बार्षिक प्रतिवेदन

(२०८१/८२)

प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय

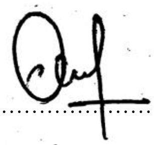
कोशी प्रदेश

संखुवासभा

दुई शब्द

नेपालको संविधान २०७२ मा प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क प्राप्त हुने र आकश्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट कसैलाई पनि बञ्चित नगरिने प्रत्याभूति गरेको छ । सबै नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा समान पहुचको हक हुने छ भनी मौलिक हकमा ब्यबस्था गरिएको छ।संवैधानिक हकलाई कार्यान्वयन गर्नकालागि नेपाल सरकारले जनताको घरदैलो सम्म आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आईरहेको ब्यहोरा सवैमा बिदितै छ ।आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सन्दर्भमा संखुवासभा जिल्लाका सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट निशुल्क रुपमा सेवा प्रबाह हुदै आईरहेको हुँदा आ. व. २०८१।८२ मा प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्रवाह गरेको सेवा र जनताले पाएको सेवा सुबिधाहरुका बारेमा समेत जानकारी राख्न र आगामि दिनमा अझ बढि सहझ तरिकाबाट सेवा प्रदान गर्न सकियोस् भन्ने उदेश्यले आ.व. २०८१।८२ मा स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्रवाह गरेको सेवाका बारेमा स्वास्थ्य संस्था स्तरिय ,स्थानिय तह स्तरिय र जिल्ला स्तरिय बार्षिक समिक्षा गोष्ठि समेतबाट हेर्दा स्वास्थ्यकर्मि हरुबाट स्वास्थ्य संस्थामा सहज रुपमा सरल तरिकाबाट निशुल्क सेवा पाएको र नागरिकहरुको स्वास्थ्यमा समेत उल्लेखनिय सुधार भएको पाईएको छ । स्वास्थ्य सम्बन्धि गतिबिधिलाई जानकारि दिने उदेश्यले स्वास्थ्य सम्बन्धि गतिबिधिलाई समेटिएर तयार पारिएको यो बार्षिक प्रतिबेदन पुस्तकले जनस्वास्थ्यका सम्पुर्ण कार्यक्रमहको तथ्याङकीय गतिबिधि ,निर्दिष्ट नीति, कार्यबिधि र लक्ष्य का साथै कार्यक्रम संचालनको दौरानका चुनौति ,अवसर र सुधारका बिषय संगसगैं आगामि आ .व. २०८२।८३ का लागि कार्यदिशा समेत स्पष्ठ गर्दछ र हरेक नागरिकले पाउने सुचनाको हक लाई समेत प्रत्याभुति गरेको छ भन्ने अपेक्षा राखिएको छ ।

अन्तमा यो बार्षिक पुस्तिका तयारगर्न कार्यमा बिभिन्न कार्यालय,स्वास्थ्य शाखा, स्वास्थ्य सस्थाहरु, फाट प्रमुख तथा अन्य कर्मचारीहरुलाई तथ्याङक उपलब्ध गराई सहयोग गरिदिनु भएकोमा आभार ब्यक्त गर्दै प्रतिबेदन लेखन तथा सम्पादन गर्नुहुने स्वास्थ्य कार्यालयका सम्पुर्ण कर्मचारि परिवार र सहयोगी संघ संस्थालाई बिशेष धन्यबाद ब्यक्त गर्दै आगामि दिनहरुमा पनि निरन्तर सहयोगको अपेक्षा गर्दछु ।



....

महेश भट्ट

प्रमुख

स्वास्थ्य कार्यालय संखुवासभा

आ.व. २०८१/८२ को जिल्ला स्तरीय बार्षिक समिक्षा कार्यक्रमको प्रतिबद्धता-पत्र

नेपालको संविधान २०७२ ले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा समान पहुँच मौलिक हकको रुपमा स्थापित गरेको र यसलाई प्रत्याभुती गर्नका लागि संघ, प्रदेश तथा स्थानीय सरकारको साझा दायित्व रहेको छ । यसै सन्दर्भमा नेपाल सरकारको १५औँ पञ्चबर्षिय योजना तथा कोशी प्रदेशको पहिलो पञ्चबर्षिय योजनाको लक्ष्य प्राप्त गर्न तथा सन् २०३० भित्र दिगो विकासको लक्ष्य हासिल गर्न आ.व. २०८१/८२ मा संखुवासभा जिल्ला अन्तर्गतका स्थानीय तह स्वास्थ्य संस्था तथा साझेदार संघसंस्थाबाट सम्पादित कार्यक्रमहरुको सुचक विश्लेषण गरी आ.व. २०८२/८३ मा उत्कृष्ट नतिजा हासिल गर्न देहाय बमोजिमका प्रतिवद्धता गर्दछौं ।

१. पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना निरन्तरता कायम गरी राख्ने तथा नियमित खोप शुक्ष्मयोजना तयार गरी खोप कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने साथै सरसफाई प्रवर्द्धनलाई नियमित सञ्चालन गर्ने ।

२. समुदाय स्तरमा पोषण सुधारको अभियान सञ्चालन गर्ने तथा सवै स्थानीय तहहरुमा शीघ्र कुपोषण व्यवस्थापनको बहिरंग उपचार केन्द्र थप गरी निरन्तरता दिने ।

३. प्रत्येक स्थानीय तहमा पूर्ण संस्थागत सुत्केरी गराउन पूर्वाधार निर्माण गरी आवश्यकताको आधारमा वर्थिङ्ग सेन्टर स्थापना गर्ने तथा संस्थागत सुत्केरी वृद्धिमा पहल गर्ने ।

४. सवै स्वास्थ्य चौकी स्तरसम्म पाँचै किसिमका आधुनिक परिवार योजनाको सेवा संचालन गर्न र प्रत्येक वडामा कम्तिमा एक लामो समयको परिवार योजनाको सेवा प्रदायकहरुको तालिमको लागि प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्रमा पहल गर्ने ।

५. नसर्ने रोगको रोकथाम तथा नियन्त्रणको लागि बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना २०२१-२०२५ अनुसार स्थानीय तथा जिल्ला स्तरमा कार्ययोजना बनाई कार्यान्वयन गर्ने ।

६. क्षयरोग, मलेरिया, कुष्ठरोग, डेंगु, स्क्रव टाईफस र दादुराको खोजपड्तालमा विशेष प्राथमिकता राखी कार्य गर्ने ।

७. राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम्सेविकाको निरन्तर क्षमता अभिवृद्धि गर्न स्वास्थ्य संस्थालाई विशेष जिम्मेवार वनाउने र सवै स्वास्थ्य आमा समुहको वैठक र मासिक समिक्षा वैठक गुणस्तरीय रुपमा संचालन भएको सुनिश्चित गर्ने ।

८. तथ्याङ्कको गुणस्तर कायम राख्न HMIS\ DHIS-2 मा समयमै तथ्याङ्क प्रविष्ट गर्ने र नियमित समिक्षा वैठक तथा तथ्याङ्कको भेरीफिकेसन गर्ने र तथ्याङ्क गुणस्तर परिक्षण प्रणाली (RDQA) संचालन गर्ने ।

९. सवै स्वास्थ्य चौकी स्तरसम्म न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS) कार्यक्रमलाई नियमित र प्रभावकारी रुपमा वार्षिक दुई पटक संचालन गरी स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा सुधार गर्ने र निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाको दर्ता तथा नवीकरण अनिवार्य गर्ने ।

१०. स्वास्थ्य विमाको पहुँच बढाउन सवै स्थानीय तहहरुमा सेवा सुरुवात तथा जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने ।

११. पालिका तथा जिल्ला स्तरबाट स्वास्थ्य संस्थासम्म सहयोगात्मक प्राविधिक सुपरिवेक्षण अनिवार्य कम्तिमा प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा एकपटक गर्ने

१२. खोप कार्यक्रममा Wastage Rate कम गराउनको लागि सवै स्वास्थ्य संस्थाबाट खोप सञ्चालन गराएता पनि भ्याक्सिन माग तथा प्रतिवेदन साविक स्वास्थ्य चौकीबाट व्यवस्था गर्ने ।

१३. विद्यालय नर्स कार्यक्रमको अभिलेख प्रतिवेदनको आवश्यक फर्म फर्मेट तयार गरी आपुर्ति गर्न प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयलाई अनुरोध गर्ने ।

दिलिप कुमार श्रेष्ठ ज.स्वा.अ. खाँदबारी न.पा.	पोषराज श्रेष्ठ ज.स्वा.अ. मादी न.पा.	जुद्धबहादुर राई ज.स्वा.अ. चिचिला गा.पा.	छिङदोर्जी लामा ज.स्वा.नि. मकालु गा.पा.	दिपेन्द्र कुमार राई ज.स्वा.नि. सिलिचोङ गा.पा.
ज्ञानु श्रेष्ठ ज.स्वा.नि. धर्मदेवी न.पा.	घनेन्द्र पौडेली सि.अ.हे.व. पाँचखपन न.पा.	दिपा पोखरेल ज.स्वा.नि. सभापोखरी गा.पा.	मिना विश्वकर्मा त.स. भोटखोला गा.पा.	सृजना तामाङ अ.न.मी. चैनपुर न.पा.

महेश भट्ट स्वास्थ्य कार्यालय प्रमुख संखुवासभा	रोषण श्रेष्ठ जन स्वास्थ्य अधिकृत स्वास्थ्य कार्यालय, संखुवासभा	मुकुन्द दाहाल तथ्याङ्क अधिकृत स्वास्थ्य निर्देशनालय

मुख्य सूचाङ्क

प्रतिवेदनको अवस्था		२०७९/८०	२०८०/८१	२०८१/८२
१	सरकारी अस्पताल	१००	१००	१००
२	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	१००	१००	१००
३	स्वास्थ्य चौकी	१००	१००	१००
४	सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ	१००	१००	१००
५	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र	१००	१००	१००
६	खोप क्लिनिक	९६	९७	९८
७	गाँउघर क्लिनिक	९७	९५	९७
८	राष्ट्रिय सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका	९३	९२	९४
९	निजि तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्था	१००	१००	१००

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

क्र.स	खोप कभरेज	२०७९/८०	२०८०/८१	२०८१/८२
१०	बि.सि.जि. कभरेज	७१	७३	६६
११	डि.पि.टि./हिब/ हेप बि/पोलियो १कभरेज	७१	७८	७२
१२	डि.पि.टि./हिब/ हेप बि/पोलियो ३ कभरेज	७२	८१	७६
१३	पि.सि.भि. ३ कभरेज	७३	८८	८१
१४	एफ.आई.पि.भि २ कभरेज	५०	८७	८१
१५	जे.ई कभरेज	७१	८८	८४
१६	दादुरा / रुबेला २ कभरेज	७२	८६	८८
१७	पुर्णखोप पाएका कभरेज	७२	८५	८६
१८	टि.डि.0 २ र २+ कभरेज	५७	५८	५२
१९	ड्रप आउट दर: डि.पि.टि./हेप बि १vs. दादुरा/ रुबेला२	-२	-११	-१९
२०	ड्रप आउट दर: डि.पि.टि./हेप बि१vs. डि.पि.टि./हेपबि ३	-१	-४	-५

पोषण कार्यक्रम

२१	१ बर्ष मुनिका नयाँ बच्चाहरुको बृद्धि अनुगमन दर्ता	१२५	९३	१०६
२२	नयाँ बृद्धि अनुगमन मध्ये कुपोषित बच्चाहरुको प्रतिशत	२.८	०.८	१.२२
२३	औसत बृद्धि अनुगमन(०-२३ महिना)	८.४	१२.४	१५
२४	६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको प्रतिशत	४३	६७	७५
२६	६ महिना पछि थप आहार शुरु गरेको प्रतिशत	५३	६१	७९
२७	१८० आईरन चक्की पाएका गर्भवति महिलाहरुको प्रतिशत	५५	५७	५६

२८	सुत्केरी महिलाले भिटामीन ए प्राप्त गरेको प्रतिशत	१०२	१०२	१०२
२९	६ देखि २३ महिनासम्मका बालबालिकाले कम्तिमा एक पटक बालभिटा पाएका प्रतिशत	४०	४१	४२
३०	१८० प्याकेट बालभिटा पाएका बालबालिकाको प्रतिशत	२	८	१०

नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

३१	ए.आर.आई.को ईन्सिडेन्स दर /१०००(५बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा)	४०६	५१५	९२०
३३	कुल नयाँ श्वास-प्रश्वासका बिरामी मध्ये निमोनियाको दर /१०००(५बर्ष मुनिका बच्चामा)	८७	८५	१५८
३४	झाडा-पखाला रोगको ईन्सिडेन्स दर / १०००(५बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा)	१०५	१२१	२३१
३५	कुल नयाँ झाडा-पखाला बिरामी मध्ये कडा जलबियोजन भएको प्रतिशत	०.१२	०.००	०
३६	जलबियोजन भएको मध्ये पुनर्जलिय झोल तथा जिंक चक्की बाट उपचार गरेको प्रतिशत	१०१	९७	९९

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

३७	अनुमानित जिवित जन्म मध्ये प्रथम पटक गर्भजाँच (At any time) गरिएको प्रतिशत	९६	९५	८२
३८	अनुमानित जिवित जन्म मध्ये प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भजाच(4th visit) गरिएको प्रतिशत	६२	६२	६१
३९	अनुमानित जिवित जन्म मध्ये स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति गराएको प्रतिशत	६७	७०	६२
४०	अनुमानित जिवित जन्म मध्ये दक्ष प्रसुतिकर्मी (SBA) बाट प्रसुति गराईएका महिलाहरुको प्रतिशत	५०.८	५१	४३
४१	अनुमानित जिवित जन्म मध्ये उत्तर प्रसुती सेवा(PNC) ३ पटक पाएका महिलाहरुको प्रतिशत	५१	६०	५५

परिवार योजना कार्यक्रम

४२	परिवार नियोजन आधुनिक साधनको लगातार प्रयोगकर्ता दर (MWRA)	३४.९	३८.८	३९.१
४३	परिवार नियोजन आधुनिक साधनको नयाँ प्रयोगकर्ता दर	१२.३२	११.४	११.६

औलो तथा कालाजार रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

४४	बार्षिक रक्त स्लाईड परीक्षण संख्या(Annual Blood Slide Examination number)	११	७५	२४०	१७६

४५	बार्षिक malaria Parasitic Incidence दर (API/1000)	०	०	०	०
४६	औलो रोगी संख्या	०	०	०	०

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

४७	क्षयरोगी पत्ता लगाउने दर(Case Notification Rate)	४३	३८	४२	४८
४८	क्षयरोगीको उपचार सफल हुने दर (Treatment Success Rate)	९८	८५	८७	९५

कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

४९	नयाँ रोगी पत्ता लगाउने दर/१००० (NCDR)	०	०	0	०
५०	अशमर्थताको श्रेणी २भएका को प्रतिशत(DG2)	०	०	0	०

एच.आई.भि. एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

५१	जम्मा स्वास्थ्य संस्थाहरु मध्ये PMTCT सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरुको प्रतिशत	०	४५	४८	६७
५२	एच.आई.भि पोजिटीभ संख्या	१	०	२	०
५३	ART मा उपचारत बिरामीको संख्या	३७	४५	४७	५२

उपचारात्मक सेवा

५४	बहिरंग सेवा लिएका जम्मा बिरामी संख्या	११४६०१	१२९९२३	१२३९०५
५५	जनसंख्याको तुलनामा बहिरंग सेवा लिनेको प्रतिशत	७१	८४	८१
५६	जम्मा जनसंख्याको तुलनामा बहिरंग सेवा लिने महिलाको प्रतिशत	४०	४७	५६

Contents

मुख्य सूचाङ्क ४

उपलब्धि सारांश ९

नेपालको कानुनी व्यवस्था १४

अध्याय २ २५

जिल्लाको सामान्य जानकारी २५

१.१ जिल्लाको परिचय २५

१.२ राजनैतिक तथा भौगोलिक अवस्था २६

१.२.१ भौगोलिक अवस्था २७

१.२.२ राजनितिक विभाजन २७

१.३ हावापानी २९

१.४ भू(उपयोगी २९

१.५ प्रमुख नदी तथा खोलाहरु ३०

१.६ प्रमुख ऐतिहासिक एवं धार्मिक तथा पर्यटकीय क्षेत्र ३०

१.७ आर्थिक तथा सामाजिक अवस्था ३२

१.७.१ आर्थिक क्रियाकलाप तथा रोजगारी ३२

१.७.२ वन सम्पदा ३२

१.७.३ वन्यजन्तु तथा पशुपंक्षी ३३

१.७.४ खानी तथा उत्खनन् ३३

१.७.५ औद्योगिकरप्रशोधन उद्योग ३४

१.७.६ विद्युत, ग्यासँ तथा पानी ३५

१.८ जनसंख्या सम्बन्धि सूचकहरु ३७

१.८.२ जातजाति अनुसार जिल्लाको जनसंख्या विवरण ३८

१.८.३ मातृभाषा अनुसार जिल्लाको जनसंख्या विवरण ४०

१.८.४ धर्म अनुसार जनसंख्याको विवरण ४२

१.८.५ उमेर र लिङ्ग अनुसार जिल्लाको जनसंख्या प्रक्षेपण ४२

१.८.६ साक्षरताको अवस्था ४३

१.८.७ अपाङ्गता सम्बन्धि विवरण ४३

१.८.८ परिवारमा अनुपस्थित सदस्य ४४

१.९ वातावरणिय स्वास्थ्य विवरण ४५

१.९.१ पिउने पानीको मुख्य श्रोत ४५

१.९.२ खाना पकाउन अक्सर प्रयोग गरिने ईन्धन ४५

१.९.३ शौचालयको प्रकार ४५

१.१०: शिक्षा तथा खेलकुद ४६

१.१०.१ शिक्षा ४६

१.१०.२ खेलकुद ४६

१.११ स्वास्थ्य संस्थाको विवरण ४७

१.१२ एफ. एम. रेडियो स्टेसनहरु ४७

१.१३ स्थानिय समचारपत्र ४७

१.१४ सुरक्षा निकायको विवरण ४८

१.१५ जिल्ला स्थित सञ्चालित एम्बुलेन्स तथा सम्पर्क नम्बर भ्चचयच१ द्ययपफबचप लयत मभाष्लभम।

१.१६ बैक तथा वितिय संस्था ४८

अध्याय-३ ४९

स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको परिचय तथा कार्य प्रगति ४९

१.राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम ५५

२.पोषण कार्यक्रम 66

३.समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम 74

४.परिवार नियोजन कार्यक्रम 81

५.सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम 86

६.सुरक्षित गर्भपतन सेवा 92

७.ग्रामिण आमा स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम 96

८.प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता (स्तन क्यान्सर, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ खस्ने र फिस्टुला) 98

९.राष्ट्रिय किशोर-किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम 99

१०.सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका कार्यक्रम 102

११.विद्यालय नर्सिङ्ग कार्यक्रम 105

१२.गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम 109

१३.रोग नियन्त्रण कार्यक्रम 112

१३.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम **११२**

१३.२ कालाजार निवारण कार्यक्रम ११४

१३.३ डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रम ११६

१३.४ स्क्रब टाइफस ११८

१३.५ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम ११९

१३.६ एच.आई.भि.एड्स कार्यक्रम १२२

१३.७ जुनोटिक रोग १२४

१३.८ नसर्ने तथा मानसिक रोगहरु रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम १२५

उपलब्धि सारांश

१.परिचय

यस प्रतिबेदनमा जिल्लाको चिनारी, भौगोलिक, जनसंख्यायिक, आर्थिक, सामाजिक विवरण सहित मुख्य गरेर जनस्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरु तथा जिल्लामा स्वास्थ्यको अवस्थाका साथै निजि र गैह्र सरकारी स्वास्थ्य निकायहरुबाट प्रदान गरिएका सेवाका विवरणहरु समिटएका छन्। यो प्रतिवेदनले जिल्लामा संचालित स्वास्थ्यका कार्यक्रमहरुको प्रगति, मुख्य स्वास्थ्य सुचकको तुलनात्मक विश्लेशण, कार्यक्रमसँग सम्बन्धित समस्याको पहिचान तथा समाधानका उपाय जस्ता विषयहरुको ब्याख्या गरिएको छ। यो प्रतिवेदनको मुख्य आधार जिल्लाको समिक्षा गोष्ठीको निचोड, बर्ष भरिमा गरिएका अनुगमनका प्रतिवेदनहरु, सरोकारवाला संघ संस्थाबाट प्रकाशित सामग्रीहरु र स्वास्थ्य कार्यालयको HMIS सूचनाहरु हुन। सूचनाका मुख्य श्रोत जिल्ला अस्पताल -१, नगर अस्पताल/आधारभूत अस्पताल-४, प्रा.स्वा.के-२, स्वा.चौकी-३१, आधारभुत स्वास्थ्यसेवा केन्द्र-३८, सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई-४१, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र १४-, गाँउघर क्लिनिक-९०, खोप क्लिनिक-१९९,र राष्ट्रिय सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका-३२७ का प्रतिवेदनहरु समेटिएका छन् ।

२. जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरु

२.१.बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

२.१.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization program)

समग्रमा खोप कार्यक्रमको प्रगति गत वर्षको तुलनामा यस वर्षमा केहि बढेको देखिन्छ । बि.सि.जी, डि.पि.टी/हेप.बि/हिब पहिलो, पि.सि.भि. तेश्रो,जे.ई,दादुरा/रुबेला दोश्रो र टि.डि.२र२+को प्रगती क्रमश ६६.४१%, ७१.९९%, ८०.५%, ८७.५२%, २७.७१%, २४.४९% रहेको छ।प्रति खोप सेसनमा आएका बच्चाहरुको औषत संख्या ७ जनारहेको छ।

२.१.२ पोषण कार्यक्रम (Nutrition Program)

पोषण कार्यक्रमको सूचकहरुमा मिश्रित प्रगति देखिन्छ। गर्भवती महिलाले खाने १८० आईरन चक्कीको प्रगति यस बर्ष ५७%पुगेको छ भने सुत्केरी पश्चात भिटामीन ए प्राप्त गर्नेको प्रतिशत १०१.८ प्रतिशमा पुगेको छ।२ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा बृद्धि अनुगमन दर ५८ प्रतिशतमा पुगेको छ भने तौल अनुगमन गरिएका बच्चाहरु मध्ये कुपोषित बच्चाहरुको प्रतिशत२.८ मा पुगेको छ।

२.१.३ सामुदायमा आधारित बाल रोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्राम (CB-IMNCI)

श्वास प्रश्वास रोगबाट बिरामी हुने ५ बर्ष मुनिका बच्चाको दर गत बर्ष ५१५/१००० को तुलनामा यस बर्ष बढेर ९२०/१००० पुगेको छ। ५ बर्ष मुनिका जम्मा ARI का बिरामी मध्ये निमोनिया भएको दर १५८ रहेको छ भने कडा निमोनिया जम्मा विरामीको ०.१७ प्रतिशत रहेको देखिन्छ। गत बर्ष ५ बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा झाडापखालाबाट बिरामी हुनेदर २३१/१००० पुगेको देखिन्छ, जस मध्ये कडा जलबियोजन कोही नभएको पाईएको छ।

२.२ परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम (Family Health program)

२.२.१ परिवार योजना कार्यक्रम (Family Planning Program)

प्रजनन् स्वास्थ्यको एक महत्वपुर्ण अंगको रुपमा परिवार योजना कार्यक्रम रहेको छ। यस कार्यक्रम अन्तर्गत कुल प्रजनन् उमेरका महिलाहरुमा (WRA) परिवार नियोजनका आधुनिक साधनको प्रयोगदर (CPR) ३० रहेको छ। जस मध्ये परिवार नियोजन लगातार प्रयोगकर्ताको रुपमा डिपो २४५०, पिल्स ५०८, आई.यू.सि.डी १३२७, ईम्प्लान्ट ६६८१ जना रहेका छन्। विवाहित महिलाहरुमा (MWRA) CPR तुलना गर्ने हो भने यस बर्ष ३९.१ प्रतिशत रहेको छ।

२.२.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (Safe Motherhood Program)

यस कार्यक्रम अन्तर्गत गर्भवति सेवा, प्रसुति सेवा र उत्तर प्रसुति सेवा जस्ता सेवाहरु प्रदान गरिदै आएको छ।यसै अन्तर्गत सुरक्षित गर्भपतन सेवा (CAC), गर्भपतन पछिको सेवा (PAC), आधारभुत आकस्मिक प्रसुति सेवा (BEONC), सुत्केरी उत्प्रेरणा सेवा जस्ता कार्यक्रमहरु संचालन हुँदै आएका छन्।

कुल अनुमानित गर्भवती महिलाहरु मध्ये यस बर्ष प्रथम पटक गर्भ जाँच (any time) गराउने महिलाको प्रगति ८२ रहेको छ भने चौथो पटक गर्भ जाँच (Protocol) गराउने महिलाको प्रगति ६१% रहेको र आठौ पटक गर्भ जाँचगराउने ५४.४% पुगेको छ। यसै गरी स्वास्थ्य संस्थामा दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट सुत्केरी गराउने महिलाको संख्या ४३.३% छ। त्यसैगरि ४ पटक उत्तर प्रसुति सेवा पाउने ४३.५% पुगेको छ।

२.२.३ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तथा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम (Primary Health Care and Out Reach Clinic)

पहुँच भन्दा बाहिर रहेका जनसंख्यालाई सर्वसुलभ तरिकाले मुख्य गरी प्रजनन् तथा बाल स्वास्थ्य सेवा पुर्याउने उद्देश्यले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम संचालन हुने गरेको छ।

यस जिल्लामा हाल ९० वटा गाँउघर क्लिनिक रहेकोमा यस आ.व. मा ९७ प्रतिशत क्लिनिक संचालन भएका छन् र सरदर १४ जना सेवाग्राहीले प्रति महिना प्रति गाँउघर क्लिनिक सेवा उपभोग गरेको देखिन्छ।

२.२.४ राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंम सेविका कार्यक्रम (National Female Community Health Volunteer program)

आमा जनसमुदायहरुमा स्वास्थ्य सम्बन्धि जनचेतना अभिबृद्धि गरी बाल स्वास्थ्य, परिवार योजना, समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत ब्यवस्थापन, समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार, क्षयरोग, औलोरोग तथा कालाजार सम्बन्धिका गतिबिधिहरु प्रभावकारी ढंगबाट सञ्चालन गर्नु नै राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंमसेविका कार्यक्रमको ध्येय रहेको छ। यस कार्यक्रमले भिटामिन ए तथा जुकाको औषधि वितरण, पोलियो थोपा खुवाउने अभियान तथा महामारी ब्यवस्थापनमा समेत उल्लेखनीय योगदान पुगेको छ। यस आ.व. मा ९४ प्रतिशत रिपोर्टिङ दर तथा सरदर २५ जनालाई प्रति महिना एकजना सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले सेवा दिएको पाईएको छ।

२.३ रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Disease Control program)

२.३.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Malaria Control Program)

यस आ.व. मा औलो शंकास्पद रोगीहरुको रक्त नमुना संकलन कार्य सन्तोषजनक नै रहेको देखिन्छ। गत बर्ष बार्षिक ७५ जनाको परीक्षण भएको थियो भने यस बर्ष यो संख्या बढेर २४० जनाको परीक्षण भएको थियो । बार्षिक Parasitic Incidence Rate यस बर्ष नगन्य रहेको छ र जम्मा औलो रोगि संख्या जिरो रहेको छ । नेपाल सरकारले हिमाली जिल्लालाई औलोको जोखिम नभएको जिल्ला घोषणा गरेको छ।

२.३.२ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control program)

यस आ.व. मा क्षयरोगी बिरामी पत्ता लाग्ने दर बढेर ४२% बाट बढेर ४८.४% मा पुगेको छ। बिरामी निको हुने दर ९५% रहेको छ।

२.३.३ कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Leprosy Elimination Program)

यस जिल्लामा कुष्ठरोगका नयाँ विरामी पत्ता नलागेको ले लाग्ने दर गत वर्षको जस्तै रहेको छ। असमर्थताको श्रेणी-२ (Grate-2 Disability) हुने संख्या शुन्य रहेको छ।

२.३.४ एच.आई.भि/एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम(HIV/AIDS and STI Control Program)

यस आ.व. मा यस जिल्लामा नयाँ संक्रमित पत्ता लागेको छैन| यस जिल्लामा हालसम्म जम्मा ५२ जना एच.आई.भि संक्रमित छन् र सबै जना ए.आर.टीमा छन्।

२.४ राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार (Health Education, Communication and information Program)

यस कार्यक्रम अन्तर्गत सेवाग्राहीबाट सेवा मागको लागि शसक्तिकरण तथा उनीहरुको स्वास्थ्य प्रवर्धनात्मक गतिविधिमा सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन ल्याउन विभिन्न किसिमका सूचना तथा संचारका क्रियाकलापहरु संचालन भई रहेका छन्। समुदाय स्तरीय स्वास्थ्य शिक्षा शैक्षिक सामग्रीको वितरण तथा प्रदर्शन, दैनिक, साप्ताहिक, मासिक, द्वैमासिक रुपमा छापा तथा श्रव्य दृश्य सामाग्रीबाट स्वास्थ्य सन्देश प्रसारण/ प्रकाशन जस्ता गतिविधिहरु संचालन भएका छन्।

२.५ एकिकृत स्वास्थ्य कार्यक्रम (Integrated Health Program)

यस कार्यक्रम अन्तर्गतसूचना व्यवस्थापन, योजना, समन्वय, सुपरीवेक्षण, अनुगमन, मुल्याङ्कन तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुको भौतिक पूर्वाधारको निर्माण तथा मर्मत सम्भार जस्ता गतिविधिहरु सञ्चालन भएका छन्। ब्यवस्थित सूचना प्रणाली अन्तर्गत स्वास्थ्य संस्थाहरुको प्रतिवेदन सम्बन्धित स्थानीय तहमा संकलन तथा प्रतिवेदन कार्य भई रहेको छ। बिगत वर्षहरु जस्तै यस वर्ष पनि सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट १००% मासिक प्रगति प्रतिवेदन संकलन भएको देखिन्छ। यसै गरी गाँउघर क्लिनिक तथा राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका बाट क्रमश ९७ र ९४% प्रगति प्रतिवेदन संकलन भएको छ।

२.६ आपुर्ति व्यवस्थापन कार्यक्रम (Logistic management program)

आपुर्ति व्यवस्थापन कार्यक्रम अन्तर्गत जिल्लाबाट सबै स्थानीयतहहरुमा नियमित रुपमा खोप, औषधि लगायत अन्य स्वास्थ्य सामाग्रीहरुको आपुर्ति स्वास्थ्य संस्थाहरुको माग तथा आवश्यकता अनुसार भईरहेको छ। आपुर्ति व्यवस्थापनको प्रतिवेदन समेत नियमित स्वास्थ्य संस्थाबाट स्वास्थ्य कार्यालयमा आउने र स्वास्थ्य कार्यालयबाट केन्द्र, प्रदेश तथा क्षेत्रमा पठाउने कार्य नियमित रुपमा गरिदै आएको छ। अत्यावश्यक औषधिहरुको मौज्दात तथा वितरणको प्रक्रिय दुरुस्त भएको हुदा स्वास्थ्य संस्था स्तरमा समेत औषधिको अभाव तथा खेरजाने समस्या समेत नियन्त्रण गरीएको छ।

अध्याय १

नेपालको कानुनी व्यवस्था

नेपालको संविधान २०७२

नेपालको संविधान २०७२ ले नागरिकको स्वास्थ्य अधिकारलाई आधारभूत हकका रूपमा स्थापित गरेको छ। धारा ३५ अनुसार, प्रत्येक नागरिकलाई निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने हक सुनिश्चित गरिएको छ। यस वर्ष देशभरका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा आधारभूत उपचार, प्राथमिक स्वास्थ्य परीक्षण र आकस्मिक सेवामा सहज पहुँच कायम राख्दै निःशुल्क सेवा प्रवाहमा निरन्तर सुधार गरिएको छ। ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रका नागरिकलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन मोबाइल स्वास्थ्य शिविर, स्वास्थ्य चौकीको सुदृढीकरण र स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता अभिवृद्धि कार्यक्रमहरू सञ्चालन गरिएको छ।

महिलाको हकसम्बन्धी धारा ३८ मा प्रजनन स्वास्थ्यसम्बन्धी अधिकार र प्रसूति सुविधा सुनिश्चित गर्ने व्यवस्था गरिएको छ। यसलाई कार्यान्वयन गर्न सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई सशक्त बनाइएको छ। प्रसूति सेवामा सहज पहुँचका लागि निःशुल्क प्रसूति सुविधा, प्रसूति भत्ता र जनचेतनामूलक अभियानहरू सञ्चालन गरी मातृ मृत्युदर घटाउने प्रयास जारी राखिएको छ।

बालबालिकाको हकसम्बन्धी धारा ३९ अनुसार, बालबालिकालाई खोप र आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन नियमित खोप कार्यक्रम र विशेष खोप अभियान सञ्चालन गरिएको छ। यससँगै, पोषण, प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण र बालमैत्री स्वास्थ्य सेवा विस्तार गरी बालबालिकाको स्वास्थ्य सुधारको पहल गरिएको छ।

सामाजिक न्यायको हकसम्बन्धी धारा ४२ ले सीमान्तकृत समुदायको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सुनिश्चित गर्ने व्यवस्था गरेको छ। यसलाई प्रभावकारी बनाउन दुर्गम र पिछडिएका समुदायका लागि लक्षित स्वास्थ्य कार्यक्रम, निःशुल्क स्वास्थ्य सामग्री वितरण र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा विस्तारका पहलहरू गरिएको छ।

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ र नियमावली २०७७

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ ले नेपालको संविधानबाट प्रत्याभूत आधारभूत स्वास्थ्य सेवा, आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा, स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्थापन, सेवाग्राहीको अधिकार र कर्तव्य, स्वास्थ्यकर्मी तथा संस्थाको दायित्व, जनस्वास्थ्य सुरक्षा, आपत्कालीन व्यवस्थापन, विशेष समूहका लागि स्वास्थ्य सेवा, अनुसन्धान तथा तथ्यांक व्यवस्थापन, कानूनी व्यवस्था र विभिन्न तहबीचको सहभागिता लगायतका सबै प्रावधानहरूलाई समेटेको छ। नेपालको संविधानले प्रत्येक नागरिकलाई निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा पाउने मौलिक अधिकार प्रदान गरेको छ। यस अधिकारको

कार्यान्वयन गर्दै प्रभावकारी, गुणस्तरीय, नियमित एवं सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा प्रणाली विकास गरी नागरिकको स्वास्थ्यमा सहज पहुँच सुनिश्चित गर्न यो ऐन सङ्घीय संसदद्वारा अधिनियमित गरिएको हो।

यस ऐन अन्तर्गत निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा (प्राथमिक, निवारक, उपचारात्मक र पुनर्स्थापनात्मक) प्रभावकारी रूपमा प्रवाह गरिएको छ भने सेवाको गुणस्तर, सुलभता र नागरिकको पहुँच विस्तारका लागि स्वास्थ्य संस्थाको पूर्वाधार सुधार, योग्य स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था र दुर्गम क्षेत्रमा मोबाइल स्वास्थ्य सेवाहरू सञ्चालन गरिएका छन्। आकस्मिक स्वास्थ्य सेवामा जीवनरक्षा र अङ्ग सुरक्षा गर्ने प्रणाली सुदृढ पार्दै आकस्मिक उपचार कोष (Emergency Health Fund) को प्रभावकारी उपयोग भएको छ।

यसैगरी, खाद्यान्न, पानी र वायुको गुणस्तर नियन्त्रण, संक्रमण नियन्त्रण र सरसफाई प्रवर्द्धन, मदिरा तथा तम्बाखूजन्य पदार्थको विज्ञापनमा प्रतिबन्ध, तथा महिला, बालबालिका, अपाङ्ग, जेष्ठ नागरिक र सीमान्तकृत समुदायका लागि विशेष स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध गराइएको छ। COVID-19 र डेंगुजस्ता सङ्क्रामक रोगहरूको रोकथाम, नियन्त्रण र उपचारका कार्यक्रमहरू प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन भएका छन्। स्वास्थ्य अभिलेख व्यवस्थापन, वार्षिक प्रतिवेदन पेस गर्ने अनिवार्यता र स्थानीय, प्रदेश तथा संघीय सरकारबीचको समन्वयलाई सुदृढ गर्दै गैर-सरकारी तथा निजी क्षेत्रको सहकार्यलाई प्रोत्साहन गरिएको छ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६

नेपालको संविधानले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई प्रत्येक नागरिकको मौलिक अधिकारको रूपमा प्रत्याभूत गरेको छ। देशको संघीय संरचना र संघ, प्रदेश र स्थानीय तहको क्षेत्राधिकार अनुसार स्वास्थ्य सेवालाई संस्थागत गर्न तथा नेपालले गरेका राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धतालाई सम्बोधन गर्न राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ जारी भएको हो।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिले स्वस्थ तथा सुखी जीवन लक्षित सचेत नागरिकको परिकल्पना गर्दै संघीय संरचनामा सबै बर्गका नागरिकका लागि सामाजिक न्याय र सुशासनमा आधारित स्वास्थ्य प्रणालीको विकास र बिस्तार गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोग सुनिश्चित गर्ने लक्ष्य लिएको छ। संघिय संरचनाअनुसारको स्वास्थ्य प्रणालीमार्फत संविधान प्रदत्त नागरिकको स्वास्थ्य सम्बन्धी मौलिक हक र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच सुनिश्चित गर्न देहाय बमोजिमका निर्देशकसिध्दान्तहरुका आधारमा यो निति प्रतिपादन गरिएको छ ।

क) गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सर्वव्यापी पहुँच, अविच्छिन्न पर्याप्तता, र व्यापकता ।

ख) संघिय संरचना अनुरुप स्वास्थ्य प्रणालीमा बहुक्षेत्रीय सहभागीता, सहकार्य र साझेदारी ।

ग) अति सिमान्तकृत दलित र आदिवासी समुदायलाई लक्षीत विशेष स्वास्थ्य सेवा ।

घ) स्वास्थ्य सुशासन र पर्याप्त आर्थिक लगानीको सुनिश्चितता ।

ङ) समतामुलक स्वास्थ्य विमाको विविधीकरण ।

च) स्वास्थ्य सेवामा पुनरसंरचना ।

छ) सबै नितिमा स्वास्थ्य तथा समन्वय र सहकार्य ।

ज) स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा व्यवसायिकता, ईमानदारी, पेशागत नैतिकता ।

भावी सोचः

स्वास्थ्य तथा सुखी जीवनलक्षित सजग र सचेत नागरीक ।

ध्येय:

साधन स्रोतको अधिकतम एवं प्रभावकारी प्रयोग गरी सहकार्य र साझेदारी मार्फत नागरीकको स्वास्थ्य सम्वन्धी मौलीक अधिकार सुनिश्चित गर्ने ।

लक्ष्य:

संघिय संरचनामा सबै वर्गका नागरिकका लागी सामाजिक न्याय र सुशासनमा आधारित स्वास्थ्य प्रणालिको विकास र विस्तार गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोग सुनिश्चित गर्ने ।

उदेश्यहरु

१. संविधानप्रदत स्वास्थ्य सम्वन्धि हक सबै नागरिकले उपभोग गर्न पाउने अवसर सिर्जना गर्नु ।

२. संघिय संरचना अनुरुप सबै किसिमका स्वास्थ्य प्रणालीलाई विकास, विस्तार र सुधार गर्नु ।

३. सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान गरिने सेवाको गुणस्तरमा सुधार गर्दै सहज पहुँच सुनिश्चित गर्नु

४. अति सीमान्तकृत वर्गलाई समेट्दै सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा पद्धतिलाई सुदृढ गर्नु ।

५. सरकारी, गैरसरकारी तथा निजी क्षेत्रसंग बहुक्षेत्रीय साझेदारी, सहकार्य तथा सामुदायिक सहभागीतालाई प्रवर्धन गर्नु ।

६. नाफामुलक स्वास्थ्य क्षेत्रलाई सेवा मुलक स्वास्थ्य सेवामा सुपान्तरण गर्दै जानु ।

<u>यसले अंगिकार गरेका नीतिहरू निम्न अनुसार छन्:</u>

१. सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट तोकिए बमोजिमको निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गरिनेछ।

२. स्वास्थ्य बिमा मार्फत विशेषज्ञ सेवाको सुलभ पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ।

३. सबै नागरिकलाई आधारभूत आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ।

४. स्वास्थ्य प्रणालीलाई संघीय संरचना अनुरूप संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा पुनर्संरचना सुधार विकास तथा बिस्तार गरिनेछ।

५. स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) को अवधारणा अनुरूप प्रवर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक, उपचारात्मक, पुनर्स्थापनात्मक तथा प्रशामक सेवालाई एकीकृत रूपमा विकास तथा बिस्तार गरिनेछ।

६. स्वास्थ्य क्षेत्रमा सरकारी, निजी तथा गैर सरकारी क्षेत्रबिचको सहकार्य तथा साझेदारीलाई प्रवर्द्धन, व्यवस्थापन तथा नियमन गर्नुका साथै स्वास्थ्य शिक्षा सेवा र अनुसन्धानका क्षेत्रमा निजी, आन्तरिक तथा बाह्य लगानीलाई प्रोत्साहन एवं संरक्षण गरिनेछ।

७. आयुर्वेद तथा प्राकृतिक चिकित्सा, योग, होमियोप्याथी लगायतका चिकित्सा प्रणालीलाई एकीकृत रूपमा विकास र बिस्तार गरिनेछ।

८. स्वास्थ्य सेवालाई सर्वसुलभ, प्रभावकारी तथा गुणस्तरीय बनाउन जनसंख्या, भूगोल र संघीय संरचना अनुरूप सीप मिश्रित दक्ष स्वास्थ्य जनशक्तिको विकास तथा बिस्तार गर्दै स्वास्थ्य सेवालाई व्यवस्थित गरिनेछ।

९. सेवाप्रदायक व्यक्ति तथा संस्थाबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी, जवाफदेही र गुणस्तरीय बनाउन स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्हरुको संरचनाको विकास, बिस्तार तथा सुधार गरिनेछ।

१०. गुणस्तरीय औषधि तथा प्रविधिजन्य स्वास्थ्य सामग्रीको आन्तरिक उत्पादनलाई प्रोत्साहन गर्दै कुशल उत्पादन, आपूर्ति वितरणलाई नियमन तथा प्रभावकारी व्यवस्थापन मार्फत पहुँच एवं समुचित प्रयोग सुनिश्चित गरिनेछ।

११. सरुवा रोग, किटजन्य रोग, पशुपंक्षीजन्य रोग, जलवायु परिवर्तन र अन्य रोग तथा महामारी नियन्त्रण लगायत विपद व्यवस्थापन पूर्वतयारी तथा प्रतिकार्यको एकीकृत उपायहरू अवलम्बन गरिनेछ।

१२. नसर्ने रोगहरूको रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि व्यक्ति परिवार समाज तथा सम्बन्धित निकायलाई जिम्मेवार बनाउदै एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालीको विकास तथा बिस्तार गरिने छ ।

१३. पोषणको अवस्थालाई सुधार गर्न मिसावटयुक्त तथा हानीकारक खानालाई निरुत्साहित गर्दै गुणस्तरीय एवं स्वास्थ्यबर्धक खाद्यपदार्थको प्रवर्धन, उत्पादन, प्रयोग र पहुँचलाई बिस्तार गरिनेछ।

१४. स्वास्थ्य अनुसन्धानलाई अन्तराष्ट्रिय मापदण्ड अनुरूप गुणस्तरीय बनाउदै अनुसन्धानबाट प्राप्त प्रमाण र तथ्यहरूलाई नीति निर्माण योजना तर्जुमा पद्धतिको विकासमा प्रभावकारी उपयोग गरिनेछ।

१५. स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई आधुनिकीकरण, गुणस्तरीय तथा प्रविधि मैत्री बनाई एकीकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणालीको विकास गरिनेछ।

१६. स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचनाको हक तथा सेवाग्राहीले उपचार सम्बन्धी जानकारी पाउने हकको प्रत्याभूति गरिनेछ।

१७. मानसिक स्वास्थ्य, मुख, आँखा, नाक, कान, घाँटी स्वास्थ्य सेवा लगायतका उपचार सेवालाई विकास र बिस्तार गरिनेछ।

१८. अस्पताल लगायत सबै प्रकारका स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित गरिनेछ।

१९. स्वास्थ्य क्षेत्रमा नीतिगत, संगठनात्मक तथा व्यवस्थापकीय संरचनामा समयानुकूल परिमार्जन तथा सुधार गर्दै सुशासन कायम गरिनेछ।

२०. जीवन पथको अवधारणा अनुरूप सुरक्षित मातृत्व, बाल स्वास्थ्य, किशोरकिशोरी तथा प्रजनन् स्वास्थ्य, प्रौढ तथा जेष्ठ नागरिक लगायतका सेवाको विकास तथा बिस्तार गरिनेछ।

२१. स्वास्थ्य क्षेत्रको दिगो विकासका लागि आवश्यक वित्ीय स्रोत तथा विशेष कोषको व्यवस्था गरिनेछ।

२२. बढ्दो सहरीकरण, बाह्य-बसाईसराई, जस्ता विषयहरूको समयानुकूल व्यवस्थापन गर्दै यसबाट हुने जनस्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याहरूलाई समाधान गरिनेछ।

२३. जनसांख्यिक तथ्यांक व्यवस्थापन अनुसन्धान तथा विश्लेषण गरी निर्णय प्रक्रिया तथा कार्यक्रम तर्जुमासँग आवद्ध गरिनेछ।

२४. प्रतिजैविक प्रतिरोधलाई न्यूनीकरण गर्दै संक्रामक रोग नियन्त्रण तथा व्यवस्थापनका लागि एकद्वार स्वास्थ्य पद्धतिको विकास तथा बिस्तार गरिनुका साथै वायु प्रदुषण, ध्वनि प्रदुषण, जल प्रदुषण लगायतका वातावरणीय प्रदूषणका साथै खाद्यान्न प्रदुषणलाई वैज्ञानिक ढंगले नियमन तथा नियन्त्रण गरिनेछ।

२५. आप्रवासन प्रक्रियाबाट जन स्वास्थ्यमा उत्पन्न हुनसक्ने जोखिमलाई न्यूनीकरण गर्न तथा विदेशमा रहेका नेपाली नागरिकहरूको स्वास्थ्य सुरक्षाका लागि समुचित व्यवस्थापन गरिनेछ।

प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०८२

कोशी प्रदेश स्वास्थ्य नीति नेपालको संविधान २०७२, संघीय नीति तथा कार्यक्रम, दिगो विकास लक्ष्य तथा अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धताको आधारमा तयार गरिएको प्रादेशिक नीति हो, जसले प्रदेशभित्र गुणस्तरीय, उत्तरदायी, समान र सहज स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्ने लक्ष्य राखेको र अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धताका आधारमा "स्वस्थ मानव पुँजी, समृद्ध प्रदेश" को भावी सोचलाई साकार बनाउनु हो। यसले सर्वव्यापी पहुँच, स्वास्थ्यमा लगानी, "मेरो स्वास्थ्य, मेरो जिम्मेवारी" को अवधारणा, सुशासन र जवाफदेहिता, निजी-सार्वजनिक सहकार्य, सीमान्तकृत समुदायका लागि विशेष सेवा, र महामारी तथा विपद् व्यवस्थापनलाई निर्देशक सिद्धान्तका रूपमा लिएको छ। यस नीतिले स्वस्थ मानव पुँजी निर्माण, सीमान्तकृत र दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवा विस्तार, औषधि-उपकरण-जनशक्तिको निरन्तर उपलब्धता, सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा प्रणाली सुदृढीकरण र महामारीमा प्रभावकारी सेवा प्रवाहलाई उद्देश्य बनाएको छ। संघीय संरचना अनुसार स्वास्थ्य संस्थाहरूको पुनरावलोकन, सुधार, समन्वय र प्रदेश स्वास्थ्य समिति गठनको व्यवस्था गरिएको छ भने वित्तीय स्रोतका लागि प्रदेश सरकारको बजेटसँगै संघ, स्थानीय तह, निजी, राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय स्रोत परिचालन गर्ने उल्लेख छ। नियमित अनुगमन, प्रविधिमैत्री स्वास्थ्य सूचना प्रणाली र सूचकाधारित मूल्याङ्कनमार्फत नीतिको कार्यान्वयन सुनिश्चित गरिनेछ। समग्रमा, २१ वटा नीति तथा तिनअन्तर्गतका रणनीतिहरू सहित यो नीति प्रदेशको स्वास्थ्य प्रणाली सबलीकरण, समान पहुँच, गुणस्तरीय सेवा र प्रभावकारी जनस्वास्थ्य व्यवस्थापनमा मार्गदर्शक बन्नेछ।

दिगो विकास लक्ष्य (२०१६-२०३०)

विश्वका सबै सरकारहरूले प्रतिवद्धता जनाएका ती विकास लक्ष्यहरूले सन् २०३० सम्ममा सबै प्रकारका गरिबी र भोकमरी उन्मुलन गर्नेदेखि विपदसँग जुध्ने क्षमता मजबुत बनाउने सहित १७ वटा उद्देश्य र १६९ वटा लक्ष्य राखेका छन्। त्यसमध्ये उद्देश्य ३ स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित छ। यस अन्तर्गतका मुख्य लक्ष्यहरू देहाय बमोजिम रहेका छन्।

तालिकाः दिगो विकास लक्ष्य का सूचकहरू

दिगो विकास लक्ष्य, उद्देश्य ३ : स्वस्थ जीवन सुनिश्चित गर्दै सबै उमेर समुहको अरोग्यता प्रवर्द्धन गर्ने						अनुगमनको खाका		
लक्ष्य तथा सूचकहरू	२०१५	२०१९	२०२२	२०२५	२०३०	तथ्यांकको श्रोत	Frequency	जिम्मेवार निकाय
लक्ष्य ३.१ सन् २०३०को अन्त्यसम्म, विश्वको मातृ मृत्युदरलाई ७० प्रति १००००० जीवित जन्मभन्दा कम गर्ने								
३.१.१ मातृ मृत्युदर	२५८*	१२५	११६	९९	७०	NDHS	५ वर्ष बार्षिक	स्वास्थ्य मन्त्रालय
३.१.२ दक्ष स्वास्थ्यकर्मीद्वारा गरिएका जीवित जन्मको अनुपात	५५.६*	६९	७३	७९	९०	NMICS	५ वर्ष	स्वास्थ्य मन्त्रालय
लक्ष्य ३.२ सन् २०३०को अन्त्यसम्म, नवशिशु तथा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको रोकथाम गर्न सकिने मृत्युहरूको अन्त्य गर्ने, यस्को लागि सबै देशहरूले नवशिशु मृत्युदरलाई कम्तिमा १२ प्रति १००० जीवित जन्म वा सो भन्दापनि कम तथा पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदरलाई कम्तिमा २५ प्रति १००० जीवित जन्म वा सो भन्दापनि कम गर्ने								
३.२.१ पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदर	३८*	२८	२७	२४	२०	NDHS, NMICS	बार्षिक, ५ वर्ष	स्वास्थ्य मन्त्रालय
३.२.२ नवशिशु मृत्युदर	२३*	१८	१६	१४	१२	NDHS, NMICS	बार्षिक, ५ वर्ष	स्वास्थ्य मन्त्रालय

