तनहुँ जिल्लाको जनस्वास्थ्य गतिविधिको संगालो

बार्षिक स्वास्थ्य प्रगति प्रतिवेदन

२०८१/८२

प्रकाशक:

प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय

दमौली, तनहुँ, नेपाल

Website: hotanahun.gandaki.gov.np
Email: dhotanahun@gmail.com

तनहुँ जिल्ला पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा कार्यक्रममा जिल्ला पूर्ण खोप घोषणाको प्रमाण पत्र प्रदान गर्नुहुँदै प्रदेश सभा सदस्य मा. अशोक श्रेष्ठका साथमा जिल्ला समन्वय प्रमुख श्री शान्ती रमण वाग्ले लगायत ब्यास नगरपालिकाका प्रमुख श्री वैकुण्ठ न्यौपाने, प्रमुख जिल्ला अधिकारी श्री रामकृष्ण अधिकारी स्वास्थ्य मन्त्रालय गण्डकी प्रदेशका प्रतिनिधिज्यूहरु एवं प्रदेशजन स्वास्थ्य कार्यालय तनहुँका कार्यालय प्रमुख श्री अमर दवाडी

जिल्ला स्तरीय वार्षिक समिक्षा कार्यक्रममा उत्कृष्ठ ३ संस्थालाई प्रशंसा पत्र प्रदान गर्नु हुँदै जिल्ला समन्वय प्रमुख श्री शान्ती रमण वाग्लेका साथमा प्रशंसा पत्रका साथमा प्रथम दित्तिय र तृतिय स्थान प्राप्त गर्न सफल छिपछिपे स्वास्थ्य चौकी, थर्पु आधारभुत अस्पताल र खैरेनीटार स्वास्थ्य चौकीका स्वास्थ्यकर्मीहरु

राष्ट्रिय गान

सयौं थुँगा फूलका हामी, एउटै माला नेपाली
सार्वभौम भै फैलिएका, मेची–महाकाली ।

प्रकृतिका कोटी–कोटी सम्पदाको आँचल
वीरहरूका रगतले, स्वतन्त्र र अटल ।

ज्ञानभूमि, शान्तिभूमि, तराई, पहाड, हिमाल
अखण्ड यो प्यारो हाम्रो मातृभूमि नेपाल ।

बहुल जाति, भाषा, धर्म, संस्कृति छन् विशाल
अग्रगामी राष्ट्र हाम्रो, जय जय नेपाल ।

मन्त्री

गण्डकी प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

पोखरा, कास्की, नेपाल

शुभकामना

स्वास्थ्य मन्त्रालय, गण्डकी प्रदेश सरकार सबै प्रदेशबासीलाई उच्चतम गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन प्रतिबद्ध छ। नेपालको संविधान २०७२, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ र गण्डकी प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७८ ले अंगिकार गरेको विश्वव्यापी स्वास्थ्य सेवालाई सर्वसुलभ पहुँच विस्तार गर्न सरकारी, निजी क्षेत्र र विकास साझेदारहरु लगायत सबै सरोकारवालाहरुसँग समन्वय र सहकार्य गर्दै नागरिकहरुको स्वास्थ्य सम्बन्धी मौलिक हक कार्यान्वयन गर्न मन्त्रालय प्रतिबद्ध छ।

प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय, तनहुँले नियमित स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली र स्वास्थ्य क्षेत्रका अन्य स्रोतबाट प्राप्त जानकारीको आधारमा तनहुँ जिल्ला अन्तर्गतका अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, सहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई लगायतका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदत्त सेवाहरु र सम्पादित कार्यहरुको समीक्षा गर्दै प्राप्त प्रगतिहरुको संश्लेषण गरी **वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन २०८१।०८२** प्रकाशन गर्न लागेको खबरले अत्यन्त खुशी लागेको छ। अहिले सम्म प्राप्त स्वास्थ्य नतिजा मन्त्रालय र स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै सरोकारवालाको संयुक्त प्रयासको परिणाम हो। यस प्रतिवेदनले समुदायदेखि प्रदेश सम्म सबै तहमा तीन आर्थिक वर्षमा हासिल गरेका उपलब्धिहरुका साथै प्रमुख स्वास्थ्य समस्याहरु, चुनौतीहरु र स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा सुधार गर्न अवलम्बन गर्नुपर्ने उपायहरु समेटेको छ। यस प्रतिवेदनमा उल्लेख गरिएका तथ्यहरुले आगामी वर्ष नागरिकका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने योजनाको आधारको रुपमा काम गर्नेछ र भावि योजना निर्माणका लागि महत्त्वपूर्ण हुनेछ।

अन्त्यमा यो प्रतिवेदन तयार गरी प्रकाशन गर्ने प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय तनहुँ र उक्त कार्यमा संलग्न सबैलाई स्वास्थ्य मन्त्रालय, गण्डकी प्रदेश सरकारको तर्फबाट विशेष धन्यवाद ज्ञापन गर्दै आगामी दिनमा समेत उक्त कार्यको निरन्तरताको लागि शुभकामना व्यक्त गर्दछु।

मिति: २०८२/०७/२२

[मा. कृष्ण प्रसाद पाठक]
मन्त्री
स्वास्थ्य मन्त्रालय, गण्डकी प्रदेश

गण्डकी प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

पोखरा, कास्की, नेपाल

शुभकामना सन्देश

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को स्वीकृत बार्षिक कार्यक्रम अनुसार यस मन्त्रालय मातहतको प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय, दमौली, तनहुँ मार्फत सम्पादन भएका कार्यहरु समावेश गरी वार्षिक प्रगति प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न लागेकोमा मलाई खुशी लागेको छ । यस वार्षिक प्रगति प्रतिवेदनले स्वास्थ्य क्षेत्रका नीति निर्माता, योजनाकार, व्यवस्थापक, सेवा प्रदायक निकाय, सेवाग्राही एवं अन्य सरोकारवाला सबैको लागि यस प्रतिवेदन उपयोगी हुने मैले विश्वास लिएको छु ।

नेपालको संविधानमा उल्लेख भएको स्वास्थ्य सम्बन्धी हक लगायतका कानूनी प्रावधान तथा गण्डकी प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य नीति अनुसार तोकिएका लक्ष्य हासिल गर्न प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय, दमौली, तनहुँ अनवरत प्रयासरत रहेको छ ।

तनहुँ जिल्ला बासी सवै नागरिकहरुको समग्र स्वास्थ्य अवस्थामा सुधार गर्न नेतृत्वदायी भूमिका निर्वाह गर्नुहुने जनप्रतिनिधिहरु, प्रमुख तथा पदाधिकारीहरु, संघ-प्रदेश तथा स्थानीय तहका अस्पतालहरु, स्थानीय तहका स्वास्थ्य शाखा लगायतका सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरु, आधारभूत स्तरमा सेवा पुर्याउदै आउनु भएका राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु, नीजि तथा गैह्र सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु लगायत सरोकारवाला सवैलाई स्वास्थ्य क्षेत्रमा पुऱ्याउनु भएको सेवाको कदर गर्दै हार्दिक धन्यवाद दिन चाहन्छु ।

अन्त्यमा यस प्रतिवेदन तयार गर्न प्रत्यक्ष तथा अप्रत्यक्ष रुपमा योगदान पुऱ्याउनुहुने राष्ट्रसेवक कर्मचारीहरु प्रति आभारी हुदै आगामी दिनमा यस प्रतिवेदनले औल्याएका सवालहरु समाधान गर्न तथा नविनतम कार्यहरु गर्दै स्वास्थ्य क्षेत्रलाई नागरिक मैत्री वनाउन प्रयत्नरत हुनुहुनेछ भन्ने विश्वास सहित निरन्तर सफलताको शुभकामना ब्यक्त गर्दछु ।

मिति: २०८२ कार्त्तिक ।

....

(डा. विश्व वन्धु बगाले)

सचिव

फोन : ०६१ ५७०३९०

गण्डकी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय
गण्डकी प्रदेश, पोखरा, नेपाल

पत्रसंख्या : २०८२/०८३
चलानी नं. :

शुभकामना मन्तव्य

प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय, तनहुँले आ.व. २०८१/८२ को वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन सार्वजनिक गर्न लागिरहेको यो अवसर हामी सबैका लागि खुसीको विषय हो। नेपालको संविधान २०७२ ले प्रत्याभूत गरेको स्वास्थ्यसम्बन्धी हक, नेपाल स्वास्थ्य नीति २०७६, गण्डकी प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७८ लगायतका नीतिहरूमा उल्लिखित लक्ष्यहरूलाई व्यवहारमा उतार्दै नेपाली जनताको स्वास्थ्य स्तरमा सुधार ल्याउन यो प्रतिवेदनले महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याउनेछ भन्नेमा म दृढ छु।

स्वास्थ्य सेवा जनताको आधारभूत अधिकार हो। यही मर्मलाई आत्मसात गर्दै कार्यालयले सीमित साधन-स्रोत र जनशक्ति बीच पनि निरन्तर जनमैत्री सेवा प्रवाह र सुशासनको अभ्यास गर्दै आएको छ। यस प्रतिवेदनमार्फत विगत वर्षका उपलब्धि, चुनौती र सिकाइहरूको अभिलेख मात्र नभई आगामी दिनमा अझ प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवाको मार्गचित्र पनि प्रस्तुत भएको छ।

तनहुँ जिल्लामा गत आ.व. २०८०/८१ देखि सुरु गरिएका eHMIS, FHP, eTB तथा गर्भवती महिला दर्ता जस्ता डिजिटल प्रणालीहरूको सफल कार्यान्वयनले स्वास्थ्य सेवा प्रवाहलाई आधुनिक र प्रभावकारी बनाएको छ। आउँदो आ.व. २०८२/८३ मा समेत यी कार्यक्रमहरू अझ प्रभावकारी रूपमा सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा विस्तार हुनेमा पूर्ण विश्वास लिएको छु।

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा संलग्न सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरू तथा सहकर्मीहरूलाई प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालयको तर्फबाट हार्दिक धन्यवाद तथा बधाई दिन चाहन्छु। अन्तमा, प्रतिवेदन तयार गर्ने कार्यको लागि प्रदेश जन स्वास्थ्य कार्यालय, तनहुँ तथा प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष रुपमा संलग्न सबैलाई हार्दिक धन्यवाद व्यक्त गर्दै आगामी वर्षहरूमा पनि प्रतिवेदन प्रकाशनले निरन्तरता पाओस भन्ने शुभकामना व्यक्त गर्दछु।

मिति : २०८२/०७/२३ गते

खिम बहादुर खड्का
महानिर्देशक

गण्डकी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय

प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय

दमौली, तनहुँ, नेपाल

प.सं. (Ref. No.):- २०८२/०८३
च.नं. (Des. No.):-

मिति(Date):-
ने.सं.

कार्यालय प्रमुखको भनाई

नेपालको सम्बिधान २०७२ ले स्वास्थ्य लाई मौलिक हकको रुपमा समावेश गरि कानुनी प्रावधान समेत तयार गरेको छ। नेपालको स्वास्थ्य नीति २०७६ ले नागरिकको आधारभूत स्वास्थ्य राज्यको प्रमुख जिम्मेवारीका रुपमा लिएको छ र प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७८ ले प्रदेश भित्रका स्वास्थ्य सेवालाई प्राथमिकिकरण गरि प्रदेश सरकारका नीति तथा कार्यक्रम मार्फत बार्षिक क्रियाकलापमा समेटी कार्यन्वयनमा ल्याई समतामुलक, गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा जोड दिई उक्त सेवालाई नागरिकको पहुँच योग्य बनाउनलाई जोड दिएको छ। दिगो विकास लक्ष्य, संघ र प्रदेशका योजनामा समेटिएका लक्ष्य तथा सुचकहरु हासिल गर्ने उदेश्यका साथ आ.व. २०८१-८२ मा यस कार्यालय र जिल्ला भित्रका सबै स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने निकायबाट प्रदान गरिएका सेवाका सुचकहरु समेटि विश्लेषणात्मक ढगंले **"स्वास्थ्य प्रतिवेदन २०८२"** यहाँहरु समक्ष प्रस्तुत गर्न पाउँदा हर्षित छु।

यस प्रतिवेदनमा जिल्ला भित्र रहेका सरकारी, गैरसरकारी, निजी स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिएका सेवाका सुचकहरु, संचालान गरिएका मुख्य क्रियाकलापहरु, विगत ३ आ.व. को प्रगतिको तुलानात्मक विश्लेषण, कार्यक्रम अनुसारका समस्याहरु र समाधानका उपायहरु सहितको कार्ययोजनाको विश्लेषणात्मक प्रस्तुति समेटिएका छन।

जिल्लामा कार्यक्रम संचालनका लागि मार्गदर्शन, अनुगमन र निर्देशन प्रदान गर्नुहुने माननीय स्वास्थ्य मन्त्रीज्यू, श्रीमान् स्वास्थ्य सचिवज्यू, महानिर्देशकज्यूहरु, स्थानिय तहका प्रमुख एवं जनप्रतिनिधिज्यूहरु, प्र.जि.अ. ज्यू लगायत समन्वयका लागि सम्पूर्ण कार्यालय प्रमुखज्यूहरु प्रति आभारी छु। साथै स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न प्रत्यक्ष खटिनुहुने सरकारी, गैरसरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरु, प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय, प्रदेश अस्पताल दमौली र स्थानिय तहका स्वास्थ्य शाखा प्रमुख एवं सबै स्वास्थ्यकर्मीहरु साथै सहयोग गर्नुहुने राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु प्रति आभारका साथ धन्यवाद ब्यक्त गर्न चाहान्छु।

अमर दवाडी
जनस्वास्थ्य प्रशासक
प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय दमौली तनहुँ
९८५६०६४११९
dhotanahun@gmail.com

"समृद्ध गण्डकी, सुखी नागरिक"

बिषय सूची

प्रतिवेदनको सारांश (Executive Summary) 1
अध्याय-१ 5
तनहुँ जिल्लाको सङ्क्षिप्त परिचय 5
१.१ भौगोलिक अवस्थितिः 5
१.२ भू-उपयोगको अवस्था 6
१.३ जनसङ्ख्या तथा सामाजिक वनोट 6
१.५ राजनैतिक विभाजन 7
१.६ विपद्को पृष्ठभूमि 8
१.७ प्रमुख धार्मिक स्थलहरुः 9
१.८ प्रमुख पर्यटकीय स्थलहरुः 9
अध्याय- २ 10
बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (Child Health Program) 10
२.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम 10
२.१.१ पृष्ठभूमि 10
२.१.२ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत सर्भिलेन्स गरिने रोगहरु 11
२.१.३ लक्ष्य 11
२.१.४ उद्देश्यहरु 11
२.१.५ रणनीति 12
२.१.६ खोप कार्यक्रमको मूख्य उपलब्धिहरू 12
२.१.७ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको लक्षित जनसंख्या र खोप : 13
२.१.८ मुख्य कार्यहरु 13
२.१.९ नियमित खोप कार्यक्रमको प्रगति समिक्षा 14
२.१.१० ड्रपआउट दर 18
२.१.११ एच.पि.भी. खोप अभियान २०८१/८२ 20
२.१.१२ पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा 21
२.१.१३ नवीनतम प्रयासहरु 22
२.१.१४ समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु 22
२.२ समुदायमा आधारित बालरोग तथा नवजात शिशुको एकिकृत व्यवस्थापन 23
२.२.१ कार्यक्रमको लक्ष्य, उद्देश्य, रणनीति तथा मुख्य क्रियाकलापहरु 23
२.२.२ आ.व. २०८१/८२ मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु 24
२.२.३ समुदायमा आधारित एकिकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रमका निगरानी सूचकहरु 24
२.२.४ समुदायमा आधारित एकिकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रमका समस्या समाधानका उपायहरु.. 24
अध्याय- ३ 26
राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम (National Nutrition Program) 26

३.१. पृष्ठभूमि 26
३.२ पोषण कार्यक्रमका उद्देश्यहरुः 27
३.३ पोषण कार्यक्रमका रणनीतिहरुः 28
३.४ पोषण सम्बन्धी सञ्चालित क्रियाकलापहरु 28
३.५ मुख्य उपलब्धीहरुः 28
३.६ बाल भिटा (बहु सूक्ष्म पोषक तत्व) प्रवर्द्धन कार्यक्रम 33
३.६.१ बाल भिटा वितरणको अवस्थाः 33
३.६.२ आयोडिनको कमीले हुने विकृतीको रोकथाम र नियन्त्रण 33
३.६.३ भिटामिन "ए" को कमीको नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रम 34
३.६.४ जुकाको औषधि वितरण कार्यक्रम (परजिवी नियन्त्रण कार्यक्रम) 35
३.६.५ आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रम 36
३.६.६ आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रमले गरेको नविनतम कार्य 37
३.६.७ आ.व. २०८१।८२ मा गरिएका मुख्य गतिविधिहरु 37
३.७ पोषण कार्यक्रमका समस्या तथा समाधानका उपायहरु 38
अध्याय - ४ 39
राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (National Safe Motherhood Program) 39
४.१. पृष्ठभूमि 39
४.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका मुख्य रणनीतिहरुः 39
४.३ मुख्य कार्यहरु (गतिविधि) 40
४.४ प्रगती विश्लेषणः 41
अध्याय – ५: 46
परिवार नियोजन कार्यक्रम (Family Planning Program) 46
५.१ पृष्ठभूमि 46
५.२ मुख्य कार्यहरु (गतिविधि) 46
५.३ प्रगति विश्लेषण 47
अध्याय – ६: 50
राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम (National Female Community Health Volunteer Program) 50
६.१ पृष्ठभूमि 50
६.२ मुख्य कार्यहरु 50
६.३ प्रगति विश्लेषण 51
६.४ समस्या तथा समाधानका उपायहरु 54
अध्याय – ७: 55
प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा 55
७.१ सेवाको उद्देश्य: 55
७.२ प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवाका प्रमुख पक्षहरू: 55
७.३ समस्या तथा समाधानका उपायहरुः 57
अध्याय – ८ 58
किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम (Adolescent Friendly Sexual and Reproductive Health Program) .. 58

८.१ पृष्ठभूमि 58
८.२ मुख्य कार्यहरुः 58
८.३ प्रगती विश्लेषणः 59
अध्याय – ९ : 60
प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम (Primary Health Care Outreach Clinic Program) 60
९.१. पृष्ठभूमि 60
९.२ गाउँघर क्लिनिक रणनीति अनुरुप प्रदान गरिने सेवाहरु 60
९.३ प्रगति विश्लेषण 61
९.४ समस्या तथा समाधानका उपायहरुः 62
अध्याय – १० : 64
इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Epidemiology and Disease Control Program) 64
१०.१ औलो रोग निवारण कार्यक्रम 64
१०.१.१ पृष्ठभूमि 64
१०.१.२ नेपालमा औलो नियन्त्रणको क्रियाकलाप 64
१०.१.३ परिकल्पना, लक्ष तथा उद्देश्य 65
१०.१.४ तनहुँ जिल्लामा औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको स्थिति 65
१०.१.५ रक्त नमुना संकलन, परिक्षण तथा औलो रोगीको बिवरण 66
१०.१.६ औलोरोग निवारण कार्यक्रम अन्तरगत संचालित कार्यक्रमहरु : 67
१०.२. डेंगुरोग नियन्त्रण कार्यक्रम 68
१०.२.१ डेङ्गु रोग रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि गरिएका प्रयासहरु 69
१०.२.२ डेंगुरोग लाग्नबाट बच्ने तथा रोकथामका उपायहरू : 69
१०.२.३ समस्या तथा समाधानका उपायहरु 70
१०.३ राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम 70
१०.३.१ पृष्ठभूमि 70
१०.३.२ शून्य कुष्ठरोगको लागि राष्ट्रिय मार्ग चित्र (२०२१-२०३०): 71
१०.३.३ मुख्य कार्यहरु 72
१०.३.४ प्रगति विश्लेषण 72
१०.३.५ समस्या र समाधानका उपायहरुः 72
१०. ४ राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम 73
१०. ४. १ पृष्ठभूमि 73
१०.४.२ राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरुः 74
१०.४.३ क्षयरोग कार्यक्रमका उद्देश्यहरूः 74
१०.४.४ क्षयरोग अन्त्यको राष्ट्रिय रणनीतिक योजना ०७८/७९-०८२/०८३ 75
१०.४.५ क्षयरोग निदान गर्ने माईक्रोस्कोपिक केन्द्रहरु 76
१०.४.६ मुख्य कार्यहरु 76
१०.४.७ प्रगति विश्लेषण 77
१०.४.८ समस्या र समाधानका उपायहरुः 79
१०.५ एच आइ भी एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (HIV/AIDS and STI control Program) .. 79

१०.५.१ पृष्ठभूमि 79
१०.५.२ राष्ट्रिय एचआईभी रणनीति योजना २०२१–२०२६ 80
१०.५.३ HIV/AIDS संग सम्बन्धि सेवा प्रदान गर्ने संस्थाहरु 80
१०.५.४ मुख्य कार्यहरु 80
१०.५.५ प्रगति विश्लेषण 81
१०.५.६ समस्या र समाधानका उपायहरुः 83
अध्याय – ११ 84
नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (Non communicable Disease and Mental Health) 84
११.१ नसर्ने रोग 84
११.१.१ पृष्ठभुमि 84
११.१.२ नसर्ने रोगको भारः 84
११.१.३ प्रमुख नसर्ने रोगहरु रोकथाम तथा नियन्त्रण प्रयासः 84
११.१.४ नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना (२०२१-२०२५) 85
११.१.५ तनहुँ जिल्लाको नसर्ने रोगहरुको विवरण 86
११.२ मानसिक स्वास्थ्य 87
अध्याय – १२ 90
खानेपानी गुणस्तर निगरानी कार्यक्रम 90
अध्याय –१३ 92
न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS) कार्यक्रम 92
१३.१ पृष्ठभूमिः 92
१३.२ समिक्षा तथा सुदृढिकरण 93
अनुसूचिहरु 1
अनुसूचि १: प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय दमौली तनहुँ अन्तरगतका कर्मचारीहरुको विवरणः 1
अनुसूचि २ : Fact Sheet 2
अनुसूचि ३ : स्थानीय तहहरु अन्तरगत स्वास्थ्य शाखा प्रमुखहरुको विवरणः 9
अनुसूचि ४ : वर्थिङ सेन्टरको विवरणः 9
अनुसूचि ५ : RUSG संचालन रहेको विवरण 11
अनुसूचि ६ : राष्ट्रिय महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको विवरण 11
अनुसूचि ७ : पालिका अनुसार सेवा विवरणको तालिका 12
अनुसूचि ८ : जिल्ला भित्र संचालनमा रहेका एम्वुलेन्स सेवा र सम्पर्क नं. को विवरणः 12

प्रतिवेदनको सारांश (Executive Summary)

प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय दमौली तनहुँले तयार गरेको यस वार्षिक प्रतिवेदनले तनहुँ जिल्लामा आ.व.२०८१।८२ मा सम्पादन गरिएका समग्र जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको उपलब्धि विश्लेषण तथा गत तीन आ.व. हरुको सूचकहरुको प्रवृत्ति चित्रित गर्दछ। यस प्रतिवेदनमा जनस्वास्थ्यका गतिविधिहरु, कार्यक्रम सञ्चालनमा आईपरेका समस्या तथा समाधानका उपायहरुको वारेमा उल्लेख गरिएको छ । जिल्लागत तथ्याङ्कका आधारमा 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 संस्थाहरु रहेका छन्। विभिन्न स्थानीय तहहरुमा निजी तथा गैह्र सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरु पनि रहेका छन्।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

नेपाल सरकारको स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले बाल स्वास्थ्य र खोप कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकता (P1) दिएको छ। खोप कार्यक्रम सबैभन्दा लागत-प्रभावकारी स्वास्थ्य कार्यक्रममध्ये एक मानिन्छ। तनहुँ जिल्लाको गत तीन आ.ब. को खोप प्रगति डि.पि.टि.-हेप बि.-हिव ३ खोप कभरेज ९५%, १०३% र ७६% र दादुरा–रुवेला २ खोप कभरेज ९०%, ११४% र ८९% रहेको छ। जे.ई. खोप कभरेज ९१%, ११५% र ८२% र डि.पि.टि. र दादुरा–रुवेला २ बीच ड्रपआउट दर -१४% छ। तनहुँ जिल्ला खोप कार्यान्वयनका हिसाबले Category-3 मा परेको छ। आ.व. २०८१/८२ मा सबै स्थानीय तहले गरेको घरधुरी सर्वेक्षणमा सबै बालबालिकाले समयमै खोप पाएको पाइएको छ ।२०८२ जेष्ठ ३० गते तनहुँ जिल्लालाई आधिकारिक रूपमा "पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना कायम जिल्ला" घोषणा गरिएको थियो। एच.पि.भी. खोप अभियान दुई चरणमा सञ्चालन भई १०–१४ वर्षका १४,२७६ किशोरीहरुलाई लक्षित गरी २५९ विद्यालयमार्फत सफलतापूर्वक सम्पन्न गरिएको थियो।

समुदायमा आधारित बालरोग तथा नवजात शिशुको एकिकृत व्यवस्थापन

आ.व. २०८१/८२ यस कार्यक्रम अन्तरगत निमोनियाको प्रकोपदर प्रति १० हजारमा १५.६३, देखिएकोमा सवैमा एन्टिवायोटिकबाट उपचार भएको, झाडापखालाको प्रकोपदर प्रति १० हजारमा १५५.१७, देखिएको र गत विगतका दुई आ..ब भन्दा आ.ब. २०८१।८२ मा प्रकोपदर घट्दो क्रममा रहेको छ । यस अवधिमा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई समुदायमा आधरित एकीकृत वालरोग व्यवस्थापनको (CBIMNCI) तालिम प्रदान गरिएको थियो।

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम

तनहुँ जिल्लाको ० देखि ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरूको नयाँ वृद्धि अनुगमन दर ७६% रहेको छ, जुन गत दुई आ.ब. को भन्दा घट्दो क्रममा रहेको छ। तापनि ०-२३ महिनाको बालवालिकाको औषत वृद्धि अनुगमन दर भने वढ्दो क्रममा रहेको छ र यस आ.ब. मा १५ पटक रहेको छ। कम जन्म तौल (<२.५ के.जी.) भएका शिशुहरूको दर पछिल्ला तीन आर्थिक वर्षहरूमा उतारचढाव देखिएको छ २०७९/८० मा ५.४१%, २०८०/८१ मा ५.१% र २०८१/८२ मा ६.४% पुगेको छ। गर्भवती महिलाहरू मध्ये पहिलो पटक आइरन चक्की सेवन गर्नेको दर ५९% र १८० वटा चक्की पूरा गर्ने दर ५१ % जुन विगत वर्षहरु भन्दा घट्दो दरमा रहेको छ। त्यस्तै, सुत्केरी महिलामध्ये ४५ वटा आइरन चक्की खाने दर पनि निरन्तर घट्दै गएको छ र हाल २४% मा सीमित रहेको छ। यी तथ्यांकहरूले

बालबालिकाको वृद्धि अनुगमनमा सुधार देखाए पनि, मातृ पोषण विशेषतः आइरन सेवनको क्षेत्रमा सुधार आवश्यक रहेको संकेत गर्छ।

राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

तनहुँ जिल्लामा आ.व. २०८१/८२ मा ३ BEONC, २ CEONC र ३४ बर्थिङ सेन्टरबाट प्रसूति सेवा प्रदान गरिएको छ। गर्भवती जाँचमा सुधार देखिए पनि ४ पटक जाँच गर्ने ५३% **र** ८ पटक जाँच गर्ने ४२% मात्र रहेका छन्। स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराउने महिलाको प्रतिशत आ.व. २०८०/८१ मा २७% थियो जुन आ.व. २०८१/८२ मा घटेर २३% पुगेको छ । दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SBA/SHP) द्वारा गरिने प्रसूति दर पनि १९ बाट घटेर १५% पुगेको छ। उत्तर प्रसूति (PNC) घरभेट कार्यक्रमका कारण सेवा पहुँच केही सुधारिएको देखिन्छ।

परिवार नियोजन कार्यक्रम

तनहुँ जिल्लामा २५ इम्प्लान्ट र १४ IUCD साइट रहेका छन् र १३ स्वास्थ्य संस्थाबाट सबै ५ प्रकारका सेवा दिइँदै आएका छन् । आ.व. २०८१/८२ मा नियमित सेवा, लामो जन्मान्तरका शिविर, स्याटेलाइट क्लिनिक र तालिम कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो। परिवार नियोजन सेवा प्रयोग दर तनहुँमा ३१% पुगेको छ, जुन विगत वर्षहरूको तुलनामा बढ्दो क्रममा रहेको देखिन्छ।

राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले परिवार नियोजन, पखाला, श्वासप्रश्वास रोग, भिटामिन ए वितरण जस्ता सेवामा योगदान पुऱ्याउँछन् । तनहुँमा ४६८ म.स्वा.से. कार्यरत छन्, प्रतिवेदन दर ९९% र आमा समूह बैठक दर पनि ९९% रहेको छ।

प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा

आ.व. २०८१/८२ मा तनहुँ जिल्लामा पाठेघरको क्यान्सर स्क्रिनिङ ३,०५८ जनामा गरिएको थियो, जसमा १३३ जना positive देखिएका थिए । स्तन क्यान्सर स्क्रिनिङमा ४० वर्षभन्दा कम उमेरका ३०१ जना, ४०–७० वर्षका ३२७ जना र ७० वर्षभन्दा माथिका ११ जना परीक्षणमा समावेश थिए, जसमा २ जनामा संकास्पद र १ जनामा positive पाइयो ।

किशोरकिशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम

तनहुँ जिल्लामा विगतमा १३ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा प्रदान हुँदै आएको छ । तर तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको कमी र प्रमाणीकरण नहुँदा सेवा निरन्तरतामा भने केही समस्या देखिएको छ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनीक कार्यक्रम

तनहुँ जिल्लामा हाल १७९ गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनमा छन्, जसको प्रतिवेदन दर १०० प्रतिशत छ । प्रति गाउँघर क्लिनिक सेवाग्राही संख्या हेर्दा पछिल्ला तीन आ. व. मा क्रमश: २८,२७ र २७ जना रहेको देखिन्छ ।

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

औलो रोग निवारण कार्यक्रम (Malaria Elimination Program): यो जिल्ला कम जोखिममा परेपनि विदेशबाट आएका व्यक्तिमा कहिलेकाहीँ औलोका केस देखिएका छन् । आ.ब. २०८१/८२ मा ५२०३ जनाको रक्त नमुना परीक्षण हुँदा २ जनामा मलेरिया पोजिटिभ भेटिएको थियो । कार्यक्रम अन्तर्गत केशवेस सर्भेलेन्स, स्वास्थ्यकर्मी अभिमुखिकरण, समुदायमा सचेतना र औलो दिवस मनाउने कार्यहरू भइरहेका छन्।

डेंगुरोग नियन्त्रण कार्यक्रम: तनहुँमा डेंगु रोग सम्बन्धि स्वास्थ्यकर्मीलाई अभिमुखीकरण तालिम दिइएको छ र "खोज तथा नष्ट गर" अभियान नियमित सञ्चालन गरिएको छ । विद्यालय, प्रहरी, जनप्रतिनिधि र टोल विकास समितिहरूलाई सहभागी बनाई सचेतना कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको छ । जोखिम क्षेत्रको पहिचान र तथ्याङ्क व्यवस्थापन नियमित रूपमा गरिएको छ । त्यसै गरि रोकथामका लागि "खोज र नष्ट गर" कार्यक्रमहरु नियमित रुपमा सञ्चालनमा रहेका छन् । यी प्रयासहरूले पछिल्ला वर्षहरूमा डेंगु संक्रमण दर घट्दै गएको छ भने डेंगुको कारण मृत्यु हुने संख्या घटाउन मद्दत पुगेको छ साथै रोग नियन्त्रणमा सहयोग पुयाउने परिणाम देखिएको छ ।

राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम: यस कार्यक्रमले स्वास्थ्य सेवा सुदृढीकरण, सही निदान, औषधी आपूर्ति, जनचेतना, कानूनी सुधार र भेदभाव हटाउने उपायहरूमा जोड दिएको छ। तनहुँ जिल्लामा २०८१/८२ मा १० नयाँ बिरामी पुष्टि भएका थिए। तनहुँ जिल्लामा कुष्ठरोग प्रति १ लाख जनसंख्यामा ०.९१ जनामा रहेको पाइन्छ जुन निवारणको अबस्थामा रहेको छ ।

राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम : तनहुँ जिल्लामा १३ माइक्रोस्कोपिक केन्द्रमार्फत निदान र उपचार भइरहेको छ, साथै AI X-ray प्रयोग गरी बिरामीको सक्रिय खोज-पड्ताल गरिएको छ । आ.व. २०७९/८० देखि २०८१/८२ सम्म क्षयरोग उपचार सफलता दर क्रमशः ८८%, ८६% र ९१% रहेको छ, र मृत्युदर घट्दै गएको छ । राष्ट्रिय रणनितिक योजना २०७८/७९–०८२/०८३ अन्तर्गत स्वास्थ्य प्रणाली सुधार, गुणस्तरीय उपचार, निगरानी र समुदायमा सचेतना फैलाउने कार्यहरू प्राथमिकतामा राखिएका छन्।

राष्ट्रिय एच आइ भी एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम: राष्ट्रिय एचआईभी रणनीति योजना २०२१–२०२६ अनुसार सन् २०३० सम्म एड्स ईपिडेमिक अन्त्य गर्ने, नयाँ संक्रमण रोक्ने, संक्रमितको स्वास्थ्य सुधार गर्ने र असमानता घटाउने लक्ष्य राखिएको छ। तनहुँ जिल्लामा एचआईभी परीक्षण गर्दा ५ जना नयाँ संक्रमित भेटिएको र PMTCT जाँचमा १ जना गर्भवती संक्रमित भेटिएको छ साथै २६६ जना संक्रमितहरुले नियमित ART औषधि सेवन गरिरहेका छन्।

नसर्ने रोग कार्यक्रम: नेपाल सरकारले NCD रोकथाम र व्यवस्थापनका लागि नीति, रणनीति, मापदण्ड र कार्यक्रमहरू लागू गर्दै, उपचार, परामर्श, औषधि र मानसिक स्वास्थ्य सेवामा समन्वय गर्दै आएको छ । तनहुँ जिल्लामा विगत तीन वर्षमा NCD का बिरामीहरूको संख्या लगातार वृद्धि हुँदै आएको अवस्था रहेको र गत आ.व. २०८१/८२ को अवधिमा मधुमेह १०९२८ उच्च रक्तचाप ३६०६८ दम ५४८२ पाठेघरको मुखको क्यान्सर १३३ बाथरोग ५२१० मुटुरोग सम्वन्धी १४४ जना रहेको छ।

मानसिक स्वास्थ्य: आ.व. २०८१/८२ मा ओ.पी.डी. मा माइग्रेन, डिप्रेशन, एन्जाइटी, एपिलेप्सी र लतमा परेका बिरामी बढी आएका छन् । तथ्यांक अनुसार व्यास नगरपालिकामा सबैभन्दा बढी आत्महत्या १६–२६ वर्ष उमेर समूहमा भएको छ र शारीरिक चोटपटक, यौनजन्य हिंसा र मानसिक दुर्व्यवहारका केसहरू पनि देखिएका छन्। तनहुँ जिल्लामा पालिका र वडा स्तरमा जनप्रतिनिधि, शिक्षक, स्वास्थ्यकर्मी र समुदायका सदस्यहरुलाई सहभागी गराई मानसिक स्वास्थ्य, विद्यालय शिक्षा, योग, ध्यान, लागु पदार्थ र स्वस्थ जीवनशैली सम्बन्धि कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको छ।

न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS) कार्यक्रम:

न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS) कार्यक्रमले स्वास्थ्य संस्थामा प्रदान गरिने सेवाको गुणस्तर र तयारीको अवस्थाको मूल्याङ्कन गरी सुधारमा सहयोग पुऱ्याउँछ । यस अन्तर्गत सुशासन, क्लिनिकल सेवा र अस्पताल सहयोग सेवाको मूल्याङ्कन गरिन्छ र चेकलिष्ट प्रयोग गरी कार्यन्वयन गरिन्छ । यस अवधिमा गरिएका सवै ४४ संस्थाको MSS मापदण्ड मूल्याङ्कन अनुसार ४५ देखी ८६ सम्म स्कोर प्राप्त गरेका छन् ।

अध्याय-१

तनहुँ जिल्लाको सङ्क्षिप्त परिचय

गण्डकी प्रदेशमा अवस्थित तनहुँ जिल्ला प्राकृतिक श्रोत, सम्पदा, रहन सहन र जैविक विविधताले सम्पन्न ऐतिहासिक पहाडी जिल्ला हो । विविध जातजाति, भेषभूषाले भरिपूर्ण बहुल सामाजिक परिवेश, ऐतिहासिक कोट, गढी, दरबार, मन्दिरहरु, गुफा, ऋषि मुनिहरुका तपोबन केन्द्रहरु लगायतका महत्वपूर्ण स्थानहरु यस जिल्लामा रहेका छन् । त्यसैगरी नेपाली साहित्यिक क्षेत्रका आदिकवि भानुभक्त आचार्यको जन्मभूमि र कर्मभूमि, महर्षि पराशरको तपोभूमि तथा महाभारतका रचयिता महर्षि वेदव्यासको जन्मभूमि र कर्मभूमिका रुपमा समेत यस जिल्ला चिरपरिचित रहि आएको छ । ऐतिहासिक गाथा र गरिमामय इतिहास बोकेको यो जिल्लाको नामकरण सम्बन्धमा विभिन्न प्रकारका धारणा रहे तापनि परापूर्व कालदेखि चलि आएका निम्न किम्बदन्तीहरुलाई प्रमुख रुपमा लिइन्छ ।

१. तत्कालीन तनहुँ राज्यको राजधानी तनहुँसुर आसपासका एकै खालका तीनवटा चुचुराहरुलाई त्रितुङ्ग (संस्कृतमा 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 अवधि सम्म स्वतन्त्र राज्यको रुपमा अस्तित्वमा रही पाल्पाली राजा मणिमुकुन्द सेनका वंशज ९ जना सेनवंशी राजाहरू क्रमशः भृङ्गीसेन, हम्विर 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 ।

१.१ भौगोलिक अवस्थितिः

नेपालको मध्यवर्ती भागमा पर्ने यो जिल्ला पूर्वमा गोरखा र चितवन, दक्षिणमा चितवन, नवलपरासी र पश्चिममा स्याङ्जा र कास्की तथा उत्तरमा कास्की र तनहुँ जिल्लाहरुद्वारा परिवेष्ठित छ । समुद्र सतहबाट १८७ मि. (देवघाट गा.पा. को कालीगण्डकी र त्रिशूली नदीको सङ्गमस्थल) देखि २१३४ मि. (छिम्केश्वरी डाँडा आवुँखैरेनी गा.पा.) 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 सेल्सियस सम्म हुने गर्दछ ।

१.२ भू-उपयोगको अवस्था

भौगोलिक दृष्टिले जिल्लाको दक्षिणतर्फ चुरे र उत्तर तर्फ मध्यपहाडी क्षेत्रहरू मिली बनेको छ। 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. (५०.५३%), कृषियोग्य क्षेत्रले ६५,०६१ हे. (४२.०८%), चरन क्षेत्रले ४,३०६ हे. (२.७८%) र अन्य क्षेत्रले ७,१२१.७८ हे. (४.६३%) ओगटेका छन्। सप्तगण्डकीका सहायक नदीहरु मध्ये मर्स्याङ्दी नदीहरूले उत्तर पूर्व गोर्खा जिल्ला संग, त्रिशुलि नदीले पूर्व चितवन जिल्ला संग र कालीगण्डकी नदीले दक्षिण तर्फबाट पाल्पा र नवलपुर जिल्ला संग सिमाना बनाएका छन्। मादी र सेती नदीहरू र यसका सहायक नदीनालाले बिचमा चिरेर जिल्लालाई जल सम्पदामा समेत धनी बनाएका छन्। हाल जिल्ला भित्र मर्स्याङ्दी हाईड्रोपावर सञ्चालमा रहेको छ भने सेती नदीमा तनहुँ हाईड्रोपावर निर्माणाधिन रहेको छ।

१.३ जनसङ्ख्या तथा सामाजिक वनोट

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

जनसंख्याः राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को आधारमा तनहुँ जिल्लामा

- ☞ जनसंख्याः ३२७६२० महिलाः १७४६९९ पुरुषः १५२९२१
- ☞ जनघनत्वः प्रति वर्ग कि.मि. २१२ परिवार संख्याः औषत ३.५२
- ☞ लैङ्गिक अनुपातः ८७.५३
- ☞ जनसंख्या वृद्धिदरः ०.१३ प्रतिशत

तालिका :१ तनहुँ जिल्लाको जनसंख्या विवरण

स्थानीय तह	घर संख्या	परिवार 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
भिमाद नगरपालिका	७९६५	८९६४	३३०७७	१५१६६	१७९११
वन्दिपुर गाँउपालिका	४७१२	५४१८	१९४०३	९२५१	१०१५२
आँबुखैरनी गाँउपालिका	४७५८	६२८४	२२३४९	१०६९१	११६५८
म्याग्दे गाँउपालिका	५८५७	६५३२	२३३८५	१०७८१	१२६०४
ऋषिङ गाँउपालिका	४६११	४९८१	१८८२१	८५९०	१०२३१
घिरिङ गाँउपालिका	४१०२	४४९०	१५०३८	७०१३	८०२५
देवघाट गाँउपालिका	३६५३	३८७८	१४९४१	७११५	७८२६

स्रोतः राष्ट्रिय जनगणना २०७८

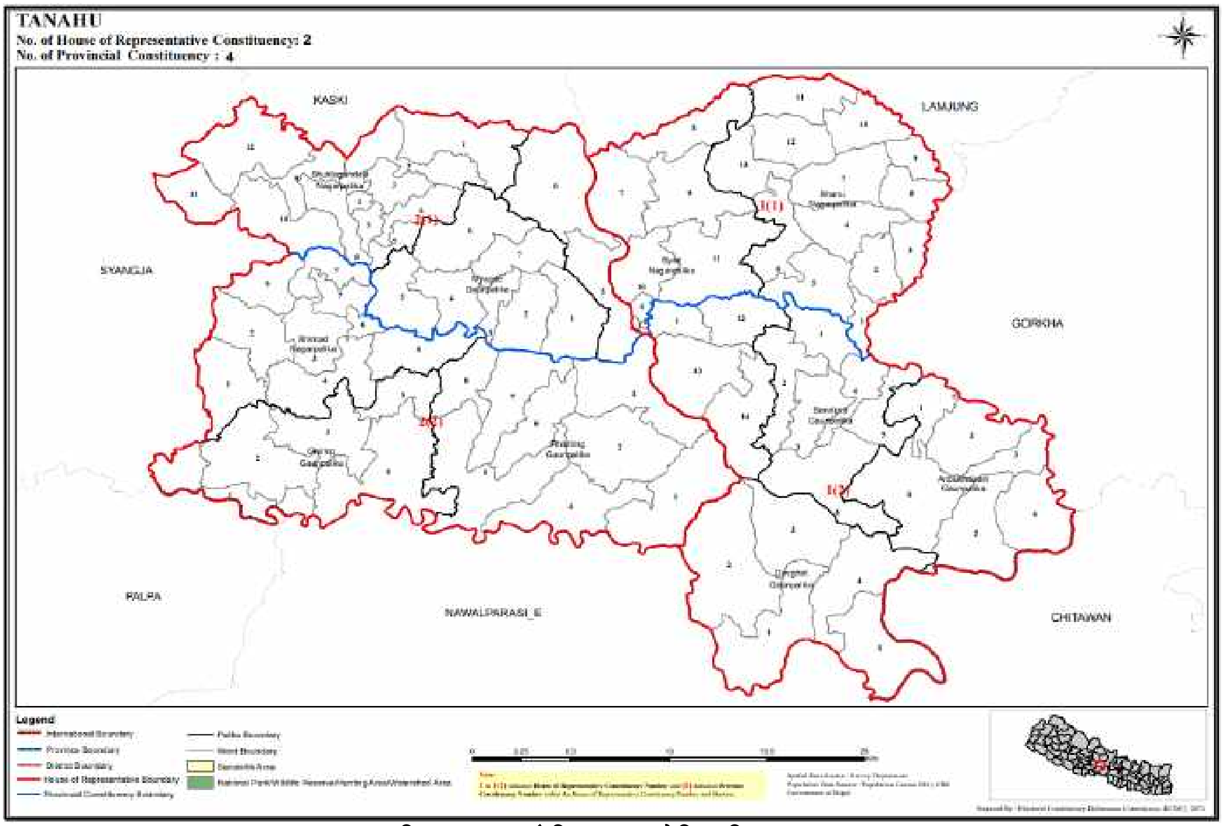
स्वास्थ्य सेवा बिभाग ब्यबस्थापन महाशाखाबाट प्राप्त लक्षित जनसंख्या यसप्रकार रहेको छ ।

तालिका नं .२ लक्षित जनसंख्या

उमेर समूह	**संख्या**
कुल 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 विभाजित तनहुँमा व्यास नगरपालिका, भानु नगरपालिका, शुक्लागण्डकी नगरपालिका, भिमाद नगरपालिका, आँबुखैरेनी गाउँपालिका, बन्दीपुर गाउँपालिका, देवघाट गाउँपालिका, म्याग्दे गाउँपालिका, ऋषिङ्ग गाउँपालिका र घिरिङ गाउँपालिका गरी ४ नगरपालिका र ६ गाउँपालिका छन् । ४ वटा प्रदेश निर्वाचन क्षेत्र र २ वटा सङ्घीय निर्वाचन क्षेत्रमा विभाजित रहेको छ ।



