वार्षिक प्रतिवेदन

(आर्थिक वर्ष २०८२/८३)

लुम्बिनी प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय, दाङ

वार्षिक प्रतिवेदन

(आर्थिक वर्ष २०८२/८३)

लुम्बिनी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय, दाङ

लुम्बिनी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
राप्ती उपत्यका (देउखुरी), नेपाल

सन्देश

स्वास्थ्य मन्त्रालय प्रदेशभरीका नागरिकलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न समर्पित छ। नेपालको संविधान २०७२, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७५, लुम्बिनी प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७७, सोह्रौं पञ्चवर्षीय योजना, लुम्बिनी प्रदेशको दोस्रो आवधिक योजना लगायतका नीतिगत दस्तावेजहरुमा परिकल्पना गरिएका लक्ष्यहरु र स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) हाँसिल गर्न प्रदेश सरकार प्रतिवद्ध छ ।

सार्वजनिक, निजी र गैर-सरकारी क्षेत्र, विकास साझेदार संस्था लगायत सबै सरोकारवालाहरूसँगको समन्वय तथा सहकार्यमा विगतका दशकहरूमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा धेरै उपलब्धिहरू हासिल भएका छन्। विगत वर्षहरुको तथ्याङ्क हेर्दा प्रदेशको अपेक्षित औसत आयु बढेको, मातृ मृत्युदर (MMR) घटेको, शिशु मृत्युदर र बाल मृत्युदर घटेको देखिन्छ। तथापि अन्य प्रदेशको तुलनामा लुम्बिनी प्रदेशको अपेक्षित औसत आयु कम रहेको छ तथा मातृ मुत्युदर र बाल ख्याउटेपना उच्च रहेको छ। सीमित पूर्वाधार, अप्रयाप्त जनशक्ति, स्वास्थ्य सेवामा व्यक्तिगत खर्च (Out-of-Pocket Expenditure) स्वास्थ्य सेवामा सर्वसुलभपहुँचको सुनिश्चितता जस्ता विषयहरु चुनौतिको रुपमा रहेका छन । हामी पूर्वाधार विकासमा लगानी, स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम र सर्वाधिक वञ्चित (underserved) जनसङ्ख्याका लागि स्वास्थ्य सेवाहरू विस्तार मार्फत यी चुनौतिहरुको न्यूनीकरण गर्न प्रतिवद्ध छौं।

आर्थिक वर्ष २०८२/८३ को वार्षिक प्रतिवेदन स्वास्थ्य कार्यालय दाङले प्रकाशन गर्दैछ भन्ने थाहा पाउँदा अत्यन्तै हर्षित छु। यस प्रतिवेदनले जिल्लाको स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गतका कार्यक्रमहरुको कार्यसम्पादन, प्रगति र स्वास्थ्य सेवा प्रणालीका सबै अवयवहरूका चुनौतीहरूको समग्र रूपरेखा प्रस्तुत गरेको छ। यो प्रतिवेदनमा उपलब्ध भएका तथ्याङ्क तथा जानकारीहरु योजनाकार, अनुसन्धानकर्ता, व्यवस्थापक, सेवा प्रदायक र सम्बन्धित सरोकारवालाहरू साथै कार्यक्रम कार्यान्वयन र अनुगमन तथा मूल्याङ्कनका लागि समेत उपयोगी हुने लिएको छु।

यस वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन तयार पार्ने कार्यमा संलग्न स्वास्थ्य कार्यालय दाङका प्रमुख लगायत सम्पूर्ण कर्मचारीहरुप्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु। साथै स्वास्थ्य कार्यालय दाङ परिवारले आगामी दिनमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन तथा प्रवाहमा अझै महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्नेछ भन्ने अपेक्षा लिएको छु ।

....

दिपेन्द्र कुमार पुन

मन्त्री

स्वास्थ्य मन्त्रालय

लुम्बिनी प्रदेश

लुम्बिनी प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

राप्ती उपत्यका (देउखुरी), नेपाल

सन्देश

दाङ जिल्लाको वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन हुनु मेरा लागि अत्यन्त खुसीको कुरा हो। यो प्रतिवेदनले जिल्ला र जिल्लाभित्रका स्थानीय तहहरूका सबै गतिविधि र उपलब्धिहरूलाई समग्र रूपमा समेटेको छ। यो प्रतिवेदनले स्वास्थ्य कार्यालयमार्फत सञ्चालित गत आर्थिक वर्षको कार्यसम्पादनहरुको प्रगतिको अवस्था प्रस्तुत गरेको छ। यसले तथ्यमा आधारित योजना तर्जुमाका लागि पनि सहयोग पुर्‍याउँछ। यस प्रतिवेदनमा उपलब्ध जानकारी योजनाकारहरू, अनुसन्धानकर्ताहरू, व्यवस्थापकहरू, सेवा प्रदायकहरू र सम्बन्धित सरोकारवालाहरूका लागि अति उपयोगी हुनेछ भन्ने विश्वास लिएकी छु।

यो विस्तृत प्रतिवेदनले जिल्ला र स्थानीय तहहरुका स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै प्रमुख गतिविधिहरू समेटेको छ, जसमा गैर-सरकारी क्षेत्रको योगदान पनि समावेश छ। एक सक्षम र प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली विकासका लागि यस प्रतिवेदनमा भएका समुदायदेखि जिल्ला स्तरसम्मका सबै तथ्याङ्कहरू सान्दर्भिक र उपयोगी हुनेछन्। स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा गुणस्तर कायम राख्न थप प्रयासहरू आवश्यक छन् भन्ने महसुस गरिएको छ।

अन्त्यमा, स्वास्थ्य सेवाहरूको पँहुच र गुणस्तर सुनिश्चित गर्न अथक मेहनत र समर्पणसहितको प्रयास गरिरहेको स्वास्थ्य कार्यालय, दाङको उच्च प्रशंसा गर्दछु। लक्षित परिणामहरू हाँसिल गर्न स्वास्थ्य सेवामा समर्पित जनप्रतिनिधिहरु, स्वास्थ्यकर्मीहरु, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू (FCHVs) र स्वास्थ्य साझेदार संस्थासहित सम्पूर्णमा आभार व्यक्त गर्दछु। प्रदेशबासी नागरिकहरूको स्वास्थ्य अवस्था सुधारको पहल र प्रयास गरेकोमा सम्पूर्ण सरोकारवालाहरुलाई हार्दिक धन्यवाद छ। यस वार्षिक प्रतिवेदन तयार पार्ने कार्यमा संलग्न स्वास्थ्य कार्यालय, दाङका प्रमुख लगायत सम्पूर्ण कर्मचारीहरुप्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु।

....

दुर्गालक्ष्मी श्रेष्ठ

प्रदेश सचिव

स्वास्थ्य मन्त्रालय

सचिव

लुम्बिनी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय

लुम्बिनी प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

राप्ती उपत्यका (देउखुरी), नेपाल

सन्देश

स्वास्थ्य कार्यालय दाङले जिल्लास्तरीय वार्षिक कार्यसम्पादन समीक्षा गोष्ठी सम्पन्न गरी आर्थिक वर्ष २०८२/८३ को समग्र वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न लागेको थाहा पाउँदा मलाई धेरै खुसी लागेको छ। यो प्रतिवेदनले स्वास्थ्य कार्यालयमार्फत सञ्चालित गत आर्थिक वर्षको कार्य प्रगतिको अवस्था प्रस्तुत गरेको छ। यसले सवल पक्षहरु आत्मसात गर्दै सुधार गर्नुपर्ने पक्षहरुमा केन्द्रित हुन र तथ्यमा आधारित योजना तर्जुमाका लागि पनि सहयोग पुर्‍याउने नै छ । यस प्रतिवेदनमा उपलब्ध तथ्याङ्क तथा जानकारीहरु योजनाकार, नीति निर्माता, निर्णयकर्ता, अनुसन्धानकर्ता, व्यवस्थापक, स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, विद्यार्थी र सम्बन्धित सरोकारावालालाई समेत उपयोगी हुनेछ।

यस प्रतिवेदनमा प्रस्तुत तथ्याङ्क र विश्लेषणले दाङ जिल्लाको स्वास्थ्य प्रणालीको अवस्थाबारे स्पष्ट जानकारी दिन्छ। प्रतिवेदनले गत आर्थिक वर्षमा धेरै क्षेत्रहरूमा प्रगति भएको सङ्केत गरेको छ, तर स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा सहज पहुँच र गुणस्तर कायम राख भने थप प्रयासहरूको आवश्यकता देखिन्छ। प्रतिवेदनले जिल्ला र स्थानीय तहबाट विगत तीन आर्थिक वर्षमा सम्पादित स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रमुख कार्यक्रम तथा गतिविधिहरूको कार्यान्वयन र प्रगतिको अवस्था, सवल पक्ष, अवसर तथा चुनौतीहरु र समस्या समाधानका उपायहरु लगायतका विषयवस्तुहरु समेटेको छ। साथै यसले स्वास्थ्य विकास साझेदार संघसंस्थाहरू र निजी क्षेत्रहरूको योगदानलाई पनि समेटेको छ।

दाङ जिल्लाको स्वास्थ्य सेवालाई सवल र सुदृढ गर्न मद्दत पुन्याउने संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तह एवं सरकारी तथा गैर-सरकारी संघ संस्थाहरू र विकास साझेदार संस्थाहरुलगायत सम्पूर्ण सहयोगी हातहरूलाई धन्यवाद ज्ञापन गर्दछु। यो विस्तृत वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन तयार पार्ने कार्यमा संलग्न स्वास्थ्य कार्यालय दाङका सम्पूर्ण कर्मचारीहरुप्रति म हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु।

....

रोशन लाल चौधरी

निर्देशक

स्वास्थ्य निर्देशनालय

रोशन लाल चौधरी
निर्देशक

लुम्बिनी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय

घोराही, दाङ

प.स.०८३।८४
च.नं.

शुभकामना

जिल्लाको समग्र स्वास्थ्य सेवा प्रणाली र आम नागरिकहरुको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्ने उद्देश्यले आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा स्वास्थ्य कार्यालय दाङ र जिल्लास्थित सबै स्थानीय तहहरुबाट सम्पादन भएका स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको वार्षिक नतिजा, उपलब्धि, प्रगति, समस्या/चुनौती र समाधानका उपायहरुलाई यस वार्षिक प्रतिवेदनमा संक्षेपमा समावेश गरिएको छ । स्वांस्थ्यकर्मीहरु, सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु, निजी क्षेत्र, विकास साझेदार, सबै सरोकारवाला निकायहरु साथै समुदायको योगदानलाई समेत यस प्रतिवेदनमा समेटिएको छ।

यस प्रतिवेदनमा समावेश गरिएका सूचना तथा तथ्याङ्कहरु स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गतको स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS), अन्य स्वास्थ्य क्षेत्रका श्रोत र विभिन्न विश्वसनीय स्रोतहरूबाट लिईएको छ भने समुदायस्तरमा कार्यरत सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकादेखि जिल्लास्तर सम्मका सरकारी तथा गैर सरकारी निकायहरुबाट प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवाहरुको तथ्याङ्कलाई विश्लेषण तथा संश्लेषण गरी प्रस्तुत गरिएको छ।

स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रम र गतिविधिहरुको नियमित रुपमा अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्ने कार्यलाई मार्गदर्शन दिन, तथ्यमा आधारित योजना निर्माण गर्न साथै स्वास्थ्य अनुसन्धानकर्ता, शिक्षक, शिक्षाविद्लगायत अन्य सरोकारवाला निकायका लागि समेत जिल्लाको समग्र स्वास्थ्य सेवाको सूचना प्रवाह गर्न सहयोगी हुने उद्देश्यले यो प्रतिवेदन तयार पारिएको छ। यस प्रतिवेदनमा उपलब्ध गराइएको तथ्याङ्क तथा सूचनाहरु योजनाकार, व्यवस्थापक, सेवाप्रदायक, नीति निर्माता र जनस्वास्थ्यसम्बन्धी सरोकार राख्ने सम्पूर्ण व्यक्तिहरुका लागि अत्यन्त उपयोगी हुनेछ भन्ने आशा गरेको छु।

लुम्बिनी प्रदेश सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय र स्वास्थ्य निर्देशनालयप्रति निरन्तरको मार्गदर्शन, नेतृत्व र सहयोगका लागि हार्दिक आभार व्यक्त गर्न चाहन्छु। साथै यस प्रतिवेदन तयार गर्न अथक प्रयास र समर्पण गर्नु भएकोमा संलग्न सम्पूर्ण टोली तथा कार्यक्रमका फोकल व्यक्तिहरू र स्वास्थ्य कार्यालयका सम्पूर्ण परिवारलाई विशेष धन्यवाद व्यक्त गर्न चाहन्छु। त्यसैगरी आम नागरिकलाई वर्षभरी गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्ने जिल्लास्थित सबै उपमहानगरपालिका, नगरपालिका, गाउँपालिकाका जनप्रतिनिधिहरु र स्वास्थ्य संस्थाका स्वास्थ्यकर्मीहरू साथै सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु प्रति पनि हार्दिक कृतज्ञता व्यक्त गर्दछु।

टि. बि. गुरुङ
कार्यालय प्रमुख

बिषय सूची

स्वास्थ्य सेवा तथ्य पृष्ठ III
सारांश XIV
१. दाङ जिल्लाको परिचय १
१.१ सङ्क्षिप्त परिचय १
१.२ राजनीतिक तथा प्रशासनिक विभाजन २
१.३ प्रमुख प्राकृतिक सम्पदाहरु ३
१.४ हावापानी ४
१.५ धार्मिक/सांस्कृतिक सम्पदा ४
१.६ सामाजिक/सांस्कृतिक स्वरूप ६
१.७ जनसांख्यिक विवरण ६
२. स्वास्थ्य कार्यालय दाङको परिचय १५
२.१ परिचय १५
२.२ दाङ जिल्लाको नक्सा १६
२.३ यस कार्यालयका मुख्य मुख्य जिम्मेवारीहरु १६
२.४ सांगठनिक संरचना १७
२.५ जनशक्ति पदपूर्तिको अवस्था १८
२.६ स्वास्थ्य कार्यालय दाङ अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरू १९
२.७ सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतका सेवा केन्द्रहरु १९
२.८ प्रतिवेदनमा प्रयोग भएका स्रोत तथा सन्दर्भ सामग्रीहरू २१
२.९ प्रतिवेदनको सीमा २१
३. परिवार कल्याण तथा वाल स्वास्थ्य कार्यक्रम २२
३.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम २२
३.२ नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (IMNCI) ३६
३.३. राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम ४२
३.४ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम ५७
३.५ परिवार योजना कार्यक्रम ६७
३.६ सुरक्षित गर्भपतन सेवा ७३
४. सरुवा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम ७६
४.१ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम ७६
४.२ राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम ८६
४.३ एचआइभी/एड्स तथा यौन रोग ९२
५. किटजन्य रोग नियन्त्रण कार्यक्रम ९८
५.१ औलो निवारण कार्यक्रम ९८
५.२ कालाजार निवारण कार्यक्रम १०३
५.३ डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रम १०५
५.४ स्क्रव टाइफस १०८

६. नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम ११०
७. सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम ११७
७.१. प्रदेश स्वास्थ्य उपचार बिशेष आर्थिक सुबिधा ११७
७.२. सिकेलसेल, थालेसेमियाको आम समुदायमा परीक्षण तथा निःशुल्क बिमा कार्यक्रम ११९
८. खानेपानीको गुणस्तर जाँच तथा निगरानी कार्यक्रम १२१
९. स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली १२४
११. राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रम १२९
१२ स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रमहरुको प्रगति अवस्था १३२

तालिका सूची

तालिका नं १: दाङ जिल्लाको भागोलिक अवस्थिति २
तालिका नं २: दाङ जिल्लाको राजनीतिक विभाजन २
तालिका नं ३: दाङ जिल्लाका स्थानीय तहहरु तथा वडाहरुको विवरण ३
तालिका नं ४: दाङ जिल्लाका प्रमुख नदी, ताल तथा पर्यटकीय क्षेत्र र ब्यापारिक महत्वका स्थानहरु ३
तालिका नं ५: दाङ जिल्लाका धार्मिक स्थलहरु (मठ, मन्दिर, चर्च, गुम्बा, मस्जिद आदि) ४
तालिका नं ६: दाङ जिल्लाका प्रमुख मेलाहरु ५
तालिका नं ७: पछिल्ला तीन जनगणना अनुसार दाङ जिल्लाको तुलनात्मक विवरण ७
तालिका नं ८: वि.सं. २००९/११ देखि वि.सं. २०७८ सालसम्म नेपाल र दाङको जनसङ्ख्या ८
तालिका नं ९: वि.स. २०७९ साल देखि वि.स. २०८७ सालसम्मको जनसङ्ख्या प्रक्षेपण ८
तालिका नं १०: स्थानीय तहअनुसार प्रमुख जनसाङ्खिक सूचकहरु १३
तालिका नं ११: उमेर र लिङ्ग अनुसार दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या १४
तालिका नं १२: संगठनात्मक संरचना १७
तालिका नं १३: आर्थिक वर्ष २०८२।८३ मा जनशक्ति पदपूर्तिको अवस्था १८
तालिका नं १४: स्वास्थ्य कार्यालय दाङ अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरू १९
तालिका नं १५: सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतका सेवा केन्द्रहरु २०
तालिका नं १६: स्थानीय तह स्तरमा पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा भएको मिति २७
तालिका नं १७: खोपको पहुँच र उपभोग अनुसार स्थानीय तहको बर्गीकरण ३४
तालिका नं १८: खोप कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण ३४
तालिका नं १९: खोप कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु ३५
तालिका नं २०: २ महिनामुनिका बालबालिकाहरुको उपचार अवस्था ३८
तालिका नं २१: दुई महिनामुनिका बालबालिकामा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर संक्रमण र उपचार ३८
तालिका नं २२: पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा श्वासप्रश्वास रोगको प्रकोप तथा उपचार ४०
तालिका नं २३: **IMNCI** कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण ४०
तालिका नं २४: **IMNCI** कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु ४१
तालिका नं २५: नेपाल र लुम्बिनी प्रदेशको पोषण सम्बन्धी लक्ष्य र वर्तमान स्थिति ४२
तालिका नं २६: तालिका नं.३: बाल भिटा वितरणको अवस्था ४९
तालिका नं २७: सामुदायिक विद्यालयका किशोरीहरूको रक्तअल्पता परीक्षण तथा व्यवस्थापन ५५
तालिका नं २८: पोषण कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण ५५
तालिका नं २९: पोषण कार्यक्रमको कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु ५६
तालिका नं ३०: मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिक्रिया (**MPDSR**) ६४
तालिका नं ३१: सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण ६५
तालिका नं ३२: सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु ६६
तालिका नं ३३: परिवार योजना सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थाको विवरण ६८
तालिका नं ३४: परिवार नियोजन कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण ७१

तालिका नं ३५: परिवार योजना सेवा कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु............................७१
तालिका नं ३६: कम्तीमा एकजना सेवाग्राहीलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था ७४
तालिका नं ३७: सर्वेक्षण पूर्व र पश्चात् क्षयरोगको भारको तुलना, २०७५ (२०१८) ७७
तालिका नं ३८: राष्ट्रिय रणनीतिक योजना (**NSP**) २०७९/८०-२०८३/८४ को लक्ष्य ७८
तालिका नं ३९: नयाँ क्षयरोगी पत्ता लागेको संख्या (सबै प्रकारको)..७९
तालिका नं ४०: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगीका विरामी संख्या...८३
तालिका नं ४१: क्षयरोग कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण...८४
तालिका नं ४२: क्षयरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु ८५
तालिका नं ४३: कुष्ठरोग कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण ९०
तालिका नं ४४: कुष्ठरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु..९०
तालिका नं ४५: एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ केसहरू ९३
तालिका नं ४६: स्थानीय तहअनुसार एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ बिरामी..९४
तालिका नं ४७: मुख्य जोखिम समुहअनुसार एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ भार ९४
तालिका नं ४८: ए.आर.टी उपचारको अवस्था ९६
तालिका नं ४९: एच.आई.भी/एड्स र यौनजन्य सङ्क्रमण (**STIs**) नियन्त्रण कार्यक्रमको विश्लेषण.....................९७
तालिका नं ५०: एच.आई.भी/एड्स नियन्त्रण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु.....................९७
तालिका नं ५१: औलो कार्यक्रमअन्तर्गतका प्रमुख सूचकहरु ९९
तालिका नं ५२: औलो निवारण कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण...१०१
तालिका नं ५३: औलो निवारण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु १०२
तालिका नं ५४: कालाजार निवारण कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण...१०४
तालिका नं ५५: कालाजार निवारण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु १०५
तालिका नं ५६: डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण...१०७
तालिका नं ५७: डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु १०८
तालिका नं ५८: ३० वर्ष भन्दा माथिको लागि नसर्ने रोग स्क्रिनिङ कार्यक्रमको प्रगति...............................११२
तालिका नं ५९: नसर्ने रोग तथा मानसिक रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण ११५
तालिका नं ६०: नसर्ने तथा मानसिक रोग नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय ११६
तालिका नं ६१: प्रदेश स्वास्थ्य उपचार विशेष आर्थिक सुविधा प्राप्त बिरामीहरुको विवरण ११७
तालिका नं ६२: सिकेलसेलका बिरामीहरुको परिवारलाई निःशुल्क बिमा कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण.............१२०
तालिका नं ६३ : आ.व. २०८२/८३ मा खानेपानी परीक्षण कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धि............................१२२
तालिका नं ६४: खानेपानीको गुणस्तर जाँच तथा निगरानी कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण १२३
तालिका नं ६५: संशोधित **HMIS** को समूहीकरण...१२५
तालिका नं ६६: स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली कार्यक्रमको **SWOC** विश्लेषण..................................१२७
तालिका नं ६७ : दाङ जिल्लामा स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा अवस्था..१३०
तालिका नं ६८: स्थानीय तहअनुसार स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षाको अवस्था १३०
तालिका नं ६९: बजेट खर्च शिर्षकअनुसार आ.व. २०८२।८३ को विनियोजन र खर्च रकम........................१३२
तालिका नं ७०: आ.व. २०८१।८२ सम्मको बेरुजुको लगत १३३

चित्र सूची

चित्र १: पछिल्लो पाँच जनगणनामा दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या ९
चित्र २: दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या पिरामिड ९
चित्र ३: दाङ जिल्लाको नक्सा........ १६
चित्र ४: राष्ट्रिय नियमित खोप तालिका २४
चित्र ५: नियमित खोप छुटेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुलाई खोप दिने तालिका २५
चित्र ६: दाङ जिल्लामा हाल सम्मको कोरोना भाइरस विरुद्धको खोप कभरेज २८
चित्र ७: स्थानीय तहअनुसार एच.पी.भी.बिरुद्धको खोप अभियानको प्रगति २९
चित्र ८: जिल्लास्तरीय राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको कभरेज........ ३०
चित्र ९: स्थानीय तह अनुसार बि.सि.जि.खोप कभरेज ३१
चित्र १०: स्थानीय तह अनुसार डी.पी.टि.हेप.बि.हिब.पहिलो मात्रा कभरेज........ ३१
चित्र ११:स्थानीय तहअनुसार दादुरा- रुबेला दोस्रो मात्रा कभरेज ३२
चित्र १२: स्थानीय तहअनुसार टि.डी.२ र २+कभरेज........ ३२
चित्र १३: खोप कार्यक्रमको ड्रप आउट दर........ ३३
चित्र १४: दाङ जिल्लामा खोप खेर जाने दरको अवस्था ३३
चित्र १५: पाँच बर्षमुनिका बालबालिकाको झाडापखाला प्रकोप दर ३९
चित्र १६: झाडापखाला भएका बिरामीलाइ जिंक र ORS बाट उपचार........ ३९
चित्र १७: ०-११ महिनाका बालबालिकाहरुमा बृद्धि अनुगमन ४५
चित्र १८: औसत बृद्धि अनुगमन पटक ४६
चित्र १९: बृद्धि अनुगमन गरेका मध्ये कम तौल भएका बालबालिका ४७
चित्र २०: छ महिनासम्म पूर्ण स्तनपान गरेका बालबालिका........ ४७
चित्र २१: (OTC) सेवामा मध्मम शीघ्र कुपोषणको उपचार सफलता दर........ ४८
चित्र २२: कडा शीघ्र कुपोषणको उपचार सफलता दर........ ४९
चित्र २३: १८० चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने गर्भवति महिला ५०
चित्र २४: ४५ चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने सुत्केरी महिला........ ५१
चित्र २५: ६-५९ महिनाका बालबालिकाहरुमा भिटामिन “ए” को कभरेज........ ५२
चित्र २६: १२-५९ महिनाका बालबालिकामा जुकाको औषधीको कभरेज ५२
चित्र २७: किशोरी आइरन तथा फोलिक एसिड कार्यक्रम........ ५३
चित्र २८: सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका प्रमुख सूचकहरु........ ६०
चित्र २९: गर्भावस्था जाँच दर (कुनै पनि समयमा पहिलो पटक) ६०
चित्र ३०: प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भावस्था जाँच/परीक्षण दर........ ६१
चित्र ३१: आठ पटक गर्भावस्था जाँच (प्रोटोकल अनुसार) ६२
चित्र ३२: संस्थागत प्रसूति सेवाको विवरण........ ६२
चित्र ३३: सुत्केरी पछिको जाँच (चार पटकको) ६३
चित्र ३४: नवशिशु मृत्यु विवरण........ ६४
चित्र ३५: परिवार योजना सेवाको प्रयोग दर........ ६९

चित्र ३६: परिवार योजना सेवाको नयाँ प्रयोग दर ७०
चित्र ३७: प्रसूतिपछिको एक बर्षभित्रमा परिवार योजना सेवाको प्रयोग दर ७०
चित्र ३८: सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिनेको संख्या.. ७४
चित्र ३९: गर्भपतन पश्चात परिवार योजनाको साधन प्रयोग गर्ने दर ७५
चित्र ४०: क्षयरोग पत्ता लाग्ने दर (सबै प्रकारको)... ८०
चित्र ४१: आ.व.२०८२/८३ मा उमेर अनुसार क्षयरोगका विरामी... ८०
चित्र ४२: महिनाअनुसार क्षयरोगका विरामी ८१
चित्र ४३: क्षयरोग निको हुने दर...८१
चित्र ४४: क्षयरोग विरामीको मृत्यु दर (TB Case Fatality Rate).. ८२
चित्र ४५: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार प्रतिफल ८३
चित्र ४६: कुष्ठरोगको नयाँ विरामी संख्या.. ८७
चित्र ४७: नयाँ कुष्ठरोगको विरामी पत्ता लाग्ने दर ८८
चित्र ४८: कुष्ठरोगको जम्मा विरामी संख्या (नयाँ र पुरानो)... ८९
चित्र ४९: कुष्ठरोगको व्यापकता दर प्रति दस हजार जनसङ्ख्यामा ८९
चित्र ५०: गर्भवती महिलाहरूमा PMTCT र HIV/AIDS अवस्था ९५
चित्र ५१: HIV/AIDs बिरामीको अवस्था...९६
चित्र ५२: स्थानीय तहअनुसार औंलोको रक्त नमूना संकलन संख्या १००
चित्र ५३: औलो पोजेटिभ विरामीहरूको विवरण.. १०१
चित्र ५४: कालाजार रोगका जम्मा बिरामी संख्या १०४
चित्र ५५: डेंगु रोगका जम्मा बिरामी संख्या १०७
चित्र ५६: स्थानीय तह अनुसार स्क्रव टाइफस रोगको अवस्था १०९
चित्र ५७: दाङ जिल्लामा नसर्ने रोगको अवस्था...११४
चित्र ५८: खानेपानी परीक्षणमा इकोलाइको स्थिति १२२
चित्र ५९: समग्र प्रतिवेदन अवस्था... १२६
चित्र ६०: विभिन्न कार्यक्रमहरूको अनलाईन प्रतिवेदनको अवस्था १२७

संक्षिप्त रुप

Abbreviations	Full Forms
AHR	Annual Health Report
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrom
ALOS	Average Length of Hospital Stay
AMR	Antimicrobial Resistance
ASRH	Adolescent Sexual and Reproductive Health
AWPB	Annual Work Planning and Budgeting
BCC	Behavioural Change Communication
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn care
BHS	Basic Health Services
BHSCs	Basic Health Service Centers
CAPP	Consolidation of Annual Procurement Plan
CBIMNCI	Community Based Integrated Management of Newborn and Childhood Illness
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn care
CNSI	Comprehensive Nutrition Specific Interventions
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPD	Continuing Professional Development
DOHS	Department of Health Services
DRTB eGP	Drug-resistant TuberculosisElectronic Government Procurement
EHCS	Essential Health Care Services
EmOC	Emergency Obstetric Care
EWARS	Early Warning and Reporting System
FCHVs	Female Community Health Volunteers
FP	Family Planning
GESI	Gender Equality and Social Inclusion
HCWM	Health Care Waste Management
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HDPs	Health Development Partners
HMIS	Health Management Information System
HRH	Human Resources in Health
ICD I/NGOs	International Classification of Diseases International/ Non-Governmental Organizations
IEC	Information, Education and Communication
IFA	Iron Folic Acid
IHIMS	Integrated Health Information Management Section
IHR	International Health Regulation
IVM	Integrated Vector management
JEE	Joint External Evaluation
LBW	Low Birth Weight
LF	Lymphatic Filariasis
MAM	Moderate Acute Malnutrition
MDGs	Millennium Development Goals

MDR	Multi Drug Resistance
MoHP	Ministry of Health and Population
MSS	Minimum Service Standards
MUAC	Mid Upper Arm Circumference
NBBD	Newborn Birth Defect
NCDs	Non-Communicable Diseases
NDHS	Nepal Demographic and Health Survey
NEQAS NHS-SP	National External Quality Assessment SchemeNepal Health Sector- Strategic
NJAR	PlanNational Joint Annual Review
NMICS	Nepal Multiple Indicator Cluster Survey
NTDs	Neglected Tropical Diseases
OCMC O & M OPD	One Stop Crisis Management CenterOrganization and managementOutpatient
PEN	Package of Essential Non-Communicable Disease
PHC	Primary Health Care
PHCCs	Primary Health Care Centers
PHD	Provincial Health Directorate
PPP	Public Private Partnership
RCCE	Risk Communication and Community Engagement
RDQA R & R SAM	Routine Data Quality AssessmentRecording and ReportingSevere Acute Malnutrition
SARCs	Short-acting Reversible Contraceptives
SARI	Severe Acute Respiratory Infection
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SAM	Severe Acute Malnutrition
SCM	Supply Chain Management
SDGs	Sustainable Development Goals
SDPs	Service Delivery Points
SOPs	Standard Operating Procedures
SSU	Social Service Unit
STIs	Sexually Transmitted Infections
SWAp	Sector Wide Approach
SWOT	Strength Weakness Opportunity Threat
TAS	Transmission Assessment Surveys
TB	Tuberculosis
TIMS	Training Information Management System
UNICEF	United Nations Children’s Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
UHC	Universal Health Coverage
VBDs	Vector Borne Diseases
VPDs	Vaccine Preventable Diseases
WASH	Water, Sanitation and Hygiene
WHO	World Health Organization

स्वास्थ्य सेवा तथ्य पृष्ठ

आ.व.२०८०/८१ -२०८२/८३

Program indicators	DANG District			FY 2082/83									
	FY 2080/81	FY 2081/82	FY 2082/83	Bangalachuli RM	Ghorahi SM	Tulsipur SM	Shantinagar RM	Babai RM	Dangisharan RM	Lamahi Municipa lity	Rapti RM	Gadhawa RM	Rajpur RM
Reporting Status													
Reporting rate	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Reporting rate on time	97.6	97.1	98.3	96.3	94.3	99.6	100	98.9	100	100	100	98.3	100
Immunization Program													
% of chiidren under one year immunized with BCG	99	86.3	101.8	92.7	113.2	118.4	80.6	72.2	87.6	95.5	81.5	80.8	83.2
% of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib3	104.8	83.3	97.1	91.7	100.4	105.2	79.5	79.9	96.1	104.5	90.8	92.4	79.0
% of children aged 12-23 month immunized with MR 2	117.4	95.5	97.5	84.8	104.0	105.2	82.1	75.0	99.7	98.0	99.5	85.3	78.0
% of children fully immunized as per NIP schedule	117.4	95.4	97.4	84.8	104.0	105.2	82.1	74.8	99.4	98.0	99.5	85.3	77.4
% of pregnant women who received complete dose of TD (TD2 and TD2+)	74.3	65.9	81.7	73.9	82.7	85.7	68.0	74.4	85.1	90.9	81.1	76.2	72.7
Dropuout rate (DPT-HepB-Hib 1 vs 3)	-3.4	-1.04	1.4	-2.7	4.2	-0.2	0.0	-5.2	3.1	0.8	2.7	-3.9	7.0
Drop out Penta 1st Vs MR2	-12.8	-11.5	1.03	7.1	0.6	-0.3	-2.9	1.7	-1.2	7.3	-6.5	3.4	8.7
IMNCI Program													
Incidence of pneumonia among children under five years (per 1000)	24.9	17.0	14.0	94.2	4.4	9.2	29.1	13.1	19.6	3.9	23.2	17.7	12.0
% of children between 2-59 months with pneumonia, who received antibiotics (Amoxycillin)	100	100	100	100	100.0	100	100	100	100	100	100	100	100
Diarrhoea incidence rate among children under five years	104.2	76.6	55.5	102.3	24	37.4	105	44	84.5	60.9	72.3	105.1	152
% of children under five years with diarrhea treated with zinc and ORS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Family Planning Program													
Contraceptive prevalence rate (unadjusted) among women of reproductive age (WRA)	23.6	21.92	22.7	10.9	17.3	14.3	13.8	9.3	29.2	23.3	39.7	19.3	23.3
FP Methods New acceptor among as % of MWRA	13.2	14.7	12	10.9	9.9	6.8	9.6	10.8	20.6	19.8	23.8	17.5	13.5
% of PPM using a modern contraceptive method	6.1	12.8	13.5	12.0	4.4	12.6	184.4	17.0	72.5	26.2	35.2	49.8	30.2

Program indicators	DANG District			FY 2082/83									
	FY 2080/81	FY 2081/82	FY 2082/83	Bangalachuli RM	Ghorahi SM	Tulsipur SM	Shantinagar RM	Babai RM	Dangisharan RM	Lamahi Municipality	Rapti RM	Gadhawa RM	Rajpur RM
FCHV Program													
% of Mother groups meeting held	98.9	97.9	98.6	96.1	98.9	99.2	97.2	99.4	100.0	100.0	99.1	100.3	92.0
Total FCHVs within Catchment Area	866	870	852	55	181	190	48	55	51	72	64	82	54
Nutrition Program													
Percentage of children aged 0-23 months registered for growth monitoring	69.1	52.2	63.8	40.8	63.4	73.9	62.2	55.0	60.8	79.1	50.8	53.4	53.6
% of children aged 0-23 months registered for Growth Monitoring (New) who were Underweight	2.1	2.3	2.4	1.5	2.4	3.2	4.2	4.6	2.8	1.7	1.1	1.8	2.6
Average number of visits among children aged 0-23 months registered for growth monitoring	8	11	12.5	19.2	8.6	11.9	11.9	9.5	19.2	18.2	20.3	14.5	13.0
% of newborns with low birth weight (<2.5KG)	11	11	13.5	6.9	17.8	8.7	2.2	4.7	5.1	6.7	7.9	11.8	8.0
Percentage of women who received a 180 day supply of Iron Folic Acid during pregnancy	71.9	68.3	82.3	58.4	110.5	70.6	70.9	63.4	82.8	80.5	72.5	72.6	56.7
% of PPM who received vitamin A suppliment	100.7	99.5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Safe motherhood Program													
% of pregnant women who had at least one ANC checkup	148.8	158.6	203.1	112.5	426.6	114.7	99.5	99.3	94.3	110.3	123.0	104.4	89.8
Percentage of pregnant women who had four ANC checkups as per protocol (4th, 6th, 8th and 9th month/16, 20-24, 32 and 36 Weeks)	86	75.92	85.9	71.4	100.1	83.1	70.2	62.4	83.4	88.5	98.0	73.2	63.1
% of institutional deliveries	76.3	73.4	86.6	53.3	160.3	73.0	10.4	19.0	24.2	56.3	90.0	35.5	39.7
% of births attended by health worker other than SBA and SHP	5	1	1.4	13.0	0	0	0	3.2	0	0	4.9	0.1	5.6
Percentage of neonats who received four check ups per PNC protocol	35.7	42.1	55.1	70.7	56.5	42.3	70.7	48.4	71.6	65.5	53.6	71.0	48.1
Malaria and kala-azar Program													
Malaria annual parasite incidence (per 1000 population in high risk districts)	0.011	0.015	0.011	0	0.005	0.021	0	0	0	0	0.056	0	0
Annual blood examination rate (ABER) of malaria in high risk districts	1.53	2.03	2.04	0.15	0.26	0.92	1.53	1.22	5.81	5.62	4.27	7.91	0.57
Total Malaria Indigenous Cases	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Number of kala-azar cases in at risk districts	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Program indicators	DANG District			FY 2082/83									
	FY 2080/81	FY 2081/82	FY 2082/83	Bangalachuli RM	Ghorahi SM	Tulsipur SM	Shantinagar RM	Babai RM	Dangisharan RM	Lamahi Municipality	Rapti RM	Gadhawa RM	Rajpur RM
Tuberculosis Program													
Case notification rate (All forms of TB cases - New and Relapse)	206	185.4	206.4	270.3	229.0	226.6	184.8	264.9	261.9	109.5	182.4	146.6	123.3
Treatment Success Rate	94.3	94.46	96.6	97.1	97.8	96.7	98.0	94.3	94.6	96.3	97.8	91.5	90.3
TB Case Fatality Rate (%)	2.8	3.72	2.2	2.9	1.9	2.5	0	4.3	1.8	3.7	0	4.3	0
Loss to follow up rate (%)	1.5	1.02	0.4	0	0.2	0.3	0	1.4	1.8	0	0	2.1	0
Leprosy Program													
Prevalence of leprosy per 10,000 population	0.21	0.46	0.8	0.5	1.1	0.6	0.4	0.7	0.9	1.1	0.4	1.5	0.4
Percentage of new leprosy cases that are MB	92.86	96.88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
HIV/AIDS Program													
Number of people newly infected with HIV in the reporting period per 1000 uninfected population	0.05	0.04	0.04		0.08	0.04							
New HIV positive cases	34	37	33		19	14							
Currently on ART	429	428	486		304	182							
Curative Services													
Bed occupancy rate	34.6	45.97	57.2		83.0	33.9				15.7	17		
Average length of stay in hospital	2.9	2.25	2.6		3.2	1.7				1.2	1.3		
% of population utilising emergency services at hospitals (Number at facility level and % at national level)	9	9.7	11.6		15.8	15.0				19.7	12.2		
% population utilizing inpatient services at hospitals	4.4	5.38	6		11.5	8.2				1.2	2.3		

सारांश

परिचय

प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयको मातहतमा रही जिल्लामा जनस्वास्थ्यसम्बन्धी सेवाहरूको व्यवस्थापन, समन्वय, अनुगमन, प्राविधिक सहयोग र कार्यान्वयन गर्ने प्रमुख निकाय स्वास्थ्य कार्यालय हो। यसले जिल्लाभित्रका स्थानीय तह तथा स्वास्थ्य संस्थामार्फत जनस्वास्थ्यका प्रवर्धनात्मक, रोकथाममुलक र उपचारात्मक सेवाहरूको उचित व्यवस्थापन गर्नमा भूमिका खेल्दछ। दाङ जिल्लामा १० वटा स्थानीय तह र १०० वटा वडाहरु रहेका छन। जिल्लाअन्तर्गत संघीय अस्पताल र प्रादेशिक अस्पताल समेत गरी जम्मा १२७ ओटा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु रहेका छन, जसमा संघीय अस्पताल १ वटा, प्रादेशिक अस्पताल २ वटा, आधारभुत अस्पताल ६ वटा, प्राथामिक स्वास्थ्य केन्द्र १ वटा, स्वास्थ्य चौकी ३४ वटा, नगर स्वास्थ्य केन्द्र ३४ वटा, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र २९ वटा, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई २० वटा रहेको छ। जिल्लामा सुरक्षित प्रसुती केन्द्र ४२ वटा, BEONC सेवा केन्द्र ४ वटा, CEONC सेवा केन्द्र ३ वटा, गाउघर क्लिनिक ११५ वटा, खोप क्लिनिक २३८ वटा, DOTS केन्द्र ५० वटा, Microscopic सेवा केन्द्र २० वटा, OTC केन्द्र ४६ वटा, ५ ओटै परिवार नियोजन साधनको सेवा उपलब्ध भएका स्वास्थ्य संस्था ४८ वटा, किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्था २५ वटा, PMTCT सेवा केन्द्र २ वटा र CB-PMTCT सेवा केन्द्र ११७ वटा रहेका छन्।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रममध्येको एक हो। जुन, जनस्वास्थ्यको सफल र लागत प्रभावकारी (Cost Effectiveness) कार्यक्रम मानिन्छ। राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमअन्तर्गत हाल नेपालमा १५ महिनासम्मका बालबालिकाहरू, १० वर्ष उमेर समुहका किशोरीहरु र गर्भवती महिलाहरूका लागि निःशुल्क खोप सेवा प्रदान गरिँदै आएको छ। आ.व. २०८१/०८२ को तुलनामा गत आ.व.मा जिल्लामा सबै खोपको कभरेज बढेको छ। त्यसैगरी ड्रप आउट दर र खोप खेर जाने दरमा समेत कमी आएको छ। आ.व. २०८२/०८३ मा दाङ जिल्लामा स्वास्थ्यकर्मीको प्रत्यक्ष संलग्नतामा घरधुरी सर्वेक्षणमार्फत खोज र खोप रणनीति अनुसार १६-५९ महिनाका २ जना शून्य डोज र ६१ जना खोप लगाउन छुट बालबालिकाहरुलाई खोजी १०४३२ जना बालबालिकाले पूर्णखोप पाएको सुनिश्चित गर्दै मिति २०८३/०३/१९ गते जिल्लालाई पूर्णखोप सुनिश्चिता तथा दिगोपना घोषणा गरिएको थियो।

एकिकृत बाल रोग व्यवस्थापन कार्यक्रम

समुदायमा आधारित एकीकृत बाल रोग व्यवस्थापन कार्यक्रम ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूलाई निमोनिया, झाडापखाला, औलो, दादुरा र कुपोषणको कारणबाट हुने मृत्युबाट बचाउन एकीकृत रूपमा

व्यवस्थापन गर्नको लागि सञ्चालित कार्यक्रम हो। गत आ.व.मा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको झाडापखाला प्रकोप दर ७७ प्रति हजार बालबालिकाबाट घटेर ५५ प्रति हजार पुगेको छ। पाँच बर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा श्वासप्रश्वास रोगको संक्रकण दर २०० जना प्रति हजारबाट घटेर १६६ जना प्रति हजार पुगेको छ। त्यसैगरी पाँचबर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा निमोनियाको संक्रमण दर १७ जना प्रति हजारबाट १४ जना प्रति हजार पुगेको छ र उपचार दर १००% रहेको छ।

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा ०-२३ महिनाका बालबालिकामध्ये करिव ६४ प्रतिशतलाई बृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता गरिएको छ। यसको सबैभन्दा उच्चतम कभरेज लमही नगरपालिकामा ७९ प्रतिशत रहेको छ। जिल्लाको औसत बृद्धि अनुगमन १२ पटक प्रति बच्चा रहेको छ। जुन राप्ती गाउँपालिकामा सबैभन्दा बढी २० तथा घोराही र बबईमा सबैभन्दा कम ९ पटक रहेको छ। बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये कम तौल भएका बालबालिकाको प्रतिशत जिल्ला स्तरमा २.४ रहेको छ भने बबई गा.पा. मा सबैभन्दा बढी ४.६ प्रतिशत रहेको छ। जिल्लामा कम तौल भएका शिशुहरुको जन्म प्रतिशत १३.५ रहेको छ, जुन सबैभन्दा बढी घोराहीमा १७.८ प्रतिशत र सबैभन्दा कम शान्तिनगरमा २.२ प्रतिशत रहेको छ।

आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा दाङ जिल्लामा ८२.३ प्रतिशत (अनुमानित गर्भ संख्याको) गर्भवती महिलाहरूले १८० चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड प्राप्त गरेका छन्। यसको सबैभन्दा बढी कभरेज घोराही उ.म.न.पा.मा ११० प्रतिशत र सबैभन्दा कम राजपुर गा.पा.मा ५६.७ प्रतिशत रहेको छ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य मातृ र नवशिशु मृत्युदरलाई घटाउनु हो। आ.व २०८२/८३ सम्ममा दाङ जिल्लाका दुई स्थानीय तह (दंगीशरण र राप्ती गाउँपालिका) लाई पूर्ण संस्थागत प्रसूति सेवायुक्त पालिका घोषणा गरिएको छ । गत आर्थिक वर्षमा सुत्केरी जाँच सेवा लिने आमाहरूको प्रतिशत, संस्थागत प्रसूति दर र प्रोटोकल अनुसारको चार तथा आठ पटकको गर्भावस्था जाँच दरमा वृद्धि भएको छ। जिल्लामा मातृमृत्यु कायमै रहनु र नवशिशु मृत्यु बढ्दो अबस्थामा देखिनु तथा कतिपय स्थानमा घरमा हुने प्रसूति कायमै हुनु प्रमुख चुनौतीका रुपमा रहेका छन्। कार्यक्रमले सेवाको गुणस्तर सुधार, प्रेषण प्रणाली सुदृढीकरण र सामुदायिक स्तरमा जनचेतना अभिवृद्धिमा जोड दिनुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ।

परिवार योजना कार्यक्रम

दाङ जिल्लामा आर्थिक वर्ष २०८२/०८३ मा परिवार योजना सेवाको प्रयोग दर (CPR) २२.७ रहेको छ। जबकि नयाँ प्रयोगकर्ताको दर १२% मात्र छ। यस अवधिमा, ७९ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट इम्प्लान्ट र ४८ ओटा संस्थाहरुबाट आई.यू.सि.डी. सेवा उपलब्ध गराइएको छ। यस कार्यक्रमका

प्रमुख चुनौतीहरूमा परिवार योजना सेवाको प्रयोगदर कम हुनु, किशोरावस्थामा हुने गर्भधारण र सेवा छाड्ने दर उच्च हुनु रहेका छन्। यी समस्याहरूको समाधान गर्न स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम दिने, निजी क्लिनिकलाई स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा ल्याउने र सेवाग्राहीलाई प्रभावकारी परामर्श सेवा प्रदान गर्ने जस्ता विषयहरुमा जोड दिनुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा

सन् २००२ देखि नेपालमा कानूनी मान्यता पाएको सुरक्षित गर्भपतन सेवाले मातृ मृत्युदर घटाउन महत्त्वपूर्ण भूमिका खेलेको छ। राष्ट्रिय जनगणना २०२१ अनुसार, मातृ मृत्युका कारणहरू मध्ये पाँच प्रतिशतभन्दा बढी गर्भपतनसँग सम्बन्धित छन्। दाङ जिल्लामा सुरक्षित गर्भपतन सेवा ३५ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट निःशुल्क प्रदान गरिँदै आएको छ। आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा स्थानीय तहहरुमध्ये सबैभन्दा धेरै तुल्सीपुर उपमहानगरपालिकाभित्रका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट १५८६ जना महिलाहरुले गर्भपतन सेवा लिएका छन्। २० वर्ष मुनिका किशोरीहरूको सेवा प्रयोग दर ७% रहेको छ। यस वर्ष गर्भपतन गराएकामध्ये ५५% महिलाले गर्भपतनपश्चात परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गरेका छन्।

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

आ.व. २०८२/८३ मा क्षयरोग पत्ता लाग्ने दर (सबै प्रकारको) प्रति लाख जनसङ्ख्यामा २०६ रहेको छ।जुन, सबैभन्दा बढी बंगलाचुली गाउँपालिकामा २७० र सबैभन्दा कम राजपुरमा १२३ रहेको छ। उमेर समूह अनुसार क्षयरोग ६५ वर्ष वा सो भन्दा बढी उमेर समूहमा सबैभन्दा धेरै २८ प्रतिशत रहेको छ भने सबै भन्दा कम ५-१४ वर्षको उमेर समूहमा ३ प्रतिशत रहेको छ।

आ.व. २०८२/८३ मा क्षयरोग निको हुने दर (DS - TB Treatment Success Rate) ९६.६ प्रतिशत रहेको छ। जिल्लामा क्षयरोग विरामीको मृत्यु दर (TB Case Fatality Rate) २.२ प्रतिशत रहेकोमा सबैभन्दा बढी गढवा र बबई गा.पा. मा ४.३ प्रतिशत मृत्यु रहेको छ। नयाँ औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगी (Drug-Resistant Tuberculosis) संख्या आ.व. २०८१/८२ मा ५ जना र आ.व. २०८२/८३ मा ९ जना रहेका छन्। गत आ.व.मा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार प्रतिफल (Treatment Outcome of DR-TB) दर शत प्रतिशत रहेको छ, जुन अघिल्लो आ.व. मा ७१.४ प्रतिशत थियो।

राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम

दाङ जिल्लाका नयाँ कुष्ठरोग विरामीहरुको संख्या आ.व. २०८१/८२ मा ३२ जना रहेकामा गत आ.व.२०८२/८३ मा ५६ जना नयाँ बिरामी थपिएका छन्। जसमध्ये, सबैभन्दा धेरै घोराही उ.म.नपा.मा २२ जना र तुलसीपुर उ.म.नपा.मा ११ जना रहेका छन्। आ.व. २०८२/८३ मा जिल्लामा कुष्ठरोगको व्यापकता दर प्रति दस हजार जनसङ्ख्यामा (PR per 10,000 Population) ०.८ रहेको छ। घोराही उपमहानगरपालिका तथा गढवा र दंगीशरण गाउँपालिकामा व्यापकता दर १ प्रतिशतभन्दा माथि रहेको छ।

एच.आई.भी/ एड्स तथा यौन रोग

एच.आई.भी परीक्षण र एआरटी सेवा प्रदान गर्नका लागि दाङ जिल्लामा राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, घोराही र राप्ती प्रादेशिक अस्पताल, तुलसीपुर गरी २ वटा संस्थाहरु रहेका छन्। यी दुई एआरटी सेन्टरहरूमार्फत गत आर्थिक वर्ष २०८२/०८३ मा कुल १२११८ व्यक्तिहरूको एच.आई.भी परीक्षण गरिएको थियो, जुन अघिल्लो वर्ष परीक्षण गरिएका संख्याभन्दा करिब ३४ प्रतिशतले बढी हो। गत आ.व.मा ३३ जना नयाँ एच.आई.भी बिरामीहरू थप भएका छन् र अहिले कुल एचआईभी संक्रमितको संख्या ४८६ पुगेको छ।

आ.व. २०८२/०८३ मा जिल्लामा १३५% (अनुमानित गर्भ संख्याको) गर्भवती महिलाहरुको एच.आई.भी परीक्षण गरिएको थियो। जम्मा २ जना गर्भवती आमामा एच.आई.भी पोजिटिभ देखिएकामा दुबै जना एआरटीमा भर्ना भएका थिए।

किटजन्य रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

दाङ जिल्लामा औलो परीक्षणका लागि गत आर्थिक वर्षमा १३९३९ जनाको रक्त नमूना संकलन गरिएको थियो। सबैभन्दा बढी लमही नगरपालिकामा ३४३९ जनाको र सबैभन्दा कम बंगलाचुली गाउँपालिकामा ३२ को नमूना संकलन भएको थियो। गत आ.व.मा देखिएका जम्मा ८ जना औलोका रोगीमध्ये ६ जनामा PV औलो र २ जनामा PF औलो रहेको थियो। औलोको रोगीमध्ये सबैमा आयातित किसिमको औलो देखिएको थियो। आर्थिक वर्ष २०८२/०८३ मा औलोको वार्षिक रक्त नमूना परीक्षण दर (Annual Blood Examination Rate-ABER) २.०४ रहेको छ भने Annual Parasite Incidence (API) ०.०११ रहेको छ।

दाङ जिल्लामा भेटिएका जम्मा कालाजार बिरामी संख्या सन २०२० मा ३ जना, सन २०२१ मा ५ जना, सन २०२२ मा ३ जना, सन २०२३ मा १ जना, सन २०२४ मा १ जना र सन २०२५ मा १ जना रहेका छन्।

अघिल्लो आ.व.को तुलनामा गत आ.व.मा दाङ जिल्लामा डेंगुका केशहरूको संख्या घट्दो क्रममा रहेको छ। त्यसैगरी, जिल्लामा स्क्रव टाइफसको विरामीहरूको संख्या बढ्दो क्रममा रहेको देखिन्छ।

नसर्ने रोग तथा मानसिक रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

नसर्ने रोगसम्वन्धी समस्याका कारण हुने जटिलता, रुग्णता र मृत्युलाई रोकथाम, नियन्त्रण र व्यस्थापन गर्न ३० वर्षमाथिको उमेर समुहमा उच्च रक्तचाप, मधुमेह र मृगौलासम्बन्धी रोगको परीक्षण कार्यक्रममार्फत गत आर्थिक वर्षमा ६७८५५ जनाको स्वास्थ्य परीक्षण तथा आवश्यकताअनुसार परामर्श सेवा दिइएको थियो। परीक्षणले नसर्ने रोगीका बिरामी उल्लेख्य रुपमा बढेको देखाएको छ। यस कार्यक्रमले जिल्लामा नसर्ने रोगका नयाँ बिरामी खोज्न र परामर्श दिन तथा उपचार प्रकृयामा ल्याउन

सहयोग पुर्याएको थियो। HMIS/DHIS-2 मार्फत भएको प्रतिवेदनबाट पनि जिल्लामा नसर्ने तथा मानसिक रोगका बिरामीहरु बढेको देखिन्छ।

सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम

लुम्बिनी प्रदेशमा विपन्न नागरिकहरुलाई क्यान्सर, मुटुको भल्भ उपचार तथा मृगौला प्रत्यारोपणमा विशेष आर्थिक सुविधा उपलब्ध गराई स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सुनिश्चित गरिएको छ। यस कार्यक्रममार्फत स्वास्थ्य कार्यालय दाङबाट आ.व. २०८२/८३ मा १०१ बिरामीले प्रत्यक्ष लाभ लिएका छन्। सिकेलसेल थालेसेमिया तथा हेमोफिलियाका बिरामीहरुको परिवारलाई निःशुल्क बिमा कार्यक्रममार्फत दाङ जिल्लाका ८ स्थानीय तहका ८२ परिवारलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा समावेश गरिएको छ।

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट गरिने स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको अनलाईन प्रतिवेदनको अवस्था हेर्दा गत आर्थिक वर्षमा प्रतिवेदन गर्ने दर शत प्रतिशत (१००%) रहेको छ तर समयमै प्रतिवेदन गर्नुपर्ने प्रतिशतमा सुधार गर्नुपर्ने देखिन्छ। स्थानीय तह अनुसार प्रतिवेदन गर्ने दर हेर्दा सम्पूर्ण स्थानीय तहको १००% छ। समयमै प्रतिवेदन गर्ने दर समग्र जिल्लाको ९८.३ र सबैभन्दा कम घोराही उप.म.न.पा.मा (९४.३%) रहेको छ। साथै, जिल्लाका ३८ वटा स्वास्थ्य संस्थामा eHMIS लागु गरिएको छ।

स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणाली

स्वास्थ्य कार्यालयले स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाहरू सञ्चालनका लागि अत्यावश्यक औषधी, खोप, गर्भनिरोधक साधनहरू, सेवाको अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरु, HMIS फारमहरू लगायत अन्य सम्बन्धित सामग्रीहरू निरन्तर आपूर्ति गर्दै आएको छ। यसका अतिरिक्त, गत आर्थिक वर्षदेखि जिल्लास्थित सबै सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सार्वजनिक सम्पत्ति व्यवस्थापन प्रणाली (PAMS V2) कार्यान्वयनमा आएको छ। जसले गर्दा औषधी तथा औषधिजन्य स्वास्थ्य सामग्रीको व्यवस्थापन सहज हुने अपेक्षा रहेको छ।

१. दाङ जिल्लाको परिचय

१.१ सङ्क्षिप्त परिचय

दाङ जिल्ला लुम्विनी प्रदेशमा अवस्थित एक भित्री मधेशको जिल्ला हो। प्रदेश राजधानी यही जिल्लामा अवस्थित देउखुरी उपत्यकामा रहेको छ। नेपालको मानचित्रमा ८२° ०२' देखि ८५° ५४' पूर्वी देशान्तरसम्म र २७° ३६' देखि २८° २९' उत्तरी अक्षांशबीच फैलिएर रहेको यस जिल्लाको क्षेत्रफल २९५५ वर्ग किलोमिटर रहेको छ। यसको दक्षिणमा भारत; पूर्वमा प्यूठान, अर्घाखाँची र कपिलवस्तु; पश्चिममा बाँके र उत्तरमा रोल्पा र सल्यान जिल्ला पर्दछन्। विविध धरातलीय बनावटले भरिएको यो जिल्ला समुद्री सतहदेखि करिव २१३ मिटर उचाईंवाट शुरु भई २०५८ मिटर उचाईंसम्म फैलिएको छ। यस जिल्लाको पूर्व पश्चिम लम्वाई अधिकतम ९० किलोमिटर र उत्तर दक्षिण चौडाई ७२ किलोमिटर रहेको छ। जिल्लामा २ वटा उपमहानगरपालिका, १ नगरपालिका र ७ गाउँपालिका गरी जम्मा १० वटा स्थानीय तहहरु रहेका छन्। क्षेत्रफलको हिसावले नेपालकै ठुलो उपमहानगरपालिका घोराही उप-महानगरपालिका यसै जिल्लामा पर्दछ। समुद्र सतहदेखि २१३ मिटर उचाईमा रहेको राप्ती गाउँपालिकाको (साविक सिसहनिया गाउँ विकास समिति) भानपुर यस जिल्लाको सबैभन्दा होचो भाग हो। त्यसैगरी २०५८ मिटर उचाईंमा रहेको बंगलाचुली गाउँपालिका (साविक हाँसिपुर गा.वि.स.) अन्तर्गत पर्ने अर्खले यस जिल्लाको सवैभन्दा अग्लो उचाईमा रहेको ठाँउ हो। शिवालिक लेक र महाभारत पर्वतले घेरिएको यो जिल्ला देशकै ठूलो उपत्यकाको रुपमा परिचित छ। धरातलीय हिसावले यस जिल्लामा महाभारत तथा चुरे लगायतका पहाडी भूभाग र भित्री मधेसका दुई समथर फाँटहरु रहेका छन्। दाङ उपत्यका महाभारत र चुरे पहाडको बीचमा अवस्थित छ भने देउखुरी उपत्यका चुरे पहाड र डडुवा डाँडाको श्रृंखला बिचमा रहेको छ। राप्ती र बबई यस जिल्ला भएर बग्ने दुई ठुला नदी हुन्। राप्ती नदी दाङ जिल्लाको दक्षिणी उपत्यका देउखुरीको पूर्वबाट पश्चिमतिर बगेको छ भने बबई नदी दाङ उपत्यकाको दक्षिणमा रही पूर्वबाट पश्चिमतर्फ बगेको छ। यी नदीहरुका अलावा यस जिल्ला भएर बग्ने खोलानालाहरुमा सिस्ने खोला, कटुवा खोला, सेवार खोला, पत्रे खोला, संक्राम खोला, ग्वार खोला, पातु खोला, अर्जुन खोला, गहते खोला, भमके खोला, बागर खोला, बहुला खोला, च्याटी खोला, ट्वाङ खोला आदि प्रमुख हुन्। त्यसैगरी यस जिल्लाका प्रमुख ताल, तलाउ तथा दहहरुमा बाह्रकुने दह, सप्तकुण्ड, जखेरा ताल, चरिङ्गे दह, भोटै दह, किचेनी तह, ज्यामिरे दह पर्दछन् भने पुरन्धारा छहरा र सुन छहरा समेत यहाँ रहेका छन्। यस जिल्लाको वेलझुण्डीमा नेपालकै दोस्रो पुरानो विश्व विद्यालय नेपाल संस्कृत विश्वविद्यालय रहेको छ।

तालिका नं १: दाङ जिल्लाको भागोलिक अवस्थिति

क्र.स.	विवरण	मान
१	अक्षांश	२७°३७' उत्तरदेखि २८°२९' उत्तरसम्म
२	देशान्तर	८२°०२' पूर्वदेखि ८२°५४' पूर्वसम्म
३	सिमा	**पूर्वः** कपिलवस्तु, अर्घाखाँची र प्युठान **पश्चिमः** बाँके **उत्तरः** सल्यान र रोल्पा **दक्षिणः** भारतको उत्तर प्रदेश
४	क्षेत्रफल	२९५५ वर्ग किलोमिटर
५	अधिकतम लम्बाइ	९० किलोमिटर
६	अधिकतम चौडाइ	७० किलोमिटर
७	जिल्ला सदरमुकाम	घोराही
८	दाङ उपत्यका अन्तर्गतका स्थानीय तहहरु	बबई, शान्तिनगर, बंगलाचुली र दंगीशरण गाउँपालिका तथा घोराही र तुलसीपुर उपमहानगरपालिकासहित जम्मा ६ वटा स्थानीय तह
९	देउखुरी उपत्यका अन्तर्गतका स्थानीय तह	गढवा, राजपुर र राप्ती गाउँपालिका तथा लमही नगरपालिका गरी जम्मा ४ वटा स्थानीय तह

१.२ राजनीतिक तथा प्रशासनिक विभाजन

यस जिल्लामा १०० वडा, ७ गाउँपालिका, १ नगरपालिका, २ उपमहानगरपालिका, ६ प्रदेश निर्वाचन क्षेत्र र ३ संघीय निर्वाचन क्षेत्र रहेका छन्।

तालिका नं २: दाङ जिल्लाको राजनीतिक विभाजन

क्र.स.	विवरण	सङ्ख्या	क्र.स.	विवरण	सङ्ख्या
१	गाउँपालिका	७	४	जम्मा वडा	१००
२	उपमहानगरपालिका	२	५	संघीय निर्वाचन क्षेत्र	३
३	नगरपालिका	१	६	प्रदेश निर्वाचन क्षेत्र	६

दाङ जिल्लाका स्थानीय तहहरुमध्ये घोराही र तुलसीपुर उपमहानगरपालिकामा सबैभन्दा बढी १९/१९ वटा वडा संख्या रहेका छन् भने राजपुर, दंगीशरण, बबई र शान्तीनगरमा सबैभन्दा कम ७/७ वटा वडा रहेका छ।

तालिका नं ३: दाङ जिल्लाका स्थानीय तहहरु तथा वडाहरुको विवरण

स्थानीय तहको नाम	वडा सङ्ख्या	स्थानीय तहको नाम	वडा सङ्ख्या
घोराही उपमहानगरपालिका	१९	राजपुर गाउँपालिका	७
तुलसीपुर उपमहानगरपालिका	१९	दंगीशरण गाउँपालिका	७
लमही नगरपालिका	९	बंगलाचुली गाउँपालिका	८
राप्ती गाउँपालिका	९	बबई गाउँपालिका	७
गढवा गाउँपालिका	८	शान्तिनगर गाउँपालिका	७
जम्मा			१००

१.३ प्रमुख प्राकृतिक सम्पदाहरु

दाङ जिल्ला क्षेत्रफलका हिसाबले तराईका जिल्लाहरुमध्ये कैलालीपछि दोस्रो ठूलो जिल्ला हो। यस जिल्लाको कुल भूमिमध्ये करिब दुई तिहाई क्षेत्रफल (१,९२७ वर्ग कि.मी.) वनजङ्गलहरुले ढाकेको छ। दाङ जिल्लाका वनहरुमा करिब १०० भन्दा बढी प्रजातिका जडिबुटीहरू पाईने अनुमान छ। यहाँ राप्ती र बबई नदीका साथै अन्य साना ठुला र खहरे खोलाहरुसहित करिब ८६ वटा खोलानाला छन्। यो जिल्लामा चुन ढुंगा र कोइलाका साथै तामा, सुन र खनिज तेलको पनि प्रचुर सम्भावना रहेको विभिन्न अध्ययन अन्वेषणले देखाएको छ।

तालिका नं ४: दाङ जिल्लाका प्रमुख नदी, ताल तथा पर्यटकीय क्षेत्र र ब्यापारिक महत्वका स्थानहरु