लक्ष्य ३.७.१ आवश्यकता अनुसार आधुनिक परिवार नियोजनका साधनको सेवाबाट सन्तुष्ट प्रजनन् उमेर समुह(१५-४९ वर्ष) का महिला हरूको अनुपात	६६	७१	७४	७६	८०	NDHS	५ वर्ष	स्वास्थ्य मन्त्रालय
लक्ष्य ३.७.२ किशोरीहरूमा जन्म दर (१०-१४ वर्ष, १५-१९ वर्ष) उक्त उमेर समुहको प्रति १००० महिलामा	७१	५६	५१	४३	३०	NDHS	५ वर्ष	स्वास्थ्य मन्त्रालय
लक्ष्य ३.a.१- उमेर अनुसार मनानिकृत १५ वर्ष र माथिका उमेर समुहमा सुर्तीजन्य प्रदर्थ प्रयोग गर्ने संभवता (prevalence)	३०.८	२६.१८	२४.३३	२१.५६	१५.०९	STEPS	३ वर्ष	स्वास्थ्य मन्त्रालय
लक्ष्य ३.b.१ लक्षित जनसंख्याले राष्ट्रिय कार्यक्रम अनुसार सबै खोप पाएको अनुपात	८८	९०	९५	९५	९५	HMIS, NDHS	५ वर्ष	स्वास्थ्य मन्त्रालय

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना (२०७९/८०—२०८७/८८)

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना (२०७९/८०—२०८७/८८) राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ लाई कार्यान्वयन गर्दै सन् २०३० सम्मका दिगो विकास लक्ष्यहरू प्राप्त गर्ने उद्देश्यले तयार गरिएको छ। यस योजनाले संविधानले प्रत्याभूत गरेको निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकको मौलिक हकका रूपमा स्थापित गर्दै, जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ तथा पन्ध्रौं योजना लगायतका नीतिगत दस्तावेजमा समावेश प्रावधानहरूलाई एकीकृत गरेको छ।

योजना स्वास्थ्य प्रणालीलाई सुदृढ, गुणस्तरीय, दिगो र उत्तरदायी बनाउन रणनीतिक उपकरणको रूपमा परिकल्पित छ। यसले संघ, प्रदेश र स्थानीय तहबीचको समन्वय, बहु—क्षेत्रीय सहकार्य, स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच, सामाजिक सुरक्षा, व्यवसायिकता र सुशासनलाई प्राथमिकता दिएको छ।

रणनीतिक योजनाका पाँच मुख्य उद्देश्यहरूमा स्वास्थ्य प्रणालीको क्षमता र जवाफदेहिता सुदृढ पार्ने, स्वास्थ्यका निर्धारकहरू सम्बोधन गर्ने, दिगो लगानी र सामाजिक सुरक्षा प्रवर्द्धन गर्ने, गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा न्यायोचित पहुँच विस्तार गर्ने तथा जनसङ्ख्या र बसाईंसराइ व्यवस्थापनलाई प्रभावकारी बनाउने लक्ष्यहरू समावेश छन्।

यसको सफल कार्यान्वयनका लागि संघीय संरचना अन्तर्गत सबै तहका सरकारको साझा जिम्मेवारी, विकास साझेदारहरूको सहयोग, सामाजिक स्वास्थ्य बीमा र स्रोत परिचालनलाई सुदृढ बनाइनेछ।

नेपालको स्वास्थ्य छेत्रमा गरिएका मुख्य अध्यनहरु

<u>नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०२२</u>

नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NDHS) देशको जनसंख्या र स्वास्थ्य अवस्थाको निगरानी गर्नका लागि महत्वपूर्ण तथ्यांक स्रोतका रूपमा कार्य गर्दछ, जसले प्रमाणमा आधारित रणनीतिक योजना तथा कार्यक्रम मूल्यांकनमा सहयोग पुऱ्याउँछ। सन् १९९६ यता सम्पन्न भएको यो छैठौं NDHS हो, जसले प्रमुख जनसांख्यिकीय र स्वास्थ्य सूचकहरूको अद्यावधिक तथ्यांक प्रदान गर्दछ। यस सर्वेक्षणले प्रजनन, विवाह, परिवार नियोजन, स्तनपान अभ्यास, पोषण, खाद्य असुरक्षा, मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य, शिशु मृत्यु दर, एचआईभी/एड्स र यौन सर्ने रोगहरू (STIs) सम्बन्धी जनचेतना र व्यवहारका साथै महिलाको सशक्तिकरण, घरेलु हिंसा, फिस्टुला, मानसिक स्वास्थ्य, दुर्घटना र चोटपटक, अपाङ्गता, धूम्रपान, क्षयरोगसम्बन्धी ज्ञान तथा उच्च रक्तचापको अवस्थाजस्ता विविध विषय समेटेको छ। यस सर्वेक्षणबाट प्राप्त तथ्यांक नीति निर्माता तथा कार्यक्रम व्यवस्थापकहरूलाई प्रभावकारी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू योजनाबद्ध गर्न, कार्यान्वयन गर्न तथा मूल्यांकन गर्न सहयोग पुऱ्याउने उद्देश्य राखिएको छ। साथै, यसले नेपालले तय गरेका राष्ट्रिय स्वास्थ्य लक्ष्य र दिगो विकास लक्ष्य (SDGs) मा प्रगतिको अनुगमन गर्न समेत योगदान पुऱ्याउँछ।

२०२२ NDHS को निष्कर्षअनुसार, देशभर स्वास्थ्य सूचकहरूमा समग्र प्रगति देखिएको छ भने कोशी प्रदेशले केही सूचकहरूमा राष्ट्रिय औसतभन्दा राम्रो प्रदर्शन गरेको छ। राष्ट्रिय रूपमा कुल प्रजनन दर (TFR) प्रति महिलामा २.१ जन्म रहेको छ भने कोशी प्रदेशमा यो दर झन्डै १.९ रहेको छ। परिवार नियोजनको प्रयोग दर राष्ट्रिय रूपमा ५७% छ (जसमध्ये ४३% आधुनिक विधिहरू) भने कोशीमा यो दर ६०% पुगेको छ। संस्थागत सुत्केरी र दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थितिमा गरिने सुत्केरी दर कोशीमा अझै उच्च छ। बाल स्वास्थ्यका सूचकहरूमा पनि कोशीको प्रदर्शन सकारात्मक छ, जहाँ राष्ट्रिय २५% को तुलनामा पुडकोपना २२% मात्र देखिएको छ भने १२—२३ महिनासम्मका

बालबालिकाको खोप सम्पूर्णता दर ८८% (राष्ट्रिय औसत ८५%) रहेको छ। महिलामा रगतअल्पता (एनेमिया) को दर कोशीमा ३०% रहेको छ जुन राष्ट्रिय औसत ३४% भन्दा कम हो, स्तनपानको दर समान देखिएको छ। सुरक्षित खानेपानी (९३%) र सुधारिएको सरसफाइ (७१%) सेवाको पहुँच दुबै तहमा समान रूपमा देखिन्छ। यस्ता उपलब्धिहरूका बाबजुद पनि सेवा उपयोगमा देखिने शहरी-ग्रामीण विभाजन तथा उच्च रक्तचाप र मधुमेहजस्ता गैरसंचारी रोगहरूको बढ्दो भार अझै चुनौतीका रूपमा रहेका छन्।

STEPS Survey 2019

नसर्ने रोगहरु (एनसिडी) जोखिम कारक सर्वेक्षण (WHO STEPS सर्वेक्षण) फेब्रुअरीदेखि मे २०१९ सम्म नेपालमा १५—६९ वर्षका वयस्कहरूमा एनसिडी जोखिम कारकहरूको मूल्याङ्कन गरेको छ। यस सर्वेक्षणले सामाजिक-जनसांख्यिकीय विशेषता, तम्बाकू सेवन, मदिरा सेवन, अस्वस्थ आहार, र शारीरिक निष्क्रियता जस्ता प्रमुख व्यवहारगत जोखिम कारकहरू साथै अत्यधिक तौल/मोटोपना, उच्च रक्तचाप, उच्च रक्तचिनी र उच्च कोलेस्ट्रोल स्तर जस्ता भौतिक जोखिम कारकहरूको समग्र तथ्यांक सङ्कलन गऱ्यो। यथार्थ मूल्याङ्कनका लागि भौतिक र जैविक मापनहरू दुवै गरिएका थिए। यसबाट प्राप्त तथ्याङ्क नेपालमा एनसिडी रोकथाम र नियन्त्रण रणनीतिहरू विकास तथा सुदृढ पार्न महत्वपूर्ण प्रमाणको रूपमा कार्य गर्दछ र विशेषगरी तम्बाकू नियन्त्रणसम्बन्धी सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतिहरूको मूल्याङ्कनमा सहयोग पुऱ्याउँछ। आगामी वर्ष २०८१ (सन् २०२४) मा पुनः STEPS सर्वेक्षण गर्ने योजना रहेको छ जसले प्रवृत्तिहरूको अनुगमन र आगामी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई मार्गदर्शन गर्नेछ।

२०१९ को STEPS सर्वेक्षणले नेपाली वयस्कहरूमा केही मुख्य नसर्ने रोगहरु जोखिम कारकहरू देखाएको छ। सुर्तीजन्य पदार्थ सेवन ३०.८% वयस्कले गरेका थिए (पुरुष ४८.५% र महिला १४.४%), जबकि मद्धपान गर्नेहरू १७.३% थिए, जसमा पुरुष (२९.१%) महिलाभन्दा (६.४%) निकै बढी थिए। आहार सम्बन्धी अवस्था कमजोर देखियो, जहाँ ९९.२% वयस्कले दैनिक सिफारिस गरिएको पाँच चोटीफलफूल र तरकारीभन्दा कम सेवन गरेका थिए र ८५.१% ले खानामा अतिरिक्त नुन हाल्ने गरेको जानकारी दिएको थियो। शारीरिक निष्क्रियता ६.५% जनसंख्यामा देखिएको थियो, जसमा महिला ८.१% र पुरुष ४.९% थिए। अत्यधिक तौल वा मोटोपना २२.१% र मोटोपना ४.३% जनसंख्यामा देखियो, जसमा महिलामा बढी देखियो। उच्च रक्तचाप २५.७% वयस्कमा पाइयो तर तीमध्ये ३८.५% ले मात्र आफ्नो अवस्था थाहा पाएका थिए। मधुमेह ८.५% वयस्कमा पाइयो, जसमा आधाभन्दा बढी पहिल्यै पत्ता नलागेका थिए। थप रूपमा, २४.१% वयस्कमा उच्च कोलेस्ट्रोल र १०.३% जनसंख्यामा १० वर्षभित्र मुटुसम्बन्धी रोगको उच्च जोखिम रहेको थियो। यी तथ्याङ्कहरूले नेपालमा एनसिडी जोखिम घटाउन र स्वास्थ्य परिणाम सुधार गर्न लक्षित कदम चाल्न तत्काल आवश्यक रहेको देखाउँछन्।

नेपाल माइक्रोन्यूट्रियेन्ट स्ट्याटस सर्वेक्षण (NMICS) २०१९

नेपाल माइक्रोन्यूट्रियेन्ट स्ट्याटस सर्वेक्षण (NMICS) २०१९, जुन युनिसेफको सहयोगमा केन्द्रीय तथ्यांक विभागले संचालन गरेको हो, विश्वव्यापी मल्टिपल इन्डिकेटर क्लस्टर सर्वेक्षण (MICS) कार्यक्रमको हिस्सा हो जसले बालबालिका र महिलाको स्वास्थ्य तथा पोषण अवस्थाको महत्वपूर्ण तथ्यांक सङ्कलन गर्न डिजाइन गरिएको छ। विगत तीन दशकमा MICS ले २८ सूचकांकबाट बढेर हाल २५० भन्दा बढी सूचकांकहरू निरिक्षण गर्ने गरी विकास गरेको छ र बाल संरक्षण, प्रारम्भिक बाल्यकाल शिक्षा, स्वास्थ्य र पोषण सम्बन्धी महत्वपूर्ण तथ्यांकको स्रोत बनेको छ। नेपालमा NMICS २०१०, २०१४ र २०१९ मा सञ्चालन भई राष्ट्रिय तथा प्रादेशिक स्तरमा अद्यावधिक र व्यापक माइक्रोन्यूट्रियेन्ट तथा पोषण सम्बन्धी सूचकांकहरू उपलब्ध गराएको छ।

NMICS २०१९ ले राष्ट्रिय तथा कोशी प्रदेशको पोषण सम्बन्धी मुख्य तथ्यांकहरू प्रस्तुत गरेको छ। राष्ट्रिय स्तरमा ६-५९ महिनाका बालबालिकामा एनिमिया ३९.५% (गम्भीर २.४%) रहेको छ भने १५-४९ वर्षका महिलामा ३४.६% (गर्भवती महिलामा ४६.५%) रहेको छ, कोशी प्रदेशमा यी दरहरू क्रमशः ३६.२% बालबालिका र ३२.१% महिलामा रहेका छन्। महिलामा आयरन अभाव राष्ट्रिय रूपमा २०.३% रहेको छ। भिटामिन ए अभाव बालबालिकामा राष्ट्रिय रूपमा १२.९% र कोशीमा १०.८% रहेको छ भने जिंक अभाव क्रमशः २२.६% र २०.१% छ। महिलामा फोलेट र भिटामिन B12 अभाव राष्ट्रिय रूपमा क्रमशः १५.७% र २३.४% रहेको छ। जोडिनको अभाव बालबालिकामा २२.१% र महिलामा १८.९% रहेको छ, जहाँ कोशीमा ग्रामीण क्षेत्रमा उच्च अभाव देखिएको भए पनि ६२.७% घरपरिवारमा पर्याप्त मात्रामा आयोडिनयुक्त नुनको प्रयोग भइरहेको छ जुन राष्ट्रिय औसत ५९.३% भन्दा बढी हो। बालबालिकामा पुड्कोपन राष्ट्रिय रूपमा ३१.५% र कोशीमा २८.४% रहेको छ भने वेष्टिङ ११.३% छ। पूर्ण स्तनपान गर्ने दर दुबै स्तरमा लगभग समान, ५८.९% रहेको छ। समग्रमा, कोशी प्रदेश यी पोषण सम्बन्धी सूचकांकहरूमा राष्ट्रिय औसतभन्दा सामान्यतया राम्रो अवस्थामा रहेको छ, यद्यपि ग्रामीण क्षेत्रहरूमा जोडिन अभावजस्ता चुनौतीहरू अझै कायम छन्।

अध्याय २

जिल्लाको सामान्य जानकारी

२.१ जिल्लाको परिचय

जिल्लाको नामाकरण:

यस जिल्लाको नाम पश्चिमबाट बहने संखुवाखोला र बीचभागबाट बहने सभाखोलाको सन्धि गरी संखुवासभा जिल्ला रहन गएको हो। शुरुमा यी दुई खोला बीचमा पर्ने भू-भागलाई संखुवासभा भनिने गरिन्थ्यो। तिथि मिति एकिन नभए पनि प्रशासनिक हेरफेर गर्दा निकै समय पछि मात्र हालको संखुवासभा जिल्लाको स्वरुप निर्धारण भएको हो। संखुवासभा जिल्लाको ऐतिहासिक बजार चैनपुर पहिले यस जिल्लाको सदरमुकाम रहेको थियो। वि.सं.२०३१ सालमा सदरमुकाम खाँदवारी बजारमा सारिएको हो।

हाल सदरमुकाम स्थित पोखरी भनिने खुल्ला स्थानमा आज भन्दा ४०-५० वर्ष अगाडिसम्म पनि एउटा पोखरी रहेको थियो।पोखरीको बिचमा एक थुम्को रहेको र त्यस थुम्कोमा सिमलीको ठूलो रुख रहेको थियो। गोर्खाली सैनिकहरुले एकीकरण ताका भोट प्रदेशको शयर गरी फर्कदा पोखरीबीचको थुम्कामा पूजा आजा तथा बढाई गरी रगत लागेका तरवार, खुँडा गरी धोईपखाली गरेकोले उक्त स्थानलाई खुँडाबारी भनिने गरिन्थ्यो। यही शब्दको अपभ्रंश भएर खाँडवारी हुदै खाँदवारी भएको हो भन्ने जनश्रुति पाइन्छ। त्यस्तै पौराणिक किंवदन्ती अनुसार हालको सदरमुकाम रहेको खाँदबारी बजारमा पहिले एक ठूलो पोखरी थियो। जहाँ अर्ना, हाँसहरु बसोबास गर्दथे। पहिले, पहिले यस ठाउँमा स-साना राज्यहरु भएको पाइन्थ्यो। यिनिहरु एक आपसमा लडाई गरी आफ्नो हतियार (खाँडो) उक्त पोखरीमा पखाल्ने पोखरी, खाँडा पोखरी हुदै गयो र हालको नाम खाँदबारी रहन गएको हो। विस्तारै-विस्तारै जनसंख्या बढ्दै गयो र हाल उक्त पोखरी पुरिईसकेकोभएपनि बिचमा सानो मानव निर्मित पोखरी र वरपर हरियाली पार्क बनाइएको छ।

जिल्लाको ऐतिहासिक पृष्ठभूमि

वैदिककालदेखीनै संखुवासभा जिल्लाको महत्व रहदै आएको छ। सो समयमा शिवपार्वतीको क्रिडास्थल मानिने शिवधारा, वेदव्यासले भगवान शिवशंकरसँगको प्रार्थना पछि सिद्धिविनायक गौरीपुत्र गणेशको सहयोगमा पोखरीको बीचमा वेदीको निर्माण गरी वेदको लेखन गरेको स्थान सभापोखरी, स्वस्थानी व्रतकथामा वर्णित सतीदेवीको देब्रे आँखा पतन भएको स्थान सिद्धकाली जस्ता पौराणिक महत्व भएका स्थलहरुले सोको प्रमाणित गर्दछ। एकीकरण पूर्व तीन राज्यमा विभाजित किराँत राज्यमा संखुवासभा जिल्ला पल्लो किराँत अन्तर्गत पर्दथ्यो। किराँत कालमा यस जिल्लाका विभिन्न

स्थानहरुमा गढी, गोला, कोट आदि भएको तथ्य छ। हाल सो अनुसार रहेको गाउँहरुको नामकरण (हटियागोला, गढी बजार, लोहाकोट आदि) ले पुष्टि गर्दछन्। जस अनुसार गढी तथा कोटमा शासकहरुको दरवार हुने गर्दथ्यो भने गोलामा त्यस ताकाको अन्नपानी तथा हातहतियारको भण्डार रहने गर्दथ्यो। हाल जिल्ला प्रहरी कार्यालय रहो स्थान जसलाई ढोलबाजे गढी भनिन्थ्यो तथा हाल हेलिप्यड रहेको स्थान सम्याउने कार्य गर्दा फेला परेका चिल्ला, बुट्टेदार तथा बलिया ईट्टाहरु, त्रिशुल, तीर, तरवार, खुँडा आदिले परापुर्वकालमा उक्त स्थानमा कुनै ठूलो दरवार रहेको तथ्यलाई पुष्ठि गर्दछन्। यस्ता गढी, गोला तथा कोतहरुमा हेदाङ्गान गढी, चैनपुर गोला, हटियागोला, कोडाँडा (हाल हिमालय मा. वि. भएको स्थान) वानेश्वर गढी आदि प्रसिद्ध रहेको थिए।

नेपाल राज्यको एकीकरणका क्रममा विंसं १८३१ बैसाखमा चैनपुरको दक्षिण भागमा रघुराना लिम्वूको नेतृत्वमा गोर्खाली सेनाहरु र किराँत राज्यका कांगसोरेको नेतृत्वमा युद्ध भएको प्राप्त तथ्यहरुले यस क्षेत्रको एकीकरण त्यस समय पश्चात भएको पाईन्छ । राणाकालमा यो क्षेत्र धनकुटा गौंडा वडाहाकिमको प्रशासनिक क्षेत्र तथा चैनपरका न्यायिक क्षेत्रभित्र पर्दथ्यो । त्यस ताकाका वस्तीहरुलाई थुम भिनने गरिन्थ्यो र यो जिल्लाभित्र पनि विभिन्न थुमहरु, दशमजिया (मादिविर्ता) पाँच मजिया (खराङ्ग देखि लिङलिङ), दशथर थुम (चैनपुर देखि पोखरीबजार), त्यस्तै पाँचखपन थुम, सभा उत्तर थुम, संखुवा उत्तर थुम आदि पर्दथे ।

२.२ राजनैतिक तथा भौगोलिक अवस्था

नेपालको सात प्रदेश मध्ये एक नम्वर प्रदेशको हिमाली भेगमा पर्ने संखुवासभा एक दुर्गम जिल्ला हो ।यो जिल्लाको पूर्वमा ताप्लेजुङ र तेह्रथुम, पश्चिममा सोलुखुम्वु र भोजपुर जिल्ला, उत्तरमा चिनको तिव्वत र दक्षिणमा तेह्रथुम र धनकुटा जिल्ला रहेको छ । यसले नेपालको कुल क्षेत्रफलको २.३६%, कोशी प्रदेशको १२.१९% भु-भाग ओगटेको छ । समुन्द्र सतहको ४५७ मिटर (संसारको सबैभन्दा होचो अरुण उपत्यका) देखि विश्वको पाँचौं अग्लो हिमशिखर मकालु ८४६३ मिटर सम्मको उचाईमा रहेको यो जिल्ला २७°०६'उत्तरदेखि २७°५५'उत्तरी अक्षांशसम्म र ८६°५७' पुर्वदेखि ८७°४०' पूर्वी देशान्तर सम्म फैलिएको छ।उत्तर तर्फको फराकिलो भागमा मनोरम हिमाली श्रृंखलाहरुले सुशोभित यस जिल्लाको दक्षिणतर्फ साँगुरिएको भागमा बसोबासयुक्त पहाडी भूभाग रहेको छ ।

भौगोलिक विविधताले गर्दा यहाँको हावापानी र प्राकृतिक वनस्पतिमा पनि विधिवता पाईन्छ । यहाँ हिमाली हावापानी देखि लिएर उष्ण मनसुनी हावापानी सम्म पाइन्छ । जैविक विविधता र प्राकृतिक संरक्षणको लागि मकालु वरुण राष्ट्रिय निकुन्ज र नेपालको राष्ट्रिय फुल लालीगुराँस संरक्षणको लागि तिनजुरे मिल्के जलजले लालिगुराँस संरक्षण क्षेत्र पनि यही जिल्लामा पर्दछन्।

२.२.१ भौगोलिक अवस्था

विवरण		मान	कैफियत
अक्षांश		२७०0६' देखि २७०५५'	उत्तर
देशान्तर		८६०५७ देखि ८७०४०'	पूर्व
सिमाना	पूर्वमा	ताप्लेजुङ र तेह्रथुम	
	पश्चिममा	संखुवासभा र सोलुखुम्बु	
	उत्तरमा	चीनको तिब्बत	
	दक्षिणमा	धनकुटा र संखुवासभा	
क्षेत्रफल		३४६८.१७ वर्ग कि.मि.	
औषत लम्बाई			उत्तर-दक्षिण
औषत चौडाई			पूर्व-पश्चिम
भौगोलिक विभाजन		हिमाली क्षेत्र	
उचाइ	सबभन्दा अग्लो स्थान	८४६३ मिटर (मकालु हिमाल, विश्वको पाँचौं सर्बोच्च शिखर)	
	सबभन्दा होचो स्थान	४५७ मिटर (अरुण उपत्यका, संसारको सबैभन्दा होचो उपत्यका)	
प्रशासनिक विभाजन	जिल्ला सदरमुकाम	खाँदबारी	
	निर्वाचनक्षेत्र प्रतिनिधिसभा/प्रदेशमा	१/२	
	स्थानीय तहको संख्या	१०	
	नगरपालिका संख्या	५	
	गाउँपालिका संख्या	५	
	वडा संख्या	७६	

२.२.२ राजनितिक विभाजन

क्र.सं.	प्रदेश निर्वाचन क्षेत्र	स्थानीय तहको नाम	स्थानीय तहमा पर्ने पहिलेका गाविसको नाम	क्षेत्रफल	स.मु. सम्मको दुरी (कोषमा)
१		**भोटखोला गाउँपालिका**	किमाथांका	१३.६२	५०
२			हटिया	२२१.४४	३०
३			चेपुवा	४३४.९४	४०
४			पावाखोला	२७९.४७	२५
५			याफु	१५५.६२	१८

६	१	**मकालु गाउँपालिका**	मकालु	७४३.५८	१८
७			पाथिभरा	८०.४२	१८
८			नुम	१३४.३१	१२
९		**शिलिचोङ्ग गाउँपालिका**	वाला	९३.६३	१७
१०			सिसुवा	२४.९७	१६
११			ताम्कु	१५४.७३	१६
१२			माङ्तेवा	९२.३१	१६
१३		**चिचिला गाउँपालिका**	दिदिङ	५१.१३	७
१४			मत्स्यपोखरी	३७.५४	६
१५		**सभापोखरी गाउँपालिका**	सभापोखरी	९७.११	८.५
१६			वाह्रबिसे	८६.९५	८
१७			धुपु	३२.६५	५
१८		**खाँदबारी नगरपालिका**	खाँदबारी	८९.२५	०
१९			सित्तलपाटी	३१.७३	५
२०	२	**पाँचखपन नगरपालिका**	वाना	४८.५८	६
२१			स्याबुन	५३.५५	७
२२			जलजला	५१.८४	८
२३		**चैनपुर नगरपालिका**	सिद्धकाली	२७.९५	१०
२४			सिद्धपोखरी	४३.१६	१०
२५			नुनढाकी	५१.४४	१४
२६			खराङ	४९.१३	७
२७			वानेश्वर	२१.९	८
२८			चैनपुर	२२.४१	९
२९	२	**मादि नगरपालिका**	मादिराम्वेनी	२४.५१	१२
३०			मावादिन	३७.७२	१३
३१			मादिमुलखर्क	४७.४४	१३
३२			माम्लिङ	२०.१८	१३
३३			आँखिभुई	५०.८१	१५

३४		**धर्मदेवी नगरपालिका**	तामाफोक	६२.१५	१८

२.३ हावापानी

- ४५७ मिटरदेखि १२०० मिटरसम्म उष्ण हावापानी ।
- १२०० मिटरदेखि २१०० मिटरसम्म समशीतोष्ण हावापानी ।
- २१०० मिटरदेखि ३६०० मिटरसम्म ठण्डा हावापानी ।
- ३६०० मिटरदेखि ५००० मिटरसम्म लेकाली हावापानी ।
- ५००० मिटर भन्दा माथि टुण्ड्रा हावापानी रहेको छन् ।

२.४ भू-उपयोगी

यस जिल्लाको कुल जमिन मध्ये ८.२७% कृषियोग्य जमिन, ४०.३१% वन क्षेत्र, ११.३७% चरन तथा झाडी क्षेत्र २७.३९% हिम तथा जल क्षेत्र र १२.६६% भु-भाग ढुङ्गाभीरपाखा आदि रहेको छ।

भू-उपयोगको अवस्थाः

विवरण	क्षेत्रफल(हेक्टरमा)	विवरण	क्षेत्रफल (हेक्टरमा)
जम्मा	३७०४१६	नदीनाला खोला	७३०५४
कृषि क्षेत्र	३१७०७	सहकारी	३१६९
वन जंगल	१४७४०७	भीरपाखा अन्य	७६५०
चरण, झाडी	३८९००		

२.५ प्रमुख नदी तथा खोलाहरु

यस जिल्लाको उत्तरी क्षेत्रमा मध्य भाग र दक्षिणीक्षेत्रमा पश्चिम सिमाना हुँदै सप्तकोशीनदीको सहायक नदी अरुण बगेकोछ भने बरुण हिमनदी संखुवाखोला, सभाखोला, पिलुवाखोला हेंवा, इप्सुवा, आप्सुवा, इखुवा, कासुवा, सिसुवाखोला, लगायतका प्रमुख खोलाहरु यसजिल्लामा बग्दछन् । सभा खोलाको उत्पत्ती स्थल सभापोखरी र जिल्लाको दक्षिण पूर्वी भागमा रहेको गुफापोखरी यस जिल्लाका धार्मिक तथा पर्यटकीय महत्वकापोखरीहरु हुन भने सिद्धपोखरी, पोसीपोखरी, लालपोखरी, मत्स्यपोखरी, बन्दुकपोखरी, लक्ष्मीपोखरी, फेलुङगापोखरी, मुलुङ्गपोखरी, छावापोखरी आदि यहाँका प्रमुख पोखरीहरु हुन ।

प्रमुख नदी, ताल, तलैया

अरुणनदी, बरुण हिमनदी, संखुवाखोला, सभाखोला, पिलुवाखोला, हेंवा, इप्सुवा, आप्सुवा, इखुवा, कासुवा, सिसुवाखोला, सभापोखरी, गुफापोखरी, पोसीपोखरी ,लालपोखरी,मत्स्यपोखरी, वन्दुकपोखरी ,लक्ष्मीपोखरी, किपुपोखरी, फेलुङगापोखरी, मुलुङ्गपोखरीर छवापोखरी आदि।

२.६ प्रमुख ऐतिहासिक एवं धार्मिक तथा पर्यटकीय क्षेत्र

यहाँ धार्मिक तथा पर्यटकीय महत्वका रमणीय स्थलहरु मनकामना मन्दिर, वानेश्वर महादेव, सिद्धकाली मन्दिर,बालेश्वर शिवलिङ्ग, सभापोखरी, खेम्पालुङ, शिवधारा, मत्स्यपोखरी, जौबारी महादेव गुफा, चारधारा मन्दिर हुमुङमाई मन्दिर, गुठी गुम्बा, मकालु प्रथम (८४६३मी.)मकालु दोस्रो (७६७८ मी.), वरुनत्से(७१२९ मी.), चाम्लाङ्ग (७३१९ मी.), कुम्भकर्ण (६४२४मी.), मकालु बरुण राष्ट्रिय निकुञ्ज, लालीगुराँस संरक्षण क्षेत्र, अरुण उपत्यका, मिल्केडाडाँ, साल्दिमा उपत्यका आदि छन् ।

प्रमुख धार्मिक तथा पर्यटकीय क्षेत्र

मनकामना, वानेश्वर महादेव, सिद्धकाली मन्दिर, बालेश्वर शिवलिङ्ग, सभापोखरी, खेम्पालुङ शिवधारा, मत्यस्यपोखरी, जौबारी महादेव गुफा, हुमुङमाई मन्दिर, गुठी गुम्बा, मकालु प्रथम (८४६३ मी) मकालु दोस्रो (७६७८मी.) वरुनत्से (७१२९मी.)चाम्लाङ्ग (७३१९मी.)हिमचुली (६४२४मी.) कुम्भकर्ण (७१२९मी.)मकालु बरुण राष्ट्रिय निकुञ्ज, लालीगुराँस संरक्षण क्षेत्र, अरुण उपत्यका, मिल्केडाँडा आदि।

संखुवासभा जिल्ला विभिन्न मठमन्दिरहरु रहेका छन् । मठमन्दिरहरुमा खास खास चाडपर्वहरुमा मेला लाग्ने भएतापनि पुजाअर्चना भने दैनिकरुपमा गर्ने गरिन्छ । खाँदबारी नगरपालिकामा मनकामना मन्दिर, वुद्ध मन्दिर, राधाकृष्ण मन्दिर र लामा गुम्बा, सिद्धकालीमा सिद्धकाली देवी मन्दिर, सिद्धपोखरीमा कृष्णेश्वर मन्दिर, मादीराम्वेनीमा रामसीता मन्दिर, चैनपुरमा सरस्वती मन्दिर यस जिल्लाका प्रसिद्ध मन्दिरहरु हुन् । ताम्कुको ख्याम्पालुङ्ग मन्दिर, मकालुस्थित ख्याम्पालुङ्ग

गुफा, वानेश्वरको छुम्वुङ्ग देवी मन्दिर, खराङ्गको बराह मन्दिर, नुनढाकीको सिंहदेवी मन्दिर र बैद्ध गुम्बापनि प्रख्यात छन् । आँखिभुईमा महादेव मन्दिर, स्यावुनामा जौबारी महादेव गुफा, पाथीभरामा सरनगुम्बा, किमाथांकामा टासीछोलिङ्ग गुम्बा, हटियामा सिवालिङ्ग मन्दिर र सर्चुङ गुम्बा चेपुवामा छेलिङ्ग गुम्बा र नाम्टाङ्ग गुम्बाका साथै सभापोखरीको सभापोखरीले धार्मिक महत्व बोकेका छन् ।

पर्यटकीय आकर्षणका केन्द्रहरु

स्थानिय	विशेषता
चैनपुर	व्यापारिक केन्द्र, तामा र पित्तलका सामानहरुको लागि प्रसिद्ध चैनपुरको करुवा
छ्याङ्कुटी	हिमायलको दृष्य र अरुण नदीको सुन्दर मनमोहक दृष्यको लागि प्रसिद्ध
मादी	उखु खेतीको लागि प्रसिद्ध
तुम्लिङटार	हवाईमैदान, माटाका भाँडाकुडा बनाउन प्रसिद्ध
सभापोखरी	धार्मिक हिमाली ताल (४,२४० मिटर उचाई)
पाँचपोखरी	धार्मिक स्थल (५००० मिटर उचाई)
बाह्रबिसे	व्यपारिक केन्द्र, सभाखोलाको मनमोहक दृष्यर असला माछा लागि प्रसिद्ध
पाङ्ठा पाखिवास	हिमालय दृष्य अवलोकन तथा मत्स्यपोखरीको लागि प्रसिद्ध ठाउँ
चन्दनपुर	पुरानो संस्कृत शिक्षा केन्द्र
हेदाङ्गना	मुख्य व्यापारिक केन्द्र र अरुण नदीको मनमोहक दृष्य अवलोकनको लागि प्रसिद्ध
गुफापोखरी	धार्मिक स्थल, दृष्य अवलोकन
सिद्धकाली	पौराणिक, धार्मिक एवं ऐतिहासिक स्थल
अरुण उपत्यका	प्रकृतिक/जैविक विविधता
मिल्के जलजले	लालिगुराँस, हिल स्टेसन, दृष्य अवलोकन
चिचिला	हिमालय श्रृङखलाको दृष्य अवलोकनका लागि प्रसिद्ध
मकालु	विश्वको चौथो उच्च शिखर (उचाई ८४६३ मिटर) मकालु बरुण राष्ट्रिय निकुञ्ज
लालीगुराँस संरक्षण क्षेत्र	२८ प्रजातिका गुराँस एकै ठाउँमा हेर्न पाईने ।

२.७ आर्थिक तथा सामाजिक अवस्था

२.७.१ आर्थिक क्रियाकलाप तथा रोजगारी

यस जिल्लाको आर्थिक स्रोत कृषिमा निर्भर रहेको छ । आर्थिकरुपले सक्रिय जनसंख्या ६०.७३% भएपनि त्यसको ७७.६२%कृषिमा र २२.३८% गैरकृषि पेशामा निर्भर छन् ।

आर्थिक क्रियाकलापमा संलग्न १० वर्षमाथिका जनसंख्या

विवरण	लिङ्ग	जनसंख्या
जम्मा	जम्मा	११८५०८
	पुरुष	५७३०१
	महिला	६१२०७
आर्थिक कृयाकलापमा सकृय	जम्मा	८९६६०
	पुरुष	४५३५१
	महिला	४४३०९
आर्थिक कृयाकलापमा निस्कृय	जम्मा	२८८४८
	पुरुष	११९५०
	महिला	१६८९६

२.७.२ वन सम्पदा

संखुवासभा जिल्लाको भू-बनौट र हावापानी विभिन्न किसिमको रहेको हुनाले यहाँ पाइने वनस्पतिमा पनि विविधता रहेको छ । यस जिल्लाको १२०० मिटरसम्मको भू-भागमा सखुवा, करम, टुनी, सिमल, खयर, लामपाते, जामुना, बयर आदी उपोष्ण सदाबहार वनस्पतिहरुको जंगल (Sub-tropical evergreen forest) रहेको छ । भने १२०० मिटर देखी २१०० मिटरसम्मको उचाईमा बर, बाँस, उत्तिस, कटुस, गुराँस, चाँप, ओखर, चिलाउने, सल्लो र रुद्राक्ष आदि जस्ता पतझड वनस्पति (Deciduous plants) पाईन्छन् । यसै गरी २१०० मिटर देखी ३३०० मिटर सम्मको उचाईमा सदाबहार कोणधारी वन (Evergreen coniferous Forest)का वनस्पति रहेका छन् भने ५००० मिटरभन्दा माथि बुकी, सुनगाभा, सुनपाती, भैरुङ्गपाती र मालिङ्गो जस्ता वनस्पति भएको लेकाली जंगलहरु (Alpine Forest) रहेका छन्। उत्तरी क्षेत्रमा ४७ किसिमका सुनाखरी ६७ किसिमका जडीबुटी १९ किसिमका बाँस निगालो र २५ जातका गुराँस पाईन्छ।

२.७.३ वन्यजन्तु तथा पशुपंक्षी

संखुवासभा जिल्लामा उष्ण प्रदेश देखि हिमाली क्षेत्र सम्म पाइने पशुपंक्षीहरु पाइन्छन् । खास गरी यस जिल्लामा बाघ, भालु, चितुवा, मृग, कस्तुरी, थार, स्याल, दुम्सी, बाँदर, वनविरालो, घोरल आदी जंगली जनावरहरु पाइनुका साथै लोपोन्मुख र दुर्लभ जीवजन्तुहरु हिमाली रातो भालु, ब्वाँसो, जँगली कुकुर, ध्वाँसे चितुवा, हिउँचितुवा, लिङ्गस, चिरवाघ, सुनौलो विरालो, जंगली विरालो, माछा मार्ने विरालो, ताडि विरालो, मारवल्ड विरालो, ओट, सिलु, हाब्रे, आसामी रातो बांदर, लङगुर, अरगेली, जंगली याकर सालक पनि पाईन्छन्। गाई भैंसी, कुकुर, विरालो, बाखा, घोडा, चौरी र च्याङग्रा आदि गरी ५० थरीका स्तनधारी जनावहरु पाइन्छन् । साथै डाँफे, मुनाल, चिलिमे, कोङमो, कालो स्टर्क, सेतो स्टर्क, सारस, ठूलो सारस, कालो कण्ठे, गरुड, बाज, गिद्ध, शिकारी चराहरु, सिटिसि फरमिस लगायत काग, चील, चिवे, रुप्पी, ढुकुर, कोइली, कालीज, सुँगा, फिस्टो, जुरेली आदि गरी ४४० जातका चराहरु र १५० जातका पुतलीहरु पाइन्छन् । त्यसैगरी यहाँ विभिन्न जातका भ्यागुता, सर्प, लगायत लोपोन्मुख सरिश्रृपहरु अजिंगर, सुन गोहोरो, बंगाल गोहोरोका साथैं संसारमा नपाईने रुख भ्यागुतो अरुण उपत्यकामा पाइन्छ ।

दुर्लभ जीवजन्तु

रुखभालु ,पाण्डा, ओत, हिमभालु ,हिमचितुवा, बाघ, घोरल, झारल, मृग, चितल, हरिण, खरायो, काँडे भ्याकुर, झिंगे फिस्टो, पखेंटे भ्याकुरो आदी

२.७.४ खानी तथा उत्खनन्

खनिज पदार्थ

गहना र आभुषणमा प्रयोग गरिने मूल्यवान पत्थर Gem Stones का लागि यो जिल्ला धनी मानिन्छ । अन्तराष्ट्रिय बजारमा समेत ख्याती पाएको बाह्रबिसेको गार्नेट (Garnet) तथा हयाँकुले क्षेत्रको टुमालिन (Turmalin) यसै जिल्लाका उत्खनन् हुन्। यस जिल्लाको मांसिमा, हयाँकुले, फाकुवार थुर्वुडाँडामा एक्वामेरिन (Aquamarin), पाँचपोखरीमा मणिक (Ruby), सुनाम्ला, हयाँकुले, मांसिमा क्षेत्रमा गार्नेट (Garnet), पाखीबास, बाह्रबिसे, जलजला, हेदाङ्गना, भुसुने क्षेत्रमा क्वार्च (Quartz) (जसलाई स्थानीय बोलीचालीकाम छेपारोले चाटेको ढुङ्गा भनिन्छ)का खानीहरु रहेको पाइएतापनि भौगोलिक विकटताले सोको अध्ययन अनुसन्धान हुन नसकेकाले सोको प्रचुरताको यकिन विवरण प्राप्त हुन सकेको छैन। यी बाहेक यस जिल्लामा प्रशस्त अधातु तथा धातुका खानीहरु पनि फेला परेका छन् । आधातु तर्फ फाँकुवा, मांसिमा, चैनपुरमा, तीनखोप्रेमा अभ्रख (Mica Sheet), हटियामा सिंगमरमर (Marble), सिम्माजोरखोलामा ग्राफाइट (Graphite), चैनपुर, लेब्राङ्गमा खरीढुङ्गा (Magnesite), उत्तरी क्षेत्रको अरुण किनारमा कालो सिलाजित तथा पिलुवा र सभाखोलाको किनारमा

प्रशस्त चुन ढुङ्गा (Limestone), पाइन्छ । साथै धातु तर्फ मनकामना, होक्से, लोहाकोट आदि क्षेत्रमा फलाम(Iron), तामाफोक, चिचिला, रमिते, हटिया, अरुण, नुनढाकी र सभाखोलाको किनारमा तामा जस्ता धातुहरु प्रशस्त पाइन्छन् ।

२.७.५ औद्योगिक/प्रशोधन उद्योग

कुनै पनि जिल्लाको औद्योगिक विकासका लागि आवश्यक पर्ने बाटो विजुली पानी सञ्चार जस्ता पूर्वाधारहरु विकास नभए सम्म उद्योगहरुको राम्रो विकास गर्न सकिने अवस्था रहंदैन । संखुवासभा जिल्लामा पनि प्रमुख आधारका रुपमा रहेको मोटर बाटो तयार भइ नसकेको अवस्था भएकोले उद्योगहरु संचालनमा कठिनाई परेको अवस्था छ । हालका दिनहरुमा हिउँदे यातायात भएता पनि महंगो र अस्थायी भएको हुँदा सहज नहुँदा नहुँदै पनि केही हदसम्म सजिलो भने भएको छ। विगत देखि हालसम्म उद्योगहरुले विभन्न कठिनाइ भोग्नु परेता पनि स्थानीय श्रोतमा आधारित उद्योगहरुमा अल्लो कपडा, नेपाली हाते कागज, फर्निचर, बाँस, निगालो, सिन्के धुप, राडीपाखी, मौरीपालन तथा मह प्रशोधन आदी प्रमुख छन् । त्यसै गरी वाहिरबाट कच्चापदार्थ खरिद गरी ल्याउन पर्ने उत्पादनमूलक उद्योगहरुमा ग्रील, सिन्के चाउचाउ, अगर वत्ती, मैनवत्ती, ढाका कपडा आदी सेवामुलक उद्योगहरु पनि संचालन भइरहेका छन् ।

यस जिल्लामा पाईने कच्चा पदार्थहरु

१. अल्लो	२. लोक्ता	३.बाँस तथा निगालो	४. काठ
५. अलैंची	६. विभिन्न जडिबुटी	७. भेडाको उन	८. राँगा भैंसीको छाला
९. चुन ढुंगा	१०. रुद्राक्ष दाना	११. अमृसो	१२. खोला बगरका ढुंगा

<u>प्रवर्धन गर्न सकिने उद्योगहरु :-</u>

१. बाँस तथा निगालो उद्योग	२. फर्निचर उद्योग
३. अलैंची प्रशोधन उद्योग	४. नेपाली हाते कागज उद्योग
५. चुन उद्योग	६. ग्रामीण छाला प्रशोधन उद्योग
७. अल्लो प्रशोधन तथा बुनाई उद्योग	८ .राडीपाखि उद्योग
९. रुद्राक्ष दानाबाट सजावटका सामान बनाउने उद्योग	
१०. अमृसोबाट कुचो उद्योग	११. जडिबुटी प्रशोधन उद्योग
१२. क्रसर उद्योग	१३. ईटा उद्योग

उद्योगको प्रकार अनुसार संख्या

उद्योगहरुको प्रकार	संख्या
कृषि तथा वनजन्य उद्योगहरु	३७४
सेवा	७३३
पर्यटन	१४५
उत्पादनमूलक उद्योगहरु	३१२
खनिज उद्योगहरु	२
उर्जामूलक उद्योगहरु	१
जम्मा	**१६०३**

स्रोत : घरेलु तथा साना उद्योग विकास सिमितिको कार्यालय २०७५/७६

२.७.६ विद्युत, ग्याँस तथा पानी

नेपाल जल सम्पदामा विश्वको दोस्रो धनी देश त्यसमा पनि नेपालकै प्रमुख नदी बहने क्षेत्र यो संखुवासभा जिल्लामा कूल जनसंख्याको ७५ प्रतिशतले विद्युत सेवा प्राप्त गरेका छन् । केन्द्रीय प्रशासर लाईन, लघु जलविद्युत आयोजना, सौर्य उर्जा र जिल्लाको आफ्नै उत्पादन पिलुवा र हेंवा खोला ६००० किलोवाट केन्द्रीय प्रशारण लाईनमा जोडी १२५६८ घर परिवार विद्युत सेवाबाट लाभान्वित भएका छन् । नगरपालिका सहित साविकका १४ वटा गा.वि.स. मा विद्युत सेवा पुगेको छ भने लघु जल विद्युत आयोजनाले अन्य ५ वटा गा.वि.स. मा सेवा उपलब्ध गराएको छ ।

यस जिल्लामा ग्याँस उत्पादन हुँदैन । ईन्धनको रुपमा उपयोग हुने ग्याँस नेपाल आयल निगमबाट वितरण हुने हुँदा व्यापारी मार्फत जिल्लामा आयात गर्नुपर्ने स्थिति रहेको छ ।

खानेपानी तथा सरसफाई सव डिभिजन कार्यालयको अनुसार जिल्लाका सबै गा. पा. र न पा.मा स्रोत संरक्षण र पाईप प्रणालीबाट गरी ८५.८३ प्रतिशत जनसंख्याले खानेपानीको सुविधा उपयोग गरेका छन् । जिल्लामा खानेपानीका स्रोतहरु धेरै भएपनि जनसंख्याले खानेपानीको सुविधा उपयोग गरेका छन् । जिल्लामा खानेपानीका स्रोतहरु धेरै भएपनि संरक्षण र उपयोग गर्न नसकिएको साथै खानेपानीका आयोजनाहरु धेरै पुराना र मर्मत तथा पुर्नस्थापना नै गर्नुपर्ने भएकोले पानीको आपूर्ति नियमित रुपमा हुन नसकेको अवस्था छ।

२.७.७ निर्माण

कोशी प्रदेशको दुर्गम हिमाली क्षेत्र हो, संखुवासभा जिल्ला ।जहाँ हिउदे कच्ची सडकले वि.सं. २०६५ सालदेखि अन्य जिल्लासँग यातायात जोडिए पनि जिल्ला सदरमुकामसम्म वर्षायाममा यात्रा गर्न अझै पनि मुस्किल छ । संखुवासभा जिल्ला कच्ची सडकले सबै स्थानीय तहको केन्द्रसम्म

जोडेको भएपनि वर्षातको समयमा केही केन्द्रमा यातायात सेवा निरन्तर सञ्चालन हुने गरेको छैन। हाल सम्म यस जिल्लामा टुटे देउराली देखि खाँदबारी सम्म ९० कि.मि. सडक कालोपत्रे गरिएको छ।

त्यसै गरी नेपालको सबैभन्दा धेरै विद्युत निकाल्न सकिने अरुण नदी यसै जिल्लामा बग्ने भएता पनि पिलुवा खोला र हेंवा खोलाबाट करिव ६ मेघावाट विद्युत मात्र निकाल्न सकिएको छ भने अन्य स-साना नदी तथा खोलाहरुबाट ९३ किलोवाट भन्दा वढी विद्युत निकाल्न सकिएको छैन। सूचना तथा सञ्चारको क्षेत्रमा भने सडक र विद्युतको तुलनामा आशातीत सफलता मिलेको छ। संखुवासभाको खाँदबारी चैनपुर र अन्य ठाउँबाट २०७६ असाढ मसान्त सम्म वितरित टेलिफोन र मोवाईल प्रत्येक १.३२ जनाको हातमा एउटा टेलिफोन र मोवाईल र प्रत्येक घरमा ३.४७ ओटा टेलिफोन र मोवाईल भएको देखिन्छ। यसमा पनि धनकुटा धरान विराटनगर लगायत अन्य क्षेत्रमा वितरित मोवाईल सि.डि.एम.ए. र एस. टि. एम. बाट वितरित टेलिफोन समेत यस जिल्लामा सञ्चालित रहेकोले टेलिफोन घनत्व अझ बढी रहेको प्रष्ट हुन्छ।

२.७.८ प्रमुख बजारहरु

संखुवासभा जिल्लाको सदरमुकाम खाँदबारी र जिल्लाकै सबैभन्दा पुरानो बजार चैनपुर यस जिल्लाको प्रमुख बजारहरु भएता पनि भौतिक पूर्वाधारको क्रमिक विकासले विभिन्न क्षेत्रहरुमा बजारको विकास हुदै गएको देखिन्छ। जिल्लाको उत्तरी क्षेत्रमा हिमाली खण्ड बढी भएको र मध्य तथा दक्षिणी क्षेत्रमा बढी जनघनत्व भएका कारण उत्तरी क्षेत्रको तुलनामा दक्षिणी क्षेत्रमा बजार विकासको बृद्धिदर उच्च रहेको छ। संखुवासभा जिल्लाको प्रमुख ब्यापारिक केन्द्र तथा बजारहरुमा खाँदबारी, चैनपुर, मानेभञ्याङ्ग, खराङ्ग, तुम्लिङ्गटार, आँखिभुई, चन्दनपुर, सिद्धपोखरी, गुफापोखरी, वाना, चिचिला, नुम, त्रिवेणी बजार (बाह्रबिसे) जलजला, सित्तलपाटी, मादिओखरबोटे, सिसुवाटार, सेदुवा, मकालु, मुढेशनिश्चरे, किमाथांका आदि पर्दछन् ।

२.७.९ यातायात गोदाम र सञ्चार

तुम्लिङ्गटार हवाई मैदान

नेपालका पहाडी जिल्लाका विमानस्थलहरु मध्ये सबै भन्दा भरपर्दो विमानस्थलको रुपमा पहिचान स्थापित गरिसकेको तुम्लिङ्गटार विमानस्थलले काठमाण्डौंबाट दैनिक रुपमा र विराटनगर बाट हप्तामा तिन दिन बिमानसेवा पुर्याइरहेका छन्। यस विमानस्थलमा एभ्रो विमान समेत अवतरण गर्ने क्षमता भएकोले विमानस्थललाई कालोपत्रे गर्ने कार्य सम्पन्न भईसकेको छ, जस्ले गर्दा बढ्दो हवाईसेवाको मार्गलाई पुर्ति गर्न सकिने संभावना छ। यस विमानस्थलले जिल्लास्थित मकालु हिमाल

