आ.व. २०८१/८२ को

वार्षिक प्रगति प्रतिवेदन

कोशी प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

धनकुटा, नेपाल

कोशी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
विराटनगर, नेपाल

प.सं.:-२०८२/८३
च.नं.:-

: +९७७-०२१-५९०६७१
: info.moh@p1.gov.np
: moh.koshi.gov.np

सन्देश

प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयले आ.व २०८१/८२ को वार्षिक प्रतिवेदन सार्वजनिक गर्न लागेकोमा मलाई खुशी लागेको छ। स्वास्थ्यको समीक्षामा आधारित यस वार्षिक प्रगति प्रतिवेदनले कोशी प्रदेशको समग्र स्वास्थ्य सम्वन्धि सूचांकको अवस्था र आधारभूत सूचना प्रदान भई यसवाट योजनाकार, व्यवस्थापक, सेवा प्रदायक, सेवाग्राही आदिमा उपयोगी सिद्ध हुने कुरामा म विश्वस्त छु। प्रतिवेदनले स्वास्थ्य प्रणालिका सबै अंगहरुको वार्षिक कार्यसम्पादनका साथै स्थानीय, प्रादेशिक तहमा गरेका समीक्षालाई प्रतिबिम्बित गर्दछ। यो प्रगति प्रतिवेदनले विगतको कार्यसम्पादनको समीक्षा मात्र नभई सबै तहमा बलियो र तथ्यांकमा आधारित योजनालाई मार्गदर्शन गर्ने लक्ष्य पनि राख्दछ । यस प्रतिवेदनमा उल्लेख गरिएका जानकारीहरूले स्वास्थ्यको वदलिँदो परिप्रेक्षमा प्रमाणमा आधारित कार्यक्रमको योजना र कार्यान्वयनमा महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने विश्वास लिएको छु।

यो वार्षिक प्रतिवेदन एउटा विस्तृत दस्तावेज हो जसमा स्वास्थ्य मन्त्रालय र यसका निकायहरु, स्थानीय सरकार, अन्तर्राष्ट्रिय विकास साझेदार र गैरसरकारी संस्थाहरूको प्रगति समावेश छ। प्रतिवेदनको प्रत्येक खण्डले प्रमुख सूचकहरूको स्थिति, नयाँ कार्य, समस्या र चुनौतिहरूको रूपरेखा प्रस्तुत गरेको र आगामी वर्षहरुमा स्वास्थ्य सेवाहरूको प्रभावकारी वितरणका लागि अगाडि वढ्ने उपायहरूको सुझाव दिएको छ।

अन्त्यमा, स्थापनाकाल देखि नै स्वास्थ्य क्षेत्रमा नेतृत्वदायी भूमिका निर्वाह गर्दै आएको स्वास्थ्य निर्देशनालय कोशी प्रदेशले आगामी दिनहरूमा पनि यस प्रदेशका नागरिकहरुका लागि गुणस्तरीय र सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने उदेश्यमा सफलताको कामना गर्दछु। साथै यस प्रदेशको समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई गुणस्तरीय एवं प्रभावकारी वनाउन महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्ने अन्य प्रदेशस्तरिय कार्यालयहरू, स्वास्थ्य कार्यालयहरू, अस्पतालहरू, आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरू र पालिकास्तरका सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरू लगायत समस्त सरोकारवाला निकायहरूलाई धन्यवाद व्यक्त गर्दै आगामी दिनहरूमा पनि थप प्रगतिको शुभकामना व्यक्त गर्दछु।

....

मा. मान वहादुर लिम्वु

स्वास्थ्य मन्त्री

कोशी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
विराटनगर, नेपाल

प.सं.:-२०८२/८३
च.नं.:-

: +९७७-०२१-५९०६७१
: info.moh@p1.gov.np
: moh.koshi.gov.np

शुभकामना

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को कोशी प्रदेशको वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन सार्वजनिक हुँदा अत्यन्त खुशी लागेको छ। प्रदेश तथा स्थानीय तहमा गरिएको प्रगति समीक्षा र सञ्चालित कार्यक्रमहरूको तथ्यमा आधारित विश्लेषण मार्फत तयार गरिएको यो प्रतिवेदन कोशी प्रदेशको समग्र स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरणका लागि महत्वपूर्ण बन्नेछ भन्नेमा म विश्वस्त छु।

स्वास्थ्य मन्त्रालय, कोशी प्रदेश, प्रत्येक नागरिकलाई संविधानद्वारा प्रत्याभूत मौलिक हकका रूपमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन प्रतिबद्ध छ र Universal Health Coverage प्राप्तिका लागि संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका नीति, सिद्धान्तहरू, राष्ट्रिय स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति, आवधिक योजना तथा अन्य सम्बन्धित कार्यक्रमहरू कार्यान्वयनमा निरन्तर अग्रसर रहँदै आएको छ। आधारभूत, आकस्मिक, मातृशिशु स्वास्थ्य, सर्ने तथा नसर्ने रोग नियन्त्रण, औषधि तथा औषधि जन्य सामग्रीको पहुँच र जनस्वास्थ्य सेवा विस्तारका क्षेत्रमा गरिएको प्रगति यस प्रतिवेदनमा उल्लेखित सूचकहरूले स्पष्ट देखाएको छ।

यो प्रतिवेदन एक विस्तृत दस्तावेज हो, जसमा स्वास्थ्य मन्त्रालय कोशी प्रदेश, अन्तर्गतका सबै विभाग तथा कार्यालयहरू, स्थानीय तहका स्वास्थ्य शाखाहरू, सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरू, अन्तर्राष्ट्रिय विकास साझेदार, गैरसरकारी संस्थाहरूको योगदान समेटिएको छ।

अन्त्यमा, स्वास्थ्य निर्देशनालय कोशी प्रदेशले स्थापना कालदेखि नै प्रदेशको स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरणका लागि महत्वपुर्ण भूमिका निर्वाह गर्दै आएकोमा धन्यवाद व्यक्त गर्दछु। साथै प्रदेशभर कार्यरत सबै स्वास्थ्य कार्यालयहरू, अस्पतालहरू, आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरू, स्थानीय तहका स्वास्थ्य संस्था तथा समुदायस्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई हार्दिक धन्यवाद व्यक्त गर्दछु। आगामी दिनहरूमा पनि सबै सरोकारवालाहरूको सामूहिक प्रयास र सहकार्यद्वारा कोशी प्रदेशको स्वास्थ्य क्षेत्रमा अझ महत्वपूर्ण उपलब्धि हासिल हुने मेरो विश्वास छ।

डा. यदु चन्द्र घिमिरे
सचिव
स्वास्थ्य मन्त्रालय, कोशी प्रदेश

"कोशीको गौरव हिमालको शान, पर्यटन वर्षमा सबैलाई सम्मान"

कोशी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
धनकुटा, नेपाल

प.सः- २०८२/०८३
च.नः-

: ०२६-५२२५०८
: edhd.dhankuta@gmail.com
: https://hd.koshi.gov.np

प्राक्कथन

कोशी प्रदेशका १४ जिल्लाबाट नियमित रूपमा प्राप्त स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) का तथ्यांकहरू तथा स्वास्थ्य क्षेत्रका विभिन्न कार्यक्रम, परियोजना र भागीदार संस्थाहरूबाट सङ्कलित जानकारीको आधारमा कोशी प्रदेशको वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन २०८१/८२ प्रकाशित गर्न पाउँदा अत्यन्तै खुशी लागेको छ। यस प्रतिवेदनले प्रदेशभरका सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरू, नाफामुखी तथा गैर नाफामुखी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, साथै विकास साझेदारहरूले यस वर्ष गरेका उपलब्धि, चुनौती र सिकाइहरूलाई समेटेको छ।

यस वर्ष प्रदेशका नागरिकहरूको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच, सेवा उपयोग, कार्यक्रमगत प्रगति तथा स्वास्थ्य परिणामहरूले समग्रमा सकारात्मक संकेतहरू देखाएका छन्। केही प्रमुख स्वास्थ्य सूचकहरूमा निरन्तर सुधार भइरहेको छ भने, कतिपय सूचकहरूमा अपेक्षित स्तरमा पुर्‍याउन आगामी वर्षमा अझ सुदृढ कार्यान्वयन, स्रोत परिचालन र नवप्रवर्तन आवश्यक देखिन्छ। प्रतिवेदनमा समेटिएका तथ्यांक र विश्लेषणहरूले आगामी योजना तर्जुमा, नीतिगत सुधार तथा सेवा व्यवस्थापनमा संलग्न प्रदेश सरकारका योजनाकार, व्यवस्थापक, स्वास्थ्यकर्मी तथा सरोकारवालाहरूलाई महत्वपूर्ण मार्गदर्शन प्रदान गर्ने विश्वास लिएको छु।

प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा स्वास्थ्य निर्देशनालय कोशी प्रदेश, नेपालको संविधान २०७२, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति (NHSS) तथा प्रदेशस्तरीय स्वास्थ्य योजना नीतिमा परिकल्पना गरिएका स्वास्थ्य सेवाको पहुँच, गुणस्तर र सहजीकरण विस्तारका उद्देश्यप्रति दृढ प्रतिबद्ध छ। संघ, प्रदेश र स्थानीय तहबीचको समन्वय तथा निजी क्षेत्र, समुदाय, र विकास साझेदारहरूसँगको सहकार्यलाई अझ सुदृढ गर्दै नागरिकको स्वास्थ्य सम्बन्धी हक पूर्ण कार्यान्वयनमा ल्याउन निरन्तर कार्यरत रहनेछ।

यो प्रतिवेदन तयार पार्ने क्रममा प्रत्यक्ष तथा परोक्ष रूपमा संलग्न सबै स्वास्थ्यकर्मी, कार्यक्रम प्रमुख, स्थानीय तहका स्वास्थ्य शाखा, साझेदार निकाय तथा सम्पूर्ण सरोकारवालाप्रति धन्यवाद व्यक्त गर्दछु। आगामी वर्षहरूमा स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारितामा अझ वृद्धि हुने, सेवा पहुँच विस्तारमा उल्लेखनीय प्रगति हुने र प्रदेशका नागरिकहरूको स्वास्थ्य स्तर उकासिन निरन्तर योगदान रहिरहने मेरो विश्वास छ।

डा. ज्ञानबहादुर वस्नेत
निर्देशक

Contents

सारांश VII

मुख्य स्वास्थ्यका सूचकहरु X

स्वास्थ्य सम्बन्धी कानुनी तथा नीतिगत व्यवस्था XII

भाग १ : कोशी प्रदेशको परिचय 1

१.१ पृष्ठभूमि 1

१.२ भौगोलिक अवस्था 1

१.३ राजनीतिक र प्रशासनिक विभाजन 2

भाग २: परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम 6

२.१ बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम 6

२.२ सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम 35

२.३ सुरक्षित गर्भपतन सेवा 44

२.४ परिवार योजना कार्यक्रम 46

२.५ प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता (स्तन क्यान्सर, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ खस्ने र फिस्टुला) 49

भाग ३ : इपिडेमोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम 53

३.१. औलो 53

३.२ कालाजार 55

३.३ हात्तिपाइले रोग नियन्त्रण कार्यक्रम 57

३.४ डेंगु 59

३.५ क्षयरोग कार्यक्रम 61

३.६ कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम 64

३.७ एचआईभी एड्स कार्यक्रम 67

३.८ जुनोटिक रोग 69

३.९ नसर्ने तथा मानसिक रोगहरु रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम 71

भाग ४ नर्सिङ्ग तथा सामाजिक सुरक्षा 77

४.१ लैगिक हिंसा सम्बन्धि एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र 77

४.२ अस्पतालमा सामाजिक सेवा इकाई (SSU) कार्यक्रम 79

४.३ अस्पतालमा आधारित जेरियाट्रिक वार्ड स्थापना कार्यक्रम 81

४.४ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम (Female Community Health Volunteer Program) 84
४.५ विद्यालय नर्सिङ्ग कार्यक्रम 86
भाग ५ : उपचारात्मक सेवा कार्यक्रम 95
५.१ पृष्ठभूमि 95
५.२ अस्पतालहरुको न्यूनतम सेवा मापदण्ड 95
भाग ६ : आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा 104
भाग ७: एकिकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली 111
७.१ स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना र संचार 111
७.२ एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली (IHMIS) 113
७.३ स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणाली (LMIS) 115
७.४ स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्य जनशक्ति रजिष्ट्री कार्यक्रम 116
७.५ EWARS (Early Warning and Reporting System) कार्यक्रम 118
७.६ MPDSR कार्यक्रम 120
७.७ Electronic TB Register (e-TB Register) 122
भाग ८ : प्रादेशिक/संघीय स्तरका निकायहरू 126
८.१ स्वास्थ्य मन्त्रालय कोशी प्रदेश, विराटनगर 126
८.२ स्वास्थ्य निर्देशनालय कोशी प्रदेश, धनकुटा 127
८.३ प्रादेशिक स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसंचालन केन्द्र 129
८.४ प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला, कोशी प्रदेश, बिराटनगर 134
८.५ प्रादेशिक स्वास्थ्य बिमा बोर्ड 138
८.६ प्रदेशिक तालिम केन्द्र 142
८.७ प्रदेश स्वास्थ्य आपुर्ति व्यवस्थापन केन्द्र 147
भाग ९ : साझेदारी संस्था 149

सारांश

स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत स्वास्थ्यको प्रमुख विभागीय कार्यालय हो। स्वास्थ्य निर्देशनालयले प्रान्तका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरू मार्फत प्रवर्द्धनात्मक, निवारक र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको उचित वितरण सुनिश्चित गर्दछ र स्वास्थ्य मन्त्रालयलाई विभिन्न स्वास्थ्य सम्बन्धी गतिविधिहरूको योजना, डिजाइन, अनुगमन र कार्यान्वयनमा सहयोग गर्दछ।

स्वास्थ्य निर्देशनालय, कोशीको आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को यो वार्षिक प्रतिवेदनले विभिन्न कार्यक्रमहरूको प्रदर्शनलाई प्रतिबिम्बित गर्दछ र समग्र प्रान्तीय स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको तीन वर्षको प्रगतिसँग तुलना गर्दछ।

यो प्रतिवेदन विभिन्न स्रोतहरूबाट आउने सबै जानकारीलाई विचार गर्दै स्वास्थ्य निर्देशनालयको प्राविधिक टोलीद्वारा तयार पारिएको हो। यसबाहेक, प्रतिवेदन विभिन्न अस्पतालहरू, स्वास्थ्य कार्यालयहरू, स्वास्थ्य निर्देशनालय र सहयोगी साझेदारहरूका प्रतिनिधिहरूद्वारा प्रमाणित गरिएको थियो। त्यसकारण, यो व्यापक र विश्लेषणात्मक प्रतिवेदन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, स्वास्थ्य निर्देशनालयs, स्वास्थ्य कार्यालय, अस्पतालहरू, आयुर्वेद, पालिका, स्वास्थ्य योजनाकारहरू, अनुसन्धानकर्ताहरू र शैक्षिक संस्थाहरू, विद्यार्थीहरू, सहयोगी साझेदारहरू, इच्छुक संस्थाहरू र व्यक्तिहरूको लागि उपयोगी दस्तावेज हुनेछ भन्ने आशा गरिएको छ।

यसमा विभिन्न अध्याय र खण्डहरू छन्। प्रत्येक अध्यायमा पृष्ठभूमि, आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा गरिएका प्रमुख गतिविधिहरू, उपलब्धिहरूको विश्लेषण, मुख्य निष्कर्षहरूको व्याख्या र छलफल, निष्कर्ष, प्रमुख मुद्दाहरू, समस्याहरू, बाधाहरू, र गर्नुपर्ने कार्यहरू समावेश छन्।

यस प्रतिवेदनमा प्रयोग गरिएका तथ्याङ्कहरू परिधि र जिल्ला स्तर दुवैमा उत्पन्न, संकलित र प्रमाणित गरिएका थिए। थप रूपमा, तथ्याङ्कहरू सबै १४ जिल्लाहरूमा जिल्ला स्तरको वार्षिक कार्यसम्पादन समीक्षा बैठकहरू र प्रदेश स्तरको समीक्षा बैठकमा आधारित छन्। यस प्रतिवेदनको प्राथमिक तथ्याङ्क स्रोत एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली (IHIMS) हो। यसका साथै, प्रदेशमा कार्यरत I/NGO र निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट पनि प्रतिवेदनहरू माग गरिएको थियो।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (NIP):

२०८१/८२ मा नियमित NIP कार्यक्रममा सबै एन्टिजेनहरूको खोप कभरेज गत आर्थिक वर्षको तुलनामा घटेको छ। BCG कभरेज ८५% बाट घटेर ७७% पुगेको छ र राष्ट्रिय लक्ष्य >९५% पूरा गरेको छैन। यस आर्थिक वर्षमा DPT-Hep B-Hib ३, JE र MR२ को कभरेज अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा क्रमशः ८७% बाट ७७%, ८८% बाट ७७% मा घटेको देखिन्छ छ। आर्थिक वर्ष २०८१/८२ सबै १४ जिल्लालाई पूर्ण खोपयुक्त जिल्ला घोषणा / प्रमाणीकरण गरिएको छ।

पोषणः

२०८०/८१ मा ६९% बाट २०८१/८२ मा ५७% वृद्धि अनुगमन कभरेजमा घटेको छ। वृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको औषत पटक २०८०/८१ मा ६.८ बाट २०८१/८२ मा ८.२ बढेको छ। आ.व. २०८०/८१ मा ६ महिनासम्म पूर्ण स्तनपान गराउनेको दर ५२% बाट आ.व. २०८१/८२ मा ६५% वृद्धि भएको छ | गर्भवती महिलाहरूले आइरन/फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने दर अघिल्लो वर्ष जस्तै ६०% रहेको छ।

IMNCI:

पाँच वर्ष मुनिका जनसंख्यामा प्रति १,००० मा झाडापखालाका घटनाहरू २०८०/८१ मा २८५ बाट २०८१/८२ मा २४६ अभिलेख गरिएको छ। आ.व. २०८१/८२ मा जिंक र ORS ले उपचार

गरिएका झाडापखालाका घटनाहरू ९६% छन्। ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा ARI को घटना गत वर्ष ७१२ /१००० बाट घटेर यस वर्ष ६४५/१००० भएको छ। एन्टिबायोटिकले उपचार गरिएका निमोनियाका घटनाहरू १०१% छन् जुन अघिल्लो वर्षको तुलनामा केहि बढेको छ।

सुरक्षित मातृत्व

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा कम्तिमा एक ANC जांच बढेर ११०% पुगेको छ जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा ११७% थियो। प्रोटोकल अनुसार ANC आठ जांच आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा ४४% बाट आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा ४५% पुगेको छ। संस्थागत डेलिभरी अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा ७०% पुगेको छ। प्रोटोकल अनुसार तीन PNC जांच आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा २५% बाट बढेर ३२% पुगेको छ।

परिवार योजना र सुरक्षित गर्भपतन

गर्भनिरोधक प्रचलन दर (CPR) १९.७% छ, जुन अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा थोरै घटेको छ अर्थात् । यस आर्थिक वर्षमा MWRA बीच परिवार नियोजन विधिहरूको नयाँ स्वीकारकर्ता १०% मा स्थिर रहेको छ। विधि मिश्रण नयाँ स्पेसिङ गर्भनिरोधक विधिको सामान्य विकल्प डेपो-प्रोभेरा हो र त्यसपछि चक्कीहरू छन्। कोशी प्रदेशमा सुरक्षित गर्भपतन लिनेको संख्या अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा आ. व. ०८१/८२ मा केहि मात्रामा घटेको देखिन्छ। कोशी प्रदेशमा आ.वा २०८१/८२ मा जम्मा गर्भपतन गराउनेको संख्या १६५५३ जना रहेको छ |

क्षयरोग

आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा ९२% रहेको क्षयरोगको केस पत्ता लगाउने दर आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा बढेर ९३% पुगेको छ। अन्य जिल्लाको तुलनामा झापा, मोरङ, सुनसरी र उदयपुरमा केस पत्ता लगाउने दर उच्च थियो। यस आर्थिक वर्षमा उपचार सफलता दर ८९% बाट बढेर ९०% पुगेको छ।

कुष्ठरोग

यस आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा, कोशी प्रदेश मा प्रति १०,००० जनसंख्यामा नयाँ केस पत्ता लगाउने दर ८.८४ रहेको देखिन्छ।

एचआईभी/एड्स

एचआईभीका साथ बाँचिरहेका व्यक्तिहरूमध्ये ९९.५% ले निरन्तर एआरटी (ART) उपचार पाएका छन् र सोही अनुरुप एचआईभी/एड्सको (९५-९५-९५ लक्ष्य); एचआईभीका साथ बाँचिरहेका ९५% व्यक्तिहरूमध्ये ९५% ले निरन्तर एआरटी (ART) उपचार पाउने लक्ष्य पूरा भएको छ।

औलो

स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट रिपोर्ट गरिएका केसहरू अनुसार, आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा रिपोर्ट गरिएका कुल केसहरूको संख्या १० थियो जसले अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा घट्दो प्रवृत्ति देखाउँछ। आ.व.२०८१/०८२ का जम्मा केसमध्ये ७ वटा केसहरुलाई Plasmodium vivax, ३ वटा केसहरुलाई Plasmodium falciparum र १ वटा केसलाई Plasmodium ovale द्वारा सङ्क्रमण गरेको थियो ।यी सबै केसहरु बाहिरबाट आएका केसहरु हुन् ।

कालाजार

गत आर्थिक वर्षको तुलनामा कालाजारका केसहरूमा वृद्धि भएको प्रवृत्ति देखिएको छ अर्थात् २२ बाट १० केसहरू। सुनसरी, मोरङ र ओखलढुंगा जस्ता जिल्लाहरूले तीन वर्षको अवधिमा केसहरु धेरै

देखाए पनि समग्र रूपमा घट्दो संख्या देखिन्छ।

डेंगु

अघिल्लो वर्षको तुलनामा आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा रिपोर्ट गरिएका डेंगुका केसहरूको संख्या ३०९६ पुगेको छ जुन ३८४३१ थियो। आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा, १४ जिल्लाबाट डेंगुका केसहरू रिपोर्ट गरिएको थियो। सबैभन्दा धेरै केसहरू मोरंगबाट रिपोर्ट गरिएको छ जुन ९१३ हो।

जुनोसिस

कोशी प्रदेश मा कुकुरले टोकेका घटनाहरू बढ्दो क्रममा छन्। आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा २८००५ बाट आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा ३०९१५ पुगेको छ। विषाक्त सर्पको टोकाइ गैर-विषाक्त सर्पको टोकाइको तुलनामा कम थियो। आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा रिपोर्ट गरिएको विषाक्त सर्पको टोकाइ २५६० थियो।

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य

बिगत ३ आ.व. को नसर्ने रोगको ट्रेन्ड बढ्दै गएको देखिन्छ | यस आ.व. २०८१/८२ मा ९,९६,५१९ जना नया तथा पुरानो रोगहरु पत्ता लागेको छ जुन आ.व. २०८०/८१ मा ६४९३८६ रहेको थियो | आ.व. २०८१/८२ मा कोशी ओरादेश्को १४ वटा जिल्लामा दर्ता भएका मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी कुल सेवाग्राहीहरूको संख्या आ.व.२०७९/८० र आ.व.२०८०/८१ मा १९२१२ जना वृद्धि भएको देखाउँछ ।

उपचारात्मक सेवाहरू

प्रदेश मातहतका सबै अस्पतालहरुमा विविध विधाका विशेषज्ञ सेवा उपलब्ध छन् । अस्पतालहरुमा बहिरङ्ग सेवा लिने नयाँ बिरामीको संख्या मोरंग जिल्लाका अस्पतालहरुमा सबैभन्दा बढी (३५९०९१०) थियो भने सबभन्दा कम तेर्हथुम जिल्लाका अस्पतालहरुमा थियो (१४८२९८)। बेड अकुपेन्सी दर सबैभन्दा उच्च प्राथमिक स्तर (१४३%) को अस्पतालमा र सबैभन्दा कम प्रादेशिक अस्पताल, भद्रपुर (४८%) देखियो। उदयपुर अस्पताल आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा प्रदेश अस्पतालहरू मध्ये ९४% उच्चतम MSS स्कोरका साथ प्रथम स्थान हासिल गर्यो ।

आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा सेवाहरू

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा आयुर्वेद सेवा लिनेको कुल संख्या २६५११८ रहेको जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा लिइएको संख्या २६५११८ भन्दा केहि घटेको देखिन्छ । नसर्ने रोगको रोकथाम र व्यवस्थापनका लागि लाभदायक रहेको नागरिक आरोग्य कार्यक्रम र स्वस्थ जीवनशैली सेवाहरूप्रति सेवा प्रयोगकर्ताहरूको संख्या बढी भएको पाइएको छ।

मुख्य स्वास्थ्यका सूचकहरु

INDICATORS		2079/80	2080/81	2081/82
1. REPORTING STATUS (%)				
1.1	Hospital	83	86	88
1.2	Primary Health Centre	100	100	100
1.3	Health Post	100	100	99.9
1.4	Non-Public Health Institutions	90	91	84
2. IMMUNIZATION COVERAGE (%)				
2.1	BCG	97	85	77
2.2	DPT-Hep B-Hib 3	93	88	77
2.3	JE	88	92	83
2.4	Measles Rubella 2	87	92	88
2.5	Td-2 and Td2+	66	59	54
2.6	HPV Vaccination	-	-	90%
3. NUTRITION				
3.1	Growth monitoring coverage as percentage of 0-11 months children new visits	108	98	85
3.2	Growth monitoring coverage as percentage of 12-23 months children new visits	54	41	29
3.3	Average number of visits among children aged 0-23 months registered for growth monitoring	3.1	6.8	8.2
3.4	Percentage of underweight (Weight/Age) children among new visits	2.6	1.8	1.6
3.5	Percentage of pregnant women receiving Iron tablets	57	61	62
3.6	Percentage of postpartum mothers receiving Iron tablets	62	81	88
3.7	Percentage of postpartum mothers receiving Vitamin A	71	80	88
4. CBIMNCI				
4.1	Incidence of ARI per 1,000 <5 children	625	712	647
4.2	Incidence of pneumonia per 1,000 <5 children	38	43	36
4.3	Incidence of diarrhea per 1,000 <5 children	280	284	246
5. SAFE MOTHERHOOD (%)				
5.1	Antenatal first visits as percentage of expected pregnancy	159	117	110
5.2	Antenatal 4 visit as per protocol	97	88	78

5.3	Institutional delivery as percentage of expected live births	86	79	70
5.4	PNC first visit as percentage of expected live births	72	63	64
6. FAMILY PLANNING (%)				
6.1	Contraceptives Prevalence Rate (CPR)	15	20	19
7. VECTOR BORNE DISEASES				
7.1	No. of Malaria cases	12	12	14
7.2	No. of Kalazar cases	9	51	144
7.3	No. of Dengue cases	4960	18066	6863
8. TUBERCULOSIS				
8.1	Case Notification rate	88	94	96
8.2	Treatment Success rate	90	89	90
8.3	No. of DR cases	82	36	76
9. LEPROSY				
9.1	New Case Detection Rate (NCDR)/10,000 population	6.9	7	8.84
9.2	Prevalence Rate (PR)/10,000 population	0.73	0.69	0.88
10. ZOONOSES				
10.1	Dog Bite	6229	4993	6739
10.2	Poisonous Snakebite	124	286	196
10.3	Non-poisonous Snakebite	581	2376	1292
11	**Ayurveda**			
11.1	No. of Total Services	267973	280624	265118
11.2	No. of Naagrik Aarogya	72815	111667	123985
11.3	No. of Panchakarma/ Purbakarma	82549	98389	95619
11.4	No. of Jestha Nagrik Home Visits	37076	42620	36027
11.5	No. of Stanpayi sewa	8581	9077	6071

स्वास्थ्य सम्बन्धी कानुनी तथा नीतिगत व्यवस्था

नेपालको संविधान २०७२

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

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

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

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

राज्यको निर्देशक सिद्धान्त अनतर्गत स्वास्थ्य क्षेत्रमा राज्यको लगानी अभिवृद्धि गर्दै यस क्षेत्रमा भएको निजी लगानीलाई नियमन र व्यवस्थापन गरी सेवामूलक बनाउने, स्वास्थ्य सेवालाई सर्वसुलभ र गुणस्तरीय बनाउन स्वास्थ्य अनुसन्धानमा जोड दिंदै स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्यकर्मीको संख्या वृद्धि गर्दै जाने, नेपालको क्षमता र आवश्यकताका आधारमा जनसंख्या व्यवस्थापनका लागि परिवार नियोजनलाई प्रोत्साहित गर्दै मातृ शिशु मृत्युदर घटाई औसत आयु बढाउने राज्य सञ्चालनको मार्गनिर्देशनका रूपमा रहने उल्लेख गरिएको ।

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ र नियमावली २०७७

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ ले नेपालको संविधानबाट प्रत्याभूत आधारभूत स्वास्थ्य सेवा, आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा, स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्थापन, सेवाग्राहीको अधिकार र कर्तव्य, स्वास्थ्यकर्मी तथा संस्थाको दायित्व, जनस्वास्थ्य सुरक्षा, आपत्कालीन व्यवस्थापन, विशेष समूहका लागि स्वास्थ्य सेवा, अनुसन्धान तथा तथ्याँक व्यवस्थापन, कानूनी व्यवस्था र विभिन्न तहबीचको सहभागिता लगायतका सबै प्रावधानहरूलाई समेटेको छ। नेपालको संविधानले प्रत्येक नागरिकलाई निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा पाउने मौलिक अधिकार प्रदान गरेको छ। यस अधिकारको कार्यान्वयन गर्दै प्रभावकारी, गुणस्तरीय, नियमित एवं सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा प्रणाली विकास गरी नागरिकको स्वास्थ्यमा सहज पहुँच सुनिश्चित गर्न यो ऐन सङ्घीय संसदद्वारा अधिनियमित गरिएको हो।

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

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

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ को उद्देश्य प्रत्येक नागरिकलाई संवैधानिक अधिकारको रूपमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सार्वव्यापी पहुँच सुनिश्चित गर्नु हो। यस नीतिले सबै नागरिकलाई निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको छ, विशेष गरी सीमान्तकृत, विपन्न र कमजोर वर्गका व्यक्तिहरूलाई प्राथमिकतामा राखेर सेवा प्रवाह गर्ने लक्ष्य लिएको छ। संघीय संरचनाको अनुरूप संघीय, प्रादेशिक र स्थानीय सरकारबीच सहकार्य र समन्वयमार्फत स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन गर्ने व्यवस्था गरिएको छ।

यस नीतिले संक्रामक र नसर्ने दुवै प्रकारका रोगहरूको रोकथाम र उपचारलाई प्राथमिकता दिएको छ। मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य, पोषण, मानसिक स्वास्थ्य, खोप कार्यक्रम र जीवनशैली सम्बन्धी स्वास्थ्य सचेतनामा जोड दिइएको छ। आधुनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीसँगै आयुर्वेद, योग, प्रकृतिचिकित्सा लगायतका परम्परागत उपचार पद्धतिहरूको एकीकरणलाई प्रोत्साहन गरिएको छ। साथै, स्वास्थ्य सेवा पहुँचलाई विस्तार गर्न ई-हेल्थ, मोबाइल हेल्थ र टेलिमेडिसिन जस्ता डिजिटल स्वास्थ्य प्रविधिको विकास र प्रयोगलाई पनि महत्व दिइएको छ।

नीतिले निजी क्षेत्र र गैरसरकारी संस्थासँगको साझेदारी, वातावरणीय स्वास्थ्य संरक्षण, स्वास्थ्य अनुसन्धान र तथ्याङ्क-आधारित निर्णय प्रक्रियालाई सुदृढ पार्ने लक्ष्य राखेको छ। यद्यपि, पर्याप्त बजेटको अभाव, संघीय पुनर्संरचनामा देखिने ढिलाइ र सेवाप्रवाहमा असमानता जस्ता चुनौतीहरूले यस नीतिको प्रभावकारी कार्यान्वयनमा अवरोध पुऱ्याउन सक्ने जोखिमहरू पनि स्पष्ट देखिएका छन्।

प्रदेश स्वास्थ्य नीति -२०८२

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

दिगो विकास लक्ष्य (SDG) :

दिगो विकास लक्ष्य (SDG) को उद्देश्य सन् २०३० सम्ममा गरिबी अन्त्य गर्दै मानव, पृथ्वी र समृद्धिको लागि साझा कार्ययोजना अघि बढाउनु हो । यसले सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (MDG) का उपलब्धिमा टेकेर हासिल नभएका क्षेत्रलाई पूरा गर्न खोजेको छ, जसमा मानवअधिकार सुनिश्चित गर्दै सबै महिला तथा बालिकाको लैङ्गिक समानता र सशक्तीकरणलाई जोड दिएको छ । दिगो विकासका १७ लक्ष्य र १६९ वटा लक्ष्याङ्क (targets) रहेका छन्, जसले आर्थिक, सामाजिक र वातावरणीय आयामलाई सन्तुलित गर्दै शान्ति, न्याय, साझेदारी र समावेशी विकासलाई प्रोत्साहित गर्छन् । लक्ष्य ३ अन्तर्गत स्वस्थ जीवन सुनिश्चित गर्दै सबै उमेरका मानिसहरूको कल्याण प्रवर्द्धन गर्ने उद्देश्य राखिएको छ । नेपालले संक्रामक रोग नियन्त्रणमा प्रगति गर्दै नयाँ एचआईभी सङ्क्रमण घटाउने, जीवन प्रत्याशामा वृद्धि ल्याउने, ग्रामीण क्षेत्रमा स्वास्थ्य उपकरण स्थापना गर्ने र अस्पतालमा फोहर व्यवस्थापन सुधार्ने प्रयास गरेको छ । तथापि, मातृ मृत्युदर र बाल मृत्युदर अझै उच्च रहेको, असंक्रामक रोगका कारण हुने समयपूर्व मृत्यु दर चुनौती बनेको, मानसिक स्वास्थ्य समस्या र आत्महत्याको दर बढ्दो रहेको, दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्य पहुँच सीमित रहेको, सडक दुर्घटनाबाट हुने मृत्यु तथा घाइतेलाई न्यूनीकरण गर्ने लक्ष्यमा चुनौती कायम रहेको, प्रदूषण र विषादीजन्य समस्या गम्भीर रहेको र मद्यपान तथा लागूपदार्थ दुरुपयोग रोकथाम तथा उपचार सुदृढ गर्नुपर्ने आवश्यकता देखिएको छ ।

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

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

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

रणनीतिक योजनाका पाँच मुख्य उद्देश्यहरूमा स्वास्थ्य प्रणालीको क्षमता र जवाफदेहिता सुदृढ पार्ने, स्वास्थ्यका निर्धारकहरू सम्बोधन गर्ने, दिगो लगानी र सामाजिक सुरक्षा प्रवर्द्धन गर्ने,

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा न्यायोचित पहुँच विस्तार गर्ने तथा जनसङ्ख्या र बसाइँसराइ व्यवस्थापनलाई प्रभावकारी बनाउने लक्ष्यहरू समावेश छन्।

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

स्वास्थ्यका तथ्याँक तथा सर्वेक्षण

नेपाल जनसांख्यिक र स्वास्थ्य सर्वेक्षण (Nepal Demography and Health Survey 2022)

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

२०२२ NDHS को निष्कर्षअनुसार, देशभर स्वास्थ्य सूचकहरूमा समग्र प्रगति देखिएको छ भने कोशी प्रदेशले केही सूचकहरूमा राष्ट्रिय औसतभन्दा राम्रो प्रदर्शन गरेको छ। राष्ट्रिय रूपमा कुल प्रजनन दर (TFR) प्रति महिलामा २.१ जन्म रहेको छ भने कोशी प्रदेशमा यो दर झन्डै १.९ रहेको छ। परिवार नियोजनको प्रयोग दर राष्ट्रिय रूपमा ५७% छ (जसमध्ये ४३% आधुनिक विधिहरू) भने कोशीमा यो दर ६०% पुगेको छ। संस्थागत सुत्केरी र दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थितिमा गरिने सुत्केरी दर कोशीमा अझै उच्च छ। बाल स्वास्थ्यका सूचकहरूमा पनि कोशीको प्रदर्शन सकारात्मक छ, जहाँ राष्ट्रिय २५% को तुलनामा पुडकोपना २२% मात्र देखिएको छ भने १२—२३ महिनासम्मका बालबालिकाको खोप सम्पूर्णता दर ८८% (राष्ट्रिय औसत ८५%) रहेको छ। महिलामा रगतअल्पता (एनेमिया) को दर कोशीमा ३०% रहेको छ जुन राष्ट्रिय औसत ३४% भन्दा कम हो, स्तनपानको दर समान देखिएको