प्रमुख नदीहरु	राप्ती र बबई
प्रमुख तालहरु तथा झरना	बाह्रकुने दह, चरिङ्गे दह, ज्यामिरे दह, तप्र कुण्ड, भोटे दह, जखेरा ताल, गौरीगाउँ ताल, पुरन्धारा झरना आदि
धार्मिक तथा पर्यटकीय क्षेत्र	चौघेरा रत्ननाथ मन्दिर, अम्विकेश्वरी मन्दिर, धारपानी मन्दिर, सवारीकोट मन्दिर, बराह मन्दिर, गढिटाकुरा मन्दिर, कालिका मालिका मन्दिर, सुदय रामेश्वर मन्दिर, बगार बाबा मन्दिर, रिहार, देवीकोट मन्दिर, बंगलाचुली भ्यू टावर, छिल्लीकोट, पुरुन्धारा झरना, चमेरे गुफा, थारु सांस्कृतिक सङ्ग्रहालय चखौरा, राप्ती शान्ति पार्क ।
ब्यापारिक महत्वका प्रमुख स्थानहरु	घोराही, तुलसीपुर, लमही, भालुवाङ, नारायणपुर, विजौरी, गढवा, कोइलावास, हापुरे आदि
जिल्लामा उत्खनन् गरिएका खानीहरु	कोइला खानी, चुनढुङ्गा खानी

जिल्लामा पाइने चट्टानहरुको प्रकार	Schists, Quartzites, Fragile Sand Stone, Conglomerates, pebbles/Boulders Sand Stone, Calcareous, Thin lime Stone, Clay/Phyllites आदि
जिल्लामा पाइने माटोको प्रकार	चिम्ट्याईलो माटो (Clay Soil), बलौटे दुमट (Sandy loam), दुमट (Loamy Sand) आदि

श्रोत:जिल्ला समन्वय समिति, दाङ

१.४ हावापानी

नेपालको दक्षिणी भागमा अवस्थित रहेर भारतसँग जोडिएको दाङ जिल्लामा तराईका अन्य जिल्लाहरूको दाँजोमा कम गर्मी हुन्छ। जिल्लाको दक्षिणमा पर्ने देउखुरी तथा सो भन्दा दक्षिणी क्षेत्रमा उष्ण प्रकारको हावापानी (Tropical Climate) छ भने उत्तरी क्षेत्रमा पर्ने दाङ उपत्यकामा उपोष्ण प्रकारको हावापानी (Sub-Tropical Climate) रहेको छ। त्यसैगरी जिल्लाको उत्तरी पहाडी क्षेत्रमा शीतोष्ण प्रकारको जलवायु (Temperate Climate) रहेको छ। यहाँको वायुमण्डलको सापेक्षित आर्द्रता कम भएका कारण हावा सुख्खा हुन्छ। देउखुरी क्षेत्रमा गर्मी अलि बढी महसुस हुनुको साथै कहिलेकाही लु (Heats waves) पनि लाग्ने गर्दछ र जाडोमा कहिलेकाहीं शीतलहर पनि चल्ने गर्दछ।

१.५ धार्मिक/सांस्कृतिक सम्पदा

यस जिल्लामा हिन्दू धर्मका ख्यातिप्राप्त मन्दिरहरू रहेका छन्। विभिन्न स्थानमा थारु समुदायका भुइयार थानहरु रहेका छन्। यहाँ हिन्दुका अलावा बौद्ध, इस्लाम, क्रिष्चियन आदि धर्मसँग सम्बन्धित धार्मिक संस्थाहरू समेत निर्माण भएका छन्। दाङ जिल्लामा धार्मिक तथा सांस्कृतिक महत्वका निकै आकर्षक र बृहत जात्रा एवम् मेलाहरू पनि लाग्दछन्।

तालिका नं ५: दाङ जिल्लाका धार्मिक स्थलहरु (मठ, मन्दिर, चर्च, गुम्बा, मस्जिद आदि)

नाम	अवस्थिति
अम्बकेश्वरी मन्दिर	घोराही उ.म.न.पा., अम्वापुर
कालिका भगवती मन्दिर	घोराही उ.म.न.पा., मसिना
सिद्ध रत्ननाथ पिठ	घोराही उ.म.न.पा., चौघेरा
पाण्डवेश्वर शिव मन्दिर	घोराही उ.म.न.पा., धर्ना, धारापानी
बराह क्षेत्र बाह्रकुने ताल	घोराही उ.म.न.पा., सेवार
सत्यसाई केन्द्र	घोराही उ.म.न.पा., काठेकोहल
गढिटाकुरा मन्दिर	घोराही उ.म.न.पा. हापुर, नारेवाङ

नाम	अवस्थिति
रामजानकी मन्दिर	गढवा गा.पा., कोईलाबास
डुमडुमवा मन्दिर	लमही न.पा. चैलाही, मध्यनगर
जाल्पादेवी मन्दिर	घोराही उ.म.न.पा. रामपुर, हर्नोक
नम छु बौद्धगुम्बा	घोराही उ.म.न.पा., मजुरे डाँडा
कालिका-मालिका मन्दिर	तुलसीपुर उ.म.न.पा., छिल्लीकोट
बराहक्षेत्रबासुदेव स्थान लरैना	घोराही उ.म.न.पा. ढिकपुर
बगरबाबा मन्दिर	लमही न.पा., सतबरिया, रिहार
ब्रह्म कुमारी इश्वरीय विद्यालय	घोराही उ.म.न.पा. भरतपुर
बागेश्वरी मन्दिर	बंगलाचुली गा.पा. स्यूजा
उजादेवीकोट मन्दिर (भद्राक्षीदेवी मनकामना मन्दिर)	बंगलाचुली गा.पा. हाँसिपुर, देविकोट
सर्रिकोट	घोराही उ.म.न.पा., धर्ना
शुक्रेश्वरी मन्दिर	तुलसीपुर उ.म.न.पा., सुकौरा
सुन्दरादेवी भगवती मन्दिर	शान्तिनगर गा.पा., सुईकोट
समयठान	राजपुर गा.पा., बेला
सिद्धेश्वर शिव मन्दिर	तुलसीपुर उ.म.न.पा., शितलपुर
सत्य साई केन्द्र	घोराही उ.म.न.पा., घोराही
प्रतापी मण्डली	घोराही उ.म.न.पा.-१५
जामे मस्जिद अलसलफीया	घोराही उ.म.न.पा.-१४

यहाँ थारु, ब्राह्मण, मगर, दलित तथा यादवलगायत बिभिन्न समुदायका आ-आफ्ना संस्कृति झल्किने नाचहरु प्रचलनमा रहेको पाइन्छ। यी नाचहरुमा थारुहरुको वर्का नाच, सख्या-पैया नाच, लठ्ठा नाच, ढोलामा नाच, हुर्दुङ्ग्या नाच, महोट्या नाच, झुमरा नाच प्रमुख मानिन्छन्। मगर समुदायमा भुमे नाच, सेरिङ्डे नाच, डाम्फ्या स्याई नाच आदि प्रचलित छन्। त्यसैगरी नेपाली भाषीहरुको सोरठी नाच, टप्पा नाच, बयलडाँरी नाच, सिंगारु नाच आदि दाङ जिल्लामा प्रचलित नाचहरु हुन्।

तालिका नं ६: दाङ जिल्लाका प्रमुख मेलाहरु

क्र.सं.	मेलाको नाम	स्थान	मेला लाग्ने दिन
१.	बाह्रकुने दह मेला	घोराही उ.म.न.पा., बाह्रकुने दह क्षेत्र	पौष मसान्तदेखि माघे
२.	रिहार मेला	लमही न.पा., सतवरिया, रिहार	माघे सक्रान्तीको दिनमा
३.	फिरफिरे (पिरथापना मेला)	घोराही उ.म.न.पा., सिद्ध रत्ननाथ मन्दिर	फाल्गुण कृष्ण एकादशीका

क्र.सं.	मेलाको नाम	स्थान	मेला लाग्ने दिन
४.	काउलेपानी मेला	घोराही उ.म.न.पा., रामपुर काउलेपानी	कोजाग्रत पूर्णिमा
५.	धारपानी मेला	घोराही उ.म.न.पा., पाण्डेश्वर शिव मन्दिर	शिवरात्रीको दिन
६.	भोटे मेला	तुलसीपुर उ.म.न.पा., कालाखोला	शिवरात्रीमा ५ दिनसम्म

१.६ सामाजिक/सांस्कृतिक स्वरूप

दाङमा जिल्लामा विभिन्न जातजाती, धर्मावलम्बी र भाषाभाषी भएका मानिसहरुको बसोबास रहेको छ। वि.सं. २०७८ सालको राष्ट्रिय जनगणनाअनुसार यस जिल्लामा ७५ भन्दा बढी जातजातीहरुले बसोबास गरेको पाइन्छ। वि.सं. २०६८ को जनगणनासम्ममा यहाँका जातजातिहरुमध्ये थारुहरु सबैभन्दा धेरै संख्यामा (२९.५१ प्रतिशत) रहेकोमा वि.सं. २०७८ को जनगणनामा सबैभन्दा बढी क्षेत्री (२६.६ प्रतिशत) रहेका छन्। क्षेत्रीहरुपछि धेरै संख्यामा रहेका जातजातिहरुमा क्रमशः थारु (२६.४ प्रतिशत), मगर (१४.५ प्रतिशत), ब्राह्मण पहाडी (९.५ प्रतिशत), विश्वकर्मी (६.८ प्रतिशत), परियार (२.८ प्रतिशत), सन्यासी/दसनामी (१.९ प्रतिशत) रहेका छन्। त्यसपछि क्रमशः भिजार, कुमाल, यादव, ठकुरी र मुसलमान रहेका छन्। बाँकी जातिको हिस्सा १ प्रतिशतभन्दा कम रहेको छ। त्यसैगरी राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार यस जिल्लामा ३१ भन्दा बढी प्रकारका भाषाभाषी बोल्ने व्यक्तिको उपस्थिति रहेको छ। जसमध्ये नेपाली भाषा मातृभाषाका रूपमा बोल्ने दुई तिहाईभन्दा पनि बढी (६७.२ प्रतिशत) र त्यसपछि क्रमशः थारु (२५.९ प्रतिशत), मगर धुत २.१ प्रतिशत, अवधी २.१ प्रतिशत रहेको छ। धार्मिक दृष्टिकोणले यस जिल्लामा हिन्दुहरुको बाहुल्यता रहेको छ। यहाँ ९५.३ प्रतिशत हिन्दु, १.७७ प्रतिशत क्रिश्चियन, १.०६ प्रतिशत इस्लाम, ०.९३ प्रतिशत प्रकृति र बाँकी बौद्ध किराँत र बाँकी बहाई, वोन, सिख, जैन आदि धर्मावलम्बीहरु रहेका छन्। राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार पाँच वर्षमाथिको दाङ जिल्लाको कुल साक्षरता दर ८१.४ प्रतिशत पुगेको छ भने ५ वर्षदेखि २५ वर्ष उमेर समूहका कुल २,२०,८४७ जना व्यक्तिमध्ये ७२.३२ प्रतिशत गणनाको समयमा विद्यालय वा कलेज गइरहेको तथ्य रहेको छ। यस जिल्लाको ३० वर्ष अगाडिको लैङ्गिक अनुपात ९८.१ रहेकोमा वि.सं. २०७८ मा आइपुग्दा उक्त अनुपात ९०.५ मा झरेको तथ्यले लैङ्गिक सन्तुलन खलबलिन लागेको संकेत गर्दछ।

१.७ जनसांख्यिक विवरण

१.७.१ पारिवारिक तथा आधारभूत जनसाङ्ख्यिक विवरण

पछिल्ला तीन जनगणनाबाट प्राप्त तथ्याङ्कको विश्लेषण गर्दा जनसंख्या, अनुपस्थित जनसंख्या (विदेश), वृद्ध आश्रित अनुपात, साक्षरता दर, सेवा सुविधामा घरपरिवारको पहुँच जस्ता सूचकहरु बढ्दो क्रममा रहेका

छन् भने वार्षिक जनसंख्या वृद्धिदर, परिवारको आकार, बाल आश्रित अनुपात जस्ता सूचकहरु घट्दो क्रममा रहेका छन्।

तालिका नं ७: पछिल्ला तीन जनगणना अनुसार दाङ जिल्लाको तुलनात्मक विवरण

क्र.सं.	जनसाङ्ख्यिक तथा पारिवारिक विवरण	एकाई	जनगणना वर्ष		
			२०५८	२०६८	२०७८
१	जम्मा परिवार संख्या (संस्थागत बाहेक)	संख्या	८२,४९५	१,१६,३४७	१,६२,२६६
२	जम्मा जनसङ्ख्या	संख्या	४,६२,३८०	५,५२,५८३	६,७४,९९३
३	जम्मा पुरुष जनसङ्ख्या	संख्या	२,२८,९५८	२,६१,०५९	३,२०,५७३
४	जम्मा महिला जनसङ्ख्या	संख्या	२,३३,४२२	२,९१,५२४	३,५४,४२०
५	लैङ्गिक अनुपात (प्रतिसय महिलामा पुरुषको	संख्या	९८.१	८९.६	९०.५
६	जम्मा संस्थागत परिवार सङ्ख्या	संख्या	७	९८	५०
७	जम्मा संस्थागत जनसङ्ख्या	संख्या	१,६९८	४,४४२	४,६४१
८	अनुपस्थित परिवार (कम्तिमा १ जना सदस्य	संख्या	-	३२,६८६	४१,७९८
९	अनुपस्थित जनसङ्ख्या (विदेश)	संख्या	१६,२२४	४३,१६०	५३,३९४
१०	कुनै न कुनै प्रकारको अपाङ्गता भएको	संख्या	२,४५६	१२,८८१	१२,८३६
११	वार्षिक जनसङ्ख्या वृद्धिदर	प्रतिशत	२.६६	१.७८	१.९२
१२	जनघनत्व (प्रति वर्ग कि.मि. क्षेत्रफलमा	प्रति वर्ग कि.मि.	१५६	१८७	२२८
१३	परिवारको औषत आकार	जना	५.६	४.८	४.२
१४	कुल आश्रित अनुपात	प्रतिशत	८७.३	७४.८	५५.७
१५	बाल आश्रित अनुपात	प्रतिशत	७५.०	५६.२	४२.२
१६	वृद्ध आश्रित अनुपात	प्रतिशत	८.९	११.७	१३.५
१७	बुढ्यौली सूचक (Index of aging प्रतिसय	प्रतिशत	-	१८.६	३१.९
१८	मध्यिका उमेर	वर्ष	-	२०	२५
१९	आफ्नै घरकमा वस्ने परिवार	प्रतिशत	९०.६	८९.२	८९.८
२०	पक्कि पिलर भएको घरमा वस्ने परिवार	प्रतिशत	-	८.२	२१.२
२१	चर्पी नभएका परिवार	प्रतिशत	७५.८	३९.१	२.६
२२	अक्सर खाना पकाउन दाउरा प्रयोग गर्ने	प्रतिशत	७७.७	७६.४	५२.९
२३	अक्सर खाना पकाउन दाउरा प्रयोग गर्ने	प्रतिशत	-	१४.०६	४३.६
२४	महिलाका नाममा जग्गा भएका परिवार	प्रतिशत	-	१०.७	११.७
२५	महिलाको नाममा घर र जग्गा दुवै भएको	प्रतिशत	-	१२.३	१३.२
२६	पाँच वर्ष वा सो भन्दा माथिको कुल	प्रतिशत	५८.०	७०.३	८१.४
२७	पाँच वर्ष वा सो भन्दा माथिको पुरुष	प्रतिशत	६९.३	७८.९	८७.९
२८	पाँच वर्ष वा सो भन्दा माथिको महिला	प्रतिशत	४६.२	६२.८	७५.७
२९	दस वर्ष वा सो भन्दा माथिको आर्थिक	प्रतिशत	-	५६.४५	६४.२

स्रोतः राष्ट्रिय तथ्याङ्क कार्यालय*

१.७.२ विभिन्न जनगणना वर्षहरूमा दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या

नेपालका अन्य जिल्लाहरु जस्तै दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्याको विवरण पनि वि.सं. २००९/११ सालदेखि पछिको मात्र अभिलेख भएको देखिन्छ। नेपालमा जनगणना वि.सं. १९६८ (सन् १९११) सालबाट सुरु भए पनि राणाकालीन समयमा जिल्लागत रूपमा जनसांख्यिक विवरणहरु प्रकाशन गरिएको

थिएन। राणाशासनको अन्त्यपछि मात्र वैज्ञानिक तबरबाट गणना गर्न सुरुवात भएको हो। तैपनि वैज्ञानिक जनगणना हुन थालेको समय बि.सं. २००९/११ (सन् १९५२/५४) सालदेखि दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्याको आँकाडा प्राप्त हुन थालेकोले सो समयदेखि नै दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या र अन्य जनसाङ्खिक विवरणहरु उपलब्ध छ।

तालिका नं ८: वि.सं. २००९/११ देखि वि.सं. २०७८ सालसम्म नेपाल र दाङको जनसङ्ख्या

जनगणना वर्ष	नेपालको जनसङ्ख्या	दाङको	नेपालको कुल	जनसङ्ख्या	जनसङ्ख्या
वि.सं. २००९/११	८२,५६,६२५	८९,३१५	१.०८	२.२७	-
वि.सं. २०१८	९४,१२,९९६	९८,६०७	१.०५	१.६४	१.४१
वि.सं. २०२८	१,१५,५५,९८३	१,६७,८२०	१.४५	२.०५	५.३२
वि.सं. २०३८	१,५०,२२,८३९	२,६६,३९३	१.७७	२.६२	४.६२
वि.सं. २०४८	१,८४,९१,०९७	३,५४,४१३	१.९२	२.०८	२.८५
वि.सं. २०५८	२,३१,५१,४२३	४,६२,३८०	२.००	२.२५	२.६६
वि.सं. २०६८	२,६४,९४,५०४	५,५२,५८३	२.०८	१.३५	१.७८
वि.सं. २०७८	२,९१,६४,५७८	६७४९९३	२.३१	०.९२	१.९२

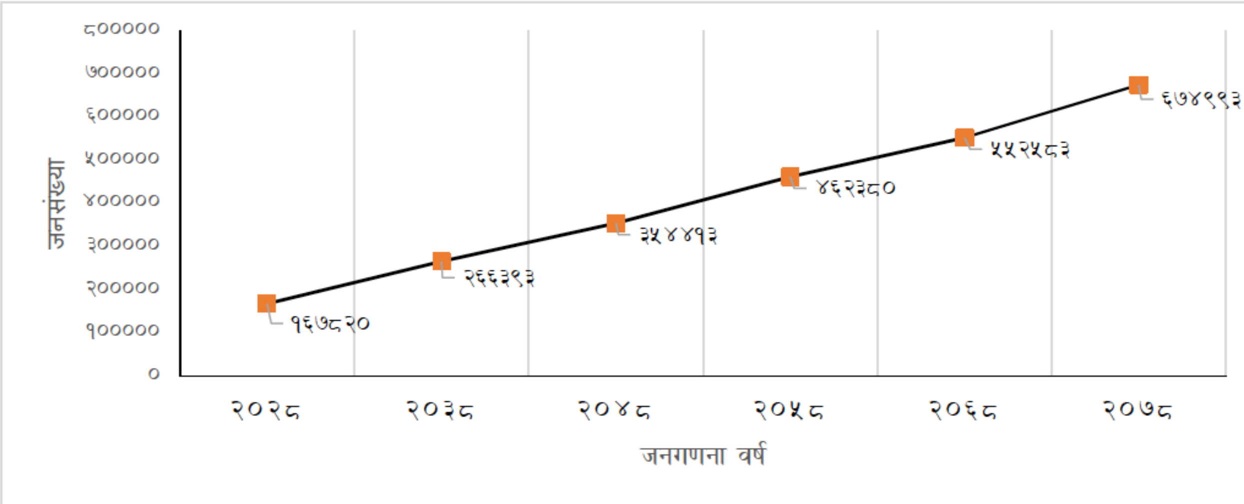
स्रोतः राष्ट्रिय तथ्याङ्क कार्यालय

१.७.३ जनसङ्ख्या प्रक्षेपण

राष्ट्रिय जनगणना २०७८ बाट प्राप्त दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या र जनसङ्ख्या वृद्धिदरलाई आधार मानी घाताङ्कीय जनसङ्ख्या वृद्धिदर (Exponential Population Growth)को आधारमा राष्ट्रिय तथ्याङ्क कार्यालयले निम्नानुसार जनसङ्ख्याको प्रक्षेपण गरेको छ।

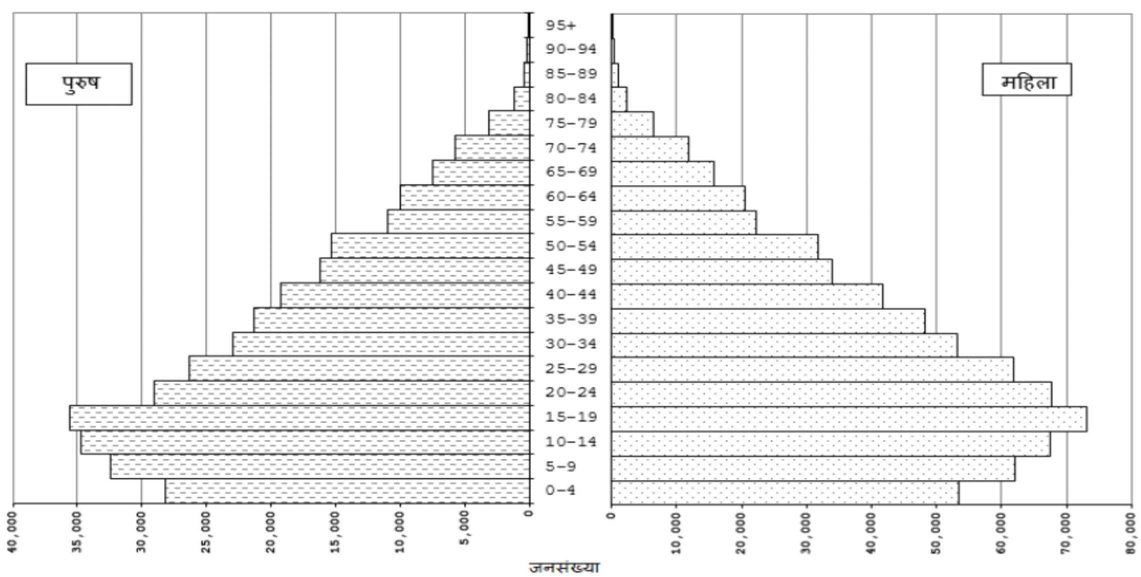
तालिका नं ९: वि.स. २०७९ साल देखि वि.स. २०८७ सालसम्मको जनसङ्ख्या प्रक्षेपण

वर्ष (वि.सं.)	प्रक्षेपित जनसङ्ख्या		
	जम्मा	पुरुष	महिला
२०८३	७,४३,०४०	३,५२,८९०	३,९०,१५०
२०८४	७,५७,४५१	३,५९,७३५	३,९७,७१७
२०८५	७,७२,१४२	३,६६,७१२	४,०५,४३०
२०८६	७,८७,११८	३,७३,८२४	४,१३,२९४
२०८७	८,०२,३८४	३,८१,०७५	४,२१,३१०



चित्र १: पछिल्लो पाँच जनगणनामा दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या

१.७.४ जनसङ्ख्या पिरामिड



स्रोतः राष्ट्रिय जनगणना २०७८, राष्ट्रिय तथ्याङ्क कार्यालय

चित्र २: दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या पिरामिड

१.७.५ स्थानीय तहअनुसारको जनसङ्ख्या

तालिका नं १०: स्थानीय तहअनुसार प्रमुख जनसाङ्खिक सूचकहरु

क्षेत्र	परिवार सङ्ख्या	जम्मा जनसङ्ख्या	पुरुष	महिला	लैङ्गिक अनुपात	परिवारको औषत आकार	जनघनत्व	वार्षिक जनसङ्ख्या वृद्धिदर
नेपाल	६६६६९३७	२९१६४५७८	१४२५३५५१	१४९११०२७	९५.६	४.४	१९८	०.९२%
लुम्बिनी	११४१९०२	५१२२०७८	२४५४४०८	२६६७६७०	९२.०	४.५	२३०	१.२४%
दाङ	१६२३१६	६७४९९३	३२०५७३	३५४४२०	९०.५	४.२	२२८	१.९२%
बंगलाचुली गा.पा.	५१३९	२२३७३	९८३२	१२५४१	७८.४	४.४	९४	०.७७%
घोराही उ.म.न.पा.	४९७६१	२००५३०	९३८०६	१०६७२४	८७.९	४.०	३९७	२.२५%
तुलसीपुर उ.म.न.पा.	४६०१८	१७९७५५	८४७६४	९४९९१	८९.२	३.९	४८३	२.२०%
शान्तिनगर गा.पा.	६९१९	२७६४१	१२८०१	१४८४०	८६.३	४.०	२४६	०.८९%
बबई गा.पा.	७५२७	३०९६८	१४४४६	१६५२२	८७.४	४.१	१२४	१.१५%
दंगीशरण गा.पा.	५८२५	२३६६८	११९९७	१२४७१	८९.८	४.१	२२१	०.९३
लमही न.पा.	१३४५८	५९०५०	२८५०१	३०५४९	९३.३	४.४	१८७	२.०६%
रासी गा.पा.	११८२६	५२१२३	२४८१७	२७३०६	९०.९	४.४	३३५	२.३६%
गढवा गा.पा.	९९६४	४५८९८	२२३०८	२३५९०	९४.६	४.६	१२८	१.६५%
राजपुर गा.पा.	५८२९	२८३४६	१४०५८	१४२८८	९८.४	४.९	५१	१.१८%

स्रोतः राष्ट्रिय तथ्याङ्क कार्यालय*

१.७.६ उमेर र लिङ्ग अनुसार दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या

पाँच वर्षको उमेर समूह र लिङ्गअनुसार दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या तथा लैङ्गिक अनुपात देहायअनुसार तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ।

तालिका नं ११: उमेर र लिङ्ग अनुसार दाङ जिल्लाको जनसङ्ख्या

उमेर समूह (वर्षमा)	जम्मा	पुरुष	महिला	लैङ्गिक अनुपात
००-०४	५३३३६	२८१३७	२५१९९	१११.७
०५-०९	६२११५	३२४१७	२९६९८	१०९.२
१०-१४	६७४५१	३४६६६	३२७८५	१०५.७
१५-१९	७३१३९	३५६४०	३७४९९	९५.०
२०-२४	६७६५६	२९००२	३८६५४	७५.०
२५-२९	६१८१५	२६३३८	३५४७७	७४.२
३०-३४	५३२१३	२३०११	३०२०२	७६.२
३५-३९	४८१९५	२१३०१	२६८९४	७९.२
४०-४४	४१६४१	१९२४३	२२३९८	८५.९
४५-४९	३३८४०	१६२१८	१७६२२	९२.०
५०-५४	३१८७५	१५३६०	१६५१५	९३.०
५५-५९	२२२८२	१०९६५	११३१७	९६.९
६०-६४	२०५०५	९९९२	१०५१३	९५.०
६५-६९	१५७३८	७५३३	८२०५	९१.८
७०-७४	११८०५	५७०८	६०९७	९३.६
७५-७९	६३७५	३१११	३२६४	९५.३
८०-८४	२३७६	११९८	११७८	१०१.७
८५-८९	९७८	४६३	५१५	८९.९
९०-९४	४०८	१७६	२३२	७५.९
९५+	२५०	९४	१५६	६०.३
जम्मा	६७४९९३	३२०५७३	३५४४२०	९०.५

स्रोतः राष्ट्रिय जनगणना २०७८

२. स्वास्थ्य कार्यालय दाङको परिचय

२.१ परिचय

जिल्लास्तरमा जनस्वास्थ्य सेवाहरूको व्यवस्थापन, कार्यान्वयन, समन्वय, प्राविधिक सहयोग तथा सुपरिवेक्षण गर्ने प्रमुख सरकारी निकायको रुपमा स्वास्थ्य कार्यालय रहेको छ। प्रारम्भमा, यो संस्था बि. सं. २०२८ मा जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयको रूपमा स्थापना गरिएको थियो। मुलुकमा संघीय शासन व्यवस्था कार्यान्वयनसँगै प्रदेश सरकारमातहत रहने गरी स्वास्थ्य कार्यालय सञ्चालन हुँदै आएको छ।

हाल, यस कार्यालयले लुम्बिनी प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयको मातहतमा रही कार्य सञ्चालन गर्दै आएको छ। यसले जिल्लाभित्रका विभिन्न स्थानीय तह तथा स्वास्थ्य संस्थामार्फत जनस्वास्थ्य समस्याहरुको रोकथाम तथा उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको सञ्चालनमा सहजीकरण, व्यवस्थापन एवम् समन्वय गर्नमा भूमिका खेल्दछ। जिल्लामा स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारी व्यवस्थापन, पहुँच र वितरण सुनिश्चित गर्दै नागरिकहरूलाई सुलभ र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने यसको मुख्य उद्देश्य रहेको छ। स्वास्थ्य कार्यालयलाई जिल्लाभित्र खोप तथा औषधिजन्य सामग्रीहरुको आपूर्ति व्यवस्थापन तथा वितरण; रोगहरूको निगरानी, नियन्त्रण र अनुगमन; क्षमता विकास र तालिम; प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको व्यवस्थापन एवम् स्वास्थ्य शिक्षा तथा स्वास्थ्य अवस्थाको अनुगमन गर्ने जिम्मेवारी रहेको छ। यस कार्यालयले संघीय स्वास्थ्य तथा खाद्य स्वच्छता मन्त्रालय, प्रदेश तथा स्थानीय सरकार, स्थानीय सरोकारवाला, स्वास्थ्यकर्मी, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका तथा अन्य साझेदार संघसंस्थासंगको समन्वयमा दाङ जिल्लाको मुख्य स्वास्थ्य आवश्यकता र प्राथमिकताहरूलाई सम्बोधन गर्नका लागि काम गरिरहेको छ।

स्वास्थ्य कार्यालय विभिन्न जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको कार्यान्वयनका लागि पनि जिम्मेवार रहेको हुन्छ; जसमा खोप, आमा तथा शिशु स्वास्थ्य, पोषण, किशोर किशोरी स्वास्थ्य प्रवर्धन, परिवार नियोजन, किटजन्य रोग तथा महामारी नियन्त्रण, सरुवा र नसर्ने रोगहरूको रोकथाम तथा नियन्त्रण, नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन जस्ता कार्यक्रमहरू पर्छन्। यस कार्यालयले स्वास्थ्यसम्बन्धी तथ्याङ्क व्यवस्थापन र प्रतिवेदनमा समेत महत्वपूर्ण भूमिका खेल्छ, जसले स्थानीय तह तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुको प्रगति अनुगमन गर्न र आगामी योजना/कार्यक्रम बनाउन सहयोग पुग्दछ।

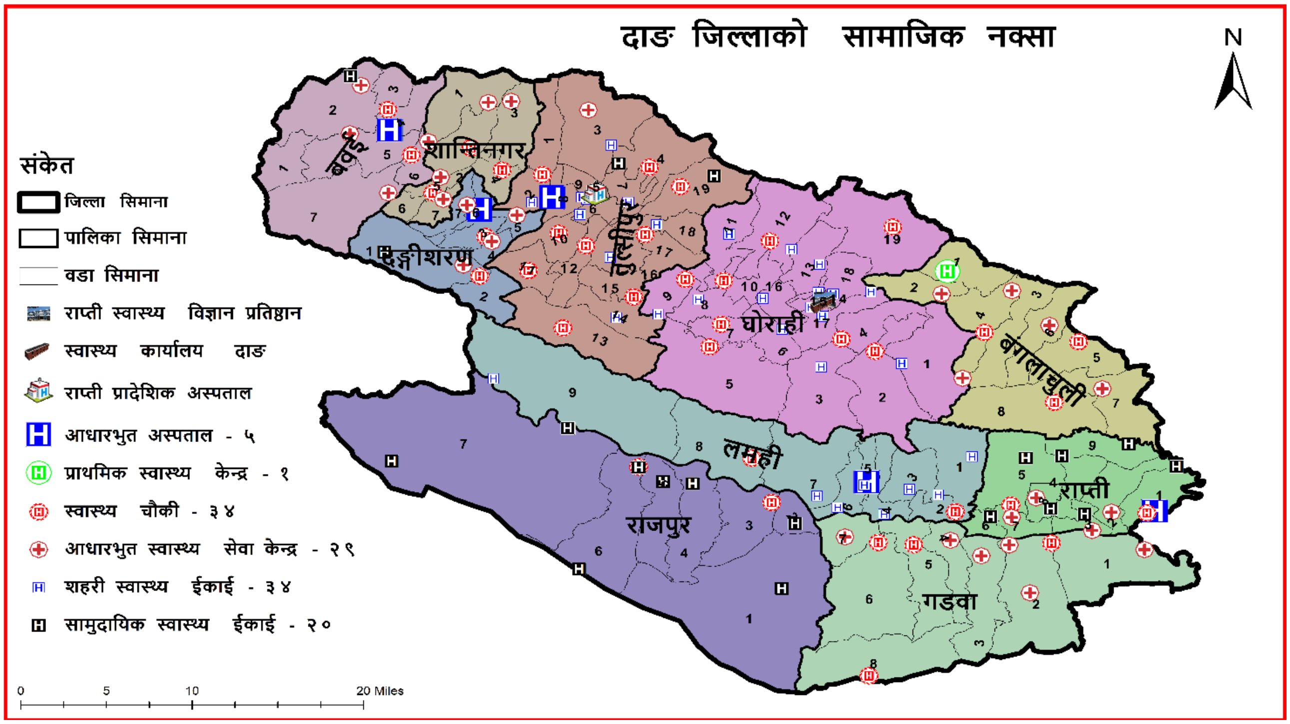
हरेक वर्ष स्वास्थ्य कार्यालयले वार्षिक स्वास्थ्य प्रगति प्रतिवेदन तयार गर्छ; जसको उद्देश्य स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको प्रभावकारिता मूल्याङ्कन गर्नु, प्रमुख स्वास्थ्य सूचकहरूमा भएको परिवर्तनको अनुगमन गर्नु र नयाँ देखिएका स्वास्थ्य समस्याहरूको पहिचान गर्नु हो। प्रगति प्रतिवेदनले जिल्लाको स्वास्थ्य स्थिति, उपलब्धि र वर्षभरिका चुनौतीहरूको समग्र चित्र प्रस्तुत गर्छ। यसमा स्वास्थ्य सेवा वितरण, कार्यक्रम कार्यान्वयन, रोग नियन्त्रण प्रयास र स्वास्थ्य नतिजाहरूसम्बन्धी विस्तृत तथ्याङ्क समेटिएका

हुन्छन्। प्रतिवेदनले सेवा वितरणका कमीकमजोरी, स्वास्थ्यसम्बन्धी पहलहरूको प्रभाव र थप सुधारका लागि सुझावहरू समेत प्रस्तुत गर्दछ।

स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको प्रभावकारिता मूल्याङ्कन गर्ने, नीतिगत निर्णयलाई मार्गदर्शन गर्ने र जिल्लाको स्वास्थ्य आवश्यकताहरू पूरा गर्न आवश्यक स्रोतहरूको समुचित वितरण गर्ने कार्यका लागि यो प्रतिवेदन महत्वपूर्ण सन्दर्भ स्रोतको रूपमा उपयोगी हुन्छ।

२.२ दाङ जिल्लाको नक्सा

तलको चित्रमा दाङ जिल्लाको नक्सा प्रस्तुत गरिएको छ। नक्सामा दाङ जिल्लाअन्तर्गत रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरु र सबै स्थानीय तहहरुलाई समेत देखाइएको छ । दाङ जिल्लाको उत्तरमा रोल्पा र प्युठान, पश्चिममा बाँके, पूर्वमा अर्घाखाँची र कपिलवस्तु जिल्ला रहेका छन् भने दक्षिणमा भारतसंग सिमाना जोडिएको छ।



चित्र ३: दाङ जिल्लाको नक्सा

२.३ यस कार्यालयका मुख्य मुख्य जिम्मेवारीहरु

"प्रदेश सरकार (कार्यविभाजन) नियमावली, २०७९" अनुसार लुम्बिनी प्रदेश, स्वास्थ्य मन्त्रालयको कार्य जिम्मेवारीका आधारमा स्वास्थ्य कार्यालय दाङको कार्यविवरण निम्नानुसार रहेका छन्:

- जनस्वास्थ्य सेवासम्बन्धी संघ तथा प्रदेशबाट जारी गरिएका नीति, मापदण्ड तथा योजनाको कार्यान्वयन र नियमन।
- जिल्लास्तरमा आवश्यक पर्ने प्रवर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक, उपचारात्मक तथा पुर्नस्थापनात्मक स्वास्थ्य सेवाको सञ्चालन तथा सहयोग, समन्वय र सहजीकरण।
- समुदायकेन्द्रित स्वास्थ्य प्रबर्धन तथा जनस्वास्थ्य कार्यक्रमका राष्ट्रिय अभियान सञ्चालन तथा सहजीकरण
- सङ्घीय तथा प्रादेशिक मापदण्ड बमोजिम निजी स्वास्थ्य संस्था (स्वास्थ्य क्लिनिक, पोलिक्लिनिक, डेन्टल क्लिनिक, फिजियोथेरापी सेवा) सञ्चालन अनुमति तथा नियमन।
- जिल्लास्तरीय स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुनिश्चतता, अनुगमन र नियमन।
- खोप, परिवार योजना सेवाका सामाग्री तथा अन्य औषधीहरुको आपूर्ति व्यवस्थापन र वितरण।
- जिल्ला स्तरमा स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी तथ्याङ्क विश्लेषण, सूचना प्रणाली व्यवस्थापन तथा सूचना प्रवाह।
- जिल्लास्तरीय जनस्वास्थ्य निगरानी व्यवस्थापन, महामारी र विपद् नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन।
- सरूवा तथा नसर्ने रोग नियन्त्रण तथा रोकथामका कार्यहरु सञ्चालन।
- तालुक निकाय, जिल्लास्थित कार्यालय र स्थानीय तहसंग समन्वय।
- बहुक्षेत्रीय तथा बहुपक्षीय समन्वय, सहकार्य र सहजीकरण।
- स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार।

२.४ सांगठनिक संरचना

यस कार्यालयअन्तर्गत प्रशासन र प्राविधिक सेवाका १५ पदहरूको दरबन्दी व्यवस्था गरिएको छ। कार्यालयको स्वीकृत संगठनात्मक संरचना र दरबन्दी विवरण देहायबमोजिम रहेको छ:

तालिका नं १२: संगठनात्मक संरचना

क्र.स.	पद	सेवा	समूह	तह	दरबन्दी
१.	ब./जनस्वास्थ्य प्रशासक	स्वास्थ्य	हे.ई.	९/१० तह	१
२.	ब./जनस्वास्थ्य अधिकृत	स्वास्थ्य	हे.ई.	७/८ तह	१
३.	तथ्याङ्क अधिकृत	आ.यो.त.	तथ्याङ्क	७/८ तह	१
४.	सुपरभाईजर/हे.अ. वा सो सरह	स्वास्थ्य	हे.ई.	५/६/७ तह	३
५.	पब्लिक हेल्थ नर्स	स्वास्थ्य	क.न.	५/६/७ तह	१
६.	ल्याब टेक्निसियन	स्वास्थ्य	मे.ल्या.टे.	५/६/७ तह	१
७.	अधिकृत	प्रशासन	सामान्य प्रशासन	६ तह	१

क्र.स.	पद	सेवा	समूह	तह	दरबन्दी
८.	अधिकृत	प्रशासन	लेखा	६ तह	१
९.	मलेरिया ईन्सपेक्टर	स्वास्थ्य	हे.ई.	४/५/६ तह	१
१०.	कोल्ड चेन सहायक	स्वास्थ्य	हे.ई.	४/५/६ तह	१
११.	कार्यालय सहयोगी	प्रशासन	सामान्य प्रशासन	श्रेणीबिहिन	२
१२.	हलुका सवारी चालक	ईन्जिनियर	मे.ई.	श्रेणीबिहिन	१
जम्मा					**१५**

२.५ जनशक्ति पदपूर्तिको अवस्था

स्वास्थ्य कार्यालय दाङमा दरवन्दी अनुसारको पदपूर्ति पूर्ण रूपमा भएको छैन। यस कार्यालयमा १५ जनाको दरबन्दीमध्ये छात्रवृत्ती करार कर्मचारीसहित १८ जना कर्मचारी कार्यरत छन्। जनस्वास्थ्य अधिकृत १ जना हाल रिक्त अवस्थामा छ।

तालिका नं १३: आर्थिक वर्ष २०८२।८३ मा जनशक्ति पदपूर्तिको अवस्था

दरबन्दी तेरिज								
क्र.स	सेवा	समूह	पद	तह	दरबन्दी	पदपूर्ति	रिक्त	कैफियत
१.	स्वास्थ्य	हे.ई.	जनस्वास्थ्य प्रशासक	९/१० तह	१	१		
२.	स्वास्थ्य	हे.ई.	जनस्वास्थ्य अधिकृत/ ब.ज.स्वा.अ.	७/८ तह	१	४	१	छात्रबृति करार
३.	प्रशासन	तथ्याङ्क	तथ्याङ्क अधिकृत	७/८ तह	१	१	०	
४.	स्वास्थ्य	हे.ई.	सुपरभाईजर/हे.अ. वा सो सरह	५/६/७ तह	३	३		
५.	स्वास्थ्य	क.न.	प.हे.न.	५/६/७ तह	१	१	०	
६.	स्वास्थ्य	मे.ल्या.टे.	ल्या.टे.	५/६/७ तह	१	१	०	
७.	प्रशासन	सामान्य	अधिकृत	६ तह	१	१	०	
८.	प्रशासन	लेखा	अधिकृत	६ तह	१	१	०	
९.	स्वास्थ्य	हे.ई.	मलेरिया ईन्सपेक्टर	४/५/६ तह	१	१	०	
१०.	स्वास्थ्य	हे.ई.	कोल्ड चेन असिस्टेन्ट	४/५/६ तह	१	१	०	
११.	ईन्जि	मे.ई.	ह.स.चा.	श्रेणीबिहिन	१	१	०	
१२.	प्रशासन	सामान्य	का.स.	श्रेणीबिहिन	२	२	०	
	जम्मा				१५	१८	१	

२.६ स्वास्थ्य कार्यालय दाङ अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरू

दाङ जिल्लाअन्तर्गत संघीय अस्पताल र प्रादेशिक अस्पताल समेत गरी जम्मा १२७ ओटा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु रहेका छन, जसलाई तलको तालिकामार्फत देखाइएको छ:

तालिका नं १४: स्वास्थ्य कार्यालय दाङ अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरू

क्र. सं.	स्थानीय तह	संघीय अस्पताल	प्रादेशिक अस्पताल	आधारभूत अस्पताल	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	स्वास्थ्य चौकी	नगर स्वास्थ्य केन्द्र	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई	जम्मा स्वास्थ्य संस्था संख्या
१.	घोराही उ.न.पा.	१	_	_	_	८	१५	_	_	२४
२.	तुलसीपुर उ.न.पा.	_	१	१	_	८	११	_	२	२३
३.	लमही न.पा.	_	_	१	_	२	८	_	_	११
४.	राप्ती गा.पा.	_	१	१	_	१	_	४	७	१४
५.	गढवा गा.पा.	_	_	_	_	४	_	४	२	१०
६.	राजपुर गा.पा.	_	_	_	_	२	_	५	५	१२
७.	बंगलाचुली गा.पा.	_	_	१	१	२	_	४	१	९
८.	दंगीशरण गा.पा.	_	_	१	_	२	_	४	१	८
९.	शान्तिनगर गा.पा.	_	_	_	_	३	_	४	१	८
१०.	बबई गा.पा.	_	_	१	_	२	_	४	१	८
जम्मा		१	२	६	१	३४	३४	२९	२०	१२७

२.७ सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतका सेवा केन्द्रहरु

तालिकामा दाङ जिल्लाभित्रका विभिन्न **स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूको विवरण** देखाइएको छ। जिल्लामा प्राथमिकदेखि विशेषज्ञ तहसम्मका स्वास्थ्य सेवाहरू उपलब्ध छन्, जहाँ खोप, मातृ-शिशु स्वास्थ्य, परिवार योजना र रोग उपचार जस्ता सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाहरुको संख्या तुलनात्मक रुपमा बढी रहेको छ।

तालिका नं १५: सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतका सेवा केन्द्रहरु

सेवा केन्द्रहरु	घोराही	तुलसीपुर	लमही	राप्ती	गढवा	राजपुर	बंगलाचुली	दंगीशरण	शान्तिनगर	बबई	जम्मा
सुरक्षित प्रसुती केन्द्र	८	८	२	२	४	४	५	२	३	४	४२
BEONC सेवा केन्द्र	0	१	0	१	0	0	१	१	0	0	४
CEONC सेवा केन्द्र	१	१	१	0	0	0	0	0	0	0	३
गाउँघर क्लिनिक	१७	३७	३	१७	७	३	१५	७	८	१	११५
खोप क्लिनिक	४८	६२	१७	२१	१७	१६	१९	१३	१४	११	२३८
म.सा.स्वा.स्व.से.	१८१	१९०	७२	६४	८२	५४	५५	५१	४८	५५	८५२
DOTS केन्द्र	११	१३	३	२	४	२	५	३	३	४	५०
OTC केन्द्र	६	१०	४	२	४	४	५	३	४	४	४६
प्रयोगशाला सेवा भएका	३	१०	१	२	४	२	४	३	३	३	३५
Microscopic सेवा केन्द्र	४	५	१	२	२	१	१	२	१	१	२०
सुरक्षित गर्भपतन सेवा केन्द्र	३	८	२	२	४	२	५	४	३	२	३५
IUCD सेवा उपलब्ध भएका संस्था	११	९	६	३	४	२	४	४	३	२	४८
Implant सेवा उपलब्ध भएका संस्था	११	११	१०	७	१०	५	७	९	५	४	७९
५ ओटै परिवार नियोजन साधनको सेवा उपलब्ध	११	९	६	३	४	२	४	४	३	२	४८
किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्था	२	४	४	४	४	0	४	0	0	३	२५
पोषण पुनर्स्थापना केन्द्र	१	0	0	0	0	0	0	0	0	0	१
सर्पदंश उपचार केन्द्र	0	0	0	0	१	0	0	0		0	१
ART सेवा केन्द्र	१	१	0	0	0	0	0	0	0	0	२
PMTCT सेवा केन्द्र	१	१	0	0	0	0	0	0	0	0	२
CB-PMTCT सेवा केन्द्र	२३	२३	११	९	१०	१२	९	९	३	८	११७
Opioid Substitution Therapy केन्द्र	१	१	0	0	0	0	0	0	0	0	२

२.८ प्रतिवेदनमा प्रयोग भएका स्रोत तथा सन्दर्भ सामग्रीहरू

यस प्रगति प्रतिवेदनमा प्रयोग भएको तथ्याङ्कको मुख्य स्रोत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) हो। प्रतिवेदनमा अधिकांश तथ्याङ्क DHIS2 प्लेटफर्मबाट लिइएको छ। जिल्लास्तरीय वार्षिक समीक्षा गोष्ठी सम्पन्न भएपछि सम्बन्धित तथ्याङ्क DHIS2 बाट सङ्कलन गरी विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा क्रियाकलापहरूको प्रगतिको विश्लेषण गर्न संक्षेपमा प्रस्तुत गरिएको छ। यस प्रतिवेदनमा प्रयोग भएका अन्य सूचना प्रणालीहरूमा PAMS, सेन्टिनेल साइट मार्फत रोगको शीघ्र चेतावनी तथा प्रतिवेदन प्रणाली (EWARS), Kobo Collect मार्फत संकलन गरिएको जानकारी र Information Management Unit (IMU) रहेका छन्। साथै, राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को नतिजा, तथ्याङ्क समन्वय कार्यालय दाङले तयार गरेको जिल्ला वस्तुगत विवरण, स्थानीय तह र स्वास्थ्य संस्थास्तरमा सम्पन्न वार्षिक समीक्षाबाट प्राप्त प्रतिवेदन तथा जानकारीहरू समेत समावेश गरी यो प्रतिवेदन तयार गरिएको छ। सम्बन्धित तथ्याङ्कको संकलन, प्रस्तुतीकरण र विश्लेषण गरी तिनीहरूलाई विभिन्न खण्ड र अध्यायमा व्यवस्थित रूपमा प्रस्तुत गरिएको छ।

२.९ प्रतिवेदनको सीमा

यस प्रतिवेदनमा प्रस्तुत भएका अधिकांश तथ्याङ्कहरु द्वितीय स्रोतबाट लिइएको छ। DHIS2 बाट संकलित तथ्याङ्कहरु स्वास्थ्य संस्थामा अभिलेख भएका तथ्याङ्क हुन्। यसमा स्वास्थ्य कार्यालय आफैले सङ्कलन गरेको प्राथमिक तथ्याङ्कको प्रयोग भएको छैन। ठूला सरकारी अस्पतालहरुमा सेवाग्राहीको अत्याधिक चापका कारण हुने न्यून अभिलेख तथा प्रतिवेदन, सबै निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा आवद्ध भई नसकेको अवस्था र आवद्ध भएकाहरुबाट समेत न्यून अभिलेख प्रतिवेदन जस्ता कारणहरुले अझै पनि सबै सेवाग्राहीको पूर्ण अभिलेख तथा प्रतिवेदन हुन नसकेको अवस्था छ। प्रादेशिक तहमा तथ्याङ्कीय कार्य सञ्चालन गर्ने आधिकारिक निकाय स्थापना भइनसकेका कारण आवश्यकताबमोजिमका स्वास्थ्य सम्बन्धी खण्डीकृत तथ्याङ्कको अभाव रहेको छ। आवधिक योजना तथा दीगो विकास लक्ष्यका उपलब्धि मापनका लागि अझै पनि राष्ट्रिय स्तरका सर्भेक्षण तथा संघीय निकायको प्रतिवेदनहरुमा निर्भर रहनुपर्ने अवस्था छ।

३. परिवार कल्याण तथा वाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

३.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

३.१.१. पृष्ठभूमि

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम नेपाल सरकारको प्राथमिकताप्राप्त कार्यक्रम हो, जुन जनस्वास्थ्य क्षेत्रको सफल र लागत प्रभावकारी (Cost Effectivness) कार्यक्रम मानिन्छ। यस कार्यक्रमले बाल मृत्युदर घटाउन प्रमुख भूमिका निर्वाह गर्दछ। सम्पूर्ण बालबालिकाहरुलाई बिभिन्न सरुवा रोग बिरुद्ध सुरक्षा प्रदान गर्दै खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको बिरामी दरमा कमी ल्याउन र शिशु तथा बाल मृत्युदर घटाउन नियमित रुपमा यो कार्यक्रम सञ्चालन गरिदै आएको छ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमअन्तर्गत हाल नेपालमा १५ महिनासम्मका बालबालिकाहरू, १० वर्ष उमेर समुहका किशोरीहरु र गर्भवती महिलाहरूका लागि निःशुल्क खोप सेवा प्रदान गरिँदै आएको छ। १५ महिनासम्मका बालबालिकाहरूलाई १३ किसिमका सरुवा रोगहरू (क्षयरोग, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस बि, हेमोफिलस, इन्फ्ल्यूएञ्जा बी, पोलियो, दादुरा, रुबेला, निमोनिया, जापानिज इन्सेफलाइटिस्, रोटा भाइरसबाट हुने झाडापखाला र टाइफाइड) विरुद्धको खोप; समुदायमा रहेका १० बर्ष उमेर समुह र कक्षा ६ मा अध्यनरत किशोरीहरुलाई एच.पी.भी.खोप तथा गर्भवती महिलाहरूका लागि टी.डी. खोप उपलब्ध गराइदै आएको छ। बहुवर्षीय खोप योजना २०७३-२०७७ अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा नयाँ खोपहरू क्रमशः समावेश गर्दै जाने योजना रहेको छ।

खोप कार्यक्रमको सफलताको परिणाम स्वरुप नेपालमा सन् २०१० अगष्टदेखि पोलियो रोगको अवस्था शुन्य कायम रहेको, सन् २००५ देखि नवशिशु धनुष्टंकार रोग निवारणको अवस्था कायम रहेको, सन् २००९ देखि दादुरा रोग नियन्त्रण भएको र दादुरा निवारणतर्फ उन्मुख रहेको छ भने जापानिज इन्सेफलाइटिस् रोग नियन्त्रणमा रहेको छ। यसका साथै रुबेला र कन्जेनाइटल रुबेला सिन्ड्रोम सन् २०१८ र बालकालिकाहरूमा लाग्ने हेपाटाइटिस बी रोग सन् २०१९ देखि नियन्त्रणमा रहेको छ। यो अवस्थालाई कायम राख्नुका साथै खोपबट बचाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रण, निवारण र उन्मुलन गर्नु यो कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य हो।

दाङ जिल्लामा अस्पताल, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, गाउँघर क्लिनिक र निजी तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा अवस्थित २३९ खोप केन्द्र र २७६ खोप सेसनमार्फत खोप सेवा प्रदान गरिदैं आएको छ।

दुर दृष्टि (Vision)

नेपालमा खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूलाई शुन्य अवस्थामा पुर्‍याउने दुर दृष्टि रहेको छ।

ध्येय (Mission)

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश भएका सबै खोपहरूमा सबैको पहुँच हुने गरी प्रत्येक बालबालिका र गर्भवति महिलालाई गुणस्तरीय, सुरक्षित र सर्वसुलभ खोप सेवा निरन्तर रुपमा प्रदान गर्ने राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको ध्येय रहेको छ।

कार्यक्रमको लक्ष्य

बालबालिकाहरूमा खोपबाट बचाउन सकिने रोगबाट हुने विरामी दर, अपाङ्गता दर र मृत्यु दरलाई कम गर्नु नै खोप कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य हो।

खोप कार्यक्रमको रणनैतिक उद्देश्य

नेपालमा खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूलाई शुन्य अवस्थामा पुऱ्याउन बहुवर्षीय खोप योजना २०७३-२०७७ ले निम्न उद्देश्यहरू लिएको छः

- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रण, निवारण र उन्मूलन कार्यलाई निरन्तरता दिंदै सोको दिगोपन कायम राख्ने।
- प्रत्येक बालबालिकाले पूर्ण खोप लगाएको सुनिश्चित गर्ने।
- संघीय, प्रादेशिक तथा स्थानीय स्तरका सबै वडाहरूमा सबै खोपहरूको कभरेज ९५ प्रतिशत भन्दा माथि पुऱ्याउने र दिगोपन कायम राख्ने।
- गुणस्तरीय खोप सेवाको लागि खोप तथा खोप जन्य सामाग्रीहरूको आपुर्ति व्यवस्थापन प्रणालीलाई सुदृढ गर्ने।
- खोप कार्यक्रमको लागि दिगो वित्तिय व्यवस्थापनको सुनिश्चित गर्ने।
- खोप कार्यक्रममा अनुसन्धानलाई प्रवर्द्धन गर्ने र नयाँ कार्यहरूको विस्तार गर्ने।
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरूलाई राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश गरी खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रणलाई अझै बढावा दिने।
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको खोजपड्ताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई विस्तार गर्ने।
- एक बर्षभन्दा बढी उमेर समूहको लागि पनि खोप सेवा विस्तार गर्दै लैजाने।

३.१.२. राष्ट्रिय खोप तालिकाः

राष्ट्रिय खोप तालिकाले ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुलाई कुन उमेरमा कुन खोप लगाउनुपर्छ भन्ने स्पष्ट मार्गनिर्देशन दिने भएकाले बालबालिकाको स्वास्थ्य सुरक्षित राख्न, मृत्यु दर घटाउन र रोगको संक्रमण नियन्त्रण गर्न अत्यन्तै प्रभावकारी मानिन्छ। साथै, यस अन्तर्गत गर्भवती महिलालाई पनि TD (Tetanus and Diphtheria) खोप दिइन्छ।

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

राष्ट्रिय खोप तालिका

पूर्ण खोप, सुरक्षित भविष्य

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

चित्र ४: राष्ट्रिय नियमित खोप तालिका

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

पूर्ण खोप, सुरक्षित भविष्य

नियमित खोप तालिका र नियमित खोप छुट भएका ५ वर्ष सम्मका बालबालिकालाई खोप दिने तालिका

खोप	मात्रा, सुई लगाउने स्थान र माध्यम	नियमित खोप तालिका	नियमित खोप छुट भएको तर १२ महिनासम्ममा आएमा	नियमित खोप छुट भएको बच्चा १२ महिना देखि २३ महिनासम्ममा आएमा	नियमित खोप छुट भएको बच्चा २४ महिना देखि ५ वर्षसम्ममा आएमा
बि.सि.जी.	०.०५ मि. लि. दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला भित्र (ID)*	१ मात्रा: जन्मिने बित्तिकै	बच्चाको उमेर १ वर्ष भित्र भएमा ०.०५ मि. लि. र १ वर्ष वा माथिका लागि ०.१ मि. लि. एक मात्रा दिने (०.१ मि. लि. दिंदा एफ.आई.पि.भी. दिने सिरिन्जले खोप दिने)		
रोटा	१ ट्युब (मुखमा, गालाको भित्री भागमा)	२ मात्रा: ६ र १० हप्तामा	एक महिनाको फरकमा २ मात्रा दिने		२ वर्ष माथिका उमेर समूहको बच्चाहरूलाई रोटा खोप दिनु हुँदैन
पोलियो	मुखमा दुई थोपा	३ मात्रा: ६, १० र १४ हप्तामा	एक महिनाको फरकमा ३ मात्रा दिने		
एफ.आई.पि.भी.	०.१ मि. लि. दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला भित्र (ID)*	२ मात्रा: १४ हप्ता र ९ महिनामामा	चार महिना (१६ हप्ता)को फरकमा २ मात्रा दिने		
पि.सि.भी	०.५ मि. लि. दाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (IM)*	३ मात्रा: ६ हप्तामा, १० हप्तामा र ९ महिनामा	७ महिना मुनिको बच्चा भएमा पहिलो भेटमा पहिलो मात्रा, एक महिनाको फरकमा दोस्रो मात्रा र ९ महिनामा तेस्रो मात्रा दिने ७ देखि १२ महिनासम्मका बच्चालाई एक महिनाको फरकमा ३ मात्रा दिने	दुई महिनाको फरकमा २ मात्रा दिने	
डि.पि.टी.–हेप.बी–हिब (पेन्टाभ्यालेन्ट)	०.५ मि. लि. बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (IM)*	३ मात्रा: ६, १० र १४ हप्तामा	एक महिनाको फरकमा ३ मात्रा दिने		३ मात्रा दिने: पहिलो र दोस्रो मात्रा १ महिनाको फरकमा दिने र तेस्रो मात्रा दोस्रो लगाएको ६ महिनाको फरकमा दिने
दादुरा–रुबेला	०.५ मि. लि. बाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला र मासु बिच (SC)*	२ मात्रा: ९ र १५ महिनामा	९ महिना देखि १५ महिना मुनिको बच्चा भएमा पहिलो भेटमा पहिलो मात्रा र एक महिनाको फरकमा १५ महिनामा दोस्रो मात्रा दिने		१५ महिना देखि ५ वर्ष सम्म एक महिनाको फरकमा २ मात्रा दिने
जापानिज इन्सेफलाइटिस्	०.५ मि. लि. दाँया तिघ्राको माथिल्लो बाहिरी भाग छाला र मासु बिच (SC)*	१ मात्रा: १२ महिनामा	१ मात्रा		
टाइफाइड	०.५ मि. लि. बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (IM)*	१ मात्रा: १५ महिनामा	१ मात्रा		

*ID – Intradermal, IM – Intramuscular, SC – Subcutaneous

सम्झनुहोस्: गर्भवती महिलाले पहिलो गर्भमा कम्तिमा एक महिनाको अन्तरमा २ पटक टि.डी. खोप लगाउनै पर्छ।

पूर्ण खोप लगाऔं, बालबालिकालाई रोगहरूबाट सुरक्षित बनाऔं।

चित्र ५: नियमित खोप छुटेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुलाई खोप दिने तालिका

३.१.३. आ.व.२०८२/८३ मा सम्पादन गरिएका मुख्य/मुख्य क्रियाकलापहरु

१. कोभिड १९ रोग विरुद्धको खोप अभियान सफलताका साथ सम्पन्न।

२. खोप सेवा सञ्चालन तथा सरसफाई प्रवर्धन कार्यक्रमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीहरुको ज्ञान सीप अभिवृद्धि गर्न २ दिने पुनर्ताजगी तालिम।

३. घोराही उपमहानगरपालिकाको शहरी स्वास्थ्य केन्द्र काँडाखुट्टी तथा तुलसीपुर उपमहानगर पालिकाको बिजौरी स्वास्थ्य चौकी र तुलसीपुर नगर स्वास्थ्य केन्द्रबाट प्रत्येक महिनाको एउटा शनिवार खोप सेसन सञ्चालन।

४. पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा कार्यक्रम।

५. खोप तथा सरसफाइ प्रवर्धन कार्यक्रमको समीक्षा तथा सुक्ष्म योजना गोष्ठी।

६. पाठेघरको मुखको क्यान्सर गराउने एच.पी.भी बिरुद्धको खोप अभियान सञ्चालन।

७. खोप तथा सरसफाइ प्रवर्धन कार्यक्रम सुधारका लागि स्वास्थ्य संस्था तथा खोप केन्द्र स्थलमा अनसाईट कोचिंग तथा अनुगमन।

खोप कार्यक्रमको सर्भिलेन्स

खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको अवस्था थाहा पाउन तथा खोपबाट बचाउन सकिने रोगको नियन्त्रण, निवारण र उन्मूलनको अनुगमन गर्नको लागि खोजपडताल अति महत्वपूर्ण कार्य हो। बि.सं. २०५६ सालमा पोलियो रोग उन्मुलन कार्यक्रममा पहिलो पटक सर्भिलेन्स कार्य शुरु गरिएको थियो। त्यसै गरी बि.सं. २०६० देखि दादुरा, नवशिशु धनुष्टङ्कार र जापानिज इन्सेफलाइटिस रोगहरुको समेत नियमित खोजपडताल कार्य शुरु गरियो। सर्भिलेन्सबाट पोलियो, दादुरा, नवशिशु धनुष्टङ्कार र जापानीज इन्सेफ़लाइटिस रोगहरुको समयमै पहिचान गरी रोकथाम र नियन्त्रण गर्न सहयोग पुग्दै आइरहेको छ। जिल्लास्तरमा पनि ती रोगहरुको उन्मूलन, निवारण र नियन्त्रण गर्ने उद्देश्यले सर्भिलेन्स कार्य गरिदै आएको छ।

पूर्णखोप घोषणा तथा सुनिश्चितता

पूर्णखोप भन्नाले १५ महिनाको उमेरभित्र राष्ट्रिय खोप तालिकाबमोजिम पाउनु पर्ने सबै खोपको सबै मात्रा लिएको अवस्थालाई बुझाउछ। पूर्णखोप घोषणाको लागि प्रत्येक बर्ष माघ महिनादेखि स्वास्थ्यकर्मीको प्रत्यक्ष संलग्नतामा आफ्नो कार्य क्षेत्रभित्र रहेका वार्डको हरेक घर घरमा गई घरधुरी सर्बेक्षण गरी खोप लिन छुटेका बालबालिकालाई पूर्णखोप लगाईसकेपछि भेरिफिकेशनपश्चात वडालाई सम्बन्धित स्थानीय तहको पूर्णखोप समन्वय समितिले, स्थानीय तहलाई जिल्ला पूर्णखोप समन्वय समितिले, जिल्लालाई प्रदेश पूर्णखोप समन्वय समितिले र प्रदेशलाई राष्ट्रिय पूर्णखोप समन्वय समितिले प्रमाणित गर्नुका साथै घोषणा अनुमति दिने व्यवस्था रहेको छ।

नेपालमा २०६९ पौष १४ गते अछाम जिल्लाको भागेश्वर गाउँ विकास समितिबाट पूर्णखोप अभियान सुरु भएको थियो भने लुम्बिनी प्रदेशमा नवलपरासी जिल्लाको साबिकको पञ्चनगर गाउँ विकास

समितिलाई पूर्णखोप घोषणा गरी सुरुवात गरिएको थियो। मिति २०७० फाल्गुन १५ गते पाल्पा जिल्ला नेपालकै पहिलो पूर्णखोप जिल्ला घोषणा हुन सफल भयो।त्यसैगरी, मिति २०७४/०९/२३ गते दाङ जिल्ला पहिलो पटक पूर्णखोप जिल्ला घोषणा हुन सफल भएको थियो।