अरुण उपत्यका र मकालु बरुण राष्ट्रिय निकुञ्ज तथा संरक्षण क्षेत्र घुम्न आउने पर्यटकलाई समेत सेवा पुऱ्याई पर्यटन उद्योग प्रवर्द्धन गरी विदेशी मुद्रा आर्जन गर्न गहकिलो भुमिका निर्वाह गर्न सक्छ।

उत्तर दक्षिण कोशी राजमार्ग (ल्हासा कलकत्ता हाईवे)

चालिस लाख जनसंख्या भएको तिब्बत क्षेत्र पश्चिमी पर्यटकहरुको आकर्षणको केन्द्र रहेको छ। वर्षेनी लाखौं पर्यटकहरु तिब्बत भ्रमणमा जाने गर्दछन्। तिब्बत चीनको मुख्य भुमिबाट धेरै टाढा छ। शीत मरुभुमि भएकोले त्यहाँ खाद्यान्न उत्पादन पनि हुँदैन। त्यहाँको अत्यावश्यक दैनिक उपभोग्य वस्तुहरुको आपूर्ति चीनतर्फबाट गर्दा ज्यादै लामो स्थलमार्ग भएर आउनु पर्छ। यातायातको असुविधाले गर्दा नेपालको सीमा व्यापार नगण्य मात्र रहेको छ।

वंगलादेशको चटगाउँबाट काँकडभिट्टा हुदै नेपाल आउने मार्ग खुलेको, काँकडभिट्टाबाट बसन्तपुर हुदै खाँदबारी सम्म कालोपत्रे पिच भइसकेको छ। खाँदबारी हुँदै फ्याक्सिन्दा सम्म Track Open गर्ने कार्य सकिएको छ भने किमाथांका सम्मको लागि ट्रयाक खोल्ने कार्य जारी छ। किमाथांका नाका खुल्ला भएको स्थितिमा तिब्बतकालागि यो बैकल्पिक र कम खर्चिलो मार्ग हुन सक्दछ। तिब्बत तर्फको किमाथांकाको केही उत्तरमा रहेको नादाङसम्म गाडी आएको छ। त्यसैले खाँदबारी-किमाथांकाको निर्माण भईरहेका सडक निर्माण भईसकेपछि यो सडक तीन वटा मुलुकको अन्तराष्ट्रिय राजमार्ग (International highway) बन्न सक्छ।

२.८ जनसंख्या सम्बन्धि सूचकहरु

यस खण्डमा वार्ड अनुसार लिङ्गगत जनसंख्या घरपरिवार संख्याका साथै गा.वि.स.गतजातजाती भाषा धर्म उमेर लिङ्ग अनुसार जनसंख्या लगायत जनसंख्याको विविध विवरणहरु तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ ।

२.८.१ उमेर र लिङ्ग अनुसार जिल्लाको जनसंख्या विवरण

उमेर समुह	जनसंख्या		
	जम्मा	पुरुष	महिला
जम्मा	१५८०४१	७९५७९	७८४६२
०-४	११९३६	६१९९	५७३७
५-९	१५२३९	७८८३	७३५६
१०-१४	१५५२०	७८६९	७६५१
१५-१९	१५९१२	८०६३	७०४४
२०-२४	१३८७४	६८३०	७०४४

उमेर समुह	जनसंख्या		
	जम्मा	पुरुष	महिला
२५-२९	१३२२७	६७०८	६५१९
३०-३४	११४८४	५८८४	५६००
३५-४९	१०५३१	५३१३	५२१८
४०-४४	९१५१	४५६६	४५८५
४५-४९	७४७४	३७१०	३७६४
५०-५४	७९९५	४०३१	३९६४
५५-५९	६५०७	३१८८	३३१९
६०-६४	६४७५	३१६३	३३१२
६५-६९	४९०९	२४३७	२४७२
७०-७४	३६१२	१७४६	१८६६
७५-७९	२१९५	१०३४	११६१
८०-८४	११३४	५६७	५६७
८५-८९	६०७	२८४	३२३
९०-९४	१८७	८५	१०२
९५+	७२	१९	५३

(स्रोत: राष्ट्रिय जनगणना २०७८)

२.८.२ जातजाति अनुसार जिल्लाको जनसंख्या विवरण

सि.नं.	जातजातीको नाम	जम्मा		संख्या	
		संख्या	प्रतिशत	पुरुष	महिला
	जम्मा	१५८०४१	१००.००	७९५७९	७८४६२
१	क्षेत्री	२९१२५	१८.३७	१३७११	१५४१४
२	ब्राम्हण-पहाडी	८४७९	५.३४	३९६४	४५१५
३	मगर	५२९८	३.३४	२५०५	२७९३
४	थारु	१०४	०.०७	८१	२३
५	तामाङ	१६५७४	१०.४४	७८८३	८६९१
६	नेवार	७५३७	४.७५	३५९९	३९३८
७	मुसलमान	४१	०.०३	२५	१६
८	कामी	७५२१	४.७४	३४६२	४०५९
९	यादव	७६	०.०५	५४	२२
१०	राई	१६९२८	१०.६६	८११३	८८१५

सि.नं.	जातजातीको नाम	जम्मा		संख्या	
		संख्या	प्रतिशत	पुरुष	महिला
	जम्मा	१५८०४१	१००.००	७९५७९	७८४६२
११	गुरुङ	८६२३	५.४३	४००३	४६२०
१२	दमाइ/ढोली	३४७९	२.१९	१५८१	१८९८
१३	लिम्बु	८६८२	५.४७	४०८९	४५९३
१४	ठकुरी	१०७	०.०७	५५	५२
१५	सार्की	२०१८	१.२७	९१२	११०६
१६	तेली	३३	०.०२	२५	८
१७	चमार /हरिजन /राम	१३	०.०१	४	९
१८	कोइली /कुशवाहा	१२	०.०१	९	३
१९	सन्यासी /दशनामि	१०५१	०.६६	४९४	५५७
२०	धानुक	१४	०.०१	९	५
२१	दुसाध/पासवान/ पासि	१३	०.०१	९	४
२२	शेर्पा	९२५७	५.८३	४४६४	४७९३
२३	ब्राम्हण तराई	२३	०.०१	१४	९
२४	कथवनीया	२७	०.०२	१२	१५
२५	घर्ती भुजेल	८५०	०.५४	३८९	४६१
२६	कलवार	१२	०.०१	५	७
२७	कुमाल	८९६	०.५६	४०१	४९५
२८	हाजम /ठाकुर	५१	०.०३	३२	१९
२९	राजवंशी	१५	०.०१	१०	५
३०	सुनुवार	५५	०.०३	२६	२९
३१	माझी	१६३	०.१०	७७	८६
३२	दनुवार	११	०.०१	६	५
३३	कायस्थ	२०६	०.१३	१११	९५
३४	मारवाडी	८३	०.०५	३८	४५
३५	भोटे	३४८८	२.२०	१६८३	१८०५
३६	याक्खा	७१८९	४.५३	३३११	३८७८
३७	माली	२१	०.०१	११	१०
३८	बोटे	३२	०.०२	१६	१६
३९	बादी	६४	०.०४	२५	३९
४०	पथरकट्टा/कुशवाडिया	३५	०.०२	१६	१९

सि.नं.	जातजातीको नाम	जम्मा		संख्या	
		संख्या	प्रतिशत	पुरुष	महिला
	जम्मा	१५८०४१	१००.००	७९५७९	७८४६२
४१	ल्हामी	८६९	०.५५	४१२	४५७
४२	धान्डी	२०	०.०१	८	१२
४३	कुलुङ	९७५५	६.१५	४७४२	५०१३
४४	घले	५६	०.०४	३२	२४
४५	खवास	२१	०.०१	१०	११
४६	नाछिरिङ	१७६	०.११	८२	९४
४७	याम्फु	४२६२	२.६८	२०७७	२१८५
४८	चाम्लिङ	३३२	०.२१	१५५	१७७
४९	बान्तवा	६१	०.०४	३३	२८
५०	थुलुङ	६५८	०.४१	३३६	३२२
५१	मेवाहाङ /वाला	२२६१	१.४२	१०९१	११७०
५२	बाहिङ	५१	०.०३	२४	२७
५३	साङपाङ	७८	०.०५	४३	३५
५४	खालिङ्ग	४६३	०.२९	२१६	२४७
५५	तोप्केगोला	६९	०.०४	३७	३२
५६	लोहारुङ्ग	९५८	०.६०	४७६	४८२
५७	अन्य	१४८	०.०९	७२	७६
५८	अन्य दलित	५२	०.०३	३०	२२
५९	अन्य तराई	६३	०.०४	३३	३०
६०	उल्लेख नभएको	१८३	०.१२	८२	१०१

२.८.३ मातृभाषा अनुसार जिल्लाको जनसंख्या विवरण

सि नं	मातृभाषाको नाम	जम्मा		पुरुष	महिला
		संख्या	प्रतिशत		
	जम्मा	१५८७४२	१००.००	७५२२५	८३५१७
१	नेपाली	७३३१२	४६.१८	३४३०४	३९००८
२	तामाङ्ग	१३९९८	८.८२	६६६१	७३३७
३	शेर्पा	१२६२६	७.९५	६१०८	६५१८
४	कुलुङ्ग	१०५१७	६.६३	५१२१	५३९६
५	लिम्बु	७८५९	४.५९	३७२८	४१३१
६	यक्खा	६८१०	४.२९	३१४७	३६६३

सि नं	मातृभाषाको नाम	जम्मा		पुरुष	महिला
		संख्या	प्रतिशत		
७	यम्फु / याम्फे	५०६४	३.१९	२४९०	२५७४
८	गुरुङ	४६१३	२.९१	२१६९	२४४४
९	मगर	३६२९	२.२९	१६९७	१९३२
१०	राई	३४९४	२.२०	१६३३	१८६१
११	नेवार	३०४६	१.९२	१४४७	१५९९
१२	लोहारुङ्ग	२८२३	१.७८	१३१६	१५०७
१३	मेवाहाङ्ग	२४९६	१.५७	१२३५	१२६१
१४	खालिङ्ग	१८०६	१.१४	८६८	९३८
१५	चाम्लिङ्ग	१३९३	०.८८	६६२	७३१
१६	थुलुङ्ग	९७५	०.६१	४९१	४८४
१७	अन्य	५९५	०.३७	२८३	३१२
१८	ल्होमी	५९१	०.३७	२८५	३०६
१९	मैथिली	४९३	०.३१	३२२	१७१
२०	नाछिरिङ्ग	३९१	०.२५	१८५	२०६
२१	बान्तावा	२९६	०.१९	१४७	१४९
२२	डुमी	१९३	०.१२	८७	१०६
२३	भुजेल	१९०	०.१२	८३	१०७
२४	साम्पाङ्ग	१८९	०.१२	९८	९१
२५	बाहिङ्ग	१६०	०.१०	७५	८५
२६	सिंधी	१५०	०.०९	७१	७९
२७	कोयी	११५	०.०७	५४	६१
२८	जेरो / जेरुन	१११	०.०७	५७	५४
२९	बेलहरी	६८	०.०४	२९	३९
३०	कुमाल	५६	०.०४	२४	३२
३१	माझी	५३	०.०३	२५	२८
३२	थारु	५२	०.०३	४०	१२
३३	पुमा	३८	०.०२	१९	१९
३४	राजस्थानी	३७	०.०२	१६	२१
३५	बोटे	२९	०.०२	१२	१७
३६	भोजपुरी	२८	०.०२	१६	१२
३७	सुनुवार	२८	०.०२	११	१७

सि नं	मातृभाषाको नाम	जम्मा		पुरुष	महिला
		संख्या	प्रतिशत		
३८	सिंङ भाषा	२१	०.०१	९	१२
३९	डोटेली	१४	०.०१	६	८
४०	हिन्दी	१३	०.०१	११	२
४१	संस्कृत	१३	०.०१	७	६
४२	घले	१२	०.०१	६	६

२.८.४: धर्म अनुसार जनसंख्याको विवरण

धर्म	नेपाल	प्रतिशत	संखुवासभा	प्रतिशत
हिन्दु	२३६७७७४४	८१.२	६३८८९	४०.४
किँरात	९२४२०४	३.२	४५५८१	२८.८
बौद	२३९३५४९	८.२	४२२५८	२६.३
कृष्चियन	५१२३१३	१.८	५०७२	३.२
प्रकृती	१०२०४८	०.३	४	०.०१
जैन	२३९८	०.०१	०	०
ईस्लाम	१४८३०६६	५.१	४९१	०.३
वोन	६७२२३	०.२	७०९	०.४
सिख	१४९६	०.०१	३३	०.०२
अन्य	५३७	०.००१	४४	०.०२
जम्मा	**२९१६४५७८**	**१००**	**१५८०४१**	**१००**

२.८.५ : उमेर र लिङ्ग अनुसार जिल्लाको जनसंख्या प्रक्षेपण

	लिंग	जम्मा	०-४	४-९	९-१४	१५-१९	२०-२४	२५-२९	३०-३४	३५-३९	४०-४४	४५-४९	५०-५४	५५-५९	६०-६४	६५-६९	७०-७४	७५+
२००६	जम्मा	१७३५१	२३१८०	२०४९	२१२३६	२१००१	१५४२९	१२०५१	१०५७२	९५४२	८९४५	७३६६	६३४०	४८३९	४१४३	३२२२	२४४५	२७०८
	पुरुष	८५५३०	११८७४	१०६०५	१०६१२	१०५२४	७३५७	५५६३	४९९१	४४५०	४३०५	३६५६	३०४७	२३२९	२०५८	१६३२	११९६	१३३१
	महिला	८७९८७	११३०६	९८९३	१०६२४	१०४७७	८०७२	६४८८	५५८१	५०९२	४६४०	३७१०	३२९३	२५१०	२०८५	१५९०	१२४९	१३७७

वर्ष	लिंग	जम्मा	०-४	४-९	९-१४	१५-१९	२०-२४	२५-२९	३०-३४	३५-३९	४०-४४	४५-४९	५०-५४	५५-५९	६०-६४	६५-६९	७०-७४	७५+
२०११	जम्मा	१८७६१६	२२६३०	२२७१३	२१३५८	२१५३३	१७४९२	१३७०७	१२०२५	१०८०२	१०१८२	८४२५	७२५१	५४९३	४६२३	३५५४	२७१५	३११३
	पुरुष	९३१२८	११६६२	११८०१	१०८७०	१०९०६	८६६२	६५३४	५७४६	४९६७	४८३७	४१५९	३४५०	२६०५	२२८२	१८०५	१३२३	१५१९
	महिला	९४४८	१०९६८	१०९१२	१०४८	१०६२७	८८३०	७१७३	६२७९	५८३५	५३४५	४२६६	३८०१	२८८८	२३४१	१७४९	१३९२	१५९४
२०१६	जम्मा	२०२२७१	२२८११	२२३१०	२३७७९	२१७६४	१८००३	१५६१०	१३७६८	१२३५५	११५९८	९६५२	८३६१	६३३९	५३०१	४०१५	३०३९	३५६६
	पुरुष	१०१११३	११८३४	११६६९	१२१५७	११२३२	९०२६	७७३८	६७९३	५७५५	५४३८	४७०९	३९५९	२९७९	२५८२	२०२८	१४८५	१७२९
	महिला	१०११५८	१०९७७	१०६४१	११६२२	१०५३२	८९७७	७८७२	६९७५	६६००	६१६०	४९४३	४४०२	३३६०	२७१९	१९८९	१५५४	१८३७
२०२१	जम्मा	२१८०९१	२३५४२	२२५९९	२३४५२	२४३३२	१८२५५	१६१३०	१५७७४	१४२०७	१३३४३	११०५३	९६४८	७३६५	६१७१	४६५४	३४८०	४०८६
	पुरुष	१०९७६८	१२२८८	११८९३	१२०६०	१२६०९	९३३२	८०९६	८०८०	६८३५	६३३३	५३२३	४५१०	३४४३	२९७९	२३२०	१६९०	१९७७
	महिला	१०८३२३	११२५४	१०७०६	११३९२	११७२३	८९२३	८०३४	७६९४	७३७२	७०१०	५७३०	५१३८	३९२२	३१९२	२३३४	१७९०	२१०९

२.८.६ साक्षरताको अवस्था

५ वर्ष भन्दा माथीका मानिसहरुको साक्षरता प्रतिशत

साक्षरता दर (प्रतिशतमा)	नेपाल	जम्मा	७६.२	संखुवासभा	जम्मा	७९.७
		पुरुष	८३.६		पुरुष	८६.४
		महिला	६९.४		महिला	७२.९

२.८.७ अपाङ्गता सम्बन्धि विवरण

		जम्मा	पुरुष	महिला
जम्मा		१५८०४१	७९५७९	७८४६२
अपाङ्गता नभएको		१५२७९९	७६७७६	७६०२३
प्रतिशत		९६.६८	९६.४७	९६.८९
अपाङ्गता भएको		५२४२	२८०३	२४३९
प्रतिशत		३.३	३.५	३.१
अपाङ्गता	शारिरीक	१८९५	१०७०	८२५
	दृष्टि सम्बन्धि	१०८९	५३२	५५७
	सुनाई सम्बन्धि	१००१	५४२	४५९
	श्रवणदृष्टिसम्बन्धि	१०९	६०	४९
	मानसिक	३९०	२२३	१६७
	वौद्धिक	६६	३०	३६
	हेमोफेलिया	१०	३	७
	अटिजम	३८	१०	२८
	मनोसामाजिक	१६७	८२	८५
	वहु	४७७	२५१	२२६

२.८.८ परिवारमा अनुपस्थित सदस्य

क्षेत्र		नेपाल	प्रतिशत	संखुवासभा	प्रतिशत
जम्मा घरपरिवार		६६६६९३७	१००	३९१७३	१००
अनुपस्थित घरपरिवार		१३७८६७८	२५.४२	९५८९	२७.७०
अनुपस्थित जनसंख्या	जम्मा	१९२१४९४	१००	१२१९८	१००
	पुरुष	१६८४०२९	८७.६४	११३३५	९२.९३
	महिला	२३७४००	१२.३५	८६३	७.०७
उल्लेख नभएको		६५		०	

२.९ वातावरणिय स्वास्थ्य विवरण

२.९.१ पिउने पानीको मुख्य श्रोत

	क्षेत्र	नेपाल	प्रतिशत	संखुवासभा	प्रतिशत
पिउने पानीको श्रोत	जम्मा	६६६६९३७	१००	३९१७३	१००
	धारा/पाईप	३७९४८६१	५६.९	३०८०९	७८.६
	ट्युवेल/हाते पम्प	१९८२१८०	२९.८	०	०
	ढाकिएको ईनार/कुवा	१०२२३५	१.५	७९२	२.२
	खुला ईनार/कुवा	१४१८५७	२.१	९०६	२.३
	मुलधारा	२६२०४४	४	६१८२	१५.७
	नदी/खोला	२३८२७	०.३५	३२९	०.८३
	अन्य	३५३८३७	५.३	१००	०.२५

२.९.२ खाना पकाउन अक्सर प्रयोग गरिने ईन्धन

	क्षेत्र	नेपाल	प्रतिशत	संखुवासभा	प्रतिशत
खाना पकाउन अक्सर प्रयोग गरिने ईन्धन	जम्मा	६६६६९३७	१००	३९१७३	१००
	काठ दाउरा	३३९८३१६	५१	३२९२२	८४.२
	मट्टितेल	३२९७	०.०५	३९	०.१
	एल पि ग्यास	२९४९९९५	४४.३	५९०७	१५.१
	गुईटा	१९१५३१	२.९	४	०.०१
	गोवर गयाँस	७८४०६	१.२	१७१	०.४
	विजुली	३२५७४	०.५	६१	०.०२
	अन्य	६७२२	०.१	१२	०.०३
	नखुलेको	६५९६	०.०९	५७	०.१४

२.९.३ शौचालयको प्रकार

	क्षेत्र	नेपाल	प्रतिशत	संखुवासभा	प्रतिशत
शौचालयको प्रकार	जम्मा	६६६६९३७	१००	३९१७३	१००
	शौचालय नभएको	३०१४९०	४.५	५७४	१.५
	फ्लस भएको (सार्वजनिक ढल)	६५३७१०	९.८	२३१	०.६
	फ्लस भएको (सेप्टिक ट्याङ्क)	३६६७७८०	५५.१	२७८७४	७३.३
	साधारण	२००५४८०	३०.१	१०२९८	२६.३
	सार्वजनिक	३२३८१	०.५	१४१	०.४
	नखुलेको	६०९६	०.०९	५५	०.१

२.१०: शिक्षा तथा खेलकुद

२.१०.१ शिक्षा

क्र.सं.	शिक्षा सम्बन्धि जिल्लास्थित सस्थाहरु	संख्या
१	शिक्षा विकास तथा समन्वय इकाई	१
२	आधारभुत विद्यालय	३०८
३	माध्यामिक विद्यालय	६५
४	सामुदायीक विद्यालय	३७३
५	सस्थागन विद्यालय	३४
६	क्याम्पस	५
७	गुरुकुल	३
८	गुम्बा	३
९	सामुदायीक अध्ययन केन्द्र	१९

स्रोतः शिक्षा विकास तथा समन्वय इकाई संखुवासभा २०७६

२.१०.२ खेलकुद

यस जिल्लामा खेलिने मुख्य मुख्य खेलहरुमा फुटबल, भलिबल, व्याडमिन्टन, एथलेटिक्स, मार्शल आर्ट आदि पर्दछन् । जिल्ला प्रशासन कार्यालय संखुवासभामा २०७८ अषाढ मसान्त सम्म दर्ता भएका सस्था तथा क्लवको संख्या ५९४ रहेको छ ।

२.११ स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

विवरण	सख्या	विवरण	सख्या
अस्पताल	५	स्वास्थ्य कार्यालय	१
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	२	जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र	१
स्वास्थ्य चौकी	३१	आयुर्वेद औषधालय	४
शहरी स्वास्थ्य केन्द्र	१४	आँखा उपचार केन्द्र	३
सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई	४१	प्राइभेट अस्पताल	३
आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्र	३८	पोलिक्लिनिक	३
खोप केन्द्र	१९९	दर्ता भएका औषधि पसल (एलोपेथिक ३१, आयुर्वेद ३, होमियोप्यथीक ३, भेटरिनरी ७)	४४
गाउँघर क्लिनीक	९०		

२.१२ एफ. एम. रेडियो स्टेसनहरु

क.सं.	एफ. एम. रेडियोको नाम	स्टेशन रहेको ठाँउ	सम्पर्क नम्बर
१	खाँदबारी एफ. एम.	खाँदबारी	०२९५६०५२० ०२९५६०५२१
२	रेडियो सखुवासभाएफ. एम.	खाँदबारी	०२९५६०५४० ०२९५६०६६७
३	सुनाखरी रेडियो लाईभ	खाँदबारी	९८४११४५९३७
४	पाखिबास एफ. एम.	खाँदबारी	०२९५६०१५०
५	नयाँ अभियान एफ. एम.	मुडेशनिश्चरे	०२९५६०१२८
६	अरुण एफ. एम.	चैनपुर	९८४२४२२६०४
८	साङ्ग्रिला एफ. एम.	नुम	९८४२१०८१००

२.१३ स्थानिय समचारपत्र

क.सं.	समचारपत्रको नाम	प्रकार	प्रकासन हुने स्थान	सम्पर्क नम्बर
१	पाखिवास साप्ताहीक	साप्ताहीक	खाँदबारी	९८५२०५१९३३
२	संखुवासभा एक्सप्रेस	साप्ताहीक	खाँदबारी	९८६२०५५४५८
३	लालिगुराँस साप्ताहीक	साप्ताहीक	चैनपुर	९८४२१०६७४०
४	असल शासन आवाज	साप्ताहीक	खाँदबारी	९८४१८२०९०१

२.१४ सुरक्षा निकायको विवरण

क्र.सं.	विवरण	संख्या	क्र.सं.	विवरण	संख्या
१	नेपालि सेना व्यारेक	२	६	ईलाका प्रहरी कार्यालय	७
२	सशस्त्र प्रहरी गण गुल्म	२	७	प्रहरी चौकी	२३
३	जिल्ला प्रहरी कार्यालय	१	८	अस्थाई प्रहरी पोस्ट	७
४	राष्ट्रिय अनुसन्धान जिल्ला कार्यालय	१	९	सिमा प्रहरी चौकी	१
५	जिल्ला ट्राफिक प्रहरी कार्यालय	१			

२.१५ बैक तथा वितिय संस्था

संखुवासभा जिल्लामा (स्थानिय तह सहित)संचालनमा रहेका बैंकहरु निम्नानुसार रहेका छन् ।

सि.नं.	बैंकको नाम	सि.नं.	बैंकको नाम
१	राष्ट्रिय बाणिज्य बैंक	१०	शिदार्थ बैंक
२	नेपाल बैंक लिमिटेड	११	एस वि आई बैंक
३	कृषि विकास बैंक	१२	बैंक अफ काठमाण्डौं
४	सेन्चुरी बैंक	१३	एन आई सि एसिया बैक
५	सानिमा बैंक	१४	हिमालयन बैंक
६	नविल बैंक	१५	एन आई वि एल बैंक
७	प्रभु बैंक	१६	ग्लोबल आई एम ई बैक
८	एभरेष्ट बैंक	१७	नेपाल बङ्गलादेश बैंक
९	प्राईम बैंक	१८	इन्भेष्टमेन्ट बैक

अध्याय-३

स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको परिचय तथा कार्य प्रगति

पृष्ठभूमि

संखुवासभा जिल्लाको स्वास्थ्य सेवाको ईतिहासमा वि.सं. २०१७ सालमा तत्कालिन जिल्ला सदरमुकाम चैनपुरमा स्थापना भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चैनपुर नै पहिलो हो। सदरमुकाम खाँदबारी सारिएपछि वि.स. २०३३ सालमा खाँदबारी अस्पतालको स्थापना भई जिल्लामा नै केहि हद सम्म भएपनि स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन थालियो।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले मुलुक भरका नागरीकहरुलाई सर्वसुलभ तवरबाट प्राथमिक तथा विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराई स्वस्थ र उत्पादनशिल नागरिक उत्पादन गर्न विश्व स्वास्थ्य संगठनको सन् १९७८ को अल्माआटा सम्मेलन बाट घोषणा भएको सन् २००० सम्म सबैका लागि स्वास्थ्य भन्ने मुलनाराका साथ स्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रम संरचना तयार गरी सेवा संचालन गरीरहेको छ। जस अनुसार जिल्ला भरी प्रतिकारात्मक, प्रबर्धनात्मक र उपचारात्मक सेवा एकिकृत रुपले सञ्चालन गर्न २०४५ साल अघि भर्टिकल रुपमा संचालन भएका सबै आयोजनाहरुलाई एकिकृत गरी २०४५ सालमा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयको व्यवस्था गरी जिल्लामा उपचारात्मक सेवाका लागि जिल्ला अस्पताल र प्रतिकारात्मक, प्रबर्धनात्मक र उपचारात्मक सेवा जिल्ला भरी संचालन गर्न गराउन जनस्वास्थ्य कार्यलयको व्यवस्था भएको हो।

अलग रुपमा २०३३ सालमा खाँदबारी अस्पतालको स्थापना भए देखि नै स्वास्थ्य सेवा दिदै आएको अस्पताल र जन स्वास्थ्य कार्यलयबाट एकिकृत स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको लागि जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय लाई जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय बनाईयो। पुन: वि.सं. २०७४ सालमा खाँदबारी अस्पताल ५० सैय्यामा स्तरउन्नती भए पछि विशेष गरी प्रतिकारात्मक तथा प्रबर्धनात्मक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापनका लागि जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयको स्थापना गरी सञ्चालनमा रहेको र संघिय मन्त्रीपरिषदको मिति २०७५/९/९ को ७७ ओटै जिल्लामा स्वास्थ्य कार्यालय रहने निर्णय अनुसार यस जिल्लामा स्वास्थ्य कार्यालय स्थापना भई हाल सञ्चालनमा रहेको छ।

नेपाल सरकारले स्वास्थ्य सेवाहरुलाई प्रभावकारी रुपले संचालन गरी मुलुकमा हाल भएको शिशु मृत्यु, बाल मृत्यु, मातृ मृत्यु, प्रजनन् दर, कोरा जन्मदर, कोरा मृत्यु दर आदिमा कमी ल्याउने तथा औषतआयु बढाई स्वास्थ तथा उत्पादनशिल नागरीक उत्पादन गर्ने लक्ष्य लिएको छ। जिल्ला स्तरमा स्वास्थ्य कार्यालय, संखुवासभाले जिल्ला समन्वय समिति, जिल्ला अस्पताल, जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र, नेपाल रेडक्रस सोसाइटी, गोरखा वेलफेयर सेन्टर, नगरपालिकाहरु, गाँउपालिकाहरु,

पोलिक्लिनिक तथा प्राईभेट अस्पतालहरु र अन्य विभिन्न क्लिनिकहरुलतथा पोषण, परिवार नियोजन साथै सुरक्षित मातृत्वसँग प्रत्यक्ष रुपमा सेवा पुर्याउन जिल्ला स्थित सुआहारा २, One Heart Worldwide, IPAS Nepal करुणा फाउन्डेशन, सुनौलो परिवार नेपाल आदि जस्ता राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय गैह्र सरकारि संघ संस्थाहरु सँग समन्वय गरी स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्ने गरेको थियो। हाल जिल्लामा कुनै पनि गैर सरकारी संस्था छैनन् ।

मुख्य कार्यक्रम

- बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम
  - खोप कार्यक्रम
  - पोषण कार्यक्रम
  - समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन
- परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम
  - सुरक्षित मातृत्व
  - परिवार नियोजन
  - प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक
  - राष्ट्रिय सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका
- रोग नियन्त्रण
  - क्षयरोग तथा कुष्ठरोग नियन्त्रण
  - औलो तथा कालाजार
  - HIV/AIDS नियन्त्रण
- स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संञ्चार
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम कार्यक्रम
- नि:शुल्क स्वास्थ्य कार्यक्रम
- आपुर्ति व्यवस्थापन कार्यक्रम

स्वास्थ्य कार्यालयका प्रमुख कार्यहरु:

१. प्रदेश अन्तर्गत स्वास्थ्य निर्देशनालय मातहत कार्यालयका रुपमा रही प्रदेश र स्थानीयतहसँग समन्वय, सहजिकरण, सहयोग एवम् तोकिए बमोजिम प्रदेशको निर्देशन भए अनुसार कार्यान्वयन गर्ने।

२. कार्यक्षेत्र भित्रका जिल्लाहरु तथा स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई आवश्यक पर्ने खोप, अत्यावश्यक तथा गुणस्तर एवं संवेदनशील औषधी तथा स्वास्थ्य सामाग्रीहरु भण्डारण तथा वितरण योजना (मासिक, त्रैमासिक/चौमासिक, अर्धवार्षिक,वार्षिक) गरी कार्यान्वयन गर्ने।

३. जनस्वास्थ्य तथा भेक्टर सर्भिलेन्स र विपद/महामारी व्यवस्थापन,सहजिकरण र समन्वय गर्ने।

४. जनस्वास्थ्य अभियान सञ्चालन तथा सहयोग, समन्वय र सहजिकरण गर्ने।

५. स्थानीय निकाय र स्वास्थ्य निकायहरु बिच समन्वय गर्ने।

६. एकिकृत स्वास्थ्य सूचना विश्लेषण र अध्ययन गरी सो अनुसार योजना बनाउने एवम् स्थानीयतहमा सहजिकरण तथा पृष्ठपोषण गर्ने।

७. स्वास्थ्य सेवामा पहुँच, उपभोगमा बृद्धि गर्न आवश्यक योजना बनाउने, समन्वय तथा सहजिकण गर्ने ।

८. सरकारी, निजि, सहकारी द्वारा सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थाहरु, कर्मचारीको सुपरीवेक्षण, अनुगमन, नियमन तथा गुणस्तर सम्बन्धि कार्य गर्ने।

९. संस्थागत तथा जनशक्तिको प्राविधिक क्षमता अभिबृद्धी गर्ने ।

१०. प्रादेशिक विशेष स्वास्थ्य सेवा एवं नियमित कार्यक्रमहरु (क्षयरोग तथा कुष्ठरोग नियन्त्रण, परिवार नियोजन, मातृशिशु स्वास्थ्य, सामाजिक सुरक्षा, बिमा, विशेषज्ञ स्वास्थ्य शिविर लगायत हात्तिपाईले, पोषण, दादुरा खोप लगायत अन्य विशेष कार्यक्रमहरु) सञ्चालन, समन्वय र सहजिकरण गर्ने।

११. वातावरणीय स्वास्थ्य, खानेपानी, सरसफाई तथा पेशागत स्वास्थ्य प्रवर्द्धन एवम् व्यवस्थापन कार्य गर्ने।

१२. जनसंख्या व्यवस्थापन सम्बन्धि कार्य गर्ने ।

१३. प्रदेश सरकारबाट तोकिएका कार्यहरु गर्ने ।

१४. बहुक्षेत्रिय समन्वय सहजिकरण सम्बन्धि कार्यहरु गर्ने।

१५. आन्तरीक प्रशासन (आर्थिक, प्रशासनिक व्यवस्थापन) सम्बन्धि कार्य गर्ने।

यस कार्यालयबाट सम्पादन भई रहेका मुख्य-मुख्य कार्यक्रमहरु निम्नानुसार छन् :

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रबर्धनः मूख्य गरी राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको आपुर्ति व्यवस्थापन, सुक्ष्म योजना तर्जुमा गरी पूर्ण खोप सुनिश्चितताको दिगोपना कायम गर्ने, मातृ तथा नवजात शिशुको स्वास्थ्य प्रबर्धन गर्ने, परिवार नियोजन सेवा अन्तरगतका क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने लगायत यस कार्यालयले स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता अभिबृद्धि गर्ने, माहामारी जन्य समस्यामा समन्वयकारी भुमिका निर्वाह गर्ने

गर्दछ। सङ्घीय सरकार र प्रदेश सरकारले उपलब्ध गराउने नि:शुल्क औषधिको आपुर्ति व्यस्थापनमा यस कार्यालयले माग सङ्कलन गर्ने र सो को समन्वय गरी औषधी आपुर्ति गरी जिल्ला भित्रका सबै गाउँपालिका तथा नगरपालिकालाई औषधी बितरण गर्ने कार्य समेत निर्वाह गर्दछ।

स्वास्थ्य संस्थाहरुको अनुगमन नियमनः प्रदेश सरकारको कार्यक्षेत्र भित्र पर्ने मझौला स्तरका स्वास्थ्य संस्थाहरुको अनुगमन, नविकरण, सञ्चालन स्वीकृती एवं सिफारिस सम्बन्धि कार्य यस कार्यालयको प्रशासनिक कार्य अन्तर्गत पर्ने कार्य हो।

एम्बुलेन्स व्यवस्थापनः राष्ट्रिय एम्बुलेन्स सञ्चालन व्यवस्थापन निर्देशिका २०७८ अन्तरगत यस कार्यालयले जिल्ला स्थित एम्बुलेन्स सञ्चालन समितिको सचिवालय कार्यालयको रुपमा तोकिएको काम गर्ने गर्दछ ।

बिद्यालय नर्स व्यवस्थापन एवं सञ्चालनः बिद्यालय तहमा नै विद्यार्थीको समग्र स्वास्थ्य, सरसफाई, पोषण, मानसिक स्वास्थ्य किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य प्रवर्धन गर्न, सर्ने र नसर्ने रोग रोकथाम बारे जनकारी गराई स्वस्थ जीवनयापन गर्न उत्प्रेरित गर्न कोशी प्रदेश सरकारले कम्तिमा एक पालिक एक बिद्यालय नर्सको अवधारणा अनुरुप बिद्यालय नर्सको परिचालन गरि रहेको छ। संखुवासभा जिल्लामा १० वटा पालिकाका १२ वटा बिद्यालयहरुमा ९ जना नर्सहरु कार्यरत हुनु हुन्छ उहाँहरुको सम्पर्क कार्यालयको रुपमा समेत यस कार्यालयले कार्य गरिरहेको छ ।

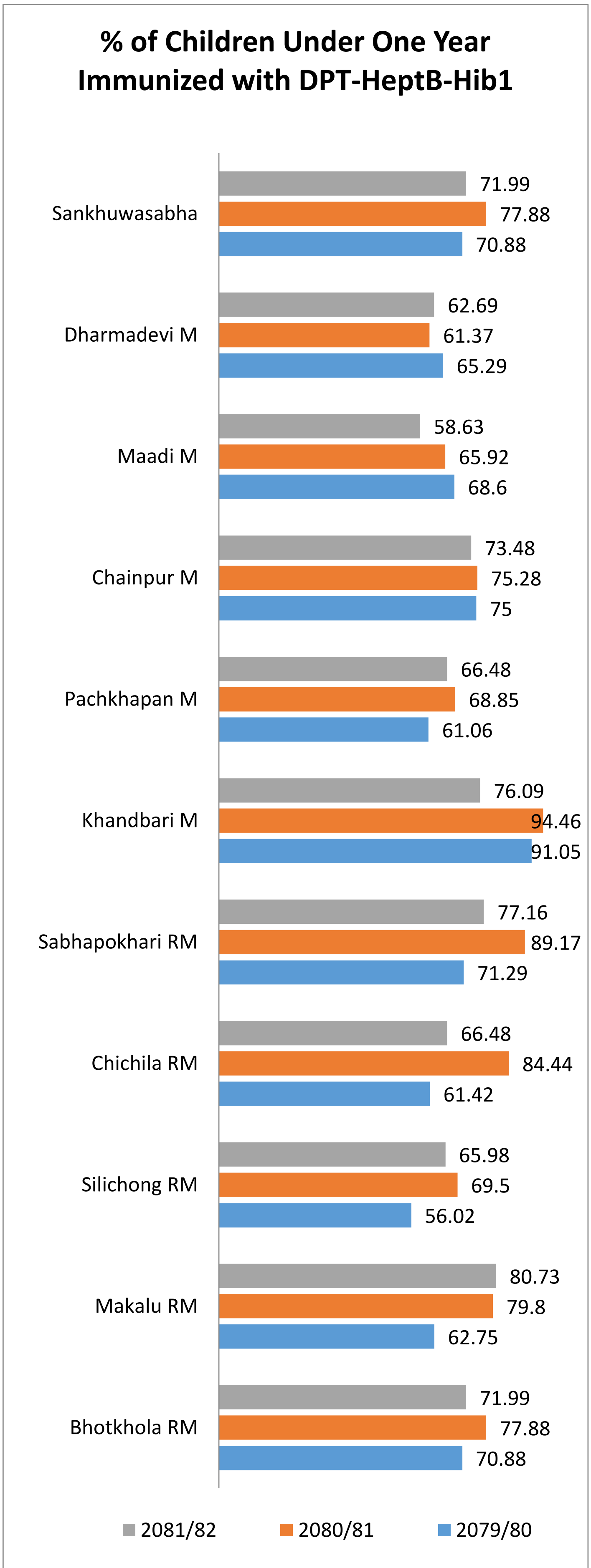
महिला स्वास्थ्य स्वयं सेवक क्षमता अभिवृद्धि: संखुवासभा जिल्ला भरिमा स्वयं सेविकाको रुपमा हाल ३२७ जना महिला स्वास्थ्य स्वयं सेवकहरुले नियमति स्वास्थ्य सेवा प्रवद्र्धनमा अहम् भुमिका निर्वाह गरि रहनु भएको छ। सुरक्षित मातृत्व तथा नवजात शिशु कार्यक्रमहरु तथा परिवार नियोजन कार्यक्रमहरुमा जनचेतना अभिबृद्धि गर्ने, स्वास्थ्य सेवाहरुको बारेमा घरदैलोमा नै पुगि सुचना संप्रेषण गर्ने, सुरक्षित आमा समुहरुको बैठक गर्ने, तोकिएको ढाँचामा दैनिक अभिलेखिकरण गरी स्वास्थ्य संस्थामा मासिक प्रतिवेदन गर्ने लगायत स्थानीय स्तरका अन्य थुप्रै कार्यक्रमहरुमा उहाँहरुको संलग्नता रहने गर्दछ। उहाँहरुको प्रत्यक्ष सञ्चालन गाउँपालिका एवं नगरपालिकाले गर्ने भएता पनि उहाँहरुको क्षमता अभिबृद्धि गर्ने, व्यक्तिगत विवरणको अभिलेखिकरणमा समन्वय गर्ने, स-सम्मान बिदाइ गर्ने कार्य स्वास्थ्य कार्यालयले गर्ने गर्दछ।

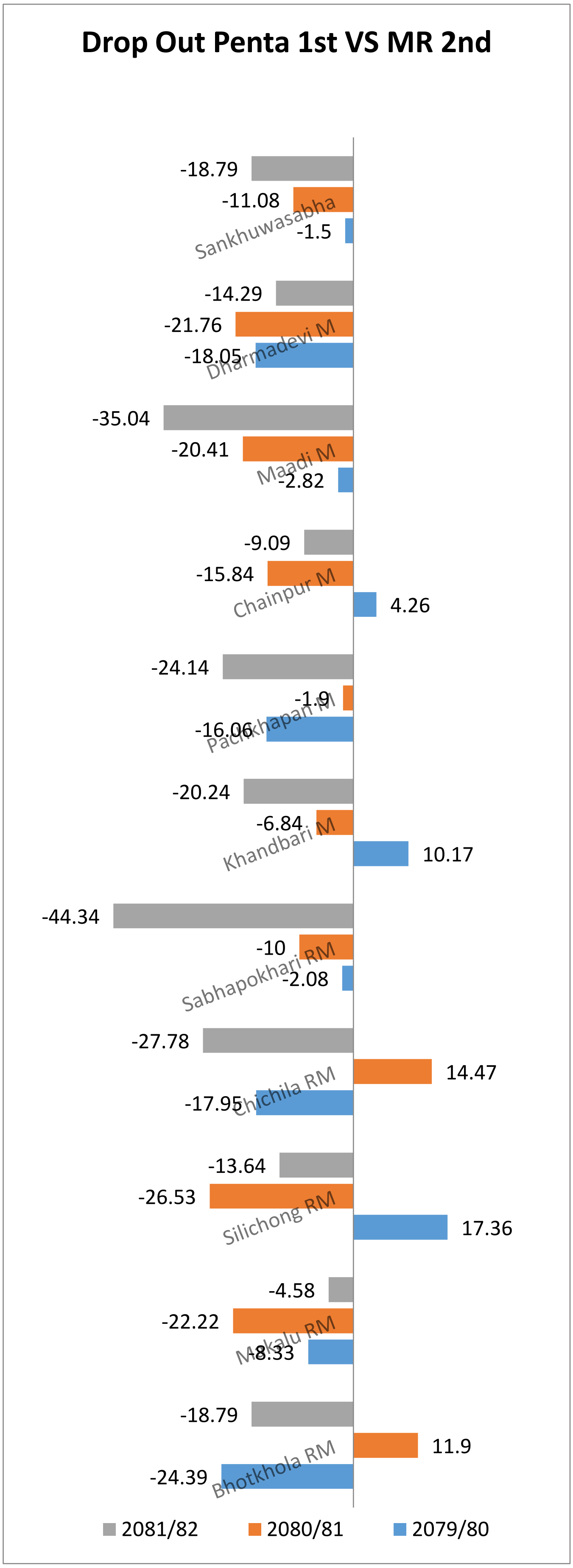
एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीः नेपाल सरकारको आधिकारिक तथ्याङ्क प्रणालीको मूख्य अंशको रुपमा रहेको स्वास्थ्य क्षेत्रको सम्पुर्ण सुचना प्रणालीको सञ्चालन व्यवस्थापन सङ्घीय सरकारले नै गर्दै आईरहेको छ। यस प्रणाली अन्तरगत जिल्ला भित्र रहेका निजि तथा सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थाहरुले मासिक एवं दैनिक तथ्याङ्कीय अभिलेखहरु तोकिएको ढाँचामा व्यवस्थापन प्रणालीको वेभ प्रोर्टलमा नियमित अभिलेखन गर्ने प्रणालीको व्यवस्थान गरिएको छ। उक्त कार्यक्रमको

जिल्लास्तरबाट अनुगमन गर्ने, पृष्ठपोषण गर्ने, समन्वय गर्ने र दिगो बिकासका लक्ष्यहरुले तोकेको दिशामा सूचकहरुमा प्रगति भए नभएको नियमित अनुगमन गर्ने र सरकारवालालाई सम्बद्ध बिषयमा जानकारी एवं अभिमुखिकरण गर्ने कार्य पनि यस कार्यालयले गर्ने गर्दछ।

स्वास्थ्य कार्यालय संखुवासभाको दरबन्दी तेरिज र पदपुर्तिको अवस्था

पद	**श्रेणी**	**स्विकृतदरबन्दी**	**पदपूर्ती**	**पद रिक्त**	**करार**	**कैफियत**
ब/ज.स्वा.अ	७/८	१	१	०	०	
हेअ वा सो सरह	५/६/७	२	१	१	०	
प.हे.न	५/६/७	१	१	०	०	
ल्याब टे.	५/६/७	१	१	०	०	
को.चे.अ.	४/५/६	१	०	१	१	
तथ्याङ्क सहायक	५/६/७	१	०	१	०	
प्र. सहायक	५/६	१	०	१	०	
लेखापाल	५/६	१	१	०	०	को.ले.नि.का बाट कामकाजमा
हसचा	श्रेणी विहिन	१	०	१	१	
का. सहयोगी	श्रेणी विहिन	२	०	२	२	
जम्मा		१२	५	७	४	


% of Children Under One Year Immunized with DPT-HeptB-Hib1
Sankhuwasabha 71.99 77.88 70.88
Dharmadevi M 62.69 61.37 65.29
Maadi M 58.63 65.92 68.6
Chainpur M 73.48 75.28 75
Pachkhapan M 66.48 68.85 61.06
Khandbari M 76.09 94.46 91.05
Sabhapokhari RM 77.16 89.17 71.29
Chichila RM 66.48 84.44 61.42
Silichong RM 65.98 69.5 56.02
Makalu RM 80.73 79.8 62.75
Bhotkhola RM 71.99 77.88 70.88
2081/82
2080/81
2079/80


Drop Out Penta 1st VS MR 2nd
Sankhuwasabha -18.79 -11.08 -1.5
Dharmadevi M -14.29 -21.76 -18.05
Maadi M -35.04 -20.41 -2.82
Chainpur M -9.09 -15.84 4.26
Pachkhapan M -24.14 -1.9 -16.06
Khandbari M -20.24 -6.84 10.17
Sabhapokhari RM -44.34 -10 -2.08
Chichila RM -27.78 14.47 -17.95
Silichong RM -13.64 -26.53 17.36
Makalu RM -4.58 -22.22 -8.33
Bhotkhola RM -18.79 11.9 -24.39
2081/82
2080/81
2079/80

१. राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

खोप उच्च प्राथमिकता प्राप्त एवं लागत प्रभावकारी (Cost Effective) जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो । खोप सेवाले विभिन्न रोगहरु विरुद्ध लड्ने क्षमता वृद्धि तथा रोग नै लाग्नबाट बच्ने सुरक्षाको सुनिश्चितता प्रदान गर्दछ । वि.सं. २०३४ सालमा विफर उन्मूलन भए पश्चात नेपालमा यो कार्यक्रम विस्तारित खोप आयोजनाको रुपमा धनुषा, रुपन्देही र सिन्धुपाल्चोक जिल्लाहरुबाट बि.सि.जी. र डि.पि.टी. खोपबाट सेवा प्रारम्भ भएको हो । वि.सं. २०३६-३७ सालमा पोलियो र दादुरा खोप थप गरी अन्य जिल्लाहरुमा विस्तार गर्दै बि.सं. २०४५ सालसम्ममा ७५ वटै जिल्लाहरुमा ६ वटा रोगहरु क्षयरोग, भ्यागुते, धनुष्टंकार, लहरेखोकी, पोलियो, दादुरा विरुद्दका खोपहरु समावेश गरियो । बि.सं.२०६० सालमा हेपाटाइटिस्-बी, बि.सं.२०६४ सालदेखि जापनिज इन्सेफलाइटिस् जोखिमपूर्ण जिल्लाहरुमा र बि.सं. २०७३ साल देखि ७५ वटै जिल्लामा विस्तार गरियो । यसैगरी २०६६ मा हेमोफिलस इन्फ्ल्यूएञ्जा बी (हिब) खोप सुरुवात गरिएको थियो। त्यस्तै बि.सं.२०७० सालमा रुबेला खोपलाई संयुक्त दादुरा-रुबेला खोपको रुपमा समावेश गरी बि.सं. २०७२-२०७३ मा दादुरा रुवेलाको दोश्रो मात्रा नियमीत खोपमा समावेश गरियो । वि.सं २०७१ देखि Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) खोप नियमित खोपमा समावेश गरी सकिएको छ। पोलियो रोग उन्मूलन गर्नको लागि मुखबाट दिइने पोलियो थोपा (bOPV) को साथै सुईमार्फत दिईने पोलियो खोप (IPV/ fIPV) पनि सञ्चालनमा आईसकेको छ । आ.ब. २०७७/०७८ देखि पखालाबाट बालबालिकाहरुलाई बचाउन रोटा भ्याक्सीन राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा थप गरियो। आ.व. २०७८/७९ देखि टाइफाइड रोग बिरुद्धको टाइफाइड खोप सुरुवात गरिएको छ । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत नेपाललाई खोपवाट बचाउन सकिने रोगहरुबाट शुन्य अवस्था पुर्याउने दुरदृष्टि राखिएको छ ।

खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, निवारण र उन्मूलनको अनुगमन गर्नका लागि खोजपड्ताल (Surveillance) महत्वपूर्ण कार्य हो । वि.सं. २०५६ साल देखि पोलियो रोगको उन्मुलनको लागि सर्भिलेन्स शुरु गरियो । वि.सं. २०६० देखि दादुरा, नवजात शिशु धनुष्टकांर र जापानीज इन्सेफलाइटिस् रोगहरुको समेत नियमित खोजपड्ताल कार्य सुरु भयो। हालसम्म पोलियो, दादुरा, नवजात शिशु, धनुष्टकांर र जापानीज इन्सेफलाइटिस् रोगहरुको समयमै पहिचान गरी नियन्त्रण गर्न सहयोग पुग्दै आईरहेको एवं सर्भिलेन्सको माध्यमबाट यस्ता प्रकारका रोगहरुलाई नियन्त्रण गर्न थप मद्दत पुगेको छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत हाल नेपालमा १५ महिना सम्मका बालबालिकाहरु र गर्भवती महिलाहरुका लागि निःशुल्क खोप सेवा प्रदान गरिदै आएको छ । जसमध्ये १५ महिना मुनिका शिशुहरुलाई १३ वटा सरुवा रोगहरु (क्षयरोग, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, धनुष्टकांर , हेपाटाइटिस बि, हेमोफिलस इन्फुल्यञ्जा बी, पोलियो, रोटा भाईरस, दादुरा-रुबेला, निमोनिया, जापानिज इन्सेफलाइटिस् र टाईफाइड) बिरुद्द तथा गर्भवती महिलाहरुका लागि टि.डि.(Td) खोप उपलब्ध गराउदै आईरहेको छ ।