चित्र नं. १ तनहुँ जिल्ला राजनैतिक विभाजनः

स्रोत निर्वाचन आयोग नेपाल

१.६ विपद्को पृष्ठभूमि

यस जिल्लामा समय समयमा विभिन्न प्राकृतिक प्रकोष तथा विपद्का घटनाहरु घटेको पाईन्छ । प्राय बर्षादको समयमा वाढीपैह्रोका घटना हुन वा सुख्खा याममा डढेलो आगजनिका अकल्पनिय घटनाहरु हुने गरेका छन् । तनहुँ जिल्लामा सवारी दुर्घटना जस्ता घटनाहरुका कारण मानविय जनधनको क्षति हुने गरेको पाईन्छ । भौगोलिक हिसाबले मध्य पहाडी भागमा पर्ने तनहुँ जिल्ला भएर नेपालका प्रमुख नदी प्रणाली मध्येको सप्तगण्डकी नदी प्रणालीका प्राय सवै नदीहरु वग्ने गर्दछन् । नदी प्रभावित यस जिल्लामा पहिरो, बाढी, आगलागी, भूकम्प, महामारी, चट्याङ्ग, खडेरी, सवारी दुर्घटना, हावाहुण्डरी यहाँको प्रमुख प्रकोपहरू हुन् । जिल्लाका बन्दीपुर गाउँपालिका भानु नगरपालिका ब्यास नगरपालिका शुक्लागण्डकी नगरपालिका आबुँखैरेनी गाउँपालिका समेतका स्थानहरुमा जंगली जनावर चितुवा बादर लगायतबाट मानिस लगायत खेतीपातीमा नोक्सानी पुर्याएको र जंगली जनावरको आक्रमणबाट जिल्लामा बिगतका बर्षहरुमा कम्तिमा १६ जना बालबालिकाले ज्यान गुमाएको र सो भन्दा धेरै घाईते भएको अवस्था रहेको छ । साथसाथै विश्वभरी महामारीको रुपमा फैलिरहेको Covid-19 कोरोना भाइरसको प्रभावको असरबाट यो जिल्ला पनि अछुतो छैन । गत विगतको बर्षहरु २०७९।८० देखी यस जिल्लामा डेङ्गु रोगले महामारीकै रुप लिएको थियो करीब ८००० भन्दा बढी जनसंख्यामा फैलिएको डेङ्गु रोगबाट ९ जनाको ज्यान समेत लिएको थियो । यस जिल्लामा विगत पाँच वर्षहरुमा देखिएका विभिन्न प्राकृतिक प्रकोपहरुका कारण उत्पन्न विपद्को अवस्थालाई निम्नानुसार चित्रण गर्न सकिन्छ ।

तालिका नं .३ तनहुँ जिल्लाको प्रकोपको प्राथिमिकिकरण

स्थानीय तह	प्रकोपको प्राथमिकता					
	पहिलो १	दोश्रो २	तेश्रो ३	चौथो ४	पाचौ ५	छैठौं ६
ब्यास न.पा.	पहिरो	बाढी	भुकम्प	सडक दुर्घटना	आगलागी	महामारी
भानु न.पा.	बाढी	पहिरो	भुकम्प	आगलागी	सुख्खा खडेरी	सडक दुर्घटना
भिमाद न.पा.	पहिरो	बाढी	भुकम्प	आगलागी	सडक दुर्घटना	महामारी
शुक्लागण्डकी न.पा.	पहिरो	बाढी	पहिरो	आगलागी	सुख्खा खडेरी	चट्याङ्ग
देवघाट गा.पा.	बाढी	पहिरो	आगलागी	भुकम्प	महामारी	सडक दुर्घटना
बन्दीपुर गा.पा.	पहिरो	आगलागी	सुख्खा खडेरी	बाढी	चट्याङ्ग र हावाहुरी	महामारी
घिरिङ्ग गा.पा.	पहिरो	बाढी	भुकम्प	महामारी	आगलागी	सडक दुर्घटना
ऋषिङ्ग गा.पा.	पहिरो	बाढी	भुकम्प	महामारी	आगलागी	सडक दुर्घटना
आबुखैरेनी गा.पा.	पहिरो	बाढी	भुकम्प	सुख्खा खडेरी	चट्याङ्ग र हावाहुरी	महामारी
म्याग्दे गा.पा.	पहिरो	बाढी	भुकम्प	सडक दुर्घटना	महामारी	आगलागी
स्रोतः जिल्ला प्रशासन कार्यालय, तनहुँ						

प्रस्तुत तालिकाबाट तनहुँ जिल्लामा पालिकास्तरमा प्रकोपहरुको प्राथमिकताक्रम निम्नानुसारको देखिन्छ ।

१) पहिरो २) बाढी ३) भुकम्प ४) सडक दुर्घटना ५) आगलागी ६) महामारी ७) चट्याङ्ग ८) हावाहुरी ९) सुख्खा खडेरी

आ.ब. २०८१।८२ को विपद्को घटनाको आधारमा तनहुँ जिल्लामा प्रकोपहरुको प्राथमिकताक्रम निम्नानुसार देखिन्छ ।

१) सडक दुर्घना २) पहिरो ३) बाढी ४) आगलागी ५) महामारी ६) चट्याङ्ग ७) हावाहुरी ८) सुख्खा खडेरी

१.७ प्रमुख धार्मिक स्थलहरु:

धार्मिक तथा पर्यटकीय दृष्टिले तनहुँ जिल्ला देश विदेशमा प्रसिद्ध रहेको छ। जिल्लामा रहेका धार्मिक, ऐतिहासिक तथा पर्यटकीय दृष्टिले महत्वपुर्ण स्थलहरु रहेका छन्। हिन्दु धर्मावलम्बीहरुको महत्वपूर्ण तिर्थस्थलहरु मध्ये देवघाट धाम क्षेत्र राष्ट्र तथा अन्तराष्ट्रिय स्तरमा समेत प्रसिद्ध रहेको छ। जिल्ला भित्र छाब्दीवाराही मन्दिर, पञ्च मन्दिर ब्यास गुफा, परासरक्षेत्र, ढोरवाराही लगायतका विभिन्न प्रसिद्ध धार्मिकस्थलहरु रहेका छन्। ठाउँठाउमा मुसलमान धर्मावलम्बीका मस्जिदहरु, वौद्ध धर्मावलम्वीहरुका गुम्वाहरु पनि प्रसस्तै रहेका छन्। तनहुँ जिल्लामा रहेका प्रमुख मठ मन्दिरहरु मध्ये ब्यास गुफा दमौली ,पञ्च मन्दिर दमौली, तीनखोले देवी मन्दिर खैरेनीटार, छाब्दी बाराही मन्दिर छाब्दी, देबघाटधाम क्षेत्र देवघाट, छिम्केश्वरी मन्दिर आँबुखैरेनी, ढोरबाराही मन्दिर शुक्लागण्डकी, आँधीमुल मन्दिर आँबुखैरेनी, राजापानी महादेव मन्दिर ब्यास, थानीमाई मन्दिर भानु, मुक्तिनाथ धाम क्षेत्र शुक्लागण्डकी, अकला मन्दिर (किल्चोक र अकला) म्याग्दे, कालिका मन्दिर दमौली, घण्टाचुली छिपछिपे देवघाट, च्ववनधाम शुक्लागण्डकी, तनहुँसुर कालिका मन्दिर लगायतका रहेका छन्।

१.८ प्रमुख पर्यटकीय स्थलहरु:

तनहुँ जिल्ला मध्य नेपालको पहाडी भू-धरातलमा अवस्थित छ र प्राकृतिक, धार्मिक, साहसिक तथा सांस्कृतिक पर्यटनको समिश्रण स्थल पनि हो। यहाँका पर्यटकीय स्थलहरू स्वदेशी तथा विदेशी पर्यटकको आकर्षणको केन्द्र बन्न सफल भएका छन्।

बन्दीपुरलाई पहाडकी रानी भनेर चिनिन्छ। यस क्षेत्रमा सिद्ध गुफा, राजारानी दरवार, मिनि ग्रेटवाल र पुरानो वास्तुकलाको नमूना वन्दीपुर वजार क्षेत्र, रामकोट गाउँ मुख्य पर्यटकीय आकर्षणका क्षेत्रहरु हुन। यहाँ पुग्न पक्की सडक लगायत केवलकार समेतको सुविधा उपलब्ध छ। वन्दीपुरमा स्टार होटल, रिसोर्ट स्तरिय होटल साथै होमस्टे जस्ता सुविधाहरु समेत उपलब्ध छन्। देवघाटधाम वा हरिहर क्षेत्र कालिगण्डकी र त्रिशुली नदीको पवित्र संगम स्थल हो। यहाँ विभिन्न मन्दिर, गुरुकुल आश्रमहरु रहेका छन्। कालिगण्डकी नदिमा पाईने दुर्लभ शालिग्रामको लागि समेत यस स्थान प्रसिद्ध रहेको छ। धार्मिक पर्यटकहरु नेपाल तथा भारतबाट निरन्तर आउने गर्छन्।

दमौली जिल्लाको सदरमुकाम हो र बेदव्यादको जन्मभूमि, पराशर ऋषिको तपोभूमि, मादी–सेती नदीको संगमले यस स्थान प्रसिद्ध छ। यस वरपर रहेका छाब्दी वाराही मन्दिर, मानुङकोट र तनहुँसुर दरवार क्षेत्रहरु पर्यटकको मुख्य आकर्षण रहेका छन्। आवुखैरेनी क्षेत्र छिम्केश्वरी पर्वत, छिम्केश्वरी देवी मन्दिर, ऐना पहारा र मर्स्याङ्दी हाईड्रोपावरले प्रसिद्ध रहेको छ। यस स्थान मनकामना मन्दिरको प्रवेशद्वार र ऐतिहासिक गोर्खा प्रवेशद्वार पनि हो। शुक्लागण्डकी क्षेत्रमा ढोरवाराही मन्दिर, मुक्तिनाथ धाम, च्ववन धाम तिनखोले मन्दिर र भुजिकोट प्रमुख पर्यटकीय स्थल हुन्। यहाँ धार्मिक र सांस्कृतिक पर्यटनको उच्च महत्व रहेको छ। ऋषिङ र मिर्लुङ्ग क्षेत्रमा आदिवासी मगर र गुरुङ जातिको सांस्कृतिक सम्पदा, पुराना किल्ला र होमस्टे हरु उपलब्ध छन्। स्थानीय खानपान र परम्परागत रितिरिवाज पर्यटकको प्रमुख आकर्षण हुन्।

जिल्लाका अन्य दर्शनीय स्थलहरूमा गलेखामकोट, किल्चोक, अकला सिद्ध गुफा, मिलेनियम गुफा, रुम्सी नमूना भिलेज, भानुभक्तको जन्मस्थान, घासीकुवा, थानीमाई मन्दिर र भिमादका झोलुङ्गे पुल लगायतका स्थानहरू छन्। यी सबै स्थलहरूले तनहुँ जिल्लालाई ऐतिहासिक, धार्मिक र प्राकृतिक दृष्टिले महत्वपूर्ण बनाएका छन्।

अध्याय- २

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (Child Health Program)

२.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National immunization program)

२.१.१ पृष्ठभूमि

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले वाल स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकतामा राखेको छ ।खोप कार्यक्रमलाई एउटा लागत प्रभावकारी कार्यक्रम मानिन्छ । खोपबाट वचाउन सकिने रोगहरु, पोषण सम्वन्धी समस्या र अरु वालवालिकाहरुलाई लाग्ने रोगहरुवाट हुने वाल मृत्युदर घटाउन नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय प्रतिवद्ध छ । वाल मृत्युदर घटाएर सहस्राब्दी विकास लक्ष हासिल गर्ने देशहरु मध्ये नेपाल एक हो । वाल 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 रुपमा प्रभावकारी (Cost-Effective) विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रम मध्ये एक हो । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले देशमा विद्यमान खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरु (Vaccine Preventable Diseases-VPDs) को भार घटाउनका साथै बाल रुग्णता र बाल मृत्युदर घटाउन महत्वपूर्ण भुमिका खेलेको छ । खोप कार्यक्रमले सहस्राब्दी 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 बालबालिकाहरुका लागि वि.सि.जि., रोटा भाइरस, पालियो, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, टिटानस, हेपाटाइटिस वि, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा (DPT-Hep B-Hib), पोलियो, न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन, टाइफाइडड, दादुरा रुवेला र जे.ई. विरुद्धका खोपहरु प्रदान गरिन्छ । त्यस्तै जापानिज इन्सेफलाईटिस रोगको १२ महिनामा बालबालिकाहरुलाई जे.ई. खोप प्रदान गरिन्छ भने १५ महिना पुगेपछि दादुरा रुवेला खोप दोश्रो मात्रा र टाइफाइडड विरुद्धको खोप दिइदै आएको छ ।

त्यस्तै सम्पूर्ण गर्भवती महिलाहरुका लागि टि. डि. खोप समेत प्रदान गरिन्छ । नियमित खोप प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा र आउटरिच खोप सेसनबाट हरेक महिना निश्चित गते र ठाँउ तोकी प्रदान गरिन्छ । प्रत्येक स्थानिय तह अन्तरगत रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा आवश्यकताको आधारमा ३-५ वटा खोप सेसन सन्चालन हुदै आएको छ । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत प्रदान गरिने सम्पूर्ण खोपहरु निशुल्क रुपमा प्रदान गरिन्छ । नेपाल सरकारले विश्व बजारमा उपलब्ध भएका नयाँ नयाँ खोपहरु सम्भव भए सम्म राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समाहित गर्दै लैजाने रणनीति अख्तियार गरेको छ । जसको फलस्वरुप विगत एक दशकमा हेपाटाइटिस वि, हिब, जापानिज इन्सेफलाईटिस, पि.सि.भि., रुवेला, रोटा, टाइफाइडड जस्ता नयाँ खोपहरुलाई नियमित खोप मार्फत सम्पूर्ण बालबालिकाहरुलाई प्रदान गरिदै आएको छ । खोप कार्यक्रमको उद्देश्य अनुरुप HPV खोप यसै आर्थिक बर्षमा समावेश गरी सन्चालनमा ल्याईने छ ।

खोप कार्यक्रम एउटा शक्तिशाली एंव लागत प्रभावकारी (Cost effective) जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो । वि.सं. २०३४ सालमा विफर उन्मूलन भए पश्चात नेपालमा खोप कार्यक्रम विस्तारित खोप आयोजनाको रुपमा वि.सि.जी

र डि.पि.टी. खोप सेवाबाट प्रारम्भ गरी क्रमिक रुपमा अन्य जिल्लाहरुमा विस्तार गर्दै २०४५ साल सम्म ७५ वटै जिल्लाहरुमा ६ वटा रोगहरु क्षयरोग, भ्यागुतेरोग, धनुष्टङ्कार, लहरेखोकी, पोलियो र दादुरा विरुद्धका खोपहरु समावेश गरियो। यसैगरी २०६० पछि हालसम्म क्रमशः नयां खोपहरु थप गर्दै हाल १३ वटा रोगहरुको (वि.सि.जि., रोटा भाइरस, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, टिटानस, हेपाटाइटिस वि, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा (DPT-HepB-Hib), पोलियो, न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन, दादुरा रुवेला, टाइफाइड र जापानिज इन्सेफलाईटिस) विरुद्धका खोपहरु दिइदै आएको छ। त्यस्तै राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले देशमा विद्यमान खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको निगरानी, खोज पड्ताल समेत संगसंगै गर्दै आएको छ। देशको कुनैपनि ठाउँमा यस्ता रोग नबढोस् र यसको समयमानै नियन्त्रण गर्न सकियोस भनेर ति रोगहरुको सर्भिलेन्स गरिन्छ।

२.१.२ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत सर्भिलेन्स गरिने रोगहरु

(क) अतिशीघ्र लुलो पक्षघात (एक्यूट फ्ल्यासिड प्यारालाईसिस (AFP) सर्भिलेन्स
(ख) शंकास्पद दादुरा–रुबेलाको सर्भिलेन्स (Measles like Disease)
(ग) नवशिशु धनुष्टङ्कारको सर्भिलेन्स (Neonatal Tetanus)
(घ) एक्यूट इन्सेफलाईटिस सिन्ड्रोम (AES) सर्भिलेन्स

जिल्लाले आवश्यक पर्ने सम्पूर्ण खोपहरु प्रदेश स्वास्थ्य आपुर्ति ब्यवस्थापन केन्द्र मार्फत जिल्लामा पुर्याउने व्यबस्था गरेको छ भने जिल्लाबाट स्थानिय तह वा स्वास्थ्य संस्थाको लक्षित बालबालिकाको संख्या अनुरुप सम्बन्धित स्थानिय तहको सबसेन्टर वा भ्याक्सिन डिष्ट्रिव्युटर सेन्टरमा पठाइन्छ। ती सबसेन्टर वा भ्याक्सिन डिष्ट्रिव्युटर सेन्टरले आफ्नो खोप लगाउने बच्चा र गर्भवती महिलाको लक्ष्यको आधारमा स्वास्थ्य संस्थामा पठाउने र तहाँ मार्फत खोप कार्यकर्ताहरुले खोप केन्द्रहरुमा लगी गर्भवती महिला र वालवालिकाहरुलाई 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 देखी शून्यको अबस्थामा राख्न सकिएको छ, साथै मातृ तथा नवजात शिशुमा हुने धनुष्टङ्कार रोगलाई निवारण गर्न सफल भएको छ।

२.१.३ लक्ष्य

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

२.१.४ उद्देश्यहरु

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको लक्ष्य हासिल गर्न निम्नानुसार उद्देश्यहरु लिइएको छ।

- सबै खोपहरुको 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 शून्यमा कायम राख्ने,
- सन् २००५ मा प्राप्त गरेको नवशिशु धनुष्टङ्कार रोगको निवारणको उपलब्धीलाई कायम राख्ने,
- सन् २०२६ को अन्तसम्ममा दादुरा रोगको निवारण गर्ने,
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरु समावेश गरी खोपबाट जोगाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रणलाई अझै बढावा दिने,
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको खोजपडताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई विस्तार गर्ने,

२.१.५ रणनीति

उल्लेखित उद्देश्य हासिल गर्नका लागि राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले निम्न रणनीतिहरु अवलम्वन गरेको छः

- सुक्ष्म योजनाको माध्यम वाट नियमित खोप सेवालाई सवलीकरण गर्ने ,
- नगर क्षेत्रमा खोप सेसनलाई सवलीकरण गर्ने,
- जापानिज इन्सेफलाईटिस र दादुरा रोग नियन्त्रण तथा पोलियो रोग उन्मुलन गर्नकोलागि खोजपडताल र पूरक खोप कृयाकलाप सञ्चालन गर्ने,
- टि.टि. खोपको कभरेज वढाई मातृ तथा नवशिशु धनुष्टङ्कार निवारणको अवस्था कायम राख्ने,
- ए.एफ.पि. सर्भिलेन्सलाई सुदृढ र विस्तार गरी खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरुको एकिकृत सर्भिलेन्स गर्ने तथा हिमोफिलस इन्फ्लुएन्जा, रुवेला, न्युमोकोकस, र रोटाभाईरस जस्ता खोपवाट वचाउन सकिने अन्य रोगहरुको रोगभारको अवस्था नियमित अध्ययन गर्ने,
- मध्यम स्तरीय व्यवस्थापकको पुनर्ताजगी तालिम, कोल्डचेन, भ्याक्सिन व्यवस्थापन तालिम, मर्मत सम्भार तालिम, अन्तरदेशीय अवलोकन भ्रमण गराई खोपसंग सम्वन्धित स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने,
- उपयुक्त प्रतिवेदन, अनुसन्धान र रेस्पोन्सको माध्यमवाट खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरुको महामारी नियन्त्रण गर्ने,
- सुरक्षित सुई नीतिको अभ्यास गरी खोप सेवाको गुणस्तर सुधार गर्ने,
- नयाँ र प्रयोगमा नआएका भ्याक्सिनहरुलाई रोगभारको आधारमा प्रयोगमा ल्याउने।

२.१.६ खोप कार्यक्रमको मूख्य उपलब्धिहरू

- बिफर रोगको उन्मूलन
- बाल मृत्युदर मा उल्लेख्य कमि (सहस्राब्दी लक्ष ४ र ५ प्राप्त)
- सन् २००५ देखि मातृ तथा नवशिशु धनुष्टङ्कार रोग निवारण
- सन् २०१० देखि पोलियो रोग शून्य अवस्था र उन्मूलनको नजिक
- जापानिज ईन्सेफलाईटिस रोग नियन्त्रण
- सन् २०१८ देखि रुबेला तथा सि.आर.एस (Congenital Rubella Syndrome) नियन्त्रण
- दादुरा रुबेला रोग नियन्त्रण भई निवारणतर्फ उन्मूख (२०२६)
- बालबालिकामा “हेपाटाइटिस बि” नियन्त्रण (सन् २०१९)
- खोपद्वारा बचाउन सकिने अन्य रोगहरूमा उल्लेखनीय कमी
- पूर्ण खोप सुनिश्चितता घोषणा

- खोप ऐन र नियमावली जारी पूर्ण खोप सुनिश्चितता दिगोपना घोषणा
- खोप ऐन र नियमावली जारी

२.१.७ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको लक्षित जनसंख्या र खोप :

- सम्पूर्ण शिशुहरुका लागि (१५ महिना मुनी) वि.सि.जि., रोटा भाइरस, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, टिटानस, हेपाटाइटिस वि, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा (DPT-HepB-Hib), पोलियो, न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन र दादुरा रुवेला, टाइफाइडड, जापानिज इन्सेफलाईटिस विरुद्धका खोपहरु।
- सम्पूर्ण गर्भवती महिलाहरुका लागि टि.डि।

तनहुँ जिल्लामा मासिक २३८ वटा खोप केन्द्र मार्फत खोप प्रदान गरिँदै आएको छ।

तालिका नं. ४ खोप केन्द्रको विवरण

स्थानिय तह	खोप केन्द्र	स्थानिय तह	खोप केन्द्र
भानु नगरपालिका	३३	ऋषिङ्ग गाँउपालिका	२४
व्यास नगरपालिका	५२	देवघाट गाँउपालिका	१७
म्याग्दे गाँउपालिका	१६	बन्दिपुर गाँउपालिका	१२
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	३३	आँबुखैरेनी गाँउपालिका	१२
भिमाद नगरपालिका	२५	घिरिङ गाँउपालिका	१४
जम्मा	२३८		

२.१.८ मुख्य कार्यहरु

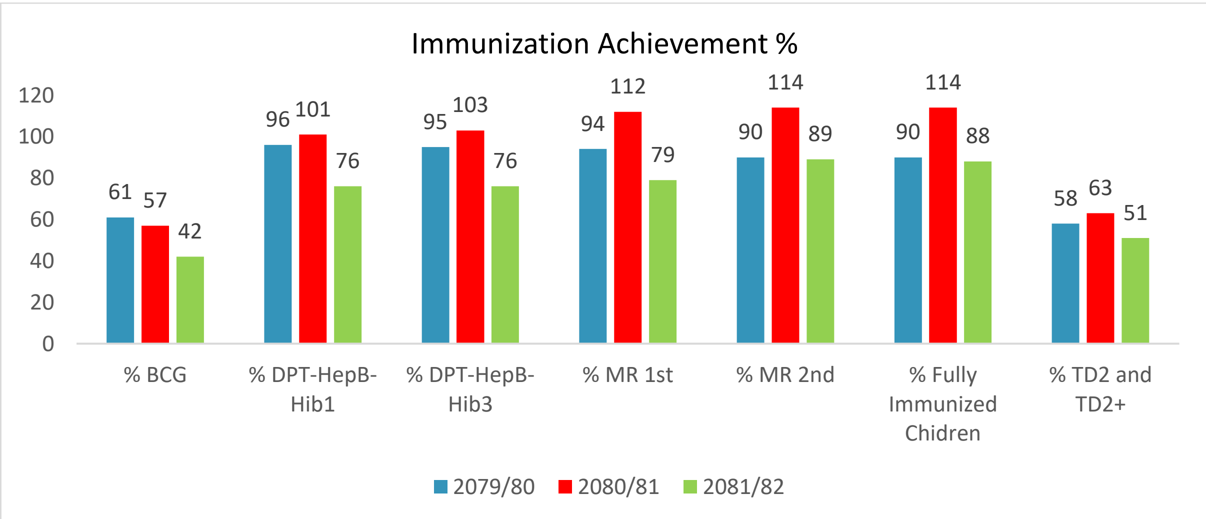
आ.व. २०८१।८२ मा राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरु निम्नानुसार रहेको छन्।

- अभियानको समिक्षा सरसफाइ प्रवर्द्धन कार्यक्रमको निरन्तरताका लागी समिक्षा र सुक्ष्मयोजना तयारी गोष्ठी संचालन गरिएको।
- जिल्लाबाट पालिका तथा स्वास्थ्य संस्थास्तरमा खोप, सरसफाई प्रवर्द्धन कार्यक्रम तथा पूर्ण खोप भेरिफिकेसन र सुनिश्चितता दिगोपनाको लागी सहजीकरण गरिएको।
- गुणस्तरीय खोप सेवा संचालन तथा सरसफाई प्रर्वद्धनमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीको दक्षता बृद्धि गर्न नयाँ तथा खोप तालिम नलिएका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई खोप, कोल्डचेन व्यवस्थापन, ए.ई.एफ.आई., सर्भिलेन्स र सरसफाई प्रवर्द्धन सम्वन्धि आधारभुत ४ दिने तालिम संचालन गरिएको।
- खोपको पहुँच बढाई छुट वच्चालाई खोप दिलाई पूर्णखोप सुनिश्चित गर्न वैशाख महिनालाई खोप महिना संचालन 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 ।
- नियमित खोप सेवा र आकस्मिक अबस्थामा जिल्लाबाट भ्याक्सिन तथा खोप सामाग्री व्यवस्थापन तथा ढुवानी गरिएको ।
- बिभिन्न खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरुको सर्भिलेन्स गरिएको ।
- कोल्डचेन प्रणालीलाई व्यवस्थित गर्न जिल्लामा रहेको जेनेरेटर मर्मत गरी चालु अवस्थामा राखिएको ।
- आ.व. २०८१/८२ मा यस जिल्लाका ८५ वटै वडाहरु पूर्ण खोप सुनिश्चित दिगोपना घोषणा भएको ।
- आ.ब २०८१/८२ को मिति २०८२-०२-३० गते तनहुँ जिल्लालाई पुर्ण खोप जिल्ला घोषणा गरिएको ।
- खोप कार्यक्रमको अनसाइड कोचिङ साथै सुपरभिजन अनुगमन गरिएको ।

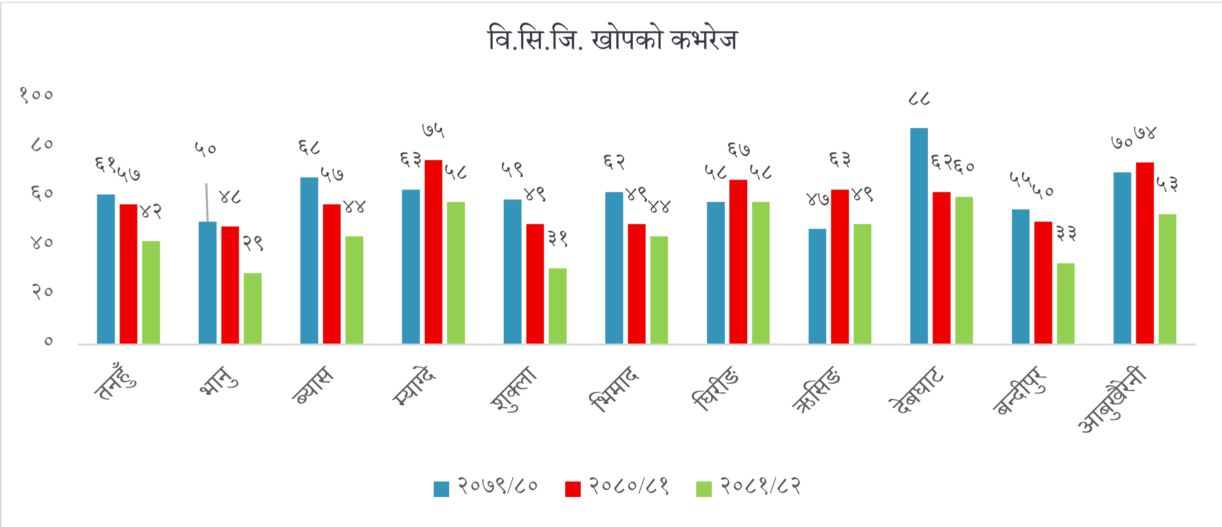
२.१.९ नियमित खोप कार्यक्रमको प्रगति समिक्षा

प्रगति विश्लेषण: खोप सेवाको अवस्था विश्लेषण गर्दा खोप कभरेज र ड्रपआउट दरको प्रतिशतलाई आधार मानिन्छ ।नेपाल सरकारले सबै खोपको कभरेज ९५ प्रतिशत भन्दा बढीहुनुपर्ने लक्ष्य राखेको छ । यस हिसाबले तलको ग्राफ हेर्दा खोपको कभरेज समग्ररुपमा बिगतको बर्ष भन्दा कम देखिएकाले जिल्ला तथा स्थानिय तहहरुको खोप प्रगती सन्तोषजनक देखिदैन । तर यस आ.ब. २०८१/८२ 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 हुँदा यस जिल्लामा सवै बच्चाहरुले खोप पाएको देखिन्छ । दिइएको चित्रमा तनहुँ जिल्लाको नियमित खोप कार्यक्रमको विगत तीन बर्षको कभरेज अवस्था देखाइएको छ ।



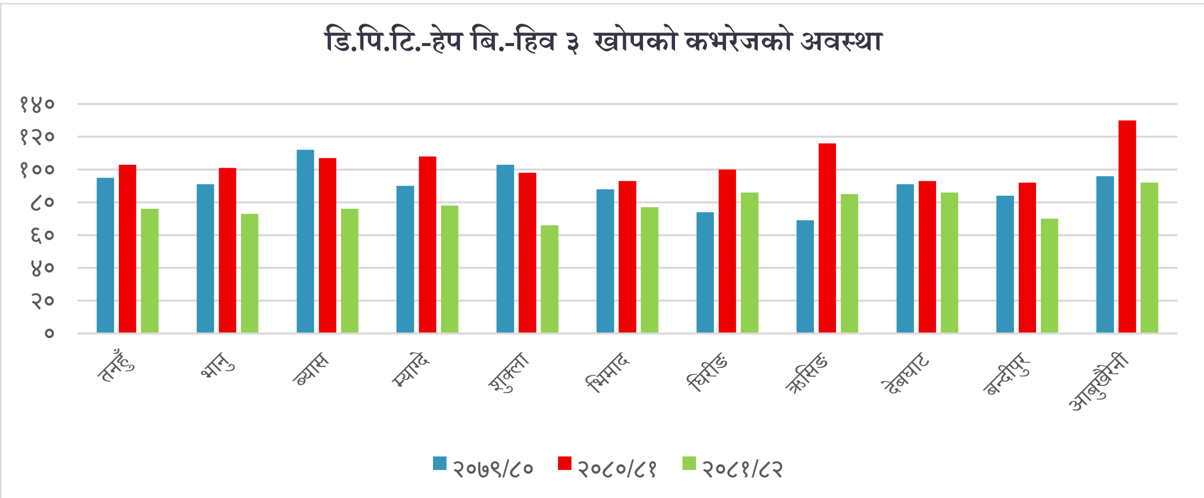
चित्र नं.२ खोप कार्यक्रमको कभरेजको अवस्था

माथिको तालिकामा बिगत ३ बर्षको खोप कभरेज हेर्दा गत बर्ष भन्दा यस बर्ष सवै खोपहरुको कभरेमा कम भएको छ। बि.सि.जि. खोपको कभरेजलाई हेर्दा २०८०/८१ को तुलनामा ५७% बाट घटेर २०८१/८२ मा ४२% मा घटेको छ । यसरी नै DPT खोपको पहिलो मात्राको अबस्था हेर्दा २०८०/८१ मा १०१% बाट घटेर २०८१/८२ मा ७६% प्रतिशतमा पुगेको छ, DPT खोपको तेस्रो मात्रा पाउने बच्चाहरुको प्रतिशत हेर्दा २०८०/८१ मा १०३% बाट घटेर २०८१/८२ मा ७६% मा पुगेको छ, दादुरा रुबेला पहिलो मात्रा खोप लागाउने बच्चाहरुको प्रतिशत पनि आ.ब. २०८०/८१ मा ११२% बाट घटेर २०८१/८२ मा ७९% पुगेको छ, दादुरा रुबेला दोस्रो मात्रा लगाउने बच्चाहरुको प्रतिशत आ.ब २०८०/८१ मा ११४% बाट घटेर आ.ब २०८१/८२ मा ८९% पुगेको छ । तनहुँ जिल्लामा पुर्ण खोप प्राप्त गर्ने बालबालिकाको संख्या ८८% पुगेको छ भने गर्भवती महिलाले लगाउने टि.डी. खोपको कभरेज आ.ब. २०८०/८१ मा ६३% बाट घटेर २०८१/८२ मा ५१% पुगेको छ ।



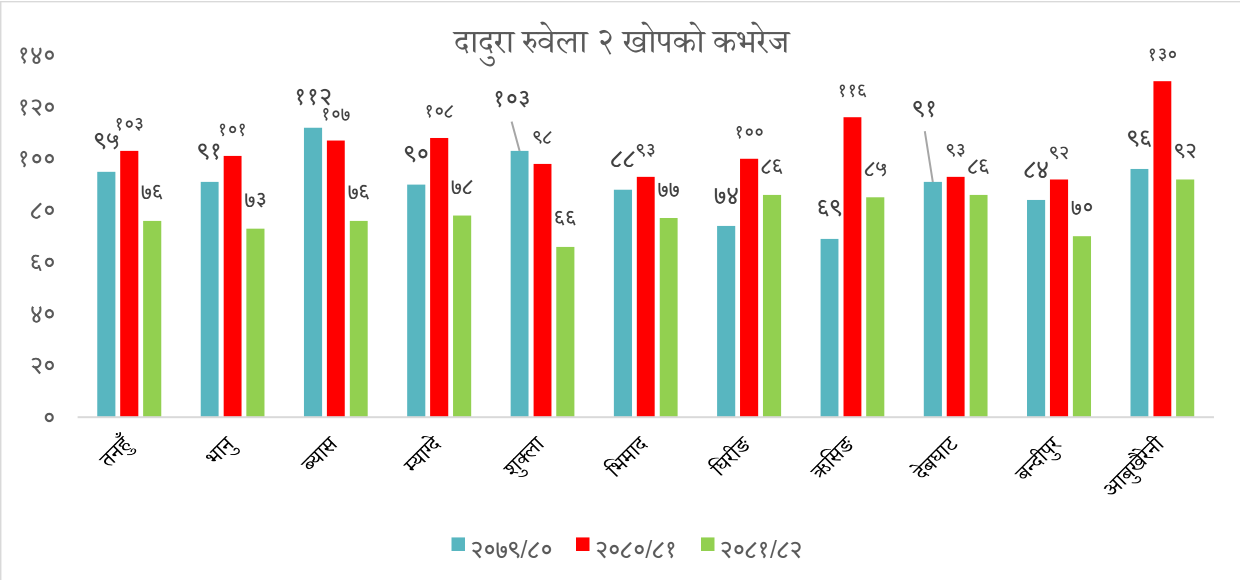
चित्र नं. ३ स्थानीय तह अनुसार वि.सि.जि. खोपको कभरेजको अवस्था

स्थानीय तह अनुसार बि.सी.जी. खोपको कभरेज हेर्दा बिगतको आ.ब मा भन्दा सवै स्थानिय तहको कभरेज आ.ब. २०८१/८२ मा घटेको पाईन्छ ।



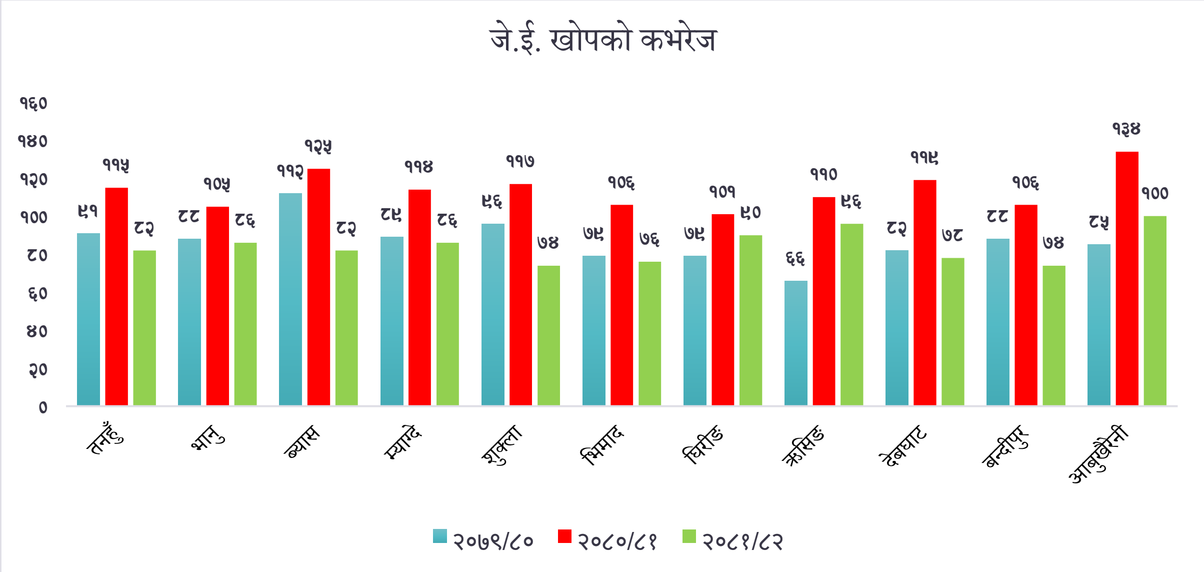
चित्र नं. ४ स्थानीय तह अनुसार डि.पि.टि.-हेप बि.-हिव ३ खोपको कभरेजको अवस्था

माथिको तालिका हेर्दा तनहुँ जिल्लाको डिपिटि–हेप वि–हिव ३ को कभरेज गत आ.व. २०८०/८१ को १०३ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.ब.मा घटेर ७६ प्रतिशत भएको छ। यस आ.ब. २०८१/८२ मा सवै भन्दा वढी कभरेज आबुखैरेनी गाउँपालिका ९२ प्रतिशत छ भने सवैभन्दा कम शुक्लागण्डकी नगरपालिकाको ६६ प्रतिशत रहेको छ।



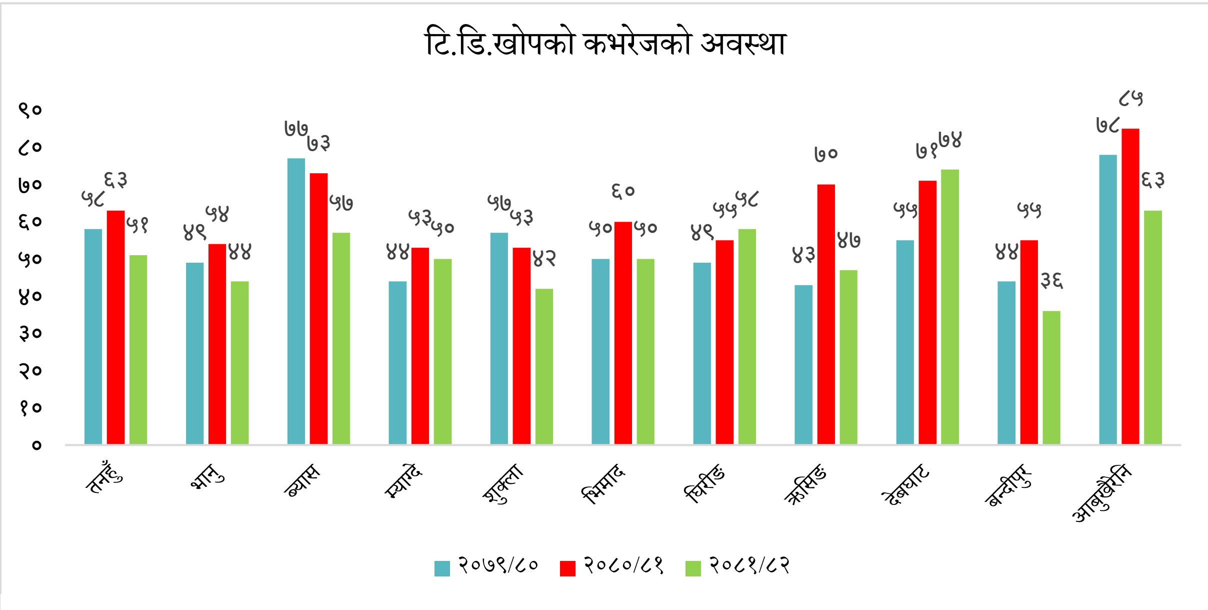
चित्र नं. ५ स्थानीय तह अनुसार दादुरा रुवेला २ खोपको कभरेजको अवस्था

माथिको तालिका हेर्दा गत आ.ब. भन्दा यस आ.ब. २०८०/८१ मा दादुरा रुवेला २ खोपको कभरेज सन्तोषजनक देखिएता पनि गत बर्षको ११४ प्रतिशत बाट घटेर यस आ.ब. मा ८९ प्रतिशत पुगेको छ। सबै भन्दा बढी दादुरा रुवेला २ खोपको कभरेज ऋषिङ्ग गाउँपालिकाको १०९ प्रतिशत छ भने सवै भन्दा कम कभरेज बन्दीपुर गाउँपालिकामा ८३ प्रतिशत रहेको छ। यस आ.ब. २०८१/८२ मा सबै स्थानीय तहको कभरेज ८३ प्रतिशत भन्दा माथि रहेको पाईन्छ।



चित्र नं. ६ स्थानीय तह अनुसार जे.ई खोपको कभरेजको अवस्था

ग्राफमा स्थानिय तह अनुसार जे.ई. खोपको कभरेज देखाईएको छ जसमा बिगत आ.ब. २०८०/८१ मा तनहुँ जिल्लाको कभरेज ११५ प्रतिशत रहेको थियो भने यस आ.ब. २०८१/८२ मा घटेर ८२ प्रतिशत रहेको छ। स्थानिय तह अनुसार तथ्याङ्क हेर्दा पनि सबै स्थानीय तहहरुमा कभरेज घटेको पाईन्छ।



चित्र नं. ७ स्थानीय तह अनुसार गर्भवती महिलाको लागि टि.डि.खोपको कभरेजको अवस्था

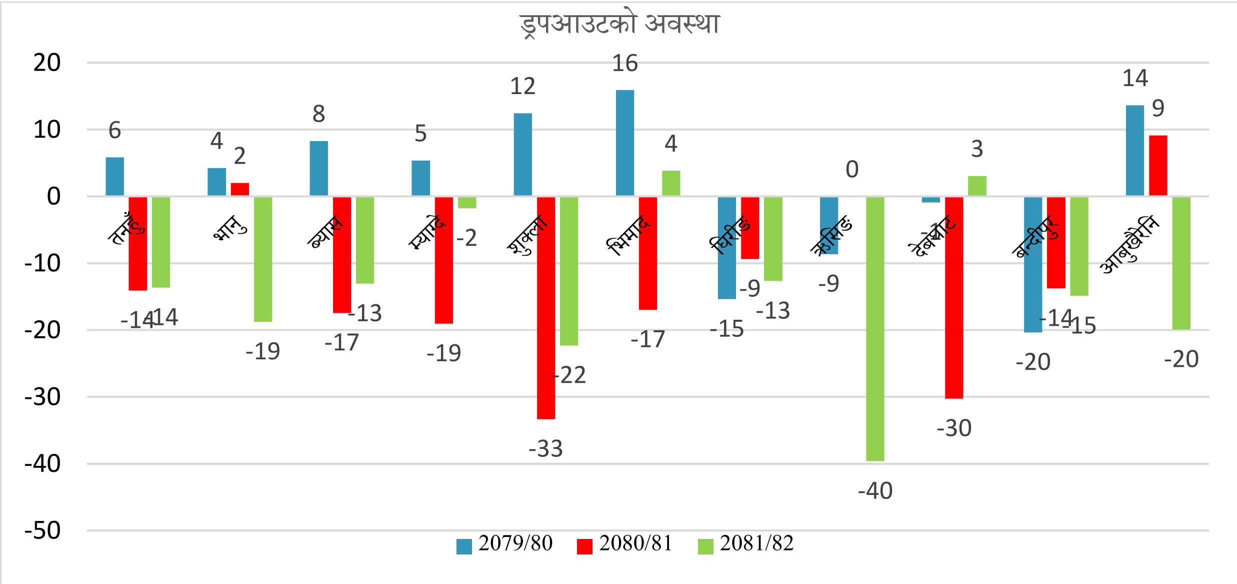
माथी ग्राफमा स्थानिय तह अनुसार टिडि खोपको कभरेज देखाईएको छ।तनहुँ जिल्लामा यस आ.ब. २०८०/८१ मा २ मात्रा टिडि खोप (टिडि २ र २+) पुरा गर्ने गर्भवती महिलाको प्रतिशत ६३ प्रतिशत रहेको छ। आ.ब. २०८१/८२ मा २ मात्रा टिडि खोप (टिडि २ र २+) पुरा गर्ने गर्भवती महिलाको प्रतिशत ५१ प्रतिशत रहेकोमा यस वर्ष यो प्रगति पनि घटेको देखिन्छ।

यस आ.ब. २०८१/८२ को प्रगति विश्लेषण गर्दा टिडि खोप कभरेज सबैभन्दा बढी देवघाट गा.पा ७४ प्रतिशत रहेको देखिन्छ भने सवै भन्दा कम कभरेज बन्दीपुर गाउँपालिकामा ३६ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरुले टिडि २ र २+ खोप लगाएको देखिन्छ ।

सुक्ष्म योजना वमोजिम सवै खोप सेसन नियमित रुपमा सञ्चालन हुनु, पूर्ण खोप सुनिश्चित दिगोपना गर्ने अवधारणा अनुरुप सबै वडाहरु साथै सबै स्थानिय तहहरुले घर धुरी सर्वेक्षण, नियमित डिफल्टर अनुगमन, म.स्वा.स्व.से. हरुको खोप सेसनमा सहभागिता भएता पनि खोप कभरेज बढ्न सकेको छैन।

