना नानी, बूढाबूढी, असक्त (अपाङ्ग) तथा एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरू पर्छन् । पृष्ठ १७० मा आम पोषणसम्बन्धी सहयोगको मापदण्ड २ हेर्नुहोस् ।

खाद्य सहयोगको व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड २: आपूर्ति कडी (चक्र/श्रृङ्खला)को व्यवस्थापन

खाद्य सहयोगका श्रोतहरू (वस्तु तथा सहयोग रकमहरू) पारदर्शी तथा प्रतिक्रियात्मक प्रणाली प्रयोग गरी सुव्यवस्थित गरिएका छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- खाद्य सहयोगका श्रोतहरू लक्षित लाभान्वित हुनेहरूसम्म पुग्छन् ।
- स्थानीय आपूर्तिसम्बन्धी कडीको व्यवस्थापन (supply chain management - SCM) क्षमता तथा व्यावहारिक साधनहरू (logistics)को पूर्वाधारको मूल्याङ्कन गरी तथा समन्वय भएको, प्रभावकारी आपूर्ति चक्र व्यवस्था (SCM) सम्भव भएसम्म स्थानीय क्षमताको प्रयोग गरी स्थापित गरिएको छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- मूल्याङ्कनमा स्थानीय श्रोतका आधारमा खाद्य सामाग्रीहरू उपलब्ध हुने विषयमाथि विचार पुऱ्याइन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- क्रमः सेवाका लागि दिइने ठेक्का पारदर्शी, निष्पक्ष तथा खुला छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- SCM प्रणालीका सबै तहका कर्मचारीहरूलाई पर्याप्त तालीम दिइएको छ । तिनले खाद्यवस्तुको गुणस्तर एवं सुरक्षासम्बन्धी प्रकृयाहरूको निरीक्षण गर्छन् (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- क्रमः प्रणालीका सबै तहमा जवाफदेही सुनिश्चित गर्न उपयुक्त सूची देखाउने लेखा, प्रतिवेदन तथा वित्तीय प्रणालीहरू स्थापित गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा ६-७ हेर्नुहोस्) ।

- चोरीलगायतका कारणले हुने क्षति कम पार्ने प्रयास गरिन्छ र सबैखाले क्षतिका लागि जवाफदेहीको जिम्मा लिइन्छ (निर्देशक बुँदा ८-१० हेर्नुहोस्) ।

- वितरणमा हुनसक्ने कुनै पनि व्यवधानबाट बच्न खाद्य आपूर्तिको मूल प्रणालीको अनुगमन र सम्भार गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ११ हेर्नुहोस्) ।

- सबै जिम्मेवार व्यक्ति (सरोकारवाला)हरूलाई नियमित रूपले आपूर्तिसम्बन्धी कडीको कार्यसम्पादनसम्बन्धी सूचना प्रदान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १२ हेर्नुहोस्) ।

१. **आपूर्तिसम्बन्धी कडीको व्यस्थापन (SCM)**ः भनेको खाद्य सहयोगसम्बन्धी व्यवस्थाहरू (logistics)प्रति लिइने एकीकृत पद्धति हो । यसअन्तरगत वस्तु छनौट गर्नेदेखि लिएर श्रोत खोज्ने, खरीद गर्ने, गुणस्तरप्रति आश्वस्त हुने, तयार पार्ने (packing), पठाउने (shipping), ढुवानी (ओसारपसार गर्ने), गोदाममा राख्ने, विवरण सूचीको व्यवस्थापन, बीमा गर्ने काम आदि पर्छन् । यस कडीमा नानाथरीका कर्ताहरू संलग्न हुन्छन् । तसर्थ तिनका गतिविधिहरूको समन्वय हुनु आवश्यक छ । सबै वस्तु प्राप्त गर्ने घरपरिवारमा विवरण नहुञ्जेलसम्म

खाद्य सहयोग

वस्तुहरूको सुरक्षा सुनिश्चित गर्न उपयुक्त व्यवस्थापन तथा अनुगमनका अभ्यासहरू अंगाल्नु पर्छ ।

२. **स्थानीय सेवाहरु प्रयोग गर्नेः** कुनै क्षेत्रबाहिरका श्रोत खोजी गर्नुपूर्व स्थानीय क्षमता कति उपलब्ध र भरपर्दा छन् भनी मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ । नाम चलेका स्थानीय वा क्षेत्रीय यातायात व्यवसायी तथा माल ढुवानी गर्नेहरू (freighters) लाई लजिस्टिक सेवा प्रदान गर्ने ठेक्का दिन सकिन्छ । यस्ता संस्थाहरूलाई स्थानीय नियमकानून, प्रकृया तथा सुविधाहरूबारे महत्वपूण जानकारी रहेको हुन्छ । साथै तिनले सम्बन्धित देशका कानून अनुसरण गर्ने र आपूर्ति कार्यलाई तीब्र बनाउने कुरा सुनिश्चित गर्न सघाउन सक्छन् ।

३. **स्थानीय श्रोत परिचालनविरूद्ध आयात (पैठारी)ः** खाद्यान्न सामाग्रीहरू स्थानीय तवरमा उपलब्ध हुने तथा स्थानीय उत्पादन एवं स्थानीय तवरमा खोजी गरिने वा पैठारी गरिने खाद्यवस्तुसम्बन्धी बजार प्रणालीका आशयहरूको मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ (पृष्ठ १३२ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कन एवं विश्लेषणको मापदण्ड, पृष्ठ १४८ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्ड २ तथा पृष्ठ १५८ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्ड ४ हेर्नुहोस्) । खाद्य आपूर्ति गर्ने काममा विभिन्न संस्थाहरू संलग्न भएको खण्डमा सकेसम्म वस्तुहरू खरीद गर्ने लगायतको स्थानीय श्रोत संचालनमा समन्वय गर्नु पर्छ । खाद्य वस्तुहरूका अन्तरदेशीय अन्य श्रोतहरूमा कर्जा अथवा विद्यमान खाद्य सहयोग कार्यक्रम वा राष्ट्रिय अन्न भण्डारहरूबाट प्रदान गरिने पुनः रकमान्तरण तथा व्यावसायिक आपूर्तिकर्ताहरूबाट प्रदान गरिने कर्जा वा तिनीहरूसँग विनिमय गर्ने काम पनि पर्छन् ।

४. **निष्पक्षताः** कुनै किसिमको नातावाद वा भ्रष्टाचारको शंका लाग्न नदिन निष्पक्ष तथा पारदर्शी ढंगबाट ठेक्का प्रकृयाहरू पूरा गर्नु आवश्यक छ । खाद्य सहयोगसम्बन्धी समस्त कारोबारमा राजनीतिक वा धार्मिक वा विभाजनकारी (विखण्डनकारी) कुनै सन्देश हुनु हुँदैन ।

५. **सीप तथा तालीमः** आपूर्ति चक्र व्यवस्थापन (SCM) प्रणाली खडा गर्न र कर्मचारीहरूलाई प्रशिक्षण दिनका लागि अनुभवी एससीएम प्रयोगकर्ता तथा खाद्य सहयोग व्यवस्था गर्नेहरूको परिचालन गर्नु पर्छ । खास किसिमका सान्दर्भिक

विज्ञतामा ठेक्का व्यवस्थापन, यातायात तथा गोदाम व्यवस्थापन, विवरण सूची व्यवस्थापन, छलफलका कुराको विश्लेषण तथा सूचना व्यवस्थापन, वस्तु चलानको अवस्थाको ध्यान राख्नु, पैठारी व्यवस्थापन आदि पर्छन् । तालीमको आयोजना गर्दा साझेदार संस्थाका कर्मचारीहरूलाई पनि संलग्न गर्नु पर्छ ।

६. **प्रतिवेदन (reporting)**: अधिकाँश खाद्य सहयोग गर्ने दाताहरूका प्रतिवेदन गर्ने विशेष आवश्यकताहरू हुन्छन्; आपूर्तिको कडी व्यवस्थापन गर्नेहरूले यी आवश्यकताप्रति चनाखो भई तिनका साथसाथ दैनिक व्यवस्थापनका आवश्यकताहरू पूरा गर्ने प्रणाली स्थापना गर्नु पर्छ । यसमा आपूर्ति कडीमा कुनै ढिलाई वा विचलन देखिएमा छिट्टै रिपोर्ट गर्नु पर्ने कुरा पर्छ । छलफल गर्नु पर्ने सूचना तथा अन्य एससीएम रिपोर्टहरू पारदर्शी तरीकाले आदानप्रदान गर्नु पर्छ ।

७. **अभिलेख राख्ने (documentation)**: अभिलेख तथा फारामहरू (सामानको सूची, जगेडा विवरण पुस्तिक (स्टक लेजर), प्रतिवेदन फारामहरू आदि) खाद्य सहयोग प्राप्त हुने, भण्डारण गरिने र/वा पठाइने सबै स्थानमा उपलब्ध हुनु पर्छ । यसले गर्दा खाद्यसम्बन्धी लेनदेनको लेखापरीक्षण गरिएको अभिलेख कायम गर्न सकिन्छ ।

८. **गोदाममा राख्ने**: विभिन्न वस्तुहरू राखिने साझेदारी गरिने सुविधाहरूको सट्टा एउटै वस्तुको निम्ति समर्पित (खाद्यान्न मात्र राख्ने) गोदामघर बढी ग्राह्य हुन्छ । गोदामघर छान्दा त्यहाँ पहिले कुनै खतराजनक वस्तु नराखिएको र संक्रमणको कुनै खतरा नभएको हुनु पर्छ । अन्य विचार गर्नु पर्ने कुरामा सुरक्षा, क्षमता, पहुँचमा सुगमता, (छाना, पर्खाल, ढोका तथा भुँईको) ठोसपना हुनुका साथै तथा बाढीको डर नभएको कुरा पर्छन् ।

९. **मानवीय प्रयोगका लागि अनुपयुक्त वस्तुहरुको व्यवस्थापन**: क्षतिग्रस्त वस्तुहरू योग्य निरीक्षकहरूद्वारा जाँच हुनु पर्छ जस्तै चिकित्सक, जनस्वास्थ्य प्रयोगशालहरू, आदि । तिनले सो वस्तु मानवीय उपयोगका लागि उपयुक्त छन् वा छैनन् भनी प्रमाणित गर्नु पर्छ । खराब वस्तुहरू फ्याँक्ने विधिअन्तरगत पशुको आहाराका लागि बिक्री गर्ने, गाड्ने वा जलाउने कुरा पर्छन् । पशुको आहाराका लागि बिक्री गर्ने अवस्थामा उक्त वस्तु सो कामका लागि ठीक

छ भनी प्रमाणपत्र लिनु पर्छ । सबै अवस्थामा खराब वस्तु मानवीय वा पशुहरूको खाद्यान्न आपूर्ति गर्ने कडीमा पुनः प्रवेश नगरुन् र तिनलाई फ्याँक्ने आदि काम गर्दा वरिपरिको वातावरण नबिगारुन् वा पानीका श्रोतहरूलाई प्रदूषित नगरुन् भनी सुनिश्चित गर्नु पर्छ ।

१०. **आपूर्तिसम्बन्धी कडीलाई खतराः** सशस्त्र द्वन्द्वको स्थितिमा खाद्य सहयोग युद्धरत पक्षहरूबाट लुटिने वा अधिग्रहण हुने खतरा हुन्छ र यातायातका मार्ग तथा गोदामहरूको सुरक्षाबारे विचार गर्नु पर्छ । सबै किसिमका प्रकोपकालीन अवस्थामा आपूर्ति गर्ने कडीका सबै तहमा चोरीको कारणले क्षति हुने सम्भावना छ । त्यसैले सो खतरा न्यून गर्न सबै भण्डारगृह, हस्तान्तरण तथा वितरण गर्ने बिन्दुमा नियन्त्रण गर्ने प्रणालीहरू स्थापित गरी सोको देखरेख गर्नु पर्छ । आन्तरिक नियन्त्रण प्रणालीहरूले मिलेमतोको खतरालाई कम गर्नको निम्ति काम/जिम्मेवारीको विभाजन भएको सुनिश्चित गर्नु पर्छ । खाद्यवस्तुको कुनै पनि अपयोजन भएको छ कि भनी बुझ्नका लागि जगेडा वस्तुको नियमित जाँच हुनु पर्छ । अपयोजन भएको देखिएमा आपूर्ति कडी एकीकृत छ छैन भनी सुनिश्चित गर्नलाई मात्र नभई व्यापक राजनीतिक तथा सुरक्षात्मक सवालहरू (जस्तै चलाइएका स्टक सशस्त्र द्वन्द्वका लागि प्रयोग गर्न सकिने सम्भावना)लाई विश्लेषण र सम्बोधन गर्न उपायहरू अवलम्बन गर्नु पर्छ ।

११. **छलफलका विषयहरुको विश्लेषणः** छलफलका विषयहरूको नियमित विश्लेषण गर्नुका साथै स्टकका स्तर, अपेक्षित आगमन, वितरण आदिबारे आपूर्तिको कडीमा संलग्न सबैबीच सूचनाको साझेदारी हुनु पर्छ । आपूर्तिको कडीसँगै जगेडाको स्थितिको नियमित जाँच तथा पूर्वानुमानले अपेक्षित कमी कमजोरी वा समस्याहरू समयमै पहिल्याई तिनको समाधान खोज्नु पर्छ ।

१२. **सूचना प्रदान गर्नेः** जनतालाई खाद्य आपूर्ति तथा कार्यक्रमहरूबारे सूचित गर्ने उद्देश्य राखी स्थानीय संचार माध्यम वा समाचार प्रसारण गर्ने परम्परागत विधिहरूको प्रयोगबारे विचार गर्नु पर्छ । यसले पारदर्शितालाई सुदृढ पार्छ । महिला समूहहरूलाई समुदायमा खाद्यान्न सहयोगसम्बन्धी कार्यक्रमहरूबारे सूचना प्रदान गर्न संलग्न गराउन सकिन्छ ।

खाद्य सहयोगको व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड ३ः वितरण

खाद्य वितरण गर्ने तरीका उत्तरदायी, पारदर्शी, समानुपातिक तथा स्थानीय परिस्थितिहरूका लागि उपयुक्त छ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- सामुदायिक समूहसाथै जिम्मेवार व्यक्तिहरूसँग परामर्श गरी गरिएको मूल्याङ्कनअनुरुप आवश्यकताको आधारमा खाद्य सहयोग पाउने व्यक्तिहरूको पहिचान तथा लक्षित गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्)।

- स्थानीय समूह तथा साझेदारी संस्थाहरूको परामर्शमा वितरण गर्ने प्रभावकारी तथा समतामूलक विधिहरू तयार गरिन्छ। यसमा प्राप्त गर्ने विभिन्न समूहलाई संलग्न गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १-३ हेर्नुहोस्)।

- सजिलै पुग्न र सुरक्षा निश्चित गर्ने दृष्टिकोणले वितरण केन्द्रलाई सकेसम्म प्राप्तकर्ताहरूको घरनजीकै राखिएको छ (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्)।

- प्राप्तकर्ताहरूलाई खाद्यान्न राशनको गुणस्तर एवं परिमाण तथा वितरण योजनाबारे अगावै सूचना दिइएको छ (निर्देशक बुँदा ६-७ हेर्नुहोस्)।

- खाद्य सहयोगसम्बन्धी कार्यक्रमको सम्पादन तथा प्रभावकारिताको उचित अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **लक्ष्यीकरणः** समुदायमा सर्वाधिक खतरायुक्त व्यक्तिहरूलाई लिङ्ग, असक्तता, धार्मिक वा जातीय पृष्ठभूमि आदिका आधारमा भेदभाव नगरी तिनका

आवश्यकता पूरा हुने गरी खाद्य सहयोग लक्षित गर्नु पर्छ । वितरण गर्ने निकायहरूको छनोट तिनको निष्पक्षता, क्षमता तथा जवाफदेहीका आधारमा हुनु पर्छ । यस्ता निकायमा स्थानीय बूढापाका (ज्येष्ठ नागरिक), स्थानीय रूपमा निर्वाचित राहत समिति, स्थानीय संघसंस्था, स्थानीय गैरसरकारी संस्था वा सरकारी वा अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाहरू समावेश हुन सक्छन् (पृष्ठ ३४-४१ मा सहभागिता तथा प्रारम्भिक मूल्याङ्कनसम्बन्धी मापदण्डहरू तथा पृष्ठ ४३ मा लक्ष्यीकरण मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

२. **दर्ताः** खाद्य सहयोग पाउने घरपरिवारहरूको औपचारिक दर्ता यथाशक्य छिटो र आवश्यकतानुसार अद्यावधिक गर्नु पर्छ । स्थानीय निकायद्वारा तयार गरिएका सूची तथा समुदायबाट आएका पारिवारिक सूचीहरू उपयोगी हुन सक्छन् । यस प्रकृयामा प्रभावित जनतामध्येबाट महिलाहरूलाई संलग्न हुन हौस्याउनु पर्छ । महिलाहरूले चाहेमा आफ्नै नाममा दर्ता गराउने अधिकार हुनु पर्छ । वितरण सूचीहरूमा महिला वा किशोरहरू मुखिया भएका घरपरिवार तथा अन्य खतरायुक्त व्यक्तिहरूका नाम निश्चित रूपमा नछुटाउन ध्यान दिनु पर्छ । यदि प्रकोपको समयका प्रारम्भिक चरणमा दर्ता गर्न सम्भव नभए परिस्थिति स्थिर हुनासाथ सो कुरा पूरा गर्नु पर्छ । उक्त कुरा लामो समयका लागि खाद्य सहयोग चाहिने अवस्थामा खास महत्वपूर्ण हुन्छ ।

३. **वितरण गर्ने विधिहरुः** अधिकाँश वितरण विधि समयान्तरसँगै विकास हुन्छन् । प्रारम्भिक चरणमा स्थानीय समुदायहरूद्वारा प्रदान गरिएका पारिवारिक सूचना वा जनसंख्यासम्बन्धी पूर्वानुमानमा आधारित सामान्य वितरण कार्यहरू एकमात्र सम्भावित विधि हुन सक्छ । खाद्यान्न लक्षित प्राप्तकर्ताहरूले प्राप्त गरिरहेका छन् र वितरण प्रणाली निष्पक्ष र समतामूलक छ भनी सुनिश्चित गर्नको निम्ति कुनै पनि प्रणालीको सूक्ष्मतासाथ अनुगमन हुनु पर्छ । तर खतरोन्मुखी समूहलाई कार्यक्रममा लक्षित गर्ने प्रयास गर्दा सो समूहले पहिले कुनै लज्जाबोधको अनुभव गरिसकेको भए त्यसमा थप लज्जित हुने गरी कार्यक्रम लक्षित गर्नु हुन्न । उक्त कुरा एचआइभी/एड्स संक्रमितहरूको अत्यधिक संख्या भएको जनसमुदायका लागि विशेष मुद्दा हुन सक्छ (अध्याय १ मा सहभागिता, लक्ष्यीकरण, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनसम्बन्धी मापदण्डहरू हेर्नुहोस्) ।

४. **वितरण गर्ने केन्द्रहरु** वितरक निकायको व्यावहारिक सुविधाको दृष्टिले मात्र नभई प्राप्तकर्ताका लागि सुरक्षित तथा अति सुविधाजनक स्थानमा स्थापित गर्नु पर्छ । वितरणको पटक तथा वितरण गर्ने केन्द्रहरूको संख्याले वस्तु प्राप्तकर्ताहरूद्वारा केन्द्रसम्म आउनजान लाग्ने समयका साथै व्यावहारिकता र सामानओसार गर्ने खर्चको ध्यान दिनु पर्छ । तिनलाई राशन लिन लामो दूरीसम्म हिंडाउनु हुँदैन । अनि वितरण गर्ने समय प्राप्तकर्ताहरूको दैनिक गतिविधि नबिथोल्ने गरी निश्चित गर्नु पर्छ । वितरण केन्द्रहरूमा पर्खेर बस्ने क्षेत्र तथा पिउने (भाँडामा राख्ने) पानीको व्यवस्था गर्नु पर्छ (पृष्ठ १७६-१८० मा कुपोषण सुधार्ने मापदण्डहरू १-२ हेर्नुहोस्) ।

५. **सुरक्षासम्बन्धी खतराहरु न्यून पार्नेः** खाद्य भनेको अमूल्य वस्तु हो । यसको वितरण गर्दा सुरक्षासम्बन्धी खतरा उत्पन्न हुन सक्छन् । यसमा खाद्यान्न अन्त पठाइने (अपयोजना हुने) तथा हिंसाको सम्भावना दुवै पर्छन् । खाद्य आपूर्ति कम भएको बेलामा सो पूर्ति गर्न वस्तु पुऱ्याउने क्रममा तनाव बढ्न सक्छ । महिला, बालबालिका, बूढापाका तथा असक्त व्यक्तिहरू आफ्नो हकको वस्तु प्राप्त गर्न असमर्थ हुन सक्छन् वा तिनबाट सो कुरा जबरजस्ती खोसिन सक्छ । तसर्थ जोखिमहरूको अगावै मूल्याङ्कन हुनु पर्छ साथै तिनलाई कम पार्ने कदम चालिनु पर्छ । यस्तो कामअन्तरगत वितरण कार्यको सुपरिवेक्षण तथा वितरण केन्द्रहरूको रक्षा गर्ने काम पर्छन् । यस कार्यमा उचित भएसम्म स्थानीय प्रहरीलाई संलग्न गराउनु पर्छ । खाद्यान्न वितरणसँग सम्बन्धित लैंगिक हिंसा वा यौनशोषण रोक्ने, अनुगमन गर्ने तथा प्रतिक्रिया जनाउने उपायहरू पनि आवश्यक हुन सक्छ ।

६. **सूचनाको प्रसारः** प्राप्तकर्ताहरूलाई निम्न विषयमा सूचित गर्नु पर्छ

- वितरण हुने राशनको गुणस्तर तथा प्रकार र स्थापित मान्यतामा हुने कुनै भिन्नताका कारणहरू;

- वितरण योजना (दिन, समय, स्थान, पटक) तथा बाह्य परिस्थितिले हुने कुनै विचलन (परिवर्तन);

- खाद्यान्नको पोषणसम्बन्धी गुणस्तर र आवश्यक भए त्यसको पोषणसम्बन्धी मूल्य संरक्षण गर्न दिनु पर्ने विशेष ध्यान; तथा

- खाद्य सामाग्रीहरू सुरक्षित ढंगले चलाउन र प्रयोग गर्ने आवश्यकताहरू ।

७. **कार्यक्रममा परिवर्तनः** खाद्यवस्तु अपर्याप्त मात्रामा उपलब्धिको कारणले खाद्यको पोको वा राशनका स्तरमा हुने परिवर्तनहरूबारे प्राप्तकर्ताहरूसँग वितरण समिति वा सामुदायिक नेताहरूमार्फत छलफल गर्नु पर्छ । साथै संयुक्त रूपमा कार्ययोजना विकास गर्नु पर्छ । वितरण समितिले जनतालाई परिवर्तनहरू र सोका कारण, ती परिवर्तन कहिलेसम्म रहने र सामान्य राशनको वितरण पुनः कहिले सुरु हुनेबारे जानकारी गराउनु पर्छ । मानिसहरूले पाउनु पर्ने कुराबारे प्रष्ट जानकारी दिनु अत्यावश्यक छ । उदाहरणका लागि वितरण स्थलहरूमा राशनका परिमाणको जानकारी स्थानीय भाषामा टड्कारो रूपमा देखिने गरी र/वा चित्रात्मक रूपमा राख्नु पर्छ । यसले मानिसहरूलाई आफ्ना हकबारे सचेत तुल्याउने छ ।

८. **अनुगमन तथा मूल्याङ्कनः** खाद्य सहयोगको वितरणसम्बन्धी आपूर्ति कडी (चक्र)को अनुगमन तथा मूल्याङ्कन सबै तहमा हुनु पर्छ । वितरण व्यवस्थापनको यथार्थता तथा समानता जाँच्नका लागि वितरण केन्द्रहरूमा घरपरिवारबाट संकलित राशनहरूमध्ये केहीलाई हचुवा ढंगले तौलेर हेर्नु पर्छ । साथै सामान लिएर बाहिर जानेहरूसँग अन्तरवार्ता लिनु पर्छ । सामुदायिक स्तरमा, खाद्य सहयोग प्राप्त गर्ने घरपरिवारमा अकस्मात गएर राशनको स्वीकार्यता तथा उपयोगिताबारे यकीन गर्न मद्दत पुग्छ । साथै यसबाट छनौटका पूर्वाधार पूरा गर्ने तर खाद्य सहयोग नपाउने व्यक्तिहरूको पनि पहिचान गर्न सकिन्छ । यस्ता भ्रमणले यदि कसैले थप खाद्यान्न प्राप्त गरिरहेको छ भने सो कहाँबाट (जस्तै कब्जा, नयाँ मानिस भर्ना वा यौन वा अन्य शोषण गरेर) प्राप्त गरेको भनी निश्चित गर्न पनि सकिन्छ । खाद्यान्न वितरण प्रणालीमा पर्ने व्यापक प्रभावलाई पनि विचार गर्नु पर्छ । यिनमा कृषिचक्र, कृषि गतिविधि, बजार स्थिति तथा कृषि सामाग्रीहरू उपलब्ध हुने कुराहरू पर्न सक्छन् ।

परिशिष्ट १

विधि (पद्धति) तथा प्रतिवेदनका लागि खाद्य सुरक्षासम्बन्धी रूजुसूची

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कनमा निम्न कुराहरू हुनु पर्छः

१. यसमा विधिको प्रष्ट विवरण समावेश हुनु पर्छ

- समग्र ढाँचा तथा उद्देश्यहरू
- मूल्याङ्कन गर्नेहरूको पृष्ठभूमि तथा संख्या (तिनीहरू एक्लै अथवा जोडी बनाई काम गरिरहेछन्)
- प्रमुख सूचकहरूको चयन (के ती सबै समूहका प्रतिनिधि हुन्?)
- प्रमुख वा अन्य छलफल समूहको गठन
- सूचकहरू चयन गर्ने पूर्वाधारहरू
- मूल्याङ्कनको समयतालिका
- पीआरए (एच्ब) उपकरण तथा प्रविधिलगायतका विश्लेषण तथा विधिगत उपकरणको खाका;

२. गुणात्मक विधिमाथि आधारित हुनु पर्छ र यसमा परिमाणात्मक सूचनासम्बन्धी सहायक श्रोतहरूको पुनरावलोकन समावेश हुनु पर्छ;

३. शब्दावलीको प्रयोग सही ढंगले गर्नु पर्छ जस्तै उद्देश्यपूर्ण नमूना लिन (sampling), प्रमुख सूचक, केन्द्रबिन्दू बनाइएको समूह, विशेष प्रविधिका शब्दावली;

४. द्वन्द्वजस्ता केही अनुपयुक्त स्थितिमा बाहेक मूल्याङ्कन प्रकृयामा स्थानीय संस्थाहरूलाई साझेदारका रूपमा संलग्न गर्नु पर्छ;

५. विभिन्न प्रकारका उपयुक्त पीआरए (PRA) उपकरण तथा प्रविधिहरू प्रयोग गर्नु पर्छ (जुन तथ्याङ्कहरूको विश्लेषण गर्न तथा तिनलाई त्रिकोणात्मक बनाउन क्रमशः प्रयोग गरिन्छ);

६. प्रभावित जनसमूह वा जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरूको व्यापक प्रतिनिधित्वलाई संलग्न गराउनु पर्छ;

७. मूल्याङ्कनका सीमा वा व्यावहारिक कठिनाइहरू वर्णन गर्नु पर्छ;

८. मूल्याङ्कनले समेट्ने क्षेत्रको वर्णन गर्नु पर्छ। यसमा त्यसको भौगोलिक विस्तार, संलग्न जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरूको किसिम तथा जनसमुदायको अन्य सान्दर्भिक स्तरीकरण (जस्तै लिङ्ग, जातीयता, जनजाति समूह आदि) समावेश गर्नु पर्छ;

९. महत्वपूर्ण सरकारी मंत्रालय तथा सार्वजनिक सेवा, परम्परागत नेतृत्व वर्ग, प्रमुख नागरिक समाजसम्बन्धी संस्था (धार्मिक समूह, स्थानीय गैसस, पैरवी वा दवाव समूह, कृषक वा गोठालाहरूको संघ, महिला समूहहरू)का प्रतिनिधिहरू तथा विचाराधीन जीविकोपार्जन गर्ने समूहका प्रतिनिधिहरूसँग लिइएका अन्तरवार्तालाई समावेश गर्नु पर्छ।

मूल्यात्तन प्रतिवेदनका निष्कर्षमा निम्न कुरा समेटिनु पर्छः

१. खाद्य सुरक्षाको हालसालको इतिहास तथा वर्तमान परिस्थितिभन्दा पूर्वका सान्दर्भिक नीतिहरू;

२. विभिन्न जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरू तथा प्रकोपपूर्व तिनको खाद्य सुरक्षासम्बन्धी स्थितिको विवरण;

३. विभिन्न जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरूको प्रकोपपूर्वको खाद्य सुरक्षा;

४. विभिन्न जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरूमा खाद्य प्रणाली तथा खाद्य सुरक्षामा संकटको प्रभाव;

५. वर्तमान स्थितिमा खास खतरोन्मुखी जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरू वा खाद्य असुरक्षा हुने व्यक्तिहरूको पहिचान;

६. लागू गर्ने साधन, पैरवी तथा आवश्यक कुनै थप मूल्याङ्कनहरू समावेश भएका सुझावको रूपमा दिइएका हस्तक्षेपहरू;

७. कुनै पनि खाद्य सहयोग कार्यक्रम उपयुक्त ठानिएमा, सोको सटीक प्रकृत्ति, उद्देश्य तथा अवधि । माथि उल्लेखित तथ्याङ्क एवं विश्लेषणका आधारमा खाद्य सहयोग कार्यक्रमको औचित्य ठहऱ्याउनु पर्छ ।

परिशिष्ट २

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कनको रूजुसूची

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कनले प्रभावित जनतामध्येबाट उनीहरूको आय वा खाद्य वस्तु प्राप्त गर्ने श्रोत तथा रणनीतिको आधारमा विस्तृत रूपमा जीविकोपार्जन समूहहरूको वर्गीकरण गर्छ। यसअन्तरगत सम्पन्नता वा अन्य स्तरको आधारमा जनताको विभाजन समावेश हुन सक्छ। वर्तमान स्थितिलाई प्रकोपपूर्वको खाद्य सुरक्षाको इतिहाससँग दाँज्नु महत्वपूर्ण हुन्छ। तथाकथित 'औसत वर्षहरू'लाई आधार रेखाको रूपमा मान्न सकिन्छ। महिला तथा पुरुषका विशेष भूमिका तथा जोखिमहरू तथा घरपरिवारको खाद्य सुरक्षाका आशयहरूलाई विचार पुऱ्याउनु पर्छ। घरघरमा देखिने खाद्य सुरक्षासम्बन्धी भिन्नता पनि महत्वपूर्ण हुन सक्छन्।

यस रुजुसूचीले प्रायः खाद्य सुरक्षाको मूल्याङ्कनमा ध्यान दिइने व्यापक क्षेत्र ओगट्छ। प्रकोपको अझ व्यापक प्रसङ्गबारे पनि अन्य सान्दर्भिक क्षेत्रहरू (जस्तै यसको राजनैतिक प्रसङ्ग, जनसंख्या तथा तिनको बसाइँसराइ, आदि) तथा सम्भवतः अन्य सान्दर्भिक श्रोतहरू (पोषण, स्वास्थ्य, पानी तथा आश्रय)सँग सम्बन्धित थप सूचना संकलन गर्नु पर्छ। रुजुसूचीलाई स्थानीय प्रसङ्ग तथा मूल्याङ्कनका उद्देश्यहरूलाई सुहाउने गरी बनाउनु पर्छ। उदाहरणका लागि बढी विस्तृत रुजुसूची यूएसएड (USAID)को फील्ड संचालन निर्देशिका (१९९८) मा उपलब्ध छन्।

जीविकोपार्जन गर्ने समूहहरुको खाद्य सुरक्षा

१. के समुदायमा यस्ता समूह छन् जसले जीविकोपार्जनका उस्तै किसिमका रणनीतिहरू अपनाउँछन्? यिनलाई तिनका प्रमुख खाद्य वस्तु वा आय श्रोतअनुसार कसरी वर्गीकरण गर्न सकिन्छ?

प्रकोपपूर्वको खाद्य सुरक्षा (आधार रेखा)

२. विभिन्न जीविकोपार्जन समूहहरूले प्रकोपपूर्व कसरी खाद्य वा आय आर्जन गर्थे ? हालै बितेका अवधिमा मात्र औसत एक वर्षमा खाद्य तथा आयआर्जनका लागि तिनका श्रोत के थिए?

३. खाद्य तथा आयआर्जनका यी विभिन्न श्रोतहरू एक सामान्य वर्षमा विभिन्न यामहरूबीच कसरी फरकफरक हुन्थे? (मौसमी पात्रो (क्यालेण्डर) तयार गर्नु उपयोगी हुनेछ ।)

४. विगत ५ वा १० वर्षलाई नियाल्दा, खाद्य सुरक्षा वर्षैनि कसरी फरकफरक भएका छन्? (असल र खराब वर्षको समयरेखा बनाउनु वा इतिहास रच्नु उपयोगी हुनेछ ।)

५. विभिन्न जीविकोपार्जन समूहहरूसँग कस्ता सम्पति, बचत वा अन्य जगेडाहरू छन् (जस्तै खाद्य भण्डार, नगद बचत, पशुधन, लगानी, ऋण, दाबी नगरिएका ऋण आदि)?

६. एक साता वा महिनामा घरपरिवारका खर्च केकस्ता छन् र प्रत्येक सामाग्रीको निम्ति कुन अनुपातमा नगद खर्च गरिन्छ?

७. घरपरिवारमा नगद चलाउने जिम्मा कसको हुन्छ र सो नगद केमा खर्च गरिन्छ?

८. आधारभूत वस्तुहरू प्राप्त गर्ने निकटतम बजार कतिको सुगम छ? (दूरी, सुरक्षा, हिंडडुल गर्न सजिलो हुने, बजारसम्बन्धी सूचना उपलब्ध हुने आदि कुरालाई ध्यानमा राख्नुहोस् ।)

९. खाद्यलगायतका अत्यावश्यक सामान कत्तिका र कति मोलमा उपलब्ध छन्?

१०. प्रकोपपूर्व आयआर्जन तथा खाद्यको आवश्यक श्रोतहरूको बीच व्यापारका औसत शर्तहरू के थिए? उदाहरणका लागि खाद्यका लागि पारिश्रमिक, खाद्यका लागि गाईवस्तु आदि?

प्रकोपका दौरान खाद्य सुरक्षा

११. प्रकोपले पहिचान गरिएका हरेक जीविकोपार्जन समूहका खाद्य तथा आयआर्जन गर्ने श्रोतहरूलाई कसरी प्रभावित गरेको छ?

१२. यसले विभिन्न समूहका लागि खाद्य सुरक्षाको सामान्य मौसमी ढाँचालाई कसरी प्रभावित गरेको छ?

१३. यसले आवश्यक सामाग्रीका लागि बजारमा पुग्ने, सो उपलब्ध हुने तथा तिनको मूल्यलाई कसरी प्रभावित गरेको छ?

१४. विभिन्न जीविकोपार्जन समूहहरूका लागि समस्याको सामना गर्ने विभिन्न रणनीतिहरू के छन् र जनताको कति अनुपात सोमा संलग्न छन्?

१५. प्रकोपपूर्वको स्थितिको दाँजोमा यो कसरी परिवर्तन भएको छ?

१६. कुन समूह वा जनसमुदाय सबभन्दा बढी प्रभावित भएको छ?

१७. समस्या सामना गर्ने रणनीतिहरूले मानिसका वित्तीय तथा अन्य सम्पतिमाथि के कस्ता अल्पकालीन र मध्यमकालीन असरहरू पारेका छन्?

१८. सबैथरी जीविकोपार्जन समूहहरू र सबैखाले खतरायुक्त समूहका लागि तिनको स्वास्थ्य, सामान्य हित तथा सम्मानमाथि समस्या सामना गर्ने रणनीतिहरूका के कस्ता प्रभाव परेका छन्? के समस्या सामना गर्ने रणनीतिहरूसँग सम्बन्धित जोखिमहरू छन्?

परिशिष्ट ३

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी कार्यक्रमहरु

प्रकोपको बेला खाद्य सुरक्षालाई समर्थन, संरक्षण तथा सम्वर्द्धन गर्न सक्ने हस्तक्षेपहरू व्यापक छन् । तल दिइएको सूची सम्पूर्ण होइन । प्रत्येक हस्तक्षेप खाद्य सुरक्षालाई सहयोग गर्ने स्थानीय सन्दर्भ तथा रणनीतिलाई सुहाउने गरी निर्माण गर्नु पर्छ । त्यसैले यो आफ्ना लक्ष तथा रचनामा अनौठो हुन्छ । व्यक्त आवश्यकताहरूको विश्लेषण एवं विचारमाथि आधारित विभिन्न सहायता कार्यक्रम तथा वैकल्पिक कार्यक्रम सम्बन्धमा सोच्नु आवश्यक छ । स्थानीय प्राथमिकतालाई ध्यान नदिने 'कार्यगत नरहेका' (off-the-shelf) सहायता कार्यक्रमहरू विरलै सफल हुन्छन् । सहायता कार्यक्रमहरूलाई तीन वर्गमा विभाजित गरिएको छ । ती खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरू २-४ सँग सम्बन्धित छन् ।

- प्राथमिक उत्पादन
- आय तथा रोजगारी
- बजारका सामान तथा सेवाहरूमा पहुँच ।

सामान्य खाद्य वितरणले सीधा घरपरिवारमा निःशुल्क खाद्य सहयोग प्रदान गर्छ । तसर्थ छोटो अवधिमा खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित गर्नमा यसको निकै महत्व छ ।

प्राथमिक उत्पादन

- बीउ, उपकरण तथा मल वितरण: फर्केर आउनेहरूका लागि प्रारम्भिक पोकाको रूपमा कृषि उत्पादनलाई प्रोत्साहित गर्न वा बालीमा विविधता ल्याउने दृष्टिकोणले उल्लिखित वस्तुहरू प्रदान गरिन्छ । यस्ता वस्तु प्राय: कृषि विस्तार सेवा तथा सम्भावित प्राविधिक प्रशिक्षणसँग जोडेर उपलब्ध गराउने व्यवस्था गरिन्छ ।

- बीउ प्रमाणपत्र तथा मेलाहरूः सम्भावित खरीदकर्ताका लागि बीउ प्रमाणपत्रहरू प्रदान गर्ने प्रावधानमा आधारित छ । सम्भावित बिक्रेताहरूलाई जम्काभेट गराउने उद्देश्यले बीउ मेला आयोजना गर्नाले स्थानीय बीउ खरीद गर्ने प्रणालीहरूलाई प्रोत्साहित गर्नुका साथै क्रेताहरूलाई विभिन्न खाले बीउ प्राप्त गर्न सहयोग पुऱ्याउँछ ।

- स्थानीय कृषि विस्तार सेवाहरू

- सम्बन्धित सीपहरूको तालीम तथा शिक्षा

- गाईवस्तुसम्बन्धी कार्यक्रमहरूः यसमा पशु स्वास्थ्यसम्बन्धी उपायहरू, प्रकोपकालमा पशुधन संचय नगर्ने, पशुधनको पुनः संचयन, पशु आहारा तथा पोषणसम्बन्धी पूरक वस्तुको वितरण, पशु मल, तथा वैकल्पिक जलश्रोतहरूको प्रावधान पर्छन् ।

- माछा मार्ने जाली तथा यन्त्र अथवा शिकार गर्ने उपकरणहरूको वितरण गर्नु

- खाद्य प्रशोधनको प्रवर्द्धन

आय तथा रोजगारी

- कामका लागि रकम (Cash-for-Work, CFW)ले खाद्य असुरक्षा भएका घरपरिवारहरूलाई तलबी काम गर्ने अवसरहरू प्रदान गर्छ ।

- कामका लागि खाद्य (Food-for-Work, FFW)ले खाद्य असुरक्षा भएका घरपरिवारहरूलाई तलबी काम गर्ने अवसरहरू प्रदान गर्छ । साथै यसले घरपरिवार र समुदायलाई लाभ परिणाम पुऱ्याउने उत्पादन पनि गर्छ ।

- स्वास्थ्य लाभका लागि खाद्य (Food-for-Recovery, FFR): यो चाहिं कामका लागि खाद्यान्नको अलि कम संगठित रूप हो । कृयाकलापहरूले प्रारम्भिक स्वास्थ्य लाभमा सघाउन सक्छन् तर बाहिरी प्राविधिक सुपरिभेक्षणको आवश्यकता भने पर्ने छैन ।

- आयमूलक योजनाहरूले मानिसहरूलाई लघुस्तरको आय आर्जन गर्ने तथा स्वरोजगारसम्बन्धी व्यापारजस्ता योजनामा श्रोतहरूलाई लगानी गर्न विविधीकरण गर्न सघाउँछन् । यसमा आफ्नो व्यापारको व्यवस्थापन, सुपरिभेक्षण तथा कार्यान्वयन गर्नमा मानिसहरूलाई सघाउने कार्य पर्न आउँछन् ।

बजारमा उपलब्ध सामान तथा सेवाहरुमा पहुँच

- बजार तथा बजार संरचनामा सहयोगः यसअन्तरगत उत्पादकहरूलाई टाढाका बजारहरूबाट फाइदा उठाउन सघाउने यातायातलाई समावेश गरिन्छ ।

- पशुधन संचय नगर्नेः यसले सुख्खा याममा जब पानीको आपूर्ति तथा चरनको समस्या हुनुका साथै वस्तुको मूल्य पनि घट्दै जाने हुनाले पशुपालकहरूलाई आफ्ना वस्तु बेच्दा राम्रो मूल्य प्रदान गर्छ ।

- सुपथ मूल्यका पसलहरूः त्यस्ता पसलहरूमा आधारभूत सामाग्रीहरूको बिक्री नियन्त्रित मूल्यमा अथवा अनुदानप्राप्त कम मूल्यमा किन्ने अथवा प्रमाणक पुर्जा (voucher) अथवा जिन्सी मालसँग विनिमय गर्न सकिन्छ ।

- खाद्य वा नगद प्रमाणक पुर्जाहरूः यिनको प्रयोग पसलमा खाद्य तथा अन्य सामान आदानप्रदान गर्नका लागि हुन्छ ।

- सरकारी सेवालाई समर्थन तथा प्राविधिक सहयोगः यस्तो सहयोग कृषि विस्तार सेवा तथा पशुचिकित्सा सेवामा हुन सक्छ ।

- सूक्ष्मवित्तीय परियोजनाहरूः यसअन्तरगत ऋण तथा सम्पतिहरू बचत गर्ने तरीका पर्छ जसमा अनुदान, कर्जा, पशु ब्याङ्क, सहकारी बचत खाताहरू समावेश हुन सक्छन् । यी कुरा उदाहरणको रूपमा उल्लेखनीय छन् ।

परिशिष्ट ९ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी सन्दर्भग्रन्थहरू पनि हेर्नुहोस् ।

परिशिष्ट ४

पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन गर्ने रूजु सूची

तल कुपोषणका अन्तरनीहित कारण, पोषणसम्बन्धी जोखिमको स्तर तथा कार्यक्रमका सम्भावनाहरू जाँच गर्ने मूल्याङ्कनका लागि नमूना प्रश्नहरू दिइएका छन् । उक्त प्रश्नहरू कुपोषणका कारणहरूको अवधारणागत खाका (पृष्ठ १६४ हेर्नुहोस्) माथि आधारित छन् । सूचनाहरू विभिन्न श्रोतबाट उपलब्ध हुन सक्छन् र सो संकलन गर्न प्रमुख सूचनादायी अन्तरवार्ता, निरीक्षण तथा पूरक तथ्याङ्कको पुनरावलोकनलगायतका विविध मूल्याङ्कन उपकरणहरूको आवश्यकता पर्नेछ (पृष्ठ ३४-३९ मा प्रारम्भिक मूल्याङ्कन तथा सहभागितासम्बन्धी मापदण्डहरू हेर्नुहोस्) ।

१. पोषणसम्बन्धी स्थितिबारे कस्तो सूचना विद्यमान छ?

क) के पोषणसम्बन्धी कुनै सर्भेक्षणहरू गरिएका छन्?

ख) के आमा तथा शिशु स्वास्थ्य उपचार केन्द्रहरूबाट कुनै तथ्याङ्क प्राप्त छन्?

ग) के विद्यमान पूरक वा चिकित्सकीय आहार केन्द्रहरूबाट कुनै तथ्याङ्क प्राप्त छन्?

घ) वर्तमान संकटपूर्व प्रभावित जनताको पोषण स्थितिसम्बन्धी कस्तो सूचना विद्यमान छ (सम्बन्धित मानिसहरू सोही स्थानमा नभए पनि)?

२. खराब जनस्वास्थ्यको सन्दर्भमा कुपोषणको जोखिम के कस्तो छ?

क) के पोषण स्थितिलाई प्रभावित गर्ने रोगहरू, जस्तै दादुरा वा गम्भीर झाडापखालासम्बन्धी रोगहरू उत्पन्न भएको बारे कुनै प्रतिवेदन छन्? के यी रोगहरू उत्पन्न हुन सक्ने जोखिम कायम छ? (पृष्ठ ३३० मा सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्ने मापदण्डहरू हेर्नुहोस् ।)

ख) प्रभावित जनतामध्ये कतिजनालाई दादुराको खोप दिइएको अनुमान छ? (पृष्ठ ३३२ मा सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्ने मापदण्ड २ हेर्नुहोस् ।)

ग) के दादुराको खोपसँगै भिटामिन ए पनि नियमित दिइन्छ? भिटामिन ए पूरक कार्यक्रमले समेटेको अनुमानित क्षेत्र कत्तिको छ?

घ) के कसैले मृत्युदरबारे अनुमान गरेको छ (अपरिष्कृत वा पाँच वर्षमुनि)? ती के हुन् र सोका लागि कस्तो विधि प्रयोग गरिएको छ? (पृष्ठ ३३१ मा स्वास्थ्य प्रणालीहरू तथा संरचनासम्बन्धी मापदण्ड १ हेर्नुहोस् ।)

ङ) के वरिपरिको तापक्रममा उल्लेखनीय कमी हुँदा प्रभावित जनताको गम्भीर श्वासप्रश्वाससम्बन्धी संक्रमण वा ऊर्जासम्बन्धी आवश्यकतालाई प्रभावित गर्ने सम्भावना छ?

च) के एचआइभी/एड्सको स्थिति उच्च छ र के मानिसहरूलाई गरिबी वा खराब स्वास्थ्यका कारणले कुपोषणको खतरा पहिल्यैदेखि नै छ?

छ) के मानिसहरू लामो समयसम्म पानीमा रुझेको वा चिसो लुगामा रहेका छन्?

३. अपर्याप्त स्याहारसँग सम्बन्धित कुपोषणको जोखिम के हो?

क) के काम गर्ने ढाँचाहरूमा परिवर्तन आएको छ (जस्तै बसाइँसराइ, विस्थापन वा सशस्त्र द्वन्द्वका कारणले) जसको कारणले घरपरिवारमा खेलिने भूमिका र जिम्मेवारीमा परिवर्तन आएको भन्ने बुझिन्छ?

ख) के घरपरिवारको सामान्य गठनमा कुनै परिवर्तन भएको छ? के बिछोड भएका केटाकेटी धेरै संख्यामा छन्?

ग) के आम स्याहार गर्ने वातावरण बिग्रेको छ (जस्तै विस्थापनको कारणले),

र यसले सहायक स्याहारकर्ताहरू प्राप्त गर्न, खाद्यमा केटाकेटीको पहुँच र पानी आदि प्राप्त गर्ने कार्यलाई प्रभावित गरेको छ?

घ) साधारणतया शिशुलाई स्तनपान गराउने चलन कत्तिको छ? के आमाहरूले आफ्ना शिशुहरूलाई बोतलबाट दूध ख्वाउँछन् वा बनाइएका पूरक खाना प्रयोग गर्छन्? त्यसो भए सुरक्षित रूपमा बोतलबाट दूध ख्वाउने पूर्वाधार छ?

ङ) के शिशु आहार तथा दूधहरू, बोतल तथा कृत्रिम निप्पल दान गरिएको वा सोका लागि अनुरोध गरिएको प्रमाण छ?

च) के गोठालाहरूका समुदायहरूमा वस्तुका बथानहरू लामो समयका लागि साना नानीहरूबाट अलग रहन्छन्? के दूधमा हुने पहुँच सामान्य स्थितिभन्दा फरक भएको छ?

छ) के एचआइभी/एड्सले घरपरिवारको स्तरमा स्याहार गर्ने चलनहरूलाई प्रभावित गरेको छ?

४. खाद्यमा पहुँचको कमीसँग सम्बन्धित कुपोषणको जोखिम के हो? खाद्यान्न सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कन गर्ने रुजु सूचीका लागि परिशिष्ट २ हेर्नुहोस् ।

५. कस्ता औपचारिक तथा अनौपचारिक स्थानीय संरचनाहरू स्थापित छन् जसमार्फत सम्भावित कार्यक्रमहरू कार्यान्वयन गर्न सकिन्छ?

क) स्वास्थ्य मन्त्रालय, धार्मिक संघसंस्था, एचआइभी/एड्स समुदाय सहयोग समूह, शिशु स्तनपान सहयोग समूह वा लामो वा छोटो समयसम्म उपस्थित रहने गैससहरूको क्षमता के हो?

ख) खाद्य आपूर्तिमा के पाइन्छ?

ग) के जनता निकट भविष्यमा (चरन/सहयोग/कामका लागि) बसाइँसराइ गर्ने सम्भावना छ?

६. वर्तमान प्रकोपअघि स्थानीय समुदाय, व्यक्ति, गैसस, सरकारी संस्था, संयुक्त राष्ट्रसंघीय निकाय, धार्मिक संघसंस्था, आदिबाट आयोजित के कस्तो पोषणसम्बन्धी हस्तक्षेप वा सामुदायिक सहयोग कार्यक्रम संचालित थियो? वर्तमान स्थितिको प्रतिक्रियास्वरूप (विगत, वर्तमान तथा खारिज भएका) कस्ता पोषणसम्बन्धी नीति, योजनावद्ध दीर्घकालीन पोषणसम्बन्धी कार्यक्रम तथा लागू गरिएका कार्यक्रमहरू अथवा योजना गरिएका थिए?