बहुबर्षीय खोप योजना (सन् २०१७-२०२१) अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा क्रमशः नयाँ खोपहरु समावेश गर्दै जाने योजना रहेको छ । कोशी प्रदेशमा २९६४ वटा खोप केन्द्रहरु (संस्थागत र बाह्य खोप केन्द्र) बाट खोप कार्यक्रम सञ्चालनमा आईरहेको अवस्था छ। भ्याक्सिन भण्डारणको लागि प्रदेशभित्र एक प्रादेशिक कोल्डरुम, १४ वटै जिल्लामा खोप भण्डारण केन्द्र र ३ जिल्ला (झापा, सुनसरी र उदयपुर) मा कोल्डरुम (WIC) तथा जिल्लागत रुपमा भौगोलिक/जनसंख्याको आधारमा तोकिएका स्थानीय तहहरुमा खोप सव-सेन्टर तथा वितरण केन्द्रहरु सञ्चालनमा रहेका छन् । खोप कार्यक्रमको सफलता संगै नेपालमा सन् २०१० देखि पोलियो रोगीको अवस्था शुन्य रहेको, सन् २००५ देखि नवजात शिशु, धनुष्टंकार रोगको निवारणको अवस्था कायम रहेको, दादुरा रुबेला रोग नियन्त्रण भएको र दादुरा निवारण तर्फ उन्मुख एवं जापानिज इन्सेफलाइटिस् नियन्त्रणमा रहेको छ । यो अवस्थालाई कायम राख्नका साथै कार्यक्रमको राष्ट्रिय उद्देश्य अनुरुप खोपवाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, निवारण र उन्मुलन गर्नु यो कार्यक्रमको प्रमुख उद्देश्य रही आएको छ ।

खोप सेवा देशभरका १६००० खोप केन्द्रहरू भन्दा बढी र यस प्रदेशमा १७२९ वटा रहेका छन्, जसमा संस्थागत खोप केन्द्र, बाह्य खोप केन्द्र र घुम्ती खोप सेवाका साथै निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू मार्फत खोप सेवा प्रदान गर्रिदै आएको छ । आधारभूत स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत खोप सेवालाई निःशुल्क रुपमा प्रदान गर्ने संवैधानिक व्यवस्था रहेको छ भने खोप ऐन २०७२ र नियावाली २०७४ बाट खोप सेवा अनिबार्य प्रदान गर्नुपर्ने र उपभोग गर्नु पर्ने कानुनी प्रावधान छ। हाल नेपालमा दोस्रो बहुबर्षीय खोप योजना (Comprehensive Multi-year Plan 2017-21) कार्यन्वयनमा रहेको छ र उक्त योजनाका दुरदृष्टि, ध्येय, लक्ष्य र उद्देश्य यस प्रकार रहेका छन्।

<u>बहुबर्षीय खोप योजना (सन् २०१७ -२०२१)</u>

दुर दृष्टि (VISION)

नेपालमा खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरुलाई शुन्य अवस्थामापुर्याउने ।

ध्येय (MISSION)

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फततोकिएकासबै खोपहरु सबैको पहुंचमा हुने गरि प्रत्येक बालबालिका र गर्भवति महिलालाई गुणस्तरिय, सुरक्षित र सर्वसुलभ खोप सेवा निरन्तर रुपमा प्रदान गर्ने।

खोप कार्यक्रमको लक्ष्य

बालबालिकामा खोपबाट बचाउन सकिने बिरामीदर, अपाङ्गदर र मृत्युदरलाई कम गर्नु नै खोप कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य हो।

बहुबर्षीय खोप योजनाका उदेश्यहरु (Objectives)

- प्रत्येक बालबालीकाले पूर्ण खोप लगाएको सुनिश्चित गर्ने

- वडा तह देखि नै सबै तहमा सबै खोपहरुको कभरेज कम्तीमा ९५ प्रतिशत भन्दा माथी पुऱ्याउने र कायम राख्ने
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, निवारण र उन्मूलनलाई तिव्रता दिई सोको दिगोपन कायम राख्ने
- गुणस्तरीय खोप सेवाको लागि आपुर्ती व्यवस्था तथा खोप व्यवस्थापन प्रणालीलाई सुदृढ गर्ने
- खोप कार्यक्रमको लागि दिगो वित्तिय व्यवस्थापनको सुनिश्चिता गर्ने
- खोप कार्यक्रममा अनुशन्धानलाई प्रबर्धन गर्ने, सामाजिक परिचालनमा जोड गर्दै र नयाँ कार्यहरुको विस्तार गर्ने
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरुलाई राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश गरी खोपबाट वचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रणलाई अझै बढावा दिने
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको खोजपड्ताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई सुदृढिकरण र विस्तार गर्ने
- एक बर्षभन्दा बढी उमेर समूहको लागि पनि खोप सेवा विस्तार गर्दै लैजाने।

नँया सुरुवात

- खोप कोषको स्थापना
- खोप ऐन पारित
- नयाँ खोपहरू थप तथा सुरूवात
- पुर्ण खोप सुनिश्चितता घोषणा
- खोप केन्द्र भवन निर्माण

खोप तालिका

नियमित खोप तालिकाको समयमा तथा खोप लगाउन छुटेका बालबालिकालाई ५ वर्षको उमेरसम्म खोप दिने तालिका (Routine/ Delay Schedule)

खोपको नाम	**नियमित खोप तालिका/छुट खोप दिने तालिका**		
	१२ महिनाको उमेरसम्म	१२ महिना देखि २३ महिनासम्म	२४ महिना देखि ५९ महिनासम्म
बि.सि.जि.	१ मात्रा : ०.०५ मि.लि.	१ मात्रा : ०.१ मि.लि.	१ मात्रा : ०.१ मि.लि.
रोटा	२ मात्राः ४ हप्ताको फरकमा	२ मात्राः ४ हप्ताको फरकमा	नदिने
पोलियो (ओ.पी.भी.)	३ मात्रा : ४ हप्ताको फरकमा	३ मात्रा : ४ हप्ताको फरकमा	३ मात्रा : ४ हप्ताको फरकमा

खोपको नाम	नियमित खोप तालिका/छुट खोप दिने तालिका		
	१२ महिनाको उमेरसम्म	१२ महिना देखि २३ महिनासम्म	२४ महिना देखि ५९ महिनासम्म
एफ.आई.पि.भी.	२ मात्राः १४ हप्ता र ९ महिना	२ मात्राः ४ महिना९ १६ हप्ता) को फरकमा	२ मात्राः ४ महिना (१६ हप्ताको) फरकमा
पि.सि.भि.	३ मात्राः (६,१० हप्ता र ९ महिना) छुट भए - ७ महिना भन्दा कम उमेर सम्मकोलाई ४ हप्ताको फरकमा पहिलो र दोस्रो मात्रा र ९ महिनाको उमेरमा तेस्रो मात्रा, ७ महिना देखि १२ महिना सम्मकोलाई ४ हप्ताको फरकमा ३ मात्रा दिने	२ मात्राः ८ हप्ताको फरकमा	२ मात्राः ८ हप्ताको फरकमा
डि.पि.टि.-हेप बी-हिव	३ मात्राः ६,१० र १४ हप्तामा छुट भए - ४ हप्ताको फरकमा ३ मात्रा दिने	३ मात्राः ४ हप्ताको फरकमा	३ मात्राः पहिलो र दोस्रो मात्रा ४ हप्ताको फरकमा तथा तेस्रो मात्रा दोश्रो लगाएको ६ महिनापछि
दादुरा-रुबेला	१ मात्रा : ९ महिना पुगे पछि मात्र दिने	२ मात्राः पहिलो भेटमा पहिलो मात्रा र दोश्रो मात्रा १५ महिना पुगे पछी	२ मात्राः : ४ हप्ताको फरकमा
जे.ई.	१२ महिना पुगे पछी - १ मात्रा	१ मात्रा पहिलो भेटमा	१ मात्राः
टाइफाइड		१५ महिनाको उमेरमा १ मात्रा, ०.५ मि.लि.	१ मात्राः ०.५ मि.लि.
HPV विरुद्धको खोप	कक्षा ६ मा अध्ययनरत किशोरीहरुको लागि १ मात्रा	मात्रा, ०.५ मि.लि.	

जिल्लामा खोप सेवाको व्यवस्थापन:

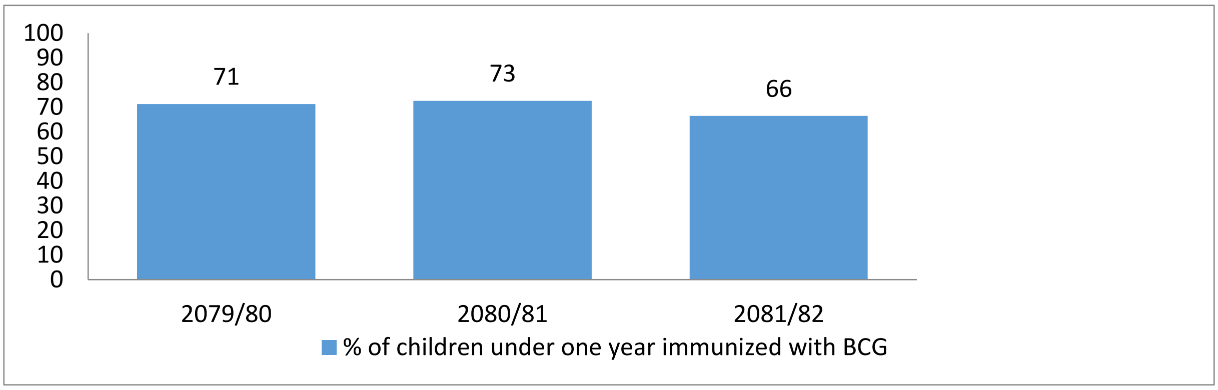
यस जिल्लामा खोप तथा कोल्डचेन व्यवस्थापनकालागि स्वास्थ्य कार्यालयको मुख्य जिम्मेवारी रहेको छ। स्वास्थ्य कार्यालय अन्तर्गत एक खोप कोल्डचेन सेन्टर छ भने स्थानीय तह अन्तर्गत; नुम, ताम्कु, वाना, चैनपुर प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, मादि नगर अस्पताल र बाह्रबिसे स्वास्थ्य चौकीमा सब-सेन्टर रहेका छन्। यस जिल्लामा जम्मा १९८ खोप केन्द्र छन् जस मध्ये जिल्ला अस्पताल खाँदबारीमा प्रत्येक मंगलबार र अन्य सबै खोप केन्द्रहरु मासिक रुपमा तोकिएको मितिमा सञ्चालन गरिन्छ। भोटखोला गा.पा.:१८, मकालु गा.पा.:२५ र सिलिचोङ गा.पा.:२३ खोप केन्द्रहरु प्रत्येक महिनाको ५ देखि ९ गते सम्म सञ्चालन गरिन्छ भने चिचिला गा.पा.: १०, खाँदबारी न.पा.: २४, सभापोखरी गा.पा. १९, पाँचखपन न.पा. १९, चैनपुर न.पा.: ३०, मादि न.पा.: १३ र धर्मदेवि

न.पा.: १७ गरि सात स्थानीय तहहरुमा प्रत्येक महिनाको २० गते देखि २६ गते सम्म सञ्चालन गरिन्छ। आवश्कता अनुसार प्रत्येक वर्षको साउन महिनामा खोप कार्यक्रमको शुक्ष्म योजना तयार गरि खोप केन्द्रको थप घट स्थानान्तरण गर्न सकिन्छ।

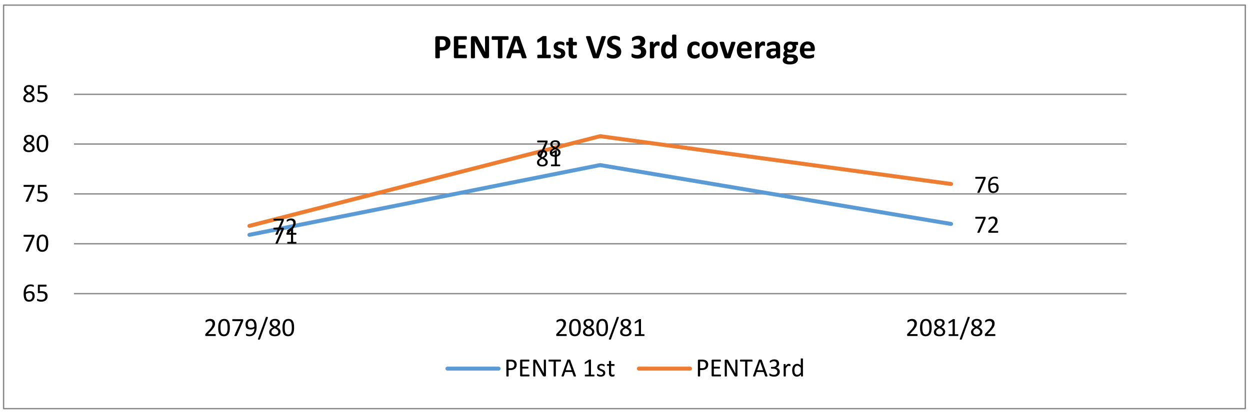
जिल्लाको राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको प्रगति विश्लेषण:

संखुवासभा जिल्लामा नियामित खोप सेवाको आ.व. २०८०/८१ मा अनुमानित लक्षित संख्या, एक वर्ष मुनिका २४१९, १२ देखि २३ महिनाका २५१८ र गर्भवति २९६९ रहेको छ।

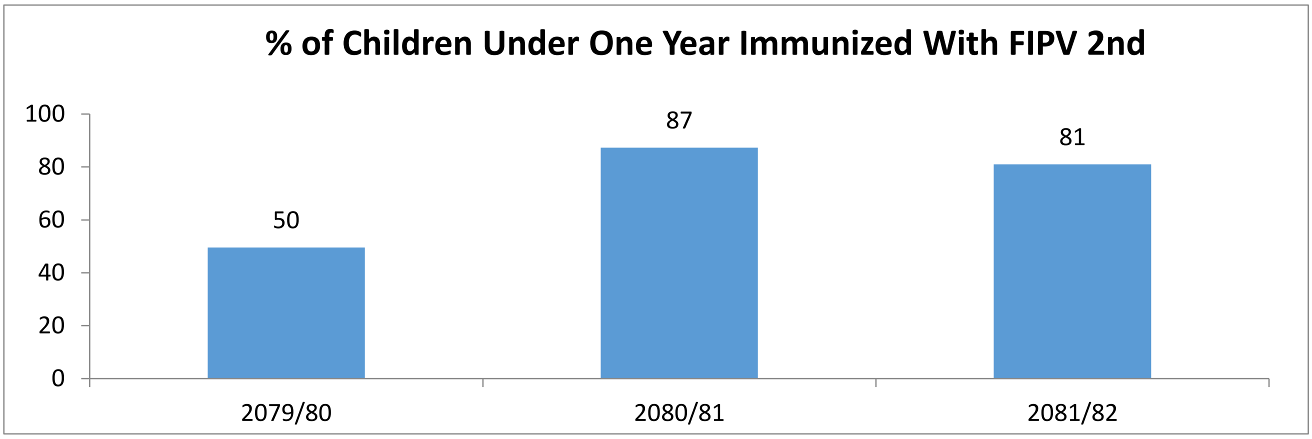
नियामित खोप सेवाको पहुँच



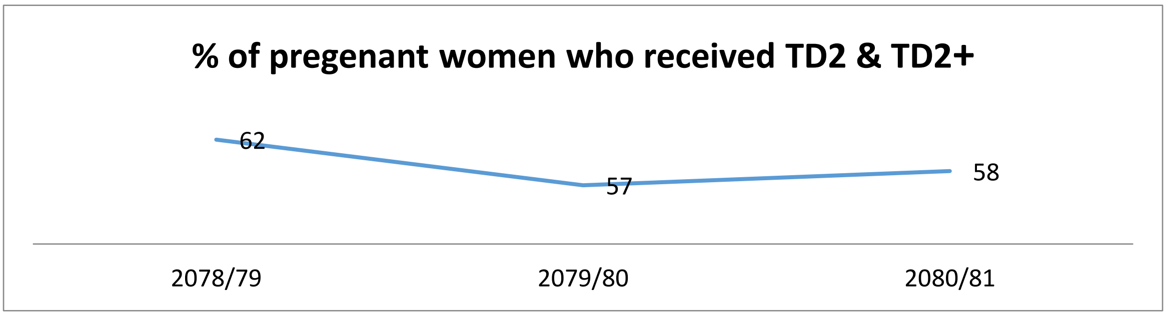
संखुवासभा जिल्लाको विसिजि खोप कभरेज गत तिन वर्षमा बढ्दो र घट्दो क्रममा देखिएको छ। आ.व. २०७९/८० मा ७१% रहेको आ.व.२०८०/८१ मा बढेर ७३ % मा पुगेको र आ.व. २०८०/८१ मा बढेर ६६% रहेको छ। पछिल्लो आ.व. मा सबै भन्दा कम विसिजि खोप प्रगति हुने स्थानीय तहमा मादीमा ४४.६% रहेको छ भने बढि हुनेमा खाँदबारी न.पा. ८७% रहेको छ ।



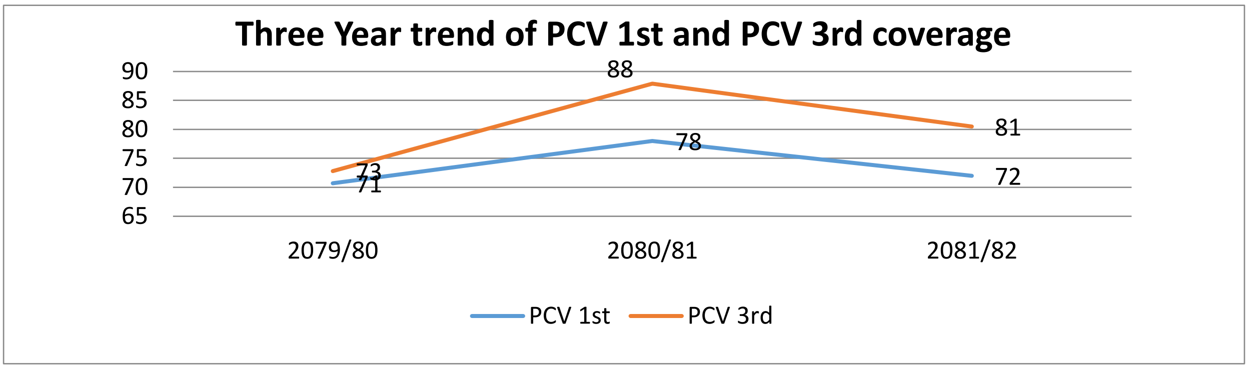
DPT-HepB-Hib (PENTA) खोपको गत तिन वर्षमा भएको पहिलो र तेस्रो मात्राको तुलनात्मक चार्ट माथि प्रस्तुत गरिएको छ। उक्त खोपको पहिलो र तेस्रो मात्राको कभरेजलाई हेर्दा बढ्दो घट्दो क्रममा देखिएको छ। आ.व. २०८1/८2 को पहिलो मात्राको कभरेज ७२% मा पुगेको छ भने तेस्रो मात्राको कभरेज ७६% रहेको छ ।



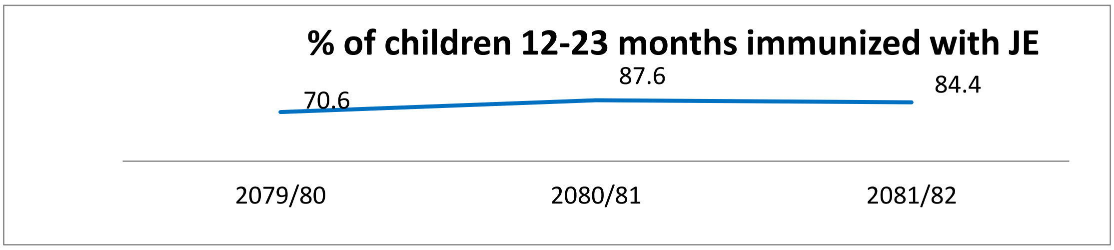
यस जिल्लामा FIPV खोप आ.व २०७५/७६ साल बाट लगाउन सुरु गरिएको हो। यस खोपको पहुँच आ.व तिन वर्षलाई हेर्दा घट्दै /बढ्दै गएको देखिन्छ र आ.व २०७९/८० मा ५०% रहेकोमा आ.व. २०८०/८१मा ८७% देखिएको छ भने आ.व. २०८१/८२ मा बढेर ८०% पुगेको छ।स्थानीय तह अनुसार, सबै भन्दा कम मादीमा ६७ % रहेको छ र वढीमा भोटखोलामा १०७% रहेको छ।



यहाँ भन्दा माथि देखाइएको चार्टमा गर्भवति महिलाहरुले लगाउन टि.डी. खोपको बारेमा गत तिन वर्षको प्रगति विवरण उल्लेख छ। पछिल्लो आ.व. मा प्रगति दर ५८% रहेकोछ जुन अघिल्लो आ.व. भन्दा १% ले बढी देखिएको छ ।उक्त आ.व. मा स्थानीय तहहरु मध्ये मादी न.पा.मा सबै भन्दा कम ४६% र खाँदबारी नगरपालिकामा सबै भन्दा बढी ७३% रहेको छ।

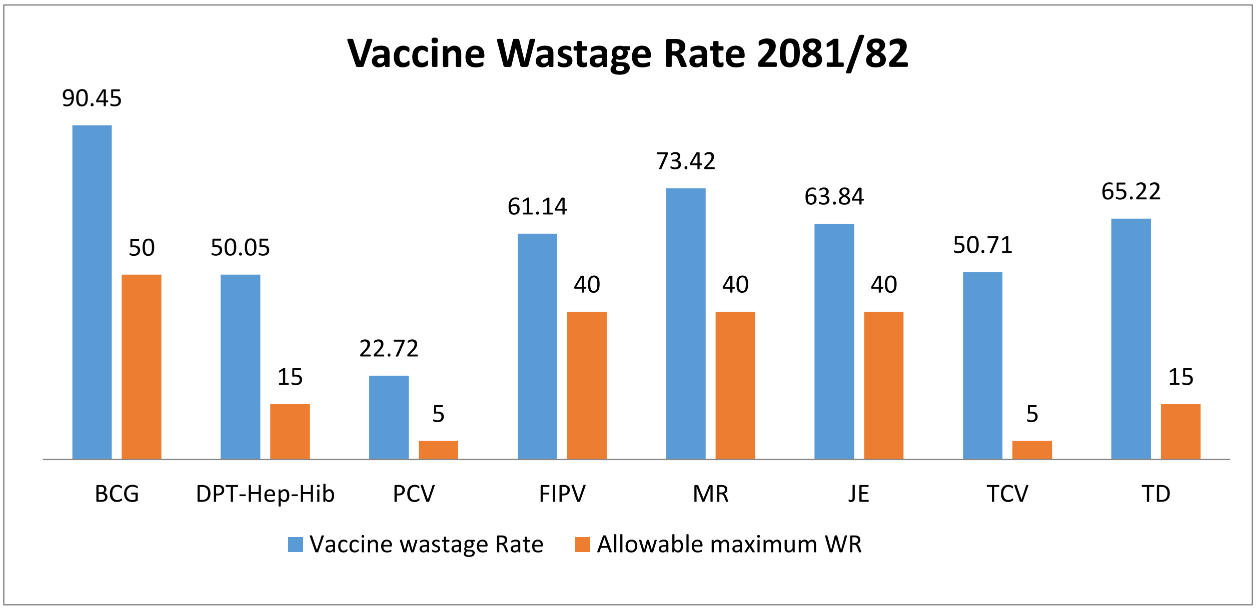


स्टेप्टोकोकस निमोनिया(Streptococcus pneumoniae) नामक ब्याक्टेरीयाले बच्चाहरुमा लगाउनेरोगको विरुद्ध पिसिभि खोप दिइन्छ। उक्त खोपको पहिलो मात्राको प्रगति आ.व. २०७९/८० मा ७१% रहेको र आ.व. २०८०/८१ मा ७८% रहेको छ भने आ.व. २०८१/८२ मा ७२% पुगेको छ तेस्रो मात्रा लगाएने दर बढ्दो क्रममा देख्नन सकिन्छ जँहा आ.व.२०७९/८०,२०८०/८१ र २०८१/८२ मा क्रमश: ७३%, ८८% र ८१% रहेको देखिन्छ ।



संखुवासभा जिल्लाको जेइ खोपको गत तिन वर्षको प्रगति घट्दो र बढ्दो क्रममा आ.ब. २०७९/८०मा ७१%, आ.ब. २०८०/८१ मा बढेर ८८% पुगेको देखिन्छ र फेरी आ.ब. २०८०/८१ मा घटेर ८४% पुगेको देखिन्छ। पछिल्लो आ.व.मा स्थानीय तह अनुसार सबै भन्दा कम धर्मदेवी को प्रगती ७५.३% रहेको छ भने बढीमा भोटखोला ११७% रहेको छ ।

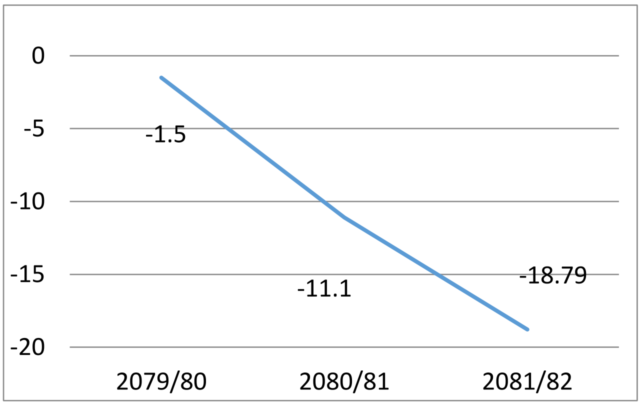
खोप खेर जाने अवस्था:



बालबालिकालाई खोप नि:शुल्क प्रदान गरिए पनि खोप खरिद गर्न नेपाल सरकारले वार्षिक अर्वौं खर्च गरि रहेको हुन्छ। त्यसैले खोप खेरजाने दर लाई निश्चित तह सम्म घटाउन अत्ति आवश्यक छ। यहाँ प्रस्तुत गरिएको चार्टमा गत आ.व.२०८१/८२ मा संखुवासभा जिल्लामा खोप खेर गएको अवस्था प्रस्तुत गरिएको छ जुनसबै किसिमका खोपको स्वीकार्य दर भन्दा धेरै माथि छ।उक्त दरलाई घटाउनका लागि प्रत्येक स्वास्थ्य संस्था र स्थानीय तहहरुले खोपको शुक्ष्म योजना अनुसार खोप माग, वितरण, फिर्ता र सेवा प्रबाह गर्नु पर्ने देखिन्छ।

नियामित खोप छुटेको अवस्था:

खोप छुट भन्नालले खोप सेवाको पहिलेका केहि मात्रा लिन खोप केन्द्र सम्म आएको तर पछिल्लो सेवाहरु नलिएको अबस्थालाई जनाउछ। यसका विशेष गरि पेन्टाको पहिलो मात्रा र दादुरारुबेलाको दोस्रो मात्रा तुलना गरिन्छ।



यस चार्टमा गत तिन आ.व. मा पेन्टाको पहिलो मात्रा र दादुरा रुबेलाको दोस्रो मात्रा खोप लगाउनेदरको जिल्ला स्तरीय अन्तरलाई देखाइएको छ। आ.व. २०७९/८० मा -१.५ रहेको छ भने आ.व. २०८०/८१ मा -११.१ रहेको छ र आ.व २०८१/८२ मा -१८.७९रहेको छ।

खोप बाट रोकथाम गर्न सकिने रोगको खोजपड्ताल

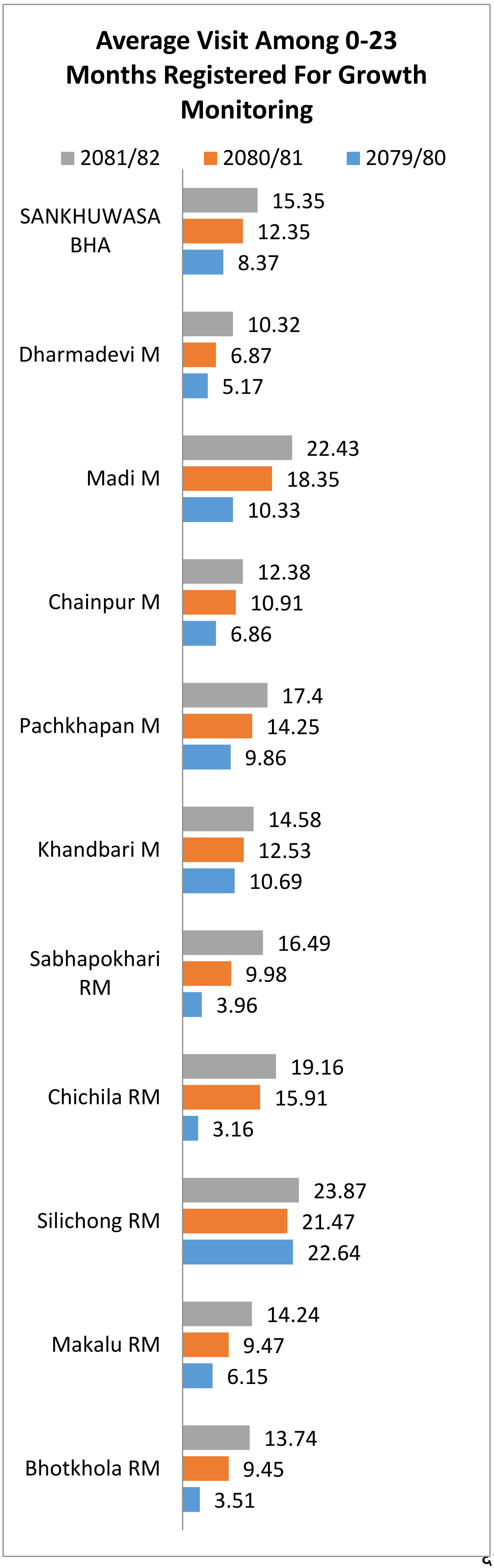
खोप बाट रोकथाम गर्न सकिने रोगको खोजपड्ताल गरि रोग विरुद्ध तत्काल रोकथामका क्रियाकलाप सञ्चालन गर्न र समय समयमा खोप सम्बन्धि राष्ट्रिय नीति रणनीति तयार गर्न सन् १९९८ बाट पोलियो रोग उन्मुलनमा सहयोग पुऱ्यउन विश्व स्वास्थ्य संगठनको प्राविधिक सहयोगमा अतिशीघ्र लुलो पक्षाघात खोजपड्ताल कार्य शुरु गरिएको थियो। उक्त खोजपड्ताल प्रणालिमा सन् २००३ मा दादुरा र नवशिशु धनुष्टंकार रोगलाई पनि समायोजन गरियो भने सन् २००४ मा एक्युट इन्सेफलाइटिस् सिन्ड्रोम (जापनीज इनसेफलाईटिस) लाई पनि यसै प्रणालिमा संलग्न गरी खोप बाट रोकथाम गर्न सकिने रोगको खोजपड्ताल कार्यको निरन्तरता दिइएको छ।

संखुवासभा जिल्लामा हाल खाँदबारी अस्पताल, चैनपुर प्रा.स्वा.के., वाना प्रा.स्वा.के., तुम्लिङ्टार स्वास्थ्य चौकी, खराङ स्वास्थ्य चौकी र माम्लिङ्ग स्वास्थ्य चौकी गरि जम्मा ६ ओटा भि.पि.डि. जिरो रिपोटिङ गर्ने संस्थाहरु रहेका छन् जसले शंकास्पद विरामी देखिएको २४ घन्टा भित्र प्रतिबेदन गर्नुपर्छ भने शंकास्पद विरामी नदेखिएको अवस्थामा पनि प्रत्येक हप्ता जिरो रिपोटिङ गर्नु पर्दछ। साथै अन्य संस्था वा नागरिकहरुले पनि संकास्पद विरामी फेला परेमा स्वास्थ्य कार्यालय (०२९-५६२१८९) वा विश्व स्वास्थ्य संगठनको फिल्ड कार्यालयमा (०२३-५८२२८०) तुरुन्त खबर गर्नु पर्दछ। खोप बाट रोकथाम गर्न सकिने रोगको खोजपड्ताल सम्बन्धि थप जानकारी तल दिइएको छ।

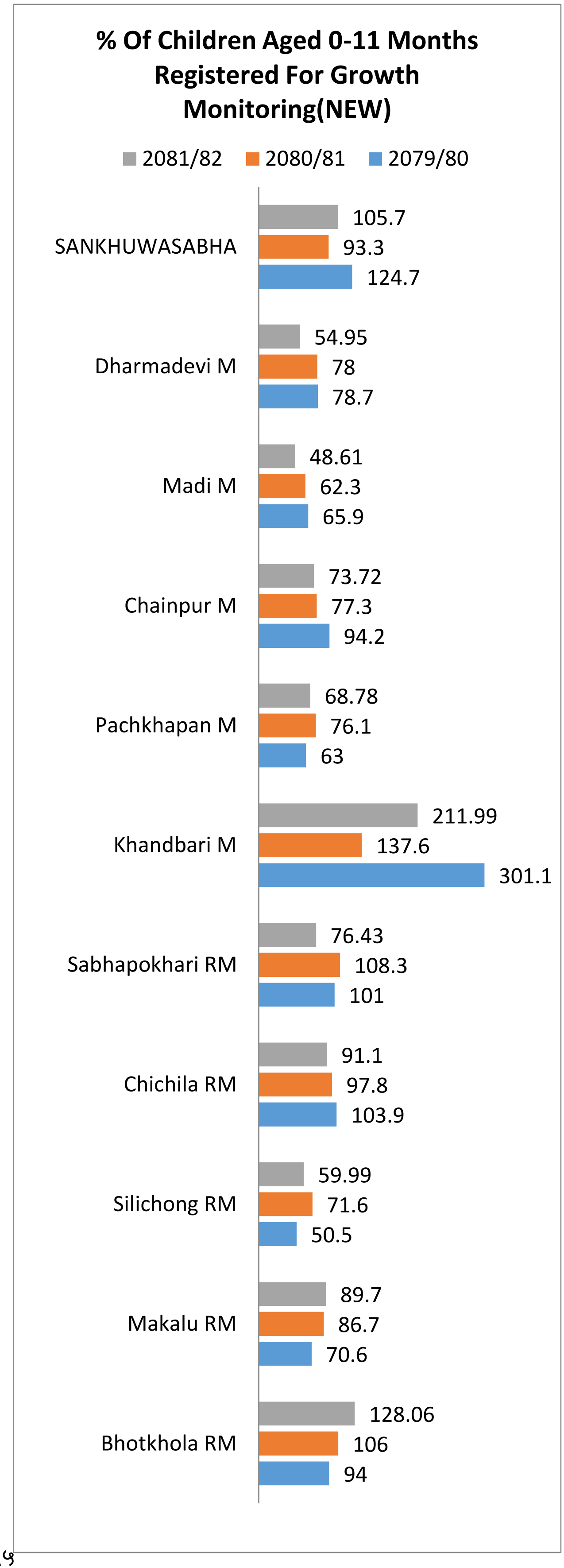
१. **अतिशीघ्र लुलो पक्षाघात (AFP)**: यो १५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा शरीरको कुनै अंगमा अचानक कमजोरी र लुलोपन हुनु वा चिकित्सकले कुनै पनि उमेरको मानिसमा पोलियो शंका गरेको अवस्था हो। शंका गरेको व्यक्तिको पक्षघात शुरुभएको १४ दिन भित्र २४ घन्टाको फरकमा दुई दिसा नमुना (८ ग्राम/पटक) संकलन गर्ने र कोल्ड बक्समा राखेर विश्व स्वास्थ्य संगठनको फिल्ड अफिसमा पठाउनु पर्दछ।
२. **दादुरा:** कुनै व्यक्तिलाई ज्वारो आएमा र रातो डाबर वा बिमिराहरु देखिएमा अथवा चिकित्सकले दादुरा भनि शंका गरेमा। शँकास्पद दादुराका विरामी बाट लक्षण शुरु भएको दिनदेखि २८ दिन भित्र ५ मिलिलिटर रगत संकलन गर्नुपर्छ र जाँचको लागि कोल्ड बक्समा राखेर पठाउनु पर्छ।
३. **एक्युट इन्सेफलाइटिस् सिन्ड्रोम (AES):** कुनै व्यक्तिलाई अचानक ज्वारो आउनु र चेत अवस्थामा परिवर्तन भएमा (जस्तै कम्पन, अर्ध चेत वा अचेत)
४. **नवशिशु धनुष्टंकार:** कुनै नवजात शिशु जसले जन्मेको २ दिनसम्म आमाको दुध राम्ररी चुस्न सक्ने र रुन सक्ने तर ३ दिन देखि २८ दिन भित्र दुध राम्ररी चुस्न नसक्ने, कम्पन आउने र शरीर कडा (अह्वरो) भएमा।

<u>खोप कार्यक्रमका समस्य र समधानका उपायहरु:</u>

मुख्य उपलब्धिहरु	कार्यप्रगतिमा देखिएका समस्यहरु	कारणहरु	सुधारकालागि गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरु
• जिल्लालाई पूर्णखोप दिगोपना प्रमाणिकरण गरिएको • ड्रप आउट दर घट्दै गएको • कोल्डचेन सब-सेन्टर विस्तार तथा गुणस्तर सुधार • क्षमता अभिवृद्धि तथा स्थलगत अनुशिक्षण कार्य निरन्तर गरिएको	• नियामित खोप कार्यक्रम सँगै सरसफाईका क्रियाकलाप सबै खोप केन्द्रमा सञ्चालन नभएको । • खोप केन्द्रको भवन सबै खोप केन्द्रमा नभएको • सबै VPD surveillanceजिरो रिपोर्टिङ साइटबाट नमुना संकलन नभएको • खोपको शुक्ष्म योजना सबै स्थानीय तहको बनेर कार्यन्वयन भै रहदा पनि खेर जाने दर उच्च रहेको • रेकडिङ रिपोर्टिङमा समस्या	• स्वास्थ्य कार्मीमा उक्त क्रियाकलापको बुझाईमा कमि • खोप केन्द्र बनाउन बजेट नछुट्यउनु • जिरो रिपोर्टिङ साइटहरुमा कर्मचारीको फेरबदल र कार्यक्रममा प्राथमिक्ता कम दिनु • खोपको शुक्ष्म योजना प्रयोग सबै खोप कोल्डचेन सब-सेन्टर र स्वास्थ्य संस्थामा नहुनु।	• सबै खोप सेसनमा सरसफाई प्रबर्धनका क्रियाकलाप सञ्चालन गर्नु पर्ने। • प्रत्येक वर्षको साउन महिनामा स्वास्थ्यसंस्थाहरुको शुक्ष्मयोजना तयार गरि प्रयोगमा ल्याउने • प्रत्येक वर्ष पूर्णखोप निर्देशिका बमोजिम समयमै कार्ययोजना बनाई दिगोपनाको प्रमाणीकरण र घोषणा कार्यलाई निरन्तरता दिने • जनप्रतिनिधि सँग खोप कार्यक्रम बारे अन्तरक्रिया गर्ने • खोप कार्यक्रमका लागि स्थानीय तहबाट थप बजेट छुट्यउनु पर्ने।



Average Visit Among 0-23 Months Registered For Growth Monitoring
2081/82
2080/81
2079/80
SANKHUWASA BHA
15.35
12.35
8.37
Dharmadevi M
10.32
6.87
5.17
Madi M
22.43
18.35
10.33
Chainpur M
12.38
10.91
6.86
Pachkhapan M
17.4
14.25
9.86
Khandbari M
14.58
12.53
10.69
Sabhapokhari RM
16.49
9.98
3.96
Chichila RM
19.16
15.91
3.16
Silichong RM
23.87
21.47
22.64
Makalu RM
14.24
9.47
6.15
Bhotkhola RM
13.74
9.45
3.51



% Of Children Aged 0-11 Months Registered For Growth Monitoring(NEW)
2081/82
2080/81
2079/80
SANKHUWASABHA
105.7
93.3
124.7
Dharmadevi M
54.95
78
78.7
Madi M
48.61
62.3
65.9
Chainpur M
73.72
77.3
94.2
Pachkhapan M
68.78
76.1
63
Khandbari M
211.99
137.6
301.1
Sabhapokhari RM
76.43
108.3
101
Chichila RM
91.1
97.8
103.9
Silichong RM
59.99
71.6
50.5
Makalu RM
89.7
86.7
70.6
Bhotkhola RM
128.06
106
94

२. पोषण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

पोषण मानव जीवनको आधारभूत आवश्यकता हो जुन हरेक उमेर समूहका सबै मानिसहरुका लागि अपरिहार्य हुन्छ । विशेष गरी गर्भवती महिला, स्तनपान गराईरहेकी आमा, शिशु, बालबालिकाहरु तथा किशोरकिशोरीहरुका लागि विशेष पोषण र हेरचाहको आवश्यकता पर्दछ । नेपालको संविधानले पोषणलाई उच्च प्राथमिकतामा राख्दै प्रत्येक नागरिकलाई खाद्यसम्बन्धी हक मौलिक हकका रुपमा हुने व्यवस्था गरेको छ । धारा ३६ मा भएको उक्त मौलिक हकमा प्रत्येक नागरिकलाई खाद्यवस्तुको अभावमा जीवन जोखिममा पर्ने अवस्थाबाट सुरक्षित हुने हक तथा खाद्य सम्प्रभुताको हक हुनेछ भनी स्पष्ट उल्लेख गरिएको छ । यसैगरी संविधानको धारा ३५ मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रत्येक नागरिकको मौलिक हकको रुपमा स्थापित गरिएको छ । जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ दफा ३ उपदफा ४ (ख) ले प्रत्येक नागरिकलाई पोषण लगायतका आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुनेछ भनी व्यवस्था गरेको छ ।

नेपालमा हालसम्म सञ्चालन गरिएका पोषण कार्यक्रमहरुको नतिजास्वरुप पोषणसम्बन्धी मूख्य सूचकहरुमा सुधार भई रहेको पाईन्छ । अझैपनि महिला, बालबालिका तथा किशोरकिशोरीहरुको न्यूनपोषण र अधिक पोषणको अवस्थामा सुधार गर्न आवश्यक छ । नेपाल सरकारले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तर्गत विभिन्न पोषण लक्षित कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्दै आएको छ जस्तै: क) बृद्धि अनुगमन तथा परामर्श, ख) रक्तअल्पत्ताको रोकथाम तथा नियन्त्रण, ग) भिटामिन ए को कमीको रोकथाम, नियन्त्रण तथा उपचार, घ) परजिवी नियन्त्रण, ङ) राष्ट्रिय स्तरका ठुला मिलबाट उत्पादन हुने पिठोमा सूक्ष्म पोषकतत्वको सम्मिश्रण गर्ने, च) शिशु तथा बालल्यकालिन पोषण कार्यक्रम, छ) मातृ, शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण कार्यक्रम, ज) शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन, झ) शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण संग जोडेर बालभिटा वितरण, ञ) विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम, ट) ६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरुमा भिटामिन ए वितरण आदी ।

अन्तर्राष्ट्रिय रुपमा नै कुपोषणको समस्यालाई निराकरण गर्ने कार्यलाई सामाजिक, आर्थिक तथा मानविय बिकासका साथै दिगो बिकास लक्ष्य प्राप्त गर्ने आधारको रुपमा लिइएको छ। न्युन पोषणको समस्याले बालबालिकाको शारिरीक, मानसिक तथा संवेगात्मक वृत्ति बिकासमा बाधा पुर्याई देशको समग्र आर्थिक, सामाजिक तथा मानविय बिकासमा प्रतिकुल प्रभाव पार्दै शिशुको बाल्यकाल अवस्थामा नै मृत्यु हुने जोखिममा वृद्धि हुन्छ भने जीवित रहेका बालबालिकाहरुको वृत्ति विकास हुने क्षमतामा समेत ह्रास आउछ । यसको असर जीवनभरि रहन्छ। विश्वमा पाँच वर्ष मुनिका करिव ४५ प्रतिशत बालबालिकाको मृत्यु कुपोषणको कारणले हुने गरेको अध्ययनहरुले देखाएका छ । (Lancet Child Health and Nutrition Series, 2013) ।

महिला, बालबालिका तथा किशोरकिशोरीहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्न विगत लामो समय देखि विभिन्न प्रयासहरु हुँदै आएको देखिन्छ ।सन् १९७० को दशक देखि विभिन्न पोषण सर्वेक्षण, आवधिक योजनामा पोषणलाई प्राथमिकता दिने, राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति (सन २००४) को विकास, राष्ट्रिय पोषण रणनीति (२०७६) सर्वेक्षणको आधारमा बालबालिकालाई भिटामिन ए क्याप्सुल र बहुसुक्ष्म तत्व (बालभिट्टा) तथा गर्भवती र सुत्केरी महिलालाई आइरन फोलिक एसिड चक्की वितरण लगायत कुपोषणको समस्यालाई सम्वोधन गर्न बहुक्षेत्रीय निकायको संयुक्त प्रयासको लागि बहुक्षेत्रिय पोषण योजना पहिलो (२०६९-२०७३) र दोस्रो (२०७५/७६-२०७९/८०) को विकास भएको देखिन्छ। पोषणको विद्यमान अवस्था सुधार्नको लागि पोषण सम्बन्धी सेवाहरुको विस्तार (Scaling up Nutrition) अभियानको माध्यमबाट पोषण सम्बन्धी व्यवहारलाई सकारात्मक दिशा तर्फ रुपान्तरण गर्न आवश्यक रहेको छ । बहुक्षेत्रीय पोषण योजना दोस्रोले निर्दिष्ट गरे अनुसार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले महिला, बालबालिका तथा किशोरकिशोरीहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्न पोषण लक्षित कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्दै आइरहेको र सो कार्यक्रमहरुलाई सुचारु ढङ्गले संचालन संघीय सशर्त कार्यक्रम मार्फत प्रदेश तथा स्थानीय तहहरुमा बजेट तथा कार्यक्रम व्यवस्था गरिएको छ ।

कुपोषणलाई सम्बोधन गर्ने नेपाल सरकार, प्रदेश सरकारका प्रयासका बावजुद पनि बिभिन्न चुनौतीहरू रहेका छन् | कुपोषणलाई न्यूनिकरण गर्न बहुआयामिक दृष्टिकोण आवश्यक छ। नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार तथा स्थानीय सरकारबाट यस्ता समस्यालाई महशुस गरी राष्ट्रिय पोषण रणनीति र राष्ट्रिय तथा स्थानीयस्तरबाट पोषण संयुक्त कार्ययोजना जस्ता विभिन्न नीति तथा कार्यक्रम सञ्चालन गरी कार्यान्वयनको दिशातर्फ उन्मुख रहेको देखिन्छ। यस्ता पहलहरूले स्तनपान प्रवर्द्धन,, कडा सिघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन र स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई सुदृढ गर्ने जस्ता क्रियाकलापहरु मार्फत प्रत्येक नागरिकको पोषण स्थितिमा सुधार गर्ने लक्ष्य राखिएको छ।

दिगो बिकास लक्ष्य र पोषण

संयुक्त राष्ट्रसङ्घको अगुवाईमा बिश्वव्यापी लक्ष्यको रुपमा दिगो विकास लक्ष्य माफर्त सन् २०३० सम्ममा भोकमरीको र सबै प्रकारका कुपोषणसम्बन्धी समस्याहरुअन्त्य गर्न सबै देशहरुप्रतिबद्ध रहेका छन् । "भोकमरीको अन्त्य गर्ने , खाद्य सुरक्षा तथा पोषणको अवस्थामा सुधार गर्नेर दिगोकृषिको प्रबर्द्धन गर्ने" बिषयहरु दिगो विकास लक्ष्य नं. २ मा समावेश गिरएको छ । दिगो विकासका १७ लक्ष्यहरुमध्ये १२ वटा लक्ष्यहरुमा पोषणसँगसम्बिन्धत सूचकहरुसमावेश गरिएकाछन् । यीमध्ये लक्ष्य नं. १, २, ३ र ६ पोषणसँग बढी सम्बिन्धत छन् । पोषणको अवस्था सुधारगर्न उल्लेखनीय योगदान गर्नेकार्यक्रमहरुको बिस्तारले पोषणको क्षेत्रका साथै दिगो विकासका अन्यलक्ष्यहरुदीघर्कालीन रुपमा हासिल गर्न समेत सहयोग पुग्नेछ ।

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको दृष्टि, ध्येय र लक्ष्यः

दृष्टि (Vision):

सुपोषित, स्वस्थ, खुशी र सक्षम नागरिकको विकास गर्ने ।

ध्येय (Mission):

- पोषण मैत्री समाजको निर्माण गर्ने ।
- हालको कुपोषणको भार/समस्यालाई सन् २०३० सम्ममा दिगो बिकास लक्ष्य अनुरुप घटाउने ।

उदेश्यहरुः

१. पोषण बिशेष र पोषण संबेदनशील कार्यक्रमहरुको पहुँच बृद्दि गरी शिशु, बालबालिका तथा महिलाहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्ने ।
२. सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता अभिबृद्दि गर्ने, पोषण बिशेष र पोषण संबेदनशील कार्यक्रमहरुको गुणस्तर सुधार गर्ने ।
३. जनचेतना अभिबृद्दि गरी पोषण बिशेष र पोषण संबेदनशील कार्यक्रमहरुको माग बृद्दि गर्ने ।
४. असल खानपान सम्बन्धि ब्यवहारको प्रबर्द्धन गर्ने र हानिकारक ब्यवहारहरुलाई निरुत्साहित गर्ने ।
५. समय अनुकूल पोषण सेवाहरुको क्षेत्र बिस्तार गर्दै जाने ।

संखुवासभा जिल्लामा पोषणसँग सम्बन्धित कार्यक्रमहरू

- मातृशिशु तथा बाल्यकालिन पोषण
- वृद्धि अनुगमन तथा परामर्श
- आईरनको कमीबाट हुने एनिमियाको नियन्त्रण
- भिटामिन एको कमीको उपचार, रोकथाम र नियन्त्रण
- आयोडिनको कमीबाट हुने बिकृतिको रोकथाम
- जुकाको औषधिद्धारा परजिवीहरूको नियन्त्रण
- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण शिक्षा कार्यक्रम
- बहुक्षेत्रीय पोषण योजना
- शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन
- समुदायमा आधारित शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बहूसुक्ष्म पोषण तत्व (बालभिटा सामुदायिक प्रर्वधन कार्यक्रम
- बहूसुक्ष्म पोषक तत्व वितरण कार्यक्रम

