স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক

মানবিকতার ঘোষণাপত্র এবং মানবিক সাড়াদানে ন্যূনতম মান

Sphere

২০১৮ সংস্করণ

স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক

মানবিকতার ঘোষণাপত্র এবং
মানবিক সাড়াদানে ন্যূনতম মান

স্ফিয়ার কী?

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

সুরক্ষা নীতিমালা

মানবিকতার মূলমান

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি

আশ্রয় এবং আবাসন

স্বাস্থ্যসেবা

স্ফিয়ার অ্যাসোসিয়েশন (Sphere Association)
৩ রু দ্য ভারঁবে (3 Rue de Varembé)
১২০২ জেনেভা, সুইজারল্যান্ড (1202 Geneva, Switzerland)
ই-মেইল: info@spherestandards.org
ওয়েবসাইট: www.spherestandards.org

প্রথম সংস্করণ: ২০০০
দ্বিতীয় সংস্করণ: ২০০৪
তৃতীয় সংস্করণ: ২০১১
চতুর্থ সংস্করণ: ২০১৮

স্বত্বাধিকার© স্ফিয়ার অ্যাসোসিয়েশন (Sphere Association), ২০১৮
গুণগত মান ও জবাবদিহিতার জন্য মানবিকতার মূলমান (Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability)-এর স্বত্বাধিকার © CHS Alliance, Sphere Association Ges Groupe URD, 2018 সর্বস্বত্ব সংরক্ষিত। এই বই স্বত্বাধিকার সংরক্ষিত হলেও শিক্ষাসংক্রান্ত উদ্দেশ্যে–যেমন প্রশিক্ষণ, গবেষণা ও কর্মসূচি কার্যক্রমে–কোনো ফি ছাড়াই পুনর্মুদ্রণ করা যেতে পারে, শর্ত হলো স্বত্বাধিকারীর যথাযথ স্বীকৃতি দিতে হবে। এটি পুনর্বিক্রয়ের জন্য নয়। অন্যান্য ক্ষেত্রে অনুলিপি, অনলাইনে প্রকাশ, অন্যান্য প্রকাশনায় পুনর্ব্যবহার, অথবা অনুবাদ/রূপান্তরের জন্য পূর্বানুমতি লিখিতভাবে নিতে হবে; এ জন্য info@spherestandards.org ঠিকানায় ই-মেইল করতে হবে।

এই প্রকাশনার একটি ক্যাটালগ রেকর্ড ব্রিটিশ লাইব্রেরি এবং যুক্তরাষ্ট্রের লাইব্রেরি অব কংগ্রেসে সংরক্ষিত রয়েছে।

আইএসবিএন ৯৭৮-১-৯০৮১৭৬-৪০০ (পেপারব্যাক–PBK)
আইএসবিএন ৯৭৮-১-৯০৮১৭৬-৬০৮ (ইপাব–EPUB)
আইএসবিএন ৯৭৮-১-৯০৮১৭৬-৭০৭ (পিডিএফ–PDF)

উদ্ধৃতি (Citation): স্ফিয়ার এসোসিয়েশন। স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক: মানবিকতার ঘোষণাপত্র এবং মানবিক সাড়াদানে ন্যূনতম মান। চতুর্থ সংস্করণ, জেনেভা, সুইজারল্যান্ড, ২০১৮।
www.spherestandards.org/handbook

স্ফিয়ার প্রকল্পটি ১৯৯৭ সালে কয়েকটি এনজিও এবং রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলনের উদ্যোগে শুরু হয়, মানবিক সাড়া প্রদানের মূল ক্ষেত্রগুলোতে সর্বজনীন ন্যূনতম মানদণ্ডের একটি সেট প্রণয়নের লক্ষ্যে–যা স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক নামে পরিচিত। এই হ্যান্ডবুকের লক্ষ্য হলো দুর্যোগ ও সংঘাত পরিস্থিতিতে মানবিক সাড়া প্রদানের মান উন্নত করা এবং সংকটে আক্রান্ত মানুষের প্রতি মানবিক কার্যক্রমের জবাবদিহি জোরদার করা। মানবিক সাড়া প্রদানের মানবিকতার ঘোষণাপত্র (Humanitarian Charter) ও ন্যূনতম মানসমূহ বহু ব্যক্তি ও সংস্থার সম্মিলিত অভিজ্ঞতার ফল; তাই এগুলোকে কোনো একক সংস্থার মতামত হিসেবে দেখা উচিত নয়। ২০১৬ সালে স্ফিয়ার প্রকল্পটি ‘স্ফিয়ার অ্যাসোসিয়েশন’ হিসেবে নিবন্ধিত হয়।

স্ফিয়ার অ্যাসোসিয়েশনের পক্ষে সারা বিশ্বে Practical Action Publishing এবং তাদের এজেন্ট ও প্রতিনিধিদের মাধ্যমে এই প্রকাশনাটি বিতরণ করা হয়। Practical Action Publishing (যুক্তরাজ্য কোম্পানি নিবন্ধন নং ১১৫৯০১৮) হলো Practical Action-এর সম্পূর্ণ মালিকানাধীন প্রকাশনা সংস্থা এবং এটি শুধু মূল দাতব্য সংস্থার উদ্দেশ্য সমর্থন করার জন্য কার্যক্রম পরিচালনা করে।

Practical Action Publishing, 27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, United Kingdom (যুক্তরাজ্য)
টেলিফোন : +৪৪ (০) ১৯২৬ ৬৩৪৫০১, ফ্যাক্স : +৪৪ (০) ১৯২৬ ৬৩৪৫০২
ওয়েবসাইট : www.practicalactionpublishing.org/sphere
নকশা: Non-linear Design Studio, মিলান, ইতালি
বাংলা মুদ্রণ: অর্ক, ঢাকা, বাংলাদেশ
টাইপসেট: vPrompt eServices, ইন্ডিয়া

কৃতজ্ঞতা

স্ফিয়ার কমিউনিটি বাংলাদেশ (Sphere Community Bangladesh) স্ফিয়ারের বর্তমান সংস্করণের বাংলা অনুবাদ প্রকাশ এবং বিতরণ করছে। স্ফিয়ার বইয়ের আগের সংস্করণগুলোর মতো এটিও দেশে বিদেশে কর্মরত বাংলা ভাষাভাষী সব উন্নয়ন এবং মানবিক সাড়াদানে নিয়োজিত কর্মীদের জন্য অনুবাদের ব্যবস্থা নেওয়া হয়।

বইটির প্রাথমিক অনুবাদের কাজ করে বাংলাদেশের ওয়াশ ক্লাস্টার (WASH Cluster), ফুড সিকিউরিটি ক্লাস্টার (Food Security Cluster), শেল্টার ক্লাস্টার (Shelter Cluster), হেলথ ক্লাস্টার (Health Cluster)। এরপর পুরো অনুবাদটি পর্যালোচনাসহ মাঠপর্যায়ে যাচাই কর্মশালা, চূড়ান্ত যাচাই কর্মশালা এবং মুদ্রণের দায়িত্ব নেয় ফাউন্ডেশন ফর ডিজাস্টার ফোরাম (দুর্যোগ ফোরাম)।

মাঠপর্যায়ে চারটি (খুলনা, গাইবান্ধা, শরীয়তপুর ও কক্সবাজার) যাচাই ওয়ার্কশপের মাধ্যমে পর্যালোচিত অনুবাদের খসড়া সংশোধন ও সংযোজনের উদ্যোগ গ্রহণ করা হয়। এরপর সবগুলো অধ্যায় চূড়ান্ত যাচাইয়ের জন্য ঢাকায় একটি কর্মশালা অনুষ্ঠিত হয়। মাঠপর্যায়ে যাচাই কর্মশালার আয়োজনে সহযোগিতা করেছে রূপান্তর, গণ উন্নয়ন কেন্দ্র (জিইউকে), এসডিএস এবং কোস্ট ফাউন্ডেশন। মাঠপর্যায়ের চারটি কর্মশালায় মোট ৬৪টি প্রতিষ্ঠানের সর্বমোট ১০৯ জন কর্মী অংশগ্রহণ করেন।

বইটির অনুবাদ পর্যালোচনা, মাঠপর্যায়ে যাচাই কর্মশালাসহ চূড়ান্ত যাচাই কর্মশালা এবং মুদ্রণে আর্থিক সহায়তা প্রদান করেছে কোস্ট ফাউন্ডেশন।

বাংলা ভাষায় অনূদিত স্ফিয়ার ২০১৮ বইটি বিতরণ করছে স্ফিয়ার কমিউনিটি বাংলাদেশ (Sphere Community Bangladesh)। ই-মেইল: spherebd.sec@gmail.com।

বিভিন্ন ক্লাস্টার এবং ব্যক্তি পর্যায়ে যারা স্ফিয়ার অনুবাদ ও পর্যালোচনা কাজে অবদান রেখেছে

ওয়াশ ক্লাস্টার (WASH Cluster) টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপ

১. এ.এইচ.এম. খালেকুর রহমান, সুপারিনটেন্ডিং ইঞ্জিনিয়ার ও ইমার্জেন্সি ফোকাল পয়েন্ট, জনস্বাস্থ্য প্রকৌশল অধিদপ্তর, স্টোর সার্কেল। ওয়াশ ক্লাস্টার-লিড

২. মোছাঃ সালেহা খাতুন, ন্যাশনাল ওয়াশ ক্লাস্টার কোঅর্ডিনেটর - ওয়াশ ইন ইমার্জেন্সি, ইউনিসেফ, ওয়াশ ক্লাস্টার, কো-লিড

৩. বিপ্লব কান্তি মণ্ডল, ম্যানেজার, রেজিলিয়েন্স অ্যান্ড ওয়াশ, আইএফআরসি, ওয়াশ ক্লাস্টার সদস্য

৪. পরিতোষ চন্দ্র সরকার, ন্যাশনাল ওয়াশ কোঅর্ডিনেটর, ওয়ার্ল্ড ভিশন বাংলাদেশ, ওয়াশ ক্লাস্টার সদস্য

৫. মোসাম্মত সাইদা বেগম, সিনিয়র প্রোগ্রাম অফিসার, অক্সফাম ইন বাংলাদেশ, ওয়াশ ক্লাস্টার সদস্য

৬. ফারহানা ইদ্রিস, সহকারী পরিচালক, ইয়ং পাওয়ার ইন সোশ্যাল এ্যাকশান (ইপসা), ওয়াশ ক্লাস্টার সদস্য

৭. কে. এম. খালেদুজ্জামান, সিনিয়র ম্যানেজার, ব্র্যাক ওয়াশ প্রোগ্রাম, ব্র্যাক, ওয়াশ ক্লাস্টার সদস্য

৮. মোঃ তাহমিদুল ইসলাম, ডিরেক্টর - টেকনিক্যাল সার্ভিসেস, ওয়াটারএইড বাংলাদেশ, ওয়াশ ক্লাস্টার সদস্য

ফুড সিকিউরিটি ক্লাস্টার (Food Security Cluster) টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপ

১. মোহাম্মদ মঈনুল হোসেন রনি, ফুড সিকিউরিটি ক্লাস্টার (এফএসসি) কোঅর্ডিনেটর, বাংলাদেশ

২. মোঃ রুহুল আমিন, নিউট্রিশন ক্লাস্টার কোঅর্ডিনেটর, ইউনিসেফ, বাংলাদেশ

৩. ইকবাল হোসেন, প্রোগ্রাম অফিসার, ডব্লিউএফফি (WFP), বাংলাদেশ

৪. মোঃ ইকরাম হোসেন ভূঁইয়া, প্রকল্প সমন্বয়কারী, ইসলামিক রিলিফ, বাংলাদেশ

৫. মোঃ ফুয়াদ উর রাব্বি, কোঅর্ডিনেটর, নিডস অ্যাসেসমেন্ট ওয়ার্কিং গ্রুপ, কেয়ার বাংলাদেশ

৬. মেহেদী হাসান শিশির, ম্যানেজার, লাইভলিহুড অ্যান্ড ক্যাশ, আইএফআরসি

৭. আকলিমা পারভিন, সিনিয়র প্রজেক্ট ম্যানেজার, নিউট্রিশন, ডায়েট অ্যান্ড হেলথ ইউনিট, আইএফপিআরআই (IFPRI)

৮. অন্তরা দাস তিথি, সিনিয়র অফিসার- হিউম্যানিটারিয়ান, সেভ দ্য চিলড্রেন

৯. মো: রওশন আলী, সমন্বয়কারী, নাহাব

শেল্টার ক্লাস্টার (Shelter Cluster) টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপ

১. রতন কুমার পোদ্দার, অ্যাডভাইজার, শেল্টার অ্যান্ড সেটেলম্যান্টস, কারিতাস বাংলাদেশে

২. প্রকৌশলী মো: আব্দুল্লাহ আল মামুন, প্রোগ্রাম ম্যানেজার (শেল্টার অ্যান্ড সেটেলম্যান্টস), সিআরএস বাংলাদেশ

৩. মলয় ষ্টিফেন ম্রং, সিনিয়র প্রজেক্ট কোঅর্ডিনেটর, হ্যাবিট্যাট ফর হিউম্যানিটি বাংলাদেশ

৪. মেহেদী হাসান শিশির, ম্যানেজার, লাইভলিহুড অ্যান্ড ক্যাশ, আইএফআরসি
৫. এ কে এম জহিরুল আলম, কোঅর্ডিনেটর, শেল্টার ক্লাস্টার বাংলাদেশ, আইএফআরসি
৬. লিডিয়া রিটা বারিকদার, হেড অব প্রোগ্রামস, হ্যাবিট্যাট ফর হিউম্যানিটি বাংলাদেশ

হেলথ ক্লাস্টার (Health Cluster) টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপ

১. ডা. মুহাম্মদ জাহিদুর রহিম, বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO)
২. ডা. রেজাউল হক, চিকিৎসক ও মুক্তিযোদ্ধা
৩. মোঃ ইকরাম হোসেন ভূঁইয়া, প্রকল্প সমন্বয়কারী, ইসলামিক রিলিফ বাংলাদেশ
৪. মেহেরুন নেছা, সমন্বয়কারী, দুর্যোগ ফোরাম

ব্যক্তি পর্যায়ে যারা স্ফিয়ার অনুবাদ ও পর্যালোচনা কাজে অবদান রেখেছেন

মরহুমা হাসিনা আক্তার মিতা
সাবেক পরিচালক-প্রোগ্রাম এবং কার্যনির্বাহী প্রধান
নেটওয়ার্ক ফর ইনফরমেশন, রেসপন্স অ্যান্ড প্রিপেয়ার্ডনেস অ্যাক্টিভিটিজ অন ডিজাস্টার (নিরাপদ)

আমিনুল কাওসার দীপু
উন্নয়ন বিশ্লেষক

ডা. রেজাউল হক
চিকিৎসক ও মুক্তিযোদ্ধা

মোঃ আবদুস সোবহান
উপদেষ্টা, ন্যাশনাল ডেভেলপমেন্ট প্রোগ্রাম (এনডিপি)

গওহার নঈম ওয়ারা,
সদস্য সচিব, দুর্যোগ ফোরাম

শশাঙ্ক সাদী
উন্নয়ন ও রেজিলিয়েন্স বিশ্লেষক

দীপু মাহমুদ
লেখক ও উন্নয়ন বিশ্লেষক

মোঃ ইকবাল উদ্দিন
যুগ্ম পরিচালক- পর্যবেক্ষণ, মূল্যায়ন, জবাবদিহিতা ও শিখন (MEAL) এবং গবেষণা, কোস্ট ফাউন্ডেশন

কাজী আব্দুল কাদির
ব্যবস্থাপক-দুর্যোগ ব্যবস্থাপনা ও জলবায়ু পরিবর্তন, এডুকো বাংলাদেশ

মেহেদী হাসান শিশির
ম্যানেজার, লাইভলিহুড অ্যান্ড ক্যাশ, আইএফআরসি

মঈন উদ্দিন আহম্মেদ
প্রোগ্রাম সমন্বয়কারী, কেয়ার বাংলাদেশ

এ কে এম জহিরুল আলম
কোঅর্ডিনেটর, শেল্টার ক্লাস্টার বাংলাদেশ, আইএফআরসি

মোঃ ইকরাম হোসেন ভূঁইয়া
প্রকল্প সমন্বয়কারী, ইসলামিক রিলিফ বাংলাদেশ

মেহেরুন নেছা
সমন্বয়কারী, দুর্যোগ ফোরাম

মোঃ আরিফুল ইসলাম
সিনিয়র রিসার্চ অ্যাসোসিয়েট
নেটওয়ার্ক ফর ইনফরমেশন, রেসপন্স অ্যান্ড প্রিপেয়ার্ডনেস অ্যাক্টিভিটিজ অন ডিজাস্টার (নিরাপদ)

মোছাঃ আতকিয়া ফারজানা
গবেষণা সহকারী, দুর্যোগ ফোরাম

মোছাঃ নাজমা আক্তার
গবেষণা সহকারী, দুর্যোগ ফোরাম

প্রুফরিডিং: এইচ এম জাকারিয়া সুমন
এডিটিং অ্যাসিস্ট্যান্ট (ডেপুটি ইনচার্জ), প্রথম আলো

সূচিপত্র

মুখবন্ধ ix

স্বীকৃতি xi

স্ফিয়ার কী? ১

মানবিকতার ঘোষণাপত্র ২৯

সুরক্ষা নীতিমালা ৩৫

মানবিকতার মূলমান (CHS) ৫৭

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন ৭৩

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি ১৫৫

আশ্রয় এবং আবাসন ২৫১

স্বাস্থ্যসেবা ৩১১

সংযুক্তিসমূহ ৪০৯

- সংযুক্তি ১ : স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি ৪১২
- সংযুক্তি ২ : আচরণবিধি ৪২৭
- সংযুক্তি ৩ : সংক্ষিপ্ত রূপ এবং আদ্যক্ষরসমূহ ৪৩৪
- সংযুক্তি ৪ : কৃতজ্ঞতা স্বীকার (মাঠপর্যায়ের যাচাই এবং চূড়ান্ত যাচাই কর্মশালায় যাঁরা অংশগ্রহণ করেছেন) ৪৩৬

মুখবন্ধ

স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক তার ২০তম বার্ষিকী উপলক্ষে এই চতুর্থ সংস্করণটি প্রকাশ করেছে। এটি এক বছরেরও বেশি সময় ধরে সারা বিশ্বের মানবিক সহায়তাকর্মীদের সম্মিলিত প্রচেষ্টার ফল এবং গত দুই দশক ধরে মানবিক সহায়তার কাজে, নীতিমালা তৈরিতে ও দায়িত্বশীলতা বজায় রাখতে এই মানসমূহ ব্যবহার করা হয়েছে সে অভিজ্ঞতার প্রতিফলন।

এই হ্যান্ডবুকে স্পষ্টভাবে অধিকারভিত্তিক একটি কাঠামো দেওয়া হয়েছে। এতে আইনগত ও নৈতিক দিকগুলো তুলে ধরার পাশাপাশি, বাস্তবসম্মত নির্দেশনা, বিশ্বব্যাপী ভালো চর্চা এবং গবেষণালব্ধ/সংকলিত তথ্য যুক্ত করা হয়েছে, যেন মানবিক সহায়তাকর্মীরা যেখানেই কাজ করুক না কেন উপকৃত হতে পারেন।

স্ফিয়ার মানবিক সহায়তার ক্ষেত্রে একটি বিশেষ ও গুরুত্বপূর্ণ স্থান দখল করে আছে। এই সংস্করণটি তৈরি করার সময় ২০১৬ সালের প্রথম বিশ্ব মানবিক সম্মেলনে গৃহীত আন্তর্জাতিক অঙ্গীকার, ২০৩০ টেকসই উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা এবং অন্য বৈশ্বিক উদ্যোগগুলোকে গুরুত্ব দেওয়া হয়েছে।

তবে নীতিগত প্রেক্ষাপট ক্রমাগত পরিবর্তিত হলেও আমরা জানি যে দ্বন্দ্ব-সংঘাত ও দুর্যোগে মানুষের তাৎক্ষণিক বেঁচে থাকার চাহিদা প্রায় একই রকম থাকে, যেখানেই সংকট হোক না কেন। স্ফিয়ার মানুষকে মর্যাদার সঙ্গে বেঁচে থাকতে, ঘুরে দাঁড়াতে ও জীবন গড়ে তুলতে সহায়তা করার জন্য জবাবদিহিমূলক সহায়তা নিশ্চিত করার আহ্বান জানিয়ে বিশ্ব ও স্থানীয় নীতিনির্ধারণ প্রক্রিয়ায় অবদান রাখে।

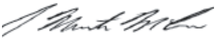
স্ফিয়ারের শক্তি ও বৈশ্বিক প্রভাব এই সত্যে নিহিত যে এটি সবার সম্মিলিত মালিকানার অংশ। ব্যবহারকারীরাই কয়েক বছর পরপর এর মানদণ্ডগুলো পর্যালোচনা ও হালনাগাদ করেন, আর এই প্রক্রিয়ার মধ্য দিয়ে সবার অংশগ্রহণ ও মালিকানার অনুভূতি নতুন করে দৃঢ় হয়। এ সময়ে আমরা সম্মিলিতভাবে আমাদের অঙ্গীকার পুনর্ব্যক্ত করি এবং আরও উন্নত পদক্ষেপে একমত হই, যেন মানবিক সাড়াদান কর্মীরা মাঠপর্যায়ে যেখানেই কাজ করুন না কেন, সেরা ও হালনাগাদ তথ্য সহজে পেতে পারেন। এ কারণেই স্ফিয়ার একটি প্রধান রেফারেন্স হিসেবে বিবেচিত, যা আমাদের মনে করিয়ে দেয় যে মানুষের মর্যাদা এবং তাদের জীবনে প্রভাব ফেলে এমন সিদ্ধান্তে পূর্ণাঙ্গ অংশগ্রহণের অধিকার কতটা মৌলিক ও গুরুত্বপূর্ণ।

স্ফিয়ার মানবিক কাজের একটি মূল ভিত্তি। এটি নতুন মানবিক সাড়াদান কর্মীদের কাজ শুরু করার দিকনির্দেশনা এবং অভিজ্ঞ কর্মীদের জন্য একটি গুরুত্বপূর্ণ রেফারেন্স, যেখানে অগ্রাধিকারভিত্তিক কাজগুলো কী হবে ও বিস্তারিত কারিগরি/টেকনিক্যাল তথ্য কোথায় পাওয়া যাবে, তা বলা আছে। স্ফিয়ারের অংশীদার মানসমূহ নির্দিষ্ট খাতে আরও সহায়তা দেয়, যাতে মানুষ পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যেতে পারে এবং ভালোভাবে জীবন কাটাতে পারে।

এই সংস্করণটি বিশ্বের অন্তত ৬৫টি দেশের ৪৫০টিরও বেশি প্রতিষ্ঠানে কর্মরত হাজার হাজার মানুষের অবদানে সমৃদ্ধ হয়েছে। এর বৈশ্বিক পরিসর বিভিন্ন প্রেক্ষাপটের অভিজ্ঞতা, অসাধারণ চ্যালেঞ্জ এবং নানাবিধ অংশীজনের সম্পৃক্ততাকে প্রতিফলিত করে। আপনাদের অটল অঙ্গীকার ছাড়া

এই মানসমূহের অস্তিত্বই সম্ভব হতো না। এবারের সংশোধন প্রক্রিয়ায় এবং প্রকৃতপক্ষে গত দুই দশকজুড়ে আপনারা যে অবদান রেখেছেন, তার জন্য আমাদের সেক্টরের পক্ষ থেকে আপনাদের প্রতি আন্তরিক কৃতজ্ঞতা।

আমরা আশা করছি ভবিষ্যতেও আপনাদের সঙ্গে একসাথে কাজ করে এবং এই হ্যান্ডবুক ব্যবহার করে একে অপরের এই গুরুত্বপূর্ণ পথচলা চালিয়ে যেতে পারব।



Martin McCann
Sphere Board Chair

Christine Knudsen
Executive Director

স্বীকৃতি

এই সংস্করণের হ্যান্ডবুকটি স্ফিয়ারের ইতিহাসে সবচেয়ে বিস্তৃত এবং বৈচিত্র্যময় পরামর্শ ও মতামত গ্রহণ প্রক্রিয়ার মাধ্যমে তৈরি হয়েছে। এতে ১৯০টি প্রতিষ্ঠানের পক্ষ থেকে প্রায় ৪,৫০০টি অনলাইন মন্তব্য পাওয়া গেছে এবং ৪০টি দেশের ৬০টি সরাসরি অনুষ্ঠানের ১,৪০০ জনেরও বেশি মানুষ অংশ নিয়েছেন। স্ফিয়ার আন্তরিক কৃতজ্ঞতা প্রকাশ করছে এই ব্যাপক সহযোগিতার জন্য এবং জাতীয়, স্থানীয় ও আন্তর্জাতিক এনজিও, সরকারি দপ্তর ও মন্ত্রণালয়, রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট সোসাইটি, বিশ্ববিদ্যালয়সমূহ, জাতিসংঘের বিভিন্ন সংস্থা এবং বহু অভিজ্ঞ কর্মী এই প্রক্রিয়ায় মূল্যবান অবদান রেখেছেন।

আশ্রয় এবং আবাসন অধ্যায়টি **গ্রাহাম সন্ডার্সের স্মরণে** উৎসর্গ করা হয়েছে। তিনি ২০০৪ ও ২০১১ সালের সংস্করণে এই অধ্যায়ের লেখক ছিলেন এবং ২০১৮ সালের সংস্করণের শুরুর সময়েও পরামর্শক হিসেবে ভূমিকা রেখেছেন।

গ্রাহাম ছিলেন একজন প্রকৃত মানবিক সাড়াদানকারী এবং আশ্রয় খাতের একজন দৃঢ় পথপ্রদর্শক। তাঁর দূরদর্শিতা, নেতৃত্ব ও অবিরাম প্রচেষ্টা মানবিক আশ্রয়ের বিষয়টির গুরুত্ব বিশ্বের কাছে তুলে ধরেছে এবং ভবিষ্যতের পেশাজীবীদের জন্য এই ক্ষেত্রকে গড়ে তুলেছে। তিনি সব সময় আমাদের কাজের মান উন্নয়ন ও এই খাতকে পেশাদার পর্যায়ে নিয়ে যাওয়ার চেষ্টা করে গেছেন। একজন পথপ্রদর্শক, পেশাজীবী এবং বন্ধু হিসেবে তাঁকে আমরা গভীর শ্রদ্ধায় স্মরণ করব।

এই পর্যালোচনা প্রক্রিয়ার দায়িত্বে ছিল স্ফিয়ার অফিস। প্রতিটি অধ্যায় একজন প্রধান লেখকের নেতৃত্বে তৈরি হয়েছে, যাঁদের সহায়তা করেছেন বিভিন্ন সেক্টরভিত্তিক বিশেষজ্ঞ ও মানবিক সহায়তা কার্যক্রমে অভিজ্ঞ ব্যক্তিরা। বেশির ভাগ লেখক ও বিশেষজ্ঞ তাঁদের নিজ নিজ প্রতিষ্ঠানের পক্ষ থেকে মনোনীত হন এবং বিনা পারিশ্রমিকে সময় ও শ্রম দিয়ে এই প্রক্রিয়ায় গুরুত্বপূর্ণ অবদান রেখেছেন।

লেখক এবং বিষয়ভিত্তিক বিশেষজ্ঞদের কাজে সহায়তা করার জন্য বিশেষ লেখক দল এবং পরামর্শক দল গঠন করা হয়েছিল। ২০১৭ ও ২০১৮ সালজুড়ে যাঁরা এই কাজে মূল্যবান অবদান রেখেছেন, তাঁদের প্রতি স্ফিয়ার কৃতজ্ঞতা প্রকাশ করছে। সব ওয়ার্কিং গ্রুপ ও রেফারেন্স গ্রুপ সদস্যদের সম্পূর্ণ তালিকা পাওয়া যাবে স্ফিয়ার ওয়েবসাইটে (spherestandards.org)। নিচে প্রধান লেখক ও বিশেষজ্ঞদের নাম উল্লেখ করা হয়েছে।

ভিত্তি অধ্যায় (Foundation chapters)

- **Humanitarian Charter and Annex 1:** Dr Mary Picard
- **Protection Principles:** Simon Russell (Global Protection Cluster) and Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Core Humanitarian Standard:** Takeshi Komino (CWSA Japan) and Sawako Matsuo (JANIC)

টেকনিক্যাল অধ্যায় (Technical chapters)

- **Water, Sanitation and Hygiene Promotion:** Kit Dyer (NCA) and Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Food Security:** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Nutrition:** Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Shelter and Settlement:** Seki Hirano (CRS) and Ela Serdaroglu (IFRC)
- **Health:** Dr Durgavasini Devanath (IFRC), Dr Julie Hall (IFRC), Dr Judith Harvie (International Medical Corps), Dr Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dr Eba Pasha (independent)

বিপদাপন্নতা, সক্ষমতা এবং কার্যক্রম পরিচালনার পরিবেশ/পরিস্থিতি (Vulnerabilities, capacities and operational settings)

- **Children and child protection:** Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Older people:** Irene van Horssen and Phil Hand (HelpAge)
- **Gender:** Mireia Cano (GenCap)
- **Gender-based violence:** Jeanne Ward (independent)
- **Persons with disabilities:** Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **People living with and affected by HIV:** Alice Fay (UNHCR)
- **Mental health and psychosocial support:** Dr Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevogel (UNHCR)
- **Protracted crises:** Sara Sekkenes (UNDP)
- **Urban settings:** Pamela Sitko (WVI)
- **Civil-military coordination:** Jennifer Jalovec and Mark Herrick (WVI)
- **Environment:** Amanda George and Thomas Palo (Swedish Red Cross)
- **Disaster risk reduction:** Glenn Dolcemascolo and Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Cash-based assistance and markets:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Supply-chain management and logistics:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Monitoring, evaluation, accountability and learning:** Joanna Olsen (CRS)

স্ফিয়ার বোর্ড (মে ২০১৮) (Sphere Board (May 2018))

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * International Federation of Red Cross and Red

Crescent Societies (IFRC) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje) * Oxfam International - Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * The Salvation Army (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

যেসকল বোর্ড সদস্য এই সংশোধন প্রক্রিয়া শুরু করেছিলেন ও দিকনির্দেশনা দিয়েছিলেন, এবং যারা ইতোমধ্যে বোর্ড থেকে বিদায় নিয়েছেন, তাদের প্রতিও কৃতজ্ঞতা। Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International– Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

দাতা (Donors)

উপরের তালিকাভুক্ত বোর্ডের আওতাধীন সংস্থাগুলোর অবদানের পাশাপাশি, হ্যান্ডবুক সংশোধন প্রক্রিয়ার জন্য অর্থায়ন প্রদান করেছে:

Danish International Development Agency (DANIDA) * German Ministry of Foreign Affairs * Irish Aid * Australian Government– Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) * European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection Department (ECHO) through International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) * USAID's Office of United States Foreign Disaster Assistance (OFDA) * Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) through Church of Sweden * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) * United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (US-PRM).

হ্যান্ডবুক পর্যালোচনা দল (Handbook revision team)

Christine Knudsen, Executive Director (Sphere)

Aninia Nadig, Advocacy and Networking Manager (Sphere)

Editors: Kate Murphy and Aimee Ansari (Translators without Borders)

Revision coordinators: Lynnette Larsen and Miro Modrusan

স্ফিয়ার কর্মীদের সহায়তায়:

Tristan Hale, Learning and Training Manager Wassila Mansouri, Networking and Outreach Officer

Juan Michel, Communications Manager through September 2017 Barbara Sartore, Communications Manager from October 2017 Loredana Serban,

Administration and Finance Officer
Kristen Pantano and Caroline Tinka, Interns

Online consultation support: Markus Forsberg, (PHAP)

Handbook design: Non-linear (www.non-linear.com)

Copy editing, layout and production: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)

Kimberly Clarke and Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

হ্যান্ডবুক সংশোধন প্রক্রিয়ার সময় বাড়তি সহায়তার জন্য বিশেষ ধন্যবাদ প্রাপ্য James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas and Marilise Turnbull.

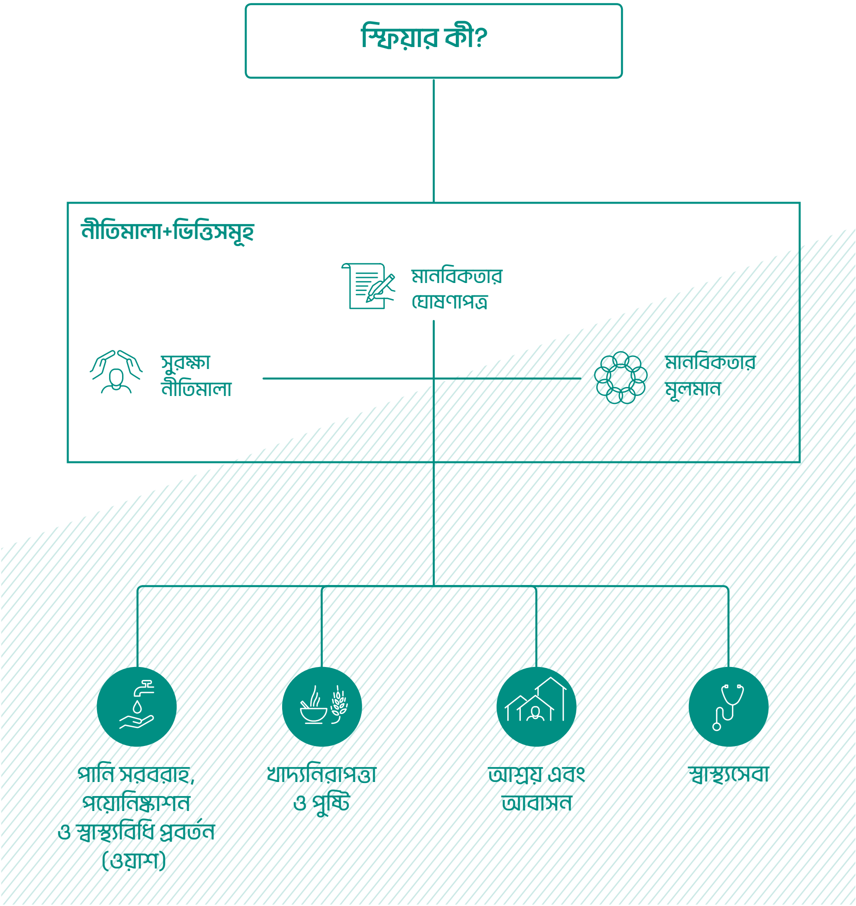
স্ফিয়ার ফোকাল পয়েন্ট যাঁরা সরাসরি (সশরীরে) সংশোধন/পর্যালোচনা পরামর্শ সভা আয়োজন করেছিলেন। (Sphere Focal Points which organised in-person revision consultations)

ADRA Argentina (Regional consultation with ADRAs South America)
Agency Coordinating Body for Afghan Relief (Afghanistan)
Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP)
Amity Foundation (member of The Benevolence Standards Working Group, Focal Point for China)
BIFERD (Democratic Republic of Congo)
Community World Service Asia (Thailand and Pakistan)
Daniel Arteaga Galarza* with Secretaría de Gestión de Riesgos (Ecuador) Dr Oliver Hoffmann* with the Sphere Focal Point for Germany Grupo Esfera Bolivia
Grupo Esfera El Salvador
Grupo Esfera Honduras
Illiassou Adamou* with the Child Protection sub-cluster (Niger)
Indonesian Society for Disaster Management (MPBI)
Institut Bioforce (France)
InterAction (United States)
Inter-Agency Accountability Working Group (Ethiopia)
Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation (Korea, Republic of)
Sphere Community Bangladesh (SCB)
Sphere India
Ukraine NGO Forum
UNDP Chile

* স্বতন্ত্র/ব্যক্তি ফোকাল পয়েন্টসমূহ (Individual focal points)

স্ফিয়ার কী?

হ্যান্ডবুক



সংযুক্তি ১ : স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি

সংযুক্তি ২ : আচরণবিধি

সংযুক্তি ৩ : সংক্ষিপ্ত রূপ এবং আদ্যক্ষরসমূহ

সংযুক্তি ৪ : কৃতজ্ঞতা স্বীকার (মাঠপর্যায়ের যাচাই এবং চূড়ান্ত যাচাই কর্মশালায় যাঁরা অংশগ্রহণ করেছে)

সূচিপত্র

স্ফিয়ার কী? ৪

১. স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক ৪

চারটি ভিত্তি অধ্যায় এবং চারটি টেকনিক্যাল অধ্যায় ৫

ন্যূনতম মানসমূহ একটি সামঞ্জস্যপূর্ণ পন্থার উন্নয়ন সাধন করে ৬

মানসমূহের কাঠামো ৬

প্রধান সূচকসমূহের সমন্বয়ে কাজ করা ৭

অন্যান্য মানের সাথে সম্পর্ক ৮

২. প্রেক্ষাপট অনুযায়ী মানসমূহের ব্যবহার ৮

সমগ্র কর্মসূচিচক্রে মানসমূহের প্রয়োগ ৯

নিরূপণ (যাচাই) ও বিশ্লেষণ ৯

কৌশল নির্ধারণ ও কর্মসূচি প্রণয়ন ১০

বাস্তবায়ন ১১

পর্যবেক্ষণ, মূল্যায়ন, জবাবদিহিতা ও শিখন ১১

বিপদাপন্নতাগুলো এবং সক্ষমতাগুলো বোঝা ১১

জনসংখ্যাভিত্তিক ভিন্ন ভিন্ন তথ্য ১৩

শিশু ১৩

প্রবীণ জনগোষ্ঠী ১৪

জেন্ডার ১৪

জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা ১৫

প্রতিবন্ধী জনগোষ্ঠী ১৫

এইচআইভি (HIV) নিয়ে বসবাস এবং আক্রান্ত ব্যক্তি ১৫

এলজিবিটিকিউআই (LGBTQI) জনগোষ্ঠী ১৬

মানসিক স্বাস্থ্য এবং মনঃসামাজিক সহায়তা ১৬

কার্যক্রম পরিচালনার পরিবেশ/পরিস্থিতি বোঝা ১৭

জাতীয় এবং স্থানীয় অংশীদারদের সহায়তা ১৭

দীর্ঘমেয়াদি সংকট ১৮

নগর পরিবেশ ১৮

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন ১৯

দেশীয় বা আন্তর্জাতিক সামরিক বাহিনীর সঙ্গে সম্পর্ক ১৯

মানবিক সাড়াদান কার্যক্রমে পরিবেশের প্রভাব ২০

পরিশিষ্ট: বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান........ ২১

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য........ ২৮

স্ফিয়ার কী?

১৯৯৭ সালে প্রতিষ্ঠিত স্ফিয়ার প্রকল্পটি বর্তমানে স্ফিয়ার হিসেবে পরিচিত, যা বিভিন্ন বেসরকারি মানবিক সহায়তা প্রদানকারী সংস্থা এবং রেডক্রস অ্যান্ড রেড ক্রিসেন্ট মুভমেন্টের সমন্বয়ে তৈরি হয়েছিল। এটির প্রধান লক্ষ্য ছিল মানবিক সহায়তার ক্ষেত্রে মানোন্নয়ন এবং সংস্থাগুলোর কাজের জবাবদিহি বৃদ্ধি করা। যে দুটি মূল ধারণার ভিত্তিতে স্ফিয়ার দর্শন প্রতিষ্ঠিত, তা হলো :

- দুর্যোগ ও সংঘাতে আক্রান্ত মানুষের মর্যাদার সাথে জীবনযাপনের এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার রয়েছে।
- দুর্যোগ এবং সংঘাত থেকে উদ্ভূত ভোগান্তিসমূহ লাঘবের জন্য সম্ভাব্য সব প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

মানবিকতার ঘোষণাপত্র এবং ন্যূনতম মানসমূহ এই মূল ধারণাগুলোকে কার্যকর করে। সুরক্ষা নীতিমালাসমূহ সব ধরনের মানবিক কার্যক্রমকে নির্দেশনা প্রদান করে এবং মানবিকতার মূলমানসমূহ সকল ক্ষেত্রে জবাবদিহিতা নিশ্চিত করার জন্য অঙ্গীকারগুলোকে অন্তর্ভুক্ত করে। এসব একত্রে মিলেই গঠিত হয়েছে স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক, যা বিশ্বব্যাপী সবচেয়ে বেশি উদ্ধৃত/স্বীকৃত মানবিক সহায়তাবিষয়ক একটি গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশিকায় পরিণত হয়েছে।

১. স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক

মানবিক সহায়তায় পরিকল্পনা, পরিচালনা বা বাস্তবায়নের সাথে যারা জড়িত, তাঁরাই হলেন স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের প্রধান ব্যবহারকারী। এর মধ্যে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণসহ স্থানীয়, জাতীয় এবং আন্তর্জাতিক মানবিক সংস্থাসমূহ যারা দুর্যোগে সাড়াদান কাজ করে তারা অন্তর্ভুক্ত। এ ছাড়াও এই হ্যান্ডবুকটি মানবিক সহায়তার গুণগত মান ও জবাবদিহিতা অধিকতর উন্নত করার জন্য অ্যাডভোকেসি এবং সঙ্গতিপূর্ণ মানবিক নীতিগুলো সুরক্ষার ক্ষেত্রে ব্যবহৃত হয়। সরকার, দাতা, সামরিক বা বেসরকারি সংস্থাগুলোকে তাদের নিজেদের কার্যক্রমের দিকনির্দেশনা প্রদান করতে স্ফিয়ারের ব্যবহার ক্রমবর্ধমানভাবে বেড়ে চলেছে এবং গঠনমূলক কাজ করার উদ্দেশ্যে মানবিক সহায়তা প্রদানকারী সংস্থাগুলো এই মানগুলো অনুশীলন করছে।

এই হ্যান্ডবুকটি প্রথম ১৯৯৮ সালে প্রণয়ন করা হয়েছিল, পরে ২০০০, ২০০৪, ২০১১ এবং বর্তমানে ২০১৮ সালে এর সংশোধিত সংস্করণ প্রকাশিত হলো। প্রতিটি সংশোধন প্রক্রিয়া সংশ্লিষ্ট বিভাগের ব্যক্তি, এনজিও, সরকার এবং জাতিসংঘের সংস্থাগুলোর পরামর্শের ভিত্তিতে করা হয়েছে। যার ফলে এর মান এবং নির্দেশনাগুলো স্বতন্ত্র ও প্রমাণিত। এই সংস্করণে বিশ্বব্যাপী এর অনুশীলনকারীরা তাঁদের ২০ বছরের অভিজ্ঞতার প্রতিফলন ঘটিয়েছেন।

এই চতুর্থ সংস্করণটি স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের ২০তম প্রতিষ্ঠাবার্ষিকীর একটি নিদর্শন এবং সাম্প্রতিক সময়ের মানবিক কার্যক্রমের পরিবর্তনগুলোকে অন্তর্ভুক্ত ও প্রতিফলিত করেছে। এই নতুন সংস্করণে নগর পরিবেশে কাজ করার জন্য নতুন দিকনির্দেশনা, দীর্ঘমেয়াদি সংকটে ন্যূনতম মানগুলো নিশ্চিত করার উপায় এবং বাজারভিত্তিক সহায়তার মাধ্যমে এসব মান পূরণের নির্দেশিকা সংযোজিত হয়েছে। স্ফিয়ার টেকনিক্যাল অধ্যায়গুলোতে প্রচলিত চর্চাগুলোর প্রতিফলন ঘটানো হয়েছে এবং পূর্ববর্তী মূল মানের (Core Standards) পরিবর্তে এখন মানবিকতার মূলমান (CHS) অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

চারটি ভিত্তি অধ্যায় এবং চারটি টেকনিক্যাল অধ্যায়

এই হ্যান্ডবুকটিতে স্ফিয়ার অঙ্গীকারগুলোর একটি নীতিগত এবং অধিকারভিত্তিক মানবিক সহায়তা প্রতিফলিত হয়েছে। নিজেদের পূর্বের অবস্থায় ফিরিয়ে আনার সিদ্ধান্তে সম্পূর্ণরূপে সম্পৃক্ততার জন্য মানুষের মর্যাদার ওপর ভিত্তি করে এটি গঠিত।

চারটি ভিত্তি অধ্যায় মানবিক সাড়াদানের মূল ভিত্তি হিসেবে নৈতিক, আইনগত এবং ব্যবহারিক প্রয়োগের একটি রূপরেখা প্রদান করে। এগুলো প্রতিটি টেকনিক্যাল সেক্টর এবং কর্মসূচিকে শক্তিশালী করে। একটি উন্নতমানের মানবিক সাড়াদান নিশ্চিত করতে এবং পদ্ধতিগুলো সঠিকভাবে সংজ্ঞায়িত করতে অধ্যায়গুলো অঙ্গীকারবদ্ধ। পদ্ধতিগুলো স্ব-সংজ্ঞায়িত, এবং বাস্তবায়নকারীদের তাঁদের কাজের দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিদের নিকট দায়বদ্ধ হতে উৎসাহিত করে। এই অধ্যায়গুলো ব্যবহারকারীদের যেকোনো প্রেক্ষাপটে ন্যূনতম মানদণ্ডগুলোকে আরও কার্যকরভাবে প্রয়োগের ক্ষেত্রে সহায়তা করে। মূল অধ্যায়গুলোকে অনুসরণ না করে, শুধু এর টেকনিক্যাল অধ্যায়গুলো পড়ার ফলে মানগুলোর অপরিহার্য উপাদানসমূহের ভুল ব্যাখ্যার ঝুঁকি থাকে।

ভিত্তি অধ্যায়গুলো হলো:

স্ফিয়ার কী: হ্যান্ডবুক এর কাঠামো, এটির ব্যবহার এবং অন্তর্নিহিত নীতিগুলোর একটি রূপরেখা প্রদান করে। পাশাপাশি এই হ্যান্ডবুকটি কীভাবে চর্চা করতে হয়, তা গুরুত্বসহকারে বর্ণনা করে।

মানবিকতার ঘোষণাপত্র: স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক সর্বজনীন একটি দৃঢ়প্রত্যয় ব্যক্ত করে যে, সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের সুরক্ষা এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার রয়েছে, এটিই স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের মূলভিত্তি। এই অধিকার মানুষের জীবনের মর্যাদাসহ মৌলিক শর্তগুলো নিশ্চিত করে। সনদটি সুরক্ষা নীতিমালা, মানবিকতার মূলমান এবং ন্যূনতম মানগুলোর নৈতিক ও আইনি পটভূমি প্রদান করে। এটি ১৯৯৪ সালের দুর্যোগ ত্রাণসামগ্রী বিতরণ কার্যক্রমে আন্তর্জাতিক রেড ক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলন এবং বেসরকারি সংস্থাসমূহের (এনজিও) আচরণবিধির ওপর ভিত্তি করে গড়ে উঠেছে। আচরণবিধি স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের একটি অবিচ্ছেদ্য উপাদান ⊕ *সংযুক্তি ২ দেখুন*।

মানবিকতার ঘোষণাপত্রের আইনি ভিত্তি গঠনকারী মূল নথিগুলোর একটি তালিকার জন্য মূল হ্যান্ডবুক-এর ⊕ *সংযুক্তি ১ দেখুন*।

সুরক্ষা নীতিমালাসমূহ: মানবিকতার ঘোষণাপত্রে উল্লিখিত আইনগত নীতিমালা ও অধিকারসমূহকে বাস্তব প্রেক্ষাপটে রূপান্তর করে চারটি সুরক্ষার মূলনীতিতে রূপান্তরিত হয়েছে, যা সব ধরনের মানবিক সহায়তা কার্যক্রম পরিচালনার ভিত্তি হিসেবে কাজ করে।

মানবিকতার মূলমান: ন্যূনতম মান অর্জনে নয়টি অঙ্গীকার রয়েছে, যা গুণগত মান ও জবাবদিহিতা ফলপ্রসূ করতে অপরিহার্য পদ্ধতিগুলো এবং সংস্থাগুলোর দায়দায়িত্বকে সুস্পষ্টভাবে চিহ্নিত করে।

চারটি টেকনিক্যাল অধ্যায়ে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে মূল সাড়াদানের ন্যূনতম মানগুলো:

- পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন
- খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি
- আশ্রয় এবং আবাসন
- স্বাস্থ্যসেবা

আচরণবিধি: ১০টি মূলনীতি

১. প্রথমে আসে একান্ত মানবিক প্রয়োজন।

২. বর্ণ, ধর্ম ও জাতীয়তানির্বিশেষে সহায়তা দেওয়া হয় এবং কোনো ধরনের নেতিবাচক বৈষম্য ছাড়াই। শুধু চাহিদার ভিত্তিতে অগ্রাধিকার সহায়তা নির্ধারিত হয়।

৩. বিশেষ কোনো রাজনৈতিক অথবা ধর্মীয় মতাদর্শকে প্রতিষ্ঠা করার জন্য মানবিক সহায়তা ব্যবহার করা হবে না/প্রদান করা হবে না।

৪. আমরা কখনোই সরকারের পররাষ্ট্রনীতির হাতিয়ার হিসেবে ব্যবহৃত হব না।

৫. আমরা সংস্কৃতি ও রীতিনীতি/প্রথাকে শ্রদ্ধা করব।

৬. স্থানীয় সামর্থ্য/সক্ষমতার ওপর ভিত্তি করে আমরা দুর্যোগে সাড়াদান কার্যক্রম প্রতিষ্ঠা করব।

৭. ত্রাণসামগ্রী সহায়তা ব্যবস্থাপনা কার্যক্রমে সুবিধাভোগীদের সম্পৃক্ততার উপায় খুঁজে বের করা হবে।

৮. ত্রাণসামগ্রী সহায়তা অবশ্যই মানুষের মৌলিক চাহিদা পূরণের পাশাপাশি ভবিষ্যৎ দুর্যোগজনিত বিপদাপন্নতা কমাতে সচেষ্ট হবে।

৯. যাদেরকে সহায়তা করছি ও যাদের কাছ থেকে সহায়তা প্রদানের জন্য সম্পদ গ্রহণ করছি–উভয়ের কাছেই আমরা দায়বদ্ধ থাকব।

১০. তথ্য প্রচার এবং বিজ্ঞাপন কর্মকাণ্ডে দুর্যোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের আমরা মর্যাদাপূর্ণ মানুষ হিসেবে উপস্থাপন করব, অসহায় বস্তু হিসেবে নয়।

আচরণবিধি: দুর্যোগ সাড়াদান কার্যক্রমে আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলন এবং এনজিওগুলোর জন্য প্রণীত আচরণ বিধিমালার বিস্তারিত পাঠের জন্য ⊕ সংযুক্তি ২ দেখুন।

প্রচলিতভাবে, মানবিক চাহিদা সুস্পষ্টভাবে নির্দিষ্ট কোনো সেক্টরে পড়ে না। কার্যকর মানবিক সাড়াদান অবশ্যই সামগ্রিকভাবে মানুষের প্রয়োজনের নিরিখে হতে হবে এবং সেক্টরগুলোকে পরস্পরের সাথে সমন্বয় ও সহযোগিতা করতে হবে। দীর্ঘমেয়াদি সংকটের ক্ষেত্রে, মানবিক সাড়াদানের বাহিরেও প্রয়োজনে ঘনিষ্ঠভাবে অন্যান্য উন্নয়ন সংস্থার সাথে কাজের ব্যাপ্তি বাড়ানো যেতে পারে। হ্যান্ডবুকটি এই সংযোগগুলো তৈরিতে সাহায্য করতে সামঞ্জস্যপূর্ণ রেফারেন্সগুলো অন্তর্ভুক্ত করেছে। একটি সামগ্রিক সাড়াদানে এর অনুশীলনকারীদের প্রতিটি অধ্যায়ের সাথে নিজেদের সুপরিচিত করা উচিত।

ন্যূনতম মানসমূহ একটি সামঞ্জস্যপূর্ণ পন্থার উন্নয়ন সাধন করে

মানসমূহ, বিদ্যমান প্রমাণ ও মানবিক অভিজ্ঞতাকে প্রতিফলিত করে এবং বৃহৎ ঐক্যমতের ভিত্তিতে উত্তম চর্চাকে উপস্থাপন করে। যেহেতু মানগুলো মানবাধিকারকে অবিচ্ছেদ্যভাবে উপস্থাপন করে, তাই এগুলোর প্রয়োগ সর্বজনীন। তবে, মানসমূহ কার্যকরভাবে প্রয়োগ করতে হলে, সুনির্দিষ্ট প্রেক্ষাপটে যে সাড়াদান হচ্ছে, তা অবশ্যই পর্যবেক্ষণ এবং বিশ্লেষণ করতে হবে।

মানসমূহের কাঠামো

মানগুলো একটি অভিন্ন কাঠামো অনুসরণ করে, যা পাঠককে সর্বজনীন বক্তব্যটি বুঝতে সহায়তা করে। প্রতিটি মান অর্জনের জন্য এতে ধারাবাহিকভাবে মূল করণীয়, প্রধান সূচক এবং নির্দেশনামূলক ব্যাখ্যা রয়েছে।

- এই **মানগুলো** মর্যাদার সাথে জীবনের অধিকার নীতির ওপর ভিত্তি করে তৈরি। এগুলো সাধারণ এবং গুণগত প্রকৃতির, যা সংকটে সাড়াদানের ক্ষেত্রে ন্যূনতম মান অর্জনের পথ প্রদর্শন করে। মানবিকতার মূলমানসমূহে (CHS) এই মানগুলোর সমতুল্য হলো 'অঙ্গীকার' এবং 'প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ'।

- ন্যূনতম মান অর্জন করতে **প্রধান করণীয়গুলো** বাস্তবধর্মী রূপরেখা প্রদান করে। এগুলো হলো পরামর্শ, যা সকল প্রেক্ষাপটে প্রযোজ্য না-ও হতে পারে। তাই পরিকল্পনাকারী বা অনুশীলনকারীদের পরিস্থিতি অনুযায়ী সবচেয়ে প্রাসঙ্গিক উপায় অনুসরণ করা উচিত।

- এই হ্যান্ডবুকের মধ্যে মানবিকতার মূলমানের ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় শর্তগুলো এবং অন্যান্য মানের ক্ষেত্রে প্রধান কাজগুলোকে সহায়তা করার জন্য **নির্দেশিকাগুলো প্রদান করা হয়েছে**। পাশাপাশি সুরক্ষা নীতিমালাসংক্রান্ত তথ্যের উৎসসহ (Cross Reference) অতিরিক্ত তথ্য সংযোজন করা হয়েছে। মানবিক মানগুলোর সঙ্গে অংশীদারত্বের অন্য মানগুলো ও তথ্যের উৎসও (Cross Reference) উল্লেখ করা হয়েছে।

- **নির্দেশিকাসমূহ** প্রধান করণীয়গুলোকে সহায়তা করার জন্য অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করে। এতে সুরক্ষা নীতিমালাগুলো (Protection Principles), মানবিকতার মূলমান (Core Humanitarian Standard) এবং হ্যান্ডবুকের অন্য মানগুলোর ক্রস-রেফারেন্স/অধিকতর বিস্তারিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এ ছাড়া হিউম্যানিটারিয়ান স্ট্যান্ডার্ডস পার্টনারশিপের (HSP) অন্য মানগুলোর সঙ্গে সংযোগ স্থাপনের জন্যও ক্রস-রেফারেন্স/আরো বিস্তারিত তথ্য প্রদান করা হয়েছে।

প্রধান সূচকসমূহের সমন্বয়ে কাজ করা

কোনো বিষয়ে মান অর্জিত হচ্ছে কি না, তা পরিমাপ করতে স্ফিয়ারের প্রধান সূচকগুলো হলো একটি পদ্ধতি। মানগুলো প্রয়োগের ক্ষেত্রে সতর্কতা অবলম্বন করা উচিত, যাতে এগুলোর ব্যবহার কোনো বিভ্রান্তি তৈরি না করে। মানগুলো সর্বজনীন, কিন্তু প্রধান সূচকগুলো প্রধান করণীয়গুলোর মতো অবশ্যই 'প্রেক্ষাপট এবং সাড়াদানের পর্যায়' উভয়ের আলোকে বিবেচিত হবে। তিন ধরনের স্ফিয়ার সূচক রয়েছে:

- ন্যূনতম প্রয়োজনীয় মান অর্জিত হয়েছে কি না, তা **প্রক্রিয়া সূচকগুলোর** (Process Indicators) দ্বারা নিরূপণ (যাচাই) করে। উদাহরণস্বরূপ: খাদ্যনিরাপত্তা, জীবিকা নির্বাহের উপায় এবং টিকে থাকার কৌশল নির্দিষ্ট মানের সাথে সংগতিপূর্ণ কি না, তা বিশ্লেষণে ব্যবহার করা ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি মান ১.১: খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই) দেখুন*।

- **অগ্রগতি সূচকগুলোর** (Progress Indicators) অর্জন মনিটর করতে সংশ্লিষ্ট সূচকগুলোর পরিমাপকের একক প্রদান করে। এই অগ্রগতি সূচকগুলো বেজলাইন নির্ধারণে, অংশীজন ও স্টেকহোল্ডারদের লক্ষ্য নির্ধারণে এবং লক্ষ্যে উপনীত হওয়ার জন্য পরিবর্তনগুলো মনিটর করার উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা উচিত। উদাহরণস্বরূপ: পরিবারগুলো সব সময় শতভাগ পরিষ্কার ও ঢেকে রাখা পাত্রে নিরাপদ পানি সংরক্ষণ করে কি না, তা মনিটর করা ⊕ *পানি সরবরাহ মান ২.২: পানির গুণগত মান দেখুন*। যদিও সর্বোত্তম লক্ষ্য ১০০ শতাংশ, তবুও পরিকল্পনাকারীদের উচিত বাস্তবতার ভিত্তিতে সূচকটিকে সংযুক্ত করা। বেজলাইনের বিপরীতে এবং সময়ের সাথে সাথে নির্ধারিত লক্ষ্যের দিকে অগ্রগতি পর্যবেক্ষণ করা উচিত।

- **লক্ষ্য সূচকগুলো** (Target Indicators) হলো সুনির্দিষ্ট, পরিমাপযোগ্য লক্ষ্য। ন্যূনতম পরিমাপযোগ্য বৈশিষ্ট্যের নিমিত্তে যার মান পূরণ করা হচ্ছে না। যত দ্রুত সম্ভব সে লক্ষ্যমাত্রায় পৌঁছাতে হবে, কারণ লক্ষ্যমাত্রা কম হলে সামগ্রিক কর্মসূচির সাথে আপস করা হবে। উদাহরণস্বরূপ: ৬ মাস থেকে ১৫ বছর বয়সী যেসব শিশু হামের টিকা গ্রহণ করেছে, তাদের শতকরা হারে লক্ষ্যমাত্রা হলো ৯৫ শতাংশ ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–শিশুস্বাস্থ্য মান ২.২.১: শিশুদের শৈশবকালীন টিকার মাধ্যমে প্রতিরোধযোগ্য রোগ দেখুন*।

অন্যান্য মানের সাথে সম্পর্ক

মানবিক সহায়তায় মর্যাদার সাথে বেঁচে থাকার অধিকারের সব দিক স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকে অন্তর্ভুক্ত নয়। বিভিন্ন সেক্টরে অংশীদার সংস্থাগুলোও স্ফিয়ারের অনুরূপ দর্শন এবং অঙ্গীকারের ওপর ভিত্তি করে বিভিন্ন মান প্রণয়ন করেছে, যা স্ফিয়ারের পরিপূরক। এই মানগুলো স্ফিয়ার হিউম্যানিটারিয়ান স্ট্যান্ডার্ডস পার্টনারশিপ (HSP) এবং অংশীদার সংস্থাগুলোর নিজস্ব ওয়েবসাইটের মাধ্যমে পাওয়া যায়।

- Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS): LEGS Project
- Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS): Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery: Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)
- Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network
- Minimum Standard for Market Analysis (MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)
- Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities: Age and Disability Consortium

২. প্রেক্ষাপট অনুযায়ী মানসমূহের ব্যবহার

বিভিন্ন প্রেক্ষাপটে মানবিক সাড়াদানের কাজ বাস্তবায়ন করা হয়। প্রত্যেকেরই মর্যাদাপূর্ণ জীবনের যে অধিকার রয়েছে, তাতে সহায়তার কাজে ন্যূনতম মান নিশ্চিত করার ক্ষেত্রে কিছু বিষয় রয়েছে। এই বিষয়গুলো তার অন্তর্ভুক্ত:

- মানবিক সাড়াদানের কাজটি কোন ধরনের পরিবেশে বাস্তবায়ন করতে হচ্ছে;
- জনসংখ্যার মধ্যে পার্থক্য এবং ব্যক্তিদের মধ্যে বৈচিত্র্য;
- কর্মসূচি এবং লজিস্টিকসের বর্তমান বাস্তবতায় কীভাবে ও কী ধরনের মানবিক সাড়াদান বাস্তবায়িত হবে;
- প্রধান শর্তাবলি ও লক্ষ্য নির্ধারণসহ; বিভিন্ন প্রেক্ষাপটে নির্ভুল বেজলাইন এবং সূচকগুলো।

সংস্কৃতি, ভাষা, সাড়াদানকারীদের সক্ষমতা, নিরাপত্তা, প্রবেশাধিকার, পরিবেশগত অবস্থা এবং সম্পদগুলো দুর্যোগে সাড়াদানের ক্ষেত্রে প্রভাবক হিসেবে কাজ করবে। দুর্যোগে সাড়াদানের ক্ষেত্রে

সম্ভাব্য নেতিবাচক প্রভাব সম্পর্কে অনুমান এবং সেগুলোকে নিয়ন্ত্রণে আনার জন্য কাজ করাও সমানভাবে গুরুত্বপূর্ণ ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ ও ২ এবং মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৩ দেখুন*।

স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক হলো মান ও জবাবদিহিতার জন্য একটি স্বেচ্ছাসেবী আচরণবিধি, যা সর্বাপেক্ষা সম্ভাব্য মান নিশ্চিতকরণ এবং এ ক্ষেত্রে দায়িত্বশীল হওয়াকে উৎসাহিত করার জন্য তৈরি করা হয়েছে। এটি 'কীভাবে করব' সেই নির্দেশিকা নয় বরং মানুষের মর্যাদার সঙ্গে বেঁচে থাকার এবং সংকট থেকে আগের অবস্থায় ফিরে আসার জন্য ন্যূনতম কী করণীয়, তার বর্ণনা।

স্ফিয়ার মানসমূহ মেনে চলার অর্থ এই নয় যে প্রতিটি মানের সব প্রধান করণীয় বাস্তবায়ন করতে হবে বা সব প্রধান সূচকসমূহ পূরণ করতেই হবে। একটি সংস্থা কতটুকু মান পূরণ করতে পারবে, তা নানা বিষয়ের ওপর নির্ভর করে, যার অনেকগুলোই তাদের নিয়ন্ত্রণের বাইরে হতে পারে। ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর কাছে পৌঁছানোর সক্ষমতা, অথবা রাজনৈতিক বা অর্থনৈতিক অনিশ্চয়তা, কিছু কিছু প্রেক্ষাপটে মানসমূহ অর্জনকে অসম্ভব করে তুলতে পারে।

যেসব ক্ষেত্রে ন্যূনতম প্রয়োজনীয়তা স্থানীয় জনগোষ্ঠী/আশ্রয়দানকারী জনগোষ্ঠীর জীবনযাত্রার মানের চেয়ে বেশি হয়, সেসব ক্ষেত্রে সম্ভাব্য উত্তেজনা কমানোর উপায় বিবেচনা করা জরুরি। যেমন–কমিউনিটিভিত্তিক সেবা প্রদান। কিছু ক্ষেত্রে জাতীয় কর্তৃপক্ষ ন্যূনতম চাহিদা নির্ধারণ করতে পারে, যা স্ফিয়ারের ন্যূনতম মান থেকে উন্নত।

মর্যাদার সাথে বেঁচে থাকার সাথে সম্পর্কিত মৌলিক অধিকারগুলোর একটি প্রকাশ হলো স্ফিয়ারের মানসমূহ। এই মানসমূহ অপরিবর্তনীয়। তবে সূচক ও ন্যূনতম চাহিদাগুলো প্রেক্ষাপট অনুযায়ী উপযোগীর করার দরকার হতে পারে। যেসব ক্ষেত্রে এই মানগুলো পূরণ সম্ভব নয়, সে ক্ষেত্রে ন্যূনতম চাহিদাগুলো কমিয়ে আনার প্রস্তাবগুলো সতর্কতার সাথে বিবেচনা করতে হবে। কোনো পরিবর্তনের প্রয়োজন হলে সংশ্লিষ্টদের সাথে সম্মিলিতভাবে সিদ্ধান্ত নিতে হবে এবং প্রকৃত অগ্রগতি ন্যূনতম মানের কম হলে সে ঘাটতির বিষয়টির ওপর বিস্তারিত প্রতিবেদন প্রদান করতে হবে। একই সাথে, কোনো মান পূরণ না করার ফলে জনগণের ওপর কী ধরনের নেতিবাচক প্রভাব পড়ছে, তা মূল্যায়ন করতে হবে এবং সম্ভাব্য ক্ষতি কমানোর জন্য যথাযথ পদক্ষেপ নিতে হবে। এই ঘাটতিগুলো নিয়ে অ্যাডভোকেসি করা এবং দ্রুততম সময়ে সূচকগুলো পূরণের জন্য প্রচেষ্টা চালিয়ে যেতে হবে।

সমগ্র কর্মসূচিচক্রে মানসমূহের প্রয়োগ

সমগ্র কর্মসূচিচক্রে স্ফিয়ার-নির্ধারিত মান নিশ্চিত করা উচিত। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে নিরূপণ (যাচাই) থেকে বিশ্লেষণ, কৌশল নির্ধারণ, পরিকল্পনা এবং কর্মসূচি প্রণয়ন, কর্মসূচি বাস্তবায়ন ও মনিটরিং এবং মূল্যায়ন ও শিখন প্রক্রিয়া।

নিরূপণ (যাচাই) ও বিশ্লেষণ

স্ফিয়ার 'ন্যূনতম মানগুলো' প্রতিটি খাতে চাহিদা নিরূপণ (যাচাই) ও বিশ্লেষণের একটি ভিত্তি প্রদান করে এবং প্রতিটি অধ্যায়ে এ উদ্দেশ্যে নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। সংকটের

শুরুতেই স্ফিয়ার মানগুলো তাৎক্ষণিক চাহিদা শনাক্ত করতে এবং সেই চাহিদা মোকাবিলায় কোন কার্যক্রমগুলো অগ্রাধিকার পাবে, তা নির্ধারণে সহায়তা করে। পরিকল্পনার জন্য প্রয়োজনীয় নির্দেশক সংখ্যা এবং ন্যূনতম সহায়তার মাত্রা বৈশ্বিকভাবে নির্ধারিত রয়েছে, যা সমন্বিত মানবিক সাড়াদানের জন্য ন্যূনতম ফলাফল নির্ধারণ ও পরিকল্পনা প্রণয়নে সহায়তা করে। ফলে, এই মানগুলো বিভিন্ন সংস্থা ও বিভিন্ন খাতের মধ্যে সমন্বয় জোরদার করতে এবং উন্নত করতেও গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে।

কৌশল নির্ধারণ ও কর্মসূচি প্রণয়ন

'মানবিকতার মূলমান' এবং 'ন্যূনতম মানগুলো' সবচেয়ে বেশি প্রয়োজন রয়েছে এমন মানুষের জন্য সঠিক সময়ে উপযুক্ত মানবিক সহায়তা প্রদান করতে সাড়াদান পরিকল্পনাকে সহায়তা করে। সব খাতে এই লক্ষ্য অর্জনের জন্য ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর পূর্ণাঙ্গ অংশগ্রহণ এবং জাতীয় ও স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সঙ্গে সমন্বয় অপরিহার্য।

প্রধান করণীয় এবং সূচকগুলো অগ্রাধিকার নির্ধারণ, পরিকল্পনার জন্য প্রয়োজনীয় সংখ্যাগত উপাত্ত নির্ধারণ ও বিভিন্ন খাতের মধ্যে সমন্বয় সাধনের জন্য একটি কাঠামো প্রদান করে। এটি নিশ্চিত করতে সাহায্য করে যে সেক্টরভিত্তিক সাড়াদান একে অপরকে শক্তিশালী করে এবং চাহিদা পূরণে মানুষের নিজেদের সক্ষমতাকে ব্যবহারে সহায়তা করে। সহায়তা প্রদানে যে গুণগত মান অর্জন করা উচিত, তার দিকনির্দেশনা দেয় প্রধান করণীয় ও সূচকসমূহ। এ ছাড়া এগুলো সাড়াদান কাজের মূল্যায়নের জন্য একটি ভিত্তি তৈরি করে, যার মাধ্যমে নির্ধারিত চাহিদাগুলো পূরণের সর্বোত্তম উপায় এবং সম্ভাব্য ক্ষতিকর পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া কমানোর কৌশল নির্ধারণ করা যায়।

কর্মসূচি পরিকল্পনার ক্ষেত্রে সাধারণত বিভিন্ন ধরনের সাড়াদানের বিকল্প বিশ্লেষণ করা হয়। যেমন: পণ্যের ধরন, নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা, সরাসরি সেবা প্রদান, প্রযুক্তিগত সহায়তা বা এগুলোর সংমিশ্রণ। বিভিন্ন ধরনের সাড়াদানের মধ্যে সমন্বয়ের বিষয়টি সাধারণত সময়ের সাথে সাথে পরিবর্তিত হয়। ন্যূনতম মানগুলো মূলত কীভাবে সহায়তা প্রদান করা হবে তা নির্ধারণ করে না, বরং কী করতে হবে, তার ওপর গুরুত্ব দেয়।

বাজারভিত্তিক কর্মসূচির একটি রূপ হলো নগদ অর্থভিত্তিক সহযোগিতা। মানবিক প্রয়োজন মেটাতে ক্রমেই এর ব্যবহার বাড়ছে। নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার ক্ষেত্রে বিবেচনার বিষয়গুলো স্ফিয়ারের হ্যান্ডবুকজুড়ে সব অধ্যায়ে বর্ণনা করা হয়েছে। নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা বিভিন্ন সেক্টরের চাহিদার পাশাপাশি নির্দিষ্ট সেক্টরের চাহিদা মেটাতে ব্যবহৃত হতে পারে। এটি বৈষম্যমূলক চর্চা প্রতিরোধ করতেও ব্যবহার করা যেতে পারে। বৈষম্যের ফলে সম্পদে নারীর অধিকার ও সম্পদ পরিচালনার বিষয়ে তাদের সিদ্ধান্ত গ্রহণের অধিকার ক্ষুণ্ণ হয়। সহায়তার ক্ষেত্রে বিভিন্ন উদ্দেশ্যে অর্থ প্রদান একটি কার্যকর মাধ্যম হতে পারে এবং সকল সেক্টরে মানগুলো পূরণ করে। সকল নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা একাধিক খাতভিত্তিক প্রয়োজনের বিশ্লেষণ, প্রেক্ষাপটের গতিশীলতা, বাজারের কার্যকারিতা এবং সম্ভাব্যতা নিরূপণের (যাচাই) ভিত্তিতে নির্ধারিত হতে হবে।

সব সেক্টরই যে বাজারভিত্তিক কার্যক্রমের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হবে, তা নয়। এটি বিশেষভাবে প্রযোজ্য তাঁদের ক্ষেত্রে যাঁরা সরাসরি বা টেকনিক্যাল সহায়তা প্রদান করেন। স্বাস্থ্য ও পুষ্টি খাতের সেবা প্রদানকারীরা বিদ্যমান স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান এবং স্থানীয় জনস্বাস্থ্য কার্যক্রমে সহায়তা দিতে পারেন, যেগুলো বাজারভিত্তিক ব্যবস্থায় পরিচালিত হয় না।

সহায়তা কীভাবে সবচেয়ে কার্যকরভাবে প্রদান করা যেতে পারে, তা নির্ধারণে প্রয়োজন ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের সাথে আলোচনা করা, বাজার বিশ্লেষণ, সেবা প্রদানের পদ্ধতি সম্পর্কে জ্ঞান এবং সরবরাহ ব্যবস্থাপনা ও লজিস্টিকস ব্যবস্থাপনার সম্পর্কে সুস্পষ্ট ধারণা। পরিস্থিতি পরিবর্তনের সাথে সাথে সাড়াদানের এই বিশ্লেষণটি নিয়মিতভাবে পুনর্মূল্যায়ন করা উচিত ⊕ *পরিশিষ্ট : বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন*।

বাস্তবায়ন

যদি স্ফিয়ারের মানগুলো ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার মধ্যে সবার বা কিছু গোষ্ঠীর ক্ষেত্রে পূরণ করা সম্ভব না হয়, তবে সেই কারণ অনুসন্ধান করতে হবে এবং ঘাটতিগুলোসহ আরো কী পরিবর্তন করতে হবে, সেগুলো ব্যাখ্যা করতে হবে। সুরক্ষা এবং জনস্বাস্থ্যসংক্রান্ত ঝুঁকিগুলোসহ নেতিবাচক প্রভাবগুলো নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে। এই সমস্যাগুলোকে প্রতিবেদন আকারে সংরক্ষণ এবং সম্ভাব্য ক্ষতি হ্রাসের উপযুক্ত উপায় শনাক্ত করতে অন্যান্য সেক্টর ও ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের সাথে সক্রিয়ভাবে কাজ করতে হবে।

পর্যবেক্ষণ, মূল্যায়ন, জবাবদিহিতা ও শিখন

ব্যবস্থাপনার সিদ্ধান্তের ক্ষেত্রে সময়োপযোগী এবং প্রমাণভিত্তিক সহযোগিতার জন্য পর্যবেক্ষণ (Monitoring), মূল্যায়ন (Evaluation), জবাবদিহিতা (Accountability) ও শিখন (Learning) [MEAL] গুরুত্বপূর্ণ। এটি মানবিক কার্যক্রমগুলোকে পরিবর্তিত পরিস্থিতির সাথে মানিয়ে নিতে সক্ষম করে। সব ন্যূনতম মানের মধ্যে এমন সূচক রয়েছে, যেগুলো পর্যবেক্ষণের মাধ্যমে বোঝা যায়। যেমন : মানগুলো অর্জিত হচ্ছে কি না, তা জনগণের সব শ্রেণির মানুষের জন্য সমানভাবে কার্যকর হচ্ছে কি না বা কাঙ্ক্ষিত লক্ষ্য অর্জনে আরও কতটুকু পদক্ষেপ নেওয়া প্রয়োজন। মূল্যায়ন শেখার প্রক্রিয়াকে সহায়তা করে, যা নীতিমালা উন্নয়ন ও ভবিষ্যতের প্রস্তুতি আরও কার্যকর করতে সহায়তা করে এবং একই সাথে জবাবদিহিকে উৎসাহিত করে। পর্যবেক্ষণ, মূল্যায়ন, জবাবদিহিতা ও শিখন (MEAL) ব্যবস্থা কার্যকর মানবিক সহায়তার ক্ষেত্রে সামগ্রিক শিখনচেষ্টায়ও গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে।

বিপদাপন্নতাগুলো এবং সক্ষমতাগুলো বোঝা

পুরো হ্যান্ডবুকে 'জনসংখ্যা' শব্দটি বিস্তৃত অর্থে ব্যবহৃত হয়েছে। স্ফিয়ার এই বিশ্বাসকে প্রতিফলিত করে যে প্রতিটি ব্যক্তিরই মর্যাদার সাথে বেঁচে থাকার অধিকার রয়েছে এবং তাই তাদের সহায়তা পাওয়ার অধিকার রয়েছে। বয়সনির্বিশেষে 'মানুষ' শব্দটিকে নারী, পুরুষ, ছেলে ও মেয়ে হিসেবে উল্লেখ করতে হবে; একই সঙ্গে বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তি, জাতীয়তা, জাতি, বর্ণ, নৃতাত্ত্বিক পরিচয়, স্বাস্থ্যগত অবস্থা, রাজনৈতিক সংশ্লিষ্টতা, যৌন পরিচয়, লিঙ্গপরিচয় বা অন্য কোনো বৈশিষ্ট্য যা দিয়ে নিজেদের সংজ্ঞায়িত করতে পারে।

ক্ষমতা এবং সম্পদ ব্যবস্থাপনায় বা নিয়ন্ত্রণে সব মানুষ সমান নয়। ব্যক্তি ও গোষ্ঠীগুলোর মধ্যে দক্ষতা, চাহিদা এবং দুর্বলতার ভিন্নতা রয়েছে, যা সময়ের সাথে সাথে পরিবর্তিত হয়। ব্যক্তি পর্যায়ে বয়স, লিঙ্গ, প্রতিবন্ধিতা এবং আইনি বা স্বাস্থ্যগত অবস্থা সহায়তা পাওয়ার সুযোগকে সীমিত করে তুলতে পারে। একটি সফল কর্মসূচির প্রধান ভিত্তি হলো সব বয়স ও ধরনের নারী, পুরুষ, মেয়ে ও ছেলেদের সাথে পরিকল্পনা ও নিয়মিত আলোচনা করা এবং এই আলোচনা স্বতন্ত্রভাবে/আলাদাভাবে

সময়ের সঙ্গে পরিস্থিতি ও প্রবণতা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে

- কারা ক্ষতিগ্রস্ত
- চাহিদা ও বিপদাপন্নতা
- মোকাবিলা কৌশল ও সক্ষমতা
- বাস্তুচ্যুত? ভ্রাম্যমাণ?
- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের অগ্রাধিকার কী?

- সুরক্ষা হুমকি ও ঝুঁকি
- নিরাপত্তা পরিস্থিতি ও আইনের শাসন
- সহায়তায় প্রবেশাধিকার
- যার প্রয়োজন তার কাছে পৌঁছানোর ব্যবস্থা?
- ঝুঁকির ঋতুভিত্তিক তারতম্য

- অংশীদার ও পারস্পরিক সম্পর্ক
- উত্তরদাতাদের সক্ষমতা ও অভিপ্রায়
- কর্তৃপক্ষ ও অন্য অংশীজনের সাড়াদান পরিকল্পনা
- স্থানীয় বা আশ্রয় প্রদানকারী জনগোষ্ঠীর ভূমিকা

- বিদ্যমান পণ্য ও পরিষেবা
- বাজারব্যবস্থা ও সরবরাহ ধারা
- অবকাঠামোগত সক্ষমতা
- সেবাদানকারী (অর্থনৈতিক ও অন্যান্য)
- লজিস্টিক সক্ষমতা ও সীমাবদ্ধতা

↓

বিশ্লেষণ এবং অগ্রাধিকার ঠিক করতে হবে

বিশ্লেষণ করতে হবে, কোন সমস্যাগুলোর সমাধান জরুরি? কোন শ্রেণির মানুষদের জন্য? কোন এলাকার মানুষকে অগ্রাধিকার দিতে হবে? কোন সময়সীমার মধ্যে সমাধান করতে হবে? কোন ধরনের মান বজায় রাখতে হবে?

↓

বিকল্পগুলো পর্যালোচনা করা এবং সিদ্ধান্ত নিতে হবে কীভাবে সেবা প্রদান করা হবে

আপনার প্রেক্ষাপটে বিদ্যমান বিকল্পগুলো বিবেচনা করতে হবে:

- সরাসরি সেবা প্রদান
- পণ্য বিতরণ
- কারিগরি সহায়তা
- বাজারভিত্তিক কর্মসূচি
- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা

এগুলো থেকে আপনার নিরূপণের (যাচাই) ভিত্তিতে সাড়াদান পদ্ধতি গ্রহণ করতে হবে:

- জরুরি ও সময়োপযোগী
- সম্ভাব্যতা
- সক্ষমতা
- মর্যাদা
- সুরক্ষা, হুমকি, ঝুঁকি
- দক্ষতা ও ব্যয়সাশ্রয়ী
- সহনশীলতা
- জাতীয় মালিকানা
- সরকারি নীতিমালা

↓

এমন কর্মসূচি গ্রহণ করা, যার ভিত্তি গুণগত মান ও জবাবদিহিতা

দেখার বিষয়

- লিঙ্গ, বয়স ও প্রতিবন্ধিতার ধরন অনুযায়ী আলাদা তথ্য
- বিপদাপন্নতা এবং সুরক্ষা
- টেকসই কিংবা রূপান্তর

যোগাযোগ এবং জবাবদিহিতা

- মতামত ও অভিযোগ জানানোর ব্যবস্থা
- সমন্বয়
- প্রক্রিয়াগতভাবে জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা

প্রেক্ষপট পর্যবেক্ষণ, প্রক্রিয়া, উন্নয়ন ও ফলাফল

- সূচক নির্বাচন
- তথ্যের যথাযথ বিভাজন/যথাযথ পৃথক পৃথক তথ্য

স্থানান্তর ও প্রস্থান কৌশল

- স্থানীয় অংশগ্রহণ ও মালিকানা
- জাতীয় ব্যবস্থা ও মালিকানা
- অংশীদারত্ব

মানসমূহ প্রয়োগে প্রেক্ষাপট বোঝা (চিত্র ১)

এবং মিশ্র দলে/সব দল উভয়ভাবেই হতে হবে। তরুণ বা প্রবীণ, নারী বা মেয়ে, বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তি বা সংখ্যালঘু জাতির সদস্য–এগুলো স্বয়ংক্রিয়ভাবে কাউকে সর্বজনীনভাবে দুর্বল করে না। বরং এর সঙ্গে আরও কিছু প্রেক্ষাপট রয়েছে, যা ব্যক্তিকে শক্তিশালী বা দুর্বল করতে পারে কিংবা কোনো ব্যক্তি বা গোষ্ঠীর জন্য সহায়তার সুযোগ কমাতে পারে।

প্রত্যন্ত অঞ্চলে, অনিরাপদ বা দুর্গম এলাকায় বসবাসের ফলে সমগ্র কমিউনিটি কিংবা গোষ্ঠীও অনেক সময় দুর্বল হতে পারে, যার ফলে তারা সীমিত সহায়তা ও সুরক্ষা পেয়ে থাকে। জাতীয়তা, জাতিসত্তা, ভাষা কিংবা ধর্মীয় বা রাজনৈতিক পরিচয়ের অনেক গোষ্ঠী যথাযথ সেবা থেকে বঞ্চিত হতে পারে এবং বৈষম্যের শিকার হতে পারে। সেখানে নিরপেক্ষতার নীতি প্রতিফলনের জন্য বিশেষ মনোযোগের প্রয়োজন।

যখন বিভিন্ন ধরনের জনগোষ্ঠী কর্মসূচি পরিকল্পনায় অংশগ্রহণ করে, তখন মানবিক সাড়াদান আরও ব্যাপক, সমন্বিত ও টেকসই ফলাফল অর্জনে সক্ষম হয়। ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের অংশগ্রহণ এবং তাদেরকে অন্তর্ভুক্ত করা মর্যাদাপূর্ণ জীবনের জন্য একটি মৌলিক উপাদান।

জনসংখ্যাভিত্তিক ভিন্ন ভিন্ন তথ্য

অনেক ক্ষেত্রে জনসংখ্যাভিত্তিক তথ্য খুঁজে পাওয়া বা তাদের সংকট বোঝা কঠিন। তবে সংগৃহীত তথ্য আলাদা করলে বিভিন্ন গোষ্ঠীর স্বতন্ত্র চাহিদা অনুধাবন করা যাবে এবং পদক্ষেপ নেওয়ার ফলে কী ধরনের পরিবর্তন হয়েছে, তা-ও স্পষ্ট হবে। এটি সবচেয়ে বেশি ঝুঁকিতে থাকা ব্যক্তিদের শনাক্ত করতে সাহায্য করতে পারে। এই তথ্য তাদের কাছে মানবিক সহায়তা পৌঁছানো সম্ভব কি না এবং তারা মানবিক সহায়তা ব্যবহার করতে পারবে কি না, কিংবা তাদের কাছে পৌঁছানোর জন্য আরও কিছু করা প্রয়োজন কি না তা নির্দেশ করে। লিঙ্গ বা বয়স, প্রতিবন্ধকতা, জাতি, ধর্ম, বর্ণ বা অন্য যেকোনো বিষয় যা সহায়তা পৌঁছানোর পথে প্রতিবন্ধক হতে পারে, এমন বিষয়গুলোর তথ্য আলাদা করতে হবে।

বয়সের সাধারণ তথ্যের জন্য জাতীয় তথ্য-সংগ্রহ পদ্ধতির মতো একই পদ্ধতি ব্যবহার করতে হবে। যদি জাতীয় পর্যায়ে বয়সভিত্তিক শ্রেণিবিন্যাস না থাকে, তবে প্রদত্ত টেবিলটি ব্যবহার করতে হবে। নবজাতক, শিশু, যুব, নারী বা প্রবীণ ব্যক্তিদের মতো নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর জন্য আরও আলাদা তথ্য প্রয়োজন হতে পারে।

লিঙ্গ	অবস্থা	বয়স									
		০-৫	৬-১২	১৩-১৭	১৮-২৯	৩০-৩৯	৪০-৪৯	৫০-৫৯	৬০-৬৯	৭০-৭৯	৮০+
নারী	প্রতিবন্ধিতা নেই										
	প্রতিবন্ধিতা আছে										
পুরুষ	প্রতিবন্ধিতা নেই										
	প্রতিবন্ধিতা আছে										

শিশু

শিশুরা অধিক নাজুক এবং যেকোনো ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার উল্লেখযোগ্য অংশ, কিন্তু সে অনুপাতে তারা দৃশ্যমান কম থাকে। বয়স ও বিকাশের পর্যায় অনুসারে শিশুদের ক্ষমতা এবং চাহিদার পরিবর্তন হয়। তাদেরকে ক্ষতি থেকে সুরক্ষিত রাখতে এবং মৌলিক পরিষেবার ন্যায়সঙ্গত সুবিধা নিশ্চিত করতে বিশেষ ব্যবস্থা গ্রহণ করা প্রয়োজন।

সংকটের সময় শিশুরা অপুষ্টি, পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন হওয়া, পাচার, সশস্ত্র বাহিনীতে অন্তর্ভুক্তি এবং শারীরিক বা যৌন সহিংসতা ও নির্যাতনের কারণে তাদের জীবন হুমকির সম্মুখীন হয়। এ ক্ষেত্রে এগুলো প্রতিটির জন্য জরুরি ব্যবস্থা নেওয়া প্রয়োজন।

সুরক্ষা ঝুঁকি প্রায়ই অনেক কারণে জটিল হয়। উদাহরণস্বরূপ, সশস্ত্র বাহিনীতে সৈনিক হিসাবে কিশোর এবং কম বয়সী ছেলেদের অন্তর্ভুক্তকরণের আশঙ্কা বেশি থাকে বা জোর করে শিশুশ্রমে বাধ্য করে। কিশোরী মেয়েদের যৌনকর্মী হিসেবে নিয়োগ বা পাচার করার আশঙ্কা বেশি থাকে। প্রতিবন্ধী শিশুদের পরিত্যক্ত বা অবহেলিত হওয়ার আশঙ্কা বেশি। প্রতিবন্ধী নারীদের প্রতি বিশেষ মনোযোগ দেওয়া প্রয়োজন, কারণ তারা যৌন সহিংসতা, যৌন শোষণ এবং অপুষ্টির শিকার হয়।

সব বয়স ও পটভূমির মেয়ে এবং ছেলেদের মতামত সক্রিয়ভাবে গ্রহণ করতে হবে; যাতে কীভাবে সহায়তা প্রদান, পর্যবেক্ষণ ও মূল্যায়ন করা হবে, তাতে তাদের মতামতের প্রতিফলন ঘটে। শিশু অধিকার কনভেনশনে বলা হয়েছে, ১৮ বছরের কম বয়সী সবাই ‘শিশু’। ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী কীভাবে শিশুদের সংজ্ঞায়িত করে, তা বিশ্লেষণ করতে হবে। কোনো শিশু বা কিশোর যাতে সহায়তা থেকে বাদ না পড়ে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

প্রবীণ জনগোষ্ঠী

অধিকাংশ দেশে জনসংখ্যার দ্রুতবর্ধনশীল অংশ প্রবীণ জনসংখ্যা, কিন্তু মানবিক সাড়াদানের ক্ষেত্রে তারা প্রায়ই উপেক্ষিত থাকে।

অনেক সংস্কৃতিতে প্রবীণ বলে বিবেচিত হওয়ার ক্ষেত্রে বয়সের পরিবর্তে বিশেষ পরিস্থিতি (যেমন, দাদা-দাদি হওয়া) বা শারীরিক লক্ষণ (যেমন, সাদা চুল) বিবেচনা করা হয়। যদিও অনেকে বার্ধক্যকে ৬০ বা তদূর্ধ্ব বয়স হিসাবে সংজ্ঞায়িত করে। তবে যেখানে মানবিক সংকট দেখা দেয়, সেখানে ৫০ বছর আরও উপযুক্ত হতে পারে।

প্রবীণ ব্যক্তিরা পরিস্থিতি মোকাবিলায় জ্ঞান ও অভিজ্ঞতাসম্পন্ন এবং সবাইকে সুরক্ষা প্রদান করেন। সম্পদ ব্যবস্থাপক, সমন্বয়কারী ও উপার্জনকারী হিসেবে ভূমিকা পালন করেন। তাঁরা প্রায়ই ঐতিহ্য ও ইতিহাসকে স্পষ্ট করেন এবং সাংস্কৃতিক সূত্র হিসাবে কাজ করেন। বিচ্ছিন্নতা, শারীরিক দুর্বলতা, পরিবার ও সমাজের সহায়তার ব্যবস্থা না থাকা, দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা, চলাফেরায় অসুবিধা এবং মানসিক ক্ষমতা কমে আসা–সবই মানবিক প্রেক্ষাপটে প্রবীণ মানুষদের দুর্বলতাকে আরও বাড়িয়ে তুলতে পারে।

মানবিক সাড়াদানের প্রতিটি পর্যায়ে প্রবীণ জনগোষ্ঠীর সঙ্গে পরামর্শ করা এবং যুক্ত থাকার বিষয়টি নিশ্চিত করতে হবে। বয়সের সঙ্গে উপযুক্ত এবং প্রাপ্য পরিষেবা, পরিবেশ ও তথ্য বিবেচনা করতে হবে এবং কর্মসূচি পর্যবেক্ষণ ও ব্যবস্থাপনার জন্য বয়সভিত্তিক আলাদা তথ্য ব্যবহার করতে হবে।

জেন্ডার

মানুষের জীবনচক্রজুড়ে নারী ও পুরুষের মধ্যকার সামাজিকভাবে নির্মিত পার্থক্য হলো জেন্ডার বা লিঙ্গ। এটি সময়ের সঙ্গে সঙ্গে এবং সংস্কৃতি ও প্রেক্ষাপটের ভিন্নতায় পরিবর্তিত হতে পারে। জেন্ডার প্রায়ই বিভিন্ন ভূমিকা, দায়িত্ব, ক্ষমতা এবং সম্পদে নারী, মেয়ে, ছেলে ও পুরুষদের অধিকার নির্ধারণ করে। এই পার্থক্যগুলো বোঝা এবং কীভাবে এগুলো সংকটের সময়ে পরিবর্তিত হয়, তা অনুধাবন করা কার্যকর মানবিক কর্মসূচি এবং মানবাধিকার রক্ষার জন্য গুরুত্বপূর্ণ। সংকট বা দুর্যোগে লিঙ্গবৈষম্য দূরীকরণ এবং নারী, মেয়ে, ছেলে ও পুরুষের ক্ষমতায়নের একটি সুযোগ হতে পারে।

জেন্ডার লিঙ্গের মতো নয়, যার দ্বারা কোনো ব্যক্তির জৈবিক পরিচয় বোঝায়।

‘জেন্ডার’ মানে ‘শুধু নারী’ নয়। যদিও নারী ও মেয়েরাই অধিকাংশ ক্ষেত্রে জেন্ডার ভূমিকায় বাধার সম্মুখীন হন, পুরুষ এবং ছেলেরাও পুরুষত্বের কঠোর নিয়মের দ্বারা প্রভাবিত হন। লিঙ্গসমতাভিত্তিক কর্মসূচিতে নারী, মেয়ে, পুরুষ ও ছেলেদের সমান অংশগ্রহণ নিশ্চিত করা প্রয়োজন, যাতে আরও ন্যায্য সম্পর্ক গড়ে ওঠে এবং সবার সমান অংশগ্রহণ নিশ্চিত করা যায়।

জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা

পুরুষ ও নারীর মধ্যে লিঙ্গ পার্থক্যের ওপর ভিত্তি করে যে সহিংসতা হয়, সেটাই 'জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা'। এটি নির্দেশ করে যে নারী ও পুরুষের মধ্যে কতটা বৈষম্য বিরাজমান। বিশ্বজড়ে নারী ও মেয়েদের বিরুদ্ধে সংঘটিত বেশির ভাগ নির্যাতনই জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা। দুর্যোগ বা সংকটে বিভিন্ন ধরনের জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা আরও তীব্র হয়, যার মধ্যে রয়েছে সঙ্গী কর্তৃক নির্যাতন, বাল্যবিবাহ, যৌন নিপীড়ন এবং পাচার।

কর্মীদের নিজস্ব কার্যকলাপসহ সংকটের প্রভাবে সৃষ্ট যৌন নিপীড়ন এবং অপব্যবহার রোধ করার জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ নেওয়া সংগঠনগুলোর দায়িত্ব। যখন অসদাচরণের অভিযোগগুলো সত্য বলে প্রমাণিত হয়, তখন যথাযথ কর্তৃপক্ষের অপরাধীকে জবাবদিহিতার আওতায় আনা এবং মামলাগুলো স্বচ্ছভাবে মোকাবিলা করা জরুরি।

প্রতিবন্ধী জনগোষ্ঠী

বিশ্বের প্রায় ১৫ শতাংশ মানুষ কোনো না কোনো ধরনের প্রতিবন্ধকতার সঙ্গে বসবাস করে। প্রতিবন্ধী ব্যক্তি হলো তারা যাদের মধ্যে দীর্ঘমেয়াদি শারীরিক, মানসিক, বুদ্ধিভিত্তিক বা সংবেদনশীল দুর্বলতা রয়েছে, যা বিভিন্ন প্রতিবন্ধকতার (বাধার) সাথে মিলে তাদের সমাজে অন্যদের মতো সমানভাবে কার্যকর অংশগ্রহণে প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টি করতে পারে।

মানবিক প্রেক্ষাপটে প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের শারীরিকভাবে পরিবেশ, পরিবহন, তথ্য ও যোগাযোগ এবং মানবিক সুবিধা বা সেবার ক্ষেত্রে বাধার সম্মুখীন হওয়ার আশঙ্কা বেশি থাকে। সাড়াদান ও প্রস্তুতিমূলক কার্যক্রমে সব ধরনের প্রতিবন্ধী ব্যক্তির সক্ষমতা ও চাহিদাকে গুরুত্বসহ বিবেচনায় নিতে হবে এবং তাদের অংশগ্রহণ ও সেবার প্রাপ্যতা নিশ্চিত করতে শারীরিক, যোগাযোগ ও দৃষ্টিভঙ্গিগত বাধা দূর করার জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ নেওয়া উচিত। লিঙ্গ-অসমতা ও বৈষম্যের কারণে প্রতিবন্ধী নারী ও মেয়েদের ঝুঁকি আরও বাড়তে পারে ⊕ *তথ্যসূত্র প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অবস্থাসংক্রান্ত তথ্যের জন্য ওয়াশিংটন গ্রুপ প্রশ্নমালা (Washington Group Questions) দেখুন এবং ⊕ আরও বিস্তারিত তথ্যের জন্য প্রবীণ ব্যক্তি ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য মানবিক অন্তর্ভুক্তি মানসমূহ দেখুন।*

এইচআইভি (HIV) নিয়ে বসবাস এবং আক্রান্ত ব্যক্তি

একটি নির্দিষ্ট প্রেক্ষাপটে এইচআইভি প্রাদুর্ভাব জানা গুরুত্বপূর্ণ, যাতে নাজুকতা এবং ঝুঁকি বোঝা যায় এবং কার্যকর সাড়া প্রদান নিশ্চিত করা যায়। বাস্তুচ্যুতি বা স্থানান্তর এইচআইভির ঝুঁকি বাড়াতে পারে এবং সংকটের সময় প্রতিরোধ, পরীক্ষা, যত্ন, চিকিৎসা ও সহায়তা পরিষেবাগুলোতে ব্যাঘাত সৃষ্টি হতে পারে। উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর মধ্যে সহিংসতা এবং বৈষম্য থেকে রক্ষা করতে নির্দিষ্ট ব্যবস্থা গ্রহণ করা প্রয়োজন। লিঙ্গবৈষম্য, প্রতিবন্ধিতা, লিঙ্গপরিচয় এবং যৌন পরিচয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য এই পরিস্থিতি আরও জটিল করে তুলতে পারে। এর ফলে, সেবা পাওয়া গেলেও এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তিরা সংকটকালীন সেবাগুলো গ্রহণে নিরুৎসাহিত হতে পারে। সহিংসতা, বৈষম্য এবং নেতিবাচক প্রতিক্রিয়ামূলক কৌশল যেমন লেনদেনভিত্তিক যৌনতা, বিশেষ করে নারী, মেয়ে এবং LGBTQI (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer or intersex) সম্প্রদায়ের মধ্যে এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকি বাড়ায়। সর্বোচ্চ ঝুঁকির মধ্যে রয়েছে: এমন পুরুষ যারা অন্য পুরুষের সঙ্গে যৌন সম্পর্ক স্থাপন করে, ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহণকারী, যৌনকর্মী, ট্রান্সজেন্ডার বা হিজড়া, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং কারাগার বা অন্যান্য সীমাবদ্ধ অবস্থায় থাকা মানুষজন।

সময়ের সঙ্গে মানুষের চলাচলের সক্ষমতা কমে যাওয়া এবং সংকটাপন্ন জনগোষ্ঠীর জন্য সেবার সুযোগ বৃদ্ধি এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকি কমাতে সহায়ক হতে পারে। এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তিদের উপস্থিতি বা এইচআইভির উচ্চ প্রাদুর্ভাব-সংক্রান্ত যেকোনো ভুল ধারণা দূর করা প্রয়োজন, যাতে বৈষম্যমূলক আচরণ এড়ানো যায়। এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তিরা মর্যাদাপূর্ণ জীবনযাপনের অধিকার রাখেন এবং তাদের প্রতি কোনো ধরনের বৈষম্য ছাড়াই সব সেবার সুযোগ নিশ্চিত করা উচিত।

এলজিবিটিকিউআই (LGBTQI) জনগোষ্ঠী

যারা নিজেদের লেসবিয়ান, গে, বাইসেক্সুয়াল, ট্রান্সজেন্ডার, কুইয়ার বা আন্তলিঙ্গ (LGBTQI) হিসেবে পরিচয় দেন, তারা প্রায়ই বৈষম্য, সামাজিক কলঙ্ক এবং যৌন ও শারীরিক সহিংসতার উচ্চ ঝুঁকিতে থাকেন। তাঁরা স্বাস্থ্যসেবা, বাসস্থান, শিক্ষা, কর্মসংস্থান, তথ্য এবং মানবিক সহায়তা সুবিধা গ্রহণের ক্ষেত্রে নানা বাধার সম্মুখীন হতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, ‘প্রচলিত’ পারিবারিক কাঠামোর ওপর ভিত্তি করে পরিচালিত সহায়তা কর্মসূচিগুলোতে–যেমন জরুরি আশ্রয় বা খাদ্য বিতরণ কর্মসূচিতে–LGBTQI ব্যক্তিরা প্রায়ই বৈষম্যের শিকার হন। এই ধরনের বাধা তাদের স্বাস্থ্য ও বেঁচে থাকার সক্ষমতাকে প্রভাবিত করে এবং দীর্ঘ মেয়াদে সমাজে একীভূত হওয়ার প্রক্রিয়ায় নেতিবাচক প্রভাব ফেলতে পারে। প্রস্তুতি ও পরিকল্পনা পর্যায়ে সুনির্দিষ্ট, নিরাপদ এবং অন্তর্ভুক্তিমূলক সুরক্ষা সাড়াদান অন্তর্ভুক্ত করা উচিত। মানবিক সাড়াদানের প্রতিটি ধাপে LGBTQI ব্যক্তি ও তাদের সংগঠনের সঙ্গে অর্থবহ পরামর্শ নিশ্চিত করতে হবে।

মানসিক স্বাস্থ্য এবং মনঃসামাজিক সহায়তা

মানবিক সংকটের চাপের প্রতি মানুষ ভিন্ন ভিন্নভাবে প্রতিক্রিয়া দেখায়। কেউ কেউ মানসিকভাবে বেশি বিপর্যস্ত হয়ে পড়তে পারে, বিশেষ করে যদি তারা জোরপূর্বক বাস্তুচ্যুত হয়ে থাকে, পরিবারের সদস্যদের থেকে বিচ্ছিন্ন হয়ে পড়ে, সহিংসতার শিকার হয়ে থাকে বা পূর্ব থেকেই মানসিক স্বাস্থ্যসংক্রান্ত সমস্যায় ভুগে থাকে। সামাজিক এবং সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে মৌলিক সেবা ও নিরাপত্তা নিশ্চিত করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। কারণ এটি একদিকে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর মানসিক কষ্ট প্রতিরোধে সহায়তা করে এবং অন্যদিকে বৈষম্য হ্রাস করতেও ভূমিকা রাখে।

কমিউনিটিভিত্তিক মনঃসামাজিক সহায়তা ও আত্মসহায়তা কার্যক্রম জোরদার করলে একটি সুরক্ষামূলক পরিবেশ তৈরি হয়, যেখানে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ একে অপরকে সহায়তা করে সামাজিক ও মানসিক পুনরুদ্ধারের পথে এগোতে পারে। ব্যক্তি, পরিবার বা গোষ্ঠীকেন্দ্রিক লক্ষ্যভিত্তিক সহায়তা–যার মধ্যে ক্লিনিক্যাল সহায়তাও অন্তর্ভুক্ত–গুরুত্বপূর্ণ হলেও এসব সহায়তা সব সময় মানসিক স্বাস্থ্যবিশেষজ্ঞের মাধ্যমে প্রদান করা অপরিহার্য নয়। প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ও তত্ত্বাবধানে থাকা সাধারণ কর্মীরাও এই সহায়তা দিতে পারেন ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৫: মানসিক স্বাস্থ্যসেবা দেখুন।*

ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী প্রায়ই তাদের আধ্যাত্মিক বা ধর্মীয় পরিচয়ের সঙ্গে যুক্ত থাকে এবং অনেক ক্ষেত্রে কোনো বিশ্বাসভিত্তিক সম্প্রদায়ের অংশ হিসেবে নিজেদের চিহ্নিত করে। এটি তাদের সংকট মোকাবিলার একটি গুরুত্বপূর্ণ কৌশল এবং বিভিন্ন খাতে উপযুক্ত সাড়াদান নির্ধারণেও প্রভাব ফেলে। উদাহরণ রয়েছে যে মানবিক সহায়তা কার্যক্রমে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর ধর্মীয় পরিচয় বিবেচনায় নিলে তা অধিক উপকার বয়ে আনে। বিদ্যমান বিশ্বাসভিত্তিক জনগোষ্ঠীসমূহ যেকোনো মানবিক সাড়াদানে গুরুত্বপূর্ণ অবদান রাখতে পারে। মানুষকেন্দ্রিক সাড়াদান নিশ্চিত করতে মানবিক কর্মীদের ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর ধর্মীয় পরিচয় সম্পর্কে সচেতন থাকা প্রয়োজন। এ উদ্দেশ্যে বর্তমানে বিভিন্ন সহায়ক উপকরণ ও টুলস তৈরি রয়েছে।

কার্যক্রম পরিচালনার পরিবেশ/পরিস্থিতি বোঝা

মানবিক সাড়াদান অত্যন্ত বৈচিত্র্যময় প্রেক্ষাপটে পরিচালিত হয়–শহর থেকে গ্রামাঞ্চল, সংঘাতপূর্ণ এলাকা থেকে হঠাৎ সংঘটিত দুর্যোগ পর্যন্ত; এবং অনেক সময় এগুলো সময়ের সঙ্গে একাধিক প্রেক্ষাপটের সমন্বিত রূপ ধারণ করে। ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর চাহিদা পূরণে সাড়াদানের কার্যকারিতা নির্ভর করে ভৌগোলিক অবস্থান, নিরাপত্তা পরিস্থিতি, সামাজিক কাঠামো, অর্থনৈতিক অবস্থা, রাজনৈতিক প্রেক্ষাপট এবং পরিবেশগত বাস্তবতার ওপর। যদিও ন্যূনতম মানসমূহ মূলত তাৎক্ষণিক জীবনরক্ষাকারী সহায়তার ওপর গুরুত্ব দেয়, তবু এগুলো এমন মানবিক সাড়াদানের ক্ষেত্রেও প্রযোজ্য যা কয়েক দিন, সপ্তাহ, মাস বা কখনো কখনো বছরের পর বছর ধরে চলতে পারে। মানবিক সাড়াদানকে সময়ের সঙ্গে পরিবর্তিত হতে হবে এবং নতুন বাস্তবতার সঙ্গে খাপ খাইয়ে নিতে হবে, যাতে সহায়তা-নির্ভরশীলতা তৈরি না হয়। প্রেক্ষাপট ও পরিস্থিতির ধারাবাহিক বিশ্লেষণই নির্দেশ করবে কখন কর্মসূচিগুলোকে পরিবর্তিত পরিবেশের সঙ্গে মানিয়ে নিতে হবে–উদাহরণস্বরূপ, নতুন নিরাপত্তাজনিত সমস্যা বা বন্যার মতো মৌসুমি বাধার ক্ষেত্রে।

মানবিক সাড়াদান স্থানীয় গতিশীলতার ওপর কী প্রভাব ফেলছে–যেমন পণ্য ও সেবা ক্রয়, পরিবহন ভাড়া বা নিয়োগ প্রক্রিয়া–তা নিয়মিতভাবে মূল্যায়ন করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। এর মাধ্যমে মানবিক কার্যক্রম কোনোভাবেই সংঘাতের গতিবিধিকে উসকে দিচ্ছে না তা নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ২ দেখুন।* যখন সংকট দীর্ঘস্থায়ী হয়ে ওঠে, তখন বিদ্যমান কাঠামোগত দুর্বলতাগুলো আরও প্রকট হয়ে চাহিদা এবং ঝুঁকি বাড়িয়ে তোলে। এ ক্ষেত্রে অতিরিক্ত সুরক্ষা ও সহনশীলতা (resilience) গড়ে তোলার উদ্যোগ নেয়া প্রয়োজন হয়, যার কিছু বিষয় উন্নয়ন সহযোগী সংস্থার সঙ্গে সমন্বয় বা যৌথভাবে কাজ করার মাধ্যমে আরও ভালোভাবে মোকাবিলা করা যেতে পারে।

সমন্বয় ব্যবস্থাপনা কাঠামো, যেমন- ক্লাস্টার পদ্ধতি, কাজ ও দায়িত্বের সুস্পষ্ট বণ্টন নিশ্চিত করতে এবং সেবা ও মানের ঘাটতি চিহ্নিত করতে সহায়তা করে। এর মাধ্যমে একই কাজের পুনরাবৃত্তি ও সম্পদের অপচয় রোধ করা সম্ভব হয়। বিভিন্ন অংশীজনের মধ্যে তথ্য ও জ্ঞান বিনিময়, যৌথ পরিকল্পনা এবং সমন্বিত কার্যক্রম ঝুঁকি ব্যবস্থাপনাকে আরও কার্যকর করে এবং মানবিক সাড়াদানের ফলাফল উন্নত করে।

জাতীয় এবং স্থানীয় অংশীদারদের সহায়তা

আশ্রয়দানকারী রাষ্ট্রের প্রাথমিক ভূমিকা ও দায়িত্বকে স্বীকৃতি দিয়ে, এই হ্যান্ডবুকটি মানবিক সাড়াদানে সম্পৃক্ত সব পক্ষকে দিকনির্দেশনা প্রদান করে এবং একই সঙ্গে মানবিক সংস্থাগুলো কীভাবে রাষ্ট্রের এই দায়িত্ব পালনে সহায়ক ভূমিকা রাখতে পারে, তা ব্যাখ্যা করে। সংঘাতপূর্ণ পরিস্থিতিতে, ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর কাছে সহায়তা পৌঁছাতে রাষ্ট্রীয় বা অরাষ্ট্রীয় পক্ষগুলোর সহযোগিতা করার ইচ্ছা ও সক্ষমতা সাড়াদানের কার্যকারিতার ওপর নির্ণায়ক প্রভাব ফেলে।

সাড়াদানের ক্ষেত্রে নেতৃত্ব প্রদান বা সমন্বয় সাধনে রাষ্ট্রের ভূমিকা বিভিন্ন বিষয়ের ওপর নির্ভর করে, যার মধ্যে রয়েছে:

- মানবিক সাড়াদানের সমন্বয় বা বাস্তবায়নের জন্য বিশেষভাবে দায়িতপ্রাপ্ত কোনো সরকারি সংস্থার অস্তিত্ব (যা সাধারণত জাতীয় দুর্যোগ ব্যবস্থাপনা কর্তৃপক্ষ বা সংস্থা নামে পরিচিত);
- পুষ্টিমান, জরুরি ওষুধের মান এবং স্বাস্থ্যকর্মীদের মানদণ্ডসহ বিভিন্ন মান নির্ধারণে সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয়গুলোর ভূমিকা ও সক্ষমতা; এবং
- রাষ্ট্রীয় প্রতিষ্ঠানগুলোর কার্যকরভাবে কাজ করতে না পারা, যেমন প্রতিদ্বন্দ্বিতাপূর্ণ বা নিয়ন্ত্রণহীন এলাকায়। এই ধরনের ব্যতিক্রমী পরিস্থিতিতে মানবিক সংস্থাগুলোকে নিজেদের সমন্বয় ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হতে পারে।

দীর্ঘমেয়াদি সংকট

যখন এটি স্পষ্ট হয়ে ওঠে যে মানবিক সাড়াদান কয়েক মাস বা এমনকি বছরের পর বছর স্থায়ী হতে পারে, তখন চাহিদা পূরণ এবং মর্যাদার সঙ্গে জীবনযাপন নিশ্চিত করার জন্য বিভিন্ন বিকল্প পদ্ধতি বিবেচনা করা প্রয়োজন। চাহিদা পূরণে সহায়তার জন্য বিদ্যমান সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠান, স্থানীয় কর্তৃপক্ষ, স্থানীয় কমিউনিটি, সামাজিক সুরক্ষা নেটওয়ার্ক অথবা উন্নয়ন সহযোগীদের সঙ্গে কাজ করার সুযোগ অন্বেষণ করা উচিত। নিরূপণের (যাচাই) ক্ষেত্রে অবশ্যই প্রেক্ষাপট ও সুরক্ষা-সংক্রান্ত উদ্বেগগুলো বিবেচনায় নিতে হবে এবং ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর অধিকার কীভাবে প্রভাবিত হতে পারে, তা বিশ্লেষণ করতে হবে। বিশ্লেষণ, নিরূপণ (যাচাই), সিদ্ধান্ত গ্রহণ, পর্যবেক্ষণ এবং মূল্যায়নপ্রক্রিয়ায় স্ব-পরিচয়ভিত্তিক কমিউনিটিসহ *(যেসব গোষ্ঠী বা কমিউনিটি নিজেদের পরিচয় নিজেরাই নির্ধারণ করে, বাইরের কেউ তাদের ওপর পরিচয় চাপিয়ে দেয় না)* উভয় লিঙ্গের মানুষ, সব বয়সের ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং বিভিন্ন পটভূমির মানুষদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। যত দ্রুত সম্ভব দীর্ঘমেয়াদি ও স্থায়ী সমাধানের পথে অগ্রসর হওয়া প্রয়োজন। মানবিক সংস্থাগুলোর যখন দীর্ঘমেয়াদি সমাধান বাস্তবায়নের সুযোগ থাকে, তখন সেগুলোকে সাময়িক ব্যবস্থার তুলনায় অগ্রাধিকার দেওয়া উচিত।

এটি স্বীকার করা জরুরি যে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষরাই নিজেদের চাহিদা মেটাতে এবং নিজেদের সুরক্ষা নিশ্চিত করতে প্রথম পদক্ষেপ গ্রহণ করেন। জাতীয় ও স্থানীয় কর্তৃপক্ষ, সুশীল সমাজ সংগঠন, ধর্মভিত্তিক প্রতিষ্ঠান এবং অন্যান্য স্থানীয় উদ্যোগ গুরুত্বপূর্ণ সহায়তা প্রদান করে থাকে। আগের এসব বিদ্যমান সহায়তা নেটওয়ার্ক সম্পর্কে সচেতন থাকা প্রয়োজন এবং সেগুলোকে দুর্বল করা বা পুনরাবৃত্তি না করে কীভাবে সহযোগিতা ও সমর্থন জোরদার করা যায়, তা চিহ্নিত করাই একটি কার্যকর ও টেকসই মানবিক সাড়াদানের গুরুত্বপূর্ণ অংশ।

নগর পরিবেশ

বিশ্বের জনসংখ্যা ক্রমশ নগর ও শহরমুখী হওয়ায় মানবিক সহায়তাদানকারীদের নগর প্রেক্ষাপটে সাড়া দেওয়ার জন্য প্রস্তুত থাকতে হবে। নগর অঞ্চলগুলো সাধারণত অন্যান্য প্রেক্ষাপট থেকে যেসব দিক দিয়ে ভিন্ন, তা হলো–

- **জনসংখ্যার ঘনত্ব (Density):** তুলনামূলকভাবে ছোট একটি এলাকায় অধিকসংখ্যক মানুষ, ঘরবাড়ি, অবকাঠামো, আইন ও সংস্কৃতির ঘন উপস্থিতি।
- **বৈচিত্র্য (Diversity):** সামাজিক, জাতিগত, রাজনৈতিক, ভাষাগত, ধর্মীয় ও অর্থনৈতিকভাবে ভিন্ন ভিন্ন জনগোষ্ঠী কাছাকাছি অবস্থানে বসবাস করে।
- **গতিশীলতা (Dynamics):** শহুরে পরিবেশ দ্রুতপরিবর্তনশীল। এখানে মানুষের চলাচল বেশি এবং ক্ষমতার সম্পর্ক দ্রুত রূপান্তরিত হয়।

নগর এলাকায় প্রায়ই সিটি করপোরেশন বা পৌরসভা হয় মূল সরকারি কর্তৃপক্ষ, যার সঙ্গে সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয় ও অন্যান্য সরকারি সংস্থার সংযোগ থাকে। এসব অঞ্চলে মৌলিক সেবা, খাদ্যনিরাপত্তা ও জীবিকাবিষয়ক পরিস্থিতি মূল্যায়নের সময় যেকোনো ধরনের বৈষম্য আছে কি না, তা বিশেষভাবে গুরুত্ব দিয়ে বিবেচনা করতে হবে। শহর ও নগরবাসীরা সাধারণত নগদ অর্থ ব্যবহার করে বাসাভাড়া পরিশোধ, খাদ্য কেনা এবং স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করে থাকে। তাই সহায়তা যেভাবেই প্রদান করা হোক না কেন, মর্যাদার সঙ্গে বেঁচে থাকার জন্য ন্যূনতম মানসমূহ বজায় রেখে সহায়তা দেওয়া প্রয়োজন।

নগর এলাকায় সহায়তা প্রদানের ক্ষেত্রে স্ফিয়ার নির্ধারিত ন্যূনতম মান বিভিন্ন ধরনের প্রবেশপথ ব্যবহারকে সমর্থন করতে পারে। এর মধ্যে বসতি, পাড়া বা এলাকা-ভিত্তিক পদ্ধতি অন্তর্ভুক্ত। এছাড়া, স্কুল, ক্লাব, নারী গোষ্ঠী এবং ট্যাক্সিচালকদের মতো অভিন্ন স্বার্থ বা পরিচয়ের ভিত্তিতে গঠিত সংগঠনগুলোও সহায়তা পৌঁছানোর কার্যকর মাধ্যম হিসেবে কাজ করতে পারে।

স্থানীয় ব্যক্তিবর্গের (যেমন বেসরকারি খাত, স্থানীয় সরকার, পাড়ার নেতা/নেতৃস্থানীয় ব্যাক্তি, কমিউনিটি গ্রুপ) সঙ্গে একসঙ্গে কাজ করাটা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ, যেন বিদ্যমান সেবাগুলো বদলে না দিয়ে, বরং পুনরায় শুরু, সমর্থন এবং শক্তিশালী করা যায়। এ ছাড়া মানবিক সহায়তা কীভাবে পৌরসভার ভবিষ্যৎ বিনিয়োগ পরিকল্পনায় সহায়ক ভূমিকা রাখতে পারে, তা বিবেচনায় রাখা দরকার, যাতে এই সহায়তা শুধু সংকটকালেই নয়, দীর্ঘ মেয়াদেও টেকসই প্রভাব তৈরি করতে পারে।

যেকোনো পরিবেশের মতো নগর পরিবেশের প্রেক্ষাপট বিশ্লেষণে বিদ্যমান সম্পদ ও সুযোগের দিকে নজর দেওয়া উচিত। যেমন বাণিজ্য, নগদ অর্থ, প্রযুক্তি, জনপরিসর, বিশেষ দক্ষতাসম্পন্ন ব্যক্তি এবং সামাজিক ও সাংস্কৃতিক বৈচিত্র্য। একই সঙ্গে ঝুঁকি ও সুরক্ষার দিকগুলোও দেখা দরকার। বিশ্লেষণের মাধ্যমে সাড়াদানের বিভিন্ন বিকল্প এবং কীভাবে সেবা প্রদান করা হবে, যেমন পণ্যভিত্তিক সহায়তা না নগদ নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা (এটিই সর্বোত্তম উপায়) দেওয়া হবে তা সিদ্ধান্ত গ্রহণে সহায়তা করবে। শহর ও নগরের নগদ অর্থভিত্তিক অর্থনীতি বাজার ও প্রযুক্তিখাতের বিভিন্ন অংশীজনের সঙ্গে অংশীদারিত্বের সুযোগ সৃষ্টি করে, যা নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা ব্যবহারে সহায়ক হতে পারে।

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন

পরিকল্পিত গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন ও ক্যাম্প, পাশাপাশি গণ কেন্দ্র (collective centres) এবং স্বতঃস্ফূর্তভাবে গড়ে ওঠা আবাসনগুলোয় বলপ্রয়োগ বাস্তুচ্যুত লক্ষ লক্ষ মানুষ বসবাস করছে। কমিউনিটিভিত্তিক এই ধরনের পরিবেশে সহায়তার মান নিশ্চিত করতে স্ফিয়ার নির্ধারিত মানগুলো ব্যবহার করা যেতে পারে। একই সঙ্গে জনস্বাস্থ্য-সংক্রান্ত চাহিদা মোকাবিলায় এবং স্বতঃস্ফূর্ত আবাসনগুলোয় মৌলিক সেবায় প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করার জন্য বহুখাতভিত্তিক কর্মসূচির অগ্রাধিকার নির্ধারণেও এসব মান সহায়ক।

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসনে নির্ধারিত ক্যাম্প ব্যবস্থাপনা সক্ষমতা থাকলে জবাবদিহিতা বৃদ্ধি পায় এবং সেবা প্রদান আরও সমন্বিতভাবে করা সম্ভব হয়। তবে এ ধরনের আবাসনে কিছু নির্দিষ্ট সুরক্ষা ঝুঁকিও বিদ্যমান থাকে। উদাহরণস্বরূপ, যখন আবাসন ত্যাগ করার স্বাধীনতা সীমিত হয়, তখন মানুষ বাজারে প্রবেশ বা জীবিকামূলক কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণ করতে পারে না। একই সঙ্গে আশ্রয়দানকারী স্থানীয় জনগোষ্ঠীর প্রতিও বিশেষ মনোযোগ দেওয়া প্রয়োজন। কারণ আচরণ বা সহায়তার ক্ষেত্রে বাস্তব বা ধারণাগত বৈষম্য উত্তেজনা কিংবা সংঘাতের ঝুঁকি বাড়াতে পারে। এ ধরনের পরিস্থিতিতে ক্যাম্পভিত্তিক ব্যবস্থার বিকল্প সমাধানের পক্ষে সমর্থন জানানো এবং স্থানীয় জনগোষ্ঠীর চাহিদাকেও সমান গুরুত্ব দিয়ে বিবেচনা করা জরুরি, যাতে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণ মর্যাদার সঙ্গে জীবনযাপন করতে পারে।

দেশীয় বা আন্তর্জাতিক সামরিক বাহিনীর সঙ্গে সম্পর্ক

যখন কোনো এলাকায় মানবিক সংস্থাগুলো দেশীয় বা আন্তর্জাতিক সামরিক বাহিনীর সঙ্গে একই সময়ে সাড়াদান কার্যক্রম পরিচালনা করে, তখন একে অপরের দায়িত্ব, কাজের ধরন, সক্ষমতা এবং

সীমাবদ্ধতা সম্পর্কে সচেতন থাকা অত্যন্ত জরুরি। দুর্যোগ বা সংঘাত পরিস্থিতিতে মানবিক সংস্থাগুলোকে প্রায়ই বিভিন্ন ধরনের সামরিক বাহিনীর সঙ্গে কাজ করতে হয়–যার মধ্যে আশ্রয়দানকারী রাষ্ট্রের সশস্ত্র বাহিনী, অ-রাষ্ট্রীয় সশস্ত্র গোষ্ঠী এবং আন্তর্জাতিক শান্তিরক্ষী বাহিনী অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। মানবিক সাড়াদান কর্মীদের মনে রাখতে হবে যে আশ্রয়দানকারী রাষ্ট্র নিজ নিজ ভূখণ্ডে সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের জন্য সহায়তা ও সুরক্ষা নিশ্চিত করতে বাধ্য। অনেক ক্ষেত্রে এই দায়িত্ব পালনে দেশীয় সামরিক বাহিনীকে আনুষ্ঠানিকভাবে দায়িত্ব প্রদান করা হয়।

মানবিক ও সামরিক পক্ষের মধ্যে সকল ধরনের সংলাপ এবং সমন্বয়ের ক্ষেত্রে–সব স্তর ও সব পর্যায়ে–মানবিক নীতিমালাই দিকনির্দেশক হওয়া উচিত। তথ্য ভাগাভাগি, পরিকল্পনা এবং দায়িত্ব বণ্টন–এই তিনটি কার্যকর সিভিল-মিলিটারি সমন্বয়ের অপরিহার্য উপাদান। তবে মানবিক ও সামরিক পক্ষের মধ্যে তথ্য আদান-প্রদান অবশ্যই কার্যক্রমের প্রেক্ষাপটের ওপর নির্ভরশীল হতে হবে। মানবিক সংস্থাগুলো এমন কোনো তথ্য শেয়ার করতে পারবে না, যা সংঘাতের কোনো এক পক্ষকে কৌশলগত সুবিধা দেয় বা বেসামরিক জনগণের নিরাপত্তাকে ঝুঁকির মধ্যে ফেলে।

কিছু ক্ষেত্রে মানবিক কার্যক্রমকে সহায়তা করার জন্য সামরিক বাহিনীর বিশেষ সক্ষমতা ব্যবহার করার প্রয়োজন হতে পারে। তবে এ ধরনের সামরিক সহায়তা অবকাঠামোগত সহায়তা বা পরোক্ষ সহযোগিতার মধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকা উচিত। সরাসরি সহায়তা কেবল শেষ অবলম্বন হিসেবে বিবেচিত হবে।

সামরিক বাহিনীর সঙ্গে সহযোগিতা মানবিক সংস্থার নিরপেক্ষতা ও কার্যক্রম পরিচালনার স্বাধীনতার ওপর বাস্তব বা ধারণাগত প্রভাব ফেলতে পারে। তাই যেকোনো সহযোগিতার বিষয়টি আগেভাগেই সতর্কতার সঙ্গে বিবেচনা করা প্রয়োজন। সকল মানবিক-সামরিক সমন্বয় ব্যবস্থার ক্ষেত্রে আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত নির্দেশনামূলক দলিল অনুসরণ করা উচিত ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৬ এবং তথ্যসমূহ দেখুন।*

মানবিক সাড়াদান কার্যক্রমে পরিবেশের প্রভাব

মানুষ যে পরিবেশে বাস করে এবং কাজ করে তা তাদের স্বাস্থ্য, সুস্থতা এবং সংকটের পর পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার জন্য গুরুত্বপূর্ণ। ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ কীভাবে পরিবেশের ওপর নির্ভর করে নিজেদের পুনরায় আগের অবস্থানে ফিরিয়ে নিতে পারে, তা বোঝা গেলে সহায়তা কার্যক্রমের পরিকল্পনা আরও কার্যকর এবং টেকসইভাবে সাড়াদান দেয়া সম্ভব, যা ভবিষ্যতের ঝুঁকি কমানো ও সংকট মোকাবিলায়ও সহায়তা করে।

মানবিক সাড়াদান কার্যক্রম প্রত্যক্ষ ও পরোক্ষভাবে পরিবেশকে প্রভাবিত করে। কার্যকর মানবিক সাড়াদানে তাই বৃহৎ পরিসরে নিরূপণ (যাচাই) ও পরিস্থিতি বিশ্লেষণের পাশাপাশি পরিবেশগত ঝুঁকিও গুরুত্ব দিয়ে বিবেচনা করতে হয়। সহায়তা কার্যক্রম পরিচালনার সময় পরিবেশের ওপর নেতিবাচক প্রভাব কমাতে হবে এবং পণ্য সংগ্রহ, পরিবহন, উপকরণের ব্যবহার, জমি ও প্রাকৃতিক সম্পদের ব্যবহার কীভাবে পরিবেশকে সুরক্ষা দিতে পারে কিংবা ক্ষতি করতে পারে, তা বিবেচনা করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ দেখুন।*

দারিদ্র্যপীড়িত দেশ বা অঞ্চল এবং যেখানে প্রাতিষ্ঠানিক সক্ষমতা ও পরিবেশগত কাঠামো দুর্বল, সেখানে প্রাকৃতিক দুর্যোগ এবং অস্থিতিশীলতার ঝুঁকি তুলনামূলকভাবে বেশি থাকে। এর ফলে স্বাস্থ্য, শিক্ষা, জীবিকা, নিরাপত্তা, মর্যাদা ও সুস্থতায় প্রভাব পড়ে এবং একধরনের সামাজিক ও পরিবেশগত অবক্ষয়ের চক্র তৈরি হয়। টেকসই পরিবেশ মানসম্পন্ন সাড়াদানের একটি গুরুত্বপূর্ণ অংশ ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৩, ৯ এবং আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ দেখুন।*

পরিশিষ্ট
বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান

এই পরিশিষ্ট অধ্যায়টি স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের ভূমিকার পরিপূরক হিসেবে তৈরি করা হয়েছে। এতে সংকট-পরবর্তী সময়ে মানুষের চাহিদা পূরণে ন্যূনতম মান অর্জনের জন্য বাজার ব্যবহারের বিষয়ে অতিরিক্ত তথ্য ও দিকনির্দেশনা দেওয়া হয়েছে। এটি ভিত্তি অধ্যায়গুলোর ওপর নির্মিত এবং টেকনিক্যাল অধ্যায়গুলোতে এর উল্লেখ রয়েছে। সেই কারণে এটি স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের একটি অবিচ্ছেদ্য অংশ। কার্যকরভাবে সাড়া দিতে হলে মানবিক সহায়তাদানকারীদের শুধু কী কী চাহিদা রয়েছে তা নয়, বরং সেগুলো বাস্তবভাবে কীভাবে পূরণ করা যায়, তা-ও বুঝতে হবে। এই বিশ্লেষণের একটি গুরুত্বপূর্ণ অংশ হলো বাজার কীভাবে কাজ করছে এবং স্থানীয়, জাতীয়, আঞ্চলিক ও আন্তর্জাতিক পর্যায়ে কোন কোন পণ্য ও সেবা পাওয়া যাচ্ছে, তা জানা। এই বোঝাপড়া মানবিক সাড়াদানকালে বাজারকে সমর্থন করতে, অথবা অন্তত বাজারব্যবস্থায় কোনো ব্যাঘাত না ঘটিয়ে সহায়তা প্রদান করতে সহায়তা করে।

সাড়াদান বিশ্লেষণের অংশ হিসেবে বাজার বিশ্লেষণ

চাহিদা ও সক্ষমতা মূল্যায়নের মাধ্যমে অগ্রাধিকার নির্ধারণ করার পর সেই চাহিদাগুলো কীভাবে পূরণ করা হবে এবং কী ধরনের সাড়াদান সবচেয়ে উপযোগী হবে, তা বিশ্লেষণ করা প্রয়োজন। সহায়তা কীভাবে প্রদান করা হবে, তা নির্ধারণের সময় কার্যক্রমগত, কর্মসূচিগত ও প্রেক্ষাপটগত ঝুঁকি ও সুযোগগুলোকে পদ্ধতিগতভাবে বিবেচনায় নেওয়া নিশ্চিত করা উচিত। এই প্রক্রিয়াকে অনেক সময় ‘সহায়তা প্রদানের ধরন নির্বাচন’ (choice of modality) বলা হয়।

চাহিদা পূরণের জন্য সবচেয়ে উপযুক্ত পদ্ধতি নির্ধারণ করতে প্রয়োজন হয় :

- বিভিন্ন খাত ও সময়ভেদে অগ্রাধিকার বিষয়ে এবং মানুষ কীভাবে সহায়তা পেতে চায়, সে সম্পর্কে বিভাজিত বা পৃথক পৃথক (disaggregated) তথ্য; এবং
- সংকটের আগে বিদ্যমান এবং সংকটের ফলে সৃষ্ট–উভয় ধরনের অর্থনৈতিক নাজুকতা সম্পর্কে সুস্পষ্ট ধারণা।

সাড়াদান বিশ্লেষণের অংশ হিসেবে বাজার বিশ্লেষণ অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত চাহিদা পূরণের সবচেয়ে কার্যকর উপায় নির্ধারণে সহায়তা করে। যেমন : সরাসরি পণ্য বিতরণ (in-kind assistance), সেবা প্রদান, নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা, অথবা প্রেক্ষাপট অনুযায়ী এসবের সমন্বিত ব্যবহার। বাজার বিশ্লেষণের মাধ্যমে বাজারে বিদ্যমান সীমাবদ্ধতাগুলোও চিহ্নিত করা যায়, যেমন সরবরাহ ও চাহিদার সমস্যা, অথবা নীতি, সামাজিক রীতি, নিয়মকানুন কিংবা অবকাঠামোগত বাধা, যা বাজারের স্বাভাবিক কার্যক্রমে প্রভাব ফেলে।

যে ধরনের সাড়াদানই বেছে নেওয়া হোক না কেন, তা অবশ্যই বাজার-সংবেদনশীল হতে হবে এবং জীবিকা, স্থানীয় কর্মসংস্থান ও ব্যবসা সুরক্ষার দিকে নজর রাখতে হবে। স্ফিয়ার সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের প্রতি সম্মান দেওয়া এবং তাদের নিজেদের পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যেতে তাদের পছন্দকে সমর্থনের ওপর ভিত্তি করে গড়ে উঠেছে। মানুষ কীভাবে স্থানীয় বাজারের মাধ্যমে পণ্য,

সেবা ও আয় অর্জন করে, তা বিবেচনায় নেওয়ার মাধ্যমে বাজার বিশ্লেষণ মানুষকেন্দ্রিক সাড়াদান পদ্ধতিকে শক্তিশালী করে।

কর্মসূচি ও বাজার

স্থানীয়, জাতীয় বা আঞ্চলিক পর্যায়ে বিভিন্ন উপায়ে বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান করা যেতে পারে। বাজারভিত্তিক কর্মসূচি সরাসরি সহায়তা প্রদানের জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে, অথবা ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর জন্য বাজারকে আরও কার্যকরভাবে কাজ করতে সহায়তা করা যেতে পারে।

- স্থানীয় ও আঞ্চলিক পর্যায়ে পণ্য এবং খাদ্য নয় এমন বস্তু সংগ্রহ বাজারের সরবরাহপক্ষকে সহায়তা করে।
- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা স্থানীয়ভাবে এমন পাওয়া যায় পণ্য ক্রয় বা সেবা ব্যবহাওে মানুষকে সুযোগ করে দেয়, যা বাজারের চাহিদার দিককে সহায়তা করে।
- অবকাঠামোগত সহায়তা, যেমন-বাজার এলাকার সড়ক উন্নয়ন বা আইনগত সংস্কার, যেমন-মূল্য নির্ধারণে কারসাজি বন্ধে আইন প্রণয়ন; বাজারকে সহায়তা, যাতে তা ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীকে আরও ভালোভাবে সেবা দিতে পারে।

লিঙ্গ, জাতিগত পরিচয় বা প্রতিবন্ধিতা অনেক সময় শারীরিক, আর্থিক ও সামাজিকভাবে বাজারে প্রবেশাধিকারে সরাসরি প্রভাব ফেলে। পুরুষ, নারী, তরুণ ও প্রবীণেরা কীভাবে ভিন্নভাবে বাজারে প্রবেশ করে? কোনো নির্দিষ্ট জাতিগোষ্ঠীর ব্যবসায়ীরা কি ঋণসুবিধা পাওয়ার ক্ষেত্রে বাধার মুখে পড়ে? এ ধরনের বিষয়সহ আরও নানা উপাদান নির্ধারণ করে যে, একজন ব্যক্তি কতটা সক্রিয়ভাবে বাজারে অংশ নিতে পারবেন।

বাজারভিত্তিক কর্মসূচি পরিকল্পনার সময় নৈতিক ও পরিবেশগত বিষয়গুলো গুরুত্ব দিয়ে বিবেচনা করা উচিত। এমন বাজারব্যবস্থা গড়ে তোলা থেকে বিরত থাকতে হবে, যেটা প্রাকৃতিক সম্পদ, ইকোসিস্টেম ও পরিবেশের ক্ষতি করে মানুষকে আরও ঝুঁকির মুখে না ফেলে।

পণ্য, পরিষেবা এবং বাজার: অগ্রাধিকার ভিত্তিতে মানবিক চাহিদার প্রতি সাড়া দেওয়ার সময়, পণ্য ও পরিষেবা উভয়ই বিবেচনা করা জরুরি। স্ফিয়ার নির্ধারিত অধিকাংশ মান কোনো না কোনো পণ্য সরবরাহ বা পণ্যপ্রাপ্তির সঙ্গে যুক্ত। তবে স্বাস্থ্য ও শিক্ষার মতো সামাজিক খাতগুলো মূলত সেবা প্রদানের বা সেবায় প্রবেশাধিকার উন্নয়নের ওপর নির্ভরশীল এবং এসব ক্ষেত্রে বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান সব সময় উপযুক্ত না-ও হতে পারে। তৃতীয় পক্ষের সেবা প্রদানকারী বা সাব-কন্ট্রাক্টরের সঙ্গে কাজ করার সময় তাদের মাধ্যমে প্রদত্ত পণ্য ও সেবার গুণগত মান নিবিড়ভাবে পর্যবেক্ষণের ব্যবস্থা নিতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৪: স্বাস্থ্য অর্থায়ন দেখুন।*

কিছু ক্ষেত্রে সেবায় প্রবেশাধিকার পরোক্ষভাবে সহায়তা করে এমন বাজারভিত্তিক কর্মসূচি উপযোগী হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার মাধ্যমে মানুষ স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যাতায়াতের খরচ বহন করতে পারে বা শিক্ষার ক্ষেত্রে ইউনিফর্ম বা স্কুল ড্রেস ও শিক্ষা উপকরণ কিনতে পারে। গৃহস্থালি ব্যয় পর্যবেক্ষণের মাধ্যমে সেবায় প্রবেশের প্রকৃত খরচ সম্পর্কে স্পষ্ট তথ্য পাওয়া যায়, এমনকি যেসব সেবা বিনামূল্যে পাওয়ার কথা, সেগুলোর ক্ষেত্রেও। তবে গৃহস্থালি ব্যয় পর্যবেক্ষণ সব সময় নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার ফলাফলভিত্তিক পর্যবেক্ষণের সঙ্গে যুক্ত থাকতে হবে।

সেবাভিত্তিক খাতগুলো বাজারভিত্তিক কর্মসূচির মাধ্যমে নির্দিষ্ট পণ্য সরবরাহের কথা বিবেচনা করতে পারে। যেমন দীর্ঘদিন ব্যবহার উপযোগী কীটনাশকযুক্ত মশারি (ম্যালেরিয়া নিরোধক), সম্পূরক খাবার বা ওষুধপত্র। তবে এসব পণ্য কেবল তখনই বাজারের মাধ্যমে সরবরাহযোগ্য, যদি সেগুলো গুণমানের নির্ধারিত মানসমূহ পূরণ করে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩ অপরিহার্য ওষুধ ও চিকিৎসা উপকরণ দেখুন।*

অধিকাংশ প্রেক্ষাপটে একাধিক ধরনের বাজারভিত্তিক বাস্তবায়ন কর্মসূচির সমন্বয় প্রয়োজন হয়। বাজারভিত্তিক কর্মসূচিকে প্রায়ই কারিগরি সহায়তা প্রদানের মতো অন্যান্য কার্যক্রম দিয়ে সম্পূরক করতে হয়। সময়ের সঙ্গে সঙ্গে এই সমন্বয় পরিবর্তিত হতে পারে এবং পণ্যের সরাসরি বিতরণ থেকে নগদ অর্থ বা ভাউচারভিত্তিক সহায়তায়, অথবা তার উল্টো দিকেও রূপ নিতে পারে। কর্মসূচি পর্যবেক্ষণের পাশাপাশি সহায়তার ধরন নিশ্চিত বা সমন্বয় করার জন্য বাজার পর্যবেক্ষণও গুরুত্বপূর্ণ।

সরবরাহ ধারা (Supply Chain), লজিস্টিকস এবং কর্মসূচি বাস্তবায়নের মধ্যে সর্বদা সমন্বয় প্রয়োজন। এই নির্বাচন ও বিশ্লেষণ প্রক্রিয়াকে সহায়তা করার জন্য ব্যবহৃত বিভিন্ন টুল সম্পর্কে আরও দিকনির্দেশনার জন্য ⊕ *স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের তথ্যসূত্র দেখুন।*

চেকলিস্ট

নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার জন্য চেকলিস্ট

এই অংশে বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদানের সময় বিবেচনা করার কিছু গুরুত্বপূর্ণ বিষয় উপস্থাপন করা হলো। এগুলো কর্মসূচি পরিচালনার চক্র অনুসরণ করে সাজানো হয়েছে এবং ন্যূনতম মান অর্জনের জন্য এই পদ্ধতি গ্রহণের সময় অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ উপাদানও বিবেচনায় রাখা হয়েছে। প্রতিটি প্রেক্ষাপট আলাদা এবং সেবা প্রদানের পদ্ধতির বিকল্পগুলো অবকাঠামো, তথ্য সুরক্ষা, খরচের কার্যকারিতা এবং আর্থিক অন্তর্ভুক্তি অনুযায়ী ভিন্ন হতে পারে।

কর্মসূচি পরিকল্পনা

- কর্মসূচির উদ্দেশ্যের ওপর ভিত্তি করে মান নির্ধারণ এবং নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার ক্ষেত্রে বিশেষ বিবেচ্য বিষয়গুলো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
- পরিবারের মধ্যে নির্দিষ্ট কোন কোন সদস্যের নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা পাওয়া উচিত, তা সতর্কতার সঙ্গে বিবেচনা করা। এ ক্ষেত্রে স্পষ্ট ঝুঁকি মূল্যায়ন এবং যেকোনো সুরক্ষাসংক্রান্ত উদ্বেগের বিষয় দেখতে হবে।
- প্রেক্ষাপট, উদ্দেশ্য ও কর্মসূচির আকারের ভিত্তিতে সহায়তা প্রদানের জন্য নিরাপদ, সহজ এবং কার্যকর পদ্ধতি শনাক্ত করতে হবে। এ ক্ষেত্রে প্রাপকের আর্থিক জ্ঞান এবং পছন্দও বিবেচনায় নিতে হবে।
- প্রয়োজনীয় চাহিদা এবং সেই চাহিদা পূরণের ব্যয় বিবেচনা করে স্থানান্তরের অর্থের পরিমাণ নির্ধারণ করতে হবে।
- চাহিদা, ঋতুভিত্তিক, আর্থিক সেবা প্রদানকারীর সক্ষমতা এবং সুরক্ষা ঝুঁকির ওপর ভিত্তি করে সহায়তা প্রদানের সময়সীমা এবং কত ঘন ঘন সহায়তা দেওয়া হবে, নির্ধারণ করে দিতে হবে।
- যেখানে সম্ভব এবং বাস্তবসম্মত, বিভিন্ন খাতের দৃষ্টিকোণ থেকে সহায়তা প্রদান ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

- প্রক্রিয়া, কার্যক্রম, উৎপাদন ও ফলাফলের মাত্রা নিরীক্ষণের জন্য প্রধান বিষয় এবং সংশ্লিষ্ট সূচকগুলো ব্যাখ্যা করতে হবে।

বাস্তবায়ন

- আর্থিক সেবাদানকারীদের দরপত্রে প্রাসঙ্গিক পরিস্থিতিভিত্তিক বিবেচনা ও অন্যান্য প্রাসঙ্গিক দিক অন্তর্ভুক্ত করতে হবে এবং নির্বাচনের জন্য স্পষ্ট মানদণ্ড নির্ধারণ করতে হবে।
- সামাজিক সুরক্ষার জন্য ইতিমধ্যে বিদ্যমান পরিচিত সেবা প্রদান পদ্ধতি ব্যবহারের বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে।
- বিতরণ প্রক্রিয়া এবং ব্যক্তিগত তথ্য সুরক্ষার জন্য উপযুক্ত প্রাপক নিবন্ধন ও শনাক্তকরণ ব্যবস্থা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।
- আর্থিক পরিষেবা প্রদানকারীর জন্য শনাক্তকরণ এবং প্রয়োজনীয় নিবন্ধন নিশ্চিত করতে হবে।
- তথ্য সুরক্ষার ব্যবস্থা প্রয়োগ করতে হবে এবং তা নথিভুক্ত করতে হবে।
- যতটা সম্ভব বিভিন্ন সংস্থার সঙ্গে সমন্বিত সহযোগিতায় ডিজিটাল তথ্যের জন্য প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে (inter-operable systems–আন্তঃযোগাযোগ পদ্ধতি)।
- ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা পদ্ধতিসহ নগদ অর্থভিত্তিক বিতরণ প্রক্রিয়ায় স্পষ্টভাবে পদ্ধতি, ভূমিকা ও দায়িত্ব ব্যাখ্যা করতে হবে।
- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা প্রদানের প্রক্রিয়াটি যাতে সহজ ও কার্যকর হয় তা নিশ্চিত করতে হবে।
- ক্ষতিগ্রস্ত সকল গোষ্ঠী যাতে প্রকল্পের পুরো সময়জুড়ে নির্ধারিত পদ্ধতিতে সহজে সেবা নিতে পারে, তা নিশ্চিত করতে হবে।
- সেবাগ্রহীতা যাতে কর্মসূচির উদ্দেশ্য ও নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার সময়কাল সম্পর্কে অবহিত থাকে, তা নিশ্চিত করতে হবে, যাতে তারা সচেতনভাবে অর্থ ব্যবহার করতে পারে।
- আর্থিক পরিষেবা প্রদানকারীরা চুক্তিভিত্তিক ব্যবস্থাপনা ও পর্যবেক্ষণের মাধ্যমে যে সেবাগ্রহীতার কাছে দায়বদ্ধ সে বিষয়টি নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *মানবিকতার মূলমান ১ ও ৫ দেখুন।*

পর্যবেক্ষণ, মূল্যায়ন ও শিখন

- বিতরণ-পরবর্তী পর্যবেক্ষণসহ নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা-সম্পর্কিত প্রক্রিয়া, কার্যক্রম, ফলাফল ও ঝুঁকি পর্যবেক্ষণ করতে হবে।
- নির্ধারিত ব্যক্তি নিরাপদে, সময়মতো এবং যথাযথ পরিমাণে নগদ অর্থ বা ভাউচার পেয়েছে কি না, তা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।
- মূল্য পর্যবেক্ষণের বাইরে গিয়ে ধারাবাহিকভাবে বাজার ও তার সরবরাহ ধারা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।
- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা ও নেতিবাচক বিষয় হ্রাস করার মাধ্যমে চাহিদা বাস্তবেই পূরণ করা যায় কি না, তা মূল্যায়ন করতে গৃহস্থালির ব্যয় পর্যবেক্ষণ করা এবং বাজার পর্যবেক্ষণ তথ্যের সঙ্গে তা মিলিয়ে দেখতে হবে।
- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার সম্ভাব্য ঝুঁকি পর্যবেক্ষণ করতে হবে। একই সঙ্গে সুরক্ষা, ঝুঁকি এবং প্রাকৃতিক সম্পদের ওপর কোনো নেতিবাচক প্রভাব পড়ছে কি না, তা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার সাথে সম্পর্কিত ফলাফল মূল্যায়ন করতে হবে।
- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা বর্তমান পরিবর্তনশীল চাহিদা পূরণে কার্যকর হচ্ছে কি না, তা নিয়মিতভাবে মূল্যায়ন করতে হবে, মূল্যায়নের ভিত্তিতে কর্মসূচি সমন্বয় করতে হবে এবং ভবিষ্যতের কর্মসূচির জন্য ধারাবাহিক শেখার ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।

সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনা (Supply Chain Management) ও লজিস্টিকসের জন্য চেকলিস্ট

এই অংশে সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনা ও লজিস্টিকস-সংক্রান্ত বিষয়গুলো একটি তালিকা উপস্থাপন করা হয়েছে। এটি কর্মসূচি ব্যবস্থাপনা চক্র অনুসরণ করে তৈরি এবং এতে আরও কিছু গুরুত্বপূর্ণ উপাদান অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যেগুলো বিবেচনায় নেওয়া প্রয়োজন।

সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনা (Supply Chain Management) শুরু হয় কোন পণ্য বা সেবা প্রদান করা হবে সেই সিদ্ধান্ত থেকে। এর মধ্যে রয়েছে প্রয়োজনীয় পণ্যের উৎস শনাক্ত করা, ক্রয় প্রক্রিয়া, গুণগত মান ব্যবস্থাপনা, ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা (বিমাসহ), প্যাকেজিং, শিপিং, পরিবহন, গুদামজাতকরণ, মজুদ ব্যবস্থাপনা, সরবরাহ ও বিতরণ। সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনায় বিভিন্ন অংশীদার যুক্ত এবং কার্যক্রমগুলোর মধ্যে সকল বিষয়ের সমন্বয় করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৬ দেখুন।*

সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনার জন্য নির্দিষ্ট দক্ষতা প্রয়োজন। সংশ্লিষ্ট দক্ষতার তালিকায় আছে–চুক্তি ব্যবস্থাপনা, পরিবহন ও গুদাম ব্যবস্থাপনা, মজুদ ব্যবস্থাপনা, সরবরাহ প্রবাহ (pipeline analysis) বিশ্লেষণ ও তথ্য ব্যবস্থাপনা, চালান ট্র্যাকিং এবং আমদানি ব্যবস্থাপনা। ব্যবস্থাপনা ও পর্যবেক্ষণে এটা নিশ্চিত করতে হবে, যেন সকল পণ্য বিতরণকেন্দ্র পর্যন্ত সুরক্ষিত থাকে। তবে, মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর দায়িত্ব হলো পণ্য এবং পরিষেবা (নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তাসহ) যেন প্রকৃত সহায়তা প্রয়োজন এমন মানুষদের কাছে পৌঁছাই।

স্থানীয় এবং আঞ্চলিকভাবে পণ্য ক্রয় করলে স্থানীয় বাজারে আগ্রহের সৃষ্টি হয়, যা কৃষক ও উৎপাদনকারীদের উৎপাদন বাড়াতে উৎসাহিত করতে পারে এবং এর ফলে স্থানীয় অর্থনীতি চাঙা হতে পারে। তবে যেখানে পণ্যের সরবরাহ আগে থেকে সীমিত, সেখানে স্থানীয় বা আঞ্চলিকভাবে পণ্য ক্রয় বাজারে সমস্যা সৃষ্টি করতে পারে কিংবা বিদ্যমান বাণিজ্যিক নেটওয়ার্ক ব্যাহত হতে পারে। আবার আমদানির উদ্যোগ স্থানীয় বা আঞ্চলিক উৎপাদকদের জন্য সংকট তৈরি করতে পারে এবং বিদ্যমান বাণিজ্যিক নেটওয়ার্কও ব্যাহত করতে পারে।

কর্মসূচি পরিকল্পনা

- এলাকার বাইরে থেকে সংগ্রহের আগে প্রয়োজনীয় পণ্য ও পরিষেবা স্থানীয়ভাবে রয়েছে কি না, তা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।
- স্থানীয় আইন, বিধি, প্রক্রিয়া ও অবকাঠামো সম্পর্কে অভিজ্ঞ এবং সুনামসম্পন্ন স্থানীয় বা আঞ্চলিক পরিবহন সেবাদাতাদের সঙ্গে কাজ করার বিষয়টি বিবেচনা করা যেতে পারে, যারা আশ্রয়দানকারী দেশের আইন মেনে চলা নিশ্চিত করতে এবং পণ্য সরবরাহ দ্রুত করতে সহায়তা করতে পারে।
- সংঘাতপূর্ণ পরিবেশে পরিষেবা প্রদানকারীদের জন্য বিশেষভাবে কঠোর যাচাই-বাছাই প্রক্রিয়া প্রয়োগ করতে হবে।

- স্থানীয় উৎস থেকে সংগ্রহ যেন কোনোভাবেই বিদ্যমান উত্তেজনা বা সংঘাত সৃষ্টি না করে বা তা আরও বাড়িয়ে না তোলে, সে বিষয়ে সতর্ক থাকতে হবে।
- প্রাকৃতিক সম্পদের ব্যবহার টেকসই কি না এবং তার ব্যবহার নতুন বা বাড়তি সংঘাত সৃষ্টি করতে পারে কি না, তা বিবেচনা করতে হবে।
- স্থানীয়, জাতীয় ও আন্তর্জাতিক বিষয় বিবেচনা করে স্বচ্ছ, ন্যায্য এবং উন্মুক্ত পদ্ধতিতে চুক্তি সম্পাদন করতে হবে।
- একাধিক সংস্থা যুক্ত থাকলে, যতটা সম্ভব স্থানীয়ভাবে পণ্য ও সেবা সংগ্রহের ক্ষেত্রে পারস্পরিক সমন্বয় নিশ্চিত করতে হবে।

বাস্তবায়ন

- সরবরাহকারী, স্থানীয় ব্যবসায়ী এবং পরিষেবা প্রদানকারীদের সঙ্গে ভালো সম্পর্ক গড়ে তুলতে হবে।
- চুক্তির পাশাপাশি নৈতিক এবং পরিবেশগতভাবে টেকসই চর্চার মাধ্যমে পণ্য ও সেবার উপযুক্ত মান নিশ্চিত করতে হবে।
- সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনার কাজে নিয়োজিত সকল স্তরের কর্মীকে প্রশিক্ষণ ও তদারকি করতে হবে, যাতে পণ্যের গুণগত মান বজায় থাকে এবং নিরাপত্তা বিধি (প্রাপক এবং কর্মীদের), পাশাপাশি নৈতিক ও পরিবেশগতভাবে টেকসই চর্চা অনুশীলন করা হয়।
- প্রশিক্ষণে অংশীদার সংস্থা ও সেবা প্রদানকারী কর্মীদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে এবং স্থানীয় ভাষায় প্রশিক্ষণ পরিচালনা করতে হবে।
- সরবরাহ, পরিবহন ও সংরক্ষণ পরিকল্পনা, মজুদ ব্যবস্থাপনা, প্রতিবেদন এবং আর্থিক ব্যবস্থাসহ সব ক্ষেত্রে জবাবদিহিতা প্রক্রিয়া স্থাপন করতে হবে।
- লজিস্টিকস কার্যক্রম যেমন, গুদামে মাল খালাসের মতো কাজে পারিশ্রমিকের বিকল্প হিসেবে খাদ্যের ব্যবহার এড়িয়ে চলতে হবে। এই ধরনের ব্যয় মূল বাজেটের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।
- খাদ্য এবং খাদ্য নয়, এমন দ্রব্যের জন্য পৃথক গুদাম ব্যবহার করার পরামর্শ দেওয়া হয়। গুদাম নির্বাচন করার সময় নিশ্চিত করতে হবে যে সেখানে আগে কোনো ঝুঁকিপূর্ণ সামগ্রী সংরক্ষণ করা হয়নি এবং দূষণের কোনো ঝুঁকি নেই। আরো বিবেচ্য বিষয়গুলো মধ্যে রয়েছে : নিরাপত্তা, সক্ষমতা, সহজ প্রবেশাধিকার, টেকসই কাঠামো এবং বন্যার ঝুঁকি নেই।
- পরিবহন পথ ও গুদামঘরের নিরাপত্তাজনিত ঝুঁকি মূল্যায়ন ও ব্যবস্থাপনা করতে হবে।
- সংঘাতপূর্ণ পরিস্থিতিতে লুটপাট বা সংঘাতে জড়িত পক্ষগুলোর দ্বারা জব্দ হওয়ার ঝুঁকি কমাতে সরবরাহ ধারার সব ধাপে নিয়ন্ত্রণব্যবস্থা ও তদারকি নিশ্চিত করতে হবে।
- বৃহত্তর রাজনৈতিক ও নিরাপত্তাজনিত প্রভাব বিশ্লেষণ করতে হবে এবং সে অনুযায়ী ব্যবস্থা নিতে হবে, যেমন মজুদপণ্য অন্যদিকে চলে গেলে তা যেন সশস্ত্র সংঘাতকে উসকে না দেয়–এই ঝুঁকি মোকাবিলা করা ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ২ দেখুন।*
- সরবরাহ ধারার সকল স্তরে পণ্যের ক্ষতি কমানো এবং ক্ষতির বিষয়ে রিপোর্ট করতে হবে।
- ক্ষতিগ্রস্ত বা অনুপযুক্ত পণ্য যোগ্য পরিদর্শক (যেমন খাদ্যনিরাপত্তা বিশেষজ্ঞ বা জনস্বাস্থ্য পরীক্ষাগার) দ্বারা পরীক্ষা করিয়ে নিষ্পত্তির জন্য প্রত্যয়ন নিশ্চিত করতে হবে।

- ক্ষতিগ্রস্ত পণ্যে স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার ঝুঁকি দেখা দেবার আগেই দ্রুত তার নিষ্পত্তি করতে হবে। পণ্য নিষ্পত্তির পদ্ধতির মধ্যে রয়েছে বিক্রয় (উদাহরণস্বরূপ, প্রাণী খাদ্য হিসেবে খাদ্য ব্যবহার) অথবা সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের অনুমোদনক্রমে পুঁতে ফেলা বা পুড়ে ফেলা করা, যা তাদের উপস্থিতিতে সম্পন্ন হওয়া উচিত। সব ক্ষেত্রেই অনুপযুক্ত পণ্য যেন পুনরায় সরবরাহ ধারায় ফিরে না আসে, পরিবেশের ক্ষতি না করে এবং পানির উৎস দূষিত না করে, তা নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন এবং স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (ওয়াশ), কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মান ৫.১ থেকে ৫.৩ দেখুন।*
- প্রতিদিনের ব্যবস্থাপনার মধ্যে রয়েছে সরবরাহ ধারায় কোনো বিলম্ব বা বিচ্যুতি হলে তা দ্রুত ও স্বচ্ছভাবে প্রতিবেদন করা। যেখানে পণ্য গ্রহণ, সংরক্ষণ ও/অথবা প্রেরণ করা হয়, সেসব স্থানে স্থানীয় ভাষায় পর্যাপ্ত নথিপত্র ও ফর্ম নিশ্চিত করতে হবে। এর মাধ্যমে লেনদেনের একটি নথিভুক্ত ও নিরীক্ষাযোগ্য রেকর্ড সরক্ষণ নিশ্চিত করা যায়।

পর্যবেক্ষণ, মূল্যায়ন ও শিখন

- পণ্য সরবরাহের ধারাবাহিকতা (কমোডিটি পাইপলাইন) নিয়মিত পর্যবেক্ষণ ও ব্যবস্থাপনা করতে হবে, যাতে পণ্য অন্যদিকে চলে যাওয়া, বিতরণে বিঘ্ন সৃষ্টি হওয়া এবং বাজারের স্বাভাবিক কার্যক্রম ব্যাহত হওয়া এড়ানো যায়।
- সরবরাহ ধারা কার্যক্রমের অগ্রগতি ও কার্যকারিতা সম্পর্কে সংশ্লিষ্ট অংশীজনদের নিয়মিত অবহিত করতে হবে।
- মজুদ পণ্যের পরিমাণ, প্রত্যাশিত পণ্য আগমন এবং বিতরণ-সম্পর্কিত প্রাসঙ্গিক তথ্য সরবরাহ ধারা অংশীজনদের সঙ্গে ভাগাভাগি করতে হবে। মজুদের স্তর নিয়মিত পর্যবেক্ষণের মাধ্যমে সম্ভাব্য ঘাটতি ও সমস্যাগুলো আগেভাগেই শনাক্ত করতে হবে। অংশীজনদের মধ্যে তথ্য বিনিময় ঋণ বা সাময়িক সহায়তার ব্যবস্থা সহজ করতে পারে, যা সরবরাহ ধারাবাহিকতায় বিঘ্নতা প্রতিরোধে সহায়ক। সম্পদ অপর্যাপ্ত হলে পণ্যগুলোর অগ্রাধিকার নির্ধারণ করতে হবে। এ ধরনের সমাধান বিবেচনার সময় অংশীজনদের সঙ্গে পরামর্শ করতে হবে।
- বিতরণ প্রক্রিয়ার বিশেষত্ব প্রতিফলিত হয় এমন জবাবদিহিতা ও যোগাযোগব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।
- কার্যক্রমের শুরু থেকেই পণ্যের ট্র্যাকিং ও তথ্য ব্যবস্থাপনা পদ্ধতি কার্যকরভাবে চালু আছে কি না, তা নিশ্চিত করতে হবে।
- পরিবর্তিত চাহিদা পূরণে সহায়তা কার্যকর কি না নিয়মিতভাবে মূল্যায়ন করতে হবে, মূল্যায়নের ফল অনুযায়ী কর্মসূচিতে প্রয়োজনীয় সমন্বয় আনতে হবে এবং ভবিষ্যৎ কর্মসূচির জন্য ধারাবাহিক শেখার প্রক্রিয়া জোরদার করতে হবে।

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য

বিপদাপন্নতাগুলো এবং সক্ষমতাগুলো বোঝা

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

বিশ্বাসভিত্তিক কার্যক্রম

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

বাজার নিরূপণ (যাচাই) এবং বাজারভিত্তিক কার্যক্রম

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. http://pqtoolbox.cashlearning.org

সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনা এবং লজিস্টিকস

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster.
www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA.
https://www.humanitarianresponse.info

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. http://dlca.logcluster.org

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster.
www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

আরো বিস্তারিত তথ্য

For further reading suggestions please go to
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

মানবিকতার ঘোষণাপত্র হ্যান্ডবুকের সুরক্ষা নীতিমালা, মানবিকতার মূল মান ও ন্যূনতম মানসমূহের নৈতিক ও আইনি ভিত্তি হিসেবে কাজ করে। এটি একদিকে আইনি অধিকার ও দায়িত্বের রূপরেখা তুলে ধরে, অন্যদিকে মানবিক সহায়তায় প্রতিষ্ঠিত সাধারণ বিশ্বাসের প্রতিফলন।

আইনি অধিকার ও দায়িত্বের ক্ষেত্রে, এটি দুর্যোগ বা সংঘাতের ফলে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের কল্যাণের সঙ্গে সরাসরি সম্পর্কিত মূল নীতিমালাগুলো সংক্ষেপে উপস্থাপন করে। সাধারণ বিশ্বাসের ক্ষেত্রে, এটি মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর মধ্যে এমন একটি ঐকমত্যের চেষ্টা, যা দুর্যোগ বা সংঘাতকালে সাড়া দেয়ার নীতিমালাকে নির্দেশ করবে, পাশাপাশি বিভিন্ন সাড়াদানকারী কর্মীদের ভূমিকা ও দায়বদ্ধতাও নির্ধারণ করে।

মানবিকতার ঘোষণাপত্র স্ফিয়ার অনুমোদিত সংস্থাগুলোর অঙ্গীকারের ভিত্তি হিসেবে কাজ করে এবং মানবিক সহায়তায় নিযুক্ত সকলকে একই নীতিমালা অনুসরণ করার আহ্বান জানায়।

আমাদের বিশ্বাস

১. মানবিক সংস্থা হিসেবে আমরা বিশ্বাস করি, দুর্যোগ বা সংঘাতের ফলে ক্ষতিগ্রস্ত প্রতিটি মানুষের অধিকার আছে সুরক্ষা ও সহায়তা পাওয়ার, যাতে তারা মর্যাদাপূর্ণ জীবন যাপন করতে পারে। আমরা মনে করি, মানবিকতার ঘোষণাপত্রে উল্লেখিত নীতিমালাগুলো সর্বজনীন। এগুলো প্রযোজ্য সকল ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির ক্ষেত্রে, যেখানেই তারা থাকুক এবং সকলের ক্ষেত্রেই যারা তাদের সহায়তা বা সুরক্ষা দিতে চায়। এই নীতিমালাগুলো আন্তর্জাতিক আইনে প্রতিফলিত, তবে এর মূল নীতি হলো **মানবিকতা**। প্রতিটি মানুষ জন্মগতভাবে স্বাধীন এবং সমান মর্যাদা ও অধিকারসম্পন্ন এই নীতির ভিত্তিতে আমরা দৃঢ়ভাবে **মানবতার কল্যাণে** কার্যক্রমের অগ্রাধিকার স্বীকার করি যে, দুর্যোগ বা সংঘাত থেকে উদ্ভূত মানবিক দুর্দশা প্রতিরোধ বা লাঘবে কার্যক্রম গ্রহণ করা আমাদের প্রথম দায়িত্ব। এই নীতির ওপর কোনোভাবেই আপস করা হবে না।

   স্থানীয়, জাতীয় ও আন্তর্জাতিক মানবিক সংস্থা হিসেবে আমরা প্রতিশ্রুতিবদ্ধ যে এই ঘোষণাপত্রের নীতিমালা মেনে চলব এবং ন্যূনতম মান বজায় রেখে ক্ষতিগ্রস্তদের সহায়তা ও সুরক্ষা প্রদান করব। আমরা একইভাবে সরকারি ও বেসরকারি সকল প্রতিষ্ঠানের কাছে আহ্বান জানাই যেন তারা এই নীতিমালা, অধিকার ও কর্তব্যকে স্বীকৃতি দিয়ে মানবিক কার্যক্রমে এগুলো অনুসরণ করে।

আমাদের ভূমিকা

২. আমরা স্বীকার করি যে, দুর্যোগ বা সংঘাতে আক্রান্ত মানুষের মৌলিক চাহিদা মূলত তাদের নিজের প্রচেষ্টা এবং কমিউনিটি বা স্থানীয় প্রতিষ্ঠানগুলোর সহায়তার মাধ্যমে পূরণ হয়। আমরা রাষ্ট্রের প্রাথমিক দায়িত্ব ও কর্তব্য স্বীকার করি, যাতে তা ক্ষতিগ্রস্তদের সময়মতো সহায়তা প্রদান করে, তাদের সুরক্ষা নিশ্চিত করে এবং পুনরুদ্ধারের জন্য সমর্থন দেয়। আমরা বিশ্বাস করি, সরকারি ও স্বেচ্ছাসেবী সংগঠনের সমন্বিত প্রচেষ্টা কার্যকর প্রতিরোধ এবং সাড়াদানের জন্য অত্যাবশ্যক। এ ক্ষেত্রে রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট-জাতীয় সংগঠনসহ অন্যান্য সুশীল সমাজের অংশীদাররা সরকারি কর্তৃপক্ষকে সহায়তা প্রদানে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। যেখানে জাতীয় সক্ষমতা সীমিত,

সেখানে আন্তর্জাতিক সম্প্রদায়, সরকারের দাতা সংস্থা ও আঞ্চলিক প্রতিষ্ঠানগুলো রাষ্ট্রকে তাদের দায়িত্ব পূরণে সহায়তা করার জন্য অপরিহার্য। আমরা জাতিসংঘ এবং আন্তর্জাতিক রেডক্রস কমিটির বিশেষ দায়িত্বপূর্ণ ভূমিকার স্বীকৃতি দিই এবং তা সমর্থন করি।

৩. মানবিক সহায়তা সংস্থা হিসেবে, আমরা আমাদের দায়িত্ব ও ভূমিকা নির্ধারণ করি আক্রান্ত মানুষের চাহিদা, সক্ষমতা এবং তাদের সরকারের বা নিয়ন্ত্রক ক্ষমতা থাকা কর্তৃপক্ষের দায়িত্বের প্রেক্ষাপটে। সহায়তা প্রদানে আমাদের ভূমিকা প্রমাণ করে যে প্রাথমিক দায়িত্ব থাকা পক্ষ সব সময় সম্পূর্ণ সক্ষম নয় বা ইচ্ছুক নয়। মানবিক নীতি এবং এই ঘোষণাপত্রের অন্য নীতিমালা অনুসারে, আমরা যথাসম্ভব সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষকে আক্রান্তদের সুরক্ষা এবং সহায়তা করব। আমরা রাষ্ট্র ও অরাষ্ট্রীয় সকল পক্ষকে আহ্বান জানাই যে মানবিক সংস্থাগুলোর নিরপেক্ষ, স্বাধীন এবং নির্দলীয় ভূমিকার প্রতি শ্রদ্ধা প্রদর্শন করতে হবে, অপ্রয়োজনীয় আইনি ও বাস্তবায়নজনিত বাধা দূর করতে হবে, সংস্থাগুলোর নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে হবে এবং ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের কাছে সুষ্ঠুভাবে ও সময়মতো পৌঁছানোর সুযোগ প্রদান করতে হবে।

সাধারণ নীতিমালা, অধিকার ও দায়িত্ব

৪. মানবিক নীতি ও মানবতার কল্যাণে কার্যক্রমের ভিত্তিতে, আমরা মানবিক সংস্থা হিসেবে স্বীকার করি যে দুর্যোগ বা সংঘাতে আক্রান্ত সব মানুষ–নারী, পুরুষ, ছেলে ও মেয়ে–সমান অধিকার রাখে। আন্তর্জাতিক মানবিক আইন, মানবাধিকার আইন এবং উদ্বাস্তু আইনের বিধান অনুযায়ী সকলের অধিকার হলো সুরক্ষা ও সহায়তা পাওয়া। এই ঘোষণাপত্রের উদ্দেশ্যে, আমরা নিম্নলিখিত অধিকারগুলো তুলে ধরছি :

- **মর্যাদাসম্পন্ন জীবনের অধিকার;**
- **মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার;**
- **সুরক্ষা ও নিরাপত্তা পাওয়ার অধিকার।**

আন্তর্জাতিক আইনে এই অধিকারগুলো ঠিক এইভাবে উল্লেখ নেই, তবে এখানে ইতিমধ্যেই প্রতিষ্ঠিত বিভিন্ন আইনি অধিকার অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে এবং মানবতার কল্যাণে কার্যক্রমের নীতি আরও স্পষ্টভাবে তুলে ধরা হয়েছে।

৫. **মর্যাদাসম্পন্ন জীবনের অধিকার** আন্তর্জাতিক আইনের বিভিন্ন ধারায় বেঁচে থাকার অধিকার, মানসম্পন্ন জীবনধারা এবং অত্যাচার, নির্দয় বা অমানবিক আচরণ বা শাস্তি থেকে মুক্ত থাকার নিশ্চয়তা অন্তর্ভুক্ত। বেঁচে থাকার অধিকার মানে হলো যখন জীবন ঝুঁকিপূর্ণ হয়, তখন তা রক্ষা করার দায়িত্ব নেওয়া। এর মধ্যে নিহিত আছে জীবনরক্ষার সহায়তা প্রদান বন্ধ না করার দায়িত্ব। মর্যাদাসম্পন্ন জীবন বলতে কেবল শারীরিক সুস্থতাই বোঝায় না; এর মধ্যে মানুষের পূর্ণ ব্যক্তিসত্তা, তাদের মূল্যবোধ ও বিশ্বাস, মানবাধিকার, স্বাধীন চিন্তা এবং ধর্মীয় স্বাধীনতার সম্মান অন্তর্ভুক্ত।

৬. মর্যাদাসম্পন্ন জীবনের অপরিহার্য অংশ হলো **মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার**। মানসম্পন্ন জীবনধারণের জন্য যা কিছু প্রয়োজন–যেমন খাদ্য, পানি, বস্ত্র, বাসস্থান এবং নিরাপদ স্বাস্থ্যসেবা–সেগুলোর অধিকার আন্তর্জাতিক আইনে নিশ্চয়তা পেয়েছে। স্ফিয়ারের মানবিকতার মূলমান ও ন্যূনতম মানগুলো এই অধিকারগুলোকে প্রতিফলিত করে এবং বিশেষত দুর্যোগ বা

সংঘাতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের সহায়তা প্রদানের ক্ষেত্রে প্রয়োগের নির্দেশনা দেয়। রাষ্ট্র বা অরাষ্ট্রীয় কর্তৃপক্ষের যদি দুর্যোগ বা সংঘাতের সময় মানুষকে প্রয়োজনীয় সহায়তা দেওয়ার সামর্থ্য না থাকে তবে, আমরা মনে করি, তাদের উচিত যারা সাহায্য করতে পারবে তাদেরকে তা করতে দেওয়া। সহায়তা অবশ্যই নিরপেক্ষতার ভিত্তিতে প্রদান করতে হবে, অর্থাৎ শুধু চাহিদার ওপর নির্ভর করে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী। সহায়তা প্রদানের সময় কোনো ধরনের বৈষম্য গ্রহণযোগ্য নয়। অর্থাৎ বয়স, লিঙ্গ, জাতি, বর্ণ, যৌন পরিচয়, ভাষা, ধর্ম, প্রতিবন্ধিতা, স্বাস্থ্য অবস্থা, রাজনৈতিক বা অন্য মতাবলম্বী, জাতিগত বা সামাজিক পরিচয় ইত্যাদির ভিত্তিতে কাউকে বঞ্চিত করা যাবে না।

৭. **সুরক্ষা ও নিরাপত্তার অধিকার:** আন্তর্জাতিক আইনের বিভিন্ন ধারা, জাতিসংঘের প্রস্তাবনা এবং অন্যান্য আন্তরাষ্ট্রীয় সংগঠনের নানা নীতিমালা এই অধিকারের মূল ভিত্তি। রাষ্ট্র তার সীমানায় অবস্থানকারী প্রতিটি মানুষের নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে দায়বদ্ধ। দুর্যোগে ও সংঘাতকালে মানুষের নিরাপত্তা দান করার বিষয়টি একটি মানবিক দায় হিসাবে স্বীকৃত। উদ্বাস্তু এবং অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তি বা জনগোষ্ঠীরও এই সহায়তা পাওয়ার অধিকার আছে। বয়স, লিঙ্গ বা জাতিগত অবস্থানের কারণে নির্যাতনের শিকার হবার ঝুঁকি অনেকের বেশি থাকে; তাদের সুরক্ষার জন্য বিশেষ ব্যবস্থা নিতে হবে। রাষ্ট্র যদি এই সুরক্ষা দিতে না পারে, তবে আমরা মনে করি, সেই রাষ্ট্রকে অবশ্যই আন্তর্জাতিক সহায়তা চাইতে হবে।

বেসামরিক মানুষ এবং বাস্তুচ্যুত মানুষের সুরক্ষা-সংক্রান্ত আইনের গুরুত্বপূর্ণ দিকগুলো হলো:

i **সশস্ত্র যুদ্ধ** চলাকালে এ যুদ্ধের সঙ্গে জড়িত নয়, এমন ব্যক্তিদের জন্য আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইনের আলোকে বিশেষ সুবিধা দেওয়ার বিধান আছে। আন্তর্জাতিক বা আন্তর্জাতিক নয় উভয় ক্ষেত্রে দুপক্ষের জন্যই সুনির্দিষ্টভাবে ১৯৪৯ সালের জেনেভা কনভেনশন এবং ১৯৭৭ সালের অ্যাডিশনাল প্রটোকলে এ ধরনের বাধ্যবাধকতা আছে। আমরা আক্রমণ ও প্রতি-আক্রমণের হাত থেকে সাধারণ মানুষের নিরাপত্তার প্রতি গুরুত্ব আরোপ করি।

- বিশেষ করে সাধারণ মানুষ ও যোদ্ধা এবং সাধারণ মানুষের সম্পদ ও সামরিক সম্পদের ভেতরে স্পষ্ট বিভাজনের নীতি খুবই গুরুত্বপূর্ণ;
- প্রয়োজনের অতিরিক্ত শক্তি প্রয়োগ না করার নীতি (প্রপোরশনালিটি) এবং আক্রমণের ক্ষেত্রে সতর্কতা;
- যেসব যুদ্ধাস্ত্র নির্বিচারে হতাহত করে অথবা যেসব অস্ত্র ব্যাপক ক্ষতি সাধন করতে পারে, সেগুলোর ব্যবহার বন্ধ করা জরুরি; এবং
- নিরপেক্ষভাবে ত্রাণ বিতরণের সুযোগ দেওয়াটাও সংশ্লিষ্ট পক্ষগুলোর দায়িত্ব।

এসব নীতি যুদ্ধকালে না মেনে চললেই সাধারণ মানুষের দুর্ভোগ বেড়ে যায়।

ii **রাজনৈতিক আশ্রয় বা নিরাপদ স্থান লাভের অধিকার:** সংঘাতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের রক্ষায় এটি খুবই গুরুত্বপূর্ণ। দুর্যোগে বা সংঘাতের ফলে ঘর ছাড়তে বাধ্য হওয়া মানুষ নিরাপদ আশ্রয়ের খোঁজ করে নিজ রাষ্ট্রে বা আশ্রিত রাষ্ট্রে আশ্রয় নেওয়া ব্যক্তি যদি নিরাপদ বোধ না করেন, ১৯৫১ সালের স্ট্যাটাস অব রিফিউজিস কনভেনশন বা অন্যান্য আন্তর্জাতিক ও আবাসিক চুক্তির আলোকে তার বা তাদের কিছু মৌলিক রক্ষাকবচ রয়েছে। এর মধ্যে প্রধান হচ্ছে নন-রিফলম্যান্ট, যার মূলকথা হলো কোনো রাষ্ট্রে জীবনের ঝুঁকি আছে, স্বাধীনতা ও শারীরিক নিরাপত্তাঝুঁকিগ্রস্ত অথবা অমানবিক আচরণ বা অত্যাচার হতে পারে এমন কাউকে তার ইচ্ছার বিরুদ্ধে সে রাষ্ট্রে ফেরত পাঠানো যাবে

না। অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুতদের ক্ষেত্রেও বর্ধিতভাবে এই নীতিমালাগুলো প্রযোজ্য, আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইনে যেমনটি প্রতিফলিত হয়েছে। এ সম্পর্কিত আঞ্চলিক ও জাতীয় আইন এবং ১৯৯৮ সালের অভ্যন্তরীণ উদ্বাস্তু-সংক্রান্ত গাইডিং প্রিন্সিপালসে এর বিশদ উল্লেখ আছে।

আমাদের অঙ্গীকার

৮. আমরা বিশ্বাস করি, সকল ধরনের মানবিক সহায়তার কেন্দ্রে রয়েছে ক্ষতিগ্রস্ত বা ভুক্তভোগী মানুষ। আমরা স্বীকার করি, যারা দুর্যোগগ্রস্ত বা সামাজিকভাবে বিচ্ছিন্ন মানুষ তাদের কীভাবে সর্বোত্তম সহায়তা করা যায়, তা নির্ধারণে এসব মানুষের সক্রিয় অংশগ্রহণ দরকার। দুর্যোগ প্রশমন ও দুর্যোগের প্রস্তুতিতে অথবা সংঘাতের ফলে সৃষ্ট সমস্যা নিরসনে স্থানীয়ভাবে প্রচেষ্টা চালাব এবং স্থানীয়ভাবে যারা কাজ করবেন তাদের সক্ষমতা তৈরিতে সহায়তা করব।

৯. আমরা জানি যে, মানবিক সহায়তা কখনো কখনো অনিচ্ছাকৃত নেতিবাচক প্রভাব ফেলতে পারে। স্থানীয় জনগোষ্ঠী বা স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সহায়তা স্থানীয় মানুষ ও পরিবেশের ওপর মানবিক সহায়তায় নেতিবাচক প্রভাব নিরসনে আমরা বদ্ধপরিকর। সশস্ত্র সংঘাতের ক্ষেত্রে, আমরা স্বীকার করি যে, সহায়তা প্রদানের প্রক্রিয়ার কারণে, সাধারণ মানুষ আক্রমণের শিকারে পরিণত হতে পারেন। আবার যুদ্ধে জড়ানো ব্যক্তিদের কেউ কেউ এসব সহায়তার অনাকাঙ্ক্ষিত সুবিধা পেতে পারেন। এসব বিষয় এড়াতে বা কমিয়ে আনতে আমরা প্রতিশ্রুতিবদ্ধ।

১০. আমরা এই ঘোষণাপত্রের মানবিক নীতিমালা এবং দুর্যোগ সাড়াদান কার্যক্রমে আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলন এবং এনজিওগুলোর জন্য প্রণীত আচরণ বিধিমালা (১৯৯৪) অনুসরণ করে আমরা আমাদের কার্যক্রম পরিচালনা করব।

১১. স্ফিয়ারের 'মানবিকতার মূলমান' ও 'ন্যূনতম মানসমূহ' আসলে এই ঘোষণাপত্রের সাধারণ নীতিমালাগুলোর বাস্তব রূপ। মানবিক সহায়তা প্রদান এবং মর্যাদাসম্পন্ন জীবনের জন্য অপরিহার্য চাহিদা সম্পর্কে সংস্থাগুলোর অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে এই মানগুলো নির্ধারণ করা হয়েছে। এই মানগুলো অর্জন বেশ কিছু শর্তের ওপর নির্ভর করে, যার অনেকগুলোর ওপর আমাদের কোনো নিয়ন্ত্রণ নেই। তারপরও আমরা এসব মান অর্জনে নিরন্তর প্রচেষ্টা চালিয়ে যেতে বদ্ধপরিকর। ক্ষতিগ্রস্ত অথবা দাতা রাষ্ট্র, আন্তর্জাতিক সংস্থা, ব্যক্তিগত অথবা অ-রাষ্ট্রীয় সংগঠনগুলোর প্রতি স্ফিয়ারের 'মানবিকতার মূলমান' এবং 'ন্যূনতম মানসমূহ'কে গ্রহণ করে নিতে আমরা আহ্বান জানাই।

১২. 'মানবিকতার মূলমান' এবং 'ন্যূনতম মানসমূহ' অনুসরণ করার মাধ্যমে দুর্যোগ বা সংঘাতে আক্রান্ত মানুষের সম্মানজনক জীবন ও নিরাপত্তার অপরিহার্য চাহিদাগুলো (যথা পানি, পয়োনিষ্কাশন, খাদ্য, পুষ্টি, আশ্রয় ও স্বাস্থ্যসেবা) নিরসনে আমরা আমাদের চেষ্টা বজায় রাখব। পরিশেষে আমরা রাষ্ট্র ও মানবিক সহায়তার সাথে সংশ্লিষ্ট সবার দৃষ্টি আকর্ষণ করে বলব যে, আক্রান্ত মানুষের প্রতি তাদের নৈতিক এবং আইনি দায়বদ্ধতা আছে। সঠিক নিরূপণ, পরিবর্তনশীল স্থানীয় প্রেক্ষাপটের নিয়মিত পরিবীক্ষণ এবং তথ্য ও সিদ্ধান্ত প্রক্রিয়ার স্বচ্ছতার মাধ্যমে আমরা আমাদের কার্যক্রম কার্যকর, যথাযথ ও জবাবদিহিতামূলক করে তুলব। সব পর্যায়ের, সব ধরনের সংগঠনের সমন্বয়েই আমাদের কার্যক্রম পরিচালিত হবে। আক্রান্ত মানুষের সাথে তাদের সহযোগিতা নিয়ে কাজ করার জন্য আমরা প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। আমরা স্বীকার করি, আমরা যাদের জন্য কাজ করছি, তাদের প্রতিই আমাদের দায়বদ্ধতা।

সুরক্ষা নীতিমালা

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

সুরক্ষা নীতিমালা

নীতিমালা ১

মানুষের সুরক্ষা, মর্যাদা ও অধিকার বাড়ানো এবং মানুষকে আরও ক্ষতির মুখে ফেলতে পারে এমন কোনো পদক্ষেপ না নেওয়া

নীতিমালা ২

কোনো ধরনের বৈষম্য না করে এবং মানুষের চাহিদা বিবেচনা করে নিরপেক্ষ সহায়তা প্রদানের মাধ্যমে মানুষের অধিকার নিশ্চিত করা

নীতিমালা ৩

হুমকি বা প্রকৃত সহিংসতা, জোরজবরদস্তি বা ইচ্ছাকৃত ক্ষতি/বঞ্চনা থেকে সৃষ্ট শারীরিক ও মানসিক ক্ষতির হাত থেকে মানুষকে রক্ষা করে পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরিয়ে আনতে সহযোগিতা করা

নীতিমালা ৪

মানুষকে তাদের অধিকার দাবি করতে সহায়তা করা

পরিশিষ্ট : সুরক্ষা কার্যক্রমের জন্য পেশাগত মানসমূহের সংক্ষিপ্ত বিবরণ

সূচিপত্র

সুরক্ষা নীতিমালা ৩৮

নীতিমালা ১ .... ৪০

নীতিমালা ২ .... ৪৩

নীতিমালা ৩ .... ৪৪

নীতিমালা ৪ .... ৪৬

পরিশিষ্ট: সুরক্ষা কার্যক্রমের জন্য পেশাগত মানসমূহের সংক্ষিপ্ত বিবরণ ৪৮

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য ৫০

সুরক্ষা নীতিমালা

চারটি সুরক্ষা নীতিমালা সকল মানবিক কর্মকাণ্ড এবং মানবিক সাড়াদান কর্মীদের জন্য প্রযোজ্য :

১. মানুষের সুরক্ষা, মর্যাদা ও অধিকার বাড়ানো এবং মানুষকে আরও ক্ষতির মুখে ফেলতে পারে এমন কোনো পদক্ষেপ না নেওয়া।

২. কোনো ধরনের বৈষম্য না করে এবং মানুষের চাহিদা বিবেচনা করে নিরপেক্ষ সহায়তা প্রদানের মাধ্যমে মানুষের অধিকার নিশ্চিত করা।

৩. হুমকি বা প্রকৃত সহিংসতা, জোরজবরদস্তি বা ইচ্ছাকৃত ক্ষতি/বঞ্চনা থেকে সৃষ্ট শারীরিক ও মানসিক ক্ষতির হাত থেকে মানুষকে রক্ষা করে পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরিয়ে আনতে সহযোগিতা করা।

৪. মানুষকে তাদের অধিকার দাবি করতে সহায়তা করা।

সুরক্ষা নীতিমালাসমূহ মানবিকতার ঘোষণাপত্রে ঘোষিত অধিকারগুলোকে সমর্থন করে, যেমন : মর্যাদার সাথে বেঁচে থাকার অধিকার, মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার, সুরক্ষা ও নিরাপত্তার অধিকার। এই নীতিমালাগুলো মানুষের সুরক্ষায় মানবিক সহায়তাদানকারী সকল পক্ষ কী ধরনের ভূমিকা রাখতে পারে, তা স্পষ্টভাবে তুলে ধরে। তবে মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর ভূমিকা ও দায়িত্ব রাষ্ট্রের পরিপূরক। রাষ্ট্র বা অন্যান্য কর্তৃপক্ষ তাদের এলাকা বা আওতার মধ্যে জনগনের

সুরক্ষা মূলত দুর্যোগ কিংবা সশস্ত্র সংঘাতে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের নিরাপত্তা, মর্যাদা এবং অধিকারের সাথে সম্পর্কিত। ইন্টার এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি (আইএএসসি–IASC) সুরক্ষাকে এভাবে সংজ্ঞায়িত করেছে :

> "... সংশ্লিষ্ট আইনসমূহের লিখিত ধারা ও চেতনার আলোকে (যেমন: আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইন, আন্তর্জাতিক মানবিক আইন এবং আন্তর্জাতিক শরণার্থী আইন) ব্যক্তির সকল অধিকারের প্রতি পূর্ণ শ্রদ্ধা নিশ্চিত করার লক্ষ্যে গৃহীত সকল কার্যক্রম।"

বিস্তারিতভাবে বলতে গেলে সুরক্ষা বলতে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের অধিকার এবং আন্তর্জাতিক আইনের অধীনে দায়িত্ব পালনকারীদের বাধ্যবাধকতা বুঝতে পারা, শ্রদ্ধা করা, রক্ষা করা এবং বৈষম্যহীনভাবে তা পালনে মানবিক ও মানবাধিকারকর্মীদের করা সকল প্রচেষ্টাকে বোঝায়।

সহিংসতা, জোরপূর্বক এবং ইচ্ছাকৃত বঞ্চনা থেকে মানুষকে নিরাপদ রাখার জন্য ব্যবস্থা নেওয়াই হচ্ছে সুরক্ষা। যেকোনো মানবিক পরিস্থিতিতে প্রায়ই এমন কিছু গুরুত্বপূর্ণ সুরক্ষাসংক্রান্ত উদ্বেগ থাকে, যা পুরো জনগোষ্ঠীকে প্রভাবিত করে এবং এসব সমস্যার কার্যকর সমাধানে সম্মিলিত পদক্ষেপ নেওয়া অপরিহার্য। মানবিক সহায়তা কার্যক্রমকে সুরক্ষাকেন্দ্রিক করতে হলে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষেরা যেসব প্রধান ঝুঁকির মধ্যে রয়েছে, সেগুলো বোঝা এবং মোকাবিলা করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। এর মধ্যে এমন গুরুতর ক্ষতির বিষয়ও অন্তর্ভুক্ত, যা আন্তর্জাতিক মানবিক আইন, শরণার্থী বা মানবাধিকার আইন না মানার ফলে ঘটতে পারে।

কল্যাণ ও সশস্ত্র সংঘাত চলাকালে বেসামরিক নাগরিকদের নিরাপত্তার জন্য আইনি দায়িত্ব বহন করে। সবশেষে জনগণের নিরাপত্তা ও সুরক্ষা নিশ্চিত করার দায় কর্তৃপক্ষগুলোরই, হোক তা কার্যকর পদক্ষেপ নেওয়ার মাধ্যমে অথবা প্রয়োজন হলে ক্ষতিকর কর্মকাণ্ড থেকে বিরত থাকার মাধ্যমে। এ ক্ষেত্রে মানবিক সাড়াদান কর্মীদের ভূমিকা হতে পারে কর্তৃপক্ষকে তাদের দায়িত্ব পালনে উৎসাহিত করা ও প্রভাবিত করা এবং যদি তারা তা করতে ব্যর্থ হয়, তাহলে এর ফলাফল/প্রভাব মোকাবিলায় জনগণকে সাহায্য করতেও তারা ভূমিকা পালন করতে পারে।

এই অধ্যায়ে মানবিক সংস্থাগুলো কীভাবে মানুষকে নিরাপদ থাকতে সাহায্য করতে পারে, বিভিন্ন সহায়তা ব্যবস্থাসমূহের মধ্যে প্রবেশাধিকার বাড়াতে সহযোগিতা করতে পারে, সহিংসতা থেকে উদ্ধার করতে এবং তাদের অধিকার দাবি করতে সাহায্য করতে পারে সেই বিষয়ে নির্দেশিকা প্রদান করেছে।

নীতিমালাসমূহকে কাজে প্রয়োগ করা

যারা স্ফিয়ার ন্যূনতম মানসমূহ প্রয়োগ করবেন, তাঁদের সুরক্ষা নীতিমালা অনুসরণ করা উচিত, এমনকি যদি তাদের সুরক্ষা বিধিমালা বা এই ক্ষেত্রে বিশেষায়িত সক্ষমতা না-ও থাকে। এর মধ্যে রয়েছে প্রেক্ষাপট ভালোভাবে বোঝা এবং মানুষের নিরাপত্তার প্রতি ঝুঁকি ও অধিকার লঙ্ঘন প্রতিরোধ, সীমিত করা বা বন্ধ করতে প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ করা। মানুষকে প্রয়োজনীয় তথ্য সরবরাহ করা এবং নিজেদের পরিস্থিতি ও পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার সক্ষমতা গড়ে তুলতে সহায়তা করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

বিশেষায়িত সুরক্ষা কাজে নিয়োজিত কর্মীদের এই নীতিগুলো পূরণ করার পাশাপাশি সংশ্লিষ্ট ও পরিপূরক অন্যান্য সুনির্দিষ্ট মানগুলোও পূরণ করা উচিত। এসব বিশেষায়িত সুরক্ষা কাজে নিয়োজিত কর্মীরা সাধারণত সুনির্দিষ্ট কিছু বিষয়ে কাজ করেন, যেগুলো স্বাধীনভাবে পরিচালিত হয়, যেমন :

- শিশু সুরক্ষা;
- লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা;
- আবাসন, জমি ও সম্পত্তির অধিকার;
- মাইন অপসারণ কার্যক্রম;
- আইন ও ন্যায়বিচারের শাসন;
- আইনি পরামর্শ;
- মানবাধিকার সমর্থক ও রক্ষাকারীরা;
- অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত জনসংখ্যা;
- শরণার্থীদের অধিকার।

⊕ *পরিবারের খোঁজ, নথিপত্র নবায়ন, তথ্য সুরক্ষা এবং অন্যান্য সংশ্লিষ্ট ক্ষেত্র সম্পর্কে আরো বিস্তারিত জানতে তথ্যসূত্র এবং পরিশিষ্ট সুরক্ষা কার্যক্রমের জন্য পেশাগত মানসমূহের সংক্ষিপ্ত বিবরণ দেখুন।*

সুরক্ষা কর্মসূচিগুলো

সুরক্ষাসংক্রান্ত কর্মসূচিগুলো প্রতিরোধমূলক, প্রতিক্রিয়াশীল, প্রতিকারমূলক এবং সহায়ক পরিবেশ তৈরির জন্য। সুরক্ষা নীতিমালা বজায় রাখার জন্য এই সব কার্যক্রমের একটি সমন্বয় প্রয়োজন।

- **প্রতিরোধমূলক:** নিরাপত্তা, মর্যাদা বা অধিকার লঙ্ঘনের হুমকি প্রতিরোধ করা অথবা এই ধরনের হুমকির মুখে পড়ার ঝুঁকি বা দুর্বলতা কমিয়ে আনা।
- **প্রতিক্রিয়াশীল:** সহিংসতা, জবরদস্তি বা বঞ্চনার মতো ঘটনা ঘটলে তৎক্ষণাৎ সাড়া দিয়ে চলমান অধিকার লঙ্ঘন বন্ধ করা।
- **প্রতিকারমূলক:** চলমান বা অতীতের নির্যাতনের প্রতিকার দেওয়ার জন্য মানসিক সহায়তাসহ অন্যান্য চিকিৎসা সহযোগিতা, আইনগত সহায়তা বা অন্যান্য সহযোগিতা প্রদান, যাতে মানুষ তাদের মর্যাদা পুনরায় ফিরে পেতে পারে।
- **সহায়ক পরিবেশ তৈরিমূলক:** এমন নীতি, সামাজিক, সাংস্কৃতিক, প্রাতিষ্ঠানিক ও আইনি পরিবেশ গড়ে তোলা, যা ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর অধিকারকে পূর্ণরূপে সম্মান করার পরিবেশ সৃষ্টি করে। এর মধ্যে রয়েছে আন্তর্জাতিক আইনের সঙ্গে সঙ্গতিপূর্ণভাবে অধিকার রক্ষার সংস্কৃতি গড়ে তোলা।

অ্যাডভোকেসি, হোক তা প্রকাশ্য বা গোপন–এই চার ধরনের কার্যক্রমের (প্রতিরোধমূলক, প্রতিক্রিয়াশীল, প্রতিকারমূলক ও সহায়ক পরিবেশ তৈরিমূলক) প্রতিটিতেই সাধারণভাবে ব্যবহৃত হয়। যখন ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের প্রতি হুমকির উৎস হয় ইচ্ছাকৃত সিদ্ধান্ত, কার্যক্রম বা নীতি থেকে, তখন মানবিক সহায়তা প্রদানকারী ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের উচিত এসব সিদ্ধান্ত, কার্যক্রম বা নীতিতে পরিবর্তনের জন্য অ্যাডভোকেসি করা। এতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, হুমকি প্রদানকারী ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের আচরণ পরিবর্তনে প্রভাব ফেলা, বৈষম্যমূলক নীতি বা আইনি কাঠামোর সংস্কারে সহায়তা করা। এ ছাড়া জনগণের নিজেদের উদ্যোগে নিরাপদ থাকার প্রচেষ্টাকে সহায়তা করা এবং ঝুঁকির মুখে পড়ার সম্ভাবনা কমিয়ে আনার চেষ্টাও এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত।

সুরক্ষা নীতিমালা ১:
মানুষের সুরক্ষা, মর্যাদা ও অধিকার বাড়ানো এবং মানুষকে আরও ক্ষতির মুখে ফেলতে পারে এমন কোনো পদক্ষেপ না নেওয়া

মানবিক সাড়াদান কর্মীরা মানবিক সাড়াদান কর্মসূচির সম্ভাব্য নেতিবাচক প্রভাবসহ মানুষের সামগ্রিক ঝুঁকি এবং দুর্বলতা কমাতে পদক্ষেপ গ্রহণ করবেন।

এই নীতিমালার অন্তর্ভুক্ত বিষয়সমূহ:

- প্রেক্ষাপট অনুযায়ী সুরক্ষা ঝুঁকিসমূহ বুঝতে পারা;
- সহায়তা প্রদান এমনভাবে হবে, যাতে মানুষ তাদের চাহিদা পূরণ করতে গিয়ে ঝুঁকিতে না পড়ে এবং মর্যাদার সঙ্গে জীবনযাপন করতে পারে;
- এমন পরিবেশে সহায়তা প্রদান করা, যা মানুষকে নতুন করে কোনো শারীরিক ঝুঁকি, সহিংসতা বা নিপীড়নের মুখে ঠেলে না দেয়; এবং
- মানুষ যেন নিজের সুরক্ষা নিশ্চিত করতে পারে, সে জন্য তাদের সক্ষমতাকে বৃদ্ধি করা।

এই নীতির কেন্দ্রবিন্দু হলো, মানবিক কার্যক্রমের কারণে কোনো নেতিবাচক প্রভাব যেন না পড়ে, তা নিশ্চিত করা ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৩ ও ৪ দেখুন*।

নির্দেশিকাসমূহ

প্রেক্ষাপট বিশ্লেষণ: প্রেক্ষাপট বুঝতে হবে এবং মানবিক সহায়তা কার্যক্রমের সম্ভাব্য প্রভাব সম্পর্কে আগেভাগেই ভাবতে হবে, যা ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের নিরাপত্তা, মর্যাদা ও অধিকারকে প্রভাবিত করতে পারে। অবস্থা পরিবর্তনের সাথে সাথে নিয়মিত ঝুঁকি বিশ্লেষণ করার জন্য অংশীদার এবং ক্ষতিগ্রস্ত নারী, পুরুষ, ছেলে ও মেয়েদের সাথে কাজ করতে হবে।

নিম্নলিখিত তালিকাটি সম্পূর্ণ না হলেও এই ধরনের বিশ্লেষণের একটি ভিত্তি দিতে পারে:

- সমগ্র জনগোষ্ঠীর মধ্যে কী কী সুরক্ষা হুমকি, ঝুঁকি এবং দুর্বলতা রয়েছে? এই ঝুঁকিসমূহ কমানোর জন্য জনগণের কী সক্ষমতা আছে?
- নির্দিষ্ট কোনো দল/গোষ্ঠী কি বিশেষ ঝুঁকির মুখোমুখি? থাকলে কেন? উদাহরণস্বরূপ বিভিন্ন জাতিগোষ্ঠী, বর্ণ, শ্রেণি, জেন্ডার, লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধকতা অথবা যৌন পরিচয় বিবেচনা করতে হবে।
- মানুষের সহায়তা গ্রহণ বা সিদ্ধান্ত গ্রহণে অংশগ্রহণে কি কোনো বাধা রয়েছে? এসব বাধার মধ্যে নিরাপত্তাজনিত, সামাজিক বা শারীরিক প্রতিবন্ধকতা, কিংবা তথ্য কীভাবে প্রদান করা হয় সে সংক্রান্ত বিষয় অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
- স্থানীয় জনগোষ্ঠী নিজেদের সুরক্ষার জন্য কী ধরনের পদক্ষেপ নিচ্ছে? মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলো কীভাবে তাদের এই প্রচেষ্টাগুলোকে সহায়তা করতে পারে এবং সেগুলোকে ক্ষতিগ্রস্ত না করে? জনগণ নিজেরা নিজেদের সুরক্ষার চেষ্টায় কি কোনো ঝুঁকির সম্মুখীন হতে পারে?
- মানুষ কি সুযোগ-সুবিধার বিনিময়ে যৌন সম্পর্ক, বাল্যবিবাহ, শিশুশ্রম অথবা ঝুঁকিপূর্ণ অভিবাসনের মতো নেতিবাচক মোকাবিলা কৌশলের সাথে জড়িত? এ ধরনের দুর্বলতা কমাতে কী করা যেতে পারে?
- মানবিক সাড়াদান কার্যক্রমগুলো কি কোনো অনিচ্ছাকৃত নেতিবাচক প্রভাব ফেলছে, যেমন : বিতরণস্থানে মানুষের ঝুঁকি বৃদ্ধি অথবা কমিউনিটির মধ্যে বা আশ্রয়দানকারী কমিউনিটির মধ্যে বিভাজন সৃষ্টি? এই ঝুঁকি কমানোর জন্য কী পদক্ষেপ নেওয়া যেতে পারে?
- এইচআইভির জন্য বাধ্যতামূলক পরীক্ষা, সমকামী সম্পর্ককে অপরাধ হিসেবে গণ্য করা অথবা অন্য কোনো বিষয়ে কি শাস্তিমূলক আইন আছে, যা সুরক্ষা ঝুঁকি তৈরি করতে পারে?

