

शुभकामना तथा संदेशहरु

तथ्य सूची (Fact Sheet)

Program Indicators	Tanahun			2080/81 by Palikas										National Target 2030
	078/79	079/80	2080/81	Bhanu	Byas	Myagde	Shukla	Bhimad	Ghiring	Rhishing	Devghat	Bandipur	Aanbu	
NUMBER OF HEALTH FACILITIES														
Public facilities:														
Hospitals	3	3	5		1		1					1		
PHCs	2	2	1	1				1						
HPs	46	46	44	6	10	3	6	4	3	5	5	1	3	
BHSCs	29	38	39	4	6	4	7	4	2	3		5	3	
UHCs	16	16	19	1	8		5						2	
CHUs	18	17	19	3	2	2	1	3	1	3	2			
Non publics HF/NGOs	17	18	18	2	8		3				1	1	3	
Communities														
PHC/ORCs	142	131	170	23	21	4	16	15	9	14	20	3	6	
Immunization Posts	233	236	231	36	52	16	27	22	14	24	22	11	12	
Immunization Session	255	244	244	36	55	16	28	25	14	24	22	12	12	
FCHVs	445	468	468	72	104	27	57	47	27	46	37	24	27	
HEALTH FACILITIES & FCHVs REPORTING STATUS (%)														
Public facilities:														
Hospitals	100	100	100	100	100	0	97.2	0	0	0	100	100	100	100
PHCs/HPs/BHSCs/UHCs/CHUs	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Communities														
PHC/ORCs	84.3	97.3	98	96.7	96.9	100	100	97.8	89.8	96.4	98.3	100	100	100
Immunization Posts	98.2	97	98	91.1	100	96.9	100	92	100	92.7	100	100	100	100
FCHVs	95	98	95	95.1	97.3	95.7	100	98.8	95.6	99.6	100	100	100	100
Average People Served														
Per PHC/ORC per month	14.1	15.2	16	27.4	34.2	24.8	32.9	25.7	15.0	31.6	21.4	30.7	27.6	
Per EPI clinic per month	13.9	11.7	12	7.7	5.4	8.0	11.7	9.7	8.1	5.3	6.0	8.2	12.8	
Per FCHV per reporting period	16.1	14.8	15	36.8	19.4	24.3	30.3	18.3	20.0	36.1	11.1	27.4	22.4	
IMMUNIZATION PROGRAMME (%)														

Program Indicators	Tanahun			2080/81 by Palikas										National Target 2030
	078/79	079/80	2080/81	Bhanu	Byas	Myagde	Shukla	Bhimad	Ghiring	Rhishing	Devghat	Bandipur	Aanbu	
Percentage of children under one year immunized with BCG	46.7	62.1	61.4	50.3	67.6	63.2	58.6	62.3	57.8	46.5	87.9	54.8	69.9	
Percentage of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib3	62.9	86.3	94.7	91.4	111.8	90.5	102.9	88.4	74.3	69.2	90.8	83.7	96.2	
Percentage of children aged 12-23 months immunized with measles/rubella 2	71.7	95.5	90.3	85.8	104.7	91.7	90.1	77.8	78.1	69.1	94.2	101.5	90.5	
Percentage of children fully immunized as per NIP schedule	61.1	96.1	1.5	81.1	104.7	91.7	90.1	77.8	78.1	69.1	94.2	101.5	88.3	>95%
Drop out DPT-HepB-Hib 1 vs 3	-4.9	2.3	89.5	-2	2.3	6.6	0.25	5.1	-9.3	-8.2	3.6	0	9.8	
Percentage of pregnant women who received TD2 & TD2+	34.8	57.5	58.2	49.3	77.4	43.5	57	50.1	48.9	42.8	54.6	44.3	77.9	
NUTRITION PROGRAMME (%)														
Percentage of children aged 0-23 months registered for growth monitoring	69.6	103.4	55.9	66.7	66	59	46.2	45.6	50	33.7	67.6	49.3	63.1	100
% of children aged 0-23 months registered for Growth Monitoring (New) who were Underweight	0.8	0.7	0.91	0.2	0.97	0.26	0.38	1.8	1.2	2.3	0.79	1.2	0.49	
Average number of visits among children aged 0-23 months registered for growth monitoring ^a	3.1	3.3	8.5	6.1	8	11.9	8.1	11.6	5.7	12.8	7.8	12.5	5.6	12
Percentage of children aged 0- 6 months registered for growth monitoring who were exclusively breastfed for the first six months	38.4	78	79.5	107.3	82.2	88.3	89.9	91.7	31	59	41.4	73	60.4	
Percentage of children aged 6-8 months registered for growth monitoring who received solid, semi-solid or soft foods	34.5	78.2	3694	598	874	285	687	465	79	203	99	196	208	
Percentage of women who received a 180 day supply of Iron Folic Acid during pregnancy	20.4	42.1	56.2	48.7	80.9	66.4	44.4	49.1	30	43.3	60.5	43.9	57.5	
Percentage of postpartum women who received Vitamin A supplementation	21.5	35.2	105.2	120	102.2	100	100	110.2	171.1	100	98.9	114	100.7	

Program Indicators	Tanahun			2080/81 by Palikas										National Target 2030
	078/79	079/80	2080/81	Bhanu	Byas	Myagde	Shukla	Bhimad	Ghiring	Rhishing	Devghat	Bandipur	Aanbu	
Percentage of postpartum women who received a 45 day supply of IFA	16.8	29	31.7	9	38.7	37.3	30.7	42.9	23.8	23	36.7	24	47.5	
Percentage of newborns who initiated breastfeeding within 1 hour of birth	14.9	9	10.4	2.2	3.2	0	1.3	13.1	93.8	88.1	1.1	28.3	10.7	100
Percentage of cases admitted at OTPs with moderate acute malnutrition (MAM)	0	0	0											
Percentage of newborns with low birth weight (<2.5kg) among total delivery by HWs	4.4	7.8	5.4	0	11.3	0.82	0.43	5.2	0	4.8	5.8	13.2	0.71	
INTEGRATED MANAGEMENT OF NEONATAL & CHILDHOOD ILLNESS (IMNCI) PROGRAMME STATUS														
% of PSBI among registered 0-2 months infant (sick baby)	2	11.6	4.3	0	16.7	0	2.2	2.6	0	4.2	0	6.3	0	
% of PSBI Cases treated with first dose of gentamycin	12.5	11.1	111.1		100		100	100		200		100		
Incidence of ARI among children under five years (per 1000)	328.3	455.4	185.8	142.7	113	232.3	129.8	267.9	216	236.6	358.8	298.8	159.5	
Percentage of severe Pneumonia among new cases	0.13	0.05	0.01	0	0	0	0	0	0	0	0	0.14	0	
Incidence of Pneumonia among children under five years (per 1000) (HF & Outreach)	12.4	18.3	18.3	10.8	16.1	1.2	13.4	10.4	27.8	2.8	106.6	17.8	23.5	
Percentage of pneumonia cases treated with antibiotics (HF & ORC)	116	103.6	99.5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94.7	
Percentage of children U5 years with Pneumonia treated with antibiotics (Amoxicillin)	103.3	98.2	99.8	100	100	100	100	100	100	100	100	104.3	94.7	100
Diarrhoea incidence rate among children under five years	171.5	205	55.7	53.7	41.9	63.5	29.6	62.2	54.2	66.6	137.5	81.4	55.6	
Percentage of children under five years with diarrhea suffering from Severe dehydration	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

स्वास्थ्य कार्यालय तनहूँ वार्षिक प्रतिवेदन २०८०/८१

Program Indicators	Tanahun			2080/81 by Palikas										National Target 2030
	078/79	079/80	2080/81	Bhanu	Byas	Myagde	Shukla	Bhimad	Ghiring	Rhishing	Devghat	Bandipur	Aanbu	
Percentage of children under five years with diarrhea treated with ORS only (facility, outreach and community)	98.7	99.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
SAFE MOTHERHOOD PROGRAMME STATUS (%)														
Percentage of pregnant women who had at least one ANC checkup	52	90.5	96.3	91.8	129.8	86.4	94.2	73	83.5	58.7	68.1	75.3	133.2	
Percentage of pregnant women who had four ANC checkups as per protocol (4th, 6th, 8th and 9th month)	21.9	42	57.5	57	80.8	66.4	43.8	49.1	33.5	43.3	58.9	43.9	61.2	90
Percentage of institutional deliveries	20.1	29.7	28.7	7.4	37.5	37.3	30.5	38.4	12.3	12.2	35.1	19.6	43.8	90
Percentage of births attended by a Skilled Birth Attendant (SBA)	20.1	29.6	20.7	6	20.8	36.4	30.5	26.8	10.4	9.6	25	0	33.2	90
Percentage of newborns applied chlorhexidine (CHX) gel immediately among reported live birth	99.5	99.9	99	97.8	100	100	100	100	100	100	100	100	91.4	
Percentage of women who had 3 PNC check-ups as per protocol (1st within 24 hours, 2nd within 72 hours and 3rd within 7 days of delivery)	13.7	27.3	41.3	24.1	61.9	59.4	36	19.7	23.1	41.3	71.4	41.7	23	90
Total # of Institutional Delivery	1620	1444	1355	44	407	123	233	193	32	42	87	53	141	
Total # of Home Delivery	4	2	144	6	15		3	26	30	37	2	12	13	
Total # of abortion Service Received	1181	1582	1696	42	264	80	149	87	15	0	29	1022	8	
Proportion of <20 yrs women receiving abortion service	9.7	6.1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	
Total No of Maternal Death	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
Total No of Neonatal Death	14	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FAMILY PLANNING PROGRAMME STATUS (%)														
Contraceptive prevalence rate (unadjusted) among women of reproductive age (WRA)	47.5	21.7		7	13	14.8	19.2	12.5	12.5	18	32.3	83.3	15.3	60
FP Methods New acceptor among as % of MWRA	8.6	10.7		11.5	8.6	7.3	6.6	9.7	7.4	10.7	14	36.4	10.6	

Program Indicators	Tanahun			2080/81 by Palikas										National Target 2030
	078/79	079/80	2080/81	Bhanu	Byas	Myagde	Shukla	Bhimad	Ghiring	Rhishing	Devghat	Bandipur	Aanbu	
FEMALE COMMUNITY HEALTH VOLUNTEERS PROGRAMME (FCHVs) STATUS														
Total FCHVs within Catchment Area	5454	5608		855	125	324	684	564	318	552	444	288	324	
Percentage of Mother groups meeting held	83.5	90.4		109	87.6	77.7	96.1	87.1	56.6	87.8	99.3	72.6	100	100
MALARIA AND KALA-AZAR PROGRAMME														
Annual blood examination rate (ABER) of malaria in high risk districts	0	0.26		0.42	0.39	0	0.33	0.44	0.01	0.02	0	0	0.05	>1
Malaria annual parasite incidence (per 1000 population in high risk districts)	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total blood Slide Examination	334	704		197	203	0	163	126	2	3	0	0	10	
Total +ve (PV, PF, P-Mix etc)	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Slide positivity rate (SPR) of malaria in high risk districts	0.3	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TUBERCULOSIS PROGRAMME														
TB - Case notification rate	69.3	95.4		71.6	88.8	89.7	102	78.5	159	47.8	167	113	112	
TB - Treatment Success Rate (New and Relapse)	67	92.7		71.6	87.6	81.2	100	78.5	146	47.8	167	97.4	112	>90
TB - Case notification rate all form	69.6	95.1		71.6	88.8	89.7	102	78.5	153	47.8	167	113	112	
TB - % of HIV tested among total TB patients	99.6	98.7		100	100	100	100	100	87.5	100	96.2	100	100	
TB - Total notified TB Cases	242	312		31	72	21	57	26	23	9	26	22	25	
TB - Drug resistant total cases	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TB - % of Child Cases	4.6	3.5		3.2	4.2	4.8	5.3	3.8	0	0	7.7	0	0	
TB - % of Female among notified Cases	32.8	29.2		32.3	33.3	19	35.1	19.2	17.4	22.2	38.5	9.1	40	
TB - % of smoker among registered TB cases	12.4	9.3		3.2	4.2	9.5	5.3	15.4	16.7	0	3.8	27.3	20	
TB - % notified cases self referred	66	67.3		38.7	55.6	95.2	75.4	80.8	78.3	77.8	92.3	68.2	40	
LEPROSY PROGRAMME														
Total no of Leprosy New Cases	31	4		0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	
Prevalence rate/10000	0.89	0.12		0	0.12	0	0	0	0	0	0	0.51	0.89	
Incidence of Leprosy per 10000 population	0.89	0.12		0	0.12	0	0	0	0	0	0	0.51	0.89	
Child proportion among new Lep. Case	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Female proportion among new Lep. case	35.5	50		0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	

स्वास्थ्य कार्यालय तनहुँ वार्षिक प्रतिवेदन २०८०/८१

Program Indicators	Tanahun			2080/81 by Palikas										National Target 2030
	078/79	079/80	2080/81	Bhanu	Byas	Myagde	Shukla	Bhimad	Ghiring	Rhishing	Devghat	Bandipur	Aanbu	
Disability rate Grade2 among new cases	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
New case detection rate (NCDR) per 100000 pop.	8.9	1.2		0	1.2	0	0	0	0	0	0	5.1	8.9	
HIV/AIDS and STI Programme														
Total no of HIV tested	1518	2491		0	2491	0	0	0	0	0	0	0	0	
HIV new positive	7	21		0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	
No of preg. mother tested for HIV (PMTCT-total)	2203	2896		148	1306	130	418	500	21	52	183	72	66	
Percent of pregnant women who tested for HIV at (ANC, Labour & Deli. and Purperium) among ELB	27.4	59.6		24.0	115	38.0	52.4	96.0	8.2	15.5	75.0	25.6	19.8	100
CURATIVE SERVICES														
% of OPD New Visits among total population	89	97.5		70.8	103	64	146	85.6	75.2	95	125	82.4	72.1	
Female proportion among new OPD visit	56.9	56.4		56.6	55.5	59.6	55.9	59.5	57.3	57.1	54.1	56.0	56.2	

Data download date from DHIS2 : 2079-05-28 [13 - Sep - 2022 AD]

विषय सूची

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (Child Health Program):	3
परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम (Family Health Program):	Error! Bookmark not defined.
रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Disease Control Program):	Error! Bookmark not defined.
सहयोगी कार्यक्रमहरू	Error! Bookmark not defined.
अध्याय-१	Error! Bookmark not defined.
१.१ जिल्लाको सामान्य परिचय	Error! Bookmark not defined.
१.२ भौगोलिक अवस्थिति	Error! Bookmark not defined.
१.३ हावापानी	Error! Bookmark not defined.
१.४ प्रमुख नदी	Error! Bookmark not defined.
१.५ प्रमुख हिमालहरू	Error! Bookmark not defined.
१.६ प्रमुख धार्मिक तथा पर्यटकीय स्थलहरू	Error! Bookmark not defined.
१.७ स्वास्थ्य संस्थाहरू	Error! Bookmark not defined.
१.८ जनसंख्या	Error! Bookmark not defined.
१.९ स्थानीय तहहरूको सामान्य परिचय	Error! Bookmark not defined.
अध्याय- २	Error! Bookmark not defined.
२.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Program)	7
२.२ नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness)	19
२.३ राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम (National Nutrition Program)	28
अध्याय - ३	36
३.१ राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (National Safe Motherhood Program)	37
३.३ परिवार नियोजन कार्यक्रम (Family Planning Program)	43
३.३ किशोरकिशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम (Adolescent Friendly Sexual & Reproductive Health Program)	45
३.४ राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम (National Female Community Health Volunteer Program)	48
३.५ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम (Primary Health Care Outreach Clinic Program)	53
अध्याय - ४	56
४.१ औलो रोग निवारण कार्यक्रम (Malaria Elimination Program)	56
४.२ हात्तीपाइले रोग निवारण कार्यक्रम (Lymphatic filariasis Elimination Program)	Error! Bookmark not defined.
४.३ डेंगुरोग नियन्त्रण कार्यक्रम	49
४.४ राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम (National Leprosy Elimination Program)	62
(संक्रमण को रुकावट भन्नाले नगरपालिका स्तरमा लगातार new autochthonous child leprosy cases ५ वर्ष सम्म शून्य रूपमा भएको अवस्था भनि परिभाषित गरिएको छ)	62

४.५ राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (National Tuberculosis Control Program)	64
४.६ राष्ट्रिय एच आइ भी एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (National HIV/AIDS & STI Control Program)	70
४.७ नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (Non Communicable Disease & Mental Health Program)	73
4.८ महामारी नियन्त्रण कार्यक्रम (Epidemic Control Program)	Error! Bookmark not defined.
4.९ कोभिड—१९ नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन (Covid-19 Control & Management)	76
अध्याय - ५	1
५.१ उपचारात्मक सेवा (Curative Service)	1
5.2 स्वास्थ्य चौकीको न्यूनतम सेवा मापदण्ड (Health Post Minimum Service Standard)	2
अध्याय - ६	Error! Bookmark not defined.
६.१ स्वास्थ्य प्रयोगशाला सेवा (Health Laboratory Service)	2
६.२ आपूर्ति व्यवस्थापन (Inventory Management)	2
६.३ स्वास्थ्य सूचकहरूको आधारमा स्थानीय तहको स्तर निर्धारण (Local Level Ranking According To Health Indicator)	Error! Bookmark not defined.

जिल्लाको सङ्क्षिप्त परिचय

१.१.तनहुँ जिल्लाको सङ्क्षिप्त परिचय

सङ्घिय नेपालको गण्डकी प्रदेशमा अवस्थित तनहुँ प्रकृति, सभ्यता, रहनसहन र जैविक विविधताले सम्पन्न मनोरम ऐतिहासिक पहाडी जिल्ला हो । विविध जातजाति भेषभूषाले भरिपूर्ण बहुल सामाजिक परिवेश, ऐतिहासिक कोट, दरबार, मन्दिरहरू, गुफा, ऋषि मुनिहरूका तपोवन केन्द्रहरू लगायतका महत्वपूर्ण ईमारतहरूको उपस्थिति, त्यसैगरी नेपाली साहित्यिक आकाशका उज्वल नक्षत्रका रूपमा रहेका वन्दनीय महापुरुष आदिकवि भानुभक्त आचार्यको जन्मभूमि र कर्मभूमि, महर्षि पराशरको तपोभूमि तथा महाभारतका रचयिता महर्षि वेदव्यासको जन्मभूमि र कर्मभूमिका रूपमा समेत यस जिल्ला चिरपरिचित रहिआएको छ । ऐतिहासिक गाथा र गरिमामय इतिहास बोकेको यो जिल्लाको नामकरण सम्बन्धमा विभिन्न प्रकारका धारणा रहे तापनि परापूर्वकालदेखि चलिआएका निम्न किम्बदन्तीहरूलाई प्रमुख रूपमा लिइन्छ ।

१. तत्कालीन तनहुँ राज्यको राजधानी तनहुँसुर आसपासका एकै खालका तीनवटा चुचुराहरूलाई त्रितुङ्ग (संस्कृत त्रि.तीन, तुङ्ग.चुचुरा) नामकरण भई क्रमशः तनुङ्ग बनेको । यस भेकका कतिपय गाउँका नामहरू मानहुँ, किहुँ, काहुँ आदिको अन्त्यमा “हुँ” अक्षर आएकोले “तनहुँ” भएको हो भन्ने भनाइ सुनिन्छ । यसैगरी,

२. तनहुँको राजधानी तनहुँसुरमा सानो चिउँडो भएको तनुहुनु (संस्कृतः तनु सानो र हुनु चिउँडो) नाम गरेका ऋषिले तपस्या गरेकाले सो शब्दको अपभ्रंश भएर “तनहुँ” रहेको हो भन्ने भनाइ पनि पाइन्छ ।

नेपालमा एकीकरण हुनुपूर्व चौबिसे राज्यहरूमध्ये जमिन, धन र जनशक्तिमा सम्पन्न तनहुँ राज्य वर्तमान चितवन जिल्लाका अतिरिक्त भारतको विहार राज्यको पश्चिमी चम्पारन जिल्ला अन्तर्गत रामनगर तथा वेतियाको भू-भागसम्म फैलिएको थियो । वि.स. १६१० देखि १८३९ सम्मको २३० वर्षे अवधिसम्म अस्तित्वमा रही पाल्पाली राजा मणिमुकुन्द सेनका वंशज ९ जना सेनवंशी राजाहरू क्रमशः भृङ्गीसेन, हम्बिर तुला सेन, दामोदर सेन, दिग्विजय सेन, कामराजदन्त सेन, त्रिविक्रम सेन, कामरिदत्त सेन र हरकुमारदत्त सेन शासित तनहुँ राज्य श्री ५ रणबहादुर शाह र राजमाता राजेन्द्रलक्ष्मीको शासनकालको एकीकरण अभियानमा नेपाल अधिराज्यमा गाभिएको देखिन्छ ।

१.२ भौगोलिक अवस्थिति:

नेपालको मध्यवर्ती भागमा पर्ने यो जिल्ला पूर्वमा गोरखा र चितवन, दक्षिणमा चितवन, नवलपरासी र पश्चिममा स्याङ्जा र कास्की तथा उत्तरमा कास्की र तनहुँ जिल्लाहरूद्वारा परिवेष्टित छ । समुद्र सतहबाट १८७ मि. (देवघाट गा.पा.को कालीगण्डकी र त्रिशूली नदीको सङ्गमस्थल) देखि २१३४ मि. (छिम्केश्वरी डाँडा) सम्मका भू-भागहरूमा फैलिएर रहेको यस जिल्लाको क्षेत्रफल १५४६ वर्ग कि.मी. (४,६०० हे.) नेपालको कूल भू-भागको १.०५५ रहेको छ । साथै जिल्लाको पश्चिम - पूर्व लम्बाइ ६२.५ कि.मि. र उत्तर - दक्षिण चौडाइ ४३.७ कि.मि. रहेको छ । जिल्ला सदरमुकाम दमौली बजार समुद्र सतहदेखि ३७० मि.को उचाइमा रहेको छ । औषत वर्षा २०५८ मि.मि. रहेको छ भने अधिकतम तापक्रम ४१ डिग्री सेल्सियस र न्यूनतम तापक्रम ३ डिग्री सेल्सियससम्म हुने गर्दछ ।

१.३ भू-उपयोगको अवस्था

भौगोलिक दृष्टिले दक्षिणतर्फ चुरे (१.१५५) र उत्तर तर्फ मध्यपहाडी (९८.८५५) क्षेत्रहरू मिली बनेको यो जिल्ला भू-उपयोगको दृष्टिले रुख युक्त वन क्षेत्रले ७१,७१५.२२ हे. र झाडीयुक्त वन क्षेत्रले ६,३९६.० हे. गरी ७८,१११.२२ हे. (५०.५२५), कृषियोग्य क्षेत्रले ६५,०६१ हे. (४२.०८५), चरन क्षेत्रले ४,३०६ हे. (२.७८५) र अन्य क्षेत्रले ७,१२१.७८ हे. (४.६२५) ओगटेका छन् । हिमालय पर्वतबाट निस्केका मरुयाङ्दी नदीहरूले पूर्व, कालीगण्डकी नदीले दक्षिण तर्फबाट घेर्नुका साथै मादी र सेती नदीहरूले बिचमा चिरेर जिल्लालाई जल सम्पदामा समेत धनी बनाएका छन् ।

१.४ जनसङ्ख्या तथा सामाजिक वनोट

राष्ट्रीय जनगणना २०७८ अनुसार तनहुँ जिल्लाको कुल जनसंख्या ३२७६२० जना मध्ये पुरुष, १,५२,९२१ जना र महिला १,७४,६९९ जना रहेका छन् । जनघनत्व २१२ प्रति कि मि, जनसंख्या वृद्धिदर ०.१३% रहेको छ भने परिवारको औषत आकार ३.५२ जनाको रहेको छ ।

जनसंख्या: राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को प्रारम्भिक नतिजा

- जनसंख्या: ३२७६२०
- महिला : १७४६९९
- पुरुष : १५२९२१
- जनघनत्व: प्रति वर्ग कि.मि. २१२
- परिवार संख्या : औसत ३.५२
- लैङ्गिक अनुपात : ८७.५३
- जनसंख्या वृद्धि दर : ०.१३

तनहुँ जिल्लाको पालिका अनुसार जनसंख्या विवरण यस प्रकार छ ।

स्थानीय तह	घर संख्या	पारिवार संख्या	जम्मा	पुरुष	महिला
व्यास नगरपालिका	१९५४७	२४०७८	८०९४४	३७६६९	४३२७५
भानु नगरपालिका	१२३५१	१३०६४	४३२५५	१९९४३	२३३१२
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	१४०८६	१५४७९	५५७४९	२६०२३	२९७२६
भीमाद नगरपालिका	७९६५	८९६४	३३०७७	१५१६६	१७९११
बन्दीपुर गाउँपालिका	४७१२	५४१८	१९४०३	९२५१	१०१५२
आँबुखैरेनी गाउँपालिका	४७५८	६२८४	२२३४९	१०६९१	११५५८
म्याग्दे गाउँपालिका	५८५७	६५३२	२३३८५	१०७८१	१२६०४
कृषिड गाउँपालिका	४६११	४९८१	१८८२१	८५९०	१०२३१
घिरिड गाउँपालिका	४१०२	४४९०	१५०३८	७०१३	८०२५
देवघाट गाउँपालिका	३६५३	३८७८	१४९४१	७११५	७८२६

स्रोत : प्रारम्भिक प्रतिवेदन राष्ट्रिय जनगणना २०७८

स्वास्थ्य सेवा बिभाग ब्यबस्थापन महाशाखाबाट प्राप्त लक्षित जनसंख्या यसप्रकार रहेको छ ।

तालिका नं. १ १. लक्षित जनसंख्या

उमेर समूह	संख्या
कूल जनसंख्या	३११२९१
१ वर्ष मुनीको जनसंख्या	३७०१
५ वर्ष मुनीको जनसंख्या	१८९९८
महिला (१५-४९)को जनसंख्या	९३८१४
अनुमानित जीवित जन्म संख्या	३७२२
६० वर्ष माथिको जनसंख्या	४४८९९

१.५ राजनैतिक विभाजन

प्रशासनिक दृष्टिले १० स्थानीय तहमा विभाजीत तनहुँमा भानु नगरपालिका, व्यास नगरपालिका, शुक्लागण्डकी नगरपालिका, भीमाद नगरपालिका, आँबुखैरेनी गाउँपालिका, बन्दीपुर गाउँपालिका, देवघाट

गाउँपालिका, म्याग्दे गाउँपालिका, ऋषिडगाउँपालिका र घिरिड गाउँपालिका गरी ४ नगरपालिका र ६ गाउँपालिका छन् । ४ वटा प्रदेश निर्वाचन क्षेत्र र २ वटा सङ्घीय निर्वाचन क्षेत्रमा विभाजित रहेको छ ।

१.६ विपद्को पृष्ठभूमि

विपद्बाट प्रभावित भइरहने जिल्लाहरू मध्ये तनहुँ जिल्ला पनि एक हो । तनहुँ जिल्ला गण्डकी प्रदेशको पहाडी भेगमा पर्दछ । यसको सीमा पूर्वमा गोरखा र चितवन, दक्षिणमा चितवन, नवलपरासी र पश्चिममा स्याङ्जा र कास्की तथा उत्तरमा कास्की र तनहुँसंग जोडिएको छ । पहिरो, बाढी, आगलागी, भूकम्प, महामारी, चट्याङ्ग, खडेरी, हावाहुरी यहाँको प्रमुख प्रकोपहरू हुन् । साथसाथै विश्वभरी महामारीको रूपमा फैलिरहेको Covid-19 कोरोना भाइरसको प्रभावबाट यो जिल्ला पनि अछुतो छैन । विगतको वर्ष २०७९/८० मा यस जिल्लामा डेङ्गु रोगले माहामारीकै रूप लिएको थियो करीब ८००० भन्दा बढी जनसंख्यामा फैलिएको डेङ्गु रोगबाट ९ जनाको ज्यान समेत लिएको थियो । यस जिल्लामा विगत पाँच वर्षहरूमा विभिन्न प्राकृतिक प्रकोपहरूका कारण उत्पन्न विपद्को अवस्थालाई निम्नानुसार चित्रण गर्न सकिन्छ ।

१.७ प्रमुख धार्मिक स्थलहरू:

धार्मिक तथा पर्यटकीय दिष्टिले सम्पन्न जिल्ला तनहुँमा रहेका धार्मिक ऐतिहासिक तथा पर्यटकीय दिष्टिले महत्वपूर्ण स्थलहरूमा यस प्रकार रहेका छन् ।

- ब्यास गुफा, दमौली
- पन्च मन्दिर, दमौली
- टिन खोला मन्दिर खैरेनिटार
- छाब्दी बाराहि मन्दिर छाब्दी
- देवघाट
- छिम्केस्वरी मन्दिर
- सिद्ध गुफा(दक्षिण एसियाको सर्वाधिक ठुलो गुफा)
- ढोरबाराही मन्दिर

संक्षिप्त विवरण (Executive Summary)

स्वास्थ्य कार्यालयले आ.व. २०८०/८१ को वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन तयार गरेको छ । यस वार्षिक प्रतिवेदनले तनहुँ जिल्लामा आ.व. २०८०/८१ मा सम्पादन गरिएका स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको उपलब्धि विश्लेषण तथा तीन आ.व.को सूचकहरूको प्रवृत्ति चित्रित गर्दछ साथै संचालित क्रियाकलापहरू, तत् सम्बन्धि समस्या तथा समाधानका उपायहरूको बारेमा उल्लेख गरिएको छ । तनहुँ जिल्लामा ७ अस्पताल, १ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, ४४ वटा स्वास्थ्य चौकी, १९ वटा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई, १९ शहरी स्वास्थ्य केन्द्र र ४३ वटा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र गरी जम्मा १२९ वटा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू रहेका छन् । विभिन्न स्थानीय तहहरूमा नयाँ स्वास्थ्य संस्थाहरू स्थापनाको क्रममा छन् भने विभिन्न निजी तथा गैह्र सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरू पनि रहेका छन् ।

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (Child Health Program)

२.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Program)

२.१.१ पृष्ठभूमि

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकतामा राखेको छ । बाल स्वास्थ्य कार्यक्रममा राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम, पोषण, समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन मुख्य रहेका छन् । खोप कार्यक्रमलाई एउटा लागत प्रभावकारी कार्यक्रम मानिन्छ । खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरू, पोषण सम्बन्धी समस्या र अरु बालबालिकाहरूलाई लाग्ने रोगहरूबाट हुने बाल मृत्युदर घटाउन नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय प्रतिबद्ध छ । बाल मृत्युदर घटाएर सहश्राव्दी विकास लक्ष्य हासिल गर्ने देशहरू मध्ये नेपाल एक हो । बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनलाई यो सफलताको जस पाउने कारण मानिन्छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम नेपाल सरकारको उच्च प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम (High Priority Program P1) हो । खोप कार्यक्रम विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रम मध्ये आर्थिक रूपमा प्रभावकारी (Cost-Effective) विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रम मध्ये एक हो । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले देशमा विद्यमान खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरू (Vaccine Preventable Diseases-VPDs) को भार घटाउनका साथै बाल रूग्णता र बाल मृत्युदर घटाउन महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको छ । खोप कार्यक्रमले सहश्राव्दी विकास लक्ष्य नं. ४ बाल मृत्युदर घटाउने उद्देश्यलाई योगदान गरेको छ ।

वि.सं. २०३४ सालमा विफर उन्मुलन भए पश्चात् हाल आएर राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत नियमित खोप मार्फत जन्मेदेखि १५ महिना भित्रका बालबालिकाहरूका लागि वि.सि.जि., रोटा भाइरस, पालियो, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, टिटानस, हेपाटाइटिस वि, हेमोफिलस इन्फुयन्जा (DPT-Hep B-Hib), पोलियो, न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सीन, टाइफाइड र दादुरा रुवेला विरुद्धका खोपहरू प्रदान गरिन्छ । त्यस्तै जापानिज इन्सेफलाइटिस रोगको १२ महिनामा बालबालिकाहरूलाई जे.ई. खोप प्रदान गरिन्छ भने १५ महिना पुगेपछि दादुरा रुवेला खोप दोश्रो मात्रा र टाइफाइड विरुद्धको खोप दिइदै आएको छ ।

त्यस्तै सम्पूर्ण गर्भवती महिलाहरूका लागि टि.डि खोप समेत प्रदान गरिन्छ । नियमित खोप प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा र आउटरिच खोप सेसनबाट हरेक महिना निश्चित गते र ठाँउ तोकिएको प्रदान गरिन्छ । प्रत्येक स्थानिय तह अन्तरगत रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा आवश्यकताको आधारमा ३-५ वटा खोप सेसन सन्चालन हुदै आएको छ । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत प्रदान गरिने सम्पूर्ण खोपहरू निशुल्क रूपमा प्रदान गरिन्छ । नेपाल सरकारले विश्व बजारमा उपलब्ध भएका नयाँ नयाँ खोपहरू सम्भव भए सम्म राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समाहित गर्दै लैजाने रणनीति अख्तियार गरेको छ । जसको फलस्वरूप विगत एक दशकमा हेपाटाइटिस वि,हिब, जापानिज इन्सेफलाइटिस, पि.सि.भि., रुवेला, रोटा,

टाइफाइड जस्ता नयाँ खोपहरूलाई नियमित खोप मार्फत सम्पूर्ण बालबालिकाहरूलाई प्रदान गरिदै आएको छ । निकट भविष्यमा अन्य नयाँ नयाँ खोपहरू समेत उपलब्ध गर्ने लक्ष रहेको छ ।

खोप कार्यक्रम एउटा शक्तिशाली एवं लागत प्रभावकारी (Cost effective) जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो । वि.सं. २०३४ सालमा विपर उन्मूलन भए पश्चात नेपालमा खोप कार्यक्रम विस्तारीत खोप आयोजनाको रूपमा वि.सि.जी र डि.पि.टी. खोप सेवाबाट प्रारम्भ गरी क्रमिक रूपमा अन्य जिल्लाहरूमा विस्तार गर्दै २०४५ साल सम्म ७५ वटै जिल्लाहरूमा ६ वटा रोगहरू क्षयरोग, भ्यागुतेरोग, धनुष्टंकार, लहरेखोकी, पोलियो र दादुरा विरुद्धका खोपहरू समावेश गरियो । यसैगरी २०६० पछि हालसम्म क्रमशः नयाँ खोपहरू थप गर्दै हाल १३ वटा रोगहरूको (वि.सि.जि., रोटा भाइरस, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, टिटानस, हेपाटाइटिस वि, हेमोफिलस इन्फुयन्जा (DPT-HepB-Hib), पोलियो, न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सीन, दादुरा रुवेला, टाइफाइड र जापानिज इन्सेफलाइटिस) विरुद्धका खोपहरू दिइदै आएको छ । खोप कार्यक्रमको उद्देश्य अनुरूप टाइफाइड खोप यसै आर्थिक वर्षमा समावेश गरी सन्चालनमा आएको छ भने आगामी वर्ष एचपीभी खोप समावेश गर्ने लक्ष रहेको छ ।

त्यस्तै राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले देशमा विद्यमान खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको निगरानी, खोज पडताल समेत संगसंगै गर्दै आएको छ । देशको कुनैपनि ठाउँमा यस्ता रोगको बढोत्तरी नहोस् र यसको समयमानै नियन्त्रण गर्न सकियोस भनेर ति रोगहरूको सर्भिलेन्स गरिन्छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत सर्भिलेन्स गरिने रोगहरू

- (क) अतिशीघ्र लुलो पक्षाघात (एक्यूट फ्ल्यासिड प्यारालाइसिस (AFP) सर्भिलेन्स
- (ख) शंकास्पद दादुरा—रुवेलाको सर्भिलेन्स (Measles like Disease)
- (ग) नवशिशु धनुष्टंकारको सर्भिलेन्स (Neonatal Tetanus)
- (घ) एक्यूट इन्सेफलाइटिस सिन्ड्रोम (AES) सर्भिलेन्स

जिल्लाले आवश्यक पर्ने सम्पूर्ण खोपहरू प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र मार्फत जिल्लामा पुरयाउने व्यवस्था गरेको छ भने जिल्लाबाट स्थानिय तह वा स्वास्थ्य संस्थाको लक्षित बालबालिकाको संख्या अनुरूप सम्बन्धित स्थानिय तहको सबसेन्टर वा भ्याक्सिन डिष्ट्रिब्युटर सेन्टरमा पठाइन्छ । ती सबसेन्टर वा भ्याक्सिन डिष्ट्रिब्युटर सेन्टरले आफ्नो खोप लगाउने बच्चा र गर्भवती महिलाको लक्षको आधारमा स्वास्थ्य संस्थामा पठाउने र तहाँ मार्फत खोप कार्यकर्ताहरूले खोप केन्द्रहरूमा लगी गर्भवती महिला र बालबालिकाहरूलाई खोप प्रदान गर्दै आइएको छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको सफल कार्यान्वयनका कारण देशको बाल रुग्णता र बाल मृत्युदर विगत तीन दशकमा उच्च गतिमा घटेको छ । त्यस्तै पोलियो रोगलाई उन्मुलन गर्न २०१० देखि शुन्यको अवस्थामा राख्न सकिएको छ, साथै मातृ तथा नवजात शिशुमा हुने धनुष्टंकार रोगलाई निवारण गर्न सफल भएको छ ।

लक्ष्य

- खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरूबाट हुने बाल रुग्णता, बाल मृत्यु र अपाङ्गता घटाउनु राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको लक्ष्य हो ।

उद्देश्यहरू

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको लक्ष्य हासिल गर्न निम्नानुसार उद्देश्यहरू लिइएको छ ।

- सबै खोपहरूको कभरेज सबै तहमा ९५ प्रतिशत भन्दा माथी पुर्याई सो कायम राख्ने,
- गुणस्तरयुक्त खोपको पहुँच सुनिश्चित गर्ने र खोपजन्य फोहर सामाग्रीको उचित विर्सजन गर्ने,
- पोलियो रोगको अवस्थालाई शुन्यमा कायम राख्ने,
- सन् २००५ मा प्राप्त गरेको नवशिशु धनुष्टंकार रोगको निवारणको उपलब्धीलाई कायम राख्ने,
- सन् २०२३ को अन्तसम्ममा दादुरा रोगको निवारण गर्ने,

- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरू समावेश गरी खोपबाट जोगाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रणलाई अझै बढावा दिने,
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको खोजपडताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई विस्तार गर्ने,

रणनीति

उल्लेखित उद्देश्य हासिल गर्नका लागि राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले निम्न रणनीतिहरू अवलम्बन गरेको छः

- सुक्ष्म योजनाको माध्यम वाट नियमित खोप सेवालालाई सवलिकरण गर्ने ,
- नगर क्षेत्रमा खोप सेसनलाई सवलिकरण गर्ने,
- जापानिज इन्सेफलाईटिस र दादुरा रोग नियन्त्रण तथा पोलियो रोग उन्मुलन गर्नकोलागि खोजपडताल र पुरक खोप कृयाकलाप सञ्चालन गर्ने,
- टि.टि. खोपको कभरेज बढाई मातृ तथा नवशिशु धनुष्टंकार निवारणको अवस्था कायम राख्ने,
- ए.एफ.पि. सर्भिलेन्सलाई सुदृढ र विस्तार गरी खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको एकिकृत सर्भिलेन्स गर्ने तथा हिमोफिलस ईन्फ्लुईन्जा, रुवेला, न्युमोकोकस, र रोटाभाईरस जस्ता खोपबाट बचाउन सकिने अन्य रोगहरूको रोगभारको अवस्था नियमित अध्ययन गर्ने,
- मध्यम स्तरीय व्यवस्थापकको पुनर्ताजगी तालिम, कोल्डचेन, भ्याक्सिन व्यवस्थापन तालिम, मर्मत सम्भार तालिम, अन्तरदेशिय अवलोकन भ्रमण गराई खोपसंग सम्बन्धित स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने,
- उपयुक्त प्रतिवेदन, अनुसन्धान र रेस्पोन्सको माध्यमबाट खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको महामारी नियन्त्रण गर्ने,
- सुरक्षित सुई नीतिको अभ्यास गरी खोप सेवाको गुणस्तर सुधार गर्ने,
- नयाँ र प्रयोगमा नआएका भ्याक्सिनहरूलाई रोगभारको आधारमा प्रयोगमा ल्याउने ।

खोप कार्यक्रमको मुख्य उपलब्धिहरू

- विफर रोगको उन्मूलन
- बाल मृत्युदर मा उल्लेख्य कमि (सहस्राब्दि लक्ष ४ र ५ प्राप्त)
- सन् २००५ देखि मातृ तथा नवशिशु धनुष्टंकार रोग निवारण
- सन् २०१० देखि पोलियो रोग शून्य अवस्था र उन्मूलनको नजिक
- जापानिज इन्सेफलाईटिस रोग नियन्त्रण
- सन् २०१८ देखि रुवेला तथा सि.आर.एस (Congenital Rubella Syndrome) नियन्त्रण
- दादुरा रुवेला रोग निवारणतर्फ उन्मूख
- बालबालिकामा “हेपाटाईटिस बि” नियन्त्रण (सन् २०१९)
- खोपद्वारा बचाउन सकिने अन्य रोगहरूमा उल्लेखनीय कमी
- पूर्ण खोप सुनिश्चितता दिगोपना घोषणा
- खोप ऐन र नियमावली जारी

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको लक्षित जनसंख्या र खोप :

- सम्पूर्ण शिशुहरूका लागि (१५ महिना मुनी) वि.सि.जि., रोटा भाइरस, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, टिटानस, हेपाटाईटिस वि, हेमोफिलस इन्फुयन्जा (DPT-HepB-Hib), पोलियो, न्युमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सीन र दादुरा रुवेला, टाइफाइड, जापानिज इन्सेफलाईटिस विरुद्धका खोपहरू ।
- सम्पूर्ण गर्भवती महिलाहरूका लागि टि.डि ।

तनहुँ जिल्लामा मासिक २३१ वटा खोप केन्द्र मार्फत खोप प्रदान गरिँदै आएको छ।

स्थानिय तह	खोपकेन्द्र
भानु नगरपालिका	33
व्यास नगरपालिका	50
म्याग्दे गाउँपालिका	16
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	27
भिमाद नगरपालिका	22
घिरिङ्ग गाउँपालिका	14
ऋषिङ्ग गाउँपालिका	24
देवघाट गाउँपालिका	22
बन्दिपुर गाउँपालिका	11
आँबुखैरेनी गाउँपालिका	12
जम्मा	231

२०८१ असार महिना (Source :DHIS2)

तालिका नं. २.१.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको तालिका

क्र.स.	खोपको प्रकार	(डोज) मात्रा	उमेर
१	बि.सि.जि.	१	जन्मने वित्तिकै
२	रोटा खोप	२	जन्मेको ६ र १० हप्तामा
३	पोलियो थोपा (OPV)	३	जन्मेको ६, १० तथा १४ हप्तामा
४	डि.पि.टि.-हेपवि-हिब	३	जन्मेको ६, १० तथा १४ हप्तामा
५	एफ.आइ.पी.भि.	२	जन्मेको ६ र १४ हप्तामा
६	पि.सि.भि.	३	जन्मेको ६, १० हप्ता तथा ९ महिनामा
७	दादुरा रुवेला	२	जन्मेको ९ र १५ महिना पुरा भएपछि
८	टाइफाइड	१	१५ महिना पुरा भएपछि
८	जे.ई.	१	१२ महिनामा
९	टि.डि.	१	पहिलो गर्भावस्थामा २ पटक र त्यसपछि १ मात्रा

२.१.२ मुख्य कार्यहरू

आ.व. २०८०/८१ मा राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरू निम्नानुसार रहेको छन् ।

- अभियानको समिक्षा सरसफाइ प्रवर्द्धन कार्यक्रमको निरन्तरताका लागि समिक्षा र सुक्ष्मयोजना तयारी गोष्ठी संचालन गरिएको ।
- जिल्लाबाट पालिका तथा स्वास्थ्य संस्थास्तरमा खोप, सरसफाई प्रवर्द्धन कार्यक्रम तथा पूर्ण खोप भेरिफिकेसन र सुनिश्चितता दिगोपनाको लागि सहजीकरण गरीएको ।
- गुणस्तरीय खोप सेवा संचालन तथा सरसफाई प्रवर्द्धनमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीको दक्षता बृद्धि गर्न नयाँ तथा खोप तालिम नलिएका स्वास्थ्यकर्मीहरू लाई खोप, कोल्डचेन व्यवस्थापन, ए.ई.एफ.आई., सर्भिलेन्स र सरसफाई प्रवर्द्धन सम्बन्धि आधारभूत ४ दिने तालिम संचालन गरिएको ।
- खोपको पहुंच बढाई छुट वच्चालाई खोप दिलाई पूर्णखोप सुनिश्चित गर्न वैशाख महिनालाई खोप महिना संचालन गरिएको ।
- नियमित खोपमा टाइफाइड खोप शुरुवातको गरिएको ।