आ.ब. २०८२/०८३ मा दाङ जिल्लामा *खोज र खोप* रणनीतिअनुसार स्वास्थ्यकर्मीको प्रत्यक्ष संलग्नतामा घरधुरी सर्वेक्षणमार्फत २ जना शुन्य डोज लगाएका र ६१ जना खोप लगाउन छुट भएका १६-५९ महिनाका बालबालिकाहरुको पहिचान गरिएको थियो। जिल्लाभर जम्मा १०४३२ बालबालिकाले पूर्णखोप पाएको सुनिश्चित गरिएको थियो।

आ.ब. २०८२/०८३ मा १६ देखि ५९ महिनाका सबै बालबालिकाहरुमध्ये घरधुरी सर्वेक्षणपश्चात खोप छुट पहिचान भएका बालबालिकालाई पूर्णखोप प्रदान गरी दाङ जिल्लाका १० वटै स्थानीय तह तपसिल बमोजिमको मितिमा पूर्णखोप सुनिश्चित तथा दिगोपना पालिका घोषणा भएका थिए:

तालिका नं १६: स्थानीय तह स्तरमा पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा भएको मिति

क्र.स.	स्थानीय तह	पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा भएको मिति
१	गढवा गाउँपालिका	२०८३/०२/०१
२	लमही नगरपालीका	२०८३/०२/०५
३	राप्ती गाउँपालिका	२०८३/०२/१६
४	घोराही उपमहानगरपालिका	२०८३/०१/३१
५	राजपुर गाउँपालिका	२०८३/०२/२२
६	शान्तीनगर गाउँपालिका	२०८३/०२/२७
७	दंगीशरण गाउँपालिका	२०८३/०२/२७
८	बंगलाचुली गाउँपालिका	२०८३/०२/२६
९	तुलसीपुर उपमहानगरपालिका	२०८३/०२/१२
१०	बबई गाउँपालिका	२०८३/०२/२९

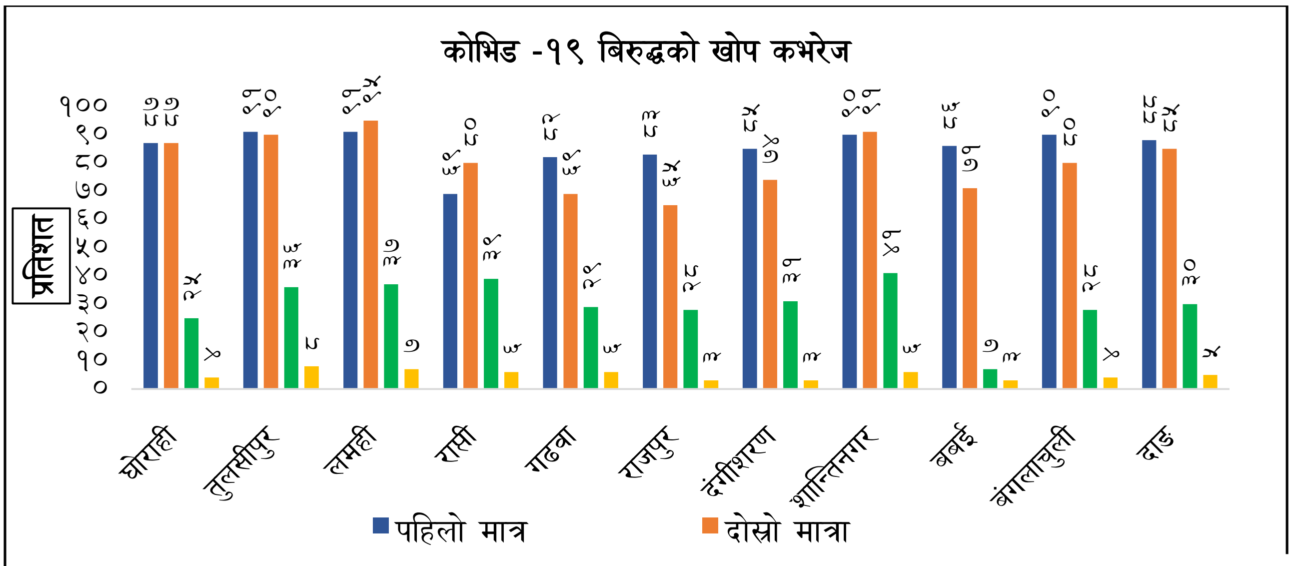
स्रोतः कार्यक्रम प्रतिवेदन

यसरी दाङ जिल्लाका १० वटै स्थानीय तहलाई पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणापश्तात दाङ जिल्लालाई यो वर्ष पनि मिति २०८३/०३/१९ गते पूर्णखोप सुनिश्चिता तथा दिगोपना घोषणा गरियो। हरेक बर्ष पूर्णखोप सुनिश्चितताको लागि घरधुरी सर्बेक्षण गर्दा शुन्य डोजका बालबालिकाहरु भेटिएको हुँदा घरधुरी सर्बेक्षण प्रभावकारी बनाउनुका साथै बढी बसाइँसराइ गर्ने समुदायमा खोपको जनचेतनाका क्रियाकलापहरु सञ्चालन गर्नुपर्ने देखिन्छ।

कोभिड -१९ बिरुद्धको खोप अभियान :

सन् २०१९ को डिसेम्बरमा चीनको वुहान नजिकैको पशुपंक्षी ब्यापार बजारमा पहिलो पटक कोरोना भाइरसको संक्रमण देखिएको थियो र केही महिनामा यो विश्वभर फैलियो। यस भाइरसको बैज्ञानिक नाम सार्स-कोभ-२ (Sars-CoV-2) हो र यसले उत्पन्न गर्ने रोगलाई कोभिड-१९ (Covid-19) भनिन्छ। कोरोना भाइरस (Covid-19) को संक्रमण नेपालमा पहिलो पटक वि.सं. २०७६ माघ १० गते (२३ जनवरी २०२०) पुष्टि भएको थियो। हाल यस भाइरसको नियन्त्रण र रोकथामको लागि बिश्व स्वास्थ्य संगठनको पहलमा नेपाल सरकारले कोरोना भाइरस विरुद्ध बिभिन्न खोपहरु प्रदान गर्दै आएको छ।

दाङ जिल्लामा २०७७ माघ महिनाको १४ गतेदेखि कोरोना भाइरस बिरुद्ध खोप अभियान सञ्चालन भएको थियो। कार्यालयले बिभिन्न चरणमा बिभिन्न उमेर समुहको लागि आ.ब. २०७७/०७८ देखि आ.ब.२०८२/०८३ सम्म कोभिसिल्ड, भेरोसिल, अस्ट्राजेनिका, ज्यान्सेन एण्ड ज्यान्सेन र फाइजर खोप सेवा उपलब्ध गराउदै आएको छ, जसअनुसार हालसम्म कोरोना विरुद्धको खोपको पहिलो मात्रा ८८%, दोस्रो मात्रा ८५%, पहिलो अतिरिक्त मात्रा ३०% र दोस्रो अतिरिक्त मात्रा ५%ले प्राप्त गरेको देखिन्छ। स्थानीय तहअनुसार विश्लेषण गर्दा सबैभन्दा बढी तुलसीपुर र लमहीमा ९१% ले कोभिड खोप प्राप्त गरेको देखिन्छ।



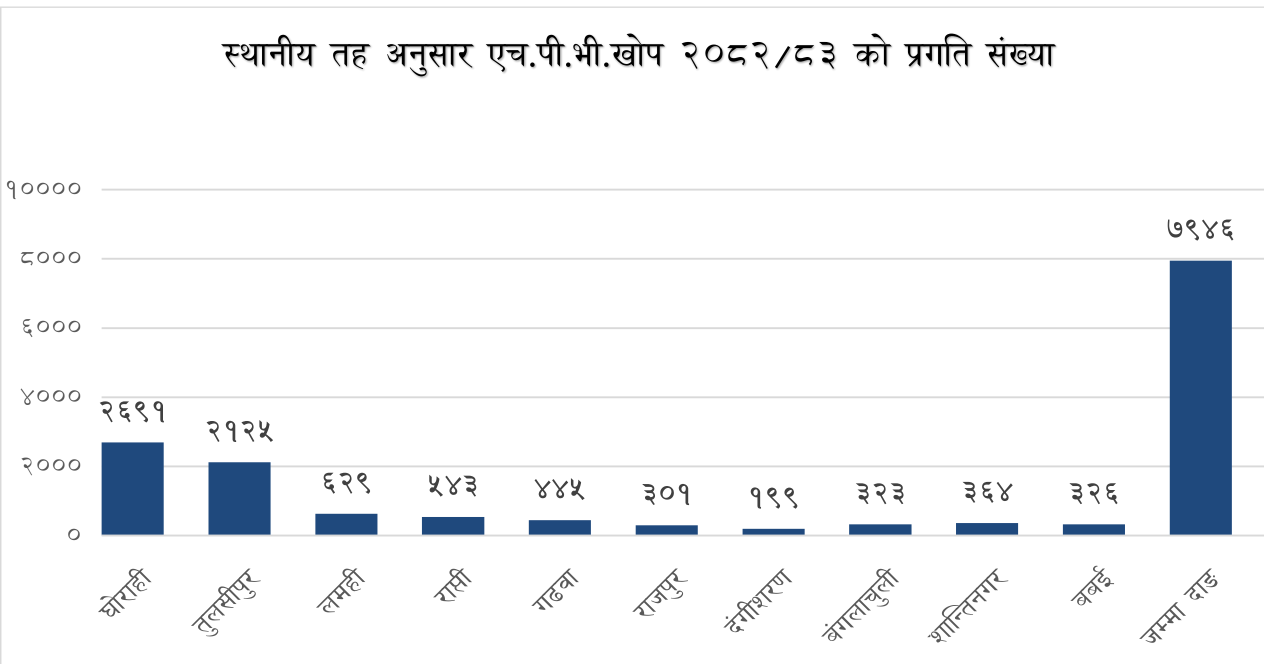
चित्र ६: दाङ जिल्लामा हाल सम्मको कोरोना भाइरस विरुद्धको खोप कभरेज स्रोत: DHIS-2

पाठेघरको मुखको क्यान्सर बनाउने एच.पी.भी.बिरुद्धको खोप अभियानः

विश्वमा महिलाहरुमा हुने क्यान्सरमध्ये पाठेघरको मुखको क्यान्सर (Cervical Cancer) चौथो मुख्य क्यान्सरको रुपमा रहेको देखिएको छ। संसारमा हरेक वर्ष ५,७०,००० महिलालाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर हुन्छ र त्यसैगरी यो रोगबाट हरेक वर्ष ३,११,००० जना महिलाहरूको मृत्यु हुन्छ। विश्व

स्वास्थ्य संगठनको सन् २०२० को तथ्याङ्कअनुसार संसारमा पाठेघरको मुखको क्यान्सरका विरामी तथा मृत्युमध्ये ८८% न्यून र मध्यम आय भएका देशहरूमा देखिएको छ। पाठेघरको मुखको क्यान्सरको प्रमुख कारण नै एच.पि.भी. (Human Papilloma Virus) हो । एच.पि.भी. भाइरसको २०० भन्दा बढी किसिमका प्रजाति (Serotypes) मध्ये १६ र १८ प्रजाति प्रमुख कारक (कम्तीमा ८० प्रतिशत) हुन्। नेपालमा हरेक वर्ष करिव २,१६९ जना महिलालाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर हुन्छ र यसबाट हरेक वर्ष करिव १,३१३ जना (औसतमा प्रत्येक दिन ४ जना) महिलाहरूको मृत्यु हुन्छ भन्ने अनुमान छ। नेपालमा महिलाहरूमा हुने क्यान्सरमध्ये Cervical Cancer दोस्रो रहेको छ र क्यान्सरबाट महिलाको मृत्यु हुने पहिलो मुख्य कारण रहेको छ।

मिति २०८१ माघ २२ गतेदेखि राष्ट्रिय खोप अभियानअन्तर्गत दाङ जिल्लामा पनि कक्षा ६-१० सम्म अध्ययनरत छात्रा र विद्यालयभन्दा बाहिर १० देखि १४ बर्षसम्मका किशोरीहरुलाई यो खोप दिईएको थियो। आर्थिक वर्ष २०८१।८२ मा दाङ जिल्लामा ३६,९१२ जनालाई खोप प्रदान गरिएकोमा गत आर्थिक वर्षमा विद्यालय नजाने १० बर्ष उमेर समुहका ८० जना किशोरी, कक्षा ६ मा अध्यनरत ७३८८ जना किशोरीहरु र आ.व.२०८१/८२ मा खोप लगाउन छुट भएका ४७८ जना किशोरीहरु गरी जम्मा ७९४६ जना किशोरीहरुलाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर बिरुद्धको एच.पी.भी. खोप प्रदान गरिएको थियो।



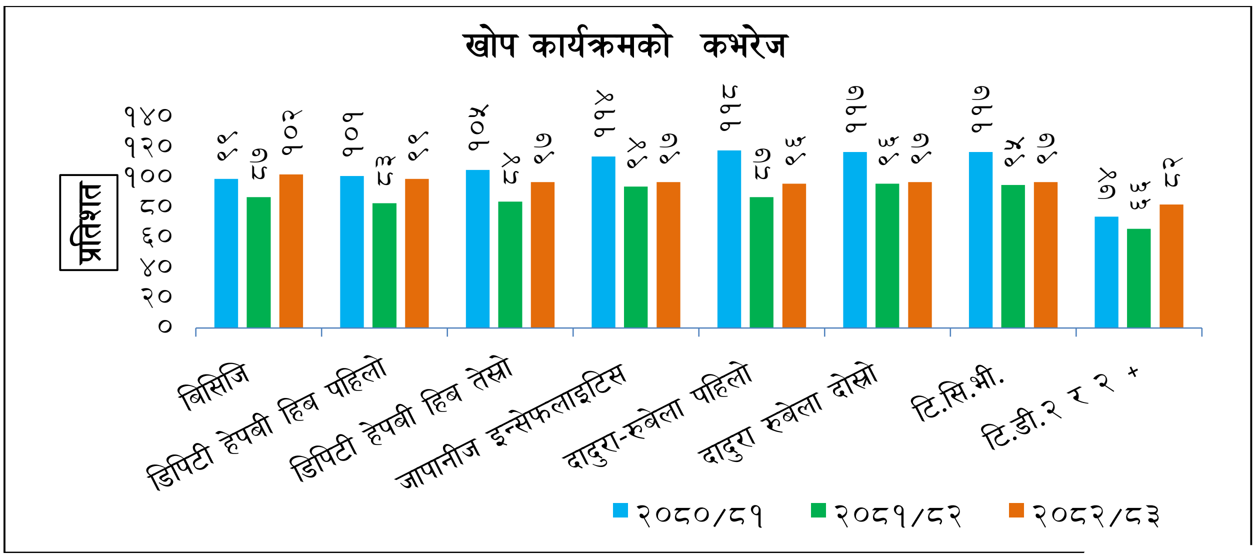
चित्र ७: स्थानीय तहअनुसार एच.पी.भी.बिरुद्धको खोप अभियानको प्रगति स्रोत: DHIS-2

३.१.४. नियमित खोप कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धिहरु

- जिल्ला पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दीगोपना घोषणा।
- एच.पी.भी. विरुद्धको खोप अभियानमा कुल ७९४६ जनालाई खोप प्रदान।
- कोभिड १९ विरुद्धको खोप अभियानअन्तर्गत ११,७६९ जनालाई खोप प्रदान।
- खोप कार्यक्रमलाई समुदायले अपनत्व लिने प्रवृत्ति बढ्दो।
- समग्र खोपको उपभोगमा बृद्धि भई ड्रप आउट दर र भ्याक्सिन खेर जाने दरमा कमी।

३.१.४.१. राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको जिल्लास्तरीय कभरेज

यस जिल्लामा पछिल्ला तीन आर्थिक बर्ष २०८०/०८१, २०८१/०८२ र २०८२/०८३ मा खोप लगाउने बालबालिकाहरुको दर हेर्दा सबै प्रकारका खोप लगाउने बालबालिकाहरुको दर बढेको देखिन्छ।

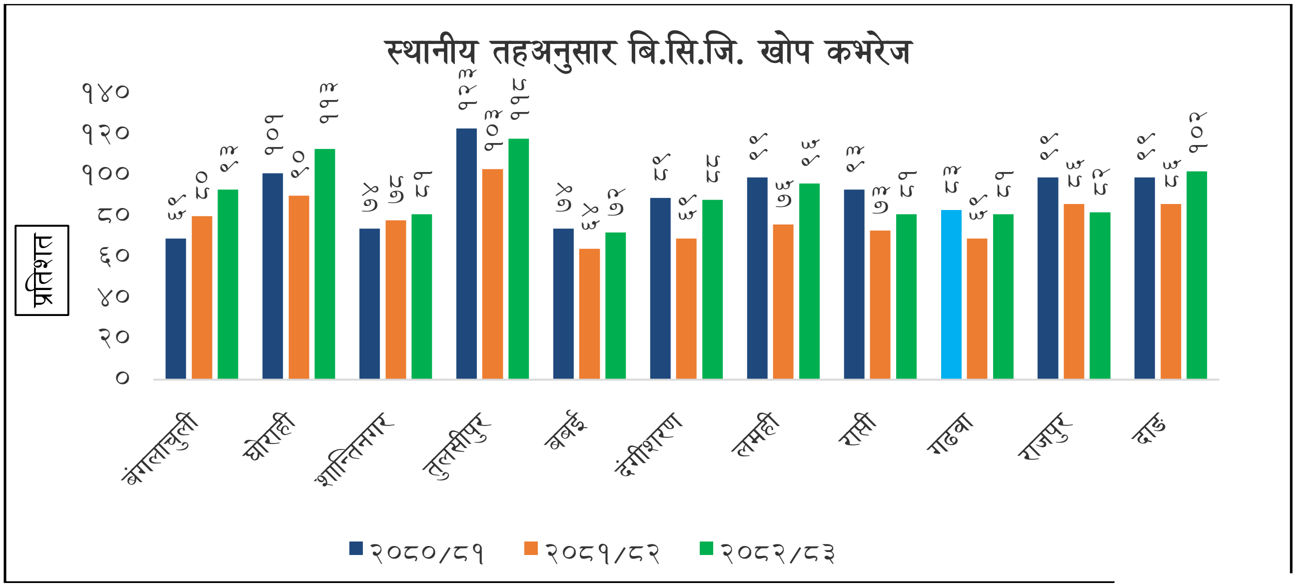


चित्र ८: जिल्लास्तरीय राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको कभरेज   स्रोत: DHIS-2

३.१.४.२. स्थानीय तहअनुसार खोप कभरेज

(क) बि.सि.जि.

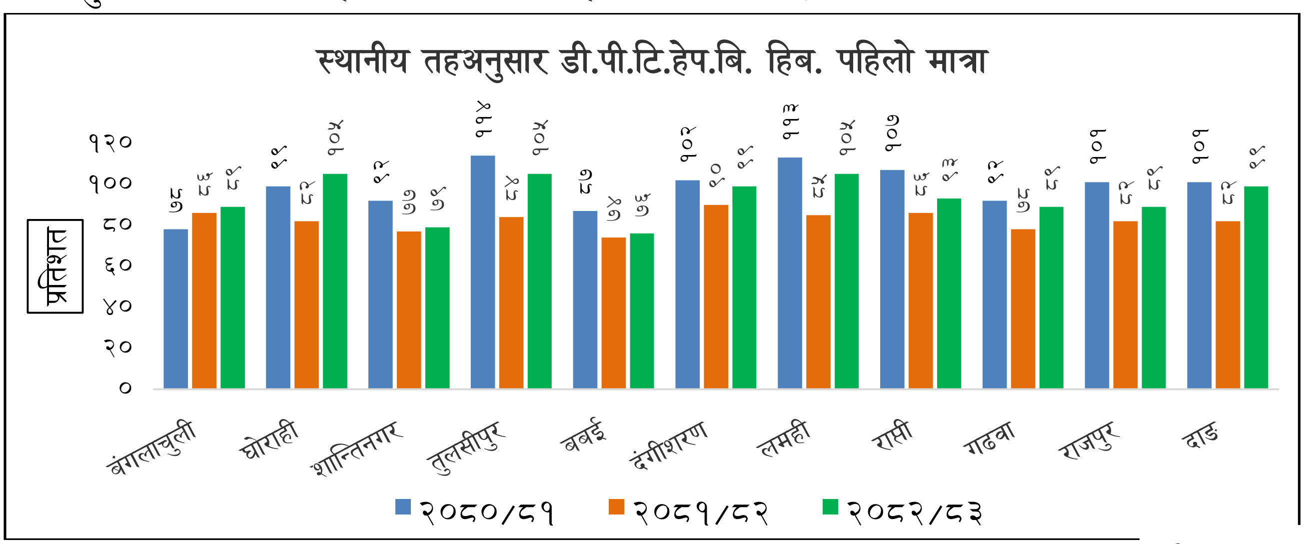
गत आर्थिक वर्ष २०८२।८३ मा दाङ जिल्लाका १० स्थानीय तहमध्ये ९ वटामा बि.सि.जि. खोपको कभरेज बढेको छ भने भने राजपुर गाउँपालिकामा कभरेज घटेको देखिन्छ।



चित्र ९: स्थानीय तह अनुसार बि.सि.जि.खोप कभरेज स्रोत: DHIS-2

(ख) डी.पी.टि.हेप.बि.हिब. पहिलो मात्रा

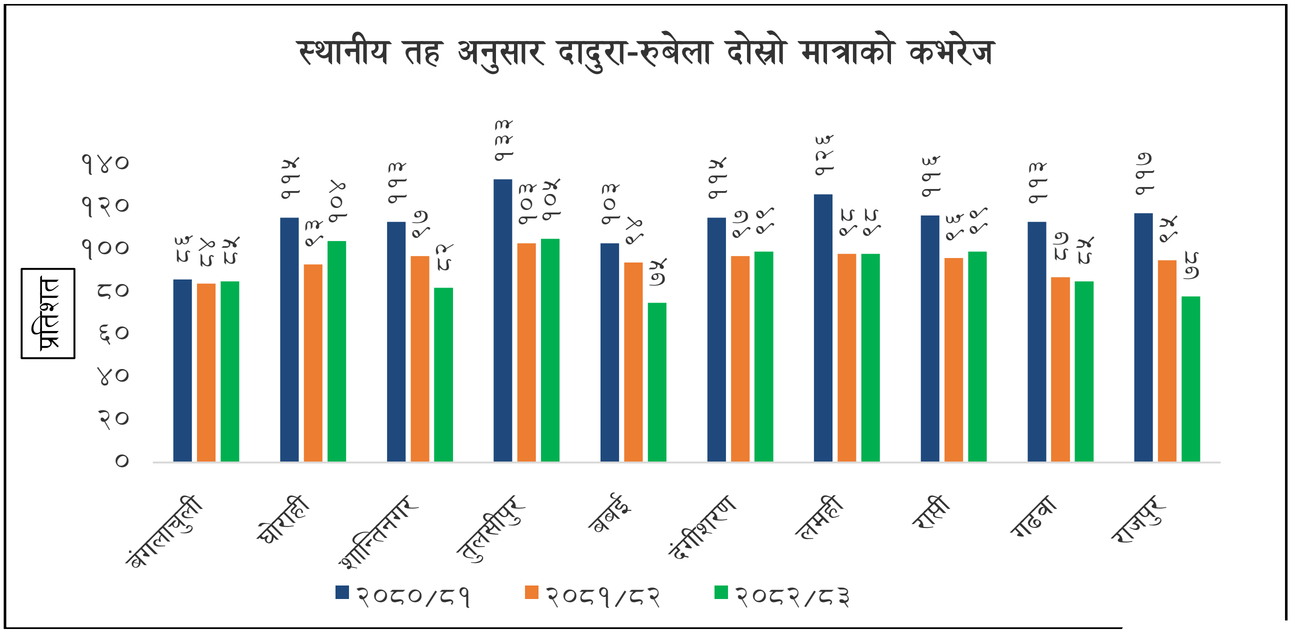
जिल्लाका १० स्थानीय तहमध्ये १० वटै स्थानीय तहमा गत आ.ब.मा डी.पी.टि. हेप.बि. हिब.को पहिलो मात्रा खोपको कभरेज बृद्धि भएको देखिन्छ। जुन अघिल्लो आर्थिक वर्ष २०८१।८२ मा बंगलाचुली गाउँपालिका बाहेक सबै स्थानीय तहमा घटेको थियो।



चित्र १०: स्थानीय तह अनुसार डी.पी.टि.हेप.बि.हिब.पहिलो मात्रा कभरेज स्रोत: DHIS-2

(ग) दादुरा-रुबेला दोस्रो मात्रा

दादुरा-रुबेला दोस्रो मात्रा खोपको कभरेज शान्तिनगर, बबई, गढवा र राजपुर बाहेकका स्थानीय तहहरुमा अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा गत आ.ब. २०८२।८३ मा बढेको देखिन्छ भने लमहीको स्थिर रहेको छ। समग्र जिल्लाको कभरेज गत आर्थिक वर्षमा बढको छ।

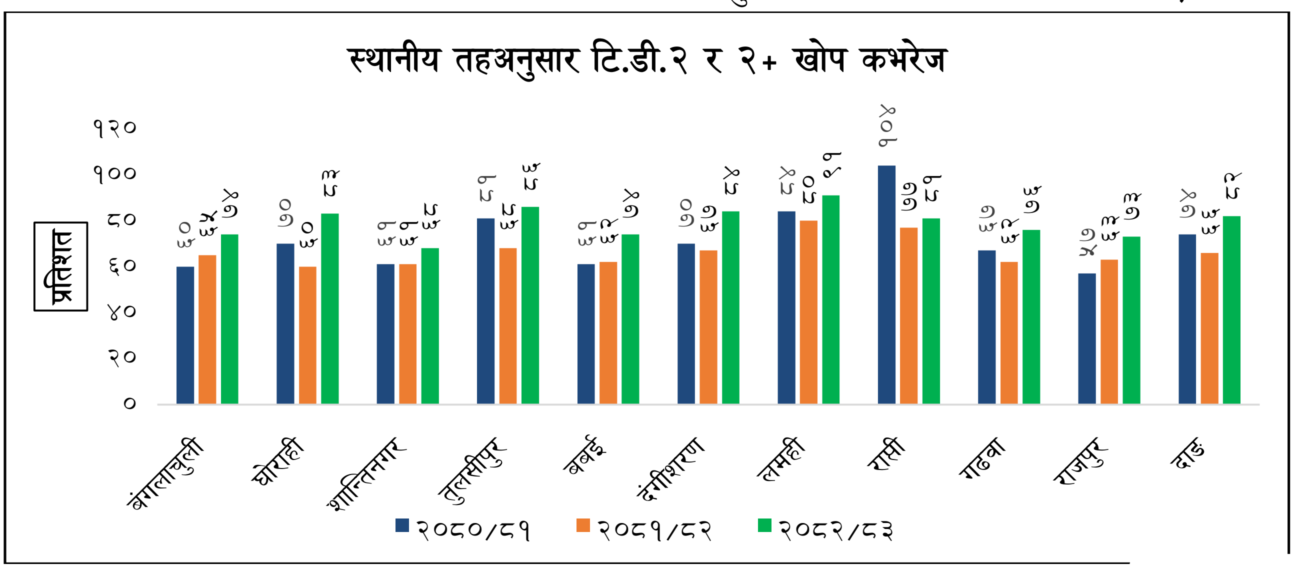


चित्र ११:स्थानीय तहअनुसार दादुरा- रुबेला दोस्रो मात्रा कभरेज

स्रोत: DHIS-2

(घ) टि.डी.२ र २+ कभरेज

जिल्लाका १० वटै स्थानीय तहहरुमा टि.डी. २ र २+ खोपको कभरेज बढेको देखिन्छ, जसमध्ये सबैभन्दा बढी लमहीमा ९१ प्रतिशत र सबैभन्दा कम राजपुरमा ७३ प्रतिशत कभरेज रहेको छ।

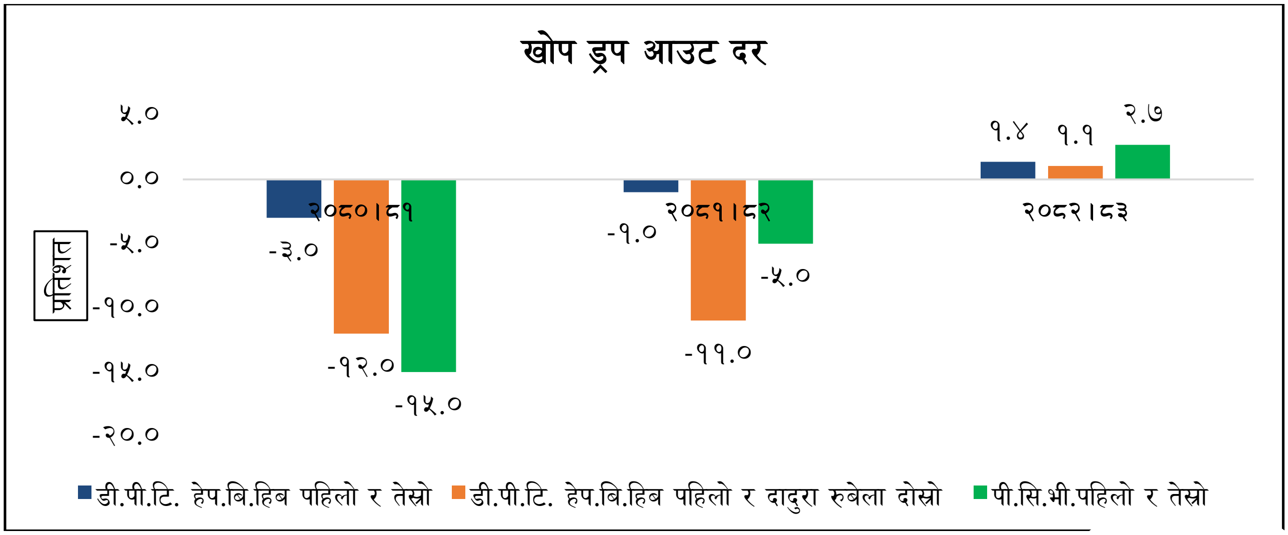


चित्र १२: स्थानीय तहअनुसार टि.डी.२ र २+कभरेज

स्रोत: DHIS-2

३.१.४.३. ड्रप आउट दर

आर्थिक बर्ष २०८०/८१ र २०८१/८२ मा डी.पी.टि.हेब.बि.हिब पहिलोभन्दा दादुरा रुबेला दोस्रो मात्रा लगाउने बच्चाको संख्या धेरै देखिन्छ भने गत आर्थिक वर्षमा उक्त खोपको १.१ प्रतिशत ड्रप आउट रहेको देखिन्छ।

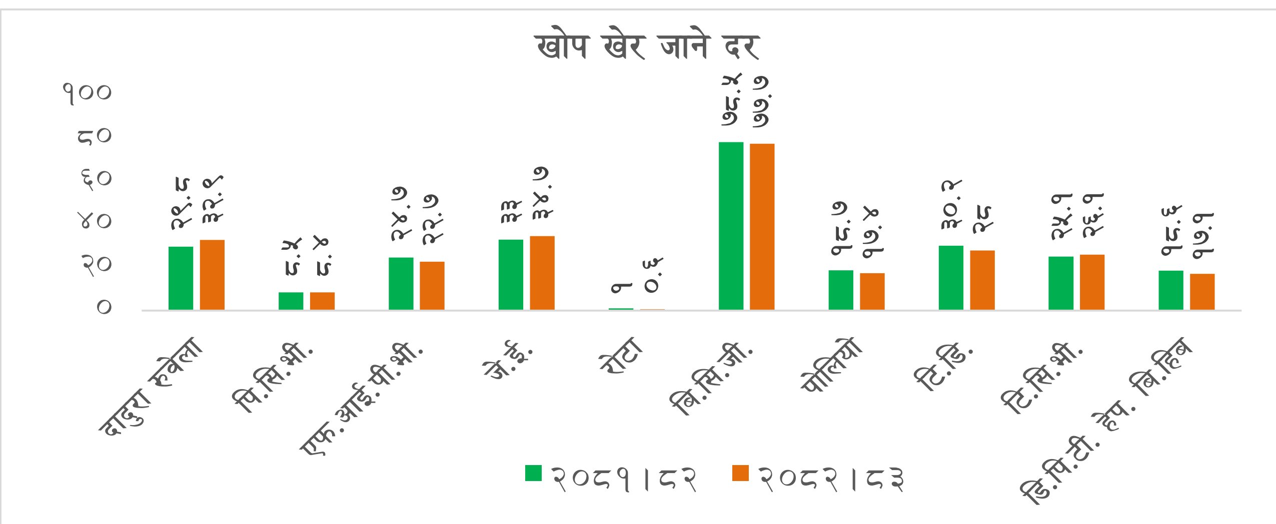


चित्र १३: खोप कार्यक्रमको ड्रप आउट दर

स्रोत: DHIS-2

३.१.४.४. खोप खेर जाने दर

गत आर्थिक वर्षमा खोपको खर जाने दर हेर्दा सबैभन्दा बढी बि.सि.जी. खोपको ७७.७ प्रतिशत र सबैभन्दा कम रोटाको ०.६ प्रतिशत रहेको छ।



चित्र १४: दाङ जिल्लामा खोप खेर जाने दरको अवस्था

स्रोत: DHIS-2

३.१.५. खोपको पहुँच र उपभोग अनुसार स्थानीय तहको बर्गीकरण

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमअन्तर्गत सेवाको पहुँच र उपभोगका आधारमा स्थानीय तहलाई तपसिलबमोजिम ४ वटा समुहमा बर्गीकरण गरिएको छ। खोप कार्यक्रमको पहुँचको लागि डी.पी.टी. पहिलो मात्राको कभरेज तथा उपभोगको लागि डी.पी.टी. पहिलो मात्रा र दादुरा-रुबेलाको दोस्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रप आउट दरलाई लिइएको छ। दाङ जिल्लाका १० वटा स्थानीय तहमध्ये ५ वटा स्थानीय तह तुलसीपुर, घोराही, लमही, राप्ती र दंगीशरण CAT-१ मा परेका छन् भने बाँकी ५ वटा स्थानीय तह गढवा, राजपुर, बबई, शान्तिनगर र बंगलाचुली CAT-३ मा परेका छन्। जिल्लामा आ.ब.२०८२/८३ मा डी.पी.टी. पहिलो मात्राको कभरेज ९९% रहेको छ। डी.पी.टी. पहिलो मात्रा र दादुरा रुबेलाको दोस्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रप आउट दर १.०५% रहेको छ। कुनै पनि स्थानीय तह CAT-२ र CAT-४ नरहेको आ.ब. २०८२/०८३ को तथ्याङ्कले देखाएको छ।

तालिका नं १७: खोपको पहुँच र उपभोग अनुसार स्थानीय तहको बर्गीकरण

बर्गीकरण — १ पहुँच (≥९०%) उपभोग (<१०%)	बर्गीकरण — २ पहुँच (≥९०%) उपभोग (≥१०%)	बर्गीकरण -३ पहुँच (<९०%) उपभोग (<१०%)	बर्गीकरण -४ पहुँच (<९०%) उपभोग (≥१०%)
घोराही,तुलसीपुर लमही, राप्ती र दंगीशरण	०	गढवा,राजपुर,बबई, शान्तीनगर र बंगलाचुली	०

३.१.६. खोप कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं १८: खोप कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
➢ खोप सेसनहरूको नियमित रुपमा सञ्चालन, ➢ पूर्णखोप सुनिश्चितता तथा दीगोपना कायम, ➢ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका र आमा समुहको सक्रिय भूमिका र गाउँघर क्लिनिकबाट नियमित खोप सेवा प्रदान, ➢ कोभिड १९ बिरुद्धको खोप अभियान, पाठेघरको मुखको क्यान्सर गराउने Human Papilloma Virus बिरुद्धको खोप अभियान सफलताका साथ सम्पन्न, ➢ खोप तथा सरसफाई प्रवर्धन सेवा प्रदान गर्न दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको उपलब्धता,	➢ सबै स्थानीय तहहरुमा Cold chain को व्यवस्था नभएको, ➢ खोप क्लिनिक सञ्चालन गर्नको लागि भौतिक पूर्वाधारको अभाव, ➢ फिल्डमा गई खोप सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई उत्प्रेरणाको कमी, ➢ आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरुमा अपर्याप्त जनशक्ति, ➢ खोप लगाउने तथा लगाउन छुटेका बालबालिकाहरुको कमजोर tracking, ➢ खोप सेसनसंग सरसफाई प्रवर्धन कार्यक्रम सञ्चालन गर्नको लागि आवश्यक पर्ने बिभिन्न सामग्रीहरुको

➢ खोप सेवाको कभरेज उच्च रहेको, ➢ जिल्लामा कोल्डचेनको व्यवस्थित र पर्याप्त पूर्वाधार भएको, ➢ कार्यक्रम सञ्चालनका लागि नियमित रुपमा बजेटको व्यवस्था।	नियमित आपूर्ति।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
➢ कार्यक्रम कार्यान्वनमा स्थानीय तहहरुको बढ्दो अपनत्व, भूमिका तथा उपस्थिति, ➢ संघीय सरकारको निरन्तर सहयोग तथा समन्वय, ➢ खोप सेसनसंगै सरसफाई प्रवर्धन कार्यक्रम समुदाय (FCHV, विद्यालय, गाउँघर क्लिनिक) केन्द्रित हुने हुँदा बञ्चितीकरणमा परेको समुदायको सेवा उपभोग वृद्धि गर्न सहयोग, ➢ समुदायको अपनत्व र संलग्नता उल्लेखनीय रहेको।	➢ खोपजन्य सामग्रीहरुबाट उत्पन्न हुने फोहर व्यवस्थापन, ➢ घरधुरी सर्बेक्षणमा शुन्य dose को बालबालिकाहरु भेटिनु, ➢ खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरु समय समयमा देखा पर्नु, ➢ खोपको खेर जाने दर धेरै हुनु, ➢ गाभी श्रोतबाट प्राप्त हुने कार्यक्रमको बजेट समयमा फुकुवा नहुनु, ➢ पोलियो सङ्क्रमणकालीन योजनाअनुसार खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको निगरानीका लागि दातृ निकायहरुले प्रदान गर्दै आइरहेको स्रोत स्थानीय तहले नै व्यवस्थापन गर्नुपर्ने।

३.१.७. कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं १९: खोप कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१	सबै पालिकामा Cold Chain व्यवस्था नभएको	सबै पालिकहरुमा Cold Chain को प्रभावकारी व्यवस्थापन	संघीय सरकार, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह
२	खोप क्लिनिक सञ्चालनका लागि भौतिक पूर्वाधारको कमी	भवन नभएका सबै स्थानहरुमा खोप क्लिनिक भवन निर्माण	प्रदेश सरकार, स्थानीय तह
३	घरधुरी सर्बेक्षण गर्दा शून्य dose को बालबालिका भेटिनु	पहुँच नपुगेको समुदायलाई प्राथमिकतामा राखी सुक्ष्मयोजना तथा बार्षिक कार्यक्रमहरु तयार गर्नुपर्ने।	स्थानीय तह, स्वास्थ्य कार्यालय
४	केही एन्टिजनहरुको खेर जाने दर धेरै हुनु	खोप कार्यक्रमको सुक्ष्म योजनाअनुसार भ्याक्सिनको वितरण र सेवा प्रदान	स्थानीय तह र प्रदेश सरकार
५	खोप सेवा दिने स्वास्थ्यकर्मी लाई उत्प्रेरणाको कमी	फिल्डमा खटिने स्वास्थ्यकर्मीहलाई उचित प्रोत्साहनको व्यवस्था गर्नुपर्ने।	स्थानीय तह, संघीय सरकार

३.२ नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (IMNCI)

३.२.१. पृष्ठभूमि

यस कार्यक्रमअन्तर्गत पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्या वा रोगहरुको एकीकृत रुपमा मूल्याङ्कन र वर्गीकरण गरी त्यसैका आधारमा समस्या वा रोगहरुको उपचार तथा व्यवस्थापन गरिन्छ। समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (Community-Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness) कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य पाँच वर्ष 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 अझ बढी 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।

३.२.२. कार्यक्रमको लक्ष्य, उद्देश्य, रणनीति तथा मुख्य क्रियाकलापहरु

कार्यक्रमको लक्ष्य

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

कार्यक्रमका उद्देश्यहरु

- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहारलाई प्रवर्द्धन गरी नवजात शिशुहरुमा हुने बिरामीदर तथा मृत्युदर घटाउने।
- नवजात शिशुहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरुको व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।
- ५ वर्षमुनिका बालबालिकामा हुन सक्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्या तथा रोगको उचित व्यवस्थापन गरी विरामी 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 र गुणस्तर अभिवृद्धि गर्ने कार्यलाई सुदृढ गर्ने।
- आपूर्ति व्यवस्थापनलाई सुदृढ बनाउने।
- नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई स्तरयुक्त बनाउन सार्वजनिक तथा निजी क्षेत्रबिच सहकार्य गर्ने।
- कार्यक्रम सुधारका लागि खोज तथा अध्ययन अनुसन्धान गर्ने।
- घर तथा समुदाय स्तरमा हुने सकारात्मक बानी व्यवहारलाई प्रवर्द्धन गर्ने तथा समुदायको सहभागितालाई सुदृढ गर्ने।

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापनसम्बन्धी कार्यक्रम अन्तर्गतका सेवाहरुः

नवजात शिशुकेन्द्रित सेवाहरुः

- स्वास्थ्य संस्थामै प्रसूति गराउन प्रवर्धन।
- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहार तथा प्रसुती पश्चात स्वास्थ्यकर्मीबाट नियमित जाँच।
- जन्मदा सास नफेरेको वा नरोएको बच्चाको पहिचान तथा व्यवस्थापन।
- जन्मदै कम तौल भएको शिशुको मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन।
- शितांगको रोकथाम, मूल्याङ्कन र तह व्यवस्थापन।

- ०-५९ दिनको बच्चामा हुने ब्याक्टेरिया, गम्भीर तथा स्थानीय संक्रमणको व्यस्थापन।
- २-५९ महिनाको बच्चामा हुने निमोनिया, झाडापखाला, कुपोषण, दादुरा र औंलो रोगको जाँच, मूल्याङ्कन, बर्गीकरण र उपचार व्यस्थापन।

३.२.३. आ.ब.२०८२/०८२ मा संचालित क्रियाकलापहरु

- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापनसम्बन्धी तालिम सञ्चालन,
- बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको वार्षिक समीक्षा,
- स्थानीय तहबाट सञ्चालित अनसाईट कोचिंगको सहजीकरण तथा सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण।

३.२.४. जिल्लाको IMNCI कार्यक्रमको प्रगती अवस्था

३.२.४.१. दुई महिनामुनिका बालबालिकाहरुको उपचार अवस्था

बिगतका ३ आर्थिक बर्षको तथ्याङ्क हेर्दा बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउने दुई महिना मुनिका बालबालिकाहरुमध्ये ब्याक्टेरियाको गम्भीर संक्रमण र जण्डिस हुने बालबालिकाहरुकों संख्या घट्दै गएको देखिन्छ भने कम तौल तथा स्तनपानसम्बन्धी समस्या बढ्दै गएको देखिन्छ।

तालिका नं २०: २ महिनामुनिका बालबालिकाहरुको उपचार अवस्था

आ.ब.	दुइ महिना मुनिको जम्मा संख्या	ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर संक्रमण	जण्डिस	कम तौल/ स्तनपान सम्बन्धी समस्या
२०८०/०८१	१४५२	१९३	९१	२३
२०८१/०८२	१४२२	१९८	५९	११
२०८२/०८३	९६८	४६	१७	८

स्रोत: DHIS-2

३.२.४.२. दुई महिना मुनिका बालबालिकामा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर संक्रमण र उपचार

पछिल्ला तीन आर्थिक बर्षमा बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउने दुई महिना मुनिका बालबालिकाहरुमध्ये ब्याक्टेरियाको गम्भीर संक्रमण भएका सबैले जेन्टमाइसिनको पहिलो मात्रा पाएको र पुरा मात्राको लागि बिरामीलाई अस्पतालहरुमा प्रेषण गरिएको देखिन्छ।

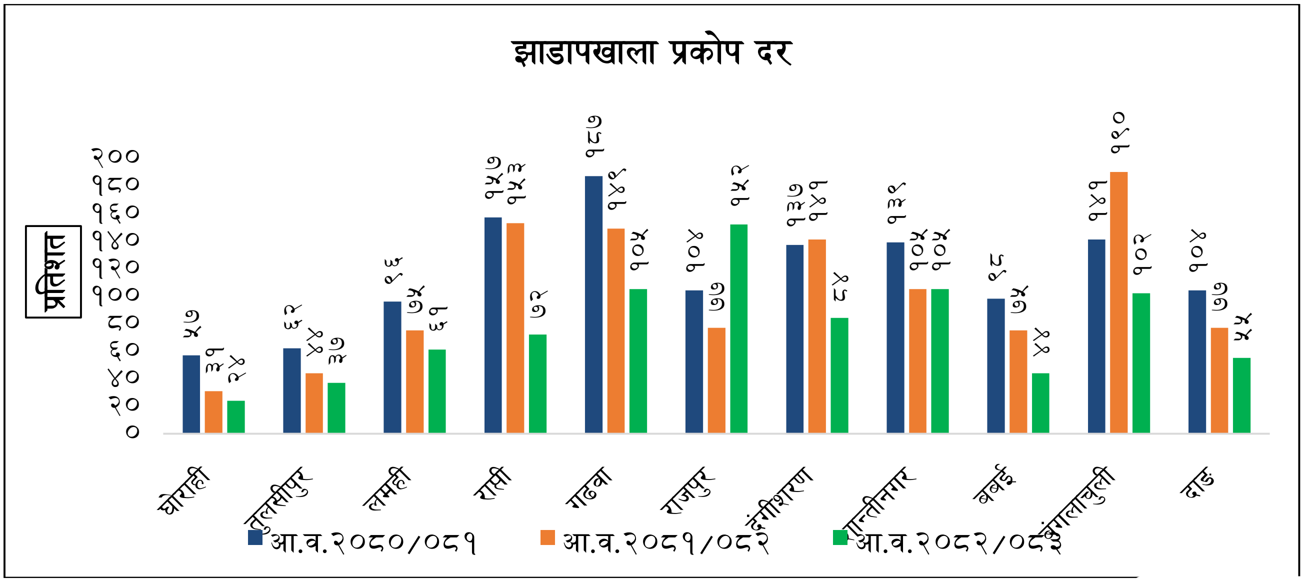
तालिका नं २१: दुई महिनामुनिका बालबालिकामा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर संक्रमण र उपचार

आ.ब	ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर संक्रमण	जेन्टामाइसिन्को पहिलो मात्रा पाएका बालबालिकाको संख्या	जेन्टामाइसिन्को पुरा मात्रा पाएका बालबालिकाको संख्या
२०८०/०८१	१९३	१९३	११६
२०८१/०८२	१९८	१९८	१५४
२०८२/०८३	४६	४६	१७

स्रोत: DHIS-2

३.२.४.३. पाँच बर्षमुनिका बालबालिकाको झाडापखाला प्रकोप दर

गत आ.ब.मा दाङ जिल्लामा प्रति हजार बालबालिकाहरुमध्ये ५५ जनालाई झाडापखाला लागेको देखिन्छ। आ.ब २०८१/०८२ को तुलनामा आ.ब. २०८२/०८३ मा झाडापखालाको प्रकोप दर घटेको छ। स्थानीय तहमध्ये सबैभन्दा बढी प्रकोप दर राजपुरमा १५२ जना र सबैभन्दा कम घोराहीमा २४ जना प्रतिहजार बालबालिका रहेको देखिन्छ।

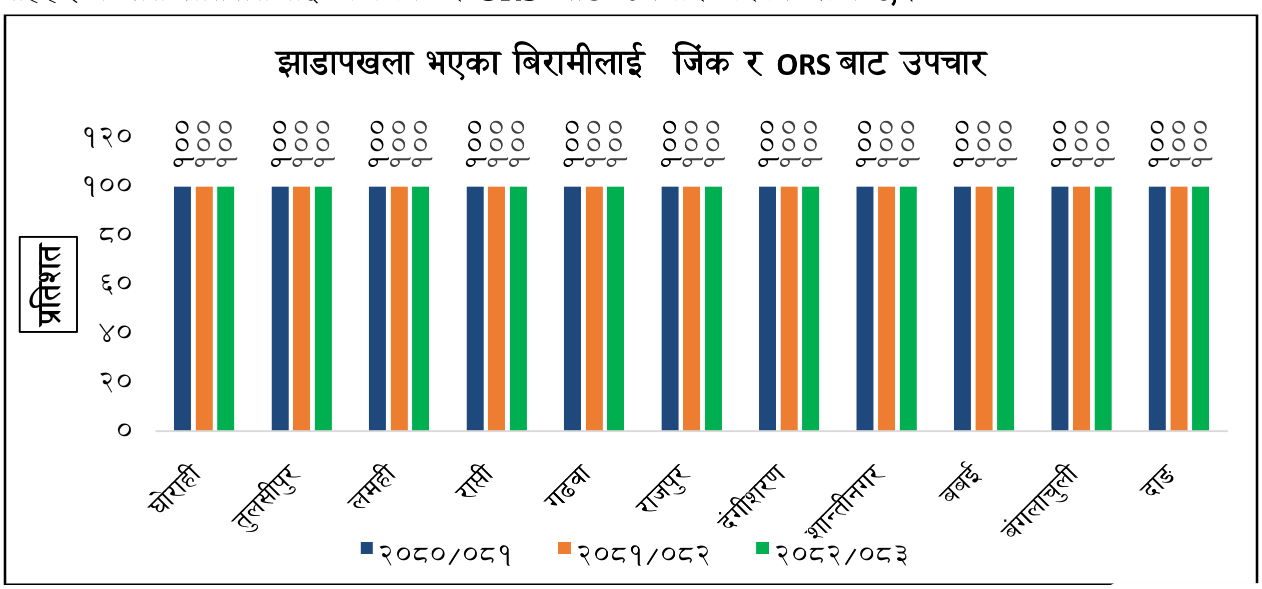


चित्र १५: पाँच बर्षमुनिका बालबालिकाको झाडापखाला प्रकोप दर

स्रोत: DHIS-2

३.२.४.४. झाडापखाला भएका बिरामीलाई जिंक र ORS बाट उपचार

पछिल्ला तीन आर्थिक वर्षमा पाँच बर्षमुनिका झाडापखाला लागेका बालबालिकाहरुमध्ये सबै स्थानीय तहहरुले शत प्रतिशतलाई नै जिंक र ORS बाट उपचार गरेको देखिन्छ।



चित्र १६: झाडापखाला भएका बिरामीलाइ जिंक र ORS बाट उपचार

स्रोत: DHIS-2

३.२.४.५. पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा श्वासप्रश्वास रोगको प्रकोप तथा उपचार

आ.ब. २०८१/०८२ को तुलनामा आ.ब. २०८२/०८३ मा दाङ जिल्लामा श्वासप्रश्वास बिरामीको दर घटेको देखिन्छ। त्यसै गरी ५ बर्षमुनिका बाललिकाहरुमा निमोनियाको दर २६ बाट घटेर गत आ.ब. मा १५ प्रति हजार पुगेको छ। साथै, निमोनिया भएका सबै बालबालिकाहरुले Amoxicillin बाट उपचार पाएका छन्।

तालिका नं २२: पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा श्वासप्रश्वास रोगको प्रकोप तथा उपचार

स्थानीय तह	श्वासप्रश्वाससम्बन्धी संक्रमण दर (प्रति हजारमा)			बालबालिकामा निमोनिया दर (प्रति हजारमा)			निमोनियाको Amoxicilin बाट उपचार दर (प्रतिशतमा)		
	८०/८१	०८१/८२	०८२/८३	०८०/८१	०८१/८२	०८२/८३	०८०/८१	०८१/८२	०८२/८३
घोराही	११२	६०	३४८	१५	८	४	१००	१००	१००
तुलसीपुर	१७८	१२९	१२२	२१	१४	९	१००	१००	१००
लमही	२७७	२०६	१९२	७	७	४	१००	१००	१००
राप्ती	४३३	३८२	२६२	६१	५८	२८	१००	१००	१००
गढवा	६३१	५५१	५०७	२१	१४	१८	१००	१००	१००
राजपुर	४०६	२७१	२०३	४२	१५	१२	१००	१००	१००
दंगीशरण	३१३	२८८	२७५	४१	२०	२०	१००	१००	१००
शान्तिनगर	४९६	५१६	४३०	३०	३५	२९	१००	१००	१००
बबई	२७४	१९९	१०६	३८	२०		१००	१००	१००
बंगलाचुली	४३७	४५१	३४८	६२	८४	९५	१००	१००	१००
दाङ	२६३	२००	१६६	२६	१९	१५	१००	१००	१००

स्रोत: DHIS-2

३.२.५. IMNCI कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं २३: IMNCI कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
➢ झाडापखाला लागेका २-५९ महिनासम्मका सम्पूर्ण बिरामी बच्चाहरुलाई जिंक र पुनर्जलीय झोलबाट उपचार गरिएको, ➢ पाँच बर्षमुनिका बच्चाहरुमा हुने झाडापखाला र श्वासप्रश्वासको नयाँ बिरामी दर कम हुदै गएको, ➢ पाँच बर्षमुनिका बिरामी भएका बालबालिकाहरुलाई CB-IMNCI प्रोटोकलअनुसार उपचार प्रदान गरिएको।	➢ ARI Timer, Weight Machine, Digital thermometer, ORS and Zinc, Treatment Booklet आदिको नियमित आपूर्तिको व्यवस्था पूर्ण रुपमा मिलाउन नसकिएको, ➢ CB-IMNCI कार्यक्रमको पुनर्ताजगी तालिम सञ्चालन नभएको, ➢ सेवा रजिस्टरमा अभिलेख तथा प्रतिवेदन पूर्ण रुपमा नभएको, ➢ प्रोटोकलअनुसार फलोअप सेवामा सेवाग्राहीको कम उपस्थिति भएको।

अवसरहरु (Opportunities)	चुनौतीहरु (Challenges)
➢ समुदायस्तरमा पनि महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुबाट झाडापखाला र निमोनियाको उपचार गर्ने र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाहरुमा प्रेषण गर्ने गरिएको, ➢ समुदायमा जनचेतना बृद्धि हुदै गएकोले बालबालिका बिरामी हुँदा उपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामा ल्याउने प्रवृत्ति बढेको, ➢ बिकास साझेदार संस्थाहरुबाट जनशक्ति तथा संस्थागत क्षमता अभिवृद्धिका लागि सहयोग हुदै आएको।	➢ आपूर्ति व्यवस्थापनः IMNCI कार्यक्रमको लागि आवश्यक पर्ने सम्पूर्ण औषधीहरु तथा सामाग्रीहरु स्वास्थ्य संस्थाहरुमा नियमित रुपमा उपलब्ध नहुने, ➢ कार्यक्रम तथा योजनाहरुमा सरोकारवाला निकायबाट कम प्राथमिकतामा परेको।

३.२.६. कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं २४: IMNCI कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१	आपूर्ति व्यवस्थापन	ARI Timer, Weight Machine, Digital thermometer, ORS and Zinc, Treatment Booklet आदिको नियमित आपूर्तिको व्यवस्था मिलाउने।	प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह र साझेदार संस्था
२	पुनर्ताजगी तालिम	कार्यक्रमसंग सम्बन्धित महाशाखा/ शाखासंगको समन्वयमा पुनर्ताजगी तालिमको आवश्यकता पहिचान गरी व्यवस्थापन गर्नुपर्ने।	स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, बालस्वास्थ्य महाशाखा, शाखा र स्वास्थ्य निर्देशनालय
३	IMNCI उपचार निर्देशिका पुस्तिकाको पछिल्लो संस्करण सबै स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध नभएको।	स्वास्थ्य संस्थाहरुमा IMNCI उपचार निर्देशिका पुस्तिकाको पछिल्लो संस्करण सम्बन्धित निकायसंग समन्वय गरी उपलब्ध गराउनुपर्ने।	परिवार कल्याण महाशाखा, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह

३.३. राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम

३.३.१. पृष्ठभूमि

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम संघ र प्रदेश सरकारको प्राथमिकतामा रहेको कार्यक्रम हो। यसले सबै नागरिकहरूको पोषण-सम्बन्धी समृद्धि हासिल गर्ने लक्ष्य राखेको छ। पोषण अवस्थाको सुधार कार्यक्रम विशेष गरी किशोर-किशोरी, गर्भवती तथा स्तनपान गराइरहेका आमा र पाँच वर्षमुनिका बालबालिकामा लक्षित रहेको छ। पोषण भन्नाले शरीरलाई आवश्यक पर्ने आहार र त्यसको उपयुक्त उपयोगलाई जनाउँछ। स्वस्थ जीवनका लागि उचित पोषण अत्यावश्यक छ र यसले रोगहरूबाट जोगिन मद्दत गर्छ। सिफारिस गरिएको आहार आवश्यकताभन्दा अधिक वा न्यून हुँदा कुपोषण (अपर्याप्तता) वा अधिक पोषण (अत्यधिक रूपमा म्याक्रो वा माइक्रो न्युट्रिएन्टहरूको सेवन) जस्ता कुपोषणका स्वरूप हरू देखिन्छन्। कुपोषणको समस्याले बालबालिकाको शारीरिक, मानसिक तथा संवेगात्मक विकासमा बाधा पुऱ्याउँछ भने देशको समग्र सामाजिक, आर्थिक तथा मानवीय विकासमा प्रतिकूल प्रभाव पर्छ। शिशु अवस्थामा मृत्यु हुने जोखिममा वृद्धि हुन्छ साथै जीवित रहेकाहरुकै समेत क्षमतामा क्षय हुन्छ। नेपालमा खासगरी प्रोटिन, भिटामिन "ए", आयोडिन तथा आइरन तत्वको कमीका कारणले कुपोषण हुने गरेको छ।

विश्वमा पाँच वर्षमुनिका करिब ४५ प्रतिशत बालबालिकाको मृत्यु कुपोषणका कारणले हुने गरेको अध्ययनहरुले देखाएका छन् (Lancet Child Health and Nutrition Series,२०१३)। जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण, २०२२ अनुसार नेपालमा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकामध्ये २५ प्रतिशत पुड्कोपना, १९ प्रतिशत कम तौल तथा ८ प्रतिशत ख्याउटेपना देखिएको छ। यसैगरी १५-४९ वर्षका महिलामध्ये करिब ४३ प्रतिशतमा र १५-१९ वर्षका किशोरीमध्ये ३९ प्रतिशतमा रक्तअल्पताको समस्या रहेको छ। साथै, प्रजनन (१५-४९ वर्ष) उमेर समूहका महिलामध्ये ३६ प्रतिशतमा रक्तअल्पताको समस्या तथा १७ प्रतिशतमा कम तौलको समस्या रहेको छ (NDHS-२०२२)।

तालिका नं २५: नेपाल र लुम्बिनी प्रदेशको पोषण सम्बन्धी लक्ष्य र वर्तमान स्थिति

सूचक	नेपाल (NDHS) २०२२	लुम्बिनी प्रदेश (NDHS) २०२२	बहुक्षेत्रीय पोषण योजना २०३० (तेश्रो)	दिगो विकास लक्ष्य (SDGs) २०३०
पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा हुने पुड्कोपनको दर (Stunting)	२५	२५	१६	<१५
पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा हुने ख्याउटेपनको दर	८	१६	४	४

सूचक	नेपाल (NDHS) २०२२	लुम्बिनी प्रदेश (NDHS) २०२२	बहुक्षेत्रीय पोषण योजना २०३० (तेश्रो)	दिगो विकास लक्ष्य (SDGs) २०३०
कम तौलको बच्चा जन्मिने दर	१२*	१३*	२	<१.४
पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा हुने कमतौलको दर	१९	२३	११	९
पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा हुने मोटोपनको दर	१	१	<१	<१
शिशुलाई ६ महिनासम्म पूर्ण स्तनपान गराउने दर	५६	३६	९०	९०
प्रजनन उमेर (१५-४९ वर्ष) का महिलाहरुमा हुने रक्तअल्पताको दर	३४	४४	११	१०
पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा हुने रक्तअल्पताको दर	४३	४९	१२	१०
जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान सुरु गर्ने दर	५६	६३	१००	१००

स्रोतः NDHS २०२२, SDGs

नेपालको संविधानले सबै नागरिकलाई खाद्य, स्वास्थ्य र पोषणको हक सुनिश्चित गरेको छ। बालबालिका, महिला तथा किशोर किशोरीहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्न विगत लामो समयदेखि विभिन्न प्रयासहरु हुँदै आएको देखिन्छ।

नेपालमा सन् १९७० को दशकदेखि राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति (२००४), कुपोषणको समस्यालाई सम्बोधन गर्न बहुउद्देश्यीय निकायको संयुक्त प्रयासको लागि बहुक्षेत्रीय पोषण योजना पहिलो (२०६९-२०७३), दोस्रो (२०७४/०७५-२०७६/७७) र तेस्रो (२०७७/७८-२०७९/८०), बालबालिकालाई भिटामिन "ए" क्याप्सुल र बहुसूक्ष्म तत्व (बाल भिटा) तथा गर्भवती र सुत्केरी महिलालाई आइरन फोलिक एसिड चक्की वितरण जस्ता नीति, योजना तथा कार्यक्रमहरुको कार्यान्वयन भएका छन्।

राष्ट्रिय पोषण रणनीति, २०७७ ले सबै प्रकारका कुपोषणलाई सम्बोधन गर्न स्वास्थ्य क्षेत्रमार्फत पोषण विशेष र पोषण संवेदनशील सेवामा पहुँच बढाई नवजात शिशु, बालबालिका, महिला तथा किशोर किशोरीमा हुने सबै प्रकारका कुपोषणलाई उल्लेखनीय रूपमा घटाएर पोषण अवस्थामा सुधार ल्याउने लक्ष्य लिएको छ। साथै, बहुक्षेत्रीय पोषण योजना-दोस्रोले निर्दिष्ट गरेबमोजिम कुपोषणका समस्यालाई समाधान गर्ने उद्देश्यसमेत यस रणनीतिले लिएको छ। पोषणको विद्यमान अवस्था सुधारको लागि

पोषणसम्बन्धी सेवाहरुको विस्तार (Scaling up Nutrition) अभियानको माध्यमबाट पोषण सम्बन्धी बानी व्यवहारलाई सकारात्मक दिशातर्फ रुपान्तरण गर्नुपर्ने आवश्यकता रहेको छ।

बहुक्षेत्रीय पोषण योजना तेस्रो (आ.व.२०८०।८१ - २०८७।८८) ले निर्दिष्ट गरेका पोषणसम्बन्धी दीर्घकालीन सोच, लक्ष्य र उद्देश्य देहायबमोजिम रहेका छन्:

दीर्घकालीन सोच: कुपोषणको अन्त्य, मानवपुँजी निर्माण र समग्र आर्थिक सामाजिक विकास

लक्ष्य: गुणस्तरीय पोषण सेवाको उपलब्धता र पहुँचको सुनिश्चितता गर्दै मानव जीवनचक्रमा पोषणको अवस्था सुधार गर्ने।

उद्देश्य:

क) पोषण विशेष सेवाको उपलब्धता र गुणस्तर सुधार गरी समतामूलक पहुँच र उपभोगको सुनिश्चितता गर्नु।

ख) पोषण संवेदनशील सेवाको उपलब्धता र गुणस्तर सुधार गरी समतामूलक पहुँच र उपभोगको सुनिश्चितता गर्नु।

ग) पोषणमैत्री प्रणालीगत पद्धति संस्थागत गर्नका लागि तीन तहका सरकार तथा सरोकारवालाको क्रियाशीलता, जवाफदेहिता र संस्थागत क्षमता अभिवृद्धि गर्नु।

घ) सामाजिक व्यवहार परिवर्तनमार्फत स्वास्थ्य, पोषण र खानेपानी, सरसफाइ तथा स्वच्छतासम्बन्धी असल व्यवहार प्रवर्धन गर्नु।

पोषणसम्बन्धी कार्यक्रमहरू दिगो विकास लक्ष्य (SDGs) हासिल गर्नका लागि लागत प्रभावकारी कार्यक्रम हुन्। पोषण कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य "पोषण कार्यक्रमलाई सम्बन्धित क्षेत्रहरूसँग मिलेर प्रभावकारी रूपमा लागू गरी सबै नेपाली नागरिकको पोषण स्थिति राम्रो बनाई तिनीहरुले स्वस्थ जीवन कायम गर्न सकुन् र देशको समग्र सामाजिक-आर्थिक विकासमा योगदान पुऱ्याउन सकुन्" भन्ने रहेको छ।