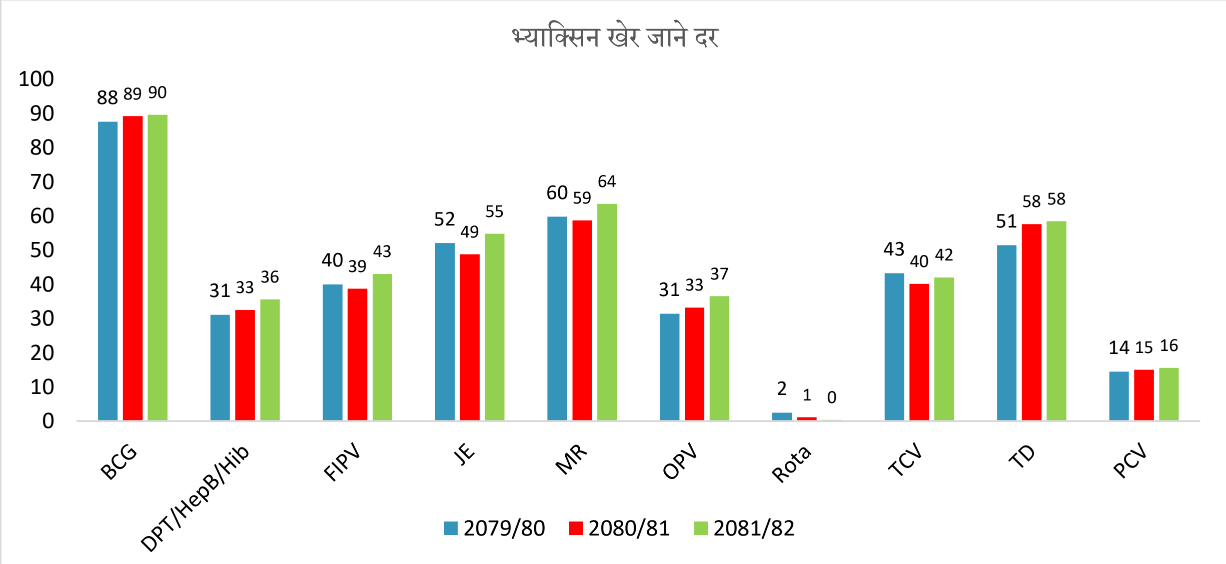
२.१.१० ड्रपआउट दर

खोप ड्रपआउटः साधारण तथा जुन वच्चाले 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 वच्चाहरुको संख्याबाट ड्रपआउट विश्लेषण गरिन्छ।



चित्र नं. ८ स्थानीय तह अनुसार डि.पि.टि.-हेप बि.-हिबको तुलनामा दादुरा रुवेला दोश्रो मात्रा ड्रपआउटको अवस्था

माथिको तालिकामा खोप कार्यक्रमको विश्लेषण गर्दा डि.पि.टि. पहिलो मात्राको तुलनामा दादुरा रुवेला दोश्रो मात्रा लगाउने बालबालिकाहरुको ड्रपआउट दर हेर्ने गरिन्छ । यस आ.व. २०८१/८२ मा डि.पि.टि. पहिलो मात्रा लगाउनेको तुलनामा दादुरा रुवेला दोश्रो मात्रा लगाउने वालवालिकाको ड्रपआउट दर -14 प्रतिशत छ जुन गत आव २०८१/८२ कै हाराहारी मै रहेको छ ।



चित्र नं. ९ भ्याक्सिन खेर जाने दर

स्वास्थ्य संस्थाहरुले गरेको प्रतिवेदन अनुसार सबै खोपहरुको खेर जाने दरको अबस्था केहि बड्दै गएको पाईन्छ। वि.सि.जि. भ्याक्सिन खेरजाने दर गत वर्षको ८९. प्रतिशतवाट बडेर ९० प्रतिशत, डि.पि.टि. गत वर्षको ३३ प्रतिशतवाट बडेर ३६ प्रतिशत, पोलियो गत वर्षको ३३ प्रतिशतवाट बडेर ३७ प्रतिशत पि.सि.भि १५ बाट बडेर १६ प्रतिशत, दादुरा रुवेला गत वर्षको ५९ प्रतिशतवाट बडेर ६४ प्रतिशत, जे.ई. गत वर्षको ४९ प्रतिशतबाट बडेर ५५ प्रतिशत तथा टि.टि. गत वर्षको ५८ प्रतिशत र यस वर्ष पनि ५८ प्रतिशत नै छ। २० डोजको भायलमा उपलव्ध हुने वि.सि.जि. र १० डोजको भायलमा उपलव्ध 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। वहुमात्रा खोप नीति अन्तर्गतका डि.पि.टि.–हेप वि–हिव, पोलियो र टि.टि. भ्याक्सिनको खेरजाने दर पनि सन्तोष जनक देखिदैन।

तनहुँ जिल्लामा रहेका स्थानिय तहहरुलाई निम्नानुसार बर्गीकरण गर्न सकिन्छ।

तालिका नं. ५ खोप कार्यक्रमको क्याटागोरीको अबस्था

Category 1 (Less Problem) Low Drop-out <10% High Coverage≥90%	Category 2 (Problem) High Drop-out≥10% High Coverage≥90%	Category 3 (Problem) Low Drop-out <10% Low Coverage<90%	Category 4 (Problem) High Drop-out ≥ 90% Low Coverage< 90
		तनहुँ जिल्ला	

म्याग्दे गाउँपालिका		ब्यास, भानु, शुक्लागण्डकी, भिमाद न.पा. ऋषिङ्ग, घिरिङ्ग वन्दीपुर, देवघाट र आँबुखैरेनी	

२.१.११ एच.पि.भी. खोप अभियान २०८१/८२

नेपालमा पाठेघरको मुखको क्यान्सर जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा रहेको छ। महिलाहरुमा हुने विभिन्न क्यान्सरहरु मध्ये पाठेघरको मुखको क्यान्सर दोस्रो स्थानमा रहेको र क्यान्सरबाट महिलाहरुको मुत्यु हुने पहिलो मुख्य कारण रहेकोले महिलाहरुको पाठेघरको मुखको क्यान्सरलाई निवारण तथा नियन्त्रण गरी यसबाट हुने मुत्युदर घटाउन नेपाल सरकारको प्रतिवद्वता अनुरुप यस तनहुँ जिल्लाले एच.पि.भी. खोप अभियान २०८१/०८२ दुई चरणमा सचालन गरिएको थियो। पहिलो चरणमा यही २०८१ साल माघ २२ देखि २५ गते सम्म ब्यास नगरपालिका, भानु नगरपालिका, वन्दीपुर, देवघाट र आँबुखैरेनी गाउँपालिकामा र दोश्रो चरण अन्तरगत माघ २७ देखि ३० गते सम्म शुक्लागण्डकी नगरपालिका, भिमाद नगरपालिका, साथै म्याग्दे, ऋषिङ्ग र घिरिङ गाउँपालिकामा गरी जिल्ला भित्रका सवै स्थानीय तहहरुमा (HPV) एच.पि.भी. खोप अभियान संचालन भएको थियो। यस अभियानमा विद्यालय तहमा अध्ययन गर्ने कक्षा ६ देखी कक्षा १० सम्मका छात्राहरु र विद्यालय नजाने बालिकाहरुका लागि १० देखी १४ बर्ष सम्म उमेर समूहका किशोरीहरुका (लक्षित संख्या १४२७६ जना) लाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर विरुद्धको (HPV) एच.पि.भी. खोप लगाउन तनहुँ जिल्ला भित्रका २५९ विद्यालयहरुमा रहने खोप केन्द्रमा लगेर एच.पि.भी.खोप लगाईएको थियो।उक्त अभियानमा सवै पालिकाहरुले तोकिएको लक्ष्य अनुसार प्रगति हासिल गर्नु भएको थियो।

तालिका नं. ६ HPV खोप अभियान

सि.नं.	स्थानिय तहको नाम	नियमित HPV खोपकक्षा ६ र विद्यालय नजाने १० वर्षका किशोरीहरु		अभियानमा HPV खोप कक्षा ७-१० र विद्यालय नजाने १०-१४ वर्षका किशोरीहरु		जम्मा प्रगति
		लक्ष्य	प्रगति	लक्ष्य	प्रगति	%
१	भानु न. पा.	३०२	२८७	१२२४	११८९	९७
२	व्यास न.पा.	७२४	७२४	३१०१	३१००	१००
३	शुक्लागण्डकी न.पा.	५१०	५०५	२१९०	२२०१	१०१
४	भिमाद न.पा.	२५६	२५१	१०१५	१००१	९९
५	म्याग्दे गा.पा.	१४३	१४३	६१५	६१४	१००
६	घिरिङ्ग गा.पा.	१००	९६	४७१	४५५	९७
७	रिसिङ्ग गा.पा.	१३७	१४०	६५०	६४९	१००

८	देवघाट गा. पा.	१३४	१३३	५२८	५२८	१००
९	बन्दीपुर गा.पा.	१६७	१५९	७७२	७७०	१००
१०	आँबुखैरेनी गा.पा.	२४६	२४४	९८७	९३५	९५
जम्मा		२७१९	२६८२	११५५३	११४४२	९९

२.१.१२ पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा

सरकारले नेपाललाई पूर्ण खोप सुनिश्चित भएको देश वनाउने राष्ट्रिय लक्ष्य लिई सोही अनुरुप यस जिल्लामा तत्कालिन सवै गाउँ विकास समितिहरु र नगरपालिकामा पूर्ण खोप सुनिश्चित गरी, तनहुँ जिल्लालाई मिति २०७२ कार्तिक २० गते पूर्ण खोप जिल्लाको रुपमा घोषणा गरिएको थियो। यसलाई निरन्तरता दिदै प्रत्येक वर्ष जन्मेका सवै बालबालिकाहरुलाई राष्ट्रिय खोप तालिका बमोजिम १५ महिना उमेर भित्र पाउनु पर्ने सवै खोपहरू दिने संकल्प सहित विभिन्न कार्यक्रमहरु संचालन भै रहेका छन्। प्रत्येक वर्ष जन्मेका बालबालिकाहरुलाई १५ महिना भित्र पाउनु पर्ने सवै खोपहरू पुरा गरेको सुनिश्चित गर्न सवै वडाहरुबाट खोप कार्यक्रमको निरन्तरता र दिगोपना कायम राख्ने कार्यक्रमको निरन्तरता स्वरुप यसै आ.ब.को चैत्र मसान्त भित्र राष्ट्रिय महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको सहयोगमा स्वास्थ्यकर्मीहरुको प्रत्यक्ष संलग्नतामा ० देखी १५ महिना र १६ देखी ५९ महिनाका बालबालिकाहरुको घरधुरी सर्भेक्षण गरी छुटेका बालबालिकाहरुलाई पूर्ण खोप प्रदान गरी सकिएको अवस्थामा जिल्लाका सवै पालिका पूर्ण खोप सुनिश्चितता/ दिगोपना प्रमाणिकरण कार्य समेत सम्पन्न भै सकेको हुँदा तनहुँ जिल्लालाई पूर्ण खोप सुनिश्चितताको दिगोपना घोषणा गरी सार्वजनिकीकरण गर्न लागिएको ब्यहोरा सबैमा अनुरोध गर्दछु।

यस जिल्लामा रहेका सवै १० वटै स्थानीय तहहरुवाट घरधुरी सर्भेक्षण गरी खोप लगाउन छुटेका बालबालिकाहरुलाई पूर्ण खोप प्रदान गरिएको थियो। नियमित खोप कार्यक्रममा विभिन्न कारणले छुट भएका यस्ता बालबालिकाहरुलाई खोप प्रदान गरिए पश्चात प्रत्येक स्थानीय तहहरु पूर्ण खोप सुनिश्चित भएको हुदाँ पूर्ण खोपको सुनिश्चितता/ दिगोपना पालिका घोषणा कार्यक्रम देहायका मितिहरूमा सम्पन्न भएको छ। जस अनुसार खोपको अवस्था र घोषणा मितिलाई देहायका तालिकाबाट प्रस्तुत गरिएको छ।

तालिका नं. ७ : पूर्णखोपको अवस्था र घोषणा मिति

सि.नं.	स्थानीय तह	पूर्ण खोप सुनिश्चितता दिगोपना पालिका घोषणा मिति	**०-१५ महिना सम्मका वाल- वालिकाहरु**	**१६- २३ महिना सम्मका वाल- वालिकाहरु**	० डोजको वाल- वालिका	ड्रपआउट वाल- वालिका
१	ब्यास न.पा.	२०८२-०२-०७	१०१७	६०६	०	८
२	भानु न.पा.	२०८२-०१-०९	६४२	६४७	२	९
३	शुक्लागण्डकी न.पा.	२०८२-०२-२५	५६१	७७९	०	८
४	भिमाद न.पा.	२०८२-०२-१४	३३१	२३२	०	३
५	ऋषिङ्ग गा.पा.	२०८२-०२-१२	२३४	१७४	०	०
६	म्याग्दे गा.पा.	२०८२-०२-१२	२७२	२३०	०	१
७	वन्दीपुर गा.पा.	२०८२-०२-२२	१६०	११९	०	१
८	आँबुखैरेनी गा.पा.	२०८२-०२-११	२२१	१५५	०	३

९	घिरिङ गा.पा.	२०८२-०२-१९	१६२	९४	०	२
१०	देवघाट गा.पा.	२०८२-०२-१३	१९९	७७	०	१
जम्मा			३७९९	३११३	२	३६
पूर्ण खोपको सुनिश्चितता/ दिगोपना जिल्ला घोषणा मिति २०८२।०२।३० गते सवै प्रक्रिया पुरा गरि सम्पन्न भएको थियो						

२.१.१३ नवीनतम प्रयासहरु

- ☞ बैशाख महिनालाई खोप महिना मनाउने राष्ट्रिय नीति अनुरुप माघ फागुन र चैत्र महिनामा घरधुरी सर्वेक्षण गरी पूर्ण खोप सुनिश्चितताको दिगोपना कायम गरिएको
- ☞ पालिकामा हरेक घरमा पूगी पूर्ण खोप सुनिश्चितताको स्टिकर टाँसी सुनिश्चित गरिएको
- ☞ अगामी महिनामा खोप लगाउने बालबालिकाहरुको सुची तयार गरी खोप सेवा संचालन भएको
- ☞ अभियानहरुमा ९५ प्रतिशत भन्दी माथि प्रगती भएको
- ☞ खोप कार्यक्रम संगै सरसफाई प्रवर्धन कार्यक्रमा सहभागी ऐना र आमालाई साबुन उपहार
- ☞ खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीहरुका लागि आधारभुत तथा रिफ्रेसर तालिम

२.१.१४ समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

- ☞ भौगोलिक हिसाबले विकट रहेका बस्तीहरुमा न्यून लक्ष्य रहेकोले बहुमात्रा खोपको खेर जाने दर बढ्नु
- ☞ सवै खोप केन्द्रहरुको आफ्नो भवन नभएको र व्यवस्थित रुपमा संचालन गर्न चुनौती रहेको
- ☞ हरेक तहमा प्रगती एकरुपता नहुनु र बसाइसराईले गर्दा सबै खोपको कभरेज सन्तोषजनक नहुनु
- ☞ सुक्ष्मयोजनाको निर्माण भएको, तर सबै पालिकामा पूर्ण रुपमा प्रयोग र कार्यान्यूनको नभएको अवस्था। (सवै पालिकाहरुले खोप केन्द्र अनुसारको entry गर्ने व्यवस्था गर्नुपर्ने)
- ☞ आमा समुहको बैठक नियमित प्रभावकारी रुपमा हुनुपर्ने
- ☞ सरसफाई प्रवर्द्धन कार्यक्रम सन्चालन गर्न धेरै सेवाग्राही हुने सेसन ठाउँ र आमा तथा अभिभावकहरुले समय दिन झन्झट मान्नु ।
- ☞ खोप दिन एउटै व्यक्ति वा जिम्मेवारी नतोकिएको
- ☞ पुराना बिग्रिएका फ्रिजलाई मर्मत सम्भारको लागि दक्ष प्राविधिक जिल्लामा नहुनु
- ☞ भ्याक्सिन सब सेन्टरमा कोल्डचेन फोकल पर्सन नहुनु ।

समस्या	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
खोप खेर जाने	सुझम योजना निर्माणमा वहुपक्षिय सहभागितामा जोड दिने	स्थानीय तहहरु स्वास्थ्य संस्थाहरु
खोप केन्द्रहरुको आफ्नै भवन नहुनु	खोप केन्द्र भवन निर्माण र सुविधा थप	स्थानीय तहहरु सामुदायिक संस्थाहरु
लक्षित वर्गको वसाई स्थीर नहुनु	खोपको महत्ववारेमा जागरण वढाउनु पर्ने	स्थानीय तहहरु स्वास्थ्य संस्थाहरु प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय

२.२ समुदायमा आधारित बालरोग तथा नवजात शिशुको एकिकृत व्यवस्थापन (Community Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness)

समुदायमा आधारित एकिकृत बालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम वालवालिकाहरुलाई निमोनिया, झाडापखाला औलो, दादुरा र कुपोषणको कारणबाट हुने मृत्युदर वाट बचाउन एकीकृत रुपमा व्यवस्थापन गर्नको लागि ल्याईएको कार्यक्रम हो। यस कार्यक्रम अन्तर्गत स्वास्थ्य संस्था तथा म.सा.स्वा.स्वं.से.का हरु बाट समेत झाडापखाला तथा निमोनियाको उपचार गर्ने गरिन्छ भने स्वास्थ्य संस्थामा आएका ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरुको एकीकृत रुपमा जाँच, वर्गिकरण र उपचार गर्ने गरिन्छ। यस कार्यक्रम अन्तर्गत मुख्य रुपमा झाडापखाला र श्वासप्रश्वास रोग नियन्त्रण लगायतका कार्यक्रमहरु पर्दछन।

२.२.१ कार्यक्रमको लक्ष्य, उद्देश्य, रणनीति तथा मुख्य क्रियाकलापहरु

कार्यक्रमको लक्ष्य

- नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको स्वास्थ्यमा सुधार गर्दै उनीहरुको जीवन रक्षा, स्वास्थ्य, वृद्धि र विकासमा योगदान पुर्याउने, बिरामीदर तथा मृत्युदरमा उल्लेख्य सुधार ल्याउने।

कार्यक्रमका उद्देश्यहरु

- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहारलाई प्रबर्द्धन गरी नवजात शिशुहरुमा हुने बिरामीदर तथा मृत्युदर घटाउने।
- नवजात शिशुहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरुको व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।
- ५ वर्षमुनिका बालबालिकामा हुनसक्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्या तथा रोगको उचित व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने ।

रणनीतिहरु

- परिवेश सान्दर्भिक विकेन्द्रित योजना तर्जुमा गरी कार्यक्रमले तय गरेका क्रियाकलापहरुलाई चरणबद्ध रुपमा लागू गर्दै जाने जसमा यसका लागि अझैपनि सेवा नपाएका वर्गलाई प्राथमिकता दिने जस्तै सुकुम्बासी, सीमान्तकृत, सुविधाबाट पछाडी परेका, पहुँच नपुगेका वर्ग ।
- नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य संस्था एवं समुदायस्तरसम्म उपलब्ध गराउने र गुणस्तर अभिवृद्धि गर्ने कार्यलाई सुदृढ गर्ने ।
- आपूर्ति व्यवस्थापनलाई सुदृढ बनाउने ।
- नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई स्तरयुक्त बनाउन सार्वजनिक तथा निजी क्षेत्र बीच सहकार्य गर्ने ।
- कार्यक्रम सुधारका लागि खोज तथा अध्ययन अनुसन्धान गर्ने ।
- घर तथा समुदायस्तरमा हुने सकारात्मक बानी व्यवहारलाई प्रबर्द्धन गर्ने तथा समुदायको सहभागितालाई सुदृढ गर्ने ।

२.२.२ आ.व. २०८१/८२ मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरुमा स्थलगत अनुशिक्षण (Onsite coaching) गरिएको
- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई समुदायमा आधारित एकीकृत वालरोग व्यवस्थापनको (CBIMNCI) तालिम प्रदान गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थामा आधारित एकीकृत वालरोग व्यवस्थापनको स्थानिय तहको समन्वयमा (Onsite coaching) प्रदान गरिएको ।
- सम्पुर्ण स्थानिय तहहरुमा समिक्षा कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- जिल्ला स्तरिय समिक्षा कार्यक्रम सम्पन्न गरिएको।

२.२.३ समुदायमा आधारित एकिकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रमका निगरानी सूचकहरु

तालिका ८: विगत ३ आर्थिक वर्षको समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको प्रमुख सूचकको अवस्था

S. N.	Indicators	2079/80	2080/81	2081/82
1	**% of children U5 years with Pneumonia treated with antibiotics (Amoxicillin)**	99.76	102.23	100.3
2	**ARI mortality rate among children under five years (per 1000)**	0	0	0.05
3	**Diarrhoea incidence rate among children under five years**	195.41	209.88	155.17
4	**Incidence of ARI among children under five years (per 1000)**	429.81	564.64	462.96
5	**Incidence of Pneumonia among children under five years (per 1000)**	17.8	21.32	15.63
6	**Incidence of pneumonia among children under five years (per 1000)**	24.36	28.55	21.34
7	**Percentage of children under five years with diarrhea treated with zinc and ORS**	100	99.95	99.85

२.२.४ समुदायमा आधारित एकिकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रमका समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्याहरु	कारणहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
२ महिना मुनिका शिशुहरुको जाँच र ब्यवस्थापन पक्ष कमजोर।	दक्ष जनशक्तिको अभाव।	स्वास्थ्य संस्थाहरुमा स्थलगत अनुशिक्षण र नियमित अनुगमन कार्य गरिएको	स्थानीय तह/जिल्ला/ प्रदेश तहवाट सहजिकरण

समस्याहरु	कारणहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
रेकर्डिङ र रिपोर्टिङमा एकरुपता कायम नभएको।	तालिमको अभाव	नयाँ तथा पुराना स्वास्थ्यकर्मिहरुलाई तालिम प्रदान गरिएको।	पालिका/जिल्ला/ प्रदेशबाट सहजिकरण।
गुणस्तरीय सेवाको अभाव	औषधी सामाग्रीको आपूर्ति नियमित हुन नस्कनु	सवै तहमा समन्वय गर्ने।	पालिका/जिल्ला/ प्रदेशबाट सहजिकरण।

अध्याय- ३

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम (National Nutrition Program)

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम को लक्ष्य "सम्बद्ध क्षेत्रहरुसँगको सहकार्यमा सुदृढ पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन को माध्यमबाट देशको सामाजिक आर्थिक विकासमा योगदान गर्न सक्षम स्वस्थ जनशक्ति प्राप्त गर्नु" हो । पोषण कार्यक्रमहरु लागत प्रभावी छन् । पोषणमा पर्याप्त र दिगो लगानी बिना दिगो विकास लक्ष्यहरु हासिल गर्न कठिन हुनेछ ।

३.१. पृष्ठभूमि

नेपालमा कुपोषण बालबालिकाहरुमा बाँच्ने, वृद्दि र विकासको प्रमुख बाधकको रुपमा रहि आएको छ । प्रोटिन इनर्जी कुपोषण (Protein Energy Malnutrition PEM) नेपालमा सबैभन्दा धैरै हुने कुपोषण हो । प्रोटिन इनर्जी कुपोषण वृहत पोषक तत्वको कमीको कारण हुने गर्छ । त्यस्तै अन्य प्रकारको कुपोषणहरुमा सुक्ष्म पोषक तत्वहरुको अभावमा हुने कुपोषण पर्छ । आयोडिन, आइरन र भिटामिन ए जस्ता सुक्ष्म पोषक तत्वको अभावमा हुने कुपोषण पनि नेपालीहरुमा रहेको पाइन्छ । कुपोषणका कारण बालबालिकाको मृत्युदर कुपोषण नभएका बालबालिकाहरुको तुलनामा अत्याधिक हुन्छ । नेपालमा बालबालिकाहरुमा प्रोटिन इनर्जी कुपोषण हुनुको मुख्य कारणहरु कम तौलको जन्म (२.५ के.जी. भन्दा कम), कुपोषित आमा, न्युन खानाको उपभोग, विभिन्न सरुवारोग, परिवार स्तरमा खाद्य असुरक्षा, वालवालिकालाई खुवाउने व्यवहार र वालवालिकाको स्याहार सुसारको अभाव रहेका छन् । यी कारणहरुले पुस्तौंपुस्तामा कुपोषण भइरहेछ ।

नेपालमा विद्यमान कुपोषणलाई रोकथाम र व्यवस्थापन गर्न नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले विभिन्न कार्यक्रमहरु संचालन गरिरहेको छ । प्रोटिन इनर्जी कुपोषणका लागि समुदायमा आधारित शिशु तथा वाल्यकालिन पोषण (IYCF) कार्यक्रम, समुदायमा आधारित शिघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन (IMAM) र अस्पतालमा आधारित पोषण व्यवस्थापन र पुर्नस्थापना कार्यक्रमहरु संचालनमा रहेका छन् ।

सुक्ष्म पोषकतत्वहरुको कमीबाट हुने कुपोषण न्युनीकरणका लागि समेत विभिन्न कार्यक्रम गर्दै आइएको छ । आयोडिनको कमीबाट हुने विकृतिबाट वच्नका लागि २ वालवालिका चिन्ह भएको आयोडिन युक्त प्याकेटको नुनको प्रयोगको प्रवर्धनका गतिविधि संचालन गरिएका छन् । त्यस्तै प्रत्येक वर्षको वैशाख र कार्तिकमा ६ महिना देखि ५९ महिनाका वालवालिकाहरुलाई भिटामिन ए क्याप्सुल खुवाइन्छ । त्यस्तै जुकाको संक्रमण नियन्त्रणका लागि सोही समयमा १ वर्ष देखि ५ वर्षको उमेरका बालबालिकाहरुलाई 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 रुपमा रहेको छ । विशेष गरी ६ महिना देखि ५ वर्ष मुनिका ४६% वालवालिकाहरुमा लौह तत्वको कमी (एनेमिया) रहेको छ । त्यस्तै ३५% प्रजनन उमेरका महिलाहरुमा समेत लौह तत्वको कमी रहेको पाइएको छ । तसर्थ नेपाल सरकारले लौह तत्वको कमी हटाउनका

लागि सबै गर्भवती तथा सुत्केरी आमालाई निशुल्क आइरन चक्की प्रदान गर्छ । सबै गर्भवती महिलाले गर्भ रहेको चौथो महिना देखि सुत्केरी भएको ४२ दिन सम्म प्रत्येक दिन एक चक्कीका दरले कुल २२५ आइरन सेवन गर्नुपर्दछ । त्यस्तै केही जिल्लाहरुमा विभिन्न सुक्ष्म पोषक तत्वहरुको मिश्रण भएको वाल मिश्रण (Micronutrient powder) ६ देखि २३ महिनाका वालवालिकाहरुका लागि वितरण गरिन्छ । यि कार्यहरुका अलवा म.स्वा.से. र स्वास्थ्य संस्थाहरु 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 संस्थाहरुको सहयोगमा यो योजनाले सुनौलो हजार दिनका आमा तथा बच्चा (गर्भवती भए देखि २ वर्षको बाल्यावस्था सम्म) हरुलाई लक्षित गरी विभिन्न कार्यक्रम शुरु गरिएको छ । त्यस्तै विद्यालय उमेरका वालवालिकाहरुको पोषण स्थिति सुधार गर्न स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र शिक्षा मन्त्रालयको द्विपक्षीय राष्ट्रिय विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण रणनीति तयार गरी २ जिल्लामा पाइलटिङ्ग गरिएको छ ।
जनताको समग्र पोषण स्थितिमा सुधार ल्याई मातृ तथा शिशु मृत्युदर घटाउनुका साथै समतामुलक मानव विकासमा योगदान पुर्याउनु ।

३.२ पोषण कार्यक्रमका उद्देश्यहरुः

गर्भवती तथा सुत्केरी महिला तथा बालबालिकाहरुको समग्र पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउने उद्देश्य राखि पोषण कार्यक्रमले निम्न लिखित उद्देश्यहरु निर्धारण गरेको छ ।

- प्रजनन् उमेरका महिला तथा बालबालिकाहरुमा हुने प्रोटिन शक्ति कुपोषण (Protein Energy Malnutrition PEM) लाई घटाउने ।
- मातृ पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउने ।
- किशोरी, महिला तथा बालबालिकाहरुमा रक्तअल्पता हुने दरमा कमी ल्याउने ।
- आयोडिनको कमीले हुने विकृति (Iodine Deficiency Disorder) र भिटामिन ए को कमी (Vitamin A Deficiency) लाई निवारण गर्ने र सो अबस्थालाई कायम राख्ने ।
- गर्भवती तथा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा 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 सुनिश्चितता गर्नका लागि घरधुरी खाद्य सुरक्षामा सुधार ल्याउने ।
- जनताको पोषण स्थितिमा सुधार गर्नका लागि आहार सम्बन्धी असल बानीको अभ्यासलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउन तथा बाल मृत्यु दरलाई घटाउनका लागि संक्रामक रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रण गर्ने ।
- जीवनशैलीसँग सम्बन्धित रोगहरु (जस्तैः उच्च रक्तचाप, सुर्तिजन्य पदार्थको प्रयोगसँग सम्बन्धित रोगहरु, क्यान्सर, मधुमेह) आदिको नियन्त्रण गर्नु ।

- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम सञ्चालन गरी बालबालिकाहरुको पोषण स्थिति तथा स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउने ।
- आपतकालिन अवस्थामा हुन सक्ने विषेश 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 रुपमा सञ्चालन गर्ने।

३.३ पोषण कार्यक्रमका रणनीतिहरु:

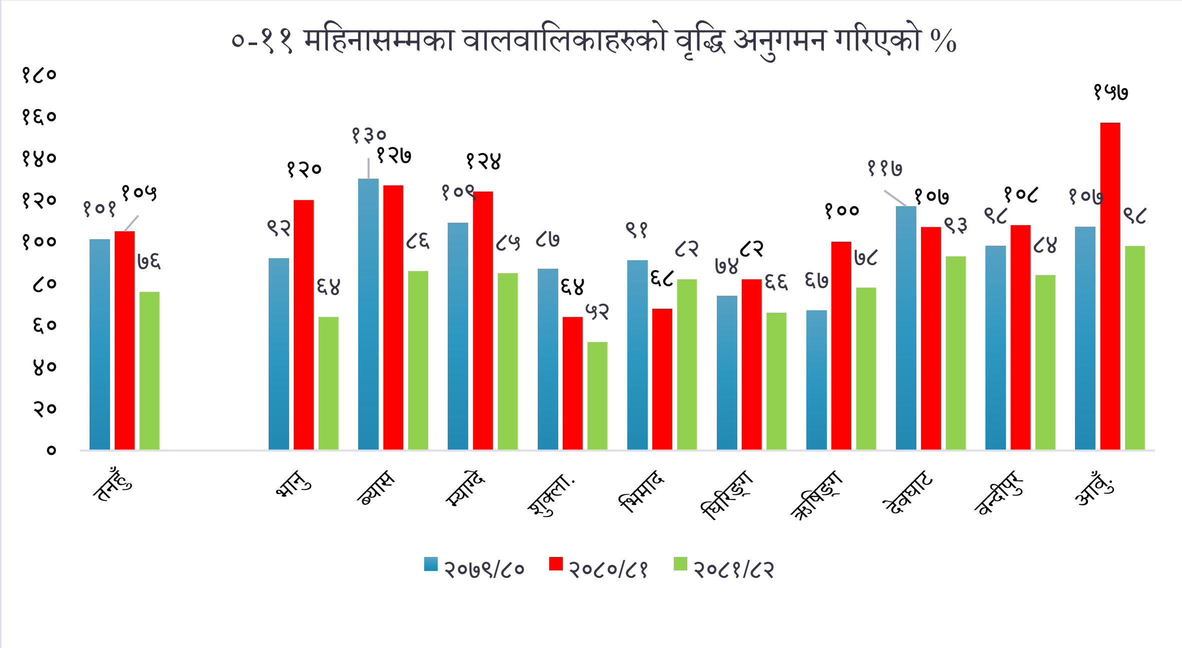
- प्रोटिन शक्ति कुपोषण (PEM) को नियन्त्रण ।
- लौह तत्वको कमीले हुने रक्तअल्पता (Iron Deficiency Anaemia) को नियन्त्रण ।
- घरधुरी खाद्य सुरक्षा ।
- सुधारिएको आहार सम्बन्धी असल व्यवहार ।
- संक्रामक रोगहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण ।
- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम ।
- आयोडिनको कमी (Iodine Deficiency Disorders) को नियन्त्रण ।
- भिटामिन ए को कमि (Vitamin A Deficiency) को नियन्त्रण ।
- शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन ।
- संकटकालीन अवस्थामा पोषण ।
- कम जन्म तौलको नियन्त्रण ।
- जीवनशैली सँग सम्बन्धित रोगहरु ।

३.४ पोषण सम्बन्धी सञ्चालित क्रियाकलापहरु

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

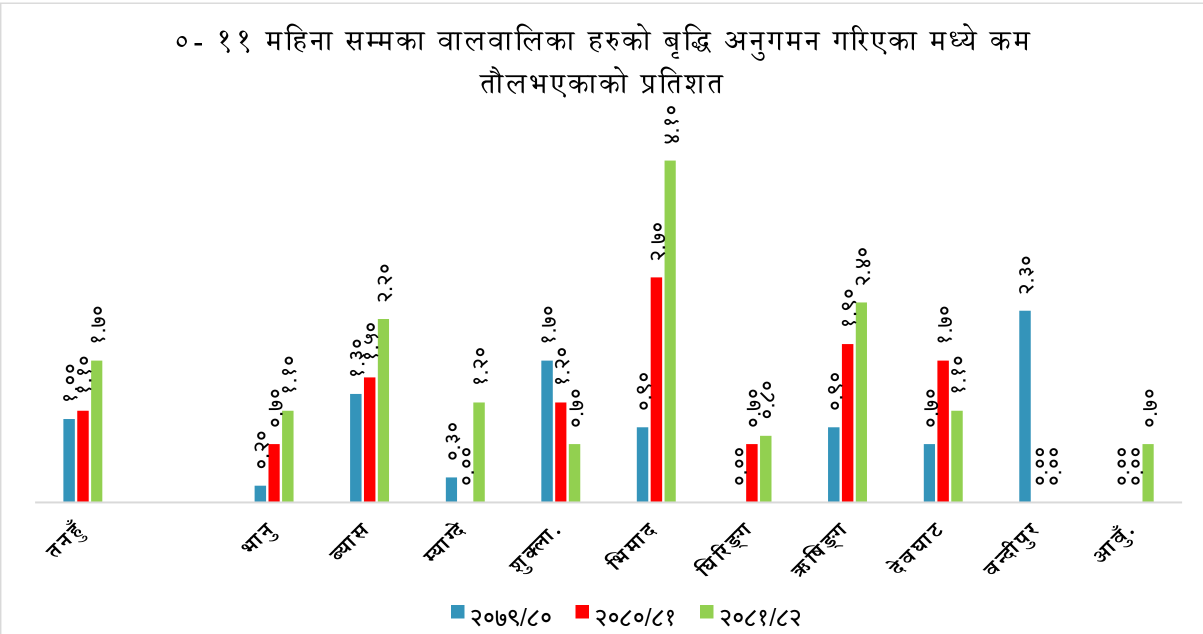
३.५ मुख्य उपलब्धीहरु:

- यस अवधिमा ० देखी ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको बृदि अनुगमनलाई प्रभावकारी वनाउदै लगिएको छ ।



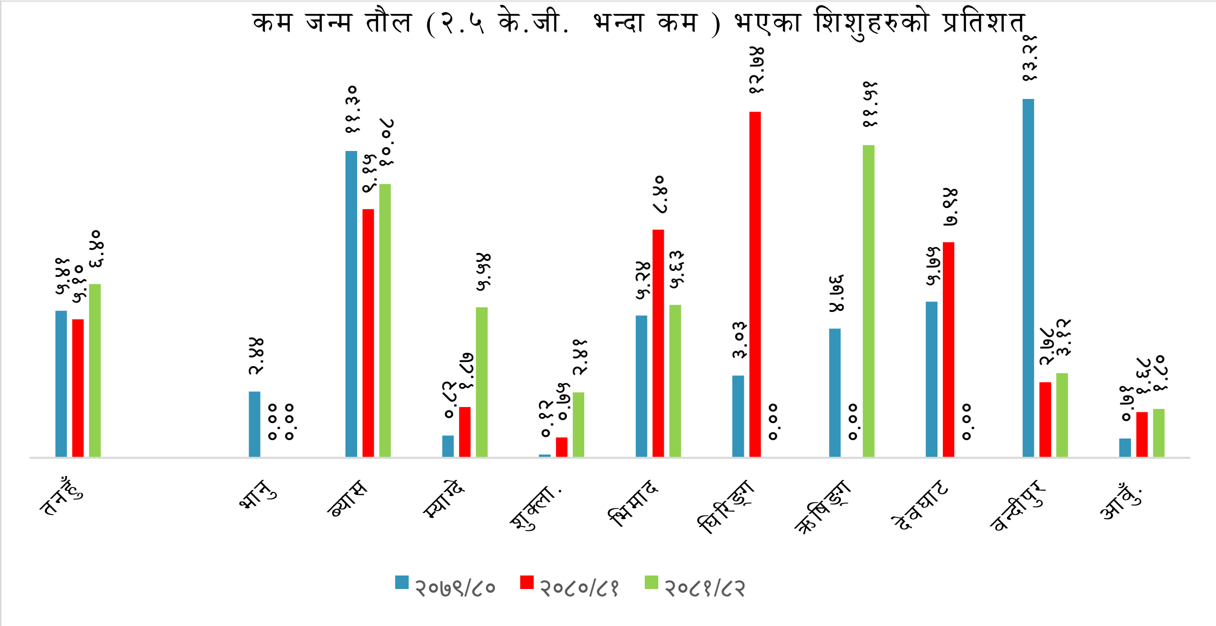
चित्र नं. १०: (०-११) महिनासम्मका वालवालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन गरिएको %

० देखी ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको वृद्दि अनुगमन गत वर्ष १०५% रहेकोमा यस आ.व. मा घटेर ७६% मा रहेको छ । ० देखी ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको वृद्दि अनुगमन सबै भन्दा बढी आबुखैरेनी गाउँपालिकामा ९८% र सबै भन्दा कम शुक्लागण्डकी नगरपालिकामा ५२% रहेको छ। वृद्धि अनुगमन गर्ने १ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको प्रगति प्रतिशत भिमाद नगरपालिकामा वृद्धि हुँदै आएको देखिन्छ भने बाकीं सबै स्थानिय तहमा घट्दो क्रममा रहेको छ।



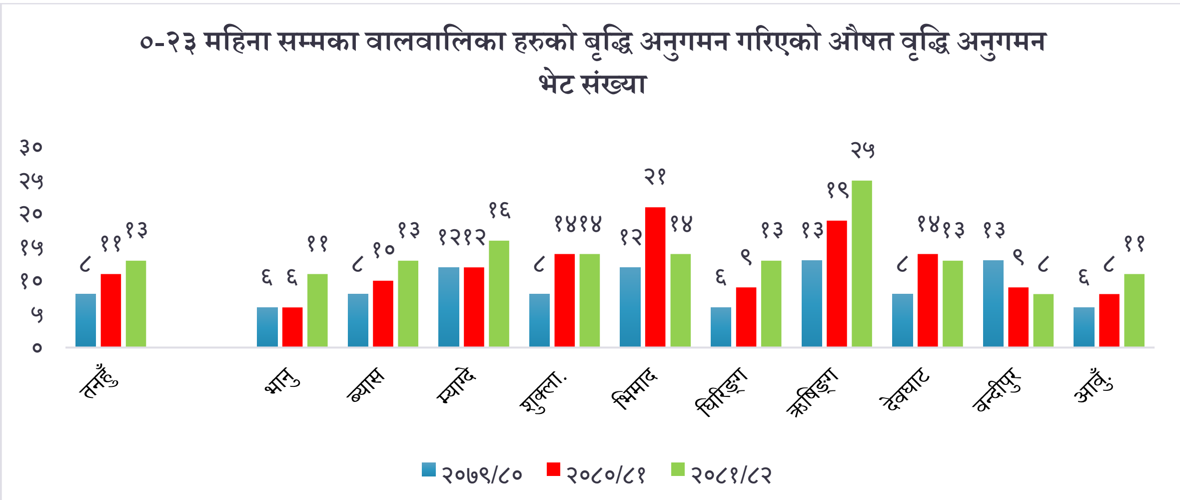
चित्र नं. ११ (०- ११) महिना सम्मका वालवालिका हरुको बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये कम तौल भएकाको प्रतिशत

वृद्धि अनुगमन गरिएका ०-११ महिनाका नयाँ बालबालिकाहरु मध्य आ.व. २०८१।८२ मा १.७% बालबालिकाहरुमा कम तौल भएको पाईएको छ। आ.व. २०८१।८२ मा कम तौल भएका बालबालिका हरु सबै भन्दा धैरे भिमाद नगरपालिकामा मा ४.१% र सबै भन्दा कम बन्दीपुर गाउँपालिकामा शुन्य रहेको छ।



चित्र नं १२: स्वास्थ्य संस्थामा जन्म भएका मध्ये कम जन्म तौल (२.५ के.जी. भन्दा कम) भएका शिशुहरुको प्रतिशत

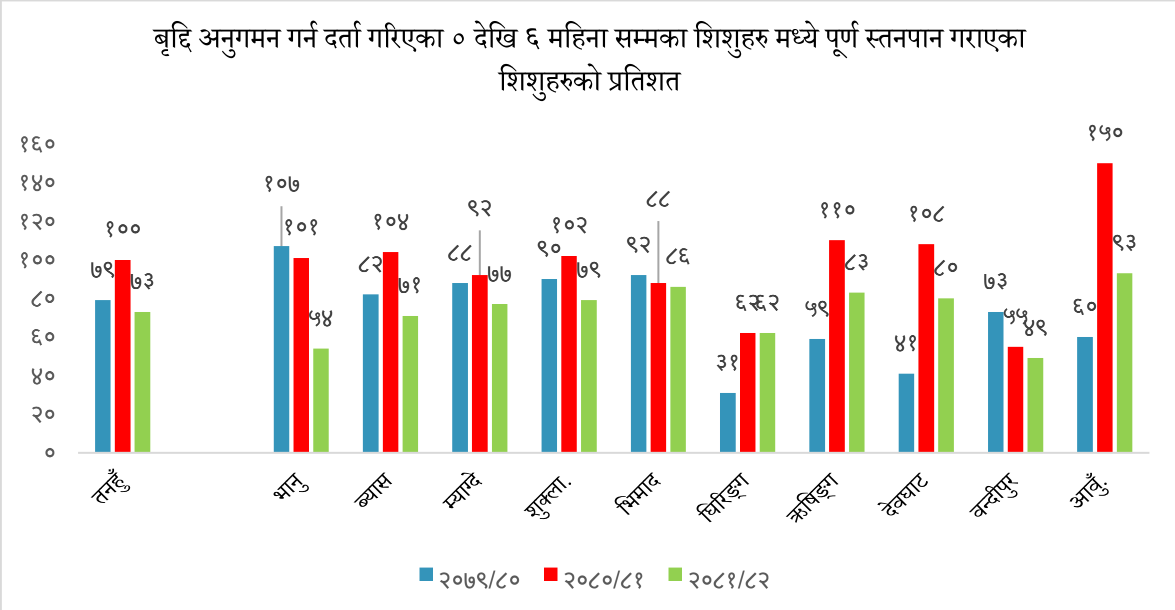
सामान्य अवस्थामा मा शिशु जन्मदाको तौल २.५ किलो ग्राम हुनु पर्दछ, सो भन्दा कम तौलको शिशु जन्म भएमा कम जन्म तौल भनिन्छ। विगत ३ आ.व. मा कुल जन्मेको मध्ये कम जन्म तौल भएका शिशुहरुको प्रतिशत क्रमशः ५.४१%, ५.१% र ६.४% रहेको छ। जन्मेका मध्ये कम तौल भएको शिशुको प्रतिशत सबै भन्दा बढी घिरिङ, ऋषिङ्ग र ब्यास नगरपालिकामा रहेको छ।



चित्र नं. १३ (०-२३) महिना सम्मका वालवालिका हरुको बृद्धि अनुगमन गरिएको औषत वृद्धि अनुगमन भेट संख्या

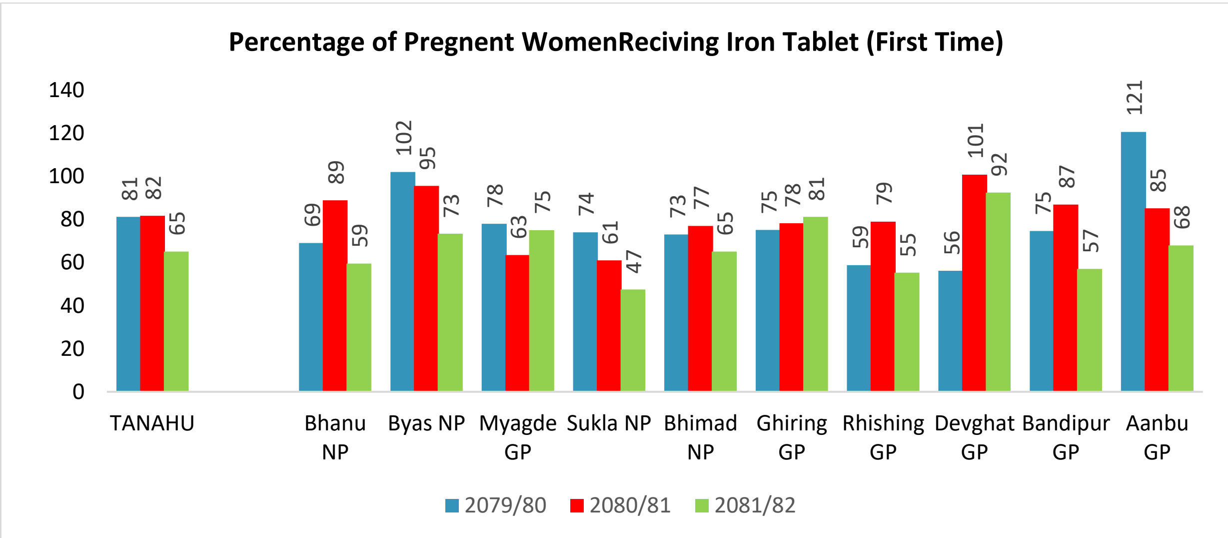
शिशु जन्मे देखि २३ महिनाको हुन्जेल सम्म प्रत्येक महिना २४ पटक वृद्धि अनुगमन गर्नु पर्दछ।तनहुँ जिल्लाको समग्र बालबालिकाहरु २३ महिना भित्रमा औषतमा १३ पटक वृद्धि अनुगमनका लागि आएको देखिएको छ जुन

अघिल्लो आ.ब २०८०।८१ मा भन्दा बृद्धि भएको छ भने स्थानीय तह अनुसार हेर्दा पनि धेरै स्थानीय तहको बढेको पाईन्छ ।