छ। सुरक्षित खानेपानी (९३%) र सुधारिएको सरसफाइ (७१%) सेवाको पहुँच दुबै तहमा समान रूपमा देखिन्छ। यस्ता उपलब्धिहरूका बाबजुद पनि सेवा उपयोगमा देखिने शहरी—ग्रामीण विभाजन तथा उच्च रक्तचाप र मधुमेहजस्ता गैरसंचारी रोगहरूको बढ्दो भार अझै चुनौतीका रूपमा रहेका छन्।

STEPS Survey 2019

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

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

नेपाल माइक्रोन्यूट्रियेन्ट स्टयाटस सर्वेक्षण (NMICS) 2019

नेपाल माइक्रोन्यूट्रियेन्ट स्टयाटस सर्वेक्षण (NMICS) 2019, जुन युनिसेफको सहयोगमा केन्द्रीय तथ्यांक विभागले संचालन गरेको हो, विश्वव्यापी मल्टिपल इन्डिकेटर क्लस्टर सर्वेक्षण (MICS) कार्यक्रमको हिस्सा हो जसले बालबालिका र महिलाको स्वास्थ्य तथा पोषण अवस्थाको महत्वपूर्ण तथ्यांक सङ्कलन गर्न डिजाइन गरिएको छ। विगत तीन दशकमा MICS ले २८ सूचकांकबाट बढेर हाल २५० भन्दा बढी सूचकांकहरू निरिक्षण गर्ने गरी विकास गरेको छ र बाल संरक्षण, प्रारम्भिक बाल्यकाल शिक्षा, स्वास्थ्य र पोषण सम्बन्धी महत्वपूर्ण तथ्यांकको स्रोत बनेको छ। नेपालमा NMICS २०१०, २०१४ र २०१९ मा सञ्चालन भई राष्ट्रिय तथा प्रादेशिक स्तरमा अद्यावधिक र व्यापक माइक्रोन्यूट्रियेन्ट तथा पोषण सम्बन्धी सूचकांकहरू उपलब्ध गराएको छ।

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

भाग १ : कोशी प्रदेशको परिचय

१.१ पृष्ठभूमि

कोशी प्रदेश नेपालको संविधान, २०७२ लागु भएपछि वि.सं. २०७२ असोज ३ गते राज्य विभाजन गरी सात प्रदेशहरु मध्ये एक हो । देशलाई संघीय ढाँचामा लगेर पुनर्संरचना गर्ने उद्देश्यका साथ स्थापना गरिएको यो प्रदेश नेपालको पूर्वी भागमा अवस्थित रहेको प्रदेश हो। हिमाल, पहाड र तराईसम्म फैलिएको यस कोशी प्रदेशमा ताप्लेजुङ, पाँचथर, इलाम, झापा, मोरङ, सुनसरी, धनकुटा, तेह्रथुम, संखुवासभा, भोजपुर, उदयपुर, खोटाङ, ओखलढुंगा र सोलुखुम्बु गरी जम्मा १४ वटा जिल्ला पर्दछन् ।यस प्रदेशको पूर्व तर्फ भारतको पश्चिम बङ्गाल राज्य र दक्षिण तर्फ बिहार राज्य पर्दछन् । यसै गरी उत्तरतर्फ चीनको स्वशासित क्षेत्र तिब्बत र पश्चिमतर्फ मधेश प्रदेश र बागमती प्रदेश पर्दछन् ।

जातीय तथा भाषिक विविधता रहेको यस प्रदेशमा मुख्य रुपमा ब्राम्हण, क्षेत्री, लिम्बु, थारु, लेप्चा, मुस्लिम, तामाङ, नेवार, मेचे, कोचे, यादव, राजवंशी लगायतका जातिहरुको बसोबास रहेको छ भने नेपाली, मैथली, किराँती, तामाङ, लिम्बु, गुरुङ, लेप्चा, मुस्लिम, मगर र थारु भाषा मुख्य रुपमा बोलिन्छन् । औद्योगिक शहर विराटनगरमा प्रदेश सदरमुकाम रहेको यस प्रदेशले बिर्तामोड, दमक, धरान र इटहरी लगायत अन्य प्रमुख पूर्वी शहरहरूलाई समेटेको छ।

सुन्दर पहाडी र हिमवत् खण्ड, उच्च हिम श्रङ्खला लगायत प्राकृतिक सम्पदाले सुशीभित दक्षिणपूर्वी एसियामा अवस्थित नेपाल धार्मित तथा सांस्कृतिक दृष्टिले समेत सम्वृद्ध छ । असंख्य मठ, मन्दिर, पाटी, पौवा, गुम्बा, मस्जिदले भरिपूर्ण नेपालको सूदुरपूर्वमा रहेको कोशी प्रदेशको विभिन्न प्रसिद्ध धार्मिक तीर्थस्थलहरु जस्तैः ताप्लेजुश्रको पाथिभरा देवीको मन्दिर, इलामको माइपोखरी, झापाको अर्जुनधारा, सतासीधाम, सुनसरीको बराहक्षेत्र, बुढासुब्बा, पिण्डेश्वरी, दन्तकारी मन्दिर, खोटाङको हलेसी महादेवको मन्दिर लगायत बराहपोखरी, साल्पा पोखरी, दुधकुण्ड, कालिका देवी, छिन्ताङ देवी आदि प्रख्यात धार्मिक स्थलहरु रहेका छन् । यी स्थलहरुमा स्वदेशी तथा विदेशी तिर्थालुहरुको प्रगाढ आस्था रही आएको छ । वर्षेनी हजारौं भक्तजन तथा तीर्थयात्रीहरुको आगमनले धार्मिक पर्यटनमा टेवा पुगेको पाइन्छ ।

१.२ भौगोलिक अवस्था

कोशी प्रदेश २६ डिग्री २२ मिनेट देखि २८ डिग्री ६ मसनेट उत्तरी अक्षांशसम्म र ८६ डिग्री ९ मिनेट र ८८ डिग्री १२ मिनेट पूर्वी देशान्तरसम्म रहेको छ । यस प्रदेशको क्षेत्रफल २५९०५ वर्ग किलोमिटर छ जसमध्ये १७.१६% जमिन वन क्षेत्रले ढाकेको छ। विश्वकै सर्वोच्च शिखर सगरमाथा लगायत कञ्चनजङ्गा, मकालु, चोयु, ल्होत्से, जन्नु आदि हिमालहरुको अवस्थितिले मित्रराष्ट्र चीनसँग प्राकृतिक सीमाको काम गरेको छ । भौगोलिक महत्वका दुई प्रमुख बिन्दुहरू यस प्रदेशमा छन् - उत्तर-पूर्वी हिमालको सोलुखुम्बु जिल्लामा अवस्थित विश्वको सर्वोच्च शिखर सगरमाथा (८,८४८.८६ मिटर) र दक्षिण-पूर्वी तराईको झापा जिल्लामा अवस्थित होचो भाग कचनकवल समुद्री सतहबाट ६७ मिटर । यस प्रदेशमा इलामकव अन्तुडाँडा, कन्याम, धनकुटाको भेडेटार, सोलुखुम्बुको नाम्चे बजार, सगरमाथा

आधार शिविर तथा सुनसरीको तालतलैया र कोशीटप्पु लगायतका पर्यटकीय स्थलहरु रहेका छन् । प्राकृतिक सम्पदा, वन्यजन्तु तथा पशुपंछीकव संरक्षण गर्ने हेतुले स्थापना गरिएका सगरमागा राष्ट्रिय निकुञ्ज, मकालु बरुण राष्ट्रिय निकुञ्ज, कोशीटप्पु वन्यजन्तु आरक्ष, कञ्चनजङ्घा संरक्षण क्षेत्र लगायतका नेपालकै अग्लो ह्यातुङ तथा टोड्के र पोकली जस्ता ठूला र तामा झरनाहरु पनि यसै प्रदेशभित्र रहेका छन् । अरुण, तमोर, दुधकोशी, सुनकोशी, इन्द्रावती, लिखु र तामाकोशी जस्ता सात वटा सहायक नदीहरु मिलेर कोशी नदी समेत यही प्रदेशको क्षेत्र भएर बग्ने गर्दछ । यहाँ शितोष्ण,समशितोष्ण र उष्ण प्रकारको हावापानी छ।

१.३ राजनीतिक र प्रशासनिक विभाजन

नेपालको संविधान २०७२ लागु भएपछि नेपाल सात प्रदेश मिलेर बनेको संघीय लोकतान्त्रिक गणतन्त्र मुलुक हो।कोशी प्रदेशमा एक महानगरपालिका (विराटनगर), २ उपमहानगरपालिका (इटहरी र धरान), ४६ नगरपालिका र ८८ गाउँपालिका गरी १३७ स्थानीय पालिका रहेका छन्। निर्वाचन क्षेत्र निर्धारण आयोगले जारी गरेको पहिला हुने निर्वाचित हुने निर्वाचन प्रणाली अनुसार २८ वटा प्रतिनिधि सभा निर्वाचन क्षेत्र र ५६ वटा प्रदेश सभा निर्वाचन क्षेत्र रहेको छ। प्रदेशमा ३७ समानुपातिक सिट छ। राजनीतिक र प्रशासनिक विभाजन अनुसार जिल्लागत विवरण तल तालिकामा उल्लेख गरिएको छ ।

क्र.सं	जिल्ला	स्थानीय तह	महानगरपालिका	उपमहानगरपालिका	नगरपालिका	गाँउपालिका	जम्मा वडा	निर्वाचन क्षेत्र	
								संघ	प्रदेश
१	ताप्लेजुङ	९	०	०	१	८	६१	१	२
२	संखुवासभा	१०	०	०	५	५	७६	१	२
३	सोलुखुम्बु	८	०	०	१	७	५२	१	२
४	ओखलढुंगा	८	०	०	१	७	७५	१	२
५	खोटाङ	१०	०	०	२	८	७९	१	२
६	भोजपुर	९	०	०	२	७	८१	१	२
७	धनकुटा	७	०	०	३	४	६०	१	२
८	तेह्रथुम	६	०	०	२	४	४३	१	२
९	पाँचथर	८	०	०	१	७	६०	१	२
१०	इलाम	१०	०	०	४	६	८१	२	४
११	झापा	१५	०	०	८	७	१३१	५	१०
१२	मोरङ	१७	१	०	८	८	१५९	६	१२
१३	सुनसरी	१२	०	२	४	६	१२४	४	८
१४	उदयपुर	८	०	०	४	४	७५	२	४
कोशी प्रदेश		१३७	१	२	४६	८८	११५७	२८	५६

१.४ जनसंख्या र क्षेत्रफल

वि.सं. २०७८ को जणगणना अनुसार कोशी प्रदेशको कुल जनसंख्या ४९,६१,४१२ जसमा ४८.७ प्रतिशत पुरुषको हिस्सा र बाँकी ५१.३ प्रतिशत महिला रहेका छन् । नेपालको कुल जनसंख्याको १७.०१ प्रतिशत जनसंख्या यहाँ बसोबास गर्दछन् । कुल जनसंख्याको ३३.९२ प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रमा र ६६.०८ प्रतिशत सहरी क्षेत्रमा बसोबास गर्दछन् । यहाँको जनघनत्व १९२ व्यक्ति प्रति वर्ग किलोमिटर रहेको छ । प्रदेशमा ११,९१,५५६ घर परिवार संख्या रहेका छन् र औसत परिवार सदस्य संख्या ४.१६ रहेको छ।

क्र.सं.	जिल्ला	क्षेत्रफल (वर्ग किलोमिटर)	महिला जनसंख्या	पुरुष जनसंख्या	जम्मा जनसंख्या	जनघनत्व
१	ताप्लेजुङ	३६४६	५९८१७	६०७७३	१२०५९०	३३
२	संखुवासभा	३४८०	७८४६२	७९५७९	१५८०४१	४५
३	सोलुखुम्बु	३३१२	५२१०४	५२७४७	१०४८५१	३२
४	ओखलढुंगा	१०७४	७१४७२	६८०८०	१३९५५२	१३०
५	खोटाङ	१५९१	८८६६१	८६६३७	१७५२९८	११०
६	भोजपुर	१५०७	७९७१२	७८२११	१५७९२३	१०५
७	धनकुटा	८९२	७६७७५	७३८२४	१५०५९९	१६९
८	तेह्रथुम	६७९	४५१५०	४३५८१	८८७३१	१३१
९	पाँचथर	१२४१	८६७१७	८५६८३	१७२४००	१३९
१०	इलाम	१७०३	१४०१०३	१३९४३१	२७९५३४	१६४
११	झापा	१६०६	५१९५४५	४७८५०९	९९८०५४	६२१
१२	मोरङ	१८५५	५९०६४४	५५७५१२	११४८१५६	६१९
१३	सुनसरी	१२५७	४७७९३९	४४९०२३	९२६९६२	७३७
१४	उदयपुर	२०६३	१७६९८३	१६३७३८	३४०७२१	१६५
कोशी प्रदेश		२५९०५	२५४४०८४	२४१७३२८	४९६१४१२	१९२

१.५ जिल्ला स्थित अस्पताल/ स्वास्थ्य संस्थाहरु

कोशी प्रदेशभित्र संघीय, प्रादेशिक र आधारभुत अस्पताल गरी कुल ६५ वटा सरकारी अस्पतालहरु रहेका छन्। एक सरकारी स्वामित्वको वि.पी. कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, एक संघिय अस्पताल (कोशी अस्पताल), १ विश्व बिद्यालय शिक्क्षण अस्पताल (पुर्वान्चल विश्व विद्यालय) र २ वटा निजी मेडिकल कलेज, २९ वटा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, ६ सय २२ वटा स्वास्थ्य चौकी, ६ सय ५८ वटा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरू (सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई र शहरी स्वास्थ्य केन्द्र समेत) रहेका छन् भने कोशी प्रदेशमा २ सय ७४ वटा निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुले स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आईरहेको अवस्था छ ।

जिल्ला	शिक्षण अस्पताल	अस्पताल	आधारभुत अस्पताल	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द	स्वास्थ्य चौकी	आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	निजी अस्पताल/स्वास्थ्य संस्था	जम्मा
ताप्लेजुङ	0	1	2	1	50	36	6	96
संखुवासभा	0	1	1	2	34	92	14	144
सोलुखुम्बु	0	1	6	1	28	29	7	72
ओखलढुंगा	0	1	3	1	51	34	4	94
खोटाङ	0	1	0	2	73	18	5	99
भोजपुर	0	1	2	3	59	27	5	97
धनकुटा	0	1	0	2	35	35	18	91
तेह्रथुम	0	1	3	1	26	20	3	54
पाँचथर	0	1	2	1	39	22	10	75
इलाम	0	1	3	3	42	46	7	102
झापा	1	1	7	4	40	91	72	216
मोरङ	3	2	10	3	54	99	69	239
सुनसरी	1	1	6	4	48	68	40	168
उदयपुर	0	1	2	1	43	41	14	102
कोशी प्रदेश	3	15	47	29	622	658	274	1,648

१.६ जिल्ला स्तरमा रहेका स्वास्थ्य केन्द्र/ सेवा

जिल्ला	गाउघर क्लिनिक	खोप क्लिनक	म.स्वा. सेविका	Birthing Center	CEONC / BEONC	DOTS Center	Gene Expert Site	Safe Abortion Sites	OTC
ताप्लेजुङ	171	171	855	39	39	53	0	6	26
संखुवासभा	90	199	327	44	2	39	1	6	14
सोलुखुम्बु	79	111	310	31	6/10	42	1	12	13
ओखलढुंगा	152	199	690	47	2/1	79	1	15	48
खोटाङ	244	248	898	62	1/2	82	1	21	19
भोजपुर	213	218	572	54	8	77	1	28	21
धनकुटा	107	153	343	22	1	69	1	15	7
तेह्रथुम	66	127	405	14	1/2	32	0	21	6
पाँचथर	177	229	394	36	2	43	1	16	17
इलाम	218	241	1000	29	1/7	86	1	24	16
झापा	100	288	610	14	12	89	3	29	43

जिल्ला	गाउघर क्लिनिक	खोप क्लिनक	म.स्वा. सेविका	Birthing Center	CEONC / BEONC	DOTS Center	Gene Expert Site	Safe Abortion Sites	OTC
मोरङ	187	352	719	25	4/10	123	3	28	27
सुनसरी	156	291	1185	28	0/2	58	0	36	47
उदयपुर	156	250	487	38	2/1	88	1	23	10
कोशी प्रदेश	2116	3077	8795	483	320469	955	14	280	314

१.७ : प्रदेशभित्र आयुर्वेद सम्बन्धी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने अस्पताल/ केन्द्र/ औषधालय/ सेवा केन्द्रहरु

क्र.सं.	संस्थाको नाम	संख्या
१	प्रादेशिक आयुर्वेद अस्पताल, लखनपुर	१
२	जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरु	१४
३	आयुर्वेद औषधालयहरु	५०
४	नागरिक आरोग्य स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरु	५८

भाग २: परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

२.१ बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

२.१.१ खोप कार्यक्रम

२.१.१.१ पृष्ठभूमि

खोप उच्च प्राथमिकता प्राप्त एवं लागत प्रभावकारी (Cost Effective) जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो । खोप सेवाले विभिन्न रोगहरु विरुद्ध लड्ने क्षमता वृद्धि तथा रोग नै लाग्नबाट बच्ने सुरक्षाको सुनिश्चितता प्रदान गर्दछ । वि.सं. २०३४ सालमा विफर उन्मूलन भए पश्चात नेपालमा यो कार्यक्रम विस्तारित खोप आयोजनाको रुपमा धनुषा, रुपन्देही र सिन्धुपाल्चोक जिल्लाहरुबाट बि.सि.जी. र डि.पि.टी. खोपबाट सेवा प्रारम्भ भएको हो । वि.सं. २०३६-३७ सालमा पोलियो र दादुरा खोप थप गरी अन्य जिल्लाहरुमा विस्तार गर्दै बि.सं. २०४५ सालसम्ममा ७५ वटै जिल्लाहरुमा ६ वटा रोगहरु क्षयरोग, भ्यागुते, धनुष्टंकार, लहरेखोकी, पोलियो, दादुरा विरुद्दका खोपहरु समावेश गरियो ।बि.सं.२०६० सालमा हेपाटाइटिस्-बी, बि.सं.२०६४ सालदेखि जापनिज इन्सेफलाइटिस् जोखिमपूर्ण जिल्लाहरुमा र बि.सं. २०७३ साल देखि ७५ वटै जिल्लामा विस्तार गरियो । यसैगरी २०६६ मा हेमोफिलस इन्फ्ल्यूएञ्जा बी (हिब) खोप सुरुवात गरिएको थियो। त्यस्तै बि.सं.२०७० सालमा रुबेला खोपलाई संयुक्त दादुरा-रुबेला खोपको रुपमा समावेश गरी बि.सं. २०७२-२०७३ मा दादुरा रुवेलाको दोश्रो मात्रा नियमीत खोपमा समावेश गरियो । वि.सं २०७१ देखि Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) खोप नियमित खोपमा समावेश गरी सकिएको छ। पोलियो रोग उन्मूलन गर्नको लागि मुखबाट दिइने पोलियो थोपा (bOPV) को साथै सुईमार्फत दिईने पोलियो खोप (IPV/ fIPV) पनि सञ्चालनमा आईसकेको छ ।आ.ब. २०७७/०७८ देखि पखालाबाट बालबालिकाहरुलाई बचाउन रोटा भ्याक्सीन राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा थप गरियो। आ.व. २०७८/७९ देखि टाइफाइड रोग बिरुद्धको टाइफाइड खोप र आ.व. २८१/०८२ देखि महिलाको पाठेघरकोमुखको क्यान्सर बिरुद्द एच.पी.भी.खोप पनि सुरुवात गरिएको छ । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत नेपाललाई खोपवाट बचाउन सकिने रोगहरुबाट शुन्य अवस्था पुर्याउने दुरदृष्टि राखिएको छ ।खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, निवारण र उन्मूलनको अनुगमन गर्नका लागि खोजपड्ताल (Surveillance) महत्वपूर्ण कार्य हो । वि.सं. २०५६ साल देखि पोलियो रोगको उन्मुलनको लागि सर्भिलेन्स शुरु गरियो ।वि.सं. २०६० देखि दादुरा, नवजात शिशु धनुष्टकांर र जापानीज इन्सेफलाइटिस् रोगहरुको समेत नियमित खोजपड्ताल कार्य सुरु भयो। हालसम्म पोलियो, दादुरा, नवजात शिशु, धनुष्टकांर र जापानीज इन्सेफलाइटिस् रोगहरुको समयमै पहिचान गरी नियन्त्रण गर्न सहयोग पुग्दै आईरहेको एवं सर्भिलेन्सको माध्यमबाट यस्ता प्रकारका रोगहरुलाई नियन्त्रण गर्न थप मद्दत पुगेको छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत हाल नेपालमा १५ महिना सम्मका बालबालिकाहरु, १० वर्षका किशोरीह र गर्भवती महिलाहरुका लागि निःशुल्क खोप सेवा प्रदान गरिदै आएको छ । जसमध्ये १५ महिना मुनिका शिशुहरुलाई १३ वटा सरुवा रोगहरु (क्षयरोग, भ्यागुते रोग, लहरेखोकी, धनुष्टकांर , हेपाटाइटिस बि, हेमोफिलस इन्फुल्यञ्जा बी, पोलियो, रोटा भाईरस, दादुरा-रुबेला, निमोनिया, जापानिज इन्सेफलाइटिस् र टाईफाइड) बिरुद्द, १० वर्षका किशोरी हरुलाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर बिरुद्दको एच.पी.भी. खोप तथा गर्भवती महिलाहरुका लागि टि.डि.(Td) खोप उपलब्ध गराउदै आईरहेको छ ।

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

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको लक्ष्य , उद्देश्य :

दुरदृष्टि (Vision)

नेपालमा खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूलाई शुन्य अवस्थामा पु¥याउने

ध्येय (Mission)

यसको लागि राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत -

- तोकिएका सबै खोपहरू, खोप तालिका बमोजिम
- समतामुलक रुपमा (सबै को पहुंचमा हुने गरी) प्रत्येक बालबालिका र गर्भवती महिलालाई
- गुणस्तरिय, सुरक्षित र सर्वसुलभ खोप सेवा निरन्तर रुपमा प्रदान गर्ने ।

खोप कार्यक्रमको लक्ष्य (Goal)

खोपबाट बचाउन सकिने रोगाणु दर, अपाङ्गता र मृत्युदरलाई कम गर्नु नै खोप कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य हो ।

उद्देश्य :

- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको निवारण र उन्मुलनलाई तिव्रता दिई दिगोपन कायम राख्ने पोलियो शुन्य अवस्था (सन् २०१०)

नवशिशु धनुष्टकांर निवारण (सन् २००५)

दादुरा रूबेला निवारण गर्ने (सन् २०२६)

- प्रत्येक बालबालिकाले पूर्ण खोप लगाएको सुनिश्चित गर्ने
- खोप कोल्डचेन आपूर्ति ब्यवस्थापन सुदृढ गरी गुणस्तरीय खोप सेवाको सुनिश्चितता र फोहरमैलाको उचित ब्यवस्थापन गर्ने,
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरु समावेश गरी खोपबाट जोगाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रणलाई अझै बढावा दिने,

- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको खोजपडताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई विस्तार गर्ने ।

२.१.१.२ खोप तालिका

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

नियमित खोप तालिका र नियमित खोपमा खोप छुटेका बालबालिकालाई ५ वर्षको उमेरसम्म खोप दिने तालिका (Delay Schedule)

खोपको नाम	नियमित खोप तालिकामा छुट भएमा		
	१२ महिनाको उमेरसम्म	१२ महिना देखि २३ महिनासम्म	२४ महिना देखि ५९ महिनासम्म
बि.सि.जि.	१ मात्रा, ०.०५ मि.लि.	१ मात्रा, ०.१ मि.लि.	१ मात्रा, ०.१ मि.लि.
रोटा	२ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा	२ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा	नदिने
पोलियो	३ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा	३ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा	३ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा
एफ.आई.पि.भी.	२ मात्रा, ४ महिनाको फरकमा	२ मात्रा, ४ महिनाको फरकमा	२ मात्रा, ४ महिना (१६ हप्ताको) फरकमा
पि.सि.भि.	३ मात्रा, ७ महिना भन्दा कम उमेर सम्मकोलाई ४ हप्ताको फरकमा पहिलो र दोस्रो मात्रा र ९ महिनाको उमेरमा तेस्रो मात्रा, ७ महिना देखि १२ महिना सम्मकोलाई ४ हप्ताको फरकमा ३ मात्रा दिने	२ मात्रा, ८ हप्ताको फरकमा	२ मात्रा, ८ हप्ताको फरकमा
डि.पि.टि-हेप.बी-हिब	३ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा	३ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा	३ मात्रा, पहिलो र दोस्रो मात्रा ४ हप्ताको फरकमा तथा तेस्रो मात्रा दोश्रो लगाएको ६ महिनापछि
दादुरा-रुबेला	१ मात्रा ९ महिना पछि मात्र दिने	२ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा	२ मात्रा, ४ हप्ताको फरकमा
जे.ई.	१ मात्रा	१ मात्रा	१ मात्रा
टाइफाइड		१५ महिनाको उमेरमा १ मात्रा, ०.५ मि.लि.	१ मात्रा, ०.५ मि.लि.

टि. डी.	गर्भवती महिला	०.५ मि.लि.	पहिलो गर्भमा कम्तिमा एक महिनाको अन्तरमा २ पटक र त्यसपछिको प्रत्येक गर्भमा १ पटक	बायाँ पाखुरा बीच बाहिरी भागको मासुमा (Intramuscular)
एच.पी.भि..	कक्षा ६ कि छात्रा र विद्यालय नजाने १० वर्षकी किशोरी	०.५ मि.लि.	१ मात्रा	बायाँ पाखुरा बीच बाहिरी भागको मासुमा (Intramuscular)

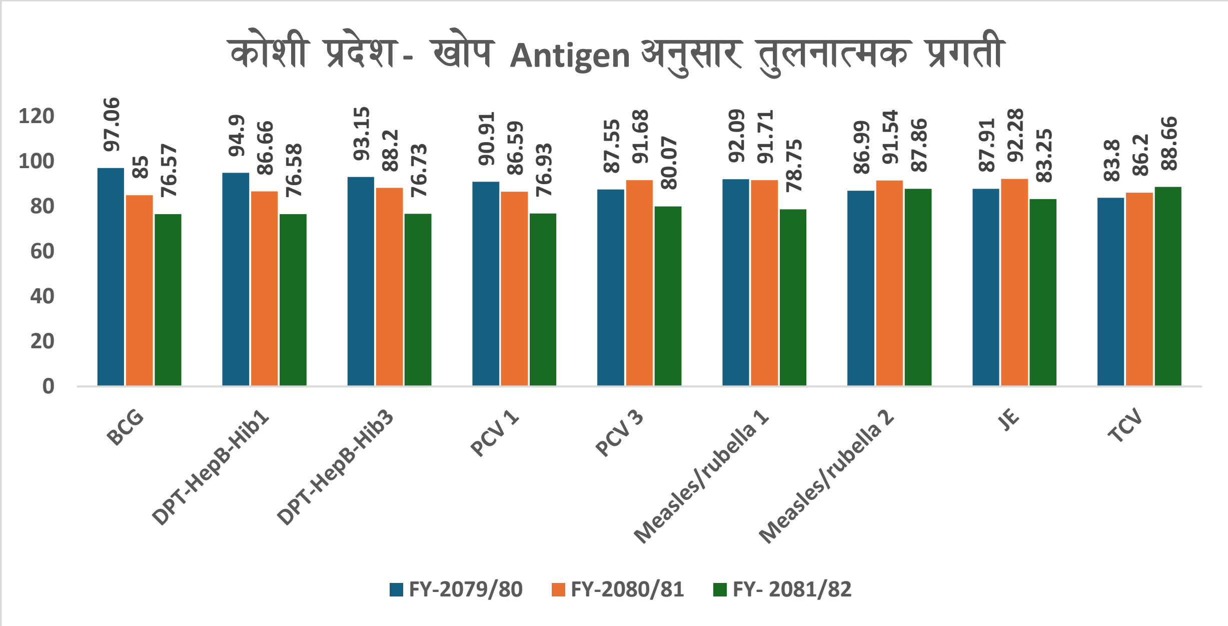
२.१.१.३ आर्थिक वर्ष २०८१ /०८२ मा संचालित मुख्य क्रियाकलापहरु :

- अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई तथा अन्य स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतका बाह्य खोप केन्द्रहरुबाट नियमित खोप सेवा सञ्चालन गरिएको ।
- प्रभावकारी खोप सेवा संचालन र खोपको गुणस्तर कायम राख्न स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई नियमित खोप समबन्धि आधारभूत तालिम प्रदान गरिएको।
- विगतमा जस्तै यस वर्ष पनि पोलियो, दादुरा, जापनिज इन्सेफ्लाइटिस र मातृ तथा नवजात शिशुमा धनुष्टंकार रोगको सर्भिलेन्सलाई निरन्तरता दिएको ।
- पूर्णखोप सुनिश्चितता राष्ट्रिय निर्देशिका बमोजिम खोज र खोप नीतिलाई अवलम्वन गर्दै स्थानीय तह/ वडाहरुमा खोज पड्ताल कार्य गरि खोप छुट बालबालिकाहरुको लाइन लिष्टिङ्ग गरी खोपको मात्रा पुरा गरेको सुनिश्चतता गरिएको ।
- नियमित खोप सेवा मार्फत सरसफाई प्रवर्द्दन कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- नियमित खोप कार्यक्रम तथा खोप कोल्डचेन व्यवस्थापनको स्थलगत अनुशिक्षण तथा अनुगमन गरिएको ।
- HPV खोप अभियान र बैशाख महिना संचालन |
- कोल्डचेन उपकरणहरूको नियमित मर्मत सम्भार र संचालन गरिएको ।
- खोप सेवाहरूको समीक्षा गरी पूर्ण खोप दिगोपनाको सुनिश्चितताका लागि स्थानीय तहहरुबाट खोपको तथ्यांक प्रमाणीकरण र अनुगमन गरिएको ।
- पाठेघर मुखको क्यान्सर विरुद्धको खोप अभियान सफलता पुर्वक सम्पन्न गरि ९०% प्रगति हासिल गरिएको |

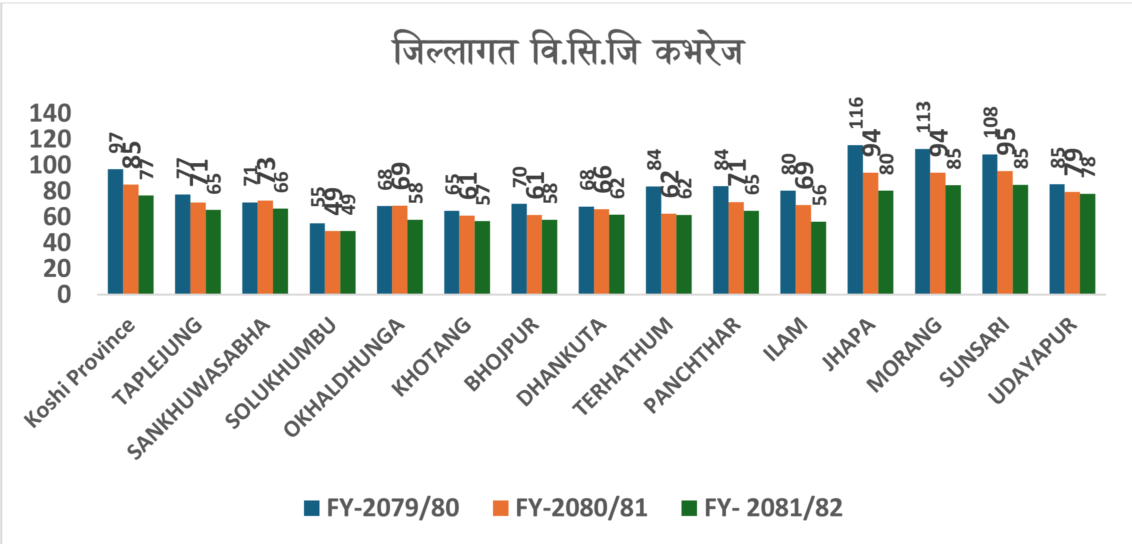
२.१.१.४ मुख्य सूचकहरुको विश्लेषण

कोशी प्रदेशमा गत आ.व. हरुको तुलनामा खोपको कभरेज घट्दो क्रममा रहेको छ |जस अनुसार बि.स.जी. को कभरेज बढ्दो क्रममा रहेको छ । गत आ.व. मा ९७.१ प्रतिशत र चालु आर्थिक बर्षमा ७७.३ प्रतिशत कभरेज रहेको छ भने जिल्लागत रुपमा सबैभन्दा धेरै सुनसरी जिल्लामा ८७.५ प्रतिशत र सबैभन्दा कम सोलुखुम्बु जिल्लामा ४५ प्रतिशत मात्र कभरेज रहेको अवस्था छ

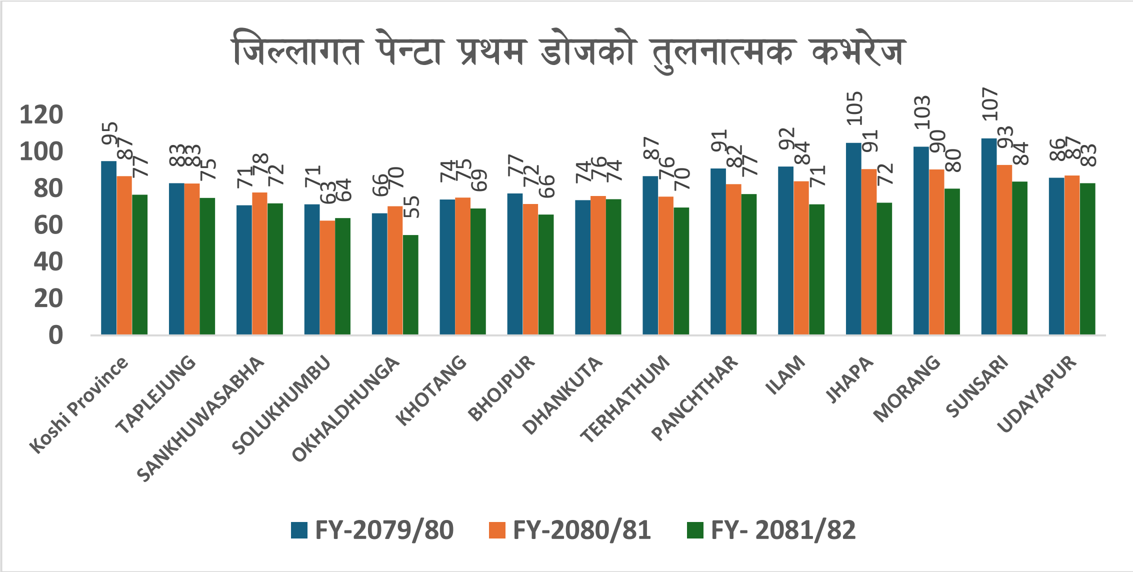
।गत ३ वर्षको बि.सी.जी. खोपको जिल्लागत प्रगति अवस्था निम्नानुसार रहेको छ ।



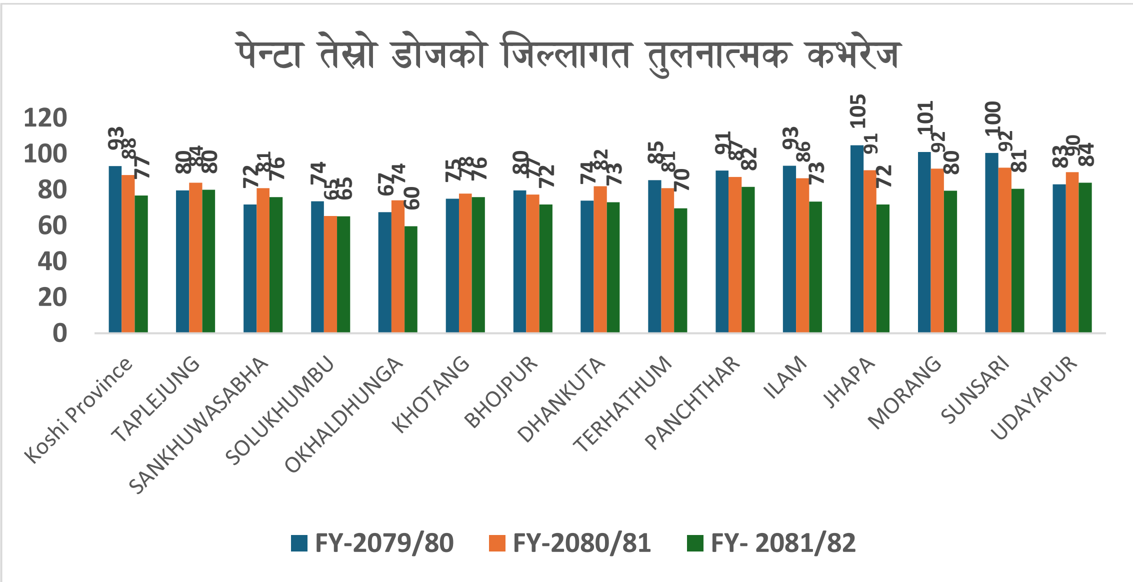
चित्र न. १ : कोशी प्रदेशमा विगत २ वर्षमा सवै खोपको प्रगति घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ। गत आ.व. मा ८५% थियो भने आ. व. २०८१/८२ मा घटेर ७६.५% भएको देखिन्छ ।