३.३.२. आ.व. २०८२/८३ मा दाङ जिल्लामा सम्पादन गरिएका मुख्य/मुख्य क्रियाकलापहरु

१. औषधी पसल, अस्पताल, फार्मेसीका स्वास्थ्यकर्मीलगायत सरोकारवाला निकायहरूलाई स्तनपान प्रवर्धनका लागि BMS-ACT तथा स्तनपानसम्बन्धी अभिमुखीकरण।

२. पोषण सामग्री Repacking तथा स्थानीय तहहरूमा ढुवानी; आमसञ्चार माध्यममार्फत स्थानीय भाषामा स्तनपान तथा पोषण सम्बन्धी सचेतना सामग्री निर्माण, प्रकाशन तथा प्रसारण।

३. स्तनपान परामर्शदाताका लागि तालिम; पोषणमैत्री स्वास्थ्य संस्था अभियान बिस्तारमा स्थानीय तहहरूलाई सहजीकरण।

४. खाद्य पदार्थको पोषण प्रवर्धन तथा उत्पादनको क्रममा प्रयोग भएको विषादीको असर न्यूनीकरण सम्बन्धी सचेतना कार्यक्रम।

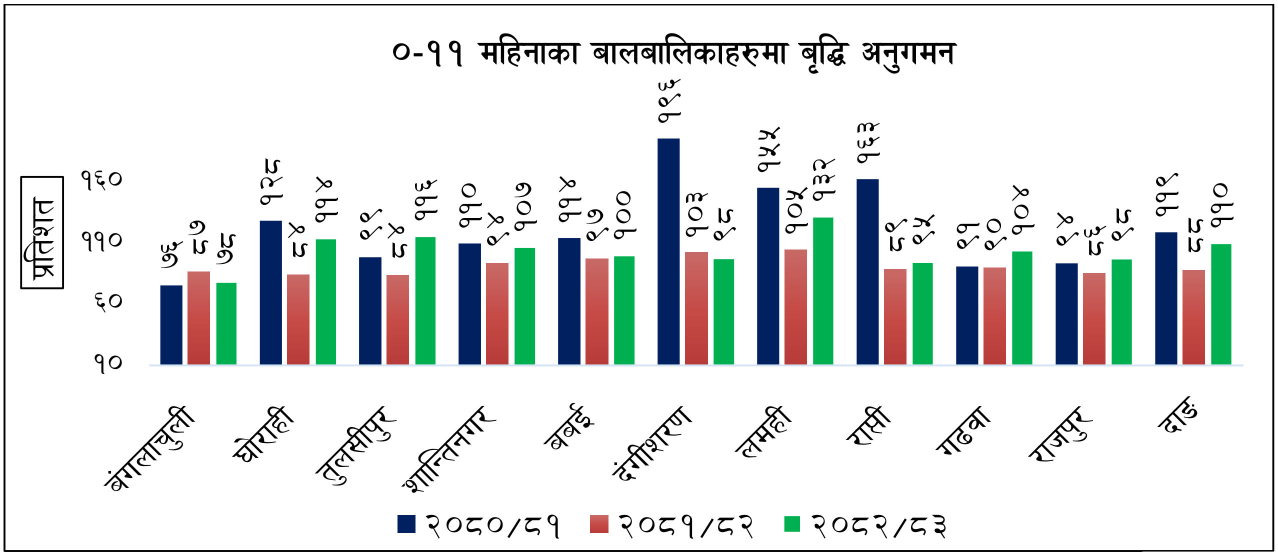
५. जिल्लास्तरीय जनस्वास्थ्य तथा पोषण समन्वय समिति गठन तथा बैठक।
६. समुदायमा पोषिलो खाना प्रर्दशनी तथा अनुशिक्षण; विद्यालयका शिक्षकहरुलाई स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम सम्बन्धी अभिमुखीकरण।
७. विद्यालयमा कुपोषित किशोरकिशोरीहरूको खाद्य व्यवहार विश्लेषण, परामर्श तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम।
८. स्वास्थ्यकर्मीमार्फत कुपोषित बालबालिकाहरुको खोजपडताल तथा व्यवस्थापन।

३.३.३. कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धिहरु (लक्ष्य अनुसारको प्रगति)

३.३.३.१. बृद्धि अनुगमन तथा प्रवर्धन

बृद्धि अनुगमन राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमअन्तर्गतको एउटा प्रमुख कार्यक्रम हो। जसअन्तर्गत जन्मेदेखि २ वर्ष उमेरसम्मका बालबालिकाको नियमित तौल लिई उमेरअनुसारको तौल भए/नभएको बारेमा लेखाजोखा गरिन्छ। यसको लागि बालबालिकाको तौल मापन गरी बाल स्वास्थ्य कार्डको बृद्धि अनुगमन चार्ट भर्ने गरिन्छ। आमा तथा स्याहारकर्तालाई बालबालिकाको बृद्धि अनुगमनको अवस्थाको बारेमा जानकारी गराई सोअनुरुप आवश्यक पोषण परामर्श तथा आवश्यक भएकालाई उचित प्रेषण गरिन्छ।

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा बृद्धि अनुगमनको लागि ०-११ महिनाका ११० प्रतिशत बालबालिकाहरु दर्ता गरिएको छ, जुन अघिलो आ.व.को तुलनामा २२ प्रतिशत बिन्दुले बढेको छ। आ.व. २०८२/८३ मा बृद्धि अनुगमनको सबैभन्दा उच्चतम कभरेज लमही नगरपालिकामा १३२ प्रतिशत र सबैभन्दा कम बंगलाचुली गाउँपालिकामा ७८ प्रतिशत रहेको छ।

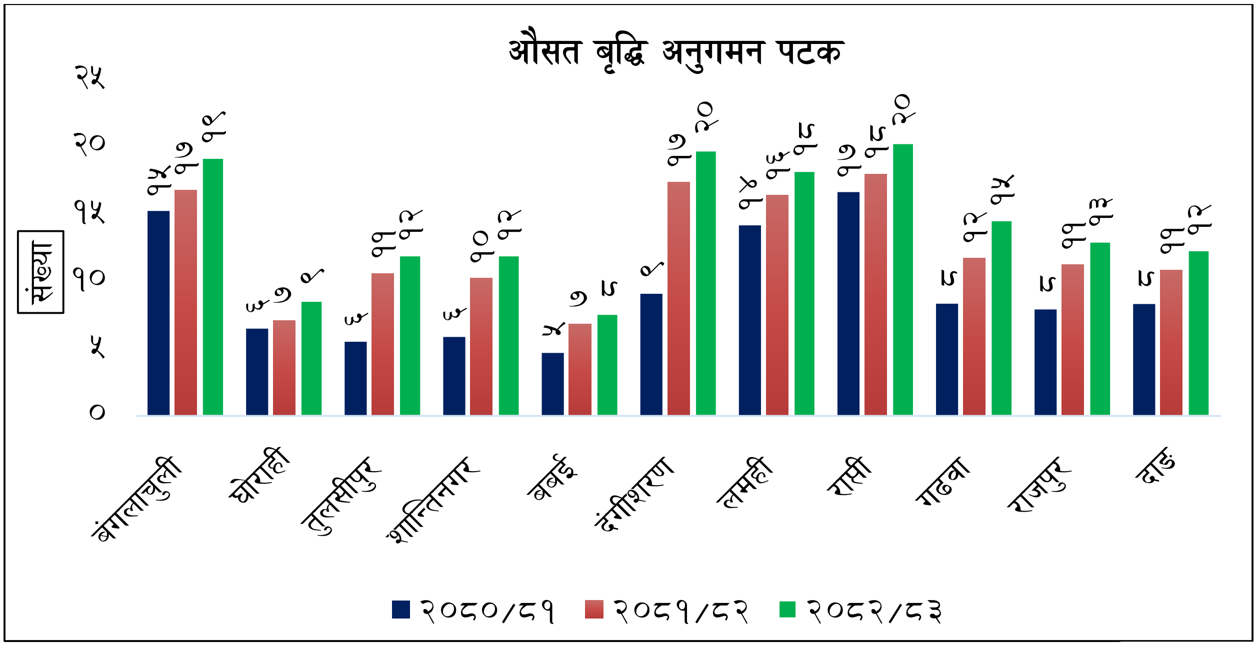


चित्र १७: ०-११ महिनाका बालबालिकाहरुमा बृद्धि अनुगमन

स्रोत: DHIS-2

३.३.३.२. औसत बृद्धि अनुगमन पटक

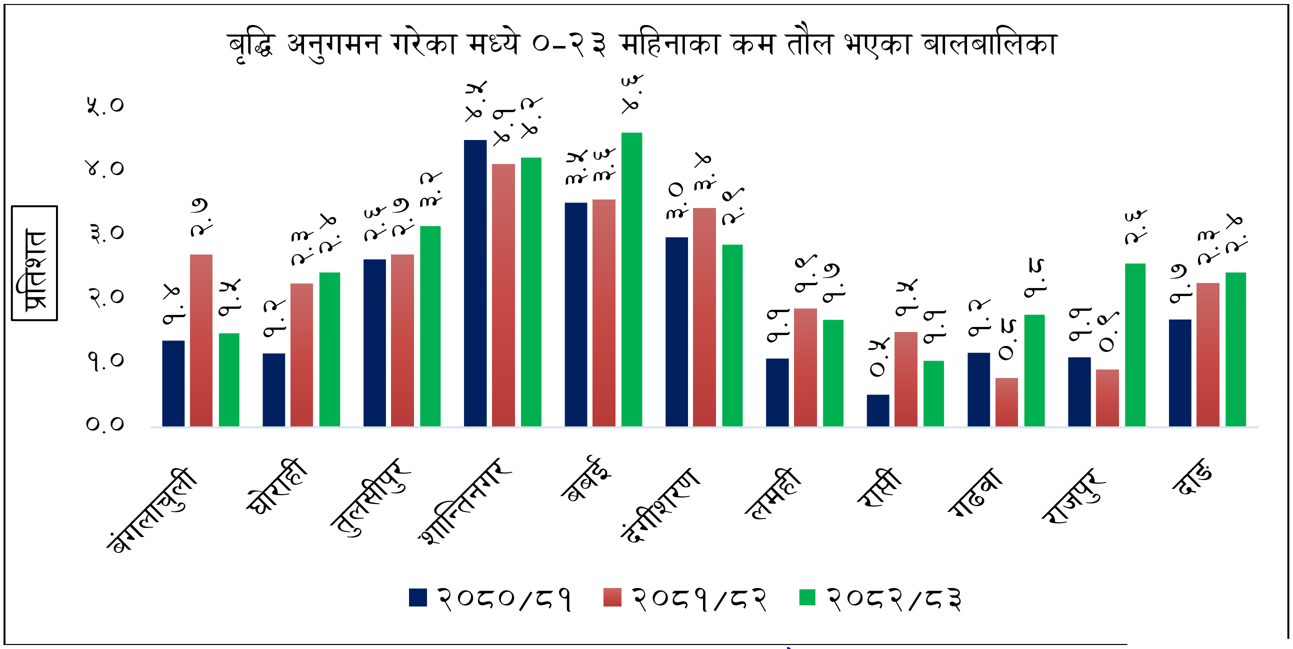
आ.व. २०८२/८३ मा जिल्लास्तरमा प्रति बच्चा बृद्धि अनुगमन औसतमा १२ पटक रहेको छ। औसत बृद्धि अनुगमन दर अघिलो आ.व.को भन्दा सबै स्थानीय तहहरुमा बढेको छ। औसत बृद्धि अनुगमन दर सबैभन्दा उच्चतम दंगीशरण र राप्ती गाउँपालिकामा प्रति बच्चा २० पटक रहेको छ भने सबै भन्दा कम बबई गाउँपालिका ८ पटक रहेको छ।



चित्र १८: औसत बृद्धि अनुगमन पटक

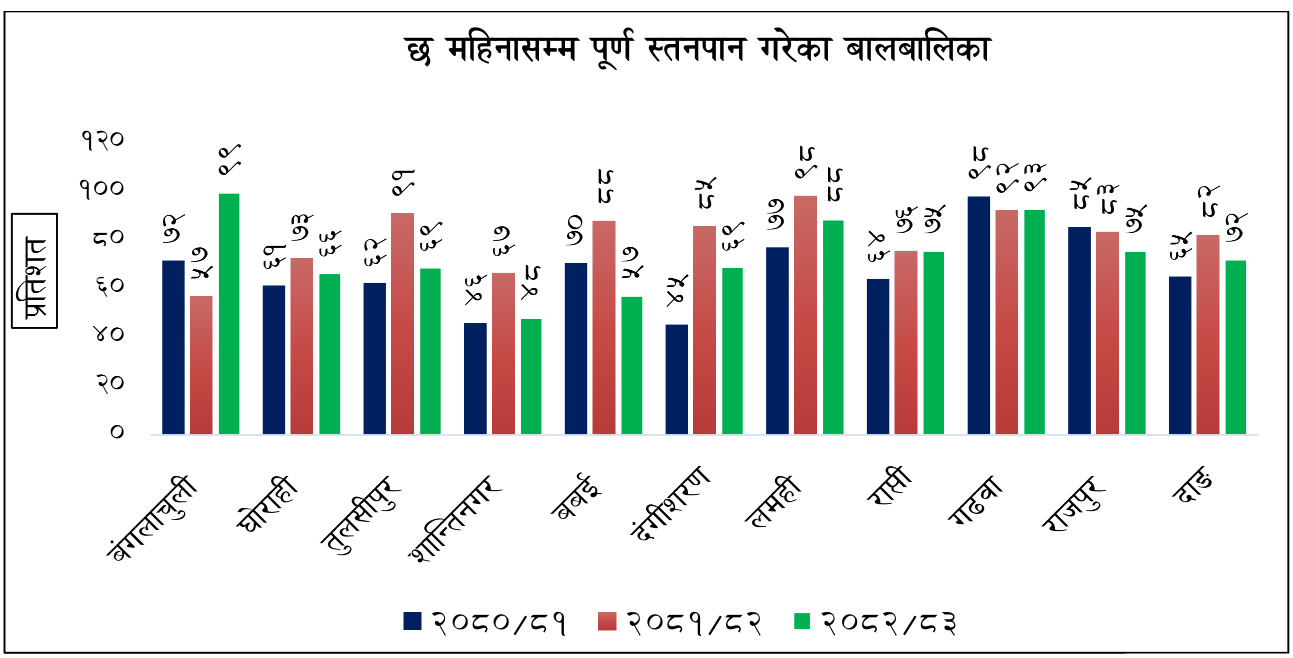
स्रोत: DHIS-2

दाङ जिल्लामा आ.व.२०८२/८३ मा बृद्धि अनुगमन गरिएकोमध्ये कम तौल भएका बालबालिकाहरुको हिस्सा २.४ प्रतिशत रहेको छ, अघिलो आ.व. मा २.३ प्रतिशत रहेको थियो। आ.व. २०८२/८३ कम तौल भएका बालबालिकाहरुको उच्चतम दर शान्तिनगर गा.पा.मा ४.६ प्रतिशत रहेको छ भने राप्ती गा.पा.मा सबैभन्दा कम १.१ प्रतिशत रहेको छ।



चित्र १९: बृद्धि अनुगमन गरेका मध्ये कम तौल भएका बालबालिका स्रोत: DHIS-2

जिल्लामा आ.व.२०८२/८३ मा छ महिनासम्म पूर्ण स्तनपान गरेका बालबालिका ७२ प्रतिशत रहेका छन्, जुन अघिलो आ.व.को तुलनामा १० प्रतिशत बिन्दुले घटेको छ। आ.व. २०८२/८३ मा पूर्ण स्तनपान गरेका बालबालिका सबैभन्दा बढी बंगलाचुली गाउँपालिकामा ९९ प्रतिशत र सबैभन्दा कम शान्तिनगर गाउँपालिकामा ४८ प्रतिशत रहेका छन्।

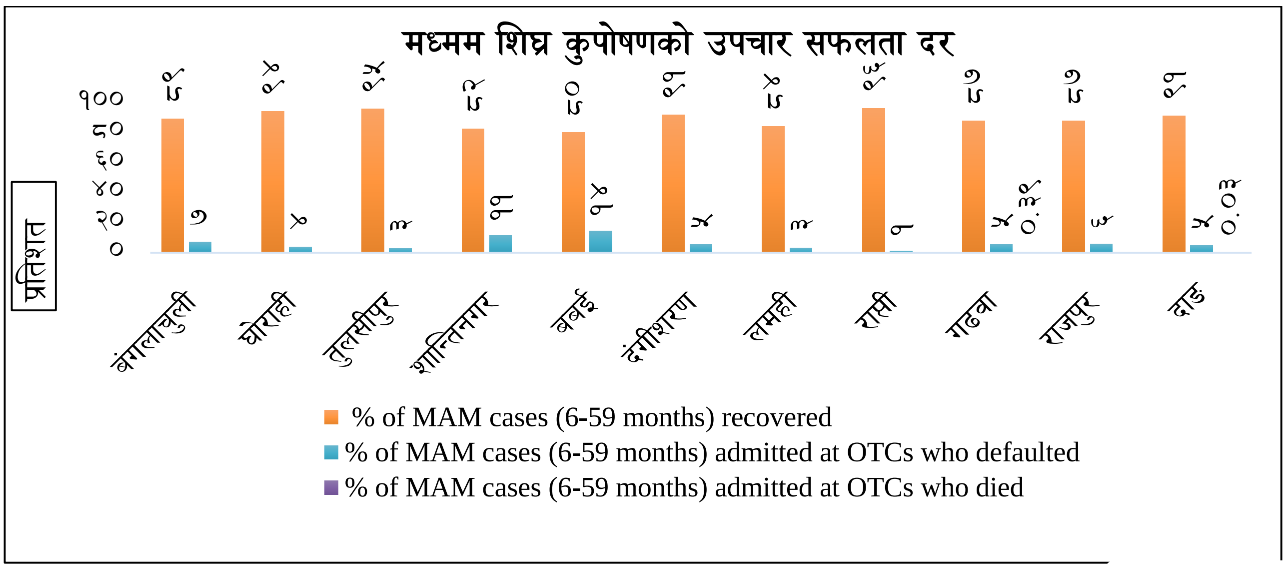


चित्र २०: छ महिनासम्म पूर्ण स्तनपान गरेका बालबालिका स्रोत: DHIS-2

३.३.३.३ शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

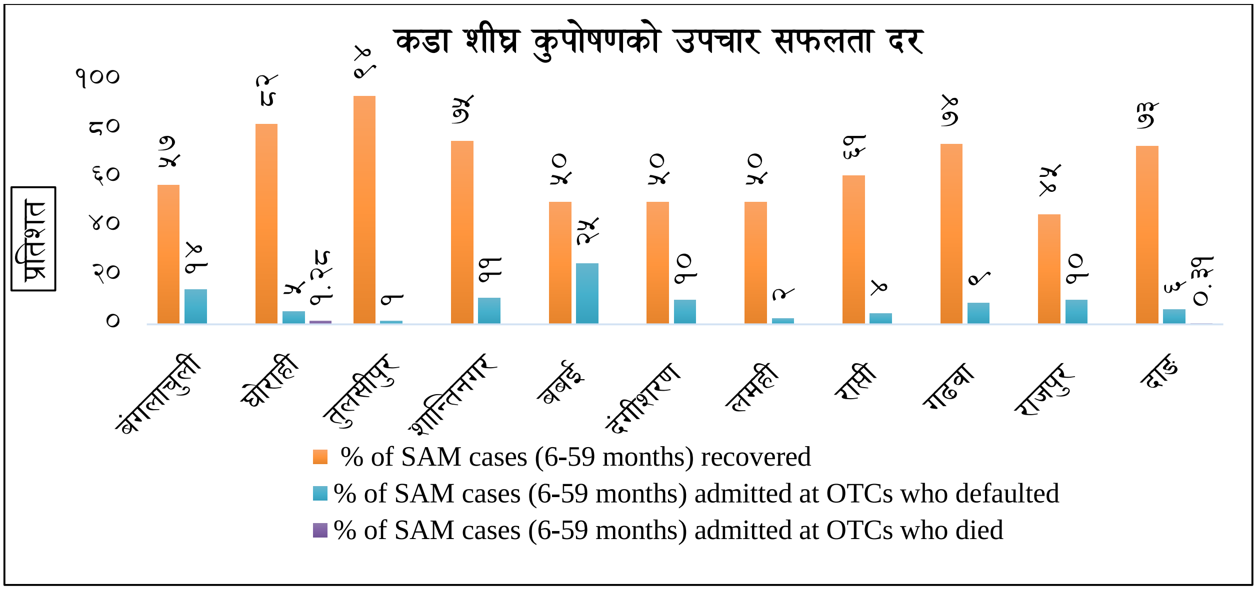
शीघ्र कुपोषणको कारणले हुने मृत्युदर घटाउने उद्देश्यले समुदायस्तरमै यसको उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने अवधारणा अनुरूप शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो। शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रममा स्वास्थ्यकर्मीहरुले ५ वर्षमुनिका बाल-बालिकामा हुने शीघ्र कुपोषणलाई समुदायमा आधारित बहिरंग (OTC) र अन्तरंग (ITC) सेवामार्फत उपचार गर्ने गर्दछन्। यसअन्तर्गत कुनै पनि चिकित्सकीय जटिलताबिना कडा कुपोषण मात्र भएका बालबालिकाको उपचार तोकिएको स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट बहिरंग सेवामार्फत हुन्छ भने चिकित्सकीय जटिलता सहित कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाको उपचार तोकिएको अस्पतालहरुबाट अन्तरंग सेवामार्फत हुन्छ।

आ.व. २०८२/८३ मा दाङ जिल्लाका OTC केन्द्रहरुमा उपचाररत ६ देखि ५९ महिनासम्मका मध्यम कुपोषण भएका बालबालिकाको उपचार सफलता दर ९१ प्रतिशत, डिफल्टर ५ प्रतिशत र मृत्यु ०.०३ प्रतिशत रहेको छ।



चित्र २१: (OTC) सेवामा मध्मम शीघ्र कुपोषणको उपचार सफलता दर   स्रोत: DHIS-2

त्यसैगरी, गत आर्थिक वर्षमा यस जिल्लाका OTC केन्द्रहरुमा उपचाररत ६ देखि ५९ महिनासम्मका कडा कुपोषण भएका बालबालिकाहरुको उपचार सफलता दर ७३ प्रतिशत, डिफल्टर दर ६ प्रतिशत र मृत्यु ०.३१ प्रतिशत रहेको छ।



चित्र २२: कडा शीघ्र कुपोषणको उपचार सफलता दर

स्रोत: DHIS-2

३.३.३.४. बाल भिटा (बहुसूक्ष्म पोषक तत्व) वितरण कार्यक्रम

शिशु तथा बालबालिकामा आइरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको रोकथामको लागि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले ६ महिनादेखि २ वर्षसम्मका बालबालिकालाई Home Fortification मार्फत उनीहरूको खानामा मिसाएर खुवाउने बाल भिटा वितरण कार्यक्रम सुरु गरेको हो। स्थानीय तहहरूमा बाल भिटा कार्यक्रमलाई मातृशिशु तथा बाल्यकालीन पोषण कार्यक्रमसँग एकीकृत गरी बालबालिकालाई किन र कसरी बाल भिटा खुवाउने भनी पोषण शिक्षा तथा परामर्शका कार्यक्रम सञ्चालन गरिन्छ।

आ.व. २०८२/८३ मा दाङ जिल्लामा ६-२३ महिनाका ६२ प्रतिशत बालबालिकाहरूले प्रथम चक्रको (६० स्याचेट) बाल भिटा प्राप्त गरेका छन् भने १४ प्रतिशतले मात्र तीन चक्र (१८० स्याचेट) बाल भिटा प्राप्त गरेका छन्। स्थानीय तहहरुमा तीन चक्र (१८० स्याचेट) बाल भिटा पूरा गर्नेमा दंगीशरण गा.पा.को कभरेज उच्चतम ४५ प्रतिशत छ, भने सबैभन्दा कम कभरेज घोराही उ.म.न.पा. र राजपुर गा.पा. को ६ प्रतिशत देखिन्छ। (तालिका नं. २६)

तालिका नं २६: तालिका नं.३: बाल भिटा वितरणको अवस्था

क्र. स.	जिल्ला/स्थानीय तहको नाम	प्रथम सत्र (६० स्याचेट) बाल भिटा प्राप्त गर्ने ६-२३ महिनाका बालबालिका % मा			तीन सत्र (१८० स्याचेट) बाल भिटा प्राप्त गर्ने ६-२३ महिनाका बालबालिका %मा		
		२०८०/८१	२०८१/८२	२०८२/८३	२०८०/८१	२०८१/८२	२०८१/८२
दाङ जिल्ला		४९	५३	६२	६	१०	१४
१	बंगलाचुली	३६	४८	४३	१	३	१४
२	घोराही	३२	४१	५३	२	३	६

३	तुलसीपुर	६२	६३	६०	९	११	१६
४	शान्तिनगर	२२	२९	४८	२	७	१५
५	बबई	६९	५६	५५	४	१०	५
६	दंगीशरण	७५	७४	७२	१०	२७	४५
७	लमही	४४	५४	१०१	९	२०	३२
८	राप्ती	७७	७४	१०७	१२	१३	१९
९	गढवा	६३	४७	५९	५	१५	१४
१०	राजपुर	३२	५२	२७	८	१०	६

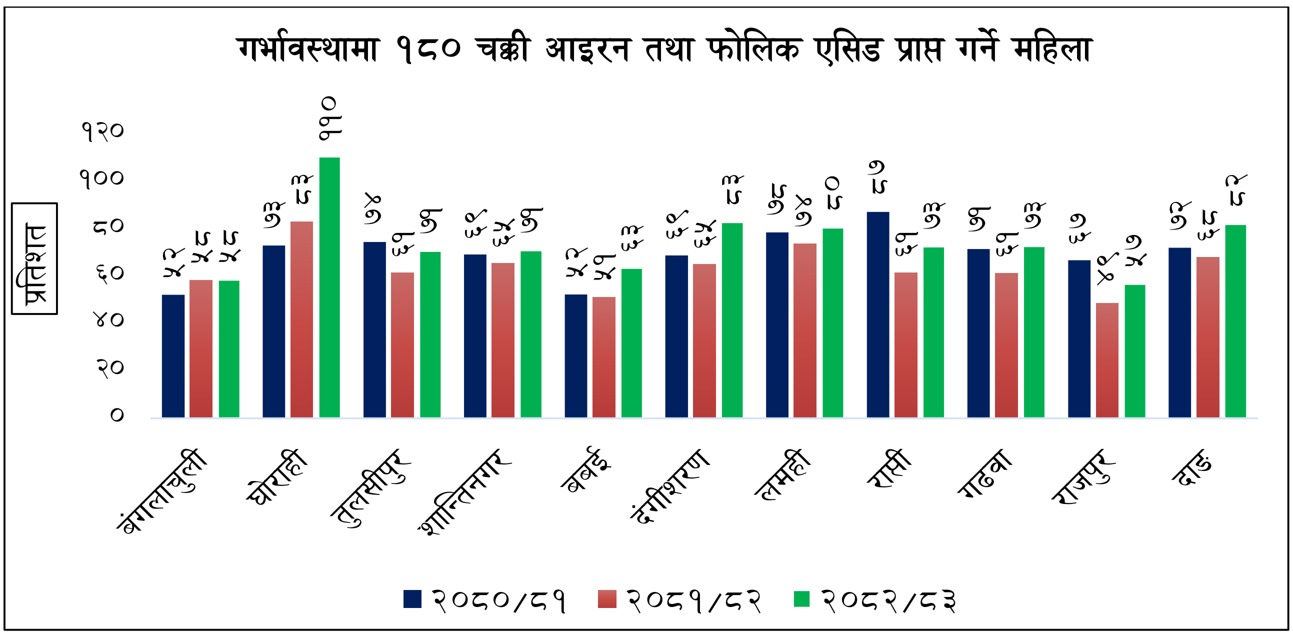
स्रोत: DHIS-2

३.३.३.५. आईरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

आइरन फोलिक एसिड वितरण कार्यक्रम

यस कार्यक्रमअन्तर्गत गर्भवती महिलाहरूलाई गर्भ रहेको दोस्रो चौमासिकदेखि शिशु जन्मेको ४५ दिन सम्म जम्मा २२५ चक्की दिनहुँ एक चक्की आइरन फोलिक एसिड खुवाइन्छ। आइरन फोलिक एसिडले गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरूलाई रक्तअल्पताबाट बचाउनुको साथै आमा र बच्चाको स्वास्थ्यलाई स्वस्थ बनाउने काम गर्छ।

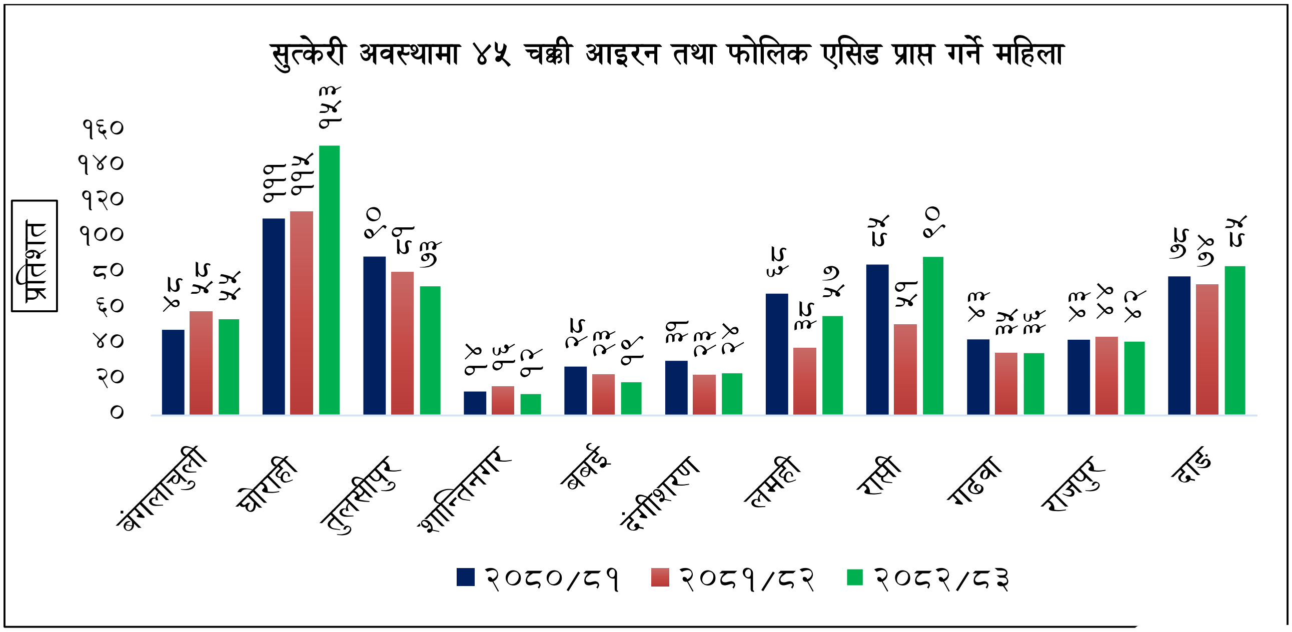
दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा अनुमानित गर्भवती संख्याको ८२ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरूले १८० आइरन चक्की तथा फोलिक एसिड प्राप्त गरेको देखिन्छ। स्थानीय तहहरुमा हेर्दा सबैभन्दा बढी घोराही उ.म.न.पा.मा ११० प्रतिशतले र सबैभन्दा कम राजपुर गा.पा.मा ५७ प्रतिशतले आइरन चक्की तथा फोलिक एसिड प्राप्त गरेका छन्।



चित्र २३: १८० चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने गर्भवति महिला

स्रोत: DHIS-2

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा प्रसूति सेवा लिएका सबै सुत्केरी महिलाहरूले ४५ चक्की आईरन तथा फोलिक एसिड (IFA) प्राप्त गरेको देखिन्छ। स्थानीय तहमध्ये सबैभन्दा बढी घोराही उ.म.न.पा. मा १५३ प्रतिशत र सबैभन्दा कम शान्तिनगर गाउँपालिकामा १२ प्रतिशत कभरेज रहेको छ। (चित्र नं. २४)

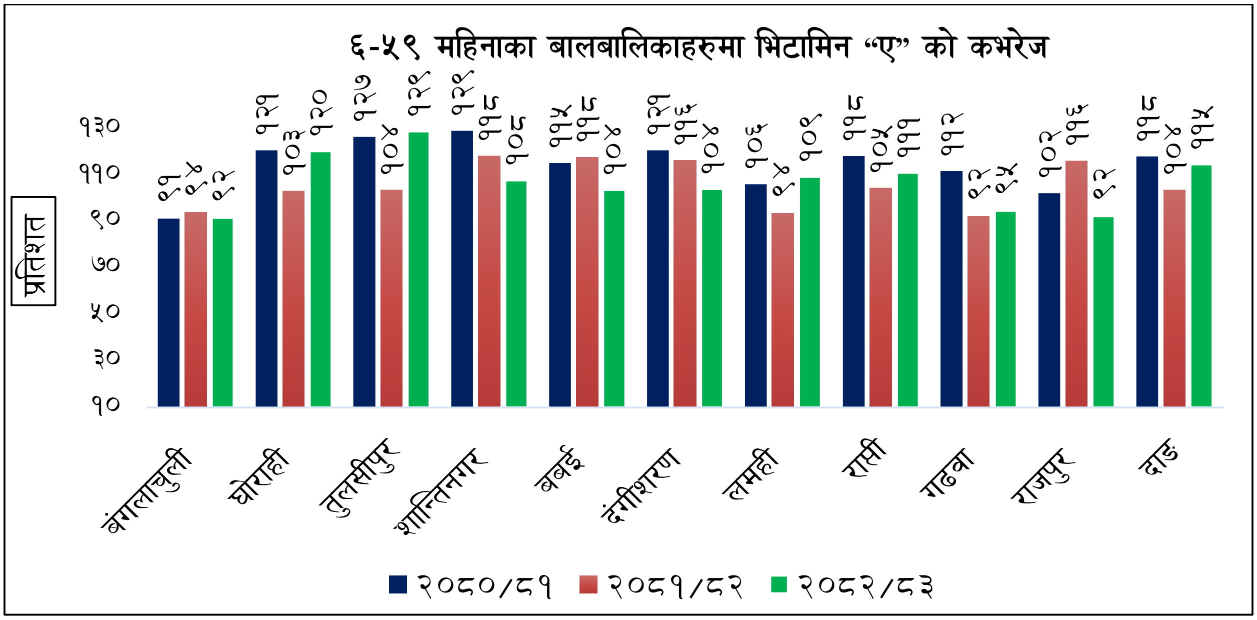


चित्र २४: ४५ चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने सुत्केरी महिला   स्रोत: DHIS-2

३.३.३.६. भिटामिन "ए" को कमीको नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रम

यस कार्यक्रमअन्तर्गत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुद्वारा वर्षको २ पटक (वैशाख र कार्तिक) ६-५९ महिनाका बालबालिकालाई भिटामिन "ए" क्याप्सुल खुवाइन्छ। साथै, स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट दादुरा, कडा कुपोषण, दीर्घ झाडापखाला र भिटामिन "ए" को कमीबाट हुने आँखासम्बन्धी रोगहरूको उपचार समेत भिटामिन "ए" क्याप्सुलद्वारा गरिन्छ। त्यसैगरी शिशुलाई स्तनपान मार्फत भिटामिन "ए" को आपूर्ति गर्ने उद्देश्यले सुत्केरी महिलाहरुलाई शिशु जन्मेको ६ हप्ताभित्र स्वास्थ्य संस्था वा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुबाट एक क्याप्सुल भिटामिन "ए" खुवाइन्छ।

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा ६-५९ महिनाका बालबालिकाहरुलाई भिटामिन "ए" खुवाएको कभरेज ११५ प्रतिशत रहेको छ। जसमध्ये सबैभन्दा बढी तुलसीपुर उ.म.न.पा.मा १२९ प्रतिशत र सबैभन्दा कम बंगलाचुली गा.पा.मा ९२ प्रतिशत रहेको छ।

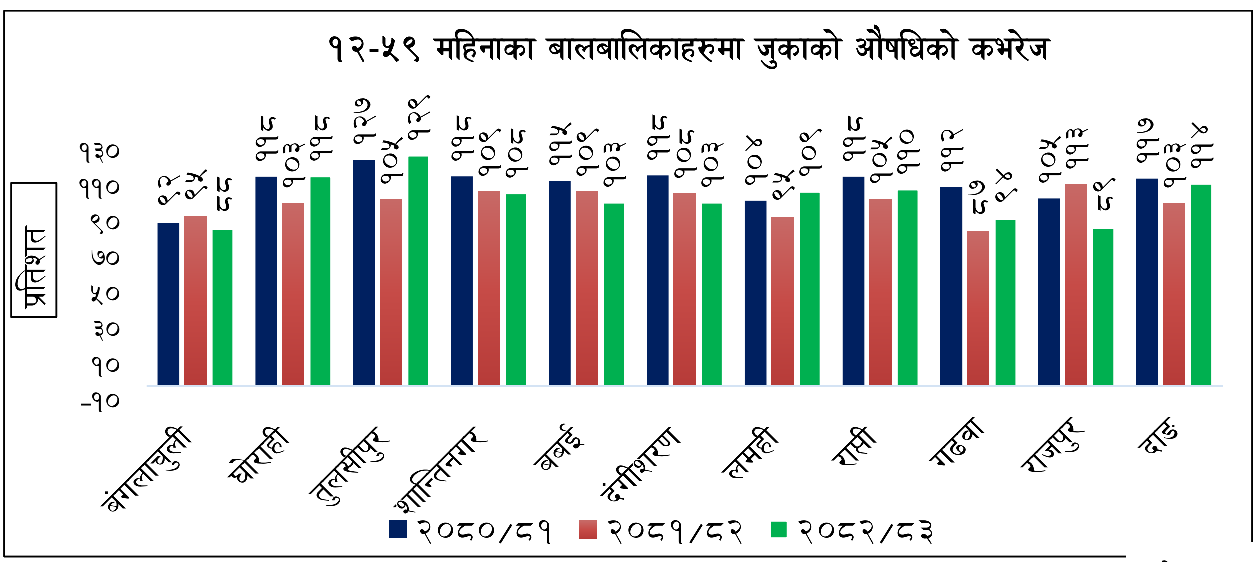


चित्र २५: ६-५९ महिनाका बालबालिकाहरुमा भिटामिन “ए” को कभरेज

स्रोत: DHIS-2

३.३.३.७. जुकाको औषधी वितरण कार्यक्रम (परजीवी नियन्त्रण कार्यक्रम)

यस कार्यक्रमअन्तर्गत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुद्वारा वर्षको २ पटक राष्ट्रिय भिटामिन “ए” कार्यक्रमसँगै जुकाको औषधी अल्बेन्डाजोलको एक मात्रा खुवाइन्छ। दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा जुकाको औषधी खुवाएको कभरेज अघिल्लो आ.व.को तुलनामा ११ प्रतिशत बिन्दुले बढी अर्थात ११४ प्रतिशत रहेको छ। स्थानीय तहहरुमा सबैभन्दा बढी तुलसीपुरको १२९ प्रतिशत र सबैभन्दा कम बंगलाचुलीको ८८ प्रतिशत रहेको छ।(चित्र नं २६)



चित्र २६: १२-५९ महिनाका बालबालिकामा जुकाको औषधीको कभरेज

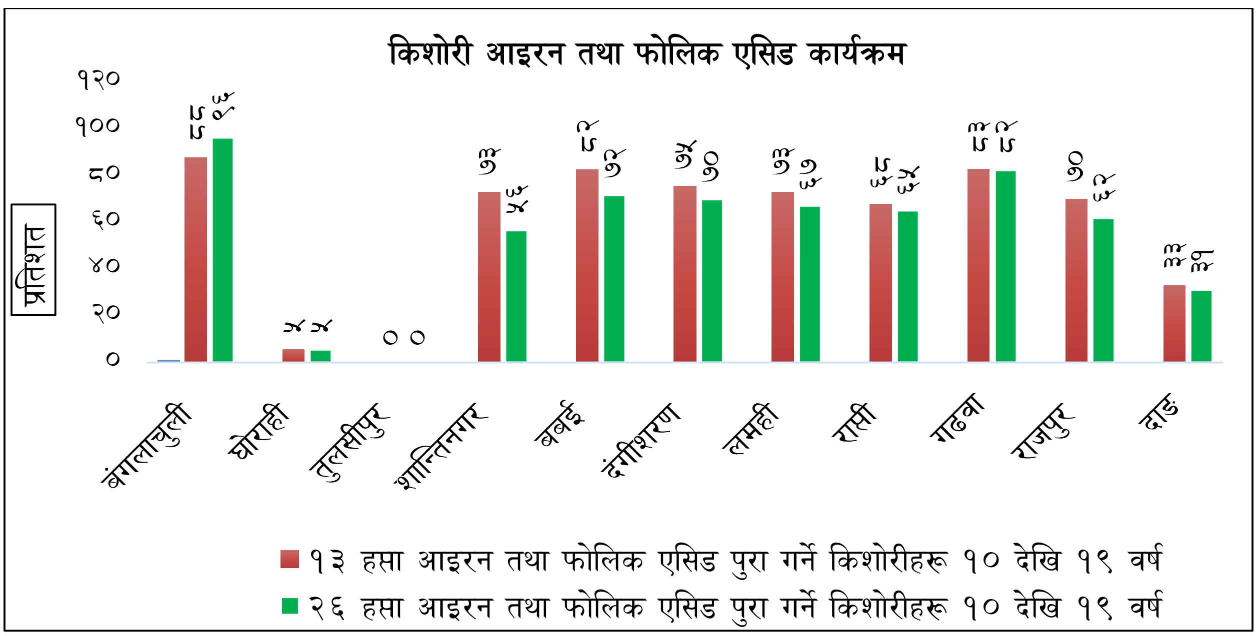
स्रोत: DHIS-2

३.३.३.८. किशोरीहरुलाई आइरन फोलिक एसिड चक्की खुवाउने कार्यक्रम

आर्थिक वर्ष २०७२/७३ देखि नेपाल सरकारले किशोरीहरूमा आइरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको न्यूनीकरणका लागि विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रमअन्तर्गत विद्यालयहरूमा साप्ताहिक रूपमा किशोरीहरूलाई आइरन तथा फोलिक एसिड खुवाउने कार्यक्रमको सुरुवात गरेको छ। यस कार्यक्रम अन्तर्गत वर्षको दुई पटक श्रावण-असोज (पहिलो चरणमा १३ हप्ता) र माघ-चैत (दोस्रो चरणमा १३ हप्ता) मा विद्यालयहरूमार्फत १० देखि १९ वर्षका किशोरीहरूलाई हप्ताको एकचोटी एक मात्रा आइरन तथा फोलिक एसिड (६० मि.ग्रा. आइरन र ४०० माइक्रोग्राम फोलिक एसिड) खुवाउने गरिन्छ।

विद्यालय नजाने किशोरीहरूलाई स्वास्थ्य संस्थाले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकामार्फत समुदाय तथा वडामा आइरन फोलिक एसिड चक्की वितरण गर्दछन्। उक्त चक्की वितरणको समयमा विद्यालयमा शिक्षकले र समुदायमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले विद्यालय जाने तथा नजाने किशोर किशोरीलाई विभिन्न खाद्य समूहको दैनिक खानामा प्रयोगले पोषण स्वास्थ्यमा पर्ने प्रभावबारे सूचित गर्दछन्। यसका अलावा शारीरिक तन्दुरुस्ती र पोषण सुस्वास्थ्यका लागि अतिरिक्त शारीरिक परिश्रम, सुरक्षित खानेपानी तथा सरसफाइको महत्वबारे पनि जानकारी गराइन्छ। हाल लुम्बिनी प्रदेशका सबै जिल्लाहरूमा यो कार्यक्रम सञ्चालनमा रहेको छ।

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा विद्यालयमार्फत १० देखि १९ वर्षका किशोरीहरूलाई २६ चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड खुवाएको कभरेज ३१ प्रतिशत रहेको छ। जसमध्ये सबैभन्दा बढी बंगलाचुली गा.पा.को ८८ प्रतिशत र सबैभन्दा कम तुलसीपुर उ.म.न.पा.को शुन्य कभरेज रहेको छ।(चित्र नं २७)



चित्र २७: किशोरी आइरन तथा फोलिक एसिड कार्यक्रम स्रोत: DHIS-2

३.३.३.९. सामुदायिक बिद्यालयका किशोरीहरुको रक्तअल्पता परीक्षण तथा व्यबस्थापन कार्यक्रम

किशोरावस्था स्वास्थ्य सुदृढीकरणका लागि संवेदनशील र महत्वपूर्ण अवधि हो। यस उमेर समूहमा पोषणको कमी विशेषगरी आइरनको कमीजन्य रक्तअल्पता (Anaemia) एक गम्भीर समस्या बनेको छ। राष्ट्रिय तथा प्रदेशस्तरका विभिन्न अध्ययनहरूले विद्यालय जाने उमेरका किशोर/किशोरीहरूमा रक्तअल्पताको दर उच्च रहेको देखाएका छन्। NDHS २०२२ को तथ्याङ्कअनुसार नेपालमा ५ वर्षमुनिका बालबालिकामा रक्तअल्पताको अवस्था धेरै उच्च (४३%) छ, १५ देखि ४९ वर्षसम्मका महिलाहरूमा ३४% र किशोरी-महिला (१५-१९ वर्ष) उमेर समूहमा ३९.४ % देखाउछ। यही तथ्याङ्क लुम्बिनी प्रदेशमा हेर्ने हो भने अझै उच्च देख्न सकिन्छ। ६ महिना देखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकामध्ये झन्डै आधा (४९%) मा रक्त अल्पता रहेको छ भने १५ देखि ४९ वर्ष उमेर समुहका ४४% महिलाहरुमा रक्त अल्पता रहेको तथ्याङ्कले देखाउछ।

कार्यक्रमको आवश्यकता

- **शैक्षिक प्रभावः** रक्तअल्पता भएका विद्यार्थीहरूमा कमजोरी, थकान र ध्यान केन्द्रित गर्ने क्षमता कम हुने भएकाले शैक्षिक क्षमतामा असर पुग्छ।
- **स्वास्थ्य जोखिमः** दीर्घकालीन रूपमा प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर हुने, रोग प्रतिकार शक्ति घट्ने र भविष्यमा सुरक्षित मातृत्वमा समस्या आउने सम्भावना रहन्छ।
- **सामाजिक महत्वः** स्वस्थ किशोर/किशोरीहरू नै भविष्यका कर्मशील नागरिक हुन्। उनीहरूको स्वास्थ्य सुधार प्रदेशको समग्र सामाजिक आर्थिक विकाससँग प्रत्यक्ष रूपमा जोडिएको हुन्छ।

माथिका समस्याहरुलाई मध्यनजर गर्दै लुम्बिनी प्रदेश सरकारले दाङ जिल्लाभित्रका सामुदायिक बिद्यालयका किशोरीहरुमा परीक्षणमार्फत रक्तअल्पताको अवस्था र उचाईको अनुसार तौल पत्ता लगाउन एवम् यसको उचित व्यवस्थापनका लागि परामर्श र उपचार गरी उनीहरुको स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्न यो कार्यक्रममा बजेट विनियोजन गरेको छ।

आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा जिल्लाका १९ सामुदायिक विद्यालयमा अध्ययनरत १० देखि १९ वर्षसम्मका ४५९९ जना किशोरीहरूमा रक्त नमुना परीक्षण गर्दा ३३३२ जना (७२ प्रतिशत) मा रक्तअल्पता देखिएको छ। स्थानीय तहहरुमा सबैभन्दा बढी राप्ती गा.पा.मा ८७ प्रतिशतमा रक्तअल्पता रहेको देखिन्छ।

तालिका नं २७: सामुदायिक विद्यालयका किशोरीहरूको रक्तअल्पता परीक्षण तथा व्यवस्थापन

क्र.स.	जिल्ला/स्थानीय तहको नाम	विद्यालय संख्या	परिक्षण किशोरी संख्या	रक्तअल्पता भएका किशोरी संख्या			रक्तअल्पता प्रतिशत
				Mild/ Moderate	Severe	जम्मा	
१	घोराही उ.म.न.पा.	१	८०१	५९०	४२	६३२	७९
२	तुलसीपुर उ.म.न.पा.	४	१३२१	७५१	७	७५८	५७
३	लमही न.पा.	३	९९९	७०७	२३	७३०	७३
४	राप्ती गा.पा.	३	५४१	४७०	३	४७३	८७
५	गढवा गा.पा.	६	९३७	७१८	२१	७३९	७९
दाङ जिल्ला		१७	४५९९	३२३६	९६	३३३२	७२

स्रोत:कार्यक्रम सञ्चालन भएको रिपोर्ट

३.३.४. पोषण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं २८: पोषण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• संघीय सरकारबाट पोषण सामग्री (IFA, Albendazole, बाल विटा, भिटामिन A आदि) को आपूर्ति, • किशोरीहरूमा रक्तअल्पता रोकथामका लागि IFA खुवाउने कार्यक्रम नियमित रुपमा सञ्चालन भएको, • कुपोषित बालबालिकाको उपचार तथा व्यवस्थापनका लागि जिल्लामा OTC र NRC सञ्चालनमा रहेको, • स्थानीय स्तरमा उल्लेख्य संख्यामा पोषण सम्बन्धी तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरु रहेका, • पोषण कार्यक्रम संघीय तथा प्रदेश सरकारको उच्च प्राथमिकतामा रहेको।	• पोषण सामग्री: IFA, Albendazole, बाल विटा, भिटामिन A तथा अभिलेख, प्रतिवेदन फर्मेटहरुको अपर्याप्त र बर्षभरी नियमित आपूर्ति, • आमाको दूध मात्र खुवाउने (Exclusive Breast feeding) प्रवृत्ति कमजोर रहेको, • अभिलेख र प्रतिवेदन अपूर्ण रहेको र समयमै नभएको। • OTC मा उपचार निर्देशिका, Stadiometer र तौल मेसिनको अपर्याप्तता, • बृद्धि अनुगमन तथा प्रवर्धनमा सुधार गर्नुपर्ने, • सबै स्थानीय तहमा पोषण कार्यक्रमको समर्पित फोकल पर्सन नभएको, • बालभिटाको नियमित उपभोग गर्नेको दर न्यून रहेको, • बहुक्षेत्रीय समन्वय तथा सहकार्य न्यून रहेको,
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• बहुक्षेत्रीय पोषण योजना तेस्रो कार्यान्वयन केही पालिकाबाट सुरुवात भई बिस्तार हुदै गएको, • स्थानीय तहलाई पोषण कार्यक्रमसम्बन्धी	• खाना र पोषणसँग सम्बन्धित गलत धारणाहरू, अन्धविश्वासहरू र हानिकारक सामाजिक-सांस्कृतिक प्रथाहरू अझै पनि कायम रहनु,

योजना तर्जुमा गर्ने, बजेट विनियोजन गर्ने र कार्यान्वयन गर्ने अधिकार, • विकास साझेदार तथा सहयोगी संस्थाहरुको उल्लेख्य उपस्थिति र सहयोग, • केही स्थानीय तहहरुले पोषणमैत्री स्वास्थ्य संस्था साथै पोषणमैत्री स्थानीय शासन कार्यान्वयनको सुरुवात गरेको।	• जङ्क फुड र अस्वस्थकर खानेकुराको बढ्दो बजारीकरण र उपभोग, • अन्तरसम्बन्धित कारणहरुको सम्बोधन गर्ने खालका क्रियाकलापहरु पर्याप्त नहुनु, • रैथाने खाद्य बालीको उत्पादन, उपभोग तथा बजार व्यवस्थापन एवम् प्रवर्धनमा कमी।

३.३.५. पोषण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं २९: पोषण कार्यक्रमको कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१.	औसत वृद्धि अनुगमन जाँच पटकमा कमी	स्वास्थ्य संस्था र गाउँघर क्लिनिकमा नियमित रुपमा वृद्धि अनुगमन र परामर्श गरी गुणस्तरीय अभिलेख तथा प्रतिवेदनको व्यवस्था गर्नुपर्ने।	स्थानीय तह र स्वास्थ्य संस्था
२.	OTC को सञ्चालन तथा सुदृढीकरणमा कठिनाई	आवश्यकताअनुसार OTC को स्थापना लागि मापदण्ड एवं उपचार निर्देशिका, Stadiometer, तौल मेसिन र सामग्रीहरूको सुनिश्चितता गर्ने।	प्रदेश सरकार र स्थानीय तह
३.	जङ्क फुड र अस्वस्थ खानेकुराको उपभोग बढ्दै जानु।	लक्षित समूह तथा जनसमुदायमा स्वस्थकर खानेकुरासम्बन्धी प्रचार प्रसार गरी जनचेतना फैलाउने र पाठ्य पुस्तकमा राख्ने।	प्रदेश सरकार र स्थानीय तह
४.	खाना र पोषणसँग सम्बन्धित गलत धारणा, अन्धविश्वास र हानिकारक सामाजिक-सांस्कृतिक प्रथाहरू अझै पनि कायम रहनु	• जनसमुदायमा स्वस्थकर खानेकुरासम्बन्धी प्रचार प्रसार गरी जनचेतना फैलाउने साथै स्वास्थ्यकर्मीद्वारा पोषण तथा स्वस्थकर खानासम्बन्धी परामर्श प्रदान गर्ने। • समुदायमा रहेको खाना तथा पोषणसंग सम्बन्धित गलत धारणाको पहिचान गरी समुदायकै संलग्नतामा समाधानका लागि प्रयास गर्नुपर्ने।	संघ, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह

३.४ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

३.४.१. पृष्ठभूमि

मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य (MNH) कार्यक्रम नेपाल सरकारको प्राथमिकताप्राप्त कार्यक्रममध्ये एक हो। यसलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा (BHS) प्याकेजको एउटा खण्डको रुपमा लिइएको छ। सन् १९९८ (२०५४/५५) मा सुरक्षित मातृत्व नीति अवलम्बन गरिएपछि MNH कार्यक्रम सुरु भयो। यसलाई पछि सन् २००६ मा दक्ष प्रसुतिकर्मी (SBAs) सम्बन्धी राष्ट्रिय नीतिद्वारा थप सुदृढ गरियो।

नेपालमा सामाजिक-आर्थिक र भौगोलिक असमानताका कारण अझै पनि सबै समुदायको स्वास्थ्य संस्थामा सहज पहुँच पुग्न सकेको छैन। नेपाल सरकारले आधारभूत रणनीतिको रुपमा मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सुदृढ गर्न संस्थागत प्रसुतिलाई विशेष रूपमा जोड दिएको छ।

राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य मार्गचित्र २०८७।८८ ले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिले अंगीकार गरेका दीर्घकालीन सोच र ध्येय पुरा गर्न एवम् सबै आमा र नवजात शिशुहरूको स्वस्थ जीवन सुनिश्चित गर्ने र कल्याणको प्रवर्द्धन गर्ने लक्ष्य हासिल गर्न सहयोग पुग्ने अपेक्षा राखेको छ।

मार्गचित्रका पाँचवटा अपेक्षित नतिजाहरू

- कोही पनि पछि नपर्ने गरी उच्च गुणस्तरको मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धतामा वृद्धि।
- समतामूलक मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाको माग र उपयोगमा वृद्धि।
- मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाको सुशासनमा सुधार र जवाफदेहिता सुनिश्चितता।
- मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाको अनुगमन र मूल्याङ्कनमा सुधार।
- मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाको आपतकालीन पूर्वतयारी सुदृढीकरण।

यस कार्यक्रमले प्रभावकारी र गुणस्तरीय प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा उपलब्धता सुनिश्चित गर्दै मातृमृत्यु र नवशिशु मृत्युलाई क्रमशः घटाउदै लैजाने लक्ष्य राखेको छ। नेपालमा मातृमृत्यु अनुपात सन १९९६ मा प्रति एक लाख जीवित जन्ममा ५३९ रहेकोमा सन् २००६ मा घटेर २८१ पुगेको थियो र सहस्राब्दी विकास लक्ष्य हासिल गर्नेतर्फ द्रुत प्रगति देखिएको थियो। तर सन् २००६ देखि २०१६ सम्म प्रगति दर सुस्त भयो। त्यतिवेला मातृमृत्यु अनुपात २३९ थियो। राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार प्रति लाख जीवित जन्ममा मातृ मृत्यु अनुपात नेपालमा १५१, लुम्बिनी प्रदेशको २०७ र दाङ जिल्लाको १६५ प्रति लाख रहेको छ। यही अनुपातमा जाने हो भने सन् २०३० सम्ममा प्रति एकलाख जिवित जन्ममा मातृ मृत्यु अनुपात घटाएर ७० पुर्‍याउन र नव शिशुको मृत्यु अनुपात १२ प्रति हजारबाट घटाई दिगो विकास लक्ष्य हासिल गर्न विशेष जोड दिनुपर्ने हुन्छ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम गर्भ, प्रसव र सुत्केरी अवस्थाको साथै नवशिशुहरुमा हुने जटिलताको समस्याको पहिचान तथा व्यवस्थापन गरी मातृ तथा नवशिशुको मृत्युदरमा कमी ल्याउने उद्देश्यले सञ्चालन गरिएको कार्यक्रम हो। सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तर्गत अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्र, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई, गाउँघर क्लिनिक र केही निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुमार्फत गर्भवती महिलाहरुको जाँच तथा संस्थागत प्रसूति र सुत्केरी जाँच सेवा प्रदान गर्रिंदै आएको छ।

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/०८३ मा संस्थागत सुरक्षित प्रसूति सेवाको लागि ४२ वटा बर्थिङ्ग सेन्टर, ४ वटा BEONC सेन्टर र ३ CEONC सेन्टर रहेका छन्, जहाँ २४ सै घण्टा प्रसूति सेवा उपलब्ध रहेको छ।

३.४.२. आ.व. २०८२/०८३ मा गरिएको प्रमुख क्रियाकलापहरु

- स्थानीय तहअन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सञ्चालन भएका मातृ तथा नवशिशु कार्यक्रमहरुको अनुगमन, सहजीकरण तथा स्थलगत अनुशिक्षण।
- प्रेषण प्रणाली सुदृढीकरणका लागि अस्पताल र स्थानीय बर्थिङ सेन्टरमा कार्यरत नर्सिङ कर्मचारी, मातृ तथा नवशिशु कार्यक्रम फोकल पर्सन र स्त्री तथा प्रसुती रोग विशेषज्ञबिच अन्तरक्रिया कार्यक्रम।
- बर्थिङ सेन्टरका लागि चाहिने अति आवश्यक औषधी तथा औषधीजन्य सामाग्रीहरु खरिद गरी स्थानीय तहमा रहेका सबै बर्थिङ सेन्टरहरुमा वितरण गरिएको।
- मातृ तथा नवशिशु कार्यक्रमको अभिमुखीकरण तथा समीक्षा साथै लेवर केयर गाईडको छपाई र अभिमुखीकरण।
- MPDSR कार्यक्रमको समीक्षा तथा अभिमुखीकरण कार्यक्रम।
- स्थानीय तहअन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सञ्चालन भएका मातृ तथा नवशिशु कार्यक्रम अन्तर्गत PNC Home Visit कार्यक्रमको समीक्षा, MPDSR समितिको बैठक साथै पूर्ण संस्थागत प्रसूति सेवायुक्त स्थानीय तह घोषणा कार्यक्रममा सहजीकरण।
- राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा MPDSR समितिको नियमित मासिक बैठक बसी PDR र MDR को समीक्षा।
- बर्थिङ सेन्टरमा कार्यरत नर्सिङ कर्मचारीहरुका लागि MNH अनसाईट कोचिङ, मेन्टरिङ कार्यक्रम सञ्चालन।
- प्रजनन् स्वास्थ्य समन्वय समितिको वैठक सञ्चालन।
- दाङ जिल्लाका सवैजसो स्थानीय तहहरूबाट प्रजनन रुग्णताको समस्या पहिचान गर्न पाठेघरको मुखको क्यान्सर परीक्षण, पाठेघर खस्ने समस्याको स्क्रिनिङ, स्तन क्यान्सरको स्क्रिनिङ र फिस्टुलाको स्क्रिनिङ कार्यक्रम सञ्चालन।

- अस्पतालहरुमा MPDSR/Birth Defect/Robson कार्यक्रम सेवा सञ्चालन, नियमित मासिक बैठक, समीक्षा तथा कार्यक्रमको निरन्तरता।
- सुरक्षित गर्भपतन सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाहरुको विस्तार।
- दाङ जिल्लाका दुर्गम स्वास्थ्य संस्थामा ग्रामीण अल्ट्रासाउण्ड कार्यक्रम विस्तार।
- घोराही उपमहानगरपालिका, तुलसिपुर उपमहानगरपालिका र बबई गाउँपालिकामा मातृ तथा बाल मृत्यु न्यूनीकरणको लागि सुरक्षित मातृत्व अभियान सञ्चालन।

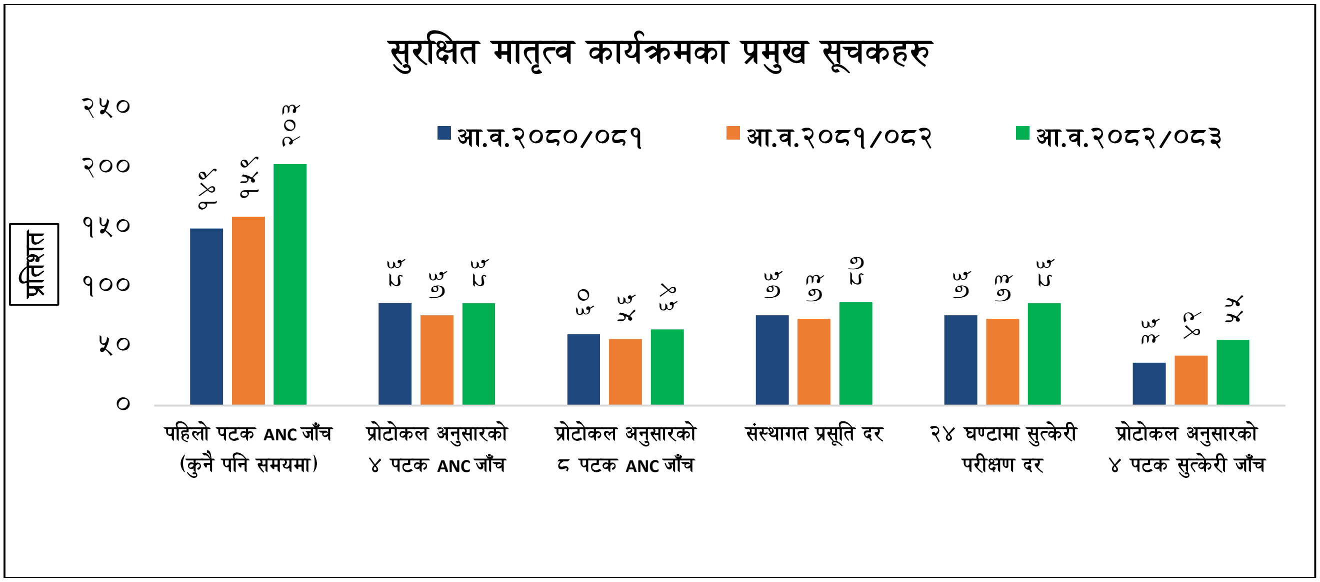
३.४.३. सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा भएका उपलब्धिहरू

- "पूर्ण संस्थागत प्रसूति सेवायुक्त वडा, स्थानीय तह र जिल्ला घोषणा तथा सुनिश्चिततासम्बन्धी मापदण्ड, २०८०" अनुसार, दाङ जिल्लामा २ वटा स्थानीय तह दंगीशरण र राप्ती गाउँपालिकालाई पूर्ण संस्थागत प्रसूति सेवायुक्त स्थानीय तह घोषणा तथा सुनिश्चितता।
- प्रोटोकल अनुसार सुत्केरी पश्चातको ४ पटक सेवा लिने आमाहरूको दरमा अघिल्लो आ.व.को भन्दा १३% विन्दुले वृद्धि भई ५५% पुगेको।
- प्रोटोकल अनुसार पहिलो पटक २४ घण्टामा सुत्केरी जाँच गर्ने आमाहरुको संख्यामा अघिल्लो आ.व.को भन्दा १३% विन्दुले बृद्धि भई ८६% पुगेको देखिन्छ।

३.४.३.१ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका प्रमुख सूचक

गत आर्थिक वर्षको तथ्याङ्क हेर्दा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका मुख्य मुख्य सूचकहरुमा वृद्धि भएको तथ्याङ्कले देखाएको छ। अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा गत आ.व. २०८२/०८३ मा गर्भवती जाँच/परीक्षण दर (कुनै पनि समयमा पहिलो पटक) ४४% प्रतिशत बिन्दुले वढेको छ। प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भ जाँच १०% विन्दुले बढेर ८६% भएको छ।