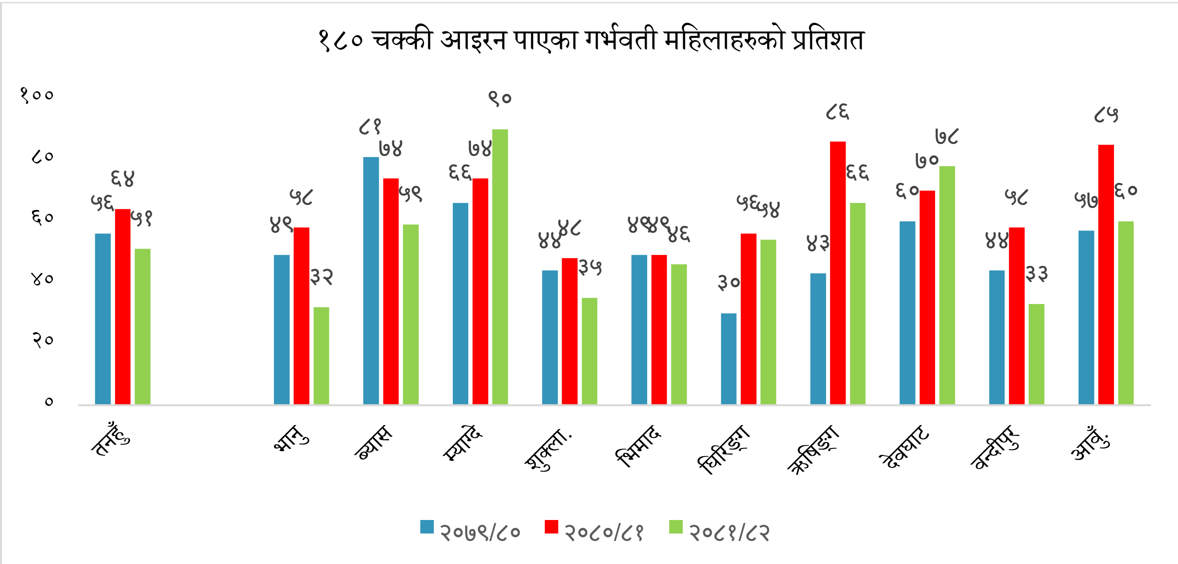
चित्र नं. १४ : वृद्दि अनुगमन गर्न दर्ता गरिएका ० - ६ महिना सम्मका शिशुहरु मध्ये पुर्ण स्तनपान गराएका शिशुहरुको प्रतिशत

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 । गत तीन आ.व. मा पुर्ण स्तनपान गराउने आमाहरुको संख्या क्रमशः घट्दै आएको देखिएको छ । त्यसमा पनि बन्दीपुर र भानु नगरपालिकामा पुर्ण स्तनपान गराउनेको प्रतिशत कम भएको छ।



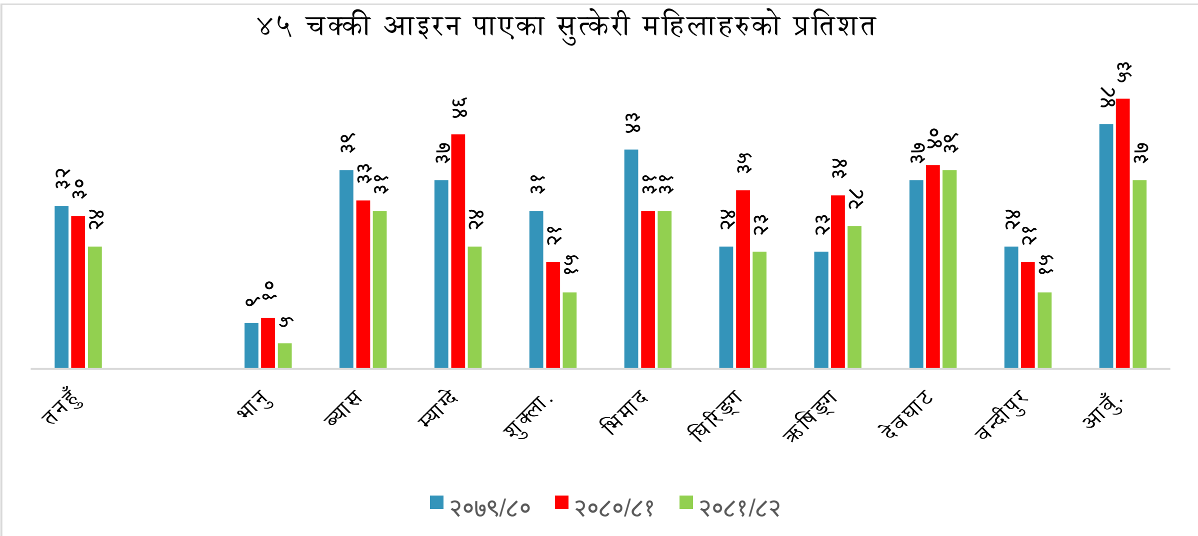
चित्र नं. १५: अनुमानित जिवित जन्म मध्ये पहिलो पटक आइरन चक्की पाएका गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत

गर्भ रहेको ९१ दिन देखी गर्भवती महिलाले नियमित आइरन चक्कीको सेवन गर्नु पर्दछ जसले बच्चा र आमाको स्वास्थ्यलाई फाईदा पुर्याउने गर्दछ । तनहुँ जिल्लाको तथ्याङ्क हेर्दा आ व २०८१/८२ मा पहिलो पटक आइरन चक्की खाने गर्भवती महिला ६५ % पुगको छ ।



चित्र नं. १६ : 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 रुपमा आइरन चक्की सेवन गरेमा गर्भावस्था भरिमा उसले १८० वटा आइरन चक्की सेवन गर्दछ । गर्भावस्थामा १८० चक्की आइरन चक्की सेवन गर्ने गर्भवती महिला आ.व. २०७९/८०, २०८०/८१ र २०८१/८२ मा ५६% र ६४% र ५१% रहेको छ ।



चित्र नं. १७ : ४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाहरुको प्रगति

सुत्केरी भए पश्चात पनि ४५ दिन सम्म आइरन फोलिक एसिड खानु पर्ने हुन्छ जसले गर्दा रगतमा हेमोग्लोबीनको मात्रालाई कम हुन नदिनका लागि मदत पुग्ने हुन्छ । तनहुँ जिल्लाको तथ्याङ्कलाई विश्लेषण गर्दा आ.ब २०७९/८०

मा आइरन फोलिक एसिड खाने सुत्केरी महिलाको संख्या ३२%, आ.ब २०८०/८१ मा ३०% र आ.ब. २०८१/८२ मा २४% रहेको छ जुन क्रमश घट्दै गएको देखिन्छ।

३.६ बाल भिटा (बहु सूक्ष्म पोषक तत्व) प्रवर्द्धन कार्यक्रम

शिशु तथा बालबालिकामा व्याप्त आइरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको रोकथामको लागि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले ६ महिनादेखि २ बर्षसम्मका बालबालिकालाई Home Fortification मार्फत उनीहरुको खानामा मिसाएर खुवाउने बालभिटा वितरण कार्यक्रम सुरु गरेको हो। कार्यक्रम लागु भएका जिल्लाहरुमा बाल भिटा कार्यक्रमलाई मातृ शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण कार्यक्रमसँग एकिकृत गरी बालबालिकालाई किन र कसरी बाल भिटा खुवाउने भनी पोषण शिक्षा तथा परामर्शका साथ सञ्चालन गरिन्छ।

३.६.१ बाल भिटा वितरणको अवस्था:

शिशु तथा बालबालिकाको पोषण कार्यक्रम अन्तरगत बालभिटा प्रवर्धन कार्यक्रम अन्तरगत तनहुँ जिल्लामा वालभिटा खुवाउने कार्यक्रम शुरुवात भई सकेको छ। जिल्लाका सवै स्थानीय तहहरु मार्फत शिशु तथा वाल्यकालिन पोषण कार्यक्रम अन्तरगत ६ महिना देखी २४ महिना भित्रका वाल वालिकालाई यस कार्यक्रममा समेटिएको छ। वार्षिक रुपमा २ पटक अभियानको रुपमा कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिदै लगिएको छ। यस कार्यक्रममा समावेश भएका शिशु तथा वालवालिकाहरुको संख्या तपशिल अनुसार रहेको छ।

तालिका नं. ९ शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बाल भिटा खाने उमेरका बालबालिका

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बालभिटा प्रवर्धन कार्यक्रम						
	पहिलो पटक		दोश्रो पटक		तेश्रो पटक	
उमेर समूह (महिनामा)	म.स्वा.स्व.से. बाट खुवाईएको	स्वास्थ्य संस्थाबाट खुवाईएको	म.स्वा.स्व.से. बाट खुवाईएको	स्वास्थ्य संस्थाबाट खुवाईएको	म.स्वा.स्व.से. बाट खुवाईएको	स्वास्थ्य संस्थाबाट खुवाईएको
६ देखि ११	४४२	६९६				
१२ देखि १७	३८९	५८६	२२	८१		
१८ देखि २३	३५६	५२९	१४	५०	१२	५५

आ.व. २०८१/८२ मा तनहुँ जिल्लामा बालभिटा बितरणको अवस्था देखाईएको छ। यसै आ.ब बाट जिल्लामा बालभिटा बितरण कार्यक्रमको सुरुवात भएको हो।

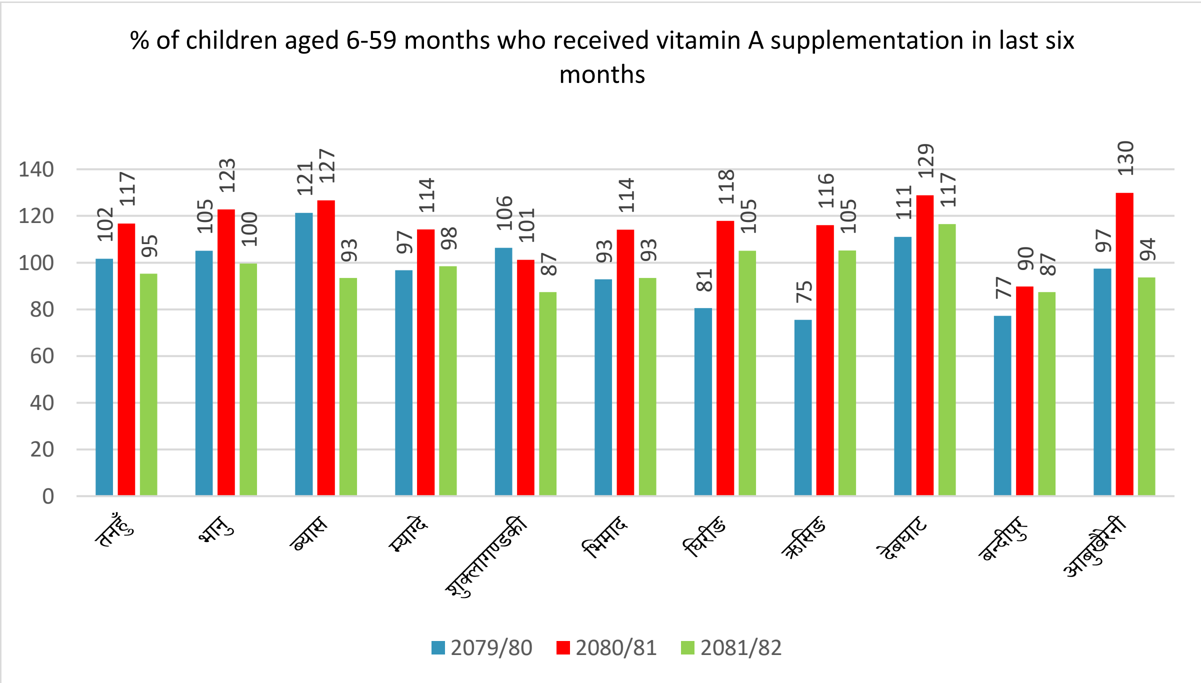
३.६.२ आयोडिनको कमीले हुने विकृतीको रोकथाम र नियन्त्रण

आयोडिनको कमिले देखापर्ने विभिन्न विकृतिहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्ने एक मात्र कार्यक्रमको रुपमा नेपाल सरकारले खाने नुनमा आयोडिन सम्मिश्रण गरी वितरण गर्ने गरेको छ र प्रयाप्त मात्रामा आयोडिन सम्मिश्रण भएको नूनलाई "दुई बालबालिकाको चिन्ह" अँकित लोगो मार्फत प्रबर्द्धन गरिएको छ। राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत

नेपाल सरकारबाट सिफारीश गरिएको "दुई बालबालिकाको चिन्ह" अँकित पर्याप्त मात्रामा आयोडिन सम्मिश्रण भएको नून उपभोग गर्न पोषण शिक्षा तथा परामर्श दिईन्छ ।

३.६.३ भिटामिन "ए" को कमीको नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रम

यस कार्यक्रम अन्तर्गत महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाहरुद्वारा वर्षको २ पटक (वैशाख र कार्तिक) मा ६-५९ महिनाका बालबालिकालाई भिटामिन "ए" क्याप्सुल खुवाईन्छ (६ देखि ११ महिनाः १,००,००० आई.यु, १२ देखि ५९ महिनाः २,००,००० आई.यु) साथै, दादुरा, कडा कुपोषण, दीर्घ झाडापखाला र भिटामिन "ए"को कमीबाट हुने आँखा सम्बन्धि रोगहरुको स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट भिटामिन "ए" क्याप्सुल द्वारा उपचार गरिन्छ । त्यसैगरी शिशुलाई स्तनपान मार्फत भिटामिन "ए" को आपूर्ति गर्ने उद्देश्यले सुत्केरी महिलाहरुलाई शिशु जन्मेको ६ हप्ताभित्र स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाहरुबाट एक क्याप्सुल (२००,००० आई.यु.) खुवाईन्छ ।

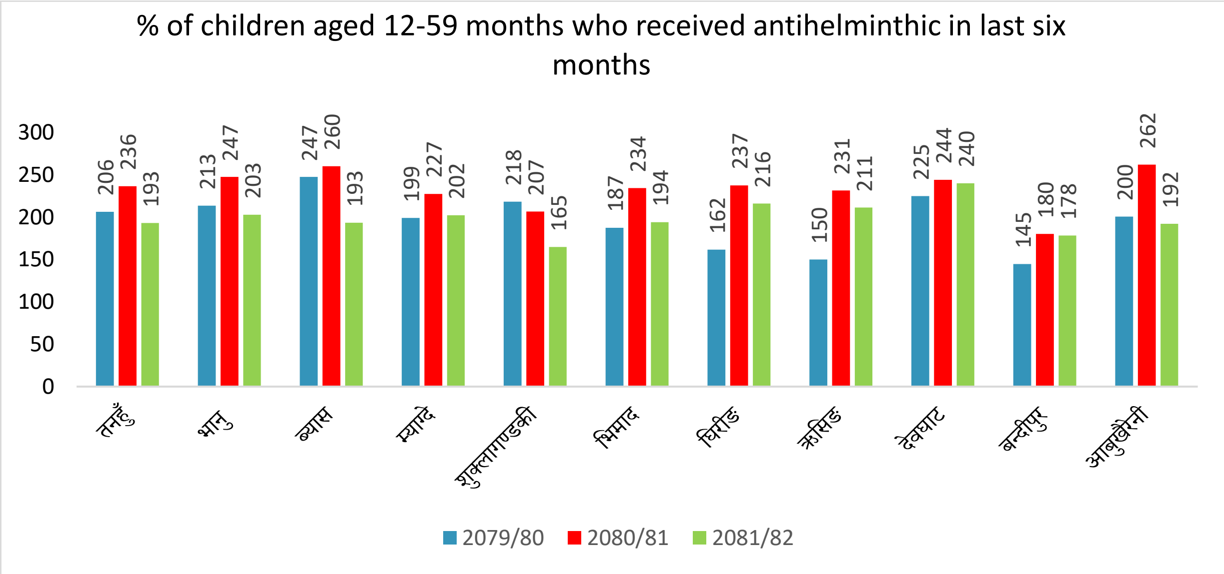


चित्र १८: राष्ट्रिय भिटामिन "ए" प्राप्त गरेको ६-५९ महिना को बालबालिका को प्रगति प्रतिशत

आ.व. २०८१/८२ मा राष्ट्रिय भिटामिन "ए" जिल्लाको समग्र कभरेज ९५ प्रतिशत रहेको छ । पालिकागत तवरले हेर्दा सबै भन्दा बढी कभरेज देवघाट गा.पा. मा ११७ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम शुक्लागण्डकी न.पा. र वन्दीपुर गा.पा. मा ८७ प्रतिशत रहेको पाईन्छ ।

३.६.४ जुकाको औषधि वितरण कार्यक्रम (परजिवी नियन्त्रण कार्यक्रम)

यस कार्यक्रम अन्तरगत महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविकाहरुद्वारा वर्षको २ पटक राष्ट्रिय भिटामिन “ए” कार्यक्रम सँगै (१२ देखि २३ महिनाः २०० मि.ग्रा., २ देखि ५९ महिनाः ४०० मि.ग्रा.) जुकाको औषधि अलबेन्डाजोल एक मात्रा खुवाईन्छ ।



चित्र १९ जुकाको औषधि प्राप्त गरेको १२-५९ महिना को बालबालिकाको प्रतिशत

यस आ.व. २०८१।८२ मा जुकाको औषधि खुवाएको जिल्लाको समग्र कभरेज १९३ प्रतिशत रहेको छ । पालिकागत तवरले हेर्दा सबै भन्दा बढी कभरेज देवघाट गा.पा. मा २४० प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम शुक्लागण्डकी नगरपालिकामा मा १६५ प्रतिशत रहेको पाईन्छ ।

तालिका नं. १० भिटामिन ए र जुकाको औषधि खुवाउने राष्ट्रिय कार्यक्रमको प्रगति विवरणः

क्र. सं.	स्थानिय तह	२०८१ कार्तिक				२०८२ वैशाख			
		भिटामिन ए खुवाईएका बालबालिकाहरु		जुकाको औषधी खुवाईएका बालबालिकाहरु		भिटामिन ए खुवाईएका बालबालिकाहरु		जुकाको औषधी खुवाईएका बालबालिकाहरु	
		संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत
१	भानु न.पा	२४३७	१०१	२१८४	१०३	२३५५	९८	२१३३	१००
२	व्यास न.पा.	४७८०	९५	४३७९	९९	४६१९	९२	४२१७	९५
३	म्याग्दे गा.पा.	१३७२	१०५	१२४७	१०७	१२१७	९३	११९०	९५
४	शुक्लागण्डकी	३०१५	८७	२५२६	८३	२८३३	८२	२३२१	७६
५	भिमाद न.पा.	१८८९	१०७	१७५०	११२	१४३२	८१	१३०१	८३
६	घिरिङ्ग गा.पा.	८३८	१०५	७६१	१०७	८५०	१०६	७७७	१०९

क्र. सं.	स्थानिय तह	२०८१ कार्तिक				२०८२ वैशाख			
		भिटामिन ए खुवाईएका बालबालिकाहरु		जुकाको औषधी खुवाईएका बालबालिकाहरु		भिटामिन ए खुवाईएका बालबालिकाहरु		जुकाको औषधी खुवाईएका बालबालिकाहरु	
		संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत	संख्या	प्रगती प्रतिशत
७	ऋषिङ्ग गा.पा.	१०३३	११२	९२९	११३	९२१	९९	८१०	९९
८	देवघाट गा.पा.	९७३	११७	८९४	१२१	९७६	११७	८७९	११९
९	बन्दिपुर गा.पा.	९६७	९५	८७६	९७	८०९	८०	७३३	८१
१०	आँबुखैरेनी गापा	११८२	८९	१०८४	९२	१२५१	९४	११२३	९५
जम्मा		**१८४८६**	९८	**१६६३०**	१००	**१७२६३**	९२	**१५४०४**	९२

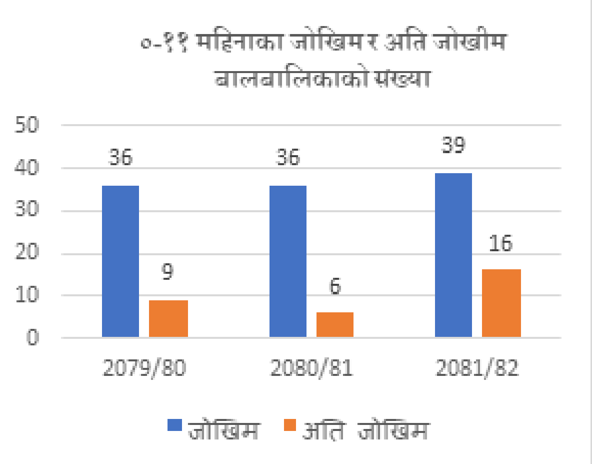
३.६.५ आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रम

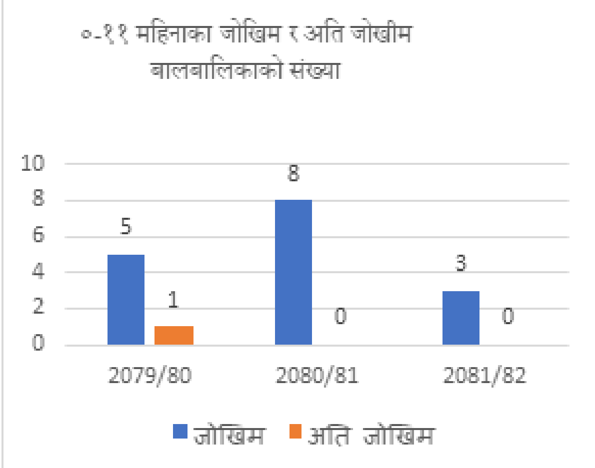
विभिन्न घटना तथा दैवी प्रकोपहरुको कारणहरुले सिर्जना हुने आपतकालिन अवस्थामा नियमित रुपमा सञ्चालन भईरहेका पोषण कार्यक्रमहरुलाई एकिकृत गरी अति शीघ्र र तीव्र रुपमा बिशेष प्राथमिकताका साथ आपतकालिन पोषण कार्यक्रम सञ्चालन गरिन्छ। यसका लागि केन्द्रस्तरमा राष्ट्रिय पोषण विषयगत क्षेत्र (National Nutrition Cluster) ले आपतकालीन अवस्थामा के के कार्य गर्ने भन्ने वारे निणर्य गर्न अहम भूमिका खेल्ने गरेको छ। साथै यसको कार्यान्वयनमा जिल्लामा रहेका स्वास्थ्य तथा पोषण विषयगत क्षेत्रको पनि त्यतिकै अहम भूमिका हुन्छ। यस्तो आपतकालीन अवस्थामा गर्भवती, सुत्केरी र पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको पोषणको अवस्थामा नकारात्मक असर पर्न सक्ने सम्भावना बढी हुन्छ, किनकि ती अवस्थाहरुमा पोषणको आवश्यकता अन्यसाधारण अवस्थामा भन्दा बढी र धेरै महत्वपूर्ण हुन्छ।

आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत निम्नलिखित क्रियाकलापहरु सञ्चालन हुदैं आएका छन्।

- ०–२३ महिनाका बालबालिकाको पोषण प्रबद्र्धनको लागि स्तनपानको प्रबद्र्धन, संरक्षण र सहयोग क्रियाकलापमा तीव्रता
- ६–२३ महिनाका बालबालिकाको पोषण प्रबद्र्धनको लागि पूरक वा थप खानाको प्रबद्र्धन, संरक्षण र सहयोगमा तीव्रता
- कडा शीघ्र कुपोषणको उपचार तथा व्यवस्थापन
- मध्यम शीघ्र कुपोषणको उपचार तथा व्यवस्थापन
- बालबबालिका, किशोरी र गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरुका लागी सूक्ष्म पोषण तत्व वितरण क्रियाकलाप, जस्तैः बाल भिटा, भिटामिन "ए" तथा आइरन तथा फोलिक एसिड वितरणलाई थप तीव्रता तथा प्रभावकारीताका साथ सञ्चालन।

३.६.६ आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रमले गरेको नविनतम कार्य





चित्र नं. २० पोषण लेखाजोखा गरिएको मध्ये कुपोशित बालबालिकाको संख्या

माथिको टेवलमा ०-११ र १२-२३ को जोखिम र अति जोखिममा रहेका बालबालिकाहरुको बिगत ३ आर्थिक बर्षको संख्यालाई देखाईएको छ । यसरी हेर्दा ०-११ महिनाका बालबालिकाहरु धैरै जोखिममा रहेको देखिन्छ । आ.ब २०८१/८२ को तथ्याङकलाई हेर्दा ०-११ महिनाका ३९ जना जोखिम र १६ जना अति जोखिममा रहेका छन यस बालबालिकाहरुको उचित व्यवस्थापन गर्नका लागि OTC र ITC सेन्टरको आवश्यकता रहेको छ ।

३.६.७ आ.व. २०८१।८२ मा गरिएका मुख्य गतिविधिहरु

१. स्थानिय तहका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा भएका गतिविधिहरुः

१. श्रावण महिनामा स्तनपान सप्ताह विभिन्न चेतनामूलक कार्यक्रम गरि मनाईएको ।
२. कार्तिक तथा वैशाख महिनामा ६ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरुलाई भिटामिन ए तथा जुकाको औषधी खुवाइएको ।
३. February महिना भरि आयोडिन सम्बन्धि विभिन्न चेतनामूलक कार्यक्रम गरि मनाईएको ।
४. स्वास्थ्य संस्था तथा गाउँघर क्लिनिकबाट २ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन, तथा परामर्श, गर्भवती आमाहरुलाई आइरन चक्की तथा जुकाको औषधी प्रदान गरिएको ।
५. गर्भवती आमाहरुलाई आइरन चक्की तथा जुकाको औषधी, परामर्श प्रदान गरिएको ।
६. सुत्केरी आमाहरुलाई भिटामिन ए, आइरन चक्की र स्तनपान सम्बन्धि परामर्श ।
७. अति विपन्न गर्भवती महिला तथा बच्चाहरुको पोषण स्थिति सुधार गर्न स्थानिय तहहरुसँगको सहकार्यमा बहुक्षेत्रीय पोषण कार्यक्रम संचालन गरिएको ।

३.७ पोषण कार्यक्रमका समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्याहरु	कारणहरु	समाधानका उपाय	जिम्मेवारी
शिघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनमा कठिनाइ	निर्देशिका वमोजिम उपचार गर्न नसकिनु	OTC स्थापना गर्नुपर्ने	• स्वास्थ्य मन्त्रालय • स्थानीय तहहरु • प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय
त्रुटिपूर्ण अभिलेख तथा प्रतिवेदन	• तालिमको अभाव, • अभिलेख तथा प्रतिवेदन पुरा नभएको	• तालिमको व्यवस्था, • तथ्याङ्कको आधारमा कार्यक्रम लागु गर्ने, • स्थलगत अनुशिक्षण	• स्वास्थ्य संस्थाहरु • स्थानीय तहहरु • प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय

अध्याय - ४

राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (National Safe Motherhood Program)

४.१. पृष्ठभूमि

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको एक उच्च प्राथमिकता प्राप्त तथा आधारभुत स्वास्थ्य सेवाको महत्वपूर्ण सेवा हो। नेपाल जस्तो भौगोलिक अवस्था तथा स्वास्थ्यको पूर्वाधार रहेको देशमा सुरक्षित मातृत्वको अवस्थामा सुधार गरि स्वस्थ आमा र बच्चा सहितको भविष्यका लागि उच्च प्राथमिकताका साथ काम गरिरहेको छ। विगत २ दशक अघि उच्च मातृ तथा वाल मृत्युदर रहेको परिस्थितिमा सन् १९९७ देखि यो कार्यक्रम कार्यान्वयन भएपछि मातृ तथा वाल स्वास्थ्यमा उल्लेखनीय प्रगती हासिल भएको छ। प्रतिकात्मक तथा प्रवर्द्धनात्मक गतिविधिहरु मार्फत गर्भधारण र सुत्केरी अवस्थामा आउन सक्ने जटिलताहरु हुने कारक तत्वहरुलाई सम्बोधन गर्दै मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्यको स्थिति सुधार गर्नु नै राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको लक्ष्य हो।

नेपालको सन्दर्भमा प्रसुती अवस्थालाई व्यवस्थापन गर्न तीन ढिलाईलाई सम्बोधन गर्नु पर्ने देखिन्छ। ती तीन ढिलाईहरुः

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

गर्भावस्थामा, सुत्केरीबाट हुन सक्ने जोखिम तथा मातृ रुग्णता र मातृका कारकतत्वहरुलाई न्युनीकरण गर्न निम्नानुसारको रणनीतिहरु अवलम्वन गरिएको छ।

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

४.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका मुख्य रणनीतिहरुः

१. विपन्न र उपेक्षित वर्ग लक्षित सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको प्रवर्द्धन को लागि केन्द्र, प्रदेश तथा स्थानिय तहमा लागि प्रतिवद्धता सुनिश्चत गर्न अन्तर-निकाय समन्वय र सहकार्य को प्रवर्द्धन गर्ने।
२. दक्ष प्रसुतिकर्मी द्वारा आधारभुत तथा विस्तृत प्रसुति सेवा प्रदान गर्दै सेवाको सवलीकरण र विस्तार गर्दै जानेः
   - आकस्मिक प्रसुति सेवाको लागि भौतिक पूर्वाधारको विकास गर्ने
   - स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको उपयुक्त तहमा आधारभुत तथा आधारभुत प्रसुति सेवाको स्तरिकरण गर्ने

- जनशक्ति सशक्तिकरण- Training development of advanced skilled birth attendant (ASBA), SBA, anesthesia assistant and contracting short term human resource for expansion of services.
- हवाइ उद्दार सहितको प्रेषण प्रणालीको स्थापना, वडाहरुमा स्ट्रेचर वितरण, आकस्मिक कोषको स्थापना।

३. मातृ स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी तथा सेवाहरुको पहुँच वृद्धि गर्नका लगि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु मार्फत जीवन सुरक्षा सम्बन्धी स्वास्थ्य संदेशहरु प्रदान गर्ने।

४. महिलाको समग्र अवस्था सुधार गर्ने कृयाकलापहरुमा सहयोग गर्ने।

५. योजना, उच्च गुणस्तरीय सेवा तथा लागत प्रभावी कृयाकलापहरु को सुधारमा योगदान गर्न सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी खोज अनुसन्धानहरुलाई प्रवर्द्धन गर्ने।

४.३ मुख्य कार्यहरु (गतिविधि)

आ.व. २०८१।८२ मा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरु निम्नानुसार रहेको छन्।

१. प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाबाट तथा गाउँघर क्लिनिकबाट नियमित रुपमा गर्भवती जाँच, उत्तर प्रसुति सेवा र परामर्श सेवा दिईएको साथै महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुका बाट समेत घरभेट गरी परामर्श तथा स्वास्थ्य शिक्षा दिईएको।

२. ३ वटा BEONC, २ वटा CEONC, ३२ वटा Birthing Centre बाट पूर्व प्रसुती सेवा, प्रसुती सेवा तथा उत्तर प्रसुति सेवा दिएको साथै जिल्ला स्थित सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भवती जाँच र सुत्केरी तथा नवजात शिशुको जाँच गरिएको।

३. उत्तर प्रसुती सेवाका लागि घरघरमा स्वास्थ्यकर्मी कार्यक्रम।

४. स्थानिय तहहरुमा बर्थिङ सेन्टरका लागि अ.न.मीहरु करारमा लिईएको।

५. समुदाय स्तरमा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रम लागु गरिएको।

६. प्रसुती सेवा प्रदायकहरुलाई मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी अनसाईट कोचिङ तथा गुणस्तर सुधार कार्यक्रम

७. घरमा सुत्केरी हुने दर उच्च रहेका स्थानीय तह तथा स्वास्थ्य संस्थामा जनप्रतिनिधि, गर्भवती महिला तथा अन्य सरोकारवालाहरुसँग सचेतना तथा पैरवी कार्यक्रम

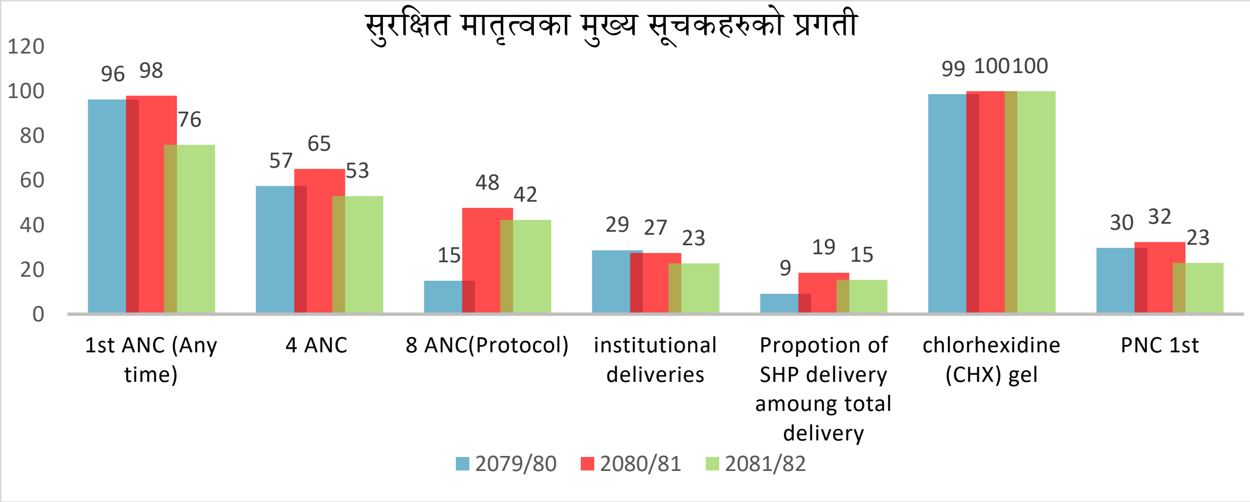
८. किशोर किशोरी लक्षित सुरक्षित मातृत्व, सुरक्षित गर्भपतन सेवा, परिवार योजना प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम

९. नर्सिङ कर्मचारीहरुका लागि PRTP, MNH Service, MPDSR सम्बन्धी अभिमुखीकरण कार्यक्रम

१०. MPDSR सम्बन्धी समिक्षा तथा अभिमुखीकरण कार्यक्रम

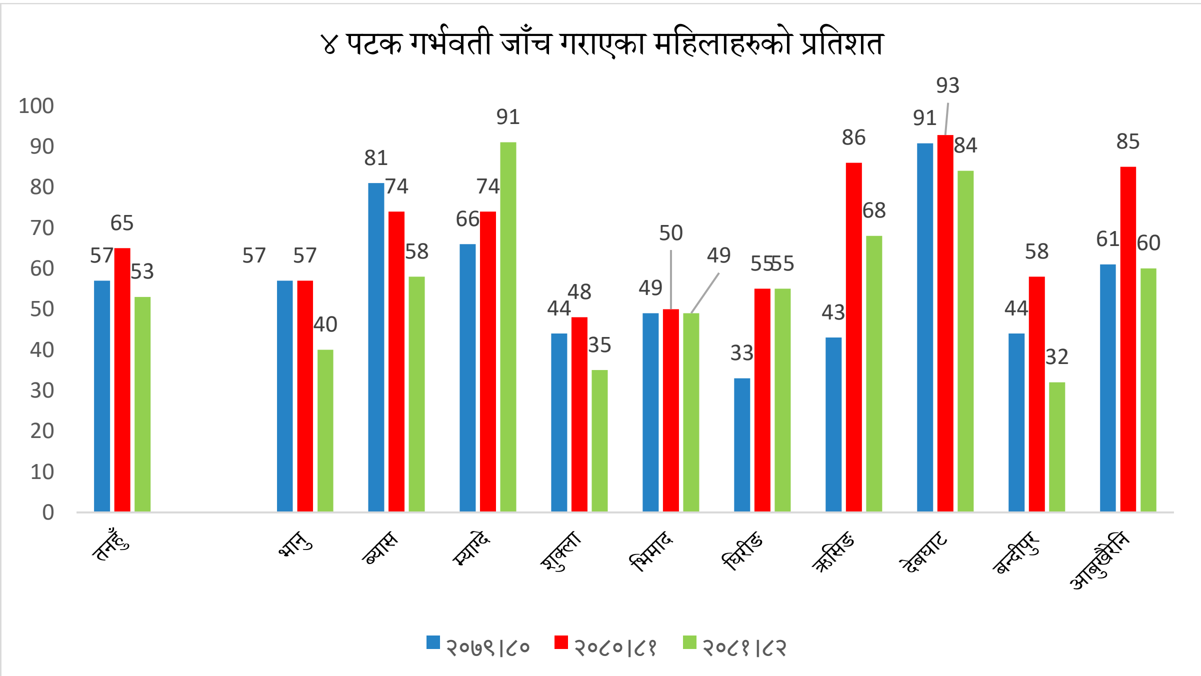
११. नर्सिङ कर्मचारीहरुका ANC to PNC Continuum of care सम्बन्धी अभिमुखीकरण कार्यक्रम

४.४ प्रगती विश्लेषण:



चित्र नं. २१: सुरक्षित मातृत्वका मुख्य सूचकहरुको प्रगति अवस्था

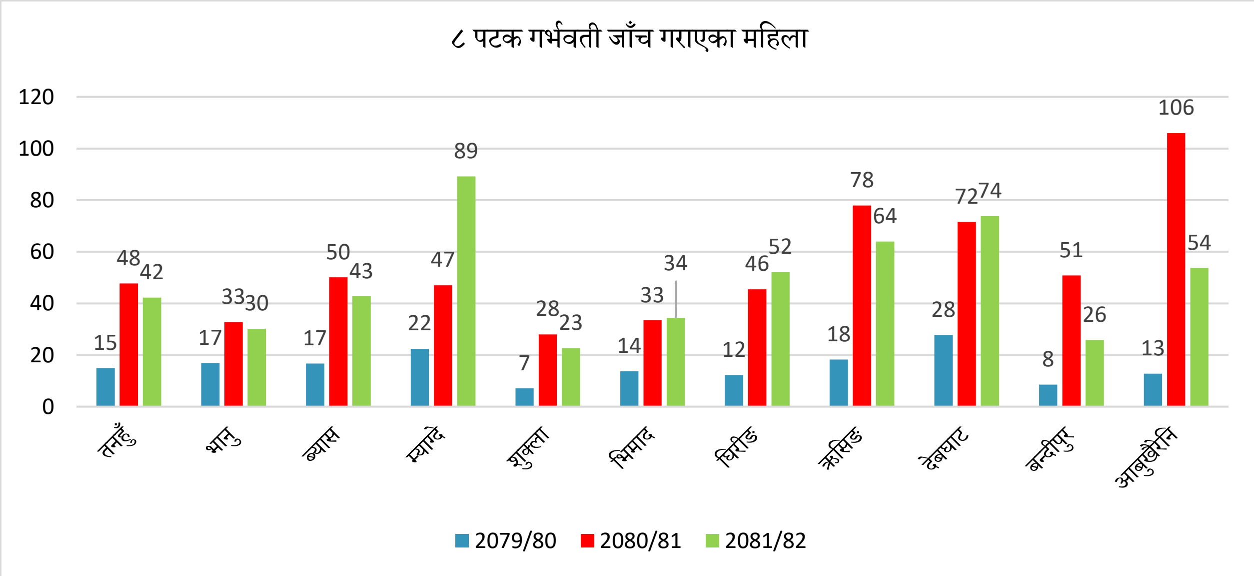
स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति गराउने महिलाहरु विगत तीन आ.व. देखी क्रमश घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ, अझै पनि अनुमानित जिवित जन्म मध्ये स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति गराउनेको महिलाहरु २३ प्रतिशत मात्र रहेको देखिन्छ। ANC Visit को अनुपातमा संस्थागत प्रसुतिको दर बढ्न नसक्नु तनहुँका लागि चुनौतीको रुपमा रहेको देखिन्छ।



चित्र नं. २२: प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भवती जाँच गराएका महिलाहरुको प्रतिशत

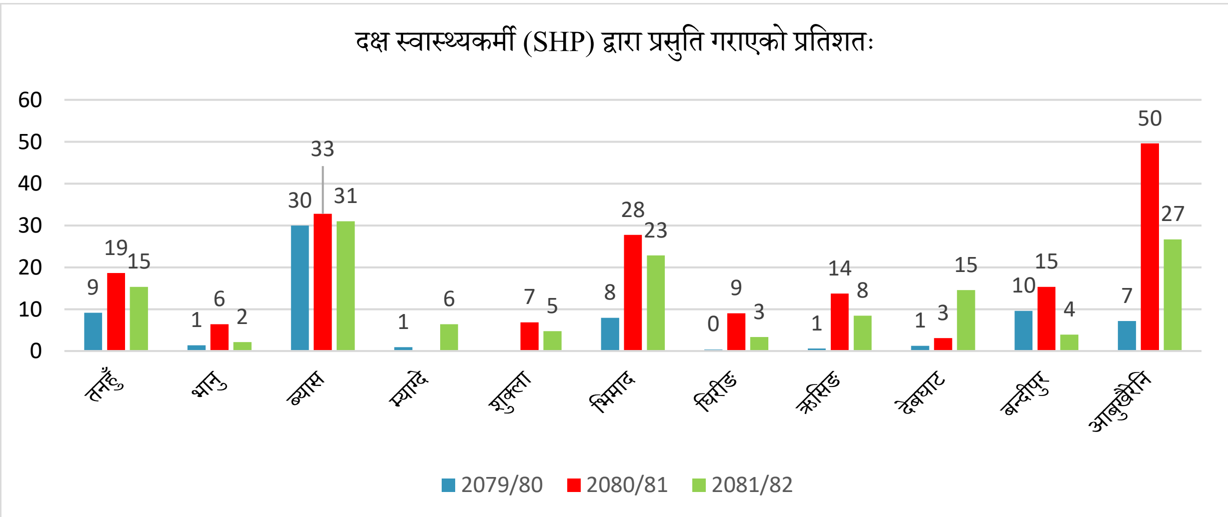
गर्भवती महिलाहरुले गर्भ रहेको १२ हप्ता भित्र पहिलो पटक गर्भवती जाँच सेवा लिनु पर्दछ। जिल्लामा ४ पटक गर्भवती सेवा लिएको प्रगती आ.व. २०७९।८० ,२०८०।८१ र २०८१/८२ मा क्रमशः ५७%, ६५% र ५३% रहेको

छ। सो सेवा सबै भन्दा बढी म्याग्दे गाउँपालिकामा ९१% र सबै भन्दा कम बन्दिपुर गाउँपालिकामा ३२% मात्र रहेकोछ।



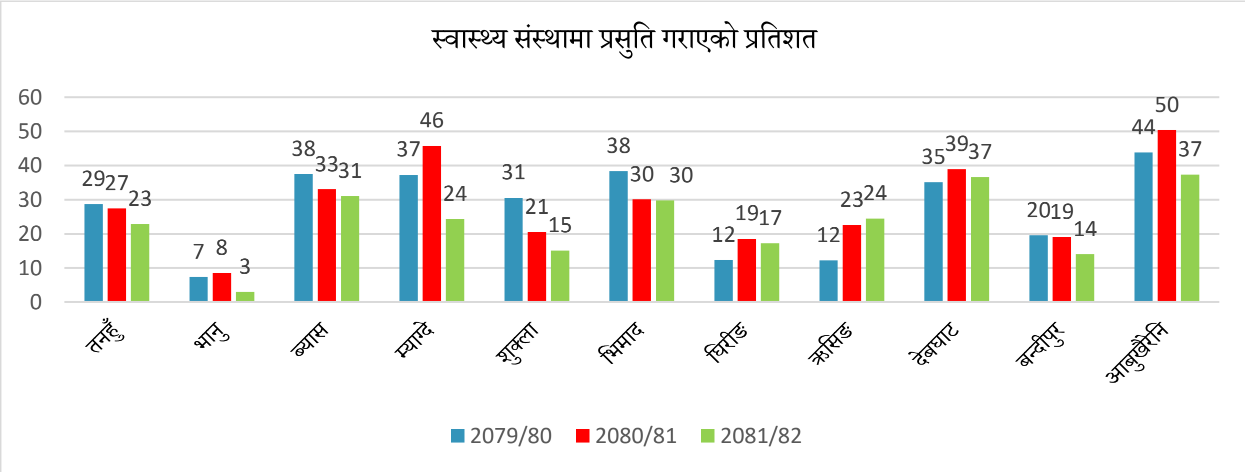
चित्र नं २३: प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भवती जाँच गराएका महिलाहरुको प्रतिशत

कुनै पनि महिला गर्भवती भएपछि तोकिएको समयमा ८ पटक नजिकको स्वास्थ्य संस्थाबाट पुर्व प्रसुति 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. २०७९।८० ,२०८०।८१ र २०८१/८२ मा प्रोटोकल अनुरुप ८ पटक गर्भवती जाँच सेवा क्रमशः १५%, ४८% र ४२% रहेको छ। त्यसै गरी आ.व. २०८१।८२ मा प्रोटोकल अनुसार ८ पटक पुर्व प्रसुति सेवा (ANC) सेवा लिएका महिलाहरु सबै भन्दा बढी म्याग्दे गाउँपालिकामा ८९ प्रतिशत र सबै भन्दा कम शुक्लागण्डकी नगरपालिकामा २३ प्रतिशत रहेको छ।



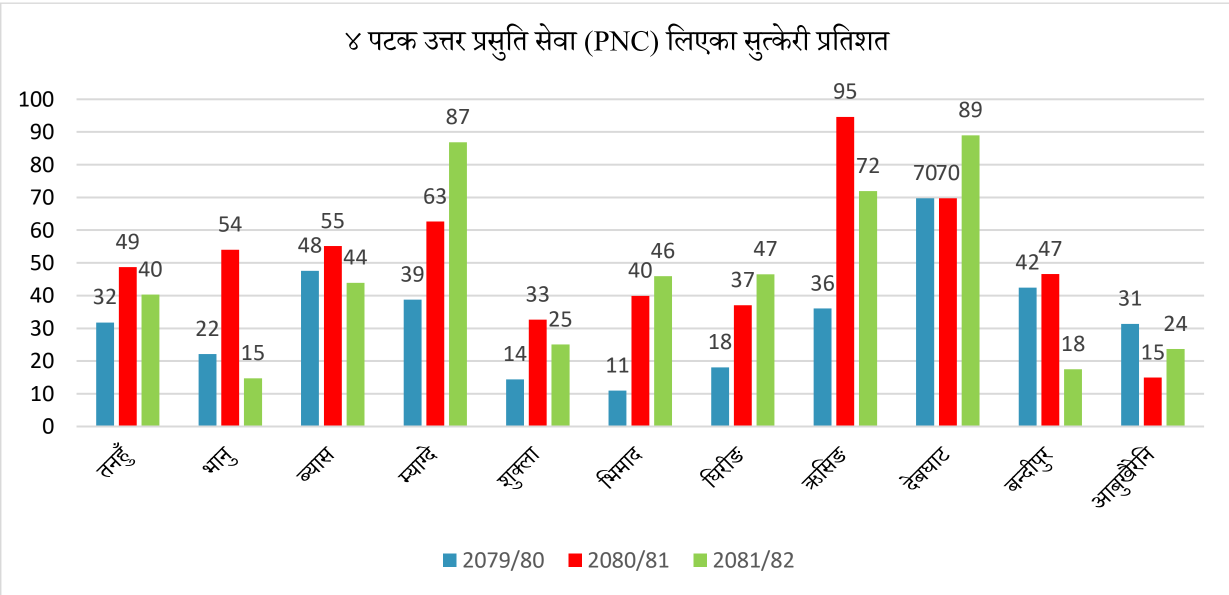
चित्र नं. २४ अनुमानित जिवित जन्म मध्ये दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) द्वारा प्रसुति गराएको प्रतिशत