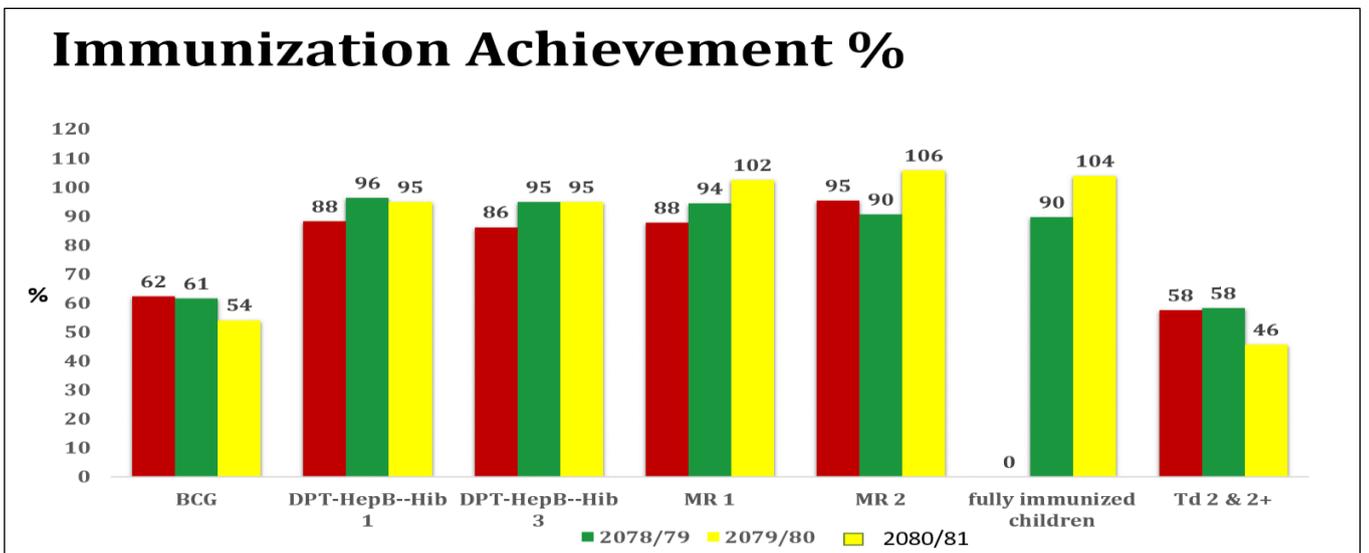
- खोप कोल्डचेन व्यवस्थापनको लागि ईन्धन तथा विधुत महशुल भुक्तानि गरिएको ।
- खोप तथा पूर्ण खोपको बारेमा जनचेतना बढाई खोप उपयोग बृद्धिको लागि स्थानिय भाषामा शैक्षिक सामाग्री उत्पादन, स्थानिय रेडियो, एफ.एम बाट सुचना प्रशारण लगायत अन्य संचारका कृयाकलाप संचालन गरिएको ।
- संक्रमण रोकथाम तथा स्वास्थ्यकर्मीको सुरक्षा र सरसफाई प्रबद्धन कक्षा संचालन समेतको लागी सर्जिकल मास्क, डिस्पोजेबल ग्लोब्स, हयाण्ड सेनिटाइजर र हात धुने साबुन, खरिद तथा वितरण गरिएको ।
- कोभिड १९ खोप अभियान संचालन तथा व्यवस्थापन गरिएको ।
- नियमित खोप सेवा र अकस्मिक अवस्थामा जिल्लाबाट भ्याक्सिन तथा खोप सामाग्री व्यवस्थापन तथा ढुवानी गरिएको ।
- विभिन्न खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरुको सर्भिलेन्स गरिएको ।
- कोल्डचेन प्रणालीलाई व्यवस्थित गर्न जिल्लामा रहेको जेनेरेटर मर्मत गरी चालु अवस्थामा राखिएको ।
- आ.व. २०८०/८१ मा यस जिल्लाका ८५ वटै वडाहरु पूर्ण खोप सुनिश्चित दिगोपना घोषणा भएको ।
- आ.व २०८०/८१ मा तनहुँ जिल्लालाई पुर्ण खोप जिल्ला घोषणा गरिएको ।
- खोप कार्यक्रमको अनसाइड कोचिड साथै सुपरभिजन अनुगमन गरिएको ।

२.१.३ नियमित खोप कार्यक्रमको प्रगति समिक्षा

प्रगति विश्लेषण: खोप सेवाको अवस्था विश्लेषण गर्दा खोप कभरेज र ड्रपआउट दरको प्रतिशतलाई आधार मानिन्छ । नेपाल सरकारले सबै खोपको कभरेज ९० प्रतिशत भन्दा बढीहुनुपर्ने लक्ष राखेको छ । यस हिसाबले माथीको तालिका हेर्दा खोपको कभरेज समग्ररूपमा बिगतको वर्ष भन्दा राम्रो देखिएतापनि केही स्थानिय तहहरुको खोप प्रगती सन्तोषजनक देखिदैन । तर यस आ.व. २०७८।७९ मा सबै स्थानिय तहहरुले चैत्र महिनामा गरिएको घरधुरी सर्भेक्षण गर्दा सबै बच्चाहरुले पाउनुपर्ने उमेरभित्र सबै खोप पाएको र कुनै बच्चा छुट भएको पाइएको छैन । यस कारण प्रगती कम देखिएता पनि तनहुँ जिल्लाका कुनै पनि बच्चा खोप पाउनबाट नछुटेको हुदा यस जिल्लामा रहेका शत प्रतिशत बच्चाहरुले खोप पाएको देखिन्छ ।

दिइएको चित्रमा तनहुँ जिल्लाको नियमित खोप कार्यक्रमको विगत तीन वर्षको कभरेज अवस्था देखाइएको छ ।

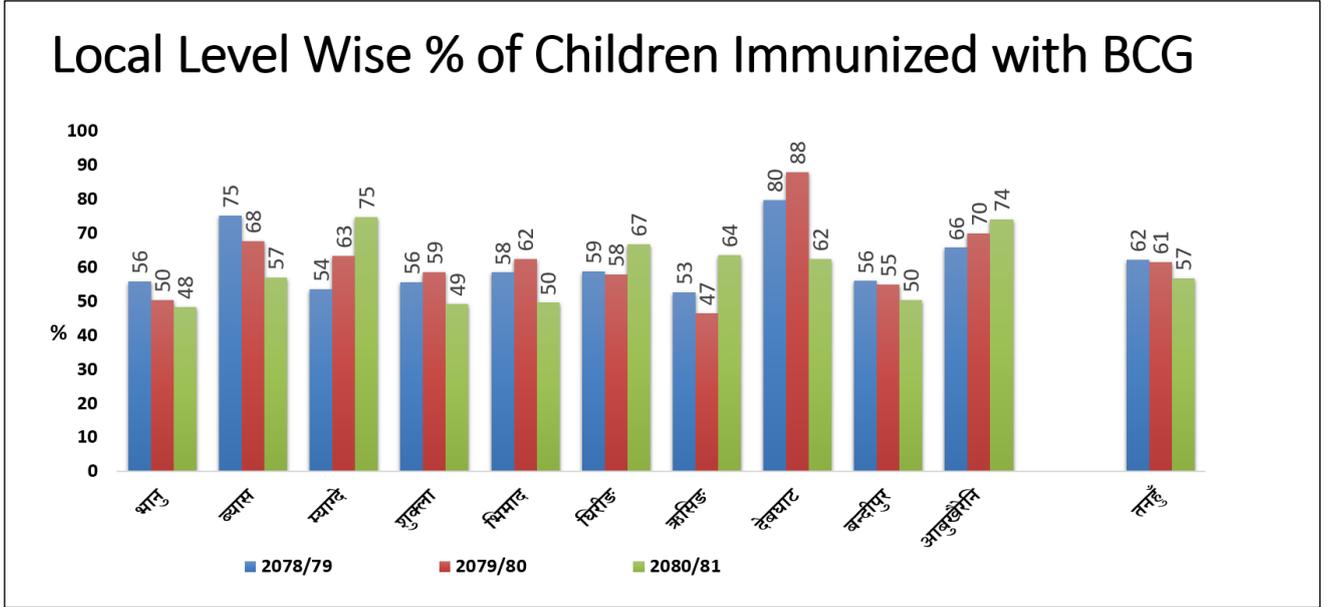
चित्र नं. २.१.१ खोप कार्यक्रमको कभरेजको अवस्था



माथीको तालिकामा बिगत ३ वर्षको खोप कभरेज हेर्दा गत वर्ष भन्दा यस वर्ष केही खोपहरुको कभरेजमा बृद्धि भएको छ भने कुनै खोपको कभरेजमा कमि समेत आएको छ । बि.सि.जि खोपको कभरेजलाई हेर्दा २०७८/७९ को तुलनामा ६२% बाट बढेर २०८०/८१ मा ५४% मा घटेको छ । यसरी नै DPT खोपको पहिलो मात्राको अवस्था हेर्दा २०७८/७९ मा ८८% बाट बढेर २०८०/८१ मा ९५% प्रतिशतमा पुगेको छ, DPT खोपको तेस्रो मात्रा पाउने बच्चाहरुको

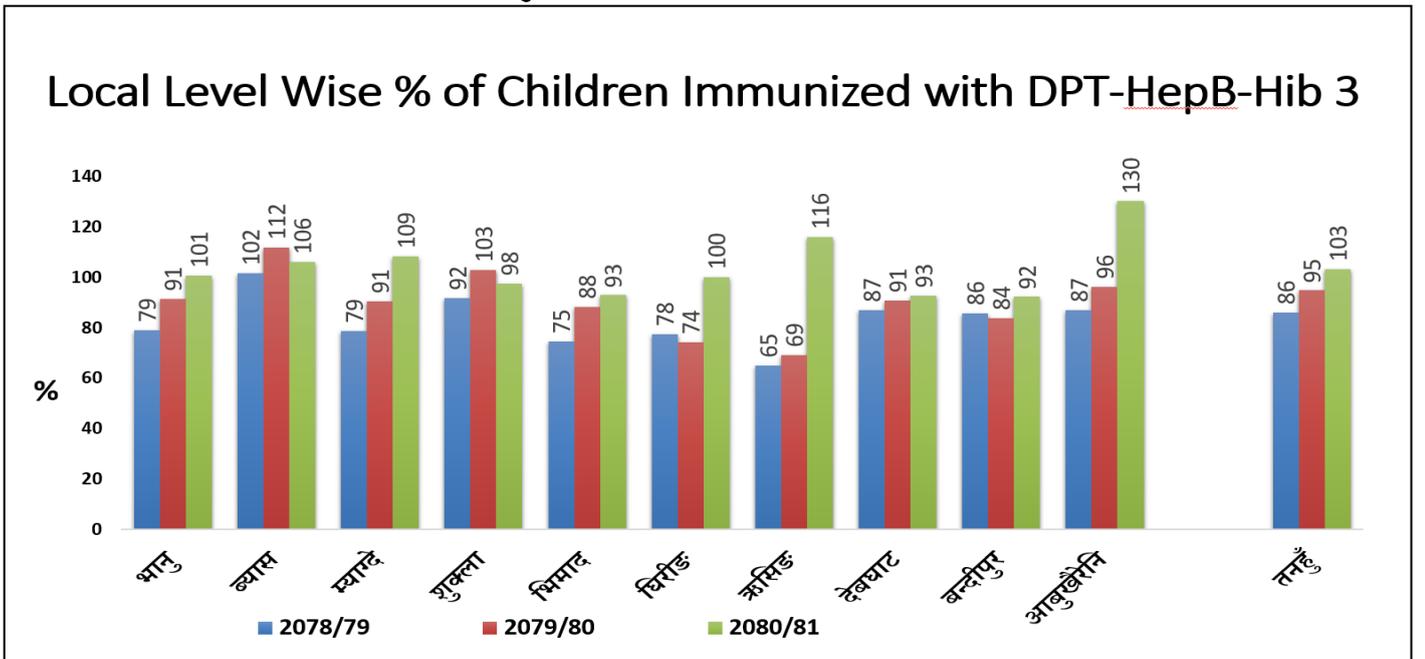
प्रतिशत हेर्दा २०७९/८० मा ८८% बाट बढेर ९५% मा पुगेको छ, दादुरा रुवेला पहिलो मात्रा खोप लगाउने बच्चाहरुको प्रतिशत पनि आ.ब २०७९/७९ मा ८८% बाट बढेर १०२% पुगेको छ, दादुरा रुवेला दोस्रो मात्रा लगाउने बच्चाहरुको प्रतिशत आ.ब २०७८/७९ मा ९५% बाट बढेर आ.ब २०८०/८१ मा १०६% पुगेको छ । तनहुँ जिल्लामा पुर्ण खोप प्राप्त गर्ने बालबालिकाको संख्या १०४% पुगेको छ भने गर्भवती महिलाले लगाउने टि.डी खोपको कभरेज आ.ब. २०७८/७९ मा ५८% बाट २०८०/८१ मा ४६% पुगेको छ ।

चित्र नं. २.१.२ स्थानीय तह अनुसार वि.सि.जि. खोपको कभरेजको अवस्था



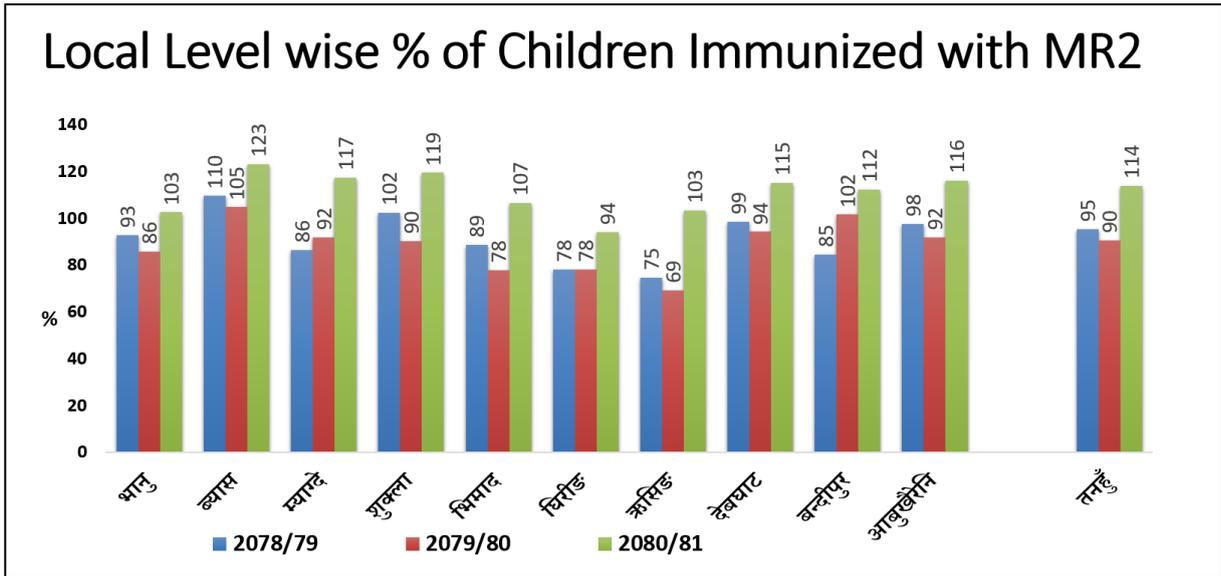
स्थानीय तह अनुसार वि.सि.जी खोपको कभरेज हेर्दा बिगतको आ.ब मा भन्दा आ.ब २०८०/८१ मा घटेको पाईन्छ तर म्याग्दे, घिरीङ, ऋसिङ र आबुखैरेनीको कभरेज भने बढ्दो क्रममा नै रहेको छ ।

चित्र नं. २.१.३ स्थानीय तह अनुसार डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब ३ खोपको कभरेजको अवस्था



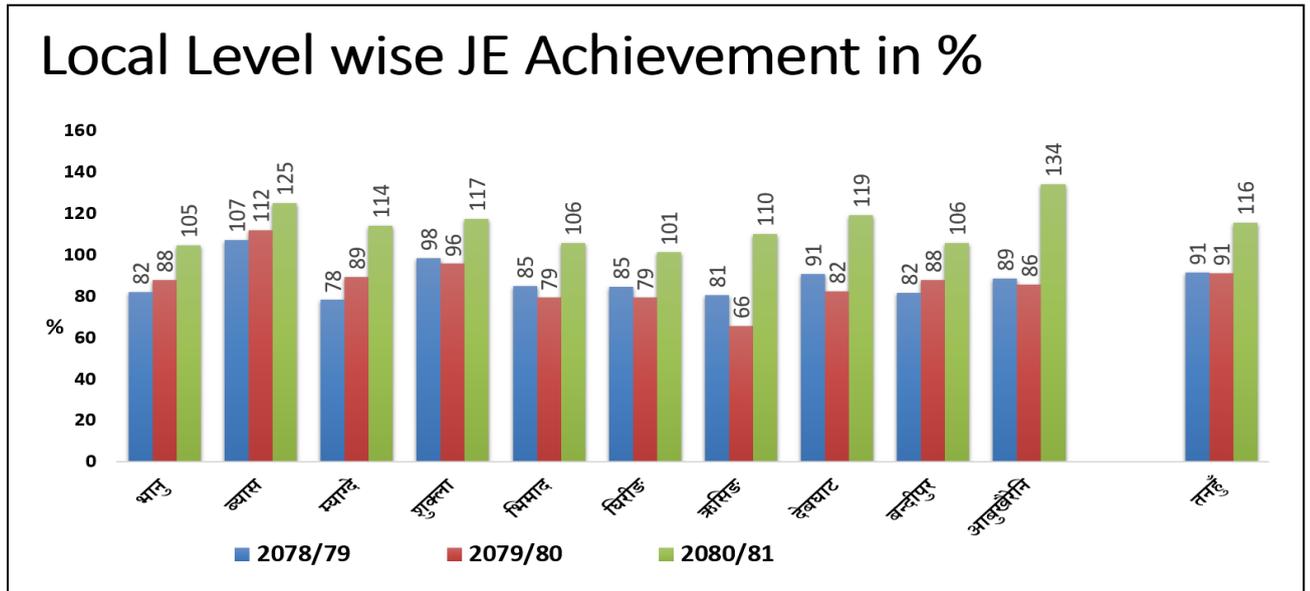
तनहुँ जिल्लाको डिपिटि-हेप बि-हिब ३ को कभरेज गत आ.ब. २०७९/८० को ९५ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.ब.मा बढेर १०३ प्रतिशत पुगेको छ । यस आ.ब. २०८०/८१ मा सबै भन्दा वढी कभरेज आबुखैरेनी गाउँपालिका नगरपालिकामा १३० प्रतिशत छ भने सबैभन्दा कम बन्दीपुर गाउँपालिकाको ९२ प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र नं. २.१.४ स्थानीय तह अनुसार दादुरा रुवेला २ खोपको कभरेजको अवस्था



माथीको तालिका हेर्दा गत आ.व. भन्दा यस आ.व. २०७९/८० मा दादुरा रुवेला २ खोपको कभरेज सन्तोषजनक देखिदैन । गत वर्षको ९५ बाट घटेर यस आ.व. मा ९० प्रतिशत पुगेको छ । यस आ.व. २०८०/८१ मा उक्त कभरेजमा वृद्धि भई ११४ प्रतिशत पुगेको छ । सबै भन्दा बढी दादुरा रुवेला २ खोपको कभरेज ब्यास नगरपालिकामा १२३ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज घिरीङ गाउँपालिकामा ९४ प्रतिशत रहेको छ । यस आ.व. २०८०/८१ मा सबै स्थानीय तहको कभरेज ९० प्रतिशत भन्दा माथि रहेको पाईन्छ ।

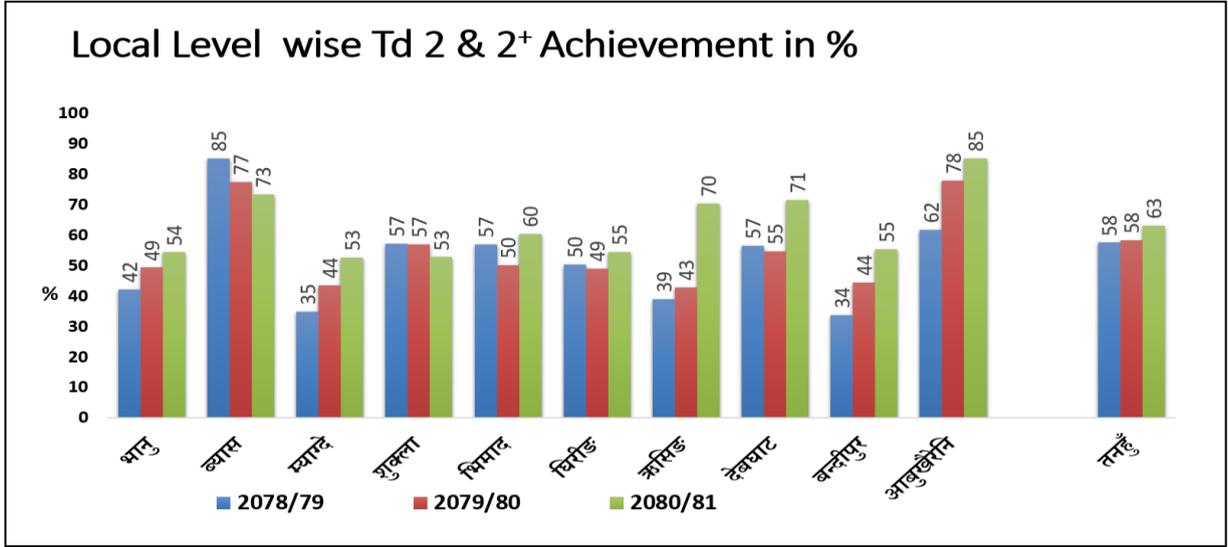
चित्र नं. २.१.५ स्थानीय तह अनुसार जे.ई खोपको कभरेजको अवस्था



ग्राफमा स्थानीय तह अनुसार जे.ई. खोपको कभरेज देखाईएको छ जसमा बिगत आ.व र आ.व २०८०/८१ मा तनहुँ जिल्लाको कभरेज बढेको रहेको छ । जुन ९९ प्रतिशत रहेको छ । स्थानीय तह अनुसार तथ्याङ्क हेर्दा पनी सबै स्थानीय तहहरूमा कभरेज बढेको पाईन्छ ।

।

चित्र नं. २.१.६ स्थानीय तह अनुसार गर्भवति महिलाको लागि टि.डि.खोपको कभरेजको अवस्था



माथी ग्राफमा स्थानिय तह अनुसार टिडि खोपको कभरेज देखाईएको छ । तनहुँ जिल्लामा यस आ.व. २०८०/८१ मा २ मात्रा टिडि खोप (टिडि २ र २+) पुरा गर्ने गर्भवति महिलाको प्रतिशत ६३ प्रतिशत रहेको छ । गत आ.व. २०७९/८० मा २ मात्रा टिडि खोप (टिडि २ र २+) पुरा गर्ने गर्भवति महिलाको प्रतिशत ५८ प्रतिशत रहेकोमा यस वर्ष यो प्रगति बढेको देखिन्छ ।

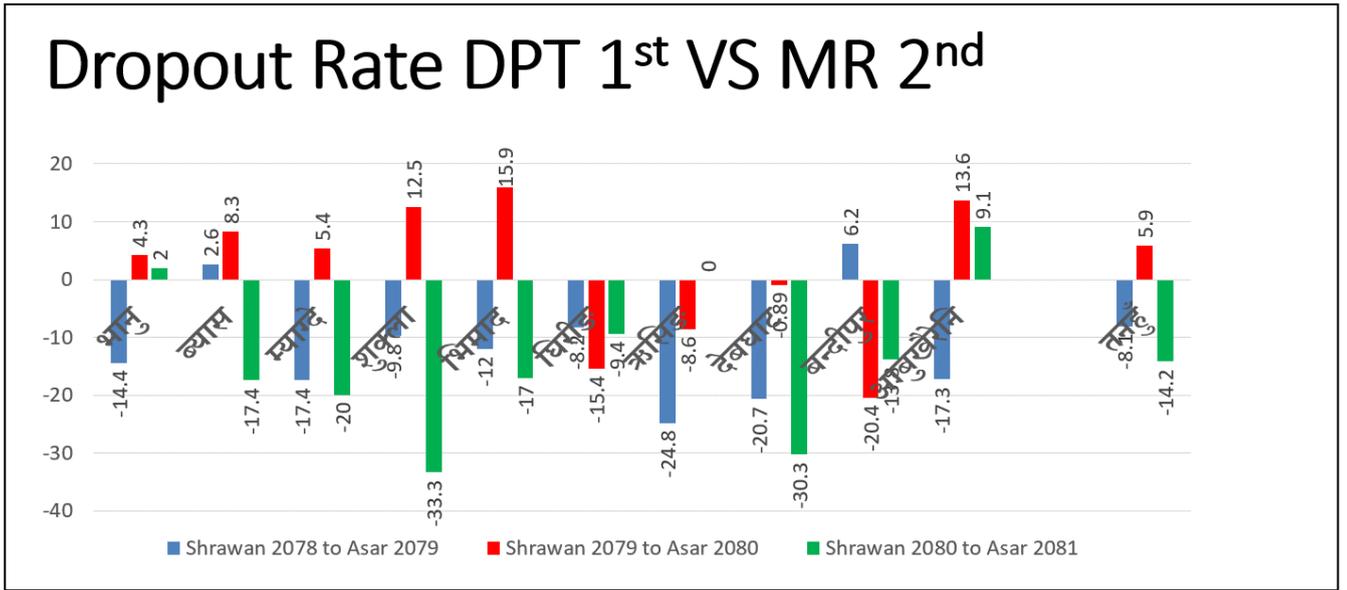
यस आ.व. २०८०/८१ को प्रगति विश्लेषण गर्दा टिडि खोप कभरेज सबैभन्दा बढी आबुखैरेनी गा.पा ८५ प्रतिशत रहेको देखिन्छ भने सबै भन्दा कम कभरेज म्याग्दे गाउँपालिकामा ५३ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरूले टिडि २ र २+ खोप लगाएको देखिन्छ ।

सुक्ष्म योजना वमोजिम सबै खोप सेसन नियमित रूपमा सञ्चालन हुनु, पूर्ण खोप सुनिश्चित दिगोपना गर्ने अवधारणा अनुरूप सबै वडाहरू साथै सबै स्थानिय तहहरूले घर धुरी सर्वेक्षण, नियमित डिफल्टर अनुगमन, म.स्वा.स्व.से.हरूको खोप सेसनमा सहभागिता नै यो खोप कभरेज बढ्नुको कारणको रूपमा लिईएको छ ।

ड्रपआउट दर

खोप ड्रपआउट: साधारण तथा जुन बच्चले वि.सि.जि खोप लिन्छ उक्त बच्चाले १५ महिना भित्र सम्पूर्ण खोप लिनुपर्छ तर विभिन्न कारणले सबै बच्चाले सबै खोप लिएका हुँदैन त्यसैलाई ड्रपआउट भनिन्छ । ड्रपआउट विश्लेषण गर्दा वि.सि.जि. लिएको तर दादुरा रुवेला पहिलो मात्रा नलिएको, डि.पि.टि हेप-वी-हिब प्रथम मात्रा लिएको तर तेश्रो मात्रा नलिएका, डि.पि.टि हेप-वी-हिब प्रथम मात्रा लिएको तर दादुरा रुवेला दोश्रो मात्रा नलिएको बच्चाहरूको संख्याबाट ड्रपआउट विश्लेषण गरिन्छ ।

चित्र नं. २.१.७ स्थानीय तह अनुसार डि.पि.टि.-हेप बि.-हिवको तुलनामा दादुरा रुवेला दोश्रो मात्रा ड्रपआउटको अवस्था



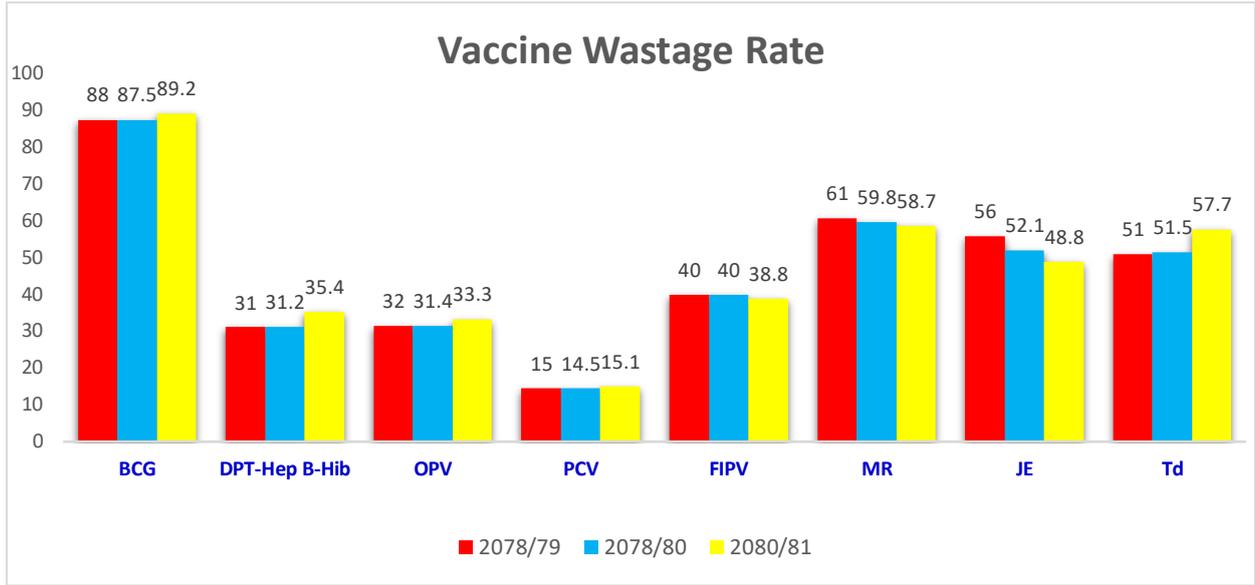
माथीको तालिकामा खोप कार्यक्रमको विश्लेषण गर्दा डि.पि.टि. पहिलो मात्राको तुलनामा दादुरा रुवेला दोश्रो मात्रा लगाउने बालबालिकाहरूको ड्रपआउट दर हेर्ने गरिन्छ । यस आ.व. २०८०/८१मा डि.पि.टि. पहिलो मात्रा लगाउनेको तुलनामा दादुरा रुवेला दोश्रो मात्रा लगाउने बालबालिकाको ड्रपआउट दर -१४.२ प्रतिशत छ जुन गत आव २०७९/८० मा ५.९ प्रतिशत रहेको थियो ।

भ्याक्सिन खेरजाने दर

खेर जाने दरको अधिकतम सिमा

- वि.सी.जी : ५० %
- जे.ई. भ्याक्सिन : ४० %
- दादुरा : ३३ %
- डि.पि.टी.-हेपबी-हिव : १५ %
- पोलियो : १५ %
- टि.टी. : १५ %
- पिसीभी : १० %
- एफ.आई.पि.भी. : १० %
- रेटा : ५ %

चित्र नं. २.१.८ भ्याक्सिन खेर जाने दर



स्वास्थ्य संस्थाहरूले गरेको प्रतिवेदन अनुसार सबै खोपहरूको खेर जाने दरको अवस्था घट्दै गएको पाईन्छ । वि.सि.जि. भ्याक्सिन खेरजाने दर गत वर्षको ८९.५ प्रतिशतबाट घटेर ८७.५ प्रतिशत, डि.पि.टि. गत वर्षको ३८.५ प्रतिशतबाट घटेर ३१.१ प्रतिशत, पोलियो गत वर्षको ३८.५ प्रतिशतबाट घटेर ३१.५ प्रतिशत पि.सि.भि २७.३ बाट घटेर १४.५ प्रतिशत, दादुरा रुवेला गत वर्षको ६३.४ प्रतिशतबाट घटेर ६०.८ प्रतिशत, जे.ई. गत वर्षको ६१.५ प्रतिशतबाट घटेर ५५.९ प्रतिशत तथा टि.टि. गत वर्षको ५७.९ प्रतिशतबाट घटेर ५०.९ प्रतिशत भएको छ । २० डोजको भायलमा उपलब्ध हुने वि.सि.जि. र १० डोजको भायलमा उपलब्ध हुने दादुरा रुवेला जस्ता भ्याक्सिनको खेर जाने दर उच्च देखिए पनि कम जनघनत्व र पातलो वस्ती भएको यस जिल्लामा प्रति सेसन प्रति भायल वि.सि.जि., एफआइपीभी, जेइ र दादुरा भ्याक्सिन खोल्नु पर्ने भएकाले यो खेर जाने दरलाई अन्यथा मान्न सकिदैन । बहुमात्रा खोप नीति अन्तर्गतका डि.पि.टि.—हेप वि—हिव, पोलियो र टि.टि. भ्याक्सिनको खेरजाने दर पनि सन्तोष जनक देखिदैन छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा खोपको पहुँच र उपभोगको तथ्याङ्क विश्लेषणले खोप कार्यक्रम सही दिशातर्फ गईरहेछ कि छैन भन्ने कुराको मुल्याङ्कन गर्ने गर्दछ । डि.पि.टि.—हेप वि—हिव को पहिलो मात्राको कभरेज ९०% भन्दा बढी भएमा खोपको पहुँच राम्रो मानिन्छ तथा डि.पि.टि.—हेप वि—हिव पहिलो मात्राको तुलनामा दादुरा रुवेलाको दोश्रो मात्राको ड्रप आउट दर १० प्रतिशत भन्दा कम भएमा राम्रो उपभोग भएको मानिन्छ । पहुँच र उपभोग दरलाई आधार मानेर प्रत्येक स्थानिय तहलाई ४ भिन्न समुह (क्याटागोरीमा) विभाजन गरिएको छ ।

समुह १: कभरेज ९०% भन्दा बढी र ड्रपआउट १०% भन्दा कम भएमा (CATEGORY-1) खोप स्थिती अत्यन्त राम्रो मानिन्छ । यस समुहमा परेमा खोपको राम्रो पहुँच र उपभोग भएको मानिन्छ ।

समुह २: कभरेज ९०% भन्दा बढी र ड्रपआउट पनि १०% भन्दा बढी भएमा (CATEGORY-2) खोपको पहुँच राम्रो रहेको तर उपभोग दर राम्रो नरहेको मानिन्छ । अर्थात उपभोगमा समस्या रहेको मानिन्छ ।

समुह ३: कभरेज ९०% भन्दा कम र ड्रपआउट १०% भन्दा कम भएमा (CATEGORY-3) खोपको पहुँच राम्रो नरहेको तर उपभोग राम्रो रहेको मानिन्छ ।

समुह ४: कभरेज ९०% भन्दा कम र ड्रप आउट १०% भन्दा बढी भएमा (CATEGORY-4) खोपको स्थिती अत्यन्त नाजुक रहेको मानिन्छ ।

यसरी हेर्दातनहुँजिल्लामा रहेका स्थानिय तहहरूलाई निम्नानुसार बर्गीकरण गर्न सकिन्छ ।

तालिका २.१.१ खोप सेवाको आधारमा स्थानीय तहको बर्गीकरण

समुह १ उच्च कभरेज (≥९०%) न्युन ड्रपआउट (<१०%) कुनै समस्या नभएको	समुह २ उच्च कभरेज (≥९०%) उच्च ड्रपआउट (<१०%) उपभोगमा समस्या	समुह ३ न्युन कभरेज (<९०%) न्युन ड्रपआउट (<१०%) पहुँचमा समस्या	समुह ४ न्युन कभरेज (<९०%) उच्च ड्रपआउट (≥१०%) पहुँच उपभोग दुवैमा समस्या
१. ब्यास न.पा. २. भानु न.पा. ३. म्याग्दे गा.पा. ४. ऋसिड गा.पा. ५. आवुखैरेनी गा.पा. ६. बन्दीपुर गा.पा.		१. शुक्लागण्डकी न.पा. २. घिरीड गा.पा. ३. भिमाद न.पा. ४. देवघाट गा.पा.	
६ स्थानीय तह	० स्थानिय तह	४ स्थानीय तह	० स्थानिय तह

कोभिड—१९ विरुद्ध खोप अभियान

कोभिड—१९ रोग नयाँ प्रजातीको संक्रामक कोरोना भाइरस (SARS-CoV-2) बाट लाग्ने रोग हो । मानव जातिमा पहिलो पटक पहिचान भएको यो भाइरस सन् २०१९ डिसेम्बरमा चाइनाको वुहानमा पहिचान भएको हो । कोभिड—१९ रोगलाई विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् २०२० मार्चमा विश्वव्यापी महामारीको रूपमा घोषणा गरेको थियो । यो रोगको संक्रमणबाट सबै मुलुकहरू प्रभावित भएका छन् र नेपाल पनि प्रभावित भएको छ । यो रोगको महामारीको कारणले संसारका सबै देशहरूको स्वास्थ्य प्रणाली, सामाजिक तथा आर्थिक पक्षलाई गम्भिर प्रभाव पारेको छ । यो भाइरसले विशेषगरी श्वासप्रश्वास प्रणालीमा सामान्य देखि गम्भिर प्रकारका असर गराउँछ । दीर्घ रोग जस्तै—मुटुसम्बन्धी रोग, मृगौला सम्बन्धी रोग, क्यान्सर, फोक्सो सम्बन्धी रोग, मधुमेह भएका विरामी, रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता कम भएका व्यक्ति र वृद्ध—वृद्धाहरूमा कोभिड—१९ को संक्रमण भएमा यो रोगको जटिलताहरू धेरै हुनुको साथै मृत्युदर समेत बढी हुने गरेको देखिएको छ । कोभिड—१९ रोगबाट संक्रमित व्यक्तिहरूको संख्या, संक्रमण दर र जटिलता हेर्दा निम्न समूहका व्यक्तिहरूमा संक्रमणको अवधिमा र संक्रमणपछि उच्चजोखिम हुने देखिएको छ । कोभिड—१९ रोगको रोकथाम, नियन्त्रण, उपचार र व्यवस्थापनको अग्रपङ्क्तिमा खटिने स्वास्थ्यकर्मीहरू, वृद्ध—वृद्धाहरू, दीर्घरोग भएका व्यक्तिहरू (मुटुसम्बन्धी रोग, फोक्सोका, क्यान्सर, मधुमेहका रोगी आदि), रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता कम भएका व्यक्तिहरू (क्यान्सरको उपचार गराईरहेका व्यक्ति) आदी । यो रोग विशेषगरी घरबाट बाहिर धेरै निस्कने व्यक्तिहरूमा कोभिड—१९ को संक्रमण हुने संभावना धेरै हुन्छ, जस्तै—धेरै मानिसको सम्पर्क हुने सार्वजनिक निकाय, कार्यालय, स्थानमा काम गर्ने, काम गर्दा भौतिक दुरी कायम गर्न नसकिने अवस्था भएका वर्ग) । यो रोगबाट हालसम्म पनि मानिसहरू संक्रमित भईरहेका छन् ।

कोभिड—१९ रोगको शंका लागेका व्यक्तिहरूले तत्काल स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीहरूसँग सम्पर्क गरी यो रोग निदानको लागि प्रयोगशाला परीक्षण (पि.सि.आर टेष्ट) को लागि नाक, मुख र घाँटीको स्वाब संकलन गरि परीक्षण गरिन्छ ।

विभिन्न खोप उत्पादकहरूले कोभिड—१९ रोग विरुद्ध खोपको विकास गर्ने प्रयास गरिरहेका छन् । सन् २०२१ जनवरी ८ सम्ममा २९१ वटा खोपको विकास गर्ने कार्य सुरु गरेका छन् । ती मध्ये २२३ वटा खोपहरू जनावरमा परीक्षण भैरहेकोमा ६८ वटा खोपहरू मानव परीक्षण (Clinical trial) को चरणमा रहेको छन् र मानव परीक्षणमा रहेका ती खोपहरू मध्ये १० वटा खोपहरूको प्रयोग विभिन्न देशहरूमा भईसकेको छ । हालसम्म विकास गरिएका ती खोपहरू मध्ये Pfizer, Moderna and AstraZeneca बाट उत्पादित खोपहरू लगायत १० वटा खोपहरू उत्पादक देशको नियामक निकायबाट आकस्मिक प्रयोगको लागि मान्यता प्राप्त भै स्वीकृत समेत भई प्रयोगको शुरुवात भएको

छ । **Pfizer/AstraZeneca** बाट उत्पादित खोप विश्व स्वास्थ्य संगठनबाट आकस्मिक प्रयोगको लागि सूचिकृत गरी सकेको छ भने नेपालमा नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, औषधि व्यवस्था विभागबाट आकस्मिक प्रयोगको लागि अनुमति प्राप्त भएको छ (२०७७ साल माघ २ गते) ।

संसारभरी महामारीको रूपमा फैलिएको र नेपालमा पनि यो रोगको संक्रमण देखा परी रहेको यो नयां पत्ता लागेको भाईरस भएको र यसको निश्चित उपचारको औषधि नभएको यसको रोकथाम, नियन्त्रण र रोगको जोखिम कम गर्न रोगको उच्च जोखिम वर्ग, समुदायको पहिचानगरी तत्काल प्राथमिकताको आधारमा खोप शुरुवात गर्ने निर्णय गरी सघनरूपमा कार्य गरीरहेकोमा रोकथाम तथा नियन्त्रणको लागि विभिन्न प्रकारका खोपहरूको विकास भईरहेको र केहि देशहरूले यो रोग विरुद्धको खोप दिन शुरुवात गरी सकेका छन । खोपबाट यो रोगको रोकथाम तथा नियन्त्रण गरी नागरिकको स्वास्थ्य रक्षा हुने, देशमा रोगको दर र मृत्यु दरमा कमि गराउने आशा लिइएको छ । नेपाल सरकारको निर्णयानुसार उपलब्ध हुने खोप परिमाण र यो रोगको उच्च जोखिम समूह पहिचानको आधारमा प्राथमिकता निर्धारण गरी चरणबद्ध रूपमा यो रोग विरुद्धको खोप अभियान संचालन गरिन लागिएको छ ।

हाल तनहुँ जिल्लामा कोभ्याक्स सुविधा अनतरगत प्राप्त र नेपाल सरकारबाट खरिद भएका विभिन्न खोपहरू प्रयोग गरिदै आएको छ । जस्मा कोभिसिल्ड, एस्ट्राजेनेका, भेरोसिल साइनोफाम, जोन्सन एण्ड जोनेसन र मोडेना खोपहरू प्रयोग गरिदै आएको छ । निकट भविष्यमा फाइजर बायोएन्टेक खोप ५ वर्ष माथी उमेर समुहमा प्रयोग गर्ने योजना रहेको छ ।

चित्र नं. २.१.९ कोभिड १९ विरुद्ध खोप लगाएको संख्या १८ वर्ष वा सो भन्दा माथी

क्र. सं.	स्थानिय तहको नाम	जम्मा जनसंख्या	लक्ष	पहिलो मात्रा	पुर्ण मात्रा	पहिलो मात्रा प्रतिशत	पुर्ण मात्रा प्रतिशत	थप मात्रा	थप मात्रा प्रतिशत
१	भानु नगरपालिका	४९६१३	३२५३७	३२५३७	२६७२२	९५	८२	१३९६७	४३
२	व्यास नगरपालिका	७७८६२	५१०६२	५१०६२	५८२६५	११९	११४	२८३१८	५५
३	म्याग्दे गाउँपालिका	२४१८७	१५८६२	१५८६२	१४५३४	९७	९२	१३२९५	३७
४	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	५४४६३	३५७१७	३५७१७	३८९३८	११७	१०९	१२०२७	५५
५	भिमाद नगरपालिका	३३५६०	२२००९	२२००९	१९३५५	९०	८८	९१९४	५८
६	घिरिङ्ग गाउँपालिका	२०४९३	१३४४०	१३४४०	७९७१	७१	६७	४४९४	३३
७	ऋषिङ्ग गाउँपालिका	२७३०४	१७९०६	१७९०६	११७६५	६६	६६	८१०१	४५
८	देवघाट गाउँपालिका	१७७०३	११६१०	११६१०	९४६२	१००	८१	३८०८	३३
९	बन्दिपुर गाउँपालिका	२१७००	१४२३१	१४२३१	१२८०४	८८	९०	३३४०	२३
१०	आँबुखैरेनी गाउँपालिका	२२८३०	१४९७२	१६११७	१६४९१	१०८	११०	६८३०	४६
जम्मा		३४९७१६	२२९३४७	२३०४२९	२१७३०७	१००	९५	१०३३७	४५

माथीको तालिका अनुसार कोभिड १९ विरुद्ध पहिलो मात्रा खोप लगाउने २३०४२९ जना भएता पनि दोश्रो मात्रा लिनेको संख्या भने २१७३०७ जना मात्र छ । यसरी हेर्दा लक्षित जनसंख्या २२९३४७ मध्ये कोभिड १९ विरुद्ध पहिलो मात्रा खोप लगाउने १०० प्रतिशत रहेका छन भने दोश्रो मात्रा ९५ प्रतिशतले लगाएका छन् । यस्तै थप मात्रा भने ४५ प्रतिशतले मात्र लगाएका छन् ।

२.२ नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन

(Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness)

२.२.१ समुदायमा आधारित बालरोग तथा नवजात शिशुको एकीकृत व्यवस्थापन

(Community Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness)

पृष्ठभूमि

५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा देखा पर्ने मुख्य-मुख्य समस्या वा रोगहरूको एकीकृत रूपमा मूल्याङ्कन गरेर वर्गीकरणको आधारमा पहिचान गरिएको स्वास्थ्य समस्या/रोगको उपचार गर्ने अवधारणा अनुसार जन्मेदेखि ५ वर्ष सम्मका बालबालिकाहरूलाई गरिने उपचार एवं व्यवस्थापन गर्ने कार्यक्रमलाई नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness) भनिन्छ । यो अवधारणामा बच्चाको समग्र स्वास्थ्य स्थितीको जाँच गरेर रोग तथा अन्य स्वास्थ्य समस्याहरूको पहिचान गरी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना नगरी उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने तदनुसरूप दिइएको परामर्श अनुसार घर परिवार स्तरमा समेत उपचार/व्यवस्थापनलाई निरन्तरता दिने कार्यहरू समेटिएको हुन्छ । त्यसैले यस कार्यक्रमलाई समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (Community Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness) भनिएको हो । बालरोगहरू जस्तै २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरूमा प्रायजसो देखिने समस्याहरू जस्तै: निमोनिया, झाडापखाला, मलेरीया, दादुरा र कुपोषणको एकीकृत उपचार तथा व्यवस्थापन गरिन्छ । त्यसै गरी २ महिना मुनिका शिशुहरूमा देखिने संक्रमण, सिताङ्ग, जण्डीस आदिको मूल्याङ्कन गरी उपचार तथा व्यवस्थापन समेत गरीन्छ । साथै अन्य रोगहरूको समेत मुल्याङ्कन गरी व्यवस्थापन गर्ने गरिन्छ । कुनै बालबालिका कुनै एक रोगको शिकायत लिएर स्वास्थ्य संस्थामा आएपनि स्वास्थ्यकर्मीले माथि उल्लेखित रोगहरू समेत हुनसक्ने भएकोले समुदाय स्तरमा नै समुदायमा रहेका महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरू मार्फत ती रोगहरूको समयमा नै मुल्याङ्कन गर्ने र आफ्नो तहबाट उपचार सम्भव भए उपचार गर्ने तथा सो नभएमा तुरुन्त स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिन्छ । त्यस्तै ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा देखिन सक्ने रोगहरूको रोकथामका लागि स्वास्थ्य शिक्षा परामर्श समेत प्रदान गरिन्छ । सन् १९९७ मा महोत्तरीबाट शुरु भएको यो कार्यक्रम हाल सबै जिल्लाहरूमा संचालन भइरहेको छ ।

कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य

- ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा प्राय हुनसक्ने रोगहरू (जस्तै स्वासप्रश्वास रोग, झाडापखाला कुपोषण, दादुरा, मलेरीया आदि) को रुग्णता दर र सोबाट हुनसक्ने मृत्युदर घटाउने ।
- बालबालिकाहरूको वृद्धि र विकासमा योगदान गर्नु ।
- बालबालिकामा हुनसक्ने रोगहरू सकेसम्म रोकथाम गर्नु, यदि रोग लागि हालेमा समयमा नै पत्ता लगाई व्यवस्थापन गर्न निम्नानुसारको रणनीतिहरू अवलम्बन गरिन्छ ।
- बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धमा स्वास्थ्यकर्मीहरूको ज्ञान र शिपको क्षमता वृद्धि गर्ने ।
- समग्र स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार गर्ने ।
- बालबालिकाको स्याहार-सुसार सम्बन्धी घर-परिवार र समुदायको स्वास्थ्य व्यवहारमा सुधार गर्ने

मुख्य कार्यहरू:

आ.व. २०८०/८१ मा गरिएका मुख्य गतिविधिहरू ।

- समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई आधारभुत तालिम संचालन गरिएको ।
- CB-IMNCI कार्यक्रमको स्थलगत अनुशिक्षणको लागि Coach Training सम्पन्न गरिएको ।
- स्थलगत अनुशिक्षण गरिएको ।

- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको उपचार CB-IMNCI पद्धति अनुसार प्रदान गरिएको ।
- CB-IMNCI कार्यक्रमको लागि आवश्यक पर्ने औषधीहरू खरिद गरी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा वितरण गरिएको ।

२.२.२ स्वास्थ्य संस्थामा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (Facility-Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness)

यो प्याकेज विशेष गरेर स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट माथिल्लो अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण भएर आएका बिरामी शिशुहरूको जीवन रक्षा गर्ने पक्षहरूलाई समावेश गरिएको छ । समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (CB-IMNCI) सँग यस प्याकेजको प्रत्यक्ष र बलियो सम्बन्ध रहेको हुन्छ । यसमा बिरामी शिशुको व्यवस्थापन तथा आकस्मिक वर्गिकरण तथा उपचार (Emergency Triage Assessment and Treatment- ETAT) लाई समावेश गरिएको छ । यस प्याकेजले वर्तमान अवस्थामा शिशुहरूको कस्मिक जीवन रक्षाको लागि गरिनुपर्ने क्षेत्रमा रहेको खाडललाई परिपूर्ति गर्ने विश्वास लिईएको छ ।

बिरामी शिशुहरूलाई एउटा स्वास्थ्य संस्थाबाट अर्को स्वास्थ्य संस्थामा स्थानान्तरण (प्रेषण) गर्न पनि धेरै बाधा व्यवधानहरू रहेका छन् । बिरामी शिशुलाई स्थानान्तरण गर्नु भन्दा अगाडी गरिने Pre-transfer stabilization बिरामी शिशु व्यवस्थापनको महत्वपूर्ण पक्ष हो । बिरामी शिशुहरूलाई स्वास्थ्य संस्थामा जीवनलाई खतरा हुने विभिन्न अवस्थाहरूमा (जस्तै: gasping, choking, shock, convulsion) ल्याइएको हुन्छ जसको व्यवस्थापन समय मै गर्न नसकिएमा शिशुको ज्यानै जान सक्दछ ।

2.2.3 CB-IMNCI तथा FB-IMNCI बिचको सम्बन्ध:

नेपालमा समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन (CB-IMNCI) कार्यक्रम सन् १९९७ मा शुरुवात भएको थियो र क्रमिक रूपमा प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रमको रूपमा सन् २००९ सम्म देशका ७६ बटै जिल्लाहरूमा विस्तार गरिएको थियो । यसैगरी नवजात शिशु मृत्युदर घटाउनुपर्ने आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्नका लागि सन् २००८ मा समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम (CB-NCP) को पाइलटिङ गरिएको थियो र द्रुत गतिमा सन् २०११ सम्ममा देशका ४१ वटा जिल्लाहरूमा विस्तार गरिएको थियो । सन् २०१२ मा पाइलटिङ गरिएका जिल्लाहरूमा गरिएको CB-NCP कार्यक्रमको मूल्याङ्कनले कार्यक्रम सम्बन्धी केही महत्वपूर्ण मुद्दाहरूलाई उजागर गरेको थियो जुन विशेष गरेर महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले प्रदान गरेको सेवाको कभरेज तथा गुणस्तर सँग सम्बन्धित रहेको थियो । साथै सन् २००६ देखि सन् २०११ सम्मको अवधीमा नवजात शिशु मृत्यु दर यथास्थितीमा (३३ प्रतिहजार जीवित जन्म) रहेको पाइएको थियो । यसको अलावा सोही अवधीमा आमा तथा परिवारका सदस्यहरूले सिधै स्वास्थ्य संस्थामा गई तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट सेवा लिन जाने प्रचलनमा वृद्धि हुँदै गएको पाइएको थियो । नवजात शिशु मृत्युदर कम गराउनको लागि कम खर्चिलो र प्रभावकारी पद्तीको बारेमा गहन छलफल चलिरहेकै समयमा विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् २०१४ मा IMCI को परिमार्जित प्रोटोकल प्रकाशन गर्‍यो जसमा निमोनियाको वर्गिकरण र उपचारमा परिवर्तन गरिनुका साथै २ महिनामुनिका बिरामी शिशुहरूमा जोड दिइएको थियो । CB-IMNCI र CB-NCP कार्यक्रमका लगभग ६०% विषयवस्तु मिल्दाजुल्दा रहेका थिए । यो पृष्ठभुमीमा नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले सन् २०१४ मा CB-IMNCI तथा CB-NCP कार्यक्रमको समायोजन गर्दै समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन (CB-IMNCI) को विकास गर्ने नितीगत निर्णय गर्‍यो । यसरी समायोजन गर्दा विश्व स्वास्थ्य संगठनको परिमार्जित IMCI प्रोटोकलका विषयवस्तु लाई पनि समायोजन गरिएको थियो तथा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको भूमिकालाई प्रवर्द्धनात्मक तथा निरोधात्मक क्षेत्रमा मात्र सिमित गरिएको थियो ।

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम देशको सबै जिल्लाहरूमा क्रमिक रूपमा विस्तार गरिसकिएको अवस्थामा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरू तथा नवजात शिशुहरूको मृत्युदरलाई थप न्युनिकरण गर्नका लागि नवजात शिशुहरूको स्याहारलाई विशेष जोड दिईएको स्वास्थ्य संस्थामा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन (FB-IMNCI) कार्यक्रमको आवश्यकता महशुस गरियो । यसले तल्लो तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट CB-IMNCI पद्धति को प्रयोग गरी प्रेषण गरिएका बिरामी शिशुहरूको व्यवस्थापन गर्नका लागि प्रेषण प्रोटोकलको

आवश्यकतालाई उजागर गर्यो । यस प्रकार यो FB-IMNCI कार्यक्रमले मुख्य प्राणघातक रोग वा अवस्थाहरुको कारणले प्रेषण गरिएका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापनलाई जोड् दिने भएकाले CB-IMNCI कार्यक्रमसँग यसको महत्वपूर्ण सम्बन्ध रहेको छ ।

२.२.४ प्रगति विश्लेषण

तालिका नं. २.२.१ समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमका मुख्य सुचकहरु:

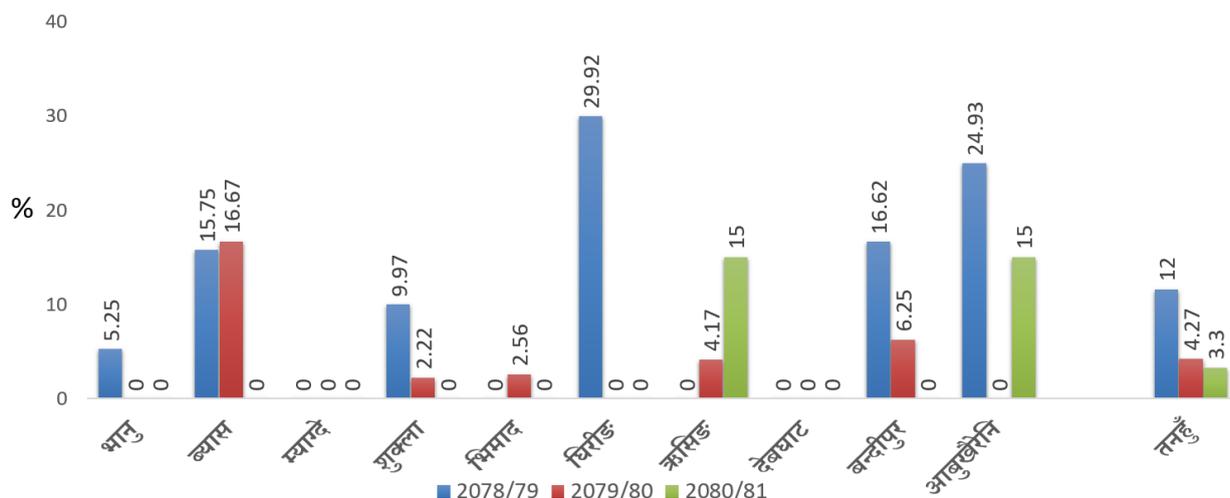
स्थानीय तह	स्वास्थ्य संस्थामा प्रशुती गराएको %	नाभि मलम लगाएको नवजात शिशुको %	५ वर्ष मुनिका झाडापखलाका बच्चाको संख्या प्रति १०००	५ वर्ष मुनिका स्वास्थ्यसमस्या भएका बच्चाको संख्या प्रति १०००	५ वर्ष मुनिका झाडापखला लागेका बच्चालाई जिङ्क चक्री र पुनर्जलिय झोलबाट उपचार गरेको %
तनहुँ जिल्ला	२७	१००	६२	२२	१००
भानु नगरपालिका	९	१००	४७	१०	१००
व्यास नगरपालिका	३३	१००	४५	१३	१००
म्याग्दे गाउँपालिका	४६	१००	४१	२	१००
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	२१	१००	४०	१५	१००
भिमाद नगरपालिका	३०	१००	५५	५	१००
घिरीङ गाउँपालिका	१९	१००	७०	२१	१००
ऋसिङ गाउँपालिका	२३	१००	१११	३२	१००
देवघाट गाउँपालिका	३९	१००	१२२	६०	१००
बन्दीपुर गाउँपालिका	१९	१००	९७	३२	१००
आबुखैरेनी गाउँपालिका	५०	१००	१२६	९८	१००

यस आ.व. २०८०/८१ मा स्वास्थ्य संस्थामा २७% गर्भवतीहरुले स्वास्थ्य संस्थामा प्रशुती गराएको छ । सबै भन्दा बढी म्याग्दे गाउँपालिका ४६ र सबै भन्दा कम भानु नगरपालिकामा ९% संस्थागत प्रशुती भएको छ । जम्मा प्रतिवेदन गरिएको जिवीत जन्म मध्य १००% नवजात शिशु हरूलाई नाभि मलम लगाइएको छ । सबै स्थानीय तहमा शत प्रतिशत बालबालिकाको नाभिमा नाभि मलम लगाईएको छ । तनहुँ जिल्लामा ६२ जना प्रति १००० बालबालिकामा झाडापखला देखिएको छ । सबैभन्दा धेरै ऋसिङ गाउँपालिकामा गाउँपालिकामा १११ प्रति एक हजार बालबालिकामा देखिएको छ पखाला लागेको ५ वर्ष मुनिका १०० प्रतिशत बच्चाहरुलाई जिङ्क र पुनर्जलिय झोलबाट उपचार गरीएको छ ।

२ महिना मुनिका बच्चाहरु सम्बन्धी सुचकहरु:

चित्र नं. २.२.१ अनुमानित जिवित जन्म मध्ये ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण भएका शिशुको प्रतिशत

% of PSBI Among Register 0-2 Month infant



२ महिना मुनिका बालबालिकामा हुने ब्याक्टेरियाको गम्भिर संक्रमणको दर घट्दो क्रममा देखिएको छ । आ.व. २०८०/८१ ३.३ प्रतिशत २ महिना भन्दा मुनिका शिशुहरुमा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण देखिएकोमा र आ.व. २०७९/८० मा यस संख्या ४ % मा देखिएको थियो भने आ.व २०७८/७९ मा १२ प्रतिशत सम्म पुगेको थियो । यस आ.व. मा सबै भन्दा बढी आबुखैरेनी गाउँपालिका र ऋसिङ गाउँपालिकामा १५ प्रतिशत २ महिना मुनिका शिशुहरुमा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण भएको छ ।

तालिका नं. २.२.२ २ महिनामुनिका बालबालिकाहरुमा देखिएका स्वास्थ्य समस्या

सुचक	आ.व	तनहुँ जिल्ला जम्मा	भानु नगरपालिका	ब्यास नगरपालिका	म्याग्दे गाउँपालिका	शुक्लापण्डकी नगरपालिका	भिमाद नगरपालिका	चिरीङ गाउँपालिका	ऋसिङ गाउँपालिका	देवघाट गाउँपालिका	बन्दीपुर गाउँपालिका	आबुखैरेनी गाउँपालिका
जम्मा २ महिना मुनिका बिरामी बच्चा संख्या	२०७८/७९	२३२	१९	११४	२	१०	५३	१०	२	२	१२	८
	२०७९/८०	२११	१६	३०	९	४५	३९	२०	२४	८	१६	४
	२०८०/८१	१८२	१०	५	०	९१	८	१२	२०	१	१५	२०
ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण भएका	२०७८/७९	२७	१	१८		१		३			२	२
	२०७९/८०	९		५		१	१	०	१		१	०
	२०८०/८१	६	०		०		०	०	३			३
ब्याक्टेरियाको स्थानिय संक्रमण भएका	२०७८/७९	१२२	१३	३४	२	८	४६	७	१		८	३
	२०७९/८०	१०९	५	५	७	३७	१३	१७	६	३	१२	४
	२०८०/८१	१२२	०	२	०	८५	३	६	७	१	१२	६
जन्डिस भएको	२०७८/७९	१४	१	१०		०					२	१
	२०७९/८०	२२	१	१७		२		०	२			०
	२०८०/८१	८	०	२	०	४	०	१			१	
प्रेषण गरिएको जम्मा	२०७८/७९	८	१	३		१	१				१	१
	२०७९/८०	१३		३	१	१	२	०	५		१	०
	२०८०/८१	१०	०		०		१	१	३		१	४
२ महिना मुनिका शिशुहरु मृत्यु भएको संख्या	२०७८/७९	०	०	०		०						
	२०७९/८०	०		०				०				०
	२०८०/८१	०	०		०		०	०	०			

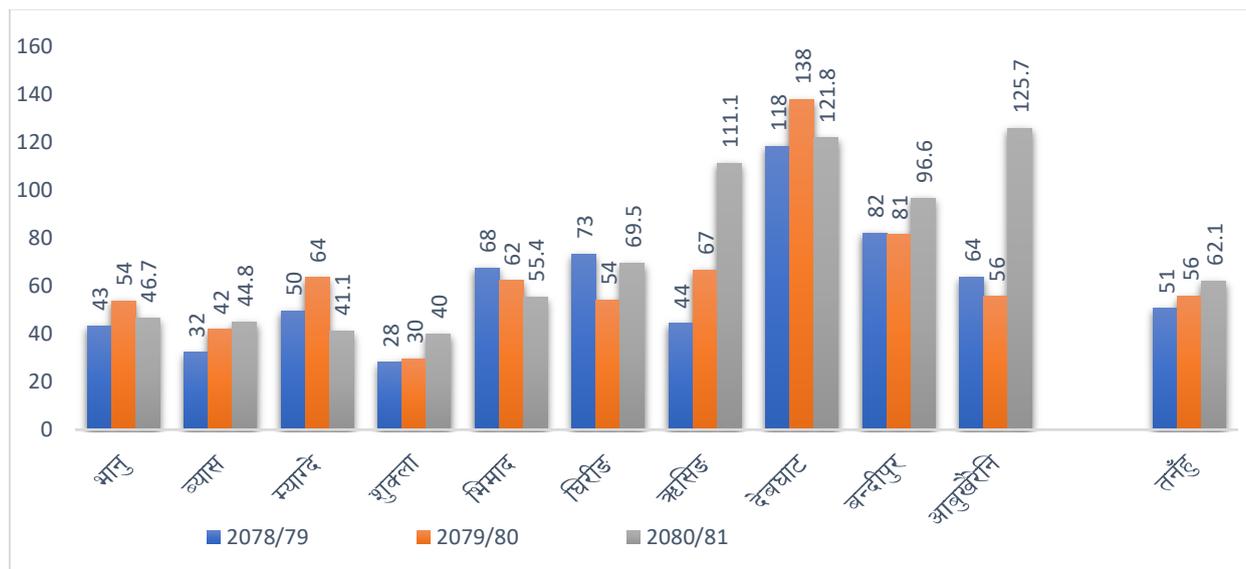
स्वास्थ्य कार्यालय तनहुँ वार्षिक प्रतिवेदन २०८०/८१

सूचक	आ.व.	तनहुँ	भानु	ब्यास	म्याग्दे	शुक्ला	भिमाद	घिरीड	ऋसिड	देवघाट	बन्दीपुर	औंबु
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका												
२ महिना भित्रका जम्मा विरामी बच्चा	२०७८/७९	232	19	114	2	10	53	10	2	2	12	8
	२०७९/८०	211	16	30	9	45	39	20	24	8	16	4
	२०८०/८१	182	10	5	0	91	8	12	20	1	15	20
२९ दिन देखी ५९ महिनासम्मका जम्मा निमोनिया नभएका स्वास्थ्यप्रस्वासको समस्या भएका विरामी बच्चा संख्या	२०७८/७९	4147	387	705	252	476	613	290	374	439	383	228
	२०७९/८०	4022	404	530	382	453	671	257	411	314	380	220
	२०८०/८१	3678	192	430	162	921	459	258	420	233	367	236
२ देखी ५९ महिना सम्मका जम्मा निमोनिया भएका स्वास्थ्यप्रस्वासका समस्या भएका विरामी बच्चाको संख्या	२०७८/७९	444	55	129	4	37	62	28	5	65	27	32
	२०७९/८०	425	32	82	2	51	27	38	5	127	23	38
	२०८०/८१	404	23	62	3	50	9	20	34	55	30	118
२ देखी ५९ महिना सम्मका कडा निमोनिया भएका विरामी बच्चाको संख्या	२०७८/७९	6	1	3		0		0			2	
	२०७९/८०	1	0	0		0		0			1	0
	२०८०/८१	9	0	0	0		0	0			4	5
२ देखी ५९ महिना सम्मका रक्तअल्पता भएका बच्चाको संख्या	२०७८/७९	6	0	0		1		1			4	
	२०७९/८०	2	0	0				0	1		1	0
	२०८०/८१	13	0	0	0	7	2	0			1	3
२-५९ महिनाको पुरुष बच्चाको संख्या	२०७८/७९											
	२०७९/८०	6622	771	1109	393	757	885	400	648	650	547	462
	२०८०/८१	6955	742	1046	294	1183	760	417	705	577	566	665
२-५९ महिनाको महिला बच्चाको संख्या	२०७८/७९											
	२०७९/८०	5952	749	1011	341	672	818	344	479	650	480	408
	२०८०/८१	6181	630	926	236	1059	666	304	656	590	545	569
२-५९ महिनामा मृत्युको संख्या	२०७८/७९	0	0	0		0		0				
	२०७९/८०	0	0	0				0				0
	२०८०/८१	0	0	0	0		0	0	0			

माथिको टेबलमा सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका हरूले प्रदान गरेका बिगत ३ आ.ब को सेवाको विवरण देखाईएको छ ।

झाडापखाला रोगको वर्गिकरण (२ महिना देखी ५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरु)

चित्र नं. २.२.१ ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा झाडापखाला रोगको प्रकोपदर (प्रति १००० मा, आ.व. २०७८/०७९)



जिल्लाको समग्र झाडापखाला रोगको प्रकोप दर गत आ.व. मा ५६ जना प्रति १००० पाँच वर्ष मुनीका बालबालिकाहरुमा रहेकोमा आ.व. २०८०/८१ मा वृद्धि भई ६२.१ पुगेको छ । सबै भन्दा बढी प्रकोपदर आबुखैरेनी गाउँपालिकामा १२५.७ जना र सबै भन्दा कम शुक्लागण्डकी नगरपालिकामा ४० जना प्रति १००० पाँच वर्ष मुनीका बालबालिकाहरुमा देखिएको छ ।

तालिका. २.२.४ झाडापखाला रोगको वर्गिकरण (२ महिना देखी ५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरु)

सूचक	आ.व.	तनहुँ	भानु	ब्यास	म्याग्दे	शुक्ला	भिमाद	धिरीङ	ऋसिङ	देबघाट	बन्दीपुर	आबुखैरेनी
झाडापखाको जम्मा बिरामी बच्चा संख्या (स्वास्थ्य संस्था+गाउँघर क्लिनिक+ म.सा.स्व.से.)	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
झाडापखाको जम्मा बिरामी बच्चा संख्या (स्वास्थ्य संस्था+गाउँघर क्लिनिक)	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
झाडापखाको जम्मा बिरामी बच्चा संख्या (म.सा.स्व.से.)	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											

स्वास्थ्य संस्था र गाउँघर क्लिनिकमा जम्मा झाडापखाला बिरामी संख्या

सूचक	आ.व.	तनहुँ	भानु	ब्यास	म्याग्दे	शुक्ला	भिमाद	घिरीङ	ऋसिङ	देवघाट	बन्दीपुर	आबुखैरानि
२ महिना देखी ५९ महिना सम्मका आउँघरत भएका बालबालिकाको संख्या	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
२ महिना देखी ५९ महिना सम्मका जलवियोजन नभएका बालबालिकाको संख्या	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
२ महिना देखी ५९ महिना सम्मका दिर्घ झाडापखाला भएका बालबालिकाको संख्या	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
२ महिना देखी ५९ महिना सम्मका कडा जलवियोजन भएका बालबालिकाको संख्या	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
२ महिना देखी ५९ महिना सम्मका केही जलवियोजन भएका बालबालिकाको संख्या	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											

झाडापखाला रोगको कूल बिरामी बालबालिकाको संख्या आ.व. २०७६/०७७, २०७७/०७८ र २०७८/०७९ मा क्रमशः ६१८२, ५९४१ र ५०२७ जना रहेको छ । ५ वर्ष मुनिका झाडापखालाको बिरामी बालबालिकाहरु स्वास्थ्य संस्था र गाउँघर क्लिनिकमा भन्दा बढी संख्यामा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु मार्फत सेवा लिएको देखिन्छ । झाडापखालाको बिरामी बालबालिकाहरुमा आउँ रगतका बिरामी केहि संख्यामा देखिएकोछ, दिर्घ झाडापखाला र कडा जलवियोजन भएका बिरामीहरु गत आ.व. मा न्युन मात्र देखिएको मा यस आ.व. मा शुन्य देखिएको छ ।

तालिका. २.२.५ झाडापखालाको इन्सिडेन्स तथा मृत्युदर सम्बन्धी विवरणः

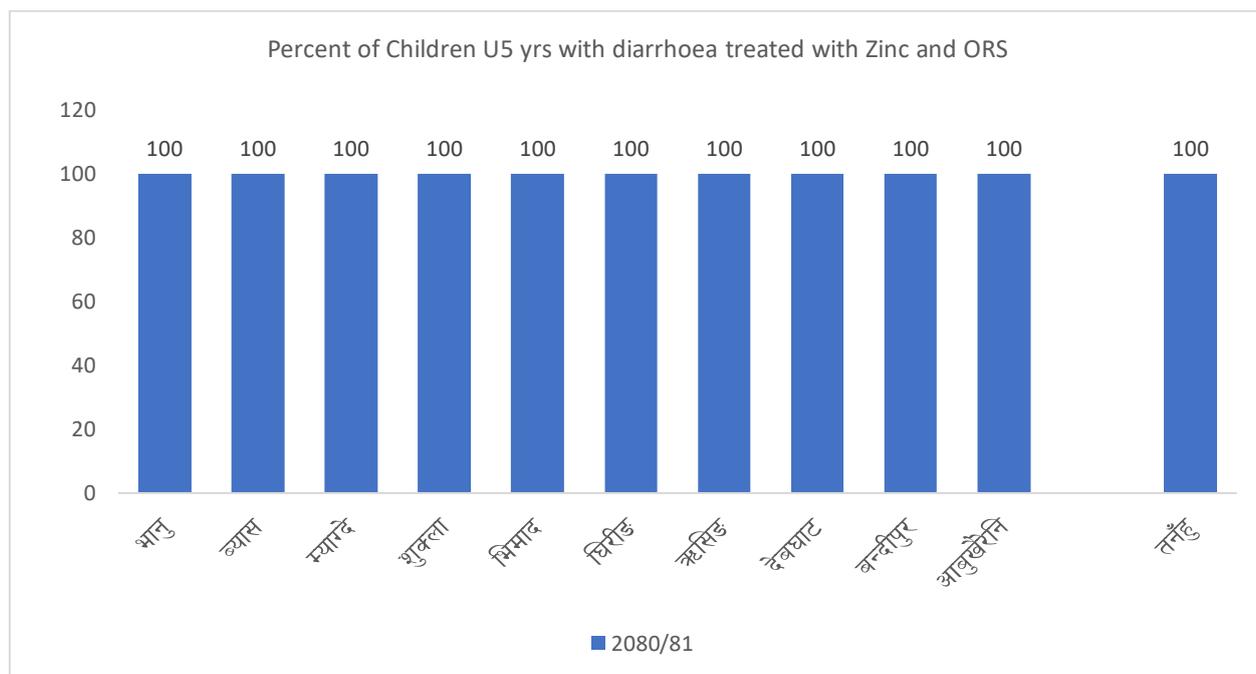
सूचक	आ.व.	तनहुँ	भानु	ब्यास	म्याग्दे	शुक्ला	भिमाद	घिरीङ	ऋसिङ	देवघाट	बन्दीपुर	आबुखैरानि
झाडा पखालाको प्रकोपदर प्रति १००० पाँच वर्षमुनिका बालबालिकामा	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
झाडा पखालाको मृत्युदर प्रति १००० पाँच वर्षमुनिका बालबालिकामा	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											

५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा झाडापखाला रोगको प्रकोपदर विगत ३ आ.व. देखी धेरै घटबढ नभएको देखिन्छ । तनहुँ जिल्लाको ५ वर्ष मुनिका १००० बालबालिकाहरु मध्ये आ.व. मा २०५ जनालाई झाडापखाला रोग लागेको छ । झाडापखाला रोगको कारणले विगत ३ आ. व. देखि नै कुनै पनि बालबालिकाहरुको मृत्यु नभएको देखिन्छ ।

तालिका. २.२.६ झाडापखाला को उपचार सम्बन्धी विवरण: जिङ्क र पुनर्जलिय झोलबाट उपचार गरिएको ६ महिना देखी ५९ महिना सम्मका झाडापखाला का विरामी संख्या

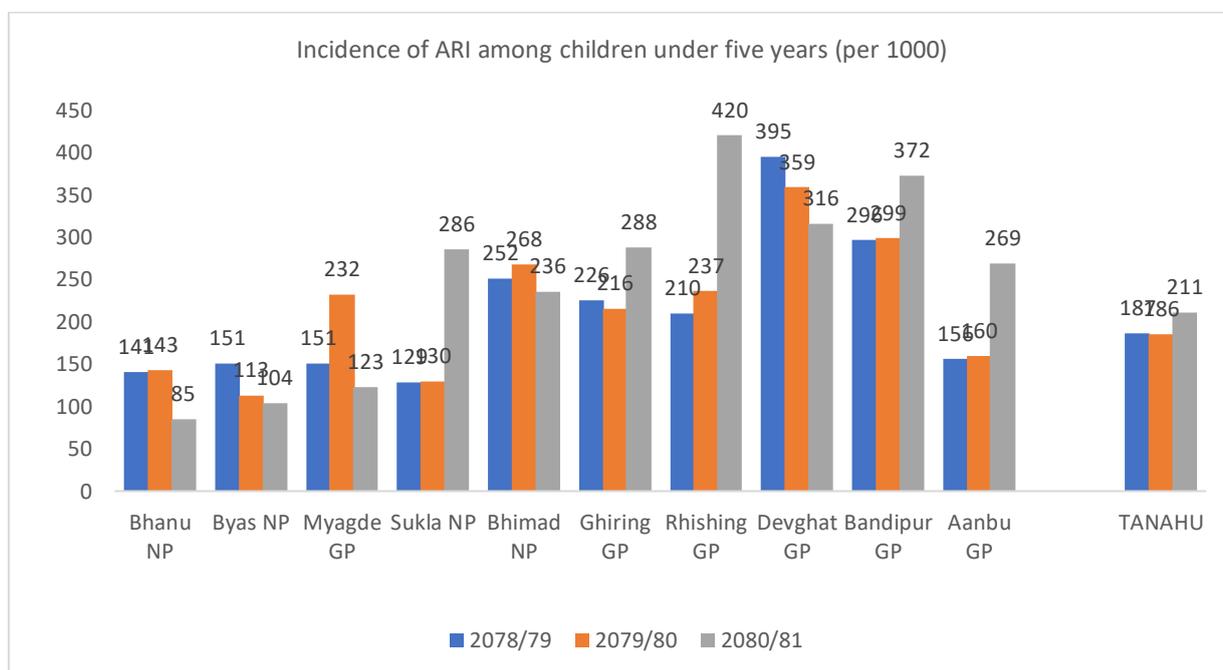
सूचक	आ.व.	तनहुँ	भानु	ब्यास	म्याग्दे	शुक्ला	भिमाद	घिरीङ	ऋसिङ	देबघाट	बन्दीपुर	आबुखैरिनि
कुल जम्मा	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
स्वास्थ्य संस्था+ गाउँघर क्लिनिक	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका	२०७८/७९											
	२०७९/८०											
	२०८०/८१											

चित्र नं. २.२.३ आ.व. २०८०/८१ झाडापखाला लागेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरु मध्ये जिङ्क चक्री र पुनर्जलिय झोलबाट उपचार पाएका बालबालिकाहरुको प्रतिशत:



झाडापखाला लागेको ५ वर्ष मुनिका सबै बालबालिकाहरूलाई जिङ्ग चक्कि र जीवनजल द्वारा उपचार गर्नु पर्दछ । तनहुँ जिल्लाको सबै स्थानीय तहबाट प्रदान गरेका सेवामा सबै झाडापखलाका बालबालिकाहरूले पुरनरजलिय झोल र जिङ्ग चक्कीबाट उपचा। पाएका छन ।

चित्र नं. २.२.४ ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूमा श्वासप्रश्वास रोगको प्रकोपदर (प्रति १००० मा, आ.व. २०८०/८१)



आ.व. २०८०/८१ मा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा श्वासप्रश्वास रोगको प्रकोपदर सबै भन्दा बढी बन्दीपुर गाउँपालिकामा र सबै भन्दा कम भानु नगरपालिकामा देखिएकोछ । जिल्लाको समग्र प्रकोपदर आ.व. २०८०/८१ मा २११ जना प्रति १००० पाँच वर्ष मुनीका बालबालिकाहरूमा देखिएको छ ।

आ.व. २०८०/८१ मा संचालित मुख्य कृयाकलापहरू:

- IMNCI कोच तयारी तालिम र समता तथा पहुँच कार्यक्रम अभिमुखिकरण: २ पटक कार्यक्रम संचालन गरी स्वास्थ्य शाखाका फोकल व्यक्ति तथा स्वास्थ्य संस्थयाका नर्सिङ कर्मचारीहरूलाई अभिमुखिकरण सम्पन्न ।
- IMNCI स्वास्थ्यकर्मीहरूको आधारभुत तालिम: २९ जना स्वास्थ्यकर्मीहरूका लागि तालिम ।
- IMNCI र नवजात शिशु कार्यक्रम सम्बन्धी व्यवहार परिवर्तन संचार कार्यक्रम: स्थानिय पत्र-पत्रिका, एफ एम रेडियो बाट संदेशमुलक सूचनाहरू प्रकाशन तथा प्रसारण, फलेक्स छपाई ।
- IMNCI कार्यक्रम सुदृढिकरण: कार्यक्रमको लागि अत्यावश्यक औषधी खरिद, IMNCI आधारभुत तालिमको लागि सहभागी पुस्तिका छपाई ।

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रममा देखिएको मुख्य उपलब्धी, समस्याहरू, कारणहरू तथा समाधानका उपायहरू:

मुख्य उपलब्धीहरू	कार्य प्रगतीमा देखिएका समस्याहरू	कारणहरू	समाधानको उपाय
स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम प्रदान गरिएको । स्थलगत अनुशिक्षण कार्य भएको । स्वास्त्रास तथा झाडापखालाको प्रकोपदर घट्दो क्रममा रहेको । निमोनिया तथा कडा जलवियोजन भएको संख्या घट्दो क्रममा रहेको ।	सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम दिन नसकिएको । श्वास्त्रास र झाडापखालाको विरामीहरू महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको प्रतिवेदनमा बढी देखिएको । निमोनिया भएको विरामी भन्दा बढी बालबालिकाहरूलाई एन्टिबायोटिक द्वारा उपचार भएको (अभिलेखमा त्रुटी)	न्युन बजेट स्वास्थ्यकर्मी तथा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूलाई अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी ज्ञान नहुनु ।	सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मी तथा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूलाई तालिम दिन प्रशस्त कार्यक्रम हुनुपर्ने । प्रतिवेदन तथा अभिलेखमा त्रुटी देखिएको संस्थाहरूलाई मध्यनजर गरेर स्थलगत अनुशिक्षण दिनु पर्ने ।

२.३ राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम (National Nutrition Program)

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम को लक्ष्य "सम्बद्ध क्षेत्रहरूसँगको सहकार्यमा मा सुदृढ पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन को माध्यम बाट देशको सामाजिक आर्थिक विकास मा योगदान गर्न सक्षम स्वस्थ जनशक्ती प्राप्त गर्नु" हो । पोषण कार्यक्रमहरू लागत प्रभावी छन् । पोषण मा पर्याप्त र दिगो लगानी बिना दिगो विकास लक्ष्यहरू हासिल गर्न कठिन हुनेछ ।

२.३.१ पृष्ठभूमी

नेपालमा कुपोषण बालबालिकाहरूमा बाँच्ने वृद्धि र विकाशको प्रमुख बाधकको रूपमा रहि आएको छ । प्रोटीन एनर्जी कुपोषण (Protein Energy Malnutrition PEM) नेपालमा सबैभन्दा धेरै हुने कुपोषण हो । प्रोटीन इनर्जी कुपोषण बृहत पोषक तत्वको कमीको कारण हुने गर्छ । त्यस्तै अन्य प्रकारको कुपोषणहरूमा शुष्म पोषक तत्वहरूको अभावमा हुने कुपोषण पर्छ । आयोडिन, आइरन र भिटामिन ए जस्ता शुष्म पोषक तत्वको को अभावमा हुने कुपोषण पनि नेपालीहरूमा रहेको पाइन्छ । कुपोषणका कारण बालबालिकाको मृत्युदर कुपोषण नभएका बालबालिकाहरूको तुलनामा अत्याधिक हुन्छ । नेपालमा बालबालिकाहरूमा प्रोटीन एनर्जी कुपोषण हुनुको मुख्य कारणहरू कम तौलको जन्म (२.५ के.जी. भन्दा कम), कुपोषित आमा, न्युन खानाको उपभोग, विभिन्न सरुवारोग, परिवार स्तरमा खाद्य असुरक्षा, बालबालिकालाई खुवाउने व्यवहार र बालबालिकाको स्याहार सुसारको अभाव रहेका छन् । यी कारणहरूले पुस्तौंपुस्ताको कुपोषण भइरहेछ ।

नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०१६ का अनुसार करीब ३६%, ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरू पुङ्को रहेका छन् । त्यस्तै २७% मा उमेर अनुसार कम तौलका छन् भने १०% मा ख्याउटेपना रहेको छ । पुङ्कोपनाको कारण विश्लेषण गर्दा मुख्य रूपमा आमाको कुपोषण र शिशु तथा बाल्यकालिन (जन्मदेखि २ वर्ष सम्म) कुपोषण रहेको छ ।

नेपालमा विद्यमान कुपोषणलाई रोकथाम र व्यवस्थापन गर्न नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले विभिन्न कार्यक्रमहरू संचालन गरिरहेको छ । प्रोटीन एनर्जी कुपोषणका लागि समुदायमा आधारित शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (IYCF) कार्यक्रम, समुदायमा आधारित शिशु कुपोषणको व्यवस्थापन (IMAM) र अस्पतालमा आधारित पोषण व्यवस्थापन र पुर्नस्थापना कार्यक्रमहरू संचालनमा रहेका छन् ।

शुष्म पोषकतत्वहरूको कमीबाट हुने कुपोषण न्युनीकरणका लागि समेत विभिन्न कार्यक्रम गर्दै आएको छ । आयोडिनको कमीबाट हुने विकृतीबाट बच्नका लागि २ बालबालिका चिन्ह युक्त आयोडिन युक्त प्याकेटको नुनको प्रयोगको प्रवर्धनका गतिविधि संचालन गरिएका छन् । त्यस्तै प्रत्येक वर्षको वैशाख र कार्तिकमा ६ महिना देखि ५९ महिनाका

बालबालिकाहरूलाई भिटामिन ए क्याप्सुल खुवाइन्छ । त्यस्तै जुकाको संक्रमण नियन्त्रणका लागि सोही समयमा १ वर्ष देखि ५ वर्षको उमेरका बालबालिकाहरूलाई एक मात्रा जुकाको औषधी 'एल्वेण्डाजोल समेत खुवाइन्छ । सुत्केरी पश्चात एक मात्रा भिटामिन ए आमालाई समेत खुवाइन्छ । साथै गर्भवती महिलालाई गर्भ रहेको चौथो महिनामा जुका विरुद्ध एक मात्रा एल्वेण्डाजोल समेत सेवन गर्न दिइन्छ ।

लौह तत्व (आइरन) को कमी पनि नेपालको प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ । विशेष गरी ६ महिना देखि ५ वर्ष मुनिका ४६% बालबालिकाहरूमा लौह तत्वको कमी (एनेमिया) रहेको छ । त्यस्तै ३५% प्रजनन उमेरका महिलाहरूमा समेत लौह तत्वको कमी रहेको पाइएको छ । तसर्थ नेपाल सरकारले लौह तत्वको कमी हटाउनका लागि सबै गर्भवती तथा सुत्केरी आमालाई निशुल्क आइरन चक्री प्रदान गर्छ । सबै गर्भवती महिलाले गर्भ रहेको चौथो महिना देखि सुत्केरी भएको ४२ दिन सम्म प्रत्येक दिन एक चक्रीका दरले कुल २२५ आइरन सेवन गर्नुपर्दछ । त्यस्तै केही जिल्लाहरूमा विभिन्न सुक्ष्म पोषक तत्वहरूको मिश्रण भएको बाल मिश्रण (Micronutrient powder) ६ देखि २३ महिनाका बालबालिकाहरूका लागि वितरण गरिन्छ । यि कार्यहरूका अलवा म.स्वा.से. र स्वास्थ्य संस्थाहरू र संचार माध्यम मार्फत कुपोषण नियन्त्रण तथा रोकथामका लागि विभिन्न जनचेतनाका कार्यक्रम समेत संचालन भइरहेको छ ।

पोषण बहु आयामिक क्षेत्र हो । कुपोषण हटाउन स्वास्थ्य क्षेत्रको कार्यले मात्र पुग्दैन तसर्थ राष्ट्रिय योजना आयोगको नेतृत्वमा बहुक्षेत्रीय पोषण योजना लागु गरिएको छ । यसमा विभिन्न सरोकारवाला मन्त्रालय र संस्थाहरूको सहयोगमा यो योजनाले सुनौलो हजार दिनका आमा तथा बच्चा (गर्भवती भए देखि २ वर्षको बाल्यवस्था सम्म) हरूलाई लक्षित गरी विभिन्न कार्यक्रम शुरु गरिएको छ । त्यस्तै विद्यालय उमेरका बालबालिकाहरूको पोषण स्थीती सुधार गर्न स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र शिक्षा मन्त्रालयको द्विपक्षीय राष्ट्रिय विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण रणनीती तयार गरी २ जिल्लामा पाइलटिङ्ग गरिएको छ ।

पोषण कार्यक्रमको ध्ययः तनहुँ

जनताको समग्र पोषण स्थितीमा सुधार ल्याई मातृ तथा शिशु मृत्युदर घटाउनुका साथै समतामुलक मानव विकासमा योगदान पुर्‍याउनु ।

पोषण कार्यक्रमका उद्देश्यहरूः

गर्भवती तथा सुत्केरी महिला तथा बालबालिकाहरूको समग्र पोषण स्थितीमा सुधार ल्याउने उद्देश्य रादी पोषण कार्यक्रमले निम्न लिखित उद्देश्यहरू निर्धारण गरेको छ ।

- प्रजनन उमेरका महिला तथा बालबालिकाहरूमा हुने प्रोटीन शक्ती कुपोषण (Protein Energy Malnutrition PEM) लाई घटाउने ।
- मातृ पोषण स्थितीमा सुधार ल्याउने ।
- किशोरी, महिला तथा बालबालिकाहरूमा रक्तअल्पता हुने दरमा कमी ल्याउने ।
- आयोडिनको कमीले हुने विकृती (Iodine Deficiency Disorder) र भिटामिन ए को कमी (Vitamin A Deficiency) लाई निवारण गर्ने र सो अवस्थालाई कायम राख्ने ।
- गर्भवती तथा ५ वर्ष मुनीका बालबालिकाहरूमा हुने परजिवीको प्रकोप कम गर्ने ।
- कम तौल को जन्म (Low Birth Weight) दरलाई न्युनिकरण गर्ने ।
- स्वस्थ जीवनको यापनका लागि आवश्यक पर्याप्त खाद्य पहुँच, यसको उपलब्धता तथा उपयोगिताको सुनिश्चतता गर्नका लागि घरघुरी खाद्य सुरक्षामा सुधार ल्याउने ।
- जनताको पोषण स्थितीमा सुधार गर्नका लागि आहार सम्बन्धी असल बानीको अभ्यासलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- पोषण स्थितीमा सुधार ल्याउन तथा बाल मृत्यु दरलाई घटाउनका लागि संक्रामक रोगहरूको रोकथाम र नियन्त्रण गर्ने ।
- जीवनशैलीसँग सम्बन्धित रोगहरू (जस्तैः उच्च रक्तचाप, सुर्तिजन्य पदार्थको प्रयोगसँग सम्बन्धित रोगहरू, क्यान्सर, मधुमेह) आदिको नियन्त्रण गर्नु ।

- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम सञ्चालन गरी बालबालिकाहरुको पोषण स्थिती तथा स्वास्थ्य स्थितीमा सुधार ल्याउने ।
- आपतकालिन अवस्थामा हुन सक्ने विशेष कुपोषणको जोखिमलाई न्युनिकरण गर्ने
- पोषण सम्बन्धी कार्यक्रम तथा कृयाकलापहरुको प्रभावकारी सुपरिवेक्षण अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्ने
- समुदायस्तरमा व्यवहार परिवर्तन संचार तथा पोषण शिक्षा ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रका पोषण कार्यक्रमहरुलाई बहु क्षेत्रिय पोषण कार्यक्रम को रूपमा सञ्चालन गर्ने ।

नेपालमा पोषणको अवस्था र लक्षः

तालिका नं. १.१ नेपालको लागि सन् २०३० सम्मको दिगो विकास लक्ष्य तथा सन् २०२५ मा हासिल गर्नुपर्ने पोषण सम्बन्धी विश्वव्यापी लक्ष्यहरु र नेपालको अवस्थाः

क्र.सं.	सन् २०२५ र २०३० सम्म हासिल गर्नुपर्ने विश्वव्यापी लक्ष्यहरु	नेपालको अवस्था		नेपालको लागि सन् २०२५ को WHA लक्ष्य	नेपालको लागि दिगो विकास लक्ष्य (२०३०)
		सन् २०११	सन् २०१६		
१	पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा हुने पुङ्कोपनको दरलाई ४०% ले घटाउने	४०.५	३५.८	२४.३	१५
२.क.	प्रजनन् उमेरका महिलाहरुमा हुने रक्तअल्पतालाई ५० % ले घटाउने	३५.	४०.८	१७.५	१०
२.ख.	पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा हुने रक्तअल्पतालाई ५०% ले घटाउने	४६.२	५२.७	२३.१	१०
३	कम तौलको बच्चा जन्मिने सङ्ख्यालाई ३०% ले घटाउने	१२.१	२४.२*	८.५	-
४	बाल्यावस्थामा मोटोपन हुनेहरुको सङ्ख्या वृद्धि नहुने अवस्थालाई सुनिश्चित गर्ने	१.४	१.२	≤ १.४	-
५	शिशु ६ महिनाको हुँदासम्म पुर्णरूपमा स्तनपान गराउने सङ्ख्यालाई कम्तीमा ५०% पुर्याउने ।	६९.६	६६.१	>५०.०	-
६	पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा हुने ख्याउटे पनको सङ्ख्यालाई कम्तीमा ५०% मा झार्ने र कायम राख्ने	१०.९	९.७	<५.०	४

पोषण कार्यक्रमका रणनीतीहरुः

- प्रोटिन शक्ती कुपोषण (PEM) को नियन्त्रण ।
- लौह तत्वको कमिले हुने रक्तअल्पता (Iron Deficiency Anaemia) को नियन्त्रण ।
- घरधुरी खाद्य सुरक्षा ।
- सुधारिएको आहार सम्बन्धी असल व्यवहार ।
- संक्रामक रोगहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण ।
- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम ।
- आयोडिनको कमी (Iodine Deficiency Disorders) को नियन्त्रण ।
- भिटामिन ए को कमी (Vitamin A Deficiency) को नियन्त्रण ।

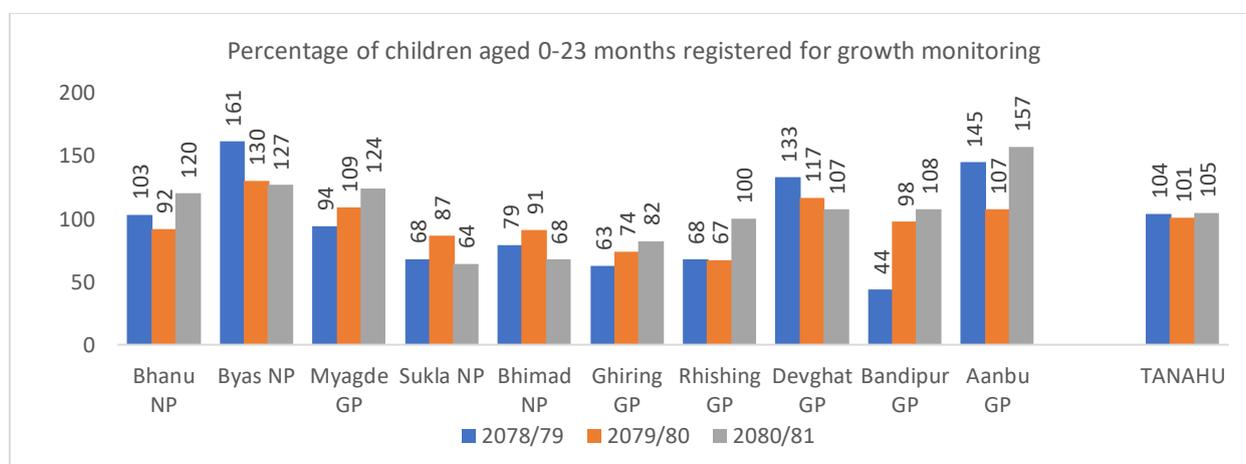
- शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन ।
- संकटकालिन अवस्थामा पोषण ।
- कम जन्म तौलको नियन्त्रण ।
- जीवनशैली सँग सम्बन्धित रोगहरु ।