সুরক্ষা-সংক্রান্ত বিষয়গুলো শনাক্ত ও মোকাবিলার জন্য ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীসহ কমিউনিটির সাথে তথ্য বিনিময় ও জবাবদিহিমূলক ব্যবস্থা প্রতিষ্ঠা করতে হবে এবং তা নিয়মিতভাবে বজায় রাখতে হবে।

যেসব কার্যক্রম মানুষের অধিকার লঙ্ঘনকারী নীতি ও অনুশীলনকে বৈধতা দেয়, সেগুলোর সঙ্গে জড়িয়ে পড়া এড়িয়ে চলতে হবে। এর উদাহরণ হতে পারে রাজনৈতিক বা সামরিক কারণে জনগণকে জোরপূর্বক স্থানান্তরে সহায়ক কার্যক্রম, অথবা অংশীদার বা বাণিজ্যিক ঠিকাদার বাছাইয়ে অসতর্কতার ফলে পরোক্ষভাবে সংঘাত বাড়িয়ে তোলা। এ ধরনের বিশ্লেষণে কঠিন সিদ্ধান্ত ও বাছাইয়ের প্রয়োজন হতে পারে; তবে পরিস্থিতির পরিবর্তনের সঙ্গে সঙ্গে বিষয়টি সচেতনভাবে বিবেচনা ও নিয়মিত পর্যালোচনা করা উচিত।

মানবিক সহায়তা: যে উপায়ে এবং পরিবেশে মানবিক সহায়তা প্রদান করা হয়, তা কখনো কখনো মানুষের ক্ষতি, সহিংসতা বা জোরজবরদস্তির ঝুঁকি আরো বাড়িয়ে দিতে পারে।

- যতটা সম্ভব নিরাপদ পরিবেশে সহায়তা প্রদান করতে হবে এবং সম্ভাব্য হুমকি ও ঝুঁকি কমানোর জন্য সক্রিয়ভাবে উপায় খুঁজে নিতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, শিক্ষা ও স্বাস্থ্যসেবা এমন স্থানে দিতে হবে, যেখানে সবাই নিরাপদে পৌঁছাতে পারে ⊕ *জরুরি পরিস্থিতিতে শিক্ষার জন্য আন্তসংস্থা নেটওয়ার্ক (Inter-agency Network for Education in Emergencies- INEE) হ্যান্ডবুক দেখুন।*
- সহায়তা প্রদান এবং ব্যবস্থাপনায় মানুষকে শারীরিক ও যৌন হয়রানি থেকে রক্ষার জন্য সম্ভাব্য সব ধরনের পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে। যেমন মূল্যবান দ্রব্যসামগ্রী অথবা নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা লুট হওয়ার সম্ভাবনা থাকে, যা প্রাপককে ক্ষতির মুখে ফেলতে পারে।
- মানুষের মৌলিক চাহিদা পূরণের জন্য এমন নিরাপদ বিকল্প খুঁজে পেতে সহায়তা করতে হবে, যাতে ঝুঁকির মুখোমুখি হওয়ার সম্ভাবনা কমে। উদাহরণস্বরূপ, বিপজ্জনক এলাকায় জ্বালানি কাঠ সংগ্রহের প্রয়োজন কমাতে বিকল্প জ্বালানির ব্যবস্থা করা।
- এমন কার্যক্রম পরিকল্পনা করতে হবে, যা ছেলে ও মেয়েদের সুরক্ষা নিশ্চিত এবং শিশুশ্রম, অপহরণ অথবা পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন হওয়ার মতো অতিরিক্ত ঝুঁকি তৈরি না করে ⊕ *মানবিক কর্মকাণ্ডে শিশু সুরক্ষার জন্য ন্যূনতম মান (CPMS-Minimum standards for Child Protection in Humanitarian Action) হ্যান্ডবুক দেখুন।*
- যেসব এলাকায় সহায়তা প্রদান করা হচ্ছে, সেখান থেকে স্থলমাইন বা অবিস্ফোরিত গোলাবারুদ অপসারণের বিষয়ে সরকারি কর্তৃপক্ষ এবং বিশেষায়িত সংস্থার সাথে সমন্বয় করতে হবে ⊕ *আন্তর্জাতিক মাইন অ্যাকশন মানসমূহ (International Mine Action Standards) দেখুন।*
- পরিবেশের ওপর সহায়তা কার্যক্রমের যেকোনো অনিচ্ছাকৃত প্রভাব বিবেচনায় নিতে হবে, যা মানুষের নিরাপত্তা, মর্যাদা এবং অধিকারকে প্রভাবিত করতে পারে।
- সহায়তা প্রদানের সর্বোত্তম উপায় নির্ধারণের জন্য ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীসহ কমিউনিটির বিভিন্ন অংশ এবং তারা যেসব ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের ওপর আস্থা রাখে, তাদের সাথে পরামর্শ করতে হবে। যেমন : সহায়তা কীভাবে প্রদান করা হবে, তা নির্ধারণের ক্ষেত্রে প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের সাথে কাজ করতে হবে, যাতে তাদের কল্যাণ বা তাদের পক্ষে সহায়তা গ্রহণকারী ব্যক্তিদের নিরাপত্তার ওপর কোনো অতিরিক্ত ঝুঁকি না পড়ে।

কমিউনিটিভিত্তিক সুরক্ষাব্যবস্থা: মানুষ কীভাবে নিজেদের, তাদের পরিবার ও কমিউনিটিকে সুরক্ষিত রাখার চেষ্টা করে, তা ভালোভাবে বুঝতে হবে। কমিউনিটির নেতৃত্বে পরিচালিত স্ব-সহায়তা উদ্যোগগুলোকে সমর্থন দিতে হবে। মানবিক সহায়তা কার্যক্রম এমনভাবে বাস্তবায়ন করতে হবে, যাতে মানুষের নিজেদের এবং তাদের আশপাশের মানুষকে সুরক্ষিত রাখার যে সক্ষমতা আছে, তা কোনোভাবেই কমে না যায়।

সংবেদনশীল তথ্য: মানবিক সাড়াদানকারীরা যেভাবে তথ্য সংগ্রহ ও ভাগাভাগি করে নেয়, তার ফলে যেন কেউ ঝুঁকিতে না পড়ে, তা নিশ্চিত করতে হবে। সংবেদনশীল তথ্য সংগ্রহ ও প্রেরণসংক্রান্ত একটি নীতিমালা প্রণয়ন করতে হবে। এই নীতিমালায় স্পষ্টভাবে উল্লেখ থাকতে হবে কোন কোন পরিস্থিতিতে তথ্য শেয়ার বা অন্যত্র পাঠানো যাবে এবং সে ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির অবগত সম্মতি অবশ্যই নিতে হবে। এ ক্ষেত্রে ব্যর্থ হলে সহিংসতা থেকে বেঁচে যাওয়া ব্যক্তি এবং সংশ্লিষ্ট কর্মীরা নিরাপত্তা হুমকির মুখে পড়তে পারে।

সুরক্ষা নীতিমালা ২
কোনো ধরনের বৈষম্য না করে এবং মানুষের চাহিদা বিবেচনা করে নিরপেক্ষ সহায়তা প্রদানের মাধ্যমে মানুষের অধিকার নিশ্চিত করা

মানবিক সাড়াদান কর্মীরা সহায়তা পাওয়ার ক্ষেত্রে যেসব বাধা রয়েছে তা শনাক্ত করবেন এবং চাহিদা অনুযায়ী ও কোনো ধরনের বৈষম্য ছাড়া সহায়তা প্রদান নিশ্চিত করতে প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ করবেন।

এই নীতিমালার অন্তর্ভুক্ত বিষয়সমূহ:

- ইচ্ছাকৃতভাবে মানুষকে তাদের মৌলিক চাহিদা থেকে বঞ্চিত করে এমন যেকোনো পদক্ষেপকে মানবিক নীতি ও সংশ্লিষ্ট আইন ব্যবহার করে বিরোধিতা করা ⊕ *মানবিকতার ঘোষণাপত্র দেখুন;*
- মানুষ যেন শুধু তাদের চাহিদার ভিত্তিতে সহায়তা পায়, তা নিশ্চিত করা এবং কোনো অন্য কারণ দেখিয়ে তাদের প্রতি বৈষম্য না করা; এবং
- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর সকল অংশের জন্য মানবিক সহায়তা পাওয়ার সুযোগ নিশ্চিত করা।

এই নীতির কেন্দ্রবিন্দু হলো, কমিউনিটিগুলোর তাদের চাহিদা অনুযায়ী প্রয়োজনীয় মানবিক সহায়তা পাওয়ার সুযোগ থাকা উচিত ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ২ দেখুন।*

নির্দেশিকাসমূহ

নিরপেক্ষতা (Impartiality): সহায়তার অগ্রাধিকার নির্ধারণ করতে হবে কেবল মানুষের চাহিদার ভিত্তিতে এবং চাহিদার অনুপাতে সহায়তা প্রদান করতে হবে। দুর্যোগে ত্রাণসামগ্রী প্রদানের ক্ষেত্রে আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলন এবং এনজিওগুলোর আচরণবিধিতে এই নীতিকে নিরপেক্ষতার মূলনীতি হিসেবে স্বীকৃতি দেওয়া হয়েছে ⊕ *সংযুক্তি-২ এবং মানবিকতার ঘোষণাপত্র দেখুন।* মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর শুধু কোনো একটি নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর ওপর (যেমন ক্যাম্পে বসবাসকারী বাস্তুচ্যুত মানুষ বা নির্দিষ্ট কোনো সংখ্যালঘু গোষ্ঠী) অতিরিক্ত গুরুত্ব দেওয়া উচিত নয়, যদি এতে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর অন্য কোনো চাহিদাসম্পন্ন গোষ্ঠী বঞ্চিত হয়।

মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার: সংকটে আক্রান্ত মানুষদের মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার নিশ্চিত করতে অ্যাডভোকেসি করতে হবে। যখন মানুষ নিজেরা তাদের মৌলিক চাহিদা পূরণ করতে পারে না এবং সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষও সহায়তা প্রদানে ব্যর্থ হয়, তখন কর্তৃপক্ষের উচিত নিরপেক্ষ মানবিক সহায়তা প্রদানকারী সংস্থাগুলোর কার্যক্রমে বাধা না দেওয়া। এই ধরনের বাধা, বিশেষ করে সশস্ত্র সংঘাতের পরিস্থিতিতে আন্তর্জাতিক আইনের লঙ্ঘন হতে পারে। সংকটে আক্রান্ত মানুষদের মানবিক সহায়তা এবং সুরক্ষা পাওয়ার জন্য কোনো বিশেষ আইনি মর্যাদার প্রয়োজন নেই। কর্তৃপক্ষের উচিত নয় মানবিক চাহিদার অস্তিত্ব অস্বীকার করা কিংবা মানবিক সাড়াদান কর্মীদের চলাচল সীমিত করতে আমলাতান্ত্রিক বাধা সৃষ্টি করা।

সহায়তা পাওয়ার পথে প্রতিবন্ধকতাসমূহ: মানুষের মানবিক সহায়তায় প্রবেশাধিকার নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে, যাতে তারা কোন ধরনের বাধার সম্মুখীন হচ্ছে, তা শনাক্ত করা যায় এবং সম্ভব হলে সেগুলো দূর করার জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ নেওয়া যায়।

- জনগণের চলাচলের স্বাধীনতা বা সরাসরি মানবিক সহায়তাপ্রাপ্তিকে সীমিত করে এমন প্রতিবন্ধকতাগুলো বিবেচনায় নিতে হবে। এর মধ্যে অবরোধ, ল্যান্ডমাইন ও চেকপয়েন্ট অন্তর্ভুক্ত। সশস্ত্র সংঘাতের ক্ষেত্রে বিভিন্ন পক্ষ চেকপয়েন্ট স্থাপন করতে পারে, তবে এসব চেকপয়েন্ট ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর বিভিন্ন শ্রেণির মানুষের মধ্যে বৈষম্য সৃষ্টি করতে পারবে না বা অযথা সহায়তা পাওয়ার পথে বাধা হয়ে দাঁড়াতে পারবে না।
- এমন প্রতিবন্ধকতাগুলো চিহ্নিত ও সমাধান করতে হবে, যা কিছু ব্যক্তি বা গোষ্ঠীর সহায়তা পাওয়ার সুযোগ সীমিত করে এবং বৈষম্যের সৃষ্টি করে। এসব প্রতিবন্ধকতা নারী ও শিশু, প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী মানুষ বা সংখ্যালঘু গোষ্ঠীর প্রতি বৈষম্যের কারণ হতে পারে। একইভাবে জাতিগত পরিচয়, ধর্ম, রাজনৈতিক মতাদর্শ, যৌন পরিচয়, লিঙ্গপরিচয়, ভাষা বা অন্যান্য কারণে মানুষ সহায়তা থেকে বঞ্চিত হতে পারে।
- অধিকার এবং অভিযোগ বা প্রতিক্রিয়া জানানোর পদ্ধতি সম্পর্কে তথ্য সহজবোধ্য ভাষা ও উপযোগী মাধ্যমে প্রদান করতে হবে। পাশাপাশি, তথাকথিত “আড়ালে থাকা” ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠী যেমন প্রতিবন্ধী ব্যক্তি, পথশিশু বা দুর্গম এলাকায় বসবাসকারী মানুষের কাছে পৌঁছানোর জন্য সক্রিয় উদ্যোগ নিতে হবে, যাতে তারা নিরাপদভাবে মানবিক সহায়তা পেতে পারে।

সুরক্ষা নীতিমালা ৩

হুমকি বা প্রকৃত সহিংসতা, জোরজবরদস্তি বা ইচ্ছাকৃত ক্ষতি/বঞ্চনা থেকে সৃষ্ট শারীরিক ও মানসিক ক্ষতির হাত থেকে মানুষকে রক্ষা করে পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরিয়ে আনতে সহযোগিতা করা

মানবিক সাড়াদান কর্মীরা এসব সহিংসতায় ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিদের তাৎক্ষণিক ও ধারাবাহিক সহায়তা প্রদান করবেন, প্রয়োজন অনুযায়ী অতিরিক্ত সেবা পাওয়ার জন্য উপযুক্ত স্থানে রেফার করবেন।

এই নীতিমালার অন্তর্ভুক্ত বিষয়সমূহ

- সহিংসতা থেকে বেঁচে যাওয়া ব্যক্তির যথাযথ সহায়তা সেবায় প্রেরণ করা।
- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী যেন ভবিষ্যতে আর কোনো সহিংসতা, জোরজবরদস্তি বা বঞ্চনার শিকার না হয়, সে জন্য সব ধরনের যৌক্তিক ও প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ করা; এবং
- মানুষ যাতে নিজেদের কমিউনিটির মধ্যে নিরাপদভাবে বসবাস করতে পারে এবং নিজেদের মর্যাদা ও অধিকার আবার ফিরে পাওয়ার জন্য যে উদ্যোগ নেয়, সেই উদ্যোগকে সহায়তা করা।

এই নীতির কেন্দ্রবিন্দু হলো, সংকটে আক্রান্ত মানুষ ও জনগোষ্ঠী যেন সমন্বিত ও পরিপূরক মানবিক সহায়তা পায় ⊕ *মানবিকতার মূলমান ৬ দেখুন*।

নির্দেশিকাসমূহ

রেফারেল বা অন্যত্র সুপারিশ (Referral): বিদ্যমান রেফারেল ব্যবস্থার সঙ্গে পরিচিত থাকতে হবে এবং সহিংসতার শিকার ব্যক্তিদের নিরাপদে উপযুক্ত সেবা পেতে সহায়তা করতে হবে। অনেকে সহিংসতার পর সহায়তা নিতে আগ্রহী না-ও হতে পারে। তাদের সহায়তা নেওয়ার পথে বাধা কী কী, তা বোঝার চেষ্টা করতে হবে এবং রেফারেল ব্যবস্থা সেই অনুযায়ী মানিয়ে নিতে হবে।

শারীরিক বা লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতার শিকার ব্যক্তিদের স্বাস্থ্যসেবা, পুলিশি সহায়তা, মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক সেবায় পৌঁছাতে সহায়তা করতে হবে। এই সেবাগুলো মানুষের লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধকতা, যৌনপরিচয় এবং অন্যান্য সংশ্লিষ্ট বিষয় বিবেচনায় রেখে প্রদান করতে হবে ⊕ *নির্দেশিকা মানবিক সহায়তা কার্যক্রমে লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা মোকাবিলার উদ্যোগ অন্তর্ভুক্ত করা (Guidenlines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action) দেখুন।*

সহিংসতা, শোষণ, অপব্যবহার এবং অবহেলা থেকে বেঁচে যাওয়া শিশুদের সহায়তা দেওয়ার জন্য শিশু সুরক্ষা সেবায় নিরাপদ ও কার্যকর রেফারেল ব্যবস্থা তৈরি করতে হবে এবং তা ব্যবহার করতে হবে।

কমিউনিটির উদ্যোগ: কমিউনিটির নিজস্ব উদ্যোগ ও আত্মনির্ভরশীল কার্যক্রমকে সহায়তা করতে হবে, যা মানুষকে তাদের কর্তৃত্ববোধ ফিরে পেতে এবং সুরক্ষা বাড়াতে সহায়তা করবে।

পরিবার, কমিউনিটি এবং ব্যক্তিগত সুরক্ষা সাড়াদান পদ্ধতিসহ মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা কার্যক্রমকে সমর্থন করতে হবে। মানুষের জন্য এমন সুযোগ তৈরি করতে হবে, যেখানে তারা নিজের পরিস্থিতি নিয়ে আলোচনা করতে পারে, কোন সুরক্ষা ঝুঁকি আগে মোকাবিলা করা দরকার, তা নির্ধারণ করতে পারে এবং পদক্ষেপ নিতে পারে।

স্থানীয় গ্রুপ যেমন যুবক দল, নারী দল বা ধর্মীয় গোষ্ঠীকে অহিংস উপায়ে আত্মরক্ষা কার্যক্রম বাস্তবায়ন করতে এবং ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তিদের সহায়তা করতে সমর্থন দিতে হবে।

যেখানে সম্ভব, পরিবারগুলোকে একত্রে রাখতে হবে, যার মধ্যে প্রথাগত নয় এমন পরিবারও (non-traditional families) অন্তর্ভুক্ত। একই গ্রামের বা সামাজিক নেটওয়ার্কভুক্ত মানুষদের একই এলাকায় বসবাস নিশ্চিত করতে হবে।

সামাজিকভাবে সম্মানজনক দাফন বা সৎকার, ধর্মীয় অনুষ্ঠান ও ক্ষতিকর নয় এমন অন্যান্য সামাজিক/সাংস্কৃতিক রীতিনীতিকে সমর্থন করতে হবে।

চলমান সংঘাত, পর্যবেক্ষণ ও প্রতিবেদন প্রদান: মানবাধিকার লঙ্ঘন সম্পর্কে রিপোর্ট করার পদ্ধতি সম্পর্কে সচেতন থাকতে হবে এবং সংবেদনশীল তথ্য নিরাপদে বিনিময় বা ব্যবহার করার পদ্ধতি ও নীতিসমূহ অনুসরণ করতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ এবং পরিশিষ্ট: সুরক্ষা কার্যক্রমের জন্য পেশাগত মানসমূহের সংক্ষিপ্ত বিবরণ (Professional Standards for Protection Work) দেখুন।*

চলমান সহিংসতাগুলোকেও গুরুত্বসহকারে বিবেচনায় আনতে হবে এবং অংশীদার ও বিশেষায়িত সংস্থার সাথে একযোগে কাজ করতে হবে। জনগণের সুরক্ষার প্রধান দায়িত্ব সরকারের এবং সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের। সুরক্ষা প্রদানের আইনি দায়িত্ব ও সক্ষমতা রয়েছে, এমন বিশেষায়িত প্রতিষ্ঠানের সাথে কাজ করতে হবে এবং তাদের দায়দায়িত্ব মনে করিয়ে দিতে হবে।

জনগণের শারীরিক নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে নিরাপত্তা এবং আইন প্রয়োগকারী সংস্থা, পুলিশ, সামরিক বাহিনী ও শান্তিরক্ষী বাহিনী গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। যথাযথ সময়ে এবং যদি নিরাপদ হয় তাহলে পুলিশ, আইন প্রয়োগকারী সংস্থা অথবা সামরিক বাহিনীর সদস্যদের মানবাধিকার লঙ্ঘনের ব্যাপারে সতর্ক করতে হবে।

সশস্ত্র সংঘাত চলাকালে আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইনে সুরক্ষিত স্কুল ও হাসপাতালের মতো গুরুত্বপূর্ণ সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানগুলো পর্যবেক্ষণ করতে হবে এবং এসব প্রতিষ্ঠানে কোনো হামলার ঘটনা ঘটলে রিপোর্ট করতে হবে। এসব জায়গায় ঘটতে পারে এমন অপহরণ বা জোরপূর্বক নিয়োগের ঝুঁকি ও হুমকি কমাতে বিশেষ উদ্যোগ নিতে হবে।

সংবেদনশীল তথ্য ব্যবস্থাপনা: মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর কাছে স্পষ্ট নীতিমালা ও প্রক্রিয়া থাকতে হবে, যাতে কর্মীরা নির্যাতনের ঘটনা প্রত্যক্ষ করলে বা জানতে পারলে কীভাবে প্রতিক্রিয়া জানাবে বা কোথায় রেফার করবে, তা জানা থাকে। এসব নীতিতে তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষার বিষয় অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে।

প্রত্যক্ষদর্শীর বিবৃতি, জনগোষ্ঠীর তথ্য বা ছবি, যা দ্বারা কাউকে চিহ্নিত করা যায়, এমন তথ্য অনেক বেশি সংবেদনশীল হতে পারে এবং মানুষের জন্য ঝুঁকি তৈরি করতে পারে। নির্দিষ্ট অপব্যবহার ও নির্যাতনের সংবেদনশীল তথ্য কেবল অভিজ্ঞ, প্রশিক্ষিত সংস্থা দ্বারা সঠিক প্রক্রিয়া ও প্রোটোকল অনুযায়ী সংগ্রহ করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট: সুরক্ষা কার্যক্রমের জন্য পেশাগত মানসমূহের সংক্ষিপ্ত বিবরণ (Professional Standards for Protection Work) দেখুন*।

সুরক্ষা নীতিমালা ৪
মানুষকে তাদের অধিকার দাবি করতে সহায়তা করা

মানবিক সাড়াদান কর্মীরা ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীকে তথ্য ও নথিপত্রের (ডকুমেন্টেশনের) মাধ্যমে তাদের অধিকারের দাবি করতে সহায়তা করবেন এবং অধিকারকে সম্মান জানানোর প্রচেষ্টাকে জোরদার করতে সহায়তা করবেন।

এই নীতিমালার অন্তর্ভুক্ত বিষয়সমূহ:

- মানুষকে তাদের অধিকার দাবি করতে এবং সরকার বা অন্যান্য উৎস থেকে প্রতিকার পেতে সহায়তা করা;
- অধিকার প্রমাণে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র সুরক্ষিত করতে সহায়তা করা; এবং
- জনগণের অধিকার ও আন্তর্জাতিক আইনের পূর্ণ মর্যাদা প্রতিষ্ঠায় অ্যাডভোকেসি করা, যাতে সুরক্ষামূলক পরিবেশ শক্তিশালী হয়।

এই নীতির কেন্দ্রবিন্দু হলো, সংকটে আক্রান্ত মানুষ তাদের অধিকার ও দাবিগুলো সম্পর্কে অবহিত হবে ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ১ দেখুন*।

নির্দেশিকাসমূহ

তথ্যপ্রাপ্তির সুযোগ: শিক্ষা ও তথ্য প্রদান করতে হবে, যাতে মানুষ তাদের অধিকার বুঝতে পারে এবং তা দাবি করতে পারে। যেমন, পুনর্বাসন বা পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার সুযোগ-সুবিধাসম্পর্কিত

অধিকার বিষয়ে মানুষকে অবগত করতে হবে। তাদের দেশের প্রচলিত আইন ও বিধিমালার অধীনে অধিকার সম্পর্কে জানাতে আইনগত সহায়তা প্রদানকারী বিশেষায়িত সংস্থার সঙ্গে কাজ করতে হবে।

তথ্য এমন ভাষায় দিতে হবে, যা ক্ষতিগ্রস্ত মানুষরা বুঝতে পারে। বয়স, লিঙ্গ, শিক্ষা ও মাতৃভাষার ভিন্নতা বিবেচনায় রেখে বিভিন্ন দলের মাধ্যমে বার্তাটি কতটা বোঝা যাচ্ছে, তা পরীক্ষা করতে হবে। লেখা, ছবি বা অডিওসহ একাধিক ফরম্যাট ব্যবহার করে তথ্য দিতে হবে, যেন তা আরও বেশি মানুষের কাছে পৌঁছায়।

নথিপত্র: মানুষের সাধারণভাবে অধিকার থাকে, তা তারা নির্দিষ্ট প্রমাণপত্র/ডকুমেন্ট রাখুক বা না রাখুক। তবে কিছু নথিপত্র যেমন জন্মসনদ, বিবাহ সনদ, মৃত্যুসনদ, পাসপোর্ট, জমির দলিল অথবা শিক্ষা সনদ না থাকলে তারা তাদের অধিকার পেতে প্রতিবন্ধকতার মুখোমুখি হতে পারে। যাদের এই নথিপত্র নেই, তাদেরকে যেসব সংস্থা এসব নথিপত্র প্রদান করে বা পুনঃপ্রদান করে, তাদের কাছে রেফার করতে হবে।

সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষ কর্তৃক স্বীকৃত বৈধ কাগজপত্রকে মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থা কর্তৃক ইস্যুকৃত নথি যেমন রেশন কার্ড বা নিবন্ধনপত্রের সাথে মিলিয়ে ফেলা উচিত হবে না। মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থা থেকে সহায়তা নেওয়ার ক্ষেত্রে কর্তৃপক্ষ থেকে ইস্যুকৃত কাগজপত্রকে সহযোগিতা পাওয়ার নির্ধারক হিসেবে ধরে নেওয়া উচিত হবে না।

আইনি সহায়তা ও বিচারব্যবস্থায় প্রবেশাধিকার: মানুষ তাদের অধিকার লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে সরকার ও সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের কাছে আইনগত বা অন্যান্য প্রতিকার চাইতে পারে। এর মধ্যে সম্পত্তির ক্ষতিপূরণ বা পুনরুদ্ধারও থাকতে পারে। তারা অপরাধীদের বিচার দাবি করারও অধিকার রাখে।

যারা আইনগত প্রতিকার চায়, তাদের নিরাপদভাবে আইনি প্রক্রিয়ার মাধ্যমে সহায়তা দিতে হবে। কার্যকর রেফারেলের জন্য জানতে হবে কোন সংস্থা আইনগত সহায়তা দিতে পারে।

অন্যদিকে বিচারিক ব্যবস্থা ভুক্তভোগীকে আরও ক্ষতির মুখে ফেলতে পারে, তাই ন্যায়বিচার নিশ্চিত করতে প্রয়োজনীয় সতর্কতা নিতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা রেফারেল নেটওয়ার্কগুলোকে জাতীয় চিকিৎসা ও আইনগত (মেডিকো-লিগ্যাল) ব্যবস্থা *(মেডিকো-লিগ্যাল ডেথ ইনভেস্টিগেশন ব্যবস্থা হলো মৃত্যুর তদন্ত পরিচালনা এবং অপ্রাকৃতিক ও অজ্ঞাত মৃত্যুর কারণ এবং পদ্ধতি প্রত্যায়িত করার প্রক্রিয়া)* এবং যৌন সহিংসতা-সম্পর্কিত সংশ্লিষ্ট আইন সম্পর্কে জানাশোনা থাকতে হবে। সহিংসতা থেকে বেঁচে থাকা ব্যক্তিদের জানাতে হবে যে কিছু বাধ্যতামূলক রিপোর্টিং আইন আছে, যা তাদের দেওয়া তথ্যের গোপনীয়তা সীমিত করতে পারে। এটি সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তির সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করতে পারে যে তারা চিকিৎসা বা রিপোর্টিং চালিয়ে যাবে কি না, কিন্তু এই আইনকে অবশ্যই সম্মান করতে হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা: যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.২ দেখুন*।

সংকটের সময় ক্ষতিগ্রস্ত জনগণ বিকল্প ও অনানুষ্ঠানিক বিরোধ নিষ্পত্তি পদ্ধতি, যেমন; স্থানীয় সালিস ব্যবহার করতে পারে। এ ধরনের ব্যবস্থাপনা থাকলে সেখানকার মানুষকে জানাতে হবে এবং ব্যাখ্যা করতে হবে কীভাবে তারা এই সেবা নিতে পারে।

জমি ব্যবহার বা মালিকানা নিয়ে অনেক সময় দ্বন্দ্ব দেখা দেয়। এ ধরনের সমস্যা সমাধানে স্থানীয় কর্তৃপক্ষ এবং কমিউনিটির মধ্যে সহযোগিতা নিশ্চিত করতে হবে এবং তাদের একসঙ্গে কাজ করতে উৎসাহিত করতে হবে।

পরিশিষ্ট
সুরক্ষা কার্যক্রমের জন্য পেশাগত মানসমূহের সংক্ষিপ্ত বিবরণ

সশস্ত্র সংঘাত বা সহিংসতার অন্যান্য পরিস্থিতিতে ক্ষতি বা দুর্ভোগের মুখোমুখি হওয়ার আশঙ্কায় থাকা সাধারণ জনগণের সুরক্ষা নিশ্চিত করা অত্যন্ত জরুরি। কার্যকর সুরক্ষা সাড়াদানের জন্য পেশাগত দক্ষতা এবং সর্বজনস্বীকৃত ন্যূনতম পেশাগত মান মেনে চলা আবশ্যক; এটি সব সুরক্ষা কর্মীর জন্য প্রযোজ্য।

মানবিক সাড়াদান ও মানবাধিকার কর্মীদের সুরক্ষা কাজের জন্য একটি অভিন্ন ভিত্তি তৈরি করতে এবং ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের জন্য এসব কার্যক্রমের কার্যকারিতা সর্বোচ্চ করার জন্য সুরক্ষা কাজের পেশাদারি মানসমূহ প্রণয়ন করা হয়েছে। এই মানসমূহ সুরক্ষা নীতিমালার পরিপূরক।

এই মানগুলো এই ধারণার ওপর ভিত্তি করে গঠিত যে, জনগণকে তাদের হয়ে নেওয়া প্রতিটি পদক্ষেপের কেন্দ্রবিন্দুতে রাখা হবে। তারা যেসব হুমকি ও ঝুঁকির মুখে পড়েন, সেগুলোর বিশ্লেষণ, সাড়া দেওয়ার ব্যবস্থা তৈরি ও মনিটরিং প্রক্রিয়ায় জনগণের সক্রিয় ভূমিকা থাকা উচিত। শুধু শারীরিক নিরাপত্তা বৃদ্ধি নয়, সুরক্ষা কার্যক্রমের লক্ষ্য হওয়া উচিত যারা সংঘাত ও অপব্যবহারের ঝুঁকিতে আছেন তাদের অধিকার, মর্যাদা ও আত্মমর্যাদার প্রতি সম্মান প্রতিষ্ঠা করা।

মানবিক সাড়াদানকারীর কার্যক্রমের পরিসর অত্যন্ত বৈচিত্র্যময়। তাই সব কার্যক্রমে সুরক্ষা বিষয়গুলো সংযুক্ত করা অপরিহার্য। এই পেশাগত মানগুলো মূলত সুরক্ষা পেশাজীবী ও সংস্থাগুলোর জন্য প্রযোজ্য, যারা সশস্ত্র সংঘাত ও সহিংসতার পরিস্থিতিতে নিবেদিতভাবে সুরক্ষা কার্যক্রম পরিচালনা করেন।

এই পেশাগত মানগুলো সংস্থাগুলোকে তাদের অভ্যন্তরীণ নীতিমালা, নির্দেশিকা ও প্রশিক্ষণউপকরণ পর্যালোচনা ও উন্নয়নের একটি দৃঢ় ভিত্তি প্রদান করে। যারা মাঠপর্যায়ে সুরক্ষা কৌশল পরিকল্পনা ও বাস্তবায়ন করেন, তাদের জন্য এটি একটি ব্যবহারিক নির্দেশিকা এবং অনুপ্রেরণার উৎস হিসেবেও কাজ করতে পারে। এটি অন্যান্য কর্মী ও অংশীজনদের জন্যও একটি গুরুত্বপূর্ণ রেফারেন্স, যাতে তারা বুঝতে পারেন কীভাবে বিশেষায়িত সুরক্ষা কর্মীরা ব্যক্তি ও জনগোষ্ঠীর সুরক্ষা বৃদ্ধির জন্য নিরাপদভাবে কার্যক্রম বাস্তবায়ন করতে পারেন।

এই মানগুলো সুরক্ষা কার্যক্রমকে নিয়ন্ত্রণ বা বৈচিত্র্যকে সীমিত করার উদ্দেশ্যে নয়; বরং এটি অন্যান্য পেশাগত নীতিমালার পরিপূরক এবং সুরক্ষা কর্মীদের তাদের নিজস্ব চর্চা, নির্দেশিকা ও প্রশিক্ষণে এই মানসমূহ একীভূত করতে সহযোগিতা করে।

২০১৮ সালে পেশাদারি মানসমূহ নিম্নলিখিতভাবে সংগঠিত করা হয়েছে :

১. সুরক্ষা কার্যক্রমের সর্বজনীন নীতিমালা
২. সুরক্ষা কৌশল ব্যবস্থাপনা
৩. সুরক্ষা কাঠামোর রূপরেখা
৪. আইনি ভিত্তির ওপর ভিত্তি করে সুরক্ষা প্রতিষ্ঠা
৫. পারস্পরিক পরিপূরকতা জোরদার করা
৬. সুরক্ষা ফলাফলের জন্য তথ্য ও উপাত্ত ব্যবস্থাপনা
৭. পেশাগত সক্ষমতা নিশ্চিত করা

এই মানসমূহে তথ্য ও যোগাযোগপ্রযুক্তির (আইসিটি) প্রভাব এবং তথ্য সুরক্ষাসংক্রান্ত আইনের ক্রমবর্ধমান প্রভাব ইত্যাদি বিষয় অন্তর্ভুক্ত রয়েছে এবং সুরক্ষা তথ্য ব্যবস্থাপনায় নির্দিষ্ট দিকনির্দেশনা প্রদান করা হয়েছে।

মানবিক সাড়াদান ও মানবাধিকারকর্মীদের এবং জাতিসংঘ শান্তিরক্ষী মিশনসহ অন্যান্য আন্তর্জাতিক সামরিক ও পুলিশ বাহিনীর মধ্যে সংলাপ এবং পরস্পর যোগাযোগ প্রায়ই সুরক্ষা নিশ্চিত করার জন্য প্রয়োজন হয়। পেশাদারি মানগুলো এসব সংলাপ ও যোগাযোগে নীতিমূলক দৃষ্টিভঙ্গি বজায় রাখার জন্য নির্দেশনা প্রদান করে।

মানবাধিকার ও মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলো এবং জাতিসংঘ শান্তিরক্ষা মিশনসহ আন্তর্জাতিকভাবে ম্যান্ডেট পাওয়া সামরিক ও পুলিশ বাহিনীর মধ্যে সংলাপ এবং সমন্বয় অনেক সময় প্রয়োজনীয় হয়, যাতে সুরক্ষা নিশ্চিত করা যায়। এই মানসমূহ এসব পারস্পরিক যোগাযোগে নীতিগত দৃষ্টিভঙ্গি বজায় রাখার বিষয়ে দিকনির্দেশনা দেয়।

'সহিংস উগ্রবাদ' মোকাবিলায় জাতীয়, আঞ্চলিক ও আন্তর্জাতিক পর্যায়ে যে ধরনের সন্ত্রাসবিরোধী আইন প্রণয়ন করা হচ্ছে, তা সুরক্ষা কর্মীদের কার্যক্রমে কী প্রভাব ফেলতে পারে, তা নিয়েও এই মানসমূহে পরিষ্কার ব্যাখ্যা দেওয়া হয়েছে।

এই পেশাগত মানসমূহ ICRC-এর ই-বুক স্টোর থেকে ডাউনলোড করা যাবে :

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

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য

সাধারণ সুরক্ষা : প্রেক্ষাপট ও উপকরণ

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. http://sitap.org

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystanding-committee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. https://shop.icrc.org

জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. IASC, 2015. gbvguidelines.org

বাড়ি, জমি ও সম্পত্তি অধিকার

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত ব্যক্তি

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

মাইন/বোমা অপসারণ কার্যক্রম

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

প্রবীণ ব্যক্তি ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তি

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

শিশু ও শিশু সুরক্ষা

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. http://cpwg.net

আরো বিস্তারিত তথ্য

আরো বিস্তারিত তথ্যের জন্য নিচের লিংকে গিয়ে দেখুন

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

আরো বিস্তারিত তথ্য

সাধারণ সুরক্ষা: প্রেক্ষাপট ও উপকরণ

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. OCHA, 2016.
https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%20 2016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2017.
www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016.
www.fmreview.org/community-protection.html

Giossi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards.* ICRC, 2001.
https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. IASC, 2011.
www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response.* HPG Report 26. ODI, 2007.
https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). IASC, 2016.
www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_-aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. Global Protection Cluster.
www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. Action Aid, 2009.
www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protec-tion_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf

Slim, H. Bonwick, A. *Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

আত্মরক্ষার কৌশলসমূহ এবং সক্ষমতাসমূহ

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. DG ECHO, EC, 2016. ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

নগদ অর্থভিত্তিক বাস্তবায়নসমূহ

Guide for Protection in Cash-based Interventions. UNHCR and partners, 2015. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

প্রতিবন্ধী ব্যক্তি

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. 2018. www.washingtongroup-disability. com

জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and moni-toring sexual violence in emergencies. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016.
www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

বাড়ি, জমি ও সম্পত্তি অধিকার

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the "Pinheiro Principles". Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR, 2007.
www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010.
https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/

অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত ব্যক্তি

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Brookings Institution–University of Bern Project of Internal Displacement, 2005.
https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons.* Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004.
https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

UN Guiding Principles on Internal Displacement. UN Economic and Social Council, 1998.
www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html

মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010.
https://interagencystandingcommittee.
org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

প্রবীণ ব্যক্তি

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors. WHO, HelpAge International, IASC, 2008.
www.globalprotectioncluster.org/_assets/
files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

শিশু ও শিশু সুরক্ষা

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. UNODC, 2009.
https://www.unodc.org/documents/
justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. UN-DDR, 2006. www.unddr.org/iddrs.aspx

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children. WHO, 2016. www.who. int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. UNICEF, 2007. https://www.unicef.org/protection/ 57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. CPWG, 2010.

http:// cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to-_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

এইচআইভি

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. UNDP, 2016.
www.undp.org/
content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hi
v-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions. WHO, 2013. www.who.int/hiv/pub/sti/ sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/ pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/ discrimination-in-health-care/en/

এলজিবিটিকিউআই (LGBTQI) ব্যক্তি এবং বিচিত্র যৌন অভিমুখিতা, লিঙ্গ পরিচয় ও অভিব্যক্তি এবং যৌন বৈশিষ্ট্য

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/ Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. Women's Refugee Commission, 2016. https://www. womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2015. www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. International Commission of Jurists, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf

মানবিকতার মূলমান (CHS)

মানবিকতার মূলমান
২০২৪ সংস্করণ

মানবিকতার মূলমান (CHS)

প্রকাশক কর্তৃক সর্বস্বত্ব সংরক্ষিত। মানবিকতার মূলমান (CHS) একটি উন্মুক্ত আদর্শমান, যা যত বেশি সম্ভব অংশীজন দ্বারা ব্যবহারের জন্য উৎসাহিত করা হয়। CHS Alliance, Groupe URD এবং Sphere কর্তৃক এই বইয়ের সর্বস্বত্ব সংরক্ষিত। সিএইচএসের (CHS) স্বীকৃতি প্রদান সাপেক্ষে শিক্ষা, গবেষণা, প্রশিক্ষণ ও উন্নয়নকাজে এটির পুনঃপ্রকাশকে স্বত্বাধিকারী কর্তৃক স্বাগত জানানো হয়। সিএইচএসের (CHS) অংশবিশেষ বা সম্পূর্ণ অংশ অনুবাদ বা রূপান্তরের জন্য এই [chs@chsalliance.org] ই-মেইলের মাধ্যমে লিখিত অনুমতি নিতে হবে। দ্বিতীয় সংস্করণ: ২০২৪

সূচিপত্র

ভূমিকা ৬০

নয়টি অঙ্গীকার ৬২

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী ৬২

১. তাঁদের অধিকার প্রয়োগ করতে পারেন এবং যেসব কর্মকাণ্ড ও সিদ্ধান্ত তাঁদেরকে প্রভাবিত করে সেসব বিষয়ে সক্রিয়ভাবে অংশগ্রহণ করতে পারেন ৬৪

২. তাঁদের সুনির্দিষ্ট চাহিদা এবং অগ্রাধিকার অনুযায়ী সময়োচিত ও কার্যকর সহায়তা পেয়ে থাকেন.. ৬৪

৩. সম্ভাব্য সংকট মোকাবিলায় অধিক প্রস্তুত এবং সহনশীল হয়ে থাকেন ৬৫

৪. এমন সহায়তা পেয়ে থাকেন, যা মানুষ বা পরিবেশের জন্য ক্ষতিকর নয় ৬৫

৫. তাঁদের উদ্বেগ ও অভিযোগ নির্ভয়ে জানাতে পারেন এবং সেগুলোর সমাধান হয় ... ৬৬

৬. সমন্বিত এবং পরিপূরক সহায়তা পেয়ে থাকেন ৬৭

৭. ধারাবাহিক শেখার চর্চা এবং জনগণের মতামতের ভিত্তিতে আরও উত্তম ও গ্রহণযোগ্য সহায়তা পেয়ে থাকেন ৬৭

৮. এমন কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক দ্বারা সেবা পেয়ে থাকেন, যারা সমাজে শ্রদ্ধাশীল, দক্ষ এবং সুশৃঙ্খলভাবে পরিচালিত ৬৮

৯. নৈতিকতা এবং দায়িত্বশীলতার সাথে সম্পদের ব্যবস্থাপনা আশা করতে পারেন ৬৮

শব্দকোষ ৭০

ভূমিকা

মানবিকতার মূলমান (CHS) ৯টি অঙ্গীকার নির্ধারণ করেছে। এর উদ্দেশ্য হলো–সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠীকে এমনভাবে সহায়তা প্রদান করা, যাতে তাদের অধিকার ও মর্যাদার সম্মানিত হয়। পাশাপাশি তারা যেসব সংকটের মুখোমুখি হয়, তা মোকাবিলায় তাদের নেতৃত্ব ও মূল ভূমিকাকে উৎসাহিত করা।

সিএইচএস (CHS) বিশ্বব্যাপী স্বীকৃত এবং গ্রহণযোগ্য একটি আদর্শমান। এটি মানুষ ও জনগোষ্ঠী এবং যারা তাঁদের সহায়তায় কাজ করে তাঁদের মধ্যে সমতাভিত্তিক ও সহযোগিতামূলক সম্পর্ককে উৎসাহিত করে। এটি ক্ষমতার ভারসাম্যহীনতা দূর করার লক্ষ্যে কাজ করে। এই আদর্শ মানটি তাঁদের সবার জন্য প্রাসঙ্গিক ও প্রযোজ্য, যারা ব্যক্তিগত বা সম্মিলিতভাবে মানুষ ও জনগোষ্ঠীর সহায়তায় কাজ করে। এটি একটি কাঠামো হিসেবে ব্যবহার করা যেতে পারে:

- মানুষ ও জনগোষ্ঠী তাঁদের সহায়তায় নিয়োজিত ব্যক্তিদের জবাবদিহির আওতায় আনতে সক্ষম হয়।
- সংস্থা ও তাঁদের কাজের গুণগত মান এবং জবাবদিহিতা উন্নত করা।
- সংস্থার কর্মদক্ষতা মূল্যায়ন ও বিশ্লেষণ করা এবং সিএইচএসের (CHS) অঙ্গীকারগুলো পূরণের পথে তাঁদের শেখার অগ্রগতি প্রদর্শন করতে সহায়তা করা।
- গুণগত মান ও জবাবদিহিতা নিশ্চিত করতে সম্মিলিত প্রচেষ্টাকে উৎসাহিত করা।

সিএইচএস (CHS) আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত মানবিক নীতিমালা–মানবিকতা, পক্ষপাতহীনতা, স্বাতন্ত্র্য এবং নিরপেক্ষতার ওপর ভিত্তি করে প্রতিষ্ঠিত। এটি স্ফিয়ার মানবিকতার ঘোষণাপত্রের ওপর ভিত্তি করে নির্মিত, যা জনগণের মর্যাদাসম্পন্ন জীবনের অধিকার, সহায়তা ও সহযোগিতা পাওয়ার অধিকার এবং সুরক্ষা ও নিরাপত্তার অধিকারকে বর্ণনা করে। যেসব সংস্থা মানবিক সংকট পরিস্থিতিতে কাজ করছে, তাদেরকে সিএইচএস (CHS) ব্যবহার করার পাশাপাশি স্ফিয়ার ন্যূনতম আদর্শ মান এবং হিউম্যানিটেরিয়ান স্ট্যান্ডার্ডস পার্টনারশিপের (HSP) অংশ হিসেবে থাকা অন্যান্য মান ব্যবহারের জন্য উৎসাহিত করা হয়।

সিএইচএস (CHS) এই স্বীকৃতি দেয়, সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের সুরক্ষা ও সহায়তা প্রদানের প্রধান দায়িত্ব রাষ্ট্র এবং সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের ওপর।

এই ৯টি অঙ্গীকারে বলা হয়েছে, সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী তাঁদের সহায়তাকারীদের কাছ থেকে কী আশা করতে পারেন। এই অঙ্গীকারগুলো একে অপরের পরিপূরক এবং প্রতিটি অঙ্গীকারই সিএইচএসের (CHS) অপরিহার্য উপাদান। প্রতিটি অঙ্গীকারের সাথে কিছু নির্দিষ্ট প্রয়োজনীয় শর্ত যুক্ত রয়েছে, যেখানে বলা হয়েছে–মানুষ ও জনগোষ্ঠীকে সহায়তা করার সময় সেই অঙ্গীকারগুলো পূরণ করতে কী কী পদক্ষেপ নেওয়া প্রয়োজন।

সিএইচএসের (CHS) প্রয়োগ

সিএইচএসের (CHS) ৯টা অঙ্গীকার এবং প্রয়োজনীয় শর্তগুলো সফলভাবে পূরণ করতে হলে, সংস্থাগুলোর কাছে উপযুক্ত সহায়ক পরিবেশ থাকতে হবে, যাতে এর সুশৃঙ্খল প্রয়োগ সমর্থিত হয়। এর অর্থ হলো সংস্থার সকল স্তর এবং কার্যক্রমে গুণগত মান ও জবাবদিহিতার সংস্কৃতি প্রতিষ্ঠা এবং প্রদর্শন করা, যা সংস্থার মূল্যবোধ, কাজের পদ্ধতি ও অভ্যন্তরীণ ব্যবস্থাপনা এবং অংশীদারদের সঙ্গে সম্পর্ক বর্ণনা করে। এই কাজের প্রক্রিয়া ও পদ্ধতিগত ব্যবস্থাগুলো সংস্থার লক্ষ্য এবং মূল্যবোধ, তারা যে প্রেক্ষাপটে কাজ করছে, তাদের কার্যক্রমের ধরন এবং অংশীদারদের সঙ্গে সম্পর্কের ওপর ভিত্তি করে পরিবর্তিত হতে পারে, যার মধ্যে মানুষ ও জনগোষ্ঠীও অন্তর্ভুক্ত।

www.corehumanitarianstandard.org

৯টি অঙ্গীকার

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী...

১. তাঁদের অধিকার প্রয়োগ করতে পারেন এবং যেসব কর্মকাণ্ড ও সিদ্ধান্ত তাঁদেরকে প্রভাবিত করে সেসব বিষয়ে সক্রিয়ভাবে অংশগ্রহণ করতে পারেন।

২. তাঁদের সুনির্দিষ্ট চাহিদা এবং অগ্রাধিকার অনুযায়ী সময়োচিত ও কার্যকর সহায়তা পেয়ে থাকেন।

৩. সম্ভাব্য সংকট মোকাবিলায় অধিক প্রস্তুত এবং সহনশীল হয়ে থাকেন।

৪. এমন সহায়তা পেয়ে থাকেন, যা মানুষ বা পরিবেশের জন্য ক্ষতিকর নয়।

৫. তাঁদের উদ্বেগ ও অভিযোগ নির্ভয়ে জানাতে পারেন এবং সেগুলোর সমাধান হয়।

৬. সমন্বিত এবং পরিপূরক সহায়তা পেয়ে থাকেন।

৭. ধারাবাহিক শেখার চর্চা এবং জনগণের মতামতের ভিত্তিতে আরও উত্তম ও গ্রহণযোগ্য সহায়তা পেয়ে থাকেন।

৮. এমন কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক দ্বারা সেবা পেয়ে থাকেন, যারা সমাজে শ্রদ্ধাশীল, দক্ষ এবং সুশৃঙ্খলভাবে পরিচালিত।

৯. নৈতিকতা এবং দায়িত্বশীলতার সাথে সম্পদের ব্যবস্থাপনা আশা করতে পারেন।

সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণ
১
অধিকার প্রয়োগ করতে পারেন এবং সিদ্ধান্ত গ্রহণে সক্রিয়ভাবে অংশগ্রহণ করতে পারেন
২
সময়োচিত ও কার্যকরী সহায়তা পেয়ে থাকেন
৩
অধিক প্রস্তুত এবং আরও বেশি সহনশীল হয়ে থাকেন
৪
এমন সহায়তা পেয়ে থাকেন যা জনগণ বা পরিবেশের জন্য ক্ষতিকর নয়
৫
তাঁদের উদ্বেগ ও অভিযোগ নির্ভয়ে জানাতে পারেন
৬
সমন্বিত এবং পরিপূরক সহায়তা পেয়ে থাকেন
৭
তাঁদের মতামতের ওপর ভিত্তি করে সহায়তা পেয়ে থাকেন
৮
এমন কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক দ্বারা সেবা পেয়ে থাকেন, যারা সমাজে শ্রদ্ধাশীল, দক্ষ এবং সুশৃঙ্খলভাবে পরিচালিত
৯
সম্পদের নৈতিক এবং দায়িত্বশীল ব্যবস্থাপনার আশা করতে পারেন

অঙ্গীকার এবং প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ

অঙ্গীকার ১

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী তাঁদের অধিকার প্রয়োগ করতে পারেন এবং যেসব কর্মকাণ্ড ও সিদ্ধান্ত তাঁদেরকে প্রভাবিত করে সেসব বিষয়ে সক্রিয়ভাবে অংশগ্রহণ করতে পারেন।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ :

১.১ সবচেয়ে সুবিধাবঞ্চিত জনগোষ্ঠীর প্রতি বিশেষ গুরুত্বসহ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর সাথে সংস্থার কাজের প্রতিটি ক্ষেত্রে বৈচিত্র্য (বিভিন্নতা), সমতা এবং সবার অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে হবে।

১.২ মানুষ ও জনগোষ্ঠীকে প্রাসঙ্গিক এবং সময়োচিত তথ্য নিয়মিতভাবে জানাতে হবে ও তাদের অধিকার রক্ষায় সংগঠনের অঙ্গীকার এবং দায়দায়িত্ব সম্পর্কে অবহিত করতে হবে।

১.৩ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর জন্য যে ভাষা এবং বিন্যাস সহজ, বোধগম্য, সম্মানজনক ও প্রেক্ষাপট অনুযায়ী উপযুক্ত–সেই ভাষা এবং রীতি ব্যবহার করে যোগাযোগ করতে হবে।

১.৪ বিভিন্ন সিদ্ধান্ত এবং কর্মকাণ্ডে মানুষের অংশগ্রহণ যেন তাদের জন্য অর্থবহ ও কার্যকর হয় এবং তারা যেভাবে যুক্ত হতে স্বাচ্ছন্দ্যবোধ করে, সেই পদ্ধতিতেই তাদের অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে হবে।

১.৫ অ্যাডভোকেসি এবং তহবিল সংগ্রহসহ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর অবস্থা তুলে ধরার জন্য ব্যবহৃত সকল তথ্য এবং যোগাযোগ তাঁদের অবহিত সম্মতির ভিত্তিতে হতে হবে। পাশাপাশি তা যেন সঠিক, সম্মানজনক, নৈতিক ও মর্যাদাপূর্ণ হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

১.৬ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর ওপর প্রভাব ফেলতে পারে এমন সিদ্ধান্ত ও কাজে তাদের অর্থবহ অংশগ্রহণ, তথ্যের স্বচ্ছ আদান-প্রদান, কার্যকর যোগাযোগ নিশ্চিত করতে একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ২

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী তাঁদের সুনির্দিষ্ট চাহিদা এবং অগ্রাধিকার অনুযায়ী সময়োচিত ও কার্যকর সহায়তা পেয়ে থাকেন।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ

২.১ স্থানীয় জ্ঞান, সক্ষমতা ও বিদ্যমান কার্যক্রমের প্রতি শ্রদ্ধা রেখে এবং সেগুলোর ওপর ভিত্তি করে কর্মসূচি পরিকল্পনা ও বাস্তবায়ন করতে হবে।

২.২ কর্মসূচি এবং সংস্থার সহায়তাপ্রাপ্ত ব্যক্তি বা গোষ্ঠীগুলোকে চিহ্নিত করতে ন্যায্যসঙ্গত, পক্ষপাতহীন ও স্বচ্ছ নিয়মনীতি ব্যবহার করতে হবে।

২.৩ কার্যক্রমগুলো নিয়মিত পর্যবেক্ষণ ও সমন্বয় করতে হবে, যাতে সেগুলো সময়োপযোগী, সহজলভ্য এবং মানুষ ও জনগোষ্ঠীর অগ্রাধিকারমূলক চাহিদা পূরণ নিশ্চিত করতে পারে।

২.৪ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর সাথে কাজ করার ক্ষেত্রে প্রাতিষ্ঠানিক কর্মকাণ্ডে সংশ্লিষ্ট কারিগরি মান এবং স্বীকৃত সেরা অনুশীলন প্রয়োগ করতে হবে।

২.৫ যে অগ্রাধিকার চাহিদাগুলো এখনো পূরণ হয়নি, সেগুলো সংশ্লিষ্ট এবং কারিগরি দক্ষতা ও সক্ষমতাসম্পন্ন অংশীজনদের কাছে প্রেরণ করতে হবে।

২.৬ প্রান্তিক জনগোষ্ঠীকে গুরুত্ব দিয়ে মানুষ ও জনগোষ্ঠী যে প্রেক্ষাপট এবং সংস্কৃতিতে বসবাস করে ও তারা যে বিভিন্ন সক্ষমতা, বিপদাপন্নতা, চাহিদা এবং ঝুঁকির মুখোমুখি হয়, সে সম্পর্কে স্পষ্ট ধারণার ভিত্তিতে সহায়তা নিশ্চিত করতে একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ৩

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী সম্ভাব্য সংকট মোকাবিলায় অধিক প্রস্তুত এবং সহনশীল হয়ে থাকেন।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ:

৩.১ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর সহনশীলতা আরও জোরালো করার জন্য জনসাধারণের আনুষ্ঠানিক এবং অনানুষ্ঠানিক নেতৃত্ব ও স্থানীয়ভাবে পরিচালিত প্রচেষ্টাকে সমর্থন করতে হবে।

৩.২ সম্ভাব্য সংকট বা দুর্যোগের ঝুঁকি কমাতে পূর্বাভাস ও স্থানীয় সক্ষমতাগুলোকে সমর্থন করতে হবে।

৩.৩ জনগণের জীবন, জীবিকা, স্থানীয় অর্থনীতি এবং পরিবেশের ওপর দীর্ঘমেয়াদি ইতিবাচক প্রভাবে অবদান রাখতে পারে এমন কর্মসূচিসমূহ পরিকল্পনা ও বাস্তবায়ন করতে হবে।

৩.৪ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর সাথে কাজের শুরু থেকেই তাঁদের সম্পদসমূহে এবং সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়ায় স্থানীয় মালিকানাকে উৎসাহিত ও সমর্থন করতে হবে।

৩.৫ প্রদত্ত সহায়তা স্থানীয় পর্যায়ের কর্মকাণ্ডে এবং সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়াকে শক্তিশালী করবে, তা নিশ্চিত করতে একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ৪

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী এমন সহায়তা পেয়ে থাকেন, যা মানুষ বা পরিবেশের জন্য ক্ষতিকর নয়।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ:

৪.১ কর্মসূচিগুলোর ফলে মানুষ ও জনগোষ্ঠীর ওপর সম্ভাব্য এবং প্রকৃত নেতিবাচক প্রভাবগুলো চিহ্নিত, প্রতিরোধ, কমানো ও সমাধান করতে হবে।

৪.২ কর্মসূচিগুলোর ফলে পরিবেশের ওপর সম্ভাব্য ও প্রকৃত নেতিবাচক প্রভাবগুলো চিহ্নিত, প্রতিরোধ, কমানো ও সমাধান করতে হবে।

৪.৩ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর ঝুঁকি কমানোর জন্য তথ্য সুরক্ষার স্বীকৃত ভালো চর্চার সাথে সামঞ্জস্য রেখে, তথ্য ও উপাত্তের নিরাপদ, নৈতিক এবং কার্যকর ব্যবস্থাপনা নিশ্চিত করতে হবে।

৪.৪ স্বীকৃত ভালো চর্চার সঙ্গে সামঞ্জস্য রেখে একটি সুসংগত সাংগঠনিক পদ্ধতি প্রতিষ্ঠা করতে হবে, যা নিশ্চিত করবে যে সংস্থাটি এমনভাবে কাজ করছে, যাতে ব্যক্তি এবং জনগোষ্ঠীর নিরাপত্তা, সুরক্ষা, অধিকার ও মর্যাদা রক্ষা পায় এবং কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবকদের দ্বারা সংঘটিত যৌন শোষণ, নির্যাতন এবং হয়রানিসহ সব ধরনের শোষণ ও অপব্যবহার প্রতিরোধ করা যায়।

৪.৫ পরিবেশের ওপর সংস্থা ও তার কার্যক্রমের নেতিবাচক প্রভাবগুলো কমাতে এবং স্বীকৃত ভালো চর্চার সাথে সামঞ্জস্য রেখে কাজ পরিচালনার জন্য একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ৫

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী তাঁদের উদ্বেগ ও অভিযোগ নির্ভয়ে জানাতে পারেন এবং সেগুলোর সমাধান হয়।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ :

৫.১ স্বীকৃত ভালো চর্চার সাথে সামঞ্জস্য রেখে জনগোষ্ঠীর সব শ্রেণির মানুষের জন্য নিরাপদ, সহজপ্রাপ্য এবং উপযোগী উপায়ে মতামত, উদ্বেগ ও অভিযোগ জানানোর ব্যবস্থা পরিকল্পনা এবং বাস্তবায়ন করতে হবে।

৫.২ যৌন শোষণ, নির্যাতন ও হয়রানিসহ সব ধরনের ক্ষতিকর আচরণ প্রতিরোধে কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবকদের যেসব আচরণ প্রত্যাশিত, তা মানুষ ও জনগোষ্ঠী যথাযথভাবে বুঝছে কি না, তা নিশ্চিত করতে নিয়মিতভাবে পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

৫.৩ মানুষ, জনগোষ্ঠী এবং সংশ্লিষ্ট অন্যান্য অংশীজনরা অভিযোগ ও উদ্বেগ কীভাবে জানাতে হয় এবং সেগুলোর প্রতিকারের পদ্ধতি কী, তা যেন সঠিকভাবে বুঝতে পারে, তা নিশ্চিত করতে নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

৫.৪ স্বীকৃত ভালো চর্চার সাথে সামঞ্জস্য রেখে অভিযোগসমূহ পরিচালনা, তদন্ত, সমাধান এবং/অথবা যথাযথ কর্তৃপক্ষ বা সংশ্লিষ্ট সংস্থার কাছে প্রেরণ করতে হবে।

৫.৫ যৌন শোষণ, নির্যাতন এবং হয়রানিসহ যেকোনো ধরনের অসদাচরণের অভিযোগ ও প্রতিবেদন তদন্ত এবং প্রতিকার নিশ্চিত করার ক্ষেত্রে সহিংসতা থেকে বেঁচে ফিরে আসা ব্যক্তিকেন্দ্রিক ও যথোপযুক্ত পদ্ধতি প্রয়োগ করতে হবে।

৫.৬ যেকোনো উদ্বেগ ও অভিযোগকে আন্তরিকভাবে গ্রহণ এবং সময়মতো ও যথাযথ ব্যবস্থা গ্রহণ নিশ্চিত করতে একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ৬

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী সমন্বিত এবং পরিপূরক সহায়তা পেয়ে থাকেন।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ:

৬.১ প্রতিষ্ঠানের কার্যক্রম যেন স্থানীয়ভাবে পরিচালিত ও কমিউনিটিভিত্তিক এবং সংশ্লিষ্ট অংশীদারদের সাথে সমন্বিত ও পরিপূরক হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

৬.২ মানুষ ও জনগোষ্ঠীর প্রতি গুণগত মান এবং জবাবদিহিতার অঙ্গীকার বাস্তবায়নে সহযোগী সংস্থাগুলোকে কাজের প্রতিটি পর্যায়ে সহায়তা করতে হবে।

৬.৩ সহযোগী সংস্থাসমূহের মধ্যকার সম্পর্কের গুণগত মান ও কার্যকারিতা নিয়মিত মূল্যায়ন করা এবং প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে সংশোধনমূলক পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে।

৬.৪ ন্যায্য সিদ্ধান্ত গ্রহণ, সম্পদের সমবণ্টন এবং প্রতিটি সহযোগী প্রতিষ্ঠানের বৈশিষ্ট্য, ভূমিকা ও দায়িত্বের প্রতি সম্মান বজায় রাখার অঙ্গীকারের ভিত্তিতে সহযোগিতা এবং অংশীদারত্ব নিশ্চিত করতে একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ৭

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী ধারাবাহিক শেখার চর্চা এবং জনগণের মতামতের ভিত্তিতে আরও উত্তম ও গ্রহণযোগ্য সহায়তা পেয়ে থাকেন।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ:

৭.১ সংস্থা এবং এর কার্যক্রম সম্পর্কে মানুষ ও জনগোষ্ঠীর প্রতিক্রিয়া এবং মতামত নিয়মিতভাবে শোনা ও সে অনুযায়ী যথাযথ ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

৭.২ সিদ্ধান্ত গ্রহণে সহায়তা করে এমন ভিন্ন ভিন্ন তথ্য সংগ্রহ করতে হবে, যা মানুষ ও জনগোষ্ঠীর বৈচিত্র্যকে প্রতিফলিত করে এবং তা এমনভাবে করতে হবে, যাতে তাঁদের ওপর কোনো অতিরিক্ত চাপ বা অসুবিধা সৃষ্টি না হয়।

৭.৩ পর্যবেক্ষণ, প্রতিক্রিয়া, অভিযোগ ও শিখন থেকে প্রাপ্ত তথ্য সিদ্ধান্ত গ্রহণে ব্যবহার করতে হবে এবং এসব তথ্যের ভিত্তিতে কর্মসূচি ও প্রতিষ্ঠানের কাজের ধরন উন্নত করতে হবে।

৭.৪ প্রতিক্রিয়া বা মতামত ও পর্যবেক্ষণ থেকে প্রাপ্ত বিশ্লেষণ, শিখন এবং সংশ্লিষ্ট যেকোনো পরিবর্তন প্রতিষ্ঠানের সহায়তাপ্রাপ্ত মানুষ ও জনগোষ্ঠী এবং সংশ্লিষ্ট অংশীদারদের জানাতে হবে।

৭.৫ গুণগত মান ও জবাবদিহিতার অঙ্গীকারসমূহ আরও ভালোভাবে পূরণ করার লক্ষ্যে কাজের পদ্ধতি এবং কার্যক্রমের ধারাবাহিক শিখন ও উন্নয়নের জন্য একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ৮

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী এমন কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক দ্বারা সেবা পেয়ে থাকেন, যারা সমাজে শ্রদ্ধাশীল, দক্ষ এবং সুশৃঙ্খলভাবে পরিচালিত।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ:

৮.১ নেতৃত্ব, কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবকেরা গুণগত মান এবং জবাবদিহিতার একটি প্রাতিষ্ঠানিক সংস্কৃতি প্রচার করে ও নিজের আচরণে তার প্রতিফলন ঘটায়।

৮.২ সব কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবকের নিরাপত্তা, সুরক্ষা, কল্যাণ এবং মর্যাদা রক্ষার লক্ষ্যে একটি নিরাপদ ও সবার সমান অংশগ্রহণমূলক কর্মপরিবেশ বজায় রাখার জন্য প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

৮.৩ সব কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক তাদের ভূমিকা এবং দায়িত্বগুলো কার্যকর ও জবাবদিহিতার সাথে পালনের জন্য প্রয়োজনীয় সহায়তা, দক্ষতা এবং সক্ষমতা অর্জন করতে পারে তা নিশ্চিত করতে হবে।

৮.৪ সব কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক যেন স্পষ্টভাবে শোষণ, অপব্যবহার, হয়রানি, বৈষম্য এবং সম্পদের অপব্যবহার নিষিদ্ধ এমন আচরণবিধি বুঝে ও তা মেনে চলে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

৮.৫ সব কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক যেন নিরাপদ, গোপনীয় এবং সহজে ব্যবহারযোগ্য পদ্ধতির মাধ্যমে নির্ভয়ে উদ্বেগ প্রকাশ করতে ও অসদাচরণের অভিযোগ জানাতে পারে এবং অভিযোগকারীদের যেন যথাযথ সুরক্ষা নিশ্চিত হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

৮.৬ স্বীকৃত ভালো চর্চার সাথে সামঞ্জস্য রেখে সকল কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবকদের অসদাচরণ মোকাবিলায় সময়োপযোগী, কার্যকর এবং উপযুক্ত পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে।

৮.৭ মানবসম্পদ ব্যবস্থাপনা যেন স্বীকৃত ভালো চর্চার সাথে সামঞ্জস্য রেখে ন্যায্য, বৈষম্যহীন ও স্বচ্ছ এবং কার্যকরভাবে পরিচালিত হয়, তা নিশ্চিত করতে একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

অঙ্গীকার ৯

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠী নৈতিকতা এবং দায়িত্বশীলতার সাথে সম্পদের ব্যবস্থাপনা আশা করতে পারেন।

প্রয়োজনীয় শর্তসমূহ:

৯.১ প্রতিষ্ঠানের অঙ্গীকারসমূহ বাস্তবায়নে প্রয়োজনীয় সক্ষমতা ও সম্পদ নিশ্চিত করতে হবে।

৯.২ স্বীকৃত ভালো চর্চার সাথে সামঞ্জস্য রেখে আর্থিক সম্পদ দায়িত্বের সঙ্গে ব্যবস্থাপনা করতে হবে।

৯.৩ প্রতিষ্ঠানের অঙ্গীকার ও মূল্যবোধকে অক্ষুণ্ন রেখে তহবিল সংগ্রহ, সম্পদ সঞ্চয় এবং তহবিল বরাদ্দের কার্যক্রম যেন নৈতিকতা ও স্বচ্ছতার ভিত্তিতে পরিচালিত হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

৯.৪ অপচয় ও পরিবেশের ওপর বিরূপ প্রভাব কমিয়ে কাঙ্ক্ষিত লক্ষ্য অর্জনে সম্পদের সঠিক ব্যবস্থাপনা এবং ব্যবহার নিশ্চিত করতে হবে।

৯.৫ দুর্নীতি, জালিয়াতি, সম্পদের অপব্যবহার এবং স্বার্থের বিরোধসহ প্রতিষ্ঠানের সকল স্তরের ঝুঁকিগুলো চিহ্নিত, প্রতিরোধ ও সঠিকভাবে ব্যবস্থাপনা করা এবং এসব ঝুঁকি চিহ্নিত হলে যথাযথ ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

৯.৬ সম্পদের দক্ষ, কার্যকর ও নৈতিক ব্যবস্থাপনা নিশ্চিত করতে একটি সুসংগত প্রাতিষ্ঠানিক ধারা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

সিএইচএস (CHS) ব্যবহারের ক্ষেত্রে ঘোষণা

সংকট এবং ঝুঁকিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠীর সহায়তায় কাজ করে এমন যেকোনো ব্যক্তি বা সংস্থাকে সিএইচএস (CHS) গ্রহণ ও ব্যবহার উৎসাহিত করা হয়। তারা বলতে পারেন, "আমরা সিএইচএস বাস্তবায়নের পথে এগিয়ে আছি।" তবে সিএইচএস-এর মূল মানদণ্ড মেনে চলছি–এ ধরনের ঘোষণা কেবল স্বীকৃত, নিরপেক্ষ যাচাই প্রক্রিয়ার ভিত্তিতেই করা যাবে।

শব্দকোষ

নিম্নলিখিত সংজ্ঞাগুলো সিএইচএস (CHS)-এর প্রয়োগ ও ব্যাখ্যার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে

জবাবদিহিতা: জবাবদিহিতা হলো দায়িত্বশীলতার সঙ্গে ক্ষমতা ব্যবহারের প্রক্রিয়া, যেখানে বিভিন্ন স্বার্থসংশ্লিষ্ট ব্যক্তি ও সংস্থাসমূহ এবং যারা প্রাথমিকভাবে এই ধরনের ক্ষমতা প্রয়োগে প্রভাবিত হয়, তাদেরকে বিবেচনায় নেওয়া এবং তাদের কাছে জবাবদিহি নিশ্চিত করা। এর অর্থ যেসব বিষয় জনগণ ও জনগোষ্ঠীকে প্রভাবিত করে, সেসব বিষয়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণের ক্ষেত্রে তাঁদেরকে মূল কেন্দ্রে রাখা; যেমনটি সিএইচএস (CHS)-এর ৯টি অঙ্গীকারে স্পষ্টভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

বৈচিত্র্য: মানুষের মধ্যে ব্যক্তিগত পরিচয়, পটভূমি, অভিজ্ঞতা, দৃষ্টিভঙ্গি ও বৈশিষ্ট্যের ভিত্তিতে কর্মপরিসর এবং সমাজে বিদ্যমান ভিন্নতাই হলো বৈচিত্র্য। এই ভিন্নতা বর্ণ, জাতিগোষ্ঠী, লিঙ্গ, বয়স, যৌন পরিচিতি, সামাজিক-অর্থনৈতিক অবস্থা, সক্ষমতা বা বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন বা প্রতিবন্ধিতা, ধর্মীয় বিশ্বাস এবং সাংস্কৃতিক পটভূমি প্রভৃতির ভিত্তিতে ভিন্ন হতে পারে। তবে বৈচিত্র্য শুধু এগুলোর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়, আরও অনেকভাবে মানুষের মধ্যে থাকতে পারে।

নিশ্চিত করা: সংস্থাকে অভ্যন্তরীণ তদারকি, নিয়মিত পর্যালোচনা ও কার্যকর নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে নিশ্চিত করতে হবে যে প্রতিশ্রুত কার্যক্রম এবং অঙ্গীকারগুলো সঠিকভাবে বাস্তবায়িত হচ্ছে।

সমতা: সমতা এমন একটি পরিস্থিতি, যেখানে ব্যক্তি বা গোষ্ঠীকে তাদের প্রয়োজন অনুযায়ী সুযোগ ও সহায়তা প্রদান করা, যাতে সবাই ভালোভাবে এগিয়ে যেতে পারে।

সমন্বিত ও সুসংহত সাংগঠনিক পদ্ধতি প্রতিষ্ঠা: এটি এমন একটি পরিকল্পিত ও সুসংগঠিত পদ্ধতি, যা একটি সংস্থা তার লক্ষ্য পূরণের জন্য ব্যবহার করে এবং সংস্থার সব স্তরে একইভাবে অনুসরণ করে।

অন্তর্ভুক্তি/একীভূত: একীভূত বা অন্তর্ভুক্তি হলো সচেতন ও পরিকল্পিত প্রচেষ্টা, যার মাধ্যমে এমন পরিবেশ এবং নিয়ম তৈরি করা, যা ভিন্ন ভিন্ন পটভূমি ও পরিচয়ের সবাইকে সম্মান জানায়, তাদের মূল্যায়ন করে এবং সম্পূর্ণ অংশগ্রহণের সুযোগ দেয়।

সবচেয়ে সুবিধাবঞ্চিত: সেসব মানুষকে বোঝায়, যারা সমাজে তাদের পরিচয়, পটভূমি, অভিজ্ঞতা, দৃষ্টিভঙ্গি বা অন্যান্য বৈশিষ্ট্যের কারণে অবহেলা, বৈষম্য বা বঞ্চনার ঝুঁকিতে থাকেন।

সংস্থা: সিএইচএস (CHS) প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় সম্পদ ও প্রতিশ্রুতিসম্পন্ন এমন সংস্থা বা ব্যক্তি এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। কিন্তু শুধু এসবের মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, যেকোনো জনগোষ্ঠীভিত্তিক কাঠামো, নাগরিক/বেসামরিক সমাজ সংগঠন, দাতব্য বা অলাভজনক সংস্থা, বেসরকারি খাতের কোম্পানি, সরকারি কর্তৃপক্ষ, আন্তর্জাতিক সংস্থা বা বিভিন্ন সংগঠনের জোট, যারা স্থানীয় বা আন্তর্জাতিক পর্যায়ে কাজ করে।

অংশগ্রহণ: এমন প্রক্রিয়া এবং কার্যক্রম, যার মাধ্যমে জনগণ ও জনগোষ্ঠী তাদের ওপর প্রভাব ফেলে এমন সব সিদ্ধান্ত গ্রহণে সক্রিয়ভাবে যুক্ত হতে পারে। অর্থবহ অংশগ্রহণ সব গোষ্ঠীর অন্তর্ভুক্তি নিশ্চিত করে, যার মধ্যে সবচেয়ে দুর্বল ও সুবিধাবঞ্চিত জনগণও রয়েছে এবং এটি মানুষের নির্দিষ্ট চাহিদা ও পছন্দ অনুযায়ী সংগঠিত হয়। অংশগ্রহণ সম্পূর্ণ স্বেচ্ছামূলক।

সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা জনগণ ও জনগোষ্ঠী: সংকট এবং ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে থাকা জনগণ ও জনগোষ্ঠী বলতে বোঝায় দুর্যোগ, সংঘাত, দারিদ্র্য বা অন্যান্য সংকট বা চ্যালেঞ্জের মধ্যে থাকা নারী-পুরুষ, ছেলে-মেয়ে, যাদের ভিন্ন ভিন্ন চাহিদা, বিপদাপন্নতা এবং সক্ষমতা রয়েছে।

প্রক্রিয়া: প্রক্রিয়া বলতে বোঝায়, নির্দিষ্ট কোনো কাজ বা লক্ষ্য ধারাবাহিক এবং দক্ষভাবে সম্পন্ন করার জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ, উপকরণ ও সম্পদের সমন্বয়। প্রেক্ষাপট এবং কোনো প্রতিষ্ঠানের আকার ও সক্ষমতার ওপর নির্ভর করে এই প্রক্রিয়াগুলো কম-বেশি আনুষ্ঠানিক হতে পারে।

গুণগত মান: এটা এমন বৈশিষ্ট্যের সমষ্টি, যা নিশ্চিত করে যে জনগণ ও জনগোষ্ঠীকে যে সহায়তা প্রদান করা হচ্ছে, তা তাদের প্রকাশিত বা অপ্রকাশিত চাহিদা এবং প্রত্যাশা পূরণ করে ও তাদের মর্যাদাকে সম্মান জানায়।

সহনশীলতা: সহনশীলতা হলো কোনো ব্যক্তি বা জনগোষ্ঠীর বিপদ বা দুর্যোগের মুখে সময়মতো ও কার্যকরভাবে বিপদ বা দুর্যোগের প্রভাব প্রতিরোধ করা, মানিয়ে নেওয়া এবং তা কাটিয়ে ওঠার সক্ষমতা।

সম্পদ: সম্পদ বলতে বোঝায়, একটি সংস্থাকে তার লক্ষ্য বাস্তবায়নে সহায়তা করার জন্য যেসব উপকরণ প্রয়োজন, যেমন প্রাকৃতিক ও মানবসম্পদ, আর্থিক, মূলধন, প্রযুক্তি এবং তথ্যভিত্তিক উপাদানকে। তবে এগুলোর মধ্যেই সম্পদের ধারণা সীমাবদ্ধ নয়।

অধিকার: অধিকার বলতে বোঝায়, মানবিকতার ঘোষণাপত্রে উল্লিখিত অধিকারসমূহ। যেমন: মর্যাদার সাথে মানুষের বেঁচে থাকার অধিকার, সহায়তা ও সেবা পাওয়ার অধিকার এবং নিরাপত্তা ও সুরক্ষা নিশ্চিত করার অধিকার।

কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক: কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবক বলতে বোঝায়, প্রতিষ্ঠানের মনোনীত যেকোনো প্রতিনিধি, যার মধ্যে আছেন, নেতৃত্ব বা পরিচালনা পর্যায়ের সদস্য, স্থায়ী বা চুক্তিভিত্তিক কর্মী, পরামর্শক এবং স্বেচ্ছাসেবক।

সহায়তা: সহায়তা বলতে বোঝায়, কোনো সংস্থা কর্তৃক জনগণ ও জনগোষ্ঠীকে সহায়তা প্রদান বা তাদের সঙ্গে মিলিত হয়ে পরিচালিত যেকোনো কাজ বা কার্যক্রম, যা লক্ষ্য অর্জন, চাহিদা পূরণ এবং চ্যালেঞ্জ মোকাবিলায় সহায়ক হয়।

মানবিকতার মূলমান

Core Humanitarian Standard (CHS)

মানবিকতার মূলমান (সিএইচএস) ৯টি অঙ্গীকার নির্ধারণ করে, যাতে নিশ্চিত করা হয় যে, সংকট এবং ঝুঁকিতে থাকা মানুষ ও জনগোষ্ঠীকে সংস্থাগুলো যেন এমনভাবে সহায়তা প্রদান করে, যা তাদের অধিকার ও মর্যাদার প্রতি শ্রদ্ধাশীল থাকে এবং তাঁরা যেসব সংকটের মুখোমুখি, সেসব সংকট মোকাবিলায় তাঁদের নেতৃত্ব ও মূল ভূমিকাকে উৎসাহিত করে।

ISBN: 978-2-940732-04-3
CHS @chsalliance.org
www.corehumanitarianstandard.org

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

সুরক্ষা নীতিমালা — মানবিকতার মূলমান

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (ওয়াশ)

স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন	পানি সরবরাহ	মলমূত্র ব্যবস্থাপনা	পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ	কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা	রোগের প্রাদুর্ভাব ও স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা
মান ১.১ স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন	**মান ২.১** পরিমাণমতো পানির প্রাপ্যতা	**মান ৩.১** মানুষের মলমূত্র থেকে পরিবেশ রক্ষা	**মান ৪.১** আবাসন পর্যায়ে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ	**মান ৫.১** কঠিন বর্জ্যমুক্ত পরিবেশ	**মান ৬** স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা
মান ১.২ স্বাস্থ্যবিধি উপকরণসমূহ চিহ্নিতকরণ, পাওয়া ও ব্যবহার	**মান ২.২** পানির গুণগত মান	**মান ৩.২** টয়লেট প্রাপ্তি ও ব্যবহার	**মান ৪.২** পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যক্তি ও গৃহ পর্যায়ের পদক্ষেপ	**মান ৫.২** নিরাপদ কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনায় ব্যক্তি ও গৃহ পর্যায়ের পদক্ষেপ	
মান ১.৩ মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা ও বিশেষ চাহিদা সম্পন্ন ব্যক্তির (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) স্বাস্থ্য পরিচর্যা		**মান ৩.৩** মলমূত্র সংগ্রহ, পরিবহন, অপসারণ এবং পরিশোধন কার্যক্রম পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ		**মান ৫.৩** কমিউনিটি পর্যায়ে কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা পদ্ধতি	

পরিশিষ্ট ১ : পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনের প্রাথমিক চাহিদা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট
পরিশিষ্ট ২: 'এফ' নকশাচিত্র (F diagram): মল থেকে মুখে ডায়রিয়া রোগের সংক্রমণ
পরিশিষ্ট ৩: ন্যূনতম পানির পরিমাণ: জীবনধারণের জন্য প্রয়োজনীয় মাত্রা এবং পানির চাহিদা পরিমাপকরণ
পরিশিষ্ট ৪ : ন্যূনতম টয়লেটের সংখ্যা: কমিউনিটি, জনসমাগম হয় এমন স্থান ও প্রতিষ্ঠানসমূহ
পরিশিষ্ট ৫: পানি ও পয়োনিষ্কাশন-সম্পর্কিত রোগসমূহ
পরিশিষ্ট ৬: বাড়িতে পানি পরিশোধন ও সংরক্ষণের সিদ্ধান্ত গ্রহণে 'ট্রি মডেল'

সূচিপত্র

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনে অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ ৭৬

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনে মানসমূহ:

১. স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন ৮০

২. পানি সরবরাহ ৯১

৩. মলমূত্র ব্যবস্থাপনা ১০০

৪. পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান ১১০

৫. কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা ১১৬

৬. রোগের প্রাদুর্ভাব ও স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা ১২১

পরিশিষ্ট ১: পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনের প্রাথমিক চাহিদা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট ১৩১

পরিশিষ্ট ২: ‘এফ’ নকশাচিত্র (F diagram): মল থেকে মুখে ডায়রিয়া রোগের সংক্রমণ ১৩৭

পরিশিষ্ট ৩: ন্যূনতম পানির পরিমাণ: জীবনধারণের জন্য প্রয়োজনীয় মাত্রা এবং পানির চাহিদা পরিমাপকরণ ১৩৮

পরিশিষ্ট ৪: ন্যূনতম টয়লেটের সংখ্যা: কমিউনিটি, জনসমাগম হয় এমন স্থান ও প্রতিষ্ঠানসমূহ ১৩৯

পরিশিষ্ট ৫: পানি ও পয়োনিষ্কাশন-সম্পর্কিত রোগসমূহ ১৪০

পরিশিষ্ট ৬: বাড়িতে পানি পরিশোধন ও সংরক্ষণের সিদ্ধান্ত গ্রহণে ‘ট্রি মডেল’ ১৪৩

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য ১৪৪

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনে অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ

প্রত্যেকেরই পানি এবং পয়োনিষ্কাশন সুবিধা পাওয়ার অধিকার রয়েছে

মানবিক প্রেক্ষাপটে পানি ও পয়োনিষ্কাশন সুবিধা পাওয়ার অধিকারের একটি বাস্তব রূপ হচ্ছে পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনে স্ফিয়ারের ন্যূনতম মানসমূহ। এই মানসমূহ মানবিকতার ঘোষণাপত্রে ঘোষিত বিশ্বাস, নীতি, কর্তব্য এবং অধিকারের ভিত্তিতে প্রণীত। এর মধ্যে রয়েছে মর্যাদার সাথে বেঁচে থাকার অধিকার, সুরক্ষা ও নিরাপত্তার অধিকার এবং চাহিদার ভিত্তিতে মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার।

মানবিকতার ঘোষণাপত্রকে প্রভাবিতকারী প্রধান আইনগত ও নীতিগত বিভিন্ন দলিলের একটি তালিকা সংযুক্তি ১-এ দেয়া হয়েছে, যেখানে মানবিক সাড়াদান কর্মীদের জন্য ব্যাখ্যামূলক মন্তব্যও যোগ করা হয়েছে ⊕ *সংযুক্তি ১ স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন*।

সংকট-আক্রান্ত মানুষ অসুস্থতা ও মৃত্যুর ঝুঁকিতে বেশি থাকে, বিশেষ করে ডায়রিয়া ও সংক্রামক ব্যাধিজনিত কারণে। এই রোগগুলো অপর্যাপ্ত পয়োনিষ্কাশন ও পানি সরবরাহ এবং ত্রুটিপূর্ণ স্বাস্থ্যবিধির সাথে গভীরভাবে সম্পর্কিত। ওয়াশ কর্মসূচিগুলোর উদ্দেশ্য জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি কমানো।

রোগব্যাধি সৃষ্টিকারী জীবাণুগুলো প্রধানত মলমূত্র, তরল পদার্থ, আঙুল, মাছি এবং খাবারের মাধ্যমে মানবদেহে প্রবেশ করে ও মানুষকে আক্রান্ত করে। এসবের উৎসে বাধা সৃষ্টি করে জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি কমিয়ে আনাই হলো মানবিক সংকট মোকাবিলায় ওয়াশ কর্মসূচিগুলোর প্রধান উদ্দেশ্য ⊕ *পরিশিষ্ট ২: 'এফ' নকশাচিত্র (F diagram) দেখুন*। মূল কার্যাবলিসমূহ:

- ভালো স্বাস্থ্যবিধি চর্চার প্রচার;
- নিরাপদ পানি সরবরাহ;
- উপযুক্ত পয়োনিষ্কাশন সুবিধাসমূহ প্রদান;
- পরিবেশগত ঝুঁকি হ্রাস; এবং
- মানুষ যাতে সুস্বাস্থ্য, মর্যাদা, স্বাচ্ছন্দ্য এবং নিরাপত্তার সাথে বসবাস করতে পারে, এমন পরিস্থিতি নিশ্চিত করা।

ওয়াশ কর্মসূচিগুলোতে গুরুত্বপূর্ণ:

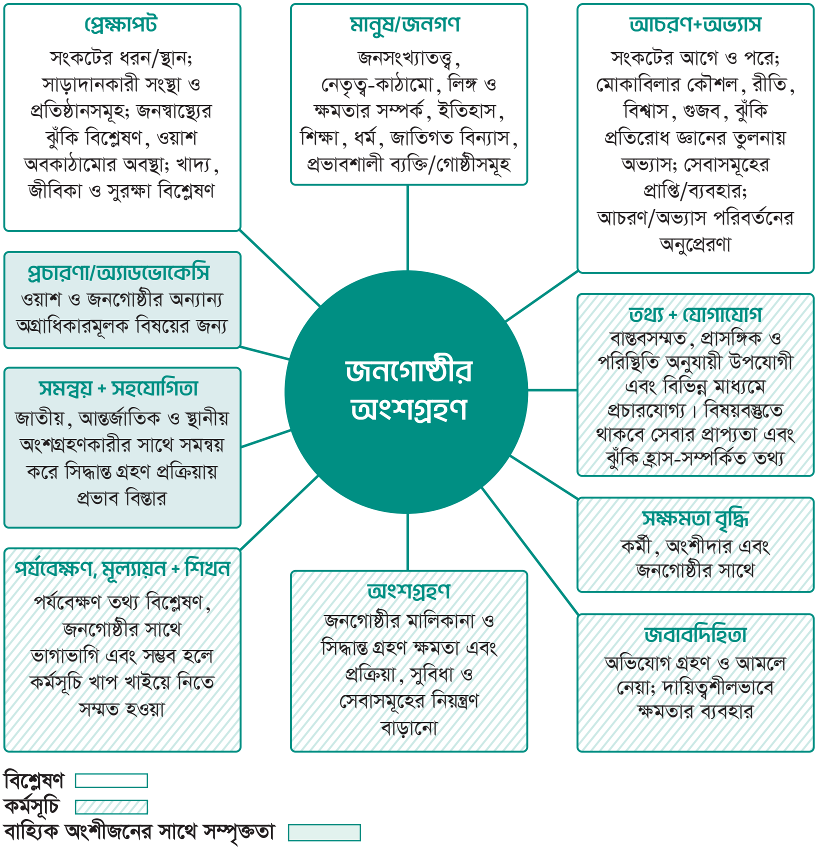
- সম্পূর্ণ পানি ব্যবস্থাপনা ধারা পরিচালনা করা: পানির উৎস, পরিশোধন, সরবরাহ, সংগ্রহ, পরিবারে সংরক্ষণ এবং ব্যবহার;
- একটি সমন্বিত পদ্ধতিতে পয়োনিষ্কাশনের সম্পূর্ণ পর্যায়ক্রম পরিচালনা;
- সুস্বাস্থ্যের জন্য ইতিবাচক অভ্যাস গঠনে সক্ষম করে তোলা; এবং
- স্বাস্থ্যবিধি উপকরণসমূহের প্রাপ্তি নিশ্চিত করা;

জনগোষ্ঠীর অংশগ্রহণ খুবই গুরুত্বপূর্ণ

ওয়াশ কর্মসূচিতে জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা একটি চলমান প্রক্রিয়া, যা ওই জনগোষ্ঠী ও অন্য অংশীজনদের (স্টেকহোল্ডার) সংযুক্ত করে। এর ফলে সংকট-আক্রান্ত জনগণ সাড়াদান প্রক্রিয়ার

ওপর অধিক নিয়ন্ত্রণ প্রতিষ্ঠা করতে পারে এবং নিজেদের ওপর সংকটের প্রভাব আরও কার্যকরভাবে মোকাবিলা করতে সক্ষম হয়। কার্যকর সম্পৃক্ততা জনগোষ্ঠী ও সংকট মোকাবিলায় নিয়োজিত দলগুলোর মধ্যে সংযোগ স্থাপন করে, যা জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি হ্রাসে জনগোষ্ঠীর প্রভাব বৃদ্ধি করে, উপযুক্ত ও সহজলভ্য সেবা প্রদান করে, কর্মসূচির গুণগত মান উন্নয়ন করে এবং জবাবদিহি নিশ্চিত করে। এটি ওয়াশ ব্যবস্থা পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণে জনগোষ্ঠীর সক্ষমতা ও আগ্রহ মূল্যায়ন করে ⊕ *চিত্র ৪: ওয়াশ জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা দেখুন।*

জনগোষ্ঠীর সাথে সম্পৃক্ততা মানুষের দৃষ্টিভঙ্গি, চাহিদা, মোকাবিলার কৌশল, সক্ষমতা, বিদ্যমান প্রথা, নেতৃত্বকাঠামো ও অগ্রাধিকার এবং কোন পদক্ষেপ গ্রহণ করা উপযুক্ত হবে, এসব বিষয়ে মৌলিক ধারণা তৈরি করে। প্রতিক্রিয়া বা মতামত জানানোর ব্যবস্থাসহ পর্যবেক্ষণ এবং মূল্যায়ন প্রক্রিয়ার মাধ্যমে বোঝা যায়, ওয়াশ কার্যক্রম কতটা প্রাসঙ্গিক ও উপযুক্ত, বা সংশোধনের প্রয়োজন আছে কি না ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ১ ও ৫ দেখুন।*



ওয়াশ জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা (চিত্র ৪)

শহর এলাকায় ওয়াশ (WASH) বিষয়ে বিশেষ বিবেচনা প্রয়োজন

শহর এলাকায় জনসংখ্যার ঘনত্ব বেশি এবং ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠী তুলনামূলক কম দৃশ্যমান হওয়ার কারণে শহর এলাকায় জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা আরও কঠিন হতে পারে। তা সত্ত্বেও শহর এলাকায়, জনসমাবেশস্থল, গণমাধ্যম এবং প্রযুক্তি আরও বিস্তৃত ও কার্যকর যোগাযোগের সুযোগ তৈরি করতে পারে। সম্পদের নানাবিধ মালিকানা (গ্রামে পরিবারভিত্তিক, শহর এলাকায় সরকারি-বেসরকারি মিশ্রণ) সাড়াদান পদ্ধতি এবং সরবরাহের ধরনে প্রভাব ফেলে।

একটি সমন্বিত পদ্ধতি প্রয়োজন

বাজারভিত্তিক সহায়তা দক্ষ ও কার্যকরীভাবে ওয়াশ চাহিদা পূরণ পারে, যেমন স্বাস্থ্যবিধি-সংক্রান্ত উপকরণগুলোর প্রাপ্যতা নিশ্চিত করে। নগদ সহায়তা (নগদ অর্থভিত্তিক এবং/অথবা রসিদ বা ভাউচার) অন্যান্য ওয়াশ কার্যক্রম যেমন কারিগরি সহযোগিতা এবং জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততার মাধ্যমে পরিপূরকভাবে প্রদান করা উচিত। বাস্তবায়নের ক্ষেত্রে বিভিন্ন বিকল্প রয়েছে– অবকাঠামো নির্মাণ থেকে স্বাস্থ্যবিধি প্রচার ও কমিউনিটি সচেতনতা বৃদ্ধি পর্যন্ত। জরুরি ভিত্তিতে জেনারেটর অথবা বিকল্প হিসেবে অস্থায়ী টয়লেটের ব্যবস্থা করা যেতে পারে, কিন্তু পানি পরিশোধন ব্যবস্থা ঢেলে সাজানো একটি দীর্ঘমেয়াদি প্রকল্প। স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা নিশ্চিতকরণে মান নিয়ন্ত্রণ এবং কারিগরি সহযোগিতা খুবই গুরুত্বপূর্ণ। কারিগরি সহায়তা সময়োপযোগী, উপযুক্ত, ধারাবাহিক, সহজলভ্য ও টেকসই হতে হবে।

ওয়াশ সাড়াদান জনগোষ্ঠীর দীর্ঘমেয়াদি লক্ষ্যসমূহ অর্জনে সহায়ক হওয়া উচিত এবং পরিবেশগত প্রভাব সর্বনিম্ন রাখতে হবে। পানি ও পয়োনিষ্কাশনের সমন্বিত ব্যবস্থাপনা এমন হওয়া উচিত, যা মানুষের চাহিদা মেটাবে এবং বাস্তুসংস্থান রক্ষা করা করবে। এটি প্রযুক্তি নির্বাচন, কার্যক্রমের সময়কাল এবং ধাপ নির্ধারণ, কমিউনিটির অংশগ্রহণ, বেসরকারি খাত ও বাজারের সম্পৃক্ততা এবং অর্থায়নের বিকল্পসমূহকে প্রভাবিত করে।

ন্যূনতম এই মানসমূহ বিচ্ছিন্নভাবে প্রয়োগ করা উচিত নয়

পর্যাপ্ত পানি ও পয়োনিষ্কাশন সুবিধা প্রাপ্তির অধিকার, আশ্রয়, খাদ্য ও স্বাস্থ্য অধিকারগুলোর সাথে সম্পর্কিত। ন্যূনতম মানসমূহের একটিতে কার্যকর অগ্রগতি অপর মানসমূহের অগ্রগতিকে প্রভাব ফেলে। অন্য সেক্টরগুলোর মধ্যে নিবিড় সমন্বয়, সহযোগিতা এবং স্থানীয় কর্তৃপক্ষ ও অন্যান্য সাড়াদানকারী সংস্থার সাথে সমন্বয় নিশ্চিত করে যে, চাহিদাসমূহ পূরণ হবে, কাজের পুনরাবৃত্তি হবে না এবং ওয়াশ সাড়াদান প্রক্রিয়ার গুণগত মান সর্বোচ্চ পর্যায়ের থাকে। উদাহরণস্বরূপ, পুষ্টিসংক্রান্ত মানসমূহ যখন পূরণ হয় না, তখন পানি ও পয়োনিষ্কাশন-সংক্রান্ত মানগুলো পূরণ করার প্রয়োজনীয়তা বৃদ্ধি পায়, কারণ মানুষের রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি বেড়ে যায়। যেসব জনগোষ্ঠীর মধ্যে এইচআইভি সংক্রমণের হার বেশি, তাদের ক্ষেত্রেও এটি প্রযোজ্য। এই হ্যান্ডবুকের ক্রস-রেফারেন্সগুলো সম্ভাব্য কিছু আন্তসংযোগের দিকনির্দেশনা দেয়।

যেখানে জাতীয় মানসমূহ স্ফিয়ার ন্যূনতম মানসমূহের চেয়ে কম থাকে, যেখানে মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোকে সরকারের সাথে কাজ করে ধাপে ধাপে তা উন্নীত করতে হবে।

আন্তর্জাতিক আইন পানি ও পয়োনিষ্কাশনের অধিকারকে বিশেষভাবে সুরক্ষা দেয়

এই অধিকারের মধ্যে রয়েছে ব্যক্তিগত এবং গৃহস্থালি ব্যবহারের জন্য পর্যাপ্ত, নিরাপদ ও সাশ্রয়ী পানি সরবরাহে প্রবেশাধিকার এবং ব্যক্তিগত, নিরাপদ ও পরিষ্কার পয়োনিষ্কাশন সুবিধা। রাষ্ট্রগুলো সংকটের

মধ্যেও এই অধিকার নিশ্চিত করতে বাধ্য ⊕ *সংযুক্তি ১ স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন।*

নিরাপদ পানি এবং উপযুক্ত পয়োনিষ্কাশন ব্যবস্থা অপরিহার্য, কারণ তা:

- জীবন, স্বাস্থ্য এবং মর্যাদা বজায় রাখে;
- পানিশূন্যতাজনিত মৃত্যু প্রতিরোধ করে;
- পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি-সম্পর্কিত রোগের ঝুঁকি হ্রাস করে; এবং
- পর্যাপ্ত পানির ব্যবহার, রান্না এবং ব্যক্তিগত ও গৃহস্থালি স্বাস্থ্যবিধির চাহিদা মেটাতে সহায়তা করে।

পানি এবং পয়োনিষ্কাশনের অধিকার মানুষের বেঁচে থাকা ও মর্যাদা রক্ষার জন্য মৌলিক সর্বজনীন অধিকারের অংশ এবং রাষ্ট্রীয় ও অরাষ্ট্রীয় পক্ষগুলোর দায়িত্ব এই অধিকার পূরণ করা। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, সশস্ত্র সংঘাতের সময়েও পানীয় জলের উৎস এবং সেচব্যবস্থার ওপর হামলা চালানো, ধ্বংস, অপসারণ বা ব্যবহারের অনুপযোগী করা আইনত নিষিদ্ধ।

সুরক্ষা নীতিমালা এবং মানবিকতার মূলমানের সাথে সংযোগ

পানির ব্যবহার সুরক্ষাকে প্রভাবিত করে। সশস্ত্র সংঘাত এবং বৈষম্য, ব্যক্তি ও গোষ্ঠীর পানি নিরাপত্তাকে প্রভাবিত করে। ব্যবহার এবং গৃহস্থালি ও জীবিকা নির্বাহের উদ্দেশ্যে পানির বহুবিধ চাহিদা সুরক্ষা ঝুঁকি তৈরি করতে পারে, যদি স্বল্প ও দীর্ঘমেয়াদি কার্যাবলিসমূহ যথাযথভাবে পরিকল্পনা করা না হয়। ওয়াশ সাড়াদানের ক্ষেত্রে সুরক্ষা প্রায়ই ব্যক্তিগত সুরক্ষা ও নিরাপত্তার দৃষ্টিকোণ থেকে বিবেচনা করা হয়, বিশেষ করে পানি আনা, টয়লেট ব্যবহার বা মাসিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনায় ঝুঁকি। এসব ব্যক্তিগত সুরক্ষার দিকগুলো অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ হলেও বৃহত্তর সুরক্ষা উদ্বেগগুলোও সমানভাবে গুরুত্বপূর্ণ। শুরু থেকেই কিছু সাধারণ পদক্ষেপ, যেমন-টয়লেটের দরজা আটকানোর ব্যবস্থা, পর্যাপ্ত আলো, সুবিধাগুলো পৃথক করার ব্যবস্থা অপব্যবহার বা সহিংসতার ঝুঁকি কমাতে পারে।

বৈষম্য কমানো, সম্ভাব্য ঝুঁকি হ্রাস এবং সেবার ব্যবহার ও গুণগত মান বাড়াতে অভিযোজিত এবং অন্তর্ভুক্তিমূলক কার্যক্রম খুবই জরুরি। উদাহরণস্বরূপ, প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা যেন ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধি সুবিধা ব্যবহার করতে পারেন এবং নারী ও শিশুদের জন্য উপযুক্ত আকারের পানি বহনের পাত্র নিশ্চিত করা। সাড়াদানের প্রতিটি ক্ষেত্রে ব্যক্তি ও জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা ওয়াশ কর্মসূচিগুলোতে সুরক্ষা বিবেচনা অন্তর্ভুক্ত করতে সহায়ক হতে পারে।

সাড়াদানকর্মীদের শিশু সুরক্ষা বিষয়ে প্রশিক্ষণ দেওয়া উচিত এবং সহিংসতা, নির্যাতন বা নিপীড়নের (শিশুসহ) সন্দেহজনক ঘটনার ক্ষেত্রে রেফারেল ব্যবস্থা ব্যবহার সম্পর্কে জানতে হবে।

সংঘাত পরিস্থিতিতে মানবিক সংস্থাগুলোর জন্য সামরিক বাহিনীর সাথে সমন্বয় ও সহযোগিতা সতর্কতার সাথে বিবেচনা করতে হবে। নিরপেক্ষতা ও পক্ষপাতহীনতার ধারণা কমিউনিটি গ্রহণযোগ্যতাকে প্রভাবিত করতে পারে। কিছু ক্ষেত্রে পরিবহন বা বিতরণের জন্য সামরিক সহায়তা নিতে হতে পারে। তবে মানবিকতার নীতিমালার ওপর এর প্রভাব অবশ্যই সতর্কভাবে বিবেচনা করতে হবে এবং সুরক্ষা ঝুঁকি কমাতে ব্যবস্থা নিতে হবে ⊕ *মানবিকতার ঘোষণাপত্র এবং স্ফিয়ার কী অধ্যায়ে 'দেশীয় বা আন্তর্জাতিক সামরিক বাহিনীর সঙ্গে সম্পর্ক' দেখুন।*

ন্যূনতম মানসমূহ প্রয়োগের ক্ষেত্রে, একটি জবাবদিহিপূর্ণ ওয়াশ কর্মসূচি পরিচালনার ভিত্তি হিসেবে মানবিকতার মূলমানের ৯টি অঙ্গীকারকেই বিবেচনা করতে হবে।

১. স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন

পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি-সম্পর্কিত রোগসমূহ সংকটকালীন সময়ে উল্লেখযোগ্য পরিমাণে প্রতিরোধযোগ্য অসুস্থতা ও মৃত্যুর কারণ হয়ে থাকে। আচরণগত পরিবর্তন, জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা এবং রোগের ঝুঁকি কমাতে পদক্ষেপ গ্রহণে সহায়ক স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন একটি সফল ওয়াশ কার্যক্রম সাড়াদানের জন্য অপরিহার্য।

শুধু শিক্ষামূলক বার্তা দেওয়া এবং স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ বিতরণের ওপর ভিত্তি করে নির্ভরশীল সাধারণ কৌশল খুব কার্যকর হওয়ার সম্ভাবনা কম। ঝুঁকি ও ঝুঁকি সম্পর্কে মানুষের ধারণা বিভিন্ন প্রেক্ষাপটে ভিন্ন হয়। মানুষের জীবনের অভিজ্ঞতা, মোকাবিলা কৌশল, সাংস্কৃতিক ও আচরণগত বৈশিষ্ট্যগুলো আলাদা আলাদা। তাই প্রেক্ষাপট এবং এসব বিষয়ের বিশ্লেষণের ওপর ভিত্তি করে স্বাস্থ্যবিধি প্রচারের পদ্ধতি মানিয়ে নেওয়া গুরুত্বপূর্ণ। কার্যকর স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন নির্ভর করে:

- কমিউনিটির সাথে কাজ করে পদক্ষেপ গ্রহণ ও সিদ্ধান্ত গ্রহণে অংশগ্রহণ নিশ্চিত করা;
- ঝুঁকি, অগ্রাধিকার এবং সেবার বিষয়ে উভয়মুখী যোগাযোগ ও মতামত নেয়া; এবং
- ওয়াশ স্থাপনা, সেবা ও উপকরণ প্রাপ্যতা এবং ব্যবহার নিশ্চিত করা।

স্বাস্থ্যবিষয়ক ইতিবাচক আচরণবিধি গড়ে তোলার জন্য ঝুঁকি ও রোগ প্রতিরোধ সম্বন্ধে মানুষের নিজস্ব জ্ঞানের ভিত্তিতে স্বাস্থ্যবিধি প্রচার করা উচিত।

কার্যক্রম ও ফলাফল নিয়মিত দেখা দরকার, যাতে স্বাস্থ্যবিধি প্রচার এবং ওয়াশ (WASH) কর্মসূচি সময়ের সাথে ভালোভাবে চলতে পারে। ডায়রিয়া, কলেরা, টাইফয়েডসহ পানি ও স্বাস্থ্যবিধি-সম্পর্কিত রোগের অবস্থা জানতে স্বাস্থ্য খাতের সাথে একসাথে কাজ করা জরুরি ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ ২.১.১ থেকে ২.১.৪ মানসমূহ এবং স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৫ দেখুন*।

স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.১
স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন

মানুষ যেন পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধির সাথে সম্পর্কিত প্রধান জনস্বাস্থ্য ঝুঁকিগুলো সম্পর্কে সচেতন হয় এবং এগুলো কমানোর জন্য ব্যক্তিগত, পরিবার ও কমিউনিটিভিত্তিক পদক্ষেপ নিতে পারে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. প্রধান জনস্বাস্থ্য ঝুঁকিসমূহ এবং এর সাথে সম্পর্কিত বিদ্যমান স্বাস্থ্যবিধি চর্চাসমূহ চিহ্নিত করতে হবে।

- কমিউনিটিভিত্তিক একটি রূপরেখা তৈরি করতে হবে, যার মাধ্যমে নির্ধারণ করা যাবে কোনো ব্যক্তি ও গোষ্ঠী কোন ওয়াশ-সম্পর্কিত ঝুঁকিতে বেশি এবং কেন।
- ইতিবাচক আচরণ এবং প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা গ্রহণে অনুপ্রাণিত করে এমন উপাদানগুলো চিহ্নিত করতে হবে।

২ ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর সাথে কাজ করে স্বাস্থ্যবিধি প্রচার এবং সামগ্রিক ওয়াশ (WASH) কার্যক্রমের নকশা তৈরি ও বাস্তবায়ন করতে হবে।

- গণমাধ্যম ও কমিউনিটি আলোচনার মাধ্যমে ব্যবহারযোগ্য তথ্য ছড়িয়ে দিতে যোগাযোগ কৌশল প্রণয়ন করতে হবে।
- প্রভাবশালী ব্যক্তি, কমিউনিটিভিত্তিক দল এবং প্রচারকর্মীদের চিহ্নিত করা ও প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

৩ জনগোষ্ঠীর মতামত এবং স্বাস্থ্যসংক্রান্ত পর্যবেক্ষণ তথ্য ব্যবহার করে স্বাস্থ্যবিধি প্রচার পরিবর্তন ও উন্নত করতে হবে।

- ওয়াশ (WASH) সুবিধাগুলো মানুষ কতটা ব্যবহার করছে এবং স্বাস্থ্যবিধি প্রচার তাদের আচরণ ও অভ্যাসে কীভাবে প্রভাব ফেলছে, তা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।
- কার্যক্রম পরিবর্তন করা এবং যে সকল চাহিদা পূরণ হয়নি তা চিহ্নিত করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

ওয়াশ-সম্পর্কিত রোগ প্রতিরোধের তিনটি উপায় সঠিকভাবে বলতে পারে এমন ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের শতকরা হার

হাত ধোয়ার দুটি গুরুত্বপূর্ণ সময়ের কথা সঠিকভাবে বলতে পারে, এমন লক্ষিত জনগোষ্ঠীর শতকরা হার

গণটয়লেট ব্যবহারের পর হাত ধোয়ার জায়গায় হাত ধুতে দেখা গেছে, এমন লক্ষিত জনগোষ্ঠীর শতকরা হার

হাত ধোয়ার জন্য সাবান ও পানি আছে, এমন ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের শতকরা হার

উন্নত পানির উৎস থেকে পানি সংগ্রহ করে এমন ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের শতকরা হার

পরিষ্কার ও ঢাকনাযুক্ত পাত্রে খাবার পানি সংরক্ষণ করে এমন পরিবারের শতকরা হার

শিশুদের মলমূত্র নিরাপদভাবে অপসারণ করা হয়েছে বলে জানিয়েছেন এমন শিশুদের পরিচর্যাকারী/অভিভাবকের শতকরা হার

বাড়িতে বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তিদের জন্য (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) ইনকন্টিনেন্স পণ্য (প্যাড, ইউরিনাল বোতল, বেডপ্যান, কমোড চেয়ার) ব্যবহার করা হয় এবং প্রাপ্তবয়স্কদের মল ওই সামগ্রীগুলো থেকে নিরাপদভাবে অপসারণ করা হয় বলে জানিয়েছেন এমন পরিবারের শতকরা হার

যথাযথভাবে কঠিন বর্জ্য অপসারণ করে এমন ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের শতকরা হার

মতামত প্রদান করেছে এবং তাদের প্রদত্ত মতামত ওয়াশ সুবিধাদি ও সেবার মান পরিবর্তন এবং উন্নয়নে ব্যবহৃত হয়েছে বলে জানিয়েছেন এমন জনগণের শতকরা হারা

স্থানীয় পরিবেশ মানুষের ও প্রাণীর মলমূত্রমুক্ত

নির্দেশিকাসমূহ

ওয়াশ ঝুঁকিসমূহ বোঝা ও ব্যবস্থাপনা: যেকোনো সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে ওয়াশসংক্রান্ত ঝুঁকিগুলোকে অগ্রাধিকার দেওয়া ও কমানো বেশ দুরূহ হতে পারে। এ ক্ষেত্রে নিরাপদ পানি ব্যবহার, মলমূত্র ব্যবস্থাপনা এবং হাত ধোয়ার প্রতি গুরুত্ব আরোপ করতে হবে। কারণ এগুলোই রোগব্যাধি সংক্রমণ প্রতিরোধে সবচেয়ে বড় ভূমিকা পালন করতে পারে। ওয়াশ-সংক্রান্ত জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি মূল্যায়ন এবং তা কমানোর পদক্ষেপ গ্রহণের জন্য নিম্নলিখিত বিষয়গুলো বোঝা জরুরি:

- ওয়াশ সুবিধাদি/স্থাপনাগুলো ও সেবাগুলোর বর্তমান ব্যবহার;
- প্রয়োজনীয় গৃহস্থালি স্বাস্থ্যবিধি উপকরণগুলোর প্রাপ্যতা ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মানসমূহ ১.২ এবং ১.৩ দেখুন;*
- বর্তমান মোকাবিলা কৌশল এবং স্থানীয় প্রথা ও বিশ্বাস;
- সামাজিক কাঠামো এবং কমিউনিটির ক্ষমতার ভারসাম্য;
- মানুষ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের জন্য কোথায় যায় (প্রথাগত চিকিৎসক, ফার্মেসি ও ক্লিনিক এর অন্তর্ভুক্ত);
- ওয়াশ অবকাঠামো পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণের দায়িত্ব কার;
- ওয়াশ-সম্পর্কিত রোগব্যাধি পর্যবেক্ষণের তথ্য-উপাত্ত;
- ওয়াশ স্থাপনাগুলো ও সেবা ব্যবহারে সামাজিক, শারীরিক এবং যোগাযোগজনিত প্রতিবন্ধকতাসমূহ, বিশেষ করে নারী ও কিশোরী এবং প্রবীণ ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য ক্ষেত্রে;
- আয় স্তরের বিভিন্নতা; এবং
- পরিবেশগত অবস্থান এবং মৌসুমি রোগ প্রবণতা;

প্রেরণা বজায় রাখতে আচরণগত পরিবর্তন ও স্বাস্থ্যবিধি অনুশীলন সহজ হওয়া প্রয়োজন। স্থাপনাগুলো উপযুক্ত ও সকল ব্যবহারকারীর নাগালের মধ্যে, নিরাপদ, মর্যাদাপূর্ণ, পরিষ্কার এবং স্থানীয় সংস্কৃতির সাথে মানানসই হওয়া উচিত। স্বাস্থ্যবিধি প্রচার কার্যক্রমে নারী ও পুরুষকে সম্পৃক্ত করতে হবে। কারণ স্বাস্থ্যবিধি পালনে পুরুষদের সক্রিয় সহযোগিতা পরিবারের আচরণবিধি নির্ধারণে গুরুত্বপূর্ণ প্রভাব ফেলতে পারে।

জনগোষ্ঠী সক্রিয়করণ: বিদ্যমান কাঠামো নিয়ে কাজ করতে হবে এবং নিশ্চিত করতে হবে যে অর্থের বিনিময়ে বা স্বেচ্ছাশ্রমের ভিত্তিতে প্রাপ্ত সুযোগগুলো যেন নারী ও পুরুষ উভয়েই সমানভাবে গ্রহণ করতে পারে। কমিউনিটির গণ্যমান্য ব্যক্তি ও ধর্মীয় নেতৃবৃন্দ, প্রচারকর্মী এবং স্থানীয় বিশ্বস্ত ব্যক্তিবর্গ, যেমন–নারী বা তরুণ-তরুণীদের দল সক্রিয়করণ ও প্রতিরোধমূলক কার্যক্রমে সহায়তা করতে পারে।

সাধারণত প্রতি ১ হাজার জন মানুষের জন্য দুজন আউটরিচ বা প্রচারকর্মী নিয়োগ করা হয়। আউটরিচ বা প্রচারকর্মী ও স্বেচ্ছাসেবকদের উন্নত যোগাযোগ-দক্ষতা থাকতে হবে এবং স্থানীয় জনগোষ্ঠীর সাথে সম্মানজনক সম্পর্ক গড়ে তুলতে সক্ষম হতে হবে। এ ছাড়া তাদের স্থানীয় মানুষের চাহিদা ও উদ্বেগগুলো সম্পর্কে সুস্পষ্ট ধারণা থাকতে হবে। প্রয়োজনে, সমতা বজায় রাখা এবং কোনো ধরনের বিঘ্ন এড়ানোর জন্য স্থানীয় সমন্বয় ফোরামের মাধ্যমে আউটরিচ বা প্রচারকর্মীদের প্রণোদনা নির্ধারণ করা উচিত।

কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীদের কাজ ওয়াশ প্রচারকর্মীদের সাথে কিছুটা মিল থাকতে পারে, তবে তাদের দায়িত্ব ভিন্ন ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.২: স্বাস্থ্যকর্মী দেখুন।*

শিশুদের সাথে কাজ করা: শিশুরা তাদের সমবয়সী ও পরিবারের মধ্যে স্বাস্থ্যকর অভ্যাস গড়ে তুলতে পারে। শিক্ষা বিভাগ কিংবা সমাজকল্যাণ বিভাগ বিদ্যালয়ে, আবাসিক যত্নকেন্দ্রে ও শিশুপ্রধান পরিবারে এবং পথশিশুদের মধ্যে স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনের সুযোগ খুঁজে বের করতে পারে। স্বাস্থ্যবার্তা তৈরিতে শিশুদেরকে অন্তর্ভুক্ত করা উচিত ⊕ *জরুরি পরিস্থিতিতে শিক্ষার জন্য আন্তসংস্থা নেটওয়ার্ক (Inter-agency Network for Education in Emergencies- INEE) হ্যান্ডবুক এবং মানবিক কর্মকাণ্ডে শিশু সুরক্ষার জন্য ন্যূনতম মান (CPMS) হ্যান্ডবুকদ্বয় দেখুন*।

যোগাযোগ মাধ্যম এবং পদ্ধতি: তথ্য বিভিন্ন ফরম্যাটে (লিখিত, গ্রাফিক/চিত্রিত, অডিও) এবং বিভিন্ন ভাষায় প্রচার করতে হবে, যাতে সর্বাধিক মানুষ এটি সহজে গ্রহণ করতে পারে। এই তথ্যসমূহ শিশু ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য মানানসই করতে হবে এবং বার্তাগুলো এমনভাবে তৈরি ও পরীক্ষা করতে হবে যাতে তা বয়স, লিঙ্গ, শিক্ষাগত যোগ্যতা এবং ভাষার পার্থক্য থাকা সত্ত্বেও বোঝা যায়।

কমিউনিটি পর্যায়ে সংলাপ সমস্যা সমাধান ও কর্মপরিকল্পনার জন্য কার্যকর। গণমাধ্যম সাধারণ তথ্যগুলোকে শক্তিশালীভাবে অধিকসংখ্যক মানুষের কাছে পৌঁছে দিতে পারে। উভয়ই উপযোগী, যদি এগুলো নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠীকে লক্ষ্য করে পরিচালিত হয়। ব্যবহারকারীদের যথাযথ মতামত প্রদানের সুযোগ সৃষ্টি এবং এর কার্যকারিতা পর্যবেক্ষণ করতে হবে। প্রাপ্ত মতামতগুলো ওই জনগোষ্ঠীকে জানাতে হবে, যাতে তারা পুনরায় প্রতিক্রিয়া প্রদান করতে উৎসাহিত হয় ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৫ দেখুন*।

সাবান দিয়ে হাত ধোয়া ডায়রিয়া রোগের সংক্রমণ প্রতিরোধের একটি গুরুত্বপূর্ণ উপায়। হাত ধোয়ার স্থাপনাগুলোতে নিয়মিত পানি ও সাবান সরবরাহ এবং নিরাপদ নিষ্কাশনব্যবস্থা থাকা জরুরি। এই স্থাপনাগুলো এমনভাবে স্থাপন করতে হবে, যাতে খাবার স্পর্শ করার আগে (খাওয়া, রান্না করা বা শিশুকে খাওয়ানো) এবং মলমূত্র স্পর্শ করার পরে (টয়লেট ব্যবহার বা শিশুকে শৌচকর্ম করানোর পরে) হাত ধোয়া যায় ⊕ *পানি সরবরাহ মান ২.২: পানির গুণগত মান দেখুন*।

টয়লেট ব্যবহারে উৎসাহিত করা: স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনের কাজে নিয়োজিত কর্মীদের জন্য গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হলো সবার জন্য, বিশেষ করে যারা বেশি ঝুঁকিতে বা পিছিয়ে আছে (অন্তর্ভুক্তিমূলকভাবে) তাদেরও মলমূত্র নিষ্কাশনের সুবিধা এবং উপকরণ ব্যবহারের সমান সুযোগ নিশ্চিত করা। পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা ও দুর্গন্ধ নিয়ে চিন্তার পাশাপাশি মানুষের টয়লেট ব্যবহারের অন্যতম প্রতিবন্ধকতাগুলো হলো লজ্জা/বিব্রতবোধ, সাংস্কৃতিক কুসংস্কার/ট্যাবু, শারীরিকভাবে প্রবেশের সীমাবদ্ধতা এবং গোপনীয়তা ও নিরাপত্তাসংক্রান্ত উদ্বেগ ⊕ *মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.২: টয়লেট প্রাপ্তি ও ব্যবহার দেখুন*।

পানি দূষিত হওয়ার ঝুঁকি কমানোর প্রধান উপায় নিরাপদে ***খাওয়ার পানি সংগ্রহ, পরিবহন ও সংরক্ষণ***। খাওয়ার পানি সংগ্রহ ও সংরক্ষণের জন্য প্রতিটি পরিবারে আলাদা আলাদা পাত্র প্রয়োজন ⊕*স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.২ এবং পানি সরবরাহ মানসমূহ ২.১ এবং ২.২ দেখুন*।

ভাসমান মানুষ: ভাসমান মানুষের সাথে সংযুক্ত হওয়ার উপায় খুঁজে বের করতে হবে–হয় সাময়িকভাবে তাদের সাথে ভ্রমণ করে অথবা যাত্রাপথের বিরতিতে তাদের সাথে দেখা করে। স্বাস্থ্যবিধি-সম্পর্কিত তথ্য পৌঁছানো এবং তাঁদের মতামত সংগ্রহের জন্য রেডিও, এসএমএস/খুদে বার্তা, সামাজিক যোগাযোগমাধ্যমের বিভিন্ন গ্রুপ এবং টোল-ফ্রি হটলাইনসহ বিভিন্ন যোগাযোগমাধ্যম ব্যবহার করা যেতে পারে। পরিবারের সাথে যোগাযোগ রাখতে, তথ্য পেতে এবং

মতামত জানানো সহজ করতে "গৃহস্থালির উপকরণ" প্যাকেজে মোবাইল ফোন অথবা সৌরবিদ্যুৎ ব্যবহারকারী চার্জার অন্তর্ভুক্ত করার ব্যবস্থা করা যেতে পারে।

স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.২:
স্বাস্থ্যবিধি উপকরণসমূহ চিহ্নিতকরণ, পাওয়া ও ব্যবহার

উপযুক্ত স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের কাছে পৌঁছানো এবং সেগুলোর ব্যবহার নিশ্চিত করা, যা তাদের স্বাস্থ্য, মর্যাদা ও সুস্থতা বজায় রাখতে সহায়তা করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ ব্যক্তি, পরিবার ও জনগোষ্ঠীর প্রয়োজন, এমন স্বাস্থ্যবিধি উপকরণগুলো শনাক্ত করতে হবে।

- পুরুষ ও নারী, প্রবীণ ব্যক্তি, শিশু ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের ভিন্ন ভিন্ন চাহিদা বিবেচনা করতে হবে
- পরিবেশগত স্বাস্থ্যবিধি বজায় রাখার জন্য প্রয়োজন হলে বাড়তি উপকরণগুলো শনাক্ত ও সরবরাহ করতে হবে, যেমন কঠিন বর্জ্যের জন্য ফেলার জন্য পাত্র/ডাস্টবিন এবং পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার সরঞ্জাম।

২ প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্যবিধি উপকরণগুলো সময়মতো পাওয়ার ব্যবস্থা করতে হবে।

- স্থানীয়, আঞ্চলিক ও আন্তর্জাতিক বাজারের মাধ্যমে উপকরণগুলোর প্রাপ্যতা নিরূপণ করতে হবে।

৩ ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী, স্থানীয় কর্তৃপক্ষ ও অন্য অংশীদারদের সাথে কাজ করে মানুষ কীভাবে স্বাস্থ্যবিধি উপকরণসমূহ সংগ্রহ করবে বা কিনবে তার পরিকল্পনা করতে হবে।

- নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা এবং/অথবা স্বাস্থ্যবিধি উপকরণপ্রাপ্তির সময়, স্থান, পরিমাণ ও প্রাপক সম্পর্কে তথ্য সরবরাহ করতে হবে।
- অন্যান্য খাতের সঙ্গে সমন্বয় করে নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা এবং/অথবা স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ প্রদানের পদ্ধতি ও বিতরণ প্রক্রিয়া নির্ধারণ করতে।

৪ সরবরাহকৃত স্বাস্থ্যবিধি উপকরণগুলোর যথার্থতা এবং বিতরণ প্রক্রিয়ার কার্যকারিতা সম্পর্কে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের মতামত নিতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

প্রতিটি ক্ষতিগ্রস্ত পরিবার নিচে উল্লিখিত ন্যূনতম প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্যবিধি উপকরণগুলো পাচ্ছে:

- প্রতি পরিবারের দুটি পানির পাত্র (১০-২০ লিটার; একটি সংগ্রহ এবং অপরটি সংরক্ষণের জন্য);
- প্রত্যেক ব্যক্তির গোসলের জন্য প্রতি মাসে ২৫০ গ্রাম সাবান;
- প্রত্যেক ব্যক্তির কাপড় ধোয়ার জন্য প্রতি মাসে ২০০ গ্রাম সাবান;
- প্রতিটি হাত ধোয়ার স্থাপনায় সাবান ও পানি (প্রতি অংশীদারি টয়লেটের জন্য অথবা প্রতি পরিবারের জন্য একটি হাত ধোয়ার স্থাপনা); এবং
- শিশুদের মলমূত্র নিষ্কাশনের জন্য পটি, স্কুপ (*ছোট কোদালের মতো হাতলওয়ালা একটি পাত্র বা সরঞ্জাম, যা দিয়ে শিশুদের মল তুলে নিরাপদে ফেলা যায়*) অথবা ন্যাপি।

সরবরাহের পর স্বাস্থ্যবিধি উপকরণগুলো নিয়মিত ব্যবহার করেছেন বলে জানিয়েছেন বা দেখা গিয়েছে এমন ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের শতকরা হার

শনাক্তকৃত অগ্রাধিকারভিত্তিক চাহিদসমূহের পরিপ্রেক্ষিতে স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ ক্রয়ে ব্যবহৃত হচ্ছে এমন পরিবারের আয়ের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

অপরিহার্য স্বাস্থ্যবিধি উপকরণসমূহ চিহ্নিত করা: স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ ও স্বাস্থ্যবিধি কিট স্থানীয় সংস্কৃতি এবং প্রেক্ষাপট অনুযায়ী মানিয়ে নিতে হবে। প্রাথমিক অবস্থায়, 'থাকলে ভালো' এমন সামগ্রীগুলোর (যেমন–চিরুনি, শ্যাম্পু, টুথপেস্ট, টুথব্রাশ) চেয়ে অবশ্যই প্রয়োজনীয় সামগ্রীগুলো (যেমন–সাবান, পানির পাত্র ও মাসিকের উপকরণ এবং প্রস্রাব, পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের ব্যবহৃত দ্রব্যাদি) সরবরাহে গুরুত্ব দিতে হবে। এ ছাড়া কোনো কোনো জনগোষ্ঠীর সুনির্দিষ্ট চাহিদা থাকতে পারে ⊕ *নিচে নির্দেশিকা– ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠী দেখুন*।

পানির পাত্র: পানি সংগ্রহ এবং পান ও গৃহস্থালি কাজে সংরক্ষণের জন্য ১০-২০ লিটারের পানির পাত্র নির্ধারণ করতে হবে। যারা সাধারণত পানি সংগ্রহ করে তাদের বয়স ও বহনক্ষমতা অনুযায়ী পাত্রে আয়তন ও ধরন নির্বাচন করতে হবে। পানির পাত্রগুলো অবশ্যই ঢাকনাযুক্ত থাকবে এবং সেগুলো পরিষ্কার ও ঢাকা থাকতে হবে। পানি সংরক্ষণ করে রাখার পাত্রে সরু মুখ বা কল থাকতে হবে, যাতে পানীয় জল নিরাপদে সংগ্রহ, সংরক্ষণ ও ব্যবহার করা যায়।

শহর এলাকায় বা যেখানে কেন্দ্রীয়ভাবে পানি সরবরাহ করা হয়, সেখানে পরিবারের পানি সংরক্ষণের ব্যবস্থা এমন হতে হবে, যাতে পুনরায় ভরার আগ পর্যন্ত দৈনন্দিন ব্যবহার (প্রয়োজনে সর্বোচ্চ ব্যবহারসহ) মেটানো যায়।

ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠী: কিছু কিছু মানুষের জন্য তাদের বয়স, স্বাস্থ্য অবস্থা, প্রতিবন্ধকতা, চলাচলে সীমাবদ্ধতা বা পায়খানা, প্রস্রাব নিয়ন্ত্রণে সমস্যার কারণে, ভিন্ন ধরনের অথবা বেশি পরিমাণে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যসেবা উপকরণের প্রয়োজন হতে পারে। প্রতিবন্ধী ব্যক্তি বা যাদের চলাচলে সীমাব্দ্ধতা রয়েছে, তাদের অতিরিক্ত উপকরণের দরকার হতে পারে; যেমন–অতিরিক্ত সাবান, বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তিদের জন্য (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) ব্যবহৃত উপকরণ, পানির পাত্র, বেডপ্যান, কমোড চেয়ার অথবা বিছানার জন্য প্লাস্টিকের কভার। বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন এই ব্যক্তিদের পয়োবর্জ্য সংগ্রহ ও নিষ্কাশনে কোনো সাহায্য লাগবে কি না, এটি তাদেরকে অথবা তাদের পরিচর্যাকারীদেরকে কোনো ধরনের অসম্মান না করে জিজ্ঞেস করতে হবে। তাদের, পরিবারের সদস্যদের অথবা পরিচর্যাকারীদের সাথে আলোচনা করে সবচেয়ে উপযুক্ত সহায়তা নিশ্চিত করতে হবে।

স্বাস্থ্যবিধি উপকরণের জন্য বাজারভিত্তিক কর্মসূচি: যেখানে সম্ভব স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ সরবরাহ স্থানীয় বাজারকে সহায়তা করবে এমনভাবে পরিকল্পনা করা উচিত (যেমন: নগদ অর্থ বা ভাউচার দেওয়া, গুদাম অবকাঠামো উন্নয়ন করা)। বাজার মূল্যায়ন ও পরিবারের আয়ের বিশ্লেষণ (এবং ব্যয় সিদ্ধান্তে নারী-পুরুষের ভূমিকা) স্বাস্থ্যবিধি উপকরণের প্রাপ্তি ও ব্যবহার বিষয়ে পরিকল্পনা প্রণয়নে সাহায্য করতে পারে। বাজারে প্রয়োজনীয় পরিমাণ ও মানসম্পন্ন পণ্য পাওয়া যাচ্ছে কি না, তা পর্যবেক্ষণ করতে হবে এবং প্রয়োজনে সমন্বয় করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদানের নির্দেশিকা অংশ দেখুন*।

বিতরণ: যেকোনো বিতরণ কার্যক্রম আয়োজনের ক্ষেত্রে জনগোষ্ঠীর নিরাপত্তা ও সুরক্ষাকে সর্বোচ্চ অগ্রাধিকার নিতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ দেখুন*।

একটি নিবেদিত বিতরণ দল গঠন করতে হবে। আগে থেকেই মানুষকে বিতরণের সময়সূচি, স্থান, উপকরণের তালিকা এবং সহায়তা লাভের যোগ্যতার শর্তাবলি সম্পর্কে জানাতে হবে। যেকোনো ধরনের বৈষম্য ও অপবাদ এড়াতে হবে। প্রয়োজন হলে বাড়ি বাড়ি গিয়ে বিতরণ করতে হবে বা আলাদা বিতরণ লাইন তৈরি করতে হবে। বিতরণকেন্দ্রে পৌঁছাতে অথবা বিতরণ ব্যবস্থায় অন্তর্ভুক্তির ক্ষেত্রে যেসব প্রতিবন্ধকতা আছে, বিশেষ করে নারী ও কিশোরী, প্রবীণ এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে, তা চিহ্নিত ও সমাধান করতে হবে।

ব্যবহার্য সামগ্রীর পুনরায় সরবরাহ নিশ্চিত করা: সাবান, মাসিক স্বাস্থ্য উপকরণ ও বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তিদের জন্য (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) ব্যবহৃত সামগ্রীর মতো ব্যবহার্য পণ্যের নির্ভরযোগ্য ও নিয়মিত সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে।

যৌথ বিতরণসমূহের সমন্বয়: বিভিন্ন সেক্টরের চাহিদা ও মোকাবিলার কৌশল বোঝার জন্য জনগোষ্ঠীভিত্তিক যৌথ মতবিনিময় আয়োজন করতে হবে। লক্ষিত জনগোষ্ঠীর সুবিধার্থে এবং বিভিন্ন সেক্টরের সময় ও খরচ বাঁচাতে একসাথে একাধিক চাহিদা পূরণ করতে হবে। বিতরণের পর পরিবারগুলো যেন নিরাপদে সব উপকরণ নিজেদের বাড়িতে নিয়ে যেতে পারে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

ভাসমান মানুষ: ভাসমান মানুষদের জন্য স্বাস্থ্যবিধি উপকরণের পরিবহনযোগ্যতা নিশ্চিত করতে হবে (যেমন ভ্রমণের সময়ে বহনের জন্য ছোট আকৃতির সাবান)। এ ক্ষেত্রে, স্ট্যান্ডার্ডাইজড কিট সরবরাহ করার চেয়ে ওই জনগোষ্ঠীকেই তাদের প্রয়োজনীয় উপকরণগুলো নির্বাচনের সুযোগ দেওয়া উচিত। ভাসমান মানুষদের জন্য প্যাকেটজাত বর্জ্য সংগ্রহ ও নিষ্কাশনের জন্য একটি ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে।

স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.৩:
মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা ও বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তির (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) স্বাস্থ্য পরিচর্যা

মাসিক হওয়ার বয়সী নারী ও কিশোরী এবং প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন নারী ও পুরুষদের জন্য এমন স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ এবং ওয়াশ সুবিধায় প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করা, যা তাদের সুস্থতা ও মর্যাদা রক্ষা করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ মাসিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা এবং প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারা -সংক্রান্ত প্রথা, সামাজিক রীতি ও ভ্রান্ত ধারণাসমূহ বোঝা এবং সেই অনুযায়ী স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ সরবরাহ ও স্থাপনাসমূহ তৈরি করতে হবে।

২ ওয়াশ স্থাপনাগুলোর (টয়লেট, গোসলের স্থান, কাপড় ধোয়ার স্থান, নিষ্কাশন ও পানি সরবরাহ) নকশা, স্থান নির্বাচন ও ব্যবস্থাপনার ক্ষেত্রে নারী, কিশোরী এবং প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের সাথে পরামর্শ করতে হবে।

৩ উপযুক্ত মাসিক স্বাস্থ্য উপকরণ এবং যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না, তাদের ব্যবহৃত উপযুক্ত উপকরণসমূহ, সাবান (গোসল, কাপড় পরিষ্কার ও হাত ধোয়ার জন্য) এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যবিধি উপকরণের প্রাপ্তি নিশ্চিত করতে হবে।

- বিতরণের ক্ষেত্রে মর্যাদা বজায় রাখার জন্য ও লজ্জা কমানোর জন্য উপকরণগুলো গোপন বা আলাদা স্থানে প্রদান করতে হবে। অপরিচিত কোনো উপকরণ থাকলে সেটির সঠিক ব্যবহারবিধি দেখিয়ে দিতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

উপযুক্ত মাসিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনার যথাযথ উপকরণ ব্যবহার করতে পারছেন এমন মাসিক বয়সসীমার নারী ও কিশোরীর শতকরা হার

মাসিক স্বাস্থ্য উপকরণ ও সুবিধাসমূহ ব্যবহার করে সন্তুষ্ট এমন ব্যবহারকারীর শতকরা হার

প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না-সংক্রান্ত উপযুক্ত উপকরণ ও সুবিধা ব্যবহার করছে এমন ব্যক্তিদের শতকরা হার

প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের জন্য ব্যবহৃত উপকরণসমূহ গ্রহণকারীর শতকরা হার, যারা এই উপকরণসমূহ ও সুবিধা ব্যবহারে সন্তুষ্ট

নির্দেশিকাসমূহ

সংকটকালীন পরিস্থিতিতে মাসিক স্বাস্থ্যবিধি ও যারা প্রস্রাব পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না তাদের ব্যবস্থাপনা: মাসিক-সংক্রান্ত স্বাস্থ্যবিধি ও যারা প্রস্রাব পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না তাদের সঠিক ব্যবস্থাপনা মানুষকে মর্যাদার সাথে জীবনযাপন করতে এবং দৈনন্দিন কাজেকর্মে অংশগ্রহণ করতে সাহায্য করে। স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ সরবরাহের পাশাপাশি বাড়ি, সমাজভিত্তিক স্থাপনা এবং প্রতিষ্ঠানে, যেমন– বিদ্যালয়ে, এগুলোর নিষ্কাশন কৌশল নিয়ে ব্যবহারকারীদের পরামর্শ নেওয়াও গুরুত্বপূর্ণ। টয়লেট স্থাপন এমনভাবে তৈরি/পরিবর্তন করা উচিত, যাতে সেখানে কাপড় ধোয়ার জায়গা এবং শুকানোর জন্যও আলাদা স্থান থাকে ⊕ *মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.১ এবং ৩.২ দেখুন*।

মাসিক সম্পর্কে রীতিনীতি ও কুসংস্কার: মাসিক-সংক্রান্ত বিশ্বাস, রীতি ও কুসংস্কারগুলো সাড়াদান কার্যক্রমের সাফল্যে প্রভাব ফেলতে পারে। সংকটের প্রাথমিক বা তীব্র পর্যায়ে এসব বিষয়ে অনুসন্ধান করা সম্ভব না-ও হতে পারে, তবে যত দ্রুত সম্ভব তা করা উচিত।

কিছু কিছু প্রেক্ষাপটে, এমনকি চিকিৎসকদের মধ্যেও *'প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারে না–Incontinence'* শব্দটি খুব ব্যবহৃত না-ও হতে পারে। যখন একজন মানুষ তার প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না তখন সেটিকে ইনকন্টিনেন্স বলে, যা একটি জটিল স্বাস্থ্য ও সামাজিক ইস্যু। এর ফলাফল হতে পারে অনেক বেশি লজ্জা বা বিব্রতবোধ, সামাজিক একাকিত্ব, উদ্বেগ এবং সেবা, শিক্ষা ও কাজের সুযোগ থেকে বঞ্চিত হওয়া। প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারা, এই রোগের ব্যাপকতা আপাতদৃষ্টিতে কম হতে পারে যেহেতু অনেক মানুষই এটিকে গোপন রাখেন। তারপরও জনগোষ্ঠীর একটি বড় অংশ প্রস্রাব বা পায়খানা রাখতে না পারা রোগে ভুগতে পারেন। যাদের মধ্যে রয়েছে:

- প্রবীণ ব্যক্তি;
- প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং যাদের চলাফেরায় প্রতিবন্ধকতা রয়েছে;
- মেয়ে এবং সন্তান জন্ম দিয়েছেন এমন নারী যারা ফিস্টুলায় আক্রান্ত হওয়ার বেশি ঝুঁকিতে থাকে;
- দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা, যেমন অ্যাজমা, ডায়াবেটিস, স্ট্রোক অথবা ক্যানসারে আক্রান্ত ব্যক্তি;
- লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতার শিকার নারী ও মেয়ে অথবা যাদের যৌনাঙ্গচ্ছেদ করা হয়েছে;
- যাদের প্রস্টেট অপসারণের মতো অপারেশন হয়েছে;
- রজঃনিবৃত্তি বা মেনোপজের মধ্য দিয়ে যাচ্ছেন এমন নারী; এবং
- সংঘাত বা দুর্যোগে মানসিকভাবে ক্ষতিগ্রস্ত শিশু ও অন্যান্য শিশুরা;

জরুরি অবস্থায় রোগব্যাধি সংক্রমণের একটি প্রধান উৎস হতে পারে প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারাজনিত স্বাস্থ্যবিধির দুর্বল ব্যবস্থাপনা। এই সময়ে বেশি পরিমাণে পানি ও সাবান পাওয়া কঠিন। প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তি এবং তাদের সেবাদানকারীদের অন্যদের তুলনায় পাঁচ গুণ বেশি সাবান ও পানি প্রয়োজন হয়। প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তি এবং চলাফেরায় প্রতিবন্ধকতা রয়েছে এমন ব্যক্তিদের সংক্রমণ ও শয্যাক্ষত (bed sores) প্রতিরোধ এবং পরিচালনার জন্য স্বাস্থ্য বা প্রতিবন্ধী বিশেষজ্ঞের পরামর্শ গ্রহণ প্রয়োজন, কারণ এগুলো প্রাণঘাতী হতে পারে।

পণ্য সরবরাহ এবং স্থাপনা: নিষ্কাশনযোগ্য অথবা পুনরায় ব্যবহারযোগ্য উপকরণ; বাড়ি, বিদ্যালয়, চিকিৎসাকেন্দ্র ও সামাজিক ওয়াশ স্থাপনায় নিষ্কাশনব্যবস্থা, কাপড় ধোয়া ও শুকানোর ব্যবস্থা এবং টয়লেট ও গোসলের ব্যবস্থা ইত্যাদি সম্পর্কে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের পছন্দ বোঝার জন্য তাদের সাথে বিকল্পগুলো নিয়ে আলোচনা করতে হবে। এ ক্ষেত্রে বয়সভিত্তিক আচরণ ও পছন্দ বিবেচনা করতে হবে। কারণ সময়ের সাথে সাথে সরবরাহকৃত পণ্যের ধরন ও চাহিদা পাল্টে যেতে পারে। অপরিচিত উপকরণের ক্ষেত্রে ব্যবহারবিধি দেখিয়ে দিতে হবে।

প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারার ধরন এবং এর তীব্রতার ওপর ভিত্তি করে ভিন্ন ভিন্ন ধরনের প্যাড প্রয়োজন হয়। নিরাপদ ব্যবহারের জন্য সঠিক মাপ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। তাই প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না, এমন ব্যক্তিদের জন্য বিভিন্ন আকার ও ধরনের প্যাড সরবরাহ করতে হবে।

যাদের প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণে সমস্যা আছে, তাদের জন্য টয়লেট কাছে থাকা জরুরি। দ্রুত টয়লেটে যেতে পারলে অনেক সময় সমস্যা এড়ানো যায়। এজন্য কমোড চেয়ার, বেডপ্যান বা ইউরিনাল বোতল সরবরাহ করার প্রয়োজন হতে পারে।

ন্যূনতম সরবরাহ: মাসিক স্বাস্থ্যবিধি ও প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারা ব্যবস্থাপনা উভয়ের জন্য:

- কাপড় ভিজিয়ে রাখা এবং কাপড়/প্যাড সংরক্ষণের জন্য নির্দিষ্ট ঢাকনাযুক্ত পাত্র;
- কাপড় শুকানোর জন্য দড়ি ও ক্লিপ;

মাসিক স্বাস্থ্যবিধির জন্য:

- নারী এবং কিশোরীদের পছন্দ অনুযায়ী তাড়াতাড়ি পানি শুকিয়ে যাবে এমন সুতির কাপড় (প্রতি বছরে ৪ বর্গমিটার) অথবা ব্যবহারের পর ফেলে দিতে পারে এমন প্যাড বা স্যানিটারি ন্যাপকিন (প্রতি মাসে ১৫টি) অথবা পুনরায় ব্যবহার উপযোগী প্যাড (প্রতি বছর ৬টি);

- অন্তর্বাস/প্যান্টি (প্রতি বছরে ৬টি);
- অতিরিক্ত সাবান (প্রতি মাসে ২৫০ গ্রাম) ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.২: স্বাস্থ্যবিধি উপকরণসমূহ চিহ্নিতকরণ, পাওয়া ও ব্যবহার দেখুন*;

প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের জন্য বিভিন্ন উপকরণ সরবরাহ নির্ভর করে সমস্যার মাত্রা, কী ধরনের বিশেষ চাহিদা আছে এবং মানুষের পছন্দের ওপর। প্রস্তাবিত ন্যূনতম উপকরণসমূহ হলো:

- তাড়াতাড়ি পানি শুকিয়ে যাবে এমন সুতির কাপড় (প্রতি বছরে ৮ বর্গমিটার) অথবা ব্যবহারের পর ফেলে দিতে পারে এমন প্যাড (প্রতি মাসে ১৫০টি) অথবা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ করতে পারে না এমন ব্যক্তিদের ব্যবহার উপযোগী এমন অন্তর্বাস/প্যান্টি (প্রতি বছরে ১২টি) যা পুনরায় ব্যবহারের উপযোগী;
- অন্তর্বাস/প্যান্টি (প্রতি বছরে ১২টি);
- অতিরিক্ত সাবান (প্রতি মাসে ৫০০ গ্রাম গোসলের জন্য ও ৫০০ গ্রাম কাপড় ধোয়ার জন্য);
- দুটি ম্যাট্রেস প্রটেক্টর (Mattress protector); *(এটি একটি বিশেষ আবরণ বা কভার, যা বিছানার গদির ওপর রাখা হয়, এটি বারবার ধোয়া যায়, পরিষ্কার রাখা সহজ এবং যেমন প্রস্রাব বা পানি বিছানায় দাগ বা দুর্গন্ধ তৈরি করতে পারবে না।*
- অতিরিক্ত পানির পাত্র;
- ব্লিচিং অথবা এ ধরনের জীবাণুমুক্তনাশক উপাদানসমূহ (অমিশ্রিত বা পানি হয়ে যাবে না এ ধরনের পণ্য প্রতি বছরের জন্য ৩ লিটার);
- বেড প্যান ও ইউরিনাল বোতল (নারী ও পুরুষের জন্য আলাদা আলাদা), পায়খানার কমোড চেয়ার (যথোপযুক্ত);

পণ্য পুনঃসরবরাহ: উপকরণসমূহ কীভাবে ও কখন পুনরায় সরবরাহ করা হবে, তার পরিকল্পনা করতে হবে। নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা অথবা পণ্য বিতরণ সময়ের সাথে সাথে ভিন্ন পদ্ধতিতে করা যেতে পারে। ক্ষুদ্র উদ্যোগগুলো কীভাবে উপকরণ সরবরাহ করতে পারে বা মানুষ কীভাবে নিজেরাই নিরাপত্তা/সুরক্ষা উপকরণ তৈরি করতে পারে, তা অনুসন্ধান করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন।*

বিদ্যালয়, নিরাপদ স্থান (শিশু বান্ধবকেন্দ্র) এবং শিক্ষাকেন্দ্র: বিদ্যালয় ও নিরাপদ স্থানে (শিশুবান্ধবকেন্দ্র) ওয়াশ সহায়তা প্রদান করার সময় ওয়াশ অবকাঠামো এবং শিক্ষকদের প্রশিক্ষণ বিবেচনায় রাখতে হবে। স্থাপনাগুলোতে একটি পৃথক নিষ্কাশনব্যবস্থা থাকতে হবে, যেমন, ঢাকনাযুক্ত পাত্রসহ সংগ্রহ ও নিষ্কাশনব্যবস্থা অথবা টয়লেট থেকে একটি সরু নালা বা পাইপ যা সরাসরি আগুনে পোড়ানোর যন্ত্র (দাহনযন্ত্র) পর্যন্ত যায়। এ ছাড়া মাসিক স্বাস্থ্যবিধিসামগ্রী রাখার জন্য হুক এবং তাকসহ নারী ও পুরুষের জন্য আলাদা টয়লেট স্থাপন করতে হবে এবং ভালোভাবে পরিচালিত করতে হবে।

মাসিক স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা শিক্ষাকে বিদ্যালয়ে নিয়মিত পাঠের অংশ হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করার জন্য শিক্ষকদের উৎসাহিত করতে হবে। তাদেরকে প্রশিক্ষণ দিতে হবে:

- মেয়েদের মাসিক স্বাস্থ্যবিধি চর্চায় সহায়তা করা;
- বিদ্যালয়ে মাসিক স্বাস্থ্যবিধি উপকরণসমূহ রাখা;
- সংকটের মানসিক প্রভাবের ফলে প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণে সমস্যার সম্মুখীন এমন শিক্ষার্থীদের সহায়তা করা ⊕ *জরুরি পরিস্থিতিতে শিক্ষার জন্য আন্তসংস্থা নেটওয়ার্ক (Inter-agency Network for Education in Emergencies- INEE) হ্যান্ডবুক দেখুন;*

আশ্রয়: বাড়িতে অথবা সামাজিক আশ্রয়কেন্দ্রে মাসিক স্বাস্থ্যবিধি এবং প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের ব্যবস্থাপনার জন্য পর্যাপ্ত গোপনীয়তা নিশ্চিতের লক্ষ্যে আশ্রয় ও আবাসন সেক্টরের সাথে কাজ করতে হবে। পোশাক বা প্যাড পাল্টানোর জন্য আলাদা স্থান অথবা গোপনীয়তার জন্য পর্দার ব্যবহার এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে।

ভাসমান মানুষ: ত্রাণসামগ্রী বিতরণ হচ্ছে এমন স্থান অতিক্রম করার সময় মানুষকে মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ও প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের সহায়ক প্রয়োজনীয় উপকরণ সরবরাহ করা যেতে পারে।

২. পানি সরবরাহ

সংকট পরিস্থিতিতে অধিকাংশ জনস্বাস্থ্য সমস্যার মূল কারণ হলো পর্যাপ্ত ও মানসম্মত পানির অভাব। প্রাথমিক চাহিদা পূরণের মতো পর্যাপ্ত পানি না-ও থাকতে পারে, তাই টিকে থাকার জন্য নিরাপদ পানি সরবরাহ করা অত্যন্ত জরুরি। এ ক্ষেত্রে মধ্যম মানের হলেও, অগ্রাধিকার ভিত্তিতে পর্যাপ্ত পরিমাণ পানির ব্যবস্থা করতে হবে। এটি প্রয়োজনীয় হতে পারে যতক্ষণ না পর্যন্ত পানি সরবরাহের পরিমাণ ও গুণগত মান উভয় ক্ষেত্রেই ন্যূনতম মান পূরণ হয়।

সংঘাত, প্রাকৃতিক দুর্যোগ বা কার্যকর রক্ষণাবেক্ষণ ব্যবস্থার অভাবে নলকূপ, কুয়া এবং পাইপলাইন প্রায়ই অচল হয়ে পড়ে। সংঘাত পরিস্থিতিতে, পানির সরবরাহ সীমিত বা বন্ধ করে দেওয়া অনেক সময় সংঘাতের পক্ষগুলোর দ্বারা একটি কৌশল হিসেবে ব্যবহৃত হয়, যা আন্তর্জাতিক মানবিকতার আইনে সম্পূর্ণরূপে নিষিদ্ধ।

সমাজের সদস্য ও সংশ্লিষ্ট অংশীজনদের সঙ্গে আলোচনা করে বোঝা উচিত তারা কীভাবে পানি পান ও ব্যবহার করে, পানির প্রাপ্তিতে কোনো সীমাবদ্ধতা আছে কি না এবং মৌসুমের সাথে সাথে এসব কীভাবে পরিবর্তিত হয়।

পানি সরবরাহ মান ২.১
পরিমাণমতো পানির প্রাপ্যতা

মানুষ ন্যায্যভাবে এবং সাশ্রয়ী খরচে পান করার ও দৈনন্দিন কাজে ব্যবহারের জন্য পর্যাপ্ত নিরাপদ পানি পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ সম্ভাব্য পরিবেশগত প্রভাব বিবেচনায় নিয়ে সবচেয়ে উপযুক্ত ভূগর্ভস্থ বা ভূপৃষ্ঠস্থ পানির উৎসসমূহ শনাক্ত করতে হবে।

- পানির চাহিদা ও সরবরাহ মৌসুমভেদে কীভাবে বদলায় এবং পানীয়, গৃহস্থালি কাজ ও জীবিকার জন্য পানি পাওয়ার উপায়গুলো বিবেচনা করতে হবে।
- পানির বিভিন্ন উৎস, সরবরাহকারী ও পরিচালনাকারী এবং পরিবার ও কমিউনিটির পানি পাওয়ার সুযোগগুলোও বুঝতে হবে।

২ কতটুকু পানি প্রয়োজন এবং তা সরবরাহের জন্য কী ধরনের ব্যবস্থা প্রয়োজন, তা নির্ধারণ করতে হবে।

- অংশীদারদের সঙ্গে কাজ করে পানি সংগ্রহস্থল এমন জায়গায় স্থাপন করতে হবে, যাতে কমিউনিটির সকল সদস্য নিরাপদ ও ন্যায্যভাবে পানি পায়।
- এমন একটি পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে, যেখানে দায়িত্ব পরিষ্কারভাবে নির্ধারণ করা থাকবে এবং ভবিষ্যতেও যেন টেকসইভাবে পানি পাওয়া যায়, সে ব্যবস্থাও অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

৩ পরিবার ও কমিউনিটির গোসল, কাপড় ধোয়া, রান্না ও হাত ধোয়ার জায়গায় সঠিকভাবে পানি নিষ্কাশনের ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।

- পানি পুনরায় ব্যবহারের সুযোগ খুঁজতে হবে। যেমন সবজি চাষ, ইট তৈরি বা জমিতে সেচের কাজে।

প্রধান সূচকসমূহ

প্রতিটি পরিবারে পানি পান ও গৃহস্থালি স্বাস্থ্যবিধির জন্য ব্যবহৃত পানির গড় পরিমাণ

- একজন মানুষের জন্য দৈনিক ন্যূনতম ১৫ লিটার।
- প্রেক্ষাপট এবং সাড়াদানের ধাপ অনুযায়ী পানির পরিমাণ নির্ধারণ করা।

পানিভিত্তিক স্থাপনার সর্বোচ্চ ব্যবহারকারীর সংখ্যা

- প্রতি কলে ২৫০ জন (প্রতি মিনিটে ৭.৫ লিটার পানিপ্রবাহের ভিত্তিতে)
- প্রতি হ্যান্ডপাম্পে ৫০০ জন (প্রতি মিনিটে ১৭ লিটার পানিপ্রবাহের ভিত্তিতে)
- প্রতি খোলা কূপ/কুয়া ('open hand well') থেকে সর্বোচ্চ ৪০০ জন মানুষ পানি ব্যবহার করতে পারবে (প্রতি কূপ থেকে প্রতি মিনিটে ১২.৫ লিটার হারে পানি ওঠার ভিত্তিতে) *(বাংলাদেশের প্রেক্ষাপটে open hand well বলতে বোঝানো হয়েছে খোলা কূপ, অর্থাৎ যেসব কূপ বা পানির উৎসের মুখ খোলা থাকে এবং সাধারণত দড়ি ও বালতি দিয়ে পানি তোলা হয়)*
- প্রতি কাপড় ধোয়ার স্থানে ১০০ জন
- প্রতি গোসল করার স্থানে ৫০ জন

পানীয় ও গৃহস্থালি স্বাস্থ্যবিধির জন্য পানি কিনতে পরিবারের আয়ের ব্যয়িত অর্থের শতকরা হার

লক্ষ্য শতকরা ৫ ভাগ বা এর চেয়ে কম

পরবর্তী সময়ে কোন জায়গা থেকে ও কখন তারা তাদের পানি সংগ্রহ করতে পারবে, তা সম্পর্কে জানেন এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

যেকোনো ঘর থেকে পানি সংগ্রহের নিকটতম স্থানের দূরত্ব

- <৫০০ মিটার বা ৫০০ মিটারের কম

পানি সংগ্রহের স্থানে লাইনে দাঁড়িয়ে অপেক্ষার সময়

- <৩০ মিনিট বা ৩০ মিনিটের কম

পানি জমে থাকে না এমন যৌথ পানি বিতরণকেন্দ্রের শতকরা হার

কার্যকরী ও জবাবদিহিমূলক ব্যবস্থাপনা রয়েছে এমন পানি সরবরাহ ব্যবস্থা/স্থাপনার শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

পানির উৎস নির্বাচনের সময় বিবেচনায় রাখা উচিত:

- পর্যাপ্ত পরিমাণ পানির প্রাপ্যতা, নিরাপত্তা, নিকটবর্তিতা ও স্থায়িত্ব;
- পানি পরিশোধনের প্রয়োজনীয়তা ও সম্ভাব্যতা, তা বৃহৎ পরিসরে হোক বা গৃহস্থালি পর্যায়ে; এবং

- পানির উৎস নিয়ন্ত্রণকে প্রভাবিত করে এমন সামাজিক, রাজনৈতিক বা আইনি বিষয়গুলো বিতর্কিত হতে পারে, বিশেষ করে সংঘাতের সময়ে।

সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে বেঁচে থাকার জন্য প্রয়োজনীয় চাহিদা পূরণ করতে সাধারণত একাধিক উপায় ও উৎস ব্যবহার করা প্রয়োজন। অধিকতর পরিশোধন প্রয়োজন হলেও ভূ-উপরিভাগের পানির উৎসগুলো এ ক্ষেত্রে দ্রুততম সমাধান হতে পারে। তবে ভূগর্ভস্থ পানি উৎস বা ঝরনা থেকে স্বাভাবিকভাবে নিচের দিকে প্রবাহিত হওয়া পানি সরবরাহকে অগ্রাধিকার দেওয়া উচিত। এগুলোতে কম পরিচর্যার প্রয়োজন হয় এবং পাম্পের প্রয়োজন পড়ে না। অতিরিক্ত পানি উত্তোলন রোধ করতে সব ধরনের উৎস নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন*।

চাহিদাসমূহ: পেক্ষাপট এবং সাড়াদানের ধাপ অনুযায়ী পান করা, স্বাস্থ্যবিধি ও গৃহস্থালি কাজের জন্য পানির চাহিদা নির্ভর করে। সংকট-পূর্ব ব্যবহার ও অভ্যাস, মলমূত্র নিয়ন্ত্রণ পরিকল্পনা এবং সংস্কৃতিগত অভ্যাসের মতো বিষয়গুলো এটিকে প্রভাবিত করে ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.১-এ ওয়াশ (WASH) ঝুঁকিসমূহ বোঝা ও ব্যবস্থাপনা এবং মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.২: টয়লেট প্রাপ্তি ও ব্যবহার দেখুন*।

একজন মানুষের প্রতিদিন ন্যূনতম ১৫ লিটার পানি ব্যবহার একটি প্রচলিত অভ্যাস। তবে এটি কখনোই ‘সর্বোচ্চ’ নয় এবং সব প্রেক্ষাপট বা সাড়াদানের সব ধাপে প্রযোজ্য না-ও হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, যেখানে মানুষজন অনেক বছরের জন্য বাস্তুচ্যুত থাকতে পারে, সেখানে এটি যথাযথ নয়। আবার তীব্র খরায় স্বল্প সময়ের জন্য একজন মানুষের দৈনিক ৭.৫ লিটার পানি পর্যাপ্ত হতে পারে। অপরদিকে, শহরে মধ্যম আয়ের প্রেক্ষাপটে একজন ব্যক্তির স্বাস্থ্য ও আত্মমর্যাদা বজায় রাখার জন্য দৈনিক ৫০ লিটার পানি ন্যূনতম গ্রহণযোগ্য পরিমাণ হিসেবে বিবেচিত হতে পারে।

ভিন্ন ভিন্ন পরিমাণে পানি সরবরাহের ফলাফল ওয়াশ-সংক্রান্ত রোগব্যাধিতে অসুস্থতা ও মৃত্যুর হারের সাথে তুলনা করে পর্যালোচনা করা উচিত। কোন প্রেক্ষাপটে কতটুকু পরিমাণ পানি ন্যূনতম হিসেবে বিবেচিত হবে, সেটি নির্ধারণের জন্য ওয়াশ-সংশ্লিষ্ট অন্যান্য পক্ষের সাথে সমন্বয় করতে হবে। মানুষ, গৃহপালিত প্রাণী, প্রাতিষ্ঠানিক এবং অন্যান্য ব্যবহারের ক্ষেত্রে পানির পরিমাণ নির্ধারণে নির্দেশিকার জন্য ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–সংক্রামক রোগ মানসমূহ ২.১.১ থেকে ২.১.৪ এবং ওয়াশ পরিশিষ্ট ৩ দেখুন*। *জরুরি পরিস্থিতিতে গবাদিপ্রাণীর পানির চাহিদার জন্য গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন*।

চাহিদা	পরিমাণ (লিটার/ব্যক্তি/দৈনিক)	প্রেক্ষাপটের ভিত্তিতে খাপ খাইয়ে নেয়া
বেঁচে থাকার জন্য পানি গ্রহণ (পান করা এবং খাবারের সাথে)	২.৫-৩	জলবায়ু ও ব্যক্তির শারীরিক চাহিদার ওপর নির্ভর করে
স্বাস্থ্য পরিচর্যা	২-৬	সামাজিক ও সংস্কৃতিগত অভ্যাসের ওপর নির্ভর করে
রান্নার জন্য	৩-৬	খাবারের ধরন এবং সামাজিক ও সাংস্কৃতিক প্রথার ওপর নির্ভর করে
পানির সামগ্রিক চাহিদা	৭.৫-১৫	

বেঁচে থাকার জন্য পানির ন্যূনতম চাহিদাসমূহ: জনসাধারণের মধ্যে পানির চাহিদা ভিন্ন হতে পারে, বিশেষ করে প্রতিবন্ধী ব্যক্তি বা চলাফেরায় প্রতিবন্ধকতার সম্মুখীন হয় এমন ব্যক্তিদের জন্য এবং ভিন্ন ভিন্ন ধর্মীয় গোষ্ঠীর অনুসারী ব্যক্তিদের মধ্যে।

পরিমাপ: সরবরাহ করা পানির পরিমাণকে সরাসরি সেবা গ্রহণকারী জনসংখ্যার সঙ্গে ভাগ করলে হবে না। পানি সংগ্রহ বা হ্যান্ডপাম্প ব্যবহারের পরিমাণ মাপার থেকে খানা/পরিবারভিত্তিক জরিপ, পর্যবেক্ষণ এবং কমিউনিটিভিত্তিক (দলগত) আলোচনা অনেক বেশি কার্যকর। এ ছাড়া পানি সরবরাহ ব্যবস্থার রিপোর্টকে খানা/পরিবারভিত্তিক জরিপের রিপোর্টের সঙ্গে মিলিয়ে যাচাই করতে হবে।

প্রাপ্তি ও ন্যায্যতা: পানির উৎস বা পানি সরবরাহ কেন্দ্র বলতে শুধু পানি সংগ্রহ স্থান নয়, বরং সামষ্টিক গোসল, রান্না ও কাপড় ধোয়ার সুবিধা এবং টয়লেটসহ বিদ্যালয় বা স্বাস্থ্যকেন্দ্রের মতো প্রতিষ্ঠানও অন্তর্ভুক্ত।

ন্যূনতম পরিমাণের লক্ষ্য ঠিক করার ক্ষেত্রে (উল্লিখিত প্রধান সূচকগুলো দেখুন) ধরে নিতে হবে যে এই পানি সরবরাহ কেন্দ্রগুলো দৈনিক প্রায় ৮ ঘণ্টা একটানা পানি সরবরাহ করে। তবে এই লক্ষ্যগুলোকে সাবধানতার সাথে স্থির করতে হবে। কারণ এগুলো ন্যূনতম পরিমাণ অথবা ন্যায্যতার ভিত্তিতে প্রাপ্তির নিশ্চয়তা দিতে পারে না।

পানি ও পয়োনিষ্কাশন সাড়াদান কার্যক্রমের ক্ষেত্রে উত্তেজনা ও সংঘাত পরিহার করার লক্ষ্যে স্থানীয় ও বাস্তুচ্যুত উভয় গোষ্ঠীর চাহিদা পূরণকে সমানভাবে বিবেচনা করতে হবে।

পরিকল্পনা করার সময় মনে রাখতে হবে যে বয়স, লিঙ্গ এবং প্রতিবন্ধী বা চলাফেরায় প্রতিবন্ধকতা রয়েছে এমন ব্যক্তিদের মধ্যকার চাহিদা ভিন্ন হতে পারে। পানি সংগ্রহের স্থাপনাগুলো এমনভাবে বসাতে হবে, যাতে আবাসনের কাছাকাছি থাকে এবং কোনো ধরনের সুরক্ষা ঝুঁকিতে পড়তে না হয়।

আক্রান্ত জনগোষ্ঠীকে জানাতে হবে কখন ও কোথায় তারা তাদের পানি সরবরাহ পেতে পারে, ন্যায্যতার ভিত্তিতে পানি বিতরণে তাদের কী অধিকার আছে এবং তারা কীভাবে এ বিষয়ে তাদের মতামত প্রদান করতে পারে।

আসা-যাওয়া এবং লাইনে দাঁড়ানোর সময়কাল: অতিরিক্ত আসা-যাওয়া বা লাইনে দাঁড়ানোর সময় ইঙ্গিত দেয় যে পানির উৎস বা সংগ্রহ স্থানের সংখ্যা অপর্যাপ্ত অথবা পানির উৎস থেকে যথেষ্ট পানি পাওয়া যাচ্ছে না। এর ফলে ব্যক্তি পর্যায়ে পানি খরচ কমে যেতে পারে, অরক্ষিত উৎস (যেমন খাল বা পুকুর) থেকে পানি ব্যবহারের পরিমাণ বেড়ে যেতে পারে। ফলে তাদের শিক্ষা অথবা আয়-উপার্জনের কাজের জন্য সময় কমে যেতে পারে। পানি সংগ্রহের জন্য বেশি সময় লাইনে দাঁড়িয়ে থাকার কারণে সহিংসতা বা নিপীড়নের শিকার হওয়ার ঝুঁকিও বেড়ে যেতে পারে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ এবং মানবিকতার মূলমানের অঙ্গীকার ২ দেখুন*।

পানি রাখার উপযুক্ত পাত্র: ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.২ : স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ চিহ্নিতকরণ, পাওয়া ও ব্যবহার দেখুন*। যেখানে পরিবারভিত্তিক পানি পরিশোধন ও নিরাপদ সংরক্ষণ (HWTSS) ব্যবহার করা হয়, সেখানে পাত্রের সংখ্যা ও আকার সামঞ্জস্য করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, জমাট বাঁধানো, জমাট বাঁধানোর প্রক্রিয়া (ফ্লকুলেশন) এবং জীবাণুমুক্ত করার প্রক্রিয়ার জন্য দুটি বালতি, একটি ছাঁকনি কাপড় এবং একটি নাড়ানোর কাঠি প্রয়োজন।

বাজারভিত্তিক পানি সরবরাহ কার্যক্রম: সংকটের আগে ও পরে পরিবারগুলো কীভাবে পানি এবং পানি রাখার পাত্র পেত তা বিশ্লেষণ করতে হবে। এই সাধারণ বাজার মূল্যায়ন স্বল্প ও দীর্ঘ মেয়াদে টেকসই পানি সরবরাহের সিদ্ধান্ত নিতে সহায়ক হবে। পরিবারভিত্তিক নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা, অনুদান এবং বিক্রেতা বা সরবরাহকারীদের কারিগরি সক্ষমতা বৃদ্ধি অথবা অন্যান্য পদ্ধতির সমন্বিত ব্যবহার বিবেচনা করে পানির বাজার কীভাবে ব্যবহার, সহায়তা এবং উন্নত করা যায়, তা নির্ধারণ করতে হবে। সময়ের সঙ্গে পরিবারের ব্যয় পর্যবেক্ষণের জন্য মাসিক বাজারমূল্যের (পানি, জ্বালানি) পরিবর্তন নজর রাখতে হবে এবং এই ধারা অনুযায়ী কর্মসূচি পরিকল্পনা পরিবর্তনে ব্যবহার করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন*।

মূল্য পরিশোধ: পানির জন্য খরচ একটি পরিবারের মোট আয়ের ৩-৫ শতাংশের বেশি হওয়া উচিত নয়। পারিবারগুলো সংকটকালীন সময়ে কীভাবে তাদের বেশি খরচ সামলাচ্ছে, সেদিকে খেয়াল রাখতে হবে এবং টিকে থাকার জন্য নেতিবাচক মোকাবিলা প্রক্রিয়াগুলো প্রতিরোধের পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ দেখুন*। স্বচ্ছতার সাথে আর্থিক ব্যবস্থাগুলো পরিচালিত হচ্ছে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

পানি সরবরাহ ব্যবস্থা ও অবকাঠামো পরিচালনা: কমিউনিটি ও অন্য অংশীদারদের সঙ্গে কাজ করে পানি সংগ্রহস্থল, গোসল, রান্না ও কাপড় ধোয়ার ব্যবস্থা, টয়লেট এবং শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান, বাজার ও স্বাস্থ্যকেন্দ্রের মতো প্রতিষ্ঠানগুলোর অবস্থান, নকশা এবং ব্যবহার নির্ধারণ করতে হবে। জনগণের মতামত বা প্রতিক্রিয়া ব্যবহার করে পানি সুবিধাগুলো সহজে ব্যবহারযোগ্য ও কার্যকর রাখতে এবং প্রয়োজনে নতুনভাবে ব্যবহারযোগ্য করতে হবে।

পানি সরবরাহ ব্যবস্থা পরিকল্পনার ক্ষেত্রে পূর্ববর্তী ও বর্তমান পানি নিয়ন্ত্রণ কাঠামো, জনগণের অর্থ প্রদানের সক্ষমতা ও ইচ্ছা এবং খরচ ফেরত আসার পদ্ধতি বিবেচনা করতে হবে। দীর্ঘমেয়াদি সঞ্চয় বা উৎপাদন দক্ষতার মাধ্যমে অর্থনৈতিক সুবিধা দেবে এমন পানি সরবরাহ ব্যবস্থায় বিনিয়োগ করা উচিত। এ ছাড়া সৌরশক্তিনির্ভর পাম্প, পাইপযুক্ত পানি ব্যবস্থা বা পানি পরিবহনের বিকল্পগুলোর তুলনামূলক বিশ্লেষণ করতে হবে, বিশেষ করে দীর্ঘমেয়াদি সংকটের সময় কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন এবং শহর এলাকায়।

জনগণকে ওয়াশ (WASH) কমিটি বা সরকারি ও বেসরকারি খাতের সঙ্গে যৌথ অংশীদারত্বের মাধ্যমে পানি সরবরাহ ব্যবস্থা পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ করার সুযোগ দিতে হবে।

বোতলজাত পানি ব্যবহার: পরিবহন, খরচ, গুণগত মান ও বর্জ্য উৎপাদনের কারণে বোতলজাত পানির তুলনায় পরিশোধিত পানি অধিক কার্যকর, উপযুক্ত ও প্রযুক্তিগতভাবে যৌক্তিক। তবে ব্যতিক্রম হিসেবে স্বল্প মেয়াদে (যেমন ভাসমান মানুষদের ক্ষেত্রে) বোতলজাত পানি ব্যবহার করা যেতে পারে। একটি উপযুক্ত প্লাস্টিক বর্জ্য ব্যবস্থাপনা ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে।

কাপড় ধোয়া, ধোয়া-মোছা ও গোসলের সুবিধা: যদি পরিবারের নিজস্ব গোসলের ব্যবস্থা করা সম্ভব না হয়, তবে নারী ও পুরুষদের জন্য আলাদা আলাদা গোসলখানার ব্যবস্থা করতে হবে, যা তাদের নিরাপত্তা, গোপনীয়তা এবং আত্মমর্যাদা নিশ্চিত করবে।

স্থাপনাগুলোর অবস্থান, নকশা ও নিরাপত্তার ব্যাপারে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য ব্যবহারকারীদের, বিশেষ করে নারী, কিশোরী এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের সাথে পরামর্শ করতে হবে। নির্দিষ্ট প্রেক্ষাপটে, যেমন

খোসপাঁচড়া (scabies) মোকাবিলা বা জলবায়ু পরিবর্তনের সময় গোসল ও কাপড় ধোয়ার জন্য গরম পানির ব্যবস্থা বিবেচনা করতে হবে।

পানি সংগ্রহস্থল, কাপড় ধোয়ার স্থান, গোসলখানা ও হাত ধোয়ার স্টেশনের পানি নিষ্কাশন ব্যবস্থা: পানি বিতরণ ও ব্যবহারস্থল নির্মাণ এবং সংস্কারের সময় নিশ্চিত করতে হবে যেন বর্জ্যপানি কোনো স্বাস্থ্যঝুঁকি তৈরি না করে বা রোগবাহী পোকামাকড়ের প্রজননক্ষেত্রে পরিণত না হয়। সাইট পরিকল্পনাকারী, আশ্রয় খাত এবং/অথবা পৌর কর্তৃপক্ষের সঙ্গে সমন্বয় করে একটি সামগ্রিক নিষ্কাশন পরিকল্পনা গড়ে তুলতে হবে।

পানি নিষ্কাশনের চাহিদার সাথে সামঞ্জস্য রেখে ওয়াশ (WASH) ব্যবস্থা ও অবকাঠামো নকশা করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, ট্যাপ স্ট্যান্ডে পানির চাপের মান, পানির উৎসস্থলের আকার এবং/অথবা কাপড় ধোয়ার এপ্রনের আকার, এবং ট্যাপ থেকে পানির পাত্রের তলা পর্যন্ত উচ্চতা উপযুক্ত হতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন।*

পানি সরবরাহ মান ২.২
পানির গুণগত মান

পানি এমন মানসম্পন্ন ও সুস্বাদু (palatable) হতে হবে, যা পান করা, রান্না, ব্যক্তিগত ও গৃহস্থালি স্বাস্থ্যবিধির জন্য উপযোগী এবং স্বাস্থ্যঝুঁকি সৃষ্টি করবে না।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ প্রাপ্য পানির সাথে সম্পর্কিত জনস্বাস্থ্য ঝুঁকিসমূহ চিহ্নিত করতে হবে এবং তা কমানোর জন্য সবচেয়ে উপযুক্ত উপায়সমূহ নির্ধারণ করতে হবে।

- পানির উৎসগুলোকে সুরক্ষিত রাখতে হবে এবং উৎস ও পানি সংগ্রহস্থানে নিয়মিত স্বাস্থ্যবিধি অবস্থা জরিপ (sanitary survey) নবায়ন করতে হবে।

২ পানি পান বা ব্যবহার করার সময় নিরাপদ পানি নিশ্চিত করার জন্য সবচেয়ে উপযুক্ত পদ্ধতি নির্ধারণ করতে হবে।

- পানি পরিশোধনের সম্ভাব্য উপায়গুলো হচ্ছে বড় পরিসরে পানি পরিশোধন করে বিতরণ করা এবং পরিবার পর্যায়ে নিরাপদভাবে পানি সংগ্রহ ও সংরক্ষণের ব্যবস্থা অথবা সরাসরি পরিবারে পানি পরিশোধন এবং নিরাপদভাবে পানি সংরক্ষণ করতে হবে।

৩ পানি সরবরাহের পর/পানি পৌঁছানোর পর পানি পান অথবা ব্যবহারের সময় যাতে পানি দূষিত না হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- পরিবারগুলোকে এমন পাত্র দিতে হবে, যাতে তারা নিরাপদভাবে পানি সংগ্রহ, সংরক্ষণ এবং পান করার সময় ব্যবহার করতে পারে।
- পানি সরবরাহস্থল ও ব্যবহারস্থলে পানির গুণগত মান যাচাই করতে হবে, যেমন: অবশিষ্ট ক্লোরিন (ফ্রি রেসিডুয়াল ক্লোরিন -FRC) আছে কি না এবং কোলিফর্ম জীবাণু (CFU) আছে কি না, তা পরিমাপ করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

আক্রান্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে সুরক্ষিত পানির উৎস থেকে পানি সংগ্রহ করে এমন মানুষের শতকরা হার

সব সময় পরিষ্কার ও ঢাকনাযুক্ত পাত্রে নিরাপদে পানি সংরক্ষণ করতে দেখা গেছে এমন পরিবারের শতকরা হার

পানির মান পরীক্ষার শতকরা হার যা ন্যূনতম মান পূরণ করে

- পানি সরবরাহ স্থলে <১০ সিএফইউ (CFU)/১০০ মিলি (ক্লোরিনবিহীন পানি)। *(১০টির কম "Coliform Forming Units" (CFU), অর্থাৎ পানি পরীক্ষা করলে প্রতি ১০০ মিলিলিটার পানিতে ১০টির কম কোলিফর্ম ব্যাকটেরিয়া পাওয়া যাবে। সহজভাবে বললে: প্রতি আধা গ্লাস (১০০ মিলি) পানিতে ১০টির বেশি জীবাণু থাকা যাবে না)*
- পানি সরবরাহ স্থলে ≥ ০.২-০.৫ মিগ্রা/লিটার এফআরসি (FRC) (মুক্ত অবশিষ্ট ক্লোরিন)। *(প্রতি ১ লিটার পানিতে কমপক্ষে ০.২ থেকে সর্বোচ্চ ০.৫ মিলিগ্রাম অবশিষ্ট ক্লোরিন থাকতে হবে। 'মুক্ত অবশিষ্ট ক্লোরিন' (FRC) মানে হলো পানিকে জীবাণুমুক্ত করার পর যে ক্লোরিন অল্প পরিমাণে রয়ে যায়, যা পানি পরবর্তী সময়ে (সংগ্রহ বা সংরক্ষণ অবস্থায়) নতুন জীবাণু জন্মাতে বাধা দেয়। সহজভাবে বললে: প্রতি লিটার পানিতে অল্প পরিমাণ ক্লোরিন থাকতে হবে (০.২-০.৫ মিগ্রা), যাতে পানি পান করার সময়ও জীবাণুমুক্ত থাকে)*
- **ঘোলাটে ভাব (Turbidity):** ৫ এনটিইউ (Nephelometric Turbidity Unit–NTU)-এর কম হতে হবে। *(এখানে ঘোলাটে ভাব (Turbidity) হলো পানিতে মাটি, বালি, শৈবাল, জৈব পদার্থ বা ক্ষুদ্র কণার কারণে পানি কতটা স্বচ্ছ বা ঘোলা দেখাচ্ছে, তার মাপ। এবং NTU–Nephelometric Turbidity Unit হলো এই ঘোলাটে ভাব পরিমাপের একটি একক। অর্থাৎ 5 NTU-এর কম, তার মানে হলো পানি এমন স্বচ্ছ হতে হবে যাতে সহজে পান করা যায়, এবং তাতে দৃশ্যমানভাবে ময়লা বা কণা না থাকে)*

নির্দেশিকাসমূহ

নিরাপদ পানির ধারা বজায় রাখা: পানিবাহিত রোগসমূহ পানির ধারা সুরক্ষায় ঝুঁকি তৈরি করে। পয়োবর্জ্য বা মলমূত্র থেকে মুখে জীবাণু ছড়ানোর (faecal–oral transmission) প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থাগুলো হলো: মলমূত্র যথাযথভাবে আবদ্ধ রাখা, খাবার ঢেকে রাখা, উপযুক্ত সময়গুলোতে হাত ধোয়া এবং পানি নিরাপদভাবে সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করা ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.১; মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.২ এবং পরিশিষ্ট ২ : 'এফ' নকশাচিত্র (F diagram) দেখুন।*

পানির উৎসস্থল থেকে শুরু করে পানি পান করার জন্য সংরক্ষিত পাত্র পর্যন্ত পানির ধারার ঝুঁকি মূল্যায়নের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকে:

১. পানি সংগ্রহকেন্দ্রের স্বাস্থ্যবিধি অবস্থা জরিপ (sanitary survey);

২. পানি সংগ্রহ ও সংরক্ষণের জন্য আলাদা পত্র ব্যবহার করা হচ্ছে কি না, তা পর্যবেক্ষণ;

৩. পরিষ্কার ও ঢাকনাযুক্ত পাত্রে পানি সংরক্ষণ পর্যবেক্ষণ; এবং

৪. পানির গুণগত মান পরীক্ষা।

যেসব স্থানে পানি নিরাপদ না হওয়ার সম্ভাবনা বেশি, সেখানে এই পদক্ষেপগুলোর (যেমন পানিকেন্দ্রের স্যানিটারি জরিপ, পাত্র পর্যবেক্ষণ ইত্যাদি) মাধ্যমে, পরিবার-পর্যায়ের শ্রমসাধ্য পানির মান পরীক্ষা না করেও পরিষ্কারভাবে ঝুঁকিগুলো চিহ্নিত করা সম্ভব।

স্বাস্থ্যবিধি অবস্থা জরিপ (sanitary survey) হলো এমন একটি প্রক্রিয়া, যেখানে পানি সংগ্রহস্থলে জনস্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ অবস্থা ও ব্যবহারগুলো মূল্যায়ন করা হয়। এতে পানি সংগ্রহস্থলের কাঠামো, নিষ্কাশন ব্যবস্থা, চারপাশে বেড়া দেওয়া, মলত্যাগের ধরন এবং কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা চর্চাকে সম্ভাব্য দূষণের উৎস হিসেবে বিবেচনা করা হয়। জরিপে পরিবারের পানির পাত্রগুলোও পরীক্ষা করা হয়।

পানির গুনগত মান: পানির নতুন উৎস চালু করার সময় ভৌত, রাসায়নিক ও ব্যাকটেরিয়া-সংক্রান্ত সূচকগুলো পরিমাপের জন্য পানি পরীক্ষা করতে হবে। এটি স্থানীয় ঋতুগত পরিবর্তনের আগে এবং পরে করতে হবে। দীর্ঘমেয়াদি স্বাস্থ্যঝুঁকি সৃষ্টি করতে পারে এমন রাসায়নিক সূচকগুলোর (যেমন–ফ্লোরাইড ও আর্সেনিকের মাত্রা) বিশ্লেষণকে অবহেলা করা যাবে না।

মলমূত্রের কলিফর্ম ব্যাকটেরিয়ার (যেগুলোর >৯৯ শতাংশ ই. কোলাই) উপস্থিতি পানিতে মানুষ ও প্রাণী বর্জ্য দূষণের মাত্রা এবং অন্যান্য ক্ষতিকর জীবাণুর সম্ভাব্য উপস্থিতি নির্দেশ করে। কোনো মলজাত কলিফর্ম পাওয়া গেলে পানি পরিশোধন করতে হবে। এমনকি ই. কোলাই না পাওয়া গেলেও, অবশিষ্ট জীবাণুনাশক না থাকলে পানি পুনরায় দূষিত হওয়ার ঝুঁকিতে থাকে।

পানি যখন ক্লোরিনযুক্ত করা হয় (বিতরণের আগে বা পরিবার পর্যায়ে পরিশোধনের জন্য), সেখানে পরিবারের মধ্যে মুক্ত অবশিষ্ট ক্লোরিন (এফআরসি–Free Residual Chlorine/FRC) পরিমাপ করে প্রয়োজন অনুযায়ী পানি পরিশোধন করতে হবে। পানি সরবরাহের পুনরাবৃত্তির হার, তাপমাত্রা এবং পানি কতক্ষণ সংরক্ষণ করা হচ্ছে–এসব বিষয় পরিবারের FRC পরিমাপকে প্রভাবিত করে (যাকে ক্লোরিন ক্ষয় বা dissipation বলা হয়)।

সুরক্ষিত পানি উৎস প্রচার: মানুষ স্বাদ, কাছাকাছি অবস্থান এবং সামাজিক সুবিধার কারণে নদী, হ্রদ বা অরক্ষিত কুয়ার মতো অরক্ষিত পানি উৎস ব্যবহার করতে পারে। তাদের এই প্রভাব বা কারণগুলো বোঝার চেষ্টা করতে হবে এবং সুরক্ষিত পানি উৎস ব্যবহারে উদ্বুদ্ধ করতে প্রয়োজনীয় বার্তা প্রদান ও কার্যক্রম তৈরির ব্যবস্থা করতে হবে।

সুপেয় পানি: যদি নিরাপদ পানির স্বাদ ভালো না লাগে (লবণাক্ততা, হাইড্রোজেন সালফাইড বা মানুষের অচেনা ক্লোরিনের উপস্থিতির কারণে), তবে ব্যবহারকারীরা সুস্বাদু কিন্তু অনিরাপদ উৎস থেকে পানি পান করতে পারে। এ ক্ষেত্রে নিরাপদ পানি পান উৎসাহিত করার লক্ষ্যে জনগোষ্ঠীকে সম্পৃক্ত করে স্বাস্থ্যবিধি-সংক্রান্ত কার্যকলাপ পরিচালনা করতে হবে।

পানি জীবাণুমুক্তকরণ: যদি পানি সরবরাহের উৎসে বা সরবরাহের পরে পানি দূষিত হওয়ার ঝুঁকি বেশি হলে, তবে পানি একটি দীর্ঘস্থায়ী জীবাণুনাশক, যেমন ক্লোরিন দিয়ে পরিশোধন করতে হবে। জনসংখ্যার ঘনত্ব, মলমূত্র নিষ্কাশনের ব্যবস্থা, স্বাস্থ্যবিধি অভ্যাস এবং ডায়রিয়ার প্রাদুর্ভাবের ওপর ভিত্তি করে ঝুঁকির মাত্রা নির্ধারণ করা হবে। পানির ঘোলাটে ভাব ৫ এনটিইউ (NTU)-এর কম হতে হবে। যদি পানিতে ঘোলাটে ভাব বেশি থাকে, তবে ব্যবহারকারীদেরকে পানি ছাঁকনি ব্যবহার করে ছেঁকে নেওয়া, কিছুক্ষণ স্থির রেখে বসিয়ে দেওয়া এবং পরে ধীরে ধীরে ওপরের পরিষ্কার অংশ আলাদা করে নেওয়ার প্রশিক্ষণ দিতে হবে, যাতে ঘোলাটে ভাব কার্যকরভাবে কমানো যায়। কোনো বিকল্প

না থাকলে স্বল্প মেয়াদে দ্বিগুণ ক্লোরিন প্রয়োগ করা যেতে পারে। মনে রাখতে হবে ক্লোরিনের কার্যকারিতা সংরক্ষণের সময়কাল ও তাপমাত্রার ওপর নির্ভর করে। তাই ক্লোরিনের প্রয়োগের ডোজ ও সংস্পর্শের সময় নির্ধারণের সময় এই বিষয়গুলো বিবেচনায় রাখতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৬: বাড়িতে পানি পরিশোধন ও সংরক্ষণের সিদ্ধান্ত গ্রহণে 'ট্রি মডেল' দেখুন।*

পরিমাণ বনাম গুণগত মান: যদি পানির পরিমাণ ও গুণগত মান উভয়ের ক্ষেত্রে ন্যূনতম মানসমূহ বজায় রাখা সম্ভব না হয়, তাহলে গুণমানের চেয়ে পরিমাণকে প্রাধান্য দিতে হবে। এমনকি মাঝারি মানসম্মত পানিও পানিশূন্যতা প্রতিরোধ, মানসিক চাপ কমানো এবং ডায়রিয়াজনিত রোগ প্রতিরোধে কাজে আসতে পারে।

পানি সরবরাহ-পরবর্তী দূষণ: সরবরাহস্থলে নিরাপদ থাকা পানি সংগ্রহ, সংরক্ষণ এবং পান করার সময় দূষিত হতে পারে। নিরাপদ সংগ্রহ ও সংরক্ষণের অভ্যাসের মাধ্যমে এ ঝুঁকি কমিয়ে আনা সম্ভব। পরিবার বা আবাসনের পানি সংরক্ষণাগার/পানির ট্যাংক নিয়মিত পরিষ্কার করতে হবে এবং এ ব্যাপারে জনগোষ্ঠীকেও প্রশিক্ষণ দিতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মানসমূহ ১.১ এবং ১.২ দেখুন।*

পরিবার পর্যায়ে পানি পরিশোধন ও নিরাপদ সংরক্ষণ (HWTSS): যেখানে কেন্দ্রীয়ভাবে পরিচালিত পানি পরিশোধন ব্যবস্থা সম্ভব নয়, সেখানে পরিবার পর্যায়ে পানি পরিশোধন ও নিরাপদ সংরক্ষণ (HWTSS) ব্যবহার করতে হবে। ডায়রিয়ার ঝুঁকি কমানো এবং গৃহস্থালি পর্যায়ে সংরক্ষিত পানির জীবাণু-সম্পর্কিত মান উন্নত করতে যেসব কার্যকর পদ্ধতি রয়েছে, সেগুলোর মধ্যে আছে–পানি ফোটানো, ক্লোরিন প্রয়োগ (ক্লোরিনেশন), সূর্যালোকের মাধ্যমে জীবাণুমুক্তকরণ, সিরামিক ফিল্টার, ধীর বালু ফিল্টার, মেমব্রেন ফিল্টার/ঝিল্লি পরিশোধন এবং কণা জমাটবদ্ধকরণ ও জীবাণুমুক্তকরণ। পরিবারের পানি সেদ্ধ করার জন্য প্রয়োজনীয় জ্বালানি ও তা প্রাপ্তির সুযোগ নিয়ে অন্যান্য সেক্টরের সাথে সমন্বয় করতে হবে। সংকটকালীন সময় ও মহামারির পরিস্থিতিতে পরিচিত নয় এমন পানি পরিশোধন পদ্ধতি চালু করা এড়িয়ে চলা উচিত। পরিবার পর্যায়ে পানি পরিশোধন ও নিরাপদ সংরক্ষণ (HWTSS) কার্যকরভাবে ব্যবহার নিশ্চিত করতে নিয়মিত পর্যবেক্ষণ, সহায়তা ও তদারকি জরুরি এবং বিকল্প পানি পরিশোধন পদ্ধতি গ্রহণের আগে এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ পূর্বশর্ত ⊕ *পরিশিষ্ট ৬: বাড়িতে পানি পরিশোধন ও সংরক্ষণের সিদ্ধান্ত গ্রহণে 'ট্রি মডেল' দেখুন।*

প্রতিষ্ঠানের জন্য পানির গুণগত মান: বিদ্যালয়, হাসপাতাল, স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র ও খাদ্যকেন্দ্রগুলোর সব পানি সরবরাহ ক্লোরিন অথবা অন্য কোনো দীর্ঘস্থায়ী জীবাণুনাশক দিয়ে পরিশোধন করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৩: পানির ন্যূনতম পরিমাণ: জীবনধারণের জন্য প্রয়োজনীয় মাত্রা এবং পানির চাহিদা পরিমাপকরণ দেখুন।*

রাসায়নিক ও তেজস্ক্রিয় দূষণ: যদি ভূতাত্ত্বিক তথ্য বা শিল্প ও সামরিক কার্যকলাপের প্রমাণ থেকে ধারণা করা যায় যে পানির উৎস রাসায়নিক বা তেজস্ক্রিয় দূষণের কারণে জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি তৈরি করতে পারে, তাহলে অবশ্যই রাসায়নিক বিশ্লেষণ করতে হবে। দীর্ঘমেয়াদি পানির সরবরাহ হিসেবে সম্ভাব্য দূষিত পানি ব্যবহারের সিদ্ধান্ত কেবল স্বাস্থ্যের ওপর সম্ভাব্য প্রভাবের বিস্তারিত বিশ্লেষণ এবং স্থানীয় কর্তৃপক্ষের অনুমোদনের ভিত্তিতেই নেওয়া উচিত।

৩. মলমূত্র ব্যবস্থাপনা

মানুষের মর্যাদা, নিরাপত্তা, স্বাস্থ্য ও কল্যাণের জন্য মানুষের মলমূত্রমুক্ত পরিবেশ অপরিহার্য। এর মধ্যে প্রাকৃতিক পরিবেশের পাশাপাশি বসবাস, শিক্ষা ও কর্মক্ষেত্রের পরিবেশও অন্তর্ভুক্ত। নিরাপদ মলমূত্র ব্যবস্থাপনা ওয়াশ (WASH) কার্যক্রমের একটি অগ্রাধিকারমূলক কাজ। সংকটকালীন সময়ে নিরাপদ পানি সরবরাহের পাশাপাশি এটিও সমান গুরুত্বপূর্ণ।

সব মানুষের জন্য উপযুক্ত, নিরাপদ, পরিষ্কার ও নির্ভরযোগ্য টয়লেট ব্যবহারের সুযোগ থাকতে হবে। মর্যাদার সাথে মলত্যাগ অত্যন্ত ব্যক্তিগত বিষয়। এর উপযুক্ততা নির্ধারিত হয় সাংস্কৃতিক প্রথা, মানুষের প্রতিদিনের অভ্যাস, দৃষ্টিভঙ্গি এবং মানুষ আগে টয়লেট সুবিধা ব্যবহার করেছে কি না ইত্যাদি বিষয়ের ওপর। যেখানে-সেখানে মলত্যাগ জনস্বাস্থ্যের উচ্চ ঝুঁকি তৈরি করে, বিশেষ করে যেখানে জনসংখ্যার ঘনত্ব বেশি, যেখানে মানুষ বাস্তুচ্যুত এবং ভেজা ও স্যাঁতসেঁতে পরিবেশে থাকে।

ওয়াশ সেক্টরে মলমূত্র ব্যবস্থাপনার সুবিধাগুলো বোঝাতে ভিন্ন ভিন্ন শব্দ ব্যবহার করা হয়। এই হ্যান্ডবুকে ‘টয়লেট’ বলতে এমন সুবিধা বা স্থাপনা/যন্ত্র বোঝানো হয়েছে, যা মলত্যাগের পর তাৎক্ষণিকভাবে বর্জ্য ধারণ করে এবং বর্জ্য ও মানুষের মাঝে প্রথম প্রতিরোধক হিসেবে কাজ করে ⊕ *পরিশিষ্ট ২: ‘এফ’ নকশাচিত্র (F diagram) দেখুন*। এই হ্যান্ডবুকে “ল্যাট্রিন” শব্দের পরিবর্তে “টয়লেট” শব্দটি ব্যবহার করা হয়েছে।

মানুষের মলমূত্র মানুষের সংস্পর্শ থেকে দূরে রাখার মাধ্যমে রোগ সংক্রমণের প্রত্যক্ষ ও পরোক্ষ উপায়গুলো কমিয়ে মলমূত্রজনিত রোগ প্রতিরোধে প্রাথমিক প্রতিবন্ধকতা হিসেবে কাজ করে ⊕ *পরিশিষ্ট ২: ‘এফ’ নকশাচিত্র (F diagram) দেখুন*। মলমূত্র ধারণ ব্যবস্থার সঙ্গে সংগ্রহ, পরিবহন, পরিশোধন ও নিষ্কাশনের সাথে সমন্বিত হওয়া উচিত যাতে জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি এবং পরিবেশের ওপর নেতিবাচক প্রভাব হ্রাস পায়।

বাসস্থান, শিক্ষার পরিবেশ বা কর্মক্ষেত্রে মানুষের মলমূত্রের উপস্থিতি সুরক্ষাজনিত সমস্যাগুলোকে নির্দেশ করতে পারে। বিশেষ করে ঘনবসতিপূর্ণ এলাকায় মানুষ এসব সুবিধা/স্থাপনা ব্যবহারে নিরাপদ বোধ না-ও করতে পারে।

এই অধ্যায়ে ‘মানববর্জ্য’ বলতে বোঝানো হয়েছে মানবদেহ থেকে নির্গত বর্জ্যপদার্থ। বিশেষ করে মল, মূত্র ও মাসিকের বর্জ্য। এই অধ্যায়ে মানগুলো প্রাথমিক ব্যবস্থাপনা থেকে চূড়ান্ত পরিশোধন পর্যন্ত পুরো মলমূত্র ব্যবস্থাপনা ধারাকে অন্তর্ভুক্ত করেছে।

মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.১ :
মানুষের মলমূত্র থেকে পরিবেশ রক্ষা

সব ধরনের মলমূত্র নির্ধারিত স্থানে আবদ্ধ করে রাখতে হবে, যাতে প্রাকৃতিক পরিবেশ, বসবাসস্থান, শিক্ষা ও কর্মপরিবেশ এবং কমিউনিটি এলাকা যাতে দূষিত না হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ নতুনভাবে নির্মিত গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসনগুলোতে অথবা যেসব স্থানগুলোতে অবকাঠামো মারাত্মকভাবে ক্ষতিগ্রস্ত, সেখানে মলমূত্র তাৎক্ষণিকভাবে আবদ্ধকরণের জন্য সেখানে টয়লেট স্থাপন করতে হবে।

২ মল দ্বারা দূষিত বাসস্থান, শিক্ষা ও কর্মক্ষেত্র অথবা উপরিভাগের পানির উৎস অবিলম্বে জীবাণুমুক্ত করতে হবে।

৩ নিকটবর্তী পানির উৎসের (মাটির ওপর বা নিচে) সম্ভাব্য দূষণ ঝুঁকি নিরূপণ করে সব ধরনের মলমূত্র ব্যবস্থাপনা-সংক্রান্ত স্থাপনার নকশা ও নির্মাণ করতে হবে।

- স্থানীয় ভৌগোলিক গঠন, মাটির অবস্থা এবং মাটির নিচে বা উপরিভাগের পানি (ঋতুভেদে পরিবর্তনসহ) মূল্যায়ন করতে হবে, যাতে পানির উৎস দূষিত না হয় এবং কারিগরি দৃষ্টিকোণ থেকে সঠিক সিদ্ধান্ত গ্রহণে সহায়তা করে।

৪ শিশু ও নবজাতকের মল নিরাপদভাবে আবদ্ধ ও নিষ্কাশন করতে হবে।

৫ বর্জ্য ব্যবস্থাপনার সব স্থাপনাগুলোকে এমনভাবে নকশা ও নির্মাণ করতে হবে, যাতে সেগুলোতে রোগবাহক জীবাণুর উপস্থিতি ন্যূনতম পর্যায়ে থাকে।

প্রধান সূচকসমূহ

মানুষের বসবাসস্থান, শিক্ষা ও কর্মক্ষেত্রের কোথাও মানুষের মলের উপস্থিতি নেই

সব ধরনের মলমূত্র/বর্জ্য নিয়ন্ত্রণ স্থাপনাগুলো উপযুক্ত জায়গায় এবং মাটির ওপরে বা নিচে পানির উৎস থেকে পর্যাপ্ত দূরত্ব বজায় রেখে স্থাপন করা হয়েছে

নির্দেশিকাসমূহ

পর্যায়ক্রমিক ব্যবস্থা: সংকট শুরু হওয়ার পরপরই সবচেয়ে জরুরি কাজ হলো অবাধে খোলা জায়গায় মলত্যাগ নিয়ন্ত্রণ করা। এজন্য নির্দিষ্ট মলত্যাগের জায়গা তৈরি করতে হবে, গণ বা যৌথ টয়লেট নির্মাণ করতে হবে এবং ব্যাপক স্বাস্থ্যবিধি প্রচারণা চালু করতে হবে। সব ধরনের পানির উৎসের (যা পান করার জন্য ব্যবহার হোক বা না হোক), পানি সংরক্ষণ কেন্দ্র ও পানি পরিশোধন স্থাপনার কাছে মলত্যাগ প্রতিরোধ করতে হবে। আবাসনের উপরিভাগে বা বাতাসের বিপরীত দিকে মলত্যাগের জায়গা নির্ধারণ করা যাবে না। এ ছাড়া সর্বসাধারণের ব্যবহৃত রাস্তার পাশে, জনগোষ্ঠীভিত্তিক স্থাপনার (বিশেষ করে স্বাস্থ্য ও পুষ্টিসেবাকেন্দ্রের কাছে) পাশে অথবা খাদ্য মজুদ ও রান্নার জায়গার কাছেও এটি স্থাপন করা যাবে না।

স্বাস্থ্যবিধি প্রচারণার মাধ্যমে নিরাপদভাবে মলমূত্র ফেলার অভ্যাস গড়ে তুলতে হবে এবং আরও বেশি টয়লেট ব্যবহারের চাহিদা সৃষ্টি করতে হবে।

শহর এলাকায় সংকট পরিস্থিতিতে বিদ্যমান পয়োনিষ্কাশন ব্যবস্থার ক্ষতির মাত্রা যাচাই করতে হবে। প্রয়োজনে মোবাইল টয়লেট স্থাপন করতে হবে বা নিয়মিতভাবে বর্জ্য নিষ্কাশন বা পরিষ্কার করা যায় এমন সেপটিক ট্যাংক ব্যবহার করতে হবে।

পানির উৎস থেকে দূরত্ব: আবদ্ধকরণ স্থাপনাদি (পরিখা টয়লেট বা ট্রেঞ্চ ল্যাট্রিন, গর্ত টয়লেট বা পিট ল্যাট্রিন, নিচতলার সংরক্ষণকক্ষ (ভল্ট), সেপটিক ট্যাংক, পানি শোষণকারী গর্ত টয়লেট বা সোকঅ্যাওয়ে পিট) থেকে বর্জ্য পদার্থ যাতে পানির উৎসগুলোকে দূষিত করতে না পারে, তা নিশ্চিত করতে হবে। সরাসরি খাওয়ার কাজে ব্যবহার করা না হলে পানির উৎস মলমূত্র দ্বারা দূষণ তাৎক্ষণিকভাবে জনস্বাস্থ্যের জন্য বড় ঝুঁকি নয়, তবে পরিবেশের ক্ষতি অবশ্যই এড়াতে হবে।

যেখানে সম্ভব, মাটির পানি শোষণক্ষমতা (soil permeability) পরীক্ষার মাধ্যমে নির্ধারণ করতে হবে বর্জ্য কত দ্রুত মাটির ভেতর দিয়ে ছড়িয়ে পড়ে (অর্থাৎ ইনফিলট্রেশন রেট বা অনুপ্রবেশ হার)। এই ফলাফল ব্যবহার করে পয়োনিষ্কাশন স্থাপনা ও পানির উৎসের মধ্যে ন্যূনতম দূরত্ব নির্ধারণ করতে হবে। বর্জ্য অনুপ্রবেশের হার নির্ভর করবে মাটির স্যাচুরেশন স্তর (মাটির ভেতরের কতটুকু জায়গা পানি দিয়ে পূর্ণ হয়ে আছে), উৎস থেকে পানির উত্তোলন এবং বর্জ্যের প্রকৃতির ওপর (অতিরিক্ত তরলযুক্ত বর্জ্য কম তরল বর্জ্যের তুলনায় দ্রুত ছড়িয়ে পড়বে)।

যদি মাটির শোষণক্ষতা পরীক্ষা করা সম্ভব না হয়, তাহলে মলমূত্র আবদ্ধকরণ স্থাপনা ও পানির উৎসের মধ্যে ন্যূনতম ৩০ মিটার দূরত্ব রাখতে হবে। এ ছাড়া পিটের তলার অংশ (মলত্যাগের গর্তের সর্বনিম্ন স্থান) মাটির নিচের পানির স্তর থেকে অন্তত ১.৫ মিটার ওপরে রাখতে হবে। ফাটলযুক্ত পাথর ও চুনাপাথরের ক্ষেত্রে এই দূরত্ব বাড়াতে হবে এবং নরম মাটি বা কাদামাটির ক্ষেত্রে তা কিছুটা কমানো যেতে পারে।

যেখানে মাটির নিচের পানির স্তর উঁচু বা বন্যার ঝুঁকি থাকে, সেখানে মলমূত্র আবদ্ধ করে রাখার কাঠামো সম্পূর্ণ জলরোধী করতে হবে, যাতে মাটির নিচের পানি দূষিত না হয়। বিকল্পভাবে, উঁচু প্ল্যাটফর্মের ওপর টয়লেট বা সেপটিক ট্যাংক তৈরি করতে হবে, যাতে মলমূত্র ধারণ করা যায় এবং পরিবেশদূষণ রোধ করা যায়। সেপটিক ট্যাংক থেকে কোনো ধরনের পানি নিষ্কাশন/বর্জ্য নির্গমন বা ছড়িয়ে পড়া যেন ভূপৃষ্ঠের পানি বা ভূগর্ভস্থ পানির উৎসকে দূষিত না করে তা নিশ্চিত করতে হবে।

যদি দূষণ হয়েছে বলে সন্দেহ হয়, তবে অবিলম্বে দূষণের উৎস চিহ্নিত করে তা নিয়ন্ত্রণ করতে হবে এবং পানি পরিশোধন কার্যক্রম শুরু করতে হবে। কিছু পানি দূষণকারী উপাদানকে ক্লোরিনেশন বা ক্লোরিন প্রয়োগসহ পানি বিশুদ্ধকরণ পদ্ধতির মাধ্যমে নিয়ন্ত্রণ করা যায়। তবে নাইট্রেটের মতো কিছু দূষকের উৎস অবশ্যই চিহ্নিত ও নিয়ন্ত্রণ করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, পানির মধ্যে অতিরিক্ত নাইট্রেট থাকলে মেথেমোগ্লোবিনেমিয়া নামে একটি তীব্র স্বাস্থ্যের সমস্যা দেখা দিতে পারে, যা সঠিক চিকিৎসা বা ব্যবস্থা নিয়ে পুনরুদ্ধারযোগ্য ⊕ *পানি সরবরাহ মান ২.২: পানির গুণগত মান দেখুন*।

শিশুদের মলমূত্র নিয়ন্ত্রণ: সাধারণত নবজাতক ও ছোট শিশুদের মল প্রাপ্তবয়স্কদের তুলনায় বেশি ঝুঁকিপূর্ণ। শিশুদের মধ্যে মলমূত্র-সম্পর্কিত সংক্রমণের হার সাধারণত বেশি থাকে এবং তাদের শরীরে সংক্রমণ-প্রতিরোধী অ্যান্টিবডি গড়ে না-ও উঠতে পারে। মা-বাবা ও পরিচর্যাকারীদের নবজাতক বা শিশুদের মলের নিরাপদ নিষ্কাশন, পরিষ্কারের অভ্যাস এবং ন্যাপি (ডায়াপার), পটি ও স্কুপ (*ছোট কোদালের মতো হাতলওয়ালা একটি পাত্র বা সরঞ্জাম, যা দিয়ে শিশুদের মল তুলে নিরাপদে ফেলা যায়*) ব্যবহার করে নিরাপদভাবে নিষ্কাশন করার বিষয়ে তথ্য প্রদান করতে হবে।

মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.২: টয়লেট প্রাপ্তি ও ব্যবহার

সব সময় দ্রুত, নিরাপদ ও সুরক্ষিতভাবে ব্যবহারের জন্য মানুষের পর্যাপ্ত, উপযুক্ত ও গ্রহণযোগ্য টয়লেট আছে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ টয়লেটের জন্য সবচেয়ে উপযোগী কারিগরি বিকল্প নির্ধারণ করতে হবে।

- ব্যবহারকারী এবং রক্ষণাবেক্ষণ কর্মীদের, বিশেষ করে নারী ও কন্যা, শিশু, বৃদ্ধ ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য নিরাপত্তা ও সুরক্ষা ঝুঁকি কমাতে টয়লেটের নকশা ও নির্মাণ করতে হবে।
- যেখানে প্রয়োজন সেখানে সকল গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক বা অংশদারীভিত্তিক টয়লেটগুলোকে লিঙ্গ ও বয়সভিত্তিক আলাদা করতে হবে।

২ জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি, সংস্কৃতিগত অভ্যাস এবং পানি সংগ্রহ ও সংরক্ষণের ভিত্তিতে সংকট-আক্রান্ত জনগোষ্ঠীর টয়লেটের চাহিদা নির্ধারণ করতে হবে।

৩ যেকোনো গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক টয়লেটের অবস্থান, নকশা ও নির্মাণের বিষয়ে প্রতিনিধিত্বকারী অংশীজনদের সাথে আলোচনা করতে হবে।

- ব্যবহারকারীদের বয়স, লিঙ্গ ও প্রতিবন্ধিতা; চলাফেরায় প্রতিবন্ধকতা রয়েছে এমন ব্যক্তি; এইচআইভি রোগী; প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণে রাখতে পারে না এমন ব্যক্তি; এবং যৌন ও লিঙ্গভিত্তিক সংখ্যালঘুতার ভিত্তিতে টয়লেটের প্রাপ্যতা ও ব্যবহার বিবেচনা করতে হবে।
- গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক টয়লেটগুলো পরিবারের/বাড়ির এতটা কাছে স্থাপন করতে হবে, যাতে সেগুলো সহজে ব্যবহার করা যায় এবং এতটা কাছাকাছি নয় যে টয়লেটের পাশেই বাড়ি থাকার কারণে পরিবারগুলোকে বা বাড়ির মানুষদের সামাজিকভাবে বিব্রত বা হেয় হতে না হয়।

৪ টয়লেটের ভেতরে মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ও মলমূত্র নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের ব্যবহৃত সামগ্রী ধোয়া, শুকানো বা নিরাপদভাবে নিষ্কাশনের জন্য উপযুক্ত সুবিধা প্রদান করতে হবে।