- किशोरीहरूलाई आईरन फोलिक एसिड वितरण कार्यक्रम
- आपतकालिन पोषण कार्यक्रम
- विपद जोखिम न्यूनीकरण

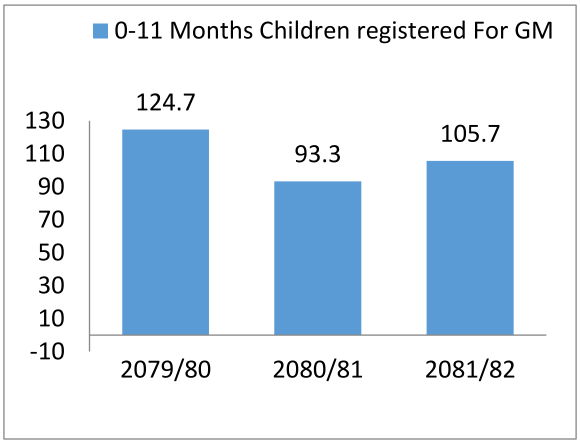
सन् २०१२ मा सम्पन्न विश्व स्वास्थ्य सभाले तोकेको सन् २०२५ सम्ममा हासिल गर्नुपर्ने पोषण सम्बन्धी विश्वव्यापी लक्ष्यहरूका साथै दिगो विकास सम्बन्धी लक्ष्य, बहुक्षेत्रीय पोषण योजना २०२२ को लक्ष्यका साथै नेपाल र कोशी प्रदेशको अवस्था देहायको तालिकामा दिएको छः

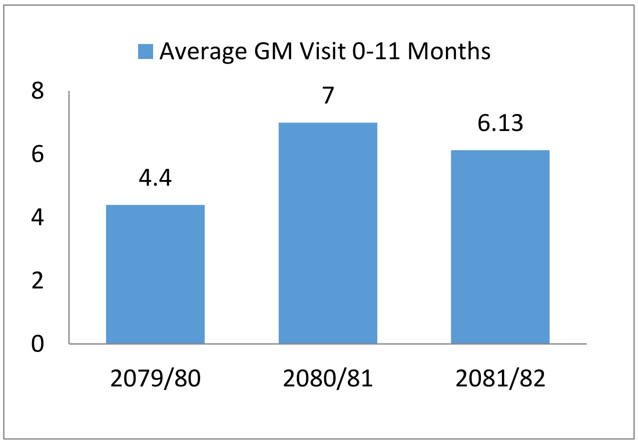
तालिकाः पोषण कार्यक्रमका लक्ष्यहरू

सुचक	NDHS नेपाल २०२२	कोशी प्रदेश २०२२	दिगो बिकास लक्ष्य २०३०
पाचँ वर्ष मुनिका बालबालिकामा पुड्कोपना	२५	२०	१५
पाचँ वर्ष मुनिका बालबालिकामा ख्याउटेपना	८	३.८	४
पाचँ वर्ष मुनिका बालबालिकामा कम तौल	१९	१३	१०
पुर्ण स्तनपान	५६	५३	>८०
६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकामा रक्तिअल्पता	४३	३४	<१०
प्रजनन् उमेरका महिलाहरुमा रक्तअल्पता	३४	२८	<१०

स्रोतः नेपाल जनसांख्यिकी तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०२२

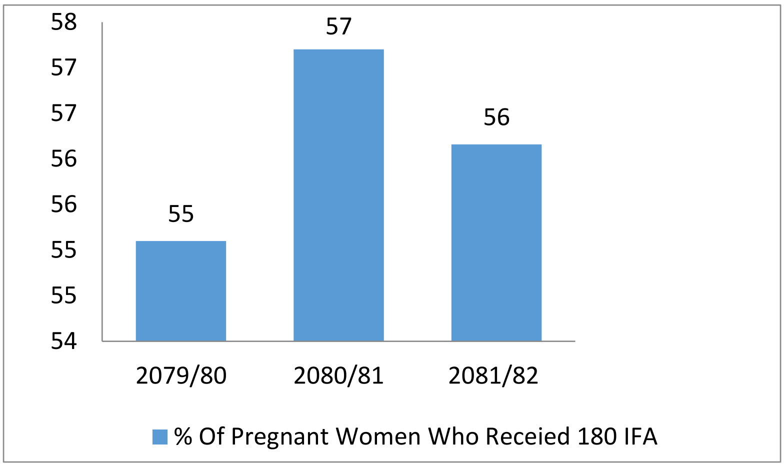
पोषण सेवाको विश्लेषण





०-११ महिनाका बालबालिकाहरु स्वास्थ्य संस्थामा वृद्धि अनुगमन गराउनेको प्रतिशत आ.व. २०७९/८० मा पहिलेको भन्दा अलिक बढी १२४.७ प्रतिशत रहेतापनि आ.व. २०८०/८१ मा घटेर ९३.३ रहेको छ र आ.व २०८१/८२ मा बढेर १०५.७ पुगेको छ। त्यसैगरी, औसतवृद्धि अनुगमन आ.व. २०७९/८० मा ४.४ बाट आ.व. २०८०/८१ मा वृद्धि भई ७ पटक पुगेको

छ र आ.व. २०८१/८२ मा ६.१३ पुगेको छ यद्यपी, बार्षिक १२ पटक हुनुपर्ने वृद्धि अनुगमनको तुलनामा यो न्यून रहेको छ।



गर्भवती अवस्थामा १८० चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड सेवन गर्ने महिलाहरुको प्रतिसत आ.व. २०७८/७९ मा ४५% देखि केहि मात्रा बढेर आ.व. २०७९/८० मा ५५% रहेको छ भने २०८०/८१ मा यो अझै बढेर ५७% रहेको छ र फेरी २०८१/८२ मा केहि घटेर ५६% रहेको छ जुन न्यून हो। यसका कारणहरुमा विशेष गरि प्रोटोकल अनुसार गर्भवती जांच मा ल्याउन नसक्नु, गर्भवती आमाहरु विभिन्न स्वास्थ्य संस्थामा गई जांच गराउने र सो को अभिलेखीकरण गर्ने नगर्नु, HMIS मा त्यस्ता आमा हरुको tracking गरि अभिलेख राखने खण्ड नहुनु आदि रहेका छन्।

<u>शिशु तथा बाल्यकालीन पोषक तथा सुक्ष्म पोषक तत्व वालभिटा समुदाय प्रवर्धन कार्यक्रम</u>

नेपालमा करिब ४१ बालबालिकाहरु कुपोषित भएको, २ वर्ष मुनिका करिब ७० प्रतिशत बालबालिकामा रक्तअल्पता रहेको, समुदायमा शिशु तथा वाल्यकालीन आहार सम्बन्धी जानकारी कम भएको विभिन्न अध्ययन र अनसुन्धानले देखाएको छ। यस स्थितीमा यो समस्यालाई समाधान गर्ने उद्देश्यको साथ स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा बिभागको मिति २०६७/०१/३० को निर्णय अनुसार आर्थिक वर्ष २०६६/६/७ बाट लागु हुने गरी पहिलो चरणमा छ जिल्ला क्रमशः मकवानपुर, पर्सा, पाल्पा, रुपन्देही, गोर्खा र रसुवमा बहु-सुक्ष्म पोषण तत्व बालभिटाको वितरण र समदुायमा आधारित शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण कार्यक्रमको पाईलटिङ्ग चरण पूरा भएको थियो। यस चरणको सफलता पुर्वक संचालन पश्चात् आ.व. २०६९/७० मा थप ९ जिल्ला क्रमशः संखवुासभा, सुनसरी, मोरङ्ग, कपिलवस्तु, दाङ्ग, रुकुम, डडेलधुरा, अछाम र बर्दियामा कार्यक्रम लागु गरिएको थियो। कार्यक्रम लागु भएका जिल्लाहरुमा रक्तअल्पताको स्थितिमा कमी ल्याई ६ महिना पूरा भए देखि २ वर्ष सम्मका बालबालिकाहरुको पोषणको स्थितिमा सुधार ल्याउनु नै यस कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य रहेको छ।

उद्देश्य

(क) कर्मर्चारीहरुलाई बालभिटा र सो को आपुर्ति, कार्यक्रमको मुख्य सन्देश तथा सम्बन्धित अनुगमन, अभिलेख र प्रतिबेदनबारे क्षमता अभिवृद्धि गर्ने।

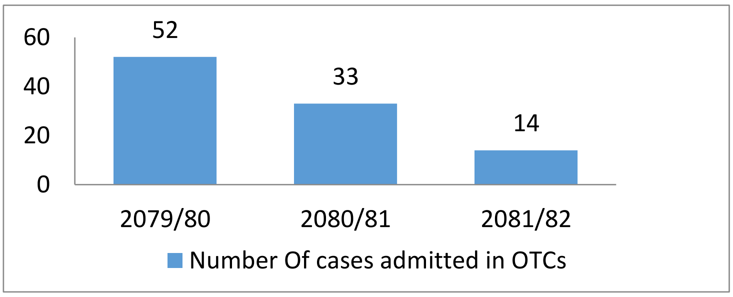
(ख) आमा र अभिभावक ,स्वास्थ्यकर्मी तथा समदुायका अन्य सदस्यहरु समक्ष शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बालभिटा बारे जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने।

(ग) नेपाल सरकारको स्वास्थ्य प्रणलीको वर्तमान अनुगमनका कार्यक्रमहरुमा यस कार्यक्रमसँग सम्बन्धित अनुगमनका कार्यक्रमको एकिकरण गर्ने।

६ महिना देखि २३ महिनासम्मका वालवालिकाहरुलाई सुक्ष्म पोषकतत्व वालभिटा वितरणको प्रगति एक पटक खुवाउने भन्दा पुरै तिन पटक खुवाउने को प्रतिशत धैरै नै कम देखिन्छ। एक पटक लिनेको प्रतिशत आ.व.२०७७/७८ मा २८.८ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. २०७८/७९ मा १४.६ प्रतिसत आ.व. २०७९/८०मा ४०.२ र त्यसैगरी आ.व. २०८०/८१ मा ४०.८ मात्र रहेको छ। यस्तो हुनुमा मुख्यतया वालभिटाको समयमा आपूर्ति नहुनु, पालिका बाट समयमा माग नआउनु, परिवारले खुवाउन नलैजानु,स्वास्थ्यकर्मी बाट उचित परामर्श तथा नियमित फलोअपमा ध्यान नदिनु,आदि रहेको छ।

शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

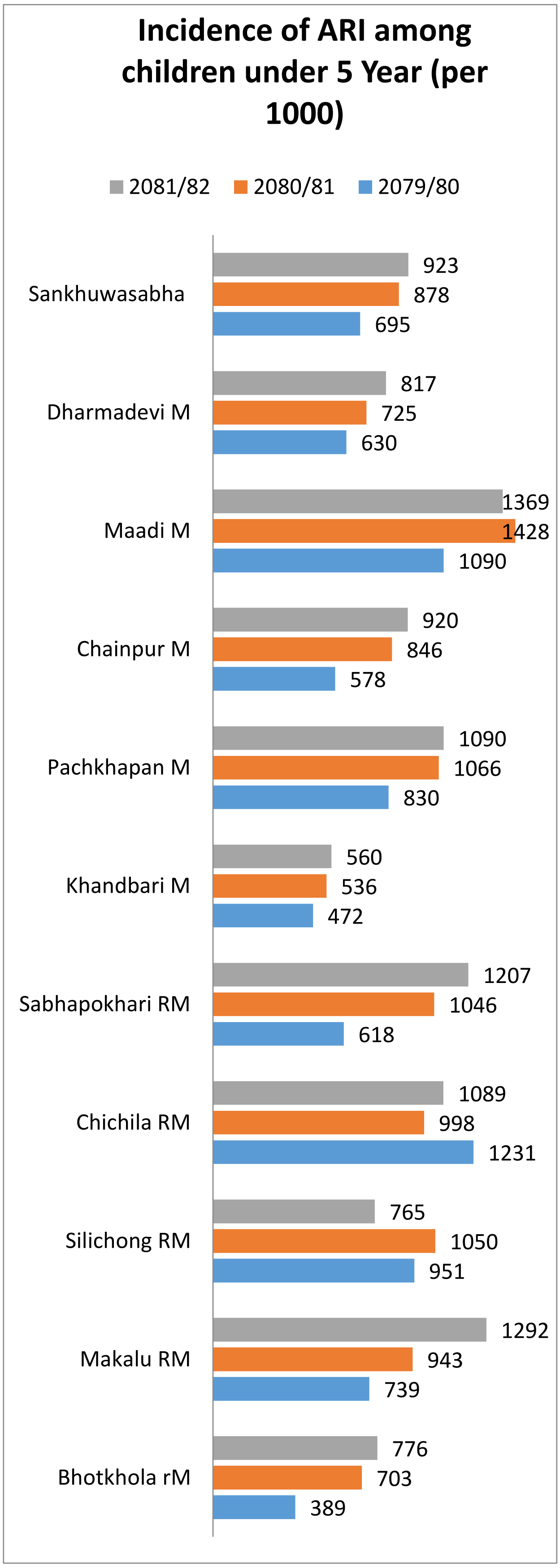
५ बर्ष मुनिका बालबालिकामा देखिने शिघ्र कुपोषणको उपचार बहिरंग तथा अन्तरंग सेवा मार्फत र समुदायमा व्यवस्थापन गर्न आ.व. २०६६/६७ मा नेपालका पाँच जिल्लामा पाइलोटिंग गरि समुदायमा आधारित शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापनकार्यक्रम (CMAM) सुरुवात गरियो। आ.व. २०६८/६९ मा पाइलोटिंगको मुल्यांकन पश्चात कार्यक्रमको नाम परिमार्जित गरि शीघ्रकुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम बनाईयो र २०६९/७० मा थप ६ जिल्ला थपेर ११ म कंचनपुर, मुगु, बर्दिया, जाजरकोट, जुम्ला, कपिलवस्तु, सर्लाही, धनुषा, ससरी, ओखलढुंगा र अछाम जिल्लामा लागू गरियो। २०७२ सालको भूकम्प पश्चात १४ अति प्रभावित जिल्लाहरुमा यो कार्यक्रमलाई बिस्तार गरियो। त्यसैगरी, आ.व. २०७३/७४ मा कर्णालीका ७ जिल्लामा थपियो। संखुवासभा जिल्लामा रहेको कुपोषण को दर लाई तुरुन्त व्यवस्थापन गर्ने हेतुले आ.व. २०७४/७५ देखि यो कार्यक्रम लागु भै हाल ९ वोटा बहिरंग उपचार केन्द्र तथा १ वोटा अन्तरंग उपचार कक्ष बाट शिघ्र कुपोषित बालबालिकाको उपचार भैरहेको छ।

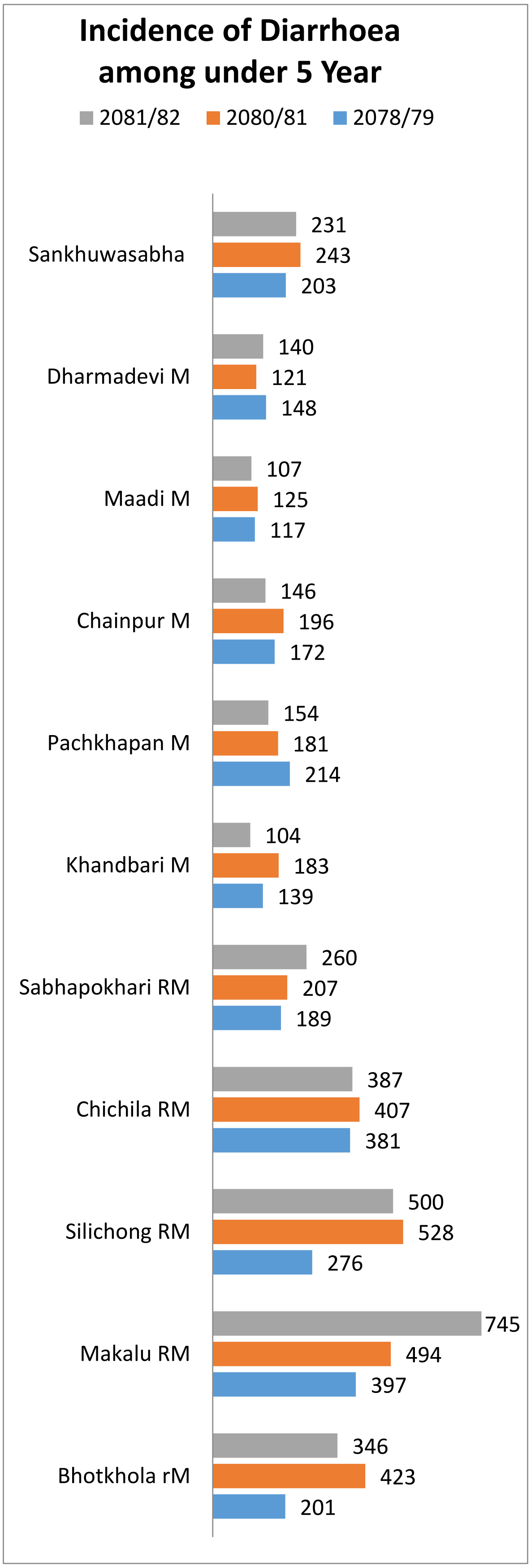


आ.व. २०७९/८० मा ५२ तथा २०८०/८१ मा ३३ रहेको देखिन्छ र आ.व. २०८१/८२ मा यो संख्या १४ रहेको छ। यो संख्या तुलनात्मक रुपमा हेर्दा तथा विभिन्न सर्वेक्षणलाई मध्यनजर गर्दा न्यून रहेको छ । यस्तो हुनुमा आ.व. २०८०/८१ मा पोषण बिशेष प्याकेज तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी नहुनु, सुमुदायमा सक्रिय रुपमा शिघ्र कुपोषित बच्चाको खोजिमा बढ्नु,औसत वृद्धि अनुगमन न्यून रहनु, MUAC मार्फत स्क्रीनिंगमा कमी रहनु ।

पोषणकार्यक्रममा देखिएका मुख्य उपलब्धि, समस्या, कारण र सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु

मुख्य उपलब्धीहरु	कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्याहरु	कारणहरु	सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु
✓ तथा PNC मा IFA दिईएको ✓वृद्धि अनुगमनमा दर्ता भएका बच्चाको प्रतिसत राम्रो रहेको ✓सुआहरा कार्यक्रम मार्फत OnsiteCoachingतथाRD QAगरि पृष्ठपोषण दिईएको ✓नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गरिएको।	✓औसतवृद्धि अनुगमन अत्यन्तै न्युन रहनु ✓सक्रिय शिघ्र कुपोषित बच्चाको खोजिमा कमि हुनु ✓सेवा रजिस्टर पूर्णरुपमा नभारिनु, पोषणको बर्गिकरण एकदमै न्यून रहनु, पूर्ण वर्गीकरण नहुनु, आदि। ✓०-५९ महिनाको बच्चा जांचमा कमि। ✓पूर्ण स्तनपान तथा उचित समयमा पुरक खाना खुवाउन गर्नुपर्ने परामर्श तथा अभिलेखीकरण मा कमि हुनु। ✓शिघ्र कुपोषित बच्चा हरुको सक्रिय खोजि तथा उपचारमा कमि	✓तालिम प्राप्त कर्मचारी न्यून मात्रामा हुनु। ✓HMIS तालिम प्राप्त कर्मचारीको कमि। ✓अभिलेख पूर्ण नराखु। ✓स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा बिभाग बाट विभिन्न समयमा जारी गरिएका नीति तथा निर्देशिकाहरुको अध्ययन तथा पालना मा सबै स्वास्थ्य शाखाहरुको सक्रिय पालनामा कमि रहनु	✓अभिलेखतथा प्रतिवेदन शिपको विकास गर्ने। ✓पोषण, CBIMNCI, IMAMको तालिम प्रदान गर्नु पर्ने। ✓Case finding तथा referal को लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वंयमसेविका हरुलाई basic and refresher तालिम प्रदान गर्नुपर्ने। ✓पालिका तथा स्वास्थ्य कार्यालयबाट नियमित अनुगमन तथा onsite coaching प्रदान गर्ने।


Incidence of ARI among children under 5 Year (per 1000)
2081/82
2080/81
2079/80
Sankhuwasabha 923 878 695
Dharmadevi M 817 725 630
Maadi M 1369 1428 1090
Chainpur M 920 846 578
Pachkhapan M 1090 1066 830
Khandbari M 560 536 472
Sabhapokhari RM 1207 1046 618
Chichila RM 1089 998 1231
Silichong RM 765 1050 951
Makalu RM 1292 943 739
Bhotkhola rM 776 703 389


Incidence of Diarrhoea among under 5 Year
2081/82
2080/81
2078/79
Sankhuwasabha 231 243 203
Dharmadevi M 140 121 148
Maadi M 107 125 117
Chainpur M 146 196 172
Pachkhapan M 154 181 214
Khandbari M 104 183 139
Sabhapokhari RM 260 207 189
Chichila RM 387 407 381
Silichong RM 500 528 276
Makalu RM 745 494 397
Bhotkhola rM 346 423 201

३.समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत ब्यवस्थापन कार्यक्रम

परिचय

पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्या वा रोगहरुको एकीकृत रुपमा मूल्याङ्कन र वर्गीकरण गरि त्यसैको आधारमा उक्त समस्या वा रोगहरुको उपचार तथा ब्यवस्थापन गर्ने प्रणालीलाई समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन भनिन्छ।समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (Community Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness) कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य पाँचवर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा प्रायःजसो देखिने रोग तथा अन्य स्वास्थ्य समस्याहरुको उपचार तथा व्यवस्थापन गरी त्यसबाट हुने मृत्यु दर घटाउनु हो। यो उमेर समुहका बालबालिकाहरु मध्ये नवजात शिशु अझबढी जोखिममा हुने भएकोले सुरक्षित तरिकाले सुत्केरी गराउने, नवजात शिशुको अत्यावश्यक स्याहार गर्ने जस्ता पक्षलाई यो कार्यक्रमले विशेष महत्व दिएको छ। यो कार्यक्रम विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको संलग्नतामा सञ्चालन गरिने भएकोले यसलाई समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम नामाकरण गरिएको हो ।

नेपालमा सन १९९६ मा प्रति हजार जीवित जन्ममा ५० जना पाँचवर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्यु हुनेगरेकोमा यो दर त्यस पछाडिका वर्षहरुमा उल्लेख्य रुपमा घट्दै गएको पाईएको छ। सन् २०२२ को NDHS को प्रतिबेदन अनुसार हाल नेपालको पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा हुने मृत्युदर ३३ प्रति हजार जीवित जन्म रहेको छ। वास्तवमा नेपालले पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्युदर घटाउन तय गरिएको सहश्राव्दी विकास लक्ष्य सन २०११ मा नै हाँसिल गरेको थियो र यसका लागि नेपालले अन्तराष्ट्रिय पुरस्कार तथा सम्मान समेत प्राप्त गरिसकेको छ।

यो उपलव्धि हांसिल हुनुमा विगतमा संचालित समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम, समुदायमा आधारित नजजात शिशु स्याहार कार्यक्रम, राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम तथा राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको मुख्य भूमिका रहेको छ । पाँच वर्षमुनिका बालबालिको मृत्युदर घटाउन उल्लेख्य उपलव्धि हांसिल गरेता पनि नवजात शिशु मृत्युदर घटाउने अभियानमा भने नेपालले सन् १९९६ देखि २०२२ सम्मको अवधिमा अपेक्षाकृत उपलव्धि हांसिल गर्न सकेन । सन् २००६ र २०११ विचको अवधीमा नेपालको नवजात शिशु मृत्युदर यथास्थितिमा नै रह्यो । तर हालसालै गरिएको नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्बेक्षण अनुसार नेपालको नवजात शिशु मृत्युदरमा केही सुधार देखिएको छ र यो मृत्युदर घटेर २१ प्रति हजार जीवित जन्ममा पुगेको छ ।

कार्यक्रमको विकासक्रम

नेपालमा बाल बचाऊ कार्यक्रम अन्तर्गत झाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम सन् १९८३ देखि सुरुभएको थियो । यसैगरी श्वास प्रश्वास सम्बन्धी रोग नियन्त्रण (ARI) कार्यक्रम सन् १९८७ बाट सुरुभएको हो । स्वास्थ्य संस्था स्तरमा मात्र उपलव्ध स्वास्थ्य सेवाबाट मात्र झाडापखाला र श्वास प्रश्वासरोगबाट हुने मृत्युमा कमि गराउन कठिन भएकाले बालबचाउ कार्यक्रमलाई अझ प्रभावकारी बनाईबालमृत्यु कम गराउन सन् १९९५/९६ देखि समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण (CB-ARI) कार्यक्रमको पाईलटीङ्ग गरियो । सन् १९९७/९८ मा श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम रझाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम समाहित हुँदै समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास र झाडापखालारोग नियन्त्रण (CB-AC) कार्यक्रमको रुपमा विकास भयो । यस कार्यक्रममा पोषण तथा खोपकार्यक्रमलाई पनि विशेष जोड दिइयो । अर्कोतर्फ सन् १९९७ देखिनै समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) कार्यक्रम महोत्तरीबाट स्वास्थ्य संस्था स्तरमा सुरु भयो तर महोत्तरीमा उक्त कार्यक्रम त्यती प्रभावकारी हुन सकेन । सन् १९९७ मै समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास र झाडापखाला रोग नियन्त्रण (CB-AC) कार्यक्रमको मूल्याङ्कन भयो र सो कार्यक्रम निकै प्रभावकारीभएको पाइयो । यसकारण, नेपाल सरकार बाल स्वास्थ्य महाशाखाद्वारा दातृ निकाय WHO, UNICEFतथा USAID को सहयोगमा IMNCI र CB-AC कार्यक्रमलाई एकीकृत गरि CB-IMCI कार्यक्रमको रुपमा विकास गरियो । यो कार्यक्रम सन् २००९ सम्ममा अद्यावधिक गर्दै देशभर कार्यान्वयन गरियो । कार्यक्रम अद्यावधीक गर्ने क्रममा यस कार्यक्रममा सन् २००५ देखि Low Osmolar ORS र Zinc Supplementation लाई पनि समावेश गरियो ।सन् २०११ सेप्टेम्बरमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको निर्णयानुसार नाभिमा हुने संक्रमणको रोकथाम तथा व्यवस्थापनका लागी नाभि स्याहार कार्यक्रम पनि यसै कार्यक्रम अन्तर्गत समावेश गरियो .

CBIMCI र CBNCP कार्यक्रमका लगभग ६० प्रतिशत विषयवस्तुहरु मिल्ने भएकोले तथा एकीकृतरुपमा कार्यक्रम संचालन गर्दा आर्थिक तथा प्राविधिक भार कम हुने भएको कारण सन् २०१४ (आ.व २०७१।७२) मा यी दुबै कार्यक्रमलाई एउटै प्याकेजमा एकीकृत गर्ने नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मिति २०७१/६/२८ को निर्णय अनुसार एकीकरण गरियो र यसको CB-IMNCI नामाकरण गरियो ।

कार्यक्रमको लक्ष्य, उद्देश्य, रणनीति तथा मुख्य क्रियाकलापहरु

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

कार्यक्रमका उद्देश्यहरु

- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहारलाई प्रवद्र्धन गरी नवजात शिशुहरुमा हुने बिरामीदर तथा मृत्युदरघटाउने।
- नवजात शिशुहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरुको व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदरघटाउने ।
- ५ वर्षमुनिका बालबालिकामा हुन सक्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्या तथा रोगको उचित व्यवस्थापन गरीबिरामी 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 समुदाय स्तरसम्म उपलब्ध गराउने रगुणस्तर अभिवृद्धि गर्ने कार्यलाई सुदृढ गर्ने ।
- आपूर्ति व्यवस्थापनलाई सुदृढ बनाउने ।
- नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई स्तरयुक्त बनाउन सार्वजनिक तथा निजी क्षेत्र बीचसहकार्य गर्ने ।
- कार्यक्रम सुधारका लागि खोज तथा अध्ययन अनुसन्धान गर्ने ।
- घर तथा समुदाय स्तरमा हुने सकारात्मक बानी व्यवहारलाई प्रवर्द्धन गर्ने तथा समुदायकोसहभागीतालाई सुदृढ गर्ने ।

आई.एम.एन.सि.आई कार्यक्रम अन्तरगतका सेवाहरु

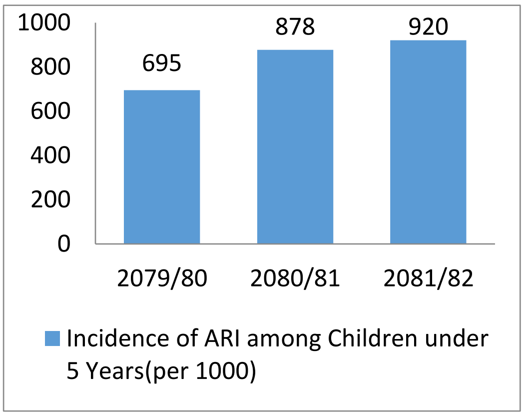
नवजात शिशु केन्द्रित सेवाहरु

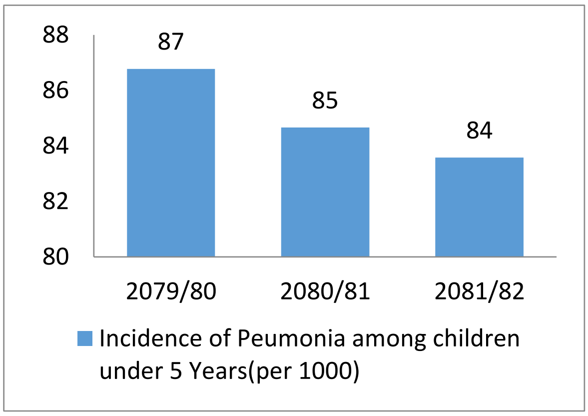
- स्वास्थ्य संस्थामै प्रसूती गराउन प्रवर्द्धन गर्ने ।
- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहार तथा प्रसुती पश्चात स्वास्थ्यकर्मीद्वारा नवजात शिशु रसुत्केरी आमाको नियमित जाँच ।
- ०-५९ दिनको बच्चामा व्याक्टेरीयको सम्भावित गम्भीर संक्रमण तथा स्थानीय संक्रमणकोव्यवस्थापन
- जन्मदा सास नफेरेको वा नरोएको शिशुको पहिचान तथा व्यवस्थापन
- जन्मदै कम तौल भएको शिशुको मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन
- शिताङ्गको रोकथाम, मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन

दुई महिनादेखि ५ वर्ष सम्मका बालबालिकाहरूमा हुने रोगहरूको एकीकृत व्यवस्थापन

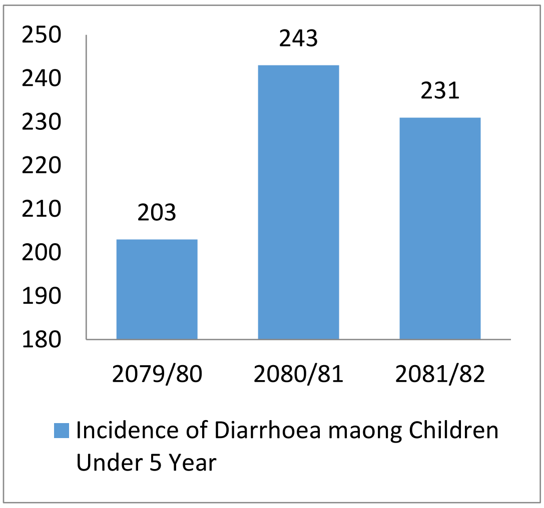
- श्वासप्रश्वास रोग
- पखाला
- दादुरा
- कुपोषण
- मलेरिया

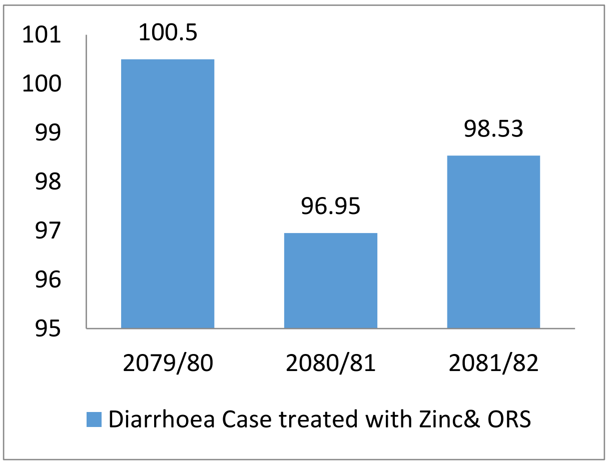
समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत ब्यवस्थापन कार्यक्रमको सूचकहरु





५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको बिगत तिन बर्षको स्वासप्रश्वस दरको विश्लेषण गर्दा आ.व.२०८१/८२ मा केही बढेर ८७८ बाट बढेर ९२० मा पुगेको देखिन्छ। त्यसैगरी, आ.व.२०८१/८२ मा निमोनिया हुनेको दर प्रति हजार बालबालिकामा ८४ जना रहेको छ।

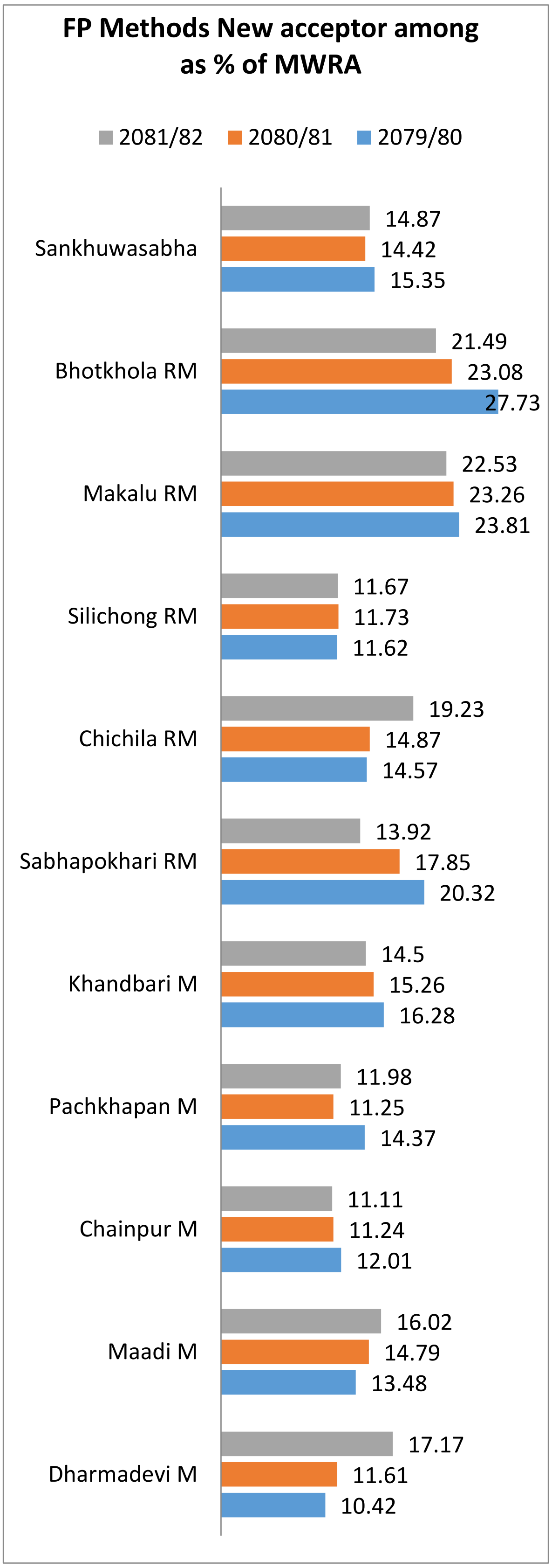


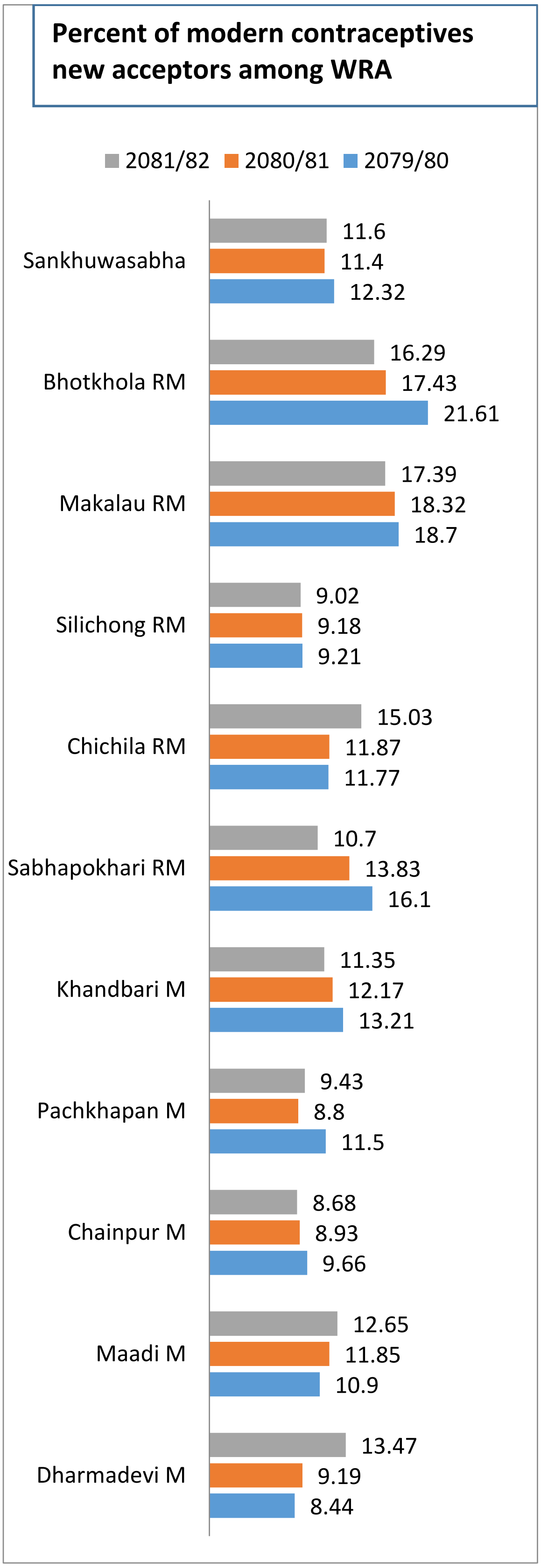


५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको बिगत तिन बर्षको झाडापखालाको दरको विश्लेषण गर्दा आ.व.२०८१/८२ मा २३१ मा पुगेको देखिन्छ। साथै, पुनर्जलीय झोल तथा जिंक बाट उपचार गरिएको प्रतिशत ९८.५३% रहेको छ।

CBIMNCI कार्यक्रममा देखिएका मुख्य उपलब्धि समस्या कारण र सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरुः

मुख्य उपलब्धीहरु	कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्याहरु	कारणहरु	सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु
✓ कडा निमोनिया तथा कडा जलवियोजन भएका बच्चाको उचित व्यवस्थापन भएको। ✓ ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर सङ्क्रमणको उपचार सहि तरिकाले गरिएको। ✓ सुआहारा कार्यक्रम मार्फत RDQAतथा**OnsiteCoaching**गरिएको। ✓ नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गरिएको।	✓समायोजनपश्चात तालिम प्राप्त तथा स्थायी स्वास्थ्यकर्मी जिल्लावाट गएकोले कार्य सम्पादन तथा गुणस्तर कायम गर्न कठिनाइ। ✓सेवा रजिस्टर पूर्णरुपमा नभरिनु, पोषणको बर्गिकरण एकदमै न्यून रहनु, पूर्ण वर्गीकरण नहुनु, आदि। ✓०-५९ महिनाको बच्चा जांचमा कमि।	✓तालिम प्राप्त कर्मचारी न्यून मात्रामा हुनु। ✓HMIS तालिम प्राप्त कर्मचारीको कमि। ✓अभिलेख पूर्ण नराखु।	✓अभिलेख तथा प्रतिवेदन शिपको विकास गर्ने। ✓पोषण, CBIMNCI, IMAMको तालिम प्रदान गर्नु पर्ने। ✓Case Finding तथा referal को लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको basic तथा refresher तालिमको व्यवस्था गर्नुपर्ने। ✓पालिका तथा स्वास्थ्य कार्यालयबाट नियमित अनुगमन तथा OnsiteCoaching प्रदान गर्ने।


FP Methods New acceptor among as % of MWRA
2081/82
2080/81
2079/80
Sankhuwasabha
14.87
14.42
15.35
Bhotkhola RM
21.49
23.08
27.73
Makalu RM
22.53
23.26
23.81
Silichong RM
11.67
11.73
11.62
Chichila RM
19.23
14.87
14.57
Sabhapokhari RM
13.92
17.85
20.32
Khandbari M
14.5
15.26
16.28
Pachkhapan M
11.98
11.25
14.37
Chainpur M
11.11
11.24
12.01
Maadi M
16.02
14.79
13.48
Dharmadevi M
17.17
11.61
10.42


Percent of modern contraceptives new acceptors among WRA
2081/82
2080/81
2079/80
Sankhuwasabha
11.6
11.4
12.32
Bhotkhola RM
16.29
17.43
21.61
Makalau RM
17.39
18.32
18.7
Silichong RM
9.02
9.18
9.21
Chichila RM
15.03
11.87
11.77
Sabhapokhari RM
10.7
13.83
16.1
Khandbari M
11.35
12.17
13.21
Pachkhapan M
9.43
8.8
11.5
Chainpur M
8.68
8.93
9.66
Maadi M
12.65
11.85
10.9
Dharmadevi M
13.47
9.19
8.44

४. परिवार कल्याण कार्यक्रम

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति १९९१ (२०४७) र प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यनीति १९९८(२०५४) ले निर्दिष्ट गरेको प्रजनन् स्वास्थ्य अन्तर्गतका विभिन्न कार्यक्रमहरुका विवरण, हिसाव र लागत सन् २०११/१२ (आ.व २०६७/६८) अघि छुट्टै हुने गर्दथ्यो ।यसले गर्दा विभिन्न कार्यक्रमहरुको एकिकृत रुपमा योजना तर्जुमा, कार्यान्वियन ,अनुगमन र मूल्याङ्कनमा हुने असजिलोपना हटाउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले एकिकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको सम्पुर्ण कार्यक्रमहरुलाई एउटै छाता मुनि ल्याई कार्यन्वयन गर्ने अवधारणा ल्याएको हो।त्यसकारण यी कार्यक्रमहरुलाई एकिकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम भनेर सन् २०११/१२ देखि एकमुष्ठ रुपमा योजना तर्जुमा कार्यन्वयन अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्न थालिएको हो ।सन् १९९४ मा काईरोमा भएको जनसंख्या तथा विकास सम्बन्धी अन्तराष्ट्रिय सम्मेलनबाट अभिप्रेरीत भई नेपाल सरकारले सन् १९९८ मा राष्ट्रिय प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यनीतिको तर्जुमा गर्यो । यो नीति सन् १९९१ को स्वास्थ्य नीतिमा आधारित थियो र यस नीतिलाई अझ परिष्कृत रुपमा नयाँ राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०१४ (२०७१) ले निरन्तरता दिएको छ।तल उल्लेखित विभिन्न कार्यक्रमहरुलाई एकिकृत प्रजनन् स्वास्थ्यको प्याकेज अन्तर्गत राखिएको छ।

- परिवार नियोजन कार्यक्रम
- सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)
- गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम
- आङ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम
- महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंमसेवक कार्यक्रम
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम
- किशोर-किशोरी प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम
- फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम
- प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धि साना अनुसन्धान कार्यक्रम
- पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

५. परिवार नियोजन कार्यक्रम

परिवार योजना भन्नाले दम्पतिको सुसुचित सचेत निर्णयद्वारा परिवारको उचित सकारात्मक व्यवस्थापनका लागि स्वेचछिक रूपमा आवश्यकता अनुरूप परिवार नियोजनको साधन प्रयोगद्वारा उपयुक्त समयमा गर्भधारण गर्ने र निश्चित समयको गर्भान्तिर राख्ने प्रयासलाई जनाउँदछ। राष्ट्रिय परिवार योजना कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य व्यक्ति र दम्पतीहरूले उनीहरूको प्रजनन् आवश्यकताहरू पूर्वसूचित छनौटहरूमा आधारित उपयुक्त परिवार नियोजनका विधिहरूको प्रयोग गरेर गर्न सक्छन् भनेर सुनिश्चित गर्नु हो। नेपाल सरकार परिवार योजना कार्यक्रम अंतर्गतका लक्ष्य हासिल गर्न र कोही पछाडि नरहेको सुनिश्चित गर्नका लागि सबै व्यक्ति तथा दम्पतिहरू सहित किशोर किशोरी र युवा, ग्रामीण क्षेत्रमा बसोबास गर्नेहरू, आप्रवासीहरू र अन्य जोखिममा रहेका वा सीमान्तकृत समूहहरूको सुसूचित छनौटको आधारमा स्वेच्छिक समान र अधिकारमा आधारित गुणस्तरीय परिवार नियोजनका सेवाहरूमा पहुँचको लागि प्रतिबद्ध छ।

परिवार नियोजन कार्यक्रम नेपालमा लामो समय देखि सञ्चालन हुदै आएको कार्यक्रम हो। राष्ट्रिय परिवार नियोजन कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य गुणस्तरीय परिवार नियोजन सेवाको पहुँचमा अभिवृद्धि गरी त्यसबाट आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सुधार गर्दै गुणस्तरीय जीवनमा सुधार गर्नु रहेको छ । नेपालमा परिवार नियोजन कार्यक्रमको सुरुवात नेपाल परिवार नियोजन संघको स्थापना भए सँगै सन् १९५९ बाट थालनी भएको र सोको श्रेय नेपाल परिवार नियोजन संघलाई जान्छ। तत् पश्चात नेपाल सरकारले सन् १९६५ मा मातृ तथा शिशु महाशाखाको स्थापना गरी परिवार नियोजनको कार्यलाई सरकारी तवरबाट सुरु गरिएको थियो। सन् १९६५-१९७० तेस्रो पञ्च बर्षिय विकास योजनाले नेपालमा जनसंख्या नितिको आवश्यकत महसुस गरि जनसंख्या नितिको बनाईयो साथै उच्च प्रजनन् दरलाई नियन्त्रण गर्न परिवार नियोजन लाई मुख्य औजारको संज्ञा समेत दिईयो।

परिवार नियोजनलाई संविधानमा मौलिक हकको रूपमा समावेश गरी जनस्वास्थ्य ऐन २०१८ अन्तर्गत आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्याकेजमा समावेश गरिएको छ, जसले विश्वव्यापी स्वास्थ्य कभरेज तर्फ मार्ग प्रदशन गरेको छ। साथै, सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य ऐन २०१८, सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य नियमन २०२०, १६औं राष्ट्रिय योजना, साथै सुरक्षित मातृत्व रोडम्याप (२०२०-२०३०) ले अधिकारमा आधारित परिवार नियोजन सेवाहरूको उपलब्धता र पहुँचलाई जोड दिएको छ। हाल नेपालमा स्वास्थ्य सेवा बिभाग अन्तरगतको परिवार कल्याण महाशाखा बाट परिवार नियोजन सम्बन्धी सम्पुर्ण कार्यहरु लाई निरन्तरता दिईरहेको छ।

परिवार योजना कार्यक्रमको उद्देश्य

परिवार योजना कार्यक्रमको समग्र उद्देश्य सबै व्यक्ति र दम्पतिद्वारा परिवार योजना सेवाको सुसूचित, छनौट र स्वेच्छिक उपयोग मार्फत स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउनु रहेको छ। थप विशिष्ट उद्देश्यहरू यस प्रकार रहेका छन्:

- सबै व्यक्ति र दम्पतिको सुरक्षित तथा स्वीकार्य हुने प्रभावकी, गुणस्तरीय परिवार योजना सेवाको पहुँच र उपयोगमा बिस्तार गर्ने। विशेष गरी दुर्गम तथा ग्रामीण क्षेत्र र परिवार योजना सेवाको धेरै अपरिपुर्त माग रहेका गरीब श्रमिक तथा आप्रवासी, पोस्ट एबर्सन महिला, दलित र अन्य सीमान्तकृत समुदाय र पोस्ट पार्टम किशोरावस्थाका महिलाहरूमा परिवार योजना सेवाको पहुँच र उपयोगमा बिस्तार गर्न विशेष ध्यान केन्द्रित गर्ने।
- परिवार नियोजनका साधनहरूको दिगो प्रयोग बढ़ाउन परिवार योजना सेवाको अपरिपूर्त माग, अनिच्छित गर्भधारण र परिवार नियोजनका साधनहरूको प्रयोग नगर्ने अभ्यास घटाउने।
- पुरुष महिला तथा किशोरीहरूमा परिवार योजना सेवाको पहुँच बढाउन उपयुक्त वातावरणको सृजना गर्ने।
- रणनीतिक व्यवहार परिवर्तन संचार गतिविधि कार्यान्वयन गरेर परिवार योजना सेवाहरूको माग बढ़ाउने।

माथि उल्लेखित लक्ष्य तथा उद्देश्यहरू प्राप्त गर्नका लागि प्रदेश सरकारले अवलम्बन गरेका नीति तथा रणनीतिहरू यस प्रकार रहेका छन:

- **उपयुक्त वातावरणको सृजना**: परिवार योजनका लागि उपयुक्त वातावरणलाई सुदृढ बनाउन
- **माग उत्पादन**: परिवार योजना सेवाको अपरिपूर्त माग उच्च रहेका जनसंख्याहरूमा स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्ने व्यवहार बढाउने
- **सेवा प्रवाह**: किशोरकिशोरी, प्रवासी, ग्रामिण, सीमान्तकृत र अन्य विशेष व्यक्तिहरूको आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्न परिवार योजना सेवा प्रवाह र सामाग्री आपूर्तिलाई सुदृढ बनाउने
- **क्षमता अभिवृद्धिः** परिवार योजना सेवा प्रवाहलाई बिस्तार गर्न सेवा प्रदायकहरूको क्षमता सुदृढ गर्ने
- **अनुसन्धान र नवीनता**: कार्यक्रम कार्यान्वयनको लागि प्रमाण तथा आधार मार्फत नवीनता र अनुसन्धानलाई बलियो बनाउन

परिवार योजना कार्यक्रमका लक्ष्यहरू :

सम्पूर्ण नागरिकको यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्यमा विश्वव्यापी पहुँच स्थापित गर्न परिवार योजना कार्यक्रमका दिगो विकास लक्ष्यहरू यस प्रकार रहेका छन्:

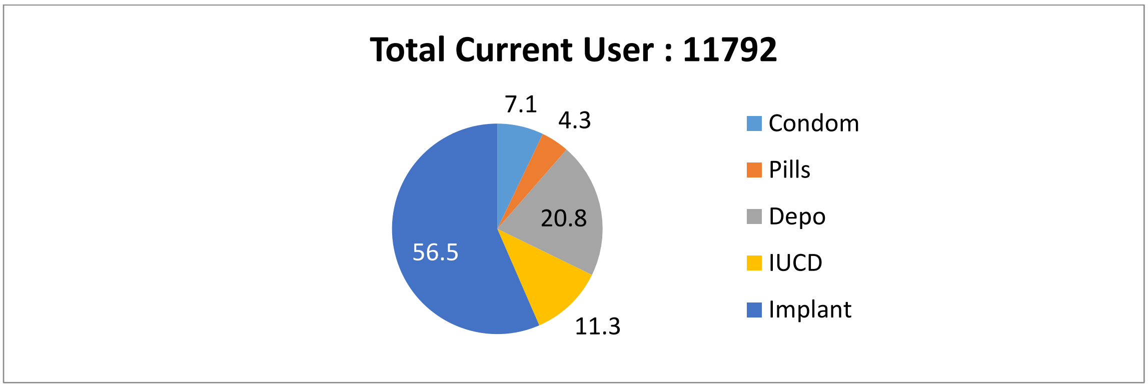
सुचकहरू	राष्ट्रिय	दीगो विकास लक्ष्यहरू		
	अवस्था	२०२२	२०२५	२०३०
आधुनिक परिवार नियोजन का साधनहरूको आवश्यता संग संतुष्ट १५ देखि ४९ वर्ष सम्म का महिलाहरूको अनुपात	५५	७४	७६	८०

सुचकहरू	राष्ट्रिय अवस्था	दीगो विकास लक्ष्यहरू		
		२०२२	२०२५	२०३०
आधुनिक परिवार नियोजन का साधनहरूको प्रयोग दर — प्रतिशत	४३	५३	५६	६०
कुल प्रजनन् दर — १५ खि ४९ वर्ष सम्म का महिलाहरूको जन्मदर	२.१	२.१	२.१	२.१

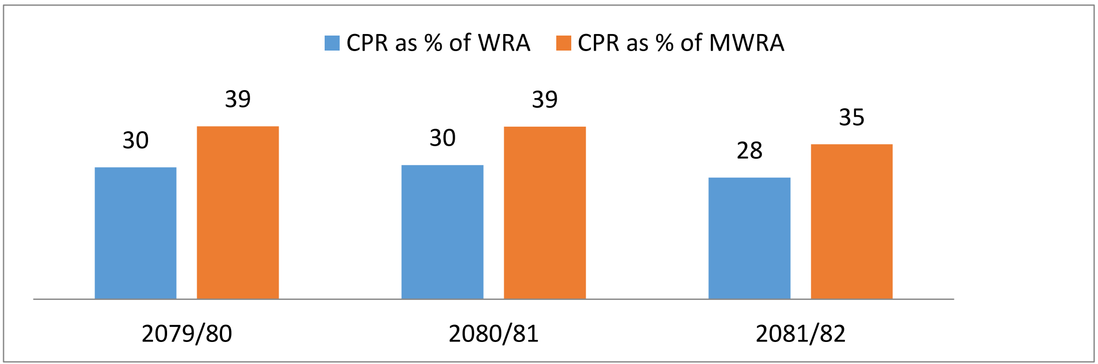
तथ्यांक स्रोतः राष्ट्रिय योजना आयोग, नेपाल जनसांखिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०२२

उपलब्धीहरू

Current user method mix as % of MWRA FY 2081/82

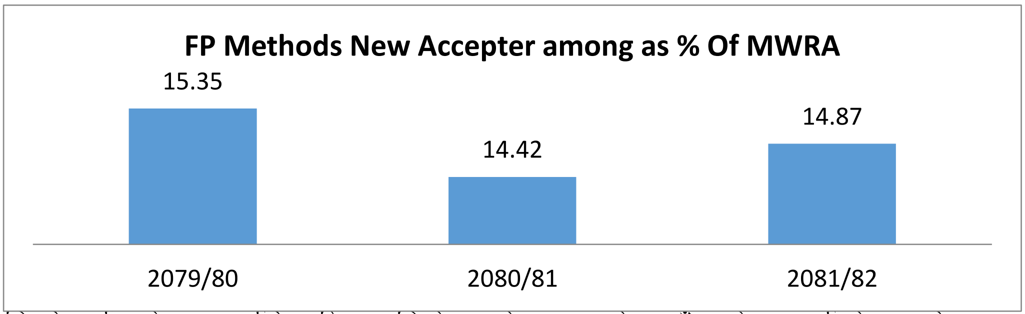


माथि देखाईएको चार्टमा परिवार नियोजनको मिश्रित साधनको लगातार प्रयोगकर्ता देखाईइको छ जसमा जम्मा प्रयोगकर्ता मध्ये ५६ प्रतिशतले लामो अवधीको अस्थायी साधन इम्प्लान्ट अपनाएका छन। जसले यस जिल्ला भित्रका महिलाहरुको प्रजनन् स्वास्थ्य सकारात्मक बाटो तर्फ उन्मुख भएको देखिन्छ ।त्यसै गरी लामो समयका लागि अवाञ्छित गर्भ बाट बचावट हुने र मातृ मृत्यु दरमा कमी ल्याउन तथा समग्र प्रजनन् स्वास्थ्यको अवस्था स्वस्थ रहने देखिन्छ।



माथिको चार्टमा परिवार नियोजनको लगातार प्रगोगकर्तको प्रयोग दर (CPR) प्रजनन् उमेरका विवाहित तथा अविवाहित दुवै समुहमा दाँजिएको छ।१५ देखि ४९ बर्षका विवाहित तथा अविवाहितमा परिवार नियोजनको आधुनिक साधनहरुको प्रयोग दर क्रमशः आ.व. २०७९/८०, २०८०/८१ र २०८१/८२ मा ३०, ३० र २८ प्रतिशत रहेको छ भने १५ देखि ४९ बर्षका विवाहितमा प्रयोग दर ३९, ३९ र ३५ प्रतिशत रहेको छ ।

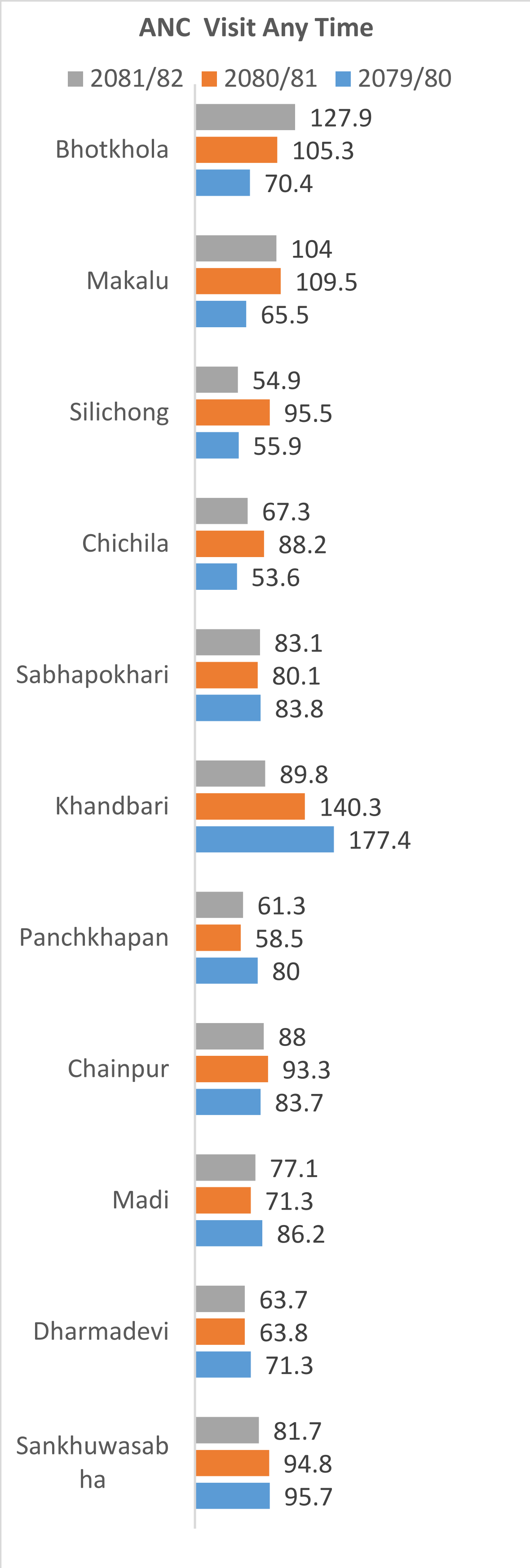
दुवै समुहका महिलाहरु मध्ये विवाहित प्रजनन् उमेरका महिलाहरुमा परिवार नियोजनको माँग बढाउन विभिन्न क्रियाकलापहरु गरिदै सेवामा पहुँच बढाउनका लागि समय समयमा घुम्ति शिविर संचालन गरिन्छ तर अविवाहित प्रजनन् उमेरका महिलाहरुका लागि कुनै पनि छुट्टै विशेष प्याकेजमा कार्यक्रमहरु संचालन भएको देखिदैन तसर्थ परिवार नियोजनका साधन प्रयोग दर लाई यस जिल्लाको हकमा अविवाहित प्रजनन् उमेरका महिलाहरुको संख्या संग दाँज्न उपयुक्त देखिदैन ।यस बर्ष सुनौलो परिवार नेपालको एम.एस. लेडीज कार्यक्रम अन्तर्गत धेरै महिलाहरुले परिवार नियोजनको लामो साधन इम्प्लान्ट सेवा अपनाएकोले CPR बढेको देखिन्छ ।

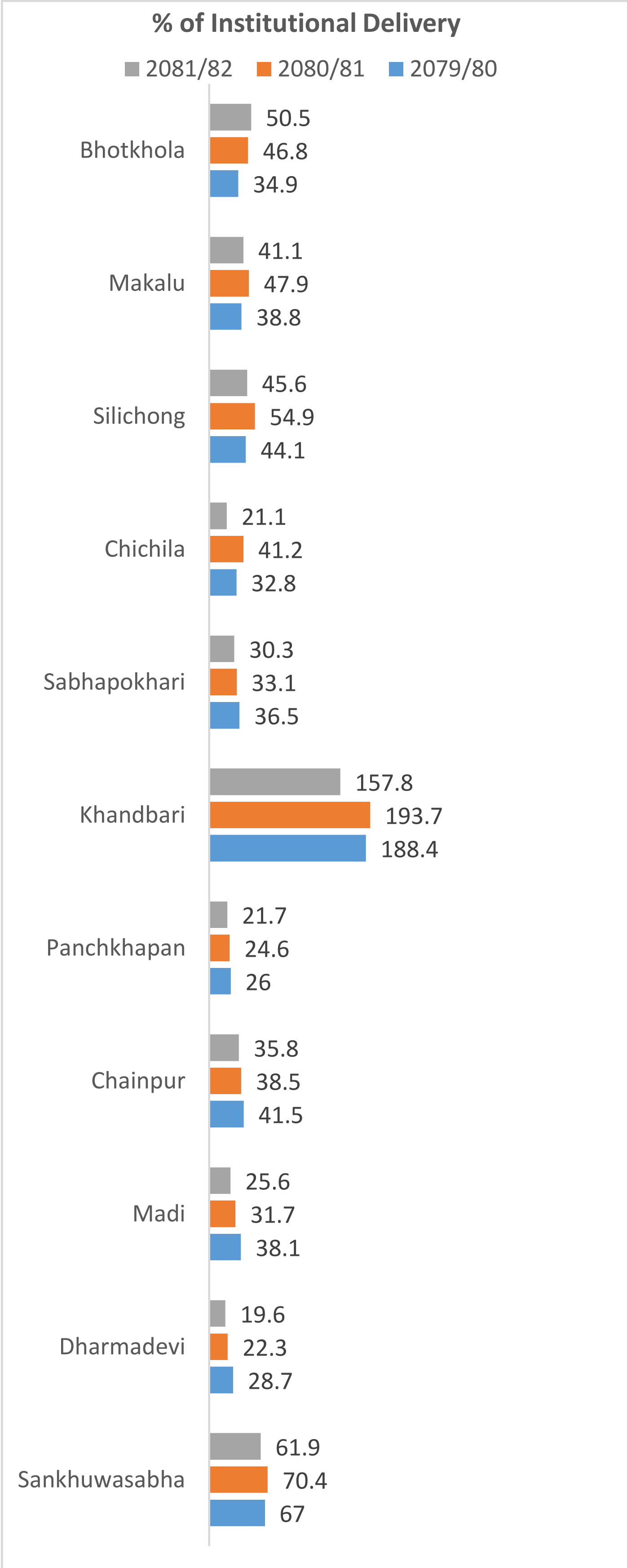


माथि देखाईएको बारचार्टले परिवार नियोजनको साधनको नयाँ प्रयोग कर्ताको दर देखाइएको छ जसमा लगातार ३ आ.व. मा रुपमा यसको दर घट्दै अनी बढ्दै गएको देखिन्छ । आ.व. २०७९/८० मा १५.३५%, २०८०/८१ मा १४.४२% र यस आ.व. २०८१/८२ मा १४.८७% रहेको छ ।आ.व. २०७८/७९मा सुनौलो परिवारको सहयोगमा परिवार नियोजन स्थायी बन्ध्याकरण शिविर संचालन गरी १५ पुरुष तथा १६ महिला लाभान्वित भएका थिए । जिल्ला भित्र ३ अस्पताल, ४ वटा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा ३३ वटा स्वास्थ्य चौकी गरि जम्मा ४० वटा स्वास्थ्य संस्थाहरु मध्येबाट जम्मा १६ वटा संस्थाहरुमा मात्र पाँच वटै साधनको उपलब्धता छ।

परिवार नियोजन कार्यक्रम मुख्य चुनौतिहरु तथा समाधानका लागी गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु

मुख्य चुनौतिहर	समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु	जिम्मेबार निकाय
कम सि.पि.आर	स्वास्थयकर्मीहरु लाई तालिम तथा लार्क सेवाको विस्तार	राष्ट्रिय तथा प्रदेश तालिम केन्द्र, स्वास्थ्य कार्यालय,स्थानीयतह
पाँच किसिमकै आधुनिक प.नि. सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाको संख्या कम	पाँच किसिमकै आधुनिक प.नि सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाको संख्या विस्तार गर्दै जाने ।	स्थानीयतह , स्वास्थ्य कार्यालय
बर्षै भरि स्थायी बन्ध्याकरण सेवा उपलब्ध नहुनु	जिल्ला अस्पताल खाँदबारिमा बर्षै भरि स्थायी बन्ध्याकरण सेवा उपलब्ध गराउने	स्वास्थ्य सेवा विभाग, खाँदबारी अस्पताल, स्वास्थ्य कार्यालय


ANC Visit Any Time
2081/82
2080/81
2079/80
Bhotkhola
127.9
105.3
70.4
Makalu
104
109.5
65.5
Silichong
54.9
95.5
55.9
Chichila
67.3
88.2
53.6
Sabhapokhari
83.1
80.1
83.8
Khandbari
89.8
140.3
177.4
Panchkhapan
61.3
58.5
80
Chainpur
88
93.3
83.7
Madi
77.1
71.3
86.2
Dharmadevi
63.7
63.8
71.3
Sankhuwasabha
81.7
94.8
95.7


% of Institutional Delivery
2081/82
2080/81
2079/80
Bhotkhola
50.5
46.8
34.9
Makalu
41.1
47.9
38.8
Silichong
45.6
54.9
44.1
Chichila
21.1
41.2
32.8
Sabhapokhari
30.3
33.1
36.5
Khandbari
157.8
193.7
188.4
Panchkhapan
21.7
24.6
26
Chainpur
35.8
38.5
41.5
Madi
25.6
31.7
38.1
Dharmadevi
19.6
22.3
28.7
Sankhuwasabha
61.9
70.4
67

६ . सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य भन्नाले गर्भावस्था, प्रसूति तथा सुत्केरी अवधिमा आमा र नवजात शिशुको समग्र स्वास्थ्य सुनिश्चित गर्न केन्द्रित एक समग्र दृष्टिकोण हो। यस अन्तर्गत जटिलता रोकथाम, समयमै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने, मातृ तथा नवजात मृत्यु र रुग्णता दर घटाउने विविध कार्यक्रमहरू समावेश गरिन्छ। प्रबर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक तथा गुणस्तरीय सेवाको माध्यमबाट रोक्न सकिने मातृ तथा नवजात शिशु मृत्युदर कम गर्न गर्भ, प्रसुती तथा सुत्केरी अवस्थामा सबै किसिमका सेवाहरु लक्षित समुहमा उचित समयमा निरन्तर पुर्याउन आवश्यक छ | विभिन्न कारणहरुले हुने तिन ढिलाई (स्वास्थ्य सेवा लिन निर्णय गर्नमा ढिलाई, स्वास्थ्य संस्था पुग्नमा ढिलाई र स्वास्थ्य संस्थामा पुगे पछि सेवा प्राप्त गर्नमा ढिलाई) लाई कम गर्न सकेमा मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु दर घटाउन सकिन्छ | गर्भावस्था र प्रशवको समयमा हुने जोखिम कम गर्न र मृत्युका कारकलाई संबोधन गर्न निम्न रणनीतिहरु छन्ः

- कोष, खर्च बचत, स्वास्थ्य संस्था जान उपयुक्त समयमा निर्णय, यातायात र रक्त संक्रमणका लागि जागरुकता बढाउनुका साथै सुधार गर्ने र जटिलता व्यवस्थापनको तयारीलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- आमा सुरक्षा कार्यक्रमको साथ साथै २४ घण्टा प्रशव सुविधाको विस्तारले प्रशवपूर्व जाँच र संस्थागत प्रशवलाई प्राथमिकता दिने ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा २४ घण्टा आपतकालीन प्रसुती सेवा (आधारभूत र विस्तृत) विस्तार गर्ने ।

मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य (MNH) लाई नेपालमा सँधै उच्च प्राथमिकता राखिएको छ। जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०१८ र यसको नियमावली, २०२० ले सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशुको स्वास्थ्य सेवालाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको रूपमा मानेको छ। सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य ऐन, २०१८ र यसको नियमावलीले महिलाको अधिकारको सम्मान, संरक्षण र परिपूर्ति गर्न र सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य सेवाहरू र तिनीहरूको सुरक्षा, गुणस्तर र पहुँच सुनिश्चित गर्न प्रतिबद्ध छ। नेपालले दिगो विकास लक्ष्यमा हस्ताक्षर गरेको छ र त्यस मध्ये एउटा प्रतिबद्धमा सन् २०३० सम्ममा मातृ मृत्युदर प्रति एक लाख जीवित जन्ममा ७० भन्दा कम र नवजात मृत्युदरलाई प्रति हजार जीवित जन्ममा १२ भन्दा कममा पुर्‍याउने महत्वपूर्ण लक्ष्यहरू छन्। यस सन्दर्भमा नेपालले विभिन्न नीति, रणनीति र निर्देशिकाहरू विकास गरेको छ, जसले गुणस्तरीय सेवाहरू पहुँच योग्य, किफायती, र सबै मानिसहरू विशेष गरी पहुँच नभएका जनसङ्ख्या लक्षित छन् भनी सुनिश्चित गर्दछ।

नेपालमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम सन् १९९७ (२०५४/५५) मा शुरुवात भए सँगै मातृ मृत्यु तथा नव शिशु मृत्युमा निकै सुधार आएको छ। सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य मातृ तथा शिशुको रुग्डता तथा मृत्यु दरमा कमी ल्याउनु रहेको छ । यस क्षेत्रमा नेपालले अन्त्रराष्ट्रिय पुरस्कार समेत प्राप्त गरि सकेको छ । सुरक्षित प्रसुति एवं नव शिशु सेवामा सुधार ल्याई मातृ तथा नवशिशु मृत्यु घटाई सहश्राब्दी विकास लक्ष्य हासिल गर्न स्वास्थ्य सेवा विभाग, तत्कालिन परिवार स्वास्थ्य महाशाखा तथा हालको परिवार कल्याण महाशाखा अन्तर्गत

विभिन्न कार्यक्रमहरु यस जिल्लामा संचालन हुदै आईरहेका छन्। तालिम प्राप्त दक्ष प्रसुतिकर्मीहरुको माध्यमबाट प्रसुति गराउन सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीहरु लाई तालिम दिईरहेको छ ।२४ सै घण्टा प्रसुती सेवा प्रदान गर्न प्रसुती केन्द्रहरु स्थापना गरी स्वास्थ्यकर्मीहरुको व्यवस्था गर्दै आएको छ। सरकारले तोकेको स्वास्थ्य संस्थामा निःशुल्क प्रसुती सेवा दिने र ती स्वास्थ्य संस्थाहरुमा प्रसुती सेवा लिन आउने महिलाहरु लाई प्रसुती प्रोत्साहन रकमको व्यवस्था गरेर सेवाको माग बृद्धि गर्ने कार्यक्रम समेत सञ्चालन गर्दै आएको छ।

कार्यक्रमले ग्रामीण तथा दुर्गम भेगका महिलाहरूसमक्ष पनि गुणस्तरीय मातृत्व सेवा पुऱ्याउने लक्ष्य लिएको छ। विशेषगरी संस्थागत प्रशव प्रवर्द्धन गर्न निःशुल्क प्रसूति सेवा, आमा सुरक्षा कार्यक्रम, र प्रसूति प्रोत्साहन भत्ता जस्ता कार्यक्रमले सेवा उपयोगमा उल्लेखनीय वृद्धि भएको छ।

यस पहलको प्रभावस्वरूपः

- मातृ मृत्यु अनुपात (MMR) मा उल्लेखनीय गिरावट आएको छ।
- संस्थागत प्रशवको दर तीव्र रूपमा वृद्धि भएको छ।
- दक्ष प्रसूति सेवा प्रदायक (SBA) को उपलब्धता बढेको छ।
- नवजात मृत्यु दरमा पनि क्रमिक कमी देखिएको छ।

उदेश्यहरु :

- दक्ष प्रसुतिकर्मीद्वारा स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती गराउने महिलाहरुको संख्यामा वृद्धि गराउने।
- समुदायस्तरमा आमा तथा नवजात शिशुको जटिलताका समस्याहरू जस्तैः अत्यधिक रक्ताश्राव, Eclampsia, नवजात शिशुको श्वास-प्रवासमा कठिनाई र संक्रमणको रोकथाम तथा व्यवस्थापन गराउने ।
- दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट सेवा पाउन नसकेका महिलालाई स्थानीय स्वास्थ्यसे वा प्रदायकवाट गर्भवती परिक्षण, परिवार योजना सेवा, सुत्केरी सेवा तथा नवजात शिशु सेवा प्राप्त गर्न सक्षम बनाउने ।
- जटिलतायुक्त गर्भवती एबं प्रसुती अवस्थाहरु समयमा नै पहिचान गरी प्रेषण गर्न सक्ने बनाउने ।
- जोखिमपूर्ण अवस्थाका महिलाहरुलाई उपचार गर्नका लागि समयमा नै उपयुक्त CEONC केन्द्रमा प्रेषण गर्न आकस्मिक संचार र यातायातको व्यवस्थापन गर्ने ।

रणनीति :

- सुरक्षित र गुणस्तरीय प्रसुति सेवाको पहुँच सुनिश्चिताका लागि वर्थिङ सेन्टर, BEONC/ CEONC थप विस्तार गरी सेवाको प्रभावकारीतामा वृद्धि गर्ने ।
- मातृ तथा नवजात शिशुको निःशुल्क उपचार सम्बन्धी सेवालाई अझ व्यवस्थित गर्ने ।

संधीय तथा प्रादेशिक अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई, आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्रवाट गर्भवती, प्रसुती, सुत्केरी, नवजात शिशुहरुको निःशुल्क सेवा प्रदान गर्नुका साथै सम्वन्धित CEONC सेवा संचालन भएका अस्पतालहरुमा रेफर गरिन्छ । पाठेघर खस्ने रोगको उपचार, VIA Test गर्नुका साथै Positive भएमा उपचारको लागि रेफर गरिन्छ ।

<u>सेवा प्रगती विश्लेषण</u>

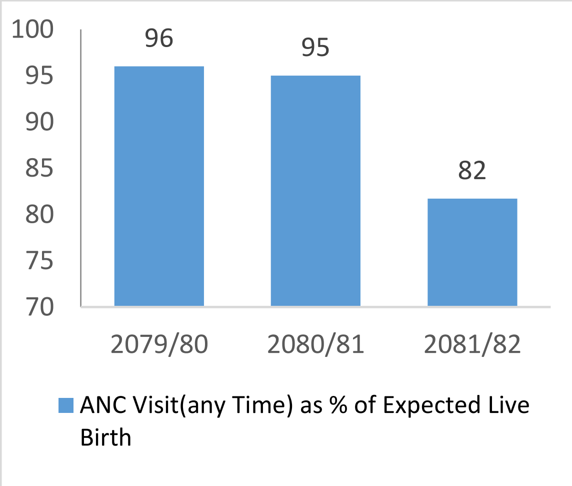
पूर्व प्रसव सेवा (Antenatal care)

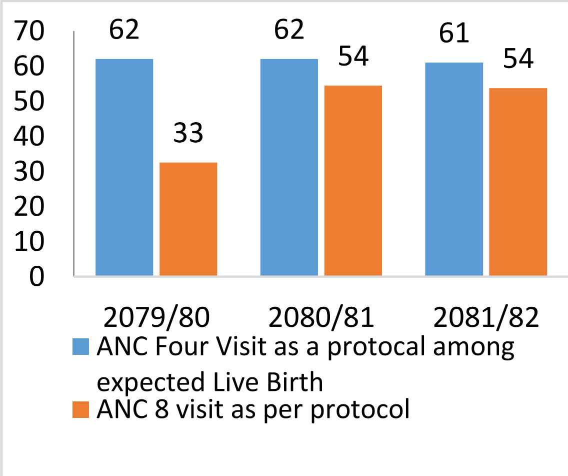
पूर्व प्रसव सेवामा निम्न सेवाहरु पर्दछन्:

- ✓ गर्भवती अवस्थामा कम्तिमा ८ पटक गर्भ जाँच गराउने ।
- ✓ रक्तचाप, तौल तथा शिशुको हृदय गति(Fetal Heart Rate) को अनुगमन गर्ने।
- ✓ सुचना तथा संचारको माध्यमबाट गर्भवती, प्रसुती तथा सुत्केरी अवस्थामा हुन सक्ने खतराका चिन्हहरु तथा नवजात शिशु एवं सुत्केरी आमाको हेरचाह लगायत स्वास्थ्य संस्थामा गुणस्तरीय प्रेषण गर्नु पर्ने अवस्थाको बारेमा जानकारी गराउने ।
- ✓ सुत्केरीको लागी आवश्यक पुर्व तयारी तथा पहिचान गर्ने (दक्षप्रसुतीकर्मी, पैसा, यातायात तथा रगत दिने व्यक्ति)
- ✓ टिडी खोप, आईरन चक्कि, जुकाको औषधि सबै गर्भवती महिलालाई उपलब्ध गराउने

सेवाको पहुँच तथा गुणस्तररीय सेवा प्रदान गर्न यस जिल्लामा संचालन गरिएका क्रियाकलापहरु

- ➢ बर्थिङ सेन्टरको संख्या औचित्यको आधारमा बढाउँदै लगिएको
- ➢ ग्रामीण अल्ट्रासाउण्ड कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको
- ➢ नसिर्ङ स्टाफहरुलाई SBA तालिम
- ➢ SBA तथा Non-SBA नरसिङ्ग स्टाफहरुलाई MNH updateतथा Onsite Coaching Mentoring कार्यक्रम
- ➢ बर्थिङ सेन्टरहरुलाई सुरक्षित सुत्केरी गराउन सामाग्री आपुर्ति
- ➢ जिल्ला भित्रका गर्भवति, प्रसुति र सुत्केरी आमाहरुलाई जटिलता भएमा राष्ट्रपति हवाई उद्धार कार्यक्रम अन्तर्गत १७ जना आमालाई सेवा दिएको ।
- ➢ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका परिचालन
- ➢ असुरक्षित गर्भपतनबाट हुन सक्ने मातृमृत्यु न्युनिकरण गर्न १९ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा ।
- ➢ बर्षैभरी संखुवासभा अस्पताल खाँदबारी बाट CEONC सेवा प्रदान
- ➢ नर्सिङ्ग कर्मचारीहरुलाई प्रजनन रुग्णता सम्बन्धि तालिम
- ➢ विद्यालय नर्सहरुको समिक्षा कार्यक्रम



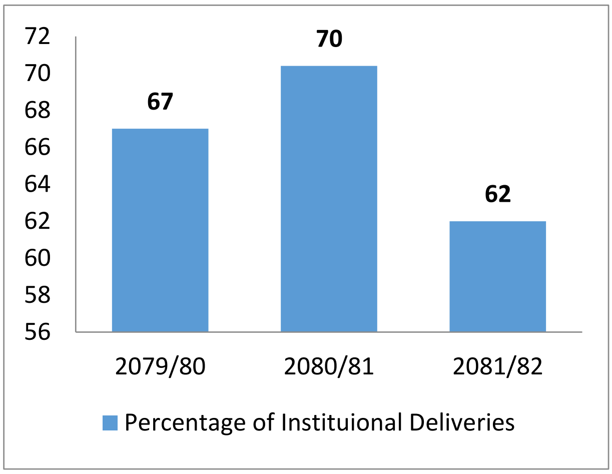


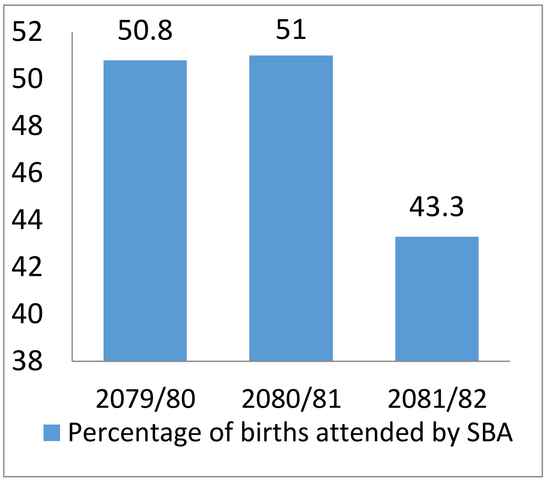
माथि देखाईएको चार्टमा जिवित जन्म मध्ये गर्भावस्थामा जुनसुकै समयमा गर्भ जाँच गराउने गर्भवति महिलाहरुको प्रतिशत आ.व. २०७९/८० (९६%), आ.व. २०८०/८१ मा ९५% पुगेको र आ.व. २०८१/८२ मा घटेर ८२% वृद्धि भएको देखिन्छ। साथै प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भ जाँच गराउनेको प्रतिशत पनि आ.व. २०७७/७८ र २०७८/७९९८० र ५ मा र आ.व. २०७९/८० मा भने १३% ले बढेर १२१% ले घटेर ६१% मा पुगेको देखिन्छ। गत र यस आ.व. मा प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भ जाँच गराउनेको प्रतिशत ३२.५रहेको छ५४% ।

प्रसुती सेवा (Natal service):

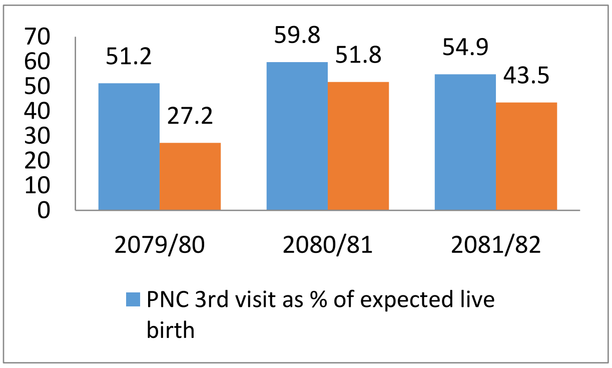
जिल्लामा बर्थिङ सेन्टरको विस्तार संगै २४ सै घण्टा प्रसुती सेवाको पहुँच भौगोलिक हिसाबले बढेको छ। यस सेवाले तल उल्लेखित क्रियाकलापहरु मार्फत सेवा प्रदान गरिदै आएको छ।

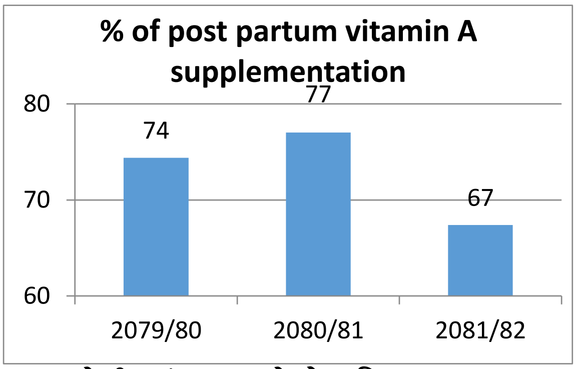
- स्वास्थ्य संस्थामा दक्ष प्रसुतीकर्मीद्वारा सुरक्षित सुत्केरी गराउने, खतराका चिन्हहरुको समयमानै पहिचान गरी प्रारम्भिक उपचार सहित २४ घण्टा सुरक्षित प्रसुति सेवा उपलब्ध भएका स्वास्थ् संस्थामा प्रेषण गर्ने ।
- ईमरजेन्सी अबस्टेट्रिक कीट (EOC kit) को प्रयोग गरी घर, स्वास्थ्यचौकीमा प्राथमिक उपचार सेवा प्रदान गर्ने।
- प्रसव अवस्थामा देखिने जटिलताकव पहिचान गरी आवश्यकता अनुसार उपयुक्त व्यवस्थापनका लागि उपयुक्त स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने।
- जन्म तथा नवजात शिशु एवं मातृ मृत्युको अभिलेख राख्न प्रोत्साहन गर्ने।





माथि देखाईएको चार्टमा जिवित जन्म मध्ये स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती गराउने प्रतिशत आ.व. २०७९/८० मा ६७% भएको मा आ.व. २०८०/८१ मा ३% ले वृद्धि भई ७०% पुगेको छ भने यस आ.व. २०८१/८२ मा ८% घटेर ६२% पुगेको देखिन्छ । विगत तीन बर्षको तुलना गर्दा संस्थामा प्रसुती गराउनेको संख्या आ.व. २०७९/८० मा ५०.८% बाट बढेर आ.व २०८०/८१ मा ५१ % रहेकोमा आ.व. २०८१/८२ मा घटेर ४३.३% पुगेको छ ।





माथि देखाईएको चार्टमा जिवित जन्म मध्ये तेस्रो पटक सुत्केरी जाँच गराउनेको प्रतिशत आ.व. २०९/८० मा ५१.२% आ.व. भने २०८०/८१ मा बढेर ५९.८% पुगेको छ भने आ.व. २०८१/८२ मा यो दर घटेर ५४.९% मा पुगेको छ। त्यसै गरी प्रसुती पश्चात भिटामीन ए खाने सुत्केरी महिलाहरुको प्रतिशत आ.व. २०७९/८० मा ७४%, आ.व. २०८०/८१ मा ७७% र यस आ.व. २०८१/८२ मा घटेर ६७% मा पुगेको छ|

जिल्ला भित्र संचालित प्रसुती सेवा केन्द्रहरु (CEONC, BEONC and Birthing Centers):

संखुवासभा जिल्लामा ४ वटा आधारभूत आकस्मिक प्रसुती सेवा केन्द्रहरु(BEONC Centers) प्रा.स्वा.केन्द्र चैनपुर, वाना, नुम र ताम्कु रहेका छन भने एउटा बृहत आकस्मिक प्रसुती सेवा केन्द्र (CEONC) जिल्ला अस्पताल संखुवासभा, खाँदबारीमा छ। आधारभूत आकस्मिक प्रसुती सेवा केन्द्रहरु बाट शल्यक्रिया बाहेकका अन्य सबै सामान्य तथा जटिलतायुक्त प्रसुति सेवा प्रदान गरिन्छ। जिल्ला अस्पताल संखुवासभा, खाँदबारीमा रहेको बृहत आकस्मिक प्रसुती सेवा केन्द्रले सामान्य तथा जटिलतायुक्त प्रसुति सेवा र शल्यक्रिया द्वारा हुने प्रसुतीसेवा बर्षै भरि अटुट रुपमा दिदै आएको छ ।

प्रसुती केन्द्र (Birthing centers):

संखुवासभा जिल्ला भु-भागको हिसाबले ठुलो रहेको र मानिसहरुको बसोबास छरिएर रहेकोले सबै लक्षित वर्गमा सेवाको पहुँच पुग्ने गरी ग्रामीण तथा शहरी क्षेत्रमा प्रसुती केन्द्रहरुको संचालन तथा विस्तार भईरहेको छ। गत आ.व. २०८१/८२ सम्ममा स्वीकृति पाएका बर्थिङ सेन्टरहरुको संख्या ४५ रहेको छ।

सि.नं.	स्थानिय तहको नाम	वर्थिङग सेन्टरको नाम	संख्या
१	भोटखोला गाउँपालिका	किमाथांका स्वास्थ्य चौकी	५
२		हटिया स्वास्थ्य चौकी	
३		चेपुवा स्वास्थ्य चौकी	
४		सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ हुङगुङ्ग	
५		सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ गोला	
६	**मकालु गाउँपालिका**	नुम प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	६
७		मकालु स्वास्थ्य चौकी	
८		पाथिभरा स्वास्थ्य चौकी	
९		पावाखोला स्वास्थ्य चौकी	
१०		याफु स्वास्थ्य चौकी	
११		सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई मांसिमा	
१२	**चिचिला गाउँपालिका**	दिदिङ्ग स्वास्थ्य चौकी	२
१३		पांठापाख्रिबास स्वास्थ्य चौकी	
१४	**सिलिचोङ्ग गाउँपालिका**	ताम्कु प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	७
१५		वाला स्वास्थ्य चौकी	
१६		मांतेवा स्वास्थ्य चौकी	
१७		आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र याफु	
१८		सिसुवाखोला स्वास्थ्य चौकी	
१९		सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ याङसिमा	
२०		सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ दिबुङ्ग	
२१	**सभापोखरी गाउँपालिका**	सभापोखरी आधारभुत अस्पताल	२
२२		धुपु स्वास्थ्य चौकी	
२३		जिल्ला अस्पताल संखुवासभा	४

सि.नं.	स्थानिय तहको नाम	वर्थिङग सेन्टरको नाम	संख्या
२४	**खाँदबारी नगरपालिका**	तुम्लिङ्गटार स्वास्थ्य चौकी	
२५		सितलपाटी स्वास्थ्य चौकी	
२६		शहरी स्वास्थ्य केन्द्र सेकाहा	
२७	**पाँचखपन नगरपालिका**	पाँचखपन आधारभुत अस्पताल वाना	४
२८		वाना लिङलिङ स्वास्थ्य चौकी	
२९		स्यावुन स्वास्थ्य चौकी	
३०		जलजला स्वास्थ्य चौकी	
३१	**चैनपुरन नगरपालिका**	चैनपुर आधारभुत अस्पताल	६
३२		खराङ्ग स्वास्थ्य चौकी	
३३		वानेश्वर स्वास्थ्य चौकी	
३४		सिद्धकाली स्वास्थ्य चौकी	
३५		सिद्धपोखरी स्वास्थ्य चौकी	
३६		नुनढाकी स्वास्थ्य चौकी	
३७	**मादी नगरपालिका**	मादी नगर अस्पताल	५
३८		मूलखर्क स्वास्थ्य चौकी	
३९		मावादिन स्वास्थ्य चौकी	
४०		आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र उम्लिङ्ग	
४१		आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र फाविङ्ग	
४२	**धर्मदेवी नगरपालिका**	माम्लिङ्ग स्वास्थ्य चौकी	३
४३		आँखिभुई स्वास्थ्य चौकी	
४४		तामाफोक स्वास्थ्य चौकी	
	जम्मा		४४

७. सुरक्षित गर्भपतन सेवाः

नेपालमा सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सुरुवात सन् २००२ मा भएको ऐतिहासिक कानुनी संशोधनसँग सम्बन्धित छ, जसअन्तर्गत गर्भपतनलाई विशिष्ट परिस्थितिमा कानुनी रूपमा मान्यता दिइयो। यसअघि गर्भपतन पूर्णतः गैरकानुनी भएकाले महिलाहरू असुरक्षित र अपूरक तरिकाबाट गर्भपतन गराउन बाध्य थिए, जसले maternal morbidity र mortality दरमा गम्भीर वृद्धि गराएको थियो। गर्भपतन सेवा वैधीकरणसँगै नेपाल सरकारले सुरक्षित गर्भपतनलाई प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारको अभिन्न अङ्गका रूपमा अंगीकार गर्दै महिलाको जीवन, स्वास्थ्य र निर्णय स्वतन्त्रताको संरक्षणमा एक

महत्वपूर्ण कोसेढुङ्गा स्थापित गरेको हो। हाल सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम परिवार कल्याण महाशाखा (Family Welfare Division) अन्तर्गत सञ्चालनमा छ। यस कार्यक्रममार्फत देशभरका सरकारी, अर्धसरकारी, गैरसरकारी तथा निजी स्वीकृत संस्थाहरूबाट सेवा उपलब्ध गराइएको छ। सेवा प्रदायकहरूलाई प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी (SAC Providers) द्वारा सञ्चालन गरिन्छ, जसले निर्धारित मापदण्ड अनुसार सुरक्षित सेवा प्रदान गर्छन्।

संखुवासभा जिल्लामा नियमित रुपमा जिल्ला अस्पताल संखुवासभाले MVA (औजार द्वारा) तथा MA (औषधि द्वारा) गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवा बर्षै भरि नियमित रुपमा प्रदान गर्दै आएको छ। यस जिल्लामा औषधि द्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि १८ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरु परिवार कल्याण महाशाखामा सूचिकृत भई सेवा प्रदान गर्दै आएको छ। अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा स्वास्थ्य चौकीहरुका तालिम प्राप्त तथा सूचिकृत भएका नर्सिङ कर्मचारीहरुबाट सेवा प्रदान गरिदै आएको छ । औषधिद्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रममा आईपास नेपालको महत्वपूर्ण भुमिका रहेको छ। आ.व.२०७८/७९मा १०९० जना,आ.व. २०७८/८९ मा ९५७ र आ.व. २०७९/८० मा ९३५ र २०८१/८२ मा ८६२ जनाले औषधिद्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएका छन्।

दुरदृष्टिः

"सबै महिलालाई सुरक्षित, गुणस्तरीय, पहुँचयोग्य र सम्मानजनक गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउने।"

ध्येयः

"महिला र किशोरीहरूको जीवन रक्षा गर्दै, उनीहरूको प्रजनन अधिकार सुनिश्चित गर्ने गरी सुरक्षित गर्भपतन सेवा विस्तार गर्ने।"

लक्ष्यहरूः

- सुरक्षित गर्भपतन सेवाको पहुँच सबै प्रदेश र स्थानीय तहमा विस्तार गर्ने।
- गर्भपतनबाट हुने मातृ मृत्युदर ०% मा झार्ने।
- १५—४९ वर्ष उमेर समूहका सबै महिलाहरूलाई सुरक्षित विकल्प उपलब्ध गराउने।

उद्देश्यहरूः

- सुरक्षित गर्भपतन सेवाको स्तरीकृत, गुणस्तर वृद्धि, र निगरानी प्रणाली सुदृढ गर्ने।
- कानूनी जानकारी तथा सामाजिक चेतना अभिवृद्धि गर्ने।
- किशोरी, ग्रामीण तथा सिमान्तकृत समूहमा सेवा पहुँच विस्तार गर्ने।
- असुरक्षित गर्भपतन न्यूनीकरण गरी मातृ मृत्यु र मोर्बिडिटी घटाउने।

हालको अवस्था (Current Status):

क्षेत्र	विवरण
कानुनी व्यवस्था	१२ हप्ता भित्र महिलाको इच्छाअनुसार, १८ हप्ता भित्र विशिष्ट परिस्थितिमा, र चिकित्सकीय सिफारिसमा कुनै पनि समयमा वैध।
सेवा केन्द्र	कोशी प्रदेशमा २३२ स्वास्थ्य संस्था (सरकारी, NGO, निजी) मा सेवा उपलब्ध।
प्रशिक्षित जनशक्ति	ANM, Staff Nurse, MBBS, MD Obstetricians and Gynecologists आदि।
सेवा प्रकार	Manual Vacuum Aspiration (MVA), Medical Abortion (MA), Comprehensive Abortion Care (CAC)
लक्षित समूह	किशोरी, ग्रामीण महिला, गरिब तथा सिमान्तकृत समुदाय

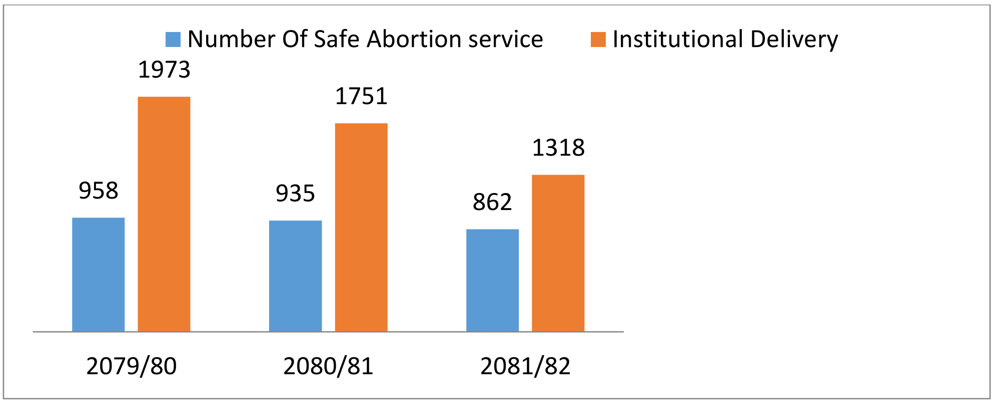
संखुवासभा जिल्लामा रहेकाऔषधिद्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवा स्वास्थ्य संस्थाहरु:

स्थानीय तह	स्वास्थ्य संस्थाहरुको नाम
खाँदबारी गनरपालिका	जिल्ला अस्पताल संखुवासभा
	सित्तलपाटी स्वास्थ्य चौकी
	तुम्लिङटार स्वास्थ्य चौकी
चैनपुर नगरपालिका	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चैनपुर
पाँचखपन नगरपालिका	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र वाना
धर्मदेबी नगरपालिका	माम्लिङ स्वास्थ्य चौकी
	आँखिभुँई स्वास्थ्य चौकी
सभापोखरी गाँउपालिका	बाह्रबिसे स्वास्थ्य चौकी
मकालु गाँउपालिका	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र नूम
	मकालु स्वास्थ्य चौकी
	पाथिभरा स्वास्थ्य चौकी
भोटखोला गाँउपालिका	हटिया स्वास्थ्य चौकी
	गोला सामुदायिक स्वास्थ्य एकाई
सिलिचोङ गाँउपालिका	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ताम्कु
मादी नगरपालिका	मादि स्वास्थ्य चौकी
	मुलखर्क स्वास्थ्य चौकी
चिचिला गाँउपालिका	पांठा पाखिबास स्वास्थ्य चौकी
	दिदिङ्ग स्वास्थ्य चौकी

यस आ.व. २०८१/८२ मा स्थानीयतह अनुसार औषधिद्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवाको प्रगती विवरण

स्थानीयतह	२०८१/८२ मा सेवा दिएको संख्या	स्थानीयतह	२०८१/८२ मा सेवा दिएको संख्या
भोटखोला गाँउपालिका	४४ जना	खाँदबारी नगरपालिका	४२६ जना
मकालु गाँउपालिका	७७ जना	पाँचखपन नगरपालिका	४९ जना
सिलिचोङ गाँउपालिका	२१ जना	चैनपुर नगरपालिका	१२१ जना
चिचिला गाँउपालिका	३२ जना	मादि नगरपालिका	२१ जना
सभापोखरी गाँउपालिका	३५ जना	धर्मदेवि नगरपालिका	३६ जना
जम्मा			**८२६ जना**

संस्थागत सुत्केरीको सुरक्षित गर्भपतन सेवा सँगको तुलना



माथि देखाईएको चार्टले यस जिल्लामा संस्थागत सुत्केरी, सुरक्षित गर्भपतन सेवा तथा परिवार योजनाको साधन प्रयोगदर लाई विश्लेषण गर्न खोजिएको छ ।विगत तिन बर्षको तथ्याँक हेर्दा संस्थागत सुत्केरी र गर्भपतन सेवा पनि घट्दै गएको देखिन्छ। यस तथ्याङ्क लाई स्थानीय तहका सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मी तथा सहयोगी संस्थाहरु संगको छलफलले औषधि द्वारा गरिने गर्भपतन सेवालाई जनताले सहज रुपमा परिवार नियोजनको साधन सेवा जस्तै बुझेकोले यसको प्रयोगदर पहिले बढे पनी पछिल्ला ३ आ.व.मा परिवार नियोजनको साधनको प्रयोग तथा सचेतनाका कारण घटेको पाईएको छ ।यसको प्रयोग दर लाई अझै घटाउनको लागि गर्भपतन सेवा सम्बन्धी तथ्यपूर्ण जानकारी प्रदान गर्न तथा परिवार योजनाको साधनको महत्व बारे सबै स्थानीयतहमा लक्षित समुहमा जनचेतना मुलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्न अपरिहार्य देखिन्छ ।

८. ग्रामिण आमा स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम

नेपालमा मातृ तथा नवजात शिशु मृत्युदरलाई कम गर्नको लागी सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्न र स्वास्थ्य संस्थाबाट पहुँच नपुगेका दुरदराजमा बसोबास गरेर घरैमा बच्चा जन्माउन र गर्भवती अवस्थामा गर्भ जाँच गर्न नसकेका, गर्भावस्था, प्रशव अवस्था सुत्केरी अवस्था र नवजात शिशुमा जटिलता लाई समयमानै व्यवस्थापन गरी गुणस्तरिय सेवा, गुणस्तरिय प्रेषण प्रणाली नभएको कारणबाट ग्रामिण आमा स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रम लागू गरिएको हो र हाम्रो जिल्लामा पनि ३ वटा स्थानिय तह अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा यो कार्यक्रम लागु गरिएको छ।

यस कार्यक्रम अन्तर्गत गर्भावस्था अनुमानित मिति नजिक आएका , मिति कटेकी, प्रषव अवस्था, सुत्केरी अवस्था, नवजात शिशुहरुलाई जटिलता आउन नदिन र जटिलता आएकमा समयमानै व्यवस्थापन गरी खान, वस्नर निशुल्क उपचार सेवा र १ जना कुरुवालाई समेत प्रसुति प्रतिक्षालय कक्षमा राख्ने व्यवस्था गरिएको छ । यो कार्यक्रम लागू भएका स्थानिय तहका प्रमुख, उपप्रमुख, अध्यक्ष, उपाध्यक्ष, प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत, सम्बन्धित वडाको वडा अध्यक्ष स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समिति, स्वास्थ्य संयोजक लगायत सरोकारवालाहरुबाट पूर्ण सहयोग भएको छ। बजेट तथा कार्यक्रममा भए बमोजिम प्रसुति प्रतिक्षालय कक्ष मर्मत तथा संचालन गर्दा चाहिने सबै औजार उपकरण, फर्निचर, रासन, जनशक्ती, औषधि लगायत सबै सामाग्रीहरुको व्यवस्थापन गरिएको छ। कार्यक्रम सुरुवाती चरण भएको हुनाले समुदायमा प्रचार प्रसारमा कमी भएको व्यहोरा प्रगति प्रतिवेदनमा देखिएको छ।