2.3.2 पोषण सम्बन्धी सञ्चालित कृयाकलापहरु:

- गर्भवति तथा सुत्केरी महिलाहरुलाई स्वास्थ्य तथा पोषण सम्बन्धि परामर्शका साथै आइरन चक्री प्रदान ।
- ६ देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकालाई अर्धवार्षिक रुपमा भिटामिन ए क्याप्सुल र जुकाको औषधि आम वितरण कार्यक्रम ।
- २ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरु लाई वृद्धि अनुगमनको साथै स्वास्थ्य तथा पोषण सम्बन्धि परामर्श सेवा ।
- विधालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत किशोरीहरुलाई (१० देखि १९ वर्ष) आइरन फोलिक एसिड वितरण ।
- स्वास्थ्यकर्मी तथा म.सा.स्वा.स्व.से लाई पोषण सम्बन्धि अनुशिक्षण ।

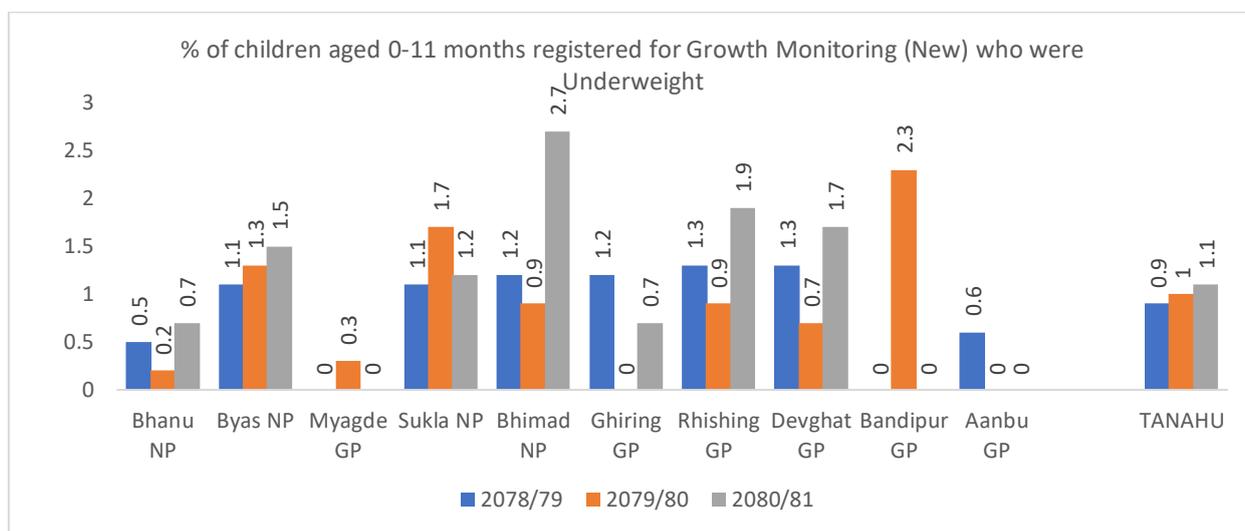
2.3.3 मुख्य उपलब्धीहरु:

चित्र नं. २.३.१ ० देखि ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन गरिएको प्रतिशत:



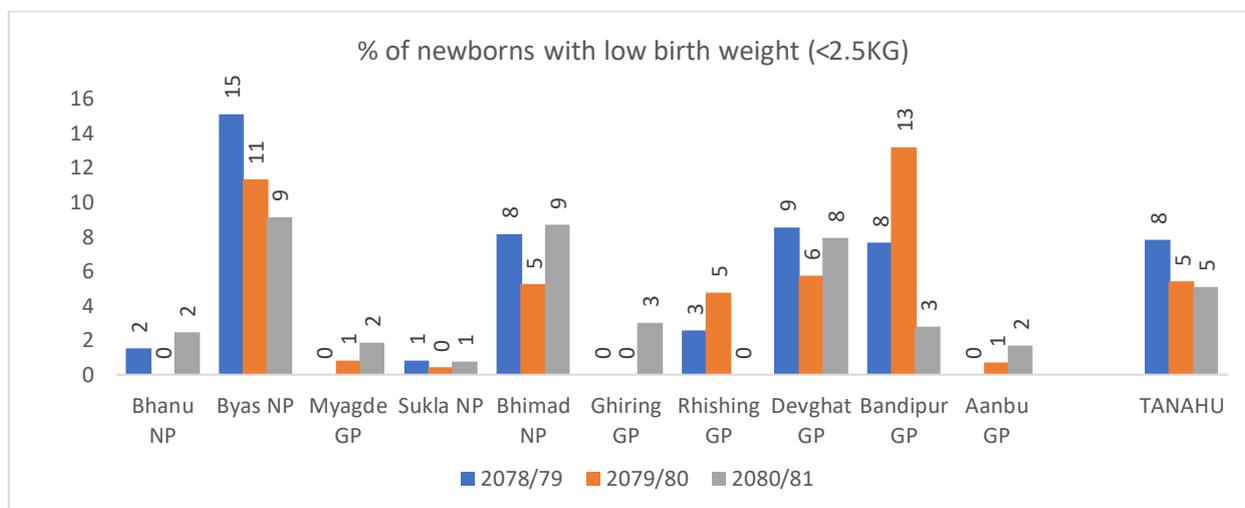
० देखि ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन गत वर्ष १०१% रहेकोमा यस आ.व. मा वृद्धि भइ १०५% पुगेको छ । ० देखि ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन सबै भन्दा बढी आबुखैरेनी गाउँपालिकामा १५७ % र सबै भन्दा कम शुक्लागण्डकी नगरपालिकामा ६४% रहेको छ । वृद्धि अनुगमन गर्ने १ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको प्रगति प्रतिशत सबै स्थानिय तहमा वृद्धि हुँदै आएको देखिन्छ भने शुक्लागण्डकी र भिमाद नगरपालिकामा घट्दो क्रममा रहेको छ ।

चित्र नं. २.३.२ ० देखि ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन गरिएको बालबालिकाहरु मध्ये कम तौलको बालबालिकाको प्रतिशत:



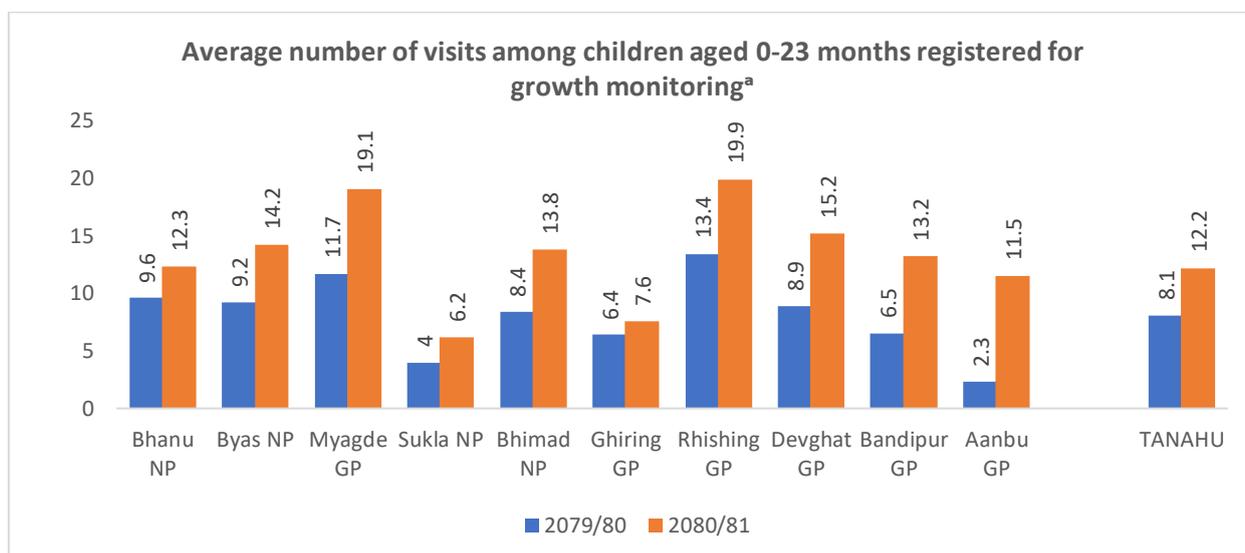
वृद्धि अनुगमन गरिएका ०-११ महिनाका नयाँ बालबालिकाहरू मध्ये आ.व. २०८०/८१ मा १.१% बालबालिकाहरूमा कम तौल भएको पाईएको छ । आ.व. २०८०/८१ मा कम तौल भएका बालबालिका हरु सबै भन्दा धेरै भिमाद नगरपालिकामा मा २.७% र सबै भन्दा कम बन्दीपुर, आबुखैरेनी र म्याग्दे गाउँपालिकामा शुन्य रहेको छ ।

चित्र नं.३ स्वास्थ्य संस्थामा जन्म भएका मध्ये कम जन्म तौल (२.५ के.जी. भन्दा कम) भएका शिशुहरूको प्रतिशत:

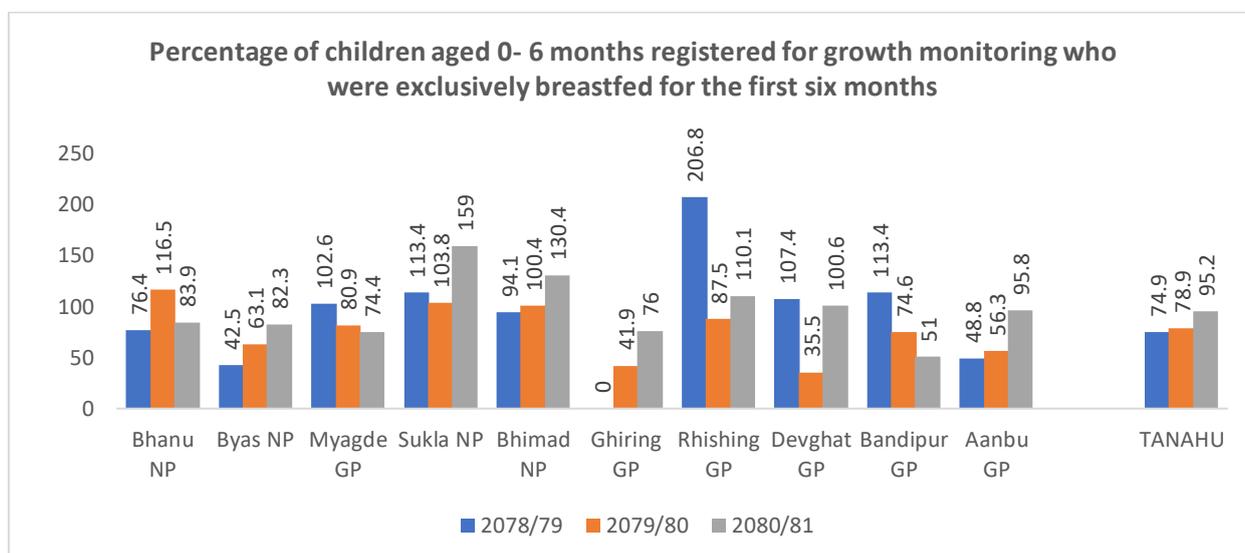


सामान्य अवस्थामा मा शिशु जन्मदाको तौल २.५ किलो ग्राम हुनु पर्दछ, सो भन्दा कम तौलको शिशु जन्म भएमा कम जन्म तौल भनिन्छ । विगत ३ आ.व. मा कुल जन्मेको मध्य कम जन्म तौल भएका शिशुहरूको प्रतिशत क्रमशः ८%, ५% र ५% रहेको छ । जन्मेका मध्ये कम तौल भएको शसुको प्रतिशत सबै भन्दा बढी ब्यास र भिमाद नगरपालिकामा ९% रहेको छ ।

चित्र नं. २.३.४ ० देखी २३ महिना सम्मका बालबालिकाहरूको वृद्धि अनुगमन गरिएको बालबालिकाहरू औषत वृद्धि अनुगमन भेट संख्या:

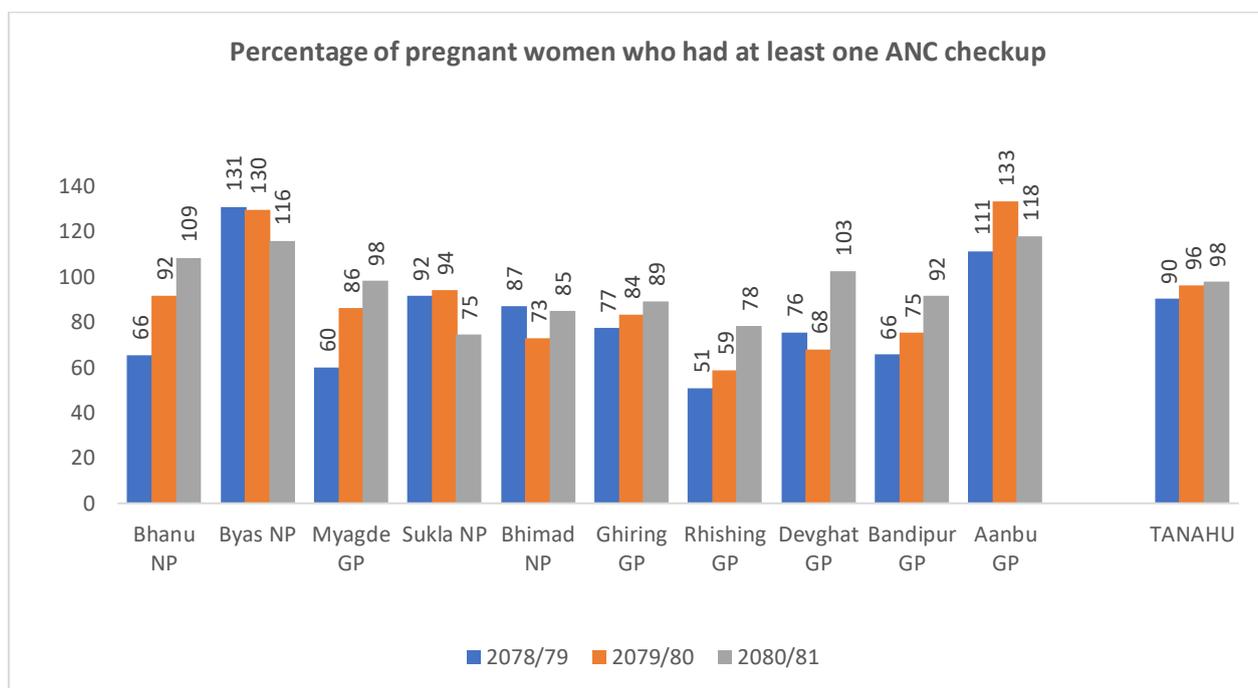


शिशु जन्मे देखि २३ महिनाको हुन्जेल सम्म प्रत्येक महिना २४ पटक वृद्धि अनुगमन गर्नु पर्दछ । तनहुँ जिल्लाको समग्र बालबालिकाहरु २३ महिना भित्रमा औषतमा १२ पटक वृद्धि अनुगमनका लागि आएको देखिएको छ जुन अगिल्लो आ.व २०८०/८१ मा भन्दा बृदी भएको छ भने स्थानीय तह अनुसार हेर्दा पनी सबै स्थानीय तहको बढेको पाईन्छ । चित्र नं. २.३.५ वृद्धि अनुगमन गर्न दर्ता गरिएका ० देखी ६ महिना सम्मका शिशुहरु मध्ये पुर्ण स्तनपान गराएका शिशुहरुको प्रतिशत:



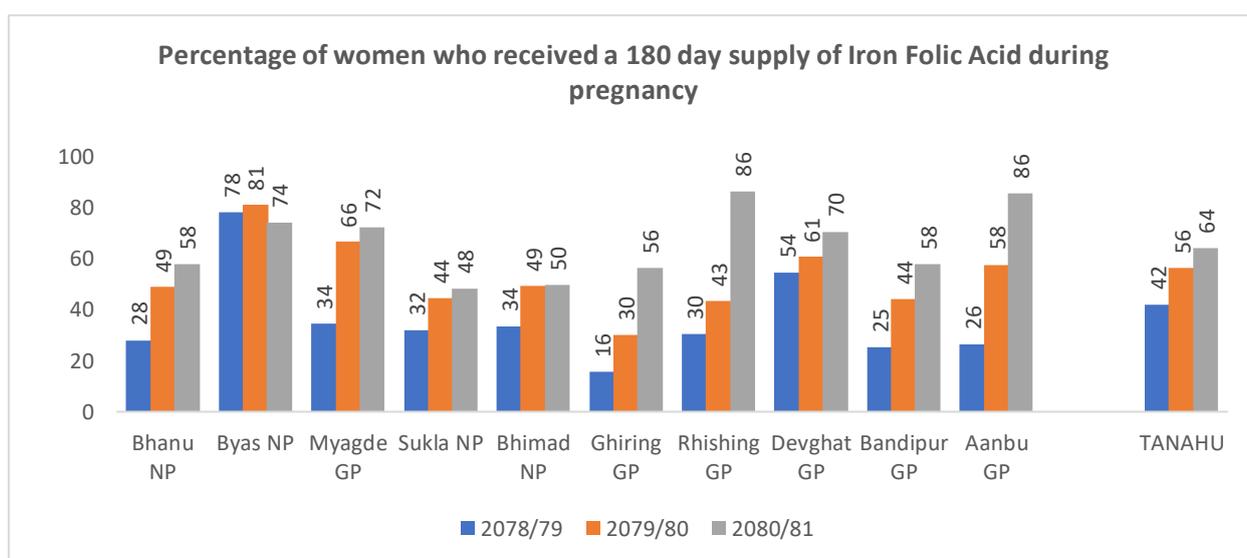
जन्मेदेखि ६ महिनाको शिशुलाई आमाको दुध बाहेक अन्य कुनै पनि खाने कुराको आवश्यकता पर्दैन र आमाको दुधलाई अमृत समान मानिन्छ, ६ महिना सम्मको शिशुलाई आमाको दुध मात्र खुवाउनुलाई पुर्ण स्तनपान भनिन्छ । पुर्ण स्तनपान गराउने आमाहरुको संख्या क्रमशः वृद्धि हुँदै आएको देखिएको छ । आ.व. २०७८/७९ मा ७४.९% आमाहरुले मात्र पुर्ण स्तनपान गराउने तथ्याङ्क रहेकोमा आ.व. २०८०/८१ मा वृद्धि भएर ९५% पुगेको छ ।

चित्र नं. २.३.६ अनुमानित जिवीत जन्म मध्ये पहिलो पटक आइरन चक्कि पाएका गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत:



गर्भ रहेको ९१ दिन देखी गर्भवती महिलाले नियमित आईरन चक्कीको सेवन गर्नु पर्दछ जसले बच्चा र आमाको स्वास्थ्यलाई फाईदा पुर्याउने गर्दछ । तनहुँ जिल्लाको तथ्याङ्क हेर्दा पहिलो पटक आईरन चक्की खाने गर्भवती महिला ९८ प्रतिशत पुगको छ भने शुक्लागण्डकी र घिरीडको ९० प्रतिशत भन्दा कम नै रहेको छ ।

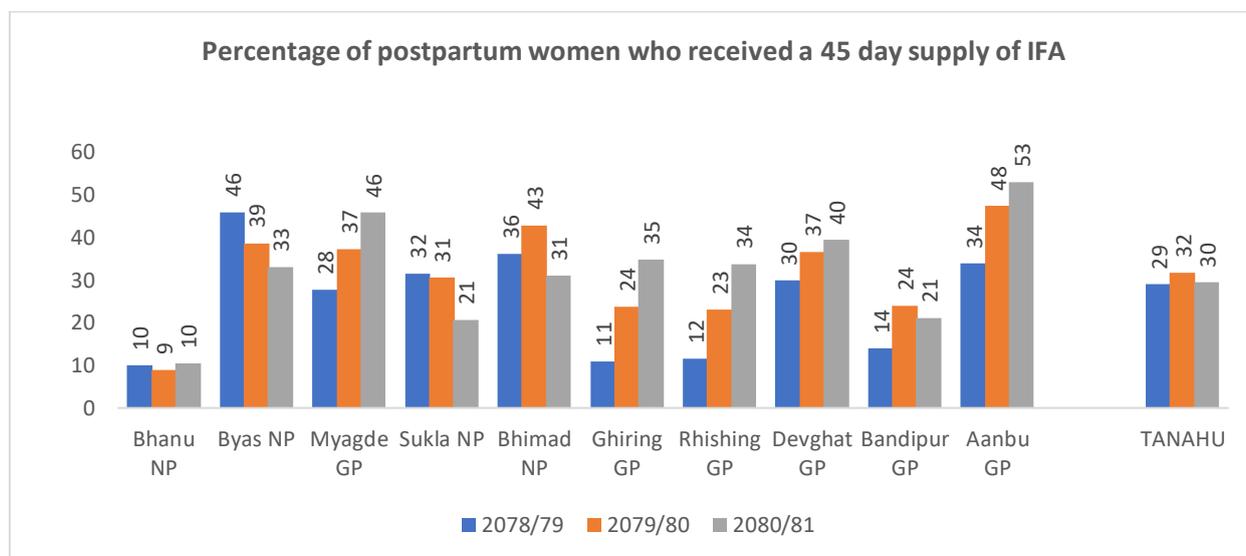
चित्र नं. २.३.७ १८० चक्की आइरन पाएका गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत:



गर्भवती महिलाले गर्भ रहेको चौथो महिनाको सुरु देखी प्रत्येक दिन आइरन चक्की सेवन गर्नु पर्दछ । चौथो महिनाको सुरु देखि नै नियमित रूपमा आइरन चक्की सेवन गरेमा गर्भवस्था भरिमा उसले १८० वटा आइरन चक्की सेवन गर्दछ । गर्भवस्थामा १८० चक्की आइरन चक्की सेवन गर्ने गर्भवती महिला आ.व. २०७८/७९, २०७९/८० र २०८०/८१ मा

४२%, ५६% र ६४% रहेको छ । विगतको वर्षमा भन्दा २०८०/८१ को तथ्याङ्क बढेता पनि लक्षमा पुग्न भने सकेको छैन

चित्र नं. २.३.८ ४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाहरूको प्रगती:



सुत्केरी भय पश्चात पनि ४५ दिन सम्म आइरन फोलिक एसिड खानु पर्ने हुन्छ जसले गर्दा रगतमा हेमोग्लोबिनको मात्रालाई कम हुन नदिनका लागि मदत पुर्ने हुन्छ । तनहुँ जिल्लाको तथ्याङ्कलाई बिश्लेषण गर्दा आ.व २०७८/७९ मा आइरन फोलिक एसिड खाने सुत्केरी महिलाको संख्या २९%, आ.व २००७९/८० मा ३२% र आ.व २०८०/८१ मा ३०% रहेको छ ।

आ.व. २०८०/८१ मा गरिएका मुख्य गतिविधिहरू

१. स्थानिय तहका स्वास्थ्य

१. श्रावण महिनामा स्तनपान सप्ताह विभिन्न चेतनामूलक कार्यक्रम गरि मनाईएको ।
२. कार्तिक तथा वैशाख महिनामा ६ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरूलाई भिटामिन ए तथा जुकाको औषधी खुवाईएको ।
३. February महिना भरि आयोडिन सम्बन्धि विभिन्न चेतनामूलक कार्यक्रम गरि मनाईएको ।
४. सुआहाराको सहयोगमा पोषण सम्बन्धि विभिन्न कार्यक्रम गरिएको ।
५. स्वास्थ्य संस्था तथा गाँउघर क्लिनिकबाट २ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको वृद्धि अनुगमन, तथा परामर्श, गर्भवती आमाहरूलाई आईरन चक्की तथा जुकाको औषधी प्रदान गरिएको ।
६. गर्भवती आमाहरूलाई आईरन चक्की तथा जुकाको औषधी, परामर्श प्रदान गरिएको ।
७. सुत्केरी आमाहरूलाई भिटामिन ए, आईरन चक्की र स्तनपान सम्बन्धि परामर्श ।
८. अति विपन्न गर्भवती महिला तथा बच्चाहरूको पोषण स्थिती सुधार गर्न स्थानित तहहरूसँगको सहकार्यमा बहुक्षेत्रिय पोषण कार्यक्रम संचालन गरिएको ।

तालिका नं. २.३.२ राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम २०८०/८१ प्रगती विवरण:

क्र.सं.	स्थानिय तह	२०८० कार्तिक				२०८१ वैशाख			
		भिटाभिन ए खुवाईएका बालबालिकाहरु		जुकाको औषधी खुवाईएका बालबालिकाहरु		भिटाभिन ए खुवाईएका बालबालिकाहरु		जुकाको औषधी खुवाईएका बालबालिकाहरु	
		संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत
१	भानु नगरपालिका								
२	व्यास नगरपालिका								
३	म्याग्दे गाउँपालिका								
४	शुक्लागण्डकी नगरपालिका								
५	भिमाद नगरपालिका								
६	घिरिङ्ग गाउँपालिका								
७	ऋषिङ्ग गाउँपालिका								
८	देवघाट गाउँपालिका								
९	बन्दिपुर गाउँपालिका								
१०	आँबुखैरेनी गाउँपालिका								
	जम्मा								

समस्या तथा सामाधानका उपायहरु

समस्याहरु	कारणहरु	समाधानका उपाय	जिम्मेवारी
वृद्धि अनुगमन तथा औषत वृद्धि अनुगमनको पटक न्युन रहेको	जनचेतनामुलक कार्यक्रम नभएको । वृद्धि अनुगमनको अभिलेख तथा प्रतिवेदनमा त्रुटी ।	जनचेतनामुलक कार्यक्रमको व्यवस्था । स्थलगत अनुशिक्षण तथा तालिम नपाएका स्वास्थ्यकर्मीलाई HMIS तालिम दिनु पर्ने ।	स्थानिय तह । प्रदेश सरकार । परिवार कल्याण महाशाखा ।
कार्यक्रमको निरन्तरता नभएको	प्रदेश सरकारले एक वर्ष सुरुवात गरेको कार्यक्रम अर्को वर्ष निरन्तरता नहुनु ।	ध्यय, लक्ष तथा उद्देश्यहरु एकिन गरी कार्यक्रमलाई दिर्घकालिन रूपमा संचालन गर्नु पर्ने ।	गण्डकी प्रदेश सरकार ।
कडा कुपोषणको व्यवस्थापनमा कठिनाइ	IMAM कार्यक्रम लागु नहुनु ।	IMAM कार्यक्रम जिल्लामा लागु गर्नु पर्ने ।	परिवार कल्याण महाशाखा । गण्डकी प्रदेश सरकार ।
त्रुटिपूर्ण अभिलेख तथा प्रतिवेदन	तालिमको अभाव । अभिलेख तथा प्रतिवेदन प्रति संवेदनशिलता नहुनु ।	तालिमको व्यवस्था तथ्याङ्को आधारमा कार्यक्रम लागु गर्ने स्थलगत अनुशिक्षण । दण्ड तथा प्रोत्साहनको व्यवस्थापन ।	परिवार कल्याण महाशाखा । स्वास्थ्य कार्यालय तथा स्थानिय स्वास्थ्य शाखा । सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीहरु ।

राष्ट्रिय परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम (National Family Health Program)

३.१ राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (National Safe Motherhood Program)

३.१.१. पृष्ठभूमी

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको एक उच्च प्राथमिकता प्राप्त तथा आधारभुत स्वास्थ्य सेवाको महत्वपूर्ण सेवा हो । विगत २ दशक अघि उच्च मातृ तथा बाल मृत्युदर रहेको परिस्थितिमा सन् १९९७ देखि यो कार्यक्रम कार्यान्वयन भएपछि मातृ तथा बाल स्वास्थ्यमा उल्लेखनीय प्रगती हासिल भएको छ । प्रतिकारात्मक तथा प्रवर्धनात्मक गतिविधिहरू मार्फत गर्भधारण र सुत्केरी अवस्थामा आउन सक्ने जटिलताहरू हुने कारक तत्वहरूलाई सम्बोधन गर्दै मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्यको स्थिती सुधार गर्नु नै राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको लक्ष्य हो ।

नेपालको सम्दर्भमा प्रसुती अवस्थालाई व्यवस्थापन गर्न तीन ढिलाईलाई सम्बोधन गर्नु पर्ने देखिन्छ । ती तीन ढिलाईहरू:

१. मातृ सेवा लिनुपर्छ भन्ने निर्णयमा ढिलाई ।
२. स्वास्थ्य सेवामा पुर्याउन ढिलाई ।
३. स्वास्थ्य संस्थामा उपचार सेवा लिन ढिलाई ।

गर्भवस्था, सुत्केरीबाट हुन सक्ने जोखिम तथा मातृ रुग्णता र मातृका कारकतत्वहरूलाई न्युनीकरण गर्न निम्नानुसारको रणनीतिहरू अवलम्बन गरिएको छ ।

- जिवन सुरक्षा (पैसा, सवारी साधन र रगतको) प्रवर्धन गरी हुनसक्ने जटिलताहरूको बारेमा जनचेतना जगाउने ।
- आमा सुरक्षा कार्यक्रम सहित २४ घण्टे प्रसुती सेवा विस्तार गर्ने । साथै पुर्व प्रशुती सेवा र संस्थागत प्रशुती लाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- सबै जिल्लाका निश्चित तोकिएको सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थामा २४ घण्टे आकस्मिक प्रसुती सेवा (आधारभुत तथा विस्तृत)

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका मुख्य रणनीतिहरू:

१. विपन्न र उपेक्षित वर्ग लक्षित सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको प्रवर्द्धन को लागि केन्द्र, प्रदेश तथा स्थानिय तहमा लागि प्रतिवद्धता सुनिश्चित गर्न अन्तर-निकाय समन्वय र सहकार्य को प्रवर्द्धन गर्ने ।
२. दक्ष प्रशुतीकर्मी द्वारा आधारभुत तथा विस्तृत प्रशुती सेवा प्रदान गर्दै सेवाको सवलीकरण र विस्तार गर्दै जाने:
 - आकस्मिक प्रशुती सेवाको लागि भौतिक पुर्वाधारको विकास गर्ने
 - स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको उपयुक्त तहमा आधारभुत तथा आधारभुत प्रशुती सेवाको स्तरिकरण गर्ने
 - जनशक्ती शसक्तिकरण- Training development of advanced skilled birth attendant (ASBA), SBA, anesthesia assistant and contracting short-term human resource for expansion of services.
 - हवाई उद्धार सहितको प्रेषण प्रणालीको स्थापना, वडाहरूमा स्ट्रेचर वितरण, आकस्मिक कोषको स्थापना ।
३. मातृ स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी तथा सेवाहरूको पहुँच वृद्धि गर्नका लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरू मार्फत जिवन सुरक्षा सम्बन्धी स्वास्थ्य संदेशहरू प्रदान गर्ने ।
४. महिलाको समग्र अवस्था सुधार गर्ने कृयाकलापहरूमा सहयोग गर्ने ।
५. योजना, उच्च गुणस्तरिय सेवा तथा लागत प्रभावी कृयाकलापहरू को सुधारमा योगदान गर्न सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी खोज अनुशन्धानहरूलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।

३.१.२ मुख्य कार्यहरू (गतिविधि)

आ.व. २०८०/८१ मा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरू निम्नानुसार रहेको छन् ।

१. प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाबाट तथा गाँउघर क्लिनिकबाट नियमित पूर्व प्रशुती सेवा, उत्तर प्रशुति सेवा र परामर्श सेवा दिईएको साथै महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूका बाट समेत घरभेट गरी परामर्श तथा स्वास्थ्य शिक्षा दिईएको ।
२. १ वटा BEONC, ४२ वटा Birthing Centre बाट पूर्व प्रशुती सेवा, प्रशुती सेवा तथा उत्तर प्रशुति सेवा दिएको ।

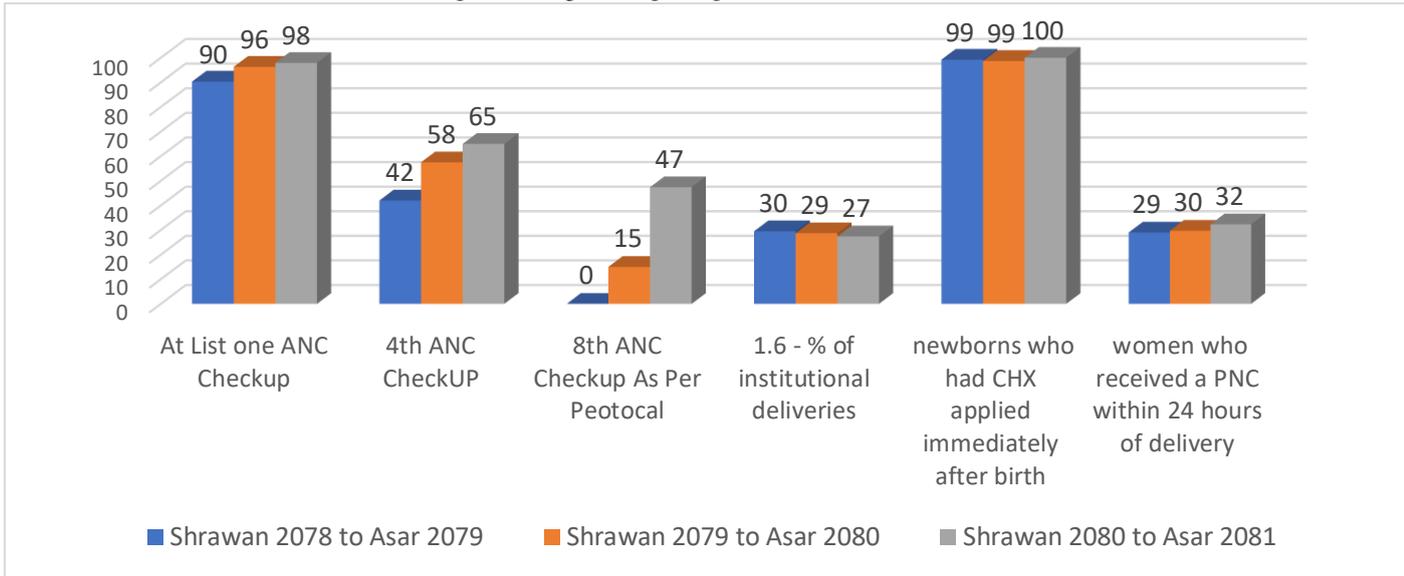
३. उत्तर प्रशुती र पुर्ब प्रशुती सेवाका लागि घरघरमा स्वास्थ्यकर्मी कार्यक्रम ।
४. स्थानिय तहहरूमा बर्थिङ्ग सेन्टरका लागि अ.न.मीहरू करारमा लिईएको ।

तालिका नं. ३.१.१ तनहुँ जिल्लामा रहेका मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूको विवरण:

स्थानिय तह	वर्थिङ्ग सेन्टर संख्या	BEONC संख्या	CEONC संख्या	कैफियत
ब्यास नगरपालिका	५	०	१	
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	४	०	०	
भिमाद नगरपालिका	५	०	०	
भानु नगरपालिका	५	०	०	
आबुखैरेनी गाउँपालिका	४	०	०	
बन्दीपुर गाउँपालिका	२	१	०	
देबघाट गाउँपालिका	५	०	०	
ऋसिङ गाउँपालिका	३	०	०	
घिरीङ गाउँपालिका	३	०	०	
म्याग्दे गाउँपालिका	३	०	०	
जम्मा	३९	१	१	

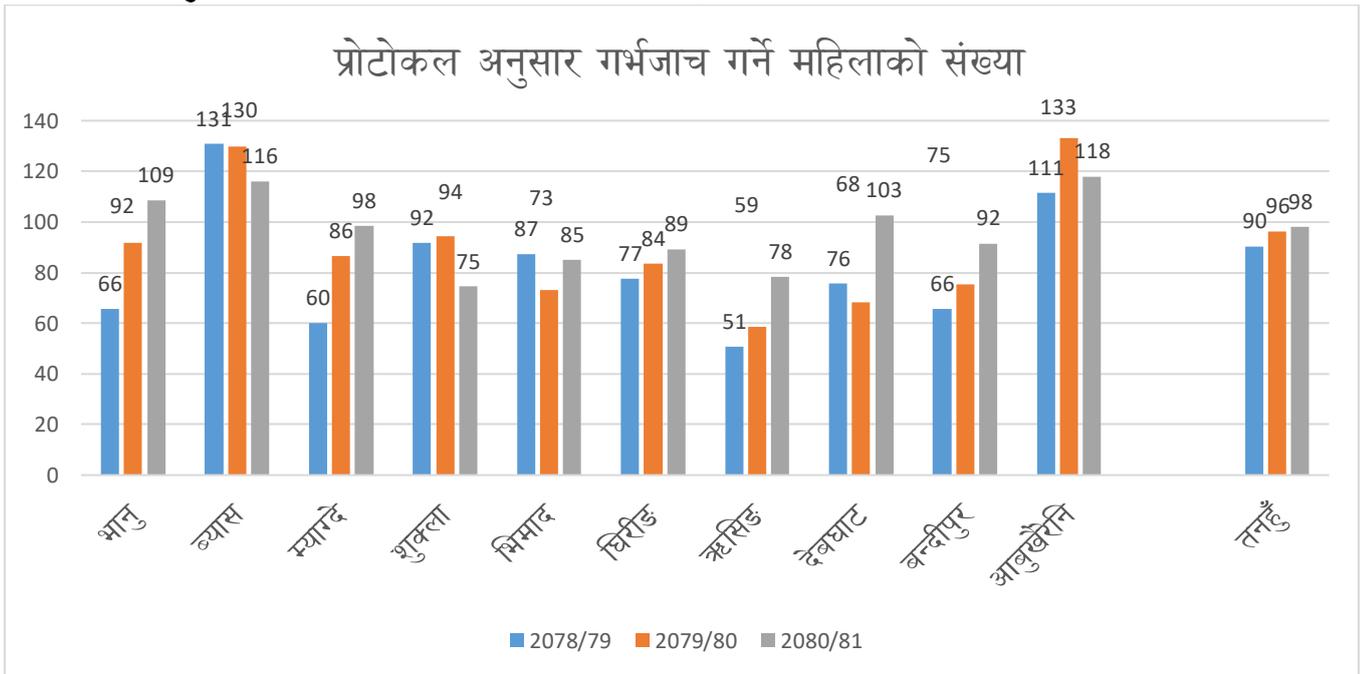
३.१.३ प्रगती विश्लेषण:

चित्र नं. ३.१.१ सुरक्षित मातृत्वका मुख्य सुचकहरूको प्रगती अवस्था



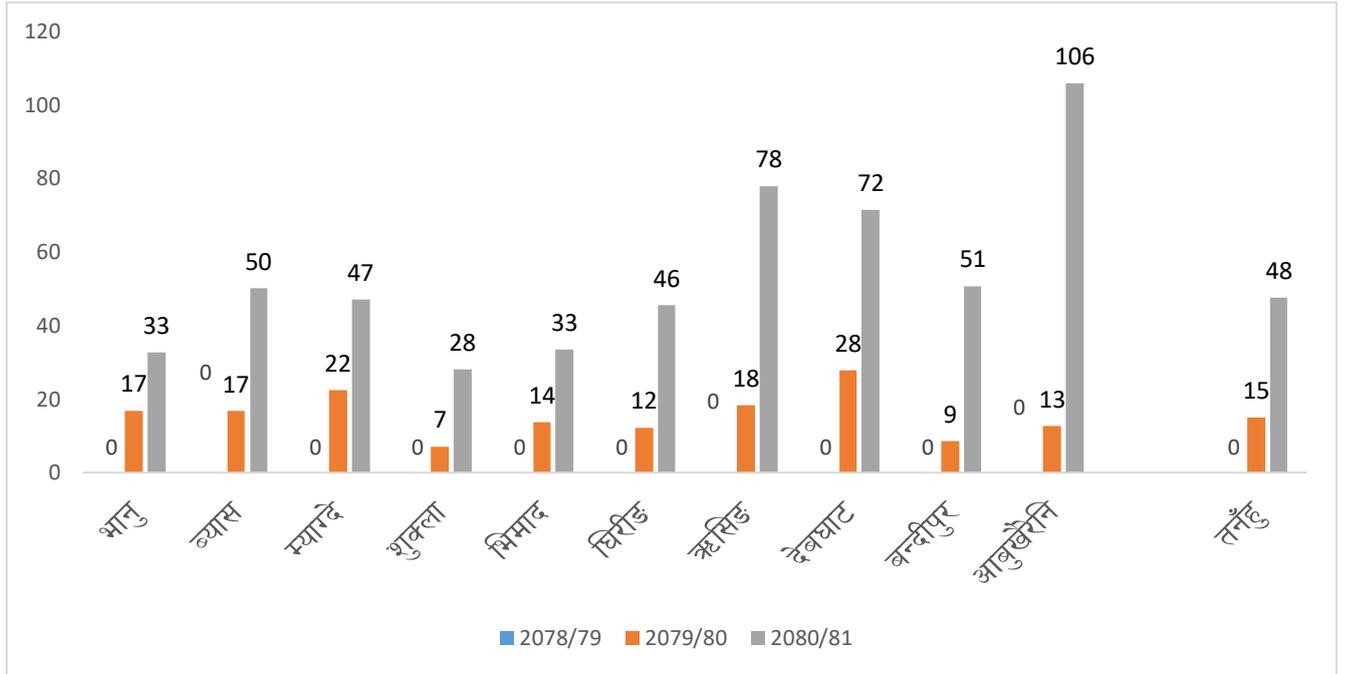
स्वास्थ्य संस्थामा प्रशुती गराउने महिलाहरू विगत तीन आ.व. देखी क्रमश घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ, अझै पनि अनुमानित जिवीत जन्म मध्ये स्वास्थ्य संस्थामा प्रशुती गराउनेको महिलाहरू २७ प्रतिशत मात्र रहेको देखिन्छ । ANC Visit को अनुपातमा सस्थागत प्रशुतीको दर बढ्न नसक्नु तनहुका लागि चुनौतीको रूपमा रहेको देखिन्छ ।

चित्र नं. ३.१.२ कुनै पनि समयमा पहिलो पटक गर्भवती जाँच गराएका महिलाहरूको प्रतिशत



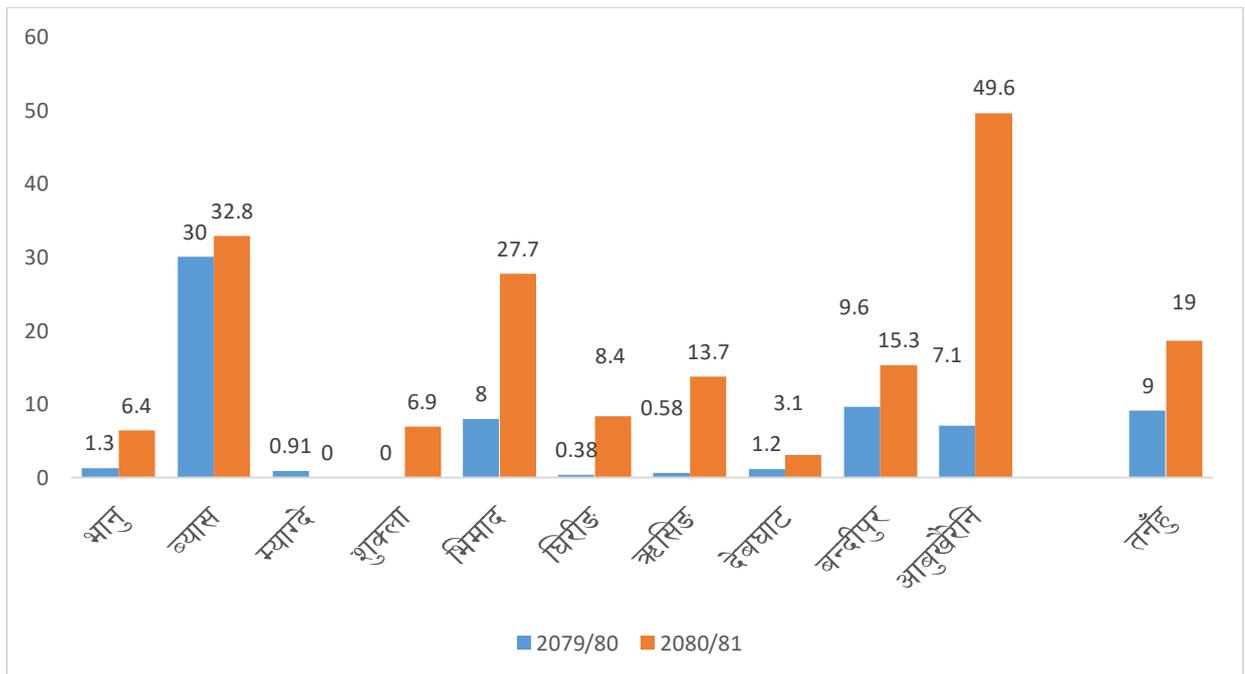
गर्भवती महिलाहरूले गर्भ रहेको १२ हप्तामा पहिलो पटक गर्भवती जाँच सेवा लिनु पर्दछ । जिल्लामा जुनसुकै समयमा पहिलो पटक गर्भवती सेवा लिएको प्रगती आ.व. २०७८/७९, २०७९/८० र २०८०/८१ मा क्रमशः ९०%, ९६% र ९८% रहेको छ । सो सेवा सबै भन्दा बढी आबुखैरेनी गाउँपालिकामा ११८% र सबै भन्दा कम ऋसिङ गाउँपालिकामा ७८% मात्र रहेकोछ ।

चित्र नं. ३.१.३ प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भवती जाँच गराएका महिलाहरूको प्रतिशत:



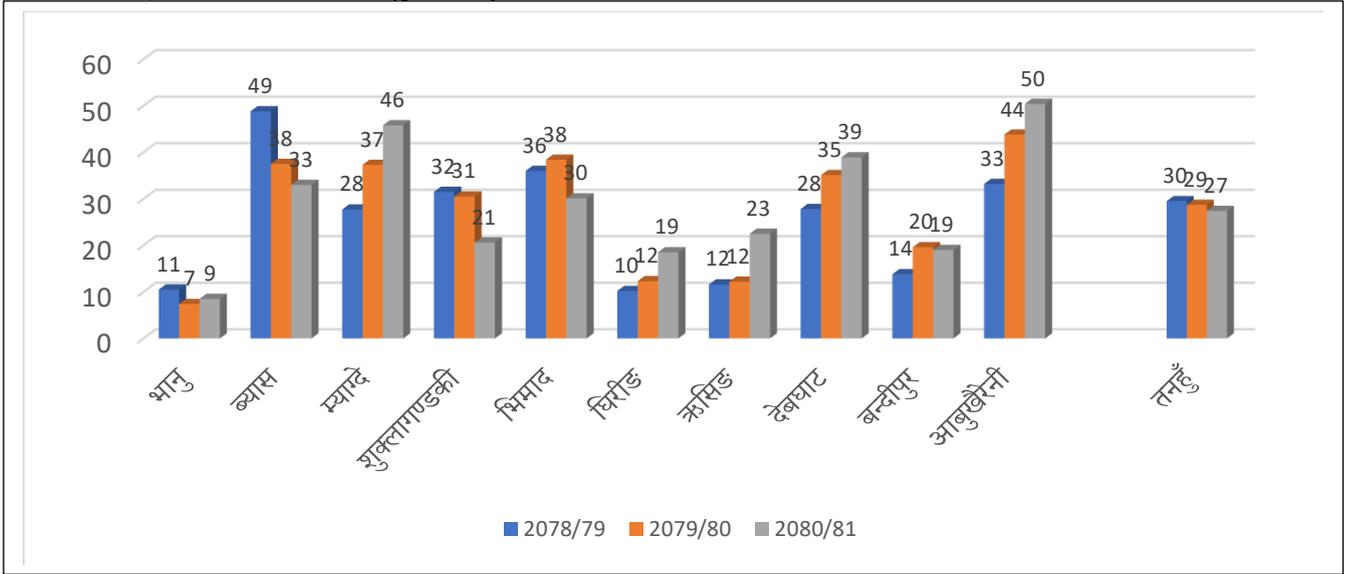
कुनै पनि महिला गर्भवती भएपछि, तोकिएको समयमा ८ पटक नजिकको स्वास्थ्य संस्थाबाट पूर्व प्रशुती सेवा (ANC) सेवा लिनु पर्दछ । जुन अवधारणा २०७९/८० मा मात्र नेपालमा आएको हो । गर्भ रहेको १२ हप्ता, १६ हप्ता, २०-२४ हप्ता, २८ हप्ता, ३२ हप्ता, ३६ हप्ता र ३८-४० हप्ता गरी ८ पटक प्रोटोकल (ANC) सेवा लिएको मानिन्छ । आ. व. २०७८/७९, २०७९/८० र २०८०/८१ मा प्रोटोकल अनुरूप प्रथम पटक पूर्व प्रशुती सेवा क्रमशः ०%, १५% र ४८% रहेको छ । त्यसै गरी आ.व. २०८०/८१ मा प्रोटोकल अनुसार ८ पटक पूर्व प्रशुती सेवा (ANC) सेवा लिएका महिलाहरू सबै भन्दा बढी आबुखैरेनी गाउँपालिकामा १०६ प्रतिशत र सबै भन्दा कम शुक्लागण्डकी नगरपालिकामा २८ प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र नं. ३.१.४ अनुमानित जिवीत जन्म मध्ये दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) द्वारा प्रशुती गराएको प्रतिशत:



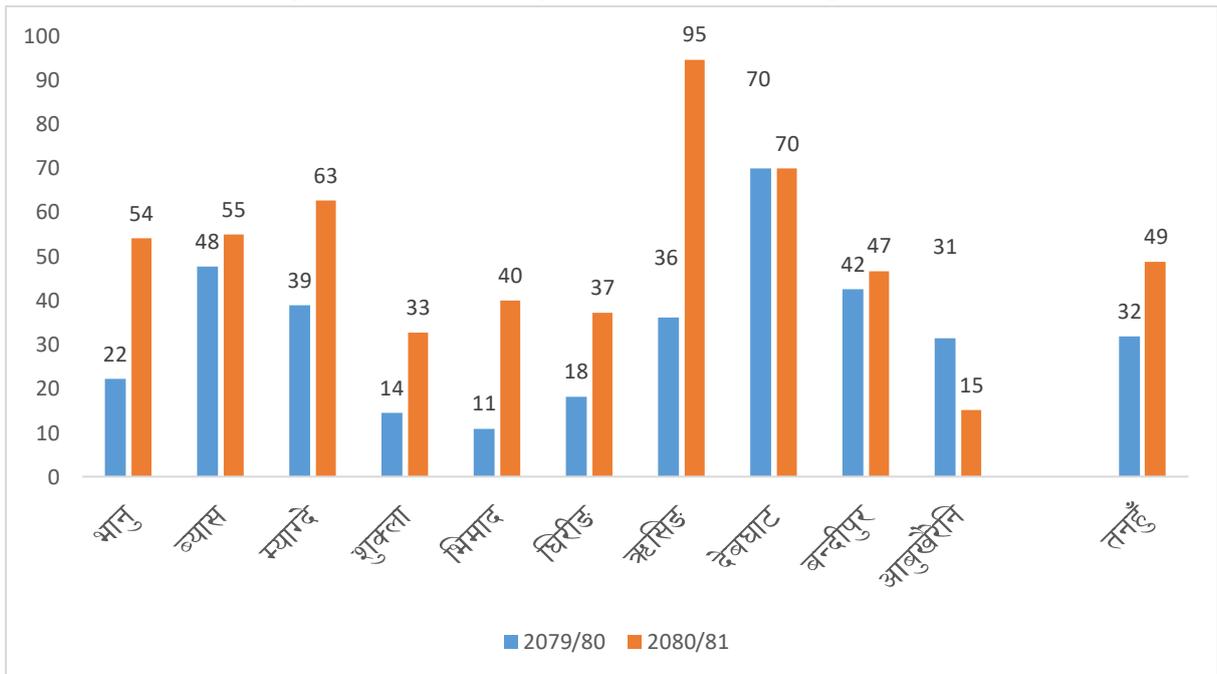
दक्ष प्रशुतीकर्मी बाट प्रशुती गराउने गर्भवती महिलाहरूको प्रगती प्रतिशत बढ्ने क्रममा रहेको देखिन्छ । आ.व. २०७९/८० मा अनुमानित जिवित जन्म मध्ये ९ प्रतिशत प्रशुति दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) बाट भएकोमा आ.व. २०८०/८१मा १९% पुगेको छ । जिल्लाको सबै स्थानिय तहमा दक्ष प्रशुतीकर्मी बाट प्रशुती गराउने दर वृद्धि हुने क्रममा रहेको देखिन्छ ।

चित्र नं. ३.१.५ स्वास्थ्य संस्थामा प्रशुती गराएको प्रतिशत



तनहुँ जिल्लामा विगत तीन आ.व. को तथ्याङ्कलाई हेर्दा स्वास्थ्य संस्थामा प्रशुती हुने संख्या घटेको देखिन्छ । स्थानिय तह अनुसार आ.व. २०८०/८१ को तथ्याङ्क हेर्दा दक्ष प्रशुतीकर्मी/स्वास्थ्यकर्मी (SBA/SHP) द्वारा प्रशुती गराउनेको प्रतिशत सबै भन्दा धेरै आबुखैरेनी गाउँपालिकामा ५०.०% र सबै भन्दा कम भानु नगरपालिका ९% देखिएको छ ।

चित्र नं. ३.१.६ प्रोटोकल अनुसार ४ पटक उत्तर प्रशुती सेवा (PNC) लिएका सुत्केरीहरूको प्रतिशत:



कुनै पनि गर्भवती महिला सुत्केरी भए पश्चात कम्तीमा ४ पटक (सुत्केरी भएको २४ घण्टामा, ३ दिन, ७-१४ दिन र ४२ दिन) आमा तथा नवशिशुको स्वास्थ्य जाँच गराउनु पर्दछ । यस जिल्लामा यसरी कम्तीमा ४ पटक उत्तर प्रशुती सेवा (PNC) लिएका सुत्केरी महिलाहरूको संख्या न्यून पाइएको छ । विगत आ.व. हरूसँग तुलना गर्दा यस आ.व. मा

सुत्केरी जाचको संख्या बढेको पाईन्छ । सबै स्थानिय तहहरूमा प्रशुती घर भेट कार्यक्रम (PNC Home Visit) कार्यक्रम लागु भएको हुनाले उत्तर प्रशुती सेवाको उपभोग र पहुँचमा वृद्धि भएको हो ।

क्र.सं.	समस्याहरू	कारणहरू	समाधानका उपायहरू	जिम्मेवार
१	घरमा प्रशुती हुने संख्या प्रसस्त रहेको	सचेतनाको अभाव पायक पर्ने स्थानमा प्रशुती केन्द्र नहुनु	रणनैतिक स्थानहरूमा बर्थिङ सेन्टर स्थापना । बर्थिङ सेन्टरहरूको सुदृढीकरण । स्वास्थ्य संस्थामा प्रशुतीलाई प्रवर्द्धन गर्ने विषेश कार्यक्रम ।	स्वास्थ्य कार्यालय स्थानिय तह
२	सेवाको पहुँचमा आएका सेवाग्राहीको सेवा उपभोगमा कमी	प्रभावकारी परामर्शको कमी	जिवन सुरक्षा कार्यक्रमका लागि तयार निर्देशिका तथा साधनहरूको उपयुक्त प्रयोग गर्दै सेवाग्राही मैत्री सेवा प्रदान गर्ने ।	स्वास्थ्यकर्मीहरू
३	अभिलेख तथा प्रतिवेदनमा भएका त्रुटीहरू	नियमित रूपमा तथ्याङ्क भेरिफिकेशन नहुने	मासिक कार्यप्रगती समिक्षामा तथ्याङ्कहरूमा छलफल गरी त्रुटी सच्याउने । स्थलगत अनुशिक्षण ।	स्थानिय तह र स्वास्थ्य कार्यालय
४	दक्ष प्रशुतीकर्मीको व्यवस्थापन	तालिम प्राप्त जनशक्तीलाई बर्थिङ सेन्टर नभएको स्थानमा राख्ने	SBA तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीलाई बर्थिङ सेन्टरमा खटाउने । बर्थिङ सेन्टरमा कार्यरत सबै नर्सिङ कर्मचारीलाई SBA तालिम प्रदान गर्ने ।	स्वास्थ्य तालिम केन्द्र स्थानिय तह
५	बर्थिङ सेन्टरहरूको सेवा उपयोग	आवश्यकताको आधारमा बर्थिङ सेन्टरको स्थापना नहुनु	न्युन सेवाग्राहीहरूलाई मात्र सेवा प्रदान गर्ने बर्थिङ सेन्टरहरूको सट्टामा पालिकाको पायक पर्ने स्थानमा Maternal Waiting Home स्थापना गर्ने ।	स्थानिय तह
६	उत्तर प्रशुती सेवाको उपभोगमा कमी	प्रशुती पश्चातको समयमा सुत्केरी महिलालाई स्वास्थ्य संस्थामा आउन व्यवहारिक कठिनाई	दोस्रो तथा तेस्रो PNC सेवा प्रदान गर्न स्वास्थ्यकर्मी परिचालन गरी सेवा प्रदान गर्ने	स्थानिय तह

३.३ परिवार नियोजन कार्यक्रम (Family Planning Program)

३.२.१. पृष्ठभूमी

राष्ट्रिय परिवार नियोजन कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य यस्तो वातावरणको श्रृजना गर्नु हो जसमा व्यक्ति तथा दम्पतीले आफ्नो प्रजनन आवश्यकतालाई परिपूर्ति गर्न विभिन्न उपयुक्त परिवार नियोजनका विधिहरू प्रयोग गर्न सक्षम हुन । परिवार नियोजनले अपरिपूर्ति मागलाई सम्बोधन गरि अनिश्चित गर्भलाई रोकी मातृ तथा बाल स्वास्थ्यको स्थितीमा सुधार ल्याउन योगदान गर्छ । जसले महिला शसक्तिकरण साथै स्वस्थ श्रम शक्ति विस्तार गरी परिवार, समुदायको आर्थिक उन्नती गर्दै गुणस्तरीय जीवनमापन गर्न सहयोग गर्छ । परिवार नियोजन कार्यक्रम नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मुख्य प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम हो । साथै यो प्रजनन स्वास्थ्य प्याकेज र आधारभुत स्वास्थ्य सेवाको एक अंग समेत हो । हाल सरकारी, गैरसरकारी तथा निजी क्षेत्रबाट परिवार नियोजन सम्बन्धि सुचना तथा सेवाहरू प्रदान भैरहेको छ । हाल सरकारी स्वास्थ्य प्रणालीबाट ३ प्रकारका अस्थायी परिवार नियोजनका साधनहरू (कण्डम, पिल्स र डिपो) सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट दिइँदै आइएको छ । त्यस्तै महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूबाट कण्डम वितरण तथा पिल्सको पूनः आपूर्ति भइरहेछ । लामो

जन्मान्तरको साधनहरू जस्तै आई.यु.सि.डि. र इम्प्लान्ट भने केही सिमित संख्याहरूबाट मात्र प्रदान भइरहेछ । स्थायी परिवार नियोजनका सेवाहरू समेत संस्थागत क्लिनिक र घुम्ती शिविरबाट प्रदान भै रहेछ । साथै दुर्गम र पहुँच नपुगेका स्थानलाई ध्यान दिँदै स्याटेलाइट क्लिनिक मार्फत समेत लामो जन्मान्तरका सेवाहरू प्रदान भइरहेछ। राष्ट्रिय परिवार नियोजन कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य गुणस्तरीय परिवार नियोजन सेवाको पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि गरी मातृ तथा बाल स्वास्थ्य स्थिती अभिवृद्धि गर्दै गुणस्तरीय जीवनयापन गर्न मद्दत पुर्याउनु रहेको छ ।

३.२.२ मुख्य कार्यहरू (गतिविधि)

आ.व. २०८०/८१ मा परिवार नियोजन कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरू निम्नानुसार रहेको छन् ।

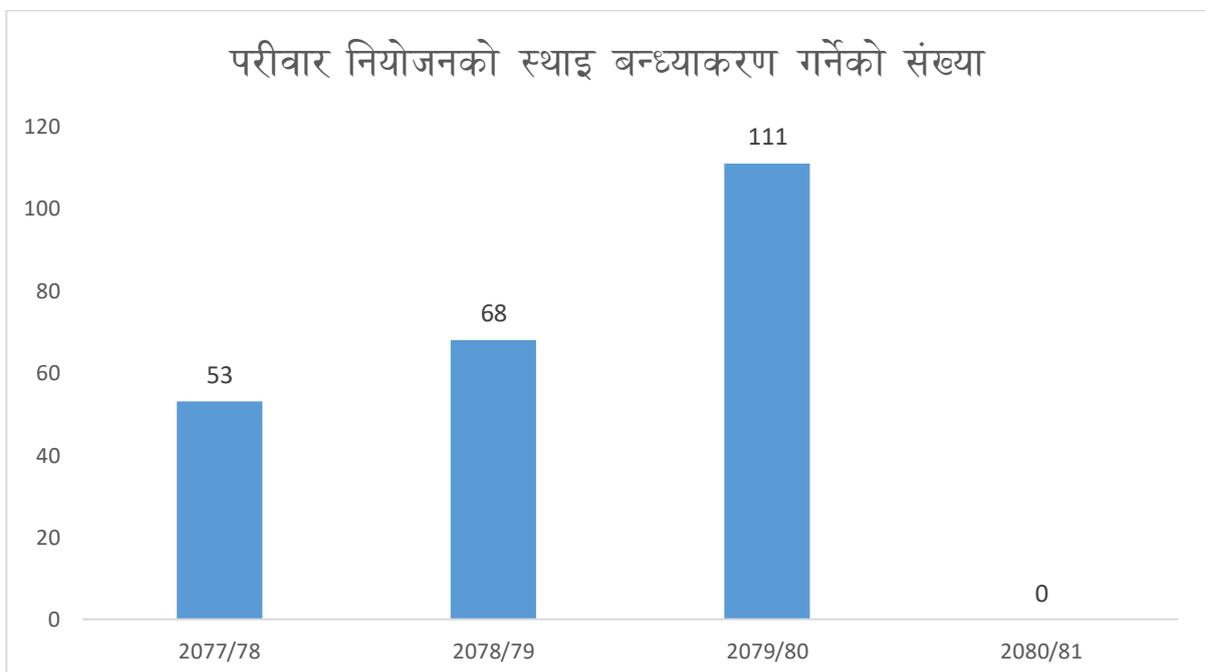
१. प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाहरू तथा गाउँघर क्लिनिकहरूबाट नियमित परिवार नियोजन सम्बन्धि परामर्श तथा अस्थायी साधनहरू कण्डम,पिल्स र डिपो प्रोभेराको सेवा दिईएको साथै म.स्वा. से. बाट समेत कण्डम,पिल्स सेवा दिईएको ।
२. केही स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट लामो जन्मान्तरका साधनहरू इम्प्लान्ट र आइ यु सि डि सेवा दिईएको ।
३. जिल्लाको विभिन्न स्थानीय तहमा लामो अवधिको अस्थाई बन्ध्याकरण शिवर संचालन
४. जिल्लाका १० वटै स्थानीय तहहरूमा स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको एकिकृत शुक्ष्म योजना अन्तर्गत परिवार नियोजन सेवाको शुक्ष्म योजना तयार गरी कार्यान्वयनमा ल्याइएको ।
५. स्वास्थ्य कार्यालय तथा स्थानीय तहहरूको आयोजनामा लामो जन्मान्तरका साधनहरू इम्प्लान्ट तथा आइ यु सि डि सेवाको स्याटेलाइट क्लिनिक मार्फत सेवा प्रदान गरिएको ।
६. गण्डकी प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको आयोजनामा सञ्चालित लामो जन्मान्तरका साधन सम्बन्धी तालिम तथा CoFPC तालिममा स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई सहभागी गराइएको ।

७. MS Ladies सग समन्वय गरी परिवार नियोजनका लामो अवधिको अस्थाई साधन राख्ने र निकाल्ने शिविर गरीएको

३.२.३ प्रगति विश्लेषण

विगत वर्षहरूमा स्थायी परिवार नियोजनका सेवाहरू पुरुषका लागि भ्यासेक्टोमी तथा महिलाका लागि मिनिल्याप जिल्लाका विभिन्न स्थानहरूमा घुम्ति शिविर मार्फत प्रदान गरिँदै आएकोमा आ. व. २०८०/८१ मा जिल्लाको आबुखैरेनी गाउँपालिका र भानु नगरपालिकाको विभिन्न स्थानहरूमा लामो अवधिको अस्थाई साधन IUCD र IMPLANT राखिएको थियो जसमा ३१ जनाको IMPLANT र ८ जनाको IUCD राखिएको थियो

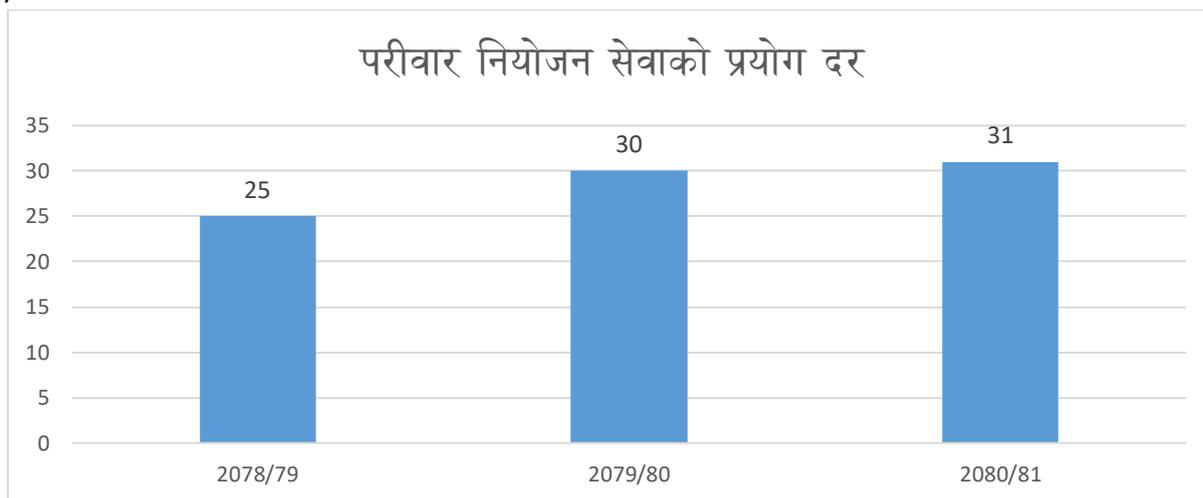
चित्र नं. ३.२.१ स्थायी बन्ध्याकरण सेवाका नयाँ प्रयोगकर्ताहरू:



नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०१६ का अनुसार नेपालमा परिवार नियोजन प्रयोगदर आधुनिक साधन तर्फ ५३ प्रतिशत रहेको देखिन्छ । तनहुँ जिल्लामा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्राप्त प्रतिवेदन अनुसार जिल्लाको आ.व २०८०/८१ मा परिवार नियोजन प्रयोगदर ३१ प्रतिशत रहेको छ। विगत तीन आ. व. को परिवार नियोजन सेवा प्रयोग दर (CPR) लाई विश्लेषण गर्दा परिवार नियोजन सेवाको प्रयोगदर बढ्दो क्रममा देखिएको छ जुन निम्न चित्रमा प्रस्तुत गरिएको छ।

चित्र नं. ३.२.२ परिवार नियोजन सेवा प्रयोग दर

त्यस्तैगरी परिवार नियोजन सेवा प्रयोग दर (CPR) तनहुँ जिल्लाको विगत ३ आर्थिक वर्षलाई हेर्दा यस प्रकार रहेको छ ।



तनहुँ जिल्लाको विगत ३ आर्थिक वर्षको तथ्याङ्कलाई विश्लेषण गर्दा विगत २ आर्थिक वर्षको भन्दा २०७८/०७९ मा परिवार नियोजनको साधन प्रयोगकर्ताको संख्या केही बढेको देखिन्छ तर यो संख्या न्यून रहेको छ ।

तालिका नं. ३.२.१ आ. व. २०८०/८१ मा स्थानीय तह अनुसार परिवार नियोजनका विभिन्न साधनहरूका हाल अपनाईरहेका प्रयोगकर्ताहरूको अवस्था

जिल्ला/स्थानीय तह	Condom (CYP)	Pills	Depo	Implant	IUCD
तनहुँ जिल्ला जम्मा	1669	1337	2115	7426	3346
भानु नगरपालिका	114	129	218	184	29
व्यास नगरपालिका	666	298	494	1484	717
म्याग्दे गाउँपालिका	94	107	188	447	172
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	342	332	322	1170	957
भिमाद नगरपालिका	112	117	196	530	197
घिरीङ गाउँपालिका	49	46	78	243	21
रिसिङ गाउँपालिका	112	62	131	378	48
देबघाट गाउँपालिका	49	43	166	528	38
बन्दिपुर गाउँपालिका	45	81	123	1979	1137
आबुखैरेनि गाउँपालिका	87	122	199	483	30

* CYP= (Number of pieces distributed)/150

समस्या तथा समाधानका उपायहरू

समस्याहरू	कारणहरू	समाधानका उपाय	जिम्मेवारी
<ul style="list-style-type: none"> सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्था स्तर सम्म पाँच वटै अस्थाई परिवार नियोजन सेवा विस्तार गर्न नसकिएको 	<ul style="list-style-type: none"> कर्मचारी तालिमको अभाव 	<ul style="list-style-type: none"> कर्मचारी तालिम स्याटलाइट क्लिनिक सञ्चालन 	<ul style="list-style-type: none"> प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र स्थानीय तह
<ul style="list-style-type: none"> निजी/गैह्र सरकारी संस्थाहरूबाट परिवार नियोजन सेवा लिनेहरूको तथ्याङ्क समाहिकरण गर्न नसकिएको। 	<ul style="list-style-type: none"> प्रणालीगत/नीतिगत अप्रयासता अनुगमन सुपरीवेक्षण नहुनु 	<ul style="list-style-type: none"> निजी/गैह्र सरकारी संस्थाहरूबाट प्रदान गरिएको परिवार नियोजन सेवालाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तथ्याङ्क प्रणालीमा समाहित गर्ने प्रणालीगत/नीतिगत व्यवस्था नियमित अनुगमन सुपरीवेक्षण 	<ul style="list-style-type: none"> स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्थानीय तह
<ul style="list-style-type: none"> किशोरकिशोरीमा परिवार नियोजन सेवाको उच्च अपरिपुर्त माग 	<ul style="list-style-type: none"> किशोरकिशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारी कार्यान्वयन नहुनु 	<ul style="list-style-type: none"> किशोरकिशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्था विस्तार तथा प्रमाणीकरण कार्यक्रममा नियमितता सुनिश्चित गर्ने अनुगमन सुपरीवेक्षण 	<ul style="list-style-type: none"> स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य निर्देशनालय स्थानीय तह

3.3 किशोरकिशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम (Adolescent Friendly Sexual & Reproductive Health Program)

३.३.१. पृष्ठभूमि

किशोरावस्था एक विशेष अवस्था हो । मानव जीवनका अन्य अवस्थाभन्दा यस अवस्थालाई एक विशेष र संवेदनशील अवस्थाको रूपमा लिने गरिन्छ । यसै बेलामा किशोरकिशोरीहरूको शारीरिक, मानसिक, बौद्धिक तथा अन्य क्षेत्रमा विकास हुन्छ । त्यस्तै गरी यस अवस्थामा यौन उत्सुकता तीव्र हुनुका साथै यौन तथा अन्य कतिपय जोखिमपूर्ण क्रियाकलाप अनुभव गर्ने भएको हुनाले युवा तथा किशोरकिशोरीहरूले आफूलाई खतरामा पार्न सक्दछन् । यस्ता कुराहरूमा यदि समयमै ज्ञान दिइएन भने त्यस्ता खतराहरू झनै बढ्न सक्दछन् । यिनै कारणहरूले गर्दा एच.आई.भी र एड्स तथा अन्य यौनजन्य रोगहरूको सिकार पनि हुनसक्ने भएकोले किशोरावस्थालाई जोखिमपूर्ण मानिन्छ । त्यस्तै गरी असुरक्षित यौनसम्पर्कको कारणले गर्दा अनिच्छित गर्भधारण गर्ने र असुरक्षित गर्भपतन गराई ज्यानै जान सक्ने खतरा पनि हुने, लागूपदार्थको दुरुपयोग फस्ने र अन्त्यमा आत्महत्या गर्ने पनि हुने गरेको छ । यी कारणहरूले गर्दा नै युवा तथा किशोरावस्थालाई जोखिमपूर्ण मान्ने गरिएको छ । नेपालमा किशोरकिशोरीहरूका यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न समस्याहरूमध्ये बालविवाह र कम उमेरमा नै हुने गर्भवती सबैभन्दा प्रमुख छन् । नेपालको कानून अनुसार विवाहको लागि न्यूनतम उमेर पुरुषहरूका लागि २१ वर्ष र महिलाको लागि १८ वर्ष तोकिएको छ । उक्त उमेर भन्दा कम उमेरमा भएको विवाहलाई गैह कानुनी मानिन्छ । यसका साथै कम उमेरमा विवाह हुँदा महिला तथा पुरुषको शारीरिक तथा मानसिक परिपक्वता पूर्ण रूपमा भइ सकेको हुँदैन । यसले गर्दा विभिन्न प्रकारका स्वास्थ्य सम्बन्धी, सामाजिक तथा आर्थिक समस्या पनि आइपर्ने सम्भावना हुन्छ । तैपनि सन् २००१ को तथ्याङ्क अनुसार नेपालमा विवाहको औसत उमेर १६ वर्ष मात्र छ । त्यस्तै गरी करिब २० प्रतिशत किशोरीहरू २० वर्ष हुनुभन्दा पहिले नै गर्भवती हुने गरेका छन् । (स्रोत: नेपालको जनगणना २०५८)

नेपालमा सन् २००६ मा भएको जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षणको तथ्याङ्क अनुसार सर्वेक्षणको समयमा १५ देखि १९ वर्ष उमेर पुगेका महिलाहरूमध्ये विगतमा आफू १५ वर्षको हुँदामा नै यौन सम्पर्क राखे महिलाहरू ५ प्रतिशत थिए । त्यस्तैगरी सो समयमा २० देखि २४ वर्ष उमेर पुगेका महिलाहरू मध्ये ५० प्रतिशतले विगतमा आफू १८ वर्षको हुँदामा नै यौन सम्पर्क राखिसकेको पाइएको छ । त्यस्तैगरी उक्त सर्वेक्षणले महिलाहरू मध्ये किशोरीहरूमा परिवार नियोजनका साधनहरूको माग सबैभन्दा न्यून (५४ प्रतिशत) उल्लेख गरेको छ । तर आफूले चाहेर पनि परिवार नियोजनका साधनहरू प्राप्त गर्न नसक्ने महिलाहरूको प्रतिशत भने यही उमेर समूहमा सबैभन्दा बढी (३८ प्रतिशत) रहेको कुरा देखाएको छ । नेपालमा किशोरकिशोरीहरूको पोषण स्थिति पनि एक प्रमुख समस्याको रूपमा रहेको छ । यसका साथै पन्ध्रदेखि १९ वर्षका किशोरकिशोरीहरू मध्ये ३९ प्रतिशत किशोरकिशोरीहरूमा रक्तअल्पताको समस्या देखिएको छ भने लगभग कुल किशोरकिशोरीहरूको जनसङ्ख्याको एक चौथाइमा सामान्यभन्दा कम शरीर तथा पिण्ड सूचाङ्क (Body Mass Index) भएको पाइएको छ । किशोरकिशोरीहरूमध्ये ९४ प्रतिशत पुरुष तथा ७९ प्रतिशत महिलाहरूले यौन रोगको बारेमा सुनेको पाइए तापनि लगभग ३० प्रतिशत पुरुष तथा महिलाहरूले यसका लक्षणहरू बारे अनभिज्ञ रहेको पाइएको छ । (स्रोत: नेपालको जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०६३)

नेपालले सन् १९९४ मा कायरोमा भएको अन्तर्राष्ट्रिय जनसङ्ख्या तथा विकास सम्बन्धी सम्मेलन (ICPD 1994) को कार्य योजना लगायत अन्य यस्तै प्रकारका अन्तर्राष्ट्रिय सन्धि र सम्मेलनहरूमा हस्ताक्षर गरेर यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवामा आफ्नो प्रतिबद्धता जनाएको छ । यिनै प्रतिबद्धता अनुसार यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई समग्र स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण पाटोको रूपमा मान्यता दिएको छ । यसै अनुरूप नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले पनि राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीति र योजना २०५४ तयार पारेको छ जसमा किशोरकिशोरीहरूको स्वास्थ्य तथा विकासलाई समग्र प्रजनन स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण अङ्ग को रूपमा उल्लेख गरिएको छ । किशोरकिशोरीहरूको स्वास्थ्य तथा विकासका आवश्यकतालाई परिपूर्ति गर्ने उद्देश्यले राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीतिको अधीनमा रही परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले राष्ट्रिय किशोरकिशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीति २०५८ तयार पारेको छ । यस राष्ट्रिय किशोरकिशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीतिलाई जिल्ला तथा मातहतका स्वास्थ्य निकायहरू, शैक्षिक संस्था, तथा नागरिक समाजसँग सम्बन्धित

संस्थाहरूको तहसम्म कार्यान्वयन गर्नको लागि जिल्ला स्वास्थ्य प्रमुखहरूलाई निर्देशन गर्ने उद्देश्यले किशोरकिशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यान्वयन निर्देशिका २०६४ (Implementation Guide on Adolescent Sexual and Reproductive Health 2007) समेत तयार पारिएको छ । किशोरकिशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीति २०५८ (सन २०००) ले किशोरकिशोरी तथा युवाका आवश्यकताहरूलाई बहुक्षेत्रीय सोचमार्फत समाधान गर्नका लागि रणनीति अघि सारेको छ । यस रणनीतिको प्रमुख लक्ष्य युवा तथा किशोरकिशोरीहरूको स्वास्थ्य, सामाजिक तथा आर्थिक स्थितिमा सुधार ल्याउनु हो ।

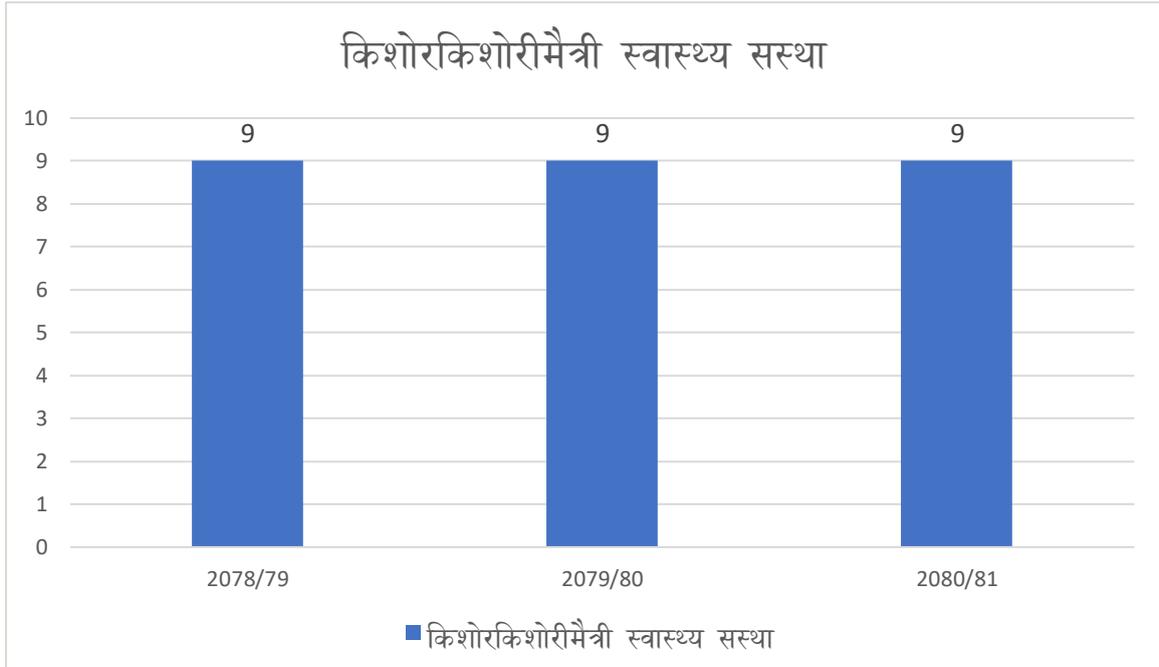
3.3.2 मुख्य कार्यहरू:

तनहुँ जिल्लामा विगतमा ६ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान हुँदै आएको छ । स्वास्थ्य संस्थाहरू किशोरकिशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्था घोषणा भई सेवा प्रदान भई रहेको छ तथापी कार्यक्रमको निरन्तरता सम्बन्धि समस्याका कारण तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको अभावका विच सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको छ । घोषणा भएका स्वास्थ्य संस्थाहरू मध्ये कुनै पनि स्वास्थ्य संस्था नियम अनुसार प्रमाणीकरण भएको छैन । किशोरकिशोरी मैत्री घोषणा नभएका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट पनि २० वर्ष मुनिका सेवान्नाहीहरूलाई निरन्तर रूपमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा दिइदै आएको छ ।

3.3.3 प्रगती विश्लेषण:

विगतमा Vertical स्वरूपमा प्रतिवेदन हुनेगरेको किशोरकिशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको Vertical प्रतिवेदन पछिल्ला वर्षहरूमा प्राप्त हुनेगरेको छैन भने नियमित मासिक प्रतिवेदन आधारमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवामा २० वर्ष भन्दा कम उमेरको अनुपात विश्लेषण गर्दा परिवार नियोजन सेवामा भन्दा सुरक्षित मातृत्व सेवामा धेरै र सुरक्षित मातृत्व सेवामा भन्दा सुरक्षित गर्भपतन सेवामा धेरै अनुपातमा किशोरकिशोरीहरूको सहभागिता देखिन्छ ।

चित्र नं. ३.३.२ विगत ३ आ. व. मा जिल्लामा किशोरकिशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्थाहरूको संख्या



समस्या तथा समाधानका उपायहरू:

समस्या	कारण	समाधानको उपाय	जिम्मेवार निकाय
कार्यक्रममा निरन्तरता नहुनु	कार्यक्रमलाई न्यून प्राथमिकतामा राखिनु	कार्यक्रम निरन्तरता सुनिश्चित गर्ने	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (संघ/प्रदेश)

समस्या	कारण	समाधानको उपाय	जिम्मेवार निकाय
सुचिकृत संस्था प्रमाणीकरण नहुनु	कार्यक्रममा निरन्तरता नहुनु	नपुग मापदण्ड पुर्याई नियमानुसार प्रमाणीकरण गर्ने	परिवार कल्याण महाशाखा स्थानीय तह
प्रतिवेदन छुट्टु	Vertical Reporting	IHMIS अन्तरगत नियमित प्रतिवेदन गर्ने प्रणाली विकास गर्ने	व्यवस्थापन महाशाखा परिवार कल्याण महाशाखा

३.४ राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम (National Female Community Health Volunteer Program)

३.४.१ पृष्ठभूमि

ग्रामीण समुदायमा महिला र बालबालिका सम्बन्धि समस्याहरू बढी मात्रामा देखिन्छन् जसले गर्दा मातृ मृत्युदर, शिशु मृत्युदर र बाल मृत्युदर बढी मात्रामा भएको पाइन्छ । ग्रामिण र विपन्न वर्ग सम्म स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढाउन साथै जनताको स्वास्थ्य प्रवर्धनमा महिलाहरूको भूमिकालाई महत्वपूर्ण मान्दै नेपाल सरकारले आ.व. २०४५/४६ बाट महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम २७ जिल्लाबाट शुरुवात गरियो र पछि सबै ७७ वटै जिल्लाहरूमा यो कार्यक्रम संचालित छ । सुरुमा प्रत्येक वडामा १ जनाको दरले महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू छनौट गरिएकोमा वि. सं. २०५० पश्चात जनसंख्याको आधारमा २७ जिल्लामा म. स्वा. से. छनौट गरियो । हाल देशभरमा ५१००० भन्दा बढी महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू सेवारत छन् भने गण्डकी प्रदेशमा ५८५८ रतनहुँजिल्लामा जम्मा ६६९ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू सेवारत रहेका छन् । स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूको सहयोगमा वडामा क्रियाशील आमा समूहले म.स्वा.से. को छनौट गर्छ । ती छनौट भएका म.स्वा.से. लाई १० दिने तालिम दिइन्छ । तालिम पश्चात म.स्वा.से.लाई प्रमाणपत्र, औषधी सहितको किट बक्स साथै अन्य सहयोगी पुस्तिका, रजिष्टर, फ्लिप चार्ट, व्याग, साइनबोर्ड र पिल्स समेत दिइन्छ जुन सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले नियमित पुनः आपूर्ति गरि रहन्छ । म.स्वा.से. को प्रमुख भूमिका भनेको आमा तथा समुदायको स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य बानी ब्यवहारको प्रवर्धन गर्नु हो जसले सुरक्षित मातृत्व, बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन लगायत स्वास्थ्यका अन्य पक्षहरूको स्थितिमा सुधार गर्न मद्दत गर्छ । म.स्वा.से.ले आफ्नो समुदायमा परिवार नियोजनका साधनहरू (कण्डम, पिल्स) वितरण गर्छिन् साथै पखालाको रोकथाम तथा उपचार गर्ने (जिवनजल+जिङ्ग चक्री बाट) भिटामिन ए वितरण गर्ने, श्वासप्रश्वास रोग पत्तालागाई कडा रोगीहरूलाई प्रेषण गर्ने, गर्भवती महिलालाई आइरन चक्री वितरण गर्ने तिनिहरूलाई स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती हुन प्रोत्साहीत गर्ने र स्वास्थ्य सम्बन्धी सुचना, शिक्षा सम्प्रेषण गर्ने कार्य गर्छिन् ।

नेपाल सरकारले म.स्वा.से.हरूले गरेको निस्वार्थ कार्यको प्रशंसा गर्दै प्रत्येक वर्ष पोशाक भत्ता उपलब्ध गराउँदै आएको छ, साथै आ.व. २०६४।०६५ मा रु ५० हजार म.स्वा.से. कोष प्रत्येक गा.वि.स. मा स्थापना गरेको छ र सो कोषमा वार्षिक रूपमा समेत केही रकम थप दिँदै आएको छ भने यातायात खर्च स्वरुम वार्षिक रूपमा नगद प्रदान गर्ने कार्यक्रमहरू समेत सुरुवात भएका छन् । जनस्वास्थ्यमा समुदायको सहभागीताको सुनिश्चितता, महिलाहरूको सशक्तिकरण गर्दै समुदायको स्वास्थ्य प्रवर्धन गर्नु म.स्वा.से. कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य सहित म. स्वा. से. हरू देशभर सेवामा खटिएका छन् । स्थानीय तह अनुसार महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको संख्या यसप्रकार रहेको छः

तालिका नं. ३.४.१ स्थानीय तह अनुसार म.स्वा.से.संख्या

क्र. स.	स्थानीय तह	म. स्वा. से. संख्या
१	भानु नगरपालिका	७२
२	ब्यास नगरपालिका	१०४
३	म्याग्दे गाउँपालिका	२७
४	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	५७

क्र. स.	स्थानीय तह	म. स्वा. से. संख्या
५	भिमाद नगरपालिका	४७
६	घिरीङ गाउँपालिका	२७
७	रिसिङ गाउँपालिका	४६
८	देवघाट गाउँपालिका	३७
९	बन्दिपुर गाउँपालिका	२४
१०	आबुखैरेनि गाउँपालिका	२७
११	तनहुँ	४६८

३.४.२ मुख्य कार्यहरू

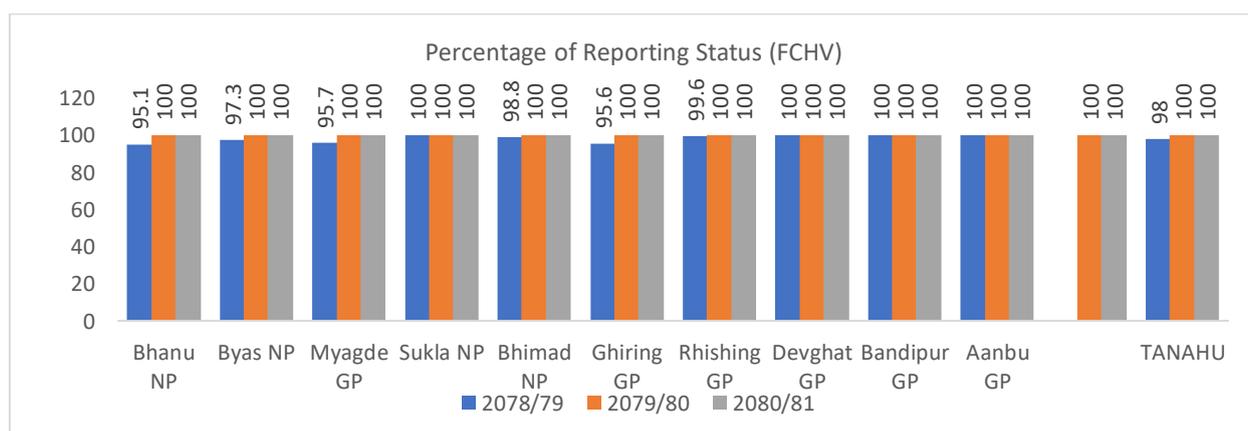
आ.व. २०८०/८१ मा राष्ट्रिय महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरू निम्नानुसार रहेको छन् ।

- नयाँ नियुक्त तथा यस अगाडि तालिम नलिएका महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका, हरूको लागि १० दिने आधारभूत तालिम सञ्चालन ।
- महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका, हरूको लागि ४ दिने पुनर्ताजगी तालिम सञ्चालन ।
- ६० वर्ष उमेर र २० वर्ष सेवाअवधि पुगेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको सम्मानजनक विदाई ।
- गण्डकी प्रदेश सरकार बाट प्रत्येक महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूको लागि प्रदान गरिएको प्रोत्साहन भत्ता (रू ६०००। प्रति व्यक्ती) वितरण गरिएको ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाका लागि पोशाक भत्ता वितरण ।
- स्वास्थ्य आमासमूहको बैठक तथा नियमित स्वास्थ्य जनचेतनामुलक कार्यक्रम ।
- ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूका लागि भिटामिन ए, जुकाको औषधी वितरण ।
- परिवार नियोजनका साधन कण्डम,पिल्स वितरण ।
- ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको श्वासप्रश्वास र पखालाको परीक्षण तथा उपचार ।

३.३.३ प्रगति विश्लेषण

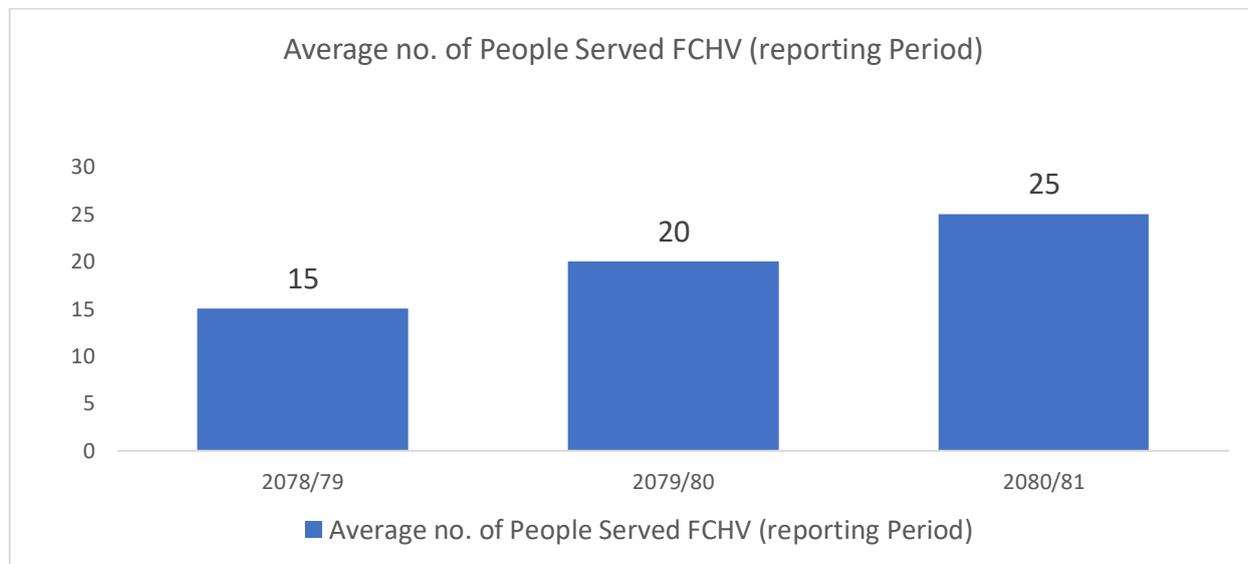
प्रत्येक महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाद्वारा आफ्नो सेवा क्षेत्रमा दिएको स्वास्थ्य सम्बन्धि सेवाहरूको अभिलेख तोकिएको रजिष्टर (HMIS 4.2) मा अभिलेख राखिन्छ र महिनाको अन्तमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा प्रतिवेदन गरिन्छ । जिल्लामा सेवारत जम्मा ४६८ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू रहेका छन् ।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले प्रतिवेदन गरेको दर:

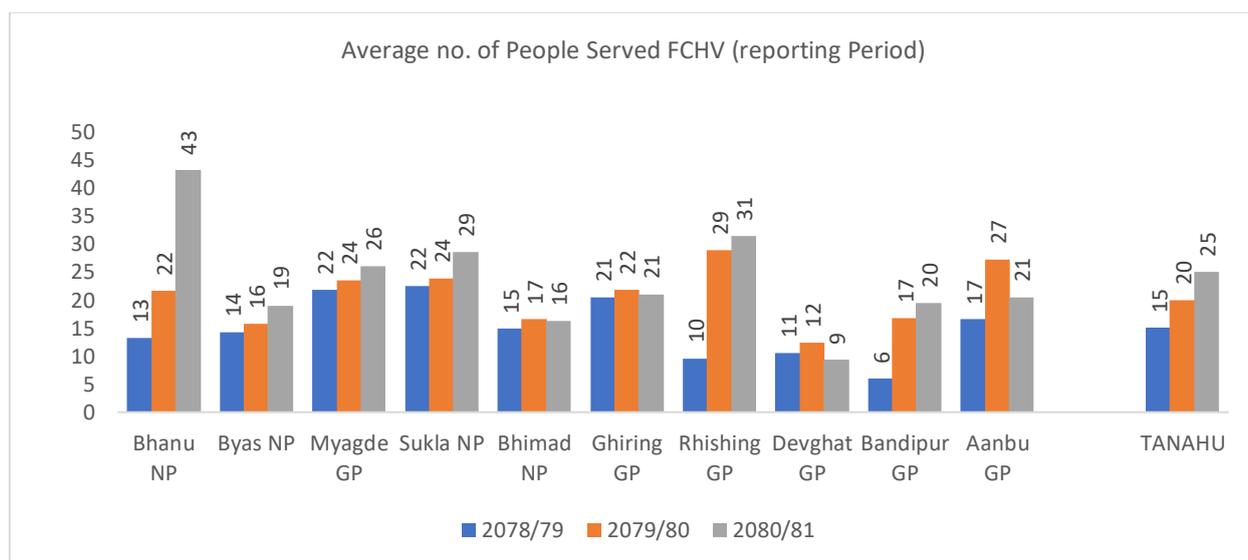


कूल ४६८ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुको मासिक रूपका गर्ने प्रतिवेदन दर आ.व. २०७८/७९, २०७९/८० र २०८०/८१ मा क्रमशः ९८, १०० र १०० प्रतिशत रहेको छ ।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुले प्रति महिना सेवा प्रदान गरेको औषत सेवा ग्राही संख्या:

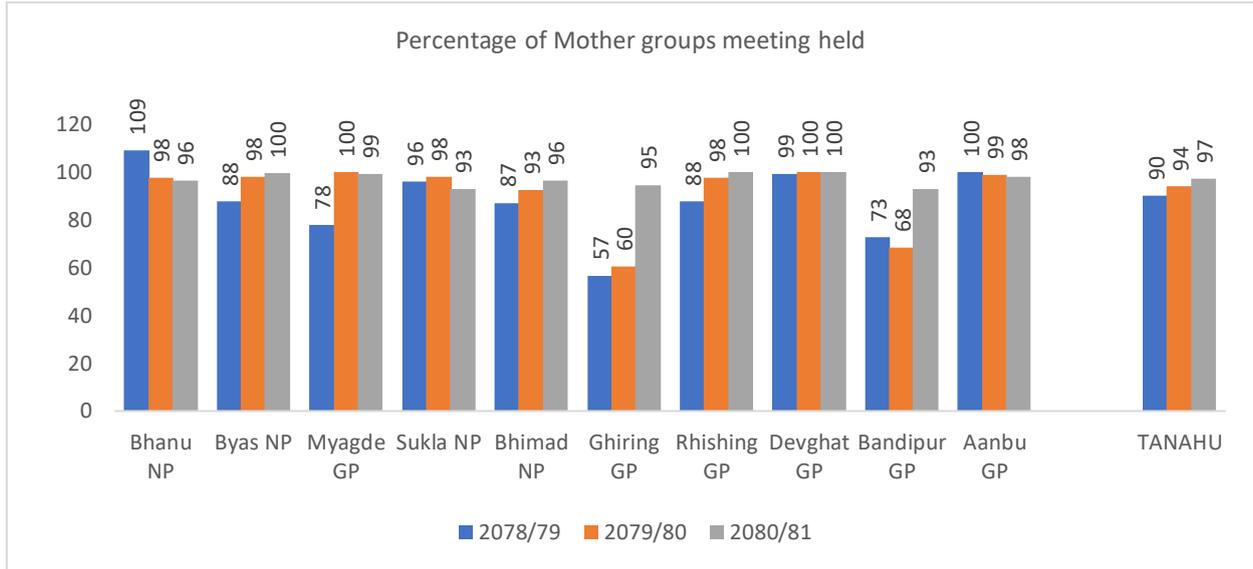


महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु द्वारा प्रतिवेदन अवधिमा औषत सेवा दिएको व्यक्ति संख्या आ.व. २०७८/७९ देखी केहि बढ्दो क्रममा रहेको देखिन्छ ।



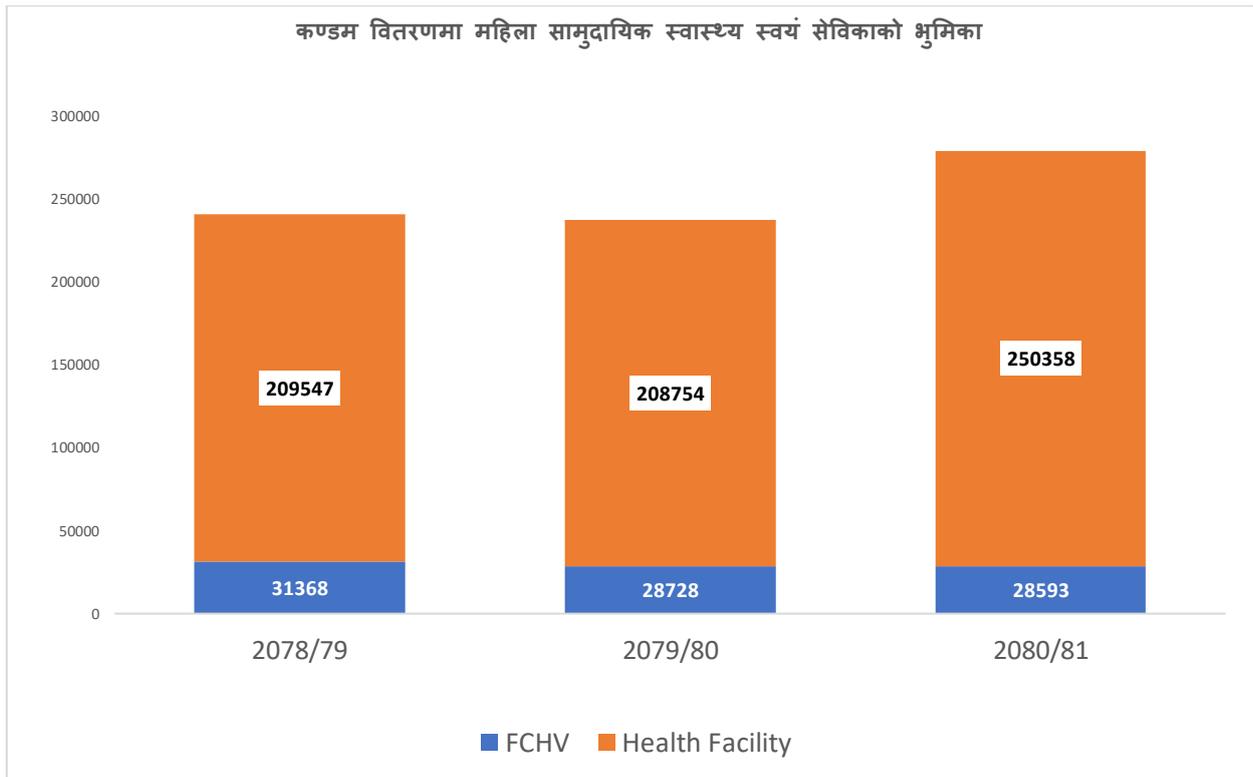
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु द्वारा प्रतिवेदन अवधिमा औषत सेवा दिएको व्यक्ति संख्या स्थानिय तह अनुसार हेर्दा भानु नगरपालिकामा ४३ जना र देवघाट गाउँपालिकामा ९ जना ब्यक्तिले सेवा पाएको तथ्याडक देखिन्छ ।

स्वास्थ्य आमा समूहको बैठक बसेको प्रतिशत:

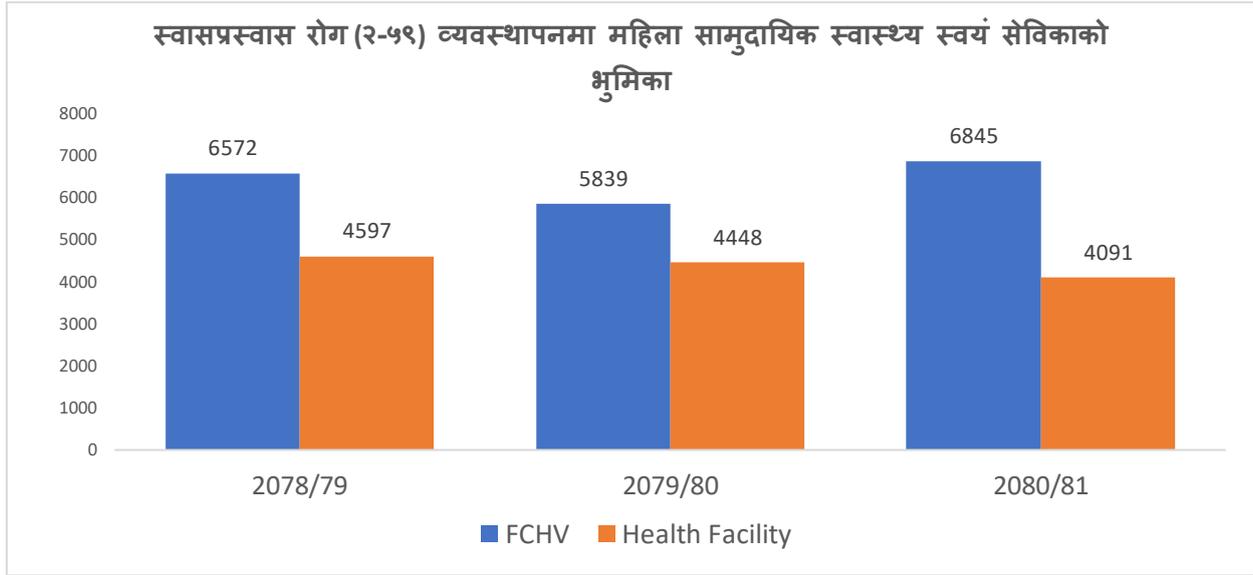


प्रत्येक महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका ले आ—आफ्नो वडामा प्रत्येक महिना आमा समूहको बैठक गर्नुपर्छ र आमाहरूलाई मातृ तथा बाल स्वास्थ्य लगायत समसामयिक स्वास्थ्य सम्बन्धि सल्लाह, स्वास्थ्य शिक्षा दिनु पर्छ । महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले गत आ.व.हरूमा सञ्चालन गरेका आमासमूह बैठकको प्रतिशत क्रमशः ९०, ९४ र ९७ प्रतिशत रहेको छ ।

परिवार नियोजन सेवा (कण्डम वितरणमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको भूमिका:

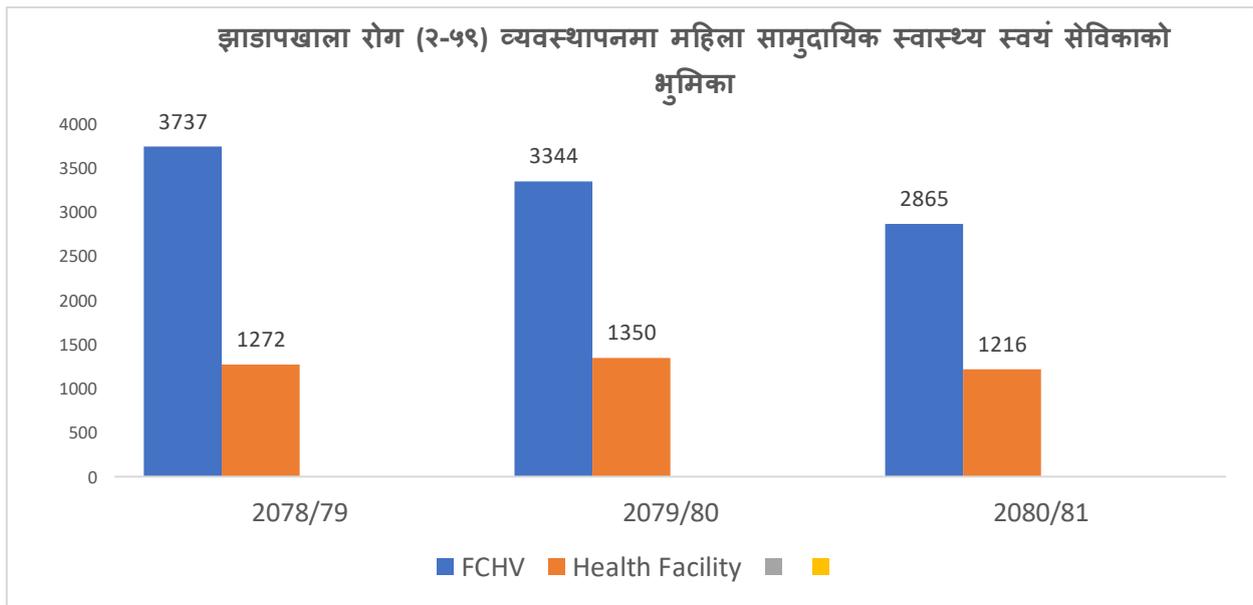


स्वासप्रस्वास रोग व्यवस्थापनमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको भूमिका:



आ.व. २०७८/७९ मा स्वासप्रस्वास रोग लागेर सेवा लिने ५ वर्ष मुनिका बालबालिका मध्ये स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिने र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका सँग सेवा लिनेको संख्या प्रत्येक आ.व. हरुमा स्वयं सेविकासँग सेवा लिनेको संख्या नै धेरै देखिनुका साथै यो अनुपात आ.व २०८०/८१ मा वढ्दो क्रममा रहेको देखिन्छ ।

झाडापखाला रोग व्यवस्थापनमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको भूमिका:



झाडापखाला रोग लागेका ५ वर्ष भन्दा मुनिका बालबालिकाहरुलाई म.स्वा.से बाट सेवा लिने बालबालिकाहरुको संख्या धेरै भयता पनि घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ ।

३.३.४ समस्या तथा सामाधानका उपायहरू

समस्याहरू	कारणहरू	सामाधानका उपायहरू	जिम्मेवारी
. आमा समुहको बैठक प्रभावकारी हुन नसकेको	. सिमित सुपरीवेक्षण	. स्वास्थ्य आमासमूह बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिति . अनुगमन सुपरीवेक्षण	. स्वास्थ्य संस्था . स्थानीय तह
. समीक्षा बैठक प्रभावकारी रूपमा हुन नसकेको	. कार्यक्रमलाई कम प्राथमिकता दिइनु	. प्राथमिकताका साथ चौमासिक रूपमा हुनुपर्ने ।	. स्वास्थ्य संस्था . स्थानीय तह
. परिवर्तित प्रोटोकल अनुसारको सेवा प्रदानमा कमी/कमजोरी	. लामो समयसम्म पुनर्ताजगी तालिम नहुनु	. पुनर्ताजगी तालिमको व्यवस्था . स्थलगत अनुशिक्षण . प्रतिवेदन भेरिफिकेशन	. तीन तहका सरकार
. प्रतिवेदन दर शत प्रतिशत नहुनु	. कोभिड-१९ को महामारी . सुपरिवेक्षणमा कमी	. कोभिड-१९ विरुद्ध स्वास्थ्य सावधानी अपनाएर नियमित सेवा प्रदान र प्रतिवेदन गर्ने . अनुगमन तथा सुपरीवेक्षण	. म. स्वा. से. . स्वास्थ्य संस्था . स्थानीय तह
. म.स्वा.स्वयं.से. कोषको निर्देशिका बमोजिम परिचालन हुन नसकेको	. कोषको निर्देशिका सम्बन्धी ज्ञानको अप्रयाप्तता	. म.स्वा.स्वयं.से. लाई अभिमुखिकरण हुनुपर्ने ।	. स्थानीय तह

३.५ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम (Primary Health Care Outreach Clinic Program)

३.५.१. पृष्ठभूमि

राष्ट्रिय स्वास्थ्य मिति २०४८ अनुरूप प्रत्येक गा.वि.स. मा कम्तीमा स्वास्थ्य संस्था स्थापना भयो तर ती संस्थाहरूबाट प्रदान गरिने विशेषगरी प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक सेवाहरूको उपभोग दर न्यून भएको पाइयो र सो को कारण देशको भौगोलिक विकटताका कारण पहुँच नभएर थियो । त्यसैले जनताको नजिकमा स्वास्थ्य सेवालाई पुऱ्याउने र उपभोग दर बढाउनु पर्ने आवश्यकता महशुस गरीयो र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा आउटरीच (गाँउघर क्लिनिक) कार्यक्रममा वि.स. २०५१ बाट शुरुवात गरियो ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा आउटरीच क्लिनिक अर्थात गाँउघर क्लिनिकको मुख्य उद्देश्य भनेको केही आधारभुत प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक सेवाहरू (परिवार नियोजन सेवा, सुरक्षित मातृत्व, बाल स्वास्थ्य, साधारण चोटपटकको उपचार र परामर्श, सुचना, स्वास्थ्य शिक्षा सेवाहरू) स्वास्थ्य संस्थाको पहुँचबाट टाढा रहेको ग्रामिण वस्तीमा रहेका जनसमुदायमा पुऱ्याई उनीहरूको स्वास्थ्य स्थिति सुधार्नु हो । गाँउघर क्लिनिक संचालन गर्ने मुख्य जिम्मेवारी अ.हे.व./अ.न.मी. हुन्छ भने सम्बन्धित बढावा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरू र अन्य स्थानीय संघ संस्थाहरूले सो क्लिनिक संचालन गर्न सहयोग गर्न गर्छन् ।

स्वास्थ्य संस्थाको सेवा क्षेत्रको आवश्यकताको आधारमा गाँउघर क्लिनिक प्रत्येक महिना ३—५ स्थानमा संचालन गरिन्छ । गाँउघर क्लिनिक संचालन हुन स्थान र समय पहिले नै निश्चित गरिएको हुन्छ । हाल तनहुँ जिल्लामा जम्मा १३५ वटा गाँउघर क्लिनिकहरू सञ्चालनमा रहेका छन् भने सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई/सहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरूको विस्तार सँगै गाँउघर क्लिनिकको सञ्चालन क्षेत्र तथा संख्यामा पनि आवश्यकतानुसार परिमार्जन गरिँदै आएको छ ।

गाउँघर क्लिनिक रणनीति अनुरूप प्रदान गरिने सेवाहरू

१. सुरक्षित मातृत्व

- पूर्व प्रसुती जाँच, उक्त प्रसुती सेवा, नवशिशुको स्याहार ।
- आइरन चक्री वितरण ।
- खतराका चिन्हहरू पाइएका प्रषण गर्ने ।

२. परिवार नियोजन सेवा

- डिपोप्रोभेरा, पिल्स र कण्डम ।
- नियमित प्रयोगकर्ताको अनुगमन ।
- परिवार नियोजन सेवा तथा आकस्मीक परिवार नियोजन सेवाको बारेमा परामर्श ।
- लामो जन्मान्तरका साधन र स्थायी बन्ध्याकरणका बारेमा परामर्श र प्रेषण ।
- डिफ्ल्टरका खोज पड्ताल ।

३. बाल स्वास्थ्य सेवा

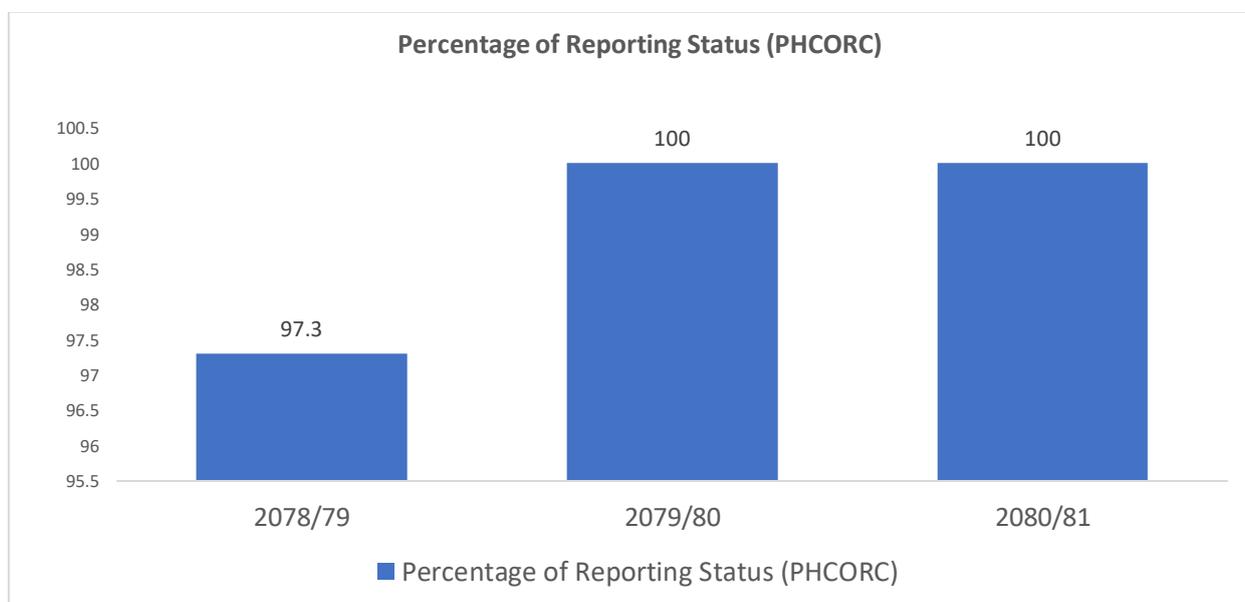
- २ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन ।
- निमोनियको उपचार ।
- पखालाको उपचार

४. स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श ।

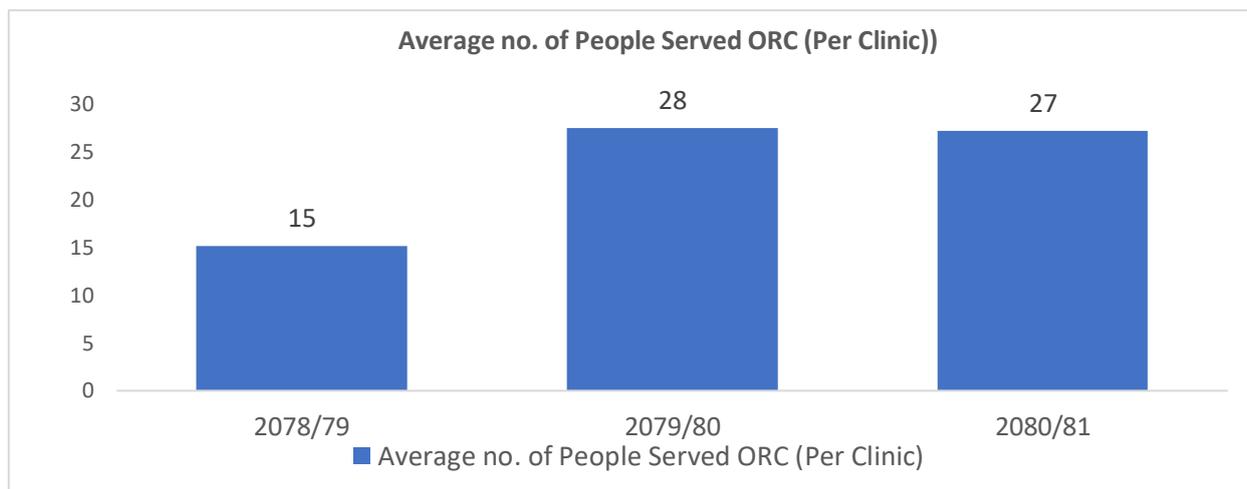
- परिवार नियोजन ।
- मातृ तथा बाल स्वास्थ्य ।
- एच.आई.भि/एड्स, यौन रोग ।
- अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धी समसामयिक विषय ।

५. प्राथमिक उपचार

३.५.२ प्रगति विश्लेषण



तनहुँ जिल्लामा १३५ गाँउघर क्लिनिक रहेका छन् । प्रत्येक महिना १३५ वटै गाँउघर क्लिनिक संचालन हुनुपर्छ । २०७८/७९ मा सत प्रतिशत प्रतिवेदन हुन नसकेता पनी बिगत २ आर्थिक वर्षबाट सत प्रतिशत प्रतिवेदन भएको छ ।



गाँउघर क्लिनिकबाट सेवा पाउने सेवाग्राहीको संख्या यस आ. व. मा केहि बढेको देखिन्छ । प्रति गाँउघर क्लिनिक सेवाग्राही संख्या हेर्दा पछिल्ला तीन आ. व. मा क्रमशः १५,२८ र २७ जना रहेको देखिन्छ जुन सँगैको चित्रमा प्रस्तुत गरिएको छ ।

गाँउघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिने मुख्य सेवाहरुमा परिवार नियोजन सेवा पनि पर्दछ । परिवार नियोजनका अस्थाई साधनहरु कण्डम र पिल्स वितरणमा गाँउघर क्लिनिकको योगदानलाई विश्लेषण गर्दा अन्तिम तीन आ. व. मा कण्डम वितरणमा गाँउघर क्लिनिकको योगदान क्रमशः रहेको देखिन्छ भने पिल्स साइकल वितरणमा गाँउघर क्लिनिकको योगदान क्रमशः तनहुँ जिल्लामा रहेका स्थानीय तहहरुमा सञ्चालित गाँउघर क्लिनिकहरुको संख्या निम्न तालिकामा प्रस्तुत छ ।

तालिका नं. ३.५.१ स्थानीय तह अनुसार गाँउघर क्लिनिक संख्या

क्र.सं.	स्थानीय तहको नाम	गाँउघर क्लिनिक संख्या
१	भानु नगरपालिका	२०
२	व्यास नगरपालिका	२३
३	म्याग्दे गाँउपालिका	४
४	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	१६
५	भिमाद नगरपालिका	१५
६	घिरिङ्ग गाँउपालिका	१०
७	ऋषिङ्ग गाँउपालिका	१४
८	देवघाट गाँउपालिका	२०
९	बन्दिपुर गाँउपालिका	७
१०	आँबुखैरेनी गाँउपालिका	८
तनहुँ जिल्ला जम्मा		१३७

३.५.४ समस्या तथा सामाधानका उपायहरू

क्र.स	समस्याहरू	समाधानका उपायहरू	जिम्मेवारी
१	गाउँघर क्लिनिक व्यवस्थापन समिति निस्कृय रहेको ।	गाउँघर क्लिनिक व्यवस्थापन समिति सकृय गर्न नयाँ रणनीति लिनुपर्ने ।	परिवार स्वास्थ्य महाशाखा

अध्याय - ४

इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Epidemiology & Disease Control Program)

४.१ औलो रोग निवारण कार्यक्रम (Malaria Elimination Program)

४.१.१ पृष्ठभूमी:

औलो परजिवीजन्य रोग हो, यो लामखुट्टेद्वारा प्रसारण हुन्छ भन्ने तथ्य १९ सौ शताब्दीका वैज्ञानिकहरूले पत्ता लगाएका थिए, पश्चिम जगतको ग्रीक र रोमवासी वैज्ञानिकहरूले औलो ज्वरो जमेको पानीवाट निस्कने दुषित हावा माला—एरिया वाट हुन्छ भन्ने मान्यता थियो, जसवाट अंग्रेजी भाषामा मलेरिया हुन गएको तथ्य छ ।

औलो जनस्वास्थ्यका लागी अती नै भयानक रोग रहेको कुरा प्राचिन कालदेखी नै मानिदै आएको कुरो हो । यस रोगले शुरुदेखी ठूलो धनजनको क्षती गरी जनबलमा हास ल्याई देश र समाजको हरेक क्षेत्रको विकासमा तगारोको रूपमा रहदै आएको तथ्य सर्वबिदितै छ । विश्वमा हालपनि २-३ मिलियन मलेरिया बिरामीहरू भेटिने र सो मध्ये ४-५ लाख मानिसहरूको मृत्यू हुने गरेको छ, जसमध्ये १५-२५ प्रतिशत ५ बर्ष मुनिका बालबलिकाहरूको मृत्यू हुने गरेको देखिन्छ । औलो रोगीहरू मध्ये ९० प्रतिशत भन्दा बढी अफ्रीकन देशहरूमा रहेको पाइन्छ ।

नेपालमा औलो नियन्त्रणको क्रियाकलाप

सन १९५० मा औलो नियन्त्रण युनिट गण्डकी हाइड्रो पावर प्रोजेक्टको स्थापना भयो, यो नै औलो रोग सम्बन्धि काम गर्ने सबै भन्दा पुरानो कार्यक्रम मानिन्छ । सन् १९५८ मा औलो उल्मुलन संगठन स्थापना भएपछि देशमा औलो रोग उन्मुलन गर्ने हलचल नै शुरु भयो तर विविध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन । यसकारण सन १९७८ मा औलो उल्मुलन कार्यक्रमलाई औलो नियन्त्रण कार्यक्रममा परिणत गरियो साथै औलो नियन्त्रण कार्यक्रमलाई एकिकृत आधारभूत स्वास्थ्यको रूपमा विकास भयो । तत्पश्चात सन १९९३ मा औलो नियन्त्रण विभागलाई इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा अन्तर्गत राखी कामकाज हुदै आएको छ ।

हाम्रो देशमा औलो नियन्त्रणको काम शुरु हुनु भन्दा अगाडी तराई, भित्री मधेश र पहाडका खोचहरूमा ब्यापक रूपमा औलो फैलिएको थियो । घरका सम्पूर्ण परिवार बिरामी भएर पानी खुवाउनेसम्म कोही नरहने तथ्य केही दशक अगाडि सम्म पनि यथावत रहेको थियो । चारकोसे झाडीवाट पार हुदा आँखा झिमिक्क पार्न समेत हुदैन्थ्यो भनिन्थ्यो । तराईका विभिन्न जिल्लाहरू कालापानीका नामले कहलिन्थे । भनिन्छ राणाकालमा कसैलाई सजाय दिन परेमा यही कालापानी पठाइन्थ्यो र त्यही औलो रोग लागेर उसको मृत्यू हुन्थ्यो । औलो ग्रसित भएकै कारणले तराईका उर्बर भुमि पनि मरुभुमीका रूपमा रहीरहेका थिए ।

औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरु भएपछी औलो रोग करीब करीब उन्मुलनको संधारमा पुग्यो । तर विविध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन तापनी औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरु भएपछी यस सम्बन्धी धारणाहरू परिवर्तन भए । कालापानीका नामले चिनिने कतिपय जिल्लाहरूमा ठूलूला कलकारखानाहरू स्थापना भए, ठूलाठूला उद्योग, नहरहरू

स्थापना भए, तराइका जंगल मरुभूमीहरूमा लहलहाउदो खेती हुने उर्वर भूमीमा परिणत भए, पुर्ब मेची देखी पश्चिम महाकाली सम्म ठूलाठूला सडकहरू बने, नहरहरूको बिकाश भयो । जसले गर्दा मानव जिवनमा एउटा ठूलो परिवर्तन आयो । नेपालमा ८५ हजार भन्दा औलो रोगीहरू रेकर्ड भएको स्थानमा आज १००० हाराहारीमा औलो रोगीहरू पत्ता लाग्नु ठूलो उपलब्धी हो तर यती भन्दैमा चुप लागेर बस्ने बेला भने आएको छैन । कोभिड १९ का कारण आज फेरी औलो रोग नियन्त्रणमा आएको शिथिलताका कारण औलो रोग पुनः पहिलेको अवस्थामा नजाला भन्न सकीदैन वा महामारीका रूपमा देखा पर्ने सम्भावना रहेको छ । प्रत्येक वर्ष १००० हाराहारी प्रमाणित औलो रोगीहरूको अभिलेख रहेको र सो मध्ये १० देखी १५ प्रतिशत हाराहारीमा प्लाजमोडियम फाल्सीफारम केस रेकर्ड हुनुले पनी औलो रोगबाट हामी कती सुरक्षित छौं भन्ने कुरा अनुमान गर्न सकिन्छ ।

परिकल्पना, लक्ष तथा उद्देश्य

परिकल्पना:

- औलो मुक्त नेपाल सन २०२६

ध्येय:

- सन २०२६ सम्ममा नेपाललाई औलो रोग मुक्त बनाउने दृष्टिलाई टेवा पुग्ने गरी औलो रोगको जोखिमबारे स्वास्थ्यकर्मी, समुदायलाई शसक्तिकरण गर्ने ।

लक्ष:

- औलो रोगबाट हुने मृत्युलाई सन २०१५ सम्ममा शून्यमा झार्ने र यसलाई निरन्तरता दिने ।
- सन २०१७ सम्म हाल भएको स्थानिय औलो रोग लाग्ने दरलाई ९० प्रतिशतले घटाउने साथै स्थानिय औलो रोग भएका गा.बि.स.हरूलाई ५० प्रतिशतले घटाउने .

उद्देश्य:

- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई औलो रोग निदान तथा व्यवस्थापन गर्न ज्ञान र सिपको क्षमता अभिवृद्धी गर्ने ।
- औलो रोग निवारण निर्णय प्रकृयाका लागी रणनीतिक सूचना अभिवृद्धी गर्ने ।
- औलो रोग सरेका स्थानहरू घटाउदै लागी निवारणको अवस्थामा पुरयाउने ।
- औलो रोगीको छिटो निदान र प्रभावकारीको लागि पहुँच साथै गुणस्तरलाई सुदृढ गर्ने ।
- औलो रोग निवारणका लागी राजनैतिक नेतृत्व तथा समुदायबाट प्राप्त भएको सहयोगलाई निरन्तरता दिने ।
- औलो रोग निवारण कार्यक्रमको लागी व्यवस्थापकीय र प्राविधिक दक्षता-क्षमता सुधार गर्ने ।

4.1.2 तनहुँ जिल्लामा औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको स्थिती

तनहुँ जिल्लामा कीटजन्य रोग कार्यक्रमहरू मध्ये औलो, हात्तीपाइले तथा डेंगु रोगको समस्याहरू हुनसक्ने भएतापनि हालसम्म औलो, हात्तीपाइले रोग नियन्त्रण कार्यक्रमहरू संचालनमा रहेका छन् । नेपाल सरकारबाट संचालन भएका गतिविधीहरूमा कम जोखीममा रहेको यो जिल्लामा फाट्टफुट्ट औलो बिरामीहरू पाइएको र निजहरूको राष्ट्रिय औलो उपचार निर्देशिका बमोजिम उपचार गरिएको छ ।

औलो रोग निदान हुने संस्थाहरू माइक्रोस्कोपी प्रयोगशाला

- क) दमौली अस्पताल
- ख) भिमाद प्रथामीक स्वास्थ्य केन्द्र
- ग) आबुखैरेनी अस्पताल

माथी उल्लेखित स्थानमा माइक्रोस्कोपी परिक्षण भएतापनि प्राय सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा आरडीटी विधिद्वारा औलो रोगको परिक्षण हुने व्यवस्था गरिएको छ ।

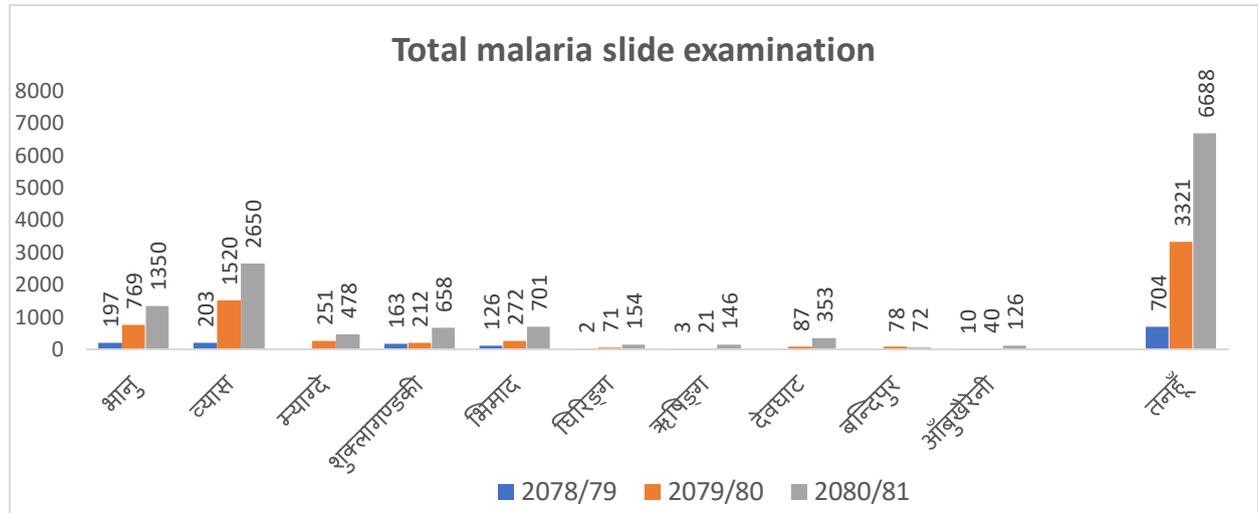
रक्त नमुना संकलन, परिक्षण तथा औलो रोगीको बिबरण

गतवर्षहरूमा भन्दा यस वर्ष रक्त नमुना संकलन र परिक्षण बढ्दै गएको देखिन्छ । आ.ब. २०७८/७९ मा ७०४ वटा रक्त नमुना परिक्षण गरेको देखिन्छ भने १ जनामा आरडीटीबाट प्लाजमोडियम फाल्सीफारम पोजिटीभ पाइएको थियो भने आ.ब. २०७९/८० मा ३३२१ जनाको रक्त नमुना परिक्षण गरिएकोमा (आरडीटीबाट) १ जनामा प्लाजमोडियम भाइभेक्स पाइएको छ । यस्तै २०८०/८१ मा ६६८८ जनाको रक्त नमुना परिक्षण गरिएको छ ।

रक्तनमुना परिक्षणमा प्रगती हुनुमा स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई कार्यक्रमबारे अभिमुखीकरण हुनु र अन्य अस्पतालमा तथ्यांक हेर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम साथै नियमित अनसाइड कोचिङ, सुपरभिजन तथा अनुगमनको कारणले पनि मासिक प्रतिवेदन नियमित र पुर्ण रूपमा भरेर आउने गरेको कारण प्रति वर्ष रक्त नमूना संकलन र परिक्षण बढ्दै गएको देखिन्छ ।

यसरी पत्ता लागेका प्लाजमोडियम फाल्सीफारमका बिरामीहरूलाई कोआर्टीम द्वारा ३ दिन र सिंगल डोज प्रिमाक्वीनबाट उपचार गरिएको थियो भने प्लाजमोडियम भाइभेक्सका बिरामीहरूलाई क्लोरोक्वीनद्वारा ३ दिन र १४ दिन प्रिमाक्वीनबाट उपचार गरिएको थियो ।

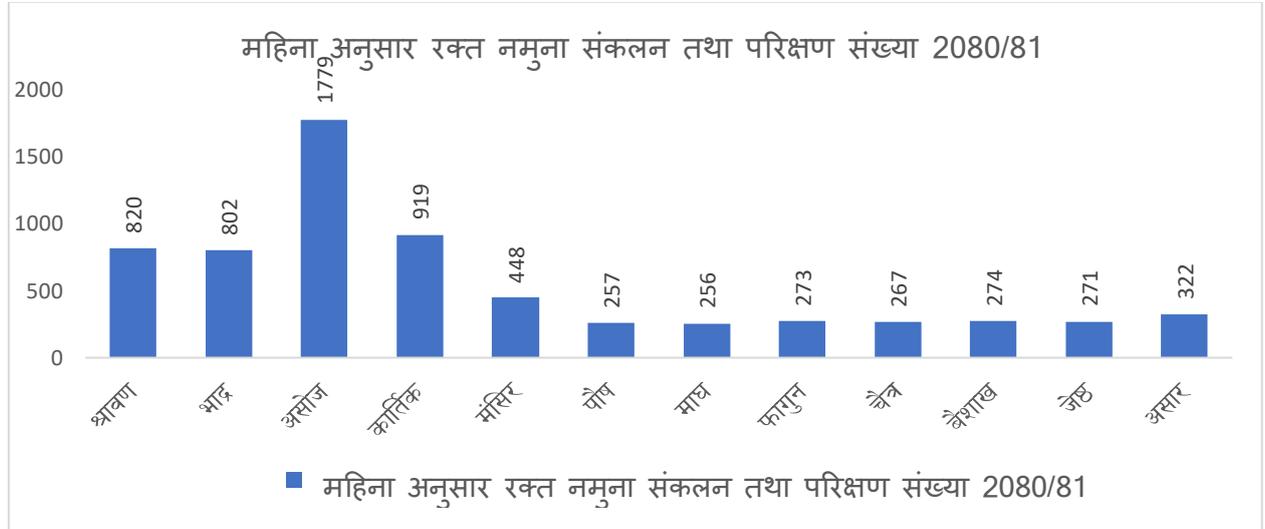
तालिका नं. ४.१.१ स्थानीय तहअनुसार रक्त नमुना संकलन, परिक्षण तथा औलो रोगीको बिबरण



माथीको तालिका हेर्दा गत आ.ब. २०८०/८१ मा सबैभन्दा बढी ६६८८ जनाको रक्तनमुना ब्यास नगरपालिका भएको देखिन्छ भने ब्यास नगरपालिकामा २६५० जना र बन्दिपुर गाउँपालिकामा न्युन ७२ जनाको मात्र परिक्षण भएको छ ।

माथीको तालिका हेर्दा गत आ.ब. २०७८।७९ मा सबैभन्दा बढी ७०४ जनाको रक्तनमुना परीक्षण भएको देखिन्छ । आ.ब. २०७८।७९ मा देबघाट र बन्दीपुर गाउँपालिकामा रक्तनमुना परीक्षण नभएको पाइन्छ ।

चित्र नं. ४.१.१ महिना अनुसार रक्त नमुना संकलन तथा परीक्षण संख्या



महिना अनुसार रक्त नमुना संकलन तथा परीक्षणको अवस्था पनि भिन्न देखिन्छ । सरसर्ती हेर्दा गर्मी महिना शुरु हुनासाथ रक्त नमूना संकलन तथा परीक्षण पनि बढ्दै हुँदै गएको छ र जब जाडो शुरु हुँदै जान्छ रक्त नमूना संकलन तथा परीक्षण पनि बिस्तारै घट्दै गएको अवस्था देखिन्छ । यसबाट के प्रमाणित हुन्छ भने गर्मीमा लामखुट्टेको बृद्धिविकास पनि तिब्र रूपमा हुने हुदा सोही समयमा मानिसलाई शंका लागी परीक्षण गर्न आउने र जाडो हुनासाथ लामखुट्टेको बृद्धि विकास पनि घट्दै जाने हुनाले औलो रोग लाग्ने सम्भावना वा लक्षण भएका व्यक्तिहरु पनि स्वास्थ्य संस्थामा कम आउने गरेको देखिन्छ ।

4.1.3 औलोरोग निवारण कार्यक्रम अन्तरगत संचालित कार्यक्रमहरु :

- १) कीटजन्य रोगहरु औलो, डेंगु, हात्तीपाइले, जेड, जीका, स्क्रबटाइफस सार्ने भेक्टरहरुको एकिकृत सर्भिलेन्स
- २) अभिमूखिकरण अन्तरक्रिया, कालाजारका रोगीको उपचार तथा केस बेस सर्भिलेन्स, कालाजार बिरामीको उपचारका लागि जिल्ला अस्पतालहरुमा आउने बिरामीहरुको यातायात र निदान खर्च बापत सोधभर्ना
- ३) विश्व औलो दिवस मनाउने, कीटजन्य रोगहरुको परिमार्जित निर्देशिका बमोजिम प्राविधिकहरुबाट अनुगमन तथा अनसाईट कोचिड
- ४) राष्ट्रिय औलो उपचार निर्देशिका को बारेमा सरकारी तथा गैर सरकारी अस्पताल तथा स्वास्थ्य प्रदायक संस्थाहरुलाई जानकारी दिने, औलो नियन्त्रण कार्यको लागी आवश्यक विभिन्न सामानहरु (प्रयोगशालालाई तथा औलो फाँटको लागी आवश्यक अन्य सामानहरु) खरीद गर्ने, समुदायमा आधारित परीक्षणको लागी Selected FCHVs/ AHW/ANM तालिम, मोबाइल टोली द्वारा Intensified Case Detection / Case base surveillance

४.३ डेंगुरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

डेंगु रोग लामखुट्टेको टोकाईको कारणले सर्ने सुरुवा रोग हो । यो रोग एक मानिसबाट अर्को मानिसमा लामखुट्टेको टोकाईले सर्ने गर्दछ । भाईरसबाट हुने यस रोगको हालसम्म खोप तथा खास उपचार छैन । तराईका जिल्लाहरुमा देखा