परिशिष्ट ५

गम्भीर कुपोषण नाप्ने

पाँच वर्षमुनिका बालबालिका

निम्न तालिकाले ६-५९ महिनाका बालबालिकामा हुने कुपोषणका प्रायशः प्रयोग हुने विभिन्न श्रेणीका सूचकहरू देखाउँछ । NCHS/CDC को सन्दर्भ तथ्याङ्कबाट उँचाइका लागि तौल (WFH) देखाउने सूचकहरू लिनु पर्छ । मानवमीतिय सर्वेक्षणका परिणामहरूबारे प्रतिवेदन दि WFH Z अंक बढी प्रयोग हुन्छ भने उपचारको औचित्य निर्धारण गर्न मध्यमाङ्क (median) बढी प्रयोग हुन्छ । मानवमीतिय सर्वेक्षणहरूमा माथिल्लो पाखुराको बीच भागको घेरा (mid-upper arm circumference, MUAC) मात्र प्रयोग गर्नु हुन्न । तर यो चाहिं मृत्यु दर बताउने सर्वोत्तम उपकरण हो । यसको आंशिक कारण यो साना नानीहरूप्रति पूर्वाग्रही हुनु हो । त्यसैले यसलाई प्रायः आहार कार्यक्रममा भर्ना गर्नका लागि दुई-चरणको परीक्षणको अंगको रूपमा प्रयोग गरिन्छ । १२ देखि ५९ महिनासम्मका उमेर समूहका बालबालिकाका लागि प्रायः प्रयोग हुने कुपोषणसम्बन्धी मापदण्डका प्रकृयाहरू यसप्रकार छन्: पूर्ण कुपोषणको निम्ति <१२.५ सेमि तथा गम्भीर कुपोषणको निम्ति <११.० सेमि ।

	पूर्ण* कुपोषण	मध्यम कुपोषण	परिशिष्ट ९
६.०-५९.९ महिनाका बालबालिका	• <-२Z अङ्क WFH *वा* ८०% मध्यम WFH *र/वा* पोषणसम्बन्धी इडिमा	• <३ देखि <-२Z सम्म अङ्क WFH वा ७०% देखि ? ८०% मध्यम WFH	• <-३Z अङ्क WFH वा ? ७०% मध्यम WFH र/वा पोषण सम्बन्धी इडिमा

* *पूरा रूपको निम्ति अग्रनाम (Acronym) हेर्नुहोस् ।*
* *कहिलेकाहीं विश्वव्यापी कुपोषणका रूपमा चिनिने*

पोषणसम्बन्धी इडिमाको उपस्थितिबाहेक छ महिनामुनिका शिशुमा कुपोषणका सर्वसम्मत मानवमीतिय मापदण्डहरू छैनन् । NCHS/CDCको वृद्धिसम्बन्धी सन्दर्भहरू कम प्रयोग हुन्छन् किनभने तिनीहरू कृत्रिम रूपमा ख्वाइने नानीहरूको

जमातबाट लिइन्छ भने स्तनपान गर्ने बच्चाहरू फरक दरमा हुर्कन्छन् । यसको अर्थ यस उमेर समूहमा कुपोषणबारे अधिक अनुमान हुने गर्छ । शिशुलाई आहार दिने चलनहरू, खासगरी स्तनपानको चलन, र यस उमेर समूहमा कुपोषण एक समस्या हुन सक्छ कि सक्दैन भनी निर्धारण गर्न कुनै चिकित्सकीय परिस्थिति भएको मूल्याङ्कन गर्न महत्वपूर्ण हुन्छ ।

अन्य उमेर समूहहरुः हुर्केका बालबालिका, किशोरकिशोरी, वयस्क तथा वृद्धवृद्धाहरु

अन्य उमेर समूहमा हुने गम्भीर कुपोषणको अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा मान्यताप्राप्त परिभाषाहरू छैनन् । यसको आंशिक कारण यो हो कि पाँच वर्षको उमेरपछि वृद्धिमा जातीय भिन्नता देखिन थाल्छन् । यसको अर्थ सबै जातीय समूहलाई तुलना गर्न एउटै जनसमुदायलाई मात्र उल्लेख गरी प्रयोग गर्नु अव्यावहारिक हुन्छ । अर्को कारण अधिकाँश परिस्थितिमा ६-५९ महिनाको उमेर समूहको पोषणसम्बन्धी स्थितिबारे दिइने सूचना भने योजनाकारहरूलाई आफ्ना निर्णय गर्न पर्याप्त हुन्छ । त्यसैले अन्य उमेर समूहमा कुपोषणबारे अनुसन्धान गर्न थोरै प्रेरणा प्राप्त हुन्छ ।

तर पोषणसम्बन्धी प्रमुख प्रकोपकालीन अवस्थामा संचालन गरिने पोषणसम्बन्धी मूल्याङ्कन वा कार्यक्रमहरूमा हुर्केका केटाकेटी, किशोरकिशोरी, वयस्क वा वृद्धवृद्धालाई समावेश गर्नु आवश्यक हुन सक्छ । ६-५९ महिनाको उमेर समूहबाहेकका केटाकेटीको निम्न अवस्थामा मात्र सर्वेक्षण गर्नु पर्छः

- यदि परिस्थितिको पूर्ण प्रासङ्गिक विश्लेषण गरिएको छ भने । यसअन्तरगत कुपोषणका कारणहरूको विश्लेषण हुनु पर्छ । सो विश्लेषणका परिणामले साना केटाकेटीको पोषण स्थितिले आम जनताको पोषण स्तर देखाउँदैन भनी जनाएमा मात्र अर्को उमेर समूहको पोषणसम्बन्धी सर्भेक्षण गर्ने विचार गर्नु पर्छ;

- यदि तथ्याङ्क संकलनको गुणस्तर, पर्याप्त विश्लेषण तथा परिणामहरूको सही प्रस्तुति तथा व्याख्या सुनिश्चित गर्न प्राविधिक विज्ञता उपलब्ध छ भने;

खाद्य

- यदि सर्वेक्षणमा अन्य उमेर समूहहरूलाई समावेश गर्दा लाग्ने श्रोत तथा/वा अवसरसम्बन्धी खर्चहरूबारे ध्यान दिइएको छ भने;

- यदि सर्वेक्षणका प्रष्ट र राम्ररी अभिलेख गरिएका उद्देश्यहरू बनाइएका छन् भने ।

हाल ५९ महिनाभन्दा बढी उमेर समूहका मानिसहरूमा देखिने कुपोषणका अति उपयुक्त सूचकहरूलाई परिभाषित गर्ने अनुसन्धान भइरहेको छ । यो सूचना आगामी केही वर्षमा फेरिन सक्छ ।

हुर्केका केटाकेटी (५-९.९ वर्ष)

हुर्केका केटाकेटीमा पोषण स्थितिसम्बन्धी वैकल्पिक उपायहरूको अभावमा ध्ँज श अंक तथा मध्यमाङ्कको प्रतिशत निर्धारण गर्न NCHS/CDCको सन्दर्भ प्रयोग गर्ने सिफारिस गरिन्छ । सोही मापदण्ड साना नानीहरूका लागि पनि प्रयोग गरिनु पर्छ (माथिको तालिका हेर्नुहोस्) । साना नानीका हकमा भने पोषणसम्बन्धी इडिमाको मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ ।

किशोरकिशोरीहरु (१०-१९.९ वर्ष)

किशोरकिशोरीहरूमा देखिने कुपोषणको कुनै प्रष्ट परीक्षण गरिएको तथा सर्वसम्मत परिभाषा छैन । मूल्याङ्कनसम्बन्धी निर्देशन परिशिष्ट ९ मा सूचीबद्ध गरिएका सन्दर्भग्रन्थहरूमा पाउन सकिन्छ ।

वयस्कहरु (२०-५९.९ वर्ष)

वयस्कहरूमा देखिने गम्भीर कुपोषणको कुनै सर्वसम्मत परिभाषा छैन । तर प्रमाणले के देखाउँछ भने गम्भीर कुपोषणका मापदण्डहरू १६ को बडी मास इन्डेक्स (BMI)भन्दा कम हुन सक्छ । वयस्कमा हुने कुपोषणसम्बन्धी सर्वेक्षणहरूले तिनको तौल, उँचाइ, बस्दाखेरिको उँचाइ तथा माथिल्लो पाखुराको बीच भागको घेरा (mid-upper arm circumference, MUAC) नापहरूको तथ्याङ्क संकलन गर्ने प्रयास गर्नु

पर्छ । यी तथ्याङ्क BMI गणना गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ । विभिन्न जनसंख्यासँग तुलना गर्नको निम्ति BMI लाई उभिँदाखेरिको उँचाइको तुलनामा बस्दाखेरिको उँचाइको अनुपात (Cormic index)का लागि समायोजन गर्नु पर्छ। यस्तो समायोजनले वयस्कहरूमा देखिने अपर्याप्त पोषणको स्थितिलाई उल्लेखनीय रूपमा परिवर्तन गर्न सक्छ । तथा तिनका कार्यक्रममूलक महत्वपूर्ण शाखा प्रशाखा हुन सक्छन् । सधैं MUAC को नाप्ने काम गर्नु पर्छ। यदि तत्काल परिणाम चाहिएमा वा श्रोत निकै कम भएमा सर्वेक्षणहरू MUAC को मापनहरूमाथि मात्र आधारित हुनु सक्छ ।

सही कार्यगत परिणामसम्बन्धी तथ्याङ्क तथा परिणामको अर्थ निर्धारण गर्ने मापदण्डको अभावमा मानवमीतिय परिणामहरूको व्याख्या जटिल हुन्छ। त्यसैले त्यस्ता परिणामहरूको व्याख्या विस्तृत प्रासङ्गिक सूचनाका आधारमा गर्नु पर्छ। मूल्याङ्कनसम्बन्धी निर्देशिका सन्दर्भग्रन्थहरूमा पाउन सकिन्छ ।

पोषणसम्बन्धी स्याहारका लागि भर्ना वा बिदा गर्नका लागि व्यक्तिहरूको परीक्षण गर्ने काममा विभिन्न मानवमीतिय अनुसूची, उपचारक्रिया लक्षण (clinical sign) तथा सामाजिक कारकहरू (जस्तै खाद्य प्राप्ति, स्याहारकर्ताहरूको उपस्थिति, आश्रय आदि) समावेश गर्नु पर्छ । वयस्कहरूमा कुपोषणबाहेकका विभिन्न कारणले सुनिएको अवस्था (oedema) हुन सक्छ भनी बुझ्नु पर्छ । तसर्थ उपचारकहरूले अन्य कारण हटाउनको निम्ति वयस्कहरूको सुनिएको अवस्थाको मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ । व्यक्तिगत निकायहरूले स्याहारका लागि योग्यता निर्धारण गर्ने सूचकबारे निर्णय गर्नु पर्छ । त्यसका लागि BMI का बुझिएका कमी कमजोरीहरू, MUAC बारे सूचनाको अभाव तथा तिनको प्रयोग गर्दा कार्यक्रमहरूले दिने आशयहरूलाई ध्यानमा राख्नु पर्छ । उपचारका लागि परीक्षण गर्दा वयस्कहरूको कुपोषणसमबन्धी अन्तरीम परिभाषाहरू सन्दर्भग्रन्थहरूमा पाउन सकिन्छ ।

MUAC लाई गर्भवती महिलालाई पहिचान गर्ने कार्यमा उपायको रूपमा प्रयोग गर्न सकिन्छ (जस्तै गर्भवती महिलाहरू खाद्य कार्यक्रममा समावेश गर्न जाँच्ने आधार) । गर्भवती महिलालाई अझ बढी पोषणयुक्त, खाद्य वस्तुको आवश्यकता पर्ने हुनाले अन्य समूहका मानिसभन्दा बढी खतरामा पर्ने सम्भावना हुन्छ (पृष्ठ १४० को सामान्य पोषण सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) । MUAC मा चाहिं

गर्भाधानको कारणले खास परिवर्तन हुँदैन । गर्भको भ्रूणको वृद्धि रोक्ने जोखिमको रूपमा :UAC <२०.० सेमि (गम्भीर जोखिम) तथा ?२३.० सेमि (मध्यम जोखिम)लाई देखाइन्छ । सो जोखिम जनसंख्याअनुसार फरक हुन सक्छ ।

बूढाबूढी

बूढाबूढीमा देखिने कुपोषणको हाल कुनै सर्वसम्मत परिभाषा छैन । तापनि उक्त समूह संकटका अवस्थामा जोखिममा पर्न सक्छ। विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार वयस्कहरूको BMI सम्बन्धी संघार ६०-६९ वर्ष समूहका वृद्धवृद्धाका लागि पनि उपयुक्त हुन सक्छ तर यो वयस्कहरूको समस्यासरह नै हुनेछ । यस अतिरिक्त ढाड कुप्रिने तथा मेरुदण्ड खुम्चिने हुँदा नाप सही नहुने समस्या पर्छ । उँचाइको सट्टा एक हात वा आधा हातको लम्बाइको प्रयोग गर्नु पर्छ । तर उँचाइ नाप्ने गुणन तत्व जनसंख्याअनुसार फरक हुन्छ । MUAC वृद्धहरूको कुपोषण नाप्ने उपयोगी उपकरण हुन सक्छ तर हाल उपयुक्त मापदण्डसम्बन्धी अनुसन्धान अझ भइ नै रहेको छ ।

अपाङ्ग व्यक्ति

हाल शारीरिक रूपले अपाङ्ग व्यक्तिहरूको नाप गर्ने निर्देशिका उपलब्ध छैन । त्यसैले तिनलाई प्रायः मानवमीतिय सर्वेक्षणहरूमा समावेश गरिंदैन । आँखाले हेरेर मूल्याङ्कन हुनु आवश्यक छ । अपाङ्गको हिंडडुलका लागि पाखुराको माथिल्लो भागको माँसपेशी बलियो हुन सक्ने अवस्थामा MUAC नापहरू भ्रामक हुन सक्छन् । उँचाइ नाप्ने मापदण्डका विकल्पमा लम्बाइ, पूरा हात, आधा हात वा तल्लो खुट्टाको लम्बाइको नाप हुन सक्छ । स्तरीय तौल, उँचाइ र MUAC नाप उपयुक्त नहुने असक्त व्यक्तिहरूको नाप गर्ने अति उपयुक्त तरीका निर्धारण गर्न अनुसन्धानका नवीनतम तथ्याङ्क वा परिणामहरू हेर्नु आवश्यक छ ।

परिशिष्ट ६

भिटामिन ए तथा आयोडिन अल्पताको जनस्वास्थ्यसम्बन्धी महत्वका मापनहरु

६-७१ महिना उमेर समूहका बालबालिकामा भिटामिन एको अल्पता (xerophthalmia) का सूचकहरू

(एक वा बढी सूचक हुनुले जनस्वास्थको समस्या रहेको बुझाउँछ)

सूचक	न्यूनतम उपस्थिति
रतन्धो (२४-७२ महिनामा देखिने)	> १%
बिटोटका दागहरू (bitot spots)	> ०.५%
कर्नियल जेरोसिस (corneal xerosis)/अल्सरेशन (ulceration)/केराटोमालासिआ	> ०.०१%
(keratomalacia)कर्नियल दागहरू (corneal scars)	> ०.०५%

आयोडिनको अल्पता (गलगाँड) जनाउने सूचकहरु

निम्न तालिकामा देखाइएका सूचकहरू प्रकोपको समयमा नाप्न सकिन्छ। कम्तीमा एक अझ निश्चित रूपमा दुईवटा सूचकको उपस्थिति भएको देखिएमा जनस्वास्थ्यसम्बन्धी समस्या भएको बुझाउँछ। आयोडिनको अल्पतासम्बन्धी यी सूचक समस्याजनक हुन सक्छन्: कतिपय संकटका अवस्थामा जैवरासायनिक सूचक नाप्न सम्भव नहुन सक्छ। क्लिनिकल मूल्याङ्कनमा निकै गलती हुने सम्भावना छ। तापनि आयोडिनको स्थितिको पूर्ण चित्र बुझ्नको निम्ति मूत्रमा पाइने आयोडिनको मूल्याङ्कन गर्नु आवश्यक छ भने ६-१२ वर्ष समूहका बालबालिकाको सही नमूनाको क्लिनिकल परीक्षणबाट स्थितिको गम्भीरताको सालाखाला जानकारी वा संकेत पाउन सकिन्छ।

	जनस्वास्थ्य समस्याको गम्भीरता (उपस्थिति)			
सूचकांक	**लक्षित जनता**	**हल्का**	**मध्यम**	**गम्भीर**
कुल गलगाँड दर (जनसंख्याको %)	स्कूल जाने उमेरका केटाकेटी*	५-१९.९	२०-२९.९	>=३०.०
मध्यम मूत्राशय आयोडिन स्तर (µग्रा/ली)	स्कूल जाने उमेरका केटाकेटी*	५०-९९	२०-४९	<२०

परिशिष्ट ७

पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरु

निम्न तथ्याङ्कहरू प्रकोपको प्रारम्भिक चरणमा योजना निर्माण गर्नका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ:

पोषक तत्व	**जनताका औसत आवश्यकताहरू**
ऊर्जा	२,१०० केक्याल
प्रोटीन	१०-१२% कुल ऊर्जा (५२ ग्रा-६३ग्रा) तर <१५%
बोसो (चिल्लो पदार्थ)	कुल ऊर्जाको १७% (४० ग्रा)
भिटामिन ए	१.६६६ IU (वा ०.५ मिग्रा रेटिनोल बराबर)
थायमिन (बी१)	०.९ मिग्रा (वा ०.४ मिग्रा प्रति १,००० केक्याल)
रिबोफ्लाभिन (B2)	१.४ मिग्रा (वा ०.६ मिग्रा प्रति १,००० केक्याल)
फोलिक अम्ल	१६० मिग्रा
नियासिन (बी३)	१२.० मिग्रा (वा ६.६ मिग्रा प्रति १,००० केक्याल)
भिटामिन बी१२	०.९ µग्रा
भिटामिन सी	२८.० मिग्रा
भिटामिन डी	३.२ - ३.८ µग्रा क्याल्सिफेरोल
फलाम	२२ मिग्रा (न्यून जैव-उपलब्धता अर्थात् ५-९%)
आयोडिन	१५० µग्रा
म्यागनेसियम*	२०१ मिग्रा
जिङ्क*	१२.३ मिग्रा२७.६ µग्रा
सेलेनियम*	२७.६ µग्रा
भिटामिन इ*	८.० मिग्रा अल्फा-टीई
भिटामिन के*	४८.२ µग्रा
बिओटिन*	२५.३ µग्रा
प्यान्टोथेनाटे *	४.६ µग्रा

सन्दर्भ: विस्वासं (WHO), २०००, *Management of Nutrition in Major Emergencies*

*आवधिक आवश्यकता । सन्दर्भ: FAO/WHO, २००२ *Human Vitamin and Mineral Requirements* । FAO/WHO को संयुक्त विज्ञ परामर्शको प्रतिवेदन, बैंकक, थाइल्याण्ड, FAO, रोम ।

माथि उल्लिखित आवश्यकताहरू प्रयोग गर्नुअघि दुई महत्वपूर्ण कुरा विचार गर्नु पर्छ । पहिलो, जनसंख्या समूहका औसत प्रति व्यक्ति आवश्यकताहरूमा सबै उमेर समूह तथा दुवै लिङ्गका आवश्यकताहरू समावेश भएका छन् । त्यसैले तिनीहरू कुनै एक उमेर वा लिङ्ग समूहका लागि मात्र होइनन् । तिनलाई कुनै व्यक्तिका आवश्यकताका लागि प्रयोग गर्नु हुँदैन । दोश्रो, यी आवश्यकताहरू खास जनसंख्याको रूपरेखामाथि आधारित छन्, जस्तैः

समूह	**जनसंख्याको %**
०-४ वर्षः	१२
५-९ वर्षः	१२
१०-१४वर्षः	११
१५-१९ वर्षः	१०
२०-५९ वर्षः	४९
६०+ वर्षः	७
गर्भवतीः	२.५
स्तनपान गराउनेः	२.५
पुरुष/महिलाः	५१/४९

विभिन्न जनसंख्याको संरचना फरकफरक हुने हुँदा यसले सम्बन्धित जनसंख्याका पोषणसम्बन्धी आवश्यकतालाई प्रभावित गर्नेछ । उदाहरणका लागि शरणार्थीहरूको २६% पाँच वर्षमुनिका जनता भए र त्यसमा ५०% पुरुष तथा ५०% महिला भए, तिनको ऊर्जासम्बन्धी आवश्यकता १,९४० केक्यालमा झर्छ ।

निम्न कारकका लागि ऊर्जा तथा प्रोटीनसम्बन्धी आवश्यकताहरू समायोजन गर्नु पर्छः

- जनसंख्याको संरचना, खासगरी पाँच वर्षमुनिका बालबालिका तथा महिलाहरूको प्रतिशत (सो कुरा एचआइभी/एड्स लागेका जनतामा फरक हुन सक्छ);

- औसत वयस्क तौल तथा वास्तविक, सामान्य वा शरीरको वाँछनीय तौल । वयस्क पुरुषहरूको औसत शारीरिक तौल ६० केजीभन्दा बढी र वयस्क

महिलाहरूको औसत शारीरिक तौल ५२ केजीभन्दा बढी भए आवश्यकताहरू बढ्छन्;

- उत्पादनशील जीवन कायम राख्न सक्रियताका स्तर । सो स्तर हल्काभन्दा बढी (अर्थात् पुरुषका लागि १.५५ ह ब्यासल मेटाबोलिक दर (Basal Metabolic Rate) र महिलाका लागि १.५६ ह ब्यासल मेटाबोलिक दर (Basal Metabolic Rate) भए आवश्यकताहरू बढ्छन्;

- औसत वातावरणीय तापक्रम तथा गाँसबास तथा लुगाफाटाको क्षमता । औसत वातावरणीय तापक्रम २००से भन्दा कम भए आवश्यकताहरू बढ्छन्;

- जनताको पोषण तथा स्वास्थ्य स्थिति । जनता कुपोषित भए र हर्लक्क बढ्नको निम्ति थप आवश्यकताहरू चाहिने हुन्छ । एचआइभी/एड्स फैलिएको भए यसले जनताका औसत आवश्यकताहरूलाई प्रभावित गर्न सक्छ (पृष्ठ १४० मा आम पोषणसम्बन्धी सहयोगको मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) । यी आवश्यकताहरू पूरा गर्न आम राशनलाई कतिखेर समायोजन गर्नु पर्छ वा पर्दैन भन्ने कुरा वर्तमान अन्तर्राष्ट्रिय सुझावहरूमाथि भर पर्छ ।

यदि प्रारम्भिक मूल्याङ्कनमा यस्तो खाले सूचना समावेश गर्न नसकिएमा शुरूमा माथि उल्लिखित तालिकाका तथ्याङ्कहरूलाई न्यूनतम तथ्याङ्क मानेर प्रयोग गर्न सकिन्छ ।

परिशिष्ट ८

आपूर्तिको कडी (चक्र) व्यवस्थापनसम्बन्धी सामाग्रीहरुको रूजु सूची

१. खरीद गर्नको निम्ति गरिएका सम्झौताहरूमा वस्तु पुऱ्याएपछि भुक्तानी दिने, क्षतिग्रस्त (बिग्रेका) सामान फर्काउने र बाध्यात्मक परिस्थितिमा बाहेक सम्झौता विपरीत काम भएमा दण्ड तिर्नुपर्ने प्रावधानहरूको व्यवस्था गरिएको हुन्छ ।

२. ढुवानी गर्ने तथा वस्तुको व्यवस्था गर्ने निकायहरूले खाद्य वस्तुहरू पूर्णतया आफ्नो जिम्मेवारीमा लिई कुनै हानी वा क्षति भए सोको हर्जाना तिर्छन् ।

३. भण्डार गर्ने सुविधाहरू सुरक्षित तथा सफा छन् र खाद्य वस्तुहरूलाई बिग्रन र/वा क्षति हुनबाट जोगाउँछन् ।

४. खाद्य वस्तुहरूमा हुन सक्ने क्षतिहरू न्यून गर्न सबै तहमा कदमहरू चालिन्छन् ।

५. सबैथरी क्षति लेखाजोखा गरी सोको जिम्मेवारी लिइन्छ ।

६. बिग्रेका भाँडामा राखिएका वस्तुलाई सकेसम्म बचाइन्छ ।

७. वस्तुहरूको नियमित जाँच गरी कुनै पनि शंकास्पद वस्तुको परीक्षण गरिन्छ । खराब सामाग्रीहरूलाई प्रमाणित गरी प्रष्ट परिभाषित प्रकृया र राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य नियमावलीअनुसार धुल्याउने व्यवस्थापन गरिन्छ । खराब माल बजारमा फेरि आउन नदिने व्यवस्था गरिनेछ ।

८. बेलाबेलामा वस्तुहरूको लगतको भौतिक गणना पुनरावलोकन गरिने परियोजनासँग सम्बन्धित नभएका यस्तो व्यवस्थापनको क्षेत्रका जानकार व्यक्तिहरूद्वारा गरिन्छ । तथा जगेडामा रहेको बाँकी (मौज्दात)सँग मिलान गरिन्छ ।

९. नियमित अन्तरालमा वस्तुहरूको लगतको संक्षिप्त प्रतिवेदनहरू संकलन गरी सम्बन्धित पक्षहरूलाई उपलब्ध गराइन्छ ।

१०. चलानहरूमा सबै वस्तुको लेनदेनबारे राम्ररी उल्लेख गरिन्छ ।

११. जिन्सी खातामा सम्पूर्ण वस्तुहरूको प्रति, खर्च (दिएको) र बाँकी (मौज्दात)को विवरण राखिएको हुन्छ ।

१२. आपूर्ति गर्ने चक्रका सबै तहमा प्रकृया व्यवस्थापनसहित लेखापरीक्षण गरिन्छ ।

१३. खाद्य वस्तुहरू ओसार्ने गाडीहरू राम्रो चल्ने अवस्थामा छन्; वस्तुहरू राख्ने ठाउँहरूमा प्याकेजलाई हानी पुऱ्याउने चुच्चाहरू छैनन् र खराब मौसमबाट पर्याप्त रूपमा (जस्तै त्रिपाल ओछ्याएर छोपी) सुरक्षित गरिएका छन् ।

१४. गाडीहरूमा खाद्य वस्तुहरूसँगै अन्य व्यापारिक र/वा खतरनाक (जोखिमपूर्ण) सामाग्रीहरू ओसारपसार गरिंदैन ।

१५. गाडीहरूले विगतमा खतरनाक (जोखिमपूर्ण) सामाग्रीहरू ओसारपसार गरेका छैनन् र त्यहाँ तिनका अवशेष पनि छैनन् ।

श्रोतः WFP, *Emergency Field Operations Pocketbook (2002) and CARE, Food Resource Management Hanadbook*

खाद्य

परिशिष्ट ८

सन्दर्भग्रन्थहरु

यहाँ उद्धृत अधिकाँश विवरण (डक्युमेन्ट)हरूका लागि कपीराइट अनुमति प्राप्त गरी विशेष स्फिअर लिङ्क: http:www.forcedmigration.orgमा संलग्न गर्न पाउँदा अक्सफोर्ड विश्वविद्यालयमा स्थित शरणार्थी अध्ययन केन्द्रको फोर्स्ट माइग्रेशन अनलाइन प्रोग्राम (Forced Migration Online Programme of the Reference Studies Centre at the University of Oxford)प्रति आभार प्रकट गर्दछौं ।

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरू

The Right to Adequate Food (Article 11 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 12, 12 May 1999. U.N. Doc E/C. 12/1999/5. United National Economic and Social Council (1999). http://www.unhchr.ch

Cotula, L and Vidar, M (2003), *The Right to Adequate Food inEmergencies.* FAO Legislative Study 77. Food and Agriculture Organisation of the UN. Rome. http://www.fao.org/righttofood

Pejic, J (2001), *The Right to Food in Situations of Armed Conflict*: TheLegal Framework. International Review of the Red Cross, vol 83, no844, p1097. Geneva. http://www.icrc.org

United Nations (2002), Report by the Special Rapporteur on the Rightto Food, Mr. Jean Ziegler, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution 2001/25, UN document E/CN. 4/2002/58. http://www.righttofood.org

United Nations General Assembly (2001), *Preliminary Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the Right to Food*. Jean Ziegler. http://www.righttofood.org

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मूल्याङ्कन

CARE (forthcoming), *Program Guidelines for Conditions of Chronic Vulnerability*. CARE East/Central Africa Regional Management Unit. Nairobi.

Frieze, J (forthcoming), *Food Security Assessment Guidelines*. Oxfam GB. Oxford.

Longley, C, Dominguez, C, Saide, MA and Leonardo, WJ (2002), *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters*, 26, 343-355. http://www.blackwellpublishing.com/journal

Mourey, A (1999), *Assessing and Monitoring the Nutritional Situation*. ICRC. Geneva.

Seaman, J, Clark, P, Boudreau, T and Holt, J (2000), *The Household Economy Approach: A Resource Manual for Practitioners. Development Manual 6*. Save the Children. London.

USAID (1998), *Field Operations Guide (FOG) for Disaster Assessment and Response*. U.S. Agency for International Development/Bureau for Humanitarian Response/Office of Foreign Disaster Assistance. http://www.info.usaid.gov/ofda

WFP (2000), *Food and Nutrition Handbook*. World Food Programme of the United Nations. Rome.

WFP (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook*. World Food Programme of the United Nations. Rome.

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी सूचना प्रणालीहरू

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): http://www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): http://www.fivims.net/index.jsp

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture (GIEWS), Food and Agriculture Organisation of the United Nations. http://www.fao.org

मानवमीतिय मूल्याङ्कन (Anthropometric Assessment)

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. Geneva. http://www.unsystem.org/scn/archives/adults/index.htm

Humanitarian Charter and Minimum Standards UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), *Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies*. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News 22, pp49-51. Geneva. http://www.unsystem.org/scn/publications

Woodruff, B and Duffield, A (2000), *Adolescents: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. Geneva. http://www.unsystem.org/scn/archives/adolescents/index.htm

Young, H and Jaspars, S (1995), *Nutrition Matters*. Intermediate Technology Publications. London.

Methods for measuring nutritional status and mortality: http://www.smartindicators.org

खाद्य सुरक्षासम्बन्धी हस्तक्षेपहरू

Alidri, P, Doorn, J v., El-Soghbi, M, Houtart, M, Larson, D, Nagarajan, G and Tsilikounas, C (2002), *Introduction to Microfinance in Conflict-Affected Communities*. International Labour Office and UNHCR. Geneva. http://www.ilo.org

CRS (2002), *Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa*. Catholic Relief Services, in collaboration with Overseas Development Institute and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Lumsden, S and Naylor, E (forthcoming), *Cash-For-Work Programming. A Practical Guide*. Oxfam GB. Oxford.

Powers, L (2002), *Livestock Interventions: Important Principles*, OFDA. Office of US Foreign Disaster Assistance, USAID. Washington. http://www.usaid.gov

Remington, T, Maroko, J, Walsh, S, Omanga, P and Charles, E (2002), *Getting Off the Seeds-and-Tools Treadmill with CRS Seed Vouchers and Fairs*. *Disasters*, 26, 316-328. http://www.blackwellpublishing.com/journal

सामान्य प्रकोपकालीन पोषणसम्बन्धी निर्देशिकाहरू

Prudhon, C (2002), *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations*. Paris.

UNHCR/UNICEF/WFP/WHO (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Geneva.

WFP (2000), *Food and Nutrition Handbook*. Rome

WHO (2000), *The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva*. http://www.who.int

खतरोन्मुखी (जोखिमपूर्ण) समूहहरू

FAO/WHO (2002), *Living Well with HIV/AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Rome http://www.fao.org

HelpAge International (2001), *Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa*: Ideas for Action. Nairobi. http://www.helpage.org/publications

Piwoz, E and Preble, E (2000), HIV/AIDS and Nutrition: *a Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa*. USAID Washington. http://www.aed.org.

Winstock, A (1994), *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester*, UK.

शिशु तथा साना नानीलाई आहार

Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies (1999), *Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice*. http://www.ennonline.net

FAO/WHO (1994, under revision), Codex Standard for Infant Formula, *Codex STAN 72-1981 (amended 1983, 1985, 1987) Codex Alimentarius, Volume 4: Foods for Special Dietary Uses, Second Edition*. Rome. http: www.codexalimentarius.net

Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (2001), *Infant Feeding in Emergencies Operational Guidance*. London. http://www.ennonline.net

WHO/UNICEF/LINKAGES/IBFAN/ENN (2001), *Infant Feeding in Emergencies: Module 1 for Emergency Relief Staff (Revision 1).* http://www.ennonline.net

WHO (1981), *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. The full code and relevant World Health Assembly Resolutions at: http://www.ibfan.org/english/resource/who/fullcode.html

चिकित्सकीय आहार

WHO (1999), *Management of Severe Malnutrition: A Manual forPhysicians and Other Senior Health Workers*. Geneva.http://www.who.int/nut

सूक्ष्मपोषणसम्बन्धी अल्पताहरू

ICCIDD/UNICEF/WHO (2001), *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers, Second Edition*. Geneva. http://www.who.int/nut

UNICEF/UNU/WHO (2001), *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers*. Geneva. http://www.who.int/nut

WHO (1997), *Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia. Second Edition*. Geneva. http://www.who.int/nut

WHO (2000), *Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Geneva. http://www.who.int/nut

WHO (1999), *Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Geneva. http://www.who.int/nut

WHO (1999), *Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Geneva. http://www.who.int/nut

खाद्य सहयोग

Jaspars S, and Young, H (1995), *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities*. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, Overseas Development Institute. London.

OMNI (1994), *Micronutrient Fortification and Enrichment* of PL480 Title II Commodities.

UNHCR, UNICEF, WFP, WHO, (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children's Fund, World Food Programme, World Health Organisation. Geneva.

WFP (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook*. Rome.

WFP (2000), *Food and Nutrition Handbook*. World Food Programme. Rome.

टिपोट

टिपोट

टिपोट

अध्याय ४: आश्रय, आबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरू सम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू

यो अध्याय कसरी प्रयोग गर्ने

यस अध्यायलाई दुई खण्डमा विभाजित गरिएको छः १) आश्रय तथा बास र २) अखाद्य सामाग्रीहरुः कपडा, ओछ्यान एवं घरेलु सामाग्रीहरु । दुवै खण्डमा कुनै पनि गम्भीर सहायता कार्यक्रम हुने स्थलमा प्रयोग गर्नका लागि सामान्य मापदण्डहरुको व्यवस्था गरिएको छ । जस्तै क्षतिग्रस्त घरमा फर्किने र सोको मरम्मत, आश्रय दिने परिवारहरुसँग बसोबास, विद्यमान भवन तथा बसोबास स्थलहरुमा व्यापक रुपमा आश्रय लिने तथा अस्थायी रुपमा खडा गरिएका अथवा आफैले बनाएका शिविरहरुलाई लिन सकिन्छ । दुवै खण्डमा निम्न कुरा समावेश छन्ः

- न्यूनतम मापदण्डहरुः यिनीहरुको प्रकृत्ति गुणात्मक छ र यिनले आश्रय, बसोबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरुसम्बन्धी कार्यक्रमहरु पुऱ्याउनु पर्ने न्यूनतम स्तर निर्धारण गर्छन्;

- प्रमुख सूचकहरुः यिनीहरु उक्त मापदण्ड हासिल भयो या भएन भन्ने 'संकेत' हुन् । यिनले कार्यक्रमहरुका साथै प्रयोग गरिएको प्रकृया वा विधिहरुले पारेको प्रभाव वा परिणाम नाप्ने तथा सोबारे संचार गर्ने उपाय बताउँछन् । सूचकहरु गुणात्मक वा परिमाणात्मक हुन सक्छन्;

- निर्देशक बुँदाहरुः यिनमा भिन्न परिस्थितिमा मापदण्ड तथा सूचकहरु लागू गर्दा ध्यान दिनु पर्ने बुँदाहरु, व्यावहारिक कठिनाइहरु समाधान गर्ने निर्देशन, तथा प्राथमिकताका सवालहरुबारे सल्लाह पनि समावेश छन् । यिनमा मापदण्ड वा सूचकहरुसँग सम्बन्धित महत्वपूर्ण विषयहरु पनि सामेल हुन सक्छन् र यिनले विद्यमान ज्ञान वा जानकारीमा देखा पर्ने दोधार, विरोधाभास वा खाड्लहरुबारे बयान गर्न सक्छन् ।

परिशिष्ट १ मा आवश्यकताहरु मूल्याङ्कन गर्ने रूजुसूची समावेश गरिएको छ । परिशिष्ट २ मा थप सूचनाका श्रोतहरुको विस्तृत विवरण दिने सन्दर्भ(ग्रन्थ)हरु छन् जसले 'कसरी' गर्ने भनी उत्तम निर्देशन प्रदान गर्छन् ।

विषयसूची

परिचय	२४८
१. आश्रय तथा आबास	२५४
२. अखाद्य सामाग्रीहरुः लुगाफाटा, ओछ्यान तथा घरेलु सामग्री	२७८
परिशिष्ट १ः आश्रय, आबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरुको प्रारम्भिक आवश्यकताहरूको मूल्याङ्कनसम्बन्धी रूजुसूची	२८७
परिशिष्ट २ ः सन्दर्भग्रन्थहरू	२९४

आश्रय, आबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरू

आश्रय तथा आबास

मापदण्ड १
रणनीतिगत योजना निर्माण

मापदण्ड २
भौतिक योजना

मापदण्ड ३
ढाकिएको वासस्थान

मापदण्ड ४
ढाँचा

मापदण्ड ५
निर्माण

मापदण्ड ६
वातावरणीय प्रभाव

अखाद्य सामाग्रीहरुः लुगाफाटा, ओछ्यान तथा घरेलु सरंजाम

मापदण्ड १
लुगाफाटा तथा ओछ्यान

मापदण्ड २
व्यक्तिगत स्वास्थ्य

मापदण्ड ३
पकाउने र खाने भाँडाकुडा

मापदण्ड ४
चूल्हो, इन्धन तथा बत्ती बाल्ने सामाग्री

मापदण्ड ५
औजार तथा उपकरणहरू

परिशिष्ट १
आश्रय, आवास तथा अखाद्य सामाग्रीहरूको प्रारम्भिक आवश्यकताहरूको मूल्याङ्कनसम्बन्धी रुजु सूची

परिशिष्ट २
सन्दर्भग्रन्थहरू

परिचय

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरुसँग सम्बन्ध

आश्रय, आबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरूसम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू मानवतावादी घोषणापत्रमा अन्तर्नीहित सिद्धान्त तथा अधिकारहरूको व्यावहारिक अभिव्यक्ति हो । मानवतावादी घोषणापत्र प्रकोप वा द्वन्द्वबाट प्रभावित हुने व्यक्तिहरूको जीवन तथा सम्मान कायम राख्ने अत्यधिक आधारभूत आवश्यकताहरूसँग सरोकार राख्छ जुन कुरा अन्तर्राष्ट्रिय मानव अधिकार, मानवीय तथा शरणार्थीसम्बन्धी कानूनमा प्रतिबिम्बित छन् । मानवीय कार्यक्रममा आश्रय तथा आबास परिचित शब्द हुन् र यी मानवाधिकारसम्बन्धी कानूनमा उल्लिखित आवाससम्बन्धी अधिकार क्षेत्रभित्र पर्छन् ।

हरेक व्यक्तिलाई पर्याप्त आवासको हक छ । उक्त अधिकारलाई अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरूमा मान्यता प्रदान गरिएको छ । यसमा सुरक्षा, शान्ति तथा सम्मानका साथै जमीनको हकको सुरक्षासाथ रहने अधिकार समाविष्ट छ । आवाससम्बन्धी हकका प्रमुख पक्षअन्तरगत सेवा, सुविधा, सामाग्री तथा पूर्वाधारहरूको उपलब्धता; धान्न सक्ने क्षमता; बास बस्न योग्य; सुगमता; स्थान तथा साँस्कृतिक रूपमा उपयुक्तता पर्छन् । आबाससम्बन्धी हकमा सामान तथा सेवा, जस्तै प्राकृतिक तथा सामान्य श्रोत, सुरक्षित खाने पानी, पकाउने, तताउने र बाल्ने ऊर्जा, सरसफाइ तथा धुलाइ गर्ने सुविधा, खाद्य भण्डारण गर्ने सुविधा, कसिङ्गर व्यवस्थापन, स्थलगत ढलनिकास तथा आपात्कालीन सेवाहरू पनि पर्छन् । मानिसहरूलाई पर्याप्त ठाउँ, चिसो, आर्द्रता, गर्मी, वर्षा, हावा वा स्वास्थ्यलाई हुने अन्य खतरा, संरचनागत खतरा तथा रोग सार्ने तत्व (vector)हरूबाट जोगिने सुविधाहरू प्राप्त हुनु पर्छ । बास तथा आबासको उपयुक्त स्थलले स्वास्थ्य स्याहार सेवा, स्कूल, बालस्याहार केन्द्र तथा अन्य सामाजिक सुविधाहरू र जीविकोपार्जन गर्ने अवसरहरू प्रदान गर्नु पर्छ । घर निर्माण गर्ने तरीका, निर्माण सामाग्रीको प्रयोग र यिनलाई सघाउने नीतिहरूले साँस्कृतिक पहिचान तथा घरको विविधतालाई राम्ररी अभिव्यक्त गर्न समर्थ तुल्याउँछ ।

आबाससम्बन्धी हकको अन्य मानव अधिकारसँग अन्योन्याश्रित सम्बन्ध छ। तिनमा बलजफ्ती ठाउँ खाली गर्ने, शारीरिक सुरक्षा तथा कल्याणविरुद्ध हुने हैरानी तथा अन्य खतराविरुद्ध संरक्षण पर्छन्। यसअतिरिक्त आफ्नो घर वा नियमित रूपमा बस्दै आएको वासस्थानबाट जथाभावी विस्थापित हुनबाट जोगिने प्रत्येक व्यक्तिको हकको सुरक्षा तथा नागरिक सम्पतिमाथि अविवेकपूर्ण सशस्त्र आक्रमणको निषेधसम्बन्धी अधिकार पर्छन्।

यस अध्यायमा उल्लिखित न्यूनतम मापदण्डहरू आबाससम्बन्धी हकको पूर्ण अभिव्यक्ति भने होइनन्। तर स्फिअर मापदण्डहरूले आबासको हकको मूल आत्मालाई प्रतिबिम्बित गर्नुका साथै उक्त हकलाई विश्वव्यापी रूपमा गतिशील ढंगले स्थापित गर्न सघाउँछन्।

प्रकोपकालमा आश्रय, आबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरूको महत्व

आश्रय भनेको प्रकोपका प्रारम्भिक चरणमा जीवन सुरक्षाको लागि महत्वपूर्ण निर्धारक तत्व हो। त्यसबाहेक आश्रय सामान्य सुरक्षा तथा व्यक्तिगत सुरक्षा, हावापानीबाट संरक्षण तथा खराब स्वास्थ्य र रोगविरुद्ध बढ्दो प्रतिरोध गर्ने क्षमता प्रदान गर्नको निम्ति अत्यावश्यक छ। मानव सम्मान तथा कठिन परिस्थितिमा पारिवारिक र सामुदायिक जीवनलाई यथाशक्य धान्नका लागि पनि आश्रय महत्वपूर्ण हुन्छ।

आश्रय तथा सोसँग सम्बन्धित बसोबास तथा अखाद्य सामाग्रीसम्बन्धी कार्यक्रमहरूले समस्या समाधान गर्ने सामुदायिक रणनीतिहरूलाई सघाउनु पर्छ। यस प्रकृयामा सकेसम्म आत्मनिर्भरता तथा आत्म(व्यवस्थापनलाई समावेश गर्नु पर्छ। त्यस्ता कुनै पनि कार्यक्रमले वातावरणमा पर्न सक्ने दीर्घकालीन दुष्प्रभावलाई समेत कम पार्नु पर्छ। अर्कोतर्फ प्रभावित समुदायलाई जीविकोपार्जनमा सघाउने कृयाकलाप कायम वा स्थापित गर्ने अवसरहरू बढाउनु पर्छ।

आश्रयसम्बन्धी आवश्यकता तथा स्वास्थ्य, गोपनीयता र सम्मान कायम राख्नु अतिरिक्त सर्वाधिक व्यक्तिगत स्तरको कार्यक्रमअन्तरगत लुगाफाटा, कम्बल तथा

ओढ्ड्यान उपलब्ध गराउनु पर्ने कुरा पर्दछ । मानिसहरूलाई व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आवश्यकता पूरा गर्न आधारभूत वस्तु तथा सामाग्रीहरू खाना पकाउन तथा खान, तथा न्यानो पार्ने वस्तुहरूको आवश्यकता पर्छ । प्रकोपपीडित घरपरिवार तथा आफ्ना वासस्थानबाट विस्थापित घरपरिवारसँग उनीहरूले जोगाउन सकेका अथवा बोक्न सकेका सामानहरू मात्र हुन्छन् । तसर्थ उनीहरूको महत्वपूर्ण आवश्यकतालाई माग पूरा गर्न उपयुक्त अखाद्य सामाग्रीहरू उपलब्ध गर्नु पर्ने हुन्छ ।

प्रकोपपीडित व्यक्ति तथा घरपरिवारका आवश्यकताहरू पूरा गर्न चाहिने सहायता कार्यक्रमको निर्धारण केही प्रमुख कारक तत्वको आधारमा हुन्छ । यसअन्तरगत प्रकोपको प्रकृति तथा यसको व्यापकता तथा सोबाट भएको आश्रयको क्षति, हावापानीको स्थिति तथा स्थानीय वातावरण, राजनीतिक तथा सुरक्षा स्थिति, प्रसङ्ग (ग्रामीण वा शहरी) एवं समस्या सामना गर्ने समुदायको क्षमता इत्यादि पर्न आउँछन् । प्रकोपबाट गौण रूपले प्रभावित व्यक्तिहरू, जस्तै सम्बन्धित आश्रयदाता समुदायको हक तथा आवश्यकताहरूलाई पनि ध्यान दिनु पर्छ । कुनै पनि सहायता कार्यक्रमलाई प्रकोपको प्रारम्भिक कालको लगत्तै पछि प्रभावित घरपरिवारबाट चालिएका आफ्नै सीप र वस्तुगत श्रोत प्रयोग गरेर अस्थायी आश्रय प्रदान गर्न वा नयाँ दीर्घकालीन वासस्थान निर्माण शुरू गर्न चालेको कदमको बारेमा जानकारी दिनु पर्छ । आश्रयसम्बन्धी कार्यक्रमहरूले प्रभावित घरपरिवारलाई मुनासीब छोटो अवधिभित्रै प्रकोपकालीन आश्रयबाट टिक्ने खालको घरमा सर्न र यसको साथै सो कार्यको लागि आवश्यक पुनः थप श्रोत उपलब्ध गर्न आइपर्ने कठिनाइहरूलाई पनि ध्यान दिनु पर्छ ।

महिलाहरूलाई आश्रय तथा बास कार्यक्रमहरूमा संलग्न गराउँदा तिनको र प्रकोपपीडित सबै जनताको आश्रय, लुगाफाटा, निर्माण सामाग्री, खाद्यान्न उत्पादन गर्ने उपकरण तथा अन्य आवश्यक आपूर्तिहरूमा समान र सुरक्षित पहुँच छ भनी सुनिश्चित गर्न सघाउँछ । महिलाहरूसँग सुरक्षा तथा गोपनीयता, खाना पकाउन तथा न्यानो पार्न इन्धन संकलन गर्ने श्रोत तथा साधन, एवं आवास तथा आपूर्तिमा समान पहुँच छ सुनिश्चित गर्नेजस्ता विभिन्न विषयमा परामर्श गर्नु पर्छ । लैङ्गिक हिंसा तथा यौन शोषण रोकथाम गर्न र सोविरुद्ध कार्यक्रम गर्न विशेष ध्यान पुऱ्याउनु पर्छ । तसर्थ सकेसम्म आश्रय तथा आबाससम्बन्धी कार्यक्रमहरूको ढाँचा बनाउन र कार्यान्वयनमा महिलाहरूको सहभागिता बढाउन प्रोत्साहित गर्नु आवश्यक छ ।

अन्य अध्यायसँग सम्बन्ध

अन्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित अध्यायहरूमा उल्लिखित मापदण्डहरू यस अध्यायका लागि पनि सान्दर्भिक छन् । एक क्षेत्रमा मापदण्डहरू पूरा गर्ने कार्यमा भएका प्रगतिले प्रायः अन्य क्षेत्रको प्रगतिलाई प्रभावित तथा कहिलेकाहीँ निर्धारित पनि गर्छ । सहायता कार्य प्रभावकारी हुनका लागि अन्य क्षेत्रसँग निकै समन्वय तथा सामञ्जस्य हुनु आवश्यक छ । आवश्यकताहरू पूरा गर्न, प्रयासहरू नदोहोरिन दिन तथा आश्रय, बसोबास तथा अखाद्य सामाग्रीको सहयोगसम्बन्धी कार्यक्रमहरूको गुणस्तर अत्यधिक गराइएको छ भनी सुनिश्चित गर्न स्थानीय निकाय तथा कार्यक्रम गर्ने अन्य निकायहरूबीच समन्वय हुनु पनि जरुरी छ ।

उदाहरणका लागि, आश्रयसम्बन्धी सहयोग प्रदान गरिने क्षेत्रहरूमा पर्याप्त पानीको आपूर्ति तथा सरसफाइसम्बन्धी सुविधाको प्रावधान हुनु आवश्यक छ । यसले प्रभावित घरपरिवारहरूको स्वास्थ्य तथा सम्मानलाई सुनिश्चित सहायता पुऱ्याउँछ । त्यस्तै पर्याप्त आश्रयको प्रांवधान हुनाले विस्थापित घरपरिवारहरूको स्वास्थ्य तथा कल्याणमा सघाउ पुऱ्याउँछ । अर्कोतर्फ खाद्यान्न सहयोगको सदुपयोग गर्न तथा पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्न आवश्यक पकाउने तथा खाने भाँडाकुडाको खाँचो पर्छ । अन्य प्राविधिक अध्यायमा आवश्यकतानुसार विशिष्ट मापदण्ड वा निर्देशक बुँदाहरू उल्लेख गरिएका छन् ।

सबै क्षेत्रका लागि साझा मापदण्डहरुसँग सम्बन्ध

कुनै हस्तक्षेप कार्यक्रमको विकास गर्ने र कार्यान्वयन गर्ने प्रकृयाले त्यसको प्रभावकारिताका लागि महत्वपूर्ण हुन्छ । यस अध्यायको प्रयोग सबै क्षेत्रका लागि साझा मापदण्डहरूसँग समन्वय गरी हुनु पर्छ जसमा सहभागिता, प्रारम्भिक मूल्याङ्कन, सहायता कार्यक्रम, लक्ष्यीकरण, अनुगमन, मूल्याङ्कन, सहयोगकर्मीको क्षमता तथा जिम्मेवारीहरू, एवं सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन र कर्मचारीहरूलाई सहयोग गर्ने विषयहरू पर्छन् (अध्याय १, पृष्ठ २७ हेर्नुहोस्) । खासगरी कुनै पनि सहायता कार्यक्रममा तल उल्लिखित खतरोन्मुखी समूहलगायतका प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूको सहभागितालाई कार्यक्रमको उपयुक्तता तथा गुणस्तर सुनिश्चित गर्न अधिकतम रूपमा गराउनु पर्छ ।

प्रकोपपीडित जनताले भेल्ने खतरा तथा तिनका क्षमताहरु

प्रकोपकालमा अधिकतम खतरामा पर्ने समूहहरूमा महिला, बालबालिका, वृद्ध, अपाङ्ग, एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरू पर्छन् । कतिपय प्रसङ्गमा मानिसहरू जातीय उत्पति, धार्मिक वा राजनैतिक सम्बन्धन, वा विस्थापनका कारणले पनि खतरा भेल्नु पर्ने स्थितिमा हुन्छन् । यो आफैंमा पूर्ण सूची भने होइन । तर यसमा सर्वाधिक पहिचान गरिएका कुराहरू परेका छन् । विशेषखालका खतराहरूले मानिसहरूको प्रकोपको घडीलाई सामना गर्ने र सोमा बाँच्ने क्षमतालाई प्रभावित गर्छ र हरेक अवस्थामा सर्वाधिक खतरा पर्ने व्यक्तिहरूको पहिचान हुनु पर्छ ।

यस हातेपुस्तिकाभरि नै 'खतरोन्मुखी समूह' भन्ने शब्दावलीले यी सबै समूहलाई जनाउँछन् । जब कुनै एक समूह खतरामा पर्छ त्यतिबेला अरू पनि प्रभावित हुने डर हुन्छ । तसर्थ खतरोन्मुखी समूहको उल्लेख हुनासाथ यस हातेपुस्तिकाका प्रयोगकर्ताहरूलाई यहाँ सूचीमा परेका सबैमाथि विचार पुऱ्याउन जोडदार आग्रह गरिन्छ ।सबै प्रभावित समूहलाई बिना भेदभाव तथा उनीहरूको विशेष आवश्यकताअनुसार संरक्षण तथा सहयोग प्रदान गर्न विशेष ध्यान दिइनु पर्छ । तर प्रकोपबाट प्रभावित व्यक्तिहरूसँग स्वयं समस्याको सामना गर्ने सीप तथा क्षमता हुन्छन् वा तिनले ग्रहण गर्छन् भन्ने कुरा बुझी तिनको पहिचान तथा समर्थन गर्नु पर्छ ।

१ आश्रय तथा बास

आश्रयसम्बन्धी सहयोग विद्यमान आवास वा समुदायहरुभित्र व्यक्तिगत घरपरिवारलाई वासस्थान वा विस्थापित घरपरिवारको बसोबासको मरम्मत गर्न प्रदान गरिन्छ । त्यसरी छरिएको बसोबास सम्भव नभएमा सामूहिक रुपमा उपयुक्त ठूला सार्वजनिक भवन वा संरचनाहरुमा जस्तै गोदामघर, हल, ब्यारेक, आदि अथवा अस्थायी रुपले खडा गरिएका अथवा आफै बनाएका शिविरहरुमा आश्रय प्रदान गरिन्छ ।

प्रदत्त सहयोगको स्तर, भूउपयोगसम्बन्धी हक वा स्वामित्व, आवश्यक सेवाहरुको उपलब्धता तथा सामाजिक पूर्वाधार एवं वासस्थानहरुको सुधार र विस्तार गर्ने अवसरहरुलाई ध्यानमा राखेर व्यक्तिगत घरपरिवारको आश्रयसम्बन्धी समाधानहरु अल्प वा दीर्घकालीन हुन सक्छन् ।

आश्रय तथा आबाससम्बन्धी मापदण्ड १ः
रणनीतिक योजना निर्माण

विद्यमान आश्रय तथा बाससम्बन्धी समाधानहरूको प्रकोपपीडित घरपरिवारहरूको फिर्ती वा आश्रयदाताहरूलाई ध्यानमा राखेर प्राथमिकता निर्धारण गरिन्छ । साथै प्रभावित जनताको सुरक्षा, स्वास्थ्य, अभय र भलाइ सुनिश्चित गरिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- सम्भव भए प्रभावित घरपरिवार आफ्ना मूल वासस्थानमा फर्कन्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- आफ्ना मूल वासस्थान फर्कन नसक्ने प्रभावित घरपरिवार सकेसम्म स्वतन्त्र ढंगले आश्रयदाता समुदायमा वा परिवारहरूसँग घरबास गर्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- आफ्ना मूल वासस्थान फर्कन नसक्ने वा स्वतन्त्र ढंगले आश्रयदाता समुदाय वा परिवारहरूसँग घरबास गर्न नसक्ने प्रभावित घरपरिवारलाई सामूहिक आश्रय वा अस्थायी रूपले योजनावद्ध वा आफै बसालिएका शिविरहरूमा बसोबास गराइन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- प्रभावित जनताको सुरक्षालाई हुने वास्तविक वा सम्भावित खतराहरू मूल्याङ्कन गरिन्छ । साथै वासस्थान वा आबासहरूलाई त्यस्ता कुनै पनि बाह्य खतराभन्दा टाढा सुरक्षित स्थानमा स्थापित गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- भुइँचालो, ज्वालामुखीसम्बन्धी गतिविधि, पहिरो, बाढी वा हुरी बतासजस्ता प्राकृतिक प्रकोपबाट हुने खतरालाई कम पारिन्छ तथा उक्त क्षेत्रमा कुनै रोग वा रोगवाहिनीको जोखिम छैन (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्) ।

- उक्त स्थानहरू खतराको सम्भावना हुने उपकरण वा सामाग्रीमुक्त छन् । साथै खतरनाक संचरना, कुडाकर्कट वा अस्थिर भूमीजस्ता विद्यमान खतराहरूको पहिचान गरी तिनलाई सुरक्षित तुल्याइएका छन् वा त्यहाँ हुने आवतजावतलाई पहुँच नियन्त्रित र पहरा दिइएको छ (निर्देशक बुँदा ४, ६ तथा ७ हेर्नुहोस्) ।

- भूमि वा सम्पतिको स्वामित्व तथा/वा भवन वा स्थानको प्रयोगसम्बन्धी हकहरू सो लिनु वा ओगट्नुअघि स्थापित गरिएका छन् र आवश्यक भए अनुमति लिएर प्रयोग गर्न पाउने सहमति भएको छ (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

- पानी तथा सरसफाइसम्बन्धी सेवाहरू र स्वास्थ्य स्याहार, स्कूल र पूजास्थलजस्ता सामाजिम सुविधाहरू उपलब्ध छन् वा सन्तोषजनक रूपमा उपलब्ध गराउन सकिन्छ (निर्देशक बुँदा ९ हेर्नुहोस्) ।

- यातायातको पूर्वाधारले व्यक्तिगत रूपमा आबासमा आवतजावत गर्न तथा अन्य सेवाहरूसम्म पुग्न सुविधा प्रदान गर्दछ (निर्देशक बुँदा १० हेर्नुहोस्) ।

- सकेसम्म घरपरिवारले आफ्नो जीविकोपार्जनमा सहयोग गर्ने खालका कृयाकलापलाई निरन्तरता दिने तथा विकासका लागि जग्गा, बजार वा सेवाहरू उपलब्ध गर्न सक्छन् (निर्देशक बुँदा ११ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **फिर्तीः** अधिकाँश प्रकोपपीडित व्यक्तिका लागि आफ्नै भूमि तथा वासस्थानमा फर्कने अवसर पाउनु प्रमुख उद्देश्य हुन्छ । धेरैजसो प्रकोपपीडित घरपरिवारका लागि क्षतिग्रस्त वासस्थान र वरिपरिको भूमि प्रमुख सम्पतिको रूपमा रहेका हुन्छन् । तर सम्पति वा जग्गामा कब्जा, निरन्तर चल्ने हिंसात्मक द्वन्द्व, जातीय वा धार्मिक तनाव, सजायँ पाउने डर, जमीनमुनि ओछ्याइएका विष्फोटक पदार्थ (बारुदी सुरुङ्ग) तथा नपड्केका विष्फोटकहरूजस्ता सुरक्षात्मक विषयले गर्दा आफ्नो ठाउँमा फर्कन सधैं सम्भव नहुन सक्छ । क्षतिग्रस्त वासस्थानको मरम्मत गरी आश्रय प्रदान गर्ने प्रावधानले समुदायको समस्या सामना गर्ने रणनीतिहरूलाई सघाउ पुऱ्याउँछ, स्थापित बासव्यवस्थाका ढाँचाहरू कायम राख्छ र विद्यमान पूर्वाधारको प्रयोग गर्न सघाउँछ ।

२. **परिवार तथा समुदायद्वारा आश्रय प्रदान गर्नुः** प्रकोपपीडित व्यक्तिहरू प्रायः ऐतिहासिक, धार्मिक वा अन्य सम्बन्ध भएका अन्य पारिवारिक सदस्यवा व्यक्तिहरूका साथ आश्रय प्रदान गर्ने समुदायमा बस्न रुचाउँछन् । यदि यस्तो अवस्था हुन नसकिने अवस्थामा समुदायका अन्य समूहद्वारा आश्रय प्रदान गर्ने पनि सम्भवाना छ । त्यतिखेर सुरक्षासम्बन्धी सम्भावित जोखिम वा सामाजिक द्वन्द्वबारे पनि विचार पुऱ्याउन आवश्यक छ । आश्रयसम्बन्धी सहयोगअन्तरगत आतिथेय प्रदान गर्ने परिवारको आश्रयलाई विस्तार गर्न वा सुधार गर्न तथा विस्थापित घरपरिवारलाई राम्रो बास बसाउन सुविधाहरू प्रदान गर्न सहयोग वा आतिथेय परिवारको घरसँगै थप छुट्टै आश्रय प्रदान गर्ने कुरा पर्छन् । त्यसकारणले जनघनत्वमा वृद्धि र सामाजिक सुविधा र पूर्वाधारको

आवश्यकताहरूमा भएको वृद्धिको विश्लेषण गर्नु र त्यसको समाधान गर्नु पर्छ । आतिथेय समुदायमा थप वा विस्तारित वासस्थानहरूको निर्माण गरी आश्रयको प्रावधान गर्नाले पनि समुदायको समस्या समाधान गर्ने रणनीतिहरूलाई सघाउँछ ।

३. **सामूहिक आबासः** अस्थायी रूपले योजनावद्ध गरिएका शिविरहरू गलत सहायता कार्यक्रमको रूपमा बन्नु हुन्न । आश्रयसम्बन्धी त्यस्ता समाधानहरूको आवश्यकता एक्लासमा परेका घरपरिवारलाई सुरक्षासम्बन्धी बढ्दो खतरा भएका वा पानी तथा खाद्यजस्ता आवश्यक सेवा सीमित भएका क्षेत्रमा पर्न सक्छ । ठूला भवन वा संरचनाहरूमा सामूहिक आश्रय प्रदान गर्नाले हावापानीबाट बच्न छिटो अस्थायी संरक्षण प्रदान गर्न सक्छ । उक्त कुरा व्यक्तिगत वासस्थानहरूमा न्यानो पार्ने चाहिंदो सुविधा प्रदान गर्न पर्याप्त भौतिक श्रोत नभएको जाडोयाममा बढी ग्राह्य हुन्छ । प्रायः प्रभावित परिवारहरूलाई स्कूलका भवनहरूमा राख्ने व्यवस्था गरिन्छ । तर सम्भव भएसम्म वैकल्पिक संरचनाहरूको खोजी गर्नु पर्छ । यसले गर्दा स्कूलहरूमा आतिथेय दिने तथा समुदायका बालबालिका अझ विस्थापित समुदायका बालबालिकाले समेत निरन्तर कक्षामा पढ्ने सुविधा पाउने छन् । सामूहिक वासस्थान नै आक्रमणको तारो नबनून् र वरिपरिका जनतालाई सुरक्षासम्बन्धी जोखिम नहोस् भनी सुनिश्चित गर्नपट्टि पनि ध्यान दिनु पर्छ ।

४. **जोखिम तथा खतराको मूल्याङ्कनः** जोखिम तथा खतराको विस्तृत विश्लेषण हुनु आवश्यक छ । यसअन्तरगत सुरक्षासम्बन्धी वास्तविक वा सम्भावित खतरा र खासगरी प्रभावित तथा कुनै पनि आश्रयदाता समुदायभित्रका विभिन्न सामाजिक समूहका खासगरी सामाजिक वा आर्थिक खतराहरू समावेश हुनु पर्छ (पृष्ठ ३६ मा प्रारम्भिक मूल्याङ्कनसम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

५. **प्राकृतिक खतराहरुः** कुनै पनि स्थानमा भुइँचालो, ज्वालामुखीय गतिविधि, पहिरा, बाढी वा हुरी बतासजस्ता प्राकृतिक खतराहरूको स्थानीय प्रभावको पनि मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ । भूकम्पको आघातको कारणले खतरा हुने भवन वा संरचनानजिकका स्थानहरू, पहिरा जाने भूसंरचना, बढी लावा बग्न सक्ने

होचा जमीन वा फ्याँकिने ग्याँसहरू बन्न सक्ने होचा स्थान, नदी किनार र पुनः बाढी आउन सक्ने धसिएका क्षेत्रहरू तथा हुरीबतास चल्ने स्थानहरूबाट तबसम्म जोगिनु पर्छ जबसम्म त्यस्ता स्थानमा फर्कँदा हुन सक्ने खतराहरू निकै कम भइसकेको कुरा प्रष्ट जानकारी हुँदैन ।

६. **खतरनाक सामाग्री तथा वस्तुहरुः** भुइँचालो, बाढी, तीव्र सामुद्रिक हुरीजस्ता प्राकृतिक प्रकोपपश्चात सम्भवतः खतरनाक सामाग्री तथा वस्तुहरू थुप्रिन वा देखा पर्न सक्छन्; पहिलेका वा हालका द्वन्द्वका कारण जमीनमुनि ओछ्याइएका वा नपड्केका विष्फोटक वस्तुहरू फेला पर्न सक्छन् । त्यस्ता सामाग्रीको उपस्थिति तथा तिनलाई हटाउँदा हुन सक्ने खतराहरूलाई उपयुक्त अनुभवी कर्मचारीमार्फत पहिचान गरिनु पर्छ । तिनलाई सुरक्षित ढंगले हटाउन चाहिने समय र विज्ञ व्यक्तिको कारणले प्रभावित कुनै पनि स्थानको आंशिक वा सबै भागको प्रयोग गर्न नसकिने हुन सक्छ ।

७. **संरचनागत मूल्याङ्कनहरुः** बसोबास गरिएका क्षेत्रका भवन संरचनाहरूको स्थायित्वबारे उपयुक्त योग्य कर्मचारीद्वारा लेखाजोखा गरिनु पर्छ । तिनले गर्ने मूल्याङ्कनमा भुइँचालोपछिका आघात तथा थप बाढी र हुरीबतास आदिबाट संरचनाहरूलाई अझ कमजोर तुल्याउ सक्नेजस्ता असरहरूबारे विचार समावेश हुनु पर्छ । त्यस्तै सामूहिक आश्रयका लागि थप भार वहन गर्न सक्ने विद्यमान भवन संरचनाहरूको क्षमता तथा भवनका विभिन्न भाग जस्तै भुइँ, आन्तरिक विभाजन गर्ने पर्खाल, छाना आदि भत्किने बढ्दो जोखिमको मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ ।

८. **भूमि तथा भवनको स्वामित्व र प्रयोगः** त्यस्ता मुद्दा प्रायः विवादास्पद हुन्छन् । खासगरी जहाँ अभिलेख राखिएको छैन वा द्वन्द्वको कारणले सम्पतिको स्वामित्वलाई प्रभावित गरेको छ त्यस्तो स्थान विवादास्पद हुन्छ । सकेसम्म स्थान वा भवन(हरू)को स्वामित्व स्थापित हुनुका साथै उपयोग गर्ने औपचारिक एवं परम्परागत हकवालाहरूको पहिचान हुन पर्छ । खतरायुक्त