৫ নির্বাচিত কারিগরি বিকল্পের জন্য প্রয়োজনীয় পানি সরবরাহ বাস্তবে মেটানো সম্ভব কি না, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- সাবান দিয়ে হাত ধোয়ার জন্য, মলত্যাগের পর পায়ুপথ পরিষ্কার করার জন্য এবং প্রয়োজনে ফ্ল্যাশ বা স্বাস্থ্যসম্মত সিল ব্যবস্থার জন্য পর্যাপ্ত পানি সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

যৌথ টয়লেটের অনুপাত

- প্রতি ২০ জন মানুষের জন্য ন্যূনতম ১টি

বাসস্থান ও অংশীদারি টয়লেটের মধ্যকার দূরত্ব

- সর্বোচ্চ ৫০ মিটার

ভেতর থেকে দরজা বন্ধ করার ব্যবস্থা এবং পর্যাপ্ত আলো আছে এমন টয়লেটের শতকরা হার

নারী ও কিশোরীরা নিরাপদ হিসেবে রিপোর্ট করেছে এমন টয়লেটের শতকরা হার

নিয়মিতভাবে ব্যবহার করে এমন টয়লেটে মাসিক স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা নিয়ে সন্তুষ্ট নারী ও কিশোরীদের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

যথাযথ, উপযুক্ত ও গ্রহণযোগ্য বলতে কী বোঝানো হচ্ছে? কোন ধরনের টয়লেট নির্মাণ করা হবে, তা নির্ভর করবে সাড়াদানের পর্যায়, ব্যবহারকারীদের পছন্দ, বিদ্যমান অবকাঠামো, ফ্লাশ ও ওয়াটার সিলের জন্য পানির প্রাপ্যতা, মাটির প্রকৃতি এবং নির্মাণসামগ্রীর সহজলভ্যতার ওপর।

সাধারণভাবে, একটি টয়লেট তখনই যথাযথ, উপযুক্ত ও গ্রহণযোগ্য বলে বিবেচিত হবে যখন তা:

- শিশু, প্রবীণ, গর্ভবতী নারী এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিসহ সকল মানুষের জন্য নিরাপদ হয়;
- এমন স্থানে স্থাপন করা হয়েছে যা ব্যবহারকারীদের, বিশেষ করে নারী ও কিশোরী এবং অন্য যেসকল মানুষ নির্দিষ্ট সুরক্ষা ঝুঁকিতে আছে এমন মানুষদের নিরাপত্তাঝুঁকি কমিয়ে আনে;
- বসতবাড়ি থেকে ৫০ মিটারের বেশি দূরে নয়;
- ব্যবহারকারীদের প্রত্যাশা অনুযায়ী গোপনীয়তা নিশ্চিত করে;
- ব্যবহার করা ও পরিষ্কার রাখা সহজ হয় (সাধারণত পরিষ্কার টয়লেটগুলো বেশি ব্যবহৃত হয়);
- পরিবেশের জন্য কোনো ধরনের ঝুঁকি তৈরি করে না;
- বিভিন্ন ব্যবহারকারীদের জন্য যথেষ্ট জায়গা থাকে;
- ভেতর থেকে দরজা বন্ধ করার ব্যবস্থা থাকে;
- হাত ধোয়া, মলত্যাগের পর পায়ুপথ পরিষ্কার এবং ফ্লাশ বা বর্জ্য নিষ্কাশনের জন্য সহজে পানি পাওয়া যায়;
- নারীদের মাসিক-সংক্রান্ত স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ এবং শিশু ও প্রাপ্তবয়স্কদের প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারায় ব্যবহৃত উপকরণ ধোয়া, শুকানো ও নিষ্কাশন/ফেলার জন্য মর্যাদাপূর্ণ ব্যবস্থা থাকে;
- মশা ও মাছির প্রজনন ন্যূনতম পর্যায়ে কমিয়ে আনে; এবং
- দুর্গন্ধ ন্যূনতম পর্যায়ে কমিয়ে আনে।

দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় ভুগছেন এমন ব্যক্তিদের, যেমন– এইচআইভি আক্রান্ত ব্যক্তিদের সহজে টয়লেট ব্যবহারের সুযোগ করে দিতে হবে, কারণ তারা প্রায়ই দীর্ঘস্থায়ী ডায়রিয়ায় আক্রান্ত হয় এবং তাদের হাঁটাচলার সক্ষমতা কমে যায়।

টয়লেট ব্যবহারের পরিমাণ এবং যারা বলছেন টয়লেট তাদের চাহিদা পূরণ করছে, তাদের শতকরা হার নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে। এই তথ্য দিয়ে বোঝা যাবে কোন কোন গোষ্ঠী সন্তুষ্ট নয় এবং কীভাবে পরিস্থিতি উন্নত করা যায়। লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধী বা চলাফেরায় প্রতিবন্ধকতা রয়েছে এমন ব্যক্তি, এইচআইভিতে আক্রান্ত এবং প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের টয়লেট ব্যবহারের সুযোগ ও ব্যবহারের বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে।

সহজপ্রাপ্যতা: নির্বাচিত কারিগরি বিকল্পটির যেন সবাইকে, বিশেষ করে প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের, নিরাপদভাবে পয়োনিষ্কাশন সুবিধা ব্যবহারের অধিকারকে সম্মান করে তা নিশ্চিত করতে হবে। শিশু, প্রবীণ, প্রতিবন্ধী এবং মলমূত্র নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের জন্য সহজলভ্য টয়লেট বা বিদ্যমান টয়লেটগুলোতে অতিরিক্ত সুবিধা নির্মাণ, সংখ্যা বৃদ্ধি, নতুন টয়লেট ক্রয় করার প্রয়োজন হতে পারে। নির্দেশনা অনুযায়ী, **প্রতি ২৫০ জন মানুষের জন্য ন্যূনতম একটি টয়লেট থাকতে হবে।** এই টয়লেট হবে সবার জন্য ব্যবহারযোগ্য (নারী-পুরুষনির্বিশেষে), এতে একটিমাত্র প্রবেশপথ থাকবে, ওঠানামার জন্য র‍্যাম্প বা সমতল পথ থাকবে এবং ভেতরের জায়গা এমনভাবে তৈরি হবে, যাতে সহজে প্রবেশ ও ব্যবহার করা যায়।

নিরাপদ ও সুরক্ষিত স্থাপনা: অনুপযুক্ত স্থানে নির্মিত টয়লেট ব্যবহারের কারণে নারী ও কিশোরীরা হামলার শিকার হওয়ার ঝুঁকিতে পড়তে পারে, বিশেষ করে রাতের বেলায়। আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকিতে থাকা সকল গোষ্ঠী, যেমন নারী ও কিশোরী, ছেলে শিশু, প্রবীণ এবং যাদের নির্দিষ্ট সুরক্ষা ঝুঁকি রয়েছে, তারা দিনে ও রাতে টয়লেট ব্যবহার করার সময় যেন নিরাপদ বোধ করে এবং নিরাপদ থাকে, তা নিশ্চিত করতে হবে। এ জন্য পর্যাপ্ত আলো থাকতে হবে এবং ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর জন্য প্রয়োজনে টর্চের ব্যবস্থা রাখতে হবে। তাদের নিরাপত্তা আরও কীভাবে বাড়ানো যায়, তা জানতে মতামত নিতে হবে, বিশেষ করে সবচেয়ে ঝুঁকিতে থাকা মানুষের। এ ছাড়া স্কুল, স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র ও ক্লিনিক, শিশুবান্ধব স্থান, বাজার এবং পুষ্টি সহায়তা কেন্দ্রের প্রতিনিধিদের সাথেও পরামর্শ করতে হবে।

মনে রাখতে হবে যে নিরাপদ ও মর্যাদাপূর্ণ ওয়াশ (WASH) স্থাপনার ব্যাপারে শুধু নারী ও শিশুদের মতামত নেওয়াই যথেষ্ট নয়, কারণ অনেক প্রেক্ষাপটে পুরুষরাই নিয়ন্ত্রণ করে নারী ও শিশুরা কী করতে পারবে। তাই এসব সামাজিক স্তরবিন্যাস ও ক্ষমতার সম্পর্কগুলোর বিষয়ে সচেতন থাকতে হবে এবং নারী ও শিশুদের নিরাপদে টয়লেট এবং গোসলের স্থান ব্যবহারের অধিকার নিশ্চিত করার জন্য সিদ্ধান্ত গ্রহণকারীদের সাথে নিয়ে সক্রিয়ভাবে কাজ করতে হবে।

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক টয়লেটে আলোর ব্যবস্থা করার ফলে সেগুলো ব্যবহার সহজতর হলেও কিছু মানুষদের অন্যান্য উদ্দেশ্যে এই আলোর ব্যবহারকে উৎসাহিত করতে পারে। জনগোষ্ঠীর সদস্যদের, বিশেষ করে যাদের নিরাপত্তাঝুঁকি সবচেয়ে বেশি, তাদের সাথে আলোচনা করে বিভিন্ন উপায় খুঁজে বের করতে হবে, যাতে তারা সম্ভাব্য ঝুঁকি থেকে সুরক্ষিত থাকতে পারে।

টয়লেটের চাহিদা নির্ধারণ: সংকটের আগে ও পরের বসবাসের পরিবেশের পরিবর্তন, জনসমাগমস্থলের চাহিদা এবং বিশেষ কোনো জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি ইত্যাদি বিবেচনায় নিয়ে টয়লেটের চাহিদা নিরূপণ করতে হবে। **হঠাৎ সৃষ্ট সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে প্রতি ৫০ জনের জন্য ন্যূনতম একটি করে গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক টয়লেট স্থাপন একটি তাৎক্ষণিক সমাধান হতে পারে,** তবে এই ব্যবস্থাকে যত দ্রুত সম্ভব উন্নত করতে হবে। **সাড়াদানের মধ্য মেয়াদে প্রতি ২০ জনের জন্য ন্যূনতম একটি টয়লেটের ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে** এবং টয়লেটের অনুপাত নারী ও পুরুষের জন্য হবে ৩:১ (প্রতি ৪টি টয়লেটের মধ্যে ৩টি নারীদের জন্য আর ১টি পুরুষদের জন্য বরাদ্দ রাখতে হবে। পরিকল্পনায় ব্যবহৃত পরিসংখ্যান ও টয়লেটের সংখ্যা সম্পর্কে জানতে ⊕ *পরিশিষ্ট ৪ দেখুন*।

পরিবারভিত্তিক, অংশীদারভিত্তিক নাকি গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক? ব্যবহারকারীর নিরাপত্তা, সুরক্ষা, সুবিধা ও মর্যাদা নিশ্চিত করার পাশাপাশি মালিকানা এবং রক্ষণাবেক্ষণের সঙ্গে সরাসরি সম্পর্ক থাকায় গৃহস্থালি টয়লেটকেই আদর্শ ধরা হয়। তবে কখনো কখনো কয়েকটি পরিবারের জন্য অংশীদারভিত্তিক টয়লেট ব্যবহার প্রচলিত হতে পারে। অংশীদারভিত্তিক বা গণ বা যৌথ বা

কমিউনিটিভিত্তিক টয়লেট ভবিষ্যতে গৃহস্থালি টয়লেট স্থাপনের লক্ষ্যকে সামনে রেখে পরিকল্পনা ও নির্মাণ করা যেতে পারে। যেমন: আবাসনগুলোতে স্যানিটেশন করিডোর *(টয়লেট ও পয়োনিষ্কাশনের জন্য আগে থেকে খালি রাখা জায়গা)* রেখে দিলে সেখানে আশ্রয়কেন্দ্রের কাছাকাছি গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক টয়লেট নির্মাণ করা যায় এবং পরবর্তীতে বাজেটের সাপেক্ষে গৃহস্থালি টয়লেট তৈরি করা সম্ভব হয়। এসব স্যানিটেশন করিডোরের মাধ্যমে স্লাজ বা বর্জ্য অপসারণ, রক্ষণাবেক্ষণ ও নিষ্ক্রিয় করার সুবিধা পাওয়া যায়।

কিছু জনসমাগমস্থল বা কমিউনিটিভিত্তিক স্থান, যেমন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র, বাজার এলাকা, খাদ্যকেন্দ্র, শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান এবং অভ্যর্থনা বা প্রশাসনিক এলাকায় যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক টয়লেট প্রয়োজন হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৪: ন্যূনতম টয়লেট সংখ্যা: কমিউনিটি, জনসমাগম হয় এমন স্থান ও প্রতিষ্ঠানসমূহ দেখুন।*

দ্রুত সাড়া দেওয়ার সময়ে নির্মিত যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক স্যানিটেশন স্থাপনাগুলোর জন্য বিশেষ ধরনের পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণের প্রয়োজন হবে। অস্থায়ী সমাধান হিসেবে টয়লেট পরিষ্কারকারীদের পারিশ্রমিক প্রদানের বিষয়টি কমিউনিটির সাথে আলোচনা করে নির্ধারণ করা যেতে পারে। এ ছাড়া কাজ শেষ করে বের হয়ে যাওয়ার একটি স্পষ্ট কৌশল (Exit Strategy) থাকতে হবে। *(কাজ শেষ করে বের হয়ে যাওয়ার স্পষ্ট কৌশল (Exit Strategy) অর্থ হলো, যাতে উল্লেখ থাকে কখন ও কীভাবে এই অস্থায়ী ব্যবস্থা স্থানীয় কর্তৃপক্ষের কাছে হস্তান্তর হবে এবং এর দায়িত্ব, ব্যবহার ও রক্ষণাবেক্ষণ স্বাভাবিকভাবে চলবে)*।

পানি এবং মলত্যাগের পর পায়ুপথ পরিষ্কার করার উপকরণ: টয়েলেট নকশা করার সময় পর্যাপ্ত পানি, টয়লেট পেপার বা মলত্যাগের পর পায়ুপথ পরিষ্কার করার অন্যান্য উপকরণ নিশ্চিত করতে হবে। ব্যবহারকারীদের সঙ্গে পরামর্শ করে পরিষ্কার করার সবচেয়ে উপযুক্ত উপকরণ ঠিক করতে হবে এবং সেটির নিরাপদ অপসারণ ও স্থায়ী সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে।

হাত ধোয়া: টয়লেট ব্যবহারের পরে, শিশুর মলত্যাগের পর তার পেছনের অংশ পরিষ্কার করার পরে এবং খাবার খাওয়া বা রান্নার আগে হাত ধোয়ার সুবিধা থাকতে হবে। হাত ধোয়ার জন্য পর্যাপ্ত পানি এবং সাবান (অথবা ছাইয়ে মতো বিকল্প) নিশ্চিত করতে হবে।

মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা: টয়লেটগুলোতে মাসিকের সময় ব্যবহৃত সামগ্রী ফেলার জন্য উপযুক্ত পাত্র থাকতে হবে যাতে নিষ্কাশন পাইপ বন্ধ না হয়ে যায় অথবা পিট বা সেপটিক ট্যাংক পরিষ্কার করতে অসুবিধা না হয়। টয়লেটের নকশা করার সময় নারী ও কিশোরীদের সাথে পরামর্শ করতে হবে, যাতে পর্যাপ্ত স্থান, মাসিক সামগ্রী ধোয়ার জন্য পানির ব্যবস্থা এবং শুকানোর স্থান নিশ্চিত করা যায়।

মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩:৩:
মলমূত্র সংগ্রহ, পরিবহন, অপসারণ এবং পরিশোধন কার্যক্রম পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ

মলমূত্র ব্যবস্থাপনা সুবিধা, অবকাঠামো এবং প্রক্রিয়া/সিস্টেমগুলোকে নিরাপদভাবে পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ করা, যাতে সেবা প্রদান নিশ্চিত থাকে এবং আশপাশের পরিবেশে ন্যূনতম প্রভাব পড়ে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ মলমূত্র সংগ্রহ, পরিবহন, পরিশোধন এবং অপসারণ প্রক্রিয়া স্থানীয় ব্যবস্থার সঙ্গে সামঞ্জস্য রেখে প্রতিষ্ঠা করতে হবে এবং এ জন্য মলমূত্র ব্যবস্থাপনার দায়িত্বে থাকা স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সঙ্গে কাজ করতে হবে।

- বিদ্যমান জাতীয় মান প্রয়োগ করতে হবে এবং নিশ্চিত করতে হবে যে, বিদ্যমান ব্যবস্থার ওপর চাপিয়ে দেওয়া অতিরিক্ত চাপ পরিবেশ বা কমিউনিটির ওপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলবে না।
- দূরবর্তী স্থানে বর্জ্য নিষ্কাশন ও পরিশোধনের জন্য জমি ব্যবহারের ক্ষেত্রে জমির মালিক এবং স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সম্মতি নিতে হবে।

২ টয়লেটের স্বল্পমেয়াদি ও দীর্ঘমেয়াদি ব্যবস্থাপনার জন্য সিস্টেম তৈরি করতে হবে, বিশেষ করে টয়লেটের নিচের অংশগুলো– গর্ত (পিট), নিচতলার সংরক্ষণকক্ষ (ভল্ট), সেপটিক ট্যাংক এবং পানি শোষণ গর্ত (সোক পিট)।

- ভিত্তিমূল কাঠামোগুলোকে এমনভাবে নকশা ও পরিমাপ করতে হবে, যাতে সমস্ত মলমূত্র নিরাপদে আবদ্ধ থাকে এবং গর্তগুলো থেকে সময়মতো বর্জ্য অপসারণ করা যায়।
- ভবিষ্যতে পরিচালনা এবং রক্ষণাবেক্ষণের জন্য স্পষ্ট ও দায়িত্বশীল ভূমিকা নির্ধারণ করতে হবে এবং অর্থায়নের উৎস ঠিক করতে হবে।

৩ মলমূত্র নিরাপদে যে জায়গায় আবদ্ধ অবস্থায় আছে সে স্থাপনা থেকে বর্জ্য অপসারণ করার সময় বর্জ্য সংগ্রাহক ও তাদের আশপাশে থাকা মানুষজনের কথা বিবেচনা করতে হবে।

৪ টয়লেট নির্মাণ, পরিষ্কার, মেরামত এবং রক্ষণাবেক্ষণের জন্য মানুষের কাছে তথ্য, উপায়, যন্ত্রপাতি ও উপকরণ আছে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- টয়লেট ব্যবহার, পরিষ্কার ও রক্ষণাবেক্ষণের জন্য স্বাস্থ্যবিধি প্রচারণা চালাতে হবে।

৫ মলমূত্র স্থানান্তরের জন্য প্রয়োজনীয় পানি বিদ্যমান উৎসগুলোর ওপর অতিরিক্ত চাপ সৃষ্টি না করে বরং সেই উৎসগুলো থেকে পানি সংগ্রহ করা সম্ভব, তা নিশ্চিত করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

সব মলমূত্র এমনভাবে অপসারণ করা হয়, যা জনস্বাস্থ্য এবং পরিবেশের জন্য নিরাপদ

নির্দেশিকাসমূহ

বর্জ্য অপসারণ বলতে টয়লেটের নিচের অংশগুলো– গর্ত (পিট), নিচতলার সংরক্ষণকক্ষ (ভল্ট), সেপটিক ট্যাংক এবং পানি শোষণ গর্ত (সোক পিট) থেকে পরিশোধিত কিংবা আংশিক পরিশোধিত মলমূত্র অপসারণ করে তা দূরবর্তী কোনো স্থানে অবস্থিত অপসারণ ও পরিশোধন কেন্দ্রে নিয়ে যাওয়াকে বোঝায়। এ রকম বর্জ্য অপসারণ প্রয়োজন হলে, অবশ্যই এটি শুরু থেকে পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে এবং এর জন্য বাজেট বরাদ্দ রাখতে হবে।

সালেজ বা গৃহস্থালি বর্জ্যপানি (যেমন: রান্না, কাপড় ধোয়া বা গোসলের পানি) মানুষের মলমূত্রে সাথে মিশে গেলে সেটিকে পয়োবর্জ্য হিসেবে শ্রেণিভুক্ত করা হয়। কোনো আবাসন যদি

পয়োনিষ্কাশন ব্যবস্থার আওতাভুক্ত না থাকে তবে গৃহস্থালি বর্জ্যপানি মানুষের মলমূত্রে সাথে মিশতে দেওয়া যাবে না। কারণ, গৃহস্থালি বর্জ্য পানি পরিশোধনের চেয়ে পয়োবর্জ্য অপসারণ কঠিন এবং অনেক বেশি ব্যয়বহুল।

পরিকল্পনা: প্রাথমিকভাবে, প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য দৈনিক ১-২ লিটার পয়োবর্জ্য হিসাব করে পরিকল্পনা করতে হবে। দীর্ঘ মেয়াদে প্রতি ব্যক্তির জন্য বছরে ৪০-৯০ লিটার হিসাব করে পরিকল্পনা করতে হবে। সময়ের সাথে সাথে মলমূত্র পচলে মলের আয়তন কমে যায়। (*এখানে মলমূত্রের আয়তন বলতে বোঝানো হয়েছে প্রতি ব্যক্তির দ্বারা নির্দিষ্ট সময়ে (প্রতি দিন বা প্রতি বছর) উৎপন্ন মলমূত্রের পরিমাণ বা ভলিউম*)। পয়োবর্জ্যের প্রকৃত আয়তন নির্ভর করে ফ্লাশ করার জন্য পানি ব্যবহার করা হয়েছে কি না, মলত্যাগের পর পায়ুপথ পরিষ্কার করার জন্য পানি ও অন্যান্য উপকরণ ব্যবহার করা হয়েছে কি না, টয়লেট পরিষ্কারের জন্য পানি ও অন্যান্য উপকরণ ব্যবহার করা হয়েছে কি না এবং ব্যবহারকারীদের খাদ্যাভ্যাস ইত্যাদি বিষয়ের ওপর। নিশ্চিত করতে হবে যেন রান্না ও পরিস্কারের জন্য ব্যবহৃত পানি, গোসল বা কাপড় ধোয়ার পানি মলমূত্র ধারণকারী স্থাপনায় প্রবেশ না করে, কারণ অতিরিক্ত পানির কারণে অধিক পরিমাণে বর্জ্য নিষ্কাশন করতে হবে। পিটের উপরিভাগে ব্যাকফিলের জন্য ০.৫ মিটার জায়গা রাখতে হবে।

বিশেষ জনস্বাস্থ্য ঝুঁকির জন্য, যেমন কলেরা প্রাদুর্ভাবের জন্য ⊕ *ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা দেখুন*।

স্থানীয় বাজার: যেখানে সম্ভব, টয়লেট নির্মাণের জন্য স্থানীয়ভাবে প্রাপ্ত উপকরণ ও শ্রমিক ব্যবহার করতে হবে, যা ওই স্থাপনাগুলোর ব্যবহার এবং রক্ষণাবেক্ষণের ক্ষেত্রে অংশগ্রহণ বাড়ায়।

বিরূপ পরিবেশে মলমূত্র নিয়ন্ত্রণ: বন্যা অথবা শহর এলাকায় সংকটের ক্ষেত্রে মলমূত্র আবদ্ধ করে রাখার উপযুক্ত স্থাপনা ব্যবস্থা করা বিশেষভাবে কঠিন হতে পারে। এমন পরিস্থিতিতে, উঁচুতে টয়লেট নির্মাণ, প্রস্রাব আলাদাভাবে যাবে এমন টয়লেট, সেপটিক বা মলমূত্র ধারণকারী ট্যাংক এবং অস্থায়ী ফেলে দেওয়া যায় এমন প্লাস্টিক ব্যাগসহ উপযুক্ত সংগ্রহ ও অপসারণ ব্যবস্থা বিবেচনা করতে হবে। স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন কার্যাবলির মাধ্যমে এসব নানাবিধ পন্থাকে সহায়তা প্রদান করতে হবে।

মলমূত্রকে সম্পদ হিসেবে ব্যবহার: মলমূত্রও একটি সম্ভাব্য ব্যবহারযোগ্য সম্পদ হতে পারে। প্রযুক্তির ব্যবহারের মাধ্যমে পরিশোধিত বর্জ্যকে শক্তিতে রূপান্তরিত করা সম্ভব, যেমন জ্বালানিযোগ্য ইট অথবা বায়োগ্যাস হিসেবে। পরিবেশগত পয়োনিষ্কাশন *(এর মানে শুধু মলমূত্র সরাসরি নিষ্কাশন নয়, বরং মানববর্জ্যকে নিরাপদভাবে সংগ্রহ, পরিশোধন এবং পুনর্ব্যবহারযোগ্য সম্পদে (যেমন সার বা শক্তি) রূপান্তর করা, পরিবেশের জন্য ক্ষতিকর প্রভাব কমানোই মূল উদ্দেশ্য)* অথবা কম্পোস্টিং প্রক্রিয়ার মাধ্যমে মানববর্জ্য ও রান্নাঘরের জৈববর্জ্যের সংমিশ্রণ থেকে জৈব অংশ এবং পুষ্টি উপাদানগুলোকে পুনরুদ্ধার করা যায়। এর মাধ্যমে তৈরি কম্পোস্টকে বাড়ির বাগানের মাটির মান উন্নতকারী বা সার হিসেবে ব্যবহার করা যেতে পারে।

বাংলাদেশে প্রতিবছর সেপটিক ট্যাংক পরিষ্কার করতে গিয়ে মৃত্যুর ঘটনা ঘটছে। দুর্যোকালে আমরা যখন সেপটিক ট্যাংক বা গর্ত পায়খানা স্থাপন ও পরিষ্কারের কথা বলব, তখন এটি পরিষ্কারের বিষয়েও সঠিক দিকনির্দেশনা দিতে হবে।

বাংলাদেশে সেপটিক ট্যাংক এখন প্রায় প্রতিটি নতুন দালানের অবিচ্ছেদ্য অংশ। তবে এই সেপটিক ট্যাংক পরিষ্কার করার সাধারণ এবং নিত্যদিনের বিষয়টি ক্রমেই বিপজ্জনক হয়ে উঠেছে। বিশেষ করে দরিদ্র এবং ক্ষুধার্ত তরুণেরা যখন জীবিকার তাগিদে এই কাজের সঙ্গে জড়ায়, তখন তারা প্রায়ই অচেতনভাবেই মৃত্যুর ঝুঁকিতে পড়েন। ব্রাহ্মণবাড়িয়ার নাসিরনগর উপজেলার খাগালিয়া গ্রামের মো. মিঠুর কেসটি খুবই দুঃখজনক উদাহরণ। ঢাকায় পোশাক কারখানার সেপটিক ট্যাংক পরিষ্কার করতে নেমে মাত্র কিছু সময়ের মধ্যেই তিনি নিখোঁজ হন এবং পরে তাঁকে উদ্ধার করতে নেমে আরও দুজন শ্রমিক প্রাণ হারান। এই ঘটনা শুধু একক দুর্ঘটনা নয়; এ রকম ঘটনা প্রতিবছর দেশে প্রায় ১২০টির মতো ঘটে থাকে, যার ফলে প্রায় ৩০০ মানুষ প্রাণ হারায়।

দুর্ঘটনার মূল কারণ হলো সেপটিক ট্যাংকের ভেতরে বদ্ধ অবস্থায় বিষাক্ত গ্যাসের জমা এবং অক্সিজেনের অভাব। মাটির নিচে দীর্ঘদিন জমে থাকা মলমূত্রের মধ্যে অ্যামোনিয়া, হাইড্রোজেন সালফাইড, সালফার ডাই অক্সাইড, মিথেন এবং কার্বন মনোক্সাইডের মতো গ্যাস তৈরি হয়। এই গ্যাসগুলো শ্বাসপ্রশ্বাসের জন্য অত্যন্ত ঝুঁকিপূর্ণ। সাধারণ মানুষ এ বিষয়ে সচেতন নয়, ফলে কেউ একবার গর্তে নামলে বিপদ বুঝে ওঠার আগেই জ্ঞান হারিয়ে যায়, আর তাকে উদ্ধারে নেমে অন্যরাও বিপদে পড়ে। প্রায়শই একক দুর্ঘটনা বহু মানুষের মৃত্যু ডেকে আনে।

সেপটিক ট্যাংকগুলো নির্মাণের সময়ও সঠিক নিরাপত্তাব্যবস্থা অনেক ক্ষেত্রে অবহেলিত থাকে। এটি অনেকের কাছে হেলাফেলার কাজ মনে হয়; কেউ ভাবেন না, মাটির নিচে থাকা এই ট্যাংকের কাজের জন্য বিশেষ নির্মাণশৈলী এবং প্রযুক্তি প্রয়োজন। অনেক বাড়িতে পয়োনিষ্কাশনের সঠিক ব্যবস্থা না থাকায় ট্যাংকগুলো দ্রুত ভরে যায়। তখন খালি করার জন্য দরিদ্র, অদক্ষ শ্রমিকদের খোঁজা হয়। এই শ্রমিকেরাই প্রায়ই দুর্ঘটনার শিকার হন।

নিরাপত্তা সচেতনতা না থাকায় এবং প্রশিক্ষিত পেশাদার না থাকায় এই বিপর্যয় অব্যাহত থাকে। অনেক দেশে এখন ম্যানুয়ালি সেপটিক ট্যাংক পরিষ্কার করা সম্পূর্ণ নিষিদ্ধ। বাংলাদেশেও এ বিষয়ে আইন প্রণয়নের দাবি উঠেছে। নিরাপদে কাজ করার জন্য প্রয়োজন পর্যাপ্ত প্রশিক্ষণ, অভিজ্ঞ কর্মী এবং নিরাপত্তা সরঞ্জাম। এ ছাড়া কিছু প্রচলিত প্রক্রিয়া যেমন লণ্ঠন দিয়ে অক্সিজেন যাচাই করা বা গাছের পাতা দিয়ে গ্যাস বের করা কিছুটা সাহায্য করতে পারে, তবে এগুলো পুরোপুরি নিরাপদ নয়।

সার্বিকভাবে দেখা যায়, সেপটিক ট্যাংক দুর্ঘটনা শুধু শ্রমিকদের জীবনের ঝুঁকি নয়, এটি সামাজিক ও অর্থনৈতিক বাস্তবতার ফলও। দারিদ্র্য, ক্ষুধা ও বেকারত্ব মানুষকে এমন ঝুঁকিপূর্ণ কাজে নামতে বাধ্য করে। তাই জনসচেতনতা বৃদ্ধি, আইন প্রণয়ন, প্রশিক্ষিত কর্মী তৈরি এবং নিরাপত্তাব্যবস্থা বাস্তবায়ন ছাড়া এই সমস্যা সমাধান সম্ভব নয়। সতর্কতা ও সঠিক ব্যবস্থা না থাকলে এ ধরনের মর্মান্তিক দুর্ঘটনা চলতে থাকবে।

৪. পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান

পোকামাকড় হলো রোগ বহনকারী বাহক। পোকামাকড় রোগের উৎস থেকে মানুষের মধ্যে সংক্রমণের পথ তৈরি করে। অধিকাংশ মানবিক প্রেক্ষাপটে পোকামাকড়বাহিত রোগগুলো অসুস্থতা ও মৃত্যুর প্রধান কারণ। বেশির ভাগ বাহকই পোকামাকড়, যেমন মশা, মাছি ও উকুন, তবে ইঁদুরের মতো প্রাণীও জীবাণুবাহক হতে পারে। কিছু পোকামাকড়ের কামড় ব্যথার কারণ হতে পারে। পোকামাকড় কখনো কঠিন বর্জ্য, নিষ্কাশন বা মলমূত্র ব্যবস্থাপনা সমস্যার, অনুপযুক্ত স্থাপনার, অথবা বৃহত্তর পরিসরে নিরাপত্তা ও সুরক্ষা সমস্যার নির্দেশক হতে পারে।

পোকামাকড়বাহিত রোগগুলো জটিল হতে পারে এবং এগুলো প্রতিরোধে বিশেষজ্ঞদের পরামর্শ প্রয়োজন হতে পারে। তবে সাধারণ এবং কার্যকর পদক্ষেপ গ্রহণের মাধ্যমে এসব রোগের বিস্তার রোধ করা যায়।

পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি ব্যর্থ হতে পারে যদি সেটি ভুল বাহকের ওপর লক্ষ্য করে পরিচালিত হয়, অকার্যকর পদ্ধতি ব্যবহার করা হয় বা সঠিক পোকামাকড়কে ভুল স্থানে বা ভুল সময় নিয়ন্ত্রণ করা হয়। নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি অবশ্যই লক্ষ্যভিত্তিক হতে হবে এবং পোকামাকড়ের জীবনচক্র ও বাস্তুসংস্থান অনুযায়ী পরিচালিত হতে হবে।

নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচির লক্ষ্য হওয়া উচিত পোকামাকড়ের সংখ্যা হ্রাস করা, প্রজননস্থল কমানো এবং মানুষের সঙ্গে সংস্পর্শ সীমিত করা। কর্মসূচি প্রণয়নের সময় বিদ্যমান গবেষণাগুলো পর্যালোচনা করতে হবে এবং জাতীয় ও আন্তর্জাতিক স্বাস্থ্য সংস্থা থেকে বিশেষজ্ঞ মতামত গ্রহণ করতে হবে। রোগের ধরন, প্রজননস্থল এবং পোকামাকড়ের সংখ্যা ও রোগের মৌসুমি পরিবর্তন সম্পর্কে স্থানীয় পরামর্শ গ্রহণ করা উচিত।

এই অধ্যায়ের মানগুলো সমস্যা সৃষ্টিকারী পোকামাকড়ের সংখ্যা হ্রাস বা নির্মূল করে জীবাণুবাহী রোগ প্রতিরোধ এবং ক্ষতি হ্রাসের ওপর আলোকপাত করেছে। একাধিক সেক্টরে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের প্রয়োজন রয়েছে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২, অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ মান ২.১.১ এবং খাদ্যসহায়তা মান ৬.২ দেখুন।*

পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান ৪.১:
আবাসন পর্যায়ে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ

মানুষ এমন পরিবেশে বসবাস করে, যেখানে পোকামাকড়ের প্রজনন ও খাদ্য গ্রহণস্থল চিহ্নিত ও নিয়ন্ত্রণ করা হয়, যাতে পোকামাকড়-সংক্রান্ত ঝুঁকি কমানো যায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ একটি নির্দিষ্ট এলাকার জন্য পোকামাকড়বাহিত রোগের ঝুঁকি মূল্যায়ন করতে হবে।

- ওই এলাকায় রোগের প্রকোপের হার বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) অথবা জাতীয়ভাবে স্বীকৃত হারের চেয়ে বেশি কি না, তা নির্ধারণ করতে হবে।
- স্থানীয় বিশেষজ্ঞ এবং গুরুত্বপূর্ণ পোকামাকড়ের তথ্যের ভিত্তিতে পোকামাকড়ের সম্ভাব্য প্রজননস্থল এবং জীবনচক্র, বিশেষ করে তাদের খাদ্য গ্রহণ সম্পর্কে ধারণা নিতে হবে।

২ স্থানীয় পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ পরিকল্পনা বা ব্যবস্থার সাথে এবং জাতীয় নির্দেশিকা, কর্মসূচি বা নীতির সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ করে মানবিক সাড়াদান কার্যক্রমে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচিকে পরিচালনা করতে হবে।

৩ পোকামাকড়ের জীবনচক্র বোঝার ভিত্তিতে বাড়ির বাইরে পোকামাকড় রাসায়নিক বা অ-রাসায়নিক পদ্ধতিতে নিয়ন্ত্রণ প্রযোজ্য কি না, তা নির্ধারণ করতে হবে।

- মানুষকে রাসায়নিক পদ্ধতিতে পোকামাকড়ের নিয়ন্ত্রণের সম্ভাব্য ঝুঁকি এবং রাসায়নিক প্রয়োগের সময়সূচি সম্পর্কে জানাতে হবে।
- রাসায়নিক ব্যবহারকারী সকল কর্মীকে ব্যক্তিগত সুরক্ষা উপকরণ (পিপিই) এবং উপযুক্ত পোশাক প্রদানসহ প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

পোকামাকড়ের জীবনচক্র ব্যাহত হয়েছে এমন চিহ্নিত প্রজননস্থলের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন: ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর পোকামাকড়বাহিত রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি হ্রাস করার জন্য আবাসন স্থান নির্বাচন গুরুত্বপূর্ণ। আবাসনের স্থান নির্বাচনের ক্ষেত্রে এটি একটি অন্যতম বিবেচ্য বিষয় হওয়া উচিত। উদাহরণস্বরূপ, ম্যালেরিয়া নিয়ন্ত্রণের জন্য জলাভূমি বা হ্রদের মতো বৃহৎ প্রজননস্থল থেকে ১-২ কিমি দূরে বাতাসের গতির বিপরীতে আবাসস্থলের স্থান নির্ধারণ করতে হবে। তবে এর সাথে পরিষ্কার পানির একটি অতিরিক্ত উৎস নিশ্চিত করতে হবে। একটি নতুন আবাসন স্থাপন করা হলে তা আশপাশের আশ্রয়দানকারী জনগোষ্ঠীর জন্য রোগজীবাণু সংক্রমণকারী পোকামাকড়ের উপস্থিতি কী প্রভাব ফেলবে তা-ও বিবেচনা করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন।*

ঝুঁকির কারণসমূহ নিরূপণ (যাচাই): সম্ভাব্য রোগ ও অন্যান্য ঝুঁকির নিরূপণ (যাচাই) এবং পোকামাকড়বাহিত রোগের মহামারিসংক্রান্ত ও ক্লিনিক্যাল তথ্যের *(রোগীরা কীভাবে আক্রান্ত হচ্ছে, কী লক্ষণ দেখা যাচ্ছে, চিকিৎসা পরীক্ষায় কী পাওয়া যাচ্ছে–এসব তথ্যই ক্লিনিক্যাল তথ্য)* ভিত্তিতে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচির সিদ্ধান্ত নিতে হবে। এ ক্ষেত্রে ওই নির্ধারিত এলাকায় বিগত দুই বছরের মধ্যে সন্দেহজনক ও নিশ্চিত রোগের ঘটনাগুলো পর্যালোচনা করতে হবে। ঝুঁকিকে প্রভাবিত করা অন্যান্য উপাদানগুলো হলো:

- জনগণের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা, যার মধ্যে অতীতে আক্রান্ত হওয়া এবং পুষ্টি ও অন্যান্য ঝুঁকি;
- স্থানচ্যুতির সময়ে মহামারিমুক্ত থেকে মহামারি আক্রান্ত এলাকায় মানুষের চলাচল;
- মানুষ ও পোকামাকড় উভয়েরই রোগজীবাণুর (প্যাথোজেনের) ধরন এবং প্রকোপ;
- পোকামাকড়ের প্রজাতি, সংখ্যা, আচরণ ও বাস্তুসংস্থান (মৌসুম, প্রজননস্থল) এবং এগুলো কীভাবে পরস্পরের সংস্পর্শে আসে; এবং
- ঘনবসতি, আবাসনের বিন্যাস, আশ্রয়ের ধরন, বিদ্যমান ব্যক্তিগত সুরক্ষা ও প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থার কারণে পোকামাকড়ের সংস্পর্শে আসার সম্ভাবনা বৃদ্ধি পাওয়া।

পোকামাকড়ের প্রজনন ও খাবারের স্থান অপসারণ বা পরিবর্তন: অনেক ওয়াশ (WASH) কার্যক্রম পোকামাকড়ের প্রজনন ও খাবারের স্থানে বড় প্রভাব ফেলতে পারে, যেমন:

- পানি বিতরণের স্থান এবং গোসল ও কাপড় ধোয়ার জায়গার চারপাশে জমে থাকা পানি অথবা ভেজা জায়গা অপসারণ;
- বাড়িতে সংগ্রহ ও পরিবহনের সময় এবং পরিশোধন ও নিষ্কাশন স্থানে কঠিন বর্জ্য সংরক্ষণ ব্যবস্থাপনা;
- পানির পাত্রের জন্য ঢাকনা সরবরাহ করা;
- মলমূত্র ব্যবস্থাপনা;
- টয়লেট স্ল্যাব ও গর্ত পরিষ্কার রাখা যাতে পোকামাকড় না আসে;
- ক্ষতিগ্রস্ত টয়লেটের গর্ত বন্ধ করে দেওয়া যাতে মলমূত্র পরিবেশে ছড়িয়ে না পড়ে এবং সমস্যা সৃষ্টিকারী পোকামাকড় গর্তে (পিট) প্রবেশ করতে না পারে;
- সাধারণ পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার ওপর স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন কর্মসূচি পরিচালনা করা; এবং
- টয়লেটের গর্ত ঢেকে রাখা এবং/অথবা সেগুলোতে লার্ভিসাইড বা লার্ভা ধ্বংসকারী প্রয়োগ করা, উদাহরণস্বরূপ যেখানে ডেঙ্গুজ্বর মহামারি রূপ ধারণ করেছে।

রোগ সংক্রমণের জন্য দায়ী মশার তিনটি প্রধান প্রজাতি হলো:

- *কিউলেক্স* (Culex- ফিলারিয়াসিস এবং ওয়েস্ট নাইল ভাইরাস), যা জৈব পদার্থসমৃদ্ধ জমে থাকা পানিতে বংশবৃদ্ধি করে, যেমন টয়লেট;
- *অ্যানোফিলিস* (Anopheles–ম্যালেরিয়া ও ফিলারিয়াসিস), যা তুলনামূলকভাবে অদূষিত ভূপৃষ্ঠের পানিতে, যেমন–ক্ষুদ্র ডোবা, ধীরে বয়ে যাওয়া ঝরনা ও কুয়ায় বংশবৃদ্ধি করে, এবং
- *এডিস* (Aedes–ডেঙ্গু, ইয়েলো ফিভার/পীতজ্বর, চিকুনগুনিয়া এবং জিকা ভাইরাস), যা পানির পাত্রে, যেমন– বোতল, বালতি এবং টায়ারে বংশবৃদ্ধি করে।

জৈবিক ও অ-রাসায়নিক নিয়ন্ত্রণ: জৈবিক নিয়ন্ত্রণে এমন জীব ব্যবহার করা হয়, যা লক্ষিত পোকামাকড়ের প্রজাতিকে শিকার করে, পরজীবী হিসেবে বসবাস করে, প্রতিযোগিতা করে বা তাদের সংখ্যা কমিয়ে দেয়। উদাহরণস্বরূপ, লার্ভাভোজী মাছ এবং মিঠাপানির চিংড়ি বা কাঁকড়াজাতীয় জলজ প্রাণী, এডিস মশা (ডেঙ্গুর বাহক) নিয়ন্ত্রণ করতে পারে। ডেঙ্গু ভাইরাসের সংক্রমণ কমাতে সবচেয়ে আশাপ্রদ পদ্ধতিগুলোর একটি হলো ওয়লবাচিয়া নামক ব্যাকটেরিয়ার ব্যবহার *(ওয়লবাচিয়া নামক ব্যাকটেরিয়া ব্যবহার মানে হলো ডেঙ্গু মশার মধ্যে বসানো বিশেষ ব্যাকটেরিয়া ব্যবহার করা, যাতে মশারা ডেঙ্গু ভাইরাস ছড়াতে না পারে)*। কিছু পরিবেশে জৈবিক নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি সফল হয়েছে এবং প্রমাণ পাওয়া গেছে যে এটি বড় পরিসরেও কার্যকর হতে পারে।

জৈবিক নিয়ন্ত্রণ পরিবেশে রাসায়নিক দূষণ না করলেও এ পদ্ধতির কিছু কার্যক্রমিক সীমাবদ্ধতা এবং অনাকাঙ্ক্ষিত পরিবেশগত প্রভাব থাকতে পারে। জৈবিক নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি সাধারণত শুধু অপরিণত পর্যায়ের বাহক মশার বিরুদ্ধে কার্যকর এবং এর ব্যবহার সাধারণত বড় কংক্রিট অথবা মাটির পাত্রে রাখা পানি বা কুয়ার মধ্যেই সীমাবদ্ধ। পানির পাত্রে প্রাণী/মাছ বা ব্যাকটেরিয়া রাখতে স্থানীয় মানুষের সদিচ্ছা বা অনুমতি গুরুত্বপূর্ণ। প্রয়োজনে, নিয়ন্ত্রণে ব্যবহৃত প্রাণী বা ব্যাকটেরিয়া বিতরণ, পর্যবেক্ষণ এবং পুনরায় স্থাপনের সময় জনগণকে যুক্ত করা ভালো।

পরিবেশগত নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা: কিছু সাধারণ পরিবেশগত নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা পোকামাকড়ের প্রজনন কমাতে সাহায্য করে, যেমন:

- মানুষ ও প্রাণীর মলমূত্র সঠিকভাবে নিষ্কাশন করা, কার্যকর টয়লেট ব্যবহারের নিশ্চয়তা রাখা এবং পিট টয়লেটের (গর্ত টয়লেট) ওপরের খোলা অংশ বা গর্ত ঢাকনা দিয়ে ঢেকে রাখা;
- পোকামাকড় ও ইঁদুর নিয়ন্ত্রণে কঠিন বর্জ্য সঠিকভাবে ফেলা;
- আবাসনে উপযুক্ত নিষ্কাশনব্যবস্থা নিশ্চিত করা; এবং
- মশা নিয়ন্ত্রণের জন্য জমে থাকা পানি নিষ্কাশন এবং উন্মুক্ত খাল ও পুকুরের চারপাশের ঝোপঝাড় পরিষ্কার করা;

এই পদক্ষেপগুলো কিছু পোকামাকড়ের সংখ্যা কমাতে সাহায্য করবে। তবে একটি আবাসনের ভেতরে বা আশপাশে, সব ধরনের পোকামাকড়ের প্রজননস্থল, খাদ্য ও বিশ্রামস্থলের ওপর দীর্ঘ মেয়াদেও পুরোপুরি প্রভাব ফেলা সম্ভব না-ও হতে পারে। সে ক্ষেত্রে স্থানীয়ভাবে রাসায়নিক নিয়ন্ত্রণ অথবা ব্যক্তিগত সুরক্ষা ব্যবস্থার মতো পদক্ষেপগুলো বিবেচনা করা যেতে পারে। সংক্রমিত স্থানে স্প্রে করলে প্রাপ্তবয়স্ক মাছির সংখ্যা কমতে পারে এবং ডায়রিয়া মহামারি প্রতিরোধ বা রোগের প্রকোপ কমতে পারে। বাড়ির ভেতর অবশিষ্ট কীটনাশক (ইনডোর রেসিডুয়াল কীটনাশক) স্প্রে করলে তা ম্যালেরিয়া অথবা ডেঙ্গু বাহক প্রাপ্তবয়স্ক মশার সংখ্যা কমাবে। ইঁদুর মারার বিষযুক্ত টোপ (টক্সিক বেইট) খাবার ব্যবহার করে ইঁদুরের সংখ্যা কমানো সম্ভব।

জাতীয় ও আন্তর্জাতিক রীতিনীতি: বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) সুস্পষ্ট আন্তর্জাতিক রীতিনীতি ও মান প্রকাশ করেছে, যেগুলো পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণে রাসায়নিক বাছাই এবং প্রয়োগের পাশাপাশি এই কাজে নিয়োজিত কর্মীদের সুরক্ষা ও প্রশিক্ষণের প্রয়োজনীয়তার ওপর আলোকপাত করে। পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের পদক্ষেপগুলো কার্যকারিতা এবং সুরক্ষা এই দুটি প্রধান বিষয়কে বিবেচনা করে গ্রহণ করা উচিত। যদি রাসায়নিক বাছাই-সম্পর্কিত জাতীয় মান আন্তর্জাতিক মানের তুলনায় কম হয়, সে ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট জাতীয় কর্তৃপক্ষের সাথে পরামর্শ করে আন্তর্জাতিক মান অনুসরণ করার অনুমতি নিতে হবে।

রাসায়নিক ব্যবহারের কাজে জড়িত সকল কর্মীকে সুরক্ষিত রাখার জন্য প্রশিক্ষণ, সুরক্ষামূলক পোশাক ও গোসলের সুবিধা প্রদান এবং রাসায়নিক ব্যবহারের সংস্পর্শে থাকার সময়কাল কমিয়ে সুরক্ষা প্রদান করতে হবে।

ম্যালেরিয়া চিকিৎসার সাথে সমন্বয়: ম্যালেরিয়ার জীবাণুবাহক নিয়ন্ত্রণের কৌশল প্রাথমিক রোগ নির্ণয় এবং ম্যালেরিয়ার ওষুধ দিয়ে চিকিৎসার সাথে একই সঙ্গে প্রয়োগ করতে হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ মান ২.১.১: প্রতিরোধ দেখুন।*

পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান ৪.২:
পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যক্তি ও গৃহ পর্যায়ের পদক্ষেপ

ক্ষতিগ্রস্ত সব মানুষের এমন জ্ঞান ও সামর্থ্য থাকবে, যাতে তারা নিজেদের এবং তাদের পরিবারকে সেসব পোকামাকড় থেকে রক্ষা করতে পারে, যেগুলো স্বাস্থ্য বা সুস্থতার ক্ষেত্রে মারাত্মক ঝুঁকি সৃষ্টি করতে পারে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সামগ্রিক স্বাস্থ্যবিধি প্রচার কর্মসূচির অংশ হিসেবে পরিবার পর্যায়ে বিদ্যমান পোকামাকড় এড়ানোর বা প্রতিরোধমূলক অভ্যাসগুলো মূল্যায়ন করতে হবে।

- আরও কার্যকর আচরণ গ্রহণে কী কী বাধা আছে এবং কোন কোন বিষয় মানুষকে উৎসাহিত করে, তা শনাক্ত করতে হবে।

২. রোগ সৃষ্টিকারী পোকামাকড়, উচ্চ ঝুঁকির সংক্রমণের সময় ও স্থান এবং প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা সম্পর্কে মানুষকে জানাতে অংশগ্রহণমূলক ও সহজে পৌঁছানো যায় এমন সচেতনতা বৃদ্ধি কর্মসূচি ব্যবহার করতে হবে।

- উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীকে নিয়মিত পর্যবেক্ষণে রাখতে হবে।

৩. প্রাসঙ্গিক ও কার্যকর প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থাগুলো স্থানীয় বাজারে আছে কি না তা নিরূপন (যাচাই) করতে হবে।

- প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থাগুলোর একটি টেকসই উৎস নিশ্চিত করার লক্ষ্যে স্থানীয় বাজারগুলো শক্তিশালী করার কথা বিবেচনা করতে হবে।
- যদি স্থানীয় বাজার চাহিদা পূরণে সক্ষম না হয়, তবে জনগোষ্ঠী, স্থানীয় কর্তৃপক্ষ ও অন্যান্য সেক্টরের সাথে সমন্বয় করে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণসামগ্রীর ক্রয়, বিতরণ ও বাস্তবায়নের পরিকল্পনা করতে হবে।

৪. রোগ সৃষ্টিকারী পোকামাকড় এবং পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি পর্যবেক্ষণ, প্রতিবেদন প্রদান ও মতামত প্রকাশের জন্য জনগোষ্ঠীকে প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

পরিবার পর্যায়ে সংক্রমণের ধরন এবং কার্যকর পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা সম্পর্কে সঠিকভাবে বলতে পারে এমন ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের শতকরা হার

সংশ্লিষ্ট পোকামাকড়বাহিত রোগ থেকে নিজেদের রক্ষা করার জন্য যথাযথ পদক্ষেপ নিয়েছে এমন মানুষের শতকরা হার

খাদ্য সংরক্ষণের জন্য পর্যাপ্ত সুরক্ষা রয়েছে এমন পরিবারের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

ম্যালেরিয়া থেকে সুরক্ষা পেতে ব্যক্তিগত পদক্ষেপ: সময়মতো এবং পরিকল্পিত সুরক্ষামূলক ব্যবস্থা, যেমন: কীটনাশকযুক্ত তাঁবু, পর্দা ও মশারির ব্যবহার ম্যালেরিয়া প্রতিরোধে সহায়তা করে। দীর্ঘদিন ব্যহার উপযোগী কীটনাশকযুক্ত ম্যালেরিয়া নিরোধক মশারি শরীর এবং মাথার উকুন, মাছি, এঁটেল পোকা, তেলাপোকা ও ছারপোকা থেকেও কিছুটা সুরক্ষা দিয়ে থাকে। এ ছাড়া মশার কামড় থেকে রক্ষা পেতে আরও কিছু সুরক্ষা পদ্ধতি কার্যকরী, যেমন- লম্বা হাতাওয়ালা জামা পরিধান, বাসাবাড়িতে ধোঁয়া দেওয়া, মশার কয়েল জ্বালানো, এরোসল স্প্রে ছিটানো এবং মশা তাড়ানোর

প্রতিরোধক ব্যবহার করা। পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশু, রোগপ্রতিরোধ ক্ষমতা কম এমন ব্যক্তি এবং গর্ভবতী নারীর মতো সবচেয়ে ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীর ক্ষেত্রে, এসব পদ্ধতির ব্যবহারে সহায়তা করতে হবে।

অধিক ঝুঁকিতে থাকা গোষ্ঠী: জনগোষ্ঠীর কিছু অংশ, বিশেষ করে নবজাতক, ছোট শিশু, প্রবীণ, প্রতিবন্ধী ও অসুস্থ ব্যক্তি এবং গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারী, অন্যদের তুলনায় পোকামাকড়বাহিত রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকিতে বেশি থাকে। উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা গোষ্ঠীগুলো শনাক্ত করে সেই ঝুঁকি কমানোর জন্য সুনির্দিষ্ট পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে। তাদের প্রতি যেন লাঞ্ছনা বা বৈষম্য সৃষ্টি না হয়, সেদিকে লক্ষ রাখতে হবে।

সামাজিক উদ্বুদ্ধকরণ ও যোগাযোগ: পোকামাকড়ের লার্ভার আবাসস্থল ও পূর্ণবয়স্ক পোকামাকড়ের সংখ্যা কমানোর জন্য ব্যক্তি এবং জনগোষ্ঠী উভয় পর্যায়েই আচরণগত পরিবর্তন প্রয়োজন। বিভিন্ন ধরনের যোগাযোগ মাধ্যম ব্যবহার করে সামাজিক সম্পৃক্ততা ও যোগাযোগমূলক কার্যক্রমগুলোকে বাহক প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ কার্যক্রমের সঙ্গে পূর্ণভাবে একীভূত করতে হবে।

অন্যান্য পোকামাকড়ের ক্ষেত্রে ব্যক্তিগত সুরক্ষার পদক্ষেপ: শরীরের উকুন থেকে সুরক্ষার জন্য ভালো ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধি মেনে চলা এবং নিয়মিত কাপড়চোপড় ও বিছানার চাদর ধোয়া সবচেয়ে কার্যকর উপায়। আক্রান্ত হলে ব্যক্তিগত চিকিৎসা পদ্ধতি (পাউডার প্রয়োগ), গণপরিচ্ছন্নতা অথবা উকুন তাড়ানোর কর্মসূচির মাধ্যমে সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণ করতে হবে। নতুনভাবে আবাসন স্থাপনকারীদের জন্য চিকিৎসা নিয়মনীতি তৈরি ও ব্যবহার করতে হবে। বাড়িতে পরিষ্কার পরিবেশ, কার্যকর বর্জ্য নিষ্কাশন এবং কাঁচা ও রান্না করা খাবারের উপযুক্ত সংরক্ষণ ইঁদুর এবং এ-জাতীয় অন্যান্য প্রাণী, যেমন তেলাপোকাজাতীয় পোকামাকড় বাড়িতে বা আশ্রয়স্থলে প্রবেশ করা থেকে দূরে রাখবে ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.১: স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন দেখুন*।

৫. কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা

কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা হলো জৈব এবং অজৈব কঠিন বর্জ্য সংগ্রহ ও ব্যবস্থাপনা এবং নিষ্কাশন করার প্রক্রিয়া। কঠিন বর্জ্যের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত:

- কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা পদ্ধতি পরিকল্পনা;
- উৎসস্থলে বর্জ্য সংগ্রহ এবং ব্যবস্থাপনা, আলাদা করা, সংরক্ষণ, বাছাই ও প্রক্রিয়াজাত করা;
- সংগ্রহস্থলে স্থানান্তর করা; এবং
- পরিবহন শেষে বর্জ্য চূড়ান্তভাবে ফেলা, পুনর্ব্যবহার, বর্জ্যকে নতুনভাবে ব্যবহারযোগ্য করা বা পুনঃপ্রক্রিয়াজাত করা।

বাড়ি, প্রতিষ্ঠান অথবা কমিউনিটি পর্যায়ে বিভিন্ন ধরনের বর্জ্য উৎপাদিত হতে পারে, এর মধ্যে চিকিৎসা বর্জ্যও রয়েছে। এগুলো ঝুঁকিপূর্ণ হতে পারে বা না-ও হতে পারে। অপর্যাপ্ত কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা পোকামাকড়, ইঁদুর ও অন্যান্য রোগবাহী বাহকদের জন্য অনুকূল প্রজননস্থল সৃষ্টির মাধ্যমে স্বাস্থ্যঝুঁকি তৈরি করতে পারে ⊕ *পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান ৪.১: আবাসন পর্যায়ে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ দেখুন*। অপরিশোধিত বর্জ্য ভূ-উপরিভাগের পানি যেমন নদী-নালা ও ভূগর্ভস্থ উভয় পানিকেই দূষিত করতে পারে। যদি বর্জ্য সঠিকভাবে ব্যবস্থাপনা করা না হয়, শিশুরা সেখানে খেলতে গিয়ে আঘাতপ্রাপ্ত বা অসুস্থ হতে পারে। বর্জ্য সংগ্রহকারী, যারা বর্জ্যের স্তূপ থেকে পুনর্ব্যবহারযোগ্য সামগ্রী সংগ্রহের মাধ্যমে জীবিকা নির্বাহ করে, তারা আহত হতে পারে বা সংক্রামক রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকিতে থাকতে পারে।

কঠিন বর্জ্য নিষ্কাশন ব্যবস্থা নষ্ট করে পানি জমে যেতে পারে, যার ফলে দূষিত পানি সৃষ্টি হয় এবং এটি রোগবাহী পোকামাকড়ের আবাসে পরিণত হয়ে অন্য জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি তৈরি করতে পারে।

এই অধ্যায়ে বর্ণিত মানগুলো রাসায়নিক বর্জ্য বা শিল্পবর্জ্যের নিষ্কাশন ও পরিশোধনের ওপর আলোকপাত করেনি। ঝুঁকিপূর্ণ বর্জ্য নিয়ন্ত্রণ ও পরিশোধনের ব্যাপারে পরামর্শের জন্য ⊕ *তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য দেখুন*। চিকিৎসা বর্জ্য সম্পর্কিত তথ্যের জন্য ⊕ *ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা দেখুন*।

কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মান ৫.১:
কঠিন বর্জ্যমুক্ত পরিবেশ

কঠিন বর্জ্য নিরাপদভাবে আবদ্ধ করতে হবে যাতে প্রাকৃতিক পরিবেশ, আবাসস্থল, শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান, কর্মক্ষেত্র এবং কমিউনিটির এলাকা যেন দূষিত না হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি, পরিবার ও প্রতিষ্ঠান থেকে সৃষ্ট বর্জ্যের পরিমাণ নিরূপণ (যাচাই) এবং বিদ্যমান ব্যবস্থাকে বিবেচনা করে কঠিন বর্জ্য নিষ্কাশন কর্মসূচি পরিকল্পনা করতে হবে।

- স্থানীয় পর্যায়ে পুনর্ব্যবহার, ভিন্ন উদ্দেশ্যে ব্যবহার, রূপান্তর অথবা সারে পরিণত করার জন্য সম্ভাবনা মূল্যায়ন করতে হবে।

- বাড়তি সুরক্ষা ঝুঁকি এড়াতে কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনায় নারী, পুরুষ, কিশোর-কিশোরীদের ভূমিকা বুঝতে হবে।

২ বিদ্যমান ব্যবস্থা ও অবকাঠামো যেন অতিরিক্ত চাপের মধ্যে না পড়ে, বিশেষ করে শহরাঞ্চলে–তা নিশ্চিত করতে স্থানীয় বা পৌর কর্তৃপক্ষ এবং সেবা প্রদানকারীদের সঙ্গে কাজ করতে হবে।

- নতুন এবং আগে থেকে থাকা আবাসন থেকে দূরবর্তী ও নির্দিষ্ট স্থানে বর্জ্য প্রক্রিয়াকরণ বা নিরাপদভাবে ফেলার সুবিধাগুলো সবাই ব্যবহার করতে পারবে, তা নিশ্চিত করতে হবে।
- কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা-সংক্রান্ত স্থানীয় স্বাস্থ্যমান অথবা নীতির সাথে যত দ্রুত সম্ভব সামঞ্জস্য রাখার জন্য একটি সময়সীমা প্রণয়ন করতে হবে।

৩ প্রয়োজনীয় সরঞ্জাম ও অবকাঠামো নিশ্চিত রেখে নিয়মিত বা নির্দিষ্ট লক্ষ্য অনুযায়ী কঠিন বর্জ্য পরিষ্কারের অভিযান আয়োজন করতে হবে।

৪ যারা কঠিন বর্জ্য সংগ্রহ, নিষ্কাশন বা পুনর্ব্যবহার বা ভিন্নভাবে ব্যবহারের কাজের সাথে জড়িত তাদের জন্য নিরাপত্তা পোশাক সরবরাহ করা এবং প্রয়োজনীয় টিকাদান নিশ্চিত করতে হবে।

৫ বর্জ্য পরিশোধন স্থানগুলোর উপযুক্ত, পর্যাপ্ত এবং নিরাপদভাবে পরিচালিত হচ্ছে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- মাটিচাপা দেওয়া, নিয়ন্ত্রিত ল্যান্ডফিল (নিয়মিতভাবে পরিচালিত বর্জ্যস্থল) ব্যবহার এবং পুড়িয়ে ফেলা ইত্যাদি নিরাপদ এবং উপযুক্ত নিষ্কাশন ও পরিশোধন পদ্ধতি ব্যবহার করতে হবে।
- সুরক্ষা ঝুঁকি প্রতিরোধ করতে বা ন্যূনতম পর্যায়ে নামিয়ে আনতে বর্জ্য ব্যবস্থাপনা স্থানগুলো পরিচালনা করতে হবে, বিশেষ করে শিশুদের জন্য।

৬ খাদ্যদ্রব্য ও গৃহস্থালি সামগ্রী বিতরণের কাজে নিয়োজিত বিভিন্ন সংস্থার সঙ্গে সমন্বয় করে প্যাকেজিং উপকরণের ব্যবহার কমানো এবং কঠিন বর্জ্যের পরিমাণ কমিয়ে আনতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

পাড়া বা কমিউনিটিভিত্তিক নির্ধারিত বর্জ্য সংগ্রহ স্থানগুলোর চারপাশে কোনো কঠিন বর্জ্য জমা হচ্ছে না

নির্দেশিকাসমূহ

ভাসমান মানুষ ভারী বা প্রয়োজন নেই এমন জিনিসপত্র ফেলে দিতে পারে। এ ছাড়া বিতরণ স্থানগুলোতে সৃষ্ট কঠিন বর্জ্য আশ্রয়দানকারী জনগোষ্ঠীর মধ্যে উত্তেজনা বৃদ্ধি করতে পারে। বিতরণকৃত গৃহস্থালি উপকরণগুলো যদি প্রয়োজনীয় চাহিদা পূরণ করতে না পারে, তাহলে কঠিন বর্জ্যের পরিমাণ বাড়বে। এই বর্জ্য সাধারণত স্থানীয়ভাবে উৎপাদিত বর্জ্যের চেয়ে ভিন্ন ধরনের উপকরণ হতে পারে এবং আলাদাভাবে নিষ্কাশন ও পরিশোধনের প্রয়োজন হতে পারে।

শহর এলাকা: শহর এলাকায় কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা অবকাঠামো অন্যান্য সেবা ব্যবস্থার সাথে সমন্বিত হতে পারে। তাই অতিরিক্ত কঠিন বর্জ্যের চাপ মোকাবিলার জন্য বিদ্যমান কর্তৃপক্ষ এবং ব্যবস্থার সাথে সমন্বয় করে কাজ করতে হবে।

বর্জ্য ব্যবস্থাপনায় নিয়োজিত কর্মীদের সুরক্ষা: কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনার কাজে নিয়োজিত ব্যক্তিদের প্রত্যেককে সুরক্ষামূলক পোশাক প্রদান করতে হবে, কমপক্ষে গ্লাভস দেওয়া জরুরি। তবে বুট ও সুরক্ষাযুক্ত মাস্ক সরবরাহ করলে খুব ভালো হয়। প্রয়োজন হলে তাদেরকে টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার) ও হেপাটাইটিস বি প্রতিরোধের জন্য টিকা দিতে হবে। তাদের হাত ও মুখ ধোয়ার জন্য সাবান এবং পানির ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে। কর্মীদের বর্জ্য স্থানান্তর এবং নিষ্কাশনের সঠিক নিয়ম ও ভুল ব্যবস্থাপনার ঝুঁকি সম্পর্কে তাদেরকে জানাতে হবে এবং প্রশিক্ষণ দিতে হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ মান ২.১.১: প্রতিরোধ দেখুন*।

বর্জ্য ব্যবস্থাপনায় নিয়োজিত কর্মীরা নোংরা বা দরিদ্র হিসেবে সমাজে ঘৃণিত হতে পারে। জনগোষ্ঠীর সদস্যদের সাথে মতবিনিময়ের মাধ্যমে এই দৃষ্টিভঙ্গি বদলাতে সহায়ক হতে পারে। বর্জ্য কর্মীদের উপযুক্ত সরঞ্জাম নিশ্চিত করা এবং তাদের পরিচ্ছন্নতা বজায় রাখার সুযোগ দেওয়া, এসবও সহায়ক হবে।

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন এবং গ্রামীণ এলাকা: গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন এবং তুলনামূলক কম জনবসতিপূর্ণ এলাকায় পরিবারকেন্দ্রিক কঠিন বর্জ্য নিষ্কাশন সম্ভব এবং অনেক ক্ষেত্রে এটি বেশি পছন্দনীয় হতে পারে। পরিবারের আকার ও উৎপন্ন বর্জ্যের পরিমাণের ওপর ভিত্তি করে গৃহস্থালি কঠিন বর্জ্য পুঁতে রাখার বা পোড়ানোর জন্য গর্তের আকার নির্ধারণ করতে হবে। শিশু ও প্রাণী যাতে এসব গর্তে প্রবেশ করতে না পারে, সে জন্য সেগুলো যথাযথভাবে বেড়া দিয়ে ঘেরা থাকতে হবে। এই গর্তগুলো সাধারণত বসতবাড়ি থেকে অন্তত ১৫ মিটার দূরে স্থাপন করতে হবে।

পাড়া বা কমিউনিটিভিত্তিক বর্জ্য সংগ্রহ স্থানের জন্য প্রাথমিকভাবে প্রতি ৪০টি পরিবারের জন্য একটি ১০০ লিটার বর্জ্য ধারণক্ষমতার পাত্র সরবরাহ করতে হবে। সময়ের সাথে সাথে গৃহস্থালি বর্জ্য উৎপাদন বৃদ্ধি পাওয়ার সম্ভাবনা থাকায় দীর্ঘ মেয়াদে প্রতি ১০টি পরিবারের জন্য একটি পাত্র সরবরাহ করতে হবে। নির্দেশিকা অনুযায়ী, প্রতি ১,০০০ জন মানুষের জন্য একটি ২.৫ সদস্যবিশিষ্ট একটি রক্ষণাবেক্ষণ দল থাকা উচিত। (*এখানে "2.5 person maintenance team" বলতে আক্ষরিকভাবে আড়াই জন মানুষ বোঝানো হয়নি। এর অর্থ হলো গড় হিসাব। অর্থাৎ জনসংখ্যার অনুপাতে রক্ষণাবেক্ষণ কর্মীর সংখ্যা নির্ধারণ করা। সহজভাবে বোঝালে, ১,০০০ জন মানুষের জন্য ২-৩ জন রক্ষণাবেক্ষণ কর্মী এবং ২,০০০ জন মানুষের জন্য ৫ জন কর্মী*)।

পুনর্ব্যবহার, বর্জ্যকে নতুনভাবে ব্যবহারযোগ্য করা বা পুনঃপ্রক্রিয়াজাত করা: জনগোষ্ঠীর সদস্যদের কঠিন বর্জ্য পুনর্ব্যবহার, অন্য কাজে ব্যবহার বা পুনঃপ্রক্রিয়াজাত করার ব্যাপারে উৎসাহিত করতে হবে, তবে এতে যদি জনস্বাস্থ্যের জন্য গুরুতর ঝুঁকি তৈরি হয়, তাহলে তা এড়ানো উচিত। বর্জ্য পুনঃপ্রক্রিয়াকরণ থেকে ক্ষুদ্র ব্যবসার সুযোগ বা অতিরিক্ত আয়ের সম্ভাবনা এবং জৈব বর্জ্য পরিবার বা গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক কম্পোস্টে রূপান্তরের সম্ভাবনাও বিবেচনা করতে হবে।

কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মান ৫.২ :
নিরাপদ কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনায় ব্যক্তি ও গৃহপর্যায়ের পদক্ষেপ

মানুষ তাদের বাড়ির মধ্যে নিরাপদভাবে কঠিন বর্জ্য সংগ্রহ করতে এবং প্রয়োজনে পরিশোধন করতে সক্ষম হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ পরিবারগুলোকে গৃহস্থালি বর্জ্যের জন্য সুবিধাজনক, পর্যাপ্ত আকারের ও ঢাকনাযুক্ত বর্জ্য সংরক্ষণ ব্যবস্থা বা ছোট পরিবারের বর্জ্য সংরক্ষণ কনটেইনার/ঢাকনাযুক্ত পাত্র/ডাস্টবিন সরবরাহ করতে হবে।

- পুনর্ব্যবহার ও বর্জ্যকে নতুনভাবে ব্যবহারযোগ্য করার জন্য প্রক্রিয়াকরণের উদ্দেশ্যে পাত্রের সংখ্যা ও আকার সম্পর্কে পরিবারের পছন্দ বিবেচনা করতে হবে।

২ পরিবারগুলোর প্রতিদিনের বর্জ্য ফেলার জন্য সুস্পষ্টভাবে চিহ্নিত ও বেড়া-দেওয়া পাড়াভিত্তিক বর্জ্য সংগ্রহের স্থান তৈরি করতে হবে।

৩ নির্ধারিত জনসাধারণের বর্জ্য সংগ্রহের স্থান থেকে নিয়মিতভাবে গৃহস্থালি ও অন্যান্য বর্জ্য অপসারণে ব্যবস্থা চালু করতে হবে।

৪ পরিবার বা গোষ্ঠী পর্যায়ে কঠিন বর্জ্য চাপা দেওয়ার বা পুড়িয়ে ফেলার গর্তগুলো নিরাপদভাবে পরিচালিত হচ্ছে এটি নিশ্চিত করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

বাড়ি থেকে গ্রহণযোগ্য দূরত্বের মধ্যে অবস্থিত নির্দিষ্ট পাড়া বা গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক বর্জ্য সংগ্রহ কেন্দ্র ব্যবহার করার সুযোগ আছে এমন পরিবারের শতকরা হার

বাড়িতে যথাযথ ও পর্যাপ্ত বর্জ্য সংরক্ষণাগার আছে বলে তথ্য-প্রদানকারী পরিবারের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

পরিকল্পনা: মানুষের উৎপাদিত কঠিন বর্জ্যের পরিমাণ নির্ভর করে তারা কীভাবে তাদের খাদ্যদ্রব্য আহরণ ও রান্না করে এবং বাড়ির ভেতরে বা আশপাশে কী কী কাজ করে তার ওপর। ঋতুভেদে বর্জ্যের পরিমাণ পরিবর্তন হতে পারে এবং প্রায়ই তা বিতরণ অথবা বাজারের সময়সূচির সাথে সম্পর্কিত থাকে। তবে ধরে নিতে হবে, একজন মানুষ প্রতিদিন প্রায় ০.৫ কেজি কঠিন বর্জ্য উৎপন্ন করে। কঠিন বর্জ্যের সাধারণ ঘনত্ব ধরা হয় প্রতি ঘনমিটারে ২০০ থেকে ৪০০ কেজি এবং সে অনুযায়ী এর পরিমাণ দাঁড়ায় জনপ্রতি দৈনিক ১-৩ লিটার বর্জ্যের সমান।

কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মান ৫.৩ : কমিউনিটি পর্যায়ে কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা পদ্ধতি

সর্বসাধারণের জন্য নির্ধারিত সংগ্রহস্থলগুলো থেকে বর্জ্য উপচে পড়ছে না এবং বর্জ্যের চূড়ান্ত নিষ্কাশন ও পরিশোধন নিরাপদ এবং সুরক্ষিতভাবে সম্পন্ন হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ বিদ্যালয় ও শিখনকেন্দ্র, শিশুবান্ধব কেন্দ্র এবং প্রশাসনিক দপ্তরগুলোতে উৎপন্ন বর্জ্য রাখার জন্য সেসব স্থানেই সুস্পষ্টভাবে নির্দেশিত, যথোপযুক্ত ও পর্যাপ্তসংখ্যক ঢাকনাযুক্ত বর্জ্য সংরক্ষণ ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।

২ জনসমাগম এলাকা, বিশেষ করে আনুষ্ঠানিক বা অনানুষ্ঠানিক বাজার এবং ট্রানজিট সেন্টার *(এক জায়গা থেকে অন্য জায়গায় যেতে যেখানে মানুষ সাময়িকভাবে অবস্থান করে)* ও রেজিস্ট্রেশন কেন্দ্রগুলোতে *(যেখানে মানুষ সহায়তা পাওয়ার জন্য নথিভুক্ত হয়)*, উৎপন্ন বর্জ্যের জন্য সুস্পষ্টভাবে নির্দেশিত ও বেড়া দেওয়া সংরক্ষণস্থলের ব্যবস্থা করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

উপযুক্ত ও পর্যাপ্ত বর্জ্য সংরক্ষণাগার আছে এমন বিদ্যালয় এবং শিখনকেন্দ্রের শতকরা হার

উপযুক্ত ও পর্যাপ্ত বর্জ্য সংরক্ষণাগার আছে এমন গণবাজারের শতকরা হার

বিদ্যালয়, শিখনকেন্দ্র, গণবাজার ও অন্যান্য জনপ্রতিষ্ঠানে কঠিন বর্জ্য চাপা দেওয়ার বা পুড়িয়ে ফেলার জন্য নিরাপদভাবে পরিচালিত হয় এমন গর্তের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

বাজারের বর্জ্য: বাজার এলাকায় বিশেষ যত্ন প্রয়োজন, কারণ সাধারণত এই যৌথ এলাকাগুলোর কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনার জন্য নির্দিষ্ট মালিকানা বা দায়িত্ব থাকে না। অধিকাংশ বাজার বর্জ্যকে পরিবারের উৎপাদিত কঠিন বর্জ্যের মতোই পরিশোধন করতে হবে।

কসাইখানার বর্জ্য: প্রাণী জবাই স্বাস্থ্যবিধি ও স্থানীয় আইন মেনে হচ্ছে কি না, তা নিশ্চিত করতে হবে। কসাইখানা ও মাছ বাজার থেকে উৎপন্ন বেশির ভাগ কঠিন বর্জ্যই গৃহস্থালি বর্জ্য হিসেবে পরিশোধন করা যায়, তবে এদের তরল বর্জ্যের দিকে বিশেষভাবে খেয়াল রাখতে হবে। প্রয়োজনে, এই বর্জ্যগুলোকে কসাইখানা বা মাছ প্রক্রিয়াজাতকরণ কেন্দ্রের পাশে একটি ঢাকনাযুক্ত গর্তে নিষ্কাশন করতে হবে। রক্ত ও অন্যান্য তরল বর্জ্য একটি স্ল্যাব দিয়ে আবৃত নালার মাধ্যমে ওই গর্তে প্রবাহিত করতে হবে, যাতে পোকামাকড় গর্তটিতে ঢুকতে না পারে। বর্জ্য পরিষ্কারের জন্য পর্যাপ্ত পানির ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।

৬. রোগের প্রাদুর্ভাব ও স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা

ওয়াশ ও স্বাস্থ্য খাতের কর্মীরা উভয়ই জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি কমানো, রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং রোগের প্রাদুর্ভাব নিয়ন্ত্রণে কাজ করে। জনগোষ্ঠী ও স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি মোকাবিলায় এই দুই খাতের মধ্যে সরকারি কাঠামো ও সহযোগী প্রতিষ্ঠানের সাথে দৃঢ় সমন্বয় প্রয়োজন। এই মানটি ১-৫ ওয়াশ মানসমূহ এবং স্বাস্থ্য অধ্যায়ের ওপর ভিত্তি করে নির্ধারণ করা হয়েছে, যেগুলো পুরোপুরি পর্যালোচনা করে সব কারিগরি পদক্ষেপ পরিচালনার জন্য নির্দেশনা হিসেবে ব্যবহার করা উচিত।

রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) হলো যেকোনো পরিস্থিতিতে রোগ প্রতিরোধ এবং প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় একটি গুরুত্বপূর্ণ কার্যক্রম। এটি রোগী, স্বাস্থ্যকর্মী এবং জনগোষ্ঠী সবার জন্যই অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। স্বাস্থ্য সংস্থাগুলোর দায়িত্ব হলো স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ন্যূনতম মানসমূহ নিশ্চিত করা, তবে তা কার্যকর করতে ওয়াশ খাতের সঙ্গে সুসংগঠিত সহযোগিতা ও সহায়তা প্রয়োজন।

জনগোষ্ঠী এবং স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থাপনায় উপযুক্ত ও ধারাবাহিকভাবে প্রয়োগকৃত ওয়াশ চর্চা সংক্রামক রোগের বিস্তার কমাবে এবং রোগের প্রকোপ নিয়ন্ত্রণে সহায়তা করবে। এই মানে বর্ণিত ন্যূনতম পদক্ষেপগুলো চলমান সাড়াদান কার্যক্রমে সাধারণভাবে অনুসরণযোগ্য এবং কোনো প্রাদুর্ভাব ঘটলে কোন কোন ক্ষেত্রে বা কার্যক্রমে আরও পদক্ষেপ নেওয়া প্রয়োজন তা নির্দেশ করে।

কমিউনিটিভিত্তিক প্রাদুর্ভাব মোকাবিলা

ওয়াশের প্রতিটি উপাদানের জন্য আলাদা করে সাড়া দেওয়া সব সময় বাস্তবসম্মত নয়। তাই তাৎক্ষণিক জনস্বাস্থ্য ঝুঁকি মোকাবিলাকে প্রাধান্য দিতে হবে এবং জনগোষ্ঠীর সাথে বিশ্বাস ও জবাবদিহিতা গড়ে তুলতে হবে। মহামারির প্রাপ্ত তথ্য, ঝুঁকি নির্ণয়, সংক্রমণের পথ (বিশেষ করে মল থেকে মুখে ছাড়া অন্য কোনোভাবে শরীরে প্রবেশ করছে), প্রতিটি বাস্তবায়ন কর্মসূচির সম্ভাব্য প্রভাব এবং বিদ্যমান সম্পদের ভিত্তিতে সাড়াদান পরিকল্পনা করতে হবে।

রোগের প্রাদুর্ভাবের সময় সাড়াদানের ক্ষেত্রে রোগের বিস্তার রোধে জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা একটি প্রধান উপাদান। বিদ্যমান জনগোষ্ঠীর ধারণা ও বিশ্বাস সাড়াদানের ক্ষেত্রে সহায়তা করতে বা বাধা দিতে পারে, তাই সেগুলো বোঝা এবং ঠিকভাবে মোকাবিলা করা গুরুত্বপূর্ণ। রোগ সংক্রমণ রোধে কিছু সামাজিক প্রথা পরিবর্তন করার প্রয়োজন হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, হাত মেলানোর পরিবর্তে পারস্পরিক শুভেচ্ছা বিনিময়ের বিকল্প পন্থা খুঁজে বের করতে জনগোষ্ঠীর সাথে কাজ করতে হবে।

ক্ষতিগ্রস্ত কমিউনিটিতে নির্দিষ্ট রোগ প্রতিরোধ ও চিকিৎসাব্যবস্থা গ্রহণে উৎসাহিত করতে হবে। এগুলোর মধ্যে ম্যালেরিয়া প্রতিরোধের জন্য মশারি ব্যবহার অথবা ডায়রিয়া প্রতিরোধের জন্য খাবার স্যালাইন (ওরাল রিহাইড্রেশন সল্ট–ORS) ও জিংক (শিশুদের জন্য) ব্যবহার থাকতে পারে।

যদি কমিউনিটি প্রচারকর্মীরা আক্রান্ত ব্যক্তিদের শনাক্ত করা বা এ-সম্পর্কিত কাজগুলো করে, তবে তাদেরকে প্রশিক্ষণ দেওয়া বাধ্যতামূলক। সমস্ত তথ্যকে রোগের সামগ্রিক প্রাদুর্ভাব তদন্ত ও সাড়াদানের সাথে সমন্বিত করতে হবে। প্রাদুর্ভাবের বিস্তার এবং কারা আক্রান্ত হচ্ছে, তা দ্রুত শনাক্ত করা সময়মতো সাড়াদানের জন্য খুবই গুরুত্বপূর্ণ। একটি নির্দিষ্ট পদ্ধতিতে তথ্য সমন্বয় করা হলে একই জিনিস বা তথ্য দুবার গণনা করা বা গুরুত্বপূর্ণ এলাকাগুলোর তথ্য হারানো এড়ানো সম্ভব হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- সংক্রামক রোগ মান ২.১.৪: রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান দেখুন।*

কোনো রোগের প্রাদুর্ভাব চলাকালে সব সময় সর্বশেষ হালনাগাদ কারিগরি নির্দেশিকা অনুসরণ করতে হবে, কারণ নতুন রোগের ঝুঁকি ও প্রভাব ভিন্ন হতে পারে। নির্দিষ্ট রোগ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণে রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) সম্পর্কিত বিস্তারিত নির্দেশিকা রয়েছে, যা অবশ্যই অগ্রাধিকার ভিত্তিতে অনুসরণ করতে হবে ⊕ *নিচের তথ্যসূত্র দেখুন।* এই মানে ন্যূনতম বিষয়সমূহ বিবেচনার নির্দেশনা প্রদান করা হয়েছে এবং ওয়াশ ও স্বাস্থ্য খাতের মধ্যে সমন্বয় বর্ণনা করা হয়েছে। নিচের চিত্রে প্রাদুর্ভাবের সময় কমিউনিটিভিত্তিক ওয়াশ কার্যক্রমের মূল দিকগুলোর সংক্ষিপ্ত পর্যালোচনা দেখানো হয়েছে। স্বাস্থ্যসংক্রান্ত পদক্ষেপের জন্য ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ মানসমূহ ২.১.১ থেকে ২.১.৪ দেখুন।*

রোগের প্রাদুর্ভাবের সময় কমিউনিটির মধ্যে ওয়াশ কর্মসূচির নীতিসমূহ (চিত্র ৫)

মান ৬ :
স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা

রোগের প্রাদুর্ভাবের সময়সহ সকল স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থাপনায় ন্যূনতম ওয়াশ রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ মান বজায় রাখা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র ব্যবস্থাপনার জন্য পর্যাপ্ত পরিমাণ ও গুণগত মানসম্পন্ন একটি নির্ভরযোগ্য পানি সরবরাহ ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।

- নিরবচ্ছিন্ন পানি সরবরাহ নিশ্চিত করতে অন্তত ৪৮ ঘণ্টার নিরাপদ পানি (প্রতি লিটারে ০.৫ মি.গ্রা. সম্পন্ন এফআরসি-FRC (মুক্ত অবশিষ্ট ক্লোরিন) সংরক্ষণ করতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** রোগের ধরন, ঝুঁকি ও চাহিদা অনুসারে পানির পরিমাণ বৃদ্ধি ও ক্লোরিন দ্রবণ প্রয়োগ করতে হবে।

২. রোগের সংক্রমণ সীমিত করতে পর্যাপ্ত মলমূত্র নিষ্কাশন স্থাপনা নিশ্চিত করতে হবে।

- চলাফেরায় অসুবিধা রয়েছে এমন ব্যক্তিদের জন্য কমোড চেয়ার ও বাকেট/বালতি টয়লেটের ব্যবস্থা করতে হবে।
- পানি ও ডিটারজেন্ট ব্যবহার করে পরিষ্কার পয়োনিষ্কাশন ব্যবস্থা (টয়লেট, গোসল, ধোয়ার জায়গা) করা টয়লেটে শক্তিশালী ডিটারজেন্ট (বেশি ক্ষরযুক্ত) ব্যবহার করা থেকে বিরত থাকতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের প্রতিটি জোনে মলমূত্র নিষ্কাশন স্থাপনা প্রদান করতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** নির্দিষ্ট রোগের জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণ ও সরবরাহ সমন্বয় করতে হবে, যেমন কলেরা রোগীর বিছানা এবং মলমূত্র অথবা বমির জন্য বালতি।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** মলমূত্র সংশ্লিষ্ট স্থাপনা ও উপকরণাদি পরিষ্কার, বন্ধ করা এবং ময়লা অপসারণ করার জন্য বাড়তি সতর্কতার প্রয়োজন নিরূপণ করতে হবে।

৩. স্বাস্থ্যকর্মী, রোগী ও দর্শনার্থীদের স্বাস্থ্যবিধি বজায় রাখার জন্য পর্যাপ্ত পরিষ্কারক উপকরণ এবং সরঞ্জাম সরবরাহ করতে হবে।

- গুরুত্বপূর্ণ স্থানগুলোতে নিরাপদ পানি, সাবান অথবা অ্যালকোহল রাবসহ *(অ্যালকোহলভিত্তিক হাত পরিষ্কার করার তরল বা জেল)* হাত ধোয়ার জায়গার ব্যবস্থা করতে হবে। এয়ারড্রাই *(বাতাস দ্বারা হাত শুকানোর ব্যবস্থা)* অথবা শুধু একবার ব্যবহার করা যাবে এমন টিস্যু ব্যবহার করতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** প্রতিটি জোনে/স্থানে হাত ধোয়ার জায়গার ব্যবস্থা করতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** অতিরিক্ত স্বাস্থ্যবিধি আচরণের প্রচলন করতে হবে, যেমন–ক্লোরিন ফুটবাথ বা স্প্রে (রোগ অনুসারে) এবং ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) পরার আগে ও খোলার পরে স্প্রে করা (রোগের ওপর নির্ভর করে) ও হাত ধোয়া।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** হাসপাতাল থেকে রোগীদের ছাড়পত্র দেয়ার আগে রোগীদের নির্দিষ্ট স্বাস্থ্যবিধি উপকরণ ও প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে।

৪. পরিষ্কার ও স্বাস্থ্যসম্মত পরিবেশ বজায় রাখতে হবে।

- পানি ও ডিটারজেন্ট দিয়ে প্রতিদিন মেঝে ও অনুভূমিক বা সমতল পৃষ্ঠতল *(যেসব জায়গায় জিনিসপত্র রাখা হয় বা চিকিৎসা-সংক্রান্ত কাজকর্ম হয়, সেই সমতল/প্ল্যাটফর্মের মতো জায়গা (টেবিল, ডেস্ক, কাউন্টার, ওষুধ প্রস্তুত বা যন্ত্রপাতি রাখার সমতল স্থান)* পরিষ্কার করতে হবে।
- সম্ভাব্য দূষিত তল ০.২% ক্লোরিন দ্রবণ দিয়ে পরিষ্কার ও জীবাণুমুক্ত করতে হবে। *(এখানে দূষিত বা পৃষ্ঠ অর্থ সংক্রমিত বা নোংরা হয়ে যাওয়া জায়গাকে বোঝানো হয়েছে, অর্থাৎ যেসব জায়গা রোগজীবাণু, রক্ত, বমি, মলমূত্র বা অন্যান্য সংক্রমণকারী উপাদানের সংস্পর্শে এসেছে। উদাহরণস্বরূপ: হাসপাতালের বেডের হাতল, রোগীর ব্যবহৃত টেবিল বা ট্রে, চিকিৎসা সরঞ্জাম রাখার কাউন্টার, দরজার হাতল, সুইচ, কল ইত্যাদি যেগুলো অনেকেই বারবার স্পর্শ করে এবং রোগীর শরীর থেকে বের হওয়া তরল যেগুলোর ছিটা লেগেছে এমন স্থান)*।
- বারবার ব্যবহারযোগ্য চিকিৎসা সরঞ্জামগুলো প্রতিবার ব্যবহারের আগে ঝুঁকির মাত্রা অনুযায়ী পরিষ্কার, জীবাণুমুক্ত অথবা সম্পূর্ণ জীবাণুমুক্ত করতে হবে।
- দৃশ্যত নোংরা হলে সমস্ত লিনেন *(কাপড়জাতীয় জিনিস যেমন বিছানার চাদর, রোগীর পোশাক)* প্রথমে ভিজিয়ে ০.১% ক্লোরিন দ্রবণ দিয়ে জীবাণুমুক্ত করতে হবে; অপারেশন থিয়েটারের লিনেন *(চাদর, কাপড়)* অবশ্যই সম্পূর্ণ জীবাণুমুক্ত করতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** মেঝে ও নোংরা বা জীবাণুযুক্ত জায়গাগুলো পরিষ্কারের জন্য জীবাণুনাশকের ঘনত্ব/শক্তি সাধারণ অবস্থার তুলনায় বেশি রাখতে হবে। আর লিনেন *(কাপড়জাতীয় জিনিস যেমন বিছানার চাদর, রোগীর পোশাক)* জীবাণুমুক্ত করার জন্য বিশেষ কৌশল প্রয়োগ বিবেচনা করতে হবে।

৫. সঠিকভাবে বর্জ্য পরিচালনা, নিষ্কাশন ও পরিশোধন করতে হবে।

- স্বাস্থ্যসেবা বর্জ্য যেখানে তৈরি হয়, সেখানেই কমপক্ষে তিন-বিন পদ্ধতি *(সংক্রমণজনিত/ঝুঁকিপূর্ণ বর্জ্য, সাধারণ বর্জ্য ও ধারালো বা পুনঃপ্রক্রিয়াজাতযোগ্য বর্জ্য আলাদা করার পদ্ধতি)* ব্যবহার করে বর্জ্য আলাদা করতে হবে।
- সকল স্বাস্থ্যকর্মীকে বর্জ্য পৃথককরণ ও ব্যবস্থাপনা বিষয়ে প্রশিক্ষণ দিতে হবে।
- নির্দিষ্ট দলগুলো যেন বর্জ্য সংগ্রহ, নিষ্কাশন ও পরিশোধনের অবশ্যই ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) ব্যবহার করে তা নিশ্চিত করতে হবে (কমপক্ষে গ্লাভস ও বুট ব্যবহার)।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** রোগের ধরন অনুযায়ী পূর্ণাঙ্গ ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) ব্যবহার করে বর্জ্য পরিচালনায় অতিরিক্ত সতর্কতা অবলম্বন করতে হবে।

৬. সকল স্বাস্থ্যকর্মী, রোগী ও পরিচর্যাকারী যাতে উপযুক্ত ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) ব্যবহার করে তা নিশ্চিত করতে হবে।

- সংক্রমণের (এক্সপোজার) ধরন এবং আলাদা রাখার পদ্ধতি (আইসোলেশন) অনুযায়ী উপযুক্ত ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) প্রদান করতে হবে।
- স্বাস্থ্যকর্মী, রোগী ও স্বাস্থ্যকেন্দ্রে থাকা অন্য কর্মীদের ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) নির্বাচন, ব্যবহার ও খোলার বিষয়ে প্রশিক্ষণ দিতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** প্রত্যাশিত সংক্রমণের ধরন যাচাই-বাছাই করে সেই অনুযায়ী ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) ব্যবহার সমন্বয় করতে হবে।

৭. জনস্বাস্থ্য চর্চা/অনুশীলন/নীতিমালা অনুযায়ী মরদেহকে মর্যাদাপূর্ণ, সাংস্কৃতিকভাবে উপযোগী এবং নিরাপদ উপায়ে পরিচালনা ও দাফন বা সৎকারের ব্যবস্থা করতে হবে।

- স্থানীয় সংস্কৃতি ও ঐতিহ্যকে বিবেচনায় নিতে হবে, একই সঙ্গে মৃত ব্যক্তি শনাক্তকরণ ও পরিবারের নিকট হস্তান্তরের বিষয়ও নিশ্চিত করতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** প্রচলিত রীতিনীতি (দাফন বা সৎকার) সুরক্ষিত বা নিরাপদ না হলে জনগোষ্ঠীর সাথে আলোচনার মাধ্যমে বিকল্প ব্যবস্থা নির্ধারণ করতে হবে।
- **প্রাদুর্ভাবের সময়:** মৃতদেহ দাফন বা সৎকারের কাজ পরিচালনার জন্য নির্ধারিত দলগুলোকে প্রশিক্ষণ দিতে হবে এবং উপযুক্ত ব্যক্তিগত সুরক্ষা উপকরণ (পিপিই) প্রদান করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

সকল স্বাস্থ্যকর্মী প্রতিটি রোগীর সংস্পর্শে আসার আগে ও পরে সাবান অথবা অ্যালকোহল রাব দিয়ে নিজের হাত পরিষ্কার করে

সকল রোগী ও সেবাদানকারী খাবার পরিবেশন বা গ্রহণ করার আগে এবং টয়লেট ব্যবহারের পরে নিজের হাত পরিষ্কার করে

সব হাত ধোয়ার জায়গায় সাবান অথবা অ্যালকোহল রাব (অথবা ০.০৫% ক্লোরিন দ্রবণ, প্রাদুর্ভাবের ক্ষেত্রে) আছে

হাত ধোয়ার জায়গার সংখ্যা

- ন্যূনতম: প্রতি দশজন আবাসিক রোগীর জন্য একটি জায়গা

সরবরাহ স্থানে খাওয়ার পানির মান

- ন্যূনতম: ০.৫-১ মি.গ্রা./লি মুক্ত অবশিষ্ট ক্লোরিন (এফআরসি–Free Residual Chlorine/FRC)

প্রাপ্য নিরাপদ পানির পরিমাণ

- ন্যূনতম: বহির্বিভাগের প্রতিজন রোগীর জন্য দৈনিক ৫ লিটার
- ন্যূনতম: কলেরা পরিচর্যা কেন্দ্রে প্রতিজন রোগীর জন্য দৈনিক ৬০ লিটার
- ন্যূনতম: ভাইরাল রক্তক্ষরণজনিত (viral haemorrhagic) জ্বর পরিচর্যা কেন্দ্রে প্রতিজন রোগীর জন্য দৈনিক ৩০০-৪০০ লিটার

টয়লেটপ্রাপ্তির সংখ্যা

- ন্যূনতম: বহির্বিভাগের জন্য ৪টি (পুরুষ, নারী, শিশু ও স্বাস্থ্যকর্মীদের জন্য আলাদা আলাদা)
- ন্যূনতম: প্রতি ২০ জন আবাসিক রোগীর জন্য ১টি (পুরুষ, নারী, শিশু ও স্বাস্থ্যকর্মীদের জন্য আলাদা আলাদা)

নির্দেশিকাসমূহ

রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ কার্যক্রম সকল স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে অপরিহার্য, যার মধ্যে অ্যাম্বুলেন্স এবং কমিউনিটি স্বাস্থ্য কর্মসূচিও অন্তর্ভুক্ত। এর জন্য মানসম্মত সতর্কতা *(দৈনন্দিন স্বাস্থ্যসেবা দেওয়ার*

সময় যে সাধারণ নিরাপত্তাব্যবস্থা নেওয়া হয়, যেমন হ্যান্ডওয়াশিং, সুরক্ষামূলক পোশাক ব্যবহার), সংক্রমণ-ভিত্তিক সতর্কতা *(বিশেষ রোগ বা সংক্রমণের ঝুঁকি অনুযায়ী অতিরিক্ত সতর্কতা, যেমন আলাদা রোগীর জন্য আলাদা কক্ষ বা বিশেষ ব্যক্তিগত সুরক্ষা উপকরণ বা পিপিই ব্যবহার)* এবং ক্লিনিক্যাল অ্যাসেপটিক কৌশল *(চিকিৎসা বা চিকিৎসাসংক্রান্ত যেকোনো কাজ করার সময় জীবাণুমুক্ত পরিবেশ বজায় রাখা, যেমন ইনজেকশন বা সার্জারি করার সময় বিশেষ পরিচ্ছন্নতা)* সম্পর্কিত নির্দেশিকা তৈরি করা প্রয়োজন। প্রতিটি স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণের জন্য একটি নিবেদিত দল তৈরি এবং স্বাস্থ্যকর্মীদের প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা করতে হবে। পর্যবেক্ষণ ব্যবস্থার মাধ্যমে স্বাস্থ্যসেবা-সংশ্লিষ্ট সংক্রমণ এবং অ্যান্টিমাইক্রোবিয়াল প্রতিরোধ *(যখন রোগ সৃষ্টিকারী জীবাণু (ব্যাকটেরিয়া, ভাইরাস, ফাঙ্গাস ইত্যাদি) এমনভাবে পরিবর্তিত হয় যে সাধারণ ওষুধ দিয়ে তাকে মারা বা নিয়ন্ত্রণ করা যায় না)* পর্যবেক্ষণ করতে হবে। প্রতিটি সেবাকেন্দ্রে যথাযথ কর্মীসংখ্যা ও কাজের ভারসাম্য নিশ্চিত করতে হবে। একটি বিছানা কেবল একজন রোগীর জন্যই বরাদ্দ করা উচিত। নিরাপদ ও উপযুক্ত পরিবেশে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা উচিত, যেখানে নিরাপদ স্বাস্থ্যবিধি অভ্যাস বজায় রাখার জন্য পর্যাপ্ত ওয়াশ অবকাঠামো ও সরঞ্জামাদি বিদ্যমান ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মানসমূহ ১.১ এবং ১.২ দেখুন।*

পানির পরিমাণ ও গুণগত মান: প্রয়োজনীয় পানির পরিমাণ হিসাব করার ক্ষেত্রে পরিশিষ্ট ৩-এ উল্লেখকৃত মানগুলো ব্যবহার এবং পরিস্থিতি অনুযায়ী সমন্বয় সাধন করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৩: ন্যূনতম পানির পরিমাণ: জীবনধারণের জন্য প্রয়োজনীয় মাত্রা এবং পানির চাহিদা পরিমাপকরণ দেখুন।* মোবাইল ক্লিনিকগুলোর লক্ষ্য হওয়া উচিত বহির্বিভাগের রোগীদের জন্য প্রযোজ্য একই ওয়াশ মান বজায় রাখা, যার মধ্যে নিরাপদ পানির উৎস এবং টয়লেট-সুবিধা অন্তর্ভুক্ত। প্রতিটি প্রতিষ্ঠানে অন্তত ৪৮ ঘণ্টার পানি সরবরাহ (এবং সংরক্ষণ) ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে। ইবোলা এবং কলেরার মতো রোগের প্রাদুর্ভাবের ক্ষেত্রে অন্তত ৭২ ঘণ্টার পানি সরবরাহের ব্যবস্থা করতে হবে। কমিউনিটিভিত্তিক ওয়াশ কর্মসূচির ভিত্তি হিসেবে ⊕ *পানি সরবরাহ মানসমূহ ২.১ এবং ২.২ দেখুন।*

স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের বিভিন্ন প্রয়োজনে ব্যবহারের জন্য নিম্নলিখিত ক্লোরিন দ্রবণ প্রয়োজন:

ক্লোরিন দ্রবণ	স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের কাজ
০.০৫%	হাত ধোয়া লন্ড্রি (ধোয়ার পর)
০.২% (কলেরা)	কলেরার চিকিৎসার ক্ষেত্রে যেসব জায়গায় চিকিৎসা উপকরণ রাখা হয় বা চিকিৎসা দেওয়া হয়, সেই সমতল/প্ল্যাটফর্মের মতো জায়গা (টেবিল, ডেস্ক, কাউন্টার, ওষুধ প্রস্তুত বা যন্ত্রপাতি রাখার স্থান) পরিষ্কারের পর মুছে ফেলা
০.৫% (ইবোলা)	দ্রব্যাদি, অ্যাপ্রন, বুট, রান্নার সরঞ্জামাদি এবং থালা পরিষ্কার করা বেডপ্যান ও বালতি ধুয়ে ফেলা শরীরের তরল দ্বারা সংক্রমিত বা নোংরা হয়ে যাওয়া জায়গা (দূষিত পৃষ্ঠতল) পরিষ্কার করা মৃতদেহ সৎকার বা দাফনের জন্য প্রস্তুত করা (ইবোলা)
২%	মৃতদেহ সৎকার বা দাফনের জন্য প্রস্তুত করা (কলেরা) মল ও বমি সংগ্রহের বালতিতে প্রয়োগ করতে হবে (কলেরা)
১%	পানিতে ক্লোরিন প্রয়োগের জন্য মূল দ্রবণ

মলমূত্র ব্যবস্থাপনা: মলমূত্র ব্যবস্থাপনার সাধারণ নির্দেশনার জন্য ⊕ *মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মানসমূহ ৩.১ থেকে ৩.৩ এবং মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা এবং মলমূত্র নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারা সংশ্লিষ্ট উপকরণের ব্যাপারে সুনির্দিষ্ট তথ্যের জন্য স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.৩: মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা ও বিশেষ চাহিদা সম্পন্ন ব্যক্তির (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) স্বাস্থ্য পরিচর্যা দেখুন।*

কারিগরি ও সামাজিকভাবে গ্রহণযোগ্য উপযুক্ত টয়লেট সুবিধা প্রদান করতে হবে, যেখানে নারী, পুরুষের জন্য পৃথক, ভেতর থেকে বন্ধ করা যায় ও পর্যাপ্ত আলো থাকবে এবং রোগীর সেবাদানকারীদের জন্য পর্যাপ্ত জায়গা থাকবে। সকল পয়োনিষ্কাশন স্থাপনা (টয়লেট, গোসলের স্থান, ধোয়ার জায়গা) পানি ও ডিটারজেন্ট দিয়ে পরিষ্কার করতে হবে। টয়লেটের ভেতরে (বিশেষ করে সেপটিক ট্যাংকের জন্য) শক্তিশালী জীবাণুনাশক ব্যবহার এড়িয়ে চলতে হবে। কারণ এগুলো কিছু জীবাণুর প্রাকৃতিকভাবে পচে যাওয়া বা ভেঙে যাওয়ার প্রক্রিয়াকে বাধাগ্রস্ত করে।

রোগের প্রাদুর্ভাবের সময়ে মলমূত্র স্থাপনা ও সরঞ্জামাদি পরিষ্কার, পরিত্যক্ত ঘোষণা এবং মল অপসারণের ক্ষেত্রে অতিরিক্ত সতর্কতা গ্রহণ করতে হবে (উদাহরণস্বরূপ, পরিষ্কারের ক্ষেত্রে ক্লোরিন দ্রবণ ব্যবহার, কুইকলাইম/কলিচুন বা ক্যালসিয়াম অক্সাইড বা ক্লোরিন দিয়ে পরিশোধন)।

গৃহস্থালি বর্জ্য পানি: গৃহস্থালি বর্জ্য পানি অপসারণের জন্য অন্তত গ্রিজ ট্র্যাপ *(গ্রিজ ট্র্যাপ হলো একটি যন্ত্র, যা বর্জ্য পানিতে থাকা চর্বি, তেল ও গ্রিজ আলাদা করে ধরে রাখে, যাতে তা নর্দমা বা সেপটিক সিস্টেমে জমা না হয়)* ও শোষণকারী গর্ত (সোকঅ্যাওয়ে পিট) ব্যবহার করতে হবে। জনসাধারণের হস্তক্ষেপ রোধে এটিকে বেড়া দিয়ে ঘিরে রাখতে হবে।

স্বাস্থ্যসেবা বর্জ্যে সংক্রামক জীবাণু যেমন এইচআইভি ও হেপাটাইটিস বি থাকতে পারে, যা মাটি ও পানির উৎসকে দূষিত করতে পারে। বর্জ্য উৎপন্ন হওয়ার সাথে সাথেই সংগ্রহ এবং আলাদা করার জন্য কমপক্ষে নিম্নলিখিত থ্রি-বিন/তিন বিন পদ্ধতি অবলম্বন করতে হবে:

শ্রেণি	উদাহরণ	পাত্রের রং/লেবেল
সাধারণ বর্জ্য বিপজ্জনক নয়	কাগজ	কালো
ব্যবহৃত ধারালো উপকরণ বিপজ্জনক, সংক্রামক	ব্যবহৃত সুই, ছুরি, স্যালাইনের সিরিঞ্জ, ভাঙা গ্লাস, খালি শিশি	হলুদ, ‘ধারালো’ শব্দটি লেখা থাকবে, ছিদ্রহীন এবং খোঁচা লেগে নষ্ট হবে না
ব্যবহৃত কিন্তু ধারালো নয় এমন, বিপজ্জনক, সংক্রামক	শরীরের তরল দ্বারা দূষিত উপাদান, যেমন তুলা, ড্রেসিং, সেলাইয়ের সুতা, পরীক্ষাগারের জিনিসপত্র	হলুদ, লেবেল দেওয়া থাকবে, মোড়কজাত ও ছিদ্রহীন

এ ছাড়া প্যাথলজিক্যাল (মানব টিস্যু), ফার্মাসিউটিক্যাল (ওষুধসংক্রান্ত) ও রাসায়নিক (পরীক্ষাগারের উপকরণ) বর্জ্যসহ আরও অন্যান্য বর্জ্য আলাদা করার প্রয়োজন হতে পারে। চিকিৎসা এলাকা থেকে পৃথককৃত বর্জ্য দিনে অন্তত একবার এবং উচ্চ সংক্রামক হলে সাথে সাথে সংগ্রহ করতে হবে। বর্জ্য পরিবহনের জন্য ট্রলি ব্যবহার করে একটি নির্ধারিত পথ দিয়ে বর্জ্য নির্দিষ্ট স্থানে (জনসাধারণের প্রবেশ সীমিত) স্থানান্তর করতে হবে। বর্জ্য সংগ্রহের পাত্র, ট্রলি ও সংরক্ষণের স্থান অবশ্যই নিয়মিতভাবে জীবাণুমুক্ত করতে হবে। চিকিৎসা বর্জ্য নিষ্কাশন ও ব্যবস্থাপনার সাথে জড়িত সব পরিচ্ছন্নতা কর্মীকে হেপাটাইটিস বি এবং টিটেনাসের (ধনুষ্টঙ্কারের) টিকা দিতে হবে।

বিদ্যমান স্থাপনার ভিত্তিতে নিচে উল্লিখিত উপায়ে বর্জ্য নিষ্কাশন ও পরিশোধন করতে হবে:

বিভাগ	পরিশোধন ও নিষ্কাশন
সাধারণ বর্জ্য	পুনর্ব্যবহার, পোড়ানো অথবা মাটি চাপা দিতে হবে পৌরসভার ল্যান্ডফিলে ফেলা *(এর অর্থ একটি নির্দিষ্ট ও নিয়ন্ত্রিত জায়গা, যা স্থানীয় সরকার বা পৌরসভা বর্জ্য ফেলার জন্য নির্ধারণ করে রেখেছে* *শহরের সব ধরনের আবর্জনা পৌরসভার তত্ত্বাবধানে নির্ধারিত বড় গর্ত বা এলাকায় ফেলা ও মাটিচাপা দিয়ে রাখা হয়)*
ব্যবহৃত ধারালো বস্তু	শার্পস পিটে ফেলা *(একধরনের বিশেষভাবে নির্মিত গভীর ও সুরক্ষিত গর্ত, যেখানে ব্যবহৃত সুচ, সিরিঞ্জ, ব্লেড বা অন্যান্য ধারালো চিকিৎসা বর্জ্য (যাকে শার্পস বর্জ্য বলা হয়)* আবদ্ধ পাত্রে ভরতে হবে এবং পৌরসভার ল্যান্ডফিলে মাটি চাপা দিতে হবে ব্যবহৃত ধারালো জিনিসপত্র (শার্পস) যেমন সুচ বা ব্লেডকে প্রথমে ইনসিনারেটরে (বিশেষ বর্জ্য পোড়ানোর যন্ত্রে) উচ্চ তাপে পোড়ানো। তবে কাচের ভায়াল (ভ্যাকসিন বা ওষুধের ছোট বোতল) এতে পোড়ানো যাবে না, কারণ এতে বিস্ফোরণ বা ঝুঁকি হতে পারে পোড়ানোর পর যে ছাই বা অবশিষ্ট থাকে, সেটিকে অ্যাশ পিট (ছাই পুঁতে রাখার জন্য নির্দিষ্ট গর্তে) ফেলে মাটিচাপা দিতে হবে। তবে সাবধানে করতে হবে, কারণ পোড়ানোর পরও কিছু ধারালো অংশ ভোঁতা বা নরম না-ও হতে পারে এবং সেগুলো আঘাত বা সংক্রমণের ঝুঁকি তৈরি করতে পারে
সংক্রামক বর্জ্য (ধারালো নয়)	বর্জ্য মাটিচাপা দেওয়ার গর্ত (বারিয়াল পিট) (কুইকলাইম/কলিচুন দিয়ে বর্জ্য ঢেকে দেওয়া) ইনসিনারেটরে (বিশেষ বর্জ্য পোড়ানোর যন্ত্রে) উচ্চতাপে পোড়ানোর পর অ্যাশ পিটে (ছাই পুঁতে রাখার জন্য নির্দিষ্ট গর্তে) মাটি চাপা দিতে হবে বাষ্পের সাহায্যে (অটোক্লেভ) অথবা রাসায়নিক প্রক্রিয়ায় পরিশোধন করতে হবে
প্যাথলজিক্যাল (শরীরসম্পর্কিত বর্জ্য, যেমন প্লাসেন্টা, অঙ্গপ্রত্যঙ্গ, টিস্যু ইত্যাদি।)	সামাজিক-সংস্কৃতিগত রীতি অনুযায়ী বর্জ্য মাটিচাপা দেওয়ার গর্ত (বারিয়াল পিট) (উদাহরণস্বরূপ, প্লাসেন্টা পিট বা প্লাসেন্টা রাখার জন্য আলাদা গর্ত) অথবা নির্দিষ্ট কবরস্থানে চাপা দিয়ে রাখা পুড়িয়ে ফেলা/দাহ করা (Cremation) (কিছু সংস্কৃতিতে প্রচলিত)
ফার্মাসিউটিক্যাল (ওষুধসংক্রান্ত)	সম্ভব হলে, জাতীয় নির্দেশিকা অনুসরণ করা, অথবা সরবরাহকারীর কাছে ফেরত পাঠানো আবদ্ধ পাত্রে ভরতে হবে এবং পৌরসভার ল্যান্ডফিলে নিষ্কাশন করতে হবে বিশেষ ইনসিনারেটরে (বিশেষ বর্জ্য পোড়ানোর যন্ত্রে) পোড়ানো (>১,২০০ ডিগ্রি সেলসিয়াস অর্থাৎ তাপমাত্রা ১২০০ ডিগ্রি সেলসিয়াসে বেশি তাপমাত্রা হতে হবে)
রাসায়নিক বর্জ্য (পরীক্ষাগারের উপকরণ)	সম্ভব হলে, জাতীয় নির্দেশিকা অনুসরণ করতে হবে, বা সরবরাহকারীর কাছে ফিরিয়ে দিতে হবে অল্প পরিমাণে হলে পুড়িয়ে ফেলা অথবা আবদ্ধ পাত্রে ভরে ফেলা যাবে পরিশোধন প্ল্যান্ট অথবা ঘূর্ণমান ভাটায় পরিশোধন করতে হবে

দহনযন্ত্র বা ইনসিনারেটরে (বিশেষ বর্জ্য পোড়ানোর যন্ত্র) তাপমাত্রা অবশ্যই ৯০০ ডিগ্রি সেলসিয়াসের ওপরে হতে হবে এবং ইনসিনারেটরের ভেতরে দুটি আলাদা কক্ষে বর্জ্য পোড়ানোর ব্যবস্থা থাকতে হবে। *(প্রথম চেম্বারে মূল বর্জ্য পোড়ানো হয় এবং দ্বিতীয় চেম্বারে ধোঁয়া ও অবশিষ্ট গ্যাস সম্পূর্ণ পোড়ানো বা ফিল্টার করার জন্য)* নিম্নমানের দহনযন্ত্র বিষাক্ত গ্যাস ও বায়ু দূষণকারী পদার্থ তৈরি করে এবং সম্পূর্ণরূপে জীবাণুমুক্ত করতে পারে না। সব ধরনের গর্ত (পিট) ও দহনযন্ত্র প্রচলিত জাতীয় ও আন্তর্জাতিক মান অনুযায়ী তৈরি করা এবং সঠিকভাবে পরিচালনা, রক্ষণাবেক্ষণ ও নিষ্ক্রিয় করতে হবে।

ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) নীতিমালা অনুসরণের জন্য বাধ্যতামূলক এবং রোগী, পরিবারের সদস্য ও স্বাস্থ্যকর্মীরা যাতে অধিকতর ঝুঁকির মুখে না পড়ে তা নিশ্চিত করে।

সম্ভাব্য সংস্পর্শের ধরন বা আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি (যেমন–ছিটা, স্প্রে, সরাসরি স্পর্শ বা স্পর্শ) এবং রোগ সংক্রমণের ধরন মূল্যায়ন করতে হবে। ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) এমনভাবে ব্যবহার করতে হবে, যাতে তা সঠিকভাবে মাপে ফিট হয়, টেকসই হয় এবং পরিস্থিতি উপযোগী হয় (যেমন তরল প্রতিরোধক বা তরল নিরোধক)।

সাধারণ ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) পরিধানকারীদের রক্ত, শারীরিক তরল, নিঃসরণ বা বর্জ্যের সংস্পর্শ থেকে সুরক্ষা দেয়। এর মধ্যে রয়েছে: সংক্রমিত পদার্থ স্পর্শ করার সময় গ্লাভস পরা; পোশাক বা ত্বকের খোলা অংশ সংক্রমিত পদার্থে সংস্পর্শে এলে তখন গাউন বা অ্যাপ্রন ব্যবহার করা; এবং মুখমণ্ডল সুরক্ষার জন্য মাস্ক, গগলস (চশমা) বা ফেস শিল্ড ব্যবহার করা, যাতে ছিটা, ফোঁটা বা স্প্রে থেকে রক্ষা পাওয়া যায়। রোগ সংক্রমণের ধরনের ওপর ভিত্তি করে অতিরিক্ত ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) (অথবা সাধারণ পিপিই অতিরিক্ত সময়ে) পরিধান করার প্রয়োজন হতে পারে: সংস্পর্শজনিত সংক্রমণের ক্ষেত্রে (গাউন ও গ্লাভস–রোগীর সাথে থাকা অবস্থায়); তরলের ফোঁটাজনিত সংক্রমণের ক্ষেত্রে (রোগীর ১ মিটারের মধ্যে থাকা অবস্থায়–সার্জিক্যাল মাস্ক); এবং বায়ুবাহিত সংক্রমণের ক্ষেত্রে (পার্টিকুলেট রেসপিরেটর অর্থাৎ বাতাসে থাকা জীবাণু বা সূক্ষ্ম কণাপ্রতিরোধী মুখোশ) ব্যবহার করতে হবে।

একবার ব্যবহৃত ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) খুলে ফেলার স্থানের প্রবেশপথে স্থাপন করা বর্জ্যপাত্রে (যেমন ২২০ লিটার ব্যারেল) ফেলে দিতে হবে। এই পাত্রগুলো সংগ্রহ করে নির্দিষ্ট বর্জ্য ব্যবস্থাপনা এলাকায় নিতে হবে। পুনর্ব্যবহারযোগ্য ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) যেমন হেভিডিউটি গ্লাভস *(এগুলো সাধারণ গ্লাভসের চেয়ে অনেক বেশি মজবুত, পুরু ও টেকসই হয়, এগুলো ব্যবহার করা হয় বর্জ্য সংগ্রহ, জীবাণুনাশক ব্যবহার বা চিকিৎসা সরঞ্জাম পরিষ্কার করার সময়, যাতে হাত কেমিক্যাল, ধারালো বস্তু বা সংক্রামক পদার্থ থেকে সুরক্ষিত থাকে)* ও গগলস *(চোখ ঢাকার সুরক্ষা চশমা, যা রক্ত, কেমিক্যাল বা সংক্রমিত তরলের ছিটা থেকে চোখকে সুরক্ষিত রাখে)*, ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণযুক্ত পাত্রে রাখতে হবে এবং এরপর সেগুলোকে যথাযথভাবে পরিষ্কার করে, ধুয়ে ও মেরামত করে সংরক্ষণ করতে হবে।

ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) বদলের প্রতিটি ধাপের পর গ্লাভস পরিহিত হাত ধোয়ার জন্য ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ থাকতে হবে। ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) খোলার সবশেষ ধাপে হাত ধোয়ার জন্য ০.০৫% ক্লোরিন দ্রবণযুক্ত আলাদা হাত ধোয়ার স্ট্যান্ড সরবরাহ করতে হবে।

মৃতদেহ ব্যবস্থাপনা: প্রত্যেক মৃত ব্যক্তিকে সঠিকভাবে শনাক্তকরণসহ নিরাপদ, মর্যাদাপূর্ণ ও সংস্কৃতিগতভাবে যথার্থ উপায়ে দাফন বা সমাহিত করতে হবে। মানুষকে তাদের পরিবারের মৃত সদস্যদের শনাক্ত করার ও অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া সম্পন্ন করার সুযোগ দিতে হবে। মৃতদেহগুলোকে কোনো ধরনের রীতিনীতি পালন ছাড়াই গণকবরে দাফন বা সৎকার করা যাবে না। গণসমাধি এমন একটি বাধা তৈরি করতে পারে, যার ফলে মৃত্যুসনদ পাওয়া কঠিন হয়ে পড়ে, যা পরবর্তীতে আইনগত দাবি বা প্রমাণের জন্য প্রয়োজন। সহিংসতার শিকার ব্যক্তিদের দাফনের ক্ষেত্রে সম্ভাব্য আইনগত বিষয়গুলোও বিবেচনা করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১: স্বাস্থ্যসেবা প্রদান দেখুন*।

রোগসৃষ্টিকারী জীবাণু ও সংক্রমণের ওপর নির্ভর করে প্রাদুর্ভাবের সময় বিশেষ সাবধানতা অবলম্বনের প্রয়োজন হতে পারে, যেমন: দাফন বা সৎকার করার প্রস্তুতির সময় মৃতদেহে ক্লোরিন দ্রবণ প্রয়োগ করা। মৃতদেহ পরিষ্কার ও অন্যান্য আনুষ্ঠানিকতা পালন রোগ সংক্রমণের আশঙ্কা বাড়িয়ে দিতে পারে। তবে সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতাকে উপেক্ষা করলে গোপনে এবং অনিবন্ধিতভাবে দাফন বা সৎকারের ঘটনা ঘটতে পারে।

স্বাস্থ্যকর্মী ও মৃতদেহ দাফন বা সৎকার করার কাজে নিয়োজিত কর্মীদের সব সময়েই ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) পরিধান করা উচিত। কমিউনিটি পর্যায়ে মৃত ব্যক্তিদের সমাহিত করার কাজে নিয়োজিতদের মনঃসামাজিক সহায়তা দিতে হবে। এদের প্রতি মানুষজন যাতে কোনো নেতিবাচক ধারণা পোষণ না করে সে জন্য সমাজের নেতৃস্থানীয়দের সাথে কাজ করতে হবে।

কার্যক্রমের সমাপ্তি: সাড়াদান কার্যক্রম চলাকালে একটি অস্থায়ী স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র কীভাবে বন্ধ করা যেতে পারে, সে ব্যাপারে জনগোষ্ঠী, স্থানীয় কর্তৃপক্ষ এবং মানবিক সহায়তা প্রদানকারী সংস্থাগুলোর সাথে আলোচনার ভিত্তিতে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করতে হবে।

পরিশিষ্ট ১

পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনের প্রাথমিক চাহিদা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট

এই প্রশ্নের তালিকাটি প্রাথমিকভাবে প্রয়োজনীয়তা নিরূপণ (যাচাই), সম্পদ চিহ্নিতকরণ এবং স্থানীয় পরিস্থিতি বর্ণনার জন্য ব্যবহার করা হয়। তাৎক্ষণিক ও স্থানীয়ভাবে সহজলভ্য সম্পদগুলো নিরূপণের জন্য বাইরের কতটা সহায়তা প্রয়োজন, তা নির্ধারণের প্রশ্ন এখানে অন্তর্ভুক্ত করা হয়নি।

সাধারণ তথ্য

- কতজন মানুষ আক্রান্ত এবং তারা কোথায় অবস্থান করছে? প্রাপ্ত তথ্য বয়স, লিঙ্গ, প্রতিবন্ধকতার ধরন ইত্যাদির ভিত্তিতে আলাদা করা।
- মানুষের সম্ভাব্য চলাচল কেমন হতে পারে? ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ ও সম্ভাব্য ত্রাণসামগ্রী সহায়তার ক্ষেত্রে বিবেচ্য নিরাপত্তা উপাদানগুলো কী?
- পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (ওয়াশ) সম্পর্কিত বর্তমান, প্রচলিত বা সম্ভাব্য রোগব্যাধিগুলো কী?
- কোন ব্যক্তি বা সংস্থার সঙ্গে পরামর্শ বা যোগাযোগ করা প্রয়োজন?
- জনগোষ্ঠীর মধ্যে ঝুঁকিপূর্ণ কারা এবং কেন?
- বিদ্যমান স্থাপনাগুলো যেমন জনসমাগমস্থল, স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র ও বিদ্যালয়ের স্থাপনাগুলো সবাই সমানভাবে ব্যবহার করতে পারছে কি?
- নারী, ছেলে, মেয়ে ও পুরুষ এবং অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর জন্য বিশেষ নিরাপত্তাঝুঁকি আছে কি না?
- সংকটের আগে উক্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে কী ধরনের পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধিগত অভ্যাস প্রচলিত ছিল?
- আনুষ্ঠানিক ও অনানুষ্ঠানিক ক্ষমতার কাঠামোগুলো কী কী (যেমন কমিউনিটির নেতা, প্রবীণ ও নারীদের গ্রুপ)?
- পরিবারে ও কমিউনিটিতে সিদ্ধান্ত গ্রহণ কীভাবে হয়?
- স্থানীয় বাজারসুবিধা আছে কি না? সংকটের আগে কোন কোন প্রধান ওয়াশ পণ্য ও সেবার বাজারসুবিধা ছিল এবং বর্তমানে সংকটের সময়ে কতটুকু সহজলভ্য?
- মানুষের কাছে নগদ অর্থ এবং/অথবা ঋণপ্রাপ্তির সুবিধা আছে কি না?
- শ্রমিকের প্রাপ্যতা হ্রাস অথবা চাহিদা বৃদ্ধি করতে পারে এমন কী কী মৌসুমি পরিবর্তন রয়েছে, উদাহরণস্বরূপ ফসল কাটার সময়?
- কোন কর্তৃপক্ষের সঙ্গে সমন্বয় ও সহযোগিতা করা প্রয়োজন?
- এলাকার স্থানীয় অংশীদাররা কারা, যেমন সুশীল সমাজ গ্রুপ যারা পানি, পয়োনিষ্কাশন এবং কমিউনিটি অংশগ্রহণে সমান সক্ষমতা রাখে?

স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন

- মানুষ সংকটের আগে কোন ধরনের পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি চর্চার সঙ্গে অভ্যস্ত ছিল?
- বর্তমান অভ্যাসের মধ্যে কোনগুলো স্বাস্থ্যের জন্য ক্ষতিকর, এগুলো কারা পালন করে এবং কেন?
- কারা এখনো ইতিবাচক স্বাস্থ্যবিধি চর্চা করছে এবং তাদেরকে কী প্রেরণা ও সহায়তা এই আচরণ বজায় রাখতে সাহায্য করছে?
- প্রস্তাবিত অভ্যাস পরিবর্তনগুলোর সুবিধা ও অসুবিধাগুলো কী কী?
- বিদ্যমান আনুষ্ঠানিক ও অনানুষ্ঠানিক যোগাযোগ এবং প্রচারমাধ্যমগুলো কী কী (যেমন: কমিউনিটিভিত্তিক স্বাস্থ্যকর্মী, আয়া/ধাই, (সন্তান জন্মদানে প্রথাগত সহায়তাকারী), কবিরাজ/ওঝা (প্রথাগত চিকিৎসক), ক্লাব, সমবায় সমিতি, চার্চ, মসজিদ, মন্দির)?
- ওই এলাকায় গণমাধ্যমের সহজলভ্যতা কতটুকু (উদাহরণস্বরূপ, রেডিও, টেলিভিশন, ভিডিও, সংবাদপত্র)?
- সেখানে কোন কোন স্থানীয় মিডিয়া সংস্থা এবং/অথবা বেসরকারি সংগঠন (এনজিও) রয়েছে?
- জনগোষ্ঠীর কোন কোন অংশকে টার্গেট করা যেতে পারে এবং করা উচিত (উদাহরণস্বরূপ, মা, শিশু, কমিউনিটি নেতা, ধর্মীয় নেতা)?
- তাৎক্ষণিক ও মধ্যম-মেয়াদে জনসাধারণকে সংগঠিত করার জন্য এই প্রেক্ষাপটে কোন ধরনের প্রচারব্যবস্থা কার্যকরী হবে (উদাহরণস্বরূপ, কমিউনিটিভিত্তিক স্বাস্থ্যবিধি স্বেচ্ছাসেবক বা কর্মী বা সহায়তাকারী, বিদ্যালয়ভিত্তিক স্বাস্থ্য ক্লাব, ওয়াশ কমিটি)?
- স্বাস্থ্যবিধি প্রচারকর্মী এবং কমিউনিটিভিত্তিক প্রচারকর্মীদের শিখন প্রয়োজনীয়তা কি?
- খাদ্য ব্যতীত আর কোন সামগ্রী সহজলভ্য এবং পছন্দ ও চাহিদার ভিত্তিতে আর কোনগুলো সবচেয়ে জরুরি ভিত্তিতে প্রয়োজন?
- মানুষ তাদের অত্যাবশ্যক স্বাস্থ্যবিধি সামগ্রী কেনার জন্য কোথায় বাজার-সুবিধা পায়? সংকটের পরে এই সুবিধা (মূল্য, বৈচিত্র্য, গুণগত মান) কীভাবে পরিবর্তিত হয়েছে?
- পরিবারগুলো কীভাবে তাদের অত্যাবশ্যক স্বাস্থ্যবিধি সামগ্রী পেয়ে থাকে? কোন কোন সামগ্রী কিনতে ও অগ্রাধিকার দিতে হবে–এ সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত কে নেয়?
- স্বাস্থ্যসেবা স্থাপনায় স্বাস্থ্যবিধিচর্চা কতটুকু কার্যকর (বিশেষ করে মহামারি পরিস্থিতিতে)?
- মাসিক স্বাস্থ্যবিধি চর্চায় নারী ও কিশোরীদের চাহিদা এবং পছন্দগুলো কী কী?
- পায়খানা বা প্রস্রাব নিয়ন্ত্রণ করতে পারে না এমন ব্যক্তিদের চাহিদা ও পছন্দগুলো কী কী?

পানি সরবরাহ

- বর্তমান পানি সরবরাহের উৎস কি এবং কারা এই উৎস থেকে পানি ব্যবহার করছে?
- প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য দৈনিক কতটুকু পানি পাওয়া যাচ্ছে?
- পানি সরবরাহ কতদিন পরপর বা সপ্তাহে কতবার পাওয়া যায়?
- উৎসে যে পরিমাণ পানি আছে, তা কি স্বল্পমেয়াদি ও দীর্ঘমেয়াদি চাহিদা পূরণের জন্য যথেষ্ট এবং সব গোষ্ঠীর জন্য সমানভাবে সহজলভ্য?
- পানি সংগ্রহের স্থানগুলো কি মানুষের বসবাসস্থলের কাছাকাছি এবং নিরাপদ?
- বর্তমান পানি সরবরাহ কি নির্ভরযোগ্য? এটি কত দিন স্থায়ী হবে?

- মানুষের কাছে কি উপযুক্ত আকার ও ধরনের (সংগ্রহ ও সংরক্ষণ) পর্যাপ্তসংখ্যক পানির পাত্র আছে?
- পানির উৎস কি দূষিত অথবা দূষণের ঝুঁকিতে আছে (জীবাণুবাহী, রাসায়নিক অথবা তেজস্ক্রিয়তাজনিত)?
- পানি পরিশোধন ব্যবস্থা কি বিদ্যমান? পরিশোধনের প্রয়োজনীয়তা আছে কি? পরিশোধন কি সম্ভব? কোন ধরনের পরিশোধন প্রয়োজন?
- জীবাণুনাশক কি প্রয়োজন? ক্লোরিনের গন্ধ ও স্বাদের কারণে পানি গ্রহণে জনগোষ্ঠীর কোনো সমস্যা আছে কি?
- নিকটবর্তী এলাকায় কি পানির বিকল্প উৎস আছে?
- পানি সংগ্রহ, সংরক্ষণ ও ব্যবহারের সাথে সম্পর্কিত কোনো প্রথাগত/প্রচলিত বিশ্বাস বা চর্চা আছে কি?
- বিদ্যমান পানি সরবরাহের উৎসগুলো ব্যবহারে কোনো প্রতিবন্ধকতা আছে কি?
- পানির সরবরাহের উৎসগুলো অপর্যাপ্ত হলে জনগোষ্ঠীকে স্থানান্তর করা সম্ভব কি?
- পানির উৎসগুলো অপর্যাপ্ত হলে বিকল্প ব্যবস্থা কী হতে পারে?
- স্বাস্থ্যবিধির সাথে সম্পর্কিত কোনো প্রচলিত বিশ্বাস ও চর্চা আছে কি (উদাহরণস্বরূপ, হাইতিতে কলেরা প্রাদুর্ভাবের সময় রোগটি ভুডু সংস্কৃতির সাথে যুক্ত করা হয়েছিল)? এই বিশ্বাস বা চর্চাগুলোর মধ্যে কোনটি উপকারী আর কোনটি ক্ষতিকর?
- পানি সরবরাহের সাথে সম্পর্কিত প্রধান স্বাস্থ্যবিধি ইস্যুগুলো কী কী?
- মানুষ কি পানি কিনে ব্যবহার করে? করলে কোথা থেকে, কত দামে এবং কোন কাজে? সংকটের পর এই প্রাপ্তি (মূল্য, গুণগত মান, সরবরাহের নিয়মনির্দিষ্টতা) কি পরিবর্তিত হয়েছে?
- মানুষের কি পানি স্বাস্থ্যসম্মতভাবে ব্যবহারের উপায় আছে?
- পানির উৎস এবং কাপড় ধোয়া ও গোসল করার স্থানগুলোতে কি যথাযথভাবে পানি, ময়লা নিষ্কাশিত (ড্রেনযুক্ত) হয়?
- পানির উৎস এবং কাপড় ধোয়া ও গোসল করার স্থানগুলোতে মাটির অবস্থা কি পানি নিষ্কাশনের জন্য (সাইটে বা সাইটের বাইরে) উপযোগী? এ বিষয়ে কি মাটির শোষণক্ষমতা (percolation) পরীক্ষা করা হয়েছে?
- গ্রাম এলাকায় বাস্তুচ্যুত হলে সে ক্ষেত্রে গবাদিপ্রাণীর জন্য সাধারণ পানির উৎস কী?
- পানি সরবরাহ, উত্তোলন বা ব্যবহার থেকে কোনো পরিবেশগত প্রভাব সৃষ্টি হতে পারে কি?
- বর্তমানে অন্য ব্যবহারকারীরা কি একই পানির উৎস ব্যবহার করছে? নতুন জনগোষ্ঠী ওই উৎস ব্যবহার করলে কি সংঘাতের ঝুঁকি আছে?
- পানি সরবরাহের ক্ষেত্রে সরকারি বা বেসরকারি খাতের সাথে সহযোগিতার কি সুযোগ আছে? সাড়াদান বিশ্লেষণ ও সুপারিশ তৈরির ক্ষেত্রে কোন বাধা ও সুযোগগুলো বিবেচনা করা যেতে পারে?
- পানি সরবরাহের কার্যক্রম ও রক্ষণাবেক্ষণের জন্য কী কী দায়িত্ব প্রয়োজন, স্বল্প মেয়াদে ও দীর্ঘ মেয়াদে তা পালনের সক্ষমতা কতটুকু এবং এগুলোর জন্য দায়বদ্ধতা কার?

- পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ ব্যয় পুনরুদ্ধারের জন্য কোনো বিদ্যমান বা সম্ভাব্য আর্থিক কৌশল ব্যবস্থা আছে কি?
- আশ্রয়দানকারী জনগোষ্ঠী কীভাবে পানি সংগ্রহ করে এবং নিশ্চিত হয় যে এই পানি ব্যবহারস্থলে নিরাপদ আছে?

মলমূত্র নিষ্কাশন

- পরিবেশ কি মানুষের মলমূত্রমুক্ত?
- যদি খোলা জায়গায় মলত্যাগ হয়, তকে কি নির্দিষ্ট কোনো স্থান নির্ধারণ করা আছে?
- কোনো পায়খানা বা টয়লেট বর্তমানে আছে কি? যদি থাকে, সেগুলো কি ব্যবহৃত হচ্ছে? সেগুলো কি পর্যাপ্ত? সেগুলো কি ঠিকমতো কাজ করছে? সেগুলো কি সম্প্রসারণ বা উন্নত করা যাবে কি?
- এসব স্থাপনাগুলো কি নিরাপদ ও মর্যাদাপূর্ণ : পর্যাপ্ত আলো, ভেতর থেকে বন্ধ করার ব্যবস্থা, গোপনীয়তার জন্য পর্দা? মানুষ কি দিনে ও রাতে উভয় সময়ে টয়লেটগুলো ব্যবহার করতে পারে? রাতে ব্যবহার না করতে পারলে বিকল্প ব্যবস্থা কী?
- আশ্রয়দানকারী জনগোষ্ঠীর মলমূত্র ব্যবস্থাপনার চর্চাগুলো কী?
- মলত্যাগের বর্তমান অভ্যাস কি পানি উৎস (ভূ-উপরিস্থ বা ভূগর্ভস্থ), বসবাসের এলাকা এবং সামগ্রিক পরিবেশের জন্য ঝুঁকির কারণ হতে পারে?
- টয়লেটের নকশা করার ক্ষেত্রে কোনো সামাজিক-সাংস্কৃতিক রীতিনীতি বিবেচনা করা দরকার আছে কি?
- মানুষ কি টয়লেট নকশা, নির্মাণ ও ব্যবহার সম্পর্কে পরিচিত?
- টয়লেট নির্মাণের জন্য স্থানীয়ভাবে সহজলভ্য উপকরণগুলো কী কী?
- কম্পোস্টিং বা জৈব সার তৈরির প্রক্রিয়া কি গ্রহণযোগ্য ও প্রচলিত?
- শিশুরা কয় বছর বয়স থেকে টয়লেট ব্যবহার শুরু করে?
- নবজাতক ও ছোট শিশুদের মল কীভাবে নিষ্পত্তি করা হয়?
- ভূমির ঢাল বা উঁচু-নিচু অবস্থা কেমন?
- ভূগর্ভস্থ পানির স্তর কত গভীরে?
- মলমূত্র নিষ্কাশনে জন্য স্থানীয় মাটির অবস্থা কি উপযুক্ত?
- বর্তমান মলমূত্র নিষ্কাশন ব্যবস্থাপনা কি রোগবাহী পোকামাকড়ের প্রজননকে উৎসাহিত করছে?
- মলত্যাগের পর পায়ুপথ পরিষ্কারের জন্য পানি বা অন্যান্য উপকরণ কি সহজলভ্য? মানুষ ব্যবহারের পরে এসব উপকরণ কীভাবে ফেলে?
- মানুষ কি মলত্যাগের পর এবং খাবার প্রস্তুত বা খাওয়ার আগে তাদের হাত ধোয়? টয়লেটের পাশে বা ঘরে কি সাবান বা অন্যান্য পরিষ্কারক উপকরণসহ পানি পাওয়া যায়?
- নারী ও কিশোরীরা কীভাবে তাদের মাসিককালীন পরিচর্যা করে? এ জন্য উপযুক্ত উপকরণ ও স্থাপনা আছে কি?

- প্রতিবন্ধী ব্যক্তি, এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি, প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না এমন ব্যক্তিদের অথবা শয্যাশায়ী রোগীদের পয়োনিষ্কাশন সুবিধা প্রদানের জন্য চিকিৎসাকেন্দ্রে কোনো সুনির্দিষ্ট ব্যবস্থা বা সরঞ্জাম আছে কি?
- পরিবেশগত দিকগুলো কি বিবেচনা করা হয়েছে : উদাহরণস্বরূপ, নির্মাণকাজের জন্য বালি ও নুড়িপাথর আহরণ এবং মলমূত্র দ্বারা পরিবেশদূষণ থেকে সুরক্ষা?
- কমিউনিটিতে কি অদক্ষ শ্রমিক যেমন কাঠমিস্ত্রি, রাজমিস্ত্রি ও অদক্ষ শ্রমিক পাওয়া যায়? *(এখানে অদক্ষ শ্রমিক বলতে যাদের বিশেষ কোনো কারিগরি প্রশিক্ষণ বা দক্ষতা নেই এমন শ্রমিকদের বোঝানো হয়েছে। উদাহরণস্বরূপ মাটি খোঁড়া, ইট বহন করা, পানি টানা, নির্মাণসামগ্রী স্থানান্তর করা–এসব কাজ সাধারণত অদক্ষ শ্রমিকেরা করে থাকে। অর্থাৎ, তারা শ্রম দেয় কিন্তু কারিগরি বা পেশাগত দক্ষতার প্রয়োজন হয় না।)*
- বর্জ্য নিষ্কাশনের জন্য কি কোনো পিট খালি করার কর্মী বা স্ল্যাজ ট্রাক পাওয়া যায়? সংগৃহীত মলবর্জ্য কি বর্তমানে নিরাপদ ও উপযুক্তভাবে নিষ্কাশন করা হচ্ছে?
- মল ব্যবস্থাপনার সবচেয়ে উপযুক্ত কৌশল কী হতে পারে–সংরক্ষণ, খালি করা, পরিশোধন ও নিষ্কাশনসহ পুরো প্রক্রিয়াটি বিবেচনায় রেখে করা হচ্ছে কি?

পোকামাকড়বাহিত রোগসমূহ

- পোকামাকড়বাহিত রোগের ঝুঁকিগুলো কী কী এবং এগুলো কতটা গুরুতর?
- স্থানীয় জীবাণুবাহী পোকামাকড়গুলো (যেমন মশা, মাছি, উকুন ইত্যাদি) প্রজনন, বিশ্রাম ও খাদ্য গ্রহণের ক্ষেত্রে দৈনিক বা ঋতুভিত্তিক কী ধরনের ধারা অনুসরণ করে?
- পোকামাকড় ও পোকামাকড়বাহিত রোগ সম্পর্কে কি কোনো প্রথাগত বিশ্বাস বা অভ্যাস রয়েছে (যেমন–"ময়লা পানি থেকেই ম্যালেরিয়া হয়" এমন ধারণা)? এই বিশ্বাস বা অভ্যাসগুলোর মধ্যে কোনগুলো উপকারী এবং কোনগুলো ক্ষতিকর?
- যদি পোকামাকড়বাহিত রোগের ঝুঁকি বেশি হয়, তাহলে ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীর কি ব্যক্তিগত সুরক্ষাব্যবস্থা আছে?
- পোকামাকড়ের প্রজনন রোধ করতে স্থানীয় পরিবেশে (যেমন পানি নিষ্কাশন, ঝোপঝাড় পরিষ্কার, মলমূত্র ও কঠিন বর্জ্য অপসারণ) কোনো পরিবর্তন আনা কি সম্ভব?
- রাসায়নিক প্রয়োগের মাধ্যমে পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের প্রয়োজনীয়তা আছে কি? এ বিষয়ে বিদ্যমান কর্মসূচি, নীতিমালা ও সম্পদ কী কী আছে?
- পরিবারগুলোর জন্য কী ধরনের তথ্য ও সুরক্ষাসংক্রান্ত সতর্কতা প্রদান করা প্রয়োজন?

কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা

- জমে থাকা কঠিন বর্জ্য কি একটি সমস্যা?
- মানুষ তাদের বর্জ্য কীভাবে নিষ্কাশিত করে? কী ধরনের ও কত পরিমাণে কঠিন বর্জ্য উৎপন্ন হয়?
- উৎপাত্তিস্থলেই (অনসাইট) কি কঠিন বর্জ্য নিষ্কাশন করা সম্ভব, নাকি এটি সংগ্রহ করে কোনো দূরবর্তী স্থানে (অফসাইট) নিষ্কাশন করতে হয়?

- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর স্বাভাবিক বর্জ্য নিষ্কাশনের পদ্ধতি কী (যেমন, কম্পোস্ট বা ময়লার গর্ত, সংগ্রহ ব্যবস্থা, ডাস্টবিন ইত্যাদি)?
- এলাকায় কি কোনো চিকিৎসাকেন্দ্র বা কার্যক্রম রয়েছে, যেগুলো থেকে চিকিৎসাজনিত বর্জ্য উৎপন্ন হয়? এই বর্জ্য কীভাবে নিষ্কাশন করা হয় এবং এর দায়িত্বে কে রয়েছে?
- যেসব স্বাস্থ্যবিধি-সম্পর্কিত একবার ব্যবহারযোগ্য সামগ্রী (যেমন, শিশুর ন্যাপি, মাসিক স্বাস্থ্যবিধি সামগ্রী, অথবা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ করতে পারে না ব্যক্তিদের ব্যবহৃত উপকরণ) ফেলা হয়, সেগুলো কোথায় ফেলা হয়? এই নিষ্কাশন প্রক্রিয়া কি যথাযথ ও গোপনীয়ভাবে করা হয়?
- বর্তমান কঠিন বর্জ্য নিষ্কাশন পদ্ধতির পরিবেশের ওপর কী প্রভাব পড়ছে?
- কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনার ক্ষেত্রে সরকারি ও বেসরকারি খাতের কি সক্ষমতা আছে?

পরিশিষ্ট ২

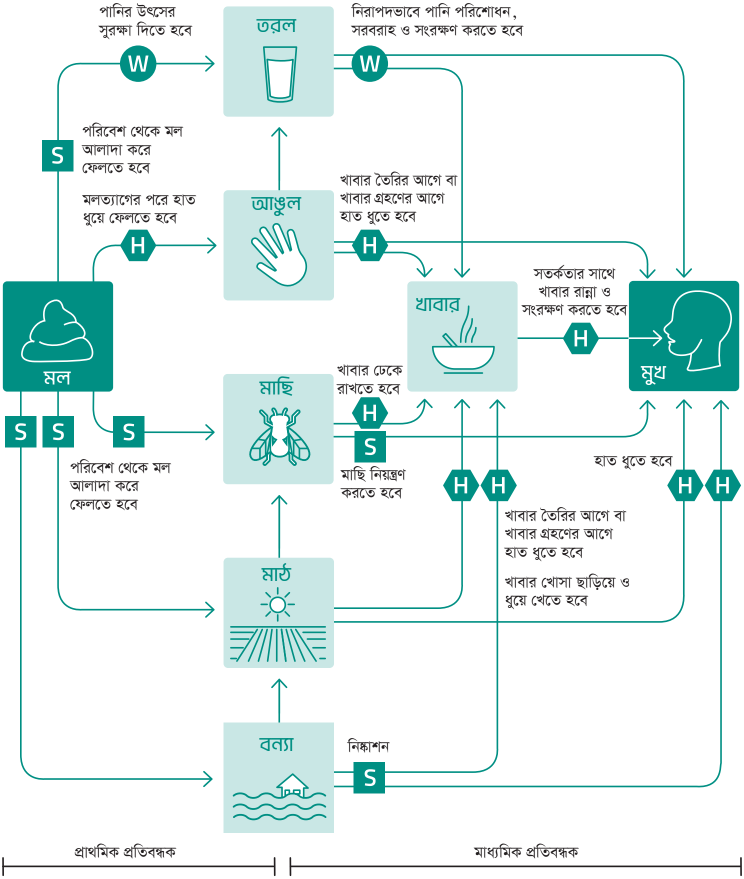
‘এফ’ নকশাচিত্র (F diagram): মল থেকে মুখে ডায়রিয়া রোগের সংক্রমণ

W পানি

S পয়োনিষ্কাশন

H স্বাস্থ্যবিধি

বিভিন্ন প্রতিবন্ধকতা (barriers) রোগ সংক্রমণ বন্ধ করতে পারে। এই প্রতিবন্ধকতাগুলো হতে পারে প্রাথমিক (যা মলের সঙ্গে প্রথম সংস্পর্শ প্রতিরোধ করে) অথবা মাধ্যমিক (যা নতুন কোনো ব্যক্তির দেহে মলজাত জীবাণু প্রবেশ রোধ করে)। এই সংক্রমণ প্রতিরোধের ব্যবস্থা পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধিবিষয়ক হস্তক্ষেপের মাধ্যমে নিয়ন্ত্রণ করা যায়।



নোট: এই নকশাচিত্রটি সংক্রমণ পথের একটি সারসংক্ষেপ; অন্যান্য সহযোগী পথগুলোও গুরুত্বপূর্ণ হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, ময়লা পানির পাত্রের কারণে পানীয় জল দূষিত হতে পারে, অথবা রান্নার সরঞ্জাম ময়লা হওয়ার কারণে খাবার সংক্রমিত হতে পারে।

পাঁচটি ‘এফ’: ফিসিস (মল), ফ্লুইডস (তরল), ফিঙ্গারস (আঙুল), ফ্লাইস (মাছি), ফুড (খাবার) (চিত্র ৬)

উৎস: ওয়াটার, ইঞ্জিনিয়ারিং অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট সেন্টার (ডব্লিউইডিসি)

পরিশিষ্ট ৩
ন্যূনতম পানির পরিমাণ: জীবনধারণের জন্য প্রয়োজনীয় মাত্রা এবং পানির চাহিদা পরিমাপকরণ

বেঁচে থাকার জন্য (পান করা ও খাবারের সাথে)	প্রতিদিন প্রতিজনের জন্য কমপক্ষে ২.৫-৩ লিটার (জলবায়ু ও শারীরিক গঠন অনুযায়ী তারতম্য হতে পারে)
মৌলিক স্বাস্থ্যবিধি পালনের জন্য	প্রতিদিন প্রতিজনের জন্য কমপক্ষে ২-৬ লিটার (সামাজিক ও সাংস্কৃতিক প্রথা অনুযায়ী তারতম্য হতে পারে)
মৌলিক রান্নার চাহিদা	প্রতিদিন প্রতিজনের জন্য কমপক্ষে ৩-৬ লিটার (খাদ্যের ধরন, সামাজিক ও সাংস্কৃতিক প্রথা অনুযায়ী তারতম্য হতে পারে)
স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র ও হাসপাতাল	বহির্বিভাগের প্রতি রোগীর জন্য ৫ লিটার ভর্তি রোগীপ্রতি প্রতিদিন ৪০-৬০ লিটার প্রতি অস্ত্রোপচার এবং ডেলিভারি ১০০ লিটার এবং কাপড় ধোয়া ও পায়খানায় ঢালার জন্য আরো বেশি পানির প্রয়োজন হতে পারে
কলেরা চিকিৎসাকেন্দ্র	প্রতি রোগীর জন্য প্রতিদিন ৬০ লিটার প্রতি পরিচর্যাকারীর জন্য প্রতিদিন ১৫ লিটার
ভাইরাল হেমরোজিক জ্বর চিকিৎসাকেন্দ্রে	প্রতিদিন প্রতি রোগীর জন্য ৩০০-৪০০ লিটার
থেরাপিউটিক খাবার খাওয়ানো কেন্দ্র	প্রতি ভর্তি রোগীর জন্য প্রতিদিন ৩০ লিটার প্রতি পরিচর্যাকারীর জন্য প্রতিদিন ১৫ লিটার
সব সময় লোকজন যায় না, এমন মোবাইল ক্লিনিক	প্রতি রোগীর জন্য প্রতিদিন ১ লিটার
সব সময় লোকজন যায় এমন মোবাইল ক্লিনিক	প্রতি রোগীর জন্য প্রতিদিন ৫ লিটার
যেসব কেন্দ্রে খাবার স্যালাইন খাওয়ানো হয় (ওরাল রিহাইড্রেশন পয়েন্টস-ORPs)	প্রতি রোগীর জন্য প্রতিদিন ১০ লিটার
অভ্যর্থনা/ট্রানজিট কেন্দ্র	১ দিনের চেয়ে বেশি সময় থাকলে প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ১৫ লিটার শুধু দিনে থাকলে প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য প্রতিদিন ৩ লিটার
স্কুল	হাত ধোয়া এবং খাওয়ার জন্য শিক্ষার্থীপ্রতি প্রতিদিন ৩ লিটার (পায়খানায় ব্যবহার অন্তর্ভুক্ত নয়; নিচের গণটয়লেট দেখুন)
মসজিদ	পান ও পরিচ্ছন্নতার জন্য জনপ্রতি প্রতিদিন ২-৫ লিটার
গণটয়লেট	হাত ধোয়ার জন্য প্রতি ব্যবহারকারীর জন্য প্রতিদিন ১-২ লিটার পায়খানা পরিষ্কার রাখার জন্য প্রতি টয়লেট কিউবিকলের জন্য প্রতিদিন ২-৮ লিটার
পানি ঢালার স্বয়ংক্রিয় ব্যবস্থা আছে (ফ্ল্যাশিং) এমন পায়খানা	পয়োনিষ্কাশন নালার সাথে সংযুক্ত প্রচলিত ফ্ল্যাশিং টয়লেটের জন্য প্রতি ব্যবহারকারীর জন্য প্রতিদিন ২০-৪০ লিটার সাধারণ টয়লেটের জন্য জনপ্রতি প্রতিদিন ৩-৫ লিটার
পায়ুপথ পরিষ্কারের জন্য	জনপ্রতি প্রতিদিন ১-২ লিটার
গৃহপালিত প্রাণী	বড় এবং মাঝারি আকারের প্রতিটি প্রাণীর জন্য প্রতিদিন ২০-৩০ লিটার প্রতিটি ছোট প্রাণীর জন্য প্রতিদিন ৫ লিটার

পরিশিষ্ট ৪

ন্যূনতম টয়লেটের সংখ্যা: কমিউনিটি, জনসমাগম হয় এমন স্থান ও প্রতিষ্ঠানসমূহ

অবস্থান	স্বল্প মেয়াদে	মধ্যম ও দীর্ঘ মেয়াদে
কমিউনিটি	কমিউনিটির ৫০ জনের জন্য ১টি	২০ জনের জন্য ১টি টয়লেট (অংশীদারি পরিবার) ৫ জন বা ১টি পরিবারের জন্য ১টি টয়লেট
বাজার এলাকা	৫০টি দোকানের জন্য ১টি পায়খানা	২০টি দোকানের জন্য ১টি
হাসপাতাল/স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র	২০ শয্যা বা ৫০ জন বহির্বিভাগ রোগীর জন্য ১টি	১০ শয্যা বা ২০ জন বহির্বিভাগ রোগীর জন্য ১টি
খাবার ঘর	৫০ জন প্রাপ্তবয়স্কের জন্য ১টি ২০ শিশুর জন্য ১টি	২০ জন প্রাপ্তবয়স্কের জন্য ১টি ১০ শিশুর জন্য ১টি
অভ্যর্থনাকেন্দ্র/ট্রানজিটকেন্দ্র	৫০ জনের জন্য ১টি নারী ঃ পুরুষ ৩ ঃ ১ হিসাবে	-
স্কুল	৩০ কিশোরীর জন্য ১টি ৬০ কিশোরের জন্য ১টি	৩০ কিশোরীর জন্য ১টি ৬০ কিশোরের জন্য ১টি
অফিস	-	২০ জন কর্মীর জন্য ১টি

উৎস: Harvey, Baghri and Reed (2002) থেকে নেওয়া হয়েছে

নোট: পারিপার্শ্বিক অবস্থা অনুকূলে থাকলে প্রাথমিক পর্যায় থেকেই পরিবারভিত্তিক টয়লেট বা ভাগাভাগি করা পারিবারিক টয়লেট ব্যবহারের চেষ্টা করতে হবে, যাতে গ্রহণযোগ্যতা, দায়িত্ববোধ এবং সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পয়োনিষ্কাশন ব্যবস্থা তৈরি করা যায়।

নোট: কমিউনিটির ক্ষেত্রে, স্বল্প মেয়াদের জন্য প্রতি ৫০ জনের ১টি বা দীর্ঘ মেয়াদে ২০ জনের জন্য ১টি টয়লেটের সমসংখ্যক গোসল করার স্থাপনার ব্যবস্থা করা উচিত।

পরিশিষ্ট ৫

পানি ও পয়োনিষ্কাশন-সম্পর্কিত রোগসমূহ

১. পানি-সম্পর্কিত সংক্রমণের পরিবেশগত শ্রেণিবিভাগ

শ্রেণি	সংক্রমণ	প্যাথোজেনিক এজেন্ট
১) মল থেকে মুখে (পানিবাহিত অথবা পানিবিধৌত) ক) ডায়রিয়া ও আমাশয়	অ্যামিবিক ডিসেন্ট্রি ব্যালান্টিইডিয়াসিস ক্যাম্পিলোব্যাকটার এন্টেরাইটিস কলেরা ক্রিপ্টোস্পোরিডিওসিস ই. কোলাই ডায়রিয়া গিয়ার্ডিয়াসিস রোটাভাইরাস ডায়রিয়া সালমোনেলোসিস শিগেলোসিস ইয়েরসিনোসিস	প্রোটোজুন প্রোটোজুন ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম প্রোটোজুন ব্যাকটেরিয়াম প্রোটোজুন ভাইরাস ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম
খ) এন্টেরিক ফিভার্স/জ্বর	টাইফয়েড প্যারাটাইফয়েড পোলিওমায়েলাইটিস হেপাটাইটিস এ লেপ্টোস্পাইরোসিস অ্যাসকারিয়াসিস ট্রাইকুরিয়াসিস	ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ভাইরাস ভাইরাস স্পাইরোকিট হেলমিন্থ হেলমিন্থ
২) পানি ধোয়া সংক্রমণ ক) ত্বক ও চোখের সংক্রমণ	সংক্রামক চর্মরোগ/ত্বকের রোগ সংক্রামক চোখের রোগ	অন্যান্য অন্যান্য
খ) অন্যান্য	উকুনবাহিত টাইফাস (লাউস-সংক্রমিত) উকুনবাহিত রিল্যাপসিং ফিভার (লাউস-সংক্রমিত পুনরাবৃত্ত জ্বর)	রিকেটসিয়া স্পাইরোকিট
৩) পানিভিত্তিক সংক্রণ ক) ত্বকে প্রবেশকারী সংক্রমণ	স্কিস্টোসোমিয়াসিস	হেলমিন্থ
খ) পাকস্থলীতে গৃহীত/গ্রহণযোগ্য সংক্রমণ	গিনিয়া ওয়ার্ম ক্লোনর্চিয়াসিস ডিফাইলোবোথ্রিয়াসিস প্যারাগোনিমিয়াসিস অন্যান্য	হেলমিন্থ হেলমিন্থ হেলমিন্থ হেলমিন্থ হেলমিন্থ
৪) পানিসংক্রান্ত পোকামাকড়বাহিত সংক্রমণ ক) পানির নিকটে দংশনকারী	স্লিপিং সিকনেস	প্রোটোজোন
খ) পানিতে বংশ বিস্তারকারী	ফিলারিয়াসিস ম্যালেরিয়া রিভার ব্লাইন্ডনেস মশাবাহিত ভাইরাস পীতজ্বর/ইয়োলো ফিভার ডেঙ্গু অন্যান্য	হেলমিন্থ প্রোটোজোন হেলমিন্থ ভাইরাস ভাইরাস ভাইরাস

উৎস: এসিএফ: ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীর জন্য পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি, সংযুক্তি ৫, (ACF: Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Annex 5)

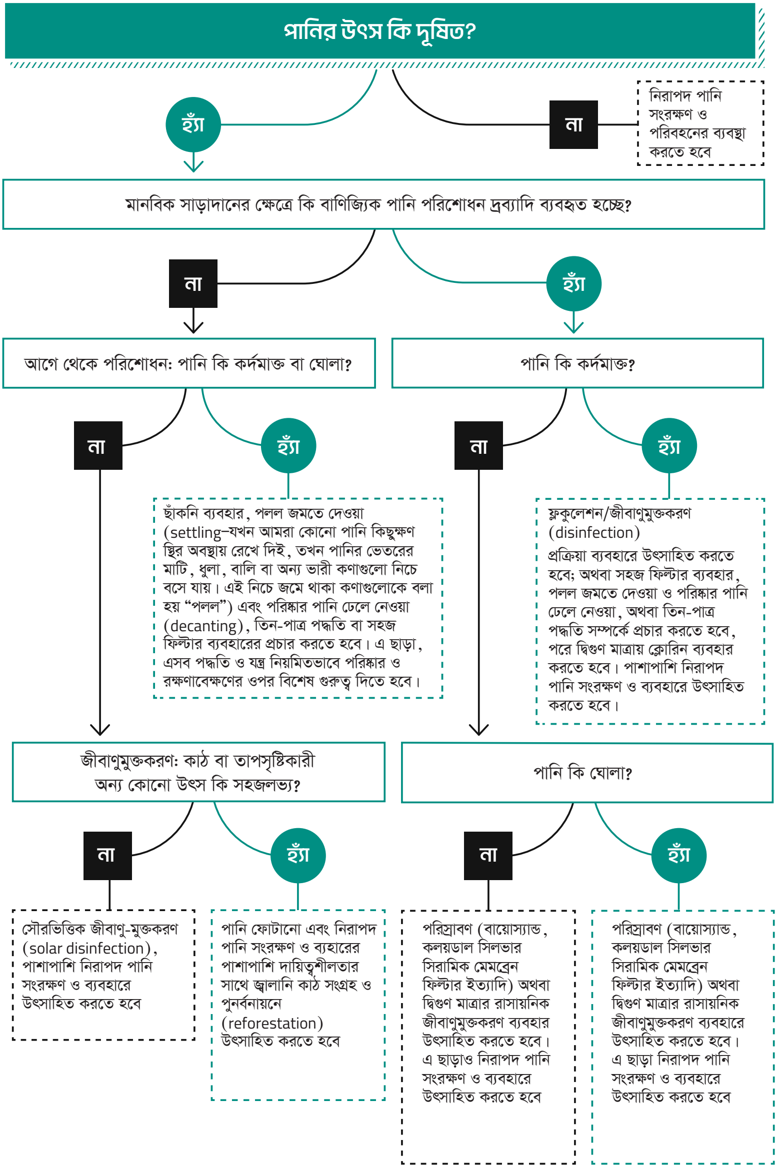
২. মল-সম্পর্কিত সংক্রমণের পরিবেশগত শ্রেণিবিভাগ

শ্রেণি	সংক্রমণ	প্যাথোজেনিক এজেন্ট/ রোগজীবাণু	প্রধান সংক্রমণ প্রক্রিয়া	প্রধান নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা (প্রকৌশল বা ইঞ্জিনিয়ারিং ব্যবস্থা *ইতালিক হরফে*)
১) মল থেকে মুখে (নন-ব্যাকটেরিয়াল) অপ্রকাশ্য, কম সংক্রমণক্ষম মাত্রা	পোলিওমাইলাইটিস হেপাটাইটিস এ রোটাভাইরাস ডায়রিয়া অ্যামিবিক ডিসেন্ট্রি গিয়ার্ডিয়াসিস ব্যালান্টিডিয়াসিস এন্টেরোবিয়াসিস হাইমেনোলেপিয়াসিস	ভাইরাস ভাইরাস ভাইরাস প্রোটোজুন প্রোটোজুন প্রোটোজুন হেলমিন্থ হেলমিন্থ	ব্যক্তি থেকে ব্যক্তির সংস্পর্শে গৃহস্থালির দূষণ	গৃহস্থালি পর্যায়ে পানি সরবরাহ উন্নত গৃহায়ণ, টয়লেটের/পায়খানার ব্যবস্থা, স্বাস্থ্যশিক্ষা
২) মল থেকে মুখে (ব্যাকটেরিয়াল) অপ্রকাশ্য, মাঝারি বা উচ্চ সংক্রমণমাত্রা; মাঝারি স্থায়ী এবং সংখ্যাবৃদ্ধিতে সক্ষম	ডায়রিয়া ও আমাশয় ক্যাম্পাইলোব্যাকটার এন্টেরাইটিস কলেরা ই. *কোলাই* ডায়রিয়া স্যালমোনেলোসিস শিগেলোসিস ইয়েরসিনিওসিস এন্টেরিক ফিভার্স/জ্বর টাইফয়েড প্যারাটাইফয়েড	ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম ব্যাকটেরিয়াম	ব্যক্তি থেকে ব্যক্তির সংস্পর্শ গৃহস্থালির দূষণ পানিদূষণ শস্যদূষণ	গৃহস্থালি পর্যায়ে পানি সরবরাহ উন্নত গৃহায়ণ, টয়লেট/পায়খানার ব্যবস্থা, পুনর্ব্যবহার বা নিষ্কাশনের আগে মলমূত্র/বর্জ্য পরিশোধন, স্বাস্থ্যশিক্ষা
৩) মাটির মাধ্যমে সংক্রমিত পরজীবী এবং অপ্রকাশ্য ও স্থায়ী; কোনো মধ্যবর্তী বাহক নেই	অ্যাসকারিয়াসিস (কেঁচো কৃমি/রাউন্ডওয়ার্ম) ট্রিকিরিয়াসিস (চাবুক কৃমি) হুকওয়ার্ম (বক্রদেহ কৃমি) স্ট্রংগিলয়ডিয়াসিস	হেলমিন্থ হেলমিন্থ হেলমিন্থ হেলমিন্থ	উঠোন/খোলা স্থানে দূষণ কমিউনিটিভিত্তিক মলত্যাগের জায়গায় মাটি দূষণ শস্যদূষণ	পরিষ্কার মেঝেসহ টয়লেট/পায়খানার ব্যবস্থা, জমিতে প্রয়োগের আগে মলমূত্র/বর্জ্য পরিশোধন
৪) গরু ও শূকরের মাংসের ফিতাকৃমি এবং অপ্রকাশ্য ও স্থায়ী; গরু বা শূকর মধ্যবর্তী বাহক	টিনিয়াসিস	হেলমিন্থ	উঠোন/খোলা স্থান দূষণ মাঠদূষণ প্রাণিখাদ্য দূষণ	টয়লেটের ব্যবস্থা জমিতে প্রয়োগের আগে মলমূত্র/বর্জ্য পরিশোধন রান্না ও মাংস পরীক্ষা
৫) পানিভিত্তিক পরজীবী এবং অপ্রকাশ্য ও স্থায়ী; জলজ মধ্যবর্তী বাহক থাকে	সিস্টোসোমিয়াসিস ক্লোনর্চিয়াসিস ডিফিলোবোথ্রিয়াসিস প্যারাগোনিমিয়াসিস	হেলমিন্থ হেলমিন্থ হেলমিন্থ হেলমিন্থ	পানিদূষণ	টয়লেট/পায়খানার ব্যবস্থা, নিষ্কাশনের আগে মলমূত্র/বর্জ্য পরিশোধন, সংক্রমিত প্রাণী নিয়ন্ত্রণ, খাবার রান্না

শ্রেণি	সংক্রমণ	প্যাথোজেনিক এজেন্ট/ রোগজীবাণু	প্রধান সংক্রমণ প্রক্রিয়া	প্রধান নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা (প্রকৌশল বা ইঞ্জিনিয়ারিং ব্যবস্থা ইতালিক হরফে)
৬) মল/পায়খানা-সম্পর্কিত পোকামাকড়বাহিত সংক্রমণ	ফাইলারিয়াসিস (কিউলেক্স পিপিয়েনস-Culex pipiens মশা দ্বারা সংক্রমিত) সংক্রমণসমূহ ১-৪ শ্রেণিভুক্ত সংক্রমণ, বিশেষ করে ১ (I) ও ২ (II), যা মাছি ও তেলাপোকার মাধ্যমে ছড়াতে পারে	হেলমিন্থ বিবিধ	পোকামাকড় বিভিন্ন মলদূষিত স্থানে প্রজনন/ বংশবৃদ্ধি করে	সম্ভাব্য প্রজননস্থল চিহ্নিতকরণ ও ধ্বংস মশারির ব্যবহার

পরিশিষ্ট ৬

বাড়িতে পানি পরিশোধন ও সংরক্ষণের সিদ্ধান্ত গ্রহণে 'ট্রি মডেল'



উৎস: আইএফআরসি (২০০৮) জরুরি অবস্থায় বাড়িতে পানি পরিশোধন এবং নিরাপদ সংরক্ষণ ম্যানুয়াল থেকে নেওয়া হয়েছে

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য

সাধারণ/পানির অধিকার

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org

স্বাস্থ্যের ওপর ওয়াশের প্রভাব

Bartram, J. Cairncross, S. "Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." PLoS Med, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises.* LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. *"Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework."* Trop Med Int Health, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. *"Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." Lancet Infectious Diseases,* vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. *"Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." PLoS One,* vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. *"Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle -income settings: systematic review and meta-regression." Trop Med Int Health,* vol. 19, no. 9, 2014.

কার্যকর ওয়াশ কর্মসূচি প্রণয়ন

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies* (2nd ed). ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review. https://www.developmentbookshelf.com

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010. http://refbooks.msf.org

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

ওয়াশ এবং সুরক্ষা

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services.* WaterAid/SHARE, 2014.
http://violence-WASH.lboro.ac

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. https://www.cbm.org

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010.www.inees ite.org

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility.* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. http://cpwg.net

স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন/অভ্যাস পরিবর্তন

Curtis, V. Cairncross, S. *"Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." Lancet Infect Dis,* vol. 3, 2003, pp. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. Systematic Review 36.* International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development.* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. *"Hygiene and health: systematic review of hand-washing practices worldwide and update of health effects." Trop Med Int Health,* vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design. WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. http://washcluster.net

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Rabie, T. Curtis, V. *"Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." Trop Med Int Health,* vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. *"Does targeting children with hygiene promotion messages work? The*

effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." Trop Med Int Health, 2017.

মাসিক স্বাস্থ্যবিধি

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners.* WaterAid. https://washmatters.wateraid.org

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response.* Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

মলমূত্র (প্রস্রাব বা পায়খানা) নিয়ন্ত্রণ রাখতে না পারা

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. *"Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." Journal of Water and Health,* vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. *"Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" Waterlines,* vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

মলমূত্র ব্যবস্থাপনা

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. *"Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." Cochrane Database Syst Rev,* 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. *"The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." Int J Hyg Environ Health,* vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies.* German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. http://hsrc.himmelfarb.gwu

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual.* An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. http://wash.unhcr.org

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

পানি পরিশোধন

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. *"Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed."* *Waterlines,* vol. 36, no. 1, 2017. https://www.developmentbookshelf.com

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Point-of-use water treatment in emergencies." Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." Environmental Science and Technology,* vol. 46, no. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. *"Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development,* vol. 6, no. 1, 2016.

পানির গুণগত মান

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. *"Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." PLoS Med,* vol. 11, 2014, e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review."* PubMed, 2015.

পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals.* WEDC, Loughborough University, 1999. UK. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations.* Oxfam GB, 1995. https://policy-practice.oxfam.org

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. http://washcluster.ne

কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

প্রাদুর্ভাবের সময় ওয়াশ

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. *"Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." Waterlines,* vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. http://apps.who.int

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. https://policy-practice.oxfam.org

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. *"Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." WHO Wkly Epid Rec.* October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. https://sherlog.msf.org

R*apid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities.* WHO, 2015. http://apps.who.int

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. *"The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." PLoS One,* vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. http://journals.plos.org

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017. https://policy-practice.oxfam.org

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *"Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." Waterlines,* vol. 37, no. 1, pp. 5–30. https://www.developmentbookshelf.com

সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. http://www.who.int

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

Laundries for Newbies. MSF, 2016. https://sherlog.msf.org

M*anagement of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition.* ICRC, IFRC, 2016. https://www.icrc.org

Medical Waste Management. ICRC, 2011. https://www.icrc.org

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. http://icrcndresourcecentre.org

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

ওয়াশ এবং পুষ্টি

Altmann, M. et al. *"Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. https://www.ajtmh.org

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017. https://www.actionagainsthunger.org

Null, C. et al. (2018) *"Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health,* vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329. https://www.sciencedirect.com

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

ওয়াশ, নগদ অর্থ এবং বাজার

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

আরো বিস্তারিত তথ্য

আরো বিস্তারিত তথ্যের জন্য নিচের লিংকে গিয়ে দেখুন
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

আরো বিস্তারিত তথ্য

সাধারণ/পানির অধিকার

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

সাধারণ/পরিবেশ

Environment Marker – Guidance Note. UN OCHA & UNEP, 2014. www.humanitari¬anresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/ Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

কার্যকর ওয়াশ কর্মসূচি প্রণয়ন

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions. www.preventionweb.net/publications/view/25105

ওয়াশ এবং সুরক্ষা

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

WASH, Protection and Accountability, Briefing Paper. UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr. org/download/wash-protection-and-accountability/

স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন/অভ্যাস পরিবর্তন

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF France. 2013.

Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. WHO, 2012. www.who.int/ihr/publications/ combi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. et al. *"Hygiene: new hopes, new horizons." Lancet Infect Dis,* vol. 11, 2011, pp. 312-21.

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2002.
https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676 or
http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf

Kittle, B. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis.* Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights.* In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014.
www.
behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

মাসিক স্বাস্থ্যবিধি

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts.* UNHCR Publication, 2016.
http://wash.unhcr.org/download/
considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world.* WaterAid/SHARE, 2012.
https://washmatters.
wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20
matters%20low%20resolution.pdf

মলমূত্র ব্যবস্থাপনা

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. *"Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection." Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO.
www.who.int/water_sanitation_ health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

পানির গুণগত মান

Fewtrell, L. *"Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion." Environ Health Perspectives,* vol. 112, no. 14, Oct 2004, pp. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review." Science of The Total Environment,* vol. 514, 2015, pp. 333-43.

Villenueava, C.M. et al. *"Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." Environmental Health Perspectives,* vol. 122, 2014, pp. 213-21.
pdfs.semanticscholar.org/
d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf

পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. *"Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." Insects*, vol. 7, no. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. WHO, 1997. http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology* and Ecology. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control, 3rd Ed. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. WHO, 2017.
www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. Vector Control: Methods for use by individuals and communities. WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

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

প্রাদুর্ভাবের সময় ওয়াশ

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control. Oxfam, 2012. https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172

Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. WHO/UNICEF, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. *"Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." Pathog Glob Health,* vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76–94.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

ওয়াশ এবং পুষ্টি

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. "*Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" Waterlines, vol. 36, no. 4,* 2017.

https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005

Luby, S. et al. (2018) *"Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health,* vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302-e315.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904

ওয়াশ, নগদ অর্থ এবং বাজার

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. Global WASH Cluster, 2016.
www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

সুরক্ষা নীতিমালা

মানবিকতার মূলমান

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি

নিরূপণ (যাচাই)	অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা	অণুপুষ্টি ঘাটতি	নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো	খাদ্যনিরাপত্তা	খাদ্যসহায়তা	জীবিকা
মান ১.১ খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই)	**মান ২.১** মাঝারি তীব্র অপুষ্টি	**মান ৩** অণুপুষ্টি ঘাটতি	**মান ৪.১** নীতিমালা ও সমন্বয়	**মান ৫** সাধারণ খাদ্যনিরাপত্তা	**মান ৬.১** সাধারণ পুষ্টিচাহিদা	**মান ৭.১** প্রাথমিক উৎপাদন
মান ১.২ পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই)	**মান ২.২** মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি		**মান ৪.২** জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর জন্য বিভিন্ন সেক্টরের সহায়তা		**মান ৬.২** খাদ্যের গুণগত মান, যথার্থতা ও গ্রহণযোগ্যতা	**মান ৭.২** আয় ও কর্মসংস্থান
					মান ৬.৩ লক্ষিত জনগোষ্ঠী বাছাই, বিতরণ এবং সরবরাহ	
					মান ৬.৪ খাদ্যের ব্যবহার	

সংযুক্তি ১ : খাদ্যনিরাপত্তা ও জীবিকা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট
সংযুক্তি ২ : বীজনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট
সংযুক্তি ৩ : পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট
সংযুক্তি ৪ : তীব্র অপুষ্টি পরিমাপ
সংযুক্তি ৫ : জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ
সংযুক্তি ৬ : প্রয়োজনীয় পুষ্টির চাহিদা

সূচিপত্র

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টির অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ ১৫৮

১. খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) ১৬৩

২. অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা ১৭১

৩. অণুপুষ্টি ঘাটতি ১৮২

৪. নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো ১৮৫

৫. খাদ্যনিরাপত্তা ১৯৪

৬. খাদ্যসহায়তা ১৯৮

৭. জীবিকা ২১৩

পরিশিষ্ট ১: খাদ্যনিরাপত্তা এবং জীবিকা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট ২২২

পরিশিষ্ট ২: বীজনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট ২২৪

পরিশিষ্ট ৩: পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট ২২৬

পরিশিষ্ট ৪: তীব্র অপুষ্টি পরিমাপ ২২৮

পরিশিষ্ট ৫: জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ ২৩৩

পরিশিষ্ট ৬: প্রয়োজনীয় পুষ্টির চাহিদা ২৩৭

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য ২৩৯

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টির অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ

প্রত্যেকেরই ক্ষুধা থেকে মুক্ত থাকার এবং পর্যাপ্ত পরিমাণ খাদ্যের অধিকার রয়েছে

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টির জন্য স্ফিয়ারের ন্যূনতম মানসমূহ হলো মানবিক প্রেক্ষাপটে পর্যাপ্ত খাদ্যের অধিকারের বাস্তব প্রয়োগ। এই মানগুলো মানবিকতার ঘোষণাপত্রে ঘোষিত বিশ্বাস, নীতি, কর্তব্য এবং অধিকারের ওপর ভিত্তি করে করা হয়েছে। এর মধ্যে রয়েছে মর্যাদার সাথে বেঁচে থাকার অধিকার, সুরক্ষা ও নিরাপত্তার অধিকার এবং প্রয়োজনের ভিত্তিতে মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার।

মানবিকতার ঘোষণাপত্রকে প্রভাবিতকারী প্রধান আইনগত ও নীতিগত বিভিন্ন দলিলের একটি তালিকা সংযুক্তি ১-এ দেয়া হয়েছে, যেখানে মানবিক সাড়াদান কর্মীদের জন্য ব্যাখ্যামূলক মন্তব্যও যোগ করা হয়েছে ⊕ *সংযুক্তি ১ স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন*।

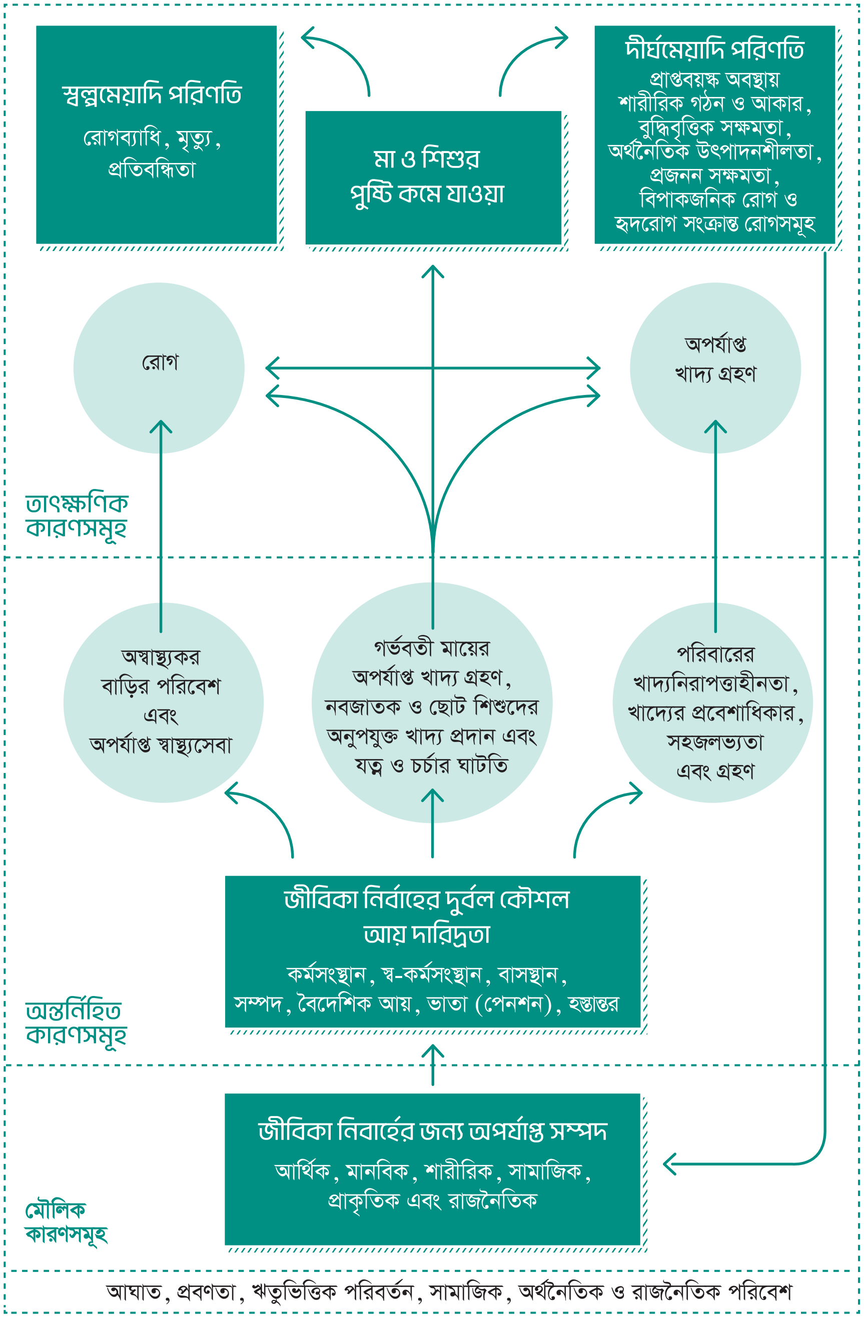
পুষ্টি কমে যাওয়া সংকট পরবর্তী সময়ে মানুষের পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার সক্ষমতাকে কমিয়ে আনে। এটি বুদ্ধিভিত্তিক কার্যক্ষমতা ব্যাহত করে, রোগ প্রতিরোধক্ষমতা কমিয়ে আনে, দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার প্রতি সংবেদনশীলতা বাড়ায়, জীবিকার সুযোগ সীমিত করে এবং জনগোষ্ঠীর সাথে সম্পৃক্ত থাকার সক্ষমতা হ্রাস করে। এটি সহনশীলতা দুর্বল করে এবং চলমান সহায়তার ওপর নির্ভরতা বাড়াতে পারে।

পুষ্টি কমে যাওয়ার কারণগুলো জটিল

পুষ্টি কমে যাওয়ার তাৎক্ষণিক কারণগুলো হলো অপর্যাপ্ত খাদ্য গ্রহণ এবং বারবার রোগাক্রান্ত হওয়া ⊕ *চিত্র ৭ দেখুন*। পুষ্টি কমে যাওয়ার অন্তর্নিহিত কারণগুলো হলো পরিবারের খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা, অপর্যাপ্ত খাদ্য খাওয়ানোর চর্চা ও যত্ন, অস্বাস্থ্যকর পারিবারিক পরিবেশ এবং অপ্রতুল স্বাস্থ্যসেবা।

এই অন্তর্নিহিত কারণগুলো একে অপরের সাথে সম্পৃক্ত। সুতরাং, যদিও খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা পুষ্টি কমে যাওয়ার একটি কারণ, তবুও খাদ্যসহায়তা প্রদান করা একটি দীর্ঘস্থায়ী সমাধানের পথ নয়, যদি না একই সময়ে অন্যান্য কারণগুলোর সমাধান করা হয়। খাদ্য এবং পুষ্টি সাড়াদানের সময় ওয়াশ, আশ্রয় ও আবাসন, স্বাস্থ্যসেবা সাড়াদানগুলোর সাথে সমন্বিত পদ্ধতিতে কাজ করা উচিত। উদাহরণস্বরূপ, পুষ্টিকর খাবার প্রস্তুত এবং নিরাপদ খাদ্য গ্রহণের অভ্যাস করতে মানুষের পর্যাপ্ত পরিমাণ ও মানসম্পন্ন পানির প্রয়োজন। পয়োনিষ্কাশন এবং স্বাস্থ্যবিধি সুবিধা থাকা রোগের প্রাদুর্ভাবের ঝুঁকি কমাবে। উপযুক্ত আশ্রয় থাকার ফলে রান্নার সুব্যবস্থা পাওয়া যায় এবং মানুষকে চরম আবহাওয়া থেকে রক্ষা করে যা রোগের ঝুঁকি আরও কমায়। যখন মানুষ উন্নত স্বাস্থ্যসেবা পায়, তখন তাদের পুষ্টি মানের উন্নয়ন ঘটে। এর ফলে তাদের জীবিকার সুযোগ অনুসন্ধান করার সক্ষমতা বৃদ্ধি পায়।

অন্তর্নিহিত কারণগুলো নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে পুষ্টি কমে যাওয়াকে প্রতিরোধ এবং হ্রাস করা সম্ভব। মানুষের জীবিকার সম্পদ সংরক্ষণ করা এ ক্ষেত্রে অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ, কারণ এটি তাদের পুষ্টি কমে যাওয়ার অন্যান্য সম্ভাব্য কারণগুলো মোকাবিলা করার সক্ষমতা বাড়ায়। জীবিকার সম্পদের মধ্যে রয়েছে উপকরণ ও যন্ত্রপাতি, কাঁচামাল, জমি, জ্ঞান এবং কার্যকরী বাজারে প্রবেশাধিকার। উচ্চ অপুষ্টির হার থাকুক বা না থাকুক; খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি সাড়াদানে এই সম্পদগুলোর সুরক্ষা ও বিকাশে অবদান রাখতে হবে এবং বিভিন্ন জীবিকা নির্বাহের কৌশলগুলোকে সমর্থন করতে হবে।



খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি: পুষ্টি কমে যাওয়ার কারণ (চিত্র ৭)

সংকট-পরবর্তী সময়ে সামাজিক, অর্থনৈতিক, সাংস্কৃতিক এবং রাজনৈতিক পরিবর্তনগুলো পরিবারের খাপ খাওয়ানোর কৌশল এবং জীবিকা বা জীবিকার জন্য প্রয়োজনীয় সম্পদ প্রাপ্তিকে প্রভাবিত করবে। এসব প্রত্যক্ষ কারণগুলোকে নিয়ন্ত্রণ করতে পারলে তা আয়ের সুযোগ বৃদ্ধি করবে এবং শেষ পর্যন্ত পুষ্টি কমে যাওয়ার কারণগুলোর প্রতি মানুষের ঝুঁকি হ্রাস করবে।

শহর এলাকায় কাজ করা কিছু নির্দিষ্ট প্রতিবন্ধকতা নিয়ে আসে

দ্রুত নগরায়ণের ফলে খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি খাতের জন্য নতুন চ্যালেঞ্জ তৈরি হচ্ছে। শহরের পরিবেশ স্বভাবতই কর্মসংস্থান এবং আয়রোজগারের সুযোগ বৃদ্ধি করে। তবে, শহর এলাকায় জনসংখ্যা বৃদ্ধির সাথে সাথে সেই এলাকায় বাসস্থান ও সেবার চাহিদাও বৃদ্ধি পায়। অনেক ক্ষেত্রেই, বিদ্যমান ভূমি ব্যবহার, পরিকল্পনা নীতি এবং কৌশল এই অপ্রত্যাশিত চাহিদা মেটাতে পারে না। ঘনবসতি, বায়ুদূষণ, দুর্বল বর্জ্য ব্যবস্থাপনা এবং বস্তিতে প্রয়োজনীয় পয়োনিষ্কাশন সুবিধার অভাব তীব্র অসুস্থতার ঝুঁকি বাড়ায়। এতে মানুষের জীবিকার সুযোগের সদ্ব্যবহার করার ক্ষমতা কমে যায় এবং প্রায়ই পুষ্টি কমে যাওয়ার অন্তর্নিহিত কারণগুলোকে ত্বরান্বিত করে।

কোনো কোনো জনগোষ্ঠী বিশেষভাবে পুষ্টি কমে যাওয়ার ঝুঁকিতে থাকে

উপযুক্ত খাদ্যসহায়তা কার্যক্রম গড়ে তুলতে গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারী, নবজাতক ও ছোট শিশু, প্রবীণ ব্যক্তি এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের নির্দিষ্ট পুষ্টির চাহিদাগুলো সম্পূর্ণরূপে বোঝা প্রয়োজন। পারিবার পর্যায়ে খাদ্যনিরাপত্তা উন্নত করতে পরিবারের বিভিন্ন ভূমিকা সম্পর্কেও বোঝাপড়া প্রয়োজন। উদাহরণস্বরূপ, অনেক ক্ষেত্রে পরিবারের খাদ্য পরিকল্পনা ও প্রস্তুতিতে নারীরা গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করেন।

তথ্যগুলো অন্তত লিঙ্গ, বয়স এবং প্রতিবন্ধিতার ভিত্তিতে পৃথকভাবে বিশ্লেষণ করা উচিত। এতে বোঝা যায় কার কী ধরনের খাবার প্রয়োজন এবং কারা গুরুত্বপূর্ণ পুষ্টি উপাদান থেকে বঞ্চিত হতে পারে। একইভাবে বিতরণ-পরবর্তী পর্যবেক্ষণের তথ্যও পৃথকভাবে বিশ্লেষণ করতে হবে, যাতে নিশ্চিত করা যায় যে কর্মসূচিগুলো পর্যাপ্ত এবং উপযুক্ত খাদ্য ও পুষ্টিতে সবার জন্য সমানভাবে প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করছে।

পুষ্টি কমে যাওয়া প্রতিরোধ করা তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসার মতোই গুরুত্বপূর্ণ। খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি সংক্রান্ত উদ্যোগগুলো স্বল্প মেয়াদে পুষ্টি ও স্বাস্থ্যের অবস্থাকে এবং দীর্ঘ মেয়াদে বেঁচে থাকা ও সুস্থতাকে প্রভাবিত করতে পারে।

ন্যূনতম এই মানসমূহ বিচ্ছিন্নভাবে প্রয়োগ করা উচিত নয়

এই অধ্যায়ের ন্যূনতম মানসমূহ খাদ্যের অধিকার-সম্পর্কিত মূল বিষয়বস্তু প্রতিফলিত করে এবং বিশ্বব্যাপী এই অধিকারের বাস্তব অনুধাবন করতে অবদান রাখে।

পর্যাপ্ত খাদ্যের অধিকার পানি ও পয়োনিষ্কাশন, স্বাস্থ্য ও আশ্রয় এবং আবাসনের অধিকারের সাথে সম্পৃক্ত। একটি ক্ষেত্রের স্ফিয়ারের ন্যূনতম মান অর্জনের অগ্রগতি অন্যান্য ক্ষেত্রের অগ্রগতিকেও প্রভাব ফেলে। অতএব, কার্যকর সাড়াদানের জন্য অন্যান্য সেক্টর, স্থানীয় কর্তৃপক্ষ ও অন্যান্য সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর সাথে ঘনিষ্ঠ সমন্বয় এবং সহযোগিতা জরুরি। এটি নিশ্চিত করতে সাহায্য করে যে চাহিদাগুলো পূরণ করা হয়, প্রচেষ্টগুলো পুনরাবৃত্তি করা হয় না এবং খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি সহায়তার মান আশানুরূপ হয়। হ্যান্ডবুকজুড়ে ক্রস-রেফারেন্সগুলো সম্ভাব্য যোগসূত্রের নির্দেশ করে।

উদাহরণস্বরূপ, যদি পুষ্টির চাহিদা পূরণ না হয়, তখন ওয়াশ সেবার প্রয়োজনীয়তা বেড়ে যায়, কারণ এতে মানুষের রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি বৃদ্ধি পায়। একই বিষয় প্রযোজ্য সেইসব জনগোষ্ঠীর ক্ষেত্রেও যেখানে এইচআইভির প্রাদুর্ভাব বেশি এবং যেখানে প্রবীণ ব্যক্তি বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তির অনুপাত বেশি। এমন পরিস্থিতিতে, স্বাস্থ্যসেবা সম্পদগুলোও সেই অনুযায়ী সামঞ্জস্য করা জরুরি। সেক্টরগুলোর মধ্যে ভাগ করা তথ্যের ওপর ভিত্তি করে অগ্রাধিকার নির্ধারণ করতে হবে এবং পরিস্থিতি পরিবর্তিত হওয়ার সাথে সাথে এটি পর্যালোচনা করতে হবে।

যেখানে জাতীয়ভাবে স্বীকৃত মানসমূহ স্ফিয়ারের ন্যূনতম মানসমূহের চেয়ে কম, সেখানে মানসমূহের উন্নয়নে মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোকে সরকারের সাথে কাজ করা উচিত।

আন্তর্জাতিক আইন পর্যাপ্ত পরিমাণে খাদ্যের অধিকারকে বিশেষভাবে সুরক্ষা দেয়

ক্ষুধা থেকে মুক্ত থাকার এবং পর্যাপ্ত খাদ্য পাওয়ার অধিকার আন্তর্জাতিক আইন দ্বারা সুরক্ষিত। এর অর্থ হলো সব সময় পর্যাপ্ত খাদ্যে শারীরিক ও অর্থনৈতিক প্রবেশাধিকার নিশ্চিত থাকা। সংকটকালীন সময়ে অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত এবং শরণার্থী ব্যক্তিসহ কোনো ব্যক্তি বা গোষ্ঠী যখন পর্যাপ্ত খাদ্যে প্রবেশাধিকার পেতে অক্ষম হয়, তখন রাষ্ট্রগুলো এই অধিকার নিশ্চিত করতে দায়বদ্ধ ⊕ *সংযুক্তি ১ স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন*।

রাষ্ট্রগুলোর নিজস্ব সম্পদ অপর্যাপ্ত হলে আন্তর্জাতিক সহায়তার জন্য অনুরোধ করতে পারে। এ ক্ষেত্রে তাদের উচিত:

- বিদ্যমান পর্যাপ্ত খাবারে প্রবেশাধিকার বজায় রাখা এবং তা অব্যাহত রাখতে অনুমোদন দেওয়া;
- সংস্থা বা ব্যক্তিরা যাতে মানুষকে পর্যাপ্ত খাবার পাওয়ার সুবিধা থেকে বঞ্চিত না করতে পারে, তা নিশ্চিত করে পর্যাপ্ত খাদ্যে মানুষের প্রবেশাধিকার সুরক্ষিত রাখা; এবং
- মানুষকে প্রয়োজনীয় সম্পদ সরবরাহের মাধ্যমে নিরাপদ জীবিকা ও খাদ্যনিরাপত্তা নিশ্চিত করতে সক্রিয়ভাবে সহায়তা করা।

যুদ্ধের কৌশল হিসাবে বেসামরিক নাগরিকদের পর্যাপ্ত খাদ্য থেকে বঞ্চিত করা জেনেভা কনভেনশনের অধীনে নিষিদ্ধ। খাদ্যের সাথে সম্পৃক্ত যেমন ফসল, গবাদি প্রাণী, খাদ্যসামগ্রী, সেচ, পানীয় জলের স্থাপনা এবং সরবরাহ ব্যাহত, এমনকি খাদ্যদ্রব্য উৎপাদনকারী কৃষিক্ষেত্রে আক্রমণ, ধ্বংস, অপসারণ বা ক্ষতি করাও নিষিদ্ধ।

দখল পরিস্থিতিতে, আন্তর্জাতিক মানবিক আইন অনুযায়ী দখলকারী শক্তির ওপর দায়িত্ব থাকে যে তারা জনগণের জন্য পর্যাপ্ত খাদ্য নিশ্চিত করবে। দখলকৃত অঞ্চলে খাদ্য সরবরাহ অপর্যাপ্ত হলে প্রয়োজন অনুযায়ী খাদ্য আমদানির ব্যবস্থাও করতে হবে।

সুরক্ষা নীতিমালা এবং মানবিকতার মূলমানের সাথে সংযোগ

খাদ্য ও পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচিতে গুরুতর অধিকার লঙ্ঘনের কারণ হতে পারে যদি ক্ষমতার অপব্যবহার হয়, বিশেষ করে যখন কর্মসূচিতে অংশগ্রহণকারী শোষণ বা অপব্যবহারের শিকার হয়। তাই কর্মসূচিগুলো অবশ্যই ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীকে সাথে নিয়ে তৈরি করতে হবে এবং এমনভাবে বাস্তবায়ন করতে হবে যাতে তাদের নিরাপত্তা, মর্যাদা এবং অখণ্ডতায় রক্ষা পায়। এ ক্ষেত্রে কর্মী ও সম্পদের সঠিক ব্যবস্থাপনা এবং শক্তিশালী তত্ত্বাবধান অপরিহার্য, পাশাপাশি কর্মসূচি বাস্তবায়নের সঙ্গে সংশ্লিষ্ট সকলের জন্য আচরণবিধি কঠোরভাবে প্রয়োগ ও অনুসরণ নিশ্চিত করতে হবে। ক্ষতিগ্রস্ত

জনগোষ্ঠীর সুস্পষ্ট মতামত গ্রহণের ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে এবং তাদের যেকোনো উদ্বেগ বা অভিযোগের দ্রুত সাড়া দিতে হবে। মানবিক সাড়াদান কর্মীদের শিশু সুরক্ষার বিষয়ে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত হতে হবে এবং শিশুদের সব ধরনের সহিংসতা, অপব্যবহার বা শোষণের সন্দেহজনক ক্ষেত্রে রেফারেল ব্যবস্থা ব্যবহার করার পদ্ধতি জানতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ এবং মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৫ দেখুন*।

সকল পরিস্থিতিতে বিশেষ করে সংঘাতপূর্ণ পরিবেশে সামরিক-বেসামরিক সহযোগিতা এবং সমন্বয় (যেমন–লজিস্টিক সহায়তা), সাবধানতার সাথে মূল্যায়ন করা উচিত ⊕ *স্ফিয়ার কী এবং সুরক্ষা নীতিমালাসমূহ দেখুন*।

ন্যূনতম মানসমূহ প্রয়োগের ক্ষেত্রে, মানবিকতার মূলমানের ৯টি অঙ্গীকারকেই একটি জবাবদিহিমূলক খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি কর্মসূচি প্রদানের ভিত্তি হিসাবে মেনে চলা উচিত।

১. খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই)

দুর্যোগকালীন সময়জুড়ে খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) করা জরুরি। এটি পরিস্থিতির পরিবর্তন বুঝতে এবং সে অনুযায়ী সাড়াদানে সমন্বয় করতে সহায়তা করে। যেহেতু খাদ্যের যথাযথ পুষ্টি এবং খাদ্যের প্রাপ্যতা, সহজলভ্যতা ও ব্যবহারের প্রতিবন্ধকতা শনাক্ত করে, সেহেতু খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) একসাথে করা উচিত। যৌথ খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) সীমিত অর্থের কার্যকারিতা বাড়াবে এবং খাদ্যনিরাপত্তা কার্যক্রমের সাথে পুষ্টি কার্যক্রমের সমন্বয় বাড়াতে সহায়ক ভূমিকা পালন করবে।

নিরূপণের (যাচাই) সময় আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত পদ্ধতির ব্যবহার করতে হবে এবং মানবিক ও সরকারি সংস্থার মধ্যে নিরপেক্ষতা, প্রতিনিধিত্বশীলতা ও সুসমন্বয় বজায় রাখতে হবে। নিরূপণ (যাচাই) অবশ্যই পরিপূরক, সামঞ্জস্যপূর্ণ এবং তুলনামূলক হতে হবে। অংশীদারদের একটি উপযুক্ত পদ্ধতিতে সম্মত হতে হবে। এতে ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার সব শ্রেণিকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে, বিশেষ করে ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর প্রতি বিশেষ মনোযোগ দিতে হবে। বহুখাতভিত্তিক নিরূপণ (যাচাই) বৃহৎ পরিসরের সংকট এবং বিস্তৃত ভৌগোলিক এলাকা মূল্যায়নে সহায়ক হতে পারে।

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণের (যাচাই) উদ্দেশ্য হতে পারে:

- পরিস্থিতি, বর্তমান চাহিদা এবং সেই চাহিদা কীভাবে পূরণ করা যায়, তা বোঝা;
- আনুমানিক কত মানুষের সহায়তা প্রয়োজন তা নির্ধারণ করা;
- সর্বোচ্চ ঝুঁকিতে থাকা গোষ্ঠীগুলোকে শনাক্ত করা; এবং/অথবা
- মানবিক সাড়াদান কার্যক্রমের প্রভাব পর্যবেক্ষণের জন্য ভিত্তি প্রস্তুত করা।

সংকটের বিভিন্ন পর্যায়ে নিরূপণ (যাচাই) করা যেতে পারে। উদাহরণস্বরূপ:

- তাৎক্ষণিক খাদ্যসহায়তা বিতরণ শুরু করার জন্য প্রথম দুই থেকে তিন দিনের মধ্যে একটি প্রাথমিক নিরূপণ (যাচাই);
- ধারণা ও অনুমানের ওপর নির্ভর করে কর্মসূচি নকশার জন্য ভিত্তি তৈরি করতে দুই থেকে তিন সপ্তাহের মধ্যে একটি দ্রুত নিরূপণ (যাচাই);
- যদি পরিস্থিতির অবনতি হচ্ছে বলে মনে হয় বা পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে আসার কর্মসূচিসমূহ বিকাশের জন্য আরও তথ্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে ৩ থেকে ১২ মাসের মধ্যে একটি বিশদ নিরূপণ (যাচাই)।

বিশদ **খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই)** জীবিকার কৌশল, সম্পদ এবং মানিয়ে নেওয়ার কৌশলগুলো চিহ্নিত করে। এ ছাড়া সংকটের ফলে এগুলো কীভাবে পরিবর্তিত হয়েছে এবং পরিবারের খাদ্যনিরাপত্তার ওপর এর কী প্রভাব পড়েছে, তা বিবেচনা করে। খাদ্যনিরাপত্তা অর্জনের জন্য এই জীবিকার কৌশলগুলোকে কীভাবে সর্বোত্তমভাবে সুরক্ষিত এবং/অথবা প্রচার করা যায়, একটি বিশদ নিরূপণের মাধ্যমে তা শনাক্ত করা যায়।

বিশদ **পুষ্টি নিরূপণের (যাচাই)** মধ্যে রয়েছে তীব্র অপুষ্টি, নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো এবং অন্যান্য যত্ন ও চর্চার প্রাদুর্ভাবের হার নিরূপণের জন্য প্রতিনিধিত্বমূলক তথ্য সংগ্রহ এবং বিশ্লেষণ।

এই তথ্য, অপুষ্টির অন্তর্নিহিত কারণ এবং স্বাস্থ্য ও খাদ্যনিরাপত্তার নিরূপণের সঙ্গে মিলিয়ে একটি পুষ্টিজনিত কারণ বিশ্লেষণ তৈরি হয়। এটি পুষ্টি কর্মসূচি পরিকল্পনা, বাস্তবায়ন এবং পর্যবেক্ষণে অত্যন্ত কার্যকর।

বাজার, শহর এবং গ্রামীণ উভয় পরিবেশে খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টিতে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। সকল নিরূপণে (যাচাই) বাজারের বিশ্লেষণ অন্তর্ভুক্ত করা উচিত, যা বাজার বিশ্লেষণের জন্য ন্যূনতম মান (The Minimum Standard for Market Analysis-MISMA) এবং/অথবা ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) মূল্যায়ন এবং নিরূপণের (যাচাই) মান অনুযায়ী হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন*।

নিম্নোক্ত খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মানসমূহ মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ২-এর ভিত্তিতে তৈরি, যাতে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের জন্য উপযুক্ত খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি সাড়াদান কার্যক্রম পরিকল্পনা করা যায় ⊕ *নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্টের জন্য পরিশিষ্ট ১, ২ ও ৩ এবং গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards-LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন*।

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.১: খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই)

যেখানে মানুষ খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার ঝুঁকিতে থাকে, সেখানে নিরূপণ (যাচাই) পদ্ধতিতে খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার মাত্রা ও পরিধি নির্ধারণ করা হয়, সবচেয়ে বেশি ক্ষতিগ্রস্তদের চিহ্নিত করা যায় এবং সে অনুযায়ী সবচেয়ে উপযুক্ত সাড়াদানের পদ্ধতি নির্ধারণ করা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে এবং সংকটকালীন সময়ে খাদ্যনিরাপত্তা সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ ও বিশ্লেষণ করতে হবে।

- খাদ্যনিরাপত্তার সাথে সম্পর্কিত জটিল সমস্যাগুলোর বিশ্লেষণ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে, যেমন পরিবেশগত অবনতি, নিরাপত্তা এবং বাজারে প্রবেশাধিকার।

২ ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার পুষ্টির অবস্থার ওপর খাদ্যনিরাপত্তার প্রভাব বিশ্লেষণ করতে হবে।

- যথাযথ যত্নের অভাব, অস্বাস্থ্যকর পারিবারিক পরিবেশ, স্বাস্থ্যসেবা বা সামাজিক সুরক্ষা ব্যবস্থায় প্রবেশাধিকারের অভাবসহ পুষ্টি কমে যাওয়ার অন্তর্নিহিত কারণগুলোর একটি পর্যালোচনা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
- শহরের প্রেক্ষাপটে তথ্য আরও ঘন ঘন সংগ্রহ করতে হবে, কেননা শহর এলাকার পরিস্থিতি আরও দ্রুত পরিবর্তিত হতে পারে এবং গ্রামীণ প্রেক্ষাপটের তুলনায় পর্যবেক্ষণ করা বেশ কঠিন।

৩ জীবন বাঁচাতে এবং জীবিকা রক্ষা ও উন্নীত করতে সহায়ক হতে পারে এমন সম্ভাব্য সাড়াদানগুলো চিহ্নিত করতে হবে।

- বাজার নিরূপণ (যাচাই) এবং সরকার ও অন্যান্য সংস্থার চাহিদা পূরণের সক্ষমতাও অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