कार्यक्रमको उदेश्यः

ग्रमिण स्वास्थ्य आमा कार्यक्रम प्रभावकारी व्यवस्थापन गरी गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गरी मातृ तथा नवजात शिशु सँगसँगै नसर्ने रोग बाट हुने विरामी दर र मृत्युदर न्युनिकरण गर्ने।

कार्यक्रम लागु भएका स्वास्थ्य संस्थाहरुः

तिनवटा स्थानिय तह अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा यो कार्यक्रम लागु भएको छ।

सि.नं.	पालिकाको नाम	स्वास्थ्य संस्थाको नाम
१	मकालु गाउँपालिका	नुम प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, नुम
२	पाँचखपन नगरपालिका	वाना प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, वाना
३	चैनपुर नगरपालिका	चैनपुर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, चैनपुर

गरिएका कृयाकलापहरुः

ग्रामिण स्वास्थ्य आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागु भएका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा गरिएका क्रियाकलापहरु तपशिल बमोजिम छन्।

- स्वास्थ्य कार्यालयले तिनवटै स्थानिय तहसंग ग्रामिण स्वास्थ्य आमा सुरक्षा कार्यक्रममा समन्वयकारी भुमिका
- स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समिति, स्वास्थ्य संस्थाका सम्पूर्ण कर्मचारीहरु र महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु संग कार्यक्रमबारे जानकारी
- प्रसुति प्रतिक्षालय कक्षको महत्वको बारेमा पस्ट पारिएको
- कार्यक्रम संचालन भईसकेपछी घरमा प्रसुती हुने संख्या शुन्य कार्यक्रमघोषणा बारे जानकारी
- स्थानिय तहको क्षमता अभिवृद्धि सम्बन्धी १ दिने उत्तर प्रसुती जाँचविस्तार कार्यक्रम सम्बन्धि अभिमुखिकरण गरिएको ।
- सम्बन्धित पालिका स्तरिय जनचेतना मुलक कार्यक्रम लागु गरेको ।
- स्वास्थ्य कर्मीहरुलाई विभिन्न तालिम दिएको ।

प्रगती विवरण

- तिनवटै स्वास्थ्य संस्थाका नर्सिङ्ग कर्मचारीहरुलाई SBA तालिम प्रदान
- चैबिसै घण्टा प्रसुति सेवा संचालन
- सुरक्षित मातृत्व सेवाको Complete Package सेवा संचालन
- सुरक्षित गर्भपन सेवा संचालन
- पाठेघरको मुखको क्यान्सरको (VIA)जाँच सेवा संचालन
- परिवार नियोजन सेवा अन्तर्गत ५ प्रकारका सेवा संचालन
- PMTCT सेवा संचालन
- आङ्ग खस्ने समस्याको रोकथाम तथा कन्जरभेटिभ उपचार सेवा संचालन
- तिनवटै स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति प्रतिक्षालय कक्ष स्थापना र सवल कार्यन्वयन सेवा ग्राहीहरु भर्ना भई बसेको ।
- प्रसुती प्रतिक्षालय कक्षको लागी सहयोगी (भान्सेको) व्यवस्थापन
- नुम प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा प्रसुती प्रतिक्षालय कक्षको भाडा, विजुली र पानीको व्यावस्थापन ।
- संस्थामा Team Spirit स्थापना गरिएको ।
- गुणस्तरिय प्रेषण प्रणालिको विकास गर्न सकिएको ।
- स्वास्थ्य कार्यालय संखुवासभा र कार्यक्रम लागु भएका स्वास्थ्य संस्था बिच राम्रो समन्वयकारी भुमिका रहेको।

- स्वास्थ्य कार्यलयको पहलमा जिल्ला अस्पताल संखुवासभामा तालिम हल स्विकृत गराइएको र प्रजनन् रुग्णता सम्बन्धि २ ब्याच तालिम सम्पन्न भएको।

आ.व. २०८१/८२ मा प्रसुति प्रतिक्षालयबाट सेवा लिने सेवाग्राहीको विवरण :

सि.नं.	पालिकाको नाम	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवाग्राही
१	मकालु गाउँपालिका	नुम प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, नुम	८ जना
२	पाँचखपन नगरपालिका	पाँचखपन वाना आधारभूत अस्पताल	८ जना
३	चैनपुर नगरपालिका	चैनपुर आधारभूत अस्पताल	२४ जना
४	खाँदबारी नगरपालिका	जिल्ला अस्पताल संखुवासभा	१७८ जना
	जम्मा		**२१८ जना**

देखिएका समस्या

- प्रसुति प्रतिक्षालय संचालनमा सहयोगीको भान्सेको समस्या
- चैनपुर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा स्वास्थ्य संयोजक यस कार्यक्रममा प्रति निष्कृय
- Onsite coaching mentoring program संचालनको लागि सहयोगी भान्सेको समस्या

९. प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता (स्तन क्यान्सर, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ खस्ने र फिस्टुला)

कोशी प्रदेशमा महिलासम्बन्धी प्रजनन स्वास्थ्य समस्याहरूको दायरा विस्तृत छ। विशेष गरी ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने महिलाहरू **स्तन क्यान्सर, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ खस्ने समस्या,** तथा **फिस्टुला** जस्ता गम्भीर स्वास्थ्य अवस्थाबाट प्रभावित छन्। यी समस्याहरू लामो समयसम्म मौन रहने, लाज वा जानकारीको कमीले गर्दा उपचारमा ढिलाइ हुने, तथा केही अवस्थामा सामाजिक बहिष्कारको पनि कारण बन्ने गरेका छन्।

- स्तन क्यान्सर महिलाहरूमा बढ्दो तर लाज र डरका कारण ढिलो पहिचान हुने क्यान्सर हो।
- पाठेघरको मुखको क्यान्सर कोशी प्रदेशमा महिलाको मृत्युको प्रमुख कारणमध्ये एक हो, जसको प्रारम्भिक अवस्था स्क्रिनिङ गरेर सजिलै पत्ता लगाउन सकिन्छ।
- आङ खस्ने (Uterine Prolapse) लामो समय बच्चा जन्माउने, धेरै गर्भ, कठिन प्रसव वा सुत्केरीपछि शारीरिक श्रम गर्नाले हुने समस्या हो।
- फिस्टुला सुत्केरीको जटिलता विशेषगरी लामो समयसम्म प्रसव हुँदा पाठेघर र पिसाबथैली (या मलद्वार) बीच सुरुङ (छिद्र) बन्नु हो, जसले महिलाको सामाजिक जीवनमा असर पार्दछ।

दुरदृष्टिः

"सामाजिक मर्यादामा जीवन यापन गर्न सक्ने, समुचित जानकारी, समयमै पहिचान र उपचार पाउने, समावेशी र अधिकारमुखी प्रजनन स्वास्थ्य सेवाबाट स्त्री स्वास्थ्यमा दीर्घकालीन सुधार ल्याउने।"

ध्येय:

"स्त्री प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णतासँग सम्बन्धित रोगहरूको समयमै पहिचान, निःशुल्क वा किफायती उपचार, तथा जनचेतनामूलक अभियानमार्फत समुदायमै पहुँच पु-याउने।"

लक्ष्यहरू:

- स्तन तथा पाठेघरको मुखको क्यान्सरको प्रारम्भिक स्क्रिनिङको दर वृद्धि गर्ने।
- आङ खस्ने समस्या भएका सबै महिलालाई उपचारमा समावेश गर्ने।
- फिस्टुला समस्याको पहिचान, शल्यक्रिया तथा पुनर्स्थापनाका कार्यक्रम सुदृढ गर्ने।
- प्रजनन स्वास्थ्य समस्यामा लाज, भेदभाव र कुरीतिलाई न्यून गर्ने।

उद्देश्यहरू:

- स्तन क्यान्सर तथा पाठेघरको मुखको क्यान्सरको लागि नियमित स्क्रिनिङ सेवा विस्तार गर्नु।
- आङ खस्ने समस्या न्यूनीकरणका लागि रोकथाम, सर्जरी तथा परामर्श सेवा सञ्चालन गर्नु।
- फिस्टुला रोकथामका लागि सुरक्षित मातृत्व सेवा प्रवर्द्धन गर्नु।
- ग्रामीण तथा पिछडिएको समुदायमा जनचेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई लक्षित रूपमा दक्षता अभिवृद्धि गराउनु।

१०. राष्ट्रिय किशोर-किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम

नेपालको जनसंख्यामा १० देखि १९ वर्ष उमेर समूहका किशोरकिशोरीहरू २४% (६.४ मिलियन) छन्। १५-१९ वर्ष उमेरका १७ प्रतिशत किशोरीहरू पहिले नै आमा भइसकेका छन् वा आफ्नो पहिलो सन्तान गर्भवती भएका छन्। हाल विवाहित किशोर किशोरीहरू मध्ये १४.२% ले मात्र आधुनिक गर्भ निरोधक विधि प्रयोग गर्छन्। NDHS 2022 अनुसार १५-१९ वर्षका किशोरी प्रजनन दर (AFR) प्रति १००० महिलाहरूमा ७१ छ। SDG को लक्ष्य किशोरी प्रजनन दरलाई ३० प्रति १००० मा घटाउने हो। राष्ट्रिय किशोरकिशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम (ASRH) परिवार कल्याण डिभिजन (FWD) को प्राथमिकतामा रहेको कार्यक्रम मध्ये एक हो। सन् २००० मा राष्ट्रिय किशोरकिशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीति (NAHD) बनाउने र अनुमोदन गर्ने नेपाल दक्षिण एसियामा पहिलो देश हो। नेपालमा किशोर किशोरीहरूले सामना गर्ने समस्या र परिवर्तनशील

परिवेशमा किशोर किशोरीहरूको उदीयमान मुद्दाहरूको आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्न NAHD रणनीतिलाई सन् २०१८ मा परिमार्जन गरिएको छ।

यस कार्यक्रम अन्तर्गत स्वास्थ्य सेवा विभाग तत्कालिन परिवार स्वास्थ्य महाशाखा बाट आ.व. २०६८/६९ मा जिल्ला भित्रमा १३ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई किशोर-किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्थाको रुपमा स्थापना गरिएको थियो। आ.व. २०८०/८१ मा १० वटै स्थानिय स्वास्थ्य संयोजक, फोकल पर्सन र सेवाप्रदायकलाई २ दिने अभिमुखीकरण गरेको र साथै स्थानीयतहरुले स्वास्थ्य संस्था प्रमाणीकरण गरेको र निश्कृय रहेका संस्थाहरु लाई सक्रिय बनाई सेवा प्रवाह हुनेछ भनि प्रतिबद्धता गरेका छन्।

राष्ट्रिय किशोरकिशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीति

भावी सोचः सबै किशोरकिशोरीहरूलाई स्वस्थ, खुसी, सक्षम र जिम्मेवार हुन सक्षम बनाउन।

ध्येयः उपलब्ध विधिहरूको अधिकतम प्रयोग र सम्बन्धित पक्षहरू बीच बलियो बन्धन स्थापना र किशोरकिशोरीहरूको स्वास्थ्य र विकासको सुरक्षाको दृष्टिकोणले रणनीति विकास गर्ने।

लक्ष्यः किशोरकिशोरीहरूको यौन र प्रजनन स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्ने।

सामान्य उद्देश्यः सन् २०२५ सम्ममा सबै किशोरकिशोरीहरूलाई स्वस्थ र उत्पादनशील जीवन जिउन सक्षम बनाउन सकारात्मक जीवन शैली हुनेछ।

रणनीतिक सिद्धान्त र दिशा

१. किशोरहरूको सहभागिता र नेतृत्व
२. समानता र समानता
३. सही जिम्मेवारी
४. रणनीति साझेदारी
५. केन्द्र, प्रदेश र स्थानीय सरकारको भूमिका

किशोर-किशोरि मैत्रि सेवा केन्द्रहरुः

१.जिल्ला अस्पताल खाँदबारी एम.सि.एच क्लिनिक

२.प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र चैनपुर

३.प्राथमिक स्वस्थ्य केन्द्र नुम

४.प्राथमिक स्वस्थ्य केन्द्र वाना

५.प्राथमिक स्वस्थ्य केन्द्र ताम्कु

६.स्वास्थ्य चौकी नुनढाकी

७.स्वास्थ्य चौकी खराङ

८.स्वास्थ्य चौकी हटिया

९.स्वास्थ्य चौकी तामाफोक

१०.स्वास्थ्य चौकी मादी

११.स्वास्थ्य चौकी माम्लिङ

१२. स्वास्थ्य चौकी तुम्लिङटार

१३.स्वास्थ्य चौकी सित्तलपाटी

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका मुख्य समस्याहरु तथा सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु

मुख्य समस्याहरु	समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु	जिम्मेबार निकाय
क. पहिलो पटकको गर्भवती जाँच तथा चौथो पटकको गर्भवती जाँच बिच धेरै भिन्नता ।साथै प्रोटोकल अनुसार आँठौ पटको गर्भवती जाँच गराउनेको कमी।	क. सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका तथा सु-आहाराका फिल्डका कर्मचारीहरु परिचालन गरी गर्भवती महिलाहरुको लाईन लिस्ट गरी एच.एम.आई.एस. ३.६.१मा दर्ता गरी एस.एम.एस मार्फत ट्रयाकिङ गर्ने ख. ग्रामिण अल्ट्रासाउण्ड कार प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गर्ने।	स्थानीयतह स्वास्थ्य संस्था सहयोगि संस्थाहरु स्वास्थ्य कार्यालय
ख. संस्थागत प्रसुती र उत्तर प्रसुती सेवा कम रहेको	क. सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका सु-आहाराका फिल्डका कर्मचारीहरु, तथा वान हर्ट वल्डवाईडको सहयोग लिई सुत्केरी महिलाहरुको अनुगमन कार्यको थालनि गर्ने। ख. स्वास्थ्यकर्मी द्वारा सुत्केरी महिलाहरुको घरमै गई तीन पटक सम्मको उत्तर प्रसुती सेवा प्रदान गर्ने ।	स्थानीयतह स्वास्थ्य संस्था सहयोगि संस्थाहरु स्वास्थ्य कार्यालय

११. सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका कार्यक्रम

नेपालको संविधाले स्वास्थ्यलाई आधारभुत मौलिक हकको रुपमा स्थापित छ भने उक्त संविधान प्रदत्त स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिकारलाई सबै नागरिकले उपभोग गर्न पाउने अवसरको सृजना गर्न राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ ग्रा जारी भएको छ । देश संघीय संरचनामा गएपछि संघ, प्रदेश र स्थानीय तहको भूमिका तय भएको छ । संबिधानकव मर्म अनुसार राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ को ६.६ कव रणनीति नं. ६.६.६ मा स्वस्थ्य सेवामा स्वयंसेवकको अवधारणालाई बकास गर्दै महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको परिचालन तथा व्यवस्थापन स्थानीय तहबाट गर्न निर्देशन गरेको छ ।

त्यसै गरी स्थानीय तहको एकल अधिकार र कार्यमा आधारभुत स्वास्थ्य र सरसफाई उल्लेख भएकोले, स्थानीय स्तरमा आधारभुत स्वास्थ्यको उपयोगमा वृद्धि तथा सरसफाईको सुधारमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको महत्वपूर्ण भूमिका रहने छ । नेपालको संविधानकव मर्म, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिको भावना, नेपालले राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय क्षेत्रमा जनाएको प्रतिवद्धता र स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखा परेका कतिपय परिवर्तनहरुलाई सम्बोधन गर्नका लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका राष्ट्रिय रणनीति २०६७ लाई परिमार्जन गरी यो राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम रणनीति २०६७ (पहिलो संशोधन, २०७६) लागु गरिएको छ ।महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम संचालन र व्यवस्थापनका लागि यो रणनीति प्रदेश र स्थानीय तहका लागि मार्गदर्शन हुनेछ र यसको आधारमा प्रदेश तथा स्थानीय तहले आफ्नो वस्तुस्थिति अनुसार आफ्नो रणनीति बनाई लागु गर्न सक्ने छ ।

ग्रामिण क्षेत्रका आमा तथा बच्चाको स्वास्थ्य स्तरमा सुधार ल्याउन आवश्यक प्रतिकारात्मक र प्रबर्धनात्मक सेवा पुर्याउने उद्देश्यले यो कार्यक्रम वि.सं. २०४५ साल (सन.१९८८/ १९८९) देखि शुर भएको हो । महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम रणनिति पहिलो पटक वि.सं. २०४७ साल (सन. १९९० सेप्टेम्बर) मा दोस्रो पटक वि.सं. २०४८ साल (सन्१९९२), तेस्रो पटक वि.सं. २०५९/६० साल (सन् २००३) मा, चौथो पटक वि.सं. २०६४/६५ साल (सन् २००८) र वि.सं. २०६७/६८ मा पुर्नलेखन गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृति भई लागु भएको थियो । हाल संघीय संरचना अनुरुप राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रणनीतिलाई परिमार्जन गरी राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम रणनीति, २०६७(पहिलो संशोधन २०७६) तयार गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृत भई लागु भएको छ ।

कोशी प्रदेशमा जम्मा १०३५३१ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु कार्यरत रहेका छन।शिशु मृत्युदर, बाल मृत्युदरमा आएको कमीमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको महत्वपूर्ण भूमिका रहेकाले यो कार्यक्रमलाई नेपाल सरकारले उच्च मूल्यांकन गरेको छ। संखुवासभा जिल्ला वडाका आधारमा

महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरु कार्यरत छन। साबिकको गा.बि.स को आधारमा प्रत्येक वडामा १ जनाका दरले जम्मा ३२७ जना महिला सामुदायिकस्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरु कर्यरत छन। स्थानीयतह अनुसारको विवरण :

स्थानीयतहको नाम	म.स्वा.स्व.से संख्या
खाँदबारि नगरपालिका	३६जना
चैनपुर नगरपालिका	५४ जना
धर्मदेबी नगरपालिका	२७ जना
मादी नगरपालिका	२७ जना
पाँचखपन नगरपालिका	२७ जना
सभापोखरी गाउँपालिका	२७ जना
भोटखोला गाउँपालिका	३० जना
चिचिला गाउँपालिका	१८ जना
सिलिचोङ गाउँपालिका	४४ जना
मकालु गाउँपालिका	३७ जना
जम्मा	३२७ जना

राष्ट्रिय सामुयिक महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविका कर्यक्रमको ध्येय :

- महिला शसक्तिकरण गरी उनीहरुको स्वास्थ्य सम्बन्धि ज्ञान तथा क्षमतामा अभिबृद्धि गरी स्वास्थ्य सम्बन्धि जनचेतना प्रबद्धन गर्ने ।
- राष्ट्रले संचालन गरेका विभिन्न जनस्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरुमा समुदायको सहभागिता जुटाई राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्न सहयोग पुर्याउने ।

उद्देश्यः

- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको लागि स्थानीय व्यक्तिको रुपमा स्वयं उत्प्रेरित स्वयं सेवक तयारी गर्ने ।
- समुदाय र स्वास्थ्य सेवाको बिचमा स्वयंम सेवकको रुपमा रही पुलको काम गर्ने।
- समुदायको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधारका लागि स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु कार्यान्वयन गर्न सहयोग पुर्याउने ।
- स्वयंम सेविकाहरुलाई स्वास्थ्यको लागि उत्प्रेरकको रुपमा विकास गर्ने ।
- स्वास्थ्य सेवाको मांग बढाई स्वास्थ्य सेवाको पहुँच तथा उपयोगितामा बृद्धि गर्ने।

कार्यक्रमको रणनितिहरु:

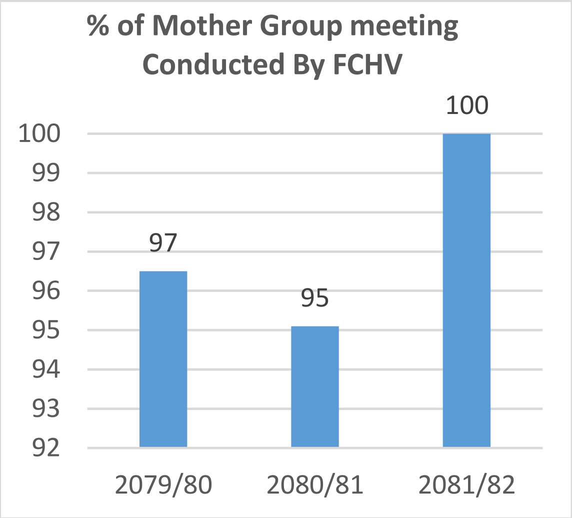
- स्वास्थ्य आमासमुहको गठन तथा पुनरजागरण गरी आमा समुहलाई सक्रिय बनाउने
- सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाको संसोधित रणनीति २०७६ अनुसार छनौट तथा बिदाई गर्ने ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरुलाई तालिम दिई क्षमता अभिबृद्धि गर्ने।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरुको कार्य प्रगतीको समिक्षा गर्न बर्षमा २ पटक समिक्षा बैठक गर्ने।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरुलाई आफनो काममा अझ उत्प्रेरित गर्न उनीहरुलाई लक्षित गरी उत्प्रेरणाका कार्यक्रमहरु संचालन गर्ने।
- कार्यक्रमलाई दिगोपना दिन महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविका कोष स्थापना गरी उक्त कोषलाई बृद्धि गर्दै जाने।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरुलाई राज्यबाट दिने सेवा सुविधा अभिबृद्धि गर्दै जाने

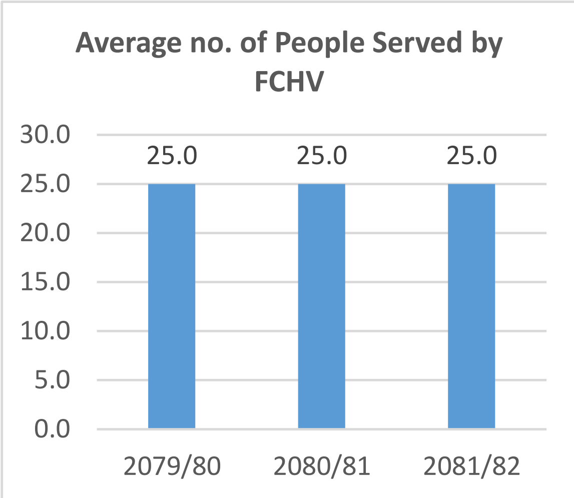
महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरुबाट सम्पादित मुख्य कार्यहरु:

- ❖ स्वास्थ्य आमा समुहको बैठक संचालन तथा स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीमूलक सन्देशहरु बारे छलफल
- ❖ समुदायको लक्षित समुहमा स्वास्थ्य शिक्षा ।
- ❖ गर्भवती जाँचका लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण तथा गभर्वतीलाई आइरन चक्कि वितरण ।
- ❖ नवदम्पतीहरु लाई परिवार नियोजन परामर्श सेवाका लागि प्रेषण तथा पिल्स तथा कण्डम वितरण,
- ❖ स्याटेलाईट क्लिनिक तथा परिवार नियोजन स्थायी बन्ध्याकरण शिविर संचालनमा सेवाग्राहिको खोज पड्ताल गरी सेवा दिने स्थान सम्म पुर्याउने ।
- ❖ ५ बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको सामान्य सवास्थ्य जाँच, परामर्श तथा स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण ।
- ❖ झाडा-पखालाको उपचार तथा व्यवस्थापनका लागि जिंक चक्कि तथा पुनरजलीय झोल वितरण ।
- ❖ गाँउघर क्लिनिक तथा खोप क्लिनिकमा संचालनमा सहयोग तथा खोप लगाउन छुटेका बच्चाहरुको खोजी गरी सेवाको पहुँचमा ल्याउने ।
- ❖ प्राथमिक उपचार तथा प्रेषण ।
- ❖ राष्ट्रिय भिटामिन ए तथा जुकाको औषधि आम वितरण कार्यक्रम संचालन ।
- ❖ सुत्केरीलाई भिटामिन ए क्याप्सुल वितरण ।
- ❖ समय समयमा संचालित राष्ट्रिय अभियानमा सहयोग ।
- ❖ स्वास्थ्य संचालन हुने मासिक बैठकमा सहभागी भई प्रतिवेदन पेश गर्ने।

❖ महामारी रोकथाम तथा नियन्त्रणमा सहयोग तथा कोभिड रोकथामका लागि सि.पी.जी को सदस्य भई काम काज गर्ने

कार्यक्रमको विश्लेषण:





माथि देखाईएको चार्टहरुमामा आमा समुहको बैठक तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाले औषत सेवा प्रतिस्वास्थ्य स्वयंम सेविकाले प्रति महिना दिईएको सेवाको विश्लेषण गर्न सहज गरेको छ । माथिका चार्टहरुले आमा समुहको बैठक गत आ.व. २०८०/८१ को तुलनामा यस आ.व. २०८१/८२ मा ५% ले बढेको देखाएको छ भने औषत सेवा गत ३ आ.व. लगभग उस्तै देखिन्छ ।

कार्यक्रमको मुख्य समस्या र समाधानका उपायहरु :

समस्या	समाधानका उपायहरु	जिम्मेबार निकाय
महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुको परिचालनमा कमि।	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुलाई कामको आधारमा प्रोत्साहन गर्ने ।	स्थानिय तह/स्वास्थ्य कार्यालय

१२. विद्यालय नर्सिङ्ग कार्यक्रम

विद्यालय तहबाट बालबालिकालाई सन्तुलित र पोषिलो खानेकुरा खान तथा स्वास्थ जीवनशैली अपनाउन उत्प्रेरित गर्न, समग्र स्वास्थ, सरसफाई र पोषण प्रवर्द्धन गर्न, मानसिक स्वास्थ्य र किशोर किशोरीको यौन तथा प्रजन्न स्वास्थ अवस्थामा सुधार गर्नका साथै विद्यार्थीको जीवनशैलीमा सकारात्मक परिवर्तन गर्न स्वस्थ र सक्षम युवा तयार गरी यिनै बालबालिका तथा किशोर किशोरीको माध्यमबाट समग्र समुदायकै स्वास्थ्य व्यवहारमा सकारात्मक परिवर्तन ल्याउन विद्यालय नर्सिङ सेवाको शुरुवात भएको हो।

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा २४ मा उल्लेख भए अनुसार स्थानीय तह र प्रदेश सरकारले शैक्षिक संस्थासँग सहकार्य गरी विद्यालयमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सक्ने व्यवस्था गरेको छ।

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी विद्यालय स्वास्थ्य तथा नर्सिङ्ग सेवा निर्देशिका, २०७६ जारी गरी शुरुवाती चरणमा कोशी प्रदेशका १४ जिल्लाका १४ वटा विद्यालयमा नर्स सहित विद्यालय नर्सिङ्ग सेवा कार्यक्रम आर्थिक वर्ष २०७५/७६ मा सञ्चालन गरिएको थियो । हाल कार्यक्रमलाई थप विस्तार गर्दै १३१ वटा विद्यालय छनौट गरी १४५ जना विद्यालय नर्सहरू यस कार्यक्रम अन्तर्गत कार्यरत छन् ।

कार्यक्रमको उद्देश्यहरु

- विद्यालयमा प्रवर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक र उपचारात्मक स्वास्थ सेवा दिने।
- विद्यार्थीहरुलाई पोसिलो खाना तथा सरसफाईबारे सचेत गराउने र Junk Food निरुत्साहित गरी पोषण अवस्थामा सुधार ल्याउने।
- यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, मुख तथा दाँत र आँखाको स्वास्थ्य जस्ता विषयमा परामर्ष तथा स्वास्थ्य परीक्षण गरी विद्यार्थीहरुको स्वास्थ्य सुधारमा सहयोग गर्ने।
- विद्यालय नर्स तथा विद्यार्थी मार्फत परिवार एंव समुदायलाई स्वास्थ्य बनाउन सचेतना जगाउने तथा स्वास्थ्य जीवनशैली अपनाउन प्रोत्साहन गर्ने।
- सर्ने तथा नसर्ने रोगहरुको रोकथामका लागि विद्यार्थीहरुको सहभागितामा चेतनामुलक कार्यक्रमहरु संचालन गर्ने।
- विद्यालय स्वास्थ्यका अन्य क्रियाकलापहरु कार्यन्वयन गर्ने।

मुख्य क्रियाकलापहरु

प्रवर्द्धनात्मक :

- विधार्थीहरुको स्वस्थ जीवनशैलीसँग सम्बन्धित मदिराजन्य पेय पदार्थ, सुर्तीजन्य पदार्थहरुको नियन्त्रण गर्न पहल गर्ने ।
- विधार्थीहरुलाई जीवनपयोगी रीप सिकाई स्वस्थ जीवनशैलीसँग सम्बन्धित आचरणहरु सिकाउनुका साथै सकारात्मक सवचको समेत विकास गर्न मद्दत गर्ने ।
- पोषण सम्बन्धी सेवाहरु ।
- विद्यार्थीहरुलाई लागु पदार्थ दुर्व्यसन नियन्त्रण लगायतका विषयमा स्वास्थ्य शिक्षा दिने ।
- महिनावारी स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम संचालन गर्ने ।

प्रतिकारात्मक सेवा:

- रोगहरुको रोकथमसँग सम्बन्धित सेवा सुविधाहरु उपलब्ध गराई आवश्यकतानुसार प्रेषण गर्ने
- विद्यालय लक्षित खोप कार्यक्रम संचालन गर्न सहयोग गर्ने
- विद्यालयको वातावरण भौतिक तथा मनोसामाजिक रुपमा स्वस्थकर र विद्यार्थी मैत्री बनाउन सहजिकरण गर्ने ।

परामर्श सेवा:

- किशोरावस्थामा हुने शारिरीक तथा मानसिक परिवर्तन, प्रजनन स्वास्थ्य, या तथा यौनिकता, महिनावारी व्यवस्थापन सम्बन्धी परामर्श दिने
- मानसिक समस्या र अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या व्यवस्थापनका लागि विद्यार्थीहरुलाई मनोविमर्श दिने
- दिर्घरोग लागेका तथा लामो समयसम्म उपचार आवश्यक पर्ने विद्यार्थीहरुकव पहिचान गरी अभिभावक तथा विद्यार्थीलाई यथोचित परामर्श दिने

स्वास्थ्य परिक्षण तथा प्राथमिक उपचार:

- स्थानीय स्वास्थ्य संस्था वा अन्य सहयोगी स्वास्थ्य स्स्थाहरुसँग समन्वय गरी आवश्यकतानुसार विद्यार्थीहरुको सामान्य स्वास्थ्य परिक्षण (आँखा, मुख, कान, दाँत, छाला आदि) गरी कार्यविधिमा उल्लेख भए अनुसार अभिलेख राख्ने ।
- विद्यार्थी, शिक्षक तथा कर्मचारिहरुको स्वास्थ्य स्थितिको लेखाजोखा गर्ने ।
- महिनावारीसँग सम्बन्धित विभिन्न किसिमका समस्याहरुको समाधान गर्न किशोरीहरुलाई सहयोग गर्ने ।

प्रेषण सेवा:

- विद्यार्थी, शिक्षक तथा कर्मचारीहरुलाई थप उपचार भएमा समयमा नै प्रेषण गर्ने । प्रेषण गर्दा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थासँग समन्वय गरी कार्यविधिमा उल्लेख भए अनुसार पुर्जा भरेर पठाउनु पर्ने ।
- विद्यार्थीलाई प्रेषण गर्नु परेमा विरामी विद्यार्थीको अभिभावकलाई खबर गर्नु पर्ने ।

योजन तर्जुमा:

- आफुले गर्ने कामहरुकव दैनिक, मासिक तथा वार्षिक कार्यतालिका बनाउने ।
- प्रदेश तथा स्थानीय सरकारद्धारा संचालित विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु कार्यान्वयनका लागि आवश्यक योजना तयार गर्न सहयोग गर्ने ।
- कार्य सम्पादनका लागि आवश्यक सूचि तयार पार्ने ।

समन्वयात्मक भूमिका:

- विद्यालय व्यवस्थापन समिति तथा विद्यालय स्वास्थ्य ईकाईसँग नियमित वैठक बसि स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित विषयमा सुझाव दिने ।
- विद्यार्थीहरुलाई स्वस्थ राख्नका लागि अभिभावकहरुसँग समनवय गरी शिक्षक तथा अभिभावकहरुवीच हुने वैठकमा आवश्यकतानुसार स्वास्थ्य सम्बन्धी विषयहरुमा जानकारी दिने तथा अन्तरक्रिया गर्ने ।
- नसर्ने रोगहरुबाट बच्न जस्तै खोप तथा अन्य रोगहरुको जोखिम न्युन गर्ने उपायहरुका लागि आवश्यक समन्वय गर्ने ।

- गुणस्तरीय विद्यालय स्वास्थ्य सेवाका लागि सरकारी तथा सामाजिक विकास संस्थाहरुसँग आवश्यक समन्वय गर्ने ।
- निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय तथा स्थानीय तहसँग आवश्यक समन्वय गर्ने ।

अभिलेख तथा प्रतिवेदन:

विद्यालयले विद्यार्थीहरुको स्वास्थ्य अवस्थाको अभिलेख राख्ने । विद्यालयमा संचालन भएका स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रतिवेदन मासिक रुपमा महिना व्यतित भएको पहिलो हप्ताभित्र स्थानीय तह/ निर्देशनालयमा पेश गर्ने ।

कार्यक्रमका मुख्य उपलब्धीहरु

- विद्यार्थी, शिक्षक तथा अन्य कर्मचारीहरुलाई समयमै प्राथमिक उपचार प्रदान गरिएको
- दैनिक स्वास्थ्य परीक्षण गरी जोखिम समस्याहरुको समयमै प्रेषण गरिएको
- किशोरावस्थामा हुने शारीरिक तथा मानसिक परिवर्तन, प्रजनन् स्वास्थ्य, यौन तथा यौनिकता, महिनावारी व्यबस्थापन सम्बन्धी परामर्श दिएको
- स्वास्थ्यका विभिन्न राष्ट्रिय अभियानमा सहयोग गरिएको
- पोषण सम्वन्धी वालवालिकाका साथै अभिभावकहरुलाई परामर्श गरी बालबालिकामा देखिने कुपोषणको दर कम गर्न सहयोग गरिएको
- बिद्यार्थी, शिक्षक तथा कर्मचारीहरुलाई लैंगिक हिंसा, बालहिंसा, बालबालिका तथा चेलीबेटी बेचबिखन, महिला तथा बालबालिकाको हक अधिकार, बालविवाह निरुत्साहित गरिएको
- विद्यालयमा विद्यार्थीहरुको उपस्थिति दरमा वृद्धि साथै सामुदायिक विद्यालयप्रति समुदायको आर्कषण बढेको ।

विवरण	संख्या	
कार्यक्रम लागु भएको विद्यालय संख्या	१२	
पदपुर्ति संख्या	९	
जम्मा सेवा दिएको संख्या	सेवाको किसिम	संख्या
	प्रवर्द्धनात्मक सेवा	५४२८
	प्रतिकारात्मक सेवा	३८०५
	उपचारात्मक सेवा	२३२७
	Referral	६९
	जुकाको औषधी	३२६१
	Counseling परामर्श सेवा	८९
	पोषण मापन	१८९९
	आइरन फोलिक एसिड वितरण	१४४९

मुख्य उपलब्धीहरु र चुनौतिहरु

मुख्य उपलब्धीहरु	चुनौतिहरु
• विद्यार्थीको विद्यालयमा उपस्थिति वृद्धि • किशोर किशोरी मैत्री सूचना कर्नरको स्थापना • दिवा खाजाको गुणस्तर वृद्धि • विद्यार्थीहरुको पोषण अवस्थामा वृद्धि • महिनावारी सरसफाई तथा स्यानिटरी प्याडको प्रयोगबारे चेतनामा वृद्धि • राष्ट्रिय प्राथमिकताका कार्यक्रमहरु जस्तै फोलिक एसिड, जुकाको औषधी वितरण आदिमा प्रभावकारिता	• रेकर्ड रिपोर्टिङमा समस्या • बजेट तथा स्रोतसाधनको अभाव • चेतना तथा समन्वयको कमी • अनुगमन र मूल्याङ्कन • भौगोलिक र भौतिक पहुँचको कमी

विद्यालय नर्सिङ्ग कार्यक्रम व्यावस्थापनका समस्या तथा समधानका उपायहरु

सि.न.	समस्या	समधानका उपायहरु
१	विद्यालय नर्सिङ कार्यकक्षका सामग्री हरुको मर्मत मा समस्या ।	मर्मत सम्हारमा प्रयाप्त बजेटको व्यवस्था गरि सामग्री को मर्मत तथा व्यावस्थापन
२	स्थानीय तहमा समनवयत्मक भूमिका निभाउन कठिनाई	स्थानीय तह र विद्यालय नर्सको समन्वय लाई बढाउन यस कार्यक्रम प्रति स्थानीय तहलाई थप जिमेवार बनाउन विभिन्न क्रियाकलाप गर्ने
३	Drop Out Rate बढी भएको र दुर्गम क्षेत्रका विद्यालयहरुमा विद्यालय नर्स पदपूर्ति गर्न नसकिएको	पर्याप्त सेवा सुविधाको व्यवस्थापन

१३. गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

नेपालको स्वास्थ्य नीति १९९१ अनुसार हरेक नेपालीहरूको माझ स्वास्थ्य सेवाको सहज पहुच पुर्याउन हरेक गाउँ गाउँमा स्वास्थ्य चौकीहरू स्थापाना गरिएको थियो र यस्ता स्वास्थ चौकीहरूको स्थापना मुख्यतया नागरिकको प्रतिकारात्मक, प्रतिरोधात्मक र उपचारात्मक सेवाहरूमा पहुँच वृद्धि गर्नु रहेको थियो। तर विभिन्न कारणले नागरिकको स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँच हुन नसक्दा वि.सं. २०५१ मा स्वास्थ्य सेवालाई समुदायको नजिक पुर्याउने उदेश्यले नेपाल सरकारले प्राथमिक स्वास्थ्य गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम संचालनमा ल्याई दुर्गम पिछडीएका नागरिकको स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने हक़को सुनिश्चितता गरेको पाईन्छ ।

यस्ता गाउँघर क्लिनिकहरूको संचालन सम्बंधित स्वास्थ्य सस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूले गर्दछन। स्थानीय समुदायको आवश्यकता अनुसार यस्ता क्लिनिकहरूलई निश्चित मिति, समय र स्थानमा नियमित रूपमा आयोजना गरिन्छ। गाउँघर क्लिनिकबाट निम्नलिखित विषयहरूमा प्रतिकारात्मक, प्रतिरोधात्मक र उपचारात्मक सेवाहरू प्रवाह गरिन्छ।हालको संघीय संरचनामा गाउँघर क्लिनिक संचालन सम्बन्धी निर्देशिका समय सापेक्षरूपमा ल्याउन सकेमा अझै राम्रो हुने देखिन्छ । ।गाउँघर क्लिनिकबाट निम्न सेवाहरु उपलब्ध गराउने प्रावधान रहेको छ ।

१. सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य

- गर्भवति, सुत्केरी तथा नवशिशुको जाँच, उपचार तथा परामर्श सेवा
- आईरन चक्की वितरण
- खतराको लक्षण तथा चिन्हहरूको पहिचान तथा रेफरल
- गाउँघर क्लिनिक रणनीति अनुसार गाउँघर क्लिनिकहरूमा उपलब्ध हुने सेवाहरू

२. परिवार योजना

- डिपो सुई, गर्भनिरोधक चक्की तथा कन्डम वितरण
- निरन्तर प्रयोगको लागि अनुगमन
- परिवार योजना बारे शिक्षा तथा प्ररामर्शम
- IUCD ,इम्पाल्ट तथा स्थायी बन्ध्याकरणको लागि परामर्श तथा प्रेषण
- डिफल्टर केशहरूको अनुगमन

३. बाल स्वास्थ्य

- वृद्धि अनुगमन
- निमोनिया तथा झाडापखालाको उपचार तथा प्रेषण
- स्वास्थ शिक्षा तथा परामर्श
- परिवार योजना
- मातृशिशु स्याहार
- बाल स्वास्थ
- यौनरोग,एच.आई भि एडस्
- किशोरकिशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ

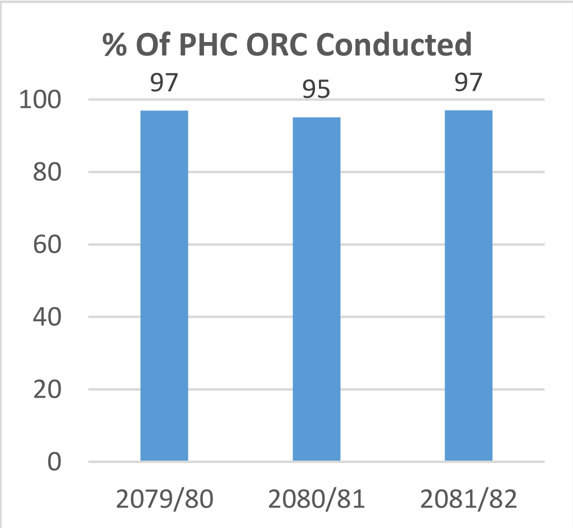
४. प्राथमिक उपचार

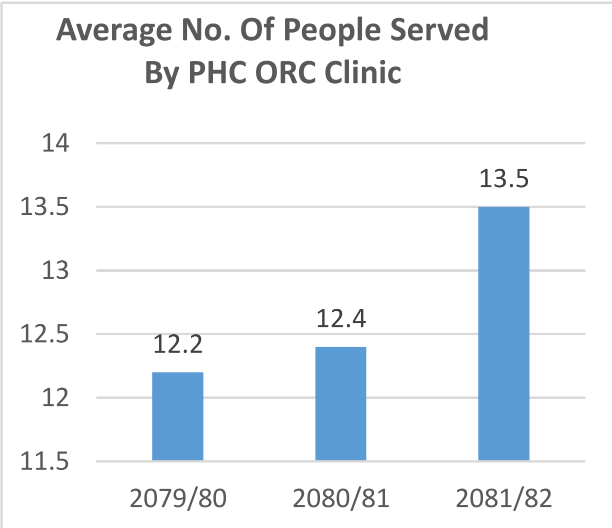
- प्राथमिक उपचार तथा जटिल केशहरूको प्रेषण

गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमका रणनीतिहरु :

- साविक अनुसारका प्रत्येक गा.वि.स मा ३ देखि ५ वटा गाउँघर क्लिनिक स्थापना गर्ने ।
- क्लिनिक संचालन तथा व्यवस्थापन गर्न स्थानीय स्तरमा क्लिनिक व्यवस्थापन समिति बनाउने ।
- क्लिनिक संचालन गर्न मिति, स्थान र समय निर्धारण गर्ने ।
- क्लिनिक संचालनको लागि स्थानीय स्वास्थ्यकर्मीलाई जिम्मेबारी दिने।
- क्लिनिक संचालनका लागि आवश्यक औषधि तथा उपकरणहरको आपुर्ति व्यनवस्थापन गर्ने
- क्लिनिक संचालन तथा व्यवस्थापन समितिका सदस्यहरुलाई अभिमुखिकरण गर्ने
- क्लिनिकको अनुगमन सुपरीवेक्षण गर्ने र आवश्यकता अनुसार क्लिनिक थप घट गर्ने।
- क्लिनिकबाट दिईने सेवाहरुबारे जनसाधारणमा व्यापक प्रचार गर्ने ।
- क्लिनिकको लागि चाहिने भौतिक सामाग्री स्थानीय स्तरबाट व्यवस्थापन गर्न अभिप्रेरित गर्ने।

कार्यक्रमको विश्लेषण





माथि देखाइएको चार्टले विगत ३ बर्षमा संचालन भएका गाउँघर क्लिनिकको अवस्थालाई दर्शाउन खोजिएको छ। आ.व. २०७९/८० मा ९६.८६%,आ.व. २०८०/८१ मा ९५.०८% र आ.व. २०८१/८२ मा ९७.२४% रहेको पाईन्छ।र संगैको अर्को चार्टले प्रति महिना प्रति गाउँघर क्लिनिक सेवा पाएका औषत सेवाग्राही संख्यालाई देखाइएको छ ।विगत ३ बर्षको चार्टले सेवा ग्राहीहरुको संख्या क्रमशः बढ्दै गएको देखिन्छ। आ.व. २०७९/८० मा १२ जना र आ.व. २०८०/८१ मा १२ तथा आ.व. २०८१/८२ मा १३ रहेको छ।तर पनि अपेक्षाकृतरुपमा सेवा ग्राहीको संख्या नबढ्नुको कारण नेपाल सरकारको प्रत्येक वडामा आधारभुत स्वास्थ्य ईकाई

स्थापना गर्ने रणनीति अनुसार वडा स्तरमा नयाँ स्वास्थ्य संस्थाहरु स्थापना हुँदै गएको कारणले गाँउघर क्लिनिकहरुमा सेवा ग्राहीको संख्या घट्दै गएको देखिन्छ ।

गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको मुख्य समस्या तथा समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु :

मुख्य समस्या/चुनौति	**समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलाप**	**जिम्मेबार निकाय**
औषधि तथा औषधि जन्य सामाग्री अपर्याप्तता तथा स्वास्थ्यकर्मिको अभाव	औषधि तथा अन्य सामाग्रीहरुको माग पुर्ति गरी समायोजन पश्चात रिक्त रहेका स्वास्थ्यकर्मिहरुको पदपुर्ति।	स्थानियतह तथा प्रदेश लोकसेवा आयोग ।

१४. रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

१४.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

नेपालमा औलो नियन्त्रणका कार्यक्रमहरु सन् १९५४ मा अमेरिकी सहयोग नियोगको सहयोगमा सुरुवात गरीएको हो। उक्त आयोजनाको मूल उदेश्य मध्ये तराईका जिल्लाहरुमा देखिएको औलोको प्रकोप नियन्त्रण गर्नु रहेको थियो। नेपालको प्रमुख जनस्वास्थ्यका समस्याको रुपमा रहेको औलो रोग उन्मुलन गर्ने उद्देश्य सहित सन् १९५८ देखि सुरुवात भएको नेपाल औलो उन्मुलन संघ नेपालको पहिलो जनस्वास्थ्य कार्यक्रमको रुपमा चिनिन्छ। विविध कारणले उक्त उद्देश्य पूरा हुन नसक्ने देखिएको हुँदा सन् १९७८ देखि औलो उन्मुलन कार्यक्रम परिवर्तन गरी औलो नियन्त्रण कार्यक्रमको रुपमा सञ्चालित भइरहेको छ। औलो रोगले निम्न आय भएका हजारौं निमुखा जनताको स्वास्थ्यमा असर पारेको छ। गर्भवती महिला र बालबालिकाहरु यस रोगबाट बढि प्रभावित छन्। औलो नेपालका ७७ जिल्लाहरु मध्ये ६५ जिल्लाहरुमा पाइएको छ। नेपालको जम्मा जनसंख्या मध्ये ४८ प्रतिसत जनसंख्या औलो प्रभावित क्षेत्रमा वसोवास गरिरहेका छन्। यो रोग नियन्त्रणका लागि सरकारी तथा गैह्र सरकारी क्षेत्र बाट पनि सहयोग प्राप्त छ।

<u>नेपाल औलो रणनितिक योजना २०१४-२०२५</u>

नेपाल औलो रणनितिक योजना २०१४-२०२५(Nepal Malaria Strategic Plan,2014-2025) अनुसार नेपाललाई सन् २०२५ सम्म औलोमुक्त राष्ट्र बनाउने परिकल्पना गरिएको छ। सोहि अनुरुप सन् २०२२ सम्ममा स्थानिय औलो बिरामिको संख्या शून्य कायम गरी त्यसलाई निरन्तारता दिनु रहेको छ।

परिकल्पना (Vision)

नेपालमा सन् २०२५ सम्म औलो निवारण गर्ने।

ध्येय (Mission)

औलो निवारणका लागि औलोको गुणस्तरीय सेवामा समुदायको पहुँचमा अभिबृद्धि, औलोको रोकथाम तथा महामारीमा तत्काल प्रतिकारात्मक कार्य गर्ने।

लक्ष्य (Goal)

सन् २०२२ सम्म स्थानीय औलोलाई शून्यमा पुऱ्याउने र त्यसलाई कायम राख्ने।

उद्देश्य (Objective)

संघीय संरचना अनुसार सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा गुणस्तरिय जाँच, उपचारको न्यायोचित पहुँच तथा रोकथामका उपायहरु अवलम्वन गरी औलो निवारण गर्ने।

रणनितीहरु (Strategies)

१. औलो बिरामीको खोजपड्ताल तथा औलो निवारणका लागि आवश्यक सूचना प्रणाली सुदृढिकरण गर्ने।
२. औलोको जोखिम स्थानहरुमा भेक्टर नियन्त्रण कार्यक्रम सञ्चालन गरी औलो सर्ने दरलाई घटाउने।
३. औलोको गुणस्तरिय निदान तथा उपचारमा सर्बसुलभ पहुँच सुनस्चित गर्ने।
४. औलो निवारणका लागि सरकारको नेतृत्वदायी भुमिका तथा प्रतिवद्धता र समुदायको सहभागिता सुनिश्चित गर्ने।
५. औलो निवारणका लागि प्राविधिक तथा व्यवस्थापकीय क्षमता सुदृढ गर्ने।

संखुवासभा जिल्लामा औलोको अवस्थाः

संखुवासभा जिल्ला औलो प्रभावित क्षेत्रमा नपरेता पनि आयातीत रुपमा बेलाबेलामा औलाका विरामी देखिने गरेको छ। यस जिल्लाको अरुण नदिको किनाराहरुमा औलो रोग गराउने भेक्टर बाँच्न सक्ने हावापानी भएकोले सो क्षेत्रमा बसोबास गर्ने बासिन्दाहरुको रक्त नमुना संकलन तथा RDT परिक्षणको दायरा बढाईएको छ।

आ. ब. २०८१/८२ मा औलो सम्बन्धि सम्पादित कार्यहरुः

१.स्थानीय तहहरुमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा RDT परिक्षणको लागि RDT टेस्ट किट वितरण।

३.स्थानीय तहहरुमा मासिक मिटिङ्गमा सहभागि स्वास्थ्यकर्मिहरुलाई औलो RDT टेस्ट सम्बन्धि अनुशिक्षण गरीएको।