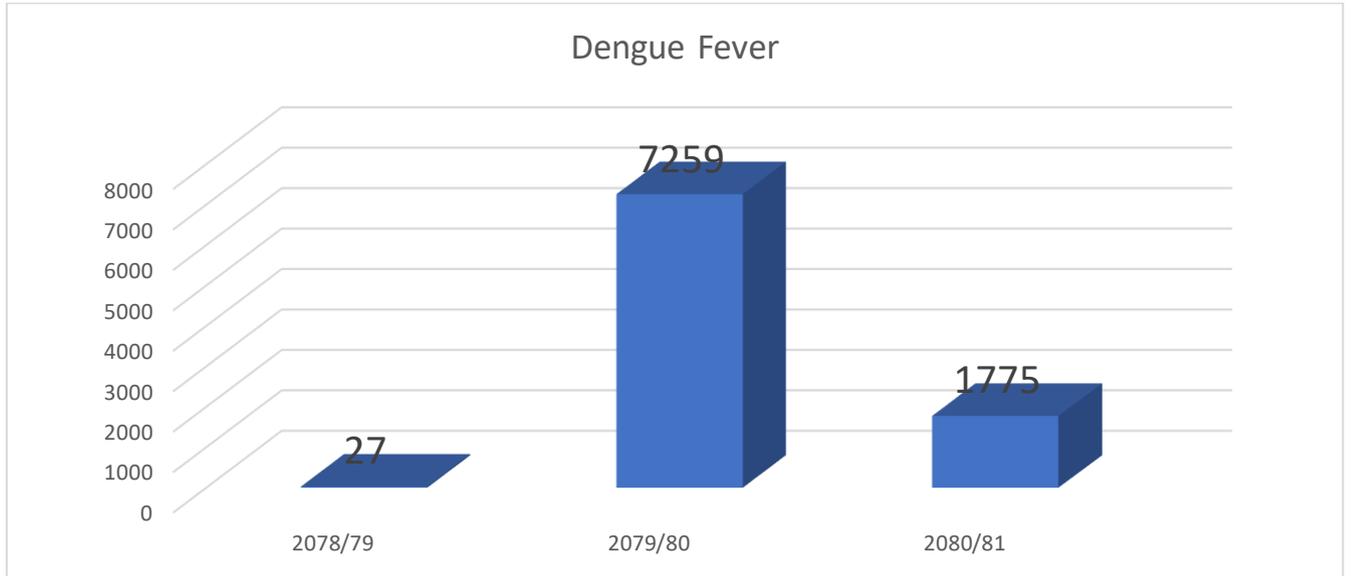
परेको डेंगुरोगले धेरै मानिसहरूको ज्यान लिइसकेको छ । एडिज एजिप्टाई र एडिज आल्बोपिक्टस नामको लामखुट्टेको टोकाईले डेंगु रोग सार्ने गर्दछ । तराइका सबै जिल्लाहरूमा यो रोग देखा परेको भएपनि सबै भन्दा बढी चितवन, नवलपरासी, रुपन्देही जिल्लामा बर्सेनी हजारौ मानिस बिरामी हुने र सयौंको ज्यान समेत गुमाउनुपरेको छ । भारत तथा तराइका उक्त जिल्लाहरूबाट दिनहु हजारौ मानिसहरू यस जिल्लामा भित्रने र उक्त डेंगु रोगका रोगी यस विभिन्न जिल्लामा आउन सक्ने सम्भावना रहेको देखिन्छ ।

सन् २००४ मा पहिलो पटक नेपाल घुम्न आएका विदेशी नागरिकमा डेंगुको प्रमाणित भएको थियो । यस पछि तराई र भित्री मधेशका धेरै जिल्लामा डेंगुका बिरामीहरू भेटिएका छन् । यसपछिका वर्षहरूमा चितवन, रुपन्देही, नवलपरासी झापा, कैलाली हुदै कास्की, सुनसरी आदि जिल्लाहरूमा महामारीको रूपमा फैलिएको । यो लामखुट्टे हावा धेरै नखेल्ने, चिस्यान ठाउँमा बस्न मन पराउँदछ । यी लामखुट्टेहरू दिउसोको समयमा ओझेल परेको छाया परेको ठाउँहरू जस्तै: पर्दाको पछाडी, टेबलको मुनि घाम नपर्ने ठाउँहरूमा बस्न मन पराउँछन् । पोथी जातको लामखुट्टेलाई फूल पार्नको लागि रगतमा प्रचूर मात्रामा पाइने प्रोटीनको जरुरत पर्ने भएकोले पोथी लामखुट्टेले मात्र रगत चुस्ने गर्दछ । यो लामखुट्टेले सामान्यत उज्यालोमा टोक्ने गर्दछ, विशेषगरि घाम उदाएको केहि समय पछि र अस्ताउनु केहि समय अघि सम्म टोक्दछ । यो लामखुट्टे ३०० मिटर देखि ४०० मिटर परिधि भित्रै सिमित रहन्छ । एउटा पोथी लामखुट्टेको जीवनकाल सालाखाला ४ देखि ६ हप्ताको हुन्छ । एउटा पोथी लामखुट्टेले आफ्नो जीवनभरमा करिब ८०० देखि १००० वटा सम्म अण्डा पार्ने गर्दछ । यसको अण्डा पानी बिना पनि महिनौसम्म जीवित रहन सक्छ । संक्रमित व्यक्तिलाई टोकीसकेपछी एक हप्तापछि लामखुट्टेले एउटा स्वस्थ मानिसलाई रोग सार्न सक्दछ । भाले जातको लामखुट्टेले रगत खादैन बोट बिरुवाको रस चुसेर जीवन यापन गर्दछ । यसको जीवनकाल करिब १० दिनको हुन्छ । तर डेंगु एउटा मानिसबाट अर्कोमा सोझै सार्दैन ।

एकपटक डेंगुको भाईरस बोकेको लामखुट्टेको प्रत्येक अण्डामा डेंगुका भाईरस' सार्ने गर्दछ । त्यस प्रकारका हरेक अण्डाबाट नयाँ लामखुट्टेको जन्म हुँदा प्रत्येक नवजात लामखुट्टेले डेंगुकोभाईरस बोकेर निस्कन्छ र त्यसले अर्को स्वस्थ मानिसलाई टोकेमा उक्त व्यक्ति यो रोग बाट संक्रमित हुन्छ । डेंगु रोग जुनसुकै उमेर समूहका व्यक्तिलाई पनि रोग लाग्न सक्छ ।

डेंगु भाईरस कारण लाग्ने सरुवा रोग हो । यो भाईरसका चार ४ प्रजातिहरू छन् । DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 मध्ये जुनसुकै प्रजातिबाट पनि यो रोग लाग्न सक्छ । सामान्यतय डेंगुरोग सार्ने अवधि ५ देखि ८ दिनको हुन्छ । यस रोगको को अवधि ३ दिन देखि शुरु भै १४ दिनसम्म पनि रहेको पाइएको छ ।

उच्च ज्वरो आउनु, टाउको दुख्ने, वाकवाकी लाग्ने, आँखाको गेडी दुख्ने, जोर्नी तथा हाड दुख्ने, जीउ सबै दुख्ने, रातोरातो बिमिराहरू देखा पर्नु आदी लक्षण र चिन्ह देखापर्दछ । समयमा उपचार नगरेमा नाक वा गिजाबाट रगत बग्ने रक्तस्राव हुने वा शरीरमा रगत जमेको चक्का देखापर्ने बेहोश हुने आदि लक्षणहरू पनि देखा पर्न सक्छ । सास फेर्न गाह्रो हुदै मानिसको मृत्यु समेत हुन सक्छ ।



माथीको तालिका हेर्दा डेंगुरोग आ.व. २०७८/७९ मा परिक्षण घट्टा संक्रमितको संख्या केही घटे पनि गत आ.व. २०७९/८० मा भने परिक्षण तथा संक्रमितको संख्या ७२५९ पुगेको थियो भने जसमा ७ जनाको मृत्यु समेत भएको थियो यो संख्या गण्डकी प्रदेशमा नै पहिलो हो ब्यास नगरपालिकाको बडा न १,२,३ र ४ मा यो संख्या उच्च रहेको छ । यद्यपी आ.व. २०८१/८१ मा सङ्क्रमितको संख्यामा कमि भएता पनि आबुखरेनी र शुक्लागण्डकी नगरपालिकाको क्षेत्रमा संक्रमितको संख्या उच्च रहेको छ ।

डेंगुरोग लाग्नबाट बच्ने तथा रोकथामका उपायहरू :

घर वरपर रहेका पानी जम्न सक्ने भाँडाहरू जस्तै: गमला, फुलदानी, खाली बट्टा, अल्कत्रा वा मट्टितेलका खाली ड्रमहरू गाडीको काम नलाग्ने पुरानो टायर, तथा घर वरिपरिका खाल्डाखुल्डी आदिमा पानी जम्न नदिने उपाय गर्नुपर्दछ । यसकारण लामो बाउला भएको लुगा लगाउने, झूलको प्रयोग गर्ने, समुदायमा search and destroyed गरी जनचेतनामा व्यापक अभिवृद्धि गर्ने जस्ता कृयाकलापहरू सन्चालन गरेर डेंगुरोग लाग्नबाट बच्न सकिन्छ ।

समस्या तथा सामाधानका उपायहरू

क्र.स	समस्याहरू	समाधानका उपायहरू	जिम्मेवारी
१	<ul style="list-style-type: none"> सबै अस्पतालहरूबाट डेंगुरोग परिक्षण नहुनु । प्रयास मात्रामा कीट उपलब्ध नहुनु । जनचेतना बढाउने खालका कृयाकलाप न्यून । 	<ul style="list-style-type: none"> सबै अस्पतालहरूबाट डेंगुरोग परिक्षण गर्ने व्यवस्था हुनुपर्ने । प्रयास मात्रामा कीट उपलब्ध हुनुपर्ने । बिरामी देखिएका र देखिनसक्ने स्थानमा search and destroyed गरी जनचेतनामा व्यापक अभिवृद्धि गर्ने । 	स्वास्थ्य सेवा विभाग स्थानिय तह

४.४ राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम (National Leprosy Elimination Program)

४.४.१ पृष्ठभूमि

कुष्ठरोग एक प्रकारको सरुवा रोग मध्ये कम सर्ने रोग हो, यो रोग माइको ब्याक्टेरियम लेप्रे (Mycobacterium leprae) नामक सुक्ष्म किटाणुबाट लाग्दछ । यस रोगले छाला र सतहको स्नायूमा असर गर्दछ । यस रोगलाई प्राचिनकालमा कुष्ठ, कोढ, महारोग, सुन-बहिरी आदि नामले पनि चिनिन्थ्यो । समाजमा मानिसहरू देवी देवताको श्रापको प्रतिफल भनेर यस रोग देखि सार्है डराउने गर्दथे । जसको कारण समयमै उपचार नगर्दा असमर्थता वा अङ्ग-भङ्ग हुन सक्छन् । कुष्ठरोग प्राचिनकाल देखि नै मानव समाजमा परिचित हुँदै आएका पनि सन् १८७३ (वि. सं. १९३० मा नर्वेका डा. गेरहार्ड हेनरीक आर्मर ह्यान्सन (Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen) ले यस रोगको किटाणु पत्ता लगाएका थिए । त्यसैले यस रोगलाई ह्यान्सनस् डिजिज (Hansen's Disease) पनि भनिन्छ । १५ प्रतिशत मानिसमा कुष्ठरोगको किटाणुसँग लड्न सक्ने क्षमता (Immunity) हुन्छ ।

नेपालमा कुष्ठरोग सदियौं देखि रहँदै आएको छ । कुष्ठरोगलाई प्रमुख जनस्वस्थ्य समस्याको रूपमा लिँदै सन् १८५७ मा खोकना ल्याप्रोसोरियम स्थापना गरी कुष्ठरोगको उपचार र नियन्त्रण शुरुवात गरियो । योजना बद्ध रूपमा सन् १९६० बाट नेपालमा कुष्ठरोग नियन्त्रणका प्रयासहरू थालिएका हुन् । सन् १९६६ मा गरिएको सर्भेक्षण अनुसार करीव एक लाख कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिहरू रहेको देखाएको थियो । सन् १९८२ मा बहु औषधी उचार विधि (Multidrug Therapy-MDT) को शुरुवात संगै कुष्ठरोग नियन्त्रणमा ठुलो सफलता मिलेको छ । सन् १९९१ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनको महासभाले सन् २००० सम्ममा विश्वबाट कुष्ठरोग निवारण गर्ने निर्णय गर्यो नेपाल पनि विश्व स्वास्थ्य संगठनको सदस्य राष्ट्र भएको हुँदा सन् २००० सम्ममा कुष्ठरोग निवारण गर्ने लक्ष्य लिई विभिन्न कार्यक्रमहरू संचालन गर्ने नीतिगत निर्णय गरियो । सन् १९९६ मा देश भरी MDT विस्तार गरियो । सन् १९९९ र २००१ मा कुष्ठरोग निवारण अभियान समेत संचालन गरियो तर विभिन्न कारणहरूले गर्दा निवारण गर्ने लक्ष्य सन् २००३, २००५, २००७, २००८ हुँदै बढ्दै गयो । अन्तमा सन् २००९ मा नेपालबाट कुष्ठरोग निवारण गर्न नेपाल सरकार सफल भयो र वि.सं.२०६६ माघ ५ गते तदानुसार १९ जनवरी, २०१० मा कुष्ठरोग निवारण भएको नेपाल सरकारले घोषण गर्यो ।

आ.व. २०७७।७८ सम्ममा राष्ट्रिय स्तरमा ५५ जिल्लाहरूमा <१, ११ जिल्लाहरूमा >१ र ११ जिल्लाहरूमा ० प्रिभ्यालेन्स दर रहेको छ भने सबै भन्दा वढी प्रिभ्यालेन्स दर कपिलबस्तु जिल्लामा २.१५ रहेको छ । गण्डकी प्रदेशका ८ जिल्लाहरूमा <१, १ जिल्लामा >१ र २ जिल्लाहरूमा ० प्रिभ्यालेन्स दर रहेको छ भने गण्डकी प्रदेशको प्रिभ्यालेन्स दर ०.४ रहेको छ । समग्रमा देशको प्रिभ्यालेन्स दर ०.७३ प्रति १०,००० जनसंख्या रहेको छ ।

४.४.२ शून्य कुष्ठरोगको लागि राष्ट्रिय मार्ग चित्र (२०२१-२०३०):

परिदृष्य (Vision): कुष्ठरोग मुक्त नेपाल

सन् २०३० सम्मको समग्र लक्ष्यहरू

लक्ष्य : पालिका स्तरमा कुष्ठरोगको संक्रमण रोक्ने

(संक्रमण को रुकावट भन्नाले नगरपालिका स्तरमा लगातार new autochthonous child leprosy cases ५ वर्ष सम्म शून्य रूपमा भएको अवस्था भनि परिभाषित गरिएको छ)

कुष्ठरोगको सन् २०३० सम्ममा लक्ष्यहरू प्राप्त गर्ने रणनीतिहरू:

- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि क्षमता सुदृढीकरण
- सही निदान, उपचार र रेफरल सुविधाहरूमा पहुँच
- अनुगमन, मूल्यांकन र निरीक्षण
- कुष्ठरोग सम्बन्धि औषधी/ सामाग्रीको प्रभावकारी आपूर्ति तथा व्यवस्थापन

- सबै तहमा राजनीतिक प्रतिबद्धता, वकालत तथा कार्यक्रम बजेटको अभिवृद्धि गर्ने
- सम्पर्क परिक्षण प्रणाली
- प्रभावकारी समन्वय र साझेदारी
- कुष्ठरोगका विरामीहरूलाई परामर्श सेवा
- स्वयं हेरचाह प्रशिक्षण
- कुष्ठरोग बारेमा स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचारका गतिविधिहरूको अभिवृद्धि
- स्वास्थ्य क्षेत्र भित्र र बाहिरका विभिन्न क्षेत्रहरू संग आपसी सहयोग

संघीय, प्रादेशिक र स्थानीय तहको स्वामित्वको लागि पहल

- संघीय, प्रादेशिक र स्थानीय तहको स्वामित्वको लागि कार्यगत ढांचा र व्यवहार परिवर्तन
- संघीय, प्रादेशिक र स्थानीय तहमा प्रयास वकालत र श्रोत विनियोजन

मानव अधिकारको सम्मान गरि भेदभाव हटाउने

- कुष्ठरोग विरुद्धको विभेदकारी कानूनको उन्मूलन
- कुष्ठरोगबाट प्रभावित व्यक्तिहरूको संगठन र संजालहरू

४.४.३ कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको बिकासक्रम

- वि.सं. २०१६ - कुष्ठरोग सर्वेक्षण (१लाख कुष्ठरोगी भएको अनुमान) ।
- वि.सं. २०३९ - कुष्ठरोग कार्यक्रममा बहुऔषधि उपचार पद्धति शुरुवात ।
- वि.सं. २०५३ - सम्पूर्ण ७५ जिल्लामा बहुऔषधि उपचार सेवा विस्तार ।
- वि.सं. २०५६/५७ - राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण अभियान पहिलो पटक संचालन ।
- वि.सं. २०६६ - राष्ट्रिय स्तरमा कुष्ठरोग निवारणको स्थितिमा आएको ।
- २०६६ माघ ५ गते - राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारणको घोषणा ।
- वि.सं. २०६८ - कुष्ठरोग निवारण र यसलाई दीगो राख्न ५ वर्षे रणनीति सन् २०११ देखि १५ तयार गरिएको ।
- वि.सं. २०७२ - Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) कार्यक्रम शुरुवात ।
- वि.सं. २०७३ - कुष्ठरोग अन्त्यका लागि राष्ट्रिय रणनीति (सन् २०१६-२०२०) ।
- वि.सं. २०७८ - शून्य कुष्ठरोगको लागि राष्ट्रिय मार्ग चित्र (२०२१-२०३०) ।

४.४.४ मुख्य कार्यहरू

- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कृष्ठरोगका शंकास्पद विरामीहरूको Assessment सेवा प्रदा गरिएको ।
- कुष्ठरोग लागेको प्रमाणित भएका व्यक्तिहरूको उपचार सेवा प्रदान गरिएको ।
- ६८ औं विश्व कुष्ठरोग दिवस मनाईएको

४.४.५ प्रगति विश्लेषण

तालिका नं. ४.४.१

क्र.सं.	सुचक	२०७८/७९	२०७९/८०	२०८०/८१	कैफियत
१	प्रिभ्यालेन्स (प्रति १००००)	०.५२	०.२३	०.९१	
२	ईन्सिडेन्स (प्रति १०००००)	५.२४	१.७४	९.१२	
३	असमर्थता श्रेणी २ (प्रतिशत)	०	०	२१.४२	
४	नयाँ विरामी मध्ये महिलाको दर	६६.६७	६६.६७	४२.८६	
५	नयाँ विरामी मध्ये एम.वि.विरामी दर	१००	१००	१००	
६	नयाँ विरामी मध्ये १४ वर्ष मुनिको बच्चाको दर	११.११	०	७.१४	

तनहुँ जिल्लामा कुष्ठरोग प्रति १ लाख जनसंख्यामा ०.९१ जनामा रहेको पाइन्छ जुन निवारणको अबस्थामा रहेको छ

६.४.६ समस्या र सामाधानका उपायहरू:

समस्याहरू	सिफारीस गरीएका कार्यहरू	जिम्मेवार निकाय/तह
<ul style="list-style-type: none"> स्थानिय स्तरमा निदान नभएको 	<ul style="list-style-type: none"> चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीलाई आधारभुत तालिम दिने स्मीयर परिक्षणका लागि प्रयोगशालाकर्मीलाई तालिम दिने समुदाय स्तरमा कुष्ठरोग खोजपडताल तथा सचेतना कार्यक्रम संचालन गर्ने कुष्ठरोगीको सम्पर्क परीक्षण गर्ने छाला सम्बन्धि निशुल्क स्वास्थ्य शिविर संचालन गर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> संघिय सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय गण्डकी प्रदेश स्थानिय सरकार स्वास्थ्य संस्था स्वास्थ्यकर्मी
<ul style="list-style-type: none"> आ.ब. ०७८/७९ मा कुष्ठरोग कार्यक्रमको लागि बजेट व्यवस्थापन नभएको 	<ul style="list-style-type: none"> आगामी आ.ब.मा बजेट व्यवस्थापन गर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> संघिय सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय गण्डकी प्रदेश स्थानिय सरकार

४.५ राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (National Tuberculosis Control Program)

४.५.१ पृष्ठभुमी

क्षयरोग आँखाले देख्न नसकिने कीटाणु Mycobacterium tuberculosis बाट हुने गर्दछ । क्षयरोगका बिरामिले हाच्छिउँ गर्दा वा खोकदा निस्केका कीटाणुहरू हावाको माध्यमबाट स्वस्थ व्यक्तिमा सर्दछ । क्षयरोग विश्वमा नजनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ भने उच्च मृत्युदर भएका १० रोग मध्य क्षयरोग पनि एक हो । सन् १९९३ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनले जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रूपमा घोषणा गरि यसको व्यवस्थापनका लागि नयाँ रणनीति तथा कार्यक्रम तय गरी सदस्य राष्ट्रलाई लागु गर्न जोड दिदै आएको छ । नेपालले क्षयरोग अन्त्यको राष्ट्रिय रणनितिक योजना ०७८/७९-०८२/०८३ कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । क्षयरोग नेपालमा विगत लामो समय देखि जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ भने मृत्युको प्रमुख १० रोग भित्र पर्दछ । नेपालमा प्रति बर्ष करिव ५००० देखि ७००० व्यक्तिहरूको क्षयरोगबाट मृत्यु हुने अनुमान गरिएको छ ।

तालिका ४.५.१. राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको विकास क्रम	
सन् १९९५	नेपाल सरकारद्वारा उद्स निति अवलम्बन
सन् १९९६	४ वटा DOTS नमुना सेन्टरको स्थापना
सन् १९९७	२९ वटा DOTS सेन्टर विस्तार
सन् १९९८	४१ वटा DOTS सेन्टर विस्तार
सन् १९९८	निजि क्षेत्रमा DOTS सुरु (ललितपुर)
सन् १९९९	४८ जिल्लामा DOTS सेवा विस्तार
सन् १९९९	शहरी DOTS र कारागारमा DOTS सुरु (काठमाण्डौं, विराटनगर, नेपालगञ्ज)
सन् २०००	६९ जिल्लामा DOTS विस्तार
सन् २००१	७५ वटै जिल्लामा DOTS विस्तार
सन् २००५	धनगढी, नेपालगञ्ज, पोखरा, काठमाण्डौमा र पोखरामा DOTS Plus सेवा सुरुवात
सन् २००६	सहस्राब्दी विकास लक्ष्य र क्षयरोग परिमार्जित रणनिति अवलम्बन
सन् २००७	Fixed Dose Combination पद्धति सुरु
सन् २००९	टि.बि. एच.आई.भी. सहकार्य सुरुवात
सन् २०१०	XDR टिबीको उपचारको सुरुवात
सन् २०१२	Gene-Expert प्रविधिको सुरुवात
सन् २०१२	Isoniazid Preventive Therapy सुरु
सन् २०१४	क्षयरोगका बिरामीलाई HIV परीक्षण नीति
सन् २०१४	CB-DOTS नमुना कार्यक्रमको रुपमा सुरु
सन् २०१६	क्षयरोग अन्त्य रणनीति अवलम्बन
सन् २०१९	राष्ट्रिय प्रीभ्यालेन्स सर्भेक्षण सम्पन्न

विश्व स्वास्थ्य संगठनको २०२० को प्रतिवेदन अनुसार विश्वमा १ करोड क्षयरोगका नयाँ विरामिहरू थपिने गर्दछन् जस मध्ये ९० प्रतिशत क्षयरोगका बिरामीहरू विकासशील तथा बिकासोन्मुख देशहरूमा छन् । विश्वका कुल क्षयरोगीहरूमध्ये ४४ प्रतिशत दक्षिण पूर्वी एसियामा छन् भने भारतमा मात्र २७ प्रतिशत बिरामी रहेका छन् । क्षयरोगका कारण विश्वमा प्रतिवर्ष १४०८३०० मानिसहरूको मृत्यू हुने गर्दछ । जस मध्ये एच.आई.भी. संक्रमित संख्या २०८३०० रहेको छ ।

राष्ट्रिय क्षयरोग प्रिभ्यालेन्स सर्वेक्षण २०७६ को तथ्याङ्क अनुसार नेपालमा कुल जनसंख्याको करिब आधा जनसंख्या क्षयरोगबाट संक्रमित भएको अनुमान गरीएको छ । जसमध्ये ६० प्रतिशत क्षयरोग वयस्क व्यक्तिहरूमा भएको अनुमान छ । नेपालमा ११७००० व्यक्तिहरूमा क्षयरोग रहेको र वार्षिक ६९००० हजार जनामा नयाँ क्षयरोग हुने गरेको छ, जुन संख्या यस अघि अनुमान गरिएको भन्दा १.६ गुणा बढि हो । आ.व. ०७७/७८ मा नेपालमा २८१८२ जना New & Relapse गरि कुल जम्मा २८६७७ जना क्षयरोगका बिरामीहरू रहेका छन् भने गत आ.व. मा उपचारमा आएका मध्ये ९१ प्रतिशत निको भएका छन् । गण्डकी प्रदेशमा १८१६ जना New & Relapse गरि कुल जम्मा १८७६ जना क्षयरोगका बिरामीहरू रहेका छन् भने गत आ.व. मा उपचारमा आएका मध्ये ९१ प्रतिशत निको भएका छन् । तनहुँ आ.व. ०७८/७९ मा १३३ जना New & Relapse गरि कुल १३४ जना क्षयरोगका बिरामीहरू रहेका छन् भने गत आ.व. ०७७/७८ मा उपचारमा आएका मध्ये ९२ प्रतिशतले उपचर पुरा गरेका छन् भने क्षयरोगको कारण ६ जनाको मृत्यू भएको छ, जस मध्ये १ जनामा कोभिड-१९ को संक्रमण भएको पाईएको थियो । यसै अवधिमा PBC क्षयरोगीको प्रत्यक्ष सम्पर्कमा रहेका ५ वर्ष मुनिका ५ जना बच्चाहरूलाई TB Preventive Therapy दिईएको छ ।

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरू:

सम्भावित क्षयरोगका बिरामीलाई समयमै पहिचान र उपचार गरी क्षयरोगका कारण हुने मृत्यू रोक्न तथा समुदायमा सङ्क्रमण घटाउन नेपाल सरकारले सन् १९९३ देखि राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम लागु गरेको हो । कार्यक्रमको सुरुमा

DOTS उपचार रणनीति, त्यस पछि STOP TB रणनीति लागु गर्दै हाल विश्व स्वास्थ्य सङ्गठले अंगिकार गरेको रणनीति क्षयरोग मुक्त विश्व “The END TB Strategy” अवलम्बन गरी ५ वर्षीय राष्ट्रिय रणनीति तयार गरेको छ । राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरू निर्धारण गरेको छ ।

परिकल्पना: क्षयरोग विहीन नेपाल

दीर्घकालिन लक्ष्य: सन् २०५० सम्ममा क्षयरोगलाई निवारण (<१ जना/१० लाख जनसङ्ख्या) गर्ने । क्षयरोगबाट हुने बिरामी र मृत्युदरलाई घटाई रोग सन् प्रक्रियालाई रोकी सन् २०३५ सम्ममा क्षयरोगलाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रूपमा रहन नदिने ।

तालिका नं. ४.५.२ क्षयरोग अन्त्य अभियानका (End The Global TB Epidemic)

सन २०२५ को (Milestones)	सन २०३५ सम्मका लक्ष्यहरू (Targets)
सन् २०१५ को तुलनामा क्षयरोगबाट हुने मृत्यु दर ७५% ले घटाउने	सन् २०१५ को तुलनामा क्षयरोगबाट हुने मृत्यु दर ९५% ले कम गर्ने
क्षयरोगका नयाँ बिरामीहरूका दर ५०%ले घटाउने (५५ जना भन्दा कम क्षयरोगका बिरामी प्रति १ लाख जनसङ्ख्यामा)	क्षयरोगका नयाँ बिरामी हुने दर ९०%ले घटाउने (१० जनाभन्दा कम क्षयरोगका बिरामी प्रति १ लाख जनसङ्ख्यामा) सङ्ख्या
क्षयरोगका कारणले परिवारमा पर्ने खर्च भार शून्य पार्ने	क्षयरोगका कारणले परिवारमा पर्ने खर्च भार शून्य पार्ने

क्षयरोग कार्यक्रमका उद्देश्यहरू:

- १) स्वास्थ्य संस्थामा आधारित क्षयरोग निदान सेवालाई सुधार गर्ने: बालबालिकामा क्षयरोगको निदान सेवा बढाउने (आधार वर्ष ६% बाट सन् २०२१ सम्म १०% पुर्याउने), क्षयरोगका बिरामीको सम्पर्कमा आएका व्यक्तिहरू तथा स्वास्थ्य सेवाभित्री रहेका जोखिमयुक्त समूहहरूमा निदान सेवाको विस्तार गर्ने जस्तै: PLHIV (१७९ बाट सन् २०२०/२१ सम्म ११०० भन्दा बढीमा जाँच गर्ने), मधुमेह भएका व्यक्तिहरूमा क्षयरोगको जाँच गर्ने ।
- २) सन् २०२१ सम्ममा क्षयरोगका बिरामीहरूको उपचार सफलता दर कम्तीमा ९० % (हालकै) कायम राख्ने ।
- ३) सन् २०१८ सम्ममा, सम्भावित औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगका बिरामीमध्ये ५०% र सन् २०२१ सम्ममा १००% मा निदान सेवा पुर्याउने र निदान भएकामध्ये कम्तीमा ७५% लाई सफलतापूर्वक उपचार पूरा गर्ने ।
- ४) परिणाममुखी आर्थिक योजना मार्फत मेडिकल कलेज गैह्रसरकारी संस्था तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूको औपचारिक संलग्नता सुनिश्चित गरी क्षयरोगका नयाँ बिरामीहरू पत्ता लगाउने ।
- ५) सन् २०१८ सम्ममा ६०% र सन् २०२१ सम्ममा १००% जिल्लाहरूमा क्षयरोगका निदान तथा उपचार व्यवस्थापनको अनुकूल वातावरण सृजना गर्न क्षयरोग बिरामीको व्यवस्थापन, वकालत, अधिकार तथा सहयोगका लागि सामुदायिक सहयोग पद्धतिलाई सुदृढीकरण गर्ने ।
- ६) जनशक्ति व्यवस्थापन, क्षमता अभिवृद्धि, आर्थिक व्यवस्थापन, भौतिक पूर्वाधार, खरिद तथा आपूर्ति व्यवस्थापनमार्फत स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण गर्ने ।
- ७) क्षयरोगको विस्तृत निगरानी, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रणालीको विकास गर्ने ।
- ८) प्राकृतिक विपद् वा जनस्वास्थ्यको आकस्मिक अवस्थामा क्षयरोग निदान तथा उपचार सेवा अवरूद्ध हुन नदिन योजनाको तर्जुमा गर्ने ।

४.५.२ क्षयरोग अन्त्यको राष्ट्रिय रणनीतिक योजना ०७८/७९-०८२/०८३

दीर्घकालिन सोच, लक्ष्य र उद्देश्य

दीर्घकालीन सोच: क्षयरोग मुक्त नेपाल निर्माण

लक्ष्य:

आ.व. २०७७/७८ को २३८ प्रतिलाख जनसंख्यामा नयाँ क्षयरोग हुने दर (Incidence Rate) भएकोमा यो दरलाई आ.व. २०८२/८३ को अन्त्य सम्ममा १८१ प्रति लाख जनसंख्यामा पुर्याउने र मृत्युदरलाई आ.व. २०७७/७८ को ५८ प्रति लाख जनसंख्याबाट आ.व. २०८२/८३ को अन्त्य सम्ममा २३ प्रतिलाख जनसंख्यामा झार्ने । आ.व. २०९१/९२ सम्ममा क्षयरोग महामारीको अन्त्य र आ.व. २१०६/०७ सम्ममा क्षयरोग निवारण गर्ने । क्षयरोगको कारणले परिवारमा पर्ने अधिक आर्थिक व्ययभार (Catastrophic Cost) शून्यमा झार्ने ।

उद्देश्य:

१. क्षयरोग अन्त्यका लागि राजनैतिक प्रतिबद्धता, दिगोपना, बिरामी मैत्री स्वास्थ्य प्रणालीको विकास र सुदृढीकरण गर्नु।
२. क्षयरोगको पहिचान, निदान, गुणस्तरीय उपचार र रोकथामको सुनिश्चितता गर्नु।

रणनीति:

माथी उल्लेखित उद्देश्य हासिल गर्नका लागि देहायका रणनीति अवलम्बन गरिने छन्।

१. स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण भई स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचका लागि गुणस्तरिय क्षयरोग सेवाको सुधार गर्ने, क्षयरोग व्यवस्थापनमा समुदायको संलग्नता बृद्धि गरी सेवा तथा सहयोगलाई प्रभावकारी बनाउने र स्वास्थ्य संस्थाहरूमा बिरामीको विस्तृत विवरणमा आधारित विधुतिय निगरानी प्रणालीलाई सुदृढीकरण गर्ने।
२. क्षयरोगको निदान तथा उपचार व्यवस्थापनमा थप सुधार ल्याउन प्रयोगशाला सेवाको सुदृढीकरण गर्ने।
३. क्षयरोगको रोकथाम, पहिचान र उपचारका सेवाहरूमा गुणस्तर सुदृढीकरण (Quality Improvement) गर्ने।

४.५.३ क्षयरोग निदान गर्ने माईक्रोस्कोपिक केन्द्रहरू

- दमौली अस्पताल
- बन्दीपुर अस्पताल
- भिमाद प्रथामीक स्वास्थ्य केन्द्र
- पुरन्डिहि प्रथामीक स्वास्थ्य केन्द्र
- खैरेनीटार स्वा.चौ., दुलेगौडा
- आबुखैरेनी स्वास्थ्य चौकी
- ढोरफिदी स्वा.चौ., साँखे
- किउ स्वास्थ्य चौकी
- गोर्खा सामुदायीक पोली क्लिनिक
- देवघाट धर्मार्थ अस्पताल
- घिरीड सुनधारा स्वास्थ्य चौकी
- कोटदरवार स्वास्थ्य चौकी
- थर्पु आधारभुत अस्ताल हाल संचालनमा नआएको ।

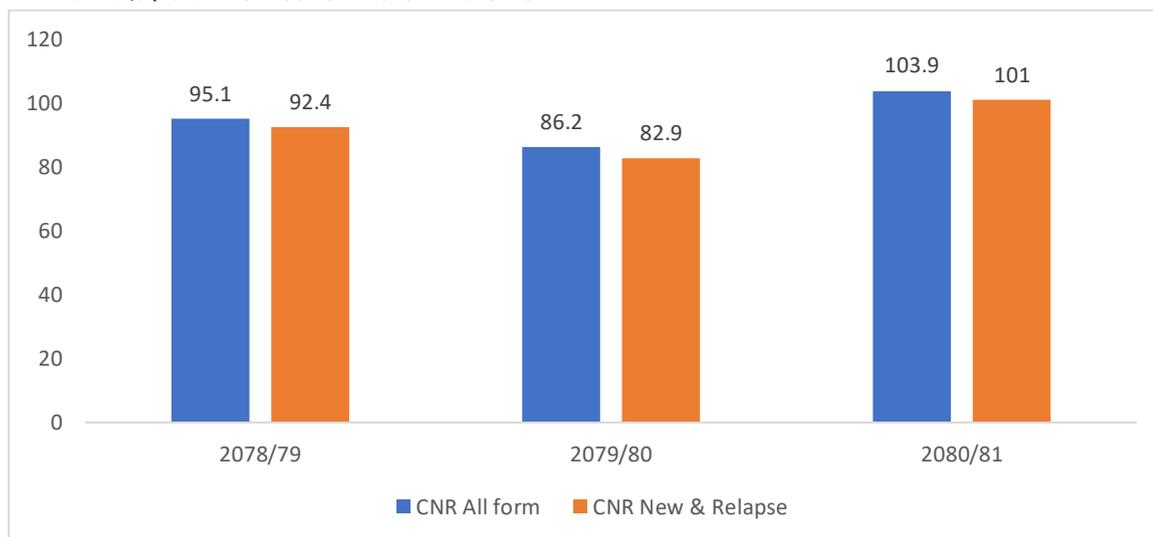
४.५.४ मुख्य कार्यहरू

- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट क्षयरोगका शंकास्पद विरामीहरूको खकार संकलन एवं प्रयोगशाला रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट नियमित परिक्षण सेवा प्रदान गरिएको ।
- क्षयरोग पत्ता लागेका विरामीहरूको प्रोटोकल अनुरूप DOTS पद्धतीबाट उपचार गरिएको ।
- स्वास्थ्यकर्मीहरूको लागी मोडुलर तालिम संचालन गरिएको ।
- विश्व क्षयरोग दिवस मनाईएको
- पुन उपचारमा आएका र विपन्न क्षयरोगीलाई पोषण खर्च उपलब्ध गराईएको
- विभिन्न पालिकाका समुदाय स्तरमा क्षयरोग स्क्रिनिङ्ग गरीएको ।
- ४.५.५ प्रगति विश्लेषण

तालिका ४.५.३ क्षयरोग सम्बन्धी सूचकहरू

S.N	Indicator	2078/79	2079/80	2080/81	Remarks
1	TB - Case notification rate	95.1	86.2	103.9	
2	TB - Case notification rate (New and Relapse)	92.4	82.9	101	
3	TB - % of child cases	3.5	4.2	4.6	
4	TB - % of male among notified cases	70.8	67.4	64	
5	TB - % of HIV tested among total TB patients	98.7	99.3	99.7	
6	TB – Treatment Success Rate	86.3	88.1	86.6	
7	TB - Lost to followup rate	5.4	4.5	2.2	
8	TB - Mortality rate	5	4.2	4.5	

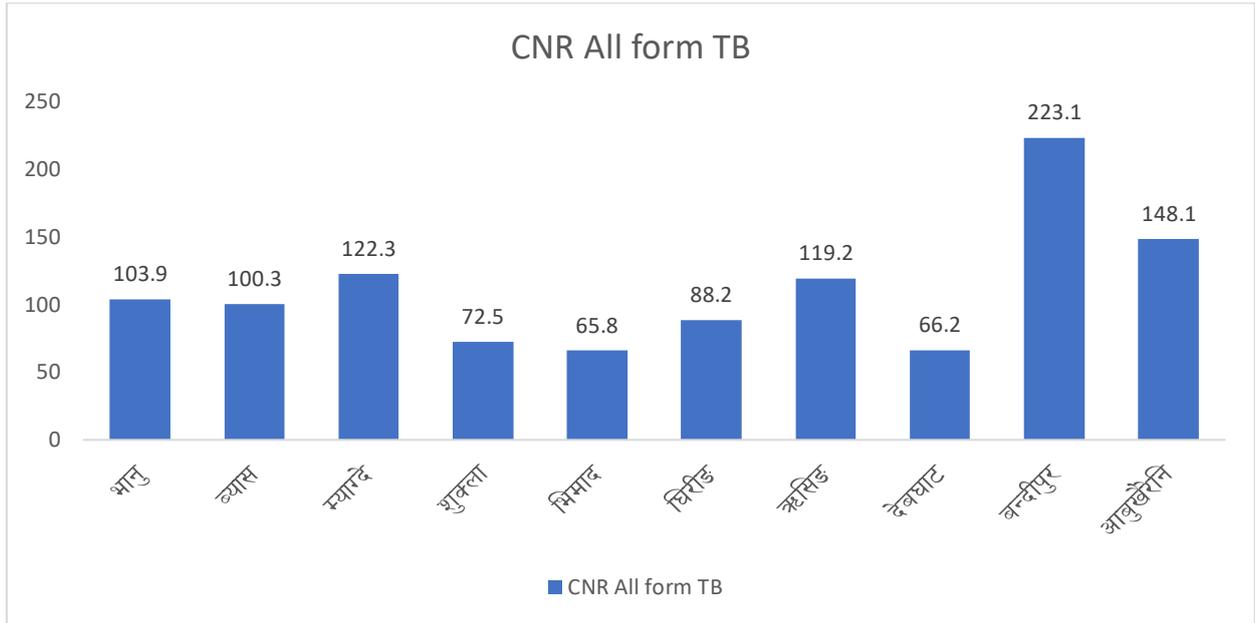
चित्र नं. ४.५.१ Case Notification Rate — District



CNR : Case Notification Rate

चित्र नं. ४.५.१ मा तनहुँ जिल्लाको क्षयरोगको विरामीको अवस्थालाई चित्रण गरीएको छ । तनहुँ जिल्लामा आ.ब २०७६/०७७ मा भन्दा आ.ब २०७८/०७९ मा विरामीको पत्ता लाग्ने दर बढेको पाइन्छ । आ.ब २०७८/०७९ मा ९५.१ प्रतिलाख सबै प्रकारका क्षयरोग पत्ता लागेको छ भने ९२.४ प्रतिलाख नया तथा रोग बल्लिएका क्षयरोगका विरामी पत्ता लागेको पाइन्छ ।

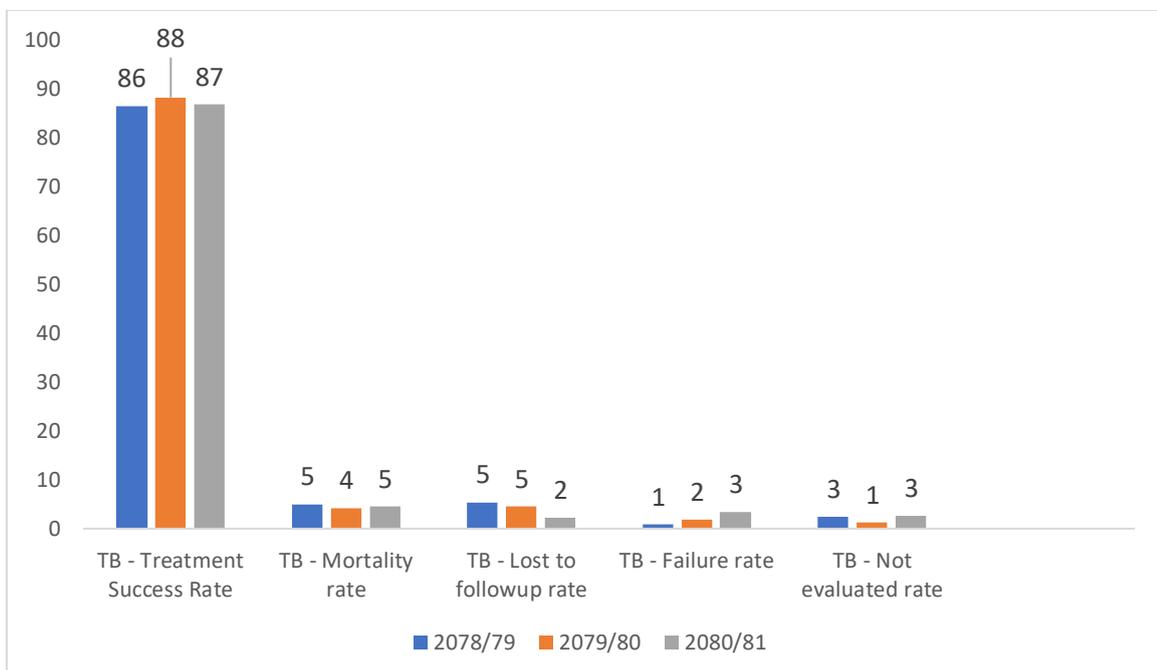
चित्र नं. ४.५.२ Notification Rate - LLG Wise



चित्र नं. ४.५.२ बाट पालिका अनुसारको आ.व. २०७८।७९ All form TB को नोटिफिकेसन रेट १० वटा स्थानीय तह मध्ये सबैभन्दा कम ऋसिङ्ग गाउँपालिकाको ३७ प्रतिशत रहेको देखिन्छ भने सबै भन्दा बढी देबघाट गाउँपालिकाको १५२.७ प्रति १ लाख जनसंख्यामा रहेको देखिन्छ । कुल तनहुँ जिल्लामा ३१२ जना क्षयरोगका बिरामी आ.व २०७८/०७९ पत्ता लागेको पाइन्छ ।

चित्र नं. ४.५.३ क्षयरोग उपचार नतिजा:

चित्र नं. ४.५.३ ले आ.व. २०७६।७७ देखि २०७८।७९ सम्मको क्षयरोग उपचार को अवस्थालाई प्रस्तुत गरेको छ। तिन आ.व. २०७६/०७७ देखी आ.व २०७८/०७९ सम्म क्षयरोगको उपचार सफलता दर क्रमश ७५%, ८७% र ८६% रहेको छ भने क्षयरोगबाट मृत्यु हुने दर पनि बिगत आ.व भन्दा घटेको छ ।



६.४.६ समस्या र सामाधानका उपायहरु:

समस्याहरु	सिफारीस गरीएका कार्यहरु	जिम्मेवार निकाय/तह
<ul style="list-style-type: none"> न्यून केश नोटिफिकेसन 	<ul style="list-style-type: none"> संकास्पद विरामिको समयमा नै खकार संकलन गरि परीक्षण बढाउनु पर्ने निदान केन्द्रहरु विस्तार गर्नु पर्ने Gen expert सेवा विस्तार गर्नु पर्ने खकार कुरियरको कार्यक्रम संचालन गर्नु पर्ने सबै निदान केन्द्रहरुमा कार्यारत जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने समुदाय स्तरमा स्वास्थ्य शिक्षा तथा सचेतनाका कार्यक्रम संचालन गर्नु पर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय गण्डकी प्रदेश राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश स्थानिय सरकार स्वास्थ्य संस्था स्वास्थ्यकर्मी
<ul style="list-style-type: none"> सिमित माईक्रोस्कोपिक केन्द्र 	<ul style="list-style-type: none"> स्वास्थ्य चौकी स्तर र प्राईभेट अस्पतालहरुमा निदान केन्द्र संचालन गर्नु पर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश
<ul style="list-style-type: none"> डट्स कार्यक्रम प्रभावकारी संचालन हुन नसकेको 	<ul style="list-style-type: none"> आधारभुत/रिफ्रेसर तालिम नियमित अनुगमन अनुशिक्षण 	<ul style="list-style-type: none"> स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश स्वास्थ्य कार्यालय स्वास्थ्य शाखा

४.६ राष्ट्रिय एच आइ भी एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (National HIV/AIDS & STI Control Program)