दक्ष प्रसुतिकर्मी बाट प्रसुति गराउने गर्भवती महिलाहरुको प्रगती प्रतिशत बढ्ने क्रममा रहेको देखिन्छ । आ.व. २०७९।८० मा अनुमानित जिवित जन्म मध्ये ९ प्रतिशत प्रसुति दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) बाट भएकोमा आ.व. २०८०।८१ मा १९% पुगेको छ भने २०८१/८२ मा फेरि घटेर १५ % पुगेको छ। जिल्लाको संस्थागत सुत्केरी गराउने संख्या कम भएका कारण दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) द्वारा प्रसुति गराएको प्रतिशत पनि घटेको हो। स्थानिय तह अनुसार आ.व. २०८१।८२ को तथ्याङ्क हेर्दा दक्ष प्रसुतिकर्मी/स्वास्थ्यकर्मी (SBA/SHP) द्वारा प्रसुति गराउनेको प्रतिशत सबै भन्दा धैरै व्यास नगरपालिकामा ३१% र सबै भन्दा कम भानु नगरपालिकामा २% देखिएको छ।



चित्र नं. २५ स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति गराएको प्रतिशत

तनहुँ जिल्लामा विगत तीन आ.व. को तथ्याङ्कलाई हेर्दा स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति हुने संख्या घटेको देखिन्छ । आ.व. २०७९।८०,२०८०।८१ र २०८१/८२ मा संस्थागत सुत्केरीको प्रतिशत क्रमशः २९%, २७% र २३% रहेको छ । स्थानिय तह अनुसार आ.व. २०८१।८२ को तथ्याङ्क हेर्दा संस्थागत सुत्केरी गराउनेको प्रतिशत सबै भन्दा धैरै देवघाट र आँबुखैरेनी गाँउपालिकामा ३७% र सबै भन्दा कम भानु नगरपालिकामा ३% देखिएको छ।



चित्र नं.२६: प्रोटोकल अनुसार ४ पटक उत्तर प्रसुति सेवा (PNC) लिएका सुत्केरीहरुको 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 प्रसुति सेवा (PNC) लिएका सुत्केरी महिलाहरुको संख्या न्युन पाइएको छ। विगत आ.व. हरुसँग तुलना गर्दा यस आ.व. मा सुत्केरी जाँचको संख्या घटेको पाईन्छ। सबै स्थानिय तहहरुमा प्रसुति घर भेट कार्यक्रम (PNC Home Visit) कार्यक्रम लागु भएको हुनाले उत्तर प्रसुति सेवाको उपभोग र पहुँचमा वृद्धि भएको हो।

समस्या कारण समाधानका उपायहरु:

क्र.स.	समस्याहरु	कारणहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्वेवार निकाय
१	घरमा प्रसुती हुने संख्या धैरै रहेको	सचेतनाको अभाव पायक पर्ने स्थानमा प्रसुति केन्द्र नहुनु यातायातको सुविधा नहुनु	रणनैतिक स्थानहरुमा बर्थिङ सेन्टर स्थापना। बर्थिङ सेन्टरहरुको सुदृढीकरण स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुतिलाई प्रवर्द्धन गर्ने विषेश कार्यक्रम।	प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय स्थानिय तह
२	सेवाको पहुँचमा आएका सेवाग्राहीको सेवा उपभोगमा कमी	प्रभावकारी परामर्शको कमी	जीवन सुरक्षा कार्यक्रमका लागि तयार निर्देशिका तथा साधनहरुको उपयुक्त प्रयोग गर्दै सेवाग्राही मैत्री सेवा प्रदान गर्ने। गर्भवती दर्ता तथा अनुगमन कार्यक्रम प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्ने। स्वास्थ्यकर्मीहरुका लागि निरन्तर रुपका क्षमता अभिवृद्धि तालिम संचालन गर्ने	स्थानिय तह र प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय स्वास्थ्यकर्मीहरु
३	अभिलेख तथा प्रतिवेदनमा भएका त्रुटीहरु	नियमित रुपमा तथ्याङ्क भेरिफिकेसन नहुने	मासिक कार्यप्रगति समिक्षामा तथ्याङ्कहरु मा छलफल गरी त्रुटी सच्याउने। स्थलगत अनुशिक्षण।	स्थानिय तह र प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय
४	दक्ष प्रसुतिकर्मीको व्यवस्थापन	तालिम प्राप्त जनशक्तिलाई बर्थिङ सेन्टर नभएको स्थानमा राख्ने	SBA तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीलाई बर्थिङ सेन्टरमा खटाउने। बर्थिङ सेन्टरमा कार्यरत सबै नर्सिङ कर्मचारीलाई SBA तालिम प्रदान गर्ने।	प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्र स्थानिय तह
५	बर्थिङ सेन्टरहरुको सेवा उपयोग	आवश्यकताको आधारमा बर्थिङ सेन्टरको स्थापना नहुनु	न्युन सेवाग्राहीहरुलाई मात्र सेवा प्रदान गर्ने बर्थिङ सेन्टरहरुको सट्टामा पालिकाको	स्थानिय तह

			पायक पर्ने स्थानमा Maternal Waiting Home स्थापना गर्ने	
६	उत्तर प्रसुति सेवाको उपभोगमा कमी	प्रसुति पश्चातको समयमा सुत्केरी महिलालाई स्वास्थ्य संस्थामा आउन व्यवहारिक कठिनाई	दोस्रो तथा तेस्रो PNC सेवा प्रदान गर्न स्वास्थ्यकर्मी परिचालन गरी सेवा प्रदान गर्ने	स्थानिय तह

अध्याय – ५:

परिवार नियोजन कार्यक्रम (Family Planning Program)

५.१ पृष्ठभूमि

राष्ट्रिय परिवार नियोजन कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य यस्तो वातावरणको श्रृजना गर्नु हो जसमा व्यक्ति तथा दम्पतीले आफ्नो प्रजनन आवश्यकतालाई परिपूर्ति गर्न विभिन्न उपयुक्त परिवार नियोजनका विधिहरु प्रयोग गर्न सक्षम हुन सकुन। परिवार नियोजनले अपरिपूर्ति मागलाई सम्बोधन गरि अनिश्चित गर्भलाई रोकी मातृ तथा बाल स्वास्थ्यको स्थितिमा सुधार ल्याउन योगदान गर्छ।जसले महिला सशक्तिकरण साथै स्वस्थ्य 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 सेवाहरु प्रदान भैरहेको छ। हाल सरकारी स्वास्थ्य प्रणालीबाट ५ प्रकारका अस्थायी परिवार नियोजनका साधनहरु (कण्डम, पिल्स, डिपो, ईम्पाल्न्ट र आई.यू.सी.डी) सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट दिइँदै आइएको छ। त्यस्तै महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुबाट कण्डम वितरण तथा पिल्सको पूनः आपूर्ति भइरहेछ। लामो जन्मान्तरको साधनहरु जस्तै आई.यु.सि.डि. र इम्प्लान्ट भने केही सिमित संख्याहरुबाट मात्र प्रदान भइरहेछ। स्थायी परिवार नियोजनका सेवाहरु समेत संस्थागत क्लिनिक र घुम्ती शिविरबाट प्रदान भै रहेछ। साथै दुर्गम र पहुँच नपुगेका स्थानलाई ध्यान दिंदै स्याटेलाइट क्लिनिक मार्फत समेत लामो जन्मान्तरका सेवाहरु प्रदान भइरहेछ। राष्ट्रिय परिवार नियोजन कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य गुणस्तरीय परिवार नियोजन सेवाको पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि गरी मातृ तथा वाल स्वास्थ्य स्थिति अभिवृद्धि गर्दै गुणस्तरीय जीवनयापन गर्न मद्दत पुऱ्याउनु रहेको छ।

हाल तनहुँ जिल्लामा २५ वटा ईम्पाल्न्ट र १४ वटा आई.यू.सी.डी साईटहरु रहेका छन भने ५ प्रकारका नै सेवा प्रदान हुने १३ वटा स्वास्थ्य संस्था रहेका छन।

५.२ मुख्य कार्यहरु (गतिविधि)

आ.व. २०८१।८२ मा परिवार नियोजन कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरु निम्नानुसार रहेको छन्।

१. प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाहरु तथा गाउँघर क्लिनिकहरुबाट नियमित परिवार नियोजन सम्बन्धि परामर्श तथा अस्थायी साधनहरु कण्डम, पिल्स र डिपो प्रोभेराको सेवा दिईएको साथै म.स्वा. से. बाट समेत कण्डम, पिल्स सेवा दिईएको।

२. केही स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट लामो जन्मान्तरका साधनहरु ईम्प्लान्ट र आइ यु सि डि सेवा दिईएको।

३. जिल्लाको बिभिन्न स्थानीय तहमा लामो अवधिको अस्थाई बन्ध्याकरण शिविर संचालन गरि ४९ जनामा ईम्पाल्न्ट र १३ जनामा आई.यू.सी.डी सेवा दिईएको।

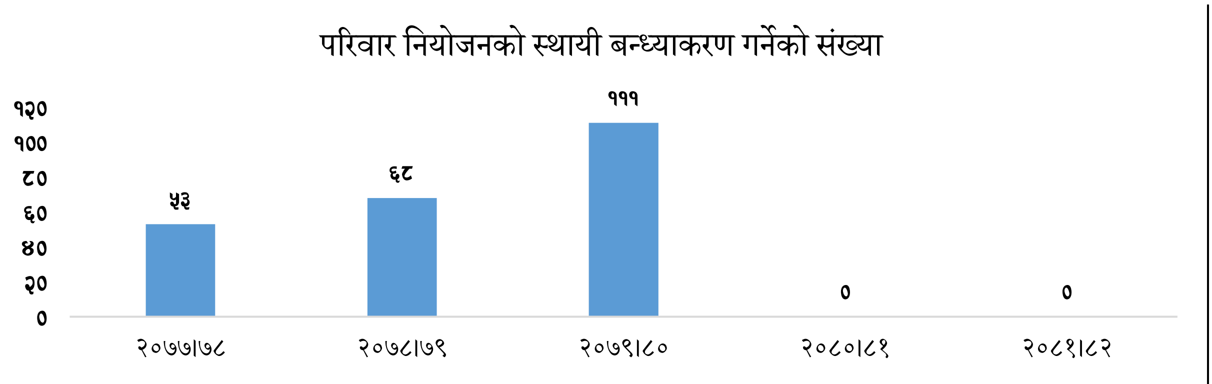
४. जिल्लाका १० वटै स्थानीय तहहरुमा स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको एकिकृत सुक्ष्म योजना अन्तरगत परिवार नियोजन सेवाको सुक्ष्म योजना तयार गरी कार्यान्वयनमा ल्याइएको।

५. प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय तथा स्थानीय तहहरुको आयोजनामा लामो जन्मान्तरका साधनहरु इम्प्लान्ट तथा आइ यु सि डि सेवाको स्याटेलाइट क्लिनिक मार्फत सेवा प्रदान गरिएको जसमा ४९ जनामा ईम्पाल्न्ट र १३ जनामा आई.यू.सी.डी सेवा दिईएको।

६. गण्डकी प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको आयोजनामा सञ्चालित लामो जन्मान्तरका साधन सम्वन्धी तालिम तथा CoFPC तालिममा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई सहभागी गराइएको।
७. परिवार नियोजनको साधनहरुको नियमित आपुर्तिका लागि प्रदेश आपुर्ति केन्द्र पोखरा सँग समन्वय गरी स्थानीय तहसम्म पुर्याउने ब्यवस्था गरिएको ।

५.३ प्रगति विश्लेषण

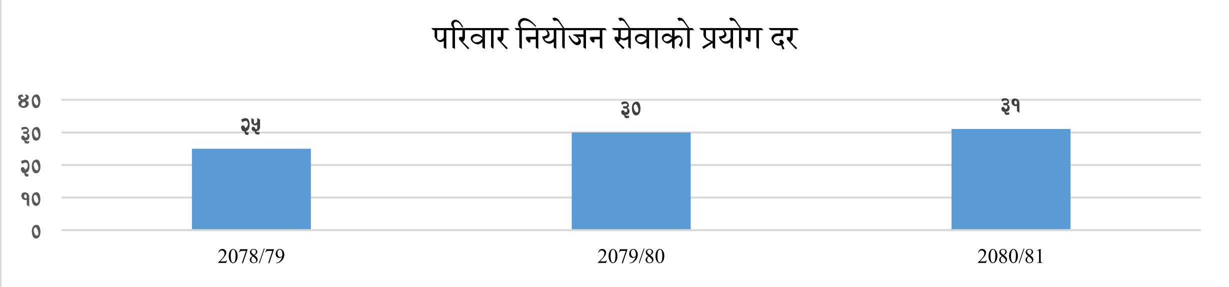
विगत वर्षहरुमा स्थायी परिवार नियोजनका सेवाहरु पुरुषका लागि भ्यासेक्टोमी तथा महिलाका लागि मिनिल्याप जिल्लाका विभिन्न स्थानहरुमा घुम्ती शिविर मार्फत प्रदान गरिदै आएकोमा आ. व. २०८१।८२ मा जिल्लाको आबुखैरेनी गाउँपालिका,ऋषिङ्ग गाउँपालिका भानु नगरपालिकाको बिभिन्न स्थानहरुमा लामो अवधिको अस्थाई साधन IUCD र IMPLANT शिविरहरु राखिएको थियो जसमा ४९ जनाको IMPLANT र १३ जनाको IUCD राखिएको थियो ।



चित्र नं. २७: स्थायी बन्ध्याकरण सेवाका नयाँ प्रयोगकर्ताहरु

नेपाल जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०१६ का अनुसार नेपालमा परिवार नियोजन प्रयोगदर आधुनिक साधन तर्फ ५३ प्रतिशत रहेको देखिन्छ । तनहुँ जिल्लामा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्राप्त प्रतिवेदन अनुसार जिल्लाको आ.व २०८१।८२ 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।

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



चित्र नं. २८: परिवार नियोजन सेवा प्रयोग दर

तनहुँ जिल्लाको बिगत ३ आर्थिक बर्षको तथ्याङ्कलाई विश्लेषण गर्दा बिगत १ आर्थिक बर्षको भन्दा २०८०।८१ मा परिवार नियोजनको साधन प्रयोगकर्ताको संख्या केही बढेको देखिन्छ तर यो संख्या न्युन रहेको छ ।

तालिका नं. ११ आ. व. २०८१।८२ मा स्थानीय तह अनुसार परिवार नियोजनका विभिन्न साधनहरुका हाल अपनाईरहेका प्रयोगकर्ताहरुको अवस्था

जिल्ला/स्थानीय तह	Condom (CYP)	Pills	Depo	Implant	IUCD
तनहुँ जिल्ला जम्मा	1639	1118	2123	7321	3264
भानु नगरपालिका	123	94	231	228	29
ब्यास नगरपालिका	694	304	525	1544	685
म्याग्दे गाउपालिका	82	101	197	521	175
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	341	268	282	1228	913
भिमाद नगरपालिका	106	100	149	492	194
घिरिङ गाउपालिका	45	24	81	133	8
रिसिङ गाउपालिका	75	52	142	141	13
देबघाट गाउपालिका	43	42	137	523	28
बन्दिपुर गाउपालिका	42	90	211	2049	1192
आँबुखैरेनी गाउपालिका	88	43	168	27	462

* CYP= (Number of pieces distributed)/150

समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्याहरु	कारणहरु	समाधानका उपाय	जिम्मेवारी
सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्था स्तर सम्म पाँच वटै अस्थाई परिवार नियोजन सेवा विस्तार गर्न नसकिएको	कर्मचारी तालिमको अभाव	कर्मचारी तालिम स्याटलाइट क्लिनिक सञ्चालन	o प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र o स्थानीय तह
निजी/गैह सरकारी संस्थाहरुबाट परिवार नियोजन सेवा लिनेहरुको तथ्याङ्क समावेश गर्न नसकिएको।	o प्रणालीगत/नीतिगत अपर्याप्तता o अनुगमन सुपरीवेक्षण नहुनु	o निजी/गैह सरकारी संस्थाहरुबाट प्रदान गरिएको परिवार नियोजन सेवालाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तथ्याङ्क प्रणालीमा समाहित गर्ने प्रणालीगत/नीतिगत व्यवस्था o नियमित अनुगमन सुपरीवेक्षण	o स्थानीय तह o प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय

किशोर किशोरीमा परिवार नियोजन सेवाको उच्च माग पूर्ति गर्न नसकिएको	किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारी कार्यान्वयन नहुनु	o किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्था विस्तार तथा प्रमाणीकरण o कार्यक्रममा नियमितता सुनिश्चित गर्ने अनुगमन सुपरीवेक्षण	o स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय o स्वास्थ्य सेवा विभाग o स्थानीय तह

अध्याय – ६:

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

६.१ पृष्ठभूमि

ग्रामीण समुदायमा महिला र बालबालिका सम्वन्धि समस्याहरु बढी मात्रामा देखिन्छन 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 महिलाहरुको भुमिकालाई महत्वपूर्ण मान्दै नेपाल सरकारले आ.व. २०४५/४६ बाट महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम २७ जिल्लाबाट शुरुवात गर्यो र पछि सबै ७७ वटै जिल्लाहरुमा यो कार्यक्रम संचालित छ। छनौट भएका म.स्वा.से. लाई १० दिने तालिम दिइन्छ। तालिम पश्चात म.स्वा.स्व.से.लाई प्रमाणपत्र, औषधी सहितको किट बक्स साथै अन्य सहयोगी पुस्तिका, रजिष्टर, फ्लिप चार्ट, व्याग, साइनवोर्ड र पिल्स समेत दिइन्छ र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले नियमित आपूर्तीको व्यवस्था गर्दछ।

म.स्वा.स्व.से. को प्रमुख भुमिका भनेको आमा तथा समुदायको स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य बानी ब्यवहारको प्रवर्धन गर्नु हो जसले सुरक्षित मातृत्व, वाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन लगायत स्वास्थ्यका अन्य पक्षहरुको स्थितिमा सुधार गर्न मद्दत गर्छ। म.स्वा.से.ले आफ्नो समुदायमा परिवार नियोजनका साधनहरु (कण्डम, पिल्स) वितरण गर्दछन्। साथै पखालाको रोकथाम तथा उपचारका लागि जीवनजल+जिङ्क चक्की उपलब्ध गराउदछन्। भिटामिन ए वितरण गर्ने, श्वासप्रश्वास रोग पत्तालगाई कडा रोगीहरुलाई प्रेषण गर्ने, गर्भवती महिलालाई आइरन चक्की वितरण गर्ने तिनीहरुलाई स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती हुन प्रोत्साहित गर्ने र स्वास्थ्य सम्बन्धी सुचना, शिक्षा सम्प्रेषण गर्ने कार्य समेत गर्दछन्। जिल्लाका सबै पालिका भित्र सबै वडामा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु कार्यरत रहेका छन् र प्रत्येक वडाहरुमा स्वास्थ्य आमा समूहहरु गठन भएका छन्। स्वास्थ्य आमा समूहहरुले विभिन्न स्वास्थ्य सम्बन्धी गतिविधिहरुबारेमा छलफल गर्ने गर्दछन्। महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले गाउँघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक तथा राष्ट्रिय अभियानहरुमा सहयोग गरेको देखिन्छ र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु सम्बन्धी विभिन्न सूचकहरु तल तालिकामा पनि देखाईएको छ।

६.२ मुख्य कार्यहरु

आ.व. २०८१/८२ मा राष्ट्रिय महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम अन्तर्गत गरिएका मुख्य कार्यहरु निम्नानुसार रहेको छन्।

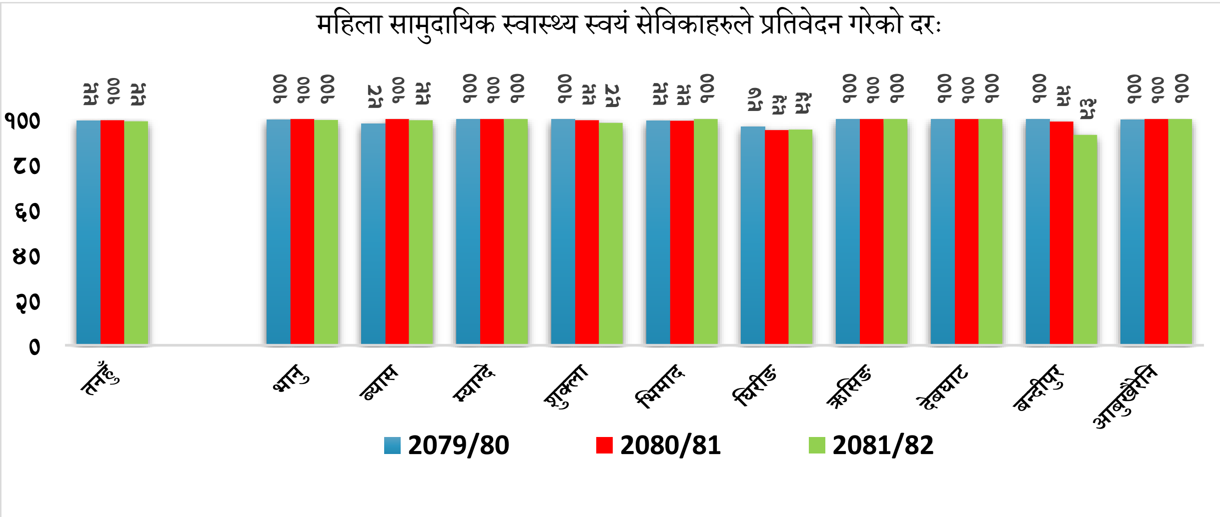
१. नयाँ नियुक्त तथा यस अगाडि तालिम नलिएका महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका. हरुको लागि १० दिने आधारभूत तालिम सञ्चालन। -३ समूह
२. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुको लागि ४ दिने पुनर्ताजगी तालिम सञ्चालन।-२ समूह
३. ६० वर्ष उमेर पुगेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको सम्मानजनक विदाई। - ७ जना
४. गण्डकी प्रदेश सरकार बाट प्रत्येक महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुको लागि प्रदान गरिएको प्रोत्साहन भत्ता (रू ६०००।- प्रति व्यक्ति) वितरण गरिएको।
५. महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाका लागि पोशाक भत्ता वितरण।

६. स्वास्थ्य आमासमूहको बैठक तथा नियमित स्वास्थ्य जनचेतनामुलक कार्यक्रम।
७. ५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुका लागि भिटामिन ए, जुकाको औषधी वितरण।
८. परिवार नियोजनका साधन कण्डम, पिल्स वितरण।
९. ५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको श्वासप्रश्वास र पखालाको परीक्षण तथा उपचार।

६.३ प्रगति विश्लेषण

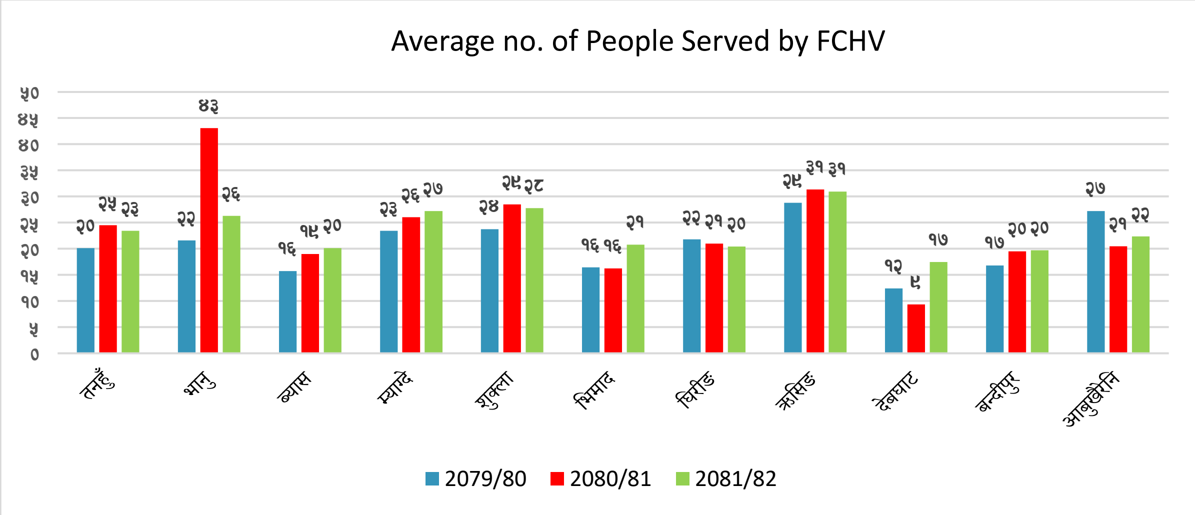
प्रत्येक महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाद्धारा आफ्नो सेवा क्षेत्रमा दिएको स्वास्थ्य सम्बन्धि सेवाहरुको अभिलेख तोकिएको रजिष्टर (HMIS 4.2) मा अभिलेख राखिन्छ र महिनाको अन्तमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा प्रतिबेदन गरिन्छ। जिल्लामा सेवारत जम्मा ४६८ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु रहेका छन्।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुले प्रतिवेदन गरेको दरः Percentage of Reporting Status (FCHV)



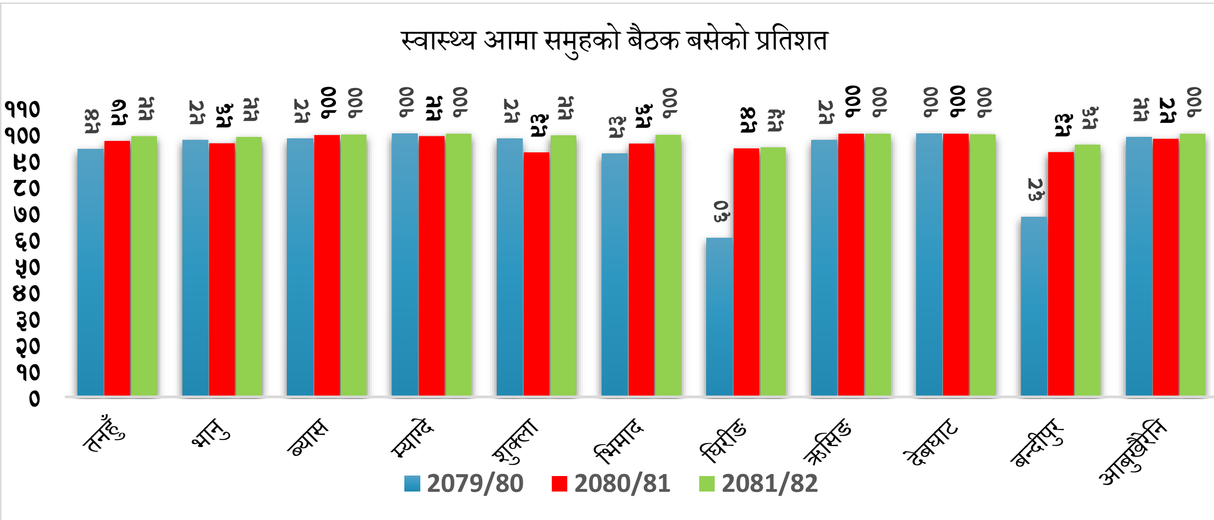
चित्र नं. २९ : महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुले प्रतिवेदन गरेको दर

कूल ४७६ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुको मासिक रुपमा गर्ने प्रतिवेदन दर आ.व. २०७९।८०, २०८०।८१ र २०८१/८२ मा क्रमशः ९९, १०० र ९९ प्रतिशत रहेको छ।



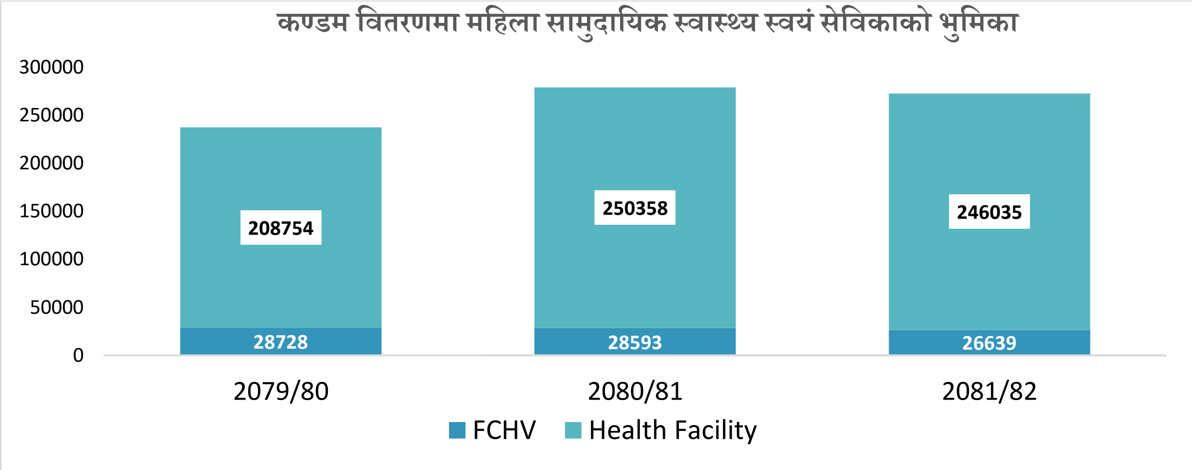
चित्र नं. ३०: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुले प्रति महिना सेवा प्रदान गरेको औषत सेवाग्राही संख्या

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुद्वारा प्रतिवेदन अवधिमा औषत सेवा दिएको व्यक्ति संख्या आ.व. २०७९/८० देखी आ.व.२०८०/८१ मा वढ्दो क्रममा र आ.व.२०८०/८१ देखि आ.व.२०८१/८२ मा घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ। महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु द्वारा प्रतिवेदन अवधिमा औषत सेवा दिएको व्यक्ति संख्या स्थानिय तह अनुसार हेर्दा ऋषिङ्ग गाँउपालिकामा ३१ जना र देवघाट गाउँपालिकामा १७ जना ब्यक्तिले सेवा पाएको तथ्याङ्क देखिन्छ।

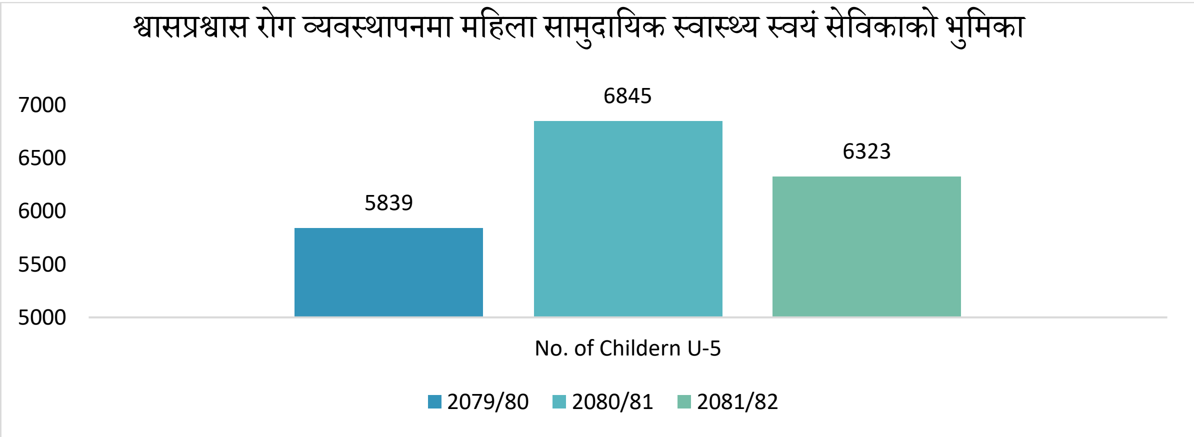


चित्र नं. ३१: स्वास्थ्य आमा समुहको बैठक बसेको प्रतिशत

प्रत्येक महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले आ–आफ्नो वडामा प्रत्येक महिना आमा समूहको बैठक गर्नुपर्छ र आमाहरुलाई मातृ तथा बाल स्वास्थ्य लगायत समसामयिक स्वास्थ्य सम्बन्धि सल्लाह, स्वास्थ्य शिक्षा दिनु पर्छ। महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले गत आ.व.हरुमा सञ्चालन गरेका आमासमूह बैठकको प्रतिशत क्रमश: ९४, ९७ र ९९ प्रतिशत रहेको छ।

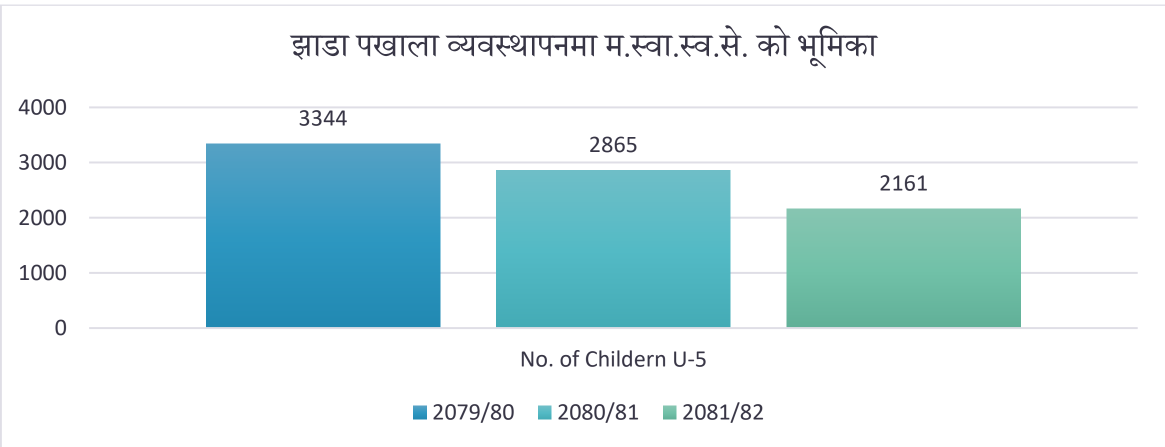


चित्र नं. ३२: परिवार नियोजन सेवा (कण्डम वितरणमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको भुमिका)



चित्र नं. ३३: श्वासप्रश्वास रोग व्यवस्थापनमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको भुमिका

माथिको चित्रबाट श्वासप्रश्वास रोग लागेका ५ बर्ष भन्दा मुनिका बालबालिकाहरुलाई म.स्वा.से बाट सेवा लिने बालबालिकाहरुको संख्या धेरै भएता पनि अघिल्लो आ.ब. भन्दा गत आ.ब. मा घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ ।



चित्र नं. ३४ झाडा पखाला व्यवस्थापनमा म.स्वा.स्व.से. को भूमिका

झाडापखला रोग लागेका ५ बर्ष भन्दा मुनिका बालबालिकाहरुलाई म.स्वा.से बाट सेवा लिने बालबालिकाहरुको संख्या धेरै भएता पनि घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ।

६.४ समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्याहरु	**कारणहरु**	**समाधानका उपायहरु**	**जिम्मेवारी**
आमा समुहको वैठक प्रभावकारी हुन नसकेको	• सिमित सुपरीवेक्षण	• स्वास्थ्य आमासमूह बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिति • अनुगमन सुपरीवेक्षण	• स्वास्थ्य संस्था • स्थानीय तह
समीक्षा बैठक प्रभावकारी रुपमा हुन नसकेको	• कार्यक्रमलाई कम प्राथमिकता दिइनु	• प्राथमिकताका साथ चौमासिक रुपमा हुनुपर्ने।	• स्वास्थ्य संस्था • स्थानीय तह
परिवर्तित प्रोटोकल अनुसारको सेवा प्रदानमा कमी/कमजोरी	• लामो समयसम्म पुनर्ताजगी तालिम नहुनु	• पुनर्ताजगी तालिमको व्यवस्था • स्थलगत अनुशिक्षण • प्रतिवेदन भेरिफिकेसन	प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय
प्रतिवेदन दर शत प्रतिशत नहुनु	सुपरिवेक्षणमा कमी	नियमित मासिक वैठक संचालन	• म. स्वा. से. • स्वास्थ्य संस्था • स्थानीय तह
म.स्वा. स्वयं. से. कोषको निर्देशिका बमोजिम परिचालन हुन नसकेको	कोषको निर्देशिका सम्वन्धी ज्ञानको अपर्याप्तता	म. स्वा. स्वयं. से. लाई अभिमुखीकरण हुनुपर्ने।	• स्थानीय तह

अध्याय – ७:

प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा

महिला तथा पुरूषका प्रजनन् अङ्गमा हुने स्वास्थ्य समस्याहरुलाई प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता भनिन्छ। सेवा भन्नाले महिलाहरू, पुरुषहरू, र किशोर–किशोरीहरूको प्रजनन स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित रोग, समस्या, वा अवस्था पहिचान गर्ने, उपचार गर्ने, रोकथाम गर्ने, र परामर्श दिने सेवा हो। यसले मानिसको प्रजनन प्रणालीको स्वास्थ्यमा केन्द्रित भएर शारीरिक, मानसिक, र सामाजिक रूपमा उत्तम स्वास्थ्य सुनिश्चित गर्ने उद्देश्य राख्दछ।

७.१ सेवाको उद्देश्य:

- मातृ मृत्यु दर घटाउनु
- यौन रोगहरूको संक्रमण नियन्त्रण गर्नु
- महिलाको प्रजनन स्वास्थ्य सुधार गर्नु
- किशोर–किशोरीमा यौन तथा प्रजनन शिक्षा पुऱ्याउनु
- सबैका लागि पहुँचयुक्त र सुरक्षित सेवा सुनिश्चित गर्नु

नेपाल सरकारले प्रजनन रुग्णता अन्तर्गत महिलामा हुने मुख्य रुपमा निम्नानुसार पाँच किसिमका समस्याहरुको निदान उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने कार्यक्रम संचालन गरेको छ।

- आङ खस्ने समस्या
- प्रसव फिस्टुला
- पाठेघरको मुखको क्यान्सर
- स्तन क्यान्सर
- बाँझोपना

७.२ प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवाका प्रमुख पक्षहरू:

- यौन तथा प्रजनन रोगहरूको उपचार:
    - यौन संक्रामक रोग (STIs) जस्तै HIV/AIDS, सिफिलिस, गोनोरिया, आदि।
    - पेल्भिक इन्फ्लेमेटरी डिजिज (PID)
    - बाँझोपन (infertility) को परीक्षण र उपचार
    - गर्भपतन र त्यसपछि सेवा (Post-abortion care):
    - सुरक्षित गर्भपतन सेवा
    - गर्भपतनपछि देखिन सक्ने जटिलता तथा संक्रमणको उपचार
- महिलामा देखिने विशेष समस्या:
    - महिनावारी अनियमितता
    - पाठेघरको समस्या (जस्तैः फाइब्राइड, सिस्ट, पाठेघर खस्ने समस्या आदि)

- गर्भाशय/पाठेघरको क्यान्सर परीक्षण (जस्तै: पाप स्मियर टेस्ट)

☞ परामर्श सेवा:

- यौन तथा प्रजनन अधिकारबारे जानकारी
- परिवार नियोजनबारे सल्लाह र विकल्पहरू
- किशोर किशोरी स्वास्थ्य परामर्श

☞ प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा:

- जनचेतना कार्यक्रम
- विद्यालयस्तरमा किशोरी स्वास्थ्य शिक्षा
- सुरक्षित यौन व्यवहारको प्रशिक्षण

तालिका १२ : आ.व. २०८१/८२ मा तनहुँ जिल्लाबाट प्रदान गरिएको प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा-

१. पाठेघरको मुखको क्यान्सर						
	HPV DNA		VIA		Pap Smear and others	
	Screened	Positive	Screened	Positive	Screened	Positive
Total	22		3036	133		

२. स्तन क्यान्सर			
	< ४० वर्ष	४०-७० वर्ष	> ७० वर्ष
screened	301	327	11
suspected	2	1	

३. अब्सटेट्रिक फिस्टला			
	Total		
screened	310		
suspected	2		

४. आङ खस्ने समस्या			
screened		2010	
Prolapsed	Stage 1 & 2	335	
	Stage 3	79	
	Stage 4	8	
Ring Pessary		338	
Referred		17	

आ.व. २०८१/८२ मा तनहुँ जिल्ला अन्तर्गतका विभिन्न पालिकाहरुमा पाठेघरको मुखको क्यान्सर पहिचानका लागि VIA Screening शिविर सञ्चालन गरिएको थियो । विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरुले नियमित रुपमा सेवा प्रदान भइरहेको छ। गत आ.व.मा शिविर तथा स्वास्थ्य संस्थाको माध्यमबाट ३०५८ जनाले सेवा लिनु भएको थियो।

७.३ समस्या तथा समाधानका उपायहरु:

क्र.सं.	समस्याहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार
१	**VIA Screening** मा **positive** आएका महिलाहरुको उपचारको लागि तालिम प्राप्त जनशक्ति र औजारको अभाव	**Thermocoagulator** खरिद र स्वास्थ्यकर्मीहरुका लागि तालिम व्यवस्थापन गरि शिविर तथा स्वास्थ्य संस्थामा तत्काल उपचारका लागि प्रयोग गर्ने	o प्रादेशिक स्वास्थ्य आपूर्ति ब्यवस्थापन केन्द्र o प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय o स्थानिय तह
२	सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सेवा संचालन नभएको	**VIA screening** को लागि कम्तिमा एक जना तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्थापन	o प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्र o प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय o स्थानिय तह

अध्याय – ८

किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम (Adolescent Friendly Sexual and Reproductive Health Program)

८.१ पृष्ठभूमि

किशोरावस्था मानव जीवनको एक संवेदनशील चरण हो, जहाँ शारीरिक, मानसिक, बौद्धिक तथा यौन विकास तीव्र रूपमा हुन्छ। यस समयमा यौन जिज्ञासा बढ्ने, असुरक्षित यौनसम्पर्क, लागूपदार्थको प्रयोग, अनिच्छित गर्भधारण, असुरक्षित गर्भपतन तथा आत्महत्या जस्ता जोखिमपूर्ण व्यवहार देखिन सक्छन्। समयमै सही शिक्षा र जानकारी नपाउँदा यी जोखिम झनै बढेर HIV, एड्स तथा अन्य यौन सञ्चारित रोगको सम्भावना पनि बढी हुन्छ।

नेपालमा किशोर–किशोरीबीच बालविवाह र कम उमेरमै गर्भवती हुने समस्या प्रमुख छन्। कानुनले विवाहको न्यूनतम उमेर २० वर्ष तोकेको भए पनि कम उमेरमा विवाह हुँदा शारीरिक तथा मानसिक परिपक्वता नपुगेका कारण स्वास्थ्य, सामाजिक र आर्थिक समस्या देखा पर्छन्। NDHS 2022 अनुसार १५–१९ वर्षका २.४% महिलाले १५ वर्षमै यौनसम्पर्क अनुभव गरेका छन् भने २०–२४ वर्षका ३३.९ %ले १८ वर्षमै यौनसम्पर्क गरेको पाइएको छ साथै ५४.५ % ले २० वर्षको उमेर भित्र यौन सम्पर्क गरेको देखिएको छ। परिवार नियोजनको माग कम भए पनि आवश्यकता पूरा नहुने दर किशोरीहरूमा उच्च छ। कुपोषण, रक्तअल्पता र BMI कम हुनु पनि किशोर–किशोरीबीचका प्रमुख स्वास्थ्य समस्या हुन्।

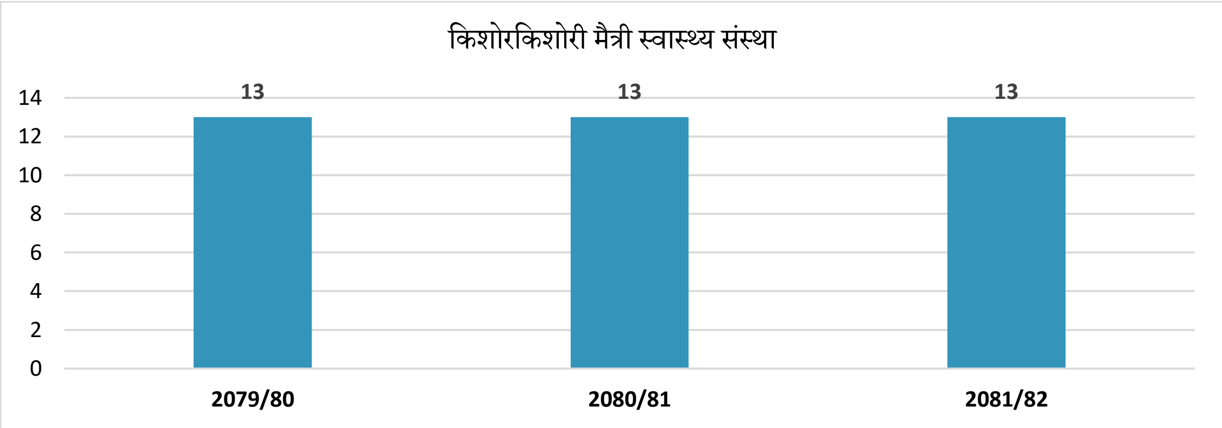
नेपालले ICPD 1994 लगायतका अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धता अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यलाई प्राथमिकता दिएको छ। सरकारद्वारा तयार पारिएको राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीति २०५४ र राष्ट्रिय किशोर–किशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीति २०५८ ले किशोर स्वास्थ्य सुधार, उनीहरूको आवश्यकता पहिचान तथा बहुक्षेत्रीय समन्वय मार्फत समग्र विकासलाई लक्ष्य राखिएको छ।

८.२ मुख्य कार्यहरु:

तनहुँ जिल्लामा विगतमा १३ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा प्रदान हुँदै आएको छ। तनहुँ जिल्ला अन्तर्गत शुक्लागण्डकी नगरपालिका मातहतको थप्रेक स्वास्थ्य चौकी किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्था घोषणा भई सेवा प्रदान भई रहेको छ। स्वास्थ्य संस्थाहरु किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत भई सेवा प्रदान भई रहेको छ तथापि कार्यक्रमको निरन्तरता सम्वन्धि समस्याका कारण तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको अभावका बिच सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको छ। घोषणा भएका स्वास्थ्य संस्थाहरु मध्ये कुनै पनि स्वास्थ्य संस्था नियम अनुसार प्रमाणीकरण भएको छैन। किशोर किशोरी मैत्री घोषणा नभएका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट पनि २० वर्ष मुनिका सेवाग्राहीहरुलाई निरन्तर रुपमा यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा दिइदै आएको छ।