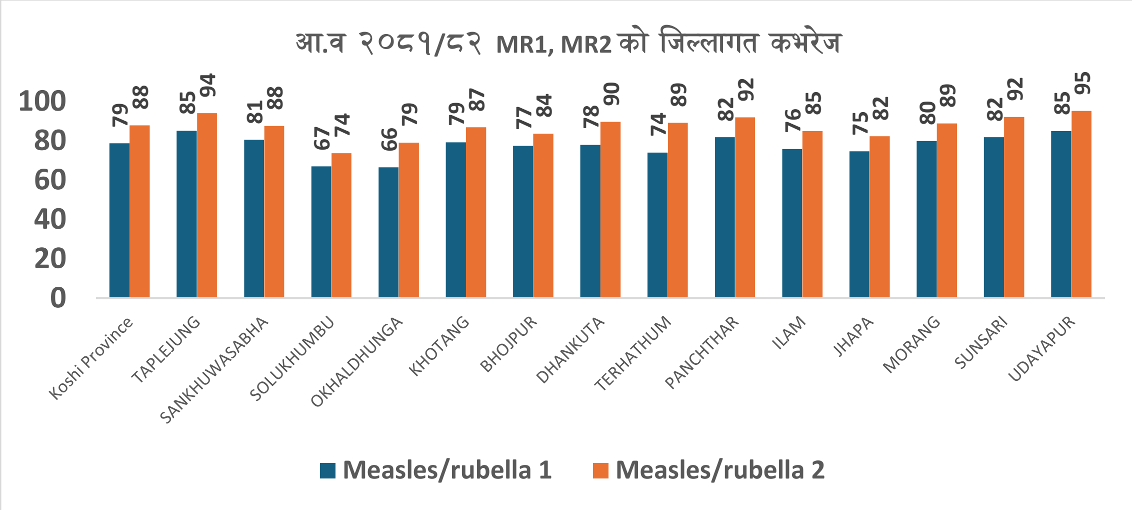
चित्र न.२ कोशी प्रदेशमा बि.सी.जी. खोपको अपेक्षित प्रगति हिमाली र पहाडी जिल्लाहरुमा भन्दा तराईका जिल्लाहरुमा देखिन्छ। गत आ.व २०८१/८२ मा BCG को कवरेज मोरंग र सुनसरी मा सबभन्दा बढी देखिन्छ ।



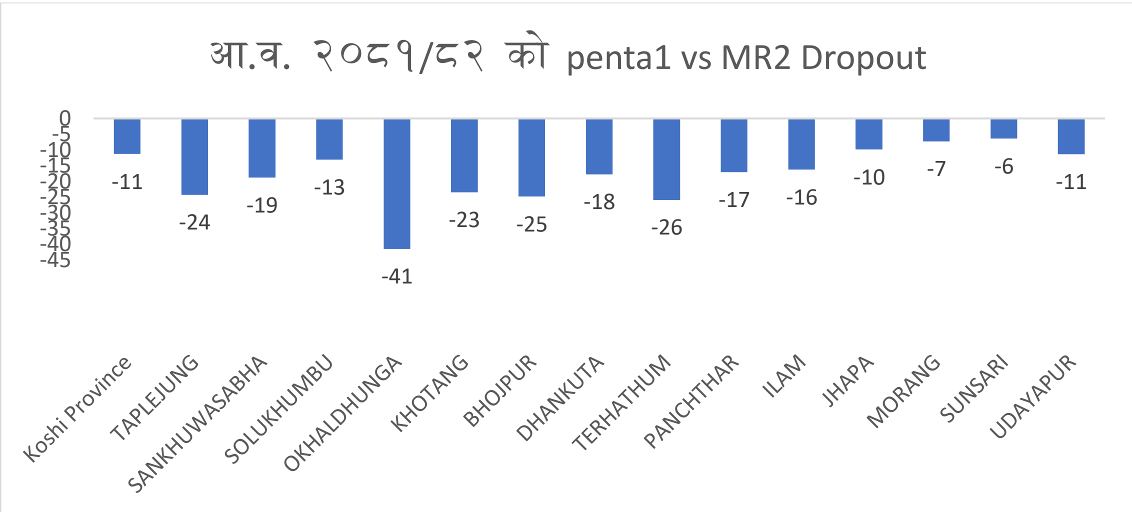
चित्र न ३. चालु आर्थिक वर्षमा सबैभन्दा धेरै कभरेज सुनसरी जिल्लामा ८४ प्रतिशत र सबैभन्दा कम ओखलढुंगा जिल्लामा ५५ प्रतिशत रहेको छ। प्रायजसो जिल्लाहरुमा गत वर्षको तुलनामा पेन्टा प्रगति घटेको अवस्था रहेको छ ।



चित्र न. ४: चालु आर्थिक वर्षमा पेन्टा तेस्रो डोजको जिल्लागत तुलनात्मक कभरेज सबैभन्दा धेरै उदयपुर जिल्लामा ८४ प्रतिशत र सबैभन्दा कम ओखल्ढुंन्गा जिल्लामा ६० प्रतिशत रहेको छ।

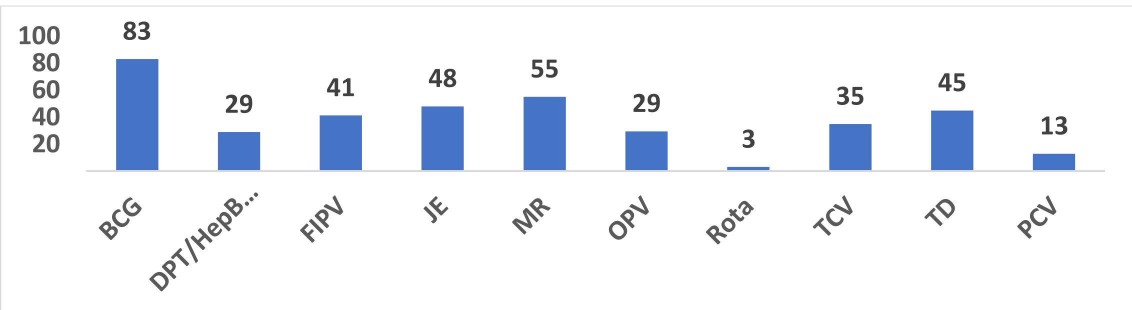


चित्र न. ५. कोशी प्रदेशको चालु आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा MR१ र MR२ को कभरेज ७९ र ८८ प्रतिशत रहेको छ भने जिल्लागत रुपमा सबैभन्दा धेरै कभरेज MR१, MR२ को उदयपुर जिल्लामा क्रमशः ८५ र ९५ प्रतिशत र सबैभन्दा कम कभरेज सोलुखुम्वु जिल्ला क्रमशः ६७ र ७४ प्रतिशत रहेको छ।



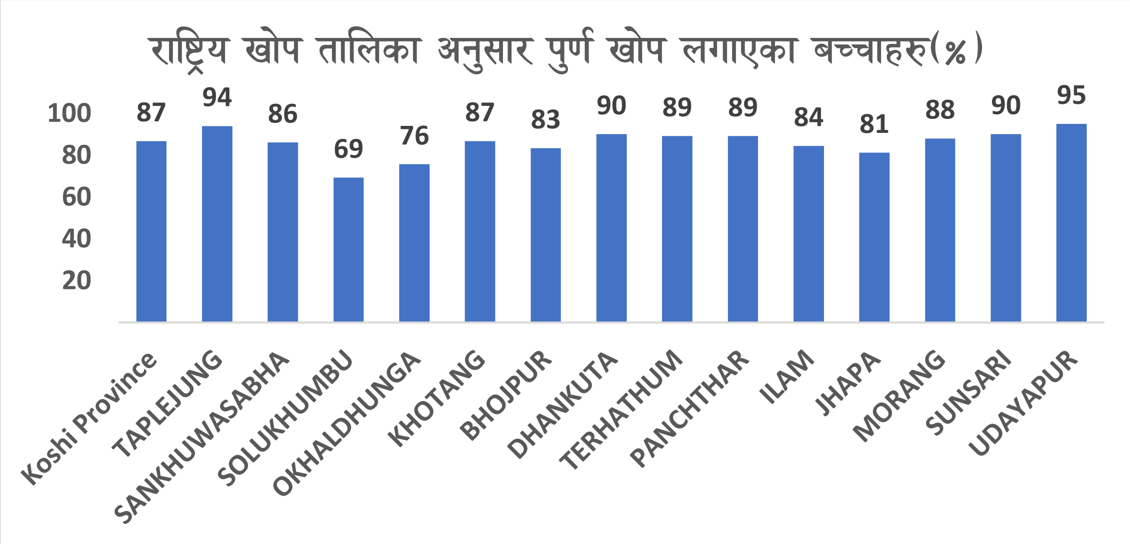
चित्र न ६ : कोशी प्रदेशको पेन्टा १ खोप शुरु गरेर दादुरा २ लगाउन छुट बच्चा समग्र प्रदेशको ड्रप आउट दर -११ प्रतिशत रहेको छ।

आ.व. ०८१/८२ मा खोप खेर गएको दर (Vaccine Wastage Rate)



चित्र न. ७ : यस आ . व २०८१/८२ मा कोशी प्रदेशको सवै खोप हरुको खेर जाने दर स्वीकृत दर भन्दा धेरै रहेको छ बिशेष |गरि बहुमात्रा खोप भाएल नीतिका खोपहरु पेन्ट,ओपीभी,पी.सी.भी.,टिडी र टि.सी.भी. खोपहरुको खेर जाने दर घटाउन प्रयास गर्नु पर्ने देखिन्छ|

पूर्ण खोपको अवस्था



चित्र न. ८ : राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार आ.व. २०८१/८२ मा कोशी प्रदेशमा पूर्ण खोप लगाएका बच्चाहरु ८७ % रहेका छन । सबै भन्दा धेरै उदयपुर ९५ % छ भने सबै भन्दा कम सोलुखुम्वुमा ६९ % मात्र रहेको छ ।

२.१.१.५ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको नियमित प्रगति अनुसार वर्गीकरण

Category I (Penta 1 coverage >90%, Penta 1 VS MR2 Drop out <10%):	Category II (Penta १ coverage >९०%, Penta 1 VS MR२ Drop out >10%)	Category III Penta १ coverage <९०%, Penta 1 VS MR२ Drop out <10%)	Category IV (Penta १ coverage <९०%, Penta 1 VS MR२ Drop out >10%)
		Morang, sunsari, Jhapa, Taplejung, Sankhuwasabha, Ilam, Panchthar, Solukhumbu, Okhaldhunga, Khotang, Bhojpur, Dhankuta, Terathum, Udayapur,	

खोप प्रगति विश्लेषण गर्दा कोशी प्रदेशका सबै जिल्लाहरु category ३ मा रहेको देखिन्छ । सबै खोपको प्रगति क्रमश घट्दै गई ९०% भन्दा तल रहेको साथै खोप हरुको प्रगति अघिल्ला खोपहरु भन्दा (सुरु खोप भन्दा पछिला) पछिल्ला खोप हरुको प्रगति धेरै भएको कारण ड्रपआउट —(माइनसमा) रहेको देखिन्छ । यो अवस्थाको विश्लेषण गर्दा प्राप्त लक्षित संख्याको तुलनामा बच्चा जन्मने दर घट्दै गएको, बिगत वर्ष हरुको खोप शुरु गर्ने बच्चा भन्दा यो आ.व. मा बच्चा संख्या घटेको कारण दिएको लक्षित संख्याको तुलनामा प्रगति कम हुन गएको छ भने बिगत वर्षमा खोप शुरु गरेर बाँकी मात्रा खोप यो आ.व.मा पुरा गर्दा ड्रप आउट —(माइनसमा) गएको छ।

२.१.१.६ आ.व.०८१/८२ मा राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन् संचालनको अवस्था

जिल्ला	सरसफाई सेसन् संचालन योजना	सरसफाई सेसन् संचालन संख्या	सरसफाई सेसन् संचालन प्रतिशत (%)	सरसफाई सेसन्मा सहभागीहरुको संख्या
कोशी प्रदेश	39533	38422	98	488634
ताप्लेजुङ	2086	2112	104	12771
संखुवासभा	2439	2350	100	23803
सोलुखुम्बु	1249	1093	105	8501
ओखलढुंगा	2351	2333	96	12202
खोटाङ	3010	2999	100	19740
भोजपुर	2655	2596	98	19939
धनकुटा	1896	1739	96	14775
तेह्रथुम	1548	1480	99	10098
पाँचथर	2773	2678	102	20336
इलाम	2912	2898	100	27348
झापा	3733	3455	89	77206
मोरङ	5677	5541	100	120348
सुनसरी	3953	3984	95	85022
उदयपुर	3251	3164	98	36545

नियमित खोप संगै सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन् संचालन योजना अनुसार सेसन् संचालन अवस्था सन्तोषजनक देखिएको छ । परिमार्जित निर्देशिका अनुसार बढी भिडभाड हुने र कम भिडभाड हुने सेसन्मा खोप सेसन्को आधारमा कम्तिमा ८० % सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन् अनिवार्य र प्रभावकारी बनाउन ध्यान दिनु पर्ने छ ।

२.१.१.७ नियमित खोप कार्यक्रमका मूख्य समस्या :

- सरोकारवाला मन्त्रालय तथा विभाग (संघीय मामिला/शिक्षा) बीच समन्वय र सहजीकरण प्रभावकारी रूपमा नहुनु।
- प्राप्त क्रियाकलापको पूर्व तयारी , संचालनको प्रभावकारितामा कमि
- सबै तहमा गुणस्तरीय सूक्ष्म योजना निर्माण, प्रभावकारी पूर्ण खोप (full immunization) सुनिश्चितातामा एवं दिगोपना कायम गर्न नसक्नु
- खोप तथा कोल्डचेन व्यवस्थापन र खोपको गुणस्तर सुनिश्चित (बिशेष गरि स्थानीय तहमा) गर्न कठिनाई (तोकिएको दक्ष जनशक्ति नहुनु, स्पष्ट नीति निर्देशिका र नियमन, अनुगमन प्रणाली नहुनु)
- खोप छुट बच्चाको खोजि र खोप पुरा गराउने नीति/ प्रणाली प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन नहुनु ।
- खोप सेवा प्रदान गर्ने तोकिएको स्वास्थ्यकर्मी नभएको/ तहगत तोकिएको कार्यक्रम फोकल नभएकोले गुणस्तरीय र प्रभावकारी सेवा संचालनमा कठिनाई
- बिद्यालय केन्द्रित खोप सेवा संचालनमा शिक्षा क्षेत्र संग समन्वयमा कमि, अपेक्षित सहयोग र सहभागितामा कमि ।
- वडा स्तरमा नया स्वास्थ्य सस्था स्थापना र सबै स्वास्थ्य सस्था बाट खोप सेवा संचालन गर्दा खोप खेर जाने दर बढ्ने/ बढ्दै गएको तर यो बारे अध्ययन अनुसन्धान नहुनु, खोप खेर जाने स्वीकृत दर/ मापदण्ड को नीति परिमार्जन नहुनु
- कोल्डचेन सामाग्रीको मर्मत सम्भारमा जनशक्ति/ प्रबिधिको अभाव
- समग्र खोप सेवामा स्थानीय तहको अपनत्व र क्षमता बिकास गर्न नसक्नु
- DHIS2 मा निरन्तर भै रहने प्राबिधिक समस्याको कारण तथ्यांक को वास्तविकता यकिन गर्न कठिनाई

२.१.१.८ आगामी कार्य दिशा :

- गुणस्तरीय सुक्ष्मयोजना र प्रभावकारी कार्यान्वयन
- खोप छुट बच्चाको पहिचानको सुदृढ प्रणाली र पूर्णखोप सुनिश्चितता एवं दिगोपना कार्यक्रमको प्रभावकारी संचालन
- खोप कोल्डचेन व्यवस्थापन र खोपको गुणस्तरमा प्राथमिकता (बिशेष गरि स्थानीय तह)
- पोलियो ट्रान्जिसन योजनाको कार्यान्वयन र प्रभावकारी VPD सर्भिलेन्स प्रणाली
- कोल्डचेन सामाग्रीको मर्मत सम्भार प्रणाली - जनशक्ति, खोप तथा कोल्डचेन संचालन नीति/ निर्देशिका परिमार्जन : खोप कार्यकर्ता तोक्ने, खोप भण्डारण र फिर्ता गर्ने, खोप खेर जाने दरको मापदण्ड परिमार्जन

- क्षमता बिकासः स्थानीयतह/ वडातहको स्वास्थ्य कर्मी हरुलाई समग्र पक्षमा शघन रुपमा तालिम/ अभिमुखीकरण, स्थानीय समिति/ जनप्रतिनिधिको अभिमुखीकरण र योजना

२.१.१.९ चुनौती र अवसर

अवसर

- वडा तह सम्मको स्वास्थ्यकर्मी र जनप्रतिनिधिहरु संग अभिमुखीकरण र योजना गोष्ठी भै रहेको र सहभागिता , अपनत्वमामा बृद्दी
- राजनितिक प्रतिबद्दता
- सबै तहमा प्रयाप्त क्रियाकलाप र तालिमहरु संचालन कार्यक्रम
- स्थानीय तह बाट खोप भण्डारण र वितरण
- निर्देशिका/ मार्गदर्शन / सामाग्रीको उपलब्धता
- सहयोगी निकायहरु भएको
- अन्य कार्यक्रम संग एकीकरण

चुनौती

- सबै तहमा तोकिएको फोकल पर्सन र दक्ष जनशक्तिको व्यवस्था
- प्राप्त क्रियाकलापको पूर्व तयारी , संचालनको प्रभावकारि संचालन
- स्थानीय तहको क्षमता बिकास र अपनत्व
- स्थानीय तहहरुमा खोप कोल्डचेन व्यवस्थापन र गुणस्तर कायम
- कोल्डचेन सामाग्रीको मर्मत सम्भार
- VPD सर्भिलेन्स को विस्तार र कार्यान्वयन

२.१.२ एकिकृत बालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम

पाँच वर्षमुनिका बालबालिकामा मृत्यु र बिरामी हुने प्रमुख कारणहरूमा निमोनिया, झाडापखाला, दादुरा, मलेरिया र कुपोषण रहेका छन्। यी समस्याहरूको एकीकृत पहिचान र व्यवस्थापनका लागि समुदाय—आधारित नवजात तथा बाल्यकालीन रोग व्यवस्थापन कार्यक्रम (CB-IMNCI) देशव्यापी रूपमा समुदायस्तरका स्वास्थ्य संस्थामार्फत सञ्चालन हुँदै आएको छ। स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको २०७१/६/२८ (१४ अक्टोबर २०१५) को निर्णयपछि CB-NCP र CB-IMCI कार्यक्रमलाई गाभेर यस कार्यक्रम लागू गरिएको हो, जसको उद्देश्य पाँच वर्षमुनिका बालबालिकामा देखिने गम्भीर स्वास्थ्य समस्याहरूलाई प्रभावकारी रूपमा सम्बोधन गर्नु हो। “Vision 90 by 30” अनुसार सन् २०३० सम्म अनुमानित ९०% जनसंख्यामा लक्षित सेवा पुऱ्याउने लक्ष्य राखिएको यस कार्यक्रमले नवजात (०—५९ दिन) बालबालिकामा कम तौल, ब्याक्टेरियल संक्रमण, पीलिया, हाइपोथर्मिया, जन्मसम्बन्धी श्वासअवरोध तथा स्तनपान

परामर्श र २—५९ महिनाका बालबालिकामा निमोनिया, डायरिया, मलेरिया, दादुरा र कुपोषणको समग्र उपचारमा ध्यान केन्द्रित गरेको छ। यसले घर—घरमा स्वास्थ्य सेवा खोज्ने व्यवहार सुधार गर्न, निमोनिया तथा झाडापखलाबाट हुने मृत्यु दर घटाउन, र सेवामा समान पहुँच सुनिश्चित गर्न योगदान पुऱ्याएको छ। CHIS Section मार्फत सञ्चालन हुने यस कार्यक्रमअन्तर्गत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू (FCHVs) ले जिंक, ओआरएस, क्लोरहेक्सिडिन वितरण, खतराका लक्षण भएका केसको रिपोर्टिङ र आमा—नवजात शिशु तथा बालबालिकाको स्वास्थ्य प्रवर्द्धनका गतिविधि सञ्चालन गर्दछन्। साथै, पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाका रोगको वर्गीकरण र उपचारलाई सहज बनाउन WHO मापदण्डअनुसार उपचार चार्ट पुस्तिका आ.व. २०७९/८० मा परिमार्जन गरिएको छ।

२.१.२.२ लक्ष्य

नवजात शिशुको स्वास्थ्यमा सुधार गरी स्वस्थ वृद्धि विकासमा जोड दिदै बालबालिकाहरुको निरोगी भई बाच्न पाउने अधिकारको सुनिश्चितता गर्ने ।

२.१.२.३ उद्देश्यहरु

- आधारभुत नवशिशु स्याहार सेवाको पहुँच बढाउदै नवजातशिशुको मृत्युदर र बिरामी दरमा कमी ल्याउने
- पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको मृत्यु हुने र बिरामी हुने विशेष प्राथमितामा रहेका रोगहरुको पहिचान तथा व्यवस्थापन गरी बाल मृत्यु र र बिरामी दरमा कमी ल्याउने ।

२.१.२.४ रणनीतिहरु

- गुणस्तरीय बाल स्वास्थ्य सेवाको पहुँच समुदायस्तरसम्म पुर्याउदै बालरोग विशेषज्ञसम्म प्रेषण गर्ने प्रणालीको बिकास गर्ने ।
- बालरोगको पहिचान र आमाहरुलाई बाल स्वास्थ्य तथा रोग सम्बन्धी स्वास्थ्य शिक्षा दिनको लागि स्वास्थ्यकर्मी तथा महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविकाहरुको क्षमता बिकास गर्ने ।
- समुदायस्तरमा बाल स्वास्थ्य सेवाको योजना, माग तथा उपयोगिताको लागि जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने ।

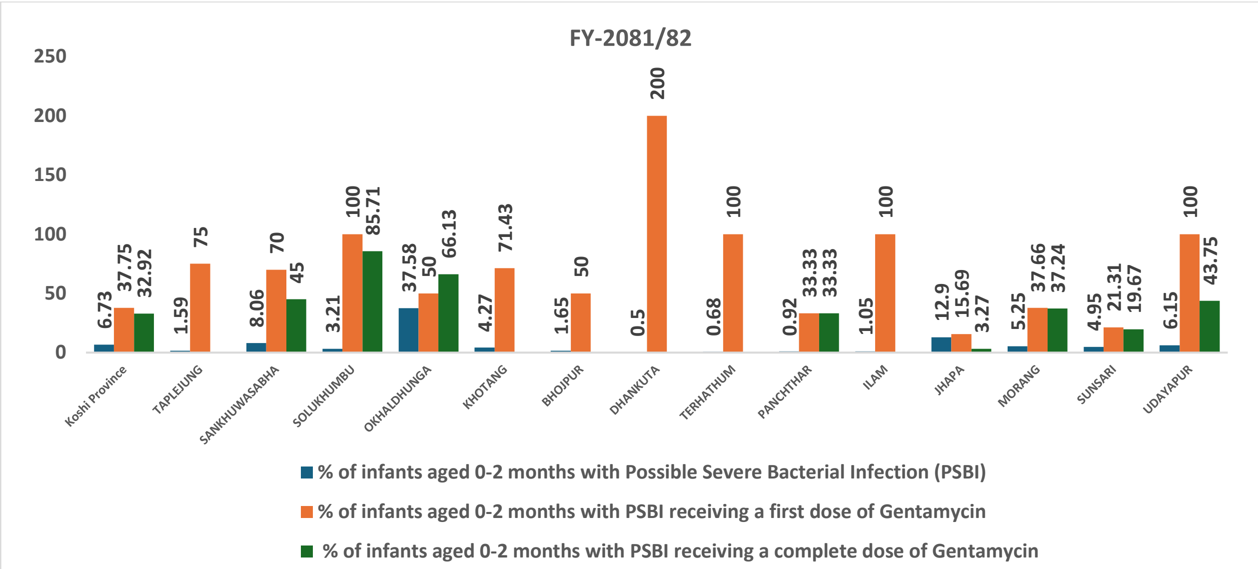
२.१.२.५ आ.व. २०८१/८२ मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम तालिम CBIMNCI Training (६ Days) १ Batch गरियो ।

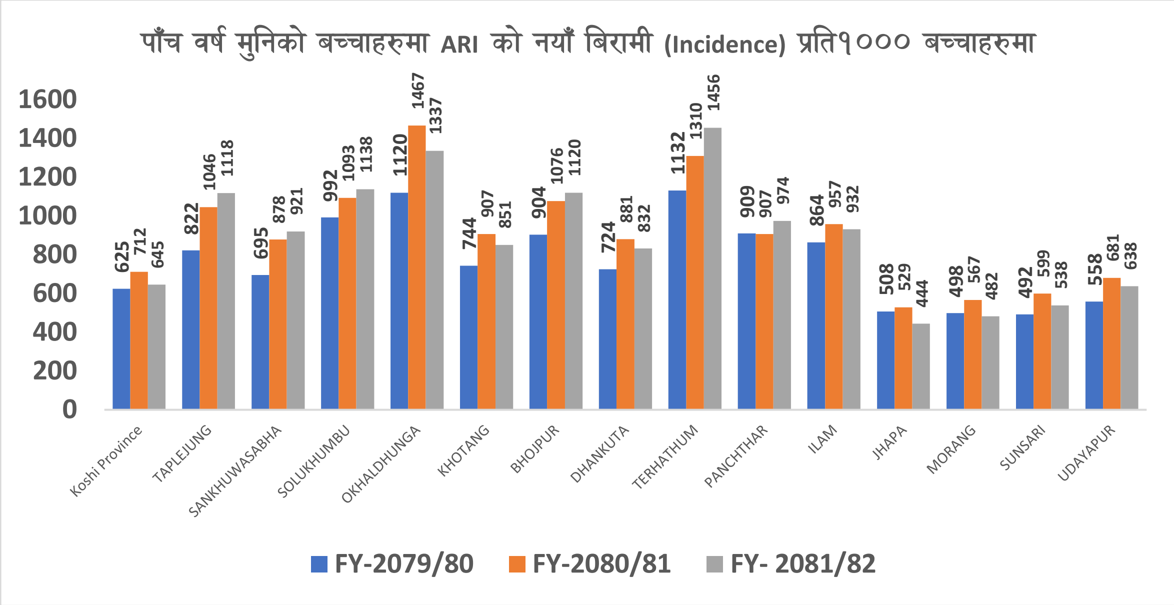
- स्वास्थ्य संस्थामा आधारित एकिकृत बालरोग व्यवस्थापन (FB-IMNCI) तालिम प्रदान गरिएको ।
- आईएमएनसिआई तथा नवजात शिशु कार्यक्रमको अनुगमन गरियो।
- बाल स्वास्थ्य तथा नवजात शिशु सम्बन्धी कार्यक्रमको समिक्षा गरियो ।

२.१.२.६ सूचकहरुको विश्लेषण

०-२ महिना सम्मका बच्चाहरुमा सम्भावित गम्भिर सक्रमण दर, जेन्टामाइसिन प्रथम डोज र पूर्ण डोज लगाउनेको अवस्था

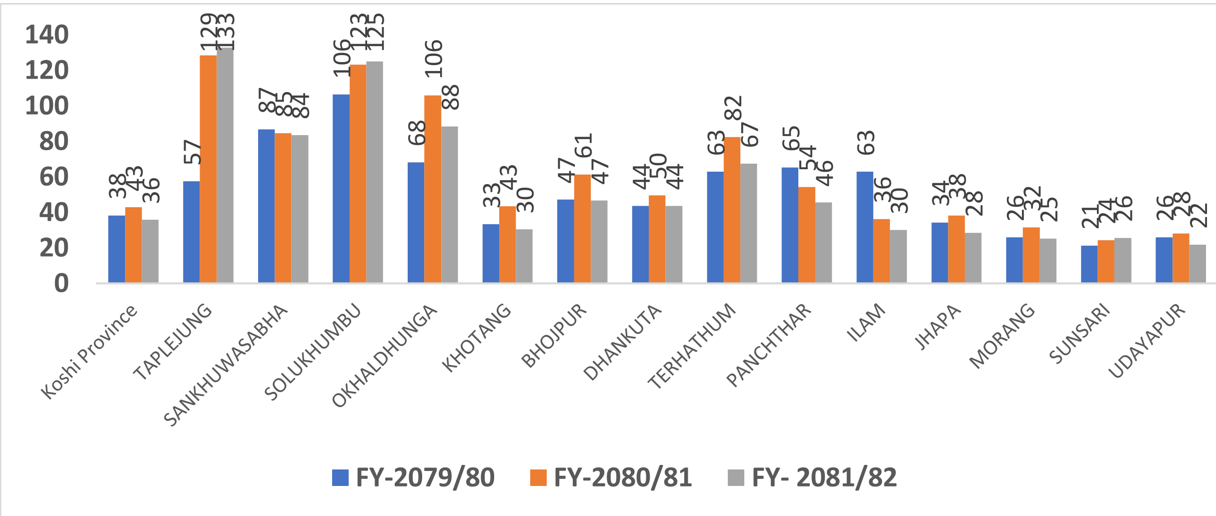


चित्र नं ९ : कोशी प्रदेशमा आ. वा २०८१/८२ मा ० देखि २ महिना सम्मका बच्चाहरुमा सम्भावित गम्भिर संक्रमण दर ६.७३ प्रतिशत रहेको छ भने जेन्टामाइसिन प्रथम डोज लगाउने बच्चाको मात्रा ३७.७५ प्रतिशत रहेको छ । सो मध्ये पनि पूर्ण डोज लगाउनेको मात्रा भने ३२.९ प्रतिशत मात्र रहेको छ ।



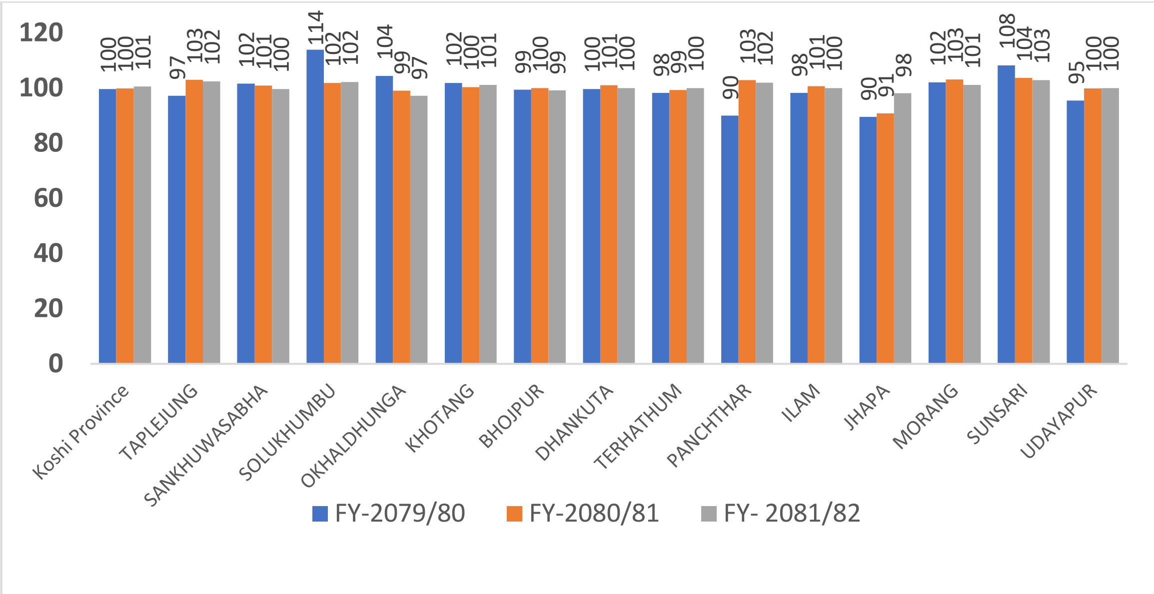
चित्र न. १० : ५ वर्ष मुनिका प्रति हजार बच्चाहरुमा ARI को संक्रमण दर गत आ.व.को तुलनामा यस आ.वा २०८१/८२ मा केहि बढेको देखिएको छ । यो आ.व. मा सबै भन्दा धेरै तेर्हथुम १४५६/१००० र सबै भन्दा कम ४ वटा जिल्ला झापामा ४००/१००० भन्दा कम रहेको देखिएको छ ।

पाँच वर्ष मुनिका बच्चाहरुमा निमोनिया हुने दर प्रति हजार



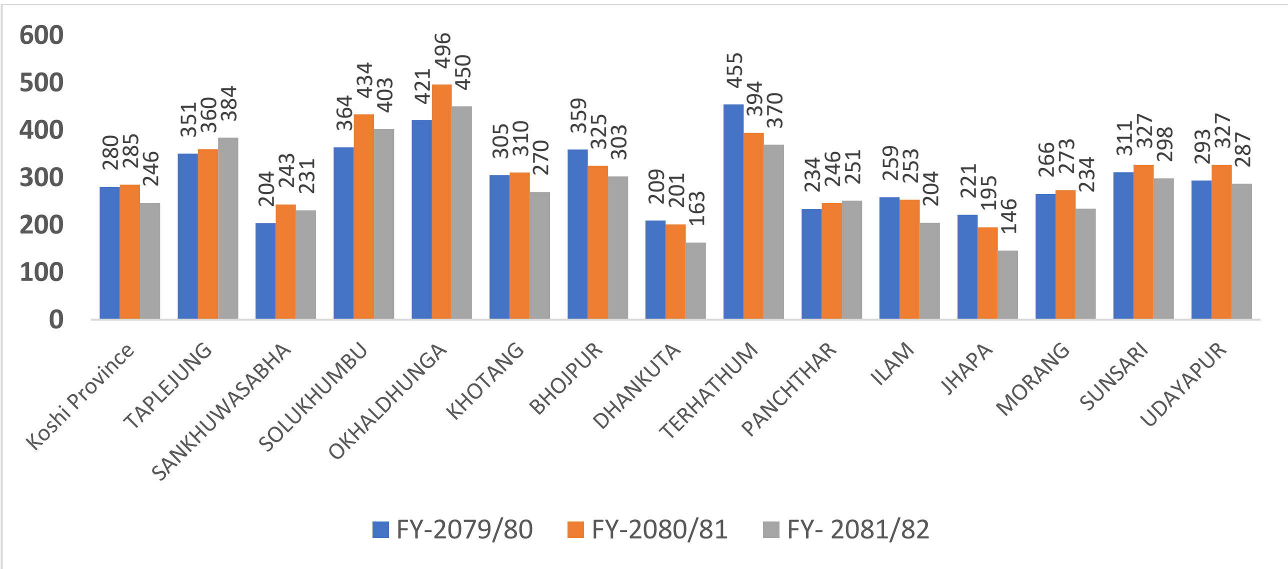
चित्र नं ११ : पाँच वर्ष मुनिका बच्चाहरुमा निमोनिया हुने दर गत आर्थिक वर्षको तुलनामा आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा घटेको देखिन्छ। सबैभन्दा धेरै ताप्लेजुङ्ग जिल्लामा १३३ प्रति हजार र सबैभन्दा कम उदयपुर जिल्लामा २२ प्रतिशत रहेको छ।