৪. বিদ্যমান রান্নার সম্পদ ও পদ্ধতি বিশ্লেষণ করতে হবে, যার মধ্যে চুলা ও জ্বালানির ধরন এবং হাঁড়ি ও অন্যান্য পাত্রের প্রাপ্যতাও অন্তর্ভুক্ত।

- সংকটের আগে মানুষ কীভাবে খাবার এবং রান্নার জ্বালানি সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করত, সংকটের পূর্বে তাদের আয় এবং তারা এখন কীভাবে মানিয়ে নিচ্ছে, তা বিশ্লেষণ করতে হবে।
- নারী ও মেয়েদের অধিকার এবং সুরক্ষার দিকে বিশেষ নজর দিতে হবে, কারণ জ্বালানি সংগ্রহ ও খাদ্য প্রস্তুতির দায়িত্ব সাধারণত তাদের ওপরই বেশি থাকে।

প্রধান সূচকসমূহ

খাদ্যনিরাপত্তা, জীবিকা এবং মানিয়ে নেওয়ার কৌশল বিশ্লেষণের জন্য মানসম্মত রীতিনীতি/পদ্ধতি ব্যবহার করা হয়

নিরূপণ (যাচাই) পদ্ধতি ও নিরূপণের (যাচাই) সময় যে সীমাবদ্ধতাগুলো দেখা দিয়েছে সেগুলোর সাথে ফলাফলগুলোকে একত্র করে উপস্থাপন করা বিশ্লেষণধর্মী প্রতিবেদনগুলোর শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

সংকট পূর্ব তথ্য ভৌগোলিক তথ্য ব্যবস্থার (GIS) সাথে সমন্বয় করলে যেকোনো সংকটের সম্ভাব্য প্রভাব সম্পর্কে একটি সার্বিক ধারণা পাওয়া যেতে পারে। তবে শহর এলাকায় এসব তথ্য সাধারণত পর্যাপ্তভাবে পৃথক পৃথক না থাকায় একটি স্পষ্ট চিত্র পাওয়া কঠিন হতে পারে।

নিরূপণের (যাচাই) উৎস, উপকরণ এবং তথ্যব্যবস্থা: তথ্য উৎসের মধ্যে রয়েছে ফসলের নিরূপণ (যাচাই), স্যাটেলাইট ছবি, পারিবারিক নিরূপণ (যাচাই), ফোকাস গ্রুপ বা দলীয় আলোচনা এবং মূল তথ্যদাতাদের সাক্ষাৎকার। পরিবার পর্যায়ে খাদ্যনিরাপত্তা দ্রুত পরিমাপের জন্য কার্যকর উপকরণগুলোর মধ্যে রয়েছে ফুড কনজাম্পশন স্কোর *(Food Consumption Score–পরিবার কী পরিমাণ ও কী মানের খাবার খাচ্ছে–তার একটি সার্বিক সূচক)*, হাউসহোল্ড ডায়েটারি ডাইভারসিটি স্কোর (Household Dietary Diversity Score–পরিবারের খাবারে কতটা বৈচিত্র্য আছে–তার পরিমাপ), এবং রিডিউসড কপিং স্ট্র্যাটেজিস ইনডেক্স *(Reduced Coping Strategies Index–খাবারের অভাবে পরিবার কতটা চাপের মধ্যে আছে এবং কীভাবে মানিয়ে নিচ্ছে–তার সূচক)*। দুর্ভিক্ষের আগাম সতর্কব্যবস্থাসহ অনেক স্থানীয় এবং আঞ্চলিক খাদ্যনিরাপত্তা তথ্যব্যবস্থা রয়েছে। যেখানে সম্ভব এবং তথ্য পাওয়া যায়, সেখানে ইন্টিগ্রেটেড ফুড সিকিউরিটি (Integrated Food Security Phase Classification–IPC) নামের আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত একটি পদ্ধতি ব্যবহার করে কোনো এলাকার খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার অবস্থা বিশ্লেষণ ও শ্রেণিবিন্যাস করতে হবে এবং ঝুঁকিপূর্ণ এলাকাগুলোতে তীব্র খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার মাত্রা ও কারণ নির্ধারণের জন্য মানসম্মত নীতি ব্যবহার করতে হবে। খাদ্যনিরাপত্তা কর্মসূচির নকশা নিরূপণের (যাচাই) ফলাফল ব্যবহার করে একটি স্পষ্ট সাড়াদান বিশ্লেষণের ওপর ভিত্তি করে হওয়া উচিত।

পরিবেশের অবক্ষয়: পরিবেশের অবক্ষয় খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার কারণ হতে পারে, আবার খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার কারণেও পরিবেশের অবক্ষয় হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, জ্বালানি কাঠ সংগ্রহ এবং প্রচলিত পদ্ধতিতে কয়লা উৎপাদন করে খাবার রান্না করা এবং তা বিক্রি করে আয় করা সম্ভব হলেও এটি বন উজাড়ের কারণও হতে পারে। তাই যেকোনো সাড়াদান এমনভাবে পরিকল্পনা ও

বাস্তবায়ন করতে হবে যাতে খাদ্যনিরাপত্তা রক্ষা ও সহায়তা করা যায়, একই সঙ্গে পরিবেশের ক্ষতিকর প্রভাব সীমিত রাখা হয়।

ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠী: লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধিতা, সম্পদস্তর এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক বিষয়ের ভিত্তিতে তথ্য পৃথকভাবে সংগ্রহ করতে হবে। পরিবারের পুষ্টিচাহিদা নিশ্চিত করতে নারী এবং পুরুষের ভিন্ন ও পরিপূরক ভূমিকা থাকতে পারে। খাদ্যনিরাপত্তা, খাদ্য প্রস্তুতি এবং পারিবারিক সম্পদ ব্যবস্থাপনা-সংক্রান্ত চর্চা সম্পর্কে প্রয়োজন হলে নারী ও পুরুষ উভয়ের সঙ্গে আলাদাভাবে আলোচনা করতে হবে। পরিবারভিত্তিক খাদ্যসহায়তা বন্টনের ক্ষেত্রে প্রবীণ ব্যক্তি ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা যেন বাদ না পড়েন, সে বিষয়ে বিশেষভাবে সচেতন থাকতে হবে।

মেয়ে ও ছেলে শিশু, শিশুপ্রধান পরিবার, অভিভাবকহীন বা পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশু, প্রতিবন্ধী শিশু এবং বিকল্প পরিচর্যায় বসবাসকারী শিশুদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। বিভিন্ন সংকট প্রেক্ষাপটে শিশুদের বিশেষ প্রয়োজনের প্রতি মনোযোগ দিতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, সংক্রামক রোগের প্রাদুর্ভাবকালে পর্যবেক্ষণ কেন্দ্র, অন্তর্বর্তীকালীন যত্ন কেন্দ্র এবং চিকিৎসাকেন্দ্রগুলোতে শিশুদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। সংঘাত পরিস্থিতিতে ডিমোবিলাইজেশন কেন্দ্রগুলোতেও শিশুদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে *(ডিমোবিলাইজেশন কেন্দ্র বলতে বোঝায় যুদ্ধ বা সংঘাতে জড়িয়ে পড়া বা বলপ্রয়োগে যুক্ত হওয়া শিশুদের যেন এই কেন্দ্রগুলোর সেবা, সুরক্ষা ও সহায়তার আওতায় আনা)*।

মানিয়ে নেওয়ার কৌশল: বিভিন্ন ধরনের মানিয়ে নেওয়ার কৌশল, সেগুলোর কার্যকারিতা এবং সম্ভাব্য নেতিবাচক প্রভাব বিবেচনা করতে হবে। কিছু মানিয়ে নেওয়ার কৌশল, যেমন জমি বিক্রি, পুরো পরিবারের স্থানান্তর বা বন উজাড়, ভবিষ্যতের খাদ্যনিরাপত্তাকে স্থায়ীভাবে ক্ষতিগ্রস্ত করতে পারে। নারী, মেয়ে ও ছেলেদের দ্বারা ব্যবহৃত বা তাদের ওপর চাপিয়ে দেওয়া কিছু মানিয়ে নেওয়ার কৌশল তাদের স্বাস্থ্য, মানসিক সুস্থতা এবং সামাজিক একীকরণের ওপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলতে পারে। এসব কৌশলের মধ্যে রয়েছে টাকা বা সুযোগ-সুবিধার বিনিময়ে বা বেঁচে থাকার জন্য যৌন কাজ করা, যৌতুক দিয়ে মেয়ে বিয়ে দেওয়া, নারী ও মেয়েদের সবার শেষে এবং সবচেয়ে কম খাবার খাওয়া, শিশুশ্রম, ঝুঁকিপূর্ণ অভিবাসন এবং শিশুদের বিক্রি ও পাচার।

পরোক্ষ বা বিকল্প সূচক: খাদ্য গ্রহণ পরিবারের সদস্যদের শক্তি ও পুষ্টি উপাদান গ্রহণের প্রতিফলন ঘটায়। তবে প্রাথমিক নিরূপণের (যাচাই) সময় প্রকৃত শক্তি ও পুষ্টি গ্রহণ পরিমাপ করা বাস্তবসম্মত নয়। তাই পরোক্ষ সূচক ব্যবহার করতে হয়। উদাহরণস্বরূপ, একজন ব্যক্তি বা পরিবার কত ধরনের খাদ্য গ্রহণ করছে এবং নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে কতবার গ্রহণ করছে, এই তথ্যগুলো খাদ্যতালিকাগত বৈচিত্র্য (dietary diversity) প্রতিফলিত করে। দৈনিক খাবারের সংখ্যা এবং খাদ্যতালিকাগত বৈচিত্র্যের পরিবর্তন খাদ্যনিরাপত্তার ভালো পরোক্ষ সূচক হিসেবে বিবেচিত হয়, বিশেষ করে যখন সেগুলো পরিবারের আর্থসামাজিক অবস্থার সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত থাকে।

খাদ্য গ্রহণের ধরন পরিমাপের জন্য ব্যবহৃত উপকরণগুলোর মধ্যে রয়েছে হাউসহোল্ড ডায়েটারি ডাইভারসিটি স্কোর *(Household Dietary Diversity Score–পরিবারের খাবারে কতটা বৈচিত্র্য আছে–তার পরিমাপ)*, হাউসহোল্ড ফুড ইনসিকিউরিটি অ্যাকসেস স্কেল *(Household Food Insecurity Access Scale–পরিবারের কাছে খাদ্যপ্রাপ্তি কতটা নিরাপদ বা সীমিত, তা পরিমাপ করে)* এবং ফুড কনজাম্পশন স্কোর *(Food Consumption Score–পরিবার কী পরিমাণ ও কী মানের খাবার খাচ্ছে–তার একটি সার্বিক সূচক)*। হাউসহোল্ড হাঙ্গার স্কেল *(Household Hunger Scale–পরিবারের মধ্যে ক্ষুধা বা খাবারের অভাবের মাত্রা পরিমাপ করে)* খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার আরেকটি ভালো পরোক্ষ

সূচক। তবে সাধারণভাবে ব্যবহৃত কিছু সূচক যেমন ফুড কনজাম্পশন স্কোর শহর এলাকার প্রেক্ষাপটে খাদ্যনিরাপত্তাহীনতাকে যথাযথভাবে প্রতিফলিত না-ও করতে পারে। খাদ্যপ্রাপ্তিতে বিভিন্ন সীমাবদ্ধতা বোঝার জন্য মোকাবিলা কৌশল পরিমাপের সাথে নির্বাচিত পরিমাপগুলোকে মিলিয়ে বিশ্লেষণ করতে হবে।

খাদ্য ব্যয়ের ভাগ (Food Expenditure Share) এবং এর নির্ধারিত সীমা শহরে বসবাসকারী পরিবারে প্রয়োগ খুব জটিল হতে পারে। এর কারণ হলো একাধিক ব্যক্তি পরিবারের খাবার সংরক্ষণের (food basket) দায়িত্বে থাকতে পারে, পরিবারের সদস্যরা বাড়ির বাইরের খাবার গ্রহণ করে এবং অনেকেই পরিবারের আয়ের সঙ্গে যুক্ত থাকে।

বাজার বিশ্লেষণ এবং খাবারের ব্যয়: বাজারে প্রবেশাধিকার, আর্থিক মূলধন, জীবিকা এবং অর্থনৈতিক বিপদাপন্নতা সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করতে হবে। এই উপাদানগুলো পণ্যের দাম, আয়রোজগারের সুযোগ এবং মজুরির হারের সাথে সম্পর্কিত, যা খাদ্যনিরাপত্তাকে প্রভাবিত করে। আনুষ্ঠানিক ও অনানুষ্ঠানিক উভয় বাজারব্যবস্থা, বীজ এবং চাষের সরঞ্জামের মতো উৎপাদনশীল জিনিস সরবরাহ করে জীবিকা রক্ষায় সহায়তা করে ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি: জীবিকা মানসমূহ ৭.১ এবং ৭.২ দেখুন*।

প্রাথমিক এবং পরবর্তী প্রেক্ষাপট নিরূপণের (যাচাই) অংশ হিসেবে বাজার বিশ্লেষণ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। বাজার বিশ্লেষণে নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে যে, স্থানীয় বাজারগুলো কতটুকু পুষ্টির চাহিদা পূরণে সক্ষম এবং একটি সাধারণ পরিবারের পুষ্টির চাহিদা পূরণ করে এমন খাবারের ন্যূনতম খরচ ও গ্রহণযোগ্যতা কেমন, ইত্যাদি বিষয় বিবেচনা করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন*।

বাজারের মাধ্যমে সহায়তা গ্রাম এলাকায় দিনে দিনে বাড়ছে এবং শহর এলাকায় নিয়মিতই বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান করা হয়। ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের চাহিদা পূরণের জন্য তারা বিক্রেতা, বাজারের স্থান, স্থানীয় খাদ্যপণ্য এবং পরিবহন পরিষেবাসমূহ ব্যবহার করে। তাই ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর জন্য বাজারে প্রবেশাধিকার বোঝা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ ⊕ *বাজার বিশ্লেষণের জন্য ন্যূনতম মান (The Minimum Standard for Market Analysis-MISMA) হ্যান্ডবুক দেখুন*।

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.২:
পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই)

পুষ্টি নিরূপণে (যাচাই) স্বীকৃত পদ্ধতি ব্যবহার করে পুষ্টি কমে যাওয়ার ধরন, মাত্রা ও বিস্তার নির্ধারণ করা হয়, কোন গোষ্ঠী সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ এবং তাদের জন্য উপযুক্ত ব্যবস্থা কী হতে পারে, তা চিহ্নিত করা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ সংকটের আগের তথ্য সংগ্রহ করতে হবে এবং পুষ্টি পরিস্থিতির ধরন ও তীব্রতা/মাত্রা বোঝার জন্য প্রাথমিক নিরূপণ (যাচাই) পরিচালনা করতে হবে।

- সাড়াদান পরিচালনা বা সহায়তায় জাতীয় ও স্থানীয় পর্যায়ে সক্ষমতা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে, পাশাপাশি অন্যান্য পুষ্টি সংশ্লিষ্ট সংস্থার সক্ষমতাও নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে।

২ সংকটের শুরুতে পুষ্টি পরিস্থিতি নিরূপণ (যাচাই) করতে দ্রুত MUAC (মধ্য-ওপর বাহু পরিধি) স্ক্রিনিং এবং জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) নিরূপণ (যাচাই) পরিচালনা করতে হবে। *(MUAC হলো পুষ্টি অবস্থার একটি পরিমাপক। এটি বাম বাহুর সোজা অংশে, কাঁধের চূড়া এবং কনুইয়ের চূড়ার মধ্যবর্তী স্থানে মাপা হয়। এটি তীব্র অপুষ্টি চিহ্নিত করতে ব্যবহৃত হয় এবং সাধারণত ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশু এবং গর্ভবতী নারীদের জন্য প্রযোজ্য।)*

৩ যেসব গোষ্ঠীর পুষ্টি সহায়তা সবচেয়ে বেশি প্রয়োজন, তাদের চিহ্নিত করতে হবে।

- জনগোষ্ঠীর ভাবনা/উপলব্ধি এবং মতামতসহ প্রাথমিক বা মাধ্যমিক উৎস থেকে পুষ্টি কমে যাওয়ার কারণ সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করতে হবে।
- বয়স, লিঙ্গ, প্রতিবন্ধিতা, দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা বা অন্য বিষয়গুলো বিবেচনায় রেখে ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠী চিহ্নিত করতে জনগোষ্ঠীর সাথে কাজ করতে হবে।

৪ প্রেক্ষাপট এবং জরুরি পরিস্থিতি বুঝে একটি উপযুক্ত সাড়াদান নির্ধারণ করতে হবে।

- একটি নির্দিষ্ট সময়ে অপুষ্টির প্রাদুর্ভাব দেখার পরিবর্তে সময়ের সাথে সাথে পুষ্টির অবস্থার প্রবণতা পর্যালোচনা করে পরিস্থিতি স্থিতিশীল বা হ্রাস পাচ্ছে কি না, তা নির্ধারণ করতে হবে।
- প্রতিরোধমূলক এবং চিকিৎসামূলক উভয়ই বিকল্প বিবেচনা করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

অপুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) এবং কারণ চিহ্নিত করতে মানসম্মত নীতি ব্যবহৃত হয়

নিরূপণ (যাচাই) পদ্ধতি ও নিরূপণের (যাচাই) সময় যে সীমাবদ্ধতাগুলো দেখা দিয়েছে, এগুলোসহ নিরূপণ (যাচাই) প্রতিবেদনের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

প্রেক্ষাপটগত তথ্য: পুষ্টি কমে যাওয়ার কারণসমূহ সম্পর্কে তথ্য প্রাথমিক ও গৌণ বা মাধ্যমিক উৎস থেকে সংগ্রহ করা যেতে পারে, যার মধ্যে স্বাস্থ্য ও পুষ্টি প্রোফাইল, গবেষণা প্রতিবেদন, আগাম সতর্কবার্তার তথ্য, স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের রেকর্ড, খাদ্যনিরাপত্তা সম্পর্কিত প্রতিবেদন এবং অন্যান্য উৎস অন্তর্ভুক্ত। উদাহরণস্বরূপ:

- জনসংখ্যাগত স্বাস্থ্য জরিপ;
- বহু সূচকভিত্তিক ক্লাস্টার জরিপ;
- জাতীয় পুষ্টি তথ্যভান্ডার;
- অন্যান্য জাতীয় স্বাস্থ্য ও পুষ্টি জরিপ;
- জাতীয় পুষ্টি নজরদারি ব্যবস্থা;
- অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার জন্য বিদ্যমান কর্মসূচিতে ভর্তির হার এবং কভারেজ/আওতা; এবং
- এইচআইভির প্রাদুর্ভাব, আক্রান্তের হার ও মৃত্যুহার সংক্রান্ত তথ্য, যার মধ্যে উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ বা বেশি ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর তথ্যও অন্তর্ভুক্ত ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা– যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.৩: এইচআইভি দেখুন।*

স্থানীয় প্রতিষ্ঠান ও জনগোষ্ঠীকে যেখানে সম্ভব, সেখানে সক্রিয়ভাবে নিরূপণ (যাচাই), ফলাফল বিশ্লেষণ এবং সাড়াদানের পরিকল্পনায় অবদান রাখতে হবে।

দ্রুত সাড়াদান: যেকোনো সংকটের প্রথম পর্যায়ে সাধারণ খাদ্য বিতরণ বা অপুষ্টির তাৎক্ষণিক ব্যবস্থার সিদ্ধান্তগুলো দ্রুত নিরূপণ (যাচাই), প্রাথমিক ফলাফল এবং বিদ্যমান সাড়াদান সক্ষমতার ভিত্তিতে গ্রহণ করা উচিত। পরবর্তী পর্যায়ে আরও গভীর বিশ্লেষণ করা যেতে পারে, তবে জরুরি পর্যায়ে সাড়া প্রদান দেরি করা যাবে না।

বিশ্লেষণের পরিধি: তথ্যঘাটতি চিহ্নিত হলে এবং কার্যক্রম পরিকল্পনা, কার্যক্রমের ফলাফল পরিমাপ বা অ্যাডভোকেসির জন্য অতিরিক্ত তথ্য প্রয়োজন, সেখানে বিস্তারিত নিরূপণ (যাচাই) করা উচিত। এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) অবস্থা, অণুপুষ্টি ঘাটতি, নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো, মায়ের যত্নচর্চা এবং পুষ্টি কমে যাওয়া সম্পর্কিত সম্ভাব্য নির্ধারকগুলো বোঝার জন্য জনসংখ্যাভিত্তিক গুণগত বা পরিমাণগত নিরূপণ (যাচাই) প্রয়োজন কি না, তা নির্ধারণ করতে হবে। এসব নিরূপণের (যাচাই) পরিকল্পনা ও প্রস্তুতি গ্রহণ করতে স্বাস্থ্য, ওয়াশ এবং খাদ্যনিরাপত্তা খাতের সাথে সমন্বয় করতে হবে।

এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) জরিপ: এই জরিপগুলো শারীরিক অনুপাত পরীক্ষা করতে এবং দীর্ঘস্থায়ী ও তীব্র অপুষ্টির হারের একটি অনুমান প্রদান করতে ব্যবহৃত হয়। এই জরিপ কাজ দৈবচয়ন (random sampling)-এর মাধ্যমে নমুনা সংগ্রহ বা নির্দিষ্টভাবে বাছাই বা সুনির্দিষ্ট প্রশ্নের (specific screening) ওপর ভিত্তি করে হতে পারে। জরিপগুলো বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) মান অনুযায়ী Z (জেড) স্কোরে উচ্চতার তুলনায় ওজনের পরিমাণ (weight-for-height) রিপোর্ট করতে হবে। অতীতের জরিপের সাথে তুলনা করতে জাতীয় স্বাস্থ্য পরিসংখ্যান কেন্দ্র (ন্যাশনাল সেন্টার ফর হেলথ স্ট্যাটিস্টিকস (NCHS) অনুযায়ী তথ্যসূত্রের সাথে মিলিয়ে রিপোর্ট করতে Z (জেড) স্কোরে উচ্চতার তুলনায় ওজনের পরিমাণ (weight-for-height) ব্যবহার করতে হবে। MUAC (মধ্য-ওপর বাহু পরিধি) ব্যবহার করে ওজন ক্ষয় বা রোগা হয়ে যাওয়া (wasting) এবং তীব্র ওজন ক্ষয় বা গুরুতরভাবে রোগা হয়ে যাওয়া (severe wasting) পরিমাপের বিষয়টিও এনথ্রোপোমেট্রিক জরিপে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। সমগ্র জনগোষ্ঠীর পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়নের সবচেয়ে স্বীকৃত পদ্ধতি হলো ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের অপুষ্টি মাত্রা নিরূপণ (যাচাই) করা, যা পুরো জনসংখ্যার জন্য প্রতিনিধি হিসেবে ধরা হয়। তবে যেখানে কোনো গোষ্ঠী যদি আরও বেশি অপুষ্টি ঝুঁকির সম্মুখীন, তাহলে তাদেরও জরিপে অন্তর্ভুক্ত করার কথাও বিবেচনা করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৪: তীব্র অপুষ্টি পরিমাপ দেখুন।*

পুষ্টিজনিত ফোলার (nutritional oedema) *(অপুষ্টির কারণে শরীরে ফোলা, বিশেষ করে দুই পায়ে, সাধারণত প্রোটিনের তীব্র ঘাটতির কারণে হয়, ওজন বেশি দেখালেও শিশু মারাত্মকভাবে অপুষ্ট হতে পারে)* হার নির্ধারণ করতে হবে এবং এই তথ্য আলাদাভাবে নথিভুক্ত করতে হবে। অপুষ্টি হারের কনফিডেন্স ইন্টারভ্যাল *(confidence intervals হলো একটি পরিসংখ্যানিক পরিমাপ, যা বলে দেয় যে জরিপে পাওয়া অপুষ্টির হার কতটা নির্ভরযোগ্য এবং পুরো জনসংখ্যার জন্য কতটা প্রযোজ্য)* রিপোর্ট করতে হবে এবং জরিপের গুণগত মান নিশ্চিত করতে হবে। এর জন্য বিদ্যমান টুলস/পদ্ধতি যেমন স্ট্যান্ডার্ডাইজড মনিটরিং অ্যান্ড অ্যাসেসমেন্ট অব রিলিফ অ্যান্ড ট্রানজিশন (SMART - Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) ম্যানুয়েল, বাস্তুচ্যুত জনগোষ্ঠীর স্ট্যান্ডার্ডাইজড এক্সপেন্ডেড নিউট্রিশন সার্ভে (ENA - Emergency Nutrition

Assessment) সফটওয়্যার স্ট্যান্ডার্ডাইজড এক্সপানডেড নিউট্রিশন জরিপ (SENS – Standardised Expanded Nutrition Survey) ও ইপিআই ইনফো সফটওয়্যার (Epi Info) ব্যবহার করতে হবে।

নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো নিরূপণ (যাচাই): জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) চাহিদা ও অগ্রাধিকার নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে এবং নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর অনুশীলনের ওপর মানবিক সাড়াদান কর্মসূচির প্রভাব এবং সাড়াদান কর্মসূচির না থাকার প্রভাব পর্যবেক্ষণ করতে হবে। প্রাথমিক সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য সংকট-পূর্ব তথ্য ব্যবহার করা যেতে পারে। অন্যান্য খাতভিত্তিক নিরূপণে (যাচাই) জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো-বিষয়ক (IYCF-E) প্রশ্নগুলো অন্তর্ভুক্ত করার জন্য অন্যান্য খাতের সাথে কাজ করতে হবে এবং নিরূপণ (যাচাই) আরও সমৃদ্ধ করতে বহুখাতভিত্তিক বিদ্যমান তথ্য ব্যবহার করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৩: পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট দেখুন।*

মায়েদের বুকের দুধ খাওয়ানোর পরামর্শদাতা, প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যকর্মী ও অন্যান্য সহায়তা পরিষেবার সংখ্যা এবং তাদের সক্ষমতা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। আরও বিস্তারিত নিরূপণের (যাচাই) জন্য, দৈবচয়ন, পদ্ধতিগত বা ক্লাস্টারের মাধ্যমে নমুনাভিত্তিক তথ্য সংগ্রহ করতে হবে। এটি শুধু স্বতন্ত্র জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) জরিপ বা একটি সমন্বিত জরিপের মাধ্যমে হতে পারে। তবে সমন্বিত জরিপের ফলে নমুনার আকার সীমিত হতে পারে, যা জরিপের প্রতিনিধিত্ব কমিয়ে ফেলতে পারে।

অন্যান্য সূচক: পুষ্টি অবস্থার সার্বিক নিরূপণে (যাচাই) অতিরিক্ত তথ্য সতর্কতার সাথে বিবেচনা করা যেতে পারে। এর মধ্যে রয়েছে টিকাদান ও পুষ্টি কর্মসূচির কভারেজ বা আওতার হার, বিশেষ করে হাম, ভিটামিন এ, আয়োডিন বা অন্যান্য অণুপুষ্টি ঘাটতি, রোগের হার এবং স্বাস্থ্যসেবা অনুসন্ধানের আচরণ। যেখানে পাওয়া যায়, সেখানে মৃত্যুর কারণসহ নবজাতক এবং পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশু সাধারণ মৃত্যুর হার বা ক্রুড মোর্টালিটি রেট বিবেচনা করা যেতে পারে।

পুষ্টি কমে যাওয়ার মাত্রার ব্যাখ্যা: পুষ্টি কমে যাওয়ার মাত্রা বিশ্লেষণ করে সিদ্ধান্ত নিতে হবে যে, কোথায় এবং কবে পদক্ষেপ নেওয়া প্রয়োজন। এ জন্য নির্ধারিত জনসংখ্যার আকার ও ঘনত্বের বিস্তারিত বিশ্লেষণ, পাশাপাশি মৃত্যুহার ও অসুস্থতার হার জানা জরুরি। এ ছাড়া স্বাস্থ্য অবস্থা, ঋতুভিত্তিক পরিবর্তন, IYCF-E সূচক, সংকটের পূর্ববর্তী পুষ্টি কমে যাওয়ার মাত্রা, বিশ্বব্যাপী তীব্র অপুষ্টির সাথে সম্পর্কিত মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির অনুপাত এবং অণুপুষ্টি ঘাটতির মাত্রা সম্পর্কেও তথ্য প্রয়োজন ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.২.২: নবজাতক এবং শিশুদের শৈশবকালীন রোগ ব্যবস্থাপনা এবং পরিশিষ্ট ৫: জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ দেখুন।*

পরিপূরক তথ্যব্যবস্থাগুলো একত্রভাবে ব্যবহার করা মনিটরিংয়ের সবচেয়ে সাশ্রয়ী ও কার্যকর উপায় হতে পারে। সিদ্ধান্ত গ্রহণের মডেল ও পদ্ধতিগুলো যা খাদ্যনিরাপত্তা, জীবিকা, স্বাস্থ্য ও পুষ্টি বিষয়গুলো বিবেচনায় নেয়, সেগুলো প্রয়োগ করাই উত্তম ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.১: খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই) দেখুন।*

২. অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা

মানবিক সংকটে অপুষ্টি প্রতিরোধ এবং চিকিৎসা উভয়ই গুরুত্বপূর্ণ বিবেচ্য বিষয়। দীর্ঘস্থায়ী অপুষ্টি প্রতিরোধ করা যেতে পারে, কিন্তু অপুষ্টির হার আরো বেড়েছে বা পুরোপুরি নির্মূল হয়েছে এর উদাহরণ খুবই কম। অন্যদিকে, তীব্র অপুষ্টি, যা একটি সংকটের সময় শুরু হতে পারে, অপুষ্টির সঠিক সাড়াদানের মাধ্যমে অপুষ্টি প্রতিরোধ ও দূর করা যেতে পারে।

ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার অসুস্থতার হার এবং মৃত্যুহার কমাতে পুষ্টিভিত্তিক সাড়াদান গুরুত্বপূর্ণ। তবে এটি করার জন্য অপুষ্টির জটিল অন্তর্নিহিত কারণগুলো বোঝা প্রয়োজন। সব কারণ এবং তাদের পারস্পরিক প্রভাব মোকাবিলা করার জন্য একটি বহুখাতভিত্তিক (মাল্টিসেক্টরাল) পদ্ধতি অপরিহার্য।

মাঝারি তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা (Moderate Acute Malnutrition-MAM): সংকটের সময়, মধ্যমাত্রার তীব্র অপুষ্টি প্রতিরোধ এবং চিকিৎসার জন্য প্রায়শই সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য প্রদান (supplementary feeding) প্রধান কৌশল হিসেবে ব্যবহৃত হয়।

সাধারণত দুই ধরনের সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি রয়েছে: প্রতিরোধের জন্য ঝুঁকিতে আছে এমন সকলকে সর্বজনীন সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি (blanket supplementary feeding–ব্ল্যাঙ্কেট সাপ্লিমেন্টারি ফিডিং প্রোগ্রাম) এবং মাঝারি তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসা ও মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি প্রতিরোধের জন্য লক্ষ্যভিত্তিক সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি (targeted supplementary feeding–টার্গেটেড সাপ্লিমেন্টারি ফিডিং প্রোগ্রাম)। তবে তা নির্ভর করে তীব্র অপুষ্টির মাত্রা, বিপদাপন্ন বা ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠী এবং তীব্র অপুষ্টি বৃদ্ধির ঝুঁকির ওপর।

যেখানে খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা বেশি এবং মাঝারি তীব্র অপুষ্টির ক্ষেত্রের বাইরেও বাস্তবায়ন কর্মসূচি বাড়ানোর প্রয়োজন, সেখানে সর্বজনীন সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি (ব্ল্যাঙ্কেট সাপ্লিমেন্টারি ফিডিং প্রোগ্রাম) সুপারিশ করা হয়। তবে এটির পাশাপাশি নির্দিষ্ট ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের জন্য সাধারণ খাদ্য বিতরণ থাকতে হবে। সর্বজনীন সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচির (ব্ল্যাঙ্কেট সাপ্লিমেন্টারি ফিডিং প্রোগ্রাম) নির্দিষ্ট কোনো প্রভাব-সূচক নেই, তবে এর পরিধি, অনুষঙ্গতা, গ্রহণযোগ্যতা এবং প্রদত্ত খাদ্য পরিমাণ পর্যবেক্ষণ করা গুরুত্বপূর্ণ। মাঝারি তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার সূচক লক্ষ্যভিত্তিক সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানোর সাথে সম্পর্কিত (টার্গেটেড সাপ্লিমেন্টারি ফিডিং)।

লক্ষ্যভিত্তিক সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচির (টার্গেটেড সাপ্লিমেন্টারি ফিডিং প্রোগ্রাম) প্রধান লক্ষ্য হলো মাঝারি অপুষ্টিতে আক্রান্ত হওয়া ব্যক্তিদের মারাত্মক অপুষ্টিতে পরিণত হওয়া থেকে প্রতিরোধ করা এবং তাদের পুনর্বাসন নিশ্চিত করা। এ ধরনের কর্মসূচিতে সাধারণত মাঝারি অপুষ্টিতে আক্রান্ত ব্যক্তি, গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো মা এবং অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তির জন্য সাধারণ খাদ্য বরাদ্দের সাথে সম্পূরক খাদ্য প্রদান করা হয়।

মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা (Severe Acute Malnutrition-SAM): থেরাপিউরিক কেয়ার বা চিকিৎসামূলক সেবার *(থেরাপিউটিক কেয়ার এর অর্থ হলো চিকিৎসামূলক সেবা বা চিকিৎসামূলক যত্ন, যা বিশেষভাবে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি (severe acute malnutrition) বা অন্যান্য মারাত্মক পুষ্টি*

সমস্যা থাকা ব্যক্তিদের পুনর্বাসন এবং সুস্থ করার জন্য দেওয়া হয়) জন্য বিভিন্ন ধরনের পদ্ধতি ব্যবহার করা হয়। যেখানে পরিস্থিতি অনুকূল, সেখানে তীব্র অপুষ্টির জন্য জনগোষ্ঠী-ভিত্তিক ব্যবস্থাপনা সবচেয়ে বেশি পছন্দনীয় পদ্ধতি। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- চিকিৎসাসংক্রান্ত জটিলতার সাথে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য হাসপাতালে ভর্তি করে চিকিৎসাসেবা;
- ছয় মাসের কম বয়সী সকল শিশু যারা মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত তাদের জন্য হাসপাতালে ভর্তি করে চিকিৎসাসেবা;
- মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত কিন্তু চিকিৎসাসংক্রান্ত জটিলতা নেই এমন ব্যক্তিদের জন্য বহির্বিভাগে চিকিৎসা;
- কমিউনিটি পর্যায়ে আউটরিচ বা প্রচার কার্যক্রম *(কমিউনিটির ভেতরে সরাসরি গিয়ে মানুষের সঙ্গে যোগাযোগ করা, তাদের চাহিদা চিহ্নিত করা এবং প্রয়োজনীয় তথ্য, সেবা বা সহায়তার সঙ্গে যুক্ত করা)*; এবং
- মাঝারি তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য প্রেক্ষাপটভিত্তিক অন্যান্য সেবা বা কর্মসূচি।

মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি মোকাবিলায় পরিচালিত কর্মসূচিগুলোকে অবশ্যই সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি এবং জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্তার মাধ্যমে সহায়তা করতে হবে, যাতে কমিউনিটি পর্যায়ে আউটরিচ কার্যক্রম, সক্রিয়ভাবে আক্রান্ত ব্যক্তিদের শনাক্তকরণ, রেফারেল এবং নিয়মিত ফলোআপ নিশ্চিত করা যায়।

অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা মান ২.১:
মাঝারি তীব্র অপুষ্টি (MAM)

মাঝারি তীব্র অপুষ্টি প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ করা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. কর্মসূচির শুরু থেকেই, কর্মসূচি বাস্তবায়নের শুরু ও শেষের জন্য স্পষ্টভাবে সংজ্ঞায়িত এবং সম্মত কৌশল, উদ্দেশ্য ও মানসমূহ প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

২. শুরু থেকে জনগোষ্ঠীর অংশগ্রহণ ও সম্পৃক্ততার মাধ্যমে মাঝারি তীব্র অপুষ্টি কর্মসূচির আওতা এবং সেবা পওয়ার সুবিধা বাড়ানো হবে।

- ঝুঁকিতে আছে এমন ব্যক্তি ও পরিবারগুলোকে চিহ্নিত করার জন্য জনগোষ্ঠীর অংশীজনদের সাথে সরাসরি কাজ করতে হবে।

৩. জাতীয় এবং আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) মানদণ্ডের ভিত্তিতে ভর্তি এবং ছাড়পত্র দেওয়ার নিয়ম প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

- কর্মদক্ষতা সূচক প্রতিবেদন করার সময় হাসপাতাল থেকে ছাড়পত্র পাওয়ার মানদণ্ড স্পষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে।
- কর্মসূচি থেকে বাদ পড়ে যাওয়া (default), সাড়া না দেওয়া (non-response) বা মৃত্যুহার বৃদ্ধি পাওয়ার কারণ অনুসন্ধান করে প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নিতে হবে।

৪. মাঝারি তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার সাথে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা এবং বিদ্যমান স্বাস্থ্যসেবার যোগসূত্র স্থাপন করতে হবে।

৫. তৈরি খাদ্য বিতরণস্থলে সরবরাহ করার যৌক্তিক বা স্পষ্ট কোনো কারণ না থাকলে, বাড়িতে নিয়ে খাওয়ার উপযোগী শুকনো বা প্রস্তুতকৃত-ব্যবহারযোগ্য সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য রেশন প্রদান করতে হবে।

- সাপ্তাহিক বা প্রতি দুই সপ্তাহ অন্তর অন্তর রেশনের প্যাকেজ প্রদান করতে হবে। রেশন প্যাকেজের পরিমাণ নির্ধারণের সময় পরিবারের ধরন ও আকার, পরিবারের খাদ্যনিরাপত্তা এবং খাবার ভাগ করার সম্ভাবনা বিবেচনা করতে হবে।
- সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাবার কীভাবে স্বাস্থ্যকরভাবে প্রস্তুত ও সংরক্ষণ করতে হবে এবং কীভাবে ও কখন এটি গ্রহণ করতে হবে, সে সম্পর্কে স্পষ্ট তথ্য দিতে হবে।

৬. বুকের দুধ খাওয়ানো, পরিপূরক খাদ্য খাওয়ানো ও স্বাস্থ্যবিধির সুরক্ষা, সমর্থন এবং প্রচারের ওপর জোর দিতে হবে।

- মা এবং শিশু উভয়ের শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্যের জন্য ছয় মাস পর্যন্ত শিশুদের শুধু বুকের দুধ খাওয়ানোর গুরুত্ব এবং ৬ থেকে ২৪ মাস পর্যন্ত শিশুদের অন্যান্য খাবারের পাশাপাশি বুকের দুধ খাওয়ানোর গুরুত্ব সম্পর্কে স্পষ্ট তথ্য প্রদান করতে হবে।
- তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত ৬ বছরের কম বয়সী শিশুদের বুকের দুধ খাওয়ানো মায়েদের নিজের পুষ্টিগত অবস্থা যাই হোক না কেন, তাকে সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য কর্মসূচিতে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

এক দিনের যাতায়াতের মধ্যেই (চিকিৎসা গ্রহণের সময়সহ) শুকনো সম্পূরক খাবার সংগ্রহ করতে পারে, এমন লক্ষিত জনসংখ্যার শতকরা হার

- >৯০ শতাংশ (৯০ শতাংশের বেশি)

এক ঘণ্টার মধ্যে কর্মসূচি পরিচালনাকৃত স্থানে পৌঁছাতে পারে, এমন লক্ষিত জনসংখ্যার শতকরা হার

- >৯০ শতাংশ (৯০ শতাংশের বেশি)

চিকিৎসাসেবা গ্রহণের সুযোগ (আওতা) আছে, এমন মাঝারি তীব্র অপুষ্টিতে (MAM) আক্রান্ত ব্যক্তিদের শতকরা হার

- গ্রাম এলাকায় > ৫০ শতাংশ (৫০ শতাংশের বেশি)
- শহর এলাকায় > ৭০ শতাংশ (৭০ শতাংশের বেশি)
- আশ্রয়কেন্দ্রে > ৯০ শতাংশ (৯০ শতাংশের বেশি)

লক্ষ্যভিত্তিক অতিরিক্ত বা সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি থেকে যারা অব্যাহতি/ছাড়া পেয়েছে তাদের মধ্যে মারা যাওয়া, সুস্থ হওয়া বা কোন ধরনের পরিবর্তন না হওয়া জনগোষ্ঠীর অনুপাত

- মৃত্যুবরণ করেছে: < ৩ শতাংশ (৩ শতাংশের কম)
- সুস্থ হয়েছে: > ৭৫ শতাংশ (৭৫ শতাংশের বেশি)
- কোনো পরিবর্তন হয়নি: < ১৫ শতাংশ (১৫ শতাংশের কম)

নির্দেশিকাসমূহ

কর্মসূচি পরিকল্পনা: এমন কর্মসূচি পরিকল্পনা করতে হবে, যা বিদ্যমান স্বাস্থ্যব্যবস্থার সক্ষমতার ওপর ভিত্তি করে ও তা সমর্থন করে এবং একই সঙ্গে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে প্রবেশাধিকার, জনসংখ্যার ভৌগোলিক বিস্তার ও নিরাপত্তা পরিস্থিতি বিবেচনা করতে হবে। হাসপাতালে ভর্তি করে চিকিৎসা ও বহির্বিভাগে চিকিৎসাসেবা, প্রসবপূর্ব সেবা, ম্যালেরিয়া প্রতিরোধ, শৈশবকালীন অসুস্থতা এবং স্ক্রিনিং (প্রাথমিক পরীক্ষা), এইচআইভি ও যক্ষ্মা রোগীর সেবা এবং খাদ্য, নগদ অর্থ বা ভাউচার স্থানান্তরসহ খাদ্যনিরাপত্তা কর্মসূচির সঙ্গে কার্যকর যোগসূত্র বজায় রাখতে হবে।

সম্পূরক বা অতিরিক্ত খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি নিয়মিত খাদ্যের বিকল্প নয়; বরং এটি নিয়মিত খাদ্যের পরিপূরক। এমন কর্মসূচির চাবিকাঠি হলো এটিকে বহুখাতভিত্তিক পদ্ধতির অংশ হিসেবে পরিপূরক সেবা যেমন ওয়াশ, স্বাস্থ্য, নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF) এবং সাধারণ খাদ্য বিতরণের সাথে পরিকল্পনা করা। জাতীয় বা আন্তর্জাতিক বাজারে সম্পূরক খাবারের প্রাপ্যতা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে এবং সম্ভাব্য সরবরাহ সীমাবদ্ধতা বা প্রতিবন্ধকতাকে কর্মসূচি পরিকল্পনায় অন্তর্ভুক্ত করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন*।

প্রতিরোধ বা চিকিৎসা: অপুষ্টি প্রতিরোধের জন্য একটি সর্বজনীন (blanket approach) পদ্ধতি অথবা চিকিৎসার জন্য একটি লক্ষ্যযুক্ত পদ্ধতি গ্রহণ করতে হবে। কোন পদ্ধতি নেওয়া হবে, তা নির্ভর করবে নিম্নলিখিত বিষয়গুলোর ওপর:

- তীব্র অপুষ্টির মাত্রা এবং আক্রান্ত মানুষের সংখ্যা;
- রোগে আক্রান্তের হার বৃদ্ধির ঝুঁকি;
- খাদ্যনিরাপত্তা হ্রাসের ঝুঁকি;
- জনসংখ্যার বাস্তুচ্যুতি এবং ঘনত্ব;
- এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) নির্ণায়ক ব্যবহার করে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীকে বাছাই ও পর্যবেক্ষণ করার সক্ষমতা; এবং
- বিদ্যমান সম্পদ ও ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর কাছে পৌঁছানোর সুযোগ।

লক্ষিত সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচির ক্ষেত্রে সাধারণত তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের বাছাই এবং মনিটর করার জন্য বেশি সময় ও প্রচেষ্টার প্রয়োজন হয়, তবে এতে তুলনামূলকভাবে কম পরিমাণ বিশেষায়িত খাদ্য সম্পদের প্রয়োজন কম হয়। সর্বজনীন (ব্ল্যাঙ্কেট) পদ্ধতিতে সাধারণত কর্মীদের দক্ষতার প্রয়োজন কম হলেও বেশি পরিমাণ বিশেষায়িত খাদ্য সম্পদের প্রয়োজন হয়।

কার্যকর জনগোষ্ঠী সক্রিয়করণ: জনগোষ্ঠী সক্রিয়করণ বা সক্রিয় অংশগ্রহণ ও সম্পৃক্ততা কর্মসূচি সম্পর্কে মানুষের বোঝাপড়া বাড়ায় এবং এর কার্যকারিতা বৃদ্ধি করে। কর্মসূচি কেন্দ্র কোথায় স্থাপন করা হবে, সে বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় লক্ষিত জনগোষ্ঠীর সাথে কাজ করতে হবে। যেসব ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর কর্মসূচি কেন্দ্রে পৌঁছাতে সমস্যা হতে পারে, তাদের বিষয়টি বিশেষভাবে বিবেচনা করতে হবে। প্রাপ্য সহায়তা সম্পর্কে স্পষ্ট ও বিস্তারিত তথ্য সহজবোধ্য ভাষায় এবং একাধিক তথ্য বিনিময় মাধ্যম ব্যবহার করে (যেমন অডিও, ভিজ্যুয়াল ও লিখিত মাধ্যমে) শেয়ার করতে হবে।

কভারেজ বা আওতা: কভারেজ বা আওতা বলতে চিকিৎসা গ্রহণকারী ব্যক্তির সংখ্যা এবং চিকিৎসার প্রয়োজন রয়েছে এমন মোট মানুষের সংখ্যার অনুপাতকে বোঝায়। কভারেজ বা আওতা যেসব বিষয় দ্বারা প্রভাবিত হতে পারে:

- কর্মসূচির গ্রহণযোগ্যতা, যার মধ্যে কর্মসূচি কেন্দ্রের অবস্থান ও প্রবেশযোগ্যতা অন্তর্ভুক্ত;
- নিরাপত্তা পরিস্থিতি;
- কত দিন পর পর বিতরণ হবে;
- অপেক্ষার সময়কাল;
- সামাজিক সম্পৃক্তকরণ, বাড়ি পরিদর্শন এবং স্ক্রিনিং (প্রাথমিক পরীক্ষা) কার্যক্রমের পরিধি;
- পুরুষ ও নারী পুষ্টি কর্মীদের প্রাপ্যতা;
- ভর্তির মানদণ্ড ও আওতার মধ্যে সামঞ্জস্য রাখা; এবং
- পরিচর্যাকারীদের অপুষ্টির লক্ষণ শনাক্ত করার সক্ষমতা।

কভারেজ বা আওতা নিরূপণ (যাচাই) পদ্ধতি ব্যয়বহুল এবং এর জন্য বিশেষভাবে প্রশিক্ষিত কর্মীদের প্রয়োজন। যদি কভারেজ বা আওতা জরিপ করা সম্ভব না হয়, বিকল্প পদ্ধতির বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় জাতীয় নির্দেশিকা দেখতে হবে। কভারেজ বা আওতা অনুমান করতে স্ক্রিনিং (প্রাথমিক পরীক্ষা), রেফারেল এবং ভর্তিসম্পর্কিত নিয়মিত কর্মসূচির তথ্য ব্যবহার করতে হবে।

কর্মসূচি এলাকায় উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন যেমন জনসংখ্যার স্থানান্তর বা একটি নতুন চিকিৎসা পণ্য বা নিয়ম চালু না হলে নিয়মিত কভারেজ বা আওতা নিরূপণ (যাচাই) করার প্রয়োজন না-ও হতে পারে।

ভর্তির মানদণ্ড: জাতীয় এবং আন্তর্জাতিক নির্দেশিকাগুলোর সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। ৬ মাসের কম বয়সী শিশুদের এবং যেসব গোষ্ঠীর এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) অবস্থা নির্ধারণ করা কঠিন, তাদের ভর্তির মানদণ্ড হিসেবে ক্লিনিক্যাল অবস্থা (রোগীর চিকিৎসাসংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিস্থিতি) এবং বুকের দুধ খাওয়ানোর অবস্থা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৪: তীব্র অপুষ্টি পরিমাপ এবং তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য দেখুন*।

এইচআইভি-পজিটিভ (বা সন্দেহভাজন), যক্ষ্মা বা অন্য কোনো দীর্ঘস্থায়ী রোগে আক্রান্ত, এমন ব্যক্তিদের প্রতি বৈষম্য করা যাবে না এবং ভর্তির মানদণ্ড পূরণ করলে তাদের সেবা পাওয়ার সমান সুযোগ থাকবে। কিছু ব্যক্তি যারা তীব্র অপুষ্টির জন্য এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) মানদণ্ড পূরণ করে না, তারা সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো থেকে উপকৃত হতে পারে। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, এইচআইভি, যক্ষ্মা বা অন্যান্য দীর্ঘস্থায়ী রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিরা, চিকিৎসা শেষে ছাড়পত্র পাওয়া ব্যক্তিরা যাদের পুনরায় সংক্রমণ এড়াতে চিকিৎসামূলক সেবার প্রয়োজন, বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা। যদি এ ধরনের ব্যক্তিরা এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) মানদণ্ড পূরণ না করে, তবে মনিটরিং ও রিপোর্টিং ব্যবস্থাগুলো সমন্বয় করতে হবে।

ভর্তির মানদণ্ড পূরণ করে না এমন এইচআইভি (HIV) আক্রান্ত ব্যক্তিদের প্রায়ই পুষ্টি সহায়তার প্রয়োজন হয়। সংকটের সময় মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির জন্য চিকিৎসার প্রেক্ষাপটের বাইরে এ ধরনের সহায়তা প্রদান করা অধিক উপযোগী। এসব ব্যক্তি এবং তাদের পরিবারকে জনগোষ্ঠী ও বাড়িভিত্তিক সেবা, যক্ষ্মা চিকিৎসা কেন্দ্র এবং মা থেকে শিশু সংক্রমণ প্রতিরোধ কর্মসূচিসহ বিভিন্ন সেবা প্রদান করতে হবে।

ছাড়পত্রের মানদণ্ড ও পর্যবেক্ষণ: ছাড়পত্রপ্রাপ্ত ব্যক্তিদের মধ্যে যারা মারা গিয়েছে, সুস্থ হয়েছে এবং কোন পরিবর্তন হয়নি বা সুস্থ হননি এমন ব্যক্তিরা অন্তর্ভুক্ত। স্বাস্থ্যসেবার মতো পরিপূরক সেবার জন্য রেফার করা হয়েছে এমন ব্যক্তিরা, যারা চিকিৎসা শেষ করেনি, তারা হয় চিকিৎসা চালিয়ে যাবেন বা পরে চিকিৎসা নিতে ফিরে আসবেন। যেসব ব্যক্তিকে অন্য স্থানে স্থানান্তর করা হয়েছে কিংবা যারা চিকিৎসা শেষ করেননি তাদের অন্তর্ভুক্ত করা যাবে না।

যদি ব্যক্তিরা থেরাপিউটিক কেয়ার বা চিকিৎসামূলক সেবা থেকে ছাড়পত্র পাওয়ার পরে কোনো পুষ্টি কর্মসূচিতে যোগ দেন, তখন পক্ষপাতমূলক ফলাফল এড়াতে তাদের একটি পৃথক বিভাগ হিসাবে প্রতিবেদন করতে হবে। প্রতিবন্ধিতা, ঠোঁট ও তালুকাটা বা অস্ত্রোপচারজনিত সমস্যার মতো অন্যান্য কারণের ফলে যদি একজন ব্যক্তির তীব্র অপুষ্টির লক্ষণ দেখা দেয়, তাহলে সেগুলোকে কর্মসূচির প্রতিবেদনে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। কোনো ব্যক্তির লিঙ্গপরিচয় কীভাবে চিকিৎসাসেবা নেওয়া, চিকিৎসা সম্পূর্ণ না করা এবং সুস্থ হওয়ার ক্ষেত্রে প্রভাব ফেলতে পারে, তা অনুসন্ধান করতে হবে।

ছাড়পত্র দেওয়ার পরিসংখ্যান নিম্নলিখিতভাবে হিসাব করতে হবে:

- সুস্থ হয়ে ছাড়পত্র প্রাপ্তদের শতকরা হার = সুস্থ হওয়া ব্যক্তির সংখ্যা/মোট ছাড়পত্রপ্রাপ্ত ব্যক্তির সংখ্যা × ১০০
- মৃত্যুবরণকারী ছাড়পত্র প্রাপ্তদের শতকরা হার = মৃত্যুবরণকারীর সংখ্যা/মোট ছাড়পত্রপ্রাপ্ত ব্যক্তির সংখ্যা × ১০০
- চিকিৎসা সম্পূর্ণ না করা ছাড়পত্র প্রাপ্তদের শতকরা হার = চিকিৎসা সম্পূর্ণ না করা ব্যক্তির সংখ্যা/মোট ছাড়পত্রপ্রাপ্ত ব্যক্তির সংখ্যা × ১০০
- সুস্থ না হয়ে ছাড়পত্র প্রাপ্তদের শতকরা হার = সুস্থ না হওয়া ব্যক্তির সংখ্যা/মোট ছাড়পত্রপ্রাপ্ত ব্যক্তির সংখ্যা × ১০০

ওপরে বর্ণিত সূচকগুলো ছাড়াও পর্যবেক্ষণ প্রক্রিয়াগুলোতে নিম্নোক্ত বিষয়গুলো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

- জনগণের অংশগ্রহণ;
- কর্মসূচির গ্রহণযোগ্যতা (চিকিৎসা সম্পূর্ণ না করা এবং কভারেজ বা আওতার হার এটির একটি সহায়ক পরিমাপ হিসাবে ব্যবহার করা যেতে পারে);
- খাবারের পরিমাণ এবং গুণগত মান;
- কভারেজ বা আওতা;
- অন্যান্য কর্মসূচিতে স্থানান্তরের কারণসমূহ (বিশেষ করে সেসব শিশুকে, যাদের পুষ্টির অবস্থা মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে পৌঁছেছে);
- ভর্তিকৃত এবং চিকিৎসাধীন ব্যক্তির সংখ্যা।

নিম্নোক্ত বাহ্যিক কারণগুলো বিবেচনা করতে হবে, যেমন:

- রোগব্যাধির ধরন;
- জনগণের পুষ্টি কমে যাওয়ার মাত্রা;
- পরিবার এবং জনগণের খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার মাত্রা;
- জনগণের জন্য বিদ্যমান পরিপূরক কার্যক্রমসমূহ (যার মধ্যে সাধারণ খাদ্যসহায়তা বা সমমানের কর্মসূচি অন্তর্ভুক্ত); এবং
- পরিষেবা প্রদানের জন্য বিদ্যমান পদ্ধতিগুলোর সক্ষমতা।

স্বাস্থ্য এবং অন্যান্য খাতের যোগসূত্র: লক্ষ্যভিত্তিক ও সর্বজনীন উভয় ধরনের সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচিই পরিপূরক সেবা প্রদানের জন্য একটি মাধ্যম হিসেবে ব্যবহার করা যেতে পারে। অনেক পরিস্থিতিতে, প্রতিরোধমূলক উদ্দেশ্যে পরিচালিত একটি সর্বজনীন সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি সংকট মোকাবিলায় সহায়তা করতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, এটি আদমশুমারি নিবন্ধনের মাধ্যমে, জনগোষ্ঠীর স্ক্রিনিং (প্রাথমিক পরীক্ষা) এবং মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি ও মাঝারি তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার জন্য সুপারিশের (referral) মাধ্যমে নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠীকে সেবাধিকার প্রদান করতে পারে। এটি শিশুদের বেঁচে থাকার কার্যক্রমগুলোর বাস্তবায়নের সুযোগ দেয়, যেমন:

- কৃমিনাশক (anthelmintics);
- ভিটামিন ‘এ’ সম্পূরক;
- ম্যালেরিয়া স্ক্রিনিং (প্রাথমিক পরীক্ষা) এবং চিকিৎসার সাথে একত্রভাবে আয়রন ও ফলিক অ্যাসিড প্রদান;
- ডায়রিয়ার চিকিৎসায় জিংক; এবং
- টিকা প্রদান।

⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- সংক্রামক রোগ মানসমূহ ২.১.১ থেকে ২.১.৮ এবং অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- শিশুস্বাস্থ্য মানসমূহ ২.২.১ এবং ২.২.২ দেখুন।*

যেসব জনগোষ্ঠীর ঝুঁকি বেশি, যেমন এইচআইভির উচ্চ প্রাদুর্ভাব বিদ্যমান এবং চলাফেরা বা খাদ্য গ্রহণে সমস্যা হয়, এমন ব্যক্তিদের চাহিদা মেটাতে কর্মসূচি পরিবর্তনের মাধ্যমে উপযোগী করে তোলার প্রয়োজন হতে পারে। এর মধ্যে সম্পূরক খাদ্য রেশনের গুণগত মান এবং পরিমাণের সামঞ্জস্য করা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে ⊕ *নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর মান ৪.১ দেখুন।*

অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা মান ২.২:
মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি (SAM)

মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসাব্যবস্থা করা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. কর্মসূচির শুরু থেকেই কার্যক্রম চালু ও বন্ধ করার জন্য সুনির্দিষ্ট এবং সম্মত কৌশল, উদ্দেশ্য ও মানদণ্ড স্থাপন করতে হবে।
   - পর্যাপ্ত কর্মী এবং সংশ্লিষ্ট সক্ষমতা, অভিজ্ঞতা এবং দক্ষতা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

২. মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনায় আন্তবিভাগ বা হাসপাতালভিত্তিক চিকিৎসা, বহির্বিভাগ চিকিৎসা, সুপারিশ বা রেফারেল ব্যবস্থা এবং জনগোষ্ঠী সক্রিয়করণ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

৩. মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার জন্য জাতীয় ও আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত নির্দেশিকা অনুযায়ী পুষ্টি ও স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হবে।

৪. এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) ও অন্যান্য সূচক অন্তর্ভুক্ত করে ছাড়পত্রের মানদণ্ড নির্ধারণ করতে হবে।

৫. চিকিৎসা সম্পূর্ণ না করা ও সাড়া না দেওয়া বা মৃত্যুহার বেড়ে যাওয়ার কারণ অনুসন্ধান করতে হবে এবং এসব নিয়ে (কমিয়ে আনার জন্য) কাজ করতে হবে।

৬. বুকের দুধ খাওয়ানো, পরিপূরক খাদ্য প্রদান, স্বাস্থ্যবিধি প্রচার এবং মা ও শিশুর ইতিবাচক পারস্পরিক সম্পর্ককে সুরক্ষা, সহায়তা এবং উৎসাহিত করতে হবে।

   - মা এবং শিশু উভয়ের শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্যের জন্য শিশুদের ৬ মাস বয়স পর্যন্ত শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো, এবং ৬ থেকে ২৪ মাস বয়সী শিশুদের অন্যান্য খাবারের পাশাপাশি বুকের দুধ খাওয়ানোর গুরুত্ব সম্পর্কে স্পষ্ট তথ্য প্রদান করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

কর্মসূচি স্থান থেকে এক দিনের কম সময়ে হেঁটে ফেরত আসতে (চিকিৎসার সময়সহ) পারে, এমন লক্ষিত জনসংখ্যার শতকরা হার

- > ৯০ শতাংশ লক্ষিত জনসংখ্যা (৯০ শতাংশের বেশি)

চিকিৎসাসেবা (কভারেজ বা আওতা) গ্রহণের সুযোগ আছে, এমন মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে (SAM) **আক্রান্তের শতকরা হার**

- গ্রাম এলাকায় >৫০ শতাংশ (৫০ শতাংশের বেশি)
- শহর এলাকায় >৭০ শতাংশ (৭০ শতাংশের বেশি)
- আশ্রয়কেন্দ্রে > ৯০ শতাংশ (৯০ শতাংশের বেশি)

থেরাপিউটিক কেয়ারে বা চিকিৎসামূলক সেবায় ভর্তি থেকে ছাড়পত্রপ্রাপ্তদের মধ্যে যারা মারা গেছেন, সুস্থ হয়েছেন বা ঝরে পড়েছেন তাদের অনুপাত

- মৃত্যুবরণ করেছে: < ১০ শতাংশ (১০ শতাংশের কম)
- সুস্থ হয়েছে: > ৭৫ শতাংশ (৭৫ শতাংশের বেশি)
- কোনো পরিবর্তন হয়নি: < ১৫ শতাংশ (১৫ শতাংশের কম)

নির্দেশিকাসমূহ

কর্মসূচির প্রধান অংশসমূহ: হাসপাতালে ভর্তি রোগীর চিকিৎসা সরাসরি বা রেফারেলের মাধ্যমে প্রদান করা যেতে পারে। যে সকল শিশুর কোনো চিকিৎসাজনিত জটিলতা নেই, তাদের জন্য কর্মসূচিতে কমিউনিটির কাছাকাছি বহির্বিভাগ সেবা প্রদান করতে হবে। বহির্বিভাগের কেন্দ্রগুলো লক্ষিত জনসংখ্যার নিকটবর্তী হওয়া উচিত, যাতে ছোট শিশুদের নিয়ে যাতায়াতের ঝুঁকি ও খরচ কমে এবং পুনরায় বাস্তুচ্যুতির ঝুঁকিও হ্রাস পায় ⊕ *শিশুস্বাস্থ্য মান ২.২.২: নবজাতক এবং শিশুদের শৈশবকালীন রোগ ব্যবস্থাপনা দেখুন*।

কর্মসূচিগুলোকে অন্যান্য সংশ্লিষ্ট সেবার সঙ্গে সংযুক্ত করতে হবে, যেমন:

- সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি;
- এইচআইভি ও যক্ষ্মা (টিবি) নেটওয়ার্ক;

- পুনর্বাসন সেবা;
- প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা; এবং
- খাদ্যনিরাপত্তা কর্মসূচি, যার মধ্যে খাদ্যসহায়তা বা নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা অন্তর্ভুক্ত।

কভারেজ বা আওতা নিরূপণ (যাচাই) পদ্ধতি মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে এবং মাঝারি তীব্র অপুষ্টি কর্মসূচিতে একই রকম ⊕ *অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা মান ২.১: মাঝারি তীব্র অপুষ্টি দেখুন*।

ভর্তির মানদণ্ড: জাতীয় এবং আন্তর্জাতিক নির্দেশিকাগুলোর সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। ৬ মাসের কম বয়সী শিশুদের এবং যেসব গোষ্ঠীর এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) অবস্থা নির্ধারণ করা কঠিন, তাদের ভর্তির মানদণ্ড হিসেবে ক্লিনিক্যাল অবস্থা (রোগীর চিকিৎসাসংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিস্থিতি) এবং বুকের দুধ খাওয়ানোর অবস্থা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৪: তীব্র অপুষ্টি পরিমাপ এবং তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য দেখুন*।

এইচআইভি পজিটিভ (বা সন্দেহভাজন), যক্ষ্মা বা অন্য কোনো দীর্ঘস্থায়ী রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের প্রতি বৈষম্য করা যাবে না এবং ভর্তির মানদণ্ড পূরণ করলে তাদের সেবা পাওয়ার সমান সুযোগ থাকবে। কিছু ব্যক্তি যারা তীব্র অপুষ্টির জন্য এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) মানদণ্ড পূরণ করে না তারা সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো থেকে উপকৃত হতে পারে। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, এইচআইভি, যক্ষ্মা বা অন্যান্য দীর্ঘস্থায়ী রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিরা, সেবা থেকে ছাড়পত্র পাওয়া ব্যক্তিরা যাদের পুনরায় সংক্রমণ এড়াতে চিকিৎসামূলক সেবার প্রয়োজন বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা। যদি এ ধরনের ব্যক্তিরা এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) মানদণ্ড পূরণ না করে, তবে মনিটরিং ও রিপোর্টিং ব্যবস্থাগুলো সমন্বয় করতে হবে।

ভর্তির মানদণ্ড পূরণ করে না এমন এইচআইভি আক্রান্ত ব্যক্তিদের প্রায়ই পুষ্টির সহায়তার প্রয়োজন হয়। সংকটের সময় মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির জন্য চিকিৎসার প্রেক্ষাপটের বাইরে এ ধরনের সহায়তা প্রদান করা অধিক উপযোগী। এসব ব্যক্তি এবং তাদের পরিবারকে জনগোষ্ঠী ও বাড়িভিত্তিক সেবা, যক্ষ্মা চিকিৎসাকেন্দ্র এবং মা থেকে শিশু সংক্রমণ প্রতিরোধ কর্মসূচিসহ বিভিন্ন সেবা প্রদান করতে হবে।

ছাড়পত্রের মানদণ্ড ও রোগমুক্তি: ছাড়পত্রপ্রাপ্ত ব্যক্তিদের অবশ্যই কোনো চিকিৎসাজনিত জটিলতা থেকে মুক্ত থাকতে হবে। পাশাপাশি তাদের ক্ষুধা ফিরে আসতে হবে এবং পুষ্টিজনিত ফোলা (ইডেমা) ছাড়াই উপযুক্ত ও ধারাবাহিক ওজন বৃদ্ধি অর্জন এবং বজায় রাখতে হবে (যেমন, টানা দুবার ওজন মাপার ফলাফলে)। পুষ্টিজনিত ফোলা আছে এমন ব্যক্তি এবং ফোলা নেই এমন ব্যক্তিদের জন্য গড় ওজন বৃদ্ধির হার আলাদাভাবে গণনা করতে হবে। ৬ মাসের কম বয়সী শিশুদের জন্য মায়ের বুকের দুধ বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ; একইভাবে ৬ থেকে ২৪ মাস বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রেও বুকের দুধ খাওয়ানো অত্যন্ত জরুরি। যেসব শিশু বুকের দুধ খাচ্ছে না, তাদের নিবিড় পর্যবেক্ষণ প্রয়োজন। সঠিক সময়ের আগে ছেড়ে দেবার ঝুঁকি এড়াতে নির্ধারিত ছাড়পত্রের মানদণ্ড কঠোরভাবে অনুসরণ করতে হবে।

জনগোষ্ঠী-ভিত্তিক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার নির্দেশিকায় চিকিৎসার গড় অবস্থানকাল নির্ধারণ করা থাকে এবং সুস্থতার সময় কমিয়ে আনার লক্ষ্য থাকে। গড় অবস্থানকাল হিসাব করার সময় বিদ্যমান জাতীয় নির্দেশিকা অনুসরণ করতে হবে, কারণ এগুলো প্রেক্ষাপটের ওপর নির্ভর করে। এইচআইভি, যক্ষ্মা এবং অন্যান্য দীর্ঘমেয়াদি রোগের কারণে অপুষ্টিতে আক্রান্ত ব্যক্তি চিকিৎসায় সাড়া দিতে ব্যর্থ হতে পারে। এ ধরনের ব্যক্তিদের জন্য দীর্ঘমেয়াদি চিকিৎসার বিকল্প চিহ্নিত করতে স্বাস্থ্যসেবা এবং অন্যান্য সামাজিক ও জনগোষ্ঠী-ভিত্তিক সেবাদানকারীদের সাথে কাজ করতে হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা– যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.৩: এইচআইভি দেখুন*।

মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার জন্য কর্মক্ষমতা সূচক: মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে ভর্তি হয়ে পরে ছাড়পত্রপ্রাপ্ত ব্যক্তিদের মধ্যে রয়েছে এমন ব্যক্তিরা, যারা সুস্থ হয়েছে, মারা গেছে, চিকিৎসা অসম্পূর্ণ রেখে চলে গেছে অথবা সুস্থ হয়নি ⊕ *অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা মান ২.১: মাঝারি তীব্র অপুষ্টি নির্দেশিকাসমূহ দেখুন।*

মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনার কার্যকারিতা সূচকে আন্তবিভাগ ও বহির্বিভাগের চিকিৎসার ফলাফল একত্রিত করে গণনা করতে হবে, তবে যারা এক সেবা থেকে অন্য সেবায় স্থানান্তরিত হয়েছে তাদের দ্বিগুণ গণনা করা যাবে না। যদি এটি সম্ভব না হয়, ফলাফলের হার ব্যাখ্যা করার সময় সংশোধন করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, শুধু বহির্বিভাগ চিকিৎসা প্রদানের সময় কর্মসূচির ফলাফল তুলনামূলকভাবে ভালো আশা করা যায়। শুধু হাসপাতালে ভর্তি রোগীর চিকিৎসা দেওয়ার সময়, কর্মসূচিগুলো সমন্বিত সেবার জন্য নির্ধারিত ফলাফলের লক্ষ্য পূরণের চেষ্টা করবে।

স্বাস্থ্যসেবার মতো অন্যান্য সেবায় যাদেরকে পাঠানো (রেফার) হয়েছে তাদের চিকিৎসা শেষ হয়নি। যখন বহির্বিভাগের চিকিৎসা প্রদানের কর্মক্ষমতা নিরূপণ (যাচাই) করা হয়, তখন আন্তবিভাগে কতজন পাঠানো (রেফার) হয়েছে, তা উল্লেখ করতে হবে, যাতে কর্মসূচির ফলাফল সঠিকভাবে উপস্থাপিত হয়।

কার্যকারিতা সূচকগুলো এইচআইভি-সংক্রান্ত জটিলতা বিবেচনায় নেয় না। এইচআইভি-সংক্রান্ত জটিলতা মৃত্যুহারের ওপর প্রভাব ফেলবে। এ ধরনের পরিস্থিতিতে, কর্মসূচির ফলাফলের ব্যাখ্যা করার সময় এ বিষয়টি বিবেচনায় রাখতে হবে।

ছাড়পত্র সূচকের পাশাপাশি, কার্যকারিতা পর্যবেক্ষণের সময় নতুন ভর্তিকৃত রোগীদের বিভিন্ন দিক (লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধিতা), চিকিৎসাধীন শিশুর সংখ্যা এবং মোট কতভাগ চিকিৎসা নিয়েছে, তা পর্যালোচনা করতে হবে। পুনরায় ভর্তি, ক্লিনিক্যাল (রোগীর চিকিৎসা-সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিস্থিতি) অবস্থার অবনতি, অসম্পূর্ণ চিকিৎসা (ডিফল্ট) এবং চিকিৎসায় সাড়া না দেওয়ার অনুপাত ও কারণসমূহ নিয়মিতভাবে অনুসন্ধান ও নথিভুক্ত করতে হবে। এসব সংজ্ঞা বিদ্যমান নির্দেশিকার সঙ্গে সামঞ্জস্য রেখে প্রয়োজনে খাপ খাইয়ে নিতে হবে।

স্বাস্থ্যসংক্রান্ত ব্যবস্থা: সব মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি কর্মসূচিতে জাতীয় বা আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অনুযায়ী পদ্ধতিগত চিকিৎসা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে। যক্ষ্মা ও এইচআইভির মতো অন্তর্নিহিত রোগ ব্যবস্থাপনার জন্য কার্যকর রেফারেল প্রক্রিয়া থাকা অপরিহার্য। যেসব এলাকায় এইচআইভির প্রকোপ বেশি সেখানে অপুষ্টি কর্মসূচিতে এইচআইভি সংক্রমণ রোধ এবং মা ও শিশুর বেঁচে থাকার সহায়ক ব্যবস্থা বিবেচনায় নিতে হবে। যেখানে এইচআইভির প্রকোপ খুব সাধারণ (১ শতাংশের বেশি) সেখানে অপুষ্টিতে ভুগছে এমন শিশুদের এইচআইভি পরীক্ষা করে তাদের এইচআইভির অবস্থা জানতে হবে এবং অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল চিকিৎসার প্রয়োজনীয়তা নির্ধারণ করতে হবে। *(অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) হলো এইচআইভি (HIV) ভাইরাসের সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণে রাখার জন্য ব্যবহৃত একধরনের চিকিৎসাপদ্ধতি। এই থেরাপিতে একাধিক অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল (ARV) ওষুধের সমন্বয়ে একটি নির্দিষ্ট ডোজ গ্রহণ করা হয়, যা এইচআইভির প্রতিলিপি তৈরিতে বাধা দেয় এবং শরীরের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা পুনরুদ্ধার করতে সাহায্য করে। এর ফলে এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি সুস্থ জীবন যাপন করতে পারে এবং ভাইরাসের বিস্তার রোধ করা যায়)*

বুকের দুধ খাওয়ানোর সহায়তা: পুষ্টি পুনর্বাসন এবং সুস্থতা অর্জনের অংশ হিসেবে, হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ভর্তি নবজাতকদের মায়েদের দক্ষ বুকের দুধ খাওয়ানোর সহায়তা দেওয়া অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। এটি বিশেষ করে ছয় মাসের কম বয়সী শিশুর এবং প্রতিবন্ধী শিশুর মায়েদের জন্য বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ। লক্ষ্যভিত্তিক দক্ষ সহায়তা এবং সহকর্মী সহায়তা নিশ্চিত করতে পর্যাপ্ত সময় ও সম্পদ প্রদান করতে হবে, যেমন বুকের দুধ খাওয়ানোর জন্য নির্দিষ্ট ব্যক্তিগত জায়গা। ৬ মাসের কম বয়সী শিশুর মায়েদের তীব্র অপুষ্টির অবস্থা বিবেচনা ছাড়াই সম্পূরক খাদ্য রেশন দিতে হবে। যদি ওই মায়েরা এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) মানদণ্ড অনুযায়ী মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত হন, তাহলে তাদের চিকিৎসার জন্য ভর্তি করতে হবে।

মনঃসামাজিক সহায়তা: মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত শিশুদের পুনর্বাসনের সময় খেলার মাধ্যমে মানসিক ও শারীরিক উদ্দীপনা দেওয়া জরুরি। এতে ভালোবাসা এবং মায়ের ইতিবাচক মানসিক অবস্থার উন্নতি হয়। এ ধরনের শিশুর পরিচর্যাকারীদের চিকিৎসার জন্য তাদের শিশুদের আনতে প্রায়ই সামাজিক ও মনঃসামাজিক সহায়তা প্রয়োজন হয়। কোন কোন কিছু মায়ের ক্ষেত্রে প্রসবকালীন বিষণ্নতায় মানসিক স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার জন্যও সহায়তা প্রয়োজন হতে পারে, যা সামাজিক সম্পৃক্তকরণ কর্মসূচির মাধ্যমে দেওয়া যেতে পারে। কর্মসূচিগুলোতে শিশুদের ভবিষ্যৎ প্রতিবন্ধকতা ও জ্ঞান-সম্পর্কিত (cognitive) প্রতিবন্ধিতা প্রতিরোধ এবং চিকিৎসায় উদ্দীপনা ও পারস্পরিক যোগাযোগের গুরুত্বকে জোর দিতে হবে। তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত শিশুদের সকল পরিচর্যাকারীকে চিকিৎসাকালীন খাওয়ানো ও পরিচর্যা করার সুযোগ দিতে হবে; পাশাপাশি পরামর্শ, প্রদর্শনী এবং স্বাস্থ্য ও পুষ্টিবিষয়ক তথ্য প্রদান করতে হবে। পরিচর্যাকারী ও ভাইবোনদের ওপর চিকিৎসার প্রভাব কীভাবে পড়ছে সে বিষয়ে মনোযোগ দিতে হবে এবং পর্যাপ্ত শিশু যত্নের ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে, পারিবারিক বিচ্ছেদ এড়িয়ে চলতে হবে, মনঃসামাজিক যন্ত্রণা কমাতে হবে এবং সম্ভাব্য চিকিৎসাবিধি সর্বাধিকভাবে মেনে চলতে হবে।

অন্যান্য অংশীদারদের সাথে সংযোগ: শিশু সুরক্ষা এবং লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা নিয়ে কাজ করা অংশীদারদের সঙ্গে সমন্বয় করে রেফারেল পথ এবং তথ্য বিনিময় নীতি প্রতিষ্ঠা করতে হবে। শারীরিক, যৌন বা মানসিক সহিংসতা, শোষণ বা অপব্যবহারের সংস্পর্শে আসা শিশুদের পরিচর্যাকারীদের জন্য সহায়ক ও গোপনীয়ভাবে রেফারেল প্রদানের জন্য পুষ্টি কর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

৩. অণুপুষ্টি ঘাটতি (Micronutrient eficiencies)

অনেক দেশেই অণুপুষ্টি ঘাটতি আর্থসামাজিক উন্নয়নের ক্ষেত্রে একটি বাধা। এগুলো মানুষের স্বাস্থ্য, শেখার সক্ষমতা ও উৎপাদনশীলতার ওপর গুরুতর প্রভাব ফেলে। এসব ঘাটতি অপুষ্টি, অনুন্নয়ন এবং দারিদ্র্যের দুষ্টচক্রকে আরও জোরদার করে, যা ইতিমধ্যে সুবিধাবঞ্চিত গোষ্ঠীগুলোকেই সবচেয়ে বেশি ক্ষতিগ্রস্ত করছে।

অণুপুষ্টি ঘাটতি অনেক ক্ষেত্রেই চিহ্নিত করা কঠিন। গুরুতর ঘাটতির ক্লিনিক্যাল লক্ষণগুলো *(ক্লিনিক্যাল লক্ষণ বলতে বোঝায় এমন শারীরিক বা মানসিক লক্ষণ, যা রোগীকে সরাসরি পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা জিজ্ঞাসাবাদের মাধ্যমে স্বাস্থ্যকর্মী শনাক্ত করতে পারেন)* হয়তো খুব সহজে নির্ণয় করা গেলেও, স্বাস্থ্য এবং জনসংখ্যার টিকে থাকার ওপর গুরুতর প্রভাব ফেলতে পারে সাবক্লিনিক্যাল (উপসর্গবিহীন) ঘাটতি। অনুমান করা হয় যে জনসংখ্যার মধ্যে বিদ্যমান অণুপুষ্টি ঘাটতি যেকোনো সংকটকে আরও খারাপ করে। জনসাধারণের জন্য বিস্তৃত আকারের পদক্ষেপ ও ব্যক্তিগত চিকিৎসার মাধ্যমে এই অণুপুষ্টির ঘাটতি মোকাবিলা করতে হবে।

অণুপুষ্টি ঘাটতি নিয়ন্ত্রণের তিনটি প্রধান পদ্ধতি রয়েছে:

- **সম্পূরক সরবরাহ:** সহজে শোষণযোগ্য আকারে অণুপুষ্টি উপাদান সরবরাহ করার মাধ্যমে সাধারণত ব্যক্তি ও লক্ষিত জনসংখ্যার অণুপুষ্টির অবস্থা দ্রুততম সময়ে নিয়ন্ত্রণে আনা যায়। উদাহরণ হিসেবে রক্তস্বল্পতা (অ্যানিমিয়া) প্রতিরোধে আয়রন সম্পূরক কর্মসূচি, গর্ভবতী নারীদের জন্য ফলিক অ্যাসিড সম্পূরক এবং পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের জন্য ভিটামিন 'এ' সম্পূরক উল্লেখ করা যায়।
- **ফর্টিফিকেশন বা খাদ্য সমৃদ্ধকরণ বা খাবারে প্রয়োজনীয় পুষ্টি উপাদান যোগ করা** *(স্বাভাবিক খাবারের সঙ্গে অতিরিক্ত ভিটামিন বা খনিজ মিশিয়ে তার পুষ্টিমান বাড়ানোকে ফর্টিফিকেশন বলা হয়)*: খাদ্যপণ্যে অণুপুষ্টি উপাদান সংযোজন অণুপুষ্টি ঘাটতি নিয়ন্ত্রণের একটি কার্যকর কৌশল হতে পারে। এর উদাহরণ হিসেবে আয়োডিনযুক্ত লবণ, অণুপুষ্টি গুঁড়া (মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট পাউডার) বা ভিটামিন এ-সমৃদ্ধ ভোজ্য উদ্ভিজ্জ তেল অন্তর্ভুক্ত।
- **খাদ্যভিত্তিক কৌশল:** বিভিন্ন খাবারে প্রাকৃতিকভাবে বিদ্যমান ভিটামিন এবং খনিজ, অণুপুষ্টি ঘাটতি নিয়ন্ত্রণের জন্য অপরিহার্য। নীতিমালা ও কর্মসূচির মাধ্যমে বছরব্যাপী পর্যাপ্ত বৈচিত্র্যময়, পরিমাণগত, গুণগত এবং নিরাপদ, অণুপুষ্টিসমৃদ্ধ খাবার নিশ্চিত করা উচিত।

সংকট পরিস্থিতিতে এই তিনটি পদ্ধতিই ব্যবহার করা হলেও এর মধ্যে সবচেয়ে বেশি এবং সবচেয়ে প্রচলিত পদ্ধতি হলো সম্পূরক সরবরাহ।

অণুপুষ্টি ঘাটতি মান ৩:
অণুপুষ্টি ঘাটতি

অণুপুষ্টি ঘাটতি চিহ্নিত করে যথাযথভাবে মোকাবিলা করা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ সাধারণ অণুপুষ্টি ঘাটতি নির্ধারণ করতে সংকট পূর্ব পরিস্থিতির সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করতে হবে।

২. অণুপুষ্টি ঘাটতি শনাক্তকরণ ও চিকিৎসা বিষয়ে স্বাস্থ্যকর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

৩. অণুপুষ্টি ঘাটতির ঝুঁকিতে দ্রুত ও কার্যকরভাবে সাড়া দেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় পদ্ধতি এবং প্রক্রিয়া স্থাপন করতে হবে।

৪. সংকটকালে সাধারণত দেখা যায় এমন রোগ কমানোর লক্ষ্যে অণুপুষ্টি মোকাবিলার কার্যক্রমকে জনস্বাস্থ্য সাড়াদানের সঙ্গে সংযুক্ত করতে হবে; যেমন হাম ব্যবস্থাপনায় ভিটামিন এ এবং ডায়রিয়া ব্যবস্থাপনায় জিংক ব্যবহার।

প্রধান সূচকসমূহ

স্কার্ভি (ভিটামিন 'সি'র ঘাটতিজনিত রোগ), পেলাগ্রা (ভিটামিন বি-৩-এর (নিয়াসিন) ঘাটতিজনিত রোগ), বেরিবেরি (বি-১-এর (থায়ামিন) ঘাটতিজনিত রোগ) বা রিবোফ্লাভিনের ঘাটতির (ভিটামিন বি-২-এর ঘাটতিজনিত রোগ) কোনো ঘটনা নেই

- বয়সভিত্তিক ও সমগ্র জনসংখ্যার জন্য জনস্বাস্থ্যগত গুরুত্বের সংজ্ঞা জানতে ⊕ *পরিশিষ্ট ৫: জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ দেখুন*
- যেখানে প্রযোজ্য, সেখানে জাতীয় বা প্রেক্ষাপটভিত্তিক সূচক ব্যবহার করতে হবে

জেরোফথালমিয়া (ভিটামিন 'এ'র ঘাটতিজনিত চোখের রোগ), রক্তস্বল্পতা এবং আয়োডিনের ঘাটতির হার জনস্বাস্থ্যগতভাবে গুরুত্বপূর্ণ নয়

- বয়সভিত্তিক ও সমগ্র জনসংখ্যার জন্য জনস্বাস্থ্যগত গুরুত্বের সংজ্ঞা জানতে ⊕ *পরিশিষ্ট ৫: জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ দেখুন*
- যেখানে প্রযোজ্য, সেখানে জাতীয় বা প্রেক্ষাপটভিত্তিক সূচক ব্যবহার করতে হবে

নির্দেশিকাসমূহ

ক্লিনিক্যাল অণুপুষ্টি ঘাটতি নির্ণয়: ক্লিনিক্যাল (রোগের চিকিৎসা) অণুপুষ্টি ঘাটতি সব সময় যোগ্যতাসম্পন্ন চিকিৎসাকর্মীদের দ্বারা নির্ণয় করা উচিত। যখন এই ঘাটতিগুলোর ক্লিনিক্যাল সূচক, স্বাস্থ্য বা পুষ্টির নজরদারি ব্যবস্থায় অন্তর্ভুক্ত করা হয়, তখন কর্মীদের মৌলিক নিরূপণ (যাচাই) পরিচালনা এবং সেই অনুযায়ী অন্যত্র রেফার করার বিষয়ে প্রশিক্ষণ দিতে হবে। নির্দিষ্ট রোগ-সংজ্ঞা নির্ধারণ অনেক ক্ষেত্রে জটিল হতে পারে; সংকটকালীন পরিস্থিতিতে সম্পূরক সাড়া প্রদানে সাড়া কেমন হচ্ছে, তার ভিত্তিতে এসব সংজ্ঞা নির্ধারণ করা যেতে পারে।

সাবক্লিনিক্যাল (উপসর্গবিহীন) অণুপুষ্টি ঘাটতি হলো এমন ঘাটতি, যা এতটা তীব্র নয় যে সহজে চিহ্নিতযোগ্য উপসর্গ দেখা যায়। তবে এগুলো স্বাস্থ্যের ওপর ক্ষতিকর প্রভাব ফেলতে পারে। এমন ঘাটতি শনাক্তকরণের জন্য বিশেষায়িত জৈব রাসায়নিক পরীক্ষার প্রয়োজন। ব্যতিক্রম শুধু রক্তস্বল্পতা শনাক্তকরণের ক্ষেত্রে, যা একটি মৌলিক পরীক্ষার মাধ্যমে সম্ভব এবং মাঠপর্যায়ে সহজেই করা যায়।

পরোক্ষ সূচকগুলো অণুপুষ্টি ঘাটতির ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) করতে এবং কখন সম্পূরক (উন্নত খাবার) গ্রহণের প্রয়োজন হতে পারে, তা নির্ধারণ ব্যবহার করা হয়। পরোক্ষ নিরূপণের (যাচাই)

ক্ষেত্রে জনসংখ্যার পুষ্টি উপাদান গ্রহণের পরিমাণ অনুমান করা হয় এবং সেখান থেকে অণুপুষ্টি ঘাটতির ঝুঁকি নিরূপণ করা হয়। এটি করার জন্য, খাদ্যের সহজলভ্যতা, প্রাপ্যতা ও ব্যবহারসংক্রান্ত বিদ্যমান তথ্য পর্যালোচনা করতে হবে এবং খাদ্য রেশনের পর্যাপ্ততা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে।

প্রতিরোধ: অণুপুষ্টি ঘাটতি প্রতিরোধের কৌশলগুলো নিচের অধ্যায় ৬-এ উল্লেখ করা হয়েছে (⊕ *খাদ্যসহায়তা মান ৬.১: সাধারণ পুষ্টিচাহিদা দেখুন*)। অণুপুষ্টি ঘাটতি প্রতিরোধে রোগ নিয়ন্ত্রণ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। তীব্র শ্বাসযন্ত্রের সংক্রমণ, হাম, পরজীবী সংক্রমণ যেমন ম্যালেরিয়া এবং ডায়রিয়া ইত্যাদি দেহের অণুপুষ্টি উপাদানের সঞ্চয় কমিয়ে দেয়। চিকিৎসার যথাযথ প্রস্তুতির জন্য প্রয়োজন রোগের ঘটনার সংজ্ঞা নির্ধারণ, চিকিৎসার জন্য নির্দেশিকা তৈরি এবং সক্রিয়ভাবে রোগী শনাক্তকরণের ব্যবস্থা তৈরি করা ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–শিশুস্বাস্থ্য মানসমূহ ২.২.১ এবং ২.২.২ দেখুন।*

অণুপুষ্টি ঘাটতি চিকিৎসা: অণুপুষ্টি ঘাটতির ক্ষেত্রে রোগী শনাক্তকরণ ও চিকিৎসা স্বাস্থ্য ব্যবস্থার ভেতরে এবং খাদ্যসহায়তা কর্মসূচির মাধ্যমে পরিচালিত হওয়া উচিত। যেখানে অণুপুষ্টি ঘাটতির হার জনস্বাস্থ্যের জন্য নির্ধারিত সীমা অতিক্রম করে, সেখানে সম্পূরক খাদ্য প্রদানের মাধ্যমে পুরো জনসংখ্যাকে সর্বজনীন চিকিৎসা দেওয়া উপযুক্ত হতে পারে। অণুপুষ্টি ঘাটতির ফলে যে রোগগুলো সবচেয়ে বেশি দেখা যায়, সেগুলোর মধ্যে রয়েছে স্কার্ভি (ভিটামিন 'সি'-র ঘাটতি), পেলাগ্রা (ভিটামিন বি-৩ বা নিয়াসিনের ঘাটতি), বেরিবেরি (ভিটামিন বি-১ বা থায়ামিনের ঘাটতি) এবং রিবোফ্লাভিনের ঘাটতি (ভিটামিন বি-২-এর ঘাটতি) ⊕ *পরিশিষ্ট ৫: জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ দেখুন*।

অণুপুষ্টি ঘাটতি নিয়ন্ত্রণে জনস্বাস্থ্যভিত্তিক কার্যক্রমের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত:

- ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের জন্য টিকাদানের সঙ্গে ভিটামিন এ সম্পূরক প্রদান;
- ১২-৫৯ মাস বয়সী সকল শিশুকে কৃমিনাশক ওষুধ প্রদান;
- খাদ্যঝুড়িতে (food basket) আয়োডিনযুক্ত লবণ এবং অন্যান্য ফোর্টিফাইডসমৃদ্ধ *(ফোর্টিফাইড অর্থ হলো পুষ্টি উপাদান যোগ করা। অর্থাৎ, যে খাবারে ইচ্ছাকৃতভাবে অতিরিক্ত ভিটামিন বা খনিজ, যেমন-আয়রন, আয়োডিন, ভিটামিন এ যোগ করা হয়, সেই খাবারকে ফোর্টিফাইড খাবার বলা হয়)* খাদ্যপণ্য যেমন ভিটামিন-এ এবং ভিটামিন-ডি-যুক্ত ফোর্টিফাইড উদ্ভিজ্জ তেল যুক্ত করা এবং মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট বা অণুপুষ্টি গুঁড়া বা আয়োডিনযুক্ত তেল প্রদান;
- ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের জন্য লৌহযুক্ত (আয়রনযুক্ত) একাধিক অণুপুষ্টি প্রদান;
- গর্ভবতী এবং বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের জন্য ফলিক অ্যাসিডসহ দৈনিক লৌহযুক্ত (আয়রনযুক্ত) একাধিক অণুপুষ্টি সম্পূরক প্রদান।

লৌহযুক্ত (আয়রনযুক্ত) একাধিক অণুপুষ্টি পণ্য পাওয়া না গেলে, গর্ভবতী নারীদের আয়রন এবং ফলিক অ্যাসিড সম্পূরক প্রতিদিন সরবরাহ করতে হবে এবং প্রসব-পরবর্তী মায়েদের জন্য প্রসবের পর ৪৫ দিন পর্যন্ত বিতরণ করতে হবে।

ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার অণুপুষ্টি ঘাটতির ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) করতে লিঙ্গভিত্তিক পরোক্ষ সূচক ব্যবহার করতে হবে এবং উন্নত খাদ্য গ্রহণ বা সম্পূরক ব্যবহারের চাহিদা নির্ধারণ করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, ভিটামিন 'এ'-র ঘাটতির জন্য পরোক্ষ সূচকে অন্তর্ভুক্ত কম ওজনের জন্ম, কৃশকায় (রোগা হয়ে যাওয়া) এবং খর্বকায় (উচ্চতা স্বাভাবিকের তুলনায় কম) শিশু। ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে অণুপুষ্টি ঘাটতির ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে এবং উন্নত খাদ্য গ্রহণ বা সম্পূরক ব্যবহার করার প্রয়োজনীয়তা নির্ধারণ করতে হবে ⊕ *খাদ্য নিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.২: পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) দেখুন।*

৪. নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো

জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) যথাযথ এবং সময়োপযোগী সহায়তা জীবন রক্ষা করে ও শিশুদের পুষ্টি, স্বাস্থ্য এবং বিকাশ সুরক্ষিত করে। নবজাতক ও ছোট শিশুদের অনুপযুক্ত খাওয়ানোর চর্চা পুষ্টি কমে যাওয়া, রোগ এবং মৃত্যুর ঝুঁকি বাড়ায়, পাশাপাশি মাতৃস্বাস্থ্যের ওপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলে। সংকট পরিস্থিতিতে এসব ঝুঁকি আরও বেড়ে যায়। কিছু নবজাতক ও ছোট শিশু বিশেষভাবে ঝুঁকিপূর্ণ, যেমন–

- কম ওজন নিয়ে জন্মগ্রহণকারী নবজাতক;
- পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন এবং অভিভাবকহীন শিশু;
- বিষণ্ণতায় ভোগা মায়েদের নবজাতক ও ছোট শিশু;
- দুই বছরের কম বয়সী বুকের দুধ না খাওয়া শিশু;
- মাঝারি বা উচ্চমাত্রার এইচআইভি প্রাদুর্ভাবযুক্ত জনসংখ্যা থেকে আগত শিশু;
- প্রতিবন্ধী শিশু, বিশেষ করে যাদের খাওয়াতে সমস্যা হয়; এবং
- তীব্র অপুষ্টি, খর্বতা বা অণুপুষ্টি ঘাটতিতে ভোগা নবজাতক ও ছোট শিশু।

জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) বলতে ০-২৩ মাস বয়সী বুকের দুধ খাওয়া এবং বুকের দুধ না খাওয়া উভয় ধরনের নবজাতক ও ছোট শিশুর পুষ্টিগত চাহিদা সুরক্ষা এবং সহায়তার জন্য গৃহীত কার্যক্রম ও বাস্তবায়নসমূহ উল্লেখ করে। অগ্রাধিকারমূলক বাস্তবায়নসমূহ:

- বুকের দুধ খাওয়ানোর সুরক্ষা এবং সহায়তা;
- উপযুক্ত এবং নিরাপদ পরিপূরক খাদ্য খাওয়ানো; এবং
- বুকের দুধ খাওয়ানো সম্ভব নয় এমন শিশুদের জন্য কৃত্রিম দুধ খাওয়ানোর ব্যবস্থাপনা।

গর্ভবতী এবং বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের সহায়তা তাদের শিশুদের কল্যাণের জন্য অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। শিশুদের "শুধুমাত্র বুকের দুধ খাওয়ানো" বলতে বোঝায়, নবজাতক শিশু বুকের দুধ ছাড়া অন্য কোনো তরল গ্রহণ করবে না, এবং অপরিহার্য অণুপুষ্টির সম্পূরক বা ওষুধ ছাড়া আর কোনো শক্ত খাবার গ্রহণ করবে না। এটি জীবনের প্রথম ছয় মাসে নবজাতকদের খাদ্য ও তরলজাতীয় খাবারের নিরাপত্তা নিশ্চিত করে এবং সক্রিয় রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা প্রদান করে। বুকের দুধ খাওয়ানো শিশুর মস্তিষ্কের সর্বোত্তম বিকাশ নিশ্চিত করে এবং তুলনামূলক বড় নবজাতক ও শিশুদের (৬ মাসের বেশি বয়সী শিশু) স্বাস্থ্য সুরক্ষায় গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে, বিশেষ করে যেখানে পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন এবং স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (ওয়াশ) সংক্রান্ত পরিস্থিতি অপর্যাপ্ত। বুকের দুধ খাওয়ানো ঋতুস্রাব বিলম্বিত করে মাতৃস্বাস্থ্য রক্ষা করে এবং স্তন ক্যানসারের ঝুঁকি কমায়। একই সাথে এটি মায়ের সাথে শিশুর বন্ধন এবং সংবেদনশীলতা বাড়িয়ে শিশুর মানসিক সুস্থতা উন্নত করে।

এই অংশে মূল কার্যক্রমসমূহ জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর কার্যনির্দেশিকা প্রতিফলিত করে (Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies)। এই কার্যনির্দেশিকাটি একটি আন্তসংস্থা কর্মদলের উদ্যোগ, যার উদ্দেশ্য হলো জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো (IYCF-E) নিশ্চিত করতে এবং বুকের

দুধের বিকল্প পণ্যের বাজারজাতকরণ-বিষয়ক আন্তর্জাতিক কোড (International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes, "কোড") বাস্তবায়নের জন্য সংক্ষিপ্ত ও ব্যবহারিক নির্দেশিকা প্রদান করা।

নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো মান ৪.১: নীতিমালা ও সমন্বয়

নীতিমালা নির্দেশনা এবং সমন্বয় নিশ্চিত করে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর জন্য নিরাপদ, সময়োপযোগী এবং উপযুক্ত খাদ্য প্রদান।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সংকটকালীন সমন্বয় ব্যবস্থার আওতায় জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) জন্য একটি সমন্বয়কারী কর্তৃপক্ষ প্রতিষ্ঠা করতে হবে এবং বিভিন্ন খাতের মধ্যে কার্যকর সহযোগিতা নিশ্চিত করতে হবে।

- যেখানে সম্ভব, সেখানে সরকারকে সমন্বয়কারী কর্তৃপক্ষ হিসেবে দায়িত্ব পালনে সহায়তা করতে হবে।

২. প্রস্তুতি-সংক্রান্ত সংশ্লিষ্ট জাতীয় নীতিমালা ও মানবিক সংস্থার নীতিগত নির্দেশনায় কার্যনির্দেশিকার (Operational Guidance) নির্দিষ্ট দিকনির্দেশনাগুলো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

- যেখানে কোনো নীতিমালা নেই, সেখানে জাতীয় কর্তৃপক্ষের সঙ্গে নির্দেশিকা এবং একটি যৌথ বিবৃতি তৈরি করতে হবে।
- সম্ভব হলে সংশ্লিষ্ট জাতীয় নীতিমালাগুলো আরও শক্তিশালী করতে হবে।

৩. সাড়াদান কার্যক্রমের সকল স্তরে জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) বিষয়ে শক্তিশালী, সমন্বিত এবং সময়োপযোগী যোগাযোগকে সমর্থন করতে হবে।

- বিদ্যমান জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) নীতিমালা ও চর্চা সম্পর্কে যত দ্রুত সম্ভব মানবিক সংস্থা, দাতা সংস্থা এবং গণমাধ্যমকে জানাতে হবে।
- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের সাথে বিদ্যমান সেবা, জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) চর্চা এবং মতামত বা অভিযোগ জানানোর ব্যবস্থা সম্পর্কে যোগাযোগ করতে হবে।

৪. বুকের দুধের বিকল্প; অন্যান্য তরল দুগ্ধজাত পণ্য, খাওয়ানোর বোতল এবং নিপল গ্রহণ বা সহায়তা প্রদানের অনুরোধ করা থেকে বিরত থাকতে হবে।

- এ ধরনের সহায়তা আসলে তা কার্যনির্দেশিকা এবং কোড অনুসারে নির্ধারিত কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে পরিচালনা করতে হবে।
- বুকের দুধের বিকল্প পণ্যের ক্ষেত্রে কঠোর লক্ষ্য নির্ধারণ ও ব্যবহার, সংগ্রহ, ব্যবস্থাপনা এবং বিতরণ নিশ্চিত করতে হবে। এসব কার্যক্রম অবশ্যই চাহিদা ও ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই), তথ্য বিশ্লেষণ এবং কারিগরি নির্দেশনার ভিত্তিতে পরিচালিত হতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

জরুরি পরিস্থিতিতে কার্যনির্দেশিকার নির্দিষ্ট বিষয়গুলো অনুযায়ী গৃহীত নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF) নীতিসমূহের শতকরা হার

কোনো নিয়ম (কোড) লঙ্ঘনের রিপোর্ট হয়নি

বুকের দুধের বিকল্প (BMS), তরল দুগ্ধজাত পণ্য, বোতল এবং নিপল-সংক্রান্ত অনুদান সময়মতো ও যথাযথভাবে মোকাবিলা করা হয়েছে, এমন নিয়ম (কোড) লঙ্ঘনের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ, সাড়াদানকারী ও গণমাধ্যমের সাথে যোগাযোগ: বিদ্যমান সেবা এবং স্বাস্থ্যসম্মত নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর চর্চা সম্পর্কে যোগাযোগ করতে গেলে সহায়তা প্রদানকারী বিভিন্ন গোষ্ঠী ও সাধারণ জনগণের উপযোগী করে ভিন্ন ভিন্ন বার্তা প্রস্তুত করতে হবে। বার্তা তৈরির সময় দাদা-দাদি বা নানা-নানি, একক অভিভাবক, শিশুপ্রধান পরিবার বা ভাই-বোনের তত্ত্বাবধানে থাকা শিশু, পাশাপাশি যারা প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের দেখাশোনা করে তাদের চাহিদা বিবেচনায় নিতে হবে।

বুকের দুধের বিকল্প বাজারজাতকরণের আন্তর্জাতিক কোড: আন্তর্জাতিক কোডটি বুকের দুধের বিকল্পের নিরাপদ ব্যবহার নিশ্চিত করার মাধ্যমে কৃত্রিম খাবার গ্রহণকারী শিশুদের সুরক্ষা দেয়। এটি নিরপেক্ষ ও সঠিক তথ্যের ওপর ভিত্তি করে তৈরি এবং সব পরিস্থিতিতেই প্রযোজ্য। প্রস্তুতি পর্যায়ে কোডটি জাতীয় আইনে অন্তর্ভুক্ত করা উচিত এবং সংকটকালীন সাড়াদানে তা কার্যকরভাবে প্রয়োগ করতে হবে। জাতীয় আইন না থাকলে অন্তত কোডের বিধানসমূহ বাস্তবায়ন করতে হবে।

কোডটি বুকের দুধের বিকল্প, খাওয়ানোর বোতল বা নিপলের প্রাপ্যতা নিষিদ্ধ করে না বা ব্যবহারে বাধা প্রদান করে না। এটি কেবল এসব পণ্যের বিপণন, সংগ্রহ ও বিতরণকে সীমিত করে। সংকটকালে খাবারের লেবেল-সংক্রান্ত সমস্যা এবং লক্ষ্যহীন বিতরণের কারণে কোড লঙ্ঘনের ঘটনা ঘটে। সংকটের সময়, কোড লঙ্ঘনের ঘটনা নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে এবং ইউনিসেফ (UNICEF), ডব্লিউএইচও (WHO) এবং স্থানীয় কর্তৃপক্ষকে রিপোর্ট করতে হবে।

যেখানে মানসম্মত সূচক বিদ্যমান, সেখানে সেগুলো ব্যবহার করতে হবে এবং না থাকলে প্রেক্ষাপটভিত্তিক সূচক তৈরি করতে হবে। বাস্তবায়নের সময়সীমা বিবেচনায় নিয়ে অগ্রগতি ও সাফল্য পরিমাপের জন্য জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) মানদণ্ড নির্ধারণ করতে হবে। বাস্তবায়নকারী অংশীদারদের মধ্যে এবং জরিপ কার্যক্রমে জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) সূচকের একরূপ ব্যবহার নিশ্চিত করতে উৎসাহিত করতে হবে। জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) বাস্তবায়ন কার্যক্রম পর্যবেক্ষণের অংশ হিসেবে নিরূপণ (যাচাই) অথবা প্রাথমিক নিরূপণের (যাচাই) কিছু অংশ পুনরায় পরিচালনা করতে হবে। বাস্তবায়নের প্রভাব নির্ধারণ করতে বার্ষিক জরিপ ব্যবহার করতে হবে।

কৃত্রিম খাবার খাওয়ানো: সব ধরনের বুকের দুধের বিকল্প অবশ্যই কোডেক্স অ্যালিমেন্টারিস এবং কোড মেনে চলতে হবে। জরুরি পরিস্থিতিতে কৃত্রিম খাদ্য খাওয়ানোর ঝুঁকি কমাতে পর্যাপ্ত ওয়াশ

সেবা নিশ্চিত করা অত্যন্ত জরুরি। বুকের দুধের বিকল্প বিতরণব্যবস্থা প্রেক্ষাপটের ওপর নির্ভর করে, যার মধ্যে বাস্তবায়নের পরিসর অন্তর্ভুক্ত। সাধারণ বা সর্বজনীন খাদ্য বিতরণে কৌটার দুধ বা ইনফ্যান্ট ফর্মুলা এবং অন্যান্য বুকের দুধের বিকল্প অন্তর্ভুক্ত করা যাবে না। শুকনো তরল দুগ্ধজাত দ্রব্য এবং তরল দুধকে একক পণ্য হিসেবে বিতরণ করা যাবে না। কৃত্রিম খাদ্য খাওয়ানোর সূচক এবং ব্যবস্থাপনা অবশ্যই কার্যনির্দেশিকা ও আন্তর্জাতিক কোড অনুসারে এবং জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) মনোনীত সমন্বয়কারী কর্তৃপক্ষের তত্ত্বাবধানে পরিচালিত হতে হবে।

নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো মান ৪.২:
জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) জন্য বিভিন্ন সেক্টরের সহায়তা

নবজাতক ও ছোট শিশুদের মা এবং পরিচর্যাকারীরা যেন সময়মতো ও উপযুক্ত খাদ্যসহায়তা পান, যা ঝুঁকি কমায়, সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপটের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় এবং পুষ্টি, স্বাস্থ্য ও টিকে থাকার ক্ষেত্রে সর্বোত্তম ফল নিশ্চিত করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো মায়েদের খাদ্য, নগদ অর্থ বা ভাউচার প্রাপ্তি এবং অন্যান্য সহায়ক সহায়তা প্রদানে অগ্রাধিকার দিতে হবে।

২. গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো মায়েদের জন্য সঠিকভাবে বুকের দুধ খাওয়ানো-বিষয়ক পরামর্শ সেবা পাওয়ার সুযোগ দিতে হবে।

৩. জন্মের পরপরই শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো শুরু করতে সকল নবজাতকের মায়েদের লক্ষ্যভিত্তিক সহায়তা করতে হবে।

- মাতৃত্ব সেবার আওতায় শুধু বুকের দুধ খাওয়ানোর জন্য সহজ নির্দেশনা প্রদান করতে হবে।
- ০-৫ মাস বয়সী শিশুদের শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো এবং ৬ মাস থেকে ২ বছর বয়সী শিশুদের বুকের দুধ খাওয়ানো অব্যাহত রাখতে সুরক্ষা, প্রচার ও সমর্থন করতে হবে।
- যেখানে ০-৫ মাস বয়সী শিশুদের বুকের দুধের পাশাপাশি অন্য খাবার খাওয়ানো প্রচলিত, সেখানে ধাপে ধাপে শুধু বুকের দুধ খাওয়ানোতে ফিরিয়ে আনার জন্য সহায়তা করতে হবে।

৪. যেসব নবজাতককে কৃত্রিম খাদ্য খাওয়ানো প্রয়োজন, তাদের মা ও পরিচর্যাকারীদেরকে উপযুক্ত বুকের দুধের বিকল্প, খাবার খাওয়ানোর সরঞ্জাম এবং সংশ্লিষ্ট সহায়তা প্রদান করতে হবে।

- যেসব শিশু মায়ের বুকের দুধ খেতে পারে না, সে ক্ষেত্রে পুনরায় বুকের দুধ খাওয়ানো শুরু করা (রিল্যাকটেশন) এবং দুধ-মা (ওয়েট নার্সিং) ব্যবস্থার নিরাপত্তা ও সম্ভাব্যতা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে। এ ক্ষেত্রে সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপট এবং সেবার প্রাপ্যতা বিবেচনায় নিতে হবে।
- যদি বুকের দুধের বিকল্পই একমাত্র গ্রহণযোগ্য বিকল্প হয়, তাহলে রান্না ও খাবার খাওয়ানোর উপকরণ, ওয়াশ সহায়তা এবং স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার সুযোগসহ একটি পূর্ণাঙ্গ প্রয়োজনীয় সহায়তা প্যাকেজ প্রদান করতে হবে।

৫. সময়মতো, নিরাপদ, পর্যাপ্ত এবং উপযুক্ত পরিপূরক খাদ্যসহায়তা প্রদান করতে হবে।

- শিশুদের জন্য পরিপূরক খাদ্য হিসেবে বাড়ির খাবার উপযুক্ত কি না, তা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে, প্রেক্ষাপটভিত্তিক পরামর্শ দিতে হবে এবং পরিপূরক খাদ্য খাওয়ানোয় সহায়তা প্রদান করতে হবে।
- যেসব শিশুদের খাওয়াতে অসুবিধা হয় তাদের কথা বিবেচনায় রেখে, খাওয়ানোর উপকরণ এবং রান্নার উপকরণের সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে।

৬. বিশেষভাবে ঝুঁকিপূর্ণ নবজাতক ও ছোট শিশুদের জন্য খাদ্য সহায়তা প্রদান করতে হবে।

- পুষ্টি কর্মসূচির আওতায় নবজাতক শিশুর উদ্দীপনামূলক কার্যক্রম এবং প্রারম্ভিক শিশুবিকাশ সংক্রান্ত-যত্নের অনুশীলনে সহায়তা করতে হবে।

৭. প্রয়োজন অনুযায়ী অণুপুষ্টি সম্পূরক প্রদান করতে হবে।

- গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের মাতৃপুষ্টি ভাণ্ডার এবং বুকের দুধের পুষ্টিমান সুরক্ষার জন্য দৈনিক প্রয়োজন অনুযায়ী একাধিক অণুপুষ্টি-সমৃদ্ধ দৈনিক সম্পূরক প্রদান করতে হবে, নারীরা পুষ্টিসমৃদ্ধ (ফোর্টিফাইড) রেশন পায় বা না পায়, সেটা বিবেচ্য বিষয় নয়।
- ইতোমধ্যেই আয়রন এবং ফলিক অ্যাসিড সম্পূরক প্রদান করা হলে তা চালিয়ে যেতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

দক্ষ পরামর্শসেবা পাওয়ার সুযোগ আছে এমন বুকের দুধ খাওয়ানো মায়েদের শতকরা হার

যেসব নবজাতককে কৃত্রিম খাদ্য খাওয়ানো প্রয়োজন, তাদের জন্য কোড-সম্মত উপযুক্ত বুকের দুধের বিকল্প এবং সংশ্লিষ্ট সহায়তা পাওয়ার সুযোগ রয়েছে এমন অভিভাবক বা পরিচর্যাকারীদের শতকরা হার

৬ থেকে ২৩ মাস বয়সী শিশুদের জন্য সময়মতো, উপযুক্ত, পর্যাপ্ত পুষ্টিসমৃদ্ধ এবং নিরাপদ পরিপূরক খাদ্যসহায়তা পাওয়ার সুযোগ রয়েছে, এমন অভিভাবক বা পরিচর্যাকারীদের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো (IYCF-E) নিরূপণ (যাচাই) ও পর্যবেক্ষণ: জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) সাড়াদানের প্রয়োজনীয়তা এবং অগ্রাধিকার নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে এবং জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) কার্যক্রমের প্রভাব পর্যবেক্ষণ করতে হবে ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.২: পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) দেখুন।*

বিভিন্ন সেক্টরভিত্তিক (মাল্টিসেক্টর) সহযোগিতা: জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো (IYCF-E) শনাক্ত এবং সহায়তার জন্য বিভিন্ন খাতের এন্ট্রি পয়েন্টগুলোর মধ্যে রয়েছে–

- প্রসব-পূর্ব ও প্রসব-পরবর্তী সেবা;
- টিকাদান কেন্দ্র;
- শিশু বৃদ্ধি পর্যবেক্ষণ কার্যক্রম;

- প্রারম্ভিক শিশুবিকাশ সেবা;
- এইচআইভি চিকিৎসাসেবা (মা থেকে শিশুর সংক্রমণ প্রতিরোধসহ);
- তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসাসেবা;
- জনগোষ্ঠীর (মা ও শিশু) স্বাস্থ্য, মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা;
- পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন এবং স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (ওয়াশ) সেবা;
- কর্মসংস্থানের স্থান; এবং
- কৃষি সম্প্রসারণ কার্যক্রম।

লক্ষিত গোষ্ঠী: পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের জন্য সব নিরূপণ (যাচাই) ও কর্মসূচি-সংক্রান্ত তথ্য অবশ্যই লিঙ্গ ও বয়সভিত্তিক, যেমন ০-৫ মাস, ৬-১১ মাস, ১২-২৩ মাস এবং ২৪-৫৯ মাস অনুযায়ী আলাদা করতে হবে। প্রতিবন্ধিতাভিত্তিক শিশুকে ২৪ মাস থেকে পৃথকীকরণ সুপারিশ করা হয়।

প্রতিবন্ধী শিশু, পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন এবং অবিভাবকহীন নবজাতক ও ছোট শিশুদের পুষ্টি এবং যত্নের চাহিদা পূরণের জন্য সেবা শনাক্ত ও প্রতিষ্ঠা করতে হবে। পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন এবং অভিভাবকহীন শিশুদের সুরক্ষার জন্য শিশু সুরক্ষা অংশীদারদের কাছে রেফার করতে হবে। গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের অনুপাত নির্ধারণ করতে হবে।

মাঝারি বা উচ্চমাত্রার এইচআইভি প্রাদুর্ভাবযুক্ত জনগণ, পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন এবং অবিভাবকহীন শিশু, কম ওজন নিয়ে জন্ম নেওয়া নবজাতক, প্রতিবন্ধী ও খাওয়াতে অসুবিধা হয় এমন শিশু, দুই বছরের কম বয়সী শিশু যারা বুকের দুধ খায় না এবং যারা তীব্র অপুষ্টিতে ভুগছে, তাদেরকে বিশেষভাবে বিবেচনায় রাখতে হবে। মনে রাখতে হবে, বিষণ্ণতায় আক্রান্ত মায়েদের শিশুর অপুষ্টির ঝুঁকি তুলনামূলকভাবে বেশি।

গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারী: যদি বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের চাহিদা খাদ্য, নগদ অর্থ বা ভাউচার সহায়তা কর্মসূচির মাধ্যমে পূরণ না হয়, তবে তাদেরকে পুষ্টিসমৃদ্ধ (ফর্টিফায়েড) খাদ্যের আওতাভুক্ত করতে হবে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) নির্দেশনা অনুযায়ী অণুপুষ্টি সম্পূরক দিতে হবে।

মানসিকভাবে বিপর্যস্ত মায়েদের জন্য মনঃসামাজিক সহায়তার ব্যবস্থা করতে হবে, প্রয়োজনে মানসিক স্বাস্থ্যসেবায় রেফার করতে হবে। প্রতিবন্ধী মায়েদের জন্য উপযুক্ত সহায়তার ব্যবস্থা করতে হবে। নারীদের বুকের দুধ খাওয়ানোর জন্য ক্যাম্পে নিরাপদ স্থান এবং অন্যান্য সম্মিলিত পরিবেশ তৈরি করতে হবে, যেমন শুধু বুকের দুধ খাওয়ানোর জায়গাসহ শিশুবান্ধব স্থান।

বুকের দুধ খাচ্ছে এমন নবজাতক: পরিকল্পনা ও সম্পদ বরাদ্দ এমনভাবে করতে হবে, যাতে জটিল পরিস্থিতিতেও সঠিকভাবে বুকের দুধ খাওয়ানোর সহায়তা দেওয়া যায়। এতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে ০-৬ মাস বয়সী তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত নবজাতক, সেসব জনগোষ্ঠী যেখানে সাধারণত মায়ের দুধের পাশাপাশি অন্য খাবার খাওয়ানো হয় এবং এইচআইভি পরিস্থিতিতে যে সব নবজাতকদের খাওয়ানো হয়।

বুকের দুধ খাচ্ছে না এমন নবজাতক: সব ধরনের সংকটে, যেসব নবজাতক ও ছোট শিশু বুকের দুধ পায় না তাদেরকে সুরক্ষা নিশ্চিত করতে হবে এবং তাদের পুষ্টির চাহিদা পূরণে সহায়তা করতে হবে। বুকের দুধ না খাওয়ানোর পরিণতি শিশুর বয়স অনুসারে ভিন্ন হয়। সবচেয়ে কম বয়সী শিশুরা সংক্রামক রোগের ঝুঁকিতে সবচেয়ে বেশি থাকে। তারা উপযুক্ত বুকের দুধের বিকল্প, জ্বালানি, প্রয়োজনীয় উপকরণ এবং ওয়াশ সুবিধার নির্ভরযোগ্য প্রাপ্যতার ওপর নির্ভরশীল।

শিশুর জন্য ইনফ্যান্ট ফর্মুলা এবং অন্যান্য বুকের দুধের বিকল্প: ০-৫ মাস বয়সী শিশুদের জন্য ইনফ্যান্ট ফর্মুলা হলো উপযুক্ত বুকের দুধের বিকল্প। তরল আকারে তৈরি ইনফ্যান্ট ফর্মুলাকে অগ্রাধিকার দিতে হবে, যেহেতু এটি প্রস্তুতির প্রয়োজন হয় না এবং গুড়া ইনফ্যান্ট ফর্মুলা চেয়ে কিছুটা কম ঝুঁকিপূর্ণ।

তৈরি ইনফ্যান্ট ফর্মুলার সঠিক ব্যবহার, সাবধানে সংরক্ষণ এবং স্বাস্থ্যবিধি মোতাবেক খাওয়ানোর পাত্র পরিষ্কার রাখা অত্যন্ত জরুরি। তবে তৈরি ইনফ্যান্ট ফর্মুলা আকারে ভারী হওয়ায় এটি পরিবহন ও সংরক্ষণ ব্যয়বহুল। ছয় মাসের বেশি বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রে বিকল্প তরল দুধ ব্যবহার করতে হবে। বিকল্প তরল দুধের মধ্যে রয়েছে গরু, ছাগল, ভেড়া, উট বা মহিষের পাস্তুরিত পূর্ণ-চর্বিযুক্ত দুধ; অতি-উচ্চ তাপমাত্রায় প্রক্রিয়াজাত তরল দুধ; গাঁজানো তরল দুধ বা দই।

ছয় মাসের বেশি বয়সী শিশুদের জন্য ইনফ্যান্ট ফর্মুলার ব্যবহার সংকটের আগের অভ্যাস, বিদ্যমান সম্পদ, বিকল্প তরল দুধের উৎস, পরিপূরক খাবারের পর্যাপ্ততা এবং মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থার নীতির ওপর নির্ভর করবে।

বুকের দুধের বিকল্প ব্যবহারের নির্দেশনা স্বল্প বা দীর্ঘমেয়াদি হতে পারে। ছয় মাসের বেশি বয়সী শিশুদের জন্য বাজারজাত ফলো-অন (follow-on), গ্রোয়িং-আপ (growing-up) তরল দুধ এবং টডলার (toddler) তরল দুধের প্রয়োজন নেই।

একজন যোগ্য স্বাস্থ্য বা পুষ্টি কর্মী স্বতন্ত্র নিরূপণ (যাচাই), নিয়মিত ফলো-আপ এবং প্রয়োজনীয় সহায়তার মাধ্যমে ইনফ্যান্ট ফর্মুলার চাহিদা নির্ধারণ করতে পারেন। যেখানে স্বতন্ত্র নিরূপণ (যাচাই) সম্ভব নয়, সেখানে নিরূপণ (যাচাই) ও লক্ষ্য নির্ধারণের জন্য সমন্বয়কারী কর্তৃপক্ষ এবং কারিগরি মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর সাথে পরামর্শ করতে হবে। শিশুটি বুকের দুধ খাওয়া শুরু না করা পর্যন্ত বা শিশুর বয়স কমপক্ষে ছয় মাস না হওয়া পর্যন্ত ইনফ্যান্ট ফর্মুলা সরবরাহ অব্যাহত রাখতে হবে। যেসব শিশুর জন্য বুকের দুধের বিকল্প প্রদান করা প্রয়োজন, তাদের এটি দেওয়ার ক্ষেত্রে অসাবধানতাবশত বুকের দুধ খাওয়ানো মায়েদের এটি ব্যবহার করতে উৎসাহিত করা যাবে না।

শিশুকে খাওয়াতে বোতল ব্যবহার করা যাবে না, কারণ বোতল পরিষ্কার করা কঠিন। কাপে করে খাওয়ানোতে উৎসাহিত করতে হবে এবং এ বিষয়ে প্রয়োজনীয় সহায়তা দিতে হবে।

ব্যক্তি বা জনগোষ্ঠী পর্যায়ে অসুস্থতার বিশেষ করে ডায়রিয়ার ওপর বিশেষ গুরুত্ব দিয়ে নজরদারি বজায় রাখতে হবে।

পরিপূরক খাদ্য খাওয়ানো হলো সেই প্রক্রিয়া, যা শুরু হয় যখন নবজাতকের পুষ্টিচাহিদা মেটাতে শুধু মায়ের দুধ আর যথেষ্ট থাকে না এবং মায়ের দুধের পাশাপাশি অন্যান্য খাদ্য ও তরল প্রয়োজন হয়। শিল্পজাতভাবে উৎপাদিত বা স্থানীয়ভাবে প্রস্তুতকৃত হোক, পরিপূরক খাদ্য ও তরল ৬-২৩ মাস বয়সী শিশুদের সরবরাহ করতে হবে।

পরিপূরক খাদ্যসহায়তার ধরন নির্ধারণে মূল বিবেচ্য বিষয় হলো শিশুর আগের এবং বর্তমান পুষ্টির ঘাটতি। অন্যান্য বিবেচ্য বিষয়গুলোর মধ্যে রয়েছে, পুষ্টিকর খাদ্যের প্রাপ্যতা ও ক্রয়ক্ষমতা, খাদ্য সরবরাহের মৌসুমিভিত্তিক পরিবর্তন এবং স্থানীয়ভাবে সহজলভ্য ভালো মানের পরিপূরক খাদ্যপ্রাপ্তির সুযোগ। পরিপূরক খাদ্য সাড়াদানের বিকল্পগুলোর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত:

- স্থানীয়ভাবে সহজলভ্য পুষ্টিসমৃদ্ধ (ফর্টিফাইড) এবং পুষ্টিসম্পন্ন খাদ্য কেনার জন্য নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা;
- পারিবারিক পর্যায়ে পুষ্টিসম্পন্ন খাদ্য বা সমৃদ্ধ খাদ্য (ফর্টিফাইড) বিতরণ;
- ৬-২৩ মাস বয়সী শিশুদের জন্য একাধিক অণুপুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্য (ফর্টিফাইড) প্রদান;
- অণুপুষ্টি সম্পূরকসহ বাড়িতে খাদ্য সমৃদ্ধকরণ (ফর্টিফাইড) যেমন অণুপুষ্টি গুঁড়া বা অন্যান্য সম্পূরক;
- জীবিকা কর্মসূচি; এবং
- সামাজিক নিরাপত্তা কর্মসূচি।

নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা প্রদানের পাশাপাশি প্রশিক্ষণ বা তথ্যভিত্তিক বার্তা প্রদানের কথা বিবেচনা করতে হবে, যাতে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ পুষ্টিগত উন্নয়ন নিশ্চিত করতে নগদ অর্থের সর্বোত্তম ব্যবহার বুঝতে পারে।

অণুপুষ্টি সম্পূরক: ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশু যারা সমৃদ্ধ খাদ্য (ফর্টিফাইড) পাচ্ছে না, তাদের পুষ্টি চাহিদা পূরণের জন্য একাধিক অণুপুষ্টি সম্পূরকের প্রয়োজন হতে পারে। ভিটামিন এ সম্পূরক প্রদান সুপারিশ করা হয়। ম্যালেরিয়া-প্রবণ এলাকায় অণুপুষ্টি গুঁড়াসহ যেকোনো রূপে আয়রন সরবরাহ করতে হবে এবং তা অবশ্যই ম্যালেরিয়া নির্ণয়, প্রতিরোধ এবং চিকিৎসা কার্যক্রমের সাথে সমন্বিতভাবে দিতে হবে। ম্যালেরিয়া প্রতিরোধের কৌশলের উদাহরণ হিসেবে রয়েছে কীটনাশকযুক্ত মশারি প্রদান এবং পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি, ম্যালেরিয়া রোগের দ্রুত নির্ণয় এবং কার্যকর ম্যালেরিয়া প্রতিষেধক ওষুধের মাধ্যমে চিকিৎসা করা। যেসব শিশু ম্যালেরিয়া প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থার আওতায় নেই, তাদের আয়রন দেওয়া যাবে না। সর্বশেষ নির্দেশনা অনুসারে গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের আয়রন এবং ফলিক অ্যাসিড বা একাধিক অণুপুষ্টি সম্পূরক প্রদান করতে হবে।

এইচআইভি আক্রান্ত মা এবং নবজাতকদের খাওয়ানো: এইচআইভি আক্রান্ত মায়েদের অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল থেরাপি গ্রহণের সময় কমপক্ষে ১২ মাস এবং সম্ভব হলে ২৪ মাস বা আরও বেশি সময় পর্যন্ত শিশুকে বুকের দুধ খাওয়াতে সহায়তা করতে হবে। যদি অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল ওষুধ পাওয়া না যায়, তাহলে এমন কৌশল বেছে নিতে হবে যাতে নবজাতকদের এইচআইভি-মুক্তভাবে বেঁচে থাকার সর্বাধিক সম্ভাবনা তৈরি হয়। এর মানে হলো এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকি এবং এইচআইভি-বহির্ভূত কারণে শিশুমৃত্যুর ঝুঁকির মধ্যে ভারসাম্য করা। সেই অনুযায়ী মা এবং পরিচর্যাকারীদের সহায়তা করতে হবে। অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল ওষুধ দ্রুত পাওয়ার ব্যবস্থাকে অগ্রাধিকার দিতে হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.৩: এইচআইভি দেখুন*।

এইচআইভি-সংক্রমিত নয় এমন মা ও দুধ মায়েদেরকে (ওয়েট নার্স) বুকের দুধ খাওয়ানোর পরামর্শ দিতে হবে এবং যাদের এইচআইভি অবস্থা অজানা, তাদের শিশুর জীবনের প্রথম ছয় মাস শুধু বুকের দুধ খাওয়ানোর পরামর্শ দিতে হবে। এর পরে শিশুর ২৪ মাস বা তার বেশি বয়স পর্যন্ত বুকের দুধ খাওয়ানো চালিয়ে যাওয়ার সময় পরিপূরক খাদ্যও শুরু করতে হবে। যেসব শিশু ইতিমধ্যে বিকল্প খাদ্যে অভ্যস্ত, তাদের দ্রুত শনাক্ত করে প্রয়োজনীয় সহায়তা দিতে হবে।

বিদ্যমান জাতীয় ও আঞ্চলিক বা স্থানীয় নীতিমালা পর্যালোচনা করতে হবে এবং সেগুলো সর্বশেষ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশের সাথে সংগতিপূর্ণ কি না, তা যাচাই করতে হবে। এইচআইভি-বহির্ভূত

সংক্রামক রোগের ঝুঁকিতে থাকা, জরুরি পরিস্থিতির সম্ভাব্য স্থায়িত্ব, বিকল্প খাবার খাওয়ানো সম্ভব কি না এবং অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল ওষুধের প্রাপ্যতা বিবেচনা করে নতুন সংকট পরিস্থিতিতে এসব নীতি উপযোগী কি না, তা নির্ধারণ করতে হবে। হালনাগাদ অন্তর্বর্তী নির্দেশনা জারি করে তা মা ও পরিচর্যাকারীদেরকে জানানোর প্রয়োজন হতে পারে।

লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা, শিশু সুরক্ষা এবং পুষ্টি: লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা, লিঙ্গবৈষম্য এবং পুষ্টি প্রায়ই পরস্পর সম্পর্কযুক্ত। পারিবারিক সহিংসতা নারী এবং তাদের সন্তানদের স্বাস্থ্য ও কল্যাণের জন্য হুমকি সৃষ্টি করতে পারে। শিশু পরিচর্যাকারী বা লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা বা শিশু নির্যাতনের শিকার শিশুদের জন্য পুষ্টি কর্মীদের সহায়ক এবং গোপনীয়তার সহিত রেফারেলের ব্যবস্থা করতে হবে। অন্যান্য সমন্বিত কার্যক্রমের মধ্যে রয়েছে পরামর্শ দেওয়া, নারী ও শিশুবান্ধব চিকিৎসাকেন্দ্র গড়ে তোলা এবং চিকিৎসা থেকে বাদ পড়ার হার (default) ও চিকিৎসায় সাড়া না দেওয়া শিশুদের নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করা। পুষ্টি কর্মসূচিতে লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা বিশেষজ্ঞ এবং শিশু সুরক্ষার ঘটনা নিয়ে কাজ করা কর্মীদেরকে অন্তর্ভুক্ত করার কথা বিবেচনা করতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ৩ এবং ৪ দেখুন*।

জনস্বাস্থ্য জরুরি অবস্থা: জনস্বাস্থ্য সংকটের সময় স্বাস্থ্য ও খাদ্য খাওয়ানোর সহায়তা সেবায় যেন কোনো ধরনের ব্যাঘাত না ঘটে, সে জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ নিতে হবে, যাতে পারিবারিক খাদ্যনিরাপত্তা ও জীবিকা বজায় রাখা এবং বুকের দুধ খাওয়ানোর মাধ্যমে রোগ সংক্রমণের ঝুঁকি কমানো, পাশাপাশি মাতৃ-অসুস্থতা ও মৃত্যুহ্রাস নিশ্চিত করা যায়। যেখানে প্রয়োজন, কলেরা, ইবোলা এবং জিকা ভাইরাস-সংক্রান্ত নির্দেশিকার জন্য বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) নির্দেশনা অনুসরণ করতে হবে।

৫. খাদ্যনিরাপত্তা

খাদ্যনিরাপত্তা তখনই বিদ্যমান থাকে, যখন সব মানুষ শারীরিক ও অর্থনৈতিকভাবে পর্যাপ্ত, নিরাপদ এবং পুষ্টিকর খাদ্যপ্রাপ্তির সুযোগ পায়, যা একটি সক্রিয় ও সুস্থ জীবনযাপনের জন্য তাদের খাদ্যগত পছন্দ এবং চাহিদা পূরণ করে।

খাদ্যনিরাপত্তা সামষ্টিক-অর্থনৈতিক, সামাজিক-রাজনৈতিক এবং পরিবেশগত বিভিন্ন নিয়ামক দ্বারা প্রভাবিত হয়। জাতীয় ও আন্তর্জাতিক নীতি, প্রক্রিয়া বা প্রতিষ্ঠানগুলো ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের পুষ্টিকর খাদ্যপ্রাপ্তিতে প্রভাব ফেলতে পারে। স্থানীয় পরিবেশের অবক্ষয় এবং জলবায়ু পরিবর্তনের কারণে ক্রমবর্ধমান পরিবর্তনশীল ও বিরূপ আবহাওয়া পরিস্থিতিও খাদ্যনিরাপত্তার ওপর উল্লেখযোগ্য প্রভাব ফেলে।

মানবিক সংকটে, খাদ্যনিরাপত্তা সাড়াদানের লক্ষ্য এমন হওয়া উচিত যাতে স্বল্পমেয়াদি চাহিদা পূরণ হয় এবং একই সঙ্গে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীকে এমন মানিয়ে নেওয়ার কৌশল গ্রহণ থেকে বিরত রাখা, যা দীর্ঘ মেয়াদে ক্ষতিকর হতে পারে। সময়ের সাথে সাথে এসব সাড়াদানের মাধ্যমে জীবিকা সুরক্ষা ও পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে আসা, কর্মসংস্থানের সুযোগ স্থিতিশীল বা সৃষ্টি করা এবং দীর্ঘমেয়াদি খাদ্যনিরাপত্তা পুনঃপ্রতিষ্ঠায় অবদান রাখা উচিত। একই সাথে নিশ্চিত করতে হবে, এ সকল পদক্ষেপের ফলে যাতে প্রাকৃতিক সম্পদ এবং পরিবেশের ওপর নেতিবাচক প্রভাব না পড়ে।

পরিবারের খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা হলো পুষ্টি কমে যাওয়ার চারটি অন্তর্নিহিত কারণের একটি, এর পাশাপাশি রয়েছে অনুপযুক্ত খাওয়ানো ও যত্নচর্চা, অস্বাস্থ্যকর পারিবারিক পরিবেশ এবং পর্যাপ্ত স্বাস্থ্যসেবার অভাব।

এই অংশে অন্তর্ভুক্ত মানসমূহ সাধারণ জনগণের পাশাপাশি পুষ্টিগতভাবে অধিক ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর খাদ্য চাহিদা পূরণের জন্য প্রয়োজনীয় সম্পদের বিষয়টি বিবেচনায় নেয়া হয়েছে। এর মধ্যে রয়েছে পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশু, এইচআইভি বা এইডস নিয়ে জীবনযাপনকারী ব্যক্তি, প্রবীণ ব্যক্তি, দীর্ঘমেয়াদি রোগে আক্রান্ত ব্যক্তি এবং প্রতিবন্ধী মানুষ।

সাধারণ জনগণের খাদ্যচাহিদা পূরণ না হলে অপুষ্টি নিরসনের লক্ষ্যে সাড়াদানের প্রভাব সীমিত থাকবে। যারা অপুষ্টি থেকে সেরে ওঠে কিন্তু পর্যাপ্ত খাদ্য গ্রহণ করতে পারে না, তারা আবারও পুষ্টিগত দিক দিয়ে অবনতির ঝুঁকিতে পড়বে।

সবচেয়ে কার্যকর এবং দক্ষ সংকট সাড়াদান বিকল্প বেছে নেওয়ার জন্য অবশ্যই লিঙ্গভিত্তিক চাহিদা, পরিবারের পছন্দ, খরচের সক্ষমতা ও কার্যকারিতা, সুরক্ষা ঝুঁকি এবং মৌসুমি পরিবর্তন নিয়ে একটি বিশদ বিশ্লেষণ করা প্রয়োজন। পাশাপাশি নির্দিষ্ট খাদ্যের ধরন ও পরিমাণ এবং তা বিতরণের সর্বোত্তম পদ্ধতিও চিহ্নিত করতে হবে।

ঝুঁকিপূর্ণ পরিবারগুলোর জন্য খাদ্যই সবচেয়ে বড় ব্যয়ের খাত। নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা মানুষকে তাদের সামগ্রিক সম্পদ আরাও ভালোভাবে ব্যবস্থাপনায় সহায়তা করতে পারে, যদিও এর কার্যকারিতা প্রদানকৃত সহায়তার (হস্তান্তর) পরিমাণের ওপর নির্ভরশীল। যৌথ বিশ্লেষণ ও কর্মসূচির উদ্দেশ্য লক্ষ্য নির্ধারণ, হস্তান্তর মূল্য এবং প্রয়োজনে সহায়তার সঙ্গে যুক্ত শর্ত নির্ধারণে দিকনির্দেশনা দেবে।

খাদ্যনিরাপত্তার সাড়াদান ধীরে ধীরে স্থানীয় বাজারব্যবস্থার মাধ্যমে কাজ করা বা তাদের সহযোগিতা করার লক্ষ্যে পরিচালিত হওয়া উচিত। স্থানীয়, জাতীয় বা আঞ্চলিক পর্যায়ে খাদ্য সংগ্রহের সিদ্ধান্ত বাজার সম্পর্কে সুস্পষ্ট ধারণার ভিত্তিতে হওয়া উচিত, যার মধ্যে বাজার ও আর্থিক সেবা প্রদানকারীদের সক্ষমতাও অন্তর্ভুক্ত থাকবে। বাজারভিত্তিক কর্মসূচি, যেমন ব্যবসায়ীদের পুনরায় পণ্য মজুদ করার জন্য অনুদান প্রদান, স্থানীয় বাজারব্যবস্থাকে শক্তিশালী করতেও সহায়ক হতে পারে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান এবং ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

খাদ্যনিরাপত্তা মান ৫:
সাধারণ খাদ্যনিরাপত্তা

মানুষ এমন খাদ্যসহায়তা পায়, যা তাদের বেঁচে থাকার নিশ্চয়তা দেয়, তাদের মর্যাদা রক্ষা করে, তাদের সম্পদ রক্ষা করে এবং সহনশীলতা গড়ে তোলে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণের (যাচাই) তথ্যের ভিত্তিতে তাৎক্ষণিক চাহিদা পূরণের জন্য সাড়াদান পরিকল্পনা করতে হবে এবং খাদ্যনিরাপত্তা সহায়তা, সুরক্ষা, উন্নয়ন ও আগের অবস্থায় ফিরিয়ে আনার ব্যবস্থা বিবেচনা করতে হবে।

- খাদ্য সরবরাহ বা রেশন দেওয়ার জন্য পণ্যভিত্তিক (In-kind) এবং নগদ অর্থভিত্তিক উভয় বিকল্প বিবেচনা করতে হবে।

২. সকল খাদ্যনিরাপত্তা কর্মসূচির জন্য যত দ্রুত সম্ভব কর্মসূচি শেষ করার পরিকল্পনা এবং পরবর্তী পদক্ষেপের কৌশল তৈরি করতে হবে।

- অন্যান্য খাতের সাড়াদানের সাথে খাদ্যনিরাপত্তা কর্মসূচিগুলো সমন্বয় করতে হবে।

৩. খাদ্যসহায়তা প্রাপ্ত মানুষরা যেন তাদের জীবিকা বজায় রাখতে ও মোকাবিলা করতে প্রয়োজনীয় জ্ঞান, দক্ষতা এবং সেবা পাওয়ার সুযোগ পায় তা নিশ্চিত করতে হবে।

৪. প্রাকৃতিক পরিবেশকে আরও অবক্ষয় থেকে রক্ষা, সংরক্ষণ এবং আগের অবস্থায় ফিরিয়ে আনার ব্যবস্থা করতে হবে।

- পরিবেশের ওপর রান্নার জ্বালানির প্রভাব বিবেচনা করতে হবে।
- বনভূমি উজাড় বা মাটি ক্ষয়ের কারণ না হয় এমন জীবিকার কৌশল বিবেচনা করতে হবে।

৫. বিভিন্ন গোষ্ঠী ও ব্যক্তিদের দ্বারা মানবিক খাদ্যনিরাপত্তা সহায়তা গ্রহণযোগ্যতার মাত্রা এবং প্রাপ্তির সুযোগ পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

৬. খাদ্যসহায়তা প্রাপ্ত মানুষদের সাথে সাড়াদানের পরিকল্পনা নিয়ে পরামর্শ করতে হবে এবং তাদের সাথে সম্মান ও মর্যাদাপূর্ণ আচরণ নিশ্চিত করতে হবে।

- মতামত এবং অভিযোগ প্রদানের জন্য একটি ব্যবস্থা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

গ্রহণযোগ্য ফুড কনজাম্পশন স্কোর (খাদ্য গ্রহণ স্কোর) আছে, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

- >৩৫ শতাংশ (৩৫ শতাংশের বেশি); যদি তেল ও চিনি সরবরাহ করা হয়, তবে >৪২ শতাংশ (৪২ শতাংশের বেশি)

গ্রহণযোগ্য ডায়েটারি ডাইভারসিটি স্কোর (খাদ্যতালিকাগত বৈচিত্র্য স্কোর) আছে, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

- নিয়মিতভাবে ৫টির বেশি প্রধান খাদ্যগোষ্ঠীর খাবার গ্রহণ করা

গ্রহণযোগ্য মানিয়ে নেওয়ার কৌশল সূচক আছে, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

সহায়তাপ্রাপ্ত মানুষদের মধ্যে যারা তাদের সাথে মর্যাদাপূর্ণ আচরণ-সংক্রান্ত অভিযোগ বা নেতিবাচক মতামত জানিয়েছে, এমন মানুষের শতকরা হার

- সমস্ত অভিযোগ নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করা হয় এবং দ্রুত সাড়া প্রদান করা হয়।

নির্দেশিকাসমূহ

প্রেক্ষাপট: সাড়াদানের ক্রমাগত প্রাসঙ্গিকতা নিরূপণের (যাচাই) জন্য সামগ্রিক খাদ্যনিরাপত্তা পরিস্থিতি নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে। কার্যক্রম কখন ধাপে ধাপে বন্ধ করতে হবে এবং কখন পরিবর্তন বা নতুন প্রকল্প চালু করতে হবে, তা নির্ধারণ করতে হবে এবং অ্যাডভোকেসির প্রয়োজন রয়েছে কি না, তা চিহ্নিত করতে হবে।

শহরাঞ্চলে, হাউসহোল্ড ফুড এক্সপেন্ডিচার সূচক (পারিবারের খাদ্য ব্যয়ের সূচক) প্রেক্ষাপট অনুযায়ী বিশ্লেষণের জন্য পদক্ষেপ নিতে হবে, বিশেষ করে ঘনবসতিপূর্ণ নিম্ন-আয়ের আবাসনগুলোতে। উদাহরণস্বরূপ, ফুড এক্সপেন্ডিচার শেয়ার (খাদ্য ব্যয়ের ভাগ) এবং এর নির্ধারিত সীমা শহর এলাকার প্রেক্ষাপটে সঠিক না-ও হতে পারে, কারণ খাদ্যসামগ্রী ছাড়া যেমন ভাড়া এবং ঘর গরম রাখার খরচের মতো ব্যয় তুলনামূলকভাবে বেশি।

কর্মসূচি শেষ করার (exit) এবং ধাপে ধাপে পরিবর্তনের (transition) পরিকল্পনা: কর্মসূচির শুরু থেকেই কর্মসূচি শেষ করার (exit) এবং ধাপে ধাপে পরিবর্তনের (transition) কৌশল তৈরি করতে হবে। কোনো কর্মসূচি বন্ধ করা বা পরিবর্তন করার আগে উন্নতির প্রমাণ থাকতে হবে অথবা অন্য কোনো সংস্থা দায়িত্ব নিতে সক্ষম হতে হবে। খাদ্য সহায়তার ক্ষেত্রে, এটি বিদ্যমান বা পরিকল্পিত সামাজিক সুরক্ষা বা দীর্ঘমেয়াদি সামাজিক নিরাপত্তাব্যবস্থার সাথে সম্পর্কিত হতে পারে।

খাদ্য সহায়তা কর্মসূচি সামাজিক সুরক্ষাব্যবস্থার সাথে সমন্বয় করতে পারে বা এই ধরনের ভবিষ্যৎ ব্যবস্থার ভিত্তি স্থাপন করতে পারে। মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলো এমন পদ্ধতিগুলোর পক্ষেও পরামর্শ দিতে পারে যেখানে একটি দীর্ঘস্থায়ী খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা বিশ্লেষণের মাধ্যমে দীর্ঘস্থায়ী খাদ্যনিরাপত্তাহীনতাকে মোকাবিলা করা সম্পর্কে জানানো সম্ভব ⊕ *ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক দেখুন*।

ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠী: নির্দিষ্ট গোষ্ঠী বা ব্যক্তিদের বিপন্ন করে এমন যেকোনো ধারা চিহ্নিত ও প্রতিরোধ করতে জনগোষ্ঠী-ভিত্তিক ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) এবং অন্যান্য অংশগ্রহণমূলক পর্যবেক্ষণ ব্যবহার করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, জ্বালানি এবং/অথবা জ্বালানী সাশ্রয়ী চুলা বিতরণ নারী ও মেয়েদের শারীরিক এবং যৌন নির্যাতনের ঝুঁকি কমাতে পারে। সম্পূরক বা অতিরিক্ত নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা (হস্তান্তর), বিশেষ করে ঝুঁকিপূর্ণ পরিবার বা ব্যক্তি, যেমন নারী ও শিশুপ্রধান পরিবার বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের পরিবার, যৌন শোষণ এবং শিশুশ্রমের ঝুঁকি কমাতে পারে।

জনগোষ্ঠীভিত্তিক সহায়তা কাঠামো: ব্যবহারকারীদের সঙ্গে যৌথভাবে জনগোষ্ঠীভিত্তিক সহায়তা কাঠামো তৈরি করতে হবে, যাতে সেগুলো উপযুক্তভাবে রক্ষণাবেক্ষণযোগ্য হয় এবং কর্মসূচি শেষ হলেও টিকে থাকার সম্ভাবনা বেশি থাকে। জনগোষ্ঠীভিত্তিক সহায়তা কাঠামো তৈরির সময় দুর্বল বা ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তিদের চাহিদা বিবেচনায় নিতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন বা অবিভাবকহীন ছেলে-মেয়েরা পরিবার-সম্পর্কিত তথ্য এবং দক্ষতা বিকাশ থেকে বঞ্চিত হতে পারে ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ১ দেখুন*।

জীবিকা সহায়তা: ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি: জীবিকা মানসমূহ ৭.১ এবং ৭.২*, *ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক* এবং *গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

পরিবেশগত প্রভাব: ক্যাম্পে বসবাসকারী মানুষের রান্নার জ্বালানির প্রয়োজন হয়, যা স্থানীয় বন উজাড়ের ঝুঁকি বাড়াতে পারে। জ্বালানি বিতরণ, মানসম্মত চুলা এবং বিকল্প উপায়ে (সৌরচুলা) জ্বালানি সরবরাহ ব্যবস্থা করতে হবে। পরিবেশবান্ধব পণ্য ও সেবার জন্য ভাউচারকে আরও নির্দিষ্ট করলে সম্ভাব্য পরিবেশগত সুফল পাওয়া যেতে পারে, এ বিষয়টিও বিবেচনায় নিতে হবে। পরিবেশের অবনতি ঘটাতে পারে এমন পূর্ববর্তী খাবার এবং রান্নার অভ্যাস পরিবর্তন করার সুযোগ খুঁজতে হবে। জলবায়ু পরিবর্তনের ধারা বিবেচনা করতে হবে। স্বল্প মেয়াদে ত্রাণ প্রদান এবং মধ্য ও দীর্ঘ মেয়াদে সংকটের ঝুঁকি কমায় এমন কার্যক্রমকে অগ্রাধিকার দিতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, খরার সময় বেশি প্রাণী থাকলে জমিতে খাবারের চাপে সমস্যা হয়। কিছু প্রাণী বিক্রি বা সরিয়ে নেওয়া হলে জমির ওপর চাপ কমে এবং স্থানীয়ভাবে ঘাসের পর্যাপ্ততা বাড়ে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ দেখুন*।

প্রবেশাধিকার এবং গ্রহণযোগ্যতা: মানুষদের এমন কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করার সম্ভাবনা বেশি থাকে যেখানে অংশগ্রহণ করা সহজ এবং কার্যক্রমগুলো গ্রহণযোগ্য। বৈষম্যহীন সার্বিক কভারেজ বা আওতা নিশ্চিত করতে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের সব সদস্যের সাথে অংশগ্রহণমূলকভাবে পরিকল্পনা ব্যবহার করতে হবে। যদিও কিছু খাদ্যনিরাপত্তা কার্যক্রম অর্থনৈতিকভাবে সক্রিয় ব্যক্তিদের লক্ষ্য করে হয়, তবুও কার্যক্রমগুলো সব মানুষের কাছে সহজগম্য করতে হবে। ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর জন্য সীমাবদ্ধতা কাটিয়ে উঠতে, কার্যক্রম পরিকল্পনা এবং উপযুক্ত সহায়তা কাঠামো তৈরি করতে তাদের সাথে সক্রিয়ভাবে কাজ করতে হবে।

৬. খাদ্যসহায়তা

খাদ্যসহায়তা তখনই প্রয়োজন হয়, যখন বিদ্যমান খাদ্যের পরিমাণ ও গুণগত মান বা খাদ্যপ্রাপ্তিতে অতিরিক্ত মৃত্যুঝুঁকি, অসুস্থতা অথবা অপুষ্টি প্রতিরোধে যথেষ্ট নয়। এতে এমন মানবিক সাড়াদান অন্তর্ভুক্ত থাকে, যা খাদ্যের প্রাপ্যতা ও প্রবেশাধিকার বাড়ায়, পুষ্টি বিষয়ে সচেতনতা ও সঠিক খাওয়ানোর অভ্যাস উন্নত করে। এ ছাড়া এই সকল সাড়াদানে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের জীবিকা রক্ষা এবং শক্তিশালী করতেও সহায়তা করে। খাদ্যসহায়তার বিকল্পগুলোর মধ্যে রয়েছে খাদ্যসামগ্রী বিতরণ, নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা, খাদ্য উৎপাদনে সহায়তা এবং বাজারভিত্তিক সহযোগিতা। সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে তাৎক্ষণিক চাহিদা পূরণ অগ্রাধিকার হলেও, খাদ্যসহায়তা কার্যক্রমের লক্ষ্য হওয়া উচিত মানুষের সম্পদ সংরক্ষণ ও সুরক্ষা, সংকটে হারানো সম্পদ পুনরায় ফিরে পেতে সহায়তা করা এবং ভবিষ্যৎ ঝুঁকির বিরুদ্ধে সহনশীলতা বৃদ্ধি করা।

খাদ্যসহায়তা মানুষকে নেতিবাচক মোকাবিলা কৌশল গ্রহণ থেকে বিরত রাখতেও ব্যবহার করা যেতে পারে, যেমন উৎপাদনশীল সম্পদ বিক্রি, প্রাকৃতিক সম্পদের অতিরিক্ত ব্যবহার বা ধ্বংস, কিংবা ঋণের বোঝা বাড়িয়ে ফেলা।

খাদ্যসহায়তা কর্মসূচিতে বিভিন্ন ধরনের পদ্ধতি ব্যবহার করা যেতে পারে, যেমন:

- সাধারণ খাদ্য বিতরণ (খাদ্যসামগ্রী সরবরাহ বা খাদ্য ক্রয়ের জন্য নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা);
- সর্বজনীন সম্পূরক খাদ্য কর্মসূচি;
- লক্ষিত সম্পূরক খাদ্য কর্মসূচি; এবং
- সংশ্লিষ্ট সেবা ও উপকরণ প্রদান, যার মধ্যে দক্ষতা বা জ্ঞানদান অন্তর্ভুক্ত।

সাধারণ খাদ্য বিতরণ সহায়তা তাদেরকেই দেওয়া হয়, যাদের তা সবচেয়ে বেশি প্রয়োজন। সহায়তা গ্রহণকারী মানুষ যখন ধীরে ধীরে নিজেরা খাদ্য উৎপাদন করতে পারে বা অন্য উৎস থেকে খাদ্য সংগ্রহ করতে সক্ষম হয়, তখন সাধারণ খাদ্য বিতরণ ধাপে ধাপে বন্ধ করা উচিত। এ ক্ষেত্রে ধাপে ধাপে পরিবর্তনের ব্যবস্থা প্রয়োজন হতে পারে, যার মধ্যে শর্তসাপেক্ষ নগদ অর্থ সহায়তা বা জীবিকাভিত্তিক সহায়তা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, যাতে মানুষ স্বনির্ভর হতে পারে।

বিশেষ পুষ্টি চাহিদাসম্পন্ন মানুষের সাধারণ খাদ্য বা রেশনের পাশাপাশি সম্পূরক খাদ্যসহায়তা প্রয়োজন হতে পারে। এর মধ্যে ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশু, প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী মানুষ, এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি এবং গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারী অন্তর্ভুক্ত। অনেক পরিস্থিতিতে সম্পূরক খাদ্য জীবন রক্ষা করে। নির্দিষ্ট স্থানে খাবার প্রদান কেবল তখনই করা হয়, যখন মানুষের নিজেদের জন্য রান্না করার সুযোগ বা উপায় থাকে না। এর প্রয়োজন হতে পারে, সংকটের ঠিক পরপর, জনগণের স্থানান্তরের সময় বা এমন পরিস্থিতিতে যেখানে নিরাপত্তাহীনতার কারণে বাড়িতে নিয়ে যাওয়া রেশন গ্রহণকারীদের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ হতে পারে। এটি বিদ্যালয়ভিত্তিক জরুরি খাদ্য খাওয়ানো কার্যক্রম হিসেবে ব্যবহার করা যেতে পারে, যদিও অনেক ক্ষেত্রে বাসায় নিয়ে যাওয়ার রেশন স্কুলের মাধ্যমে বিতরণ করা যেতে পারে। তবে যারা স্কুলে যায় না, তারা এ সহায়তা পাবে না, এ বিষয়টি বিবেচনায় রাখতে হবে এবং তাদের জন্য আলাদা পৌঁছানোর ব্যবস্থা পরিকল্পনা করা জরুরি।

খাদ্যসহায়তা কার্যক্রমে পণ্যসমূহ কার্যকরভাবে ব্যবস্থাপনার জন্য শক্তিশালী সরবরাহ ধারা ব্যবস্থাপনা এবং লজিস্টিকস সক্ষমতা প্রয়োজন।

যেকোনো নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা বিতরণব্যবস্থার পরিচালনা শক্তিশালী ও জবাবদিহিমূলক হতে হবে এবং এর জন্য নিয়মিত ও পদ্ধতিগত পর্যবেক্ষণ নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন।*

খাদ্যসহায়তা মান ৬.১:
সাধারণ পুষ্টিচাহিদা

সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ মানুষসহ ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের মৌলিক পুষ্টিচাহিদা পূরণ করা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. পর্যাপ্ত পরিমাণ ও গুণগত মানের খাদ্যপ্রাপ্তির সুযোগ পরিমাপ করতে হবে।

- পরিস্থিতি স্থিতিশীল আছে নাকি কমে যাওয়ার ঝুঁকি রয়েছে, তা বোঝার জন্য খাদ্যপ্রাপ্তির সুযোগ নিয়মিতভাবে যাচাই করতে হবে।
- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের বাজারে প্রবেশাধিকার মূল্যায়ন করতে হবে।

২. শক্তি, প্রোটিন, চর্বি ও অণুপুষ্টির জন্য আদর্শ প্রাথমিক পরিকল্পনা চাহিদা পূরণে খাদ্য ও নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা পরিকল্পনা করতে হবে।

- মানুষের মোট পুষ্টি চাহিদা এবং তারা নিজেরা যে পরিমাণ পুষ্টি সংগ্রহ বা জোগান দিতে পারে, তার মধ্যে যে ঘাটতি রয়েছে, তা পূরণের জন্য খাদ্যসহায়তা পরিকল্পনা করতে হবে।

৩. ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের পুষ্টিকর খাদ্যে প্রবেশের সুযোগ এবং পুষ্টি সহায়তা সুরক্ষা, উন্নয়ন ও সমর্থন করতে হবে।

- ৬-২৪ মাস বয়সী শিশুদের জন্য উপযুক্ত পরিপূরক খাদ্যে প্রবেশের সুযোগ নিশ্চিত করতে হবে এবং গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের জন্য অতিরিক্ত পুষ্টি সহায়তা দিতে হবে।
- দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ সদস্য রয়েছে এমন পরিবার, এইচআইভি ও যক্ষ্মায় আক্রান্ত ব্যক্তি, প্রবীণ এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য উপযুক্ত পুষ্টিকর খাদ্য ও পর্যাপ্ত পুষ্টিসহায়তা নিশ্চিত করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

<৫ বছরের শিশুদের (৫ বছরের কম বয়সী শিশুদের) মধ্যে অপুষ্টির প্রাদুর্ভাব, যা লিঙ্গভিত্তিকভাবে এবং ২৪ মাস বয়স থেকে প্রতিবন্ধিতাভিত্তিকভাবে পৃথকভাবে উপস্থাপিত

- বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) শ্রেণিবিন্যাস পদ্ধতি (MAD, MDD-W) ব্যবহার করতে হবে।
- প্রতিবন্ধিতার ধরন অনুযায়ী পৃথকীকরণের ক্ষেত্রে ইউনিসেফ/ওয়াশিংটন গ্রুপের চাইল্ড ফাংশনিং মডিউল ব্যবহার করতে হবে। *(চাইল্ড ফাংশনিং মডিউল (Child Functioning Module) হলো একটি সরঞ্জাম বা প্রশ্নমালা, যা শিশুদের দৈনন্দিন কার্যক্রম এবং দক্ষতার ওপর নির্ভর করে তাদের সক্ষমতা ও প্রতিবন্ধিতার মাত্রা মূল্যায়ন করতে ব্যবহৃত হয়। বিশেষভাবে UNICEF Washington Group তৈরি করেছে, যাতে বিভিন্ন দেশে এবং সামাজিক প্রেক্ষাপটে শিশুদের শারীরিক, মানসিক এবং সামাজিক কার্যক্ষমতার তথ্য সুনির্দিষ্টভাবে সংগ্রহ করা যায়)*

গ্রহণযোগ্য ফুড কনজাম্পশন স্কোর (খাদ্য গ্রহণ স্কোর) আছে, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

- >৩৫ শতাংশ (৩৫ শতাংশের বেশি); যদি তেল ও চিনি সরবরাহ করা হয়, তবে >৪২ শতাংশ (৪২ শতাংশের বেশি)

গ্রহণযোগ্য ডায়েটারি ডাইভারসিটি স্কোর (খাদ্যতালিকাগত বৈচিত্র্য স্কোর) আছে, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

- নিয়মিতভাবে ৫টির বেশি প্রধান খাদ্যগোষ্ঠীর খাবার গ্রহণ করা

ন্যূনতম খাদ্য শক্তির চাহিদা (প্রত্যেক ব্যক্তি প্রতিদিন ২,১০০ কিলোক্যালরি) এবং প্রস্তাবিত দৈনিক অণুপুষ্টি গ্রহণ করে, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

খাদ্যের প্রাপ্যতা পর্যবেক্ষণ: খাদ্যনিরাপত্তার মাত্রা, বাজারে পৌঁছানোর সুযোগ, জীবিকা, স্বাস্থ্য এবং পুষ্টির মতো পরিবর্তনশীল বিষয়গুলো বিবেচনা করতে হবে। এসব বিষয় বিশ্লেষণ করলে পরিস্থিতি স্থিতিশীল আছে নাকি অবনতি হচ্ছে এবং খাদ্যভিত্তিক সহায়তা প্রয়োজন কি না, তা নির্ধারণ করা সহজ হবে। বিকল্প বা পরোক্ষ সূচক হিসেবে ফুড কনজাম্পশন স্কোর (খাদ্য গ্রহণ স্কোর) বা (খাদ্যতালিকাগত বৈচিত্র্য) টুলস ব্যবহার করা যেতে পারে।

সহায়তার ধরন: খাদ্যনিরাপত্তা নিশ্চিত করার জন্য উপযুক্ত সহায়তা (নগদ অর্থ, ভাউচার বা পণ্যভিত্তিক (ইন-কাইন্ড), অথবা এগুলোর সমন্বয় ব্যবহার করতে হবে। যেখানে নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা দেওয়া হয়, সেখানে নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর চাহিদা পূরণের জন্য পরিপূরক বা সম্পূরক খাদ্য বিতরণ বিবেচনা করতে হবে। নির্দিষ্ট পুষ্টির চাহিদা পূরণের জন্য বাজারের পর্যাপ্ততা বিবেচনা করতে হবে এবং 'স্বাস্থ্যকর খাদ্যের ন্যূনতম খরচ' নিরূপণ (যাচাই) উপকরণসহ নির্দিষ্ট পদ্ধতি ব্যবহার করতে হবে।

খাদ্য রেশনের পরিকল্পনা এবং পুষ্টির গুণাগুণ: রেশন পরিকল্পনার জন্য বিভিন্ন উপকরণ বা টুলস ব্যবহার করা হয়। উদাহরণস্বরূপ NutVal (*NutVal একটি পুষ্টি গণনা ও বিশ্লেষণ টুলস, যা নিশ্চিত করে যে খাদ্যসহায়তা কর্মসূচি মানুষদের প্রয়োজনীয় পুষ্টি চাহিদা পূরণ করছে কি না*)। সাধারণ রেশনের পরিকল্পনা করতে ⊕ *পরিশিষ্ট ৬: প্রয়োজনীয় পুষ্টির চাহিদা দেখুন*। যদি রেশন মোট খাদ্যশক্তির সম্পূর্ণ চাহিদা সরবরাহের জন্য পরিকল্পনা করা হয়, তবে এতে সব অপরিহার্য পুষ্টি উপাদান যথাযথ মাত্রায় থাকতে হবে। যদি রেশন মোট চাহিদার আংশিক শক্তি প্রদান করে, তাহলে দুটি পদ্ধতির একটি ব্যবহার করে এটি পরিকল্পনা করতে হবে:

- মানুষের জন্য অন্যান্য বিদ্যমান খাদ্যের পুষ্টি উপাদান অজানা থাকলে, রেশনের শক্তি উপাদানের সমানুপাতিক সুষম পুষ্টি সরবরাহ করার জন্য রেশন পরিকল্পনা করতে হবে।
- মানুষের জন্য অন্যান্য বিদ্যমান খাদ্যের পুষ্টি উপাদান জানা থাকলে, পুষ্টির ঘাটতি পূরণ করে এমন খাদ্য রেখে রেশন পরিকল্পনা করতে হবে।

মানুষের ন্যূনতম প্রয়োজনীয় পুষ্টির চাহিদার জন্য নিম্নলিখিত অনুমানগুলো সাধারণ রেশন পরিকল্পনার জন্য ব্যবহার করতে হবে এবং প্রেক্ষাপটের সাথে এর সামঞ্জস্য রাখতে হবে।

- প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য প্রতিদিন ২,১০০ কিলোক্যালরি, যার মোট শক্তির ১০-১২ শতাংশ প্রোটিন থেকে এবং ১৭ শতাংশ চর্বি থেকে আসবে। আরও বিস্তারিত জানার জন্য ⊕ *পরিশিষ্ট ৬: প্রয়োজনীয় পুষ্টির চাহিদা দেখুন।*

খাদ্য রেশনের পর্যাপ্ত পুষ্টি উপাদান নিশ্চিত করা কঠিন হতে পারে যেখানে সীমিত ধরনের খাদ্য সহজলভ্য রয়েছে। আয়োডিনযুক্ত লবণ, নিয়াসিন, থায়ামিন এবং রিবোফ্লাভিনের প্রাপ্যতা বিবেচনা করতে হবে। রেশনের পুষ্টির গুণগত মান উন্নত করার বিকল্পগুলোর মধ্যে রয়েছে পুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্যসহ প্রধান খাদ্যপণ্য ও ফোর্টিফায়েড খাদ্য ব্যবহার করা এবং ভাউচার ব্যবহার করে স্থানীয়ভাবে উৎপাদিত তাজা খাবার ক্রয়কে উৎসাহিত করা। সম্পূরক পণ্য যেমন চর্বিভিত্তিক (লিপিড-ভিত্তিক), উচ্চ পুষ্টিমানসমৃদ্ধ, তৈরি খাদ্য বা একাধিক অণুপুষ্টি ট্যাবলেট বা গুঁড়া ব্যবহার করার কথা বিবেচনা করতে হবে। সবচেয়ে ভালো হলো বুকের দুধ খাওয়ানো এবং পরিপূরক খাবার খাওয়ানোর চর্চার প্রচার করা হয়েছে, তা নিশ্চিত করার জন্য জরুরি পরিস্থিতিতে নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর (IYCF-E) বার্তা প্রদান করতে হবে ⊕ *নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর মানসমূহ ৪.১ এবং ৪.২ দেখুন।*

রেশন পরিকল্পনা করার সময়, স্থানীয় এবং সাংস্কৃতিক পছন্দ বিবেচনা করতে জনগোষ্ঠীর সাথে পরামর্শ করতে হবে। জ্বালানির অভাব হলে দীর্ঘ সময় রান্নার প্রয়োজন হয় না, এমন খাবার বেছে নিতে হবে। রেশনে পরিবর্তন হলে যত দ্রুত সম্ভব সমগ্র জনগোষ্ঠীর সাথে তথ্য শেয়ার করতে হবে, যাতে অসন্তোষ কমে এবং নারীদের বিরুদ্ধে পারিবারিক সহিংসতার ঝুঁকি না বাড়ে, যাদের খাবার বা রেশন কমে যাওয়ার জন্য দায়ী করা যেতে পারে। প্রত্যাশা নিয়ন্ত্রণ করতে, উদ্বেগ কমাতে এবং পরিবারগুলোকে প্রাসঙ্গিক সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম করতে শুরু থেকেই কর্মসূচি শেষ করার পরিকল্পনা স্পষ্টভাবে জানিয়ে দিতে হবে।

স্বাস্থ্য কর্মসূচির সাথে সংযোগ: খাদ্যসহায়তা ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার পুষ্টির অবস্থার অবনতি রোধ করতে পারে, বিশেষ করে যখন হাম, ম্যালেরিয়া এবং পরজীবী সংক্রমণের মতো রোগ প্রতিরোধে জনস্বাস্থ্য ব্যবস্থার সাথে মিলিত হয় ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১: স্বাস্থ্যসেবা প্রদান এবং অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ মান ২.১: প্রতিরোধ দেখুন।*

খাদ্য ব্যবহার পর্যবেক্ষণ: খাদ্যসহায়তার প্রধান সূচকগুলো সাধারণত খাদ্যে প্রবেশাধিকার পরিমাপ করে, কিন্তু খাদ্য ব্যবহারের পরিমাণ নির্ধারণ করে না। পুষ্টি গ্রহণের সরাসরি পরিমাপ বাস্তবসম্মত নয়। বিকল্প হিসেবে পরোক্ষ পরিমাপ ব্যবহার করা যেতে পারে, যার জন্য বিভিন্ন উৎস থেকে তথ্য ব্যবহার করা যেতে পারে, এর মধ্যে পরিবারে খাদ্যের প্রাপ্যতা ও ব্যবহার এবং স্থানীয় বাজারে খাদ্যের দাম, খাদ্যের প্রাপ্যতা এবং রান্নার জ্বালানির অবস্থা নিরূপণ (যাচাই) অন্তর্ভুক্ত। অন্য বিকল্পগুলোর মধ্যে রয়েছে খাদ্যসহায়তা বিতরণ পরিকল্পনা ও রেকর্ড পর্যালোচনা, বন্য খাদ্যের (wild foods) অবদান যাচাই এবং খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই) পরিচালনা করা।

ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠী: খাদ্যসহায়তার জন্য যোগ্যতার মানদণ্ড নির্ধারণের সময় যেন উপেক্ষিত না হয়, এমন বিশেষ কোনো চাহিদা শনাক্ত করতে বিভিন্ন গোষ্ঠীর সঙ্গে পরামর্শ করতে হবে। সাধারণ রেশনে ছোট শিশুদের (৬-৫৯ মাস বয়সী) জন্য পর্যাপ্ত এবং গ্রহণযোগ্য খাদ্য যেমন পুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্য অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠী যাদের বিশেষ মনোযোগের প্রয়োজন হতে পারে, এদের মধ্যে প্রবীণ ব্যক্তি, এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং পরিচর্যাকারীরা অন্তর্ভুক্ত।

প্রবীণ ব্যক্তি: দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতা ও প্রতিবন্ধকতা, সামাজিক বিচ্ছিন্নতা, বড় পরিবার, শীতল আবহাওয়া এবং দারিদ্র্যতা– এসব কারণে খাদ্য পাওয়ার সুযোগ কমে যেতে পারে এবং পুষ্টির চাহিদা বেড়ে যেতে পারে। প্রবীণ ব্যক্তি যেন সহজে খাদ্যের উৎস ও খাদ্যসহায়তায় পৌঁছাতে পারেন, তা নিশ্চিত করতে হবে। খাদ্য সহজে প্রস্তুত ও খাওয়ার উপযোগী হতে হবে এবং অতিরিক্ত প্রোটিন ও অণুপুষ্টির চাহিদা পূরণ করতে সক্ষম হতে হবে।

এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি: এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের মধ্যে অপুষ্টির ঝুঁকি বেশি। এর কারণগুলোর মধ্যে রয়েছে খাদ্য গ্রহণ কমে যাওয়া, পুষ্টি উপাদান শোষণে সমস্যা, বিপাকক্রিয়ায় পরিবর্তন এবং দীর্ঘমেয়াদি সংক্রমণ ও অসুস্থতা। সংক্রমণের ধাপভেদে এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের শক্তি (এনার্জি) চাহিদা ভিন্ন হয়। পর্যাপ্ত খাদ্যে প্রবেশাধিকার বাড়াতে মিলিং বা শস্য ভাঙানো এবং ফর্টিফাইং খাদ্য, অথবা পুষ্টিসমৃদ্ধ বা ফর্টিফাইড, মিশ্রিত বা বিশেষ খাদ্য সম্পূরক প্রদান কার্যকর কৌশল হতে পারে। কিছু পরিস্থিতিতে সামগ্রিক খাদ্য রেশনের পরিমাণ বাড়ানোও উপযুক্ত হতে পারে। যদি সম্ভব হয়, অপুষ্টিতে ভোগা এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের লক্ষ্যভিত্তিক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচিতে পাঠাতে হবে।

প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা, যাদের মধ্যে মনঃসামাজিক প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরাও অন্তর্ভুক্ত, তারা সংকটকালে নিকট পরিবারের সদস্য ও নিয়মিত পরিচর্যাকারীদের কাছ থেকে বিচ্ছিন্ন হওয়ার ঝুঁকিতে থাকে। তারাও বৈষম্যের সম্মুখীন হতে পারে। এই ঝুঁকিগুলো কমাতে খাদ্যে শারীরিক প্রবেশাধিকার, শক্তিসমৃদ্ধ ও পুষ্টিকর খাদ্য এবং খাদ্য খাওয়ানোর সহায়ক ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে। এর মধ্যে ম্যানুয়াল ব্লেন্ডার, চামচ এবং স্ট্র সরবরাহ বা হোম ভিজিট অথবা বাড়ি পরিদর্শন ও আউটরিচ (প্রচার) ব্যবস্থার উন্নয়ন অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এ ছাড়া যেসব প্রতিবন্ধী শিশুর স্কুলে ভর্তি হওয়ার সম্ভাবনা কম, ফলে তারা স্কুলভিত্তিক খাদ্য খাওয়ানো কর্মসূচি থেকে বঞ্চিত হতে পারে, তাদের কথা বিবেচনা করতে হবে।

পরিচর্যাকারী: ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তিদের যত্নে নিয়োজিত মানুষদের সহায়তা করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। পরিচর্যাকারী এবং তারা যাদের যত্ন নিচ্ছেন তারা নির্দিষ্ট পুষ্টির বাধার সম্মুখীন হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, তারা অসুস্থ বা অসুস্থদের যত্ন নেওয়ার কারণে তাদের খাবার গ্রহণের জন্য কম সময় থাকতে পারে। স্বাস্থ্যবিধি বজায় রাখার জন্য তাদের আরো বেশি খাদ্য প্রয়োজন হতে পারে। চিকিৎসা ব্যয় বা দাফন বা সৎকারের খরচের কারণে খাদ্যের বিনিময়ে ব্যবহারযোগ্য সম্পদ তাদের কম থাকতে পারে। তারা সামাজিক কলঙ্কের সম্মুখীন হতে পারে এবং স্থানীয় সহায়তা ব্যবস্থায় তাদের প্রবেশাধিকার সীমিত হতে পারে। পরিচর্যাকারীদের সহায়তার জন্য জনগণের নির্বাচিত সদস্যদের প্রশিক্ষণ দেওয়ার মাধ্যমে বিদ্যমান সামাজিক নেটওয়ার্ক ব্যবহার করতে হবে।

খাদ্যসহায়তা মান ৬.২:
খাদ্যের গুণগত মান, যথার্থতা এবং গ্রহণযোগ্যতা

সরবরাহকৃত খাদ্যসামগ্রী যথাযথ গুণগত মানসম্পন্ন, মানুষের কাছে গ্রহণযোগ্য এবং এগুলো দক্ষ ও কার্যকরভাবে ব্যবহার করা যেতে পারে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. আশ্রয় প্রদানকারী সরকারের জাতীয় মান এবং আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত অন্যান্য গুণগত মানসমূহের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ খাদ্য নির্বাচন করতে হবে।

- খাদ্য মজুদের ওপর দৈবচয়ন পদ্ধতিতে নমুনা পরীক্ষা করতে হবে।
- আমদানি করা খাদ্য ব্যবহারের পরিকল্পনা করার সময় জিনগতভাবে পরিবর্তিত খাদ্য গ্রহণ ও ব্যবহারের বিষয়ে জাতীয় বিধিমালা বুঝতে এবং মেনে চলতে হবে।

২. উপযুক্ত খাদ্য প্যাকেজিং নির্বাচন করতে হবে।

- উৎপাদনের তারিখ, উৎপত্তির দেশ, মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখ বা "ব্যবহারের সর্বোত্তম সময়", পুষ্টিগত বিশ্লেষণ এবং স্থানীয় ভাষা ও সহজবোধ্য ফরম্যাটে রান্নার নির্দেশনা-সংবলিত লেবেল প্রদান করতে হবে, বিশেষ করে কম পরিচিত বা কম ব্যবহৃত খাদ্যের ক্ষেত্রে।

৩. পানি, রান্নার জ্বালানি, চুলা এবং খাদ্য সংরক্ষণের প্রয়োজনীয় সুবিধা মানুষ পাচ্ছে কি না, তা যাচাই করতে হবে।

- সংকটকালীন সময় যখন রান্না করার সুযোগ থাকে না তখন তৈরি খাদ্য সরবরাহ করতে হবে।

৪. যদি সম্পূর্ণ শস্য দেওয়া হয়, তাহলে তা ভাঙা বা গুঁড়া করার জন্য প্রয়োজনীয় মিলিং *(খাদ্যকে প্রক্রিয়াজাত করা বা ভাঙা বা গুঁড়া করা অথবা পিষে মিহি করা)* বা শস্য ভাঙানোর ও প্রক্রিয়াজাতকরণের সুবিধা মানুষ পাচ্ছে কি না, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- নগদ অর্থ বা ভাউচারের মাধ্যমে প্রাপকদের মিলিং বা শস্য ভাঙানোর খরচ বহন করতে হবে, অথবা কম পছন্দনীয় বিকল্প হিসেবে অতিরিক্ত শস্য অথবা মিলিং বা শস্য ভাঙানোর উপাদান সরবরাহ করা যেতে পারে।

৫. যথাযথ পরিবেশে খাদ্য পরিবহন এবং সংরক্ষণ করতে হবে।

- খাদ্যের গুণগত মান পদ্ধতিগতভাবে পরীক্ষা করে খাদ্যের সংরক্ষণ ব্যবস্থাপনার মান অনুসরণ করতে হবে।
- পরিমাণ সব সময় একই এককে পরিমাপ করতে হবে; এবং প্রকল্প চলাকালে পরিমাপের একক বা পদ্ধতি পরিবর্তন করা থেকে বিরত থাকতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

সরবরাহকৃত খাদ্য যথাযথ গুণগত মান এবং স্থানীয় চাহিদা পূরণ করেছে বলে জানিয়েছে, এমন ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার হার

খাদ্য পাওয়ার প্রক্রিয়া যথাযথ ছিল বলে জানিয়েছে, এমন ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার হার

সরবরাহকৃত খাদ্যসামগ্রী প্রস্তুত এবং সংরক্ষণ করা সহজ ছিল বলে জানিয়েছে, এমন পরিবারের শতকরা হার

খাদ্যের গুণগত মান-সম্পর্কিত অভিযোগ বা নেতিবাচক প্রতিক্রিয়া জানিয়েছে, এমন সহায়তাপ্রাপ্ত মানুষের শতকরা হার

- সকল অভিযোগ নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করা হয় এবং দ্রুত সাড়া দেওয়া হয়

কর্মসূচিতে যে পরিমাণ খাদ্য নষ্ট হয়েছে বলে রিপোর্ট করা হয়েছে, তার শতকরা হার

- লক্ষ্য মোট খাদ্যের <০.২ শতাংশ (মোট খাদ্যের ০.২ শতাংশের কম)

নির্দেশিকাসমূহ

খাদ্যের গুণগত মান: খাদ্য অবশ্যই আশ্রয়দানকারী দেশের সরকারের নির্ধারিত খাদ্য মানসমূহের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। একই সঙ্গে খাদ্যের গুণগত মান, প্যাকেজিং, লেবেলিং এবং নির্ধারিত ব্যবহারের উপযোগিতা বিষয়ে কডেক্স অ্যালিমেন্টারিয়াসের মানসমূহ মেনে চলতে হবে। *(কডেক্স অ্যালিমেন্টারিয়াস (Codex Alimentarius) হচ্ছে জাতিসংঘের FAO ও WHO কর্তৃক প্রণীত আন্তর্জাতিক খাদ্য মান ও নির্দেশিকার একটি সংকলন। এর মানসমূহ অনুসরণ করতে হবে বলতে বোঝায় যে খাদ্য সহায়তায় ব্যবহৃত খাবারগুলোকে আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত নিরাপত্তা, গুণগত মান, প্যাকেজিং, লেবেলিং এবং নির্ধারিত ব্যবহারের উপযোগিতা-সংক্রান্ত নিয়ম)*। যখন কোনো খাদ্য তার নির্ধারিত ব্যবহারের জন্য প্রয়োজনীয় মান পূরণ করে না, তখন সেটিকে সেই ব্যবহারের জন্য অনুপযুক্ত হিসেবে গণ্য করা হবে। এমনকি এটি মানুষের জন্য খাওয়ার উপযোগী হলেও এই বিষয়টি প্রযোজ্য। উদাহরণস্বরূপ, কোনো ময়দা খাওয়ার জন্য নিরাপদ হলেও যদি তা গৃহস্থালি পর্যায়ে রুটি বা অন্যান্য খাবার প্রস্তুতের জন্য উপযোগী না হয়, তাহলে সেটি নির্ধারিত উদ্দেশ্যের জন্য অনুপযুক্ত বলে বিবেচিত হবে। স্থানীয়ভাবে ক্রয়কৃত ও আমদানিকৃত সব খাদ্যের সঙ্গে অবশ্যই ফাইটোস্যানিটারি সনদ *(ফাইটোস্যানিটারি সনদ বলতে বোঝায় এমন একটি সরকারি সনদ, যা প্রমাণ করে যেকোনো খাদ্য বা কৃষিপণ্য, গাছপালা, শস্য বা বীজজাত পণ্যের ক্ষেত্রে ক্ষতিকর পোকামাকড়, রোগ বা জীবাণু থেকে মুক্ত এবং তা আমদানি বা ব্যবহারের জন্য নিরাপদ)* বা অন্যান্য সংশ্লিষ্ট পরিদর্শন সনদ থাকতে হবে। ফিউমিগেশন বা পোকামাকড় দমন কার্যক্রমের ক্ষেত্রে উপযুক্ত উপকরণ ব্যবহার করতে হবে এবং কঠোর পদ্ধতি অনুসরণ করতে হবে। বৃহৎ পরিমাণ খাদ্য চালানের ক্ষেত্রে স্বাধীন গুণগত মান-পরিদর্শক দ্বারা পরীক্ষা করাতে হবে এবং খাদ্যের গুণগত মান নিয়ে সন্দেহ বা বিরোধ দেখা দিলে স্বাধীন পরিদর্শকের সহায়তা নিতে হবে।

যতটা সম্ভব আশ্রয়দানকারী সরকারের সম্পৃক্ততা নিশ্চিত করতে হবে। সরবরাহকারীর সনদ, গুণগত মান নিয়ন্ত্রণ-সংক্রান্ত পরিদর্শন প্রতিবেদন, প্যাকেটের লেবেল এবং গুদাম-সংক্রান্ত প্রতিবেদন থেকে খাদ্য চালানের সময় ও গুণগত মান-সংক্রান্ত তথ্য সংগ্রহ করতে হবে। পণ্যের গুণগত মান ও বিশুদ্ধতা নিশ্চিত করতে সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রদত্ত বিশ্লেষণ সনদ *(Certificate of Analysis-CoA বা বিশ্লেষণ সনদ হলো খাদ্যের গুণগত মান যাচাই করার অফিশিয়াল রিপোর্ট)* সংরক্ষণের জন্য একটি ডেটাবেস তৈরি করতে হবে।

স্থানীয়, জাতীয় বা আন্তর্জাতিক বাজারে খাদ্য পণ্যের প্রাপ্যতার নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে। যদি খাদ্য সহায়তা স্থানীয়ভাবে সংগ্রহ করা হয়, তবে তা টেকসই হতে হবে এবং স্থানীয় প্রাকৃতিক সম্পদের ওপর অতিরিক্ত চাপ সৃষ্টি করা যাবে না বা বাজারব্যবস্থায় নেতিবাচক প্রভাব ফেলা যাবে না। সম্ভাব্য খাদ্য সরবরাহের সীমাবদ্ধতা কর্মসূচি পরিকল্পনার সময় বিবেচনায় রাখতে হবে।

খাদ্য প্যাকেজিং: খাদ্যের ক্ষতি গুদাম এবং চূড়ান্ত বিতরণকেন্দ্র, উভয় জায়গাতেই হতে পারে। বিতরণ প্রক্রিয়ায় খারাপ প্যাকেজিং খাদ্য ক্ষতির একটি প্রধান কারণ হতে পারে। তাই প্যাকেজিং হতে হবে মজবুত এবং বহন, সংরক্ষণ ও বিতরণের জন্য সুবিধাজনক। প্যাকেজিং এমন হতে হবে

যেন প্রবীণ ব্যক্তি, শিশু এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরাও সহজে বহন করতে পারে। সম্ভব হলে এমনভাবে প্যাকেজিং করতে হবে, যাতে পুনরায় মাপা বা পুনরায় প্যাকেট করার প্রয়োজন ছাড়াই সরাসরি বিতরণ করা যায়।

খাদ্য প্যাকেজিংয়ে কোন রাজনৈতিক বা ধর্মীয়ভাবে প্রভাবিত বা বিভাজনমূলক বার্তা থাকতে পারবে না।

প্যাকেজিং যেন ঝুঁকির সৃষ্টি না করে এবং মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোর দায়িত্ব হলো বিতরণকৃত সামগ্রী বা নগদ অর্থ বা ভাউচার দিয়ে কেনা পণ্যের প্যাকেজিং যাতে পরিবেশে ছড়িয়ে পড়ে আবর্জনায় পরিণত না হয়, তা প্রতিরোধ করা। যতটা সম্ভব কম প্যাকেজিং (যদি সম্ভব হয়, পরিবেশবান্ধব) এবং স্থানীয়ভাবে উপযুক্ত উপকরণ ব্যবহার করতে হবে। প্রয়োজনে স্থানীয় সরকার এবং প্যাকেজিং উপাদান প্রস্তুতকারকদের সাথে অংশীদারত্ব নিশ্চিত করতে হবে। পুনরায় ব্যবহারযোগ্য, পুনর্ব্যবহারযোগ্য বা অন্য কাজে ব্যবহার করা যায়, এমন খাদ্যপাত্র সরবরাহ করতে হবে। প্যাকেজিং বর্জ্য এমনভাবে নষ্ট করতে হবে, যাতে পরিবেশদূষণ রোধ করা যায়। তৈরি খাদ্য প্যাকেজিং, যেমন ফয়েল মোড়ক, নিরাপদভাবে নিষ্পত্তির জন্য নির্দিষ্ট ব্যবস্থার প্রয়োজন হতে পারে।

যেখানে আবর্জনা জমে, সেখানে নিয়মিত জনগোষ্ঠীর পরিচ্ছন্নতা কার্যক্রম (কমিউনিটি ক্লিন-আপ) আয়োজন করতে হবে। এসব কার্যক্রমে জনগোষ্ঠীকে সম্পৃক্তকরণ ও সচেতনতা বৃদ্ধির অংশ হিসেবে পরিচালনা করতে হবে, অর্থের বিনিময়ে কাজ হিসেবে নয় ⊕ *ওয়াশ কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মানসমূহ ৫.১ থেকে ৫.৩ দেখুন।*

খাদ্য নির্বাচন: খাদ্যসহায়তা প্রদানের ক্ষেত্রে পুষ্টিমান প্রধান বিবেচ্য বিষয় হলেও সরবরাহকৃত খাদ্যসামগ্রী অবশ্যই প্রাপকদের কাছে পরিচিত হতে হবে। এগুলো ধর্মীয় ও সাংস্কৃতিক রীতিনীতি এবং গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের ক্ষেত্রে বিদ্যমান খাদ্যসংক্রান্ত নিষেধাজ্ঞা (food taboos) অনুযায়ী উপযোগী হতে হবে। খাদ্য নির্বাচন বিষয়ে নারী ও কিশোরীদের সঙ্গে পরামর্শ করতে হবে, কারণ অনেক ক্ষেত্রে খাবার প্রস্তুতির প্রধান দায়িত্ব তাদের ওপরই থাকে। দাদা-দাদি বা নানা-নানি, একক পরিবারপ্রধান পুরুষ এবং পারিবারিক সহায়তা ছাড়াই ভাইবোনের দায়িত্বে থাকা তরুণ-তরুণী, তাদের সহায়তা দিতে হবে, কারণ তাদের খাদ্যপ্রাপ্তিতে ঝুঁকি থাকতে পারে।

শহর এলাকার পরিবারগুলো সাধারণত গ্রামাঞ্চলের তুলনায় বেশি বৈচিত্র্যময় খাদ্য গ্রহণ করতে পারে, কিন্তু খাদ্যের গুণগত মান বা পুষ্টিমান সীমিত হতে পারে, যার ফলে ভিন্ন ধরনের পুষ্টি সহায়তা প্রয়োজন হতে পারে।

নবজাতকদের খাওয়ানো: দানকৃত বা ভর্তুকিপ্রাপ্ত (সাশ্রয়ী মূল্যে) ইনফ্যান্ট ফর্মুলা, গুঁড়া দুধ, তরল দুধ বা তরল দুধজাত পণ্য সাধারণ খাদ্য বিতরণ কর্মসূচিতে আলাদা পণ্য হিসেবে বিতরণ করা যাবে না। এসব পণ্য ঘরে নিয়ে যাওয়ার সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানোর কর্মসূচিতেও বিতরণ করা যাবে না ⊕ *নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো মান ৪.২ দেখুন।*

সম্পূর্ণ বা গোটা শস্য (Wholegrain cereal): যেসব এলাকায় পরিবারের নিজস্ব শস্য ভাঙানোর প্রচলন আছে বা স্থানীয় মিল ব্যবহারের সুযোগ রয়েছে, সেখানে সম্পূর্ণ শস্য বিতরণ করতে হবে। গোটা শস্যের সংরক্ষণকাল বিকল্প শস্যজাত পণ্যের তুলনায় দীর্ঘ হয় এবং এটি কর্মসূচির অংশগ্রহণকারীদের কাছে তুলনামূলকভাবে বেশি মূল্যবান হতে পারে।

জার্ম, তেল এবং শস্য পচনের জন্য দায়ী এনজাইম অপসারণ করে এমন লো-এক্সট্রাকশন (low-extraction) বাণিজ্যিক মিলিং বা শস্য ভাঙানোর সুবিধা প্রদান করতে হবে। এই ধরনের মিলিং বা শস্য ভাঙানো শস্যের সংরক্ষণকাল অনেক বাড়িয়ে দেয়, যদিও এতে প্রোটিনের পরিমাণ কিছুটা কমে যায়। গুঁড়া করা সম্পূর্ণ ভুট্টার সংরক্ষণকাল সাধারণত মাত্র ছয় থেকে আট সপ্তাহ, তাই এটি খাওয়ার ঠিক আগে মিলিং বা শস্য ভাঙানো উচিত। এ ছাড়া, গুঁড়া শস্য রান্নার সময়ও কম লাগে। অনেক সময় মিলিং বা শস্য ভাঙানোর কাজ নারী বা কিশোরী মেয়েদের শোষণের ঝুঁকি বাড়িয়ে দিতে পারে। ঝুঁকিসমূহ চিহ্নিত এবং সমাধান নির্ধারণ করতে নারী ও কিশোরীদের সাথে কাজ করতে হবে, যেমন নারীদের পরিচালিত মিলগুলোকে সহায়তা দেওয়া।

খাদ্য সংরক্ষণ এবং প্রস্তুতি: পরিবারের খাদ্য সংরক্ষণের সক্ষমতা বিবেচনায় রেখে খাদ্য নির্বাচন করতে হবে। খাদ্য প্রস্তুতির সাথে সম্পর্কিত জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি কীভাবে এড়িয়ে চলা যায়, তা সহায়তা গ্রহণকারীদের বোঝাতে হবে। পরিবেশগত অবক্ষয় কমাতে জ্বালানিসাশ্রয়ী চুলা বা বিকল্প জ্বালানি সরবরাহ করতে হবে।

খাদ্য সংরক্ষণ এলাকা শুষ্ক ও স্বাস্থ্যসম্মত হতে হবে, আবহাওয়ার প্রভাব থেকে যথাযথভাবে সুরক্ষিত হতে হবে এবং রাসায়নিক বা অন্য যেকোনো দূষণমুক্ত থাকতে হবে। পোকামাকড় ও ইঁদুরের মতো ক্ষতিকর প্রাণী থেকে খাদ্য সংরক্ষণ এলাকা নিরাপদ রাখতে হবে। প্রয়োজনে, বিক্রেতা ও ব্যবসায়ীদের সরবরাহকৃত খাদ্যের গুণগত মান যাচাই ও সনদ প্রদানের জন্য স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের কর্মকর্তাদের সম্পৃক্ত করা যেতে পারে।

খাদ্য সহায়তা মান ৬.৩:
লক্ষিত জনগোষ্ঠী বাছাই, বিতরণ এবং সরবরাহ

খাদ্য সহায়তার জন্য লক্ষিত জনগোষ্ঠী বাছাই এবং বিতরণ প্রক্রিয়া প্রতিক্রিয়াশীল, সময়োপযোগী, স্বচ্ছ এবং নিরাপদ।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. জনগণের চাহিদা এবং সংশ্লিষ্ট অংশীজনদের সাথে পরামর্শের ভিত্তিতে লক্ষিত জনগোষ্ঠী চিহ্নিত ও বাছাই করতে হবে।

- লক্ষ্য নির্ধারণ পদ্ধতির স্পষ্ট ও প্রচারিত বিবরণ প্রদান করতে হবে, যা প্রাপক ও প্রাপক নয় এমন উভয় জনগোষ্ঠীর কাছে গ্রহণযোগ্য হবে, যাতে কোনো ধরনের উত্তেজনা সৃষ্টি না হয় এবং ক্ষতি এড়ানো যায়।
- যত দ্রুত সম্ভব খাদ্য গ্রহণের জন্য পরিবারগুলোর আনুষ্ঠানিক নিবন্ধন শুরু করতে হবে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী তা হালনাগাদ করতে হবে।

২. খাদ্য বিতরণ পদ্ধতি বা সরাসরি নগদ অর্থ/ভাউচার বিতরণব্যবস্থা এমনভাবে পরিকল্পনা করতে হবে যা দক্ষ, ন্যায়সঙ্গত, সুরক্ষিত, নিরাপদ, সহজলভ্য এবং কার্যকর।

- নারী ও পুরুষ উভয়ের সঙ্গে, পাশাপাশি কিশোর-কিশোরী ও যুবসমাজের সাথে পরামর্শ করতে হবে এবং সম্ভাব্য ঝুঁকিপূর্ণ বা প্রান্তিক জনগোষ্ঠীর অংশগ্রহণকে উৎসাহিত করতে হবে।

৩. বিতরণ ও সরবরাহকেন্দ্র এমন স্থানে করতে হবে, যেখানে সহজে পৌঁছানো যায়, নিরাপদ এবং প্রাপকদের জন্য সবচেয়ে সুবিধাজনক।

- বিতরণকেন্দ্রগুলোতে পৌঁছানোর জন্য মানুষের ঝুঁকি কমাতে হবে এবং নিয়মিতভাবে চেকপয়েন্ট বা নিরাপত্তা পরিস্থিতির পরিবর্তন পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

৪. প্রাপকদের বিতরণ পরিকল্পনা ও সময়সূচি, খাদ্য রেশনের গুণগত মান ও পরিমাণ অথবা নগদ অর্থ বা ভাউচারের মূল্য এবং এটি কোন চাহিদা মেটানোর জন্য দেওয়া হচ্ছে সে বিষয়ে অগ্রিম বিবরণ দিতে হবে।

- মানুষের যাতায়াত ও কাজের সময় বিবেচনা করে বিতরণের সময়সূচি নির্ধারণ করতে হবে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীকে অগ্রাধিকার দিতে হবে।
- বিতরণের আগে জনগোষ্ঠীর মতামত জানানোর (ফিডব্যাক) ব্যবস্থা নির্ধারণ ও প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

লক্ষ্যভিত্তিক বাছাইয়ে অন্তর্ভুক্তি ও বাদ পড়ার ভুল কমানোর শতকরা হার

- লক্ষ্য <১০ শতাংশ (১০ শতাংশের কম)

বসতবাড়ি থেকে চূড়ান্ত বিতরণকেন্দ্র বা বাজার (ভাউচার বা নগদ অর্থ প্রদানের ক্ষেত্রে) পর্যন্ত দূরত্ব

- লক্ষ্য <৫ কিলোমিটার (৫ কিলোমিটারের কম)

সহায়তাপ্রাপ্তদের মধ্যে যারা (লিঙ্গ, বয়স ও প্রতিবন্ধিতার ভিত্তিতে পৃথকভাবে উপস্থাপিত) যাতায়াতের সময় এবং কর্মসূচি বাস্তবায়নস্থলে নিরাপত্তাজনিত সমস্যার সম্মুখীন হয়েছেন বলে জানিয়েছেন, তাদের শতকরা হার

বিতরণ বা সরবরাহ কার্যক্রমের সাথে সম্পর্কিত যৌন শোষণ বা ক্ষমতার অপব্যবহারের রিপোর্টকৃত ঘটনার সংখ্যা

বিতরণ বা সরবরাহ কার্যক্রমের সাথে সম্পর্কিত যৌন শোষণ বা ক্ষমতার অপব্যবহারের রিপোর্টকৃত ঘটনার ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা (follow-up) নেওয়া হয়েছে, এমন ঘটনাগুলোর শতকরা হার

- ১০০ শতাংশ

সঠিকভাবে তাদের খাদ্যসহায়তা পাওয়ার অধিকার সম্পর্কে বলতে পারে, এমন লক্ষিত পরিবারগুলোর শতকরা হার

- লক্ষ্য: লক্ষিত পরিবারের > ৫০ (অর্ধেকের বেশি পরিবার যেন জানে তারা কত খাদ্যসহায়তা পাবার যোগ্য)

নির্দেশিকাসমূহ

লক্ষ্য নির্ধারণ: লক্ষ নির্ধারণের উপকরণ ও পদ্ধতিগুলো প্রেক্ষাপট অনুযায়ী উপযোগী, তা নিশ্চিত করতে হবে। লক্ষ্য নির্ধারণ শুধু প্রাথমিক পর্যায়ে সীমাবদ্ধ না থেকে পুরো কার্যক্রমজুড়ে চলমান থাকতে হবে। বর্জনজনিত ত্রুটি, যা জীবন-ঝুঁকির কারণ হতে পারে, এবং অন্তর্ভুক্তিজনিত ত্রুটি, যা সম্ভাব্যভাবে বিঘ্ন সৃষ্টিকারী বা অপচয়মূলক হতে পারে, এই দুইয়ের মধ্যে সঠিক ভারসাম্য খুঁজে পাওয়া জটিল। যে সমস্ত সংকট দ্রুত ঘটে যায় সেগুলোর ক্ষেত্রে বাহ্যিক ত্রুটির চেয়ে অভ্যন্তরীণ ত্রুটি

বেশি সহনীয়। যে সমস্ত বাড়িঘরে একই ধরনের ক্ষয়ক্ষতি হয়েছে অথবা যেখানে তথ্য সংগ্রহের সীমাবদ্ধতার কারণে বিস্তারিতভাবে প্রয়োজনীয় খুঁটিনাটি বের করে আনা সম্ভব নয়, সেখানে সাধারণ খাদ্য বিতরণ উপযুক্ত হতে পারে।

৬-৫৯ মাস বয়সী শিশু, গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারী, এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি এবং অন্য ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীগুলোকে সম্পূরক খাদ্যের জন্য লক্ষিত জনগোষ্ঠী হিসেবে বাছাই করা যেতে পারে, অথবা তাদের পুষ্টি চিকিৎসা ও প্রতিরোধমূলক কৌশলগুলোর সাথে সংযুক্ত করা যেতে পারে। এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তির ক্ষেত্রে এটি দৈনিক ক্যালরি গ্রহণের পরিমাণ বাড়াবে এবং অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) মেনে চলতে সহায়তা করবে।

যেকোনো লক্ষ্যভিত্তিক কর্মসূচিতে লজ্জা বা বৈষম্য সৃষ্টি না করার দিকে সতর্ক থাকতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের "দীর্ঘমেয়াদি রোগে আক্রান্ত ব্যক্তি" হিসেবে বিতরণ কার্যক্রমে যুক্ত করা যেতে পারে এবং তারা যেখানে চিকিৎসা ও সেবা গ্রহণ করে, সেই স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোর মাধ্যমে খাদ্য সরবরাহ করা যেতে পারে। এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের তালিকা কখনোই প্রকাশ বা শেয়ার করা যাবে না এবং অধিকাংশ প্রেক্ষাপটে জনগোষ্ঠীর নেতাদের এইচআইভি আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য লক্ষ্য নির্ধারণে জড়ানো উচিত নয়।

এজেন্ট/কমিটি নির্ধারণ: যত দূর সম্ভব জনগোষ্ঠীর সাধারণ তত্ত্বাবধায়কদের এড়িয়ে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ ও গোষ্ঠীর সঙ্গে সরাসরি যোগাযোগ গড়ে তুলতে হবে। এমন লক্ষিত জনগোষ্ঠী বাছাইকারী কমিটি গঠন করতে হবে, যেখানে নিম্নোক্ত জনগোষ্ঠীর প্রতিনিধিত্ব থাকবে–

- নারী ও কিশোরী, পুরুষ ও কিশোর, প্রবীণ এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা;
- স্থানীয়ভাবে নির্বাচিত কমিটি, নারী সংগঠন এবং মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থা;
- স্থানীয় ও আন্তর্জাতিক এনজিও;
- যুব সংগঠন; এবং
- স্থানীয় সরকারি প্রতিষ্ঠান।

নিবন্ধন প্রক্রিয়া: ক্যাম্পে নিবন্ধন কঠিন হতে পারে, বিশেষ করে যখন বাস্তুচ্যুত মানুষদের পরিচয়পত্র থাকে না। স্থানীয় কর্তৃপক্ষের তালিকা এবং কমিউনিটি কর্তৃক তৈরি পরিবারের তালিকা কার্যকর হতে পারে, যদি একটি স্বাধীন নিরূপণ (যাচাই) প্রক্রিয়ার মাধ্যমে সেগুলোকে সঠিক ও নিরপেক্ষ প্রমাণিত করা যায়। নিবন্ধনপ্রক্রিয়া তৈরির সময় ক্ষতিগ্রস্ত নারীদের অংশগ্রহণে উৎসাহ দিতে হবে। বিতরণ তালিকায় ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তিদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে, বিশেষ করে যাদের চলাচল সক্ষমতা কম।

যদি সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে নিবন্ধন সম্ভব না হয়, পরিস্থিতি স্থিতিশীল হওয়ার সাথে সাথে এটি সম্পূর্ণ করতে হবে। নিবন্ধন প্রক্রিয়ার জন্য এমন একটি মতামত বা অভিযোগ জানানোর (ফিডব্যাক) ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে, যা নারী, কিশোরী, প্রবীণ ব্যক্তি ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিসহ সব ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের জন্য সহজলভ্য হবে। নারীদের নিজেদের নামে নিবন্ধিত হওয়ার অধিকার রয়েছে। যেখানে সম্ভব, সেখানে পরিবারের পক্ষ থেকে কে সহায়তা সংগ্রহ করবে বা নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা গ্রহণ করবে, সে বিষয়ে পুরুষ ও নারীদের সাথে, প্রয়োজনে আলাদাভাবে পরামর্শ করতে হবে। এই পরামর্শ ঝুঁকি নিরূপণের (যাচাই) মাধ্যমে হওয়া উচিত।

একক পুরুষপ্রধান বা নারীপ্রধান পরিবার, সেই সাথে শিশুপ্রধান ও যুবপ্রধান পরিবার এবং পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন বা অভিভাবকহীন শিশুদের জন্য বিশেষ ব্যবস্থা করতে হবে, যাতে তারা নিরাপদে

তাদের পরিবারের পক্ষ থেকে সহায়তা সংগ্রহ করতে পারে। একক পিতা-মাতা পরিবার এবং ছোট শিশুসহ নারীদের জন্য সহায়তা সংগ্রহের সময় শিশুদের যেন অযত্নে রেখে যাওয়ার প্রয়োজন না হয়, তার জন্য বিতরণকেন্দ্রের নিকট শিশুদের দেখাশোনার ব্যবস্থা (চাইল্ড কেয়ার) গড়ে তুলতে হবে। যেখানে বহু বিবাহের পরিবারগুলো রয়েছে, সেখানে প্রত্যেক স্ত্রী এবং তার সন্তানদের একটি পৃথক পরিবার হিসেবে বিবেচনা করতে হবে।

"শুকনো" রেশন বিতরণ: সাধারণ খাদ্য বিতরণ সাধারণত কেবল শুকনো রেশন সরবরাহ করে, যা মানুষ পরে তাদের বাড়িতে রান্না করে। প্রাপকদের মধ্যে একজন ব্যক্তি বা পরিবারের রেশন কার্ডধারী, একাধিক পরিবারের প্রতিনিধি, ঐতিহ্যগত ও নারী নেতৃবৃন্দ বা জনগোষ্ঠীকেন্দ্রিক নেতারা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। বিতরণের সময়সূচি নির্ধারণের সময় খাদ্য রেশনের ওজন এবং প্রাপকদের নিরাপদে তা বাড়ি নিয়ে যাওয়ার সক্ষমতা বিবেচনায় নিতে হবে। প্রবীণ ব্যক্তি, গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো নারী, পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন এবং অভিভাবকহীন শিশু ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা যাতে তাদের প্রাপ্য সহায়তা সংগ্রহ করতে পারে এবং তা নিজেদের কাছে রাখতে পারে, সেটি নিশ্চিত করার জন্য বিশেষ সহায়তার প্রয়োজন হতে পারে। অন্য জনগোষ্ঠীর সদস্যদের সহায়তা নেওয়ার কথা বিবেচনা করতে হবে, অথবা তাদের জন্য আরও ঘন ঘন কিন্তু অল্প পরিমাণে খাবার বিতরণ করার বিষয়টি বিবেচনা করা যেতে পারে।