८.३ प्रगती विश्लेषण:

विगतमा Vertical स्वरुपमा प्रतिवेदन हुनेगरेको किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको Vertical प्रतिवेदन पछिल्ला वर्षहरुमा प्राप्त हुनेगरेको छैन भने नियमित मासिक प्रतिवेदन आधारमा यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवामा २० वर्ष भन्दा कम उमेरको अनुपात विश्लेषण गर्दा परिवार नियोजन सेवामा भन्दा सुरक्षित मातृत्व सेवामा धैरै र सुरक्षित मातृत्व सेवामा भन्दा सुरक्षित गर्भपतन सेवामा धैरै अनुपातमा किशोर किशोरीहरुको सहभागिता देखिन्छ ।



चित्र नं. ३५: विगत ३ आ. व. मा जिल्लामा किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्थाहरुको संख्या

प्रस्तुत चित्रमा तीन वर्षमा किशोरकिशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्थाको संख्या समान रूपमा १३ रहेको देखिएको हुँदा किशोर–किशोरी स्वास्थ्य सेवा विस्तार गर्ने लक्ष्य अनुरुप आगामी वर्षहरूमा संस्थाको संख्या बढाउनु आवश्यकता देखिन्छ ।

समस्या तथा समाधानका उपायहरु:

समस्या	**कारण**	**समाधानको उपाय**	**जिम्मेवार निकाय**
कार्यक्रममा निरन्तरता नहुनु	कार्यक्रमलाई न्युन प्राथमिकतामा राखिनु	कार्यक्रम निरन्तरता सुनिश्चित गर्ने	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (संघ/प्रदेश)
सुचीकृत संस्था प्रमाणीकरण नहुनु	कार्यक्रममा निरन्तरता नहुनु	नपुग मापदण्ड पुर्याई नियमानुसार प्रमाणीकरण गर्ने	परिवार कल्याण महाशाखा स्थानीय तह
प्रतिवेदन छुट्नु	Vertical Reporting	IHMIS अन्तरगत नियमित प्रतिवेदन गर्ने प्रणाली विकास गर्ने	व्यवस्थापन महाशाखा परिवार कल्याण महाशाखा

अध्याय – ९ :

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

९.१. पृष्ठभूमि

राष्ट्रिय स्वास्थ्य मिति २०४८ अनुरुप प्रत्येक गा.वि.स./ न.पा. मा स्वास्थ्य संस्था स्थापना भयो तर ती संस्थाहरुबाट प्रदान गरिने विशेषगरी प्रतिकात्मक र प्रवर्द्धनात्मक सेवाहरुको उपभोग दर न्यून भएको पाइयो र सो को कारण भौगोलिक दुरी एवं विकटताका कारण स्वास्थ्य संस्था सम्मको पहुँच हुन नसकेर भएको मान्न सकिन्छ । त्यसैले जनताको नजिकमा स्वास्थ्य सेवालाई पुर्याउने र उपभोग दर बढाउनु पर्ने आवश्यकता महशुस गरियो र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा आउटरीच (गाउँघर क्लिनिक) कार्यक्रममा वि.स. २०५१ बाट शुरुवात गरियो ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा आउटरीच क्लिनिक अर्थात गाउँघर क्लिनिकको मुख्य उद्देश्य भनेको केही आधारभुत प्रतिकात्मक र प्रवर्द्धनात्मक सेवाहरु (परिवार नियोजन सेवा, सुरक्षित मातृत्व, बाल स्वास्थ्य, साधारण चोटपटकको उपचार र परामर्श, सुचना, स्वास्थ्य शिक्षा सेवाहरु) स्वास्थ्य संस्थाको पहुँचबाट टाढा रहेको ग्रामिण वस्तीमा रहेका जनसमुदायमा पुर्याई उनीहरुको स्वास्थ्य स्थिति सुधार्नु हो । गाउँघर क्लिनिक संचालन गर्ने मुख्य जिम्मेवारी अ.हे.व./अ.न.मी. हुन्छ भने सम्बन्धित वडामा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु र अन्य स्थानीय संघ संस्थाहरुले सो क्लिनिक संचालन गर्न सहयोग गर्न गर्छन् ।

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

९.२ गाउँघर क्लिनिक रणनीति अनुरुप प्रदान गरिने सेवाहरु

१. सुरक्षित मातृत्व
- ☞पूर्व प्रसुती जाँच, उक्त प्रसुती सेवा, नवशिशुको स्याहार ।
- ☞आइरन चक्की वितरण ।
- ☞खतराका चिन्हहरु पाइएमा प्रेषण गर्ने ।

२. परिवार नियोजन सेवा
- ☞डिपोप्रोभेरा, पिल्स र कण्डम ।
- ☞नियमित प्रयोगकर्ताको अनुगमन ।
- ☞परिवार नियोजन सेवा तथा आकस्मिक परिवार नियोजन सेवाको बारेमा परामर्श ।
- ☞लामो जन्मान्तरका साधन र स्थायी बन्ध्याकरणका बारेमा परामर्श र प्रेषण ।

☞ डिफल्टरका खोज पड्ताल ।

३. बाल स्वास्थ्य सेवा

☞ २ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्दि अनुगमन ।

☞ निमोनियाको उपचार ।

☞ पखालाको उपचार

४. स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श ।

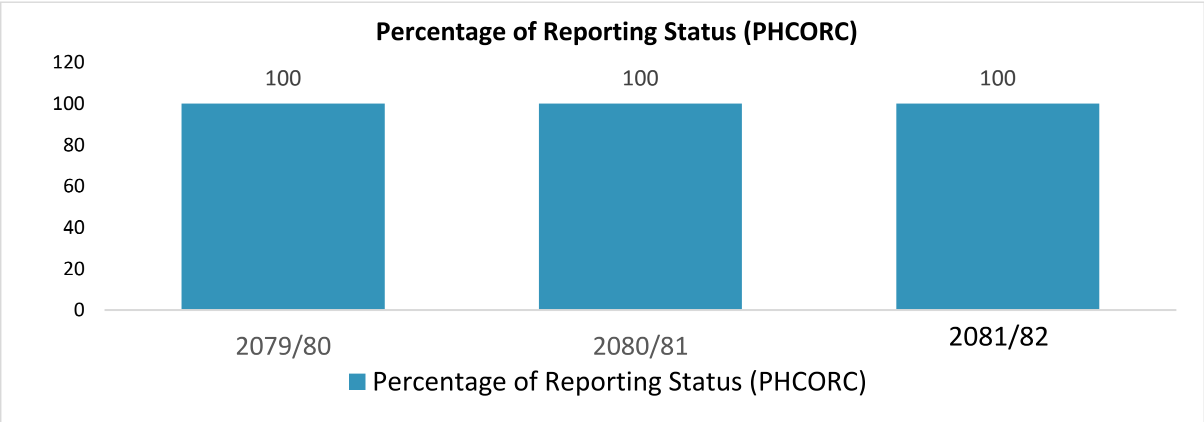
☞ परिवार नियोजन ।

☞ मातृ तथा वाल स्वास्थ्य ।

☞ एच.आई.भि/एड्स, यौन रोग ।

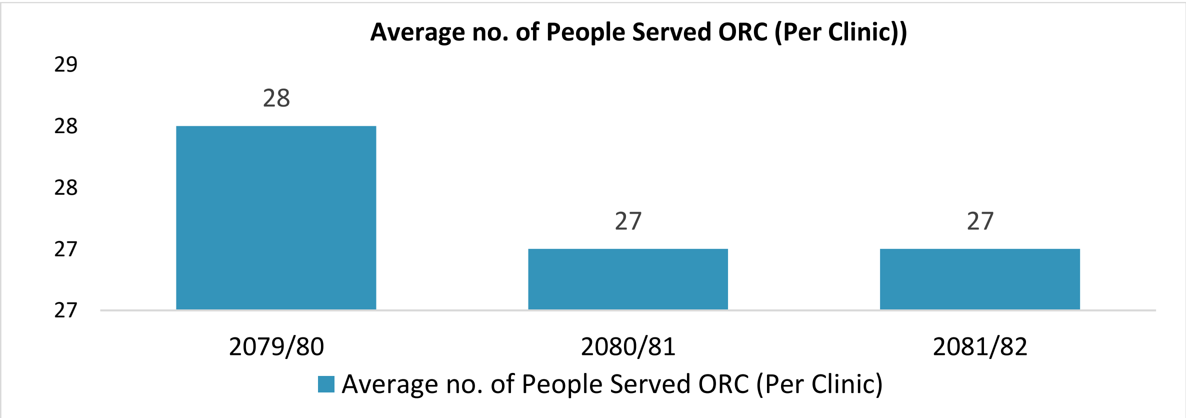
☞ अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धी समसामयीक विषय ।

९.३ प्रगति विश्लेषण



चित्र नं. ३६: गाउँघर क्लिनिकको प्रतिवेदन दर

तनहुँ जिल्लामा १७९ गाउँघर क्लिनिक रहेका छन् । प्रत्येक महिना १७९ वटै गाउँघर क्लिनिक संचालन हुनुपर्छ । बिगत ३ बर्षको तथ्याङ्कलाई विश्लेषण गर्दा सत प्रतिशत गाउँघर क्लिनिकको प्रतिबेदन भएको छ ।



चित्र नं. ३७ गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा पाउने सेवाग्राही संख्या

गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा पाउने सेवाग्राहीको संख्या उस्तै भएता पनि यस आ.ब. मा केही घटेको देखिन्छ। प्रति गाउँघर क्लिनिक सेवाग्राही संख्या हेर्दा पछिल्ला तीन आ. व. मा क्रमश: २८,२७ र २७ जना रहेको देखिन्छ जुन सँगैको चित्रमा प्रस्तुत गरिएको छ।

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

तालिका नं. १३ स्थानीय तह अनुसार गाउँघर क्लिनिक संख्या

क्र.सं.	स्थानीय तहको नाम	गाउँघर क्लिनिक संख्या
१	भानु नगरपालिका	३६
२	व्यास नगरपालिका	२७
३	म्याग्दे गाउँपालिका	२१
४	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	१९
५	भिमाद नगरपालिका	१६
६	घिरिङ्ग गाउँपालिका	१३
७	ऋषिङ्ग गाउँपालिका	१४
८	देवघाट गाउँपालिका	२१
९	बन्दिपुर गाउँपालिका	७
१०	आँबुखैरेनी गाउँपालिका	५
	तनहुँ जिल्ला जम्मा	१७९

तथ्याङ्क स्रोतः DHIS-2

९.४ समस्या तथा समाधानका उपायहरुः

सि.नं.	समस्या	समाधानका उपाय	जिम्मेवार निकाय
१	सेवाग्राही संख्या स्थिर/घट्दो (माग वृद्धि नदेखिएको)	• स्वास्थ्य शिक्षा तथा प्रचार–प्रसार सशक्त बनाउने • समुदायमा घर-घर अभिमुखीकरण (FCHV मार्फत) • विद्यालय तथा स्थानीय संघ–संस्थासँग समन्वय	• प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय, • स्थानीय तह, • FCHV, स्वास्थ्यकर्मी • स्वास्थ्य संस्थाहरु
२	प्रतिवेदन त १००% भए पनि डेटा विश्लेषण र प्रयोग कमजोर	• रिपोर्टिङ्ग तालिम र डिजिटल रिपोर्टिङ प्रणाली संचालन	• स्वास्थ्य शाखा, • स्थानीय डेटा फोकल व्यक्ति, • स्थानीय तह

३	समुदायको स्वास्थ्य सचेतना कमजोर	• नियमित स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम • महिला मात्र होइन परिवार–स्तरमा सचेतना गतिविधि	• स्वास्थ्य कर्मी, • FCHV, • स्वास्थ्य संस्था • स्थानीय तहहरु
४	कार्यक्रमको निगरानी तथा सुपरिवेक्षण अपर्याप्त	• नियमित सुपरिवेक्षण • चेकलिस्ट कार्यान्वयन • स्थानीय तहबाट त्रैमासिक अनुगमन	• प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय • स्थानीय तहहरु

अध्याय – १० :

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

१०.१ औलो रोग निवारण कार्यक्रम (Malaria Elimination Program)

१०.१.१ पृष्ठभूमि

औलो परजिवीजन्य रोग हो, यो लामखुट्टेद्वारा एकबाट अर्को मानिसमा सर्दछ। 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 अति नै भयानक रोग रहेको कुरा प्राचिन कालदेखी नै मानिदै आएको कुरा हो। यस रोगले शुरुदेखि ठूलो धनजनको क्षती गरी जनबलमा ह्रास ल्याई देश र समाजको हरेक क्षेत्रको विकासमा तगारोको रुपमा रहदै आएको तथ्य सर्वविदितै छ। विश्वमा हालपनि २-३ मिलियन मलेरिया बिरामीहरु भेटिने र सो मध्ये ४-५ लाख मानिसहरुको मृत्यू हुने गरेको छ, जसमध्ये १५-२५ प्रतिशत ५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको मृत्यू हुने गरेको देखिन्छ। औलो रोगीहरु मध्ये ९० प्रतिशत भन्दा बढी अफ्रिकन देशहरुमा रहेको पाइन्छ।

१०.१.२ 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 उन्मुलन संगठन स्थापना भएपछि देशमा औलो रोग उन्मुलन गर्ने हलचल नै शुरु भयो तर बिबिध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन। यसकारण सन १९७८ मा औलो उन्मुलन कार्यक्रमलाई औलो नियन्त्रण कार्यक्रममा परिणत गरियो साथै औलो नियन्त्रण कार्यक्रमलाई एकिकृत आधारभूत स्वास्थ्यको रुपमा 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 खोचहरुमा ब्यापक रुपमा औलो फैलिएको थियो। घरका सम्पुर्ण परिवार बिरामी भएर पानी खुवाउनेसम्म कोही नरहने तथ्य केही दशक अगाडि सम्म पनि यथावत रहेको थियो। चारकोसे झाडीबाट पार हुदा आँखा झिमिक्क पार्न समेत हुँदैनथ्यो भनिन्थ्यो। तराईका बिभिन्न जिल्लाहरु 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 रुपमा रहिरहेका थिए।

औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरु भएपछि औलो रोग करीब-करीब उन्मुलनको संघारमा पुग्यो। तर बिबिध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन तापनि औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरु भएपछि यस सम्बन्धी धारणाहरु परिवर्तन भए। तराई मधेशका घना जंगल तथा औलो प्रभावित स्थानहरुमा वसाईसराई दर वढ्दै जान थाल्यो र यस्ता कतिपय जिल्लाहरुमा ठूल्ठूला कलकारखानाहरु स्थापना भए, ठूलाठूला उद्योग, नहरहरु स्थापना भए, तराईका जंगल मरुभुमीहरुमा लहलहाउदो खेती हुने उर्बर भुमिमा परिणत भए, पुर्ब मेची देखी पश्चिम महाकाली सम्म ठूलाठूला

सडकहरु बने, नहरहरुको बिकास भयो। जसले गर्दा मानब जीवनमा एउटा ठूलो परिवर्तन आयो। नेपालमा ८५ हजार भन्दा वढी औलो रोगीहरु रेकर्ड भएको स्थानमा आज १००० हाराहारीमा औलो रोगीहरु 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 अबस्थामा नजाला भन्न सकिदैन वा महामारीका रुपमा देखा पर्ने सम्भावना रहेको छ। प्रत्येक बर्ष १००० हाराहारी प्रमाणित औलो रोगीहरुको अभिलेख रहेको र सो मध्ये १० देखी १५ प्रतिशत हाराहारीमा प्लाजमोडियम फाल्सीफारम केस रेकर्ड हुनुले पनि औलो रोगबाट हामी कति सुरक्षित छौ भन्ने कुरा अनुमान गर्न सकिन्छ।

१०.१.३ 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 सशक्तिकरण गर्ने।
- ✓ **लक्ष्य:**
  - o औलो रोगबाट हुने मृत्यूलाई सन २०१५ सम्ममा शून्यमा झार्ने र यसलाई निरन्तरता दिने।
  - o सन २०१७ सम्म हाल भएको स्थानिय औलो रोग लाग्ने दरलाई ९० प्रतिशतले घटाउने साथै स्थानिय औलो रोग भएका गा.बि.स.हरुलाई ५० प्रतिशतले घटाउने
- ✓ **उद्धेश्य:**
  - o स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरुलाई औलोरोग निदान तथा ब्यवस्थापन गर्न ज्ञान र सीपको क्षमता अभिबृद्धि गर्ने।
  - o औलो रोग निवारण निर्णय प्रकृयाका लागी रणनैतिक सूचना अभिबृद्धि गर्ने।
  - o औलो रोग सरेका स्थानहरु घटाउदै लगी निवारणको अबस्थामा पुर्याउने।
  - o औलो रोगीको छिटो निदान र प्रभाबकारीको लागि पहुँच साथै गुणस्तरलाई सुदृढ गर्ने।
  - o औलो रोग निवारणका लागी राजनैतिक नेतृत्व तथा समुदायबाट प्राप्त भएको सहयोगलाई निरन्तरता दिने
  - o औलो रोग निवारण कार्यक्रमको लागी व्यवस्थापकीय र प्राविधिक दक्षता/क्षमता सुधार गर्ने।

१०.१.४ तनहुँ जिल्लामा औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको स्थिति

तनहुँ जिल्लामा किटजन्य रोग कार्यक्रमहरु मध्ये औलो, हात्तीपाइले तथा डेंगु रोगको समस्याहरु हुनसक्ने भएतापनि हालसम्म औलो, हात्तीपाइले रोग नियन्त्रण कार्यक्रमहरु संचालनमा रहेका छन्। नेपाल सरकारबाट संचालन भएका गतिविधिहरुमा कम जोखिममा रहेको यो जिल्लामा फाट्टफुट्ट नेपाल बाहिरबाट आउने नागरिकहरुमा औलो बिरामीहरु पाइएको र निजहरुको राष्ट्रिय औलो उपचार निर्देशिका बमोजिम उपचार गरिएको छ।

औलो रोग निदान हुने संस्थाहरु माइक्रोस्कोपी प्रयोगशाला

क) प्रदेश अस्पताल दमौली

ख) भिमाद प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

ग) आबुखैरेनी अस्पताल

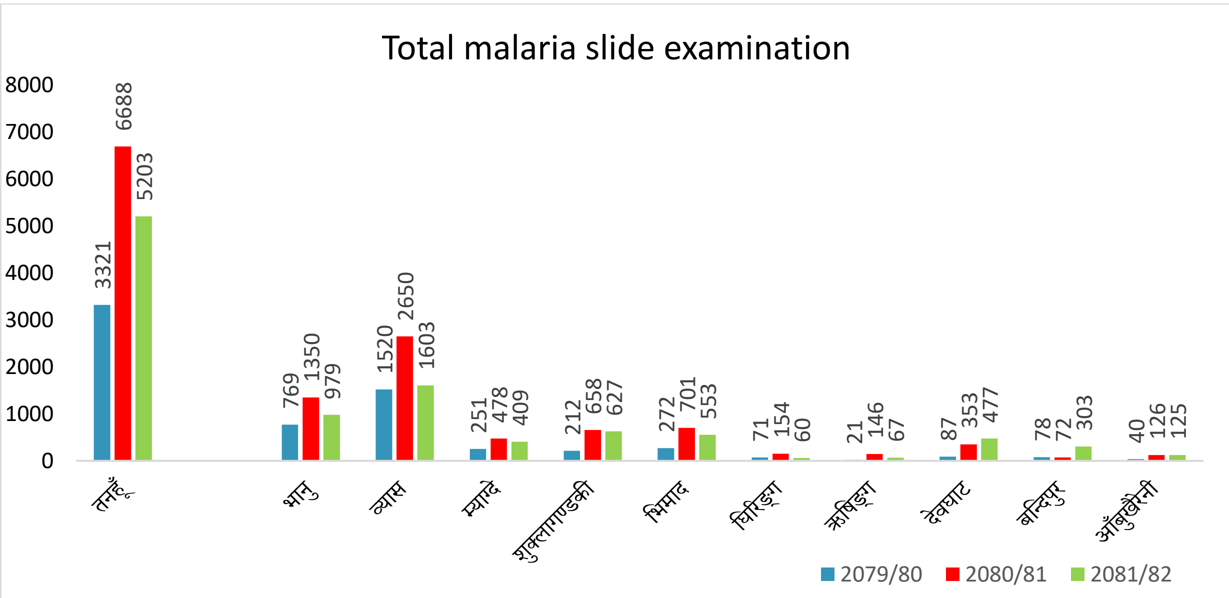
माथी उल्लेखित स्थानमा माइक्रोस्कोपी परिक्षण भएतापनि प्राय सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा आर.डी.टी. बिधिद्धारा औलोरोगको परिक्षण हुने व्यबस्था गरिएको छ।

१०.१.५ रक्त नमुना संकलन, परिक्षण तथा औलो रोगीको बिवरण

गत बर्षहरुमा भन्दा यस बर्ष रक्त नमुना संकलन र परिक्षण बढ्दै गएता पनि आ.ब. २०८०/८१ को तुलनामा घटेको छ। आ.ब. २०७९।८० मा ३३२१ वटा रक्त नमुना परिक्षण गरेको देखिन्छ भने २ जनामा आरडीटीबाट प्लाजमोडियम फाल्सीफारम र प्लाजमोडियम भाईबेक्स पोजिटिभ पाइएको थियो भने आ.ब. २०८०।८१ मा ६६८८ जनाको रक्त नमुना परिक्षण गरिएकोमा कुनै पनि पोजेटिभ केस पत्ता लागेको थिएन। यस्तै २०८१/८२ मा ५२०३ जनाको रक्त नमुना परिक्षण गरिएको छ ।जसमा १ जनामा पाल्जमोडियम भाईबेक्स र १ जनामा प्लाजमोडियम फाल्सिप्यारम मलेरिया देखिएको छ।

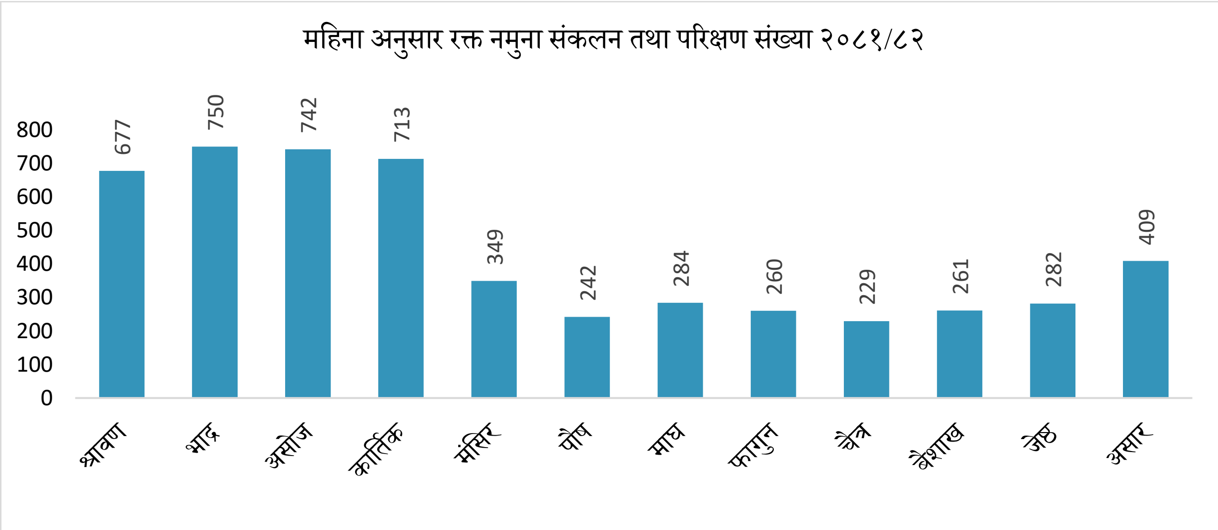
रक्तनमुना परीक्षणमा प्रगती हुनुमा स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई कार्यक्रमबारे अभिमुखीकरण हुनु र अन्य अस्पतालमा तथ्याङ्क हेर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम साथै नियमित अनसाइड कोचिङ, सुपरभिजन तथा अनुगमनको कारणले पनि मासिक प्रतिबेदन नियमित र पुर्ण रुपमा भरेर आउने गरेको कारण प्रति बर्ष रक्त नमूना संकलन र परिक्षण बढ्दै गएको देखिन्छ।

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



चित्र नं. ३८ स्थानीय तह अनुसार रक्त नमुना संकलन, परिक्षण तथा औलो रोगीको बिवरण

माथिको तालिका हेर्दा गत आ.ब. २०८१/८२ मा ५२०३ जनाको रक्तनमुना परिक्षण गरिएकोमा ब्यास नगरपालिकामा सबैभन्दा बढी परिक्षण भएको देखिन्छ भने ब्यास नगरपालिकामा १६०३ जना र घिरिङ गाउँपालिकामा न्युन ६० जनाको मात्र परिक्षण भएको छ।



चित्र नं. ३९: महिना अनुसार रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षण संख्या

साथै माथिको चित्र अनुसार महिना अनुसार रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षणको अबस्था पनि भिन्न देखिन्छ। सरसर्ती हेर्दा गर्मी महिना शुरु हुनासाथ रक्त नमूना संकलन तथा परिक्षण पनि बृद्धि हुदै गएको छ र जब जाडो शुरु हुदै जान्छ रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षण पनि बिस्तारै घढ्दै गएको अबस्था देखिन्छ। यसबाट के प्रमाणित हुन्छ भने गर्मीमा लामखुट्टेको बृद्धि बिकास पनि तिब्र रुपमा हुने हुदा सोही समयमा मानिसलाई शंका लागी परिक्षण गर्न आउने र जाडो हुनासाथ लामखुट्टेको बृद्धि बिकास पनि घट्दै जाने हुनाले औलो रोग लाग्ने सम्भावना वा लक्षण भएका व्यक्तिहरु पनि स्वास्थ्य संस्थामा कम आउने गरेको देखिन्छ।

१०.१.६ औलोरोग निवारण कार्यक्रम अन्तरगत संचालित कार्यक्रमहरु :

१) किटजन्य रोगहरु औलो, डेंगु, हात्तीपाइले, जापनीज ईन्सेफलाईटिस, जीका, स्क्रबटाइफस सार्ने भेक्टरहरुको एकिकृत सर्भिलेन्स

२) अभिमूखिकरण अन्तरक्रिया, कालाजारका रोगीको उपचार तथा केस बेस सर्भिलेन्स, कालाजार बिरामीको उपचारका लागि जिल्ला अस्पतालहरूमा आउने बिरामीहरूको यातायात र निदान खर्च बापत सोधभर्ना

३) विश्व औलो दिवस मनाउने, किटजन्य रोगहरूको परिमार्जित निर्देशिका बमोजिम प्राविधिकहरूबाट अनुगमन तथा अनसाईट कोचिङ

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 लागि Selectced FCHVs/ AHW/ANM तालिम, मोबाइल टोली द्वारा Intensified Case Detection / Case base surveillance

१०.२. डेंगुरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

डेंगु रोग लामखुट्टेको टोकाईको कारणले सर्ने सरुवा 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 धैरै मानिसहरुको ज्यान लिइसकेको छ । एडिज एजिप्टाई र एडिज आल्बोपिक्टस नामको लामखुट्टेको टोकाईले डेंगु रोग सर्ने गर्दछ । तराईका सबै जिल्लाहरुमा यो रोग देखा परेको भएपनि सबै भन्दा बढी चितवन, नवलपरासी, रुपन्देही जिल्लामा बर्सेनी हजारौ मानिस बिरामी हुने र सयौको ज्यान समेत गुमाउनुपरेको छ । भारत तथा तराईका उक्त जिल्लाहरुबाट दिनहु हजारौ मानिसहरु यस जिल्लामा भित्रने र उक्त डेंगु रोगका रोगी यस बिभिन्न जिल्लामा आउन सक्ने सम्भावना रहेको देखिन्छ ।

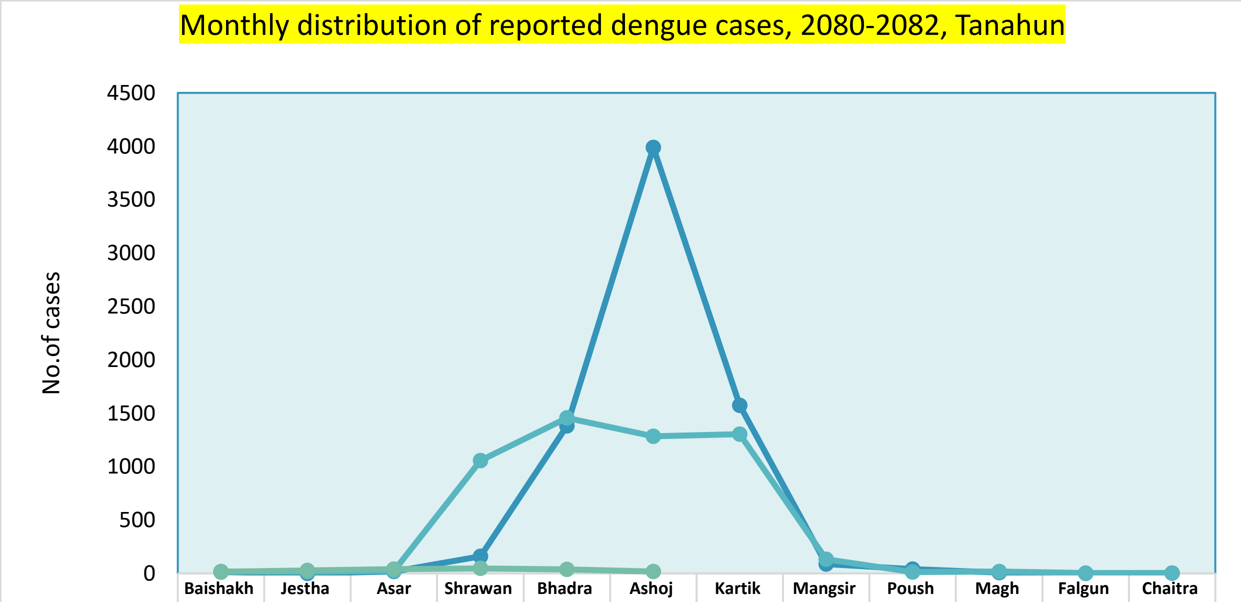
सन् २००४ मा पहिलो पटक नेपाल घुम्न आएका बिदेशी नागरिकमा डेंगुको प्रमाणित भएको थियो। यस पछि तराई र भित्री मधेशका धैरै जिल्लामा डेंगुका विरामीहरु भेटिएका छन् । यसपछिका बर्षहरुमा चितवन, रुपन्देही, नवलपरासी झापा, कैलाली हुदै कास्की, सुनसरी आदि जिल्लाहरुमा महामारीको रुपमा फैलिएको । यो लामखुट्टे हावा धैरै नखेल्ने, चिस्यान ठाउँमा बस्न मन पराउँदछ । यी लामखुट्टेहरु दिउसोको समयमा ओझेल परेको छाया परेको ठाउँहरु जस्तै: पर्दाको पछाडी, टेबलको मुनि घाम नपर्ने ठाउँहरुमा बस्न मन पराउँछन । पोथी जातको लामखुट्टेलाई फूल पार्नको लागि रगतमा प्रचुर मात्रामा पाइने प्रोटिनको जरुरत पर्ने भएकोले पोथी लामखुट्टेले मात्र रगत चुस्ने गर्दछ। यो लामखुट्टेले सामान्यतया 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 टोकी सके पछी 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 सर्दैन ।

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

डेंगु भाईरस कारण लाग्ने सरुवा रोग हो । यो भाइरसका चार ४ प्रजातिहरु छन । DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 मध्ये जुनसुकै प्रजातिबाट पनि यो रोग लाग्न सक्छ । सामान्यतया डेंगुरोग सर्ने अबधि ५ देखी ८ दिनको हुन्छ । यस रोगको को अबधि ३ दिन देखी 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, रातो रातो बिमिराहरु 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 लक्षणहरु पनि देखा पर्न सक्छ। सास फेर्न गाह्रो हुदै मानिसको मृत्यु समेत हुन सक्छ।



	Baishakh	Jestha	Asar	Shrawan	Bhadra	Ashoj	Kartik	Mangsir	Poush	Magh	Falgun	Chaitra
2080	14	1	18	160	1383	3989	1574	87	41	8	0	3
2081	18	15	24	1057	1456	1285	1304	132	13	19	4	4
2082	16	29	41	47	38	17						

चित्र नं. ४० तनहुँ जिल्लामा डेंगी सक्रमणको अवस्था

माथिको चित्र हेर्दा डेंगुरोग २०८० बैशाख देखी २०८२ बैशाख सम्म संक्रमितको संख्या देखाईएको छ। तिन बर्षको तथ्याङ्क हरेक महिनामा पुष्टी भएका संक्रमितको संख्या देखाईएको छ। यसरी हेर्दा २०८० सालमा असोज महिनामा सबैभन्दा बढी संक्रमित ३९८९ जना पुष्टी भएको देखिन्छ। २०८० को तुलनामा २०८१ सालमा संक्रमण केहि कम भएको पाईन्छ भने २०८२ सालमा नियन्त्रणमा भएको देखिएको छ।

१०.२.१ डेङ्गु रोग रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि गरिएका प्रयासहरु

- जिल्लामा महामारीको तथ्याङ्क ब्यबस्थापनमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई २ दिने अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गरिएको।
- नियमित रुपमा खोज र नष्ट गर अभियान तथा अभिमुखीकरण संचालन।
- बिद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा तथा सरोकारबाला निकाय नेपाल प्रहरी, जनप्रतिनिधि, टोल बिकास समिति जस्ता क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्तिहरुलाई सचेतना कार्यक्रम संचालन
- जोखिम क्षेत्र पहिचान तथा नियमित रुपमा जिल्लाको अवस्थाका बारेमा सर्वजनिकरण।

१०.२.२ डेंगुरोग लाग्नबाट बच्ने तथा रोकथामका उपायहरू :

घर वरपर रहेका पानी जम्न सक्ने भाँडाहरु जस्तैः गमला, फूलदानी, खाली बट्टा, अलकत्रा वा मट्टितेलका खाली ड्रमहरु 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 ब्यापक अभिबृद्धि गर्ने जस्ता कृयाकलापहरु सन्चालन गरेर डेंगुरोग लाग्नबाट बच्न सकिन्छ ।

१०.२.३ समस्या तथा समाधानका उपायहरु

क्र.स	समस्याहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवारी
१	o प्रयाप्त मात्रामा कीट उपलब्ध हुन नसक्नु ।	o प्रयाप्त मात्रामा कीट उपलब्ध हुनुपर्ने o बिरामी देखिएका र देखिनसक्ने स्थानमा	o प्रादेशिक स्वास्थ्य आपूर्ती ब्यवस्थापन केन्द्र o स्थानीय तह
२	o जनचेतना बढाउने खालका कृयाकलाप न्यून । o परिक्षणको आवश्यकता नभएका व्यक्तिहरुले पनि परिक्षण गर्न खोज्नु	o search and destroyed गरी जनचेतनामा ब्यापक अभिबृद्धि गर्ने	o प्रदेश सरकार o स्थानीय तह o प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय
३	o नियमित खोज र नष्ट गर अभियान सञ्चालन हुन नसक्नु	o सरोकारवालाहरुको सहभागितामा जोड दिई टोलस्तरमा खोज र नष्ट गर अभियान सञ्चालन गरिनु पर्ने हरेक हप्तामा कम्तिमा	o स्थानीय तह o वडा टोल विकास संस्थाहरु

१०.३ राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम (National Leprosy Elimination Program)

१०.३.१ पृष्ठभूमि

कुष्ठरोग एक प्रकारको सरुवा रोग मध्ये कम सर्ने रोग हो, यो रोग माइक्रो ब्याक्टेरियम लेप्रे (Mycobacterium leprae) नामक सुक्ष्म किटाणुबाट लाग्दछ । यस रोगले छाला र सतहको स्नायूमा असर गर्दछ । यस रोगलाई प्राचीनकालमा कुष्ठ, कोढ, महारोग, सुन-बहिरी आदि नामले पनि चिनिन्थ्यो। समाजमा मानिसहरु देवी देवताको श्रापको प्रतिफल भनेर यस रोग देखि साह्रै डराउने गर्दथे । जसको कारण समयमै उपचार नगर्दा असमर्थता वा अङ्ग-भङ्ग हुन सक्छन् । कुष्ठरोग प्राचिनकाल देखि नै मानव समाजमा परिचित हुंदै आएता 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 हयान्सन्स् डिजिज (Hansen's Disease) पनि भनिन्छ । ९५ प्रतिशत मानिसमा कुष्ठरोगको किटाणुसँग लड्न सक्ने क्षमता (Immunity) हुन्छ ।

नेपालमा कुष्ठरोग सदियौं देखि रहँदै आएको छ। कुष्ठरोगलाई प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा लिंदै सन् १८५७ मा खोकना ल्याप्रोसोरियम स्थापना गरी कुष्ठरोगको उपचार र नियन्त्रण शुरुवात गरियो। योजनावद्ध रुपमा सन् १९६० बाट नेपालमा कुष्ठरोग नियन्त्रणका प्रयासहरु थालिएका हुन्। सन् १९६६ मा गरिएको सर्भेक्षण अनुसार करीव एक लाख कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिहरु रहेको देखाएको थियो। सन् १९८२ मा बहु औषधी उपचार 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 कार्यक्रमहरु 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 कारणहरुले 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 नेपाल सरकारले कुष्ठरोग निवारण भएको घोषण गर्यो।

आ.व. २०७७।७८ सम्ममा राष्ट्रिय स्तरमा ५५ जिल्लाहरुमा <१, ११ जिल्लाहरुमा >१ र ११ जिल्लाहरुमा ० प्रिभ्यालेन्स दर रहेको छ भने सबै भन्दा वढी प्रिभ्यालेन्स दर कपिलबस्तु जिल्लामा २.१५ रहेको छ। गण्डकी प्रदेशका ८ जिल्लाहरुमा <१, १ जिल्लामा >१ र २ जिल्लाहरुमा 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।

तनहुँ जिल्लामा आ.ब. २०८१/८२ मा १० जना नयाँ कुष्ठरोगका बिरामीहरु देखा परेका छन जसमा ५ जना पुरुष र ४ जना महिला रहेका छन। यस जिल्लामा धैरै बिरामीहरु पोखरा स्थीत हरियोखर्क अस्पतालमा पुष्टी भएका छन।

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

- **परिदृष्य (Vision)**: कुष्ठरोग मुक्त नेपाल
- **लक्ष्य :** पालिका स्तरमा कुष्ठरोगको संक्रमण रोक्ने (संक्रमण को रोकावट भन्नाले नगरपालिका स्तरमा लगातार new autochthonous child leprosy cases ५ बर्ष सम्म शून्य रूपमा भएको अवस्था भनि परिभाषित गरिएको छ)
- **कुष्ठरोगको सन् २०३० सम्ममा लक्ष्यहरू प्राप्त गर्ने रणनीतिहरु:**
  - गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि क्षमता सुदृढीकरण
  - सही निदान, उपचार र रेफरल सुविधाहरूमा पहुँच
  - अनुगमन, मूल्यांकन र निरीक्षण
  - कुष्ठरोग सम्वन्धि औषधी/ सामाग्रीको प्रभावकारी आपूर्ति तथा व्यवस्थापन
  - सबै तहमा राजनीतिक प्रतिबद्धता, वकालत तथा कार्यक्रम बजेटको अभिबृद्धि गर्ने
  - सम्पर्क परिक्षण प्रणाली
  - प्रभावकारी समन्वय र साझेदारी
  - कुष्ठरोगका विरामीहरुलाई परामर्श सेवा

- o स्वयं हेरचाह प्रशिक्षण
- o कुष्ठरोग वारेमा स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचारका गतिविधिहरूको अभिवृद्धि
- o स्वास्थ्य क्षेत्र भित्र र बाहिरका विभिन्न क्षेत्रहरू संग आपसी सहयोग

☞ **संघिय, प्रादेशिक र स्थानीय तहको स्वामित्वको लागि पहल**

- o संघीय, प्रादेशिक र स्थानीय तहको स्वामित्वको लागि कार्यगत ढाँचा र व्यवहार परिवर्तन
- o संघीय, प्रादेशिक र स्थानीय तहमा प्रयाप्त वकालत र श्रोत विनियोजन

☞ **मानव अधिकारको सम्मान गरि भेदभाव हटाउने**

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

१०.३.३ मुख्य कार्यहरु

☞ सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कुष्ठरोगको शंकास्पद विरामीहरुको Assessment सेवा प्रदान गरिएको।

☞ कुष्ठरोग लागेको प्रमाणित भएका व्यक्तिहरुको उपचार सेवा प्रदान गरिएको।

☞ ६८ औं बिश्व कुष्ठरोग दिवस मनाईएको

१०.३.४ प्रगति विश्लेषण

तालिका नं. १४ कुष्ठरोग सम्वन्धि सूचकहरुः

क्र.सं.	सूचक	२०७९।८०	२०८०।८१	२०८१/८२	कैफियत
१	प्रिभ्यालेन्स (प्रति १००००)	०.५२	०.२३	०.३२	
२	ईन्सिडेन्स (प्रति १०००००)	५.२४	१.७४	३.२०	
३	असमर्थता श्रेणी २ (प्रतिशत)	०	०	०	
४	नयाँ बिरामी मध्ये महिलाको दर	६६.६७	६४.३४	४०	
५	नयाँ बिरामी मध्ये एम.बि.बिरामी दर	१००	१००	१००	
६	नयाँ बिरामी मध्ये १४ वर्ष मुनिको बच्चाको दर	११.११	०	०	

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

१०.३.५ समस्या र समाधानका उपायहरुः

समस्याहरु	सिफारिस गरिएका कार्यहरु	जिम्मेवार निकाय/तह
स्थानिय स्तरमा निदान नभएको	o चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीलाई आधारभुत तालिम दिने	o संघिय सरकार o गण्डकी प्रदेश सरकार

	o स्मीयर परिक्षणका लागी प्रयोगशालाकर्मीलाई तालिम दिने o समुदाय स्तरमा कुष्ठरोग खोजपड्ताल तथा सचेतना कार्यक्रम संचालन गर्ने o कुष्ठरोगीको सम्पर्क परीक्षण गर्ने o छाला सम्बन्धि निशुल्क स्वास्थ्य शिविर संचालन गर्ने	o स्थानिय तह o स्वास्थ्य संस्था o स्वास्थ्यकर्मी
कुष्ठरोग कार्यक्रमको लागि वजेट नभएको	आगामी आ.ब.मा बजेट ब्यवस्थापन गर्ने	o संघिय सरकार o गण्डकी प्रदेश सरकार o स्थानिय तह

१०. ४ राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (National Tuberculosis Control Program)

१०. ४. १ पृष्ठभूमि

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

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

राष्ट्रिय क्षयरोग प्रिभ्यालेन्स सर्भेक्षण २०७६ को तथ्याङ्क अनुसार नेपालमा कुल जनसंख्याको करिव आधा जनसंख्या क्षयरोगबाट संक्रमित भएको अनुमान गरिएको छ। जसमध्ये ६० प्रतिशत क्षयरोग वयस्क व्यक्तिहरुमा भएको अनुमान छ। नेपालमा ११७००० व्यक्तिहरुमा क्षयरोग रहेको र बार्षिक ६९००० हजार जनामा नयाँ क्षयरोग हुने गरेको छ, जुन संख्या यस अघि अनुमान गरिएको भन्दा १.६ गुणा वढि हो। आ.ब. ०७७/७८ मा नेपालमा २८१८२ जना New & Relapse गरि कुल जम्मा २८६७७ जना क्षयरोगका विरामीहरु रहेका छन् भने गत आ.ब. मा उपचारमा आएका मध्ये ९१ प्रतिशत निको भएका छन्। गण्डकी प्रदेशमा १८१६ जना New & Relapse गरि

कुल जम्मा १८७६ जना क्षयरोगका विरामीहरु रहेका छन् भने गत आ.ब. मा उपचारमा आएका मध्ये ९१ प्रतिशत निको भएका छन् ।

तनहुँ आ.ब. २०८१/८२ मा जम्मा ३२७ जना क्षयरोगका बिरामी पत्ता लागेका थिए। जसमा ९ जना १४ बर्ष मुनिका बच्चा थिय भने ४ जनामा HIV संक्रमण पाईएको थियो। आ.ब. ०७९/८० मा २८६ जना, २०८०/८१ मा ३२६ जना र २०८१/८२ मा ३१८ जना क्षयरोगका बिरामीहरु पत्ता लागेको थियो।

१०.४.२ राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरु:

सम्भावित क्षयरोगका बिरामीलाई समयमै पहिचान र उपचार गरी क्षयरोगका कारण हुने मृत्यु रोक्न तथा समुदायमा सङ्क्रमण घटाउन नेपाल सरकारले सन् १९९३ देखि राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम लागु गरेको हो। कार्यक्रमको सुरूमा DOTS उपचार रणनीति, त्यस पछि STOP TB रणनीति लागु गर्दै हाल विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले 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 सर्ने प्रक्रियालाई रोकी सन् २०३५ सम्ममा क्षयरोगलाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रूपमा रहन नदिने।

तालिका नं. १४ 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

१०.४.३ 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 सेवाभित्रै रहेका जोखिमयुक्त समूहहरूमा निदान सेवाको बिस्तार 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 गैहसरकारी संस्था तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूको औपचारिक संलग्नता सुनिश्चित गरी क्षयरोगका नयाँ बिरामीहरू पत्ता लगाउने।
५) सन् २०१८ सम्ममा ६०% र सन् २०२१ सम्ममा १००% जिल्लाहरुमा 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 अभिबृद्धि, आर्थिक व्यवस्थापन, भौतिक पूर्वाधार, खरिद तथा आपूर्ति व्यवस्थापनमार्फत स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढिकरण गर्ने।
७) क्षयरोगको विस्तृत निगरानी, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रणालीको विकास गर्ने।
८) प्राकृतिक विपद् वा जनस्वास्थ्यको आकस्मिक अवस्थामा क्षयरोग निदान तथा उपचार सेवा अवरुद्ध हुन नदिन योजनाको तर्जुमा गर्ने।