Aamoxicillin बाट निमोनियाको उपचार गराएका पाँच वर्ष मुनिका बच्चाहरुको प्रतिशत



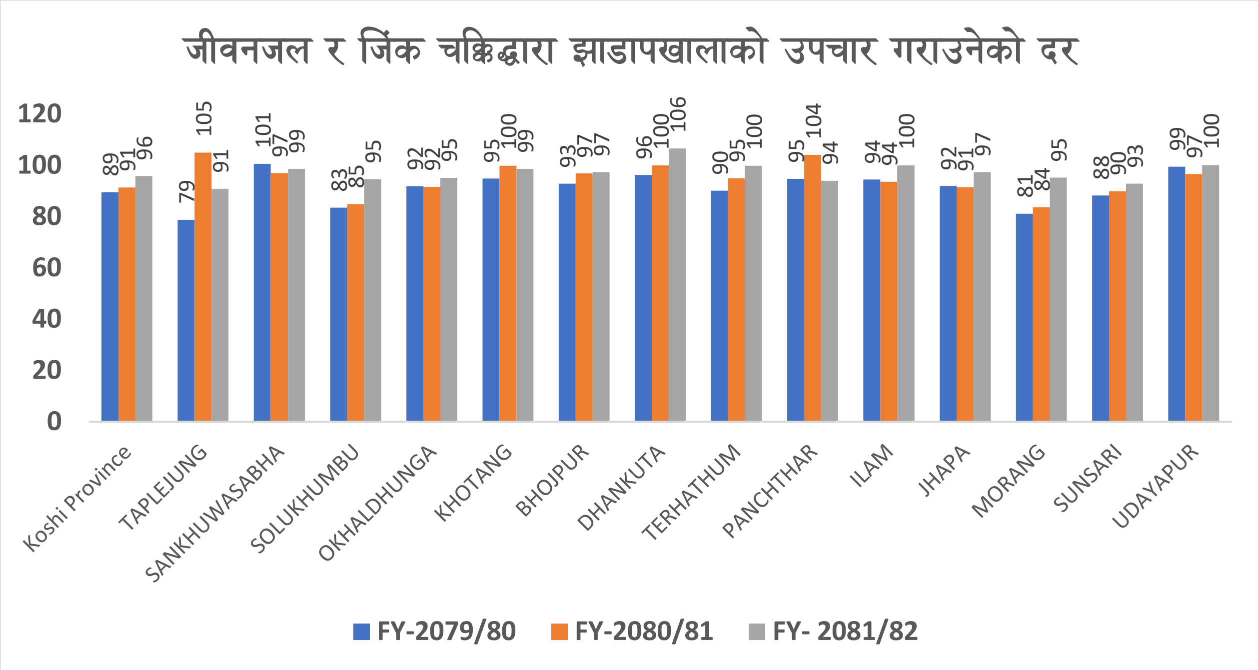
चित्र नं १२ : समग्रमा कोशी प्रदेशमा न्युमोनियाका बिरामी मध्ये **Amoxycilin** बाट उपचार गरेको % करिव शत प्रतिशत रहेको छ | झापा र इलाम जिल्लाको अघिल्लो आ.वमा ९० % भन्दा कम रहेको छ भने धेरै जिल्ला हरुमा न्युमोनियाको बिरामी भन्दा Antibiotic बाट उपचार गरेको १०० % भन्दा माथि रहेको छ |

पाँच वर्ष मुनिका बच्चाहरुमा झाडापखालाको Incidence दर (प्रति १००० मा)



चित्र नं १३ : कोशी प्रदेशमा गत आर्थिक वर्षको तुलनामा आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा झाडापखालाको नया बिरामीको दर केहि घटेको देखिएको छ । जिल्लागत रुपमा सबैभन्दा धेरै ओखाल्धुन्गा जिल्लामा र सबैभन्दा कम झापा जिल्लामा रहेको छ ।

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा जीवनजल र जिंक चक्किद्धारा झाडापखालाको उपचार गराउनेको दर



चित्र न. १४ : कोशी प्रदेशमा झाडा पखालाको बिरामी हरु मध्ये जीवनजल र जिंक बाट उपचार गरेको ९६ प्रतिशत रहेको छ । जस मध्ये सवै भन्दा धेरै पाँचथर जिल्लामा धनकुटा प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम ताप्लेजुंगमा ९५ प्रतिशत रहेको छ ।

२.१.२.७ अवसर :

- CB-IMNCI तथा FB-IMNCI दुवै कार्यक्रमका लागि निरन्तर तालिम सञ्चालन, जसले समुदाय–आधारित तथा संस्थागत सेवा दुवैको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने।
- खोप, झाडापखाला, निमोनिया, कुपोषण, नवजात स्याहारजस्ता प्रमुख बाल स्वास्थ्य समस्यामा केन्द्रित हस्तक्षेप, जसले बालरोग तथा मृत्युदर घटाउन सहयोग गर्ने।
- विकास साझेदारसँगको मजबुत समन्वय तथा प्राविधिक समर्थन, जसले कार्यक्रम कार्यान्वयनलाई थप प्रभावकारी बनाउने।
- FCHVहरूको सक्रिय सहभागिता, जसले बाल स्वास्थ्य तथा बालजीवनरक्षामा समुदायस्तरमै सकारात्मक प्रभाव पार्ने।
- प्रोटोकलमा आधारित सेवा गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने अवसर प्रदान गर्ने।
- प्रमाणमा आधारित उपचार प्रोटोकल, नयाँ खोप तथा आधुनिक उपचार विधिहरूलाई कार्यक्रमसँग एकीकृत गर्ने सम्भावना।
- संघ, प्रदेश र स्थानीय तहबीचको प्रभावकारी समन्वयले दोहोरोपन (duplication) हटाई सेवा वितरणलाई सुदृढ बनाउन सकिने अवसर।
- स्वास्थ्य संस्थाहरूमा उत्तरदायित्व (accountability) र आत्ममूल्यांकन (self-appraisal) प्रणाली विकास गर्ने अवसर।
- सरकारी कार्यक्रमहरूमा निजी क्षेत्रको सम्बन्ध, सहभागिता तथा स्वामित्व (ownership) बढाउने सम्भावना।

- समुदाय शिक्षा, अभिमुखिकरण र सहभागितामार्फत स्वास्थ्य सेवाको खोजी व्यवहार (health-seeking behaviour) सुधार गर्ने अवसर।

२.१.२.८ चुनौतीः

- नवजात तथा बाल स्वास्थ्य सेवाका लागि आवश्यक औषधि, उपकरण र सामग्रीहरूको अनियमित आपूर्ति, जसले सेवा प्रवाहमा निरन्तरता र गुणस्तर दुवैमा असर पार्ने।
- उच्च प्राथमिकता भएका क्षेत्रमा अनुगमन र निगरानी (supportive supervision) को अपर्याप्तता, जसले कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनमा अवरोध गर्ने।
- पूर्वाधार तथा जनशक्ति (workforce) को सीमितता, जसका कारण सेवा पहुँच, उपलब्धता र कार्यक्रम प्रभावकारिता कमजोर हुने।
- तथ्याङ्क संकलन अपूर्ण हुनु तथा तथ्याङ्क प्रमाणीकरणको कमजोरी, जसले तथ्यमा आधारित योजना, निर्णय तथा कार्यान्वयन प्रक्रियालाई कमजोर बनाउने।

२.१.३ पोषण कार्यक्रम

२.१.३.१ पृष्ठभुमि

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

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

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

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

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

२.१.३.२ लक्ष्य

समग्र नेपालीहरुको पोषण स्थितिमा सुधार ल्याई देशको आर्थिक तथा सामाजिक विकासमा उनीहरुको योगदान बढाउनु"

पोषण सम्बन्धी लक्ष्य र वर्तमान अवस्था

सुचक	NDHS नेपाल २०२२	कोशी प्रदेश २०२२	दिगो बिकास लक्ष्य २०३०
पाचँ वर्ष मुनिका बालबालिकामा पुड्कोपना	२५	२०	१५
पाचँ वर्ष मुनिका बालबालिकामा ख्याउटेपना	८	३.८	४
पाचँ वर्ष मुनिका बालबालिकामा कम तौल	१९	१३	१०

पुर्ण स्तनपान	५६	५३	>८०
६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकामा रक्तिअल्पता	४३	३४	<१०
प्रजनन् उमेरका महिलाहरुमा रक्तअल्पता	३४	२८	<१०

प्रदेशस्तरमा संचालित पोषण कार्यक्रमका मुख्य क्रियाकलापहरु

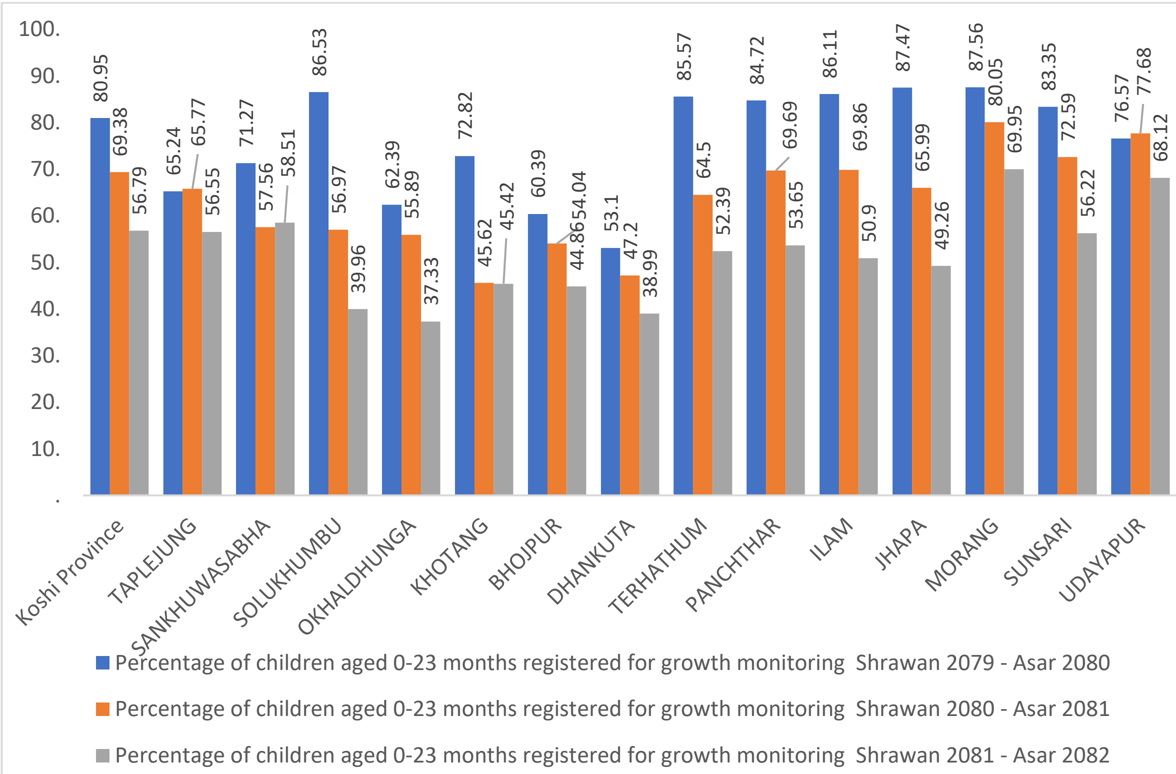
२.१.३.३ आ.व. २०८१।८२ मा निर्देशनालय बाट संचालन भएका मुख्य कार्यक्रमहरु

- राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम तथा विद्यालय स्वास्थ्य पोषण कार्यक्रमको समीक्षा गोष्ठी तथा पोषण सम्बन्धी तथ्याङ्क विश्लेषण कार्यशाला गोष्ठी
- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम सम्बन्धी क्षमता अभिवृद्धि
- आमाको दूधलाई प्रतिस्थापन गर्ने वस्तु (विक्रि वितरण नियन्त्रण) ऐन २०४९ सम्बन्धी स्वास्थ्यकर्मीहरको क्षमता अभिवृद्धि
- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम सम्बन्धी क्षमता अभिब्रिधिपुस्तिका छपाई
- आमाको दूधलाई प्रतिस्थापन गर्ने वस्तु (विक्रि वितरण नियन्त्रण सम्बन्धी स्वास्थ्यकर्मीहरको क्षमता अभिवृद्धि पुस्तिका छपाइ

२.१.३.४ बृद्दी अनुगमन तथा प्रर्वद्धन

बालबालिकाको उमेर अनुसार पोषण स्थितिको मुल्यांकन गर्न २ बर्ष सम्मका बालबालिकाहरुलाई प्रत्येक महिना वृद्धि अनुगमन गर्न २४ पटक तौल लिनु पर्दछ । कोशी प्रदेशमा आ ब २०८१/८२ मा वृद्धि अनुगमनको जिल्लागत अबस्था निम्न अनुसार रहेको छ।

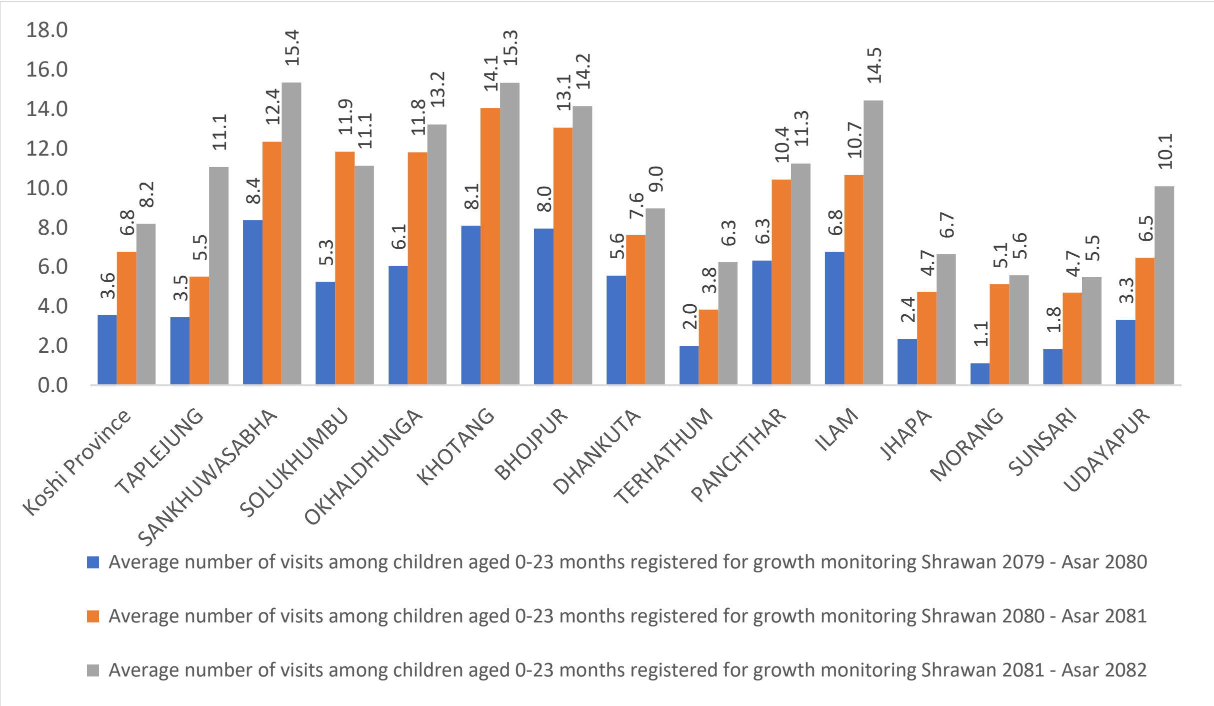
वृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता भएका ०-२३ महिना सम्मका बालबालिकाको प्रतिशत



चित्र न. १५ : कोशी प्रदेशमा ० देखि २३ महिनासम्मका बालबालिकाहरुमा वृद्धि अनुगमनको अवस्था ५६.७९ प्रतिशत रहेको छ जुन गत आर्थिक वर्ष भन्दा कम देखिएको छ । आर्थिक वर्ष

०८१।८२ मा वृद्धि अनुगमनको सबै भन्दा उच्चतम कभरेज मोरङ्ग जिल्लामा ६९.९५ प्रतिशत र सबैभन्दा कम ओखलढुँगा जिल्लामा ३७.३३ प्रतिशत रहेको छ ।

वृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको औषत पटक (०-२३ महिना उमेरका बालबालिका)

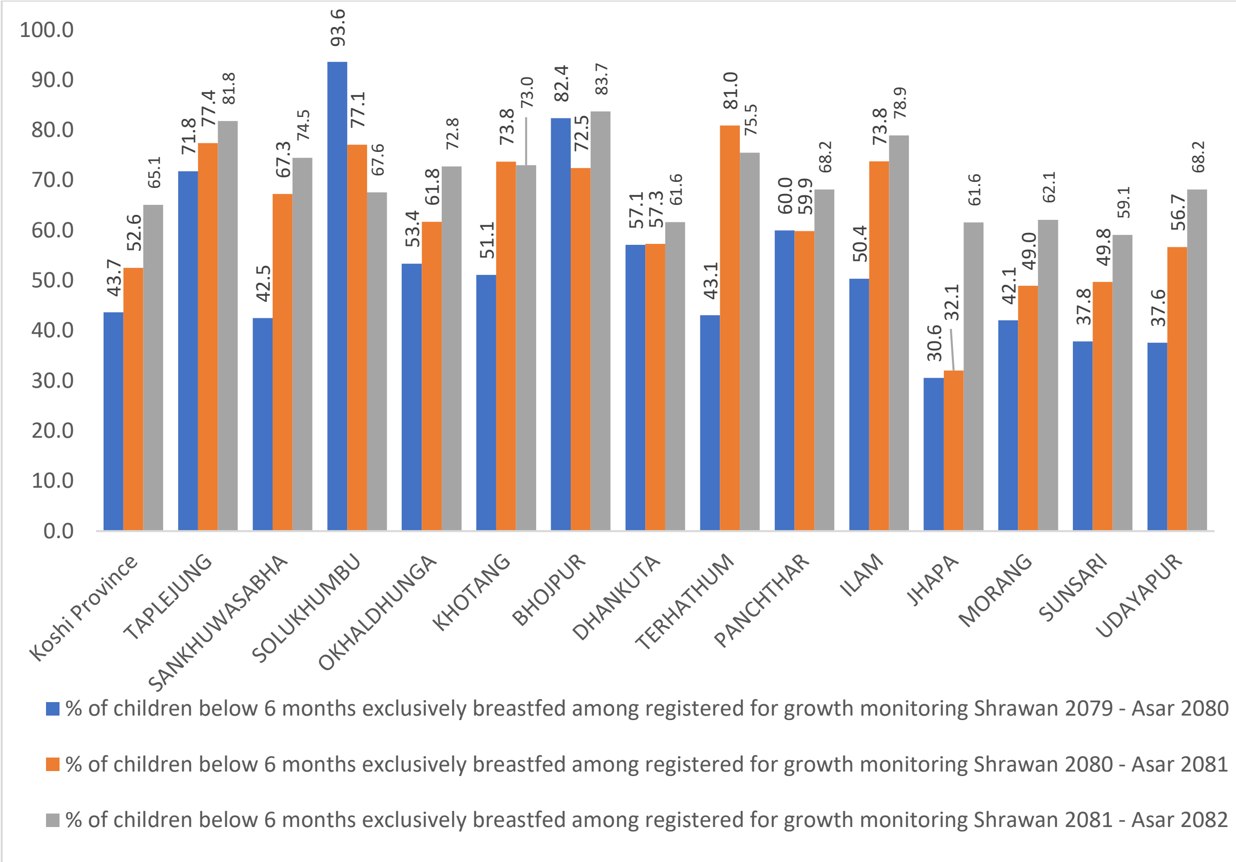


चित्र नं २ : गत आर्थिक वर्षमा प्रदेशस्तरमा प्रति बच्चा वृद्धि अनुगमन औषतमा ६.८ प्रतिशत रहेकोमा आर्थिक वर्ष ०८१।८२ मा बृद्धि अनुगमन केही बृद्धि भई ८.२ पटक रहेको छ । औषत वृद्धि अनुगमन दर सबैभन्दा बढी संखुवासभा जिल्लामा १५.४ प्रतिशत र सबैभन्दा कम सुनसरी जिल्लामा ५.५ प्रतिशत औषत वृद्धि अनुगमन रहेको छ ।

२.१.३.४ शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण

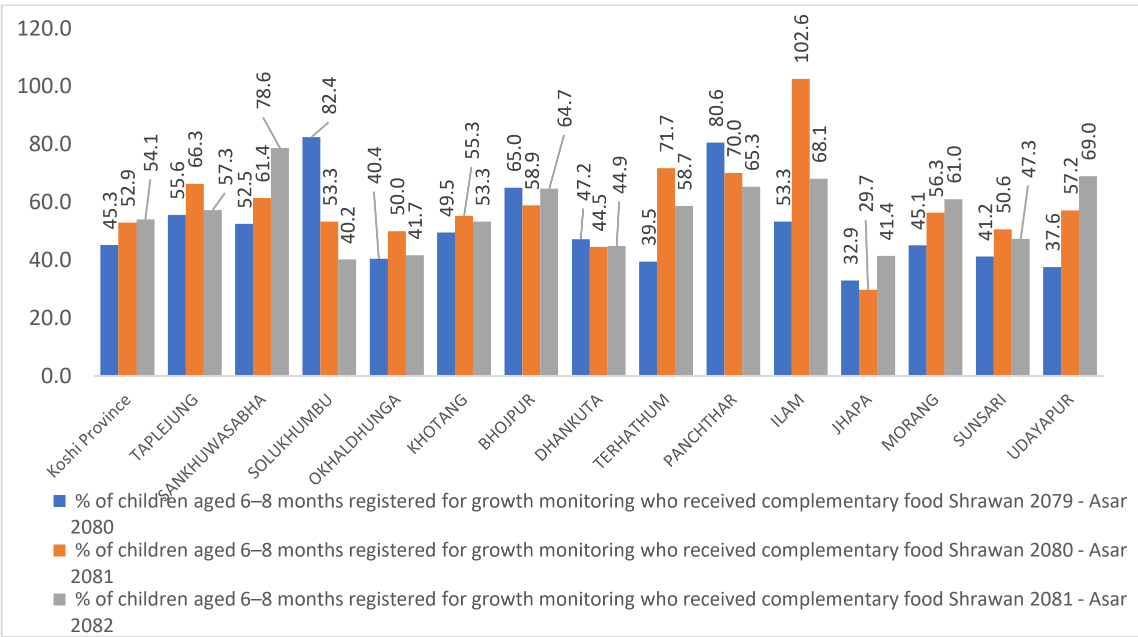
यस अन्तर्गत ६ महिनासम्म पुर्ण स्तनपान, ६ महिना पछी आमाको दुधको साथै थप पोषिलो खाना, ६ महिना देखि २३ महिना सम्मको बालबालिका हरुलाई बालभिटा वितरण र पोषण सम्बन्धि प्रभावकारी परामर्श आदि पर्दछ । नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसांख्यिक सर्वेक्षण सन् २०२२ अनुसार नेपालमा करीव ९९ प्रतिशत महिलाहरुले आफ्ना बच्चाहरुलाई कम्तिमा १ पटक स्तनपान गराउने गरेको देखाएको छ तर पूर्ण स्तनपान गराउनेको संख्या ५६ प्रतिशत, शिशु जन्मेको १ घण्टाभित्र स्तनपान गराउनेको संख्या ५५ प्रतिशत छ । यसैगरी स्तनपान गराउनु अघि १० जना नवजात शिशुहरुमध्ये ३ जना नवजात शिशुहरुलाई घ्यू, मह, चिनी चटाउने गरेको पाइएको छ । शिशु जन्मेदेखि १ महिनासम्म पूर्ण स्तनपान गराउने संख्या भने ८० प्रतिशत रहेको छ। यो तथ्यांकलाई हेर्दा २ देखि ३ महिनासम्मको शिशुलाई पूर्ण स्तनपान गराउने संख्या ७२ प्रतिशत र ४ देखि ५ महिनाको उमेर समुहका शिशुहरुमा ४१ प्रतिशतले मात्र पूर्ण स्तनपान गराएको देखिन्छ । कोशी प्रदेशमा यो कार्यक्रमको अवस्था निम्न रहेको छ ।

जिल्ला अनुसार ६ महिनासम्म पुर्ण स्तनपान गराउनेको दर प्रतिशतमा



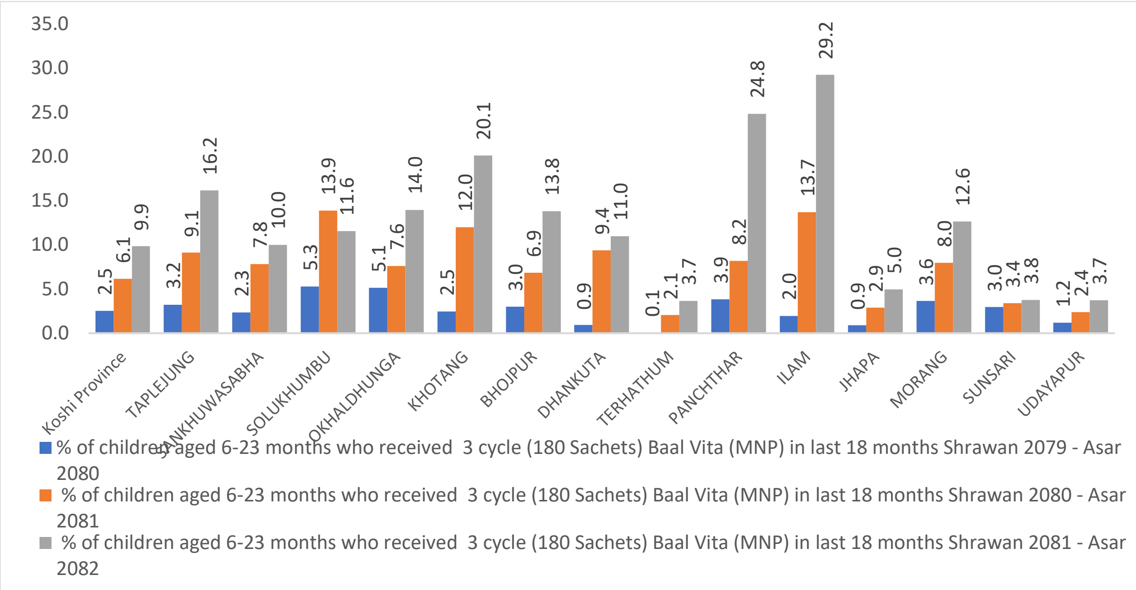
चित्र नं. १६ : आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा वृद्धि अनुगमनमा आएका मध्ये प्रदेशस्तरमा ६४.१ प्रतिशत बालबालिकाले पुर्ण स्तनपान गरेको पाईन्छ जुन अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा १२.५ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ । जिल्लास्तरमा हेर्दा सबैभन्दा धेरै भोजपुर जिल्लामा ८३.७ प्रतिशत र सबैभन्दा कम सुनसरी जिल्लामा ५९.१ प्रतिशत रहेको तथ्यांकले देखाउँछ ।

जिल्ला अनुसार जन्मेको ६ महिनापछि आमाको दुधसँगै ठोस तथा नरम खाना खुवाउने दर



चित्र नं. १७ : आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा वृद्धि अनुगमनमा आएकामध्ये प्रदेशस्तरमा ५४.१ प्रतिशत बालबालिकाले जन्मेको ६ महिना पछि आमाको दुधसँगै ठोस तथा नरम खाना खाएको पाईन्छ जुन अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा १.२ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ । जिल्लास्तरमा हेर्दा सबैभन्दा धेरै संखुवासभा जिल्लामा ७८.६ प्रतिशत र सबैभन्दा कम सोलुखुम्बु जिल्लामा ४०.२ प्रतिशत रहेको तथ्याकंले देखाउँछ ।

आ. व. ०८१/८२ मा ६ देखि २३ महिनाका बालबालिकाहरुलाई ३ साइकल १८० पाकेट बालभिटा प्राप्त गरेको प्रतिशत

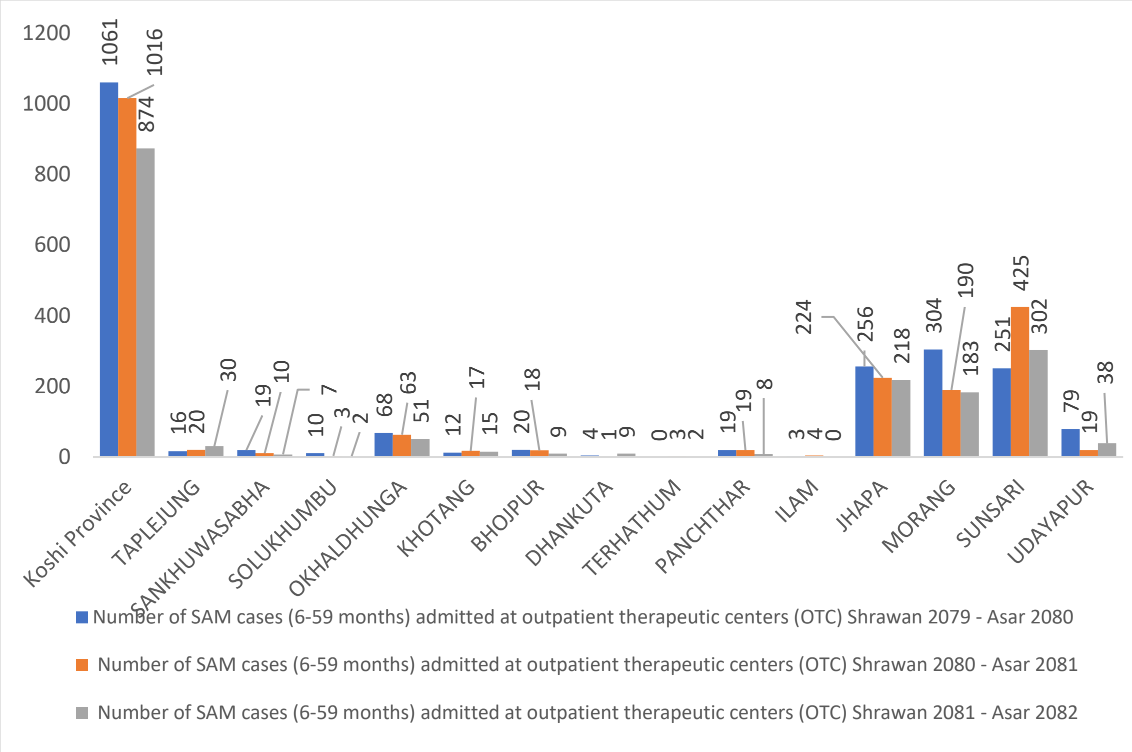


चित्र नं १८. आ.व. ०८१/८२ मा कोशी प्रदेशमा बाल्यकालीन पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत ६-२३ महिनाका वालबालिकाहरु मध्ये ३ साइकल बालभिटा (१८० प्याकेट) प्राप्त गर्ने प्रतिशत ९.९ जुन गत आ. व. को तुलनामा ३.८ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ। जिल्लास्तरमा हेर्दा सबैभन्दा धेरै इलाम जिल्लामा २९.२ प्रतिशत र सबैभन्दा कम तेर्हथुम र उदयपुर जिल्लामा ३.७ प्रतिशत रहेको तथ्याकंले देखाउँछ ।

२.१.३.५ शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

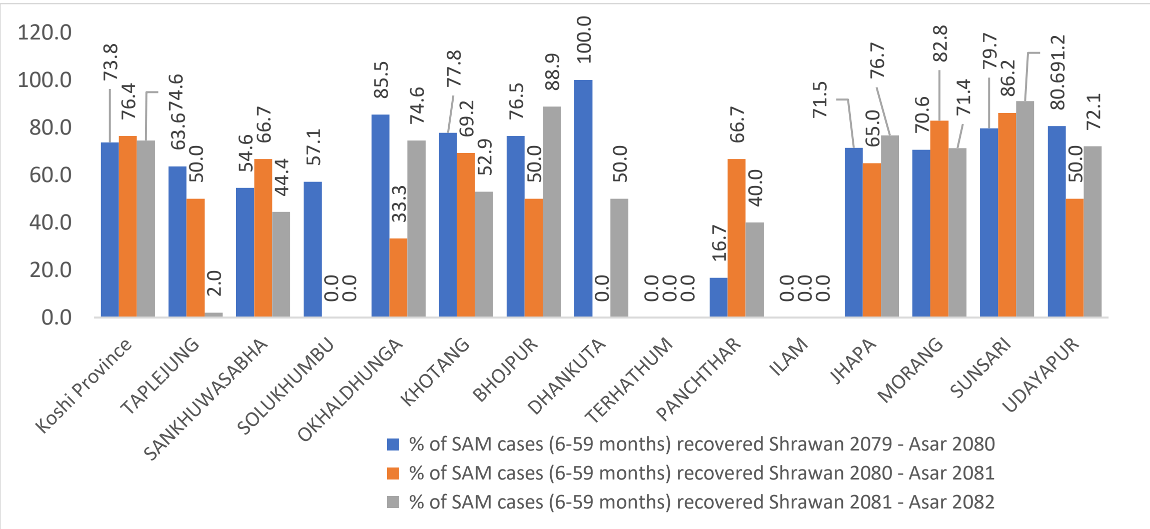
पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत शिघ्र कुपोषण व्यवस्थापन एउटा महत्वपुर्ण कार्य हो । स्वास्थ्य संस्था स्तरमा ६-५९ महिनासम्मको कडा शिघ्र कुपोषण भएका तथा खानाको रुचि पनि भएका एवं मेडिकल जटिलता नभएका बालबालिकाहरुलाई बहिरंग उपचार केन्द्र (OTC) मा भर्ना गरेर सेवा प्रदान गरिन्छ ।राष्ट्रिय पोषण रणनीति अनुसार एक स्थानीय तहमा कम्तिमा एक वा एकभन्दा बढि बहिरंग उपचार केन्द्र (OTC) संचालन भएको हुनु पर्दछ ।

जिल्ला अनुसार आ.व.०८१/०८२ मा भर्ना भएका कडा शिघ्र कुपोषणका (SAM)६-५९ महिना का बच्चाहरुको अवस्था



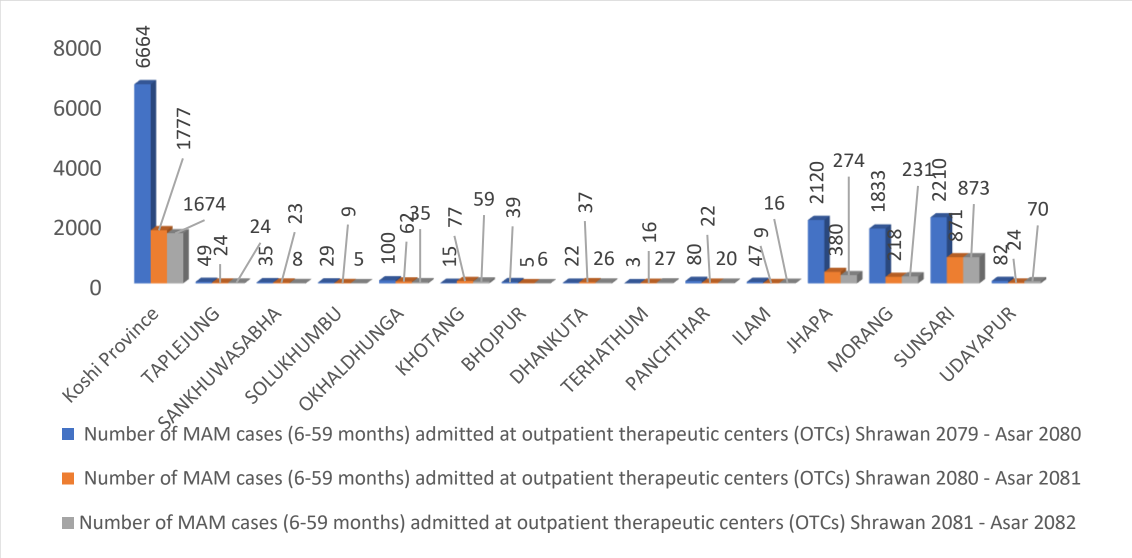
चित्र नं. १९ : आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा प्रदेशभरमा संचालित बहिरङ्ग उपचार केन्द्रहरुमा ८७४ जना कडा शिघ्र कुपोषित बालबालिकाहरु भर्ना भएका थिए । सबैभन्दा धेरै कडा शिघ्र कुपोषित बालबालिका सुनसरी जिल्लामा ३०२ र सबैभन्दा कम इलाम ० जना पहिचान गरी भर्ना भएको देखिन्छ ।

जिल्ला अनुसार आ.व. ०८१/०८२ मा निको भएका कडा शिघ्र कुपोषणका (SAM)६-५९ महिना का बच्चाहरुको अवस्था