समूहका भूमि वा सम्पतिसम्बन्धी हकहरूलाई पहिचान गर्ने तथा सहयोग गर्नु पर्छ । यसअन्तरगत उत्तराधिकारका औपचारिक वा बुझिएका अधिकारहरू पर्छन् खासगरी प्रकोपपश्चात हकवाला वा स्वामित्व भएको व्यक्तिको मृत्यु वा विस्थापन भइसकेको स्थितिमा ।

९. **सेवा तथा सुविधाहरुको उपलब्धताः** नयाँ सुविधाहरू निर्माण गर्न सोच्नुअगावै विद्यमान वा मरम्मत गरिएका सेवा वा सुविधाहरू पहिचान तथा प्रयोग हुनु पर्छ (पृष्ठ ६३ मा पानी आपूर्ति, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी अध्याय हेर्नुहोस्) ।

१०. **बसोबास गर्ने स्थानहरुमा पहुँचः** आबासमा पहुँच, स्थानीय सडक संरचनाको स्थिति, राहत सामाग्रीको आपूर्तिका लागि विमानस्थल, रेलवे वा बन्दरगाहसम्मको निकटताको मूल्याङ्कन हुनु पर्छ । मूल्याङ्कन गर्दा मौसमसम्बन्धी व्यवधान, खतरा तथा सुरक्षाका जोखिमहरूबारे पनि ध्यान दिनु पर्छ । सामूहिक आश्रय तथा अस्थायी रूपले योजनावद्ध ढंगले वा आफै बसालिएका शिविरहरू रहेका सो स्थल प्राथमिक गोदाम तथा खाद्य वितरण केन्द्रहरूसम्म भारी ट्रकहरू पुग्न सक्ने हर किसिमको मौसममा प्रयोग हुन सक्ने पक्की सडक हुनु पर्छ । अन्य सुविधाहरू हल्का सवारीले भ्याउने खालका हुनु पर्छ ।

११. **जीविकोपार्जनलाई सहयोगः** प्रभावित जनताहरूलाई स्थापित गर्ने कार्यलाई सो जनसमुदायको प्रकोपपूर्व गर्ने आर्थिक गतिविधिहरूको समझदारी तथा प्रकोपपश्चातको प्रसङ्गमा प्रदान हुने अवसरहरूले निर्देशित गर्नु पर्छ । यसअन्तरगत जग्गाको उपलब्धता तथा खेती र चरनाका लागि पहुँच, बजार क्षेत्रको अवस्थिति तथा पहुँच र खास आर्थिक गतिविधिलाई आवश्यक हुने स्थानीय सेवाहरूको उपलब्धता तथा पहुँच भन्ने विषयलाई समावेश गर्नु पर्छ । विस्थापित वा कुनै आश्रयदाता समुदायभित्रका विशेष खतरोन्मुख समूहका भिन्न सामाजिक तथा आर्थिक आवश्यकताहरूको पनि मूल्याङ्कन गरी तिनलाई सोहीअनुरुप समावेश गर्नु पर्छ (पृष्ठ १४२ मा खाद्य सुरक्षासम्बन्धी मापदण्डहरू हेर्नुहोस्) ।

आश्रय तथा आबाससम्बन्धी मापदण्ड २ः भौतिक योजना

भौतिक योजना निर्माणका स्थानीय अभ्यासहरू सम्भव भएसम्म प्रयोग गरिन्छ । तिनले आश्रय तथा आवश्यक सेवा र सुविधाहरूमा सुरक्षित तथा निश्चित पहुँच र प्रयोगका लागि सघाउँछन् । साथै तिनले व्यक्तिगत घरपरिवारका आश्रयहरूको बीच हुनु पर्ने उचित गोपनीयता तथा पृथकताको (एक घरदेखि अर्को घरको फरक) सुनिश्चित गर्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- परिवार, छिमेक वा ग्रामीण समूहको आधारमा जस्तो अनुकूल हुन्छ क्षेत्रीय वा सामूहिक बस्तीको योजना निर्माणले विद्यमान सामाजिक सञ्जाललाई सघाउनुका साथै सुरक्षामा योगदान गर्छ र प्रभावित जनतालाई आफैले व्यवस्थापन गर्न समर्थ तुल्याउनु पर्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- प्रभावित जनसमुदायका सबै सदस्यहरूले पानी, सरसफाइसम्बन्धी सुविधा, स्वास्थ्य स्याहार, फोहोरमैला व्यवस्थापन, चिहान, अनि स्कूल, पूजास्थल, सभास्थल एवं मनोरञ्जनात्मक क्षेत्रजस्ता सामाजिक सुविधाहरूमा सुरक्षित पहुँच गर्न सक्छन् (निर्देशक बुँदा २-४ हेर्नुहोस्) ।

- अस्थायी रूपले योजनावद्ध गरिएका वा आफैं बसालिएका शिविरहरू प्रति व्यक्ति न्यूनतम ४५ मि२ भुइँ क्षेत्रमा आधारित छन् (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- सतही भू-आकृत्तिलाई पानीको निकास सहज बनाउन प्रयोग वा वृद्धि गरिन्छ । साथै चर्पी नै सरसफाइको प्राथमिक प्रणाली भएको ठाउँमा खाल्टे चर्पी बनाउन खाल्डो खन्नका लागि जमिन उपयुक्त छ (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्) ।

- व्यक्तिगत बासस्थान तथा सुविधाहरूसम्म पुग्न सुरक्षित, भरपर्दो तथा हर मौसममा प्रयोग गर्न सकिने सडक तथा साना बाटाहरू छन् (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

- सामूहिक आश्रयहरूमा आवश्यकतानुसार पुग्न र संकटकालमा सो खाली गर्नका लागि खुला द्वारहरू छन् । यी द्वारहरू आवतजावतलाई राम्रोसँग सुपरिवेक्षण गर्न सक्ने गरी राखिएका छन् । यी द्वारहरूले सुरक्षाको दृष्टिकोणले वासिन्दाहरूलाई कुनै खतरा पुऱ्याउँदैनन् (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

- रोगवाहिनीसम्बन्धी जोखिमहरूलाई कम पारिएका छन् (निर्देशक बुँदा ९ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **समूहगत बस्तीको योजना निर्माणः** सामूहिक बसोबासका लागि व्यापक आश्रयभित्र ठाउँ तथा अस्थायी रूपले खडा गरिएका शिविरभित्रको जग्गा भाग लगाउने काममा विद्यमान सामाजिक चलन र साथै पानी एवं सरसफाइसम्बन्धी सुविधाहरू, पकाउने, खाद्य वितरण आदिजस्ता साझेदारी गरिने श्रोतहरू तिनको सम्भारलाई आधार बनाउनु पर्छ । अस्थायी रूपले योजनावद्ध रूपमा बसालिएका शिविरहरू भाग लगाइएका जमीनको रूपरेखाले प्रत्येक घरको गोपनीयता तथा सम्मान कायम राख्ने किसिमले घरमा छुट्टै ढोका राखी घरको ढोका साझा स्थानमा खुल्ने कुरा सुनिश्चित गर्नु पर्छ । उल्लेखनीय सँख्यामा एक्ला वयस्क वा अनाश्रित बालबालिकारहेका खतरायुक्त समूह तथा विस्थापित समुदायहरूलाई पनि सुरक्षित तथा एकीकृत बास क्षेत्रहरू प्रदान गर्नु पर्छ । छरिएर रहेका बसोबासहरूका लागि पनि सामूहिक बस्ती योजनाका सिद्धान्त लागू हुनेछ । उदाहरणका लागि घरपरिवारका समूह निश्चित भौगोलिक क्षेत्रमा फर्कने अथवा एकदम निकट रहेका आश्रयदाता परिवारहरूको पहिचान गर्नेछन् ।

२. **सेवा तथा सुविधाहरुमा पहुँचः** हाल विद्यमान वा मरम्मत गरिएका सुविधाहरूको अधिकतम प्रयोग गराउनको निम्ति पानी आपूर्ति, शौचालय तथा स्वास्थ्य र सामाजिक सुविधाहरूलगायतका आवश्यक सेवाहरूमा गरिने पहुँचका लागि राम्ररी योजना बनाउनु पर्छ । अर्कोतर्फ यसले कुनै पनि छिमेकी वा आश्रयदाता समुदायहरूमा पर्ने दुष्प्रभावलाई कम पार्नु पर्छ ।

लक्षित जनसमुदायको आवश्यकतालाई ध्यानमा राखी सो पूरा गर्न थप सुविधा वा प्राप्त गर्ने केन्द्रहरूको व्यवस्था गर्नु पर्छ। यस्तो सुविधामा सबै बासिन्दाको सुरक्षित पहुँच हुने निश्चित हुने किसिमले योजना बनाउनु पर्छ। सेवाहरूको योजना र प्रावधानमा प्रभावित जनसमुदायको सामाजिक संरचना तथा लैंगिक भूमिकाका साथै खतरायुक्त समूहका आवश्यकताहरू प्रतिबिम्बित हुनु पर्छ। केटाकेटीको निम्ति सुरक्षित खेल क्षेत्र उपलब्ध गराउनु पर्छ। साथै सम्भव भएसम्म स्कूल तथा अन्य शैक्षिक सुविधा पनि उपलब्ध गराउनु पर्छ (पृष्ठ ६३ मा पानी आपूर्ति, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी अध्याय तथा पृष्ठ ३२२ मा स्वास्थ्य प्रणाली र पूर्वाधारसम्बन्धी मापदण्ड ५, निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।

३. **मृतकका अवशेषको प्रवन्ध गर्नुः** मृतकका अवशेषको प्रवन्ध गर्दा सामाजिक चलनको सम्मान गर्नु पर्छ। यदि चलन फरक फरक भए हरेक सामाजिक समूहलाई ससम्मान आफ्ना परम्परा निर्वाह गर्न छुट्टै क्षेत्र उपलब्ध गराउनु पर्छ। चिहान वा मृतक जलाउने घाटजस्ता विद्यमान सुविधा अपुग भए वैकल्पिक स्थान वा सुविधाहरू प्रदान गर्नु पर्छ। चिहान चाहिं पिउने पानीका लागि उपयोग गरिने भूमिगत पानीका श्रोतभन्दा कम्तीमा ३० मीटर पर हुनु पर्छ। चिहानको तल्लो भाग सो श्रोतभन्दा कम्तीमा १.५ मीटर माथि हुनु पर्छ। चिहानको सतहबाट बग्ने पानी निवास क्षेत्रमा प्रवेश गर्नु हुन्न। प्रभावित समुदायले पनि साँस्कृतिक रूपले बनाइने चिता तथा अन्य मृत्यु संस्कारसम्बन्धी आवश्यकता पूरा गर्ने सामाग्रीहरू पाउनु पर्छ (पृष्ठ ३२५ मा स्वास्थ्य प्रणाली तथा संरचनासम्बन्धी मापदण्ड ५, निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्)।

४. **प्रशासकीय सुविधा तथा संक्रामक रोग निषेध (quarantine) क्षेत्रहरुः** आवश्यकतानुसार प्रकोप सहायता कार्यक्रमलाई जनाउने कृयाकलापहरूलाई सहयोग गर्न प्रशासकीय कार्यालय, गोदामघर तथा कर्मचारीहरूको आवास तथा संक्रामक रोग लागेकालाई भिन्दै राख्नको निम्ति छुट्याइएको निषेध (quarantine) क्षेत्रको प्रावधान हुनु पर्छ (पृष्ठ ३३७ मा सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्ने मापदण्ड ४ हेर्नुहोस्)।

५. **सतही क्षेत्रः** प्रति व्यक्ति ४५२ वर्गमीटरको प्रावधान गरिएको योजनासम्बन्धी निर्देशनमा घरपरिवारका लागि बनाइने घरको निम्ति चाहिने जमीन तथा सडक क्षेत्र, पेटी, शैक्षिक सुविधा, सरसफाइ, अग्निशामक, प्रशासन, पानी भण्डारण, वितरण क्षेत्र, बजार तथा भण्डारणका साथै प्रत्येक घरपरिवारका लागि सीमित करेसाबारीका लागि आवश्यक जमीन क्षेत्र पर्छन्। सतही क्षेत्रसम्बन्धी योजना निर्माण गर्दा जनताको क्रमिक विकास तथा जनसंख्या वृद्धिबारे पनि विचार गर्नु पर्छ। न्यूनतम सतही क्षेत्र उपलब्ध गराउन नसक्ने स्थितिमा घना बसोबासको कारणबाट उत्पन्न हुने परिणामहरू कम पार्ने कुरालाई पनि ध्यान दिनु आवश्यक छ। जस्तै प्रत्येक घरको बीचको फरक र घरपरिवारको गोपनीयता कायम गर्ने तथा आवश्यक सुविधाका लागि स्थानको व्यवस्था आदिलाई लिन सकिन्छ।

६. **भूस्थिति तथा जमीनका अवस्थाहरुः** अस्थायी रूपले योजनाबद्ध बसेका शिविरका लागि ढलनिकास तथा क्षयीकरण नियन्त्रण गर्ने उपायहरू अवलम्बन नगरेको स्थितिमा स्थलको भिरालोपन ६% भन्दा बढी हुनु हुँदैन। अथवा पर्याप्त ढलनिकास दिनको लागि १% भन्दा कम हुनु हुँदैन। भेल कम गर्न वा पानी जम्न नदिनको लागि अझै ढलनिकासको व्यवस्था गर्नु पर्ने हुन सक्छ। निर्माणस्थलको न्यूनतम सतही बिन्दु वर्षायाममा पानीको अनुमानित सतहभन्दा माथि ३ मीटरभन्दा कम हुनु हुँदैन। जमीनका स्थितिले पनि शौचालय तथा अन्य सुविधाका साथै आबासहरूको योजनासम्बन्धी आधार खडा गर्न आवश्यक जानकारी दिन सक्छन्। जस्तै चिरा परेका चट्टानले गर्दा चर्पीको फोहोर व्यापक रूपमा फिजिन सक्छ; राम्रो माटोमा पानी कम सोसिने हुनाले चर्पी चाँडै नै भासिन सक्छन्; ज्वालामुखीय चट्टानले गर्दा चर्पी बनाउन खाल्डो खन्न कठिन हुन्छ (पृष्ठ ८८ मा मैला व्यवस्थापनसम्बन्धी मापदण्ड २ तथा पृष्ठ १०५ मा ढलनिकाससम्बन्धी मापदण्ड १ हेर्नुहोस्)।

७. **आश्रयस्थलहरुमा पहुँचः** आश्रयसथ्लमा पुग्ने विद्यमान वा नयाँ मार्गले कुनै पनि खतरा नजिक हुने कुराबाट जोगिनु पर्छ। सम्भव भएसम्म त्यस्ता मार्गहरूले बनाउँदा एकान्त अथवा छेकिने क्षेत्र नपर्ने गरी बनाउनु पर्छ। प्रयोग गर्नेहरूको व्यक्तिगत सुरक्षामाखतरा हुने किसिमले यस्ता मार्गका नियमित प्रयोगबाट हुने क्षयलाई विचारपूर्वक गरिएको योजनामार्फत सकेसम्म कम पार्नु पर्छ।

८. **आवतजावत तथा संकटकालीन पलायन (त्राण)ः** सामूहिक आश्रयहरूले तिनका बासिन्दाहरूलाई स्वतन्त्र आवतजावत सुनिश्चित गर्नु पर्छ । साथै ती बासिन्दाहरूलाई आफ्नो सुरक्षामा पर्न आउने कुनै सम्भावित खतरा कम गर्ने कुराको आफैले पर्याप्त सुपरिवेक्षण गर्न सक्ने तुल्याउन सघाउनु पर्छ । सामूहिक आश्रयहरूको नजिकको बाहिर निस्कने ठाउँको खुट्किलो अथवा तहमा परिवर्तन गर्नु हुँदैन । साथै सबै भरेङ्ग तथा भिरालो परेको हिँड्ने बाटो वा र्‍याम्प (ramp)मा हात समात्ने (हत्ता) राख्नु पर्छ । सम्भव भएसम्म हिंडडुल गर्न गाह्रो हुने वा बिना सहारा हिंडडुल गर्न नसक्ने बासिन्दाहरूलाई भुइँतलामा बाहिर निस्कने ढोका नजिकै ठाउँ दिनु पर्छ । सो स्थान निकासद्वार नजिकै वा सतहमा कुनै परिवर्तन नहुने आवतजावत मार्गमा हुनु पर्छ । भवनका सबै बासिन्दा दुई निकासद्वारको न्यूनतम र सहमतिअनुसारको उचित दूरीमा बस्नु पर्छ । यसले तिनीहरूलाई आगलागी हुँदा भाग्ने विकल्प द्वार छान्न सुविधा पुग्नेछ । तसर्थ यी निकासद्वारहरू प्रष्ट देखिने हुनु पर्छ ।

९. **रोगवाहिनीसम्बन्धी जोखिमहरुः** गहिरो क्षेत्र, खाड्ल, खाली भवन तथा स्थानहरू (जस्तै ईंट निर्माण गर्दा बन्न जाने खाड्लहरू)मा छेउछाउका घरपरिवारमा स्वास्थ्यसम्बन्धी खतरा पैदा गर्न सक्ने कीराहरूको उत्पादन स्थल बन्न सक्छ (पृष्ठ ९६ मा रोगवाहिनी नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) ।

आश्रय तथा आबाससम्बन्धी मापदण्ड ३ : छाना भएको वासस्थान

मानिसहरूसँग ससम्मान बस्नका लागि पर्याप्त ढाकिएको बासस्थान छ । घरपरिवारका आवश्यक कृयाकलापहरू सन्तोषजनक रूपमा सम्पन्न गर्न सकिन्छ । साथै आवश्यकतानुरुप जीविकोपार्जनलाई सहयोग पुर्‍याउने गतिविधिहरू पनि गर्न सकिन्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- शुरूमा ढाकिएको (छोपिएको/छाना भएको) भुइँको क्षेत्र कम्तीमा प्रति व्यक्ति ३.५ मी२ वर्गमीटर हुनु पर्छ (निर्देशक बुँदा १-३ हेर्नुहोस्) ।

- ढाकिएको क्षेत्रले सम्बन्धित घरपरिवारका स्त्री तथा पुरुषबीच विभिन्न उमेर समूहबीच तथा भिन्न परिवारका बीच आवश्यकतानुसार भरपर्दो पृथक तथा गोप्य वातावरण प्रदान गर्छ (निर्देशक बुँदा ४-५ हेर्नुहोस्) ।

- आश्रयभित्र घरपरिवारका आवश्यक कामहरू गर्न सकिन्छ (निर्देशक बुँदा ६ र ८ हेर्नुहोस्) ।

- सम्भव भएका ठाउँमा जीविकोपार्जनलाई सहयोग गर्ने प्रमुख गतिविधिहरूलाई स्थान दिइन्छ (निर्देशक बुँदा ७-८ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **हावापानी तथा प्रसङ्गः** चिसो मौसमको (जाडो) याममा घरपरिवारमा गरिने काम साधारणतया ढाकिएको क्षेत्रमा गरिन्छ । प्रकोपपीडित व्यक्तिहरू आफूले पर्याप्त न्यानो अनुभव गरेको सुनिश्चित गर्न सो घरभित्र निकै समय बस्न सक्छन् । शहरी वातावरणमा घरेलु काम प्रायः ढाकिएको क्षेत्रभित्र हुन्छ किनभने त्यहाँ नजिकै प्रयोग गर्ने बाहिरी ठाउँ कम उपलब्ध हुन्छ । गर्मी तथा आर्द हावापानी भएको ठाउँमा स्वस्थ वातावरण बनाइ राख्न थप वायु संचालनको लागि व्यवस्था हुनु पर्छ । यस्ता आवश्यकताहरू पूरा गर्न बढीमा प्रति व्यक्ति ३.५ मी२ वर्गमीटरको ढाकिएको भुइँ चाहिन्छ । भुइँदेखि छानासम्मको उँचाइ पनि मुख्य कारक तत्व हो । गर्मी तथा आर्द हावापानीमा हावा चल्ने सुविधा पुऱ्याउनका लागि बढी उँचाइ राम्रो हुन्छ । तर चिसो हावापानीमा भने न्यानो पार्न पर्ने भित्री आयतन कम गर्न कम उँचाइ ठीक हुन्छ । अलि न्यानो हावापानी भएको ठाउँमा भने आश्रयछेउ छहारी भएको बाहिरी स्थानलाई खाना तयार पार्न, पकाउन र सुत्नका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ ।

२. **अवधिः** प्रकोपलगत्तै पछि, खासगरी चरम हावापानी भएको अवस्था रहेको र आश्रयका लागि तत्काल सामाग्रीहरू नभेटिने स्थितिमा जीवन धान्नको निम्ति कम्तीमा प्रति व्यक्ति ३.५ मी२ वर्गमीटरभन्दा कम ढाकिएको क्षेत्र उपयुक्त हुन सक्नेछ र यसले जीवन धान्न र आवश्यकताको मारमा परेका विशाल जनसमूहलाई छोटो समयका लागि पर्याप्त आश्रय प्रदान गर्न सक्नेछ । यस्तो अवस्थामा आश्रयसम्बन्धी कार्यक्रम यथाशक्य चाँडो प्रति व्यक्ति ३.५ मी२ वर्गमीटर पुग्ने गरी व्यवस्था गर्नु पर्छ । किनभने लामो अवधि लागेको खण्डमा बसाइ सकेका व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य तथा भलाइमा असर पार्न सक्छ । यदि प्रति व्यक्ति ३.५ मी२ वर्गमीटर उपलब्ध गराउन नसकेमा अथवा प्रभावित व्यक्तिहरूलाई वा छिमेकको जनसमुदायबाट प्रयोग गरिएको सामान्य स्थानभन्दा बढी भएमा कम ढाकिएको क्षेत्रको उपलब्धताले सम्मान, स्वास्थ्य तथा गोपनीयतामा पार्ने असरबारे विचार गर्नु पर्छ । प्रति व्यक्ति ३.५ मी२ वर्गमीटरभन्दा कम प्रदान गर्ने निर्णयका साथै यसबाट प्रभावित जनतामाथि पर्ने कुनै पनि दुष्प्रभाव कम गर्ने कदमहरूका बारेमा पनि प्रकाश पार्नु आवश्यक छ ।

३. **छाना छाउने सामाग्रीको व्यवस्थाः** सम्पूर्ण आश्रयका लागि सामाग्रीहरू उपलब्ध गराउन नसकेको स्थितिमा छाना छाउने सामाग्री तथा न्यूनतम ढाकिएको क्षेत्रलाई चाहिने संरचनागत सहयोगलाई प्राथमिकता दिनु पर्छ । तर त्यसरी बन्ने आश्रय (ढाकिएको क्षेत्र)ले हावापानीबाट आवश्यक संरक्षण, वा सुरक्षा, गोपनीयता तथा सम्मान प्रदान गर्न सक्ने स्थिति नहुन सक्छ । तसर्थ यी आवश्यकताहरू यथाशक्य चाँडो पूरा गर्नको निम्ति कदम चालिनु पर्छ ।

४. **साँस्कृतिक चालचलनहरुः** संयुक्त पारिवारका सदस्यहरूको सुत्ने तथा बस्ने व्यवस्थासम्बन्धी ढाकिएको वासस्थानको चलनले प्रयोग गर्ने विद्यमान स्थानीय चलनले ढाकेके क्षेत्रको आवश्यकताको जानकारी दिन्छ । यसको लागि खतरोन्मुख समूहका साथै हिंडडुल गर्न नसक्ने व्यक्तिलाई स्याहार गर्नेहरूसँग परामर्श गर्नु पर्छ ।

५. **सुरक्षा तथा गोपनीयताः** महिला, केटी तथा केटाहरूमाथि आक्रमण हुने खतरा हुन्छ । त्यसैले तिनको व्यक्तिगत सुरक्षाको विरुद्ध हुन सक्ने खतराबाट बचाउन पर्याप्त सुरक्षा दिलाउनेतर्फ ध्यान दिनु पर्छ । व्यक्तिगत घरपरिवारका आश्रयहरूमा आन्तरिक उपविभाजनका अवसरहरू प्रदान गर्नु पर्छ । सामूहिक आश्रयहरूमा सम्बन्धित परिवारहरूलाई समूहवद्ध पारिनु, भवन वा संरचनामा आउने जाने बाटोको राम्रो योजनावद्ध व्यवस्था तथा व्यक्तिगत एवं घरपरिवारको बस्ने ठाउँ छुट्याउने सामाग्रीहरूको व्यवस्थाले पर्याप्त व्यक्तिगत गोपनीयता तथा सुरक्षा प्रदान गर्छन् ।

६. **घरपरिवारका कृयाकलापहरुः** सुत्न, लुगा धुन र लुगा फेरफार गर्न; शिशु, बालबालिका तथा बिरामी वा थला परेकाहरूको स्याहार गर्न; खाद्यान्न, पानी, घरेलु सामाग्री तथा अन्य मुख्य सम्पतिहरू भण्डारण गर्न; आवश्यकतानुरुप भित्रै पकाउन र खान; तथा घरपरिवारको सामान्य भेला हुनका लागि आवश्यक स्थान प्रदान गरिनु पर्छ ।

७. **ढाँचा तथा स्थानको प्रावधानः** उपलब्ध गराइएको ढाकिएको क्षेत्रको लचिलो प्रयोगबाट दिउँसो वा राति विभिन्न समयमा विभिन्न कृयाकलाप संचालन गर्न सकिन्छ । आश्रयको संरचनाको ढाँचा, निकासद्वारहरूको स्थान तथा आन्तरिक वैकल्पिक उपविभाजन गर्न सक्ने व्यवस्थाले आवश्यकतानुसार जीविकोपार्जनलाई सघाउने कृयाकलाप गर्नका लागि आन्तरिक र सँगैको बाहिरको ठाउँ प्रयोग गर्न सकिन्छ ।

८. **आश्रयका अन्य कार्यहरुः** आश्रयले व्यक्तिगत घरपरिवारलाई हावापानीबाट बचाउनु, प्रत्येक घरपरिवारलाई सुरक्षा तथा गोपनीयता आदि प्रदान गर्नुका साथै अन्य उद्देश्यहरू परिपूर्ति गर्न सहयोग पुऱ्याउँछ भन्ने कुरा बुझ्नु पर्छ । यसअन्तरगत क्षेत्रगत हकदैयाको स्थापना गर्ने, राहत सहयोग प्राप्त गर्ने स्थानका रूपमा काम गर्ने तथा प्रकोपपछि पुनर्निर्माणको प्रकृयामार्फत मनोसामाजिक सहयोग प्राप्त गर्ने प्रावधान पर्दछ । यसले घरपरिवारको प्रमुख वित्तीय सम्पतिको पनि प्रतिनिधित्व गर्न सक्छ ।

आश्रय तथा आबाससम्बन्धी मापदण्ड ४ : ढाँचा (Design)

आश्रयको ढाँचा प्रभावित जनतालाई स्वीकार्य हुनुका साथै यसले पर्याप्त न्यानो, स्वच्छ हावा तथा हावापानीबाट संरक्षण प्रदान गर्छ । यसबाट प्रभावितहरूको सम्मान, स्वास्थ्य, सुरक्षा तथा भलाइ (कल्याण) सुनिश्चित हुन्छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- आश्रयको ढाँचा तथा त्यसमा प्रयोग हुने सामाग्रीहरू सकेसम्म परिचित र साँस्कृतिक एवं सामाजिक रूपमा मान्य छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- क्षतिग्रस्त विद्यमान आश्रयहरूको मरम्मत वा प्रकोपपीडित जनताबाट निर्मित प्रारम्भिक आश्रयहरूको सुधार गर्ने कार्यलाई प्राथमिकता दिइएको छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- अस्थायी आश्रय प्रदान गर्नको निम्ति आवश्यक वैकल्पिक सामाग्रीहरू टिकाउ, व्यावहारिक तथा प्रभावित जनतालाई मान्य हुने खालका छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- निर्माणको प्रकार, प्रयोग गरिएका सामाग्रीहरू तथा निकासद्वारहरूको आकार तथा स्थानले अधिकतम न्यानो तथा हावाको संचार (ventilation) प्रदान गर्छ (निर्देशक बुँदा ४-७ हेर्नुहोस्) ।

- पानीको आपूर्ति हुने श्रोत तथा सरसफाइका सुविधाहरूमा पहुँच तथा वर्षाको पानी संकलन, पानी भण्डारण, ढलनिकास तथा फोहोरमैला व्यवस्थापनको प्रावधानले आश्रयहरूको निर्माणमा पूरकको काम गर्छ (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

- रोगवाहिनीहरूको नियन्त्रण गर्ने उपायहरूलाई ढाँचामै समावेश गरिएको छ भने सामाग्रीहरू स्वास्थ्यसम्बन्धी खतरा घटाउने गरी चयन गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ९ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **सहभागितामूलक ढाँचाः** ढाँचालाई अन्तिम रूप दिन र प्रयोग गरिने सामाग्रीहरूबारे निर्धारण गर्नका लागि हरेक प्रभावित घरपरिवारलाई अधिकतम मात्रामा संलग्न गराउनु पर्छ । आश्रयभित्र प्रायः धेरै समय बिताउने समूह वा व्यक्तिका रायहरूलाई प्राथमिकता दिनु पर्छ । प्रत्येक आश्रय वा ढाकिएको क्षेत्रको अभिमुखीकरण, प्रदान गरिएको स्थानको आकारप्रकार तथा रूपरेखा, पर्याप्त आवागमनका लागि ढोका तथा झ्यालहरूको स्थान, प्रकाश तथा वातानुकूलन तथा कुनै आन्तरिक उपविभाजनजस्ता व्यवस्था जहाँ सुरक्षित मानिन्छ सो ठाउँमा स्थानीय चलनलाई मान्यता दिनु पर्छ । यस्तो कुरा सम्बन्धित आवश्यकताहरू समावेश भएको पूरा गर्ने विद्यमान सामान्य गृह संरचनाको मूल्याङ्कनले उल्लेख गर्नु पर्छ (पृष्ठ ३४ मा सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

२. **स्थानीय आश्रयसम्बन्धी पहलहरु र क्षतिग्रस्त भवनहरुको मरम्मतः** प्रकोपप्रभावित जनताले प्रायः आफ्ना क्षतिग्रस्त घरबाट उकासी ल्याएको वा अन्य प्रकारले स्थानीय रूपमा खोजी ल्याएको सामाग्री प्रयोग गरी येनतेन आश्रयहरू बनाउँछन् । यस कार्यका लागि तिनले परम्परागत वा तात्कालिक प्रविधि प्रयोग गर्छन् । अपरिचित वा सामूहिक आश्रयको सट्टा क्षतिग्रस्त घरभित्र बस्न सकिने एक वा बढी कोठा बनाउन वा कामचलाउ आश्रयको सुधार गर्नका लागि भौतिक एवं प्राविधिक सहयोग बढी ग्राह्य हुन्छ । भुइँचालोपछिका आघात तथा पहिराजस्ता प्रकोपबाट हुने जोखिमहरू, सुरक्षासम्बन्धी सम्भावित खतरा तथा द्वन्द्वप्रभावित क्षेत्रमा घरपरिवार फर्कन सहमत हुने सवालहरूका साथै क्षतिग्रस्त संरचना वा भवनहरूबाट उत्पन्न हुने स्वास्थ्य तथा सुरक्षासम्बन्धी जोखिमहरूको मूल्याङ्कन हुनु पर्छ ।

३. **सामाग्रीहरु तथा निर्माणः** स्थानीय वा परिचित सामाग्रीहरू तत्कालै उपलब्ध वा सल्लाहयोग्य नभए साँस्कृतिक रूपमा मान्य ढाँचा तथा सामाग्रीहरूको पहिचान प्रभावित समुदायको सहभागी परामर्शमा गर्नु पर्छ। प्रकोपको प्रारम्भिक चरणमा सहायता कार्यक्रममा घरपरिवारलाई प्रायः बलियो प्लाष्टिक शीटका साथै आवश्यक डोरी तथा स्थानीय रूपमा प्राप्त काठ, प्लाष्टिक ट्युब वा ग्याल्भनाइज गरिएको स्टील पाताजस्ता सहयोग सामाग्रीहरू प्रदान गरिन्छ। त्यस्तो शीटले अन्तर्राष्ट्रिय मानवतावादी समुदायबाट मान्यता प्राप्त विशेषताहरू पूरा गर्नु पर्छ।

४. **न्यानो, आर्द्र हावापानीमाः** आश्रयहरूको ढाँचा बनाउँदा यसमा वातानुकुलता (ventilation)को दृष्टिले हावा संचार बढी हुने तथा सोझै घाम कम पस्ने कुरामा ध्यान दिनु पर्छ। छिमेकका आश्रयहरूले गर्दा निकासहरूमा हुने अवरोध हटाई बढी हावा आउने जाने बनाउनु पर्छ। वर्षाको पानी तर्कने गरी छानामा उचित ढाल र छाना बढी लट्केको (बाहिर निस्केको) हुनु पर्छ। कम न्यानो भए पुग्ने भएकोले आश्रयको निर्माण हल्का हुनु पर्छ। विभिन्न मौसममा पर्ने पानीबारे विचार गरी आश्रयवरिपरि सतही पानी बग्ने पर्याप्त व्यवस्था गर्नु पर्छ। साथै पानी भित्र पस्नबाट बचाउन भनी भुइँ अग्लो बनाउनु पर्छ। विद्यमान वनस्पतिले माटोमा पानी सोस्ने काम बढाउन सक्छ।

५. **गर्मी, सुख्खा हावापानीमाः** बढी ताप क्षमता भएको सुनिश्चित गर्नको निम्ति स्थूल निर्माण पर्छ। यसबाट राति र दिउँसोको तापक्रममा क्रमशः परिवर्तन आई भित्री भाग चिसिने र तातिने कार्यमा मद्दत पुग्न जान्छ अथवा पर्याप्त ताप संचार नगर्ने तत्व प्रयोग भएको हल्का निर्माण गर्नु पर्छ। भुइँचालो जाने जोखिम भएका क्षेत्रमा गरिने भारी निर्माण कार्यको संरचनागत ढाँचा बनाउनका लागि पर्याप्त ध्यान दिनु पर्छ। प्लाष्टिक शीट र पाल मात्र उपलब्ध हुने अवस्थामा चर्को घामबाट बचाउने गरी विभिन्न तहमा वातानुकूलन हुनेखालको दोहोरो पत्रको छानुको व्यवस्था गर्नु पर्छ। ढोका तथा झ्यालहरू निकै बतास चल्ने दिशाभन्दा फरक दिशामा राखेमा तातो हावाबाट बढ्ने गर्मी तथा वरिपरिको जमीनबाट आउने तापलाई कम पार्न

सकिन्छ । जोडिएका आश्रय तथा वरिपरिका प्राकृतिक भूभाग वा रूखहरूबाट पनि तातो हावा चलेको बेला छहारी र संरक्षण प्राप्त गर्न सकिन्छ । बालुवा नछिरोस् भनी बाहिरी पर्खालसँगै जोडी भुइँ बनाउनु पर्छ ।

६. **चिसो हावापानीमाः** दिनभरि प्रयोग हुने आश्रयहरूमा उच्च ताप क्षमता भएको स्थूल निर्माण गर्नु पर्छ । रातिमात्र प्रयोग हुने आश्रयहरूमा न्यून ताप क्षमता भएको तथा उच्च ऊष्मारोधी भएको हल्का निर्माण गर्नु बढी उपयुक्त हुनेछ । आश्रयमा हावाको बहाव आवश्यकतानुकूल न्यून राख्नु पर्छ । यसले व्यक्तिगत आरामलाई सुनिश्चित गर्नुको साथै कोठा तताउने (स्पेस हीटर) वा पकाउने चूल्हाका लागि पर्याप्त हावा प्रदान गर्नेछ । ढोका र झ्याल बतास कम आउने गरी बनाउनु पर्छ । चूल्हा वा अन्य किसिमका ठाउँ तताउने वस्तु (स्पेश हीटर)हरू आश्रयका लागि आवश्यक भएकाले उपयुक्त खालको हुनु पर्छ । भुइँको कारणले शारीरिक तापमा हुने कमीलाई ऊष्मारोधी भुइँ बनाई र ऊष्मारोधी ओछ्याउने सामाग्री, ओछ्यान वा उठाइएका ओछ्यान प्रयोग गरी कम गर्न सकिन्छ (पृष्ठ २७८ मा अखाद्य सामाग्रीसम्बन्धी मापदण्ड १ तथा पृष्ठ २८३ मा मापदण्ड ४ हेर्नुहोस्) ।

७. **वातानुकूलन (भेन्टिलेशन)ः** आश्रयको बनौटमा स्वस्थ आन्तरिक वातावरण बनाइराख्नको निम्ति तथा स-साना कणबाट संक्रमण हुने क्षयरोगजस्ता रोग सर्ने खतरालाई कम पार्न पर्याप्त हावा आवतजावत गर्न सक्ने व्यवस्था भेन्टिलेशन) हुनु पर्छ ।

८. **स्थानीय पानी प्राप्ति, सरसफाइ तथा पानी व्यवस्थापनका चलनः** सुरक्षित पानीको श्रोत खोजी गर्ने र दिसापिसाप गर्ने र फोहोरमैला व्यवस्थापन गर्ने विधिसम्बन्धी प्रकोपभन्दा पहिलेका चलनहरूबारे यकीन गर्नु पर्छ । साथै संकटपछि त्यस्ता चलनका अवसर र कठिनाइहरूको पहिचान गर्नु पर्छ । शौचालय तथा फोहोरमैला व्यवस्थापन गर्ने स्थानको सम्बन्धमा व्यक्तिगत आश्रय वा बसोबासको ढाँचा वा खाका तयार गर्दा साँस्कृतिक, वातावरणीय, सुरक्षात्मक वा सामाजिक पक्षहरूलाई ध्यानमा राख्नु पर्छ (पृष्ठ ५१ मा पानी आपूर्ति, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनसम्बन्धी अध्याय हेर्नुहोस्) ।

८. **रोगवाहिनीसम्बन्धी जोखिमको पहिचानः** स्थानीय भवन निर्माणसम्बन्धी चलन, विस्थापित व्यक्तिहरूबाट आश्रयका ढाँचाहरूको प्रयोग तथा सोका लागि सामाग्रीहरूको चयनले आश्रयको डिजाइन र तत्पश्चातका रोगवाहिनी नियन्त्रण गर्ने उपायहरू अपनाउन सजिलो तुल्याउनु पर्छ । लामखुट्टे, मूसा, झिङ्गा तथा सर्प, बिच्छु र धमिराजस्ता कीराहरूबाट खास खतरा हुन्छ (पृष्ठ ९२-१०० मा रोगवाहिनी नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्डहरू १-३ हेर्नुहोस्) ।

आश्रय तथा आबाससम्बन्धी मापदण्ड ५ः निर्माण

निर्माणसम्बन्धी विधि भवन निर्माणका सुरक्षित स्थानीय चलनअनुरुप छ र यसले जीविकोपार्जनका स्थानीय अवसरहरूलाई अधिकतम बढाउँछ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- स्थानीय श्रोतबाट प्राप्त गरिएका सामाग्री तथा श्रमलाई स्थानीय अर्थतन्त्र वा वातावरणमाथि कुनै दुष्प्रभाव नपारी प्रयोग गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।
- कालीगढ (निर्माणकला) तथा सामाग्रीका लागि स्थानीय रूपमा स्थापित मापदण्डहरू हासिल गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।
- निर्माण तथा सामाग्रीसम्बन्धी किटिएका विशेषताहरूले भावी प्रकोपहरूलाई कम पार्छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।
- निर्माणको प्रकार तथा प्रयोग गरिएका सामाग्रीहरूले स्थानीय रूपमा उपलब्ध उपकरण तथा श्रोतहरू प्रयोग गरेर व्यक्तिगत घरपरिवारका आश्रयहरूको सम्भार तथा सुधार गर्न मद्दत गर्छन् । (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।
- सामाग्रीहरू तथा श्रम प्राप्ति र निर्माण प्रकृयाको देखरेख पारदर्शी एवं जिम्मेवारीपूर्ण हुनुका साथै अन्तर्राष्ट्रिय रूपले मान्यता प्राप्त बोलपत्र, खरीद तथा निर्माणसम्बन्धी प्रशासनिक विधिव्यवहारअनुरुप नै छन् ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **आश्रयसम्बन्धी सामाग्रीहरुको श्रोत तथा श्रमः** जीविकोपार्जनलाई सहयोग पुऱ्याउने खालको कामको सम्वर्द्धन स्थानीय रूपमा निर्माण सामाग्रीहरूको खरीद, भवन निर्माणका विज्ञको सीप प्रयोग तथा शारीरिक श्रमको उपयोग गरी गर्नु पर्छ । स्थानीय बाली तथा सामाग्रीहरूको आपूर्तिले स्थानीय अर्थतन्त्र वा वातावरणमा उल्लेखनीय ढंगले नराम्रो असर पार्न सक्छ । त्यस्तो अवस्थामा बहुमुखी श्रोत, वैकल्पिक सामाग्री तथा उत्पादन प्रकृयाहरू अथवा क्षेत्रीय वा अन्तर्राष्ट्रिय श्रोतबाट प्राप्त सामाग्रीहरू वा स्वामित्व भएका आश्रय प्रणालीको आवश्यकता पर्छ । सम्भव भएसम्म क्षतिग्रस्त भवनहरूबाट निकालिएका सामाग्रीहरूलाई प्रारम्भिक निर्माण सामाग्रीको रूपमा (ईंटा वा ढुङ्गा, छानाको काठ, खपडा, आदि) वा सहायक सामाग्रीको रूपमा (जग वा बाटो सम्याउनका लागि रोडा आदि) फेरि प्रयोग गर्न लगाउनु पर्छ । (पृष्ठ २७६ मा आश्रय तथा बाससम्बन्धी मापदण्ड ६, निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

२. **प्रभावित घरपरिवारहरुको सहभागिताः** सीप प्रशिक्षण कार्यक्रम तथा सेवाकाल प्रशिक्षण योजनाहरूले निर्माणका दौरान खासगरी भवन निर्माणसम्बन्धी सीप वा अनुभव नभएका व्यक्तिहरूका लागि सहभागिताका अवसरहरू बढाउन सक्छन् । शारीरिक वा प्राविधिक रूपमा कडा मिहेनत पर्ने काम गर्न असमर्थ व्यक्तिहरूले स्थलगत अनुगमन र सामानहरू नियन्त्रण गर्ने काममा सघाउन सक्छन् । साथै तिनले केटाकेटीको स्याहार वा निर्माण कार्यमा संलग्न व्यक्तिहरूका लागि अस्थायी बास वा खानपीनको व्यवस्था र प्रशासकीय सहयोग पनि गर्न सक्छन् । त्यतिखेर प्रभावित जनताका अन्य माग तथा श्रम श्रोतहरूमाथि पनि ध्यान दिनु पर्छ । कामका लागि खाद्य भन्ने प्रेरक कार्यक्रम समावेश गरेमा तिनले प्रभावित घरपरिवारलाई खाद्यान्न सुरक्षा प्रदान गरी सक्रिय रूपमा भाग लिन सहयोग गर्नेछ । एक्ला महिला, महिलाद्वारा संचालित घरपरिवार तथा अशक्त महिलाहरूलाई आफ्नो आश्रय निर्माण गर्न सहयोग माग्ने क्रममा यौनशोषण हुने खास जोखिम हुन सक्छ । स्वयंसेवी सामुदायिक श्रम टोली वा ठेक्कामा राखिएका मजदूरले कुनै पनि व्यक्तिको लाभ हुने पूरक सहयोग गर्न सक्छ (पृष्ठ ३४ मा सहभागितासम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

३. **निर्माणसम्बन्धी मापदण्डहरुः** प्रमुख सुरक्षा तथा कार्यसम्पादनसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा भएको सुनिश्चित गर्नको निम्ति प्रयोग हुनु पर्ने उच्च मापदण्डहरूबारे सम्बन्धित निकायहरूसँग सहमति बनाउनु पर्छ । भवन निर्माणसम्बन्धी स्थानीय वा राष्ट्रिय नियम (संहिता)लाई परम्परागत हिसाबले अनुसरण नगरिएका अथवा लागू नभएका ठाउँमा अधिकतम रूपमा अनुसरण गर्ने सहमति हुन पर्छ ।

४. **प्रकोपको रोकथाम तथा न्यूनीकरणः** आश्रयको ढाँचा हावापानीसम्बन्धी विदित अवस्थासँग मेल खाने, उपयुक्त वायुभारलाई वहन गर्न सक्षम, हिउँदमा हिउँका भार पनि खप्न सक्ने हुनु पर्छ । भुईँचालोको प्रतिरोध तथा भूमिजन्य अवस्थाहरूको मूल्याङ्कन हुनु पर्छ । स्थानीय निकाय तथा प्रकोपप्रभावित जनताको परामर्शमा प्रकोपको परिणामस्वरूप भवन निर्माणसम्बन्धी मापदण्डहरू वा आम चलनचल्तीका निर्माणका तौरतरीकामा सुझावअनुसारको वा वास्तविक परिवर्तन गर्नु पर्छ ।

५. **सुधार तथा सम्भारः** आश्रयसम्बन्धी प्रकोपकालीन कार्यक्रमहरूले प्रायः न्यूनतम ढाकिएको क्षेत्र तथा सामाग्रीहरू मात्र सहयोगस्वरूप प्रदान गर्छन् । तसर्थ प्रभावित परिवारहरूले सो क्षेत्र विस्तार गर्न वा सोको गुणस्तर बढाउन वैकल्पिक साधनहरू खोज्नु पर्ने हुन्छ । निर्माणको स्वरूप तथा प्रयोग गरिएका सामाग्रीहरूले व्यक्तिगत घरपरिवारलाई विस्तारै सामञ्जस्य गर्न वा आश्रयलाई राम्रो बनाउन वा ढाँचासम्बन्धी कुराले तिनका दीर्घकालीन आवश्यकताहरू पूरा गर्न र स्थानीय रूपमा उपलब्ध उपकरण एवं सामाग्रीहरू प्रयोग गरी मरम्मत कार्य गर्न सघाउँछन् ।

६. **खरीद तथा निर्माण व्यवस्थापनः** उत्तरदायी, प्रभावकारी तथा जवाफदेहीपूर्ण आपूर्ति चक्र र सामाग्री, श्रम तथा स्थल सुपरिवेक्षण गर्ने निर्माण व्यवस्थापन प्रणाली स्थापना गर्नु पर्छ । यसअन्तरगत श्रोत खोजी गर्ने, खरीद वा प्राप्त गर्ने, तथा आवश्यकतानुरुप उत्पादन केन्द्रबाट सम्बन्धित ठाउँसम्म ढुवानी, प्रबन्ध तथा प्रशासनिक व्यवस्था मिलाउने कुरा पर्छन् ।

आश्रय तथा आबाससम्बन्धी मापदण्ड ६: वातावरणीय प्रभाव

वातावरणमाथि पर्ने कुप्रभावलाई प्रकोपग्रस्त घरपरिवारको बन्दोवस्त, सामाग्रीको तथा प्रयोग गरिएका निर्माण प्रविधिको व्यवस्था गरेर कम गरिन्छ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- प्रभावित जनताको अस्थायी वा स्थायी व्यवस्था मिलाउने क्रममा प्राकृतिक श्रोत कत्तिको उपलब्ध छन् भन्ने कुरामाथि विचार गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्)।
- विस्थापित तथा आश्रय दिने जनताका निरन्तर आवश्यकता पूरा गर्न प्राकृतिक श्रोतहरूको व्यवस्थापन गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्)।
- निर्माण सामाग्रीको उत्पादन तथा आपूर्ति र निर्माण प्रकृयाले प्राकृतिक श्रोतहरूलाई दीर्घकालीन रूपमा विनाश हुनबाट बचाउँछ (निर्देशक बुँदा २-३ हेर्नुहोस्)।
- पानी सोसेर राख्न, माटोको क्षयीकरण कम पार्न र छहारी प्रदान गर्नका लागि रूख तथा अन्य वनस्पतिहरू सकेसम्म कायम राखिएको छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्)।
- संकटकालीन आश्रयका रूपमा प्रयोग गर्न आवश्यक नभएको खण्डमा यदि अन्य सहमति नभएमा सामूहिक आश्रय वा अस्थायी रूपले योजनावद्ध ढंगले बसालिएका शिविरहरूको स्थानलाई पूर्ववत अवस्थामा ल्याइन्छ। (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **दीगोपना तथा वातावरणीय श्रोतहरुको व्यवस्थापनः** मानव बस्तीमा उल्लेखनीय वृद्धिलाई दीगो गर्नका लागि चाहिने प्राकृतिक श्रोतहरू सीमित भएका अवस्थामा वातावरणमा धेरै लामो असर नपार्ने खालका प्रयास गर्नु पर्छ। दीगो रूपमा इन्धनको बाहिरबाट आपूर्ति तथा पशुचरनका व्यवस्थित विकल्पहरू, कृषिजन्य उत्पादन तथा प्राकृतिक श्रोतमाथि निर्भर गर्ने जीविकोपार्जनलाई सहयोग गर्ने कृयाकलापहरू संचालन गर्नु पर्छ। मानव बस्तीमा उल्लेखनीय वृद्धि दीगो गर्न सक्ने व्यापक प्राकृतिक श्रोत भएका वातावरणमा आवश्यकतानुसार प्रभावित जनतालाई विभिन्न स(साना बस्तीमा बाँड्नु पर्छ। किनभने ठूला बस्तीका तुलनामा सानाले वातावरणीय क्षति पार्ने कम सम्भावना हुन्छ। इन्धन, पानी, निर्माणका लागि काठ, ढुङ्गा र बालुवा आदि विद्यमान प्राकृतिक श्रोतहरू प्राप्त गर्ने अधिकारको पहिचान गर्नु पर्छ। साथै विद्यमान जग्गा तथा वन क्षेत्रहरूको सामान्य प्रयोग तथा सम्भार गर्ने आवश्यकताको पनि पहिचान गर्नु पर्छ।

२. **दीर्घकालीन वातावरणीय असरलाई कम पार्नेः** जहाँ प्रभावित जनतालाई आश्रय प्रदान गर्दा स्थानीय प्राकृतिक श्रोतहरू विनाश भई वातावरणमा नराम्रो असर पर्छ त्यस्तो स्थितिमा पूरक वातावरणीय व्यवस्थापन तथा पुनर्वास कार्यक्रमहरूमार्फत त्यसको दीर्घकालीन असर कम पार्नु पर्छ।

३. **निर्माण सामाग्रीहरुको श्रोतः** प्रकोपपूर्वको श्रोत तथा प्रकोपपछि वृहत मात्रामा पानी, निर्माण गर्ने काठ, बालुवा, माटो तथा घासजस्ता प्राकृतिक श्रोतका साथै ईंटा तथा छाना छाउने खपडा पोल्नका लागि इन्धनका मागहरूबारे लेखाजोखा गर्नु पर्छ। यस्ता श्रोतहरूको परम्परागत उपभोक्ता, निकाल्ने तथा पुनः संचालन गर्ने दर र यी श्रोतहरूको स्वामित्व वा नियन्त्रण गर्ने कुराको पहिचान गर्नु पर्छ। आपूर्तिसम्बन्धी वैकल्पिक वा पूरक श्रोतहरूले स्थानीय अर्थतन्त्रलाई सघाउनुका साथै स्थानीय वातावरणमा पर्ने दीर्घकालीन दुष्प्रभावलाई कम पार्न सक्छ। बहुमुखी श्रोत तथा उकासेर ल्याएका वस्तुको पुनः प्रयोग, तथा वैकल्पिक सामाग्री तथा उत्पादन प्रकृयाहरू (जस्तै माटोका

स्थिर ब्लक) लाई पूरक पुनः वृक्षरोपण वा पुनः उत्पादन गर्ने कार्यक्रमजस्ता दीगो खालका चलनहरू पनि अपनाएर निर्धारण गर्नु पर्छ ।

४. **भूक्षयः** आवश्यक पर्न सक्ने जग्गा खाली गर्दाको असरबारे मूल्याङ्कन गर्नको निम्ति भूमिको खास किसिमको उपयोग, विद्यमान वनस्पतिको वितरण तथा सतही पानीको निकास गर्ने तरीकाहरूको मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ । स्थानीय प्राकृतिक बासस्थानमा पर्ने दुष्प्रभावलाई कम पार्नको निम्ति कृषिजन्य वा चरन गर्ने भूमिलाई योजनावद्ध गर्नु पर्छ । माटोमा हुने स्थायित्वलाई कायम राख्नको निम्ति विद्यमान रूख तथा वनस्पतिहरू जोगाएर आश्रयहरू पनि योजनावद्ध ढंगले निर्माण गरी गर्नु पर्छ । साथै यस्तो किसिमको विकासले छहारी दिने र हावापानीबाट बचाउने र दुवैलाई बढाउन अवसर प्रदान गर्छ । भूक्षय तथा बाढी कम पार्नको निम्ति प्राकृतिक रूपरेखाको प्रयोग गरी सडक, बाटा तथा ढलनिकासका सञ्जाललाई योजनावद्ध गर्नु पर्छ । त्यसो गर्न नसकिने भए कुनै पनि सम्भावित भूक्षयलाई रोक्न सन्तोषजनक उपाय अवलम्बन गर्नु पर्छ । जस्तै खनिएका ढलका कल्भर्ट, सडकमुनि पाइपबाट बग्ने ढल अथवा पानी बग्ने कार्यलाई न्यून गर्न वृक्षरोपण गरिएका किनारहरू बनाउने प्रावधान राख्नु पर्छ (पृष्ठ १०५ मा ढलनिकाससम्बन्धी मापदण्ड १ हेर्नुहोस्) ।

५. **हस्तान्तरणः** सामूहिक आश्रय तथा अस्थायी रूपमा योजनावद्ध तरीकाले वा आफैं बसालिएका शिविरहरूभित्र र वरिपरि अस्थायी आबासको अवधिमै वातावरणको प्राकृतिक तवरले पुनर्जीवन गर्ने काम बढाउनु पर्छ । त्यस्ता कुनै पनि अस्थायी बासहरूलाई पुनः प्रयोग गर्न नसकिने अथवा वातावरणमा दुष्प्रभाव पार्ने सबै वस्तुहरू वा फोहोर मैला राम्ररी हटाइएको कुरा सुनिश्चित गर्नु पर्छ ।

२ अखाद्य सामाग्रीहरुः लुगाफाटा, ओछ्यान तथा घरेलु सामाग्रीहरु

लुगाफाटा, कम्बल तथा ओछ्याउने सामाग्रीहरुले हावापानीबाट बच्नको निम्ति सर्वाधिक व्यक्तिगत मानवीय आवश्यकताहरु तथा स्वास्थ्य, गोपनीयता र सम्मान कायम गर्न सहयोग गर्छन् । परिवारहरुलाई व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी आवश्यकताहरु पूरा गर्न, खाना तयार गर्न र खान, न्यानो आराम दिन र आश्रयहरु निर्माण, सम्भार तथा मरम्मत गर्न सघाउनका लागि आधारभूत सामान तथा आपूर्तिहरु आवश्यक हुन्छन् ।

अखाद्य सामाग्रीहरूसम्बन्धी मापदण्ड १: कपडा तथा ओछ्यान

प्रकोपप्रभावित मानिसहरूसँग आफ्नो सम्मान, सुरक्षा तथा भलाइ सुनिश्चित गर्न आवश्यक पर्ने पर्याप्त लुगाफाटा, कम्बल तथा ओछ्याउने सामाग्रीहरू छन् ।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- महिला, बालिका, पुरुष तथा केटाहरूसँग ठिक्क नाप मिल्ने आफ्नो संस्कृति, मौसम तथा हावापानी सुहाउँदो कम्तीमा पुरा एक जोर लुगाफाटा छ । शिशु तथा दुई वर्षसम्मका बालबालिकाका लागि पनि कम्तीमा १०० सेमीह७० सेमीको कम्बल छ (निर्देशक बुँदा १-४ हेर्नुहोस्) ।

- मानिसहरूलाई न्यानो सुविधा दिन कम्बल, ओछ्याउन वा सुत्ने गुन्द्रीहरू समष्टि रूपमा उपलब्ध छन् । यी वस्तुहरूले तिनीहरूलाई आवश्यकतानुरुप छुटै सुत्ने व्यवस्था मिलाउन पनि सघाउँछन् (निर्देशक बुँदा २(४ हेर्नुहोस्) ।

- सर्वाधिक जोखिममा परेका मानिसहरूसँग आफ्ना आवश्यकता पूरा गर्नको निम्ति थप लुगाफाटा र ओछ्याउने सामाग्री छन् (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

- आवश्यकता भएको बखत गाड्न (जलाउन)लाई चाहिने आफ्नो संस्कृति सुहाउँदो कपडा (कात्रो) उपलब्ध छ ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **लुगा फेर्नेः** व्यक्तिहरूसँग आफ्नो न्यानो आराम, सम्मान तथा सुरक्षाका लागि पर्याप्त लुगाफाटा फेर्ने व्यवस्था हुनु पर्छ । यसका लागि एकभन्दा बढी जोर आवश्यक सामाग्रीहरू, खासगरी भित्री लुगा (कट्टुहरू) हुनु पर्छ जसले गर्दा लुगा धुन धुलाउन सजिलो पर्छ ।

२. **उपयुक्तताः** लुगाफाटा हावापानी तथा संस्कृति सुहाउँदा हुनु पर्छ । ती पुरुष, महिला, बालिका तथा बालक (केटा)हरूका लागि छुटै सुहाउने किसिमको र उमेरअनुसारको नापको हुनु पर्छ । सम्भव भए ओछ्याउने सामाग्रीमा पनि साँस्कृतिक चलन झल्कनु पर्छ । साथै यस्ता सामाग्री व्यक्तिगत घरपरिवारका सदस्यलाई चाहिएबमोजिम छुटै सुत्न मिल्ने गरी पर्याप्त मात्रामा हुनु पर्छ ।

३. **ताप (न्यानो) सम्बन्धी व्यवस्थाः** लुगाफाटा तथा ओछ्यानका ताप प्रतिरोधी क्षमता र चिसो र आर्द्र हावापानीले तिनमा पार्ने असर माथि ध्यान दिनु पर्छ । उपयुक्त लुगाफाटा तथा ओछ्यान प्रदान गरी चाहिंदो न्यानो आराम दिलाउनु पर्छ । ऊष्मारोधी सुत्ने गुन्द्री (डसना)हरूले भुइँबाट ताप घट्न नदिने हुनाले थप कम्बल दिनुभन्दा बढी प्रभावकारी हुन्छन् ।