"ভেজা" রেশন বিতরণ: বিশেষ পরিস্থিতিতে, যেমন হঠাৎ শুরু হওয়া সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে, সাধারণ খাদ্য বিতরণের জন্য রান্না করা খাবার বা তৈরি খাদ্য ব্যবহার করা যেতে পারে। যখন মানুষ চলমান অবস্থায় থাকে (এক জায়গায় স্থিরভাবে বসবাস করে না), অথবা খাদ্য বাড়ি নিয়ে যাওয়ার সময় চুরি, সহিংসতা, নির্যাতন বা শোষণের ঝুঁকি থাকে, তখন এ ধরনের খাবার বিতরণ উপযুক্ত হতে পারে। জরুরি পরিস্থিতিতে স্কুলভিত্তিক খাবার কর্মসূচি এবং শিক্ষা কর্মীদের জন্য খাদ্য প্রণোদনাকেও একটি বিতরণ ব্যবস্থাপনা হিসেবে ব্যবহার করতে হবে।

বিতরণকেন্দ্র: বিতরণকেন্দ্র নির্ধারণের সময় এলাকার ভৌগোলিক অবস্থা বিবেচনায় নিতে হবে এবং পরিষ্কার ও নিরাপদ পানি, টয়লেট, স্বাস্থ্যসেবা, ছায়া ও আশ্রয় এবং শিশু ও নারীদের জন্য নিরাপদ স্থানসহ অন্যান্য সহায়তার উৎসগুলো সহজে প্রবেশযোগ্য করার চেষ্টা করতে হবে। সশস্ত্র চেকপয়েন্ট ও সামরিক কার্যক্রমের উপস্থিতি অবশ্যই বিবেচনায় নিতে হবে, যাতে সাধারণ মানুষের জন্য ঝুঁকি কমানো যায় এবং সহায়তার নিরাপদ প্রবেশাধিকার নিশ্চিত হয়। বিতরণকেন্দ্রে যাতায়াতের সড়কগুলো স্পষ্টভাবে চিহ্নিত, সহজে প্রবেশযোগ্য এবং জনগোষ্ঠীর অন্য সদস্যদের দ্বারা নিয়মিত ব্যবহৃত হতে হবে। পণ্য পরিবহনের বাস্তবতা এবং খরচও বিবেচনা করতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ২ দেখুন*।

যারা বিতরণকেন্দ্র থেকে দূরে অবস্থান করেন বা যাদের শারীরিক সীমাবদ্ধতা রয়েছে, তাদের কাছে পৌঁছানোর জন্য বিকল্প বিতরণ পদ্ধতি গড়ে তুলতে হবে। সংকটকালে প্রান্তিক ও বাদ পড়া মানুষদের জন্য খাবার নিতে পারা সাধারণত বড় সমস্যা হয়ে থাকে। প্রাতিষ্ঠানিক স্থানে (ক্যাম্প বা আশ্রয়কেন্দ্র) থাকা মানুষদের জন্য সরাসরি খাবার পৌঁছে দেওয়ার ব্যবস্থা রাখতে হবে।

বিতরণের সময়সূচি: মানুষ দিনের আলোতে বিতরণকেন্দ্রে যাতায়াত করে নিরাপদে বাড়ি ফিরতে পারে, এমন সময়ে বিতরণ নির্ধারণ করতে হবে। রাত্রীযাপনের প্রয়োজন সৃষ্টি করে এমন ব্যবস্থা এড়িয়ে চলতে হবে, কারণ এতে অতিরিক্ত ঝুঁকি তৈরি হয়। প্রতিদিনের স্বাভাবিক কার্যক্রমে কম ব্যাঘাত ঘটে, এমনভাবে বিতরণের সময়সূচি নির্ধারণ করতে হবে। ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর জন্য দ্রুত

সেবা (ফাস্ট ট্র্যাক) বা অগ্রাধিকার লাইন স্থাপনের বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে এবং এমন একটি ডেস্ক রাখতে হবে, যেখানে একজন সমাজকর্মী অভিভাবকহীন ও পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুদের নিবন্ধন করতে পারবে। সময়সূচি এবং বিতরণ-সম্পর্কিত তথ্য বিভিন্ন ধরনের যোগাযোগমাধ্যমে আগাম প্রচার করতে হবে।

খাদ্য, ভাউচার ও নগদ অর্থ বিতরণের সময় নিরাপত্তা: বিতরণ কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারীদের ঝুঁকি কমাতে প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নিতে হবে। এর মধ্যে রয়েছে যথাযথ ভিড় নিয়ন্ত্রণ, প্রশিক্ষিত কর্মীদের দ্বারা বিতরণ কার্যক্রম তদারকি এবং প্রয়োজনে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর সদস্যদের নিজস্বভাবে বিতরণকেন্দ্র পাহারা দেওয়ার ব্যবস্থা। প্রয়োজন হলে স্থানীয় পুলিশকে সম্পৃক্ত করতে হবে। খাবার/ভাউচার/নগদ অর্থ স্থানান্তরের উদ্দেশ্য সম্পর্কে পুলিশ কর্মকর্তা ও সদস্যদের অবহিত করতে হবে। বিতরণকেন্দ্রের স্থান বিন্যাস এমনভাবে পরিকল্পনা করতে হবে, যাতে প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং শারীরিকভাবে দুর্বল মানুষ সহজে ও নিরাপদে পৌঁছাতে পারে। সকল খাদ্য বিতরণ দলের সদস্যদের উপযুক্ত আচরণবিধি সম্পর্কে অবহিত করতে হবে, যার মধ্যে যৌন শোষণ ও নির্যাতনের জন্য শাস্তির বিষয়টিও অন্তর্ভুক্ত থাকবে। খাদ্য নামানো, নিবন্ধন, বিতরণ এবং বিতরণ-পরবর্তী পর্যবেক্ষণ কার্যক্রম তদারকির জন্য নারী তত্ত্বাবধায়কদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৭ দেখুন।*

তথ্য প্রদান: বিতরণকেন্দ্রগুলোতে খাবারের তথ্য স্পষ্টভাবে প্রদর্শন করতে হবে, এমন ভাষা ও ফরম্যাট ব্যহার করতে হবে যেন পড়তে পারে না এমন ব্যক্তি বা যাদের যোগাযোগে সমস্যা রয়েছে তারাও সহজে বুঝতে পারে। মুদ্রিত উপকরণ, অডিও বার্তা, খুদে বার্তা বা এসএমএস ও ভয়েস মেসেজের মাধ্যমে মানুষকে নিম্নোক্ত বিষয়গুলো সম্পর্কে অবহিত করতে হবে:

- রেশনের পরিকল্পনা, যেখানে খাদ্য রেশনের পরিমাণ ও ধরন অথবা নগদ অর্থভিত্তিক/ভাউচারের মূল্য এবং এটি কোন প্রয়োজন মেটানোর জন্য দেওয়া হচ্ছে তা স্পষ্টভাবে উল্লেখ থাকবে;
- পূর্ববর্তী পরিকল্পনা থেকে কোনো পরিবর্তন হলে (সময়সূচি, পরিমাণ, উপকরণ বা অন্যান্য) তার কারণ;
- বিতরণ পরিকল্পনা;
- খাদ্যের পুষ্টির গুণগত মান এবং যদি প্রয়োজন হয়, প্রাপকগণকে তার পুষ্টির মান রক্ষা করার জন্য কোনো বিশেষ নির্দেশনা;
- খাদ্যের নিরাপদ পরিচালনা এবং ব্যবহার-সম্পর্কিত নির্দেশনা;
- শিশুদের জন্য খাদ্যের সর্বোত্তম ব্যবহারের জন্য নির্দিষ্ট তথ্য; এবং
- আরও তথ্যপ্রাপ্তি বা মন্তব্য জানানোর (ফিডব্যাক) জন্য বিকল্প ব্যবস্থা।

নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার ক্ষেত্রে খাবারের তথ্যের মধ্যে স্থানান্তর মূল্যের পরিমাণ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। এই তথ্য বিতরণকেন্দ্রে সরাসরি জানানো যেতে পারে, নগদ অর্থ উত্তোলনকেন্দ্র বা ভাউচার ভাঙানোর স্থানে প্রদর্শন করা যেতে পারে, অথবা স্থানীয় ভাষায় লিফলেট আকারে প্রদান করা যেতে পারে।

খাদ্য সরবরাহে পরিবর্তন: খাদ্যের স্বল্পতা, তহবিলের অভাব বা অন্যান্য কারণে খাবার বা নগদ অর্থ সহায়তার পরিমাণ পরিবর্তন হতে পারে। এমন পরিস্থিতিতে বিতরণ কমিটি, জনগোষ্ঠীর নেতা এবং প্রতিনিধিত্বকারী সংগঠনের মাধ্যমে এসব পরিবর্তনের তথ্য প্রাপকদের কাছে পৌঁছে দিতে হবে। বিতরণের আগে যৌথভাবে করণীয় তৈরি করতে হবে। বিতরণ কমিটির দায়িত্ব হবে মানুষকে

পরিবর্তনের বিষয়, পরিবর্তনের কারণ এবং স্বাভাবিক রেশন প্রদান পুনরায় চালু হওয়ার তারিখ ও পরিকল্পনা সম্পর্কে অবহিত করা। সম্ভাব্য বিকল্পগুলোর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে:

- সকল প্রাপকের জন্য রেশন প্রদান কমিয়ে দেওয়া;
- ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তিদের পূর্ণ রেশন এবং সাধারণ জনগণের জন্য কম রেশন প্রদান; অথবা
- বিতরণ সাময়িকভাবে স্থগিত করা (সর্বশেষ ব্যবস্থা হিসাবে)।

বিতরণ ও সরবরাহ পর্যবেক্ষণ: বিতরণের সঠিকতা ও সমতা নিশ্চিত করতে পরিবারের সংগ্রহকৃত খাবার দৈবচয়নের (random sampling) মাধ্যমে ওজন করে নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে। প্রাপকদের সাক্ষাৎকার নিতে হবে এবং নিশ্চিত করতে হবে যে সাক্ষাৎকারের নমুনায় নারী ও পুরুষের সমান অংশগ্রহণ রয়েছে, পাশাপাশি কিশোর-কিশোরী ও যুবসমাজ, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং প্রবীণ ব্যক্তি অন্তর্ভুক্ত আছে। অন্তত একজন পুরুষ ও একজন নারী সদস্য নিয়ে গঠিত সাক্ষাৎকার দল কর্তৃক দৈবচয়নের (random sampling) মাধ্যমে পরিদর্শন, রেশনের গ্রহণযোগ্যতা ও কার্যকারিতা নির্ধারণে সহায়ক হতে পারে। এসব পরিদর্শনের মাধ্যমে এমন ব্যক্তিদের শনাক্ত করা যায়, যারা নির্বাচনের মানদণ্ড পূরণ করলেও খাদ্যসহায়তা পাচ্ছেন না। একই সঙ্গে অন্য উৎস থেকে প্রাপ্ত খাদ্য, তার উৎস এবং ব্যবহারের তথ্যও শনাক্ত করা সম্ভব। এসব পরিদর্শনে বলপ্রয়োগে সম্পদ কেড়ে নেওয়া, বলপ্রয়োগ নিয়োগ, যৌন বা অন্যান্য শোষণের সম্ভাব্য ঘটনাও চিহ্নিত করা যেতে পারে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন*।

খাদ্যসহায়তা মান ৬.৪:
খাদ্যের ব্যবহার

পারিবারিক এবং জনগোষ্ঠীভিত্তিক (সামাজিক) উভয় স্তরেই খাদ্য সংরক্ষণ, প্রস্তুতি এবং গ্রহণ নিরাপদ ও যথাযথ।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সহায়তা প্রাপ্ত মানুষকে অনুপযুক্ত খাদ্য ব্যবস্থাপনা বা প্রস্তুতির ঝুঁকি থেকে সুরক্ষা দিতে হবে।

- খাদ্য স্বাস্থ্যবিধির গুরুত্ব মানুষকে জানাতে হবে এবং খাদ্য ব্যবস্থাপনায় সঠিক স্বাস্থ্যবিধি অনুসরণের জন্য উৎসাহিত করতে হবে।
- যেখানে রান্না করা খাবার সরবরাহ করা হয়, সেখানে কর্মীদের নিরাপদভাবে খাদ্য সংরক্ষণ, ব্যবস্থাপনা ও প্রস্তুতি এবং ভুল প্রক্রিয়ার কারণে সম্ভাব্য স্বাস্থ্যঝুঁকি সম্পর্কে প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

২. সহায়তাপ্রাপ্ত মানুষের সঙ্গে পরামর্শ ও আলোচনা করে খাদ্য সংরক্ষণ, প্রস্তুতি, রান্না এবং গ্রহণের বিষয়ে পরামর্শ দিতে হবে।

৩. পরিবারের জন্য উপযুক্ত রান্নার সরঞ্জাম, জ্বালানি, জ্বালানিসাশ্রয়ী চুলা, পরিষ্কার পানি এবং স্বাস্থ্যবিধি উপকরণের নিরাপদ প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করতে হবে।

৪. যারা নিজে খাবার তৈরি বা খেতে সক্ষম নয়, তাদের জন্য সম্ভব হলে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী পরিচর্যাকারীর মাধ্যমে সহায়তা নিশ্চিত করতে হবে।

৫. পরিবারের মধ্যে খাদ্য সম্পদের ব্যবহার কেমন হচ্ছে, তা নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

বিতরণকৃত খাদ্য থেকে সৃষ্ট স্বাস্থ্যঝুঁকি-সংক্রান্ত রিপোর্টকৃত ঘটনার সংখ্যা

নিরাপদভাবে খাদ্য সংরক্ষণ ও প্রস্তুত করতে সক্ষম, এমন পরিবারের শতকরা হার

তিন বা এর বেশি স্বাস্থ্যবিধি সচেতনতা বার্তা বর্ণনা করতে সক্ষম, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

উপযুক্ত রান্নার উপকরণ, জ্বালানি, খাবার পানি এবং স্বাস্থ্যবিধি উপকরণে প্রবেশাধিকার আছে বলে জানায়, এমন লক্ষিত পরিবারের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

খাদ্য ব্যবহারে পরিচ্ছন্নতা: সংকট পরিস্থিতিতে মানুষের স্বাভাবিক স্বাস্থ্যবিধি ব্যাহত হতে পারে। স্থানীয় পরিস্থিতি এবং রোগের ধরন অনুযায়ী খাপ খাইয়ে খাদ্য ব্যবহারে স্বাস্থ্যবিধি অনুশীলন প্রচার করতে হবে। পানিদূষণ এড়ানো, পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ এবং খাবার গ্রহণের আগে সর্বদা হাত ধোয়ার গুরুত্বের ওপর জোর দিতে হবে। খাদ্যপ্রাপ্ত মানুষদের পরিবারে নিরাপদে খাদ্য সংরক্ষণের পদ্ধতি সম্পর্কে জানানো জরুরি ⊕ *ওয়াশ স্বাস্থ্যবিধি প্রচার মানসমূহ দেখুন*।

খাদ্য প্রক্রিয়াকরণ এবং সংরক্ষণ: শস্য ভাঙার মিলের মতো খাদ্য প্রক্রিয়াকরণ সুবিধায় প্রবেশাধিকার মানুষকে তাদের পছন্দমতো খাদ্য প্রস্তুত করতে সাহায্য করে এবং অন্যান্য উৎপাদনশীল কাজের জন্য সময় সাশ্রয় করে। যেখানে পচনশীল খাদ্য সরবরাহ করা হয়, সেখানে তা সংরক্ষণের জন্য উপযুক্ত ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে, যেমন জলরোধী পাত্র, কুলার বা ফ্রিজার। তাপমাত্রা, ঠান্ডা এবং আর্দ্রতা পচনশীল খাদ্যের সংরক্ষণকে প্রভাবিত করে।

খাদ্য সংরক্ষণ, রান্না এবং খাওয়ানোর ক্ষেত্রে সহায়তার প্রয়োজন হতে পারে, এমন ব্যক্তিদের মধ্যে রয়েছে ছোট শিশু, প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী এবং এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি। যাদের জন্য পরিবারের অন্য সদস্যদের খাদ্য নিশ্চিত করা কঠিন, যেমন প্রতিবন্ধী পিতা-মাতা, তাদের জন্য আউটরিচ কর্মসূচি বা অতিরিক্ত সহায়তা প্রদান করা যেতে পারে।

পরিবারের ভেতরের খাদ্য ব্যবহার পর্যবেক্ষণ: মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোকে পরিবারের ভেতরকার খাদ্য ব্যবহার, এর উপযুক্ততা, যথার্থতা এবং প্রয়োজন অনুযায়ী আছে কি না, তা নিয়মিতভাবে পর্যবেক্ষণ ও মূল্যায়ন করতে হবে। পরিবারভিত্তিক, খাদ্যপণ্যগুলো যে উদ্দেশ্যে দেয়া হয় সেভাবে ব্যবহার হয়, নয়তো তা বিক্রি বা বিনিময়ের জন্য ব্যবহার করা হতে পারে। বিনিময়ের উদ্দেশ্য হতে পারে অন্যান্য পছন্দের খাবার, খাবারের বাইরে পণ্য, বা স্কুল ফি বা চিকিৎসা বিলের মতো সেবার জন্য অর্থ প্রদান। পরিবারভিত্তিক খাদ্য বণ্টন নিরূপণে (যাচাই) লিঙ্গ, বয়স এবং প্রতিবন্ধিতার ভিত্তিতেও খাদ্য ব্যবহারের তথ্য পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

নগদ অর্থ ও ভাউচারের ব্যবহার: পরিবারগুলো যখন নগদ অর্থ বা ভাউচার সহায়তা পায়, তখন আতঙ্কে অতিরিক্ত পণ্য ক্রয় করার ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা করা গুরুত্বপূর্ণ। বিতরণের আগে, বিতরণের সময় এবং বিতরণের পর–প্রতিটি পর্যায়ে ব্যবসায়ী ও সহায়তাপ্রাপ্তদের প্রস্তুত করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, বিবেচনা করতে হবে সারা মাসজুড়ে খাদ্য প্রাপ্যতা থাকবে কি না, নাকি মাসজুড়ে ধাপে ধাপে বিতরণ করা ভালো হবে। প্রয়োজনে ভাউচারকে ছোট মূল্যমানের করে সাপ্তাহিক ভিত্তিতে ব্যবহারযোগ্য করা যেতে পারে। একই নীতি নগদ অর্থের ক্ষেত্রেও প্রযোজ্য, যা এটিএম বা অন্যান্য ডিজিটাল বা ম্যানুয়াল পেমেন্টের মাধ্যমে গ্রহণযোগ্য।

৭. জীবিকা

মানুষ তাদের জীবিকা রক্ষা করতে কতটা সক্ষম, তা সংকটের সময় তাদের বিপদাপন্নতার সঙ্গে সরাসরি সম্পর্কিত। সংকটের আগে, সংকট চলাকালে এবং সংকটের পর মানুষের বিপদাপন্নতা সম্পর্কে ভালোভাবে জানা থাকলে উপযুক্ত সহায়তা প্রদান সহজ হয় এবং জনগোষ্ঠী কীভাবে তাদের জীবিকা পুনরায় আগের অবস্থানে ফিরে আনতে পারে ও উন্নত করতে পারে, তা চিহ্নিত করা সম্ভব হয়।

সংকট মানুষের জীবিকা বজায় রাখার জন্য নির্ভরশীল অনেক উপাদানকে ব্যাহত করতে পারে। সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ তাদের কাজ হারাতে পারে অথবা জমি ও পানির উৎস ছেড়ে যেতে বাধ্য হতে পারে। সংঘাত বা প্রাকৃতিক দুর্যোগের সময় সম্পদ ধ্বংস হতে পারে, দূষিত হতে পারে বা চুরি হয়ে যেতে পারে। একই সঙ্গে বাজারব্যবস্থাও অচল হয়ে পড়তে পারে।

সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে, মানুষের বেঁচে থাকার মৌলিক চাহিদা পূরণ করাই প্রধান অগ্রাধিকার। তবে সময়ের সাথে সাথে জীবিকাকে সহায়তা করে এমন ব্যবস্থা, দক্ষতা ও সক্ষমতার পুনর্বাসন মানুষকে মর্যাদার সঙ্গে ঘুরে দাঁড়াতে সহায়তা করে। শরণার্থীদের ক্ষেত্রে জীবিকা উন্নয়ন কার্যক্রম প্রায়ই বিশেষ চ্যালেঞ্জের মুখোমুখি হয়, যেমন ক্যাম্পভিত্তিক জীবনযাপন বা আশ্রয়দানকারী দেশের সীমাবদ্ধ আইন ও নীতিকাঠামো।

যারা খাদ্য উৎপাদনের সাথে যুক্ত, তাদের উৎপাদন কার্যক্রম টিকিয়ে রাখতে জমি, গবাদিপ্রাণী, সহায়ক সেবা এবং বাজারে প্রবেশাধিকার প্রয়োজন। অন্যান্য সম্পদ, মানুষ বা বিদ্যমান ব্যবস্থার ক্ষতি না করে উৎপাদন চালিয়ে যাওয়ার সক্ষমতাও তাদের থাকতে হবে ⊕ *গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

শহরাঞ্চলে, জীবিকার ওপর সংকটের প্রভাব গ্রামাঞ্চলের তুলনায় ভিন্ন হয়। পরিবারের গঠন, দক্ষতা, প্রতিবন্ধিতা ও শিক্ষার স্তর নির্ধারণ করে দেয় মানুষ কতটা বিভিন্ন ধরনের অর্থনৈতিক কর্মকাণ্ডে যুক্ত হতে পারবে। সাধারণত শহরাঞ্চলের দরিদ্র মানুষের জীবিকা মোকাবিলার কৌশল গ্রামাঞ্চলের তুলনায় কম বৈচিত্র্যময়। উদাহরণস্বরূপ, অনেক দেশে, শহরাঞ্চলের মানুষ খাদ্য উৎপাদনের জন্য পর্যাপ্ত জমি পায় না।

যারা তাদের জীবিকা হারিয়েছে এবং যারা নতুন সুযোগ সৃষ্টি প্রক্রিয়ায় প্রভাব রাখতে পারে, এই দুই পক্ষকে একত্র করলে জীবিকা সাড়াদানের অগ্রাধিকার নির্ধারণে সহায়ক হবে। এ প্রক্রিয়ায় শ্রমবাজার, সেবা খাত এবং সংশ্লিষ্ট পণ্যের বাজার বিশ্লেষণের প্রতিফলন থাকা উচিত। সব ধরনের জীবিকা সহায়তা কার্যক্রমে স্থানীয় বাজার কীভাবে ব্যবহার করা যায় এবং কীভাবে স্থানীয় বাজারকে সহায়তা দেওয়া যায়, তা বিবেচনায় রাখতে হবে ⊕ *ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

জীবিকা মান ৭.১:
প্রাথমিক উৎপাদন

প্রাথমিক উৎপাদনব্যবস্থাসমূহ সুরক্ষিত থাকে এবং প্রয়োজনীয় সহায়তা পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. কৃষকদের উৎপাদন উপকরণ এবং/অথবা সম্পদ পাওয়ার সুযোগ নিশ্চিত করতে হবে।

- যেখানে বাজার কার্যকর রয়েছে এবং পুনরায় আগের অবস্থানে ফিরে যাওয়া সম্ভব, সেখানে কৃষকদের পছন্দ অনুযায়ী উপকরণ, বীজ, মাছের পোনা বা গৃহপালিত বিভিন্ন প্রাণী ও পাখি বেছে নেওয়ার সুযোগ দিতে নগদ অর্থ বা ভাউচার সহায়তা প্রদানকে অগ্রাধিকার দিতে হবে।
- সংকটের পর নতুন প্রযুক্তি কেবল তখনই চালু করতে হবে, যখন সেগুলো একই ধরনের প্রেক্ষাপটে পরীক্ষিত হয়েছে অথবা স্থানীয় প্রেক্ষাপটের সাথে মানিয়ে নেওয়া হয়েছে।

২. স্থানীয়ভাবে গ্রহণযোগ্য, উপযুক্ত মানসম্পন্ন এবং মৌসুমভিত্তিক ব্যবহারের জন্য সময়োপযোগী উৎপাদন উপকরণ সরবরাহ করতে হবে।

- যে গবাদিপ্রাণীর উপকরণ ও ফসলের জাত মানুষ এলাকায় আগে থেকেই ব্যবহার করে এবং আসন্ন মৌসুমে যেগুলোর চাহিদা আছে, সেগুলোই সহায়তা হিসেবে আগে দিতে হবে।

৩. প্রদত্ত উপকরণ ও সেবা যাতে প্রাপকদের ঝুঁকি না বাড়ায় বা জনগোষ্ঠীর মধ্যে দ্বন্দ্ব সৃষ্টি না করে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- সীমিত প্রাকৃতিক সম্পদ (যেমন জমি বা পানি) নিয়ে সম্ভাব্য প্রতিযোগিতা এবং বিদ্যমান সামাজিকব্যবস্থার সম্ভাব্য নেতিবাচক প্রভাব যাচাই করতে হবে।

৪. প্রাথমিক উৎপাদন-সংক্রান্ত সাড়াদান পরিকল্পনা, সিদ্ধান্ত গ্রহণ, বাস্তবায়ন এবং পর্যবেক্ষণে ক্ষতিগ্রস্ত নারী ও পুরুষদের সমানভাবে সম্পৃক্ত করতে হবে।

৫. ফসল উৎপাদন, মৎস্য, জলজ চাষ, বনজ সম্পদ এবং গবাদিপ্রাণী খাতে যুক্ত উৎপাদকদের টেকসই উৎপাদন ও ব্যবস্থাপনা পদ্ধতির ওপর প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে।

৬. বাজার নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে এবং স্থানীয়ভাবে উৎপাদিত ফসল, শাকসবজি ও অন্য কৃষিপণ্যের চাহিদা বৃদ্ধিতে উদ্যোগ নিতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

স্বাভাবিক এক বছরের তুলনায় লক্ষিত জনগোষ্ঠীর উৎপাদনে (খাদ্য বা আয়ের উৎস) পরিবর্তনের শতকরা হার

উৎপাদিত ফসলের জন্য পর্যাপ্ত সংরক্ষণ সুবিধা পাওয়ার সুযোগের কথা জানিয়েছে, এমন পরিবারের শতকরা হার

কর্মসূচির বাস্তবায়নের ফলে লক্ষিত পরিবারের কার্যকর বাজারে সহজে পৌঁছানোর সুযোগ বেড়েছে, এমন পরিবারের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

উৎপাদন কৌশল: উৎপাদন কৌশল এমন হতে হবে, যার বাস্তব প্রেক্ষাপটে উন্নয়ন ও সফল হওয়ার যৌক্তিক সম্ভাবনা রয়েছে। এটি বিভিন্ন বিষয়ের ওপর নির্ভর করতে পারে, যেমন:

- পর্যাপ্ত প্রাকৃতিক সম্পদ, শ্রমশক্তি, কৃষি উপকরণ ও আর্থিক মূলধন;
- স্থানীয় পরিবেশের সাথে খাপ খাওয়ানো ভালো মানের বীজের জাত;
- উৎপাদনক্ষম প্রাণিসম্পদ যা খাদ্যনিরাপত্তার জন্য একটি গুরুত্বপূর্ণ সম্পদ হিসেবে কাজ করে ⊕ *গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

এ ছাড়া কৌশল নির্ধারণের সময়, মানুষের বিদ্যমান জীবিকা-সংক্রান্ত দক্ষতা, তাদের পছন্দ, পরিবেশ এবং কৌশলটি বড় (scalability) করার সম্ভাবনাও বিবেচনায় নিতে হবে।

স্থানীয় পর্যায়ে বৈচিত্র্যপূর্ণ জীবিকা কার্যক্রমকে উৎসাহিত করতে হবে, তবে প্রাকৃতিক সম্পদের অতিরিক্ত ব্যবহার এড়িয়ে চলতে হবে। পরিবেশগত ক্ষতি শুধু সংকটের ঝুঁকি বাড়ায় না, এটি বিভিন্ন জনগোষ্ঠীর মধ্যে উত্তেজনাও সৃষ্টি করতে পারে। যেখানে সম্ভব, জীবিকা-সংক্রান্ত কার্যক্রমে জলবায়ু পরিবর্তনের সাথে খাপ খাইয়ে নেওয়াকে উৎসাহিত করতে হবে, যেমন অভিযোজিত বীজের জাত নির্বাচন করা।

জীবিকাভিত্তিক কার্যক্রমের সাথে শিশুশ্রম যাতে জড়িয়ে না পড়ে, তা নিশ্চিত করতে হবে। এ ছাড়া শিশুদের ওপর জীবিকাভিত্তিক কার্যক্রমের পরোক্ষ প্রভাব বিষয়ে সতর্ক থাকতে হবে, উদাহরণস্বরূপ, পিতা-মাতা কাজ করার সময় পরিবারের সহায়তার জন্য শিশুদের স্কুলে অনুপস্থিত থাকা।

জ্বালানি: যন্ত্র বা মেশিন ব্যবহার করে কাজ করা, খাদ্য প্রক্রিয়াকরণ, যোগাযোগ, খাদ্য সংরক্ষণের জন্য কোল্ড চেইন এবং কার্যকর দহন যন্ত্রের জন্য প্রয়োজনীয় জ্বালানি চাহিদা বিবেচনায় করতে হবে।

উন্নয়ন: উন্নত ফসলের জাত, গবাদিপ্রাণী বা মাছের প্রজাতি, নতুন সরঞ্জাম, সার অথবা উদ্ভাবনী ব্যবস্থাপনা পদ্ধতি চালুর বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে। সংকটের আগের ধারা বজায় রেখে এবং/অথবা জাতীয় উন্নয়ন পরিকল্পনার সাথে সংযোগ স্থাপনের মাধ্যমে খাদ্য উৎপাদনব্যবস্থা শক্তিশালী করতে হবে।

নতুন প্রযুক্তি: নতুন প্রযুক্তি গ্রহণের আগে উৎপাদক এবং স্থানীয় ভোক্তাদের অবশ্যই স্থানীয় উৎপাদনব্যবস্থা, সাংস্কৃতিক চর্চা ও প্রাকৃতিক পরিবেশের ওপর এর প্রভাব বুঝতে হবে এবং মেনে নিতে হবে। নতুন প্রযুক্তি চালুর ক্ষেত্রে উপযুক্ত জনগোষ্ঠীর সাথে আলোচনা, তথ্য প্রদান ও প্রশিক্ষণ নিশ্চিত করতে হবে। বৈষম্যের ঝুঁকিতে থাকা গোষ্ঠী (নারী, প্রবীণ ব্যক্তি, সংখ্যালঘু এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তি) যেন প্রযুক্তিসুবিধা পায়, তা নিশ্চিত করতে হবে। সম্ভব হলে জীবিকাবিশেষজ্ঞ ও সরকারি মন্ত্রণালয়ের সাথে সমন্বয় করতে হবে। প্রযুক্তিগত সহায়তার ধারাবাহিকতা, ভবিষ্যতে প্রযুক্তির প্রাপ্যতা এবং এর বাণিজ্যিক সম্ভাব্যতা যাচাই করতে হবে।

নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা বা ঋণ: এটা বীজ ও গবাদিপ্রাণী মেলায় ব্যবহারের জন্য প্রদান করা যেতে পারে। নির্বাচিত পদ্ধতির সম্ভাব্য পুষ্টিগত প্রভাব বুঝতে হবে, এটি মানুষকে তাদের নিজেদের জন্য পুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্য উৎপাদনের সুযোগ দিচ্ছে কি না, নাকি খাদ্য ক্রয়ের জন্য নগদ

অর্থ সরবরাহ করছে। পণ্যের প্রাপ্যতা, বাজারে প্রবেশাধিকার এবং নিরাপদ, সাশ্রয়ী ও লিঙ্গ-সংবেদনশীল নগদ অর্থ স্থানান্তর ব্যবস্থা থাকা, ইত্যাদি যাচাই করে উৎপাদন উপকরণ ক্রয়ের জন্য নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার বাস্তবতা মূল্যায়ন করতে হবে ⊕ ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান *(The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক* এবং *গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards-LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

মৌসুমি প্রভাব ও মূল্যের ওঠানামা: কৃষি উপকরণ এবং প্রাণিচিকিৎসাসেবা-সংশ্লিষ্ট কৃষি ও প্রাণিপালন মৌসুমের সাথে সামঞ্জস্য রেখে প্রদান করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, রোপণ মৌসুমের আগে বীজ ও সরঞ্জাম সরবরাহ করতে হবে। খরার সময় অতিরিক্ত প্রাণীর মৃত্যুর আগেই গবাদিপ্রাণী বিক্রি করে (destocking) দিতে হবে। নতুন প্রাণী নেওয়ার সুযোগ থাকলে পুনরায় নতুন প্রাণী (restocking) নেওয়া শুরু হবে, যেমন পরবর্তী বর্ষা মৌসুমের পর। প্রয়োজন হলে, বীজ ও অন্যান্য উপকরণ সুরক্ষার জন্য খাদ্যসহায়তা প্রদান করতে হবে। উপকরণগুলো যেন নারী, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং অন্যান্য ভিন্ন ক্ষমতা ও চাহিদা থাকা গোষ্ঠীর জন্যও ব্যবহারযোগ্য হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে। চরম মৌসুমে দাম বাড়ার কারণে দরিদ্র কৃষকেরা ক্ষতিগ্রস্ত হন, কারণ তাদের ঠিক ফসল তোলার পরেই তাদের পণ্য বিক্রি করে দিতে হয়, যখন দাম সবচেয়ে কম থাকে। মূল্যের এই ওঠানামা সেই সব গবাদিপ্রাণীর মালিকদের ওপরও বিরূপ প্রভাব ফেলে, যাদের খরার সময় তাদের প্রাণী বিক্রি করে দিতে হয়। অন্যদিকে সীমিত আয়ের ভোক্তারা খাদ্য মজুদে বিনিয়োগ করতে পারে না। তারা ছোট ছোট কিন্তু নিয়মিত ক্রয়ের ওপর নির্ভর করে। যার ফলে খরার মতো সময়ে যখন মূল্য বেশি থাকে তখনো তারা খাদ্য কিনতে বাধ্য হয়। গবাদিপ্রাণী-বিষয়ক দিকনির্দেশনার জন্য ⊕ *গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

বীজ: নির্দিষ্ট জাতের বীজ নির্বাচনের ক্ষেত্রে কৃষক এবং স্থানীয় কৃষিবিশেষজ্ঞদের অনুমোদন নিতে হবে। বীজগুলো অবশ্যই স্থানীয় কৃষি-পরিবেশ এবং কৃষকদের নিজস্ব চাষাবাদ ব্যবস্থার সাথে মানানসই হতে হবে। পাশাপাশি বীজ রোগ-প্রতিরোধক্ষম হতে হবে এবং জলবায়ু পরিবর্তনের ফলে সৃষ্ট সম্ভাব্য কঠিন আবহাওয়ার সাথে মানিয়ে নিতে সক্ষম হতে হবে। অঞ্চলের বাইরে উৎপাদিত বীজের গুণগত মান পরীক্ষা করতে হবে এবং নিশ্চিত করতে হবে যে এগুলো স্থানীয় পরিবেশের জন্য উপযুক্ত। যেকোনো বীজ-সংক্রান্ত কার্যক্রমে কৃষকদের বিভিন্ন ধরনের ফসল ও জাতের মধ্য থেকে বেছে নেওয়ার সুযোগ দিতে হবে। এটি তাদের নিজস্ব চাষাবাদ পদ্ধতির জন্য কোনটি সবচেয়ে ভালো, তা যাচাই করে দেখার সুযোগ করে দেবে। উদাহরণস্বরূপ, ভুট্টা চাষ করে এমন কৃষকেরা স্থানীয় জাতের তুলনায় হাইব্রিড বীজ বেশি পছন্দ করতে পারেন। হাইব্রিড বীজ বিতরণের ক্ষেত্রে সরকারি নীতিমালা মেনে চলতে হবে। স্থানীয় কর্তৃপক্ষের অনুমোদন ছাড়া জেনেটিক্যালি পরিবর্তিত বীজ বিতরণ করা যাবে না। যদি কৃষকদের জেনেটিক্যালি পরিবর্তিত বীজ দেওয়া হয়, তবে তা সম্পর্কে অবশ্যই তাঁদের জানাতে হবে। যখন কৃষকেরা ভাউচার ব্যবহার করে অথবা বীজমেলা থেকে বীজ ক্রয় করে, তখন তাঁদেরকে স্থানীয় অনুমোদিত সরবরাহকারীদের কাছ থেকে বীজ কিনতে উৎসাহিত করতে হবে। কৃষকেরা স্থানীয়ভাবে অভিযোজিত সাধারণ জাতও পছন্দ করতে পারেন। এসব বীজ সাধারণত তুলনামূলক কম দামে পাওয়া যাবে, ফলে একই ভাউচার মূল্যে তাঁরা বেশি পরিমাণ বীজ পেতে পারে।

জনগোষ্ঠীর মধ্যে উত্তেজনা ও নিরাপত্তাঝুঁকি: যখন উৎপাদনের জন্য বিদ্যমান প্রাকৃতিক সম্পদ ব্যবহারের সুযোগে পরিবর্তন প্রয়োজন হয়, তখন বাস্তুচ্যুত ও স্থানীয় জনসংখ্যা অথবা ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে উত্তেজনা তৈরি হতে পারে। পানি বা জমি নিয়ে প্রতিযোগিতা এসব সম্পদের ব্যবহার সীমিত করতে পারে। দীর্ঘ মেয়াদে গুরুত্বপূর্ণ প্রাকৃতিক সম্পদের অভাবে প্রাথমিক খাদ্য উৎপাদন টেকসই না-ও হতে পারে। একইভাবে, ভূমিহীন মানুষের মতো নির্দিষ্ট জনসংখ্যার জন্য যদি উপকরণ ব্যবহারের সুযোগ না থাকে, তবে কার্যক্রম সফল হবে না। বিনামূল্যে উপকরণ বিতরণ করলে প্রচলিত সামাজিক সহায়তাব্যবস্থা ব্যাহত করতে পারে, পুনর্বণ্টন বা উপকরণ ভাগাভাগি করার প্রক্রিয়াকে দুর্বল করতে পারে বা বেসরকারি খাতের উদ্যোক্তাদের ক্ষতি হতে পারে। এর ফলে উত্তেজনা সৃষ্টি হতে পারে এবং ভবিষ্যতে উপকরণ ব্যবহারের সুযোগে প্রভাব পড়তে পারে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ দেখুন।*

সরবরাহ ধারা: খাদ্য উৎপাদনের জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণ ও সেবা, যেমন প্রাণিচিকিৎসাসেবা এবং বীজ সংগ্রহের জন্য স্থানীয় ও নিরূপণযোগ্য সরবরাহ ধারা ব্যবহার করতে হবে। স্থানীয় বেসরকারি খাতকে সহায়তা প্রদানের লক্ষ্যে নগদ অর্থ অথবা ভাউচার-প্রক্রিয়া ব্যবহার করতে হবে, যা প্রাথমিক উৎপাদকদের সরাসরি সরবরাহকারীদের সাথে যুক্ত করে। স্থানীয় ক্রয়ব্যবস্থা তৈরি করার সময় উপযুক্ত উপকরণের প্রাপ্যতা এবং সরবরাহকারীদের সরবরাহ বাড়ানোর সক্ষমতা বিবেচনায় নিতে হবে। মুদ্রাস্ফীতির ঝুঁকি এবং উপকরণের গুণগত মানের টেকসইতা মূল্যায়ন করতে হবে। বৃহৎ পরিসরে স্থানীয়ভাবে খাদ্য ক্রয় ও বিতরণের ফলে বাজারদরের ওপর বিভিন্ন সাড়াদানের যে নেতিবাচক প্রভাব পড়ে, তা পর্যবেক্ষণ ও কমানো জরুরি। স্থানীয়ভাবে খাদ্য ক্রয় এবং আমদানির প্রভাব স্থানীয় অর্থনীতিতে বিবেচনা করতে হবে। বেসরকারি খাতের সাথে কাজ করার সময় লিঙ্গভিত্তিক বৈষম্য চিহ্নিত ও সমাধান করতে হবে এবং যেকোনো লাভ সমানভাবে ভাগ করতে হবে ⊕ *ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

পর্যবেক্ষণ করতে হবে, প্রদত্ত উপকরণগুলো উৎপাদকেরা বাস্তবে নির্ধারিত উদ্দেশ্য অনুযায়ী ব্যবহার করছেন কি না। উপকরণের কার্যকারিতা, গ্রহণযোগ্যতা এবং উৎপাদকদের পছন্দের ভিত্তিতে সেগুলোর গুণগত মান পর্যালোচনা করতে হবে। পরিবার পর্যায়ে প্রকল্পটি খাদ্যের প্রাপ্যতাকে কীভাবে প্রভাবিত করেছে, তা মূল্যায়ন করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, কী পরিমাণ এবং কেমন মানের খাদ্য সংরক্ষণ, খাওয়া, বিক্রয় বা দান করা হয়েছে, তা বিবেচনা করতে হবে। যেখানে প্রকল্পের লক্ষ্য একটি নির্দিষ্ট ধরনের খাদ্যের (যেমন: প্রাণিজ/মৎস্য পণ্য বা প্রোটিন-সমৃদ্ধ ডালজাতীয় শস্য) উৎপাদন বৃদ্ধি করা, সেখানে পরিবারগুলো এই পণ্যগুলো কীভাবে ব্যবহার করছে, তা অনুসন্ধান করতে হবে। এতে পরিবারের বিভিন্ন সদস্য, যেমন নারী, শিশু, প্রবীণ এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা কীভাবে উপকৃত হচ্ছে, তার বিশ্লেষণ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

ফসল কাটার পর সংরক্ষণ: উল্লেখযোগ্য পরিমাণ উৎপাদিত ফসল (প্রায় ৩০ শতাংশ) কাটার পরে নষ্ট হওয়ার কারণে ব্যবহার অযোগ্য হয়ে যায়। ক্ষতিগ্রস্ত মানুষকে ফসল ব্যবস্থাপনা, সংরক্ষণ, প্রক্রিয়াকরণ, প্যাকেজিং, পরিবহন, বাজারজাতকরণ এবং অন্যান্য ফসল-পরবর্তী কার্যক্রম সঠিকভাবে পরিচালনার মাধ্যমে ক্ষতি কমাতে সহায়তা করতে হবে। ফসল সংরক্ষণ করার সময় আর্দ্রতা এবং ছত্রাকজনিত আফ্লাটক্সিন এড়ানোর পরামর্শ এবং সহায়তা প্রদান করতে হবে। উৎপাদিত ফসল, বিশেষ করে দানাদার শস্য প্রক্রিয়াজাতকরণে তাদের সক্ষম করে তুলতে করতে হবে।

জীবিকা মান ৭.২:
আয় ও কর্মসংস্থান

যেখানে আয় সৃষ্টি ও কর্মসংস্থান জীবিকা কৌশল হিসেবে বাস্তবসম্মত, সেখানে নারী এবং পুরুষ উভয়েই উপযুক্ত আয়-উপার্জনের সুযোগে সমান প্রবেশাধিকার পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. আয়-উপার্জন কার্যক্রম-সংক্রান্ত প্রধান সিদ্ধান্তগুলো লিঙ্গসংবেদনশীল বাজার নিরূপণের (যাচাই) ওপর ভিত্তি করে নিতে হবে।

- আয়-উপার্জনের কার্যক্রমে অংশগ্রহণ যেন শিশুযত্ন বা অন্যান্য পরিচর্যার দায়িত্বকে ব্যাহত না করে, তা নিশ্চিত করতে হবে, যা পুষ্টি কমে যাওয়া এবং অন্যান্য জনস্বাস্থ্যঝুঁকি কমাতে সাহায্য করবে।
- জনগোষ্ঠীর সদস্যদের শ্রমমূল্য এবং অদক্ষ ও দক্ষ কাজের জন্য সরকার-নির্ধারিত ন্যূনতম মজুরি সম্পর্কে বুঝতে হবে।

২. অংশগ্রহণমূলক বিশ্লেষণের ভিত্তিতে পারিশ্রমিকের ধরন (পণ্যভিত্তিক, নগদ অর্থ, ভাউচার, খাদ্য অথবা এদের সমন্বয়) বেছে নিতে হবে।

- স্থানীয় সক্ষমতা, নিরাপত্তা ও সুরক্ষা সুবিধা, তাৎক্ষণিক প্রয়োজন, সমান সুযোগ, বিদ্যমান বাজারব্যবস্থা এবং ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর পছন্দ সম্পর্কে বুঝতে হবে।

৩. কাজের ধরন, স্থানীয় নিয়মকানুন, জীবিকা পুনরুদ্ধারের লক্ষ্য এবং ওই অঞ্চলে প্রচলিত অনুমোদিত মজুরির মাত্রার ওপর ভিত্তি করে পারিশ্রমিক নির্ধারণ করতে হবে।

- যেসব পরিবার কর্মসংস্থানে অংশ নিতে পারে না, তাদের জন্য নিঃশর্ত নগদ অর্থ বা খাদ্যসহায়তার মতো সুরক্ষাব্যবস্থা বিবেচনা করতে হবে।

৪. অন্তর্ভুক্তিমূলক, নিরাপদ ও সুরক্ষিত কর্মপরিবেশ গ্রহণ এবং বজায় রাখতে হবে।

- কর্মক্ষেত্রে যৌন হয়রানি, বৈষম্য, শোষণ ও নির্যাতনের ঝুঁকি পর্যবেক্ষণ করতে হবে এবং অভিযোগের ক্ষেত্রে দ্রুত পদক্ষেপ নিতে হবে।

৫. টেকসই কর্মসংস্থানের সুযোগ সৃষ্টিতে বেসরকারি খাত এবং অন্যান্য অংশীজনের সাথে অংশীদারত্ব জোরদার করতে হবে।

- জীবিকা আবার স্বাভাবিক বা কার্যকর অবস্থায় ফিরিয়ে আনার জন্য মূলধন সমানভাবে বিতরণ করতে হবে।

৬. সম্ভব হলে, আয় সৃষ্টির জন্য পরিবেশবান্ধব বিকল্পগুলো বেছে নিতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

নির্ধারিত সময়ের মধ্যে খরচ বাদ দেওয়ার পর যাদের প্রকৃত আয় বেড়েছে (net income), এমন লক্ষিত জনসংখ্যার শতকরা হার

ঋণ নেওয়ার সুযোগ পেয়েছে, এমন পরিবারের শতকরা হার

যারা একাধিকবার আয় করার পথ তৈরি করেছে, এমন লক্ষিত জনসংখ্যার শতকরা হার

নির্ধারিত সময়ের জন্য (৬-১২ মাস) টেকসই জীবিকা কার্যক্রমে নিয়োজিত (অথবা নিজস্ব কাজে নিয়োজিত), এমন লক্ষিত জনসংখ্যার শতকরা হার

কার্যকর বাজার এবং/অথবা অন্যান্য জীবিকা সহায়ক সেবায় (প্রাতিষ্ঠানিক বা অপ্রাতিষ্ঠানিক) শারীরিকভাবে পৌঁছাতে পারা এবং অর্থনৈতিকভাবে তা ব্যবহার করার সামর্থ্য রয়েছে, এমন ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

বিশ্লেষণ: লিঙ্গসংবেদনশীল শ্রম ও বাজার বিশ্লেষণ, কার্যক্রমের প্রয়োজনীয়তা ও ধরন নির্ধারণে, মানুষকে সংকটের ক্ষতি কাটিয়ে স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরতে সহায়তা করে, সহনশীলতা বাড়ায় এবং অর্জিত ফলাফল দীর্ঘ মেয়াদে টিকিয়ে রাখতে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। একই সঙ্গে পরিবারের ভেতরের ভূমিকা ও দায়িত্ব সম্পর্কে স্পষ্ট ধারণা থাকা জরুরি, যাতে শিশু বা প্রবীণদের যত্ন নেওয়া কিংবা শিক্ষা ও স্বাস্থ্যসেবার সঙ্গে যুক্ত থাকার কারণে যে সুযোগ হারানোর বিষয়গুলো আছে, সেগুলো যথাযথভাবে মোকাবিলা করা যায়।

বাজার ও অর্থনৈতিকব্যবস্থা বোঝার জন্য বিদ্যমান উপকরণ ব্যবহার করতে হবে। খাদ্যনিরাপত্তা-সংক্রান্ত সাড়াদানমূলক উদ্যোগগুলো সংকটের আগে ও পরে বাজারের কার্যকারিতা এবং দরিদ্র মানুষের জীবনমান উন্নয়নের সম্ভাবনার ওপর ভিত্তি করে হতে হবে। লক্ষিত গোষ্ঠীগুলোর মধ্যে ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর (যেমন যুবক, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি, গর্ভবতী নারী বা প্রবীণ ব্যক্তি) জন্য বিকল্প ব্যবস্থা বা প্রেক্ষাপট অনুযায়ী মানিয়ে নেওয়ার বিষয়গুলো নিয়ে আলোচনা করতে হবে। এসব গোষ্ঠীর দক্ষতা, অভিজ্ঞতা ও সক্ষমতা, পাশাপাশি সম্ভাব্য ঝুঁকি এবং সেগুলো মোকাবিলা কৌশল বিশ্লেষণ করা প্রয়োজন। পরিবারের সদস্যরা সাধারণত মৌসুমি কাজের জন্য অভিবাসনে যায় কি না, তা অনুসন্ধান করতে হবে। ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার বিভিন্ন গোষ্ঠীর বাজার ও জীবিকা সুযোগে প্রবেশের সীমাবদ্ধতা বুঝতে হবে এবং তাদের সুযোগ পেতে সহায়তা করতে হবে।

নিরাপত্তাব্যবস্থা: কিছু নারী ও পুরুষ আয়-উপার্জনমূলক কার্যক্রমে অংশগ্রহণ করতে সক্ষম না-ও হতে পারেন, যেমন-প্রবীণ দম্পতি। সংকট পরিস্থিতিতে দায়িত্বের পরিবর্তন বা স্বাস্থ্যগত সমস্যার কারণে অন্যদের পক্ষেও কর্মসংস্থানে যুক্ত হওয়া কঠিন হয়ে পড়তে পারে। এ ক্ষেত্রে বিদ্যমান জাতীয় সামাজিক সুরক্ষাব্যবস্থা সাথে সংযোগ স্থাপন করে স্বল্পমেয়াদি সুরক্ষাব্যবস্থা সহায়তা দিতে পারে। যেখানে প্রয়োজন, সেখানে নতুন সুরক্ষাব্যবস্থার সুপারিশ করতে হবে। সুরক্ষাব্যবস্থা বাস্তবায়নে অবশ্যই সম্পদের সুষম বণ্টনে সহায়তা করতে হবে এবং উপযুক্ত ক্ষেত্রে নারী ও কিশোরীদের সেই সম্পদ যেন সরাসরি পায়, তা নিশ্চিত করতে হবে। একই সাথে, সুরক্ষা সুবিধাপ্রাপ্তদের সঙ্গে কাজ করতে হবে যেন তারা নিরাপদ ও টেকসই আয়ের সুযোগে ধীরে ধীরে স্থানান্তরিত হতে পারে। সম্ভব হলে নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তাকে টেকসই (দীর্ঘস্থায়ীভাবে কার্যকর) এবং সামাজিক সুরক্ষা কৌশলের অংশ হিসেবে বিদ্যমান সুরক্ষা কর্মসূচির সঙ্গে সংযুক্ত করতে হবে।

পারিশ্রমিক: পারিশ্রমিকভিত্তিক যেকোনো কর্মসূচি বাস্তবায়নের আগে বাজার বিশ্লেষণ করতে হবে। পারিশ্রমিক নগদ অর্থ, খাদ্য বা এগুলোর সমন্বয়ে হতে পারে এবং এটি খাদ্যনিরাপত্তাহীন

পরিবারগুলোকে তাদের মৌলিক চাহিদা পূরণে সক্ষম হতে হবে। প্রকল্পের উদ্দেশ্য, মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থার কর্মীদের প্রত্যাশা, কাজের শর্ত এবং পারিশ্রমিকের পরিমাণ ও প্রক্রিয়া স্পষ্টভাবে জানাতে হবে।

মানুষের নিজেদের পরিস্থিতি উন্নতির জন্য পারিশ্রমিককে একটি অনুপ্রেরণা হিসেবে ব্যবহার করতে হবে, জনগোষ্ঠীর কোনো কাজের ক্ষতিপূরণ হিসেবে নয়। মানুষের ক্রয়চাহিদা নগদ অর্থ শিক্ষা, স্বাস্থ্যসেবা এবং সামাজিক দায়বদ্ধতার মতো পরিবারের মৌলিক চাহিদা পূরণের জন্য পারিবারিক উপার্জন বৃদ্ধি করতে নগদ অর্থ এবং খাদ্য প্রদানের প্রভাব বিবেচনা করতে হবে। প্রতিটি ক্ষেত্রে আলাদাভাবে পারিশ্রমিকের ধরন ও পরিমাণ নির্ধারণ করতে হবে। নির্ধারিত কাজের জন্য যেন নারী ও পুরুষ সবাই সমানভাবে পারিশ্রমিক পায় এবং নির্দিষ্ট কোনো গোষ্ঠীর বিরুদ্ধে যাতে কোনো বৈষম্য না হয়, তা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

যেখানে পারিশ্রমিক পণ্যভিত্তিক দেওয়া হয়, সেখানে পণ্যের পুনরায় বিক্রয় মূল্য স্থানীয় বাজারে কী প্রভাব ফেলতে পারে তা বিবেচনা করতে হবে। বিদ্যমান আয়ের উৎসগুলোকে প্রতিস্থাপন না করে বরং নতুন আয়-উপার্জনমূলক কর্মকাণ্ড বৃদ্ধি করতে হবে। স্থানীয় শ্রমবাজারের ওপর কোনো পারিশ্রমিকের যেন নেতিবাচক প্রভাব না পড়ে, যেমন মজুরি বৃদ্ধি (মুদ্রাস্ফীতি) ঘটানো, অন্য কাজ থেকে শ্রমিক সরিয়ে আনা অথবা জরুরি জনসেবামূলক কাজকে বাধাগ্রস্ত করা।

ক্রয়ক্ষমতা: নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা স্থানীয় অর্থনীতিতে অসংখ্য ইতিবাচক প্রভাব ফেলতে পারে, তবে একই সাথে গুরুত্বপূর্ণ পণ্যের ক্ষেত্রে স্থানীয় মূল্যস্ফীতি ঘটাতে পারে। খাদ্য বিতরণ সহায়তাপ্রাপ্ত মানুষের ক্রয়ক্ষমতাকেও প্রভাবিত করতে পারে। নির্দিষ্ট কোনো খাদ্য বা খাদ্যের সমন্বয়ের সাথে যুক্ত ক্রয়ক্ষমতা নির্ধারণ করে দেয় প্রাপক পরিবার সেই খাদ্য খাবে নাকি বিক্রি করবে। কিছু পণ্য (যেমন তেল) অন্যগুলোর তুলনায় (যেমন মিশ্র খাদ্য) ভালো দামে সহজে বিক্রি করা যায়। খাদ্য বিতরণ কর্মসূচির সামগ্রিক প্রভাব নিরূপণের (যাচাই) সময় পরিবারের খাদ্য বিক্রয় এবং ক্রয় সম্পর্কে পরিষ্কার ধারণা গড়ে তুলতে হবে।

কর্মক্ষেত্রে নিরাপত্তা: জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি কমাতে কিংবা আহতদের চিকিৎসা করতে বাস্তবমুখী পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, প্রয়োজন অনুযায়ী প্রশিক্ষণ, প্রতিরক্ষামূলক পোশাক এবং প্রাথমিক চিকিৎসা কিট প্রদান করতে হবে। সংক্রামক রোগ এবং এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকি কমাতে হবে। কাজের স্থানে নিরাপদ যাতায়াত পথ নিশ্চিত করতে হবে এবং যেখানে আলো কম, সেখানে শ্রমিকদের টর্চ সরবরাহ করতে হবে। সম্ভাব্য হুমকির জন্য ঘণ্টা, বাঁশি ও রেডিও ব্যবহার করা যেতে পারে। দলবদ্ধভাবে চলাচল উৎসাহিত করতে হবে এবং অন্ধকারে যাতায়াত এড়িয়ে চলতে হবে। সব অংশগ্রহণকারী যেন জরুরি ব্যবস্থা সম্পর্কে অবহিত থাকে এবং আগাম সতর্কীকরণ ব্যবস্থায় সবাই সুযোগ পায়, তা নিশ্চিত করতে হবে। নারী ও কিশোরীদের সমানভাবে সুরক্ষা দিতে হবে এবং কর্মস্থলে বিদ্যমান যেকোনো বৈষম্যমূলক সামাজিক রীতি সমাধান করতে হবে।

পরিবার এবং পারিবারিক দায়িত্ব পালন: ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের সঙ্গে নিয়মিতভাবে কথা বলতে হবে, প্রয়োজনে নারী ও পুরুষের সাথে আলাদাভাবে, যাতে তাদের আয়-উপার্জন, কাজের বিনিময়ে নগদ অর্থের সুযোগ এবং অন্যান্য পারিবারিক ও গৃহস্থালি চাহিদা-সম্পর্কিত পছন্দ এবং অগ্রাধিকার বোঝা যায়। প্রথাগত লিঙ্গ ভূমিকায় পরিবর্তন ও সম্পদের ওপর নারীদের নিয়ন্ত্রণ বৃদ্ধির কারণে কাজের চাপ এবং অন্যান্য পারিবারিক বাড়তি উত্তেজনা সৃষ্টি হতে পারে, তা নিয়ে আলোচনা করতে হবে।

কাজের বিনিময়ে নগদ অর্থ কার্যক্রমের সময়সূচি নারী ও পুরুষের শারীরিক সক্ষমতা এবং দৈনন্দিন রুটিনের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে এবং তা সাংস্কৃতিকভাবে গ্রহণযোগ্য হতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, তাদের প্রার্থনার সময় এবং সরকারি ছুটি বিবেচনা করতে হবে। কাজের সময়ের জন্য মানুষের ওপর অযৌক্তিক প্রতিযোগিতামূলক চাপ সৃষ্টি করা যাবে না। কর্মসূচিগুলোর কারণে পরিবারের সম্পদ যেন বিদ্যমান উৎপাদনশীল কার্যক্রম থেকে সরে না যায়, কিংবা সেগুলো যেন অন্যান্য কর্মসংস্থান বা শিক্ষায় প্রবেশের সুযোগকে নেতিবাচকভাবে প্রভাবিত না করে। আয়-উপার্জনমূলক কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণ অবশ্যই ন্যূনতম কর্মসংস্থানের বয়স-সংক্রান্ত জাতীয় আইন মেনে হতে হবে। এই বয়স সাধারণত বাধ্যতামূলক বিদ্যালয় শিক্ষা সমাপ্তির বয়সের চেয়ে কম হওয়া যাবে না। ছোট শিশুর পরিচর্যাকারীরা কর্মসূচিতে অংশ নিলে কাজের স্থানে উপযুক্ত আর্থিক বরাদ্দসহ শিশুযত্নকেন্দ্রের ব্যবস্থা করার সুপারিশ করা হয়।

পরিবেশ ব্যবস্থাপনা: খাদ্য ও কাজের বিনিময়ে নগদ অর্থ কর্মসূচির মাধ্যমে বৃক্ষরোপণ, ক্যাম্প পরিষ্কার করা এবং পরিবেশ পুনর্বাসনের মতো পরিবেশগত কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণে সহায়তা করতে হবে। এসব কার্যক্রম সাময়িক হলেও মানুষের আশপাশের পরিবেশের সাথে তাদের সম্পৃক্ততা বাড়াবে।

কর্মপরিবেশের সহজগম্যতা এবং নিরাপত্তা বিষয়টি বিবেচনায় রাখতে হবে। পরিষ্কার করা ধ্বংসাবশেষে যেন বিপজ্জনক উপাদান না থাকে, তা নিশ্চিত করতে হবে। কাজের বিনিময়ে নগদ অর্থ কর্মসূচিতে শিল্প এলাকা বা বর্জ্য ব্যবস্থাপনা কেন্দ্রগুলোর পরিচ্ছন্নতা কাজ অন্তর্ভুক্ত করা যাবে না।

পরিবেশবান্ধব নির্মাণসামগ্রী উৎপাদনকে আয়-উপার্জনমূলক কর্মকাণ্ড হিসেবে উৎসাহিত করতে হবে এবং এর সাথে সংশ্লিষ্ট কারিগরি প্রশিক্ষণ দিতে হবে। মানুষকে প্রশিক্ষণ দিতে হবে এবং সার হিসেবে ব্যবহারের জন্য পচনশীল বর্জ্য থেকে কম্পোস্ট (জৈব সার) তৈরি করতে উৎসাহিত করতে হবে।

বেসরকারি খাত: বেসরকারি খাত জীবিকা রক্ষা এবং পুনরায় শুরু করার কাজে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখতে পারে। যেখানে সম্ভব, কর্মসংস্থান সৃষ্টির জন্য অংশীদারত্ব গড়ে তুলতে হবে। এসব অংশীদারত্ব ক্ষুদ্র, ছোট ও মাঝারি উদ্যোক্তা প্রতিষ্ঠান গড়ে তোলা ও প্রসারে সহায়তা করতে পারে। ব্যবসায় ও প্রযুক্তিবিদেরা আর্থিক মূলধন এবং জ্ঞান বিনিময়ের সুযোগ প্রদান করতে পারে ⊕ *ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

পরিশিষ্ট ১
খাদ্যনিরাপত্তা এবং জীবিকা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট

খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণে (যাচাই) প্রায়ই বিস্তৃতভাবে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিদের আয় বা খাদ্যপ্রাপ্তির উৎস এবং কৌশলের ভিত্তিতে বিভিন্ন জীবিকাভিত্তিক দলে শ্রেণিবিন্যাস করা হয়। সম্পদের হিসাবেও শ্রেণিবিন্যাস করা যেতে পারে। চলতি পরিস্থিতিকে সংকট-পূর্ব খাদ্যনিরাপত্তা পরিস্থিতির সাথে তুলনা করা অত্যন্ত জরুরি। এ ক্ষেত্রে 'গড় স্বাভাবিক বছর'কে ভিত্তি বা বেজলাইন হিসেবে ব্যবহার করতে হবে। নারী ও পুরুষের সুনির্দিষ্ট ভূমিকা ও দুর্বলতা এবং পরিবারের খাদ্যনিরাপত্তার জন্য এগুলোর প্রভাব বিবেচনা করতে হবে।

নিম্নলিখিত চেকলিস্ট প্রশ্নগুলো খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণের (যাচাই) সময় বিবেচ্য প্রধান ক্ষেত্রগুলোকে অন্তর্ভুক্ত করে।

জীবিকাভিত্তিক গোষ্ঠীর খাদ্যনিরাপত্তা

- জনগণের মধ্যে কি এমন গোষ্ঠী আছে, যারা একই ধরনের জীবিকা নির্বাহের কৌশল অনুসরণ করে? তাদের খাদ্য বা আয়ের প্রধান উৎসের ভিত্তিতে কীভাবে এই গোষ্ঠীগুলোকে শ্রেণিবদ্ধ করা যেতে পারে?

সংকটের পূর্বে খাদ্যনিরাপত্তা (বেজলাইন)

- সংকটের পূর্বে বিভিন্ন জীবিকাভিত্তিক গোষ্ঠী কীভাবে খাদ্য বা আয় উপার্জন করেছিল? সাম্প্রতিক অতীতের একটি গড় স্বাভাবিক বছরে তাদের খাদ্য এবং আয়ের উৎস কী ছিল?
- একটি স্বাভাবিক বছরে ঋতুভেদে ও ভৌগোলিকভাবে খাদ্য এবং আয়ের ভিন্ন ভিন্ন উৎস কীভাবে পরিবর্তিত হতো? একটি ঋতুপঞ্জিকা বা মৌসুমি ক্যালেন্ডার তৈরি করা সহায়ক হতে পারে।
- সব গোষ্ঠী কি পর্যাপ্ত এবং উপযুক্ত মানের খাদ্য পাচ্ছিল, যাতে তারা পুষ্টিকরভাবে সুস্থ থাকতে পারে?
- সব গোষ্ঠী কি ক্ষতিকর নয় এমন উপায়ে পর্যাপ্ত আয় উপার্জন করছিল, যাতে তারা তাদের মৌলিক চাহিদা পূরণ করতে পারে? খাদ্য, শিক্ষা, স্বাস্থ্যসেবা, সাবান ও অন্যান্য গৃহস্থালি সামগ্রী, পোশাক এবং উৎপাদনমূলক উপকরণ যেমন বীজ ও সরঞ্জামের বিষয়গুলো বিবেচনায় নিতে হবে। (শেষের দুটি প্রশ্ন থেকে বোঝা যাবে সমস্যাগুলো দীর্ঘমেয়াদি ছিল কি না। বিদ্যমান সমস্যাগুলোর কোনো একটি সংকটের ফলে আরও তীব্র হতে পারে। সমস্যাটি দীর্ঘমেয়াদি না আকস্মিক, তার ওপর উপযুক্ত সাড়াদান নির্ভর করে।)
- বিগত পাঁচ বা দশ বছরের দিকে ফিরে তাকালে খাদ্যনিরাপত্তা কীভাবে বছরের পর বছর পরিবর্তিত হয়েছে? খাদ্যনিরাপত্তার একটি সময়রেখা বা ইতিহাস গঠন কার্যকর হতে পারে।
- বিভিন্ন জীবিকাভিত্তিক গোষ্ঠীর কাছে কী ধরনের সম্পদ, সঞ্চয় এবং অন্যান্য মজুদ রয়েছে? উদাহরণ হিসেবে খাদ্য মজুদ, নগদ অর্থ সঞ্চয়, প্রাণিসম্পদ, বিনিয়োগ, আমানত এবং দাবিহীন ঋণ উল্লেখ করা যায়।
- এক সপ্তাহ বা এক মাসের ব্যবধানে, গৃহস্থালির খরচে কী কী অন্তর্ভুক্ত হয়? প্রতিটি জিনিসে কত শতাংশ ব্যয় করা হয়?

- পরিবারের নগদ অর্থ ব্যবস্থাপনার দায়িত্বে কে আছেন এবং নগদ অর্থ কোথায় ব্যয় করা হয়?
- মৌলিক জিনিসপত্র সংগ্রহের জন্য নিকটস্থ বাজার কতটা সহজলভ্য? দূরত্ব, নিরাপত্তা, চলাচলের সুবিধা, বাজারসংক্রান্ত তথ্যের প্রাপ্যতা ও প্রবেশযোগ্যতা এবং পরিবহন-সুবিধার মতো বিষয়গুলো বিবেচনা করতে হবে।
- খাদ্যসহ নিত্যপ্রয়োজনীয় পণ্যের প্রাপ্যতা এবং মূল্য কত?
- সংকটের পূর্বে, মৌলিক চাহিদা (খাদ্য, কৃষি উপকরণ, স্বাস্থ্যসেবা ইত্যাদি) এবং আয়ের উৎসের (নগদ ফসল, প্রাণিসম্পদ, মজুরি ইত্যাদি) মধ্যে বাণিজ্যের গড় শর্তগুলো কী ছিল?

সংকটের সময় খাদ্যনিরাপত্তা

- চিহ্নিত জীবিকাভিত্তিক গোষ্ঠীর খাদ্য ও আয়ের বিভিন্ন উৎসে সংকট কীভাবে প্রভাব ফেলেছে?
- এটি বিভিন্ন গোষ্ঠীর খাদ্যনিরাপত্তার সাধারণ মৌসুমি ধারা বা মৌসুমি নিয়মিত চক্র কীভাবে প্রভাবিত করেছে?
- এটি আর্থিক সেবা প্রদানকারী, বাজার, বাজারে জিনিসপত্রের প্রাপ্যতা এবং অপরিহার্য জিনিসপত্রের দামে কী প্রভাব ফেলেছে?
- বিভিন্ন জীবিকাভিত্তিক গোষ্ঠীর জন্য বিভিন্ন সংকট মোকাবিলা কৌশল কী কী এবং কত শতাংশ মানুষ এসব কৌশলে নিযুক্ত? সংকটের আগে পরিস্থিতির সঙ্গে তুলনা করলে এটি কীভাবে পরিবর্তিত হয়েছে?
- কোন গোষ্ঠী বা জনগণ সবচেয়ে বেশি ক্ষতিগ্রস্ত?
- মানুষের আর্থিক ও অন্যান্য সম্পদের ওপর সংকট মোকাবিলার কৌশলের স্বল্পমেয়াদি এবং মধ্যমেয়াদি প্রভাব কী কী?
- সমস্ত জীবিকাভিত্তিক গোষ্ঠী এবং ঝুঁকিতে থাকা সকল মানুষের জন্য, সংকট মোকাবিলার কৌশল তাদের স্বাস্থ্য, সাধারণ কল্যাণ এবং মর্যাদার ওপর কী প্রভাব ফেলে? সংকট মোকাবিলার কৌশলের সঙ্গে কি কোনো ঝুঁকি যুক্ত আছে?

পরিশিষ্ট ২
বীজনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট

নিচে বীজনিরাপত্তা নিরূপণের (যাচাই) জন্য নমুনা প্রশ্ন দেওয়া আছে। বীজনিরাপত্তা নিরূপণের (যাচাই) জন্য হাইব্রিড এবং জেনেটিক্যালি পরিবর্তিত জাত (genetically modified varieties) সম্পর্কিত জাতীয় আইনও বিবেচনা নিতে হবে।

সংকটের আগে বীজনিরাপত্তা (বেজলাইন)

- কৃষকদের সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ ফসল কোনগুলো? এগুলো তারা কী কাজে ব্যবহার করে–খাদ্য হিসেবে, আয়ের জন্য, নাকি উভয়ের জন্য? এই ফসলগুলো কি প্রতি মৌসুমে চাষ করা হয়? আর অন্যান্য কোন কোন ফসল সংকটের সময় গুরুত্বপূর্ণ হয়ে উঠতে পারে?
- কৃষকেরা সাধারণত এই সব ফসলের জন্য বীজ বা অন্যান্য রোপণের উপাদান কীভাবে সংগ্রহ করে? সব ধরনের মাধ্যম বিবেচনা করতে হবে।
- প্রতিটি প্রধান ফসল বপন করার সময় কোন কোন বিষয় বিবেচনা করা হয়? গড় রোপণকৃত এলাকা কতটুকু? বীজ বপনের হার কত? গুণন হার কত (বপনকৃত বীজ বা শস্যের তুলনায় সংগ্রহকৃত বীজ বা শস্যের অনুপাত)?
- নির্দিষ্ট কোনো ফসলের গুরুত্বপূর্ণ বা প্রাধান্যপ্রাপ্ত জাত কি আছে (স্থানীয় জলবায়ুর সাথে মানানসই প্রজাতি)?
- কোন কোন উৎপাদন উপকরণ নির্দিষ্ট ফসল বা প্রজাতির জন্য অপরিহার্য?
- পরিবারের মধ্যে কে সিদ্ধান্ত গ্রহণের দায়িত্বে আছে, ফসল ব্যবস্থাপনা করে এবং উৎপাদন ও উৎপাদন-পরবর্তী পর্যায়ে ফসলের পণ্য ব্যবস্থাপনা বা বণ্টন করে?

সংকট-পরবর্তী বীজনিরাপত্তা

- একজন সহায়তা গ্রহণকারীর দৃষ্টিকোণ থেকে খামারসংক্রান্ত কার্যক্রম গ্রহণ কি বাস্তবসম্মত?
- সংকটে কোন ফসল সবচেয়ে বেশি ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছে? এগুলোর বিষয়ে কি বেশি দৃষ্টি প্রদান করা উচিত? কেন অথবা কেন নয়?
- কৃষকেরা কি আত্মবিশ্বাসী যে পরিস্থিতি এখন স্থিতিশীল এবং যথেষ্ট নিরাপদ, তারা সফলভাবে ফসল চাষ, কর্তন এবং বিক্রি বা খেতে পারেন?
- তাঁদের কি জমি এবং অন্যান্য উৎপাদন উপকরণের পর্যাপ্ত সুবিধা বা সুযোগ আছে? (সার, কৃষি যন্ত্রপাতি ও কৃষিকাজে কাজে লাগানো প্রাণী)?
- তাঁরা কি পুনরায় কৃষিকাজে সম্পৃক্ত হওয়ার জন্য প্রস্তুত?

বীজ সরবরাহ এবং চাহিদা নিরূপণ (যাচাই): পরিবারভিত্তিক মজুদ

- বপনের জন্য ঘরে উৎপাদিত বীজ কি পর্যাপ্ত পরিমাণে আছে? এর মধ্যে একজন কৃষকের নিজের ফসলের বীজ এবং সামাজিক নেটওয়ার্কের মাধ্যমে প্রাপ্ত সম্ভাব্য বীজ উভয়ই অন্তর্ভুক্ত (উদাহরণস্বরূপ, প্রতিবেশী থেকে)।

- এটি কি এমন একটি ফসল, যা কৃষকেরা এখনো চাষ করতে চান? এটা কি স্থানীয় পরিস্থিতির সঙ্গে মানানসই? এর জন্য এখনো কি চাহিদা রয়েছে?
- কৃষকের নিজস্ব উৎপাদনের মাধ্যমে পাওয়া জাতগুলো পরের মৌসুমে রোপণের জন্য কি এখনো উপযুক্ত? বীজের গুণগত মান কি কৃষকের স্বাভাবিক মানের চাহিদা পূরণ করে?

বীজ সরবরাহ এবং চাহিদা নিরূপণ (যাচাই): স্থানীয় বাজার

- সংকট সত্ত্বেও বাজারগুলো কি সাধারণভাবে পরিচালিত হচ্ছে (রোজকার বাজার কি পরিচালিত হচ্ছে, কৃষকেরা কি স্বাধীনভাবে চলাচল, বিক্রি এবং কেনাকাটা করতে পারছেন)?
- বর্তমান সময়ে বাজারে প্রাপ্ত বীজ বা শস্যের পরিমাণ কি পূর্ববর্তী মৌসুমের একই সময়ে স্বাভাবিক অবস্থার সঙ্গে তুলনীয়?
- যেসব ফসল এবং জাত কৃষকেরা মনে করেন চাষের জন্য উপযুক্ত, তা কি বাজারে পাওয়া যাচ্ছে?
- বর্তমান বাজারে বীজ বা শস্যের দাম কি পূর্ববর্তী মৌসুমের একই সময়ে দামগুলোর সঙ্গে তুলনীয়? যদি দাম ভিন্ন হয়, তবে তা কি কৃষকদের জন্য সমস্যা সৃষ্টি করতে পারে?

বীজ সরবরাহ এবং চাহিদা নিরূপণ (যাচাই): আনুষ্ঠানিক খাত

- আনুষ্ঠানিক খাত থেকে প্রাপ্ত ফসল ও জাতগুলো কি বিশেষ কোনো সংকটপূর্ণ অঞ্চলের সাথে মানানসই? কৃষকেরা এগুলো ব্যবহার করবেন এমন কোনো প্রমাণ আছে কি?
- সংকটের কারণে সৃষ্ট চাহিদা পূরণে কি প্রাপ্ত আনুষ্ঠানিক খাতের বীজ যথেষ্ট? যদি না হয়, তবে কৃষকদের চাহিদার কত শতাংশ পূরণ করা সম্ভব?

পরিশিষ্ট ৩
পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট

নিচে পুষ্টি কমে যাওয়ার অন্তর্নিহিত কারণ, পুষ্টিঝুঁকির মাত্রা এবং সাড়াদানের সম্ভাবনাগুলো পরীক্ষা করার জন্য নিরূপণের (যাচাই) নমুনা প্রশ্ন রয়েছে। এই প্রশ্নগুলো পুষ্টি কমে যাওয়ার কারণগুলোর ধারণাগত কাঠামোর ওপর ভিত্তি করে ⊕ *চিত্র ৭: খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি: পুষ্টি কমে যাওয়ার কারণ দেখুন*। তথ্যগুলো বিভিন্ন উৎস থেকে পাওয়া যেতে পারে। এগুলো সংগ্রহ করতে বিভিন্ন নিরূপণ (যাচাই) পদ্ধতি ব্যবহার করতে হবে, যেমন–মূল তথ্যদাতার সঙ্গে সাক্ষাৎকার, পর্যবেক্ষণ এবং মাধ্যমিক তথ্য পর্যালোচনা।

জরুরি পরিস্থিতির আগে

ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের মধ্যে পুষ্টি কমে যাওয়ার প্রকৃতি, পরিমাণ এবং কারণ সম্পর্কে ইতিমধ্যেই কী তথ্য বিদ্যমান? ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.১ দেখুন*।

বিদ্যমান পুষ্টি কমে যাওয়ার ঝুঁকি

খাদ্যের সীমিত প্রাপ্যতার সাথে সম্পর্কিত পুষ্টি কমে যাওয়ার ঝুঁকি কী? ⊕ *পরিশিষ্ট ১: খাদ্যনিরাপত্তা এবং জীবিকা নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট দেখুন*।

নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো এবং যত্নের অভ্যাসের সাথে সম্পর্কিত পুষ্টি কমে যাওয়ার ঝুঁকি কী?

- পরিবারের ভূমিকা ও দায়িত্বে প্রভাব ফেলছে এমন কাজ এবং সামাজিক ধারা কি পরিবর্তিত হয়েছে (যেমন : স্থানান্তর, বাস্তুচ্যুত বা সশস্ত্র সংঘাতের কারণে)?
- পরিবারের স্বাভাবিক গঠনে কোনো পরিবর্তন হয়েছে কি? পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুদের সংখ্যা কি বেশি?
- স্বাভাবিক যত্নের পরিবেশ ব্যাহত হয়েছে কি (যেমন: বাস্তুচ্যুত হওয়ার কারণে), পরিবারের মাধ্যমিক যত্নদাতা, খাদ্য প্রাপ্যতা বা পানীয় জলের প্রাপ্যতায় প্রভাব ফেলেছে (গৃহস্থালির মাধ্যমিক যত্নদাতা বলতে বোঝায় প্রাথমিক যত্নদাতার, যেমন, মা বা বাব'র অনুপস্থিতিতে বা সহায়ক হিসেবে গৃহে শিশুর যত্ন নেওয়া ব্যক্তি)?
- কোনো নবজাতক কি বুকের দুধ খাচ্ছে না? এমন নবজাতক কি আছে যাদের কৃত্রিমভাবে খাওয়ানো হচ্ছে?
- সংকটে শিশুদের খাদ্যাভ্যাসে কোনো অবনতি হয়েছে কি? বিশেষ করে, বুকের দুধ খাওয়ানো শুরু হওয়ার হার বা একচেটিয়া বুকের দুধের হার কি কমেছে? কৃত্রিম খাওয়ানোর হার বা বুকের দুধ না খাওয়ানো নবজাতকের সংখ্যা কি বৃদ্ধি পেয়েছে?
- বয়স উপযোগী, পুষ্টিকরভাবে পর্যাপ্ত, নিরাপদ পরিপূরক খাদ্য এবং সেগুলো প্রস্তুত করার উপায়গুলো কি স্বাস্থ্যকরভাবে পাওয়া যাচ্ছে?
- বিতরণকৃত বা ক্রয়কৃত বুকের দুধের বিকল্প যেমন ইনফ্যান্ট ফর্মুলা, অন্যান্য দুগ্ধজাত পণ্য, বোতল ও নিপল বা চোষক সাধারণভাবে বিতরণের কোনো প্রমাণ বা সন্দেহ আছে কি?
- প্রাণী পালন করে এমন কমিউনিটিতে, গবাদিপ্রাণী কি দীর্ঘ সময় ধরে ছোট শিশুদের থেকে দূরে রয়েছে? দুধ পাওয়ার সুযোগ কি স্বাভাবিক অবস্থার থেকে পরিবর্তিত হয়েছে?

- এইচআইভি কি পরিবার পর্যায়ে যত্ন প্রদান পদ্ধতিকে প্রভাবিত করেছে?
- সাধারণ খাদ্য রেশন কি প্রবীণ ব্যক্তি এবং খাওয়ায় সমস্যা থাকা মানুষের চাহিদা অনুযায়ী মানানসইভাবে সাজানো হয়েছে? এর শক্তি ও অণুপুষ্টি উপাদানগুলো নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে। এ ছাড়া খাদ্যসামগ্রীর গ্রহণযোগ্যতা (যেমন স্বাদ, চিবানো ও হজমযোগ্যতা) নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে।

দুর্বল জনস্বাস্থ্যের সাথে সম্পর্কিত পুষ্টি কমে যাওয়ার ঝুঁকি কী?

- পুষ্টির অবস্থার ওপর প্রভাব ফেলতে পারে, এমন রোগের প্রাদুর্ভাবের কোনো প্রতিবেদন রয়েছে কি, যেমন হাম বা তীব্র ডায়রিয়াজনিত রোগ? এ ধরনের প্রাদুর্ভাব ঘটার ঝুঁকি কি আছে? ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ ২.১ দেখুন।*
- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের মধ্যে হাম টিকা আনুমানিক কভারেজ বা আওতা কত? ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- শিশুস্বাস্থ্য ২.২.১ দেখুন।*
- ভিটামিন এ কি হাম টিকার সাথে নিয়মিত দেওয়া হয়? ভিটামিন এ সম্পূরক দেওয়ার আনুমানিক কভারেজ বা আওতা কত?
- মৃত্যুহারের কোনো অনুমানিক হিসাব আছে কি (সাধারণ বা পাঁচ বছরের কম বয়সের শিশুদের জন্য)? হিসাবগুলো কী এবং সেগুলো ব্যবহারের জন্য কোন পদ্ধতি ব্যবহার করা হয়েছে? ⊕ *স্বাস্থ্য খাতে অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ।*
- পরিবেশের তাপমাত্রা কি এতটা কমে গেছে বা কমতে পারে যে তা তীব্র শ্বাসযন্ত্রের সংক্রমণ বাড়াতে পারে বা ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের অতিরিক্ত শক্তি (ক্যালরি) চাহিদা সৃষ্টি করতে পারে?
- এইচআইভির প্রাদুর্ভাব বেশি কি?
- দারিদ্র্য বা অসুস্থতার কারণে মানুষ ইতিমধ্যেই পুষ্টি কমে যাওয়ার ঝুঁকিতে রয়েছে কি?
- মানুষের ভিড় বা পরিস্থিতি কি যক্ষ্মার ঝুঁকি সম্ভাবনা বাড়াচ্ছে এবং এই রোগের প্রাদুর্ভাব কি ইতিমধ্যেই বেশি?
- ডায়াবেটিস, আর্থ্রাইটিস, হৃদরোগ এবং রক্তাল্পতার (অ্যানিমিয়া) মতো অসংক্রামক রোগের ঘটনা রিপোর্ট হয়েছে কি?
- ম্যালেরিয়ার উচ্চ প্রাদুর্ভাব আছে কি?
- মানুষ দীর্ঘ সময় ধরে পানিতে বা ভেজা পোশাকে বা অন্যান্য কঠিন পরিবেশগত অবস্থার সম্মুখীন হয়েছে কি?

কোনো আনুষ্ঠানিক এবং অনানুষ্ঠানিক স্থানীয় কাঠামো বর্তমানে রয়েছে, যার মাধ্যমে সম্ভাব্য সহায়তাগুলো পরিচালনা করা যেতে পারে?

- স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়, ধর্মীয় সংস্থা, স্থানীয় সমর্থন গোষ্ঠী, বুকের দুধ খাওয়ানোর সহায়তা গোষ্ঠী বা এলাকায় দীর্ঘমেয়াদি বা স্বল্পমেয়াদি কার্যক্রম চালানো এনজিওর ক্ষমতা কতটুকু?
- স্থানীয় জনগোষ্ঠী, ব্যক্তি, এনজিও, সরকারি সংস্থা, জাতিসংঘের সংস্থা বা ধর্মীয় সংস্থা ইতিমধ্যেই কোন পুষ্টি কার্যক্রম বা জনগোষ্ঠীভিত্তিক সহায়তা সংগঠিত করেছে? পুষ্টিনীতি (অতীত, চলমান এবং শেষ হওয়া) কী কী? বর্তমান পরিস্থিতিতে সাড়াদান হিসেবে কোন দীর্ঘমেয়াদি পুষ্টি পরিকল্পনা এবং কর্মসূচি বাস্তবায়িত হচ্ছে বা পরিকল্পনা করা হয়েছে?

পরিশিষ্ট ৪
তীব্র অপুষ্টি পরিমাপ

প্রধান পুষ্টি সংকটের সময়, ছয় মাসের কম বয়সী নবজাতক, গর্ভবতী এবং বুকের দুধ খাওয়াচ্ছে এমন নারী, একটু বড় শিশু, কিশোর-কিশোরী, প্রাপ্তবয়স্ক এবং প্রবীণ ব্যক্তিদের পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) বা পুষ্টি কর্মসূচিতে অন্তর্ভুক্ত করা প্রয়োজন হতে পারে।

ছয় মাসের কম বয়সী নবজাতক

এই বয়সের শিশুদের জন্য গবেষণা এখনো চলমান থাকলেও এখানে নিরূপণ (যাচাই) এবং ব্যবস্থাপনার জন্য সীমিত প্রমাণ রয়েছে। বেশিরভাগ নির্দেশিকা ৬-৫৯ মাস বয়সী বড় শিশুদের মতো নবজাতকদের তীব্র অপুষ্টির জন্য একই এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) কেস সংজ্ঞা সুপারিশ করে (মধ্য-ওপর বাহু পরিধি (MUAC) ছাড়া, যা বর্তমানে ছয় মাসের কম বয়সী নবজাতকদের জন্য সুপারিশ করা হয় না)। ভর্তি করার মানদণ্ড মূলত বর্তমান আকার বা ওজনের ওপর ভিত্তি করে, বৃদ্ধি বা বিকাশের পর্যালোচনার ওপর নয়।

ন্যাশনাল সেন্টার ফর হেলথ স্ট্যাটিস্টিকসের (NCHS) বৃদ্ধিসংক্রান্ত রেফারেন্স থেকে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) ২০০৬ সালের বৃদ্ধি মানদণ্ডে পরিবর্তনের ফলে ছয় মাসের কম বয়সী আরও বেশি নবজাতককে অতিরিক্ত রোগা হিসেবে শনাক্ত করা হচ্ছে। এর ফলে আরও বেশি নবজাতকদের খাওয়ানো কর্মসূচিতে আসতে পারে, অথবা শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো যথেষ্ট কি না এ নিয়ে পরিচর্যাকারীরা উদ্বিগ্ন হয়ে পড়তে পারেন। এ কারণে নিচের বিষয়গুলো মূল্যায়ন ও বিবেচনা করা গুরুত্বপূর্ণ:

- নবজাতকের সময়ের সঙ্গে সঙ্গে ধারাবাহিক শারীরিক বৃদ্ধি, শরীরের আকার ছোট হলেও কি শিশুর বৃদ্ধি হার ভালো? (কিছু শিশু কম ওজন নিয়ে জন্মানোর পর ধীরে ধীরে স্বাভাবিক বৃদ্ধি ধরতে পারে)।
- নবজাতকদের খাওয়ানোর চর্চা– নবজাতক শিশুটি কি শুধু বুকের দুধ খাচ্ছে?
- ক্লিনিক্যাল অবস্থা– নবজাতকের কোনো চিকিৎসা জটিলতা বা চিকিৎসাযোগ্য অবস্থায় রয়েছে কি বা সে উচ্চ ঝুঁকিতে রয়েছে কি?
- মাতৃত্বজনিত বিষয়–যেমন, মায়ের কি পারিবারিক সহায়তার অভাব আছে বা তিনি কি বিষণ্নতায় ভুগছেন? উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ নবজাতকদের ক্ষেত্রে থেরাপিউটিক বা চিকিৎসামূলক ফিডিং প্রোগ্রামে হাসপাতালে ভর্তি (ইনপেশেন্ট) করাকে অগ্রাধিকার দেওয়া উচিত।

৬-৫৯ মাস বয়সী শিশু

নিচের ছকে ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের মধ্যে তীব্র অপুষ্টি নির্ধারণে সাধারণত ব্যবহৃত কাট-অফ মানগুলো দেখানো হয়েছে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) ২০০৬ সালের শিশু বৃদ্ধি মান অনুযায়ী উচ্চতার তুলনায় ওজন (Weight-for-Height-WFH) সূচক গণনা করতে হবে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) মান অনুযায়ী WFH Z-স্কোর এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) জরিপের ফলাফল প্রতিবেদন করার জন্য সবচেয়ে বেশি ব্যবহৃত ও পছন্দনীয় সূচক। MUAC (মধ্য-ওপর বাহু পরিধি) হলো তীব্র অপুষ্টি নির্ধারণের একটি স্বাধীন মানদণ্ড এবং মৃত্যুহারের সেরা পূর্বাভাসের মধ্যে একটি। কম MUAC-এর প্রাদুর্ভাব তথ্য ব্যবহার করে সম্পূরক খাদ্য খাওয়ানো এবং থেরাপিউটিক কেয়ার বা

চিকিৎসামূলক সেবা কর্মসূচির জন্য প্রয়োজনীয় কেসসংখ্যা অনুমান করা হয়। সাধারণত ব্যবহৃত কাট-অফ মান হলো: ১১.৫ সেন্টিমিটারের কম (<১১.৫) → মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি (Severe Acute Malnutrition) এবং ১১.৫-১২.৫ সেন্টিমিটার → মাঝারি তীব্র অপুষ্টি (Moderate Acute Malnutrition)। দুই ধাপের স্ক্রিনিং (প্রাথমিক পরীক্ষা) প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে প্রায়ই MUAC বেশি কাট-অফ মান দিয়ে ব্যবহার করা হয়। তবে এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) জরিপে এটি একমাত্র সূচক হিসেবে ব্যবহার করা উচিত নয়, যদিও খাদ্যসহায়তা কর্মসূচিতে ভর্তি করার একমাত্র মানদণ্ড হিসেবে MUAC ব্যবহার করা যেতে পারে।

	বৈশ্বিক তীব্র অপুষ্টি (Global acute malnutrition)	মাঝারি তীব্র অপুষ্টি (Moderate acute malnutrition)	মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি (Severe acute malnutrition)
৬-৫৯ মাস বয়সী শিশু	যেকোনো একটি থাকলেই শিশুকে তীব্র অপুষ্টিগ্রস্ত ধরা হবে: WFH Z স্কোর -২ এর কম *(মানে শিশুটি তার উচ্চতার তুলনায় স্বাভাবিকের চেয়ে অনেক কম ওজনের। এটি wasting (কৃশকায় বা রোগা হয়ে যাওয়া) নির্দেশ করে)* এবং/বা MUAC ১২.৫ সেন্টিমিটারের কম (*MUAC-মধ্য-ওপরের বাহুর পরিধি ১২.৫ সেমির কম হলে বোঝায় শিশুর মাংসপেশি ও চর্বি খুব কম। এটি অপুষ্টিজনিত মৃত্যুঝুঁকির ভালো সূচক)* এবং/বা পুষ্টিজনিত ফোলা (nutritional oedema) *(অপুষ্টির কারণে শরীরে ফোলা (বিশেষ করে দুই পায়ে), সাধারণত প্রোটিনের তীব্র ঘাটতির কারণে হয়, ওজন বেশি দেখালেও শিশু মারাত্মকভাবে অপুষ্ট হতে পারে)* উচ্চতার তুলনায় ওজন খুব কম, অথবা বাহুর পরিধি খুব কম, অথবা অপুষ্টিজনিত ফোলা থাকলে শিশুকে তীব্র অপুষ্টিগ্রস্ত ধরা হয়	নিচের যেকোনো একটি থাকলে শিশুকে মাঝারি তীব্র অপুষ্টিগ্রস্ত ধরা হবে: WFH Z স্কোর -৩ *থেকে -২ এর মধ্যে (শিশুর উচ্চতার তুলনায় ওজন স্বাভাবিকের চেয়ে কম, তবে -৩ এর নিচে নয় (অর্থাৎ মারাত্মক নয়)। এটি মাঝারি মাত্রার রোগাভাব/ওজন কমে যাওয়া নির্দেশ করে)* এবং/অথবা MUAC ১১.৫ থেকে ১২.৫ সেন্টিমিটারের মধ্যে *(মধ্য-ওপরের বাহুর পরিধি কিছুটা কম, কিন্তু মারাত্মক অপুষ্টির সীমার (১১.৫ সেমির নিচে) মধ্যে পড়ে না। এটি মাঝারি ঝুঁকির নির্দেশক)* যদি শিশুর উচ্চতার তুলনায় ওজন মাঝারি মাত্রায় কম হয়, অথবা বাহুর পরিধি ১১.৫-১২.৫ সেন্টিমিটার হয়, তাহলে তাকে মাঝারি তীব্র অপুষ্টিগ্রস্ত ধরা হয়	নিচের যেকোনো একটি থাকলেই শিশুকে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিগ্রস্ত ধরা হবে: WFH Z স্কোর -৩ এর কম *(শিশুর উচ্চতার তুলনায় ওজন অত্যন্ত কম, এটি তীব্র রোগাভাব/ওজন কমে যাওয়ার গুরুতর স্তর)* *এবং/বা MUAC ১১.৫ সেন্টিমিটারের কম (মধ্য-ওপরের বাহুর পরিধি খুব কম, এতে মৃত্যুঝুঁকি অত্যন্ত বেশি)* এবং/বা অপুষ্টিজনিত ফোলা (nutritional oedema) *(অপুষ্টির কারণে শরীরে ফোলা (সাধারণত দুই পায়ে), ওজন স্বাভাবিক বা বেশি দেখালেও এটি মারাত্মক অপুষ্টির লক্ষণ)* যদি শিশুর উচ্চতার তুলনায় ওজন খুব বেশি কম হয়, অথবা বাহুর পরিধি খুব কম হয়, অথবা অপুষ্টিজনিত ফোলা থাকে–তাহলে শিশুকে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিগ্রস্ত হিসেবে ধরা হয়
প্রবীণ ব্যক্তি	MUAC ২১ সেমি *(প্রবীণ ব্যক্তির MUAC ২১ সেমি হলে তা অপুষ্টির উচ্চঝুঁকি নির্দেশ করে এবং তাৎক্ষণিক নজর ও সহায়তা প্রয়োজন)*	MUAC ১৮.৫-২১.০ সেন্টিমিটার *(প্রবীণ ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে MUAC ১৮.৫-২১.০ সেন্টিমিটার-এর অর্থ হলো মাঝারি থেকে উচ্চমাত্রার অপুষ্টি বা অপুষ্টির উল্লেখযোগ্য ঝুঁকি)*	MUAC ১৮.৫ সেন্টিমিটার *(প্রবীণ ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে MUAC ১৮.৫ সেন্টিমিটার-এর অর্থ হলো এটি মারাত্মক অপুষ্টির সীমার কাছাকাছি বা মারাত্মক অপুষ্টির সূচক)*

	বৈশ্বিক তীব্র অপুষ্টি (Global acute malnutrition)	মাঝারি তীব্র অপুষ্টি (Moderate acute malnutrition)	মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি (Severe acute malnutrition)
গর্ভবতী এবং বুকের দুধ খাওয়ানো নারী	MUAC < ২৩ সেমি (< ২১০ মিমি নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে হতে পারে) *(MUAC < ২৩ সেমি বোঝায়: নারী অপুষ্টির ঝুঁকিতে, শরীরের প্রোটিন ও শক্তি সরবরাহ কম, গর্ভকাল বা সন্তানকে পুষ্টি দেওয়ার জন্য যথেষ্ট নয় এবং নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে (যেমন মানবিক সংকট) < ২১ সেমি বা ২১০ মিমি মানে মারাত্মক অপুষ্টি)*	MUAC ১৮.৫-২২.৯ সেমি *(MUAC ১৮.৫-২২.৯ সেন্টিমিটার-এর অর্থ হলো এটি মাঝারি মাত্রার অপুষ্টি (Moderate Malnutrition) নির্দেশ করে, নারী অপুষ্টির ঝুঁকিতে রয়েছেন, তবে মারাত্মক অপুষ্টি (Severe Malnutrition)-এর সীমার নিচে নেই, শরীরের শক্তি, প্রোটিন ও অন্যান্য পুষ্টি উপাদান পর্যাপ্ত নয়, গর্ভকাল বা বুকের দুধ খাওয়ানোর সময় শিশুর পুষ্টি ও স্বাস্থ্য প্রভাবিত হতে পারে)*	MUAC <১৮.৫ সেমি *(MUAC < ১৮.৫ সেন্টিমিটার-এর অর্থ হলো এটি মারাত্মক অপুষ্টি (Severe Malnutrition) নির্দেশ করে, নারী তীব্রভাবে অপুষ্ট, শরীরের শক্তি ও প্রোটিনের ঘাটতি রয়েছে, গর্ভকাল বা বুকের দুধ খাওয়ানোর সময় শিশুর পুষ্টি ও স্বাস্থ্য মারাত্মকভাবে প্রভাবিত হতে পারে, স্বাস্থ্যঝুঁকি ও মৃত্যুর আশঙ্কা বাড়ে)*
প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি (এইচআইভি বা যক্ষ্মারোগে আক্রান্ত)	প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য (এইচআইভি বা যক্ষ্মাসহ বা সাধারণ), BMI (Body Mass Index)-এর মান অনুযায়ী পুষ্টি অবস্থা বোঝায়। BMI <১৮.৫ *(BMI (Body Mass Index) < ১৮.৫ → পুষ্টি কমে যাওয়া (Undernutrition) নির্দেশ করে, অর্থাৎ শরীরের ওজন স্বাভাবিকের তুলনায় কম এবং পুষ্টির ঘাটতি রয়েছে, স্বাস্থ্যঝুঁকি বেশি, রোগপ্রতিরোধ ক্ষমতা কমে যায়, এইচআইভি বা যক্ষ্মায় আক্রান্তদের ক্ষেত্রে ঝুঁকি আরও বেশি)*	BMI ১৬-১৮.৫ *(প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি (BMI ১৬-১৮.৫ → মধ্যম বা মাঝারি মাত্রার অপুষ্টি (Moderate Malnutrition), শরীরের ওজন স্বাভাবিকের তুলনায় কম, পুষ্টিঘাটতি আছে, তবে মারাত্মক পর্যায়ে পৌঁছায়নি, রোগপ্রতিরোধ ক্ষমতা কমে যেতে পারে, বিশেষ করে এইচআইভি বা যক্ষ্মায় আক্রান্তদের ক্ষেত্রে)*	*BMI <১৬ (BMI < ১৬ → মারাত্মক বা তীব্র অপুষ্টি (Severe Malnutrition), শরীরের ওজন স্বাভাবিকের তুলনায় খুব কম, পুষ্টির তীব্র ঘাটতি রয়েছে, রোগপ্রতিরোধ ক্ষমতা অত্যন্ত কম, সংক্রমণ ও জটিলতার ঝুঁকি বেশি)*

৫-১৯ বছর বয়সী শিশু

৫-১৯ বছর বয়সী শিশুদের মধ্যে পুষ্টির অবস্থা নির্ধারণ করতে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO ২০০৭) বৃদ্ধির মানগুলো (growth standards) ব্যবহার করতে হবে। ৫-১৯ বছর বয়সী শিশুদের জন্য WHO ২০০৭ বৃদ্ধির মানের রেফারেন্স ডেটা কার্ভগুলো এমনভাবে তৈরি করা হয়েছে, এগুলো ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের জন্য WHO-এর নির্ধারিত শিশুদের স্বাভাবিক বৃদ্ধি ও পুষ্টির মানদণ্ড (WHO child growth standards)-এর সাথে এবং প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য প্রস্তাবিত BMI বা অন্যান্য কাট-অফের মানের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ। বয়সে বড় শিশু ও কিশোরদের ক্ষেত্রে পুষ্টি নিরূপণের (যাচাই) জন্য MUAC ব্যবহার বিবেচনা করা যেতে পারে, বিশেষ করে এইচআইভির প্রেক্ষাপটে। এই টেকনিক্যাল খাতটি এখনো পূর্ণতা পায়নি, তাই সর্বশেষ গাইডলাইন ও টেকনিক্যাল আপডেট অনুসরণ করা অত্যন্ত জরুরি।

প্রাপ্তবয়স্করা (২০-৫৯ বছর)

প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে তীব্র অপুষ্টির কোনো স্বীকৃত সংজ্ঞা নেই, তবে প্রমাণ অনুযায়ী মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির জন্য বডি মাস ইনডেক্স (BMI) ১৬-এর নিচে এবং মৃদু বা মাঝারি তীব্র অপুষ্টির জন্য ১৮.৫-এর নিচে হতে পারে। প্রাপ্তবয়স্কদের অপুষ্টি জরিপগুলো লক্ষ্য হওয়া উচিত ওজন, উচ্চতা, বসার উচ্চতা এবং MUAC পরিমাপ সংগ্রহ করা। এই তথ্য ব্যবহার করে BMI হিসাব করা যায়। BMI-কে Cormic index (বসার উচ্চতার এবং দাঁড়ানোর উচ্চতার অনুপাত) অনুযায়ী সমন্বয় করা যায়, তবে এটি শুধু বিভিন্ন জনসংখ্যার মধ্যে তুলনা করার জন্য প্রযোজ্য। এমন সমন্বয় প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে পুষ্টি কমে যাওয়ার প্রকাশিত মাত্রাকে উল্লেখযোগ্যভাবে পরিবর্তন করতে পারে এবং প্রোগ্রামিংয়ের জন্য গুরুত্বপূর্ণ প্রভাব ফেলতে পারে। MUAC পরিমাপ সব সময় নেওয়া উচিত। যদি তাৎক্ষণিক ফলাফলের প্রয়োজন হয় বা সম্পদ সীমিত থাকে, তবে জরিপ শুধু MUAC পরিমাপের ভিত্তিতে করা যেতে পারে।

প্রমাণিত কার্যকর ফলাফলের তথ্য এবং তুলনামূলক মান/রেফারেন্স মানের অভাব এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) ফলাফলগুলোর ব্যাখ্যাকে জটিল করে তোলে। এগুলো ব্যাখ্যা করার সময় বিস্তারিত প্রাসঙ্গিক তথ্য ব্যবহার করতে হবে। নিরূপণের (যাচাই) নির্দেশিকার জন্য ⊕ *তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য দেখুন।*

পুষ্টিসেবায় ভর্তি এবং ছাড়পত্রের জন্য ব্যক্তিদের স্ক্রিনিং (প্রাথমিক পরীক্ষা) করার সময়, এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) সূচক, ক্লিনিক্যাল লক্ষণ (বিশেষ করে দুর্বলতা, হঠাৎ ওজন কমা) এবং সামাজিক উপাদান (যেমন খাদ্য পাওয়ার সুযোগ, সেবাদানকারী থাকা, আশ্রয় ইত্যাদি) একসাথে ব্যবহার করা উচিত। অপুষ্টি ছাড়াও অন্যান্য কারণে প্রাপ্তবয়স্কদের শরীরে পানি আসতে পারে (ইডেমা), এ ক্ষেত্রে অন্য কারণগুলো বাদ দিয়ে চিকিৎসকদের এই ইডেমা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে। BMI-এর জানা সীমাবদ্ধতা, MUAC-সংক্রান্ত তথ্যের অভাব এবং এই কর্মসূচিতে তা ব্যবহারের জটিলতা বিবেচনা করে প্রতিটি সংস্থাকে সেবাপ্রাপ্তির সূচক নির্ধারণ করতে হবে। এই টেকনিক্যাল খাতটি এখনো পূর্ণতা পায়নি, তাই সর্বশেষ গাইডলাইন ও টেকনিক্যাল আপডেট অনুসরণ করা অত্যন্ত জরুরি।

MUAC পদ্ধতিটি গর্ভবতী নারীদের খাবার খাওয়ানোর কর্মসূচিতে অন্তর্ভুক্তির শর্ত/মানদণ্ড হিসেবে ব্যবহৃত হতে পারে। গর্ভবতী নারীদের বাড়তি পুষ্টিচাহিদার কারণে তারা অন্যান্য গোষ্ঠী চেয়ে বেশি ঝুঁকিতে থাকে। গর্ভধারণের সময় MUAC-এর উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন হয় না। MUAC ২০.৭ সেমির কম ভ্রূণের বৃদ্ধি ব্যাহত হওয়ার তীব্র ঝুঁকি নির্দেশ করে এবং ২৩ সেমির কম হলে তা মাঝারি ঝুঁকি নির্দেশ করে। ঝুঁকির এই সূচক দেশভেদে ভিন্ন হতে পারে, তবে তা ২১ থেকে ২৩ সেমির মধ্যে থাকে। জরুরি অবস্থায় ঝুঁকিতে থাকা নারীদের চিহ্নিত করতে ২১ সেমির কম সূচককে উপযুক্ত সীমা হিসেবে বিবেচনা করা উচিত।

প্রবীণ ব্যক্তিরা

প্রবীণ ব্যক্তিদের মধ্যে অপুষ্টির কোনো স্বীকৃত সংজ্ঞা নেই। তবে এই গোষ্ঠীও জরুরি পরিস্থিতিতে অপুষ্টির ঝুঁকিতে থাকতে পারে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) প্রস্তাব করে যে ৬০ বছর এবং তদূর্ধ্ব বয়সীদের জন্য প্রাপ্তবয়স্কদের BMI সীমা প্রযোজ্য হতে পারে। তবে সঠিক পরিমাপের ক্ষেত্রে কিছু সমস্যা দেখা দেয়–যেমন মেরুদণ্ড বাঁকা হয়ে যাওয়া এবং কশেরুকার (vertebrae) সংকোচন। তাই

উচ্চতা নির্ধারণের পরিবর্তে বাহুর বিস্তৃতি (arm-span) বা অর্ধবাহুর বিস্তৃতি (demi-span) *(হাত সম্পূর্ণ সম্প্রসারিত অবস্থায় এক হাতের মধ্য আঙুলের ডগা থেকে অন্য হাতের মধ্য আঙুলের ডগা পর্যন্ত)* ব্যবহার করা যেতে পারে। তবে বিভিন্ন জনগোষ্ঠীর ক্ষেত্রে উচ্চতা নির্ণয়ের জন্য ব্যবহৃত গুণক (multiplication factor) ভিন্ন হতে পারে। দৃশ্যমান নিরূপণ (যাচাই) (visual assessment) এই ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ। প্রবীণদের অপুষ্টি নির্ধারণে MUAC পরিমাপ সহায়ক হতে পারে, তবে সঠিক কাট-অফ নির্ধারণে গবেষণা এখনো চলমান।

প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা

শারীরিক প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য বর্তমানে কোনো স্পষ্ট নির্দেশিকা নেই, যার ফলে অনেক ক্ষেত্রেই তারা এনথ্রোপোমেট্রিক (দৈহিক পরিমাপ) জরিপ থেকে বাদ পড়ে। দৃশ্যমান নিরূপণ (যাচাই) (visual assessment) এই ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ। MUAC পরিমাপ বিভ্রান্তিকর হতে পারে, কারণ কিছু প্রতিবন্ধীর ক্ষেত্রে চলাফেরার জন্য বাহুর পেশি অতিরিক্ত বৃদ্ধি পেতে পারে। তাই MUAC-এর মান সঠিকভাবে পুষ্টি পরিস্থিতি প্রতিফলিত না-ও করতে পারে। উচ্চতার আদর্শ পরিমাপ হিসেবে অন্যান্য বিকল্প পদ্ধতি ব্যবহার করা যেতে পারে। এর মধ্যে রয়েছে: দৈর্ঘ্য, উচ্চতা, বাহুর বিস্তৃতি, দুই হাতের বিস্তৃতি (ডেমি-স্প্যান) বা হাঁটুর নিচের অংশের দৈর্ঘ্য। যেসব ব্যক্তির ক্ষেত্রে আদর্শ ওজন, উচ্চতা এবং MUAC যথাযথ নয়, তাদের জন্য সবচেয়ে উপযুক্ত পরিমাপ পদ্ধতি নির্ধারণের জন্য সর্বশেষ গবেষণার তথ্য ও নির্দেশিকা জানা জরুরি।

পরিশিষ্ট ৫
জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ

ব্যক্তিপর্যায়ে ক্লিনিক্যাল অণুপুষ্টি ঘাটতির ক্ষেত্রে জরুরি ভিত্তিতে চিকিৎসার ব্যবস্থা করা প্রয়োজন। ব্যক্তিপর্যায়ে ক্লিনিক্যাল অণুপুষ্টি ঘাটতির ঘটনা সাধারণত জনস্বাস্থ্য পর্যায়ে অণুপুষ্টি ঘাটতির একটি অন্তর্নিহিত সমস্যার ইঙ্গিত দেয়। কর্মসূচি পরিকল্পনা ও বাস্তবায়ন পর্যবেক্ষণের জন্য জনস্বাস্থ্য পর্যায়ে অণুপুষ্টি ঘাটতির পরিমাপ ও শ্রেণিবিন্যাস করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

অণুপুষ্টি অবস্থা নির্ণয়ে বায়োকেমিক্যাল পরীক্ষাগুলো একটি বস্তুনিষ্ঠ পরিমাপ প্রদান করে। তবে পরীক্ষার জন্য জৈবিক নমুনা সংগ্রহ করতে গিয়ে প্রায়ই লজিস্টিক জটিলতা, কর্মীদের প্রশিক্ষণের প্রয়োজন, কোল্ড চেইন ব্যবস্থাপনা এবং অনেক ক্ষেত্রে সামাজিক গ্রহণযোগ্যতা-সংক্রান্ত চ্যালেঞ্জের সম্মুখীন হতে হয়। এ ছাড়া বায়োকেমিক্যাল পরিমাপ সব সময় প্রয়োজন অনুযায়ী সংবেদনশীল (sensitive) ও সুনির্দিষ্ট (specific) না-ও হতে পারে। তীব্র অপুষ্টির মতোই, নমুনা সংগ্রহের সময় (দিনের কোন সময়ে নমুনা নেওয়া হচ্ছে) এবং বছরের ঋতুভেদে পরীক্ষার ফলাফলে ভিন্নতা দেখা দিতে পারে। তাই নমুনা পরীক্ষার জন্য গবেষণাগার নির্বাচন করার সময় মান নিয়ন্ত্রণ (quality control) ব্যবস্থার বিষয়টি অবশ্যই গুরুত্বের সঙ্গে বিবেচনা করতে হবে।

অণুপুষ্টি অবস্থা মূল্যায়নের সময় ঘাটতির পাশাপাশি অতিরিক্ত গ্রহণের সম্ভাবনাও বিবেচনায় রাখতে হবে। বিশেষ করে তখনই এই বিষয়টি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ হয়ে ওঠে, যখন আক্রান্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে একাধিক পুষ্টিসমৃদ্ধ (highly fortified) খাদ্যপণ্য বা অণুপুষ্টি উপাদানসমৃদ্ধ সম্পূরক একযোগে বিতরণ করা হয়।

অণুপুষ্টি ঘাটতি প্রবীণ ব্যক্তিদের মানসিক ও শারীরিক স্বাস্থ্য, রোগ প্রতিরোধক্ষমতা এবং দৈনন্দিন কার্যক্ষমতার ওপর গুরুতর প্রভাব ফেলতে পারে।

নিচের টেবিলে বিভিন্ন সূচক ব্যবহার করে নির্দিষ্ট অণুপুষ্টি ঘাটতির জনস্বাস্থ্যগত গুরুত্বের শ্রেণিবিন্যাস উপস্থাপন করা হয়েছে। বায়োকেমিক্যাল পরীক্ষাসমূহ এবং জনস্বাস্থ্য পর্যায়ে প্রযোজ্য সীমা (threshold) সম্পর্কে বিস্তারিত জানার জন্য সর্বশেষ গবেষণা সাহিত্য পর্যালোচনা করা বা বিশেষজ্ঞ পরামর্শ গ্রহণ করা উচিত।

জনস্বাস্থ্যের ওপর অণুপুষ্টি ঘাটতির প্রভাব পরিমাপ

অণুপুষ্টি ঘাটতির সূচক	প্রাদুর্ভাব জরিপের জন্য প্রস্তাবিত বয়সগোষ্ঠী	জনস্বাস্থ্য সমস্যার সংজ্ঞা	
		তীব্রতার মাত্রা	প্রাদুর্ভাব (%)
ভিটামিন এ-র ঘাটতি			
রাতকানা (XN)	২৪–৭১ মাস	মৃদু	০ ≤ ১
		মাঝারি	১ ≤ ৫
		মারাত্মক	৫

অণুপুষ্টি ঘাটতির সূচক	প্রাদুর্ভাব জরিপের জন্য প্রস্তাবিত বয়সগোষ্ঠী	জনস্বাস্থ্য সমস্যার সংজ্ঞা	
		তীব্রতার মাত্রা	প্রাদুর্ভাব (%)
ভিটামিন এ-র ঘাটতি			
বিটটস স্পট (X1B) *(Bitot's spots (X1B) হলো ভিটামিন এ-এর ঘাটতির একটি দৃশ্যমান ক্লিনিক্যাল লক্ষণ। এটি চোখের সাদা অংশে (conjunctiva) দেখা যায়, দেখতে সাদা বা ধূসর রঙের ফেনার মতো/চকের মতো দাগ এবং সাধারণত চোখের বাইরের দিকে (কানের দিকের পাশে) বেশি দেখা যায়।)*	৬–৭১ মাস	সুনির্দিষ্ট নয়	>০.৫
কর্নিয়াল জেরোসিস/আলসারেশন/কেরাটোম্যালাসিয়া (X2, X3A, X3B) *(Corneal xerosis/ulceration/keratomalacia (X2, X3A, X3B) এগুলো হলো ভিটামিন এ-এর তীব্র ঘাটতির কারণে চোখের কর্নিয়ায় (চোখের স্বচ্ছ সামনের অংশ) হওয়া গুরুতর রোগগত পরিবর্তন* *নিচে সহজ করে বোঝানো হলো–* *Corneal xerosis (X2) অর্থ কর্নিয়া অস্বাভাবিকভাবে শুষ্ক ও নিস্তেজ হয়ে যাওয়া, চোখের স্বচ্ছতা কমে যায়, চোখ রুক্ষ ও প্রাণহীন দেখায়, এটি ভিটামিন এ ঘাটতির গুরুতর স্তর, বিটোট'স স্পট (Bitot's spot)-এর পরবর্তী ধাপ হিসেবে বিবেচিত* *Corneal ulceration (X3A) অর্থ কর্নিয়ায় ঘা বা ক্ষত সৃষ্টি হওয়া, কর্নিয়ার উপরিভাগ ভেঙে যায়, ব্যথা, সংক্রমণ ও দৃষ্টিশক্তি হ্রাস হতে পারে, দ্রুত চিকিৎসা না হলে অন্ধত্বের ঝুঁকি থাকে* *Keratomalacia (X3B) অর্থ কর্নিয়া নরম হয়ে গলে যাওয়া, এটি ভিটামিন এ ঘাটতির সবচেয়ে মারাত্মক অবস্থা, কর্নিয়া স্থায়ীভাবে নষ্ট হয়ে যেতে পারে, দ্রুত চিকিৎসা না পেলে স্থায়ী অন্ধত্ব বা মৃত্যু পর্যন্ত হতে পারে)*	৬–৭১ মাস	সুনির্দিষ্ট নয়	>০.০১
কর্নিয়াল স্কারস (XS) *(Corneal scars-বলতে বোঝায় চোখের কর্নিয়ায় স্থায়ী দাগ বা ক্ষতচিহ্ন। Cornea (কর্নিয়া) = চোখের সামনের স্বচ্ছ অংশ, Scar (দাগ) = আগের কোনো ক্ষত বা রোগ সেরে যাওয়ার পর রয়ে যাওয়া স্থায়ী চিহ্ন। অর্থাৎ Corneal scars হলো কর্নিয়ায় এমন দাগ, যা সাধারণত আগের কোনো গুরুতর ক্ষতি সেরে যাওয়ার পর থেকে যায়)*	৬–৭১ মাস	সুনির্দিষ্ট নয়	>০.০৫

অণুপুষ্টি ঘাটতির সূচক	প্রাদুর্ভাব জরিপের জন্য প্রস্তাবিত বয়সগোষ্ঠী	জনস্বাস্থ্য সমস্যার সংজ্ঞা	
		তীব্রতার মাত্রা	প্রাদুর্ভাব (%)
ভিটামিন এ-র ঘাটতি			
সিরাম রেটিনল (≤ ০.৭ মাইক্রোমল/লিটার) (Serum retinol (≤ 0.7 μmol/L) *(সিরাম রেটিনল (≤ ০.৭ মাইক্রোমল/লিটার) (Serum retinol (≤ 0.7 μmol/L) এর অর্থ রক্তের সিরাম অংশে থাকা ভিটামিন এ (রেটিনল)-এর মাত্রা ০.৭ মাইক্রোমোল প্রতি লিটার বা তার কম। Serum = রক্তের তরল অংশ, Retinol = ভিটামিন A, ≤ 0.7 μmol/L = 0.7-এর সমান বা তার চেয়ে কম। অর্থাৎ, রক্ত পরীক্ষায় দেখা যাচ্ছে যে ব্যক্তির শরীরে ভিটামিন এ-এর পরিমাণ স্বাভাবিকের চেয়ে কম।)*	৬-৭১ মাস	মৃদু	২≤ ১০
		মাঝারি	১০ ≤ ২০
		মারাত্মক	২০
আয়োডিনের ঘাটতি			
গলগণ্ড (দৃশ্যমান এবং স্পষ্ট) *(গলগণ্ড: গলার সামনে অবস্থিত থাইরয়েডগ্রন্থির অস্বাভাবিক ফোলা, খালি চোখে দেখা যায় এবং হাত দিয়ে ছুঁয়ে বোঝা যায় (Palpable)। অর্থাৎ, এটি এমন গলগণ্ড, যা শুধু পরীক্ষা করলে নয়, বাহ্যিকভাবেই স্পষ্ট।)*	স্কুল বয়সের শিশু	মৃদু	৫.০–১৯.৯
		মাঝারি	২০.০–২৯.৯
		মারাত্মক	৩০.০
প্রস্রাবে আয়োডিনের মাঝামাঝি ঘনত্ব (মিলিগ্রাম/লিটার)-Median urinary iodine concentration (mg/l) *(প্রস্রাবে আয়োডিনের পরিমাণ দেখে বোঝা যায় একটি জনগোষ্ঠী পর্যায়ে আয়োডিনের ঘাটতি আছে কি না। ব্যক্তিগতভাবে নয়, জনসংখ্যা বা জনগোষ্ঠীর আয়োডিন অবস্থার মূল্যায়নে এই সূচক ব্যবহার করা হয়।)*	স্কুল বয়সের শিশু	অতিরিক্ত গ্রহণ	>৩০০
		পর্যাপ্ত গ্রহণ	১০০–১৯৯
		মৃদু ঘাটতি	৫০–৯৯
		মাঝারি ঘাটতি	১০০–১৯৯
		মারাত্মক ঘাটতি	<২০
লৌহ (আয়রনের) ঘাটতি			
অ্যানিমিয়া বা রক্তস্বল্পতা Non-pregnant women haemoglobin <12.0 g/dl → গর্ভবতী নন এমন নারীদের ক্ষেত্রে রক্তে হিমোগ্লোবিন ১২.০ গ্রাম/ডেসিলিটারের কম হলে রক্তাল্পতা ধরা হয়। Children 6-59 months haemoglobin <11.0 g/dl → ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রে রক্তে হিমোগ্লোবিন ১১.০ গ্রাম/ডেসিলিটারের কম হলে রক্তাল্পতা ধরা হয়।	নারী, শিশু ৬-৫৯ মাস	কম	৫–২০
		মাঝারি	২০–৪০
		উচ্চ	৪০

অণুপুষ্টি ঘাটতির সূচক	প্রাদুর্ভাব জরিপের জন্য প্রস্তাবিত বয়সগোষ্ঠী	জনস্বাস্থ্য সমস্যার সংজ্ঞা	
		তীব্রতার মাত্রা	প্রাদুর্ভাব (%)
বেরিবেরি বি-১-এর (থায়ামিন) ঘাটতিজনিত রোগ			
ক্লিনিক্যাল লক্ষণ	সমগ্র জনসংখ্যা	মৃদু	১ কেস এবং <১%
		মাঝারি	১–৪
		মারাত্মক	৫
খাদ্য গ্রহণ (<০.৩৩ মিলিগ্রাম/১০০০ কিলোক্যালরি)	সমগ্র জনসংখ্যা	মৃদু	৫
		মাঝারি	৫-১৯
		মারাত্মক	২০-৪৯
নবজাতকদের মৃত্যুর হার	নবজাতক ২–৫ মাস	মৃদু	কোনো বৃদ্ধি হার নেই
		মাঝারি	সামান্য বৃদ্ধি হার
		মারাত্মক	বৃদ্ধি হার বেশি
পেলেগ্রা (ভিটামিন বি-৩ [নিয়াসিন]-এর ঘাটতিজনিত রোগ)			
জরিপে অংশগ্রহণকারী দলের ক্লিনিক্যাল লক্ষণ (ডার্মাটাইটিস)	সমগ্র জনসংখ্যা অথবা নারী>১৫ *(১৫ বছরের বেশি বয়সের নারীদের জন্য)*	মৃদু	≥ ১ কেস এবং <১%
		মাঝারি	১–৪
		মারাত্মক	৫
নিয়াসিন সমমানের খাদ্য গ্রহণ <৫ মিলিগ্রাম/দিন *(খাদ্য থেকে গ্রহণ করা ভিটামিন বি-৩-এর পরিমাণ, যা বিভিন্ন উৎস থেকে আসা নিয়াসিন এবং ট্রিপ্টোফ্যান থেকে হিসাব করা হয়)*	সমগ্র জনসংখ্যা অথবা নারী>১৫ *(১৫ বছরের বেশি বয়সের নারীদের জন্য)*	মৃদু	৫–১৯
		মাঝারি	২০–৪৯
		মারাত্মক	৫০
স্কার্ভি (এটি ভিটামিন সি-এর ঘাটতিজনিত রোগ)			
ক্লিনিক্যাল লক্ষণ *(ক্লিনিক্যাল লক্ষণ বলতে বোঝায় এমন শারীরিক বা মানসিক লক্ষণ, যা রোগীকে সরাসরি পরীক্ষা, পর্যবেক্ষণ বা জিজ্ঞাসাবাদের মাধ্যমে স্বাস্থ্যকর্মী শনাক্ত করতে পারেন)*	সমগ্র জনসংখ্যা	মৃদু	১ কেস এবং <১%
		মাঝারি	১-৪
		মারাত্মক	৫

পরিশিষ্ট ৬
প্রয়োজনীয় পুষ্টির চাহিদা

সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে পরিকল্পনা করার জন্য নিম্নলিখিত টেবিলটি ব্যবহার করতে হবে। টেবিলে প্রদত্ত ন্যূনতম পুষ্টির চাহিদা সাধারণ রেশনের পরিমাণ অনুমান করতে ব্যবহার করা উচিত। এগুলো সম্পূরক বা থেরাপিউটিক কেয়ার বা চিকিৎসামূলক খাবারের পর্যাপ্ততা মূল্যায়নের উদ্দেশ্যে অথবা নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর মানুষের জন্য যেমন যক্ষ্মারোগে আক্রান্ত ব্যক্তি বা এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তিদের খাবার বা রেশন নিরূপণের জন্য ব্যবহার করার উদ্দেশ্যে নয়।

পুষ্টি উপাদান	গড় জনসংখ্যার ন্যূনতম চাহিদা
শক্তি	২,১০০ কিলোক্যালরি
প্রোটিন	৫৩ গ্রাম (মোট শক্তির ১০%)
চর্বি	৪০ গ্রাম (মোট শক্তির ১৭%)
ভিটামিন এ	৫৫০ মাইক্রোগ্রাম (µg) রেটিনল কার্যকারিতা সমতুল্য (RTE/RAE) *(এটি ভিটামিন এ-এর পরিমাণ নিরূপণের একটি একক, যা বিভিন্ন উৎস থেকে প্রাপ্ত ভিটামিন এ-এর কার্যকারিতা [যেমন, প্রাণিজ উৎসের রেটিনল ও উদ্ভিজ উৎসের ক্যারোটিনয়েড] একক করে দেয়।)*
ভিটামিন ডি	৬.১ মাইক্রোগ্রাম (µg)
ভিটামিন ই	৮.০ মিলিগ্রাম আলফা-টোকোফেরল সমতুল্য (α-TE) *(এটি ভিটামিন E-এর পরিমাণ মাপার একটি একক। কারণ ভিটামিন E বিভিন্ন ধরনের টোকোফেরল ও টোকোট্রায়েনল আকারে থাকে, α-TE ব্যবহার করে সব ধরনের ভিটামিন E-এর কার্যকারিতা একক করা হয়।)*
ভিটামিন কে	৪৮.২ মাইক্রোগ্রাম (µg)
ভিটামিন বি ১ (থায়ামিন)	১.১ মিলিগ্রাম
ভিটামিন বি ২ (রিবোফ্লাভিন)	১.১ মিলিগ্রাম
ভিটামিন বি ৩ (নিয়াসিন)	১৩.৮ মিলিগ্রাম নিয়াসিন সমতুল্য (NE)
ভিটামিন বি ৬ (পাইরিডক্সিন)	১.২ মিলিগ্রাম
ভিটামিন ই ১২ (কোবালামিন)	২.২ মাইক্রোগ্রাম (µg)
ফোলেট	৩৬৩ মাইক্রোগ্রাম (µg) খাদ্যতালিকাগত ফোলেট সমতুল্য (DFE)
প্যানটোথেনেট	৪.৬ মিলিগ্রাম
ভিটামিন সি	৪১.৬ মিলিগ্রাম
আয়রন	৩২ মিলিগ্রাম
আয়োডিন	১৩৮ মাইক্রোগ্রাম (µg)
জিঙ্ক	১২.৪ মিলিগ্রাম
কপার	১.১ মিলিগ্রাম
সেলেনিয়াম	২৭.৬ মাইক্রোগ্রাম (µg)
ক্যালসিয়াম	৯৮৯ মিলিগ্রাম
ম্যাগনেশিয়াম	২০১ মিলিগ্রাম

Source: RNIs from FAO/WHO (2004), Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition, 2nd edition, were used for all vitamin and mineral requirement calculations except copper. Requirements for copper are taken from WHO (1996), Trace Elements in Human Nutrition and Health.

এই গড় জনসংখ্যার ন্যূনতম চাহিদাগুলো সব বয়সী গোষ্ঠী এবং উভয় লিঙ্গের চাহিদা অন্তর্ভুক্ত করে তৈরি করা হয়েছে। সুতরাং, এগুলো কোনো নির্দিষ্ট বয়স বা লিঙ্গের জন্য প্রযোজ্য নয় এবং একক ব্যক্তির চাহিদা হিসেবে সরাসরি ব্যবহার করা উচিত নয়। এগুলো তৈরি করা হয়েছে একটি অনুমিত জনসংখ্যা কাঠামো, পরিবেশের তাপমাত্রা এবং মানুষের কার্যক্রমের স্তরের উপর ভিত্তি করে নির্ধারিত। এ ছাড়াও এতে গর্ভবতী এবং বুকের দুধ খাওয়ানোর নারীদের অতিরিক্ত চাহিদাও বিবেচনা করা হয়েছে।

এখানে প্রদত্ত চাহিদাগুলো রেফারেন্স নিউট্রিয়েন্ট ইন্টেক (RNI) হিসেবে উল্লেখ করা হয়েছে, অর্থাৎ এগুলো সাধারণত পুষ্টির যথাযথ মান নির্ধারণের জন্য ব্যবহৃত। তবে শক্তি (energy) এবং কপারের (copper) ক্ষেত্রে এই RNI প্রয়োগ করা হয়নি। *(রেফারেন্স নিউট্রিয়েন্ট ইনটেক (RNI) হলো এমন একটি পরিমাণ পুষ্টি উপাদানের যা প্রায় ৯৭-৯৮% সুস্থ মানুষকে দৈনন্দিন চাহিদা পূরণে যথেষ্ট।)*

ম্যাক্রো ও মাইক্রো নিউট্রিয়েন্ট-সম্পর্কিত সর্বশেষ আপডেট ও গবেষণার তথ্য পাওয়া যাবে জাতিসংঘের খাদ্য ও কৃষি সংস্থা (FAO) এবং বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) ওয়েবসাইটে।

জনসংখ্যার শক্তি চাহিদা (কমানো বা বাড়ানো) নিম্নলিখিত বিষয়গুলো বিবেচনা করে সামঞ্জস্য করতে হবে:

- জনসংখ্যাতাত্ত্বিক কাঠামো, বিশেষ করে পাঁচ বছরের কম শিশুদের শতকরা হার, নারী এবং প্রবীণ ব্যক্তি, কিশোর-কিশোরীদের শতকরা হার;
- প্রাপ্তবয়স্কদের গড় ওজন এবং প্রকৃত, স্বাভাবিক বা কাঙ্ক্ষিত শরীরের ওজন;
- কর্মক্ষম জীবন বজায় রাখার জন্য দৈনন্দিন কার্যকলাপের মাত্রা (যদি দৈনন্দিন কার্য কলাপের মাত্রা "হালকা" (light) বা শরীরের বিপাক হারের (BMR) ১.৬ গুণের বেশি হয়, তবে তার শক্তি চাহিদা অনুযায়ী বৃদ্ধি পাবে;
- চারপাশের গড় তাপমাত্রা এবং আবাসস্থল এবং পোশাকের সক্ষমতা (যদি চারপাশের গড় তাপমাত্রা ২০ ডিগ্রি সেলসিয়াসের কম হয় তাহলে শক্তি চাহিদা বৃদ্ধি পাবে;
- জনসংখ্যার পুষ্টি ও স্বাস্থ্য পরিস্থিতি (যদি জনসংখ্যা অপুষ্টিতে ভুগছে এবং 'catch-up growth' বা দ্রুত বৃদ্ধি অর্জনের জন্য অতিরিক্ত চাহিদা রয়েছে, তাহলে শক্তি চাহিদা বৃদ্ধি পাবে। HIV প্রাদুর্ভাবও গড় জনসংখ্যার চাহিদাকে প্রভাবিত করতে পারে। প্রেক্ষাপটের বিশ্লেষণ এবং বর্তমান আন্তর্জাতিক সুপারিশ অনুযায়ী একটি ওপর ভিত্তি করে এই চাহিদাগুলো পূরণ করতে সাধারণ রেশনের পরিমাণ নির্ধারণ করতে হবে।

প্রয়োজনীয় মান (যেমন খাদ্য বা পুষ্টিচাহিদা) পরিস্থিতি অনুযায়ী ঠিক করা বা সামঞ্জস্য করার নির্দেশনার জন্য ⊕ *UNHCR, UNICEF, WFP Ges WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies এবং WFP (2001), Food and Nutrition Handbook দেখুন।*

যদি নিরূপণ (যাচাই) থেকে এ ধরনের তথ্য পাওয়া সম্ভব না হয়, তাহলে ওপরের টেবিলের সংখ্যাগুলোকে ন্যূনতম চাহিদা হিসেবে ব্যবহার করতে হবে।

জনসংখ্যার গঠন বা কাঠামো বোঝার জন্য, প্রয়োজন অনুযায়ী লিঙ্গ, বয়স এবং অন্যান্য মানদণ্ড অনুযায়ী বিভক্ত বা আলাদা আলাদা তথ্য ব্যবহার করতে জাতীয় ভিত্তি বা বেজলাইন তথ্য বা World Population Prospects দেখুন: *https://esa.un.org/unpd/wpp/*

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য

সাধারণ

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. http://documents.wfp.org

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking.* Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. http://cpwg.net

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework.* International Review of the Red Cross, 2001. https://www.icrc.org

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. https://www.unisdr.org

নিরূপণ (যাচাই)

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. http://smartmethodology.org

পুষ্টি

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7.* FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations.* Save the Children UK, 2007. https://resourcecentre.savethechildren.net

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, *J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet,* vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. https://doi.org

অংশগ্রহণমূলক পদ্ধতিসমূহ

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work.* ALNAP, 2014.

নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. https://www.unicef.org

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. https://www.ennonline.net

শিশু

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

খাদ্যনিরাপত্তা

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming.* World Food Programme, 2015. http://documents.wfp.org

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3.* FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018.http://cleancookstoves.org

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3.

IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. http://www.fao.org

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2.* FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015. https://www.wfp.org

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. http://cleancookstoves.org

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

খাদ্যসহায়তা

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. https://docs.wfp.org

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. https://reliefweb.int

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. https://reliefweb.int

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. https://documents.wfp.org

বীজসংক্রান্ত বাস্তবায়নসমূহ

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. https://seedsystem.org Seeds in Emergencies:

A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

বাজার এবং নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা (CBA)

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. https://www.wfp.org

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

জেন্ডার বা লিঙ্গ

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

প্রতিবন্ধী ব্যক্তি

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. http://training.unicef.org

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. https://data.unicef.org

জীবিকা

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. http://www.livelihoodscentre.org

পরিবেশ

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3.

IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. https://www.chathamhouse.org

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. https://mei.chathamhouse.org

আরো বিস্তারিত তথ্য

আরো বিস্তারিত তথ্যের জন্য নিচের লিংকে গিয়ে দেখুন

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

আরো বিস্তারিত তথ্য

প্রাথমিক নিরূপণ (যাচাই)

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition. UNHCR/WFP, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool. IASC, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). WFP and UNICEF, 2016.

খাদ্যনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই)

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification. FANTA, 2015.
https://www.fantaproject.org/sites/default/ files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines. FAO and WFP, 2009.
www. wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. WFP, 2009. Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. WFP, 2009. *Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners.* CARE, 2002. *Vulnerability and Capacity Assessment Guide.* IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers.

Save the Children, 2008.

বীজনিরাপত্তা নিরূপণ (যাচাই)

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems.* Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security.*

International Center for Tropical Agriculture, 2008.

জীবিকা নিরূপণ (যাচাই)

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability.* ODi, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated,

Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009

বাজার

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report,* HPG back-ground paper. HPG, 2007.
https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies.* Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper.* ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers. Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). CaLP, 2013.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit.* Oxfam GB, 2010.

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance. IASC, 2015.

খাদ্য গ্রহণ বা খাদ্যাভাস

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. WFP, 2008.
www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Household Dietary Diversity Score (HDDS). Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Reference Nutrient Intake (RNI) publications. WHO.
www.who.int/nutrition/publi-cations/nutrient/en/ and
www.who.int/elena/nutrient/en/

অংশগ্রহণমূলক পদ্ধতিসমূহ

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook. CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA). Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. IFRC, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis. ActionAid, 2004.

পুষ্টি ও খাদ্যনিরাপত্তা তথ্য ব্যবস্থাপনাসমূহ

Famine Early Warning Systems Network. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture. FAO. www.fao. org/ES/giews/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1. IPC Global partners and FAO, 2008.h
www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2.* ODI, 2001.
https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-as-sets/publications-opinion-files/3970.pdf

এনথ্রোপোমেট্রিক নিরূপণ (যাচাই)

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. Adults: *Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations.* ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers.* HPN, 2006. https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergen-cies-a-primer-for-decision-makers/

অণুপুষ্টি নিরূপণ (যাচাই)

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations.* Micronutrient Initiative and CDC, 2007.
www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো নিরূপণ (যাচাই)

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. CARE, 2010. www.ennonline.net/resources

নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant. ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming. https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. UNICEF and WHO, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. UNHCR, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. WHO, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief. WHO/UNICEF, 2014

www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. WHO, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.ennonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF and WHO, 2007.

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.ennonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2009. www.ennonline.net//ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011. www.unicef.org/ nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

সাধারণ খাদ্যনিরাপত্তা

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role.* Routledge, New York, 2005.
https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution. World Vision International, 2017.

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition. IASC, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. https://resourcecen-tre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. *Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. https://www.ennonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34. OHCHR and FAO, 2010. www.ohchr. org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

লক্ষিত জনগোষ্ঠী নির্ধারণ এবং খাদ্য বিতরণ

Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org

Food Quality Control. WFP, 2010. http://foodqualityandsafety.wfp.org/ Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP, 2003.

Food Assistance Main Manual, Third edition. World Vision International, 2017.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide. WFP, 2008.

Food Resource Management Handbook. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Logistics Operational Guide. WFP, Logistics Cluster, 2010.

School Feeding Quality Standards. WFP, 2009.

Targeting in Emergencies. WFP, 2006.

UNHCR Handbook for Registration. UNHCR, 2003.

বীজসংক্রান্ত বাস্তবায়নসমূহ

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10.* International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

সাধারণ জরুরি অবস্থার পুষ্টিনির্দেশিকা বা ম্যানুয়াল

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations. IASC, 2008.

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food and Nutrition Handbook. WFP, 2001.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR and WFP, 2009.

Harmonised Training Package (HTP). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. T*echnical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications.* ENN, 2014.

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. GNC MAM Task Force, 2014.

Prudhon, C. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations.*

ACF, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO, 2000.

ঝুঁকিতে থাকা মানুষ

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. HelpAge International, 2001.
http://nutritioncluster.net/wp-content/
uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf

Food Assistance Programming in the Context of HIV. FANTA and WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS. FAO and WHO, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis. HelpAge and UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs–Equal Opportunities. IASC, 2006.

Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children.*

Winslow Press, 1994.

তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009. www.ennonline.net/resources

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. WHO, 1999.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. *Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies.* HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. *Supplementary Feeding Minimum Reporting Package.*

HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition. FANTA, 2008.

অণুপুষ্টি ঘাটতি

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies. WHO and UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 2000.

Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions.* UN Standing Committee on Nutrition, 2007. https:// www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia, Second Edition. WHO, 1997.

আশ্রয় এবং আবাসন

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

সুরক্ষা নীতিমালা

মানবিকতার মূলমান

আশ্রয় এবং আবাসন

পরিকল্পনা	অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা	বসবাসের স্থান	গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ	কারিগরি সহায়তা	বাসস্থানের নিরাপত্তা	টেকসই পরিবেশ
মান ১ পরিকল্পনা	**মান ২** অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা	**মান ৩** বসবাসের স্থান	**মান ৪** গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ	**মান ৫** কারিগরি সহায়তা	**মান ৬** বাসস্থানের নিরাপত্তা	**মান ৭** টেকসই পরিবেশ

পরিশিষ্ট ১ : আশ্রয় এবং আবাসন নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট
পরিশিষ্ট ২ : আবাসন পরিস্থিতির বিবরণ
পরিশিষ্ট ৩ : আবাসন পরিস্থিতির অতিরিক্ত বৈশিষ্ট্য
পরিশিষ্ট ৪ : সহায়তার বিকল্পসমূহ
পরিশিষ্ট ৫ : বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহ
পরিশিষ্ট ৬ : আবাসন পরিস্থিতির সাথে সম্পর্কিত সম্ভাব্য সহায়তা এবং বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহ (অনলাইন)

সূচিপত্র

আশ্রয় এবং আবাসনের অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ ২৫৪

আশ্রয় এবং আবাসনের মানসমূহ:

১. পরিকল্পনা ২৬১

২. অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা ২৬৫

৩. বসবাসের স্থান ২৭১

৪. গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ ২৭৫

৫. কারিগরি সহায়তা ২৭৯

৬. বাসস্থানের নিরাপত্তা ২৮৩

৭. টেকসই পরিবেশ ২৮৭

পরিশিষ্ট ১: আশ্রয় এবং আবাসন নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট ২৯১

পরিশিষ্ট ২: আবাসন পরিস্থিতির বর্ণনা ২৯৫

পরিশিষ্ট ৩: আবাসন পরিস্থিতির অতিরিক্ত বৈশিষ্ট্য ২৯৭

পরিশিষ্ট ৪: সহায়তার বিকল্পসমূহ ২৯৯

পরিশিষ্ট ৫: বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহ ৩০২

পরিশিষ্ট ৬: আবাসন পরিস্থিতির সাথে সম্পর্কিত সম্ভাব্য সহায়তা এবং বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহ (অনলাইন) ৩০৩

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য ৩০৬

আশ্রয় এবং আবাসনের অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ

প্রত্যেকেরই পর্যাপ্ত বাসস্থানের অধিকার রয়েছে

আশ্রয় এবং আবাসন-সম্পর্কিত স্ফিয়ার ন্যূনতম মান মানবিক সংকটের প্রেক্ষাপটে পর্যাপ্ত আবাসনের অধিকারকে ব্যবহারিকভাবে প্রকাশ করে। এই মানসমূহ মানবিকতার ঘোষণাপত্রে ঘোষিত বিশ্বাস, নীতি, দায়িত্ব এবং বিস্তৃত অধিকারের ওপর ভিত্তি করে তৈরি। এর মধ্যে রয়েছে মর্যাদাপূর্ণ জীবনযাপনের অধিকার, সুরক্ষা ও নিরাপত্তার অধিকার, এবং প্রয়োজনের ভিত্তিতে মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার।

মানবিকতার ঘোষণাপত্রকে প্রভাবিতকারী প্রধান আইনগত ও নীতিগত বিভিন্ন দলিলের একটি তালিকা সংযুক্তি ১-এ দেয়া হয়েছে, যেখানে মানবিক সাড়াদান কর্মীদের জন্য ব্যাখ্যামূলক মন্তব্যও যোগ করা হয়েছে ⊕ *সংযুক্তি ১ স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন।*

আশ্রয় এবং আবাসন পরস্পর সম্পর্কিত ও উভয়কেই অবিচ্ছিন্নভাবে বিবেচনা করা প্রয়োজন। 'আশ্রয়' হলো একটি পরিবারের বসবাসের স্থান, যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে ওই পরিবারের প্রতিদিনের প্রয়োজনীয় উপকরণসমূহ। 'আবাসন' হলো বৃহত্তর এলাকা বা অবস্থান, যেখানে অনেকগুলো পরিবার এক বা একাধিক জনগোষ্ঠী হিসেবে বসবাস করে।

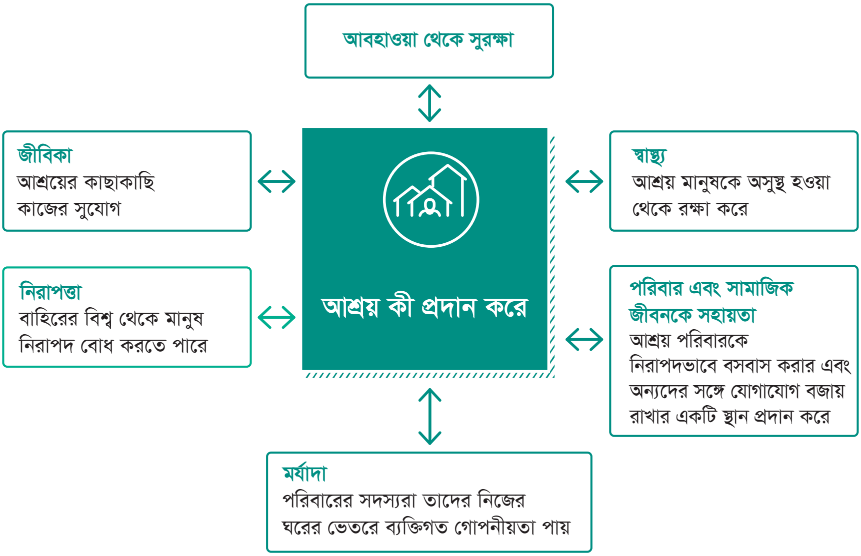
আশ্রয় এবং আবাসন কার্যক্রমের লক্ষ্য হলো একটি নিরাপদ বসবাসের পরিবেশ নিশ্চিত করা

উপযুক্ত সময়ে দুর্যোগের শিকার জনগোষ্ঠীকে আশ্রয় এবং আবাসন সহযোগিতা প্রাথমিক অবস্থায় তাঁদের জীবন বাঁচাতে পারে। একই সাথে প্রতিকূল আবহাওয়া থেকে সুরক্ষা ছাড়াও আশ্রয় স্বাস্থ্যের উন্নয়ন, পারিবারিক ও সামাজিক জীবনযাত্রার মান বজায় রাখা, মর্যাদা ও নিরাপত্তা নিশ্চিত করা এবং জীবিকার সুযোগে পৌঁছাতে সহায়তা করার জন্য অত্যন্ত প্রয়োজনীয় ⊕ *নিচের চিত্র ৮ দেখুন।*

এটি লক্ষণীয় যে, মানুষের বাস্তুচ্যুত থাকার গড় সময় প্রতিবছরই বাড়ছে। বাস্তুচ্যুতি যখন বহু বছর বা কয়েক দশক পর্যন্ত স্থায়ী হয়, তখন আশ্রয়ের অবস্থান, আবাসনস্থানের নির্বাচন এবং যেখানে আশ্রয় স্থাপন করা হয় সেই মহল্লা বা জনগোষ্ঠীর পরিকল্পনা–সবকিছুরই গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা থাকে। এগুলো সংকট-আক্রান্ত মানুষের মর্যাদা রক্ষা ও পুনরায় আগের অবস্থায় ফেরার প্রক্রিয়ায় গুরুত্বপূর্ণ সহায়তা করে।

আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তা ক্ষতিগ্রস্ত পরিবার, জনগোষ্ঠী, সুশীল সমাজ ও সরকারি ব্যবস্থার বিদ্যমান সক্ষমতাকে কাজে লাগাবে এবং সেগুলোর শক্তিকে আরও বাড়াবে। এতে স্থানীয়ভাবে উপযোগী এমন কৌশল তৈরি হওয়ার সুযোগ বাড়ে, যা ক্ষতিগ্রস্ত মানুষকে স্বনির্ভর এবং তাঁর নিজস্ব ব্যবস্থাপনাকে উৎসাহিত করে। পুনরায় আগের অবস্থায় ফেরার প্রক্রিয়া শুরু করতে নিরাপত্তা বোধ এবং জনগোষ্ঠীর সাথে সংযোগ ও সামাজিক বন্ধন অপরিহার্য।

আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তা শুধু অবকাঠামো তৈরি, উপকরণ বা একটি আশ্রয় নির্মাণ করার মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়। সহায়তার পরিসর আরও বিস্তৃত, এর মধ্যে জমি নিশ্চিতকরণে সহায়তা, আশ্রয় বা আবাসন পাওয়ার জন্য সমর্থন, এবং প্রয়োজনীয় গৃহস্থালি উপকরণ প্রদানও অন্তর্ভুক্ত। এর পাশাপাশি কারিগরি সহায়তা ও মান নিশ্চিতকরণও রয়েছে, যা ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীকে আরও নিরাপদ এবং টেকসইভাবে পুনর্নির্মাণে সক্ষম করে এবং সক্রিয়ভাবে সম্পৃক্ত করতে সাহায্য করে। এ কারণে জাতীয় জমি এবং সম্পত্তিবিষয়ক আইন কাঠামো সম্বন্ধে জানা অপরিহার্য। পাশাপাশি জাতীয় শরণার্থী আইন এবং তাদের অবস্থা নির্ধারণ-সংক্রান্ত প্রক্রিয়াসমূহ বোঝাও সমানভাবে গুরুত্বপূর্ণ।



আশ্রয় কী প্রদান করে (চিত্র ৮)
উপযুক্ত জরুরি আশ্রয়ের কিছু গুরুত্বপূর্ণ কার্যক্রম রয়েছে। আশ্রয় কার্যক্রমগুলো এসব প্রয়োজন পূরণে পরিবারকে সহায়তা করবে।

সহযোগিতার ধরন যা-ই হোক না কেন, জনগোষ্ঠীর বিদ্যমান কাঠামোকে সম্মান করা এবং সামাজিক সংহতিকে উৎসাহিত করা সব সময়ই গুরুত্বপূর্ণ।

প্রতিটি পরিবার ও জনগোষ্ঠীর প্রয়োজন ভিন্ন, তাই তাদের সহায়তার ধরন এবং মাত্রাও আলাদা হবে। নিরাপদ আশ্রয় পাওয়ার জন্য বাসস্থানের নিরাপত্তা (security of tenure) এবং পর্যাপ্ত নাগরিক নিবন্ধনসংক্রান্ত কাগজপত্র একটি মৌলিক শর্ত। তবে সংঘাতপূর্ণ এলাকায় বা যেখানে জমির মালিকানা বা ব্যবহারাধিকার সম্পর্কিত জটিলতা এখনো সমাধান হয়নি, সেখানে আশ্রয়-সংক্রান্ত সহায়তা দেওয়া বিশেষভাবে জটিল হতে পারে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৬: বাসস্থানের নিরাপত্তা দেখুন।*

ক্রমেই আবাসন পরিকল্পনায় দীর্ঘমেয়াদি বাস্তুচ্যুতি এবং পুনরায় আগের অবস্থায় ফেরার বিষয়গুলো বিবেচনা করার প্রয়োজনীয়তা বাড়ছে। বাস্তুচ্যুতি, বিদ্যমান এবং প্রায়ই সীমিত সম্পদের ওপর অতিরিক্ত চাপ সৃষ্টি করতে পারে ও স্থানীয় জনগোষ্ঠীর মধ্যে উত্তেজনা তৈরি করতে পারে। মানসম্পন্ন কার্যক্রম নিশ্চিত করতে হলে নেতিবাচক পরিবেশগত প্রভাবগুলো বোঝা, প্রতিরোধ করা এবং কমানোর ব্যবস্থা গ্রহণ করা জরুরি। পরিবেশগত বিষয়গুলো বিবেচনায় না নিলে আশ্রয় এবং আবাসন কর্মসূচিগুলো শেষ পর্যন্ত ফলপ্রসূ না-ও হতে পারে, কারণ স্বল্প সময়ের ফলাফল নতুন সমস্যা তৈরি করতে পারে এবং যা সমাধানে ভবিষ্যতে অতিরিক্ত তহবিলের প্রয়োজন হতে পারে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ দেখুন।*

শহর পরিবেশে আশ্রয় এবং আবাসন কার্যক্রমের জন্য সুনির্দিষ্ট দক্ষতার প্রয়োজন

শহরাঞ্চলে মানুষকে সহায়তা করা জটিল হতে পারে, কারণ সেখানে জনসংখ্যার ঘনত্ব বেশি, অবকাঠামোর চাহিদা বেশি, সরকারি নিয়মকানুন কঠোর এবং জনগোষ্ঠীর ভেতরে সামাজিক বৈচিত্র্যও ব্যাপক। সংকট চলাকালীন এবং পরবর্তী সময়ে উচ্চমাত্রায় ভাসমান জনগোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করা এবং তাদের সহায়তা করা কঠিন হয়ে পড়ে, বিশেষ করে পর্যাপ্ত বসবাসের জায়গা খুঁজে পাওয়া অনেক সময়ই বড় প্রতিবন্ধকতা হয়ে দাঁড়ায়। যদি কারিগরিভাবে জটিল অবকাঠামো (যেমন বহুতল ভবন) ক্ষতিগ্রস্ত হয়, তাহলে মানবিক সহায়তা সংস্থাগুলোকে বহু মালিক, ভাড়াটিয়া বা অনানুষ্ঠানিকভাবে বসবাসকারী মানুষের জটিল ভাড়া ব্যবস্থাপনার সাথে কাজ করতে হয়।

শহরের প্রেক্ষাপটে কাজ করার জন্য শহর পরিকল্পনা এবং নকশার বিশেষ দক্ষতা ও বাসস্থান, জমি এবং সম্পত্তি-সংক্রান্ত অধিকার, নিয়মনীতি, আইন ও নীতি সম্পর্কে জ্ঞান থাকা প্রয়োজন। স্থানীয় আবাসন এবং অর্থনৈতিক বাজারব্যবস্থা সম্পর্কে বিস্তারিত ধারণা থাকা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। সুশীল সমাজ এবং বেসরকারি খাতের সাথে কাজ করার জন্য প্রস্তুত থাকা উচিত। বেসরকারি খাত টেকসই বাজারভিত্তিক সমাধান প্রদান করতে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখতে পারে। সহায়তা কার্যক্রমগুলো স্থানীয় প্রথা ও সেবার ওপর ভিত্তি করে তৈরি করা উচিত এবং সমানভাবে অন্য একই কাঠামো বা ধারা তৈরি এড়িয়ে যেতে হবে। আবাসন, মহল্লা অথবা এলাকা পর্যায়ে সমন্বিত ও সামগ্রিক দৃষ্টিকোণ থেকে পরিকল্পিত সাড়াদান কর্মসূচি তৈরি করা শহর এলাকায় ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের কল্যাণে স্থায়ী/টেকসই অবদান রাখার সম্ভাবনা বেশি ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন।*

বিভিন্ন সংকট-পরবর্তী আবাসন পরিস্থিতি বিবেচনা করা প্রয়োজন

ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ কোথায় এবং কীভাবে আশ্রয় খুঁজে পাবে, তা নির্ভর করবে তাদের নিজেদের জায়গায় থাকতে পারার সক্ষমতা বা অন্যত্র সরে যাওয়ার প্রয়োজন আছে কি না তার ওপর। সংকট-পরবর্তী প্রেক্ষাপটে পদ্ধতিগতভাবে বিশ্লেষণ করা আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তার পরিকল্পনার প্রথম ধাপ। যারা বাস্তুচ্যুত, যারা সরাসরি ক্ষতিগ্রস্ত হলেও বাস্তুচ্যুত হয়নি অথবা যারা পরোক্ষভাবে ক্ষতিগ্রস্ত, এ ধরনের মানুষের জন্য কোন ধরনের পদ্ধতি উপযুক্ত হতে পারে, তা বোঝা গুরুত্বপূর্ণ ⊕ *নিচের চিত্র ৯ দেখুন।*

যদি পরিস্থিতি অনুকূল থাকে, তাহলে মানুষ নিজের আদি স্থানে থেকেই আশ্রয় নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারে–হয় নিজের বাড়িতে বসবাস করে, অথবা ভাড়া নেওয়া বা অনানুষ্ঠানিকভাবে দখল করা বাসস্থান বা জমিতে বসবাস করে। বাস্তুচ্যুত না হওয়া পরিবারগুলোকে সহায়তার অংশ হিসেবে তাদের বিদ্যমান বসতবাড়ি মেরামত বা পুনর্নির্মাণে সাহায্য করা যেতে পারে।

বাস্তুচ্যুত জনসংখ্যা স্থানীয়ভাবে ছড়িয়ে পড়তে পারে, নিজ দেশের অন্য এলাকায় যেতে পারে, অথবা আন্তর্জাতিক সীমানা পেরিয়েও আশ্রয় নিতে পারে। এমন পরিস্থিতিতে তারা সাধারণত ভাড়া বাসায় থাকে, নিজেরা কোথাও গিয়ে আবাসন স্থাপন করে বা অন্যের আতিথ্যে আশ্রয় নেয়। কিছু বাস্তুচ্যুত পরিবার গণ বাসস্থান বা পরিকল্পিত আবাসনে একসঙ্গে থাকার সিদ্ধান্ত নিতে পারে বা অপরিকল্পিত আবাসনেও আশ্রয় নিতে পারে।

এ ধরনের আবাসন পরিস্থিতির ভিত্তিতে সংকটকে বোঝা সহায়তা প্রদান পরিকল্পনা তৈরিতে সহায়ক হবে। এর মধ্যে রয়েছে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর নির্দিষ্ট শ্রেণির ভিত্তিতে সবচেয়ে কার্যকর ও উপযুক্ত সহায়তার ধরন নির্বাচন করা এবং সেই সহায়তা কিভাবে প্রদান করা হবে তা নির্ধারণ করা। এটি

ধাপে ধাপে পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার যাওয়ার প্রক্রিয়াকে সহায়তা করবে, যা আদর্শভাবে একটি টেকসই সমাধানে পৌঁছাতে সাহায্য করবে। এই অধ্যায়ের মানসমূহ ও পরিশিষ্টগুলো এই যুক্তি অনুসরণ করে তৈরি করা হয়েছে এবং এগুলো পরস্পরের সাথে সমন্বিতভাবে ব্যবহারের জন্য তৈরি করা হয়েছে ⊕ *পরিশিষ্ট ২: আবাসন পরিস্থিতির বিবরণ এবং পরিশিষ্ট ৩ আবাসন পরিস্থিতির অতিরিক্ত বৈশিষ্ট্য দেখুন।*

ন্যূনতম এই মানসমূহ বিচ্ছিন্নভাবে প্রয়োগ করা উচিত নয়

এই অধ্যায়ের ন্যূনতম মানসমূহ পর্যাপ্ত আশ্রয়ের অধিকারের মূল বিষয়বস্তু প্রতিফলিত করে এবং বিশ্বব্যাপী এই অধিকারের ধাপে ধাপে বাস্তবায়নে সহায়তা করে।

পর্যাপ্ত আশ্রয়ের অধিকার পানি ও পয়োনিষ্কাশন এবং খাদ্য ও স্বাস্থ্য অধিকারের সাথে সম্পর্কিত। এ ক্ষেত্রে স্ফিয়ারের ন্যূনতম মানসমূহ অর্জনের অগ্রগতি অন্যান্য ক্ষেত্রের অগ্রগতিকেও প্রভাবিত করে। একটি সাড়াদান ফলপ্রসূ বা কার্যকর করতে হলে অন্যান্য সেক্টরের সাথে সমন্বয় এবং তাদের সহযোগিতা প্রয়োজন। স্থানীয় কর্তৃপক্ষ এবং সাড়াদানকারী অন্য সংস্থাগুলোর সাথে সমন্বয় নিশ্চিত করে যে, চাহিদাগুলো পূরণ করা হয়েছে, সহযোগিতার পুনরাবৃত্তি হয়নি এবং খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টিসংক্রান্ত সাড়াদানে মান সর্বোচ্চ রয়েছে। হ্যান্ডবুকজুড়ে দেওয়া ক্রস-রেফারেন্সগুলো বিভিন্ন বিষয়ের মধ্যে সম্ভাব্য পারস্পরিক সংযোগ নির্দেশ করে।

বসবাসরত জনসংখ্যার সংকট-পূর্ব প্রেক্ষাপট

↓

মানুষের বসবাসের স্থানে সংকটের প্রভাব

↓

সংকট-পরবর্তী আবাসন পরিস্থিতি

বাস্তুচ্যুত হয়নি এমন জনসংখ্যা

১. মালিক-অধিকৃত আবাসন বা জমি
২. ভাড়াকৃত আবাসন বা জমি
৩. অনানুষ্ঠানিকভাবে দখলকৃত আবাসন বা জমি

বাস্তুচ্যুত জনসংখ্যা

বিচ্ছিন্নভাবে বসবাসকারী

১. ভাড়াব্যবস্থা
২. স্থানীয় পরিবার কর্তৃক আশ্রয় প্রদানব্যবস্থা
৩. কমিউনিটিভিত্তিক স্বতঃস্ফূর্ত ব্যবস্থা

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক বসবাসকারী

৪. গণ বাসস্থান
৫. পরিকল্পিত আবাসন
৬. অপরিকল্পিত আবাসন

পরোক্ষভাবে ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যা

১. আশ্রয় প্রদানকারী জনসংখ্যা

↓

সহায়তা প্রদানের বিকল্পসমূহ নির্ধারণ এবং বাস্তবায়ন

↓

টেকসই (দীর্ঘমেয়াদি) সমাধান

পুনর্গঠন
পুনর্বাসন
পুনরায় একত্র করা

সংকট-পরবর্তী আবাসন পরিস্থিতি (চিত্র ৯)

উদাহরণস্বরূপ, ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার স্বাস্থ্য ও মর্যাদা নিশ্চিত করার জন্য আবাসনগুলোয় পর্যাপ্ত পানি সরবরাহ এবং পয়োনিষ্কাশন-সুবিধা অপরিহার্য। প্রয়োজনীয় রান্না ও খাবার গ্রহণের উপকরণ এবং রান্নার জন্য জ্বালানি মানুষকে খাদ্যসহায়তা ব্যবহার করতে ও পুষ্টিগত চাহিদা পূরণে সক্ষম করে তোলে।

যেখানে জাতীয় মানসমূহ স্ফিয়ারের ন্যূনতম মানসমূহের চেয়ে কম হয়, সেখানে মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোকে সেই মানসমূহ ধীরে ধীরে উন্নত করার জন্য সরকারের সাথে সমন্বয় করে কাজ করা উচিত।

আন্তর্জাতিক আইন পর্যাপ্ত আশ্রয়ের অধিকারকে বিশেষভাবে সুরক্ষা দেয়

পর্যাপ্ত আবাসনপ্রাপ্তির অধিকার আন্তর্জাতিক আইনের দ্বারা সুরক্ষিত। এটি এমন একটি অধিকার, যার মাধ্যমে কেউ নিরাপত্তা, শান্তি ও মর্যাদার সঙ্গে বসবাস করতে পারে। এই অধিকার অন্তর্ভুক্ত করে স্বাধীনতা, যেমন–নিজের বসবাসের স্থান নির্বাচন করার অধিকার এবং পাশাপাশি আরও কিছু বিশেষ অধিকার যেমন–বাসস্থানের নিরাপত্তা (security of tenure)। এই অধিকার বলপ্রয়োগে উচ্ছেদ থেকে সুরক্ষার মতো সুরক্ষা নীতিগুলোকে অন্তর্ভুক্ত করে। সংকটকালীন পরিস্থিতিসহ যখন কোনো ব্যক্তি বা গোষ্ঠী, যেমন শরণার্থী বা অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত মানুষ, পর্যাপ্ত আবাসনে প্রবেশের সুযোগ পায় না, তখন রাষ্ট্রগুলো এই অধিকার নিশ্চিত করতে বাধ্য ⊕ *সংযুক্তি ১: স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন।*

"পর্যাপ্ততা" (adequacy) ধারণার অর্থ হলো, আবাসন কেবল চারপাশের দেয়াল ও ছাদ নয়। এটি দেখায় যে আশ্রয় ব্যবস্থায় আবাসন বা জনগোষ্ঠীর দৃষ্টিকোণ, সাংস্কৃতিক পরিচয় এবং পরিষেবাগুলোর প্রাপ্যতা অন্তর্ভুক্ত করা কতটা গুরুত্বপূর্ণ। "পর্যাপ্ত" আবাসন বা অন্যান্য ধরনের আশ্রয়ব্যবস্থায় নিম্নলিখিত বিষয়গুলো নিশ্চিত করা উচিত এবং বাসস্থানের নিরাপত্তা (security of tenure) প্রদান করা উচিত:

- সাশ্রয়ী, যাতে পরিবার অন্যান্য প্রয়োজনীয় পণ্য ও সেবা সহজে পেতে পারে এবং মর্যাদার সঙ্গে জীবনযাপন করতে পারে;
- বাসযোগ্য, শারীরিক নিরাপত্তা নিশ্চিত করা, নিরাপদ এবং পর্যাপ্ত বসবাসের স্থান প্রদান করা, নিরাপদ পানীয় জল, পর্যাপ্ত পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি সুবিধা এবং খাদ্যপ্রস্তুতি ও সংরক্ষণব্যবস্থা নিশ্চিত করা;
- সাংস্কৃতিকভাবে গ্রহণযোগ্য;
- সুবিধাজনক ও ব্যবহারযোগ্য, এমনকি যাদের চলাচল বা এক জায়গা থেকে অন্য জায়গায় স্থানান্তরে বাধা রয়েছে তাদের জন্যও সহজলভ্য;
- অবস্থানগতভাবে উপযুক্ত, যাতে জীবনযাপনের সুযোগ এবং অপরিহার্য জনগোষ্ঠীভিত্তিক পরিষেবাগুলোর সহজলভ্যতা থাকে।

সুরক্ষা নীতিমালা এবং মানবিকতার মূলমানের সাথে সংযোগ

সংকট, আগে থেকেই বিদ্যমান বৈষম্যকে আরো নাজুক করতে পারে। অতএব, নিরপেক্ষ এবং পরিস্থিতির সাথে সংবেদনশীল সহায়তা প্রদান করা গুরুত্বপূর্ণ, বিশেষ করে তাদের জন্য যাদের একটি সংকট থেকে উত্তরণের জন্য নিজস্ব সক্ষমতা সবচেয়ে কম ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ২ দেখুন।*

শারীরিক, সাংস্কৃতিক, অর্থনৈতিক এবং সামাজিক প্রতিবন্ধকতার কারণে কিছু মানুষের আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তা পাওয়া কঠিন হতে পারে। সে সমস্যাগুলো বুঝতে এবং সেই অনুযায়ী সাড়াদানে নিচে উল্লেখ করা বিষয়গুলোয় মনোযোগ দিতে হবে:

- **ব্যক্তিদের আইনগত অবস্থা** (উদাহরণস্বরূপ-শরণার্থী, অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত, রাষ্ট্রহীন, অভিবাসী, আশ্রয়প্রার্থী, গৃহহীন বা ভূমিহীন এবং যারা নাগরিক স্বাধীনতা ও সরকারি সেবা বা সামাজিক সুরক্ষাব্যবস্থার সুবিধা থেকে বঞ্চিত); এবং
- **যারা ব্যতিক্রমী সুরক্ষা ঝুঁকির সম্মুখীন এবং যাদের বৈষম্য বা সামাজিক বর্জনের ঝুঁকি বেশি, যেমন:**
  - তাদের জাতিগত পরিচয়, জাতীয়তা, বর্ণ, আদিবাসী গোষ্ঠী, ধর্মীয় অথবা রাজনৈতিক সংশ্লিষ্টতা;
  - তাদের বাসস্থানের নিরাপত্তা, বাস্তুচ্যুত অবস্থা, অনানুষ্ঠানিকভাবে বসবাস বা ভাড়াটে অবস্থা;
  - তাদের বসবাসের অবস্থান, যেখানে প্রবেশ কঠিন, বিপজ্জনক ও অনিরাপদ এলাকা, শহরে জনবসতি, অথবা অনানুষ্ঠানিক আবাসন;
  - তাদের সামাজিক বিপদাপন্নতা এবং অবস্থান ⊕ *স্ফিয়ার কী এবং সুরক্ষা নীতিমালা অধ্যায় দেখুন।*

সেবা প্রদানকারী কর্মীদের শিশু সুরক্ষার বিষয়ে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত হতে হবে এবং সহিংসতা, অপব্যবহার অথবা শোষণের সন্দেহজনক ঘটনার ক্ষেত্রে, যার মধ্যে শিশুদের ঘটনাও অন্তর্ভুক্ত, রেফারেল পদ্ধতি কীভাবে ব্যবহার করতে হয়, তা জানা উচিত।

স্ফিয়ারের ন্যূনতম মানসমূহ প্রয়োগের ক্ষেত্রে জবাবদিহিমূলক আশ্রয় এবং আবাসন কর্মসূচি প্রদানের ভিত্তি হিসেবে মানবিকতার মূলমানের ৯টি অঙ্গীকারকেই স্বীকৃতি দেওয়া উচিত।

১. পরিকল্পনা

পরিকল্পনা হলো আঞ্চলিক, জাতীয়, সংস্থা বা কমিউনিটি পর্যায়ে সর্বোত্তম সহায়তা ফলাফল নিশ্চিত করার জন্য অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

সংকটের আগে এবং পরে প্রেক্ষাপট সম্পর্কে ধারণা থাকলে মানুষের জীবনযাত্রার ওপর যেকোনো সামাজিক, অর্থনৈতিক এবং রাজনৈতিক প্রভাবসমূহের সরাসরি ও পরোক্ষ প্রভাব নিরূপণ (যাচাই) সহজ হয়। চাহিদা শনাক্ত করা এবং তারপর উপযুক্ত সাড়াদান বা সহায়তার বিকল্প পরিকল্পনা তৈরি করা একটি সুপরিকল্পিত ও সমন্বিত আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তা কার্যক্রমের ভিত্তি।

আশ্রয় এবং আবাসন মান ১
পরিকল্পনা

আশ্রয় এবং আবাসন-সংক্রান্ত কার্যক্রম এমনভাবে পরিকল্পনা এবং সমন্বয় করতে হবে, যাতে তা ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের নিরাপত্তা ও সুস্থতা নিশ্চিত করে এবং তাদের আগের অবস্থায় ফিরিয়ে নেওয়ায় প্রক্রিয়াকে সহায়তা করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী এবং জাতীয় ও স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সঙ্গে কাজ করে আশ্রয় এবং আবাসন-সংক্রান্ত চাহিদা ও সামর্থ্য মূল্যায়ন করতে হবে।

- সংকট-পূর্ব অবস্থার পরিবর্তনগুলো মূল্যায়ন করতে হবে। বাস্তুচ্যুত এবং বাস্তুচ্যুত নয় এমন উভয় জনগোষ্ঠীর তাৎক্ষণিক চাহিদা ও সক্ষমতা শনাক্ত করতে হবে এবং ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর বিশেষ চাহিদা বিবেচনা করতে হবে।
- স্থানীয় আবাসন এবং জমি ভাড়ার জন্য বাজারে বসবাসযোগ্য বা ব্যবহারযোগ্য জমি, ভবন, অ্যাপার্টমেন্ট ও কক্ষের প্রাপ্যতা শনাক্ত করতে হবে।

২. সবচেয়ে কার্যকর ও উপযুক্ত সহায়তার ধরন এবং তা কীভাবে প্রদান করা হবে, তা চিহ্নিত করার জন্য বিভিন্ন অংশীজনের সাথে কাজ করতে হবে।

৩. সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষ ও ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর সাথে সমন্বয় করে একটি আশ্রয় এবং আবাসনের একটি পরিকল্পনা তৈরি করতে হবে।

- ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যা এবং কর্তৃপক্ষের চাহিদা ও পছন্দ অনুসারে সহায়তা প্রদান করতে হবে।
- ব্যয় সাশ্রয়ী, কাজের কারিগরি গুণগত মান, গতি ও সময়, বাস্তবায়নের পরিসর এবং ভবিষ্যতে পুনরায় প্রয়োগযোগ্যতা–এসব বিষয় যতটা সম্ভব সর্বোচ্চভাবে নিশ্চিত করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

আশ্রয় এবং আবাসন পরিকল্পনাটি লক্ষিত জনগোষ্ঠীর অপরিহার্য চাহিদা পূরণ করে এবং তা ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী ও সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের সাথে সমঝোতার ভিত্তিতে নির্ধারিত হয়

আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তা তাদের চাহিদা ও অগ্রাধিকারের প্রতিফলন ঘটিয়েছে এবং অধিক স্থায়ী সমাধানে অবদান রেখেছে বলে জানিয়েছে, এমন ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

নিরূপণ (যাচাই): নিরূপণের (যাচাই) সময়, সংকটের পরে আশ্রয় এবং আবাসন পরিস্থিতিতে পরিবর্তন পর্যালোচনা করতে হবে ও শুরু থেকেই সম্ভাব্য সুরক্ষা ঝুঁকি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। এগুলোতে স্থানীয় জনগোষ্ঠীর ধারণা, আবাসন সুযোগের সাথে সম্পর্কিত ঝুঁকি, সেবাগুলোতে নিরাপদ প্রবেশাধিকার অথবা উচ্ছেদের ঝুঁকি অন্তর্ভুক্ত হতে পারে।

সামাজিক, অর্থনৈতিক ও রাজনৈতিক ফলাফলসহ সংকটের কারণে মানুষের বসবাসের ওপর সরাসরি এবং পরোক্ষ প্রভাবগুলো বিবেচনা করা জরুরি।

সংকট মানুষের ওপর ভিন্নভাবে প্রভাব ফেলে, তাই বিভিন্ন মানুষের আশ্রয় এবং আবাসনের চাহিদাও ভিন্ন হয়। আশ্রয় সুবিধা পেতে নির্দিষ্ট বাধার মুখোমুখি হতে পারে এমন গোষ্ঠীর সঙ্গে কাজ করতে হবে। যেমন–প্রতিবন্ধী ব্যক্তি, নারীপ্রধান পরিবার, প্রবীণ ব্যক্তি বা জাতিগত ও ভাষাগত সংখ্যালঘু জনগোষ্ঠী ⊕ *পরিশিষ্ট ১: আশ্রয় এবং আবাসন নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট, সুরক্ষা নীতিমালা ২ এবং মানবিকতার মূলমান ১ দেখুন।*

সহায়তা এবং বাস্তবায়ন বিকল্পসমূহ: প্রেক্ষাপট, সক্ষমতা, সম্পদের সহজলভ্যতা, আবাসন পরিস্থিতি এবং সাড়া প্রদান করার পর্যায় বিবেচনায় নিয়ে সবচেয়ে কার্যকর বিকল্প ব্যবস্থা নির্বাচন করতে হবে। বিবেচনা করার অন্যান্য বিষয় যেমন: অবস্থান, আবাসনের ধরন (স্থানীয় নির্মাণকৌশলসহ), বাসস্থানের নিরাপত্তা এবং বাজার ও আইনি কাঠামো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। যেখানে সম্ভব মানুষকে তাদের মূল বাসস্থানে (অথবা বাসস্থানের আশপাশে) ফিরে যাওয়ার জন্য সহায়তাকে অগ্রাধিকার দিতে হবে। যারা তাদের আসল বাসস্থানে ফিরতে অনিচ্ছুক অথবা সক্ষম নয়, তাদের চাহিদা অনুযায়ী উপযুক্ত বিকল্প ব্যবহার করার সুযোগ দিতে হবে ⊕ *পরিশিষ্টসমূহ ২ থেকে ৬ দেখুন।*

তাৎক্ষণিক চাহিদা পূরণের জন্য কার্যকারিতা, কারিগরি গুণগত মান, বাস্তবায়নের পরিসর, মাঠপর্যায়ের সক্ষমতা এবং অন্যান্য জায়গায় প্রয়োগের সম্ভাবনা বিবেচনা করে একটি সময়রেখা নির্ধারণ করতে হবে। একই সাথে জনগোষ্ঠীর দীর্ঘ মেয়াদে স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরে আসা এবং ভবিষ্যতের সংকটের প্রতি সহনশীলতা বৃদ্ধি করতে পারে এমন বিকল্পসমূহ খুঁজে দেখতে হবে।

নির্বাচিত বিকল্পগুলো বাস্তবায়নের জন্য বিভিন্ন পদ্ধতি বিবেচনা করতে হবে, যার মধ্যে থাকতে পারে:

- আর্থিক সহায়তা;
- উপকরণ সহায়তা;
- চুক্তিবদ্ধ কাজ বা অনুমোদিত শ্রম;
- প্রযুক্তিগত সহায়তা বা গুণগত মান নিশ্চিতকরণ; এবং
- দক্ষতা উন্নয়ন।

পরিস্থিতির পরিবর্তন এবং সময়ের সাথে সাথে বিকল্পগুলোর সংমিশ্রণ পর্যালোচনা ও সমন্বয় করতে হবে।

বাস্তুচ্যুত মানুষ: আশ্রয়ের তাৎক্ষণিক চাহিদার পাশাপাশি বাস্তুচ্যুত মানুষদের জন্য সহজলভ্য আশ্রয়-সমাধান সম্পর্কে অবগত সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য সুনির্দিষ্ট সহায়তা প্রয়োজন। এ সহায়তার

উদাহরণ হতে পারে-তারা বাড়ি ফিরবে কি না এবং কখন বাড়ি ফিরতে পারবে, বাস্তুচ্যুতির স্থানে কীভাবে একীভূত হবে অথবা তৃতীয় কোনো স্থানে পুনর্বাসিত হবে কি না, এসব বিষয়ে তথ্য প্রদান।

যারা এখনো নিজেদের এলাকায় রয়েছে (বাস্তুচ্যুত নয়), তাদের পরিবারগুলোকে তাদের আগের বা মূল বসবাসের অবস্থায় ফিরে যেতে সহায়তা প্রয়োজন হবে এবং তাদের উপযুক্ত আশ্রয়-সহায়তা দেওয়া উচিত। পুনর্গঠন কাজে দীর্ঘ সময় লাগলে বা মানুষ যদি নিরাপদ না থাকে, তবে অস্থায়ী বিকল্পগুলো খুঁজে দেখতে হবে। যেমন আশ্রয়দাতা পরিবারের সহায়তা, ভাড়া সহায়তা, অথবা অস্থায়ী বা অন্তর্বর্তীকালীন আশ্রয়। যদি সংকট নিরাপত্তা ও সুরক্ষা পরিবেশকে পরিবর্তন করে, তাহলে স্থানান্তর আবশ্যকীয় হতে পারে।

আশ্রয়দানকারী/স্থানীয় জনগোষ্ঠীর ওপরও সংকটের প্রভাব পড়ে, কারণ তারা ব্যক্তিগত অথবা সরকারি জায়গায় ভাগাভাগি করে থাকে। এর মধ্যে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র বা স্কুলের মতো সেবা ভাগ করে নেওয়া, অথবা আশ্রয়দানকারী পরিবার হিসেবে ভূমিকা পালন করাও অন্তর্ভুক্ত। কর্মসংস্থান, সেবা, অবকাঠামো এবং সম্পদের ক্ষেত্রে বাস্তুচ্যুত মানুষের সঙ্গে বাস্তব বা ধারণাগত প্রতিযোগিতা সৃষ্টি হতে পারে। সমাধানের জন্য সমতাভিত্তিক ও লক্ষ্যভিত্তিক সহায়তার বিষয়টি বিবেচনা করা প্রয়োজন, যাতে জনগোষ্ঠীর মাঝে নতুন কোনো ঝুঁকি বা হুমকি তৈরি না হয় ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ দেখুন।*

বাজার বিশ্লেষণ: একটি মানসম্মত আশ্রয় সাড়াদান কার্যক্রমের জন্য স্থানীয়, জাতীয় এবং আঞ্চলিক পর্যায়ে আশপাশের বাজারগুলো বোঝা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। বাজার-সংক্রান্ত তথ্য, আশ্রয়ের বিকল্প নির্ধারণে সহায়তা করবে এবং ভাড়া ও অন্যান্য আবাসন-সম্পর্কিত সেবার তথ্যও সংগ্রহে সহায়তা করবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান, বাজার বিশ্লেষণের জন্য ন্যূনতম মান (The Minimum Standard for Market Analysis-MISMA) হ্যান্ডবুক* এবং *ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

ধ্বংসাবশেষ অপসারণ: সংকটের পরপরই ধ্বংসাবশেষ ব্যবস্থাপনার উদ্যোগ নিতে হবে। ধ্বংসাবশেষ পুনরায় ব্যবহার উপযোগী করা অথবা পৃথকীকরণ, সংগ্রহ এবং/অথবা প্রক্রিয়াকরণ বা পরিশোধনের জন্য চিহ্নিত করা যেতে পারে। ধ্বংসাবশেষ অপসারণ কাজের বিনিময়ে নগদ অর্থ (Cash for Work) কর্মসূচির সুযোগও তৈরি করতে পারে। প্রধান বিবেচ্য বিষয়গুলোর মধ্যে রয়েছে, মানবদেহের উপস্থিতি, কাঠামোগতভাবে ঝুঁকিপূর্ণ এলাকা এবং বিপজ্জনক উপকরণ। ধ্বংসাবশেষ অপসারণে বিশেষভাবে দক্ষ লোক এবং সরঞ্জাম প্রয়োজন হতে পারে, তাই অন্যান্য খাত/সেক্টরের বিশেষজ্ঞদের সাথে পরিকল্পনা করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ, স্বাস্থ্য এবং ওয়াশ অধ্যায়ের মানসমূহ দেখুন।*

জীবিকার সুযোগসমূহ: সংকটের আগে মানুষ যে ধরনের জীবিকায় যুক্ত ছিল এবং সংকটের পর যে ধরনের জীবিকার সুযোগ বিদ্যমান থাকে এসব বিষয় আবাসন-সংক্রান্ত বিকল্প নির্ধারণে গুরুত্বপূর্ণ। অস্থায়ী হলেও জমির প্রাপ্যতা, চাষাবাদ ও গবাদিপ্রাণী চরানোর জন্য নিরাপদ প্রবেশাধিকার, বাজারে পৌঁছানোর সুযোগ এবং অন্যান্য কর্মসংস্থানের সুযোগ এসবই মানুষ কোথায় বসবাস করবে, তা প্রভাবিত করতে পারে ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি -জীবিকা মানসমূহ ৭.১ এবং ৭.২, গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards-LEGS) হ্যান্ডবুক* এবং *ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

ফিরে যাওয়া: নিজের জমি ও বাড়িতে ফিরে যাওয়া বেশির ভাগ সংকট আক্রান্ত মানুষের একটি প্রধান লক্ষ্য। ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের বাসস্থান মেরামত বা আশ্রয় উন্নীত করার প্রয়োজন আছে কি না, তা নিজেদেরই নির্ধারণ করতে সক্ষম হওয়া উচিত। ফিরে যাওয়া জনগোষ্ঠীর সম্মিলিত মোকাবিলা-প্রক্রিয়াকে সহায়তা করে এবং প্রতিষ্ঠিত আবাসনব্যবস্থা ও অবকাঠামো বজায় রাখতে সাহায্য করে। বাস্তুচ্যুত মানুষকে ফিরে আসতে সক্ষম করতে স্কুল, পানিব্যবস্থা, ক্লিনিক বা বাজারের মতো গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক অবকাঠামোর মেরামত বা পুনর্নির্মাণ করাও গুরুত্বপূর্ণ। কিছু পরিস্থিতি ফিরে যাওয়া বাধাগ্রস্ত বা বিলম্বিত করতে পারে, যেমন–নিরাপত্তাজনিত উদ্বেগ, সশস্ত্র বাহিনীর সম্পত্তি বা জমি দখল করে রাখা, চলমান সহিংসতা বা সংঘর্ষ, জাতিগত বা ধর্মীয় উত্তেজনা, নির্যাতনের আশঙ্কা অথবা ভূমিমাইন ও অবিস্ফোরিত গোলাবারুদ। দুর্বল বা বৈষম্যমূলক ভূমি ও সম্পত্তিসংক্রান্ত আইন বা প্রথাগত নিয়মনীতি নারীপ্রধান পরিবার, সংকটে বিধবা বা এতিম হওয়া ব্যক্তি বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের ফিরে যাওয়া বাধা দিতে পারে। যেসব বাস্তুচ্যুত মানুষের নিজেদেরই পুনর্গঠন কার্যক্রম করার সক্ষমতা নেই, তারাও নিরুৎসাহিত হতে পারে বা ফিরে যেতে বাধাগ্রস্ত হতে পারে।

২. অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা

অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা যেন নিরাপদ, গ্রহণযোগ্য এবং সহজলভ্য বসবাসের জায়গা নিশ্চিত করে, যেখানে মানুষ মৌলিক সেবা, জীবিকা ও বৃহত্তর জনগোষ্ঠীর সঙ্গে সংযোগের সুযোগ পায়।

আশ্রয় এবং আবাসন মান ২
অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা

আশ্রয় এবং আবাসন নিরাপদ ও সুরক্ষিত এলাকায় অবস্থিত, যেখানে পর্যাপ্ত জায়গা এবং প্রয়োজনীয় পরিষেবা ও জীবিকার সুযোগ রয়েছে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. বিদ্যমান পরিকল্পনা প্রক্রিয়া ও নিয়মকানুন অনুসরণ করতে হবে এবং স্থানীয় জনগোষ্ঠী ও সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের সাথে শর্তাবলি নিয়ে সম্মত হতে হবে।

- বাস্তব বা সম্ভাব্য যেকোনো হুমকি থেকে নিরাপদ দূরত্বে নতুন আবাসন স্থাপন করতে হবে এবং বিদ্যমান ঝুঁকিসমূহ থেকে সৃষ্ট বিপদ যতটা সম্ভব কমিয়ে আনতে হবে।
- আবাসনের প্রত্যাশিত স্থায়িত্বকাল বিবেচনা করে কোন কোন মৌলিক সেবা সম্প্রসারণ বা উন্নয়ন করা প্রয়োজন হতে পারে, তা নির্ধারণ করতে হবে।

২. সাইট নির্বাচন এবং আবাসন পরিকল্পনায় ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীসহ বিভিন্ন অংশীদারকে সম্পৃক্ত করতে হবে।

- লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধিতা, জাতিগত বা ভাষাগত পরিচিতি এবং লিঙ্গভিত্তিক ভূমিকা ও দায়িত্ব বিবেচনা করে অবস্থান বা সাইট বিন্যাসকে প্রভাবিত করতে পারে, এমন বিষয়গুলো চিহ্নিত করতে হবে।
- শহর এলাকার প্রেক্ষাপটে জনগোষ্ঠীর শক্তিশালী দিক আরো ভালোভাবে বোঝার জন্য ভৌগোলিকভাবে নির্ধারিত এলাকা বা অঞ্চলভিত্তিক পদ্ধতির মাধ্যমে কাজ করতে হবে।

৩. ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর জন্য প্রয়োজনীয় পরিষেবা ও সুবিধাসহ জীবিকা অর্জনের সুযোগ নিশ্চিত করতে হবে।

- অন্যান্য সেক্টরের সঙ্গে সমন্বয় করে প্রয়োজনীয় পরিষেবা ও সুবিধার কাছে পৌঁছানোর জন্য গ্রহণযোগ্য দূরত্ব এবং নিরাপদ যাতায়াত (বা পরিবহন) নিশ্চিত করতে হবে।
- যেখানে আগে থেকে প্রয়োজনীয় পরিষেবা ও জীবিকার সুযোগ-সুবিধা নেই, সেসব স্থানে এগুলোকে অগ্রাধিকার দিতে হবে এবং সরবরাহ করতে পরিষেবা প্রদানকারীদের সাথে সমন্বয় করতে হবে।

৪. জমির ব্যবহার পরিকল্পনা করতে হবে, যাতে সব কার্যক্রমের জন্য পর্যাপ্ত স্থান থাকে, সব আশ্রয় ও সেবায় প্রবেশ সহজ হয় এবং পুরো আবাসনে যথাযথ নিরাপত্তাব্যবস্থা নিশ্চিত থাকে।

- পানি ও স্যানিটেশন সুবিধা, গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক রান্নাঘর, শিশুবান্ধব স্থান, একত্রে বসার জায়গা, ধর্মীয় চাহিদা এবং খাদ্য বিতরণের স্থানের মতো ভাগাভাগি করা সম্পদের পরিকল্পনাও অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

- আবাসনের ভেতরে প্রয়োজনীয় পরিষেবার অবস্থান নিরাপত্তা, সুরক্ষা এবং মর্যাদা নিশ্চিত করার মান অনুসরণ করে নির্ধারণ করতে হবে।

৫. সাইট নির্বাচনে এবং আবাসন উন্নয়নে বর্ষা বা বন্যার পানি নিষ্কাশনের পরিকল্পনা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

- উপযুক্ত নিষ্কাশনব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে, যাতে সব আবাসিক এলাকা ও সেবাগুলো জমে থাকা পানি থেকে মুক্ত থাকে এবং বৃষ্টির পানি নিষ্কাশন পথগুলো পরিষ্কার থাকে।
- জীবাণুবাহী পোকামাকড়ের প্রজননস্থল পূর্বানুমান করতে হবে এবং সেগুলো নিয়ন্ত্রণ করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

প্রাকৃতিক অথবা মানবসৃষ্ট পরিচিত হুমকি, ঝুঁকি ও বিপদ নেই বা সামান্য আছে এমন এলাকায় অবস্থিত আশ্রয় এবং/অথবা আবাসনস্থলের শতকরা হার

গ্রহণযোগ্য সময় ও দূরত্বের মধ্যে নিরাপদভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলোতে যাওয়া যায় এমন আশ্রয় এবং/অথবা আবাসনস্থলের শতকরা হার

যারা আবাসন সহায়তা পেয়েছে এবং মনে করেন যে স্থানে তারা আশ্রয় বা আবাসন পেয়েছে সেই স্থান নিরাপদ, এমন মানুষদের শতকরা হার

প্রেক্ষাপট অনুযায়ী ব্যক্তিগত ও বাইরের কাজ করার জন্য পর্যাপ্ত ব্যবহারযোগ্য জায়গা রয়েছে এমন আবাসনস্থলের শতকরা হার

- ক্যাম্পের মতো আবাসনে পরিবারের ব্যবহারের জন্য নির্ধারিত নিজস্ব ছোট জায়গাসহ প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ৪৫ বর্গমিটার জায়গা
- যেসব ক্ষেত্রে পরিকল্পিত আবাসন এলাকার বাইরে গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক পরিষেবা প্রদান করা যেতে পারে, সেখানে পরিবারের ব্যবহারের জন্য নির্ধারিত নিজস্ব ছোট জায়গাসহ প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ৩০ বর্গমিটার জায়গা থাকবে
- আবাসনের ভেতরে বসবাসের জায়গা (ঘরের ভেতরের অংশ) এবং যে জমিতে (প্লটে) ঘরটি থাকে, সেই জমির আকারের ন্যূনতম অনুপাত হওয়া উচিত ১:২; যথা দ্রুত সম্ভব ১:৩ বা তার বেশি অনুপাতে উন্নীত করা উচিত

নির্দেশিকাসমূহ

পরিকল্পনা প্রক্রিয়া এবং নীতিমালা: যেকোনো সংকটের পর, সরকার বা স্থানীয় কর্তৃপক্ষ প্রায়ই নো-বিল্ড জোন, নিরাপদ এলাকা বা বাফার জোন-সংক্রান্ত নতুন নীতিমালা প্রণয়ন করে। ঝুঁকি সংবেদনশীল পরিকল্পনা এবং উপযুক্ত সহায়তার পক্ষে অ্যাডভোকেসি করা প্রয়োজন। ‘নো-বিল্ড জোন’ মানে ‘সহায়তা দেওয়া যাবে না’ এমন নয়; এবং এর কারণে আশ্রয় বা আবাসন-সহায়তা বিলম্বিত হওয়া উচিত নয়।

যে জমি এবং সম্পত্তিতে কাজ হবে, তার মালিকানার পরিস্থিতি পরিষ্কারভাবে বুঝতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৬: বাসস্থানের নিরাপত্তা দেখুন।*

ক্ষতিগ্রস্ত লোকজনকে তাদের সামাজিক ও সাংস্কৃতিক প্রথা বজায় রাখতে প্রয়োজনীয় জায়গা নির্ধারণ ও ব্যবস্থাপনায় যুক্ত করতে হবে। আশ্রয় এবং আবাসন পরিকল্পনার নকশা ও বাস্তবায়নে নারী এবং অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে হবে।

অপরিহার্য পরিষেবা এবং সুবিধাসমূহ: যারা নিজ বাড়িতে ফিরছে এবং যারা অস্থায়ী জায়গা অথবা আবাসনে বসবাস করছে, দুই পক্ষেরই নিরাপদ, সুরক্ষিত এবং সমানভাবে অপরিহার্য সেবা ও সুবিধায় প্রবেশাধিকার প্রয়োজন। এসব সেবার মধ্যে রয়েছে:

- পানি, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (ওয়াশ) সুবিধা ⊕ *ওয়াশ পানি সরবরাহ মান ২.১ এবং ২.২ দেখুন;*
- গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক এবং পরিবারভিত্তিক আলোর (বিদ্যুৎ/বাতির) ব্যবস্থা;
- খাদ্য সংরক্ষণ এবং প্রক্রিয়াজাতকরণ সুবিধা (চুলা ও জ্বালানিসহ) ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.১ এবং খাদ্যসহায়তা মান ৬.৪ দেখুন;*
- স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১: স্বাস্থ্যসেবা প্রদান দেখুন;*
- কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা ⊕ *ওয়াশ কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মান ৫.১ থেকে ৫.৩ দেখুন;*
- বিদ্যালয় ⊕ *জরুরি পরিস্থিতিতে শিক্ষার জন্য আন্তসংস্থা নেটওয়ার্ক (Inter-agency Network for Education in Emergencies- INEE) হ্যান্ডবুক দেখুন;*
- সামাজিক সুবিধা, যেমন: উপাসনালয়/প্রার্থনার স্থান, একসাথে বসা বা কথা বলার স্থান এবং বিনোদন এলাকা;
- সাংস্কৃতিগতভাবে উপযোগী কবরস্থান/সমাধি এবং সংশ্লিষ্ট আচার-অনুষ্ঠানের জন্য স্থান; এবং
- গবাদিপ্রাণীর জন্য পৃথক বসবাসের স্থান (বাড়ি থেকে যথাযথ দূরত্ব বজায় রেখে) ⊕ *গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

অস্থায়ী আবাসনের জন্য সাইট পরিকল্পনা: অস্থায়ী আবাসনের নকশা নগর-পরিকল্পনা এবং নগর নকশা নীতির ওপর ভিত্তি করে হওয়া উচিত, এর সাথে প্রবেশপথ, সংযোগস্থল ও জনসাধারণের ব্যবহারের জায়গা যুক্ত থাকতে হবে। ভৌত, সামাজিক, পরিবেশগত এবং অর্থনৈতিক বিষয়গুলো বিবেচনা করে এই উপাদানগুলো নতুন আবাসনের স্থানীয় পরিকল্পনা তৈরি করে। আবাসনের পরিকল্পনা এমন হওয়া উচিত যাতে আগের সামাজিক সম্পর্ক বজায় থাকে, নতুন সামাজিক নেটওয়ার্ক গঠনের সুযোগ তৈরি হয়, নিরাপত্তা বৃদ্ধি পায় এবং ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ নিজেরাই কিছুটা ব্যবস্থাপনার দায়িত্ব নিতে পারে।

অস্থায়ী আবাসনের জন্য প্লট বা ঘরবাড়ির বিন্যাস করার সময় প্রতিটি পরিবারের গোপনীয়তা এবং মর্যাদা বজায় রাখতে হবে। প্রতিটি পরিবারের দরজা একটি উঠানের মতো সাধারণ খোলা জায়গার দিকে অথবা দরজার সামনে আড়াল দেওয়া কিছুটা জায়গা থাকবে, দরজা অন্য ঘরের প্রবেশমুখের দিকে যেন না নয়। সম্ভাব্য ঝুঁকিপূর্ণ বা দুর্বল জনগোষ্ঠীর জন্য নিরাপদ বসবাসের ব্যবস্থা রাখতে হবে। তবে একই ধরনের দুর্বল গোষ্ঠীকে একই জায়গায় থাকার ব্যবস্থা করা উচিত নয়, কারণ এতে তাদের ঝুঁকি আরও বাড়তে পারে। একই পরিবারের সদস্য, আত্মীয়স্বজন এবং একই পরিবেশের মানুষদের কাছাকাছি রাখলে সামাজিক বন্ধন বজায় থাকে। বয়স, লিঙ্গ এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের বিশেষ চাহিদা, পছন্দ এবং অভ্যাসগুলোও বিবেচনায় রাখতে হবে।

পরিকল্পিত বা নিজেদের তৈরি আবাসনের ব্যবহৃত জায়গার আকার: পরিকল্পিত আবাসনের ক্ষেত্রে, ক্যাম্প আকারের আবাসনে পরিবারের জন্য বরাদ্দ জমিসহ (প্লট) প্রতিটি ব্যক্তির জন্য ন্যূনতম

ব্যবহারযোগ্য জায়গা হবে ৪৫ বর্গমিটার। এর মধ্যে রাস্তা ও ফুটপাতের জন্য জায়গা, বাইরে রান্নার জায়গা বা গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক রান্নার জায়গা, শিক্ষা ও বিনোদনের স্থান, স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা, পয়োনিষ্কাশন, আগুননিয়ন্ত্রিত এলাকা, প্রশাসনিক এলাকা, পানি সংরক্ষণাগার, সাইটের পানি নিষ্কাশন, ধর্মীয় সুবিধা, খাদ্য বিতরণের স্থান, বাজার, সংরক্ষণাগার (গুদাম) এবং প্রতি পরিবারের জন্য স্বল্প পরিসরে রান্নাঘর-সংলগ্ন বাগান করার সুবিধা (গুরুত্বপূর্ণ কৃষিকাজ বা গবাদিপ্রাণী রাখার জায়গা ছাড়া) ইত্যাদির জন্য প্রয়োজনীয় জায়গা থাকবে। আবাসন এলাকার বাইরে বিদ্যমান বা নতুন নির্মিত অতিরিক্ত স্থাপনার মাধ্যমে গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক সেবা দেওয়া সম্ভব হলে, সে ক্ষেত্রে প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ন্যূনতম ৩০ বর্গমিটার জায়গা থাকা উচিত। যদি প্রত্যেকের জন্য ন্যূনতম জায়গা বরাদ্দ সম্ভব না হয়, তবে ঘনবসতির ফলে সৃষ্ট সমস্যাগুলোর প্রভাব মোকাবিলায় সক্রিয় পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে। আবাসন পরিকল্পনার সময় জনসংখ্যার পরিবর্তনও বিবেচনা করতে হবে।

শহরাঞ্চলে কাজ করার সময়, বিদ্যমান সেবা ও আবাসন-সুবিধা (নতুন কিছু করার বদলে বিদ্যমান বাড়িঘর) ব্যবহার করতে হবে। প্রতিটি পরিবারের মধ্যে পর্যাপ্ত দূরত্ব ও গোপনীয়তা নিশ্চিত করতে হবে এবং প্রয়োজনীয় সুবিধার জন্য সংরক্ষিত জায়গা রাখতে হবে।

আশ্রয়কেন্দ্রের জন্য জমির (প্লটের) আকার: আবাসনের ভেতরে বসবাসের জায়গা (ঘরের ভেতরের অংশ) এবং যে জমিতে (প্লটে) ঘরটি থাকে, সেই জমির আকারের ন্যূনতম অনুপাত ১:২; অথবা ১:৩ সুপারিশ করা হয়েছে, যাতে পরিবারগুলোর প্রয়োজনীয় বাইরের কাজ করার পর্যাপ্ত জায়গা পান। তবে ১:৪ অথবা ১:৫-এর কাছাকাছি অনুপাত আরও ভালো। এই অনুপাত নির্ধারণের সময় সাংস্কৃতিক ও সামাজিক প্রথা এবং ব্যবহারযোগ্য জায়গার বাস্তব অবস্থাও বিবেচনায় নিতে হবে।

বৃষ্টি ও বন্যার পানি নিষ্কাশন: বৃষ্টি বা বন্যার পানি ঠিকমতো নিষ্কাশন করা না হলে মানুষের বসবাসের স্থান, চলাচল এবং সেবাপ্রাপ্তি মারাত্মকভাবে বাধাগ্রস্ত হতে পারে। সাধারণত, সাইট নির্বাচন এবং অবকাঠামো উন্নয়ন বৃহৎ পরিসরে নিষ্কাশনব্যবস্থার ধরন নির্ধারণ করে। এমন জায়গা নির্বাচন এড়িয়ে চলতে হবে, যা বন্যাপ্রবণ এলাকায় অবস্থিত; এটি নিরাপত্তা ও সুরক্ষা প্রভাবিত করতে পারে, বিশেষ করে ঘনবসতিপূর্ণ বা সীমিত জায়গায়। মানুষের বসবাসস্থান, শিক্ষা ও কর্মক্ষেত্রে পানি প্রবেশ করা এবং জমে থাকা পানি স্বাস্থ্য, মর্যাদা এবং সুস্থতার জন্য সাধারণ হুমকি সৃষ্টি করে।

কাঠামোগত ক্ষতি এবং পানি নিঃসরণ (লিকেজ) এড়াতে টয়লেট এবং নালাগুলোকে বন্যার পানি থেকে রক্ষা করতে হবে। দুর্বল নিষ্কাশনব্যবস্থার সাথে সম্পর্কিত প্রধান জনস্বাস্থ্য হুমকি হলো দূষিত পানির সংস্পর্শে ডায়রিয়াজনিত রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি বৃদ্ধি পাওয়া।

অনিয়ন্ত্রিত পানি অন্যান্য অবকাঠামো, বসতবাড়ি এবং জিনিসপত্রেরও ক্ষতি করতে পারে এবং জীবিকার সুযোগ সীমিত করে এবং মানসিক চাপ সৃষ্টি করতে পারে। দুর্বল নিষ্কাশনব্যবস্থা জীবাণুবাহী পোকামাকড়ের প্রজননের জন্যও অনুকূল পরিস্থিতি তৈরি করে ⊕ *ওয়াশ পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মানসমূহ ৪.১ এবং ৪.২ দেখুন।*

প্রবেশাধিকার: ত্রাণসামগ্রী সহায়তা ও অন্যান্য পণ্য সরবরাহের জন্য স্থানীয় রাস্তার অবস্থা এবং পরিবহনের কেন্দ্রের নিকটতা বিবেচনা করতে হবে। ত্রাণসামগ্রী সরবরাহের কারণে স্থানীয় রাস্তা যেন ক্ষতিগ্রস্ত না হয় তা নিশ্চিত করতে হবে। ঋতুভিত্তিক বাধা, ঝুঁকি এবং নিরাপত্তাঝুঁকিগুলো বিবেচনায় নিতে হবে। সাইট এবং যেকোনো প্রধান সংরক্ষণাগার ও খাদ্য বিতরণ কেন্দ্র যেন সব মৌসুমে

চলাচলযোগ্য সড়ক থেকে ভারী ট্রাকের মাধ্যমে প্রবেশযোগ্য হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে। অন্যান্য স্থাপনায় যেন হালকা যানবাহনের মাধ্যমে সহজে পৌঁছানো যায়, তা নিশ্চিত করতে হবে। আবাসনের ভেতরে নিরাপদ ও সুরক্ষিত রাস্তা এবং ফুটপাতের (হাঁটার পথ) ব্যবস্থা করতে হবে, যাতে সব ধরনের মৌসুমে প্রতিটি বাড়িতে ও গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক স্থাপনাগুলোতে সহজে আসা-যাওয়া করা যায়। চলাচলে বা প্রবেশে প্রতিবন্ধকতা থাকা মানুষদের চাহিদাও বিবেচনা করতে হবে।

অগ্নিনিরাপত্তা: অগ্নিঝুঁকি নিরূপণের (যাচাই) ভিত্তিতে সাইট পরিকল্পনা করা উচিত। ঘনবসতিপূর্ণ ক্যাম্প এলাকায় প্রতি ৩০০ মিটার পর পর ৩০ মিটার চওড়া খোলা জায়গা রাখতে হবে, যেটা আগুন লাগলে এক এলাকায় ছড়িয়ে অন্য এলাকায় যাতে দ্রুত ছড়িয়ে না পড়ে সেই বাধা (ফায়ারব্রেক) হিসেবে কাজ করবে। ভবনগুলোর মধ্যবর্তী দূরত্ব কমপক্ষে ২ মিটার হতে হবে; আদর্শভাবে এটি ভবনের উচ্চতার দ্বিগুণ ফাঁকা স্থান থাকা উচিত, যাতে ধসে পড়া কাঠামো পাশের ভবনকে স্পর্শ না করে।

স্থানীয় রান্না ও গরম করার পদ্ধতি (যেমন চুলার ধরন এবং কোথায় চুলা ব্যবহার করা হয়) বিবেচনা করতে হবে। নিরাপদ চুলা, অগ্নিনির্বাপণ সরঞ্জাম এবং বাসিন্দাদের জন্য সচেতনতা প্রশিক্ষণ প্রদানের বিষয়টি বিবেচনা আনতে হবে। অগ্নিপ্রতিরোধী নির্মাণসামগ্রী ও গৃহস্থালি উপকরণ ব্যবহারে অগ্রাধিকার দিতে হবে। অগ্নিপ্রতিরোধ, ব্যবস্থাপনা এবং উদ্ধার (এভাকুয়েশন) পরিকল্পনা সম্পর্কে বাসিন্দাদের (যাদের চলাফেরা বা যাতায়াতে সীমাবদ্ধতা আছে, তাদেরসহ) জানাতে হবে।