प्रोटोकल अनुसार आठ पटकको गर्भवती परीक्षण दर ५६ बाट वढेर ६४ प्रतिशत भएको छ। संस्थागत प्रसूति वढेर ८६% पुगेको छ भने प्रोटोकल अनुसार पहिलो पटक २४ घण्टामा सुत्केरी जाँच १३% विन्दुले बढेर ८६% पुगेको छ। प्रोटोकल अनुसार चार पटक सुत्केरी जाँच १३% विन्दुले बढेर ५५% भएको छ।

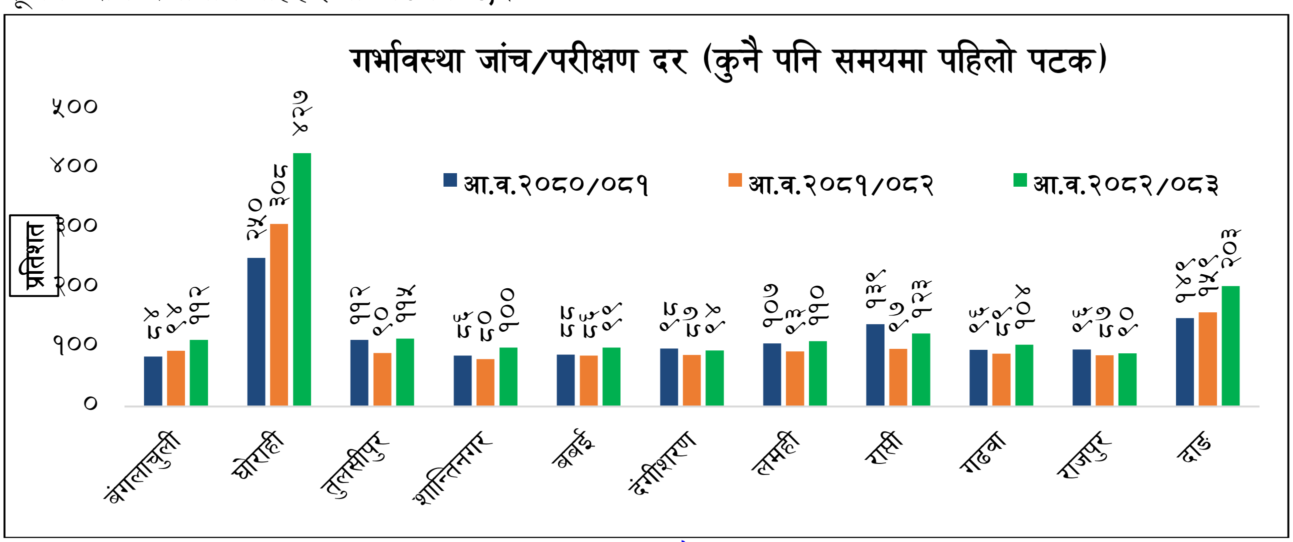


चित्र २८: सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका प्रमुख सूचकहरु

स्रोत: DHIS-2

३.४.३.२ गर्भावस्था जाँच/परीक्षण दर (कुनै पनि समयमा पहिलो पटक)

गत आर्थिक वर्ष २०८२/०८३ मा दाङ जिल्लामा २०३% गर्भवती महिलाहरूले पहिलो पटक (गर्भको कुनै पनि समयमा) गर्भावस्थाको परीक्षण/जाँच गरेको देखिन्छ। जुन, अघिल्लो आ.व. २०८१/०८२ को तुलनामा ४४% विन्दुले वढी हो। स्थानीय तहमध्ये लक्षित जनसङ्ख्याको आधारमा घोराही उपमहानगरपालिकामा सबैभन्दा धेरै ४२७% र सबैभन्दा कम राजपुर गाउँपालिकामा ९०% गर्भवती महिलाहरूले कुनै पनि समयमा पहिलो पटक गर्भ जाँच सेवा लिएको देखिन्छ। गत आर्थिक वर्षमा यो सूचक सबै स्थानीय तहहरुमा बढेको छ।

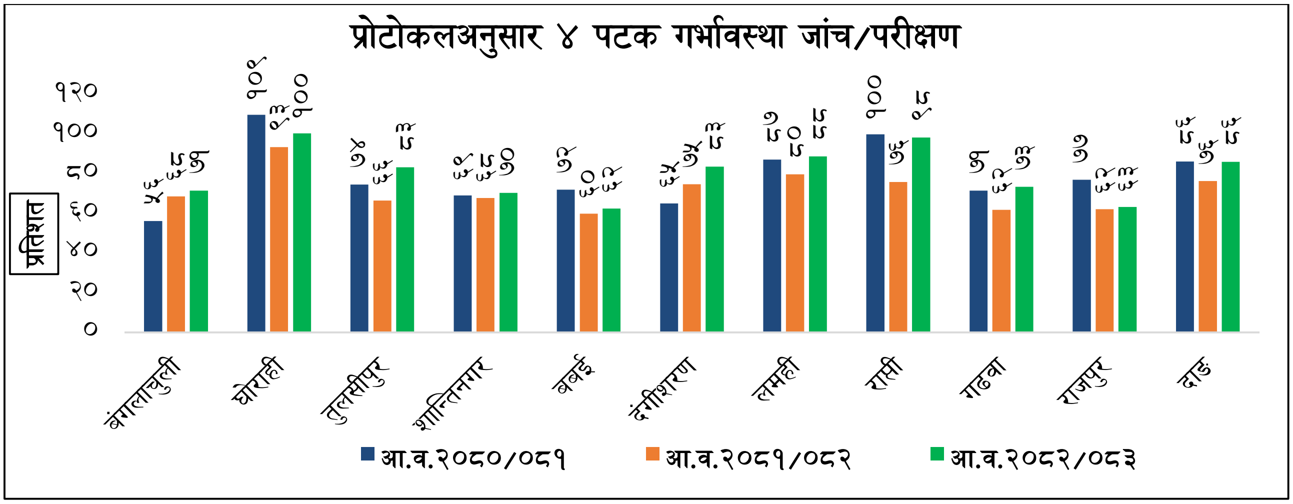


चित्र २९: गर्भावस्था जाँच दर (कुनै पनि समयमा पहिलो पटक)

स्रोत: DHIS-2

३.४.३.३. प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भावस्था जाँच/परीक्षण दर

गत आर्थिक वर्ष २०८२/०८३ मा दाङ जिल्लामा ८६% गर्भवती महिलाहरूले चार पटक (प्रोटोकल अनुसार) गर्भावस्थाको जाँच/परीक्षण गरेको देखिन्छ। जुन अघिल्लो आ.व. २०८१/०८२ को तुलनामा १०% विन्दुले वढी हो। स्थानीय तहहरुमध्ये लक्षित जनसङ्ख्याको आधारमा घोराही उपमहानगरपालिमा सबैभन्दा धेरै १००% गर्भवती महिलाहरूले गर्भको १६ हप्ता, २०-२४ हप्ता, ३२ हप्ता र ३६ हप्तामा (प्रोटोकल अनुसार) परीक्षण/जाँच सेवा लिएका छन् भने सबैभन्दा कम बबई गाउँपालिकामा ६२% ले सो जाँचको सेवा लिएका छन्। गत आर्थिक वर्षमा यो सूचकको कभरेज ५ वटा स्थानीय तहमा ७५% भन्दा कम र ५ वटा स्थानीय तहमा ७५% भन्दा बढी रहेको छ।



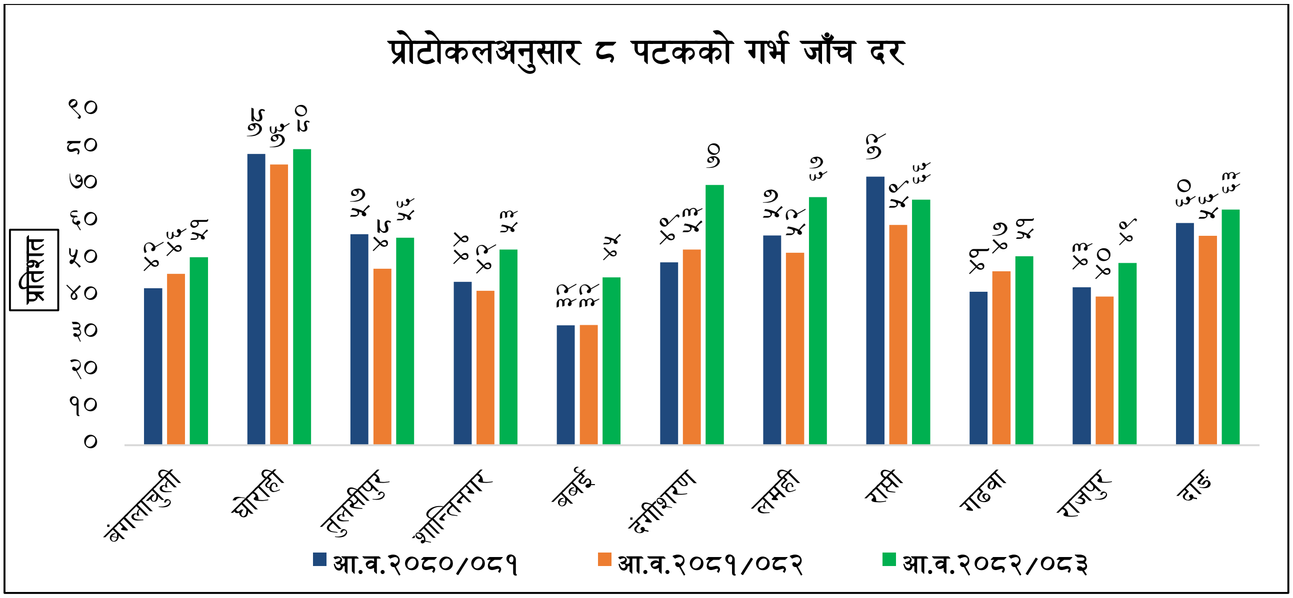
चित्र ३०: प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भावस्था जाँच/परीक्षण दर

स्रोत: DHIS-2

३.४.३.४. आठ पटक गर्भावस्था जाँच/परीक्षण दर (प्रोटोकल अनुसार)

गत आर्थिक वर्षमा दाङ जिल्लामा ६४% गर्भवती महिलाहरूले आठ पटक (प्रोटोकल अनुसार) गर्भावस्थाको जाँच/परीक्षण गरेको देखिन्छ। जुन आ.व. २०८१/०८२ को तुलनामा ८% विन्दुले वढी हो। घोराही उपमहानगरपालिकामा सबैभन्दा धेरै ८०% गर्भवती महिलाहरूले प्रोटोकल अनुसार आठ पटक गर्भ परीक्षण/जाँच सेवा लिएका छन् भने सबैभन्दा कम बबई गाउँपालिकामा ४५% ले प्रोटोकल यो सेवा लिएका छन्।

त्यसैगरी, आ.व. २०८२/८३ मा आठ पटक (प्रोटोकल अनुसार) गर्भको परीक्षण गर्ने गर्भवती महिलाको दर २ वटा स्थानीय तहहरुमा ५०% भन्दा कम र ८ वटा स्थानीय तहमा ५०% देखि ८०% को बिचमा रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ।

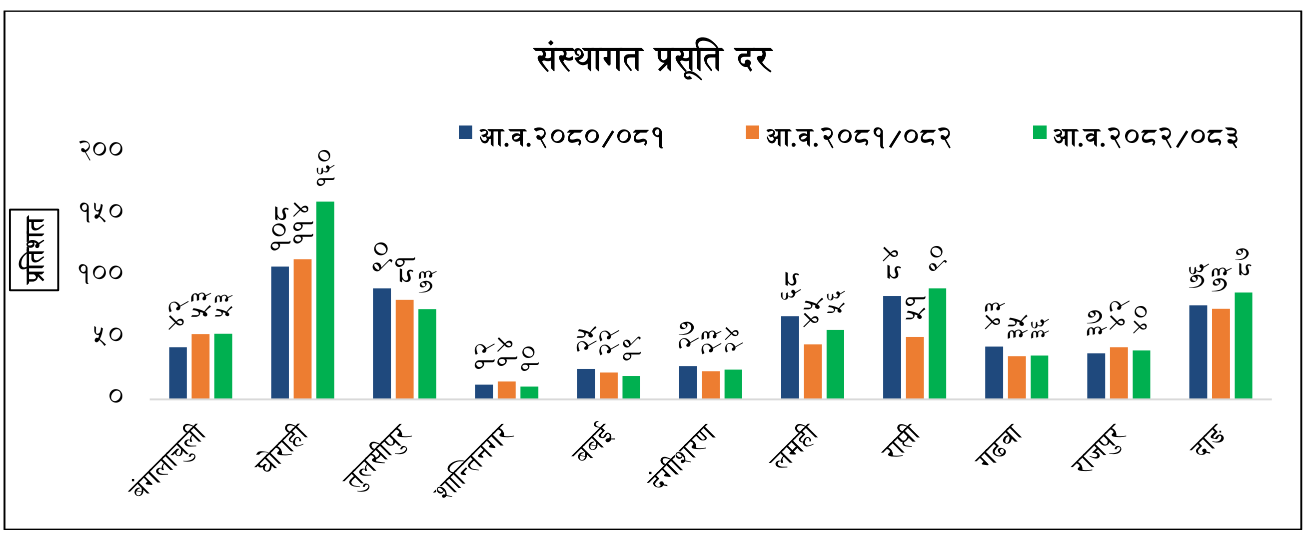


चित्र ३१: आठ पटक गर्भावस्था जाँच (प्रोटोकल अनुसार)

स्रोत: DHIS-2

३.४.३.५. संस्थागत प्रसूति सेवाको विवरण

गत आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा दाङ जिल्लामा ८७% गर्भवती महिलाहरूले संस्थागत प्रसूति सेवा लिएको देखिन्छ, जुन आ.व. २०८१/०८२ को तुलनामा १४% विन्दुले बढी हो। घोराहीमा सबैभन्दा बढी १६०% र शान्तिनगर गाउँपालिकामा सबैभन्दा कम १०% संस्थागत प्रसूति भएको देखिन्छ। गत आ.व.मा तोकिएको लक्षित जनसङ्ख्याको २०% भन्दा कम कभरेज भएका स्थानीय तहहरू २ वटा, २०% देखि ४०% सम्म कभरेज भएका स्थानीय तहहरू ३ वटा, ४०% देखि ७०% सम्म कभरेज भएका स्थानीय तहहरू २ वटा, ७०% भन्दा बढी कभरेज भएका स्थानीय तहहरू ३ वटा रहेका छन्।

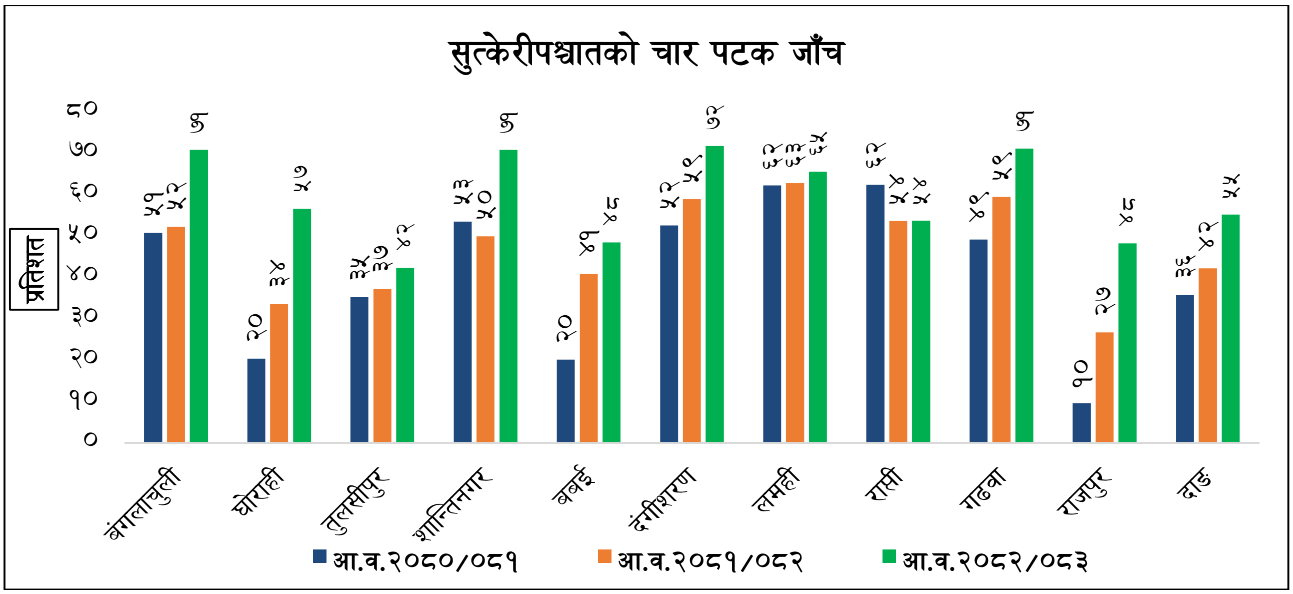


चित्र ३२: संस्थागत प्रसूति सेवाको विवरण

स्रोत: DHIS-2

३.४.३.६. सुत्केरी पछिको चार पटक जाँच

दाङ जिल्लामा कतिपय स्थानीय तहहरूले सुत्केरी महिलाहरुलाई प्रत्यक्ष लाभ पुग्नेगरी "सुत्केरीसँग उपाध्यक्ष भेट", "सुत्केरीका घरमा स्वास्थ्यकर्मी", "सुत्केरीलाई पोषण सामग्री वितरण" जस्ता कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएका छन्। जसको परिणामस्वरूप यस जिल्लाका सुत्केरी महिलाहरूले प्रोटोकल अनुसार चार पटक (सुत्केरी भएको २४ घण्टा, ३ दिन, ७ देखि १४ दिन र ६ हप्तामा) सुत्केरी जाँच गर्ने क्रम बढ्दो छ। प्रोटोकलअनुसार चार पटक प्रसूति पछिको जाँच गर्ने दर ४२% बाट वृद्धि भई ५५% पुगेको छ। सुत्केरी महिलाहरूले चार पटक परीक्षण गर्ने दर सबैभन्दा बढी बंगलाचुली गाउँपालिकामा ७३% र सबैभन्दा कम तुलसीपुर उपमहानगरपालिकामा ४२% रहेको पाइन्छ। ३ वटा स्थानीय तहको कभरेज ५०% भन्दा कम, ४ वटा स्थानीय तहको कभरेज ५०% देखि ७०% सम्म र ३ वटा स्थानिय तहको कभरेज ७०% भन्दा माथि रहेको छ।



चित्र ३३: सुत्केरी पछिको जाँच (चार पटकको)

स्रोत: DHIS-2

३.४.३.७. मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिक्रिया (MPDSR)

मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिक्रिया MPDSR एउटा नियमित निगरानी प्रक्रिया हो। हरेक मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको सूचनाले मातृ मृत्यु अनुपात र पेरिनेटल मृत्युदर मापन गर्न साथै समयमै यथार्थ वस्तुस्थिति थाहा पाई कार्यक्रम प्रभावकारी बनाउन मदत गर्दछ। हाल दाङ जिल्लाका सबै अस्पताल र सबै स्थानीय तहमा MPDSR कार्यक्रम सञ्चालनमा रहेको छ।

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/०८३ मा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिक्रिया MPDSR प्रतिवेदन अनुसार ४ जना आमाहरूको मृत्यु भएको छ। जसमध्ये घोराहीमा २ जना, दंगीशरण गाउँपालिकामा १ जना र शान्तिनगर गाउँपालिकामा १ जना आमाको मृत्यु भएको देखिन्छ।

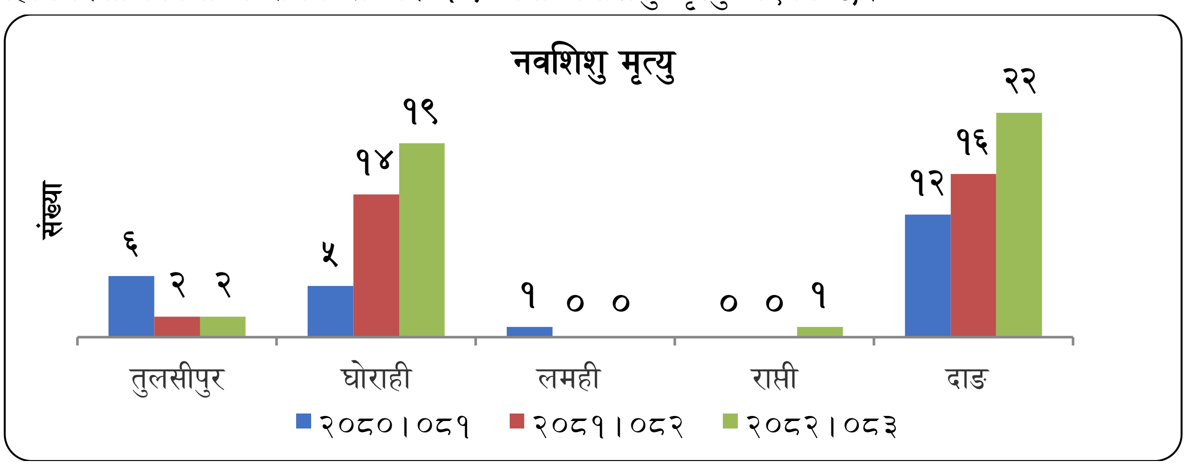
तालिका नं ३०: मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिक्रिया (MPDSR)

स्थानीय तहको नाम	आ.व २०८०/८१		आ.व २०८१/८२		आ.व २०८२/८३	
	मातृमृत्यु संख्या	VA गरिएको	मातृमृत्यु संख्या	VA गरिएको	मातृमृत्यु	VA गरिएको
बंगलाचुली गाउँपालिका	०	०	२	२	०	०
घोराही उपमहानगरपालिका	१	०	३	०	२	२
तुल्सीपुर उपमहानगरपालिका	४	४	३	२	०	०
शान्तिनगर गाउँपालिका	०	०	०	०	१	१
दंगीशरण गाउँपालिका	१	१	०	०	१	१
बबई गाउँपालिका	१	१	०	०	०	०
राप्ती गाउँपालिका	१	१	०	०	०	०
गढवा गाउँपालिका	०	०	१	१	०	०
लमही नगरपालिका	०	०	०	०	०	०
राजपुर गाउँपालिका	०	०	०	०	०	०
जम्मा	**८**	**७**	**९**	**५**	**४**	**४**

स्रोत: MPDSR

३.४.३.८. नवशिशु मृत्यु विवरण

दाङ जिल्लामा स्वास्थ्य संस्था र अन्य स्थानमा गरी नवशिशु मृत्युको संख्या विगतका तीन आ.व.मा क्रमशः १२, १६ र २२ रहेको छ। आ.व. २०८१/८२ मा घोराही उपमहानगरपालिकारमा सबै भन्दा धेरै १४ जना नवशिशुको मृत्यु भएको थियो भने गत आर्थिक वर्षमा पनि घोराही उपमहानगरपालिकामा नै सबैभन्दा धेरै १९ जना नवशिशु मृत्यु भएको छ।



चित्र ३४: नवशिशु मृत्यु विवरण

स्रोत: DHIS-2

३.४.४. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ३१: सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• अत्यावश्यक औषधीहरु (आइरन चक्की, क्याल्सियम, अक्सिटोसिन) र नवशिशु उपचारका लागि आवश्यक सामग्रीहरुको स्थानीय तहसम्म आपूर्ति र उपलब्धता • तालिमप्राप्त दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको वढ्दो उपलब्धता • प्रेषण प्रणाली सुदृढीकरणको लागि सवै बर्थिङ सेन्टर र अस्पतालका नर्सिङ कर्मचारीहरुको सञ्जाल (Messenger Group) निर्माण गरी कार्यान्वयनमा ल्याइएको; • स्थानीय तहबाट स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई यातायात खर्च, सञ्चार खर्च जस्ता प्रोत्साहन रकमको व्यवस्था साथै सुत्केरी महिलाहरुलाई पोषण झोला र हाइजेनिक किटको व्यवस्था; • अधिकांश स्थानीय तहहरुले संस्थागत प्रसूतिका लागि निशुल्क एम्वुलेन्स सेवाको व्यवस्था गरेको; • संस्थागत सुत्केरी दर, पूर्व प्रसूति जाँच दर, उत्तर प्रसूति जाँच दरमा सुधार भएको; • Medical Abortion Service Site विस्तार भएको; • केही पालिकाहरुमा पूर्ण संस्थागत प्रसूति सेवायुक्त स्थानीय तह तथा वडा घोषणाको सुरुवात, निरन्तरता र बिस्तार हुदै गएको।	• बर्थिङ सेन्टरको भौतिक पूर्वाधार (पर्याप्त ठाउँ, बिजुली, पानीलगायत) र उपकरणहरुको मर्मतसम्भारको कमी; • प्राइभेट क्लिनिक, स्वास्थ्य संस्था तथा अस्पतालहरुसँगको सहकार्य र समन्वय; • मानव संसाधनको असन्तुलित वितरण (दक्ष तथा तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी सुगम स्थानकेन्द्रित) • सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर मापदण्डअनुसार नहुनु; • उत्तर प्रसुति जाँच गराउने दर लक्ष्यअनुसार न्यून रहनु; • गर्भदेखि उत्तर प्रसूति सेवासम्म अधिकांश सेवाग्राहीको निरन्तरता नहुनु; • सक्रिय, चुस्त र प्रभावकारी प्रेषण प्रणाली नहुनु; • मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युदर उच्च रहनु; • केही स्थानमा घरमा हुने प्रसुती अझै कायमै देखिनु; • किशोरकिशोरीमैत्री स्वास्थ्य संस्थाहरुको सेवा र संख्या कम हुनु।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• राप्ती प्रादेशिक अस्पताल र राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान जस्ता ठुला अस्पतालहरु प्रेषण केन्द्रको रुपमा उपलब्ध हुनु; • स्थानीय तहहरुबाट स्वास्थ्य क्षेत्रमा बजेट विनियोजन, बर्थिङ सेन्टर स्थापना र एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालनलाई विशेष प्राथमिकता दिइनु; • साझेदार संस्थाहरुको उपस्थिति र प्राविधिक/आर्थिक सहयोग उल्लेख्य मात्रामा हुनु।	• शहरी क्षेत्र तथा सुकुम्बासी वा अस्थायी रुपमा बसोबास गर्ने जनसंख्याको ट्याकिङ गर्न र स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा ल्याउन कठिन; • बालविवाह, किशोरावस्थामा हुने गर्भवती तथा सुत्केरी दर उच्च रहेको; • निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट हुने असुरक्षित गर्भपतनको नियमन हुन नसकेको; • आधारभूत स्वास्थ्य संस्था र प्रेषण केन्द्रबिच प्रभावकारी समन्वय, सञ्चार र फलोअप नहुनु।

३.४.५. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ३२: सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१	मातृ मृत्यु तथा नवशिशु मृत्यु र Still birth (fresh and macerated) कायमै रहेको।	गुणस्तरिय ANC जाँच, Referral Mechanism र MPDSR कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन गरी सुधार गर्नुपर्ने। समुदाय स्तरमा जनचेतनामुलक कार्यक्रम गर्ने।	परिवार कल्याण महाशाखा, स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह, स्वास्थ्य संस्थाका नर्सिङ कर्मचारीहरु
२	Baby Plan देखि ANC to PNC continuum care कार्यक्रम प्रभावकारी रुपमा समुदाय स्तरसम्म सञ्चालन नभएको।	ANC to PNC सेवा कार्यक्रमलाई जोड दिई सवै गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाको सेवामा निरन्तरताका लागि ट्र्याकिङ प्रणालीको विकास गरी सेवा दिनुपर्ने।	स्थानीय तह, स्वास्थ्य संस्थाका नर्सिङ कर्मचारीहरु
३	किशोरावस्थामा हुने गर्भवति दर उच्च रहेको।	• विद्यालयमा अध्ययनरत किशोरकिशोरी हरुलाई समेटी विद्यालय स्वास्थ्य शिक्षालाई नियमितता दिने तथा जनचेतनामुलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने। • कानूनी सचेतना तथा कार्यावन्यनका लागि सम्बद्ध पक्षहरु (जिल्ला प्रशासन कार्यालय, जिल्ला प्रहरी कार्यालय, स्थानीय तहको सामाजिक विकास शाखालगायत अन्य) संग समन्वय गरी सचेतना अभिवृद्धि गर्ने कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने।	परिवार कल्याण महाशाखा, स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारीहरु
५	औषधीजन्य तथा अन्य स्वास्थ्य सामग्रीहरु पर्याप्त मात्रामा नहुनु।	प्रदेश आपुर्ति व्यवस्थापन केन्द्रबाट आउने औषधीहरु, Guideline तथा Protocol हरु आवश्यक मात्रामा नियमित उपलव्ध हुनुपर्ने।	प्रदेश आपुर्ति व्यवस्थापन केन्द्र, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह

३.५ परिवार योजना कार्यक्रम

३.५.१. पृष्ठभूमि

गुणस्तरीय परिवार योजना सेवा प्रदान गर्ने उद्देश्यले सन् १९९१ देखि प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम र परिवार योजना कार्यक्रमलाई विस्तार गरी अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, गाउँघर क्लिनिक र घुम्ती शिविरहरूबाट परिवार योजना सेवा पुर्याउँदै आईएको छ। गुणस्तरीय गर्भ निरोधक साधनहरू प्रयोग गरी आमा र नवजात शिशु तथा बालबालिकाको स्वास्थ्यमा सुधार, जनसङ्ख्याको उचित व्यवस्थापन र आर्थिक विकासको साथै वातावरणमा सन्तुलन कायम गरी सम्पूर्ण जनताको आधारभूत आवश्यकता परिपूर्ति गर्ने काममा महत्वपूर्ण भूमिका पुऱ्याउने यस कार्यक्रमको उद्देश्य रहेको छ। यो कार्यक्रममा गैरसरकारी निकायहरूको पनि सहभागिता रहेको छ। समुदाय स्तरमा रहेका महिला स्वयंसेविकाहरूलाई अधिकतम परिचालन गरी परिवार योजनाका साधनमध्ये कण्डम र पिल्सलाई वितरण गर्ने कार्य पनि भईरहेको छ। यसैगरी परिवार योजनाका साधनहरूको पहुँच नपुगेका वा Unmet Need लाई ध्यान दिई सेवाको विस्तार गरिएको छ।

यस कार्यक्रमअन्तर्गत किशोरी प्रजनन दरमा कमी ल्याउने, ढिलो विवाह गर्ने, केही वर्षका अन्तरालमा बच्चा जन्माउन प्रोत्साहन गर्ने, योजनाबद्ध परिवारको अवधारणालाई स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चारको माध्यमबाट सबैलाई ज्ञान दिने, सहज रूपमा सेवा उपलब्ध गराउने, वर्ष भरी नै सेवा नियमित रूपमा सञ्चालन गर्ने र सेवाको पहुँच बढाउने जस्ता रणनीति अवलम्बन गरिएको छ।

३.५.२. आ.ब. २०८२/८३ मा सम्पादन गरिएका मुख्य /मुख्य क्रियाकलापहरु

- परिवार योजना सेवा सुदृढीकरणको लागि परिवार योजना सेवाको प्रयोगदर कम भएको स्थानीय तह तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुसंग सुक्ष्म योजना कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।
- परिवार योजना सेवाअन्तर्गत स्थायी बन्ध्याकरण (महिलाहरुका लागि मिनिल्याप र पुरुषहरुका लागि भ्यासेक्टोमी) शिविर र लामो अवधिको परिवार योजना सेवा सञ्चालन गरिएको।
- परिवार योजना सेवामा समेट्न नसकिएको वर्गलाइ सहयोगी संस्था किड्स तथा मुस्लिम समुदायकै प्रशिक्षक/धर्म गुरुद्वारा मुस्लिम तथा अल्पसङ्ख्यक समुदायमा खुसहाल परिवार कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।
- एकिकृत प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता शिविर स्थानीय तहका विभिन्न स्थानमा संचालन भएको।
- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूमा परिवार योजनाका अस्थाई साधन नियमित रूपमा उपलब्ध गराइएको।
- निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूको सुदृढीकरण गर्नका साथै क्षमता अभिवृद्धि गरी परिवार योजनाको सेवाहरू प्रदान तथा विस्तार गरिएको।

- स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीलाई Implant, IUCD, PPFP तालिमको लागि सहजीकरण तथा आवश्यकता अनुसार व्यवस्था गरिएको।
- नियमित रूपमा सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा परिवार योजना सम्बन्धी सूचना सामग्रीहरू तथा अन्य सामाग्रीहरु वितरण गरिएको।
- परिवार योजनाका साधनहरूको बिक्री वितरण गर्ने प्राइभेट क्लिनिक तथा औषधी पसलहरूसँग अन्तरक्रिया कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।
- परिवार योजना सेवा कार्यक्रमहरुको नियमित सुपरिवेक्षण, अनुगमन, सहजीकरण र स्थलगत अनुशिक्षण गरिएको।
- समुदाय स्तरमा किशोर किशोरीहरूसँग परिवार योजना र प्रजनन स्वास्थ्यको बारेमा छलफल तथा अन्तरक्रिया कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।

३.५.३. परिवार योजना सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

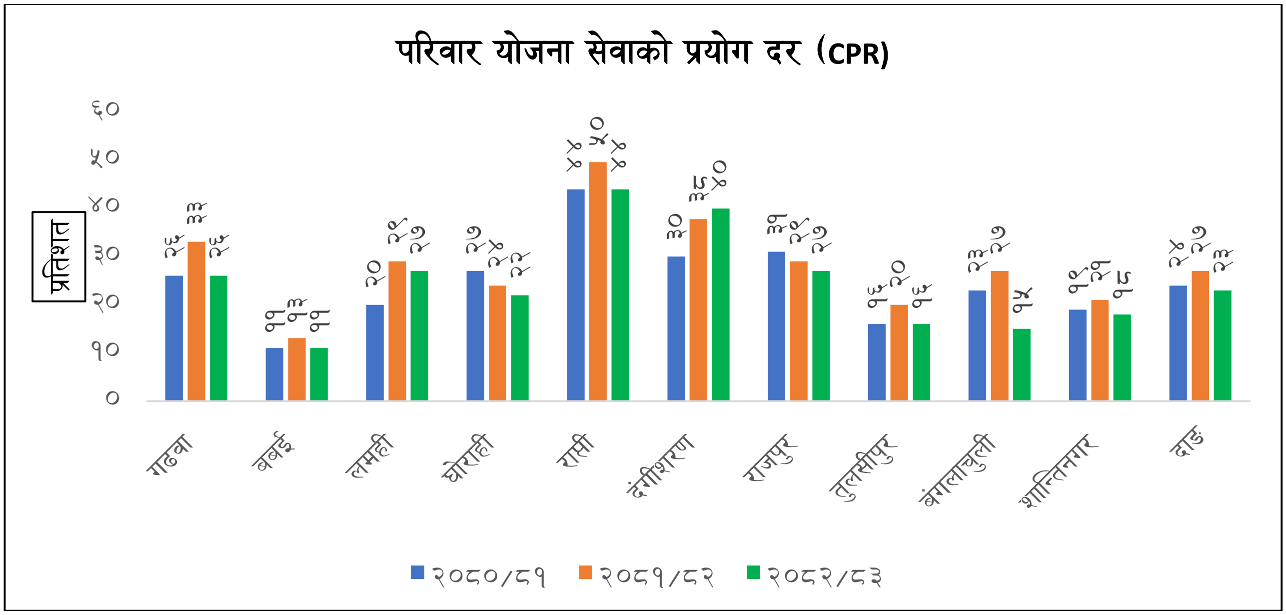
तालिका नं ३३: परिवार योजना सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

क सं	स्थानीय तहको नाम	सेवा उपलव्ध भएका स्वास्थ्य संस्था		
		इम्प्लान्ट	आयु सि डि	दुवै सेवा भएको
१.	घोराही उपमहानगरपालिका	११	११	११
२.	तुलसीपुर उपमहानगरपालिका	११	९	९
३.	लमही नगरपालिका	१०	६	६
४.	राप्ती गाउँपालिका	७	३	३
५.	गढवा गाउँपालिका	१०	४	४
६.	राजपुर गाउँपालिका	५	२	२
७.	बंगलाचुली गाउँपालिका	७	४	४
८.	दंगीशरण गाउँपालिका	९	४	२
९.	शान्तिनगर गाउँपालिका	५	३	३
१०.	बबई गाउँपालिका	४	२	२
जम्मा संख्या		७९	४८	४७

३.५.४. परिवार योजना सेवाको प्रमुख उपलब्धिहरु

३.५.४.१ परिवार योजना सेवाको प्रयोग दर

दाङ जिल्लाको परिवार योजना सेवाका प्रयोगकर्ता दर Contraceptive Prevalence Rate (unadjusted CPR) गत वर्ष ४ प्रतिशत बिन्दुले घटेको देखिन्छ। परिवार योजना सेवाका प्रयोगकर्ता दर सबैभन्दा धेरै राप्ती गाउँपालिकामा ४४ प्रतिशत र सबैभन्दा कम बबई गाउँपालिकामा ११ प्रतिशत रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ।

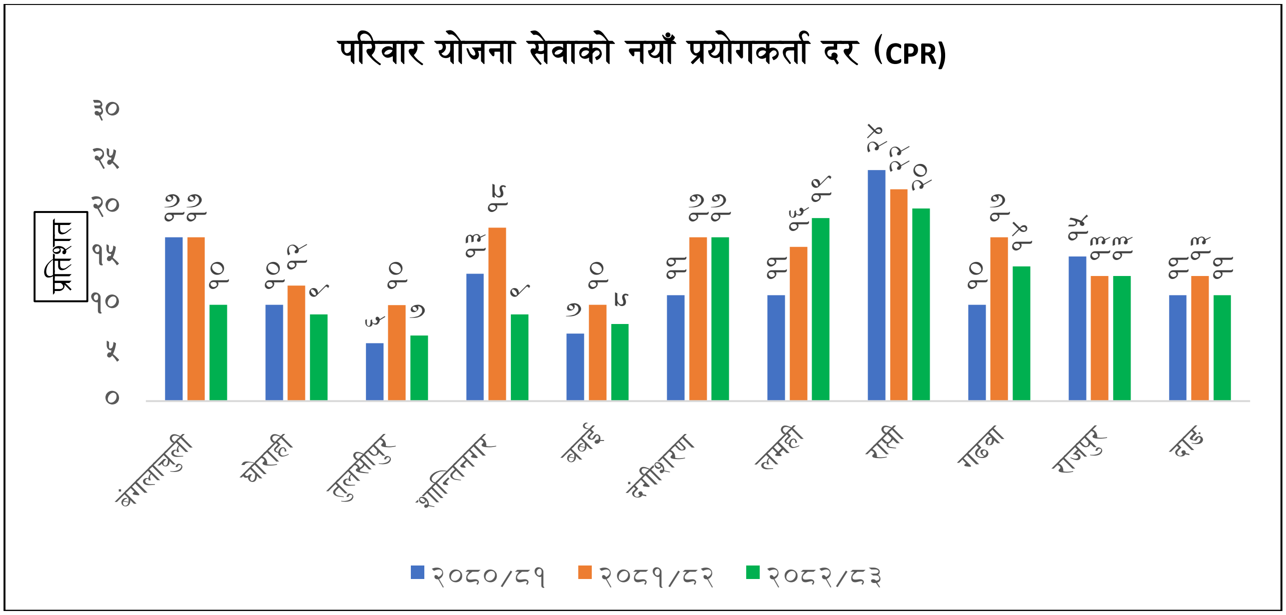


चित्र ३५: परिवार योजना सेवाको प्रयोग दर

स्रोतः **DHIS-2**

३.५.४.२. परिवार योजना सेवाको नयाँ प्रयोग दर

आ.व. २०८१/८२ को तुलनामा गत आ.व.मा परिवार योजनाका साधनको नयाँ प्रयोगकर्ता दर २ प्रतिशत बिन्दुले घटेको देखिन्छ। उक्त दर सबैभन्दा धेरै राप्ती गाउँपालिकामा २० प्रतिशत र सबैभन्दा कम तुलसीपुर उपमहानगरपालिकामा ७ प्रतिशत तथा बबई गाउँपालिकामा ८ प्रतिशत रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ। गत आ.व.मा तोकिएको लक्षित जनसङ्ख्यामा आधुनिक परिवार नियोजनका नयाँ प्रयोगकर्ता दर १०% भन्दा कम भएका स्थानीय तहहरू ४ वटा, १०% देखि २०% सम्म कभरेज भएका स्थानीय तहहरू ६ वटा रहेका छन्।

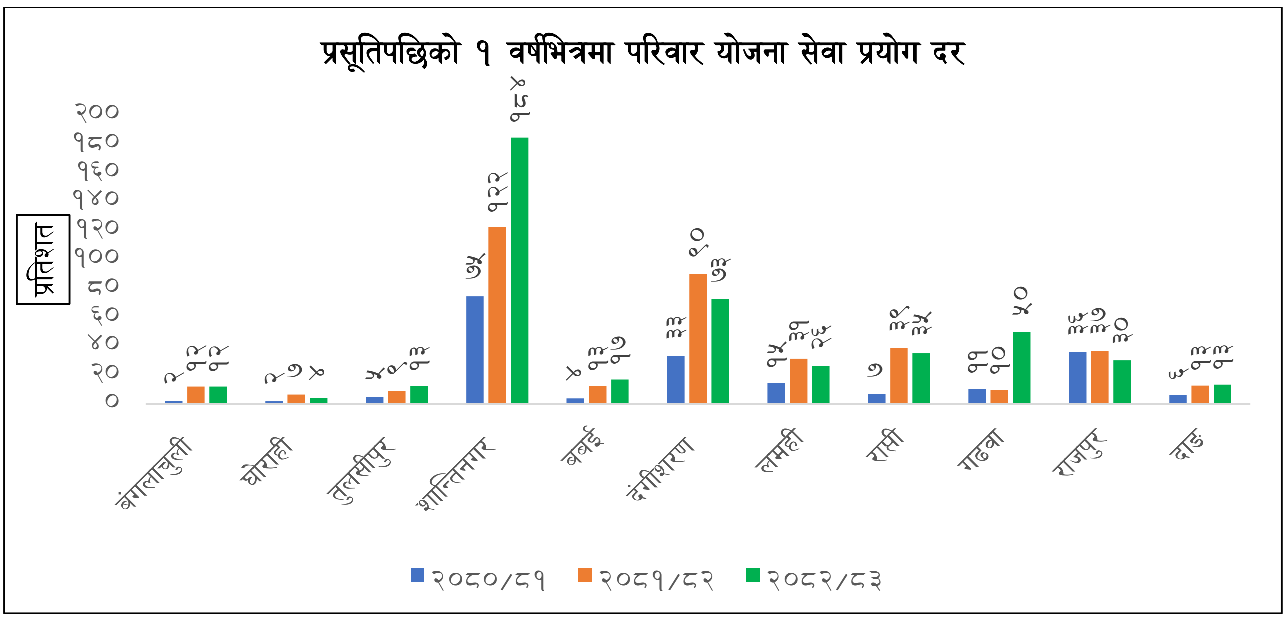


चित्र ३६: परिवार योजना सेवाको नयाँ प्रयोग दर

स्रोत: DHIS-2

३.५.४.३. प्रसूतिपछिको एक बर्षभित्रमा महिलाहरुले परिवार योजना सेवाको प्रयोग दर

प्रसूतिपछिको एक बर्षभित्रमा परिवार नियोजन सेवाको प्रयोगदर हेर्दा आ.व. २०८२।०८३ मा सवैभन्दा धेरै शान्तिनगर गाउँपालिकामा १८४ प्रतिशत र सवैभन्दा थोरै घोराही उपमहानगरपालिकामा ४ प्रतिशत मात्र रहेको छ।



चित्र ३७: प्रसूतिपछिको एक बर्षभित्रमा परिवार योजना सेवाको प्रयोग दर

स्रोत: DHIS-2

३.५.५ परिवार नियोजन कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ३४: परिवार नियोजन कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• सेवाको प्रयोगदर कम भएका स्थानीय तहलाई लक्षित गरी सूक्ष्म योजना तर्जुमा गरी कार्यान्वयन गरिएको; • लामो अवधिको परिवार योजना सेवाको लागि आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिमको व्यवस्थापन गरिएको जस्तैः Implant, IUCD आदि; • सेवाको माग र प्रयोग बृद्धि गर्नका लागि मुस्लिम तथा अल्पसङ्ख्यक समुदायलाई लक्षित गरी खुसहाल परिवार कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको; • सहयोगी संस्थाहरुको समन्वय तथा सहकार्यमा परिवार योजना सेवाको स्थायी विधि (मिनिल्याप र भ्यासेक्टोमी) शिविर सम्पन्न गरिएको; • Implant र IUCD Service Site विस्तार भएको।	• आधुनिक परिवार योजना सेवाको प्रयोगदर कम रहेको; • सुत्केरी पश्चातको परिवार योजना सेवाको प्रयोगदरमा कमि रहेको; • परिवार योजना सेवाको साधन छोडने दर उच्च रहेको; • प्राइभेट क्लिनिकहरुवाट दिइएको सेवालाई अभिलेख तथा प्रतिवेदनमा ल्याउन नसकिएको। • परिवार योजनाका साधनहरुको आपूर्ति व्यवस्थापन नियमित रुपमा हुन नसकेको।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• अधिकांश निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट परिवार योजना सेवा प्रदान गरिएको; • स्थायी विधिका लागि सहयोगी संस्थाहरुको सहयोग रहने गरेको।	• किशोरीहरुको परिवार योजना आवश्यकता सम्बोधन गर्न नसक्दा असुरक्षित गर्भपतन दर उच्च रहेको।

३.५.६ परिवार योजना सेवा कार्यक्रमको समस्याहरु, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ३५: परिवार योजना सेवा कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
• परिवार नियोजन सेवाको प्रयोगदर एकदमै कम भएको (low CPR) र यसलाई सुधार गर्न नसकिएको।	• परिवार नियोजन सेवाको सुक्ष्मयोजना बनाई सुधारका लागि लागु गर्नुपर्ने।	परिवार कल्याण महाशाखा, तालिम केन्द्र, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह
• दाङ जिल्लामा Minilap and Vasectomy तालिमप्राप्त	• आवश्यकता पहिचान गरी स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम दिनुपर्ने।	

समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
स्वास्थ्यकर्मी नभएको।		
सुत्केरीपश्चातको परिवार योजना सेवाको प्रयोगदर कम रहेको।	प्रसूतिपश्चात दम्पति तथा आमाहरुलाई उचित परामर्शमार्फत परिवार योजना सेवा प्रदान गर्नुपर्ने।	प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने सबै स्वास्थ्य संस्था, स्थानीय तह, स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारीहरु तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका
परिवार योजना सेवाको साधन छोडने दर उच्च रहेको।	प्रभावकारी परामर्श सेवा दिनुपर्ने र सेवाग्राहीको नियमित Follow up गर्ने प्रणालीको विकास गरी लागु गर्नुपर्ने।	स्थानीय तह, स्वास्थ्य संस्थाका नर्सिङ, अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरु तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु
प्राइभेट क्लिनिकहरुबाट दिइएको सेवालाई अभिलेख तथा प्रतिवेदन प्रणालीमा ल्याउन नसकिएको।	वडाभित्र रहेका प्राइभेट क्लिनिकलाई स्वास्थ्य व्यवस्थापन सुचना प्रणाली अनुसार अभिलेख तथा प्रतिवेदन गर्न सहजीकरण गर्नुपर्ने।	स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह, स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत कर्मचारीहरु

३.६ सुरक्षित गर्भपतन सेवा

३.६.१. परिचय

असुरक्षित गर्भपतनबाट हुने उच्च मातृ मृत्युदर र बिरामी दरलाई ध्यानमा राखेर नेपालले सन् २००२ मा गर्भपतनलाई कानूनी मान्यता दिएको थियो। पहिलो त्रैमासिक (१२ हप्ता) सम्मको गर्भपतन सेवा सन् २००४ देखि देशभर उपलब्ध गराइएको थियो भने दोस्रो त्रैमासिक गर्भपतन तालिम सन् २००७ मा सुरु गरिएको थियो। त्यसैगरी औषधीद्वारा गरिने गर्भपतन सेवा सन् २००९ मा लागू गरियो। सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ अनुसार, गर्भवती महिलाको मन्जुरीको आधारमा १२ हप्तासम्मको गर्भलाई सुरक्षित गर्भपतनको लागि कानूनी मान्यता दिइएको छ। विशेष अवस्थामा जस्तै: जवर्जस्ती करणी वा हाडनाता करणीबाट रहन गएको गर्भवती महिलाको मञ्जुरीमा; रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता उन्मुक्ति गर्ने जीवाणु वा त्यसै प्रकृतिको अन्य निको नहुने रोग लागेको महिलाको मञ्जुरीमा; भ्रूणमा कुनै कमी कमजोरी भएको कारणले गर्भमै नष्ट हुन सक्ने वा जन्मेर पनि बाँच्न नसक्ने गरी गर्भको भ्रूणमा खराबी, वंशाणुगत खराबी वा अन्य कुनै कारणले भ्रूणमा अशक्तता हुने अवस्था रहेको भन्ने उपचारमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीको रायबमोजिम गर्भवती महिलाको मञ्जुरीमा; गर्भपतन नगराएमा गर्भवती महिलाको ज्यानमा खतरा पुग्न सक्छ वा निजको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य खराब हुन सक्छ वा विकलाङ्ग बच्चा जन्मन सक्छ भनी इजाजत प्राप्त चिकित्सकको राय भई त्यस्ती महिलाको मञ्जुरीमा २८ हप्तासम्मको सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई अनुमति दिएको छ।

राष्ट्रिय जनगणना सन् २०२१ का अनुसार नेपालमा मातृमृत्यु हुने कारणहरूमध्ये पाँच प्रतिशतभन्दा बढी मृत्यु गर्भपतनसँग सम्बन्धित रहेको छ। नेपालमा, सूचीकृत नभएका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा गरिएको गर्भपतनलाई गैरकानुनी मानिन्छ। उक्त अध्ययन अनुसार देशभर करिब ५२ प्रतिशत गर्भपतनहरू गैरकानूनी ठहरिएका छन्। नेपालको संविधानले सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारहरूको सुनिश्चित गरेको छ भने सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ ले सुरक्षित गर्भपतनलगायत विभिन्न प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारहरूको लागि विशेष व्यवस्थाहरू गरेको छ। असुरक्षित गर्भपतनको अभ्यास तथा असुरक्षित गर्भपतनका कारणबाट हुने मातृ मृत्युदर र बिरामीको दरलाई कम गर्नका लागि सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ र नियमावली २०७७ ले निर्धारण गरेको मापदण्ड पूरा गरेको र सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदायकको रूपमा सूचीकृत स्वास्थ्यकर्मीले मात्र सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्नुपर्ने व्यवस्था गरेको छ। यो सेवा सूचीकृत गर्भपतन सेवा केन्द्रबाट मात्र प्रदान गरिनुपर्ने हुन्छ। दाङ जिल्लाको सन्दर्भमा, स्थानीय तहस्तरीय सुरक्षित गर्भपतन सेवा केन्द्र र सेवा प्रदायकहरूको सूचीकरण गर्ने अधिकार स्थानीय तहलाई प्रदान गरिएको छ। जिल्लामा दश वटै स्थानीय तहका सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा निशुल्क रुपमा प्रदान हुदै आइरहेको छ।

आर्थिक वर्ष २०८२/८३ सम्ममा दाङ जिल्लामा सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने ३५ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरू रहेका छन्। दश वटा स्थानीय तहहरूमध्ये तुल्सीपुर उपमहानगरपालिकामा सबै भन्दा धेरै ८ वटा सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने संस्था रहेका छन् भने अन्य स्थानीय तहहरुमा २ देखि ५ वटा सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरू रहेका छन्।

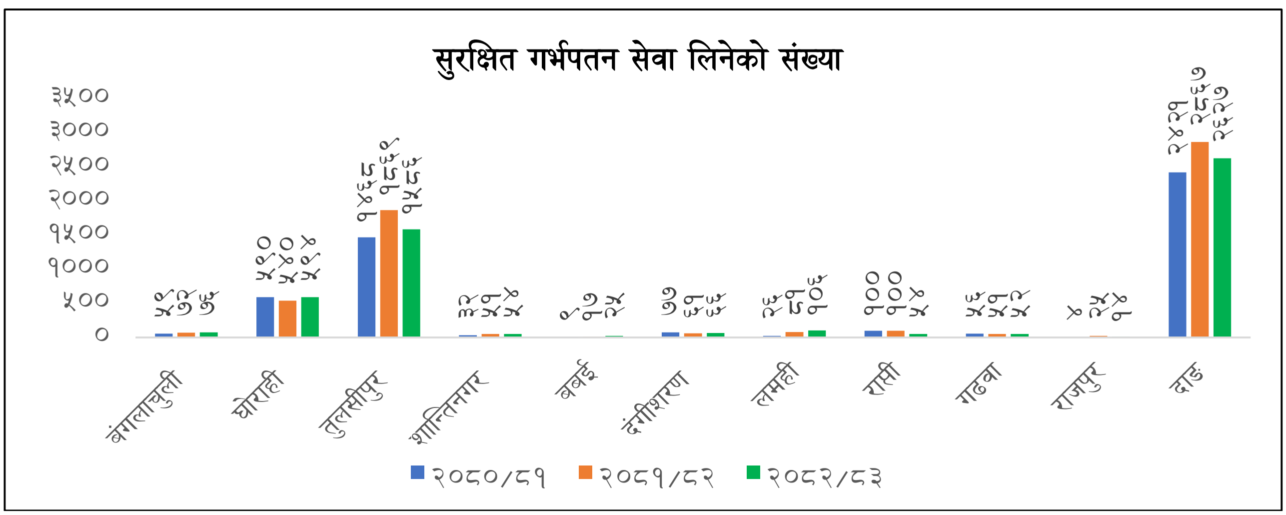
तालिका नं ३६: कम्तीमा एकजना सेवाग्राहीलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था

स्थानीय तह	सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने संस्था संख्या	स्थानीय तह	सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने संस्था संख्या
घोराही उपमहानगरपालिका	३	राजपुर गाउँपालिका	२
तुल्सीपुर उपमहानगरपालिका	८	बंगलाचुली गाउँपालिका	५
लमही नगरपालिका	२	दंगीशरण गाउँपालिका	४
राप्ती गाउँपालिका	२	शान्तिनगर गाउँपालिका	३
गढवा गाउँपालिका	४	बबई गाउँपालिका	२
जिल्लाको जम्मा ३५			

स्रोतः DHIS-2, स्थानीय तहको प्रतिवेदन

३.६.२. सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको प्रयोगसम्बन्धी स्थानीय तहस्तरीय विश्लेषण

आ.व. २०८२/८३ मा तुलसीपुर उपमहानगरपालिकामा सबैभन्दा धेरै १५८६ जनाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएका थिए भने दोस्रोमा घोराही उपमहानगरपालिकामा सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिनेको संख्या ५९४ थियो। राजपुर गाउँपालिकामा सबैभन्दा कम १४ जनाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएका थिए।

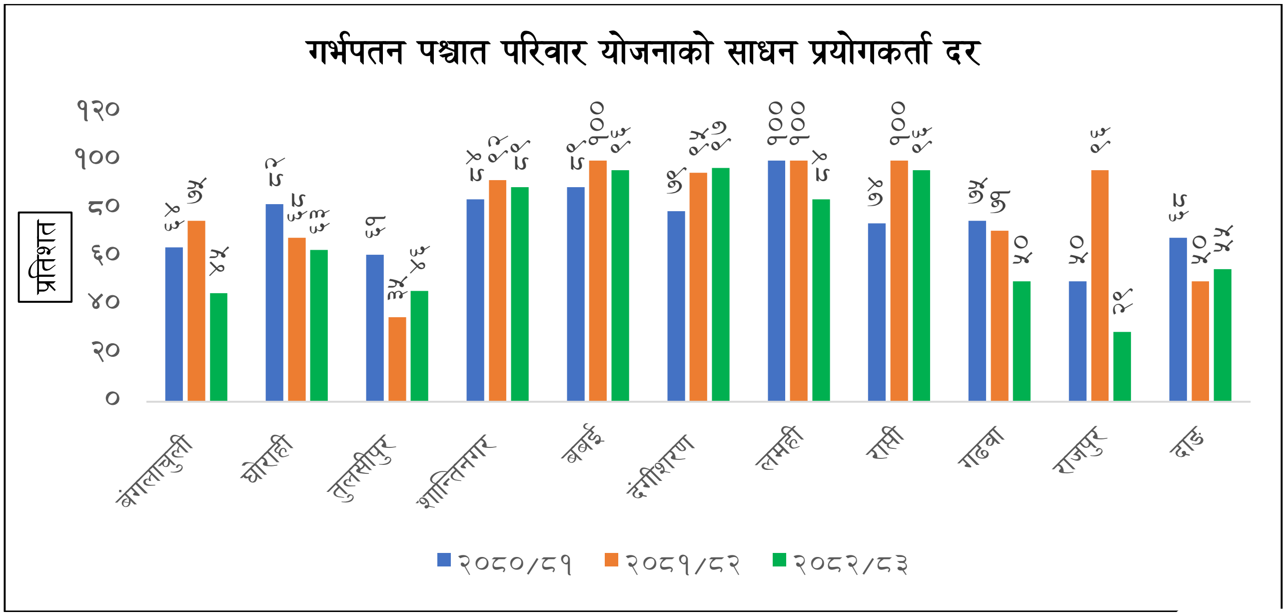


चित्र ३८: सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिनेको संख्या

स्रोत: DHIS-2

३.६.३. गर्भपतन पश्चात परिवार योजनाको साधन प्रयोग गर्नेको प्रतिशत

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा गर्भपतन गराएका मध्ये ५५% महिलाले गर्भपतन पश्चात परिवार योजनाको साधन प्रयोग गरेका छन्। गत आ.व.मा गर्भपतनपश्चात परिवार योजनाको साधन प्रयोग गर्ने सबैभन्दा बढी बबई गाउँपालिका र राप्ती गाउँपालिकामा (९६%) रहेका छन् भने यो अनुपात राजपुर गाउँपालिकामा सबैभन्दा कम २९% मात्र छ।



चित्र ३९: गर्भपतन पश्चात परिवार योजनाको साधन प्रयोग गर्ने दर

स्रोत: DHIS-2

४. सरुवा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

४.१ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

४.१.१. पृष्ठभूमि

क्षयरोग विश्वमा जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा रहंदै आएको छ। साथै, यो उच्च मृत्युदर भएका १० वटा रोगहरूमध्ये एक रोगको रुपमा रहेको छ। सन् १९९३ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोगलाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा घोषणा गरी यसको व्यवस्थापनका लागि नयाँ नीति तथा कार्यक्रमहरूमा जोड दिँदै आएको छ। नेपालमा पनि क्षयरोग जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा रहेको छ। गरिबी, अशिक्षा, चेतनाको कमी, आन्तरिक बसाई सराई र खुला सिमाना आदि कारणले क्षयरोगबाट संक्रमित हुने दर बढ्दो छ। स्वास्थ्य सेवामा सबैको समतामूलक पहुँच नभएको, सेवाको गुणस्तर तथा वितरणमा रहेका कमी कमजोरीका कारणले समेत अपेक्षित उपलब्धि हासिल गर्न कठिनाई देखिएको छ। नेपालमा क्षयरोगको वार्षिक तथ्यांक हेर्दा ५५ वर्ष माथिको उमेर समुहमा बढी देखिएको छ।

नेपाल सरकारले क्षयरोग कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रममा राखी विभिन्न क्रियाकलापहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ। राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम स्वास्थ्य तथा खाद्य स्वच्छता मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभागअन्तर्गत एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालीमार्फत संघदेखि समुदाय स्तरसम्म प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन भइरहेको छ। नेपालले सन १९९६ बाट प्रत्यक्ष निगरानीको उपचार पद्धति (Directly Observe Treatment Short Course) द्वारा क्षयरोगको उपचार शुरु गरेको हो। यस कार्यक्रमलाई क्रमशः बिस्तार गर्दै सन् २०१३ मा सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू लगायत मेडिकल कलेज र निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यक्रम सन्चालन भईरहेको छ। हाल राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले END TB STRATEGY लाई अवलम्वन गरी विभिन्न योजना, नीति तथा रणनीतिहरू तयार गरी कार्यान्वयन गरिरहेको छ।

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको क्षयरोग अन्त्यको लागि दीर्घकालीन सोच, लक्ष्य, रणनीति र उद्देश्यहरू:

विश्व स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोग मुक्त विश्व बनाउने परिकल्पना गरे अनुसार सन् २०१६ देखि २०५० का लागि "END TB Strategy" सिफारिस गरेको छ। राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले यस रणनीतिलाई आत्मसात गर्दै निम्नानुसारको दीर्घकालीन सोच, लक्ष्य र उद्देश्यहरू निर्धारण गरेको छ:

दीर्घकालीन सोचः "क्षयरोग मुक्त नेपाल निर्माण"

लक्ष्यः

आ. व. ०७७/७८ मा २३८ प्रतिलाख जनसंख्यामा नयाँ क्षयरोग हुने दर (Incidence Rate) भएकोमा यो दरलाई आ. व. ०८२/८३ सम्ममा १८१ प्रतिलाख जनसंख्यामा झार्ने र मृत्युदरलाई आ.व ०७७/०७८ को ५८ जना प्रतिलाख जनसंख्याबाट आ. व. ०८२/८३ को अन्त्य सम्ममा २३ प्रतिलाख जनसंख्यामा झार्ने। आ.व. ०९१/०९२ सम्ममा क्षयरोग महामारीको अन्त्य र आ.व. २१०६/०७ सम्ममा क्षयरोग निवारण गर्ने। क्षयरोगको कारणले परिवारमा पर्ने अधिक आर्थिक व्ययभार (Catastrophic Cost) शुन्यमा झार्ने।

उद्देश्य:

१. क्षयरोग अन्त्यका लागि राजनैतिक प्रतिबद्धता, दिगोपना, बिरामी मैत्री स्वास्थ्य प्रणालीको विकास र सुदृढीकरण गर्नु;

२. क्षयरोगको पहिचान, निदान, गुणस्तरीय उपचार र रोकथामको सुनिश्चितता गर्नु।

क्षयरोगको भारको अनुमान (TB Burden Estimates)

राष्ट्रिय क्षयरोग प्रिभ्यालेन्स सर्वेक्षण प्रतिवेदन २०७६ (२०२०) का आधारमा नेपालमा क्षयरोगको भार अघिल्ला अनुमानको तुलनामा १.८ गुणा, संक्रमण १.६ गुणा र मृत्युदर ३.१ गुणा बढी देखिएको छ।

तालिका नं ३७: सर्वेक्षण पूर्व र पश्चात् क्षयरोगको भारको तुलना, २०७५ (२०१८)

Year	Incidence (all forms)	Prevalence (all forms)	Mortality (HIV Neg. & Pos.)
2075 (2018) New estimates	69,000 (245 per 100k)	1,17,000 (416 per 100k)	17,003 (9,000-26,000)
2075 (2018) Prior estimates	42,000 (151 per 100k)	60,000 (215 per 100k)	5,500 (3,900 - 7,400)
Revised burden, higher by:	1.6	1.8	3.1

क्षयरोग अन्त्य रणनीति (The End TB Strategy)

सोंच (VISION) : क्षयरोगमुक्त विश्व (A world free of TB)

क्षयरोगका कारण हुने मृत्यु, रोग र पिडालाई शून्यमा झार्ने (Zero deaths, disease and suffering due to TB)

लक्ष्य (GOAL): विश्वव्यापी क्षयरोग महामारीको अन्त्य गर्नु (End the Global TB Epidemic)

क्षयरोग अन्त्य रणनीतिका सिद्धान्तहरु

- सरकारले अनुगमन तथा मूल्याङ्कनका साथै अभिभावकत्व, उत्तरदायित्व र जवाफदेहिता बढाउने;
- नागरिक समाज, गैरसरकारी संस्था तथा समुदायसँगको सहकार्य सवल बनाई विस्तार गर्ने;
- मानव अधिकार, नैतिकता र समताको संरक्षण र प्रवर्द्धन गर्ने;
- विश्वव्यापी सहकार्य गरी राष्ट्रियस्तरमा क्षयरोग अन्त्य रणनीति तथा लक्ष्यलाई अवलम्वन गर्ने।

रणनीतिका तीन मुख्य स्तम्भहरू (Three Pillars)हरु

१. एकीकृत बिरामी केन्द्रित क्षयरोग सेवा र रोकथाम ;