४. **टिकाउपनाः** दिइएका लुगाफाटा तथा ओछ्यान निकै टिकाउ हुनु पर्छ । ती सामान्यतया थोत्रो हुनु हुँदैन र वैकल्पिक सामाग्रीको अभावमा लामो समयसम्म टिक्ने हुनु पर्छ ।

५. **विशेष आवश्यकताहरुः** सम्भव भए व्यभिचारको समस्या भएको व्यक्ति, एचआइभी/एड्स लागेका व्यक्ति तथा त्यसैसँग सम्बन्धित झाडापखाला लाग्ने व्यक्ति, गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिला, वृद्धवृद्धा, असक्त व्यक्ति तथा हिंडडुल गर्न नसक्ने अन्य व्यक्तिलाई फेर्नका लागि थप लुगा प्रदान गर्नु पर्छ। शिशु तथा बालबालिकाको शरीरको सतही भाग वयस्कको तुलनामा कम भएको कारणले बालकमा वयस्कभन्दा तापक्रम निकै कम हुने हुन्छ। त्यसैले तिनलाई ठीकको न्यानो पारिराख्न थप कम्बल आदिको आवश्यकता पर्छ। हिंडडुल गर्न नसक्ने वृद्धवृद्धा, रोगी वा थलापरेका व्यक्तिका साथै एचआइभी/एड्स लागेका व्यक्तिलाई पनि खास ध्यान, जस्तै ओछ्याउने वा अग्ला ओछ्यान दिनु पर्ने हुन्छ।

अखाद्य सामाग्रीहरूसम्बन्धी मापदण्ड २: व्यक्तिगत स्वास्थ्य

व्यक्तिगत स्वास्थ्य, सामान्य स्वास्थ्य, सम्मान तथा कल्याण हुने कुरा सुनिश्चित गर्नका लागि प्रकोपग्रस्त घरपरिवारलाई पर्याप्त साबुन तथा अन्य सामाग्रीहरू उपलब्ध छन्।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- हरेक व्यक्तिलाई प्रति महिना २५० ग्राम नुहाउने साबुन प्राप्त हुन्छ (निर्देशक बुँदा १-३ हेर्नुहोस्)।
- हरेक व्यक्तिलाई प्रति महिना २०० ग्राम लुगा धुने साबुन प्राप्त हुन्छ (निर्देशक बुँदा १-३ हेर्नुहोस्)।
- महिला तथा केटीहरूलाई रजस्वला (नछुने) भएको बेला प्रयोग गर्ने सरसफाइसम्बन्धी सामाग्री उपलब्ध छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्)।
- खास प्रयोग गर्ने चलन भएका ठाउँमा शिशु तथा दुई वर्षसम्मका बालबालिकाका लागि १२ वटा धुन मिल्ने थाङ्ना (न्यापि वा डायपर) उपलब्ध छन्।

- व्यक्तिगत स्वास्थ्य, सम्मान तथा कल्याणका लागि आवश्यक थप सामाग्री प्राप्त गर्न सकिन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **उपयुक्तताः** आपूर्ति गरिने सामाग्रीहरू तोक्ने क्रममा विद्यमान साँस्कृतिक अभ्यास र परिचित उत्पादनहरूको मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ । वस्तुको विषयमा थाहा नभएको कारणले प्रयोग नगरिने वा दुरुपयोग हुन सक्ने (जस्तै खाने वस्तुका रूपमा लिन सकिने) उत्पादनहरूभन्दा पहिले विचार पु¥याउनु पर्छ । साँस्कृतिक रूपमा उपयुक्त वा बढी ग्राह्य भए धुने साबुनको सट्टा धुने पाउडर (धूलो) वा उपयुक्त विकल्पहरू जस्तै खरानी वा सफा बालुवालाई प्रोत्साहित गर्न सकिन्छ ।

२. **प्रतिस्थापनः** आवश्यक भए सट्टामा प्रयोग हुने वस्तुहरूमाथि विचार गर्नु पर्छ ।

३. **विशेष आवश्यकताहरुः** व्यभिचारी व्यक्ति, एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्ति तथा त्यसैको कारणले झाडापखाला लाग्ने व्यक्ति, वृद्धवृद्धा, असक्त व्यक्ति तथा हिंडडुल गर्न नसक्ने अन्य व्यक्तिलाई सम्भव भए नुहाउने र लुगा धुने साबुनको परिमाण थपेर दिनु पर्छ ।

४. **सरसफाइसम्बन्धी संरक्षणः** महिला तथा केटीहरूलाई रजस्वला (नछुने) हुँदा प्रयोग गर्ने उपयुक्त सामाग्री दिनु पर्छ । यी सामाग्रीहरू उपयुक्त र विशिष्ट हुन जरुरी छ तथा महिलाहरूलाई प्रदान गरिने सामाग्रीका सम्बन्धमा निर्णय गर्दा तिनीहरूलाई सहभागी बनाउनु आवश्यक छ ।

५. **अतिरिक्त सामाग्रीहरुः** विद्यमान सामाजिक तथा साँस्कृतिक चलनले गर्दा व्यक्तिगत स्वास्थ्यका थप सामाग्रीहरू उपलब्ध हुन सक्नु पर्छ । उपलब्ध भए यी सामाग्रीहरूमा प्रति व्यक्ति प्रति महिना ७५ मिलि/१०० ग्रा दन्तमंजन (टूथपेस्ट), एउटा दात माझ्ने बुरुश, २५० मिलि श्याम्पू, शिशु तथा दुई वर्षसम्मका बालबालिकाका लागि २५० मिलि लोशन, यौटा फाल्न (नाश गर्न)

आश्रय

मिल्ने दाह्री काट्ने पत्ती वा यन्त्र (रेजर) हुनु पर्छ। प्रत्येक घरपरिवारलाई एकएकवटा कपाल कोर्ने बुरुश र/वा काइँयो तथा नङ्ग काट्ने प्रदान गर्नु पर्छ।

अखाद्य सामाग्रीहरूसम्बन्धी मापदण्ड ३: पकाउने तथा खाने भाँडाकुडाहरू

हरेक प्रकोपग्रस्त घरपरिवारसँग खाना पकाउने र खाने भाँडाकुडा छन्।

प्रमुख सूचकहरू (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- हरेक घरपरिवारसँग ठूलो, समाउन मिल्ने (ह्याण्डल भएको) तसला (पकाउने भाँडो) र छोप्नको निम्ति ढक्कन, समात्ने (ह्याण्डल) र ढक्कन भएको मझौला तसला; खाना तयार पार्न वा पस्किन भाँडा, चुलेसी (काट्ने स्याङ्गी) तथा दुईटा डाडुपन्यु छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।

- हरेक घरपरिवारसँग दुइटा १० देखि २० लीटरसम्म अटाउने ढक्कनसहितको पानी थाप्ने भाँडा (घुमाएर खुल्ने बन्द हुने बिर्कोसहितको २० लीटरको जर्किन वा ढक्कनसहितको १० लीटरको बाल्टीन) तथा थप पानी वा खाद्यान्न राख्ने भाँडा छन् (निर्देशक बुँदा १(२ हेर्नुहोस्)।

- हरेक व्यक्तिसँग खाना खाने थाल, स्टिलको चमचा तथा मग, गिलास वा पानी पिउने भाँडो छ (निर्देशक बुँदा १-४ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरू

१. **उपयुक्तता**ः दिइने सामानहरू साँस्कृतिक रूपले उपयुक्त हुनु पर्छ। यिनले सुरक्षित चलनचल्तीका व्यवहारलाई सजिलो पार्न सघाउने खालका हुनु पर्छ। ती सामाग्रीहरू छान्ने र तोक्ने क्रममा महिला वा खाना पकाउँदा वा पानी थाप्दा रेखदेख गर्ने व्यक्तिहरूसँग परामर्श गर्नु पर्छ। खाना पकाउने तथा खाने भाँडाकुडा र पानी थाप्ने (जम्मा गर्ने) भाँडा वृद्ध, असक्त तथा

केटाकेटीले आवश्यकताअनुकूल प्रयोग गर्न सक्ने आकारको हुनु पर्छ ।

२. **प्लाष्टिकका सामाग्रीहरुः** प्लाष्टिकका सबै सामान (बाल्टीन, कचौरा, जर्किन, पानी भण्डार गर्ने भाँडा आदि) खाद्य राख्ने गुणस्तरको प्लाष्टिकबाट बनेको हुनु पर्छ (पृष्ठ ८४ मा पानी आपूर्तिसम्बन्धी मापदण्ड ३, निर्देशक बुँदा १ पनि हेर्नुहोस्) ।

३. **धातुका सामाग्रीहरुः** सबै काँटा, छुरी, कचौरा, थालरिकापी तथा मग दागरहित इस्पात (स्टील) वा अन्य फलामरहित धातुबाट बनेको हुनु पर्छ ।

४. **शिशुको आहारः** शिशुलाई स्तनपानको विकल्प नै चाहिने अपवादजनक अवस्था नआएसम्म दूध आदि ख्वाउने शिशी दिनु हुँदैन (पृष्ठ १७१ मा आम पोषणलाई सहयोगसम्बन्धी मापदण्ड २, निर्देशक बुँदा १ पनि हेर्नुहोस्) ।

अखाद्य सामाग्रीहरुसम्बन्धी मापदण्ड ४ : चूल्हो,इन्धन तथा बत्ती

हरेक प्रकोपग्रस्त घरपरिवारलाई सामुदायिक रूपमा खाना पकाउने सुविधा वा एउटा चूल्हो र खाना पकाउन एवं न्यानो आराम दिन इन्धन उपलब्ध छ । प्रत्येक घरपरिवारमा व्यक्तिगत सुरक्षा सुनिश्चित गर्न दीगो कृत्रिम प्रकाश प्रदान गर्ने उपयुक्त साधनहरू छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- व्यक्तिगत घरपरिवारको आधारमा खाना पकाइने ठाउँमा हरेक घरपरिवारसँग एउटा चूल्हो र खाना पकाउन र तताउन अत्यावश्यक इन्धन छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- इन्धनका लागि वातावरणीय तथा आर्थिक दृष्टिले दीगो श्रोतहरूको पहिचान गरी तिनलाई बाह्य श्रोतबाट प्रदान गरिने इन्धनको सट्टा प्राथमिकतासाथ प्रयोग गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- इन्धन सुरक्षित तथा निश्चित तरीकाले प्राप्त गरिन्छ। नियमित इन्धन संकलन गर्ने क्रममा जनतालाई कुनै क्षति भएको जानकारी भएको छैन (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- इन्धन भण्डारण गर्ने सुरक्षित स्थान उपलब्ध छ ।

- प्रत्येक घरपरिवारसँग कृत्रिम प्रकाश प्रदान गर्ने दीगो साधनहरू, जस्तै लालटीन वा मैनबत्ती छन् ।

- हरेक घरपरिवारसँग इन्धन वा मैनबत्ती आदि बाल्न (सल्काउन) सलाई वा उपयुक्त वैकल्पिक साधन छन् ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **चूल्हाहरुः** चूल्हो तथा इन्धनको चयन गर्दा विद्यमान स्थानीय चलनलाई विचार गर्नु पर्छ । खाना पकाउनका लागि ऊर्जा(प्रभावकारी चलनहरूलाई प्रवर्द्धन गर्नु पर्छ । यिनमा दाउरा तयार पार्ने, आगोको व्यवस्थापन गर्ने, खाना तयार पार्ने, साझेदारी ढंगले खाना पकाउने आदि विषय पर्छन् । यस अन्तरगत तयार गरिने खानामा हुन सक्ने परिवर्तनहरू पनि पर्न सक्छन् । जस्तै खाद्यान्न सहयोग कार्यक्रमबाट दिइने कुनै राशन, उदाहरणका लागि दाल पकाउन निकै समय र इन्धन लाग्छ । विस्थापित जनतालाई सामूहिक आश्रयमा बास मिलाइएको अवस्थामा व्यक्तिगत घरपरिवारलाई दिइने चूल्हाको सट्टा सामुदायिक वा केन्द्रित खाना पकाउने तथा न्यानो पार्ने सुविधाहरू बढी उपयुक्त हुन्छन् । यसबाट आगोले उत्पन्न गर्ने जोखिम तथा आन्तरिक धुवाँको प्रदूषणलाई कम गर्न सकिन्छ ।

२. **वातानुकूलन (भेन्टिलेशन)ः** यदि घेरिएको ठाउँभित्र चूल्होको प्रयोग गर्ने हो भने ग्याँसहरू वा धुवाँ सुरक्षित तरीकाले बाहिर फाल्ने गरी चूल्हाहरूमा धुवाँ जाने बाटो हुनु पर्छ (चिम्नी वा फ्लुहरू (flues) जडान गर्नु पर्छ) । पर्याप्त हावा आवतजावत (भेन्टिलेशन)का लागि र आन्तरिक प्रदूषण तथा

श्वासप्रश्वासका समस्या निश्चित रूपमा कम गर्नका लागि आश्रयको घेराभित्र रहेका चूल्हास्थल तथा मौसम सुरक्षित निकासहरूलाई प्रयोग गर्नु पर्छ । चूल्हाहरू आगोबाट उत्पन्न हुने जोखिम तथा आन्तरिक र बाह्य प्रदूषणलाई कम पार्ने गरी बनाउनु पर्छ ।

३. **इन्धनका दीगो श्रोतहरुः** आपूर्ति दीगो रूपमा सुनिश्चित गर्नको निम्ति इन्धनका श्रोतहरू व्यवस्थित गर्नुका साथै श्रोतहरू पुनः आपूर्ति र पुनरुत्पति गर्न सकिने उपायहरू अपनाउनु पर्छ ।

४. **इन्धन संकलनः** व्यक्तिगत सुरक्षालाई समेत ध्यानमा राखी खाना पकाउन तथा न्यानो पार्नका लागि इन्धन संकलन गर्ने स्थान र साधनबारे महिलाहरूसँग परामर्श गर्नु पर्छ । महिलाबाट संचालित घरपरिवार वा एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरूको स्याहार गर्ने घरपरिवारजस्ता खतरायुक्त समूहविशेषको इन्धन संकलन गर्ने मागलाई पनि ध्यान दिनु पर्छ । सम्भव भएको ठाउँमा जस्तै कम श्रम पर्ने इन्धनको चयन गर्दा, इन्धन-प्रभावकारी चूल्हा तथा सुगम इन्धन श्रोतहरूको प्रयोग गर्ने व्यवस्था गर्नु पर्छ ।

अखाद्य सामाग्रीहरुसम्बन्धी मापदण्ड ५ः ज्यावल तथा उपकरणहरु

आफ्नो आश्रयको निर्माण वा सम्भार तथा सुरक्षित प्रयोगका लागि जिम्मेवार हरेक प्रकोपप्रभावित घरपरिवारसंग आवश्यक ज्यावल तथा उपकरण छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- आफ्ना आश्रयको कुनै भाग वा सारा आश्रय नै निर्माण गर्न वा आवश्यक सम्भार गर्न जिम्मेवारी बोकेको खण्डमा हरेक घरपरिवारसँग सुरक्षित तरीकाले यी काम गर्नका लागि ज्यावल तथा उपकरणहरू छन् (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- आवश्यकतानुसार ज्यावलहरूको प्रयोग गर्ने र आश्रयको निर्माण वा सम्भार गर्ने जरुरी प्रशिक्षण वा निर्देशन दिइन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- घरको हरेक सदस्यलाई जोगाउन रोगवाहिनीबाट फैलिने रोग कम गर्ने सामाग्री, जस्तै औषधियुक्त झूलहरू प्रदान गरिन्छ (पृष्ठ ७६-८२ मा भेक्टर नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्ड १-३ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **ज्यावल (औजार)हरुको समूहः** स्थानीय चलनअनुरुप ज्यावल वा उपकरणका समूहमा घन वा मुङ्ग्रो, बञ्चरो वा छुरी, कोदालो वा साबेल पर्न सक्छन् । समूहमा हुने औजारहरू स्थानीय तवरमा उपलब्ध प्रविधिले प्रयोग गरेर सजिलै मर्मत गर्न सकिने हुनु पर्छ । विस्थापित समुदायसँग पनि सतही पानी बगाउने कुलो खन्न र आवश्यकताअनुसार मृतकका अवशेषहरू (लास)को व्यवस्था गर्न पर्याप्त उपकरण हुनु पर्छ । यस अन्तरगत लाश राख्ने बाक्सको निर्माण, चिहान तथा गाड्ने खाड्ल खन्ने वा चिता तयार पार्ने कुराहरू पर्छन् ।

२. **जीविकोपार्जनसम्बन्धी कृयाकलापहरुः** सम्भव भएका ठाउँमा उपलब्ध गराइने ज्यावल वा उपकरणहरू जीविकोपार्जनसम्बन्धी कृयाकलापलाई सघाउन पनि उपयुक्त हुनु पर्छ ।

३. **प्राविधिक सहयोगः** महिला घरमूली भएको घरपरिवार तथा अन्य पहिचान गरिएका खतरायुक्त समूहलाई तोकिएका निर्माण तथा सम्भार कार्यका लागि संयुक्त परिवारका सदस्य, छिमेकी वा ठेक्कामा राखिएका मजदूरको सहयोग आवश्यक हुन सक्छ ।

परिशिष्ट १

आश्रय, आबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरुका प्रारम्भिक आवश्यकतासम्बन्धी मूल्याङ्कनको रूजुसूची

प्रश्नहरूको यस सूचीले प्रकोपपछिको आश्रयसम्बन्धी सहायता कार्यलाई प्रभावित गर्ने उपयुक्त सूचना प्राप्त भएको सुनिश्चित गर्न निर्देशन तथा रुजु सूचीको काम गर्छ । उक्त सूची आदेशात्मक वा अनिवार्य होइन । यसलाई उचित ढंगले प्रयोग गर्न र अनुकूल बनाउन सकिन्छ । प्रकोपका अन्तरनीहित कारणहरू, सुरक्षा स्थिति, विस्थापितहरू तथा कुनै आश्रयदाता जनताको आधारभूत जनसंख्या देखाउने तथ्याङ्क एवं परामर्श र सम्पर्क गर्नु पर्ने प्रमुख व्यक्तिहरूबारे छुट्टै सूचना प्राप्त गरिएको मानिन्छ (पृष्ठ ३६ मा प्रारम्भिक मूल्याङ्कनसम्बन्धी मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

१ आश्रय तथा आबास

जनसंख्यासम्बन्धी तथ्याङ्क

- एक विशेष किसिमको घरपरिवारमा कति मानिस हुन्छन्?

- के प्रभावित समुदायमा विशेष किसिमले घरपरिवारको रूपमा संगठित नभएका व्यक्तिका समूहहरू समावेश भएका छन् - जस्तै (बाबुआमा साथमा नभएका) एक्ला बालबालिका, अथवा खास अल्पसंख्यक समूह (विशेष किसिमले घरपरिवारको रूप नभएका)?

- कुनै आश्रय नभएका वा अपर्याप्त आश्रय भएका कति घरपरिवार छन् र ती कहाँ छन्?

- व्यक्तिगत घरपरिवारका सदस्य नभएका कति मानिस कुनै आश्रय नभएका वा अपर्याप्त आश्रय भएका छन् र ती कहाँ छन्?

जोखिमहरू

- आश्रयको अभाव तथा अपर्याप्त आश्रयको कराण जीवनलाई तत्काल के जोखिम छ र कति मानिस जोखिममा छन्?
- प्रभावित जनताको जीवन, स्वास्थ्य तथा सुरक्षालाई आश्रयको खाँचोले गर्दा के कस्ता जोखिम हुन सक्छन्?
- विस्थापित घरपरिवारले गर्दा कुनै आश्रयदाता जनतालाई के कस्ता जोखिम र तिनमाथि केकस्ता असर पर्न सक्छन्?
- आश्रयको प्रावधानमाथि प्रकोपको निरन्तर प्रभावले गर्दा प्रभावित जनताको जीवन, स्वास्थ्य तथा सुरक्षामा थप के कस्ता जोखिम हुन सक्छन्?
- एचआइभी/एड्सबाट प्रभावित लगायतका अन्य कुन जनता खतरोन्मुखी छन्?
- खतरायुक्त मानिसहरूलाई खास कस्ता जोखिम छन् र किन?

घरपरिवारका गतिविधिहरु

- प्रभावित जनताका आश्रयहरूमा घरपरिवार तथा जीविकोपार्जनलाई सघाउने कस्ता कृयाकलाप हुने गर्छन् तथा परिणामस्वरुप स्थानको प्रावधान तथा ढाँचाले यी कृयाकलापको कसरी प्रतिबिम्बित गर्छ?
- प्रभावित जनताका आश्रयवरिपरिका बाह्य क्षेत्रहरूमा घरपरिवार तथा जीविकोपार्जनलाई सघाउने कस्ता कृयाकलाप हुने गर्छन् तथा प्राप्त परिमाण, स्थानको प्रावधान तथा ढाँचाले यी कृयाकलापको कसरी प्रतिबिम्बित गर्छ?

सामाग्री तथा ढाँचा

- प्रभावित घरपरिवार वा अन्य कर्ताहरूबाट आश्रयसम्बन्धी के कस्ता प्रारम्भिक समाधान वा सामाग्रीहरू प्रदान गरिएका छन्?

- क्षतिग्रस्त स्थल (लागू हुने भए) बाट आश्रयहरू पुनर्निमाण गर्न के कस्ता विद्यमान सामाग्री निकाल्न सकिन्छ?

- विस्थापित तथा सम्बन्धित आश्रयदाता जनताहरूमा घर बनाउने (भवन निर्माणसम्बन्धी) के कस्ता किसिमका व्यावहारिक चलन छन्? संरचनागत खाका (गारो) तथा छाना र बाहिरी पर्खालसमेतको घेराहरू बनाउन कस्ता सामाग्री प्रयोग हुन्छन्?

- प्रभावित जनतामा परिचित वा तिनलाई स्वीकार्य हुने कस्ता वैकल्पिक ढाँचा तथा सामाग्रीहरू सम्भवतः उपलब्ध छन्?

- आश्रयसम्बन्धी पहिचान गरिएका सम्भावित समाधानहरूले कसरी प्रकोप रोकथाम तथा न्यूनीकरण गर्ने उपयुक्त एक्ला तथा बहुमुखी व्यवस्थाहरू समावेश गर्न सक्छन्?

- आश्रयहरू प्रायः कसरी र कसले बनाउँछ?

- निर्माण सामाग्रीहरू कसरी र कसले प्राप्त गर्छ?

- महिला, युवा तथा वृद्ध व्यक्तिहरूलाई आफ्ना आश्रय बनाउने काममा सहभागी हुन कसरी प्रशिक्षित वा सघाउन सकिन्छ? त्यस कार्यमा के कस्ता अप्ठ्याराहरू आइपर्छन्?

स्थानीय श्रोत तथा अप्ठेराहरू

- प्रभावित घरपरिवार तथा समुदायसँग हाल कस्ता भौतिक, आर्थिक तथा मानवीय श्रोतहरू उपलब्ध छन्? साथै तिनीहरूले आश्रयसम्बन्धी अत्यावश्यक केही वा सबै खाँचोहरू टार्न के कस्ता अप्ठेरा भोग्छन्?

- आश्रयसम्बन्धी अत्यावश्यक खाँचोहरू टार्नलाई सहयोग गर्ने क्रममा भू-स्वामित्व, प्रयोग तथा खाली (पर्ती) जग्गा उपलब्ध हुने विषयमा वर्तमान ढाँचाका अवसर तथा अप्ठेराहरू के छन्?

- सम्बन्धित आश्रयदाता जनताले विस्थापित घरपरिवारलाई आफ्ना आवास वा जोडिएको जग्गामा वास दिंदा के कस्ता अवसर तथा अप्ठेरा सामना गर्छन्?

- विस्थापित घरपरिवारहरूलाई अस्थायी बास उपलब्ध गराउने क्रममा विद्यमान, उपलब्ध तथा अप्रभावित भवन वा संरचनाहरू सदुपयोग गर्दा के कस्ता अवसर तथा अप्ठेरा सामना गर्नु पर्छ?

- अस्थायी बस्ती बसाल्न सुगम खाली जग्गा प्रयोग गर्नु भौगोलिक तथा वातावरणीय दृष्टिकोणले कति उपयुक्त हुन्छ?

- आश्रयसम्बन्धी समाधानहरू विकास गर्नको निम्ति स्थानीय निकायका नियमावलीको के कस्ता आवश्यकता तथा अप्ठ्यारा छन्?

आवश्यक सेवा तथा सुविधाहरु

- पिउन तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्यका लागि हाल कत्तिको पानी उपलब्ध छ र सरसफाइसम्बन्धी अपेक्षित आवश्यकताहरू पूरा गर्न के कस्ता सम्भावना तथा अप्ठेराहरू छन्?

- सामाजिक सुविधाहरू (स्वास्थ्य क्लिनिक, स्कूल, पूजास्थलहरू, आदि)को वर्तमान स्थिति के छ र यी सुविधाहरूको मूल्याङ्कन गर्ने कठिनाइ तथा अप्ठेराहरू के छन्?

आश्रयदाता समुदाय तथा वातावरणीय प्रभाव

- आश्रयदाता समुदायको सरोकारका विषयहरू के छन्?

- सम्बन्धित समुदाय वा अस्थायी बासभित्र विस्थापित घरपरिवारहरूलाई बास दिने संगठनात्मक तथा योजनागत सवालहरू के छन्?

- आश्रयसम्बन्धी आवश्यक सहयोग (निर्माण सामाग्री तथा पहुँच) पुऱ्याउने र विस्थापित घरपरिवारहरूलाई सहयोग गर्ने (इन्धन, सरसफाइ, फोहोरमैला

व्यवस्थापन, उपयुक्त भए पशुचरनको व्यवस्था मिलाउने) क्रममा वातावरणीय सरोकारका विषय के छन्?

- स्थानीय आश्रय बनाउने तथा बासका प्रावधान र व्यवस्थापनसम्बन्धी के कस्ता अवसर तथा क्षमता विद्यमान छन्?

- सामाग्रीहरूको श्रोत र आश्रय एवं बास निर्माणका समाधानहरू खोज्ने कार्यमार्फत जीविकोपार्जनलाई सहयोग गर्ने के कस्ता अवसरहरू प्रदान गर्न सकिन्छ?

२ अखाद्य सामाग्रीहरूः लुगाफाटा, ओछ्यान तथा घरपरिवारका सामाग्रीहरू

लुगाफाटा तथा ओछ्यान

- महिला, पुरुष, बालबालिका तथा शिशु, गर्भवती एवं दूध ख्वाउने महिला तथा वृद्धवृद्धाका लागि लुगाफाटा, कम्बल तथा ओछ्यानसम्बन्धी के कस्तो परम्परागत प्रावधान छ? यस सन्दर्भमा खास सामाजिक तथा साँस्कृतिक अवधारणा के कस्ता छन्?

- सबै उमेरका कति महिला तथा पुरुष, केटाकेटी र शिशुहरूसँग मौसमका नराम्रा प्रभावबाट जोगिन र आफ्नो स्वास्थ्य, सम्मान र कल्याणको सुरक्षाको लागि नपुग वा अपर्याप्त कपडा, कम्बल वा ओछ्यान छन् र किन?

- पर्याप्त कपडा, कम्बल वा ओछ्यानको अभावमा जीवनलाई तत्काल के र कतिजनालाई जोखिम छ?

- पर्याप्त कपडा, कम्बल वा ओछ्यानको अभावमा प्रभावित जनताको जीवन, स्वास्थ्य तथा व्यक्तिगत सुरक्षामा के कति खतरा हुन सक्छ?

- कुन सामाजिक समूहहरूलाई बढी जोखिम छ र किन? यी समूहलाई आफै सशक्त बनाउन कसरी सघाउन सकिन्छ?

व्यक्तिगत स्वास्थ्य

- प्रकोपपूर्व व्यक्तिगत स्वास्थ्यका सवालहरूलाई सम्बोधन गर्ने कुन आवश्यक सामाग्रीहरूमा विशेष किसिमका घरपरिवारको पहुँच थियो?

- हाल प्रभावित घरपरिवारहरूको पहुँच कुन आवश्यक सामाग्रीहरूमा हुन छाडेको छ?

- महिला, केटी, बालबालिका तथा शिशुका खास आवश्यकताहरू के के हुन्?

- प्रभावित जनताको स्वास्थ्य तथा सम्मान जोगाइ राख्न कुन अतिरिक्त सामाग्रीहरू सामाजिक वा साँस्कृतिक रूपले महत्वपूर्ण मानिएका छन्?

पकाउने र खाने, चुल्हो तथा इन्धन

- प्रकोपपूर्व विशेष किसिमका घरपरिवारमा कस्ता पकाउने तथा खाने भाँडाकुडाहरू थिए?

- कति घरपरिवारमा पर्याप्त पकाउने तथा खाने भाँडाकुडाहरू छैनन् र किन?

- घरपरिवारमा पकाउन र न्यानो पार्नको निम्ति कस्तोखाले चूल्हो थियो, हालको आश्रय तथा वरिपरि क्षेत्रको तुलनामा खाना पकाउने काम कहाँ हुन्थ्यो र कस्तो इन्धन प्रायः प्रयोग हुन्थ्यो?

- कति घरपरिवारमा पकाउन र तताउनका लागि चूल्हो छैन र किन?

- कति घरपरिवारमा पकाउन र तताउनका लागि पर्याप्त इन्धन छैन र किन?

- विस्थापित घरपरिवार तथा आश्रयदाता समुदायका लागि पर्याप्त इन्धन आपूर्तिको श्रोतसम्बन्धमा खासगरी वातावरणसँग सम्बन्धित के कस्ता अवसर र कठिनाइहरू छन्?

- विस्थापित समुदायमा पर्याप्त इन्धन आपूर्तिको श्रोतको महिलाहरूमाथि के असर पर्दछ?

- कस्ता साँस्कृतिक तथा परम्परागत प्रयोग तथा सुरक्षित अभ्यासका कुराहरू ध्यानमा राख्नु पर्छ?

औजार तथा उपकरणहरु

- घरपरिवारमा आश्रय निर्माण, सम्भार वा मरम्मत गर्ने कस्ता औजारहरू उपलब्ध छन्?

- जीविकोपार्जनमा सहयोग गर्ने कस्ता कृयाकलापले समेत आश्रय निर्माण, सम्भार वा मरम्मत गर्ने कामका लागि आधारभूत औजारहरू प्रयोग गर्न सक्छन्?

- के हावापानी वा प्राकृतिक वातावरणले स्वास्थ्य तथा सम्मान कायम गर्नका लागि उपयुक्त मापदण्डहरू कायम गर्नका लागि केही आधारको आवश्यकता देखाउँछन् र त्यसका लागि के कस्ता उपयुक्त भौतिक समाधानहरू प्रदान गर्न सकिन्छ?

- घरपरिवारको स्वास्थ्य तथा कल्याण सुनिश्चित गर्नका लागि रोगवाहिनी नियन्त्रण गर्ने कस्ता, खासगरी झूलको प्रावधानजस्ता, उपायहरू अवलम्बन गर्नु पर्ने हुन्छ?

परिशिष्ट २

सन्दर्भग्रन्थहरु

यहाँ उद्धृत अधिकाँश विवरण (डक्युमेन्ट)हरूका लागि कपीराइट अनुमति प्राप्त गरी विशेष स्फिअर लिङ्क: http:www.forcedmigration.orgमा संलग्न गर्न पाउँदा अक्सफोर्ड विश्वविद्यालयमा स्थित शरणार्थी अध्ययन केन्द्रको फोर्स्ट माइग्रेशन अनलाइन प्रोग्राम (Forced Migration Online Programme of the Reference Studies Centre at the University of Oxford)प्रति आभार प्रकट गर्दछौं ।

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरु

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3). International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969), Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1951), Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948), Article 25.

सामान्य

Chalinder, A (1998), Good Practice Review 6: Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies. Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. London.

Davis, I (1978), Shelter After Disaster. Oxford Polytechnic Press.

Davis, J and Lambert, R (1995), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/IT Publications. London.

Hamdi, N (1995), Housing Without Houses: Participation, Flexibility, Enablement. IT Publications, London.

ICRC (2002), Emergency Items Catalogue. ICRC. Geneva.

Kelly, C (2002), Guidelines in Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London.

MSF (1997), Guide of Kits and Emergency Items. Decision-Maker Guide. Fourth English Edition. Médecins Sans Frontières. Belgium.

Shelterproject.org (2004), Guidelines for the Transitional Settlement of Displaced Populations. Cambridge.

UNDP (1995), Emergency Relief Items, Compendium of Generic Specifications. Vol 1: Telecommunications, Shelter and Housing, Water Supply, Food, Sanitation and Hygiene, Materials Handling, Power Supply. Inter-Agency Procurement Services Office, UNDP. Copenhagen.

UNDRO (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. UNDRO. Geneva.

UNHCR (1996), Environmental Guidelines. UNHCR. Geneva.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1993), First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1991), Guidelines on the Protection of Refugee Women. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1999), Handbook for Emergencies. UNHCR. Geneva.

UNHCR (2001), Policy for Older Refugees: A Resource for the Refugee Community. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1998), Refugee Operations and Environmental Management: Key Principles of Decision-Making. UNHCR. Geneva.

UNHCR (1995), Sexual Violence Against Refugees. UNHCR. Geneva.

USAID (1994), Field Operations Guide for Disaster Assessment andResponse. Office of Foreign Disaster Assistance, USAID.

Zetter, R (1995), Shelter Provision and Settlement Policies for Refugees: A State of the Art Review. Studies on Emergency and Disaster Relief No. 2. Noriska Afrikainstituet. Sweden.

Zetter, R, Hamdi, N and Ferretti, S (2003), From Roofs to Reintegration. Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC). Geneva.

टिपोट

टिपोट

टिपोट

अध्याय ५: स्वास्थ्य सेवाहरूमा न्यूनतम मापदण्डहरू

यो अध्याय कसरी प्रयोग गर्ने

यस अध्यायलाई तीन प्रमुख भागमा विभाजित गरिएको छः स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधार (संरचना) हरु; सरूवा रोग नियन्त्रण; तथा नसर्ने रोग नियन्त्रण । अध्यायलाई यसरी संगठित गरिएको छ कि यसले प्रकोपको अवधिमा स्वास्थ्य सेवाहरुको योजना, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्ने प्रणालीगत विधिको प्रवर्द्धन गर्दछ । यो वास्तवमा स्वास्थ्यसम्बन्धी प्राथमिकतामा परेका आवश्यकताहरुको पहिचान तथा तिनको प्रभाविकारिता र दक्षतापूर्वक पूर्ति भएको सुनिश्चित गर्ने सर्वाधिक भरपर्दो साधन हो । यस अध्यायभरि राष्ट्रिय र स्थानीय स्वास्थ्य प्रणालीहरुलाई सहयोग गर्ने, समन्वय तथा स्तरीकरण गर्नेजस्ता सिद्धान्तहरु माथि जोड दिइएको छ ।

हरेक खण्डमा निम्न कुरा समावेश छन्ः

- *न्यूनतम मापदण्डहरुः* यिनीहरुको प्रकृत्ति गुणात्मक छ र यिनले स्वास्थ्य सेवाहरुको प्रावधानमा हासिल गर्नु पर्ने न्यूनतम स्तर निर्धारण गर्छ;

- *प्रमुख सूचकहरुः* यिनीहरु उक्त मापदण्ड हासिल भयो या भएन भन्ने 'संकेत' हुन् । यिनले कार्यक्रमहरुका साथै प्रयोग गरिएको प्रकृया वा विधिहरुले पारेको प्रभाव वा परिणाम नाप्ने तथा सोबारे संचार गर्ने उपाय बताउँछन् । सूचकहरु गुणात्मक वा परिमाणात्मक हुन सक्छन्;

- *निर्देशक बुँदाहरुः* यिनमा भिन्न परिस्थितिमा मापदण्ड तथा सूचकहरु लागू गर्दा ध्यान दिनु पर्ने बुँदाहरुका साथै व्यावहारिक कठिनाइहरु समाधान गर्ने निर्देशन, तथा प्राथमिकताका विषयहरुमा सल्लाह पनि समावेश छन् । यिनमा मापदण्ड वा सूचकहरुसँग सम्बन्धित महत्वपूर्ण विषयहरु पनि सामेल हुन सक्छन् र यिनले विद्यमान ज्ञान वा जानकारीमा देखा पर्ने दोधार, विरोधाभास वा खाड्लहरुबारे बयान गर्न सक्छन् ।

अध्यायको अन्त्यमा दिइएका परिशिष्टहरुमा मूल्याङ्कनका लागि रूजुसूची, नमूना तथ्याङ्क संकलन फारामको नमूना, मृत्युदर तथा रूग्णता दर गणना गर्ने सूत्रहरु एवं चयन गरिएका सन्दर्भग्रन्थहरु छन् जसले यस अध्यायसँग सम्बन्धित सामान्य तथा विशिष्ट दुवैथरी प्राविधिक मुद्दाहरुबारे सूचना प्रदान गर्ने श्रोतहरुको जानकारी दिन्छन् ।

विषयसूची

परिचय ३०५

१. स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरू ३११

२. सरूवा रोग नियन्त्रण ३३०

३. नसर्ने रोग नियन्त्रण ३४५

परिशिष्ट १ः स्वास्थ्य सेवाहरु मूल्याङ्कन गर्ने रूजुसूची ३५८

परिशिष्ट २ः नमूना साप्ताहिक निगरानी प्रतिवेदन खाकाहरु ३६२

परिशिष्ट ३ः मृत्यु तथा रूग्णता दरहरु गणना गर्ने सूत्रहरु ३६७

परिशिष्ट ४ः सन्दर्भग्रन्थहरु ३७०

स्वास्थ्य सेवाहरू

स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरु

- मापदण्ड १: स्वास्थ्य सेवाहरुको प्राथमिकीकरण
- मापदण्ड २: राष्ट्रिय तथा स्थानीय स्वास्थ्य प्रणालीहरुलाई सहयोग
- मापदण्ड ३: समन्वय
- मापदण्ड ४: प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा (स्याहार)
- मापदण्ड ५: उपचार (क्लिनिकल) सेवाहरु
- मापदण्ड ६: स्वास्थ्य सूचना प्रणालीहरु

सरूवा रोग नियन्त्रण

- मापदण्ड १: रोकथाम
- मापदण्ड २: दादुराको रोकथाम
- मापदण्ड ३: निदान तथा घटना (केस) व्यवस्थापन
- मापदण्ड ४: महामारी (प्रकोप) को लागि तयारी
- मापदण्ड ५: महामारीको पहिचान, छानबीन तथा प्रतिक्रिया
- मापदण्ड ६: एचआइभी/एड्स

नसर्ने रोग नियन्त्रण

- मापदण्ड १: चोटपटक
- मापदण्ड २: प्रजननसम्बन्धी स्वास्थ्य
- मापदण्ड ३: स्वास्थ्यका मानसिक तथा सामाजिक पक्षहरु
- मापदण्ड ४: दीर्घ (असाध्य) रोगहरु

परिशिष्ट १
स्वास्थ्य सेवाहरू मूल्याङ्कन गर्ने रुजुसूची

परिशिष्ट २
नमूना साप्ताहिक निगरानी गर्ने प्रतिवेदन फारामहरू

परिशिष्ट ३
मृत्यु तथा रुग्णता दर गणना गर्ने सूत्रहरू

परिशिष्ट ४
सन्दर्भग्रन्थहरू

परिचय

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरुसँग सम्बन्ध

स्वास्थ्य सेवामा न्यूनतम मापदण्डहरू मानवतावादी घोषणापत्रमा अन्तर्नीहित सिद्धान्त तथा अधिकारहरूको व्यावहारिक अभिव्यक्ति हो । मानवतावादी घोषणापत्र संकट वा द्वन्द्वबाट प्रभावित हुने व्यक्तिहरूको जीवन तथा सम्मान कायम राख्ने अत्यधिक आधारभूत आवश्यकताहरूसँग सरोकार राख्छ जुन अन्तर्राष्ट्रिय मानव अधिकार, मानवीय तथा शरणार्थीसम्बन्धी कानूनमा प्रतिबिम्बित छन् ।

उक्त अधिकारलाई थुप्रै अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरूमा मान्यता प्रदान गरेअनुसार प्रत्येक व्यक्तिलाई स्वास्थ्यसम्बन्धी हक छ । यसमा स्वास्थ्य स्याहारमा समान पहुँच हुनु पर्ने अधिकार मात्र नभई स्वास्थ्यका अन्तरनीहित निर्धारक तत्वहरू पनि समावेश छन् । यसअन्तरगत अन्य मानव अधिकारको परिपूर्ति हुनु पर्ने कुराहरू समावेश जस्तै सुरक्षित पानी तथा पर्याप्त सरसफाइमा पहुँच, सुरक्षित खानाको पर्याप्त आपूर्ति, पोषण तथा आबास, स्वस्थ वातावरणीय परिस्थिति, स्वास्थ्यसम्बन्धी शिक्षा तथा सूचनामा पहुँच, भेदभावरहितता तथा मानव सम्मान र व्यक्तिगत आत्म-सम्मानको प्रतिस्थापन पर्दछन् ।

स्वास्थ्यसम्बन्धी हकलाई तब मात्र सुनिश्चित गर्न सकिन्छ जब जनता सुरक्षित हुन्छन्, स्वास्थ्य स्याहार प्रणालीप्रति जिम्मेवार व्यावसायिक (पेशागत) व्यक्तिहरू राम्रो तालीम प्राप्त र तिनीहरू विश्वव्यापी नैतिक सिद्धान्त तथा व्यावसायिक मापदण्डप्रति कटिवद्ध हुन्छन्, तिनीहरूले काम गर्ने प्रणाली आवश्यकतासम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू पूरा गर्ने गरी बनाइन्छ र राज्य सुरक्षा तथा स्थायित्वका यी अवस्था स्थापित र सुरक्षित गर्न चाहन्छ । मानवाधिकारसम्बन्धी यस दृष्टिकोणका लागि अत्यावश्यक तत्व हुन् – सम्मान तथा समानताका सवाल, तथा राज्यहरू र गैरराज्य कर्मीहरूले व्यक्तिको स्वास्थ्यसम्बन्धी हक पूरा गर्नु पर्ने जिम्मेवारी बोध । सशस्त्र द्वन्द्वका बेला नागरिक अस्पताल तथा चिकित्सकीय सुविधाहरू कुनै

पनि हालतमा आक्रमणको निशाना बन्नु हुँदैन । साथै स्वास्थ्य तथा औषधोपचारसम्बन्धी कर्मचारीहरूलाई आदर तथा संरक्षण प्राप्त गर्ने अधिकार छ ।

यस अध्यायमा उल्लिखित न्यूनतम मापदण्डहरू स्वास्थ्यसम्बन्धी हकका पूर्ण अभिव्यक्ति होइनन् । तर स्फिअर मापदण्डहरूले स्वास्थ्यसम्बन्धी हकको मूल आत्मालाई प्रतिबिम्बित गर्नुका साथै उक्त हकलाई विश्वव्यापी रूपमा गतिशील ढंगले स्थापित गर्न सघाउँछन् ।

प्रकोपकालमा स्वास्थ्य सेवाहरुको महत्व

स्वास्थ्य स्याहार भनेको प्रकोपको प्रारम्भिक चरणमा मानिसहरू बाँच्नका लागि चाहिने महत्वपूर्ण निर्धारक तत्व हो । प्रकोपले प्रायः सँधैं नै जनस्वास्थ्य तथा प्रभावित जनताको हितलाई उल्लेखनीय ढंगले प्रभावित गर्छन् । जनस्वास्थ्यमा पर्ने असरहरूलाई प्रत्यक्ष (जस्तै चोटपटक, मनोवैज्ञानिक आघात) अथवा अप्रत्यक्ष (जस्तै संक्रामक रोगको बढ्दो दर, कुपोषण, असाध्य रोगका जटिलताहरू) भनी वर्णन गर्न सकिन्छ । स्वास्थसम्बन्धी यी अप्रत्यक्ष असरहरूको सम्बन्ध निम्न तत्वहरूसँग छः अपर्याप्त र पानीको कमसल गुण, सरसफाइमा बाधा, खाद्य आपूर्तिमा अवरोध, स्वास्थ्य सेवामा अवरोध, अत्यधिक भीडभाड तथा जनताको विस्थापन ।

प्रकोपप्रति मानवीय सहायता कार्यक्रमका प्रमुख लक्ष यी हुन्: १) अत्यधिक मृत्युदर र रुग्णता दरलाई रोकथाम तथा न्यून गर्नु र २) सामान्य अवस्थामा ल्याउन आवश्यक प्रवर्द्धन गर्नु । विभिन्न किसिमका प्रकोपहरू मृत्युदर तथा रुग्णता दरका फरकफरक मान तथा ढाँचासँग सम्बन्धित छन् (पृष्ठ ३१० मा दिइएको तालिका हेर्नुहोस्) । त्यसैले कुनै प्रभावित समुदायको जनस्वास्थ्य तथा औषधोपचारसम्बन्धी आवश्यकता प्रकोपको प्रकार र व्यापकताअनुसार फरक हुनेछन् ।

स्वास्थ्य सेवाको प्राथमिकीकरण गर्नका लागि प्रभावित समुदायको पूर्वको स्वास्थ्य स्थिति, आवश्यकता, स्वास्थ्यसम्बन्धी जोखिम, श्रोत तथा क्षमताहरूबारे प्रष्ट ज्ञान हुनु आवश्यक छ । प्रकोपका शुरूका चरणमा सूचना भने अपूर्ण हुन सक्छ र

सान्दर्भिक सबै तथ्याङ्क उपलब्ध नहुँदै र/वा विश्लेषण नगरिकनै जनस्वास्थ्यसम्बन्धी महत्वपूर्ण निर्णयहरू लिनु पर्ने हुन्छ। त्यसैले प्रकोपले जनस्वास्थ्यमाथि पारेको असर, प्राथमिकतामा आधारित जनस्वास्थ्यसम्बन्धी आवश्यकताहरू, स्थानीय श्रोतहरूको उपलब्धता तथा बाह्य सहयोगको आवश्यकता निर्धारण गर्नको निम्ति यथाशक्य समुदायका प्रतिनिधि समावेश भएको बहु-क्षेत्रीय मूल्याङ्कन गर्नु जरुरी हुन्छ (पृष्ठ ३६ मा प्रारम्भिक मूल्याङ्कनसम्बन्धी मापदण्ड तथा परिशिष्ट १ हेर्नुहोस्)।

साधारणतया प्राथमिक जनस्वास्थ्यसम्बन्धी कार्यक्रमहरू अधिकतम व्यक्तिलाई अधिकतम स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सुनिश्चित गर्ने दृष्टिकोणले तयार गरिन्छ। यथाशक्य यस्ता कार्यक्रमहरू प्रमाणमा आधारित अभ्यासको सिद्धान्तमा आधारित हुनु पर्छ: जनस्वास्थ्यमा प्रष्ट लाभ देखिने कार्यक्रम बढी ग्राह्य हुनेछन्। त्यस्ता कार्यक्रमहरूमा प्राय: पर्याप्त सुरक्षित पानी, सरसफाइ, पोषण सेवा खाद्यान्न सहयोग/खाद्यान्न सुरक्षा, आश्रय तथा आधारभूत उपचार सेवा पर्छन्। रोकथाम गर्ने तथा उपचार सेवाहरूले मुख्यतया महामारी फैलाउन सक्ने रोग नियन्त्रण गर्ने लक्ष राख्नु पर्छ। दादुराको संक्रमणको जोखिम भएका जनता, खासगरी शरणार्थी तथा जटिल संकटकालीन अवस्थाबाट प्रभावित व्यक्तिहरूका लागि सामूहिक दादुराको खोप दिने अभियान संचालन गर्नु प्रमुख प्राथमिकता हुनेछ। अधिकाँश प्रकोपका अवस्थामा उपचारका निम्ति सोधेर पठाउने (रेफर–गर्ने) सेवा र अस्पतालमा गरिने स्याहार महत्वपूर्ण भए तापनि तिनले जनस्वास्थ्यमा प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी कार्यक्रमको सेवाको दाँजोमा थोरै मात्र असर पार्छन्।

प्रकोपग्रस्त सुमदायहरूको स्वास्थ्य सेवाहरूको तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनमा सहभागिता हुनु अत्यावश्यक छ। यस प्रकृयामा स्वास्थ्य क्षेत्रमा विद्यमान क्षमताहरूको पहिचान तथा विकास गर्ने प्रयास हुनु पर्छ। प्रभावित जनतासँग मिली स्थानीय क्षमताको विकास गर्नु समुदायहरूलाई संकटबाट त्राण दिन र भावी संकटहरूका लागि तयारी गर्न सघाउने सम्भवत: सबैभन्दा प्रभावकारी साधन हो। शरणार्थी र आन्तरिक रूपले विस्थापित व्यक्तिहरू (IDPs)ले आश्रयदाता जनताका स्वास्थ्य सेवामा थप तनाव पैदा गर्न सक्छन्। त्यसैले मानवीय प्रयासले सकेसम्म आश्रयदाता जनताका स्वास्थ्य सेवासँग एकीकृत गर्ने र तिनलाई सघाउने लक्ष राख्नु पर्छ।

अधिकाँश प्रकोपका अवस्थामा महिला तथा बालबालिकाले स्वास्थ्य स्याहार सेवालाई प्रमुख रूपमा प्रयोग गर्छन् । त्यसैले सेवाहरू सम्पूर्ण प्रभावित जनताका लागि समान, उपयुक्त र सुगम छन् भनी सुनिश्चित गर्ने दृष्टिकोणले महिलाहरूको राय बुभ्नु आवश्यक हुन्छ । महिलाहरूले स्वास्थ्यलाई असर पार्ने साँस्कृतिक तत्व र संस्कारहरूका साथै प्रभावित जनतामध्ये खतरोन्मुखी व्यक्तिका विशेष आवश्यकताबारे जानकारी दिन सक्छन् । तसर्थ तिनीहरूले शुरूदेखि नै स्वास्थ्य स्याहार सेवाको योजना र कार्यान्वयनमा सक्रियतासाथ भाग लिनु पर्छ ।

अन्य अध्यायसँग सम्बन्ध

अन्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित अध्यायहरूमा उल्लिखित मापदण्डहरू यस अध्यायका लागि पनि सान्दर्भिक छन् । एक क्षेत्रमा मापदण्डहरू पूरा गर्न गरेको प्रगतिले प्राय: अन्य क्षेत्रको प्रगतिलाई समेत प्रभावित एवं निर्धारित पनि गर्छ । कार्यक्रम प्रभावकारी हुनका लागि विभिन्न क्षेत्रबीच निकटतम समन्वय तथा सामञ्जस्य हुनु आवश्यक छ । आवश्यकताहरू पूरा गरिएका छन्, प्रयासहरू दोहोरिएका छैनन्, तथा स्वास्थ्य सेवाहरूको गुणस्तर अत्यधिक गराइएको छ भनी सुनिश्चित गर्न स्थानीय निकाय तथा कार्यक्रम गर्ने अन्य निकायहरूबीच समन्वय हुनु पनि अत्यन्त जरुरी छ । अन्य प्राविधिक अध्यायमा आवश्यकतानुसार विशिष्ट मापदण्ड वा निर्देशक बुँदाहरू उल्लेख गरिएका छन् ।

सबै क्षेत्रका लागि साभ्ा मापदण्डहरुसँग सम्बन्ध

कुनै कार्यक्रम विकास गर्ने र त्यसलाई कार्यान्वयन गर्ने प्रकृया त्यसको प्रभावकारिताका लागि महत्वपूर्ण हुन्छ । यस अध्यायको प्रयोग सबै क्षेत्रका लागि साभ्ा मापदण्डहरूसँग समन्वय गरी हुनु पर्छ जसमा सहभागिता, प्रारम्भिक मूल्याङ्कन, कार्यक्रम, लक्ष्यीकरण, अनुगमन, मूल्याङ्कन, सहयोगकर्मीको क्षमता तथा जिम्मेवारीहरू, तथा कर्मचारीहरूको सुपरिवेक्षण, व्यवस्थापन र तिनलाई सहयोग भन्ने विषयहरू पर्छन् (अध्याय १, पृष्ठ २७ हेर्नुहोस्) । खासगरी कुनै पनि कार्यक्रममा तल उल्लिखित खतरोन्मुखी समूहलगायतका प्रकोपग्रस्त व्यक्तिहरूको सहभागितालाई त्यसको उपयुक्तता तथा गुणस्तर सुनिश्चित गर्न बढीसे बढी गराउनु पर्छ ।

प्रकोपग्रस्त जनताले झेल्ने खतरा तथा तिनका क्षमताहरु

प्रकोपको समयमा अधिकतम खतरामा पर्ने समूहहरूमा महिला, बालबालिका, वृद्ध, अपाङ्ग, एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरू हुन्। कतिपय प्रसङ्गमा मानिसहरूको जातीय उत्पति, धार्मिक वा राजनैतिक सम्बन्धन, वा विस्थापनका कारणले पनि खतरा झेल्नु पर्ने हुन्छ। यो चाहिं आफैंमा सम्पूर्ण सूची होइन तर यसमा सर्वाधिक पहिचान गरिएकाहरू परेका छन्। विशेषखालका खतराहरूले मानिसहरूको प्रकोपको घडीलाई सामना गर्ने र सोमा बाँच्ने क्षमतालाई प्रभावित गर्छ र हरेक अवस्थामा सर्वाधिक खतरा झेल्ने व्यक्तिहरूको पहिचान हुनु पर्छ।

यस हातेपुस्तिकाभरि नै 'खतरोन्मुखी समूह' भन्ने शब्दावलीले यी सबै समूहलाई जनाउँछन्। कुनै एक समूह खतरामा पर्दा अरू पनि प्रभावित हुने डर (सम्भावना) हुन्छ। तसर्थ खतराजन्य समूहको उल्लेख हुनासाथ प्रयोगकर्ताहरूलाई यहाँ सूचीमा परेका सबैमाथि विचार पुऱ्याउन जोडदार आग्रह गरिन्छ। बिना भेदभाव तथा विशेष आवश्यकतानुसार सबै प्रभावित समूहलाई संरक्षण तथा सहयोग प्रदान गर्न विशेष ध्यान दिइनु पर्छ। तर प्रकोपप्रभावित व्यक्तिहरूसँग स्वयं समस्याको सामना गर्ने सीप तथा क्षमता हुन्छन् वा तिनले सिक्छन् (ग्रहण गर्छन्) भन्ने कुरा बुझेर तिनको पहिचान तथा समर्थन गर्नु पर्छ।

चुनिएका प्रकोपहरूले जनस्वास्थ्यमा पार्ने असर					
प्रभाव	जटिल संकटकालीन अवस्थाहरू	भुँइचालो	हुरीबतास (बाढीरहित)	बाढी	आकस्मिक बाढी/सुनामी
मृत्यु	धेरै	धेरै	केही	केही	धेरै
गम्भीर चोटपटक	धेरै थोरै	धेर	ठिक्कै	केही	केही
सरुवा रोगको बढ्दो जोखिम	उच्च	कम	कम	धेरै थोरै	कम
खाद्यान्न अभाव	सामान्य	दुर्लभ	दुर्लभ	धेरै थोरै	सामान्य
प्रमुख जनसंख्या विस्थापन	सामान्य (निकै क्षतिग्रस्त शहरी क्षेत्रमा हुनसक्ने)	दुर्लभ	दुर्लभ	सामान्य	धेरै थोरै

श्रोत: Pan American Health Organization, *Emergency Management after Natural Disaster.* Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination: Scientific Publication No. 47. Washington, DC. Pan American Health Organization, 1981.