অপরাধ কমানো: আবাসনের নকশা অপরাধ এবং লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা কমিয়ে আনতে সহায়তা করতে পারে। আশ্রয়কেন্দ্র, ভবন ও স্থাপনাগুলোর অবস্থান এবং সহজগম্যতা, রাতের জন্য আলোর ব্যবস্থা, আশ্রয়কেন্দ্র থেকে টয়লেট ও গোসলস্থানের দূরত্ব এবং দৃষ্টিসীমার মাধ্যমে নীরব নজরদারি ইত্যাদি বিবেচনা করতে হবে। গণ আশ্রয়কেন্দ্র হিসেবে ব্যবহৃত ভবনগুলোয় অবশ্যই বাইরে যাবার বিকল্প পথ থাকতে হবে।

হুমকি ও ঝুঁকির পরিবর্তন: পরিস্থিতির পরিবর্তনের সাথে সাথে নিয়মিতভাবে প্রেক্ষাপট, বিপদ ও ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে। এর মধ্যে মৌসুমি ঝুঁকি, নিরাপত্তা পরিস্থিতির পরিবর্তন, অতীত বা চলমান সংঘাতের কারণে এলাকায় অবিস্ফোরিত গোলাবারুদ, অথবা জনসংখ্যাগত পরিবর্তনের প্রভাব অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

গণ-আশ্রয়কেন্দ্র এবং কমিউনিটিভিত্তিক অবকাঠামোর নিরাপত্তা: সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত এলাকায় অবস্থিত কমিউনিটি ভবন, গণ-আশ্রয়কেন্দ্র ও অন্য স্থাপনাগুলোর কাঠামোগত স্থায়িত্ব বিষয়ে প্রযুক্তিগত বিশেষজ্ঞদের দ্বারা নিরূপণ (যাচাই) করা উচিত। প্রকৃত ও সম্ভাব্য নিরাপত্তা বা স্বাস্থ্যঝুঁকিকেও বিবেচনায় নিতে হবে।

জীবিকা সহায়তা: দুর্যোগের আগে মানুষ কী ধরনের অর্থনৈতিক কাজ করত এবং দুর্যোগের পরে নতুন জীবিকা অর্জনের কী কী সুযোগ রয়েছে, তা বিবেচনা করতে হবে। চাষাবাদ ও প্রাণীদের জন্য ঘাস বা চারণক্ষেত্রের জন্য জমি, বাজারে প্রবেশ এবং/অথবা অন্য কোনো কাজের সুযোগ আছে কি না, তা খুঁজে বের করতে হবে। আশ্রয় ও আবাসনসংক্রান্ত কার্যক্রমের মাধ্যমে স্থানীয় মানুষের জন্য কাজের সুযোগ তৈরি করা যেতে পারে, যেমন কারিগরি সহায়তা, উপকরণ সরবরাহ বা শ্রমসংক্রান্ত কাজ। নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে ফলাফল অর্জনের জন্য স্থানীয় সক্ষমতা বাড়ানোর জন্য প্রশিক্ষণ এবং

শিক্ষা কার্যক্রম ব্যবহার করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৫: কারিগরি সহায়তা এবং খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি - জীবিকার মানসমূহ ৭.১ ও ৭.২ দেখুন।*

পরিচালনা এবং রক্ষণাবেক্ষণ: যেকোনো স্থাপনা, সেবা এবং ইউটিলিটি (যেমন পানি, স্যানিটেশন, নিষ্কাশন, বর্জ্য ব্যবস্থাপনা, স্কুল) কার্যকরভাবে চলমান রাখতে একটি পরিচালনা এবং রক্ষণাবেক্ষণ পরিকল্পনা তৈরি করতে হবে। পরিকল্পনার প্রধান উপাদানগুলোর মধ্যে রয়েছে জনগোষ্ঠীর অংশগ্রহণ, ব্যবহারকারী দল গঠন, দায়িত্ব ও কর্তব্য নির্ধারণ এবং খরচ পুনরুদ্ধার অথবা খরচ ভাগাভাগির পরিকল্পনা থাকা।

সাইট বন্ধ করা ও হস্তান্তর: অস্থায়ী আবাসন এবং তার চারপাশের পরিবেশকে স্বাভাবিকভাবে পুনরুজীবিত করতে উপযুক্ত পরিবেশগত পুনর্বাসন ব্যবস্থা নেওয়া জরুরি। সম্ভব হলে সাড়াদান কার্যক্রম বাস্তবায়ন পরিকল্পনা করার সময়ই সাইটগুলো বন্ধ করার (decommissioning) পরিকল্পনা থাকতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ দেখুন।*

স্থানীয় জনগণকে টেকসই ভূমি ব্যবস্থাপনা কৌশল শেখানোর মাধ্যমে সাইট এবং স্থানীয় পরিবেশের পুনরুদ্ধার নিশ্চিত করতে হবে। যেখানে সম্ভব, সাইট পরিষ্কার করা ও বন্ধ করার কাজে স্থানীয় শ্রমিকদের ব্যবহার করতে হবে।

৩. বসবাসের স্থান

মানুষের কল্যাণের জন্য বসবাসের স্থান অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। এটি একটি মৌলিক মানবিক চাহিদা এবং অধিকার, যেখানে একটি পরিবার বসবাস করতে পারে ও নিরাপদ বোধ করতে পারে এবং বিভিন্ন প্রয়োজনীয় ঘরোয়া কাজ করতে পারে।

আশ্রয় এবং আবাসন মান ৩

বসবাসের স্থান

মানুষের এমন বসবাসের স্থান থাকা উচিত, যা নিরাপদ ও যথাযথ, যাতে তারা মর্যাদার সঙ্গে গুরুত্বপূর্ণ ঘরোয়া কাজ এবং জীবিকা উপার্জনের কার্যক্রম সম্পাদন করতে পারে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. প্রতিটি ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের প্রয়োজনীয় ঘরোয়া কাজ করার জন্য আবাসস্থলে পর্যাপ্ত জায়গা নিশ্চিত করতে হবে।

- এমন বসবাসের স্থান প্রদান করতে হবে যা পরিবারের সদস্যদের ঘুম, খাবার প্রস্তুতি ও ভোজনের জন্য বিভিন্ন চাহিদা পূরণ করতে পারে, এবং স্থানীয় সংস্কৃতি ও জীবনধারার প্রতি সম্মান জানায়।
- বসবাসকারীদের এবং তাদের পারিবারিক সম্পদের জন্য একটি ছাদ ও দেয়ালের ব্যবস্থা করতে হবে, যা শারীরিক নিরাপত্তা, মর্যাদা, গোপনীয়তা এবং আবহাওয়া থেকে সুরক্ষা নিশ্চিত করবে।
- যথোপযুক্ত আলো, বাতাস চলাচল এবং উষ্ণ তাপমাত্রা সুবিধা প্রদান করতে হবে।

২. বসবাস স্থানের ঠিক চারপাশের স্থান মৌলিক কার্যক্রম সম্পাদনের জন্য নিরাপদভাবে ব্যবহারযোগ্য, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- যথাযথ রান্নার স্থান, পায়খানা, কাপড় ধোয়ার স্থান, গোসলের ব্যবস্থা, জীবিকা নির্বাহের কাজ, সামাজিক কার্যক্রম এবং খেলাধুলার স্থানকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

৩. এমন আশ্রয় ব্যবস্থা, নির্মাণকৌশল এবং উপকরণ ব্যবহারকে উৎসাহিত করতে হবে, যা সাংস্কৃতিক ও সামাজিকভাবে গ্রহণযোগ্য এবং পরিবেশের জন্য টেকসই।

প্রধান সূচকসমূহ

আশ্রয়ের ভেতরে ও আশ্রয়ের আশপাশে প্রতিদিনের কাজ করার জন্য পর্যাপ্ত বসবাসের স্থান পেয়েছে এমন ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার শতকরা হার

- রান্নার স্থান, গোসলের স্থান এবং পয়োনিষ্কাশন সুবিধা বাদে প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ন্যূনতম ৩.৫ বর্গমিটার বসবাসের স্থান থাকবে
- ঠান্ডা জলবায়ু বা শহুরে আবাসনে, বাড়ির ভেতরে রান্নার স্থান ও গোসলের স্থান এবং পয়োনিষ্কশন সুবিধাসহ প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ন্যূনতম ৪.৫-৫.৫ বর্গমিটার বসবাসের স্থান থাকবে

- বাড়ির ভেতরের মেঝে থেকে ছাদ কমপক্ষে ২ মিটার উঁচু (গরম এলাকায় ২.৬ মিটার) হতে হবে

অনুমোদিত বা গ্রহণযোগ্য কারিগরি ও গুণগত মান পূরণ করে এবং সাংস্কৃতিকভাবে গ্রহণযোগ্য এমন আশ্রয় এর শতকরা হার

আশ্রয় সহায়তা পেয়েছে এবং আশ্রয়ে নিরাপদ বোধ করছেন এমন জনসংখ্যার শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

বসবাসের স্থান: বসবাসের স্থান প্রতিদিনের কাজের জন্য পর্যাপ্ত হতে হবে, যেমন ঘুমানো, খাবার তৈরি এবং খাওয়া, ধোয়া, পোশাক পরিধান, খাবার ও পানি সংরক্ষণ এবং পরিবারের মালপত্র ও অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ সম্পদের সুরক্ষা নিশ্চিত করা। এতে অবশ্যই সাংস্কৃতিক ও সামাজিক নিয়ম অনুযায়ী লিঙ্গ, বয়সভিত্তিক গ্রুপ এবং পরিবারের সদস্যদের মধ্যে প্রয়োজনীয় গোপনীয়তা ও পৃথকীকরণ নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন।*

থাকার জায়গাকে পরিবারের সদস্যদের একত্র হওয়ার এবং নবজাতক, ছোট শিশু, প্রবীণ বা অসুস্থ ও আহত ব্যক্তিদের যত্নের জায়গা হিসেবে বিবেচনা করতে হবে। দিন ও রাতে ব্যবহারের পরিবর্তন লক্ষ্য করতে হবে এবং ঘরের ভেতরে জায়গা ও এই সংলগ্ন বাইরের যেকোনো জায়গা, যেমন রান্নাঘর বা খেলার জায়গার সর্বোত্তম ব্যবহারের জন্য জানালা, দরজা ও পার্টিশনের (পর্দা/আড়াল) অবস্থান পরিকল্পনা করতে হবে।

এই কার্যক্রমগুলো মর্যাদার সঙ্গে সম্পন্ন করার জন্য, আশ্রয়স্থানের মেঝের পর্যাপ্ত আয়তনসহ একটি আবৃত স্থান (দেয়াল, জানালা, দরজা ও ছাদ) থাকা প্রয়োজন। অতিরিক্ত ভিড় বা খোলা আকাশের সংস্পর্শে অবস্থান করলে রোগের প্রাদুর্ভাব বা অসুস্থতার ঝুঁকি বাড়ায়। জায়গা কম হলে সুরক্ষা-ঝুঁকি বাড়তে পারে এবং নিরাপত্তা ও গোপনীয়তা কমে যেতে পারে।

মানুষের ন্যূনতম বসবাসের স্থান ঠিক করার সময় সাংস্কৃতিক ও সামাজিক নিয়ম, প্রেক্ষাপট বা যে জায়গায় তারা আছে তার পরিস্থিতি, সাড়া দেওয়ার পর্যায় এবং জাতীয় কর্তৃপক্ষ বা মানবিক সাড়াদান খাতের নির্দেশনার সঙ্গে সংগতিপূর্ণ হওয়া উচিত। প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য হিসাব করা ন্যূনতম জায়গা (৩.৫ বর্গমিটার, ঠান্ডা জলবায়ু ৪.৫ বর্গমিটার) নেওয়ার ক্ষেত্রে তার ভালো ও খারাপ প্রভাবগুলো সতর্কতার সঙ্গে বিবেচনা করতে হবে এবং কোনো পরিবর্তন বা সামঞ্জস্য আনার প্রয়োজন হলে সেটা অংশীদারদের সঙ্গে মিলিয়ে নিতে হবে। লক্ষ্য হলো, যত দ্রুত সম্ভব সবার জন্য ন্যূনতম জায়গা নিশ্চিত করা।

যেখানে দ্রুত ব্যবস্থা নেওয়া এবং জীবন রক্ষা করা জরুরি, সেখানে প্রাথমিক সহায়তা হিসেবে বিবেচনা করতে হবে:

- ন্যূনতম বসবাসের স্থানের জন্য একটি ছাদ তৈরি করা এবং পরে দেয়াল, দরজা ও জানালার জন্য সহায়তা প্রদান করতে হবে; অথবা
- ছোট আকারের ফ্লোর বা মেঝেসহ একটি আশ্রয় তৈরি করা এবং পরে মেঝের আয়তন বৃদ্ধির ব্যবস্থা করতে হবে।

কিছু পরিস্থিতিতে, আবাসন বা স্থানের মান অবকাঠামোগত বা পারিপার্শ্বিক সীমাবদ্ধতার কারণে নির্ধারিত হতে পারে। এটি হতে পারে সংকীর্ণ আবাসন এলাকা, ঘনবসতিপূর্ণ শহর এলাকা বা চরম জলবায়ু পরিস্থিতিতে যেখানে আশ্রয় নির্মাণের উপকরণগুলো সহজে পাওয়া যায় না। উল্লিখিত

ন্যূনতম স্থান জরুরি অবস্থায় এবং অস্থায়ী বা পর্যায়ক্রমিক আশ্রয় সমাধানে প্রযোজ্য। যখন অবস্থানের সময়কাল দীর্ঘায়িত হয়, তখন বাসযোগ্য স্থানসংক্রান্ত হিসাব অবশ্যই পুনর্বিবেচনা করতে হবে। পূর্বের অবস্থায় ফিরে যেতে হলে গ্রহণযোগ্য স্থানীয় মানসমূহ ও পূর্বনির্ধারিত প্রস্থান-কৌশলগুলো অবশ্যই বিবেচনায় নিতে হবে।

সহায়তা প্রদানের ধরন নির্ধারণে যতটা সম্ভব ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী এবং পরিবারগুলোকে সংযুক্ত করতে হবে। যারা ঘরের ভেতরে বেশি সময় থাকে এবং যাদের যাতায়াতে প্রতিবন্ধকতা রয়েছে, তাদের সাথে পরামর্শ করতে হবে।

প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং তাদের সাথে থাকা ব্যক্তিদের জন্য বসবাসের স্থান প্রবেশযোগ্য কি না, তা নিশ্চিত করতে হবে। প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের, বিশেষ করে যাদের বুদ্ধিবৃত্তিক, মানসিক বা মনঃসামাজিক প্রতিবন্ধকতা রয়েছে, তাদের অতিরিক্ত জায়গার প্রয়োজন হতে পারে।

সাংস্কৃতিক প্রথা, নিরাপত্তা ও গোপনীয়তা: বিদ্যমান রীতিনীতি ও প্রথাকে সম্মান করতে হবে এবং এগুলো ঘরের ভেতরে স্থান-বিভাজনের (যেমন পর্দা বা দেয়াল) প্রয়োজনকে কীভাবে প্রভাবিত করে, তা বিবেচনায় নিতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, একই ঘরের ভেতর যৌথ পরিবারের সদস্যদের বা আলাদা আলাদা পরিবারের সদস্য একসাথে থাকলে, তাদের ঘুমানোর সুবিধা নিশ্চিত করার জন্য আবাসস্থলটি সেভাবে নকশা করতে হবে।

গণ বাসস্থানের ক্ষেত্রে বসবাসের জায়গার ভেতর দিয়ে যাতায়াতের পথগুলো সুপরিকল্পিত হতে হবে ও পর্যাপ্ত আলোর ব্যবস্থা রাখতে হবে। পাশাপাশি ব্যক্তিগত এবং পারিবারিক জায়গা আড়াল করার জন্য পার্টিশন/পর্দার ব্যবহার করলে ব্যক্তিগত গোপনীয়তা ও নিরাপত্তা নিশ্চিত হবে।

গণ বাসস্থানের ক্ষেত্রে, সমমনা (peer groups) গোষ্ঠীগুলোকে একসাথে বসবাসের ইচ্ছাকে অনুমতি দিতে হবে, যেমন: কিছু এলজিবিটিকিউআই (LGBTQI) ব্যক্তি তাদের নিজেদের পরিবারের সঙ্গে না থেকে বন্ধু এবং সমমনা ব্যক্তিদের সাথে বসবাস করতে বেশি স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করেন।

সুরক্ষা: বসতবাড়িতে একাধিক বের হওয়ার পথ থাকতে হবে এবং ভেতরের সেই জায়গাগুলো যেন জনসাধারণের জন্য উন্মুক্ত স্থানের দিকে খোলে, তা নিশ্চিত করতে হবে। পারিবারিক সহিংসতা, নির্যাতন, শিশুদের প্রতি সহিংসতা, শোষণ বা অবহেলার মতো যেকোনো সুরক্ষা-সংক্রান্ত উদ্বেগ কীভাবে রেফার করতে হয়, তা যেন সংশ্লিষ্ট কর্মীরা ভালোভাবে জানেন, তা নিশ্চিত করতে হবে। নারী, কিশোরী মেয়ে এবং যাঁদের ব্যক্তিগত পরিচর্যার জন্য সহায়তা প্রয়োজন তাঁদের অতিরিক্ত জায়গার প্রয়োজন হতে পারে ⊕ *ওয়াশ স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.৩: মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি ব্যবস্থাপনা ও বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তির (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) স্বাস্থ্য পরিচর্যা দেখুন।*

যেখানে অস্থায়ী গণ বাসস্থান ব্যবহার করা হয়, সেখানে যৌন শোষণ এবং যৌন সহিংসতা প্রতিরোধের জন্য সুনির্দিষ্ট পদক্ষেপ নিতে হবে। ঝুঁকি বোঝার ও সেসব মোকাবিলার জন্য জনগোষ্ঠীর সদস্যদের সাথে কাজ করতে হবে এবং অভিযোগ পাওয়ামাত্রই দ্রুত ও যাচাইযোগ্য পদক্ষেপ গ্রহণে একটি শক্তিশালী অভিযোগ প্রদান ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে।

মনঃসামাজিক বিবেচনা: বাসস্থান বিন্যাস এবং নকশা এমন হতে হবে, যাতে পরিবারগুলোর জন্য খোলা জায়গা থাকে, ফলে মানুষের একসঙ্গে সময় কাটানো ও সামাজিক যোগাযোগের সুযোগ বাড়বে।

উষ্ণ ও আর্দ্র জলবায়ুতে, আশ্রয়কেন্দ্রের নকশা ও অবস্থান এমনভাবে করতে হবে যাতে পর্যাপ্ত বাতাস

আসা-যাওয়া করতে পারে এবং সরাসরি রোদ ভেতরে প্রবেশ না করে। উঁচু ছাদ বাতাস চলাচলে সহায়তা করে। বাড়ির সংলগ্ন ছাদযুক্ত খোলা স্থান সরাসরি রোদ কমায় এবং বৃষ্টি থেকেও সুরক্ষা দেয়। বাড়ির অন্যান্য গৃহস্থালি কাজের জন্য আলাদা স্থানসহ খাবার প্রস্তুত ও রান্নার জন্য বাড়ির পাশে ছায়াযুক্ত বা ছাদযুক্ত বাইরের জায়গা ব্যবহার করার কথা বিবেচনা করতে হবে।

বড় কার্নিশসহ ছাদ ঢালু হওয়া উচিত, যাতে বৃষ্টির পানি সহজে গড়িয়ে পড়তে পারে। তবে যেসব এলাকায় ঝোড়ো বাতাসের ঝুঁকি বেশি, সেখানে এটি সতর্কতার সঙ্গে বিবেচনা করতে হবে। আশ্রয়স্থলের নির্মাণ উপকরণ হালকা ও কম তাপধারণক্ষম হওয়া প্রয়োজন, যেমন: কাঠ। পানি যাতে ঘরের ভেতরে না ঢোকে, সে জন্য আশ্রয়স্থলের মেঝে উঁচু করে তৈরি করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন।*

গরম ও শুষ্ক জলবায়ুতে, ভারী নির্মাণ উপকরণ (যেমন মাটি বা পাথর) দিন ও রাতের তাপমাত্রার পরিবর্তন সত্ত্বেও ঘরের ভেতরে তাপমাত্রা আরামদায়ক রাখতে সাহায্য করে। বিকল্প হিসেবে, পর্যাপ্ত তাপ নিরোধকসহ (insulation) হালকা ধরনের নির্মাণ উপকরণ ব্যবহার করা যেতে পারে। ভূমিকম্পপ্রবণ এলাকায় ভারী নির্মাণ উপকরণের কাঠামোগত নকশার প্রতি বিশেষ নজর দিতে হবে। যেখানে সম্ভব এবং উপযুক্ত, ছায়াযুক্ত ও বাতাস চলাচলযোগ্য স্থান তৈরি করতে হবে। যদি শুধু প্লাস্টিক শিট বা তাঁবু পাওয়া যায়, তাহলে তাপ কমানোর জন্য দুটি স্তরের (double-skinned) ছাদ তৈরি করতে হবে, যাতে দুই স্তরের মাঝে বাতাস চলাচল করতে পারে। দরজা ও জানালা এমন দিকে রাখতে হবে, যেদিকে গরম বাতাস প্রবাহিত হয় না। ভেতরের মেঝে এমনভাবে তৈরি করতে হবে, যাতে তা বাইরের দেয়ালের সঙ্গে কোনো ফাঁকা ছাড়া ঠিকভাবে যুক্ত থাকে। এতে ধুলো, ময়লা বা রোগবাহী পোকামাকড় ঘরে ঢোকার সম্ভাবনা কমে যায়।

ঠান্ডা জলবায়ুতে, ঘরের ভেতরে ঠান্ডার পরিমাণ কম রাখতে ছাদ নিচু রাখা ভালো, যাতে উষ্ণতা বৃদ্ধির প্রয়োজন না হয়। সারাদিন ব্যবহৃত আশ্রয়ের জন্য ভারী নির্মাণ উপকরণ ব্যবহার করতে হবে, যাতে তা বেশি তাপ ধরে রাখতে পারে। শুধু রাতে ব্যবহারের জন্য হালকা ও কম তাপ ধারণক্ষমতাসম্পন্ন উপকরণই যথেষ্ট, তবে পর্যাপ্ত তাপ নিরোধক (insulation) থাকা আবশ্যক। ব্যক্তিগত আরামের জন্য দরজা ও জানালার চারপাশে বাতাসের প্রবাহ সীমিত রাখতে হবে, তবে স্পেস হিটার (*Space heaters অর্থ হলো ছোট, পোর্টেবল হিটার বা ঘরের নির্দিষ্ট অংশ গরম করার জন্য ব্যবহৃত হিটার*) বা রান্নার চুলার জন্য যথেষ্ট বায়ু চলাচলের ব্যবস্থা রাখতে হবে।

পর্যাপ্ত বায়ু চলাচল স্বাস্থ্যকর ঘরের পরিবেশ বজায় রাখতে সাহায্য করে, ঘরে জমে থাকা আর্দ্রতা রোধ করে এবং সংক্রামক রোগের বিস্তার কমায়। এটি ঘরের ভেতরের রান্নাঘরের চুলার ধোঁয়ার প্রভাবও কমায়, যা শ্বাসনালি-সংক্রান্ত সংক্রমণ এবং চোখের সমস্যার কারণ হতে পারে। যেখানে সম্ভব, প্রাকৃতিক বায়ু চলাচলের ব্যবস্থা বিবেচনা করতে হবে।

পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ: নিম্নাঞ্চল, ধ্বংসাবশেষ এবং খালি বা পরিত্যক্ত ভবনগুলো পোকামাকড়ের প্রজননস্থল হিসেবে কাজ করতে পারে, যা জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি তৈরি করতে পারে। গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসনের ক্ষেত্রে, উপযুক্ত সাইট নির্বাচন এবং পোকামকড়জনিত ঝুঁকি কমানোর সক্রিয় ব্যবস্থা নেওয়া পোকামকড়-সৃষ্ট রোগের প্রভাব কমিয়ে আনার জন্য গুরুত্বপূর্ণ ⊕ *ওয়াশ পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান ৪.২: পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যক্তি ও গৃহ পর্যায়ের পদক্ষেপ দেখুন।*

৪. গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ

গৃহস্থালি কাজে ব্যবহৃত উপকরণ বা সরঞ্জাম মানুষকে স্বাস্থ্য, মর্যাদা ও নিরাপত্তা বজায় রাখতে সাহায্য করে এবং ঘরের ভেতর এবং আশপাশে প্রতিদিনের কাজ সম্পন্ন করার সুযোগ দেয়। এই মান-এ ঘুমানো, খাবার প্রস্তুতি এবং সংরক্ষণ, খাওয়া ও পান করা, তাপমাত্রা নিয়ন্ত্রণ, আলো এবং ব্যক্তিগত পোশাকসংক্রান্ত উপকরণের কথা বিবেচনা করা হয়েছে। ওয়াশ (WASH) অধ্যায়ে মশারি, বালতি, পানি সংরক্ষণ ও স্বাস্থ্যবিধি সহায়তা-সংক্রান্ত উপকরণের আরো বিস্তারিত বর্ণনা দেওয়া হয়েছে।

আশ্রয় এবং আবাসন মান ৪
গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ

গৃহস্থালি কাজে ব্যবহৃত উপকরণের সহায়তা মানুষকে স্বাস্থ্য, মর্যাদা ও নিরাপত্তা বজায় রাখতে সাহায্য করে এবং ঘরের ভেতর ও আশপাশে প্রতিদিনের কাজ সম্পন্ন করার সুযোগ দেয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. পরিবারগুলোকে তাদের প্রয়োজনীয় ঘরোয়া কাজ পুনরায় চালু ও বজায় রাখতে সাহায্য করার জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণপ্রাপ্তির সুযোগ মূল্যায়ন এবং নিশ্চিত করতে হবে।

- বয়স, লিঙ্গ, প্রতিবন্ধকতা, সামাজিক, মানসিক ও সাংস্কৃতিক রীতিনীতি এবং পরিবারের আকার অনুযায়ী বিভিন্ন চাহিদা বিবেচনা করতে হবে।
- ঘরের কাজ, ব্যক্তিগত পোশাক, ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধি এবং নিরাপত্তা ও স্বাস্থ্য রক্ষার জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণপ্রাপ্তির সুযোগকে অগ্রাধিকার দিতে হবে।

২. গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ কীভাবে কার্যকর ও যথাযথভাবে বিতরণ করা হবে, তা নির্ধারণ করতে হবে।

- স্থানীয়ভাবে নগদ অর্থ বা ভাউচার-ভিত্তিক সহায়তার মাধ্যমে এবং স্থানীয়, আঞ্চলিক বা আন্তর্জাতিক ক্রয়ের মাধ্যমে পণ্যভিত্তিক (in-kind) বিতরণের জন্য কী সরবরাহ করা যেতে পারে, তা বিবেচনা করতে হবে।
- উপকরণগুলো কীভাবে প্যাকেজিং বা বিতরণ করা হবে, সে সম্পর্কিত পরিবেশগত সমস্যাগুলো বিবেচনা করতে হবে।

৩. গৃহস্থালি কাজের উপকরণের প্রাপ্যতা, গুণগত মান ও ব্যবহারবিধি পর্যবেক্ষণ এবং প্রয়োজন অনুযায়ী পরিবর্তন করতে হবে।

- দীর্ঘমেয়াদি বাস্তুচ্যুতির ক্ষেত্রে পুনরায় উপকরণ সরবরাহের পরিকল্পনা করতে হবে।
- প্রাপ্যতা, মূল্য এবং গুণগত মান বিবেচনায় নির্বাচিত বাজারগুলো নিয়মিত পর্যবেক্ষণ করতে হবে। পরিস্থিতি পরিবর্তন হলে সহায়তা প্রদানের ধরনও সেই অনুসারে পরিবর্তন করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

মানুষের পর্যাপ্ত এবং উপযুক্ত মানের পোশাক রয়েছে

- প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য কমপক্ষে দুটি সম্পূর্ণ পোশাকের সেট থাকতে হবে, যা সঠিক মাপের এবং সংস্কৃতি, ঋতু ও জলবায়ু উপযোগী হতে হবে, এবং যেকোনো বিশেষ চাহিদার সঙ্গে মানানসই হতে হবে

মানুষের কাছে নিরাপদ, স্বাস্থ্যকর ও ব্যক্তিগত ঘুমের জন্য পর্যাপ্ত এবং উপযুক্ত মানের সামগ্রী আছে

- প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ন্যূনতম একটি কম্বল, বিছানা (মাদুর, তোশক, চাদর) এবং ঠান্ডা এলাকার জন্য অতিরিক্ত কম্বল বা মেঝে উষ্ণ রাখার জন্য উপকরণ প্রয়োজন
- যেখানে প্রয়োজন, দীর্ঘদিন ব্যবহার উপযোগী কীটনাশকযুক্ত ম্যালেরিয়া নিরোধক মশারী (LLINs) আছে

মানুষের কাছে খাবার তৈরি, খাওয়া এবং খাবার সংরক্ষণ করে রাখার জন্য পর্যাপ্ত এবং উপযুক্ত উপকরণ আছে

- প্রতি পরিবার বা চার থেকে পাঁচজনের সদস্যদের জন্য: হাতল ও ঢাকনাসহ বড় আকারের দুটি রান্নার পাতিল, খাবার তৈরি বা পরিবেশনের জন্য একটি গামলা, একটি রান্নাঘরের ছুরি এবং দুটি খাবার পরিবেশনের চামচ
- প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য কমপক্ষে: একটি থালা, এক সেট খাবার খাওয়ার প্লেট ও চামচ এবং একটি পানির গ্লাস বা মগ

ঘরের উষ্ণতা বজায় রাখা, খাবার প্রস্তুত করা এবং আলোর জন্য পর্যাপ্ত, নিরাপদ ও সাশ্রয়ী মূল্যবান জ্বালানি সরবরাহ আছে এমন ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর শতকরা হার

চুলা ব্যবহার বা জ্বালানি সংরক্ষণ বা সংগ্রহ করতে গিয়ে মানুষের ক্ষতি হয়েছে এমন দুর্ঘটনার সংখ্যা

- প্রাথমিক মান নির্ধারণ এবং অগ্রগতি পরিমাপ করে তা শূন্যতে (০) নিয়ে আসা

নির্দেশিকাসমূহ

প্রয়োজনীয় গৃহস্থালি উপকরণ পর্যাপ্ত পরিমাণ এবং গুণগত মানসম্পন্ন হতে হবে:

- ঘুমানো, আরামদায়ক তাপমাত্রা এবং ব্যক্তিগত পোশাক;
- পানি সংরক্ষণ, খাবার তৈরি ও সংরক্ষণ, খাওয়া এবং পান করা;
- আলোর ব্যবস্থা;
- জ্বালানি বা তেলসহ রান্না করা, পানি ফোটানো ও গরম করার ব্যবস্থা ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি মান ৫: সাধারণ খাদ্যনিরাপত্তা দেখুন;*
- মাসিক স্বাস্থ্যবিধি বা বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তির (যারা প্রস্রাব বা পায়খানা নিয়ন্ত্রণ রাখতে পারে না) জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণসহ স্বাস্থ্যবিধি ⊕ *ওয়াশ স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মানসমূহ ১.২ এবং ১.৩ দেখুন;*

- পোকামাকড় থেকে সুরক্ষা, যেমন মশারি ⊕ *ওয়াশ পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান ৪.২: পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যক্তি ও গৃহ পর্যায়ের পদক্ষেপ দেখুন;* এবং
- আগুন ও ধোঁয়া থেকে সুরক্ষা।

উপযুক্ত গৃহস্থালি উপকরণ নির্বাচন: সামগ্রিক পরিকল্পনার অংশ হিসেবে গৃহস্থালি উপকরণ সরবরাহ করতে হবে। উপকরণের ধরন, পরিমাণ এবং গুণগত মান নির্ধারণের সময় জীবন রক্ষাকারী উপকরণকে অগ্রাধিকার দিতে হবে। বিবেচনার বিষয়সমূহ হলো:

- ব্যক্তিগত, পারিবারিক গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক অপরিহার্য প্রতিদিনের কাজে ব্যবহৃত উপকরণ;
- সাংস্কৃতিক রীতিনীতি, যথার্থতা এবং ঐতিহ্য;
- নিরাপত্তা এবং ব্যবহারের সহজ উপায় (ন্যূনতম অতিরিক্ত নির্দেশনা বা কারিগরি নির্দেশিকাসহ);
- স্থায়িত্ব, ব্যবহারের হার এবং পুনঃসরবরাহ করার প্রয়োজনীয়তা;
- বর্তমান জীবনযাত্রার অবস্থা এবং ব্যবস্থা;
- স্থানীয় প্রাপ্যতা;
- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর বিভিন্ন শ্রেণির বিশেষ চাহিদা, যার মধ্যে নারী, মেয়ে, পুরুষ, ছেলে, শিশু, প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী এবং অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তি ও গোষ্ঠী অন্তর্ভুক্ত; এবং
- নির্বাচিত উপকরণের পরিবেশগত প্রভাব ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ দেখুন।*

নিরাপত্তা: সমস্ত প্লাস্টিকের উপকরণ খাদ্য সংরক্ষণ বা প্রস্তুতির জন্য নিরাপদ প্লাষ্টিকের (food-grade plastic) তৈরি হতে হবে। সকল ধাতব পণ্য অবশ্যই মরিচারোধক ইস্পাত (স্টেইনলেস স্টিল) বা এনামেলড হতে হবে।

চুলা ও আশ্রয়ের অন্যান্য উপকরণগুলোর মধ্যে নিরাপদ দূরত্ব নিশ্চিত করতে হবে। বাড়ির ভেতরের চুলা অগ্নিনিরোধক (অ-দাহ্য পদার্থের) ভিত্তির ওপর বসাতে হবে। চিমনি বা চুলার ধোঁয়া আশ্রয়কেন্দ্র বা বাড়ির ভেতর থেকে বাইরে যাওয়ার স্থানেও অগ্নি নিরোধক (অ-দাহ্য পদার্থের) আবরণ দিতে হবে। চুলাগুলো প্রবেশ পথ থেকে দূরে বসাতে হবে এবং ব্যবহারকালে নিরাপদভাবে পৌঁছানো সম্ভব এমন স্থানে রাখতে হবে। জ্বালানি চুলা থেকে নিরাপদ দূরত্বে সংরক্ষণ করতে হবে এবং কেরোসিনের মতো তরল জ্বালানি ছোট শিশু ও নবজাতকদের নাগালের বাইরে রাখতে হবে।

আরামদায়ক তাপমাত্রা (thermal comfort): আরামদায়ক তাপমাত্রা বলতে বোঝায়–মানুষ যেন পরিস্থিতি অনুযায়ী আরামদায়কভাবে গরম বা ঠান্ডা অনুভব করে, যথাযথভাবে আবৃত থাকে এবং শুকনা থাকে। পোশাক, কম্বল ও বিছানাপত্র ব্যক্তিগত আরাম বজায় রাখতে সাহায্য করে। ঘুমানোর বিছানা এবং গরম বা ঠান্ডা করার যন্ত্র (হিটার বা কুলার) উপযুক্ত থাকার পরিবেশ তৈরি করে। হাইপোথার্মিয়া বা হিট স্ট্রোক প্রতিরোধে ব্যক্তি ও পরিবারের স্তরে সব ধরনের প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নেওয়া উচিত।

সাশ্রয়ী জ্বালানি এবং গৃহস্থালি শক্তি সরবরাহ *("গৃহস্থালি শক্তি" অর্থ বাড়িতে ব্যবহারযোগ্য জ্বালানি ও শক্তির উৎস। এগুলোর মধ্যে হতে পারে: কাঠ, কয়লা, গ্যাস, বিদ্যুৎ, সোলার শক্তি, কেরোসিন বা অন্য যেকোনো শক্তির উৎস যা পরিবার প্রতিদিনে কাজে ব্যবহার করে):* আলো, রান্না, আরামদায়ক

তাপমাত্রা (thermal comfort) এবং যোগাযোগের জন্য জ্বালানি ও অন্যান্য শক্তির উৎস প্রয়োজন। জ্বালানি বা শক্তি সংগ্রহ বা কেনা একটি নিয়মিত ব্যয়, তাই সেই অনুযায়ী পরিকল্পনা করতে হবে। শক্তিসাশ্রয়ী রান্নার প্রচলন করতে হবে, যেমন জ্বালানি-সাশ্রয়ী চুলা ব্যবহার, জ্বালানি কাঠ প্রস্তুত করা, অগ্নিব্যবস্থাপনা, খাদ্যপ্রস্তুতির কার্যকর পদ্ধতি এবং যৌথভাবে রান্নার ব্যবস্থা। ব্যক্তিগত নিরাপত্তা এবং টেকসই পরিবেশ বজায় রাখতে জ্বালানি সংগ্রহের স্থান ও পদ্ধতি নিয়ে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি এবং স্থানীয় জনগোষ্ঠীর সাথে আলোচনা করতে হবে।

কৃত্রিম আলো: যেখানে সাধারণ আলোর ব্যবস্থা নেই, সেখানে আবাসন এবং তার আশপাশে ব্যক্তিগত নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে প্রয়োজন অনুযায়ী কৃত্রিম আলোর ব্যবস্থা করতে হবে। দিয়াশলাই এবং মোমবাতির পাশাপাশি কম শক্তি খরচ করে এমন কৃত্রিম আলো যেমন এলইডি (LED) লাইট এবং সৌরশক্তি-প্যানেল (সোলার প্যানেল) ব্যবহারের বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে।

গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণের জন্য বাজারভিত্তিক কর্মসূচি: গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণের জন্য বাজার নিরূপণকে (যাচাই) বৃহত্তর বাজার নিরূপণ (যাচাই) পদ্ধতিরই অংশ হিসেবে বিবেচনা করতে হবে। সম্ভব হলে গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ সরবরাহ স্থানীয় বাজারকে সহায়তা করবে এমনভাবে পরিকল্পনা করা উচিত। সামগ্রিক পারিবারিক ব্যয়ের ধরন বুঝতে এই উপকরণগুলোর পেছনে ব্যয়কে বিশ্লেষণ করতে হবে। সময়ের সাথে সাথে বাজারের অবস্থা পর্যবেক্ষণ করে প্রয়োজন অনুযায়ী সহায়তার ধরন পরিবর্তন ও সমন্বয় করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন।*

বিতরণ: স্থানীয় কর্তৃপক্ষ এবং ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের সঙ্গে পরামর্শ করে কার্যকর ও ন্যায্য বিতরণ পদ্ধতি পরিকল্পনা করতে হবে। নিশ্চিত করতে হবে যে ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তি বা পরিবারগুলো বিতরণ তালিকায় অন্তর্ভুক্ত এবং তারা তথ্য ও বিতরণ উভয়টিতে সহজে পৌঁছাতে পারে। হাঁটার দূরত্ব, ভৌগোলিক অবস্থান এবং আশ্রয় সহায়তা উপকরণসহ বড় উপকরণ পরিবহনের বাস্তবতা বিবেচনা করে বিতরণের জায়গা সতর্কভাবে নির্বাচন করতে হবে। ব্যক্তিগত ও গৃহস্থালি উপকরণ সংরক্ষণ এবং পরিবহনের জন্য উপযুক্ত পাত্র বা কনটেইনার ব্যবহার করার বিষয়টিও বিবেচনা করতে হবে।

বিতরণ পরবর্তী পর্যবেক্ষণ: বিতরণ প্রক্রিয়া এবং গৃহস্থালি সামগ্রী উভয়ের যথোপযুক্ততা যাচাই করতে হবে। যদি কোনো সামগ্রী ব্যবহার না হয় বা বাজারে বিক্রি করা হয় অথবা সামগ্রী পৌঁছাতে দেরি হয় তবে পরিস্থিতি বিবেচনায় প্রক্রিয়া বা পণ্য পরিবর্তন করতে হবে। মনে রাখতে হবে যে, সময়ের সাথে মানুষের প্রয়োজন পরিবর্তিত হয় এবং কার্যক্রমগুলোও সেই পরিবর্তনের সঙ্গে খাপ খাইয়ে নেওয়া উচিত।

৫. কারিগরি সহায়তা

কারিগরি সহায়তা আশ্রয় এবং আবাসন সাড়াদানের একটি গুরুত্বপূর্ণ অংশ। এটি ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের নিজের মতো পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার চেষ্টাকে সমর্থন করে ও তাদের আশ্রয় এবং আবাসনের গুণগত মান ও নিরাপত্তাব্যবস্থা উন্নত করে। ক্ষতিগ্রস্ত পরিবার বা জনগোষ্ঠীকে তাদের বাসস্থান নির্বাচন, ঘরের নকশা, সাইটের বিন্যাস, ব্যবহৃত উপকরণ নির্বাচন এবং আশ্রয় ও অন্যান্য নির্মাণকাজের তদারকি বা বাস্তবায়নে সক্রিয়ভাবে অংশ নিতে হবে।

আশ্রয় এবং আবাসন মান ৫
কারিগরি সহায়তা

মানুষ সময়মতো উপযুক্ত কারিগরি সহায়তা পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সংকটের আগে কী ধরনের পরিকল্পনা ও নির্মাণ পদ্ধতি ব্যবহার হতো, কী উপকরণ পাওয়া যায় এবং স্থানীয় মানুষের দক্ষতা ও সক্ষমতা ইত্যাদি বুঝতে হবে।

- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ, স্থানীয় নির্মাণ বিশেষজ্ঞ এবং সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের সঙ্গে আলোচনা করে উপযুক্ত নির্মাণপদ্ধতি ও উপকরণ নির্ধারণ করতে হবে এবং গুণগত মান নিশ্চয়নের জন্য প্রয়োজনীয় দক্ষতা চিহ্নিত করতে হবে।

২. নির্মাণপ্রক্রিয়ায় ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ, স্থানীয় সরকার এবং স্থানীয় পেশাজীবীদের যুক্ত ও সহায়তা করতে হবে।

- আশ্রয়, আবাসন এবং পরিবারের সহায়তার সম্ভাব্য স্থায়িত্বকাল অনুযায়ী প্রযোজ্য পরিকল্পনা ও বিল্ডিং কোড, উপকরণের মান এবং গুণগত মান অনুসরণ করতে হবে।
- স্থানীয় নির্মাণ পদ্ধতি এবং জীবিকার সুযোগকে সর্বোচ্চভাবে কাজে লাগাতে হবে।

৩. বর্তমান আশ্রয়ের চাহিদা মেটাতে এবং ভবিষ্যতের ঝুঁকি কমাতে নিরাপদ নির্মাণ পদ্ধতির প্রচার করতে হবে।

- ক্ষতিগ্রস্ত বা ধ্বংস হওয়া ঘর বা আশ্রয়কেন্দ্রের ক্ষেত্রে কাঠামোগত ঝুঁকি ও বিপদ চিহ্নিত করতে হবে, ক্ষতির কারণ বা ভবিষ্যতে কোন অংশ ব্যর্থ হতে পারে, তা চিহ্নিত করতে হবে।
- সম্ভব হলে স্থানীয় নির্মাণ পদ্ধতি এবং কৌশল থেকে শিখতে হবে, সেগুলো উন্নত ও উদ্ভাবন করতে হবে এবং কার্যকর জ্ঞানের আদান-প্রদানের মাধ্যমে উপযুক্ত নির্মাণ পদ্ধতি প্রচারে সহায়তা করতে হবে।

৪. মানুষের পর্যাপ্ত কারিগরি সহায়তাপ্রাপ্তির সুযোগ নিশ্চিত করতে হবে।

- বিশেষজ্ঞ পেশাদারদের প্রয়োজন, প্রযোজ্য বিল্ডিং কোড ও মানসমূহ কীভাবে মেনে চলতে হবে এবং ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের মধ্যে কীভাবে কারিগরি দক্ষতা বাড়ানো যায় ইত্যাদি বিষয় বিবেচনায় নিতে হবে।

- যারা নিরাপদ এবং কারিগরিভাবে সঠিক পদ্ধতিতে নির্মাণ-সম্পর্কিত কাজ করতে সক্ষম নয় বা যাদের সক্ষমতা, দক্ষতা বা সুযোগ সীমিত, তাদের বিশেষভাবে গুরুত্ব দিতে হবে অথবা যারা নিরাপদ ও মানসম্মত বিদ্যমান ঘর বা ভবনে বসবাসের অধিকার নিয়ে আলোচনা বা সমঝোতা করতে অসুবিধায় পড়ে, তাদেরও সহায়তা করতে হবে।

৫. মানসম্মত ফলাফল নিশ্চিত করতে উপকরণ, অর্থ, শ্রম, কারিগরি সহায়তা এবং নিয়ন্ত্রক অনুমোদন প্রক্রিয়াসহ উপযুক্ত প্রকল্প ব্যবস্থাপনা সঠিকভাবে প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

- যথাযথ টেন্ডার, দরপত্র, ক্রয়, চুক্তি ও নির্মাণ ব্যবস্থাপনা প্রক্রিয়া এবং আচরণবিধি অনুসরণ করতে হবে।
- স্থানীয়ভাবে পাওয়া যায় এমন টেকসই ও পরিচিত প্রযুক্তি, সরঞ্জাম ও উপকরণ ব্যবহারে উৎসাহিত করতে হবে এবং আশ্রয়কেন্দ্র রক্ষণাবেক্ষণ ও উন্নয়নের জন্য স্থানীয় শ্রমিক নিয়োগ দিতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

স্থানীয় কর্তৃপক্ষ নির্মাণ মান নির্ধারণ এবং নির্মাণ কার্যক্রম পর্যবেক্ষণে অংশ নিয়েছে এমন কর্মসূচির শতকরা হার

ক্ষতিগ্রস্ত জনসংখ্যার সক্রিয় অংশগ্রহণ রয়েছে এমন নির্মাণ কার্যক্রমের শতকরা হার

নির্দিষ্ট প্রেক্ষাপট ও ঝুঁকির ভিত্তিতে সম্মত নিরাপদ নির্মাণ চর্চা অনুযায়ী নির্মাণ, মেরামত, সংস্কার, উন্নয়ন বা রক্ষণাবেক্ষণ হয়েছে, এমন আশ্রয়কেন্দ্রের শতকরা হার

উপযুক্ত কারিগরি সহায়তা এবং পরামর্শ পেয়েছে বলে জানিয়েছে এমন পরিবারের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের অংশগ্রহণ এবং সম্পৃক্ততা: আশ্রয় এবং নির্মাণ কার্যক্রমে অংশগ্রহণ স্থানীয় বিদ্যমান চর্চার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। প্রশিক্ষণ কর্মসূচি ও শিক্ষানবিশ ব্যবস্থা নির্মাণকাজের সময় সকল প্রভাবিত মানুষের (সরাসরি ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি ও আশ্রয়দানকারী জনগোষ্ঠী উভয়ই) অংশগ্রহণের সুযোগ সর্বোচ্চ করতে পারে। নারী ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অংশগ্রহণে সুযোগ প্রদান করতে হবে। যারা শারীরিকভাবে কাজ করতে কম সক্ষম, তারা অন্য কাজে অবদান রাখতে পারে, যেমন–স্থান পর্যবেক্ষণ, মজুদ নিয়ন্ত্রণ, প্রশাসনিক সহায়তা, শিশুদের দেখাশোনা করা বা যারা নির্মাণকাজে নিয়োজিত তাদের জন্য খাদ্য প্রস্তুত করা। মনে রাখতে হবে যে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের অন্য কাজ বা দায়িত্ব থাকতে পারে। স্বেচ্ছাসেবী শ্রমিক দল ও ঠিকাদারি শ্রমিকেরা ব্যক্তি পর্যায়ের বাড়ি নির্মাণ কার্যক্রমে সহায়তা করতে পারে, বিশেষ করে যেসব বাড়ি নারী, শিশু, প্রবীণ বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের নেতৃত্বে পরিচালিত। এ ধরনের সহায়তা গুরুত্বপূর্ণ, কারণ এই গোষ্ঠীগুলো নির্মাণ সহায়তা চাইতে গিয়ে যৌন শোষণের ঝুঁকিতে থাকতে পারে।

নির্মাণ কার্যক্রমে তরুণদের সম্পৃক্ত করা: নির্মাণ প্রকল্পে অংশগ্রহণ তরুণদের মূল্যবান দক্ষতা, আত্মবিশ্বাস, আত্মমর্যাদা এবং জনগোষ্ঠীর সাথে সংযোগ বৃদ্ধির সুযোগ প্রদান করতে পারে।

নিশ্চিত করতে হবে যে, আশ্রয় কর্মসূচিতে আশ্রয় নির্মাণ বা কাজের বিনিময়ে নগদ অর্থ সহায়তায় ন্যূনতম কাজের বয়সসীমার কম বয়সী শিশুরা জড়িত নয়। কাজের সর্বনিম্ন বয়স (সাধারণত ১৪ বা

১৫) এবং ১৮ বছর বয়সী শিশুদের এমন কাজে সম্পৃক্ত করাতে হবে, যা তাদের বয়স এবং বিকাশের জন্য উপযুক্ত। তাদের অংশগ্রহণ অবশ্যই জাতীয় আইন ও প্রাসঙ্গিক বিধিমালার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ আছে, তা নিশ্চিত করতে হবে। আন্তর্জাতিক মান এবং জাতীয় শ্রম আইন অনুসরণ নিশ্চিত করতে প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে, যাতে বিপজ্জনক এবং কম বয়সী শিশুশ্রম এড়ানো যায়। শিশুশ্রম-সংক্রান্ত যেকোনো সন্দেহজনক সমস্যা বা প্রশ্ন থাকলে তা শিশু সুরক্ষা বিশেষজ্ঞ বা সামাজিক সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের কাছে পাঠাতে হবে ⊕ *মানবিক কর্মকাণ্ডে শিশু সুরক্ষার জন্য ন্যূনতম মান (Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action-CPMS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

পেশাগত দক্ষতা: সাইট ও স্থান পরিকল্পনা, স্থানীয় নির্মাণকৌশল, ক্ষতি নিরূপণ (যাচাই), ধ্বংস ও ধ্বংসাবশেষ অপসারণ, নির্মাণ, সাইট ব্যবস্থাপনা, বিদ্যমান ভবনের অবস্থা নিরূপণ (যাচাই) এবং বাসস্থানের নিরাপত্তার মতো বিষয়ে পরামর্শ প্রদান করতে হবে। এর মাধ্যমে নিশ্চিত করা যাবে যে আশ্রয়কেন্দ্রগুলো নির্ধারিত মান অনুযায়ী তৈরি হচ্ছে। উপকরণ এবং শ্রমবাজার সম্পর্কে জ্ঞানও সহায়ক হবে, পাশাপাশি আইনগত ও প্রশাসনিক সহায়তাও গুরুত্বপূর্ণ ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৬: বাসস্থানের নিরাপত্তা দেখুন।*

বিল্ডিং কোড মেনে চলা: স্থানীয় বা জাতীয় বিল্ডিং কোড সাধারণত অনুসরণ বা প্রয়োগ করা হয় কি না, তা খুঁজে বের করতে হবে। যদি না করা হয়, তাহলে এই বিল্ডিং কোড ব্যবহার এবং মেনে চলার জন্য উদ্যোগ নিতে হবে। এই কোডগুলোতে স্থানীয় ঘর নির্মাণ সংস্কৃতি, আবহাওয়া, উপলব্ধ সম্পদ, নির্মাণ ও রক্ষণাবেক্ষণের সক্ষমতা, প্রবেশযোগ্যতা এবং খরচের ক্ষমতা প্রতিফলিত হতে হবে। নিশ্চিত করতে হবে যে আশ্রয় কর্মসূচি পরিবারগুলোকে সম্মত বিধি ও মান পূরণে অথবা ধীরে ধীরে সম্মতি অর্জনে সুযোগ দেয়, বিশেষ করে সেই কর্মসূচিগুলো যেখানে আশ্রয়ের চাহিদা পূরণের জন্য নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা প্রদান করা হচ্ছে। যেখানে কোনো বিদ্যমান মান নেই সেখানে তাদের নিরাপত্তা ও কর্মক্ষমতার চাহিদা পূরণ করতে স্থানীয় কর্তৃপক্ষ এবং সংশ্লিষ্ট অংশীদারদের (যেখানে সম্ভব, ক্ষতিগ্রস্ত মানুষসহ) সহযোগিতায় ন্যূনতম মান স্থাপন করতে হবে।

কারিগরি সক্ষমতা বৃদ্ধি: ক্ষতিগ্রস্ত জনগণ, স্থানীয় কর্তৃপক্ষ, স্থানীয় নির্মাণ পেশাজীবী, দক্ষ ও অদক্ষ শ্রমিক, বাড়িওয়ালা, আইনবিশেষজ্ঞ এবং স্থানীয় অংশীদারদের মধ্যে প্রশিক্ষণ ও সচেতনতা বৃদ্ধির মাধ্যমে জনগোষ্ঠীর সক্ষমতা বৃদ্ধি করতে হবে।

মৌসুমি বা একই সংকট বারবার দেখা দেওয়ার ঝুঁকি রয়েছে এমন এলাকায়, উপযুক্ত স্থানীয় সমাধান বা সর্বোত্তম চর্চার অভিজ্ঞতা রয়েছে এমন কারিগরি বিশেষজ্ঞ এবং স্থানীয় বিশেষজ্ঞদের সম্পৃক্ত করতে হবে। এই ব্যক্তিরা নকশা ও নির্মাণপদ্ধতি সম্পর্কে পরামর্শ দিতে পারে এবং উন্নত সমাধানে সহায়তা করতে পারেন।

উপকরণের উৎস: যেখানে উপযুক্ত নির্মাণ উপকরণ দ্রুত সরবরাহ করা সম্ভব, সেখানে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণ নিজেরাই আশ্রয়কেন্দ্র নির্মাণ করতে পারে। এই আশ্রয় সমাধানগুলো পৃথক উপাদান বা পূর্বনির্ধারিত কিটের (উপকরণ) মাধ্যমে হতে পারে, যেখানে উপযুক্ত নির্মাণ সরঞ্জামও থাকবে। উপকরণ নির্বাচনের আগে একটি দ্রুত বাজার নিরূপণ (যাচাই) ও বিশ্লেষণ এবং পরিবেশগত প্রভাব মূল্যায়ন করতে হবে।

স্থানীয়ভাবে উপকরণ সংগ্রহ করলে স্থানীয় অর্থনীতি, শ্রমশক্তি অথবা প্রাকৃতিক পরিবেশের ওপর প্রভাব পড়তে পারে। কিছু পরিস্থিতিতে, যথাযথ মানের উপকরণ স্থানীয়ভাবে পাওয়া না-ও যেতে

পারে। এই ধরনের পরিস্থিতিতে বিকল্প উপকরণ বা উৎপাদন প্রক্রিয়া বা বাণিজ্যিক আশ্রয়ব্যবস্থা ব্যবহার করা যেতে পারে, তবে স্থানীয় সংস্কৃতির সাথে অপরিচিত উপকরণ ব্যবহারের প্রভাব বিবেচনা করতে হবে। স্থানীয় শ্রমিক এবং শিশুদের শোষণের মাধ্যমে তৈরি হয়েছে এমন উপকরণ ব্যবহার এড়িয়ে চলতে হবে।

নিরাপদ সরকারি ভবন: স্কুল এবং স্বাস্থ্যকেন্দ্রের মতো অস্থায়ী ও স্থায়ী সরকারি ভবন নির্মাণ বা মেরামত করতে হবে, যাতে এগুলো জনস্বাস্থ্যের ঝুঁকি সৃষ্টি না করে এবং দুর্যোগ সহনশীল হয়। এ ধরনের স্থাপনাগুলো অবশ্যই বিল্ডিং কোড এবং অনুমোদন প্রক্রিয়ার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। চলাফেরা ও যোগাযোগে বাধার মুখোমুখি হয় এমন ব্যক্তিসহ (সম্ভব হলে, প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের প্রতিনিধিত্ব করে এমন সংস্থাগুলোর সাথে সমন্বয় করতে হবে) সবার জন্য নিরাপত্তা এবং প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করতে হবে। এ ধরনের ভবন মেরামত এবং নির্মাণ বিষয়ে সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের সাথে পরামর্শ করতে হবে। একটি সাশ্রয়ী খরচে পরিচালনা এবং রক্ষণাবেক্ষণ কৌশল প্রণয়ন করতে হবে।

ক্রয় এবং নির্মাণ ব্যবস্থাপনা: একটি নির্মাণ সময়সূচি তৈরি করতে হবে, যেখানে কাজ শুরু ও শেষ হওয়ার তারিখ এবং বাস্তুচ্যুত মানুষের স্থানান্তরের তারিখ ও সময়কালসহ বিস্তারিত পরিকল্পনা বা টাইমলাইন থাকবে। নির্মাণকাজ মালিক বা কোনো ঠিকাদার প্রতিষ্ঠান, যেই পরিচালনা করুক না কেন, এটি সবার জন্য প্রযোজ্য হবে। সময়সূচিতে ঋতুভিত্তিক আবহাওয়ার সম্ভাব্য শুরুর সময় উল্লেখ করতে হবে এবং অনাকাঙ্ক্ষিত বা অপ্রত্যাশিত ঘটনার জন্য একটি জরুরি বা আপৎকালীন পরিকল্পনাও অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। সম্পদ, শ্রম ও সাইট তদারকির জন্য একটি নির্মাণ ব্যবস্থাপনা এবং পর্যবেক্ষণব্যবস্থা প্রতিষ্ঠা করতে হবে। এতে পুরো প্রক্রিয়াজুড়ে উপকরণের উৎস নির্ধারণ, ক্রয়, পরিবহন, পরিচালনা এবং প্রশাসনিক বিষয়গুলো বিবেচনায় নিতে হবে।

সম্ভব যতটা স্থানীয় শ্রমিক বেশি নিয়োগ করতে হবে, যাতে তাদের দক্ষতা বৃদ্ধি পায় এবং ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ জীবিকা সহায়তা পায়। নির্দিষ্ট কাজ সম্পাদনের জন্য বিশেষজ্ঞ পেশাদারদের (প্রকৌশলী, স্থপতি, নগর নকশাবিদ, চুক্তি ব্যবস্থাপক বা আইনজীবী) নিয়োগ করতে হবে।

পরিবেশগত উদ্বেগের বিষয়গুলো সমাধান হয়েছে, তা নিশ্চিত করতে হবে। উদ্ধারকৃত উপকরণের মালিকানা ও মান নিশ্চিত করা গেলে, সামাজিকভাবে গ্রহণযোগ্য উপায়ে সেগুলোর পুনর্ব্যবহারের জন্য উৎসাহিত করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭: টেকসই পরিবেশ দেখুন।*

উন্নয়ন ও রক্ষণাবেক্ষণ: প্রাথমিক আশ্রয় সাড়াদানে সাধারণত ন্যূনতম মানের ছাউনিযুক্ত বা ঘেরা বসবাসের স্থানের সুবিধা প্রদান করতে হবে। তবে প্রাথমিক নির্মাণ পদ্ধতি ও উপকরণ এমন হওয়া উচিত যাতে পরিবারগুলো পরবর্তীকালে তাদের দীর্ঘমেয়াদি প্রয়োজন অনুযায়ী আশ্রয়টিকে রক্ষণাবেক্ষণ, পরিবর্তন বা উন্নয়ন করতে পারে। সম্ভব হলে পরিবর্তন বা উন্নয়নের কাজগুলো নিরাপদভাবে এবং স্থানীয়ভাবে সহজলভ্য, পরিচিত এবং সাশ্রয়ী সরঞ্জাম ও উপকরণ ব্যবহার করে করা উচিত।

গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক ব্যবহারযোগ্য সরঞ্জাম: গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক ব্যবহৃত সরঞ্জাম ও উপকরণ কীভাবে ব্যবহার, রক্ষণাবেক্ষণ ও নিরাপদে সংরক্ষণ করা যাবে, এ বিষয়ে নির্দেশনা ও পদ্ধতি প্রণয়ন করতে হবে।

৬. বাসস্থানের নিরাপত্তা

বাসস্থানের নিরাপত্তা বলতে বোঝায় যেখানে মানুষ তাদের ঘরে বা আবাসস্থলে কোনো ধরনের জোরপূর্বক উচ্ছেদের ভয় ছাড়াই বসবাস করতে পারে এবং তা গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন পরিস্থিতি, অনানুষ্ঠানিক আবাসন ব্যবস্থা, আশ্রয়দানকারী আবাসন অথবা ফিরে আসার পর যেখানেই হোক না কেন। এটি পর্যাপ্ত বাসস্থানের অধিকার এবং অন্যান্য মানবাধিকারের ভিত্তি। মানবিক সাড়াদান প্রেক্ষাপটে, ধাপে ধাপে বা পর্যায়ক্রমিক (incremental) পদ্ধতি সবচেয়ে কার্যকর হতে পারে। এটি স্বীকৃত যে, ধীরে ধীরে বিভিন্ন ধরনের বাসস্থান-সহযোগিতার মাধ্যমে বাস্তুচ্যুত মানুষদের জীবনযাত্রার মান উন্নয়নে সহায়তা করা যেতে পারে। এর অর্থ এই নয় যে কেবল বাড়ির মালিকদেরই এই সহায়তা দেওয়া হবে এবং এটি স্থায়িত্ব বা সম্পত্তির মালিকানা নিশ্চিত করে এমনও না। আশ্রয় প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান বা কর্মীরা বুঝতে চেষ্টা করছে যে, সবচেয়ে দুর্বল জনগোষ্ঠী এবং বাসস্থানের নিরাপত্তাহীন মানুষদের জন্য "যথেষ্ট নিরাপদ" (secure enough) অবস্থান কেমন হওয়া উচিত। যথাযথ পরীক্ষা-নিরীক্ষা এবং "যথেষ্ট নিরাপদ" ধারণা সম্পর্কে আরও জানতে ⊕ *তথ্যসূত্রসমূহ: Payne and Durand-Lasserve (2012) দেখুন।*

আশ্রয় এবং আবাসন মান: ৬
বাসস্থানের নিরাপত্তা

ক্ষতিগ্রস্ত জনগণ তাদের আশ্রয় এবং আবাসনের বিকল্পে বাসস্থানের নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে সক্ষম।

প্রধান করণীয়সমূহ

১ কার্যক্রম নকশা ও বাস্তবায়নে যথাযথ পরীক্ষা-নিরীক্ষা (due diligence) নিশ্চিত করতে হবে।

- প্রেক্ষাপট ও সীমাবদ্ধতা বিবেচনায় নিয়ে, ভোগদখলস্বত্ব বিষয়ে যতটা সম্ভব আইনি নিশ্চয়তা নিশ্চিত করতে হবে ("যথেষ্ট নিরাপদ" পদ্ধতি অনুসরণ করতে হবে)।
- স্থানীয় কর্তৃপক্ষ, আইনজীবী/আইনবিশেষজ্ঞ এবং আন্তঃসংস্থার ফোরামের সঙ্গে সমন্বয় করে কাজ করতে হবে।

২. আইনি কাঠামো এবং বাস্তব পরিস্থিতি বুঝতে হবে।

- সংকট-পরবর্তী বিভিন্ন আশ্রয় ও আবাসন পরিস্থিতিতে যে ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থা, বাসস্থানের নিরাপত্তা ব্যবস্থা এবং চুক্তি প্রচলিত আছে, তা চিহ্নিত বা মানচিত্রায়ণ করতে হবে; এসব ব্যবস্থা কীভাবে সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীগুলোর ওপর প্রভাব ফেলে, তা শনাক্ত করতে হবে।
- কোন বিধিবিধান কার্যকর হবে আর কোনগুলো হবে না এবং সেগুলোর সময়সীমা বুঝতে স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সঙ্গে কাজ করতে হবে।
- ভোগদখলস্বত্ব সম্পর্কিত বিষয়গুলো কীভাবে পরিচালিত হয় এবং বিরোধগুলো কীভাবে সমাধান করা হয়, এবং সংকট শুরুর পর থেকে এসব প্রক্রিয়া কীভাবে পরিবর্তিত হয়েছে তা বোঝা জরুরি।

৩. জমি ও ভোগদখল পদ্ধতি, ব্যবস্থা এবং প্রচলিত নিয়মগুলো কীভাবে ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর বাসস্থানের নিরাপত্তাকে প্রভাবিত করে, তা বুঝতে হবে।

- বাসস্থানের নিরাপত্তাকে ঝুঁকির অন্যতম সূচক হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
- একটি কর্মসূচিতে অংশগ্রহণকারী মানুষের কী কী কাগজপত্র প্রয়োজন হতে পারে, তা জানতে হবে। মনে রাখতে হবে, সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ ব্যক্তিদের কাছে এসব নথিপত্র না-ও থাকতে পারে বা তারা সেগুলো সহজে সংগ্রহ করতে না-ও পারে।
- সাড়াদান পদ্ধতি যেন শুধু জমির মালিক বা নিজ বাসস্থানে বসবাসকারী (owner-occupier) বা নিঃশর্ত মালিকানায় (freehold) থাকা ব্যক্তিদের পক্ষে একতরফা হয়ে না পড়ে তা নিশ্চিত করতে হবে।

৪. বাসস্থানের নিরাপত্তা নিশ্চিত করার জন্য আশ্রয় এবং আবাসন কর্মসূচি বাস্তবায়ন করতে হবে।

- স্থানীয় বিশেষজ্ঞদের সহায়তায় বিভিন্ন ধরনের ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থার সাথে মানিয়ে কর্মসূচি সাজাতে হবে, বিশেষ করে ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীর জন্য।
- সব নথি, যেমন ভোগদখলস্বত্ব-সংক্রান্ত চুক্তিপত্র সঠিকভাবে প্রস্তুত করতে হবে এবং এতে সংশ্লিষ্ট সবার অধিকার স্পষ্টভাবে উল্লেখ আছে কি না, তা নিশ্চিত করতে হবে।
- কর্মসূচি যাতে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ ও আশপাশের কমিউনিটির (স্থানীয় জনগোষ্ঠীর) মধ্যে কোনো বিরোধ বা উত্তেজনা সৃষ্টি করতে না পারে, এমন ঝুঁকি কমানোর ব্যবস্থা নিতে হবে।

৫. বলপ্রয়োগে উচ্ছেদ থেকে সুরক্ষা প্রদান করা।

- উচ্ছেদ হওয়ার ঘটনা ঘটলে বা উচ্ছেদের ঝুঁকি থাকলে, বিকল্প আশ্রয়ের ব্যবস্থা এবং অন্যান্য খাতভিত্তিক সহায়তা পাওয়ার জন্য সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানে রেফার (পাঠানো) করতে হবে।
- বিরোধ নিষ্পত্তিতে সহায়তা করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

নির্দিষ্ট কোনো সহায়তা কর্মসূচির পুরো সময়কাল জুড়ে তাদের আশ্রয় এবং আবাসন ব্যবস্থার জন্য বাসস্থানের নিরাপত্তা রয়েছে, এমন আশ্রয়প্রাপ্তদের শতকরা হার

তাদের আশ্রয় বিকল্পের জন্য বাসস্থানের নিরাপত্তার অধিকার নিশ্চিত করার জন্য উপযুক্ত চুক্তি রয়েছে, এমন আশ্রয়প্রাপ্তদের শতকরা হার

ভোগদখলস্বত্ব-সংক্রান্ত সমস্যার সম্মুখীন এমন আশ্রয়গ্রহীতাদের মধ্যে যারা স্বতন্ত্রভাবে বা রেফারেলের মাধ্যমে আইনগত সেবা এবং/অথবা বিরোধ নিষ্পত্তি ব্যবস্থায় প্রবেশাধিকার পেয়েছে, তাদের শতকরা হার

- ⊕ সুরক্ষা নীতিমালা ৪ দেখুন।

নির্দেশিকাসমূহ

ভোগদখলস্বত্ব (Tenure) বলতে বোঝায় বাসস্থান ও জমি-সম্পর্কিত গোষ্ঠী বা ব্যক্তিদের মধ্যে সম্পর্ক, যা সংবিধিবদ্ধ আইন, প্রথাগত আইন, অনানুষ্ঠানিক বা ধর্মীয় ব্যবস্থার মাধ্যমে প্রতিষ্ঠিত হয়। ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থা নির্ধারণ করে কে কোন সম্পদ কতদিন এবং কোন শর্তে ব্যবহার করতে পারবে।

ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থার বিভিন্ন ধরন রয়েছে–পূর্ণ মালিকানা, নিয়মিত ভাড়ার চুক্তি থেকে শুরু করে জরুরি বাসস্থান এবং অনানুষ্ঠানিকভাবে জমি দখলের মতো ব্যবস্থা পর্যন্ত। ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থার ধরন যা-ই হোক না কেন, সকল মানুষেরই বাসস্থান, জমি এবং সম্পত্তি-সম্পর্কিত অধিকার বজায় থাকে। অনানুষ্ঠানিক আবাসন অঞ্চলে বসবাসকারীরা, যারা প্রায়ই অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত, হয়তো জমি ব্যবহারের আইনি অধিকার রাখে না, তবুও তাদের যথাযথ বাসস্থান এবং জোরপূর্বক উচ্ছেদ থেকে সুরক্ষার অধিকার রয়েছে। যথাযথ বাসস্থানের নিরাপত্তা প্রতিষ্ঠিত আছে কি না তা নির্ধারণের জন্য, যেমন বাসস্থানের ভোগদখল-সংক্রান্ত নথি এবং সংস্থা কর্তৃক প্রয়োগকৃত যথাযথ যাচাই-বাছাই (due diligence) পদ্ধতির তথ্য প্রয়োজন।

বাসস্থানের নিরাপত্তা (Security of tenure) পর্যাপ্ত বাসস্থান অধিকারের একটি অবিচ্ছেদ্য অংশ। এটি মানুষকে জোরপূর্বক উচ্ছেদ, হয়রানি এবং অন্যান্য হুমকি থেকে আইনি সুরক্ষার নিশ্চয়তা প্রদান করে এবং মানুষকে তাদের ঘরে নিরাপদে, শান্তিতে এবং মর্যাদার সাথে বসবাস করার সুযোগ দেয়। নারীসহ সকল মানুষেরই বাসস্থানের নিরাপত্তার অধিকার থাকা উচিত। বিরোধ সমাধানের প্রক্রিয়াসহ বাসস্থানের ভোগদখলস্বত্ব সম্পর্কগুলো কীভাবে পরিচালিত হয় ও চর্চা হয় এবং সংকট শুরু হওয়ার পর কীভাবে পরিবর্তিত হতে পারে, তা বোঝা জরুরি। বাসস্থানের নিরাপত্তা মূল্যায়নের জন্য ব্যবহৃত তথ্যের মধ্যে থাকতে পারে বিরোধের সংখ্যা, উচ্ছেদের হার এবং মানুষদের মধ্যে বাসস্থানের নিরাপত্তা সম্পর্কে ধারণা।

পর্যায়ক্রমিক বা ধাপে ধাপে ভোগদখলস্বত্ব (Incremental tenure): বাসস্থানের নিরাপত্তা শক্তিশালী করার সবচেয়ে কার্যকর উপায়গুলোর একটি হলো বিদ্যমান ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থার ওপর ভিত্তি করে কাজ করা, যা সামাজিক দিক থেকে সব স্তরের বৈধতা পেয়েছে ⊕ *তথ্যসূত্র: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model, and Payne and Durand-Las serve (২০১২) দেখুন।*

নগরসংক্রান্ত বিবেচনাসমূহ: শহর এলাকার বাস্তুচ্যুতদের অধিকাংশই কোনো বৈধ মালিকানা, ইজারা অথবা চুক্তি ছাড়াই বিধিবহির্ভূত আবাসন ব্যবস্থায় বা ভাড়া করা বাসস্থানে বসবাস করে। তাই জোরপূর্বক উচ্ছেদ এবং এই সম্পর্কিত ঝুঁকি, শোষণ ও হয়রানি তাদের জীবনে উল্লেখযোগ্য ঘটনা হয়ে উঠতে পারে। শহর এলাকায় আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তার পরিকল্পনায় জটিল ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থাসংক্রান্ত পরিস্থিতি বিবেচনা করতে হবে এবং ভাড়াটিয়া, বিধিবহির্ভূত আবাসন স্থাপনকারী, বেআইনিভাবে ভূমি দখলকারী ও অন্যান্যদের জন্য পর্যায়ক্রমিক ভোগদখলস্বত্ব পদ্ধতি বিবেচনায় রাখা উচিত।

ক্ষতি না করা: কিছু প্রেক্ষাপটে, মানবিক আশ্রয় সাড়াদান কর্মসূচির ফলে সংবেদনশীল বা ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীগুলো উচ্ছেদের মুখোমুখি হতে পারে। অন্যদিকে বাসস্থানের নিরাপত্তাসংক্রান্ত সমস্যায় বেশি গুরুত্বরোপ দুর্বল বা ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর উচ্ছেদের ঝুঁকি বাড়াতে পারে। যথাযথ যাচাই-বাছাই (due diligence) পদ্ধতির মাধ্যমে বিভিন্ন গোষ্ঠী সম্মুখীন হচ্ছে এমন বাসস্থানের নিরাপত্তাঝুঁকি চিহ্নিত করতে সাহায্য করবে। কিছু ক্ষেত্রে যদি বাসস্থানের নিরাপত্তাঝুঁকিগুলো খুব বেশি হয়, তবে সেখানে কোনো কার্যক্রম না নেওয়ায় সবচেয়ে নিরাপদ হতে পারে।

উচ্ছেদের সাধারণ কারণসমূহ: উচ্ছেদের হুমকি সাধারণত বিভিন্ন জটিল কারণে উদ্ভূত হয়, যার অধিকাংশই শোষণ এবং নির্যাতনের কারণ হিসাবে কাজ করে।

এগুলোর মধ্যে রয়েছে:

- ভাড়া পরিশোধ করতে না পারা, যা প্রায়ই জীবিকার ওপর বিধিনিষেধ থাকার কারণে হয়, যেমন কাজ করার অধিকার;
- মালিকের সাথে লিখিত ভাড়া/ইজারা চুক্তি না থাকা, ফলে মানুষ মূল্যবৃদ্ধি (ভাড়া বৃদ্ধি) এবং উচ্ছেদের ঝুঁকিতে পড়ে;
- বাড়িওয়ালা বা জমির মালিকের সাথে বিরোধ;
- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের প্রতি বৈষম্য;
- বাসস্থান পরিবেশ উন্নয়নের ওপর বিধিনিষেধ, নির্মাণ-অনুমতি লঙ্ঘনকারীরা প্রতিনিয়ত উচ্ছেদের হুমকির মুখে থাকে;
- নির্মাণযোগ্য এলাকার ব্যবহারকারী বা বসবাসকারীরা প্রশাসনের কাছে তাদের অবস্থান বা অধিকার নিয়ম অনুযায়ী বৈধভাবে নথিভুক্ত করতে সক্ষম হয় না;
- যে বাসস্থান লেনদেনগুলো পরম্পরা বা ধর্মীয় নিয়মে হয়, সেগুলো আইনের চোখে স্বীকৃত নয় বা আইনের অধীনে হওয়া লেনদেনগুলোকে পরম্পরা/ধর্মীয় নিয়ম স্বীকৃতি দেয় না;
- নারীদের ক্ষেত্রে: বিবাহবিচ্ছেদ, ঘনিষ্ঠ সঙ্গীর সহিংসতা এবং অন্যান্য ধরনের পারিবারিক সহিংসতা অথবা স্বামীর মৃত্যু;
- নারীদের নাগরিক দলিলের অভাব (তারা তাদের পিতা বা স্বামীর কাগজপত্রে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে) এবং অন্যান্য সংখ্যালঘু বা বৈষম্যের শিকার গোষ্ঠীর ক্ষেত্রে নাগরিক কাগজপত্রের ঘাটতি এবং
- মা/বাবা/অভিভাবকের মৃত্যু।

উচ্ছেদ এবং পুনর্বাসন: বসবাসকারীদের স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা প্রদান করতে প্রাকৃতিক দুর্যোগ, পরিবেশগত ঝুঁকি বা পরিবেশের গুরুত্বপূর্ণ সম্পদ রক্ষায় পুনর্বাসন মানবাধিকার আইনের সাথে সংগতিপূর্ণ হতে পারে। তবে, প্রকৃত ঝুঁকি না থাকলে বা অন্য বিকল্প থাকলেও জনস্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা বা পরিবেশ সংরক্ষণের জন্য থাকা নিয়মকানুনকে উচ্ছেদের জন্য ব্যবহার করা আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইনের বিরুদ্ধে।

৭. টেকসই পরিবেশ

টেকসই পরিবেশ এমন দায়িত্বশীল কার্যক্রমকে নির্দেশ করে, যা ভবিষ্যৎ প্রজন্মের নিজস্ব চাহিদা মেটানোর সক্ষমতার সঙ্গে আপস না করেই বর্তমানের চাহিদা পূরণ করে। স্বল্প মেয়াদে পরিবেশসংক্রান্ত সমস্যাগুলোকে উপেক্ষা করলে মানুষকে আগের অবস্থায় ফিরিয়ে আনার প্রক্রিয়া ব্যাহত হতে পারে; এবং তাতে বিদ্যমান সমস্যা আরো গুরুতর হতে পারে বা নতুন সমস্যা সৃষ্টি হতে পারে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ এবং মানবিকতার মূলমান অংগীকারসমূহ ৩ ও ৯ দেখুন।*

আশ্রয় এবং আবাসন মান ৭
টেকসই পরিবেশ

আশ্রয় এবং আবাসন সহায়তা প্রাকৃতিক পরিবেশের ওপর যেকোনো কর্মসূচির নেতিবাচক প্রভাব কমায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সকল আশ্রয় এবং আবাসন পরিকল্পনায় পরিবেশগত প্রভাব নিরূপণ (যাচাই) এবং ব্যবস্থাপনা একীভূত করতে হবে।

- সংকটের পরিবেশগত প্রভাব ও আশ্রয় এবং আবাসনের বিকল্পগুলোর সঙ্গে যুক্ত পরিবেশগত ঝুঁকি ও দুর্বলতা মূল্যায়ন করতে হবে, যাতে নেতিবাচক প্রভাব কমানো যায়।
- কার্যক্রম এবং পর্যবেক্ষণ প্রক্রিয়ায় একটি পরিবেশ ব্যবস্থাপনা পরিকল্পনা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

২. সম্ভাব্য বিকল্পগুলোর মধ্যে সবচেয়ে টেকসই উপকরণ এবং নির্মাণকৌশল নির্বাচন করতে হবে।

- এমন উপকরণ ও কৌশল বেছে নিতে হবে, যা স্থানীয় প্রাকৃতিক সম্পদের ক্ষয় না করে বা দীর্ঘমেয়াদি পরিবেশগত ক্ষতির সৃষ্টি না করে।
- ধ্বংসাবশেষসহ, সহজলভ্য উপকরণগুলো উদ্ধার এবং পুনরায় ব্যবহার, পুনর্ব্যবহার অথবা ভিন্নভাবে ব্যবহার করতে হবে।

৩. সব আবাসন-ব্যবস্থায় একটি নিরাপদ, সময়মতো, সাংস্কৃতিকভাবে সংবেদনশীল এবং পরিবেশগতভাবে টেকসই উপায়ে কঠিন বর্জ্য পরিচালনা করতে হবে।

- টেকসই বর্জ্য ব্যবস্থাপনা পদ্ধতি প্রতিষ্ঠা বা পুনঃপ্রতিষ্ঠা করার জন্য ওয়াশ (WASH), স্বাস্থ্য, গণপূর্ত ও অন্যান্য কর্তৃপক্ষ, বেসরকারি খাত এবং সংশ্লিষ্ট অন্যান্য ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের সাথে সমন্বয় করতে হবে।

৪. নিরাপদ, নির্ভরযোগ্য, সাশ্রয়ী ও পরিবেশগতভাবে টেকসই জ্বালানি সরবরাহ-ব্যবস্থা প্রতিষ্ঠা, পুনঃস্থাপন এবং প্রচার করতে হবে।

- বিদ্যমান জ্বালানি সরবরাহ-ব্যবস্থাগুলো প্রাকৃতিক সম্পদ, দূষণ, স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার ওপর পরিবেশগত নেতিবাচক প্রভাব ফেলছে কি না, তা নির্ধারণ করতে হবে।

- যেকোনো নতুন বা সংশোধিত জ্বালানি সরবরাহ বিকল্পের ক্ষেত্রে ব্যবহারকারীর চাহিদা পূরণ নিশ্চিত করতে হবে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী প্রশিক্ষণ ও ফলোআপ বা পরবর্তী সহায়তা প্রদান করতে হবে।

৫. ব্যবহারের সময় ও পরবর্তী অবস্থায় কার্যক্রম পরিচালনাকারী স্থাপনাগুলোর (যেমন অস্থায়ী আবাসন) পরিবেশগত মান রক্ষা, পুনরায় আগের অবস্থায় নিয়ে আসা এবং উন্নত করতে হবে।

- প্রতিটি সাইটের পরিবেশগত অবস্থা ও স্থানীয় প্রাকৃতিক সম্পদ সম্পর্কে প্রাথমিক মূল্যায়ন করতে হবে এবং পূর্বে কোনো বাণিজ্যিক বা শিল্পকারখানা থাকলে সেগুলো থেকে সৃষ্ট পরিবেশগত ঝুঁকিও চিহ্নিত করতে হবে।
- এলাকা থেকে যেকোনো তাৎক্ষণিক ও স্পষ্ট ঝুঁকি দ্রুত সরিয়ে ফেলতে হবে এবং পরিবেশের বড় ধরনের ক্ষতি হয়ে থাকলে তা ঠিক করতে হবে। একই সঙ্গে প্রাকৃতিক গাছপালা অপসারণ এবং স্বাভাবিক জলপ্রবাহে ব্যাঘাত ঘটানো যতটা সম্ভব কম রাখতে হবে।
- এমনভাবে সাইটটি রেখে যেতে হবে, যাতে স্থানীয় মানুষ তা সাথে সাথেই ব্যবহার করতে পারে এবং সম্ভব হলে যেন আগের চেয়ে আরও ভালো অবস্থায় রাখা হয়।

প্রধান সূচকসমূহ

পূর্বে পরিবেশগত পর্যালোচনা করা হয়েছে এমন আশ্রয় এবং আবাসন কার্যক্রমের শতকরা হার

পরিবেশ ব্যবস্থাপনা এবং পর্যবেক্ষণ পরিকল্পনায় দেওয়া সুপারিশগুলো থেকে বাস্তবায়িত সুপারিশের সংখ্যা

ক্রয়পদ্ধতি এবং কম কার্বন নির্গমনযুক্ত উপকরণসমূহ ব্যবহার করে নির্মিত আশ্রয়কেন্দ্রের শতকরা হার

পুনরায় ব্যবহার, ভিন্ন উদ্দেশ্যে ব্যবহার বা পুনর্ব্যবহারের জন্য সাইটে থাকা কঠিন বর্জ্যের শতকরা হার

- লক্ষ্যমাত্রা > আয়তনের দিক থেকে ৭০ শতাংশ (পরিমাণের ভিত্তিতে ৭০ শতাংশের বেশি)

পূর্বের চেয়েও ভালো পরিবেশগত অবস্থায় পুনঃস্থাপন করা হয়েছে, এমন অস্থায়ী আবাসন সাইটের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

পরিবেশগত প্রভাব নিরূপণ (যাচাই) তিনটি উপাদান নিয়ে গঠিত: যে স্থানীয় পরিবেশের ওপর নিরূপণ (যাচাই) করা হচ্ছে, তার একটি প্রাথমিক বা বেজলাইন বর্ণনা; প্রস্তাবিত কার্যক্রমটি কী এবং সেটি পরিবেশের জন্য কী ধরনের ঝুঁকি তৈরি করতে পারে, সে সম্পর্কে স্পষ্ট ধারণা; এবং সেই ঝুঁকি বাস্তবায়িত হলে তার সম্ভাব্য পরিণতি কী হতে পারে, তার পরিণতি সম্পর্কে অনুধাবন করা।

এ ধরনের নিরূপণের (যাচাই) ক্ষেত্রে যথাযথ পরিবেশ-সম্পর্কিত সংস্থার সাথে পরামর্শ করা সহায়ক হতে পারে। পরিবেশগত প্রভাব নিরূপণের (যাচাই) বিবেচ্য মূল বিষয়গুলো হলো:

- সংকটের আগে স্থানীয় প্রাকৃতিক সম্পদ, যেমন জ্বালানি ও নির্মাণ উপকরণ, পানি সংগ্রহের ব্যবস্থা এবং বর্জ্য ব্যবস্থাপনা কীভাবে ব্যবহার করা হতো;

- স্থানীয়ভাবে কতটুকু প্রাকৃতিক সম্পদ রয়েছে এবং সংকট সেই সম্পদের ওপর কী ধরনের প্রভাব ফেলেছে;
- সামাজিক, অর্থনৈতিক ও সাংস্কৃতিক বিষয় (যার মধ্যে লিঙ্গভিত্তিক ভূমিকা অন্তর্ভুক্ত) যা সাড়াদানের টেকসই ব্যবহারকে প্রভাবিত করতে পারে এবং সামগ্রিকভাবে এর কার্যকারিতা ও দক্ষতা বাড়াতে পারে।

উপকরণের উৎস: পানি, কাঠ, বালি, মাটি ও ঘাস এবং ইট ও টাইলস পোড়ানো জন্য জ্বালানির মতো প্রাকৃতিক সম্পদ সংগ্রহ করার সময় তার পরিবেশগত প্রভাব সম্পর্কে সচেতন হতে হবে। একাধিক উৎস থেকে উপকরণ সংগ্রহকে উৎসাহিত করতে হবে, ধ্বংসাবশেষ থেকে উপকরণসমূহের পুনরায় ব্যবহার এবং বিকল্প উপকরণ তৈরি করাকে প্রাধান্য দিতে হবে। টেকসই নির্মাণ উপকরণ উৎপাদনের একটি ভালো উপায় হতে পারে পুনরায় বনায়ন করা (reforestation)। প্রাপ্তবয়স্ক এবং শিশুদের শোষণের মাধ্যমে তৈরি হয়েছে এমন উপকরণ ব্যবহার এড়িয়ে চলতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন।*

সাইট নির্বাচন: সাইট নির্বাচনের ক্ষেত্রে পরিবেশগত প্রভাব নিরূপণে (যাচাই) ফলাফলকে বিবেচনায় নিতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, বিদ্যমান অবকাঠামোর কাছাকাছি আবাসন স্থাপন করলে নতুন অবকাঠামো নির্মাণের সাথে সম্পর্কিত পরিবেশগত প্রভাব কমানো যেতে পারে। জলবায়ু-সংক্রান্ত ঝুঁকির সম্ভাবনাও বিবেচনা করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন।*

মাটির ক্ষয়: মাটি স্থিতিশীল রাখতে ও সর্বাধিক ছায়া পেতে এবং জলবায়ুর সুরক্ষা বাড়াতে গাছপালা ও অন্যান্য উদ্ভিদ সংরক্ষণ করতে হবে। রাস্তা, পথ এবং পানি নির্গমন-ব্যবস্থার মতো স্থাপনার ক্ষেত্রে জমির প্রাকৃতিক ঢাল বা কাঠামো ব্যবহার করলে মাটির ক্ষয় ও বন্যার ঝুঁকি কমে। প্রয়োজন হলে মাটির ক্ষয় রোধে পানি নির্গমনের কৃত্রিম জলপথ বা ড্রেনেজ খাল; রাস্তার নিচে পাইপযুক্ত পানি নির্গমন-ব্যবস্থা স্থাপন অথবা মাটির পাড় স্থাপন করতে হবে। ঢাল ৫ শতাংশের বেশি হলে সেখানে অতিরিক্ত ভাঙন রোধে প্রকৌশলব্যবস্থা (প্রযুক্তিগত বা নির্মাণসম্পর্কিত ব্যবস্থা) প্রয়োগ করতে হবে।

ধ্বংসাবশেষ ব্যবস্থাপনা এবং বর্জ্যের পুনরায় ব্যবহার অথবা ভিন্ন উদ্দেশ্যে ব্যবহার: সংকটের পরপরই ধ্বংসাবশেষ ব্যবস্থাপনা পরিকল্পনা করলে উদ্ধারকৃত ধ্বংসাবশেষ সংগ্রহ করে পুনরায় ব্যবহার, ভিন্ন উদ্দেশ্যে বা নতুন কাজে ব্যবহার অথবা নিরাপদ অপসারণ করা সহজ হয়।

মানবিক সহায়তা কার্যক্রমে পরিবেশে পাওয়া কঠিন বর্জ্য পুনরায় ব্যবহার বা ভিন্ন উদ্দেশ্যে ব্যবহারের সুযোগ রয়েছে। তবে এটি সফলভাবে করতে হলে বর্জ্য ব্যবহারের প্রতি মানুষের সাংস্কৃতিক দৃষ্টিভঙ্গি এবং আলাদা করা উপকরণ কিনতে আগ্রহী ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের কাছাকাছি থাকা, দুটোই গুরুত্বপূর্ণ। মানবিক সহায়তা কার্যক্রমের বিভিন্ন উপকরণগুলোর সৃজনশীল পুনর্ব্যবহারেরও অনেক সুযোগ থাকে ⊕ *ওয়াশ মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.১ এবং ওয়াশ কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মানসমূহ ৫.১ ও ৫.৩ দেখুন।*

জ্বালানি: জ্বালানি ব্যবহার নিয়ে কাজ করার সময় জলবায়ু, বিদ্যমান প্রাকৃতিক সম্পদ, বাড়ির ভেতর এবং বাইরের দূষণ, স্বাস্থ্যের ওপর প্রভাব, নিরাপত্তা ও ব্যবহারকারীর পছন্দ ইত্যাদি বিষয় বিবেচনা করতে হবে। যেখানে সম্ভব, কর্মসূচিগুলোর মাধ্যমে পরিবারের জ্বালানির চাহিদা কমাতে হবে। জ্বালানির দক্ষ ব্যবহার নিশ্চিত করতে এমন নকশা, যেমন ভবনকে প্রাকৃতিকভাবে গরম বা ঠান্ডা

রাখার ব্যবস্থা এবং সৌরবাতির মতো কম জ্বালানি ব্যবহারকারী উপকরণ ব্যবহার করলে খরচ কমে এবং পরিবেশের ওপর চাপও হ্রাস পায় ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি মান ৫: সাধারণ খাদ্যনিরাপত্তা দেখুন।*

ক্ষতিগ্রস্ত জ্বালানি ব্যবস্থার কারণে জনগণের যে ঝুঁকি তৈরি হতে পারে, যেমন ভাঙা বৈদ্যুতিক লাইন, বা লিক করা গ্যাস সিলিন্ডার বা জ্বালানি, তেলের ট্যাংক, সেগুলো শনাক্ত করতে হবে। স্থানীয় সরকার এবং জ্বালানি সরবরাহকারীদের সঙ্গে সমন্বয় করে জ্বালানি সেবা পুনরুদ্ধার, সরবরাহ এবং রক্ষণাবেক্ষণ নিশ্চিত করতে হবে। নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে এবং দূষণ বা প্রাকৃতিক সম্পদের ওপর চাপ কমাতে ভর্তুকি বা অন্যান্য প্রণোদনাও বিবেচনা করা যেতে পারে।

প্রাকৃতিক সম্পদ ব্যবস্থাপনা: যেখানে প্রাকৃতিক সম্পদ সীমিত এবং সেখানে জনবসতি দ্রুত বেড়ে যাওয়ার সম্ভাবনা থাকে, সেখানে একটি সম্পদ ব্যবস্থাপনা পরিকল্পনা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। প্রয়োজন হলে বাইরের বিশেষজ্ঞদের পরামর্শ নিতে হবে। এই পরিকল্পনায় বাইরের উৎস থেকে জ্বালানি সংগ্রহ, গবাদিপ্রাণীর চারণভূমির ব্যবস্থা, কৃষি উৎপাদন বা প্রাকৃতিক সম্পদের ওপর নির্ভরশীল অন্যান্য আয়ের সুযোগ–এসব বিষয় অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। বড় আকারের, ভালোভাবে পরিচালিত আবাসন অনেক ছোট ছোট ছড়ানো-ছিটানো আবাসনের তুলনায় পরিবেশের জন্য বেশি টেকসই হতে পারে, কারণ ছোট আবাসনগুলো সাধারণত পরিচালনা ও নজরদারি করা কঠিন। তবে বড় আকারের গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন আবার আশপাশের আশ্রয়দানকারী জনগোষ্ঠীর ওপর প্রাকৃতিক সম্পদের চাপ বাড়াতে পারে। আশ্রয় প্রদানকারী সংস্থাগুলোকে সব সময় বিবেচনা করতে হবে যে তাদের কার্যক্রম স্থানীয় জনগোষ্ঠীর প্রাকৃতিক সম্পদের প্রয়োজন ও প্রাপ্যতার ওপর কী প্রভাব ফেলছে ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৯ এবং গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS) হ্যান্ডবুক দেখুন।*

শহর ও গ্রামীণ প্রেক্ষাপট: শহর এলাকার বাসিন্দাদের তুলনায় গ্রামীণ এলাকার মানুষ সাধারণত তাদের আশপাশের প্রাকৃতিক সম্পদের ওপর বেশি নির্ভরশীল। তবে শহরাঞ্চল কাঠ, বালি, সিমেন্ট, ইট এবং অন্যান্য প্রাকৃতিক নির্মাণ উপকরণের মতো বিপুল পরিমাণ সম্পদ ব্যবহার করে, যা অনেক বৃহৎ এলাকার প্রাকৃতিক সম্পদ থেকে সংগ্রহ করা হয়। শহরাঞ্চল বা বৃহৎ পরিসরের আশ্রয় কর্মসূচিতে বিপুল পরিমাণ নির্মাণ উপকরণ ব্যবহারের ক্ষেত্রে সচেতন ও তথ্যভিত্তিক সিদ্ধান্ত নেওয়া জরুরি, কারণ এসব কাজের পরিবেশগত প্রভাব কার্যক্রমের নির্দিষ্ট এলাকার বাইরেও অনেক দূর পর্যন্ত পৌঁছাতে পারে।

পরিশিষ্ট ১
আশ্রয় এবং আবাসন নিরূপণ (যাচাই) চেকলিস্ট

এই প্রশ্নসমূহের তালিকাটি একটি চেকলিস্ট হিসেবে ব্যবহৃত হয়, যাতে সংকট-পরবর্তী আশ্রয় এবং আবাসন সাড়াদানকে তথ্যভিত্তিক করার জন্য প্রয়োজনীয় উপযুক্ত তথ্য সংগ্রহ নিশ্চিত করবে। এই প্রশ্নসমূহ বাধ্যতামূলক নয়। প্রয়োজন অনুযায়ী ব্যবহার ও মানিয়ে নেওয়ার সুযোগ আছে।

সংকটের অন্তর্নিহিত কারণগুলোর তথ্য, নিরাপত্তা পরিস্থিতি, বাস্তুচ্যুতদের সাধারণ জনসংখ্যাবিষয়ক তথ্য ও যেকোনো আশ্রয় প্রদানকারী জনসংখ্যার তথ্য এবং পরামর্শ ও যোগাযোগের জন্য গুরুত্বপূর্ণ ব্যক্তিদের ভিন্ন ভিন্নভাবে তথ্য গ্রহণ করতে হবে।

নিরূপণ (যাচাই) এবং সমন্বয়

- সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষ ও মানবিক সাড়াদান সংস্থাগুলোর মাধ্যমে কি একটি সম্মত সমন্বয় কাঠামো প্রতিষ্ঠা করা হয়েছে?
- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী-সম্পর্কিত কী ধরনের ভিত্তিমূলক তথ্য রয়েছে, বিদ্যমান কী কী ঝুঁকিতে তারা আছে ও আশ্রয় এবং আবাসন-সংক্রান্ত ঝুঁকি ও দুর্বলতাগুলো কী কী?
- সাড়াদান কার্যক্রমের জন্য কি কোনো ধরনের আপৎকালীন পরিকল্পনা আছে?
- কী ধরনের প্রাথমিক নিরূপণ (যাচাই) তথ্য এর মধ্যে বিদ্যমান আছে?
- আন্তসংস্থা এবং/অথবা মাল্টিসেক্টোরাল নিরূপণের (যাচাই) কী পরিকল্পনা আছে এবং এর মধ্যে কি আশ্রয়, আবাসন এবং গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ অন্তর্ভুক্ত?

জনসংখ্যা-সংক্রান্ত তথ্য

- একটি পরিবারে গড়ে কতজন মানুষ বাস করে?
- কতজন ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ বিভিন্ন ধরনের পরিবারে বসবাস করছে? পারিবারিক সম্পর্কের বাইরে বসবাসকারী ব্যক্তি ও গোষ্ঠীগুলোকে বিবেচনা করতে হবে যেমন: একা শিশু, এমন পরিবার যার সদস্যসংখ্যা গড় সংখ্যার চেয়ে কম বা অন্যান্য ভিন্ন গোষ্ঠী। প্রেক্ষাপট অনুযায়ী লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধকতা এবং জাতিগত, ভাষাগত বা ধর্মীয় পরিচয় অনুযায়ী তথ্য পৃথক করতে হবে।
- কতগুলো ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের পর্যাপ্ত আশ্রয়ের অভাব রয়েছে এবং পরিবারগুলো কোথায় অবস্থান করছে?
- কতজন মানুষ, লিঙ্গ, বয়স ও প্রতিবন্ধকতা অনুযায়ী পৃথক করা, যারা কোনো পরিবারের সদস্য নয়, যাদের আশ্রয় নেই বা অপর্যাপ্ত এবং তারা কোথায় অবস্থান করছে?
- কতগুলো ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের পর্যাপ্ত আশ্রয় নেই তবে স্থানচ্যুত নয় এবং যাদের নিজ নিজ বাড়ির স্থানে সহায়তা করা যেতে পারে?
- কতগুলো ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের পর্যাপ্ত আশ্রয় নেই, যারা বাস্তুচ্যুত হয়েছে এবং যাদের আশ্রয় সহায়তার জন্য আশ্রয় প্রদানকারী পরিবার বা অস্থায়ী আবাসন সহযোগিতা প্রয়োজন?
- লিঙ্গ ও বয়সভিত্তিকভাবে কতজন মানুষ বিদ্যালয়, স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র এবং কমিউনিটি সেন্টারের মতো গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক সুবিধা ব্যবহার করতে পারছে না?

ঝুঁকি

- পর্যাপ্ত আশ্রয়ের অভাবে মানুষের জীবন, স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা-সংক্রান্ত তাৎক্ষণিক ঝুঁকি রয়েছে এবং কতজন মানুষ এই ঝুঁকিতে আছে?
- পর্যাপ্ত আশ্রয়ের অভাবে মানুষের জীবন, স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তাসংক্রান্ত তাৎক্ষণিক ন্যূনতম ঝুঁকি কী কী?
- দুর্বল ও প্রান্তিক জনগোষ্ঠীকে কীভাবে দখল ব্যবস্থা পদ্ধতি, বিন্যাস, চর্চা এবং বাসস্থানের নিরাপত্তা প্রভাবিত করে?
- পর্যাপ্ত আশ্রয়ের অভাবে বিপদাপন্ন মানুষের জন্য সুনির্দিষ্ট ঝুঁকিগুলো কী কী এবং কেন, যাদের মধ্যে নারী, শিশু, অভিভাবকহীন শিশু এবং বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তি বা দীর্ঘদিন অসুস্থতায় আক্রান্ত ব্যক্তিও অন্তর্ভুক্ত?
- বাস্তুচ্যুত মানুষদের উপস্থিতি আশ্রয়প্রদানকারী জনসংখ্যার ওপর কী প্রভাব ফেলছে?
- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে বা বিভিন্ন গোষ্ঠীর মধ্যে সম্ভাব্য সংঘাত বা বৈষম্যের ঝুঁকি কী, বিশেষ করে নারী ও কিশোরীদের ক্ষেত্রে?

সম্পদ ও সীমাবদ্ধতা

- জরুরি আশ্রয়ের চাহিদা পূরণের জন্য ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের কাছে কী ধরনের উপকরণ, আর্থিক সক্ষমতা ও মানবসম্পদ বিদ্যমান?
- জমি পাওয়া, মালিকানা এবং ব্যবহার নিয়ে কী কী সমস্যা আছে, যা মানুষের জরুরি আশ্রয়ের ব্যবস্থা করা কঠিন করে তোলে, এর মধ্যে প্রয়োজন হলে অস্থায়ী গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসনের জন্য জমি ব্যবহারের সমস্যাও ধরা হবে?
- বাস্তুচ্যুত মানুষদের নিজস্ব বাসস্থান বা সংলগ্ন জমিতে বসবাস করতে দেওয়ার ক্ষেত্রে সম্ভাব্য আশ্রয়দানকারী জনসংখ্যা কী কী ঝুঁকির সম্মুখীন হতে পারে?
- অস্থায়ীভাবে বাস্তুচ্যুত মানুষদের বসবাসের জন্য বিদ্যমান ব্যবহারযোগ্য এবং ক্ষতিগ্রস্ত হয়নি এমন দালান অথবা কাঠামো ব্যবহারের সুযোগ ও সীমাবদ্ধতাগুলো কী কী?
- ভৌগোলিক কাঠামো এবং অন্যান্য পরিবেশগত সীমাবদ্ধতা বিবেচনা করে সহজলভ্য ফাঁকা ভূমি কি অস্থায়ী আবাসন স্থাপনের জন্য উপযুক্ত?
- আশ্রয়সংক্রান্ত সমাধান বাস্তবায়নে কোন কোন নিয়ন্ত্রক প্রয়োজনীয়তা ও সীমাবদ্ধতা প্রভাব ফেলতে পারে?

উপকরণ, নকশা এবং নির্মাণ

- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ, ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী বা অন্য কর্মীদের প্রাথমিকভাবে কী ধরনের আশ্রয় সমাধান বা উপকরণ সরবরাহ প্রদান করা হয়েছে?
- বাসস্থান পুনর্নির্মাণে ব্যবহারের জন্য ক্ষতিগ্রস্ত স্থান থেকে অবশিষ্ট কী কী উপকরণ উদ্ধার করা যেতে পারে?
- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের প্রচলিত দালান নির্মাণ পদ্ধতি কী এবং তারা মূল কাঠামো, ছাদ ও বাইরের দেয়াল নির্মাণে কোন কোন উপকরণ ব্যবহার করে?
- নকশা বা উপকরণের বিকল্প সমাধান হিসেবে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের কাছে সম্ভাব্য কী ধরনের বিকল্প বিদ্যমান এবং পরিচিত বা গ্রহণযোগ্য?

- কোন নকশাগত বৈশিষ্ট্যগুলো আশ্রয় সমাধানে সকল ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের নিরাপদ ও সহজ প্রবেশাধিকার এবং তার ব্যবহার নিশ্চিত করবে?
- চিহ্নিত আশ্রয় সমাধানগুলো কীভাবে ভবিষ্যতের ঝুঁকি এবং দুর্বলতা হ্রাস করতে পারে?
- সাধারণত আশ্রয়গুলো কীভাবে এবং কাদের দিয়ে তৈরি করা হয়?
- সাধারণত নির্মাণ উপকরণ কীভাবে এবং কাদের মাধ্যমে পাওয়া যায়?
- নারী, যুবক, বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তি ও প্রবীণ ব্যক্তিদের কীভাবে নিজস্ব আশ্রয় নির্মাণে অংশগ্রহণের জন্য প্রশিক্ষণ বা সহায়তা করা যেতে পারে এবং তার প্রতিবন্ধকতাগুলো কী?
- যেখানে কোনো ব্যক্তি বা পরিবারের নিজের আশ্রয় তৈরি করার সক্ষমতা বা সুযোগের অভাব আছে সেখানে তাদের জন্য কী অতিরিক্ত সহায়তার প্রয়োজন হবে? উদাহরণস্বরূপ, স্বেচ্ছাসেবী বা চুক্তিভিত্তিক শ্রমিক সরবরাহ, অথবা কারিগরি সহায়তা প্রদান।

পরিবার ও জীবিকা নির্বাহসংক্রান্ত কার্যক্রম

- ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের আশ্রয় বা তার সন্নিকটে পারিবারের জীবিকাসংক্রান্ত কী ধরনের সহায়তামূলক কার্যক্রম সাধারণত বাস্তবায়িত হয় এবং এর ফলে কীভাবে স্থানের সংকুলান হয় ও এর পরিকল্পনা কীভাবে কার্যক্রমকে প্রতিফলিত করে?
- উপকরণ সরবরাহ ও আশ্রয় এবং আবাসন সমাধান নির্মাণের মাধ্যমে মানুষকে কী ধরনের আইনি ও পরিবেশগতভাবে টেকসই জীবিকা সহায়তার সুযোগ দেওয়া যেতে পারে?

অপরিহার্য পরিষেবা এবং গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক সুযোগ-সুবিধা

- খাবার পানি ও ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধির জন্য বর্তমানে কী ধরনের সহযোগিতার প্রস্তুতি আছে এবং প্রত্যাশিত পয়োনিষ্কাশনের প্রয়োজন পূরণের জন্য কী কী সুযোগ ও সীমাবদ্ধতা আছে?
- সামাজিক সুবিধার (যেমন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র, বিদ্যালয় এবং ও ধর্মীয় উপাসনালয়) জন্য বর্তমানে কী ব্যবস্থা আছে, এবং এই সুবিধাগুলোয় প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করতে কী কী সীমাবদ্ধতা ও সুযোগ রয়েছে?
- যেখানে গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক প্রতিষ্ঠানগুলো, বিশেষ করে স্কুল, বাস্তুচ্যুত মানুষদের আশ্রয় দেওয়ার জন্য ব্যবহৃত হয়, সেগুলোকে নিজস্ব কাজে ফিরিয়ে দেওয়ার প্রক্রিয়া কী বা সময়সীমা কত?

আশ্রয় প্রদানকারী জনসংখ্যা এবং পরিবেশগত প্রভাব

- আশ্রয় প্রদানকারী জনসংখ্যার জন্য উদ্বেগের বিষয়গুলো কী?
- আশ্রয় প্রদানকারী জনসংখ্যার মধ্যে বা অস্থায়ী আবাসনে বাস্তুচ্যুত মানুষদের স্থান সংকুলানে সাংগঠনিক এবং কাঠামোগত সীমাবদ্ধতাগুলো কী?
- স্থানীয়ভাবে নির্মাণ উপকরণ সংগ্রহ করার ক্ষেত্রে পরিবেশগত উদ্বেগগুলো কী?
- বাস্তুচ্যুত বা স্থানচ্যুত মানুষের জ্বালানি, স্বচ্ছতা, বর্জ্য নিষ্কাশন এবং গবাদিপ্রাণী পালনের জন্য চারণভূমিসহ অন্যান্য প্রয়োজনীয়তার সাথে সম্পর্কিত পরিবেশগত উদ্বেগগুলো কী?

গৃহস্থালি কাজের জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণের চাহিদা

- খাদ্য ব্যতীত ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের গুরুত্বপূর্ণ প্রয়োজনীয় উপকরণ কী কী?
- খাদ্য ব্যতীত অন্যান্য প্রয়োজনীয় যেকোনো উপকরণ কি স্থানীয়ভাবে পাওয়া যায়?

- নগদ অর্থ বা ভাউচার ব্যবহার করা কি সম্ভব?
- আশ্রয় সহায়তা উপকরণ সরবরাহ সম্পূর্ণ করতে কী কারিগরি সহায়তার প্রয়োজন হবে?

পোশাক ও বিছানা

- নারী, পুরুষ, শিশু, নবজাতক, গর্ভবতী ও বুকের দুধ পান করানো মা, বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ব্যক্তি এবং প্রবীণ ব্যক্তিরা সাধারণত কী ধরনের পোশাক, কম্বল ও বিছানা ব্যবহার করে? এসব ক্ষেত্রে কি বিশেষ কোনো সামাজিক এবং সাংস্কৃতিক বিবেচনা থাকে?
- কতজন সব বয়সী নারী-পুরুষ, শিশু ও নবজাতক আছে যাদের জলবায়ুর ক্ষতিকর প্রভাব থেকে সুরক্ষা দিতে এবং স্বাস্থ্য, মর্যাদা ও ভালো থাকা নিশ্চিত করার জন্য পর্যাপ্ত পোশাক, কম্বল বা বিছানা নেই অথবা যে সংখ্যায় আছে তা পর্যাপ্ত নয়?
- পর্যাপ্ত পোশাক, কম্বল বা বিছানার প্রয়োজনীয়তা পূরণ না হলে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের জীবন, স্বাস্থ্য এবং ব্যক্তিগত নিরাপত্তার সম্ভাব্য ঝুঁকি কী?
- পরিবারগুলোর স্বাস্থ্য ও কল্যাণ, বিশেষ করে মশারি সরবরাহ, নিশ্চিত করতে কী কী রোগবাহক নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা প্রয়োজন?

রান্না ও খাওয়া, চুলা এবং জ্বালানি

- সংকটের আগে একটি সাধারণ পরিবার রান্না ও খাবার গ্রহণের জন্য কী ধরনের উপকরণ ব্যবহার করতে অভ্যস্ত ছিল?
- কয়টি পরিবারের পর্যাপ্ত রান্না ও খাওয়ার পাত্র ব্যবহারের সুযোগ নেই?
- সংকটের আগে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ তাদের বাসস্থানে সাধারণত কীভাবে রান্না ও ঘরবাড়ি উষ্ণ রাখত এবং তাদের রান্নার স্থানটি কোথায় ছিল?
- সংকটের আগে সাধারণত রান্না ও খাবার গরম করার জন্য কী ধরনের জ্বালানি ব্যবহৃত হতো এবং এটি কোথায় থেকে সংগ্রহ করা হতো?
- কয়টি পরিবারের রান্না ও খাবার গরম করার জন্য চুলার ব্যবস্থা নেই এবং কেন?
- কয়টি পরিবারের কাছে রান্না ও ঘর গরম করার জন্য পর্যাপ্ত জ্বালানির সরবরাহ নেই?
- সংকটাক্রান্ত এবং প্রতিবেশী জনসংখ্যার জন্য পর্যাপ্ত জ্বালানি সরবরাহের সুযোগ এবং প্রতিবন্ধকতাগুলো (নির্দিষ্টভাবে পরিবেশসংক্রান্ত উদ্বেগ) কী?
- পর্যাপ্ত জ্বালানি সংগ্রহের কারণে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ, বিশেষ করে সব বয়সের নারীদের ওপর কী প্রভাব পড়ে?
- রান্না ও খাওয়ার ক্ষেত্রে কোনো সাংস্কৃতিক প্রতিবন্ধকতা বিবেচনায় নিতে হবে কি?

উপকরণ ও যন্ত্রপাতি

- আশ্রয় মেরামত, নির্মাণ বা রক্ষণাবেক্ষণের জন্য পরিবারের কাছে কোন কোন মৌলিক সরঞ্জাম আছে?
- জীবিকা-সহায়তা কার্যক্রমে নির্মাণ, রক্ষণাবেক্ষণ এবং বর্জ্য অপসারণের জন্য কী ধরনের সাধারণ সরঞ্জাম ব্যবহার করা যেতে পারে?
- সরঞ্জামগুলো নিরাপদ ব্যবহার নিশ্চিত করতে কী ধরনের প্রশিক্ষণ বা সচেতনতামূলক কার্যক্রম উপযুক্ত?

পরিশিষ্ট ২
আবাসন পরিস্থিতির বর্ণনা

আবাসন পরিস্থিতি প্রথম ধাপে কোথায় এবং কীভাবে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষজন বাস করছে তার শ্রেণিবিন্যাসের সমন্বয় করে। যখন সহায়তা কৌশলের পরিকল্পনা হবে তখন তা এই আবাসন পরিস্থিতির মাধ্যমে সংকট বুঝতে সাহায্য করবে। বিশদ পরিকল্পনার জন্য আরও অতিরিক্ত বিবরণ সন্নিবেশ করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ৩: আবাসন পরিস্থিতির অতিরিক্ত বৈশিষ্ট্য দেখুন।*

জনসংখ্যার শ্রেণি	আবাসন পরিস্থিতি	বর্ণনা	উদাহরণ
বাস্তুচ্যুত হয়নি এমন মানুষ	নিজস্ব মালিকানাধীন বাসস্থান বা জমি	বসবাসকারী নিজেই তার সম্পত্তি বা ভূমির মালিক (মালিকানা বৈধ বা অবৈধ হতে পারে) অথবা আংশিক বা যৌথ মালিক হতে পারেন।	বাড়ি, অ্যাপার্টমেন্ট, জমি
	ভাড়াকৃত বাসস্থান বা জমি	ভাড়া-ব্যবস্থায় কোনো ব্যক্তি বা পরিবার নির্দিষ্ট সময়ের জন্য নির্দিষ্ট মূল্যে মালিকানা হস্তান্তর ছাড়াই বাসস্থান বা জমি ব্যবহার করতে পারে, যা ব্যক্তিগত বা সরকারি জমির স্বত্বাধিকারীর সাথে লিখিত বা মৌখিক চুক্তির ভিত্তিতে হয়।	
	অবৈধ মালিকাধীন বাসস্থান বা জমি	পরিবারগুলো সম্পত্তি বা ভূমির মালিক অথবা মালিকের নিযুক্ত প্রতিনিধির অনুমতি ছাড়াই ভোগদখল করছে।	ফাঁকা বাড়ি, অ্যাপার্টমেন্ট, খালি জমি
বিচ্ছিন্নভাবে অবস্থানরত বাস্তুচ্যুত মানুষ	ভাড়াভিত্তিক ব্যবস্থা	ভাড়া-ব্যবস্থায় কোনো ব্যক্তি বা পরিবার নির্দিষ্ট সময়ের জন্য নির্দিষ্ট মূল্যে মালিকানা হস্তান্তর ছাড়াই বাসস্থান বা জমি ব্যবহার করতে পারে, যা ব্যক্তিগত বা সরকারি জমির স্বত্বাধিকারীর সাথে লিখিত বা মৌখিক চুক্তির ভিত্তিতে হয়। ভাড়া ব্যক্তিগতভাবে বা সমষ্টিগতভাবে নিজস্ব অর্থে পরিশোধ করা যেতে পারে, অথবা সরকার বা মানবিক সংস্থার মাধ্যমে ভর্তুকি পাওয়া যেতে পারে।	বাড়ি, অ্যাপার্টমেন্ট, বাড়ির বিদ্যমান উন্মুক্ত জমি

জনসংখ্যার শ্রেণি	আবাসন পরিস্থিতি	বর্ণনা	উদাহরণ
বাস্তুচ্যুত হয়েছে এমন মানুষ	আশ্রয় প্রদানভিত্তিক ব্যবস্থা	আশ্রয় প্রদানকারী জনগোষ্ঠী বাস্তুচ্যুত মানুষদের বা পৃথক পরিবারগুলোকে আশ্রয় প্রদান করে।	আশ্রয় প্রদানকারী জনগোষ্ঠীর দখলে থাকা বা তাদের দেওয়া উন্মুক্ত বাড়ি, অ্যাপার্টমেন্ট, জমিতে এই আশ্রয় দেওয়া হতে পারে
	স্বতঃস্ফূর্ত ব্যবস্থা	বাস্তুচ্যুত পরিবারগুলো যেমন: মালিক, স্থানীয় সরকার, মানবিক সংস্থা এবং/অথবা আশ্রয় প্রদানকারী জনগোষ্ঠীসহ সংশ্লিষ্ট পক্ষগুলোর সঙ্গে কোনো চুক্তি ছাড়াই স্বতঃস্ফূর্তভাবে কোনো স্থানে আবাসন প্রতিষ্ঠা করে।	ফাঁকা বাড়ি, খালি অ্যাপার্টমেন্ট, খালি জমি, রাস্তার পাশ
গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক	গণ বাসস্থান	আগে থেকেই বিদ্যমান কোনো স্থাপনা বা কাঠামো যেখানে একাধিক পরিবার আশ্রয় নেয়। অবকাঠামো ও মৌলিক সেবাসমূহ গণ বা যৌথ বা কমিউনিটি প্রদান করা হয় বা সেগুলোতে প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করা হয়।	সর্বসাধারণের ভবন, নিরাপদে সরিয়ে নেওয়া, (দায়িত্ব) গ্রহণ ও স্থানান্তর কেন্দ্র, পরিত্যক্ত ভবন, প্রতিষ্ঠান প্রাঙ্গণ, নির্মাণাধীন ভবন
	পরিকল্পিত আবাসন	বাস্তুচ্যুত মানুষের জন্য তৈরি একটি উদ্দেশ্যমূলক আবাসন, যেখানে সাইটের বিন্যাস পরিকল্পিত ও নিয়ন্ত্রিত এবং যেখানে অবকাঠামো, সুযোগ-সুবিধা ও পরিষেবাগুলো পর্যাপ্ত	সরকার, জাতিসংঘ, বেসরকারি সংস্থা (এনজিও) বা সুশীল সমাজ পরিচালিত আনুষ্ঠানিক আবাসন। (দায়িত্ব) গ্রহণকারী সংস্থা বা স্থানান্তর কেন্দ্র বা নিরাপদ আশ্রয়কেন্দ্র এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে
	অপরিকল্পিত আবাসন	একাধিক পরিবার স্বতঃস্ফূর্ত এবং সম্মিলিতভাবে একটি স্থানে আবাসন স্থাপন করলে একটি নতুন আবাসন তৈরি হয়। পরিবারগুলো বা তাদের সমষ্টিগত দল জমির মালিকের সঙ্গে ভাড়ার চুক্তি করতে পারে। এটি প্রায়ই সংশ্লিষ্ট পক্ষগুলোর (যেমন মালিক, স্থানীয় সরকার এবং/অথবা আশ্রয় প্রদানকারী জনগোষ্ঠী) সঙ্গে পূর্বসম্মতি ছাড়াই ঘটে। প্রাথমিকভাবে এ ধরনের সাইটে মৌলিক সেবাসমূহ পরিকল্পিত থাকে না।	বিধিবহির্ভূত সাইট ও আবাসন

পরিশিষ্ট ৩
আবাসন পরিস্থিতির অতিরিক্ত বৈশিষ্ট্য

এই সারণিতে 'পরিশিষ্ট ২: আবাসন পরিস্থিতির বর্ণনা'তে উল্লেখ করা আবাসন পরিস্থিতিগুলোর পরিপূরক হিসেবে কিছু গৌণ বৈশিষ্ট্য উপস্থাপন করে। এগুলো ব্যবহার করে সংকটকে আরও বিস্তারিতভাবে বোঝা সম্ভব হবে, যা পরবর্তী বিস্তারিত পরিকল্পনা প্রক্রিয়াকে সহায়তা করবে।

দ্রষ্টব্য: প্রেক্ষাপট অনুযায়ী বৈশিষ্ট্যের বৈচিত্র্য এবং তাদের সংজ্ঞা পরিবর্তিত হয় এবং সংশ্লিষ্ট দিকনির্দেশনার সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ হওয়া উচিত। নির্দিষ্ট প্রেক্ষাপটে প্রয়োজন অনুযায়ী অতিরিক্ত বৈশিষ্ট্যও তৈরি করতে হবে।

শ্রেণি	উদাহরণ	দ্রষ্টব্য
বাস্তুচ্যুত জনসংখ্যার ধরন	শরণার্থী, আশ্রয়প্রার্থী, অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত ব্যক্তি (IDPs), শরণার্থী প্রত্যাবর্তনকারী, অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত প্রত্যাবর্তনকারী, অন্যান্য সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি (যেমন: অভিবাসী)	*মানবিক সহায়তা নির্দেশিকার রূপরেখা দেখুন। (www.humanitarianresponse.info)*
পরোক্ষভাবে ক্ষতিগ্রস্ত	আগে থেকে বসবাসকারী জনসংখ্যা, আশ্রয় প্রদানকারী জনসংখ্যা	আশ্রয় প্রদানকারী জনগোষ্ঠী প্রায়ই সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর কারণে ক্ষতিগ্রস্ত হয়; উদাহরণস্বরূপ, স্কুলের মতো গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক সেবা ভাগ করে নেওয়া বা আশ্রয়দাতা পরিবার হিসেবে ভূমিকা পালন করা।
ভৌগোলিক প্রেক্ষাপট	নগর, মফস্বল, গ্রামীণ এলাকা	মফস্বল: সুসংহত নগর এলাকা ও গ্রামীণ এলাকার মধ্যবর্তী অঞ্চল।
ক্ষয়ক্ষতির মাত্রা	কোনো ক্ষয়ক্ষতি নেই, আংশিক ক্ষতি, সম্পূর্ণরূপে ধ্বংস	ক্ষয়ক্ষতির মাত্রার শ্রেণিবিন্যাস বাসস্থান বা আশ্রয়টি বসবাসের জন্য নিরাপদ কি না, তা নির্ধারণে সহায়তা করে।
সময়কাল/পর্যায়	স্বল্পমেয়াদি, মধ্যমেয়াদি, দীর্ঘমেয়াদি, স্থায়ী, জরুরি, পর্যায়ক্রমিক/অস্থায়ী, পুনরায় আগের অবস্থায় ফেরা, টেকসই/দীর্ঘস্থায়ী	এই শর্তাবলির সংজ্ঞা পরিবর্তিত হয়। এটি সাড়াদানের পর্যায় অনুসারে নির্ধারণ করা উচিত
ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থা	সংবিধিবদ্ধ, প্রথাগত, ধর্মীয়, সংকর (হাইব্রিড)	অনানুষ্ঠানিক/বিধিবহির্ভূত জমি বা বাসস্থানের ব্যবস্থা বলতে সেই সব ব্যবস্থা বোঝায় যেখানে নিয়মিত বা অনিয়ন্ত্রিত দখল, আইনি মালিকানাধীন জমিতে অনুমোদনবিহীন বিভাজন এবং বিভিন্ন ধরনের আনুষ্ঠানিক নয় এমন ভাড়ার চুক্তি অন্তর্ভুক্ত থাকে। কিছু ক্ষেত্রে, একই জমিতে একাধিক ভোগদখলস্বত্ব ব্যবস্থা একসাথে থাকতে পারে, যেখানে প্রতিটি পক্ষের নির্দিষ্ট কিছু অধিকার থাকে।

শ্রেণি	উদাহরণ	দ্রষ্টব্য
বাসস্থানের ভোগদখলস্বত্বের ধরন	মালিকানা, ব্যবহারের অধিকার, ভাড়া, সমষ্টিগত ভোগদখলস্বত্ব	
জমির ভোগদখলস্বত্বের ধরন	ব্যক্তিগত, সামাজিক, গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক, সবার জন্য উন্মুক্ত, রাষ্ট্রীয়/সর্বসাধারণের	
আশ্রয়ের ধরন	তাঁবু, অস্থায়ী আশ্রয়, অন্তর্বর্তীকালীন আশ্রয়, মূল আশ্রয়, বাড়ি, অ্যাপার্টমেন্ট, বড় ভাড়া করা স্থান, গ্যারেজ, বড় ভ্যান, কন্টেইনার	⊕ *দেখুন পরিশিষ্ট ৪: সহায়তার বিকল্পসমূহ।*
সাইট ব্যবস্থাপনা	পরিচালিত, দূরবর্তী বা ভাসমান অবস্থায় পরিচালিত, স্বপরিচালিত, কোনো ব্যবস্থাপনা নেই	পরিচালিতঃ ভূমির মালিকের কোনো আপত্তি ছাড়া এবং কর্তৃপক্ষ দ্বারা অনুমোদিত। দূরবর্তী বা ভাসমান অবস্থায় পরিচালিতঃ যেখানে একটি দল একাধিক সাইটের ব্যবস্থাপনা করে। স্বপরিচালিতঃ জনগোষ্ঠীর নেতৃত্বকাঠামো বা অভ্যন্তরীণ পরিষদ/কর্মীদল দ্বারা পরিচালিত।

পরিশিষ্ট ৪
সহায়তার বিকল্পসমূহ

ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের চাহিদা পূরণের জন্য প্রেক্ষাপটভিত্তিক বিভিন্ন সহায়তা বিকল্পসমূহ একত্র করা যেতে পারে। প্রতিটির সুবিধা ও অসুবিধা বিবেচনা করতে হবে এবং সবচেয়ে উপযুক্ত কর্মসূচি প্রণয়ন করতে হবে।

সহায়তার বিকল্প	বর্ণনা
গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ	⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৪: গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ দেখুন।*
আশ্রয় উপকরণ	বাসস্থান তৈরি বা উন্নত করতে নির্মাণ উপকরণ, যন্ত্রপাতি এবং আনুষঙ্গিক উপকরণ প্রয়োজন। খুঁটি, খিলের মতো কাঠামোগত উপকরণ সরবরাহ করা হবে কি না, নাকি সেগুলো পরিবারগুলো নিজেরাই সংগ্রহ করতে পারবে, তা বিবেচনা করতে হবে। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত নির্দেশনা, প্রচার, প্রশিক্ষণ বা সচেতনতা বৃদ্ধির বিষয়টিও বিবেচনায় রাখতে হবে।
আশ্রয় সরঞ্জামাদি	বসবাসের স্থান ও আবাসন তৈরি বা উন্নত করার জন্য প্রয়োজনীয় নির্মাণ সরঞ্জাম এবং হার্ডওয়্যার প্রয়োজন।
তাঁবু	আগে থেকেই তৈরি ও বহনযোগ্য আশ্রয়স্থান, যার মধ্যে একটি আবরণ (cover) এবং একটি কাঠামো (structure) থাকে।
ফিরে যাওয়া ও ট্রানজিট (স্থানান্তর) সহায়তা	যেসব ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ তাদের নিজ এলাকায় ফিরে যেতে চান বা নতুন কোনো স্থানে পুনর্বাসিত হতে চান, তাদের জন্য প্রদত্ত সহায়তা। এই সহায়তার মধ্যে পরিবহনব্যবস্থা, যাতায়াত খরচ বা ভাউচার প্রদান, অথবা সরঞ্জাম, নির্মাণ উপকরণ ও বীজের মজুদসহ বিভিন্ন ধরনের উপকরণ সরবরাহ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
মেরামত	মেরামত বলতে কোনো ভবনকে ক্ষতি বা জীর্ণাবস্থা থেকে পুনরায় একটি নিরাপদ ও কার্যকর অবস্থায় ফিরিয়ে আনা বোঝায়, যেখানে তা প্রয়োজনীয় মান এবং নির্ধারিত শর্ত পূরণ করে। যদি কোনো ভবন অল্পমাত্রায় ক্ষতিগ্রস্ত হয়, তাহলে বড় ধরনের সংস্কার (পুরোনো কিছু নতুন মান অনুযায়ী আপগ্রেড বা শক্তিশালী করা) ছাড়াই তা মেরামত করা সম্ভব। বাস্তুচ্যুত মানুষের ক্ষেত্রে গণ-আশ্রয়কেন্দ্র মেরামত করা বা গণ-আশ্রয়ের জন্য স্কুলের মতো পূর্ব-বিদ্যমান ভবনগুলো উন্নীত করা প্রয়োজন হতে পারে।
রেট্রোফিটিং (পুরোনো ভবন বা ঘরকে আরও নিরাপদ বা শক্তিশালী করতে উন্নীত করা/পুরোনো সিস্টেমে নতুন প্রযুক্তি বা বৈশিষ্ট্য যুক্ত করা)	ভবনের রেট্রোফিটিং বলতে বোঝায় ভবনের কাঠামোকে শক্তিশালী করা এবং/অথবা কাঠামোগত ব্যবস্থা পরিবর্তন করা। এর লক্ষ্য হলো ভবনে নিরাপত্তা বৈশিষ্ট্য সংযোজনের মাধ্যমে ভবিষ্যতের ঝুঁকি থেকে ভবনকে আরও প্রতিরোধী করা। সংকটের কারণে ক্ষতিগ্রস্ত ভবনগুলোকে শুধু মেরামত করার পাশাপাশি রেট্রোফিট করা প্রয়োজন হতে পারে। বাস্তুচ্যুত মানুষের জন্য, যদি কোনো ঝুঁকি থাকে, তাহলে আশ্রয়দানকারী পরিবারের বাড়িগুলোকেও রেট্রোফিট করা প্রয়োজন হতে পারে।

সহায়তার বিকল্প	বর্ণনা
আশ্রয় প্রদানকারীর সহায়তা	যারা তাদের মূল বাড়িতে ফিরে যেতে সক্ষম নয়, তারা প্রায়ই পরিবার, বন্ধু বা দীর্ঘকাল ধরে থাকা সম্পর্ক, ধর্মীয় বা অন্যান্য সম্পর্কযুক্ত জনগোষ্ঠীর সঙ্গে থাকে। ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের আশ্রয় দেওয়া চালিয়ে যেতে আশ্রয় প্রদানকারী পরিবারকে সহায়তা করতে পারে, যার মধ্যে বিদ্যমান আশ্রয় প্রদানকারী পরিবারের বাসস্থান সম্প্রসারণ বা উপযোগী করে তোলা অথবা পরিচালন খরচের জন্য আর্থিক ও উপকরণ সহায়তা প্রদান।
ভাড়া সহায়তা	ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারকে বাসস্থান ও জমি ভাড়া নেওয়ার জন্য সহায়তার মধ্যে আর্থিক সহায়তা, ন্যায্য চুক্তি করার জন্য সহায়তা বা সম্পত্তি মান-সম্পর্কিত পরামর্শ অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। ভাড়া একটি চলমান খরচ, তাই প্রস্থান কৌশল পরিকল্পনা করা জরুরি, স্বনির্ভরতা বৃদ্ধি করা বা আয়ের কার্যক্রমের সাথে শীঘ্রই সংযোগ স্থাপন করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৩: বসবাসের স্থান এবং মান ৬: বাসস্থানের নিরাপত্তা দেখুন।* (নোট: ভাড়ার সহায়তা স্থানীয় মানুষদের কাছে টাকা পৌঁছাতে পারে, আবার কখনো বাজারে বেশি চাহিদা তৈরি করে দাম বাড়াতে পারে।)
অস্থায়ী আশ্রয়	স্বল্পমেয়াদি আশ্রয় সমাধান, যা পরে স্থায়ী আশ্রয় ব্যবস্থা দেওয়ার পর সরিয়ে নেওয়ার জন্য তৈরি করা হয়। সাধারণত এগুলো সীমিত খরচে নির্মিত হয়।
স্থানান্তরকালীন আশ্রয়	দ্রুত নির্মিত এমন আশ্রয়, যা এমন উপকরণ ও প্রযুক্তি ব্যবহার করে তৈরি করা হয়, যাতে তা পরে স্থায়ী ভবনে রূপান্তর করা যায়। এ ধরনের আশ্রয়কে সহজে উন্নত করা, পুনর্ব্যবহার করা, বিক্রি করা বা অস্থায়ী স্থান থেকে স্থায়ী স্থানে সরানো সম্ভব হতে হবে।
কোর হাউজিং (মূল বসবাস)	এটি এমন একটি ঘর, যা পরিকল্পনা, নকশা ও নির্মাণ করা হয় ভবিষ্যতে একটি স্থায়ী ঘরের অংশ হিসেবে ব্যবহার করার জন্য, তবে তা সম্পূর্ণ ঘর নয়। কোর হাউজিং ভবিষ্যতে পরিবার নিজস্ব উপায় ও সম্পদ ব্যবহার করে বাড়ি বাড়ানোর সুযোগ দেয়। এর লক্ষ্য হলো একটি বা দুটি রুমসহ নিরাপদ ও পর্যাপ্ত বসবাসের স্থান তৈরি করা, যাতে পানি ও স্যানিটেশন সুবিধা এবং প্রয়োজনীয় গৃহস্থালি কাজের উপকরণ অন্তর্ভুক্ত থাকে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৩: বসবাসের স্থান এবং মান ৪: গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ দেখুন।*
পুনর্নির্মাণ/পুনর্গঠন	যেসব কাঠামো মেরামত করা যায় না, সেগুলো ধ্বংস করে পুনর্নির্মাণ করতে হবে।
তথ্যকেন্দ্র	তথ্যকেন্দ্র ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের পরামর্শ এবং প্রয়োজনীয় দিকনির্দেশনা প্রদান করে। স্থানীয় কেন্দ্রগুলোর মাধ্যমে দেওয়া তথ্যের মধ্যে থাকতে পারে: পরামর্শ ও সহায়তার অধিকার, ফিরে যাওয়ার বিকল্প ও প্রক্রিয়া; ভূমির অধিকার, ক্ষতিপূরণ পাওয়ার অধিকার, কারিগরি পরামর্শ ও সহায়ত, প্রত্যাবর্তন, একীকরণ ও স্থানান্তর-সম্পর্কিত তথ্য; মতামত প্রদান করার মাধ্যম এবং ক্ষতিপূরণ বা ন্যায্যতা দাবি করার উপায়, যেমন সালিস বা আইনগত সহায়তা।
আইনি এবং প্রশাসনিক দক্ষতা	আইনি ও প্রশাসনিক দক্ষতা প্রদান ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের তাদের অধিকার সম্পর্কে সচেতন হতে এবং প্রয়োজনীয় প্রশাসনিক সহায়তা বিনা মূল্যে বা কম খরচে পেতে সহায়তা করে। বিশেষভাবে সবচেয়ে দুর্বল গোষ্ঠীর চাহিদার দিকে মনোযোগ দেওয়া উচিত।
বাসস্থানের নিরাপত্তা নিশ্চিত করা (Securing tenure)	ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের জন্য বাসস্থান এবং/অথবা জমির ভোগদখলস্বত্ত্বের অধিকার নিশ্চিত করার জন্য প্রদত্ত সহায়তা জোরপূর্বক উচ্ছেদ, হয়রানি এবং অন্যান্য হুমকি থেকে আইনি সুরক্ষা প্রদান করে এবং নিরাপত্তা, শান্তি ও মর্যাদা নিশ্চিত করে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৬: বাসস্থানের নিরাপত্তা দেখুন।*

সহায়তার বিকল্প	বর্ণনা
অবকাঠামো এবং আবাসন পরিকল্পনা	অবকাঠামো ও আবাসন পরিকল্পনা সহায়তা জনগোষ্ঠীর সেবাগুলো উন্নত করতে এবং টেকসই স্থানান্তরকালীন আবাসন ও পুনর্নির্মাণ সমাধান পরিকল্পনায় সহায়তা করার জন্য ব্যবহৃত হয়। অবকাঠামো ও বসবাস পরিকল্পনা সহায়তাকে সাধারণত দুটি ভাগে ভাগ করা যায়: একটি হলো যা প্রাথমিকভাবে আশ্রয়ক্ষেত্র দ্বারা সমন্বয় করা হয় এবং অন্যটি হলো যা প্রধানত অন্যান্য ক্ষেত্র দ্বারা সমন্বয় করা হয়।
গণ বাসস্থান সহায়তা	বিদ্যমান ভবনগুলো গণকেন্দ্র বা উদ্ধারকেন্দ্র হিসেবে ব্যবহার করা যেতে পারে এবং দ্রুত আশ্রয় প্রদানের জন্যও ব্যবহার করা যাবে। এগুলো হতে পারে স্কুল, কমিউনিটি ভবন, ঢেকে রাখা খেলাধুলার মাঠ, ধর্মীয় স্থাপনা বা খালি সম্পত্তি। এই ধরনের সম্পত্তিকে বসবাসের জন্য খাপ খাইয়ে নেওয়া বা উন্নীত করতে হতে পারে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৩: বাসস্থানের স্থান দেখুন।* সংকটে আক্রান্ত মানুষদের আশ্রয় দিতে স্কুলের ভবন ব্যবহার করার সময়, শিক্ষা কার্যক্রম চালু রাখতে বিকল্প কাঠামো চিহ্নিত করে তা ব্যবহার করা জরুরি ⊕ *গণকেন্দ্র নির্দেশিকা (Collective Centre Guideline) এবং জরুরি পরিস্থিতিতে শিক্ষার জন্য আন্তসংস্থা নেটওয়ার্ক (Inter-agency Network for Education in Emergencies- INEE) হ্যান্ডবুক দেখুন।*
আবাসন এবং গণ (যৌথ) কেন্দ্র পরিচালনা	⊕ *গণকেন্দ্র নির্দেশিকা (Collective Centre Guideline) দেখুন।*
ধ্বংসাবশেষ অপসারণ এবং মৃতদেহ ব্যবস্থাপনা	ধ্বংসাবশেষ অপসারণ জনসাধারণের নিরাপত্তা বৃদ্ধি এবং ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের কাছে প্রবেশ সুগম করতে সহায়তা করে। পাশাপাশি পরিবেশগত প্রভাবও বিবেচনা করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মানসমূহ ২ ও ৭ দেখুন।* মৃতদেহ যথাযথভাবে শনাক্ত ও পরিচালনা করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১ এবং ওয়াশ মান ৬ দেখুন।*
সাধারণ অবকাঠামো পুনর্বাসন এবং/অথবা স্থাপন	পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন, রাস্তা, পানি নির্গমনব্যবস্থা, সেতু এবং বিদ্যুৎসহ অবকাঠামো পুনর্বাসন বা নির্মাণ করতে হবে। নির্দেশনার জন্য ⊕ *ওয়াশ অধ্যায় এবং আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন।*
কমিউনিটি সুবিধা পুনর্বাসন এবং/অথবা নির্মাণ	***শিক্ষা:*** স্কুল, শিশুবান্ধব স্থান, নিরাপদ খেলার স্থান ⊕ *জরুরি পরিস্থিতিতে শিক্ষার জন্য আন্তসংস্থা নেটওয়ার্ক (Inter-agency Network for Education in Emergencies- INEE) হ্যান্ডবুক দেখুন;* ***স্বাস্থ্যসেবা:*** স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র এবং হাসপাতাল ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১: স্বাস্থ্যসেবা প্রদান দেখুন;* ***নিরাপত্তা:*** পুলিশ পাহারা অথবা কমিউনিটি নজরদারি কাঠামো; ***গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক কার্যাবলি:*** সিদ্ধান্ত গ্রহণ, বিনোদন, ধর্মীয় আচার পালন, জ্বালানি সংরক্ষণ, রান্নার সুবিধা ও কঠিন বর্জ্য অপসারণের জন্য নির্ধারিত স্থান; এবং ***অর্থনৈতিক কার্যাবলি:*** বাজার, গবাদিপ্রাণীর জন্য জমি ও স্থান, জীবিকা নির্বাহ এবং ব্যবসায়ের জন্য স্থান।
নগর/গ্রাম পরিকল্পনা এবং এলাকা ভাগ	সংকট পরবর্তীকালে যখন আবাসিক এলাকাগুলোর পুনঃপরিকল্পনা করা হয় তখন স্থানীয় কর্তৃপক্ষ এবং নগর-পরিকল্পনাবিদদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে, যাতে সব পক্ষের বিধিবিধান বা নিয়মকানুন এবং পারস্পরিক স্বার্থকে সম্মান করা হয় ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ২: অবস্থান ও আবাসন পরিকল্পনা দেখুন।*
পুনঃ অবস্থান বা স্থানান্তর	পুনঃ অবস্থান বা স্থানান্তর হলো এমন একটি প্রক্রিয়া, যা কোনো পরিবারের বা জনগোষ্ঠীর আবাসন, সম্পদ এবং সরকারি অবকাঠামোকে ভিন্ন স্থানে পুনর্নির্মাণ করার সঙ্গে সম্পর্কিত।

পরিশিষ্ট ৫
বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহ

সহায়তা বিতরণ প্রক্রিয়া বিতরণের গুণগত মান, সময়, পরিসর এবং ব্যয়কে প্রভাবিত করে। অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধারের সমর্থন করার জন্য পণ্য, শ্রম এবং বাজারের ভাড়া-ব্যবস্থাসহ স্থানীয় বাজার-ব্যবস্থা সম্পর্কে ধারণার ওপর ভিত্তি করে বাস্তবায়নের বিকল্প নির্বাচন করতে হবে ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদান দেখুন*। অংশগ্রহণের মাত্রা এবং মালিকানা, জেন্ডারভিত্তিক বৈচিত্র্য, সামাজিক সংহতি এবং জীবিকা নির্বাহের সুযোগের ওপর ভিত্তি করে নির্বাচিত বিকল্প বাস্তবায়নের প্রভাব বিবেচনা করতে হবে।

বাস্তবায়নের বিকল্প	বর্ণনা
কারিগরি সহায়তা এবং গুণগত মানের নিশ্চয়তা	সহায়তার ধরন যা-ই হোক না কেন, কারিগরি সহায়তা যেকোনো আশ্রয় এবং আবাসন সাড়াদানের একটি অবিচ্ছেদ্য অংশ ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৫: কারিগরি সহায়তা দেখুন*।
আর্থিক সহায়তা	আর্থিক সহায়তার মাধ্যমে পরিবার এবং জনগোষ্ঠীগুলো পণ্য বা সেবা গ্রহণ করতে পারে অথবা তাদের আশ্রয় এবং আবাসনের চাহিদা মেটাতে পারে। কাজের ঝুঁকি ও জটিলতার ভিত্তিতে, আর্থিক সহায়তার সাথে কারিগরি সহায়তা এবং সক্ষমতা বৃদ্ধিও সংযুক্ত করতে হবে। বাজারভিত্তিক সহায়তা প্রদান নিম্নলিখিত বিকল্প অন্তর্ভুক্ত করে: ***শর্ত সাপেক্ষে নগদ অর্থ প্রদান:*** এটি কার্যকর যখন নির্দিষ্ট শর্ত পূরণ গুরুত্বপূর্ণ; যেমন: আর্থিক কিস্তি পদ্ধতি। ***নিয়ন্ত্রিত নগদ অর্থ বা ভাউচার:*** নির্দিষ্ট পণ্য ক্রয় বা নির্ধারিত বিক্রেতাদের সম্পৃক্ত করার ক্ষেত্রে উপযোগী। ***শর্তবিহীন, বিধিনিষেধহীন অথবা একাধিক উদ্দেশ্য।*** সঞ্চয়ী দল, ঋণ, ক্ষুদ্রঋণ, বীমা এবং সহযোগিতার প্রতিশ্রুতি বা গ্যারান্টির মতো ***আর্থিক পরিষেবার সহজ প্রাপ্তি*** ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা বিতরণ দেখুন*।
পণ্য উপকরণ (In-kind) সরবরাহ সহায়তা	স্থানীয় বাজার যদি প্রয়োজনীয় মান বা পরিমাণ বা সময়মতো উপকরণ সরবরাহ করতে সক্ষম না হয়, তাহলে প্রয়োজনীয় সামগ্রী ও উপকরণ সংগ্রহ করে সরাসরি ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারগুলোর জন্য ক্রয় এবং বিতরণ করা একটি উপযুক্ত বিকল্প ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা বিতরণ দেখুন*।
পারিশ্রমিক প্রদানের মাধ্যমে শ্রমিক নিয়োগ এবং চুক্তিভিত্তিক কাজ	স্বত্বাধিকারী (মালিকচালিত), ঠিকাদার অথবা সংস্থা কর্তৃক পরিচালিত পদ্ধতিতে আশ্রয় এবং আবাসন লক্ষ্য অর্জনের জন পারিশ্রমিক প্রদানের মাধ্যমে শ্রমিক নিয়োগ এবং চুক্তিভিত্তিক কাজ করা ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৫: কারিগরি সহায়তা দেখুন*।
সক্ষমতা বৃদ্ধি	দক্ষতা বৃদ্ধি ও প্রশিক্ষণ বিভিন্ন অংশীদারকে ব্যক্তিগত এবং সম্মিলিতভাবে তাদের সাড়াদান প্রদানের সক্ষমতা বাড়ানোর সুযোগ দেয়। এ ছাড়া এটি তাদেরকে পরস্পরের সঙ্গে যোগাযোগ ও সমন্বয় করার সুযোগ তৈরি করে এবং ভবন নির্মাণ মান ও কোড তৈরি এবং বাস্তবায়নের মতো সাধারণ চ্যালেঞ্জ ও উপকরণ নিয়ে একসাথে কাজ করতে সহায়তা করে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৫: কারিগরি সহায়তা দেখুন*। সফল সক্ষমতা বৃদ্ধির জন্য গৃহীত কার্যক্রম তত্ত্বাবধানে বিশেষজ্ঞদের মনোনিবেশে স্থানীয় অংশীজনদের অনুমতি দেওয়া এবং তাঁদের সহায়তা প্রদান করা, যাতে সর্বোচ্চসংখ্যক ব্যক্তি সক্ষমতা বৃদ্ধিতে সহায়তা গ্রহণ করে।

আবাসন পরিস্থিতির সাথে সম্পর্কিত সম্ভাব্য সহায়তা এবং বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহের সারণির জন্য ভিজিট করুন www.spherestandards.org/handbook/online-resources

পরিশিষ্ট ৬

আবাসন পরিস্থিতির সাথে সম্পর্কিত সম্ভাব্য সহায়তা এবং বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহ

			আবাসন পরিস্থিতি									
			বাস্তুচ্যুত নয়			বাস্তুচ্যুত						
						বিচ্ছিন্ন জনসংখ্যা			গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক জনসংখ্যা			
			নিজস্ব মালিকানাধীন বাসস্থান বা জমি	ভাড়া নেওয়া বাসস্থান বা জমি	অবৈধ মালিকাধীন বাসস্থান বা জমি	ভাড়াভিত্তিক ব্যবস্থা	আশ্রয় প্রদান-ভিত্তিক ব্যবস্থা	স্বতঃস্ফূর্ত ব্যবস্থা	গণ আশ্রয়	পরিকল্পিত আবাসন	অপরিকল্পিত আবাসন	পরোক্ষভাবে প্রভাবিত
সহায়তার বিকল্পসমূহ	পারিবারিক আশ্রয় পরিসর	গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		আশ্রয় উপকরণ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		আশ্রয় সরঞ্জাম	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		তাঁবু	X	X	X	X	X	X		X	X	
		ফিরে যাওয়া ও ট্রানজিট (স্থানান্তর) সহায়তা				X	X	X	X	X	X	
		মেরামত	X	X	X	X	X		X			X
		রেট্রোফিটিং	X	X	X	X	X					X
		আশ্রয় প্রদানকারীর সহায়তা					X			X	X	X
		ভাড়া সহায়তা				X						
		অস্থায়ী আশ্রয়	X	X	X			X		X	X	
		স্থানান্তরকালীন আশ্রয়	X	X	X			X		X	X	
		কোর হাউজিং (মূল বসবাস)	X	X	X					X		
		পুনর্নির্মাণ/পুনর্গঠন	X							X		

			আবাসন পরিস্থিতি									
			বাস্তুচ্যুত নয়			বাস্তুচ্যুত						
						বিচ্ছিন্ন জনসংখ্যা			গণ (যৌথ) জনসংখ্যা			
	আবাসন পরিসর	তথ্যকেন্দ্র	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		আইনি এবং প্রশাসনিক দক্ষতা	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		বাসস্থানের নিরাপত্তা		X	X	X	X	X	X	X	X	
		অবকাঠামো এবং আবাসন পরিকল্পনা			X			X		X	X	X
		নগর/গ্রাম পরিকল্পনা এবং এলাকা ভাগ		X	X	X	X	X	X	X	X	
		গণ বাসস্থান সহায়তা							X			X
		আবাসন এবং গণ কেন্দ্র পরিচালনা							X	X	X	X
		ধ্বংসাবশেষ অপসারণ এবং মৃতদেহ ব্যবস্থাপনা	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		সাধারণ অবকাঠামো পুনর্বাসন এবং/ অথবা স্থাপন	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

			আবাসন পরিস্থিতি										
			বাস্তুচ্যুত নয়			বাস্তুচ্যুত							
						বিচ্ছিন্ন জনসংখ্যা			গণ (যৌথ) জনসংখ্যা				
		কমিউনিটি সুবিধা পুনর্বাসন এবং/ অথবা নির্মাণ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		নগর/গ্রাম পরিকল্পনা এবং এলাকা ভাগ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		পুনঃ অবস্থান বা স্থানান্তর	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
বাস্তবায়নের বিকল্পসমূহ		কারিগরি সহায়তা এবং গুণমানের নিশ্চয়তা	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		আর্থিক সহায়তা	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		উপকরণ সরবরাহ সহায়তা	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		পারিশ্রমিক প্রদানের মাধ্যমে শ্রমিক নিয়োগ এবং চুক্তি ভিত্তিক কাজ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		সক্ষমতা বৃদ্ধি	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য

আন্তর্জাতিক আইনি দলিলসমূহ

Article 25 Universal Declaration of Human Rights. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons.* OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

সাধারণ

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalcccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. http://cpwg.net

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014. https://docs.unocha.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org

আবাসন পরিস্থিতি

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

অস্থায়ী গণ বা যৌথ বা কমিউনিটিভিত্তিক আবাসন

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. https://www.globalcccmcluster.org

নগদ অর্থ, ভাউচার, বাজার নিরূপণ (যাচাই)/প্রতিবন্ধিতা

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

লিঙ্গ ও লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery. https://gbvguidelines.org

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

শিশু সুরক্ষা

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. http://cpwg.net

স্কুল ও সরকারি ভবন

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009. http://toolkit.ineesite.org

নগর পরিবেশ

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

বাসস্থানের নিরাপত্তা

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. https://www.sheltercluster.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

আরো বিস্তারিত তথ্য

আরো বিস্তারিত তথ্যের জন্য নিচের লিংকে গিয়ে দেখুন

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

আরো বিস্তারিত তথ্য

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons. NRC, 2014. https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons

Housing, Land and Property Training Manual. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor.* OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/ Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners. NRC, 2017. http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf

Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. https://stdm.gltn.net/

নির্মাণ প্রকল্প পরিচালনা

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects. Catholic Relief Services, 2012. https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1

পরিবেশ

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG). WWF Environment and Disaster Management, 2017. http://envirodm.org/post/materialguide

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation. UNEP, 2008. http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458

Flash Environmental Assessment Tool. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations. UNHCR and CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT). WWF & American Red Cross. http://envirodm.org/green-recovery

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND). IFRC and BRE Global. www.qsand.org

স্বাস্থ্যসেবা

মানবিকতার ঘোষণাপত্র

সুরক্ষা নীতিমালা | মানবিকতার মূলমান

স্বাস্থ্যসেবা

স্বাস্থ্যব্যবস্থা	অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা						
	সংক্রামক রোগ	শিশুস্বাস্থ্য	যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য	আঘাত ও ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা	মানসিক স্বাস্থ্যসেবা	অসংক্রামক রোগ	অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা
মান ১.১ স্বাস্থ্যসেবা প্রদান	**মান ২.১.১** প্রতিরোধ	**মান ২.২.১** শিশুদের শৈশবকালীন টিকার মাধ্যমে প্রতিরোধযোগ্য রোগ	**মান ২.৩.১** প্রজনন, মাতৃত্বকালীন এবং নবজাতকের স্বাস্থ্যসেবা	**মান ২.৪** আঘাত ও ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা	**মান ২.৫** মানসিক স্বাস্থ্যসেবা	**মান ২.৬** অসংক্রামক রোগের সেবা	**মান ২.৭** অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা
মান ১.২ স্বাস্থ্যকর্মী	**মান ২.১.২** নজরদারি, রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ ও তাৎক্ষণিক সাড়াদান	**মান ২.২.২** নবজাতক এবং শিশুদের শৈশবকালীন রোগ ব্যবস্থাপনা	**মান ২.৩.২** ক্লিনিক পর্যায়ে যৌন সহিংসতায় এবং ধর্ষণে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির চিকিৎসা				
মান ১.৩ অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ	**মান ২.১.৩** রোগ নির্ণয় এবং কেস ব্যবস্থাপনা		**মান ২.৩.৩** এইচআইভি				
মান ১.৪ স্বাস্থ্য অর্থায়ন	**মান ২.১.৪** রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান						
মান ১.৫ স্বাস্থ্যতথ্য							

পরিশিষ্ট ১ : স্বাস্থ্য পরিস্থিতি বোঝার জন্য কোন কোন বিষয়ের দিকে নজর দিতে হবে
পরিশিষ্ট ২ : সাপ্তাহিক নজরদারির নমুনা ফর্ম
পরিশিষ্ট ৩ : মুখ্য স্বাস্থ্যসূচক নির্ণয়ের সূত্র
পরিশিষ্ট ৪ : বিষক্রিয়া

সূচিপত্র

স্বাস্থ্য খাতে অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ ৩১৪

১. স্বাস্থ্যব্যবস্থা ৩১৯

২. অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা ৩৩৫

২.১ সংক্রামক রোগ ৩৩৫

২.২ শিশুস্বাস্থ্য ৩৪৮

২.৩ যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য ৩৫৪

২.৪ আঘাত এবং ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা ৩৬৪

২.৫ মানসিক স্বাস্থ্যসেবা ৩৬৮

২.৬ অসংক্রামক রোগ ৩৭৩

২.৭ অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা ৩৭৬

পরিশিষ্ট ১: স্বাস্থ্য পরিস্থিতি বোঝার জন্য কোন কোন বিষয়ের দিকে নজর দিতে হবে ৩৮০

পরিশিষ্ট ২: সাপ্তাহিক নজরদারির নমুনা ফর্ম ৩৮২

পরিশিষ্ট ৩: মুখ্য স্বাস্থ্যসূচক নির্ণয়ের সূত্র ৩৮৭

পরিশিষ্ট ৪: বিষক্রিয়া ৩৮৯

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য ৩৯৩

স্বাস্থ্য খাতে অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ

সবারই যথাসময়ে উপযুক্ত স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার অধিকার রয়েছে

স্ফিয়ারের স্বাস্থ্যসেবার ন্যূনতম বিভিন্ন মান মানবিক প্রেক্ষাপটে স্বাস্থ্যসেবার অধিকারের বাস্তব প্রতিফলন। এসব মান মানবিকতার ঘোষণাপত্রে ঘোষিত প্রত্যয়, নীতি, কর্তব্য এবং অধিকারের ওপর প্রতিষ্ঠিত। এর মধ্যে রয়েছে মর্যাদা নিয়ে বেঁচে থাকার অধিকার, সুরক্ষা ও নিরাপত্তার অধিকার এবং চাহিদা অনুযায়ী মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার।

মানবিকতার ঘোষণাপত্রকে প্রভাবিত করেছে এমন প্রধান আইনগত ও নীতিগত বিভিন্ন দলিলের একটি তালিকা সংযুক্তি ১-এ দেওয়া রয়েছে, যেখানে মানবিক সাড়াদান কর্মীদের জন্য ব্যাখ্যামূলক মন্তব্যও যোগ করা হয়েছে ⊕ *সংযুক্তি ১ স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন।*

সংকটকালে স্বাস্থ্যসেবার মূল লক্ষ্য অতিরিক্ত অসুস্থতা এবং মৃত্যুহার কমানো

মানবিক সংকট ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের স্বাস্থ্য ও ভালো থাকার ওপর উল্লেখযোগ্য প্রভাব ফেলে। সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে জীবন রক্ষাকারী স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার গুরুত্ব অপরিসীম। এই স্বাস্থ্যসেবার আওতায় সব পর্যায়ে স্বাস্থ্যসচেতনতা বৃদ্ধি, প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা, চিকিৎসা, পুনর্বাসন এবং অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা ইত্যাদি বিষয় অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

সংকটকালে জনস্বাস্থ্যের ওপর প্রত্যক্ষ (সংকটজনিত আঘাত বা মৃত্যু) অথবা পরোক্ষ (জীবনযাত্রার মান পরিবর্তন, বলপ্রয়োগ করে বাস্তুচ্যুতি, আইনি সুরক্ষার অভাব বা স্বাস্থ্যসেবার সুযোগ কমে যাওয়া) দুই ধরনেরই প্রভাব পড়তে পারে।

জন-আবাসনে আশ্রয়প্রার্থীর অতিরিক্ত চাপ, পর্যাপ্ত থাকার ব্যবস্থা, নাজুক পয়োনিষ্কাশন ব্যবস্থা, নিরাপদ ও পর্যাপ্ত পানির অভাব এবং খাদ্যনিরাপত্তার ঘাটতি–এসব বিষয় অপুষ্টি ও সংক্রামক রোগের প্রাদুর্ভাবের ঝুঁকি বাড়ায়। চরম মানসিক চাপ মানসিক স্বাস্থ্যের অবনতি ঘটাতে পারে। সামাজিক সহায়তাকাঠামো ও স্বনির্ভর সহায়তাব্যবস্থার ঘাটতি নেতিবাচক সাড়াদান এবং সহায়তা চাওয়ার প্রবণতা কমিয়ে দেয়। স্বাস্থ্যসেবায় প্রবেশাধিকার ব্যাহত হওয়া এবং ওষুধ সরবরাহে বিঘ্নের ফলে মাতৃস্বাস্থ্যসেবা, এইচআইভি, ডায়াবেটিস ও মানসিক স্বাস্থ্য পরিস্থিতির মতো চলমান চিকিৎসা কার্যক্রমে বিঘ্ন ঘটতে পারে।

সংকটকালীন স্বাস্থ্যসেবার মূল লক্ষ্য হলো অধিক মৃত্যু ও অসুস্থতা প্রতিরোধ এবং হ্রাস করা। মৃত্যুহার ও অসুস্থতার ধরন এবং তার ফলে উদ্ভূত স্বাস্থ্যসেবার চাহিদা-সংকটের ধরন ও ব্যাপকতার ওপর নির্ভর করে ভিন্ন হতে পারে।

কোনো সংকটে স্বাস্থ্যঘাটতি-সংক্রান্ত তীব্রতা পর্যবেক্ষণ এবং মূল্যায়নের জন্য সবচেয়ে কার্যকর সূচকের মধ্যে রয়েছে সাধারণ মৃত্যুহার বা ক্রুড মর্টালিটি রেট (CMR) এবং আরও সংবেদনশীল সূচক যেমন পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুর সাধারণ মৃত্যুহার (Under Five Crude mortality rate-U5CMR) বেজলাইন CMR অথবা U5CMR-এর দ্বিগুণ বা তার অধিক বৃদ্ধি গুরুত্বপূর্ণ জনস্বাস্থ্য জরুরি পরিস্থিতি নির্দেশ করে, যেখানে তাৎক্ষণিক সাড়া প্রদান অপরিহার্য ⊕ *পরিশিষ্ট ৩: মুখ্য স্বাস্থ্যসূচক নির্ণয়ের সূত্র দেখুন।*

কর্মসূচির শুরুতে পরিচালিত বেজলাইন না থাকলে পরিস্থিতির গুরুত্ব বোঝার জন্য নিচের পদ্ধতি দুটি তাৎক্ষণিক সীমানাসূচক নির্ধারক হিসেবে অনুসরণ করা যেতে পারে:

- সাধারণ মৃত্যুহার বা ক্রুড মর্টালিটি রেট (CMR) > ১/১০,০০০/দিন (দৈনিক প্রতি ১০ হাজারে গড়ে ১ জন)
- ৫ বছরের কম বয়সী শিশুর ক্রুড মর্টালিটি রেট (U5CMR) > ২/১০,০০০/দিন (দৈনিক প্রতি ১০ হাজারে গড়ে ২ জন)

বিভিন্ন সূচকের সীমানা (thresholds) অবশ্যই প্রতিটি দেশের প্রেক্ষাপট অনুযায়ী নির্ধারণ করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, যেখানে বেজলাইনে ৫ বছরের কম বয়সী শিশুদের মৃত্যুহার (U5CMR) ইতিমধ্যেই জরুরি সীমা অতিক্রম করেছে, সেখানে মৃত্যুহার দ্বিগুণ হওয়া পর্যন্ত অপেক্ষা করার প্রয়োজন নেই।

বিদ্যমান স্বাস্থ্যব্যবস্থাকে সহায়তা প্রদান ও তার উন্নয়ন

স্বাস্থ্যব্যবস্থাকেন্দ্রিক পদ্ধতি সংকটকাল ও পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার প্রক্রিয়ার ধাপে ধাপে স্বাস্থ্য অধিকার বাস্তবায়নে সহায়তা করে, তাই বিদ্যমান স্বাস্থ্যব্যবস্থাকে কীভাবে উন্নত করা যায়, তা বিবেচনায় নেওয়া অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। কর্মী নিয়োগপ্রক্রিয়া (জাতীয় ও আন্তর্জাতিক) জাতীয় স্বাস্থ্যব্যবস্থার ওপর স্বল্প ও দীর্ঘমেয়াদি প্রভাব ফেলতে পারে। পর্যালোচনার মাধ্যমে গৃহীত স্বাস্থ্যব্যবস্থা কার্যক্রম বিদ্যমান স্বাস্থ্যব্যবস্থাকে জোরদার করতে পারে এবং ভবিষ্যতের পুনরুদ্ধার ও উন্নয়নে সহায়ক হতে পারে।

সংকটের প্রাথমিক ধাপে, লক্ষ্যভিত্তিক স্বাস্থ্যব্যবস্থা ও বহু খাতভিত্তিক ত্বরিত মূল্যায়নকে অগ্রাধিকার দিতে হবে। তথ্যের অসম্পূর্ণতা বা দুর্গম এলাকায় প্রবেশে সমস্যা যেন সময়োপযোগী জনস্বাস্থ্যভিত্তিক সিদ্ধান্ত গ্রহণে বাধা না হয়। যত দ্রুত সম্ভব আরও ব্যাপক মূল্যায়ন কার্যক্রম শুরু করতে হবে।

শহর এলাকার সংকটের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবাদানে ভিন্নতর পদ্ধতি প্রয়োজন

শহর এলাকায় সাড়া প্রদানের ক্ষেত্রে অবশ্যই জনসংখ্যার ঘনত্ব, গৃহীত পরিবেশনীতি, সামাজিক কাঠামো এবং বিদ্যমান সামাজিক পরিষেবাগুলো বিবেচনায় নিতে হবে। যেসব মানুষ ঝুঁকিতে আছে বা স্বাস্থ্যসেবার আওতায় নেই, তাদের চিহ্নিত করা কঠিন হতে পারে। চাহিদার মাত্রা দ্রুতই বিদ্যমান সক্ষমতার চেয়ে বেড়ে যেতে পারে। যারা শহর বা নগরে আশ্রয় নিতে আসে, তারা সচরাচর বিদ্যমান স্বাস্থ্যসেবা বা সেগুলো কীভাবে পাওয়া যায়, সে সম্পর্কে জানে না, যার ফলে সংক্রামক রোগের প্রকোপ আরও বেড়ে যাওয়ার ঝুঁকি থাকে। জনসাধারণকে শহুরে নতুন চাপ যেমন নিরাপদ আশ্রয়, খাদ্য, স্বাস্থ্যসেবা, কর্মসংস্থান বা সামাজিক সহায়তা নেটওয়ার্কে প্রবেশাধিকারে ঘাটতি মোকাবিলায় সহায়তা করার জন্য বাইরে থেকে পরিচালিত কার্যক্রম কার্যকর হতে পারে।

শহরাঞ্চলে গুজব এবং ভুল তথ্য দ্রুত ছড়িয়ে পড়ে। তাই স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান ও অন্যান্য পরিষেবা সম্পর্কে সঠিক তথ্য দিতে প্রযুক্তির ব্যবহার করতে হবে। মধ্যম এবং তৃতীয় স্তরের স্বাস্থ্যসেবাদানকারী প্রায়ই শহরাঞ্চলে বেশি সক্রিয় থাকে, তাই তাদের প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের সক্ষমতা বাড়াতে হবে। সংক্রামক রোগ প্রতিরোধ ও দ্রুত সাড়া প্রদানের ব্যবস্থায় তাদের অন্তর্ভুক্ত করা এবং তারা যেন তাদের নিজস্ব বিশেষায়িত সেবা যথাযথভাবে দিতে পারে, সেই সক্ষমতাও বাড়াতে হবে।

ন্যূনতম এই মানসমূহ বিচ্ছিন্নভাবে প্রয়োগ করা উচিত নয়

এই অধ্যায়ে বর্ণিত সব ন্যূনতম মান যথাযথ স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার অধিকারের মূল উপাদানসমূহ প্রতিফলিত করে এবং দুনিয়াজোড়া এই অধিকার বাস্তবায়নে সহায়তা করে। এসব অধিকার পানি, পয়োনিষ্কাশন, খাদ্য এবং আশ্রয়ের অধিকারের সাথে সম্পর্কিত। কোনো এক খাতে স্ফিয়ারের ন্যূনতম

মানসমূহ অর্জন করা গেলে অন্য খাতেও অগ্রগতি ঘটাতে পারে। অন্যান্য বিভিন্ন খাতের সাথেও তাই ঘনিষ্ঠ সমন্বয় এবং সহযোগিতা করা গুরুত্বপূর্ণ।

স্থানীয় কর্তৃপক্ষ এবং অন্যান্য সাড়া প্রদানকারী সংস্থার সঙ্গে সমন্বয় করতে হবে, যাতে শনাক্তকৃত সব চাহিদা পূরণ হয়, ব্যর্থ প্রয়াসের পুনরাবৃত্তি না ঘটে এবং স্বাস্থ্যসেবার সর্বোচ্চ গুণগত মান নিশ্চিত করা যায়। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সংস্থাগুলোর মধ্যে সমন্বয়ও গুরুত্বপূর্ণ, যাতে বিভিন্ন চাহিদা নিরপেক্ষভাবে পূরণ করা হয় এবং দুর্গম, ঝুঁকিপূর্ণ বা প্রান্তিক জনগোষ্ঠীর সদস্যরা সেবা গ্রহণের সুযোগ পায়। হ্যান্ডবুকজুড়ে বিভিন্ন ক্রস-রেফারেন্সের মধ্যে কিছু সম্ভাব্য সংযোগের পরামর্শ দেওয়া আছে।

যেসব ক্ষেত্রে জাতীয় মান স্ফিয়ারের মানের চেয়ে নিচে, সেসব ক্ষেত্রে দেশের সরকারের সাথে কাজ করে ধীরে ধীরে মান উন্নয়নের চেষ্টা করতে হবে।

অগ্রাধিকার সেক্টরগুলোর ভেতর থেকে সঠিক তথ্যের ভিত্তিতে মান নির্ধারণ করা উচিত এবং পরিস্থিতির পরিবর্তনের ওপর ভিত্তি করে সেগুলো পর্যালোচনা করা উচিত।

আন্তর্জাতিক আইন বিশেষভাবে স্বাস্থ্যসেবার অধিকারকে সুরক্ষা দেয়

বৈষম্যহীনভাবে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা উচিত এবং তা হতে হবে সহজলভ্য, সাশ্রয়ী ও মানসম্মত। সংকটকালে রাষ্ট্র এই সব অধিকার নিশ্চিত করতে বাধ্য থাকবে ⊕ *সংযুক্তি ১: স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি দেখুন।*

স্বাস্থ্যসেবার অধিকার তখনই নিশ্চিত করা যেতে পারে, যখন:

- জনগোষ্ঠী সুরক্ষিত থাকে;
- স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত কর্মীরা নৈতিকতা ও পেশাগত মানদণ্ডে প্রশিক্ষিত এবং প্রতিশ্রুতিবদ্ধ থাকে;
- স্বাস্থ্যব্যবস্থা ন্যূনতম বিভিন্ন মান পূরণ করে; এবং
- রাষ্ট্র একটি নিরাপদ ও স্থিতিশীল পরিবেশ প্রতিষ্ঠা এবং রক্ষায় সক্ষম ও ইচ্ছুক, যেখানে মানসম্মত স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা সম্ভব।

স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত ব্যক্তি, সুযোগ-সুবিধাসমূহ এবং চিকিৎসা পরিবহনগুলোর কাজে আক্রমণ, হুমকি ও অন্যান্য সহিংস বাধা আন্তর্জাতিক মানবিক আইনের লঙ্ঘন। আহত এবং অসুস্থ ব্যক্তিদের সম্মান ও সুরক্ষা দেওয়ার মৌলিক বাধ্যবাধকতা থেকেই এই সুরক্ষা নির্ধারিত হয়েছে।

মানবিক সেবা প্রদানকারী সংস্থাগুলোকে হুমকির ধরন এবং তা মোকাবিলার কৌশল সতর্কভাবে বিবেচনা করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, জাতীয় সেনাবাহিনীর আক্রমণকে স্থানীয় সম্প্রদায়ের হুমকি থেকে আলাদাভাবে বিবেচনা করা উচিত ⊕ *নিচে স্বাস্থ্যসেবা রক্ষার জন্য বিভিন্ন বিশেষ বিবেচনাগুলো দেখুন।*

সুরক্ষা নীতিমালা এবং মানবিকতার মূলমানের সাথে সংযোগ

স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত কর্মীদের অবশ্যই আহত এবং অসুস্থদের মানবিকভাবে যত্ন নিতে হবে, কেবল চাহিদার ভিত্তিতে বৈষম্য না করে নিরপেক্ষভাবে সেবা প্রদান করতে হবে। সহিংসতা, নিপীড়ন ও অন্যান্য সমস্যা থেকে রক্ষা করার জন্য তথ্যের গোপনীয়তা ও সুরক্ষা এবং ব্যক্তিগত গোপনীয়তা নিশ্চিত করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা এবং শিশু নির্যাতন ও অবহেলা প্রদর্শনকারী ব্যক্তিদের বিরুদ্ধে সহিংসতার মতো বিষয়গুলো মোকাবিলা করার ক্ষেত্রে চিকিৎসাকর্মীরা প্রায়ই সম্মুখসারির সাড়াদানকারী হিসেবে কাজ করেন। সেবাগ্রহীতার তথ্যগত গোপনীয় যোগাযোগ ও রেফারেল ব্যবস্থার মাধ্যমে সামাজিক কল্যাণ বা সুরক্ষা সংস্থার কাছে মামলা শনাক্ত এবং রেফার করার জন্য কর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে। অভিভাবকহীন বা পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুর উচ্চতর স্বাস্থ্যসেবার প্রয়োজন। কিন্তু এ ক্ষেত্রে আইনি অভিভাবকের সম্মতি ছাড়া বিশেষ সুরক্ষার চ্যালেঞ্জ তৈরি হতে পারে। এ ক্ষেত্রে সম্ভব হলে শিশুর মতামত এবং সংশ্লিষ্ট স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সাথে পরামর্শ করতে হবে। শিশুর সর্বোত্তম স্বার্থ পূরণের জন্য জীবন ও স্বাস্থ্যসেবার অধিকার অপরিহার্য, যা বিশেষ ক্ষেত্রে সম্মতির অধিকারকে ছাড়িয়ে যেতে পারে। সংশ্লিষ্ট সিদ্ধান্তসমূহকে অবশ্যই প্রেক্ষাপট, সাংস্কৃতিক আদর্শ এবং প্রথার প্রতি সংবেদনশীল হতে হবে। আন্তর্জাতিকভাবে চিকিৎসার জন্য স্থানান্তর বা অভিভাবকহীন শিশুকে অন্য কোথাও পাঠানোর ক্ষেত্রে পদ্ধতিগতভাবে নথিপত্র সংরক্ষণের পাশাপাশি সুরক্ষা সংস্থা ও স্থানীয় কর্তৃপক্ষের সক্রিয় অংশগ্রহণও জরুরি।

ইদানিং দেখা যায় সমুদ্রেই, এমনকি আন্তর্জাতিক জলসীমাতেও অথবা মানুষকে তীরে আনার পর স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হচ্ছে। এতে বিশেষ সুরক্ষাসংক্রান্ত চ্যালেঞ্জ ও রাজনৈতিক জটিলতা তৈরি হয়। সুরক্ষা ঝুঁকি কমাতে সতর্ক পরিকল্পনা, প্রস্তুতি ও যথাযথ প্রশমন ব্যবস্থা গ্রহণ করা প্রয়োজন।

সংঘর্ষ অথবা যুদ্ধের মতো পরিস্থিতির ক্ষেত্রে বেসামরিক-সামরিক সহযোগিতার বিষয়টি সতর্কতার সাথে মূল্যায়ন করা প্রয়োজন। সামরিক এবং সশস্ত্র গোষ্ঠী কখনো কখনো, এমনকি বেসামরিক নাগরিকদের জন্যও স্বাস্থ্যসেবার গুরুত্বপূর্ণ প্রদায়ক হতে পারে। মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাগুলোকে শেষ অবলম্বন হিসেবে সামরিক সক্ষমতাকে অবশ্যই ব্যবহার করতে হবে, এর মধ্যে রয়েছে স্বাস্থ্যসেবা-সম্পর্কিত স্থানসমূহে বিদ্যুৎ সরবরাহ পুনঃস্থাপন করা বা স্বাস্থ্যসামগ্রী পরিবহন অথবা জরুরি ভিত্তিতে চিকিৎসা সরঞ্জাম পৌঁছে দেওয়ার মতো অবকাঠামোগত সহায়তা। তবে স্বাস্থ্যসেবার প্রাপ্যতা, নিরপেক্ষতা এবং স্বচ্ছতা/পক্ষপাতহীনতার ধারণার পরিপ্রেক্ষিতে সেনাবাহিনীর ওপর নির্ভরতা বিবেচনা করা উচিত ⊕ *মানবিকতার ঘোষণাপত্র এবং স্ফিয়ার কী অধ্যায়ে দেশীয় বা আন্তর্জাতিক সামরিক বাহিনীর সঙ্গে সম্পর্ক দেখুন।*

ন্যূনতম মানসমূহ প্রয়োগের সময়, মানবিকতার মূলমানের ৯টি অঙ্গীকারকে সম্মান দেখানো উচিত। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের সময় অবশ্যই অভিযোগ/মতামত গ্রহণের প্রক্রিয়া ও ব্যবস্থা থাকতে হবে ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৫ দেখুন।*

স্বাস্থ্য সুরক্ষার জন্য বিশেষ বিবেচ্যসমূহ

স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র, অ্যাম্বুলেন্স ও স্বাস্থ্যকর্মীদের ওপর হামলা প্রতিরোধে আন্তর্জাতিক, জাতীয় এবং স্থানীয় পর্যায়ে নিরন্তর প্রচেষ্টা চালানো প্রয়োজন। হুমকির ধরন প্রেক্ষাপটভেদে ব্যাপকভাবে পরিবর্তিত হয় এবং সেগুলো সমাধান করা ও সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের নিকট রিপোর্ট করা উচিত। স্বাস্থ্যসেবা সুরক্ষার জন্য, স্বাস্থ্যসেবার কাজে নিয়োজিত কর্মীরা তাদের কাজ এবং স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় বা অন্যান্য সংশ্লিষ্ট পক্ষের সহায়তায় নিম্নলিখিত বিষয়গুলো বিবেচনায় আনবে।

যেকোনো জরুরি পরিস্থিতিতে, বিশেষ করে কোনো সংঘাত অথবা যুদ্ধের সময়, স্বাস্থ্যসেবা সংশ্লিষ্টদের নিজেদের নিরপেক্ষ ও পক্ষপাতহীনভাবে উপস্থাপন করতে হবে এবং এসব নীতি অনুসরণ করে কাজ করতে হবে। যদিও এটি অনেক সময় সংঘাতের পক্ষসমূহ, কমিউনিটি বা রোগীদের কাছে স্বচ্ছভাবে বোধগম্য না-ও হতে পারে।

জীবন রক্ষাকারী চিকিৎসাসেবা প্রদানের সময়, মানবিক নীতিসমূহ অনুসরণ করতে হবে এবং শুধু চাহিদার ভিত্তিতে নিরপেক্ষ স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হবে। নিরপেক্ষতা নিশ্চিত করতে–সমতার দৃষ্টিকোণ থেকে আহত ও অসুস্থদের সেবা প্রদান, রোগীর নিরাপত্তা নিশ্চিত করা এবং চিকিৎসাবিষয়ক তথ্য ও ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা বজায় রাখতে হবে।

স্থানীয় জনগণ, আধিকারিক/প্রশাসন এবং সংঘর্ষে জড়িত বিভিন্ন পক্ষের কাছ থেকে গ্রহণযোগ্যতা অর্জন স্বাস্থ্যসেবা সুরক্ষায় সহায়ক ভূমিকা রাখতে পারে। স্বাস্থ্যসেবাদানকারী কর্মীদের নিজ নিজ কাজের মাধ্যমে নিরপেক্ষতা বজায় রাখা ও সচেতনতা তৈরি করা জরুরি। সেবার মান, অবস্থান (যেমন: সেনাক্যাম্পের কাছাকাছি) ইত্যাদি এই গ্রহণযোগ্যতায় প্রভাব ফেলে।

স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে সাধারণত 'কোন অস্ত্র নয়'/'নিরস্ত্র' নীতি প্রয়োগ করা হয়, অর্থাৎ স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র বা অ্যাম্বুলেন্সের বাইরে অস্ত্রশস্ত্র রেখে আসতে হবে। এই নীতির প্রয়োগের ফলে নিরপেক্ষ পরিবেশ বজায় রাখা সম্ভব হয় এবং সংঘর্ষের ঝুঁকি কমতে পারে। এর মাধ্যমে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রটি কারো নিশানায় পরিণত হওয়া থেকে মুক্ত থাকতে পারে।

সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠান এবং এখানকার কর্মীদেরকে বিপদ থেকে রক্ষা করার জন্য যথাযথ নিরাপত্তাব্যবস্থা নিতে হবে। পাশাপাশি, এসব বিভিন্ন নিরাপত্তাব্যবস্থা সংশ্লিষ্ট স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র সম্পর্কে সাধারণ জনগণের ধারণা এবং গ্রহণযোগ্যতাকে কীভাবে প্রভাবিত করতে পারে তা অনুধাবন করতে হবে।

মানবিক সাড়াদানকারী সংস্থাসমূহ তাদের বিভিন্ন পরিষেবার বিবরণী প্রদানে অবশ্যই ঝুঁকি ও সুবিধাসমূহ বিবেচনায় নেবে এবং তা কীভাবে জনগোষ্ঠী বা কমিউনিটির বিশ্বাস বা গ্রহণযোগ্যতাকে প্রভাবিত করবে, তা বিবেচনা করবে। কোন কোন ক্ষেত্রে এই পরিষেবা সম্পর্কে সংক্ষিপ্ত বর্ণনা দেওয়া যথাযথ হতে পারে (উদাহরণস্বরূপ, সম্পদ বা অবস্থানের ব্র্যান্ডিং না করে), কোনো কোনো ক্ষেত্রে সম্পদ বা অবস্থানগুলোতে বড় লোগো উপস্থাপন করা হলে তা ভালো ফল দিতে পারে।

১. স্বাস্থ্যব্যবস্থা

একটি উন্নত ও কার্যকর স্বাস্থ্যব্যবস্থা সংকটকালে সব ধরনের স্বাস্থ্যসেবার চাহিদা মেটাতে সক্ষম, যাতে ইবোলা প্রাদুর্ভাবের মতো গুরুতর সংকটের সময়ও অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম চালু রাখা সম্ভব হয়। এ ব্যবস্থার অধীনে সহজে চিকিৎসাযোগ্য বিভিন্ন রোগের চিকিৎসা করা যাবে এবং মা ও শিশু স্বাস্থ্যবিষয়ক প্রাথমিক সেবা কার্যক্রম চলমান থাকবে, ফলে অতিরিক্ত মৃত্যু এবং রোগের ঝুঁকি কমবে। স্বাস্থ্যবিষয়ক প্রচার, পুনরুদ্ধার বা রক্ষণাবেক্ষণকাজে নিয়োজিত যেকোনো স্বাস্থ্যকর্মী সামগ্রিক স্বাস্থ্যব্যবস্থায় অবদান রাখে। জাতীয়, আঞ্চলিক, জেলা, উপজেলা ও কমিউনিটি স্তর থেকে শুরু করে বাড়ির অভিভাবক, সামরিক বাহিনী ও বেসরকারি খাত পর্যন্ত সবাই এই ব্যবস্থার অন্তর্ভুক্ত।

সংকটকালে, অনেক সময় চাহিদা বাড়ার আগেই স্বাস্থ্যব্যবস্থা ও সেবাপ্রদান প্রক্রিয়া দুর্বল হয়ে পড়ে। এই সময় স্বাস্থ্যকর্মীরা অনুপস্থিত থাকতে পারে বা তারা হারিয়ে যেতে পারে, চিকিৎসা উপকরণের সরবরাহ ব্যাহত হতে পারে বা অবকাঠামোর ক্ষতি হতে পারে। এ কারণে মানবিক সাড়া দেওয়ার লক্ষ্যে অগ্রাধিকার নির্ধারণের জন্য স্বাস্থ্যব্যবস্থার ওপর বাহ্যিক প্রভাব বোঝা জরুরি।

মানবিক সংস্থাগুলো সচরাচর এমন দুর্যোগ পরিস্থিতিতে কাজ করে না যেখানে কোনো পূর্ববর্তী স্বাস্থ্যব্যবস্থা চালু নেই। যদি বিদ্যমান স্বাস্থ্যব্যবস্থা দুর্বল হয়, তবে তাকে জোরদার করতে বা নতুনভাবে গড়ে তুলতে হবে (যেমন পর্যাপ্ত রেফারেল ব্যবস্থা, স্বাস্থ্যতথ্য সংগ্রহ ও বিশ্লেষণ ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে)।

এই অংশে মানসমূহ নির্ধারণ করা হয়েছে কার্যকর স্বাস্থ্যব্যবস্থার পাঁচটি মূল উপাদান নিয়ে:

- গুণগত মানসম্পন্ন স্বাস্থ্যসেবা প্রদান;
- প্রশিক্ষিত ও উদ্যমী স্বাস্থ্যকর্মী-বাহিনী নিশ্চিতকরণ;
- ওষুধ, রোগ নির্ণয়ের সরঞ্জাম ও প্রযুক্তির সঠিক সরবরাহ, ব্যবহার এবং ব্যবস্থাপনা;
- স্বাস্থ্যসেবার যথাযথ অর্থায়ন;
- সঠিক স্বাস্থ্যতথ্য সংগ্রহ ও বিশ্লেষণ।

এই উপাদানগুলো পরস্পরের ওপর নির্ভরশীল। উদাহরণস্বরূপ, পর্যাপ্ত স্বাস্থ্যকর্মীর অভাব বা প্রয়োজনীয় ওষুধের ঘাটতি সেবার মানকে নেতিবাচকভাবে প্রভাবিত করবে।

চাহিদা অনুযায়ী নিরপেক্ষভাবে সাড়াদান নিশ্চিত করতে নেতৃত্ব ও সমন্বয় নিশ্চিত করতে হবে। সাধারণত দেশের স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH) এই সাড়াদান প্রক্রিয়ায় নেতৃত্ব দেয় এবং সমন্বয় করে থাকে। এ ছাড়া অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সংশ্লিষ্টদের নিকট থেকেও সহায়তার চাহিদা বা অনুরোধ থাকতে পারে। কখনো কখনো মন্ত্রণালয়ের দক্ষ এবং নিরপেক্ষ ভূমিকা গ্রহণের সক্ষমতা বা ইচ্ছার অভাব থাকতে পারে, তাই পরিস্থিতি সামাল দিতে অন্য সংস্থার এই দায়িত্ব নেওয়া উচিত। যদি স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের (MoH) দেশের সমস্ত জায়গায় প্রবেশাধিকার না থাকে বা গ্রহণযোগ্যতা না পায়, তাহলে মানবিক সহায়তায় জড়িতদের, বিশেষ করে খুব জরুরি পরিস্থিতিতে গৃহীত বিদ্যমান ব্যবস্থাকে সমর্থন করার চেষ্টা করা উচিত। বেসরকারি কর্মী এবং অন্যদের সঙ্গে কীভাবে কাজ করতে হবে, তা নির্ধারণ করা আবশ্যক। এ ছাড়া জনসাধারণকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান বা সমন্বয় করার ক্ষেত্রে তাদের সক্ষমতা সাবধানে নির্ধারণ করতে হবে।

ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের কাছে সেবা পৌঁছানোর বিষয়টিকে অতিরিক্ত গুরুত্ব দিতে হবে, তবে তা অবশ্যই মানবিক নীতিমালা ও নিরপেক্ষ সহায়তার প্রভাব বিবেচনা করে করতে হবে। জাতীয় থেকে শুরু করে কমিউনিটি/স্থানীয় পর্যায় পর্যন্ত, এবং অন্যান্য সেক্টর/খাত যেমন ওয়াশ (পানি, পয়োনিষ্কাশন ও হাইজিন), পুষ্টি ও শিক্ষা, পাশাপাশি মানসিক স্বাস্থ্য, মনঃসামাজিক সহায়তা, লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা (জিবিভি) এবং এইচআইভির মতো আন্তখাত বা সেক্টরাল টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপগুলোর সাথে সমন্বয় হওয়া উচিত।

স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১
স্বাস্থ্যসেবা প্রদান

মানুষ নিরাপদ, কার্যকর এবং রোগীকেন্দ্রিক সমন্বিত গুণগতমানসম্পন্ন স্বাস্থ্যসেবার সুযোগ পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. স্বাস্থ্যসেবার বিভিন্ন স্তরে পর্যাপ্ত এবং উপযুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হবে।

- জরুরি অবস্থায়, সংকটের ধরন, রোগতাত্ত্বিক প্রেক্ষাপট/প্রাদুর্ভাব-সংক্রান্ত তথ্য এবং স্বাস্থ্যব্যবস্থার সক্ষমতা বিবেচনায় নিয়ে জাতীয় বা উদ্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর সর্বাধিক কাছাকাছি কার্যক্রম পর্যায়ে স্বাস্থ্যসেবার অগ্রাধিকার নির্ধারণ করতে হবে।
- বিভিন্ন ধরনের সেবা শনাক্ত করা, যা বিভিন্ন পর্যায়ে যেমন, পরিবার, কমিউনিটি, স্বাস্থ্যসেবা-সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠান/স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র এবং হাসপাতালে সহজলভ্য হওয়া উচিত।

২. ট্রায়াজ ব্যবস্থা ও রেফারেল কাঠামো তৈরি বা শক্তিশালী করতে হবে। *(ট্রায়াজ (Triage) একটি ফরাসি শব্দ, যার অর্থ হলো "বাছাই করা" বা "শ্রেণিভুক্ত করা"। চিকিৎসাক্ষেত্রে, ট্রায়াজ বলতে বোঝায় রোগীদের চিকিৎসার গুরুত্ব অনুসারে ভাগ করা, যাতে সবচেয়ে গুরুতর অসুস্থদের প্রথমে চিকিৎসা করা যায়। এটি সাধারণত জরুরি অবস্থা বা দুর্যোগের মতো পরিস্থিতিতে যেখানে সম্পদের ঘাটতি থাকে, সেখানে রোগীদের জীবন বাঁচাতে এবং চিকিৎসা প্রদানে অগ্রাধিকার নির্ধারণ করতে ব্যবহৃত হয়)।*

- সংঘাতপূর্ণ পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র বা মাঠপর্যায়ের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের স্থানে ট্রায়াজ প্রটোকল বাস্তবায়ন করতে হবে, যাতে জরুরি চিকিৎসার প্রয়োজন রয়েছে এমন ব্যক্তিদের দ্রুত শনাক্ত করে তাৎক্ষণিক চিকিৎসা প্রদান বা রোগীকে স্থিতিশীল করা যায় এবং প্রয়োজন অনুযায়ী তাদের পরবর্তী পর্যায়ের সেবার জন্য রেফার ও স্থানান্তর করা যায়।
- সুরক্ষিত এবং নিরাপদ জরুরি পরিবহন পরিষেবাসহ সেবা ও পরিষেবার স্তরগুলোর মধ্যে এবং পুষ্টি বা শিশু সুরক্ষার মতো বিভাগগুলোর মধ্যে কার্যকর রেফারেল নিশ্চিত করতে হবে।

৩. স্বাস্থ্যসেবা, কেস ব্যবস্থাপনা এবং ভারসাম্যপূর্ণ/যৌক্তিক ওষুধ ব্যবহারের জন্য মানসম্পন্ন প্রটোকল মানতে উৎসাহিত করতে অথবা তা ব্যবহার করতে হবে।

- প্রয়োজনীয় ওষুধের তালিকাসহ জাতীয় স্বাস্থ্যসেবার মান অনুসরণ করতে হবে এবং তা জরুরি পরিস্থিতির সাথে খাপ খাইয়ে নিতে হবে।
- জাতীয় বিভিন্ন নির্দেশিকা পুরোনো হলে বা তা বুঝতে অসুবিধা হলে আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা ব্যবহার করতে হবে।

৪. এমনভাবে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হবে, যা রোগীদের মর্যাদা, ব্যক্তিগত গোপনীয়তা এবং 'অবগত সম্মতির' অধিকার নিশ্চিত করে।

- সেবাগ্রহীতার নিরাপত্তা এবং গোপনীয়তা নিশ্চিত করতে হবে, যাতে করে প্রত্যেকে স্বাচ্ছন্দ্যে সেবা নিতে পারে, এর মধ্যে এমন সেবাপ্রত্যাশীও থাকতে পারে, যেমন এইচআইভি বা যৌনবাহিত রোগ (STIs) সংক্রমণের রোগী, যাদের অপবাদ, কলঙ্ক বা নিন্দাজনক পরিস্থিতির মুখোমুখি হওয়ার অভিজ্ঞতা রয়েছে।

৫. নিরাপদ স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হবে এবং কোনো ধরনের ক্ষতি, চিকিৎসাগত ভুল বা হেনস্তা রোধ করতে হবে।

- ভুল চিকিৎসা বা প্রতিকূল চিকিৎসার ঘটনা বা ক্ষতির ঘটনার রিপোর্ট করা ও পর্যালোচনার জন্য ব্যবস্থা চালু করতে হবে।
- যেকোনো নিপীড়ন বা যৌন সহিংসতার মতো ঘটনার রিপোর্ট/প্রতিবেদন করার জন্য একটি নীতিমালা তৈরি করতে হবে।

৬. সমস্ত স্বাস্থ্যসেবার আওতায় ন্যূনতম ওয়াশ (ওয়াটার, স্যানিটেশন ও হাইজিন) মান এবং চিকিৎসা বর্জ্য ব্যবস্থাপনা কৌশলসহ যথাযথ রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) ব্যবস্থা বাস্তবায়নের ওপর গুরুত্বারোপ করতে হবে।

- কলেরা বা ইবোলার মতো প্রাণঘাতী রোগের প্রাদুর্ভাবের সময় বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO), ইউনিসেফ (UNICEF) এবং মেডিসিনস সানস ফ্রন্টিয়ার্স (MSF)-এর মতো বিশেষজ্ঞ সংস্থাগুলোর নিকট থেকে পাওয়া বিস্তারিত নির্দেশনা গ্রহণ ও অনুসরণ করতে হবে।

৭. জনস্বাস্থ্যের দিক বিবেচনা করে নিরাপদভাবে, সম্মানের সাথে এবং প্রযোজ্য সংস্কৃতি অনুযায়ী মৃতদেহ দাফন বা সৎকার করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

নিজ নিজ বাসস্থান থেকে এক ঘণ্টা হাঁটার দূরত্বের মধ্যে যারা প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা পেতে পারে এমন জনগোষ্ঠীর শতকরা হার

- ন্যূনতম ৮০ শতাংশ

অগ্রাধিকারভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করে এমন স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের শতকরা হার

- ন্যূনতম ৮০ শতাংশ

প্রতি ১০,০০০ জন রোগীর মধ্যে (মাতৃত্বকালীন শয্যা ছাড়া) হাসপাতালে ভর্তি হওয়া রোগীর সংখ্যা

- ন্যূনতম ১৮

স্বাস্থ্যসেবার পরবর্তী স্তরে রেফারেল সেবা নিয়েছেন এমন জনগোষ্ঠীর শতকরা হার

গ্রহণযোগ্য সময়ের মধ্যে রেফার করা রোগীদের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

সব মানুষের জন্য স্বাস্থ্যসেবায় প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করতে হলে এই স্বাস্থ্যসেবা সহজে পাওয়া যায় কি না, সেখানে পৌঁছানো যায় কি না, তা গ্রহণযোগ্য ও সবার সামর্থ্যের মধ্যে রয়েছে কি না–এসব বিষয় বিবেচনায় নিতে হয়।

প্রাপ্যতা: স্থানীয় পর্যায়ে/কমিউনিটিভিত্তিক, ভ্রাম্যমাণ/মোবাইল এবং নির্দিষ্ট স্বাস্থ্যসেবা-সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানগুলোর/স্বাস্থ্যকেন্দ্রের মধ্যকার সমন্বয়ের মাধ্যমে প্রদান করা যেতে পারে। এ ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যকেন্দ্রের সংখ্যা, ধরন এবং অবস্থান প্রেক্ষাপট অনুসারে ভিন্ন হতে পারে। স্থায়ী স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের/স্বাস্থ্যকেন্দ্রের পরিকল্পিত কভারেজের জন্য বিস্তৃত নির্দেশিকার মধ্যে রয়েছে:

- প্রতি ১০,০০০ জনের জন্য একটি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান/স্বাস্থ্যকেন্দ্র; এবং
- প্রতি ২৫০,০০০ জনের জন্য একটি জেলাভিত্তিক বা গ্রামীণ হাসপাতাল।

অবশ্য, এই আনুপাতিক হিসাব সব পরিস্থিতিতে পর্যাপ্ত স্বাস্থ্যসেবার কভারেজ বা আওতা নিশ্চিত করে না।

তারপরও গ্রামীণ এলাকায় ৫০,০০০ জন লোকের জন্য একটি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান/স্বাস্থ্যকেন্দ্র একটি আদর্শ লক্ষ্য হতে পারে, যাতে সমন্বিত থাকবে কমিউনিটি কেস ব্যবস্থাপনা প্রোগ্রাম ও ভ্রাম্যমাণ ক্লিনিকসমূহ/মোবাইল ক্লিনিক। শহর অঞ্চলে, মাধ্যমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানসমূহ হতে পারে সেবাপ্রাপ্তির প্রথম জায়গা, যা ১০,০০০-এর চেয়ে অধিক জনগোষ্ঠীর জন্য প্রাথমিক সেবা নিশ্চিত করে।

জরুরি পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্যসেবায় অতিরিক্ত সক্ষমতা প্রদান অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। বিদ্যমান পরিষেবার পুনরাবৃত্তি এড়িয়ে চলতে হবে, কারণ এতে সম্পদের অপচয় হতে পারে এবং বিদ্যমান সেবাপ্রতিষ্ঠানের প্রতি জনগণের আস্থা কমে যেতে পারে। অস্থায়ী বিভিন্ন কেন্দ্র বন্ধ হয়ে গেলে জনগণ যেন আস্থার সাথে আগেকার স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ফিরে যেতে পারে, তা নিশ্চিত করা জরুরি।

পরিষেবাসমূহ ব্যবহারের হার পর্যবেক্ষণ করতে হবে। পরিষেবাগুলো কম ব্যবহারের হার নিম্নমানের পরিষেবা, প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষ খরচের বাধা, অন্যান্য পরিষেবার চাহিদা, ধারণার বেশি জনসংখ্যা বা অন্যান্য সেবাপ্রাপ্তির সমস্যা নির্দেশ করতে পারে। আর এই সব পরিষেবা ব্যবহারের হার যদি বেশি হয় তবে তা জনস্বাস্থ্য সমস্যা বা ধারণার কম জনসংখ্যা অথবা অন্য কোথাও অন্যান্য সেবাপ্রাপ্তিতে সমস্যা নির্দেশ করতে পারে। সব তথ্যই লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধকতা, জাতিগত পরিচয় এবং প্রেক্ষাপটভেদে প্রাসঙ্গিক অন্যান্য উপাদান অনুযায়ী বিশ্লেষণ করা উচিত। ব্যবহারের হার গণনার জন্য ⊕ *পরিশিষ্ট ৩ দেখুন।*

গ্রহণযোগ্যতা: বিভিন্ন সম্প্রদায়ের সদস্য এবং সংঘাত বা যুদ্ধে লিপ্ত সব পক্ষের–বিশেষ করে ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর জন্য স্বাস্থ্যসেবায় প্রবেশের পথে কী কী বাধা রয়েছে, তা চিহ্নিত ও উত্তরণ করতে কমিউনিটির সব পক্ষের সঙ্গে পরামর্শ করা প্রয়োজন। স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে কারা কীভাবে সিদ্ধান্ত নেয় এবং কী কী বিষয় তাদের প্রভাবিত করে, তা বোঝার জন্য নারী, পুরুষ, শিশু, এইচআইভিতে আক্রান্ত বা ঝুঁকিপূর্ণ মানুষ, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি ও প্রবীণ ব্যক্তিদের সাথে কাজ করতে হবে। জনগণের অংশগ্রহণের মাধ্যমে স্বাস্থ্যসেবার পরিকল্পনা করলে রোগীর অংশগ্রহণ বাড়ে এবং সময়মতো সেবা পাওয়ার সম্ভাবনা বৃদ্ধি পায়।

ব্যয়ভার বহনের সামর্থ্য/সক্ষমতা: ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৪: স্বাস্থ্য অর্থায়ন দেখুন।*

স্থানীয় পর্যায়ে/কমিউনিটিভিত্তিক সেবা: প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার মধ্যে পরিবারভিত্তিক এবং স্থানীয় কমিউনিটি পর্যায়ের সেবা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাপ্রাপ্তির জন্য কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী (CHWs) বা স্বেচ্ছাসেবক, সহকর্মী প্রশিক্ষক, অথবা গ্রাম স্বাস্থ্য কমিটির সাথে সমন্বয় করে কাজ করা যেতে পারে, যাতে রোগী ও কমিউনিটির সম্পৃক্ততা বাড়ানো যায়। প্রতিরোধমূলক কর্মসূচি থেকে শুরু করে স্বাস্থ্যবিষয়ক তথ্য প্রচার অথবা কেস ব্যবস্থাপনা সেবা/সরাসরি চিকিৎসাসেবা এবং প্রেক্ষাপটের ওপর নির্ভর করে নানা ধরনের সেবা হতে পারে। সমন্বিত সেবা, ক্লিনিক্যাল তত্ত্বাবধায়ন এবং কর্মসূচি পর্যবেক্ষণ নিশ্চিত করতে সব ধরনের কর্মসূচির সঙ্গে নিকটতম প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের সংযোগ স্থাপন করতে হবে। যদি প্রয়োজন হয় তাহলে কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীরা (CHWs) তীব্র অপুষ্টির কারণ ও ঝুঁকি নির্ণয়ের জন্য পদ্ধতিগত গবেষণা করবে এবং স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত প্রতিষ্ঠান বা অন্যান্য স্থানে পুষ্টি পরিষেবার জন্য রেফার করবে ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) মান ১.২: পুষ্টি নিরূপণ (যাচাই) দেখুন।* স্বাস্থ্যসেবাকে অন্যান্য খাত যেমন পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (ওয়াশ) এবং পুষ্টি খাতের কমিউনিটিভিত্তিক কর্মসূচির সঙ্গে সমন্বয় করে কাজ করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.১ এবং খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি-অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা ২.১ দেখুন।*

আগে থেকে ঠিক করা, নিরাপদ এবং সুরক্ষিত পরিবহনব্যবস্থাসহ ***জরুরি রেফারেল*** সেবা দিন-রাত ২৪ ঘণ্টা, সপ্তাহের সাত দিন নাগালের মধ্যে পাওয়া উচিত। রোগীকে রেফার করার সময় যিনি রেফার করছেন এবং গ্রহণকারী স্বাস্থ্যকর্মীর মধ্যে একটি নিয়মতান্ত্রিক ও কার্যকর প্রক্রিয়ার (clinical handover) মাধ্যমে হস্তান্তর সম্পন্ন হওয়া উচিত।

রোগীর অধিকারসমূহ: রোগীর ব্যক্তিগত গোপনীয়তা ও রোগীর রোগবিষয়ক তথ্যের গোপনীয়তা নিশ্চিত করতে স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা এবং পরিষেবা প্রদানে, যেমন পৃথক পরামর্শ কক্ষসহ প্রয়োজনীয় পরিকল্পনা করতে হবে। চিকিৎসা বা অস্ত্রোপচারের আগে রোগী বা তাদের অভিভাবকদের জানিয়ে, তাদের সম্মতি নিতে হবে। অবগত সম্মতির ক্ষেত্রে রোগীর নিরাপত্তা ও স্বাচ্ছন্দ্য নিশ্চিত করতে বয়স, লিঙ্গ, প্রতিবন্ধকতা, ভাষা বা জাতিগত পরিচয়ের মতো বিষয়গুলো বিবেচনায় রাখতে হবে। পাশাপাশি যত দ্রুত সম্ভব রোগীর মতামত বা অভিযোগ জানানোর জন্য একটি কার্যকর ব্যবস্থা চালু করা প্রয়োজন। এ ছাড়া রোগীর ব্যক্তিগত তথ্য-উপাত্তের গোপনীয়তা ও সুরক্ষা নিশ্চিত করাও অপরিহার্য ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৫: স্বাস্থ্যতথ্য দেখুন।*

যথাযথ এবং নিরাপদ সেবাসমূহ: ভারসাম্যপূর্ণ/যৌক্তিক ওষুধ ব্যবহার নীতি প্রয়োগ করতে হবে এবং ওষুধ ও চিকিৎসা উপকরণসমূহের নিরাপদ ব্যবস্থাপনা নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ দেখুন।*

জরুরি পরিস্থিতিতেও স্বাস্থ্যসেবার জন্য নির্ধারিত জায়গাটি যাতে উপযুক্ত হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে। পরামর্শের জন্য ব্যক্তিগত স্থান, হাসপাতালে রোগী ভর্তি হওয়া থেকে ছাড় পাওয়া পর্যন্ত গুণগত মান বজায় রেখে রোগী ব্যবস্থাপনা, প্রতিটি বিছানার মাঝে ১ মিটার জায়গা, বাতাস চলাচল, হাসপাতালের জন্য একটি জীবাণুমুক্তকরণ কক্ষ (খোলামেলা জায়গায় নয়), হাসপাতালের গুরুত্বপূর্ণ যন্ত্রপাতি চালানোর জন্য পর্যাপ্ত বিদ্যুৎ সরবরাহ এবং পর্যাপ্ত পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি-কাঠামো নিশ্চিত করতে হবে। রোগের প্রাদুর্ভাবের সময়, ট্রায়াজ, পর্যবেক্ষণ ও পৃথক বা আলাদা এলাকাসহ (isolation areas) অবকাঠামোগত চাহিদা এবং নির্দেশিকা পর্যালোচনা করতে হবে।