२. सबल नीति र सहयोगी प्रणाली;

३. अनुसन्धान र नवीनतम पद्धतिको विकासमा तीव्रता।

क्षयरोग (TB) का लागि राष्ट्रिय रणनीतिक योजना (NSP) २०७९/८०-२०८३/८४

तालिका नं ३८: राष्ट्रिय रणनीतिक योजना (NSP) २०७९/८०-२०८३/८४ को लक्ष्य

Indicators	Milestones		Targets	
	2076/77 (2020)	2081/82 (2025)	SDG 2087/88 (2030)	END TB 2091/92 (2035)
Reduction in number of TB deaths compared with 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Reduction in TB incidence rate compared with 2015 (%)	20% (<85/100,000)	50% (<55/100,000)	80% (<20/100,000)	90% (<10/100,000)
TB Affected Families facing catastrophic costs due to TB (%)	Zero	Zero	Zero	Zero

४.१.२. आ.व.२०८२/८३ मा सम्पादन गरिएका मुख्य/मुख्य क्रियाकलापहरु

१. जिल्लाबाट पालिकासम्म औषधी, ल्याब सामाग्री तथा अन्य बस्तु ढुवानी, विश्व क्षयरोग दिवस मनाउने, सुपरिबेक्षण तथा स्थलगत अनुशिक्षण तथा अनुगमन (क्षयरोग मुक्त अभियान समेत), सुपरभाइजरद्वारा ल्याव गुणस्तर सुधार, क्युसीका लागि LQAS विधिबाट स्लाइड संकलन।

२. क्षयरोग सम्बन्धी continue medical education (CME) सञ्चालन (राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानको लागि)

३. जिल्लास्तरीय क्षयरोग (DS / DR) कार्यक्रमको योजना तर्जुमा तथा कोहर्ट विश्लेषण कार्यक्रम।

४. क्षयरोग आधारभूत तथा पुनर्ताजगी तालिम कार्यक्रम।

५. औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग बिरामीहरुका लागि पोषण, यातायात तथा आधारभूत परिक्षण तथा जटिलता व्यवस्थापन खर्च (राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिठानको लागि)

४.१.३. कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धिहरु (लक्ष्य अनुसारको प्रगति)

४.१.३.१. नयाँ क्षयरोगी पत्ता लागेको संख्या (सबै प्रकारको)

दाङ जिल्लामा क्षयरोगका विरामीहरुको ३ वर्षको अवस्थालाई तुलना गर्दा आ.व. २०८१/८२ को तुलनामा आ.व. २०८२/८३ मा १२९ जना (९.९८ प्रतिशत) विरामीहरु बढेका छन्। आ.व. २०८२/८३ मा सबैभन्दा धेरै घोराही उ.म.न.पा.मा ४७७ जना क्षयरोगीहरु पत्ता लागेका छन् भने तुलसीपुर उ.म.न.पा. मा ४२४ जना र सबैभन्दा कम राजपुर गा.पा. मा ३५ जना पत्ता लागेका छन्।

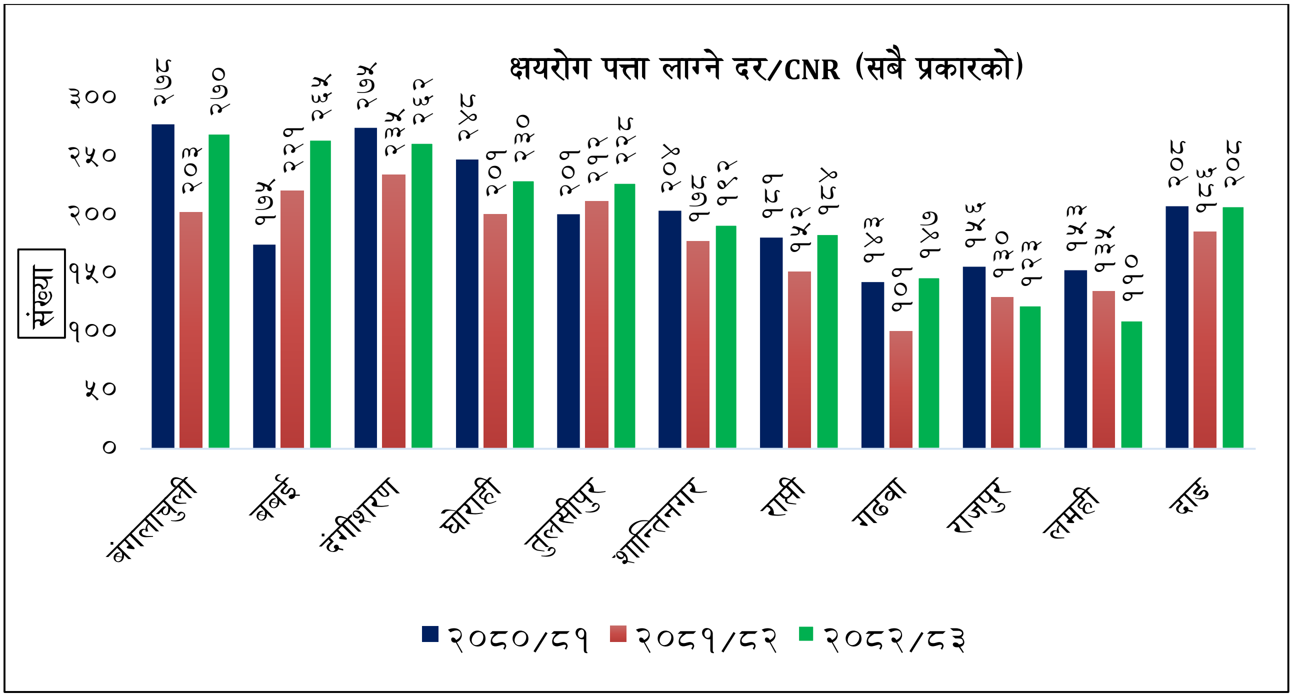
तालिका नं ३९: नयाँ क्षयरोगी पत्ता लागेको संख्या (सबै प्रकारको)

क.स.	जिल्ला/स्थानीय तह	आ.व. २०८०/०८१	आ.व. २०८१/०८२	आ.व. २०८२/०८३
१	घोराही उ.म.नपा.	५०९	४२३	४७७
२	तुलसीपुर उ.म.नपा.	३७१	३९९	४२४
३	लमही न.पा.	९१	८२	६७
४	राप्ती गा.पा.	९५	८२	९९
५	बबई गा.पा.	५५	७०	८१
६	दंगीशरण गा.पा.	६५	५६	६१
७	शान्तिनगर गा.पा.	५७	५०	५२
८	गढवा गा.पा.	६५	४७	६७
९	बंगलाचुली गा.पा.	६३	४६	५८
१०	राजपुर गा.पा.	४४	३७	३५
दाङ जिल्ला		१४१५	१२९२	१४२१

स्रोत: DHIS-2

४.१.३.२. क्षयरोग पत्ता लाग्ने दर (सबै प्रकारको)

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा क्षयरोग पत्ता लाग्ने दर (सबै प्रकारको) प्रति लाख जनसङ्ख्यामा २०८ रहेको छ, जुन अघिलो आ.व. को तुलनामा प्रति लाख २२ को दरले बढेको छ। आ.व. २०८२/८३ मा क्षयरोग पत्ता लाग्ने दर (सबै प्रकारको) सबैभन्दा बढी बंगलाचुली गाउँपालिकामा २७०, बबई गाउँपालिकामा २६५, दंगीशरण गाउँपालिकामा २६२ रहेको छ भने सबैभन्दा कम लमही नगरपालिकामा ११० रहेको छ।

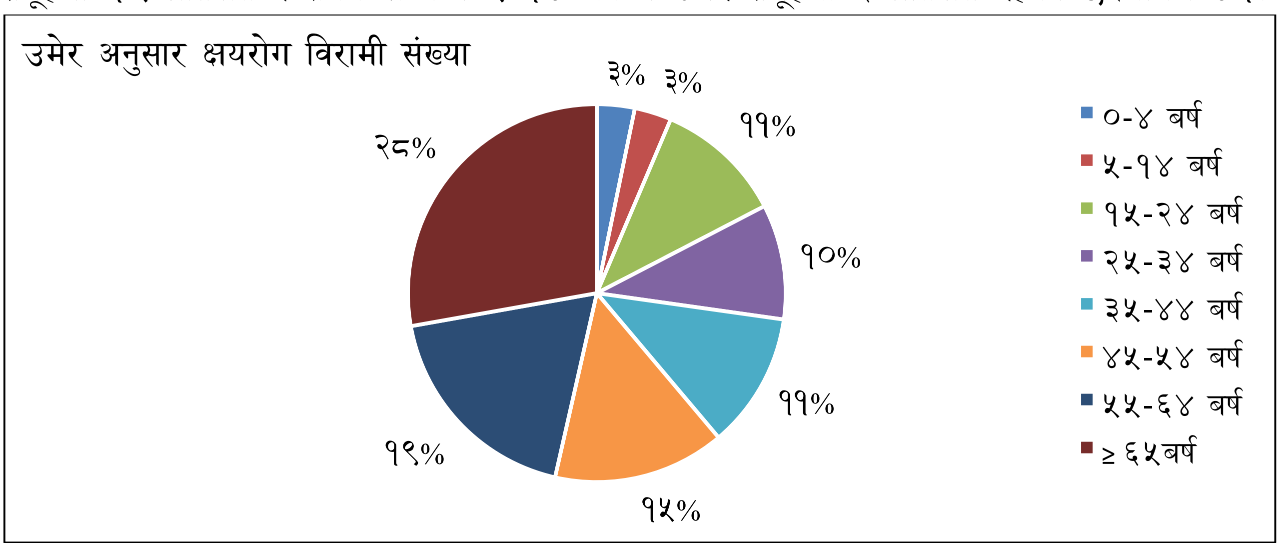


चित्र ४०: क्षयरोग पत्ता लाग्ने दर (सबै प्रकारको)

स्रोत: DHIS-2

४.१.३.३. उमेर समुह अनुसार क्षयरोगका विरामी

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा क्षयरोग ६५ वर्ष वा बढी उमेर समूहमा सबैभन्दा धेरै २८ प्रतिशत देखिएको छ भने क्रमशः ५५-६४ वर्षको उमेर समूहमा १९ प्रतिशत, ४५-५४ वर्षको उमेर समूहमा १५ प्रतिशत र सबैभन्दा कम ५-१४ वर्षको उमेर समूहमा ३ प्रतिशत रहेको छ। (चित्र ४१)

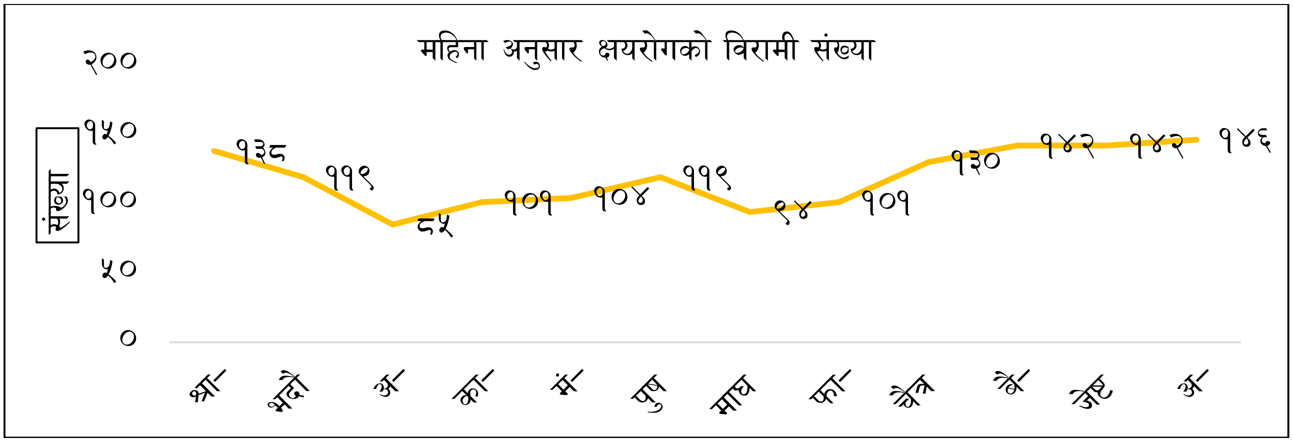


चित्र ४१: आ.व.२०८२/८३ मा उमेर अनुसार क्षयरोगका विरामी

स्रोत: DHIS-2

४.१.३.४. महिना अनुसार क्षयरोगका विरामी

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा सबै प्रकारको गरी सबैभन्दा धेरै असार महिनामा १४६ जना क्षयरोगका बिरामी पत्ता लागेका छन् भने क्रमशः जेष्ठ महिनामा १४२ जना, बैसाख महिनामा १४२ जना र सबै भन्दा कम असोज महिनामा ८५ जना पत्ता लागेका छन्।

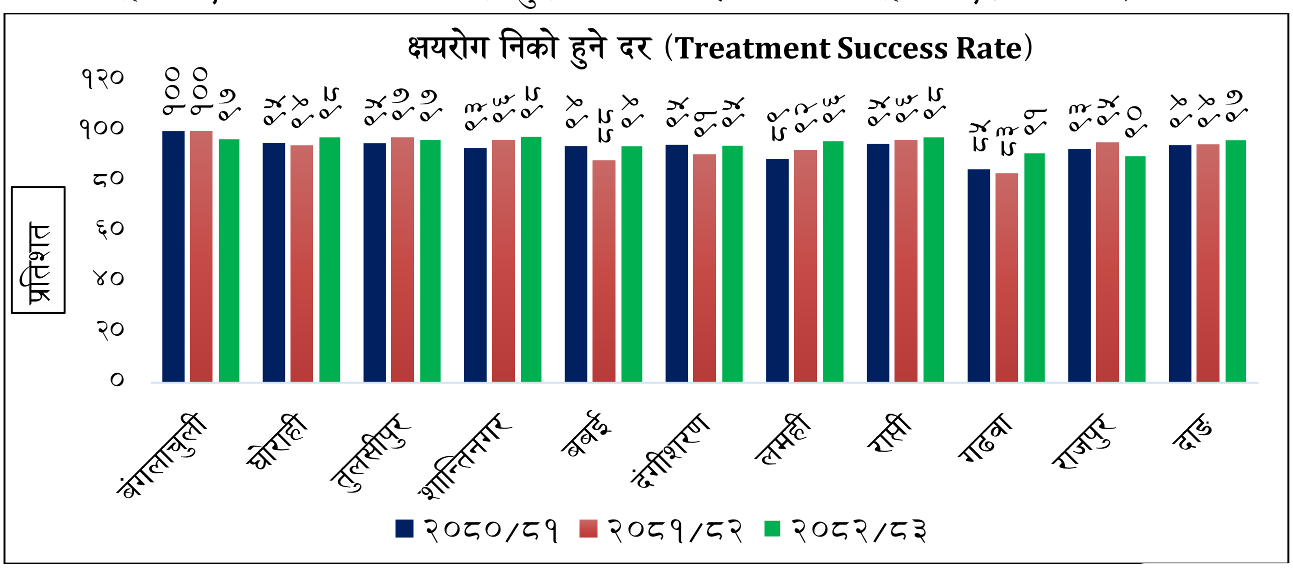


चित्र ४२: महिनाअनुसार क्षयरोगका विरामी

स्रोत: DHIS-2

४.१.३.५. क्षयरोग निको हुने दर (DS - TB Treatment Success Rate)

दाङ जिल्लामा गत आ.व. २०८२/८३ मा क्षयरोग निको हुने दर (DS-TB Treatment Success Rate) ९७ प्रतिशत रहेको छ, जुन अघिलो आ.व.को तुलनामा ३ प्रतिशत बिन्दुले बढी हो। गत आ.व. २०८२/८३ मा क्षयरोग निको हुने दर (DS-TB Treatment Success Rate) सबै पालिकामा ९० प्रतिशत भन्दा माथि रहेको छ र सबैभन्दा बढी घोराही उ.प.म.न.पा., राप्ती र शान्तिनगर गा.पा.मा ९८ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम राजपुर गा.पा. मा ९० प्रतिशत रहेको छ।(चित्र ४३)

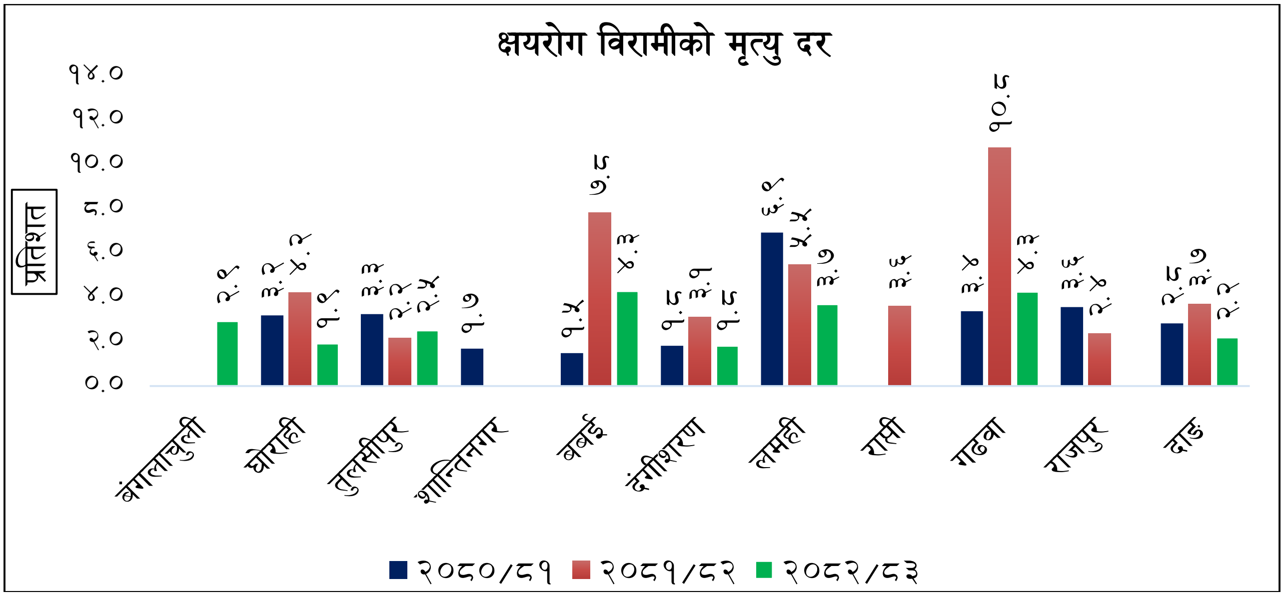


चित्र ४३: क्षयरोग निको हुने दर

स्रोत: DHIS-2

४.१.३.६. क्षयरोग विरामीको मृत्यु दर (TB Case Fatality Rate)

गत आर्थिक वर्षमा दाङ जिल्लामा क्षयरोग विरामीको मृत्यु दर (TB Case Fatality Rate) २.२ प्रतिशत रहेको छ, जुन अघिल्लो आ.व.को तुलनामा १.५ प्रतिशत विन्दुले कम हो। गत आ.व.मा क्षयरोग विरामीको मृत्यु दर (TB Case Fatality Rate) सबैभन्दा बढी बबई र गढवा गा.पा.मा ४.३ प्रतिशत रहेको छ भने राप्ती, राजपुर र शान्तिनगर गा.पा.मा शून्य मृत्यु रहेको छ। (चित्र ४४)



चित्र ४४: क्षयरोग विरामीको मृत्यु दर (TB Case Fatality Rate) स्रोत: DHIS-2

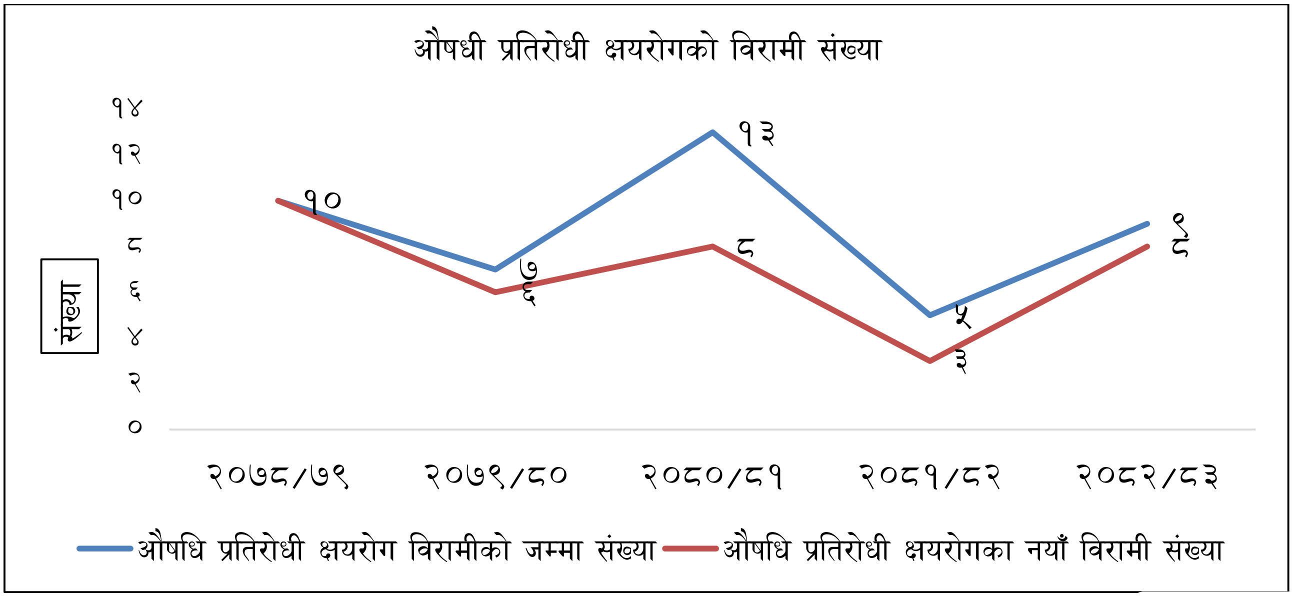
४.१.३.७. औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग (Drug-Resistant Tuberculosis)

औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको एउटा प्रमुख चुनौतीको रूपमा रहेको छ। साथै, लुम्बिनी प्रदेशको लागि पनि यो एक प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ। बहु औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग (MDR-TB) बढ्नुमा मुख्यतया क्षयरोगीको उपचार नियमित नभएको, औषधीको आपूर्ति सहज र नियमित नभएको र संक्रमित स्थानहरूमा एक बिरामीबाट अर्को व्यक्तिमा हावाको माध्यमबाट सर्ने जस्ता कारणहरू रहेका छन्।

यसको उपचार व्यवस्थापन गर्दा क्षयरोगको तुलनामा धेरै खर्च (Catastrophic Cost) लाग्ने भएकाले यो पनि एक ठूलो चुनौतीको रूपमा रहेको छ। जसले गर्दा बिरामीहरू उपचारमा नआउने वा बिचमै उपचार छाड्ने सम्भावना उच्च हुन्छ। यस समस्याको समाधानका लागि नवप्रवर्तन पहिचान गर्नुका साथै धेरै स्रोत र व्यवस्थापनको आवश्यकता पर्दछ।

दाङ जिल्लामा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगी (Drug-Resistant Tuberculosis) को नयाँ बिरामी संख्या आ.व. २०७८/७९ मा १० जना, आ.व. २०७९/८० मा ६ जना, आ.व. २०८०/८१ मा ८ जना, आ.व. २०८१/८२ मा ३ जना र आ.व. २०८२/८३ मा ८ जना रहेका छन्। (तालिका नं ४०)

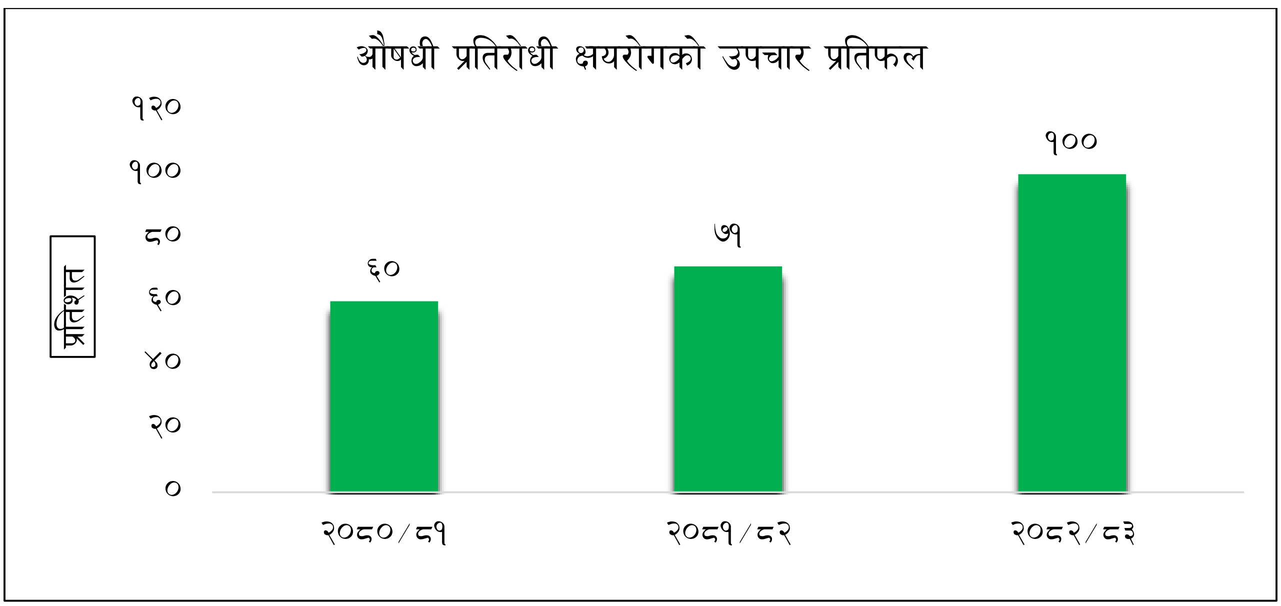
तालिका नं ४०: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगीका विरामी संख्या



स्रोत: DHIS-2

४.१.३.८. औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार प्रतिफल (Treatment Outcome of DR-TB)

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार प्रतिफल (Treatment Outcome of DR-TB) दर १०० प्रतिशत रहेको छ, जुन अघिलो आ.व. भन्दा २९ प्रतिशत बढेको छ। (चित्र ४५)



चित्र ४५: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार प्रतिफल

स्रोत: DHIS-2

४.१.४. क्षयरोग कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ४१: क्षयरोग कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• क्षयरोगका कार्यक्रमका लागि इलेक्ट्रोनिक डाटाबेस प्रणालीहरू NTPMIS (eTB) र DHIS2 को प्रयोग र ती प्रणालीबिच अन्तरआवद्धता सुनिश्चित भएको, • क्षयरोगमुक्त स्थानीय तह कार्यक्रमको सुरुवात, • स्थानीय तहस्तरीय स्वास्थ्य संस्थागत डाटा गुणस्तरको बार्षिक/अर्ध बार्षिक समीक्षाका लागि बजेटको सुनिश्चितता, • संघीय र प्रदेश सरकारद्वारा क्षयरोग पहिचान, नियन्त्रण तथा रोकथाम गतिविधिका लागि AI X-ray मेसिनको उपलब्धता, • उच्च उपचार सफलता दर (डिएस टिवि)।	• अधिकांश स्थानीय तहमा क्षयरोगका लागि समर्पित Focal Person नहुनु, • क्षयरोगको औषधी, HMIS tools तथा Gene Xpert Cartridge को अपर्याप्त आपूर्ति, • सबै सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सम्भावित क्षयरोगीहरूको राम्रो पहिचान र निदान नहुनु, • क्षयरोग पहिचान तथा व्यवस्थापनमा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुसंगको समन्वय, • क्षयरोग कार्यक्रम सञ्चालनका लागि अपर्याप्त स्रोत।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• क्षयरोग कार्यक्रमका लागि स्थानीय तहको संलग्नता, सहभागिता र स्रोत व्यवस्थापन, • विकास साझेदार संस्थाहरुको सहभागिता, सहयोग र सहजीकरण।	• निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट संभावित क्षयरोगीहरूको प्रभावकारी पहिचान र निदान नहुनु, • सह संक्रमण जस्तै टी.बि., मधुमेह र दीर्घ श्वासप्रस्वास सम्बन्धी रोगको निदानमा कमी, • अधिक उमेर समूह र जोखिम समूहहरुमा स्क्रिनिंङ तथा निदानको कमी, • सीमा क्षेत्रमा रोग नियन्त्रणको जटिलता, • सामाजिक विभेद, • डि आर टि.वि. र कोमोर्विडिटी।

४.१.५. क्षयरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ४२: क्षयरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१.	क्षयरोगको औषधी तथा HMIS tools को अपर्याप्त आपूर्ति हुँदा उपचारमा चुनौती।	DHIS-२ को रिपोर्टमा भएको TB विरामीको संख्याको आधारमा औषधी प्रयाप्त मात्रामा आपूर्ति गर्ने।	राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण केन्द्र, प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति केन्द्र
२.	GeneXpert Cartridge को नियमित आपूर्ति नहुनाले नयाँ क्षयरोगी पत्ता लगाउन चुनौती।	DHIS-२ को रिपोर्टमा भएको TB विरामीको संख्याको आधारमा हरेक GeneXpert साइटहरूमा प्रयाप्त मात्रामा Cartridge को आपूर्ति गर्ने।	राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण केन्द्र, प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला
३.	निजी तथा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सम्भावित क्षयरोगी को प्रभावकारी पहिचान र निदान नहुनु।	निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमसम्बन्धी तालिम तथा अभिमुखीकरणमा समेट्नुपर्ने।	राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण केन्द्र, स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह
४.	सह संक्रमण जस्तै टी.बि., मधुमेह र दीर्घ श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोग भएकाहरुको निदानमा कमी।	सम्पूर्ण क्षयरोगका बिरामीहरुमा सम्भावित सह संक्रमण रोगहरुको अनिवार्य जाँच गर्ने।	सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरु
५.	बृद्ध र जोखिम समूहहरुमा स्क्रिनिंङ तथा निदानको कमी।	जोखिम समूहलाई लक्षित गरी स्क्रिनिङ तथा परीक्षण कार्यक्रम तय गरी लागु गर्ने।	राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण केन्द्र, प्रदेश सरकार, स्थानीय सरकार
६.	क्षयरोग कार्यक्रममा समुदायको संलग्नतामा कम हुनु।	क्षयरोगमुक्त योजना (TB Free Plan) लाई प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्ने।	राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण केन्द्र, स्थानीय तह
७.	सामाजिक विभेद कायमै रहनु	समुदायस्तरमा जनचेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने	प्रदेश सरकार, स्थानीय तह

४.२ राष्ट्रिय कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम

४.२ १. पृष्ठभूमि

कुष्ठरोग कम सर्ने प्रकारको सरुवा रोग हो। बिरामीलाई हुने विभेद तथा कलंकका हिसावले यो रोग सामाजिक चुनौतीको रुपमा रहदै आएको छ। यो माइक्रो ब्याक्टेरियम लेप्रे नामक सुक्ष्म किटाणुबाट लाग्दछ। प्राचीन कालदेखि नै मानव समाजमा देखिदै आएको यो रोगको किटाणु सन १८७३ (वि.सं.१९३०) मा नर्वेको वैज्ञानिक डा. गरहार्ड हेनरिक अर्माउर हान्सेन (Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen) ले पत्ता लगाएका थिए। त्यसैले यस रोगलाई हान्सेन डिजिज (Hansen's Disease) पनि भनिन्छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनले अपाङ्गता बनाउने रोगहरुमध्ये यसलाई पहिलो स्थानमा राखेको छ। यस रोगको विरुद्ध प्रभावशाली औषधी उपलब्ध रहेको छ। नेपालमा सन २०१० मा कुष्ठरोग निवारण भएको थियो।

कुष्ठरोग मुक्त नेपाल अभियान सफल पार्न कुष्ठरोगको फैलावटलाई रोक्ने लक्ष्य निर्धारण गरी शून्य कुष्ठरोगका लागि राष्ट्रिय मार्गचित्र २०७८-२०८७ तयार गरिएको छ। शुन्य कुष्ठरोग नेपालका लागि राष्ट्रिय मार्गचित्रको सोंच, लक्ष्य र उद्देश्यहरु देहायबमोजिम रहेका छन्ः

सोंच (Vision): कुष्ठरोगमुक्त नेपाल

लक्ष्य (Goal): कुष्ठरोगको फैलावटलाई अवरुद्ध गरेर जिल्ला र स्थानीय तहमा कुष्ठरोग निवारण गर्ने। (स्थानीय तह स्तरमा लगातार पाँच वर्षसम्म १५ वर्षमुनिका बालबालिकामा कुष्ठरोगका स्थानीय नयाँ संक्रमण शून्य रहनुलाई त्यस स्थानीय तहमा कुष्ठरोग फैलावट अवरुद्ध भएको भनेर परिभाषित गरिएको छ।)

उद्देश्यहरु

१. प्रदेश, जिल्ला र स्थानीय तहबाट कुष्ठरोग निवारण गर्ने।
२. जिल्ला तथा स्थानीय तहमा क्लिनिकल केस व्यवस्थापनलाई सुदृढ बनाउने र प्रेषण प्रणाली सुधार गर्ने।
३. जिल्ला तथा स्थानीय तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम प्रदान गरी क्षमता अभिवृद्धि गर्ने।
४. रोग पत्ता लगाउने सक्रिय विधिको प्रयोग गरेर कुष्ठरोगका नयाँ विरामी पत्ता लगाउने र पत्ता लागेका ती विरामीको सम्पर्कमा आएका व्यक्तिहरूको परीक्षण गर्ने।
५. विभेदको न्यूनीकरण गर्ने।
६. सबै तहमा कुष्ठरोग निगरानी प्रणाली र नियमित अनुगमन, सुपरिवेक्षण र आवधिक मूल्याङ्कनलाई सुदृढ गर्ने।
७. विभिन्न सरोकारवालाबीच साझेदारी सुदृढ गर्ने।

८. कुष्ठरोगको जटिलताहरूको व्यवस्थापनलाई सुदृढ गर्न प्रतिक्रिया तथा अपाङ्गता रोकथाम गर्ने र पुनर्स्थापना गराउने।
९. सीमावर्ती क्षेत्रका विरामीहरूको व्यवस्थापन, रिपोर्टिङ र प्रेषणमा छिमेकी राष्ट्र भारतका सम्बन्धित राज्यहरूसँग समन्वय गर्ने।
१०. कुष्ठरोगसम्बन्धी अनुसन्धान र नवप्रवर्तनलाई प्रवर्धन गर्ने।

रणनीतिक स्तम्भहरु

- राज्यका सबै तहमा शून्य कुष्ठरोगका लागि राष्ट्रिय मार्गचित्र कार्यान्वयन गर्ने।
- सक्रिय विधिबाट कुष्ठरोगका विरामी पहिचान गर्ने कार्यलाई एकीकृत रुपमा सञ्चालन गर्नुका साथै कुष्ठरोग रोकथामको कार्यलाई विस्तार गर्ने।
- कुष्ठरोग र यसका जटिलताहरूको व्यवस्थापन गर्ने र नयाँ अशक्तता रोक्ने।
- विभेद/लान्छना विरुद्ध प्रतिकार्य गरी मानव अधिकारको सुनिश्चित गर्ने।

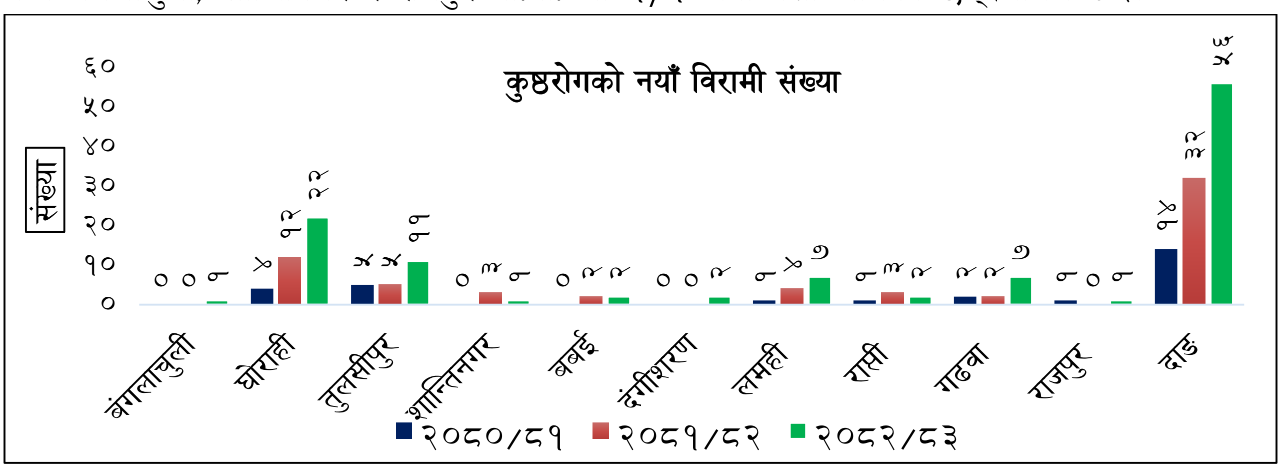
४.२.२. आ.व.२०८१/८२ मा सम्पादन गरिएका मुख्य/मुख्य क्रियाकलापहरु

१. कुष्ठरोग निवारणका लागि छाला शिविर सञ्चालन तथा एक्टिभ केश डिटेक्सन कार्यक्रम।
२. एकिकृत कुष्ठरोग विरामीको सक्रिय खोजपड्ताल तथा IPEP कार्यक्रम सञ्चालन।

४.२.३. कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धिहरु (लक्ष्य अनुसारको प्रगति)

४.२.३.१ कुष्ठरोगको नयाँ विरामी संख्या

आ.व. २०८२/८३ मा अघिल्लो आ.व.को तुलनमा कुष्ठरोगका नयाँ विरामीहरु २४ जना (१०९ प्रतिशत)ले बढेका छन्। आ.व. २०८२/८३ मा सबैभन्दा धेरै घोराही उ.म.न.पा.मा २२ जना कुष्ठरोगको नयाँ विरामी पत्ता लागेका छन् भने क्रमशः तुलसीपुर उ.म.नपा. मा ११ जना र सबैभन्दा कम बंगलाचुली, शान्तिनगर र राजपुर गा.पा. मा १/१ जना पत्ता लागेका छन्।(चित्र ४६)

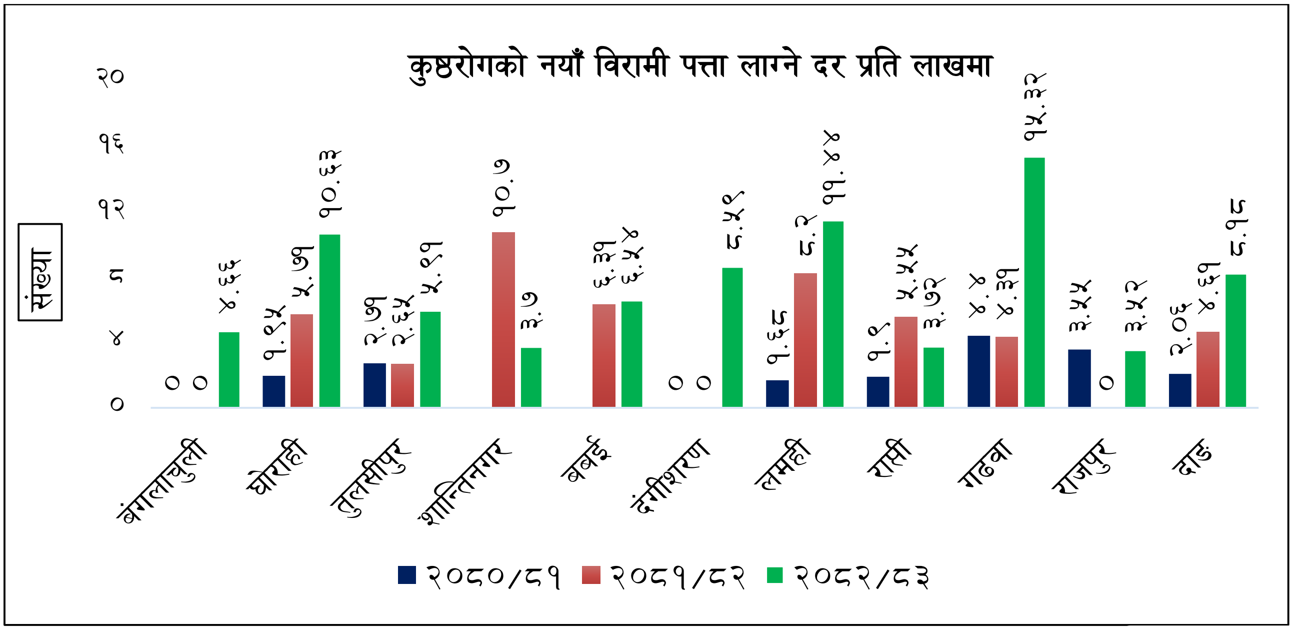


चित्र ४६: कुष्ठरोगको नयाँ विरामी संख्या

स्रोत: DHIS-2

४.२.३.२ कुष्ठरोगको नयाँ विरामी पत्ता लाग्ने दर प्रति एक लाखमा (NCDR per 100000)

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा कुष्ठरोगको नयाँ विरामी पत्ता लाग्ने दर प्रति एक लाख जनसङ्ख्यामा ८.१८ छ, जुन अघिल्लो आ.व.को तुलनामा ४.४३ विन्दुले बढेको छ। आ.व. २०८२/८३ मा कुष्ठरोगको नयाँ विरामी पत्ता लाग्ने दर सबैभन्दा धेरै गढवा गा.पा. मा १५.३ रहेको छ भने सबै भन्दा कम राजपुर गा.पा. मा ३.५ रहेको छ। (चित्र ४७)

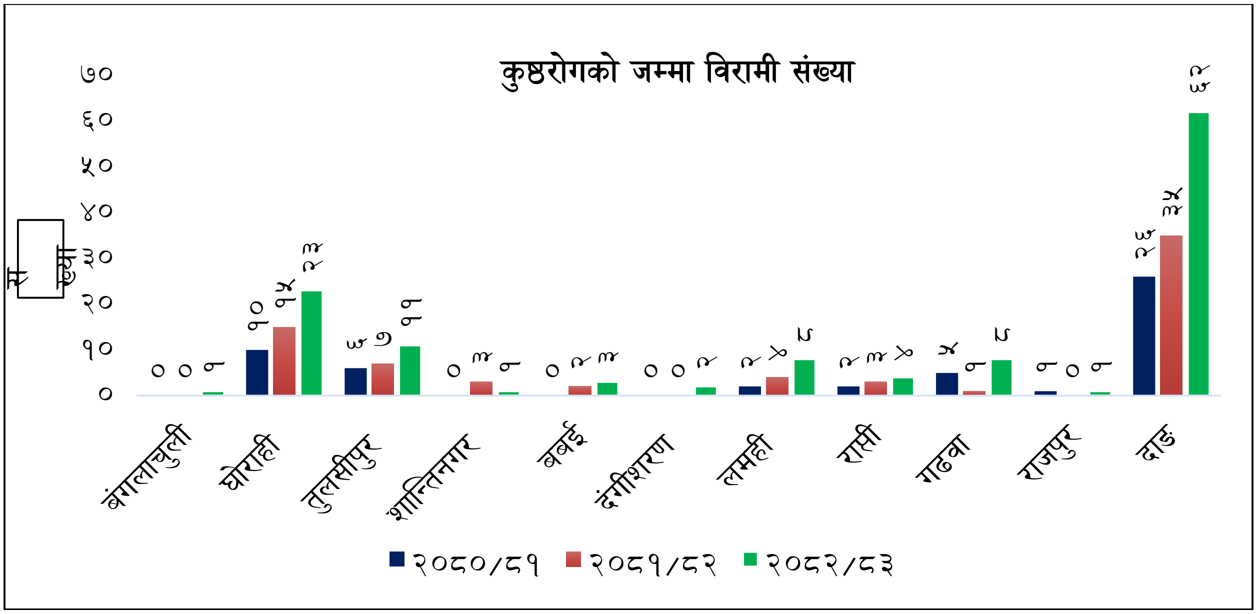


चित्र ४७: नयाँ कुष्ठरोगको विरामी पत्ता लाग्ने दर

स्रोत: DHIS-2

४.२.३.३ कुष्ठरोगको जम्मा विरामी संख्या (नयाँ र पुरानो)

दाङ जिल्लामा कुष्ठरोगको जम्मा विरामी संख्या (नयाँ र पुरानो) आ.व. २०८२/८३ मा ६२ जना रहेको छ, जुन अघिल्लो आ.व.को तुलनामा २७ जनाले (७७ प्रतिशत) बढेको छ। आ.व. २०८२/८३ मा कुष्ठरोगको जम्मा विरामी संख्या (नयाँ र पुरानो) सबैभन्दा धेरै घोराही उ.म.नपा.मा २३ जना उपचारमा रहेकामा क्रमशः तुलसीपुर उ.म.नपा.मा ११ जना र सबैभन्दा कम राजपुर, बंगलाचुली र शान्तिनगर गा.पा.मा १ जना उपचारमा रहेका छन्। (चित्र ४८)

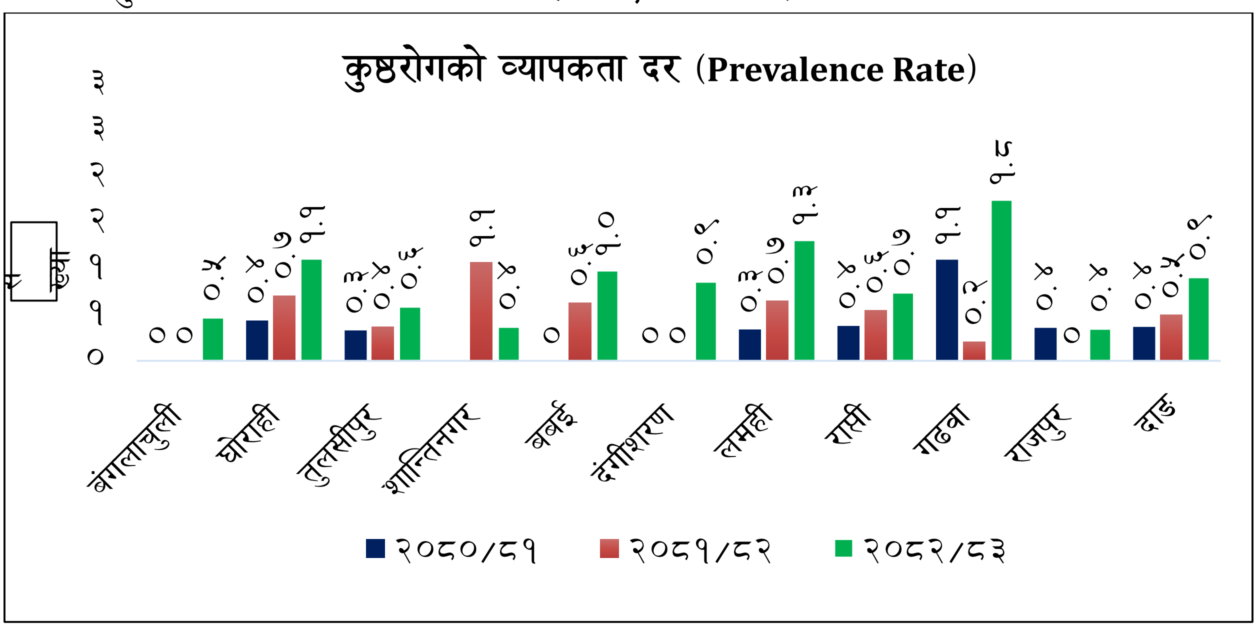


चित्र ४८: कुष्ठरोगको जम्मा विरामी संख्या (नयाँ र पुरानो)

स्रोत: DHIS-2

४.२.३.४ कुष्ठरोगको व्यापकता दर प्रति दस हजारमा (Prevalence Rate per 10,000 Pop^{n})

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा कुष्ठरोगको व्यापकता दर प्रति दस हजार जनसङ्ख्यामा (PR per 10,000 Population) ०.९ र अघिल्लो आ.व.मा ०.५ रहेको छ। पालिकाअनुसार आ.व. २०८२/८३ मा कुष्ठरोगको व्यापकता दर सबैभन्दा धेरै गढवा गा.पा. मा १.८ रहेको छ। त्यसपछि क्रमश: लमही न.पा.मा १.३ तथा बबई गा.पा. र घोराही उ.म.न.पा. मा १/१ रहेको छ भने सबैभन्दा कम राजपुर र शान्तिनगर गा.पा.मा ०.४ रहेको छ।(चित्र ४९)



चित्र ४९: कुष्ठरोगको व्यापकता दर प्रति दस हजार जनसङ्ख्यामा

स्रोत: DHIS-2

४.२.४. कुष्ठरोग कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ४३: कुष्ठरोग कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• कुष्ठरोगको नयाँ विरामी पत्ता लाग्ने दर अघिलो आ.व. भन्दा बढेको, • Prevalence Rate ०.९ रहेको, जुन निवारणको अवस्थामा रहेको छ। • कुष्ठरोग खोजपडतालका लागि छालारोग शिविर तथा LPEP कार्यक्रममार्फत नयाँ बिरामीहरु उल्लेख्य मात्रामा पत्ता लगाईएको,	• औषधीको नियमित आपूर्ति, • कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रमका लागि बजेट न्यून रहेको, • प्रारम्भिक केस पहिचान र व्यवस्थापनका लागि सीमित गतिविधिहरू, • केही पालिकाहरुमा कुष्ठरोगको जम्मा बिरामी दर प्रति दस हजार जनसङ्ख्यामा १ वा सो भन्दा बढी रहेको।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• केही स्थानीय तहले कार्यक्रमको लागि बजेट विनियोजन गरेको। • विकास साझेदार संस्थाहरुको नियमित समन्वय, सहभागिता, सहयोग र सहजीकरण।	• छिमेकी देशसंगको खुला सिमानाका कारण निदान, उपचार र व्यवस्थापनमा कठिनाई। • कुष्ठरोगका नयाँ केसहरू बढ्दै गइरहेका, • कुष्ठरोगसँग सम्बन्धित कलङ्क र सामाजिक विभेद कायमै रहेको।

४.२.५. कुष्ठरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ४४: कुष्ठरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र. सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१.	केही पालिकाहरुमा कुष्ठरोगको जम्मा बिरामी दर प्रति दस हजार जनसङ्ख्यामा १ वा सो भन्दा बढी रहेको।	• सम्बन्धित पालिकाहरुले कुष्ठरोगको भारलाई मध्यनजर गर्दै कार्यक्रहरु तय गरी लागु गर्ने, • पहिचान, निदान र उपचार सम्बन्धमा स्वास्थ्यकर्मी र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई तालिमको व्यवस्था हुनुपर्ने, • समुदायस्तरमा कुष्ठरोग सम्बन्धी सचेतनामूलक कार्यक्रम गर्नुपर्ने,	DoHS-EDCD, प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य तालिम केन्द्र र स्थानीय तह
२.	छिमेकी देशसंगको खुला	बैदेशिक रोजगारीमा गएका व्यक्ति र	DoHS-EDCD,

	सिमानाका कारण निदान, उपचार र व्यवस्थापनमा कठिनाई।	परिवारका सदस्यहरुमा स्क्रिनिङ गरी कुष्ठरोगको निदान र उपचार गर्ने।	प्रदेश सरकार र स्थानीय तह
३.	प्रारम्भिक केस पहिचान र व्यवस्थापनका लागि सीमित गतिविधिहरू	• प्रारम्भिक केस पहिचान र व्यवस्थापनका लागि कार्यक्रहरु तय गरी लागु गर्ने। • पहिचान, निदान र उपचार सम्बन्धमा स्वास्थ्यकर्मी, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई तालिमको व्यवस्थापन हुनुपर्ने। • समुदायस्तरमा कुष्ठरोग सम्बन्धी सचेतनामूलक कार्यक्रम गर्नुपर्ने।	DoHS-EDCD, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह
४.	कुष्ठरोगसँग सम्बन्धित कलङ्क र विभेद रहिरहनु।	समुदायस्तरमा कुष्ठरोग सम्बन्धी सचेतनामूलक कार्यक्रम गर्नुपर्ने।	DoHS-EDCD, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह
६.	कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रममा क्रियाकलाप र बजेट न्यून रहेको।	कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रममा पर्याप्त बजेट र क्रियाकलापको व्यवस्था हुनुपर्ने।	DoHS-EDCD, प्रदेश सरकार र स्थानीय तह

४.३ एचआइभी/एड्स तथा यौन रोग

४.३.१. पृष्ठभूमि

सन् १९८८ मा पहिलो एच.आई.भी. केस पत्ता लागेपछि नेपालमा पहिलो पटक राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण नीति लागु भएको थियो। नेपालमा एचआइभी र यौनरोग नियन्त्रणको उद्देश्यसहित २०५० सालमा राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र(NCASC) स्थापना भएको हो। एचआइभी महामारीको गतिशील प्रकृतिको आधारमा नेपालले आफ्नो प्रारम्भिक नीतिहरुमा परिमार्जन गर्दै हाल राष्ट्रिय एचआइभी रणनीतिक योजना (NHSP) २०२१-२०२६ कार्यान्वयनमा ल्याएको छ। एचआइभी उपचार सेवाहरु अन्तर्गत २०६०/६१ (सन् २००४) देखि सरकारले एचआइभी सङ्क्रमितहरूको जीवनस्तर सुधार गर्ने उद्देश्यले एआरटी केन्द्रहरूबाट निःशुल्क एन्टी-रेट्रोभाइरल (ARVs) उपचार उपलब्ध गराउदै आएको छ। एचआइभीसम्बन्धी राष्ट्रिय प्रतिकार्य योजनाले मुख्य रूपमा एचआइभी रोकथामका कार्यक्रमहरूलाई तीव्रता दिने र विस्तार गर्ने साथै बलियो स्वास्थ्य तथा सामुदायिक प्रणालीहरूमार्फत समतामूलक, गुणस्तरीय र लैङ्गिक-संवेदनशील एचआइभी निदान, उपचार, हेरचाह र सहयोगका सेवाहरूमा पहुँच बढाउने कुरामा ध्यान केन्द्रित गरेको छ।

राष्ट्रिय एचआइभी रणनीतिक योजना (NHSP) २०२१-२०२६

यस रणनीतिले विश्वव्यापी परिकल्पना (Vision), विश्वव्यापी लक्ष्य (Goals) र विश्वव्यापी उद्देश्य (targets) हरुको खाका प्रस्तुत गरेको छ, जुन युएनएड्सको बहुक्षेत्रीय रणनीति, परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरुसँग तथा दिगो विकास लक्ष्यसँग पनि पूर्णरुपले सामञ्जस्य (aligned) छन्।

परिकल्पना: सन् २०३० सम्ममा नेपालमा एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने।

मूल ध्येय: समावेशी, समतामूलक तथा पहुँचयोग्य सेवाहरु सुनिश्चित गर्दै एचआइभी स्याहारको निरन्तरता कायम गर्ने।

लक्ष्य:

- नयाँ एचआइभी सङ्क्रमण रोकथाम गर्ने,
- एचआइभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरुको स्वास्थ्यसम्बन्धी परिणामहरुमा सुधार ल्याउने,
- एचआइभी सङ्क्रमित तथा मुख्य समूहहरुमा एचआइभी सम्बन्धित असमानताहरुमा कमी ल्याउने।

उद्देश्यहरू

- अनुमानित एचआइभी सङ्क्रमितमध्ये ९५% को पहिचान गर्ने,
- एचआइभी सङ्क्रमण पुष्टि भएका ९५% व्यक्तिको उपचार गर्ने,
- एआरटी सेवा लिइरहेका एचआइभी सङ्क्रमित मध्ये ९५% मा भाइरल लोड (viral load suppression) सप्रेसन हासिल गर्ने,

- नयाँ एचआइभी सङ्क्रमण लाई ९०% ले कम गर्ने (२०१० को आधारमा),
- आमाबाट बच्चामा एचआइभीको सङ्क्रमण निवारण (elimination) गर्ने,
- जन्मजात भिरङ्गी (congenital syphilis) को केस दर प्रति लाख जीवित जन्ममा ५० वा सोभन्दा कम गर्ने।

Vertical Transmission आमाबाट बच्चामा सर्ने सङ्क्रमणको निवारण (eVT)

वि.सं. २०६१ (सन् २००५) मा नेपालले आमाबाट बच्चामा एचआइभी सर्नबाट रोक्ने eVT (Elimination of Vertical Transmission) कार्यक्रम सुरु गर्‍यो। पछि, वि.सं. २०६५/६६ मा समुदायमा आधारित PMTCT (CB-PMTCT) कार्यक्रम सुरु गरियो र अहिले यो सबै ७७ जिल्लामा विस्तार भएको छ। यस कार्यक्रमअन्तर्गत स्वास्थ्य संस्थामा महिलाहरूलाई पूर्व प्रसुति जाँचको समयमा एचआइभी स्क्रिनिङ र परामर्श प्रदान गरिन्छ। त्यसैगरी, PMTCT सम्बन्धी राष्ट्रिय दिशानिर्देशहरूलाई २०७८/७९ (सन् २०२२) को राष्ट्रिय एचआइभी परीक्षण र उपचार निर्देशिकामा एकीकृत गरिएको छ। यसबाहेक PMTCT मार्फत एचआइभी परीक्षणलाई मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य सेवामा समावेश गरिएको छ। एचआइभी सङ्क्रमित शिशु र एचआइभीको जोखिममा रहेका शिशुहरूको आवश्यकता पूरा गर्न स्तनपानको परामर्श र जानकारीलाई समेत सम्बोधन गरिएको छ।

४.३.२. कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धिहरु (लक्ष्य अनुसारको प्रगति)

४.३.२.१ एचआइभी परीक्षण सेवा र पोजेटिभ केस

दाङमा राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान घोराही र राप्ती प्रादेशिक अस्पताल तुलसीपुर गरी दुईवटा एआरटी साइटहरू रहेका छन्। यी २ एआरटी साइटहरूमार्फत गत आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा कुल १२११८ व्यक्तिहरूको एचआइभी परीक्षण गरिएको थियो, जुन अघिल्लो वर्षको तुलनामा २५ प्रतिशतले बढी हो।

तालिका नं ४५: एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ केसहरू

सूचक	अवधि		
	२०८०/०८१	२०८१/०८२	२०८२/०८३
जम्मा एचआइभी परीक्षण संख्या	१४८३०	९०७०	१२११८
जम्मा पोजेटिभ	४२	२८	२४

स्रोत: DHIS-2

४.३.२.२ स्थानीय तहअनुसार एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ बिरामी

राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान घोराही र राप्ती प्रादेशिक अस्पताल तुलसीपुरले एचआइभी परीक्षण तथा परामर्श सेवा दिदै आईरहेका छन्। अन्य स्थानीय तहहरुबाट बिरामीहरूलाई एचआइभी परीक्षणको लागि यहाँ प्रेषण गरिन्छ। गत आर्थिक वर्षमा घोराहीमा ७७६० र तुलसीपुरमा ४३५८ गरी जम्मा

१२११८ जनाको परीक्षण गरिएको छ। अघिल्लो आर्थिक वर्षभन्दा यस आर्थिक वर्षमा एचआइभी परीक्षण बढेको छ।

तालिका नं ४६: स्थानीय तहअनुसार एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ बिरामी

स्थानीय तह	एचआइभी परीक्षण			पोजेटिभ		
	आ.व २०८०/०८१	आ.व २०८१/८२	आ.व २०८२/८३	आ.व २०८०/०८१	आ.व २०८१/८२	आ.व २०८२/८३
घोराही	१०८६४	५८५८	७७६०	२२	२२	१६
तुलसीपुर	३९६६	३२१२	४३५८	१२	६	८
दाङ	१४८३०	९०७०	१२११८	३४	२८	२४

स्रोत: DHIS-2

४.३.२.३ मुख्य जोखिम समुहअनुसार एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ भार

गत आर्थिक वर्ष २०८२/०८३ मा मुख्य जोखिम समुदायहरुमा एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ भारको अवस्थालाई विश्लेषण गर्दा सबैभन्दा धेरै एचआइभी पोजेटिभको भार आप्रवासीमा (३७.५%) र आप्रवासीको पति/पत्नीमा (२९.१%) रहेको देखिन्छ। यौनकर्मीहरुमा पनि पोजेटिभ भार १६.४% रहेको छ।

तालिका नं ४७: मुख्य जोखिम समुहअनुसार एचआइभी परीक्षण तथा पोजेटिभ भार

मुख्य जोखिम समुह	एचआइभी परीक्षण	परीक्षण अनुपात	एचआइभी पोजेटिभ	पोजेटिभ भार
यौनकर्मी (Sex Workers)	१२	०.०९%	४	१६.४%
सुईबाट लागू पदार्थ सेवनकर्ता (PWIDS)	-	-	-	-
यौनकर्मीको ग्राहक (Clients of sex workers)	२७	०.२२%	३	१२.५
आप्रवासी (Migrants)	९	०.०७%	९	३७.५%
आप्रवासीको पति/पत्नी (Spouse of migrants)	११	०.०९%	७	२९.१%
पुरुष समालिंगी तथा तेस्रो लिंगी (MSM/TG)	२	०.०१%	१	४.१%
जेलका कैदीवन्दी (Prison inmates)	-	-	-	-
अन्य (Others)	१२०५७	९९.४९%	०	०
जम्मा	१२११८		२४	१००

स्रोत: DHIS-2

४.३.२.४ आमाबाट बच्चामा सर्ने एचआइभी संक्रमण रोकथाम (PMTCT) सेवाहरू:

आमाबाट बच्चामा एचआइभी संक्रमण उन्मूलन गर्ने लक्ष्यसहित स्वास्थ्य तथा खाद्य स्वच्छता मन्त्रालय, नेपालले एचआइभी संक्रमित पत्ता लागेका सबै गर्भवती महिला र स्तनपान गराउने आमाहरूलाई आजीवन एआरटी (ART) सेवा प्रदान गर्ने व्यवस्था गरेको छ। साथै, शिशुहरूलाई पनि रोकथामका लागि औषधी दिने व्यवस्था रहेको छ। आजीवन उपचारले एचआइभी नियन्त्रणका लागि तीन विषयहरुमा प्रभावकारिता थप्छ:

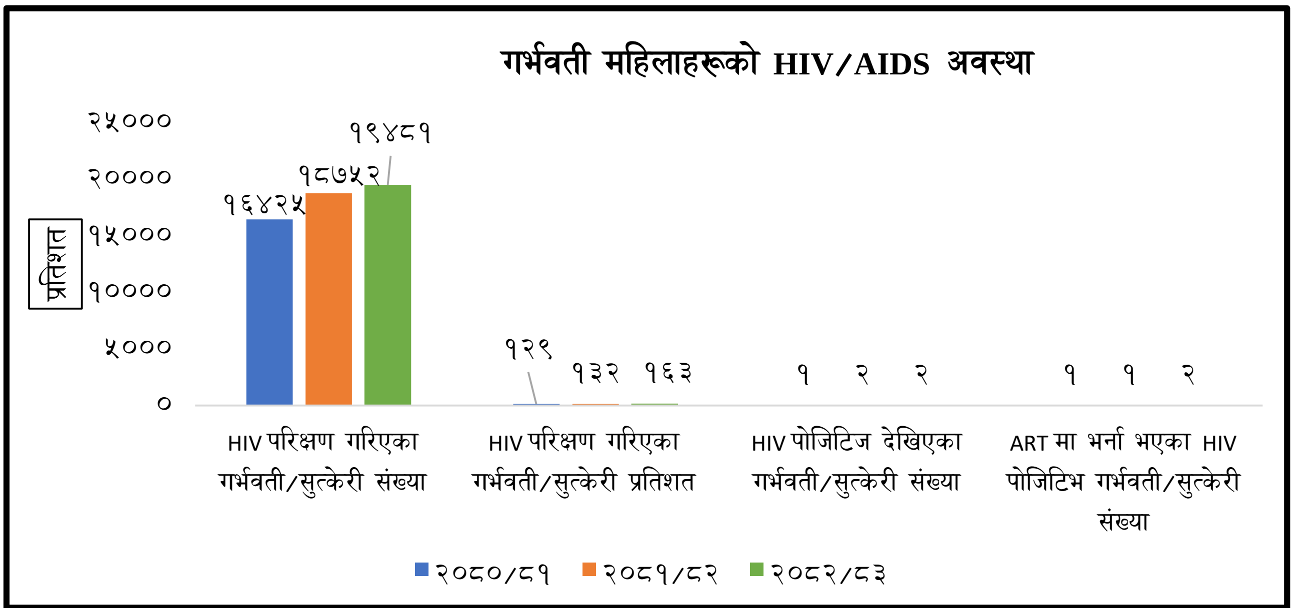
(क) आमाको स्वास्थ्य सुधार गर्न मद्दत गर्छ,