४.६.१ पृष्ठभुमी

विश्वमा सन् १९८१ मा पहिलो पटक एच.आई.भि./एड्स पत्ता लागेको थियो भने नेपालमा सन् १८८८ मा पत्ता लागेको थियो । सन् १९८८ मा नेपालको पहिलो एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्ति फेला परेपछि सन् १९९० को दशकमा सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरूमा यो इपिडेमिक द्रुत गतिमा फैलियो जसलाई सफलता पूर्वक नियन्त्रण गरियो। राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (सन् २०१६—२०२१) को तयारी हुँदाका बखत नेपालमा वयस्कहरूमा एचआईभीको व्याप्तता ०.२% (Adult HIV Prevalence) रहेको तथा कुल ३९,३९७ जना एचआईभी सङ्क्रमित रहेको अनुमान गरिएको थियो। सन् २०२० को अन्तसम्म नेपालमा ३० हजार ३०० व्यक्तिहरूमा एचआईभी संक्रमण भएको अनुमान गरीएको थियो। वयस्क जनसंख्यामा एचआईभी प्रिभ्यालेन्स ०.१३ प्रतिशत रहेको छ। सन् २००० मा नयाँ एचआईभी सङ्क्रमणको सङ्ख्या सबैभन्दा उच्चतम थियो। सन् २००० मा ७,५०० भन्दा माथि नयाँ सङ्क्रमण रहेकोमा त्यसपछि द्रुत गतिमा उल्लेखनीय ढङ्गले कम हुँदै सन् २०१० मा २०६१ जना र सन् २०१५ मा १,३३१ मा झर्यो भने २०२० को अन्तमा ७५४ जनामा नया संक्रमण रहेको अनुमान गरिएको थियो।

विश्वमा सन् १९८१ मा पहिलो एच आई भी संक्रमित रिपोर्ट भएदेखि सन् २०२० को अन्त्य सम्म ७ करोड ९३ लाख व्यक्तिहरु एचआईभीबाट संक्रमित भइ सकेका छन र त्यसै गरि ३ करोड ६३ लाख व्यक्तिहरुको एड्सको कारणले मृत्यु भइ सकेको छ । नेपालमा सन् २०२० मा ६३६ जनाको एड्सको कारणले मृत्यु भएको छ। नेपालमा हुने एचआईभी तथा यौनजन्य सङ्क्रमणसित सम्बन्धित गतिविधिहरू राष्ट्रिय एड्स रणनीतिबाट निर्देशित हुन्छन्, जसको पछिल्लो संस्करण राष्ट्रिय एचआईभी रणनीति योजना २०२१—२०२६ रहेको छ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीति योजना २०२१-२०२६

परिकल्पना (Vision): सन् २०३० सम्म नेपाल एड्स ईपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने

मूलध्येय (Mission): समावेशी, समतामुलक तथा पहुँचयोग्य सेवाहरु सुनिश्चित गर्दै एचआईभी स्याहारको निरन्तरता गर्ने

लक्ष्यहरु (Goal):

- नयाँ एचआईभी संक्रमण रोकथाम गर्ने
 - एचआईभी संक्रमित व्यक्तिहरुको स्वास्थ्य सम्बन्धि परिणामहरुमा सुधार ल्याउने
 - एचआईभी संक्रमित तथा मुख्य समुहहरुमा एचआईभी सम्बन्धित असमानताहरुमा कमी ल्याउने
- सन् २०२६ सम्मका लक्ष्यहरु (Targets):
- अनुमानित एचआईभी संक्रमित मध्ये ९५ % को पहिचान गर्ने
 - एचआईभी संक्रमणको पुष्टि भएका ९५ % व्यक्तिको उपचार गर्ने
 - ART सेवा लिई रहेका एचआईभी संक्रमित मध्ये ९५ % मा भाइरल लोड सप्रेसन (Viral Load Suppression) हासिल गर्ने
 - नयाँ एचआईभी संक्रमणलाई ९० % ले कम गर्ने (२०१० को आधारमा)
 - आमाबाट बच्चामा एचआईभीको संक्रमण निवारण (Elimination) गर्ने
 - जन्मजात भिरङ्गी (Congenital Syphilis) को केस दर प्रति लाख जीवित जन्ममा ५० वा सो भन्दा कम गर्ने

४.४.२ एच आइ भी एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको बिकासक्रम

- 1988 : First National AIDS Prevention and Control Program
- 1990-1992 : First Medium-Term Plan
- 1993 : National Policy on Blood Safety
- 1993-1997 : Second Medium-Term Plan
- 1995 : National Policy on HIV and AIDS
- 1997-2001 : Strategic Plan for HIV and AIDS Prevention
- 2002-2006 : National HIV/AIDS Strategy
- 2006-2011 : National HIV/AIDS Strategy
- 2011 : National Policy on HIV and STI, 2011
- 2011-2016 : National HIV/AIDS Strategy
- 2014-2016 : Nepal HIV Investment Plan
- 2016-2021 : National HIV Strategic Plan, 2016-2021
- 2016-2021 : National Consolidated Guideline on Strategic Information of Response Nepal, 2016-2021
- 2021-2026 : National HIV Strategic Plan, 2021-2026

४.६.३ HIV/AIDS संग सम्बन्धि सेवा प्रदान गर्ने संस्थाहरु

- ART - जिल्ला अस्पताल
- HTC - जिल्ला अस्पताल
- PMTCT - जिल्ला अस्पताल
- CB PMTCT - सबै स्वास्थ्य संस्थाहरु

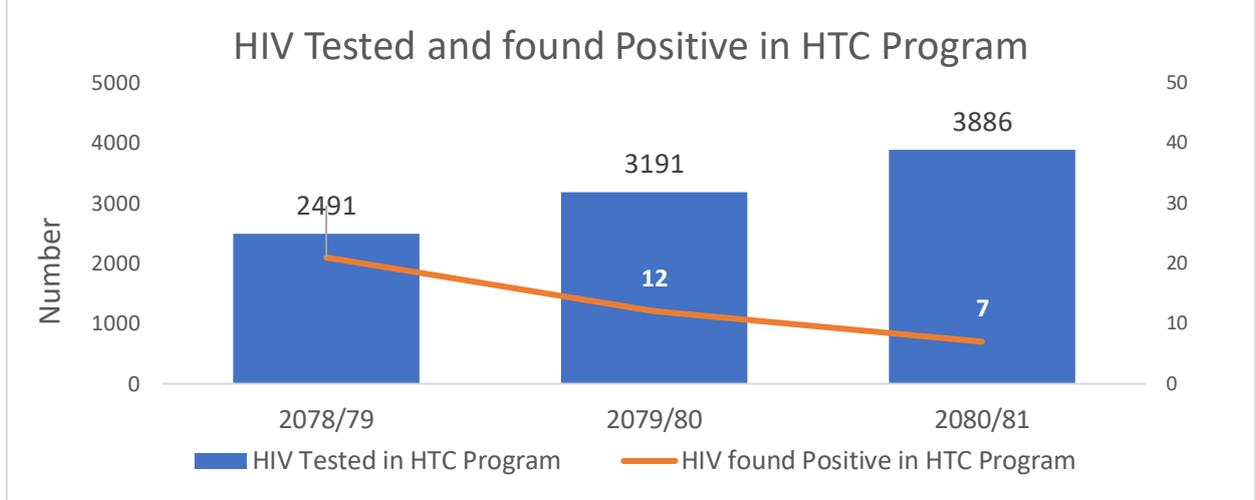
४.६.४ मुख्य कार्यहरु

- विश्व एड्स दिवस मनाइएको ।

- बैदेशिक रोजगारीमा जाने र उनीहरूको परिवारमा एचआईभी परीक्षण गरीएको ।
- विभिन्न पालिकाका समुदायमा एचआईभी स्क्रिनिङ्ग गरिएको ।

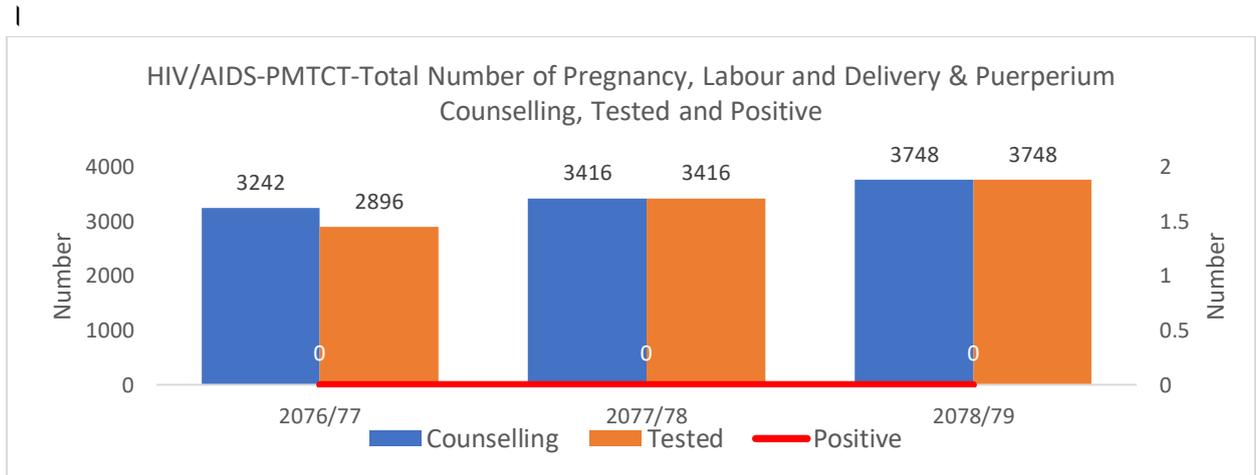
४.६.५ प्रगति विश्लेषण

चित्र नं. ४.६.१



तालिका नं. ४.६.१ देखाय बमोजिम तनहुँ जिल्लामा आ.ब २०७८/७९ देखी २०८०/८१ सम्म हेर्दा परीक्षणको दायरा बढेको पाइन्छ । त्यस्तै परीक्षणको दायरा बढ्दा संक्रमितको संख्या पनि बढेको छ र सबै संक्रमितहरू नियमित औषधि सेवन गरीरहेको पाइन्छ ।

चित्र नं. ४.६.२ मा PMTCT को परामर्श र एचआईभी परीक्षण सेवा लिने गर्भवती महिलाहरूको संख्या गत आ.ब.हरूको तुलनामा क्रमस बढेको देखिन्छ । त्यस पछिका ३ आ.ब. हरूमा पोजेटिभ देखिएको छैन ।



४.६.६ समस्या र सामाधानका उपायहरू:

समस्याहरू	सिफारीस गरीएका कार्यहरू	जिम्मेवार निकाय/तह
<ul style="list-style-type: none"> एकमात्र HTC site 	<ul style="list-style-type: none"> प्रा.स्वा.के. र अस्पतालमा सेवा विस्तार गर्ने स्वास्थ्य चौकिमा आवश्यकता अनुसार सेवा विस्तार गर्ने (कस्तिमा एउटा पालिकामा एउटा HTC site स्थापना गर्ने) जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने नियमित टेष्ट किट्स सप्लाई गर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश
<ul style="list-style-type: none"> जनचेतनाको कमि 	<ul style="list-style-type: none"> TB Hiv भएका व्यक्ति र निजको परिवारलाई भेदभाव न्युनिकरण कार्यक्रम प्रा.स्वा.के. र अस्पतालमा सेवा विस्तार गर्ने जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने नियमित टेष्ट किट्स सप्लाई गर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश
<ul style="list-style-type: none"> एकमात्र ART site 	<ul style="list-style-type: none"> सुन्दरवजार अस्पतालमा सेवा विस्तार गर्ने जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश
<ul style="list-style-type: none"> टेष्ट किट्सको अभाव 	<ul style="list-style-type: none"> नियमित सप्लाई गर्ने प्रा.स्वा.के. र अस्पताललाई Unigold र Statpack टेष्ट किट्स उपलब्ध गराउने 	<ul style="list-style-type: none"> राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश

४.७ नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (Non Communicable Disease & Mental Health Program)

४.६.१ नसर्ने रोग

एक व्यक्तिबाट अर्को व्यक्तिमा नसर्ने, दिर्घ रोग, सुक्ष्म जीवाणुको माध्यमबाट नहुने रोगलाई साधारणतया नसर्ने रोग (Non Communicable Disease-NCD) भनिन्छ । नसर्ने रोगहरूले लामो अवधि र साधारणतया सुस्त गतिमा प्रभाव पार्दछ । मुटु तथा रक्तनलिको रोग, मधुमेह, दिर्घ श्वासप्रश्वास सम्बन्धि रोग र क्यान्सर (स्तन र पाठेघरको मुख) प्रमुख नसर्ने रोगहरूको रूपमा देखिएको छ । धेरै व्यक्तिहरूले अल्प आयुमै मृत्यु हुने तथा स्वास्थ्य क्षेत्रमा धेरै धनरासीको खर्च गराउने यी रोगहरू विश्वमा प्रमुख महामारीको रूपमा देखा परिरहेको छ ।

विश्वव्यापीकरण, शहरिकरण, उमेर वृद्धि, जनसङ्ख्या वृद्धि तथा जीवनशैलीमा आएको परिवर्तन तथा वातावरणिय प्रदुषण लगाएतका कारणले गर्दा मानिसको जीवन र स्वास्थ्यमा जोखिम बढ्दै गैरहेको छ । यी कारणले गर्दा नसर्ने रोगहरू विश्वमा मानिसहरूको मृत्युको प्रमुख कारणको रूपमा देखा परिरहेको छ ।

नसर्ने रोगको भार:

नसर्ने रोगहरूले रोगको रूपमा मात्र नरही सामाजिक, आर्थिक, वातावरणमा र समग्र देश विकासमा नै समेत नकारात्मक असर पारिरहेको हुन्छ । नसर्ने रोग लागीसकेपछि जीवनपर्यन्त उपचार गर्नुपर्ने, बढ्दो धान्नै नसक्ने स्वास्थ्य उपचारको खर्च र व्यक्तिको उत्पादनशिलतामा हास आदि कारणले गर्दा व्यक्ति, परिवार तथा समाजले ठुलो हिस्सा यसमा खर्च गर्नुपरेको छ ।

विरामी, अपाङ्गता, वा अल्पायुमै हुने मृत्युको कारणले खेर गएका वर्षहरू (Disability adjusted Life Year—DALY) मा सबैभन्दा ठुलो अनुपात (५१%) नसर्ने रोगहरूको कारणले गर्दा योगदान हुने गर्दछ । नसर्ने रोगहरूको उपचारको खर्चको कारणले वर्षेनी हाम्रो जस्तो देशमा थुप्रै घरपरिवार गरिबीको रेखामुनि धकेलिएका छन् ।

- क्यान्सर, COPD र अन्य नसर्ने रोगहरूको व्यवस्थापनका लागि आवश्यक राष्ट्रिय कानून, नीति र रणनीतिहरू तर्जुमा गर्ने ।
- विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा क्यान्सर, मधुमेह, CVD, COPD र अन्य नसर्ने रोगहरूको रोकथाम र व्यवस्थापनका लागि मापदण्ड, प्रोटोकल र दिशानिर्देशहरू तयार गर्ने र सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने ।
- नसर्ने रोगको रोकथाम, उपचार र व्यवस्थापनका लागि प्रदेश र स्थानीय तहसँग सहयोग र समन्वय गर्ने ।
- रोग नियन्त्रण र व्यवस्थापनको लागि संघीय स्तरको वार्षिक कार्य योजनाको तयारी र कार्यान्वयनमा सहयोग उपलब्ध गराउने ।
- NCDs को रोकथाम को लागि स्वस्थ जीवनशैली प्रवर्द्धन र व्यवहार परिवर्तन कार्यक्रम गतिविधिहरूको योजना र कार्यान्वयन को लागी समन्वय ।
- NCDs रोकथाम र व्यवस्थापनमा प्रयोग हुने औषधि, चिकित्सा उपकरण र उपकरणहरूको लजिस्टिक व्यवस्थापनमा सहजीकरण गर्ने ।
- विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रदान गर्ने मानसिक स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित परामर्श र उपचार सेवासम्बन्धी मापदण्ड, प्रोटोकल र दिशानिर्देशहरू तयार गर्ने ।

प्रमुख नसर्ने रोगहरू रोकथाम तथा नियन्त्रण प्रयासः

विश्व स्वास्थ्य संगठनको ६५ औं महासभामा सदस्य राष्ट्रले नसर्ने रोगका कारणले हुने अल्पायु मृत्यु सन् २०२५ सम्ममा २५ प्रतिशतले घटाउने लक्ष्य लिएको छ । त्यसै गरी दिगो विकास लक्ष्यले समेत एक तिहाई नसर्ने रोगका कारणले हुने मृत्यु घटाउने लक्ष्य लिएको छ । सो लक्ष्य प्राप्तिको निम्ती, सदस्य राष्ट्रले विभिन्न अवधारणालाई अधि सारेका छन् जस्तै रणनीतिक कार्य योजना बनाउने, विश्व स्वास्थ्य संगठनको PEN अवधारणालाई लागु गर्ने तथा “BEST BUYS” को घवधारणा अपनाउने रहेका छन् । जवान र वृद्ध व्यक्तिहरूमा मृत्युको प्रमुख कारणको रूपमा बढ्दै गईरहेको नसर्ने रोगहरूले नेपालमा ठुलो जनस्वास्थ्य चुनौती सृजना गरेको छ । नेपालका स्वास्थ्य संरचनाहरू सहित व्यक्ति, समुदाय र राष्ट्रको लागि NCD हरूको बढ्दो भारलाई सम्बोधन गर्न रणनीतिक कार्यहरूको आवश्यकता छ । यस तथ्यलाई ध्यान दिँदै नेपाल सरकारले NCD को रोकथाम र नियन्त्रणका लागि नीतिगत, रणनीतिगत विभिन्न योजना तथा कार्यक्रम लागु गरेको छ ।

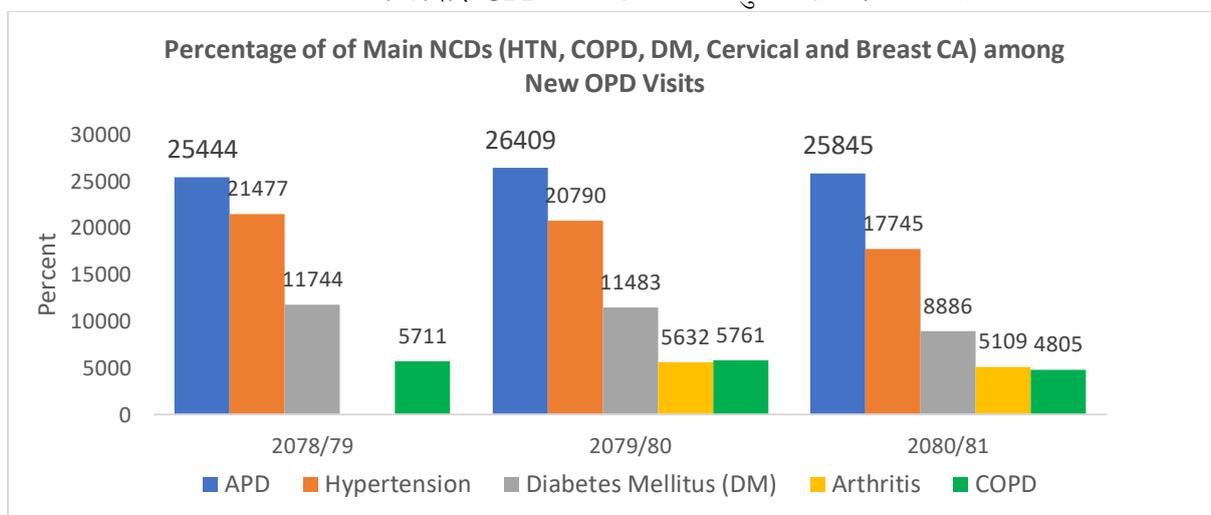
प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा स्तरका कार्यक्रमहरूः

नेपाल सरकारले पनि नसर्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण सम्बन्धी बहुक्षेत्रीय कार्य योजना २०१४-२०२० लाई अनुमोदन गरेको छ । यस योजनाको लक्ष्य नसर्ने रोगको उपचार, प्रकोप नियन्त्रण, रोकथाम, हुनसक्ने शारिरीक अशक्तता तथा अकालमा हुने मृत्यु कम गर्नु हो । यस योजना अनुसार सन् २०२५ सम्ममा १० लक्षहरू हासिल गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

- Ø समग्रमा मधुमेह, मुटुरोग, क्यान्सर तथा दीर्घ श्वासप्रश्वास सम्बन्धि रोग हरूबाट हुन सक्ने मृत्युलाई २५% ले कम गर्ने ।
- Ø मध्यपानको हानीकारक सेवनलाई २५% ले कम गर्ने ।
- Ø १५ वर्ष भन्दा माथिका व्यक्तिहरूमा सुर्तिजन्य पदार्थको प्रयोगमा ३०% ले कम गर्ने ।
- Ø खाना पकाउन प्रयोग हुने प्रमुख रूपमा ठोस इन्धनको (solid Fuel) प्रयोगलाई ५०% ले कम गर्ने ।
- Ø कूल जनसंख्यामा नुनको औषत प्रयोगदरलाई ३०% ले कम गर्ने ।
- Ø उच्च रक्तचापको समस्यालाई २५% ले कम गर्ने ।
- Ø मधुमेह र मोटोपनको बढ्दै गइरहेको समस्यालाई रोक्ने ।
- Ø अपर्याप्त शारिरीक कृयाकलाप समस्यालाई १०% ले कम गर्ने ।

- Ø हृदयघात, मस्तिष्कघात तथा रगतमा चिनिको मात्रा नियन्त्रणका निम्ति औषधी र परामर्श आवश्यक मध्ये कम्तिमा ५०% लाई औषधी उपचार तथा परामर्श दिने ।
- Ø नसर्ने रोगको उपचारका निम्ति आवश्यक प्रवलघोलाई सरकारी तथा निजी अस्पताल गरी कम्तीमा ८०% पुर्याउने ।
- Ø प्रदेश र स्थानीय तहमा मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको रोकथाम, उपचार र व्यवस्थापनका लागि सहयोग र समन्वय गर्ने ।
- Ø मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी संघीय स्तरको वार्षिक कार्य योजनाको तयारी र कार्यान्वयनमा सहयोग उपलब्ध गराउने ।
- Ø मानसिक स्वास्थ्य प्रशिक्षण र अनुसन्धान कार्यहरूमा सहयोग र समन्वय प्रदान गर्नुहोस् ।
- Ø मानसिक स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित औषधि, चिकित्सा उपकरण र उपकरणहरूको खरिद र रसद व्यवस्थापनमा सहजीकरण गर्ने ।
- Ø सूचना व्यवस्थापन तालिम र मानसिक स्वास्थ्य सेवा वितरण र व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित अन्य संघीय गतिविधिहरूमा सहयोग र समन्वय प्रदान गर्नुहोस् ।
- Ø मानसिक स्वास्थ्य समस्याबाट पीडित व्यक्तिहरूको सामाजिक पुनर्स्थापना र व्यवस्थापनमा सहयोग र समन्वय गर्ने ।
- Ø मानसिक स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित अनुगमन र मूल्याङ्कन, सर्वेक्षण, निगरानी र अनुसन्धान कार्यमा राष्ट्रिय स्तरमा सहयोग उपलब्ध गराउने ।

चित्र नं. ४.६.१ OPD मा आउने मध्ये प्रमुख नसर्ने रोगको प्रतिशत



यसमा वर्ष भरिमा तनहुँ जिल्लाका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरू बाट बहिरंग सेवा (OPD) सेवा लिएका मध्ये प्रमुख नसर्ने रोगहरू (मुटु तथा रक्तनलि सम्बन्धी रोगहरू, मधुमेह, दिर्घ अवरोधात्मक स्वासप्रस्वास रोहरू, क्यान्सर, तथा मानसिक समस्याहरू) को भार प्रस्तुत गरिएको हो । दर्ता भएका कुल विरामीहरूमध्ये नसर्ने रोगहरू (NCD) का विरामीहरूको संख्या प्रत्येक वर्ष वृद्धि हुँदै आएको देखिन्छ ।

४.६.२ मानसिक स्वास्थ्य (Mental Health)

नागरिकको मानसिक स्वास्थ्यले समग्र राष्ट्रको स्वास्थ्य अवस्था निर्धारण गर्दछ । त्यसैले मानसिक स्वास्थ्यलाई जनस्वास्थ्यको महत्वपूर्ण हिस्साका रूपमा लिई उपयुक्त कार्यविधि, योजना, कार्यक्रम, नीति तथा कानून तयार गर्ने जिम्मेवारी सरकारको हो ।

नेपालमा मानसिक स्वास्थ्यलाई शारीरिक स्वास्थ्यभन्दा पृथक् रूपमा हेरिन्छ जबकि नेपालको कुल जनसङ्ख्याको २५% लाई कुनै न कुनै किसिमको मनोसामाजिक समस्या भई विभिन्न अस्पतालहरूमा उपचारका लागि आउने गरेको अभिलेखहरूमा देखिन्छ । अति सामान्य र सामान्य मानिने मानसिक समस्यामा त सामाजिक लाञ्छना तथा चेतनाको अभावका कारण स्वास्थ्य संस्थामा पुग्ने सङ्ख्या शून्यप्राय छ । औषधि चलाउने प्रकृतिका विरामीहरू मात्र स्वास्थ्य संस्था पुग्दछन् अझ केही त परम्परागत उपचारमा अलमलिएर समस्या जटिल भएपछि मात्र स्वास्थ्य संस्थामा आइपुग्छन् ।

स्वास्थ्य मन्त्रालयले राष्ट्रिय मानसिक स्वास्थ्य नीति—२०५३ लाई परिमार्जन गरेर नयाँ 'राष्ट्रिय मानसिक स्वास्थ्य नीति—२०७३' तयार गरेको छ । सबै नागरिकको मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक सुस्वास्थ्यको सुनिश्चितता गरि उत्पादनशिल र गुणस्तरीय जीवनयापन गर्न सक्षम बनाउने उद्देश्यले नयाँ नीति तयार पारिएको हो । मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक सेवा प्रवाह गर्नका लागि आवश्यक जनशक्ति तयार पार्ने, मानसिक स्वास्थ्य प्रवर्द्धनका लागि जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने, मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तिको आधारभूत मानव अधिकारको संरक्षण गर्ने लगायतका विषय समावेश गरिएको छ । नयाँ मानसिक स्वास्थ्य नीति कार्यान्वयनमा आएपछि अहिले जिल्ला अस्पताल र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा कार्यरत चिकित्सकलाई नै मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी तालीम दिएर मानसिक स्वास्थ्य सेवालार्ई विकेन्द्रीकरण गर्न मद्दत पुग्नेछ । नेपालमा ५० लाख मानिस मानसिक स्वास्थ्य समस्याबाट प्रभावित भएको विभिन्न अध्ययनहरूले देखाएको छ । ती मध्ये ९ लाख डिप्रेसनबाट पीडित रहेका छन् ।

४.९ कोभिड—१९ नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन (Covid-19 Control & Management)

४.९.१ पृष्ठभूमि

कोभिड—१९ रोग नयाँ प्रजातिको संक्रामक कोरोना भाइरस (SARS-CoV-2) बाट लाग्ने रोग हो । मानव जातिमा पहिलो पटक पहिचान भएको यो भाइरस सन् २०१९ डिसेम्बरमा चाइनाको वुहानमा पहिचान भएको हो । कोभिड—१९ रोगलाई विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् २०२० मार्चमा विश्वव्यापी महामारीको रूपमा घोषणा गरेको थियो । यो रोगको संक्रमणबाट सबै मुलुकहरू प्रभावित भएका छन् र नेपाल पनि प्रभावित भएको छ । यो रोगको महामारीको कारणले संसारका सबै देशहरूको स्वास्थ्य प्रणाली, सामाजिक तथा आर्थिक पक्षलाई गम्भिर प्रभाव पारेको छ । यो भाइरसले विशेषगरी श्वासप्रश्वास प्रणालीमा सामान्य देखि गम्भिर प्रकारका असर गराउँछ ।

जोखिम वर्ग:

दीर्घ रोग जस्तै—मुटुसम्बन्धी रोग, मृगौला सम्बन्धी रोग, क्यान्सर, फोक्सो सम्बन्धी रोग, मधुमेह भएका विरामी, रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता कम भएका व्यक्ति र वृद्ध—वृद्धाहरूमा कोभिड—१९ को संक्रमण भएमा यो रोगको जटिलताहरू धेरै हुनुको साथै मृत्युदर समेत बढी हुने गरेको देखिएको छ । कोभिड—१९ रोगबाट संक्रमित व्यक्तिहरूको संख्या, संक्रमण दर र जटिलता हेर्दा निम्न समूहका व्यक्तिहरूमा संक्रमणको अवधिमा र संक्रमणपछि उच्चजोखिम हुने देखिएको छ । कोभिड—१९ रोगको रोकथाम, नियन्त्रण, उपचार र व्यवस्थापनको अग्रपङ्तिमा खटिने व्यक्तिहरू, वृद्ध—वृद्धाहरू, दीर्घरोग भएका व्यक्तिहरू (मुटुसम्बन्धी रोग, फोक्सोका, क्यान्सर, मधुमेहका रोगी आदि), रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता कम भएका व्यक्तिहरू (क्यान्सरको उपचार गराईरहेका व्यक्ति) आदी । यो रोग विशेषगरी घरबाट बाहिर धेरै निस्कने व्यक्तिहरूमा कोभिड—१९ को संक्रमण हुने संभावना धेरै हुन्छ, जस्तै—धेरै मानिसको सम्पर्क हुने सार्वजनिक निकाय, कार्यालय, स्थानमा काम गर्ने, काम गर्दा भौतिक दुरी कायम गर्न नसकिने अवस्था भएका वर्ग) । यो रोगबाट हालसम्म पनि मानिसहरू संक्रमित भईरहेका छन् ।

सर्ने तरिका:

यो रोग संक्रमित व्यक्तिले खोकदा, हाछ्युँ गर्दा निस्कने सिँगान, थुक, खकारको छिटा श्वास—प्रश्वासको माध्यमबाट स्वस्थ व्यक्तिमा सर्दछ । यो रोगको भाइरसबाट संक्रमित थुक, खकारको छिटा भएको सतह वा वस्तुहरू हातले छुदा पनि स्वस्थ व्यक्ति संक्रमित हुनसक्छ । यो रोगको संक्रमण भएपछि १ देखि १४ दिन भित्रमा यसका चिन्ह लक्षण देखिन सक्छन्, औसतमा संक्रमण भएको ५ देखि ६ दिनमा यो रोगका चिन्ह लक्षण देखिन सक्छन् ।

सामान्य चिन्ह—लक्षणहरू:

ज्वरो आउने, टाउको दुखे, खोकी लाग्ने, सास फेर्न कठिनाई हुने, थकाई लाग्ने, शरीर दुखे, स्वाद र गन्ध कम थाहा पाउने, नाक बन्द हुने, नाकबाट सिँगान बग्ने, घाँटी दुखे, वाकवाकी लाग्ने, बान्ता हुने, पखाला लाग्ने अवस्था हुन्छ साथै समयमा व्यवस्थापन गर्न नसके गम्भिर असर तथा कडा जटिलता देखिन सक्छ । जस्तै न्यूमोनिया हुने, दम बढ्ने, फोक्सोमा संक्रमण, श्वास प्रश्वासमा कडा जटिलता, शरिरभरी संक्रमण फैलने, धेरै अङ्गले काम नगर्ने अवस्थामा पुग्ने हुदा यस प्रकारका विरामीहरू छिटो नै जटिल अवस्थामा पुग्न सक्छन् ।

कोभिड-१९ रोगको पहिचान र निदान:

कोभिड—१९ रोगको शंका लागेका व्यक्तिहरूले तत्काल स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीहरूसँग सम्पर्क गरी यो रोग निदानको लागि प्रयोगशाला परीक्षणको लागि नाक, मुख र घाँटीको स्वाब संकलन गरि परिक्षण (RT-PCR र Rapid Antigen Test) गरिन्छ ।

कोभिड-१९ रोगको तनहुँ जिल्लाको अध्यावधिक विवरण

तालिका नं. ४.८.१ RTPCR परीक्षण

क्र सं	पालिका	संकलित नमुना			नेगेटिभ			पोजिटिभ			निको भएर घर गएका संख्या			संक्रमित मृत्यु संख्या			सक्रिय संक्रमित संख्या			नतिजा आउन बाकी
		महिला	पुरुष	जम्मा	महिला	पुरुष	जम्मा	महिला	पुरुष	जम्मा	महिला	पुरुष	जम्मा	महिला	पुरुष	जम्मा	महिला	पुरुष	जम्मा	
१	भानु न पा	582	1413	1995	360	1109	1469	222	304	526	220	297	517	२	१	१	०	०	०	
२	व्यास न पा	2379	4093	6472	1104	2633	3737	1276	1461	2737	1253	1437	2690	23	24	47	०	०	०	
३	दमौली अस्पताल	132	603	735	131	602	733	0	0	0										
४	शुक्लागण्डकी न पा	1950	3274	5224	969	2138	3107	981	1136	2117	962	1099	2061	18	37	55	१	०	१	
५	जि पि कोइराला रा श्वा प्र उ के	110	168	278	110	168	278	0	0	0										
६	भिमाद न पा	842	1574	2416	457	1134	1591	385	440	825	374	426	800	11	14	25	०	०	०	
७	म्याग्दे गा पा	779	1186	1965	494	847	1341	285	339	624	281	333	614	4	6	10	०	०	०	
८	घिरिङ्ग गा पा	304	834	1138	204	670	874	100	164	264	99	159	258	1	5	6	०	०	०	
९	रिसिङ्ग गा पा	280	1055	1335	225	976	1201	55	79	134	54	79	133	1	0	१	०	०	०	
१०	देवघाट गा पा	349	603	952	274	505	779	75	98	173	74	98	172	1	0	१	०	०	०	
११	बन्दीपुर गा पा	490	798	1288	272	542	814	218	256	474	217	253	470	1	3	४	०	०	०	
१२	आँवुखैरेनी गा पा	338	659	997	240	532	772	98	127	225	96	126	222	2	1	३	०	०	०	
	जम्मा	8535	16260	24795	4840	11856	16696	3695	4404	8099	3630	4307	7937	64	97	161	१	०	१	0

अध्याय - ५

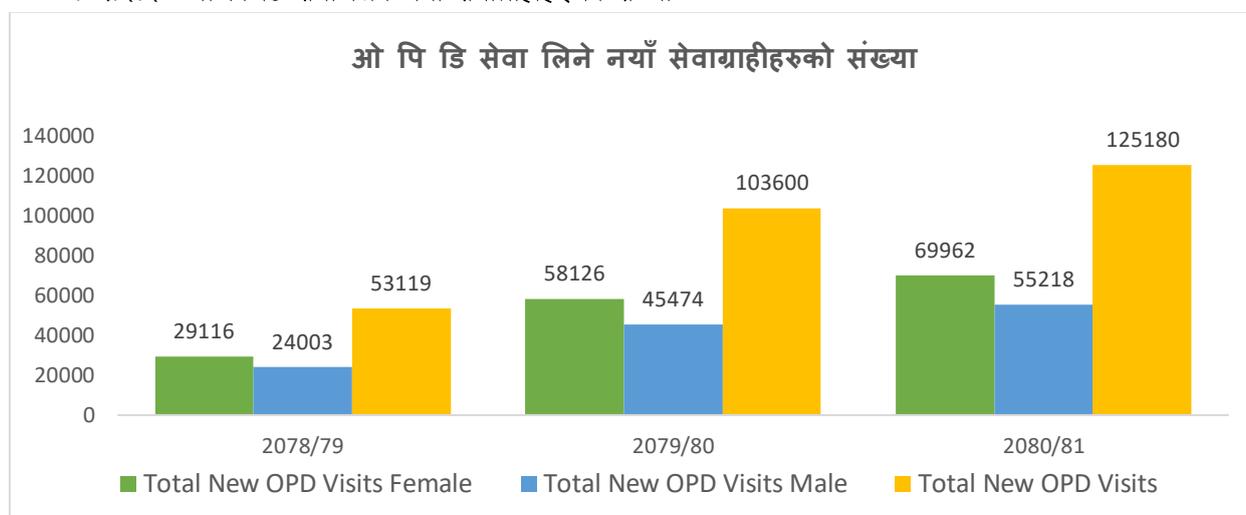
उपचारात्मक सेवा कार्यक्रम (Curetave Service Program)

५.१ उपचारात्मक सेवा (Curative Service)

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गरी ग्रामिण तथा सहरी क्षेत्रका जनसमुदायको स्वास्थ्य स्थिति सुधार गर्न नेपाल सरकार प्रतिवद्ध रहेको छ । उपचारात्मक सेवा अन्तरगत बहिरङ्ग, अन्तरङ्ग र आकस्मिक सेवाहरु प्रदान गरिन्छन । गाउँघर क्लिनिक देखि उच्चस्तरीय विशेषज्ञ सेवा प्रदान गरिने अस्पताल सम्मको सञ्जाल मार्फत रोग निदान तथा उपचार र आवश्यकतानुसार प्रेषण सेवा प्रदान भई रहेको छ ।

तनहुँ जिल्लामा अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, सहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई गरी १२९ वटा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु तथा १८८ वटा गाउँघर क्लिनिकहरुबाट उपचारात्मक सेवा प्रदान गरिदै आएको छ । स्वास्थ्य संस्थामा ओ पि डि सेवा लिन आउने नयाँ सेवाग्राहीहरुको विगत ३ आ. व. को संख्या क्रमशः ५३११९,१०३६०० र १२५१८० को बढ्दो क्रममा रहेको देखिन्छ जसमा पुरुष भन्दा महिलाहरुको संख्या कम भएको देखिन्छ ।

चित्र नं. ५.१.१ ओ पि डि सेवा लिन नयाँ सेवाग्राहीहरुको संख्या



त्यसैगरी मुख्य दश रोगहरु (Top Ten Disease) को अवस्था हेर्दा विगत ३ आ. व. नै प्रथम स्थानमा Gastritis (APD) रहेको देखिन्छ भने हरेक वर्ष नसर्ने रोगहरुको प्रकोप विस्तारै बढ्दै गएको देखिन्छ ।

तालिका नं. 5.१.१ ओ.पि.डि. मा आएका प्रमुख १० रोगहरु

Rank	2078-079	2079-80	2080-81
1	Gastritis (APD)	Gastritis (APD)	Gastritis (APD)
2	Hypertension	Headache	Hypertension
3	Headache	Hypertension	Headache
4	Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	Falls/Injuries/Fractures	Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases
5	Falls/Injuries/Fractures	Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	Falls/Injuries/Fractures
6	Diabetes Mellitus (DM) Cases	Fungal Infection (Lichen Planus) Cases	Diabetes Mellitus (DM) Cases

Rank	2078-079	2079-80	2080-81
7	ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI) Cases	ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI) Cases	ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI) Cases
8	Backache(Muskuloskeletal Pain)	Diabetes Mellitus (DM) Cases	Backache(Muskuloskeletal Pain)
9	Fungal Infection (Lichen Planus) Cases	Backache(Muskuloskeletal Pain)	Fungal Infection (Lichen Planus) Cases
10	PUO	Presumed Non-Infectious Diarrhoea Cases	PUO

अनुसूची - २

स्वास्थ्य कार्यालय तनहुँमा कार्यरत कर्मचारीहरूको विवरण

१	अमर दवाडी	ब.जनस्वास्थ्य प्रशासक	९/१०	स्वा से	हे.ई.	९८५५०६३९८५	अध्यान बिदामा
२	विद्या तामाङ	जनस्वास्थ्य अधिकृत	७/८	स्वा से	हे.ई.	९८४००९०१५६	
३	शंकर बाबु अधिकारी	खोप अधिकृत	५/६/७	स्वा से	हे.ई.	९८५६०२२७३७	
४	मोहदत्त ढकाल	ज.स्वा.नि.	५/६/७	स्वा से	हे.ई.	९८५६०५०३५५	
५	सुदिप कडेल	अधिकृत	५/६/७	स्वा से	हे.ई.	९८४६४७९१२०	
६	नारायण पौडेल	अधिकृत	६	प्रशासन	लेखा	९८४७६०३२०६	
७	पुष्प खनाल	अधिकृत	६	प्रशासन	सा.प्र	९८५६०८१८८७	
८	पुजा कुवर	पब्लिक हेल्थ नर्स	५	स्वा.से.	क.न.	९८४६४६७९०३	
९	रिक्त	ल्या.टे.नी	५/६/७	स्वा.से	मे.ल्या.टे		
१०	रिक्त	तथ्याडक अधिकृत	६/७	तथ्याडक	आ.यो.त		
११	रिक्त	को.चे.सु	४/५/६	स्वा.से	हे.ई.		
१२	रेशम खड्का	कार्यालय सहयोगी	श्रेणीविहिन	प्रशासन	सा.प्र.	९८४६०९१६८०	
१३	सावित्री अधिकारी	कार्यालय सहयोगी	श्रेणीविहिन	प्रशासन	सा.प्र.	९८४६३३०१२७	
१३	उत्तर ब थापा	ह.स.चा	श्रेणीविहिन	ईन्जि	मे.ई	९८४६२९५८९९	सेवा करार

तनहूँ जिल्लाका स्थानीय तह स्वास्थ्य शाखा प्रमुखहरुको सम्पर्क नम्बर

क्र.सं.	स्थानीय तह	नामथर	पद	सम्पर्क नं.
१	ब्यास नगरपालिका	प्रमोद सोती	ज.स्वा.अ.	९८५६०६४६५५
२	भानु नगरपालिका	ऐश्वर्य चन्द्र भट्टराइ	ज.स्वा.अ.	९८४६०६०४४६
३	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	ढाल बहादुर थापा	ज.स्वा.नि.	९८५६०५३३३९
४	भिमाद नगरपालिका	अनुराधा भट्ट	ज.स्वा.अ.	९८५६०७२५३४
५	बन्दीपुर गाउँपालिका	किरण श्रेष्ठ	ज.स्वा.नि.	९८५६०४९५३४
६	आबुखैरेनी गाउँपालिका	अगमराज उपाध्याय	सि.अ.हे.व.अ.	९८५६०६३०९२
७	म्याग्दे गाउँपालिका	तिलकराज घिमिरे	सि.अ.हे.व.अ.	९८५६०६०८२०
८	देबघाट गाउँपालिका	प्रदिप बुढाथोकी	सि.अ.हे.व.	९८५५०६५३४६
९	ऋसिङ गाउँपालिका	लोक ब थापा	ज.स्वा.नी.	९८४६५८६६२९
१०	घिरीङ गाउँपालिका	कृष्ण रिमाल	ज.स्वा.अ.	९८५६०६५९९४

अनुसूची - ४

तनहूँ जिल्लामा स्थानिय तहमा संचालनमा रहेका एम्बुलेन्सहरुको संख्या

सि.नं.	स्थानिय तह	जम्मा एम्बुलेन्स	श्रेणी	संचालन संख्या	कैफियत
1	भानु नगरपालिका	७	ग	७	
2	आबुखैरेनी गाउँपालिका	४	ग	४	
3	बन्दीपुर गा.पा	२	ग	१	
4	देबघाट गा.पा	१	ग	१	
5	शुक्लागण्डकी न.पा	५	ग	४	
6	ब्यास न.पा	७	ग	७	
7	म्याग्दे गा.पा	३	ग	३	
8	भिमाद नगरपालिका	३	ग	२	
9	ऋसिङ गा.पा	१	ग	१	
10	घिरीङ गा.पा	२	ग	२	
11	जम्मा	३५		३२	

स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय दिवस, सप्ताह तथा महिनाहरु

क्र.सं.	दिवस	मिति
१	अन्तराष्ट्रिय कुष्ठरोग दिवस	जनवरी २५
२	आयोडिन संवन्धि जनचेतना महिना	फेब्रुअरी
३	अन्तराष्ट्रिय नारि दिवस	मार्च ८
४	विश्व क्षयरोग दिवस	मार्च २४
५	विश्व स्वास्थ्य दिवस	अप्रिल ७
६	खोप महिना	वैशाख
७	सुरक्षित मातृत्व महिना	वैशाख १६ - जेष्ठ १५
८	विश्व रेडक्रस दिवस	मई ८
९	अन्तराष्ट्रिय नर्सिङ् दिवस	मई १२
१०	विश्व उच्चरक्तचाप दिवस	मई १३
११	सुरक्षित महिनावारी दिवस	मे २८
१२	विश्व धुम्रपान रहित दिवस	मई ३१
१३	अन्तराष्ट्रिय वातावरण दिवस	जुन ५
१४	औषधि दुव्र्यसन विरुद्ध दिवस	जुन २६
१५	अन्तराष्ट्रिय जनसंख्या दिवस	जुलाई ११
१६	अन्तराष्ट्रिय किशोर किशोर दिवस	जुलाई १२
१७	विश्व रक्तदान दिवस	जुलाई २८
१८	विश्व स्तनपान सप्ताह	अगष्ट १-७
१९	विश्व औलो दिवस	अगष्ट २५
२०	अन्तराष्ट्रिय साक्षरता दिवस	सेप्टेम्बर ८
२१	आत्महत्या रोकथाम दिवस	सेप्टेम्बर १०
२२	परिवार नियोजन दिवस	सेप्टेम्बर १८
२३	जेष्ठ नागरिक दिवस	अक्टोबर १
२४	राष्ट्रिय महिला स्वास्थ्य स्वयं सेवक दिवस	अक्टोबर १
२५	विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस	अक्टोबर १०
२६	अन्तराष्ट्रिय दृष्टि दिवस	अक्टोबर ११
२७	विश्व हात धुने दिवस	अक्टोबर १५
२८	विश्व खाद्य दिवस	अक्टोबर १६
२९	अन्तराष्ट्रिय गरिबी निवारण दिवस	अक्टोबर १७
३०	संयुक्त राष्ट्रसंघ दिवस	अक्टोबर २४
३१	विश्व निमोनिया दिवस	नोभेम्बर १२
३२	अन्तराष्ट्रिय मधुमेह दिवस	नोभेम्बर २४
३३	बाल दिवस	नोभेम्बर २०
३४	विश्व एड्स दिवस	डिसेम्बर १
३५	अन्तराष्ट्रिय अपांग दिवस	डिसेम्बर ३
३६	अन्तराष्ट्रिय मानवअधिकार दिवस	डिसेम्बर १०
३७	अन्तराष्ट्रिय आरोग्य दिवस (धन्वन्तरी जयन्ती)	काग तिहारको दिन
३८	कण्डम दिवस	कोजाग्रत पुर्णिमा पछिको शनिवार