पुनश्च: विशेषखाले प्रकोपमा पनि रुग्णता तथा मृत्युदर प्रसङ्गैपिच्छे फरकफरक हुन्छन् । उदाहरणका लागि भवन निर्माणसम्बन्धी आचारसंहिताहरूले भुइँचालोसँग सम्बन्धित मृत्यु तथा गम्भीर चोटपटक हुने घटनालाई नाटकीय ढंगले घटाउन सक्छ । केही जटिल संकटकालीन अवस्थामा रुग्णता तथा मृत्युदरका प्रमुख कारण सरुवा रोग तथा कुपोषण हुन्छन् भने अन्यमा गम्भीर आघातले प्रमुखतया मृत्युदर बढाउँछ र दीर्घ रोगका जटिलता नै मुख्य रूपले अत्यधिक रुग्णताको कारण बन्न जान्छ ।

१ स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरू

प्रकोपको समयमा सहायता कार्यक्रम संचालन गर्दा सो अवधिमा मृत्युदर निरन्तर वा छिटै नै बढ्ने कुरालाई ध्यानमा राखी आधारभूत चिकित्सकीय सेवालगायत बाँच्नका लागि अत्यावश्यक मानवीय सहायता कार्यक्रमलाई प्राथमिकता दिन ध्यान केन्द्रित गर्नु पर्छ । एकपल्ट जीवन परित्राणको निम्ति आवश्यकता पूरा भइसकेपछि र मृत्युदर आधाररेखासम्म झरिसकेपछि अझ व्यापक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने तयारी गर्नु पर्छ । सहायता कार्यको सबै चरणमा सेवाको तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्ने कार्यमा स्वास्थ्य प्रणाली विधि अपनाउनाले अति महत्वपूर्ण आवश्यकताहरु पूरा गरिएको, कार्यक्रमले उपयुक्त क्षेत्र ओगटेको, र गुणस्तर बढेको कुरालाई सुनिश्चित गर्नेछ ।

मापदण्डहरु सबैखाले प्रकोपको स्थितिमा लागू हुन्छन् तर ती श्रोत कम भएको अवस्थामा अझ झन महत्वपूर्ण हुन्छ । यस्ता मापदण्डहरु मुख्यतया प्रकोप सहायता कार्यक्रमको अवधिमा संचालित राम्रो गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रकोपपीडित समुदायलाई उपलब्ध गराउने दृष्टिकोणले तर्जुमा गरेको कुरा सुनिश्चित गर्न तयार गरिएको छ । प्रकोपपश्चात स्वास्थ्यसम्बन्धी पूर्वाधार तथा सेवाहरु मुख्यतया अवरूद्ध हुने हुनाले स्वास्थ्य सेवाको दीगोपनालाई बढाउनु विशेष महत्वपूर्ण हुन्छ । तर सेवाको निरन्तरतालाई सुनिश्चित गर्दा विभिन्न विषयमा विचार पुऱ्याउनु पर्छ - जस्तै राजनैतिक, व्यवस्थापकीय, संस्थागत, वित्तीय (आर्थिक) तथा प्राविधिक । त्यसैले यी कुरा यस हातेपुस्तिकामा समेट्न सकिंदैन । स्वास्थ्यसम्बन्धी निकाय तथा कर्मचारीहरुले यो कुरा ध्यानमा राख्नु पर्छ कि प्रकोप सहायता कार्यक्रम संचालन गर्ने सिलसिलामा गरिएका निर्णयहरुले यस्ता सेवाको दीर्घकालीन दीगोपना बढाउन वा घटाउनमा मद्दत पुऱ्याउन सक्नेछन् ।

स्वास्थ्य

स्वास्थ्य प्रणाली एवं पूर्वाधारसम्बन्धी मापदण्ड १: स्वास्थ्य सेवाहरूलाई प्राथमिकतामा राख्ने

अत्यधिक मृत्यु तथा रुग्णता दरका प्रमुख कारक तत्वहरूलाई ध्यानमा राखी प्राथमिकता दिएर संचालित स्वास्थ्य सेवाहरू सबै मानिसले प्राप्त गरेका छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- मृत्यु तथा रुग्णता दरका प्रमुख कारक तत्वहरूको पहिचान, अभिलेख तथा अनुगमन गरिएको छ ।
- प्राथमिकतामा परेका स्वास्थ्य सेवाहरूमा अत्यधिक रुग्णता तथा मृत्युदर घटाउने सर्वाधिक उपयुक्त तथा प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवाहरू समावेश गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- खतरोन्मुख समूहलगायतका समुदायका सबै सदस्यहरूले प्राथमिकता भएका स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवाहरू प्राप्त गरेका छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।
- स्थानीय स्वास्थ्य अधिकृत तथा सामुदायिक सदस्यहरूले प्राथमिकता पाएका स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवाहरूमा सहभागी हुन्छन् ।
- प्राथमिकता भएका स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवाहरूको तर्जुमा तथा कार्यान्वयनमा अन्य क्षेत्रबाट सक्रिय सहयोग प्राप्त हुन्छ । यसअन्तरगत पानी तथा सरसफाइ, खाद्यान्न सुरक्षा, पोषण, आश्रय तथा संरक्षण पर्छन् ।
- कच्चा (अपरिष्कृत) मृत्युदर (crude mortality rate, CMR)लाई प्रकोपपूर्व जनताका लागि अभिलेख गरिएको आधाररेखा (बेसलाइन) दरभन्दा दुईगुणा कममा कायम गरिन्छ वा झारिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- ५-वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्युदर (U5MR) लाई संकटपूर्व जनताका लागि अभिलेख गरिएको आधाररेखा (बेसलाइन) दरभन्दा दुईगुणा कममा कायम गरिन्छ वा झारिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **प्राथमिकतामा परेका स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवाहरुः** यी सेवाहरू प्रसङ्गअनुसार फरकफरक हुन्छन् । यसमा प्रकोप र यसको प्रभाव पनि समावेश हुन्छ । यी सेवा कार्यहरूलाई जनस्वास्थ्यसम्बन्धी सिद्धान्तमा आधारित गरी तर्जुमा गर्दा मानिसलाई अत्यधिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सकिने कुरा सुनिश्चित हुन्छ । प्राथमिकतामा परेका स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवा कार्यहरूमा पर्याप्त सुरक्षित पानीको आपूर्ति, सरसफाइ, खाद्य तथा आश्रय, संक्रामक रोग नियन्त्रण (जस्तै दादुराको खोप), आधारभूत उपचार स्याहार तथा रोगको निगरानी भन्ने विषयहरू पर्छन् । भूकम्पजस्तो प्रकोपको कारणले व्यापक चोटपटकको घटनामा परेका व्यक्तिहरूको मानसिक तनावका स्याहार गर्ने व्यवस्थासमेत भएको विस्तारित उपचार सेवालाई उच्च प्राथमिकता दिइन्छ ।

२. **स्वास्थ्य सेवामा पहुँचः** पहुँचलाई समानताको सिद्धान्तमा आधारित गर्नु पर्छ । त्यसो गर्दा बिना भेदभाव केही विशेष समूह बाहिरिन नपर्ने गरी आवश्यकतानुरुप समान पहुँच हुने कुरा सुनिश्चित गर्नु पर्छ । व्यवहारमा स्वास्थ्य सेवाका स्थान तथा कर्मचारी नियुक्ति, स्वास्थ्य सेवामा व्यक्तिहरूको अधिकतम पहुँच तथा क्षेत्र ढाक्ने कुरा सुनिश्चित हुने किसिमले व्यवस्था गर्नु पर्छ । स्वास्थ्य सेवाको तयारी गर्दा तत्काल पहुँच हुन नसक्ने जोखिमयुक्त समूहका खास आवश्यकतालाई ध्यान राखी गर्नु पर्छ । उपभोक्ता शुल्क लिइने ठाउँमा शुल्क तिर्न नसक्नेले पनि सो सेवा प्राप्त गर्न सकिने व्यवस्था हुनु पर्छ । जस्तै शुल्क माफ, प्रमाणक पुर्जा (भाउचर) आदि ।

३. **कच्चा (अपरिष्कृत) मृत्युदर (CMR) तथाः** ५-वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्युदर (U5MR): प्रकोपकालीन अवस्थामा अनुगमन गर्ने सबभन्दा विशिष्ट तथा उपयोगी स्वास्थ्य सूचक भनेको दैनिक कच्चा मृत्युदर (CMR) हो ।

आधाररेखा कच्चा मृत्युदर दोब्बर हुनुले तत्काल स्वास्थ्य सहयोग कार्यक्रमको आवश्यकता पर्ने जनस्वास्थ्यसम्बन्धी महत्वपूर्ण प्रकोपकालीन अवस्थातर्फ इङ्गित गर्छ । अति कम विकसित राष्ट्रहरूका लागि औसत आधाररेखा कच्चा मृत्युदर भनेको सालाखाला ०.३८ मृत्यु/प्रति १०,००० व्यक्ति/प्रतिदिन हो । सबसहारा अफ्रिकामा सो दर ०.४४ छ भने औद्योगिक राष्ट्रहरूमा उक्त दर लगभग ०.२५/प्रति १०,०००/प्रतिदिन रहेको छ। आधाररेखा दर थाहा नहुँदा स्वास्थ्य निकायहरूले कच्चा मृत्युदरलाई १.०/प्रति १०,०००/प्रतिदिन कायम गर्ने लक्ष राख्नु पर्छ । कम विकसित राष्ट्रहरूका लागि आधाररेखा ५ वर्षमुनिका बाल मृत्युदर (ग्छ:च) भनेको सालाखाला १.०३ मृत्यु/प्रति १०,००० यु५/प्रतिदिन हो । सबसहारा अफ्रिकामा यो दर १.१४ छ भने औद्योगिक राष्ट्रहरूमा उक्त दर ०.०४/प्रति १०,००० यु५/प्रतिदिन हो । आधाररेखा ५ वर्षमुनिका बाल मृत्युदर (ग्छ:च) थाहा नहुँदा स्वास्थ्य निकायहरूले बाल मृत्युदरलाई २.०/प्रति १०,००० यु५/प्रतिदिन कायम गर्ने लक्ष राख्नु पर्छ (परिशिष्ट २-३ र सँगैको तालिका हेर्नुहोस्) ।

क्षेत्रको आधारमा मृत्यु तथ्यांक आधाररेखा विवरण

क्षेत्र	सीएमआर (मृत्यु/प्रति १०,०००/प्रतिदिन)	सीएमआर प्रकोप - कालीन संघार	यु५एमआर (मृत्यु/प्रति १०,००० यु५/प्रतिदिन)	यु५एमआर प्रकोप- कालीन संघार
सबसहारा अफ्रिका	०.४४	०.९	१.१४	२.३
मध्यपूर्व र द. अफ्रिका	०.१६	०.३	०.३६	०.७
दक्षिण एशिया	०.२५	०.५	०.५९	१.२
पूर्वी एशिया र प्रशान्त	०.१९	०.४	०.२४	०.५
ल्याटिन अमेरिक तथा क्यारेबियन	०.१६	०.३	०.१९	०.४
मध्य तथा पूर्व युरोपेली क्षेत्र/सीआइएस तथा बाल्टिक राज्यहरू	०.३०	०.६	०.२०	०.४
औद्योगिक राष्ट्रहरू	०.२५	०.५	०.०४	०.१
विकासशील राष्ट्रहरू	०.२५	०.५	०.५३	१.१
कम विकसित राष्ट्रहरू	०.३८	०.८	१.०३	२.१
विश्व	०.२५	०.५	०.४८	१.०

स्रोत: *UNICEF's State of the World's Children 2003 (data from 2001).*

स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड १: राष्ट्रिय तथा स्थानीय स्वास्थ्य प्रणालीहरूलाई सहयोग

स्वास्थ्य सेवाहरू विद्यमान स्वास्थ्य प्रणाली, संरचना तथा प्रदायकहरूलाई सहयोग गर्ने गरी तयार गरिएका हुन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- स्वास्थ्य मन्त्रालयका प्रतिनिधिहरूले सम्भव भएसम्म स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरिने कार्यक्रमहरूको नेतृत्व (अगुवाइ) गर्छन् ।

- स्वास्थ्य मन्त्रालयमा आवश्यक क्षमताको कमी भएमा स्वास्थ्य क्षेत्रको नेतृत्व गर्न आवश्यक क्षमता भएको वैकल्पिक निकायको पहिचान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- स्थानीय स्वास्थ्य सुविधाहरूलाई सहायता कार्यक्रम गर्ने निकायहरूले सहयोगका साथै सुदृढ पार्ने काम गर्छन् (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- स्थानीय स्वास्थ्यकर्मीलाई लैङ्गिक तथा जातीय सन्तुलन ध्यानमा राखेर सहयोग गर्नुका साथै तिनलाई स्वास्थ्य सेवामा एकीकृत गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- स्वास्थ्य सेवाहरूले प्रकोपग्रस्त अथवा आश्रयदाता राष्ट्रमा विद्यमान राष्ट्रिय मापदण्ड तथा निर्देशिकाहरूलाई समावेश वा समाहित गर्छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- स्थानीय क्षमताले भ्याउन नसकेमा वा जनताले विद्यमान सेवा छिटो पाउन नसक्ने स्थिति भएको अवस्थामा बाहेक विदेशी फील्ड अस्पताललगायतका कुनै पनि वैकल्पिक वा समानान्तर स्वास्थ्य सुविधा र सेवा स्थापित गरिएका छैनन् । यस विषयमा अग्रणी स्वास्थ्य निकायसँग परामर्श गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **अग्रणी स्वास्थ्य निकायः** स्वास्थ्य मन्त्रालय (MoH)सँग अग्रणी स्वास्थ्य निकायको भूमिका निर्वाह गर्ने क्षमता नभएको स्थितिमा सामान्यतया विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO), संयुक्त राष्ट्र संघ शरणार्थी उच्च आयुक्त (UNHCR), यूनिसेफ (UNICEF)जस्ता कुनै संयुक्त राष्ट्रसंघीय निकायले सो जिम्मेवारी लिनेछ। कहिलेकाहीं स्वास्थ्य मन्त्रालय र संयुक्त राष्ट्रसंघीय निकायहरूसमेत क्षेत्रीय, जिल्ला वा स्थानीय स्तरमा काम गर्न असमर्थ भए अस्थायी तवरमा भए पनि सम्बन्धित कृयाकलापमा समन्वय गर्न अर्को सहभागी निकायलाई आह्वान गर्न सकिन्छ। अग्रणी स्वास्थ्य निकायले स्वास्थ्य सहायता कार्यक्रम संचालन गर्ने निकायहरूले स्थानीय स्वास्थ्य प्रणालीका क्षमतालाई सहयोग तथा सुदृढ गर्ने कार्य सुनिश्चित गर्नु पर्छ। यसअतिरिक्त स्वास्थ्य कार्यक्रम संचालन गर्ने निकायहरूको कृयाकलापमा समन्वय गर्नु तथा ती पूरक रूपमा छन् भनी सुनिश्चित गर्नु अग्रणी स्वास्थ्य निकायको जिम्मेवारी हुनेछ।

२. **स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीति तथा नीतिः** अग्रणी स्वास्थ्य निकायको एक महत्वपूर्ण जिम्मेवारी स्वास्थ्य क्षेत्रभित्र प्रकोपकालीन स्वास्थ्य सहायता कार्यक्रम संचालन गर्ने उपयुक्त रणनीति तथा नीतिको विकास गर्नु हो। आदर्शको रूपमा यस नीतिगत दस्तावेजमा स्वास्थ्य क्षेत्रका प्राथमिकता तथा उद्देश्यहरू तोक्ने र तिनलाई हासिल गर्ने खाका प्रष्ट उल्लेख गरिनु पर्दछ। उक्त अभिलेख सम्बन्धित निकायहरू तथा समुदायका प्रतिनिधिहरूसँग परामर्श गरी तयार गर्नु पर्छ।

३. **स्थानीय स्वास्थ्यकर्मीहरुः** उपयुक्त भएअनुरुप स्वास्थ्य सेवाहरूमा प्रकोपग्रस्त समुदायका स्वास्थ्य व्यवसायी तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरू तथा दक्ष/ परम्परागत सुँडेनीलाई एकीकृत गर्नु पर्छ। लैङ्गिक सन्तुलन सधैं ग्राह्य भए पनि समान लिङ्गका स्वास्थ्य स्याहार गर्नेहरू प्रमुख रूपमा काम गर्ने समुदायमा सो कुरा व्यावहारिक नहुन सक्छ।

४. **राष्ट्रिय मापदण्ड तथा निर्देशनहरुः** साधारणतया निकायहरूले प्रकोपकालीन स्वास्थ्य सहायता कार्यक्रम संचालन हुने देशकै स्वास्थ्यसम्बन्धी मापदण्ड तथा निर्देशनहरू पालना गर्नु पर्छ । यसभित्र उपचारसम्बन्धी नियम तथा आवश्यक औषधिका सूचीहरू पनि पर्छन् (स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ५ हेर्नुहोस्) । यी मापदण्ड तथा निर्देशनहरू प्रकोपकालीन सहायता कार्यक्रममा तिनको उपयुक्तता निर्धारण गर्न स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा अग्रणी स्वास्थ्य निकायसँग परामर्श गरी पुनरावलोकन गर्नु पर्छ । ती मापदण्ड तथा निर्देशनहरू पुराना भएको कारणले अथवा व्यावहारिकतामा आधारित नभएको प्रमाणित भएमा तिनलाई अद्यावधिक गर्नु पर्छ ।

५. **विदेशी स्थलगत (फील्ड) अस्पतालहरुः** कहिलेकाहीँ विद्यमान अस्पतालहरू राम्ररी काम गर्न नसक्दा स्थलगत अस्पतालहरू नै स्वास्थ्य स्याहार प्रदान गर्ने एकमात्र उपाय हुन सक्छन् । तर सामान्यतया विद्यमान अस्पतालहरूलाई श्रोतहरू प्रदान गर्नु बढी प्रभावकारी हुन्छ । यसले ती अस्पतालहरू पुनः काम गर्न वा थप भार वहन गर्न समर्थ हुन्छन् । मानसिक आघात पुग्ने चोटपटकमा तत्काल (प्रथम ४८ घण्टा) सेवा प्रदान गर्न, मानसिक आघात पुग्ने चोटपटक र नियमित आपात्कालीन घटनामा पछि (३-१५ दिन) सेवा प्रदान गर्न वा क्षतिग्रस्त स्थानीय अस्पताल पुनर्निर्माण नगरेसम्म अस्थायी (केही वर्षसम्म) सुविधा प्रदान गर्न स्थलगत अस्पताल खोल्नु उचित हुनेछ । स्थलगत अस्पताल खोल्न उचित होला नहोला भनी निर्धारण गर्न सुपरिभाषित आवश्यकता हुनु पर्छ; फील्ड अस्पताल उपयुक्त सेवा प्रदान गर्न सक्षम हुनु पर्छ; यसले स्थानीय श्रोतहरू रित्याउनु हुन्न; र यो लागत-प्रभावकारी हुनु पर्छ ।

स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरुसम्बन्धी मापदण्ड ३ः समन्वय

अत्यधिक प्रभाव हासिल गर्ने उद्देश्यले विभिन्न निकाय तथा क्षेत्रबीच समन्वय गरिएकास्वास्थ्य सेवामा मानिसहरूको पहुँच छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- स्वास्थ्य क्षेत्रमा केन्द्रीय (राष्ट्रिय वा क्षेत्रीय) स्तरमा र स्थलगत स्तरमा, स्वास्थ्य तथा अन्य क्षेत्रबीच समन्वय गर्ने संयन्त्र स्थापित भएका छन् ।
- हरेक स्वास्थ्य निकायका विशेष जिम्मेवारीहरू अग्रणी स्वास्थ्य निकायसँग परामर्श गरी वृहत जनसंख्या समेटेको र सेवाहरू परिपूरक भएको सुनिश्चित गर्नको निम्ति प्रष्ट पारिएका र अभिलेख गरिएका छन् । (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- केन्द्रीय तथा स्थलगत दुवै स्तरमा स्थानीय र बाह्य साझेदारका लागि नियमित स्वास्थ्य क्षेत्र समन्वय बैठक बस्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **स्वास्थ्य निकायहरुबीच समन्वयः** अग्रणी स्वास्थ्य निकायको रूपमा स्वास्थ्य मन्त्रालय वा अरु निकाय जो सुकै भए पनि स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै संघसंस्थाले राष्ट्रिय तथा स्थानीय स्वास्थ्य सेवाहरूसँग समन्वय गर्नु पर्छ। शरणार्थीसँग सम्बन्धित अवस्थामा निकायहरूले सम्बन्धित देशको स्वास्थ्य प्रणालीसँग समन्वय राख्नु पर्छ। स्वास्थ्य सेवामा विभिन्न स्वास्थ्य निकाय संलग्न भएको अवस्थामा जिम्मेवारीहरू समन्वय गरी बाँडिनु पर्छ। यसबाट स्वास्थ्य क्षेत्रमा रहेका अभावहरू पूरा गर्न र कुनै सेवा दोहोरिन नगएको कुरालाई सुनिश्चित गर्न सहयोग पुग्छ ।

२. **समन्वय बैठकहरुः** यस्ता बैठकले सूचना आदानप्रदान गर्न, प्राथमिकताहरूको पहिचान र अनुगमन गर्ने स्वास्थ्यसम्बन्धी रणनीतिहरू विकास गर्न तथा

स्वीकार गर्न विशेष कार्य जिम्मेवारी तोक्न तथा स्तरीय नियम निर्माण तथा सेवा कार्यक्रममा सहमति जनाउन एउटा साझा मञ्च प्रदान गरिन्छ। शुरूमा बैठकहरू कमसे कम हरेक साता बस्नु पर्छ।

स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ४: प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहार (सेवा)

स्वास्थ्य सेवाहरू सान्दर्भिक प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहार (सेवा)का सिद्धान्तमा आधारित छन्।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- आफ्नो स्वास्थ्य र हित संरक्षण र सम्वर्द्धन गर्न सघाउने स्वास्थ्यसम्बन्धी सूचना सबै मानिसहरूले प्राप्त गर्छन्। (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्)।
- स्वास्थ्य प्रणालीको उपयुक्त स्तरमा स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराइन्छ: जस्तै घरपरिवार/समुदाय, बाहिरका स्वास्थ्य केन्द्र, केन्द्रीय स्वास्थ्य केन्द्र, साधेर पठाएको (रेफर हुने) अस्पतालमा (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्)।
- अग्रणी स्वास्थ्य निकायद्वारा साध्ने (रेफर गर्ने) स्तरीय प्रणालीको स्थापना गरिएको छ तथा सो स्वास्थ्य निकायहरूद्वारा उपयोग गरिएको छ। बिरामीहरूबाट साधिएका स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा पुग्नका लागि उपयुक्त यातायातको व्यवस्था गरिएको छ।
- स्वास्थ्य सेवा र कार्यक्रमहरू सम्भव भएसम्म वैज्ञानिक रूपमा उपयुक्त विधि र प्रमाणमा आधारित छन्।
- स्वास्थ्य सेवा र कार्यक्रमहरूले उपयुक्त प्रविधि प्रयोग गर्छन् तथा ती सामाजिक र साँस्कृतिक रूपमा मान्य छन्।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **स्वास्थ्यसम्बन्धी सूचना तथा शिक्षाः** एउटा सक्रिय सामुदायिक स्वास्थ्यसम्बन्धी शिक्षा तथा प्रवर्द्धन स्थानीय स्वास्थ्य निकाय तथा सामुदायिक प्रतिनिधिहरूसँग परामर्श गरी प्रारम्भ गर्नु पर्छ । यसले जनताको स्वास्थ्य लाभ गर्न चाहने व्यवहार र स्वास्थ्यसम्बन्धी विश्वासहरूलाई ध्यान दिनु पर्छ । यसले स्वास्थ्यसम्बन्धी क्षेत्रीय प्रमुख समस्या, स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रमुख जोखिम, स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता सो प्रदान गरिने स्थान तथा सुस्वास्थ्यको संरक्षण एवं सम्वर्द्धन गर्ने व्यवहारहरूबारे जानकारी प्रदान गर्नु पर्छ । जनस्वास्थ्यसम्बन्धी सन्देश तथा सामाग्रीहरूमा उपयुक्त भाषा तथा संचार माध्यमको प्रयोग हुनु पर्छ । साथै ती साँस्कृतिक रूपमा संवेदनशील पनि हुनु पर्छ । यथाशक्य प्राथमिकता प्राप्त स्वास्थ्यसम्बन्धी सन्देशहरू कार्यान्वयन गर्ने स्वास्थ्य निकायहरूबीच तालमेल राख्नु पर्छ ।

२. **घुम्ती स्वास्थ्य सेवाः** केही प्रकोपकालीन अवस्थामा सीमित स्वास्थ्य सेवा पाउने एकलासमा परेका वा घुमन्ते समुदायका आवश्यकता पूरा गर्नको निम्ति घुम्ती स्वास्थ्य सेवा चलाउन जरुरी हुन्छ । अनुभवले यो देखाएको छ कि सही तरीकाले संचालन गर्दा त्यस्ता घुम्ती सेवाले महत्वपूर्ण आवश्यकता पूरा गर्न सक्छन् । यदि गलत ढंगले संचालन भएमा घुम्ती स्वास्थ्य सेवा अपर्याप्त प्रयोग हुनेछ र तिनले विद्यमान स्वास्थ्य सेवालाई विस्थापित गरी सीमित श्रोतको अनुपयुक्त प्रयोग गरेको बुझिनेछ । यस्ता घुम्ती सेवालाई अग्रणी स्वास्थ्य निकाय र स्थानीय स्वास्थ्य प्रतिनिधिहरूसँग परामर्श गरेर मात्र संचालन गर्नु पर्छ ।

स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ५: उपचार (स्वास्थ्य) सेवाहरू

सर्वमान्य नियम तथा निर्देशनहरूको पालना गरिएका स्तरीय उपचार (स्वास्थ्य) सेवा मानिसहरूलाई प्राप्त छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- स्वास्थ्य सुविधाहरूको संख्या, स्तर तथा स्थान जनताका आवश्यकता पूर्ति गर्न उपयुक्त छन् (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।
- हरेक स्वास्थ्य सुविधामा कर्मचारीहरूको संख्या, सीप तथा लैङ्गिक/जातीय सन्तुलन जनताका आवश्यकता पूर्ति गर्न उपयुक्त छन् (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।
- उपचारकहरूले प्रति दिन ५० भन्दा बढी रोगीलाई निरन्तर जाँचिरहन नपर्ने गरी पर्याप्त कर्मचारीहरू नियुक्त गरिएका छन् । यदि बिरामीको संख्या सधैं ५० नाघेमा थप उपचारका कर्मचारीहरू नियुक्त गरिन्छ (परिशिष्ट ३ हेर्नुहोस्) ।
- स्वास्थ्य केन्द्रहरूको सुविधाको प्रयोग हुने दरको अनुगमन गरिन्छ तथा सो बढी वा कम प्रयोग भएको पाइएमा सुधारात्मक कदमहरू चालिन्छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।
- अग्रणी स्वास्थ्य निकायले उपचार सेवा व्यवस्थापनका लागि स्तरीय नियमहरू स्थापना गरेको छ । सो स्वास्थ्य निकायहरूबाट अनुसरण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।
- अग्रणी स्वास्थ्य निकायले आवश्यक औषधिहरूको स्तरीय सूची बनाएको छ । सोलाई स्वास्थ्य निकायहरूबाट अनुसरण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- उपचार गर्ने कर्मचारीहरूलाई नियम तथा आवश्यक औषधिहरूको सूची प्रयोग गर्ने कुरामा प्रशिक्षित र सुपरिवेक्षण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ५-६ हेर्नुहोस्) ।

- मानिसहरूको आवश्यक औषधिहरूमा निरन्तर पहुँच छ । त्यसका लागि सर्वमान्य निर्देशनहरू पालना गर्ने औषधि व्यवस्थापन प्रणालीको स्तरीय प्रणाली खडा गरिएको छ (निर्देशक बुँदा ७ हेर्नुहोस्) ।

- औषधिहरू तब मात्र दानमा स्वीकार गन्छि जब तिनले अन्तर्राष्ट्रिय मान्यताप्राप्त निर्देशनहरू पालना गर्छन् । अन्यथा त्यस्ता दानका औषधिहरू प्रयोग नगरी सुरक्षित तरीकाले धुल्याउने प्रबन्ध गरिन्छ ।

- मृतकका लासलाई सम्मानित,साँस्कृतिक रूपले उचित तरीकाले व्यवस्थित गरिन्छ । सो गर्दा जनस्वास्थ्यसम्बन्धी असल अभ्यासको अनुरण गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **स्वास्थ्य सुविधा (केन्द्र) तथा कर्मचारी नियुक्तिः** आवश्यक स्वास्थ्य केन्द्रको संख्या तथा स्थान र हरेक तहमा कर्मचारीको संख्या तथा तिनका सीपहरू विभिन्न प्रसङ्गमा फरक फरक हुन सक्छन् । एउटा पनि महिला स्वास्थ्यकर्मी वा अल्पसंख्यक जातीय समूहको प्रतिनिधिको उपस्थिति सुनिश्चित गर्नाले स्वास्थ्य सेवामा महिला तथा अल्पसंख्यक समूहका मानिसहरूको पहुँच निकै बढाउन सक्छ । स्वास्थ्य केन्द्रहरूको तटस्थतालाई खतरा पार्ने, जस्तै हतियार राख्ने, खालका काम वा कृयाकलापलाई निषेध गरिन्छ ।

२. **कर्मचारीहरुको स्तरः** निम्न निर्देशनहरूले उपयोगी मार्गदर्शन प्रस्तुत गर्छन् । तर तिनलाई प्रसङ्गअनुकूल बनाउनु पर्ने हुन सक्छ । ‘योग्य स्वास्थ्यकर्मी’ भन्ने शब्दावलीले औपचारिक तालीम प्राप्त उपचार सेवादायक,

जस्तै चिकित्सक (डाक्टर), परिचारिका (नर्स), स्वास्थ्य अधिकृत वा स्वास्थ्य सहायकलाई जनाउँछ ।

क. ***सामुदायिक स्तर:*** प्रति ५००-१,००० जनतामा एक सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मी; प्रति २,००० जनसंख्यामा एक दक्ष/परम्परागत सुँडेनी; प्रति १० घरेलु भिजिटरलाई एक सुपरिवेक्षक; एक वरिष्ट सुपरिवेक्षक ।

ख. ***बाह्य स्वास्थ्य सुविधा (केन्द्र) (सालाखाला १०,००० जनसंख्याका लागि):*** कुल दुईदेखि पाँच कर्मचारी; प्रति दिन प्रति ५० परामर्शका लागि एक उपचार सेवादाताका आधारमा कम्तीमा एक योग्य स्वास्थ्यकर्मी; मौखिक पुनजर्लीय उपचार (oral rehydration therapy, ORT), पट्टी बाँध्ने (ड्रेसिङ्ग गर्ने) आदि तथा दर्ता, प्रशासन आदिका लागि सामान्य योग्यता भएका कर्मचारीहरू ।

ग. *केन्द्रीय स्वास्थ्य सुविधा (सालाखाला ५०,००० जनसंख्याका लागि):* न्यूनतम पाँच योग्य स्वास्थ्यकर्मी, न्यूनतम एक चिकित्सक (डाक्टर); प्रति दिन प्रति ५० परामर्श (बहिरङ्ग सेवा)का लागि एक योग्य स्वास्थ्यकर्मी; प्रति २०-३० शय्या (बेड)का लागि २४सै घण्टा सेवा (अन्तरङ्ग सेवा)का लागि एक योग्य स्वास्थ्यकर्मी । मौखिक पुनर्जलीय उपचारका लागि समान्य योग्यता भएको एक कर्मचारी; औषधालय (फार्मेसी)का लागि एक/दुईजना; मलमपट्टी गर्न, सूई लगाउन, निसंक्रमण (स्टेरलाइजेशन) गर्न एक/दुईजना । प्रयोगशालाको (ल्याब) प्राविधिक एकजना । दर्ता, सुरक्षा आदिका लागि सामान्य योग्यता भएका कर्मचारीहरू ।

घ. ***साधेर पठाउने (रेफर हुने) अस्पताल:*** फरकफरक; सीपयुक्त (शल्यचिकित्सक) कम्तीमा एकजना; प्रति निर्धारित अवधि (शिफ्ट) २०-३० शय्याका लागि एक परिचारिका ।

३. **स्वास्थ्य सेवा प्रयोग हुने दरः** स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा हुने उपस्थितिले त्यसको उपयोग दर निर्धारण गर्न सघाउनेछ । विभिन्न प्रसङ्गमा र प्रायः मौसमपिच्छे फरकफरक हुने भएकोले उपयोग हुने कुनै निश्चित सीमा छैन । तर सो

कुरा प्रायः संकटग्रस्त जनतामा उल्लेखनीय ढंगले बढ्छ । स्थिर जनतामा प्रयोग दर सालाखाला ०.५-१.० नयाँ परामर्श/व्यक्ति/वर्ष हुन्छ । विस्थापित जनतामा सो दर भने औसतमा ४.०-१.० नयाँ परामर्श/व्यक्ति/वर्ष हुने अपेक्षा गरिन्छ । यदि उक्त दर अपेक्षाकृतभन्दा कम भएमा यसले स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा अपर्याप्त पहुँच भएको इङ्गित गर्न सक्छ । जस्तै असुरक्षा वा स्वास्थ्य सेवाहरूको दयनीय अवस्थाल गर्दा त्यस्तो हुन सक्छ । यदि दर उच्चतर छ भने यसले जनस्वास्थ्यसम्बन्धी विशेष समस्या (जस्तै संक्रामक रोगको आरम्भ)ले गर्दा बढी प्रयोग भएको जनाउन सक्छ । अथवा लक्षित जनताबारे गलत अनुमानले गर्दा त्यस्तो भएको हुन सक्छ । प्रयोग दरको विश्लेषण गर्दा लिङ्ग, उमेर, जातीय उत्पति र असक्तताबारे पनि विचार गर्नु पर्छ । यसले जोखिमयुक्त समूहको कम प्रतिनिधित्व भएको छैन भनी सुनिश्चित गर्न सहयोग पुऱ्याउँछ (परिशिष्ट ३ हेर्नुहोस्) ।

४. **उपचारसम्बन्धी स्तरीय नियम तथा आवश्यक औषधिका सूचीहरुः** अधिकाँश राष्ट्रले आवश्यक औषधिहरूको सूची वा राष्ट्रिय सूत्र तयार गरिसकेका छन् । साथै कतिपयले आम रोग तथा चोटपटकको व्यवस्थापनका लागि उपचारसम्बन्धी नियमहरू पनि बनाइसकेका छन् । यी नियम तथा औषधिहरूका सूचीबारे स्वास्थ्य मन्त्रालय वा अग्रणी स्वास्थ्य निकायसँग प्रकोप सहायता कार्यक्रमअगावै परामर्श गरी पुनरावलोकन गर्नु पर्छ । यसबाट तिनको उपयुक्तता निर्धारण गर्न सजिलो हुन्छ । प्रायः स्थापित राष्ट्रिय नियम तथा औषधिहरूको सूचीको विकल्प खोज्नु पर्ने पनि हुन सक्छ । उदाहरणका लागि कतिपय अवस्थामा सिफारिस गरिएका यान्टिबायोटिक्स वा औलो रोगको निम्ति दिइने औषधि बिरामी भएको प्रतिरोध भएको प्रमाण छ । यदि नियम तथा औषधिहरूका सूची विद्यमान नभए विश्व स्वास्थ्य संगठन वा संयुक्त राष्ट्र संघ शरणार्थी उच्च आयुक्तद्वारा स्थापित निर्देशिका, जस्तै नयाँ आपात्कालीन स्वास्थ्य उपकरण (new emergency health kit), को अनुसरण गर्नु पर्छ ।

५. **कर्मचारीहरुको प्रशिक्षण तथा सुपरिवेक्षणः** स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई आफ्नो स्तरका जिम्मेवारी पूरा गर्न सघाउ पुऱ्याउने सही तालीम तथा सीप प्रदान

गर्नु पर्छ । स्वास्थ्य निकायहरूको दायित्व आफ्ना कर्मचारीहरूलाई प्रशिक्षण प्रदान गरी तिनको ज्ञान अद्यावधिक छ भनी सुनिश्चित गर्ने हो । खासगरी कर्मचारीहरूले निरन्तर शिक्षा प्राप्त नगरेको अथवा नयाँ स्वास्थ्य प्रणाली र नियमहरू लागू गरेको अवस्थामा तालीम तथा सुपरिवेक्षण उच्च प्राथमिकतामा परेको विषय बन्नेछ । सकेसम्म प्रशिक्षण कार्यक्रमहरू स्तरीय र राष्ट्रिय कार्यक्रमसँग सम्बन्धित हुनु पर्छ ।

६. **रोगीहरुका हकः** प्रकोपसँग सम्बन्धित अनेक तत्वले रोगीहरूको गोपनीयता, विश्वसनीयता तथा जानकारीसहितको सहमतिजस्ता हकलाई निरन्तर कायम राख्न गाह्रो हुन्छ । तर सकेसम्म स्वास्थ्य कर्मचारीहरूले यी अधिकारहरू सुरक्षित र सम्वर्द्धन गर्ने प्रयास गर्नु पर्छ । स्वास्थ्य सुविधा तथा सेवाहरू गोपनीयता र विश्वसनीयता सुनिश्चित गर्ने गरी तर्जुमा गरिनु पर्छ (स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ६ र निर्देशन बुँदा ३ हेर्नुहोस्) । रोगीहरूलाई स्वास्थ्य उपचार वा शल्यक्रियाको प्रकृया थाल्नुअघि नै जानकारी गराई तिनको सहमति लिनु पर्छ । रोगीहरूलाई हरेक प्रकृयामा के हुन्छ, यसका अपेक्षित लाभ र सम्भावित जोखिम के छन्, साथै यसमा कति खर्च र समय लाग्छ भनी जान्ने हक छ ।

७. **औषधि व्यवस्थापनः** आवश्यक औषधिहरूको सूची प्रयोग गर्नुका साथै स्वास्थ्य निकायहरूले औषधि व्यवस्थापनसम्बन्धी प्रभावकारी प्रणाली स्थापित गर्नु आवश्यक छ । त्यस्तो प्रणालीको लक्ष औषधिहरूको प्रभावकारी, लागत (प्रभावी तथा विवेकपूर्ण प्रयोग भएको सुनिश्चित गर्नु हो । उक्त प्रणाली औषधि व्यवस्थापनसम्बन्धी चार प्रमुख तत्वः छनौट, प्राप्ति, वितरण तथा प्रयोगमाथि आधारित हुनु पर्छ (Management Sciences for Health (1977), Managing Drug Supply. 2nd Edition हेर्नुहोस्) ।

८. **मृतकहरुका लासको प्रवन्ध गर्नेः** प्रकोपका अवस्थामा मृत्युदर उच्च भएपछि केयौं लाश व्यवस्थापन गर्नु पर्ने हुन्छ । ती लासलाई अपमानजनक ढंगले सामूहिक चिहानमा गाडिनु हुन्न किनभने त्यस्तो कार्यलाई जनस्वास्थ्यको दृष्टिकोणले उपयुक्त मान्न सकिन्न तथा यसले महत्वपूर्ण सामाजिक मान्यताको

उल्लंघन गर्नुको साथै सीमित श्रोतलाई हानि पनि पुऱ्याउन सक्छ। मानव अवशेषको सामूहिक व्यवस्थापन गर्ने काम प्रायः तत्कालै गाडिएन वा जलाइएन भने महामारी फैलाउन सक्छ भन्ने झूठो विश्वासमा टिकेको छ। वास्तवमा मानव लासहरूले उत्पन्न गर्ने खतरा प्रायः नगण्य हुन्छ। केही विशेष अवस्थामा मात्र तिनले स्वास्थ्यलाई खतरा पुऱ्याउँछन् र सोका लागि विशेष किसिमको सावधानी अपनाउनु पर्छ। उदाहरणका लागि हैजा वा रक्तस्राव गराउने ज्वरोहरूलाई लिन सकिन्छ। लासहरूलाई आफ्नो संस्कृतिअनुसार उपयुक्त ठाउँमा जलाउने अथवा गाड्ने अवसर प्रदान गर्नु पर्छ। हिंसाका शिकार व्यक्तिका लास गाडिनु वा जलाइनुअघि अदालती कारबाही पूरा गर्नु पर्छ (पृष्ठ २६२ मा आश्रय तथा बाससम्बन्धी मापदण्ड, निर्देशन बुँदा ३ हेर्नुहोस्)।

स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ६: स्वास्थ्यसम्बन्धी सूचना प्रणालीहरू

जनस्वास्थ्यसम्बन्धी महत्वपूर्ण तथ्याङ्कको निरन्तर, समन्वित संकलन, विश्लेषण तथा प्रयोगले स्वास्थ्य सेवाहरूको तर्जुमा तथा विकासलाई निर्देश गरेको हुन्छ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- सबै स्वास्थ्य निकायले नियमित तवरले स्वास्थ्यसम्बन्धी सूचनाका लागि स्तरीय प्रणाली (health information system - HIS)को प्रयोग गरी जनसाँख्यिकी, मृत्युदर, रुग्णता दर र स्वास्थ्य सेवाबारे महत्वपूर्ण तथ्याङ्क संलन गर्छन् (निर्देशक बुँदा १-२ तथा परिशिष्ट २-३ हेर्नुहोस्)।
- हिस (HIS)लाई समन्वय गर्न नियुक्त गरिने निकाय (वा निकायहरू)को पहिचान गरी उक्त प्रणालीलाई संगठित र सुपरिवेक्षण गरिन्छ।
- स्वास्थ्य केन्द्र तथा निकायहरूले नियमित रूपमा हिस (HIS)लाई समन्वय गर्न नियुक्त गरिएको निकायसमक्ष निगरानीसम्बन्धी तथ्याङ्क प्रस्तुत गर्छन्।

यी प्रतिवेदन पेश गर्ने अवधि प्रसङ्गअनुसार फरकफरक हुन सक्छ जस्तै दैनिक, साप्ताहिक, मासिक ।

- हिस (HIS)लाई समन्वय गर्न नियुक्त गरिएको निकायले तथ्याङ्कको विश्लेषण र व्याख्यासमेत भएको महामारीसम्बन्धी नियमित प्रतिवेदन प्रस्तुत गर्छ । सो प्रतिवेदन सम्बन्धित सबै निकाय, निर्णयकर्ता र समुदायलाई पठाइन्छ । उक्त प्रतिवेदनको प्रकाशनको पटक प्रसङ्गअनुसार फरकफरक हुन सक्छ जस्तै दैनिक, साप्ताहिक, मासिक ।

- निकायहरूले तथ्याङ्कको संरक्षणका लागि पर्याप्त सावधानी अपनाई व्यक्ति तथा/वा जनताका हक तथा सुरक्षाको प्रत्याभूति गर्छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- हिस (HIS)अन्तरगत पूर्वसूचना गर्ने एक घटक रहन्छ जसले संक्रमक रोगहरू फैलन सक्ने कुरा समयमै पत्ता लगाउने र सोसम्बन्धी आवश्यक कार्यक्रम बनाउने कुरा सुनिश्चित गर्छ (पृष्ठ ३४० मा सरुवा रोगहरूको नियन्त्रणसम्बन्धी मापदण्ड ५ हेर्नुहोस्) ।

- अन्य महत्वपूर्ण श्रोतहरूबाट निरन्तर पूरक तथ्याङ्क प्रयोग गरी निगरानीसम्बन्धी तथ्याङ्कको व्याख्या र निर्णय(प्रकृयालाई निर्देशित गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **स्वास्थ्यसम्बन्धी सूचनाा प्रणाली (हिस -Health Information System - HIS)**: हिस (HIS) को विकास सकेसम्म पहिल्यै विद्यमान निगरानी प्रणालीको आधारमा हुन्छ । केही प्रकोपकालीन अवस्थामा नया वा समानान्तर प्रणालीको आवश्यकता पर्छ । सो कुराको निर्क्यौल अग्रणी स्वास्थ्य निकायसँग परामर्श गरी गरिन्छ । हिस (HIS)को निर्माण लचिलो र कालान्तरमा विकसित हुँदै जाने गरी हुनु पर्छ । प्रकोप सहायता कार्यक्रम संचालन गर्दा स्वास्थ्यसम्बन्धी तथ्याङ्कमा

निम्न कुराहरू समावेश गर्नु पर्छ तर तिनमै मात्र सीमित भने हुनु हुँदैनः

क. कच्चा (अपरिष्कृत) मृत्युदर

ख. ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्युदर

ग. समानुपातिक मृत्युदर

घ. कारणविशेषले हुने मृत्युदर

ङ अधिकाँश आम रोग हुने दर

च. स्वास्थ्य केन्द्रहरू प्रयोग हुने दर

छ. प्रति दिन प्रति उपचारकले गर्ने परामशको संख्या

२. **तथ्याङ्कहरु छुटयाउनुः** तथ्याङ्कहरूलाई सकेसम्म उमेर र लिङ्गका आधारमा छुट्याई निर्णय गर्ने प्रकृयामा सघाउनु पर्छ । प्रकोपको शुरूमा तथ्याङ्कलाई विस्तृत रूपले छुटयाउन गाह्रो हुन सक्छ । तर पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्यु तथा रुग्णता दरबारे शुरूदेखि नै अभिलेख राख्नु पर्छ किनभने उक्त समूह प्रायः जसो विशेष खतरामा परेका हुन्छ । साथै लैङ्गिक आधारमा मृत्यु तथा रुग्णता दर छुटयाउनु लिङ्गविशेषका भिन्नता पत्ता लगाउन उपयोगी हुन्छ । समय र परिस्थितिले भ्याए अझ थप भिन्नता पत्ता लगाउन उमेरको आधारमा विस्तृत रूपले छुट्याउने प्रयास गर्नु पर्छ (उमेरअनुसार (जस्तै ०-११ महिना, १-४ वर्ष, ५-१४ वर्ष, १५-४९ वर्ष, ५०-५९ वर्ष, ६०+ वर्ष) र लिङ्गअनुसार ।

३. **गोपनीयताः** उपचारसम्बन्धी अभिलेख तथा तथ्याङ्कको गोपनीयता सुनिश्चित गर्नु पर्छ । व्यक्तिगत तथा तथ्याङ्कसमेतको सुरक्षार्थ पर्याप्त सावधानी अपनाउनु पर्छ । कर्मचारीहरूले रोगीको अनुमतिबेगर निजको स्याहारमा प्रत्यक्ष संलग्न

नरहेको कुनै पनि व्यक्तिलाई निजसम्बन्धी सूचना दिनु हुँदैन । यातना वा अन्य मानवाधिकारसम्बन्धी उल्लंघन भई उत्पन्न मानसिक आघातबारेका तथ्याङ्कलाई निकै सावधानीपूर्वक व्यवहार गर्नु पर्छ । सम्बन्धित व्यक्तिले सहमति दिएमा उपयुक्त कर्ता वा संस्थालाई सो सूचना हस्तान्तरण गर्दा विचार पुर्‍याउनु पर्छ ।

४. **अन्य तथ्याङ्कका श्रोतहरुः** स्वास्थ्यसम्बन्धी महत्वपूर्ण तथ्याङ्कका श्रोतहरूमा प्रयोगशालाका प्रतिवेदन, सर्वेक्षण, बिरामीको रोगसम्बन्धी विवरण (केस रिपोर्ट), सेवा मापन गर्ने गुणस्तर तथा अन्य कार्यक्रमअनुसारका क्षेत्रहरू पर्छन् ।

साप्ताहिक मृत्यु तथा रुगण्ता दरसम्बन्धी नमूना फारामहरूका लागि परिशिष्ट २ हेर्नुहोस् । साथै मृत्यु तथा रुगण्ता दर गणना गर्ने सूत्रहरूका लागि परिशिष्ट ३ हेर्नुहोस् ।

२ सरुवा रोगहरुको नियन्त्रण

सरुवा रोगहरुको कारणले बढ्दो रुपमा रुगण्ता तथा मृत्युदर देखा पर्छन् । त्यस्तो घटना अन्य प्रकोपमा भन्दा जटिल प्रकोपको अवस्थामा बढी घट्छन् । यीमध्ये कतिपय अवस्थामा, खासगरी विकासशील राष्ट्रहरुमा घट्ने अवस्थामा, ६० देखि ९०% मृत्युका घटनाहरु चार प्रमुख संक्रामक कारणमध्ये एकबाट भएको मानिन्छः दादुरा, झाडापखाला, गम्भीर श्वासप्रश्वाससम्बन्धी संक्रमण तथा औंलो । गम्भीर कुपोषणलाई प्रायः यी रोगमा बढ्दो घातक हुने दरसँग जोडिन्छ, खासगरी साना नानी-हरुमा । केही अवस्थामा अन्य सरुवा रोगहरु पनि हुने गर्छन् जस्तै मस्तिष्कज्वर (meningococcal meningitis), पीतज्वर (yellow fever), कलेजोको रोग (viral hepatitis) तथा सन्निपातज्वर (typhoid) ।

सरुवा रोग हुने घटनालाई बहुत कम मात्रामा गम्भीर प्राकृतिक प्रकोपको घटनासँग जोडिन्छ । सरुवा रोग फैलिए पनि तिनलाई प्रायः सरसफाइमा अवरोध तथा पानीको खराब गुणस्तरसँग जोडिन्छ । आतङ्ककारी तथा सैनिकहरुद्वारा जैविक तत्वलाई हतियारको रुपमा प्रयोग गर्न सकिने सम्भावना प्रकोपसम्बन्धी सहायता कार्य गर्ने निकाय तथा मानवीय सहायतामा संलग्न हुने संस्थाहरुको निम्ति नयाँ चिन्ताको रुपमा तेर्सिएको छ । खासगरी निम्न मापदण्डहरुमा जैविक हतियार संलग्न हुने घटनामा कतिपय मापदण्ड तथा सूचक त्यस्ता घटनामा लागू हुन सक्ने भए पनि गरिने सहायता कार्यक्रमलाई ध्यान दिइएको छैन ।

सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड १: रोकथाम

रुग्णता तथा मृत्युदरलाई उल्लेखनीय ढंगले अत्यधिक मात्रामा बढाउन सहयोग पुऱ्याउने सरुवा रोगहरूको रोकथाम गर्न तर्जुमा गरिएका सूचना तथा सेवाहरू मानिसहरूलाई प्राप्त छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- रोकथामका आम उपायहरू अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रसँग समन्वय गरी विकसित र कार्यान्वयन भएका छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य शिक्षाका सन्देशले व्यक्तिहरूलाई सरुवा रोगहरू कसरी रोकथाम गर्ने र चाहिने सेवाहरू कसरी प्राप्त गर्ने भनी जानकारी गराउँछन् (पृष्ठ ३१९ मा स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ४ हेर्नुहोस्) ।
- संकेत गरिएअनुसार दादुराको व्यापक खोप अभियान तथा खोपसम्बन्धी विस्तारित कार्यक्रम (Expanded Programme of Immunization - EPI) जस्ता विशेष रोकथामका उपायहरू अवलम्बन गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा २ र सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्ने मापदण्ड २ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **आम रोकथामका उपायहरुः** यीमध्ये अधिकाँश कार्यक्रमहरू अन्य क्षेत्रसँग समन्वय गरी विकसित गरिएका छन् । यिनमा निम्न कुरा पर्छन् ।

- पानी तथा सरसफाइः पर्याप्त मात्रामा गुणस्तरीय पानी; पर्याप्त सरसफाइ; स्वास्थ्य प्रवर्द्धन; रोगवाहिनी नियन्त्रण आदि । (पानी, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन, पृष्ठ ६३ हेर्नुहोस्) ।

- खाद्य सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोगः पर्याप्त खानामा पहुँच तथा कुपोषणको व्यवस्थापन (खाद्य सुरक्षा, पोषण तथा खाद्य सहयोग, पृष्ठ १२३ हेर्नुहोस्) ।

- आश्रयः पर्याप्त तथा उपयुक्त आश्रय (आश्रय, आबास तथा अखाद्य सामाग्रीहरू, पृष्ठ २४५ हेर्नुहोस्) ।

२. **दादुराको रोकथाम तथा खोपसम्बन्धी विस्तारित कार्यक्रम (EPI)**ः दादुराले वृहत मात्रामा महामारी तथा मृत्युदर बढाउन सक्ने भएकोले उक्त रोगविरुद्ध बालबालिकालाई व्यापक खोप प्रदान गर्नु प्रकोपग्रस्त, खासगरी द्वन्द्वबाट विस्थापित र/वा प्रभावित, जनताको उच्च प्राथमिकतमा पर्छ । इपीआईमार्फत अन्य बालरोगहरू विरुद्ध खोप दिलाउनु प्रायः निम्न प्राथमिकतामा पर्छन् । यसको कारण यी रोगहरू निकै कम लाग्ने गर्छन् र तिनबाट स्वास्थ्यलाई हुने जोखिम पनि झन कम छन् । त्यसैले अन्य इपीआई खोपहरूलाई प्रायः जनताका तात्कालिक आवश्यकताहरू पूरा भइसकेपछि मात्र लागू गरिन्छ । यस निर्देशनका अपवादमा लहरेखोकी (pertussis ordiptheria)जस्ता रोगहरू निरन्तर भइरहनु हो । त्यतिखेर यी रोगविरुद्ध खोप दिनु पनि प्राथमिकतामा पर्छ ।

सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड २: दादुराको रोकथाम

६ महिनादेखि १५ वर्षसम्मका सबै बालबालिकालाई दादुराको खोप दिइएको छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- ९ महिनादेखि १५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई समेट्ने गरी प्रदान गरिएको दादुरा खोपबारे संकटकालीन सहायता कार्यक्रमको शुरूमै दादुरा फैलिन सक्ने सम्भावना निर्धारण गर्नको निम्ति पूर्वानुमान गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- यदि खोपले ९०% भन्दा कम क्षेत्र ओगटेको अनुमान भएमा ६ महिनादेखि १५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई दादुराको व्यापक खोप दिने अभियान (६-५९ महिनाका केटाकेटीलाई भिटामिन ए ख्वाउनेसमेतको अभियान) चलाइन्छ। खोप अभियानको संचालन राष्ट्रिय तथा स्थानीय स्वास्थ्य निकाय तथा खोपसम्बन्धी विस्तारित कार्यक्रमसँग समन्वय राखी गरिन्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्)।

- उक्त अभियान सम्पन्न भएपछिः

  - ६ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका कम्तीमा ९५% बालबालिकाले दादुराको खोप लिइसक्नेछन्;

  - ६ महिनादेखि १५ वर्षसम्मका कम्तीमा ९५% बालबालिकाले भिटामिन एको उपयुक्त खुराक लिइसक्नेछन्।

- ६-९ महिनामा खोप लिएका सबै बालबालिकाले ९ महिना पुग्दा दादुराको खोपको अर्को खुराक लिन्छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्)।

- ९ महिने बालबालिकालाई नियमित खोप दिने कार्यक्रम संचालन गरी न्यूनतम ९५% बालबालिकालाई समेट्ने लक्ष कायम रहेको सुनिश्चित गरिन्छ। उक्त प्रणाली खोपसम्बन्धी विस्तारित कार्यक्रमसँग आवद्ध छ।

- घुमी हिँड्ने वा विस्थापित जनताका हकमा, ६ महिनादेखि १५ वर्षसम्मका नवआगन्तुक बालबालिकाको कम्तीमा ९५% ले दादुराविरुद्ध खोप लिएको छ भनी सुनिश्चित गर्ने गरी उक्त प्रणालीलाई निरन्तरता दिइएकोछ ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **दादुराको रोकथामः** दादुरा अति संक्रामक (सरुवा रोगका विषाणु (viruses)मध्ये एकको रूपमा चिनिएको छ र यसबाट हुने मृत्युदर उच्च छ। भीडभाड, व्यापक विस्थापन तथा चर्को कुपोषणका घटना भएका संकटकालीन

स्वास्थ्य

अवस्थाहरूमा दादुरा फैलिने ठूलो जोखिम हुन्छ । त्यसैले यस्तो स्थितिमा सामूहिक दादुराको खोप दिने अभियानलाई सक्दो चाँडो उच्च प्राथमिकतामा राखी थाल्नु पर्छ । सामूहिक अभियान संचालन गर्नका लागि यथाशक्य चाँडो आवश्यक कर्मचारी, खोप, चिसो राख्ने उपकरण तथा अन्य आपूर्तिको व्यवस्था मिलाउनु पर्छ । यदि पहिले कति जनतालाई खोप दिइएको थियो भन्ने कुरा थाहा हुन नसके सो पर्याप्त नभएको मानी नयाँ अभियान थाल्नु पर्छ ।

२. **दादुराको खोपका लागि विभिन्न उमेरः** केही हुर्केका केटाकेटी दादुराका खोपसम्बन्धी दुवै अभियान र रोगबाट उम्केका हुन सक्छन् । यस्ता केटाकेटीलाई अझ दादुरा हुने जोखिम हुन्छ र यिनले उक्त रोगबाट मर्न सक्ने उच्च जोखिम भएका शिशु तथा साना नानीलाई संक्रमित गर्न सक्छन् । सोही कारणले १५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई खोप दिने सुझाव दिइन्छ । तर श्रोत कम भएका अवस्थामा ६ महिनादेखि १५ वर्षसम्मका सबै बालबालिकालाई खोप दिन सम्भव नहुन सक्छ । त्यस्तो अवस्थामा ६-५९ महिनाका बालबालिकालाई खोप दिने प्राथमिकता दिनु पर्छ ।

३. **६-८ महिनाका शिशुलाई पुनः** दादुराको खोपः शिशु ९ महिनाको उमेरमा पुग्नासाथ दादुराको खोप दोहोर्‍याएर दिनु पर्छ । तर ८ महिनाको भइसकेपछि पहिलो खुराक पाउने बच्चालाई भने दोहोर्‍याउनु पर्दैन । यस्ता बालबालिकालाई कम्तीमा ३० दिनको अन्तरालमा दोहोर्‍याएर खोप दिनु पर्छ ।

सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड ३ः निदान तथा रोग/रोगी (केस) व्यवस्थापन

मानिसहरूको रोक्न सकिने अत्यधिक रुग्णता (अस्वस्थता) तथा मृत्युदरलाई उल्लेख्य रूपमा सहयोग पुर्‍याउने संक्रामक रोगहरूको प्रभावकारी निदान तथा उपचारमा पहुँच छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- अत्यधिक सामान्य संक्रामक रोगहरूको निदान तथा उपचारका लागि केस व्यवस्थापन गर्ने स्तरीय नियमहरू निरन्तर प्रयोग गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्; साथै स्वास्थ्य प्रणाली र पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ५ पनि हेर्नुहोस्) ।

- जनस्वास्थ्यसम्बन्धी शिक्षाका सन्देशले मानिसहरू, खासगरी केटाकेटी, गर्भवती महिला तथा वृद्धवृद्धालाई ज्वरो, खोकी, झाडापखाला आदिका लागि अगावै सावधानी अपनाउन प्रोत्साहित गर्छ ।

- औलोको प्कोप भएका क्षेत्रमा ज्वरोको चाँडो (<२४ घण्टामा) निदान तथा पहिलो चरणको अति प्रभावकारी औषधिहरू प्रयोग गरी उपचार हुने गरी नियम बनाइएको छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- भनिएका बखत प्रयोगशालासम्बन्धी सेवा उपलब्ध तथा प्रयोग भएका छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- मान्यताप्राप्त पूर्वाधारहरूलाई विचार गरेर मात्र क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम थालिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **बाल्यकालको रोगको एकीकृत व्यवस्थापन** (Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): जुन राष्ट्रमा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMCI) विकास भएको छ र स्वास्थ्योपचारसम्बन्धी निर्देशनहरू अपनाइएका छन् भने त्यस्तो अवस्थामा तिनलाई ग्राह्यतापूर्वक स्तरीय नियमहरूमा समाहित गरिनु पर्छ । IMCI भने पाँच वर्षमुनिका बालबालिकालाई प्रदान गरिने स्याहारको गुणस्तर सुधार्न देखाइन्छ ।

२. **औलोः** महामारी क्षेत्रमा व्यापक जनताको बसाइँसराइ वा हिंडडुलको कारणले औलोका घटना केही दिन/सातामै बढ्ने सम्भावना हुन्छ। क्लोरोक्विन (chloroquine) तथा सल्फाडाइअक्साइड(पाइरिमेथामिन (sulphadioxide-pyrimethamine) (फान्सिडार) प्रति व्यापक र बढ्दो प्रतिरोधले गर्दा बढी प्रभावकारी औलोविरोधी औषधिहरूको आवश्यकता पर्न सक्छ। उक्त कुरा फाल्सिप्यारम (falciparum) औलोको सम्पर्कमा आएका, खोप नलिएका तथा जोखिमयुक्त जनताको हकमा विशेष महत्वपूर्ण हुन्छ। आर्टेमिसिनिन (artemisinin)बाट प्राप्त औषधिहरू प्रयोग गरी मिश्रित उपचार गर्नु बढी ग्राह्य हुन्छ। औषधिको छनौट अग्रणी स्वास्थ्य निकायको परामर्शअनुसार औषधिको प्रभावकारितासम्बन्धी तथ्याङ्कलाई ध्यानमा राखी गर्नु पर्छ। औषधिको प्रभावकारिता जाँच्नका लागि विश्व स्वास्थ्य संगठनका स्तरीय नियमहरू प्रयोग गर्नु पर्छ।