(ख) Vertical Transmission लाई रोकथाम गर्छ,

(ग) यौनकर्मीहरुमा एचआइभीको संक्रमण कम गर्छ।

गर्भवती महिलाहरूको HIV/AIDS अवस्था

विगत तीन वर्षमा एचआइभी परीक्षण गर्ने गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या बढ्दै गएको छ, जसअनुसार आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा कुल १९४५६ जनाको परीक्षण गरिएको छ। यो सङ्ख्या जिल्लामा अनुमानित गर्भधारणको १३२% हो। गत आ.व.मा दुई जना आमामा एचआइभी सङ्क्रमण देखिएको छ। विगत तीन वर्षमा एचआइभी सङ्क्रमण देखिएका सबै आमाहरूले ART उपचार लिइरहेका छन्।



चित्र ५०: गर्भवती महिलाहरूमा PMTCT र HIV/AIDS अवस्था

स्रोत: DHIS-2

ए.आर.भी. उपचार सेवा (Antiretroviral Treatment- ART)

ए.आर.भी. उपचारको नियमितताले संक्रमितहरुको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याई गुणस्तरीय जीवनयापन गर्न सहयोग गर्दछ। दाङ जिल्लामा दुईवटा एआरटी सेवा केन्द्रहरुबाट उपचार तथा परामर्श सेवा उपलब्ध छ। जसले उपचारको नियमिततालाई ९५% भन्दा माथि राख्न सफल भएको छ।

एआरटी उपचारको अवस्था हेर्दा दाङ जिल्लामा २ वटा ART Centre बाट ४८६ जना एचआइभी संक्रमितले नियमित औषधी खाईरहेका छन् भने गत आर्थिक वर्षमा ३३ जना नयाँ बिरामी ART मा थपिएका छन्।

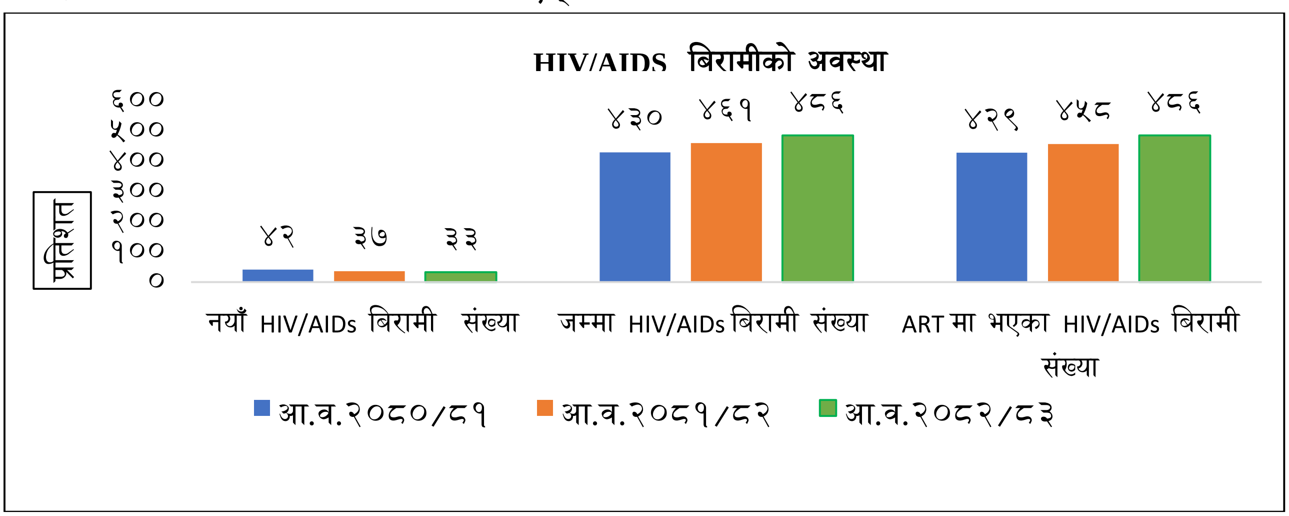
तालिका नं ४८: ए.आर.टी उपचारको अवस्था

संस्था	ए.आर.टी केन्द्र	औषधी खाने एचआइभी संक्रमित	
		औषधी खाने (आषाढ २०८३)	आ. व. २०८२/८३ मा नयाँ भर्ना
घोराही उप. म.न.पा (राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान)	१	३०४	१९
तुलसीपुर उप. म.न.पा (राप्ती प्रादेशिक अस्पताल)	१	१८२	१४
जम्मा	२	४८६	३३

स्रोत: DHIS-2

४.३.२.५ HIV/AIDs बिरामीको अवस्था

HIV/AIDs बिरामीहरुको तीन वर्षको अवस्था हेर्दा गत आर्थिक वर्षमा जम्मा बिरामी संख्यामा बृद्धि भएको छ। यस आर्थिक वर्षमा ३३ जना नयाँ HIV/AIDs बिरामी थपिएका छन् र ४८६ जना HIV/AIDS बिरामी ART मा उपचाररत छन्।



चित्र ५१: HIV/AIDs बिरामीको अवस्था

स्रोत: DHIS-2

४.३.३. एच.आई.भी/एड्स र यौनजन्य सङ्क्रमण (STIs) नियन्त्रण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ४९: एच.आई.भी/एड्स र यौनजन्य सङ्क्रमण (STIs) नियन्त्रण कार्यक्रमको विश्लेषण

सबल पक्ष (Strength)	सुधार गर्नुपर्ने पक्ष (Weakness)
• ART केन्द्रहरूमा निःशुल्क एचआइभी परीक्षण, उपचार र हेरचाह सेवाको उपलब्धता; • उच्च जोखिममा रहेका जनसङ्ख्याका लागि Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) कार्यक्रम लागु भएको; • एचआइभीको फैलावट, नयाँ सङ्क्रमण र उपचारको नतिजा ट्र्याक गर्ने राष्ट्रिय प्रणालीमा पहुँच।	• आवश्यक औषधी, परीक्षण किट र अन्य स्रोतहरूको नियमित उपलब्धता र आपूर्ति शृङ्खलामा समस्या; • उच्च जोखिममा रहेका समूह र वर्गलक्षित क्रियाकलापहरुको कमी; • जिल्लामा भाइरल लोड परीक्षण सेवा उपलब्ध नभएकाले एचआइभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू (PLHIV) ले समयमै आफ्नो भाइरल लोडको स्थिति थाहा पाउनमा कठिनाई।
अवसरहरु (Opportunity)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• विकास साझेदार संस्थाहरूबाट एचआइभी परीक्षण, उपचार, कोष र स्रोतमा सहयोग; • एचआइभी सेवालाई क्षयरोग (TB), आमाबाट बच्चामा सर्न नदिने (PMTCT), मातृ स्वास्थ्य र यौन स्वास्थ्य कार्यक्रमजस्ता अन्य स्वास्थ्य सेवाहरूमा समायोजन गरिनु।	• सामाजिक कलङ्क, विभेद साथै गोपनियताका कारणले परीक्षण, निदान र ART मा भर्नालगायतका सेवाहरु स्वास्थ्य संस्थाबाट लिन नचाहने; • अन्तर्राष्ट्रिय सहायतामा कटौती हुदै जाँदा समग्र कार्यक्रम व्यवस्थापनमा असर पारेको; • Co-infection र Co-morbidities को जोखिम उच्च हुनु।

४.३.४. एच.आई.भी/एड्स र यौनजन्य सङ्क्रमण (STIs) नियन्त्रण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ५०: एच.आई.भी/एड्स नियन्त्रण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१	परीक्षण किट, Chase Buffer Solution र औषधी आपूर्तिमा समस्या।	पर्याप्त मात्रामा नियमित आपूर्ति हुनुपर्ने।	NCASC, प्रदेश आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र
२	HIV Testing and Counseling (HTC) Site को कमी।	जिल्लामा थप HTC Site हरु स्थापना गर्नुपर्ने।	मन्त्रालय, निर्देशनालय
३	सामाजिक विभेद र कलङ्क उच्च रहेको।	समुदायस्तरमा सचेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्ने।	प्रदेश, स्थानीय तह

५. किटजन्य रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

५.१ औलो निवारण कार्यक्रम

५.१.१. पृष्ठभूमि

औलो रोग संक्रमित एनोपिलिज जातको पोथी लामखुट्टेको टोकाइवाट सर्दछ। औलोबाट विशेषगरी गर्भवती महिला तथा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरू बढी जोखिममा रहने गर्दछन्। लामखुट्टेको टोकाईवाट बच्नु नै औलो रोकथामको सर्वोत्तम उपाय हो। नेपालमा मुख्यतया औलो दुई किसिमका परजीवीहरु: प्लाज्मोडियम फाल्सिपारम (Plasmodium Falciparum) र प्लाज्मोडियम भाइभेक्स (Plasmodium Vivax) बाट हुने गरेको छ। विगत केही वर्षदेखि शान्ति सेनाबाट फर्किएका सुरक्षाकर्मीहरूमा प्लाज्मोडियम ओभेली (Plasmodium Ovale) समेत भेटिएको छ। यीमध्ये प्लाज्मोडियम फाल्सिपारमले गराउने रोग बढी जटिल र जोखिमयुक्त हुन्छ।

नेपालमा पहिलो पटक सन् १९५४ मा USAID (तत्कालीन USOM) को सहयोगमा औलो नियन्त्रण परियोजना सुरु गरिएको थियो। यस परियोजनाको उद्देश्य मुख्यतः मध्य नेपालको तराई क्षेत्रमा औलोको अध्ययन गर्नु थियो। निर्धारित समयावधिभित्र देशबाट औलो उन्मूलन गर्ने उद्देश्यले सन् १९५८ मा राष्ट्रिय औलो उन्मूलन कार्यक्रम सुरु गरिएको थियो। विभिन्न कारणहरूले गर्दा १९७८ मा उन्मूलन अवधारणालाई नियन्त्रण कार्यक्रममा फर्काइएको थियो। सन् १९९८ मा WHO ले औलो नियन्त्रण कार्यक्रमहरूलाई पुनः परिमार्जन गर्न आह्वान गरेपछि देशको कुल औलोका ७० प्रतिशत भन्दा बढी केसहरू रहेको पहाडका घना वन, पहाडका फेदी, भित्री तराई र उपत्यका क्षेत्रहरूमा औलोको वर्षभरी देखिने समस्यालाई सम्बोधन गर्न रोल ब्याक औलो (RBM) पहल सुरु गरिएको थियो। सन् २०३० सम्म नेपाललाई औलोमुक्त राष्ट्र बनाउने सङ्कल्पका साथ हाल औलो निवारण कार्यक्रम नेपाल सरकारको प्राथमिकताप्राप्त कार्यक्रमको रूपमा सञ्चालनमा रहेको छ।

राष्ट्रिय रणनीति

सन् २००७ मा पहिलो पटक पञ्चवर्षीय राष्ट्रिय औलो नियन्त्रण रणनीति २००७।०८-२०११।१२ तयार गरी कार्यक्रम लागु गरिएको थियो। सन् २०३० सम्म नेपाललाई औलोमुक्त राष्ट्र बनाउने संकल्पका साथ हाल राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना (२०२५-२०३०) तयार भई नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रमको रूपमा सञ्चालनमा रहेको छ। यस रणनीतिक योजनाको दीर्घकालीन सोंच, लक्ष्य र उद्देश्य देहायबमोजिमको रहेको छ:

दीर्घकालीन सोच: औलोमुक्त नेपाल

ध्येय: औलो निवारणका लागि औलोका केसहरुको समयमै पहिचान, शीघ्र उपचार तथा प्रतिकार्यमा सर्वव्यापी पहुँच सुनिश्चित गर्ने।

लक्ष्य

- सन् २०२६ सम्ममा स्थानीय औलोका केसहरूको सङ्ख्यालाई शून्यमा पुऱ्याउने र तत्पश्चात सो स्थितिलाई कायमै राखे।
- औलोको पुनरागमनको रोकथाम (prevention of re-establishment) का लागि संयन्त्रहरूलाई सुदृढ गर्ने।

उद्देश्य

- स्वास्थ्य प्रणालीका सबै तहमा औलोको गुणस्तरीय निदान, उपचार र रोकथामका उपायहरू सुनिश्चित गर्ने।
- औलोलाई पुनरागमन हुनबाट रोक्न र प्रमाण आधारित निर्णय गर्नका लागि निगरानी प्रणाली सुदृढ बनाउने।

५.१.२. औलो परीक्षण

वर्षेनी औलो परीक्षणका लागि स्लाइड संकलन दर वढ्दै गइरहेको देखिन्छ। एक्टिभ सर्भिलेन्सले गर्दा मलेरिया पोजिटिभ केशहरू वढ्दै गइरहेको छ। PF केसहरू सबै आयातित छन्। आयातित केशहरूको भार धेरै छ। आयातित केशहरूले समयमै उपचार नपाएको खण्डमा स्थानीय केशहरू वढ्न सक्ने सम्भावना रहन्छ। यद्यपि अघिल्लो वर्षको तुलनामा गत वर्ष स्थानीय केशहरू शून्य देखिन्छ।

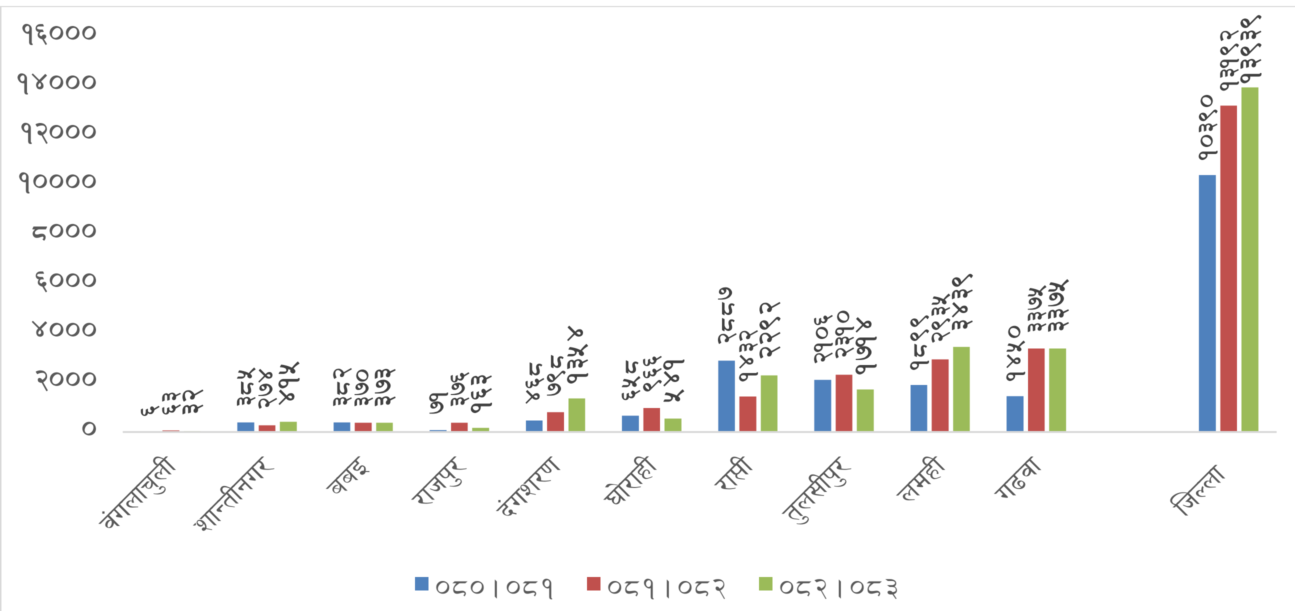
तालिका नं ५१: औलो कार्यक्रमअन्तर्गतका प्रमुख सूचकहरु

सूचकहरू	२०८०।०८१	०८१।०८२	०८२।०८३
लक्षित जनसङ्ख्या	६८११७५	७०३९४८	६९४१८२
जम्मा रक्त नमूना संकलन संख्या	१०३९०	१३१९२	१३९३९
जम्मा रक्त नमूना परीक्षण संख्या	१०३९०	१३१९२	१३९३९
जम्मा औलो पोजेटिभ संख्या	७	१०	८
जम्मा औलो PF संख्या	०	१	२
जम्मा औलो स्थानीय PF संख्या	०	०	०
जम्मा औलो आयातित PF संख्या	०	१	२
जम्मा औलो स्थानीय PV संख्या	४	१	०
जम्मा औलो आयातित PV संख्या	३	८	६
जम्मा औलो स्थानीय संख्या	४	१	०
वार्षिक रक्त परीक्षण दर (ABER)	१.५	१.८७	२.००
Annual Parasite Incidence (API)	०.०१	०.०१	०.०१
स्लाइड पोजिटिभिटी दर (SPR)	०.०६	०.०७	०.०६

स्रोत: DHIS-2

स्थानीय तह अनुसार औलोको रक्त नमूना संकलन संख्या

आर्थिक वर्ष ०८०/०८१ देखि ०८२/०८३ सम्म दाङ जिल्लामा औलो रोगको रक्त नमूना संकलनमा समग्र रूपमा ३४.२ प्रतिशत वृद्धि भएको देखिन्छ। विशेष गरी लमही, गढवा तथा दंगीशरणमा निरन्तर वृद्धि भएको छ भने रासी, घोराही र तुलसीपुरमा वर्षअनुसार उतारचढाव देखिएको छ। यसले जिल्लामा औलो निगरानी प्रणाली विस्तार हुँदै गएको संकेत गरे पनि स्थानीय तहअनुसार परीक्षणको असमानता रहेको देखिन्छ। आगामी वर्षमा कम परीक्षण भएका पालिकाहरूमा सक्रिय खोज तथा उच्च जोखिम क्षेत्रहरूमा नियमित निगरानीलाई अझ प्रभावकारी बनाउन आवश्यक देखिन्छ। समग्र जिल्लाको रक्त नमूना संकलन संख्या वृद्धि भएको देखिएको छ। यद्यपि स्थानीय तह र जिल्ला कसैको पनि लक्ष्यअनुसार प्रगति हासिल भएको देखिदैन।



चित्र ५२: स्थानीय तहअनुसार औलोको रक्त नमूना संकलन संख्या

स्रोत: DHIS-2

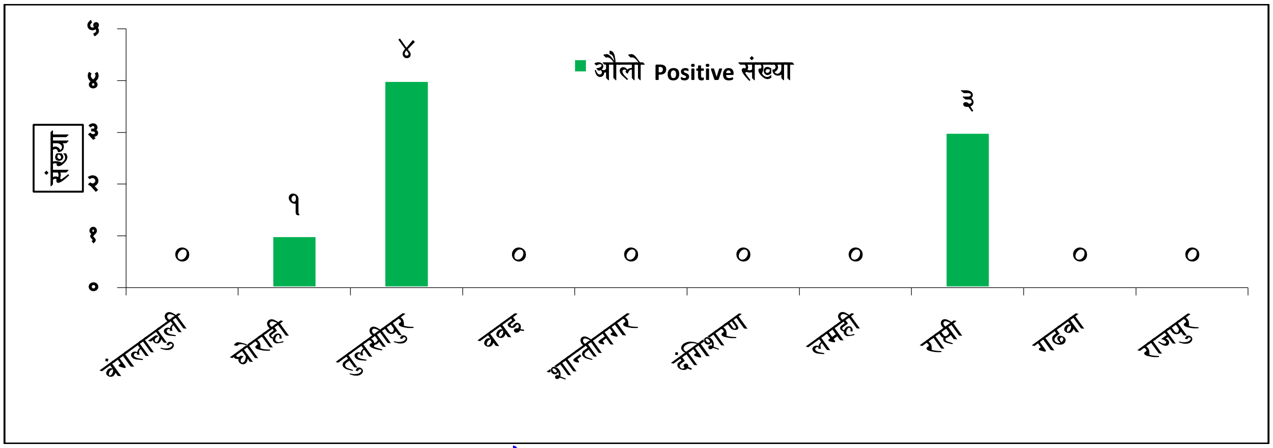
स्थानीय तहगत विश्लेषण

स्थानीय तह	०८०।०८१	०८१।०८२	०८२।०८३	प्रवृत्ति
वंगलाचुली	६	६३	३२	अत्यन्त कम, उतारचढाव
शान्तिनगर	३८५	२७४	४१५	घटेर पुनः वृद्धि
बबई	३८२	३७०	३७३	लगभग स्थिर
राजपुर	७१	३७६	१६३	उतारचढाव
दंगीशरण	४६८	७९८	१३५४	निरन्तर उल्लेखनीय वृद्धि
घोराही	६५८	९६६	५४१	वृद्धि पछि कमी

स्थानीय तह	०८०।०८१	०८१।०८२	०८२।०८३	प्रवृत्ति
राप्ती	२८८७	१४३२	२२९२	धेरै उतारचढाव
तुलसीपुर	२१०६	२३१०	१७१४	सामान्य उतारचढाव
लमही	१८९९	२९३५	३४३९	निरन्तर वृद्धि
गढवा	१४५०	३३७५	३३७५	उल्लेखनीय वृद्धि, स्थिर

औलो पोजेटिभ विरामीहरूको विवरण

दाङ जिल्लामा आ.व. २०८२/८३ मा स्थानीय तहअनुसार औलो (Malaria) पोजेटिभ विरामी संख्याको विश्लेषण गर्दा दर्ता भएका कुल ८ केसमध्ये तुलसीपुर (५०%), राप्ती (३७.५%) र घोराही (१२.५%) मा मात्र केस देखिएका छन्। बाँकी स्थानीय तहहरुमा औलो पोजेटिभ विरामीको संख्या शून्य छ। शून्य केस देखिए पनि ती स्थानीय तहहरूमा नियमित निगरानी, समयमै परीक्षण तथा रोकथामका गतिविधिहरू निरन्तर सञ्चालन गर्न आवश्यक छ। विशेषगरी तुलसीपुर र राप्तीमा रोग नियन्त्रण तथा निगरानी कार्यक्रमलाई थप प्रभावकारी बनाउनुपर्ने देखिन्छ।



चित्र ५३: औलो पोजेटिभ विरामीहरूको विवरण

स्रोत: DHIS-2

५.१.३. औलो निवारण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ५२: औलो निवारण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूवाट निःशुल्क परीक्षण (RDT/माइक्रोस्कोपी) तथा उपचार व्यवस्थापन भएको; • नियमित रूपमा रोगको निगरानी र केस अनुसन्धान भइरहेको; • जोखिम क्षेत्रहरू पहिचान गरी Indoor Residual	• लामखुट्टे नियन्त्रणका गतिविधिहरूलाइ सबै पालिकाहरुमा विस्तार गर्न नसकिएको; • मलेरियाका शंकास्पद सबै विरामीहरूको मलेरिया जाँच हुन नसकेको; • IVS कार्यक्रम नियमित रुपमा संचालन हुन नसकेको;

Spraying (IRS) कार्यक्रम सञ्चालन भइरहेको; • निगरानीका लागि डिजिटल रिपोर्टिङ (MDIS, EWARS, SORMAS आदि) वाट तत्काल प्रतिवेदन गर्ने व्यवस्था भएको।	• बजेट तथा स्रोतसाधनको सीमितता।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• औलो निवारण (Malaria Elimination)का लागि राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धता; • विकास साझेदारहरूको प्राविधिक तथा आर्थिक सहयोग प्राप्त भइरहेको।	• भारतलगायत सीमावर्ती क्षेत्रबाट आउने संक्रमित व्यक्तिको पहिचान गर्न कठिनाइ तथा खुला सिमानाका कारण उच्च जोखिम; • जलवायु परिवर्तनका कारण लामखुट्टेको बासस्थान विस्तार भइरहेको; • कीटनाशक तथा औषधि प्रतिरोध (Resistance) बढ्ने सम्भावना रहेको।

५.१.४. औलो निवारण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ५३: औलो निवारण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१	सीमावर्ती क्षेत्रबाट आयातित (Imported) औलोका बिरामी बढ्दै जानु।	सीमा क्षेत्रमा Screening, Travel History अनिवार्य गर्ने तथा छिमेकी राष्ट्रसंग समन्वय बढाउने।	EDCD, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह
२	ज्वरोको सिकायत लिएर स्वास्थ्य संस्थामा आएका सबै बिरामीको औलो परीक्षण नहुनु।	ज्वरोका साथै travel history भएका सबैको RDT वा Microscopy जाँच अनिवार्य गर्ने।	स्वास्थ्य संस्था, स्वास्थ्य कार्यालय
३	केस रिपोर्टिङ र अनुसन्धानमा ढिलाइ हुनु।	२४ घण्टाभित्र रिपोर्टिङ, ३ दिन भित्र Case Investigation र ७ दिन भित्र Foci Investigation सुनिश्चित गर्ने।	स्वास्थ्य संस्था, स्वास्थ्य कार्यालय, EDCD
४	लामखुट्टे नियन्त्रणका गतिविधि प्रभावकारी नहुनु।	IRS, LLIN वितरण, Larval Source Management तथा IVM प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्ने।	EDCD, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय

५.२ कालाजार निवारण कार्यक्रम

५.२.१. पृष्ठभूमि

भिसेरल लेसमानियासिस पनि भनिने कालाजार, लेसमानिया डोनोभानी नामक परजीवीको कारण हुने गम्भीर रोग हो। यो रोगलाई सेन्डफ्लाइ नामको भुसुनाले मानिसमा सार्छ। यो रोग प्रायः नेपाल, भारत र बंगलादेशमा स्थानीय रूपमा पाइन्छ। रोगीमा लामो समयसम्म ज्वरो आउँछ, तौल घट्छ, रगतको कमी एनेमिया हुन्छ। कलेजो र फियो अस्वाभाविक रूपमा ठूलो हुन्छ। उपचार नगरे घातक हुन सक्छ। नेपाल सरकारले सन् २०१५ सम्म यो रोग अन्त्य गर्ने लक्ष्य राखे पनि अझै केही जिल्लामा केसहरू देखिइरहेका छन्।

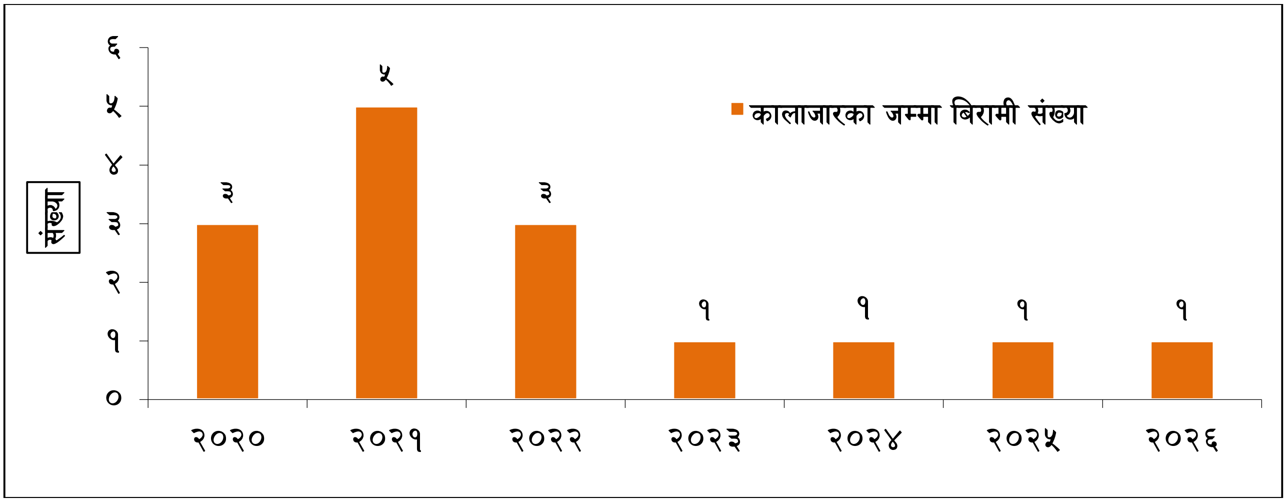
सन् २००५ मा नेपालले जिल्लास्तरमा १०,००० जनसङ्ख्यामा १ भन्दा कम केस हुने गरी कालजार अन्त्य गर्ने राष्ट्रिय योजना बनायो, जसलाई २०१५ सम्म पूरा गर्ने लक्ष्य राखिएको थियो। तर, कार्यक्रमले उक्त लक्ष्य हासिल गर्न सकेन। यद्यपि, कार्यक्रमको प्रभावले कालाजारका केसहरूमा निरन्तर गिरावट देखिएको छ। तथापि अन्य जिल्लाहरू (जसलाई गैर-स्थानीय मानिएको थियो) बाट छिटपुट केसहरू निरन्तर रिपोर्ट भइरहेका छन्। हालै सन् २०१७ मा पहाडी जिल्ला डोल्पामा न्यूनतम मापदण्डभन्दा बढी केसहरू देखिएका छन्।सन् २०१८ मा जम्मा कालाजार केसहरूको ५३% गैर-स्थानीय जिल्लाहरूबाट रिपोर्ट गरिएको थियो।

राष्ट्रिय कलाजार कार्यक्रमले मुख्यतया इन्डेमिक जिल्लामा निवारणका गतिविधि गर्दै आएको थियो। सुरुवातमा ७५ जिल्ला मध्ये १२ जिल्लालाई कालाजार रोगको इन्डेमिक जिल्ला मानिएको थियो। तर पछि थप ६ जिल्लाहरूबाट निरन्तर कालाजार केसहरू रिपोट भइरहेको र ती केशहरू स्थानीय संक्रमण भएको प्रमाणित भयो, जसले गर्दा कालाजारको लागि इन्डेमिक जिल्लाको सूचिमा ती जिल्लाहरू समेत थपिए। छालामा हुने (Cutaneous Leishmaniasis) र नाक-मुखसम्बन्धी (Mucocutaneous Leishmaniasis) रोगका केसहरूको बढ्दो संख्याले देशको कालाजार रोग निवारण गर्ने प्रयासलाई चुनौती दिइरहेको छ।

कालाजार निवारण कार्यक्रमअन्तर्गत प्रभावित क्षेत्रहरूमा भुसुना नियन्त्रण गर्न विषादी छर्कने, बिरामीको निःशुल्क परीक्षण र उपचार गर्ने तथा समुदायस्तरमा सक्रिय केस खोजी (Active Case Detection) अभियान सञ्चालन गरिँदै आएको छ।

५.२.२. कालाजार निवारण कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धिहरु

अहिलेसम्मको अवस्था हेर्दा बिरामीको संख्या घट्दो क्रमका देखिएको छ। सन् २०२६ मा अहिलेसम्म जम्मा १ जना बिरामी भेटिएको छ भने २०२५ मा पनि १ जना भेटिएको थियो। भेटिएका सबै बिरामीको केस बेस्ड सर्भिलेन्स गरिएको छ।



चित्र ५४: कालाजार रोगका जम्मा बिरामी संख्या

स्रोत: EWARS

५.२.३. कालाजार निवारण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ५४: कालाजार निवारण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• कालाजार रोगको परीक्षण र औषधि उपचार निशुल्क रूपमा उपलब्ध भइरहेको; • भेक्टर नियन्त्रणका लागि (IRS, Integrated Vector Management) कार्यक्रम सञ्चालन भइरहेको; • निगरानी तथा प्रतिवेदन प्रणाली (EWARS/HMIS) वाट निरन्तर प्रतिवेदन भइरहेको।	• उपचारपछि Follow-up तथा PKDL विरामीको निगरानी तोकिएअनुसार हुन नसकेको; • स्थानीय तहमा तालिमप्राप्त दक्ष जनशक्ति, बजेट र स्रोत-साधनको कमी; • समुदायमा कालाजार सम्बन्धी जनचेतनाको कमी; • शंकास्पद सबै विरामीहरूको समयमा नै जाँच र उपाचार हुन नसकेको; • आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट शंकास्पद बिरामीहरुको पहिचान गरी Testing Sites मा प्रेषण साथै जाँचको लागि Testing Sites हरुमा नियमित रुपमा किटको व्यवस्था हुन नसकेको।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• विकास साझेदार संस्थाहरूबाट कालाजार केशवेश सर्भिलेन्समा प्राविधिक सहयोग उपलब्ध हुने गरेको; • संघ, प्रदेश र स्थानीय तहबीच कालाजार निवारण कार्यक्रममा समन्वय र सहकार्य भइरहेको।	• गाइडलाइनमा तोकिएका घरधुरीबाहेकबाट पनि विषादी छिड्काउको माग आउने हुँदा सो मागलाई पुरा गर्न नसकिएको।

५.२.४. कालाजार निवारण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ५५: कालाजार निवारण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१.	कालाजार रोग निदानका लागि Rk३९ किटको अपर्याप्तता।	लक्षित जनसङ्ख्याअनुसार केन्द्रबाट किटको उपलब्धता हुनुपर्ने। स्थानीय तह तथा जिल्लाबाट समेत Rk३९ किट खरिद गर्न सक्ने व्यवस्था हुनुपर्ने।	संघ, प्रदेश, स्थानीय तह
२.	उपचारपछि Follow up तथा PKDL विरामीको निगरानी तोकिएअनुसार हुन नसकेको।	विरामीलाई लामो समयसम्म नियमित रूपमा फलोअप गर्नु पर्ने।	स्थानीय तह, स्थानीय स्वास्थ्य संस्था
३.	कालाजार बिरामीको उपचार सेवा जिल्लामा उपलब्ध हुनुपर्ने व्यवस्था भएता पनि सो सुबिधा नहुँदा बिरामीलई जिल्ला बाहिर पठाउनुपर्ने अवस्था रहेको।	जिल्लास्तरको अस्पतालमा तालिमप्राप्त दक्ष चिकित्सक र औषधिसहितको उपचार सेवा उपलब्ध हुनुपर्ने।	EDCD, स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय
४.	आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट शंकास्पद बिरामीहरुको पहिचान गरी Testing Sites मा प्रेषण साथै जाँचको लागि Testing Sites हरुमा नियमित रुपमा किटको व्यवस्था हुन नसकेको।	स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिमको व्यवस्था हुनुपर्ने साथै Testing Sites हरुमा नियमित रुपमा किटको आपूर्ति गर्नुपर्ने।	EDCD, स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय

५.३ डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

५.३.१. पृष्ठभूमि

डेंगु एक भाइरसजन्य रोग हो जुन लामखुट्टेको टोकाइवाट एक रोगी व्यक्तिबाट अर्को निरोगी व्यक्तिमा सर्दछ। पछिल्ला वर्षहरूमा डेंगु रोग विश्वका धेरै मुलुकहरूमा तीव्र गतिमा फैलिरहेको छ। हाल नेपालमा पनि डेंगु तीव्र रूपमा बढ्दै गइरहेको छ। सबै प्रदेशहरूमा स्थानीय रूपमा फैलिएको यो रोग हालका वर्षहरूमा अझ वढ्दै गैरहेको छ। यस रोगलाई एडिस इजिप्टी (Aedes Aegypti) र एडिस अल्बोपिक्टस (Aedes Albopictus) नामक लामखुट्टेले टोकेर एक व्यक्तिवाट अर्को व्यक्तिमा सार्ने काम गर्दछ।

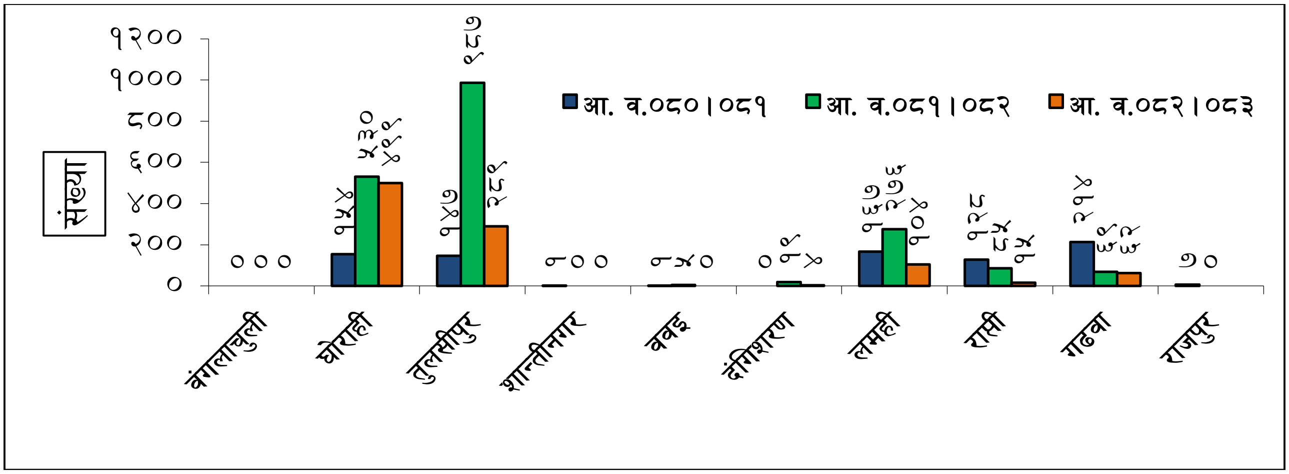
डेंगु भाइरसका ४ वटा सेरोटाइपहरू छन्। नेपालमा डेंगु भाइरसका सबै ४ प्रकार (सिरोटाइप) पाइएका छन्। जसमा DENV-1 ले सबैभन्दा बढी प्रभाव पारेको छ। यसलाई सामान्यतया "ब्रेकबोन फिभर" (Breakbone Fever) पनि भनिन्छ किनभने यसले शरीरमा असाध्यै दुखाई गराउँछ। डेंगुको संक्रमण भएपछि उच्च ज्वरो (१०४°F सम्म पुग्न सक्छ), टाउको दुखाई, आँखामुनि वा पछाडि दुख्ने, मांसपेशी र हड्डीमा अत्यधिक दुखाई, छालामा रातो दाग वा ऱ्यास आउनु, वान्ता वा पेट दुख्ने, कहिलेकाहीँ नाक वा मसूडाबाट रगत आउनु (गम्भीर अवस्थामा) आदि चिन्ह तथा लक्षणहरू देखा पर्दछन्। यस रोगको रोकथामको लागि घर वरिपरि पानी जम्न नदिने, पानीका भाँडाहरू छोपेर राख्ने, सुत्दा झुल प्रयोग गर्ने, साँझ विहान घर बाहिर निस्कदा लामा वाहुला भएको कपडा लगाउने, बिहान र बेलुकी (लामखुट्टेले टोक्ने समय) विशेष सावधानी अपनाउने, सामुदायिक सरसफाइ अभियानमा सक्रिय सहभागिता जनाउने जस्ता कार्यहरुले मदत गर्दछ।

नेपाल सरकारले डेंगु रोग नियन्त्रणका लागि पछिल्ला वर्षहरूमा विभिन्न सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ। हाल डेंगी रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्ययोजना २०८१ कार्यान्वयनमा रहेको छ। यसले डेंगी रोगको रोकथाम, व्यवस्थापन र नियन्त्रणका लागि स्वास्थ्यकर्मीलाई मार्गदर्शन दिन्छ। यस कार्ययोजनाअन्तर्गतका कार्यक्रमहरु मुख्यतया रोकथाम, लामखुट्टे नियन्त्रण, निगरानी (Surveillance) र जनचेतना अभिवृद्धिमा केन्द्रित छन्। जसअनुसार देहायबमोजिमका क्रियाकलापहरु सञ्चालनमा रहेका छन्:

१. जनस्तरसम्म डेंगी रोग रोकथाम तथा नियन्त्रणको सचेतनाका लागि बहु-निकाय बहु-सहकार्य;
२. लामखुट्टे वृद्धि विकास नियन्त्रणका लागि बहु निकाय समन्वय;
३. रोग प्रक्षेपण तथा जोखिम मूल्याङ्कनका लागि बाहक (लामखुट्टे) को नियमित निगरानी तथा प्रतिकार्य;
४. निदान, उपचार तथा व्यवस्थापनका लागि स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता अभिवृद्धि;
५. डेंगी रोगको निगरानी तथा तथ्याङ्क सुदृढीकरण;
६. अध्ययन तथा अनुसन्धान।

५.३.२. डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धिहरु

गत आर्थिक वर्षमा सबैभन्दा बढी डेंगु केस घोराहीमा ४९९ जना र त्यसपछि तुलसीपुरमा २८९ जना भेटिएको छ। लमही, राप्ती र गढवामा पनि उल्लेखनीय संख्यामा विरामी देखिन्छन्। बंगलाचुली, शान्तिनगर, बबई र राजपुरमा गएको वर्ष शुन्य केश छ भने दंगीशरणमा ४ वटा केश रिपोर्ट भएको छ।



चित्र ५५: डेंगु रोगका जम्मा बिरामी संख्या

स्रोत: DHIS-2

५.३.३. डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ५६: डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• डेंगु रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि लामखुट्टेको प्रजनन स्थल तथा लार्भा/प्यूपा खोज्ने र नष्ट गर्ने क्रियाकलाप नियमित रुपमा भएको; • शंकास्पद बिरामीहरुको नियमित रुपमा जाँच गरी उपचारको व्यवस्था भएको; • नियमित रुपमा निगरानी, अभिलेख तथा प्रतिवेदनका लागि EWARS, SORMAS जस्ता अनलाइन प्लेटफर्महरुको व्यवस्था भएको; • डेंगु नियन्त्रणका क्रियाकलापका लागि नियमित रुपमा बजेटको विनियोजन हुने गरेको।	• सर्भिलेन्स प्रणालीलाइ चुस्त, दुरूस्त र मजवुत वनाउनु पर्ने; • प्रयोगशाला क्षमता अभिवृद्धि गर्नुपर्ने, आउटब्रेकको समयमा जिल्ला तहमै सेरोटाइप पहिचान गर्न सक्ने प्रयोगशालाको व्यवस्था नहुनु; • जनचेतना अभिवृद्धि कार्यक्रमलाई समुदायस्तरमा अझै व्यापक र विस्तार गर्नुपर्ने।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• स्थानीय तहले डेंगु नियन्त्रणका क्रियाकलापहरु (सरसफाइ, जनचेतना, लार्भा नष्ट गर्ने अभियान) प्राथमिकताका साथ गर्ने गरेको; • "Search and Destroy" जस्ता अभियानहरूमा विद्यालय, क्लब, स्वयंसेवक, आमा समूह, युवा समूहको संलग्नता तथा तत्परता उल्लेखनीय हुने गरेको;	• शहरीकरण, जनघनत्व र अव्यवस्थित निर्माण कार्यले गर्दा जोखिम बढ्दै गैरहेको।

• विकास साझेदार निकायहरुको सहयोग र सहकार्य नियमित रुपमा भैरहेको; • बहुक्षेत्रीय समन्वय तथा सहकार्यमार्फत डेंगु नियन्त्रण क्रियाकलापहरुको सञ्चालन गर्न सकिने।	

५.३.४. डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ५७: डेंगु रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपायहरु

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१.	शहरीकरण, जनघनत्व र अव्यवस्थित निर्माण कार्यले गर्दा जोखिम बढ्दै गैरहेको।	व्यवस्थित शहरीकरण, भवन आचारसंहिताको पूर्ण पालना, लामो समयसम्म पानी भण्डारण गर्ने प्रकृया वन्द गर्ने।	प्रदेश, संघ, स्थानीय तह, निर्माण कम्पनी
२.	सर्भिलेन्स प्रणालीलाइ चुस्त, दुरूस्त र मजवुत वनाउनु पर्ने।	EWARS र SORMAS जस्ता अनलाइन प्लेटफर्मको प्रयोगलाई अनिवार्य गर्नुपर्ने	स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह र स्वास्थ्य संस्थाहरु
३.	प्रयोगशाला क्षमता अभिवृद्धि गर्नुपर्ने, आउटव्रेकको समयमा जिल्ला तहमै सेरोटाइप पहिचान गर्न सक्ने प्रयोगशालाको व्यवस्था नहुनु।	जिल्ला तहमा सेरोटाइप पहिचान गर्न सक्ने प्रयोगशालाको व्यवस्था हुनुपर्ने।	EDCD, प्रदेश सरकार

५.४ स्क्रव टाइफस

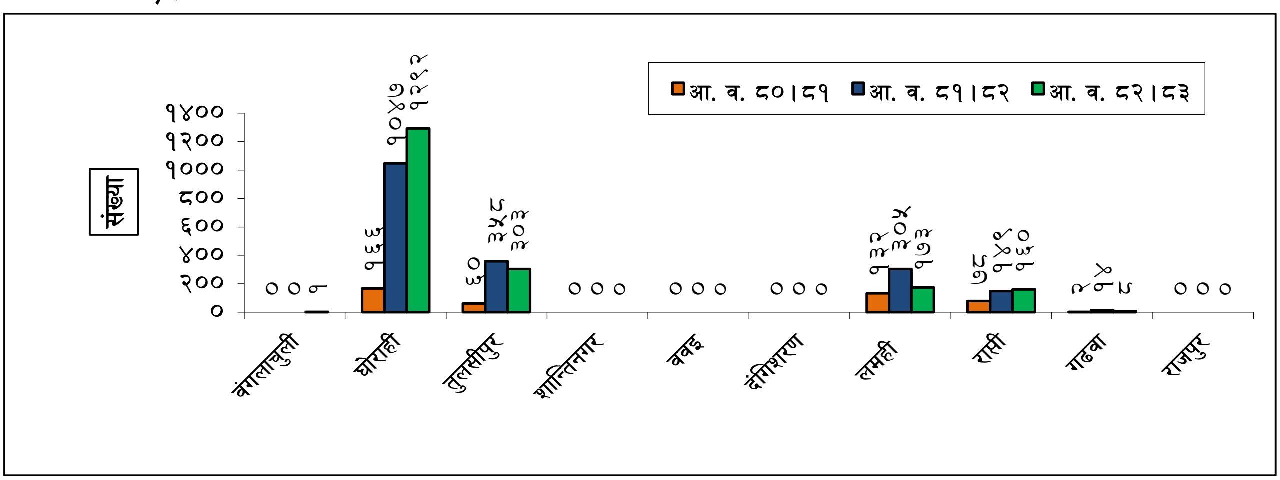
५.४.१. पृष्ठभूमि

स्क्रव टाइफस तीव्र ज्वरो आउने खालको एक संक्रामक सरूवा रोग हो, जुन मुसामा लाग्ने किर्नाको टोकाईबाट मानिसमा सर्दछ। यो रोग *ओरिएन्टिया* Tsutsugamushi नामक *रिकेट्सीया* (Rickettsiacea) परिवारको ग्राम-नेगेटिभ जीवाणुका कारण हुन्छ। यसलाई Tsutsugamushi रोग पनि भनिन्छ। यो रोग मानिसबाट मानिसमा चाहिँ सर्दैन। मुसामा हुने किर्ना अर्थात माइट प्रायः झाडी, खेतबारी, वनजंगल, घर वरिपरीको झाडी वा घुरान हुने ठाउँमा देखिने गर्दछ।

खेतवारीमा काम गर्दा, बनजंगल वा झाडीमा जाँदा वा घाँस काट्न जाँदा पूरा शरीर ढाक्ने कपडा लगाउने, सम्भव भएसम्म लामो जुत्ता लगाउने, घाँसवारीमा वा चौरमा वस्दा गुन्द्री वा दरी ओछ्याएर वस्ने, सम्भव भएसम्म भुइँमा नबस्ने, खाटमा वा अग्लो स्थानमा सुत्ने, सकेसम्म घाँसवारी वा चौरमा नवस्ने; चौर, वारी, झाडी, घाँस तथा घुरान वढ्न नदिने जस्ता क्रियाकलापहरुले यो रोग लाग्नबाट बच्न सकिन्छ। मुसा नियन्त्रणको लागि उपयुक्त किसिमले अन्न भण्डारण गर्नुपर्दछ। यसका लक्षणहरूमा धेरै ज्वरो आउने (१०४ डिग्री फरेन्हाइट भन्दा वढी) काम ज्वरो पनि आउन सक्छ, धेरै टाउको दुख्नु, पसिना धेरै आउनु, आँखा रातो हुनु, झाडापखाला लाग्नु विस्तारै शरीरका मुख्य अंगहरूले काम गर्न छाड्नु, किराले टोकेको ठाउँमा रातो दाग देखिन सक्छ जुन पछि कालो दागमा परिणत हुन सक्छ।

५.४.२. स्थानीय तह अनुसार स्क्रव टाइफस रोगको अवस्था

दाङ जिल्लामा स्क्रब टाइफसका बिरामीको संख्या आर्थिक वर्ष ०८०/०८१ मा ४३८ जना, ०८१/०८२ मा १,८७५ जना र ०८२/०८३ मा १,९३७ पुगेको देखिन्छ। जिल्लागत रूपमा पछिल्ला दुई वर्षमा रोगको भार उच्च रहेको छ। पालिकागत रूपमा घोराही सबैभन्दा बढी प्रभावित देखिएको छ भने तुलसीपुर, लमही र रासी पनि प्रभावित क्षेत्रका रूपमा देखिन्छन्। विशेषगरी रासीमा निरन्तर वृद्धि र घोराहीमा अत्यधिक केस देखिएकाले यी क्षेत्रमा सक्रिय surveillance, शीघ्र निदान, उपचार तथा समुदायस्तरीय जनचेतनामूलक गतिविधिलाई प्राथमिकताका साथ सञ्चालन गर्न आवश्यक देखिन्छ। शून्य केस देखिएका पालिकामा पनि पर्याप्त परीक्षण तथा रिपोर्टिङ भएको सुनिश्चित गर्न आवश्यक छ।



चित्र ५६: स्थानीय तह अनुसार स्क्रव टाइफस रोगको अवस्था

स्रोत: DHIS2

६. नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

६.१. पृष्ठभूमिः

एक व्यक्तिबाट अर्को व्यक्तिमा नसर्ने दिर्घ रोग र सुक्ष्म जीवाणुका माध्यमबाट नहुने रोगलाई साधारणतया नसर्ने रोग (Non Communicable Disease-NCD) भन्ने गरिन्छ। नसर्ने रोगहरूले लामो अवधि र साधारणतया सुस्त गतिमा प्रभाव पार्ने गर्दछन्। मुटु तथा रक्तनलीको रोग, मधुमेह, दिर्घ श्वाश्प्रश्वाससम्बन्धी रोग र क्यान्सर (स्तन र पाठेघरको मुख) प्रमुख ४ नसर्ने रोगहरूको रुपमा देखिएको छ। धैरै व्यक्तिहरुको अल्पायुमै मृत्यु हुने तथा स्वास्थ्य क्षेत्रमा धैरै धनराशीको खर्च गराउने यी रोगहरु विश्वमा प्रमुख महामारीको रुपमा देखा परिरहेको छ।

विश्वव्यापीकरण, शहरीकरण, वृद्ध उमेरको जनसङ्ख्यामा (Aging Pop^{n}) वृद्धि तथा जीवनशैलीमा आएको परिवर्तन एवम् बातावरणीय प्रदुषण लगायतका कारणले गर्दा मानिसको जीवन र स्वास्थ्यमा जोखिम बढ्दै गैरहेको छ। यी कारणले गर्दा नसर्ने रोग विश्वमा मानिसहरुको मृत्युको प्रमुख कारणको रुपमा देखा परिरहेको छ।

रोगको रुपमा मात्र नरही सामाजिक, आर्थिक, वातावरणीय र समग्र देश विकासमा समेत नसर्ने रोगहरुले नकारात्मक असर पारिरहेको हुन्छ। नसर्ने रोग लागिसकेपछि जीवनपर्यन्त उपचार गनुपर्ने, बढ्दो धान्नै नसक्ने स्वास्थ्य उपचारको खर्च र व्यक्तिको उत्पादनशिलतामा आउने ह्रास आदि कारणले गर्दा व्यक्ति, परिवार तथा समाजले आम्दानीको ठूलो हिस्सा यसमा खर्च गर्नुपरेको छ। नसर्ने रोगहरुको उपचारको खर्चको कारणले बर्षेनी हाम्रो जस्तो देशमा थुप्रै घरपरिवार गरिबीको रेखामुनि धकेलिएका छन्।

विश्वमा नसर्ने रोगका कारण वर्षेनी करिब ४ करोड १० लाख मानिसको मृत्यु हुने गर्दछ। नेपालमा पनि यसको प्रकोप तिव्र गतिमा वृद्धि भइरहेको छ। WHO को सन् २०१८ को Country Profile अनुसार नेपालमा कुल मृत्युमध्ये ६६ प्रतिशत मृत्युको कारण नसर्ने रोगबाट भएको थियो। ती मृत्युमध्ये सबैभन्दा बढी १ करोड ७९ लाख CVD संग, ९० लाख क्यान्सरसंग, ३९ लाख श्वासप्रश्वाससंग र १६ लाख मधुमेहसंग सम्बन्धित रहेको थियो। नेपाललगायत दक्षिणपूर्वी एसियाका देशहरूमा विषेश गरी ३० देखि ७० वर्ष उमेर समूहका मानिसहरूमा अल्पायुमै मृत्यु (२२ प्रतिशत)को प्रमुख कारणको रुपमा नसर्ने रोग देखिएको छ। यसरी परिवारका उत्पादनशील उमेर समूहका सदस्यको अल्पायुमा हुने मृत्युले गर्दा सामाजिक तथा आर्थिक विकासमा नकारात्मक असर परिरहेको छ।

विश्व स्वास्थ्य संगठनको ६५ औं महासभामा सदस्य राष्ट्रहरुले नसर्ने रोगका कारणले हुने अल्पायु मृत्यु सन् २०२५ सम्ममा २५ प्रतिशतले घटाउने लक्ष्य लिएका छन्। त्यसैगरी, दिगो बिकास लक्ष्यले समेत एक तिहाईले नसर्ने रोगका कारणले हुने मृत्यु घटाउने लक्ष्य लिएको छ। सो लक्ष्य प्रासिका निम्ति सदस्य राष्ट्रले बिभिन्न अवधारणलाई अघि सारेका छन् जस्तै रणनितिक कार्य योजना बनाउने, विश्व

स्वास्थ्य संगठनको PEN अवधारणालाई लागु गर्ने तथा "BEST BUYS" को अवधारणा अपनाउने रहेका छन्। जवान र वृद्ध व्यक्तिहरूमा मृत्युको प्रमुख कारणको रुपमा बढ्दै गईरहेको नसर्ने रोगहरुले नेपालमा ठूलो जनस्वास्थ्य चुनौती सिर्जना गरेको छ। नेपालका स्वास्थ्य संरचनाहरूसहित व्यक्ति, समुदाय र राष्ट्रको लागि NCD हरूको बढ्दो भारलाई सम्बोधन गर्न रणनितिक कार्यहरुको आवश्यकता छ। यस तथ्यलाई ध्यान दिदै नेपाल सरकारले NCD को रोकथाम र नियन्त्रणका लागि विभिन्न नीति, रणनिति, योजना तथा कार्यक्रमहरु सञ्चालन गरेको छ।

नीतिगत व्यवस्था

- जनस्वास्थ्य ऐन २०७५, नियमावली २०७७
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६
- राष्ट्रिय मानसिक स्वास्थ्य नीति २०५३

सम्बन्धित रणनीतिहरु

- नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र-रणनीतिक योजना (२०७९/८०-२०८७/८८)
- नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रण सम्बन्धी बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना, (२०२१-२०२५)
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा स्तरका कार्यक्रमहरु
- Package of Essential Non-Communicable Disease (PEN) Intervention

समुदायमा लुकेर रहेका तथा नदेखिएका बिरामीहरूको समयमा नै निदान गरी सही उपचार तथा व्यवस्थापनको दायरामा ल्याउनको लागि नेपाल सरकारले नसर्ने रोग सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएको हो। नेपाल सरकारले नसर्ने रोगको उपचार सशक्त रुपमा अघि बढाउन विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको PEN अवधारणालाई अनुमोदन गरी लागु गरेको छ।

PEN कार्यक्रमले मुख्य रुपमा प्रमुख ४ नसर्ने रोगहरूः मुटु तथा रक्तनलीको रोग, मधुमेह, दीर्घ श्वाशप्रश्वास सम्बन्धी रोग र क्यान्सर (स्तन र पाठेघरको मुख) को रोकथाम, शीघ्र निदान, व्यवस्थापन र प्रेषण एवम् यी नसर्ने रोगका ४ प्रमुख कारक तत्वहरूः शारीरिक निस्कृयता, धुम्रपान, मद्यपानको हानिकारक प्रयोग तथा अस्वस्थ खानपानको रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्न जोड दिन्छ। PEN कार्यक्रमका उद्देश्यहरु देहायबमोजिम रहेका छन्:

१. नसर्ने रोगको समयमै निदान, उचित व्यवस्थापन तथा उपचारमा एकरुपता;
२. नसर्ने रोगका जोखिम तत्वहरूको रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि स्वास्थ्य शिक्षा र परामर्श;
३. स्वास्थ्य संस्था, विद्यालय र समुदायविच समन्वयमा वृद्धि;
४. सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवामा (Universal Health Coverage) पहुँच बढाउने।

६.२. आ.व.२०८२/८३ मा सम्पादन गरिएका मुख्य/मुख्य क्रियाकलापहरु

६.२.१. ३० वर्षमाथिको उमेर समुहमा नसर्ने रोग (सुगर, प्रेसर र मृगौला रोग)को स्क्रिनिंङ कार्यक्रम

बढ्दो क्रममा रहेको उच्च रक्तचाप, मधुमेह र मृगौलासम्वन्धी समस्याले स्वास्थ्यमा पर्ने थप जटिलता, रुग्णता र मृत्युलाई रोकथाम, नियन्त्रण र व्यस्थापन गर्न ३० वर्ष माथिको उमेर समुहमा उच्च रक्तचाप, मधुमेह र मृगौलासम्बन्धी रोगको अवस्था पत्ता लगाई उनीहरुको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउन यो कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो।

६.२.२. कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धि (लक्ष्य अनुसारको प्रगति)

३० वर्षभन्दा माथिको उमेर समुहका लागि नसर्ने रोग (सुगर, प्रेसर र मृगौला रोग) स्क्रिनिंङ कार्यक्रमको मुख्य उपलब्धी तल प्रस्तुत गरिएको छ। कार्यक्रममार्फत ६७८८९ जनाको स्वास्थ्य परीक्षण तथा आवश्यकताअनुसार परामर्श सेवा दिइएको थियो। यस कार्यक्रमले जिल्लामा धेरै नँया बिरामीको खोज पड्ताल कार्यमा समेत सहयोग पुऱ्याएको छ।

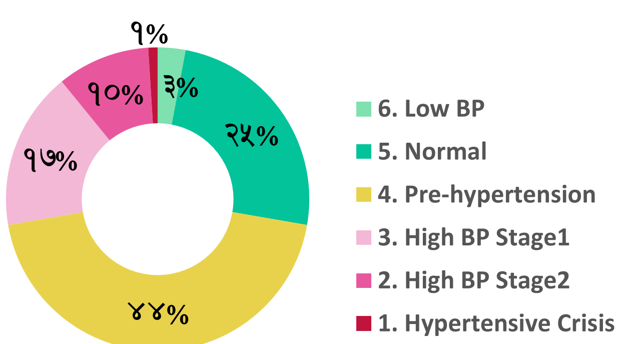
तालिका नं ५८: ३० वर्ष भन्दा माथिको लागि नसर्ने रोग स्क्रिनिङ कार्यक्रमको प्रगति

जम्मा परीक्षण	रक्तचाप परीक्षण	मधुमेह परीक्षण	मृगौला परीक्षण	उचाई तौल अनुपात
६७८८९	६७८५५	६१५०४	५९७३३	६७८५५

श्रोतः कार्यक्रम प्रतिवेदन

रक्तचाप परीक्षण

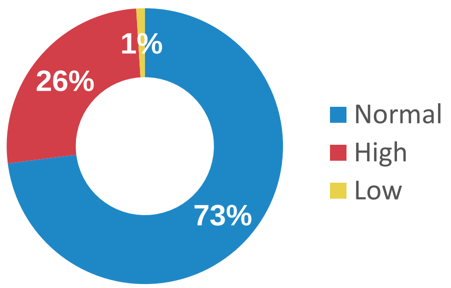
जिल्लामा कुल ६७८५५ जनामा रक्तचाप परीक्षण गरिएकोमा ४४ प्रतिशतमा प्रि हाइपरटेन्सन, १७ प्रतिशतमा पहिलो स्टेजको, १० प्रतिशतमा दोस्रो स्टेजको उच्च रक्तचाप र १ प्रतिशतमा हाइपरटेन्सिभ क्राइसिस देखिएको थियो। त्यसैगरी, ३ प्रतिशतमा लो व्लड प्रेसर देखिएको थियो।



श्रेणी	मापदण्ड (mmHg)
Low BP	<90 / <60
Normal	90-120 / 60-80
Pre-Hypertension	120-140 / 80-90
High BP - Stage 1	140-160 / 90-100
High BP - Stage 2	160-180 / 100-120
Hypertensive Crisis	**>180 / >120**

मधुमेह परीक्षण

कुल ६१५०४ जनामा मधुमेह परीक्षण गरिएकोमा २६ प्रतिशतमा मधुमेह देखिएको थियो भने १ प्रतिशतमा लो डायबिटिज देखिएको थियो।

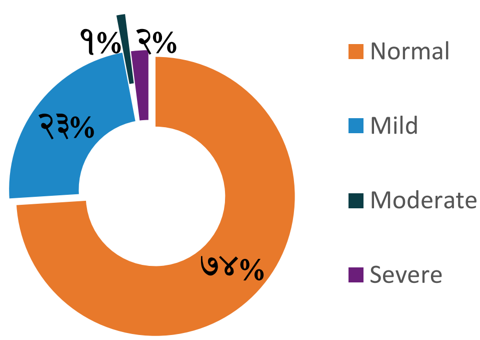


श्रेणी	Fasting (mg/dL)	Random / Post Prandial (mg/dL)
Low	< 70	< 70
Normal	70 - 99	< 140
Prediabetes	100 - 125	140 - 199
Diabetes	≥ 126	≥ 200

श्रोतः कार्यक्रम प्रतिवेदन

मृगौला परीक्षण

जिल्लाका सबै स्थानीय तहका कुल ५९७३३ जनामा मृगौला (प्रोटिन) परीक्षण गरिएको थियो। परीक्षण गरिएकाहरुमध्ये २३ प्रतिशतमा Mild, १ प्रतिशतमा Moderate र २ प्रतिशतमा Severe प्रोटिन देखिएको थियो।

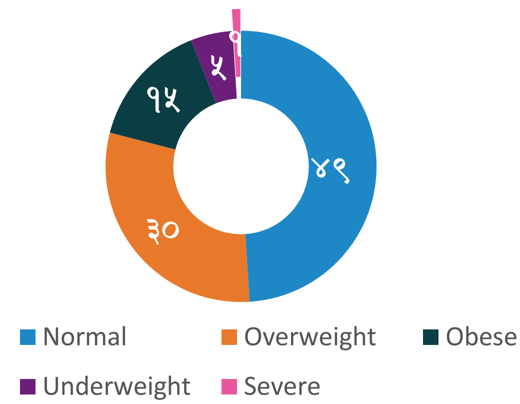


श्रेणी	विवरण (Description)
Normal	None
Mild	Trace
Moderate	२, २+
Severe	३, ३+

श्रोतः कार्यक्रम प्रतिवेदन

उचाई तौल अनुपात परीक्षण

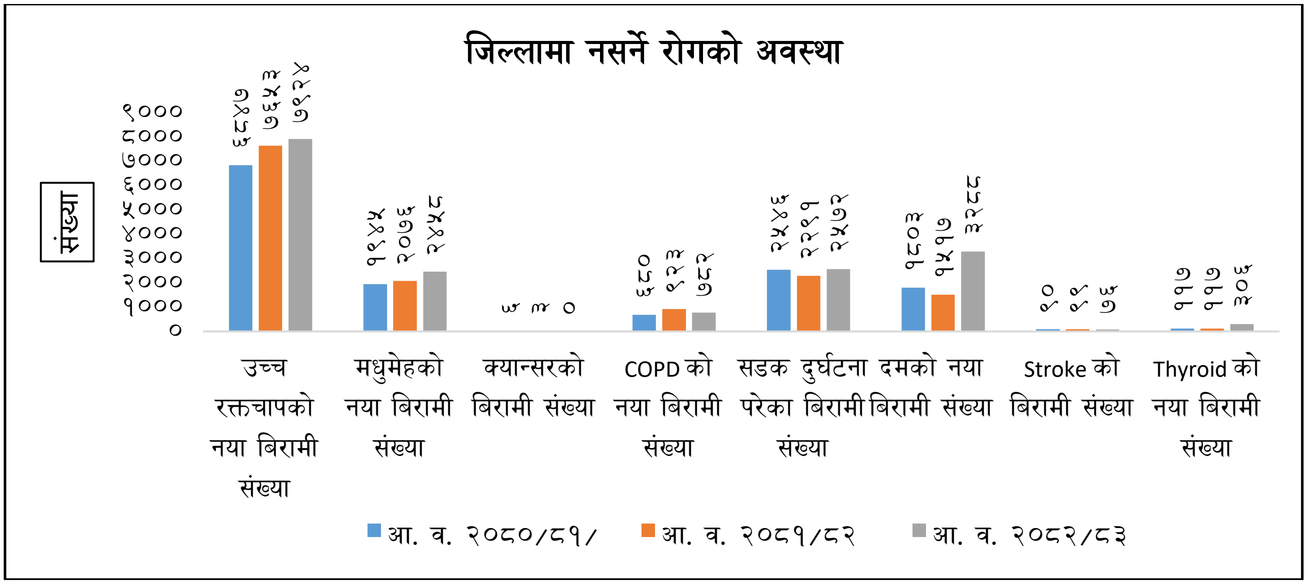
जिल्लामा कुल ६७८५५ जनामा उचाई तौल अनुपात नाप लिइएकोमा ४९ प्रतिशतमा सामान्य, ३० प्रतिशतमा बढी तौल, १५ प्रतिशतमा उच्च तौल, ५ प्रतिशतमा कम तौल र १ प्रतिशतमा अति कम तौल मापन गरिएको थियो।