বন্যা বা সংঘাতের মতো সংকটকালীন সময়ে স্বাস্থ্যকেন্দ্র/স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানগুলোকে নিরাপদ, সুরক্ষিত রাখতে এবং সবার জন্য প্রবেশযোগ্য করে তোলার ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ (IPC)-এর মূল বিষয় হলো সকল পরিবেশে রোগ এবং অ্যান্টিমাইক্রোবিয়ালের প্রতি বাধাদান প্রতিরোধ করা। এমনকি সাধারণ পরিস্থিতিতেও, বিশ্বব্যাপী ১২ শতাংশ রোগীর স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করার সময় সংক্রমণ ঘটতে পারে, এবং অস্ত্রোপচারের পর ৫০ শতাংশ সংক্রমণই সুপরিচিত অ্যান্টিবায়োটিকের বিপরীতে প্রতিরোধী হয়।

রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ (IPC)-এর মূল বিষয়গুলোর মধ্যে রয়েছে নির্দেশিকা তৈরি এবং তা কার্যকরভাবে বাস্তবায়ন করা (যেমন: সাধারণ সতর্কতামূলক ব্যবস্থা, সংক্রমণভিত্তিক সতর্কতা এবং সেবাকেন্দ্রকে রোগজীবাণুমুক্ত রাখার কৌশল)। এ ছাড়া আরও থাকবে প্রত্যেক দুর্যোগ মোকাবিলা বাস্তবায়নে একটি আইপিসি টিম, স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের প্রশিক্ষণ দেওয়া, পর্যবেক্ষণমূলক কর্মসূচি পরিচালনা এবং স্বাস্থ্যসেবা-সম্পর্কিত সংক্রমণ শনাক্তকরণ এবং অ্যান্টিমাইক্রোবিয়াল প্রতিরোধ চিহ্নিতকরণকে নজরদারি ব্যবস্থায় অন্তর্ভুক্ত করার মতো বিষয়াদি। স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোয় যথাযথ কর্মীর সংখ্যা ও কাজের চাপ, বিছানা ব্যবহারের (একটি বিছানায় একের বেশি রোগী নয়) ব্যবস্থা, উপযুক্ত অবকাঠামোগত পরিবেশ নিশ্চিত করতে হবে এবং নিরাপদ স্বাস্থ্যবিধি চর্চা বজায় রাখতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.২: স্বাস্থ্যকর্মী দেখুন* ⊕ *ওপরের যথাযথ এবং নিরাপদ সেবাসমূহ, ওয়াশ অবকাঠামো এবং সরঞ্জাম দেখুন* ⊕ *ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা দেখুন।*

মানসম্পন্ন সতর্কতাসমূহের মধ্যে রয়েছে (standard precautions) রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ (IPC) ব্যবস্থার একটি অংশ এবং তা নিচে উল্লেখ করা হলো:

- *ধারালো উপকরণ দ্বারা আঘাত প্রতিরোধ:* ব্যবহৃত জিনিসপত্র পরিষ্কার করার সময় বা ব্যবহৃত সুই অপসারণ করার সময় সুই, ছুরি-কাঁচি এবং অন্যান্য ধারালো উপকরণ সতর্কতার সাথে ব্যবহার করতে হবে। ধারালো কোনো উপকরণে (সুই/ছুরি) আঘাতপ্রাপ্ত যেকোনো ব্যক্তিকে ৭২ ঘণ্টার মধ্যে এইচআইভির সংক্রমণ ঠেকাতে পোস্ট-এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস (PEP) গ্রহণের কথা বলা উচিত ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.৩: এইচআইভি দেখুন।* *(পোস্ট-এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস -PEP) এমন এক চিকিৎসা, যার মাধ্যমে HIV-এর সংস্পর্শে আসার পর সংক্রমিত হওয়া প্রতিরোধের জন্য প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করা হয়। এই ব্যবস্থা সংস্পর্শে আসা ব্যক্তির ২৮ দিনের জন্য গ্রহণ করা ওষুধের সংমিশ্রণ। এইচআইভির সংস্পর্শে আসার ৭২ ঘণ্টার মধ্যে এটি অবশ্যই গ্রহণ করতে হবে, যাতে করে সর্বোত্তম কার্যকারিতা পাওয়া যায়)।*
- *ব্যক্তিগত সুরক্ষামূলক সরঞ্জাম (পিপিই- PPE) ব্যবহার:* ঝুঁকি এবং কাজের ধরন অনুযায়ী যথাযথ ব্যক্তিগত সুরক্ষা সরঞ্জাম (পিপিই) সরবরাহ করতে হবে। সম্ভাব্য সংস্পর্শের ধরন (যেমন; ফোঁটা/ছিটা নিঃসরণ, ঝাপটা/স্প্রে, সংস্পর্শ বা স্পর্শ) এবং রোগের সংক্রমণের শ্রেণি, কাজের উপযোগিতায় পিপিইর টেকসইত্ব (যেমন, তরলপ্রতিরোধী বা তরলরোধী হিসেবে) এবং সরঞ্জাম লাগসই কি না, তা মূল্যায়ন করতে হবে। সংক্রমণের ধরনের ওপর নির্ভর করে অতিরিক্ত পিপিই প্রয়োজন হবে: সংস্পর্শজনিত সংক্রমণ (যেমন: গাউন বা গ্লাভস), হাঁচি-কাশির ক্ষুদ্রাণুক্ষুদ্র কণা/ড্রপলেট সংক্রমণ (রোগীর ১ মিটারের মধ্যে অস্ত্রোপচারের/সার্জিক্যাল মাস্ক পরতে হবে) অথবা বায়ুবাহিত সংক্রমণ (ক্ষুদ্র কণার প্রবেশ ঠেকিয়ে বিশুদ্ধ বাতাসকে শ্বাসযন্ত্রে পৌঁছানোয় সাহায্য করার ক্ষেত্রে ব্যবহৃত কার্যকরী মাস্ক/পার্টিকুলেট রেসপিরেটর পরতে হবে, (যেমন: N95 মাস্ক) ⊕ *ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা দেখুন।*

- অন্যান্য ব্যবস্থার মধ্যে রয়েছে হাতের পরিচ্ছন্নতা, স্বাস্থ্যসম্মত বর্জ্য ব্যবস্থাপনা, পরিচ্ছন্ন পরিবেশ বজায় রাখা, চিকিৎসা সরঞ্জাম/যন্ত্র পরিষ্কার করা, শ্বাসযন্ত্র ও কাঁশি-সংক্রান্ত স্বাস্থ্যবিধি পালন করা এবং রোগসৃষ্টিকারী জীবাণু (asepsis) পরিহার করে চলার নীতিগুলো বোঝা ⊕ *ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা দেখুন।*

ক্ষতিকর ঘটনা: বিশ্বব্যাপী হাসপাতালে ভর্তি রোগীদের প্রায় ১০ শতাংশই (এমনকি মানবিক সংকটের বাইরেও) কোনো না কোনো ক্ষতিকর ঘটনার শিকার হন, এদের বেশির ভাগই ঘটে অনিরাপদ অস্ত্রোপচার পদ্ধতি, ওষুধের ভুল প্রয়োগ এবং স্বাস্থ্যসেবা-সম্পর্কিত সংক্রমণের কারণে। প্রতিটি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে এমন ক্ষতিকর ঘটনা নথিভুক্ত করার মাধ্যমে সংরক্ষণ করা উচিত এবং তা পর্যায়ক্রমে পর্যালোচনা ও নিরীক্ষা করা উচিত, যাতে সেখান থেকে শিক্ষা নেওয়া যায়।

মৃতদেহ ব্যবস্থাপনা: স্থানীয় রীতিনীতি ও প্রচলিত বিভিন্ন ধর্মীয় প্রথা মেনে মরদেহ যথাযথ সম্মানের সাথে দাফন/সৎকারের ব্যবস্থা করা উচিত এবং মৃতদেহ শনাক্ত করে আইনসম্মতভাবে পরিবারের কাছে হস্তান্তর নিশ্চিত করতে হবে। মহামারি, প্রাকৃতিক দুর্যোগ, যুদ্ধ বা গণহত্যা যা-ই হোক না কেন, মরদেহ ব্যবস্থাপনার জন্য স্বাস্থ্য, ওয়াশ, আইন, সুরক্ষা এবং ফরেনসিক খাতের মধ্যে সমন্বয় প্রয়োজন।

মৃতদেহ সাধারণত তাৎক্ষণিক স্বাস্থ্যঝুঁকি তৈরি করে না। তবে কলেরা বা ইবোলার মতো কিছু রোগের ক্ষেত্রে তার বিশেষ ব্যবস্থাপনার প্রয়োজন হয়। মৃতদেহ উদ্ধার ও ব্যবস্থাপনার জন্য পিপিই, পুনরুদ্ধার সরঞ্জাম, পরিবহন এবং সংরক্ষণের ব্যবস্থা, পাশাপাশি প্রাসঙ্গিক নথিপত্র প্রস্তুতের প্রয়োজন হতে পারে ⊕ *ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা দেখুন।*

স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.২
স্বাস্থ্যকর্মী

স্বাস্থ্যসেবার সকল স্তরে পর্যাপ্ত দক্ষতাসহ স্বাস্থ্যকর্মীদের সেবা জনগণ যেন পায়, তা নিশ্চিত করা।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. রোগীর সেবার চাহিদার তুলনায় প্রচলিত কর্মঘণ্টার কার্যকারিতা মূল্যায়ন করতে হবে। জাতীয় শ্রেণিবিন্যাস অনুযায়ী সেবার বণ্টন বিশ্লেষণ করে সেবার দুর্বল দিক এবং কম সেবাপ্রাপ্ত অঞ্চল চিহ্নিত করতে হবে।

   - কাজের ধরন এবং কর্মস্থল অনুসারে, প্রতি ১,০০০ জন মানুষের বিপরীতে কর্মীর সংখ্যা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

২. জাতীয় মানদণ্ড বা আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অনুযায়ী কর্মীদের নিজ নিজ দায়িত্ব সম্পর্কে প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

   - মনে রাখতে হবে গুরুতর জরুরি পরিস্থিতিতে কর্মীদের দায়িত্ব বেড়ে যেতে পারে। এ জন্য তাদের যথাযথ প্রশিক্ষণ ও সহায়তার প্রয়োজন হতে পারে।
   - যেখানে কর্মীদের মধ্যে চাকরি ছাড়ার প্রবণতা বেশি, সেখানে নতুন কর্মীদের জন্য প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা করতে হবে।

৩. স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত কর্মীদের নিরাপদ কর্মপরিবেশে কাজ করতে সহায়তা করতে হবে।

- সংঘাত চলাকালে স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের সুরক্ষার জন্য সম্ভাব্য সব রকমের ব্যবস্থা বাস্তবায়ন করতে এবং তাতে সহায়তা করতে হবে।
- ক্লিনিক্যাল কর্মীদের পেশাগত স্বাস্থ্য প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে এবং তাদের হেপাটাইটিস বি ও টিটেনাস টিকা নেওয়ার ব্যবস্থা করতে হবে।
- কর্মীদের দায়িত্ব পালনের জন্য পর্যাপ্ত রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ (IPC) ব্যবস্থা বহাল এবং পিপিই সরবরাহ করতে হবে।

৪. স্বাস্থ্যকর্মীদের মধ্যে বেতনবৈষম্য এবং স্বাস্থ্যসেবাদানকারী প্রতিষ্ঠানের (মন্ত্রণালয় ও অন্যান্য) মধ্যে স্বাস্থ্যকর্মীদের অসম বণ্টন কমাতে প্রণোদনা ও বেতনকাঠামোর কৌশল এবং পরিকল্পনা প্রণয়ন করতে হবে।

৫. স্বাস্থ্যকর্মীদের তথ্য এবং প্রস্তুতিমূলক অবস্থা-সম্পর্কিত তথ্য স্থানীয় ও জাতীয় পর্যায়ে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় এবং অন্যান্য সংশ্লিষ্ট সংস্থাকে অবগত করতে হবে।

- সংঘাতকালীন সময়ে স্বাস্থ্যকর্মীদের কর্মস্থল পরিবর্তন ও প্রস্থান সম্পর্কে ওয়াকিবহাল থাকতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

প্রতি ১,০০০ জনে কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীর সংখ্যা

- ন্যূনতম ১-২ জন কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী

দক্ষ কর্মীর (ডাক্তার, নার্স ও ধাত্রী দলের) উপস্থিতিতে শিশু জন্মের শতকরা হার

- ন্যূনতম ৮০ শতাংশ

প্রতি ১০,০০০ জনে দক্ষ প্রসব-সহায়ক কর্মীর (ডাক্তার, নার্স, ধাত্রী দলের) সংখ্যা

- প্রতি ১০,০০০ জনে ন্যূনতম ২৩

ক্লিনিক্যাল কাজ সম্পাদনকারী সকল স্বাস্থ্যকর্মী যাবতীয় ক্লিনিক্যাল প্রটোকল এবং কেস ব্যবস্থাপনার ওপর প্রশিক্ষণ পেয়েছে

নির্দেশিকাসমূহ

স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের বিদ্যমানতা: স্বাস্থ্যসেবায় নিয়োজিত কর্মীদের মধ্যে রয়েছে মেডিকেল ডাক্তার, নার্স, ধাত্রী, ক্লিনিক্যাল অফিসার, ল্যাবরেটরি টেকনিশিয়ান, ফার্মাসিস্ট এবং কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীরা, পাশাপাশি ব্যবস্থাপনা ও সহকারী কর্মীরা। কর্মীদের সংখ্যা ও দক্ষতার ধরন অবশ্যই জনসংখ্যা ও সেবার চাহিদার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। প্রয়োজনীয় সেবার তুলনায় কর্মীসংখ্যা কম হওয়ার ফলে অতিরিক্ত কাজের চাপ এবং স্বাস্থ্যসেবা মানহীন হয়ে উঠতে পারে। বিদ্যমান স্বাস্থ্যসেবাকর্মীদের জরুরি সেবায় অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

স্থানীয় পর্যায়ে কর্মী নিয়োগ এবং প্রশিক্ষণ দেওয়ার সময় জাতীয় নির্দেশিকা অনুসরণ করতে হবে। যদি জাতীয় নির্দেশিকা না থাকে, তবে আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অনুসরণ করতে হবে। আন্তর্জাতিক

কর্মী নিয়োগ অবশ্যই জাতীয় ও স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের (MoH) নিয়ম অনুযায়ী হতে হবে (যেমন, বিশেষ করে চিকিৎসাকাজে নিয়োজিতদের ক্ষেত্রে যোগ্যতার প্রমাণপত্র সরবরাহ করতে হবে)।

গ্রাম ও শহরাঞ্চলে বসবাসরত দূরবর্তী জায়গার লোকজনদের, এমনকি যাঁরা সংঘাতস্থলের কাছাকাছি জায়গায় রয়েছেন, তাঁদেরও সেবা দেওয়ার কথা বিবেচনা করতে হবে। কর্মীদের অবশ্যই স্থানীয় সব জাতি, ভাষা এবং সামাজিক গোষ্ঠীর মানুষের জন্য সেবা প্রদান করতে প্রস্তুত করতে হবে। মাঠপর্যায়ের স্বাস্থ্যকর্মীদের নিয়োগ ও প্রশিক্ষণ দিতে হবে, যাতে তারা কমিউনিটি আউটরিচ বা প্রচার, মোবাইল টিম বা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে কেস ম্যানেজমেন্টের কাজ করতে পারেন এবং শক্তিশালী রেফারেল ব্যবস্থা গড়ে তুলতে পারেন। ঝুঁকিপূর্ণ এলাকায় কাজ করার জন্য প্রণোদনা প্যাকেজ প্রয়োজন হতে পারে।

কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী (CHWs): স্বেচ্ছাসেবকসহ কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীরা কমিউনিটি প্রোগ্রামিংয়ের মাধ্যমে প্রান্তিক বা পিছিয়ে পড়া জনগণের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সহায়তা করেন। যদি কোনো সম্প্রদায়ের মধ্যে ভৌগোলিক দিক থেকে সীমাবদ্ধতা বা গ্রহণযোগ্যতার সমস্যা থাকে, তবে একজন কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী (CHWs) ৫০০ জনের জায়গায় যথাযথভাবে ৩০০ জনকে সেবা দিতে সক্ষম হতে পারে।

পরিস্থিতি বা অবস্থানভেদে কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীদের কাজ ভিন্ন ভিন্ন হতে পারে। তাঁরা প্রাথমিক চিকিৎসা বা কেস ম্যানেজমেন্টে প্রশিক্ষণ পেয়ে থাকতে পারেন অথবা স্বাস্থ্য যাচাই (health screening) চালাতে পারেন। সঠিক তত্ত্বাবধান এবং সমন্বিত সেবা নিশ্চিত করতে তাঁদের অবশ্যই নিকটস্থ স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের সাথে সংযুক্ত থাকতে হবে। অনেক সময় জরুরি পরিস্থিতি শেষ হলে কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীদের আর স্বাস্থ্যব্যবস্থা কাঠামোয় স্থায়ীভাবে অন্তর্ভুক্ত করা সম্ভব হয় না। কিছু কিছু ক্ষেত্রে কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীরা সাধারণত শুধু গ্রামীণ এলাকায় কাজ করতে পারেন। এই কারণে শহরের সংকটের ক্ষেত্রে ভিন্ন পরিকল্পনা প্রণয়ন করার প্রয়োজন হতে পারে।

গ্রহণযোগ্যতা: মানুষের সামাজিক ও সাংস্কৃতিক প্রত্যাশা অনুযায়ী সেবা প্রদান করলে রোগীর সম্পৃক্ততা বাড়বে। সেবা প্রদানকারী কর্মীদের মধ্যে জনগণের বৈচিত্র্যের প্রতিফলন অর্থাৎ বিভিন্ন আর্থসামাজিক অবস্থান, জাতিগত, ভাষাগত এবং যৌন পরিচয়ের বিভিন্ন গোষ্ঠীর প্রতিনিধিত্ব থাকতে হবে। এ ছাড়া লিঙ্গসমতার প্রতি মনোযোগ দিতে হবে।

গুণগত মান: বিভিন্ন প্রতিষ্ঠানকে তাদের কর্মীদের প্রশিক্ষণ ও তত্ত্বাবধানে মনোযোগ দিতে হবে, যাতে তাঁদের জ্ঞানের পরিসর হালনাগাদ থাকে এবং তাঁরা নিরাপদে কাজ করতে পারেন। বিভিন্ন প্রশিক্ষণ কর্মসূচি জাতীয় নির্দেশিকা (যেগুলো জরুরি পরিস্থিতির সাথে লাগসই করে প্রণয়ন করা হয়েছে) অথবা আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত নির্দেশিকার সাথে খাপ খাইয়ে নিতে হবে।

প্রশিক্ষণে যেসব বিষয় অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

- ক্লিনিক্যাল প্রটোকল এবং রোগী ব্যবস্থাপনা;
- স্ট্যান্ডার্ড অপারেটিং প্রসিডিউর (এসওপি–SOP) (যেমন রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ (IPC), চিকিৎসাবর্জ্য ব্যবস্থাপনা);
- সুরক্ষা এবং নিরাপত্তা (ঝুঁকির স্তরের সাথে সামঞ্জস্যকৃত); এবং
- আচরণবিধি (যেমন চিকিৎসা-সম্পর্কিত নৈতিকতা, রোগীদের অধিকার, মানবিক নীতিমালা, শিশু সুরক্ষা, যৌন সহিংসতা এবং নিপীড়ন থেকে সুরক্ষা) ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা: যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.২: ক্লিনিক পর্যায়ে যৌন সহিংসতায় এবং ধর্ষণে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির চিকিৎসা এবং সুরক্ষা নীতিমালা দেখুন।*

নিয়মিত তদারকি এবং গুণগত মান পর্যবেক্ষণ ভালো চর্চাকে উৎসাহিত করবে। এককালীন প্রশিক্ষণ গুণগত মান নিশ্চিত করার জন্য যথেষ্ট নয়। কে প্রশিক্ষণ পেয়েছে, কী বিষয়ে, কার মাধ্যমে, কখন এবং কোথায় প্রশিক্ষণ পেয়েছে–এসব তথ্য-উপাত্ত সংরক্ষণ করে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH)-এর সাথে বিনিময় করতে হবে।

স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩
অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ

মানুষ যেন নিরাপদ, কার্যকর এবং নিশ্চিত সঠিক মানের অপরিহার্য ওষুধ ও চিকিৎসাউপকরণ পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. অগ্রাধিকারমূলক স্বাস্থ্যসেবার জন্য মানসম্মত অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণের তালিকা তৈরি করতে হবে।
  - সাড়াদানের প্রাথমিক অবস্থায় বিদ্যমান জাতীয় অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণের তালিকা পর্যালোচনা করতে হবে ও জরুরি প্রেক্ষাপট মোতাবেক খাপ খাইয়ে নিতে হবে।
  - নিয়ন্ত্রিত ওষুধের (controlled medicines) দিকে বিশেষ মনোযোগ দিতে হবে, যা পাওয়া নিশ্চিত করার জন্য বিশেষ পরামর্শের প্রয়োজন হতে পারে।

২. নিরাপদ অপরিহার্য ওষুধ ও চিকিৎসা উপকরণ যাতে পাওয়া যায়, তা নিশ্চিত করতে কার্যকর ব্যবস্থাপনা পদ্ধতি চালু করতে হবে।
  - টিকার পাশাপাশি মানুষের রক্ত থেকে সংগৃহীত যেকোনো থেরাপিউটিক উপাদান সংগ্রহ ও সংরক্ষণের জন্য পরিবহন, সংরক্ষণাগার এবং কোল্ড চেইন বা শীতাতপ নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা থাকতে হবে।

৩. কেবল আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত নির্দেশিকা অনুসারে বিতরণ করা ওষুধ ও চিকিৎসাসামগ্রী অনুদান হিসেবে গ্রহণ করা যাবে।

প্রধান সূচকসমূহ

কত দিন প্রয়োজনীয়/অপরিহার্য ওষুধ পাওয়া যাচ্ছে না

- ৩০ দিনের মধ্যে সর্বোচ্চ ৪ দিন

প্রয়োজনীয়/অপরিহার্য ওষুধসহ স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের শতকরা হার

- ন্যূনতম ৮০ শতাংশ

কার্যকরী অপরিহার্য চিকিৎসাসামগ্রীসহ স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের শতকরা হার

- ন্যূনতম ৮০ শতাংশ

রোগীদের দেওয়া সমস্ত ওষুধের মেয়াদ উত্তীর্ণ হওয়ার তারিখ এখনো অতিক্রম করেনি

নির্দেশিকাসমূহ

অপরিহার্য ওষুধ ব্যবস্থাপনা: অপরিহার্য ওষুধের মধ্যে রয়েছে ওষুধ, টিকা এবং মানুষের রক্ত থেকে আহরিত যেকোনো থেরাপিউটিক উপাদান। ভালো ওষুধ ব্যবস্থাপনা কেবল ওষুধের প্রাপ্যতা নিশ্চিত করে না, অস্বাস্থ্যকর বা মেয়াদোত্তীর্ণ ওষুধ ব্যবহারও প্রতিরোধ করে। প্রধান ব্যবস্থাপনার বিষয়গুলো হলো: নির্বাচন, পূর্বাভাস, ক্রয়, সংরক্ষণ ও বিতরণ।

জাতীয় অপরিহার্য ওষুধের তালিকার ওপর ভিত্তি করে তা ***নির্বাচন করা*** উচিত। অসংক্রামক রোগ, প্রজননস্বাস্থ্য, অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতা (প্যালিয়েটিভ), ব্যথা নিরাময়, সার্জারি/অপারেশন, অ্যানেসথেসিয়া/অবশকরণ, মানসিক স্বাস্থ্য, নিয়ন্ত্রিত ওষুধ (নিচে দেখুন) বা অন্যান্য ক্ষেত্রে যেকোনো ফাঁক পূরণের জন্য পদক্ষেপ নিতে হবে।

ওষুধের ব্যবহার, রোগের প্রাদুর্ভাব ও পরিস্থিতি বিশ্লেষণের ওপর ভিত্তি করে ভবিষ্যৎ ***চাহিদার পূর্বাভাস*** নির্ধারণ করা উচিত। স্থানীয় উৎপাদন ক্ষতিগ্রস্ত হলে, গুদাম ধ্বংস হলে বা আন্তর্জাতিক ক্রয়প্রক্রিয়া বিলম্বিত হলে জাতীয় ওষুধ সরবরাহ ব্যাহত হতে পারে।

ক্রয়পদ্ধতিতে অবশ্যই জাতীয় আইন, শুল্কসংক্রান্ত বিভিন্ন নিয়ম এবং আন্তর্জাতিক ক্রয়ের জন্য গুণগত মান নিশ্চিতকরণ প্রক্রিয়া অনুসরণ করতে হবে। যদি কোনো বিলম্ব বা সমস্যা দেখা দেয়, তবে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH), নেতৃত্বাধীন সংস্থা, জাতীয় দুর্যোগ ব্যবস্থাপনা কর্তৃপক্ষ বা মানবিক সমন্বয়কারীর মাধ্যমে উন্নত ব্যবস্থাপনার জন্য তদারকি ও সুপারিশ প্রচলন করতে হবে। যদি এসব ব্যবস্থা চালু না থাকে, তবে মেয়াদোত্তীর্ণ নয় এমন, অনুমোদিত মানসম্পন্ন এবং দেশ ও স্বাস্থ্যকর্মীদের উপযুক্ত স্থানীয় ভাষায় তথ্যসংবলিত পণ্য ক্রয়ের ব্যবস্থা করতে হবে।

মজুদকরণ/সংরক্ষণ: ক্রয় করা থেকে শুরু করে বিতরণ পর্যন্ত ওষুধ নিরাপদে সংরক্ষণ করতে হবে। পণ্যের ধরন অনুযায়ী সংরক্ষণ পদ্ধতি ভিন্ন হতে পারে। ওষুধ কোনোভাবেই মাটি বা মেঝেতে রাখা যাবে না। যেসব ওষুধের মেয়াদ উত্তীর্ণ হয়ে গেছে সেগুলো আলাদা তালাবদ্ধ ঘরে রাখতে হবে। দাহ্য পণ্য (অগ্নিসুরক্ষাসহ উপযুক্ত বাতাস চলাচল ব্যবস্থা), নিয়ন্ত্রিত পদার্থ অর্থাৎ এমন ওষুধ বা পণ্য যা সরকারি অনুমোদন ছাড়া ব্যবহার হয় না (বাড়তি নিরাপত্তাসহকারে) এবং শীতাতপ নিয়ন্ত্রিত সরবরাহ ব্যবস্থা বা তাপমাত্রা নিয়ন্ত্রণের প্রয়োজন এমন পণ্যের জন্য পৃথক জায়গা নিশ্চিত করতে হবে।

বিতরণ: কেন্দ্রীয় সংরক্ষণাগার থেকে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রসমূহে নিরাপদ, সুরক্ষিত, পূর্বানুমানযোগ্য এবং নথিভুক্ত পরিবহনের ব্যবস্থা করতে হবে। অংশীদারেরা পুশ (স্বয়ংক্রিয় আগাম সরবরাহ) বা পুল (চাহিদা অনুযায়ী সরবরাহ) পদ্ধতি ব্যবহার করতে পারে।

মেয়াদোত্তীর্ণ ওষুধের নিরাপদ অপসারণ: পরিবেশদূষণ ঘটায় এবং মানুষের জন্য ক্ষতিকারক এমন মেয়াদোত্তীর্ণ ওষুধ সরিয়ে ফেলতে হবে। এগুলো অপসারণের ক্ষেত্রে জাতীয় বিধান (জরুরি অবস্থার সাথে খাপ খাইয়ে নেয়া) বা আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অনুসরণ করতে হবে। অতি-উচ্চ তাপমাত্রায় মেয়াদোত্তীর্ণ ওষুধ পোড়ানো ব্যয়বহুল এবং ফার্মাসিউটিক্যাল মজুদ কেবল স্বল্প মেয়াদে কার্যকর ⊕ *ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা মান দেখুন।*

অপরিহার্য চিকিৎসা উপকরণ: প্রত্যেক স্তরের স্বাস্থ্যসেবার জন্য জরুরি যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জাম (ল্যাবরেটরি রিএজেন্ট, বড় মেশিনসহ) জাতীয় বা আন্তর্জাতিক মান অনুযায়ী নির্ধারণ এবং ক্রয় করতে হবে। এর মধ্যে প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য সহায়ক যন্ত্রপাতিও অন্তর্ভুক্ত থাকবে। যন্ত্রপাতির

নিরাপদ ব্যবহার নিশ্চিত করতে হবে, যার মধ্যে নিয়মিত রক্ষণাবেক্ষণ ও খুচরা যন্ত্রাংশ সরবরাহ (সম্ভব হলে স্থানীয়ভাবে) অন্তর্ভুক্ত থাকবে। অকেজো যন্ত্রপাতি নিরাপদে সরিয়ে নিতে হবে। হারানো বা নষ্ট বা বিকল যন্ত্রপাতি বিতরণ বা বদল করে দিতে হবে এবং এগুলোর ব্যবহার ও রক্ষণাবেক্ষণ সম্পর্কে বিশদ তথ্য প্রদান করতে হবে। যথাযথ আকার, ফিটিং, ব্যবহার ও রক্ষণাবেক্ষণের জন্য পুনর্বাসন সেবার সাথে সংযুক্ত করতে হবে। চিকিৎসা উপকরণের এককালীন বিতরণ এড়িয়ে চলতে হবে।

সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ে অথবা প্রস্তুতির জন্য আগাম সংরক্ষণে রাখা ***পূর্ব অনুমোদিত মানসম্মত কিটস*** বা বিভিন্ন উপকরণ কার্যকর হতে হবে। এতে আগে থেকে অনুমোদন করা জরুরি ওষুধ এবং চিকিৎসা যন্ত্রপাতি থাকে, যা স্বাস্থ্য খাতে সাড়াদান বা বাস্তবায়নের ধরন অনুযায়ী ভিন্ন হতে পারে। ডায়রিয়া, ক্ষতসহ অন্যান্য ব্যবস্থাপনার কিটের পাশাপাশি, আন্তসংস্থার জরুরি স্বাস্থ্য কিট ও অসংক্রামক রোগ ব্যবস্থাপনার কিটের প্রধান সরবরাহকারী বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO)। জাতিসংঘের জনসংখ্যা তহবিল (UNFPA) যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য কিটের প্রধান সরবরাহকারী।

নিয়ন্ত্রিত ওষুধসমূহ: ব্যথা প্রশমন, মানসিক স্বাস্থ্য এবং প্রসব-পরবর্তী রক্তক্ষরণ বন্ধের জন্য ব্যবহৃত ওষুধ সাধারণত নিয়ন্ত্রিত করা হয়। নিম্ন আয়ের ৮০ শতাংশ দেশে পর্যাপ্ত ব্যথা প্রশমনের ওষুধ সরবরাহ নেই, তাই স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH) এবং সরকারের সাথে সমন্বয় করে নিয়ন্ত্রিত ওষুধের সরবরাহ বাড়ানোর জন্য পদক্ষেপ নিতে হবে।

রক্ত থেকে আহরণ করা বিভিন্ন পণ্য/ব্লাড প্রোডাক্টস (ব্লাড প্রোডাক্টস হলো মানুষের রক্ত থেকে আহরণ করা যেকোনো থেরাপিউটিক উপাদান): যেখানে বিদ্যমান সেখানে জাতীয় রক্ত সঞ্চালন পরিষেবার সাথে সমন্বয় করতে হবে। রক্ত শুধু তালিকাভুক্ত স্বেচ্ছাসেবকদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে হবে। এইচআইভি, হেপাটাইটিস বি ও সি, সিফিলিসসহ অন্যান্য রোগের জন্য পরীক্ষা, পাশাপাশি রক্তের গ্রুপ নির্ধারণ ও ক্রস ম্যাচিং পরীক্ষা করতে হবে। পণ্যগুলো নিরাপদে সংরক্ষণ এবং বিতরণ নিশ্চিত করতে হবে। রক্ত এবং রক্ত-পণ্যের (*রক্ত-পণ্য হলো মানুষের রক্ত থেকে আহরণ করা যেকোনো থেরাপিউটিক উপাদান*) সঠিক ব্যবহারের জন্য ক্লিনিক্যাল কর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৪
স্বাস্থ্য অর্থায়ন

সংকটের সময়ে জনগণ বিনা মূল্যে অগ্রাধিকারমূলক স্বাস্থ্যসেবা পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সরকারি ব্যবস্থাপনায় চিকিৎসা নেওয়ার সময় যেসব ক্ষেত্রে ব্যবহারকারীদের কাছ থেকে ফি নেওয়া হয়, দুর্যোগকালে তা বাতিল বা সাময়িকভাবে স্থগিত করার পরিকল্পনা করতে হবে।

২. বিভিন্ন সেবা পাওয়া এবং ব্যবহার করার ক্ষেত্রে খরচের বাধা বা পরোক্ষ বিভিন্ন খরচ কমাতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

অগ্রাধিকারভিত্তিক স্বাস্থ্যসেবা (পরামর্শ, চিকিৎসা, পরীক্ষা-নিরীক্ষা এবং ওষুধ প্রদানের ক্ষেত্রে) বিনা মূল্যে প্রদান করা হয় এমন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের শতকরা হার

- লক্ষ্য ১০০ শতাংশ

স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ বা ব্যবহার করার সময় (পরামর্শ, চিকিৎসা, বিভিন্ন পরীক্ষা-নিরীক্ষা ও ওষুধ সরবরাহসহ) যারা কোনো ধরনের সরাসরি অর্থ প্রদান করেনি, এমন মানুষের শতকরা হার

- লক্ষ্য ১০০ শতাংশ

নির্দেশিকাসমূহ

ব্যবহার ফি: জরুরি অবস্থায় সেবার জন্য অর্থ প্রদানের প্রয়োজন হলে মানুষ চিকিৎসা নিতে নিরুৎসাহিত হতে পারে বা সম্পূর্ণরূপে এড়িয়ে যেতে পারে।

সরকারি স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে সেবা ব্যবহার ফি সাময়িকভাবে বাতিল করা হলে অর্থনৈতিক চাপ তৈরি হবে। কর্মীদের বেতন, প্রণোদনা, অতিরিক্ত ওষুধ, চিকিৎসা সরঞ্জাম ও সহায়ক উপকরণ দিয়ে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের (MoH) অধীন প্রতিষ্ঠান বা অন্যান্য দায়িত্বশীল সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠানকে সহায়তা করার বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে। যদি সেবা ব্যবহার ফি সাময়িকভাবে বাতিল করা হয়, তবে ব্যবহারকারীদের (সময়কাল এবং কারণসহ) এ সম্পর্কে বিশদ তথ্য দিতে হবে। পাশাপাশি সেবার মান এবং সেবা ব্যবহার পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

কমিউনিটিতে পর্যাপ্ত সেবা সরবরাহ করে এবং পরিকল্পিত পরিবহন ও রেফারেল ব্যবস্থা ব্যবহার করে ***পরোক্ষ খরচ*** কমানো সম্ভব।

নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা: 'সবার জন্য স্বাস্থ্যসেবা ২০৩০' লক্ষ্যমাত্রা অনুসারে, মানুষ যেন আর্থিক কষ্ট ছাড়াই স্বাস্থ্যসেবা পায়, তা নিশ্চিত করা প্রয়োজন। স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের এই সংস্করণ প্রকাশের সময় পর্যন্ত দুর্যোগের মতো মানবিক পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্যসেবার জন্য নির্দিষ্ট নগদ সহায়তার ইতিবাচক প্রভাবের বিষয়ে সুস্পষ্ট প্রমাণ নেই ⊕ *বাজারের মাধ্যমে সহায়তা প্রদানসহ স্ফিয়ার কী অধ্যায় দেখুন।*

অভিজ্ঞতা বলে, স্বাস্থ্যসেবার জন্য নগদ সহায়তা ব্যবহার কার্যকর হতে পারে যদি:

- জরুরি পরিস্থিতি স্থিতিশীল হয়ে যায়;
- সহায়তার জন্য নির্ভরযোগ্য সেবা, যেমন–গর্ভকালীন সেবা বা দীর্ঘমেয়াদি রোগ ব্যবস্থাপনা সেবা থাকে,
- উদ্দিষ্ট জনগণের ইতিবাচক স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের প্রবণতা ও চাহিদা বেশি থাকে; এবং
- পরিবারের অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ মৌলিক চাহিদা যেমন খাদ্য ও আশ্রয়ের ব্যবস্থা হয়ে যায়।

স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৫
স্বাস্থ্যতথ্য

স্বাস্থ্যসেবা বাস্তবায়িত হবে তথ্যের ওপর ভিত্তি করে, যাতে জনস্বাস্থ্য-সম্পর্কিত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য সংগ্রহ, বিশ্লেষণ এবং ব্যবহার করা হয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. এমন একটি স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থা প্রবর্তন করা বা বিদ্যমান ব্যবস্থা জোরদার করা, যা কার্যকর ও ন্যায়সংগত স্বাস্থ্যসেবার জন্য যথেষ্ট, সঠিক এবং হালনাগাদ তথ্য প্রদান করে।

- স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থা এমনভাবে তৈরি করতে হবে, যাতে সব সংশ্লিষ্ট পক্ষ অন্তর্ভুক্ত হয়, সহজে ব্যবহারযোগ্য হয় এবং তথ্য সংগ্রহ, বিশ্লেষণ ও ব্যাখ্যা করা সহজ হয়, যা সঠিক সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

২. সকল বিপর্যয় বা ঝুঁকিপূর্ণ ঘটনার জন্য তাৎক্ষণিক সাড়া দেওয়ার উদ্দেশ্যে রোগসংক্রান্ত আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR) ব্যবস্থা উন্নত করতে বা গড়ে তুলতে হবে।

- রোগতাত্ত্বিক বা এপিডেমিওলজিকাল বা মহামারি-সংক্রান্ত ঝুঁকিসমূহের রূপরেখা ও জরুরি পরিস্থিতির পরিপ্রেক্ষিতে অগ্রাধিকারভিত্তিক কোনো রোগ এবং ঘটনা অন্তর্ভুক্ত করা হবে, তা নির্ধারন করতে হবে।
- সূচকভিত্তিক ও ঘটনাভিত্তিক–এই দুই ধরনের উপাদানই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

৩. সাধারণ অপারেশনাল তথ্য ও বিভিন্ন সংজ্ঞার ক্ষেত্রে সর্বসম্মতভাবে সম্মত হতে হবে এবং সেগুলো ব্যবহার করতে হবে।

- জনসংখ্যা, পরিবারের আকার এবং বয়সভিত্তিক বিভাজনসহ পরিমাপের ভিত্তি হিসেবে ব্যবহৃত সংখ্যা বিবেচনা করতে হবে।
- প্রশাসনিক এলাকা এবং ভৌগোলিক কোড নির্ধারণ করতে হবে।

৪. স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবহারের সময় স্বাস্থ্য-সংশ্লিষ্টদের জন্য স্ট্যান্ডার্ড অপারেটিং প্রসিডিউর (এসওপি-SOP) সম্পর্কে একমত হতে হবে।

৫. ব্যক্তি, রিপোর্টিং ইউনিট এবং/অথবা জনসাধারণের অধিকার এবং নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে তথ্য সুরক্ষিত করার প্রক্রিয়া নিশ্চিত করতে হবে।

৬. নেতৃত্ব দানকারী প্রতিষ্ঠানকে স্বাস্থ্যতথ্য সংগ্রহ, বিশ্লেষণ, ব্যাখ্যা ও নিয়মিত এবং সময়মতো সকল অংশগ্রহণকারীদের নিকট তথ্য পরিবেশন করতে এবং স্বাস্থ্য কর্মসূচির জন্য সিদ্ধান্ত গ্রহণে সহায়তা করতে হবে।

- এতে স্বাস্থ্যসেবার কভারেজ বা আওতা, গ্রহণযোগ্যতা ও ব্যবহার, রোগতাত্ত্বিক তথ্যের বিশ্লেষণ এবং ব্যাখ্যা অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

প্রধান সূচকসমূহ

সময়মতো সম্পূর্ণ আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR)/নজরদারি প্রতিবেদন জমা দেওয়ার শতকরা হার

- ন্যূনতম ৮০ শতাংশ

নেতৃত্বদানকারী স্বাস্থ্যকর্মীর/নেতৃত্বদানকারী প্রতিষ্ঠানের মাধ্যমে করা স্বাস্থ্যতথ্য প্রতিবেদন প্রদানের ধারাবাহিকতা

- ন্যূনতম মাসিক

নির্দেশিকাসমূহ

স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থা: একটি কার্যকরভাবে পরিচালিত স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থার স্বাস্থ্যসম্পর্কিত উপাদান, স্বাস্থ্যব্যবস্থার কার্যকারিতা এবং স্বাস্থ্য অবস্থার বিষয়ে নির্ভরযোগ্য ও সময়োপযোগী তথ্যের উৎপাদন, বিশ্লেষণ, প্রচার এবং ব্যবহার নিশ্চিত করে। তথ্য গুণগত বা পরিমাণগত হতে পারে এবং বিভিন্ন উৎস থেকে সংগ্রহ করা যেতে পারে, যেমন জনশুমারি জরিপ, জন্ম-মৃত্যুনিবন্ধন, জনসংখ্যা জরিপ, প্রয়োজন নির্ধারণ জরিপ, ব্যক্তিগত নথি এবং স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের প্রতিবেদন (যেমন স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা তথ্য ব্যবস্থা)। এটি যথেষ্ট নমনীয় হওয়া উচিত, যাতে হঠাৎ কোনো চ্যালেঞ্জ যেমন রোগের প্রাদুর্ভাব বা স্বাস্থ্যব্যবস্থা বা সেবা সম্পূর্ণভাবে ভেঙে পড়া–এসব অন্তর্ভুক্ত ও প্রতিফলিত করতে পারে। এই তথ্য স্বাস্থ্যব্যবস্থার সব স্তরে সমস্যা ও চাহিদা শনাক্ত করবে। স্বাস্থ্যতথ্য না থাকলে পুনর্মূল্যায়ন বা জরিপের মাধ্যমে সংগ্রহ করতে হবে। সীমান্ত পার হয়ে যাওয়া মানুষের চলাচল এবং এর সাথে সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় বা প্রাপ্ত তথ্য বিবেচনায় আনতে হবে। কে, কোথায় থাকে এবং কী করছে সে সম্পর্কে নিয়মিত বিশ্লেষণ প্রদান করতে হবে।

স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা তথ্য ব্যবস্থা (HMIS) বা নিয়মিত প্রতিবেদন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলো থেকে পাওয়া স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবহার করে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের কার্যকারিতা মূল্যায়ন করে। স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা তথ্য ব্যবস্থা (HMIS) নির্দিষ্ট সেবা প্রদান, পরিস্থিতি সাপেক্ষে চিকিৎসা, বিভিন্ন সম্পদ যেমন ট্রেসার ড্রাগের প্রাপ্যতা (*ট্রেসার ড্রাগ হলো প্রয়োজনীয় ওষুধ, যা সেবাগ্রহীতাদের অগ্রাধিকারমূলক স্বাস্থ্য সমস্যার সমাধান করে*), মানবসম্পদ এবং সেবার ব্যবহার হার পর্যবেক্ষণ করে।

স্বাস্থ্য নজরদারি: হলো স্বাস্থ্যসংক্রান্ত তথ্যের ধারাবাহিক ও পদ্ধতিগতভাবে সংগ্রহ, বিশ্লেষণ এবং ব্যাখ্যা করা। এতে রোগের নজরদারি, বিশেষভাবে বিভিন্ন রোগ ও বিস্তারের ধরন পর্যবেক্ষণ করা হয় এবং প্রায়ই স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা তথ্য ব্যবস্থা (HMIS) প্রতিবেদনে তা অন্তর্ভুক্ত হয়।

আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR) হলো নিয়মিত স্বাস্থ্য নজরদারি ব্যবস্থার অংশ। এটি জনস্বাস্থ্যবিষয়ক কোনো ঘটনাকে শনাক্ত করে এবং সতর্কতা প্রদান করে, যা তাৎক্ষণিক সাড়াদানের প্রয়োজন হয়, যেমন রাসায়নিক বিষক্রিয়া বা মহামারিপ্রবণ রোগ ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা -সংক্রামক রোগ মান ২.১.২: নজরদারি, রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ এবং তাৎক্ষণিক সাড়াদান দেখুন।*

স্ট্যান্ডার্ড অপারেটিং প্রসিডিউর (এসওপি-SOP): ভৌগোলিক অবস্থান, সেবার স্তর এবং স্বাস্থ্যকর্মীদের মধ্যে তথ্য পৌঁছে দেওয়ার জন্য অভিন্ন সংজ্ঞা এবং পদ্ধতি নির্ধারণ করতে হবে। অন্তত নিম্নলিখিত বিভিন্ন বিষয়ে একমত হতে হবে:

- কেস/রোগ নির্ধারণের সংজ্ঞাসমূহ;
- যা পর্যবেক্ষণ করা হবে তার সূচক;
- রিপোর্টিং/প্রতিবেদন প্রদানের ইউনিট (যেমন ভ্রাম্যমাণ/মোবাইল ক্লিনিক, মাঠপর্যায়ের হাসপাতাল, স্বাস্থ্যকেন্দ্রসমূহ)
- প্রতিবেদন প্রদান প্রক্রিয়া/ধাপসমূহ; এবং
- তথ্য জমা, বিশ্লেষণ ও প্রতিবেদন প্রদানের সময়সূচি।

তথ্য বিভাজন/পৃথক পৃথক তথ্য: স্বাস্থ্যসম্পর্কিত তথ্য-উপাত্ত লিঙ্গ, বয়স, প্রতিবন্ধিতা, বাস্তুচ্যুত ও আশ্রয়দানকারী/স্থানীয় জনগোষ্ঠী, প্রেক্ষাপট (যেমন ক্যাম্প/নন-ক্যাম্প পরিস্থিতি) এবং প্রশাসনিক স্তর (অঞ্চল ও জেলা পর্যায়ে) অনুযায়ী আলাদা করতে হবে, যাতে সঠিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর বৈষম্য শনাক্ত করা যায়।

আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR)-এর জন্য মৃত্যুহার এবং অসুস্থতার হার পাঁচ বছরের কম এবং বেশি বয়সী শিশুদের জন্য তথ্য আলাদা করতে হবে। এর উদ্দেশ্য দ্রুত সতর্কতা তৈরি করা; তাই এখানে বিস্তারিত তথ্য প্রয়োজন নেই। তবে প্রাদুর্ভাবের পর্যবেক্ষণ উপাত্ত, সংস্পর্শ শনাক্তকরণ, ধারাবাহিক তালিকা প্রণয়ন এবং রোগের ধারা পর্যবেক্ষণে অবশ্যই পৃথক তথ্য ব্যবহার করতে হবে।

তথ্য ব্যবস্থাপনা, নিরাপত্তা এবং গোপনীয়তা: ব্যক্তির নিরাপত্তা এবং তথ্য সুরক্ষার জন্য পর্যাপ্ত সতর্কতা অবলম্বন করতে হবে। স্বাস্থ্যকর্মীদের রোগীর অনুমতি ছাড়া রোগীর সেবার সাথে সরাসরি জড়িত নয়, এমন কারো সাথে রোগীর তথ্য বিনিময় করা উচিত নয়। যাদের বুদ্ধিবৃত্তিক, মানসিক বা সংবেদনশীল প্রতিবন্ধকতা আছে, যা তাদের অবগত সম্মতি দেওয়ার ক্ষমতাকে প্রভাবিত করতে পারে, তাদের ক্ষেত্রে বিশেষ বিবেচনা প্রয়োজন। মনে রাখতে হবে যে এইচআইভি-আক্রান্ত অনেক ব্যক্তি নিজেদের অবস্থা তাদের ঘনিষ্ঠ পরিবারের সদস্যদের কাছেও প্রকাশ করেন না। যৌন নিপীড়নসহ নির্যাতন বা অন্যান্য মানবাধিকার লঙ্ঘনের কারণে সৃষ্ট আঘাত-সম্পর্কিত তথ্য অত্যন্ত সতর্কতার সাথে ব্যবহার করতে হবে। যদি সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি অবগত সম্মতি দেন, তবে এ ধরনের তথ্য উপযুক্ত সংস্থা বা প্রতিষ্ঠানের কাছে হস্তান্তর করার কথা বিবেচনা করতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা ১ এবং মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ১ দেখুন।*

স্বাস্থ্যসেবার প্রতি হুমকিসমূহ: স্বাস্থ্যকর্মীদের হুমকি অথবা স্বাস্থ্যকর্মী সংশ্লিষ্ট কোনো সহিংস ঘটনা প্রচলিত স্থানীয় এবং জাতীয় প্রক্রিয়া অনুসারে রিপোর্ট প্রদান করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্য খাতে অত্যাবশ্যকীয় বিষয়সমূহ (ওপরে) ও তথ্যসূত্রসমূহ এবং আরো বিস্তারিত তথ্য (নিচে) দেখুন।*

২. অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা

অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা সংকট আক্রান্ত জনগোষ্ঠীর প্রধান মৃত্যুর কারণ ও রোগব্যাধি মোকাবেলা করে। স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় এবং অন্যান্য সরকারি স্বাস্থ্য সংস্থার সঙ্গে সমন্বয় করে কোন সেবাকে অগ্রাধিকার দেওয়া হবে, কখন ও কোথায় বাস্তবায়ন করা হবে, তা নির্ধারণ করতে হবে। অগ্রাধিকার নির্ধারণে প্রেক্ষাপট, ঝুঁকি মূল্যায়ন এবং প্রাপ্ত তথ্যের ওপর নির্ভর করতে হবে। প্রেক্ষাপট, ঝুঁকি মূল্যায়ন এবং প্রাপ্ত তথ্যের ভিত্তিতে অগ্রাধিকার নির্ধারণ করতে হবে।

সম্মুখীন কোনো একটি সংকটে আক্রান্ত জনগোষ্ঠীর নতুন এবং নানা রকমের চাহিদা থাকবে, যা সময়ের সাথে পরিবর্তিত হবে। অতিরিক্ত জনসমাগম, বারবার স্থানান্তর, অপুষ্টি, পানির অভাব বা চলমান সংঘাতের সম্মুখীন হতে পারে। বয়স, লিঙ্গ, প্রতিবন্ধিতা, এইচআইভি অবস্থা, ভাষাগত বা জাতিগত পরিচয়ও চাহিদাকে প্রভাবিত করতে পারে এবং স্বাস্থ্যসেবার প্রাপ্যতায় উল্লেখযোগ্য প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টি করতে পারে। সেবা কম পাওয়া যায় এমন এলাকা বা দুর্গম অঞ্চলে বসবাসকারীদের চাহিদাও বিবেচনায় নিতে হবে।

স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH) এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য খাতের অংশীজনদের সঙ্গে অগ্রাধিকারভিত্তিক সেবাসমূহে একমত হতে হবে। এ ক্ষেত্রে সেসব ঝুঁকির ওপর গুরুত্ব দিতে হবে যেগুলোর ঘটার সম্ভাবনা সবচেয়ে বেশি এবং যা উল্লেখযোগ্য মাত্রায় অসুস্থতা ও মৃত্যু ঘটাতে পারে। স্বাস্থ্য কর্মসূচিগুলোর উচিত প্রেক্ষাপট, লজিস্টিক ব্যবস্থা এবং প্রয়োজনীয় সম্পদের বিষয় বিবেচনায় রেখে উপযুক্ত ও কার্যকর সেবা প্রদান করা। প্রেক্ষাপটের উন্নতি হলে বা আরও অবনতি ঘটলে অগ্রাধিকারসমূহ পরিবর্তিত হতে পারে। বিদ্যমান তথ্যের ভিত্তিতে ও প্রেক্ষাপট পরিবর্তনের সঙ্গে সামঞ্জস্য রেখে এই প্রক্রিয়াটি নিয়মিতভাবে পরিচালনা করা উচিত।

মৃত্যুহার কমে গেলে বা পরিস্থিতি স্থিতিশীল হলে, আরও ব্যাপক পরিসরে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান সম্ভব হতে পারে। দীর্ঘমেয়াদি সংকট পরিস্থিতিতে এটি জাতীয় পর্যায়ে নির্ধারিত একটি অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা প্যাকেজের রূপ নিতে পারে।

এই অধ্যায়টি জরুরি সাড়াদানের প্রধান ক্ষেত্রগুলোতে অপিরহার্য ন্যূনতম স্বাস্থ্যসেবার রূপরেখা প্রদান করে: সংক্রামক রোগ, শিশুস্বাস্থ্য, যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য, আঘাত এবং ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা, মানসিক স্বাস্থ্য, অসংক্রামক রোগ এবং অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতা (প্যালিয়েটিভ) সেবা।

২.১ সংক্রামক রোগ

প্রাকৃতিক দুর্যোগ, সংঘাত বা দুর্ভিক্ষের কারণে সৃষ্ট যেকোনো মানবিক সংকট প্রায়ই সংক্রামক রোগজনিত অসুস্থতা ও মৃত্যুহার বাড়িয়ে দেয়। মানুষ যখন অতিরিক্ত জনসমাগমপূর্ণ যৌথ আবাসনের আশ্রয়কেন্দ্রে আশ্রয় নেয়, তখন ডায়রিয়া বা হাম (measles)-এর মতো রোগ সহজেই ছড়িয়ে পড়ে। পয়োনিষ্কাশন ব্যবস্থার বিচ্যুতি বা নিরাপদ পানির অভাবে পানি ও পোকামাকড়বাহিত রোগ দ্রুত সংক্রমিত হয়। জনগণের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা কমে গেলে রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি বেড়ে যায়। স্বাস্থ্যব্যবস্থা ভেঙে পড়ার ফলে দীর্ঘমেয়াদি চিকিৎসা যেমন এইচআইভি এবং যক্ষ্মার (TB) চিকিৎসা, নিয়মিত টিকাদান কর্মসূচি এবং শ্বাসতন্ত্রের সংক্রমণের মতো সাধারণ রোগের চিকিৎসা ব্যাহত হতে পারে।

শ্বাসতন্ত্রের তীব্র সংক্রমণ, ডায়রিয়া, হাম ও ম্যালেরিয়া এখনো সংকটে আক্রান্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে অসুস্থতার প্রধান কারণ হিসেবে বিদ্যমান। তীব্র অপুষ্টি এসব রোগকে আরও জটিল করে তোলে, বিশেষত পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশু এবং প্রবীণ ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে।

সংকট পরিস্থিতিতে মূল লক্ষ্য হলো শুরু থেকেই সংক্রামক রোগ প্রতিরোধ করা, আক্রান্ত ব্যক্তিদের সঠিক চিকিৎসা দেওয়া এবং রোগের প্রাদুর্ভাব দেখা দিলে দ্রুত ও উপযুক্ত সাড়াদান নিশ্চিত করা। সংক্রামক রোগ মোকাবিলায় যেসব কার্যক্রম গ্রহণ করা উচিত, সেগুলোর মধ্যে রয়েছে: প্রতিরোধ, নজরদারি, রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ, রোগনির্ণয় ও কেস ব্যবস্থাপনা এবং প্রাদুর্ভাবে সাড়াদান ব্যবস্থা বাস্তবায়ন।

সংক্রামক রোগ মান ২.১.১
প্রতিরোধ

মানুষ সংক্রামক রোগ প্রতিরোধে প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্যসেবা ও তথ্যের সুযোগ পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর মধ্যে সংক্রামক রোগের ঝুঁকি নির্ধারণ করতে হবে।

- বিদ্যমান স্বাস্থ্যতথ্য (যদি পাওয়া যায়) ও নজরদারি তথ্য পর্যালোচনা করতে হবে, পাশাপাশি পুষ্টিগত অবস্থা এবং নিরাপদ পানি ও স্যানিটেশনের সুযোগ বিবেচনা করতে হবে।
- স্থানীয় নেতৃবৃন্দ এবং স্বাস্থ্যসংশ্লিষ্ট পেশাজীবীসহ ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীকে সাথে নিয়ে ঝুঁকি মূল্যায়ন পরিচালনা করতে হবে।

২. অন্যান্য খাত/বিভাগের সাথে মিলে সাধারণ প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা তৈরি করতে হবে এবং কমিউনিটি/স্থানীয় পর্যায়ে সমন্বিত স্বাস্থ্য-উন্নয়ন কর্মসূচি চালু করতে হবে।

- স্বাস্থ্যসম্মত আচরণে ব্যাঘাত ঘটাতে পারে এমন সুনির্দিষ্ট শঙ্কা, গুজব এবং প্রচলিত বিশ্বাসের সমাধান করতে হবে।
- অন্যান্য খাতের সঙ্গে তথ্যের সমন্বয় করতে হবে এবং যারা মাঠপর্যায়ে কাজ করে, যেমন স্বাস্থ্যবিধি প্রচারক বা কমিউনিটি পুষ্টিকর্মীদের সাথে, যাতে বার্তা সমন্বিত ও সংগতিপূর্ণ হয়।

৩. রোগ প্রতিরোধে টিকাদান কর্মসূচি বাস্তবায়ন করতে হবে।

- ঝুঁকি, বাস্তবায়ন-সক্ষমতা এবং প্রেক্ষাপটের ওপর ভিত্তি করে নির্দিষ্ট সংক্রামক রোগের জন্য টিকাদান কর্মসূচির চাহিদা নির্ধারণ করতে হবে।
- যত দ্রুত সম্ভব চলমান টিকাদান কর্মসূচির মাধ্যমে নিয়মিত টিকা প্রদান পুনরায় শুরু করতে হবে।

৪. প্রয়োজন সাপেক্ষে নির্দিষ্ট রোগের প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

- ম্যালেরিয়াপ্রবণ যেকোনো অঞ্চলের রোগীদের দীর্ঘদিন ব্যবহার উপযোগী কীটনাশকযুক্ত ম্যালেরিয়া-নিরোধক মশারি (LLINs) সরবরাহ এবং প্রাপ্যতা নিশ্চিত করতে হবে।

৫. ঝুঁকি অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবার প্রতিটি স্তরে রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) ব্যবস্থা বাস্তবায়ন করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১ এবং ওয়াশ সহায়তার জন্য ওয়াশ মান ৬: স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ওয়াশ ব্যবস্থাপনা দেখুন*।

প্রধান সূচকসমূহ

স্বাস্থ্যশিক্ষা কার্যক্রম ও বার্তার মাধ্যমে প্রচারিত মূল চর্চাগুলো গ্রহণ করেছে এমন মানুষের শতকরা হার

সংক্রামক রোগ-সম্পর্কিত ঝুঁকি ও প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা বিষয়ে সঠিক তথ্য পাওয়ার কথা জানিয়েছে, এমন ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের শতকরা হার

সংক্রামক রোগ প্রতিরোধে তারা যে তিনটি ব্যবস্থা নিচ্ছে, তা ব্যাখ্যা করতে পারে এমন ক্ষতিগ্রস্ত পরিবারের শতকরা হার

ম্যালেরিয়াপ্রবণ এলাকায় স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের/স্বাস্থ্যকেন্দ্র সব রোগী দীর্ঘদিন ব্যবহার উপযোগী কীটনাশকযুক্ত ম্যালেরিয়া-নিরোধক মশারি (LLINs) ব্যবহার করছে

প্রধান সংক্রামক রোগের প্রাদুর্ভাব স্থিতিশীল আছে বা সংকট-পূর্ব অবস্থার তুলনায় বাড়েনি

নির্দেশিকাসমূহ

ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই): ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী, স্থানীয় নেতৃবৃন্দ এবং স্বাস্থ্যসেবায় জড়িত পেশাজীবীদের সাথে যৌথভাবে ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) পরিচালনা করতে হবে। ঘনবসতিপূর্ণ আশ্রয়কেন্দ্র এবং নগর এলাকায় বসবাস প্রেক্ষাপট এবং পরিবেশ দ্বারা সৃষ্ট ঝুঁকি বিশ্লেষণ করতে হবে। বিভিন্ন জনগোষ্ঠীর জন্য রোগ-সম্পর্কিত বিশেষ কারণ, রোগপ্রতিরোধ ক্ষমতার ঘাটতি বা অন্যান্য ঝুঁকি সক্রিয়ভাবে বিবেচনা করতে হবে।

বিভিন্ন খাত বা সেক্টরভিত্তিক প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা: যথাযথ স্বাস্থ্যবিধি, বর্জ্য অপসারণ, নিরাপদ ও পর্যাপ্ত পানি সরবরাহ এবং কীটপতঙ্গবাহী রোহ নিয়ন্ত্রণের মতো সাধারণ প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে। পর্যাপ্ত আশ্রয়, আশ্রয়কেন্দ্রের ব্যবধান এবং বাতাস চলাচল ব্যবস্থা সংক্রমণ কমাতে সাহায্য করতে পারে। শিশুকে শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো এবং পর্যাপ্ত পুষ্টি প্রাপ্তি সরাসরি স্বাস্থ্য অবস্থার উন্নতিতে সাহায্য করে ⊕ *মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ৩ ও ৪, ওয়াশ স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন মান ১.১, ওয়াশ পানি সরবরাহ মানসমূহ ২.১ এবং ২.২, ওয়াশ কঠিন বর্জ্য ব্যবস্থাপনা মানসমূহ ৫.১ থেকে ৫.৩, আশ্রয় এবং আবাসন মান ২ দেখুন এবং এ ছাড়া খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি-নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর মানসমূহ ৪.১ এবং ৪.২ দেখুন।*

স্বাস্থ্যসচেতনতা বৃদ্ধি: কমিউনিটির সঙ্গে জড়িত হয়ে প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি, নারী ও শিশুদের উপযোগী সহজবোধ্য ভাষা ও ছকে (Format) তথ্য প্রদান করতে হবে। সংবেদনশীল বিষয়ে বিভিন্ন বার্তা পরীক্ষা-নিরীক্ষা ও যাচাই করার জন্য সময় নিতে হবে।

টিকাদান: টিকাদান কর্মসূচি বাস্তবায়নের সিদ্ধান্ত তিনটি বিষয়ের ওপর নির্ভর করবে:

- **সাধারণ ঝুঁকির বিষয়সমূহ,** যেমন অপুষ্টি, দীর্ঘমেয়াদি রোগের উচ্চ হার, অধিক জনসমাগম, অপর্যাপ্ত পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তনের (WASH) বিদ্যমান অবস্থা এবং রোগভিত্তিক ঝুঁকিসমূহ, যেমন ভৌগোলিক অবস্থা, জলবায়ু, ঋতু ও জনগোষ্ঠীর রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা নিরূপণ (যাচাই) করা।

- **টিকাদান কর্মসূচির বাস্তবায়নযোগ্যতা**, যা টিকার ধরন, টিকা পাওয়া যায় কি না, কার্যকারিতা, নিরাপত্তা, এই টিকা একক না একাধিক অ্যান্টিজেন যুক্ত, মুখে খাওয়ার না ইনজেকশন—এবং টিকার স্থায়িত্ব এসব কিছুর ওপর ভিত্তি করে নির্ধারিত হবে। এ ছাড়াও বাস্তবায়ন-সংক্রান্ত বিষয় যেমন জনগণের কাছে পৌঁছানোর সুযোগ, সময়সীমা, পরিবহন, উপকরণের প্রয়োজনীয় ব্যয় এবং অবগত সম্মতি নেওয়ার সক্ষমতা বিবেচনায় নিতে হবে।
- **সাধারণ প্রেক্ষাপট**, যার মধ্যে রয়েছে নৈতিক ও বাস্তব সীমাবদ্ধতা, যেমন সাম্প্রদায়িক বিরোধিতা, সম্পদের স্বল্পতার কারণে বৈষম্য এবং রাজনৈতিক বা নিরাপত্তাজনিত সীমাবদ্ধতা বা টিকাদান কর্মীদের বিষয়ে বিদ্যমান হুমকি।

⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- শিশুস্বাস্থ্য মান ২.২.১: শিশুদের শৈশবকালীন টিকার মাধ্যমে প্রতিরোধযোগ্য রোগ দেখুন* এবং *তীব্র মানবিক সংকটকালে টিকাদান: সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য একটি রূপরেখা, বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO), ২০১৭ (Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making, WHO, 2017) দেখুন*, যার মধ্যে কলেরা, মেনিনজাইটিস, হাম এবং রোটাভাইরাসহ ২৩টি অ্যান্টিজেন অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

ম্যালেরিয়া প্রতিরোধ: যেখানে উচ্চ থেকে মাঝারি পর্যায়ের ম্যালেরিয়া সংক্রমণ রয়েছে, সেখানে গুরুতর অপুষ্টিতে আক্রান্ত ব্যক্তি এবং পরিবার, গর্ভবতী নারী, পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশু, অভিভাবকহীন শিশু এবং এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তিদের দীর্ঘদিন ব্যবহার উপযোগী কীটনাশকযুক্ত ম্যালেরিয়া-নিরোধক মশারি (LLINs) প্রদান করতে হবে। তারপর পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের পরিবার এবং গর্ভবতী নারীদের পরিবারকে সম্পূরক খাবার খাওয়ানোর কর্মসূচিকে অগ্রাধিকার দিতে হবে। জাতীয় প্রটোকল ও প্রতিরোধের ধরন অনুযায়ী রোগজীবাণু থেকে রক্ষা করতে গর্ভবতী নারীদের কেমোপ্রোফাইল্যাক্সিস (chemoprophylaxis) দিতে হবে। যেসব এলাকায় অপুষ্টি এবং হামজনিত রোগে আক্রান্তদের মৃত্যুহার বেশি, সেসব এলাকায় সুনির্দিষ্টভাবে মৌসুমি ম্যালেরিয়া কেমোপ্রোফাইল্যাক্সিস (chemoprophylaxis) দেওয়ার বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে। *(সিজনাল ম্যালেরিয়া কেমোপ্রিভেনশন (এসএমসি) হলো ম্যালেরিয়ায় সংক্রমিত এলাকায় বসবাসকারী ম্যালেরিয়ার উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা শিশুদের (৩-৫৯) জন্য ম্যালেরিয়ারোধী ওষুধের নিরাময়মূলক ডোজ)*।

এডিস মশাবাহিত রোগসমূহ: ডেঙ্গু জ্বর, চিকুনগুনিয়া, জিকা ভাইরাস এবং পীতজ্বর (yellow fever) এডিস মশার মাধ্যমে ছড়ায়। সমন্বিত রোগ বাহক পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে এসব রোগ প্রতিরোধ করতে হবে। ব্যক্তি পর্যায়ে সবার এমন পোশাক পরিধান করা উচিত যা মশার কামড় প্রতিরোধ করে ও পারিবারিক পর্যায়ে নিরাপদ পানি এবং বর্জ্য ব্যবস্থাপনা চর্চা করতে হবে, পাশাপাশি দিনের বেলা ঘুমানো নবজাতক ও ছোট শিশুদের জন্য রিপেলেন্ট বা দীর্ঘদিন ব্যবহার উপযোগী কীটনাশকযুক্ত ম্যালেরিয়া-নিরোধক মশারি (LLINs) ব্যবহার করতে হবে ⊕ *ওয়াশ পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ মান ৪.২: পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যক্তি ও গৃহ পর্যায়ের পদক্ষেপ দেখুন*।

সংক্রামক রোগ মান ২.১.২
নজরদারি, রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ ও তাৎক্ষণিক সাড়াদান

নজরদারি ও রিপোর্টিং/প্রতিবেদন প্রদান ব্যবস্থা প্রাদুর্ভাবের দ্রুত শনাক্তকরণ এবং তাৎক্ষণিক সাড়াদান নিশ্চিত করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. প্রেক্ষাপটভিত্তিক রোগের আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান ব্যবস্থা (EWAR) জোরদার বা বাস্তবায়ন করতে হবে।

- মহামারিসংক্রান্ত ঝুঁকির ওপর ভিত্তি করে অগ্রাধিকারমূলক বিভিন্ন রোগ এবং ঘটনা অন্তর্ভুক্ত করার সিদ্ধান্ত নিতে হবে।
- অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত রোগ এবং স্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষকে জানানো ও সতর্কবার্তা জারি করার প্রক্রিয়া সম্পর্কে সব স্তরের স্বাস্থ্যকর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে।
- প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণের জন্য সকল স্টেকহোল্ডারের নিকট সাপ্তাহিক আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR) প্রতিবেদন বিতরণ করতে হবে।

২. রোগের প্রাদুর্ভাববিষয়ক তদন্তকারী দল গঠন করতে হবে।

- প্রাতিষ্ঠানিক সতর্কতা জারির সঙ্গে সঙ্গেই তাৎক্ষণিক পদক্ষেপ গ্রহণ নিশ্চিত করতে হবে।
- যেখানে আক্রান্ত জনগোষ্ঠীর কাছে সরাসরি পৌঁছানো সম্ভব নয় (যেমন সংঘাতপূর্ণ এলাকা), সেখানে দূর থেকে তদন্ত শুরু করতে হবে।

৩. রোগের প্রাদুর্ভাব নিশ্চিত করতে দ্রুত রোগ নির্ণয় বা পরীক্ষাগার দ্বারা নমুনা পরীক্ষা করা যেতে পারে, তা নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ মান ২.১.৩: রোগ নির্ণয় এবং কেস ব্যবস্থাপনা দেখুন।*

প্রধান সূচকসমূহ

সতর্কবার্তা জারির ২৪ ঘণ্টার মধ্যে রোগের প্রাদুর্ভাব রিপোর্ট হওয়ার শতকরা হার

- ৯০ শতাংশ

রিপোর্টকৃত সতর্কবার্তা ২৪ ঘণ্টার মধ্যে যাচাই হওয়ার শতকরা হার

- ৯০ শতাংশ

যাচাইকৃত সতর্কবার্তা ২৪ ঘণ্টার মধ্যে তদন্ত হওয়ার শতকরা হার

- ৯০ শতাংশ

নির্দেশনাসমূহ

আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR): স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH), অংশীদারগণ এবং কমিউনিটিসহ সকল স্টেকহোল্ডারদের সাথে সমন্বয় করে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর প্রতিনিধিত্বমূলক একটি আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR) ব্যবস্থা জোরদার বা প্রতিষ্ঠা করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৫: স্বাস্থ্যতথ্য দেখুন।* এই ব্যবস্থা যেন গুজব, অস্বাভাবিক ঘটনা এবং কমিউনিটির প্রতিবেদন সংগ্রহ করতে সক্ষম হয়।

নজরদারি এবং আগাম সতর্কতা: অংশীদারদের সাথে EWAR কাঠামোকে শক্তিশালী করতে হবে এবং রিপোর্টিং ইউনিট, তথ্যপ্রবাহ, রিপোর্টিং টুলস ও তথ্য বিশ্লেষণ টুলস, কেসের সংজ্ঞা এবং রিপোর্টিং প্রদানের হার সম্পর্কে একমত হতে হবে।

সতর্কতা জারি এবং রিপোর্টিং: সতর্কতা অস্বাভাবিক স্বাস্থ্যসংক্রান্ত ঘটনা যা প্রাদুর্ভাবের প্রাথমিক ধাপের সংকেত দিতে পারে। প্রতিটি রোগের জন্য নির্দিষ্ট সতর্কতা সীমা নির্ধারণ করতে হবে এবং যত দ্রুত সম্ভব রিপোর্ট করতে হবে। স্বাস্থ্যকর্মীদের মাধ্যমে ঘটনাভিত্তিক (ইভেন্ট-বেজড) তাৎক্ষণিকভাবে জানানো রিপোর্টিং পদ্ধতি ব্যবহার করতে হবে অথবা সূচকভিত্তিক রিপোর্ট (সাপ্তাহিক বা আরও ঘন ঘন) বিশ্লেষণ করতে হবে। সব সতর্কতা তাৎক্ষণিকভাবে লিপিবদ্ধ করতে হবে এবং যাচাইয়ের জন্য রোগের প্রাদুর্ভাব বিষয়ক তদন্ত দলের কাছে পাঠিয়ে দিতে হবে।

সতর্কতা যাচাই: সতর্কবার্তার তথ্য ২৪ ঘণ্টার মধ্যে যাচাই করতে হবে। যাচাই কাজ দূর থেকেই যেমন টেলিফোনের মাধ্যমে করা যেতে পারে। এ প্রক্রিয়ায় অতিরিক্ত তথ্য সংগ্রহ এবং কেস বিশ্লেষণ, যেমন–উপসর্গ, রোগ শুরুর তারিখ, স্থান, লিঙ্গ, বয়স, স্বাস্থ্যগত ফলাফল ও সম্ভাব্য বিকল্প রোগ নির্ণয়ের তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ: যদি কোনো সতর্কবার্তা যাচাই করা হয়, তাহলে ২৪ ঘণ্টার মধ্যে মাঠপর্যায়ে তদন্ত পরিচালনা করতে হবে। নিশ্চিত করতে হবে যে, তদন্ত দল সতর্কবার্তা যাচাই, মাঠপর্যায়ে তদন্ত, সম্ভাব্য রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ এবং পরীক্ষাগারের জন্য নমুনা সংগ্রহের পর্যাপ্ত দক্ষতা রাখে। তদন্তের মাধ্যমে নিশ্চিত করা হবে রোগের প্রাদুর্ভাব ঘটেছে কি না। যেমন, কোনো মহামারির সীমা অতিক্রম করেছে কি না, অথবা সতর্কবার্তাটি কেবল বিচ্ছিন্ন কিছু ঘটনা বা মৌসুমি প্রকোপ নির্দেশ করছে কি না।

কেস পর্যালোচনা, নমুনা সংগ্রহ এবং ঝুঁকি মূল্যায়ন করতে হবে। সম্ভাব্য ফলাফলসমূহ:

- এটি কোনো কেস নয়;
- একটি কেস নিশ্চিত করা হয়েছে, তবে রোগের প্রাদুর্ভাব নয়; অথবা
- একটি কেস নিশ্চিত হয়েছে এবং একটি রোগের প্রাদুর্ভাব সন্দেহজনক/নিশ্চিত করা হয়েছে।

কিছু রোগের প্রাদুর্ভাব শুধু পরীক্ষাগারে বিশ্লেষণের মাধ্যমে নিশ্চিত করা যায়; অবশ্য সম্ভাব্য রোগের প্রাদুর্ভাব হলেও তাৎক্ষণিক পদক্ষেপ প্রয়োজন হতে পারে।

সতর্কতা এবং প্রাদুর্ভাবের সীমা

	সতর্কতার সীমা	প্রাদুর্ভাবের সীমা
কলেরা	একই এলাকায় এক সপ্তাহের মধ্যে ২ বছর বা তার বেশি বয়সী ২ জন ব্যক্তি যদি তীব্র পানিবাহিত ডায়রিয়া ও মারাত্মক পানিস্বল্পতায় আক্রান্ত হয় বা এ ধরনের ডায়রিয়ায় মৃত্যু হওয়া ৫ বছর বয়সী বা তার চেয়ে বেশি বয়সী কোনো ব্যক্তির তীব্র পানিস্বল্পতাসহ তীব্র পানিবাহিত ডায়রিয়ায় মৃত্যু যেকোনো এলাকায় তীব্র পানিবাহিত ডায়রিয়ায় আক্রান্ত একজন রোগীর ক্ষেত্রে, যদি র‍্যাপিড ডায়াগনস্টিক টেস্টে (RDT) তার নমুনা কলেরার জন্য পজিটিভ পাওয়া যায়, তবে সেটিকে সতর্কবার্তা বা সম্ভাব্য রোগের প্রাদুর্ভাব হিসেবে গণ্য করতে হবে এবং সে ক্ষেত্রে তাৎক্ষণিক ব্যবস্থা নেওয়ার প্রয়োজন হবে	একটি নিশ্চিত কেস
ম্যালেরিয়া	পরিস্থিতি/প্রেক্ষাপট অনুযায়ী দেশভিত্তিক সিদ্ধান্ত নির্ধারণ করতে হবে	পরিস্থিতি/প্রেক্ষাপট অনুযায়ী দেশভিত্তিক সিদ্ধান্ত নির্ধারণ করা হবে।
হাম	একটি কেস	দেশভিত্তিক সংজ্ঞা অনুযায়ী
মেনিনজাইটিস	এক সপ্তাহে ২টি কেস (জনসংখ্যার <৩০,০০০/এলাকায় বা কমিউনিটিতে মোট জনসংখ্যা ৩০,০০০-এর কম) এক সপ্তাহে ৩টি কেস (৩০,০০০-১০০,০০০ জন জনসংখ্যার মধ্যে)	এক সপ্তাহে ৫টি কেস (জনসংখ্যা<৩০,০০০/ এলাকায় বা কমিউনিটিতে মোট জনসংখ্যার ৩০,০০০-এর কম) এক সপ্তাহে প্রতি ১০০,০০০ জনে (৩০,০০০-১০০,০০০ জন জনসংখ্যার মধ্যে) ১০টি কেস। কোনো একটি ক্যাম্পে এক সপ্তাহে ২টি নিশ্চিত কেস
ভাইরাল রক্তক্ষরণজনিত (Viral haemorrhagic fever) জ্বর	১টি কেস	১টি কেস
পীতজ্বর	১টি কেস	১টি কেস

রোগের প্রাদুর্ভাব তদন্ত এবং তাৎক্ষণিক সাড়াদান: যদি কোনো রোগের প্রাদুর্ভাব নিশ্চিত বা সন্দেহজনক হয়, তবে আরও তদন্ত করতে হবে। উপযুক্ত নিয়ন্ত্রণমূলক ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য রোগের কারণ বা উৎস, কারা আক্রান্ত হয়েছে, সংক্রমণের ধরন এবং কারা ঝুঁকিতে রয়েছে, তা নির্ধারণ করতে হবে।

বর্ণনামূলক রোগতাত্ত্বিক (epidemiology) তদন্ত পরিচালনা করতে হবে, যার মধ্যে থাকবে:

- রোগী, মৃত্যু, সময় ও স্থান-সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করতে হবে, যাতে রোগের গ্রাফ (এপিডেমিক কার্ভ–epidemic curve) এবং স্পট ম্যাপ তৈরি করা যায়।

- প্রতিটি কেসের বিস্তারিত তালিকা তৈরি করতে হবে এবং প্রাদুর্ভাবের বিস্তার, যেমন হাসপাতালে ভর্তি রোগীর সংখ্যা, জটিলতা, মৃত্যুহার বিশ্লেষণ করতে হবে।
- অনুমোদিত জনসংখ্যার ভিত্তিতে আক্রমণ হারের (attack rate) হিসাব নির্ণয় করতে হবে।

প্রাদুর্ভাবের কারণ ও সংক্রমণের পথ বোঝার জন্য একটি অনুমান (hypothesis) তৈরি করে রোগজীবাণু, উৎস এবং সংক্রমণের পথ বিবেচনা করতে হবে।

অনুমান (hypothesis) মূল্যায়ন করতে হবে এবং প্রাদুর্ভাবের জন্য একটি কেস সংজ্ঞা নির্ধারণে (outbreak case definition) একমত হতে হবে। এটি নজরদারির জন্য ব্যবহৃত কেস সংজ্ঞার চেয়ে আরও সুনির্দিষ্ট হতে পারে। যদি পরীক্ষাগার/ল্যাবরেটরির পরীক্ষার মাধ্যমে রোগের প্রাদুর্ভাব নিশ্চিত হয়, তাহলে প্রাদুর্ভাবের কেস সংজ্ঞা অনুসরণ করলেই হবে; তখন নতুন করে নমুনা সংগ্রহের প্রয়োজন না-ও হতে পারে।

তদন্তের ফলাফল দ্রুত ও নিয়মিতভাবে জানানো এবং হালনাগাদ করা উচিত। যত দ্রুত সম্ভব জনসংখ্যাভিত্তিক নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা বাস্তবায়ন করতে হবে।

এই সব কার্যক্রম একই সময়ে ঘটতে পারে, বিশেষ করে চলমান কোনো রোগের প্রাদুর্ভাবের সময় ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-সংক্রামক রোগ ২.১.৪: রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান দেখুন।*

সংক্রামক রোগ মান ২.১.৩
রোগ নির্ণয় এবং কেস ব্যবস্থাপনা

যেসব সংক্রামক রোগে অসুস্থতা ও মৃত্যুর প্রবণতা বেশি মাত্রায় ছড়ায়, সেসব রোগের কার্যকরী রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা পাওয়ার সুযোগ মানুষের রয়েছে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. স্পষ্ট বার্তা তৈরি করতে হবে, যা মানুষকে জ্বর, কাশি ও ডায়রিয়ার মতো উপসর্গে চিকিৎসা নিতে উৎসাহিত করে।
   - সহজবোধ্য ছক এবং ভাষা ব্যবহার করে লিখিত উপকরণ, রেডিও প্রচার বা মোবাইল ফোনের বার্তা তৈরি করতে হবে।

২. অনুমোদিত মানসম্পন্ন কেস ব্যবস্থাপনা প্রটোকল অনুসরণ করে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হবে।
   - ম্যালেরিয়া, ডায়রিয়া ও নিউমোনিয়ার মতো রোগের জন্য কমিউনিটি-ভিত্তিক কেস ব্যবস্থাপনা প্রয়োগ করার কথা বিবেচনা করতে হবে।
   - জটিল বা গুরুতর কেসের ক্ষেত্রে উন্নততর সেবা প্রদান বা পৃথক বা আলাদা (isolation) করে রাখার জন্য রুগিকে রেফার করতে হবে।

৩. পর্যাপ্ত পরীক্ষাগার ও রোগনির্ণয়ের সক্ষমতা, উপকরণের সরবরাহ এবং গুণমানে নিশ্চয়তা প্রদান করতে হবে।

- রোগজীবাণু (pathogens) শনাক্তকরণের জন্য দ্রুত রোগনির্ণয় পরীক্ষা (rapid diagnostic tests) অথবা ল্যাবরেটরি পরীক্ষা ব্যবহারের প্রয়োজন নির্ধারণ করতে হবে এবং এগুলো কোন স্তরের স্বাস্থ্যসেবায় প্রদান করা হবে, (উদাহরণস্বরূপ, কমিউনিটি পর্যায়ে দ্রুত রোগনির্ণয় পরীক্ষা) তা ঠিক করতে হবে।

৪. যাঁরা যক্ষ্মা (TB) ও এইচআইভির মতো দীর্ঘমেয়াদি চিকিৎসা পান, তাঁদের চিকিৎসা যাতে ব্যাহত না হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- স্বীকৃত মান পূরণ করার পরই যক্ষ্মা (TB) নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি চালু করতে হবে।
- এইচআইভি-টিবিসহ-সংক্রমণে আক্রান্তদের জন্য স্বাস্থ্যসেবা বিধান নিশ্চিত করতে এইচআইভি কর্মসূচির সাথে সমন্বয় করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

কোনো একটি নির্দিষ্ট রোগের জন্য মানসম্মত চিকিৎসা প্রটোকল ব্যবহার করে সংকটে আক্রান্ত জনগোষ্ঠীকে সেবা দেয় এমন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোর শতকরা হার

- মাসিক রেকর্ড পর্যালোচনা ব্যবহার করে প্রবণতা পর্যবেক্ষণ করতে হবে

অনুমোদিত প্রটোকল অনুসারে পরীক্ষা করে নিশ্চিত হওয়া সন্দেহভাজন কেসের শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

চিকিৎসা প্রটোকলসমূহ: প্রটোকলের মাধ্যমে রোগ নির্ণয়, চিকিৎসা ও রেফারেলের একটি পূর্ণাঙ্গ প্যাকেজ থাকতে হবে। জরুরি পরিস্থিতিতে যদি এমন স্থানীয় প্যাকেজ না থাকে, তবে আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অনুসরণ করা যেতে পারে। ম্যালেরিয়া, টিবি এবং টাইফয়েডের জন্য স্থানীয় ওষুধ-প্রতিরোধের ধরন বোঝা জরুরি (স্থায়ী বা অস্থায়ী স্থানান্তরকে বিবেচনা করে)। শিশু (দুই বছরের কম), গর্ভবতী নারী, প্রবীণ ব্যক্তি, এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তি এবং তীব্র অপুষ্টিতে ভুগছে এমন শিশুদের মতো উচ্চঝুঁকির দলকে বিশেষ বিবেচনায় আনতে হবে, কারণ তারা কিছু সংক্রামক রোগের ক্ষেত্রে বেশি ঝুঁকিতে থাকে।

তীব্র শ্বাসতন্ত্রের সংক্রমণ: সংকটের সময়, অতিরিক্ত ভিড়, ঘরের ধোঁয়া এবং বায়ু চলাচলের অভাব ও অপুষ্টি এবং/অথবা ভিটামিন এ-এর অভাবের কারণে তীব্র শ্বাসতন্ত্রের সংক্রমণের ঝুঁকি বৃদ্ধি পায়। সময়মতো রোগ শনাক্তকরণ, মুখে খাওয়ার যথাযথ অ্যান্টিবায়েটিক প্রদান এবং গুরুতর কেসের ক্ষেত্রে রেফারেলের মাধ্যমে এর থেকে মৃত্যুর হার কমানো সম্ভব।

ডায়রিয়া এবং আমাশয়: পরিবার, কমিউনিটি বা প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা স্তরে, খাবার স্যালাইনের (ওরাল রিহাইড্রেশন থেরাপি–ORT) সহজলভ্যতা বাড়িয়ে এবং জিঙ্ক সাপ্লিমেন্টেশনের ব্যবহারের মাধ্যমে মৃত্যুর হার নিয়ন্ত্রণে আনা যায়। কমিউনিটি পর্যায়ের ওরাল রিহাইড্রেশন পয়েন্টে চিকিৎসা দেওয়া যেতে পারে।

কমিউনিটিভিত্তিক কেস ব্যবস্থাপনা: ম্যালেরিয়া, নিউমোনিয়া বা ডায়রিয়ায় আক্রান্ত রোগীদের প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কমিউনিটি স্বাস্থকর্মীদের (CHWs) মাধ্যমে চিকিৎসা দেয়া যেতে পারে। নিশ্চিত করতে হবে যেন সকল স্থানীয় কর্মসূচি নিকটস্থ স্বাস্থ্যকেন্দ্রের সাথে সংযুক্ত এবং তাদের তত্ত্বাবধানে থাকে। সকলের জন্য সমান ও নিরপেক্ষ প্রবেশাধিকার নিশ্চিত করতে হবে।

পরীক্ষাগারে পরীক্ষা: নমুনা পরীক্ষা করার জন্য জাতীয়, আঞ্চলিক এবং আন্তর্জাতিক পরীক্ষাগার কেন্দ্রগুলোর একটি রেফারেল নেটওয়ার্ক স্থাপন করতে হবে। ম্যালেরিয়া, কলেরা ও ডেঙ্গু জ্বরের জন্য দ্রুত রোগ নির্ণয় পরীক্ষা (RDT- rapid diagnostic testing) নিশ্চিত করতে হবে, পাশাপাশি রক্তে হিমোগ্লোবিনের মাত্রা নির্ণয়ের পরীক্ষা করতে হবে। অন্যান্য রোগজীবাণুর নমুনা পরীক্ষার জন্য উপযুক্ত পরিবহন মাধ্যম প্রদান করতে হবে (যেমন কলেরার জন্য Cary-Blair মাধ্যম)।

স্বাস্থ্যকর্মীদের রোগ নির্ণয় পদ্ধতি, মান নিয়ন্ত্রণ, নমুনা সংগ্রহ, পরিবহন ও নথিবদ্ধকরণ বিষয়ে প্রশিক্ষণ দিতে হবে। জাতীয়, আঞ্চলিক বা আন্তর্জাতিকভাবে রেফারেন্স পরীক্ষাগারে চূড়ান্ত পরীক্ষার জন্য প্রটোকল ব্যবস্থা তৈরি করতে হবে। চূড়ান্ত পরীক্ষার মধ্যে রয়েছে নমুনা থেকে কালচার, পীতজ্বর, ভাইরাল রক্তক্ষরণজনিত (Viral haemorrhagic fever) জ্বর এবং হেপাটাইটিস ই-এর জন্য সেরোলজিক্যাল ও অ্যান্টিজেন পরীক্ষা অথবা আরএনএ (RNA) পরীক্ষা। ভাইরাল রক্তক্ষরণজনিত (Viral haemorrhagic fever) জ্বর, প্লেগ অথবা অনুরূপ রোগের ক্ষেত্রে প্যাথোজেনের/রোগজীবাণুর নিরাপদ পরিবহনের জন্য প্রটোকল তৈরি করতে হবে। আকাশপথে নমুনা পরিবহনের জন্য বিমান চলাচলের নিয়মাবলিও বিবেচনা করতে হবে।

যক্ষ্মা (টিবি): টিবি নিয়ন্ত্রণ বেশ জটিল, কারণ ওষুধপ্রতিরোধী যক্ষ্মার হার বাড়ছে। কেবল তখনই যক্ষ্মা নিরসন কর্মসূচি চালু করতে হবে যখন কমপক্ষে ১২-১৫ মাসের জন্য জনগণকে নিরবচ্ছিন্নভাবে স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করা যায়। বর্তমানে যক্ষ্মা চিকিৎসার দুটি প্রধান ওষুধ (আইসোনিয়াজিড ও রিফ্যাম্পিসিন) এর বিরুদ্ধে যক্ষ্মা প্রতিরোধী বা মাল্টিড্রাগ রেজিস্ট্যান্ট টিবি (MDR TB) চিহ্নিত হয়েছে। আবার এক্সটেনসিভলি ড্রাগ-রেজিস্ট্যান্ট টিবি (XDR TB) যক্ষ্মার চারটি প্রধান ওষুধের প্রতিও প্রতিরোধী। এই উভয় প্রকারের চিকিৎসার জন্য দীর্ঘমেয়াদি, ব্যয়বহুল এবং বেশি জটিল চিকিৎসাসেবা প্রয়োজন। সংকটের সময়, যক্ষ্মার ওষুধের সঠিক নির্বাচন ও ব্যবহার নিশ্চিত করার জন্য প্রয়োজনীয় রোগ নির্ণয় এবং ড্রাগ সেনসিটিভিটি পরীক্ষা করা প্রায়ই কঠিন হয়ে যায়।

সংক্রামক রোগ মান ২.১.৪
রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান

রোগের প্রাদুর্ভাবের জন্য যথাযথ প্রস্তুতি নেওয়া হয় এবং সময়মতো ও কার্যকরভাবে রোগ নিয়ন্ত্রণ করা হয়

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সব স্টেকহোল্ডার ও সেক্টরের সাথে অংশীদারিত্বের ভিত্তিতে সমন্বিত রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান পরিকল্পনা তৈরি ও প্রচার করতে হবে।

- উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ এলাকায় দায়িত্বরত প্রধান কর্মীদের প্রশিক্ষণে গুরুত্ব দিতে হবে।
- মহামারিপ্রবণ ও সীমিত প্রবেশ এলাকায় অপরিহার্য ওষুধ, চিকিৎসা উপকরণ, দ্রুত পরীক্ষার কিট, ব্যক্তিগত সুরক্ষামূলক সরঞ্জাম (পিপিই) এবং বিশেষ কিট (যেমন কলেরা ও ডায়রিয়াজনিত রোগ মোকাবিলার কিট) আগে থেকেই মজুদ করে রাখতে হবে।

২. একবার একটি রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্ত করা হলে নির্দিষ্ট রোগভিত্তিক নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা বাস্তবায়ন করতে হবে।

- লক্ষ্যভিত্তিক টিকাদান কর্মসূচির প্রয়োজনীয়তা নির্ধারণ করতে হবে।

- রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) ব্যবস্থা জোরদার করতে হবে, যার মধ্যে কলেরা, হেপাটাইটিস-ই বা অন্যান্য প্রাদুর্ভাবের জন্য রোগী রাখার পৃথক বা আলাদা এলাকা (isolation areas) নিশ্চিত করতে হবে।

৩. রোগের প্রাদুর্ভাব অনুযায়ী লজিস্টিক ও সাড়াদান সক্ষমতা তৈরি এবং সমন্বয় করতে হবে।

- টিকার জন্য কোল্ড চেইন ব্যবস্থাসহ ওষুধ ও চিকিৎসা উপকরণ পরিবহন এবং মজুদ সক্ষমতা নিশ্চিত করতে হবে।
- স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের সক্ষমতা বাড়াতে হবে, যেমন: কলেরা বা মেনিনজাইটিস চিকিৎসার জন্য টেন্ট স্থাপন করতে হবে।
- নমুনা পরীক্ষা করার জন্য স্থানীয়, জাতীয় এবং আন্তর্জাতিক পর্যায়ে ল্যাবরেটরিতে সহজ প্রবেশ ও পরিবহনব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।

৪. প্রয়োজনে শিশু সুরক্ষাসহ অন্যান্য খাতের সাথে সমন্বয় করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ এলাকায় রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান পরিকল্পনা ও নিয়ম/প্রক্রিয়া সম্পর্কে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যকর্মীদের শতকরা হার

রোগীর মৃত্যুহার গ্রহণযোগ্য স্তরে কমানো হয়েছে

- কলেরা: <১% (১ শতাংশের নিচে)
- মেনিনজাইটিস: <১৫% (১৫ শতাংশের নিচে)
- হেপাটাইটিস-ই: সাধারণ জনগণের মধ্যে <৪% (৪ শতাংশের নিচে), গর্ভাবস্থার তৃতীয় ত্রৈমাসিকে নারীদের মধ্যে ১০-৫০%
- ডিফথেরিয়া (শ্বাসতন্ত্রজনিত): <৫-১০% (৫-১০ শতাংশের নিচে)
- পারটুসিস (হুপিং কাশি): এক বছরের শিশুদের মধ্যে <৪% (৪ শতাংশের নিচে), ১ থেকে ৪ বছর বয়সীদের মধ্যে <১% (১ শতাংশের নিচে)
- ডেঙ্গু: <১% (১ শতাংশের নিচে)

নির্দেশিকাসমূহ

রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান পরিকল্পনা: স্বাস্থ্যসেবা নিয়ে কাজ করে এমন অংশীদারি সংস্থা, স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH), কমিউনিটির সদস্য এবং নেতাদের সাথে একত্রে এই পরিকল্পনা তৈরি করতে হবে। পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন এবং স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (WASH), পুষ্টি, আশ্রয় ও শিক্ষা নিয়ে কাজ করছে এমন অংশীদারি সংস্থা, আশ্রয়দানকারী দেশের সরকার, কারাগার কর্তৃপক্ষ এবং সামরিক বাহিনীও (যদি প্রাসঙ্গিক হয়) পরিকল্পনায় অন্তর্ভুক্ত থাকবে। প্রাদুর্ভাবে সাড়া দেওয়ার সময় অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ স্বাস্থ্যসেবা যেন ব্যাহত না হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

পরিকল্পনায় নিম্নলিখিত বিষয়গুলো অন্তর্ভুক্ত থাকা উচিত:

- জাতীয়, আঞ্চলিক এবং স্থানীয় পর্যায়ে প্রাদুর্ভাবে সাড়াদান সমন্বয় ব্যবস্থা;
- কমিউনিটিকে সক্রিয় করা এবং ঝুঁকি-সম্পর্কিত যোগাযোগ ব্যবস্থাপনা প্রণয়ন;
- EWAR শক্তিশালীকরণ: রোগের ওপর নজরদারি, রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ ও মহামারিবিষয়ক (epidemiological) তদন্ত;
- রোগনির্ণয় ও ব্যবস্থাপনা (case management);
- সুনির্দিষ্ট রোগ এবং প্রেক্ষাপট অনুযায়ী নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা;
- বিভিন্ন সেবার আন্তখাতীয় ব্যবস্থা;
- ল্যাবরেটরিতে পরীক্ষার জন্য নমুনার নিরাপদ পরিবহন এবং রেফারেল পদ্ধতির নিয়ম/প্রক্রিয়া;
- চিকিৎসাকেন্দ্রগুলোয় পৃথক বা আলাদা এলাকা স্থাপনসহ (isolation areas) সেবার বিভিন্ন স্তরে স্বাস্থ্যসেবা বৃদ্ধির জন্য আনুষঙ্গিক পরিকল্পনা;
- রোগ প্রাদুর্ভাব নিয়ন্ত্রণ দলের সক্ষমতা ও অতিরিক্ত স্বাস্থ্যকর্মীর চাহিদা নির্ধারণ; এবং
- আন্তর্জাতিক ক্রয়নীতিসহ (উদাহরণস্বরূপ, বিশ্বব্যাপী ভ্যাকসিনের মজুদ) স্বাস্থ্যসেবাকর্মীদের জন্য ব্যক্তিগত সুরক্ষামূলক সরঞ্জাম (পিপিই) অপরিহার্য ওষুধ, ভ্যাকসিন/টিকা, চিকিৎসা উপকরণ, ল্যাবরেটরির উপকরণ সরবরাহের প্রাপ্যতা।

রোগের প্রাদুর্ভাব নিয়ন্ত্রণ নির্ভর করে পর্যাপ্ত ঝুঁকিসংক্রান্ত যোগাযোগ এবং প্রাদুর্ভাব নিয়ন্ত্রণে নিয়োজিত দক্ষ ও নিবেদিত দলের ওপর। সমন্বিত প্রতিরোধব্যবস্থা গ্রহণের মাধ্যমে রোগের প্রাদুর্ভাব যেন নতুন এলাকায় ছড়িয়ে না পড়ে এবং যেখানে ইতিমধ্যে ছড়িয়ে পড়েছে সেখানে যাতে নতুন কেসের সংখ্যা কমানো যায়, তা নিশ্চিত করতে হবে। এর জন্য প্রয়োজন দ্রুত কেস শনাক্তকরণ, দ্রুত রোগনির্ণয় এবং সঠিক কেস ব্যবস্থাপনা। প্রয়োজন অনুযায়ী, যেমন–কলেরা বা হেপাটাইটিস-ই-এর ক্ষেত্রে পৃথক বা আলাদা এলাকা (isolation areas) তৈরি করতে হবে। রোগ সংক্রমণের ঝুঁকি কমাতে বাহক পোকামাকড় নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা উন্নত করতে হবে, দীর্ঘদিন ব্যবহারের উপযোগী কীটনাশকযুক্ত ম্যালেরিয়া-নিরোধক মশারি (LLINs) ব্যবহার করতে হবে এবং উন্নত স্বাস্থ্যবিধি মেনে চলতে হবে।

টিকাদান কার্যক্রম

মেনিনজাইটিস: সেরোগ্রুপ এ (A), সি (C), ডব্লিউ (W) এবং ওয়াই (Y) সংকটকালীন সময়ে রোগের প্রাদুর্ভাব ঘটাতে পারে *(সেরোগ্রুপ হলো এক বা একাধিক একই রকম অ্যান্টিজেন থাকা বিভিন্ন সেরোটাইপের গ্রুপ)*। সংকটকালে সেরোগ্রুপ সি (C), ও ডব্লিউ (W)-এর জন্য নিয়মিত টিকাদান সুপারিশ করা যায় না এবং সম্ভবও নয়। টিকাদান নির্দিষ্ট বয়সের জনগোষ্ঠীকে লক্ষ্য করে করতে হবে, যা আগে জানা আক্রান্তের হার (attack rate) অনুযায়ী নির্ধারিত হবে, অথবা ৬ মাস থেকে ৩০ বছর বয়সী ব্যক্তিদের মধ্যে করতে হবে। যেহেতু মেনিনজাইটিসের চূড়ান্ত রোগ নির্ণয়ের জন্য লাম্বার পাংচার প্রয়োজন। তাই এর জন্য সুস্পষ্ট কেস সংজ্ঞা তৈরি করতে হবে। *(লাম্বার পাংচার [lumbar puncture] হলো একটি পদ্ধতি, যেখানে সেরিব্রোস্পাইনাল ফ্লুইডের (CSF) নমুনা সংগ্রহ করতে মেরুদণ্ডের নিচের অংশে একটি পাতলা, ফাঁপা সুই ঢোকানো হয়)*

ভাইরাল রক্তক্ষরণজনিত (Viral haemorrhagic fever) জ্বর: ইবোলা বা লাসা জ্বরের মতো ভাইরাল রক্তক্ষরণ জ্বরের ব্যবস্থাপনা ও রোগনির্ণয় কঠোরভাবে জাতীয় এবং আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অনুসরণ করে হতে হবে। এর মধ্যে নতুন টিকা এবং উদ্ভাবনী চিকিৎসাপদ্ধতির প্রটোকল অন্তর্ভুক্ত থাকবে। এ ধরনের প্রাদুর্ভাবের সময় কার্যকর কমিউনিটি সম্পৃক্ততা অত্যন্ত জরুরি।

পীতজ্বর: কোনো স্থানীয় জনগোষ্ঠী বা স্থানচ্যুত জনগোষ্ঠীর আবাসন এলাকায় পীতজ্বরের একটিমাত্র নিশ্চিত কেস শনাক্ত হলে গণটিকাদান কার্যক্রম গ্রহণের সুপারিশ করা হয়। এর সাথে এডিস মশাবাহিত সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা এবং কেসগুলো কঠোরভাবে পৃথক বা আলাদা এলাকায় (isolation areas) রাখার ব্যবস্থা করতে হবে।

পোলিও: পোলিও বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচির (EPI) অন্তর্ভুক্ত। জরুরি পরিস্থিতির প্রাথমিক পর্যায় শেষে পোলিও টিকাদান পুনরায় শুরু করতে হবে। যদি পক্ষাঘাতজনিত বা প্যারালাইটিক পোলিও কেস শনাক্ত হয়, তাহলে গণটিকাদান কার্যক্রম শুরু করতে হবে।

কলেরা: কলেরার জন্য স্পষ্ট চিকিৎসা ও প্রাদুর্ভাব নিয়ন্ত্রণ নিয়ম/প্রক্রিয়া প্রস্তুত রাখতে হবে এবং তা বিভিন্ন খাত/বিভাগের মধ্যে সমন্বয় করতে হবে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার নির্দেশিকা অনুযায়ী কলেরা টিকা ব্যবহার করতে হবে এবং বিদ্যমান কলেরা নিয়ন্ত্রণের কৌশলসমূহ সহায়ক হিসেবে প্রয়োগ করতে হবে।

হেপাটাইটিস এ (A) এবং ই (E): এসব রোগ উল্লেখযোগ্য ঝুঁকি তৈরি করে, বিশেষ করে শরণার্থীশিবিরে। উন্নত স্যানিটেশন, স্বাস্থ্যবিধি বাস্তবায়ন এবং নিরাপদ পানির প্রাপ্যতা নিশ্চিত করে এসব রোগের প্রাদুর্ভাব প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ করা যেতে পারে।

হাম: ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- শিশুস্বাস্থ্য মান ২.২.১: শিশুদের শৈশবকালীন টিকার মাধ্যমে প্রতিরোধযোগ্য রোগ দেখুন।*

পারটুসিস বা ডিফথেরিয়া: জনগণ বাস্তুচ্যুত হলে পারটুসিসের (হুপিং কাশি) প্রাদুর্ভাব প্রায়ই দেখা যায়। ডিফথেরিয়া, পারটুসিস (হুপিং কাশি) ও টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার) প্রতিরোধ ভ্যাকসিনের হোল-সেল সংস্করণ প্রবীণদের ক্ষেত্রে কিছু ঝুঁকি তৈরি করতে পারে। তাই পারটুসিস প্রাদুর্ভাবের সময় টিকাদান কর্মসূচি পরিকল্পনায় সতর্কতা অবলম্বন করতে হবে। তবে এই প্রাদুর্ভাবের সুযোগে নিয়মিত টিকাদানের ঘাটতি পূরণ করাও জরুরি। পারটুসিস কেস ব্যবস্থাপনায় অন্তর্ভুক্ত থাকবে–আক্রান্ত রোগীকে অ্যান্টিবায়োটিক দেওয়া এবং যেসব পরিবারে নবজাতক বা গর্ভবতী নারী আছেন, সেই পরিবারের সংস্পর্শে থাকা ব্যক্তিদের প্রাথমিক পর্যায়ে প্রতিষেধক চিকিৎসা প্রদান করা। ডিফথেরিয়ার প্রাদুর্ভাব তুলনামূলকভাবে কম, তবে কম প্রতিরোধ ক্ষমতাসম্পন্ন জনাকীর্ণ পরিবেশে এটি এখনো গুরুতর হুমকি। শরণার্থীশিবিরের মতো পরিবেশে তিনটি পৃথক ডোজের ডিফথেরিয়া টিকাদান কর্মসূচি চালু থাকার কথা জানা যায়। ডিফথেরিয়া কেস ব্যবস্থাপনায় অবশ্যই অ্যান্টিটক্সিন ও অ্যান্টিবায়োটিক–দুই ধরনের চিকিৎসাই দিতে হবে।

মৃত্যুর হার: নির্দিষ্ট রোগের ক্ষেত্রে মৃত্যুর হার (CFR) প্রেক্ষাপট ও বিদ্যমান রোগপ্রতিরোধ ক্ষমতার ওপর নির্ভর করে ভিন্ন হলেও গ্রহণযোগ্য হবে। মৃত্যুর হার যতটা সম্ভব কমানোর দিকে খেয়াল রাখতে হবে। মৃত্যুর হার অধিক হলে তা যথাযথ স্বাস্থ্যসেবাপ্রাপ্তির অভাব, রোগীর দেরিতে চিকিৎসা গ্রহণ ও দুর্বল কেস ব্যবস্থাপনা, জনগোষ্ঠীতে উল্লেখযোগ্য মাত্রায় একাধিক অসুস্থতা বা নিম্নমানের স্বাস্থ্যসেবা নির্দেশ করতে পারে। মৃত্যুর হার ঘন ঘন পর্যবেক্ষণ করতে হবে এবং প্রত্যাশিত মাত্রার চেয়ে বেশি হলে অবিলম্বে সংশোধনমূলক ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

শিশুদের যত্ন: রোগের প্রাদুর্ভাব চলাকালে কর্মসূচির নকশা প্রণয়ন ও বাস্তবায়নের সময় শিশুদের একটি বিশেষ গোষ্ঠী হিসেবে বিবেচনা করতে হবে। স্বাস্থ্য ও শিশুসুরক্ষা খাতের মধ্যে সমন্বয় এবং প্রয়োজনীয় রেফারেল কার্যক্রম চালাতে হবে। যে সকল শিশুরা বাবা-মা বা পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন হয়েছে তাদের ঝুঁকি মোকাবেলা করতে হবে। এই ঝুঁকি হতে পারে বাবা-মায়ের অসুস্থতা ও মৃত্যুর কারণে অথবা কর্মসূচির পরিকল্পনাগত ত্রুটির কারণে। পরিবার থেকে বিচ্ছিন্নতা প্রতিরোধে গুরুত্ব

দিতে হবে এবং চিকিৎসার জন্য বাবা-মা বা শিশুর সম্মতি নিশ্চিত করতে হবে। প্রয়োজনীয় নিয়ন্ত্রণব্যবস্থা ও স্বাস্থ্যশিক্ষা কার্যক্রম মেনে শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান খোলা রাখার ব্যবস্থা নিতে হবে।

২.২ অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-শিশুস্বাস্থ্য

সংকটকালে শিশুদের সংক্রমণ, রোগ এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যগত ও জীবনঝুঁকিতে কিংবা আক্রান্ত হওয়ার আশঙ্কা বেশি থাকে। এ সময় শুধু জীবনযাত্রার মানেরই অবনতি ঘটে না, টিকাদান কর্মসূচিও ব্যাহত হয়। অভিভাবকহীন এবং পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুরা বেশি ঝুঁকিতে থাকে।

এমন পরিস্থিতিতে একটি সমন্বিত শিশুকেন্দ্রিক কার্যকর ব্যবস্থা বাস্তবায়ন করা প্রয়োজন। প্রাথমিকভাবে এর লক্ষ্য হবে জীবন রক্ষা, তবে শেষ পর্যন্ত এই সকল পদক্ষেপ অবশ্যই দুর্ভোগ কমাবে এবং শিশুর বৃদ্ধি ও বিকাশকে সমৃদ্ধ করবে। গৃহীত কর্মসূচিগুলো অবশ্যই অসুস্থতা এবং মৃত্যুর বিভিন্ন মুখ্য কারণ মোকাবিলা করবে। বিশ্বব্যাপী এই সকল ঝুঁকির মধ্যে রয়েছে তীব্র শ্বাসতন্ত্রের সংক্রমণ, ডায়রিয়া, হাম, ম্যালেরিয়া, অপুষ্টি এবং নবজাতকের অসুস্থতা ও মৃত্যুর কারণ।

শিশুস্বাস্থ্য মান ২.২.১
শিশুদের শৈশবকালীন টিকার মাধ্যমে প্রতিরোধযোগ্য রোগ

ছয় মাস থেকে ১৫ বছর বয়সী শিশুদের রোগ প্রতিরোধ সক্ষমতা রয়েছে এবং সংকটের সময় তারা নিয়মিত সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচির (EPI) আওতাভুক্ত সেবা গ্রহণের সুযোগ পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. টিকাদানের প্রয়োজন আছে কি না এবং জরুরি পরিস্থিতির জন্য উপযুক্ত টিকাদান পদ্ধতি কী হবে, তা নির্ধারণ করতে হবে।

- ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) (যেমন: জনসংখ্যা, মৌসুমিভিত্তিক), টিকাদান কর্মসূচি পরিচালনার সম্ভাব্যতা (যেমন: একাধিক ডোজের প্রয়োজন, প্রাপ্যতা), এবং প্রেক্ষাপট (যেমন: নিরাপত্তা, অন্যান্য প্রতিযোগী চাহিদাসমূহ) বিবেচনা করে টিকাদানের চাহিদা নির্ধারণ করতে হবে। টিকাদানের চাহিদা নির্ধারণ চলমান প্রক্রিয়া হওয়া উচিত, যেহেতু সংকটের পরিস্থিতি পরিবর্তিত হতে পারে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–সংক্রামক রোগ মান ২.১.১: প্রতিরোধ দেখুন।*

২. যখন আনুমানিক হামের টিকা কভারেজ ৯০ শতাংশের কম বা জানা না থাকে, তখন শিশুদের পূর্বের হাম টিকার তথ্য থাকলে ৬ মাস থেকে ১৫ বছর বয়সী সব শিশুর জন্য গণ-হাম টিকাদান কর্মসূচি পরিচালনা করতে হবে।

- ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের ভিটামিন এ ক্যাপসুল প্রদান অন্তর্ভুক্ত এবং নিশ্চিতকরণ করতে হবে।
- ৬ থেকে ৯ মাসের মধ্যে টিকা পাওয়া সব শিশু যেন নয় মাসে হামের টিকার আরেকটি ডোজ পায়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

৩. যত দ্রুত সম্ভব সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি (EPI) পুনঃপ্রতিষ্ঠা করতে হবে।

- প্রতি মাসে কমপক্ষে ২০ দিন টিকা-প্রতিরোধযোগ্য রোগের জন্য জাতীয় টিকাদান সময়সূচি প্রদান নিশ্চিত করার জন্য প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র এবং ভ্রাম্যমাণ সেবা দলকে প্রস্তুত রাখতে হবে।

৪. স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র বা ভ্রাম্যমাণ ক্লিনিকে আগত শিশুদের টিকা নিশ্চিত হয়েছে কি না, তা যাচাই করতে এবং চাহিদা অনুযায়ী টিকা প্রদান করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

হাম টিকাদান কর্মসূচি শেষ হওয়ার পর ৬ মাস থেকে ১৫ বছর বয়সী শিশুদের মধ্যে যারা হামের টিকা পেয়েছে, তাদের শতকরা হার

- >৯৫ শতাংশ (৯৫ শতাংশের বেশি)

হামের টিকাদান কর্মসূচি শেষ হওয়ার পর ৬ থেকে ৫৯ মাস বয়সী শিশুদের মধ্যে যারা যথাযথ মাত্রায় ভিটামিন এ পেয়েছে তাদের শতকরা হার

- >৯৫ শতাংশ (৯৫ শতাংশের বেশি)

১২ মাস বয়সী শিশুদের মধ্যে যারা ডিপিটি (DPT) টিকার তিনটি ডোজ পেয়েছে, তাদের শতকরা হার *(DPT হলো ডিফথেরিয়া, পারটুসিস (হুপিং কাশি) ও টিটেনাসের (ধনুষ্টঙ্কার) সংক্ষিপ্ত রূপ। এটি একটি সম্মিলিত টিকা, যা শিশুদের তিনটি গুরুতর রোগ থেকে রক্ষা করে)*

- >৯০ শতাংশ (৯০ শতাংশের বেশি)

প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের শতকরা হার, যারা মাসে অন্তত ২০ দিন মৌলিক EPI (সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি) সেবা প্রদান করে

নির্দেশিকাসমূহ

টিকাদান: তীব্র সংকটকালে অতিরিক্ত মৃত্যুরোধে টিকা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। জরুরি পরিস্থিতি বা সীমান্ত অতিক্রম করা মানুষদের জন্য জাতীয় নির্দেশিকা সব সময় প্রযোজ্য না-ও হতে পারে, তাই প্রয়োজনীয় টিকা নির্ধারণ করতে এবং একটি বাস্তবায়ন পরিকল্পনা তৈরি করতে হবে, যাতে টিকা সংগ্রহ ও প্রক্রিয়াকরণের বিভিন্ন ধাপ অন্তর্ভুক্ত থাকবে ⊕ *ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই) এবং টিকাদান সিদ্ধান্তের জন্য অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–সংক্রামক রোগ মান ২.১.১ এবং টিকা ক্রয় ও মজুদকরণ বিষয়ে স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ দেখুন।*

হামের টিকাদান: হামের টিকাদান হলো সংকটের সময় একটি অগ্রাধিকারমূলক স্বাস্থ্যসেবা প্রদান পদক্ষেপ।

- *কভারেজ বা আওতা:* বাস্তুচ্যুত ও স্থানীয় জনগোষ্ঠীর কভারেজ তথ্য পর্যালোচনা করতে হবে, যাতে বোঝা যায় গত তিন বছরে রুটিন হামের টিকাদান কভারেজ বা হামের ক্যাম্পেইন কভারেজ ৯০ শতাংশের বেশি ছিল কি না। যদি টিকাদানের কভারেজ ৯০ শতাংশের কম হয়, জানা না থাকে বা সন্দেহজনক হয়, তাহলে হাম টিকাদান কর্মসূচি/ক্যাম্পেইন পরিচালনা করতে হবে। একই সময়ে ভিটামিন এ সাপ্লিমেন্টেশন প্রদান করতে হবে। আশ্রয়কেন্দ্রে নতুন আগত ৬ মাস থেকে ১৫ বছর বয়সী কমপক্ষে ৯৫ শতাংশ শিশু যাতে হামের টিকা পায়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- *বয়সের সীমা:* বয়সে বড় কোন কোন শিশু নিয়মিত টিকাদান, হাম টিকাদান কর্মসূচি/ক্যাম্পেইন এবং স্বাভাবিকভাবে হাম রোগে আক্রান্ত হওয়া–এইসব কিছু থেকে বাইরে থেকে যেতে পারে।

ফলে এইসব শিশু হাম সংক্রমণের ঝুঁকিতে থাকে এবং তারা ছোট শিশু ও নবজাতককে সংক্রমিত করতে পারে, যারা হামজনিত রোগে মৃত্যুর উচ্চ ঝুঁকিতে থাকে। তাই ১৫ বছর বয়স পর্যন্ত সকল শিশুকে টিকা দেওয়া উচিত। যদি তা সম্ভব না হয়, তাহলে ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের অগ্রাধিকার ভিত্তিতে হামের টিকা দিতে হবে।

- *পুনরায় টিকাদান:* ৯ মাস থেকে ১৫ বছর বয়সী সব শিশু নিয়মিত জাতীয় টিকাদান কর্মসূচির অংশ হিসেবে দুই ডোজ হামের টিকা পাবে। ৬ থেকে ৯ মাস বয়সী শিশু যারা ইতিমধ্যেই হামের টিকা পেয়েছে (যেমন জরুরি ক্যাম্পেইনে), তাদের জাতীয় সময়সূচি অনুযায়ী পরবর্তী দুই ডোজ হামের টিকা দেওয়া হবে (সাধারণত উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ এলাকায় ৯ মাস ও ১৫ মাসে)।

পোলিও: পোলিওর প্রাদুর্ভাব বা নির্মূল কর্মসূচি হুমকির ঝুঁকিতে থাকলে পোলিও টিকাদান কর্মসূচি/ক্যাম্পেইনের কথা বিবেচনায় আনতে হবে। তীব্র মানবিক সংকটকালে টিকাদান: সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য একটি রূপরেখা, বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) দেখুন ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–সংক্রামক রোগ মান ২.১.১: প্রতিরোধ দেখুন।*

জাতীয় সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি (EPI): শিশুদের হাম, ডিফথেরিয়া, পারটুসিস (হুপিং কাশি), টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার) থেকে রক্ষা করতে ও শ্বাসতন্ত্রের সংক্রমণের ঝুঁকি কমাতে অবিলম্বে সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি (EPI) পুনঃপ্রতিষ্ঠা করতে হবে। জাতীয় ইপিআই প্রোগ্রামে অতিরিক্ত/সম্পূরক টিকার প্রয়োজন হতে পারে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা–সংক্রামক রোগ মান ২.১.৪: রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান দেখুন।*

টিকার নিরাপত্তা: টিকা/ভ্যাকসিনের নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে হবে। মজুদ এবং শীতাতপ নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থায় সংরক্ষণের জন্য প্রস্তুতকারকের নির্দেশাবলি অনুসরণ করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ দেখুন।*

অবহিত সম্মতি: টিকা প্রদান করার আগে পিতা-মাতা বা অভিভাবকদের কাছ থেকে অবহিত সম্মতি নিতে হবে। তারা ঝুঁকি এবং সম্ভাব্য পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কে বুঝে এই সম্মতি দেবেন।

শিশুস্বাস্থ্য মান ২.২.২
নবজাতক এবং শিশুদের শৈশবকালীন রোগ ব্যবস্থাপনা

শিশুদের এমন অগ্রাধিকারমূলক স্বাস্থ্যসেবা প্রাপ্তির অধিকার রয়েছে, যা নবজাতক ও শৈশবকালীন অসুস্থতা এবং মৃত্যুর প্রধান কারণগুলোকে মোকাবিলা করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. বিভিন্ন স্তরে (সেবাকেন্দ্র, ভ্রাম্যমাণ ক্লিনিক অথবা কমিউনিটিভিত্তিক কর্মসূচির মাধ্যমে) উপযুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে হবে।

- নবজাতকদের অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবার জন্য 'মানবিক পটভূমিতে নবজাতকের স্বাস্থ্য' (Newborn Health in Humanitarian Setting) নির্দেশিকাসমূহ ব্যবহার করতে হবে ⊕ *তথ্যসূত্রসমূহ দেখুন।*

- সমন্বিত কমিউনিটি কেস ব্যবস্থাপনা (iCCM-integrated community case management) এবং শিশুরোগের সমন্বিত ব্যবস্থাপনা (IMCI-Integrated Management of Childhood Illness) প্রদান করার বিষয় বিবেচনা করতে হবে।

২. অসুস্থ নবজাতক বা ছোট শিশুদের সেবাদানকারী সব প্রতিষ্ঠানে নিরূপণ (যাচাই) ও ট্রায়াজের (রোগনির্ণয় ও অগ্রাধিকার নির্ধারণ) মানসম্মত ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে।

- নবজাতকের বিপদচিহ্ন (তরল পান করতে বা বুকের দুধ খেতে অক্ষম, বমি করে সবকিছু ফেলে দেয়, খিঁচুনি, অতিরিক্ত জ্বর, শরীর ঠান্ডা হয়ে যাওয়া এবং নেতিয়ে পড়ে বা অচেতন হয়ে যায়) দেখা দিলে জরুরি সেবা নিশ্চিত করতে হবে।
- যেখানে বিভিন্ন ঝুঁকি ক্রমশ বেড়ে যায়, সেখানে ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা এবং রাসায়নিক বিষক্রিয়ার নিরূপণ (যাচাই) অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

৩. সেবার প্রতিটি স্তরে শিশুদের সাধারণ রোগের চিকিৎসার জন্য সঠিক মাত্রা এবং সঠিক ধরনের (যেমন সিরাপ না ট্যাবলেট, শিশুর জন্য উপযুক্ত ডোজ ইত্যাদি) অপরিহার্য ওষুধের প্রাপ্যতা নিশ্চিত করতে হবে।

৪. শিশুদের বৃদ্ধি এবং পুষ্টিগত অবস্থা পরীক্ষা করতে হবে।

- অপুষ্টিতে আক্রান্ত শিশুকে পুষ্টি পরিষেবা গ্রহণের জন্য রেফার করতে হবে।
- জটিলতাসহ মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে ভুগছে এমন শিশুদের জন্য স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রভিত্তিক চিকিৎসা প্রদান করতে হবে।

৫. ডিফথেরিয়া ও পারটুসিসের মতো শিশুরোগ এবং টিকা প্রতিরোধযোগ্য রোগসমূহের চিকিৎসার জন্য উপযুক্ত কেস ব্যবস্থাপনা প্রটোকল তৈরি করতে হবে, বিশেষ করে যেখানে এই রোগগুলো প্রাদুর্ভাবের ঝুঁকি বেশি।

- যেখানে সম্ভব প্রচলিত প্রটোকল ব্যবহার করতে হবে।

৬. স্বাস্থ্যশিক্ষার বিভিন্ন বার্তা এমনভাবে তৈরি করতে হবে, যাতে পরিবারগুলো স্বাস্থ্যকর আচরণ এবং রোগ প্রতিরোধমূলক চর্চায় যুক্ত হয়।

- শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো, ছোট শিশুদের খাবার খাওয়ানো, হাত ধোয়া, ছোট শিশুদের উষ্ণ রাখা এবং প্রারম্ভিক শৈশবকালীন বিকাশকে উৎসাহিত করার মতো কার্যক্রম চালু করতে হবে।

৭. শিশু ও নবজাতকদের যেকোনো অসুস্থতা যেমন জ্বর, কাশি বা ডায়রিয়ার মতো অসুস্থতার ক্ষেত্রে দ্রুত প্রাথমিক চিকিৎসা নেওয়ার জন্য মানুষকে উৎসাহিত করা যায় এমন স্বাস্থ্যবিষয়ক বিভিন্ন বার্তা তৈরি করতে হবে।

- যেসব শিশুর দেখাশোনা করার জন্য প্রাপ্তবয়স্ক আত্মীয় বা অভিভাবক নেই, তাদের কাছে পৌঁছানোর জন্য পদক্ষেপ নিতে হবে।

৮. প্রতিবন্ধিতা বা বিকাশগত বিলম্ব রয়েছে এমন শিশুদের শনাক্ত করতে হবে।

- সেবা বা পুনর্বাসন কার্যক্রমে পরামর্শ এবং রেফারেল প্রদান করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের সাধারণ মৃত্যুহার

- প্রতি ১০,০০০ জনে দৈনিক ২ জনের কম মৃত্যু ⊕ *গণনার জন্য পরিশিষ্ট ৩ দেখুন।*

ম্যালেরিয়ায় আক্রান্ত পাঁচ বছরের কম বয়সী প্রত্যেক শিশুকে সময়মতো ম্যালেরিয়ারোধী কার্যকর চিকিৎসা প্রদান

- লক্ষণসমূহ দেখা দেওয়ার ২৪ ঘণ্টার মধ্যে
- তবে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে ভোগা পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রে ব্যতিক্রম প্রযোজ্য

ডায়রিয়ায় আক্রান্ত পাঁচ বছরের কম বয়সী সকল শিশুকে সময়মতো খাবার স্যালাইন (ORS) ও জিঙ্ক সাপ্লিমেন্ট প্রদান

- লক্ষণসমূহ দেখা দেওয়ার ২৪ ঘণ্টার মধ্যে

নিউমোনিয়ায় আক্রান্ত পাঁচ বছরের কম বয়সী সকল শিশুদের সময়মতো যথাযথ সেবা প্রদান

- লক্ষণগুলো দেখা দেওয়ার ২৪ ঘণ্টার মধ্যে

নির্দেশিকাসমূহ

নবজাতকের অপরিহার্য সেবা: সকল নবজাতককে জন্মের সময় কোনো একটি স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের দক্ষ স্বাস্থ্যকর্মীর তত্ত্বাবধানে সেবা প্রদান করতে হবে ⊕ *‘গর্ভধারণ ও শিশুজন্মের সমন্বিত ব্যবস্থাপনা (‘Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)* এবং *‘মানবিক পটভূমিতে নবজাতকের স্বাস্থ্য’ (Newborn Health in Humanitarian Setting) নির্দেশিকা দেখুন।* দক্ষ স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর উপস্থিতিতে জন্ম হোক বা না হোক, নবজাতকের প্রয়োজনীয় যত্নের মধ্যে রয়েছে:

- তাপ সংরক্ষণমূলক যত্ন: (শিশুকে জন্মের পর ৭২ ঘণ্টা পর্যন্ত গোসল না করানো, শিশুকে ভালোভাবে মুছে শুকনো রাখা এবং ত্বকের সাথে ত্বকের সংস্পর্শ (মা বা বাবার সঙ্গে) বজায় রেখে শিশুকে গরম রাখা);
- সংক্রমণ প্রতিরোধ (পরিচ্ছন্ন প্রসবপ্রক্রিয়া নিশ্চিত করা, হাত ধোয়া, নাভির যত্ন এবং ত্বক ও চোখের যত্ন);
- বুকের দুধ খাওয়ানোয় সহায়তা (জন্মের পরপরই শিশুকে শালদুধ খাওয়ানো, শালদুধ ফেলে না দেওয়া, ১৮০ দিন বয়স পর্যন্ত শিশুকে শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো, এক ফোঁটা পানিও নয়);
- পর্যবেক্ষণ (সংক্রমণের বিপজ্জনক লক্ষণ বা অবস্থা, যার জন্য রেফারেলের প্রয়োজন হতে পারে, তা মূল্যায়ন করা); এবং
- প্রসব-পরবর্তী সেবা (জন্মের প্রথম সপ্তাহে বাসায় বা নিকটস্থ স্থানে প্রসব-পরবর্তী সেবা প্রদান করতে হবে। জন্মের পর প্রথম ২৪ ঘণ্টা সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ। এ সময়ের মধ্যে স্বাস্থ্যকর্মী অন্তত তিনবার বাসায় গিয়ে সেবা প্রদান করবে এবং মায়ের জন্য ভিটামিন ‘এ’ প্রদানের ব্যবস্থা করতে হবে)।

শৈশবকালীন রোগের সমন্বিত ব্যবস্থাপনা বা Integrated management of childhood illness (IMCI): প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা স্তরে পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের চিকিৎসার জন্য শৈশবকালীন রোগের সমন্বিত ব্যবস্থাপনা (IMCI) গুরুত্বপূর্ণ। শৈশবকালীন রোগের সমন্বিত ব্যবস্থাপনা (IMCI) কার্যক্রম চালু করার পর এর ক্লিনিক্যাল নির্দেশনাগুলোকে মানসম্মত প্রটোকলে যুক্ত করতে হবে এবং তার ওপর স্বাস্থ্যকর্মীদের যথাযথভাবে প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে।

সমন্বিত কমিউনিটি কেস ব্যবস্থাপনা বা Integrated community case management (iCCM): এটা এমন একটি পদ্ধতি, যার মাধ্যমে সীমিত স্বাস্থ্যসেবা পাওয়া যায় এমন জনগোষ্ঠীতে, বিশেষ করে পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের ম্যালেরিয়া, নিউমোনিয়া ও ডায়রিয়ার সময়মতো এবং কার্যকর চিকিৎসা প্রদান করা হয়।

ডায়রিয়া ব্যবস্থাপনা: ডায়রিয়ায় আক্রান্ত শিশুদের লো অসমোলালিটি ওরাল রিহাইড্রেশন সল্ট (low osmolality oral rehydration salts–ORS) এবং জিঙ্ক সাপ্লিমেন্টেশন (zinc supplementations) প্রদান করতে হবে। জিঙ্ক ডায়রিয়ার সময়কালকে কমিয়ে আনে এবং খাবার স্যালাইন (ORS) পানিস্বল্পতা প্রতিরোধ করে। এ সময়ে বুকের দুধ খাওয়ানো চালিয়ে যেতে বা বাড়িয়ে দিতে এবং পরে সব ধরনের খাবারও বেশি করে খাওয়াতে অভিভাবকদের উৎসাহিত করতে হবে। (লো অসমোলালিটি ওরাল রিহাইড্রেশন সল্ট *(Low Osmolality Oral Rehydration Salt) হলো ডায়রিয়া এবং বমির কারণে সৃষ্ট পানিস্বল্পতা (dehydration) দূর করার উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত বিশেষ ধরনের ওরাল রিহাইড্রেশন সলিউশন (ORS)। এটি স্ট্যান্ডার্ড ORS-এর তুলনায় কম সোডিয়াম এবং কম গ্লুকোজ ধারণ করে, যা শিশুদের ক্ষেত্রে বিশেষ উপযোগী)*।

নিউমোনিয়ার ব্যবস্থাপনা: শিশুদের কাশি হলে দ্রুত বা কষ্টকর শ্বাসপ্রশ্বাস হচ্ছে কি না এবং বুক ভেতরের দিকে দেবে/ডেবে যাচ্ছে কি না, তা খেয়াল রাখতে হবে। এসব লক্ষণ থাকলে শিশুকে মুখে খাওয়ার উপযুক্ত অ্যান্টিবায়োটিক ওষুধ দিয়ে চিকিৎসা করাতে হবে। যেসব শিশুর ঝুঁকিপূর্ণ লক্ষণ বা গুরুতর নিউমোনিয়া আছে, তাদেরকে জরুরি ও অগ্রাধিকার ভিত্তিতে চিকিৎসার জন্য রেফার করতে হবে।

বয়সভিত্তিক দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাসের হার:

জন্মদিন থেকে ২ মাস: >৬০/মিনিট *(২ মাস বয়সী শিশুর শ্বাসপ্রশ্বাসের গতি মিনিটে ৬০ বারের বেশি হলে, তাকে অস্বাভাবিক দ্রুত শ্বাস হিসেবে গণ্য করা হবে। এটা নিউমোনিয়া বা অন্য শ্বাসকষ্টজনিত সমস্যার গুরুত্বপূর্ণ ঝুঁকির লক্ষণ হিসেবে ধরা হয়)*	১২ মাস: >৫০/মিনিট *(১২ মাস বয়সী শিশুর শ্বাসপ্রশ্বাসের গতি মিনিটে ৫০ বারের বেশি হলে)*
১-৫ বছর: >৪০/মিনিট *(১-৫ বছর বয়সী শিশুর শ্বাসপ্রশ্বাসের গতি মিনিটে ৪০ বারের বেশি হলে)*	৫ বছর: >২০/মিনিট *(৫ বছর বয়সী শিশুর শ্বাসপ্রশ্বাসের গতি মিনিটে ২০ বারের বেশি হলে)*

এইচআইভি: যেখানে এইচআইভির প্রাদুর্ভাব ১ শতাংশের বেশি, সেখানে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত সব শিশুর এইচআইভি পরীক্ষা করাতে হবে। এইচআইভি সংক্রমিত শিশুদের মা ও যত্নদাতাদের ভিন্ন ধরনের সহায়তা এবং পরামর্শের প্রয়োজন ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি মানসমূহ দেখুন*।

পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন বা অভিভাবক নেই এমন শিশুদের খাওয়ানো: অভিভাবক নেই বা পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুদের নিরাপদ ও নিয়ন্ত্রিত পরিবেশে খাওয়ানোর ব্যবস্থা করতে হবে।

শিশু সুরক্ষাবিষয়ক উদ্বেগসমূহ: শিশুর অবহেলা, নিপীড়ন এবং শোষণ শনাক্ত করতে রুটিন/নিয়মিত স্বাস্থ্যসেবার ব্যবহার করতে হবে। সংশ্লিষ্ট কেস শিশু সুরক্ষা সেবায় প্রেরণ করতে হবে। মা ও নবজাতক, ছোট শিশু এবং কিশোর-কিশোরীদের জন্য রুটিন/নিয়মিত স্বাস্থ্যসেবায় লিঙ্গ-সংবেদনশীল কেস ব্যবস্থাপনা এবং শনাক্তকরণ পদ্ধতি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

পুষ্টিসংক্রান্ত রেফারেলসমূহ: ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি মান ৩: অণুপুষ্টি ঘাটতি এবং অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা মান ২.২: মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি দেখুন।*

গৃহস্থালির বায়ুদূষণ: বাসস্থানে বা আশ্রয়কেন্দ্রে ধোঁয়া ও গ্যাস কমিয়ে আনা এবং শ্বাসতন্ত্রের রোগের ঝুঁকি কমাতে বিকল্প চুলার ব্যবস্থা বিবেচনা করতে হবে ⊕ *আশ্রয় এবং আবাসন মান ৩: বসবাসের স্থান এবং মান ৪: গৃহস্থালি কাজের প্রয়োজনীয় উপকরণ দেখুন*

বিষক্রিয়া: ⊕ *পরিশিষ্ট ৪ দেখুন।*

২.৩ যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য

সংকট শুরু হওয়ার সাথে সাথেই জীবন রক্ষাকারী যৌন এবং প্রজননস্বাস্থ্য সেবা অবশ্যই সহজলভ্য হতে হবে। যত তাড়াতাড়ি সম্ভব সমন্বিত সেবা প্রতিষ্ঠা করতে হবে।

এসব গুরুত্বপূর্ণ সেবা সমন্বিত স্বাস্থ্যসেবা সাড়াদানের অংশ এবং প্রজননস্বাস্থ্য কিট ব্যবহারের মাধ্যমে তাকে সহায়তা করা হয় ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ দেখুন।*

সমন্বিত যৌন এবং প্রজননস্বাস্থ্য সেবা বলতে বোঝায় বিদ্যমান সেবার জোরদারকরণ, যে পরিষেবাগুলো নেই সেগুলো স্বাস্থ্যসেবায় যুক্ত করা এবং সেবার গুণগত মান বৃদ্ধি। স্বাস্থ্যব্যবস্থার কাঠামো বোঝা গেলে কীভাবে তাকে সহায়তা করা যায়, তা নির্ধারণ করা সহজ হয় ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১ থেকে ১.৫ দেখুন।*

মানবিক সংকটপূর্ণ পরিস্থিতিতে আক্রান্ত ব্যক্তিসহ সব মানুষেরই যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্যের অধিকার রয়েছে। যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্যসেবা প্রদানকালে কমিউনিটির সাংস্কৃতিক পটভূমি ও ধর্মীয় বিশ্বাসকে সম্মান করতে হবে, একই সঙ্গে আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত সর্বজনীন মানবাধিকার মানদণ্ড পূরণ নিশ্চিত করতে হবে। যৌন প্রবণতা বা লিঙ্গপরিচয় নির্বিশেষে কিশোর-কিশোরী, প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর বিশেষ চাহিদার প্রতি সংবেদনশীল থাকতে হবে।

জরুরি পরিস্থিতিতে শোষণ এবং নির্যাতনসহ যৌন সহিংসতার ঝুঁকি বেড়ে যায়। সুরক্ষা খাত বা সেক্টরের সাথে ঘনিষ্ঠ সমন্বয়ের মাধ্যমে এসব প্রতিরোধ ও সাড়াদানের জন্য সংশ্লিষ্ট সবাইকে একসাথে কাজ করতে হবে। তথ্য সংগ্রহ নিরাপদ ও নৈতিকতার সাথে করতে হবে এবং কেবল সম্মত প্রটোকল অনুযায়ী তথ্য বিনিময় করতে হবে ⊕ *সুরক্ষা নীতিমালা এবং স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৫: স্বাস্থ্যতথ্য দেখুন।*

যৌন এবং প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.১
প্রজনন, মাতৃত্বকালীন এবং নবজাতকের স্বাস্থ্যসেবা

মানুষ এমন স্বাস্থ্যসেবা ও পরিবার পরিকল্পনা সেবা পায়, যা মা ও নবজাতকের অতিরিক্ত অসুস্থতা এবং মৃত্যু রোধ করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. পরিচ্ছন্ন ও নিরাপদ ডেলিভারি, নবজাতকের প্রয়োজনীয় পরিচর্যা এবং জরুরি প্রসূতি ও নবজাতক সেবা নিশ্চিত করতে হবে।

- কমিউনিটি থেকে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র বা হাসপাতালে পৌঁছানোর জন্য সব সময় কার্যকর যোগাযোগ ও পরিবহন ব্যবস্থাসহ একটি রেফারেল ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে।

২. যদি প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যকর্মী বা স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে সেবার সহজলভ্যতা নিশ্চিত করা সম্ভব না হয়, তবে সব দৃশ্যমান গর্ভবতী নারীর জন্য পরিচ্ছন্ন প্রসবসামগ্রী সরবরাহ করতে হবে।

৩. গর্ভনিরোধ বিষয়ে স্থানীয়দের পছন্দ, প্রথা এবং মনোভাব বোঝার জন্য কমিউনিটির সাথে পরামর্শ করতে হবে।

- পুরুষ, নারী এবং কিশোর ও কিশোরীদের আলাদা এবং ব্যক্তিগত আলোচনায় সম্পৃক্ত করতে হবে।

৪. ব্যক্তিগত ও গোপনীয় পরিসরে চাহিদার ভিত্তিতে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে দীর্ঘস্থায়ী এবং প্রত্যাবর্তনযোগ্য (long-acting reversible) ও স্বল্পমেয়াদি (short-acting) গর্ভনিরোধক পদ্ধতির পরিসর নিশ্চিত করতে হবে। *(LARC বা লং-অ্যাক্টিং রিভার্সিবল গর্ভনিরোধক হলো দীর্ঘস্থায়ী এবং সহজে প্রত্যাবর্তনযোগ্য জন্মনিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি এবং শর্ট-অ্যাক্টিং কন্ট্রাসেপটিভ পদ্ধতি হলো গর্ভনিরোধের স্বল্পমেয়াদি পদ্ধতি। এর মধ্যে রয়েছে পিল, প্যাচ এবং ভ্যাজাইনাল রিং)*

- কাউন্সেলিং/পরামর্শ দিতে হবে যাতে তথ্যভিত্তিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ ও কার্যকারিতকে গুরুত্ব দেয়া হয়।

প্রধান সূচকসমূহ

জরুরি প্রসূতি ও নবজাতক সেবার জন্য দক্ষ সেবা সব সময় পাওয়া যায়

- মৌলিক জরুরি প্রসূতি এবং নবজাতক সেবা: প্রতি ৫০০,০০০ জনে (৫ লাখ) ন্যূনতম পাঁচটি সেবাকেন্দ্র
- সমন্বিত জরুরি প্রসূতি এবং নবজাতক সেবা: প্রতি ৫০০,০০০ জনে (৫ লাখ) ন্যূনতম একটি সেবাকেন্দ্র

দক্ষ স্বাস্থ্যকর্মী দ্বারা পরিচালিত প্রসবের শতকরা হার

- ন্যূনতম লক্ষ্যমাত্রা: ৮০ শতাংশ

প্রসূতি এবং নবজাতকের জরুরি অবস্থার জন্য রেফারেল ব্যবস্থা

- ২৪ ঘণ্টা/দিন এবং ৭ দিন/সপ্তাহ সচল থাকতে হবে

সিজারিয়ান বিভাগের মাধ্যমে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে প্রসবের শতকরা হার

- লক্ষ্যমাত্রা: ৫-১৫ শতাংশ

সব প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র সংকট শুরু হওয়ার তিন থেকে ছয় মাসের মধ্যে অন্তত চার ধরনের গর্ভনিরোধক পদ্ধতির প্রাপ্যতা রিপোর্ট করবে

নির্দেশিকাসমূহ

জরুরি প্রসূতি এবং নবজাতকের সেবা: যেকোনো জনসংখ্যার প্রায় ৪ শতাংশ গর্ভবতী নারী হবেন এবং তাঁদের মধ্যে প্রায় ১৫ শতাংশ গর্ভাবস্থায় বা প্রসবের সময় অপ্রত্যাশিত প্রসব-জটিলতার সম্মুখীন হবেন। এর জন্য জরুরি প্রসূতি সেবার প্রয়োজন হবে। প্রায় ৫-১৫ শতাংশ প্রসবের ক্ষেত্রে সার্জারি যেমন সিজারিয়ান সেকশনের মতো অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন হতে পারে। বিশ্বব্যাপী ৯-১৫ শতাংশ নবজাতকের জীবন রক্ষাকারী জরুরি সেবা প্রয়োজন। প্রায় ৫-১০ শতাংশ নবজাতক জন্মের সময় স্বাভাবিকভাবে শ্বাসপ্রশ্বাস শুরু করতে পারে না। এ জন্য তাদের জরুরি সেবার প্রয়োজন হয় এবং এর মধ্যে অর্ধেককে পুনরুজ্জীবিত (resuscitation) করার প্রয়োজন হয়। শ্বাসপ্রশ্বাস না নিতে পারার প্রধান কারণগুলোর মধ্যে রয়েছে নির্দিষ্ট সময়ের আগে জন্ম নেওয়া ও ইন্ট্রাপার্টাম ঘটনা *(ইন্ট্রাপার্টাম হলো প্রসবের সময় গর্ভাবস্থার একটি পর্যায়, যা প্রসবের শুরু থেকে শেষ পর্যন্ত স্থায়ী হয়)* এসব কারণে শিশুর গুরুতর শ্বাসকষ্ট হতে পারে, যা সঠিক চিকিৎসার অভাবে শিশুর মৃত্যু ঘটতে পারে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা-শিশুস্বাস্থ্য মান ২.২.২: নবজাতক এবং শিশুদের শৈশবকালীন রোগ ব্যবস্থাপনা দেখুন।*

প্রাথমিক জরুরি প্রসূতি ও নবজাতকের সেবার মধ্যে রয়েছে, ইনজেকশনের মাধ্যমে অ্যান্টিবায়েটিক, গর্ভাশয় সংকোচক ওষুধ (ইনজেকশনের মাধ্যমে প্রদত্ত অক্সিটোসিন, মিসোপ্রোস্টল), ইনজেকশনের মাধ্যমে প্রদত্ত অ্যান্টিকনভালস্যান্ট ওষুধ (ম্যাগনেশিয়াম সালফেট), উপযুক্ত যন্ত্র ব্যবহার করে গর্ভাশয়ে অবশিষ্ট উপকরণ অপসারণ, হাত দিয়ে প্লাসেন্টা অপসারণ, যোনিপথে সহায়ক প্রসব (ভ্যাকুয়াম এক্সট্রাকশন), এবং মা ও নবজাতককে পুনরায় স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরিয়ে আনা (রিসাসিটেশন) ইত্যাদি।

সমন্বিত জরুরি প্রসূতি এবং নবজাতকের পরিচর্যার মধ্যে উপরিউক্ত সবকিছুর পাশাপাশি সাধারণ অ্যানেসথেসিয়া (সিজারিয়ান বিভাগ, ল্যাপারোটোমি) এর অধীনে অস্ত্রোপচার ও আদর্শ সতর্কতামূলক ব্যবস্থাসহ যৌক্তিক এবং নিরাপদ রক্ত সঞ্চালন অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। গর্ভপাত-পরবর্তী (post-abortion care) সেবা হলো জীবন রক্ষাকারী পদক্ষেপ, যা জরুরি প্রসব ও নবজাতক সেবার একটি জীবন রক্ষাকারী অংশ এবং এর লক্ষ্য অবাধ গর্ভপাত (spontaneous abortion) ও অনিরাপদ গর্ভপাতের জটিলতা থেকে মৃত্যু এবং ভোগান্তি কমানো। চিকিৎসার মধ্যে রক্তক্ষরণ নিয়ন্ত্রণ (প্রয়োজনে অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে) ও সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার) প্রতিরোধের ব্যবস্থা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

জরুরি প্রসূতি ও নবজাতক সেবার মৌলিক এবং সমন্বিত পরিষেবা অবিরাম সক্রিয় ও সহজলভ্য রাখা অত্যন্ত জরুরি।

রেফারেল ব্যবস্থা নিশ্চিত করবে যে নারী বা নবজাতকের কাছে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে মৌলিক জরুরি প্রসব ও নবজাতক সেবা এবং হাসপাতালে সম্পূর্ণ জরুরি প্রসব ও নবজাতক সেবার জন্য যাতায়াতের উপায় রয়েছে।

পরিবার পরিকল্পনা: কমিউনিটির বিভিন্ন গোষ্ঠীর সাথে যোগাযোগের মাধ্যমে তাদের পছন্দ এবং সাংস্কৃতিক মনোভাব বোঝার চেষ্টা করতে হবে। নিশ্চিত করতে হবে যে কোথায় এবং কীভাবে গর্ভনিরোধক সেবা পাওয়া যাবে কমিউনিটি তা জানে। সেবাপ্রাপ্তি নিশ্চিত করতে একাধিক ফরম্যাট/ছক ও প্রচলিত ভাষায় তথ্য বিনিময় করতে হবে। তথ্য প্রচারের জন্য কমিউনিটির মুরব্বিদের সম্পৃক্ত করতে হবে।

প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত সেবা প্রদানকারী–যারা সেবাগ্রহণকারীদের পছন্দ, সংস্কৃতি এবং প্রেক্ষাপট বোঝেন, তারা গর্ভনিরোধক কাউন্সেলিং/পরামর্শ প্রদান করবেন। পরামর্শ প্রদানের ক্ষেত্রে গোপনীয়তা এবং ব্যক্তিগত গোপনতা, স্বেচ্ছাসেবী ও অবগত সিদ্ধান্ত এবং সম্মতির গুরুত্ব, চিকিৎসাগত ও অচিকিৎসাগত পদ্ধতির কার্যকারিতা, সম্ভাব্য পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া, ব্যবস্থাপনা ও ফলো-আপ, এবং প্রয়োজনে অপসারণ সংক্রান্ত দিকনির্দেশনার ওপর গুরুত্ব দেওয়া উচিত।

প্রত্যাশিত চাহিদা পূরণের জন্য বিভিন্ন ধরনের গর্ভনিরোধক পদ্ধতি বা উপকরণ তাৎক্ষণিকভাবে পাওয়ার ব্যবস্থা করা উচিত। সেবা প্রদানকারীদের দীর্ঘমেয়াদি প্রত্যাবর্তনযোগ্য গর্ভনিরোধক *(long-acting reversible contraceptives)* অপসারণে প্রশিক্ষিত হওয়া উচিত।

অন্যান্য পরিষেবা: যত তাড়াতাড়ি সম্ভব অন্যান্য মাতৃ ও নবজাতক সেবা, যেমন: গর্ভকালীন (ante-natal) এবং প্রসব-পরবর্তী (post-natal) সেবা প্রদান শুরু করতে হবে।

অন্যান্য খাত/বিভাগের সাথে সমন্বয়: পুষ্টি খাতের সঙ্গে সমন্বয় করতে হবে যাতে গর্ভবতী এবং বুকের দুধ খাওয়ানো নারীদের পুষ্টি পরিষেবাগুলোতে, যেমন: লক্ষ্যভিত্তিক অতিরিক্ত পুষ্টি প্রদান বা সম্পূরক খাবার খাওয়ানো রেফার করা যায় ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি-অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা মানসমূহ ২.১ এবং ২.২ দেখুন।*

যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.২
ক্লিনিক পর্যায়ে যৌন সহিংসতায় এবং ধর্ষণে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির চিকিৎসা

মানুষ এমন স্বাস্থ্যসেবা পায় যা নিরাপদ এবং যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের চাহিদা অনুযায়ী সাড়া দেয়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. যৌন সহিংসতার ঝুঁকি কমাতে, রেফারেল নিশ্চিত করতে এবং বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের সামগ্রিক সহায়তা প্রদানের জন্য বহু খাতভিত্তিক উদ্যোগ সমন্বয়ের ক্ষেত্রে একটি নেতৃত্বদানকারী সংস্থা নির্ধারণ করতে হবে।

- প্রতিরোধ এবং প্রতিক্রিয়া জোরদার করতে অন্যান্য খাতের সাথে সমন্বয় করতে হবে।

২. যৌন সহিংসতার পরপরই চিকিৎসা নেওয়ার গুরুত্ব এবং বিদ্যমান সেবাসমূহ সম্পর্কে কমিউনিটিকে অবহিত করতে হবে।

- যত তাড়াতাড়ি সম্ভব এইচআইভি সংক্রমণ রোধে এইচআইভি-প্রতিরোধী ওষুধ পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস (PEP) খাওয়াতে হবে (সংস্পর্শের ৭২ ঘণ্টার মধ্যে)।
- যৌন সহিংসতার ১২০ ঘণ্টার মধ্যে জরুরি গর্ভনিরোধক প্রদান করতে হবে।

৩. স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের গ্রহণ করা, ক্লিনিক্যাল সেবা প্রদান করা এবং রেফার করার জন্য নিরাপদ স্থান তৈরি করতে হবে।

- রোগীর সেবাপ্রাপ্তির অধিকার-সম্পর্কিত তালিকা ও সুস্পষ্ট প্রটোকল প্রদর্শন এবং তা ব্যবহার করতে হবে।
- সহানুভূতিশীল যোগাযোগ, গোপনীয়তা রক্ষা এবং বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের তথ্য ও উপাত্ত সুরক্ষার বিষয়ে স্বাস্থ্যকর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

৪. যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের জন্য ক্লিনিক্যাল সেবা এবং বিদ্যমান অন্যান্য সহায়তামূলক সেবায় রেফারেল নিশ্চিত করতে হবে।

- জীবন হুমকির মুখোমুখি, জটিল বা গুরুতর অবস্থা হলে রেফারেল ব্যবস্থা নিশ্চিত করতে হবে।
- স্বাস্থ্য, আইনি, সুরক্ষা, নিরাপত্তা, মনঃসামাজিক এবং কমিউনিটিভিত্তিক সেবার মধ্যে সমন্বিত রেফারেল ব্যবস্থা স্থাপন করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

জাতীয় বা আন্তর্জাতিক প্রটোকল অনুযায়ী ধর্ষণ থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের জন্য পরিষেবাগুলোর ক্লিনিক্যাল ব্যবস্থাপনার জন্য সব স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী, পর্যাপ্ত সরবরাহ এবং সরঞ্জাম রয়েছে

যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা সব ব্যক্তি জানাবে যে, তারা নিরাপদ ও গোপনীয়ভাবে স্বাস্থ্যসেবা পেয়েছে

যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা সকল ব্যক্তি সেবা পাবে:

- ঘটনা ঘটার ৭২ ঘণ্টার মধ্যে বা সম্ভাব্য এইচআইভির সংস্পর্শে আসার পর ৭২ ঘণ্টার (৩ দিন) মধ্যে এইচআইভি প্রতিরোধের জন্য এইচআইভি-প্রতিরোধী ওষুধ (পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস বা PEP) প্রদান করতে হবে
- ঘটনা ঘটার বা সংস্পর্শে আসার পর ১২০ ঘণ্টার (পাঁচ দিন) মধ্যে জরুরি গর্ভনিরোধক প্রদান করা

নির্দেশিকাসমূহ

যৌন সহিংসতা এবং ধর্ষণ প্রতিরোধের জন্য সমস্ত সেক্টরজুড়ে পদক্ষেপ নেওয়া প্রয়োজন ⊕ *ওয়াশ পানি সরবরাহ মান ২.১ ⊕ ওয়াশ মলমূত্র ব্যবস্থাপনা মান ৩.২ ⊕ খাদ্যনিরাপত্তা এবং পুষ্টি-খাদ্যসহায়তা মান ৬.৩ এবং জীবিকা মান ৭.২ ⊕ আশ্রয় এবং আবাসন মান ২ এবং ৩ ⊕ সুরক্ষা নীতিমালা ১ এবং মানবিকতার মূলমান অঙ্গীকার ১ এবং ৮ ⊕ স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১ থেকে ১.৩ দেখুন*, যেখানে *স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোকে* নিরাপদ করা এবং নিরাপদ সেবা প্রদান-সম্পর্কিত নির্দেশনা দেওয়া হয়েছে।

মানসিক স্বাস্থ্যসেবা এবং যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের জন্য রেফারেল ব্যবস্থাসহ ক্লিনিক পর্যায়ের সেবা অবশ্যই সমস্ত প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র এবং মোবাইল/ভ্রাম্যমাণ টিমে বিদ্যমান থাকা উচিত ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.২ এবং অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৫ দেখুন।* এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকবে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী যারা শিশু, প্রাপ্তবয়স্ক এবং প্রবীণ ব্যক্তিসহ সবাইকে সহানুভূতিশীল, সময়মতো এবং গোপনীয়তা রক্ষা করে চিকিৎসা ও কাউন্সেলিং প্রদান করবে নিম্নলিখিত বিষয়ে:

- জরুরি গর্ভনিরোধক;
- গর্ভাবস্থা পরীক্ষা, গর্ভধারণ-সংক্রান্ত বিকল্পের তথ্য এবং আইন অনুযায়ী নিরাপদ গর্ভপাতের জন্য রেফারেল প্রদান;
- যৌন সংক্রমিত রোগের (STIs) সম্ভাব্য চিকিৎসা;

- এইচআইভি সংক্রমণ রোধে এইচআইভি-প্রতিরোধী ওষুধ খাওয়ানো (পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস - PEP) ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৩.৩: এইচআইভি দেখুন;*
- হেপাটাইটিস-বি প্রতিরোধ;
- ক্ষত চিকিৎসা ও টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার) প্রতিরোধ; এবং
- অন্যান্য সেবা যেমন স্বাস্থ্য, মনঃসামাজিক, আইনগত ও সামাজিক সেবার জন্য রেফারেল।

স্বাস্থ্যকর্মীদের মধ্যে নারী-পুরুষের সমতা নিশ্চিত করতে হবে এবং তারা যেন স্থানীয় ও রোগীর কথ্যভাষায় দক্ষ হয়। নারী ও পুরুষ সহযোগী/স্যাপেরন *(স্যাপেরন হলেন একজন নিরপেক্ষ পর্যবেক্ষক, যিনি রোগীর ঘনিষ্ঠ বা সংবেদনশীল শারীরিক পরীক্ষা চলাকালে উপস্থিত থাকেন। সাধারণত তিনি এমন একজন স্বাস্থ্যকর্মী হয়ে থাকেন, যিনি পরীক্ষার সঙ্গে সম্পর্কিত বিভিন্ন পদ্ধতির সাথে পরিচিত)* এবং দোভাষীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে, যাতে তারা বৈষম্যহীন ও নিরপেক্ষভাবে সেবা প্রদান করতে পারে। স্বাস্থ্যকর্মীদের যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের জন্য ক্লিনিক্যাল সেবার ওপর প্রশিক্ষণ দিতে হবে, যাতে সহায়ক যোগাযোগ, ঘটনা-সম্পর্কিত বৃত্তান্ত, শারীরিক পরীক্ষা, চিকিৎসা ও কাউন্সেলিংয়ের ওপর গুরুত্ব দেওয়া হবে। প্রয়োজনে ও সম্ভব হলে চিকিৎসা ও আইনগত (মেডিকো-লিগ্যাল) ব্যবস্থা *(মেডিকো-লিগ্যাল ডেথ ইনভেস্টিগেশন ব্যবস্থা হলো মৃত্যুর তদন্ত পরিচালনা এবং অপ্রাকৃতিক ও অজ্ঞাত মৃত্যুর কারণ এবং পদ্ধতি প্রত্যায়িত করার প্রক্রিয়া)* ও ফরেনসিক প্রমাণ সংগ্রহ-সম্পর্কিত প্রশিক্ষণও প্রদান করতে হবে।

যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা শিশু: ধর্ষণ-পরবর্তী ব্যবস্থাপনায় প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যকর্মীদের দিয়ে শিশুদের সেবা দিতে হবে। শিশু, নারী নাকি পুরুষ স্বাস্থ্যকর্মীর সেবা নেবে তাদের তা বেছে নেওয়ার সুযোগ দিতে হবে। প্রতিটি ক্ষেত্রে বিশেষায়িত সুরক্ষা-সংক্রান্ত কর্মীদের দ্রুত সম্পৃক্ত করতে হবে।

জনগোষ্ঠীর সম্পৃক্ততা: সেবাপ্রাপ্তির সক্ষমতা ও গ্রহণযোগ্যতা উন্নত করতে এবং সংকটকালীন সময়ে প্রতিরোধমূলক কর্মসূচি প্রদান করতে রোগী এবং কমিউনিটির সাথে কাজ করতে হবে। গোপনীয়তা বজায় রেখে অভিযোগ বা প্রতিক্রিয়া জানানোর ব্যবস্থা এবং দ্রুত সাড়াদান নিশ্চিত করতে হবে। কমিউনিটির নারী, পুরুষ, কিশোর-কিশোরী ও ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠী, যেমন প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং LGBTQI গোষ্ঠীকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

আইনি কাঠামোসমূহ: জাতীয় চিকিৎসা ও আইনগত (মেডিকো-লিগ্যাল) ব্যবস্থা এবং যৌন সহিংসতা-সম্পর্কিত সংশ্লিষ্ট আইন সম্পর্কে পরিচিত থাকতে হবে। রোগী স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের যে তথ্য দেন তার গোপনীয়তা সীমিত করতে পারে, এমন বাধ্যতামূলক রিপোর্টিং আইন সম্পর্কে সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তিদের জানাতে হবে। এসব আইন তাদের সেবা চালিয়ে যাওয়ার সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করতে পারে। এসব আইনকে তাদের অবশ্যই সম্মান করা উচিত।

অনেক দেশে নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে যেমন ধর্ষণের ক্ষেত্রে সক্রিয় গর্ভপাত (induced abortion) বৈধ। যেখানে তা বৈধ, সেখানে বৈষম্য ছাড়া গর্ভপাত সেবা বা রেফারেল নিশ্চিত করতে হবে।

যৌন সহিংসতা মোকাবিলা করা যেমন গুরুত্বপূর্ণ, তেমনি লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতার (GBV) অন্যান্য রূপ যেমন ঘনিষ্ঠ সঙ্গীর সহিংসতা, বাল্য ও বলপ্রয়োগে বিয়ে এবং নারীর যৌনাঙ্গের অঙ্গচ্ছেদ কেবল মানবিক সংকটেই ঘটে না, বরং কিছু পরিস্থিতিতে এর হার বেড়ে যেতে পারে। এগুলো ব্যক্তিস্বাস্থ্যের ওপর সুস্পষ্ট প্রভাব (শারীরিক, যৌন ও মানসিক) ফেলে, যার জন্য সুনির্দিষ্ট সাড়াদান প্রয়োজন। আন্তর্জাতিক নির্দেশিকাগুলো ক্রমবর্ধমানভাবে শুধু যৌন সহিংসতা নয়, বরং লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতার

(GBV) এই অন্যান্য রূপ ও তাদের স্বাস্থ্য প্রভাবকে স্বীকৃতি দিচ্ছে ⊕ *মানবিক সংকটে জেন্ডার-ভিত্তিক সহিংসতা (GBV) প্রতিরোধ, প্রশমন ও প্রতিকারের নির্দেশিকা (IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action) দেখুন।*

যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.৩
এইচআইভি

এইচআইভি সংক্রমণ প্রতিরোধ করে এবং এইচআইভির কারণে অসুস্থতা ও মৃত্যুহার কমাতে পারে, মানুষের এমন স্বাস্থ্যসেবা প্রাপ্তির অধিকার রয়েছে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. রক্ত সঞ্চালনের নিরাপদ ও যৌক্তিক ব্যবহারের জন্য মানসম্মত সতর্কতা এবং প্রক্রিয়া প্রণয়ন ও অনুসরণ করতে হবে।

২. মা থেকে শিশুর শরীরে এইচআইভি সংক্রমণ প্রতিরোধে নারীসহ যারা ইতিমধ্যেই এইচআইভি চিকিৎসার আওতায় অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) গ্রহণ করেছে, তাদের প্রত্যেককে অ্যান্টি-রেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) প্রদান অব্যাহত রাখতে হবে। *(অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) হলো এইচআইভি (HIV) ভাইরাসের সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণে রাখার জন্য ব্যবহৃত একধরনের চিকিৎসা পদ্ধতি। এই থেরাপিতে একাধিক অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল (ARV) ওষুধের সমন্বয়ে একটি নির্দিষ্ট ডোজ গ্রহণ করা হয়, যা এইচআইভির প্রতিলিপি তৈরিতে বাধা দেয় এবং শরীরের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা পুনরুদ্ধার করতে সাহায্য করে। এর ফলে এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তি সুস্থ জীবন যাপন করতে পারে এবং ভাইরাসের বিস্তার রোধ করা যায়)।*

- এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তিদের সক্রিয়ভাবে খুঁজে বের করতে হবে, যাতে তারা চিকিৎসা চালিয়ে যেতে পারে এবং তাদের তথ্য গোপন রাখতে হবে।

৩. পুরুষদের লুব্রিকেটেড কনডম সরবরাহ করতে হবে এবং যেখানে জনগণের মধ্যে আগে থেকেই এর ব্যবহার প্রচলিত, সেখানে নারীদের কনডমও সরবরাহ করতে হবে।

- স্থানীয়ভাবে কনডমের ব্যবহার বোঝাতে, গ্রহণযোগ্যতা বাড়াতে ও কনডম বিতরণ যে সামাজিকভাবে উপযুক্ত, তা নিশ্চিত করতে স্থানীয় নেতৃবৃন্দ এবং ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর সাথে কাজ করতে হবে।

৪. যেখানে এইচআইভির প্রাদুর্ভাবের হার ১ শতাংশের বেশি, সেখানে সকল গর্ভবতী নারীর এইচআইভি পরীক্ষা করার সুযোগ দিতে হবে।

৫. যত তাড়াতাড়ি সম্ভব এইচআইভি-প্রতিরোধী ওষুধ (পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস বা PEP) খাওয়ানো শুরু করতে হবে। এ ক্ষেত্রে যৌন সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা ব্যক্তি এবং পেশাগত কাজ করার সময় *(পেশাগত কাজে আঘাত বা এক্সপোজার, যেমন: সুচ, যন্ত্র, হাড়ের টুকরো বা কামড়ের আঘাত)* সংক্রমিত হওয়ার ৭২ ঘণ্টার মধ্যে পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস-PEP গ্রহণ করতে হবে।

৬. যাদের রোগ প্রতিরোধ সক্ষমতা কম তাদেরকে কো-ট্রাইমক্সাজোল প্রফাইল্যাক্সিস প্রদান করতে হবে: *(কো-ট্রাইমক্সাজল প্রফাইল্যাক্সিস হলো একটি সহজ, নিরাপদ (সহজে সহ্যযোগ্য) এবং*

কম খরচে কার্যকর চিকিৎসাপদ্ধতি, যা এইচআইভি নিয়ে জীবন কাটানো মানুষের জন্য ব্যবহার করা যায়। কো-ট্রাইমক্সাজল প্রফাইল্যাক্সিসকে অবশ্যই এইচআইভি দীর্ঘমেয়াদি চিকিৎসার একটি নিয়মিত অংশ হিসেবে বাস্তবায়ন করতে হবে এবং অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) শুরু করার আগে দেওয়া চিকিৎসাসেবার গুরুত্বপূর্ণ উপাদান হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে)।

ক. এইচআইভি নিয়ে বসবাসকারী রোগীদের; এবং

খ. এইচআইভি-আক্রান্ত মায়েদের সন্তানদের জন্য, চার থেকে ছয় সপ্তাহ বয়সে; এইচআইভি সংক্রমণ থেকে মুক্ত না হওয়া পর্যন্ত কো-ট্রাইমক্সাজল প্রফাইল্যাক্সিস চালিয়ে যেতে হবে।

৭. প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে অ্যান্টিমাইক্রোবায়াল ওষুধ থাকতে হবে। *(antimicrobial হলো একটি এজেন্ট, যা অণুজীবকে মেরে ফেলে বা তাদের বৃদ্ধি রোধ করে)* এবং যৌন *সংক্রমিত রোগের (STI) লক্ষণযুক্ত রোগীদের সিনড্রোমিক ব্যবস্থাপনা প্রদান করতে হবে। সিনড্রোমিক ব্যবস্থাপনার মধ্যে এটিওলজিক বা কারণগত রোগ নির্ণয়ের পরিবর্তে রোগীর লক্ষণ এবং লক্ষণগুলোর ওপর ভিত্তি করে ক্লিনিক্যাল সিদ্ধান্ত নেওয়া জড়িত)।*

প্রধান সূচকসমূহ

সমস্ত সঞ্চালিত রক্ত পরীক্ষা করা হয় এবং তা এইচআইভিসহ রক্ত সঞ্চালনের মাধ্যমে ছড়াতে পারে এমন সংক্রমণ থেকে মুক্ত থাকে

পূর্বে অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) গ্রহণকারী ব্যক্তিদের মধ্যে যাঁরা ART ওষুধ গ্রহণ করে চলেছেন, তাঁদের শতকরা হার

- ৯০ শতাংশ

যেখানে এইচআইভি প্রাদুর্ভাব ১ শতাংশের বেশি, সেখানে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারী নারীদের মধ্যে যাঁরা এইচআইভি পরীক্ষায় অংশ নিয়েছেন তাঁদের শতকরা হার

- ৯০ শতাংশ

যাঁরা এইচআইভি সংক্রমণের সম্ভাব্য ঝুঁকিতে থেকে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে সেবা গ্রহণের জন্য আসছেন এবং সংস্পর্শের ৭২ ঘণ্টার মধ্যে পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস বা PEP পাচ্ছেন, তাঁদের শতকরা হার

- ১০০ শতাংশ

যেসব শিশু এইচআইভি-এক্সপোজড (অর্থাৎ এইচআইভি-আক্রান্ত মায়ের সন্তান), তাদের মধ্যে যারা চার থেকে ছয় সপ্তাহ বয়সে কো-ট্রাইমক্সাজল প্রফাইল্যাক্সিস পাচ্ছেন, তাঁদের শতকরা হার

- ৯৫ শতাংশ

নির্দেশিকাসমূহ

স্থানীয় এইচআইভি মহামারির অবস্থা যেমনই হোক না কেন ওপরের প্রধান করণীয়গুলো সব ধরনের মানবিক সংকটে প্রযোজ্য হওয়া উচিত।

ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী এবং অন্যান্য প্রধান জনগোষ্ঠীগুলোকে (স্বাস্থ্যকর্মী, নেতা, নারী, এলজিবিটিকিউআই–LGBTQI জনগোষ্ঠী, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি) এইচআইভি সেবা প্রদান কাজে সম্পৃক্ত

করতে হবে এবং নিশ্চিত করতে হবে যে, তারা কোথায় অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল (ARV) ওষুধ পেতে পারে, তা তারা জানে। ইতিমধ্যে যদি এইচআইভি নিয়ে জীবন কাটানো মানুষের কোনো সংগঠন/সমিতি থাকে, তবে তাদের সঙ্গে পরামর্শ করতে হবে এবং গৃহীত স্বাস্থ্যসেবা কর্মসূচি পরিকল্পনা ও বাস্তবায়নে তাদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

একই গোষ্ঠীর বা একই শ্রেণির (peer groups) মধ্যে কমিউনিটি পরিচালিত কনডম বিতরণ কার্যকর হতে পারে। প্রধান জনগোষ্ঠী (যেমন–স্বাস্থ্যকর্মী, নেতা, নারী, এলজিবিটিকিউআই–LGBTQI জনগোষ্ঠী, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি) ও কিশোর-কিশোরীরা সাধারণত জানে তাদের সমসাথীরা কোথায় জমায়েত হয় এবং সেখানে স্বেচ্ছাসেবকেরা একই গোষ্ঠীর মানুষের কাছে কনডম পৌঁছে দিতে পারে। কনডমের সঠিক ব্যবহার ও ব্যবহৃত কনডম ফেলার নিয়ম সম্পর্কে সামাজিকভাবে উপযুক্ত বার্তা দিয়ে প্রধান জনগোষ্ঠীগুলোকে প্রশিক্ষণ প্রদান করতে হবে। কমিউনিটি, মানবিক সাড়াদানকারী কর্মী, বিশেষ পোশাকধারী কর্মী, ত্রাণ পরিবহনকারী ট্রাকচালক এবং অন্যদের জন্য কনডম সহজলভ্য করতে হবে।

রক্ত সঞ্চালন: *⊕ স্বাস্থ্যব্যবস্থা মানসমূহ ১.১ এবং ১.৩ দেখুন।*

সংক্রমণ-পরবর্তী সেবা এবং চিকিৎসার মধ্যে কাউন্সেলিং, এইচআইভি সংক্রমণ ঝুঁকি মূল্যায়ন, অবহিত সম্মতি, এইচআইভির উৎস নিরূপণ (যাচাই) এবং অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল ওষুধ প্রদান ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত থাকবে। যাঁরা এইচআইভি আক্রান্ত তাঁদেরকে পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস বা PEP দেওয়া যাবে না। যদিও পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস বা PEP শুরু করার আগে কাউন্সেলিং এবং পরীক্ষা করার পরামর্শ দেওয়া হয়, তবে যদি তা সম্ভব না হয়, তবে পোস্ট এক্সপোজার প্রফাইল্যাক্সিস বা PEP শুরু করতে দেরি করা যাবে না *⊕ অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা: যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.২: ক্লিনিক পর্যায়ে যৌন সহিংসতায় এবং ধর্ষণে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির চিকিৎসা দেখুন।*

সংকটকালীন পরিস্থিতিতে এইচআইভি-সংক্রান্ত সমন্বিত ও বিভিন্ন পূর্ণাঙ্গ কার্যক্রম: যত তাড়াতাড়ি সম্ভব নিম্নলিখিত কার্যক্রম গ্রহণ করতে হবে:

এইচআইভি সচেতনতা: জনগণ, বিশেষ করে উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীর মধ্যে এইচআইভি এবং অন্যান্য যৌনবাহিত রোগ প্রতিরোধ-সম্পর্কিত সহজলভ্য তথ্য প্রদান করতে হবে।

এইচআইভি প্রতিরোধ: যেখানে ইতিমধ্যেই এইচআইভি বিদ্যমান, সেখানে উচ্চ ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীর জন্য নানা ধরনের ক্ষতি-হ্রাসমূলক সেবা, যেমন: জীবাণুমুক্ত ইনজেকশন সরঞ্জাম এবং মাদক সেবনকারীদের জন্য ওপিওয়েড প্রতিস্থাপন থেরাপি (Opioid Substitution Therapy–OST) প্রদান করতে হবে *⊕ অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৫: মানসিক স্বাস্থ্যসেবা দেখুন। (Opioid Substitution Therapy বা OST হলো এমন একটি চিকিৎসা পদ্ধতি, যেখানে ব্যক্তি যারা হেরোইন বা অন্যান্য অপিওয়েড নেশাজাত দ্রব্য ব্যবহার করে, তাদের জন্য নিরাপদ, নিয়ন্ত্রিত ওষুধ দেওয়া হয়, যাতে আসল নেশাজাত দ্রব্য থেকে বিরত রাখা যায় এবং স্বাস্থ্যঝুঁকি কমানো যায়। উদাহরণস্বরূপ: মেথাডোন বা বুপ্রেনরফিনকে হেরোইনের বিকল্প হিসেবে ব্যবহার করা হয়। এই চিকিৎসার লক্ষ্য হলো, ব্যক্তিকে স্থিতিশীল করা, নেশার তৃষ্ণা ও প্রত্যাহারের লক্ষণ কমানো এবং অবৈধ ওষুধ ব্যবহারের কারণে সৃষ্ট ঝুঁকি যেমন সংক্রমণ বা অতিরিক্ত মাত্রায় ওষুধ নেওয়া (ওভারডোজ) হ্রাস করা)।*

এইচআইভি কাউন্সেলিং এবং পরীক্ষা: ART শুরু করার সাথে যুক্ত যথাযথ কাউন্সেলিং এবং পরীক্ষা সেবা প্রদান বা পুনঃপ্রতিষ্ঠা করতে হবে। এইচআইভি পরীক্ষার জন্য ঝুঁকিপ্রবণ জনগোষ্ঠী হলো গর্ভবতী নারী ও তাদের জীবনসঙ্গী, যেখানে এইচআইভির প্রাদুর্ভাব ১ শতাংশের বেশি, সেখানে মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত শিশু এবং অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর মধ্যে এইচআইভির পরীক্ষা চালাতে হবে।

অপমান এবং বৈষম্য: এইচআইভি প্রতিরোধে গৃহীত কৌশল এবং কর্মসূচিসমূহ যাতে সামাজিক অপমান না বাড়ায়, তা নিশ্চিত করা খুবই গুরুত্বপূর্ণ। অপমান-অপদস্থ এবং বৈষম্যমূলক আচরণের হার বেশি এমন চিহ্নিত এলাকায় এ ধরনের সামাজিক অপমান এবং বৈষম্য সক্রিয়ভাবে কমানোর দিকে লক্ষ্য রাখতে হবে।

অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) বিষয়ক বিভিন্ন পদক্ষেপ: যারা আগে ART কর্মসূচিতে নথিভুক্ত ছিল, শুধু তাদের জন্য নয় বরং যাদের প্রয়োজন তাদের সবার জন্য যত তাড়াতাড়ি সম্ভব অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল থেরাপি (ART) শুরু করতে হবে।

মা থেকে শিশুর শরীরে সংক্রমণ প্রতিরোধ: গর্ভবতী নারী ও তাদের জীবনসঙ্গীদের পরীক্ষা করতে হবে এবং নবজাতকের জন্য দ্রুত এইচআইভি নির্ণয়ের ব্যবস্থা করতে হবে। ইতিমধ্যেই এইচআইভি শনাক্ত হয়েছে বা নতুনভাবে এইচআইভি শনাক্ত হওয়া নারীদেরকে ART দিতে হবে। এইচআইভি শনাক্ত হওয়া শিশুদেরকে পেডিয়াট্রিক এইচআইভি সেবা গ্রহণের জন্য রেফার করতে হবে। এইচআইভি-আক্রান্ত নারীদের জন্য নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানোর জন্য নির্দিষ্ট নির্দেশিকা এবং সেবা গ্রহণ, নিয়মিত অনুসরণ ও সহায়তা প্রদান করতে হবে ⊕ *খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি-নবজাতক ও ছোট শিশুদের খাওয়ানো মান ৪.১ এবং ৪.২ দেখুন।*

এইচআইভি/যক্ষ্মা সহ সংক্রমণের জন্য সেবাসমূহ: এইচআইভিতে আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য টিবি পরীক্ষা এবং রেফারেল সেবা প্রদান করতে হবে। পূর্বে টিবি/যক্ষ্মা চিকিৎসা প্রোগ্রামের আওতাধীন থাকা ব্যক্তিদের টিবি/যক্ষ্মা চিকিৎসা সেবা প্রদান করতে হবে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা: সংক্রামক রোগ মান ২.১.৩: রোগ নির্ণয় এবং কেস ব্যবস্থাপনা দেখুন।* প্রাদুর্ভাবের হার বেশি এমন এলাকায় যক্ষ্মা ও এইচআইভি পরীক্ষা সেবা সংযুক্ত করতে হবে এবং স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে টিবি সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণ ব্যবস্থা চালু করতে হবে।

দ্রষ্টব্য: কারিতাস ইন্টারন্যাশনালস এবং এর সদস্যরা কৃত্রিম জন্মনিয়ন্ত্রণের পদ্ধতি ব্যবহারের প্রচার বা বিতরণ করে না।

২.৪ আঘাত এবং ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা

যেকোনো সংকটকালীন পরিস্থিতিতে অসুস্থতা ও মৃত্যুহারের একটি বড় অংশ চোট বা আঘাতের কারণে ঘটে। ট্রমা (মনোদৈহিক) সেবার চাহিদা দ্রুত স্থানীয় স্বাস্থ্যব্যবস্থার সেবা প্রদানের ক্ষমতার সীমা অতিক্রম করতে পারে। আঘাতের প্রভাব এবং স্বাস্থ্যব্যবস্থা ভেঙে পড়ার ঝুঁকি কমাতে, মৌলিক জরুরি সেবা, নিরাপদ অপারেটিভ (অপারেশন) এবং পুনর্বাসন সেবার পাশাপাশি সিস্টেমেটিক বা পদ্ধতিগত ট্রায়াজ এবং বাড়োয়ারি আঘাত বা ব্যাপক দুর্ঘটনা ব্যবস্থাপনা সেবা প্রদান করতে হবে। এই অধ্যায়ে শারীরিক আঘাতের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যব্যবস্থার সাড়াদানের ওপর আলোকপাত করা হয়েছে। বিষক্রিয়া, মানসিক স্বাস্থ্য এবং যৌন সহিংসতার বিষয়ে সুনির্দিষ্ট নির্দেশনা অন্যান্য অধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে ⊕ *পরিশিষ্ট ৪: বিষক্রিয়া; অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৫: মানসিক স্বাস্থ্যসেবা এবং অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা- যৌন এবং প্রজননস্বাস্থ্য মান ২.৩.২ দেখুন।*

আঘাত এবং ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৪
আঘাত এবং ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা

প্রতিরোধযোগ্য মৃত্যু, অসুস্থতা, দুর্ভোগ ও প্রতিবন্ধকতা রোধ করার জন্য সংকটের সময় মানুষের নিরাপদ এবং কার্যকর ট্রমা (মনোদৈহিক) সেবা পাওয়ার অধিকার রয়েছে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. সকল রোগীর জন্য সব স্তরে ট্রমা (মনোদৈহিক) সেবা প্রদান করতে হবে।

- স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোর মধ্যে এবং ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী থেকে স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে দ্রুত নিরাপদ রেফারেল ব্যবস্থা স্থাপন করতে হবে।
- যদি স্থায়ী অবকাঠামোর মাধ্যমে সেবা পৌঁছানো সম্ভব না হয়, তাহলে ভ্রাম্যমাণ ক্লিনিক বা ফিল্ড হাসপাতাল স্থাপন করতে হবে।

২. আঘাতজনিত সমস্যা মোকাবিলা করার জন্য স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের দক্ষতা এবং জ্ঞান রয়েছে, তা নিশ্চিত করতে হবে।

- প্রথম সাড়া প্রদানকারী থেকে শুরু করে চূড়ান্ত অস্ত্রোপচার এবং অবশকরণ (সার্জিক্যাল ও অ্যানেসথেটিকস) সেবা প্রদানকারী সব স্তরের কর্মীদের এই কর্মসূচিতে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

৩. ট্রায়াজ এবং আঘাত ও ট্রমা (মনোদৈহিক) সেবার জন্য মানসম্মত প্রটোকল প্রতিষ্ঠা বা জোরদার করতে হবে। *(ট্রায়াজ (Triage) একটি চিকিৎসা এবং জরুরি ব্যবস্থাপনা প্রক্রিয়া, যেখানে রোগীদের আঘাত বা অসুস্থতার তীব্রতা অনুসারে তাদের চিকিৎসা সেবা প্রদানের অগ্রাধিকার নির্ধারণ করা হয়। এর মূল উদ্দেশ্য হলো, সীমিত সম্পদের সর্বোচ্চ ব্যবহার করে যাদের জীবন বাঁচানোর সম্ভাবনা বেশি, তাদের দ্রুত চিকিৎসা নিশ্চিত করা। ট্রায়াজ সাধারণত যুদ্ধক্ষেত্র, মহামারি-কবলিত এলাকা, হাসপাতালের জরুরি বিভাগ বা দুর্যোগের মতো পরিস্থিতিতে যেখানে রোগীর সংখ্যা অনেক বেশি এবং সম্পদের সীমাবদ্ধতা থাকে, সেখানে ব্যবহৃত হয়)।*

- শিশু সুরক্ষা, যৌন সহিংসতার শিকার এবং যাদের মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা প্রয়োজন, তাদের জন্য রেফারেল ব্যবস্থা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

৪. আঘাতের ঝুঁকিতে থাকা যে কেউ, খোলা ক্ষতসহ আহত ব্যক্তিদের এবং উদ্ধার ও পরিচ্ছন্নতার কাজে জড়িতদের টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার) প্রতিষেধক (প্রফাইল্যাক্সিস) টিকা প্রদান করতে হবে।

৫. ফিল্ড হাসপাতালসহ ট্রমা (মনোদৈহিক) এবং আঘাত সেবা প্রদানকারী সকল সেবাকেন্দ্রের জন্য ন্যূনতম নিরাপত্তা ও প্রশাসনিক মানদণ্ড নিশ্চিত করতে হবে।

৬. আহত রোগীদের জন্য সময়মতো পুনর্বাসন সেবা, অগ্রাধিকারভিত্তিক সহায়ক উপকরণ এবং চলাচল সহায়ক সামগ্রীর সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে।

- চলাচল সহায়ক সামগ্রী, যেমন: হুইলচেয়ার, কাঠের ছড়ি বা চলাচলের অন্যান্য সহায়ক সামগ্রী যাতে স্থানীয়ভাবে মেরামতযোগ্য হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

৭. মানসিক স্বাস্থ্যসেবা এবং মনঃসামাজিক সহায়তা যাতে সময়মতো পাওয়া যায়, তা নিশ্চিত করতে হবে।

৮. আঘাত ও ট্রমা (মনোদৈহিক) সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করার জন্য স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থা তৈরি বা জোরদার করতে হবে।

- সব ট্রমা রোগীর জন্য ব্যক্তিগত চিকিৎসা নথিসহ প্রাথমিক ক্লিনিক্যাল ডকুমেন্টেশন বাস্তবায়নকে অগ্রাধিকার দিতে হবে।
- স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থায় আঘাতের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করতে মানসম্মত সংজ্ঞা ব্যবহার করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

ব্যাপক দুর্ঘটনা ব্যবস্থাপনাসহ একটি দুর্যোগ পরিকল্পনা রয়েছে, নিয়মিতভাবে আঘাত এবং ট্রমা (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা পর্যালোচনা এবং মহড়া অনুষ্ঠিত হয় এমন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের শতকরা হার

গুরুতর আঘাতপ্রাপ্তদের জন্য প্রটোকল এবং আনুষ্ঠানিক ট্রায়াজ পরিচালনার টুলের ব্যবস্থা আছে এমন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের শতকরা হার

গুরুতর আঘাতপ্রাপ্ত রোগীর যত্নে মৌলিক প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী আছে এমন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের শতকরা হার

প্রাপ্ত তথ্য অনুযায়ী, মূল বা বেজলাইন অসুস্থতা (morbidity) এবং মৃত্যুহার (mortality) কমানোর জন্য গুণগত মান উন্নয়ন (quality improvement) ব্যবস্থা কার্যকর করা স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোর শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

আঘাত ও ট্রমার (মনোদৈহিক) সেবার জন্য ***প্রশিক্ষণ এবং দক্ষতা*** উন্নয়ন কার্যক্রম অন্তর্ভুক্ত করা উচিত:

- গণদুর্ঘটনা ব্যবস্থাপনা, যারা সাড়া দিচ্ছে এবং সমন্বয় করছে তাদের জন্য;
- প্রাথমিক চিকিৎসা;
- মাঠপর্যায়ে ও স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে মানসম্মত ট্রায়াজ; এবং
- দ্রুত শনাক্তকরণ, প্রাথমিক জীবন রক্ষা বা সিপিআর *(বুক চাপা ও কৃত্রিম শ্বাস দিয়ে রোগীর শ্বাস ও হৃৎস্পন্দন ফেরানোর চেষ্টা)*, ক্ষত ব্যবস্থাপনা, ব্যথা নিয়ন্ত্রণ এবং পরিস্থিতি অনুযায়ী মনঃসামাজিক সহায়তা প্রদান।

নিম্নলিখিত বিষয়গুলোকে অন্তর্ভুক্ত করতে ***মানসম্মত প্রটোকল (standardised protocols)*** থাকা বা তৈরি করা উচিত:

- নিয়মমাফিক এবং অতিরিক্ত সেবাগ্রহীতার চাপ সামলানোর পরিস্থিতির জন্য আঘাত ও ট্রমার তীব্রতাভিত্তিক ট্রায়াজ শ্রেণিবিভাগ করতে হবে, যার মধ্যে রয়েছে নিরূপণ (যাচাই), অগ্রাধিকার নির্ধারণ, প্রাথমিক জীবন রক্ষা বা সিপিআর *(বুক চাপা ও কৃত্রিম শ্বাস দিয়ে রোগীর শ্বাস এবং হৃৎস্পন্দন ফেরানোর চেষ্টা)* এবং জরুরি রেফারেলের মান সূচক;
- সেবা গ্রহণের স্থলে সরাসরি প্রাথমিক জরুরি সেবা; এবং
- অস্ত্রোপচার/অপারেশন, পোস্ট-অপারেটিভ সেবা/অপারেশন-পরবর্তী সেবা এবং পুনর্বাসনসহ জরুরি ও উন্নত সেবার জন্য রেফারেল।

ন্যূনতম নিরাপত্তা এবং গুণগত মানসমূহ: যেখানে কোনো জটিল ঘটনা বা চলমান সংঘাতের সাড়াদান প্রয়াস হিসাবে জরুরি ট্রমা (মনোদৈহিক) সেবা প্রদান করা হলেও সেখানে ন্যূনতম মান নিশ্চিত করতে হবে। যে বিষয়গুলো তার মধ্যে রয়েছে:

- নিরবচ্ছিন্ন সরবরাহ ধারাসহ ওষুধ, মেডিকেল উপকরণ এবং রক্তের থেরাপিউটিক উপাদানগুলোর নিরাপদ ও যৌক্তিক ব্যবহার;
- সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ;
- আলো, যোগাযোগ ও জরুরি চিকিৎসা যন্ত্রপাতি (যেমন: জীবন রক্ষাকারী যন্ত্র) চালানোর জন্য পর্যাপ্ত বিদ্যুৎ সরবরাহ; এবং
- চিকিৎসা বর্জ্য ব্যবস্থাপনা।

কমিউনিটিভিত্তিক প্রাথমিক চিকিৎসা: পেশাদার নয় কিন্তু নিরাপদ এবং সুনিয়ন্ত্রিত পদ্ধতিতে সময়মতো ফার্স্ট এইড প্রদান করলে জীবন বাঁচানো সম্ভব। আহতদের সেবা প্রদানের জন্য সব প্রাথমিক চিকিৎসা প্রদানকারীকে কাঠামোগত পদ্ধতি ব্যবহার করা উচিত। প্রাথমিক ক্ষত/জখম ব্যবস্থাপনা প্রশিক্ষণ, যেমন ক্ষত বা জখম পরিষ্কার এবং ড্রেসিং করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

পরিবারভিত্তিক ও স্থানীয় পর্যায়ে প্রাথমিক চিকিৎসা অন্তর্ভুক্ত করা প্রয়োজন এবং কখন ও কোথায় চিকিৎসা সহায়তা চাইতে হবে, সেসবের নির্দেশিকা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। নড়বড়ে অবকাঠামো বা উদ্ধার প্রচেষ্টার সময় আঘাতের ঝুঁকি, এ ধরনের প্রেক্ষাপটভিত্তিক ঝুঁকি সম্পর্কে সচেতনতা বাড়াতে হবে।

ট্রায়াজ হলো আঘাতের তীব্রতা এবং যত্নের প্রয়োজনীয়তা অনুযায়ী রোগীদের শ্রেণিবদ্ধ করার প্রক্রিয়া। এর মাধ্যমে চিহ্নিত করা হয় কারা তাৎক্ষণিক চিকিৎসা পেলে সবচেয়ে বেশি উপকৃত হবে। বিভিন্ন ধরনের ট্রায়াজ ব্যবস্থা রয়েছে। বহুল ব্যবহৃত একটি ব্যবস্থায় পাঁচটি রং ব্যবহার করা হয়: সর্বোচ্চ অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত রোগীদের জন্য লাল, মাঝারি অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত রোগীদের জন্য হলুদ, কম অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত রোগীদের জন্য সবুজ, যারা স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের কারিগরি সক্ষমতার বাইরে বা যাদের অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (palliative care) সেবা প্রয়োজন তাদের জন্য নীল এবং মৃত ব্যক্তির জন্য ধূসর রং।

ফ্রন্টলাইন/সামনের সারির পেশাদার জরুরি সেবা: উচ্চ পর্যায়ের স্বাস্থ্যকর্মী যেমন ডাক্তারদের তীব্র অসুস্থ ও আহত রোগীর ক্ষেত্রে একটি পদ্ধতিগত (systematic) দৃষ্টিভঙ্গিতে অভ্যস্ত হতে হবে ⊕ *আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেডক্রিসেন্ট ফেডারেশনের আন্তর্জাতিক প্রাথমিক চিকিৎসা ও পুনরুজ্জীবন নির্দেশিকায় বর্ণিত এবিসিডিই পদ্ধতি (ABCDE approach in the IFRC International First Aid and Resuscitation Guidelines) দেখুন।*

প্রাথমিক জীবন রক্ষা বা সিপিআর (বুক চাপা ও কৃত্রিম শ্বাস দিয়ে রোগীর শ্বাস ও হৃৎস্পন্দন ফেরানোর চেষ্টা) এবং জীবন রক্ষাকারী পদক্ষেপ যেমন শিরাপথে তরল (fluid) উপাদান ও অ্যান্টিবায়োটিক প্রদান, রক্তক্ষরণ নিয়ন্ত্রণ করা (haemorrhage control) এবং নিউমোথোরাক্সের চিকিৎসা, উন্নত সেবার জন্য উপযোগী কেন্দ্রে রোগীকে পাঠানোর আগে অনেক জায়গাতেই দেওয়া সম্ভব।

অ্যানেসথেসিয়া, ট্রমা (মনোদৈহিক) এবং অস্ত্রোপচার সেবা: জরুরি, অপারেটিভ এবং পুনর্বাসনমূলক সেবা শুধু সেসব প্রতিষ্ঠানকেই দিতে হবে যাদের উপযুক্ত দক্ষকর্মী রয়েছে। সেবা প্রদানকারীদের তাদের পেশাগত সীমার মধ্যে কাজ করতে হবে এবং তাদের কার্যক্রম চালিয়ে যাওয়ার মতো যথেষ্ট সম্পদ থাকতে হবে। অনুপযুক্ত বা অপর্যাপ্ত চিকিৎসা অনেক সময় চিকিৎসা না দেওয়ার চেয়েও বেশি ক্ষতি করতে পারে। অপারেশনের আগে ও পরের যত্ন (প্রি-অপারেটিভ, পোস্ট-অপারেটিভ) এবং চলমান পুনর্বাসন ব্যবস্থা ছাড়া করা অপারেশন রোগীর স্বাভাবিক কার্যক্ষমতা ফিরিয়ে আনতে ব্যর্থ হতে পারে।

মাঠপর্যায়ের বা ফিল্ড হাসপাতাল: অস্থায়ী ফিল্ড বা মাঠপর্যায়ের হাসপাতাল ব্যবহার করা প্রয়োজন হতে পারে, বিশেষ করে আকস্মিক সংকটের সময়। এগুলোকে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় (MoH) বা প্রধান সংস্থা এবং অন্য স্বাস্থ্যকর্মীদের সাথে সমন্বয়ের মাধ্যমে পরিচালনা করতে হবে। সেবার মান ও নিরাপত্তা অবশ্যই জাতীয় এবং আন্তর্জাতিক মানসম্পন্ন হতে হবে ⊕ *আরও নির্দেশনার জন্য তথ্যসূত্রসমূহ দেখুন।*

আঘাত ও ট্রমা (মনোদৈহিক) রোগীর পুনর্বাসন এবং সামাজিক পুনঃএকীভূতকরণ বা তাদেরকে স্বাভাবিক সামাজিক জীবনে ফিরিয়ে আনা: প্রাথমিক পুনর্বাসন শুরু করলে রোগীর বেঁচে থাকার সম্ভাবনা বাড়ে, চিকিৎসা ও অস্ত্রোপচারের কার্যকারিতা সর্বাধিক হয় এবং আহত ব্যক্তির জীবনমান উন্নত হয়। যেসব চিকিৎসা দলের হাসপাতালে ভর্তি করা রোগীকে সেবার সক্ষমতা আছে, তাদের অবশ্যই প্রাথমিক পুনর্বাসন সেবা দেওয়ার যোগ্য হতে হবে। বিদ্যমান পুনর্বাসন সুবিধা ও রেফারেল ব্যবস্থাপনা চিহ্নিত করতে হবে এবং তা সামাজিক সুরক্ষা ব্যবস্থা ও বিদ্যমান নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তার সঙ্গে কীভাবে যুক্ত হতে পারে, তা বোঝার চেষ্টা করতে হবে। চলমান সেবা নিশ্চিত করতে স্থানীয় পুনর্বাসন কেন্দ্র বা কমিউনিটিভিত্তিক পুনর্বাসন সংস্থার সঙ্গে সমন্বয় গড়ে তুলতে হবে।

রোগীকে হাসপাতাল থেকে ছাড়পত্র দেওয়ার আগে ট্রমা বা আঘাত পাওয়া রোগীদের, বিশেষ করে যাদের আগে থেকেই প্রতিবন্ধিতা রয়েছে, তাদের দীর্ঘমেয়াদি চাহিদা বিবেচনা করতে হবে। তাদের চিকিৎসা ও পুনর্বাসন ফলোআপ, রোগী ও সেবাদাতার প্রশিক্ষণ, প্রয়োজনীয় সহায়ক যন্ত্রপাতি (যেমন: ক্রাচ বা হুইলচেয়ার), মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা এবং অন্যান্য জরুরি সেবার প্রাপ্যতা নিশ্চিত করতে হবে। একটি বহুমুখী চিকিৎসা পরিকল্পনা প্রণয়ন ও টিম গঠন করতে হবে, যেখানে শারীরিক পুনর্বাসন বিশেষজ্ঞ এবং মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তায় দক্ষ কর্মী থাকবে। যারা গুরুতর বা জীবন বদলে দেওয়া আঘাতের শিকার, তাদের মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা দানকালে হাসপাতালে ভর্তি অবস্থাতেই আঘাত ও ট্রমা (মনোদৈহিক) চিকিৎসা শুরু করতে হবে। ভবিষ্যতে নিয়মিত সহায়তার জন্য প্রয়োজনীয় সেবার সঙ্গে আঘাত-ট্রমা (মনোদৈহিক) সেবা সংযুক্ত করা অপরিহার্য ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৫: মানসিক স্বাস্থ্যসেবা দেখুন।*

বিশেষ ব্যবস্থাপনা বিবেচনাসমূহ - ব্যথা নিয়ন্ত্রণ: আঘাতের পর সঠিকভাবে ব্যথা নিয়ন্ত্রণ করা গেলে নিউমোনিয়া ও পেশির গভীর শিরার রক্ত জমাটের (deep vein thrombosis) ঝুঁকি কমে এবং রোগী

দ্রুত ফিজিওথেরাপি শুরু করতে পারে। এটি শারীরবৃত্তীয় চাপের প্রতিক্রিয়া কমিয়ে আনে, ফলে হৃদরোগজনিত সমস্যার ঝুঁকি কমে এবং মানসিক চাপও কমে যায়। ট্রমাজনিত তীব্র ব্যথা চিকিৎসায় রিভার্স WHO পেইন ল্যাডার (reverse WHO pain ladder) বা স্টেপ ডাউন পদ্ধতি অনুসরণ করা উচিত। *(রিভার্স পেইন ল্যাডার হলো ব্যথা নিয়ন্ত্রণের একটি পদ্ধতি যেখানে চিকিৎসা শুরু করা হয় শক্তিশালী ব্যথানাশক দিয়ে এবং ব্যথা কমতে শুরু করলে ধীরে ধীরে ওষুধের মাত্রা কমানো হয়। এটি মূলত WHO পেইন ল্যাডারের উল্টো পদ্ধতি, যেখানে WHO পেইন ল্যাডারে শুরু হয় হালকা ব্যথা উপশমের ওষুধ দিয়ে এবং প্রয়োজনমতো ধাপে ধাপে শক্তিশালী ওষুধে যাওয়া হয়, সেখানে রিভার্স ল্যাডারে শুরু হয় শক্তিশালী ওষুধ দিয়ে এবং ধাপে ধাপে তার শক্তি কমানো হয়)।* স্নায়ু-আঘাতজনিত ব্যথা (neuropathic pain) প্রাথমিক পর্যায়েই দেখা দিতে পারে এবং তার যথাযথভাবে চিকিৎসা করা জরুরি ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ এবং অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৭: অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা এবং WHO pain ladder দেখুন।*

বিশেষ ব্যবস্থাপনা বিবেচনা - ক্ষত চিকিৎসা: অধিকাংশ সংকট পরিস্থিতিতে রোগীরা হয়তো আঘাতের ছয় ঘণ্টারও বেশি সময় পর চিকিৎসার জন্য আসে। চিকিৎসা দেরিতে শুরু করা হলে ক্ষত সংক্রমণ এবং মৃত্যুর ঝুঁকি বহুগুণ বাড়িয়ে দেয়। স্বাস্থ্যকর্মীদের অবশ্যই পোড়া ক্ষতসহ সব ক্ষত ব্যবস্থাপনার প্রটোকল জানতে হবে, যাতে সংক্রমণ প্রতিরোধ ও চিকিৎসা উভয়ই নিশ্চিত করা যায়। এই প্রটোকলে অন্তর্ভুক্ত উপযুক্ত অ্যান্টিবায়োটিক প্রদান, ফরেন উপাদান *(চিকিৎসা পরিভাষায়, ফরেন উপাদান এমন কিছু যা শরীরে থাকে কিন্তু সেটি শরীরের প্রাকৃতিক অংশ নয়। ফরেন উপাদান ভুলবশত বা ইচ্ছাকৃতভাবে শরীরে ঢোকানো হতে পারে। এগুলো কখনো কখনো গিলে ফেলা হয়। এগুলো শরীরের বিভিন্ন অংশে যেমন কান, নাক, চোখ এবং শ্বাসনালিতে আটকে থেকে যেতে পারে)* এবং মৃত টিস্যু অস্ত্রোপচার অপসারণ ও সঠিকভাবে ড্রেসিং করা।

টিটেনাস (ধনুষ্টংকার): আকস্মিক প্রাকৃতিক দুর্যোগে টিটেনাসের (ধনুষ্টঙ্কারের) ঝুঁকি তুলনামূলকভাবে বেশি থাকে। যাদের খোলা ক্ষত আছে, তাদের টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার) টক্সয়েড-সমৃদ্ধ টিকা (DT বা Td ডিফথেরিয়া ও টিটেনাস টিকা বা DPT, বয়স ও টিকা দেয়ার ইতিহাস অনুযায়ী) দিতে হবে। যাদের ক্ষত ময়লা বা মারাত্মক দূষিত এবং আগে টিটেনাসের (ধনুষ্টঙ্কারের) টিকা দেওয়া হয়নি, তাদেরও টিটেনাস ইমিউন গ্লোবিন (tetanus immune globulin–TIG) দিতে হবে।

২.৫ মানসিক স্বাস্থ্যসেবা

সব মানবিক সংকট পরিস্থিতিতেই প্রাপ্তবয়স্ক, কিশোর-কিশোরী ও শিশুদের মধ্যে মানসিক স্বাস্থ্য এবং মনঃসামাজিক সমস্যা সাধারণ ঘটনা। সংকটের কারণে তীব্র চাপ মানুষের সামাজিক, আচরণগত, মনস্তাত্ত্বিক এবং মানসিক সমস্যার ঝুঁকি বাড়িয়ে দেয়। মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তার জন্য বহু খাতভিত্তিক উদ্যোগ প্রয়োজন। মানসিক স্বাস্থ্যসেবা মানটি স্বাস্থ্য খাতের সাথে জড়িত কর্মীদের (যেমন ডাক্তার, নার্স, স্বাস্থ্যকর্মী, স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সংস্থা) নেওয়া পদক্ষেপের ওপর গুরুত্ব দেয় ⊕ *বিভিন্ন খাত জুড়ে মনঃসামাজিক উদ্যোগগুলো সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য মানবিকতার মূলমান এবং সুরক্ষা নীতিমালাগুলো দেখুন।*

মানসিক স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৫
মানসিক স্বাস্থ্যসেবা

সব বয়সের মানুষ এমন স্বাস্থ্যসেবার সুযোগ পায়, যা মানসিক স্বাস্থ্যসংক্রান্ত সমস্যা এবং তার কারণে সৃষ্ট দৈনন্দিন কাজে অসুবিধার সমাধান করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. আন্তস্বাস্থ্য সকল খাতজুড়ে মানসিক স্বাস্থ্য এবং মনঃসামাজিক সহায়তা সমন্বয় করতে হবে।

- মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সমস্যার জন্য একটি আন্তখাত বা ক্রস-সেক্টরাল টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপ গঠন করতে হবে। এটি স্বাস্থ্য সংস্থা এবং সুরক্ষা-সংক্রান্ত মানবিক সংস্থা যৌথভাবে পরিচালনা করতে পারে।

২. চিহ্নিত চাহিদা এবং সম্পদের ওপর ভিত্তি করে কর্মসূচি তৈরি করতে হবে।

- বিদ্যমান মানসিক স্বাস্থ্যব্যবস্থা, কর্মীদের দক্ষতা এবং অন্যান্য সম্পদ বা সেবাসমূহ বিশ্লেষণ করতে হবে।
- মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা সংকটের আগেও বিদ্যমান থাকতে পারে, সংকটে সৃষ্টি হতে পারে বা দুটোই হতে পারে, তা বিবেচনায় রেখে চাহিদা নিরূপণ (যাচাই) করতে হবে।

৩. নিজেকে সহায়তা করা এবং সামাজিক সমর্থনকে জোরদার করতে প্রান্তিক জনগোষ্ঠীসহ কমিউনিটির সদস্যদের সাথে কাজ করতে হবে।

- কমিউনিটিভিত্তিক আলোচনার আয়োজন করতে হবে, যাতে যৌথভাবে সমস্যার সমাধান করা যায় এবং স্থানীয় অভিজ্ঞতা, জ্ঞান ও সম্পদ কাজে লাগানো যায়।
- আগে থেকে বিদ্যমান সহায়ক ব্যবস্থাগুলোকে, যেমন—নারী, যুব এবং এইচআইভি-আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য গঠিত দলসমূহ সংরক্ষণ করা অথবা পুনরায় চালু করার উদ্যোগ নেওয়া।

৪. কর্মী ও স্বেচ্ছাসেবকদের প্রাথমিক মানসিক সহায়তা প্রদানের বিষয়ে প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

- সম্ভাব্য ট্রমার (মনোদৈহিক) ঘটনার পর সাম্প্রতিক মানসিক চাপে কীভাবে সহায়তা দিতে হয়, তা শেখাতে প্রাথমিক মানসিক সহায়তার নীতিসমূহ প্রয়োগ করতে হবে।

৫. প্রতিটি স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে প্রাথমিক ক্লিনিক্যাল মানসিক স্বাস্থ্যসেবা সহজলভ্য করতে হবে।