३. **प्रयोगशालासम्बन्धी सेवाहरुः** अधिकाँश संकटकालीन अवस्थाको प्रारम्भिक चरणमा स्वास्थ्योपचारसम्बन्धी प्रयोगशाला स्थापना गर्नु प्राथमिकतामा पर्दैन। प्रायः सबैभन्दा सामान्य सरुवा रोगहरूको निदान उपचार केन्द्र स्तरमै गरेर सहजै उपचार गर्न सकिन्छ। सामूहिक खोप को सुझाव दिनु पर्नेखालको शंकास्पद महामारीको बेलामा प्रयोगशालामा गरिने परीक्षण भने निदानलाई पक्का गर्न अति उपयोगी हुन्छ। जस्तै मस्तिष्कज्वरको अवस्थामा वा जहाँ जीवाणु-समूह (culture) र प्रतिजीवी संवेदनशीलता (antibiotic sensitivity)सम्बन्धी परीक्षण (जस्तै झाडापखाला)ले केस व्यवस्थापन गर्ने निर्णयलाई प्रभावित गर्न सक्छ। तसर्थ राष्ट्रिय स्तरमा वा सूक्ष्मजीवविज्ञान (microbiology)सम्बन्धी उपयुक्त परीक्षण गर्न सक्ने अर्कै देशमा स्थापित प्रयोगशालको पहिचान गर्नु आवश्यक हुन्छ। सोका लागि सही नमूना संकलन तथा सो ल्याउने लैजानेसम्बन्धी निर्देशनहरूको आवश्यकता पर्नेछ।

४. **क्षयरोग नियन्त्रणः** प्रायः शरणार्थी र अन्य युद्धप्रभावित जनतामा क्षयरोग (tuberculosis-TB) उच्च दरमा व्याप्त रहेको कुरा पाइन्छ। तर टीबी नियन्त्रण गर्ने कार्यक्रमहरू नराम्ररी संचालन हुँदा संक्रमण लम्बिएर बह (औषधिप्रति प्रतिरोध क्षमता भएको कीटाणु (bacilli) फिजिन गई फाइदाभन्दा

बढी नोक्सान हुन्छ । प्रकोपको अवस्थामा व्यक्तिगत क्षयरोगीहरूको व्यवस्थापन गर्न सम्भव भए तापनि मान्यताप्राप्त पूर्वाधारलाई मनन गरेर मात्र क्षयरोग नियन्त्रण गर्ने व्यापक कार्यक्रम संचालन गर्नु पर्छ (WHO, Tuberculosis Control in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual हेर्नुहोस्) । यी अवस्थामा लागू हुने क्षयरोग नियन्त्रण गर्ने कार्यक्रमहरूलाई राष्ट्रिय/सम्बन्धित राष्ट्रको कार्यक्रमसँग एकीकृत गरी चिरस्थापित डट्स रणनीति (Directly Observed Therapy, Short-Course - DOTS)लाई पालना गर्नु पर्छ ।

सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड ४ : रोगको आक्रमणविरुद्ध तयारी

संक्रामक रोगहरूको आक्रमणको विरुद्ध गरिने उपायहरूअन्तरगत आवश्यक तयारी कार्यक्रमहरू संचालन गरिन्छन् ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- रोग फैलनेसम्बन्धी अनुसन्धान तथा नियन्त्रण गर्ने योजना तयार गरिन्छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- आम रोगहरू फैलँदा गर्नु पर्ने परीक्षण तथा नियन्त्रणसम्बन्धी नियमहरू उपलब्ध छन् र ती सम्बन्धित कर्मचारीहरूलाई उपलब्ध गराइन्छ ।
- कर्मचारीहरूले रोगहरू फैलँदा गर्नु पर्ने परीक्षण तथा नियन्त्रणका सिद्धान्तका साथै उपचारसम्बन्धी नियमहरूबारे प्रशिक्षण प्राप्त गर्छन् ।
- आवश्यक औषधिको जगेडा, स्वास्थ्यसम्बन्धी वस्तुहरू, खोप तथा संरक्षणसम्बन्धी आधारभूत सामाग्रीहरू स्टक उपलब्ध हुनुका साथै छिट्टै प्राप्त गर्न सकिन्छ (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- महत्वपूर्ण रोगहरू (जस्तै दादुरा, मस्तिष्कज्वर, पीतज्वर) फैलन नदिने खोपका श्रोतहरू छिटो प्राप्त र प्रयोग गर्नका लागि पहिचान गरिएका छन्। छिटो प्राप्त गर्न सकिने संयन्त्रहरू स्थापित गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्)।

- संक्रामक रोगीहरूलाई अलग राख्न र उपचार गर्नका लागि पहिल्यै स्थान पहिचान भएका छन्, जस्तै हैजा उपचार केन्द्रहरू।

- निदानबारे यकीन गर्नका लागि स्थानीय, क्षेत्रीय, राष्ट्रिय तवरमा वा अन्य राष्ट्रमा प्रयोगशालाको पहिचान गरिएको छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्)।

- एक्कासि रोग फैलाउन सक्ने संक्रामक रोगका माध्यम (एजेन्टहरू)का लागि नमूना लिन (स्याम्पलिङ्ग गर्ने) सामाग्री तथा यस्ता नमूनाहरूलाई उपयुक्त प्रयोगशालामा पुऱ्याउन सवारी साधन सम्बन्धित स्थलमा उपलब्ध छन्। साथै कतिपय द्रुत परीक्षणहरू स्थलमै गर्न सकिन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **रोग फैलँदा गरिने परीक्षण तथा नियन्त्रण गर्ने योजनाः** उक्त योजनामा निम्न विषयलाई सम्बोधन गर्नु पर्छः

क. रोग नियन्त्रण गर्ने टोली संयोजन गर्ने परिस्थितिहरू;

ख. उपयुक्त क्षेत्र, जस्तै स्वास्थ्य, पानी तथा सरसफाइका प्रतिनिधिसमेत रहेका रोग नियन्त्रण गर्ने टोलीको गठन;

ग. टोलीमा संस्थाहरूका विशिष्ट भूमिका, तथा जिम्मेवारी तथा तिनका स्थान;

घ. स्थानीय तथा राष्ट्रिय स्तरमा परामर्श तथा सूचना प्रदान गर्ने अधिकृतहरूको व्यवस्था;

ङ. रोग फैलँदा परीक्षण तथा सहायता कार्यक्रम संचालन गर्न उपलब्ध श्रोत/सुविधाहरू ।

२. **जगेडा मौज्दातः** स्थलगत जगेडा (मौज्दात)मा फैलन सक्ने रोगविरुद्ध कार्यक्रम संचालन गर्न चाहिने सामाग्री समावेश हुनु पर्छ । त्यस्ता जगेडा वस्तुहरूमा मौखिक पुनर्जलीयकरण नूनहरू (oral rehydration salts (ORS), नसाबाट दिइने तरल पदार्थ (intra-veinous fluids), यान्टिबायोटिकहरू, सूईहरू तथा उपभोग हुने उपचार सामाग्रीहरू समावेश हुन सक्छन् । कलेजोको रोग तथा एचआइभी फैलनबाट रोक्नका लागि एकपल्ट प्रयोग गरिने/आफैं नाश हुने सिरिञ्ज तथा सूई राख्ने सुरक्षित भाँडा उपलब्ध हुन पर्छ। केही अवस्थामा पहिल्यैदेखि प्याकेज बनाइएका हैजासम्बन्धी उपकरण तयार पार्ने सुझाव दिन सकिन्छ । मेनिन्जोकोकाल खोपजस्ता केही जगेडा स्थलमै राख्न व्यावहारिक नहुन सक्छ । यस्ता सामाग्री छिटो उपलब्ध गराउनका लागि छिटो प्राप्ति, पैठारी तथा भण्डारण गर्ने संयन्त्रबारे पहिल्यै निर्धारण गर्न सक्नु पर्छ ।

३. **साध्ने (रेफरन्स) प्रयोगाशालाः** बढी परिष्कृत परीक्षण जस्तै शिगेल्ला (Shigella)का लागि यान्टिबायोटिक संवेदनशीलता, रक्तश्राव हुने ज्वरो (viral haemorragic fever)को सेरोलजिकल निदान गर्न सघाउन सक्ने एक रेफरन्स प्रयोगाशालाको पनि क्षेत्रीय वा अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा पहिचान हुनु पर्छ ।

४. **रोग प्रवाहन (सार्ने) माध्यम तथा द्रुत परीक्षणहरुः** नमूना लिने (स्याम्पलिङ्ग गर्ने) सामाग्री (जस्तै गुह्यद्वारमा राखिने स्वाब वा कपास) तथा रोग सार्ने माध्यम (जस्तै हैजा (cholera), शिगेला (Shigella), इ. कोली (E.Coli) तथा साल्मोनेला (Salmonella)का लागि क्यारी(ब्लेयर (carry-blair), यामिज (amies) वा स्टुअर्ट्स (stuarts)का जस्ता रोग सार्ने माध्यम; मस्तिष्कज्वरका लागि ट्रान्सलोकेट (translocate) स्थलमै उपलब्ध हुनु पर्छ वा तत्काल प्राप्त प्राप्त गर्न सकिने स्थितिमा हुनु पर्छ। यसअतिरिक्त कतिपय नयाँ द्रुत परीक्षणहरू उपलब्ध छन्। ती औलो तथा मस्तिष्कप्रदाहलगायतका सरुवा रोगको स्थलगत निदान गर्न उपयोगी सिद्ध हुन सक्छ ।

सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड ५: रोग फैलने कुरा पत्ता लगाउने, अन्वेषण गर्ने तथा कार्यक्रम संचालन गर्ने

सरुवा रोगहरू फैलने कुरा समयमै र प्रभावकारी ढंगले पत्ता लगाउने, अन्वेषण गर्ने तथा कार्यक्रम संचालन गर्ने काम हुन्छ।

प्रमुख सूचकांकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- स्वास्थ्यसम्बन्धी सूचना प्रदान गर्ने प्रणाली (HIS)अन्तरगत चाँडो सत्तर्क गराउने घटक समावेश हुन्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्)।
- सूचना प्राप्त भएको २४ घण्टाभित्रै रोग फैलेको अन्वेषण गर्ने काम थालिन्छ।
- रोग फैलिएको कुरा समय, स्थान तथा व्यक्तिअनुसार वर्णन गरी उच्च जोखिम भएका समूहहरूको पहिचान गरिन्छ। व्यक्ति तथा तथ्याङ्क दुवैको सुरक्षा गर्न पर्याप्त सावधानी अपनाइन्छ।
- रोग तथा प्रसङ्गविशेषलाई उपयुक्त हुने उपायहरू सक्दो चाँडो कार्यान्वयन गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ३-४ हेर्नुहोस्)।
- घातक घटना दरलाई मान्य स्तरमा कायम गरिन्छ (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्):
  - हैजा: १% वा कम
  - शिगेला आउँ: १% वा कम
  - टाइफाइड: १% वा कम
  - मेनिन्जोकोकाल मेनिन्जाइटिस: फरकफरक (निर्देशक बुँदा ६ हेर्नुहोस्)।

निर्देशक बुँदाहरु

१. संक्रामक रोग फैलनेबारे छिटो सत्तर्क गराउने प्रणाली: यस्तो प्रणालीका प्रमुख तत्व यी हुन्:

- रोगको घटना तथा संक्रमणको सम्भावनासम्बन्धी परिभाषा तयार गरी सबै प्रतिवेदन पठाउने स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूलाई उपलब्ध गराइन्छ;
- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (CHWs)लाई समुदायभित्र रोग फैलने सम्भावनाबारे पत्ता लगाउन र खबर गर्न तालीम प्रदान गरिन्छ;
- रोग फैलिएको आशंकाबारे पत्ता लागेको २४ घण्टाभित्रै स्वास्थ्य प्रणालीअन्तरगतको अर्को उपयुक्त तहलाई जानकारी दिइन्छ;
- महत्वपूर्ण स्वास्थ्य अधिकृतहरूबाट प्राप्त सूचना छिटो पुऱ्याइने कुरा सुनिश्चित गर्न रेडियो, टेलिफोनजस्ता संचार प्रणालीहरू स्थापित गरिन्छ ।

२. **रोग फैलिएको भनी यकीन गर्नेः** रोग फैली नै सक्यो या सकेको छैन भनी निर्क्यौल गर्न सधैं सजिलो नहुन सक्छ । साथै सबै रोगका लागि प्रष्ट परिभाषा उपलब्ध हुँदैनन् ।

क. त्यस्ता रोगहरू जसको एकमात्र घटनाले पनि सो फैलिसकेको संकेत गर्छः हैजा (cholera), दादुरा (measles), पीतज्वर (yellow fever), शिगेला (Shigella), रक्तश्राव हुने ज्वरो (viral haemorragic fever)हरू ।

ख. मस्तिष्कज्वर (Meningococcal Meningitis): ३०,००० भन्दा बढी जनसंख्या भएको अवस्थामा एक सातामा १५ घटना/१०,००० व्यक्ति/साता भएमा रोग फैलिएको बुझिन्छ; तर रोग फैलिने ठूलै जोखिम भएमा (अर्थात् ३+ वर्षसम्म कुनै घटना नहुँदा र <८०% खोप दिइँदा) उक्त तथ्याङ्क १० घटना/१०,००० प्रति व्यक्ति/प्रति सातामा झरेर आउँछ । ३०,००० भन्दा कम जनसंख्यामा एक सातामा पाँच केस वा तीन सातामा दुई गुणा बढी घटना हुनुले रोग फैलिएको पक्का गर्छ ।

ग. औलो (Malaria): यसबारे थोरै मात्र विशिष्ट परिभाषाहरू उपलब्ध छन् । तर एक निश्चित क्षेत्रका निश्चित जनसंख्यामा एक वर्षभित्र अपेक्षा गरेभन्दा बढी घटना देखिनुले रोग फैलिसकेको बुझाउन सक्छ ।

३. **रोग फैलनबाट नियन्त्रणः** रोग फैलाउने माध्यमको प्रसार रोक्न विशेष नियन्त्रण गर्ने उपायहरू विकास गर्नु पर्छ । अक्सर माध्यमबारे पहिलेको

ज्ञानले विशेष परिस्थितिका लागि नियन्त्रण गर्ने उपयुक्त उपायहरू तयार गर्ने कुरामा मार्गनिर्देशन गर्न सक्छ। सामान्यतया सहायता कार्यक्रमसम्बन्धी कृयाकलापमा निम्न कुरा पर्छन्:

- श्रोत नियन्त्रण गर्ने। कृयाकलापमा पानीको गुणस्तर तथा परिणाम बढाउने (उदाहरणतया हैजा), शीघ्र निदान तथा उपचार (जस्तै औलो), अलग्याउने वा पृथकीकरण (जस्तै आउँ), पशु जम्मा हुने ठाउँका मैला नियन्त्रण गर्ने (जस्तै प्लेग (plague), लास्सा ज्वर -Lassa fever)) कुरा पर्न सक्छन्।

- रोगोन्मुख समूहलाई संरक्षण गर्ने। हस्तक्षेपमा खोप (जस्तै दादुरा, मेनिन्जाइटिस, पीतज्वर), केमोप्रोफालैक्सिस (chemoprophylaxis)(जस्तै गर्भवती महिलामा औलो रोकथाम), सुधारिएको पोषण (जस्तै श्वासप्रश्वाससम्बन्धी गम्भीर संक्रमणहरू) कुरा पर्न सक्छन्।

- प्रसार रोक्ने। हस्तक्षेपमा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन (जस्तै गुह्य(मुख मार्गबाट फैलिने सबै रोगका लागि), रोगवाहिनी नियन्त्रण (जस्तै औलो, डेङ्गु (dengue)) पर्न सक्छन्।

(पृष्ठ ६३ मा अध्याय २: पानी, सरसफाइ तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन पनि हेर्नुहोस्)।

४. **रोगवाहिनी नियन्त्रण तथा औलो:** औलो रोग उत्पन्न हुँदा रोगवाहिनी नियन्त्रण गर्ने उपायहरू अपनाउनु पर्छ। यसअन्तरगत कीटनाशक छरिएको झूल (आइटीएन) वितरण गर्ने कार्यक्रमहरू पर्छन्। यस्ता घरभित्र औषधि छर्ने कार्य कीटवैज्ञानिक मूल्याङ्कन तथा विज्ञताबाट निर्देशित हुनु पर्छ। यी कार्यक्रमका लागि उपयुक्त व्यावहारिक साधन (logistics) सहयोग तथा अनुगमन (फलो-अप) चाहिन्छ। उक्त कुरा संकटको प्रारम्भिक चरणमा उपलब्ध नहुन पनि सक्छ। बढी मात्रामा आइटीएन प्रयोग (>८०%) गरिरेहका जनतालाई झूललाई पाइरेथ्रायड्स (pyrethroids)ले पुनः छर्कने काम गर्दा प्रसार गर्ने कुराको जरामै चोट पुऱ्याउन मद्दत पुग्न सक्छ (पृष्ठ ९३-९६ मा रोगवाहिनी नियन्त्रण गर्ने मापदण्डहरू १-२ हेर्नुहोस्)।

५. **घटना (केस) घातक हुने दर (Case Fatality Rates - CFRs):** CFRs ले तोकिएका तह नाघेमा नियन्त्रण गर्ने उपायहरूको तत्काल मूल्याङ्कन गर्नु पर्छ। यसबाट CFRs स्वीकृत तहमा कायम रहेको सुनिश्चित गर्न सकिन्छ।

६. **मस्तिष्कज्वरका लागि घटना घातक हुने दर (CFRs):** मस्तिष्कज्वरका लागि स्वीकार्य CFRs आम प्रसङ्ग तथा स्वास्थ्य सेवाहरूको उपलब्धताअनुसार फरक हुन्छ। साधारणतया स्वास्थ्य निकायहरूले सकेसम्म कम CFRs कायम गर्ने प्रयास गर्नु पर्छ। तर रोग फैलेको अवस्थामा चाहिं उक्त दर २०% सम्म बढ्न सक्छ।

सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड ६: एचआइभी/एड्स

मानिसहरूको एचआइभी/एड्सको प्रसार रोक्ने सेवाहरू समावेश भएको न्यूनतम समूह (प्याकेज)मा पहुँच रहेको छ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- प्रकोपको अवस्थामा सेवासम्बन्धी निम्न आवश्यक समूह (प्याकेज)मा मानिसहरूको पहुँच हुन्छ:
  - पुरुषले प्रयोग गर्ने निशुल्क कण्डम तथा सोको उचित प्रयोग गर्ने कुराको प्रवर्द्धन;
  - प्रकोपकालीन तथा स्वास्थ्य स्याहार गर्ने अवस्थामा आयट्रोजेनिक/नोसोकोमिअल (iatrogenic/nosocomical) प्रसारलाई रोकथाम गर्न विश्वव्यापी सावधानी;
  - रगतको सुरक्षित आपूर्ति;
  - मानिसहरूले एचआइभी संक्रमणबाट आफूलाई जोगाउन आवश्यक कदम चाल्न सक्ने गरी महत्वपूर्ण तथा सान्दर्भिक सूचना तथा शिक्षा;
  - यौनजनित संक्रमण (sexually transmitted infections - STI)को लाक्षणिक घटना (केस) व्यवस्थापन;
  - यौनजन्य हिंसाका परिणामहरूको रोकथाम तथा व्यवस्थापन;

- एचआइभी/एड्स संक्रमित मानिसहरू (PLWH/A)को आधारभूत स्वास्थ्य स्याहार ।

- संकटपश्चातको चरणमा एचआइभी नियन्त्रण गर्ने सेवा विस्तार गर्ने योजनाहरू पहल गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **एचआइभी नियन्त्रणः** प्रकोपपश्चात तथा पुनर्वासको चरणमा एचआइभी नियन्त्रण गर्ने कृयाकलापहरू विस्तार गर्नु पर्छ । सो कुरा स्थानीय आवश्यकता तथा स्थितिहरूको मूल्याङ्कनमाथि भर पर्नेछ । यसको सफलताका लागि कार्यक्रमको तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनमा समुदाय, खासगरी एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरू (PLWH/A) तथा तिनका स्याहारकर्ताहरूको संलग्नता निकै महत्वपूर्ण हुनेछ । प्रारम्भिक चरणमा कार्यान्वयन भइसकेका सेवाबाहेक अझ विस्तृत निगरानी, रोकथाम, स्याहार तथा सहयोग गर्ने सेवाहरू थाल्नु पर्छ । अधिकाँश प्रकोपपश्चातका मानवीय अवस्थामा एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरू (PLWH/A)को उपचार गर्न यान्टिरेट्रोभाइरल (antiretroviral) औषधिहरूको प्रावधान गर्नु हाल सम्भव छैन । तर सोको प्रयोगमा रहेका आर्थिक तथा अन्य व्यवधान हटेपछि उक्त अवस्था भविष्यमा फेरिन सक्छ । संक्रमितहरूमा लज्जाबोध घटाउन तथा उनीहरूको विरुद्ध हुने भेदभावबाट बचाउन संरक्षण तथा शिक्षा कार्यक्रमहरू यथाशक्य चाँडो कार्यान्वयन गर्नु पर्छ ।

द्रष्टव्यः

क्यारिटास इन्टरनातिओनालिस (Caritas Internationalis)का सदस्यहरूले सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्ने मापदण्ड ६ लाई अनुमोदन गर्न सक्तैनन् किनभने यसमा कण्डमको प्रयोग प्रवर्द्धन गर्ने कुरा उठाइएको छ । अथवा तिनले नसर्ने रोगहरू नियन्त्रण गर्ने मापदण्ड २ लाई अनुमोदन गर्न सक्तैनन् किनभने यसमा प्रारम्भिक सेवाको न्यूनतम प्याकेज (Minimum Initial Service Package - MISP)सम्बन्धी कुरा उठाइएको छ । त्यसैगरी क्यारिटास इन्टरनातिओनालिस (Caritas Internationalis)का सदस्यहरूले यस हातेपुस्तिकाका अन्य भागमा उल्लेख हुन सक्ने कण्डमको प्रयोग वा MISP सम्बन्धी मापदण्डहरूलाई अनुमोदन गर्न सक्दैनन् ।

३ नसर्ने रोगहरुको नियन्त्रण

नसर्ने रोगहरुको कारणले रूग्णता तथा मृत्युदर बढ्नु धेरैजसो संकटको आम विशेषता हो । प्रायःजसो भुइँचालो तथा आँधीबेहरीजस्ता गम्भीर दैवीप्रकोप चोटपटक लाग्नुका प्रमुख कारण हुन्छन् । शारीरिक हिंसाका कारण चोटपटक लाग्नु पनि सबैजसो जटिल प्रकोपका अवस्थासँग जोडिन जान्छ । यस्ता विपदाका अवस्थामा लागेका चोटपटक अत्यधिक मृत्यु हुनुको प्रमुख कारण बन्न सक्छन् । आजभोलि प्रकोपप्रभावित जनतामा प्रजननसम्बन्धी स्वास्थ्य (reproductive health - RH) का आवश्यकताहरुप्रति निकै ध्यान गएको छ । यसो हुनाको खास कारणमा विभिन्न समुदायमा एचआइभी/एड्स, लैङ्गिक हिंसा, आपात्कालीन प्रसूति स्याहारका आवश्यकता तथा आधारभूत RH सेवासमेत कम उपलब्ध भएको समस्याप्रति जनताको बढ्दो चेतनाले हो । राम्रो प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमको आवश्यकताको पहिचान विशेषतया जटिल प्रकोपको अवस्थामा गरिन्छ । तर सो कुरा कतिपय अन्यखाले प्रकोपमा पनि महत्वपूर्ण हुन्छ ।

परिमाण तोक्न गाह्रो भए तापनि मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक समस्यालाई जुनसुकै प्रकोप तथा प्रकोपपश्चताको अवस्थासँग जोड्न सकिन्छ । प्रकोपहरुसँग गाँसिएका भय, हानि (क्षति), अनिश्चितता तथा तनाव उत्पन्न गर्ने अन्य तत्वहरुले मानिसहरुमा विभिन्न मनश्चिकीत्सकीय, मनोवैज्ञानिक तथा सामाजिक खतरा बढाउन सक्छ । अन्ततः संकटसँग गाँसिएका असाध्य रोगहरुबाट उत्पन्न हुने गम्भीर जटिलताका घटनाहरु बढेको प्रमाण छ । यस्ता जटिलता प्रायः निरन्तर चल्ने उपचारका प्रकृयाहरु अवरूद्ध हुनाले उत्पन्न हुन्छ । तर तनाव गराउने अन्य विभिन्न कारकहरुले पनि दीर्घ स्वास्थ्य स्थितिमा भइरहेको गम्भीर खतरालाई झन बढाउन सक्छन् ।

नसर्ने रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड १ः चोटपटक

मानिसहरूको चोटपटक व्यवस्थापन गर्ने उपयुक्त सेवाहरूमा पहुँच छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- चोटपटक लागेका थुप्रै बिरामी भएका अवस्थामा सोको गम्भीरता छुट्याउने स्तरीय प्रणाली खडा गरिन्छ । यसले स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नेहरूलाई मूल्याङ्कन, प्राथमिकीकरण, आधारभूत पुनर्जीवन तथा साध्ने (रेफर गर्ने) काममा मार्गदर्शन गर्छ (निर्देशक बुँदा १-२ हेर्नुहोस्) ।

- प्राथमिक उपचार तथा आधारभूत पुनर्जीवनको प्रावधानका लागि स्तरीय निर्देशनहरू उल्लेख गरिएका छन् (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- चोटपटक लागेका रोगीलाई शल्यक्रियालगायतका साध्नको लागि आवश्यक उच्च स्याहारका लागि आवश्यक स्तरीय नियमहरू तयार भइसकेका छन् । साधिएको स्थानमा रोगीलाई पुऱ्याउन उपयुक्त सवारीको व्यवस्था गरिएको छ ।

- उपयुक्त ज्ञान तथा श्रोत भएका निकायहरूले मात्र मानसिक आघात तथा शल्यक्रियासम्बन्धी निश्चित सेवा स्थापित गरेका छन् (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- चोटपटक लागेका (घाइते) रोगीहरूको संख्या थुप्रै हुनसक्ने अवस्थामा उपयुक्त स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध गराउने दृष्टिकोणले अत्यधिक घाइतेहरूको व्यवस्थापन गर्ने आकस्मिक योजनाको विकास गरिएको छ । यसबाट स्वास्थ्य स्याहारका महत्वपूर्ण सुविधा प्राप्त हुन्छन् । यी योजना जिल्ला तथा क्षेत्रीय योजनासँग सम्बन्धित छन् ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **मानसिक आघातसम्बन्धी सेवाहरुलाई प्राथमिकता दिनेः** अधिकाँश संकटकालीन अवस्थामा स्वास्थ्योपचार सेवा चाहिन सक्ने घाइते रोगीहरूको संख्या यकीन गर्न सम्भव छैन । भुइँचालोजस्ता गम्भीर प्रकोपपश्चात जीउँदै उद्धार गरिएकामध्ये ८५-९०% लाई ७२ घण्टाभित्र प्रायः स्थानीय आपात्कालीन कर्मचारी वा तिनका छिमेकी र परिवारहरूद्वारा निकालिएका हुन्छन् । तसर्थ प्रकोपको सम्भावना भएका क्षेत्रमा राहत कार्यबारे योजना बनाउँदा प्रारम्भिक सेवा प्रदान गर्नका लागि स्थानीय जनतालाई तयार पार्ने कुरामा मुख्य बल दिनु पर्छ । रोक्न मिल्ने अत्यधिक मृत्युदरलाई कम गर्न सक्ने गरी स्वास्थ्यसम्बन्धी प्राथमिक सेवा कार्यहरूको तर्जुमा गर्न विशेष ध्यान दिनु पर्छ । सशस्त्र द्वन्द्वका बेला उग्र मानसिक आघातबाट हुने अधिकाँश मृत्युका घटना स्वास्थ्य सुविधाबाट टाढा रहेका असुरक्षित क्षेत्रमा घट्छन् । तसर्थ तिनलाई प्रायः स्वास्थ्योपचार सेवाबाट रोकथाम गर्न सकिन्न । नागरिक जनतालाई संरक्षण गर्न लक्षित स्वास्थ्योपचार कार्यक्रमले यी मृत्युका घटनालाई रोक्ने प्रयास गर्नु पर्छ । द्वन्द्वका बेला लागू भएका स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवा कार्यहरूले उच्च भयानक चोटपटकको घटनाको अवस्थामा पनि समुदायमा आधारित जनस्वास्थ्य तथा प्राथमिक सेवामाथि जोड दिनु पर्छ ।

२. **चोटपकटको गम्भीरता निर्धारण गर्ने (ट्रायज) (Triage)ः** ट्रायजअन्तरगत बिरामीहरूलाई तिनको चोटपटक वा रोगको गम्भीरता हेरी वर्गीकरण तथा साथै श्रोतहरूको उपलब्धता तथा रोगीहरू बाँच्ने सम्भावनाअनुसार उपचारलाई प्राथमिकता दिने काम पनि गरिन्छ । ट्रायजको अन्तरनीहित सिद्धान्त सीमित श्रोतलाई अत्यधिक रोगीलाई अत्यधिक फाइदा पुऱ्याउने गरी प्रयोग गर्नु हो । ट्रायजको अर्थ यो अवश्य होइन कि गम्भीर चोटपट लागेका व्यक्तिलाई अपरिहार्य रूपमा प्राथमिकता दिइन्छ । सीमित श्रोत भएको तर अत्यधिक घाइते भएको अवस्थामा वास्तवमा बाँच्ने सम्भावना बढी भएका घाइतेभन्दा गम्भीर, ज्यानै लिनेखालका चोटपटक लागेका बिरामीले कम प्राथमिकता पाउनेछ । ट्रायजको कुनै स्तरीय प्रणाली छैन र अन्तर्राष्ट्रिय रूपमा मान्यता प्राप्त अनेक प्रणाली चल्तीमा छन् । अधिकाँशले

दुईदेखि पाँचखालका चोटपटक भनी वर्गीकरण गरेका छन् तर चार किसिमको वर्गीकरणलाई धेरैले मानेका छन् ।

३. **प्राथमिक उपचार तथा आधारभूत चिकित्सकीय स्याहारः** मानसिक आघात तथा शल्यक्रियासम्बन्धी निश्चित सेवा, विशेषगरी श्रोताभाव भएको अवस्थामा, तत्काल उपलब्ध हुन सक्दैन । तर प्राथमिक उपचार, आधारभूत पुनर्जीवन तथा शल्यक्रिया आवश्यक नभएका प्रकृयाहरूले गम्भीर चोटपटक लागेका बिरामीको समेत ज्यान जोगाउन सक्छन् भन्ने कुरामा ध्यान दिनु पर्छ । सास फेर्ने स्वासनली सफा गर्ने, रक्तश्राव नियन्त्रण गर्ने तथा नसामा झोल पदार्थ संचार गर्नेजस्ता साधारण प्रकृयाहरूले ज्यानै जाने गरी चोटपटक लागेका व्यक्तिलाई उपचार केन्द्रमा पठाउनुअघि निजको स्थितिलाई स्थिर बनाउन सघाउन सक्छ । त्यसैले प्रारम्भिक चिकित्सकीय व्यवस्थापनको गुणस्तरले रोगी बाँच्ने सम्भावनालाई निकै प्रभावित गर्न सक्छ । शल्यक्रियाको आवश्यक नपर्ने जस्तै घाउ सफा गर्ने र पट्टी लगाउने तथा कीटाणुनाशक (antibiotics) र धनुषटंकार रोग निरोधी (tetanus prophylaxis) दिने प्रकृयाहरू पनि उत्तिकै महत्वपूर्ण छन् । कतिपय गम्भीर चोटपटक लागेका रोगी उपयुक्त प्राथमिक उपचार, चिकित्सकीय र नर्सिङ्ग सेवा प्राप्त भएमा शल्यक्रियाबेगर नै कैयौं दिन वा सातासम्म पनि बाँच्न सक्छन् ।

४. **मानसिक आघात तथा शल्यक्रियासम्बन्धी सेवाः** स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सबैजना घाइते बिरामीलाई प्राथमिक उपचार तथा आधारभूत पुनर्जीवन (resuscitation) प्रदान गर्न सक्षम हुनु पर्छ । यसअतिरिक्त महत्वपूर्ण स्थलहरूमा ज्यान जोगाउने उपचारको निम्ति पठाउने उपचार केन्द्र प्रणालीसहितको ट्रायज क्षमता हुनु पर्छ । तर मानसिक आघात (trauma)मा पुऱ्याइने निश्चित सेवा र युद्धसम्बन्धी शल्यक्रिया विशिष्ट क्षेत्र हुन् । तिनका लागि विशेष प्रशिक्षण तथा श्रोतको आवश्यकता हुन्छ । त्यस्तो व्यवस्था केही निकायसँग मात्र हुन्छ । केही नगर्नुभन्दा अनुपयुक्त वा अपर्याप्त ढंगले गरिएको शल्यक्रियाले बढी हानि पुऱ्याउन सक्छ । त्यसैले आवश्यक विज्ञता भएका संस्था तथा व्यावसायिक व्यक्तिले मात्र यस्ता परिष्कृत सेवा स्थापित गर्नु पर्छ ।

नसर्ने रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड २: प्रजननसम्बन्धी स्वास्थ्य

मानिसहरूको आफ्नो प्रजननसम्बन्धी स्वास्थ्यका आवश्यकता पूरा गर्न सक्ने प्रारम्भिक सेवाहरूको न्यूनतम समूह (Minimum Initial Service Package - MISP)मा पहुँच छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- अग्रणी स्वास्थ्य निकायसँग परामर्श गरी MISP को समन्वय तथा कार्यान्वयनका लागि संस्था(हरू) र व्यक्ति(हरू)को पहिचान गरिएको छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

- स्वास्थ्य निकायहरूले अन्य सम्बन्धित क्षेत्रहरूसँग समन्वय गरी लैङ्गिक हिंसा (Gender-based Violence - GBV) रोकथाम र व्यवस्थापन गर्ने कदम चालेका छन् । तिनमा खासगरी संरक्षण तथा सामुदायिक सेवाहरू पर्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- स्वास्थ्य सेवा, संरक्षण तथा सुरक्षा अधिकारीसमक्ष प्रतिवेदन प्रस्तुत भएका यौनजन्य तथा अन्यखालका GBV घटनाको अनुगमन गरिन्छ तथा यसको जानकारी नियुक्त अग्रणी GBV निकाय (वा निकायहरू)लाई दिइन्छ । तथ्याङ्क संकलन तथा पुनरावलोकनमा गोपनीयताका नियमलाई पालन गरिन्छ ।

- एचआइभी/एड्सको प्रसार रोक्न सेवाहरूको न्यूनतम प्याकेज कार्यान्वयनमा ल्याइएको छ (सरुवा रोगहरू नियन्त्रण गर्ने मापदण्ड ६ हेर्नुहोस्) ।

- प्रसव गराउने (जन्माउने) आवश्यक सामाग्रीसहितको पर्याप्त सफा थैलो उपलब्ध छ । ती तोकिएको समयमा हुने जन्मका घटनाका आधारमा तयार गरिएका छन् । ती घरमै सफाइसाथ प्रसव गराउनका लागि प्रष्ट रूपमा गर्भवती देखिएका महिला तथा दक्ष/परम्परागत सुँडेनीहरूलाई वितरण गरिन्छ ।

- सुँडिनीका लागि प्रसव गराउन सहयोग पुऱ्याउने सामाग्रीसहितको थैलो पर्याप्त संख्यामा सफा र सुरक्षित ढंगले प्रसव गराइने कुरा सुनिश्चित गर्नको निम्ति (युनिसेफ वा समान किसिमका) स्वास्थ्य केन्द्रहरूलाई वितरण गरिएको छ ।

- समुदायभित्र प्रसवकालीन आपात् व्यवस्था गर्न उपचार गर्न साध्ने (रेफर गर्ने) प्रसविका (midwife) तथा दक्ष/परम्परागत सुँडिनीहरू समावेश भएको स्तरीय प्रणाली स्थापित गरी सोको प्रवर्द्धन गरिन्छ । रोगीहरूलाई रेफर हुने केन्द्रसम्म पुऱ्याउन उपयुक्त सवारीको व्यवस्था छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा एकीकृत गरेर प्रजनन स्वास्थ्यसम्बन्धी विस्तृत सेवा सक्दो चाँडो लागू गर्ने योजना अघि सारिएको छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **न्यूनतम प्रारम्भिक सेवासम्बन्धी प्याकेज (Minimum Initial Service Package -MISP)**: प्रारम्भिक सेवाको न्यूनतम समूह (MISP)को निर्माण प्रकोपको प्रारम्भिक चरणमा प्रभावित जनताका प्रजनन स्वास्थ्य (RH)सम्बन्धी आवश्यकता पूरा गर्न गरिएको हो । MISP भनेको उपकरण तथा सामाग्रीहरूको सेट मात्र नभई विभिन्नखाले विशिष्ट स्वास्थ्यसम्बन्धी कृयाकलाप हुन् । यसका उद्देश्य हुन्: कृयाकलापको समन्वय र कार्यान्वयन गर्न सुविधा पुऱ्याउने संस्था(हरू) वा व्यक्ति(हरू) पहिचान गर्नु, लैङ्गिक हिंसाबाट उत्पन्न परिणामहरू रोकथाम र व्यवस्थापन गर्नु, एचआइभीको संक्रमण कम पार्नु, अत्यधिक नवजात तथा मातृ मृत्युदर र रुग्णता दर रोकथाम गर्नु तथा प्रजनन स्वास्थ्यसम्बन्धी विस्तृत सेवाहरूको प्रावधान गर्ने योजना बनाउनु । युएनएफपीएको प्रजनन स्वास्थ्यसम्बन्धी सामाग्रीहरूको थैलो (UNFPA RH Kit)को निर्माण खासगरी MISP लागू गर्न सजिलो हुने गरी गरिएको छ । यसमा १२ किसिमका सहायक सामाग्रीहरू राखिएका छन् । तिनलाई सेवाको हरेक क्रमिक तहमा प्रयोग गर्न सकिन्छ: समुदाय/स्वास्थ्य चौकी, स्वास्थ्य केन्द्र तथा उपचारको निम्ति पठाइने वा सध्ने (रेफर गर्ने) केन्द्र ।

२. **लैङ्गिक हिंसा (GBV)**: भनेको कतिपय जटिल संकटकालीन अवस्था र कतिपय प्रकोपको समेत सामान्य विशेषता हो । यसअन्तरगत बलात्कार, घरेलु हिंसा, यौन शोषण, बलजफ्ती विवाह, बलजफ्ती वेश्यावृत्ति, महिला बेचबिखन तथा अपहरणजस्ता दुर्व्यवहार पर्छन् । जीबीभीको रोकथाम तथा व्यवस्थापनका लागि समुदायका सदस्य तथा निकायहरूबीच समन्वय र सहयोग हुनु आवश्यक छ । स्वास्थ्य सेवामा यौनाक्रमणबाट बचेकाहरूको स्वास्थ्योपचार व्यवस्थापन, गोप्य परामर्श तथा अन्य उपयुक्त हेरचाहका लागि पठाउने व्यवस्था समावेश गर्नु पर्छ । लैङ्गिक हिंसा (GBV)को सम्भावना कम गर्न बस्तीको रूपरेखा, आवश्यक सामाग्रीहरूको वितरण तथा स्वास्थ्य केन्द्र र अन्य कार्यक्रमहरूमा पहुँच राम्ररी हुने गरी कार्यक्रम तर्जुमा गर्नु पर्छ । राहत निकायका कर्मचारी, सैनिक कर्मचारी तथा अन्य प्रभावशाली व्यक्तिहरूद्वारा संकटग्रस्त जनता, खासगरी बालबालिका र युवायुवतीको यौनशोषणलाई सक्रियतासाथ रोकथाम र व्यवस्थापन गर्नु पर्छ । कुनै पनि किसिमको उल्लंघन भएमा आचारसंहिता विकास गरी अनुशासनात्मक कारबाही चाल्नु पर्छ (पृष्ठ ४९ मा सहयोगकर्मीका क्षमता तथा जिम्मेवारीसँग सम्बन्धित मापदण्ड हेर्नुहोस्) ।

३. **आपात्कालीन प्रसूती सेवा**: सालाखाला १५% गर्भवती महिलामा जटिलता उत्पन्न भई आवश्यक प्रसूती सेवा चाहिने हुन्छ भने ५% सम्म गर्भवती महिलालाई चिरफार वा शल्यक्रिया गरी बच्चा झिक्ने (Caesarean) लगायतको शल्यक्रियाको आवश्यकता पर्नेछ । प्रसूती स्याहारसम्बन्धी आधारभूत आवश्यक सेवाहरू स्वास्थ्य केन्द्रको स्तरमा यथाशीघ्र स्थापना गर्नु पर्छ । यसअन्तरगत निम्न कुरा समावेश हुनु पर्छः प्रारम्भिक मूल्याङ्कन, गर्भाशयको भ्रूणको राम्रो स्थितिको मूल्याङ्कन, एपिसिओटोमी (episiotomy), रक्तश्राव व्यवस्थापन, संक्रमण व्यवस्थापन, गर्भ विषाक्तता (eclampsia) व्यवस्थापन, अनेक जन्म, संकुचित प्रसव (breech delivery), भ्याकुमले तान्ने मेशीन (vaccum extractor)को प्रयोग तथा यौनाङ्ग क्षतविक्षत भएका महिलाहरूको विशेष स्याहार । यस्तै प्रसूतीसम्बन्धी विस्तृत आवश्यक सेवा उपचारको निम्ति पठाइने अस्पतालमा सिजेरियन (Caesarean) खण्ड, ल्यापारोटोमी (laparotomy), सर्भिकल (cervical) र योनिमा तेश्रो श्रेणीको च्याताइ

(tear)हरू, असुरक्षित गर्भपात तथा सुरक्षित रक्त सञ्चार सेवा सक्दो चाँडो उपलब्ध हुनु पर्छ ।

४. **प्रजनन स्वास्थ्यसम्बन्धी विस्तृत सेवाहरुः** स्वास्थ्य निकायहरूले प्रजनन स्वास्थ्यसम्बन्धी विस्तृत सेवालाई पछि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा एकीकृत गर्ने योजना बनाउनु पर्छ । प्रजनन स्वास्थ्य सेवालाई अलग्ग एक्लो (vertical) कार्यक्रमका रूपमा स्थापित गर्नु हुँदैन । MISP मा व्यवस्था गरिएका कार्यक्रमका अतिरिक्त विस्तृत, एकीकृत प्रजनन स्वास्थ्य सेवाका अन्य महत्वपूर्ण तत्वमा निम्न कुरा समावेश गर्नु पर्छः सुरक्षित मातृत्व, परिवार नियोजन तथा परामर्श, विस्तृत लैङ्गिक हिंसाविरुद्ध सेवा, यौन संक्रमित रोग (STI) तथा एचआइभी/एड्सको विस्तृत व्यवस्थापन, किशोरकिशोरीको विशेष प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकता र अनगुमन एवं निगरानी ।

नसर्ने रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड ३ः स्वास्थ्यका मानसिक तथा सामाजिक पक्षहरू

मानिसहरूलाई मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी रुग्णता, असक्तता र सामाजिक समस्याहरू घटाउन सामाजिक तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू उपलब्ध छन् ।

सामाजिक हस्तक्षेपसम्बन्धी प्रमुख सूचकहरु[१]

(निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

गम्भीर संकटको अवस्थामा सामाजिक हस्तक्षेपहरूमाथि जोड दिनु पर्छ ।

- मानिसहरूले प्रकोप तथा सोसम्बन्धी चलिरहेको राहत कार्यबारे निरन्तर, भरपर्दो र विश्वसनीय सूचना प्राप्त गर्छन् (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।

[१]सामाजिक तथा मनोवैज्ञानिक सूचकबारे छुट्टै वर्णन गरिएको छ । 'सामाजिक हस्तक्षेप' भन्ने शब्दको प्रयोग त्यस्ता कृयाकलापका लागि गरिन्छ जसको प्रमुख उद्देश्य सामाजिक असर पार्नु हो । 'मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेप' भन्ने शब्दको प्रयोग त्यस्ता हस्तक्षेपका लागि गरिन्छ जसको प्रमुख उद्देश्य मनोवैज्ञानिक (वा मनश्चिकित्सकीय) असर पार्नु हो । 'मनोसामाजिक' शब्दले जनाएनुसार सामाजिक हस्तक्षेपले अप्रत्यक्ष रूपमा मनोवैज्ञानिक र मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेपले अप्रत्यक्ष रूपमा सामाजिक असर पार्छन् भन्ने बुझिएको छ ।

- सामान्य साँस्कृतिक तथा धार्मिक कार्यक्रमहरू कायम वा पुनर्स्थापना गरिन्छ । (महत्वपूर्ण आध्यात्मिक तथा धार्मिक गुरुहरूबाट संचालित शोकप्रकट गर्ने संस्कारहरूलगायत) । मानिसहरूले दाहसंस्कार सम्पन्न गर्न सक्छन् (निर्देशक बुँदा २ हेर्नुहोस्) ।

- श्रोतले भ्याएसम्म, बालबालिका तथा किशोरहरूलाई औपचारिक वा अनौपचारिक शिक्षा तथा सामान्य मनोरञ्जनात्मक कृयाकलाप प्रदान गरिएको छ ।

- वयस्क तथा किशोरहरू मूर्त, उद्देश्यपूर्ण, आम रुचिका कृयाकलाप, जस्तै संकटकालीन राहतसम्बन्धी कृयाकलापमा भाग लिन सक्षम छन् ।

- अलग्गिएका (बिछोड भएका) वा टुहुरा बालबालिका, बाल सैन्य, विधवा तथा विदुर, वृद्धवृद्धा तथा परिवारविहीन अन्य एक्ला व्यक्तिहरूलाई सामाजिक सञ्जालमा समावेश गराउने कृयाकलापमा संलग्न गराइन्छ ।

- आवश्यक भए मानिसहरूलाई परिवारसँग पुनर्मिलन गराउन खोज गर्ने सेवा स्थापित गरिन्छ ।

- मानिसहरू विस्थापित भएको अवस्थामा परिवारका सदस्य तथा समुदायहरूलाई सँगै राख्नका लागि आश्रयको व्यवस्था गरिन्छ ।

- धार्मिक स्थल, स्कूल, पानी वितरण गर्ने बिन्दु तथा सरसफाइका सुविधाहरू कहाँ राख्ने भनी निर्णय गर्ने क्रममा समुदायसँग परामर्श गरिन्छ । विस्थापित मानिसहरूका लागि बस्तीहरूको तर्जुमा गर्दा मनोरञ्जनात्मक तथा साँस्कृतिक स्थानलाई पनि समावेश गरिन्छ (पृष्ठ २५४-२६० मा आश्रय तथा बाससम्बन्धी मापदण्ड १-२ हेर्नुहोस्) ।

मनोवैज्ञानिक तथा मनश्चिकित्सकीय हस्तक्षेपसम्बन्धी प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- मानसिक आघात पुऱ्याउने कारकहरूले गर्दा गम्भीर मानसिक तनाव भोगिरहेका व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने केन्द्रहरू तथा समुदायमा मनोवैज्ञानिक प्राथमिक उपचार प्राप्त हुन्छ (निर्देशक बुँदा ३ हेर्नुहोस्) ।

- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमार्फत मनश्चिकित्सकीय समस्याका लागि अत्यावश्यक सेवा उपलब्ध छ । प्राथमिक सेवा केन्द्रहरूमा आवश्यक औषधिहरूको सूचीसँग तालमेल गर्दै आवश्यक मनश्चिकित्सकीय औषधिहरू उपलब्ध गराइन्छ (निर्देशक बुँदा ४ हेर्नुहोस्) ।

- पहिलेदेखि नै मनश्चिकित्सकीय विकार भएका व्यक्तिहरूलाई सम्बन्धित उपचार प्राप्त भइरहन्छ । साथै हानिकारक तथा हठात् ढंगले ओखती छुटाउने काम गरिंदैन । मानसिक अस्पतालहरूमा थुनेर राखिएका रोगीका आधारभूत आवश्यकताहरूलाई ध्यान दिइन्छ ।

- यदि प्रकोपको अवस्था लम्बिएमा संकटपश्चातको चरणमा समुदायमा आधारित विस्तृत मनोवैज्ञानिक कार्यक्रमहरू प्रदान गर्ने योजनाहरू अघि सारिन्छन् (निर्देशक बुँदा ५ हेर्नुहोस्) ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **सूचनाः** सूचनामा पहुँच हुनु मानवाधिकार मात्र होइन तर यसले जनतामा उत्पन्न हुने अनावश्यक चिन्ता तथा तनाव पनि कम गर्छ । प्रकोपको प्रकृति तथा अनुपातबारे सूचना दिइनु पर्छ । यसका साथै जनताका लागि भौतिक सुरक्षा प्रदान गर्न आवश्यक व्यवस्था गर्ने प्रयासबारे पनि सूचना प्रदान गरिनु पर्छ । जनतालाई सरकार, स्थानीय निकाय तथा सहयोग प्रदान गर्ने संस्थाद्वारा संचालन हुने विशेष राहत कृयाकलापहरू र तिनको स्थानबारे जानकारी दिनु पर्छ । उक्त सूचना जोखिम स्थितिको सूचनाका सिद्धान्तका

आधारमा दिइनु पर्छ । अर्थात् यो सरल (स्थानीय १२ वर्षका मानिसहरूले समेत बुझ्नेखालको) र समानुभूतिपूर्ण (संकटमा बाँचेको व्यक्तिको स्थिति बुझेको) हुनु पर्छ ।

२. **लाश गाड्नेः** साँस्कृतिक रूपमा उचित भए परिवारहरूलाई आफ्नो प्रियजनको मृत शरीरलाई बिदाइ गर्ने क्रममा हेर्ने मौका दिनु पर्छ । मृतकका लाशलाई अपमानजनक रूपमा मिल्काउने आदि काम गर्नु हुँदैन (पृष्ठ ३२५ मा स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरूसम्बन्धी मापदण्ड ५, निर्देशन बुँदा ८ हेर्नुहोस्) ।

३. **मनोवैज्ञानिक प्राथमिक उपचारः** सामान्य जनताबीच होस् वा सहयोगकर्मीबीच होस्, मानसिक आघात पुऱ्याउने कारकहरूको कारणले हुने गम्भीर मानसिक तनावको सर्वोत्तम व्यवस्थापन मनोवैज्ञानिक प्राथमिक उपचारका सिद्धान्तका आधारमा गरिन्छ । यसका लागि आधारभूत हस्तक्षेपरहित व्यावहारिक सेवाको आवश्यकता पर्छ । यसअन्तरगत बिरामीको कुरा सुन्ने तर निजलाई कुरा गर्न बाध्य नगर्ने, आवश्यकताहरू मूल्याङ्कन गर्ने तथा आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा भएको सुनिश्चित गर्ने, अन्य महत्वपूर्ण व्यक्तिहरूलाई साथी बनाउन प्रोत्साहन गर्ने तर बाध्य नतुल्याउने एवं थप हानिबाट बचाउने कुरामाथि ध्यान केन्द्रित गर्ने कुराजस्ता पर्छन् । यस्तो खाले प्राथमिक उपचार स्वयंसेवी तथा व्यावसायिक दुवैथरी व्यक्तिहरूलाई छिटै सिकाउन सकिन्छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई बेन्जोडायजेपाइन (benzodiazepines)जस्ता औषधि व्यापक रूपमा नचलाउन सचेत हुनु पर्छ । किनभने यसमै भर परिरहने जोखिम श्रृजना गर्छ ।

४. **अत्यावश्यक मनश्चिकित्सक समस्याको हेरचाहः** तत्काल स्याहार गर्नु पर्ने मनश्चिकित्सकीय स्थितिहरू यी हुन्: आफैं वा अरूका लागि खतरनाक हुनु, मनोविकार, विक्षिप्तता (psychosis), चरम अवसाद (depression) र उन्माद (mania) ।

५. **समुदायमा आधारित मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेपहरुः** हस्तक्षेपहरू विद्यमान सेवाहरूको मूल्याङ्कन तथा सामाजिक(साँस्कृतिक प्रसङ्गको समझदारीमाथि आधारित हुनु पर्छ । तिनमा व्यक्ति तथा समुदायका कार्यगत, साँस्कृतिक

रूपले आफ्ना परिस्थितिमाथि पुनः नियन्त्रण गर्न सघाउने संयन्त्र समावेश गर्नु पर्छ ।सम्भव भएसम्म सामुदायिक नेता तथा स्वदेशी चिकित्सकहरूसँग सहकार्य गर्ने सुझाव दिइन्छ । समुदायका आत्मसहाय समूहहरूलाई प्रोत्साहित गर्नु पर्छ । सामुदायिक कार्यकर्ताहरूलाई थुप्रै बिरामीको भार परेको स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई सहयोग गर्न प्रशिक्षित र सुपरिवेक्षण गर्नु पर्छ । साथै तिनीहरूलाई खतरोन्मुखी र अल्पसंख्य समूहहरूलाई स्याहार गर्न सक्ने गरी बाहिरी कृयाकलापहरू संचालन गर्न पनि सिकाउनु पर्छ ।

नसर्ने रोगहरू नियन्त्रण गर्नेसम्बन्धी मापदण्ड ४ : दीर्घ (असाध्य) रोगहरू

अधिकाँश मृत्युदर बढाउन जिम्मेवार मानिएका असाध्य रोगहरू भएका अवस्थामा मानिसहरूलाई मृत्युबाट बच्न आवश्यक उपचार उपलब्ध छ ।

प्रमुख सूचकहरु (निर्देशक बुँदाका साथ पढ्नु पर्ने)

- असाध्य रोगीहरूका लागि संचालित कार्यक्रमहरूको समन्वय गर्न विशेष निकाय (वा निकायहरू) नियुक्त गरिएको छ । त्यस्ता रोगीहरूको निम्ति उपचार रोकिएमा तिनको मृत्यु हुने सम्भावना छ (निर्देशक बुँदा १ हेर्नुहोस्) ।
- त्यस्ता असाध्य रोगीहरूको सक्रियतासाथ पहिचान तथा दर्ता गरिन्छ ।
- असाध्य रोगहरूको नियमित, निरन्तर व्यवस्थापनका लागि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमार्फत औषधिहरू उपलब्ध छन् । तर ती औषधिहरू आवश्यक सूचीमा तोकिएकै हुनु पर्छ ।

निर्देशक बुँदाहरु

१. **दीर्घ (असाध्य) रोगहरुः** प्रकोपका दौरान असाध्य रोगहरूको व्यवस्थापनका लागि कुनै पनि सर्वमान्य निर्देशन पहिलेदेखि स्थापित गराइएको छैन । पहिले असाध्य रोगीहरूका लागि निरन्तर उपचार उपलब्ध भइरहेका देशमा हालका जटिल प्रकोपको अवस्थामा त्यस्तो उपचार रोक्नाले मृत्यु हुन सक्ने स्थितिमा भएकालाई प्राथमिकता दिने व्यवस्था गरियो । यसभित्र डायलिसिस (dialysis)मा भरपर्ने मिर्गौलाले काम गर्न छाड्ने दीर्घ रोग, इन्सुलिन (insulin)मा भरपर्नु पर्ने दीर्घ चिनीरोग (मधुमेह) तथा केही बाल क्यान्सरहरू (अर्बुदरोग) पर्छन् । यी नयाँ कार्यक्रम थिएनन् । तर चलिरहेको जीवन बचाउने उपचारको निरन्तरता मात्र थिए । भावी प्रकोपमा अन्य दीर्घ रोगकालागि संचालन हुने कार्यक्रमहरू पनि महत्वपूर्ण हुन सक्छन् । राहत प्रयासका दौरानमा दीर्घ रोगहरूको व्यवस्थापनका लागि नया उपचार व्यवस्था अथवा कार्यक्रम थाल्नु उपयुक्त हुँदैन यदि जनतालाई त्यस्तै खालको उपचार प्रकोपपूर्व उपलब्ध गराइएको थिएन भने । स्थिर दीर्घ रोगहरूको निरन्तर, नियमित व्यवस्थापन गर्ने उपाय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमार्फत उपलब्ध हुनु पर्छ । सोका लागि आवश्यक औषधिहरूको सूचीबाट ओखतीहरू प्रयोग हुनु पर्छ ।

परिशिष्ट १

स्वास्थ्य सेवाहरुको मूल्यांकन गर्ने रूजुसूची

तयारी

- प्रकोपग्रस्त जनता तथा सम्बन्धित राष्ट्रमा प्राप्त श्रोत तथा अन्तर्राष्ट्रिय श्रोतहरूबारे उपलब्ध सूचना प्राप्त गर्नुहोस् ।

- उपलब्ध नक्सा तथा आकाशे चित्रहरू प्राप्त गर्नुहोस् ।

- सम्बन्धित देश तथा अन्तर्राष्ट्रिय श्रोतहरूबाट जनसंख्या तथा स्वास्थ्यसम्बन्धी तथ्याङ्क प्राप्त गर्नुहोस् ।

सुरक्षा तथा पहुँच

- निरन्तर हुने प्राकृतिक वा मानव सृजित खतराहरूको अस्तित्व निर्धारण गर्नुहोस् ।

- सशस्त्र फौज वा नागरिक सेनाको उपस्थिति लगायतको समग्र सुरक्षा स्थितिबारे निर्धारण गर्नुहोस् ।

- मानवीय निकायहरूको प्रभावित जनतामा भएको पहुँचबारे निर्धारण गर्नुहोस् ।

जनसांख्यिकी तथा सामाजिक संरचना

- किुल प्रकोपप्रभावित जनता तथा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको अनुपात निर्धारण गर्नुहोस् ।

- जनताको उमेर तथा लिङ्गको आधारमा संख्या निर्धारण गर्नुहोस् ।

- बढ्दो जोखिम भएका समूह, जस्तै महिला, बालबालिका, वृद्धवृद्धा, असक्त व्यक्ति, एचआइभी/एड्स संक्रमित व्यक्तिहरू (PLWH/A), खास जातीय वा सामाजिक समूहका सदस्यहरूको पहिचान गर्नुहोस् ।

- औसत घरपरिवारको आकार तथा महिला तथा बालबालिका घरमूली भएका घरपरिवारको अनुमानित संख्या निर्धारण गर्नुहोस् ।

- महिलाको अधिकार/प्रभाव तथा भूमिकाको स्थितिलगायतको विद्यमान सामाजिक संरचना निर्धारण गर्नुहोस् ।

पृष्ठभूमि स्वास्थ्य सूचना

- प्रकोपपूर्व प्रभावित क्षेत्रमा पहिल्यै रहेका स्वास्थ्य समस्या तथा प्राथमिकताहरूको पहिचान गर्नुहोस् । स्थानीय रोगको महामारीबारे यकीन गर्नुहोस् ।

- शरणार्थीको हकमा तिनको मूल देशमा पहिल्यैदेखि विद्यमान स्वास्थ्य समस्या तथा प्राथमिकताहरू पहिचान गर्नुहोस् । साथै त्यहाँ हुने रोगको संक्रामकताबारे यकीन गर्नुहोस् ।

- स्वास्थ्यलाई हुने विद्यमान जोखिमहरू, जस्तै सम्भावित महामारीहरू, पहिचान गर्नुहोस् ।

- स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी पहिलेका श्रोतहरू पहिचान गर्नुहोस् ।

- शरणार्थीहरूको मूल देशमा स्थानीय जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको सबल पक्ष तथा त्यसले कति क्षेत्र समेटेको थियो निर्धारण गर्नु होस् ।

मृत्युदरहरु

- कच्चा (अपरिष्कृत) मृत्युदर (crude mortality rate - CMR) गणना गर्नुहोस् ।

- ५(वर्षमुनिको मृत्युदर (U5MR): ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको उमेरविशेषको मृत्युदर) गणना गर्नुहोस् ।

- कुनै कारणविशेषले हुने मृत्युदर गणना गर्नुहोस् ।

रूग्णता (अस्वस्थता) दर

- जनस्वास्थ्यमा महत्व राख्ने प्रमुख रोगहरू लाग्ने दर निर्धारण गर्नुहोस् ।
- सम्भव भए उमेर(तथा लिङ्गविशेषले गर्दा प्रमुख रोगहरू लाग्ने दर निर्धारण गर्नुहोस् ।

उपलब्ध श्रोतहरु

- प्रकोपप्रभावित देश वा देशहरूको स्वास्थ्य मन्त्रालयको क्षमता तथा कार्यक्रमको निर्धारण गर्नुहोस् ।
- प्रदान गरिने स्याहारको कुल संख्या, वर्गीकरण तथा स्तर, भौतिक स्थिति, कार्यगत स्थिति तथा पहुँचलाई समेटेर राष्ट्रिय स्वास्थ्य सुविधाहरूको स्तर निर्धारण गर्नुहोस् ।
- उपलब्ध स्वास्थ्य कर्मचारीहरूका संख्या तथा सीप निर्धारण गर्नुहोस् ।
- विद्यमान जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरू, जस्तै विस्तारित खोप कार्यक्रम (extended programme for immunization - EPI), मातृ तथा बाल स्वास्थ्य सेवाहरूको क्षमता तथा कार्यगत स्थिति निर्धारण गर्नुहोस् ।
- स्तरीय नियम, आवश्यक औषधि, आपूर्ति तथा उपकरणहरूको उपलब्धताको सम्बन्धमा निर्धारण गर्नुहोस् ।
- विद्यमान उपचारको निम्ति साधेर पठाउने (रेफरल, (referral)) प्रणालीहरूको स्थिति निर्धारण गर्नुहोस् ।
- विद्यमान स्वास्थ्य सूचना प्रणाली (Health Information System - HIS)को स्थिति निर्धारण गर्नुहोस् ।
- विद्यमान लजिष्टिक प्रणालीहरू, खासगरी आवश्यक औषधि, खोप तथा

स्वास्थ्योपचार सामाग्रीहरूको आपूर्तिको निम्ति खरीद (प्राप्ति), वितरण तथा भण्डारणसम्बन्धी क्षमता निर्धारण गर्नुहोस् ।

अन्य महत्वपूर्ण क्षेत्रका तथ्याङ्कबारे विचार पुऱ्याउनुहोस्

- पोषणसम्बन्धी स्थिति
- वातावरणीय स्थितिहरू
- खाद्य तथा खाद्य सुरक्षा ।

परिशिष्ट २

नमूना साप्ताहिक निगरानीको प्रतिवेदन फारामहरु

मृत्युदर निगरानी फाराम १

स्थल ....
मिति सोमवारदेखि ....आइतवारसम्मः ....
यस साताको शुरूमा कुल जनसंख्याः ....
यस साता भएका जन्मका घटनाहरूः .... यस साता भएका मृत्युका घटनाहरूः .....
यस साता भएका आगमनहरू (लागू भएमा): .... यस साता भएका प्रस्थानहरूः ....
साताको अन्त्यमा कुल जनसंख्याः .... ५ वर्षमुनिको कुल जनसंख्याः ....