संखुवासभामा औलो रोगको अवस्थाः

सि.नं.	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
१	०	०	०

१४.२ कालाजार निवारण कार्यक्रम

कालाजार परजीवी Leishmania Donovani बाट लाग्ने एक भेक्टरजन्य रोग हो, जुन पोथी भुसुना फ्लेबोटोमस् अर्जेन्टाइपको टोकाइबाट सर्छ । यो रोगले स्प्लेनोमेगाली, रक्तअल्पता, वजन घट्ने, कहिलेकाहीँ छाला कालो हुने र दुई हप्ता भन्दा बढी ज्वरो गराउँछ। प्रभावित क्षेत्रहरूमा बालबालिका, युवा र वयस्कहरू बढी पीडित हुन्छन् । समयमै उपचार नगरे यो रोग घातक हुन्छ । जनस्वास्थ्य क्षेत्रको समस्याको रूपमा रहेको कालाजारलाई दक्षिण-पूर्वी एसिया क्षेत्रबाट उन्मूलन गर्ने योजना रहेको छ ।

कालाजारको निवारण भनेको एक वर्षमा प्रभावित क्षेत्रका १०,००० जनसंख्यामा कालाजारको १ भन्दा कम केस हुनु हो । नेपाल सरकारले कालाजार निवारण गर्न सन २००५ मा भएको विश्व स्वास्थ्य सम्मेलनको साइड बैठकमा औपचारिक रूपमा डब्लुएचओ क्षेत्रीय रणनीति, बंगलादेश र भारतसँग क्षेत्रीय उन्मूलन गर्ने प्रयासहरूमा सहकार्यलाई बलियो बनाउने समझदारी पत्र (memorandum of Understanding-MoU) मा हस्ताक्षर गरी प्रतिबद्धता गरेको छ ।

सन् २००५ मा EDCD ले नेपालमा कालाजार उन्मूलनको लागि राष्ट्रिय योजना बनाएको छ । राष्ट्रिय योजना सन २०१० मा नेपालमा कालाजार उन्मूलन सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीतिक दिशानिर्देशका रूपमा परिमार्जन गरिएको थियो जसले कालाजारको पहिलो लाइन उपचारको रूपमा र्‍यापिड डायग्नोस्टिक टेस्ट किट र मिलटेफोसिन् सिफारिस गरेको थियो । सन् २०१४ मा २०१० को निर्देशिका अद्यावधिक गरियो र राष्ट्रिय उपचार निर्देशिकामा Liposomal Amphotericin B र संयोजन थेरापी सिफारिश गरिएको थियो। सन् २०१९ मा २०१४ को निर्देशिका पूर्ण रुपमा अद्यावधिक गरिएको थियो जसले प्राथमिक काला-जारको लागि पहिलो लाइन सिंगल डोज Liposomal Amphotericin B सिफारिस गरेको थियो ।

लक्ष्य :

कालाजार निवारण कार्यक्रमको लक्ष्य नेपालमा कालाजारले प्रभावित जिल्लाहरुमा कालाजार रोगको बिरामी र मृत्युदर घटाउने साथै समतामूलक स्वास्थ्य प्रणालीको विकास गरी कालाजारले गर्दा भएको गरिबी न्यूनीकरण गर्ने ।

परिलक्ष्य :

जिल्ला स्तरमा प्रति १०,००० जनसंख्यामा कालाजारको केसलाई १ भन्दा कममा घटाउने ।

उद्देश्यः

- गरीवीको जोखिममा परेका र पहुँच नपुगेका जनसङ्ख्याहरूमा विशेष जोड दिएर स्थानीयस्तरका समुदायहरूमा कालाजारको केसहरू घटाउने ।
- कालाजारबाट हुने मृत्युदरलाई शून्यमा पुर्याउने ।
- परजीवी Reservoir कम गर्न पोस्ट-कालाजार डर्मल लेशम्यानियासिस (PKDL) पत्ता लगाउने र उपचार गर्ने ।
- कालाजार, HIV र TB सह-संक्रमण रोकथाम र व्यवस्थापन गर्ने ।

रणनीतिहरू

दक्षिण पूर्व एशिया कालाजार प्राविधिक सल्लाहकार समूह (RTAG) द्वारा प्रस्तावित क्षेत्रीय रणनीति र नेपाल विज्ञ समूह, नेपाल सरकारद्धारा प्रस्तावित समायोजनको आधारमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले कालाजार उन्मूलनका लागि निम्न रणनीतिहरू अपनाएको छ ।

- प्रारम्भिक निदान र उपचार
- एकिकृत भेक्टर व्यवस्थापन
- प्रभावकारी रोग र भेक्टर निगरानी
- सामाजिक परिचालन र साझेदारी
- कार्यक्रम व्यवस्थापनमा सुधार गर्ने
- क्लिनिकल कार्यान्वयन अनुसन्धान

पछिल्लो दशकमा कालाजारको निदान र उपचारमा उल्लेखनीय प्रगति भएको छ। नेपालको राष्ट्रिय कार्यक्रमले प्रभावित जिल्लाहरूमा PHCC स्तरसम्म rk39, Dipstick Test Kit (द्रुत र सजिलै लागू हुने सेरोलोजिकल परीक्षण) उपलब्ध गराएको छ । त्यसैगरी, कालाजारका लागि Liposomal Amphotericin B, Miltefosine and Paromomycin जस्ता औषधिहरू सबै कालाजार उपचार केन्द्रहरूमा उपलब्ध गराएको छ । कालाजार निदान र औषधिहरू इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण मकहाशाखाद्वारा बिरामीहरूलाई निःशुल्क उपलब्ध गराइन्छ ।

प्रमुख गतिविधिहरुः

- केस पत्ता लगाई उपचार कार्य शुरु
- प्राथमिकतामा राखिएका कालाजार प्रभावित क्षेत्रहरूमा Indoor Residual Spraying

- Amphotericine B र Miltefosine मार्फत उपचारको निरन्तरता
- सबै पोजेटिभ देखिएका केसहरूमा आधारित अनुसन्धान
- कालाजार प्रभावित जिल्लाहरूमा IEC र BCC मार्फत जनचेतना कार्यक्रम
- कालाज्वर सार्ने भेक्टरहरुको प्रतिकार्य एकीकृत सर्भिलेन्स — IVS कालाज्वर नियक्रणबारे स्वास्थ्यकर्मी, मा. स्व. से. तथा अन्य सरोकारवालाहरुलाई अभिमुखिकारण/ अन्तरक्रिया

१४.३ डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

डेंगु लामखुट्टे (एडिस एजिप्टाई र एडिस अल्बोपिक्टस) बाट सर्ने Vector Borne रोग हो। नेपालका अधिकांश जिल्लामा देखा पर्ने गरेको पाइन्छ। पहिलो पटक नेपालको चितवन जिल्लामा सन् २००५ मा डेंगुको संक्रमण विदेशी नागरिकमा देखा परेको थियो। सन २०१० देखि डेंगुको महामारीले तराई जिल्लाहरू साथै मध्य पहाडी क्षेत्रहरूलाई असर गरिरहेको छ । हरेक वर्ष डेंगु संक्रमणका बिरामीहरु बढ्ने क्रम जारी छ । प्रत्येक वर्ष विभिन्न जिल्लाहरुमा महामारी समेत फैलने गरेको छ । हाल नेपालका ७७ वटै जिल्लामा डेंगु संक्रमण देखिएको छ ।

इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा र राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाद्वारा सन २००६ मा Walter Reed/AFRIMS अनुसन्धान इकाई (WARUN) सँगको सहकार्यमा गरिएको अध्ययन अनुसार डेंगु भाइरसका सबै चार उप-प्रकारहरू (DEN-1, DEN-2, DEN- 3 र DEN-4) नेपालमा सक्रिय छन् । सन २००९ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनले डेंगुलाई निम्न अनुसार वर्गीकृत गरेको छ ।

१. चेतावनी संकेत बिनाको डेंगु
२. चेतावनी संकेत सहितको डेंगु
३. गम्भीर डेंगु

बढ्दो शहरीकरण, मौसम परिवर्तन, कमजोर स्वास्थ्य संरचना आदि चुनौतीका बाबजुत देशको Dengue surveillance and response system लाई सबलिकरण गरि डेंगु नियन्त्रण तथा यसबाट हुने मृत्युदर घटाउनु अपरिहार्य रहेको छ।

नेपालको डेंगु नियन्त्रण कार्यक्रम

लक्ष्य

डेंगु ज्वरो, डेंगु हेमोरेजिक ज्वरो (DHF) र डेंगु सक सिन्ड्रोम (DSS) को कारणले हुने बिरामी र मृत्युदर कम गर्ने ।

उद्देश्य

- रोकथाम र नियन्त्रणको लागि एकिकृत भेक्टर व्यवस्थापन (IVM) approach विकास गर्ने

- डेंगु ज्वरो, DHF र DSS को निदान र केस व्यवस्थापनमा क्षमता विकास गर्ने
- स्वास्थ्य शिक्षा र IEC गतिविधिहरूलाई तीव्र बनाउने
- पूर्वानुमान, प्रारम्भिक पहिचान, तयारी र डेंगु प्रकोपमा चाँडो प्रतिक्रिया गर्नको लागि निगरानी प्रणालीलाई बलियो बनाउने

रणनीतिहरूः

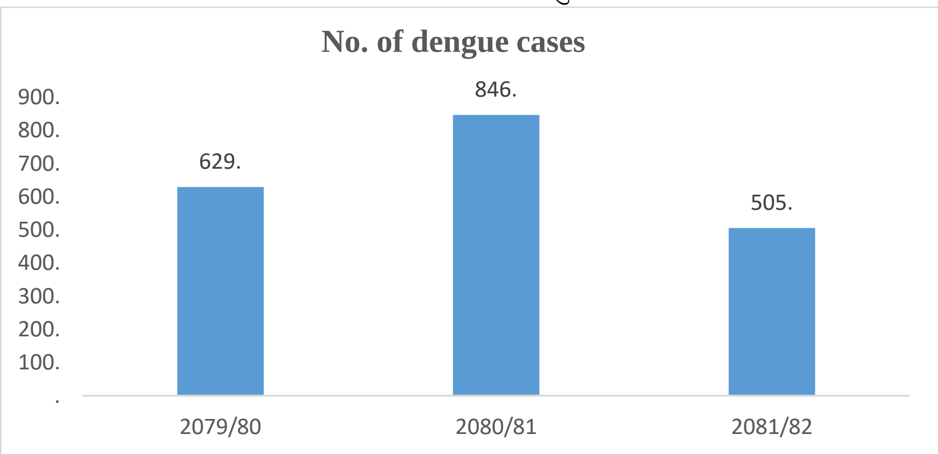
- डेंगु ज्वरोको प्रारम्भिक केस पत्ता लगाउने, निदान, व्यवस्थापन र रिपोर्टिङ गर्ने
- डेंगु ज्वरोको निगरानी नियमित EWARS मार्फत अनुगमन गर्ने
- स्थानीय तहहरूमा लामखुट्टे नियन्त्रण गर्ने
- एकिकृत भेक्टर नियन्त्रण Approach प्रयोग गर्ने

प्रमुख गतिविधिहरू

- डेंगु सार्ने भेक्टरहरुको प्रतिकार्य एकीकृत सर्भिलेन्स — IVS
- डेंगु नियक्रणबारे स्वास्थ्यकर्मी, मा.स्व.से.तथा अन्य सरोकारवालाहरुलाई अभिमुखिकारण/ अन्तरक्रिया
- चिकित्सक, नर्स, प्यारामेडिक र प्रयोगशाला प्राविधिकहरूलाई डेंगु केस पत्ता लगाउन, निदान, व्यवस्थापन र रिपोर्टिङ गर्न तालिम प्रदान
- द्रुत निदान परीक्षण किटहरूको (IgM) आपूर्ति
- डेंगु भेक्टर लार्भा (ए. एजिप्टी) को खोज र नष्ट गर्ने
- स्वास्थ्य शिक्षा सन्देशहरू प्रसारण

संखुवासभा जिल्लामा डेङ्गी रोगको अवस्था:

गत तिन आर्थिक वर्षमा यस जिल्लामा डेङ्गी रोगकोको जाँच र विरामी दुबै तिब्र गतिमा बृद्धि भएको प्रतिबेदन छ र बिगत वर्ष भन्दा २०८१/८२ मा डेंगीक केसहरु घट्दो क्रममा छन्। अझ पनि समुदाय स्तरमा पर्याप्त मात्रामा परिक्षण नभएको कारण धेरै संक्रमित हुन सक्ने सम्भावना छ ।



मुख्य उपलब्धिहरु

लामखुट्टेको लार्भा नस्ट गर्न खोज र नस्ट गर अभियान पालिका स्तरमा पालिका प्रतिनिधिहरु, स्वास्थ्यकर्मी, स्वयं सेविका तथा सरोकारवालाहरुको संयुक्त सहकार्यमा सञ्चालन गरि डेंगु नियन्त्रण तथा व्यवस्थापनमा सहज भएको छ ।

कार्यप्रगतिमा देखिएका समस्याहरु

- सम्पूर्ण संस्थाहरुलाई रिपोर्टिङको दायरामा ल्याउन नसकेको।
- जनचेतनाको र टोल विकास संस्थाको परिचालनमा कमि ।
- विभिन्न कम्पनीका डेंगु किटको प्रयोग भएकोले जाँच गर्दा नतिजामा फरक पर्नु ।
- शहरीकरण र जलवायू परिवर्तन चुनौतिको रुपमा रहेको ।
- निजि स्वास्थ्य संस्थाहरु सेवामुखी भन्दा बढी नाफामुखी बन्नु ।

सुधारका लागि गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरु

- डेंगु नियन्त्रण को लागि लामखुट्टेको लार्भा "खोज र नस्ट गर" अभियानको बारेमा स्थानीय बासीहरुलाई अनुभुति गराउनको लागि स्थानीय प्रतिनिधिहरुलाई डेंगु रोगको बारेमा अभिमुखीकरण गराई स्थानीय स्तरमा परिचालन गर्नुपर्ने
- डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रममा समुदाय स्तरको समभागीता उच्च स्तरको हुनु/ गराउनुपर्ने।
- महामारी नियान्त्रणका लागि पूर्ब तयारी सबै सरोकारवालाले गर्नु पर्ने ।

१४.४ स्क्रब टाइफस

स्क्रब टाइफस ओरेन्सिया सुसुगामुसी (Orientia tsutsugambushi) नामक किटाणुको कारणले हुने उच्च ज्वरो युक्त संक्रामक रोग हो।यो रोग मुसा, छुचुन्द्रोमा पाइने माइट भनिने किर्नाले मानिसमा सार्ने गर्दछ।विषेशगरी झार, चौर, घासपात, पुराना काठहरुमा बस्ने यस्ता किर्नाले सो किटाणु मुसाबाट मानिसमा सारेपछि मानिसहरु यसबाट संक्रमित बन्दछन्।यो रोग लाग्दा टाउको दुख्ने, १०४ डिग्री ज्वरो आउने, गर्धन र घाँटी वरिपरि मसिना बिमिरा आउने, पसिना आउने ग्रन्थी सुन्निने र कहिलेकाहिँ झाडापखला पनि लाग्ने हुन्छ।

संखुवासभा जिल्लाका भोटखोला गाउँपालिका, मकालु गाउँपालिका, सिलिचोङ् गाउँपालिका, चिचिला गाउँपालिका, खाँदवारी नगरपालिका र सभापोखरी गाउँपालिकाका बिभिन्न वडाहरुमा बसोवास गर्ने मानिसहरुमा आ.ब.२०८१/८२ मा स्क्रब टाइफस (Scrub typhus) बढ्दै गएको छ ।

संखुवासभा जिल्लामा स्क्रब टाइफस (Scrub typhus) को अवस्थाः

सि.नं.	आ.व.०७९/०८०	आ.व.०८०/८१	आ.व.०८१/८२
१	३००	२२३	४७७

१४.५ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

क्षयरोग आँखाले देख्न नसकिने Mycobacterium Tuberculosis नामक किटाणु बाट हुने गर्दछ । क्षयरोगीले खोक्दा र हाच्छियू गर्दा निस्कीएका किटाणु बाट हावाको माध्यमबाट स्वस्थ ब्यक्तिमा सर्दछ ।क्षयरोग विश्वमा जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा तथा उच्च मृत्यूदर भएका १० वटा रोगहरु मध्ये क्षयरोग पनि रहदै आएको छ ।सन १९९३ मा विश्वा स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोग लाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा घोषणा गरी यसको ब्यबस्थापनको लागी समय समयमा नयाँ रणनीति तथा कार्यक्रमहरु तय गरी सदस्य राष्ट्रहरुलाई लागू गर्न जोड दिदै आएको छ ।

नेपालमा बिगत लामो समयदेखि जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा बिद्यमान रहेको क्षयरोग मृत्यूको प्रमुख १० रोग भित्र पर्दछ । नेपालमा कुल जनसंख्याको झण्डै आधा जनसंख्या क्षयरोग बाट संक्रमित भएको अनुमान गरीएको छ यस्तो हुनुमा मुख्यत गरिबी, पोषणयुक्त खानाको कमी, रोग लुकाउने, चेतनाको कमी आदि कारणले क्षयरोगबाट संक्रमित हुने दर बढ्दो छ भने त्यसको साथै औषधि प्रतिरोधी क्षयरोगको बढ्दो प्रकोप, निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु क्षयरोग उपचार र निदानको मुलधारमा नआउनु, खुला सिमाना, मधुमेहका बिरामीमा क्षयरोगको जोखिम र क्षयरोगीहरुमा एच.आई.भी. संक्रमणको जोखिम आदी मुख्य चुनौतिको रुपमा रहेको छन् । यी मुख्य चुनौतीहरुका बावजुद नेपाल सरकारले WHO ले सिफारिस गरे अनुसार स्वास्थ्यकर्मीको प्रत्यक्ष निगरानीमा गरिने उपचार बिधि (DOTS) अवलम्बन, सरकारी निजि स्वास्थ्य संस्थाहरु बिच सहकार्य, जनचेतना अभिबृध्दि कार्यक्रम, क्षयरोगका बिरामीहरुको सक्रिय खोजपड्ताल, औषधि प्रतिरोधि क्षयरोग निदान तथा उपचार सेवा बिस्तार, समुदायमा आधारित क्षयरोग ब्यबस्थापन, क्षयरोगका बिरामीको सम्पर्कमा आएका ब्यक्तिहरुको सकृय परीक्षण, बच्चाहरुमा हुने क्षयरोगको ब्यबस्थापन तथा TB-HIV संक्रमणको ब्यबस्थापन आदी कार्यक्रमहरु सन्चालन गर्दै आएको छ ।

उक्त क्रियाकलापहरु शुरुवात गरी निरन्तरता भएबाट रोग नियन्त्रणमा उल्लेख्य उपलब्धी हासिल भएको पाईन्छ तथापी राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रबाट २०७५ सालमा भएको राष्ट्रिय क्षयरोग प्रिभ्यालेन्स सर्भेको प्रतिबेदनले हाल नेपालमा निदान भएका क्षयरोगी संख्या को १.८ गुणा बार्षिक ६९००० जना नयाँ क्षयरोगी हरु थपिने गरेको अनुमान गरीएकोले कार्यक्रममा थप चुनौती थपिएको छ । ३७,४५० DSTB केसहरू र ५४९ DRTB केसहरू नेपालमा Notified (सन २०२२/२०२३) छन् र नेपालको झण्डै आधा जनसंख्या क्षयरोग (लुप्त संक्रमण) बाट संक्रमित छन्। DRTB को हकमा विश्वमा उच्च जोखिम भएको ३० देश मध्ये नेपाल पनि पर्दछ । DSTB को लागि मध्यम जोखिम भएको देशमा पर्दछ । Global TB report,WHO 2023 अनुसार नेपालमा क्षयरोगको नयाँ विरामी दर २२९ प्रति लाख प्रति वर्ष रहेको छ। मृत्युदर DRTB को दश प्रतिशत रहेको छ भने DSTB को तिन प्रतिशत रहेको छ ।

संखुवासभा जिल्लामा क्षयरोग नियन्त्रणको लागी स्वास्थ्य कार्यालयबाट स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई क्षयरोग सम्बन्धिआधारभूत तालिम, कार्यक्रमको कोहर्ट एनालाईसिस, आबश्यक पर्ने औषधि प्रयोगशाला सामाग्री, सूचना शिक्षा सामाग्री लगायत अन्य आबश्यकीय ब्यबस्थापन, जनचेतनामूलक कार्यक्रम, स्थलगत अनुशिक्षण, Master eTB Register अधावधिक गर्न सहयोग गर्ने कार्यक्रम/क्रियाकलापहरु सन्चालित छन् । साथै सबै स्थानीय तहहरु बाट योजना तर्जुमा अनुगमन तथा मुल्यांकन, क्षयरोग निदान तथा उपचार सेवाको अभिलेख तथा प्रतिबेदन क्षयरोग औषधि/सामाग्रीको ब्यबस्थापन का कार्यहरु सँगै जिल्ला स्थित १० वटा स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट क्षयरोग निदान तथा उपचार ब्यबस्थापन साथै २८ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट क्षयरोग निदानको लागी नमुना संकलन साथै उपचार ब्यबस्थापन कार्यक्रमहरु सन्चालन भई रहेको छ।

<u>परिकल्पना</u>

क्षयरोग बिहिन नेपाल

<u>लक्ष</u>

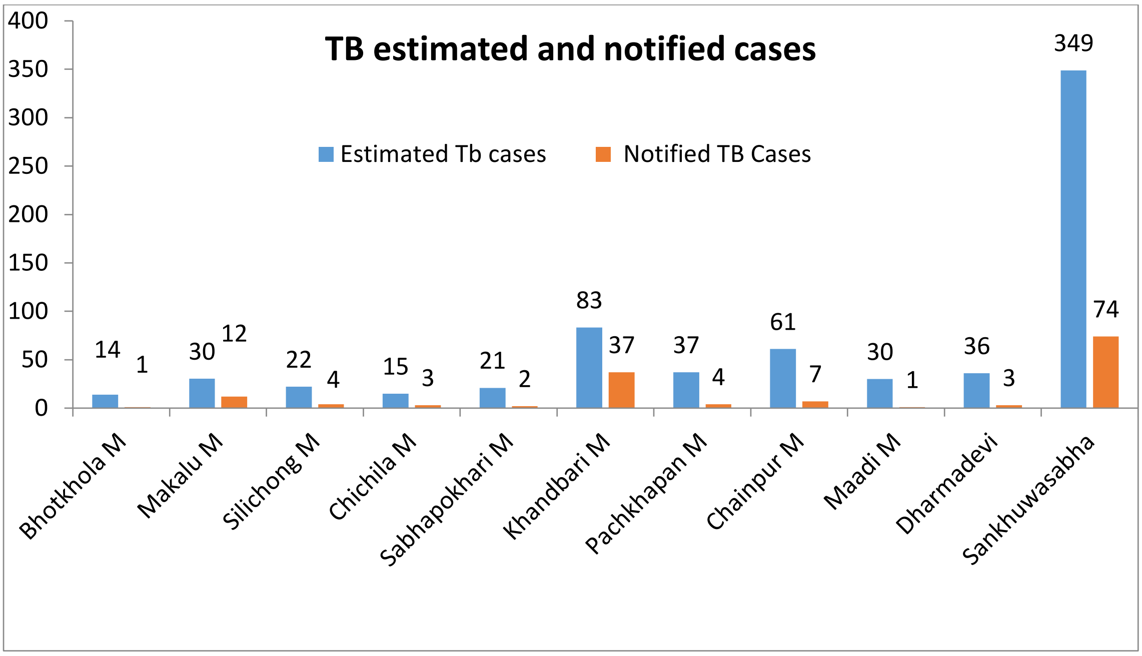
लक्ष	सन २०२५	सन २०३५
क्षयरोगबाट हुने मृत्यूदर	७५ प्रतिशतले घटाउने	९० प्रतिशतले घटाउने
क्षयरोगका नयाँ बिरामीहरुको दर	५० प्रतिशतले घटाउने (प्रति एक लाखमा ५५ जना भन्दा कम)	९० प्रतिशतले घटाउने (प्रति एक लाखमा १० जना भन्दा कम)

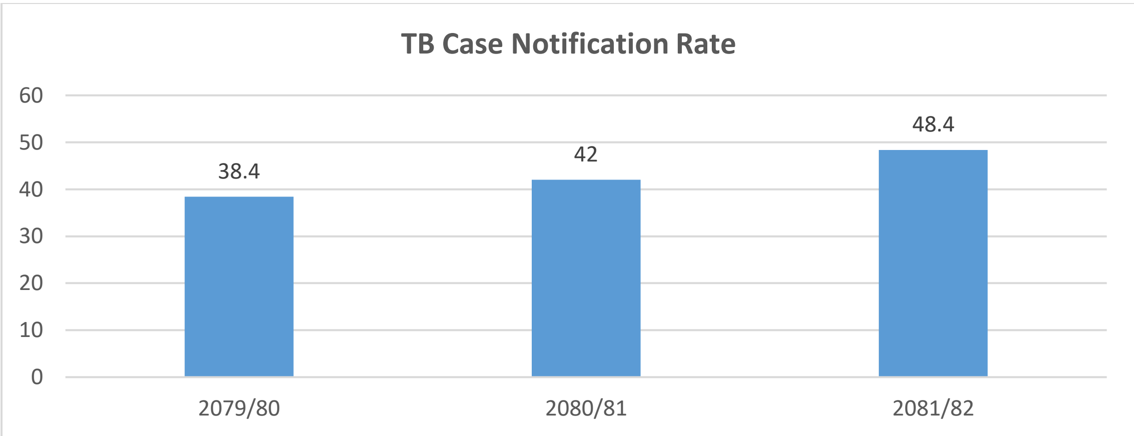
दिर्घकालिन लक्ष : सन् २०५० सम्ममा क्षयरोगलाई निवारण गर्ने (<१ जना /१० लाख जनसंख्या)।क्षयरोगबाट हुने बिरामी र मृत्यूदरलाई घटाई रोग सर्ने प्रक्रियालाई रोकी सन् २०३५ सम्ममा क्षयरोगलाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा रहन नदिने|

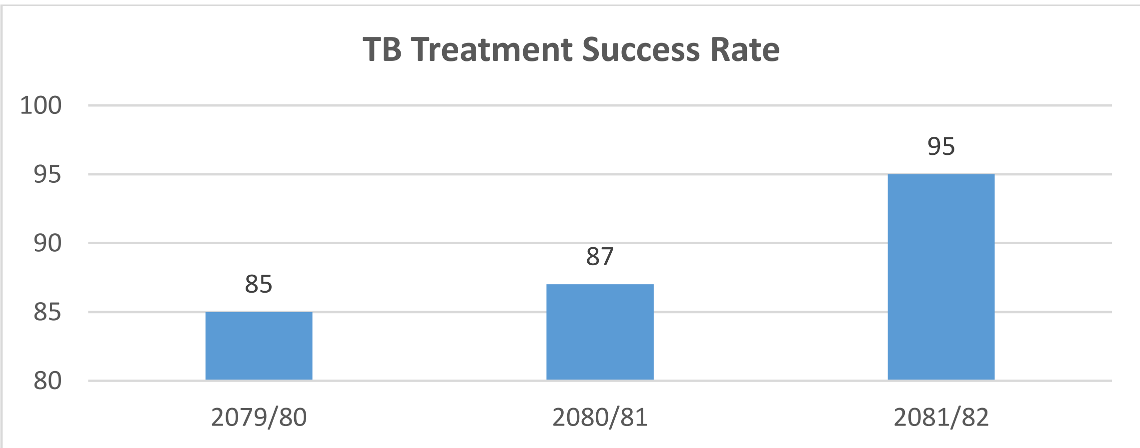
क्षयरोगको अवस्था :

विश्व स्वास्थ्य संगठनको सन् २०२० को प्रतिबेदन अनुसार विश्वमा करीव १ करोड क्षयरोगका बिरामीहरु थपिने गर्दछ जसमध्ये ९० प्रतिशत बिरामीहरु विकासशील तथा बिकासोन्मुख देशहरुमा छन् । कुल क्षयरोगका बिरामीहरु मध्ये ४४ प्रतिशत दक्षिणपूर्ब एशियामा छन भारतमा मात्र २७ प्रतिशत छन । जम्मा बिरामीहरुमा १५ बर्षमुनिका १२ प्रतिशत तथा १५ बर्ष माथिका उमेर समुहका ८८ प्रतिशत रहेका छन् ।क्षयरोगका कारण विश्वमा प्रतिबर्ष करीव १४ लाख ८ हजार तिनसय मानिसहरुको मृत्यू हुने गर्दछ जसमध्ये एच.आई.भी. संक्रमित क्षयरोगका बिरामीको संख्या २ लाख ८ हजार तिन सय रहेको छ।

त्यस्तै संखुवासभा जिल्लामा आ.ब. २०७६/७७ मा ६६ जना, २०७७/७८ मा ५५ जना, २०७८/७९ मा ६९ जना, २०७८/७९ मा ६२ जना नयाँ क्षयरोगका बिरामीहरु निदान भएका थिए तेसैगरी २०८०/८१ मा ६५ र २०८१/८२ मा ७४ जना नयाँ क्षयरोगका बिरामीहरु निदान भएका छन् ।







१४.६ एच.आई.भि.एड्स कार्यक्रम

एच.आई.भि. को पुरा रुप Human Immunodeficiency Virus हो । एचआईभि ले शरीरको संक्रमण तथा रोगसँग लड्ने क्षमता Immune System मा कमी ल्याउछ। यसले White Blood Cells नष्ट गर्छ जसले गर्दा शरीरको Immune System कमजोर हुन्छ। शरीरले रोगसँग लड्न सक्दैन र ब्यक्तिमा बिभिन्न अवसरवादी संक्रमण हरु देखा पर्दछन।एचआईभि संक्रमणको पछिल्लो अवस्था AIDS (Acquired Immun0 Deficiency Syndrome) हो । AIDS भएपछि Immune System कमजोर हुन्छ र बिभिन्न गम्भिर रोगहरु र अवसरवादि संक्रमणहरु लाग्दछ यहि अवस्थालाई एड्स भनिन्छ।

एचआईभि को संक्रमण रोकथाम नियन्त्रण र उपचार कार्यक्रमको लागि राष्ट्रिय स्तर र प्रदेश स्तरबाट बिभिन्न कार्यक्रमहरु संचालित छन् । एचआईभि परामर्श र परीक्षण, पिएमटिसिटि सेवा, उच्च जोखिममा रहेका समुदाय लक्षित रोकथाम कार्यक्रम, संक्रमितको उपचार हेरचाह र सहयोग, १५ बर्ष मुनिका संक्रमित बालबालिकाहरुलाई पौष्टिक खानाको लागि नगद उपलब्ध गराउने कार्यक्रम ,यौनरोग रोकथाम र नियन्त्रण लक्षित कार्यक्रमआदि कार्यक्रमहरु संखुवासभा जिल्लामा पनि सन्चालित छ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनासँगै नेपाल सन् २०३० सम्ममा जनस्वास्थ्य जोखिमका रुपमा एचआईभीको अन्त्य गर्नेतर्फ द्रुत पद्धति (Fast-track approach) सहित अधि बढेको छ, र त्यसकालागि सन् २०२६ सम्ममा महत्वाकांक्षी ९५-९५-९५ लक्ष्यहरु पूरा गर्नुपर्नेछ| राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (२०२१-२०२६) मुख्यतः राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (२०१६-२०२१) कै निरन्तरता हो, जसले द्रुत लक्ष्यहरु हासिल गर्नका लागि मुख्य कार्यक्रमलाई प्राथमिकतामा राखेको थियो। उपचारतर्फ अझै पनि उल्लेखनीय सुधार आवश्यक छ, र राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (२०२१-२०२६) को गतिशीलतालाई कायम राख्दै सन् २०३० सम्ममा एड्सको अन्त्य गर्ने लक्ष्य हासिल गर्नेतर्फको प्रगतिलाई थप गति दिन एउटा अग्रगामी नयाँ रणनीतिक योजना आवश्यक छ।

सन् २०१६ यता धेरै परिवर्तन भइसकेको छन् जसले राष्ट्रिय प्रतिकार्यमा नयाँ अवसरहरुका साथै सामना गर्नुपर्ने धेरै नयाँ चुनौतीहरु थपिदिएका छन्। त्यसैकारण सरकार, नागरिक समाजका सञ्जाल, विकास साभेदार र सेवा प्रदायकहरूसँगको विस्तृत परामर्शमार्फत राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (२०२१-२०२६) तयार गरिएको हो। समग्र प्रक्रियाको थालनी र समन्वय राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको नेतृत्वमा भएको थियो र सबै सरोकारवालाबीच सर्वसम्मत निर्णय गर्नेतर्फ संयन्त्र उद्यत थियो। यी परामर्शहरबाट प्राप्त सल्लाहसुभाव तथा सिफारिसहरू राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (२०२१-२०२६) को आधारशिला निर्माण गर्नमा उपयोगी साबित भएका थिए।राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (२०२१-२०२६) मा सबल (resilient) तथा दिगो स्वास्थ्य प्रणालीको निर्माणमा केन्द्रित र प्रमाणमा आधारित रणनीतिहरु समावेश भएका छन्।यस

योजनाले सामुदायिक प्रणालीहर्को सुदृढीकरणमा पनि स्पष्ट जोड दिएको छ। संघिय शासन व्यवस्था अवलम्बन भएको परिप्रेक्ष्यमा, राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (२०२१-२०२६) ले सबै तहका स्वास्थ्य प्रणालीमा एकीकृत गरिएका सेवाहरूसहितको सुदृढ, एकीकृत, अधिकारमा आधारित र विकेन्द्रित एचआईभी कार्यक्रम सुनिश्चित गर्ने उद्देश्य लिएको छ।

रणनीतिले विश्वव्यापी परिकल्पना (Vision), विश्वव्यापी लक्ष्य (Goals) र विश्वव्यापी उद्देश्य (targets) हर्को खाका प्रस्तुत गरेको छ जुन सबै युएनएड्सको बहुक्षेत्रीय रणनीति, परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरूसँग तथा दिगो विकास लक्ष्यसँग पनि पूर्णर्पले सामञ्जस्य (aligned) छन्।

परिकल्पना

सन् २०३० सम्ममा नेपालमा एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने

मूलध्येय

समावेशी, समतामूलक तथा पहुँचयोग्य सेवाहरु सुनिश्चित गर्द एचआईभी स्याहारको निरन्तरता कायम गर्ने

लक्ष्यहरू (गोल)

- नयाँ एचआईभी सङ्क्रमण रोकथाम गर्ने
- एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहर्को स्वास्थ्यसम्बन्धी परिणामहर्मा सुधार ल्याउने
- एचआईभी सङ्क्रमित तथा मुख्य समूहहर्मा एचआईभी सम्बन्धित असमानताहर्मा कमी ल्याउने

सन् २०२६ सम्मका उद्देश्यहरू (टार्गेट)

१. अनुमानित एचआईभी सङ्क्रमितमध्ये ९५% को पहिचान गर्ने

२. एचआईभी सङ्क्रमण पुष्टि भएका ९५% व्यक्तिको उपचार गर्ने

३. एआरटी सेवा लिइरहेका एचआईभी सङ्क्रमित मध्ये ९५ %मा भाइरल लोड (viral load suppression) सप्रेसन हासिल गर्ने

४. नयाँ एचआईभी सङ्क्रमण लाई ९०% ले कम गर्ने (२०१० को आधारमा)

५. आमाबाट बच्चामा एचआईभीको सङ्क्रमण निवारण (elimination) गर्ने

६. जन्मजात भिरङ्गी (congenital syphilis) को केस दर प्रति लाख जीवित जन्ममा ५० वा सोभन्दा कम गर्ने

प्राथमिकताहरू

१. मुख्य जोखिम समूहहरूमा एचआईभी रोकथाम सेवाहरु द्रुत गतिले बढाउने ।

२. बृहत् उपचार, हेरचाह, सहयोग, भाइरल लोड (viral load) परीक्षण र सप्रेसन सेवाहरूमा सर्वव्यापी पहुँचसहित नवीन तथा प्रभावकारी परीक्षण अवधारणा विस्तार गर्ने ।

३. आमाबाट बच्चामा एचआईभीको सङ्क्रमण र भिरङ्गीको उन्मूलन गर्ने ।

४. मुख्य जोखिम र जोखिम समूहहर्मा एचआईभी संवेदनशील सामाजिक सुरक्षाका सेवाहरु बढाउने

५. एचआईभी प्रतिकार्यमा मानवअधिकार र लैङ्गिकताको सम्बोधन गर्ने।

६. प्रभावकारी, समावेशी र जवाफदेही एचआईभी सुशासनको सुदृढीकरण गर्ने ।

प्रमुख सूचकहरु

Indicator	2079/80	2080/81	2081/82
Number of tested HIV	4878	5555	5077
Number of positive case	2	3	0
No of PLHIV Case under ART	45	0	52
% of Pregnant women who tested for HIV(PMTCT)	91	86	83

१४. ७ जुनोटिक रोग

नेपाल सरकारको प्राथमिकतामा रहेका जुनोटिक रोगहरू ब्रुसेलोसिस, लेप्टोस्पाइरोसिस, हाइडाटिडोसिस, टोक्सोप्लाज्मोसिस आदि हुन्। हाम्रा जनस्वास्थ्य गतिविधिहरू विषालु सर्पको टोकाई र कुकुरको टोकाईमा केन्द्रित छन् जसको लागि स्वास्थ्य निर्देशनालयले सरकारी पशुधन क्षेत्र, सार्वजनिक र अन्य गैरसरकारी क्षेत्रहरूसँग समन्वय र सहकार्य गर्दै आएको छ।

लक्ष्यहरू

- एन्टी रेबिज भ्याक्सिन (ARV) र एन्टि स्नेक भेनम सीरम (ASVS) समयमै स्वास्थ्य सेवाहरूमा उपलब्ध नभएको कारणले रेबिज वा विषालु सर्पको टोकाइबाट कोही पनि मानिस मर्दैनन्।
- जुनोसिसको प्रकोप र महामारीलाई रोक्ने, नियन्त्रण गर्ने र व्यवस्थापन गर्ने।

उद्देश्य

- जुनोटिक रोग रोकथाम र नियन्त्रणका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको प्रतिक्रिया र क्षमतालाई बलियो बनाउने
- जुनोटिक रोग रोकथाम र नियन्त्रणका लागि सरोकारवालाहरू बीचको समन्वयमा सुधार गर्ने
- स्वास्थ्य सुविधाहरूमा ARV र ASVS को न्यायपूर्ण प्रयोग बढाउने
- जनचेतना कार्यक्रमहरू मार्फत जुनोटिक रोगहरू को बोझ कम गर्ने
- संक्रमित पागल जनावरहरूले टोकेका सबै पीडितहरूलाई एक्सपोजर पछि उपचारको रूपमा सेल कल्चर ARV प्रदान गर्ने

- ASVS र ARV प्रदान गरेर मानव मृत्यु दर कम गर्ने
- सर्पको टोकाई व्यवस्थापन र ARV र इम्युनोग्लोबुलिनको प्रभावकारी प्रयोगको बारेमा स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम दिने
- रेबिज र अन्य संक्रमित जनावरको टोकाइको संख्या कम गर्ने

रेबिज

रेबिज मुख्यतया कुकुर, स्याल, ब्वाँसो, मुंगोज वाइल्ड बिरालो जस्ता न्यानो रगत भएका जनावरहरूको रोग हो। रेबिजका घटनाहरू प्रायः सबै घातक हुन्छन् तर खोप, मानव र जनावरको अन्तरक्रियाको बारेमा सचेतनाले १००% रोकथाम गर्न सकिन्छ। प्रभावित हुनेमा अधिकांश बालबालिका रहेका छन् । नेपालका झण्डै आधा जनसंख्या उच्च जोखिममा र एक चौथाई रेबिजको मध्यम जोखिममा रहेको अनुमान गरिएको छ । तराईमा हरेक वर्ष घरपालुवा जनावरमा करिब ३० हजार र मानवमा १०० भन्दा बढी रेबिजका बिरामी हुने गरेको अनुमान छ । कुकुर र बिरालाहरूमा सुप्त संक्रमण रिपोर्ट गरिएको छ। धेरै कम बिरामीहरूले रेबिज इम्युन ग्लोब्युलिन (पोस्ट-एक्सपोजर प्रोफिलेक्सिस) लिन्छन्। रेबिजको लगभग सबै मानव केसहरू (९९%) कुकुरको टोकाइको परिणाम हो। ७०% कुकुरहरूलाई खोप लगाउनाले जोखिममा रहेको क्षेत्रमा रेबिज सर्ने चक्र तोड्छ।

१४.८ नसर्ने तथा मानसिक रोगहरु रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) विश्वभरि नै मानिसहरुको असामयिक मृत्यु गराउने प्रमुख कारण हो। विश्वव्यापी रूपमा नसर्ने रोगका कारण वार्षिक रूपमा १५ मिलियन मानिसहरू अकालमै मर्छन् ।तीमध्ये ८५ प्रतिशत भन्दा बढी कम र मध्यम आय भएका देशहरूमा हुन्छन्। विश्व स्वास्थ्य संगठनले NCD लाई प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा पहिचान गरेको छ। नेपालमा नसर्ने रोगको बोझ लगातार बढ्दै गएको छ । NCDs को कारण अकाल मृत्युदर सन् २०१० मा ५१ प्रतिशतबाट सन् २०१९ मा ७१ प्रतिशतमा बढेको छ। NCDs को समानुपातिक मृत्युदर निरन्तर बढिरहेको छ। हृदय रोग (Cardiovascular Disease) ३० प्रतिशत, क्यान्सर ९ प्रतिशत, मधुमेह ४ प्रतिशत, दीर्घ श्वासप्रश्वास रोग १० प्रतिशत र अन्य NCDs १३ प्रतिशत मृत्युको लागि जिम्मेवार रोगहरु पर्दछन्। स्वास्थ्य सेवा तर्फको विगत वर्षको खर्चलाई विश्लेषण गरेर हेर्दा नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) हरूमा नेपालले आर्थिक वर्ष २०७६/७७ मा नसर्ने रोगहरूमा ६४,४१४ करोड २० लाख रुपैयाँ खर्च गरेको थियो, जुन कुल स्वास्थ्य खर्चको ३१.५% हो।

विश्व स्वास्थ्य संगठनको ६५ औं महासभामा सदस्य राष्ट्रहरुले नसर्ने रोगका कारणले अल्पायू मृत्यू सन् २०२५ सम्ममा २५ प्रतिशतले घटाउने लक्ष्य लिएको छ। त्यसैगरी दिगो विकास लक्ष्यले समेत एक तिहाईले नसर्ने रोगका कारणले हुने मृत्यु घटाउने लक्ष्य लिएको छ। सो लक्ष्य प्राप्तिका निम्ति सदस्य राष्ट्रहरुले विभिन्न अवधारणालाई अघि सारेका छन् जस्तै रणनितिक कार्य योजना बनाउने, विश्व स्वास्थ्य संगठनका Package of Essential Non-Communicable Disease (PEN) अवधारणालाई लागू गर्ने तथा "BEST BUYS" को अवधारणा अपनाउने रहेका छन् । जवान र वृद्ध व्यक्तिहरुमा मृत्युको प्रमुख कारणको रुपमा बढ्दै गईरहेको नसर्ने रोगहरु नेपालमा ठुलो जनस्वास्थ्यको चुनौति रही आएको छ। नेपालका स्वास्थ्य संरचनाहरु सहित व्यक्ति, समुदाय र

राष्ट्रको लागी नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) हरुको बढ्दो भारलाई सम्बोधन गर्न रणनितिक कार्यहरुको आवश्यकता छ। यस तथ्यलाई ध्यान दिदैं नेपाल सरकारले नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) को रोकथाम र नियन्त्रणका लागी नीतिगत तथा रणनितिगत विभिन्न योजना तथा कार्यक्रम लागु गरेको छ ।

समुदायमा लुकेर रहेका तथा नदेखिएका बिरामीहरुको समयमा नै निदान गरी सही उपचार तथा व्यवस्थापनको दायरामा ल्याउनको लागि नेपाल सरकारले नसर्ने रोग सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएको नेपाल सरकारले नसर्ने रोगहरूको रोकथाम, शिघ्र निदान, उपचार र व्यवस्थापनलाई सुदृढ गर्न विश्व स्वास्थ्य संगठनको Package of Essential Non-Communicable Diseases (PEN) कार्यक्रम लागू गरेको छ। यो कार्यक्रमले प्रमुख रूपमा मुटु तथा रक्तनली रोग, मधुमेह, दिर्घ श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोग (अस्थमा, COPD) र क्यान्सर (स्तन, पाठेघरको मुख) को प्रारम्भिक स्क्रिनिङ, उपचार, जीवनशैली परामर्श तथा आवश्यक प्रेषण सेवा उपलब्ध गराउँछ। PEN कार्यक्रम आर्थिक वर्ष २०७७/७८ देखि सातै प्रदेशका ७७ वटै जिल्लामा सञ्चालनमा ल्याइएको छ, जसको उद्देश्य प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा समान, लागत-प्रभावी र पहुँचयोग्य उपचार सुनिश्चित गर्नु हो।

नेपाल सरकारले काठमाडौं इन्स्टिटट्यूट अफ चाइल्ड हेल्थ (KIOCH), NCDI Poverty Network र युनिसेफ नेपालको सहकार्यमा सुरु गरेको PEN-Plus कार्यक्रम झापामा लागू भई जिल्ला अस्पताल स्तरमै गम्भीर नसर्ने रोगहरूको (जस्तै टाइप १ मधुमेह, र्‍युमाटिक मुटु रोग, बालबालिकाको अस्थमा, क्यान्सर आदि) उपचार पहुँच सुधार, स्वास्थ्यकर्मीको तालिम, उपकरण आपूर्ति र सेवा सुदृढीकरणमार्फत UHC र SDG लक्ष्यमा योगदान पुर्‍याइरहेको छ।

नेपालमा मानसिक स्वास्थ्य सेवाको इतिहास २०१८ सालमा वीर अस्पतालमा बाह्यरोगी सेवा सुरु भएपछि प्रारम्भ भएको हो। मानसिक स्वास्थ्य समस्या कुल नसर्ने रोगको करिब १८% रहेको छ र यो देशमा अपाङ्गताको चौथो प्रमुख कारण हो। राष्ट्रिय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०७७ अनुसार वयस्क जनसङ्ख्याको १०% ले जीवनको कुनै न कुनै समयमा मानसिक रोग अनुभव गरेका छन् भने ४.३% हाल मानसिक समस्यासँग बाँचिरहेका छन्। आत्महत्याको जोखिम पनि गम्भीर छ, जसमा ७.२% ले आत्महत्यासम्बन्धी सोच, ६.५% ले हालको जोखिम, १.१% ले जीवनमा आत्महत्याको प्रयास र ०.३% भविष्यमा प्रयासको जोखिम देखाएका छन्। विपन्न, दुर्गम, सडकमा बस्ने, द्वन्द्वपीडित, हिंसाका बचेका, अल्पसंख्यक, लैंगिक अल्पसंख्यक, कैदीबन्दी र मानवीय संकटमा रहेका व्यक्तिहरू बढी जोखिममा छन्।

नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि बहु-क्षेत्रीय कार्य योजना सन् २०२१-२०२५

नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि बहु-क्षेत्रीय कार्य योजना सन् २०२१-२०२५ सम्भावित रूपमा कार्यान्वयन योग्य कार्यहरु बनाउन केन्द्रित छ जुन उच्च स्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्ने, राजनीतिक र सांस्कृतिक रूपमा स्वीकार्य र आर्थिक रूपमा बहुपक्षीय क्षेत्र र बहु-सरोकारवालाहरूबीच समन्वय गरिएको छ । यदि नेपालले दिगो बिकास लक्ष्य (Sustainable Development Goals) हरु पूरा गर्ने हो भने नसर्ने रोगहरुका जोखिमलाई कम गर्ने क्रियाकलापहरुमा प्राथमिकता दिंदा स्वास्थ्य क्षेत्रको सुधार सम्भव छ तसर्थ दिगो बिकास लक्ष्यहरू पूरा गर्न मद्दत पुग्दछ।

दुरदृष्टि

नसर्ने रोग मुक्त स्वास्थ्य तथा उत्पादनशील नागरिक

लक्ष्य

"सबै नीतिमा स्वास्थ्य" को नीति अंगिकार गरी नसर्ने रोगको भार कम गर्ने

उद्देश्य

- नसर्ने रोगहरुका जोखिमको कारकहरु कम गर्ने र विभिन्न वेत्रमा अन्तर्निहित रहेका सामाजिक निर्धारकहरुको सम्बोधन गर्नु
- नसर्ने रोगहरुको प्रभावकारी रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि नागरिक मैत्री स्वास्थ्य प्रणालीलाई व्यवस्थित गर्ने
- तथ्यमा आधारित नीति तथा कार्यक्रमहरुको लागि निगरानी, अनुगमन र मुल्यांकन प्रणाली स्थापना गर्नु

परिलक्ष्य

मुटुरोग, क्यान्सर, मधुमेह वा स्वासप्रस्वास सम्बन्धी दिर्घ रोगबाट हुने मृत्यु दरलाई सन् २०२५ सम्ममा २५ प्रतिशतमा र २०८६/८७ (२०३०) सम्म एक तिहाइले घटाउने परिलक्ष्य रहेको छ ।

रणनीतिक कार्य क्षेत्रहरु

- नेतृत्व, बहस पैरवी तथा साझेदारी
- स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा जोखिम न्यूनीकरण
- नसर्ने रोगहरु र तिनका जोखिम तत्वहरुको शिघ्र पहिचान र व्यवस्थापनका लागि स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढिकरण
- अनुगमन तथा मूल्यांकन र अनुसन्धान

समस्याहरु

- अस्वस्थ्यकर जिवनशैली बढ्दो क्रममा रहेको
- विरामीको संख्या बढ्दो क्रममा रहेको
- पर्याप्त औषधी र औजार, उपकरण उपलब्धतामा कमि
- तालिम प्राप्त जनशक्तिको अभाव
- नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचक हरुको तंथ्याक कमी

समाधानका उपायहरु

- जिवनशैली परिवर्तनको लागि स्वास्थ्य प्रबर्द्धनका पूर्वाधारहरु विकास गरी स्वास्थ्य प्रबर्द्धनको कार्यक्रमहरु संचालन गनुपर्ने

- किशोर किशोरीहरुलाई सबै विद्यालयमा Life skill तथा स्वास्थ्य जीवनशैलिको कक्षा संचालन गनुपर्ने
- सूर्तिजन्य पदार्थ नियनत्रण तथा नियमन ऐनको प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्नुपर्ने
- मदिराजन्य पदार्थ नियनत्रण तथा नियमन ऐन निर्माण गरी कार्यान्वयन गर्नुपर्ने
- खुल्ला व्यामशाला, खेलमैदान, पार्क र नाचघर निर्माण गर्नुपर्ने
- मनोपरामर्श सेवा सबै स्वास्थ्य संस्था तथा Hotline नम्बरबाट उपलब्ध गराउने
- योग तथा ध्यान शिविर संचालन गर्नुपर्ने
- सर्ने तथा नसर्ने रोगहरुको एकिकृत Screening Camp संचालन गर्नुपर्ने
- औषधी तथा औजार उपकरणको पर्याप्त उपलब्ध हुनुपर्ने
- नसर्ने तथा मानसिक रोगको तालिम म.स.स्वा.से. सम्म प्रदान गर्नुपर्ने