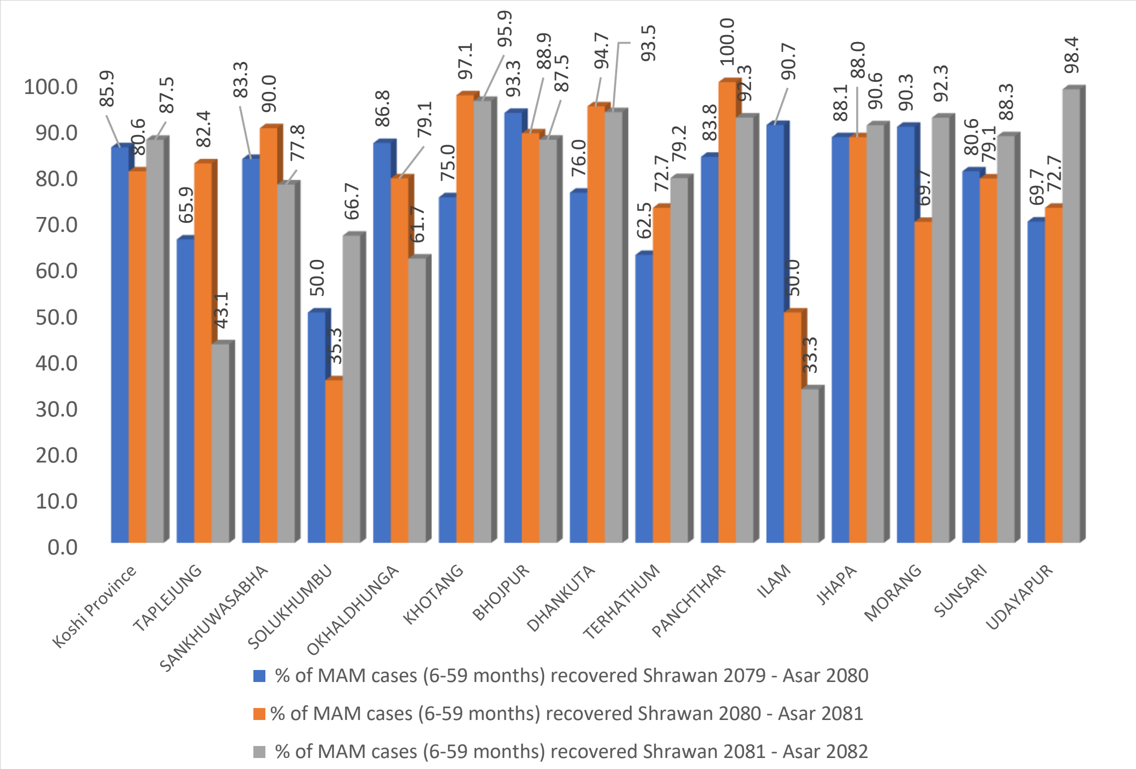
आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा प्रदेशभरमा संचालित बहिरङ्ग उपचार केन्द्रहरुबाट ७४.६% जना निको भएका थिए । सबैभन्दा धेरै कडा शिघ्र कुपोषित बालबालिका निको भएको सुनसरी जिल्लामा ९१% भएको देखिन्छ ।

जिल्ला अनुसार आ.व.०८१/०८२ मा पहिचान भएका तथा मध्यम शिघ्र कुपोषण (MAM) बच्चा (६-५९ महिना) हरुको संख्या



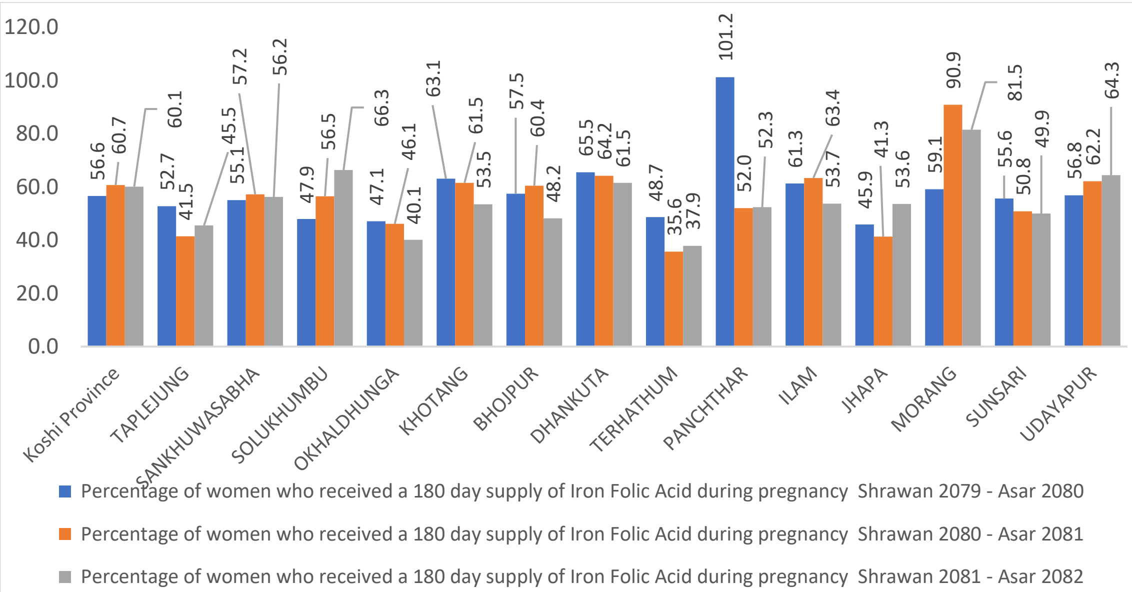
चित्र नं. २० : गत आर्थिक वर्ष प्रदेशमा संचालित बहिरगं उपचार केन्द्रमा १६७४ जना मध्यम शिघ्र कुपोषित बालबालिकाको भर्ना भएर उपचार भएको थियो। सबैभन्दा धेरै मध्यम शिघ्र कुपोषित बालबालिका सुनसरी जिल्लामा ८७३ र सबैभन्दा कम संखुवासभामा ५ जना पहिचान भएर भर्ना भएको देखिन्छ ।

जिल्ला अनुसार आ.व.०८१/०८२ मा निको भएका मध्यम शिघ्र कुपोषण (MAM) बच्चा (६-५९ महिना) हरुको संख्या



चित्र न. २१: आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा प्रदेशभरमा संचालित बहिरङ्ग उपचार केन्द्रहरुबाट मध्यम कुपोषित ८७.५ प्रतिशत निको भएका थिए । सबैभन्दा धेरै मध्यम कुपोषित बालबालिका निको भएको उदयपुर जिल्लामा ९८.४% भएको देखिन्छ ।

गर्भावस्थामा १८० दिन आईरन फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने महिलाहरुको प्रतिशत



चित्र न. २२: आ. व . २०८१/८२ मा कोशी प्रदेशमा गर्भावस्थामा १८० चक्की आइरन फोलिक एसिड पूर्ण मात्रा खाने महिलाहरु ६०.१ प्रतिशत रहेको छ । सबै भन्दा धेरै ८१ प्रतिशत मोरङ्गमा रहेको छ भने सबभन्दा कम तेर्हथुममा ३७.९ प्रतिशत रहेको छ ।

२.१.३.७ किशोरी तथा आइरन फोलिक एसिड (Iron Folic Acid) कार्यक्रम

२.१.३.७.१ पृष्ठभूमि (Background):

कोशी प्रदेशमा किशोरीहरू (१०—१९ वर्ष उमेर समूह) मा रक्तअल्पता (एनेमिया) को समस्या व्यापक छ। नेपालको डेमोग्राफिक एण्ड हेल्थ सर्भे (NDHS) 2022 अनुसार, किशोरीमा एनेमियाको दर झण्डै ४०% पुगेको छ। रक्तअल्पताले किशोरीहरूको सिकाइ क्षमता, शारीरिक विकास, प्रजनन स्वास्थ्य र भविष्यमा मातृ मृत्युदरमा समेत असर पार्दछ।

यस समस्याको समाधानका लागि नेपाल सरकारले किशोरी IFA कार्यक्रम सुरु गरेको छ। जसअन्तर्गत किशोरीहरूलाई नियमित रूपमा आइरन फलिक एसिडको चक्की खुवाउने तथा पोषण शिक्षा प्रदान गरिन्छ। यो कार्यक्रम विद्यालय जाने र नगएका दुवै किशोरीलाई लक्षित गरेर सञ्चालन हुँदै आएको छ।

२.१.३.७.२ दुरदृष्टि (Vision):

"सबै किशोरीहरू पोषणयुक्त, स्वस्थ र रगतअभावमुक्त जीवन यापन गर्न सक्षम हुने।"

२.१.३.७.३ ध्येय (Mission):

"किशोरीहरूको समग्र पोषण अवस्था सुधार गर्दै उनीहरूमा रगतअभाव न्यूनीकरण गर्न नियमित IFA सेवन र पोषण शिक्षा सुनिश्चित गर्नु।"

२.१.३.७.४ लक्ष्यहरू (Goals):

- किशोरीमा एनेमिया दर २०३० सम्ममा २५% भन्दा तल झार्ने।
- सबै विद्यालय जाने किशोरीहरूलाई साप्ताहिक IFA वितरणको व्यवस्था गर्ने।
- विद्यालय नजाने किशोरीहरूसमेत कार्यक्रममा समावेश गर्ने।
- पोषण शिक्षा कार्यक्रमलाई विद्यालय पाठ्यक्रममा समावेश गर्ने।

२.१.३.७.५ उद्देश्यहरू (Objectives):

- १०—१९ वर्ष उमेरका सबै किशोरीहरूलाई हप्तामा एक पटक IFA चक्की सेवन गराउने।
- किशोरी, शिक्षक, अभिभावक र समुदायमा पोषण तथा IFA का फाइदाबारे जनचेतना फैलाउने।
- विद्यालयहरूमा IFA कार्यक्रमको नियमितता अनुगमन गर्ने।
- विद्यालय नजाने किशोरीहरूको पहिचान गरी कार्यक्रम समावेशी बनाउने।

२.१.३.७.६. हालको अवस्था (Current Status):

- कार्यक्रम सञ्चालन: कोशी प्रदेशका सबै जिल्लामा विद्यालयस्तरमा IFA कार्यक्रम लागू गरिएको छ।
- IFA खपत दर: आ.ब. २०८१/८२ मा IFA नियमित सेवन गर्ने किशोरीहरूको दर पहिलो चरणको करिव ५३.४ प्रतिशत र दोस्रो चरणको करिव ३७ प्रतिशत रहेको छ।

आ.ब. २०८१/८२ मा IFA सेवन गर्ने किशोरीहरुको विवरण

जिल्ला	% of adolescent girls aged 10-19 years who received IFA supplement for 13 weeks	% of adolescent girls aged 10-19 years who received IFA supplement for 26 weeks
कोशी प्रदेश	53.42	37.07
ताप्लेजुङ	55.39	54.04
संखुवासभा	79.57	54.7
सोलुखुम्बु	78.58	68.04
ओखलढुंगा	75.29	46.14
खोटाङ	69.18	60.24
भोजपुर	59.06	40.61
धनकुटा	53.	44.42
तेह्रथुम	50.55	42.03
पाँचथर	51.03	46.66
इलाम	69.69	64.16
झापा	53.36	34.77
मोरङ	64.82	38.37
सुनसरी	32.68	21.42
उदयपुर	29.71	22.65

- विद्यालय नजाने किशोरी: कार्यक्रमभन्दा बाहिर रहने सम्भावना बढी।
- जनचेतना: शिक्षक, अभिभावक र किशोरीमा अझै जानकारीको अभाव देखिन्छ।
- सहभागिता: केटाकेटीहरूमा रुचि कम हुने, IFA सेवनको नियमितता कायम गर्न कठिन।

२.१.३.६.७ समस्या (Challenges):

- किशोरीहरूमा IFA सेवनप्रति लाज, भ्रम वा गलत धारणा।
- विद्यालय नजाने किशोरीको पहुँचमा कमी।
- IFA चक्कीको आपूर्ति नियमित हुन नसक्नु ।
- शिक्षक र अभिभावकमा आवश्यक प्रशिक्षणको अभाव।
- कार्यक्रमको अनुगमन न्यून हुनु।
- यौवन अवस्थाका कारण किशोरीहरूमा हिचकिचाहट र असहजता।

२.१.३.६.८ समाधानका उपायहरू (Solutions):

नीतिगत/संस्थागत सुधारहरूः

- सबै स्थानीय तहहरूमा IFA कार्यक्रमलाई अनिवार्य कार्यक्रमको रूपमा स्थापित गर्नु।
- विद्यालय नजाने किशोरीहरूको पहिचान र IFA मा पहुँच सुनिश्चित गर्न स्वास्थ्यकर्मी तथा समुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका मार्फत गृह भ्रमण कार्यक्रम गर्नुपर्ने।
- महिला र किशोरीमैत्री स्वास्थ्य कार्यक्रमसँग IFA कार्यक्रमलाई एकीकृत गर्नु।

कार्यन्वयन र अभ्यासगत सुधारः

- किशोरीमैत्री पोषण शिक्षा सामग्री वितरण गर्नुपर्ने।
- समुदायस्तरमा किशोरी क्लब वा समूह गठन गरी IFA को महत्त्वबारे छलफल कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्नुपर्ने।

- शिक्षक तथा स्वास्थ्यकर्मीलाई IFA वितरण र परामर्शसम्बन्धी नियमित तालिम दिनुपर्ने।
- विद्यालयमा IFA सेवन गरिरहेको अभिलेख राख्ने प्रणाली मजबुत बनाउने।
- सामाजिक सञ्जाल, रेडियो र टेलिभिजनमार्फत IFA को सन्देश प्रवाह गर्नुपर्ने।

२.१.३.६.९ निष्कर्ष (Conclusion):

किशोरीहरूको स्वास्थ्य, पोषण र भविष्यका लागि **Iron Folic Acid कार्यक्रम** एक प्रभावकारी हस्तक्षेप हो। यसले किशोरीमा एनेमिया न्यूनीकरण गर्न मात्रै नभई, उनीहरूको शिक्षा, उत्पादनशीलता र सुरक्षित मातृत्वमा समेत टेवा पुऱ्याउँछ। यद्यपि, अझ प्रभावकारी कार्यान्वयन, अनुगमन, समावेशिता र जनचेतना कार्यक्रमहरू आवश्यक छन्। सरकार, विद्यालय, स्वास्थ्यकर्मी, अभिभावक र समुदायबीचको समन्वयले मात्र कार्यक्रमको दीर्घकालीन सफलता सम्भव छ।

२.१.३.७ पोषण कार्यक्रमका सबल पक्षहरु

- कुपोषित बालबालिकाहरुको पोषण अवस्थाको लेखाजोखा गरी उपचारको दायरामा ल्याइएको ।
- कुपोषणको कारणले बाल मृत्युदरमा कमी ।
- स्थानीय तहहरू बाट गर्भवती र सुत्केरीको पोषण केन्द्रित विभिन्न कार्यक्रमहरू जस्तैः उपमेयर मातृ पोषण कार्यक्रम, गर्भवती महिलालाई पौष्टिक खाद्यान्न वितरण ईत्यादिको कार्यान्वयन हुन थालेको ।
- स्थानीय तहमा बालबालिकाहरुको पोषण स्थितिको मास स्क्रीनिङ्ग तथा प्रेषण कार्य म.स्वा.से.हरुबाट भईरहेको ।
- स्थानीय तहहरूमा बहिरङ्ग उपचार केन्द्र (OTC) को विस्तार भएको ।
- स्थानीय तहको अपनत्वमा बजेट बिनियोजन भई कार्यक्रममा प्रभावकारीता आउन थालेको
- सामग्रीमा पहुँच तथा उपलब्धतामा वृद्धि ।
- स्वास्थ्यकर्मीहरु तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको क्षमता अभिवृद्धि भएको ।

२.१.३.८ पोषण कार्यक्रमको सुदृढीकरणको लागि गरिएका नविन कार्यहरू :

- स्थानीय तहहरूबाट गर्भवती र सुत्केरीको पोषणमा केन्द्रित विभिन्न कार्यक्रमहरू सञ्चालन
- दिवा खाजा कार्यक्रममा स्थानीय स्वस्थ खानाको समाबेश गरी खाजाको प्रवर्द्धन ।
- पोषण सेवा प्रदान गर्ने महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको लागि प्रोत्साहन गरिएको ।
- खोप केन्द्र तथा गाँउघर क्लिनिकहरूमा स्वास्थ्यकर्मी थप गरि पोषण अवस्थाको लेखाजोखा गर्न शुरुवात भएको।
- पोषण र पोषणमैत्री स्वास्थ्य संस्थाका लागि स्थानीय स्तरमा आवश्यक समन्वय तथा व्यबस्थापनमा सहजिकरण तथा सो सम्बन्धी कार्यक्रमहरू संचालन शुरुवात ।
- केहि स्थानीय तहका वडा तथा टोल-टोलहरुमा पोषण प्रदर्शनी कार्यक्रमहरू र सक्रिय पोषण अभिलेखिकरण ।

२.१.३.९ समस्याहरु

क. पोषण बहुक्षेत्रीय सरोकारको क्षेत्र

ख. बहुसरोकारवाला निकायहरू बिच समन्वय, सहकार्य र साझा कार्ययोजना एवं कार्यान्वयन

ग. पोषणमा तहगत निकाय, समितिहरुको सक्रिय परिचालन

घ. पोषण सम्बन्धी ऐन नियमहरुको कार्यान्वयन

ङ. खाध्य गुणस्तर र खाध्य व्यबहारमा परिवर्तन

च. जिल्ला तथा स्थानीय तहमा पोषण कार्यक्रमको संवेदनशीलता न्यून रहेको

छ. पोषण सम्बन्धी सूचकहरू विगत वर्षदेखि सुधार भएको सकारात्मक पक्ष भए पनि अझै पनि ती सूचकहरूलाई सन्तोषजनक वा उच्चतम स्तरमा पु-याउन थप सुधार आवश्यक छ।

ज. बालबालिकाको वृद्धिविकास अनुगमन तथा १२—२३ महिनाका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन न्यून रहेको।

झ. Deworming औषधि प्रयोग उच्च भए पनि दिगोपनामा चुनौती रहेको साथै बालभिटा (तेस्रो चरण) को उपयोग न्यून रहेको।

२.१.३.१० समाधानका उपायहरु

क. लक्षित समूहलाई उद्देशित पोषण व्यवहार परिवर्तन तथा संचार (BCC) गतिविधि प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्ने।

ख. हप्ताको एक दिन ’वृद्धि अनुगमन विशेष दिन÷ तोकी जिल्लाभर एकरूप वृद्धि अनुगमन प्रणाली लागू गर्ने।

ग. वृद्धि अनुगमन र बालभिटा उपयोग कम हुनुको कारण अध्ययन गरी तथ्याधारित सुधारात्मक गतिविधि अपनाउने।

घ. सबै अस्पतालमा कडा/शिघ्र कुपोषित बालबालिकाको सहज तथा गुणस्तरीय उपचार सुनिश्चित गर्ने।

ङ. बहिरंग उपचार केन्द्र (OTC) को विस्तार, नियमित सञ्चालन तथा आवश्यक उपकरण/सामग्रीको उपलब्धता सुनिश्चित गर्ने।

च. पोषण—विशेष तथा पोषण—संवेदनशील कार्यक्रमहरूबीच समन्वय र सहकार्य बलियो बनाउने।

छ. प्रत्येक जिल्लामा कम्तीमा तीन स्थानीय तहमा वार्षिक कुपोषण स्क्रिनिङ कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने।

ज. पूर्ण खोप सुनिश्चितता घरधुरी सर्वेक्षणसँगै कुपोषण स्क्रिनिङ कार्यक्रम समायोजन गर्ने।

झ. विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम विस्तार गरी नियमित अभिमुखिकरण र योजना तर्जुमा गोष्ठी सञ्चालन गर्ने।

ञ. शिक्षा तथा स्वास्थ्य मन्त्रालयको समन्वयमा सबै विद्यालयलाई कार्यक्रम कार्यान्वयन सम्बन्धी निर्देशन उपलब्ध गराउने।

ट. HMIS २.८ अद्यावधिक गरी अभिलेखन तथा प्रतिवेदनमा एकरूपता सुनिश्चित गर्ने।

ठ. सेवा रजिस्टर (HMIS २.३) पूर्णरूपमा भरी HMIS ९.३ को प्रतिवेदन प्रमाणिकरण प्रक्रियालाई सुदृढ बनाउने।

ड. eLMIS मा सबै तहबाट Real-time reporting अनिवार्य गर्ने र Physical stock सँग eLMIS stock नियमित मिलान गर्ने।

ढ. eLMIS तालिम नलिएका कर्मचारीका लागि आवश्यक प्रत्यक्ष वा अनलाइन तालिम उपलब्ध गराउने।

ण. प्रदेश आपूर्ति केन्द्रबाट तथ्यांक विश्लेषणका आधारमा पोषण सामग्री वितरण योजना तयार गरी कार्यान्वयन गर्ने।

त. बढी मौज्दात भएका स्थानबाट कम मौज्दात भएका स्थानमा अन्तर—पालिका/जिल्ला स्तरमा सामग्री पुनःवितरण गर्ने।

थ. आपतकालीन अवस्थाका लागि पोषण पूर्व—तयारी तथा प्रतिकार्य योजना तयार गरी अद्यावधिक गर्ने।

द. प्रदेश तथा जिल्लाको अवस्थाको विश्लेषण र प्रमाणका आधारमा संघीय तहसँग समन्वय गरी वार्षिक पोषण कार्यक्रम योजना बनाउने।

ध. पोषण सूचना—संचार गतिविधि (वृद्धि अनुगमन, आमाको दूध, बालभिटा आदि) का लागि आवश्यक बजेट सुनिश्चित गर्दै कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिने।

न. स्थानीय तहका जनप्रतिनिधि सहभागी हुने गरी 'प्रदेश स्तरीय पोषण सम्मेलन÷ आयोजना गरी स्थानीय तहको भूमिका तथा जिम्मेवारी सुदृढ बनाउने।

२.२ सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

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

- सुरक्षित मातृत्व सुनिश्चित गर्नका लागि गर्भावस्था, प्रसूति र सुत्केरी अवधिमा निरन्तर, गुणस्तरीय र पहुँचयुक्त सेवा अनिवार्य गर्ने।
- समुदायस्तरमा सहभागिता र सचेतना अभिवृद्धि गर्नका लागी जन्म तयारी र जटिलता व्यवस्थापन योजना (BPCR) मा समुदायलाई संलग्न गराउने।
- आमा सुरक्षा कार्यक्रमको साथ साथै २४ घण्टा प्रशव सुविधाको विस्तारगरी प्रशवपूर्व जाँच र संस्थागत प्रसूतीलाई प्राथमिकता दिने ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा २४ घण्टा आपतकालीन प्रसुती सेवा (आधारभूत र विस्तृत) विस्तार गर्ने।
- प्रसूतिको क्रममा हुने जटिलता समयमै पहिचान गरी, प्रमाणमा आधारित र सम्मानजनक सेवा सुनिश्चित गर्दै मातृ र नवजात मृत्यु दरमा उल्लेखनीय कमी गराउनका लागि National Intrapartum Care Facilitation Guide को प्रयोग सुनिश्चित गर्ने ।
- आधुनिक, आमा—केन्द्रित, प्रमाणमा आधारित र गुणस्तरीय सेवा सुनिश्चित गर्नका लागि विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा सन् २०२० मा विकसित गरिएको नयाँ, प्रमाणमा आधारित उपकरणको प्रयोगलाई विस्तार गर्ने ।

नेपालमा **सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम** सन् १९९७ (आ.व. ०५४/५५) मा सुरु गरिएको थियो, जसको मुख्य उद्देश्य मातृ र नवजात शिशुको मृत्यु तथा रुग्णता दरमा उल्लेखनीय कमी ल्याउनु हो। यो कार्यक्रम सुरु भएदेखि नै सुरक्षित प्रसूति सेवा, संस्थागत प्रसूती, दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको सहभागिता, तथा आपतकालीन प्रसूति सेवा पहुँच विस्तार जस्ता महत्वपूर्ण पहलहरू अगाडि सारिएका छन्।
यस कार्यक्रमले ग्रामीण तथा दुर्गम भेगका महिलाहरूसमक्ष पनि गुणस्तरीय मातृत्व सेवा पुऱ्याउने लक्ष्य लिएको छ। विशेषगरी संस्थागत प्रसूती प्रवर्द्धन गर्न **निःशुल्क प्रसूति सेवा**, **आमा सुरक्षा कार्यक्रम**, र **प्रसूति प्रोत्साहन भत्ता** जस्ता कार्यक्रमले सेवा उपयोगमा उल्लेखनीय वृद्धि भएको छ।
यस पहलको प्रभावस्वरूपः

- मातृ मृत्यु अनुपात (MMR) क्रमश सुधार हुदै गएको छ ।
- संस्थागत प्रसूतीको दर वृद्धि भएको छ।
- दक्ष प्रसूति सेवा प्रदायक (SBA) को उपलब्धता बढेको छ।
- नवजात मृत्यु दरमा पनि क्रमिक सुधार देखिएको छ।

नेपालको सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमले दिगो विकास लक्ष्य (SDG) अन्तर्गतको **मातृ मृत्युदर ७० प्रति १ लाख जीवित जन्मभन्दा कममा ल्याउने** लक्ष्य हासिल गर्न महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याउनुका साथै महिलाको प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारको संरक्षण र प्रवर्द्धनतर्फ एक ऐतिहासिक कोसेढुङ्गा साबित भएको छ।
सुरक्षित प्रसुती एवम् नवशिशु सेवामा सुधार ल्याई मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु घटाई दिगो विकास लक्ष्य)SDGs हासिल गर्नका लागि (विभिन्न कार्यक्रमहरु कोशी प्रदेशभित्रपनि संचालन भइरहेका छन् |दक्ष प्रसुतीकर्मीद्वारा प्रसुती गराउन तालिम सै घण्टा प्रसुती सेवा प्रदान गर्न प्रसुती सेवा केन्द्र २४ , स्थापना गरी सेवा प्रदान गरिदै आएको छ । तोकिएका स्वास्थ्य संस्थामा निशुल्क प्रसुती सेवा दिने र स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती सेवा लिन आउने महिलालाई प्रसुती प्रोत्साहन रकमको व्यवस्था गरेर सेवाको मागमा वृद्धि गरिएको छ |प्रसूतिको क्रममा हुने जटिलता समयमै पहिचान गर्न, प्रमाणमा आधारित र सम्मानजनक सेवा सुनिश्चित गर्दै **मातृ र नवजात मृत्यु दरमा कमी** गराउनका लागि National

Intrapartum Care Facilitation Guide र LCG को प्रयोग सुनिश्चित गर्न विभिन्न संघसंस्थासँग साजेदारी गरि अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गरिरहेको छ।

उदेश्यहरु :

मुख्य उद्देश्य (Overall Objective):

नेपालमा मातृ तथा नवजात शिशुको **रुग्णता (morbidity)** र **मृत्युदर (mortality)** घटाई सबै महिलालाई **सुरक्षित मातृत्व र नवजात स्वास्थ्य सेवा** सुनिश्चित गर्नु।

विशेष उद्देश्यहरू (Specific Objectives):

१. समयमै गर्भपरीक्षण (ANC), सुरक्षित सुत्केरी (SBA Delivery) र सुत्केरीपश्चात सेवा (PNC) उपलब्ध गराई गर्भावस्था, प्रसूति र सुत्केरी अवधिमा गुणस्तरीय सेवा सुनिश्चित गर्नु
२. रक्तस्राव, संक्रमण, Pre-Eclampsia, नवजात सिसुको श्वासप्रश्वासमा कठिनाइ जस्ता जटिलताको रोकथाम र समयमै उपचार गरि मातृ तथा नवजात मृत्युका रोक्न सकिने कारणहरू न्यूनीकरण गर्नु।
३. ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रका महिलाहरूलाई संस्थागत सुत्केरी सेवा सुनिश्चित गरी सुरक्षित प्रसूति र नवजात शिशु सेवामा पहुँच र सहभागिता बढाउनु।
४. दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA), नर्स, मिडवाइफ र चिकित्सकलाई क्षमता अभिवृद्धि तालिम तथा स्रोत—साधन उपलब्ध गराउनु।
५. समुदायस्तरमा सचेतना र सहभागिता अभिवृद्धि गर्न महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (FCHV) मार्फत जनचेतना मुलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु।
६. नीतिगत, व्यवस्थापकीय र अनुगमन प्रणाली सुदृढ गर्न Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) प्रणाली सुदृढ गरी निरन्तर सुधार सुनिश्चित गर्नु।
७. दिगो विकास लक्ष्य (SDGs) का मातृ र नवजात स्वास्थ्य सम्बन्धी लक्ष्य हासिल गर्नका लागि मातृ मृत्युदर ७० प्रति लाख जीवित जन्मभन्दा कम र नवजात मृत्युदर १२ प्रति हजारभन्दा कम गर्नु।

रणनीति :

१. सेवाको पहुँच र उपयोग वृद्धि गर्न सबै गर्भवती महिलालाई कम्तीमा ८ पटक गर्भपरीक्षण (ANC) गर्न, दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA) द्वारा संस्थागत सुत्केरी गराउन, सुत्केरीपश्चात सेवा (PNC) समयमा प्राप्त गर्न र ग्रामीण—दुर्गम क्षेत्रमा निःशुल्क तथा नजिकका स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा उपलब्ध गराउन प्रोत्साहन गरिनेछ।
२. गुणस्तरीय मातृत्व तथा नवजात स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नका लागि BEONC र CEONC सेवा विस्तार गरी २४ सै घण्टा आपतकालीन प्रसूति सेवा सञ्चालन हुने स्वास्थ्य संस्था सुदृढ गर्दै, प्रसूति सेवा मापदण्ड, प्रोटोकल र Labor Care Guide को प्रभावकारी कार्यान्वयन तथा संक्रमण नियन्त्रण र सुरक्षा मापदण्डको पालना अनिवार्य गरिनेछ।
३. समुदायस्तरमा सचेतना र सहभागिता अभिवृद्धि गर्न महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (FCHV) मार्फत सुरक्षित मातृत्व, सुत्केरी तयारी र जोखिम संकेतको पहिचानमा जनचेतना बढाई, जन्म तयारी तथा जटिलता व्यवस्थापन योजना (BPCR) लागू गर्दै, संस्थागत सुत्केरीका लागि आमासुरक्षा कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिई परिवार तथा पुरुषको सहभागिता बढाइनेछ।

४. आकस्मिक सेवा र सन्दर्भ प्रणाली सुदृढ गर्न रेफरल नेटवर्क, एम्बुलेन्स सेवा र रक्तस्राव व्यवस्थापन प्रणाली बलियो बनाई, आपतकालीन अवस्थामा तुरुन्त सेवा उपलब्ध गराउने तयारी अवस्था कायम राख्दै Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR) प्रणाली विस्तार गरिनेछ।

५. नीति, वित्तीय र व्यवस्थापन सुदृढ गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा नवजात स्वास्थ्यलाई प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा र नीति स्तरमा मुख्य प्राथमिकता दिई, HMIS प्रणालीमा तथ्यांक अभिलेख र विश्लेषण सुधार गर्दै, बजेट, औषधि, उपकरण र जनशक्तिको पर्याप्त व्यवस्था गरिनेछ।

६. स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता अभिवृद्धि गर्न SBA, ANM, Staff Nurse र Midwife हरूका लागि नियमित सीप अभिवृद्धि तालिम र Refresher Training सञ्चालन गरी, दक्ष जनशक्ति अभाव भएका क्षेत्रमा रोटेशन ड्युटी र अनुगमन प्रणाली लागू गरिनेछ।

७. सामाजिक व्यवहार परिवर्तन र सम्मानजनक सेवा प्रवर्द्धन गर्न मातृत्व तथा नवजात स्वास्थ्य सम्बन्धी सकारात्मक सामाजिक धारणा विकास गर्दै, हानिकारक सांस्कृतिक विश्वास र अभ्यासहरू (जस्तै— घरमै सुत्केरी, तिथि हेरेर सिजेरियन आदि) घटाई प्रसूति सेवामा सम्मानजनक, करुणामय र महिला—मैत्री वातावरण (Respectful Maternity Care) सुनिश्चित गरिनेछ।

८. सामाजिक व्यवहार परिवर्तन र सम्मानजनक सेवा प्रवर्द्धन गर्न मातृत्व तथा नवजात स्वास्थ्य सम्बन्धी सकारात्मक सामाजिक धारणा विकास गर्दै, हानिकारक सांस्कृतिक विश्वास र अभ्यासहरू (जस्तै— घरमै सुत्केरी, तिथि हेरेर सिजेरियन आदि) घटाई प्रसूति सेवामा सम्मानजनक, करुणामय र महिला—मैत्री वातावरण (Respectful Maternity Care) सुनिश्चित गरिनेछ।

सुरक्षित मातृत्व तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमका उपलब्धिहरुः

सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमका गतिविधिहरु कोशी प्रदेशभित्रका सबै जिल्लाहरुमा संचालन भैरहेका छन् । आर्थिक वर्ष ०८१|८२ मा गरिएका केही प्रमुख गतिविधिहरु निम्नानुसार रहेका छन्:

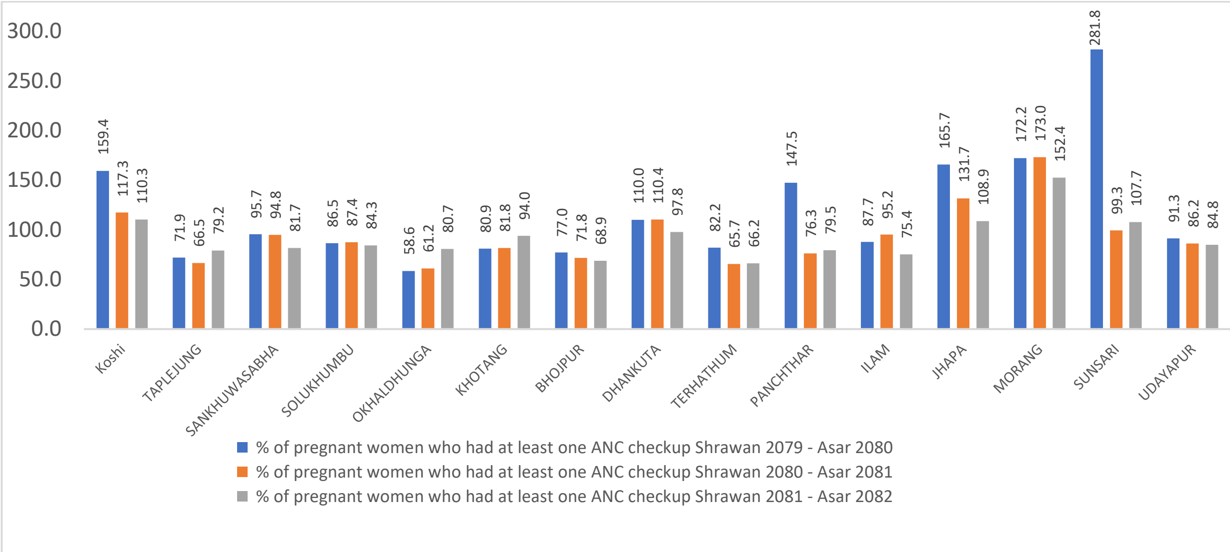
- मातृ तथा नवजात शिशुको स्वास्थ्यमा गुणस्तरीयता कायम गर्न फोकल पर्सन, तथ्यांक अधिकृत र सम्बन्धित क्षेत्रको विशेषज्ञ सहितको टोलीले ६ वटा स्वास्थ्य कार्यालय, जिल्ला अस्पताल र स्थानीयतह (नगर अस्पताल तथा स्वास्थ्य चौकी) हरुको नियमित रुपमा संयुक्त अनुगमन गरियो।
- आङ्ग खस्ने समस्याहरुको शल्यक्रिया सम्बन्धी निःशुल्क स्वास्थ्य शिविर कार्यक्रम गरी बिपन्न वर्गका महिलाहरुको खोज पड्ताल र शल्यक्रियाको ब्यवस्थापन गरिनुका साथै Integrated package on Reproductive Health Morbidity Screening Guide स्वीकृत गरी लागु गरियो।
- स्वास्थ्यकर्मीहरुको मूल्य मान्यता र व्यवहारमा रुपान्तरण गर्नका लागि VCAT तालिम संचालन गरिएको।
- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तथ्यांक प्रेषण गर्नका लागि MPDSR र WEB based अभिमुखीकरण साथै तालिम संचालन गरिएको।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको विवरण