	०–४ वर्ष		५+ वर्ष		कुल
	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	
तात्कालिन कारण					
गम्भीर तल्लो श्वास. संक्रमण					
हैजा (शंका गरिएको)					
झाडापखाला - रगत देखिने					
झाडापखाला - पानी देखिने					
चोटपटक - बिना दुर्घटना					
औलो					
आमाको मृत्यु - प्रत्यक्ष					
दादुरा					
मस्तिष्कज्वर (शंका गरिएको)					
नवजात (०-२८ दिन)					
अन्य					
अज्ञात					
कुल उमेर तथा लिङ्गमा					
अन्तरनीहित कारण					
एड्स (शंका गरिएको)					
कुपोषण					
आमाको मृत्यु - प्रत्यक्ष					
अन्य					
कुल उमेर तथा लिङ्गमा					

* यो फाराम मृत्युका घटनाहरू धेरै भएको बेला उक्त फाराम प्रयोग गरिन्छ । त्यसैले सीमित समयले गर्दा व्यक्तिगत मृत्युका घटनाबारे विस्तृत जानकारी संकलन गर्न सकिदैन ।
- प्रतिवेदनको पटक (अर्थात् दैनिक कि साप्ताहिक) मृत्युका घटनाहरूको संख्यामा भर पर्छ ।
- प्रसङ्ग तथा संक्रमणको ढाँचाको आधारमा मृत्युदरका अन्य कारणहरू थप्न सकिन्छ ।
- सम्भव भए उमेरलाई पुनः विभाजन गर्न सकिन्छ (०(११ महिना, १(४ वर्ष, ५-१४ वर्ष, १५-४९ वर्ष, ५०-५९ वर्ष, ६०+ वर्ष) ।
- मृत्युका घटनाहरूको प्रतिवेदनस्थलगत स्वास्थ्य सुविधाका आधारमा मात्र नभई स्थल तथा धार्मिक नेता, सामुदायिक कार्यकर्ता, महिला समूह तथा रेफर गरिने अस्पतालहरूबाट प्राप्त प्रतिवेदनका आधारमा तयार पार्नु पर्छ ।
- सम्भव भएसम्म घटनाका परिभाषाहरू फारामको पछाडिपट्टि उल्लेख गर्नु पर्छ ।

मृत्युदर निगरानी फाराम २

स्थल .... मिति सोमवारदेखि ....
आइतवार सम्म: .... यस साताको शुरूमा कुल जनसंख्या: ....
यस साता भएका जन्मका घटनाहरू: .... यस साता भएका मृत्युका घटनाहरू: ...... यस साता भएका आगमनहरू (लागू भएमा): .....
यस साता भएका प्रस्थानहरू: .... साताको अन्त्यमा कुल जनसंख्या: .... ५ वर्षमुनिको कुल जनसंख्या: ....

			मृत्युको प्रत्यक्ष कारण										अन्तरनीहित कारणहरू
सि	लिङ्ग (पु, म)	उमेर (दिन=दि महिना=म वर्ष=व)	म.त.श्वसं	हैजा (शंका)	झाडा (मासी रगत)	झाडा (पानी)	चोट बिना दुर्घटना	औंलो	आमा मृत्यु – प्रत्यक्ष	दादुरा	मस्तिष्क ज्वर (शंका)	नवजात (०–२८ दि)	
१													
२													
३													
४													
५													
६													
७													
८													
९													
१०													

* यो फाराम व्यक्ति मृत्युका घटनासम्बन्धी तथ्याङ्क अभिलेख गर्न पर्याप्त समय भएको अवस्थामा प्रयोग गरिन्छ; यसमा उमेरको हिसाबले विश्लेषण तथा स्थान र सुविधा उपयोग गर्ने दरको हिसाबले छानबीन गर्न सकिन्छ।

- प्रतिवेदनको पटक (अर्थात् दैनिक कि साप्ताहिक) मृत्युका घटनाहरूको संख्यामा भर पर्छ।
- स्थितिअनुसार मृत्युदरका अन्य कारणहरू थप्न सकिन्छ।
- स्थलगत स्वास्थ्य सुविधाका आधारमा मात्र नभई स्थल तथा धार्मिक नेता, सामुदायिक कार्यकर्ता, महिला समूह तथा रेफर गरिने अस्पतालहरूबाट प्राप्त प्रतिवेदनका आधारमा मृत्युका घटनाहरूको प्रतिवेदन तयार पार्नु पर्छ।
- सम्भव भएसम्म घटनाका परिभाषाहरू फारामको पछाडिपट्टि उल्लेख गर्नु पर्छ।

साप्ताहिक रूग्णता (अस्वस्थता) दर निगरानी गर्ने प्रतिवेदन फाराम

स्थल ....मिति सोमवारदेखि ....
आइतवारसम्मः ....यस साताको शुरूमा कुल जनसंख्याः ....
यस साता भएका जन्मका घटनाहरूः .... यस साता भएका मृत्युका घटनाहरूः .....
यस साता भएका आगमनहरू (लागू भएमा): .... यस साता भएका प्रस्थानहरूः ....
साताको अन्त्यमा कुल जनसंख्याः .... ५ वर्षमुनिको कुल जनसंख्याः ....

रुग्णता	५ वर्षमुनि (नयाँ घटना)			५ वर्ष र माथि (नयाँ घटना)			कुल नयाँ केस	दोहोरिने घटना
निदान*	पुरुष	महिला	कुल	पुरुष	महिला	कुल		कुल
गम्भीर तल्लो श्वास.संक्रमण**								
एड्स (शंका गरिएको)								
रक्तहीनता								
हैजा (शंका गरिएको)								
झाडापखाला - रगत देखिने								
झाडापखाला - पानीजस्तो पातलो								
आँखाका रोगहरू								
औलो								
कुपोषण								
दादुरा								
मस्तिष्कज्वर (शंका गरिएको)								
चोटपटक - दुर्घटना								
चोटपटक - बिना दुर्घटना								
यौनजन्य संक्रमणहरू								
गूप्ताङ्गको अल्सर								
पुरुषको मूत्राशयबाट हुने श्राव								
योनिश्राव								
पेटमुनि दुख्ने								
लुतो (चिलाउने, scabies)								
चर्मरोगहरू								
(लूतो, scabies बाहेक)								
कीराहरू								
अन्य								
अज्ञात								
कुल								

* एकभन्दा बढी निदान सम्भव छ; वर्तमान परिस्थितिलाई सुहाउने गरी रोगहरू थपघट गर्न सकिन्छ ।
** गम्भीर श्वासप्रश्वास नलीको संक्रमणः केही देशमा यसलाई माथिल्लो तथा तल्लो नलीको संक्रमण भनी पुनः वर्गीकरण गर्न सकिन्छ ।
- प्रसङ्ग तथा संक्रमणको ढाँचाको आधारमा रुग्णतादरका कारणहरू थप्न सकिन्छ ।
- सम्भव भए उमेरलाई पुनः विभाजन गर्न सकिन्छ (०-११ महिना, १-४ वर्ष, ५-१४ वर्ष, १५-४९ वर्ष, ५०-५९ वर्ष, ६०+ वर्ष) ।

स्वास्थ्य केन्द्रमा जाने	५ वर्षमुनि			५ वर्ष तथा माथि			५ वर्ष तथा माथि	
	पुरुष	महिला	कुल	पुरुष	महिला	कुल	पुरुष	महिला
कुल भेटघाट								

उपयोग दर: स्वास्थ्य केन्द्रमा प्रति व्यक्ति प्रति वर्ष भेटघाट = १ सातामा कुल भेटघाट / कुल जनसंख्या x ५२ साता
- सम्भव भए उमेरलाई पुनः विभाजन गर्न सकिन्छ (०-११ महिना, १-४ वर्ष, ५-१४ वर्ष, १५-४९ वर्ष, ५०-५९ वर्ष, ६०+ वर्ष) ।

प्रति क्लिनिशियन परामर्श संख्या: कुल भेटघाट (नयाँ तथा दोहोरिएको)/स्वास्थ्य केन्द्रमा एफटीइ क्लिनिशियन/स्वास्थ्य केन्द्रले प्रति साता काम गर्ने (संचालन हुने) दिन ।

परिशिष्ट ३

मृत्यु तथा रूग्णता दर गणना गर्ने सूत्रहरु

कच्चा (अपरिष्कृत) मृत्युदर (crude mortality rate – CMR)

- *परिभाषा:* सम्पूर्ण जनसंख्यामा दुवै लिङ्ग तथा सबै उमेरका व्यक्तिको मृत्युदर । CMR लाई विभिन्न मापदण्ड भएका जनसंख्यासम्बन्धी नाममा र विभिन्न समयावधिका लागि व्यक्त गर्न सकिन्छ । उदाहरणका लागि प्रति १,००० जनसंख्यामा प्रति महिना मृत्युका घटना अथवा प्रति १,००० जनसंख्यामा प्रति वर्ष मृत्युका घटना

- *संकटका दौरान सर्वाधिक प्रयोग गरिने सूत्र:*

समयावधिमा कुल मृत्युका घटना / कुल जनसंख्या x १०,००० व्यक्ति / समयावधिमा कति दिन

= मृत्यु/प्रति १०,००० व्यक्ति/प्रतिदिन

५-वर्षमुनिको मृत्युदर (U5MR)

- *परिभाषा:* जनसंख्यामा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्युदर ।

- *प्रकोपको दौरान सर्वाधिक प्रयोग गरिने सूत्र* (५ वर्षमुनिका बालबालिकाको उमेरविशेषमा आधारित मृत्युदर)*:*

समयावधिमा <५ वर्षका बालबालिकाको कुल मृत्युका घटना / <५ वर्षका बालबालिकाको कुल जनसंख्या x १०,००० व्यक्ति / समयावधिमा कति दिन

= मृत्यु/प्रति १०,०००/प्रतिदिन

घटनाको दर

- *परिभाषा:* नयाँ रोग विकास हुने खतरा भएको जनसंख्यामा निर्धारित समयावधिमा देखिएका नयाँ रोगीहरूको संख्या

- *प्रकोपका दौरान सर्वाधिक प्रयोग गरिने सूत्र:*

समयावधिमा विशेष रोगका कारण नयाँ घटना   १,००० व्यक्ति
रोग लाग्ने जोखिम भएको जनसंख्या   x समयावधिमा कति महिना

=   विशेष रोगका कारण नयाँ घटना/१,०००/महिना

घटनाको घातक हुने दर (Case Fatality Rates – CFRs)

- *परिभाषा:* कुनै रोगले मर्ने मानिसहरूको संख्यालाई रोग हुनेहरूको संख्याले भाग गर्दा हुने संख्या ।

- *सूत्र:*

समयावधिमा रोगले मर्ने मानिसहरूको संख्या
समयावधिमा रोग लागेका मानिसहरूको संख्या   x १०० = x%

स्वास्थ्य सुविधा उपयोग गर्ने दर

- *परिभाषा:* प्रति व्यक्ति प्रति वर्ष बहिरङ्ग रोगीहरू आउने संख्या । सम्भव भए नयाँ तथा पुराना बिरामी आउनेबीच फरक छुट्याउनु पर्छ । साथै नयाँ आउने रोगीलाई उक्त दर गणना गर्नमा प्रयोग गर्नु पर्छ । तर प्रायः नयाँ तथा पुराना रोगी आउनेबीच फरक छुट्याउन गाह्रो हुन्छ । त्यसैले प्रकोपका दौरान तिनलाई प्रायः कुल रोगीहरूझैं जोडिन्छ ।

- *सूत्र:*

<u>एक सातामा आएका कुल रोगीहरू</u>

कुल जनसंख्या x ५२ साता

= रोगी आउने/प्रति व्यक्ति/प्रतिवर्ष

प्रति दिन प्रति क्लिनिशियन परामर्श गर्ने संख्या

- *परिभाषा:* प्रति दिन प्रति उपचारकद्वारा कुल परामर्श प्राप्त व्यक्तिहरूको औसत संख्या (नयाँ तथा दोहोरिने)।

- *सूत्र:*

<u>कुल परामर्श (नयाँ तथा दोहोरिने)</u> ÷ प्रति साता स्वास्थ्य केन्द्र

स्वास्थ्य केन्द्रमा FTE* उपचारकको संख्या खुल्ने कुल दिन

* FTE ('Full-time equivalent' अर्थात् 'पूर्णकाल समानता') ले कुनै स्वास्थ्य केन्द्रमा काम गर्ने उपचारकहरूको समान संख्या बुझाउँछ। उदाहरणका लागि, छ उपचारक बहिरङ्ग विभाग काम गर्छन् र तीमध्ये आधा समय काम गर्छन् भने FTE उपचारकको संख्या = ४ पूर्ण समय कर्मचारी + २ आधा समय कर्मचारी = ५ FTE उपचारक।

परिशिष्ट ४

सन्दर्भग्रन्थहरू

यहाँ उद्धृत अधिकाँश विवरण (डक्युमेन्ट) हरूका लागि कपीराइट अनुमति प्राप्त गरी विशेष स्फिअर लिङ्कः http:www.forcedmigration.org मा संलग्न गर्न पाउँदा अक्सफोर्ड विश्वविद्यालयमा स्थित शरणार्थी अध्ययन केन्द्रको फोर्स्ट माइग्रेशन अनलाइन प्रोग्राम (Forced Migration Online Programme of the Reference Studies Centre at the University of Oxford) प्रति आभार प्रकट गर्दछौं ।

अन्तर्राष्ट्रिय कानूनी दस्तावेजहरु

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General comment 14, 11 August 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Baccino-Astrada, A (1982), *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts*. ICRC. Geneva.

Mann, J, Gruskin, S, Grodin, M, Annas, G (eds.) (1999), *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge.

WHO (2002), *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*. World Health Organisation. http://www.who.int/hhr

स्वास्थ्य प्रणाली तथा पूर्वाधारहरु

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T (1993), *Basic Epidemiology*. World Health Organisation. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), *Managing Drug Supply (Second Edition)*. Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Médecins Sans Frontières (1993), *Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual*. Médecins Sans Frontières. Paris.

Médecins Sans Frontières (1997), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations.* Macmillan. London.

Noji, E (ed.) (1997), *The Public Health Consequences of Disasters*. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), *Handbook on War and Public Health*. International Committee of the Red Cross. Geneva.

UNHCR/WHO (1996), *Guidelines for Drug Donations*. World Health Organisation and United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNHCR (2001), *Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and* Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and *Nutrition Programmes* (CD-ROM). United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

WHO/PAHO (2001), *Health Library for Disasters* (CD-ROM). World Health Organisation/Pan-American Health Organization. Geneva.

WHO (1998), *The New Emergency Health Kit 1998*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (1994), *Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations*. World Health Organisation. Geneva.

सरूवा रोग नियन्त्रण

Chin, J (2000), *Control of Communicable Diseases Manual* (*17th Edition*). American Public Health Association. Washington, DC.

Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J (2003), *Manson's Tropical Diseases*. WB Saunders.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/AIDS in Emergency Settings (2003), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. UNAIDS. Geneva (in press). (This document will replace UNAIDS, 1998, *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings*).

International Rescue Committee (2003), *Protecting the Future: HIV* Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected *Populations*. Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Pasteur Institute: http://www.pasteur.fr

UNAIDS: http://www.unaids.org

WHO (1993), *Guidelines for Cholera Control*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (2002), *Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (1997), *Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines*. Macmillan. London.

WHO (2003), *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook*. World Health Organisation. Geneva (in press).

WHO (1993), *The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines*. World Health Organisation. Geneva.

नसर्ने रोग नियन्त्रण

चोटपटक

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A et al (1998), *Hospitals for* War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a *Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict*. International Committee of the Red Cross. Geneva.

Médecins Sans Frontières (1989), *Minor Surgical Procedures in Remote Areas*. Médecins Sans Frontières. Paris.

PAHO-OPS (1995), *Establishing a Mass Casualty Management System*. Pan-American Health Organization. Geneva.

WHO (1991), *Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology*. World Health Organisation. Geneva.

प्रजनन स्वास्थ्य

Reproductive Health for Refugees Consortium (1997), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. RHR Consortium.
Interagency Working Group (1999), *An Inter-Agency Field Manual for*

Reproductive Health in Refugee Situations. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNFPA: http://www.unfpa.org

UNFPA (2001), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations (Second Edition)*. UNFPA.

UNHCR (2003), *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees,* Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention *and Response*. Draft for field-testing, 8 July 2002. (This document will replace the UNHCR 1995 *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*.)

WHO (2001), *Clinical Management of Survivors of Rape*. World Health Organisation. Geneva.

स्वास्थ्यका मानसिक तथा सामाजिक पक्षहरु

National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass* Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus *on Best Practices*. (NIH Publication No. 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC. http://www.nimh.nih.gov

WHO (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors*. World Health Organisation. Geneva.

WHO/UNHCR (1996), *Mental Health of Refugees*. World Health Organisation. Geneva. http://whqlibdoc.who.int

दीर्घ (असाध्य) रोगहरु

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S et al (eds.), *The Washington Manual of Medical Therapeutics (30th Edition)*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL et al (eds.) (2001), *Harrison's Principles of Internal Medicine (15th Edition)*. McGraw Hill Professional. New York.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.), *Current Medical Diagnosis and Treatment 2003 (42nd Edition)*. McGraw- Hill/Appleton & Lange. New York.

वेबसाइटहरु

Centers for Disease Control and Prevention: http://www.cdc.gov

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters: http://www.cred.be

International Committee of the Red Cross: http://www.icrc.org

International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies: http://www.ifrc.org

Pan-American Health Organization: http://www.paho.org

United Nations High Commissioner for Refugees: http://www.unhcr.ch

UNICEF: http://www.unicef.org

World Health Organisation: http://www.who.int

टिपोट

टिपोट

टिपोट

अनुसूचीहरू

१ स्फिअर हातेपुस्तिकालाई सघाउने कानूनी दस्तावेजहरु

The following instruments inform the Humanitarian Charter and the Minimum Standards in Disaster Response:

Universal Declaration of Human Rights 1948.

International Covenant on Civil and Political Rights 1966.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966.

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial *Discrimination* 1969.

The four Geneva Conventions of 1949 and their two Additional *Protocols* of 1977.

Convention relating to the Status of Refugees 1951 and the Protocol *relating to the Status of Refugees* 1967.

Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading *Treatment or Punishment* 1984.

Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of

Genocide 1948.

Convention on the Rights of the Child 1989.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against *Women* 1979.

Convention relating to the Status of Stateless Persons 1960.

Guiding Principles on Internal Displacement 1998.

२ अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियान तथा गैरसरकारी संस्थाहरु (गैसस) का लागि आचारसंहिता

अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट सोसाइटीहरुको महासंघ (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies – IFRC) एवं रेडक्रसको अन्तर्राष्ट्रिय समिति (International Committee of Red Cross – ICRC) द्वारा संयुक्त रुपमा तयार गरिएको[१]

उद्देश्य

यो आचारसंहिताले हाम्रो व्यवहारसम्बन्धी मापदण्डको रक्षा गर्न चाहन्छ। यो संचालनसम्बन्धी विवरण होइन जस्तै कसैले खाद्यको राशनको हिसाब कसरी गर्ने वा शरणार्थी शिविर कसरी खडा गर्ने। बरु यसले प्रकोपसम्बन्धी सहायता कार्यक्रम गर्न इच्छुक गैरसरकारी संस्थाहरू तथा अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियानको आकाँक्षा, स्वतन्त्रता, प्रभावकारिता तथा प्रभावसम्बन्धी उच्च मापदण्ड कायम गर्न चाहन्छ। यस आचारसंहितामा उल्लिखित मापदण्डहरू पालन गर्न स्वीकृति जनाउने संस्थाहरूको इच्छाअनुरुप लागू गरिने यो ऐच्छिक आचारसंहिता हो।

सशस्त्र द्वन्द्वको अवस्थामा वर्तमान आचारसंहिताको व्याख्या र कार्यान्वयन अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनअनुकूल गरिनेछ।

पदटिप्पणी:

१. सौजन्य: कारिटास इन्तेर्नातिओनालिस*, क्याथोलिक रिलीफ सर्भिसेज*, इन्टरन्याशनल फेडरेशन अव रेडक्रस याण्ड रेड क्रिसन्ट ससाइटिज*, इन्टरनन्याशनल सेभ द चिल्ड्रन अलायन्स*, लुथरन वर्ल्ड फेडरेशन*, अक्सफ्याम*, द वर्ल्ड काउन्सिल अव चर्चेज*, द इन्टरन्याशनल कमिटि अव द रेडक्रस* (*मानवीय कार्यक्रमका लागि संचालक समितिका सदस्यहरू)।

पहिले आचारसंहिता प्रस्तुत गरिन्छ। यसैसाथ तीनवटा अनुसूची संलग्न छन् जसमा सम्बन्धित सरकारहरू, दाता सरकारहरू तथा अन्तरसरकारी संस्थाहरूले प्रभावकारी ढंगबाट मानवीय सहयोग प्रदान गर्न सघाउन काम गर्ने वातावरण श्रृजना गरेको वर्णन गरिएको छ।

परिभाषाहरू

गैरसरकारी संस्थाहरू (Non-governmental Organizations – NGOs): यहाँ गैरसरकारी संस्थाहरू (NGOs) भन्नाले राष्ट्रभित्र गठित तर सम्बन्धित राष्ट्रको सरकारभन्दा अलग स्थापित राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय दुवैथरी संस्थालाई जनाउँछ।

गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (Non-governmental Human Agencies – NGHAs): यस हातेपुस्तिकामा गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) भन्ने शब्दको विकास गरिएको छ। यसले अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियानका घटकहरू - अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस समिति (ICRC), अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट सोसाइटीहरूको महासंघ (IFRC) तथा यसका सदस्य राष्ट्रिय सोसाइटीहरू - का साथै माथि परिभाषित गरिएका गैरसरकारी संस्थाहरूलाई जनाउँछ। यस आचारसंहिताले खासगरी प्रकोपकालीन सहायता कार्यक्रममा संलग्न भएका गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) लाई जनाउँछ।

अन्तरसरकारी संस्थाहरू (Inter-governmental Organizations – IGOs): अन्तरसरकारी संस्थाहरू (IGOs) भन्नाले दुई वा बढी सरकारले बनाएका संस्था बुझिन्छ। यसरी यसअन्तरगत सबै संयुक्त राष्ट्रसंघीय निकाय तथा क्षेत्रीय संगठनहरू पर्छन्।

प्रकोपहरू: प्रकोप भनेको त्यस्तो विपदा वा आपात्कालीन घटना हो जसले जनको क्षति गराउनुका साथै निकै मानवीय पीडा तथा तनाव र वृहत भौतिक क्षति गराउँछ।

आचारसंहिता

प्रकोपसम्बन्धी सहायता कार्यक्रमहरु गर्ने अन्तर्राष्ट्रिय रेडक्रस तथा रेड क्रिसेन्ट अभियान तथा गैरसरकारी संस्थाहरु (गैसस) का लागि आचारसम्बन्धी सिद्धान्तहरु

१ मानवीय आवश्यकता सर्वप्रथम आउँछ

मानवीय सहयोग पाउने तथा सो प्रदान गर्ने हक भनेको आधारभूत मानवीय सिद्धान्त हो । उक्त अधिकारको उपभोग सबै देशका सबै नागरिकले गर्न पाउनु पर्छ । अन्तर्राष्ट्रिय समुदायका सदस्यका नाताले हामीले आवश्यक भएका स्थानमा मानवीय सहयोग पुऱ्याउनु पर्ने आफ्नो जिम्मेवारी बुझेका छौं । त्यसैले उक्त जिम्मेवारी निर्वाह गर्न प्रभावित जनतासम्म निर्वाध रूपमा पुग्न पाउनु निकै महत्वपूर्ण हुन्छ । प्रकोपसम्बन्धी हाम्रो सहायता कार्यक्रमको मूल उद्देश्य प्रकोपको कारणले उत्पन्न तनावलाई कमै मात्र खप्न सक्ने समूहको मानवीय पीडा कम गर्नु हो । जब हामी मानवीय सहयोग प्रदान गर्छौं त्यो हाम्रो कुनै पक्षपातपूर्ण वा राजनीतिक काम गरेका हुँदैनौं र त्यसलाई त्यो दृष्टिकोणले हेरिनु पनि हुँदैन ।

२ सहयोग पाउनेहरुको जाति, धर्म वा राष्ट्रियतासम्बन्धी कुनै भेदभाव नगरी र अन्य कुनै विभेद नगरी सहयोग प्रदान गरिन्छ । सहयोगसम्बन्धी प्राथमिकता आवश्यकताको आधारमा मात्र निर्धारण गरिन्छ

सम्भव भएसम्म हामी प्रकोपबाट पीडित व्यक्तिका आवश्यकताहरू तथा सो पूरा गर्ने विद्यमान स्थानीय क्षमताको पनि मूल्याङ्कन गरी राहत सहयोग प्रदान गर्नेछौं । समग्रमा हामीले आफ्ना कार्यक्रमहरूमा अनुपात मिलाउने प्रयास गर्नेछौं । मानवीय पीडा जहाँ देखिए पनि त्यसलाई कम पार्ने प्रयास हुनु पर्छ; देशको एक भागको मानव जीवन अर्को भागको मानव जीवनजत्तिकै मूल्यवान हुन्छ । यसरी सहयोगसम्बन्धी हाम्रो प्रावधानले आफूले घटाउन खोजेको पीडाको मात्रालाई झल्काउनेछ । उक्त धारणालाई कार्यान्वयन गर्दा हामी प्रकोपमा पर्न सक्ने समुदायका महिलाहरूले खेल्ने महत्वपूर्ण भूमिकालाई मान्यता दिन्छौं । साथै हाम्रा सहयोग कार्यक्रमले उक्त भूमिकालाई कम नपारी सघाउनेछ कुरा नघटाउने सुनिश्चित गर्छौं । यस्तो विश्वव्यापी, निष्पक्ष तथा स्वतन्त्र नीतिको कार्यान्वयन

तब मात्र प्रभावकारी हुन सक्छ जब हामी र हाम्रा साझेदारहरूलाई त्यस्तो समानतापूर्वक राहत पुऱ्याउन आवश्यक श्रोतहरू प्राप्त हुनुका साथै सबै प्रकोपपीडितसमक्ष पुग्न सक्छौं ।

३ सहयोगको प्रयोग कुनै खास राजनीतिक वा धार्मिक विश्वासलाई सम्बर्द्धन गर्न भनी गरिनेछैन

मानवीय सहयोग व्यक्ति, परिवार तथा समुदायहरूको आवश्यकतानुरुप प्रदान गरिनेछ । कुनै खास राजनैतिक वा धार्मिक मतको समर्थन गर्ने गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)को अधिकार भए तापनि हामी पाउनेहरूले जनाएको त्यस्ता मतप्रति उक्त सहयोग समर्थनको आधारमा प्रदान नगरिने कुरामा विश्वास गर्छौं। हामी कुनै खास राजनीतिक वा धार्मिक मतको अनुसरण वा स्वीकार गरेको आधारमा सहयोगको वाचा, आपूर्ति वा वितरण गर्ने छैनौं ।

४ हामी सरकारको वैदेशिक नीतिका साधनको रुपमा काम नगर्ने प्रयास गर्नेछौ

गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) सरकारबाट अलग स्वतन्त्र रूपले काम गर्ने निकाय हुन् । त्यसैले हामी आफ्ना नीति तथा कार्यान्वयन गर्ने रणनीति आफैं बनाउँछौं । साथै हामी कुनै पनि सरकारको नीति हाम्रो स्वतन्त्र नीतिसँग मेल खाएको स्थितिमा बाहेक कार्यान्वयन गर्ने प्रयास गर्दैनौं । हामी कहिल्यै पनि जानाजानी – वा हेलचक्र्याइ गरेर – आफू वा आफ्ना घडटकर्मचारीलाई सरकार वा पूर्णतया मानवीय बाहेकका अन्य उद्देश्य पूरा गर्ने अन्य अङ्गहरूका लागि कुनै पनि राजनीतिक, सैनिक वा आर्थिक रूपले संवेदनशील सूचना संकलन गर्न लगाउने छैनौं । न हामी दाता सरकारहरूको वैदेशिक नीतिको साधनका रूपमा पनि काम गर्नेछौं । हामी आफूले पाउने सहयोग आवश्यकताहरू पूरा गर्न प्रयोग गर्नेछौं । साथै उक्त सहयोग दाताहरूको जगेडा वस्तु तह लगाउने अथवा कुनै खास दाताको राजनीतिक हितलाई ध्यानमा राखेर संचालित हुनु हुँदैन । हामी हाम्रो कामलाई सहयोग गर्ने सम्बन्धित व्यक्तिहरूबाट स्वेच्छाले प्रदान गरिने श्रम र अर्थदानलाई महत्व दिनुका साथै सम्वर्द्धन गर्छौं । साथै हामी त्यस्तो स्वैच्छिक प्रेरणाबाट प्रवर्द्धन गरिने कामको स्वतन्त्रतालाई सम्मान गर्छौं । हामी आफ्नो स्वधानीताको संरक्षणका लागि कुनै एकमात्र वित्तीय श्रोतमाथि भर पर्ने छैनौं ।

५ हामी संस्कृति तथा संस्कारको सम्मान गर्नेछौं

हामी आफूले काम गर्ने समुदाय तथा राष्ट्रका संस्कृति, संरचना तथा संस्कारको सम्मान गर्ने प्रयास गर्नेछौं ।

६ हामी स्थानीय क्षमताका आधारमा संकटसम्बन्धी कार्यक्रमको विकास गर्ने प्रयास गर्नेछौं

सबै मानिस तथा समुदाय – प्रकोपमा समेत – क्षमतावान र खतरायुक्त हुन्छन् । सम्भव भएको ठाउँमा हामी यी क्षमतालाई स्थानीय कर्मचारी नियुक्त गरेर, स्थानीय सामाग्री खरीद गरेर तथा स्थानीय कम्पनीहरूसँग व्यापार गरेर सुदृढ गर्नेछौं । हामी यथाशक्य स्थानीय गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)मार्फत साझेदारका रूपमा काम गरी योजना निर्माण तथा कार्यान्वयन गर्नेछौं तथा हामी उचित भएसम्म स्थानीय सरकारी संरचनाहरूलाई सहयोग गर्नेछौं । हामी आफ्ना प्रकोपकालीन सहायता कार्यक्रमहरूबीच उचित समन्वय गर्ने कुरालाई उच्च प्राथमिकता दिनेछौं । यस्तो कुरा सम्बन्धित दैशमै राहत कार्यमा प्रत्यक्ष रूपमा संलग्न भएकाहरूबाट सबैभन्दा राम्रो तरीकाले गरिन्छ तथा यसमा महत्वपूर्ण संयुक्त राष्ट्रसंधीय निकायका प्रतिनिधिहरू समावेश गर्नु पर्छ ।

७ राहत सहयोगको व्यवस्थापनमा कार्यक्रमबाट लाभ उठाउनेहरुलाई संलग्न गराउने उपायहरु खोजी गरिनेछ

प्रकोपकालीन सहायता कार्यक्रमहरू कहिल्यै पनि लाभान्वित हुनेहरूमाथि लादिनु हुँदैन । प्रभावकारी राहत तथा टिकाउ पुनर्वास कार्यलाई सर्वोत्तम ढंगले हासिल गर्न लक्षित लाभान्वित व्यक्तिहरूलाई नै सहायता कार्यक्रमको तर्जुमा, व्यवस्थापन तथा कार्यान्वयनमा संलग्न गराउनु पर्छ । हामी आफ्ना राहत तथा पुनर्वास कार्यक्रमहरूमा समुदायको पूर्ण सहभागिता गराउने प्रयास गर्नेछौं ।

८ राहत सहयोगले प्रकोपबाट उत्पन्न हुने भावी खतरालाई कम गर्नुका साथै आधारभूत आवश्यकताहरु पूरा गर्ने प्रयास गर्नु पर्छ

सबै राहत कार्यले दीर्घकालीन विकासका सम्भावनालाई सकारात्मक वा नकारात्मक ढंगले प्रभावित गर्छन् । सोही कुरा बुझेर हामी त्यस्ता राहत कार्यक्रम लागू गर्ने प्रयास गर्नेछौं जसले लाभान्वित हुनेहरूलाई भावी संकटका खतराबाट सत्रिक्रयतासाथ

जोगाई दीगो जीवनशैली तयार गर्न सघाउन् सक्नेछ । हामी राहत कार्यक्रम बनाउँदा र व्यवस्थापन गर्दा वातावरणीय सरोकारका विषयमा खास चासो राख्नेछौं । हामी मानवीय सहयोगबाट उत्पन्न नकारात्मक प्रभावलाई कम पार्ने प्रयास पनि गर्नेछौं । त्यसका लागि हामी लाभान्वित हुनेहरूलाई बाह्य सहयोगमै लामो समयसम्म भर परिरहनु नपर्ने तुल्याउन प्रयास गर्नेछौं ।

९ हामी आफूले सहयोग गर्न चाहेको तथा आफूले श्रोत स्वीकार गरेका दुवै निकायप्रति जिम्मेवार रहेको ठान्छौं

प्रायः हामी प्रकोपका घडीमा सहयोग गर्न चाहने र सहयोगको खाँचो हुने दुवैथरीबीच कायम साझेदारीमा संस्थागत कडीको रूपमा काम गर्छौं । तसर्थ हामी आफूलाई दुवै निकायप्रति जिम्मेवार ठान्छौं । दाता तथा लाभान्वित हुनेहरूसँग गरिने हाम्रा सबै काममा खुलापन र पारदर्शिताको धारणा झल्किनेछ । हामीले आफ्ना कृयाकलापको जानकारी गराउनु पर्ने आर्थिक तथा प्रभावकारिता दुवै दृष्टिले आवश्यकतालाई बुझेका छौं । हामीले सहयोग वितरणको उचित अनुगमन भएको सुनिश्चित गर्नु पर्ने र प्रकोपकालीन सहयोगको प्रभावको निरन्तर मूल्याङ्कन गर्नु पर्ने आफ्नो जिम्मेवारी बुझेका छौं । हामी खुला रूपमा आफ्नो कामको प्रभाव तथा सोलाई खुम्च्याउने वा बढाउने तत्वहरूबारे जानकारी गराउने प्रयास पनि गर्नेछौं । मूल्यवान श्रोतहरू खेर जाने कुरालाई न्यूनतम गर्ने उद्देश्यले हाम्रा कार्यक्रमहरू उच्चस्तरको व्यावसायिकता तथा विज्ञतामा आधारित हुनेछ ।

१० आफ्ना कृयाकलापबारे सूचना, प्रसार तथा प्रचार (विज्ञापन) गर्दा हामीले प्रकोपपीडित व्यक्तिलाई निस्सहाय वस्तुका रुपमा नभई सम्मानित मानवका रुपमा हेर्नेछौं

प्रकोपपीडितलाई कृयाकलापको समान साझेदारसरी सम्मान गर्नु पर्ने कुरा कहिल्यै भुल्नु हुँदैन । आफ्ना सार्वजनिक सूचनामा हामी प्रकोपकालीन स्थितिको वस्तुगत चित्र प्रस्तुत गर्नेछौं । त्यसमा प्रकोपपीडित व्यक्तिका खतरा तथा भय मात्र नभई क्षमता तथा आकाँक्षाहरूमाथि पनि प्रकाश पार्नेछौं । हामी सार्वजनिक सहयोग बढाउन संचार माध्यमसँग सहयोग गरे पनि प्रचारप्रसारका लागि मात्र बाह्य तथा आन्तरिक मागलाई आफ्ना समग्र राहत सहयोगलाई अत्यधिक बढाउनु पर्ने सिद्धान्तलाई उछिन्न दिने छैनौं । हामी संचार माध्यममा छाइरहनको

निम्ति मात्र प्रकोपकालीन सहयोग गर्ने अन्य निकायसँग प्रतिस्पर्धा गर्ने छैनौं । खासगरी लाभान्वित हुनेहरूलाई प्रदान गरिने सेवा वा आफ्ना कर्मचारी वा लाभान्वित हुनेहरूको सुरक्षामा हानि पुऱ्याउनेखालका त्यस्ता प्रचारप्रसारलाई हामी अघि सर्ने छैनौं ।

काम गर्ने वातावरण

माथि उल्लेखित आचारसंहितालाई मान्ने प्रयास गर्छौं भनी एकतर्फी सहमति जनाइसकेपछि हामी तल केही संकेतात्मक निर्देशनहरू प्रस्तुत गर्दैछौं । उल्लिखित निर्देशनहरूले प्रकोपको बेला सहायता कार्य गर्ने गैरसरकारी निकायहरूको प्रभावकारी सहभागितालाई सहज तुल्याउनको निम्ति दाता सरकार, सम्बन्धित सरकार तथा अन्तरसरकारी संस्थाहरू, खासगरी संयुक्त राष्ट्र संघका निकायाहरूले काम गर्ने वातावरण श्रृजना गरेको वर्णन गर्नेछन् । त्यसले प्रकोपको समयमा संचालन गरिने सहायता कार्यक्रम (NGHAs) को प्रभावकारी सहभागितालाई सरल बनाउँछ ।

पनि कागजातमा हस्ताक्षर गरेर यी निर्देशनहरू मार्गदर्शनका लागि प्रस्तुत गरिएका छन् । यी कानूनी रूपले बाध्यात्मक छैनन् । भविष्यमा यस्तो स्थिति श्रृजना गर्ने लक्ष लिएको भए तापनि कुनै सरकार तथा अन्तराष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाहरू (IGOs)ले यी निर्देशनप्रति कुनै दस्तावेजमा सही गरेर स्वीकृति जनाउनु पर्छ भनी हामी आशा गर्दैनौं । हाम्रा साझेदारहरूसँग हामीले स्थापना गर्न खोजेको आदर्श सम्बन्धप्रति उनीहरूलाई सचेत तुल्याउने उद्देश्य हासिल गर्ने दृष्टिकोणले हामीले यहाँ यिनलाई खुलापन तथा सहयोगको भावनाले प्रस्तुत गरेकाछौं ।

अनुसूची १ः प्रकोपपीडित देशका सरकारहरुलाई सुझाव

१ सरकारहरुले गैरसरकारी मानवीय निकायहरु (NGHAs) का स्वतन्त्र, मानवीय तथा निष्पक्ष कार्यहरुको सम्मान तथा आदर गर्नु पर्छ

गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) भनेका स्वतन्त्र निकाय हुन् । यस्ता निकायको स्वतन्त्रता तथा निष्पक्षतालाई सम्बन्धित सरकारहरूले कदर गर्नु पर्छ ।

२ सम्बन्धित सरकारहरुले गैरसरकारी मानवीय निकायहरु (NGHAs) लाई प्रकोपपीडितसम्मा छिटो पुग्ने काममा सघाउनु पर्छ

गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)ले आफ्ना मानवीय सिद्धान्तको पूर्ण पालना गर्दै काम गर्नको निम्ति तिनलाई प्रकोपपीडित व्यक्तिहरूसमक्ष छिटो र निष्पक्ष ढंगले पुग्न र मानवीय सहयोग प्रदान गर्न दिनु पर्छ। सार्वभौमिकताको जिम्मेवारी निर्वाह गर्ने क्रममा सम्बन्धित सरकारले त्यस्तो सहयोग अवरुद्ध नगर्नुका साथै गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)को निष्पक्ष तथा गैरराजनैतिक कार्यलाई स्वीकार गर्नु सरकारको कर्तव्य हुन्छ। सम्बन्धित सरकारहरूले राहत कर्मचारीहरूलाई छिटो प्रवेश गर्न दिनु पर्छ। त्यसका लागि खासगरी पारवहन, प्रवेश गर्न तथा निस्केर जाने प्रवेशाज्ञा पत्र (भिसा)का लागि नियमहरूमा आवश्यक छुट दिन वा छिटो प्रदान गर्ने व्यवस्था गर्नु पर्छ। सरकारहरूले संकटकालीन राहत कार्य अवधिभरका लागि अन्तर्राष्ट्रिय राहत सामाग्री तथा कर्मचारीहरू ओसारपसार गर्ने विमानहरूलाई तेश्रो देशको आकाशमार्ग काटेर आकाशमार्गबाट आउनजाने र अवतरण गर्ने अधिकार प्रदान गर्नु पर्छ।

३ सरकारहरुले प्रकोपका दौरान राहत सामाग्री तथा सूचनाको समयमै प्रवाह गराउने व्यवस्था गर्नु पर्छ

कुनै पनि राष्ट्रमा राहत सामाग्री तथा उपकरणहरू मानवीय वेदना कम गर्नका लागि मात्र ल्याइन्छन् नकि व्यापारिक फाइदा वा लाभका लागि। त्यस्ता सामाग्रीहरूलाई सामान्यतया स्वतन्त्र तथा निर्वाध रूपले आवतजावत गर्न दिनु पर्छ। तिनका लागि मूल देशको वाणिज्य दूतको प्रमाणपत्र वा बीजक, पैठारी र/वा निकासीसम्बन्धी अनुमतिपत्र प्रस्तुत गर्नु पर्ने वा तिनमा अन्य प्रतिबन्ध, अथवा पैठारी कर, अवतरण शुल्क वा बन्दरगाह शुल्क लाग्ने व्यवस्था हुनु हुँदैन।

गाडी (सवारी साधन, हल्का विमान तथा दूरसंचारका उपकरणलगायतका आवश्यक राहत उपकरणलाई अस्थायी रूपमा पैठारी गर्न दिनका लागि सम्बन्धित सरकारले अनुमतिपत्र वा दर्ता गर्नु पर्नेजस्ता प्रतिबन्धहरू अस्थायी रूपले छूट दिनु पर्छ। त्यसैगरी सरकारहरूले राहत कार्यक्रमको अन्त्यमा राहत उपकरणहरू पुन: निकास गर्न प्रतिबन्ध लगाउनु हुँदैन।

प्रकोपकालमा संचारलाई सहज तुल्याउन सम्बन्धित सरकारहरूलाई केही रेडियो फ्रिक्वेन्सीहरू उपलब्ध गराउन प्रोत्साहित गरिन्छ। यस्तो सुविधा राहत

प्रदान गर्ने संस्थाहरूले प्रकोपसम्बन्धी सूचना प्रवाह गर्न देशभित्र र अन्तर्राष्ट्रिय संचारका लागि प्रयोग गर्न सक्छन् । साथै तिनीहरूले प्रकोपपूर्व नै प्रकोपसम्बन्धी सहायता कार्यक्रम संचालन गर्ने समुदायमा ती फ्रिक्वेन्सीहरूको जानकारी पनि दिन सक्छन् । सरकारहरूले राहत कर्मचारीहरूलाई आफ्ना राहत कार्य संचालन गर्न आवश्यक सबै संचार माध्यम प्रयोग गर्ने अधिकार दिनु पर्छ ।

४ सरकारहरुले प्रकोपसम्बन्धी समन्वय गरिएको सूचना तथा योजना निर्माण गर्ने सेवा प्रदान गर्ने प्रयास गर्नु पर्छ

राहतसम्बन्धी प्रयासहरूको समग्र योजना निर्माण तथा समन्वय गर्नु अन्ततः सम्बन्धित सरकारको जिम्मेवारी हो । यदि गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) लाई राहतसम्बन्धी आवश्यकता तथा राहत कार्यसम्बन्धी योजना निर्माण तथा कार्यान्वयन गर्ने सरकारी प्रणालीहरू तथा त्यस्ता संस्थाहरूले सामना गर्नु पर्ने सम्भावित सुरक्षासम्बन्धी खतराहरूबारे सूचना दिइएमा अझ राम्ररी योजना तर्जुमा तथा समन्वय गर्न सकिन्छ । सरकारहरूलाई त्यस्ता सूचना गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)लाई प्रदान गर्न आग्रह गरिन्छ ।

राहत कार्यहरूको प्रभावकारी समन्वय तथा दक्षतापूर्ण उपयोग गर्न सजिलो तुल्याउनका लागि सम्बन्धित सरकारहरूलाई प्रकोपपूर्व नै सहयोग गर्न आगन्तुक गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)लाई राष्ट्रिय निकायहरूसँग सम्पर्क गर्न मिल्ने गरी एउटै सम्पर्क निकाय तोक्न आग्रह गरिन्छ ।

५ सशस्त्र द्वन्द्वको अवस्थामा प्रकोपकालीन राहत

सशस्त्र द्वन्द्वको अवस्थामा राहत कार्यहरूलाई अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनका सम्बन्धित प्रावधानहरूले निर्देशित हुन्छन् ।

अनुसूची २ः दाता सरकारहरुलाई सुझाव

१ दाता सरकारहरुले गैरसरकारी मानवीय निकायहरु (NGHAs) का स्वतन्त्र, मानवीय तथा निष्पक्ष कार्यहरुको सम्मान तथा आदर गर्नु पर्छ

गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) भनेका स्वतन्त्र निकाय हुन् तथा तिनको स्वतन्त्रता तथा निष्पक्षतालाई दाता सरकारहरूले कदर गर्नु पर्छ । दाता

सरकारहरूले यस्ता संस्थाहरूलाई कुनै पनि राजनीतिक वा सैद्धान्तिक उद्देश्य प्रवर्द्धन गर्न प्रयोग गर्नु हुँदैन ।

२ दाता सरकारहरुले संचालनसम्बन्धी स्वतन्त्रताको प्रत्याभूतिसहित रकम प्रदान गर्नु पर्छ

गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) ले दाता सरकारहरूसँग सोही भावनाले रकम तथा भौतिक सहयोग स्वीकार गर्छन् जुन भावनाले प्रकोपपीडितलाई उक्त कुरा प्रदान गर्छन्; त्यो हो मानवता तथा कामसम्बन्धी स्वतन्त्रताको भावना । राहत कार्यहरू कार्यान्वयन गर्ने अन्तिम जिम्मेवारी गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) को हो र सो कार्य यी संस्थाहरूको नीतिअनुरुप गरिनेछ ।

३ दाता सरकारहरुले आफ्ना माध्यम (असल कार्यालय) लाई प्रकोपपीडित व्यक्तिहरुसमक्ष गैरसरकारी मानवीय निकायहरु (NGHAs) लाई पुऱ्याउनका लागि प्रयोग गर्नु पर्छ

दाता सरकारहरूले प्रकोपस्थलहरूमा गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)का कर्मचारीहरूको सुरक्षा तथा स्वतन्त्र आवागमन गराउने आफ्नो जिम्मेवारी रहेको महत्व बुझ्नु पर्छ । आवश्यक भए त्यस्ता विषयमा सम्बन्धित सरकारहरूसँग कूटनीतिक ढंगबाट कार्य गर्ने प्रयास वा तयारी गर्नु पर्छ ।

अनुसूची ३ः अन्तरसरकारी संस्थाहरुलाई सुझाव

१ अन्तरसरकारी संस्थाहरुले स्थानीय तथा विदेशी गैरसरकारी मानवीय निकायहरु (NGHAs) लाई अमूल्य साझेदारका रुपमा सम्मान गर्नु पर्छ

गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)ले राम्रो प्रकोपकालीन सहायता कार्यलाई राम्रो प्रभावपूर्ण तुल्याउन संयुक्त राष्ट्र संघ एवं अन्य अन्तरसरकारी संस्थाहरूसँग सहकार्य गर्न चाहन्छन् । तिनीहरू सो कार्य सबै साझेदारहरूको इमान्दारी तथा स्वतन्त्रताको सम्मान गर्ने सहभागिताको भावनाले गर्छन् । अन्तरसरकारी संस्थाहरूले गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)को स्वतन्त्रता तथा निष्पक्षताको कदर गर्नु पर्छ । संयुक्त राष्ट्रसंघीय निकायहरूले राहत योजनाहरू तयार गर्ने क्रममा गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)सँग परामर्श गर्नु पर्छ ।

२ अन्तरसरकारी संस्थाहरुले सम्बन्धित सरकारहरुलाई अन्तर्राष्ट्रिय तथा स्थानीयतवरमा प्रकोपकालीन राहत कार्यसम्बन्धी समग्र रुपले समन्वय गर्ने खाका प्रदान गर्न सघाउनु पर्छ

प्राय: गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) सँग अन्तर्राष्ट्रिय सहायता चाहिने प्रकोपहरूका लागि समग्र रूपमा समन्वय गर्ने खाका प्रदान गर्ने अधिकार हुँदैन । यस्तो जिम्मेवारी सम्बन्धित सरकार तथा सम्बन्धित संयुक्त राष्ट्रसंघीय निकायमा रहेको हुन्छ । तसर्थ सरकार तथा राष्ट्र संघीय निकायलाई उक्त सेवा प्रभावित राज्य तथा राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय स्तरको प्रकोपकालीन सहायता गर्ने समुदायलाई समयमै र प्रभावकारी ढंगमा प्रदान गर्न आग्रह गरिन्छ । जस्तो भए पनि गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) ले आफ्ना सेवाहरूमा प्रभावकारी समन्वय सुनिश्चित गर्ने सम्पूर्ण प्रयास गर्नु पर्छ ।

सशस्त्र द्वन्द्वको अवस्थामा राहत कार्यहरू अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय कानूनका सम्बन्धित प्रावधानहरूबाट निर्देशित हुन्छन् ।

३ अन्तरसरकारी संस्थाहरुले संयुक्त राष्ट्रसंघीय संस्थाहरुलाई प्रदान गरेको सुरक्षा गैरसरकारी मानवीय निकायहरु (NGHAs) लाई पनि दिनुपर्छ

अन्तरसरकारी संस्थाहरूलाई प्रदान गरिने सुरक्षासम्बन्धी व्यवस्थाहरू तिनका संचालनमा साझेदार भएका गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs)लाई पनि उनीहरूको अनुरोधअनुरुप उपलब्ध गराउनु पर्छ ।

४ अन्तरसरकारी संस्थाहरुले संयुक्त राष्ट्रसंघीय संस्थाहरुलाई उपलब्ध गराएको महत्वपूर्ण सूचना गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) लाई पनि उपलब्ध गराउने व्यवस्था मिलाउनु पर्छ

अन्तरसरकारी संस्थाहरूलाई आफ्ना सहायता कार्य संचालनका साझेदार गैरसरकारी मानवीय निकायहरू (NGHAs) साझेदारहरूसँग प्रकोप सहायता कार्यको प्रभावकारी कार्यान्वयनसम्बन्धी सबै सूचना आदानप्रदान गर्न आग्रह गरिन्छ ।

३ धन्यवाद ज्ञापन

स्फिअर परियोजनाका कर्मचारीहरुको टोली

Project Manager: Nan Buzard

Training Manager: Sean Lowrie

Project Officer: Veronica Foubert

Project Senior Assistant: Elly Proudlock

Sphere Project Management Committee

InterAction . Save the Children Alliance . CARE International . The Lutheran World Federation (ACT) . Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies (VOICE) . Mercy Corps . Action by Churches Together (ACT) . Oxfam GB . Steering Committee for Humanitarian Response . International Committee of the Red Cross . International Federation of the Red Cross and Red Crescent . International Council of Voluntary Agencies (ICVA) . Caritas Internationalis

दाताहरु

In addition to contributions by the member organisations listed above, funding for the Sphere Project was provided by:

The Australian Agency for International Development (AusAID) . The Belgian Ministry of Development. The Canadian Internationa Development Agency (CIDA). Caritas Spain. Danish International Development Assistance (DANIDA). The Disaster Emergency Committee (DEC). The Finnish Government Development Agency (FINIDA). The European Community Humanitarian Office (ECHO). The Ford Foundation . Development Cooperation Ireland (DCI). The Netherlands Ministry of Foreign Affairs Humanitarian Aid Division. The New Zealand Ministry of Foreign Affairs and Trade. The Foreign Ministry of Norway. The Swedish International Development Cooperation Agency (Sida). The Swiss Agency for Development and

Cooperation (SDC). The United Nations Children's Fund (UNICEF). The United Kingdom Department for International Development (DFID) The United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM). The United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA)

प्राविधिक अध्यायका प्रमुख केन्द्रबिन्दुहरु

Water, Sanitation and Hygiene Promotion: Andy Bastable, Oxfam GB

Food Security: Helen Young, Tufts University

Nutrition: Anna Taylor, Save the Children UK

Food Aid: John Solomon, CARE USA and NM Prusty, CARE India

Shelter, Settlement and Non-Food Items: Graham Saunders, Catholic Relief Services

Health Services: Richard J Brennan, International Rescue Committee

Common Standards: in addition to the focal points and cross-cutters, the following contributed to this chapter: Jock Baker, Nan Buzard, Jim Good, Maurice Henderson, Susanne Jaspars, Charles Kelly, Ron Ockwell, Sylvie Robert

अन्तर-विषयक सवालका समन्वयकर्ताहरु

Children: Jane Gibreel, Save the Children UK

Older People: Nadia Saim, HelpAge International

Disabled People: Beverly Ashton, Action on Disability and Development

Gender: Rosemarie McNairn, Oxfam GB

Protection: Ed Schenkenberg, ICVA

HIV/AIDS: Paul Spiegel, UNHCR/CDC

Environment: Mario Pareja, CARE/UNHCR

Handbook Revision Meetings Facilitator: Isobel McConnan

Editor: David Wilson

मुरीमुरी धन्यवाद

स्फिअर मापदण्ड तथा सूचकहरू मानवीय कार्यका विभिन्न क्षेत्रमा सक्रिय व्यक्ति तथा निकायको सामूहिक अनुभव तथा असल अभ्यासका आधारमा विकसित गरिएको छ । यो हाते पुस्तिकाको पहिलो संस्करणमा जस्तै संसारभरिका विभिन्न व्यक्तिहरूको सहयोग नपाएको भए संशोधन गर्ने कार्यको जिम्मेवारी लिन असम्भव हुन्थ्यो । समग्रमा ८० देशका ४०० भन्दा बढी निकायलाई प्रतिनिधित्व गर्ने हजारौं मानिसले स्वेच्छापूर्वक निकै समय खर्चिनुका साथै तथा ज्ञान बाँडीचुँडी गरेर यस प्रकृयामा भाग लिएका थिए ।