- সংক্ষিপ্ত প্রশিক্ষণ আয়োজন করতে হবে এবং সাধারণ স্বাস্থ্যকর্মীদের অগ্রাধিকারভিত্তিক মানসিক স্বাস্থ্য পরিস্থিতি মূল্যায়ন ও ব্যবস্থাপনাকে তদারকি করতে হবে।
- মানসিক স্বাস্থ্যবিশেষজ্ঞ, সাধারণ স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, কমিউনিটিভিত্তিক সহায়তা ও অন্যান্য সেবার মধ্যে রেফারেল ব্যবস্থা গড়ে তুলতে হবে।

৬. দীর্ঘস্থায়ী মানসিক কষ্টে ভুগছেন এমন মানুষের জন্য সম্ভব হলে মানসিক সহায়তা প্রদান কার্যক্রমের ব্যবস্থা করতে হবে।

- যেখানে সম্ভব, বিশেষজ্ঞ নন এমন কর্মীদের প্রশিক্ষণ প্রদান এবং তত্ত্বাবধান করতে হবে।

৭. কমিউনিটি, হাসপাতাল এবং প্রতিষ্ঠানে গুরুতর মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যায় আক্রান্তদের অধিকার সুরক্ষা করতে হবে।

- সংকট শুরুর প্রথম থেকেই নিয়মিতভাবে গুরুতর মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যায় আক্রান্তদের জন্য মানসিক হাসপাতাল এবং তাদের বসবাসস্থলে সাক্ষাৎ করতে হবে।
- প্রতিষ্ঠানে অবহেলা ও নিপীড়ন মোকাবিলা করতে হবে এবং সেখানে মানসিক স্বাস্থ্যসেবার ব্যবস্থা করতে হবে।

৮. অ্যালকোহল এবং মাদক থেকে উদ্ভূত ক্ষতি কমিয়ে আনতে হবে।

- কর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে যেন তারা মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যার প্রাথমিক শনাক্তকরণ, স্বল্পমেয়াদি কাউন্সেলিং, ক্ষতি হ্রাস এবং নেশাজনিত প্রত্যাহার ও বিষক্রিয়ার (intoxication) ঘটনা সঠিকভাবে মোকাবিলা করতে পারেন।

৯. দীর্ঘায়িত সংকট ও পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে যাওয়ার প্রাথমিক পর্যায়েই টেকসই মানসিক স্বাস্থ্যব্যবস্থা গড়ে তোলার পদক্ষেপ নিতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

মানসিক স্বাস্থ্য পরিস্থিতি পরিচালনার জন্য প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ও তত্ত্বাবধায়ক কর্মী এবং কার্যকর ব্যবস্থা থাকা মাধ্যমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের শতকরা হার

মানসিক স্বাস্থ্য পরিস্থিতি পরিচালনার জন্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ও তত্ত্বাবধায়ক কর্মী এবং কার্যকর ব্যবস্থা থাকা প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের শতকরা হার

কমিউনিটিভিত্তিক স্ব-সহায়তা ও সামাজিক সহায়তা কার্যক্রমে অংশগ্রহণকারী ব্যক্তির সংখ্যা

মানসিক স্বাস্থ্য পরিস্থিতির জন্য সেবাপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারকারীর শতকরা হার

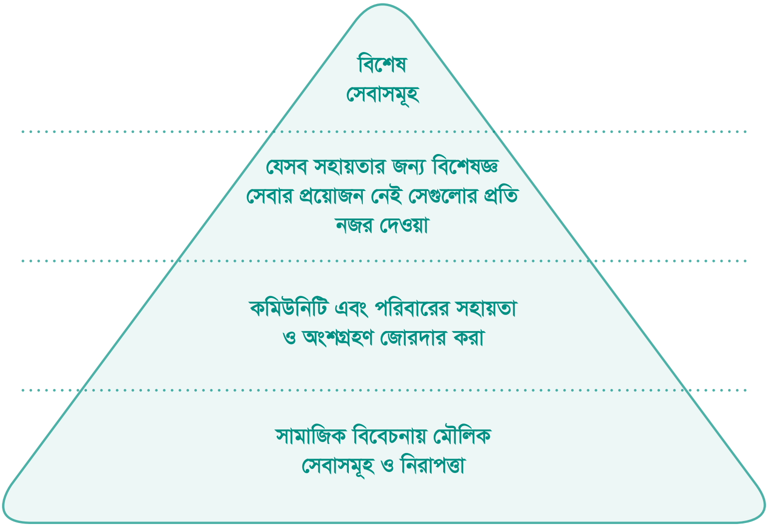
মানসিক স্বাস্থ্যসেবা প্রাপ্ত ব্যক্তিদের মধ্যে যারা তাদের কাজ করার ক্ষমতা বেড়েছে এবং নেতিবাচক উপসর্গ কমেছে বলে মত প্রকাশ করেছে, তাদের শতকরা হার

গত ৩০ দিনের মধ্যে প্রয়োজনীয় সাইকোট্রপিক ওষুধ (মানসিক রোগের চিকিৎসায় ব্যবহারযোগ্য ওষুধ) পাওয়া যায়নি এমন দিনের সংখ্যা

- চার দিনের কম

নির্দেশিকাসমূহ

বহু স্তরভিত্তিক সহযোগিতা: সংকট মানুষের জীবনে নানাভাবে প্রভাব ফেলে, তাই বিভিন্ন ধরনের সহায়তা প্রয়োজন হয়। মানসিক স্বাস্থ্য এবং মনঃসামাজিক সহায়তা সংগঠিত করার চাবিকাঠি হলো পরিপূরক সহায়তার পিরামিডের মতো স্তরভিত্তিক ব্যবস্থা গড়ে তোলা, যা বিভিন্ন চাহিদা মেটাতে পারে, নিচের চিত্রে এই পিরামিড দেখানো হয়েছে। এই পিরামিড কাঠামো থেকে বোঝা যায় যে, কীভাবে বিভিন্ন কার্যক্রম একে অপরের পরিপূরক হিসেবে কাজ করে। পিরামিডের সব স্তরই গুরুত্বপূর্ণ এবং আদর্শিক ও সমষ্টিগতগতভাবে বাস্তবায়িত হওয়া উচিত।



বহু স্তরভিত্তিক পরিষেবা এবং সহায়তাসমূহের পিরামিড চিত্র (চিত্র ১০)

সূত্র: আন্তসংস্থা স্থায়ী কমিটি (IASC) জরুরি পরিস্থিতিতে মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা বিষয়ক রেফারেন্স গ্রুপ (২০১০)-IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010)

নিরূপণ (যাচাই): যেকোনো সংকটে মানসিক স্বাস্থ্য পরিস্থিতির হার বেশ নাজুক থাকে। সেবা শুরু করার জন্য মানসিক অসুস্থতার ব্যাপক প্রাদুর্ভাব নিয়ে গবেষণা জরুরি নয়। দ্রুত অংশগ্রহণমূলক পদ্ধতি ব্যবহার করতে হবে এবং যেখানে সম্ভব অন্যান্য নিরূপণে (যাচাই) মানসিক স্বাস্থ্যকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। নিরূপণকে (যাচাই) কেবল একক চিকিৎসাগত সমস্যার মধ্যে সীমাবদ্ধ করা যাবে না।

কমিউনিটির নিজেদের সহায়তা এবং সামাজিক সহায়তা: কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী, নেতা এবং স্বেচ্ছাসেবীদের সঙ্গে যুক্ত হয়ে কমিউনিটির সদস্যদের, বিশেষ করে সংখ্যালঘু ও প্রান্তিক মানুষের, স্ব-সহায়তা এবং সামাজিক সহায়তা বৃদ্ধিতে সাহায্য করতে হবে। কার্যক্রমের মধ্যে নিরাপদ স্থান তৈরি করা এবং কমিউনিটিভিত্তিক সংলাপের সুযোগ সৃষ্টি করা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

মনঃসামাজিক প্রাথমিক সহায়তা: শারীরিক বা যৌন সহিংসতা, নৃশংস ঘটনা প্রত্যক্ষ করা বা গুরুতর আঘাতের মতো সম্ভাব্য মানসিক ট্রমা-সম্পর্কিত ঘটনায় আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য প্রাথমিক মনঃসামাজিক সহায়তা সহজলভ্য হওয়া প্রয়োজন। মনে রাখতে হবে এটি কোনো ক্লিনিক্যাল পদক্ষেপ নয়। এটি যারা মানসিক কষ্টে রয়েছে, তাদের জন্য একটি মৌলিক, মানবিক এবং সহায়ক সাড়াদান। এর মধ্যে রয়েছে মনোযোগ দিয়ে তাদের কথা শোনা, মৌলিক চাহিদাসমূহ মূল্যায়ন এবং সেগুলো পূরণ নিশ্চিত করা, সামাজিক সহায়তা উৎসাহিত করা এবং অধিক ক্ষতি থেকে সুরক্ষা দেওয়া। এটি নন-ইন্ট্রুসিভ (non-intrusive) *(অর্থাৎ এমন পরিবেশ বজায় রাখা, যাতে কেউ অস্বস্তি বোধ না করে বা তাদের কাছে এমন তথ্য জিজ্ঞাসা না করা যা তারা প্রকাশ করতে চায় না)* এবং সংকটাপন্ন মানুষদের তাদের দুর্দশার কথা বলতে চাপ প্রয়োগ না করা। সংক্ষিপ্ত প্রশিক্ষণের পরে, কমিউনিটির নেতা, স্বাস্থ্যকর্মী ও মানবিক সহায়তা কার্যক্রমের সাথে যুক্ত অন্য ব্যক্তিরা মানসিক কষ্টে আছে এমন ব্যক্তিদের প্রাথমিক মনঃসামাজিক সহায়তা প্রদান করতে পারেন। প্রাথমিক

মনঃসামাজিক সহায়তা ব্যাপকভাবে প্রদান করা হলেও মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা সাড়াদান শুধু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকা উচিত নয়।

একক সেশনের মনস্তাত্ত্বিক ডিব্রিফিং বা একটিমাত্র সেশনে ঘটে যাওয়া মানসিক ঘটনা "খোলাসা করানো" বা বিশদ আলোচনা করা এমন পদ্ধতি, যেখানে মানুষকে সাম্প্রতিক চাপযুক্ত ঘটনার সময় তারা যা অনুভব করেছে, কী ভেবেছে এবং কেমন আবেগ অনুভব করেছে তাদেরকে তা সংক্ষেপে অথচ একটি প্রক্রিয়া অনুসরণ করে বলার জন্য উৎসাহিত করা হয়। এই পদ্ধতি কার্যকর নয় এবং তা ব্যবহার করা উচিত নয়।

অন্যান্য মনঃসামাজিক সেবা: সাধারণ স্বাস্থ্যকর্মীরা যদি সঠিকভাবে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত, তত্ত্বাবধানের আওতাভুক্ত এবং সমর্থনপ্রাপ্ত হন, তাহলে তারা হতাশা, উদ্বেগ এবং ট্রমা-পরবর্তী মানসিক সমস্যার জন্য সেবা দিতে সক্ষম হবেন। এর মধ্যে রয়েছে চিন্তাভাবনা ও আচরণ সংশোধনের থেরাপি (Cognitive Behaviour Therapy) বা মিথস্ক্রিয়া বা আন্তব্যক্তিক থেরাপি (Interpersonal Therapy)। *(মিথস্ক্রিয়া থেরাপি সাধারণভাবে এমন একটি চিকিৎসা বা পরামর্শভিত্তিক পদ্ধতি বোঝায় যেখানে ব্যক্তি ও অন্য মানুষদের (যেমন পরিবার, সঙ্গী, বা দল) পারস্পরিক যোগাযোগ ও আচরণকে গুরুত্ব দিয়ে চিকিৎসা করা হয়। তবে এটি কোনো নির্দিষ্ট একক চিকিৎসা পদ্ধতির সরকারি নাম নয়। প্রসঙ্গভেদে এটি ভিন্ন অর্থে ব্যবহার হতে পারে।)*

ক্লিনিক্যাল বা চিকিৎসাভিত্তিক মানসিক স্বাস্থ্যসেবা: প্রচলিত মানসিক স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে সকল স্বাস্থ্যকর্মী এবং স্বেচ্ছাসেবকদের অবহিত করতে হবে। প্রমাণভিত্তিক প্রটোকল অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে। যেখানে সম্ভব, সাধারণ স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলো পেশাদার মানসিক স্বাস্থ্যকর্মী, যেমন সাইকিয়াট্রিক নার্স যুক্ত করতে হবে। পরামর্শের জন্য গোপনীয়তা বজায় রাখার মতো ব্যক্তিগত স্থানের ব্যবস্থা করতে হবে ⊕ *mhGAP Humanitarian Intervention Guide দেখুন।*

জরুরি পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্যসেবায় সবচেয়ে বেশি দেখা দেওয়া রোগগুলো হলো: সাইকোসিস, বিষণ্ণতা এবং স্নায়ুতন্ত্রের সমস্যা যেমন: মৃগীরোগ। মায়ের মানসিক স্বাস্থ্য বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ, কারণ এটি শিশুর যত্নে প্রভাব ফেলতে পারে।

স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থাপনায় বিভিন্ন মানসিক স্বাস্থ্য বিভাগ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে ⊕ *পরিশিষ্ট ২: সাপ্তাহিক নজরদারির নমুনা ফর্ম দেখুন।*

প্রয়োজনীয় সাইকোট্রপিক ওষুধ (মানসিক রোগের চিকিৎসায় ব্যবহৃত ওষুধ): সেবা ব্যবস্থায় প্রয়োজনীয় সাইকোট্রপিক ওষুধের অব্যাহত সরবরাহ নিশ্চিত করতে হবে, প্রতিটি থেরাপিউটিক বিভাগের, যেমন: অ্যান্টি-সাইকোটিক, অ্যান্টি-ডিপ্রেসেন্ট, অ্যানজায়োলিটিক, অ্যান্টি-এপিলেপটিক এবং অ্যান্টি-সাইকোটিক্সের পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া প্রতিরোধকারী ওষুধের অন্তত একটি করে ওষুধ রাখতে হবে ⊕ *প্রস্তাবিত সাইকোট্রপিক ওষুধের জন্য আন্তসংস্থা জরুরি স্বাস্থ্য কিট (Interagency Emergency Health Kit for suggested psychotropic medicines) এবং স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ দেখুন।*

মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা আছে এমন ব্যক্তিদের অধিকার রক্ষা করা: মানবিক সংকটের সময়, গুরুতর মানসিক স্বাস্থ্য সংকটে পতিত ব্যক্তিরা অত্যন্ত ঝুঁকিপূর্ণ অবস্থায় থাকে এবং তাদের ক্ষেত্রে বিভিন্ন মানবাধিকার লঙ্ঘন ঘটতে পারে, যেমন: নিপীড়ন, অবহেলা, পরিত্যাগ করা এবং আশ্রয়, খাদ্য বা চিকিৎসাসেবার অভাব। এসব মানুষের চাহিদা পূরণের জন্য সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানগুলোর মধ্য থেকে অন্তত একটি প্রতিষ্ঠানকে মনোনয়ন দানের মাধ্যমে দায়িত্ব দিতে হবে।

সংকট-পরবর্তী রূপান্তর: মানবিক সংকট দীর্ঘ মেয়াদে অনেক মানসিক সমস্যার হার বৃদ্ধি করে, তাই ক্ষতিগ্রস্ত এলাকায় দীর্ঘমেয়াদি চিকিৎসাসেবা বাড়ানোর পরিকল্পনা করা গুরুত্বপূর্ণ। এর মধ্যে রয়েছে বিদ্যমান জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্যব্যবস্থা শক্তিশালী করা এবং শরণার্থীসহ সংখ্যালঘু গোষ্ঠীদের এই ব্যবস্থায় অন্তর্ভুক্ত করা। স্বল্পমেয়াদি জরুরি তহবিলসহ প্রদর্শনমূলক বিভিন্ন প্রকল্প প্রমাণভিত্তিক ধারণা প্রদান করতে পারে এবং তা মানসিক স্বাস্থ্যব্যবস্থা উন্নয়নের জন্য আরও সহায়তা করতে ও তহবিল আকর্ষণ করতে সহায়ক হতে পারে।

২.৬ অসংক্রামক রোগ

পৃথিবীর গড় আয়ু বৃদ্ধির পাশাপাশি ধূমপান ও অস্বাস্থ্যকর খাদ্যাভ্যাসের মতো আচরণগত ঝুঁকির কারণে মানবিক সংকটের সময় অসংক্রামক রোগের (NCDs) ওপর মনোযোগ দেওয়া প্রয়োজন। নিম্ন বা মধ্যম-আয়ের দেশগুলোতে অসংক্রামক রোগে প্রায় ৮০ শতাংশ মৃত্যু ঘটে এবং জরুরি পরিস্থিতি এটিকে আরও বাড়িয়ে দেয়।

গড় ১০,০০০ জন প্রাপ্তবয়স্ক জনসংখ্যার মধ্যে, প্রায় ১,৫০০-৩,০০০ জন উচ্চ রক্তচাপ, ৫০০-২,০০০ জন ডায়াবেটিসে আক্রান্ত এবং ৯০ দিনের স্বাভাবিক সময়ের মধ্যে ৩-৮ জনের তীব্র হার্ট অ্যাটাক হওয়ার আশঙ্কা রয়েছে।

রোগের ধরন বদলে যেতে পারে, তবে প্রায়ই এতে ডায়াবেটিস, হৃদরোগ (উচ্চ রক্তচাপ, হার্ট ফেইলিওর, স্ট্রোকসহ দীর্ঘমেয়াদি কিডনি রোগ), দীর্ঘমেয়াদি ফুসফুসের রোগ (যেমন অ্যাজমা/হাঁপানি এবং ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ–সিওপিডি) এবং ক্যান্সার অন্তর্ভুক্ত থাকে।

প্রাথমিক পর্যায়ে সাড়া দেওয়ার সময় তীব্র জটিলতাগুলোর সেবা প্রদান করা উচিত ও চিকিৎসার বাধা এড়ানোর চেষ্টা করা উচিত এবং আরও সব বিস্তৃত কর্মসূচি বাস্তবায়ন করা উচিত।

মানসিক স্বাস্থ্য এবং অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা অধ্যায়ে এই বিষয়ে বিস্তারিত আলোচনা করা হয়েছে ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৫: মানসিক স্বাস্থ্যসেবা এবং ২.৭: অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা দেখুন।*

অসংক্রামক রোগ মান ২.৬
অসংক্রামক রোগের সেবা

মানুষ অসংক্রামক রোগের তীব্র জটিলতা এবং দীর্ঘমেয়াদি ব্যবস্থাপনার জন্য প্রতিরোধমূলক কর্মসূচি, রোগ নির্ণয় ও অপরিহার্য থেরাপি বা চিকিৎসার সুযোগ পায়।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. অসংক্রামক রোগ (NCD) সম্পর্কিত স্বাস্থ্য চাহিদা নির্ধারণ এবং সংকটের আগে সেবার প্রাপ্যতা বিশ্লেষণ করতে হবে।

- অগ্রাধিকারভিত্তিক চাহিদাসম্পন্ন মানুষের বিভিন্ন দল/গ্রুপ চিহ্নিত করতে হবে, যেমন প্রাণের হুমকি আছে জটিলতার ঝুঁকিতে থাকা রোগী (ইনসুলিননির্ভর ডায়াবেটিস বা গুরুতর অ্যাজমা/হাঁপানি)।

২. জীবন রক্ষার অগ্রাধিকার এবং দুর্ভোগ থেকে মুক্তি লাগবের ভিত্তিতে পর্যায়ক্রমে কর্মসূচি বাস্তবায়ন করতে হবে।

- রোগীদের জীবন বিপন্ন হওয়ার মতো জটিলতা যেমন, গুরুতর হাঁপানির অ্যাটার্ক, ডায়াবেটিক কেটোঅ্যাসিডোসিস ধরা পড়লে তারা যেন উপযুক্ত সেবা পায় তা নিশ্চিত করতে হবে। যদি উপযুক্ত সেবা প্রদান সম্ভব না হয়, তাদেরকে উপশমমূলক এবং সহায়ক যত্ন প্রদান করতে হবে।
- সংকটের আগে রোগ নির্ণয় হয়ে থাকলে সেসব রোগীদের চিকিৎসা যেন হঠাৎ বন্ধ করা না হয়।

৩. স্বাস্থ্যব্যবস্থার প্রতিটি পর্যায়ে অসংক্রামক রোগ (NCD) সেবাকে একীভূত করতে হবে।

- মাধ্যমিক বা টারশিয়ারি বা তৃতীয় পর্যায়ের স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে *(টারশিয়ারি সেবার অর্থ হলো উচ্চতর পর্যায়ের বিশেষায়িত চিকিৎসাসেবা, যা সাধারণ হাসপাতাল বা ক্লিনিকে পাওয়া যায় না। এতে বিশেষজ্ঞ ডাক্তার, জটিল অপারেশন, বিশেষায়িত পরীক্ষা বা দীর্ঘমেয়াদি রোগ ব্যবস্থাপনা অন্তর্ভুক্ত থাকে। উদাহরণস্বরূপ: জটিল হৃদরোগের সার্জারি, ক্যান্সার চিকিৎসা, জটিল স্নায়ু বা জটিল কিডনি সমস্যা ইত্যাদি।)* তীব্র জটিলতা ও জটিল কেস ব্যবস্থাপনার জন্য এবং অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তিদের সেবা ও সহায়ক সেবার জন্য একটি রেফারেল ব্যবস্থা চালু করতে হবে।
- প্রয়োজন সাপেক্ষে খাদ্যনিরাপত্তা বা পুষ্টি সাড়াদান সেবায় রোগীদের রেফার করতে হবে।

৪. অসংক্রামক রোগসমূহের (NCDs) ব্যবস্থাপনার জন্য জাতীয় প্রস্তুতিমূলক কর্মসূচি নিতে হবে।

- অপরিহার্য ওষুধপত্র এবং উপকরণসমূহ আগে থেকে সংরক্ষিত বা আপৎকালীন জরুরি চিকিৎসা সরবরাহে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
- প্রত্যেক রোগীর জন্য ব্যাকআপ ওষুধ এবং সংরক্ষিত নির্দেশাবলিসহ সংকটের সময় জরুরি সেবা কোথায় পাওয়া যাবে, তা জানানো।

প্রধান সূচকসমূহ

অগ্রাধিকারভিত্তিক অসংক্রামক রোগের (NCD) সেবা প্রদানকারী প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের শতকরা হার

বিগত ৩০ দিনে অসংক্রামক রোগের (NCD) জন্য প্রয়োজনীয় ওষুধ পাওয়া যায়নি এমন দিনের সংখ্যা

- চার দিনের কম

বিগত ৩০ দিনে অসংক্রামক রোগের (NCD) জন্য প্রাথমিক সরঞ্জামের জোগান ছিল না (বা কার্যকরী ছিল না) এমন দিনের সংখ্যা

- চার দিনের কম

অসংক্রামক রোগের (NCD) চিকিৎসা প্রদানকারী সব স্বাস্থ্যকর্মী অসংক্রামক রোগের (NCD) ব্যবস্থাপনায় প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত

নির্দেশিকাসমূহ

অগ্রাধিকারভিত্তিক অসংক্রামক রোগসমূহ (NCD) শনাক্ত করার প্রয়োজনীয়তা এবং ঝুঁকি নিরূপণ (যাচাই): জরুরি পরিস্থিতির প্রেক্ষাপট এবং পর্যায়ের সাথে মানানসই পরিকল্পনা করতে হবে। এর মধ্যে রেকর্ড পর্যালোচনা করা, সংকট-পূর্ব তথ্য ব্যবহার করা এবং একটি বহুখাতভিত্তিক বা ক্রস-সেক্টোরাল সমীক্ষার সাথে পারিবারিক জরিপ বা মহামারি-সংক্রান্ত নিরূপণ (যাচাই) কর্মসূচি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। নির্দিষ্ট অসংক্রামক রোগের (NCD) প্রাদুর্ভাব ও নতুন কেসের হার সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করতে হবে এবং প্রাণের হুমকিসংক্রান্ত বা জটিল উপসর্গযুক্ত রোগ চিহ্নিত করতে হবে।

সংকটের আগে বিদ্যমান সেবাসমূহের প্রাপ্যতা ও ব্যবহার বিশেষ করে জটিল রোগগুলোর ক্ষেত্রে–যেমন ক্যান্সার অথবা দীর্ঘমেয়াদি রেনাল ডিজিজ বা কিডনি রোগের বিদ্যমান সেবা, যাতে প্রেক্ষাপট অনুযায়ী স্বাস্থ্যব্যবস্থার সক্ষমতা ও প্রত্যাশা মূল্যায়ন করা যায়, তা বিশ্লেষণ করতে হবে। মধ্যম থেকে দীর্ঘমেয়াদি লক্ষ্য হলো এই ধরনের সেবা সমর্থন করা এবং পুনঃপ্রবর্তন করা।

জটিল চিকিৎসার চাহিদাসমূহ: সম্ভব হলে কিডনি ডায়ালাইসিস, রেডিওথেরাপি এবং কেমোথেরাপির মতো প্রয়োজনীয় উচ্চতর চিকিৎসার জন্য রোগীদের ধারাবাহিক চিকিৎসা প্রদান নিশ্চিত করতে হবে। রেফারেল ব্যবস্থা সম্পর্কে স্পষ্ট এবং সহজবোধ্য তথ্য প্রদান করতে হবে। যদি অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তিদের সেবা প্রদানের ব্যবস্থা থাকে তাহলে অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতা (প্যালিয়েটিভ) আছে এমন ব্যক্তির সেবা সহায়তার জন্য রেফারেল প্রদান করা উচিত ⊕ *অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা মান ২.৭: অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা দেখুন।*

স্বাস্থ্যব্যবস্থায় অসংক্রামক রোগের (NCD) সেবাকে একীভূতকরণ: জাতীয় মান অনুসারে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা পর্যায়ে অসংক্রামক রোগসমূহের (NCD) জন্য প্রাথমিক চিকিৎসা প্রদান করতে হবে। এ ক্ষেত্রে যেসব জায়গায় জাতীয় মান নেই, সেখানে আন্তর্জাতিক জরুরি নির্দেশিকাগুলোর সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ মান অনুসরণ করা উচিত।

প্রাথমিক শনাক্তকরণ এবং রেফারেলগুলো জোরদার করতে কমিউনিটির সাথে কাজ করতে হবে। কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মীদের (CHWs) প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের সাথে সমন্বিতভাবে কাজ করতে হবে ও কমিউনিটির ভেতর নেতৃস্থানীয় বা দানবীর ব্যক্তি এবং স্থানীয় সরকার স্বীকৃত স্বাস্থ্যসেবাদানকারী প্রতিষ্ঠান ও বেসরকারি খাতের সাথে সম্পৃক্ত হতে হবে। আউটরিচ সেবার মাধ্যমে (ভ্রাম্যমাণ সেবা) বিচ্ছিন্ন বা দূরবর্তী এলাকায় বসবাসকারী জনগোষ্ঠীকে অসংক্রামক রোগের (NCD) স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা যেতে পারে।

জরুরি পরিস্থিতি সামাল দেওয়ার জন্য বিদ্যমান স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থাকে খাপ খাইয়ে নিতে হবে অথবা প্রধান অসংক্রামক রোগসমূহের নিরীক্ষণ অন্তর্ভুক্ত করার জন্য নতুন ব্যবস্থা তৈরি করতে হবে, যাতে প্রধান অসংক্রামক রোগ (NCD) যেমন উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, অ্যাজমা/হাঁপানি, ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ লাং ডিজিজ/দীর্ঘমেয়াদি অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি রোগ, ইস্কেমিক হার্ট ডিজিজ/ইস্কেমিক হৃদ্‌রোগ এবং এপিলেপসি/মৃগীরোগ পর্যবেক্ষণ করা যায় ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৫ স্বাস্থ্যতথ্য এবং পরিশিষ্ট ২ দেখুন।*

ওষুধ এবং চিকিৎসার যন্ত্রপাতি: অসংক্রামক রোগসমূহ (NCD) চিকিৎসা দিতে প্রযুক্তি এবং মৌলিক ল্যাবরেটরি পরীক্ষাসহ অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণের তালিকা পর্যালোচনা করতে হবে।

প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবায় গুরুত্ব দিতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ দেখুন।* প্রয়োজনে আন্তর্জাতিক ও জরুরি পরিস্থিতির গাইডলাইনের সাথে সামঞ্জস্য রেখে অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ তালিকাভুক্ত করার পদক্ষেপ নিতে হবে। উপযুক্ত স্তরের স্বাস্থ্যসেবার জন্য অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণের প্রাপ্যতা নিশ্চিত করতে হবে। সংকটের শুরুর দিকে অপরিহার্য ওষুধপত্র এবং চিকিৎসা উপকরণসমূহের প্রাপ্যতা বাড়ানোর জন্য অসংক্রামক রোগ (NCD) কিট আন্তসংস্থার জরুরি স্বাস্থ্য কিটের সাথে মিলিয়ে ব্যবহার করা যেতে পারে। তবে দীর্ঘমেয়াদি সরবরাহের জন্য এসব কিট ব্যবহার করা যাবে না।

প্রশিক্ষণ: অসংক্রামক রোগ (NCD) ব্যবস্থাপনা বিষয়ে সকল স্তরের ক্লিনিক্যাল কর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে এবং সকল স্বাস্থ্যকর্মীকে অগ্রাধিকারপ্রাপ্ত অসংক্রামক রোগ (NCD) ব্যবস্থাপনায় প্রশিক্ষণ দিতে হবে। এর মধ্যে রেফারেল সম্পর্কিত স্ট্যান্ডার্ড অপারেটিং প্রসিডিউরও (এসওপি-SOP) অন্তর্ভুক্ত থাকবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.২: স্বাস্থ্যকর্মী দেখুন।*

স্বাস্থ্য প্রচার এবং শিক্ষা: অসংক্রামক রোগ (NCD) সংক্রান্ত সেবা এবং কোথায় সেগুলো পাওয়া যাবে, সে সম্পর্কে তথ্য প্রদান করতে হবে। প্রবীণ এবং প্রতিবন্ধী ব্যক্তিসহ এই তথ্য যেন সবার জন্য সহজলভ্য হয়। এর উদ্দেশ্য হলো স্বাস্থ্যকর অভ্যাস গড়ে তোলা, ঝুঁকির কারণগুলো পরিবর্তন করা, নিজের যত্ন নেওয়া এবং চিকিৎসার নিয়ম মেনে চলা নিশ্চিত করা। স্বাস্থ্যকর অভ্যাসের উদাহরণ হতে পারে নিয়মিত শারীরিক ব্যায়াম করা, মদ ও তামাকের ব্যবহার কমানো ইত্যাদি। বয়স, লিঙ্গ এবং সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপট অনুযায়ী যথাযথ বার্তা তৈরি করতে ও ছড়িয়ে দিতে সমাজের বিভিন্ন অংশের সঙ্গে কাজ করতে হবে। সীমিত খাদ্য সরবরাহ বা অতিরিক্ত ভিড়ের মতো পরিস্থিতি বিবেচনায় নিয়ে প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ কৌশলগুলোকে সাজিয়ে নিতে হবে।

প্রতিরোধ এবং প্রস্তুতি পরিকল্পনা: জাতীয় দুর্যোগ ও জরুরি পরিকল্পনায় অসংক্রামক রোগ (NCD) ব্যবস্থাপনা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে এবং তা যেন বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের (যেমন–ছোট/তৃণমূলের স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র বা ডায়ালাইসিস ইউনিটসহ বড় হাসপাতাল) প্রেক্ষিত অনুযায়ী নির্দিষ্ট থাকে। অস্থিতিশীল বা দুর্যোগপ্রবণ এলাকায় অবস্থিত স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোকে অসংক্রামক রোগের সেবা প্রদানে প্রস্তুত থাকতে হবে।

জটিল রোগ ও উন্নত সেবার প্রয়োজন রয়েছে এমন রোগীদের একটি তালিকা তৈরি করতে হবে এবং সংকট দেখা দিলে তাদের রেফারেলের জন্য স্ট্যান্ডার্ড অপারেটিং প্রসিডিউরও (এসওপি-SOP) প্রণয়ন করতে হবে।

২.৭ অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা

অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা হলো জীবনের শেষ পর্যায়ে দেখা দেওয়া কষ্ট ও যন্ত্রণাকে প্রতিরোধ এবং উপশম করার প্রক্রিয়া। এর মধ্যে ব্যথা নির্ণয়, মূল্যায়ন ও চিকিৎসার পাশাপাশি শারীরিক, মানসিক, সামাজিক এবং আধ্যাত্মিক চাহিদাগুলো পূরণ করা অন্তর্ভুক্ত। রোগী বা পরিবারের চাহিদা বা অনুরোধের ভিত্তিতে শারীরবৃত্তীয়, মানসিক ও আধ্যাত্মিক যত্ন সমন্বিত করতে হবে এবং রোগী, পরিবার ও সেবা প্রদানকারীদের সহায়তা প্রদান করার জন্য উপযুক্ত সহায়ক ব্যবস্থা রাখতে হবে। রোগের কারণ যা-ই হোক না কেন জীবনের শেষ পর্যায়ের এই যত্ন যথাযথভাবে প্রদান করা উচিত।

অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা ২.৭

অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা

অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তিরা এমন সেবা ও শেষ জীবনের যত্ন পান, যা ব্যথা এবং কষ্ট লাঘব করে, রোগীর সর্বাধিক আরাম, মর্যাদা ও জীবনমান নিশ্চিত করে এবং পরিবারের সদস্যদের সহায়তা প্রদান করে।

প্রধান করণীয়সমূহ

১. ধারাবাহিক অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তিদের সেবা নিশ্চিত করতে নির্দেশিকা এবং নীতিসমূহ প্রণয়ন করতে হবে।

- স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে ব্যথা এবং রোগের উপসর্গ নিয়ন্ত্রণের জন্য জাতীয় বা আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
- রোগীর শারীরিক অবস্থা, রোগের সম্ভাব্য গতিপ্রকৃতি এবং বিদ্যমান সম্পদের ওপর ভিত্তি করে ট্রায়াজ নির্দেশিকা তৈরি করতে হবে।

২. মৃত্যুপথযাত্রী রোগীদের জন্য সেবা পরিকল্পনা তৈরি এবং অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তির সেবা প্রদান করতে হবে।

- অত্যন্ত জরুরি পরিস্থিতিতে কমপক্ষে ব্যথা উপশম এবং মর্যাদাপূর্ণ মৃত্যু নিশ্চিত করা আবশ্যক।
- পরিস্থিতি সম্পর্কে রোগীর বা সংশ্লিষ্ট রোগীর পরিবার কতটুকু অনুধাবন করতে পেরেছে, তা বোঝার চেষ্টা করতে হবে, পাশাপাশি তাদের উদ্বেগ, মূল্যবোধ এবং সাংস্কৃতিক বিশ্বাসগুলো বিবেচনায় নিতে হবে।

৩. স্বাস্থ্যব্যবস্থার প্রতিটি স্তরে অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তির যত্নকে একীভূত করতে হবে।

- সহায়তা এবং সেবার ধারাবাহিকতা বজায় রাখতে শক্তিশালী রেফারেল নেটওয়ার্ক প্রতিষ্ঠা করা জরুরি।
- বাড়িকেন্দ্রিক সেবাপ্রদানকারীদের সম্পৃক্ত করে কমিউনিটিভিত্তিক ব্যবস্থাপনায় অগ্রাধিকার দিতে হবে।

৪. ব্যথা ও উপসর্গ নিয়ন্ত্রণ, মানসিক স্বাস্থ্য এবং মনঃসামাজিক সহায়তাসহ অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতা (প্যালিয়েটিভ) আছে এমন ব্যক্তির সেবা প্রদানের জন্য স্বাস্থ্যকর্মীদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

- যেখানে জাতীয় মান নেই, সেখানে জাতীয় বা আন্তর্জাতিক মান অনুসরণ করতে হবে।

৫. প্রয়োজনীয় চিকিৎসা উপকরণ এবং যন্ত্রপাতি সরবরাহ করতে হবে।

- স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতার (প্যালিয়েটিভ) চিকিৎসার ওষুধ এবং উপযুক্ত চিকিৎসা উপকরণ, যেমন: ইনকন্টিনেন্স প্যাডস *(ইনকন্টিনেন্স প্যাডস, যা প্রাপ্তবয়স্ক ডায়াপার বা ইনকন্টিনেন্স পণ্য হিসেবেও পরিচিত, প্রস্রাব বা মলত্যাগ নিয়ন্ত্রণে অপারগতা মোকাবিলার জন্য তৈরি। প্যাড ও পুলআপ প্যান্টসহ এই পণ্যগুলো, যারা মূত্র বা মল নিয়ন্ত্রণের সমস্যায় ভুগছেন সেই ব্যক্তিদের জন্য স্বাচ্ছন্দ্য, মর্যাদা ও পরিচ্ছন্নতা বজায় রাখতে অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ)* এবং ক্যাথেটার মজুত করতে হবে।

- নিয়ন্ত্রিত ওষুধ সরবরাহ আইনগত সীমাবদ্ধতার কারণে বিলম্ব ঘটতে পারে, সে বিষয়ে সতর্ক থাকতে হবে।

৬. কমিউনিটি ও বাড়িতে রোগী, পরিচর্যাকারী এবং পরিবারকে সহায়তা করার জন্য স্থানীয় ব্যবস্থাপনা ও বিভিন্ন নেটওয়ার্কের সাথে কাজ করতে হবে।

- বাড়িকেন্দ্রিক যত্নের জন্য ইনকন্টিনেন্স প্যাড, ইউরিনারি ক্যাথেটার এবং ড্রেসিং প্যাক ইত্যাদি উপকরণ সরবরাহ করতে হবে।

প্রধান সূচকসমূহ

বিগত ৩০ দিনে অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তির যত্নের অপরিহার্য ওষুধ পাওয়া যায়নি এমন দিনের সংখ্যা

- ৪ দিনের কম

প্রতিটি স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র, হাসপাতাল, ভ্রাম্যমাণ ক্লিনিক ও ফিল্ড হাসপাতালে প্রাথমিক ব্যথা এবং উপসর্গ নিয়ন্ত্রণ বা অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তির যত্নে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মীদের শতকরা হার

জীবনের শেষ সময়ে যত্নের প্রয়োজন ছিল এবং তারা সেই সময় সেই সেবা পেয়েছেন, স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থার মাধ্যমে শনাক্ত করা এমন রোগীর শতকরা হার

নির্দেশিকাসমূহ

মানবিক সহায়তায় নিয়োজিত স্বাস্থ্যকর্মীদের উচিত চিকিৎসাসংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের স্থানীয় প্রথা ও রোগ, কষ্ট, মৃত্যুপথযাত্রী এবং মৃত্যুসম্পর্কিত স্থানীয় মূল্যবোধ সম্পর্কে জানা ও তাকে সম্মান করা উচিত। যন্ত্রণা থেকে মুক্তি দেওয়া গুরুত্বপূর্ণ এবং মৃত্যুপথযাত্রী রোগীদের সান্ত্বনাভিত্তিক যত্ন নেওয়া উচিত, এক্ষেত্রে তাদের অসুস্থতা মারাত্মক জখম, সংক্রামক রোগ বা অন্য যেকোনো কারণে হোক না কেন, তা যেন বিবেচ্য বিষয় না হয়।

উপশমমূলক যত্নবিষয়ক পরিকল্পনা তৈরি করা: সংশ্লিষ্ট রোগীদের শনাক্ত করা এবং তাদের যত্ন সম্পর্কে সচেতন ও স্বাধীন সিদ্ধান্ত গ্রহণের অধিকারকে সম্মান জানাতে হবে। নিরপেক্ষ তথ্য প্রদান করা এবং তাদের চাহিদা ও প্রত্যাশা বিবেচনায় নেওয়া উচিত। সেবা পরিকল্পনা রোগীর সম্মতিক্রমে তার পছন্দের ওপর ভিত্তি করে হওয়া উচিত। এ ধরনের রোগীর মানসিক স্বাস্থ্য এবং মনঃসামাজিক সহায়তা প্রদানের সুযোগ করে দেওয়া উচিত।

ওষুধের প্রাপ্যতা: কিছু অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ (প্যালিয়েটিভ) ব্যক্তিদের চিকিৎসায় ব্যবহৃত ওষুধ যেমন: ব্যথানাশক ওষুধ আন্তসংস্থা জরুরি স্বাস্থ্য কিটের (ইন্টার-এজেন্সি ইমার্জেন্সি হেলথ কিট– IEHK) মৌলিক ও সম্পূরক মডিউল এবং প্রয়োজনীয় ওষুধের তালিকায় অন্তর্ভুক্ত। আন্তসংস্থা জরুরি স্বাস্থ্য কিটগুলো (IEHK) কোনো সংকটের প্রাথমিক পর্যায়ের জন্য উপযোগী হলেও তা দীর্ঘস্থায়ী পরিস্থিতির জন্য কার্যকর নয়। এজন্য এখানে আরও টেকসই পদ্ধতি বাস্তবায়ন করা উচিত ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.৩: অপরিহার্য ওষুধ এবং চিকিৎসা উপকরণ ও তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য দেখুন।*

পরিবার, কমিউনিটি ও সামাজিক সহায়তা: রোগীদের ও তাদের পরিবারের জন্য সমন্বিত সহায়তার জন্য অন্যান্য খাত/বিভাগের সাথে সমন্বয় করে একটি সর্বসম্মত রেফারেল পদ্ধতি নির্ধারণ করা জরুরি। এর মধ্যে রয়েছে জাতীয় সামাজিক এবং কল্যাণ ব্যবস্থা বা এমন প্রতিষ্ঠানের সাথে সংযোগ করা, যারা আশ্রয়, স্বাস্থ্যবিধি, মর্যাদাপূর্ণ কিট *(dignity kits-ডিগনিটি কিটগুলো হলো বাস্তুচ্যুত হওয়ার পর নারী ও মেয়েদের যথাযথ স্বাস্থ্যবিধি বজায় রাখতে সহায়তা করে এবং এটি UNFPA মানবিক সাড়াদানের একটি গুরুত্বপূর্ণ উপাদান)*, নগদ অর্থভিত্তিক সহায়তা, মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা এবং দৈনিক মৌলিক চাহিদা পূরণ করা নিশ্চিত করতে আইনি সহায়তা প্রদান করে।

বিচ্ছিন্ন পরিবারগুলোকে খুঁজে বের করতে সংশ্লিষ্ট বিভাগের সাথে সমন্বয় করতে হবে, যাতে রোগীরা তাদের সাথে যোগাযোগ করতে পারে।

কমিউনিটিভিত্তিক সেবার বিদ্যমান বিভিন্ন নেটওয়ার্কের সাথে কাজ করা আবশ্যক। যারা প্রায়শই বাড়িভিত্তিক সেবায় প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত যত্ন সহায়তাকারী, কমিউনিটির মনঃসামাজিক কর্মী, রোগী এবং পরিবারের জন্য অতিরিক্ত সহায়তা প্রদান করতে এবং প্রয়োজনে বাড়িভিত্তিক যত্ন প্রদানে সহায়তা করতে (যেমন এইচআইভি নিয়ে বসবাসকারী ব্যক্তিদের জন্য) পারে।

আধ্যাত্মিক সহায়তা: সব ধরনের সহায়তা রোগী বা পরিবারের অনুরোধের ওপর ভিত্তি করে হওয়া উচিত। রোগীর বিশ্বাস বা দৃষ্টিভঙ্গি জানাতে পারে–এমন আধ্যাত্মিক যত্ন প্রদানকারীদের শনাক্ত করতে স্থানীয় আধ্যাত্মিক নেতৃত্বের সাথে কাজ করতে হবে। তারা রোগী, যত্নদাতা এবং মানবিক সাড়াদান কর্মীদের জন্য তথ্যের ভাণ্ডার হিসাবে কাজ করতে পারে।

প্রধান স্বাস্থ্য সমস্যা মোকাবিলা করা রোগীদের জন্য মনঃসামাজিক সহায়তার মূলনীতিগুলো সম্পর্কে স্থানীয় ধর্মীয় নেতাদের প্রশিক্ষণ দিতে হবে।

যেকোনো রোগী, যত্নদাতা বা পরিবারের সদস্য চাইলে স্বাস্থ্যব্যবস্থা এবং আধ্যাত্মিক নেতাদের মধ্যে দ্বিপাক্ষিক রেফারেল নিশ্চিত করার জন্য নির্ভরযোগ্য প্রক্রিয়া স্থাপন করতে হবে।

জাতীয় বা আন্তর্জাতিক নির্দেশিকা অনুসারে স্থানীয় কমিউনিটির সাথে সমন্বয় করে নিরাপদ এবং মর্যাদাপূর্ণ উপায়ে দাফন কাজের সহায়তা নিশ্চিত করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মান ১.১: স্বাস্থ্যসেবা প্রদান দেখুন।*

পরিশিষ্ট ১
স্বাস্থ্য পরিস্থিতি বোঝার জন্য কোন কোন বিষয়ের দিকে নজর দিতে হবে

প্রস্তুতি

- সংকটে ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠী-সম্পর্কিত প্রাপ্ত তথ্য সংগ্রহ করতে হবে।
- বিদ্যমান মানচিত্র, ড্রোন থেকে তোলা ছবি বা স্যাটেলাইট ছবি এবং ক্ষতিগ্রস্ত এলাকার ভৌগোলিক তথ্য ব্যবস্থার (GIS) মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্য খুঁজে বের করতে হবে।
- জনসংখ্যা, প্রশাসনিক এবং স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করতে হবে।

নিরাপত্তা এবং প্রবেশাধিকার

- চলমান প্রাকৃতিক বা মানবসৃষ্ট সংকটের উপস্থিতি নির্ধারণ করতে হবে।
- সশস্ত্র বাহিনীর উপস্থিতিসহ সার্বিক নিরাপত্তা পরিস্থিতি নির্ধারণ করতে হবে।
- সংকটে- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর কাছে মানবিক সংস্থাগুলোর প্রবেশাধিকার সুগম করতে হবে।

জনসংখ্যাতাত্ত্বিক তথ্য এবং সামাজিক কাঠামো

- লিঙ্গ, বয়স ও প্রতিবন্ধিতা অনুযায়ী পৃথকভাবে সংকটে- ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর আকার নির্ধারণ করতে হবে।
- ঝুঁকিতে থাকা গোষ্ঠী, যেমনঃ নারী, শিশু, প্রবীণ ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি, এইচআইভি-আক্রান্ত বা প্রান্তিক গোষ্ঠীকে চিহ্নিত করা জরুরি।
- পরিবারের গড় আকার এবং নারী ও শিশুপ্রধান পরিবারের সংখ্যা অনুমান করতে হবে।
- সমাজ ও পরিবারে কর্তৃত্বের অবস্থান এবং/অথবা প্রভাবসহ বিদ্যমান সামাজিক কাঠামো, পরিবার ও লিঙ্গভিত্তিক রীতিনীতিগুলো নির্ধারণ করতে হবে।

স্বাস্থ্যতথ্যের পটভূমি

- জরুরি অবস্থা দেখা দেওয়ার আগে ক্ষতিগ্রস্ত এলাকায় বিদ্যমান স্বাস্থ্য সমস্যাগুলো চিহ্নিত করতে হবে।
- শরণার্থী বা অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিরা যে এলাকা থেকে এসেছে, সেখানকার পূর্বে বিদ্যমান স্বাস্থ্য সমস্যা চিহ্নিত করতে হবে।
- স্বাস্থ্যঝুঁকি যেমন সম্ভাব্য মহামারিসংক্রান্ত রোগসমূহ চিহ্নিত করা।
- ইতিবাচক এবং ক্ষতিকারক উভয়ই ধরনের অনুশীলনসহ স্বাস্থ্যসেবা, সামাজিক নিয়ম ও বিশ্বাসের আগে থেকে বিদ্যমান এবং বর্তমান বিভিন্ন বাধা চিহ্নিত করতে হবে।
- স্বাস্থ্যসেবার পূর্ববর্তী উৎসসমূহ শনাক্ত করতে হবে।
- স্বাস্থ্যব্যবস্থার বিভিন্ন দিক এবং এর কার্যকারিতা বিশ্লেষণ করতে হবে ⊕ *স্বাস্থ্যব্যবস্থা মানসমূহ ১.১ থেকে ১.৫ দেখুন।*

মৃত্যুর হার

- সাধারণ মৃত্যুর হার বা ক্রুড মর্টালিটি রেট গণনা করতে হবে।
- বয়সমুখী মৃত্যুর হার গণনা করতে হবে (যেমন পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুর মৃত্যুর হার)।
- কারণমুখী মৃত্যুর হার গণনা করতে হবে।
- আনুপাতিক মৃত্যুর হার গণনা করতে হবে।

অসুস্থতার হার

- গুরুত্বপূর্ণ জনস্বাস্থ্য পরিস্থিতির জন্য প্রধান স্বাস্থ্য অবস্থার প্রাদুর্ভাবের হার নির্ধারণ করতে হবে।
- সম্ভব হলে প্রধান স্বাস্থ্য অবস্থার বয়স ও লিঙ্গভেদে প্রাদুর্ভাবের হার নির্ধারণ করতে হবে।

বিদ্যমান সম্পদসমূহ

- ক্ষতিগ্রস্ত দেশের স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের (MoH) সক্ষমতা নির্ধারণ করতে হবে।
- জাতীয় স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানসমূহের অবস্থা নির্ধারণ করতে হবে, যার মধ্যে রয়েছে প্রদত্ত পরিচর্যার ধরন, অবকাঠামোর ক্ষতির মাত্রা, প্রবেশাধিকারযোগ্যতা এবং মোট সংখ্যা।
- বিদ্যমান স্বাস্থ্যকর্মীদের সংখ্যা এবং দক্ষতা নির্ধারণ করতে হবে।
- বিদ্যমান স্বাস্থ্য বাজেট এবং অর্থায়ন ব্যবস্থা নির্ধারণ করতে হবে।
- সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচির মতো বিদ্যমান জনস্বাস্থ্য কার্যক্রমের সক্ষমতা ও কার্যকারিতা নির্ধারণ করতে হবে।
- প্রমিত প্রটোকল, প্রয়োজনীয় ওষুধ, চিকিৎসা যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জাম এবং লজিস্টিক ব্যবস্থার প্রাপ্যতা নির্ধারণ করতে হবে।
- বিদ্যমান রেফারেল ব্যবস্থার অবস্থা নির্ধারণ করতে হবে।
- স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রগুলোতে রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) মানের স্তর নির্ধারণ করতে হবে।
- বিদ্যমান স্বাস্থ্যতথ্য ব্যবস্থার অবস্থা নির্ধারণ করতে হবে।

অন্যান্য প্রাসঙ্গিক খাত/বিভাগ থেকে উপাত্ত সংগ্রহকরণ

- পুষ্টি পরিস্থিতি।
- পরিবেশ ও পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন এবং স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন (WASH) পরিস্থিতি।
- খাদ্যনিরাপত্তা ও খাদ্য জোগান।
- আশ্রয়-আশ্রয়ের মান।
- শিক্ষাস্বাস্থ্য ও স্বাস্থ্যবিধি শিক্ষা।

পরিশিষ্ট ২
সাপ্তাহিক নজরদারির নমুনা ফর্ম

২.১ মৃত্যুর নজরদারি ফর্ম (সমষ্টি)*

দুর্যোগ আক্রান্ত এলাকা: ....

তারিখ রোববার থেকে: .... শনিবার: ....

চলতি সপ্তাহের শুরুতে মোট জনসংখ্যা: ....

চলতি সপ্তাহে জন্মগ্রহণকারীর সংখ্যা: .... চলতি সপ্তাহে মৃত্যুবরণকারীর সংখ্যা: ....

চলতি সপ্তাহে নতুন আগমনকারীর সংখ্যা (প্রযোজ্য হলে): .... চলতি সপ্তাহে স্থান ত্যাগকারীর সংখ্যা: ....

সপ্তাহ শেষে মোট জনসংখ্যা: .... ৫ বছরের কম বয়সী মোট শিশু: ....

	<৫ বছর (৫ বছরের কম)		≥৫ বছর (৫ বছরের বেশি বয়সী)		মোট
	ছেলে	মেয়ে	ছেলে	মেয়ে	
তাৎক্ষণিক কারণ					
শ্বাসতন্ত্রের নিম্নাংশের তীব্র সংক্রমণ					
কলেরা (সন্দেহজনক)					
ডায়রিয়া, (রক্তবাহিত)					
ডায়রিয়া, (পানিবাহিত)					
আঘাত (দুর্ঘটনাবহির্ভূত)					
ম্যালেরিয়া					
মাতৃমৃত্যু–সরাসরি (গর্ভাবস্থা, প্রসবকালীন বা প্রসব-পরবর্তী জটিলতা থেকে সৃষ্ট মৃত্যু)					
হাম					
মেনিনজাইটিস (সন্দেহজনক)					
নবজাতকের জটিলতা (০-২৮ দিন)					
অন্যান্য					
অজানা					
বয়স এবং লিঙ্গ অনুসারে মোট মৃতের সংখ্যা					
মৃত্যুর মূল কারণ					
এইডস (সন্দেহজনক)					
অপুষ্টি					
মাতৃমৃত্যু–পরোক্ষ (আগে থেকে ভুগতে থাকা কোনো শারীরিক অসুস্থতা (যেমন হৃদরোগ, ডায়াবেটিস, অ্যানিমিয়া) এবং/অথবা গর্ভাবস্থায় নতুনভাবে দেখা দেওয়া রোগ, যা গর্ভাবস্থায় বেড়ে যায়, তার কারণে ঘটে)					
অসংক্রামক রোগ (নির্দিষ্ট)					
অন্যান্য					
বয়স ও লিঙ্গ অনুসারে মোট মৃতের সংখ্যা					

** যখন একসাথে অনেক মানুষ মারা যায় এবং সময়ের সীমাবদ্ধতার কারণে প্রত্যেক মৃত ব্যক্তি সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ সম্ভব হয় না তখন এই পর্যবেক্ষণ ফরমটি ব্যবহার করা হয়।*

- *প্রেক্ষাপট এবং মহামারি সংক্রান্ত প্রাদুর্ভাবের (এপিডেমিওলজিক্যাল) ধরন অনুযায়ী মৃত্যুর অন্যান্য কারণ যোগ করা যেতে পারে।*
- *বয়সকে সম্ভাব্য হিসাবে আরও আলাদা করা যেতে পারে, উদাহরণস্বরূপ ০-১১ মাস, ১-৪ বছর, ৫-১৪ বছর, ১৫-৪৯ বছর, ৫০-৫৯ বছর, ৬০-৬৯ বছর, ৭০-৭৯ বছর, ৮০+ বছর।*
- *মৃত্যুর প্রতিবেদন শুধু দুর্যোগপীড়িত এলাকার স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র থেকে সংগ্রহ করলেই চলবে না বরং সাইট ও সেখানকার ধর্মীয় নেতা, কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী, নারী সংগঠন এবং রেফালে হাসপাতাল ইত্যাদি থেকেও তথ্য সংগ্রহ করতে হবে।*
- *সম্ভব হলে রোগের সংজ্ঞাসমূহ (case definitions) ফরমের পেছনে লিখে রাখতে হবে।*

২.২ মৃত্যুর নজরদারি ফর্ম (ব্যক্তি পর্যায়ের রেকর্ড) *

দুর্যোগ আক্রান্ত এলাকা: ....

তারিখ রবিবার থেকে: .... শনিবার: ....

চলতি সপ্তাহের শুরুতে মোট জনসংখ্যা: ....

চলতি সপ্তাহে জন্মগ্রহণকারীর সংখ্যা: .... চলতি সপ্তাহে মৃত্যুবরণকারীর সংখ্যা: ....

চলতি সপ্তাহে নতুন আগমনকারীর সংখ্যা (প্রযোজ্য হলে): .... চলতি সপ্তাহে স্থান ত্যাগকারীর সংখ্যা: ....

সপ্তাহ শেষে মোট জনসংখ্যা: .... ৫ বছরের কম বয়সী মোট শিশু: ....

			মৃত্যুর সরাসরি কারণ													মৃত্যুর মূল কারণসমূহ						
নম্বর	লিঙ্গ (ছেলে, মেয়ে)	বয়স (দিন=ডি, মাস=এম, বছর=ওয়াই)	শ্বাসতন্ত্রের নিম্নাংশের তীব্র সংক্রমণ	কলেরা (সন্দহজনক)	ডায়রিয়া - রক্তবাহিত	ডায়রিয়া - পানিবাহিত	আঘাত- (দুর্ঘটনা বহির্ভূত)	ম্যালেরিয়া	মাতৃমৃত্যু - সরাসরি (গর্ভাবস্থা, প্রসবকালীন বা প্রসব-পরবর্তী জটিলতার কারণে সরাসরি মৃত্যু)	হাম	মেনিনজাইটিস (সন্দেহজনক)	নবজাতকের জটিলতা (০-২৮ দিন)	অসংক্রামক রোগ (নির্দিষ্ট)	অন্যান্য (উল্লেখ করতে হবে)	অজানা	এইডস (সন্দেহজনক)	অপুষ্টি	মাতৃমৃত্যু-সরাসরি (গর্ভাবস্থা, প্রসবকালীন বা প্রসব-পরবর্তী জটিলতা থেকে সরাসরি সৃষ্ট মৃত্যু)	অন্যান্য (উল্লেখ করতে হবে)	তারিখ (দিন/মাস/বছর)	এলাকা/সাইটের অবস্থান (যেমন: ব্লক নাম্বার)	মৃত্যুবরণের জায়গা (হাসপাতাল বা বাসা)
১																						
২																						
৩																						
৪																						
৫																						
৬																						
৭																						
৮																						

* *যখন প্রত্যেক মৃত ব্যক্তি সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহের জন্য হাতে সময় থাকবে, তখন এই ফরমটি ব্যবহার করা হবে। ফরমটিতে বয়সভিত্তিক বিশ্লেষণ, এলাকাভিত্তিক প্রাদুর্ভাব তদন্ত এবং স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের হার তুলে ধরার সুযোগ আছে।*

- *মৃতের সংখ্যার ওপর নির্ভর করবে কত সময়ের ব্যবধানে (প্রতিদিন বা প্রতি সপ্তাহে) প্রতিবেদন তৈরি করতে হবে।*
- *পরিস্থিতি অনুযায়ী, মৃত্যুর তালিকায় মৃত্যুর অন্য কারণগুলো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।*
- *মৃত্যুর প্রতিবেদন শুধু দুর্যোগপীড়িত এলাকার স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র থেকে সংগ্রহ করলেই চলবে না বরং সাইট ও সেখানকার ধর্মীয় নেতা, কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী, নারী সংগঠন এবং রেফালে হাসপাতাল ইত্যাদি থেকেও তথ্য সংগ্রহ করতে হবে।*
- *সম্ভব হলে, রোগের সংজ্ঞাসমূহ (case definitions) ফরমের উল্টে পেছনে রাখতে হবে।*
- *বয়সকে সম্ভাব্য হিসাবে আরও আলাদা করা যেতে পারে, উদাহরণস্বরূপ ০-১১ মাস, ১-৪ বছর, ৫-১৪ বছর, ১৫-৪৯ বছর, ০-৫৯ বছর, > ৬০ বছর (৬০ বছরের বেশি)।*

২.৩ আগাম সতর্কসংকেত এবং সাড়াদান (EWAR) প্রতিবেদনের নমুনা ফর্ম *

এই ফর্মটি সংকটের তীব্র পর্যায়ে ব্যবহার করা হয়, যখন জনস্বাস্থ্যের বিভিন্ন ঘটনার ঝুঁকি, যেমন ট্রমা (মনোদৈহিক), বিষক্রিয়া বা মহামারিপ্রবণ রোগের প্রাদুর্ভাব বেশি থাকে।

তারিখ রবিবার থেকে: .... শনিবার ....

শহর/গ্রাম/আবাসন/ক্যাম্প: ....

এলাকা: .... জেলা: ....

উপজেলা: .... দুর্যোগ আক্রান্ত এলাকা: ....

• ভর্তি রোগী • বহির্বিভাগের রোগী • স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র • ভ্রাম্যমাণ ক্লিনিক

সহায়তাকারী প্রতিষ্ঠানসমূহ ....

প্রতিবেদন প্রদানকারী কর্মকর্তা এবং যোগাযোগের নম্বর: ....

মোট জনসংখ্যা: .... ৫ বছরের কম বয়সী মোট শিশু: ....

ক. সাপ্তাহিক তথ্যের সমষ্টি

নতুন কেস	অসুস্থতা		মৃত্যু		মোট
	<৫ বছর (৫ বছরের কম বয়সী)	৫ বছর এবং তার বেশি বয়সী	<৫ বছর (৫ বছরের কম বয়সী)	৫ বছর এবং তার বেশি বয়সী	
মোট ভর্তি					
মোট মৃত্যু					
শ্বাসতন্ত্রের তীব্র সংক্রমণ					
তীব্র পানিবাহিত ডায়রিয়া					
তীব্র রক্ত ডায়রিয়া					
ম্যালেরিয়া - সন্দেহজনক/নিশ্চিত					
হাম					
মেনিনজাইটিস - সন্দেহ					
ভাইরাল রক্তক্ষরণজনিত (Viral haemorrhagic fever) জ্বর					
তীব্র জন্ডিসের উপসর্গ					
তীব্র ফ্ল্যাসিড প্যারালাইসিস (AFP) (এটি বিশেষভাবে ব্যবহৃত হয় শিশুদের মধ্যে পোলিও এবং অন্যান্য নিউরোলজিক্যাল রোগের স্ক্রিনিং ও নজরদারিতে)					
টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার)					
অন্যান্য জ্বর >৩৮.৫°সেলসিয়াস					
ট্রমা (মনোদৈহিক)					
রাসায়নিক বিষক্রিয়া					
অন্যান্য					
মোট					

- *একাধিক রোগ নির্ণয় সম্ভব; সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ রোগ রেকর্ড করা উচিত। প্রতিটি কেস একবারই গণনা করা উচিত।*
- *শুধু সেই সকল কেসই অন্তর্ভুক্ত করা উচিত, যেগুলো নজরদারি প্রতিবেদনের সপ্তাহে দেখা গেছে (বা মৃত্যু ঘটেছে)।*
- *ফরমে তালিকাভুক্ত কোনো একটি উপসর্গের ক্ষেত্রে যদি ওই সপ্তাহে কোনো রোগী না থাকে বা মৃত্যু না ঘটে থাকে, তবে '০' (শূন্য) লিখতে হবে।*
- *মৃত্যুর তথ্য শুধু 'মৃত্যু' অংশে লিখতে হবে, অসুস্থতা অংশে লেখা যাবে না।*
- *নজরদারির অধীনে প্রতিটি কেসের রোগের সংজ্ঞাসমূহ (case definitions) ফরমের পেছনে লিখে রাখতে হবে।*
- *রোগব্যাধির বিভিন্ন কারণ রোগের এপিডেমিওলজি এবং ঝুঁকি নিরূপণের (যাচাই) ভিত্তিতে যোগ করা বা বাদ দেওয়া যেতে পারে।*
- *EWAR নজরদারির উদ্দেশ্য হলো জনস্বাস্থ্যঝুঁকি রয়েছে এমন ঘটনা দ্রুত শনাক্ত করা, যার তাৎক্ষণিক সাড়াদান প্রয়োজন।*
- *অপুষ্টির মতো অবস্থার তথ্য নজরদারির (ঘটনা) পরিবর্তে জরিপের (ব্যাপকতা) মাধ্যমে সংগ্রহ করা উচিত।*

খ. রোগের প্রাদুর্ভাব সতর্কতা

যেকোনো সময় আপনার নিচের কোনো রোগের সন্দেহ হলে এসএমএস বা ফোন করতে হবে .... অথবা ই-মেইল .... সময়মতো সর্বাধিক তথ্যসহ স্থান এবং কেসের সংখ্যা এবং মৃত্যু: কলেরা, শিগেলোসিস, হাম, পোলিও, টাইফয়েড, টিটেনাস, হেপাটাইটিস এ বা ই, ডেঙ্গু, মেনিনজাইটিস, ডিফথেরিয়া, পারটুসিস, রক্তক্ষরণঘটিত জ্বর, ট্রমা (মনোদৈহিক) এবং রাসায়নিক বিষক্রিয়া। রোগের এই তালিকা দেশের রোগ প্রাদুর্ভাবের ওপর নির্ভর করে ভিন্ন ভিন্ন হবে।

২.৪ নমুনা রুটিন স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনা তথ্য সিস্টেম (HMIS) নজরদারি প্রতিবেদন ফর্ম

দুর্যোগ আক্রান্ত এলাকা: ....

তারিখ রবিবার থেকে: .... শনিবার: ....

চলতি সপ্তাহ/মাসের শুরুতে মোট জনসংখ্যা: ....

চলতি সপ্তাহ/মাসে জন্মগ্রহণকারীর সংখ্যা: .... চলতি সপ্তাহ/মাসে মৃত্যুবরণকারীর সংখ্যা: ....

চলতি সপ্তাহ/মাসে নতুন আগমনকারীর সংখ্যা (প্রযোজ্য হলে): ....

চলতি সপ্তাহ/মাসে স্থান ত্যাগকারীর সংখ্যা: ....

সপ্তাহ/মাস শেষে মোট জনসংখ্যা: ....

৫ বছরের কম বয়সী মোট শিশু: ....

মৃত্যুর মূল কারণসমূহ	৫ বছরের কম বয়সী (নতুন রোগী)			৫ বছর এবং তার বেশি বয়সী (নতুন রোগী)			নতুন রোগী	পুরোনো রোগী
রোগ নির্ণয়	ছেলে	মেয়ে	মোট	ছেলে	মেয়ে	মোট	মোট	মোট
শ্বাসতন্ত্রের তীব্র সংক্রমণ								
তীব্র পানিবাহিত ডায়রিয়া								
তীব্র রক্ত ডায়রিয়া								
ম্যালেরিয়া – সন্দেহজনক/নিশ্চিত								
হাম								
মেনিনজাইটিস – সন্দেহজনক								
ভাইরাল রক্তক্ষরণজনিত (Viral haemorrhagic fever) জ্বর								
তীব্র জন্ডিসের উপসর্গ								
তীব্র ফ্ল্যাসিড প্যারালাইসিস (AFP) (এটি বিশেষভাবে ব্যবহৃত হয় শিশুদের মধ্যে পোলিও এবং অন্যান্য নিউরোলজিক্যাল রোগের স্ক্রিনিং ও নজরদারিতে)								
টিটেনাস (ধনুষ্টঙ্কার)								
অন্যান্য জ্বর >৩৮.৫°সেলসিয়াস								
এইচআইভি/এইডস								
চোখের রোগ								
ত্বকের রোগ								
তীব্র অপুষ্টি								
যৌনবাহিত রোগ সংক্রমণ								
যৌনাঙ্গে আলসার রোগ/ঘা								
পুরুষ মূত্রনালির স্রাব								
নারীর যোনি স্রাব								
পেলভিক ইনফ্লামেটরি ডিজিজ (পিআইডি-pid)								
নবজাতকের কনজাংটিভাইটিস								
জন্মগত সিফিলিস								
অসংক্রামক রোগ								
উচ্চ রক্তচাপ								
ইসকেমিক হৃদরোগ								
ডায়াবেটিস								
হাঁপানি								
ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ-সিওপিডি								
মৃগীরোগ								
অন্যান্য দীর্ঘস্থায়ী অসংক্রামক রোগ								

মৃত্যুর মূল কারণসমূহ	৫ বছরের কম বয়সী (নতুন রোগী)			৫ বছর এবং তার বেশি বয়সী (নতুন রোগী)			মোট নতুন রোগী	পুরোনো রোগী
রোগ নির্ণয়	ছেলে	মেয়ে	মোট	ছেলে	মেয়ে	মোট	মোট	মোট
মানসিক রোগ								
অ্যালকোহল বা অন্যান্য মাদক ব্যবহারজনিত ব্যাধি								
বুদ্ধিবৃত্তিক প্রতিবন্ধিতা এবং বিকাশের ব্যাধি								
সাইকোটিক ডিসঅর্ডার (বাইপোলার ডিসঅর্ডারসহ)								
ডিমেনশিয়া বা স্মৃতিভ্রম								
মাঝারি-তীব্র মানসিক ব্যাধি/বিষণ্নতা								
চিকিৎসাগতভাবে অব্যক্ত শারীরিক সমস্যা (*চিকিৎসাগতভাবে ব্যাখ্যা করা যায় না এমন শারীরিক সমস্যা বা উপসর্গ। রোগী বারবার মাথাব্যথা, পেটব্যথা, বুক ধড়ফড়, মাথা ঘোরা, শ্বাসকষ্টের মতো উপসর্গের অভিযোগ করেন, কিন্তু পরীক্ষা-নিরীক্ষায় কোনো নির্দিষ্ট শারীরিক রোগ শনাক্ত করা যায় না*)								
নিজের ক্ষতিসাধন (আত্মহত্যার চেষ্টাসহ)								
অন্যান্য মানসিক সমস্যা								
আঘাত বা জখম								
মাথা/মেরুদণ্ডের গুরুতর আঘাত বা জখম								
ধড়ের গুরুতর আঘাত								
অঙ্গপ্রতঙ্গেও গুরুতর আঘাত বা জখম (হাত অথবা পায়ের বড় ধরনের আঘাত বা জখম)								
মাঝারি আঘাত বা জখম								
সামান্য আঘাত বা জখম								
মোট								

বয়সকে সম্ভাব্য হিসাবে আরও আলাদা করা যেতে পারে, উদাহরণস্বরূপ ০-১১ মাস, ১-৪ বছর, ৫-১৪ বছর, ১৫-৪৯ বছর, ৫০-৫৯ বছর, > ৬০ বছর (৬০ বছরের বেশি)।

পরিশিষ্ট ৩
মুখ্য স্বাস্থ্যসূচক নির্ণয়ের সূত্র

সাধারণ মৃত্যুর হার (Crude mortality rate–CMR)

সংজ্ঞা: সাধারণ মৃত্যুর হার (Crude mortality rate–CMR) হলো সমগ্র জনগোষ্ঠীর মধ্যে নির্দিষ্ট সময়ে নারী ও পুরুষ উভয় এবং বয়স নির্বিশেষে মোট মৃত্যুর হার।

সূত্র:

$$\frac{\text{নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে মোট মৃত্যুর সংখ্যা}}{\text{নির্দিষ্ট সময়কালের মাঝামাঝি ঝুঁকিতে থাকা জনসংখ্যা} \times \text{সেই সময়কালের মোট দিনসংখ্যা}} \times \text{১০,০০০ জন} = \text{মৃত্যু /১০,০০০ জন/দিন (প্রতিদিন প্রতি ১০,০০০ জনের মধ্যে কতজন মারা যাচ্ছে)}$$

সহজভাবে,

$$\text{মৃত্যুহার প্রতি ১০,০০০ জন প্রতিদিন} = \frac{\text{মোট মৃত্যু}}{\text{জনসংখ্যা} \times \text{দিনের সংখ্যা}} \times \text{১০,০০০}$$

৫ বছর বয়সের নিচে মৃত্যুহার (Under-5 mortality rate–U5MR)

সংজ্ঞা: মোট জনগোষ্ঠীর মধ্যে ৫ বছরের কম বয়সী শিশুর মধ্যে মৃত্যুর হার।

সূত্র:

$$\frac{\text{নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে ৫ বছরের কম বয়সী শিশুর মোট মৃত্যুর সংখ্যা}}{\text{৫ বছরের কম বয়সী শিশুর মোট মৃত্যু} \times \text{দিনের সংখ্যা}} \times \text{১০,০০০ জন} = \text{মৃত্যু/৫ বছরের কম বয়সী ১০,০০০ শিশু/দিন}$$

অসুস্থতার হার

সংজ্ঞা: রোগের ঝুঁকিতে থাকা মোট জনগোষ্ঠীর মধ্যে নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে নতুনভাবে রোগাক্রান্ত রোগীর সংখ্যাই হচ্ছে নতুন অসুস্থতার হার

সূত্র:

$$\frac{\text{নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে নির্দিষ্ট রোগে আক্রান্তের সংখ্যা}}{\text{রোগের ঝুঁকিতে থাকা জনসংখ্যা} \times \text{সময়কাল (মাস)}} \times \text{১০,০০০ জন} = \text{নির্দিষ্ট রোগের কারণে নতুন অসুস্থতার হার/১,০০০ জন/মাস}$$

অসুস্থতাজনিত মৃত্যুহার (CFR)

সংজ্ঞা: কোনো রোগে মৃত্যুর সংখ্যাকে ওই রোগে আক্রান্ত মোট রোগীর সংখ্যা দিয়ে ভাগে করে অসুস্থতাজনিত মৃত্যুহার পাওয়া যায়।

সূত্র:

$$\frac{\text{নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে রোগাক্রান্ত মৃতের সংখ্যা}}{\text{নির্দিষ্ট সময়ে মোট রোগীর সংখ্যা}} \times \text{১০০} = \times \%$$

স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র ব্যবহারের হার

সংজ্ঞা: কোনো ব্যক্তি বছরে কতবার বহির্বিভাগে (outpatient) চিকিৎসা নিয়েছে, তা পরিমাপ করা হয় এই হারের মাধ্যমে। যেখানে সম্ভব, নতুন রোগীর পরিদর্শন এবং পূর্বের (পুরোনো) রোগীর পরিদর্শন আলাদা করা উচিত। এই হারের হিসাবের জন্য মূলত নতুন রোগীর পরিদর্শনই ব্যবহার করা হয়। তবে সংকটের সময় অনেক ক্ষেত্রেই নতুন এবং পুরোনো পরিদর্শন আলাদা করা কঠিন হয়, তাই সেগুলোকে একত্র করে মোট পরিদর্শন হিসাব করা হয়।

সূত্র:

$$\frac{\text{এক সপ্তাহের মধ্যে মোট পরিদর্শন সংখ্যা}}{\text{মোট জনসংখ্যা}} \times \text{৫২ সপ্তাহ} = \text{পরিদর্শন/জন/বছর}$$

(বছরে মোট আগত রোগীর সংখ্যা)

একজন চিকিৎসকের প্রতিদিন রোগী দেখার সংখ্যা

সংজ্ঞা: প্রতিদিন প্রতি চিকিৎসক গড়ে মোট কতজন (নতুন ও পুরোনো) রোগী দেখে

সূত্র:

$$\frac{\text{সপ্তাহে মোট পরামর্শ গ্রহণকারী রোগীর সংখ্যা}}{\text{স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে পূর্ণকালীন চিকিৎসকের সংখ্যা FTE* (Full-Time Equivalent)}} \div \text{সপ্তাহে কত দিন স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্র খোলা থাকে}$$

***** **FTE (পূর্ণ সময়ের সমতুল্য) একটি স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে কর্মরত চিকিৎসকদের সমতুল্য সংখ্যক চিকিৎসক বোঝায়।*** *উদাহরণস্বরূপ, যদি বহির্বিভাগে ছয়জন চিকিৎসক কাজ করেন, কিন্তু তাদের মধ্যে দুজন আধা বেলা কাজ করেন, তাহলে FTE চিকিৎসকের সংখ্যা হবে = ৪ জন পূর্ণকালীন + ২ অর্ধকালীন = ৫ FTE চিকিৎসক।*

পরিশিষ্ট ৪
বিষক্রিয়া

মানুষ যদি মুখ, নাক, ত্বক, চোখ বা কানের মাধ্যমে অথবা ইনজেশনের মাধ্যমে বিষাক্ত রাসায়নিকের সংস্পর্শে আসে, তাহলে বিষক্রিয়া ঘটতে পারে। এ ক্ষেত্রে শিশুরা বেশি ঝুঁকিতে থাকে। কারণ তারা দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাস নেয়, দেহের ভরের তুলনায় তাদের শরীরের আয়তন বেশি, শিশুর ত্বক সহজে রাসায়নিক বা অন্যান্য পদার্থ শোষণ করে এবং তারা মাটির কাছাকাছি থাকে, তাই তারা বিষক্রিয়ার ঝুঁকিতে বেশি থাকে। বিষক্রিয়ার সংক্রমণ শিশুর বিকাশকে প্রভাবিত করতে পারে, যার মধ্যে রয়েছে তার বৃদ্ধি-হ্রাস পাওয়া এবং পুষ্টির ঘাটতি। এ ছাড়া বিষক্রিয়ার সংস্পর্শ শিশুর অসুস্থতা বৃদ্ধি ঘটাতে বা মৃত্যুর কারণ হতে পারে।

প্রাথমিক ব্যবস্থাপনা

স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে উপস্থিত হওয়ার সময় যদি জানা যায় যে রোগী রাসায়নিক পদার্থের সংস্পর্শে এসেছে অথবা তার মধ্যে রাসায়নিক সংস্পর্শজনিত লক্ষণ ও উপসর্গ রয়েছে:

- যথাযথ ব্যক্তিগত সুরক্ষামূলক সরঞ্জাম (পিপিই) পরিধানসহ স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের জন্য সতর্কতা অবলম্বন;
- ট্রায়াজ রোগীসমূহ;
- জীবন রক্ষাকারী পদক্ষেপ গ্রহণ (সিপিআর);
- রোগীকে দূষণমুক্ত করা (ডিকন্টামিনেট- decontaminate) (উদাহরণস্বরূপ, রোগীর পোশাক সরানো বা সংক্রমিত অংশকে সাবান পানি দিয়ে ধোয়া, যা সাধারণত স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রের বাইরে করা উচিত যাতে অতিরিক্ত সংস্পর্শ এড়ানো যায়); তারপর
- সহায়ক চিকিৎসাসহ পরবর্তী চিকিৎসা প্রটোকল অনুসরণ করা বাঞ্ছনীয়।

চিকিৎসা প্রটোকলসমূহ

দেশ অনুসারে চিকিৎসা প্রটোকল পরিবর্তিত হতে পারে। সাধারণভাবে, কোনো প্রতিষেধক প্রদান এবং সহায়ক চিকিৎসা (যেমন শ্বাসপ্রশ্বাসের জন্য) দিতে হবে।

নিচের সারণিতে রাসায়নিক সংস্পর্শের লক্ষণ এবং প্রদত্ত সাধারণ প্রতিষেধক উপস্থাপন করা হয়েছে।

বিষাক্ত রাসায়নিকের সংস্পর্শে আসার লক্ষণ এবং সম্ভাব্য চিকিৎসা

বিষাক্ত রাসায়নিকের শ্রেণিবিভাগ	বিষাক্ত রাসায়নিক সংস্পর্শের সাধারণ বৈশিষ্ট্যসমূহ	প্রতিষেধকসমূহ (দেশভিত্তিক নির্দেশিকা পরিবর্তিত হবে)
নিউরোএজেন্ট বা স্নায়ুবিষ *(nerve agents হলো খুব ক্ষতিকর রাসায়নিক পদার্থ, যা স্নায়ুতন্ত্রকে প্রভাবিত করে। উদাহরণ হিসেবে সারিন (Sarin), ট্যাবুন (Tabun) বা ভি এক্সের (VX) নাম উল্লেখ করা যায়। এসব উপকরণ শ্বাস বা ত্বকের মাধ্যমে শরীরে প্রবেশ করলে তা দ্রুত গুরুতর বিষক্রিয়া বা মৃত্যু ঘটাতে পারে)*	পিনপয়েন্ট পিউপিলস *(পিনপয়েন্ট পিউপিলস হলো অস্বাভাবিকভাবে ছোট/ক্ষুদ্র চোখের মণি (মায়োসিস), যা দুই মিলিমিটারের চেয়ে ছোট হয় এবং কম আলোতেও সংকুচিত থাকে)*; ঝাপসা দেখা; মাথাব্যথা; অতিরিক্ত তরল উৎপন্ন বা নির্গত হওয়া *(থুতু, ঘাম, চোখ বা নাকের তরল)*; বুকে চাপ অনুভব করা এবং শ্বাসকষ্ট; বমি বমি ভাব; বমি করা; ডায়রিয়া; পেশিতে অনিয়মিত সংকোচন বা স্পন্দন; খিঁচুনি এবং জ্ঞান হারানো।	এট্রোপিন অক্সিমস (প্রালিডক্সাইম, ওবিডক্সাইম) বেনজোডায়াজেপাইনস (খিঁচুনির জন্য)
মাস্টার্ড গ্যাসের মতো ব্লিস্টার এজেন্ট:	চোখের পানি আসা; চোখ জ্বালা; কনজাংকটিভাইটিস; কর্নিয়ার ক্ষতি; ব্যথাসহ ত্বকের লালচে দাগ এবং ফোসকা; শ্বাসকষ্ট।	সহায়ক চিকিৎসা +/- সোডিয়াম থায়োসালফেট উদাহরণস্বরূপ, চোখে পানির ঝাপটা দেওয়া, টপিক্যাল অ্যান্টিবায়োটিক, ত্বক ধোয়া, ব্রঙ্কোডাইলেটর, গুরুতর পরিস্থিতিতে সোডিয়াম থায়োসালফেট ব্যবহার
সায়ানাইড	শ্বাস নিতে কষ্ট, দম বন্ধ লাগা, খিঁচুনি; বিভ্রান্তি, বমি বমি ভাব।	অ্যামিল নাইট্রাইট (প্রাথমিক চিকিৎসা), সোডিয়াম থায়োসালফেট এবং সোডিয়াম নাইট্রাইট বা ৪টি ডিএমএপিসহ অথবা হাইড্রক্সোকোবালামিন অথরা ডিকোবল্ট এডেটেট
অক্ষম এজেন্টসমূহ যেমন, বিজেড (BZ) (এমন রাসায়নিক যা সাময়িকভাবে মানুষকে কাজ করার অযোগ্য করে দেয়)	মুখ এবং ত্বক শুকনো থাকা; হৃৎস্পন্দন স্বাভাবিকের চেয়ে বেড়ে যাওয়া; চেতনাশক্তি ব্যতয়; বিভ্রম; হ্যালুসিনেশন, শরীরের অতিরিক্ত উত্তাপ *(শরীর অধিক উত্তপ্ত)*; সমন্বয়হীনতা *(স্বেচ্ছায় নিয়ন্ত্রণ হারানোর ফলে পেশিনির্ভর নড়াচড়ার সমন্বয়ের অভাব)*; ডাইলেটেড পিউপিল *(প্রসারিত চোখের মণি (Dilated pupils বা mydriasis) হলো চোখের ইরিসের (চোখের রঙিন অংশ) মধ্যকার কালো গোলাকার পিউপিলস (মণি) অস্বাভাবিক বড় হয়ে যাওয়া)*।	ফাইসোসটিগমিন

বিষাক্ত রাসায়নিকের শ্রেণিবিভাগ	বিষাক্ত রাসায়নিক সংস্পর্শের সাধারণ বৈশিষ্ট্যসমূহ	প্রতিষেধকসমূহ (দেশভিত্তিক নির্দেশিকা পরিবর্তিত হবে)
চোখের অশ্রু বের হওয়া বা দমনের জন্য ব্যবহৃত গ্যাস	মিউকাস মেমব্রেনে জ্বালা ও ব্যথা (*মিউকাস মেমব্রেন হলো শরীরের ভেতরের আস্তরণ যা চোখ, নাক, মুখ, গলা এবং শরীরের অন্যান্য খোলা অংশকে ঢেকে রাখে। এই আবরণ শ্লেষ্মা বা মিউকাস তৈরি করে, যা শরীরকে সুরক্ষা দেয় এবং তৈলাক্ত রাখে। মিউকাস মেমব্রেনে জ্বালা ও ব্যথা বলতে বোঝায়, শরীরের ভেতরের মিউকাস বা শ্লেষ্মা ঝিল্লিতে প্রদাহ, চুলকানি, ফোলা বা জ্বালাপোড়ার অনুভূতি এবং এর পাশাপাশি ব্যথা হওয়া। এর কারণ হতে পারে সংক্রমণ, অ্যালার্জি, অটোইমিউন রোগ, বা ক্যান্সার চিকিৎসার মতো বিভিন্ন বিষয়*); চোখের পানি পড়া, লালা ঝরা, নাক দিয়ে পানি পড়া, বুকে চাপ অনুভব করা, মাথাব্যথা, বমি ভাব।	প্রধানত সহায়ক চিকিৎসা
ক্লোরিন	চোখ লাল হওয়া ও পানি পড়া, নাক ও গলায় জ্বালা, কাশি, শ্বাস নিতে কষ্ট বা দম বন্ধ লাগা, শ্বাসকষ্ট, হাঁপানি, স্বরে খসখস শব্দ, ফুসফুসে পানি জমা (পালমোনারি ইডিমা)।	এন এসিটাইলসিস্টাইন (এনএসি)
থ্যালিয়াম (ইঁদুরের বিষ)	পেটের ব্যথা; বমি বমি ভাব, বমি, ডায়রিয়া; কোষ্ঠকাঠিন্য; খিঁচুনি; প্রলাপ, বিষণ্নতা; মাথার ত্বক ও শরীরের চুলের ক্ষতি; ব্যথাযুক্ত পেরিফেরাল নিউরোপ্যাথির সমস্যা (*এটি হলো স্নায়ুর ক্ষতি, যা হাত ও পায়ে বেশি দেখা যায় এবং এর ফলে জ্বালা, সুচ ফোটানোর অনুভূতি, তীব্র ব্যথা, অসাড়তা এবং দুর্বলতার মতো উপসর্গ দেখা দেয়*); ডিস্টাল মোটর দুর্বলতা (*এটি হলো এমন স্বনিয়ন্ত্রণযোগ্য পেশির দুর্বলতা, যা দেহের কেন্দ্রীয় অংশ থেকে দূরে থাকা পেশিগুলোতে প্রভাব ফেলে, যেমন উর্ধ্ববাহু ও উরুর পেশি বা নিচের হাত ও পায়ের পেশি*); অট্যাক্সিয়া (*Ataxia হলো এমন একটি অবস্থা যার ফলে শরীরের সমন্বয়, ভারসাম্য এবং কথা বলায় সমস্যা দেখা দেয়। শরীরের যেকোনো অংশ প্রভাবিত হতে পারে, তবে অট্যাক্সিয়ার রোগীরা সাধারণত নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে সমস্যার সম্মুখীন হন: ভারসাম্য ও হাঁটা, কথা বলা, গিলতে সমস্যা*); নিউরোকগনিটিভ দুর্বলতা (*Neurocognitive deficits বলতে মস্তিষ্কে শারীরিক পরিবর্তন বা ক্ষতির কারণে মানসিক ক্ষমতা কমে আসাকে বোঝায়, যেমন: স্মৃতিশক্তি কমে যাওয়া, সমস্যা সমাধানের ক্ষমতা হ্রাস পাওয়া, মনোযোগ ধরে রাখার অসুবিধা হওয়া যা মনোরোগজনিত সমস্যার কারণে নয়*)।	প্রুশিয়ান ব্লু

বিষাক্ত রাসায়নিকের শ্রেণিবিভাগ	বিষাক্ত রাসায়নিক সংস্পর্শের সাধারণ বৈশিষ্ট্যসমূহ	প্রতিষেধকসমূহ (দেশভিত্তিক নির্দেশিকা পরিবর্তিত হবে)
সিসা	অ্যানোরেক্সিয়া; *(Anorexia হলো একটি ক্ষুধা বা খাদ্যজনিত সমস্যা, যার ফলে কোনো একজন ব্যক্তির তার বয়স ও উচ্চতার বিপরীতে স্বাভাবিক ওজনের চেয়ে কম ওজন হয়, সাধারণত অতিরিক্ত ওজন কমার কারণে)*; বমি, কোষ্ঠকাঠিন্য; পেটের ব্যথা; শরীর ফ্যাকাশে হওয়া, মনোযোগের অভাব; দুর্বলতা; পেরিফেরাল পলসি *(পেরিফেরাল পলসি, বা পেরিফেরাল নার্ভ পলসি, এমন অবস্থা যেখানে পেরিফেরাল স্নায়ু অর্থাৎ– মস্তিষ্ক এবং মেরুরজ্জুর বাইরের স্নায়ু ক্ষতিগ্রস্ত হয়, যার ফলে শরীরের আক্রান্ত অংশে অনুভূতি এবং/অথবা পেশির স্বেচ্ছা চলাচল সক্ষমতা হ্রাস পায় (পক্ষাঘাত)। কারণগুলোর মধ্যে রয়েছে শারীরিক আঘাত বা জখম, স্নায়ুর সংকোচন, জিনগত ব্যাধি এবং ডায়াবেটিসের মতো রোগ, যা কোনো একক স্নায়ু (মনোনিউরোপ্যাথি) বা একাধিক স্নায়ু (পলিনিউরোপ্যাথি) প্রভাবিত করে এবং এর ফলে দুর্বলতা, অসাড়তা, ব্যথা এবং অঙ্গপ্রত্যঙ্গ বা মুখমণ্ডলের পেশির কার্যকারিতা হ্রাসের মতো লক্ষণ দেখা দেয়)*।	সিলেশন
অর্গানোফসফেটস (কিছু কীটনাশক এবং স্নায়ু গ্যাসের অন্তর্ভুক্ত)	লালা; চোখের পানি; প্রস্রাব, পায়খানা; পেটের পেশির খিঁচুনি, বমি	এট্রোপিন অক্সিমস (প্রালিডক্সাইম, ওবিডক্সাইম)

WHO, জরুরি পরিস্থিতিতে পরিবেশগত স্বাস্থ্য নির্দেশিকা থেকে পরিমার্জিত

তথ্যসূত্র এবং আরো বিস্তারিত তথ্য

স্বাস্থ্য এবং মানবাধিকারসমূহ

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008. http://www.ohchr.org

বেসামরিক-সামরিক সমন্বয়

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. http://www.unocha.org

নিরাপত্তা এবং আন্তর্জাতিক মানবিক আইন

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergen-cies. ICRC, Geneva, 2015. https://www.icrc.org

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. World Health Organization, 2013. http://www.who.int

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org

সমন্বয়

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009. http://www.who.int

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

জরুরি পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্য

Blanchet, K et al *Evidence on public health interventions in humanitarian crises*. The Lancet, 2017: http://www.thelancet.com

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. http://pdf.usaid.gov

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. http://refbooks.msf.org

Spiegel et. al. *Health -care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* The Lancet, 2010. http://www.thelancet.com

ক্লিনিক্যাল নির্দেশনাসমূহ

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016.http://refbooks.msf.org

স্বাস্থ্যব্যবস্থাসমূহ

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009. http://www.who.int

Elston et al. Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone. Journal of Public Health, 2015. https://academic.oup.com

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007. http://www.who.int

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www. hfgproject.org

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22.* CDC, 2016. https://wwwnc.cdc.gov

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. http://www.who.int

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. http://www.euro.who.int

নিরাপত্তা

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. http://www.who.int *Patient Safety: Making Health Safer.* WHO, 2017. http://www.who.int

রোগ সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ

Essential environmental health standards in health care. WHO,2008. http://www.who.int

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009. http://oops.msf.org

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. https://www.cdc.gov

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. https://www.cdc.gov

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999. http://apps.who.int

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. http://www.who.int

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. http://www.who.int

স্বাস্থকর্মী

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. http://www.who.int

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. http://www.who.int

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. http://www.who.int

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. http://www.ilo.org

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010. http://www.who.int

Working together for health. World Health Report 2006. WHO 2006. http://www.who.int

ওষুধপত্র

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. https://www.unfpa.org

Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010. http://www.who.int Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. http://www.who.int

Model Formulary for children. WHO, 2010. http://apps.who.int

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. http://www.who.int Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. http://www.who.int

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. http://www.who.int

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.

সহায়ক যন্ত্রপাতিসহ মেডিকেল সরঞ্জাম

Core Medical Equipment. WHO, 2011. http://www.who.int

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO http://www.who.int

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008. http://www.who.int

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. http://www.who.int

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. http://www.who.int

নিয়ন্ত্রিত ওষুধসমূহ

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012. http://www.who.int

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. http://www.incb.org

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011. http://www.who.int

রক্তের বিভিন্ন উপাদান

Blood safety and availability. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. http://apps.who.int

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. http://www.who.int

স্বাস্থ্য অর্থায়ন

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. http://apps.who.int

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. http://www.who.int

স্বাস্থ্যতথ্য

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 https://interagencystandingcommittee.org

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. http://www.who.int

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

স্বাস্থ্যের চাহিদা নিরূপণ (যাচাই) এবং স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার অগ্রাধিকার

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. http://evaluation.msf.org

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2017. http://apps.who.int

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. http://www.who.int

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. http://www.who.int

সংক্রামক রোগ প্রতিরোধ

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. http://thementorinitiative.org

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017. http://www.who.int

সংক্রামক রোগসমূহ (নির্দিষ্ট রোগসমূহ)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009. http://www.who.int

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005. http://www.who.int

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. http://www.who.int

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. http://apps.who.int

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. http://refbooks.msf.org

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014.http://www.who.int

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011. http://apps.who.int

রোগের প্রাদুর্ভাব চিহ্নিতকরণ এবং তাৎক্ষণিক সাড়াদান

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014. http://www.who.int

"Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO. http://www.who.int

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. http://apps.who.int

Weekly Epidemiological Record. WHO. http://www.who.int

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012. http://www.who.int

রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলায় প্রস্তুতি এবং সাড়াদান

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. http://www.who.int

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008. http://www.who.int

শিশু ও নবজাতকের স্বাস্থ্য

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. http://www.who.int

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. https://www.rescue.org

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. http://iawg.net

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. http://www.who.int

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. http://www.who.int

যৌন ও প্রজননস্বাস্থ্য

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. http://iawg.net

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011. http://iawg.net

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. http://www.who.int

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015. http://who.int

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. http://iawg.net

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016. http://www.who.int

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015. http://www.who.int

ক্লিনিক পর্যায়ে যৌন সহিংসতায় এবং ধর্ষণে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির চিকিৎসা

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. http://iawg.net

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. https://www.unicef.org

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. http://apps.who.int

Guidelines for Integrating Gender- Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015. https://gbvguidelines.org

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. http://www.who.int

এইচআইভি

Consolidated Guidelines on the Use or ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. http://www.unaids.org

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. http://www.unhcr.org

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. http://www.who.int

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. http://www.unfpa.org

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. http://iawg.net

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. http://www.who.int

আঘাত ও ট্রমার (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. https://eccguidelines.heart.org

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain manage-ment ladder. ICRC, 2017. https://shop.icrc.org

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. https://resourcecentre.savethechildren.net

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. http://apps.who.int

Disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. http://ifrc-ecbhfa.org

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. https://extranet.who.int

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. http://apps.who.int

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. http://www.who.int

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. http://cdphready.org

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. https://cprguidelines.eu

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. http://www.who.int

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. https://www.icrc.org

মানসিক স্বাস্থ্যসেবা

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012. http://www.who.int

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. http://www.who.int

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. http://www.who.int

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017.
https://interagencystandingcommittee.org

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. http://www.who.int

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. http://www.who.int

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. http://www.who.int

অসংক্রামক রোগসমূহ

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. http://www.who.int

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises*. PLOS Medicine, 2016. http://journals.plos.org

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013. http://www.who.int

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016. http://www.who.int

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies.* The Lancet, 2016. http://www.thelancet.com

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for imple-menting WHO PEN. WHO, 2009. http://www.who.int

অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. http://pscentre.org

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012. https://interagencystandingcommittee.org

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. http://apps.who.int

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, 2007. http://www.who.int

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. https://hospicecare.com

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources.* Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer.* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007. http://www.who.int

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychoso-cial programming in post conflict settings.* War Trauma Foundation, 2013. https://www.interventionjournal.com

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua*. Global public health, NCBI, 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. http://www.who.int

বিষক্রিয়া

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015. http://www.who.int

আরো বিস্তারিত তথ্য

আরো বিস্তারিত তথ্যের জন্য নিচের লিংকে গিয়ে দেখুন
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

আরো বিস্তারিত তথ্য

বেসামরিক-সামরিক সমন্বয়

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications

সমন্বয়

Global Health Cluster. http://www.who.int/health-cluster/en/

স্বাস্থ্যব্যবস্থাসমূহ

Approach to Health Systems Strengthening. UNICEF, 2016. https://www.unicef.org/ health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning. Action Contre Le Faim, 2017.
https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO, 2010.
http://www.who.int/healthinfo/systems/ monitoring/en/

Newbrander et al. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states.* NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook. WHO, 2017. http://www. who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/

van Olmen, J et al. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas.* BMC Public Health, 2012.
https://bmcpublichealth.biomedcentral. com/articles/10.1186/1471-2458-12-774

নিরাপত্তা

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. WHO, 2016.
http://apps.who.int/iris/
bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=
1&isAllowed=y

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. WHO, 2015. http://apps.who.int/ iris/handle/10665/258966

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. WHO, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

ওষুধসামগ্রী

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/

সহায়ক যন্ত্রপাতিসহ মেডিকেল সরঞ্জাম

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017.
http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

নিয়ন্ত্রিত ওষুধসমূহ

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. International Narcotics Control Board, 1996.
www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_ Medical_care_WHO_PSA.pdf

স্বাস্থ্য অর্থায়ন

Doocy et al. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review.* International Initiative for Impact Evaluation, 2016.
http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang et al. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda.* Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

স্বাস্থ্যতথ্য

Checchi et al. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action.* The Lancet, 2017.
http://www. thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract

Creating a master health facility list. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies.* WHO Bulletin, 2005. http://www.who. int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf

স্বাস্থ্যের চাহিদা নিরূপণ (যাচাই) এবং স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার অগ্রাধিকার

Checchi, F et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61.* Humanitarian Practice Network, December 2007.

https://
odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/

Prioritising Health Services in humanitarian crises. Health and Education Research Team, 2014.

http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/

Waldman, R.J. Prioritising *health care in complex emergencies.* The Lancet, 2001. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/ fulltext?_eventId=login

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. WHO, 2016. http://www.who. int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

সংক্রামক রোগ প্রতিরোধ

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. WHO, 2017. http:// www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

রোগের প্রাদুর্ভাব শনাক্তকরণ এবং তাৎক্ষণিক সাড়াদান

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO, 2013. http://www.who.int/ihr/publications/ checklist/en/

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual. WHO, 2015.
http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based

রোগের প্রাদুর্ভাব মোকাবিলার প্রস্তুতি এবং সাড়াদান

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola. WHO, 2014.
http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/

শিশু এবং নবজাতকের স্বাস্থ্য

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. Pediatrics. 2015.
http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/ 10/13/peds.2015-3112

Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought.* Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001.
https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/
papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries. WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/
137319/1/9789241507813_eng.pdf

আঘাত ও ট্রমার (মনোদৈহিক) স্বাস্থ্যসেবা

Emergency Trauma Care. World Health Organization, 2017. http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/

EMT initiative. WHO, 2017. https://extranet.who.int/emt/page/home

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO, 2016. http://www. who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_ checklist/en/

Joshi, GP et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™.* The American Surgeon, NCBI, 2014.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860

Malchow, Rj et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism.* Critical Care Medicine, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262

Providing Care for an Influx of Wounded. MSF, 2008.
http://oops.msf.org/OCBLog/
content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20
Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/
Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20
Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf

মানসিক স্বাস্থ্য

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. International Medical Corps, 2018.
http://www.mhinnovation.net/
collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

অসংক্রামক রোগসমূহ

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communi-cable diseases 2008/2013. WHO, 2009.
http://www.who.int/nmh/publications/ 9789241597418/en/

Demaio, A. Jamieson, J. Horn,R. de Courten, M. Tellier, S. *Non- Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action.* PLOS Currents Disasters, 2013. http://currents.
plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/

Global Status Report on Non-communicable diseases. WHO, 2010. http://www.who. int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. WHO, 2008.

অনিরাময়যোগ্য দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতায় (প্যালিয়েটিভ) সেবা

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018.
https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith'

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Institute of Medicine. 2012. https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/19
6326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/

Knaul, F. Farmer, P.E. et al. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control.* The Lancet, 2017.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/29032993

বিষক্রিয়া

Chemical Hazards Compendium. UK Government, 2013. https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. Center for Disease control and prevention, 2013.
https://emergency.cdc.gov/ chemical/factsheets.asp

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010.

https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/ leadandpregnancy2010.pdf

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual. WHO, 2009.

http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html

সংযুক্তিসমূহ

সূচিপত্র

সংযুক্তি ১ : স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি ৪১২
সংযুক্তি ২ : আচরণবিধি ৪২৭
সংযুক্তি ৩ : সংক্ষিপ্ত রূপ এবং আদ্যক্ষরসমূহ ৪৩৪
সংযুক্তি ৪ : কৃতজ্ঞতা স্বীকার (মাঠপর্যায়ের যাচাই এবং চূড়ান্ত যাচাই কর্মশালায় যাঁরা অংশগ্রহণ করেছেন) ৪৩৬

সংযুক্তি ১
স্ফিয়ারের আইনি ভিত্তি

মানবিকতার ঘোষণাপত্রে দুর্যোগ ও সংঘাতময় পরিস্থিতিতে মানবিক পদক্ষেপ এবং দায়দায়িত্ব সম্পর্কিত যৌথ বিশ্বাস ও সাধারণ নীতিমালার বর্ণনা করা হয়েছে এবং উল্লেখ করা হয়েছে যে এসব বিশ্বাস ও নীতিমালা আন্তর্জাতিক আইনে প্রতিফলিত হয়েছে। নিম্নে বর্ণিত মৌলিক দলিলপত্রের ব্যাখ্যাসহ তালিকায় আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইন, আন্তর্জাতিক মানবিকতা-সম্পর্কিত আইন, শরণার্থীবিষয়ক আইন এবং মানবিক কার্যক্রমের সাথে সম্পর্কিত অধিকতর প্রাসঙ্গিক আন্তর্জাতিক আইনি দলিলগুলোই অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। তবে এ তালিকায় আঞ্চলিক আইন ও এ-সম্পর্কিত আঞ্চলিক উন্নয়ন সম্পর্কে উল্লেখ করা হয়নি। মানবিক কার্যক্রম বাস্তবায়নে সহায়ক অন্য নীতিমালা, নির্দেশিকা, মানসমূহ এবং কাঠামোর বিষয়ে অতিরিক্ত তথ্য ও ওয়েবলিংক স্ফিয়ারের ওয়েবসাইটে www.spherestandards.org পাওয়া যাবে। শুধু সেসব দলিল সম্পর্কেই এ অংশে নির্দেশিকা প্রদান করা হয়েছে, যেগুলোর ব্যাখ্যা প্রয়োজন, যেগুলো তুলনামূলকভাবে নতুন সংযোজন অথবা যেগুলোয় দুর্যোগ বা সংঘাত সম্পর্কে নির্দিষ্ট বিষয় উল্লেখ আছে।

স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক আন্তর্জাতিক আইনি কাঠামোর অংশ হিসেবে নির্দিষ্ট কিছু গুরুত্বপূর্ণ উদ্বেগকে প্রতিফলিত করে। সাধারণভাবে এর মধ্যে রয়েছে, ব্যক্তিগত নিরাপত্তা ও মর্যাদার অধিকার; বৈষম্য থেকে মুক্ত থাকার অধিকার; এবং পানি ও পয়োনিষ্কাশন, আশ্রয়, খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি এবং স্বাস্থ্যসেবার অধিকার। এসব অধিকারের কিছু নির্দিষ্ট আন্তর্জাতিক চুক্তিতে স্পষ্টভাবে উল্লেখ করা হয়েছে। তবে এগুলো সবই নাগরিক ও রাজনৈতিক অধিকার অথবা অর্থনৈতিক, সামাজিক ও সাংস্কৃতিক অধিকারসংক্রান্ত সাধারণ মানবাধিকার দলিলগুলোর কোনো একটির আওতায় অন্তর্ভুক্ত।

এই সংযুক্তিতে অন্তর্ভুক্ত দলিলগুলোকে বিষয়ভিত্তিকভাবে নিম্নোক্ত শ্রেণিতে বিন্যস্ত করা হয়েছে :

১. **মানবাধিকার, সুরক্ষা ও বিপদাপন্নতা**

২. **সশস্ত্র সংঘাত ও মানবিক সহায়তা**

৩. **শরণার্থী ও অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গ**

৪. **দুর্যোগ ও মানবিক সহায়তা**

৫. **জরুরি প্রস্তুতি ও সাড়াদানে মানবাধিকার, সুরক্ষা ও বিপদাপন্নতা সম্পর্কিত মানবিক নীতিকাঠামো, নির্দেশিকা ও নীতিমালা**
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

প্রতিটি শ্রেণির আওতায় থাকা দলিলের অবস্থান সম্পর্কে স্পষ্ট ধারণার জন্য এগুলোকে দুইভাবে শ্রেণিবদ্ধ করা হয়েছে: ক. চুক্তি ও প্রথাগত আইন, অথবা খ. জাতিসংঘ এবং আনুষ্ঠানিকভাবে গৃহীত অন্যান্য আন্তসরকারি নির্দেশিকা ও নীতিমালা।

১. মানবাধিকার, সুরক্ষা ও বিপদাপন্নতা সম্পর্কিত আন্তর্জাতিক দলিলপত্র

নিম্নোক্ত দলিলগুলো মানবাধিকার সম্পর্কিত যেগুলো প্রাথমিকভাবে সর্বজনীন চুক্তি ও ঘোষণার মাধ্যমে স্বীকৃত। বয়স (শিশু ও বৃদ্ধ), লিঙ্গ এবং প্রতিবন্ধিতার সাথে সম্পর্কিত কিছু মৌলিক দলিলও অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। কারণ এগুলো দুর্যোগ বা সংঘাতে বিপদাপন্নতার অন্যতম ভিত্তি।

১.১ মানবাধিকার, সুরক্ষা ও বিপদাপন্নতা সম্পর্কিত চুক্তি এবং প্রথাগত আইন

মানবাধিকার-সংক্রান্ত চুক্তি আইন সংশ্লিষ্ট চুক্তি স্বাক্ষরকারী রাষ্ট্রের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, অন্যদিকে প্রথাগত আইন (যেমন- নির্যাতনের নিষিদ্ধকরণ) সকল রাষ্ট্রের জন্য প্রযোজ্য। সম্ভাব্য দুটি ব্যতিক্রম ব্যতীত মানবাধিকার আইন সব সময়ে প্রযোজ্য:

- নাগরিক ও রাজনৈতিক অধিকারসংক্রান্ত আন্তর্জাতিক চুক্তির ৪ নম্বর অনুচ্ছেদের সাথে সংগতিপূর্ণ ('লঘূকরণ') ঘোষিত জাতীয় জরুরি অবস্থায় সীমিত কিছু নাগরিক ও রাজনৈতিক অধিকার স্থগিত করা যায়।
- স্বীকৃত সশস্ত্র সংঘাতের সময়, মানবাধিকার আইনের সাথে অসংগতিপূর্ণ হলে প্রথমে আন্তর্জাতিক মানবিকতা সম্পর্কিত আইন প্রযোজ্য হয়।

১.১.১ সর্বজনীন মানবাধিকার (Universal human rights)

সর্বজনীন মানবাধিকার ঘোষণাপত্র ১৯৪৮, (The Universal Declaration of Human Rights 1948 (UDHR), ১৯৪৮ সালের ১০ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ২১৭ এ (III) (217 A (III)) রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয়। www.un.org

> **মন্তব্য:** ১৯৪৮ সালে জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ঘোষণার মাধ্যমে সর্বজনীন মানবাধিকার ঘোষণাপত্রে প্রথমবারের মতো স্বীকৃতি দেওয়া হয় যে, মৌলিক মানবাধিকারগুলো সর্বজনীনভাবে স্বীকৃত। সর্বজনীন মানবাধিকার ঘোষণাপত্র চুক্তি নয়, তবে প্রথাগত আন্তর্জাতিক আইনের অংশ হিসেবে সর্বসম্মতভাবে বিবেচিত। মানবাধিকার ঘোষণাপত্রের প্রস্তাবনার প্রথম বাক্যে মানবাধিকারের মৌলিক ভিত্তি হিসেবে মানুষের 'সহজাত মর্যাদা'র ধারণার অবতারণা করা হয়েছে এবং প্রথম অনুচ্ছেদে বলা হয়েছে, 'সব মানুষ স্বাধীনভাবে জন্মগ্রহণ করে এবং অধিকার ও মর্যাদায় সবাই সমান'।

নাগরিক ও রাজনৈতিক অধিকারসংক্রান্ত আন্তর্জাতিক চুক্তি ১৯৬৬ (International Covenant on Civil and Political Rights 1966 (ICCPR), ১৯৬৬ সালের ১৬ ডিসেম্বর জাতিসংঘ সাধারণ পরিষদের ২২০০ এ (XXI) (2200A (XXI) রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ১৯৭৬ সালের ২৩ মার্চ কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 999, p. 171 and vol. 1057 p. 407. www.ohchr.org

নাগরিক ও রাজনৈতিক অধিকারসংক্রান্ত আন্তর্জাতিক চুক্তির দ্বিতীয় ঐচ্ছিক প্রটোকল ১৯৮৯, (মৃত্যুদণ্ড রহিত-সংক্রান্ত) **(Second Optional Protocol to ICCPR 1989)**, ১৯৮৯ সালের ১৫ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ৪৪/১১৮ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ১১

জুলাই ১৯৯১ কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 1642, p. 414. www.ohchr.org

মন্তব্য: জনগণের আত্মনিয়ন্ত্রণের অধিকার এবং নারী-পুরুষের সমান অধিকারের স্বীকৃতিপূর্বক নাগরিক ও রাজনৈতিক অধিকার-সংক্রান্ত আন্তর্জাতিক (ICCPR) চুক্তির পক্ষ রাষ্ট্রসমূহ তাদের ভূখণ্ডের মধ্যে এবং তাদের এখতিয়ারভুক্ত এলাকার অধীন সব ব্যক্তির অধিকারকে সম্মান করবে এবং অধিকার ভোগের নিশ্চয়তা প্রদান করবে। কিছু অধিকার (তারকা চিহ্নিত) কখনই, এমনকি মারাত্মক জাতীয় জরুরি অবস্থায়ও স্থগিত করা যায় না।

আইসিসিপিআর অধিকার (ICCPR Rights): জীবনের অধিকার;* নির্যাতন, নিষ্ঠুর, অমানবিক বা অবমাননাকর আচরণ বা শাস্তি নিষিদ্ধ;* দাসত্ব নিষিদ্ধ;* স্বেচ্ছাচারী গ্রেপ্তার ও আটক থেকে মুক্তির অধিকার; আটক অবস্থায় মর্যাদা ও মানবিকতা; চুক্তি ভঙ্গের জন্য কারাদণ্ড না হওয়ার অধিকার;* বসবাস এবং চলাচলের স্বাধীনতা; বিদেশি নাগরিকদের শুধু আইনগত বহিস্কারের বিধান; আইনের চোখে সমতা;* স্বচ্ছ বিচার এবং ফৌজদারি বিচারে নিরপরাধ বিবেচনার অনুমান; ফৌজদারি অপরাধে পূর্বপ্রযোজ্যতা না থাকা;* আইনের চোখে সমান স্বীকৃতি;* ব্যক্তিজীবন; মুক্ত জীবন, চিন্তা, ধর্ম ও বিবেকের স্বাধীনতা;* মুক্ত মতামত প্রকাশ এবং শান্তিপূর্ণ সমাবেশ; সংগঠন করার স্বাধীনতা; বিবাহ এবং পরিবার গঠনের অধিকার; শিশু সুরক্ষা; ভোটের অধিকার এবং গণজীবনে অংশগ্রহণের অধিকার; সংখ্যালঘু জনগোষ্ঠীর নিজস্ব সংস্কৃতি, ধর্ম এবং ভাষার অধিকার।

অর্থনৈতিক, সামাজিক এবং সাংস্কৃতিক অধিকারসংক্রান্ত আন্তর্জাতিক চুক্তি ১৯৬৬, (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966 (ICESCR)), ১৯৬৬ সালের ১৬ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের 2200A (xxl) নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ৩ জানুয়ারি, ১৯৭৬ কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3.www.ohchr.org

মন্তব্য: নারী-পুরুষ সমতার ভিত্তিতে ভোগের নিমিত্তে পক্ষ রাষ্ট্রগুলো চুক্তিতে বর্ণিত অধিকারগুলোর পর্যায়ক্রমিক অর্জনে প্রাপ্য সম্পদের সর্বোচ্চ ব্যবহারের অঙ্গীকার করে।

আইসিইএসসিআর অধিকার (ICESCR Rights): কাজের অধিকার; ন্যায়সংগত পারিশ্রমিক পাওয়ার অধিকার; শ্রমিক সংগঠনে যোগ দেওয়ার অধিকার; সামাজিক নিরাপত্তা বা বিমার অধিকার; শিশুদের শোষণ থেকে সুরক্ষা এবং জন্মদান-পরবর্তী মায়েদের সুরক্ষার অধিকারসহ পরিবারের অধিকার; খাদ্য, বস্ত্র ও বাসস্থানসহ পর্যাপ্ত জীবনমানের অধিকার; শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্যের অধিকার; শিক্ষার অধিকার; এবং সাংস্কৃতিক জীবনে অংশগ্রহণ এবং বৈজ্ঞানিক ও সাংস্কৃতিক প্রগতির সুবিধা ভোগ করার অধিকার।

সব ধরনের বর্ণবৈষম্য দূরীকরণ-সংক্রান্ত আন্তর্জাতিক চুক্তি ১৯৬৯, (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination 1969 (ICERD)), ১৯৬৫ সালের ২১ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের 2106 (XX) নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ৪ জানুয়ারি ১৯৬৯ কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Senes, vol. 660, p. 195 www.ohchr.org

নারীর বিরুদ্ধে সব ধরনের বৈষম্য দূরীকরণ-সংক্রান্ত চুক্তি ১৯৭৯ (সিডও), (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women 1979 (CEDAW)), ১৯৭৯ সালের ১৮ ডিসেম্বর সালে জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ৩৪/১৮০ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে

গৃহীত হয় এবং ১৯৮১ সালের ৩ ডিসেম্বর কার্যকর হয়। United Nations. Treaty Series, vol 1249, p. 13 www.ohchr.org

শিশু অধিকার সনদ ১৯৮৯, (Convention on the Rights of the Child 1989 (CRC) ১৯৮৯ সালের ২০ নভেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ৪৪/২৫ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ২ সেপ্টেম্বর ১৯৯০ কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol 1577, p. 3 www.ohchr.org

শিশুদের সশস্ত্র সংঘাতে সম্পৃক্ততা-সংক্রান্ত ঐচ্ছিক প্রটোকল ২০০০, (Optional Protocol to CRC on the Involvement of Children in Armed Conflict 2000) ২০০০ সালের ২৫ মে জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের (A/RES/54/263) নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ২০০২ সালের ১২ ফেব্রুয়ারি কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol 2173, p.222 www.ohchr.org

শিশু বিক্রি, শিশু পতিতাবৃত্তি এবং শিশু পর্নোগ্রাফি-সংক্রান্ত ঐচ্ছিক প্রটোকল ২০০০, (Optional Protocol to CRC on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography 2000), ২০০০ সালের ২৫ মে জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের (A/RES/54/263) নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গহীত হয় এবং ২০০২ সালের ১৮ জানুয়ারি কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol 2171, p.227 www.ohchr.org

> **মন্তব্য:** শিশু অধিকার সনদে সর্বজনীনভাবে সব রাষ্ট্রগুলোর অন্তর্ভুক্তি রয়েছে। এই সনদ শিশুদের মৌলিক মানবাধিকারগুলোকে পুনর্ব্যক্ত করে এবং কখন তাদের বিশেষ সুরক্ষা প্রয়োজন (যেমন, পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন হলে) তা নির্ধারণ করে। প্রোটোকলগুলোতে অংশী রাষ্ট্রগুলোর জন্য নির্দিষ্ট শিশু সুরক্ষা বিষয়গুলোতে ইতিবাচক পদক্ষেপ গ্রহণের বাধ্যবাধকতা নির্ধারণ করা হয়েছে।

প্রতিবন্ধী জনগোষ্ঠীর অধিকার-সংক্রান্ত চুক্তি ২০০৬, (Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2006 (CRPD), ২০০৬ সালের ১৩ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের (A/RDS/61/106) নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ২০০৮ সালের ৩ মে কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Collection, Chapter IV. 15. www.ohchr.org

> **মন্তব্য:** প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অধিকারসংক্রান্ত চুক্তিতে অন্য সব মানবাধিকার চুক্তির অধীনে ঘোষিত প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অধিকারকে সমর্থন প্রদানের পাশাপাশি সুনির্দিষ্টভাবে প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অধিকার সম্পর্কে সচেতনতা বৃদ্ধি, বৈষম্যহীনতা এবং বিভিন্ন সেবা ও সুবিধায় প্রবেশগম্যতা বিষয়েও বিধান অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। তা ছাড়া এই চুক্তির ১১ নম্বর অনুচ্ছেদে 'ঝুঁকিপূর্ণ এবং জরুরি মানবিক পরিস্থিতি'র বিশেষ উল্লেখ রয়েছে।

১.১.২ গণহত্যা, নির্যাতন ও অন্যান্য অপরাধমূলক অধিকার লঙ্ঘন (Genocide, torture and other criminal abuse of rights)

গণহত্যাজনিত অপরাধের শাস্তি ও প্রতিরোধসংক্রান্ত চুক্তি ১৯৪৮, (Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide 1948), ১৯৪৮ সালের ৯ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ২৬০ (iii) নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ১৯৫১ সালের ১২ জানুয়ারি কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 78, p. 277 www.ohchr.org

নির্যাতন এবং অন্যান্য নিষ্ঠুর, অমানবিক এবং অবমাননাকর আচরণ বা শাস্তিবিরোধী চুক্তি ১৯৮৪, (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 1984), ১৯৮৪ সালের ১০ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ৩৯/৪৬ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ১৯৮৭ সালের ২৬ জুন কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85. www.ohchr.org

> **মন্তব্য:** অনেক বেশিসংখ্যক রাষ্ট্র এই চুক্তিকে অনুমোদন করেছে। নির্যাতনের নিষিদ্ধতাও এখন সাধারণভাবে প্রথাগত আন্তর্জাতিক আইনের অংশ হিসেবে বিবেচিত হয়। যুদ্ধ বা জরুরি অবস্থাজনিত কোনো পরিস্থিতিতেই নির্যাতন সমর্থনযোগ্য নয়। যদি এ মর্মে বিশ্বাস করার যথেষ্ট কারণ বিদ্যমান থাকে যে, নির্দিষ্ট রাষ্ট্রে কোনো ব্যক্তি নির্যাতনের সম্মুখীন হবে তবে ওই ব্যক্তিকে সে রাষ্ট্রে ফেরত পাঠানো যাবে না।

আন্তর্জাতিক অপরাধ আদালতসংক্রান্ত রোম সংবিধি বা আইন ১৯৯৮, (Rome Statute of the International Criminal Court 1998), ১৯৯৮ সালের ১৭ জুলাই রোমে অনুষ্ঠিত কূটনৈতিক সম্মেলনে গৃহীত হয় এবং ২০০২ সালের ১ জুলাই কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 2187, p. 3. www.icrc.org

> **মন্তব্য:** ২০০২ সালে আন্তর্জাতিক অপরাধ আদালত (আইসিসি) কর্তৃক গৃহীত সংবিধির ৯ নম্বর অনুচ্ছেদে (অপরাধের উপাদান-সংক্রান্ত) যুদ্ধাপরাধ, গণহত্যা এবং মানবতার বিরুদ্ধে সংঘটিত অপরাধের বর্ণনা প্রদানের মাধ্যমে প্রথাগত আন্তর্জাতিক অপরাধ আইনকে বহুলাংশে বিধিবদ্ধ করা হয়। জাতিসংঘের নিরাপত্তা পরিষদ কর্তৃক প্রেরিত বিষয়ে আন্তর্জাতিক অপরাধ আদালত তদন্ত ও বিচার করতে পারে (এমনকি অভিযুক্ত ব্যক্তির রাষ্ট্র যদি চুক্তির পক্ষভুক্ত না-ও হয়), পাশাপাশি চুক্তিভুক্ত রাষ্ট্রসমূহের নাগরিকদের দ্বারা বা তাদের ভূখণ্ডে সংঘটিত বলে অভিযোগকৃত অপরাধও এর আওতায় পড়ে।

১.২ মানবাধিকার, সুরক্ষা এবং বিপদাপন্নতা-সংক্রান্ত জাতিসংঘ এবং আনুষ্ঠানিকভাবে গৃহীত অন্য আন্তসরকারি নির্দেশিকা ও নীতিমালা

প্রবীণসংক্রান্ত মাদ্রিদ আন্তর্জাতিক কর্মপরিকল্পনা ২০০২, (Madrid International Plan of Action on Ageing 2002), ২০০২ সালে মাদ্রিদে অনুষ্ঠিত প্রবীণদের বিষয়ে বিষয়ে জাতিসংঘ দ্বিতীয় বিশ্ব পরিষদে/সম্মেলনে গৃহীত হয় এবং ১৯৮২ সালের ৩ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ৩৭/৫১ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে অনুমোদিত হয়। www.ohchr.org

প্রবীণ ব্যক্তিদের জন্য জাতিসংঘ নীতিমালা ১৯৯১, (United Nations Principles for Older Persons 1991) ১৯৯১ সালের ১৬ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ৪৬/৯১ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয়। www.ohchr.org

২. সশস্ত্র সংঘাত, আন্তর্জাতিক মানবিক আইন এবং মানবিক সহায়তা-সম্পর্কিত আন্তর্জাতিক দলিলপত্র

২.১ সশস্ত্র সংঘাত, আন্তর্জাতিক মানবিক আইন এবং মানবিক সহযোগিতা-সংক্রান্ত চুক্তি এবং প্রথাগত আইন

কখন সহিংস সংঘাত 'সশস্ত্র সংঘাত' হিসেবে বিবেচিত হয় এবং আন্তর্জাতিক মানবিক আইন প্রযোজ্য হয় আন্তর্জাতিক মানবিকতা-সংক্রান্ত আইনে তা নির্ধারণ করা হয়। আন্তর্জাতিক রেডক্রস কমিটি আন্তর্জাতিক মানবিকতা-সংক্রান্ত আইনের দাপ্তরিক ভান্ডার এবং ওয়েবসাইটের মাধ্যমে জেনেভা চুক্তি, প্রটোকল এবং মানবিকতা-সংক্রান্ত প্রথাগত আন্তর্জাতিক আইনের বিধান বিষয়ে অফিশিয়াল মতামতসহ এ-সংক্রান্ত বিশদ তথ্য ও সম্পদ সরবরাহ করে থাকে (www.icrc.org)।

২.১.১ *মৌলিক আন্তর্জাতিক মানবিক চুক্তি (Core IHL treaties)*

১৯৪৯ সালের চারটি জেনেভা কনভেনশন (The Four Geneva Conventions of 1949)

জেনেভা কনভেনশনের অতিরিক্ত প্রটোকল, আন্তর্জাতিক সশস্ত্র সংঘাতে ক্ষতিগ্রস্তদের সুরক্ষা-সংক্রান্ত প্রটোকল ১৯৭৭ (প্রটোকল ১) (Protocol Additional to the Geneva Conventions, Protection of Victims of International Armed Conflicts 1977 (Protocol I)

জেনেভা কনভেনশনের অতিরিক্ত প্রটোকল, আন্তর্জাতিক নয়, এমন সশস্ত্র সংঘাতে ক্ষতিগ্রস্তদের সুরক্ষা-সংক্রান্ত প্রটোকল ১৯৭৭ (প্রটোকল ২), (Protocol Additional to the Geneva Conventions, Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts 1977 (Protocol II). www.icrc.org

মন্তব্য: জেনেভা কনভেনশনের বিধানগুলো সাধারণভাবে প্রথাগত আইন হিসেবে স্বীকৃত এবং সব রাষ্ট্রই চারটি জেনেভা কনভেনশনের পক্ষরাষ্ট্র, এগুলোর মধ্যে কনভেনশন ১, স্থলযুদ্ধে আহত ও অসুস্থদের চিকিৎসা ও সুরক্ষা-সংক্রান্ত; কনভেনশন ২, সমুদ্রযুদ্ধে আহত ও অসুস্থদের চিকিৎসা ও সুরক্ষাসংক্রান্ত; কনভেনশন ৩, যুদ্ধবন্দীদের চিকিৎসাসংক্রান্ত এবং কনভেনশন ৪, সশস্ত্র সংঘাতকালে বেসামরিক লোকদের রক্ষাসংক্রান্ত। এগুলো প্রধানত আন্তর্জাতিক সশস্ত্র সংঘাতের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, তবে কনভেনশনসমূহের সাধারণ ৩ নম্বর অনুচ্ছেদ এর ব্যতিক্রম, যা আন্তর্জাতিক নয় এমন (অভ্যন্তরীণ) সংঘাতের সাথে সম্পর্কিত। এ ছাড়া আরও কিছু বিষয় রয়েছে, যা এখন আন্তর্জাতিক নয় এমন সংঘাতের ক্ষেত্রে প্রথাগত আইন হিসেবে স্বীকৃত। ১৯৭৭ সালের দুটি প্রটোকল ওই সময়ে, বিশেষ করে আন্তর্জাতিক নয় এমন সংঘাত বিষয়ে নিয়ম বিধিবদ্ধ করে এবং যোদ্ধার সংজ্ঞা বিষয়ে কনভেনশনগুলোকে হালনাগাদ করে। অনেক রাষ্ট্রই প্রটোকলগুলোকে যোগদান বা সম্মতি করেনি।

২.১.২ *নিষিদ্ধ অস্ত্র, ল্যান্ডমাইন এবং সাংস্কৃতিক সম্পদসংক্রান্ত চুক্তি (Treaties on restricted weapons, landmines and cultural property)*

ওপরে বর্ণিত 'জেনেভা আইন' ছাড়াও সশস্ত্র সংঘাত সম্পর্কিত আইনের একটি অংশ রয়েছে যা 'হেগ আইন' নামে অভিহিত করা হয়। এর মধ্যে রয়েছে সাংস্কৃতিক সম্পদের সুরক্ষা-সংক্রান্ত কনভেনশন এবং গ্যাস, রাসায়নিক এবং জৈবিক অস্ত্র, নির্বিচারে ক্ষতি করে এবং অপ্রয়োজনীয় ভোগান্তির সৃষ্টি

করে এমন গতানুগতিক অস্ত্র এবং মানুষকে হতাহত করার উদ্দেশ্যে তৈরি ভূমি মাইন এবং গুচ্ছ বোমাসহ বিভিন্ন ধরনের নিষিদ্ধ বা সীমাবদ্ধ অস্ত্রসংক্রান্ত একাধিক কনভেনশন অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। www.icrc.org

২.১.৩ *প্রথাগত আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইন (Customary IHL)*

মানবিকতা-সংক্রান্ত প্রথাগত আন্তর্জাতিক আইন বলতে সশস্ত্র সংঘাত-সংক্রান্ত প্রথাগত সেসব বিধানকে বোঝায় যেগুলোকে রাষ্ট্রসমূহ বিবৃতি, নীতি ও অনুশীলনের মাধ্যমে স্বীকৃতি দিয়েছে এবং কোনো রাষ্ট্র মানবিকতা-সংক্রান্ত আন্তর্জাতিক আইনের পক্ষরাষ্ট্র কি না, সে বিবেচনা ব্যতিরেকে সেগুলো সব রাষ্ট্রের জন্য প্রযোজ্য। প্রথাগত বিধানের সম্মত কোনো তালিকা না থাকলেও নিচের গবেষণাকে এ-সংক্রান্ত সবচেয়ে কর্তৃত্বমূলক ব্যাখ্যা হিসেবে বিবেচনা করা হয়:

প্রথাগত আন্তর্জাতিক মানবিক আইন (সিআইএইচএল) গবেষণা, আইসিআরসি, (Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study, ICRC), Henckaerts, J-M and Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005. www.icrc.org

> **মন্তব্য:** এই গবেষণায় সশস্ত্র সংঘাত-সংক্রান্ত প্রায় সব আইনকে অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। এতে ১৬১টি নির্দিষ্ট নিয়ম তালিকাভুক্ত করা হয়েছে এবং প্রতিটি নিয়ম আন্তর্জাতিক এবং/অথবা আন্তর্জাতিক নয়, এমন সশস্ত্র সংঘাতে প্রযোজ্য কি না, তা উল্লেখ করা হয়েছে। যদিও কিছু আইনবিশ্লেষক এর পদ্ধতি নিয়ে সমালোচনা করেছেন, তবু এটি ১০ বছরের একটি বিস্তৃত পরামর্শভিত্তিক ও কঠোর গবেষণা প্রক্রিয়ার ফল এবং প্রথাগত আইনের সংকলন ও ব্যাখ্যা হিসেবে এর কর্তৃত্ব ব্যাপকভাবে স্বীকৃত।

২.২ সশস্ত্র সংঘাত, আন্তর্জাতিক মানবিক আইন এবং মানবিক সাহায্য-সংক্রান্ত জাতিসংঘ এবং আনুষ্ঠানিকভাবে গৃহীত অন্যান্য আন্তসরকারি নীতিমালা ও নির্দেশিকা

সুরক্ষা-সংক্রান্ত জাতিসংঘ নিরাপত্তা পরিষদ স্মারক বা এদ মেমোয়ার ২০০২, (UN Security Council "Aide Memoire" on Protection 2002) ২০০৩ সালে হালনাগাদ (S/PRST/2003/27). undocs.org

> **মন্তব্য:** এই রেজোল্যুশন/সিদ্ধান্ত রাষ্ট্রগুলোর প্রতি বাধ্যতামূলক নয়, তবে জাতিসংঘের বিভিন্ন সংস্থা ও আইএএসসির সাথে পরামর্শের মাধ্যমে প্রণীত এই দলিলটি শান্তি রক্ষা এবং সংঘাতজনিত জরুরি পরিস্থিতি মোকাবিলায় জাতিসংঘ নিরাপত্তা পরিষদের জন্য একটি নির্দেশিকা।

সশস্ত্র সংঘাতে নারী ও যৌন সহিংসতা-সংক্রান্ত জাতিসংঘ নিরাপত্তা পরিষদের প্রস্তাবসমূহ, (UN Security Council resolutions on sexual violence and women in armed conflict), বিশেষ করে এ ধরনের প্রথম প্রস্তাব নম্বর ১৩২৫ (২০০০), যা নারী, শান্তি ও নিরাপত্তা বিষয়ে গৃহীত হয় এবং সশস্ত্র সংঘাতের প্রেক্ষাপটে নারীর বিরুদ্ধে সহিংসতা মোকাবিলায় একটি যুগান্তকারী মাইলফলক হিসেবে বিবেচিত। পরে গৃহীত রেজোল্যুশনগুলোর মধ্যে রয়েছে ১৮২০ (২০০৮), ১৮৮৮ (২০০৯), ১৮৮৯ (২০০৯) এবং ১৩২৫ (২০১২)। বছর ও নম্বর অনুযায়ী জাতিসংঘ নিরাপত্তা পরিষদের সব প্রস্তাব পাওয়া যাবে: www.un.org

৩. শরণার্থী এবং অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গ (আইডিপি) সংক্রান্ত আন্তর্জাতিক দলিলপত্র

৩.১ শরণার্থী এবং অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গ সম্পর্কিত চুক্তি

এ অংশে আন্তর্জাতিক চুক্তি ছাড়াও দুটি আফ্রিকান ইউনিয়ন (ফরমারলি অর্গানাইজেশন অব আফ্রিকান ইউনিটি, অথবা IGBD) চুক্তির উল্লেখ করা হয়েছে, কারণ এই চুক্তি দুটি ঐতিহাসিক নজির সৃষ্টি করেছে।

শরণার্থীদের মর্যাদা-সম্পর্কিত কনভেনশন ১৯৫১ (সংশোধিত), (Convention relating to the Status of Refugees 1951), ১৯৫১ সালের ২-২৫ জুলাই জেনেভায় অনুষ্ঠিত শরণার্থী এবং রাষ্ট্রহীন ব্যক্তিবর্গ-সংক্রান্ত জাতিসংঘ সম্মেলনে গৃহীত হয় এবং ১৯৫৪ সালের ২২ এপ্রিল কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137. www.unhcr.org

শরণার্থীদের মর্যাদা-সম্পর্কিত প্রটোকল ১৯৬৭, (Protocol Relating to the Status of Refugees 1967), ১৯৬৬ সালের ১৬ ডিসেম্বর জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ২১৯৮ (XXI) ২ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 606, p. 267. www.unhcr.org

> **মন্তব্য:** শরণার্থীবিষয়ক প্রথম আন্তর্জাতিক চুক্তিতে শরণার্থীর সংজ্ঞায় বলা হয়, শরণার্থী সেই ব্যক্তি যিনি 'বর্ণ, ধর্ম, জাতীয়তা, বিশেষ কোনো সামাজিক গোষ্ঠীর সদস্য বা রাজনৈতিক মতানুসারী হওয়ার কারণে নিজ দেশে নির্যাতিত হওয়ার যুক্তিসংগত আশঙ্কার কারণে বাইরের কোনো দেশে অবস্থান করেন এবং নিজ দেশে ফিরতে অসমর্থ হন অথবা এই রকম ভীতির কারণে ওই দেশের সুরক্ষার আশ্রয় নিতে অনিচ্ছুক হন বা নির্যাতিত হওয়ার ভয়ে দেশে ফিরতে অনিচ্ছুক হন...'।

আফ্রিকার শরণার্থী সমস্যা মোকাবিলায় অর্গানাইজেশন অব আফ্রিকান ইউনিয়ন কনভেনশন ১৯৬৯, (OAU Convention Governing the Specific Aspects of Refugee Problems in Africa, 1969), ১৯৬৯ সালের ১০ সেপ্টেম্বর আদ্দিস আবাবায় সরকার ও রাষ্ট্রপ্রধানদের সম্মেলনের ষষ্ঠ সাধারণ অধিবেশনে গৃহীত হয়। www.unhcr.org

> **মন্তব্য:** এই কনভেনশনে ১৯৫১ সালের শরণার্থী সংজ্ঞার সাথে শরণার্থী হিসেবে সেই সব ব্যক্তিকেও যুক্ত করা হয় যারা শুধু নির্যাতিত হওয়ার ভয়ে নয়, বরং বহিঃআগ্রাসন, দখল, বিদেশি আধিপত্য, জনশৃঙ্খলা বিঘ্নকারী মারাত্মক ঘটনাক্রমের জন্য নিজ দেশ ছাড়তে বাধ্য হয়, তাদেরও শরণার্থী হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করা হয়। এই কনভেনশনে অ-রাষ্ট্রীয় বিভিন্ন গোষ্ঠীকেও নির্যাতন সংঘটনকারী হিসেবে গণ্য করা হয় এবং এই কনভেনশন অনুযায়ী শরণার্থীকে তাঁর নিজের এবং ভবিষ্যৎ বিপদ বা শঙ্কার মধ্যে প্রত্যক্ষ যোগসূত্র প্রদর্শন করতে হয় না।

আফ্রিকার অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গের সুরক্ষা ও সহায়তা-সংক্রান্ত আফ্রিকান ইউনিয়ন কনভেনশন (কাম্পালা কনভেনশন) ২০০৯, (African Union Convention for the Protection and Assistance of Internally Displaced Persons in Africa (Kampala Convention)

2009, কাম্পালা শহরে অনুষ্ঠিত আফ্রিকান ইউনিয়নের একটি বিশেষ শীর্ষ সম্মেলনে গৃহীত হয় এবং ৬ ডিসেম্বর ২০১২ তারিখে কার্যকর হয়।

সূত্রঃ au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-inter-nally -displaced-persons-africa

মন্তব্যঃ এটি অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গ-সংক্রান্ত প্রথম বহুপক্ষীয় কনভেনশন।

৩.২ শরণার্থী এবং অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গ-সংক্রান্ত জাতিসংঘ এবং আনুষ্ঠানিকভাবে গৃহীত অন্যান্য আন্তসরকারি নীতিমালা ও নির্দেশিকা

অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুতি-সম্পর্কিত নির্দেশনামূলক নীতিমালা ১৯৯৮ (Guiding Principles on Internal Displacement 1998)

২০০৫ সালের সেপ্টেম্বর মাসে নিউইয়র্কে অনুষ্ঠিত রাষ্ট্র ও সরকারপ্রধানদের শীর্ষ সম্মেলনে জাতিসংঘ সাধারণ পরিষদের (60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) রেজোল্যুশনের মাধ্যমে অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গের সুরক্ষায় গুরুত্বপূর্ণ আন্তর্জাতিক কাঠামো হিসেবে স্বীকৃত হয়। www.ohchr.org

মন্তব্যঃ শরণার্থী আইনের অনুরূপ এই নীতিমালা আন্তর্জাতিক মানবিক এবং মানবাধিকার আইনের ভিত্তিতে প্রতিষ্ঠিত এবং আন্তর্জাতিক মান হিসেবে অভ্যন্তরীণ বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গের সুরক্ষা ও সহায়তায় সরকার, আন্তর্জাতিক সংগঠন এবং প্রাসঙ্গিক অন্য সংগঠকদের পথনির্দেশনায় এই নীতিমালা প্রণীত হয়।

৪. দুর্যোগ এবং মানবিক সহায়তা-সম্পর্কিত আন্তর্জাতিক দলিলপত্র

৪.১. দুর্যোগ এবং মানবিক সহায়তা-সংক্রান্ত চুক্তি

জাতিসংঘ এবং এর সহযোগী কর্মকর্তাদের নিরাপত্তাসংক্রান্ত কনভেনশন ১৯৯৪, (Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel 1994), ১৯৯৪ সালের ৯ ডিসেম্বর, জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদের ৪৯/৫৯ নম্বর রেজোল্যুশনের মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং ১৫ জানুয়ারি ১৯৯৯ কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 2051, p. 363.

জাতিসংঘ এবং এর সহযোগী কর্মকর্তাদের নিরাপত্তাসংক্রান্ত কনভেনশনের ঐচ্ছিক প্রটোকল ২০০৫, (Optional Protocol to the Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel 2005), ২০০৫ সালের ৮ ডিসেম্বর (A/60/42) জাতিসংঘ সাধারণ পরিষদ কর্তৃক গৃহীত হয় এবং ২০১০ সালের ১৯ আগস্ট কার্যকর হয়। www.un.org

> **মন্তব্য:** জাতিসংঘ কর্তৃক 'ব্যতিক্রমী ঝুঁকি' অবাস্তব শর্ত ঘোষণা করা না হলে কনভেনশনটি জাতিসংঘ শান্তিরক্ষা মিশনের সুরক্ষার মধ্যেই সীমাবদ্ধ। এই প্রটোকলের মাধ্যমে কনভেনশনের এই ত্রুটি সংশোধন করা হয় এবং জরুরি মানবিক সহায়তা থেকে শুরু করে শান্তিরক্ষা মিশন ও মানবিক, রাজনৈতিক এবং উন্নয়ন সহায়তা কার্যক্রমসহ জাতিসংঘের সব কার্যক্রম পর্যন্ত আইনগত সুরক্ষার বিধান বিস্তৃত করা হয়।

দুর্যোগ প্রশমন এবং ত্রাণসহায়তা কার্যক্রমের জন্য টেলিযোগাযোগ সম্পদ ব্যবহারসংক্রান্ত তাম্পেরে কনভেনশন ১৯৯৮, (Tampere Convention on the Provision of Telecommunication Resources for Disaster Mitigation and Relief Operations 1998), ১৯৯৮ সালে জরুরি টেলিযোগাযোগ-সংক্রান্ত আন্তসরকারি সম্মেলনে অনুমোদিত হয় এবং ২০০৫ সালের ৮ জানুয়ারি কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 2296, p. 5. www.itu.int

জলবায়ু পরিবর্তনবিষয়ক জাতিসংঘ ফ্রেমওয়ার্ক কনভেনশন ১৯৯২ (ইউএনএফসিসিসি), (UN Framework Convention on Climate Change 1992 (UNFCCC), ১৯৯২ সালের ৪-১৪ জুন রিও ডি জেনিরোতে পরিবেশ ও উন্নয়নবিষয়ক জাতিসংঘ সম্মেলনে গৃহীত হয় এবং ২২ ডিসেম্বর ১৯৯২ জাতিসংঘ সাধারণ পরিষদের সাধারণ পরিষদের ৪৭/১৯৫ রেজোল্যুশনের মাধ্যমে স্বীকৃত হয়। ২১ মার্চ ১৯৯৪, এই কনভেনশন কার্যকারিতা লাভ করে। United Nations, Treaty Series, vol. 1771, p. 107.unfccc.int

- **ইউএনএফসিসিসি কিয়োটো প্রটোকল ১৯৯৭, (Kyoto Protocol to the UNFCCC 1997)**, ১৯৯৭ সালে জাপানের কিয়োটো শহরে অনুষ্ঠিত ফ্রেমওয়ার্ক কনভেনশনের সদস্য সম্মেলনের তৃতীয় অধিবেশনে গৃহীত হয়, এবং ১৬ ফেব্রুয়ারি ২০০৫ কার্যকর হয়। United Nations, Treaty Series, vol. 2303, p. 148.unfccc.int
- **প্যারিস চুক্তি ২০১৫, (Paris Agreement 2015)**, ২০১৫ সালের ডিসেম্বর মাসে ফ্রান্সের প্যারিস শহরে অনুষ্ঠিত ফ্রেমওয়ার্ক কনভেনশনের সদস্য সম্মেলনের ২১তম অধিবেশনে গৃহীত হয় এবং ২০১৬ সালের নভেম্বর মাসে কার্যকর হয়। unfccc.int

> **মন্তব্য:** ইউএনএফসিসিসি, কিয়োটো প্রোটোকল এবং প্যারিস চুক্তি এই তিনটি একই চুক্তিভিত্তিক কাঠামোর অংশ। এগুলো জলবায়ু পরিবর্তনজনিত অভিযোজন এবং ঝুঁকি হ্রাসসংক্রান্ত কৌশলের

বাস্তবায়ন এবং জলবায়ু পরিবর্তনের ঝুঁকি মোকাবিলায়, বিশেষ করে প্রাকৃতিক দুর্যোগের ঝুঁকিপ্রবণ দেশগুলোতে স্থানীয় সামর্থ্য এবং ঘুরে দাঁড়ানোর শক্তি অর্জনে করণীয়-সংক্রান্ত বিধান অন্তর্ভুক্ত আছে। এসব আন্তর্জাতিক দলিলে বিশেষ করে, জলবায়ু পরিবর্তনজনিত প্রাকৃতিক দুর্যোগ হ্রাস কৌশল এবং ঝুঁকি ব্যবস্থাপনার ওপর জোর দেওয়া হয়।

৪.২ দুর্যোগ এবং মানবিক সহায়তাবিষয়ক জাতিসংঘ এবং আনুষ্ঠানিকভাবে গৃহীত অন্য আন্তসরকারি নীতিমালা ও নির্দেশিকা

জরুরি মানবিক সহায়তাবিষয়ক জাতিসংঘ কার্যক্রমের সমন্বয়কে শক্তিশালীকরণ, সংযুক্তিসহ, নির্দেশনামূলক নীতিমালা, (Strengthening of the coordination of humanitarian emergency assistance of the United Nations), ১৯ ডিসেম্বর ১৯৯১, জাতিসংঘের সাধারণ পরিষদ (রেজোল্যুশন, ৪৬/১৮২) কর্তৃক গৃহীত হয়। www.unocha.org

মন্তব্য: এর থেকেই পরে মানবিক কার্যক্রম-সংক্রান্ত জাতিসংঘ বিভাগ সৃষ্টি হয়, যা ১৯৯৮ সালে মানবিক কার্যক্রম সমন্বয়-সংক্রান্ত জাতিসংঘ অফিসে (ইউএন অফিস ফর দ্য কো-অর্ডিনেশন অব হিউম্যানিটেরিয়ান অ্যাফেয়ার্স) রূপান্তরিত হয়।

দুর্যোগ ঝুঁকি হ্রাসের জন্য সেন্দাই ফ্রেমওয়ার্ক ২০১৫-২০৩০ (সেন্দাই ফ্রেমওয়ার্ক) (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 (Sendai Framework). www.unisdr.org

মন্তব্য: সেন্দাই ফ্রেমওয়ার্কটি হলো হুগো ফ্রেমওয়ার্ক ফর অ্যাকশন ২০০৫-২০১৫ এর উত্তরসূরি কাঠামো দুর্যোগ মোকাবিলায় জাতি ও জনগোষ্ঠীর সহনশীলতা গড়ে তোলার পরবর্তী দলিল। এটি ২০১৫ সালে অনুষ্ঠিত তৃতীয় জাতিসংঘ বিশ্ব দুর্যোগ ঝুঁকি হ্রাস সম্মেলনে একটি ঘোষণার মাধ্যমে গৃহীত হয় এবং জাতিসংঘ সাধারণ পরিষদ কর্তৃক রেজোল্যুশন ৬৯/২৮৩-এর মাধ্যমে অনুমোদিত হয়। এর বাস্তবায়নে জাতিসংঘ দুর্যোগ ঝুঁকি হ্রাস কার্যালয় (UNISDR) সহায়তা প্রদান করে। এটি একটি ১৫ বছর মেয়াদি, স্বেচ্ছাসেবী ও আইনগতভাবে বাধ্যতামূলক নয় এমন চুক্তি, যার লক্ষ্য হলো প্রাণহানি, জীবিকা ও স্বাস্থ্যক্ষেত্রে ক্ষতি উল্লেখযোগ্যভাবে কমিয়ে দুর্যোগ ঝুঁকি হ্রাস করা।

আন্তর্জাতিক দুর্যোগ সহায়তা ও প্রাথমিক পুনরুদ্ধার সহায়তার স্থানীয় সুবিধা এবং নিয়ন্ত্রণসংক্রান্ত নির্দেশিকা (আইডিআরএল নির্দেশিকা) ২০০৭, (Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance, (IDRL Guidelines) 2007), রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলনের ৩০তম আন্তর্জাতিক সম্মেলনে গৃহীত হয় (যেখানে জেনেভা কনভেনশনের অংশী রাষ্ট্রসমূহ অন্তর্ভুক্ত ছিল)। www.ifrc.org

৫. জরুরি প্রস্তুতি ও সাড়াদানে মানবাধিকার, সুরক্ষা ও বিপদাপন্নতা-সম্পর্কিত মানবিক নীতিকাঠামো, নির্দেশিকা ও নীতিমালা

জরুরি পরিস্থিতিতে, এখন মানবিক সাড়াদানের জন্য সাধারণ ও নির্দিষ্ট কার্যক্রমমূলক নির্দেশিকার একটি বিস্তৃত পরিসর রয়েছে। যেহেতু এই সরঞ্জামগুলো আর সশস্ত্র সংঘাত, শরণার্থী পরিস্থিতি ও দুর্যোগ সাড়া দেওয়ার মধ্যে পার্থক্য রাখে না, তাই এখানে থিমভিত্তিক শিরোনামের অন্তর্গত কয়েকটি নির্বাচিত নির্দেশনা প্রদান করা হলো: সাধারণ মানসমূহ; লিঙ্গসমতা এবং লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা থেকে সুরক্ষা; জরুরি পরিস্থিতিতে শিশুদের সুরক্ষা এবং শরণার্থী ও অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত ব্যক্তি।

১ স্ফিয়ার সহায়ক/সংযুক্ত মানসমূহ (Sphere companion standards)

মানবিক কর্মকাণ্ডে শিশু সুরক্ষার জন্য ন্যূনতম মান (Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS), মানবিক কার্যক্রমে শিশু সুরক্ষার জন্য জোট (অ্যালায়েন্স), ২০১২। https://resourcecentre.savethechildren.net

বাজার বিশ্লেষণের জন্য ন্যূনতম মান (The Minimum Standard for Market Analysis-MISMA), দ্য ক্যাশ লার্নিং পার্টনারশিপ (CaLP), ২০১৭। The Cash Learning Partnership (CaLP).) www.cashlearning.org

শিক্ষার জন্য ন্যূনতম মানসমূহ: প্রস্তুতি, সাড়া, পুনরুদ্ধার। ইন্টার-এজেন্সি নেটওয়ার্ক ফর এডুকেশন ইন ইমার্জেন্সিজ (INEE), ২০১০। (**Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery.** Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)) http://s3.amazonaws.com

গবাদিপ্রাণী সংক্রান্ত জরুরি নির্দেশিকা ও মানসমূহ (The Livestock Emergency Guidelines and Standards- LEGS)। LEGS প্রজেক্ট, 2014. https://www.livestock-emergency.net

ন্যূনতম অর্থনৈতিক পুনরুদ্ধার মান (The Minimum Economic Recovery Standards-MERS)। দ্য স্মল এন্টারপ্রাইজ এডুকেশন অ্যান্ড প্রমোশন নেটওয়ার্ক (SEEP), ২০১৭। The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017). https://seepnetwork.org

প্রবীণ মানুষ ও প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য মানবিক অন্তর্ভুক্তি মানসমূহ। এজ অ্যান্ড ডিজঅ্যাবিলিটি কনসোর্টিয়াম, হেল্পএজ ইন্টারন্যাশনাল, হ্যান্ডিক্যাপ ইন্টারন্যাশনাল, ২০১৮। (**Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities.** Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018). https://reliefweb.int

২ বিষয়ভিত্তিক অন্যান্য আচরণবিধি, নির্দেশিকা ও ম্যানুয়ালসমূহ

২.১ মানবিক সাড়াদানে সাধারণ সুরক্ষা ও গুণগত মানসমূহ

দুর্যোগকালীন ত্রাণ কার্যক্রম পরিচালনায় আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলন এবং বেসরকারি সংস্থাগুলোর আচরণবিধি (Code of Conduct for The International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief) ⊕ *সংযুক্তি ২ দেখুন।*

আন্তর্জাতিক রেডক্রস এবং রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলনের মৌলিক নীতিমালা ১৯৬৫ (Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement 1965), রেডক্রসের ২০তম আন্তর্জাতিক সম্মেলনে গৃহীত হয়। www.ifrc.org

প্রাকৃতিক দুর্যোগ পরিস্থিতিতে ব্যক্তিদের সুরক্ষাসংক্রান্ত IASC কার্যক্রমমূলক নির্দেশিকা (IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters)। ইন্টার-এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি এবং ব্রুকিংস-বার্ন প্রজেক্ট অন ইন্টারনাল ডিসপ্লেসমেন্ট, ২০১১। https://www.brookings.edu

জরুরি পরিস্থিতিতে মানসিক স্বাস্থ্য ও মনঃসামাজিক সহায়তা-সংক্রান্ত IASC নির্দেশিকা, ২০০৭ (IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007)। জাতিসংঘ ইন্টার-এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি। www.who.int

মানবিক কার্যক্রমে প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের অন্তর্ভুক্তি সংক্রান্ত IASC নির্দেশিকা (IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action)। https://interagencystandingcommittee.org

মানবিক কার্যক্রমে সুরক্ষাসংক্রান্ত IASC নীতিমালা, ২০১৬ (IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016)। জাতিসংঘ ইন্টার-এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি। https://interagencystandingcommittee.org

মানবিক অনুদান নীতিমালা এবং ভালো চর্চা ২০০৩ (Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship 2003), দাতা দেশসমূহ, জাতিসংঘ সংস্থাসমূহ, বেসরকারি সংস্থা এবং আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলনের অংশগ্রহণে অনুষ্ঠিত স্টকহোম সম্মেলনের মাধ্যমে অনুমোদিত হয় এবং ইউরোপীয় ইউনিয়ন ও ১৬টি রাষ্ট্র কর্তৃক স্বাক্ষরিত হয়। www.ghdinitiative.org

সুরক্ষা কার্যক্রমের জন্য পেশাগত মানসমূহ ২০১৮ (Professional Standards for Protection Work. 2018)। আন্তর্জাতিক রেডক্রস কমিটি (CRC)। https://shop.icrc.org

প্রাকৃতিক দুর্যোগ পরিস্থিতিতে প্রযোজ্য আন্তর্জাতিক আইন ও মানসমূহ (IDLO লিগ্যাল ম্যানুয়াল), ২০০৯ (International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009)। ইন্টারন্যাশনাল ডেভেলপমেন্ট ল অর্গানাইজেশন (IDLO)। https://www.sheltercluster.org

২.২ লিঙ্গসমতা ও লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা (GBV) থেকে সুরক্ষা (Gender equality and protection from gender-based violence (GBV)

জিবিভি কনস্ট্যান্ট কম্প্যানিয়ন (GBV Constant Companion)। গ্লোবাল শেল্টার ক্লাস্টার, শেল্টার প্রোগ্রামিংয়ে জিবিভি ওয়ার্কিং গ্রুপ ২০১৬। https://sheltercluster.org

মানবিক কার্যক্রমে জেন্ডারভিত্তিক হ্যান্ডবুক ২০০৬ (Gender Handbook in Humanitarian Action 2006) "নারী, কিশোরী, কিশোর ও পুরুষ ভিন্ন চাহিদা-সমান সুযোগ, মানবিক কার্যক্রমের জন্য একটি জেন্ডারভিত্তিক হ্যান্ডবুক। ইন্টার-এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি (IASC) http://www.unhcr.org

জেন্ডার-সংবেদনশীল প্রস্তুতিমূলক ক্যাম্প পরিকল্পনা: আবাসন পরিকল্পনা, আনুষ্ঠানিক ক্যাম্প ও অনানুষ্ঠানিক আবাসন-সংক্রান্ত নির্দেশিকা (Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance)। গ্লোবাল শেল্টার ক্লাস্টার, শেল্টার প্রোগ্রামিংয়ে জিবিভি ওয়ার্কিং গ্রুপ ২০১৬। https://www.sheltercluster.org

মানবিক কার্যক্রমে জেন্ডারভিত্তিক সহিংসতা (GBV) প্রতিরোধ ও সাড়াদান অন্তর্ভুক্তিকরণ বিষয়ে IASC নির্দেশিকা (IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action). ২০১৫। নিউইয়র্ক; জাতিসংঘ ইন্টার-এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি ও গ্লোবাল প্রোটেকশন ক্লাস্টার। www.gbvguidelines.org

কমিউনিটি নেতৃত্বাধীন উন্নয়ন কর্মসূচিতে জেন্ডার-সংবেদনশীল দুর্যোগ ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা অন্তর্ভুক্তিকরণ (Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community Driven Development Programs)। জেন্ডার ও দুর্যোগ ঝুঁকি ব্যবস্থাপনাবিষয়ক নির্দেশনামূলক নোট নম্বর ৬। বিশ্বব্যাংক। ২০১২। https://openknowledge.worldbank.org

দুর্যোগ ঝুঁকি হ্রাসকে লিঙ্গসংবেদনশীল করা: নীতিমালা ও ব্যবহারিক নির্দেশিকা (Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines)। জেনেভা; UNISDR, UNDP এবং IUCN 2009। https://www.unisdr.org

জানার জন্য প্রয়োজনীয় নির্দেশিকা: জোরপূর্বক বাস্তুচ্যুত অবস্থায় যৌন ও লিঙ্গভিত্তিক সহিংসতা থেকে বেঁচে ফেরা পুরুষ ও কিশোরদের সাথে কাজ করা (Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement)। UNHCR 2011। www.globalprotectioncluster.org

জানার জন্য প্রয়োজনীয় নির্দেশিকা: জোরপূর্বক বাস্তুচ্যুত অবস্থায় লেসবিয়ান, গে, বাইসেক্সুয়াল, ট্রান্সজেন্ডার ও ইন্টারসেক্স ব্যক্তিবর্গের সাথে কাজ করা (Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons in Forced Displacement)। UNHCR. 2011। www.globalprotectioncluster.org

পূর্বানুমেয়, প্রতিরোধযোগ্য: দুর্যোগ চলাকালীন ও পরবর্তী সময়ে আন্তব্যক্তিক এবং আত্মনির্দেশিত সহিংসতা মোকাবিলায় ভালো চর্চা (Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self Directed Violence During and After Disasters)। জেনেভা; IFRC ও Canadian Red Cross। ২০১২।
www.ifrc.org

২.৩ জরুরি পরিস্থিতিতে শিশুরা (Children in emergencies)

অভিভাবকবিহীন ও পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুদের জন্য মাঠপর্যায়ের হ্যান্ডবুক, ২০১৭ (Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017)। অভিভাবকবিহীন ও পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুবিষয়ক ইন্টার-এজেন্সি ওয়ার্কিং গ্রুপ; অ্যালায়েন্স ফর চাইল্ড প্রোটেকশন ইন হিউম্যানিটারিয়ান অ্যাকশন। https://reliefweb.int

মানবিক কার্যক্রমে শিশু সুরক্ষার জন্য IASC-এর ন্যূনতম মানসমূহ, ২০১২ (IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. 2012)। নিউইয়র্ক; জাতিসংঘ ইন্টার-এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি ও গ্লোবাল প্রোটেকশন ক্লাস্টার (চাইল্ড প্রোটেকশন ওয়ার্কিং গ্রুপ)। cpwg.net

অভিভাবকবিহীন ও পরিবার থেকে বিচ্ছিন্ন শিশুদের বিষয়ে আন্তঃসংস্থাগত নির্দেশনামূলক নীতিমালা, ২০০৪ (Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2004)। ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. https://www.icrc.org

২.৪ শরণার্থী ও অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গ (IDPs) (Refugees and internally displaced persons (IDPs)

UNHCR (জাতিসংঘের শরণার্থী সংস্থা) শরণার্থী কনভেনশন ও প্রোটোকলের আওতায় শরণার্থীদের সুরক্ষার জন্য একটি বিশেষ আইনি ম্যান্ডেট বহন করে। UNHCR-এর ওয়েবসাইটে এ বিষয়ে বিস্তৃত তথ্য পাওয়া যায়। www.unhcr.org

অভ্যন্তরীণভাবে বাস্তুচ্যুত ব্যক্তিবর্গের সুরক্ষার জন্য IASC হ্যান্ডবুক (মার্চ ২০১০) (IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (March 2010)। জাতিসংঘ ইন্টার-এজেন্সি স্ট্যান্ডিং কমিটি (IASC)। ২০১০। www.unhcr.org

সংযুক্তি ২
দুর্যোগকালীন ত্রাণ সামগ্রী বিতরণ কাজে নিয়োজিত আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলন এবং বেসরকারি সংস্থাসমূহের (এনজিও) আচরণবিধি

ইন্টারন্যাশনাল ফেডারেশন অব রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট সোসাইটিজ এবং 'ইন্টারন্যাশনাল কমিটি অব দ্য রেড ক্রস'র সম্মিলিত উদ্যোগে প্রণীত[১]।

উদ্দেশ্য

এই আচরণবিধির উদ্দেশ্য হলো আমাদের আচরণগত মানদণ্ড সুরক্ষিত রাখা। কীভাবে রেশনের হিসাব করতে হবে কিংবা শরণার্থী ক্যাম্প স্থাপন করতে হবে–এ ধরনের কার্যকরী বিষয়ের বিস্তৃত বর্ণনা এতে নেই। বরং, এই বিধিগুলো দুর্যোগে সাড়াদানকারী এনজিও, আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলনের প্রত্যাশিত স্বাধীনতা, কার্যকারিতা এবং মানবিক সহায়তার সুফলের সর্বোচ্চ মান বজায় রাখার জন্য প্রণীত। এটি একটি ঐচ্ছিক বিধিমালা, এতে বর্ণিত আদর্শগুলোকে গ্রহণপূর্বক সংস্থাগুলো নিজেরাই স্বেচ্ছায় এটিকে কার্যকর করে।

কোন দেশ বা অঞ্চলে সশস্ত্র সংঘাত দেখা দিলে, আন্তর্জাতিক মানবাধিকার আইনের সাথে সামঞ্জস্য রেখে বিদ্যমান এই আচরণবিধি ব্যাখ্যা ও প্রয়োগ করা হয়।

আচরণবিধিটি প্রথমে উপস্থাপন করা হয়েছে। এর সাথে সংযুক্ত রয়েছে তিনটি সংযোজনী, যেখানে আশ্রয় প্রদানকারী সরকার, দাতা সরকার এবং আন্তসরকারি সংস্থাসমূহের দ্বারা এমন একটি কর্মপরিবেশ গড়ে তোলার বর্ণনা দেওয়া হয়েছে, যা মানবিক সহায়তার কার্যকর সরবরাহ নিশ্চিত করতে সহায়ক হবে।

সংজ্ঞাসমূহ

এনজিও (NGOs): এখানে এনজিও (Non-Governmental Organisations) বলতে জাতীয় ও আন্তর্জাতিক উভয় ধরনের সেই সংস্থাগুলোকে বোঝানো হয়েছে, যেগুলো দেশের সরকার থেকে পৃথকভাবে প্রতিষ্ঠিত হয়ে থাকে।

এনজিএইচএ (NGHAs): এই পাঠ্যের উদ্দেশ্যে, আন্তর্জাতিক রেড ক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলনের বিভিন্ন উপাদান– আন্তর্জাতিক রেড ক্রস কমিটি (ICRC), আন্তর্জাতিক রেড ক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট সোসাইটিস ফেডারেশন এবং এর সদস্য জাতীয় সোসাইটিসমূহ– এবং উপরে সংজ্ঞায়িত এনজিওসমূহকে অন্তর্ভুক্ত করে "বেসরকারি মানবিক সংস্থা" (NGHA) পরিভাষাটি ব্যবহার করা হয়েছে। এই আচরণবিধি বিশেষভাবে সেইসব NGHA-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, যারা দুর্যোগ মোকাবিলা কার্যক্রমে যুক্ত।

---

১. *সৌজন্যে: কারিতাস ইন্টারন্যাশনাল, *ক্যাথলিক রিলিফ সার্ভিস, * ইন্ট্যারন্যাশনাল ফেডারেশন অব রেডক্রস অ্যান্ড রেড ক্রিসেন্ট সোসাইটিস, *ইন্ট্যারন্যাশনাল সেভ দ্য চিলড্রেন অ্যালায়েন্স, লুথেরান ওয়ার্ল্ড ফেডারেশন, *অক্সফ্যাম, *ওয়াল্ড কাউন্সিল অব চার্চেস, *ইন্ট্যারন্যাশনাল কমিটি অব দ্য রেডক্রস, (*মানবিক সাহায্য কার্যক্রম পরিকল্পনার সাথে যুক্ত স্টিয়ারিং কমিটির সদস্যবৃন্দ)।*

আইজিও (IGOs): আইজিও (Inter-Governmental Organisations) হচ্ছে দুই বা ততোধিক দেশের সরকারকে নিয়ে গড়ে ওঠা সংগঠন। জাতিসংঘের আওতাধীন সব সংস্থা ও আঞ্চলিক সংগঠনগুলো এর অন্তর্ভুক্ত।

দুর্যোগ: দুর্যোগ হচ্ছে এমন পরিস্থিতি বা ঘটনা, যা মানুষের জন্য মৃত্যু ও অবর্ণনীয় দুঃখ-দুর্দশার কারণ হয় এবং ধনসম্পত্তির ব্যাপক ক্ষয়ক্ষতি সাধন করে।

আচরণবিধি

দুর্যোগ সাড়াদান কার্যক্রমে জড়িত আন্তর্জাতিক রেডক্রস ও রেড ক্রিসেন্ট আন্দোলন এবং এনজিওদের আচরণের নীতিমালা

১. প্রথমেই আসে মানবিক দায়িত্বের বিষয়টি

সব ধরনের মানবিক সাহায্য গ্রহণের অধিকার এবং সাহায্য প্রদান একটি মৌলিক মানবিক নীতিমালা, যা বিশ্বের সব দেশের নাগরিকদের জন্যই প্রযোজ্য। আন্তর্জাতিক সম্প্রদায়ের সদস্য হিসেবে, যেখানে মানবিক সহায়তার প্রয়োজন রয়েছে, সেখানে তা প্রদান করার দায়বদ্ধতা আমরা স্বীকার করি। এ দায়িত্ব পালনের জন্য ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের কাছে যাওয়ার সুযোগ থাকা বাঞ্ছনীয়। দুর্যোগের বিরুদ্ধে লড়াই করার সামর্থ্য যাদের সবচেয়ে কম, তাদের দুর্দশা দূর করাই হচ্ছে আমাদের প্রধান উদ্দেশ্য। মানবিক সাহায্য প্রদান করার বিষয়টি রাজনৈতিক বা পক্ষপাতমূলক নয় এবং এটিকে এভাবে দেখাও উচিত নয়।

২. ধর্ম, বর্ণ ও জাতিনির্বিশেষে সাহায্য দেওয়া হয়, কোনোরকম পার্থক্য করা হয় না। শুধু চাহিদার ভিত্তিতে সহায়তার অগ্রাধিকার নির্ধারণ করা হয়

সম্ভাব্য সব ক্ষেত্রে, দুর্যোগে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের চাহিদার পুঙ্খানুপুঙ্খ নিরূপণ (যাচাই) ও এই চাহিদা পূরণের জন্য স্থানীয় পর্যায়ে বিদ্যমান সক্ষমতার ওপর ভিত্তি করে আমরা ত্রাণসামগ্রী বিতরণ করব। আমাদের কর্মসূচিজুড়েই সমানুপাতিকতা (proportionality) বিষয়টিকে বিবেচনায় রাখব। যেখানে মানবিক কষ্ট রয়েছে, সেখানেই তা লাঘব করতে হবে; একটি দেশের এক অংশে জীবন যেমন মূল্যবান, অন্য অংশেও তেমনই মূল্যবান। এভাবেই মানুষের কষ্টের মাত্রার ওপর ভিত্তি করে আমাদের সহযোগিতা কার্যক্রম অব্যাহত থাকবে। এই লক্ষ্য বাস্তবায়নের সময় আমরা দুর্যোগপ্রবণ জনগোষ্ঠীগুলোতে নারীদের গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকার বিষয়টি স্বীকার করি এবং নিশ্চিত করব যে আমাদের সহায়তা কর্মসূচির মাধ্যমে এই ভূমিকা ক্ষুণ্ন নয়, বরং সমর্থিত হয়। এ ধরনের বিশ্বজনীন, নিরপেক্ষ ও স্বাধীন নীতি তখনই বাস্তবায়ন করা সম্ভব হবে যখন আমরা ও আমাদের অংশীদাররা ন্যায্যভাবে ত্রাণসামগ্রী বিতরণের জন্য প্রয়োজনীয় সম্পদে প্রবেশাধিকার থাকবে এবং সব দুর্যোগপীড়িত মানুষের কাছে সমানভাবে যাওয়ার সুযোগ থাকবে।

৩. বিশেষ কোনো রাজনৈতিক অথবা ধর্মীয় মতাদর্শকে প্রতিষ্ঠা করার জন্য মানবিক সাহায্য ব্যবহার করা হবে না

মানবিক সহায়তা ব্যক্তি, পরিবার এবং জনগোষ্ঠীর চাহিদার ওপর ভিত্তি করে প্রদান করা হবে। এনজিএইচএগুলোর বিশেষ কোনো রাজনৈতিক অথবা ধর্মীয় মতামত থাকতেই পারে, কিন্তু আমরা পুনরায় নিশ্চিত করছি যে, সহায়তা গ্রহণকারীদের এসব মতামতের প্রতি আনুগত্যের ওপর নির্ভরশীল হবে না। নির্দিষ্ট কোনো রাজনৈতিক কিংবা ধর্মীয় মতবাদের সমর্থন বা গ্রহণের শর্তে আমরা আমরা সহায়তার প্রতিশ্রুতি, সরবরাহ বা বণ্টন করব না।

৪. আমরা কখনোই সরকারের পররাষ্ট্রনীতির হাতিয়ার হিসেবে ব্যবহৃত হব না

এনজিএইচএগুলো হচ্ছে সরকারের হস্তক্ষেপমুক্ত কতগুলো স্বাধীন প্রতিষ্ঠান। কাজেই স্বাভাবিকভাবে আমরা নিজেরাই আমাদের নীতিমালা এবং তা বাস্তবায়নের কৌশল নির্ধারণ করি এবং আমরা কোনো সরকারের নীতিমালা বাস্তবায়নের উদ্যোগ গ্রহণ করি না, অবশ্য আমাদের স্বাধীন নীতিমালার সঙ্গে সরকারের নীতিমালা মিলে যেতেই পারে। সচেতন কিংবা অবচেতন, কোনোভাবেই আমরা এবং আমাদের কর্মীরা মানবিক উদ্দেশ্য ব্যতীত রাজনৈতিক, সামরিক অথবা অর্থনৈতিক দিক থেকে স্পর্শকাতর কোনো তথ্য সংগ্রহ করব না, যা সরকার বা অন্যদের উদ্দেশ্য পূরণ করে, একইভাবে দাতা সরকারের পররাষ্ট্রনীতির হাতিয়ার হিসেবেও আমরা কাজ করব না। আমরা যে সহায়তা পাই, তা প্রয়োজন মেটানোর জন্য ব্যবহার করব; দাতাদের উদ্বৃত্ত পণ্য নিষ্পত্তির প্রয়োজন বা কোনো নির্দিষ্ট দাতার রাজনৈতিক স্বার্থ হাসিল করার জন্য এ সহায়তা পরিচালিত হবে না। আমরা সচেতন ব্যক্তিদের স্বেচ্ছাশ্রম প্রদান ও অর্থায়নকে মূল্যায়ন করি এবং উৎসাহিত করতে চাই। কারণ এগুলো আমাদের কর্মকাণ্ডকে সাহায্য করে এবং আমাদের স্বাধীনভাবে কাজ করার সুযোগ বাড়িয়ে দেয়। আমাদের স্বাধীনতা রক্ষার জন্য আমরা কোনো একক অর্থায়ন উৎসের ওপর নির্ভরশীলতা এড়াতে চেষ্টা করব।

৫. আমরা সংস্কৃতি ও রীতিনীতিকে শ্রদ্ধা করব

যে জনগোষ্ঠী ও দেশগুলোতে আমরা কাজ করি, সেখানকার সংস্কৃতি, সমাজকাঠামো এবং রীতিনীতির প্রতি আমরা সম্মান প্রদর্শন করব।

৬. আমরা স্থানীয় সক্ষমতার ওপর ভিত্তি করে দুর্যোগ সাড়াদান প্রতিষ্ঠা করার চেষ্টা করব

সব মানুষ এবং জনগোষ্ঠীরই সক্ষমতার ও বিপন্নতার পাশাপাশি কিছু সক্ষমতা থাকে, এমনকি দুর্যোগের সময়ও। স্থানীয় কর্মী নিয়োগ, স্থানীয় দ্রব্যসামগ্রী ক্রয় এবং স্থানীয় প্রতিষ্ঠানগুলোর সঙ্গে ব্যবসায়িক লেনদেনের মাধ্যমে যেখানেই সম্ভব তাদের এই সক্ষমতাকে আমরা শক্তিশালী করব। ত্রাণ কার্যক্রম পরিকল্পনা ও বাস্তবায়নে আমরা স্থানীয় এনজিএইচএগুলোর সাথে পার্টনার হিসেবে কাজ করব এবং প্রয়োজন অনুযায়ী স্থানীয় সরকার কাঠামোকেও সহায়তা করব। জরুরি সাড়াদান কার্যক্রম পরিচালনায় আমরা যথাযথ সমন্বয়ের ওপর প্রাধান্য দেব। দেশের অভ্যন্তরে ত্রাণ পরিচালনায় সরাসরি সম্পৃক্ত ব্যক্তি বা সংস্থাই এই কাজটি সবচেয়ে ভালোভাবে সম্পন্ন করতে পারবে, তবে এতে জাতিসংঘের সংশ্লিষ্ট সংস্থাসমূহের প্রতিনিধিদেরও অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।

৭. ত্রাণসামগ্রী সহায়তা ব্যবস্থাপনায় উপকারভোগীদের সম্পৃক্ত করার উপায় খুঁজে বের করা হবে

দুর্যোগ সাড়াদানের সহায়তা কখনোই উপকারভোগীদের ওপর চাপিয়ে দেওয়া উচিত নয়। সহায়তা কর্মসূচির পরিকল্পনা, ব্যবস্থাপনা ও বাস্তবায়নে প্রত্যাশিত উপকারভোগীরা সম্পৃক্ত থাকলেই কার্যকর ত্রাণসামগ্রী বিতরণ ও দীর্ঘস্থায়ী পুনর্বাসন সবচেয়ে ভালোভাবে অর্জিত হয়। আমরা আমাদের ত্রাণসামগ্রী বিতরণ ও পুনর্বাসন কর্মসূচিতে জনগোষ্ঠীর সব মানুষের অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে সচেষ্ট হব।

৮. ত্রাণসামগ্রী সহযোগিতা অবশ্যই মানুষের মৌলিক চাহিদা পূরণের পাশাপাশি ভবিষ্যৎ দুর্যোগজনিত বিপন্নতা কমাতে চেষ্টা করবে

সব ত্রাণ কার্যক্রম একটি দেশের দীর্ঘমেয়াদি উন্নয়নের সম্ভাবনাকে প্রভাবিত করে, তা ইতিবাচকভাবেই হোক বা নেতিবাচকভাবে। এ বিষয়টি মাথায় রেখে আমরা এমনভাবে ত্রাণসামগ্রী সহায়তা কর্মসূচি বাস্তবায়ন করার চেষ্টা করব, যেন তা উপকারভোগীদের ভবিষ্যৎ বিপন্নতা

সক্রিয়ভাবে হ্রাস করে এবং টেকসই জীবনধারা সৃষ্টিতে সাহায্য করে। আমরা ত্রাণ কর্মসূচি পরিকল্পনা ও ব্যবস্থাপনার সময় পরিবেশগত বিষয়গুলোর ওপর বিশেষ নজর রাখব। আমরা অবশ্যই মানবিক সাহায্যের নেতিবাচক প্রভাব কমিয়ে আনার চেষ্টা করব, দীর্ঘ মেয়াদে বহিরাগত সহায়তার ওপর সুবিধাভোগীদের নির্ভরশীলতা এড়াতে সচেষ্ট হব।

৯. যাদের আমরা সহায়তা করার চেষ্টা করি এবং যাদের কাছ থেকে সম্পদ গ্রহণ করি, উভয়ের কাছেই আমরা দায়বদ্ধ থাকব

দুর্যোগের সময় যারা সহায়তা দিতে চান এবং যাদের সহায়তার প্রয়োজন, উভয়ের মাঝে প্রায়ই আমরা একটি প্রাতিষ্ঠানিক সেতুবন্ধ হিসেবে কাজ করি। কাজেই আমরা উভয়ের কাছেই দায়বদ্ধ থাকি। দাতা ও উপকারভোগীদের সাথে আমাদের সব কার্যক্রমে উন্মুক্ততা ও স্বচ্ছতা বজায় থাকবে। আর্থিক স্বচ্ছতা এবং কার্যকারিতা–উভয় দৃষ্টিকোণ থেকেই আমাদের কর্মকাণ্ডের প্রতিবেদন প্রকাশ করার প্রয়োজনীয়তা আমরা বুঝতে পারি। ত্রাণসামগ্রী বিতরণের যথাযথ পর্যবেক্ষণ এবং মানবিক সাহায্যের প্রভাব নিয়মিত নিরূপণের (যাচাই) বাধ্যবাধকতাও আমরা স্বীকার করি। আমাদের কার্যক্রম কতটুকু প্রভাব ফেলছে এবং কী কী নিয়ামক এই প্রভাব বৃদ্ধি করছে বা সীমাবদ্ধ করে তুলছে, সে ব্যাপারে আমরা খোলাখুলিভাবে প্রতিবেদনে উল্লেখ করব। মূল্যবান সম্পদের অপচয় রোধ করতে উচ্চমানের পেশাদারিত্ব (professionalism) এবং দক্ষতার ওপর ভিত্তি করে আমাদের কর্মসূচিগুলো পরিচালিত হবে।

১০. তথ্য, প্রচার এবং বিজ্ঞাপন কর্মকাণ্ডে দুর্গতদের আমরা মর্যাদাসম্পন্ন মানুষ হিসেবে বিবেচনা করব, অসহায় বস্তু হিসেবে নয়

কার্যক্রমে সম-অংশীদার হিসেবে দুর্যোগপীড়িত মানুষকে সম্মান করার বিষয়টি কখনোই ভুলে যাওয়া যাবে না। জনসচেতনতামূলক তথ্য প্রচার শুধু ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের বিপন্নতা আর ভীতির নয়, তাদের আশা-আকাঙ্ক্ষা এবং সক্ষমতার বিষয়গুলোর প্রতি গুরুত্ব দিয়ে দুর্যোগ পরিস্থিতির একটি বস্তুনিষ্ঠ চিত্র আমরা তুলে ধরব। জনগণের সাড়া পাবার জন্য আমরা গণমাধ্যমের সাথে সহযোগিতা করব, তবে আমরা বাহ্যিক বা অভ্যন্তরীণ কোনো প্রচারমূলক দাবিকে কখনোই সামগ্রিক ত্রাণসহায়তা সর্বাধিক করার নীতির ওপর অগ্রাধিকার দেব না। গণমাধ্যমে প্রচার পাবার জন্য আমরা অন্য সংস্থাগুলোর সঙ্গে প্রতিযোগিতা এড়িয়ে যাব, যেখানে এই প্রচারের ফলে উপকারভোগীদের সেবা অথবা আমাদের প্রতিনিধি ও উপকারভোগীদের নিরাপত্তা বিঘ্নিত হবার আশঙ্কা থাকে।

কাজ করার পরিবেশ

উপরে বর্ণিত আচরণবিধি মেনে চলার ব্যাপারে আমরা একপাক্ষিকভাবেই (unilaterally) একমত হয়েছি। এখন আমরা কাজ করার পরিবেশ সম্পর্কে কিছু দিকনির্দেশনা উপস্থাপন করছি, যেগুলো দাতা সরকার, আশ্রয় প্রদানকারী সরকার এবং আন্তসরকারি সংস্থাসমূহ, বিশেষ করে জাতিসংঘের অঙ্গসংস্থাগুলোকে এই পরিবেশ গড়ে তোলার দায়িত্ব নিতে হবে, ফলে দুর্যোগ সাড়াদানে এনজিএইচএগুলোর কার্যকর অংশগ্রহণ সহজ হবে।

এই নির্দেশনাগুলো শুধু দিকনির্দেশই করবে। এগুলো আইনগতভাবে বাধ্যতামূলক নয়, আর আমরা সরকার বা আন্তসরকারি সংস্থাসমূহর কাছ থেকে কোনো নথিতে স্বাক্ষরের মাধ্যমে এগুলো গ্রহণের প্রত্যাশা করি না, যদিও ভবিষ্যতে এটি একটি লক্ষ্য হতে পারে। এই নির্দেশনাগুলো খোলা মনে এবং সহযোগিতামূলক দৃষ্টিভঙ্গি নিয়ে উপস্থাপন করা হচ্ছে, যাতে অংশীদারি প্রতিষ্ঠানের সাথে আমরা যে আদর্শ সম্পর্কটি স্থাপন করতে চাই, সে ব্যাপারে তারা সচেতন হয়।

সংযোজনী ১: দুর্যোগে ক্ষতিগ্রস্ত দেশগুলোর সরকারগুলোর জন্য সুপারিশমালা

১. এনজিএইচএগুলোর (NGHAs) স্বাধীন, মানবিক এবং নিরপেক্ষ কার্যক্রমকে সরকারগুলোর স্বীকৃতি দেওয়া এবং সেগুলোর প্রতি সম্মান প্রদর্শন করা উচিত

এনজিএইচএগুলো স্বাধীন সংস্থা। এই স্বাধীনতা এবং নিরপেক্ষতাকে আশ্রয় প্রদানকারী দেশের সরকারগুলোর সম্মান করা উচিত।

২. আশ্রয় প্রদানকারী দেশের সরকারগুলোর উচিত এনজিএইচদের দ্রুত দুর্যোগে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের কাছে যাওয়ার সুযোগ করে দেওয়া

এনজিএইচএগুলোকে দ্রুত ও নিরপেক্ষভাবে দুর্যোগে ক্ষতিগ্রস্ত মানুষদের কাছে যাওয়ার সুযোগ দেওয়া উচিত, যাতে তারা মানবিক সহায়তা প্রদান করার ক্ষেত্রে মানবিক নীতিমালা যেন পুরোপুরি মেনে চলতে পারে। সার্বভৌম দায়িত্ব পালনের অংশ হিসেবে আশ্রয় প্রদানকারী দেশের সরকারগুলোর কর্তব্য হলো এ ধরনের সহায়তায় বাধা না দেওয়া এবং এনজিএইচএগুলোর নিরপেক্ষ ও অরাজনৈতিক কার্যক্রম গ্রহণ করা। আশ্রয় প্রদানকারী দেশের সরকারগুলোর উচিত ত্রাণকর্মীদের দ্রুত প্রবেশ সহজ করা, বিশেষ করে পরিবহন, প্রবেশ ও প্রস্থান ভিসার শর্ত শিথিল করা বা দ্রুত অনুমোদনের ব্যবস্থা করা। তা ছাড়া জরুরি ত্রাণকার্যের সময় দেশের আকাশসীমা দিয়ে আন্তর্জাতিক ত্রাণসামগ্রী এবং কর্মী বহনকারী বিমান চলাচলের অনুমতি ও অবতরণের অধিকার দেওয়াও সরকারের কর্তব্য।

৩. দুর্যোগকালে ত্রাণসামগ্রী ও তথ্যের সময়োপযোগী প্রবাহ নিশ্চিত করতে সরকারসমূহের সহায়তা করা উচিত

ত্রাণসামগ্রী ও যন্ত্রপাতি কেবল মানুষের দুর্দশা দূর করার উদ্দেশ্যে একটি দেশে আনা হয়, বাণিজ্যিক সুবিধা বা লাভের জন্য নয়। এসব সামগ্রী সাধারণত অবাধ ও সীমাহীনভাবে প্রবেশের অনুমতি পাওয়া উচিত এবং এগুলোর ক্ষেত্রে কনস্যুলার উৎপত্তি সনদ, চালানপত্র, আমদানি এবং/অথবা রপ্তানি লাইসেন্স বা অন্যান্য বিধিনিষেধ, আমদানি কর, অবতরণ ফি বা বন্দর চার্জ আরোপ করা উচিত নয়।

যানবাহন, হালকা বিমান ও টেলিযোগাযোগ যন্ত্রপাতিসহ প্রয়োজনীয় ত্রাণ যন্ত্রপাতি সাময়িক আমদানির জন্য আশ্রয় প্রদানকারী দেশের সরকার কর্তৃক লাইসেন্স বা নিবন্ধনসংক্রান্ত বিধিনিষেধ সাময়িকভাবে শিথিল করার মাধ্যমে সহজ করা উচিত। একইভাবে ত্রাণ কার্যক্রমের শেষে ব্যবহৃত যন্ত্রপাতি ফিরিয়ে নেওয়ার ক্ষেত্রে সরকারের প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টি করা উচিত হবে না।

দুর্যোগকালীন যোগাযোগ সহজ করতে আশ্রয় প্রদানকারী সরকারগুলোকে কিছু নির্দিষ্ট রেডিও ফ্রিকোয়েন্সি নির্ধারণে উৎসাহিত করা হয়, যেন ত্রাণ কার্যক্রমে জড়িত সংস্থাগুলো দেশের ভেতরে ও আন্তর্জাতিক যোগাযোগে ব্যবহার করতে পারে এবং দুর্যোগের আগেই সাড়াদানের সাথে যুক্ত সংস্থা ও ব্যক্তিদের এই ফ্রিকোয়েন্সি জানিয়ে দিতে হবে। ত্রাণ কার্যক্রম পরিচালনার জন্য প্রয়োজনীয় সব ধরনের যোগাযোগমাধ্যম ব্যবহারের অনুমতি ত্রাণকর্মীদের দেওয়া উচিত।

৪. সরকারগুলোর একটি সমন্বিত দুর্যোগ তথ্য এবং পরিকল্পনা সেবা প্রদানের চেষ্টা করা উচিত

ত্রাণ কার্যক্রমের সামগ্রিক পরিকল্পনা ও সমন্বয় নিশ্চিত করা আশ্রয় প্রদানকারী দেশের সরকারেরই দায়িত্ব। যদি ত্রাণের চাহিদা, সরকারের ত্রাণ পরিকল্পনা ও বাস্তবায়ন ব্যবস্থা এবং ত্রাণ কর্মকাণ্ডের সাথে সংশ্লিষ্ট সম্ভাব্য নিরাপত্তাঝুঁকি-সম্পর্কিত তথ্য এনজিএইচএগুলোকে দেওয়া হয়, তাহলে

পরিকল্পনা ও সমন্বয়ের কাজটি আরও কার্যকর হতে পারে। সরকারগুলোকে এ সম্পর্কিত তথ্য দিয়ে এনজিএইচকে সহযোগিতা করার আহ্বান জানানো হচ্ছে।

ত্রাণ সরবরাহ কার্যক্রম সমন্বয় ও বাস্তবায়নের কাজ আরও কার্যকর করার জন্য দুর্যোগের আগেই জাতীয় কর্তৃপক্ষের সঙ্গে এনজিএইচগুলোর যোগাযোগের সুবিধার্থে সরকারের একটি একক যোগাযোগ কেন্দ্র (single point-of-contact) স্থাপন করতে উৎসাহিত করা হচ্ছে।

৫. সশস্ত্র সংঘাতের পরিস্থিতিতে দুর্যোগকালীন ত্রাণসহায়তা

সশস্ত্র সংঘাতের পরিস্থিতিতে ত্রাণ কার্যক্রম আন্তর্জাতিক মানবিক আইনের প্রাসঙ্গিক বিধান অনুযায়ী পরিচালিত হয়।

সংযোজনী ২: দাতা দেশের সরকারগুলোর জন্য সুপারিশমালা

১. এনজিএইচএদের স্বাধীন, মানবিক এবং নিরপেক্ষ কার্যক্রমকে দাতা সরকারসমূহের উচিত স্বীকৃতি দেওয়া এবং সেগুলোর প্রতি সম্মান প্রদর্শন করা

এনজিএইচএগুলো স্বাধীন সংস্থা এবং তাদের এই স্বাধীনতা এবং নিরপেক্ষতার প্রতি দাতা দেশের সরকারগুলোর সম্মান দেখানো উচিত। দাতা সরকারগুলো কোনো রাজনৈতিক বা আদর্শিক লক্ষ্য পূরণের জন্য এনজিএইচএগুলোকে ব্যবহার করা উচিত নয়।

২. দাতা সরকারগুলোর উচিত স্বাধীনভাবে কাজ করার নিশ্চয়তা দিয়ে অর্থায়ন প্রদান করা

এনজিএইচএগুলো দাতা সরকারগুলোর কাছ থেকে অর্থায়ন এবং বস্তুগত সহায়তা ঠিক সেই একই মনোভাব নিয়ে গ্রহণ করে, যে মনোভাব নিয়ে তারা দুর্যোগে ক্ষতিগ্রস্তদের কাছে সহায়তা পৌঁছে দেয়; আর তা হলো মানবিকতা এবং কাজের স্বাধীনতা। ত্রাণ কার্যক্রম বাস্তবায়নের চূড়ান্ত দায়িত্ব এনজিএইচএগুলোরই এবং এসব কার্যক্রম সংশ্লিষ্ট এনজিএইচএর নিজস্ব নীতিমালার ভিত্তিতে পরিচালিত হবে।

৩. এনজিএইচএগুলোকে দুর্যোগে ক্ষতিগ্রস্ত জনগণের কাছে যাওয়ার সুযোগ করে দিতে দাতা সরকারসমূহের উচিত তাদের কূটনৈতিক সম্পর্ককে (good offices) ব্যবহার করা

দাতা সরকারগুলোর দুর্যোগকবলিত এলাকায় এনজিএইচএ কর্মীদের নিরাপত্তা ও সেখানে কাজ করার স্বাধীনতা নিশ্চিত করার বিষয়ে নিজেদের দায়বদ্ধতা স্বীকার করা উচিত। প্রয়োজনে এ বিষয়ে আশ্রয় প্রদানকারী সরকারের সাথে কূটনৈতিক আলোচনা চালানোর জন্য তাদের প্রস্তুত থাকা উচিত।

সংযোজনী ৩: আন্তসরকারি সংস্থাসমূহের জন্য সুপারিশমালা

১. আইজিওগুলোর উচিত (আন্তসরকারি সংস্থা) স্থানীয় ও বিদেশি এনজিএইচএগুলোকে মূল্যবান পার্টনার হিসেবে স্বীকৃতি দেওয়া উচিত

দুর্যোগে সাড়াদান আরও কার্যকর করতে এনজিএইচএগুলো জাতিসংঘ ও অন্য আন্তসরকারি সংস্থাগুলোর সাথে যৌথভাবে কাজ করতে আগ্রহী। পার্টনারশিপের ভিত্তিতে তারা এই কাজ সম্পন্ন করে, যা সব অংশীদারদের সততা ও স্বাধীনতাকে সম্মান করে। আন্তসরকারি সংস্থাগুলোকে এনজিএইচএগুলোর কাজের স্বাধীনতা ও নিরপেক্ষতাকে সম্মান করতে হবে। ত্রাণ পরিকল্পনা প্রণয়নের সময় এনজিএইচএগুলোর উচিত জাতিসংঘের সংস্থাগুলোর সাথে আলোচনা করা।

২. আইজিওগুলোর উচিত আন্তর্জাতিক ও স্থানীয় পর্যায়ে দুর্যোগ ত্রাণের জন্য একটি সামগ্রিক সমন্বয় কাঠামো গড়ে তুলতে আশ্রয় প্রদানকারী সরকারগুলোকে সহায়তা করা

এনজিএইচএগুলোকে সাধারণত আন্তর্জাতিক সাড়াদান প্রয়োজন এমন দুর্যোগগুলোর ক্ষেত্রে সামগ্রিক সমন্বয়কারী কাঠামো প্রদানের আইনগত অধিকার দায়িত্ব থাকে না। এই দায়িত্ব আশ্রয় প্রদানকারী সরকার ও জাতিসংঘের সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের ওপর বর্তায়। তাদেরকে অনুরোধ করা হচ্ছে তারা যেন সময়মতো এবং কার্যকরভাবে এই সেবা প্রদান করে, যাতে ক্ষতিগ্রস্ত রাষ্ট্র এবং জাতীয় ও আন্তর্জাতিক দুর্যোগ সাড়াদান জনগোষ্ঠী উপকৃত হয়। যেকোনো অবস্থায় এনজিএইচএগুলোকে নিজস্ব সেবাসমূহের কার্যকর সমন্বয় নিশ্চিত করতে সর্বাত্মক প্রচেষ্টা চালানো উচিত।

সশস্ত্র সংঘাতের পরিস্থিতিতে ত্রাণ কার্যক্রম আন্তর্জাতিক মানবিক আইনের প্রাসঙ্গিক বিধান অনুযায়ী পরিচালিত হয়।

৩. আইজিওগুলোর উচিত জাতিসংঘের বিভিন্ন অঙ্গ সংস্থার জন্য প্রদত্ত নিরাপত্তাব্যবস্থা এনজিএইচএগুলোর জন্যও সম্প্রসারিত করা

যেখানে আন্তসরকারি সংস্থাগুলোর জন্য নিরাপত্তাসেবা প্রদান করা হয়, সেখানে অনুরোধের ভিত্তিতে সেই সেবা তাদের কার্যক্রমে যুক্ত এনজিএইচএ অংশীদারদের কাছেও সম্প্রসারিত করা উচিত।

৪. আইজিওরা যেভাবে জাতিসংঘের বিভিন্ন অঙ্গ সংস্থাকে প্রাসঙ্গিক তথ্য দিয়ে সহযোগিতা করে, ঠিক একইভাবে এনজিএইচএগুলোকেও সহায়তা করা উচিত

কার্যকর দুর্যোগ সাড়াদান বাস্তবায়নের জন্য প্রয়োজনীয় সব তথ্য তাদের কার্যকরী এনজিএইচএ পার্টনারদের সাথে ভাগ করে নেওয়ার জন্য আইজিওগুলোকে আহ্বান জানানো হচ্ছে।

সংযুক্তি ৩
সংক্ষিপ্ত রূপ এবং আদ্যক্ষরসমূহ

ART	anti-retroviral therapy
BMI	body mass index
CBA	cash-based assistance
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability
CHW	community health worker
cm	centimetre
CMR	crude mortality rate
CPMS	Child Protection Minimum Standards
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus
EPI	Expanded Programme on Immunization
EWAR	Early warning alert and response
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FRC	free residual chlorine
GBV	gender-based violence
HMIS	health management information system
HWTSS	household-level water treatment and safe storage
IASC	Inter-agency standing committee
ICCM	Integrated Community Case Management
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights
ICRC	International Committee of the Red Cross
IDP	internally displaced person
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
IHL	international humanitarian law
IMCI	integrated management of childhood illness
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies
IPC	infection prevention and control
IYCF	infant and young child feeding
km	kilometre

LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex
LLIN	long-lasting insecticide-treated net
MAM	moderate acute malnutrition
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning
MERS	Minimum Economic Recovery Standards
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis
MOH	ministry of health
MSF	*Médecins sans Frontières* (Doctors without Borders)
MUAC	mid upper arm circumference
NCDs	non-communicable diseases
NGO	non-governmental organisation
NTU	nephelometric turbidity units
OAU	Organization of African Unity (now African Union)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
PEP	post-exposure prophylaxis
PPE	personal protective equipment
RNI	reference nutrient intakes
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)
STIs	sexually transmitted infections
TB	tuberculosis
U5CMR	under-5 crude mortality rate
UN	United Nations
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)
UNICEF	United Nations Children's Fund
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion
WFH	weight for height
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization

সংযুক্তি ৪
কৃতজ্ঞতা স্বীকার (মাঠপর্যায়ের যাচাই এবং চূড়ান্ত যাচাই কর্মশালায় যাঁরা অংশগ্রহণ করেছেন)

ওয়াশ, রূপান্তর খুলনা

মো. মুজাহিদুল ইসলাম, প্রহ্লাদ কুমার দাস, মো. আশিকুর রহমান, হিমাংশু কুমার, মো. শামীম রেজা, রেখা মারিয়া বৈরাগী, অ্যাডভোকেট শামীমা সুলতানা শীলু, শঙ্কর রঞ্জন সরকার, লিপিকা রানী বৈরাগী, বৃহন্নলা বিশ্বাস, কামরুন নাহার, অশোক মণ্ডল, শারমিন আরা লিনা, মো. শফি কামাল, শিপলু মণ্ডল, কাজী মফিজুর রহমান, শারমিন আকতার, মুস্তাকিম বিল্লাহ টিপু, মো. আল আমিন, জিয়া আহমেদ, সাকিফ হোসেন, ফারুক আহমেদ, স্বপন কুমার গুহ, জয়দেব কুমার জোদ্দার, শেখ ফয়সাল আল আজমীর, এম মোস্তাফিজুর রহমান সেতু, সোহেলী সুলতানা, আজিজুর রহমান, মো. মোশারেফ আলী সোহেল।

খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি, কোস্ট ফাউন্ডেশন, কক্সবাজার

তাওহীদ বেলাল, রতন দাশ, সাবরিনা সুলতানা, মোহাম্মদ ওমায়ের, মো. রাসেল, মো. হোসেন সুমন, জাফর আলম, মোহাম্মদ আইয়ুব রবি, উম্মে হানি জেরিন, জাহেদা বেগম, তাহারিমা আফরোজ, ফিরোজা বেগম, সাদিয়া সুলতানা নিপা, মুবিনুল ইসলাম, মো. ইউনুস, নুরুল আমিন সিদ্দিক, নজরুল আলম, মো. জসিম উদ্দিন সিদ্দিকী, বিমলা বালা রায়, নীলিমা আক্তার, মেহেরুন নেছা, জাহাঙ্গীর আলম, শশাঙ্ক শাদী, অ্যাডভোকেট আবু মুসা এমডি, এরফানুল হক।

আশ্রয় এবং আবাসন, শরীয়তপুর

রাজিয়া বেগম, মো. আব্দুল ওয়াহেদ, মো. মাহমুদার রহমান, মো. মস্তফা কামাল, সুগত চক্রবর্ত্তী, মো. মাহফুজুল হক, মো. খবিরুল হাসান, আসাদুজ্জামান রানা, আব্দুল মোতালেব সুমন, মো. আইউব আলী, মো. হুমায়ূন কবীর, নাহিদুল ইসলাম, সুব্রত মণ্ডল, মো. আব্দুর রাজ্জাক, আলী ইসলাম মৃধা, সাখাওয়াত হোসেন, মো. তৌফিকুল ইসলাম, রীমা খাতুন, মো. আশ্রাফুল ইসলাম, মো. মানিক আলী, মোহাম্মদ শাহীন, এমারাত সরদার, অমলা দাস, নাসিমা খাতুন, সাইফুল ইসলাম, মিল্লাত দুর্জয়, গওহার নঈম ওয়ারা।

স্বাস্থ্যসেবা, গাইবান্ধা

মো. তাইনূর আজাদ তন্ময়, শাহ মো. হারুন অর রশিদ, রতন কুমার সেহানবীশ, নরেশ মারাণ্ডী, যুবায়ের আলম, এ কে এম রোকনুদ্দৌলা, মোছা. লিপি বেগম, আরকবুল জান্নাতী, জান্নাতুন নাহার, সুব্রত কুমার সরকার, মোছা. ফাতেমা বেগম, মোছা. ডলি সুলতানা, বিজলী রানী মহন্ত, তানজিনা হোসেন খান, মোছা. আফসানা আক্তার লীনা, মোছা. জাকিয়া সুলতানা, শাহরিয়ার হোসেন, মো. মশিউর রহমান, মো. আসাদুজ্জামান, মো. মুর্শীদুর রহমান খান, মো. লোকমান হোসেন, মোছা. সারমিন সুলতানা, কিশোর কুমার হক, অরবিন্দু বর্মণ, প্রবীর কুমার সরকার, মো. নাহিদ সুলতান, মো. মিজানুর রহমান, মো. মুনীর হোসেন।

কেন্দ্রীয় পর্যায়ে চূড়ান্ত যাচাই কর্মশালায় যারা অংশগ্রহণ করেছেন

মোঃ আবদুস সোবহান, শাহানা হায়াত, আমিনুল কাওসার খান দীপু, রাহাত আরা সিরাজুম মুনির, সরোজ পিটার কোড়ায়া, মিসেস মোর্শেদা খানম, নুরুল হাবিব পাভেল, মোহাম্মদ শাজেদ, মোঃ তারেকুজ্জামান, মেহেদী হাসান শিশির, এ কে এম জহিরুল আলম, মোঃ ইমরান, মোঃ আরিফুল ইসলাম, ফারহানা ফেরদৌস, ব্রজ গোপাল সাহা, আব্দুল মালেক, আলী ইসলাম মৃধা, মোঃ ইকবাল উদ্দিন, হাবিবা ইসলাম, কাজী আব্দুল কাদির, মোঃ ইমরান উদ্দিন, আমিনুল কাইয়ুম, মোঃ মহসীন হোসেন, কে.এম.রেজাউল হক, ডলি সুলতানা, সালেহা খাতুন, তাহারিমা আফরোজ, দীপু মাহমুদ, গওহার নঈম ওয়ারা, মেহেরুন নেছা, মোছাঃ নাজমা আক্তার, মোছাঃ আতকিয়া ফারজানা।

স্ফিয়ার হ্যান্ডবুক মানবিক সাড়াদানে গুণগত মান ও জবাবদিহিতা নিশ্চিত করার জন্য একটি নীতিনিষ্ঠ পদ্ধতি উপস্থাপন করে। এটি স্ফিয়ারের মূল বিশ্বাসের একটি ব্যবহারিক রূপান্তর– যে দুর্যোগ বা সংঘাতে ক্ষতিগ্রস্ত সকল মানুষের মর্যাদাপূর্ণভাবে বেঁচে থাকার অধিকার রয়েছে এবং মানবিক সহায়তা পাওয়ার অধিকার রয়েছে।

মানবিকতার ঘোষণাপত্র (Humanitarian Charter) হ্যান্ডবুকটির মূল ভিত্তি, যার সঙ্গে সুরক্ষা নীতিমালা (Protection Principles) এবং মানবিকতার মূলমান (Core Humanitarian Standard) মিলিত হয়ে সকল খাতের সহায়তার জন্য এমন একটি ভিত্তি তৈরি করে, যা সহায়তার সব খাতকে দিকনির্দেশনা দেয়। টেকনিক্যাল মানসমূহ চারটি গুরুত্বপূর্ণ জীবনরক্ষাকারী খাতে সাড়া প্রদানের অগ্রাধিকার নির্ধারণ করে: পানি সরবরাহ, পয়োনিষ্কাশন ও স্বাস্থ্যবিধি প্রবর্তন; খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি; আশ্রয় এবং আবাসন; ও স্বাস্থ্য।

পরিমাপযোগ্য ন্যূনতম মানসমূহ বর্ণনা করে যে একটি মানবিক সাড়াদানে কী অর্জন করা প্রয়োজন, যাতে মানুষ বেঁচে থাকতে পারে এবং তাদের জীবন ও জীবিকা পুনরায় আগের অবস্থায় ফিরে আসতে পারে–এমনভাবে যা তাদের মতামতকে সম্মান করে এবং তাদের মর্যাদা নিশ্চিত করে। প্রধান করণীয়, প্রধান সূচক এবং প্রধান নির্দেশিকাসমূহ বিভিন্ন প্রেক্ষাপটে এই মানগুলো বাস্তবায়নের উপায় প্রদান করে। অধ্যায়গুলো পরস্পর সংযুক্ত এবং একে অপরকে শক্তিশালী করে।

স্ফিয়ার হ্যান্ডবুকের প্রধান শক্তি হলো এর সার্বজনীনতা এবং সব ধরনের মানবিক প্রেক্ষাপটে সহজে মানিয়ে নেওয়া যায়। মানবিক খাতে অনেক সংস্থা এটি ব্যবহার করে, তাই এটি সবার জন্য একটি সাধারণ বোঝাপড়ার ভাষা তৈরি করে। এর মাধ্যমে সবাই মিলে কাজ করে সহায়তার মান ও জবাবদিহিতা নিশ্চিত করা সহজ হয়।

Sphere

Humanitarian Standards Partnership

spherestandards.org
www.facebook.com/SphereNGO
www.twitter.com/spherepro

হিউম্যানিটারিয়ান স্ট্যান্ডার্ডস পার্টনারশিপ (Humanitarian Standards Partnership) হলো বিভিন্ন মান নির্ধারণমূলক উদ্যোগের একটি সহযোগিতা, যার লক্ষ্য হলো প্রমাণ, বিশেষজ্ঞ মতামত এবং সর্বোত্তম চর্চাকে কাজে লাগিয়ে মানবিক সাড়াদানে গুণগত মান ও জবাবদিহিতা উন্নত করা।

ISBN 978-1-908176-40-0
9 781908 176400