गर्भावस्थाको जाँच/परीक्षण

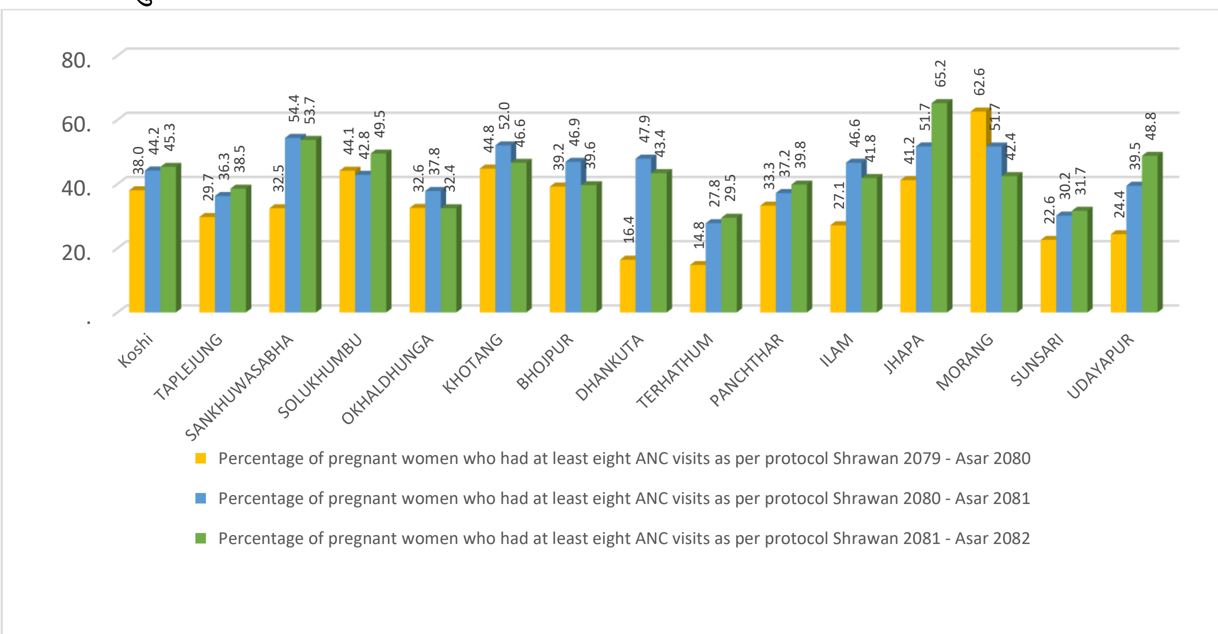
गर्भवती महिलाहरुलाइ गर्भको पहिलो सम्पर्क परिक्षण पहिले १२ हप्ता , दोश्रो १६ हप्ता तेश्रो २० देखि २४ हप्ता चौथौ २८ हप्ता पाचौ ३२ हप्ता छैठौ ३४ हप्ता र सातौ ३६ हप्ता र आठौ ३८ देखि ४० (प्रोटोकल अनुसार) आठ पटक गर्भ परीक्षण गर्ने गरिन्छ।

गर्भवती महिलाहरुले कम्तिमा एक पटक गर्भावस्थाको परीक्षण प्रतिशतमा



चित्र न.२३ : आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा कोशी प्रदेशमा ११० प्रतिशत गर्भवती महिलाहरुले पहिलो पटक (गर्भको कुनै पनि समयमा पहिलो पटक) गर्भावस्थाको परीक्षण गरेको देखिन्छ । पहिलो गर्भावस्थाको कुनै पनि समयमा पहिलो पटक गर्भ जाँच गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत गत आर्थिक बर्ष भन्दा ७ प्रतिशतले कमी आएको देखिन्छ ।

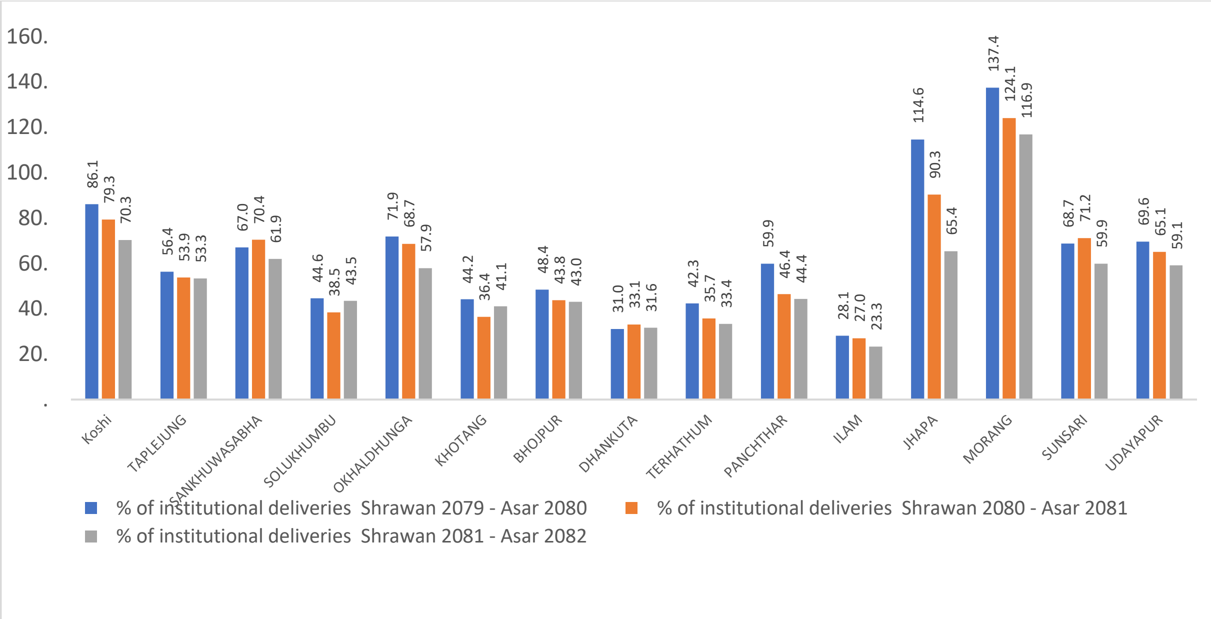
प्रोटोकल अनुसार कम्तिमा ८ पटक गर्भावस्थाको परिक्षण गरेको दर



चित्र न.२४ : आर्थिक वर्ष ०७९/८० बाट सुरु भएको आठौं गर्भावस्थाको परीक्षण (प्रोटोकल अनुसार) को दर हेर्दा आर्थिक वर्ष ०८१/८२ कोशी प्रदेशमा ४५.३ प्रतिशत छ भने जिल्लागत

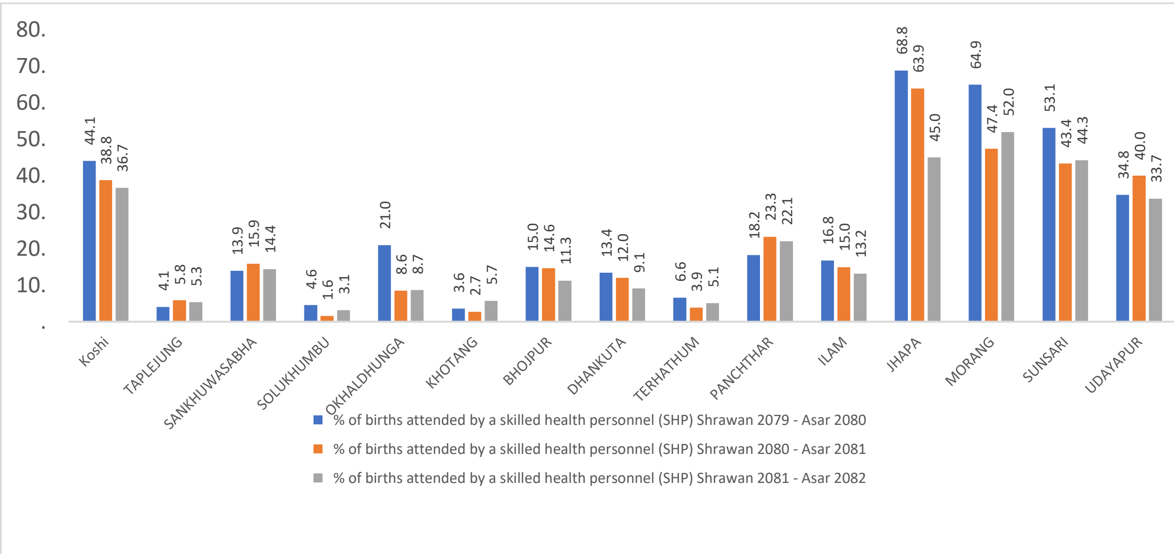
रुपमा हेर्दा सबै भन्दा बढी झापा जिल्लामा ६५.६ प्रतिशत र तेह्रथुम जिल्लामा सबै भन्दा कम २९.५ प्रतिशत तथ्यांकले देखाउँछ ।

संस्थागत प्रसुति सेवाको विवरण प्रतिशतमा



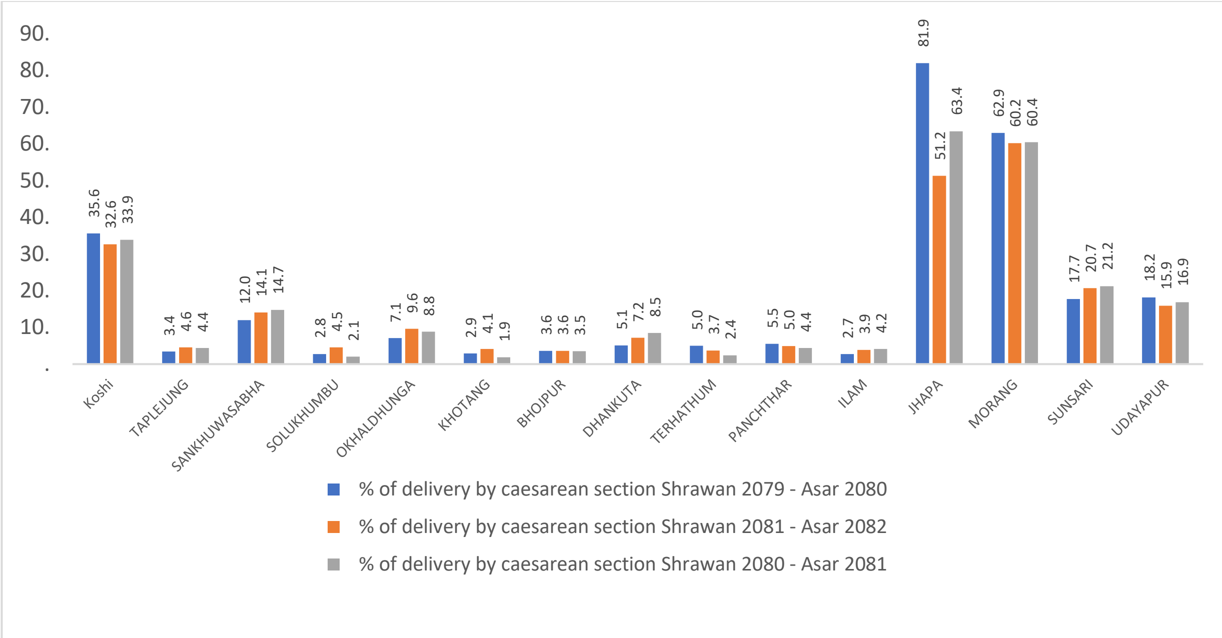
चित्र न.२५ : आर्थिक वर्ष २०८१ /८२ मा कोशी प्रदेशमा ७०.३ प्रतिशत संस्थागत प्रसुति सेवा पाएको देखिन्छ जुन आर्थिक वर्ष २०७०/०८१ को तुलनामा ९ प्रतिशतले कम हो |

दक्ष प्रसुतिकर्मीको निगरानीमा भएका प्रसुतिहरु प्रतिशतमा



चित्र नं. २६: दक्ष प्रसुतीकर्मीहरुले गरेको प्रसुति सेवा हेर्दा गत आर्थिक वर्ष २०८०।८१ को तुलनामा आ ब २०८१।८२ मा घट्दो अवस्थामा रहेको देखिएक छ जसमा मोरङ्ग जिल्लामा सबै भन्दा बढी र सबैभन्दा कम सोलुखुम्बु जिल्लामा रहेको छ।

शल्यक्रियाद्वारा भएका प्रसुतिहरु प्रतिशतमा

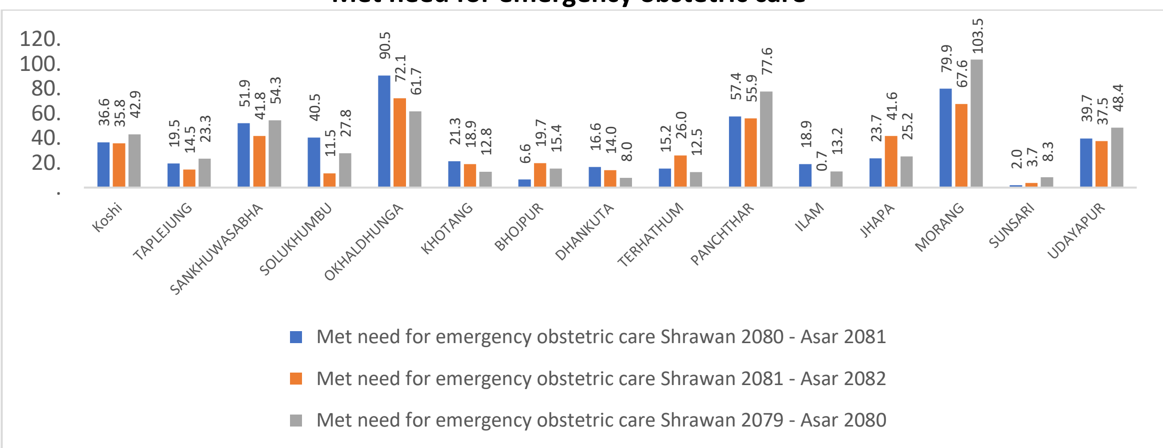


चित्र नं. २७ : आर्थिक वर्ष २०८० /०८१ भन्दा आर्थिक वर्ष ०८१/०८२ मा शल्यक्रियाद्वारा (cesarean section) गर्नेको संख्या १.३ प्रतिशतले बढेको पाईएको छ । जसमध्ये झापा जिल्लामा ६३.४ प्रतिशत छ भने सोलुखुम्वु जिल्लामा २ प्रतिशत रहेको छ ।

आकस्मिक प्रसुति सेवा (EOC)

BEONC भन्नाले गर्भावस्था, प्रसूति र नवजात शिशुसँग सम्बन्धित सामान्य आपतकालीन अवस्थाहरूको उपचारका लागि प्रदान गरिने सात प्रकारका आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरू पर्दछ। यसभित्र गर्भावस्थाका जटिलताहरुको व्यवस्थापन औजारद्वारा गरिने प्रसुति (भ्याकुम/फोरसेप), गर्भपतन गर्दा भित्र रहेका अंशहरु mannual vaccum aspiration द्वारा हटाउने, औषधिहरु (PPH,Infection,Pre-eclampsia र Eclampsia) र नवजात शिशुको श्वास प्रश्वास शुरुवात गराउने सेवा पर्दछन् । Comprehensive Emergency Obstetric and newborn care(CEONC) भित्र शल्यक्रिया (ceserean section), एनेस्थेसिया र Blood Transfusion सँगै BEONC अन्तर्गतका सबै सेवा पर्छन् ।

Met need for emergency obstetric care



चित्र नं. २८ : Met need for EOC भनेको महिलाहरुले प्राप्त गरेको गुणस्तरीय सेवाको एक महत्वपूर्ण सूचक हो | Met need for EOC हेर्दा प्रदेशको गत आर्थिक वर्ष २०८० /८१ को

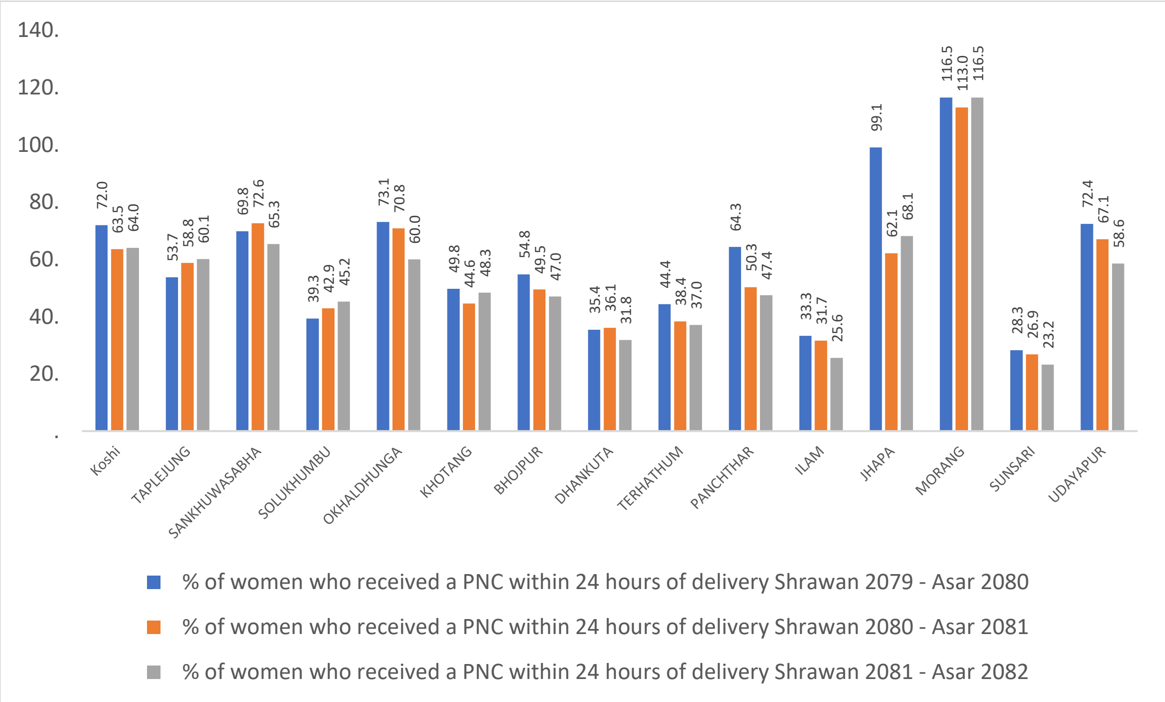
तुलनामा यस आ.व. २०८१/८२ मा ७.७ प्रतिशतले बढेको तथ्यांकले देखाएको छ | यसबाट स्वस्थ्य संस्थाहरुबाट महिलाहरुलाई प्रदान गरिने मातृ तथा नबजात शिशुलाई दिइने गुणस्तरीय सेवामा सुधार भएको देखिन्छ |

उतर-प्रसूति सेवा (Postnatal Services)

शिशु जन्मेपछि आमाको शरीर पुनःस्थापित हुन, जटिलता रोकथाम गर्न तथा आमाको शारीरिक, मानसिक र प्रजनन् स्वास्थ्य संरक्षण गर्न प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाहरूलाई उतरप्रसूति सेवा भनिन्छ|यस सेवा भित्र निम्न कुराहरु पर्दछन्:

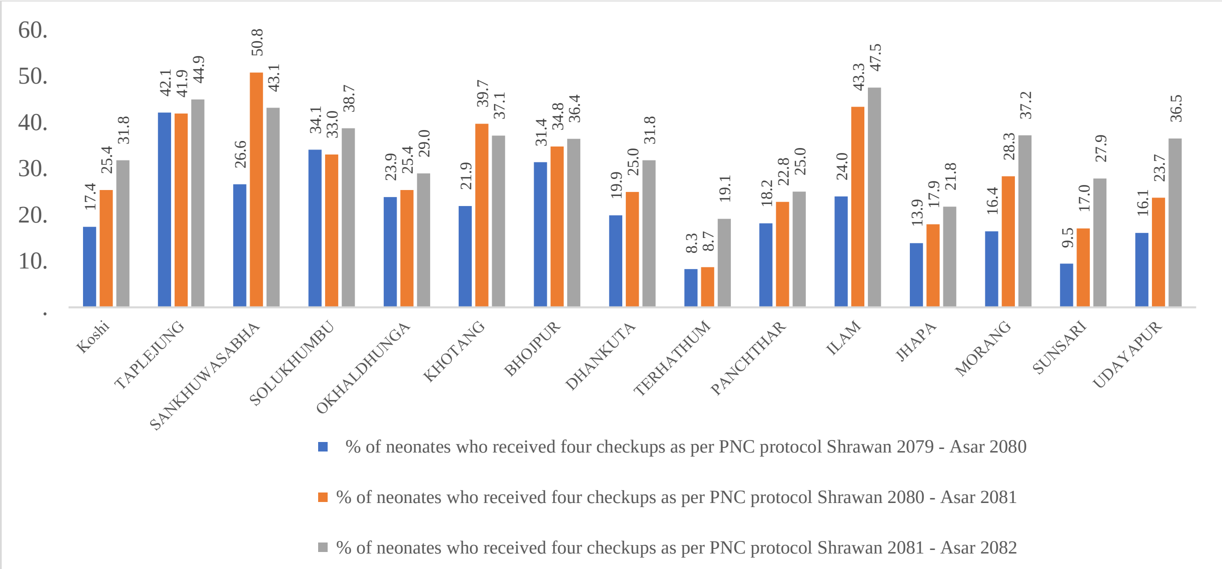
- चार पटक जाँच (पहिलो जाँच २४ घण्टामा, दोस्रो जाँच ३ दिनमा, तेस्रो जाँच ७ देखि १४ दिनसम्ममा र अन्तिम जाँच प्रसुति पछि ४२ दिनमा),
- आमा र बच्चामा हुने जटिलतालाई पहिचान र व्यवस्थापन गर्ने,
- आमाको दुध जति सक्दो चाडो अर्थात् जन्मेको १ घण्टा भित्र खुवाउने, खाने कुरामा ध्यान साथै सरसफाई र भिटामिनहरु प्रयाप्त मात्रामा खान उत्प्रेरित गर्ने,
- बच्चालाई vaccine लगाउने समय र खोप केन्द्रको सम्बन्धमा जानकारी दिने,
- प्रसुति पश्चात परिवार योजनाका साधन तथा सेवाको परामर्श गर्ने

२४ घण्टाभित्र उत्तर प्रसुती सेवा प्राप्त गर्ने सुत्केरी महिलाहरु प्रतिशतमा



चित्र नं. २९ : सुत्केरी महिलाले प्रोटोकल अनुसार २४ घण्टा भित्र जाँच गराउनेको संख्या गत आर्थिक वर्षमा भन्दा केहि बढेको देखिन्छ। आ.व. २०८१/८२ मा मोरंग जिल्लामा सबभन्दा बढी ११६.५% र सुनसरीमा सबभन्दा कम २३.२ % देखिन्छ।

प्रोटोकल अनुसार चार पटक चेक जाँच प्राप्त गर्ने नवजात शिशुको संख्या प्रतिशतमा



चित्र नं.३० : कोशी प्रदेशमा आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा चार पटक (प्रोटोकल अनुसार) चेक जाँच गर्ने नवजात शिशुको दर ३१.८ प्रतिशत रहेको छ । चार पटक (प्रोटोकल अनुसार) चेक जाँच गर्ने नवजात शिशुको दर सबै भन्दा बढी संखुवासभा जिल्लामा ४७.५ प्रतिशत र सबै भन्दा कम तेह्रथुम जिल्लामा १९.१ प्रतिशत तथ्यांकले देखाएको छ ।

मातृ तथा नवशिशु मृत्यु विवरण

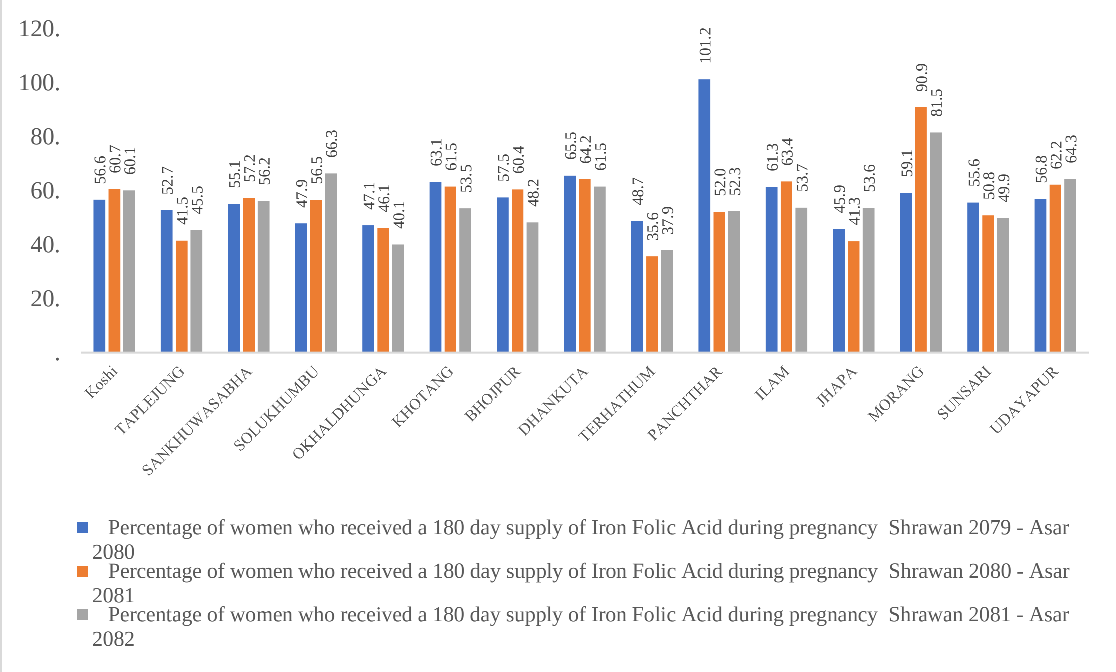
मातृ मृत्यु सम्बन्धी विवरण (आ.व. २०८१/८२)

सि.नं	जिल्लाको नाम	अस्पतालमा भएको मृत्युको संख्या	समुदायमा भएको मृत्युको संख्या	कुल जम्मा
१.	झापा	४	४	८
२.	मोरंग	१७	४	२१
३.	सुनसरी	४	१	५
४.	इलाम	१	२	३
५.	ओखलढुङ्गा	१	१	२
६.	सोलुखुम्वु	-	१	१
७.	तेह्रथुम	-	१	१
८.	ताप्लेजुङ्ग	-	२	१
९.	धनकुटा	-	१	१
१०.	संखुवासभा	-	१	१
कोशी प्रदेशको जम्मा				**४५**

श्रोतः MPDSR Report 2025

मातृ मृत्यूको संख्या कोशी प्रदेशमा विगत आर्थिक वर्ष भन्दा यस आ.व. मा मातृ मृत्युको संख्या बढेको देखिन्छ।तंथ्याकमा हेर्दा ४५ जना रहेको पाइन्छ | आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा मोरङ्ग जिल्लामा सबै भन्दा धेरै २१ जनाको मृत्यु भएको छ।गत आ.व. मा यो मृत्यु कोशी प्रदेशमा २४ रहेको थियो |

चित्र न.१४: १८० दिन आइरन र फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने सुत्केरी महिलाहरु % मा



चित्र न.३१ : कोशी प्रदेशमा १८० दिन आइरन र फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने सुत्केरी महिलाहरु तीन आर्थिक बर्षको तुलनात्मक अबस्था हेर्दा बढ्दो दरमा रहेको छ। आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा सबै भन्दा बढी मोरंग जिल्लामा ८१.५ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम तेर्हथुम जिल्लामा ३७.९ रहेको छ।

२.३ सुरक्षित गर्भपतन सेवा

१. पृष्ठभूमि (Background):

नेपालमा सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सुरुवात सन् २००२ मा भएको ऐतिहासिक कानुनी संशोधनसँग सम्बन्धित छ, जसअन्तर्गत गर्भपतनलाई विशिष्ट परिस्थितिमा कानुनी रूपमा मान्यता दिइयो। यसअघि गर्भपतन पूर्णतः गैरकानुनी भएकाले महिलाहरू असुरक्षित तरिकाबाट गर्भपतन गराउन बाध्य थिए, जसले maternal morbidity र mortality दरलाई प्रत्यक्ष वृद्धि गराएको थियो।

गर्भपतन सेवाले कानुनी वैधता पाएसँगै नेपाल सरकारले सुरक्षित गर्भपतनलाई प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारको अभिन्न अङ्गका रूपमा अंगीकार गर्दै महिलाको जीवन, स्वास्थ्य र निर्णय स्वतन्त्रताको संरक्षणमा एक महत्वपूर्ण कोसेढुङ्गा स्थापित गरेको हो।

यस कार्यक्रम मार्फत देशभरका सरकारी, अर्धसरकारी, गैरसरकारी तथा निजी संस्थाहरूबाट सेवा उपलब्ध गराइएको छ। सुचिकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी (SAS Providers) द्वारा सेवा प्रदान गरिन्छ जसले निर्धारित मापदण्ड तथा गुणस्तरीय सेवा सुनिश्चित गरेको छ।

२. दुरदृष्टि (Vision):

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

३. ध्येय (Mission):

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

४. लक्ष्यहरू (Goals):

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

५. उद्देश्यहरू (Objectives):

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

६. हालको अवस्था (Current Status):

क्षेत्र	विवरण
कानुनी व्यवस्था	१२ हप्ता भित्र महिलाको इच्छाअनुसार, १८ हप्ता भित्र विशिष्ट परिस्थितिमा, र चिकित्सकीय सिफारिसमा कुनै पनि समयमा वैध।
सेवा केन्द्र	कोशी प्रदेशमा २७४ स्वास्थ्य संस्था (सरकारी, NGO, निजी) मा सेवा उपलब्ध।
प्रशिक्षित जनशक्ति	ANM, Staff Nurse, MBBS, MD Obstetricians and Gynaecologists आदि।
सेवा प्रकार	Manual Vacuum Aspiration (MVA), Medical Abortion (MA), Comprehensive Abortion Care (CAC)
लक्षित समूह	किशोरी, ग्रामीण महिला, गरिब तथा सिमान्तकृत समुदाय

चित्र न.१५ : गर्भपतन गराउनेको संख्या

कोशी प्रदेशमा सुरक्षित गर्भपतन लिनेको संख्या अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा आ.व. ०८१/८२ मा केहि मात्रामा घटेको देखिन्छ। तंथ्याकमा हेर्दा गर्भपतन सेवा लिनेको संख्या सबै भन्दा बढी सुनसरी जिल्लामा छ भने सबै भन्दा कम ओखलढुंगा जिल्लामा रहेको देखिन्छ।

Table १ जिल्ला अनुसार आ ब २०८१।८२ मा सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएका महिलाहरुको संख्या र जटिलताको उपचार सम्बन्धि विवरण

District Name	Total safe abortion services	Number of women treated for complications
Taplejung	438	1
Sankhuwasaabha	862	38
Solukhumbu	263	7
Okhaldhunga	112	42
Khotang	249	4
Bhojpur	349	4
Dhankuta	500	3
Terhathum	604	1
Panchthar	1014	10
Illam	1187	21
Jhapa	3637	235
Morang	2882	485
Udaypur	702	3
Sunsari	3754	-
Koshi province	**16553**	**853**

७. समस्या (Challenges):

समस्या क्षेत्र	विवरण
सामाजिक अपहेलना र रूढ़िवादी सोच	गर्भपतनलाई पाप, अनौतिकता वा अपराधको रूपमा हेर्ने प्रवृत्ति ।
जानकारीको अभाव	कानुनी मापदण्ड, सेवा उपलब्धता र लागतसम्बन्धी स्पष्ट जानकारी नभएको।
सेवामा असमान पहुँच	दुर्गम क्षेत्रमा पूर्वाधार, दक्ष जनशक्ति र पहुँच अभाव र जाति, धर्म, वर्गका आधारमा सेवा असमानता।
जनशक्ति अभाव	दक्ष SAS सेवा प्रदायकको कमी।
नियमन प्रणाली	अनुमतिविनाको निजी सेवा संचालन।
किशोरी मैत्री सेवा न्यून	गोपनीयता, परामर्श, सम्मानजनक सेवा अभाव।
औषधि अभाव र आपूर्ति प्रणाली कमजोर	MVA किट तथा औषधि समयमै आपूर्ति नहुनु वा अभावमा पर्नु।
पुनःजाँच सेवा कमजोर	Post-Abortion Follow-up परामर्श नियमित नहुनु।

८. समाधानका उपायहरू (Recommendations):

- ✓ जनचेतना, मिडिया र यौन शिक्षाको प्रवर्द्धन गर्ने।
- ✓ सेवा उपलब्धता, कानुनी प्रावधान र लागतसम्बन्धी जानकारी दिन हेल्पलाइन सेवा स्थापना र स्थानीय तहमा सचेतनामूलक कार्यक्रमहरू गर्ने।
- ✓ दुर्गम र पिछडिएका क्षेत्रमा पुग्न मोबाइल क्लिनिक, सेवा नपुगेका क्षेत्रमा टेलिमेडिसिन र स्वास्थ्य चौकीमा सेवा विस्तार गर्ने।
- ✓ नयाँ प्रोटोकलअनुसार तालिम र नियमित दक्षता विकास गर्ने ।
- ✓ सरकारी निकायबाट निजी स्वास्थ्य संस्थाको नियमित निरीक्षण तथा अनुमतिप्राप्त सेवाप्रदाता सूची सार्वजनिक गर्ने।
- ✓ गोपनीय, सम्मानजनक सेवा र सेवाप्रदायकको संवेदनशीलता तालिमको विकास गर्ने।
- ✓ स्पष्ट नीति, उजुरी दिन सकिने सुरक्षित व्यवस्था गर्ने ।
- ✓ डिजिटल ट्र्याकिङ, आपतकालीन स्टक व्यवस्थापन गर्ने ।
- ✓ नियमित फॉलोअप र दोहोरिने अनावश्यक गर्भ रोक्न पारिवारिक योजना सेवा सँगै उपलब्ध गराउने।

२.४ परिवार योजना कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

परिवार नियोजन सेवा नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीमा अधिकारमा आधारित, पहुँचयुक्त र गुणस्तरीय सेवा प्रणालीको आधारस्तम्भको रूपमा स्थापित हुँदै आएको छ। नेपालको संविधान, २०७२ को धारा ३८(२) अनुसार महिलाले प्रजनन स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवा प्राप्त गर्ने मौलिक हक सुनिश्चित गरिएको

छ। यस व्यवस्थालाई कार्यान्वयन गर्न सरकारले जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ मार्फत परिवार नियोजन सेवालाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको हिस्सा बनाएको छ।

यसबाहेक, सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ र सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७, सोह्रौं योजना (आर्थिक वर्ष ०८१/८२-०८६/८७) साथै सुरक्षित मातृत्व रोडम्याप (सन् २०२०-२०३०)ले सबै महिलालाई स्वेच्छाले, बिना जबर्जस्ती, गुणस्तरीय, समावेशी, महिलामैत्री र जानकारीमा आधारित परिवार नियोजन सेवा प्राप्त गर्ने अधिकारलाई कानुनी संरक्षण प्रदान गरेका छन् | बाल विवाह अन्त्य गर्न, केही वर्षको अन्तरालमा बच्चा जन्माउने योजना बद्ध परिवारको अवधारणालाई स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचारको मध्यमबाट नागरिकलाई सहज रुपमा जानकारी गराउने, सहज रुपमा सेवा उपलब्ध गराउने र बर्ष भरि नै नियमित रुपमा सेवाको पहुँच बढाउने रणनीति अवलम्वन गरिएको छ ।

उद्देश्यहरु:

- गुणस्तरीय परिवार नियोजनका सेवाहरुको पहुँच तथा प्रयोगमा वृद्धि गर्ने ।
- महिला र पुरुषका लागि गुणस्तरीय परिवार नियोजनका सेवाको पहुँच बढाउनका लागि उपयुक्त वाताबरण सिर्जना गर्ने ।
- परिवार नियोजनका सेवाहरुको माग बढाउनका लागि विविध व्यवहार परिवर्तन संचारका क्रियाकलापहरु गर्ने ।

लक्ष्य :

- अनिच्छित गर्भधारणलाइ रोक्न, Unmet need लाई घटाउने,
- CPR बृद्धि गर्ने,
- मातृ मृत्युलाई घटाउने

रणनिति :