यस हातेपुस्तिकाको विकासक्रममा उक्त प्रकृयाका सबै चरणमा नियालेर हेर्ने पुनरावलोकन समूहका सञ्जालहरूसँग परामर्श गर्ने कुरामा जोड दिइएको थियो । विशेषगरी प्रकोप निरन्तर भइरहने विभिन्न देशमा कार्यरत र आफ्नो क्षेत्रमा यस हातेपुस्तिका प्रयोग गर्ने सहयोगकर्मीहरूले विस्तृत जानकारी प्रदान गरेका थिए । यस परिणामले कुनै एक निकायको दृष्टिकोणको मात्र प्रतिनिधित्व गर्दैन । बरु यसले सँगै मिली विस्तृत अनुभव तथा ज्ञान आदानप्रदान गर्ने मानवीय समुदायको सक्रिय तथा विवेकपूर्ण इच्छा तथा मानवीय कार्यको गुणस्तर र जवाफदेही बढाउने उद्देश्यको प्रतिनिधित्व गर्छ । यस प्रयासलाई मूर्त रूप दिन सहयोग गर्नुहुने सबैलाई धन्यवाद छ ।

स्फिअरले मूल हातेपुस्तिका र यस संशोधित संस्करणमा सहभागी बनेका सबैको योगदानका लागि कृतज्ञतापूर्वक आभार प्रकट गर्दछ । तर व्यक्तिगत नामहरू उल्लेख गर्ने हो तिनले ४० भन्दा बढी पृष्ठ ओगट्ने छन् । तर स्थानाभावले गर्दा त्यसो गर्न सकिन्न । तथापि योगदान गर्ने सबै निकाय तथा व्यक्तिहरूको सम्पूर्ण सूची स्फिअरका निम्न वेवसाइटमा प्राप्त गर्न सकिन्छः http://www.sphereproject.org

४ अग्रनाम वा आद्यक्षर (ACRONYMS)

ACC/SCN:
: United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition

ACT:
: Action by Churches Together

ALNAP:
: Active Learning Network for Accountability in Practice

CDC:
: Centers for Disease Control and Prevention

DAC:
: Development Assistance Committee (OECD)

FAO:
: Food and Agriculture Organisation

IAPSO:
: Inter-Agency Procurement Services Office (UNDP)

ICRC:
: International Committee of the Red Cross

INFCD:
: International Nutrition Foundation for Developing Countries

LWF:
: The Lutheran World Federation

MISP:
: Minimum Initial Service Package

MSF:
: Médecins Sans Frontières

NCHS:
: National Centre for Health Statistics

NGO:

Non-governmental organisation

OCHA:

UN Office for Coordination of Humanitarian Affairs

OECD:

Organisation for Economic Cooperation and Development

OFDA:

Office of Foreign Disaster Assistance (USAID)

PTSS:

Programme and Technical Support Section (UNHCR)

SCHR:

Steering Committee for Humanitarian Response

UNDP:

United Nations Development Programme

UNDRO:

United Nations Disaster Relief Organisation

UNEP:

United Nations Environment Programme

UNHCR:

United Nations High Commissioner for Refugees

UNICEF:

United Nations Children's Fund

USAID:

United States Agency for International Development

WCRWC:

Women's Commission for Refugee Women and Children

WFP:

World Food Programme

WHO:

World Health Organisation

WMO:

World Meteorological Organisation

शब्दानुक्रमणिका

शब्दानुक्रमणिका

अन्न, कुटपिस १९०, १९३-४, १९९

अनुगमन
    तथ्याङ्क पनि हेर्नुहोस्
    अद्यावधि गर्ने ४८
    को महत्व ३१, ३२, ४६, ४७
    खाद्य सहयोग १४४, १४५, १४८, १५३
    खाद्य सहयोग विवरण २०५, २०८
    प्राथमिक खाद्य उत्पादन १५३
    लक्ष्यी करण ४८
    सरसल्लाह ४८
    सूचना आदान प्रदान ४७, ४८
अपाङ्ग (असक्त) व्यक्तिहरू
    खतराजन्य समूहहरू पनि हेर्नुहोस्
    कुपोषण २२६
    खाद्य, पहुँच १७४, १७५
    संरक्षण १५
अभिभावक (आमा बाबु)
    थाङ्ना (इचा) घुलाइ ८८
    बिछोड १४५-६
अस्पतालहरू
    स्वास्थ्य केन्द्रहरू पनि हेर्नुहोस्
    उपचारकहरू ३२१, ३२४, ३२७, ३२८, ३६९
    कर्मचारी तहहरू ३२२
    पानी आपूर्तिहरू ८३, ११२
    क्षेत्रीय ३१७
असाध्य रोगहरू ३५६

आई डी पी (IDP),हेर्नुहोस् आन्तरिक विस्थापित जनताहरू
आई एम सी आई (IMCI) (बाल्यकालीन रोगहरूको एकीकृत व्यवस्थापन) ३३५
आचारसंहिता ३८३-३९३
आतिथेय समुदायहरू
    उत्थान २५७
    तथा विस्थापित जनताहरू ३९-४०, २५३, २५४-५, २९०-१

आपूर्ति कडीको व्यवस्थापन (scm)
- यातायात पनि हेर्नुहोस्
- अभिलेखीकरण २००-१, २०३
- करारहरू २००-१
- खाद्य सहयोग १९८
- लाई खतरा २००, २०४
- स्थानिय स्रोतहरू २०२
- व्यवस्थापन रूजुसूचीहरू
- स्थानिय स्रोतहरु, २०२

आनुवंशिकी संशोधित (GMO) बीउहरू १५३
आन्तरिक विस्थापित जनताहरू (IDP) तथा आतिथेय
- समुदायहरू ३९, २५४, २५५, २५६, २९०
- स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रावधान ३०७
- को फिर्ती २५४, २५५, २५६

आयातहरू, प्रभाव १५९-६०, १८८-९
आबास, हेर्नुहोस् आश्रय
आश्रय
- शिविरहरू
  - अस्थायी २५५, २५६, २६३
  - आपतकालीन् निर्वसन २६१, २६४
  - प्रारम्भिक लेखाजोखाहरू २८७, २८८
  - रोगवाहिनीद्धारा उत्पन्न रोगहरू २६१, २६४
  - हस्तान्तरण २७७
- सामूहिक योजना तर्जुमा २६०, २६१
- उपयोगमा लचकता २६७
- कार्यक्रमहरू, महिलाहरू २५१
- गोप्यता २६५, २६७
- घरेलु कृया कलापहरू २६४, २६७, २८८
- छाना हाल्ने सामानहरू २६६
- जोखिम सम्बन्धी लेखाजोखाहरू २५५, २५७, २५८
- निर्माण २७२-४
- प्रारम्भिक लेखाजोखाहरू २८७-९१
- भू-स्वाभित्व २५५, २५८
- मर्मत कार्यहरू २६८, २६९
- रोगवाहिनीद्धारा उत्पन्न रोगहरू ९३, २७२
- वातानुकुलन २७१, २८४
- वातावरणीय प्रभाव २७६
- व्यक्तिगत स्थान २६०-१, २६४-५

व्यापक (धेरै) २६७
समन्वय २५२-३
सामाग्रीहरू
तापीय प्रकृति २६८-९
वैकल्पिक २६८-९
स्थानीय २७२-३
सांस्कृतिक रूपले स्वीकार्य २४९-५०, २६५-७०
हस्तान्तरण कार्यहरू २७५, २७७, २८५

इपी आइ (EPI) (खोप सम्बन्धी विस्तारित कार्यक्रम) ३३१-२

इन्धन आपूर्तिहरू १४७, २८३, २९२
वातावरणीय प्रभाव १४७, २८३, २९२
सुरक्षित संकलन २८३-४, २९२

उपकरणहरू
पहुँच २८६, २९३
प्रशिक्षण २८६
लास गाड्ने २८६
शौचालय निर्माण ९१

एकीकरण, सहायता कार्यहरू ३१-२
एच आइ इस (HIS) हेर्नुहोस् स्वास्थ्य सूचना प्रणाली
एच आइ भी/एड्स (PLWH/A)
खतराजन्य सम्हरू पनि हेर्नुहोस्
कुपोषण १८४
नियन्त्रण ३४२-५, ३४९
पानी सम्बन्धी आवश्यकताहरू ७६
पोषण १७३-४
लज्जा ४५
शौचालयहरू ८८
सामाना गर्ने रणनीतिहरू १६
स्तनपान १७२
एफ एफ आर (FFR) (स्वास्थ्य लाभका लागि खाद्य) २१६
एफ एफ डब्ल्यु (FFW) (कामका लागि खाद्य) १५५, १५६, २१६, २७३
एस सी एम (SCM) हेर्नुहोस् आपूर्ति कडीको व्यवस्थापन
एस एफ पी (SFP) हेर्नुहोस् पूरक आहार कार्यक्रम

ओछ्यान
ताप (न्यानो)को व्यवस्था २७९
धुलाइ ९४, ९५
न्यूनतम स्वाभित्व २७९
प्रारम्भिक प्रावधान २५०-१, २९१

औलो ११५, १६७, ३३६, ३४१, ३४२
लामखुट्टे नियन्त्रणहरू ९३-१००
झूलहरू २८६, ३४२

औषधिहरु
अत्यावश्यक सूचीहरु ३२२, ३२४
जगेडा मौज्दात ३४३
दान प्राप्त ३२२
व्यवस्थापन ३२५

औसत तौल वृद्धि १८३

कच्चा मृत्युदरहरू
अभिलेखीकरण ३९-४०, ३१२, ३२७-८
आधाररेखा ३१३-४
कायम ३१२,३१३-४
गणनाहरू ३६७
कामका लागि नगद (CFW) १५५-६, २१६
कामका लागि खाद्य (FFW) १५५-६, २१६,२७३

केटाहरू
अनिवार्य सैन्य (कन्स्क्रिप्सन) ५०
यौनिक दबाब ४५, २६७
केटीहरू
महिलाहरू पनि हेर्नुहोस्
किशोरी, पोषण १७२-३

कुपोषण
सूक्ष्मपोषक पनि हेर्नुहोस्
अनुगमन १६८
निकास सम्बन्धी सूचकहरू १७७, १७८, १८१-२
सामुदायिक सहभागिता १७७, १८०

एच आई भी/एड्स १८४
औसत तौल वृद्धि १८३
कारणहरू १३७, १३८, २१८-२१
खाद्य असुरक्षा १३७
गम्भीर
    बालबालिका २२२
    बिदा दिने पूर्वाधारहरू १८१, १८२-३
    आवेष्टन (समेटाइ) १८२, १८३
    सुधार्ने १७६, १८१-६
तथा जनस्वास्थ्य २१८-२१
नियमहरू १८४-६
निवारक (रोकथाम) सम्बन्धी कार्यक्रमहरू १६५-७
परिभाषाहरू १२८-९
पूरक आहार १७७, १८१
बालबालिका
    गम्भीर २२२
    मध्यम २२२
मनोसामाजिक सहयोग १८४
मध्यम
    बालबालिका २२२
    समेटाइ (कभरेज) १७७, १७८-९
    सुधार्ने १७५-९
    स्वास्थ्यसम्बन्ध पहुँच १७६, १७९
मानवमीतिय सर्भेक्षणहरु १३७, १३९
लेखाजोखाहरू १७६-७, १७८-९
    ५वर्ष मुनिकाहरू २२२
    बालबालिका २२३-४
    वयस्क (वालिक)हरू २२४-६

स्तनपान १८४
स्वास्थ्य केन्द्र, कर्मचारीहरू १८१-२, १८२-४
स्याहारकर्ताहरू १८५-६, १९८-९

खतराजन्य समूहहरू
आर्थिक आवश्यकताहरू २५९
इन्धन आपूर्तिहरू २८३-४
धुने (नुहाउने सुविधाहरू) ८४, ८५

निमार्ण कार्यहरू २८६
परिभाषाहरू ११-३, ६९-७०, १३०-१, २५३
पानी आपूर्तिहरू ६९-७०, ७९
पोषणसम्बन्धी सहयोग १७२-८, २००
व्यक्तिगत स्वास्थ्य २८०-१
लुगाफाटा सम्बन्धी आवश्यकताहरू २७९
संरक्षण १३-१७
सामाजिक आवश्यकतारू २५९
स्वास्थ्य प्रवर्द्धन ७२
खनिजहरू
आयोडिनको कमी (अल्पता) २२७-८
दैनिक आवश्यकताहरू २२९

खाद्य
हेर्नुहोस् पाककला; कुपोषण; सूक्ष्मपोषकहरू पनि
अत्यावश्यक १६१
अन्न प्रशोधन (कुटपिस) १९३, १९४-६, १९९
अयोग्य (काम नलाग्ने), व्यवस्थापन २०३
आयातहरूको प्रभाव १५९, १८८
दूध १९४
पोषण
दैनिक आवश्यकताहरू १६६-७
लेखाजोखाहरू (मूल्याङ्कन) १३७
भण्डार १९६
समर्पित २०३
रोगवाहिनीद्धारा हुने प्रदूषण ९३-४
सूचना प्रसार २०७-८
स्थानीय उत्पादन १३४, १४८-९, १४९-५३
अनुगमन १५२-३
अस्थिरीकरण १४४-५, १४५-६, १४८-९, १५२
ग्रामीण क्षेत्रहरू १३४-५
नगदे बालीहरू १५०-१
बजारहरू १३४-५, १५८-६२
बिरुवाहरू १५१-२
मुल्य घटबढ १५८, १६१
स्थानीय स्रोत परिचालन १५२-३, २००-१, २००, २०२
स्वास्थ्य प्रवर्द्धन १९८-९

खाद्य सहयोग
- आपूर्ति कडहिरू १९७, २००-२
  - अभिलेखीकरण २००-१, २०३
  - लजिस्टिक (व्यवस्थापन) २३२-३
- गुणस्तर नियन्त्रण १९४-५, १९५-६
- परिचितता १९२, १९४-५
- प्रारम्भिक लेखाजाखोहरू १९०-१
- राख्न सकिने अवधि १९५, १९५-६
- वितरण
  - अनुगमन २०५, २०८
  - का लागि स्थानहरू २०७-८
  - निःशुल्क १४४-५, १८८, १८९-९०
  - महिलाहरू २०६
  - लक्ष्यीकरण २०५, २०६-७
  - विधि २०५, २०७-८
  - समान १४६-९, १९७, २०४-५, २०६-७
  - सुख्खा राशन (रसद पानी) १८८, १८९-९०
- व्यवस्थापन १९७
- स्थानान्तरण मूल्य १९०

खाद्य सुरक्षा
- अनुगमन १४४, १४८
- घरेलु प्रतिकार रणनीतिहरू १४३, १४५
- निकायबीच समन्वय १३४-५
- निकास रणनीति १४६
- परिभाषा १२५, १४२
- प्राथमिक उत्पादन
- सहायता कार्यहरू २१५-६
- क्षमता ४८-५२
- भविष्य १३४-५
- मापदण्डहरू १४२, १४३
  - सामान्य १४३-८
- रोजगार १५४-७
- लेखाजोखाहरू १३२-६, १४३, १४४-५, २०९-१०
  - टोलीहरू १३६
  - प्रतिवेदनहरू १३३, १३४-५, १३५-६, २१०-१
  - रूजुसूचीहरू २१२-४

वातावरणीय प्रभाव १४३, १४७
वितरण २०७
द्वन्द्वात्मक स्थितिहरू १२७-८, १४२, १८९, २०४
खाने भाँडाकुँडा २८२-३

खेलक्षेत्रहरू २६२

खोपसम्बन्धी विस्तारित कार्यक्रम (EPI) ३३१, ३३२
खोपहरू, दादुरा २१८-९, ३०७, ३३१-४

गलगाँड २२७-८
ग्रन्थ सूचीहरू
आश्रय तथा वासस्थानहरू २९४-७
खतरोन्मूखी (खतराजन्य) समूहहरू २३८-९
खाद्य सहयोग २४०
खाद्य सुरक्षा २३६-७, २३७
पानी आपूर्तिहरू ११६-९
फोहरमैला व्यवस्थापन ११८-९
मानव अधिकारहरू २५, ५५-९
मानवमितीय मूल्याङ्कनहरू २३६-७
रोगवाहिनी नियन्त्रणहरू ११८-९
सूक्ष्मपोषकहरू २४०
स्वास्थ्य सेवाहरू ३७०-५

घटना (रोग)का मृत्युदरहरू ३४२, ३६८
घरेलु फोहरमैला, प्रवन्ध १०१, १०२-३

चर्पीहरू हेर्नुहोस् शौचालयहरू

चिकित्सकीय फोहरमैला, प्रवन्ध १०२,१०३

चूल्हो (स्टोभ) २८३, २८४, २९४

चोटपटकहरू
उपचारसम्बन्धी नियमहरू ३४६-८
ट्रीयाज (triage) ३४७

दुर्घटना ३४५, ३४६-८
मानसिक आघात (trauma) ३४६-८
शल्यचिकित्सकीय स्याहार ३४६, ३४८

छाना छाउने सामाग्रीहरू २६६
न्यानो पार्ने २६८, २७०

जटिल संकटकालीन, स्वास्थ्यसम्बन्धी असर ३१०
जन संख्याहरू, लेखाजोखाहरू ३७

जीवन आवश्यकताहरू, लेखाजोखा गर्ने ३११
जीविको पार्जन
परिभाषाहरू १२८
लचिलोपना १४२
विकल्प १४३-४, २४६
समर्थ २५५-६, २५९, २८६, २९३

जेनेभा महासन्धि, गैरलडाकूहरू २१
जेरोफ्थाल्मिया (Xeropthalmia) २२७

जैविक हतियार ३३०

झाडापखालासम्बन्धी महामारी ८०, ९५-६

झिङ्गाहरू ८६, ९७

टालो (नेप्पी, इचा) ८८

ढलनिकास
प्रारम्भिक लेखाजोखाहरू १११
भिरालोपन (ढल्काइ) १०७
योजना १०५, १०६, १०७
सतही पानी १०५-६, २६३
सतही स्थलचित्र २६१, २६३
स्थलगत सोख्ताहरू १०६-७

तताउने, स्टोभ (चुल्हाहरू) २८३, २८४
तथ्याङ्क
अनुगमन पनि हेर्नुहोस्
गोपनीयता ३२७, ३२८
तथ्याङ्कलाई समूहमा छुट्याउनु ३६, ४०, ३२८
व्यक्तिगत ४५
सान्दर्भिकता ४६

दादुरा १६७
खोपहरू २१९, ३०७, ३३२-४
पुनारावृत्तिहरू ३३४
भिटामिन ए पूरकहरू ३३३

दिसापिसापबाट हुने प्रदूषन, पानी आपूर्तिहरू ७९-८२, ११४-५
दिसापिसाप (मलमूत्र)
जनावर ८१, ९७
बालबालिकाको ८६, ८७-८
व्यवस्थापन (फाल्ने) ८४-९१, ९७
प्रारम्भिक आवश्यकताहरू १०८-९

दूध
धूलो १९४
वितरण १९४

द्वन्द्वात्मक स्थितिहरू
खाद्य सुरक्षा १२७-८, १४२, १८९-९०, २०४-५
गैर-लडाकुहरू २१
चोटपटकहरू ३४६-७
सहायता वितरण ४३

धुने (नुहाउने) सुविधा
साबुन ८४, २८०-१
विकल्पहरू ८४, ८५-६, २६७-८
सुविधाहरू ८४

नगदे बालीहरू १५१

निर्णय गर्ने ३४
निर्माण
  कालिगढ (निर्माणकला) २७२, २७४
  सामाग्रीहरू
    जिम्मेवारीपन २७०, २७४
    न्यानो (गर्मी) गुण २६८, २७०-१, २८८-९
    स्थानीय २७१, २७२, २७३, २७४

नून, आयोडिन युक्त बनाउने १६९

न्यूनतम प्रारम्भिक सेवा प्याकेजहरू (MISP) ३५०
न्यूनतम मापदण्डहरू
  प्राथमिकीकरण १७
  समय संरचना ९
  सहायता कार्यहरू ४१, ४२-३
  सिद्धान्तहरू ८, १७

परिवारहरु, पुनर्मिलन ३५३

पाँच वर्षमुनिका मृत्युदर (U5MR) ४०, ३२८
  आधाररेखा ३१३, ३१४
  कायम ३१२
  गणनाहरु ३६७

पाक कला
  इन्धन आपूर्तिहरु १९२, १९३, २८३, २८४-५
  भाँडाकुँडाहरु
    पहुँच १९८, १९९
    प्रारम्भिक आवश्यकताहरु २८२, २९२-३
  पानी आपूर्तिहरु ७६-७
  वातावरणीय प्रभाव १४७, १९३
  स्टोभ (चुल्हा)हरु २८३, २८४-५
पानी आपूर्तिहरु
  खतराजन्य समूहहरु ७०, ७८-९
  न्यूनतम आवश्यकताहरु ११२-३
  परिमाणहरु ७५-६, ७६-७
  पहुँच ७५-६, २५५-६, २५७-८, २५९-६०, २६१-२

प्रति आपूर्ति (निकास) जनता ७८
प्रारम्भिक लेखाजोखाहरु १०८-९
मानव अधिकारका रुपमा ६७
लक्ष तथा उद्देश्यहरु ६८, ७१
लाम लाग्ने समय ७५-६, ७८
संकलन तथा भण्डारण ८१-२, ८३-४, २८२, २८३
संक्रमण विहीनता ८०-१, ८१
समितिहरु ७४
स्वाद ८२
स्वास्थ्य केन्द्रहरु ८२
पानीका स्रोतहरु
प्रदुषण (संक्रमण)
पानी संकलन पछि ८०, ८१
मलमूत्रीय ७९-८२, १०२-३, ११४-५
रासायनिक ७७-८, ८०-१
रेडियोलजि (radiology) सम्बन्धी ७७-८
स्तनपायी जन्तुको मूत्र ९५-६
भूमिगत पानी ७७
शौचालयका सोख्ताहरु ८९, ९०-१, १०६-७
सम्भार ७५-६
पारिश्रमिक १५४, १५५-६, १५७
कामका लागि नगद १५५-६, २१६-७
कामका लागि खाद्य १५५, १५६, २१६-७, २७३
स्वास्थ्य लाभका लागि खाद्य २१६-७

पी.एल.एच.डब्लु./ए (PLHWA) हेर्नुहोस् एच.आई.भी/एड्स

पुनर्दुगन्धीकरण नहुने कार्य (non-refoulement) २२
पूरक आहार कार्यक्रमहरु (SFP)
कुपोषण १७७-८, १८१-२
सुख्खा रसद (राशन)हरु १८८, १८९

पेलाग्रा (pellagra) (छाला फुट्ने रोग) १६९

पोषण
कुपोषण पनि हेर्नुहोस्
एच.आई.भी./एड्सग्रस्त रोगीहरु १७४

केटीहरु १७२
तथा जनसांख्यिकी संरचना २३०-१
तथ्याङ्कहरु २१८
दैनिक आवश्यकताहरु १६६-७, १९१, २२९-३०
पहिले विद्यमान हस्तक्षेपहरु २२०-१
बालबालिका १७२
बूढाबूढी १७३
महिलाहरू
गर्भवती १७२
स्तनपान १७२
स्याहारकर्ताहरू १७५
लेखाजोखाहरू १३८-९
शिशुहरू १७१

प्रकोपहरू, प्रारम्भिक मूल्याङ्कन ३१, ३७-४०
प्रकोप प्रभावित व्याक्तिहरू
बीच द्धन्द्ध ५०
सहभागिता ३२-३, ३४-५
स्वास्थ्य असरहरू ३०६-८
प्रजनन स्वास्थ्य ३४५, ३४९
प्रसव (जन्माउने) सम्बन्धी उपकरणहरू ३४९
प्रतिनिधित्व सन्तुलित ३४-५
प्रमुख सूचकहरू १०-१
प्रयोगशाला सम्बन्धी सेवाहरू, सन्दर्भ ३४३
प्रशासकीय कार्यलयहरू २६२

प्राकृतिक खतराहरू २५५, २५७, २७४
प्राथमिक उपचार ३४८
प्रारम्भिक लेखाजोखाहरू (मूल्याङ्कन)
अधिकारीहरू ३६
आश्रय २५०-१, २८७-८
ओछ्यान २९१
खाद्य सुरक्षा १३२-३, १३३, १४३, १४५, २०९-१०, २१०-१
टोलीहरू १३६
प्रतिवेदन १३३, १३४-५, २१०-१
रूजुसूचीहरू २१२-३
जनसंख्याहरू ३७
जीवन निर्वहिका आवश्यकताहरू ३११

टोली गठन ३८
ढल निकास १११
पकाउने २९२
पानी सम्बन्धी आवश्यकताहरू १०८-९
प्राथमिकीकरण ३६-८
फोहरमैला व्यवस्थापन १११
मलमूत्र व्यवस्थापन (प्रबन्ध) १०९-१०
रोग वाहिनीद्वारा उत्पन्न रोगहरू ११०-१
लुगाफाटा २९१
वासस्थानहरू २८७-८
व्यक्तिगत स्वास्थ्य २९१
शौचालय सम्बन्धी प्रावधान ८८
सहायताकार्य ४१-४२
सूचना आदानप्रदान ३६
सूचना स्रोतहरू ३६-८, ४०-१, ४३
स्वास्थ्य सेवाहरू ३०६-८, ३५८-६१
प्राविधिक प्रकीपहरू ८-९

प्लास्टिक, खाद्य श्रेणी २८३

फोहोर फाल्ने स्थलहरू १०२-३, १०४
फोहोरमैला व्यवस्थापन
कर्मचारीहरूको सुरक्षा १०४
घरेलु १०१, १०२-३
चिकित्सकीय १०२-३
प्रारम्भिक लेखाजोखाहरू १११
पुर्ने स्थान (फोहोर) १०२, २५९-६०
बजारहरू (फोहोर) १०४

बजारहरू
को निरन्तरता १५९
को संरक्षण १५८, १५९-६०, २१६
खाद्य सुरक्षा १३४-५
फोहोरमैला १०४
बाह्य प्रभावहरू १५९-६०
सम्बन्धित १५९-६०
हस्तक्षेप सम्बन्धी प्रतिकृयाहरू १५९, १६०-१
बहिर्गमन रणनीतिहरू, खाद्य सुरक्षा १४३-४, १४६-७

बाढीहरू, स्वास्थ्य सम्बन्धी असर ३१०

बालबालिका (केटाकेटी)

- खतरोत्मुखी समूहहरू पनि हेनुहोस्
- कुपोषण
  - गम्भीर २२२-३
  - मध्यम २२२-३
- कुपोषित, लक्ष्यीकरण ४४-५
- खाद्य, दूध १९४
- खेल क्षेत्रहरू २६२
- दिसा, व्यवस्थापन ८५-६, ८७-८, १०२-३
- पोषण सम्बन्धी आवश्यकताहरू १७०-१, १७३-६
- मृत्युदर सम्बन्धी तथ्याङ्क, ५ वर्ष मुनि ४०, ३१२-३, ३१३-४
- रोगहरू ३३६
- रूणता सम्बन्धी तथ्याङ्क ४०
- विद्यालयहरू २६२, २६३
- शोषण ४९-५१
- संरक्षण १२-१५
- स्वास्थ्य सेवाहरू ३०७-८

बाल्यकालको रोगहरूको एकीकृत व्यवस्थापन ३३५

बीउहरू

- आनुवंशिकी ढंगले विकशित १५१-२
- वितरण १५०-१

बेरी-बेरी १६९

भवनहरू, क्षतिग्रस्त २५७-९, २६७-८, २६९

भिटामिनहरू

- अल्पता (कमी)हरू १६५-६, १६९
- आपूर्तिहरू १६५
- ए
  - अल्पता (कमी)हरू २२७
  - दादूरा खोप ३३३
- दैनिक आवश्यकताहरू २२९

भुइँचालाहरू, चोटपटक ३१०, ३४७

भूमिगत पानी ७७

चिहानहरू २६२, ३२५
शौचालयसम्बन्धी (खाल्डे) साख्ताहरू ८९, ९०-१, १०६-७
भू-स्वाभित्व, आश्रयवाए २५५, २५८

महिला
खतराजन्य समूहहरू पनि हेर्नुहोस्
आश्रय सम्बन्धी कार्यक्रमहरू २५१, २७३
गर्भवती, पोषण १७२-३
धुलाइ सुविधाहरू, गोप्यता ८४
प्रजनन स्वास्थ्य ३४५, ३४९
पानी संकलन ६८, ७८-९
यौन दबाब ४५, ५०-१, २७३
खाद्य आपूर्तिहरू १३४-५
रजस्वला (नछुने) ९०, २८०, २८१
लैंगिक हिंसा ३४९, ३५१
समान अधिकारहरू १५
सुंडेनी (परम्परागत) ३१६
सुरक्षा
आश्रय २६७
शोषण ५०-१
शौचालयहरू ८८, ९१
स्वास्थ्य सेवाहरू ३०८
मनोसामाजिक सहयोग
कुपोषण १८५-६
प्रावधान २६७, २८७, ३५२-६
मस्तिष्क ज्वर ३४१, ३४२
महामारी सम्बन्धी प्रतिवेदनहरू ३२७

मानवमितीय सर्वेक्षणहरू, कुपोषण १३७, १३९, २२२
मानवीय सहयोग, गुणस्तर ३२
मानवतावादी घोषणापत्र ७, ८
मानव अधिकारहरू २१
भूमिका तथा दायित्वहरू २२
न्यूनतम मापदण्डहरू ४३
सिद्धान्तहरू २०-१
मानव अधिकारहरू
आवास २४९
खाद्य १२७-८

पानी ६७
बालबालिका १४
रोगीहरू २२५
समानता १५, १६
ससम्मान जीवन २१
स्वास्थ्य सेवाहरू ३०५
मानसिक तनाव स्याहार ३१३, ३४५-८
मानसिक स्वास्थ्य ३४५, ३५२, ३५४-५

मूल्याङ्कन
को प्रयोग ४८-९
न्यूनतम मापण्ड सम्बन्धी पूर्वाधारहरू ४९-९
मूसाहरू ९७

मृतक व्यवस्थापन २६२, ३२२, ३२५-६
मृत्युदर सम्बन्धी तथ्याङ्क
अभिलेखीकरण ३१२, ३२८
कच्चा ३११, ३१३-४, ३६७
बालबालिका, ५ वर्षमुनि ४०, ३२८
सुपरिवेक्षण फारामहरू ३६२-४

यातायात
आपूर्ति कडीहरू पनि हेनुहोस्
आधार संरचना २५६, २५९
औषधिका नमूनाहरू ३४१, ३४३
बासस्थानहरू २६०-१, २६३-४

युद्धहरू हेर्नुहोस् द्धद्धात्मक स्थितिहरू

यौन दवाब
केटाहरू ४५
महिलाहरू ४५, ५०-१
यौन दुर्व्यवहार १६

रजोधर्म (रजस्वला, नछुने) ९०, २८०, २८१
रसायनहरू
रोगवाहिनीद्धारा उत्पन्न रोग नियन्त्रण ९९
स्तरहरू ९९-१००

राष्ट्रिय अधिकृतहरू
जनसंख्याको संरक्षण ३७
स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रावधान ३१५-६

रिबोफ्लाभिन (riboflavin) को कमी १६६

रूग्णता सम्बन्धी तथ्याङ्क
अभिलेखीकरण ३१२, ३२८
बाल बालिका, ५ वर्षमुनि ४०
सुपरिवेक्षण फारामहरू ३६५

रोगहरू
सरूवा रोगहरू पनि हेर्नुहोस्
घटना दरहरू ३६८
जल उत्पन्न ७७, ९५-६
दीर्घ ३५६
रोगवाहिनीद्धारा उत्पन्न ९२-६
शौचालय, सम्भार ९१
ससाना कणबाट हुने संक्रमण २७१
सूक्ष्मपोषण सम्बन्धी अल्पताहरू १६८
रोग निदान कर्ताहरू ३२१, ३२३-४, ३२८, ३६९
रोग निषेध क्षेत्र (Quarantine) २६२
रोगवाहिनी द्वारा उत्पन्न रोगहरू ९२
आश्रयहरू ९३, २२६
नियन्त्रणहरू ९४-५, ९५, ९६, १०६
रासायनिक ९९
प्रारम्भिक लेखोजोखाहरू १०९-११०
वासस्थानहरू २६१, २६३
सरूवा (प्रसार) ९२, ९३-६
रोजगार
खाद्य उत्पादन १५३-७
परिश्रामिक १५४, १५५-६, १५७

लक्ष्यीकरण
अनुगमन ४८
खाद्य सहयोग २०५, २०६-७
पूर्वाधारहरू ४३-४, ४४-६
वितरण प्रणालीहरू ४४, ४६

विभेदहीन ४३-४
संयन्त्रणहरू ४४-५

लामखुट्टेहरू
औलो ११४-५, १६७, ३३६, ३४१-२
झूलहरू २८६, ३४२
नियन्त्रण ९२-१००
लास गाड्ने
लुगा (कपडा/कात्रो) २७९
स्थान १०२-३, २६०, ३२५-६
स्थानीय संस्कृतिहरू २६२, २८६, ३२५-६, ३५३, ३५५

लुगा धुने सुविधा ८४-५
साबुन २८०-१
लुगाफाटा
तातो (न्यायो) व्यवस्था २७९
प्रारम्भिक प्रावधान २५०-१, २९०-१
लुगा धुने सुविधा ८४-५, २८०-१
न्यूनतम स्वामित्व २७८, २७९

लैङ्गिक हिंसा (GBV) ३४९, ३५१

वंश प्रणाली ४५
वर्षाको पानी १०७

वातावरण
भूक्षय २७७
प्रभाव
इन्धन आपूर्तिहरू २८३, २८५, २९२
वासस्थानहरू २७५-६, २९०-१
संरक्षण १६, २७५-६
खाद्य सुरक्षा १४३-४, १४७

वितरण प्रणालीहरू
अनुगमन ४४, ४६, ४७, ४८
प्रभावकारिता ४६
विद्यालयहरू २६०, २६२
विशेष आवश्यकताहरू हेर्नुहोस् खतराजन्य समूहहरू

व्यक्तिगत तथ्याङ्क संकलन ४४-५
व्यक्तिगत स्वास्थ्य, प्रारम्भिक लेखाजोखा २९२
व्यक्तिगत स्थान २६१, २६३, २६४-७
    हावापानी २६५

वृद्धवृद्धाहरू
    खतराजन्य समूह पनि हेनुहोस्
    कुपोषण २२६
    खाद्य, पहुँच १७३
    पोषण १७३
    संरक्षण १४
    स्याहारकर्ताको रूपमा १४

शरीरमा पलाउने जुम्राहरू ९३, ९५

शिविरहरू हेर्नुहोस् आश्रय, शिविरहरू
शिशुहरू
    दूध ख्वाउने सिसीहरू २८३
    स्तनपान १७१

शौचालयहरू
    खाल्टे चर्पी बनाउने २६०, २६३
    ढाँचा ८८-९, ९०
    पहुँच ८५-६, ८६-७
    पानी आपूर्तिहरू ११२-३
    न्यूनतम संख्याहरू ११३
    सम्भार ८६, ८७, ८९, १०६
    सार्वजनिक/सामुदायिक, संख्याहरू ८५, ८७
    सुरक्षा, महिलाहरू ८८, ९०
    हात धुने ८९, ९१

संक्रामक रोगहरू हेनुहोस् सरूवा रोगहरू
संरक्षणका सिद्धान्तहरू १६, ५९

समन्वय
    आश्रय सम्बन्धी कार्यक्रामहरू २५२
    खाद्य सहयोग १२९, १३५
    सूचना आदान प्रदान ३७, ४१

स्वास्थ्य सेवाहरू ३०८, ३१५-६
समानता, मानव अधिकारहरू १४-५
सरसफाइ
कार्यक्रमहरू
महिला ६९
लक्ष तथा उद्देश्यहरू ६८, ७१
पहुँच २५६-७, २५८, २५९, २६१-२
समितिहरू ७४
सरूवारोगहरू
एउटा कुनै घटना (रोग) सूचकहरू ३४०-१
एच आइ भी/एड्स ३४२-३
औलो ९५, ९६, ९७, ११४-५, १६७, ३३६, ३४१
घटना (रोग) का मृत्युदरहरू ३४२, ३६८
दादूरा १६७, २१९, ३०७, ३३१-४
निदान ३३५, ३३६
नमूना आवागमन ३४२-३
प्रयोगशाला सेवाहरू ३३५, ३३६, ३४२-३
रोग फैलिनु
नियन्त्रणका उपायहरू ३३९, ३४१-२
पूर्व चेतावनीहरू ३३९-४०
पूर्व तैयारी ३३७-९
स्वास्थ्य शिक्षा ३३१-३
क्षयरोग ३३६
सहभागिता
प्रतिनिधित्व ३४
समुदाय ३३
सूचना ३४
सहायता कर्मीहरू
कार्य विवरणहरू ५१
को व्यवस्थापन ५१
योग्यताहरू ४९, ५१
सहायता कार्यक्रमहरू
दीर्घकालीन फाइदाहरू ३५
सामुदायिक संलग्नता ३४
सहायता कार्यहरू
खाद्य सहयोग १४५, १४८
खाद्य सुरक्षा २१५-६
लक्ष्यीकरण ४३-४

लेखाजोखा सम्बन्धी प्रतिक्रिया ४२-३
न्यूनतम मापदण्डहरू, पूरा गर्ने ४१-२
सूचना आदान प्रदान ४२, ४३

साबुन ८४, २८०-१
विकल्पहरू ८५-६
सामाजिक स्वास्थ्य ३५२-३
सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरू ३२३, ३४१
सामूहिक योजना, आश्रयहरू २६०, २६१

सांस्कृतिक अभ्यासहरू
आवास २४९-५०, २६५-६, २६७, २६९, २७०, २८९-९०
तथ्याङ्क ४७-८
सामान्यता ३५३, ३५५

सी एम आर (CMR) हेर्नुहोस् कच्चा मृत्युदरहरू

सुंडेनीहरूको सुत्केरी गराउने उपकरण ३४९-५०

सूचना आदान प्रदान
अनुगमन ४७
प्ररम्भिक लेखाजोखाहरू ३६-७, ४१, ४३
सहायताकार्यहरू ४१-२, ४३
सूक्ष्म पोषकहरू
अल्पताहरू १३७, १३८, १३९, १४०, १६८
निदान १६५-६
रोकथाम १८६
स्थानीय १६९
खनिजहरू
अल्पताहरू २२७-८
आवश्यकताहरू २२९
पँहुच १६८
पूरकहरू १८५-६
भिटामिनहरू
अल्पताहरू १६६-७, २२७
आवश्यकताहरू १६५-६, २२९

सोख्ताहरू, भूमिगत पानी ८९, ९०-१

स्कर्भी (भिटामिन सी को कमीबाट हुने रोग) १६९
स्तनपान
  एच आई भी/एड्स १७२
  कुपोषण १८५
  प्रवर्द्धन १७१, २८३
स्थलहरू
  चयन १०६
  ढलनिकास १०६, १०७
स्थानीय अधिकारहरू ३६-७
  स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रावधान ३१५-७
स्नान हेर्नुहोस् धुलाइ
स्याहारकर्ताहरू
  कुपोषणहरू १८५-६, १९८
  पोषण सम्बन्धी आवश्यकताहरू १७५
  वृद्ध मानिसहरू १४
स्वास्थ्य लाभकालागि खाद्य (FFR) २१६
स्वास्थ्य केन्द्रहरू
  अस्पतालहरू पनि हेर्नुहोस्
  कुपोषण कर्मचारी १८१-२, १८२-४
  केन्द्रिय कर्मचारी नियुक्ति ३२४-५
  पानी आपूर्तिहरू ७५, ११२
  क्वारन्टिन (निरोधात्मक) क्षेत्रहरू २६२
  क्षेत्रीय, कर्मचारी नियुक्ति ३२४-५
स्वास्थ्य प्रभाव, प्रकोपहरू ३११
स्वास्थ्य शिक्षा ३१६-२०
  सरूवा रोगहरू ३३१-३
स्वास्थ्य सूचना प्रणालीहरू
  तथ्याङ्क ३२६-७, ३२७-८
  बाट आग्रिम चेतावनीहरू ३३९-४१
स्वास्थ्य तथा सुरक्षा
  कार्यगत वातावरणहरू १५३-४, १५६
  खाद्य तयारी १९८
स्वास्थ्य सेवा, घुम्ती ३२०
स्वास्थ्य सेवाहरू
  आतिथेय समुदायहरू ३०७
  उपयोगिता दरहरू ३२३-४, ३६८
  औषधिहरू
    जगेडा मौज्दात ३३९
    दान प्राप्त ३२४
    व्यवस्थापन ३२५

सूचीहरू ३२१, ३२४
कर्मचारीहरू
लैङ्गिक संतुलन ३१६-७
सीपहरू ३२१-२, ३२२-३
केस व्यवस्थापन सम्बन्धी नियमहरू ३२१, ३२३-४
तथा राष्ट्रिय/स्थानीय प्रावधान ३१५-६
पहुँच २६०, २६१-२, ३१२-३
प्रकोपको प्रभाव ३०६-७
प्राथमिक स्याहार ३१९-२०
प्राथमिकरण ३०६, ३१२-३
प्रारम्भिक लेखाजोखाहरू ३०६-७, ३५८-६१
बालबालिका ३०७
महामारी सम्बन्धी प्रतिवेदनहरू ३२७-८
महिलाहरू ३०७
मानवअधिकारहरू ३०५
न्यूनतम प्रारम्भिक सेवा प्याकेजहरू ३५०, ३५१-२
रोगीहरूको हक ३२५
समन्वय ३०७, ३१२-३, ३१८-९
सामुदायिक कार्यकर्ताहरू ३२२-३
सामुदायिक सहभागिता ३०७
स्वास्थ्य प्रवर्द्धन ७१
कार्यकर्ताहरू ७३
खतरान्मुख समूहहरू ७३
पानी आपूर्तिहरू ७६-७
संचार ७४
समान पहुँच ७२-३
सामुदायिक संलग्नता ७२-३
स्रोतहरू ७२-३
स्वास्थ्य लाभको अवधिका लागि योजना बनाउने ४०, ५१

स्रोतहरू वितरण ५१

हात धुने ८९, ९१
हावापानी, निर्माणका सीमाहरू २७०-१

हुरीबतास (बाढी रहित) स्वास्थ्यमा प्रभाव ३१०

क्षयरोग ३३६-७
क्षयीकरण (भू क्षय) २७७
क्षेत्रगत अस्पतालहरू ३१७

स्फियर परियोजनासम्बन्धी प्रशिक्षण प्याकेज

यस नयाँ प्याकअन्तरगत स्फियरका प्रशिक्षकहरूद्वारा विकसित तथा क्षेत्रमा परीक्षण गरिएका सर्वोत्तम तालिम सामाग्रीहरू रहेका छन्:

१ प्रशिक्षण (तालिम) सामाग्रीहरु

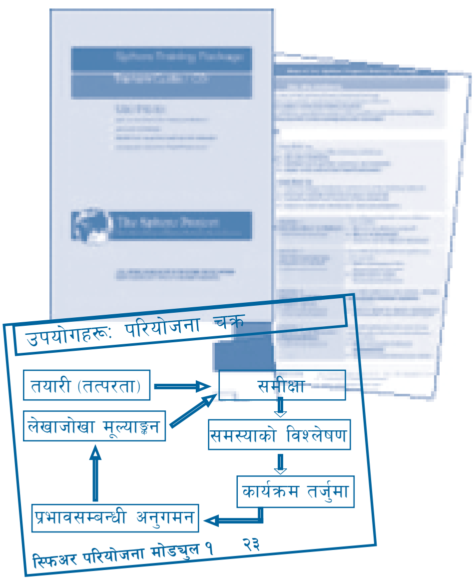
४०० पृष्ठ, ए$_{४}$, ८$^{१/४}$x११$^{१/२}$, क्यानाडेली तारले बाँधिएको

चार प्रशिक्षण मोडयुल (मापाङ्क, मापदण्ड) ले निम्न कुराहरु समेटेका छन्:

- स्फियरको परिचय
- मानवतावादी घोषणापत्र
- परियोजना चक्र
- प्रकोपसम्बन्धी पूर्व तयारीमा स्फियर

मोडयुलहरुमा यी विशेषताहरु पाइन्छन्:

- प्रशिक्षण सत्रहरू
- पृष्ठभूमि जनाउने टिपोटहरू
- अभ्याससम्बन्धी विचारहरू
- दृश्य सामाग्रीहरू



२ प्रशिक्षकहरुको निर्देशिका

९२ पृष्ठ, ए$_{४}$, ८$^{१/४}$x११$^{१/२}$, पेपरब्याक

यसअन्तरगत निम्न कुरा रहेको छ:

पावरप्वाइन्ट प्रस्तुतिहरुका मुद्रित सामाग्रीहरुसमेतको सामग्रीको सिंहावलोकन

निम्न वस्तुहरुका साथ कार्यशालासम्बन्धी योजना तर्जुमा गर्ने उपकरणहरु:

- रुजुसूचीहरू
- कार्यसूची (एजेन्डा) हरू
- फारामहरू
- साँचा (टेम्प्लेट) हरू

निम्न विषयहरुबारे सूचना:

- प्रशिक्षण विधिहरू
- सहभागी छनौट
- प्रशिक्षणसम्बन्धी सुझावहरू
- शिक्षण (सिकाइ) लाई अत्यधिक बढाउने

३ सीडी-रम

विशेषताहरुः

- प्रशिक्षकहरूको निर्देशिका तथा
  प्रशिक्षण सामाग्रीहरू:
  - क) व्यक्तिविशेषका आवश्यकतालाई सुहाउने गरी बनाइएको आटीएफ (RTF) फाइलका रूपमा
  - ख) प्रष्ट छपाइका लागि सजिलै डाउनलोड गरिने पीडीएफ (PDF) मा
  - ग) शीर्षक (उदाहरणका लागि परियोजना चक्र, पैरवी, आदि) अनुसार विषयवस्तु सजिलै मार्गनिर्देशन तथा खोजी गर्न एचटीएमएल (HTML) मा
- ९ मिनेटको स्फियर भिडियो (१९९९)
- *स्फियर हातेपुस्तिका* २००४ संस्करणको पूर्ण पाठ

पूर्णतया फोटोकपी गर्न सकिने प्रशिक्षणमा जुनसुकै किसिमबाट पनि प्रयोग हुन सक्ने सामाग्रीहरू सन् २००० तथा २००४ दुवै संस्करणका हातेपुस्तिका उल्लिखित उद्धरणहरू छन् ।

स्फियर परियोजना प्रशिक्षण प्याकेज

ए$_{४}$, ८$^{१/४}$x११$^{१/२}$, ४०० पृष्ठ, क्यानाडेली तारले बाँधिएको;
ए$_{४}$, ८$^{१/४}$x११$^{१/२}$, ९२ पृष्ठ, पेपरब्याक;
सीडी-रम
० ८५५९८ ५०९ ७ ● नोभेम्बर २००३ ● £३०.०० / अमेरिकी डलर $४८.००
सेटको रूपमा बिक्री गरिन्छ । उक्त सामाग्रीहरू छुट्टाछुट्टै उपलब्ध छैनन् ।

‘यो प्रशिक्षण नमूनाले मानवीय प्रशिक्षणको क्षेत्रमा अत्यावश्यक रचनात्मक वस्तुहरु प्रदान गर्दछ । मानवीय कार्यक्षेत्रमा आपत्कालीन स्थिति विकास र वकालत कार्यको निम्ति यो एउटा भरपर्दो स्रोत हो ।

त्यस्तै मानवीय प्रशिक्षण कार्यमा संलग्न हुने व्यक्तिको निम्ति यो एउटा अति उत्तम स्रोत साधन हो । प्रशिक्षणका विविध प्रकारले सिक्ने प्रकृयामा बढी संलग्न तुल्याउँछ ।’

मार्क प्रासोपा – ल्पेजियर
मानवीय प्रशिक्षण व्यवस्थापक
रेडआर, अष्ट्रेलिया ।

‘केन्यामा मैले राष्ट्रिय कार्यशाला आयोजना गर्दा यसका प्रशिक्षणसम्बन्धी वस्तुहरु अति उपयोगी भएका थिए । हामीले कार्यशालाको उद्देश्य निर्धारण गरेपछि सो हासिल गर्नको निम्ति हामीले सो अनुकूल प्रशिक्षणसम्बन्धी साधनहरु उपयोग गरेका थियौं । थुप्रै अनुसन्धान कार्यहरु भईसकेका कुरा थाहा पाउँदा निकै राम्रो लाग्यो । हाम्रो सन्दर्भमा उपयुक्त नमूनाहरु हामीले उपयोग गर्‍यौं । यसमा केन्याको परिस्थितिमा सुहाउँदो घटना अध्ययनलाई प्रयोग गर्‍यौं । यसले मेरो निम्ति स्फेयरको सार संक्षेप चित्रण गर्दछ । वास्तवमा आफूले काम गरिरहेको परिस्थिति अनुकूल प्रयोग र अंगिकार गर्नु पर्ने यो एउटा साधन हो ।’

लिन्डी मोन्टगोमरी
मानवीय कार्यक्रम संयोजक
केन्या कार्यक्रम अक्सफाम, संयुक्त राज्य ।

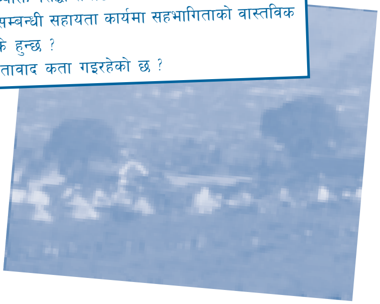
स्फियर परियोजनासम्बन्धी चलचित्रः

मानवीय चुनौतीहरुको परिचय

सियरा लेओन (Sierra Leone) तथा अन्य स्थानहरूमा विशेष छायाङ्कन गरिएको यस चलचित्रले वास्तविक क्षेत्रगत परिस्थितिहरूमा स्फियर परियोजनाका सिद्धान्त तथा अभ्यासहरूको परिचय दिन्छ । यसले मानवकर्मी तथा विकास सहयोगका क्षेत्रमा काम गर्नेहरूका लागि आदर्शमय ढंगको अभिमुखीकरण प्याकेज (पोका) को रूपमा काम गर्दछ ।

स्फियर हातेपुस्तिकाको प्रयोग गर्ने अनुभवी प्रयोगकर्ताका प्रमाणहरू तथा जीवनका वास्तविक उदाहरणहरूलाई प्रस्तुत गर्दै उक्त चलचित्रले झन व्यापक विषयहरू खोत्लन्छ जस्तैः

- मानवीय कार्यको इतिहास के हो ?
- मानवीय पहिचान भनेको के हो ?
- प्रकोपसम्बन्धी सहायता कार्यमा कानूनी उपकरणहरूले के कस्तो भूमिका खेल्दछन् ?
- कुनै व्यक्ति सिद्धान्तबाट व्यवहारमा कसरी उत्रन्छ ?
- प्रकोपसम्बन्धी सहायता कार्यमा सहभागिताको वास्तविक अर्थ के हुन्छ ?
- मानवतावाद कता गइरहेको छ ?



स्फियर परियोजनाबाट प्रकाशित

० ८५५९८ ५०६ २ ● नोभेम्बर २००३
४५ मिनेटको अंग्रेजी एनटीएससी (NTSC) भिडियो संस्करण
£९.९५ + भ्याट (£११.७०) / अमेरिकी डलर $१६.५०

० ८५५९८ ५१८ ६ ● नोभेम्बर २००३ ● फ्रान्सेली
० ८५५९८ ५२० ८ ● नोभेम्बर २००३ ● स्पेनियाली

० ८५५९८ ५०७ ० ● नोभेम्बर २००३
४५ मिनेटको अंग्रेजी पाल (PAL) भिडियो संस्करण
£९.९५ + भ्याट (£११.७०)/अमेरिकी डलर $१६.५०

० ८५५९८ ५१७ ८ ● नोभेम्बर २००३ ● फ्रान्सेली
० ८५५९८ ५१९ ४ ● नोभेम्बर २००३ ● स्पेनियाली

० ८५५९८ ५०८ ९ ● नोभेम्बर २००३
४५ मिनेटको अंग्रेजी, फ्रान्सेली तथा स्पेनियाली एनटीएससी (NTSC) भिडियो संस्करण
£९.९५ + भ्याट (£११.७०)/अमेरिकी डलर $१६.५०

० ८५५९८ ५१६ X ● नोभेम्बर २००३
४५ मिनेटको अंग्रेजी, फ्रान्सेली तथा स्पेनियाली पाल (PAL) भिडियो संस्करण
£९.९५ + भ्याट (£११.७०) / अमेरिकी डलर $१६.५०

पुनश्चः भिडियो/डीभीडीमा लाग्ने शुल्कहरूले प्रतिलिपि तथा प्याकेज खर्च बेहोर्न भ्याउँछ । सबै डीभीडीहरू बहु-आँचलिक (मल्टि-जोन) हुन् ।

स्फियर हातेपुस्तिका पृष्ठपोषण ढाँचा (फीडब्याक फाराम)

(प्रस्तुत सम्पूर्ण टिप्पणीहरू स्फियर कार्यालयमा फाइलमा राखिनेछ र भविष्यमा संशोधित संस्करण प्रकाशित गरिने भए तिनको विषयगत समूहद्वारा समीक्षा वा पुनरावलोकन गरिनेछ)

नामः ....

पद तथा संस्थाः ....

ठेगानाः ....

....

....

फोन/इमेलः ....

मितिः ....

१) स्फियर हातेपुस्तिकाको २००४ संस्करणको कुनै पनि अंशबारे तपाईंका कुनै आम टिप्पणी अथवा पृष्ठपोषण (फीडब्याक) छन्? (उदाहरणका लागि मानवतावादी घोषणापत्र, क्षेत्रगत अध्यायहरूको संरचना, परिशिष्टाङ्कहरूका रूपरेखाहरू, आदि।)

२) के समायोजन गर्नु पर्ने कुनै सूचक छन्? कृपया विशिष्ट कुरा उल्लेख गर्नुहोस् र सम्भव भए आफ्नो सुझावलाई बल पुग्ने प्रामाणिक पृष्ठभूमि अथवा उद्धरणहरू प्रस्तुत गर्नुहोस्।

३) के निर्देशक बुँदाहरूमा झल्किनु पर्ने नयाँ सूचना/तथ्याङ्क छन्?

४) के तपाईंलाई स्फियरबारे थप सूचना चाहिन्छ? यदि चाहिन्छ भने, कृपया आफूलाई कुन थप कुरा चाहिने हो भनी किटानसाथ लेख्नुहोस् (आफ्ना सम्पर्क स्थानबारे विस्तृत विवरण प्रस्तुत गरेको नगरेको यकीन गर्नुहोस्)।

कृपया उक्त फाराम निम्न ठेगानामा पठाउनु होलाः

स्फिअर परियोजना, पोष्ट बक्स ३७२, १२११ जेनेभा १९, स्विट्जरल्याण्ड।

फ्याक्सः +४१.२२.७३०.४९०५ **इमेलः** info@sphereproject.org

यहाँका योगदानहरु अति सराहनीय छन्

मानवतावादी घोषणापत्र तथा प्रकोप सहायतासम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरु

स्फियर मानवतावादी घोषणापत्र तथा प्रकोप सहायतासम्बन्धी न्यूनतम मापदण्डहरू भनेका मानवीय सहायताको प्रभावकारिता तथा जिम्मेवारीपनालाई सुधार्ने लक्ष राख्ने उल्लेखनीय अन्तर्राष्ट्रिय पहल हुन् । हातेपुस्तिकाको यस नयाँ संस्करणलाई साङ्गोपाङ्ग परिमार्जित तथा अद्यावधिक गरिएको छ र यसका लागि मानवीय अभ्यासमा भएका ताजा विकास तथा क्षेत्रमा कार्यरत अभ्यासकर्ताहरू, अनुसन्धान संस्थानहरू तथा संरक्षण सुरक्षा, लिङ्ग, बालबालिका, वृद्धवृद्धा, असक्त व्यक्ति, एचआइभी/एड्स तथा वातावरणका क्षेत्रमा काम गर्ने सबै क्षेत्रमा समाविष्ट विज्ञहरूको पृष्ठपोषणलाई ध्यानमा राखिएको छ । उक्त परिमार्जित हातेपुस्तिका व्यापक संयुक्त प्रयासको परिणाम हो । यस हातेपुस्तिका मानवीय समुदायको सामूहिक इच्छा तथा साझा अनुभवका साथै मानवीय सहायता कार्यक्रमहरूमा वर्तमान जानकारीलाई सुधार्ने अठोटको परिणाम हो ।

यस पुस्तकको कोसेढुङ्गा भनेको मानवतावादी घोषणापत्र हो जुन अन्तर्राष्ट्रिय मानवीय, मानव अधिकार तथा शरणार्थीसम्बन्धी कानूनका सिद्धान्त तथा प्रावधानहरूका साथै रेडक्रसका सिद्धान्तहरू एवं गैरसरकारी संस्थाको आचार संहितामाथि आधारित छ । यसले मानवीय कार्यलाई नियन्त्रण गर्ने प्रमुख सिद्धान्तको वर्णन गर्नुका साथै जनताहरूको सुरक्षा एवं सहायतासम्बन्धी अधिकारबारे दृढतापूर्वक विचार प्रकट गर्दछ । न्यूनतम मापदण्डहरूलाई प्रारम्भिक अध्यायमा संगठित गरिएको छ, जसमा कार्यक्रमहरूको योजना तर्जुमा र कार्यान्वयनसम्बन्धी प्रकृयागत मापदण्डहरूका अतिरिक्त पानी, सरसफाइ एवं स्वास्थ्य प्रवर्द्धन; खाद्य सुरक्षा, पोषण एवं खाद्य सहयोग; आश्रय, वासस्थान एवं खाद्येत्तर सामाग्रीहरू; एवं स्वास्थ्य सेवाहरू नामक चार प्राविधिक अध्यायहरूबारे विस्तृत वर्णन दिइएका छन् ।

मानवतावादी घोषणापत्रलाई व्यावहारिक उपकरणका रूपमा विभिन्न महत्वपूर्ण परियोजनाका लक्षहरूलाई परिभाषित गर्न प्रयोग गर्नसकिन्छ । अर्कोतर्फ न्यूनतम मापदण्डहरू र तिनका सहयोगी सूचकहरू एवं निर्देशक बुँदाहरूले कार्यक्रमसम्बन्धी आवश्यकताहरूको विश्लेषणात्मक लेखाजोखा र प्रगतिको अनुगमन तथा परिणामहरूको मूल्याङ्कन गर्ने ढाँचा प्रदान गर्न सघाउँछन् । सम्पूर्ण रूपमा स्फियरले समन्वय तथा पैरवी गर्नका लागि, खासगरी बहुविषयक क्षेत्र एवं यसले सिद्धान्तलाई व्यवहारमा जोड्ने विषयमा एक बलियो उपकरण पनि प्रदान गर्दछ ।

स्फियर परियोजनाबाट प्रकाशित ।
अक्सफ्याम पब्लिशिङ्गबाट वितरित ।

ISBN 99946-969-6-3

२००४ संस्करण