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

दीर्घकालीन सोचः क्षयरोग मुक्त नेपाल निर्माण

लक्ष्यः

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।

उद्देश्यः

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।

रणनीतिः

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

१. स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण भई स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचका लागि गुणस्तरीय क्षयरोग सेवाको सुधार गर्ने, क्षयरोग व्यवस्थापनमा समुदायको संलग्नता बृद्दि गरी सेवा तथा सहयोगलाई प्रभावकारी बनाउने र स्वास्थ्य संस्थाहरूमा बिरामीको विस्तृत विवरणमा आधारित विधुतिय निगरानी प्रणालीलाई सुदृढीकरण गर्ने।

२. क्षयरोगको निदान तथा उपचार उपचार व्यवस्थापनमा थप सुधार ल्याउन प्रयोगशाला सेवाको सुदृढीकरण गर्ने।

३. क्षयरोगको रोकथाम, पहिचान र उपचारका सेवाहरूमा गुणस्तर सुदृढीकरण (Quality Improvement) गर्ने।

१०.४.५ क्षयरोग निदान गर्ने माईक्रोस्कोपिक केन्द्रहरु

- ☞ प्रदेश अस्पताल दमौली
- ☞ बन्दीपुर अस्पताल
- ☞ भिमाद प्राथमिक स्वस्थ्य केन्द्र
- ☞ पुरन्डिहि नगर अस्पताल
- ☞ खैरेनीटार स्वा.चौ., दुलेगौडा
- ☞ आबुखैरेनी अस्पताल
- ☞ ढोर फुलवारी शहिद अस्पताल
- ☞ किहुँ स्वास्थ्य चौकी
- ☞ गोर्खा सामुदायीक पोली क्लिनिक
- ☞ देवघाट धर्मार्थ अस्पताल
- ☞ घिरिङ सुनधारा स्वास्थ्य चौकी
- ☞ कोटदरवार स्वास्थ्य चौकी
- ☞ थर्पु आधारभुत अस्पताल ।

यसरी तनहुँ जिल्लामा १३ वटा माईक्रोसकोपीक सेन्टरहरुबाट क्षयरोगको निदान हुदै आएको छ।

१०.४.६ मुख्य कार्यहरु

- ☞ AI X-ray को माध्यमबाट क्षयरोगको बिरामीहरुको सकृय खोजपड्ताल गरिएको । जसबाट तनहुँ जिल्लाको बिभिन्न स्थानीय तहहरुमा ३६६१ जनाको स्क्रिनिङ गरिएकोमा ५५ जना क्षयरोगका बिरामीहरु पत्ता लागेका थिय।
- ☞ सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट क्षयरोगका शंकास्पद विरामीहरुको खकार संकलन एवं प्रयोगशाला रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट नियमित परिक्षण सेवा प्रदान गरिएको ।
- ☞ क्षयरोग पत्ता लागेका विरामीहरुको प्रोटोकल अनुरुप DOTS पद्दतिबाट उपचार गरिएको ।
- ☞ स्वास्थ्यकर्मीहरुको लागी मोडुलर तालिम संचालन गरिएको ।
- ☞ विश्व क्षयरोग दिवस मनाईएको
- ☞ विभिन्न पालिकाका समुदाय स्तरमा क्षयरोग स्क्रिनिङ्ग गरिएको ।

१०.४.७ प्रगति विश्लेषण

तालिका १५: क्षयरोग सम्बन्धी सूचकहरु

S. N.	Indicatior	2079/80	2080/81	2081/82	Remarks
1	TB - Case notification rate	86.2	103.9	102.0	
2	TB - Case notification rate (New and Relapse)	82.9	101.0	98.8	
3	TB - % of child cases	4.2	4.6	4.6	
4	TB - % of male among notified cases	67.4	64	66.2	
5	TB - % of HIV tested among total TB patients	99.3	99.7	98.16	
6	TB – Treatment Success Rate	88.1	86.6	91.28	
7	TB - Lost to followup rate	4.5	2.2	1.68	
8	TB - Mortality rate	4.2	4.5	4.03	

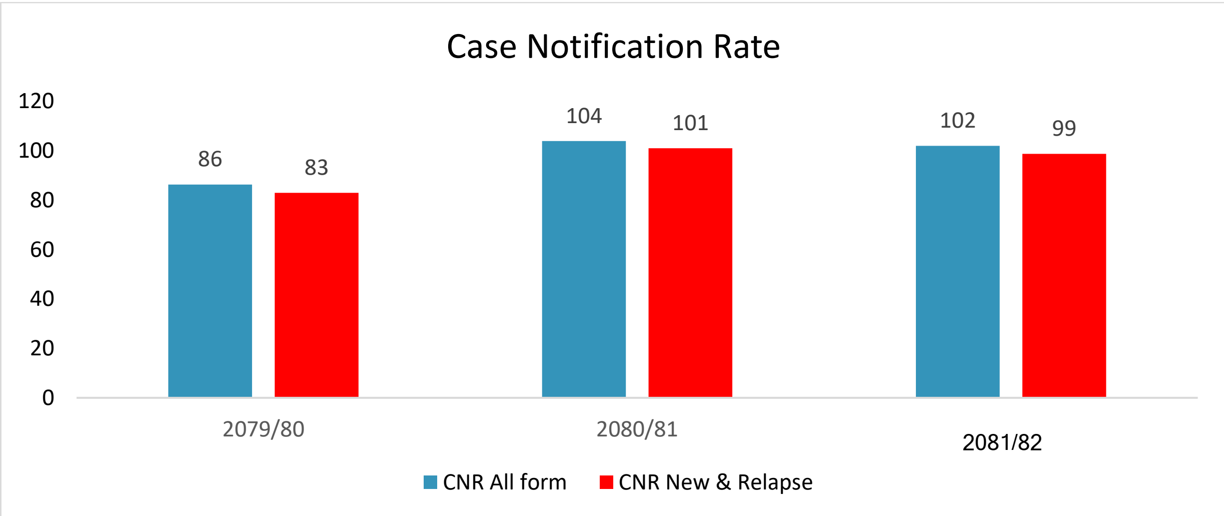


Figure 41: Case Notification Rate – District

*CNR: Case Notification Rate

चित्र न. ४१ मा तनहुँ जिल्लाको क्षयरोगको बिरामीको अबस्थालाई चित्रण गरिएको छ । तनहुँ जिल्लामा आ.ब. २०७९/८० मा भन्दा आ.ब. २०८१/८२ मा बिरामीको पत्ता लाग्ने दर बढेको पाइन्छ। आ.ब. २०७९/८० मा ८६ प्रतिलाख सबै प्रकारका क्षयरोग पत्ता लागेको छ भने ८३ प्रतिलाख नया तथा रोग बल्जिएका क्षयरोगका बिरामी पत्ता लागेको पाइन्छ भने २०८१/८२ मा १०२ प्रतिलाख सबै प्रकारका क्षयरोगका बिरामी पत्ता लागेको छ तथा नयाँ र रोग बल्जिएका क्षयरोगका बिरामी ९९ जना प्रति लाख पत्ता लागेको छ।

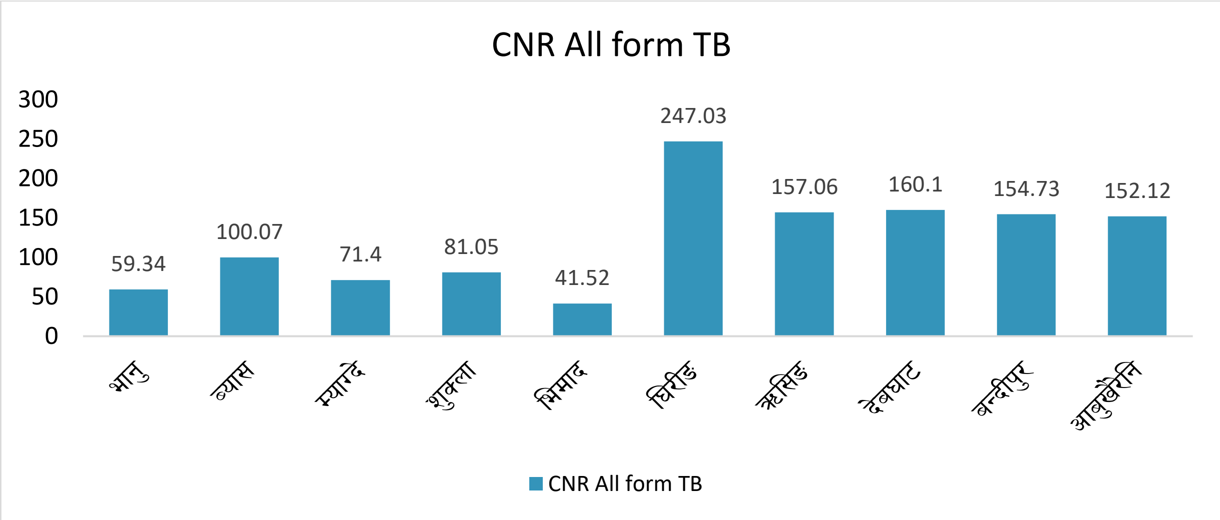
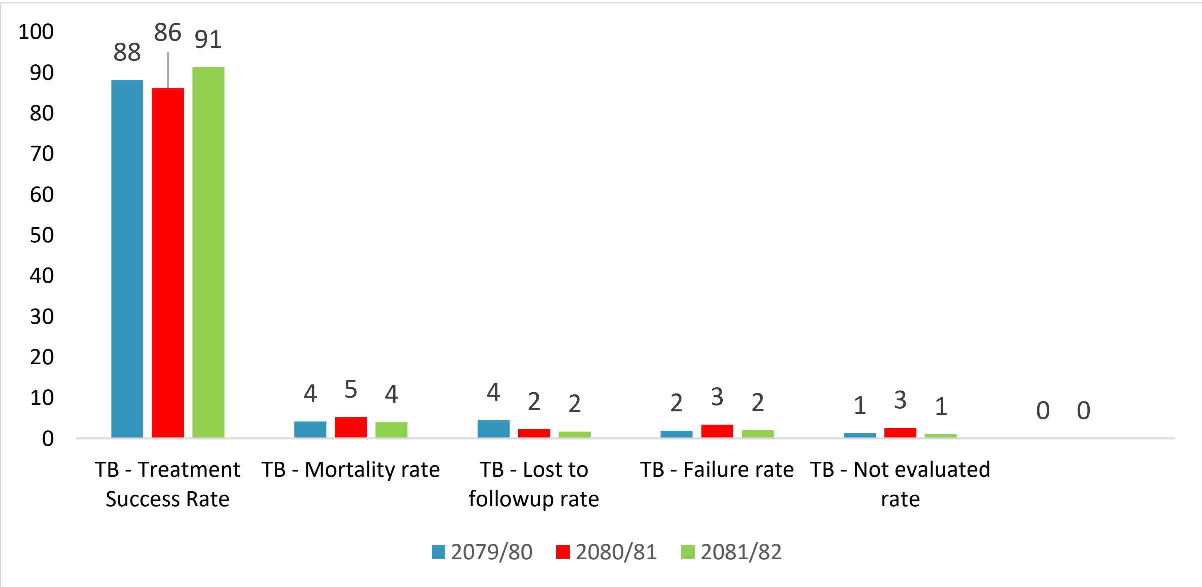


Figure 42 : Notification Rate - LLG Wise

चित्र नं. ४२ बाट पालिका अनुसारको आ.व. २०८१/८२ All form TB को नोटिफिकेसन रेट १० वटा स्थानीय तह मध्ये सबैभन्दा कम भिमाद नगरपालिकाको ४१.५२ प्रतिलाख रहेको देखिन्छ भने सबै भन्दा बढी घिरिङ गाउपालिकाको २४७.०३ प्रति १ लाख जनसंख्यामा रहेको देखिन्छ । कुल तनहुँ जिल्लामा ३१८ जना क्षयरोगका बिरामी आ.ब २०८१/८२ पत्ता लागेको पाइन्छ ।



चित्र नं. ४३: क्षयरोग उपचार नतिजा

चित्र नं. ४३ ले आ.व. २०७९/८० देखि २०८१/८२ सम्मको क्षयरोग उपचार को अवस्थालाई प्रस्तुत गरेको छ। तिन आ.व. २०७९/८० देखी आ.व. २०८१।८२ सम्म क्षयरोगको उपचार सफलता दर क्रमश ८८%, ८६% र ९१% रहेको छ भने क्षयरोगबाट मृत्यु हुने दर पनि बिगत आ.व. भन्दा घटेको छ ।

१०.४.८ समस्या र समाधानका उपायहरु:

समस्याहरु	सिफारिस गरिएका कार्यहरु	जिम्मेवार निकाय/तह
न्यून केश नोटिफिकेसन	○ संकास्पद बिरामीको समयमा नै खकार संकलन गरि परीक्षण वढाउनु पर्ने ○ निदान केन्द्रहरु विस्तार गर्नु पर्ने ○ Gen expert सेवा विस्तार गर्नु पर्ने ○ AI Xray Camp लाई थप स्थानमा विस्तार गर्नु पर्ने ○ Contact Tracing लाई थप प्रभावकारी वनाउने ○ सबै निदान केन्द्रहरुमा कार्यरत जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने ○ समुदाय स्तरमा स्वास्थ्य शिक्षा तथा सचेतनाका कार्यक्रम संचालन गर्नु पर्ने	○ स्वास्थ्य मन्त्रालय गण्डकी प्रदेश ○ राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र ○ स्थानिय तह ○ स्वास्थ्य संस्था ○ स्वास्थ्यकर्मी
सिमित माईक्रोस्कोपिक केन्द्र	○ स्वास्थ्य चौकी स्तर र प्राइभेट अस्पतालहरुमा निदान केन्द्र संचालन गर्नु पर्ने	○ राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र ○ स्वास्थ्य मन्त्रालय गण्डकी प्रदेश
डट्स कार्यक्रम प्रभावकारी संचालन हुन नसकेको	○ आधारभुत/रिफ्रेसर तालिम ○ नियमित अनुगमन ○ अनुशिक्षण	○ प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय ○ स्वास्थ्य शाखा ○ स्वास्थ्य मन्त्रालय गण्डकी प्रदेश

१०.५ राष्ट्रिय एच आइ भी एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (NationalHIV/AIDS and STI control Program)

१०.५.१ पृष्ठभूमि

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 व्यक्तिहरुमा एचआईभी संक्रमण भएको अनुमान गरिएको 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 एचआइभीवाट 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।

१०.५.२ राष्ट्रिय एचआईभी रणनीति योजना २०२१–२०२६

- ☞ **परिकल्पना (Vision):** सन् २०३० सम्म नेपाल एड्स ईपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने
- ☞ **मूलध्येय (Mission):** समावेशी, समतामुलक तथा पहुँच योग्य सेवाहरु सुनिश्चित गर्दै एचआईभी स्याहारको निरन्तरता गर्ने
- ☞ **लक्ष्यहरु (Goal):**
  - o नयाँ एचआईभी संक्रमण रोकथाम गर्ने
  - o एचआईभी संक्रमित व्यक्तिहरुको स्वास्थ्य सम्बन्धि परिणामहरुमा सुधार ल्याउने
  - o एचआईभी संक्रमित तथा मुख्य समुहहरुमा एचआईभी सम्बन्धित असमानताहरुमा कमी ल्याउने
- ☞ **सन् २०२६ सम्मका लक्ष्यहरु (Targets):**
  - o अनुमानित एचआईभी संक्रमित मध्ये ९५ % को पहिचान गर्ने
  - o एचआईभी संक्रमणको पुष्टि भएका ९५ % व्यक्तिको उपचार गर्ने
  - o ART सेवा लिई रहेका एचआईभी संक्रमित मध्ये ९५ % मा भाइरल लोड सप्रेसन (Viral Load Suppression) हासिल गर्ने
  - o नयाँ एचआईभी संक्रमणलाई ९० % ले कम गर्ने (२०१० को आधारमा)
  - o आमाबाट बच्चामा एचआईभीको संक्रमण निवारण (Elimination) गर्ने
  - o जन्मजात भिरङ्गी (Congenital Syphilis) को केस दर प्रति लाख जीवित जन्ममा ५० वा सो भन्दा कम गर्ने

१०.५.३ HIV/AIDS संग सम्बन्धि सेवा प्रदान गर्ने संस्थाहरु

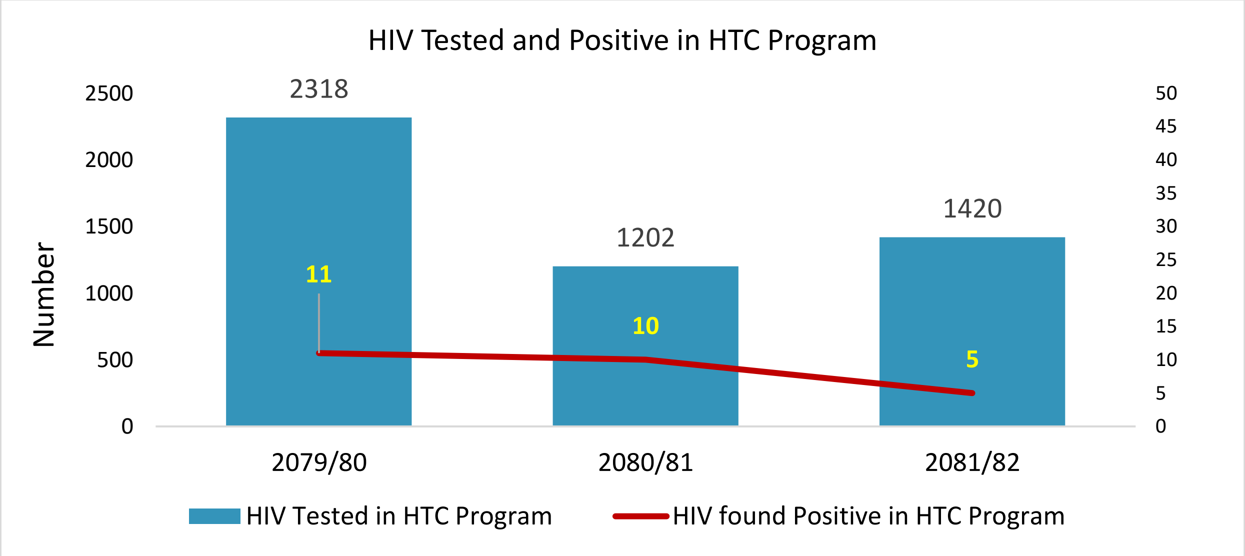
- o ART - प्रदेश अस्पताल दमौली
- o HTC - प्रदेश अस्पताल दमौली
- o PMTCT - प्रदेश अस्पताल दमौली
- o CB PMTCT - सवै स्वास्थ्य संस्थाहरु

१०.५.४ मुख्य कार्यहरु

- o विश्व एड्स दिवस मनाइएको।
- o बैदेशिक रोजगारीमा जाने र उनीहरुको परिवारमा एचआईभी परीक्षण गरिएको ।

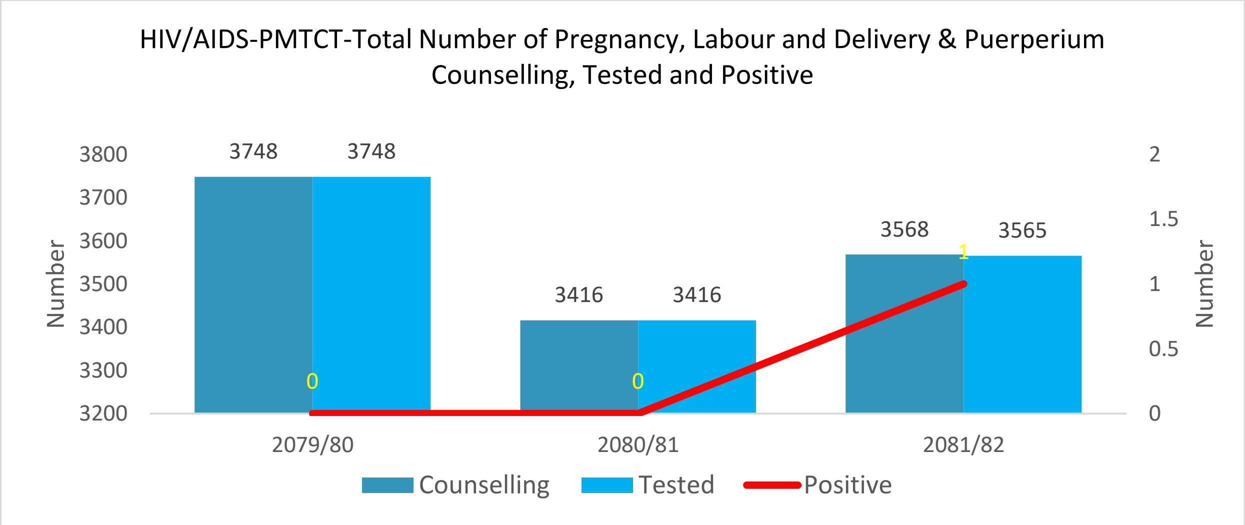
o विभिन्न पालिकाका समुदायमा एचआईभी स्क्रिनिङ्ग गरिएको।

१०.५.५ प्रगति विश्लेषण



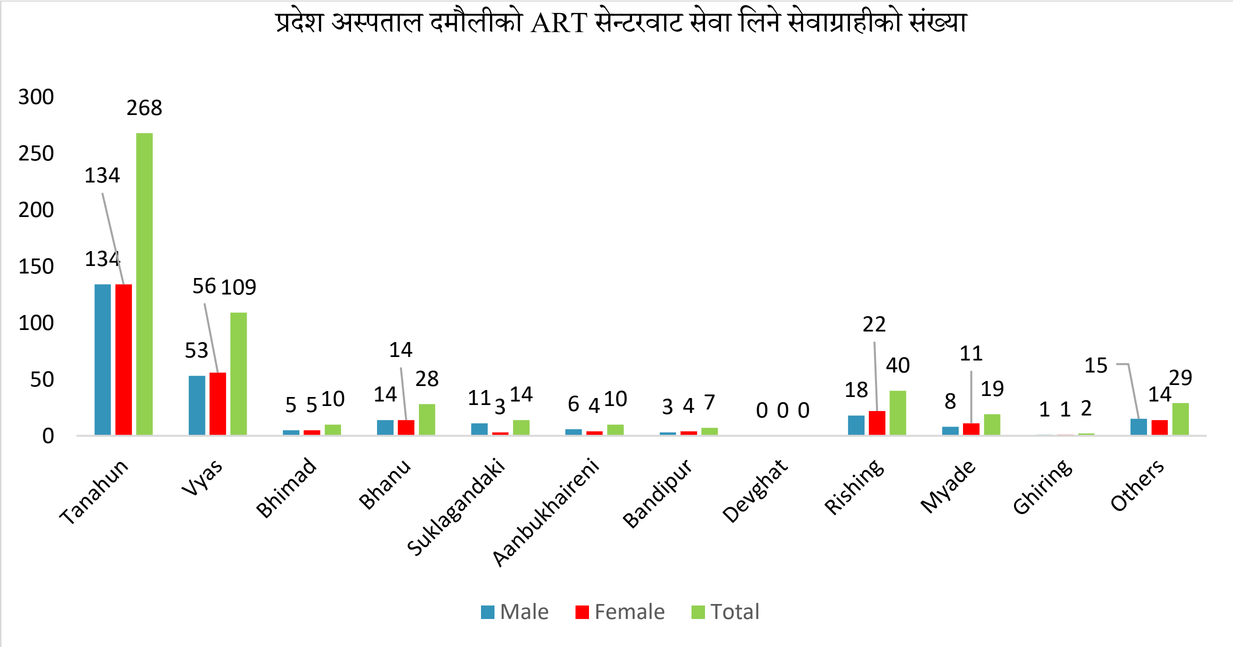
चित्र नं. ४४ एच.आइ.भि. परिक्षण तथा संक्रमितको संख्या

चित्र नं. ४४ देखाए बमोजिम तनहुँ जिल्लामा आ.ब २०७९।८० देखी २०८०।८१ सम्म हेर्दा परीक्षणको दायरा घटेको र २०८१।८२ मा परिक्षण संख्या केही वढेको पाईन्छ। त्यस्तै संक्रमितको संख्या पनि घटेको देखिएको छ र सबै संक्रमितहरुले नियमित औषधि सेबन गरीरहेको पाइन्छ।



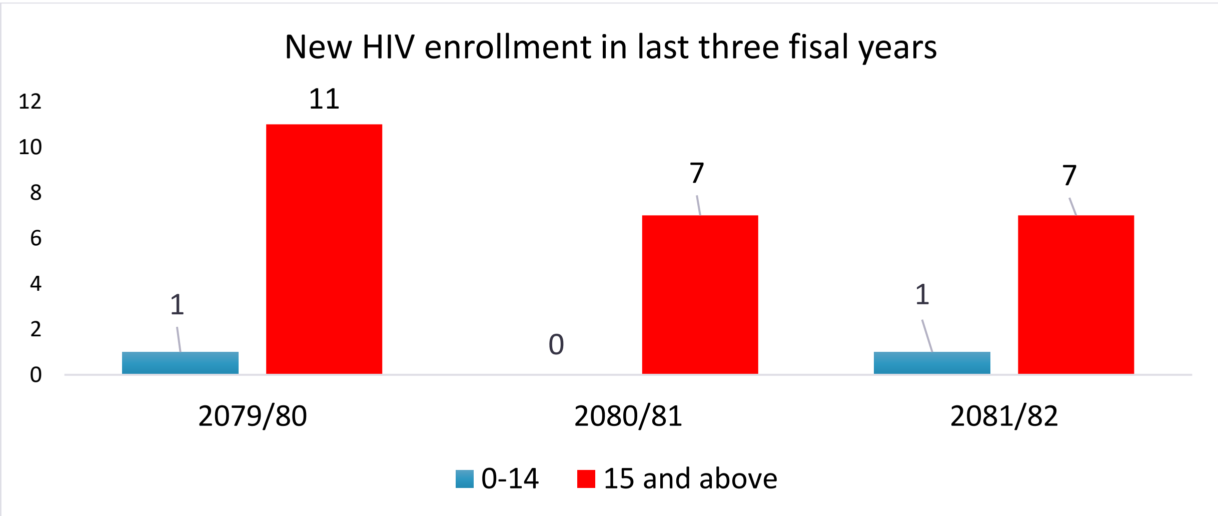
चित्र नं. ४५ PMTCT को परामर्श र एचआईभी परिक्षण सेवा लिने गर्भवती महिलाहरुको संख्या

चित्र नं. ४५ मा PMTCT को परामर्श र एचआईभी परिक्षण सेवा लिने गर्भवती महिलाहरुको संख्या गत आ.ब.हरुको तुलनामा क्रमश घटेको देखिन्छ। त्यस पछिका २ आ.व. हरूमा पोजेटिभ नभएता पनि आ.ब २०८१/८२ मा १ जना गर्भवती महिलामा पोजेटिभ नतिजा देखिएको छ।



चित्र नं. ४६ प्रदेश अस्पताल दमौलीको ART सेन्टरवाट सेवा लिने सेवाग्राहीको संख्या

माथीको चित्र अनुसार तनहुँ जिल्लामा रहेको एकमात्र प्रदेश अस्पताल दमौलीबाट ART सेवा प्राप्त गरिरहेका मध्ये सवै भन्दा धैरै ब्यास नगरपालिकामा रहेको र देबघाटमा शुन्य संखया रहेको देखिएको छ। यसै गरी गाउँपालिकाहरु मध्ये ऋषिङमा धैरै देखिएको छ। सवै संख्यमा हेर्दा महिला र पुरुषको संख्या समान १३४ रहेको देखिएको छ।



चित्र नं. ४७ ART सेन्टरमा नयाँ HIV संक्रमितको सेवा संख्या

माथीको चित्रमा गत तीन आर्थिक वर्षमा हेर्दा सवै भन्दा धेरै आ.ब. २०७९/८० मा सवै भन्दा धैरै सेवा लिन आउने नयाँ HIV संक्रमितको संख्या १२ रहेको र यस संगै आ.ब. २०८०/८१ मा ७ जना र २०८१/८२ मा ८ जना नया संक्रमित सेवा लिन आएको देखिएको छ।

१०.५.६ **समस्या र समाधानका उपायहरु:**

समस्याहरु	सिफारिस गरिएका कार्यहरु	जिम्मेवार निकाय/तह
एकमात्र HTC site	o प्रा.स्वा.के. र अस्पतालमा सेवा विस्तार गर्ने o स्वास्थ्य चौकीमा आवश्यकता अनुसार सेवा विस्तार गर्ने (कम्तिमा एउटा पालिकामा एउटा HTC site स्थापना गर्ने) o जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने o नियमित टेष्ट किट्स सप्लाई गर्ने	o राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र o प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ती व्यवस्थापन केन्द्र
जनचेतनाको कमि	o TB-HIV भएका ब्यक्ति र निजको परिवारलाई भेदभाव न्युनिकरण कार्यक्रम o प्रा.स्वा.के. र अस्पतालमा सेवा विस्तार गर्ने o जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने o नियमित टेष्ट किट्स सप्लाई गर्ने	o राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र

अध्याय – ११

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (Non communicable Disease and Mental Health)

११.१ नसर्ने रोग

११.१.१ पृष्ठभुमि

एक व्यक्तिबाट अर्को व्यक्तिमा नसर्ने, दीर्घ रोग, सुक्ष्म जीवाणुको माध्यामबाट नहुने रोगलाई साधारणतया नसर्ने रोग (Non Communicable Disease-NCD) भनिन्छ। नसर्ने रोगहरुले लामो अवधि र साधारणतया सुस्त गतिमा प्रभाव पार्दछ। मुटु तथा रक्तनलीको रोग, मधुमेह, दीर्घ श्वासप्रश्वास सम्बन्धि रोग र क्यान्सर (स्तन र पाठेघरको मुख) प्रमुख नसर्ने रोगहरुको रुपमा देखिएको छ। धेरै व्यक्तिहरुले अल्प आयुमै मृत्यु हुने तथा स्वास्थ्य क्षेत्रमा धेरै धनरासीको खर्च गराउने यी रोगहरु विश्वमा प्रमुख महामारीको रुपमा देखा परिरहेको छ।विश्वव्यापीकरण, शहरीकरण, उमेर वृद्धि, जनसङ्ख्या वृद्धि तथा जीवनशैलीमा आएको परिवर्तन तथा वातावरणीय प्रदुषण लगाएतका कारणले गर्दा मानिसको जीवन र स्वास्थ्यमा जोखिम बढ्दै गैरहेको छ। यी कारणले गर्दा नसर्ने रोगहरु विश्वमा मानिसहरुको मृत्युको प्रमुख कारणको रुपमा देखा परिरहेको छ।

११.१.२ नसर्ने रोगको भारः

नसर्ने रोगहरुले रोगको रुपमा 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 ह्रास आदि कारणले गर्दा व्यक्ति, परिवार तथा समाजले ठुलो हिस्सा यसमा खर्च गर्नुपरेको छ।नसर्ने रोगहरू : मुटु तथा रक्त नली सम्बन्धी रोगहरू, क्यान्सर , मधुमेह र श्वाश प्रश्वाश सम्बन्धि दीर्घ रोगहरू विश्व भरि र दक्षिण पूर्वी एसिया क्षेत्रमा मृत्यु र अपांगता गराउने प्रमुख कारकहरु हुन्। विश्व स्वास्थ्य संगठनको आकलन अनुसार हरेक वर्ष विश्व भरि ४.१ करोड मानिस नसर्ने रोगहरुबाट मर्छन। (सबै मृत्युहरुको ७१ प्रतिशत)। मुटु तथा रक्त नलीसम्बन्धी रोगहरू विश्व भरि नै मृत्युको पहिलो प्रमुख कारक हो। बिरामी, अपाङ्गता, वा अल्पायुमै हुने मृत्युको कारणले खेर गएका वर्षहरु (**Disability** adjusted Life Year, DALY) मा सबैभन्दा ठुलो अनुपात (५१%) नसर्ने रोगहरुको कारणले गर्दा योगदान हुने गर्दछ। नसर्ने रोगहरुको उपचारको खर्चको कारणले वर्षेनी हाम्रो जस्तो देशमा थुप्रै घरपरिवार गरिबीको रेखामुनि धकेलिएका छन।

११.१.३ प्रमुख नसर्ने रोगहरु 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 थियो। 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 अघि सारेका छन् जस्तै रणनीतिक कार्य योजना बनाउने, विश्व स्वास्थ्य संगठनको PEN अवधारणालाई लागु गर्ने तथा “BEST BUYS” को अवधारणा अपनाउने रहेका छन्। जवान र वृद्ध व्यक्तिहरुमा मृत्युको प्रमुख कारणको रुपमा

बढ्दै गईरहेको नसर्ने रोगहरुले नेपालमा ठुलो जनस्वास्थ्य चुनौती सृजना गरेको छ। नेपालका स्वास्थ्य संरचनाहरु सहित व्यक्ति, समुदाय र राष्ट्रको लागि NCD हरुको बढ्दो भारलाई सम्बोधन गर्न रणनीतिक कार्यहरुको आवश्यक्ता छ। यस तथ्यलाई ध्यान दिंदै नेपाल सरकारले NCD को रोकथाम र नियन्त्रणका लागि नीतिगत, रणनीतिगत विभिन्न योजना तथा कार्यक्रम लागु गरेको छ जस्तै :

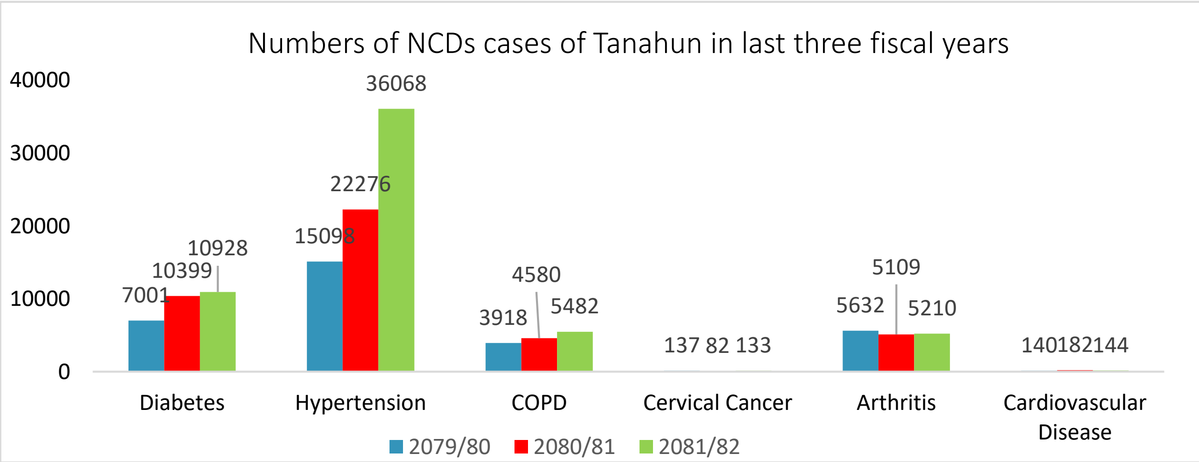
- क्यान्सर, COPD र अन्य नसर्ने रोगहरूको व्यवस्थापनका लागि आवश्यक राष्ट्रिय कानून, नीति र रणनीतिहरू तर्जुमा गर्ने।
- विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा क्यान्सर, मधुमेह, CVD, COPD र अन्य नसर्ने रोगहरूको रोकथाम र व्यवस्थापनका लागि मापदण्ड, प्रोटोकल र दिशानिर्देशहरू तयार गर्ने र सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित 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 लागी स्वस्थ जीवनशैली प्रवर्द्धन र व्यवहार परिवर्तन कार्यक्रम गतिविधिहरुको 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।

११.१.४ नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना (२०२१-२०२५)

- ☞ **दूरदृष्टि (Vision):** नसर्ने रोग मुक्त स्वास्थ्य तथा उत्पादनशील नागरिक ।
- ☞ **ध्येय (Mission):** नसर्ने रोगको रोकथाम र नियन्त्रण मार्फत नसर्ने रोगका कारण हुने कष्ट र अल्पायुको मृत्युलाई कम गदै नेपालीको जीवनस्तर उकास्ने।
- ☞ **लक्ष्य (Goal):** "सबै नीतिमा स्वास्थ्य" को नीति अंगिकार गरी नसर्ने रोगको भार कम गर्ने।
- ☞ **उद्देश्य (Objectives)**
  - o नसर्ने रोगहरूको जोखिम कारकहरू कम गर्ने र विभिन्न क्षेत्रमा अन्तर्निहित रहेका सामाजिक निर्धारकहरुको सम्बोधन गर्नु ।
  - o नसर्ने रोगहरूको प्रभावकारी रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि नागरिक मैत्री स्वास्थ्य प्रणालीलाई सुदृढ गर्नु ।
  - o तथ्यमा आधारित नीति तथा कार्यक्रमहरुको लागि निगरानी, अनुगमन र मुल्यांकन प्रणाली स्थापना गर्नु।
- ☞ **परिलक्ष्य (Target)** मुटु रोग, क्यान्सर, मधुमेह वा श्वास प्रश्वाश सम्बन्धि दीर्घ रोगबाट हुने समग्र अल्पायु मृत्युदरमा सन् २०२५ सम्ममा २५% र सन् २०३० सम्ममा ३३% कमि ल्याउने।
- ☞ **रणनीतिक कार्य क्षेत्रहरु** नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रण सम्बन्धि बहुक्षेत्रीय कार्य योजना २०२१-२०२५ मा मुख्य चार ओटा रणनीतिक कार्यक्षेत्रहरु पहिचान गरिएको छ।
  - o नेतृत्व, पैरवी तथा साझेदारी स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा जोखिम न्यूनीकरण

- नसर्ने रोगहरु र तिनका जोखिम तत्वहरुको शीघ्र पहिचान र व्यवस्थापनका लागि स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण
- निगरानी, अनुगमन तथा मुल्यांकन र अनुसन्धान

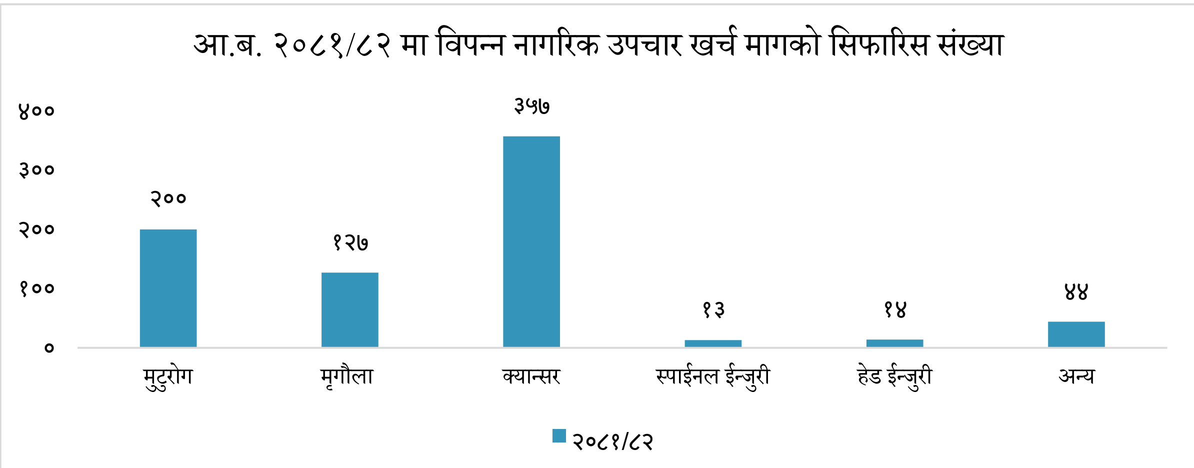
११.१.५ तनहुँ जिल्लाको नसर्ने रोगहरुको विवरण



चित्र नं. ४८: OPD मा आउने मध्ये प्रमुख नसर्ने रोगको प्रतिशत

यस माथिको चार्टमा तनहुँ जिल्लाका तीन वर्षको मुख्य नसर्ने रोगहरु (मुटु तथा रक्तनली सम्बन्धी रोगहरु, मधुमेह, दीर्घ अवरोधात्मक श्वासप्रश्वास रोगहरू, क्यान्सर, तथा मानसिक समस्याहरु) को भार प्रस्तुत गरिएको हो। दर्ता भएका कुल विरामीहरुमध्ये नसर्ने रोगहरु (NCD) का विरामीहरुको संख्या प्रत्येक वर्ष वृद्धि हुँदै आएको देखिन्छ। आ.व. २०७९/८० मा ३९,७२९ नसर्ने रोगका बिरामीहरु थिए भने आ.व. २०८०/८१ मा ४७,७६७ मा हुदै आ.व. २०८१/८२ मा नसर्ने रोगका बिरामीको संख्या ६२,०४७ पुगेको छ।

स्थानीय तहहरुवाट कडा तथा असाध्य रोगको लागि सहयोग वापत गरिएको सिफारिस

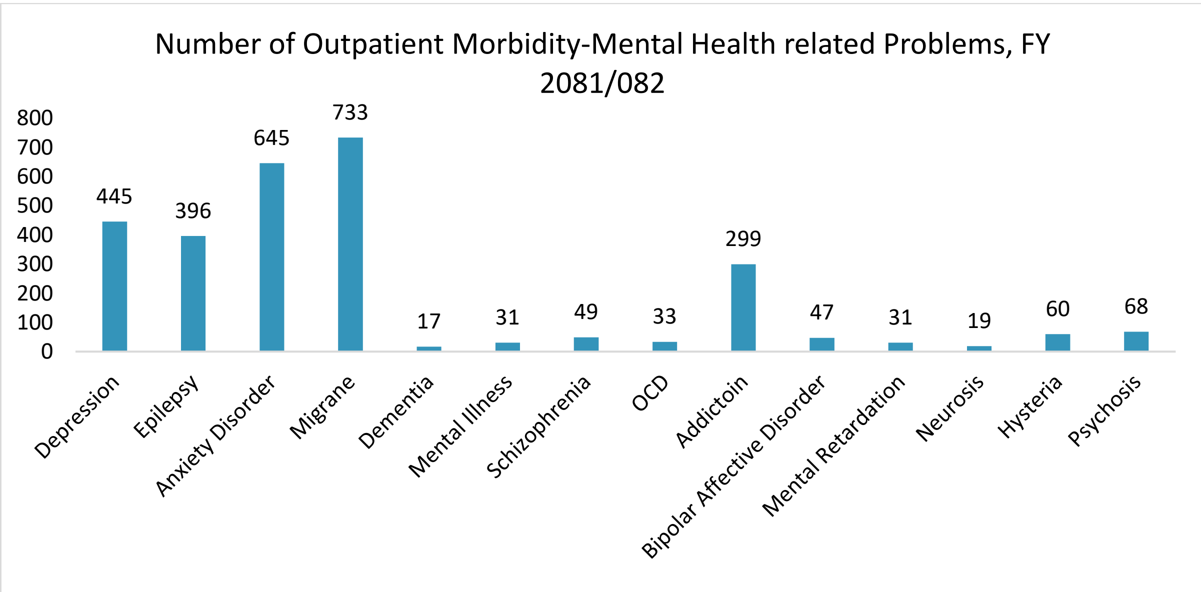


चित्र नं. ४९ आ.ब. २०८१/८२ मा विपन्न नागरिक उपचार खर्च मागको सिफारिस संख्या

माथीको चित्रमा देखाईए अनुसार आ.ब. २०८१/८२ मा सवै भन्दा धैरे क्यान्सर रोगीका विरामीहरुले उपचार सुविधाका लागि सिफारिस लगेको देखिएको छ। यसै गरी मुटु रोग मृगौला रोगीको संख्या उच्चनै रहेको देखिएको छ।

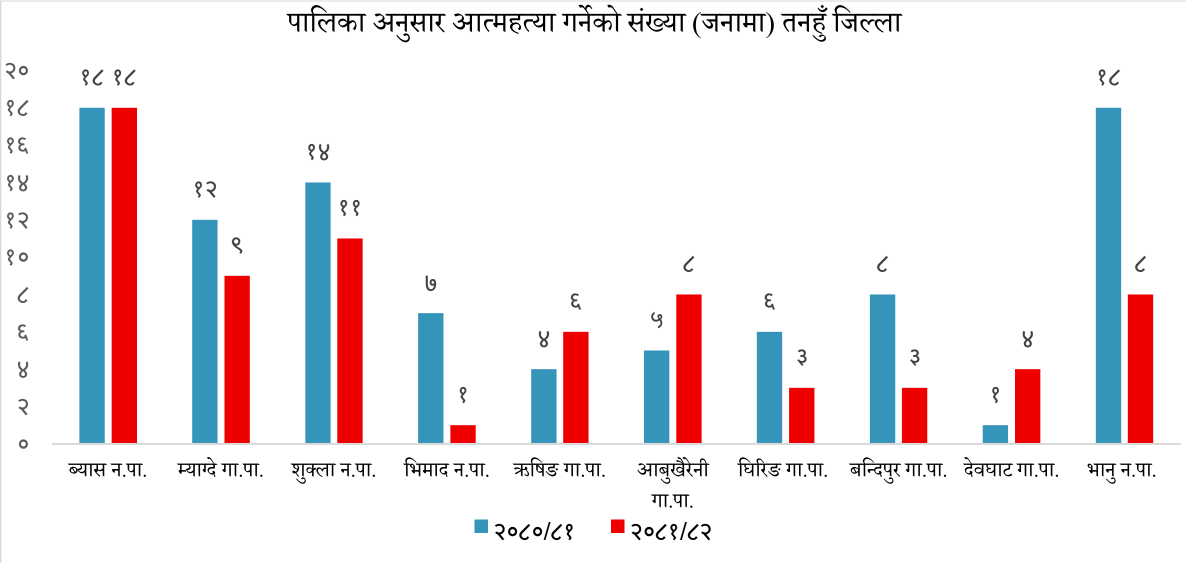
११.२ मानसिक स्वास्थ्य (Mental Health)