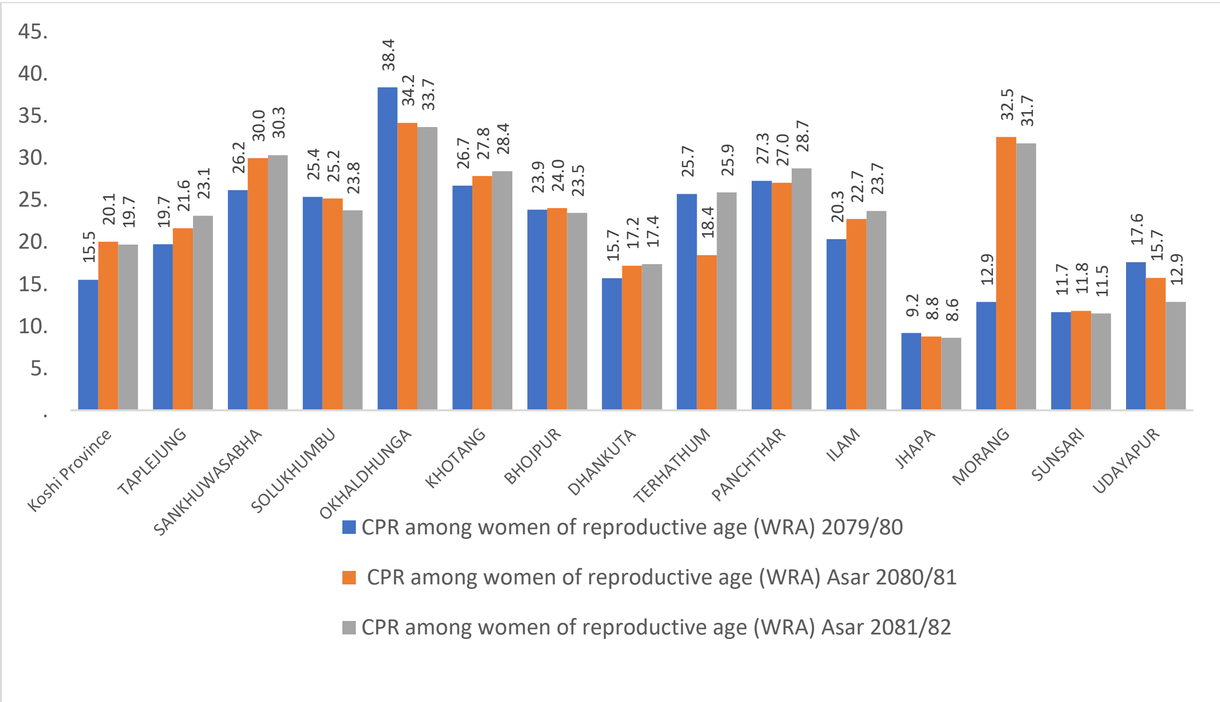
- सञ्चार माध्यमहरू मार्फत जनचेतना अभिवृद्धि गरी परिवार नियोजन सेवाको माग बढाउने।
- स्वास्थ्य संस्था, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका तथा अन्य माध्यमहरू मार्फत परिवार नियोजनको साधनहरूको सहज उपलब्धता सुनिश्चित गर्ने।
- सेवाको पहुँचभन्दा टाढा रहेका समुदायलाई लक्षित गरी विशेष योजना बनाउने।
- गाउँघर क्लिनिक र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमार्फत परिवार नियोजन सेवा विस्तार गर्ने।

आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा भएका मुख्य क्रियाकलापहरु

- विद्यालय नर्सहरूलाई किशोर–किशोरीको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अभिमुखीकरण कार्यक्रम सञ्चालन गरियो |
- CPR कम भएका जिल्लाहरुमा परिवार योजना कार्यक्रमको योजना तर्जुमा गरिएको ।
- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुमा (अस्पताल, स्वा.चौ., आ.स्वा.के, सा.स्वा.ई. र गाउँघर क्लिनिक) परिवार नियोजनका अस्थायी साधन नियमित उपलब्ध गराइएको ।

- स्वास्थ्यकर्मीहरुबाट परिवार योजना सेवा तथा परामर्श प्रदान गरिएको ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाबाट समुदायस्तरमा नियमित कण्डम/पिल्सको वितरण र आवश्यकता अनुसार प्रेषण गरिएको ।
- अस्पताल साथै स्वास्थ्य संस्थाहरुवाट आई.यु.सि.डी. र ईम्प्लान्ट सेवा उपलब्ध गराईएको।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा परिवार नियोजन सम्बन्धी सूचना सामग्रीहरु उपलब्ध गराईएको ।
- सुत्केरी तथा गर्भपतन पश्चात परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्न अस्पतालहरूमा onsite coaching गरिएको ।
- परिवार नियोजन क्रियाकलापको नियमित सुपरिवेक्षण र अनुशिक्षण गरिएको ।

परिवार नियोजन प्रयोग दर



चित्र न.३२ : Contraceptive Prevalance Rate(CPR) among WRA

कोशी प्रदेशमा परिवार नियोजनका प्रयोगकर्ता दर Contraceptive Prevalance Rate(CPR) विगत आर्थिक वर्षमा २० प्रतिशत रहेकोमा आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा १९ प्रतिशत रहेको छ जुन तुलनात्मक रुपमा घट्दो क्रममा रहेको छ । जिल्लागत रुपमा हेर्दा सबै भन्दा ओखलढुंगा जिल्लामा ३३.७ प्रतिशत र सबैभन्दा कम झापा जिल्लामा ८.६% रहेको छ|

समस्या तथा चुनौती	समाधानका उपाय तथा कार्य दिशा	जिम्मेवारी
हिमाली र पहाडी जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा संचालित बर्थिङ्ग सेन्टरमा तालिम प्राप्त जनशक्ति कमि हुनुका साथै तराईका जिल्लाहरुमा तालिम प्राप्त	SBA तालिम प्राप्त जनशक्तिहरुलाई स्वास्थ्य संस्थाको बर्थिङ्ग सेन्टरमा नै रही सेवा प्रदान गर्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्ने, तालिमको आवश्यकता पहिचान गरी वास्तबिक सेवा प्रदायकलाई मात्र तालिम प्रदान गर्नुपर्ने ।	स्वास्थ्य मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय/स्वास्थ्य तालिम केन्द्र/ स्वास्थ्य कार्यालय/ स्थानीय तह

जनशक्तिहरु वर्थिङ्ग सेन्टरमा रही कार्य सम्पादन नगर्नु ।		
सुचिकृत भएका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा तालिम प्राप्त सेवा प्रदायक पर्याप्त मात्रामा नभएका कारणले सुरक्षित गर्भपतन सेवा सहज उपलब्ध नहुनु।	स्वास्थ्य संस्थाको नियमित अनुगमन गरी सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न मापदण्ड पुगेका स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई सुचिकृत गर्नुपर्ने साथै तालिम प्राप्त सेवा प्रदायकहरुको व्यवस्थापन गरी नियमित सेवाको उपलब्धतालाई सुनिश्चित गराउनु पर्ने ।	स्वास्थ्य मन्त्रालय/ स्वास्थ्य निर्देशनालय/स्वास्थ्य तालिम केन्द्र/ स्वास्थ्य कार्यालय/ स्थानीय तह
प्रत्येक मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु प्रतिकार्य योजना निर्माण नहुनुका साथै निर्माण भएका योजनाको समेत उचित रुपमा कार्यान्वयन नहुँदा अपेक्षाकृत रुपमा मृत्युदर घट्न नसक्नु।	सम्पूर्ण CEONC लागू भएका अस्पतालहरुमा Sick Newborn Care Unit (SNCU) नियमित संचालन गरिनु पर्ने । Referral Hospital लाई MPDSR कार्यक्रमको तालिम दिएर मातृ तथा नवजात शिशु मृत्युदरको निगरानी गरी प्रतिकार्य प्रणालीमा आबद्द गर्नुपर्ने। ANC to PNC Continuum of care मा जोड दिनु पर्ने।सहयोगतात्मक अनुगमन र स्थलगत अनुशिक्षण कार्यक्रममा जोड दिनु पर्ने।	स्वास्थ्य निर्देशनालय/ स्वास्थ्य कार्यालय/ जिल्ला अस्पताल / Referral Hospital /स्थानीय तह
आवश्यकतामा आधारित परिवार योजनाका साधन र सेवाको छनौट तथा पहुँचमा कमी, सुत्केरीमा र गर्भपतन पछि(Post pregnancy Family Planning) र किशोरावस्थामा आवश्यक पर्ने लामो अवधिको (Long Acting Reversible Contraceptive) परिवार नियोजन सम्बन्धी सेवा तथा साधन लक्ष्य अनुसार सेवाग्राहीसम्म पर्याप्त मात्रामा उपलब्ध नहुनु।	आवश्यकतामा आधारित लामो समयको परिवार नियजाका साधन तथा सेवाहरु (PPFP- LARC) को पहुँच सुत्केरी भएका महिलाहरुसम्म पुर्याउने, स्थानियस्तरमा जनचेतना एवं सेवा केन्द्रहरुमा नियमित साधनको उपलब्धता र तालिमको उचित व्यवस्थापन गर्नुपर्ने। सहयोगतात्मक अनुगमन र स्थलगत अनुशिक्षण कार्यक्रममा जोड दिनुपर्ने।	स्वास्थ्य मन्त्रालय/ स्वास्थ्य निर्देशनालय/स्वास्थ्य तालिम केन्द्र/ स्वास्थ्य कार्यालय/स्थानीय तह

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

१. पृष्ठभूमि (Background):

कोशी प्रदेशमा महिलासम्बन्धी प्रजनन स्वास्थ्य समस्याहरूको दायरा विस्तृत छ। विशेष गरी ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने महिलाहरू स्तन क्यान्सर, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ खस्ने समस्या, तथा फिस्टुला जस्ता गम्भीर स्वास्थ्य अवस्थाबाट प्रभावित छन्। यी समस्याहरू लामो

समयसम्म मौन रहने, लाज वा जानकारीको कमीले गर्दा उपचारमा ढिलाइ हुने, तथा केही अवस्थामा सामाजिक बहिष्कारको पनि कारण बन्ने गरेका छन्।

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

२. दुरदृष्टि (Vision):

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

३. ध्येय (Mission):

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

४. लक्ष्यहरू (Goals):

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

५. उद्देश्यहरू (Objectives):

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

६. हालको अवस्था (Current Status):

नेपालमा प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णताको विशेष गरेर स्तन क्यान्सर पाठेघरको मुखको क्यान्सार आङ खस्ने समस्या र फिस्टुलाको स्क्रिनिक र उपचार नियमित हुदै आएपनि आ.ब. २०७९/८० देखिमात्र HMIS लाइ परिमार्जन गरी पाँचवटा सूचकहरुको प्रतिवेदन सुरु भएको थियो। कोशी प्रदेशको प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णताको अवस्था तलको तालिकामा देखाइएको छ । कोशी प्रदेश र जिल्ला अनुसार प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णताको अवस्था

जिल्ला	No. of women aged ≥30 years screened for cervical cancer			No. of women screened for breast cancer			% of women tested positive for cervical cancer			% of women with pelvic organ prolapse			No. of women with obstetric fistula (Susptected)		
	2079/80	2080/81	2081/82	2079/80	2080/81	2081/82	2079/80	2080/81	2081/82	2079/80	2080/81	2081/82	2079/80	2080/81	2081/82
कोशी प्रदेश	27927	35688	50696	3457	7469	15956	2	3	2	20	33	30	5	34	71

जिल्ला	No. of women aged ≥30 years screened for cervical cancer			No. of women screened for breast cancer			% of women tested positive for cervical cancer			% of women with pelvic organ prolapse			No. of women with obstetric fistula (Susptected)		
	2079 /80	2080 /81	2081 /82	2079 /80	2080 /81	2081 /82	2079 /80	2080 /81	2081 /82	2079 /80	2080 /81	2081 /82	2079 /80	2080 /81	2081 /82
ताप्लेजुङ	2409	789	1313		360	15	2	1	0	2	18	92		1	1
संखुवासभा	1285	793	2025	299	582	2264	0	1	2	17	43	54		6	9
सोलुखुम्बु	384	2573	2029	1	486	2	0	5	8	38	19	25			
ओखलढुंगा	641	1179	3095	1	108	1194	2	2	2	32	97	15			
खोटाङ	669	1065	554	4	4	25		0	1	35	79	52			
भोजपुर	1573	986	955	103	322	438	0	1	1	16	68	47	2	4	11
धनकुटा	1788	2022	1497	1367	1514	1389	1	2	4	23	22	26	2		1
तेह्रथुम	631	294	224	32	70	81	1	2	1	13	31	30			
पाँचथर	428	1056	442		2	120	1	1		37	42	28			
इलाम	3294	2847	2429	100	380	628	2	2	1	11	26	28		1	1
झापा	3918	3737	7110	1055	1432	3150	2	5	2	12	17	23			1
मोरङ	5427	9011	19242	470	998	4512	5	3	2	28	27	34		22	6
सुनसरी	4136	7946	7963	19	913	1329	3	2	3	17	38	23			2
उदयपुर	1344	1390	1818	6	298	810	3	6	3	27	39	33	1		39

- **स्तन क्यान्सर:** कोशी प्रदेशमा स्तन क्यान्सरको दर्ता दर बढ्दो छ तर धेरैजसो महिलामा ढिलो (advanced stage) मा मात्र पत्ता लाग्दछ।
- **पाठेघरको मुखको क्यान्सर:** महिलामा हुने क्यान्सरमध्ये प्रमुख, स्क्रिनिङ सेवा उपलब्ध भए पनि प्रयोग दर न्यून रहेको छ ।
- **आङ खस्ने समस्या:** विशेषगरी ४० वर्षमाथिका महिलामा बढी, ३० प्रतिशत महिला प्रभावित भएको देखिन्छ।
- **फिस्टुला:** पालिका तहबाट गरिएको सिविरहरुको तथ्याक स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रतिवेदन हुन नसकेको कारण हाल घटनाहरू कम भए पनि दुर्गम क्षेत्रमा अझै फिस्टुला रोगी महिलाहरू लुकेर बस्न बाध्य छन्।

७. समस्या (Challenges):

- स्क्रिनिङ सेवाको अपर्याप्तता तथा पहुँचमा कमी।
- जनचेतनाको अभाव, लाज र सामाजिक अपहेलना।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा विशेषज्ञ जनशक्ति तथा उपकरणको अभावका कारण नियमित उपचार र प्रतिवेदन हुन नसक्नु ।
- गरिबीका कारण उपचार खर्च धान्न नसक्नु।
- ग्रामीण क्षेत्रमा सुरक्षित सुत्केरी सेवा नपाइ फिस्टुला हुने जोखिम बढ्नु।
- आङ खस्ने महिलालाई "सामान्य समस्या" ठान्ने सामाजिक दृष्टिकोण।

८. समाधानका उपायहरू (Solutions):

नीतिगतः

- प्रदेश स्तरमा स्तन क्यान्सर र पाठेघरको मुखको क्यान्सर स्क्रिनिङ कार्यक्रम अनिवार्य रूपमा सञ्चालन गर्नुपर्दछ ।
- आङ खस्ने तथा फिस्टुला रोकथाम, उपचार र पुनर्स्थापनाका लागि छुट्टै नीति निर्माण गर्नुपर्दछ।
- वार्षिक बजेट तथा क्रियाकलापमा अनिवार्य कार्यक्रम समावेश गर्ने र अनुगमन तथा प्रतिवेदन प्रणालीलाइ संस्थागत गर्ने |

कार्यन्वयन स्तरमाः

- मोबाइल हेल्थ क्लिनिक तथा निःशुल्क शिविरहरू सञ्चालन गर्नुपर्दछ ।
- VIA test, Pap smear जस्ता स्क्रिनिङ विधिहरूमा पहुँच विस्तार स्थानीय स्वास्थ्य संस्था र समुदाय सम्म पुर्याउनुपर्दछ।
- आङ खस्ने सर्जरी शिविरहरू संचालन गर्न जिल्ला अस्पताल तथा प्रदेश तहमा क्षमता अभिवृद्धि गर्नुपर्दछ।
- फिस्टुला पुनर्स्थापना केन्द्र स्थापना र मानसिक परामर्श सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ।
- स्वास्थ्य स्वयंसेविका र स्थानीय स्वास्थ्यकर्मी मार्फत समुदायमा प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णताको वारेमा सेवाको पहुँच र यसले गर्न सक्ने असरको बारेमा शिक्षा दिनुपर्दछ ।
- प्रशिक्षण कार्यक्रम: स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई विशेषज्ञ सेवा दिन आवश्यक तालिम प्रदान गर्नुपर्दछ।

९. निष्कर्ष (Conclusion):

कोशी प्रदेशमा प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता विशेष गरी स्तन क्यान्सर, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ खस्ने र फिस्टुला जस्ता समस्याहरू सामाजिक, आर्थिक र संरचनागत कारणले अझै पनि महिलाको स्वास्थ्यमा गम्भीर असर पारिरहेका छन्। समयमै पहिचान, प्रभावकारी उपचार, सामाजिक सहभागिता र जनचेतना अभिवृद्धि गरेर मात्र यस समस्याको दीर्घकालीन समाधान सम्भव छ। त्यसका लागि सरकारले स्थानीय तहसम्म प्रभावकारी कार्यक्रम विस्तार गर्नुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ।

भाग ३ : इपिडेमोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

३.१. औलो

३.१.१. पृष्ठभूमि

नेपालमा औलो नियन्त्रण कार्यक्रम सन् १९५४ मा संयुक्त राज्य अमेरिकाको सहयोगमा तराई क्षेत्रमा सुरु भएको हो । सन् १९५८ मा राष्ट्रिय औलो उन्मूलन कार्यक्रम सुरु भई सन् १९७८ मा औलो नियन्त्रण कार्यक्रमलाई एकिकृत रोग नियन्त्रण कार्यक्रममा समावेश गरियो । सन् १९९८ मा रोल ब्याक मलेरिया (RBM) सुरु गरि घना जंगल, तराई, भित्री तराई र पहाडी उपत्यकाहरूमा औलो नियन्त्रण गरिएको थियो । विगत पाँच वर्षको तथ्याङ्कलाई हेर्दा तराईका केही भु-भागहरुमा औलोको प्रकोप अझै रहेता पनि तुलनात्मक रुपमा पहाडी भु-भागहरु औलो मुक्त रहेको देखिन्छ । सामुदायिक स्तरमा जोखिम स्तरीकरणलाई परिष्कृत गर्न र मलेरियाको जोखिममा रहेको कुल जनसंख्यालाई परिभाषित गर्न मलेरिया जोखिमको सूक्ष्म स्तरीकरण पालिकाको वडा स्तरमा गरिएको थियो । सूक्ष्म स्तरीकरण २०२२ को अपडेट अनुसार कोशी प्रदेशमा कम जोखिम भएका २१८ वटा वडा छन् भने उच्च र मध्यम जोखिममा कुनै वडा देखिएका छैनन् ।

३.१.२ नेपालको राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना (NMSP, २०१४-२०२५)

राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना सन् २०१३ मा Pre-Elimination अवधराणा साथ विकास गरिएको थियो । **WHO** ग्लोबल प्राविधिक रणनीति (२०१६-२०३०), मलेरिया उन्मूलन र मलेरिया उन्मूलनको फ्रेमवर्क, संघीय स्वास्थ्य प्रणाली, रोग महामारी विज्ञान र मिड टर्म मलेरिया कार्यक्रम समीक्षा-२०१७ को ढाँचाको आधारमा सन् २०२१ मा राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना सन् २०१३ मा अद्यावधिक गरिएको थियो।

नेपालमा “सन् २०२५ सम्ममा औलो उन्मूलन” गर्ने लक्ष्यका साथ कार्यक्रमहरु अघि बढि रहेको छ ।

भिजनः सन् २०२५ सम्ममा नेपालमा औलो उन्मूलन ।

मिशनः औलोको रोकथाम, निदान, उपचार र प्रकोप नियन्त्रण गर्न तत्काल प्रतिक्रियाको लागि गुणस्तरीय सेवामा सबैको पहुँच सुनिश्चित गर्ने ।

लक्ष्यः सन् २०२२ सम्ममा स्वदेशी औलोका केशहरूलाई शून्यमा लाने र यसलाई कायम राख्ने । औलोबाट हुने मृत्युदरलाई शून्यमा झार्ने।

उद्देश्यः

संघीय संरचना अनुसारको स्वास्थ्य सेवामा गुणस्तर सुनिश्चित गरि निदान र उपचारमा समानुपातिक र समान पहुँच सुनिश्चित गर्ने र औलो उन्मूलन प्राप्त गर्न प्रभावकारी रोकथामका उपायहरू लागू गर्ने । अद्यावधिक **NMSP** (२०१४-२०२५) ले निम्न पाँच रणनीतिहरूको कार्यान्वयनले मलेरिया उन्मूलनको लक्ष्य प्राप्त गर्नेछ ।

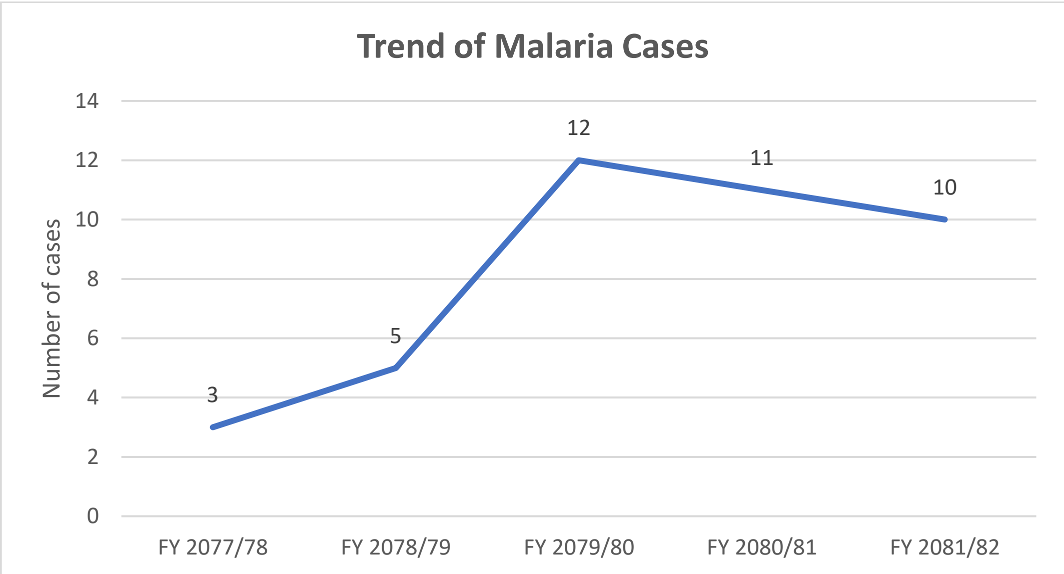
१. प्रभावकारी निर्णय लिनको लागि मलेरियामा निगरानी र सूचना प्रणालीलाई बलियो बनाउने ।
२. मलेरिया जोखिम क्षेत्रहरूमा मलेरिया फैलिन कम गर्न भेक्टर नियन्त्रण कार्यहरु प्रभावकारीमा रुपमा लागु गर्ने ।
३. गुणस्तरीय रुपमा मलेरियाको निदान गर्दै प्रभावकारी उपचारमा सबैको पहुँच सुनिश्चित गर्ने ।
४. मलेरिया उन्मूलनका लागि नेतृत्व र समुदायको सहभागिता सुनिश्चित गर्ने।

५. प्राविधिक र व्यवस्थापकीय क्षमता बलियो बनाउने ।

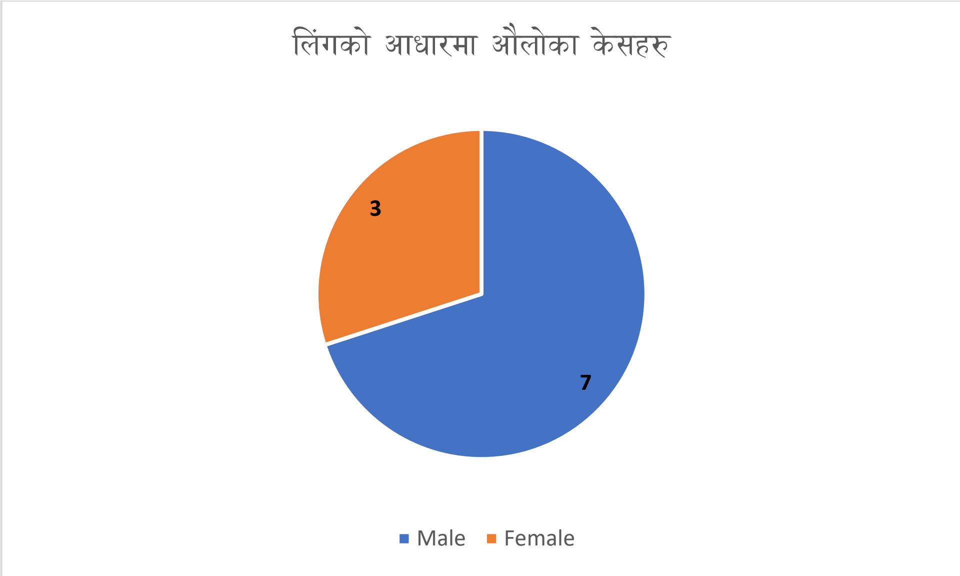
३.१.३ आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा सम्पन्न प्रमुख गतिविधिहरु

- केस पत्ता लगाई उपचार कार्य शुरु,
- औलो सार्ने भेक्टरहरुको प्रतिकार्य एकीकृत सर्भिलेन्स — IVS,
- औलो नियक्रणबारे स्वास्थ्यकर्मी, मा. स्व. से. तथा अन्य सरोकारवालाहरुलाई अभिमुखिकारण/ अन्तरक्रिया,
- छनौट भएका जिल्लाहरूका सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूको लागि HMIS अभिमुखीकरण,
- मलेरिया उन्मूलनको लागि सक्रिय रुपमा केस पत्ता लगाउने कार्यक्रम,
- स्वास्थ्य कर्मचारीहरूलाई मलेरिया उपचार प्रोटोकल सम्बन्धि अभिमुखीकरण

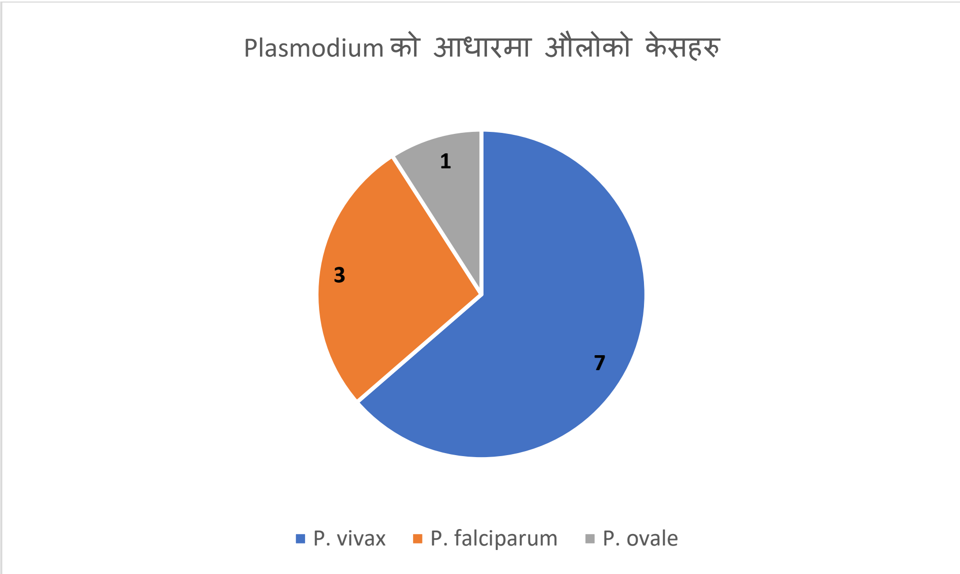
३.१.४ सूचक विश्लेषण



चित्र न. ३३: आ.व.२०८१/०८२ मा जम्मा १० वटा औलो केस देखिएको छ जुन गत आर्थिक बर्षको भन्दा एउटा केस कम हो र यस चित्रले औंलोको केसहरु निरन्तर घट्दोक्रममा रहेको देखिन्छ।



चित्र न ३४: आ.व.२०८१/०८२ मा जम्मा केसमध्ये १० जना पुरुष र ३ जना महिला रहेका छन् ।



चित्र न. ३५: आ.व.२०८१/०८२ का जम्मा केसमध्ये ७ वटा केसहरुलाई Plasmodium vivax, ३ वटा केसहरुलाई Plasmodium falciparum र १ वटा केसलाई Plasmodium ovale द्वारा सङ्क्रमण गरेको थियो ।यी सबै केसहरु बाहिरबाट आएका केसहरु हुन् ।

३.२ कालाजार

३.२.१ पृष्ठभूमि

कालाजार परजीवी Leishmania Donovani बाट लाग्ने एक भेक्टरजन्य रोग हो, जुन पोथी भुसुना फ्लेबोटोमस् अर्जेन्टाइपको टोकाइबाट सर्छ । यो रोगले स्प्लेनोमेगाली, रक्तअल्पता, वजन घट्ने, कहिलेकाहीँ छाला कालो हुने र दुई हप्ता भन्दा बढी ज्वरो आउने गर्दछ।प्रभावित क्षेत्रहरूमा

बालबालिका, युवा र वयस्कहरू बढी पीडित हुन्छन् । समयमै उपचार नगरे यो रोग घातक हुन्छ । जनस्वास्थ्य क्षेत्रको समस्याको रूपमा रहेको कालाजारलाई दक्षिण-पूर्वी एसिया क्षेत्रबाट उन्मूलन गर्ने योजना रहेको छ । कालाजारको निवारण भनेको एक वर्षमा प्रभावित क्षेत्रका १०,००० जनसंख्यामा कालाजारको १ भन्दा कम केस हुनु हो । नेपाल सरकारले कालाजार निवारण गर्न सन् २००५ मा भएको विश्व स्वास्थ्य सम्मेलनको साइड बैठकमा औपचारिक रूपमा डब्लुएचओ क्षेत्रीय रणनीति, बंगलादेश र भारतसँग क्षेत्रीय उन्मूलन गर्ने प्रयासहरूमा सहकार्यलाई बलियो बनाउने समझदारी पत्रमा हस्ताक्षर गरी प्रतिबद्धता गरेको छ । सन् २००५ मा EDCD ले नेपालमा कालाजार उन्मूलनको लागि राष्ट्रिय योजना बनाएको छ । राष्ट्रिय योजना सन् २०१० मा नेपालमा कालाजार उन्मूलन सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीतिक दिशानिर्देशका रूपमा परिमार्जन गरिएको थियो जसले कालाजारको पहिलो लाइन उपचारको रूपमा र्‍यापिड डायग्नोस्टिक टेस्ट किट र मिलटेफोसिन् सिफारिस गरेको थियो । सन् २०१४ मा २०१० को निर्देशिका अद्यावधिक गरियो र राष्ट्रिय उपचार निर्देशिकामा Liposomal Amphotericin B र संयोजन थेरापी सिफारिश गरिएको थियो। सन् २०१९ मा २०१४ को निर्देशिका पूर्ण रुपमा अद्यावधिक गरिएको थियो जसले प्राथमिक कालाजारको लागि पहिलो लाइन सिंगल डोज Liposomal Amphotericin B सिफारिस गरेको थियो ।

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

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

उद्देश्य

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

रणनीतिहरू

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

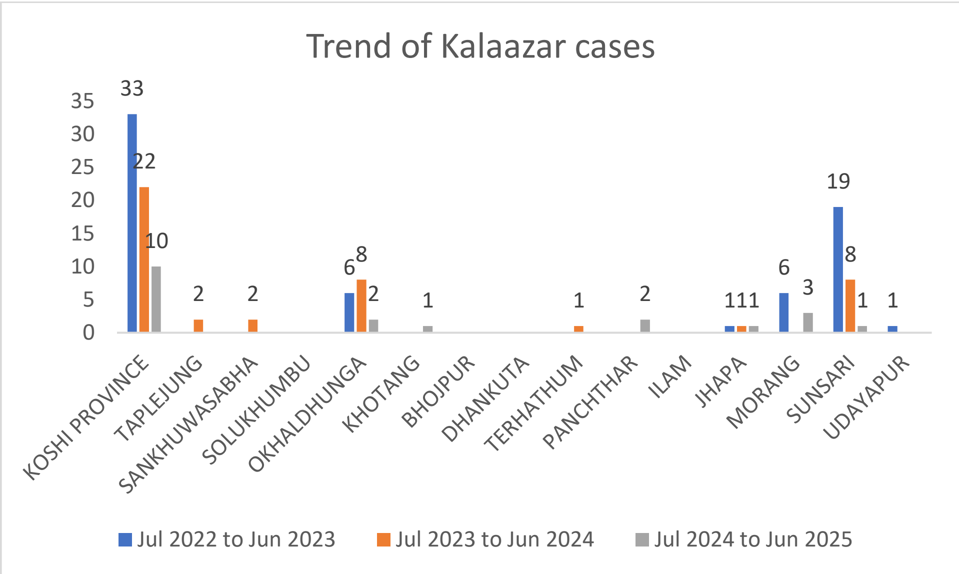
- प्रारम्भिक निदान र उपचार
- एकिकृत भेक्टर व्यवस्थापन
- प्रभावकारी रोग र भेक्टर निगरानी
- सामाजिक परिचालन र साझेदारी
- कार्यक्रम व्यवस्थापनमा सुधार
- क्लिनिकल कार्यान्वयन अनुसन्धान

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

३.२.२ प्रमुख गतिविधिहरुः

- रोगको पहिचान तथा उपचार सेवामा सहजीकरण,
- प्राथमिकतामा राखिएका कालाजार प्रभावित क्षेत्रहरूमा Indoor Residual Spraying,
- Amphotericine B र Miltefosine मार्फत उपचारको निरन्तरता
- सबै पोजेटिभ देखिएका केसहरूमा आधारित अनुसन्धान
- कालाजार प्रभावित जिल्लाहरूमा IEC र BCC मार्फत जनचेतना कार्यक्रम
- कालाज्वर सार्ने भेक्टरहरुको प्रतिकार्य एकीकृत सर्भिलेन्स — IVS
- कालाज्वर नियक्रणबारे स्वास्थ्यकर्मी, मा. स्व. से. तथा अन्य सरोकारवालाहरुलाई अभिमुखिकारण/ अन्तरक्रिया

३.१.४ सूचक विष्लेषण



चित्र न.३६ः यो चित्रले कोशी प्रदेशमा कालाजारका केसहरूमा घट्दोक्रममा देखाएको छ, जसअनुसार कुल केसहरू २०२२-२३ मा ३३ बाट २०२३-२४ मा २२ र २०२४-२५ मा १० मा झरेका छन्। सुनसरी, मोरङ र ओखलढुंगा जस्ता जिल्लाहरूले तीन वर्षको अवधिमा केसहरु धेरै देखाए पनि समग्र रूपमा घट्दो संख्या प्रदर्शन गरेका छन्।

३.३ हात्तिपाइले रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

३.३.१ पृष्ठभुमि

लिम्फ्याटिक फाइलेरियासिस (LF) लाई सामान्यतया हात्तिपाइले भनेर चिनिन्छ। यो रोग लामखुट्टेको टोकाईबाट सर्ने रोगहरू मध्ये एक हो । यो रोगले मानिसलाई शारीरिक रुपमा अशक्त, असमर्थ तथा अपाङ्ग बनाउछ । यो रोग एक प्रकारको मसिनो धागो आकारको परिजिविको संक्रमण बाट लाग्दछ। क्युलेक्स जातको संक्रमित पोथी लामखुट्टेले स्वास्थ मानिसलाई टोकेपछि यी परजिवीहरु मानव शरीरमा प्रवेश गर्दछन्। यो रोग Wucheria Bancrofti (९०%) र Brugia Species बाट लाग्ने गर्दछ तर नेपालमा Wucheria Bancrofti द्धारा मात्र लाग्ने गरेको पाईएको छ ।

३.३.२ नेपालमा लिम्फेटिक फाइलेरियासिस उन्मूलन कार्यक्रम

सन् १९९७ को विश्व स्वास्थ्य सभा (WHA) ले हाथीपाइलेलाई जनस्वास्थ्य क्षेत्रको समस्याबाट हटाउने प्रस्ताव पारित गऱ्यो र यसको जवाफमा डब्ल्यूएचओले सन् २००० मा एलएफलाई जनस्वास्थ्य क्षेत्रको समस्याबाट हटाउने लक्ष्यका साथ ग्लोबल प्रोग्राम टु एलिमिनेट एलएफ (GPELF) स्थापना गऱ्यो ।सन् २०२० सम्म GPELF को लागि विश्वव्यापी प्रतिबद्धता अनुसार LF म्यापिङ २००१, २००५/२००६ मा गरि २०१२ मा ICT को प्रयोग गरेर रिम्यापिङ गरिएको थियो । उक्त रिम्यापिङ पश्चात नेपालका ७७ मध्ये ६१ जिल्लाहरू LF को लागि Endemic रहेको पाइयो । यी जिल्लाहरूमा बसोबास गर्ने मानिसहरूलाई हात्तिपाइले हुने सम्भावना हुन्छ, लक्षण विहिन अवस्थामा रहेका मानिसहरुबाट अन्य स्वास्थ्य व्यक्तिहरुलाई रोग सर्ने जोखिम रहन्छ। जोखिम क्षेत्रहरुमा बसोबास गर्ने सबै जनसंख्यामा आम औषधी वितरण गर्नाले उपस्थित परजीवीहरू (वयस्क र माइक्रोफिलेरिया) लाई मारी संक्रमणको स्रोतलाई कम गर्छ । साथै रोगको फैलावटलाई उल्लेखनीय रूपमा कम गरी यसलाई जनस्वास्थ्य क्षेत्रको समस्याबाट हटाउन सकिन्छ ।