श्रोतः कार्यक्रम प्रतिवेदन

६.२.३. दाङ जिल्लामा नसर्ने रोगको अवस्था

बढ्दो शहरीकरण, औषत उमेरमा भएको बृद्धि तथा जीवनशैलीमा आएको परिवर्तन तथा वातावरणीय प्रदुषण लगायतका कारणले गर्दा पछिल्ला वर्षहरुमा नसर्ने रोगका नयाँ बिरामीहरुको संख्या बढिरहेको देखिन्छ।



चित्र ५७: दाङ जिल्लामा नसर्ने रोगको अवस्था

श्रोतः DHIS-2

६.२.४. नसर्ने तथा मानसिक रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ५९: नसर्ने रोग तथा मानसिक रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• प्रदेश सरकारले नसर्ने रोगहरुलाई उच्च प्राथमिकतामा राखी आम समुदायमा परीक्षण तथा स्क्रिनिङ कार्यका लागि प्रयाप्त बजेटको विनियोजन गरेको; • PEN प्याकेज सम्बन्धी तालिममार्फत स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता अभिवृद्धि गरी कार्यक्रम कार्यान्वयन गरिएको; • फागुन महिनालाई नसर्ने रोग पहिचान र स्क्रिनिङ महिनाको रुपमा मनाई सोहीअनुसारका क्रियाकलाप गर्ने गरेको; • प्रदेश सरकारबाट नसर्ने रोग रोकथाम तथा शारिरीक व्यायाम प्रवर्धनका लागि खुला व्यायामशालाको निर्माण बिस्तार हुदै गएको; • नसर्ने रोगको उपचारका लागि आवश्यक औषधीको नियमित रुपमा आपूर्ति हुने गरेको; • जटिल तथा खर्चिलो नसर्ने रोगहरुको उपचारका लागि संघ तथा प्रदेश सरकारबाट विशेष आर्थिक सुबिधाको व्यवस्था भएको।	• स्क्रिनिङपश्चात थप परीक्षण र उपचारका लागि प्रेषण केन्द्रसंग आवद्ध गर्ने विषय कार्यक्रममा सम्बोधन नभएको; • कतिपय स्वास्थ्य संस्थाहरुमा नसर्ने रोगसम्बन्धी अभिलेख तथा प्रतिवेदनका फारामहरु प्रयोग नभएको; • आम समुदायमा गरिने स्क्रिनिंगका लागि बजेट तथा मार्गदर्शन ढिलो प्राप्त भएको; • नियमित रुपमा बर्षैभरी सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट स्क्रिनिङको व्यवस्था नभएको; • प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक कार्यक्रमहरु कम प्राथमिकतामा परेको; • PEN प्याकेजलाई समुदायस्तरमा आधारित बनाउनुपर्ने।
अवसरहरु (Opportunities)	**Challenges (चुनौतीहरु)**
• योग ध्यान केन्द्र, व्यायामशालाहरु बिस्तार हुदै गएको; • कार्यक्रमलाई स्थानीय तहको अपनत्वमा सम्पूर्ण वडाहरुमा सञ्चालन गर्न सकिने; • आयुर्वेद तथा बैकल्पिक चिकित्सा सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरुसंग समन्वय गरी प्रवर्धनात्मक र प्रतिकारात्मक कार्यक्रमहरु प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गर्न सकिने; • समुदायस्तरमा नसर्ने रोगसम्बन्धी सचेतना वृद्धि हुदै गएको।	• नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम स्थानीय तहको कम प्राथमिकतामा परेको; • अस्वस्थकर खानपान, विलासी तथा निष्कृय जीवनशैली, बढ्दो शहरीकरण, वायु प्रदुषण आदिका कारण नसर्ने रोगको जोखिम बढ्दै गइरहेको; • नसर्ने रोग उपचारका लागि व्यक्तिगत खर्च बढ्दै गएको।

६.२.५. नसर्ने तथा मानसिक रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

तालिका नं ६०: नसर्ने तथा मानसिक रोग नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१.	विनियोजित बजेटमा निर्धारित लक्ष्य प्राप्त गर्न चुनौतीपूर्ण रहेको।	बजेटअनुरुप लक्ष्य तय हुनु पर्ने।	संघ तथा प्रदेश सरकार
२.	नसर्ने रोगको प्रकोप निरन्तर बढ्दै गईरहेको।	समुदायस्तरमा जनचेतनामूलक लगायतका कार्यक्रमको सञ्चालन	प्रदेश, स्थानीय तह तथा स्वास्थ्य संस्था
३.	स्क्रिनिङपश्चात थप परीक्षण र उपचारका लागि प्रेषण केन्द्रसंग आवद्ध गर्ने विषय कार्यक्रममा सम्बोधन नभएको।	बजेट तथा कार्यक्रम तर्जुमा गर्दा स्क्रिनिङ पश्चात थप परीक्षण र उपचारका लागि प्रेषण केन्द्रसंग आवद्ध गर्ने विषयलाई पनि सम्बोधन गर्नुपर्ने।	संघ, प्रदेश सरकार तथा स्थानीय तह
४.	कतिपय स्वास्थ्य संस्थाहरुमा नसर्ने रोगसम्बन्धी अभिलेख तथा प्रतिवेदनका फारामहरु प्रयोग नभएको।	फारामहरुको पर्याप्त आपूर्ति तथा छपाई र तालिमको व्यवस्था गर्नुपर्ने।	प्रदेश, स्थानीय तह
५.	प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक कार्यक्रमहरु कम प्राथमिकतामा परेको।	प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक क्रियाकलापलाई प्राथमिकतामा राखी कार्यक्रमहरु तर्जुमा गर्नुपर्ने।	संघ, प्रदेश सरकार तथा स्थानीय तह
६.	नियमित रुपमा बर्षैभरी सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट स्क्रिनिङको व्यवस्था नभएको।	नियमित रुपमा स्क्रिनिङका लागि कार्यक्रम तर्जुमा गरी लागु गर्नुपर्ने।	संघ, प्रदेश सरकार तथा स्थानीय तह

७. सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम

७.१. प्रदेश स्वास्थ्य उपचार विशेष आर्थिक सुबिधा

७.१.१. पृष्ठभूमि

नेपालमा गरिबी तथा आर्थिक अभावका कारण धेरै नागरिकले समयमै उपचार पाउन सकिरहेका छैनन्। विशेषगरी क्यान्सर, मुटुको भल्भसम्बन्धी समस्या र मृगौला प्रत्यारोपण जस्ता जटिल र खर्चिलो रोगहरूको उपचार सामान्य नागरिक आफैंले धान्न सक्ने अवस्था छैन। यसै कारण लुम्बिनी प्रदेश सरकारले "प्रदेश स्वास्थ्य उपचार विशेष आर्थिक सुविधा निर्देशिका २०७८" जारी गरेसंगै यो कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएको छ।

हाल "प्रदेश स्वास्थ्य उपचार विशेष आर्थिक सुबिधा निर्देशिका (पहिलो संशोधन) २०८१" बमोजिम स्वास्थ्य कार्यालयहरूमार्फत विपन्न नागरिकलाई आर्थिक सहयोग उपलब्ध गराउनका लागि तीनवटा रोगमा सिफारिस गर्न सकिने व्यवस्था गरिएको छ। ती रोगहरूमा मुटुको भल्भ फेर्नुपर्ने वा फेरिसकेको अवस्था, मृगौला प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने वा गरिसकेको अवस्था र क्यान्सर रोगको उपचार रहेका छन्।

यस कार्यक्रमले उपचार खर्चको ठूलो भाग राज्यले बेहोर्ने भएकाले विपन्न र असहाय नागरिकलाई जीवन रक्षामा ठूलो मद्दत पुगिरहेको छ। साथै, स्थानीय तह र स्वास्थ्य कार्यालयको सक्रिय सहभागिताले लाभग्राही पहिचान र सिफारिस प्रक्रियालाई सहज बनाएको छ।

७.१.२. आ.व.२०८२/८३ मा सम्पादन गरिएका मुख्य/मुख्य क्रियाकलापहरु

आ. व. २०८१/८२ मा लुम्बिनी प्रदेशबाट जारी "प्रदेश स्वास्थ्य उपचार विशेष आर्थिक सुबिधा निर्देशिका (पहिलो संशोधन) २०८१" बमोजिम गत आर्थिक वर्षमा स्वास्थ्य कार्यालय दाङबाट प्रदेशमा स्थायी बसोबास गर्ने बिशेष आर्थिक सुबिधा प्राप्त बिरामीहरुको बिवरण देहायबमोजिम रहेको छ:

तालिका नं ६१: प्रदेश स्वास्थ्य उपचार विशेष आर्थिक सुबिधा प्राप्त बिरामीहरुको विवरण

क्र. स.	स्थानीय तह	मृगौला प्रत्यारोपण	क्यान्सर	मुटुको भल्भ फेरेको	जम्मा
१	घोराही उपमहानगरपालिका	२	३८	०	४०
२	तुलसीपुर उपमहानगरपालिका	०	३०	०	३०
३	लमही नगरपालिका	०	६	१	७
४	राप्ती गाउँपालिका	०	०	०	०
५	गढवा गाउँपालिका	०	५	०	५
६	राजपुर गाउँपालिका	०	२	०	२
७	बंगलाचुली गाउँपालिका	०	३	०	३

क्र. स.	स्थानीय तह	मृगौला प्रत्यारोपण	क्यान्सर	मुटुको भल्भ फेरेको	जम्मा
८	दंगीशरण गाउँपालिका	०	२	०	२
९	शान्तिनगर गाउँपालिका	०	६	०	६
१०	बबई गाउँपालिका	१	५	०	६
जम्मा		३	९७	१	१०१

स्रोतःकार्यालयको अभिलेख

७.२. सिकेलसेल, थालेसेमियाको आम समुदायमा परीक्षण तथा निःशुल्क बिमा कार्यक्रम

७.२.१. पृष्ठभूमिः

सिकेलसेल, थालेसेमिया तथा हेमोफिलिया दीर्घकालीन व्यवस्थापन आवश्यक पर्ने रक्तसम्बन्धी रोगहरू हुन् जसको उपचार प्रक्रिया जटिल र खर्चिलो हुन्छ। यी रोग भएका व्यक्तिहरूलाई बारम्बार रगत चढाउनुपर्ने, विशेष औषधी प्रयोग गर्नुपर्ने तथा आकस्मिक अवस्थामा तुरुन्त उपचार आवश्यक पर्ने भएकाले बिरामी र तिनका परिवारहरूमा ठूलो आर्थिक बोझ पर्न जान्छ।
सिकेलसेल, थालेसेमिया तथा हेमोफिलिया जस्ता दुर्लभ र खर्चिला रोग भएका बिरामीलाई लक्षित निःशुल्क बीमा कार्यक्रमको आवश्यकता देखिएकाले यो कार्यक्रमको सुरुवात गरिएको हो। विशेष गरी सिकेलसेल, थालेसेमिया र हेमोफिलियाका बिरामी तथा तिनका परिवारलाई स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सुनिश्चित गर्न र दीर्घकालीन उपचारलाई निरन्तरता दिन निःशुल्क बीमा कार्यक्रम महत्त्वपूर्ण हुने अपेक्षा गरिएको छ।

यस कार्यक्रममार्फत बिरामी तथा परिवारलाई आर्थिक राहत प्रदान गर्न, स्वास्थ्य उपचारमा समान पहुँच सुनिश्चित गर्न र सरकारको "स्वास्थ्यमा सबैको पहुँच" (Universal Health Coverage-UHC) को लक्ष्यलाई मूर्त रूप दिन योगदान पुग्नेछ। लुम्बिनी प्रदेशमा रहेका सिकलसेल, हेमोफिलिया तथा थालेसेमिया रोग लागेका बिरामीहरुको उचित उपचारको व्यवस्थापनमा स्वास्थ्य बिमामार्फत सहयोग पुऱ्याउनका लागि स्वास्थ्य कार्यालय दाङले समेत यो कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्दै आएको छ।

७.२.२. सिकेलसेल, थालेसेमिया, हेमोफिलियाका बिरामी तथा परिवारको निशुल्क बिमा कार्यक्रम

सिकेलसेल, थालेसेमिया तथा हेमोफिलियाका बिरामीहरुको परिवारलाई निःशुल्क बिमा कार्यक्रममार्फत गत आर्थिक वर्ष २०८२/८३ मा जिल्लाका ८२ परिवारका ३२५ सदस्यहरुको बिमा गरिएको थियो। जसमध्ये राप्ती गाउँपालिकाका सबैभन्दा बढी २९ परिवारका १५४ व्यक्तिहरुको र सबैभन्दा कम बबई र शान्तिनगर गाउँपालिकाका १/१ परिवारको स्वास्थ्य बिमा गरिएको थियो।

स्थानीय तह	बिमित परिवार (संख्या)	परिवार सदस्य	स्थानीय तह	बिमित परिवार (संख्या)	जम्मा परिवार संख्या
राप्ती गा.पा.	२९	१५४	दंगीशरण गा.पा.	१६	७४
लमही न.पा.	१४	४९	शान्तिनगर गा.पा.	१	५
तुलसीपुर उ.न.पा.	१२	५६	गढवा गा.पा.	३	१७
बबई गा.पा.	१	५	घोराही उ.न.पा.	६	३०
	जम्मा			८२	३२५

श्रोतःकार्यक्रम प्रतिवेदन

७.२.३. सिकेलसेल तथा थालेसेमिया रोगको स्क्रिनिङ

आर्थिक वर्ष. २०८२/८३ मा तुलसीपुर उपमहानगरपालिका र गढवा गाउँपालिकाका जम्मा ६१९ जनामा स्क्रिनिङ गरिएकोमा ३ जना सिकेलसेलका बिरामी, ५३ जना सिकलसेल बाहक, २७ जना थालसेमियाका बिरामी र २२ जना सिकलसेल तथा थालेसेमिया दुबै भएका बिरामी पत्ता लागेका थिए।

क्र.सं.	पालिका	स्क्रिनिग गरिएको संख्या	सिकलसेल रोगी	सिकेलसेल बाहक	थालसेमिया	सिकेलसेल +थालसेमिया	अन्य
१	गढवा	१७८	१	२३	११	५	०
२	तुलसीपुर	४४१	३	३०	१६	१७	३
जम्मा		६१९	४	५३	२७	२२	३

७.२.४. सिकेलसेलका बिरामीका परिवारलाई निःशुल्क बिमा कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ६२: सिकेलसेलका बिरामीहरुको परिवारलाई निःशुल्क बिमा कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• सिकलसेल, हेमोफिलिया तथा थालसेमिया रोगको स्क्रिनिङका लागि नियमित रुपमा बजेट विनियोजन हुने गरेको। • सिकलसेल, हेमोफिलिया तथा थालसेमिया रोग लागेका बिरामीहरुको परिवारले निःशुल्क रुपमा स्वास्थ्य उपचारको अवसर प्राप्त गरेको।	• सिकलसेल, हेमोफिलिया तथा थालसेमिया रोगको लागि निःशुल्क स्वास्थ्य बिमाका साथै स्क्रिनिङ र जनचेतनासम्बन्धी कार्यक्रम साथसाथै लिएर जानुपर्ने। • निशुल्क बीमा सेवाका लागि पर्याप्त बजेट विनियोजन गर्नुपर्ने।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• रोग पत्ता लागेपश्चात बंशाणुगत परामर्शको माध्यमबाट अर्को पुस्तामा रोग सर्ने जोखिम कम गर्न सकिने। • बीमाका माध्यमबाट उपचारका लागि हुने व्यक्तिगत व्ययभार घटाउन सकिने।	• सिकलसेल, हेमोफिलिया तथा थालसेमिया रोग लागेका सम्पूर्ण बिरामीहरुको परिवारलाई निःशुल्क रुपमा स्वास्थ्य उपचार दिन चुनौतीपूर्ण रहेको। • रोगका कारण सामाजिक विभेद र बैवाहिक जीवनमा असर पार्ने सम्भावना रहेको।

८. खानेपानीको गुणस्तर जाँच तथा निगरानी कार्यक्रम

८.१. पृष्ठभूमिः

खानेपानीको गुणस्तरले राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर मापदण्डमा उल्लेखित सबै पारामिटर जस्तैः धमिलोपना, आर्सेनिक र सुक्ष्म जैविक परीक्षण गर्दा मापदण्डमा तोकिएको सीमाभित्र रहेको अवस्थालाई बुझाउछ। खानेपानीको गुणस्तर निगरानी (सर्भिलेन्स)बाट सुरक्षित तथा स्वीकारयोग्य पानी वितरणको सुनिश्चिततामा मद्धत पुग्दछ। निगरानी कार्यको उद्धेश्य प्रदुषणको पहिचान गरी स्वास्थ्यमा हुनसक्ने खतरालाई रोकथाम र नियन्त्रण गर्नु हो। खानेपानी सुरक्षा योजनाले खानेपानीलाई सुरक्षित बनाई मानव स्वास्थ्यमा हुने पानीजन्य रोगहरुको संक्रमणमा कमी ल्याउनका लागि मुहानदेखी उपभोगको समयसम्म निरन्तर रुपमा खानेपानीलाई प्रदुषणमुक्त राख्ने कार्यलाई बुझाउछ।

खानेपानी सम्बन्धमा नेपालमा देहायका नीतिगत तथा कानूनी व्यवस्थाहरु रहेका छन्:

- नेपालको संविधानको धारा ३५ को उपधारा ४ मा प्रत्येक नागरिकलाई स्वच्छ खानेपानी तथा सरसफाइको मौलिक हकको व्यवस्था।
- दिगो विकास लक्ष्यको सूचक नं ६.१ मा सन् २०३० सम्ममा सबैलाई समान रुपमा शुद्ध र सुलभ पिउने पानीको उपलब्धता हुनुपर्ने व्यवस्था।
- नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ ले खानेपानीको गुणस्तरको अनुगमन तथा निगरानी गर्ने विषयलाई प्राथमिकतामा राखेको अवस्था।

विश्व स्वास्थ्य संगठनको तथ्याङ्कअनुसार नेपालमा ८५ प्रतिशत मानिसहरुले दुषित पानी प्रयोग गर्दै आएका छन् । दैनिक जीवनमा प्रयोग हुने पानीलाई सुरक्षित राख्न सकेमा मात्र मानव स्वास्थ्यमा हुने पानीजन्य रोगहरुको संक्रमणमा कमी ल्याउन सकिन्छ ।

राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर मापदण्ड, २०६२ र राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर सर्भिलेन्स निर्देशिका, २०७० कार्यान्वयनमा आएपश्चात खानेपानीलाई संस्थागत रुपमा स्वास्थ्यसँग जोडिएर हेर्न थालिएको छ। आ.ब. २०७३/०७४ देखि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय अन्तर्गतका निकायहरु, प्रदेश र स्थानीय तहबाट खानेपानी गुणस्तर सर्भिलेन्स सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन हुँदै आएका छन्।

विगतका आ.व.हरुदेखि नै खानेपानी गुणस्तर जाँच तथा निगरानी कार्यक्रमको सुरुवात गरिएको छ। यसैअनुरुप, लुम्बिनी प्रदेश सरकारले आ.व. २०८२/८३ मा समेत यो कार्यकमको व्यवस्था गरेको हो। त्यसैअनुसार दाङ जिल्लाका १० ओटा खानेपानी संस्थामा यो कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो।

८.२. खानेपानी परीक्षण कार्यक्रम

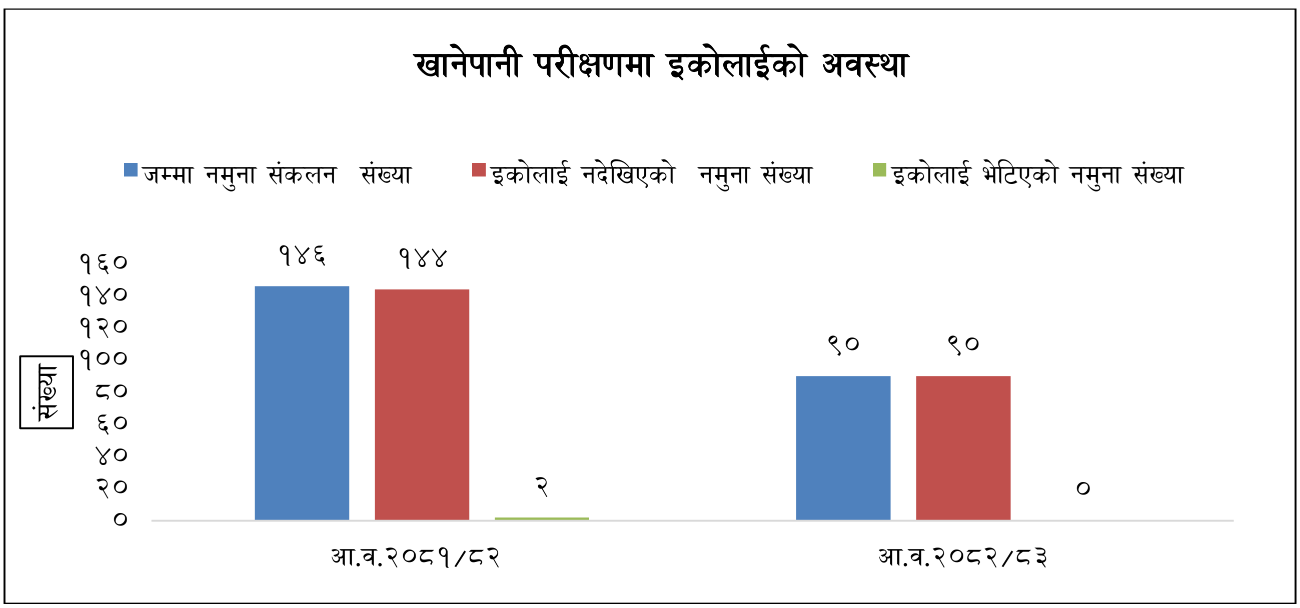
आ.व. २०८२/८३ मा जिल्लाका ४ ओटा स्थानीय तहका १० ओटा खानेपानी संस्थाको गुणस्तर जाँच तथा निगरानी कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो, जसमध्ये बबई गाउँपलिकाको एउटा खानेपानी संस्थामा धमिलोपना देखिएको थियो। असामान्य स्थिति देखिएका खानेपानी संस्था तथा सम्बन्धित

स्थानीय तहलाई पानीको गुणस्तर सुधारको लागि गर्नुपर्ने कार्यहरुको बारेमा जानकारी गराउनुका साथै सुधारको लागि कार्ययोजना बनाउन समेत सहजीकरण गरिएको थियो।

तालिका नं ६३ : आ.व. २०८२/८३ मा खानेपानी परीक्षण कार्यक्रमको प्रमुख उपलब्धि

क्र.स.	स्थानीय तह	खानेपानी संस्था (संख्या)	नमुना संख्या	परीक्षण गरिएका पारामिटरहरु				
				धमिलोपना	Electrical Conductivity	pH ६.५-८.५	क्लोरिन अवशेष	E.Coli 0 CFU/100 ml
१.	बबई गा.पा.	२	१५	४	Normal	Normal	Nil	Nil
२.	शान्तिनगर गा.पा.	२	१८	Normal	Normal	Normal	Nil	Nil
३.	दंगीशरण गा.पा.	२	१८	Normal	Normal	Normal	Nil	Nil
४.	गढवा गा.पा.	४	३६	Normal	Normal	Normal	Nil	Nil
	जम्मा	१०	९०	४	-	-	-	

श्रोतः कार्यक्रम प्रतिवेदन



चित्र ५८: खानेपानी परीक्षणमा इकोलाइको स्थिति

श्रोतः कार्यक्रम प्रतिवेदन

८.३. जिल्ला अन्तर्गतका खानेपानीको गुणस्तर जाँच तथा निगरानी कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ६४: खानेपानीको गुणस्तर जाँच तथा निगरानी कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
• कार्यालयको आफ्नै खानेपानी गुणस्तर परीक्षण गर्ने मेशिन रहेको; • पछिल्ला वर्षहरुमा नियमित रुपमा खानेपानी परीक्षणका लागि बजेट विनियोजन हुने गरेको; • तालिम प्राप्त जनशक्तिको व्यवस्था भएको; • जाँच गरिएको सबैजसो पानीको नमूनामा कोलिफर्म नदेखिएको; • SORMAS अनलाइन प्लेटफर्ममा रिपोर्टिङ गर्ने व्यवस्था भएको।	• आर्सेनिक जाँचका लागि मेशिनको व्यवस्था नभएको; • खानेपानी गुणस्तर जाँचका लागि बजेट सिमित भएको।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
• खानेपानीको गुणस्तर सुनिश्चित गर्न सकिने।; • जिल्लास्थित खानेपानीसंग सम्बन्धित निकायहरु र स्थानीय तहसंगको समन्वयमा कार्यक्रमलाई अझै प्रभावकारी रुपमा बिस्तार गर्न सकिने; • केही स्थानीय तहहरुबाट समेत यो कार्यक्रमका लागि बजेट विनियोजन भएको।	• सिमित बजेटबाट जिल्ला अन्तर्गतका सबै खानेपानी संस्थाहरुको पानीको गुणस्तर मापन गर्न नसकिएको।

९. स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

९.१. पृष्ठभुमिः

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) स्वास्थ्य प्रणालीमा क्रियाशिल विभिन्न संस्थाहरू, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, गाउँघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक, आधारभूत स्वास्थ्य संस्था, विभिन्न तहका अस्पताल तथा निजी तथा गैर-सरकारी संस्थाबाट प्रदान गरिएका सेवाहरूको अभिलेख राख्ने, सूचना सङ्कलन गर्ने, प्रशोधन गर्ने, विश्लेषण गर्ने तथा सूचनाको आधारमा निर्णयमा पुग्ने प्रणाली हो। स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन तथा अनुगमन एवम् मूल्याङ्कनका प्रत्येक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको छ। स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीबाट स्वास्थ्यकर्मी, कार्यक्रम व्यवस्थापक तथा नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रुपमा सूचना उपलब्ध हुन्छ। गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहसंगै प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवाहरुको नियमित तथा समयमै प्रतिवेदन तयार गर्नु र सम्बन्धित निकायमा पेश गर्नु उत्तिकै महत्वपूर्ण हुन्छ।

जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा HMIS त्यस्तो सूचना प्रणाली हो जसको सञ्जाल स्थानीय स्तरका महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकादेखि संघीय स्तरसम्म रहेको छ। स्वास्थ्य क्षेत्रको जानकारी सहज, एकीकृत र व्यापक तरिकाले एकै ठाउँबाट व्यवस्थापन गर्नका लागि स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली प्रविधिमैत्री प्लेटफर्म DHIS-2 मा आधारित छ। यो प्लेटफर्ममा स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी संकलन, भण्डारण, प्रशोधन (विश्लेषण) र प्रतिवेदन गरिन्छ।

HMIS व्यवस्थापन महाशाखाअन्तर्गतको पहिलो प्राथमिकताको कार्यक्रम हो। HMIS को सुरुवात वि.सं. २०५१/५२ (सन् १९९५) मा भएको थियो। त्यसपछि, वि.सं. २०७१/७२ देखि संशोधित HMIS फारम र ढाँचा देशभर लागू गरिएको थियो। यसमा ५३ वटा रेकर्डिङका (Recording) र ५ वटा रिपोर्टिङका (Reporting) गरी जम्मा ५८ वटा फारामहरु (Tools) थिए। वि.सं. २०८२/८३ मा HMIS उपकरणमा भएको पछिल्लो संशोधनपश्चात कुल ८३ वटा फारामहरु छन्, जसमा ७८ वटा रेकर्डिङ र ५ वटा रिपोर्टिङ फारामहरु रहेका छन्।

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) का उद्देश्यहरूः

- स्वास्थ्य सेवाहरूको पहुँच, उपलब्धि र निरन्तरता अनुगमन गर्ने।
- स्वास्थ्य सेवा तथा कार्यक्रमको अनुगमन, सुपरिवेक्षण र गुणस्तर नियन्त्रण गर्ने।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको योजना तर्जुमा, मूल्याङ्कन र व्यवस्थापन (PEM) मा सहयोग गर्ने।
- स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचना तथा जानकारीहरु सम्पूर्ण विभाग, महाशाखा र केन्द्रहरुसंग लिङ्क गर्ने।
- विभिन्न तहहरुमा स्वास्थ्य नीति र मार्गनिर्देशहरू विकास गर्न सहयोग पुर्याउने।
- समस्या पहिचान तथा समाधान गर्न सहयोग पुर्याउने।

९.२. स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) का फारामहरुको समूहीकरण

पछिल्लो पटक वि.सं. २०८२/८३ मा परिमार्जन भएपश्चात HMIS मा ९ वटा खण्ड र ८३ वटा फारामहरूको व्यवस्था गरिएको छ। जसमध्ये, अभिलेखका लागि ७८ वटा र प्रतिवेदनका लागि ५ वटा फाराहरु रहेका छन्।

तालिका नं ६५: संशोधित HMIS को समूहीकरण

क्र.स.	उप-क्रम संख्या	समूह	क्र.स.	उप-क्रम संख्या	समूह
१.	१.१-१.८	साझा फारामहरू	६.	६.१-६.१०	क्षयरोग
२.	२.१-२.८	शिशु तथा बाल स्वास्थ्य	७.	७.१-७.६	एचआइभी/एड्स, यौनरोग
३.	३.१-३.८	परिवार कल्याण	८.	८.१-८.६	अस्पताल
४.	४.१-४.४	सामुदायिक सेवाहरू	९.	९.१-९.५	रिपोर्टिङ फाराम
५.	५.१-५.१०	भेक्टर बर्न, नसर्ने रोग र ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवाहरू			

स्रोतः परिमार्जित HMIS Guideline

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) का रिपोर्टिङ फारामहरू

HMIS ९.१: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (FCHV) मासिक प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.२: प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र/बाह्य उपचार केन्द्र (PHC/ORC) मासिक प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.३: स्वास्थ्य चौकी/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र/शहरी स्वास्थ्य केन्द्र (HP/PHCC/BHSC/UHC) मासिक प्रतिवेदन फारम

HMIS ९.४: सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फारम

HMIS ९.५: निजी तथा गैर-सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम

९.३. आ.व.२०८२/८३ मा सम्पादन गरिएका मुख्य/मुख्य क्रियाकलापहरु

१. स्वास्थ्य कार्यालयमार्फत स्थानीय तहहरूको डाटा भेरिफिकेशन तथा भ्यालिडेसन एवम् गुणस्तर सुधार, अर्धवार्षिक एवम् बार्षिक समीक्षा साथै बार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन तयारी।

२. औषधी, उपकरण, परिवार नियोजनका साधन, पोषण सामाग्री, एचएमआईएस टुल्सलगायतका सामाग्रीहरू जिल्लामार्फत स्थानीय तहसम्म ढुवानी।

३. तथ्याङ्क गुणस्तर सुधारका लागि स्वास्थ्य कार्यालयबाट स्थानीय तह एवं स्वास्थ्य संस्थाहरूमा एलएमआइएस, एचएमआईएस र डिएचआईएस सम्बन्धी अनसाइट कोचिङ।

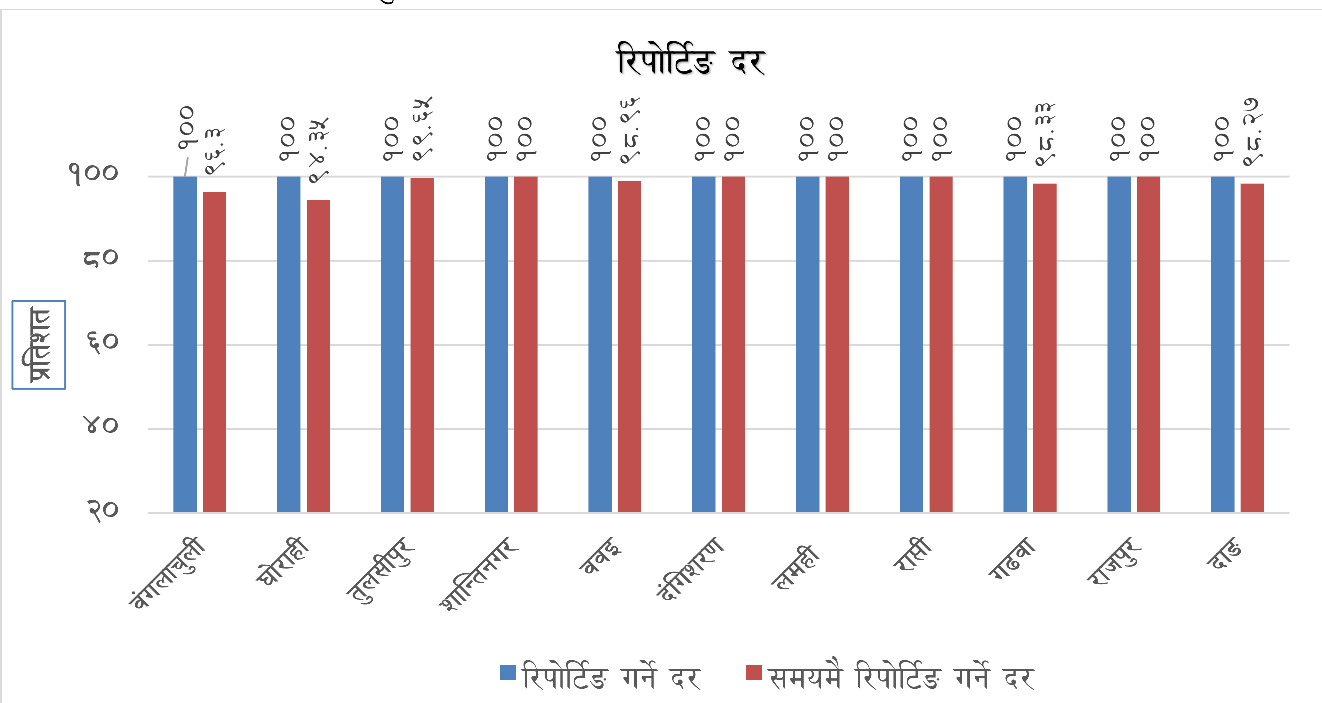
४. नयाँ नियुक्त भएका, तालिम लिन छुट भएका एवम् प्रणाली डिजिटाईजेसन गर्न कर्मचारीहरूका लागि परिमार्जित एचएमआइएस, इएचआइएमएस/DHIS2 सम्बन्धी अभिमुखीकरण कार्यक्रम।

६. एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई डिजिटाईजेसन गर्ने कार्य।

९.४. स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीका प्रमुख सूचकहरुको अवस्था

जिल्लास्थित स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट विभिन्न कार्यक्रमको अनलाईन प्रतिवेदनको अवस्था हेर्दा गत आ.व. २०८२।८३ मा प्रतिवेदन गर्ने दर शत प्रतिशत रहेको छ तर समयमै प्रतिवेदन गर्ने दरमा अझै पनि सुधार गर्नुपर्ने देखिन्छ।

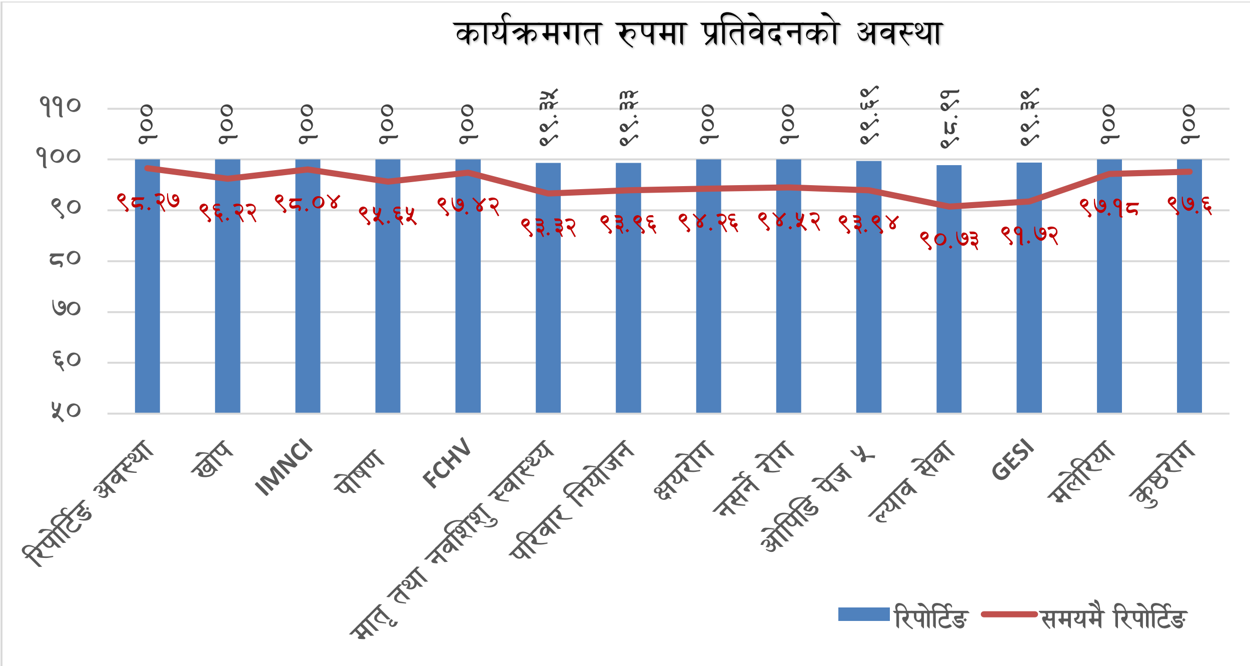
गत आर्थिक वर्षमा सबै स्थानीय तहहरुले शत प्रतिशत रिपोर्टिङ गरेका छन्। लमही, राप्ती, दंगीशरण, शान्तिनगर र राजपुरको समयमै प्रतिवेदन गर्ने दर शत प्रतिशत रहेको छ भने बाँकी स्थानीय तहहरुको उक्त दर अझै १०० प्रतिशत पुग्न सकेको छैन।



चित्र ५९: समग्र प्रतिवेदन अवस्था

श्रोतः DHIS-2

कार्यक्रमगत रुपमा हेर्दा समयमै प्रतिवेदन गर्ने दर सबैभन्दा बढी ९८.०४ प्रतिशत IMNCI कार्यक्रमको रहेको छ भने सबैभन्दा कम ल्याव सेवाको ९०.७३ प्रतिशत रहेको छ।



चित्र ६०: विभिन्न कार्यक्रमहरूको अनलाईन प्रतिवेदनको अवस्था

श्रोतः **DHIS-2**

९.५. स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

तालिका नं ६६: स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली कार्यक्रमको SWOC विश्लेषण

सबल पक्ष (Strengths)	सुधार गर्नुपर्ने विषयहरु (Weakness)
➢ स्थानीय तह मातहतका सबै संस्थाहरु आफैले DHIS2 मा प्रतिवेदन गर्नु; ➢ HMIS को सुदृढीकरण र गुणस्तर सुधार गर्न तालिम, डेटा भेरिफिकेसन र स्थलगत अनुशिक्षणमा नियमित बजेट बिनियोजन हुनु; ➢ अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कम्प्युटर र इन्टरनेटको पूर्वाधार हुनु; ➢ स्थानीय तहमा नियमित रुपमा मासिक बैठकमा तथ्याङ्क गुणस्तर सुधारका लागि छलफल तथा पहल हुनु।	➢ कतिपय स्वास्थ्य संस्थाहरुले समयमै डाटा प्रविष्टि नगर्नु; ➢ तथ्याङ्कको एकरुपता र गुणस्तर सुनिश्चितता; ➢ स्थानीय तहहरुको मासिक बैठकको प्रभावकारिता; ➢ स्थानीय तह र मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा डेटा भेरिफिकेसन गर्ने प्रवृत्ति।
अवसरहरु (Opportunities)	**चुनौतीहरु (Challenges)**
➢ सबै डट्स सेन्टरमा eTB र ३८ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुमा विद्युतीय अभिलेख तथा प्रतिवेदन प्रणाली (eHMIS) को प्रयोग तथा विस्तार हुदै गएको; ➢ स्थानीय तहमा स्वास्थ्य संस्थाहरुसंगको नियमित मासिक बैठक हुने;	➢ eHMIS को पूर्ण सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्थाहरुमा भौतिक पूर्वाधारको कमी; ➢ प्रणाली तथा सर्भरमा देखिने प्राविधिक समस्याले कहिलेकाही समयमै प्रतिवेदन गर्न कठिनाई हुने गरेको।

➢ कार्यक्रमगत रुपमा तथ्याङ्क गुणस्तर सुधारका लागि समीक्षा तथा डेटा भेरिफिकेसनका कार्यक्रमहरु।	➢ निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट DHIS2 मा समयमै रिपोर्टिङ नहुने समस्या साथै HMIS को ज्ञानको कमी।

९.६. स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली कार्यक्रमको समस्या, चुनौती र समाधानका उपाय

क्र.सं.	समस्या तथा चुनौतीहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
१	eHMIS को पूर्ण सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्थाहरुमा भौतिक पूर्वाधारको कमी।	पर्याप्त मात्रामा कम्प्यूटर, प्रिन्टर र इन्टरनेटको सुविधाको निरन्तरता।	स्थानीय तह
२	प्रणाली तथा सर्भरमा देखिने प्राविधिक समस्या।	दिगो र भरपर्दो प्रणालीको विकास।	संघीय मन्त्रालय
३	निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट DHIS2 मा समयमै रिपोर्टिङ नहुने समस्या साथै HMIS को ज्ञानको कमी।	तालिम र नियमित अनुगमन।	स्थानीय तह स्वास्थ्य शाखा र स्वास्थ्य कार्यालय
४	तथ्याङ्कको एकरुपता र गुणस्तर सुनिश्चितता।	नियमित डेटा भेरिफिकेसन, गुणस्तर परीक्षण तथा तालिम।	स्वास्थ्य संस्था, स्थानीय तह र स्वास्थ्य कार्यालय

११. राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रम

११.१. परिचय

स्वास्थ्य प्रवर्धन, रोग रोकथाम तथा नियन्त्रण र स्वास्थ्य सेवाको पहुँच वृद्धि एवम् अधिकतम उपयोगमा आम, अन्तरव्यक्ति र सामाजिक सञ्चार कार्यक्रमहरुको अझै ठुलो भूमिका रहन्छ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार केन्द्र (NHEICC) ले स्वास्थ्य प्रवर्धनका गतिविधि तथा सूचना र सन्देशहरूलाई बहुआयामिक तरिका, विधि र माध्यम प्रयोग गरी व्यक्तिगत तहसम्म पुऱ्याउने कार्य गर्दै आएको छ। यसले माग सिर्जना गर्न तथा स्वास्थ्य सेवा प्रयोग बढाउन स्वास्थ्य तथा खाद्य स्वच्छता मन्त्रालयअन्तर्गत रहेर कार्य गर्दछ। आमसञ्चार माध्यमहरुले स्वास्थ्य सन्देश वा सूचनाहरु व्यापक रुपमा प्रवाहित गरी स्वस्थ जीवनयापन गर्न सहयोग गरेका छन्। आधुनिक सञ्चारका माध्यमहरुको वृद्धिसँगै नागरिहरुमा स्वास्थ्यसम्बन्धी विषयका चेतनाको स्तर पनि वृद्धि भैरहेको छ।

यस कार्यक्रमअन्तर्गत आधुनिक डिजिटल माध्यमसँगै छापा, श्रव्य-दृश्य तथा सामाजिक सञ्जालहरू प्रयोग गरी सरुवा र नसर्ने रोग, प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, जन्मजात विकृति, अङ्गदान तथा सरसफाइका क्षेत्रमा स्वास्थ्य प्रवर्धन गरिन्छ। सामाजिक व्यवहार परिवर्तनका लागि लक्षित समूहको घरदैलोमै पुग्ने गरी स्वास्थ्य स्वयंसेवक र सञ्चारका माध्यमको परिचालन गरिन्छ। हाल स्वास्थ्य प्रवर्धनका गतिविधिहरू पहुँच कठिन भएका स्थान र सीमान्तकृत समुदायमा केन्द्रित हुँदै नयाँ प्रविधि र कार्यक्रममार्फत अगाडि बढिरहेको छ।

सोंच (Vision):

स्वस्थ, सचेत र जागरुक नागरिकहरू, जसले खुसी जीवनमा चासो राख्छन्।

लक्ष्य (Goal):

स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रमको लक्ष्य स्वस्थ व्यवहार प्रवर्धन गर्नु, रोगको रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्नु र स्वास्थ्य सेवाको प्रयोग बढाउनु रहेको छ।

उद्देश्य (Objectives):

स्वास्थ्य प्रवर्धन, स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रमका उद्देश्यहरू भनेको जनचेतना अभिवृद्धि गर्नु, जनतालाई प्रेरित गरी स्वास्थ्य सुधारमा योगदान पुऱ्याउनु र रोगको रोकथाममा सहयोग गर्ने कार्यमा मार्गदर्शन गर्नु रहेको छ। यस कार्यक्रममा उपलब्ध स्रोत साधनको पूर्ण उपयोग गर्दै जनताकै प्रयासद्वारा स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्ने अभिप्राय राखिएको छ।

११.२. दाङ जिल्लामा स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षाको अवस्था

दाङ जिल्लामा स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षाको ३ वर्षको अवस्थालाई तुलना गर्दा आ.व. २०८०/८१ को तुलनामा आ.व. २०८१/८२ मा स्वास्थ्य शिक्षामा उल्लेख्य रुपमा सहभागीहरु

बढेका देखिन्छ। तर गत आ.व. २०८२/८३ मा स्वास्थ्य शिक्षाका सेसन तथा सहभागी संख्या घटेको छ।

तालिका नं ६७ : दाङ जिल्लामा स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा अवस्था

आ.व.	स्वास्थ्य शिक्षा सेसन संख्या	स्वास्थ्य शिक्षामा सहभागी संख्या
२०८०/८१	७४१	३२८३५
२०८१/८२	२५९७	११५१७५
२०८२/८३	२३६५	७०८३३

श्रोतः DHIS-2

११.३. स्थानीय तहअनुसार स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमको अवस्था

गत आ.व. २०८२/८३ मा दाङ जिल्लामा स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रममा सहभागीहरुमध्ये सबैभन्दा धेरै राप्ती गाउँपालिकामा १६३७८ जना रहेका छन् भने लमही नगरपालिकामा १३६५५ जना र सबैभन्दा कम बबई गा.पा. मा ६२८ जना सहभागी रहेका छन्।

तालिका नं ६८: स्थानीय तहअनुसार स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षाको अवस्था

क्र.स.	स्थानीय तहको नाम	आ.व. २०८१/८२		आ.व. २०८२/८३	
		स्वास्थ्य शिक्षा सेसन संख्या	स्वास्थ्य शिक्षामा सहभागी संख्या	स्वास्थ्य शिक्षा सेसन संख्या	स्वास्थ्य शिक्षामा सहभागी संख्या
१	बंगलाचुली गा.पा.	३४७	८४०५	३८६	१०२०८
२	घोराही उ.म.नपा.	९१५	५४०४०	२९०	८८८९
३	तुलसीपुर उ.म.नपा.	४१४	२२२०६	५२९	१२७४१
४	शान्तिनगर गा.पा.	१४	७०४	४०	१४८०
५	बबई गा.पा.	७	३१२	१८	६२८
६	दंगीशरण गा.पा.	१३२	३०६०	११०	२७७६
७	लमही न.पा.	३०१	१०६८४	३८८	१३६५५
८	राप्ती गा.पा.	४३६	१३४७८	५४३	१६३७८
९	गढवा गा.पा.	९	६७९	४५	३३४०
१०	राजपुर गा.पा.	२२	१६०७	१६	७३८
	दाङ	२५९७	११५१७५	२३६५	७०८३३

श्रोतः DHIS-2

११.४. गत आर्थिक वर्षमा उत्पादन/प्रवर्धन गरिएका स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार सामग्री

१. मधुमेह, उच्च रक्तचाप, मृगौला रोगसम्बन्धी स्क्रिनिङ, सचेतना कार्यक्रम र सम्बन्धित सूचना सामग्री;

२. डेंगू, कालाजार र मलेरिया रोग सचेतनासम्बन्धी सूचना तथा सञ्चार सामग्री;

३. क्षयरोग तथा कुष्ठरोग स्क्रिनिङ तथा निदान, रोकथाम तथा नियन्त्रणसम्बन्धी सचेतनामूलक कार्यक्रम एवम् सूचना तथा सञ्चार सामग्री;

४. परिवार योजना र स्थायी बन्ध्याकरण शिविर कार्यक्रमको लागि सूचना तथा सञ्चार सामग्री

५. स्तनपान सप्ताहसम्बन्धी सचेतनामूलक कार्यक्रम;

७. खोपको महत्व, खोप तालिका र खोप केन्द्रसम्बन्धी सूचना तथा सञ्चार सामाग्री;

८. भिटामिन ए तथा जुकाको औषधी खुवाउने अभियान, एच.पी.भि. खोप अभियान, बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापनसम्बन्धी जिंगल प्रसारण;

९. विश्व स्वास्थ्य दिवस, विश्व एड्स दिवस, मानसिक स्वास्थ्य सचेतना अभियान, विश्व क्यान्सर दिवस, विश्व उपेक्षित उष्ण प्रदेशीय रोग दिवस, विश्व औलो दिवस लगायतका दिवसहरु मनाउने;

१०. स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक तथा बार्षिक प्रतिवेदन।

१२ स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रमहरुको प्रगति अवस्था

गत आर्थिक वर्ष २०८२।८३ मा सम्पादित स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रमहरुको वित्तीय प्रगतिको अवस्था हेर्दा कुल विनियोजित बजेट रु. ६.८३ करोडमध्ये रु. ४.७० करोड (६८.८%) खर्च भएको छ। विभिन्न खर्च शिर्षक अनुसारको विनियोजन र खर्च रकम तलको तालिकामा देखाइएको छ:

तालिका नं ६९: बजेट खर्च शिर्षकअनुसार आ.व. २०८२।८३ को विनियोजन र खर्च रकम

क्र.सं.	बजेट खर्च शिर्षक	जम्मा बजेट	खर्च	बाँकी	प्रतिशत
१	स्वास्थ्य कार्यालयहरु	१४९७६०००	१३७४९८७५०	१२२६१२५	९१.८१
२	परिवार कल्याण कार्यक्रम संघ शसर्त	१७४७४०००	८०११७८९	९४६२२११	४५.८५
३	स्वास्थ्य ब्यवस्थापन कार्यक्रम संघ शसर्त	१५४००००	१०३७४६८	५०२५३२	६७.३६
४	महामारी रोग नियन्त्रण कार्यक्रम संघ शसर्त	८६१०००	५४६७५६	३१४२४४	६३.५०
५	एकीकृत स्वास्थ्य तथा सरसफाई कार्यक्रम	२११२००१६	१०४०९८९१	१३३९६४१५	६३.४३
६	क्षयरोग नियन्त्रण संघ शसर्त	१६११०००	६९४४५४	९१६५४६	४३.१०
७	उपचारात्मक सेवा कार्यक्रम संघ शसर्त	१६०००००	१२५२०३०	३४७९७०	७८.२५
८	अपाङ्गता रोकथाम तथा कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम संघ शसर्त	५४५०००	३६९००७	१७५९९३	६७.७०
९	स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार कार्यक्रम संघ शसर्त	५४२२०००	५१३७४११	२८४५८९	९४.७५
१०	राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार केन्द्र संघ शसर्त	३०००००	१७४९००	१२५१००	५८.४०
११	नर्सिङ तथा सामाजकि सुरक्षा सेवा कर्यिक्रम संघ शसर्त	२४४६०००	२४०३९४९	४२०५१	९८.२८
१२	स्वास्थ्य कार्यालयहरु	२०००००	१७१३५४	२८६४६	८५.६७
१३	एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण कार्यक्रम संघ शसर्त	२१००००	९६०००	११४०००	४५.७१
जम्मा		६८३०५०१६	४७०४१४०८	२१२६३६०८	६८.८६

स्वास्थ्य कार्यालय दाङको आर्थिक वर्ष २०७५।७६ देखि २०८१।८२ सम्मको बेरुजुको लगत तालिकामा देखाइएको छ। कार्यालयको हालसम्मको बेरुजु बाँकी रकम रु. २३ लाख ७९ हजार रहेको छ। जसमध्ये नियमित गर्नुपर्ने २३ लाख २२ हजार, असुलउपर गर्नुपर्ने ५६ हजार रहेको छ।

तालिका नं ७०: आ.व. २०८१।८२ सम्मको बेरुजुको लगत

आ.व.	गत आ.व. मा फस्यौंट भएको				फस्यौंट भई बाँकी रहेको				लगत कट्टी तथा सम्परीक्षणको लागि पेश भएको नियमित
	नियमित	असुल	पेश्की	जम्मा	नियमित	असुल	पेश्की	जम्मा	
२०७५/०७६	०	६८९०	०	६८९०	९००२४८	०	०	९००२४८	६८९०
२०७६/०७७	४८८३५०	७७५५	०	४९६१०५	०	५६८००	०	५६८००	४९६१०५
२०७७/०७८	४३७३१०	०	०	४३७३१०	०	०	०	०	४३७३१०
२०७८/०७९	०	१६६४	०	१६६४	४७५५८०	०	०	४७५५८०	१६६४
२०७९/०८०	३५०००	६४६६१	०	९९६६१	०	०	०	०	९९६६१
२०८०/०८१	०	०	०	०	९४६७३६	०	०	९४६७३६	
२०८१/०८२	०	०	०	०	०	०	०	०	०
जम्मा	**९६०६६०**	**८०९७०**	**०**	**१०४१६३०**	**२३२२५६४**	**५६८००**	**०**	**२३७९३६४**	**१०४१६३०**

अनुसूची १ः आ. व. २०८२।८३ मा दाङ जिल्लामा देखिएका प्रमुख १० रोगहरु

क्र.सं.	रोगहरु	बिरामी संख्या
१	Gastritis (APD)	29096
२	Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	20623
३	Conjunctivitis Cases	20294
४	Eye Problems-Cataract Cases	15629
५	Hypertension	15525
६	Eye Problems-Refractive Error Cases	15121
७	Fungal Infection (Lichen Planus) Cases	12653
८	Water/Food Borne- Diarrhoea Cases	12188
९	Oral Health Related Problems-Dental Caries Cases	11168
१०	Orthopaedic Problems-Backache(Muskuloskeletal Pain)	11022

अनुसूची २: स्थानीय तहहरुको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनको आधार

स्थानीय तहहरुले गत आर्थिक वर्षमा सम्पादन गरेका स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरु र सेवा प्रवाहको अवस्था तथा स्वास्थ्य सूचकहरुमा भएको प्रगतिका आधारमा तिनीहरुको मूल्याङ्कन गर्न स्वास्थ्य कार्यालय दाङले कार्यालयका प्रमुखज्यूको संयोजकत्वमा प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयको समेत प्रतिनिधित्व रहने गरी ३ सदस्यीय मूल्याङ्कन समिति गठन गरेको थियो।

मूल्याङ्कनका आधार, सूचकहरु र अंकभारसहितको विस्तृत विवरण तलको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ।

Indicator	Numerator	Multiplier	weight	Evaluation Criteria
National Immunization Program (14)				
Dropout Rate of DPT1 vs DPT3	Number of children under one year who have received Penta Ist-MRII vaccine	100	3	Below10% dropout rate equals 3, otherwise decreases proportionately
Penta3 Coverage	Numbe of children under one year immunized with 3rd dose of Penta	100	3	100% coverage equals 3, otherwise decreases proportionately
% measles/ rubella 2	Number of children under one year immunized with II dose of measles/rubella	100	5	100% coverage equals 5, otherwise decreases proportionately
% of TD 2 & 2+	Numberof Pregnant Women immunized with TD2 & TD2+	100	3	100% coverage equals 3, otherwise decreases proportionately

Nutrition Program (6)				
Average visit Growth monitoring (U2)	Total Visit Time of growth monitoring Children who Completed 23 months	100	3	100% coverage equals 3, otherwise decreases proportionately
% of exclusive Breast feeding	Total Number of children completed 6 month who exclusive Breast Feeding	100	3	100% coverage equals 3, otherwise decreases proportionately

Community Based Integrated Management of Neonatal & Childhood Illness (CBIMNCI, 6)				
%of diarrheal cases treated with zinc plusORS	Number of children under five years with Diarrhea treated with ORS and zinc (facility, outreach and community)	100	3	100% coverage equals 3, otherwise decreases proportionately
% of severe pneumonia among new cases	Number of new cases of children under five years with ARI Suffering very/severe pneumonia (facility, outreach & community)	100	3	3 for coverage ≤1 %, otherwise decreases proportionately

Family Planning Program (6)				
New Acceptors rateas percentage of women of reproductive age of modern temporary method	Total number of WRA New using modern methods of family planning	100	3	3 for New users rate≥10%, otherwise decreases proportionately
CPR	Total number of WRA Current User all methods of family planning end of Ashadh	100	3	100%coverage equals 3,otherwise decreases proportionately

Safe Motherhood program (21)				
%of pregnant women who had first ANCC heckups among expected pregnancy	Number of pregnant women aged 15-49 years who had first ANC Checkup	100	3	3 for coverage ≥80%, otherwise decreases proportionately
%of pregnant women who had eight ANCC heckups as perprotocol	Numberof pregnant womenaged 15-49 yearswho had eightANC Checkups as perprotocol	100	5	5 for coverage ≥80%, otherwise decreases proportionately
%of Institutional delivery	Numberof deliveries conducted in healthfacilities	100	3	3 for coverage ≥65%, other wise decreases proportionately.
% of 4 PNC Visit	Numberof 4 PNC	100	5	5 for coverage ≥65%, otherwise decreases proportionately
Number of Home	Number of Home delivery	100	5	0 for 100 cases and

delivery reported	Reported by HF			5 for o cases

Reproductive Health Morbidity (3)				
%ofscreening of Uterine Prolepses	Number of Uterine Prolepses Female	100	3	100% equals 3, otherwise decreases proportionately

Primary Health Care Out Reach Clinics (PHCORC), (3)				
% of planned primary health care (PHC) Outreach clinics (ORC) conducted	Numberofprimary health care outreach clinicsconducted	100	3	100%equals 3, otherwise decreases proportionately

Female Community Health Volunteers (FCHV) program (3)				
% of mothers group meetings held	Number of mothers group meetings held	100	3	100%equals3, otherwise decreases proportionately

Malaria Control Program (3)				
% of blood slide collected and examined	Total Number of blood slides examined (microscopic, RDT, both)	100	3	100% coverage equals 3, otherwise decreases proportionately

Tuberculosis Control Program (8)				
Case NotificationRate (All forms of TB)(%)	All forms of TB casesregisteredinNTP indefinedtime andarea	100	3	100%equals 3, otherwisedecre ases proportionatly
Treatment SuccessRate (%)	[(Number ofnew positive cases (bacteriologically confirmedwhosmear Negative in thelast monthoftreatmentand On atleastoneprevious occasion)+(Number Of newpositive cases registered who Completedtreatment butdid notmeet the Criteria forcure or failure)]	100	5	5for coverage ≥90%, otherwisedecreas esproportionatel y

Reporting Status of HMIS, Physical and Financial Progress (13)				
Reporting rate of Health MIS	Number of health facilities reported their HMIS report on time completely	100	5	5 forcent percent Reporting, otherwise decreases proportionately
Data error Checking false	Number of data error false reported in 12 months	100	3	3 forcent percent Reporting, otherwise decreases proportionately
Annual Report Fact sheet	NA	100	5	5 for Annual report fact sheet otherwise 0

Achievement Status (3)				
Senior citizens Home Visit Service	NA	NA	3	3 for Service provide Otherwise 0 proportionately

National Nutrition Measure Campeign (5)				
National Nutrition Measure Campeign Achievement	NA	NA	5	5 for target,otherwise decreases accordingly

Remoteness (5)				
Remoteness	NA	NA	3	Remote area out of High way Wards-3 High way touch Wards-2, Palika capital Wards-1

Budget expenditure (3)				
Budget expenditure	NA	NA	3	3 For 100% expenditure Otherwise decreasing proportionately

अनुसूची ३: स्थानीय तहहरुको स्वास्थ्य सूचक तथा सम्पादित कार्यक्रमको मूल्याङ्कन

स्थानीय तह	प्राप्ताङ्क	प्राप्त स्थान आ.व. २०८२।८३	अघिल्लो आ.व. २०८१।८२ को अवस्था
बंगलाचुली गाउँपालिका	७०.१५	७	८
घोराही उपमहानगरपालिका	६९.८६	८	५
तुलसीपुर उपमहानगरपालिका	७१.०२	५	३
शान्तिनगर गाउँपालिका	७०.५५	६	७
बबई गाउँपालिका	६६.५१	१०	९
दंगीशरण गाउँपालिका	७७.०२	२	१
लमही नगरपालिका	७४.६६	४	२
राप्ती गाउँपालिका	७७.७८	१	४
गढवा गाउँपालिका	७५.२९	३	६
राजपुर गाउँपालिका	६७.३४	९	१०

अनुसूची ४ : दाङ जिल्लामा स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत विकास साझेदार संस्थाहरु

१ नेपाल परिवार नियोजन संघ दाङ
२. Birat Nepal Medical Trust (BMNT)
३. BASE दाङ
४. FAIR MED/नेपाल महिला सामुदायिक सेवा केन्द्र दाङ
५. मानव स्वास्थ्य समाज दाङ
६. दाङ प्लस
७. नागार्जुन डेभलपमेन्ट कमिटी दाङ
८. चेन्ज टिम दाङ
९. नेपाल क्षयरोग निवारण संस्था दाङ

अनुसूची ५: वार्षिक प्रतिवेदन तयार गर्ने प्राविधिक समुह

संरक्षक:

जनस्वास्थ्य प्रशासक श्री टि. वि. गुरुङ, कार्यालय प्रमुख स्वास्थ्य कार्यालय दाङ

प्राविधिक समिति

१. बरिष्ठ तथ्याङ्क अधिकृत श्री मेघराज पौडेल, संयोजक
२. क्षय/कुष्ठ सुपरभाइजर निरीक्षक श्री गजेन्द्र यादव, सदस्य
३. जनस्वास्थ्य अधिकृत श्री अस्मिता चौधरी, सदस्य

प्राविधि सहयोग

क्र.स	नाम	पद
१	भानुज्योती वली	अधिकृत (क्षय/कुष्ठ)
२	रिता न्यौपाने	पब्लिक हेल्थ नर्स निरीक्षक
३	प्रेम प्रकाश खड्का	बरिष्ठ अधिकृत (लेखा)
४	निमकान्त आचार्य	बरिष्ठ अधिकृत (प्रशासन)
५	उज्ज्वल कुमार पौडेल	अधिकृत ल्याब टेक्नोलोजी
६	अस्मिता चौधरी	जनस्वास्थ्य अधिकृत
७	कमल चन्द	मलेरिया इन्स्पेक्टर निरीक्षक
८	कुन्दन ठाकुर	अधिकृत (जनस्वास्थ्य)
९	झगगु प्रसाद आचार्य	कोल्ड चेन असिस्टेन्ट
१०	खिमा कुमारी भुसाल	स्वास्थ्य अधिकृत
११	कञ्चन आले	जनस्वास्थ्य अधिकृत
१२	सुप्रिया राउत	जनस्वास्थ्य अधिकृत
१३	आशिका पुन	जनस्वास्थ्य अधिकृत

लुम्बिनी प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय दाङ

ट्राफिक चोक, घोराही, दाङ