विश्व स्वास्थ्य संगठनले मानसिक समस्यालाई साधारण तथा दैनिकी आइपर्ने तनावहरु व्यवस्थापन गर्न कठिनाई भई दैनिक, घरायसी तथा समाजमा योगदान गर्न बाधा भएको अवस्था भनि परिभाषित गरेको छ। पचास प्रतिशत भन्दा बढी मानसिक स्वास्थ्य समस्या चौध वर्ष भन्दा अघि नै देखिने भएकाले मानसिक स्वास्थ्य समस्या र यसको न्युनिकरणका लागि चेतना अभिवृद्धि गरि बहुपक्षीय साझेदारीमा मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रम गर्ने उद्देश्यले "मानसिक स्वास्थ्य सचेतना तथा पैरवी कार्यक्रम" राखिएको थियो। प्रदेश अस्पताल दमौलीको OCMC बाट मानसिक स्वास्थ्य सेवाग्राहीको विवरण तथा जिल्ला प्रहरी कार्यालय, तनहुँबाट आत्महत्या सम्बन्धि विवरण संकलनगरि व्यास नगरपालिका र बन्दिपुर गाउँपालिकामा पालिका स्तरीय एवम् व्यास-५ पतेनिमा वडास्तरीय मानसिक स्वास्थ्य सचेतना तथा पैरवी कार्यक्रम संचालन गरिएको थियो। जनप्रतिनिधिहरु, विद्यालयका शिक्षकहरु, नागरिक अगुवा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, स्वास्थ्यकर्मी तथा अन्य सरोकारवालाहरुलाई सहभागी गराई भएको उक्त १ दिने पैरवी कार्यक्रम मानसिक स्वास्थ्य, योग, ध्यान, लागु पदार्थ, स्वास्थ्य जीवनशैलीको बारेमा केन्द्रित थियो।



चित्र नं. ५० : ओ.पी.डी. मा मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका बिरामीहरुको संख्या

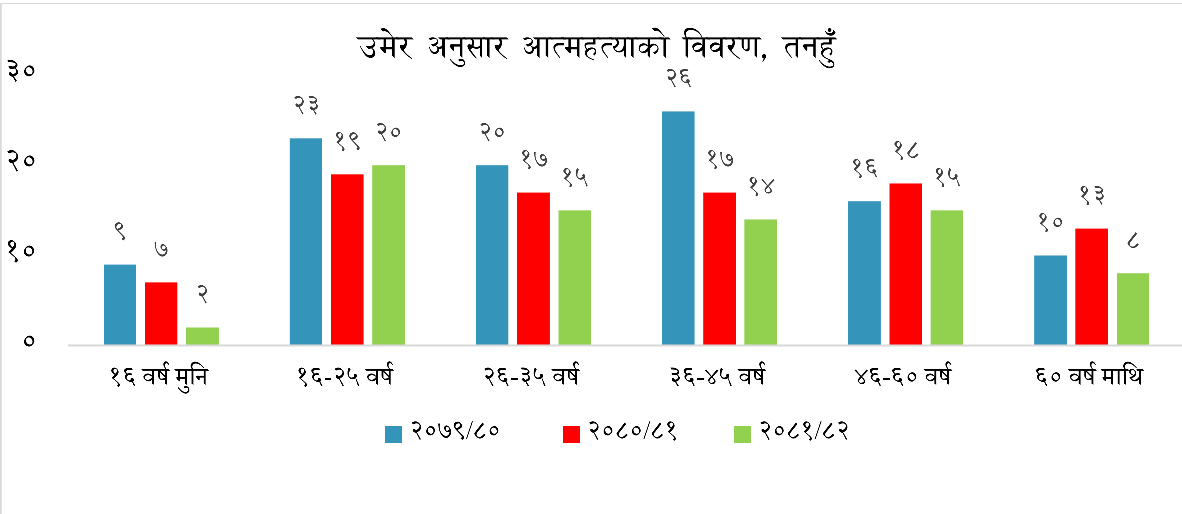
तनहुँ जिल्लामा आ.व. २०८१/८२ हेर्दा ओ.पी.डी. मा माइग्रेनका बिरामीहरु सबै भन्दा धैरे संख्यामा स्वास्थ्य संस्थामा आउने देखिएको छ। त्यसैगरी डिप्रेशन, एन्जाईटि, एपिलेप्सी र लतमा परेका बिरामीहरु पनि मानसिक स्वास्थ्य समस्या लिएर आउने देखिएको छ।



चित्र नं.५१: पालिका अनुसार आत्महत्याको अवस्था

स्रोत: जिल्ला प्रहरी कार्यालय तनहुँ

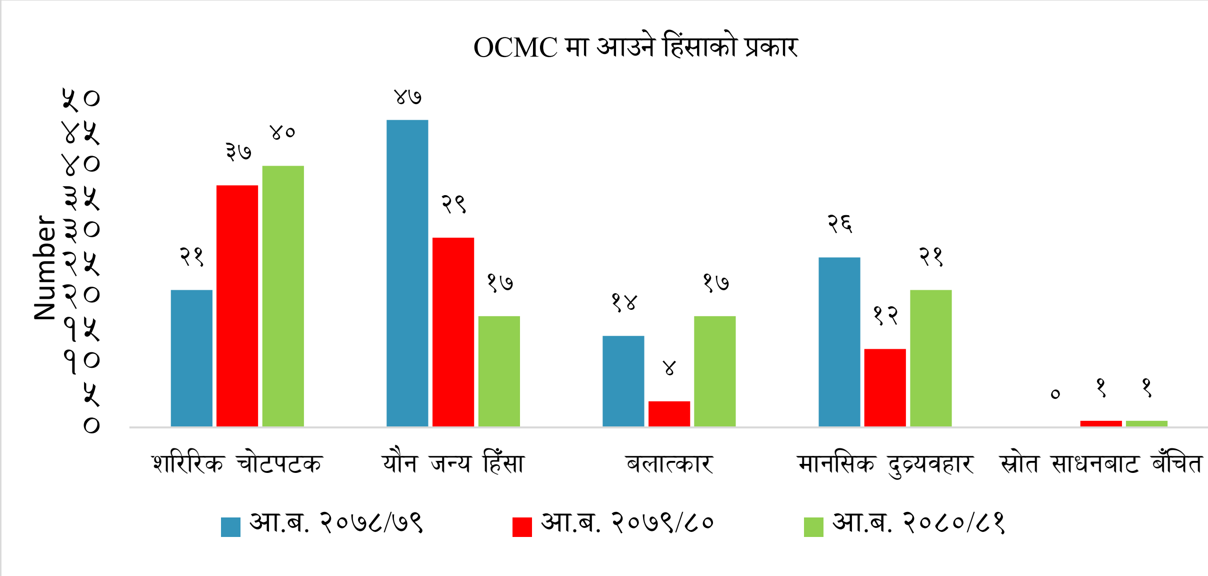
माथिको चित्रमा देखिए अनुसार तनहुँ जिल्ला भित्र ब्यास नगरपालिकामा सवै भन्दा धेरै १८ जनाले आत्महत्या गरेको तथ्याङ्कले देखाएको छ। यस अवधिमा शुक्लागण्डकी नगरपालिका र म्याग्दे गाउँपालिकामा क्रमश ११ र ९ जनाले आत्महत्या गरेको देखिएको छ र सवै स्थानीय तहहरुमा कुनै न कुनै घटना भएको तथ्यांक जिल्ला प्रहरी कार्यालयबाट प्राप्त विवरणमा खुलेको पाईएको छ।



चित्र नं. ५२: उमेर अनुसार आत्महत्याको विवरण

स्रोत: जिल्ला प्रहरी कार्यालय, तनहुँ

माथिको चित्रमा देखिए अनुसार गत तीन आर्थिक वर्षको तथ्याङ्कमा हेर्दा १६ देखी २५ बर्षको उमेर समुहमा आत्महत्याको दर उच्च देखिएको छ। यसै गरी ६० वर्ष भन्दा माथीको उमेर समुहमा समेत आत्महत्याको दर रहेको देखिएको छ।



चित्र नं. ५३: OCM C मा आउने हिंसाको प्रकार

स्रोत: प्रदेश अस्पताल दमौली, तनहुँ

प्रदेश अस्पताल दमौलीको OCMC मा शारीरिक चोटपटक, यौन जन्य हिंसा, बलात्कार र मानसिक दुर्व्यवहारबाट ग्रसित मानिसहरु आउने देखिएको छ।

अध्याय – १२
खानेपानी गुणस्तर निगरानी कार्यक्रम

राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर मापदण्ड खानेपानी गुणस्तर मापदण्ड २०६२ र राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर सर्भिलेन्स निर्देशिका २०७० स्वीकृत पश्चात संस्थागत रुपमा खानेपानीलाई स्वास्थ्यसँग जोडेर हेर्न थालिएको छ । आ.व. २०७३/०७४ देखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तरगतका निकायहरु, प्रदेश र स्थानीय तहबाट खानेपानी गुणस्तर सर्भिलेन्स सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन हुँदै आएको छ ।

खानेपानी गुणस्तर निगरानी (सर्भिलेन्स) कार्य एउटा निरन्तर, स्वतन्त्र तथा पारदर्शी ढंगले चलाईने प्रक्रिया हो । जसको उद्देश्य प्रदुषणको पहिचान गरि स्वास्थ्यलाई हुनसक्ने खतरालाई रोकथाम र नियन्त्रण गर्नु हो । निगरानी (सर्भिलेन्स) कार्यले पानी आपुर्ति प्रणालीमा रहेका कमीकमजोरी र जोखिम पत्ता लगाई त्यसलाई सच्याउने उपायहरु निर्देशित गर्दछ तसर्थ खानेपानीको गुणस्तर निगरानी (सर्भिलेन्स) बाट सुरक्षित तथा स्वीकार योग्य पानी वितरणको सुनिश्चिततामा मद्धत पुऱ्याउछ । राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर मापदण्डमा उल्लेखित धमिलोपना, हाईड्रोजन विभव, आर्सेनिक र सुक्ष्म जैविक परीक्षण गर्दा मापदण्डमा तोकिएको सीमा भित्र रहेको अवस्थालाई खानेपानी गुणस्तर वुझाउछ ।

- ☞ नेपालको संविधानको धारा ३५ को उपधारा ४ मा प्रत्येक नागरिकलाई स्वच्छ खानेपानी तथा सरसफाईको मौलिक हक हुनेछ ।
- ☞ दिगो विकासको लक्ष्य सूचक नं ६.१ मा सन् २०३० सम्ममा सबैलाई समान रुपमा शुद्ध र सुलभ पिउनेपानीको उपलब्धता हुनुपर्ने
- ☞ नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ खानेपानीको गुणस्तरको अनुगमन तथा निगरानी गर्ने विषयलाई प्राथमिकतामा राख्नु

उदेश्यः

- ☞ खानेपानी योजनालाई प्रमाणीकरण गर्ने ।
- ☞ खानेपानी योजनाहरुमा सुरक्षा योजना लागु गर्ने ।
- ☞ नियमित खानेपानीको गुणस्तर निगरानी तथा सर्वेक्षणबाट किटजन्य रोग तथा पानीजन्य रोगको जिल्ला र स्थानीय तहमा तुरुन्त न्युनीकरण गर्न सहयोग पुग्ने ।
- ☞ रोगको प्रकृति अवस्था अनुसार सामुदायिक जनस्वास्थ्यको सुनिश्चितता कायमको लागि विभिन्न क्रियाकलापहरु गर्ने ।
- ☞ खानेपानीको मुहान तथा वितरण प्रणालीको नियमित अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गरि पृष्ठपोषण प्रदान गर्ने।
- ☞ पानीजन्य रोगको बारेमा समुदाय तहमा प्रयाप्त जानकारी दिन तथा नीति निर्माण तहमा सूचनाको प्रगति प्रकाशन गर्ने ।
- ☞ पानीजन्य रोगहरुको प्रकोप दरलाई न्युनीकरण गरि स्वास्थ्य सूचकमा सुधार ल्याउन यस कार्यक्रमलाई प्राथमिकतामा राखिने ।
- ☞ सेवा प्रदायक संस्थालाई खानेपानी सुरक्षा योजना लागू गर्न तथा पानीको गुणस्तर सुधारको लागि जागरुक बनाउने ।

खानेपानी गुणस्तर निगरानी परिक्षणका समस्याहरुः

- ☞ प्रयाप्त तालिम तथा उपयुक्त जनशक्तिको अभाव तथा औजार उपकरणहरुको मर्मत सम्भारमा समस्या।
- ☞ सूचना, प्रतिवेदन तथा अभिलेख व्यवस्थापनमा समस्या तथा नियमित संस्थागत अनुगमन तथा सुपरिवेक्षणको अभाव।
- ☞ तालिम प्राप्त जनशक्तीको कमी।
- ☞ स्थानीय तहमा खानेपानी जाँचको ब्यवस्था नहुनु।

अध्याय –१३
न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS) कार्यक्रम

१३.१ पृष्ठभूमिः

न्युनतम सेवा मापदण्ड नागरिकलाई उपलव्ध गराउने सेवाको गुणस्तर र स्तर मापन गर्ने मापदण्ड हो। न्युनतम सेवा मापदण्ड कार्यक्रमले स्विकृत चेकलिष्टको प्रयोग गरी विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाद्धारा प्रदान गर्ने सेवाको न्युनतम सेवा तयारीको अवस्थाको लेखाजोखा गरी समग्रमा व्यवस्थापन सुद्धिढिकरणमा सहयोग गर्दछ। न्युनतम सेवा मापदण्ड अन्तर्गत मूलतः तीन वटा क्षेत्रमा अस्पताल तयारी अवस्थाको लेखाजोखा गरिन्छ।जसमा सुशासन २०%, क्लिनिकल सेवा ६०% र अस्पताल सहयोग सेवा २०% रहेका छन।अस्पतालमा न्युनतम सेवा मापदण्ड लागू गरिसकेको अवस्थामा यसवाट सिकेको अनुभवको आधारमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय उपचारात्मक सेवा महाशाखावाट विकास गरिएको चेकलिष्टको प्रयोग गरी स्वास्थ्य चौकीको लागि न्युनतम सेवा मापदण्ड तनहुँ जिल्लाका सवै स्थानीय तहले कार्यान्वयनमा ल्याएका छन।

आ.व. २०८१/८२ मा तनहुँ जिल्लामा सवै १० स्थानीय तह अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थामा हुनुपर्ने न्युनतम सेवाको एकिन गर्नका लागि प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय तनहुँ, सम्वन्धित स्थानीय तहको सहयोगमा न्युनतम सेवा मापदण्ड मुल्याङ्कन तथा गुणस्तर सुधार कार्ययोजना वनाई स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यक्रम सम्पन्न भएको छ। यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने न्युनतम सेवाको बारेमा जानकारी गराई कार्यन्वयन गराउन सहयोग गर्ने, स्थानीय स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा ब्यवस्थापन समितिका सदस्य तथा कर्मचारीहरुलाई उत्प्रेरित तथा सहयोग गर्नुका साथै गुणस्तर सुधारका विभिन्न विकल्पहरुको कार्यान्वियन गर्ने रहेको छ।

क्षेत्र	समस्या तथा चुनौती	समाधानका उपाय	कसको जिम्मेवारी
सुशासन र ब्यवस्थापन	वार्षिक कार्य योजनाको तयारी नगरिएको	वार्षिक कार्ययोजना तयार गरि कार्य पालिका तथा ब्यवस्थापन समिति बाट अनुमोदन गराइ सोहि अनुसार कार्यक्रम संचालन गर्नुपर्ने	स्वास्थ्य चौकी प्रमुख
	बिशिष्टिकृत सेवामा स्वास्थ्यकर्मी परिचालन तथा ब्यवस्थापन नभएको	सबै कर्मचारीलाई उनीहरूको कार्यविवरण, तालिम तथा परिचालनको मापदण्ड बनाउनु पर्ने।	पालिका स्वास्थ्य शाखा र कार्यपालिका
	आर्थिक ब्यवस्थापन तथा पालिका अनुदानको उपयोग समयमा नै हुन नसक्नु	सबै स्वास्थ्य संस्थाको छुट्टै कोष निर्माण गरि पारदर्शिता कायम गर्नु पर्ने।	पालिका स्वास्थ्य शाखा प्रमुख, कार्यपालिका
	स्वास्थ्य सेवा दिने स्थान, गोपनियता, परामर्श, प्रोटोकलको प्रयोग र रेकर्डिङमा कमि	क्लिनिकल मापदण्डको प्रयोग तथा ब्यवस्थापनमा कर्मचारी तथा ब्यवस्थापन समितिलाई स्वतः परिचालित हुन प्रोत्साहन गर्नुपर्ने	स्वास्थ्य चौकी

क्लिनिकल सेवा व्यवस्थापन	संक्रमण रोकथाम, फोहोर व्यवस्थापन तथा औजार उपकरणको रेखदेख, भण्डारण, तथा ब्यवस्थापनमा कमी जथाभावी शहरी स्वाके/सामु.दायीक स्वास्थ्य ईकाइ तथा आधारभुत सेवा केन्द्रहरुको स्थापना	दैनिक क्लिनिकल प्रकृयाहरू नियमित गर्नु पर्ने कार्यका रूपमा संचालन गर्नु पर्ने। प्रभावकारी सहयोगी सुपरिवेक्षण हुनु पर्ने। आवश्यकता पहिचान गरि MSS स्कोरलाई आधार मानी भवन तथा कर्मचारीहरुको व्यवस्थापन गरि संस्थाहरु स्थापना गर्नु पर्ने।	स्वास्थ्य चौकी प्रमुख, स्वास्थ्य शाखा

१३.२ समिक्षा तथा सुदृढिकरण

स्वास्थ्य संस्थाहरुको न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS) समिक्षा कार्यक्रम तनहुँ जिल्ला भित्रका सवै स्थानिय तह अन्तर्गत रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुको भौतिक संरचना औजार उपकरणको उपलब्धता प्रयोगको अवस्था तथा संस्थाले प्रवाह गरेका विभिन्न सेवाहरुको वर्तमान अवस्था तथा सेवा प्रवाहका बखत आईपरेका कठिनाईहरु र आगामी दिनमा गरिने कार्ययोजना बनाई दैनिक प्रदान गरिदै आएको स्वास्थ्य सेवालाई अझ थप गुणस्तरीय बनाई नागरिकहरुले प्राप्त गर्ने सेवामा प्रभावकारी बनाउन सकिने हुनाले यो समिक्षा कार्यक्रम तनहुँ जिल्लाका १० वटै स्थानिय तहहरुमा कार्यरत शाखा प्रमुखहरुको उपस्थितिमा संचालन भएको थियो।

MSS कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपाय

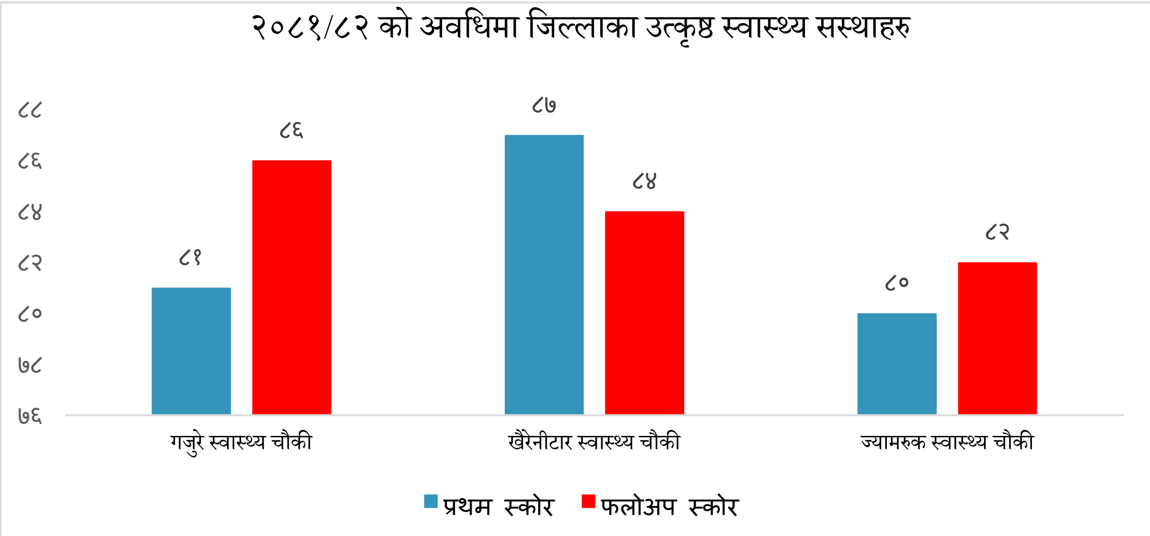
तालिका १६ तनहुँ जिल्लामा न्युनतम सेवा मापदण्ड(MSS) कार्यक्रमको अवस्था आ.व. २०८१/८२

सि. न.	पालिका	स्वास्थ्य संस्था	प्रथम स्कोर	फलोअप स्कोर
१	व्यास नगरपालिका	गजुरे स्वास्थ्य चौकी	८१	८६
		घाँसीकुवा स्वास्थ्य चौकी	५४	६८
		कार्तिकेचौर स्वास्थ्य चौकी	७६	८१
		केशवटार स्वास्थ्य चौकी	६२	७२
		पोखरीभन्याङ्ग स्वास्थ्य चौकी	७६	७८
		रिस्ती-१ स्वास्थ्य चौकी	९१	६६
		रिस्ती-२ स्वास्थ्य चौकी	६६	७२
		सतिस्वारा स्वास्थ्य चौकी	६१	७९
		श्याम्घा स्वास्थ्य चौकी	६२	७१
		तनहुँसुर स्वास्थ्य चौकी	५९	६६

२	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	थप्रेक स्वास्थ्य चौकी	६१	६४
		खैरेनीटार स्वास्थ्य चौकी, दुलेगौडा	८७	८४
		खैरेनीटार स्वास्थ्य चौकी, उदेनढुङ्गा	५८	५८
		ढोरफिर्दी स्वास्थ्य चौकी	७५	७९
		राईपुर स्वास्थ्य चौकी	५६	५५
३	भिमाद नगरपालिका	किहुँ स्वास्थ्य चौकी	६४	७१
		अरुणोदय स्वास्थ्य चौकी	७८	६०
		माझकोट स्वास्थ्य चौकी	५५	८२
		भानुमती स्वास्थ्य चौकी	७९	७२
४	भानु नगरपालिका	भानु स्वास्थ्य चौकी	५९	६०
		बसन्तपुर स्वास्थ्य चौकी	७३	७२
		पुर्कोट स्वास्थ्य चौकी	४९	५१
		चोकचिसापानी स्वास्थ्य चौकी	७०	६९
		रुपाकोट स्वास्थ्य चौकी	७१	७०
		ज्यामरुक स्वास्थ्य चौकी	८०	८२
५	देवघाट गाँउपालिका	कोटा स्वास्थ्य चौकी	८०	०
		बैदी स्वास्थ्य चौकी	६५	०
		छिपछिपे स्वास्थ्य चौकी	७६	०
		सिन्च्याङ्ग स्वास्थ्य चौकी	७०	०
६	आँबुखैरेनी गाँउपालिका	आँबुखैरेनी अस्पताल	५४	५०
		छिम्केश्वरी स्वास्थ्य चौकी	५९	४५
		देउराली स्वास्थ्य चौकी	६२	४९
७	बन्दिपुर गाँउपालिका	धरमपानी स्वास्थ्य चौकी	६५	७५
८	म्याग्दे गाउँपालिका	जामुने स्वास्थ्य चौकी	९१	०
		मनपाङ्ग स्वास्थ्य चौकी	८९	०
९	ऋषिङ्ग गाँउपालिका	काहुँशिवपुर स्वास्थ्य चौकी	७८	०
		भिरकोट स्वास्थ्य चौकी	७५	०

		राम्जाकोट स्वास्थ्य चौकी	५९	०
		कोटदरवार स्वास्थ्य चौकी	७६	०
		ऋषिङ्ग रानीपोखरी स्वास्थ्य चौकी	६३	०
१०	घिरिङ्ग गाँउपालिका	अत्रौली आ.स्वा.सं	६०	०
		गजरकोट स्वास्थ्य चौकी	७६	०
		घिरिङ्ग सुन्धारा	७६	०
		फुला आ.स्वा.सं	६२	०
		साभुङ्ग हटिया स्वास्थ्य चौकी	७८	०

आर्थिक बर्ष २०८१/८२ को अवधिमा जिल्लाका उत्कृष्ठ स्वास्थ्य सस्थाहरुः



चित्र नं. ५४ आ.ब. २०८१/८२ को अवधिमा जिल्लाका उत्कृष्ठ स्वास्थ्य सस्थाहरु

माथीको चित्रमा देखाईए अनुसार गत आ.ब. २०८१/८२ मा जिल्लाका उत्कृष्ट संस्था मध्ये गजुरे स्वास्थ्य चौकी र ज्यामरुक स्वास्थ्य चौकीले फलोअपमा अझै राम्रो नतिजा प्राप्त गरेको देखिएको छ।

अनुसूचिहरु

अनुसूचि १: प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय दमौली तनहुँ अन्तरगतका कर्मचारीहरुको विवरणः

आ.ब. २०८१/८२

क्र. सं.	कर्मचारी संकेत नम्बर	नाम, थर	पद	कार्यरत तह	सेवा	समुह/ उपसमूह	सम्पर्क मोवाइल नं.
१	१८७६५१	अमर दवाडी	जनस्वास्थ्य प्रशासक	अधिकृतस्तर नवौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८५५०६३९८५
२	२५४०४९	विभुषा थापा	जनस्वास्थ्य अधिकृत	अधिकृतस्तर सातौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८६१२०६९९०
३	१३७३८६	शंकर वावु अधिकारी	खोप सुपरभाईजर अधिकृत	अधिकृतस्तर सातौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८५६०२२७३७
४	छात्रवृत्ति करार	अर्जुन घिमिरे	जनस्वास्थ्य अधिकृत	अधिकृतस्तर सातौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८४६९१२९११
५	१६६८७२	मोहदत्त ढकाल	जनस्वास्थ्य निरीक्षक	अधिकृतस्तर छैटौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८५६०५०३५५
६	१९६१३७	नारायण पौडेल	सहायक लेखा अधिकृत	अधिकृतस्तर छैटौ	प्रशासन	लेखा	९८४७६०३२०६
७	१७५९०१	पुष्प खनाल	सहायक प्रशासकीय अधिकृत	अधिकृतस्तर छैटौ	प्रशासन	सा.प्र.	९८५६०४३०२४
८	२०६७८३	दिपक श्रेष्ठ	ल्याब टेक्निसिन निरीक्षक	अधिकृतस्तर छैटौ	स्वास्थ्य	मे.ल्या.टे.	९८४५०८८३४७
९	२२५७३७	सुदिप कडेल	परिवार नियोजन सुपरभाईजर निरिक्षक	अधिकृतस्तर छैटौ	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८४६४७९११२०
१०	२५१३११	पुजा कुँवर	पब्लिक हेल्थ नर्स	सहायकस्तर पाचौ	स्वास्थ्य	कम्युनिटि नर्सिङ	९८४६४६७९०३
११	२५४३५६	धनपत तेली	कोल्डचेन असिस्टेन्ट	सहायकस्तर चौथो	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८१५४३५८२५
१२	कार्यक्रम तर्फ करार	अंकिता देवकोटा	विद्यालय नर्स	सहायकस्तर पाचौ	स्वास्थ्य	वि.स्टा.न.	९८१८०१००८०
१३	कार्यक्रम तर्फ करार	स्मृति राना मगर	विद्यालय नर्स	सहायकस्तर पाचौ	स्वास्थ्य	वि.स्टा.न.	९८२२२५५०६७
१४	कार्यक्रम तर्फ करार	सुभाष ढकाल	कोल्डचेन असिस्टेन्ट	सहायकस्तर चौथो	स्वास्थ्य	हे.ई.	९८४६१३३५४१
१५	१७२५३५	रेशम बहादुर खड्का	कार्यालय सहयोगी	सहायकस्तर	प्रशासन	सा.प्र.	९८४६०९१६८०
१६	करार	उत्तर बहादुर थापा	हल्का सवारी चालक	सहायकस्तर	मे.ई.	मे.ई.	९८४६२९५८९९
१७	करार	सावित्रा अधिकारी	कार्यालय सहयोगी	सहायकस्तर	प्रशासन	सा.प्र.	९८४६३३०१२७

अनुसूचि २ : Fact Sheet

Program Indicators	Tahanun			2081/82 by Palikas										National Target 2030
	079/80	2080/81	2081/82	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 HFs/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 (%)														

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	34.5	78.2	3694	598	874	285	687	465	79	203	99	196	208	

received solid, semi-solid or soft foods														
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	
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	
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	
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	
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	

अनुसूचि ३ : स्थानीय तहहरु अन्तरगत स्वास्थ्य शाखा प्रमुखहरुको विवरणः

क्र.सं.	नाम, थर	पद	स्थानीय तह	सम्पर्क मोवाइल नं.	कैफियत
१	प्रमोद सोती	जनस्वास्थ्य अधिकृत	ब्यास नगरपालिका	९८५६०६४६५५	
२	ऐश्वर्य चन्द्र भट्टराई	जनस्वास्थ्य अधिकृत	भानु नगरपालिका	९८४६०६०४४६	
३	सुनिता धरेल	जनस्वास्थ्य अधिकृत	भिमाद नगरपालिका	९८४१०९०९८७	
४	ढाल बहादुर थापा	जनस्वास्थ्य निरीक्षक	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	९८५६०५३३३९	
५	अगमराज उपाध्याय	सि.अ.हे.ब. अधिकृत	आवुँखैरेनी गाउँपालिका	९८५६०६३०९२	
६	तिलक राज घिमिरे	सि.अ.हे.ब. अधिकृत	म्याग्दे गाउँपालिका	९८४६१९४१८०	
७	किरण श्रेष्ठ	जनस्वास्थ्य निरीक्षक	बन्दीपुर गाउँपालिका	९८५६०४१५३४	
८	प्रदिप कुमार वुढाथोकी	सि.अ.हे.ब. अधिकृत	देवघाट गाउँपालिका	९८५५०६५३४६	
९	लोक बहादुर थापा	जनस्वास्थ्य निरीक्षक	ऋषिङ गाउँपालिका	९८४६५८६६२९	
१०	कृष्ण प्रसाद रिमाल	जनस्वास्थ्य अधिकृत	घिरिङ गाउँपालिका	९८५६०६५१९४	

अनुसूचि ४ : वर्थिङ सेन्टरको विवरणः

स्थानिय तह	वर्थिङ सेन्टर संख्या	BEONC संख्या	CEONC संख्या	कैफियत
ब्यास नगरपालिका	२	०	१	
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	४	०	०	
भिमाद नगरपालिका	४	१	०	
भानु नगरपालिका	४	१	०	
आबुखैरेनी गाउँपालिका	३	०	१	
बन्दीपुर गाउँपालिका	१	१	०	
देबघाट गाउँपालिका	५	०	०	
ऋषिङ्ग गाउँपालिका	३	०	०	
घिरिङ गाउँपालिका	३	०	०	
म्याग्दे गाउँपालिका	३	०	०	
जम्मा	३२	३	२	

Birthing centres Details-Tanahun

सि.नं.	स्थानिय तहको नाम	वडा नं.	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	Birthing Center/BEONC /CEONC	संस्था प्रमुखको	
					नाम थर	फोन नं
१	घिरिङ गाँउपालिका	२	गजरकोट स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	अजय कुमार यादव	९८०९२९६८३२
		३	घिरिङ सुनधारा स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	प्रितम थापा	९८६६००८५३२

		५	साभुङ हटिया स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	मन प्रसाद रानाभाट	९८५६०४३१७१
२	ऋषिङ गाँउपालिका	८	ऋषिङ रानीपोखरी स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	वर्षा कुमारी शाह	९८१९८९००६७
		२	काहुशिवपुर स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	विजय यादव	९८२४८६४९९९
		४	भिरकोट स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	नवराज बाबु कुशवहा	९८२१२५४०१९
३	भिमाद नगरपालिका	४	माझकोट स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	अनुषा वली	९८४७८६१८५२
		१	किहुँ स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	बिनोद कुमार मुखिया	९७४४२०६३३६
		८	भानुमती स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	जिवन पन्त	९७४८२१८५४८
		२	अरुणोदय स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	राजेश कुमार लगरवार	९८४२७४७५२५
		६	भिमाद प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	Birthing centre	डा.सुदन अधिकारी	९८४९८८२०४०
४	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	४	खैरेनीटार स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	दुर्गा अधिकारी	९८४६१३२४७२
		१०	ढोरफिर्दी स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	डा.विज्ञान क्षत्री	९८४३४४३११९
		१	थप्रेक स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	रियाज अनसारी	९८०९२८७१६१
		११	राईपुर स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	रोजिना परियार	९८४६८३९२५८
		१२	फिरफिरे स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	पार्वती पराजुली	९८४५१४३९७८
		३	खैरेनीटार स्वास्थ्य चौकी उदेनदुङ्गा	Birthing centre	रुकुमाया ढकाल	९८४६०९५६२५
५	म्याग्दे गाँउपालिका	४	थर्पु आधारभूत अस्पताल	Birthing centre	सक्षम घिमिरे	९८४६७२३४४१
		२	जामुने स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	रेखा भण्डारी	९८४६७६६१६४
		४	मनपाङ स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	सुर्य कुमार श्रेष्ठ	९८५५०६५८७८
६	व्यास नगरपालिका	९	गजुरे स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	खुसीराम क्षत्री	९८४६९१२००५
		९	कात्तिकेचौर स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	देबेन्द्र कार्की	९८४५०७३२७४
		९	सतीश्वारा स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	तपश्या दाहाल	९८६९५५३७४९
		१४	केशवटार स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	नरेश बोहरा	९८४०४०५२२२
		३	प्रदेश अस्पताल दमौली	CEONC	डा. परिवर्तन बराल	९८५६०३८३८१
७	बन्दीपुर गाँउपालिका	६	धरमपानी स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	सुजन बजगाई	९८६१०५०६२४
		४	बन्दिपुर अस्पताल	BEONC	डा.अनिल गिरि	९८५६०६३३३१
८	भानु नगरपालिका	३	भानु स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	जितेन्द्र श्रेष्ठ	९८४६८५४०३९
		११	रुपाकोट स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	शिव ढुङ्गाना	९८४६१४७७३८
		७	बसन्तपुर स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	सुवास देवकोटा	९८४६१२८५२४
		५	पुनानडिहि नगर अस्पताल	BEONC	डा.इच्छा थापा	९८४६०११५७८
		१२	ज्यामरुक स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	सुमन थापा मगर	९८१६१५५८७२
९		३	आँबुखैरेनी अस्पताल	CEONC	डा.डि.बि क्षत्री	९८५२०३१०५२

	आँबुखैरेनी गाँउपालिका	५	छिम्केश्वरी स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	सुजता गुरुङ	९८४५०६४३०६
		६	देउराली स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	सुनिता गुरुङ	९८४५८२७५९२
		१	सत्रसय आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	Birthing centre	कुल बहादुर महतरा	९८६३४८०३८६
१०	देवघाट गाँउपालिका	५	धर्मार्थ अस्पताल	Birthing centre	भुवन सुवेदी	९८४५४४७१५०
		३	छिपछिपे स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	होश नारायण शाह	९८१९२५८०३६
		२	बैदी स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	पुष्पहरि रानाभाट	९८०६६५१४८९
		१	कोटा स्वास्थ्य चौकि	Birthing centre	हेमनाथ कँडेल	९८४६३०३७२२
		४	सिञ्च्याङ स्वास्थ्य चौकी	Birthing centre	अखिलेश अधिकारी	९८४५०२७४७८

अनुसूचि ५ : RUSG संचालन रहेको विवरण

स्थानिय तह	RUSG भएको संख्या	कैफियत
ब्यास नगरपालिका	१	
शुक्लागण्डकी नगरपालिका	२	
भिमाद नगरपालिका	०	
भानु नगरपालिका	१	
आबुखैरेनी गाउँपालिका	०	
बन्दीपुर गाउँपालिका	१	
देबघाट गाउँपालिका	२	
ऋषिङ्ग गाउँपालिका	१	
घिरिङ गाउँपालिका	१	
म्याग्दे गाउँपालिका	१	
जम्मा	१०	

अनुसूचि ६ : राष्ट्रिय महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको विवरण

स्थानीय तह अनुसार म.स्वा.से. संख्या

क्र. स.	स्थानीय तह	म. स्वा. से. संख्या
१	भानु नगरपालिका	७२
२	ब्यास नगरपालिका	१०५
३	म्याग्दे गाउपालिका	२७
४	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	५८
५	भिमाद नगरपालिका	४७
६	घिरिङ गाउपालिका	२७
७	ऋषिङ्ग गाउपालिका	४६
८	देबघाट गाउपालिका	४३
९	बन्दिपुर गाउपालिका	२४

क्र. स.	स्थानीय तह	म. स्वा. से. संख्या
१०	आँबुखैरेनी गाउपालिका	२७
	तनहुँ जिल्लामा कुल जम्मा	४७६

अनुसूचि ७ : पालिका अनुसार सेवा विवरणको तालिका

Health Facility	Local Level										Total
	bandipur	bhanu	Bhimad	byas	devghat	ghiring	mygde	rising	Shukla.	Abu.	
Hospital	1	2	0	6	1	0	1	0	2	1	14
PHCC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
HP	0	6	4	10	4	3	2	5	6	2	42
Zonal aryurved Ausadhalaya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
District aryurved center	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Aryurved Ausadhalaya	1	3	0	3	0	0	1	1	1	0	10
UHC	4	2	0	10	0	2	7	0	6	2	33
CHU	1	0	0	0	2	3	0	3	1	2	12
PHC-ORC	6	36	17	27	21	10	22	13	18	5	175
EPI	12	34	22	51	21	14	17	25	32	12	240
FCHV	24	72	47	105	43	27	27	46	58	27	476
Birthing Center	1	4	4	2	5	3	3	3	4	3	32
BEONC	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
CEONC	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
DR Center	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
DR Sub Center	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
DR Home	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gene-xport Center	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
CD4 center	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ART Center	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
HTC	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	9
NRH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Microscopic centre	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4
OTC Site	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
RUSG service	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Other	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1062

अनुसूचि ८ : जिल्ला भित्र संचालनमा रहेका एम्वुलेन्स सेवा र सम्पर्क नं. को विवरण:

सि.नं.	स्थानीय तह	एम्वुलेन्स संचालक संस्था	एम्वुलेन्स चालकको नाम	मोवाईल नं.
१	आवुँखैरेनी गाउँपालिका	आवुँखैरेनी गाउँपालिका तनहुँ	राम शरण क्षेत्री	९८४१६३५३०१
२		हेल्प टु हेल्प नेपाल	अमिर गुरुङ	९८४०७१९७२३
३		भु.पु.सैनिक समूह आवुखैरेनी	गोपाल परियार	९८६९८६०९८६

४		चिसापानी टोल विकास समिति	राज सिलवाल	९८४६२१५६१०
५	ऋषिङ गाउँपालिका	नेपाल रेडक्रस सोसाईटी ऋषिङ	तुलाराम थापा	९८०३३०८०११
६		भिर्कोट स्वास्थ्य चौकी/	शुशिल थापा	९८२८३६९८८९
७	घिरिङ गाउँपालिका	घिरिङ गाउँपालिका तनहुँ	पुर्ण बहादुर थापा	९८६२९३०७३६
८	देवघाट गाउँपालिका	नेपाल रेडक्रस सोसाईटी देवघाट	सुकलाल गुरुङ	९८२११४३६८४
९	व्यास नगरपालिका	अग्निधर स्मृति	सुमन खड्का	९८०६७३४६६२
१०		नेपाल रेडक्रस दमौली शाखा	नरविर आले	९८४६७७६६८८
११		नेपाल रेडक्रस दुम्सी शाखा	पुर्ण बहादुर गुरुङ	९८०६५७८१२२
१२		नेशनल एपोलो अस्पताल	थमन सिंह थापा	९८१७१४७१४६
१३		व्यास नगर अस्पताल	लोक बहादुर नेपाली	९८१६६८४७४७
१४		व्यास नगरपालिका	काजिमान श्रेष्ठ	९८०२९९११६१
१५		राजापानी एम्वुलेन्स	आयूश गुरुङ	९८१७१५६९०१
१६		लोकप्रिय मेडिकल हल	सन्त बहादुर नेपाली	९८१६६३८०५०
१७		समाधान अस्पताल दमौली	सुजन थापा	९७०२०१९१०२
१८		स्याकुन्थोक	धन बहादुर सुनार	९८०८३११५०१
१९	भानु नगरपालिका	भानु नगरपालिका	खिम थापा	९८४६७७५५४४
२०		सिजन यूवा क्लब	*	९८५६०८००३५
२१		वेल्टार यूवा क्लब	शंभु पौडेल	९८४६६३१७०५
२२		पुर्कोट सेवा समाज बाईसजाँघर	प्रेम बहादुर श्रेष्ठ	९८४६६१०८९८
२३		भु.पु.सैनिक समाज	*	९८४६३०५३६७
२४	भिमाद नगरपालिका	किहुँ अरुणोदय स्वास्थ्य परोपकार समाज	रामप्रसाद सिग्देल	९८१७१८४४५५
२५		भिमाद प्रा.स्वा.के. भिमाद	निशान श्रेष्ठ	९८१५१९३१३१
२६	म्याग्दे गाउँपालिका	थर्पु आधारभूत अस्पताल	टेक नारायण श्रेष्ठ	९८१३३२८०२३
२७		कुमार उजेली आमा समूह	टंक कुमाल	९८४०५५७६६०
२८	वन्दीपुर गाउँपालिका	वन्दिपुर अस्पताल	संगम थापा मगर	९८२६२७०७२३
२९		धरमपानी स्वास्थ्य चौकी	प्रकाश गुरुङ	९८२७१६६४५५
३०	शुक्लागण्डकी नगरपालिका	तनहुँ सेवा अस्पताल	नारायण श्रेष्ठ	९८४६१६११४८
३१		शुक्लागण्डकी नगरपालिका	लक्ष्मण श्रेष्ठ	९८२५१४७४५२
३२		जि.पि.कोईराला रा.श्वा.प्र.उपचार केन्द्र	*	९८५६०००३०१

जिल्लाका स्वास्थ्य गतिविधिहरुको संक्षिप्त झलकहरुः आवुँखैरेनी पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा सभा

स्वास्थ्य सम्वन्धी विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः HPV खोप अभियान अन्तरगत घिरिङ गाउँपालिका

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः भिमाद नगरपालिका

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः HPV खोप अभियान वन्दीपुर गाउँपालिका

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः भानु नगरपालिका

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः ऋषिङ गाउँपालिका

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः भिमाद नगरपालिका/ वन्दीपुर गाउँपालिका

जेष्ठ नागरिक स्वास्थ्य परीक्षण घरभेट कार्यक्रमका झलकहरु: भिमाद र वन्दीपुर

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः भानु नगरपालिका

निशुल्क आँखा शिविर- भानु नगरपालिका तनहुँ

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः घिरिङ्ग गाउँपालिका

एक्सरेद्वारा छातीरोग सम्वन्धि खोजपड्ताल शिविर- घिरिङ गाउँपालिका

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः म्याग्दे गाउँपालिका

पोषण सप्ताह अन्तरगत विद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम- म्याग्दे गाउँपालिका तनहुँ

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः खोज र नष्ट गर अभियान अन्तरगत कार्यालयको सरसफाईमा कर्मचारीहरु

विभिन्न गतिविधिहरुको झलकहरुः खोज र नष्ट गर अभियान अन्तरगत आवुखैरेनी गाउँपालिका

प्रदेश जनस्वास्थ्य कार्यालय तनहुँ दमौलीका कर्मचारीहरु

ब्यास नगरपालिकाद्धारा आयोजित पोषण सप्ताह अन्तरगत सत्यवती माध्यमिक विद्यालयमा संचालन भएको कार्यक्रम

पाँचवर्ष भन्दाकम उमेरका वालवालिकाहरुको वृद्धि अनगमनका लागि शिशुहरुको तौल लिदै स्वास्थ्यकर्मीहरु

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा

राष्ट्रिय खोप तालिका

पूर्ण खोप, सुरक्षित भविष्य

पटक/भेट	कुन उमेरमा	कुन खोप	सुई लगाउने स्थान र माध्यम	कुन रोगबाट बचाउँछ
	गर्भवति महिला	टि.डी. पहिलो गर्भमा कम्तिमा एक महिनाको अन्तरमा २ पटक र त्यसपछिको प्रत्येक गर्भमा १ पटक	बाँया पाखुराको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	मातृ तथा नवजात शिशु धनुष्टंकार र भ्यागुते रोग
१	जन्मने बित्तिकै सकेसम्म छिटो	बि.सि.जी.	दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छालाभित्र (Intradermal)	क्षयरोग
२	६ हप्तामा	रोटा (पहिलो मात्रा) पोलियो (पहिलो मात्रा) पि.सि.भी (पहिलो मात्रा) डि.पि.टी. हेप-बी हिब (पहिलो मात्रा)	•मुखमा (गालाको भित्री भागमा) •मुखमा दुई थोपा •दाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular) •बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	•रोटा भाइरसबाट हुने झाडापखाला •पोलियो •निमोनिया (न्युमोकोकल रोगहरु) •भ्यागुते रोग, लहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस-बी, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी,
३	१० हप्तामा	रोटा (दोस्रो मात्रा) पोलियो (दोस्रो मात्रा) पि.सि.भी (दोस्रो मात्रा) डि.पि.टी. हेप-बी हिब (दोस्रो मात्रा)	•मुखमा (गालाको भित्री भागमा) •मुखमा दुई थोपा •दाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular) •बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	•रोटा भाइरसबाट हुने झाडापखाला •पोलियो •निमोनिया (न्युमोकोकल रोगहरु) •भ्यागुते रोग, लहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस-बी, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी,
४	१४ हप्तामा	पोलियो (तेस्रो मात्रा) एफ.आई.पि.भी. (पहिलो मात्रा) डि.पि.टी. हेप-बी हिब (तेस्रो मात्रा)	•मुखमा दुई थोपा •दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छालाभित्र (Intradermal) •बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	•पोलियो •पोलियो •भ्यागुते रोग, लहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस-बी, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी,
५	९ महिनामा	एफ.आई.पि.भी. (दोस्रो मात्रा) दादुरा-रुबेला (पहिलो मात्रा) पि.सि.भी (तेस्रो मात्रा)	•दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छालाभित्र (Intradermal) •बाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला र मासु बीच (Subcutaneous) •दाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	•पोलियो •दादुरा र रुबेला •निमोनिया (न्युमोकोकल रोगहरु)
६	१२ महिनामा	जापानिज इन्सेफलाइटिस्	दाँया तिघ्राको माथिल्लो बाहिरी भाग छाला र मासु बीच (Subcutaneous)	•जापानिज इन्सेफलाइटिस्
७	१५ महिनामा	दादुरा-रुबेला (दोस्रो मात्रा) टाइफाईड	• बाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला र मासु बिच (Subcutaneous) • बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	•दादुरा र रुबेला •टाइफाईड
८	कक्षा ६ की छात्रा र विद्यालय नजाने १० वर्षकी किशोरी	एच.पि.भी	बाँया पाखुराको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	पाठेघरको मुखको क्यान्सर