कोशी प्रदेश अन्तर्गत हात्तिपाइले उन्मुलनका लागि Morbidity Mapping and Disability Prevention (MMDP) रणनीति लागु गरिएको छ । यस कार्यक्रमलाई थप सुदृढ बनाउन स्वास्थ्यकर्मी तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (FCHVs) लाई चरणबद्ध रूपमा सबै जिल्लामा तालिम दिइँदै आएको छ, जसको उद्देश्य लिम्फाटिक फिलारियासिस (LF) बाट प्रभावित बिरामीको निरन्तर पहिचान, व्यवस्थापन तथा रिफरल प्रणालीलाई प्रभावकारी बनाउनु हो। यस कार्यक्रम अन्तर्गत विभिन्न जिल्लामा अवस्थित प्रदेशस्तरीय अस्पतालहरूमा हाइड्रोसिल (Hydrocele) र लिम्फोइडेमा (Lymphoedema) रोगको निःशुल्क शल्यक्रिया (operation) तथा उपचार सुविधा उपलब्ध गराइएको छ।

लक्ष्य

सन् २०३० सम्ममा लिम्फ्याटिक फाइलेरियासिसको संक्रमणलाई घटाएर संक्रमण नसर्ने स्थितिमा पुर्याई नेपालबाट निवारण गर्ने ।

उद्देश्य

- लिम्फेटिक फाइलेरियासिसको फैलावट हुन नदिने,
- रोग लाग्ने संख्यामा कम गरी रोकथाम गर्ने,
- Endemic समुदायहरूलाई अल्बेन्डाजोल प्रयोग गरेर डि-वार्मिङ गर्ने

• भेक्टर लामखुट्टे नियन्त्रण (एकीकृत भेक्टर व्यवस्थापन-Integrated Vector Surveillance)

लक्ष्यहरू

- २०१४ सम्ममा सबै जिल्लाहरूमा MDA संचालन गर्ने
- सन् २०३० सम्ममा माइक्रोफिलेरिया रेट १ प्रतिशत भन्दा तल झार्ने वा Antigenemia लाई २% भन्दा कम गरी लिम्फेटिक फाइलेरियासिसलाई हटाउने।

रणनीतिहरू

- **मास ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन (MDA) द्वारा प्रसारणको अवरोध** - सुरुमा दुई प्रकारका औषधि Diethyalcarbamazine (DEC) र Albendazole को प्रयोग ६ वर्षसम्म वार्षिक अभियानको रुपमा गरिएको थियो भने हाल तीन प्रकारका औषधि Ivermectin, DEC र Albendazole वार्षिक रुपमा (२-३ वर्षसम्ममा) नयाँ endemic तथा TAS असफल भएका जिल्लाहरुमा गर्ने |
- **बिरामी व्यवस्थापन र असक्षमता रोकथाम (MMDP)** - स्व-हेरचाहद्वारा रोग व्यवस्थापन गर्ने साथै सरल, प्रभावकारी र स्थानीय स्वच्छता प्रविधिहरूको प्रयोग गरी रोगको व्यवस्थापन गर्ने ।

३.३.३ आर्थिक वर्ष २०८१ /८२ मा प्रमुख गतिविधिहरू

- कालाजार सार्ने भेक्टरहरुको प्रतिकार्य एकीकृत सर्भिलेन्स — IVS
- प्रादेशिक र जिल्ला अस्पतालहरुमा हाइड्रोसिल बिरामीहरुको अप्रेसन् ।
- हात्तीपाइले रोग विरुद्ध औषधि खुवाउने अभियान, योजना तर्जुमा गोष्ठी, मर्बिडिटि म्यापिंग तथा निशुल्क हाइड्रोसिल सर्जरीका लागि जिल्ला तथा स्थानीय तहहरुलाई प्राविधिक सहयोग ।
- कालाजार नियक्रणबारे स्वास्थ्यकर्मी, मा. स्व. से. तथा अन्य सरोकारवालाहरुलाई अभिमुखिकारण/ अन्तरक्रिया

३.४ डेंगु

३.४.१ पृष्ठभूमि

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

इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा र राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाद्वारा सन् २००६ मा Walter Reed/AFRIMS अनुसन्धान इकाई (WARUN) सँगको सहकार्यमा गरिएको अध्ययन अनुसार डेंगु भाइरसका सबै चार

उप-प्रकारहरू (DEN-1, DEN-2, DEN- 3 र DEN-4) नेपालमा सक्रिय छन् । सन् २००९मा विश्व स्वास्थ्य संगठनले डेंगुलाई निम्न अनुसार वर्गीकृत गरेको छ ।

- ➢ चेतावनी संकेत बिनाको डेंगु
- ➢ चेतावनी संकेत सहितको डेंगु
- ➢ गम्भीर डेंगु

३.४.२ नेपालको डेंगु नियन्त्रण कार्यक्रम

लक्ष्य

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

उद्देश्य

- रोकथाम र नियन्त्रणको लागि एकिकृत भेक्टर व्यवस्थापन (IVM) approach विकास गर्ने
- डेंगु ज्वरो, DHF र DSS को निदान र केस व्यवस्थापनमा क्षमता विकास गर्ने
- स्वास्थ्य शिक्षा र IEC गतिविधिहरूलाई तीव्र बनाउने
- पूर्वानुमान, प्रारम्भिक पहिचान, तयारी र डेंगु प्रकोपमा चाँडो प्रतिक्रिया गर्नको लागि निगरानी प्रणालीलाई बलियो बनाउने

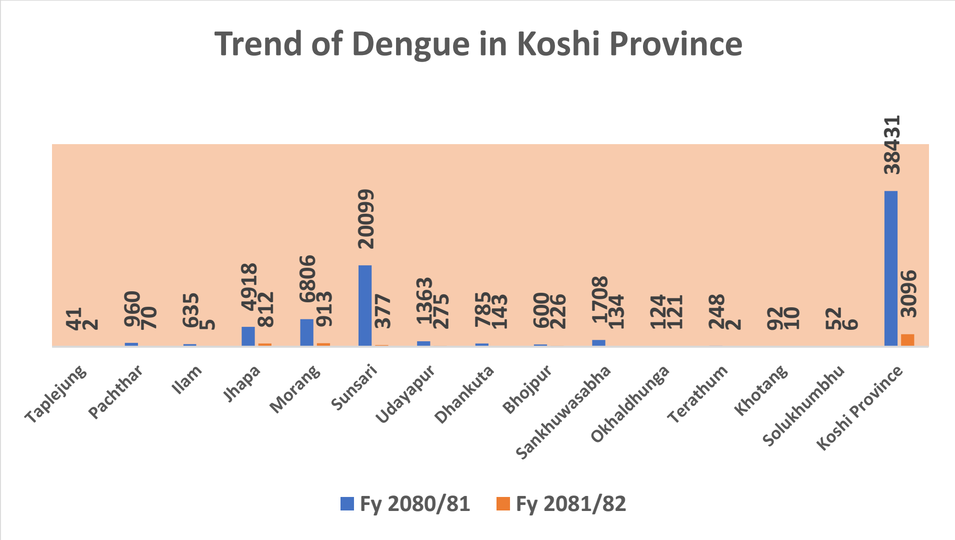
रणनीतिहरूः

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

३.४.३ प्रमुख गतिविधिहरू

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

३.४.४ सूचक विश्लेषण



चित्र न ३७: यस चित्रले कोशी प्रदेशमा डेंगुको चिन्ताजनक प्रकोप देखाउँछ, श्रावण १ गतेदेखि असार मसान्त २०८२ सम्म जम्मा ३,१७१ केस दर्ता भएका छन्, जसमा विशेषगरी मोरङ (९१३ केस), झापा (८८७) र सुनसरी (३७७) मा उच्च संक्रमण देखिएको छ, अन्य जिल्लाहरूमा संक्रमण दर तुलनात्मक रुपमा कम रहेको छ।

३.५ क्षयरोग कार्यक्रम

३.५.१ पृष्ठभूमि

क्षयरोग (TB) एक सरुवा रोग हो ,जुन ब्यासिलस माइक्रो ब्याक्टेरियम ट्युबरकुलोसिसको कारणले हुन्छ र यो रोग नेपालमा एक प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा रहेको छ । विश्वभर र नेपालमा मृत्युको मुख्य १० कारणहरूमध्ये क्षयरोग पनि एक कारण हो। क्षयरोगका बिरामीहरूले खोक्दा, बोल्दा ब्याक्टेरिया बाहिर निकाल्छन् जुन हावामा फैलिन्छ र अरुलाइ सर्छ । रोगले सामान्यतया फोक्सोलाई असर गर्नुका साथै अन्य अंगहरुलाई पनि असर गर्न सक्छ। करिब एक चौथाई क्षयरोग औषधिबाट निको हुन्छ (लगभग ९० प्रतिशत निको हुने दर) र जोखिम कम गर्ने विशेष उपायहरूले रोकथाम गर्न सकिन्छ ।

३७,४५० DSTB केसहरू र ५४९ DRTB केसहरू नेपालमा Notified (सन् २०२२/२०२३) छन् र नेपालको झण्डै आधा जनसंख्या क्षयरोग (लुप्त संक्रमण) बाट संक्रमित छन्। DRTB को हकमा विश्वमा उच्च जोखिम भएको ३० देश मध्ये नेपाल पनि पर्दछ । DSTB को लागि मध्यम जोखिम भएको देशमा पर्दछ। Global TB report, WHO 2023 अनुसार नेपालमा क्षयरोगको नयाँ विरामी दर २२९ प्रति लाख प्रति वर्ष रहेको छ। मृत्युदर DRTB को दश प्रतिशत रहेको छ भने DSTB को तिन प्रतिशत रहेको छ ।

प्रदेशमा क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमहरु राष्ट्रिय नीति र रणनीतिहरूद्वारा निर्देशित छन्। प्रदेशले DOTS को विस्तार गर्न, DOTS समितिको स्थापना/पुनःसक्रिय गर्न र विभिन्न तहमा सामाजिक परिचालन अभिवृद्धि गर्न विभिन्न सार्वजनिक तथा निजी क्षेत्रहरू, स्थानीय सरकारका निकायहरू, I/NGOs, सामाजिक कार्यकर्ताहरूसँग

समन्वय गरेको छ । प्रादेशिक तहमा एनटीपीले हासिल गरेको नतिजालाई निरन्तरता दिन सार्वजनिक र निजी क्षेत्रबीच प्रदेशमा राम्रो टिमवर्क स्थापना भएको छ। प्रदेशमा DOTS कार्यक्रम प्रभावकारि कार्यान्वयनका लागि प्रमुख सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू बाहेक निजी र साझेदारहरू सामाजिक क्षेत्र सकृय छन् ।

दिर्घकालिन सोच: क्षयरोग मुक्त नेपाल

लक्ष्य

- आ.व. २०७८/७९ को सङ्क्रमण दर २३८ प्रति लाख जनसंख्यामा हुने भएकोमा यो दरलाई आ.व.२०८३/८४ को अन्त्य सम्ममा १८१ प्रति लाख जनसंख्यामा घटाउने ।
- आ.व.२०७७/७८ मा ५८ प्रति लाख जनसंख्यामा रहेको मृत्युदरलाइ आ.व.२०८३/८४ को अन्त्य सम्ममा २३ प्रति लाख जनसंख्यामा झार्ने ।
- क्षयरोगको कारणले परिवारमा पर्ने अधिक आर्थिक भारलाई शून्यमा झार्ने ।

उद्देश्य

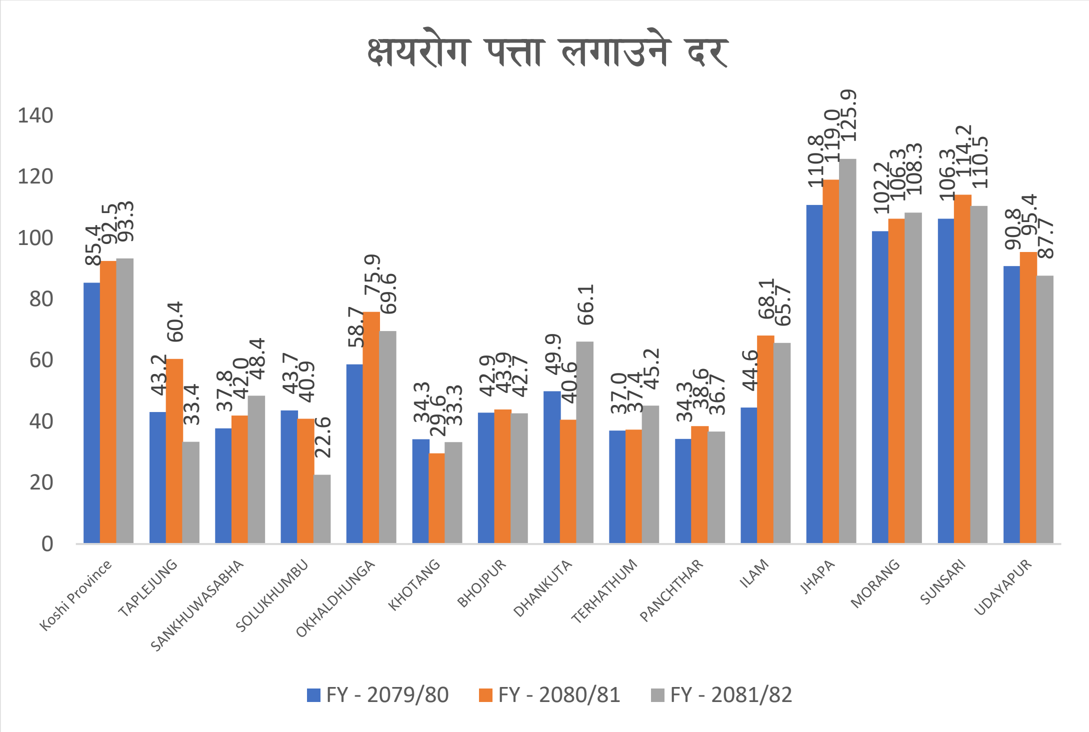
१. क्षयरोग अन्त्य गर्न राजनीतिक प्रतिबद्धता, दिगोपन र रोगी-मैत्री स्वास्थ्य प्रणाली निर्माण र सुदृढ गर्ने ।

२. TB को पहिचान, निदान, गुणस्तरीय उपचार र रोकथाम सुनिश्चित गर्ने ।

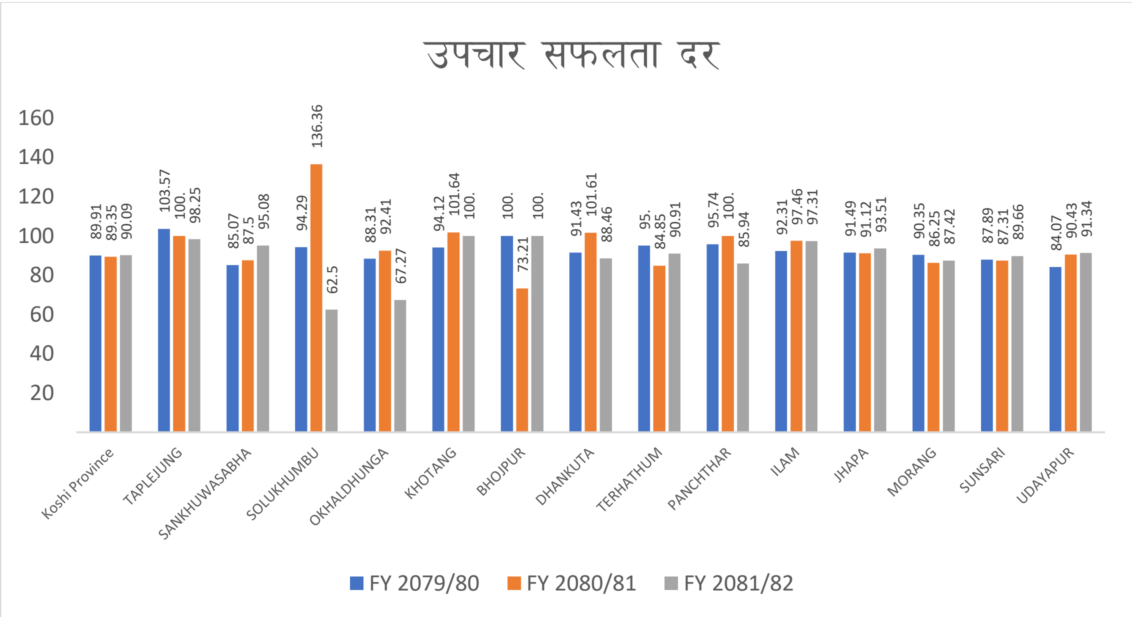
३.५.२ प्रमुख गतिविधिहरू

- टिवी एच.एम.आई.एस. टुल्स छपाई, स्थलगत अनुशिक्षण तथा अनुगमन
- क्षयरोग मुक्त घोषणा अभियानका विभिन्न कृयालकलापहरु संचालन
- डी.आर.सेन्टर सव सेन्टर नयाँ विस्तार एवं संचालनमा भएकालाई आवश्यक सुदृढिकरण
- औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगका बिरामीहरूका लागि पोषण, यातायात, आधारभूत परीक्षण तथा जटिलता व्यवस्थापन खर्चका लागि अपुग रकम, एन्सिलरी औषधि खरिद
- प्रदेशस्तरीय प्रशिक्षक समूह तयारीको लागि क्षयरोग सम्वन्धी तालिम, संघीय, प्रादेशिक, निजी मेडिकल कलेज तथा अन्य अस्पतालमा क्षयरोग सम्बन्धी सिइ.एम., निवार्चित जनप्रतिनिधीहरूलाई क्षयरोग सम्वन्धी अभिमुखीकरण
- वार्षिक र अर्धवार्षिक समिक्षा बैठकहरू सञ्चालन र विभिन्न सरोकारवाला र साझेदारहरूसँग TB समन्वय बैठकहरू सञ्चालन
- विभिन्न IEC/BCC तथा वकालत गतिविधिहरुका साथ विश्व क्षयरोग् दिवस मनाइएको
- माइक्रोस्कोपिक केन्द्र, DOTS केन्द्र र उपकेन्द्रहरूको आवश्यकता अनुसार सुदृढीकरण
- उपचार नीतिहरू अनुसार सबै बिरामीहरूलाई DOTS प्रदान
- खकार स्मियर परिक्षणद्वारा संक्रमण पुष्टि भएको क्षयरोग भएका मानिसहरूको प्रारम्भिक निदानलाई बढावा

- निजी क्षेत्रहरूबाट रेफरल संयन्त्रलाई बलियो बनाउन निजी क्षेत्रहरू, गैर-सरकारी संस्थाहरू र बाह्य विकास साझेदारहरूसँग समन्वय बैठक सञ्चालन



चित्र न ३८: गत आ.व. को तुलनामा आ.व. २०८१/८२ मा क्षयरोग पत्ता लगाउने दरमा वृद्धि भएको देखिन्छ । जिल्लागत तथ्याङ्क हेर्दा झापाको क्षयरोग पत्ता लगाउने दर अन्य जिल्लाको तुलनामा बढी देखिन्छ र केस लोड विगतका वर्ष जस्तै झापा, मोरङ्ग, सुनसरी र उदयपुरमा धेरै पाईएको छ ।



चित्र न. ३९: गत आ.व. को तुलनामा आ.व. २०८१/८२ मा उपचार सफलता दरमा आंशिक रुपमा वृद्धि भएको देखिन्छ ।

३.६ कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

३.६.१ पृष्ठभुमी

उन्नाइसौं शताब्दीमा खोकना लेप्रोसरियमको स्थापना भएसँगै नेपालमा संगठित कुष्ठरोग रोकथाम सेवाको शुरुवात भएको थियो। अनुमानित संख्या १००,००० कुष्ठरोगीहरूमा ड्याप्सोन मोनो थेरापी प्रयोग गरी सन् १९६६ मा नेपालमा पाइलट प्रोजेक्टको रूपमा कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम सुरु गरियो। यो परियोजना बिस्तारै संघीय देखि स्थानीय स्तरसम्म संचालन हुने कार्यक्रमको रूपमा विस्तार भयो र सन् १९८७ मा सामान्य स्वास्थ्य सेवाहरूसँग एकिकृत गरियो। मल्टिड्रग थेरापी (एमडीटी) नेपालमा पहिलो पटक आर्थिक वर्ष १९८२/८३ मा केहि क्षेत्र र अस्पतालमा लागू भएको थियो। सो अवधिसम्म दर्ता भएका केसहरूको संख्या ३१,५३७ (प्रिभालेन्स रेट २१ प्रति १०,०००) थियो र ५ भन्दा बढी Prevalence दर भएका जिल्लाहरूको संख्या ६२ थियो भने तीन जिल्लामा प्रति १०,००० मा १ भन्दा कम थियो। एमडीटी सेवाको क्रमश र स्थिर विस्तार भएको थियो र सन् १९९६ सम्ममा देशका सबै ७५ जिल्लामा एमडीटी कभरेज विस्तार गरिएको थियो। डब्लूएचओको सदस्य राष्ट्र भएकाले नेपाल विश्व कुष्ठरोग कार्यक्रम अनुरूप जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा रहेको कुष्ठरोग उन्मूलन गर्न प्रतिबद्ध छ र कार्यक्रमलाई सुदृढ पार्न सन् १९९५ मा तयार गरिएको ६ वर्षे योजना कुष्ठरोग उन्मूलनको लागि विश्वव्यापी गठबन्धनको सक्रिय सदस्य हो। सोही योजना अनुसार कुष्ठरोगको प्रकोप अनुमान गरी सबै आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्रका कर्मचारी लाई कुष्ठरोग सम्बन्धी तालिम दिइएको थियो।

सामुदायिक चेतना सुधार गर्न र केस पत्ता लगाउन सजिलो बनाउन स्वास्थ्य शिक्षालाई तीव्र पारिएको थियो। राष्ट्रिय कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (NLMP) को पहिलो स्वतन्त्र मूल्याङ्कन जनवरी (७ देखि २६औ)सन् १९९६ मा श्री पाँचमो सरकार (HMG), विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) र राष्ट्रिय सरकारी संगठनहरू (NGO) को प्रतिनिधित्व गर्ने विज्ञहरूको समूहद्वारा गरिएको थियो। सन् १९९९ र २००० मा दुई चरणको कुष्ठरोग निवारण अभियान सञ्चालन गरिएको थियो। नेपालको राष्ट्रिय कुष्ठरोग उन्मूलन कार्यक्रमले नेपालको राष्ट्रिय कुष्ठरोग रणनीति (२०२१-२०२५) मा उल्लेख गरिए अनुसार निम्न दृष्टि, लक्ष्य, उद्देश्य र लक्ष्यहरू उल्लेख गरेको छ ।

ध्येय : कुष्ठरोग मुक्त नेपाल

लक्ष्यः कुष्ठरोगको फैलावटलाई अवरुद्ध गरेर जिल्ला र स्थानीय तहमा कुष्ठरोग निवारण गर्ने ।

स्थानीय तहमा लगातार पाँच वर्षसम्म १५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा कुष्ठरोगका स्थानीय नयाँ बिरामीहरु शून्य रहनुलाई त्यस स्थानीय तहमा कुष्ठरोग फैलावट अवरुद्ध भएको भनेर परिभाषित गरिएको छ ।

उद्देश्य

१. प्रदेश, जिल्ला, 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. सक्रिय रोग पत्ता लगाउने 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 प्रवर्द्धन गर्ने ।

३.६.२ प्रमुख गतिविधिहरू

प्रदेशका सबै जिल्लामा सञ्चालित कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तर्गतका प्रमुख गतिविधिहरू प्रायः समान छन् तर उच्च स्थानीय जिल्लाहरूमा बढी ध्यान दिइएको छ। प्रतिवेदन अवधिमा निम्न गतिविधिहरू (सहयोगी साझेदारहरूद्वारा गरिएका गतिविधिहरू सहित) गरिएका थिएः

- केस पत्ता लगाइ उपचार गरियो
- जोखिम जनसंख्याको प्रारम्भिक पहिचान र रोकथामको लागि LPEP (लेप्रोसी पोस्ट एक्सपोजर प्रोफिलेक्सिस)
- विभिन्न IEC/BCC र वकालत सम्बन्धी गतिविधिहरू सहित विश्व कुष्ठरोग दिवस मनाइयो
- स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई आधारभूत र ताजा तालिम
- विद्यालय र सामुदायिक स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधिहरू सहित नियमित IEC/BCC गतिविधिहरू सञ्चालन गरियो
- सम्पर्क जाँच, छाला शिविर
- केस प्रमाणीकरण र अभिलेख अद्यावधिक गर्ने
- आत्म-हेरचाह र स्वयं-सहायता समूह गठन र सामुदायिक स्तरमा गरिएका गतिविधिहरू

- कुष्ठरोगबाट प्रभावित र अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको लागि आय सृजना कार्यक्रमहरू
- कुष्ठरोग जटिलता ब्यबस्थापनका लागी औषधी, उपकरण र केमोप्रोफाइल्याक्सीसको लागि रिफामपेसीन खरिद
- अपांगताको सिघ्र पहिचान, परामर्स तथा रेफरल सेवा सम्वन्धि अभिमुखिकरण
- कुष्ठरोगको कारणले अशमर्थता भएका तथा अन्य अपांगता भएका व्यक्तीहरूका लागी सहायक सामाग्री खरिद तथा वितरण
- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई कुष्ठरोग सम्वन्धि तालिम
- कुष्ठरोग तथा अपांगता सम्बन्धि सरोकारवाला संस्थाहरूसंग समन्वयात्मक बैठक
- विश्व कुष्ठरोग दिवस तथा अपांगता दिवसको उपलक्ष्यमा कार्यक्रम
- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई अपांगता व्यवस्थापन तथा पुनर्स्थापना सम्वन्धि तालिम
- कुष्ठरोग नियन्त्रण तथा अपाङ्गता कार्यक्रम सम्बन्धी समिक्षा तथा आगामी बर्षको योजना तर्जुमा

तालिका १ : कुष्टरोग सम्बन्धी सुचकहरु

Annual Leprosy Indicators FY 2081/82 (2024/25) - Koshi Province

Districts	*Populations*	*New Case Detection Rate/100,000 population*	*Prevalence of leprosy/10,000 population*	*Percentage of new leprosy cases that are MB*	*Proportion of children (0-14 years) among new cases detected*	*Rate of grade-2-disability (G2D) among new cases detected*	*Percentage of Loss to follow up cases*	*Female proportion among New*
ताप्लेजुङ	113,639	0.88	0.09	100	0	0	0	0
संखुवासभा	152,796	0	0	0	0	0	0	0
सोलुखुम्बु	101,657	0	0	0	0	0	0	0
ओखलढुंगा	133,658	0	0	0	0	0	0	0
खोटाङ	162,339	0.62	0.06	0	0	0	0	0
भोजपुर	147,582	1.36	0.14	100	49.86	0.68	0	0
धनकुटा	145,181	0.69	0.07	100	0	0	199.45	0
तेह्रथुम	84,047	0	0	0	0	0	0	0
पाँचथर	163,498	1.22	0.12	50	0	0	0	0
इलाम	272,479	1.47	0.15	100	0	0	0	25
झापा	1,033,641	14.2	1.42	77.55	7.46	0.39		56
मोरङ	1,182,867	13.7	1.37	80.25	1.85	2.37	3.08	41
सुनसरी	962,858	11.6	1.16	93.75	3.56	0.52		41

उदयपुर	342,079	2.92	0.29	100	9.97	0	0	70
कोशी प्रदेश	**4,998,321**	**8.84**	**0.88**	**83.26**	**4.51**	**0.76**	**1.58**	**46**

३.६.३ मुख्य समस्या तथा चुनौती

- झापा र मोरङ जिल्लामा PR > 1 भएको
- केसहरूको ढिलो पहिचान हुने
- संक्रमित व्यक्तिहरूको फितलो उपचार व्यवस्थापन

३.६.४ समाधानका उपायहरू

- प्रारम्भिक निदान र उपचार
- सक्रिय केस खोजी (घरेलु र छिमेकी सम्पर्क स्क्रीनिंग)
- नियमित SDR - PEP interventions
- रेफरल मेकानिजमलाई बलियो बनाउने
  - जटिलता व्यवस्थापन
  - प्रतिक्रिया व्यवस्थापन
  -पुनर्स्थापना

३.७ एचआईभी एड्स कार्यक्रम

३.७.१ पृष्ठभुमी

जनस्वास्थ्यको चुनौतीको रुपमा रहेको एच.आई.भी./ एड्स महामारीलाई सन् २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने परिकल्पना साकार गर्न राष्ट्रिय एच.आई.भी. रणनीतिक योजना सन् २०२१ - २०२६ तयार गरिएको छ। जस अनुसार सन् २०२६ को अन्त्य सम्ममा ९५ - ९५ - ९५ को उपचारको लक्ष्यलाई द्रुतगतिमा हासिल गर्नु चुनौतिको रुपमा रहेको छ। अनुमानित एच.आई.भी. संक्रमित मध्ये ९५ प्रतिशतलाई आफ्नो एच.आई.भी.को अवस्था थाहा भएको हुनेछ । एच.आई.भी.को अवस्था थाहा भएका मध्ये ९५ प्रतिशत उपचारमा हुनेछन् भने उपचारमा रहेका मध्ये ९५ प्रतिशतको शरिरमा भाईरल भार नगन्य मात्रामा हुनेछ भन्ने हो। त्यसैगरी आमाबाट बच्चामा हुने संक्रमणको निवारण गर्ने र नयाँ एच.आई.भी.को संक्रमणलाई ९० प्रतिशतले कमी ल्याउने लक्ष्य रहेको छ। यी रणनीति अन्तर्गत मुख्य समुहको पहिचान तथा उनीहरुसम्म पुग्नको लागि रोकथामका क्रियाकलापहरु तथा एच.आई.भी. संक्रमितहरुका लागि उपचार हेरचाह र सहयोगका क्रियाकलापहरु विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संघ संस्थाहरुबाट सञ्चालन भईरहेका छन् ।

३.७.२ राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना (NHSP) २०२१-२०२६

लक्ष्यहरू:

- नयाँ एचआईभी संक्रमणहरू रोक्नु।
- एचआईभीका साथ बाँचिरहेका व्यक्तिहरूको (PLHIV) स्वास्थ्यमा सुधार गर्नु।

- एचआईभीका साथ बाँचिरहेका व्यक्तिहरू र प्रमुख जनसंख्या (KPs) बीचका एचआईभी सम्बन्धी असमानताहरू कम गर्नु।

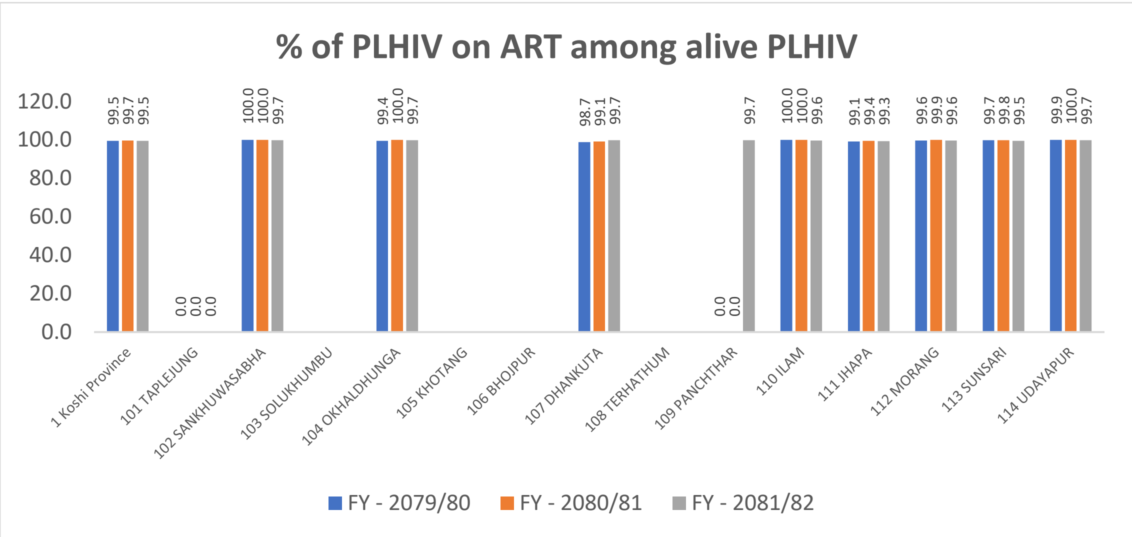
२०२६ सम्मका प्रमुख लक्ष्यहरू:

- **९५-९५-९५ लक्ष्यहरू:** एचआईभीका साथ बाँचिरहेका ९५% व्यक्तिहरूले आफ्नो अवस्थाबारे थाहा पाउन, तीमध्ये ९५% ले निरन्तर एआरटी (ART) उपचार पाउन, र उपचारमा रहेका ९५% व्यक्तिहरूले भाइरल भाईरल भार नगन्य मात्रामा (viral suppression) प्राप्त गर्न।
- **नयाँ संक्रमणमा कमी:** वार्षिक नयाँ एचआईभी संक्रमणको संख्या उल्लेखनीय रूपमा घटाउने (२०१० को आधार रेखाबाट ९०% कमी)।
- **आमा-शिशुमा संक्रमण उन्मूलन:** आमाबाट बच्चामा एचआईभी सर्ने उन्मूलन गर्ने।

३.७.२ मुख्य क्रियाकलापहरु

- नेपाल प्रहरी तथा सशस्त्र प्रहरीलाई एच.आई.भी सम्बन्धित लान्छना र भेदभाव घटाउन अभिमुखीकरण ।
- प्रदेशका जनप्रतिनिधिहरुलाई एच.आई.भी सम्बन्धित लान्छना र भेदभाव घटाउन अभिमुखीकरण पाँच जिल्लामा(झापा, मोरंग, सुनसरी, धनकुटा र तेह्रथुम)।
- विश्व एड्स दिवस मनाउने ।
- एच.आई.भी कार्यक्रमको वार्षिक समिक्षा ।
- एच.आई.भी.सँग सम्बन्धित संघ सस्थाहरुसँग समन्वय बैठक ।
- PMTCT को प्रतिबेदनका बारेमा निजी अस्पतालहरुसँग समिक्षा कार्यक्रम ।
- HIV/AIDS नियन्त्रणको लागि IEC/BEC सामाग्रीको उत्पादन तथा वितरण
- कैदी बन्दीहरुमा HIV/AIDS को screening

३.७.४ एच.आई.भी कार्यक्रमका मुख्य सूचकहरु



चित्र न. ४०: एचआईभीका साथ बाँचिरहेका व्यक्तिहरूमध्ये ९९.५% ले निरन्तर एआरटी (ART) उपचार पाएका छन् र सोही अनुरुप एचआईभी/एड्सको (९५-९५-९५ लक्ष्य); एचआईभीका साथ बाँचिरहेका ९५% व्यक्तिहरूमध्ये ९५% ले निरन्तर एआरटी (ART) उपचार पाउने लक्ष्य पूरा भएको पाईयो ।

३.७.३ एच.आई.भी कार्यक्रमका समस्याहरु

- एच.आई.भी. रोकथामका कार्यहरु प्रभावकारी नभएको
- सम्पूर्ण संक्रमित पहिचान नहुँदा एच.आई.भी. विस्तारको जोखिममा वृद्धि भएको
- जोखिमपूर्ण समुहमा लक्षित कार्यक्रम पर्याप्त र प्रभावकारी नभएको
- सम्पूर्ण गर्भवती महिलाले PMTCT सेवा प्राप्त गर्न नसकेको
- सुईद्धारा हुने लागु पदार्थ सेवनमा नियन्त्रण नभएको
- आप्रवासन्का सम्पूर्ण चक्रमा एच.आई.भी.परीक्षण र परामर्श पर्याप्त नहुनु
- पहिचान भएका सम्पूर्ण संक्रमितले ART उपचार सेवा प्राप्त नगरेको
- ART उपचार सेवा लिनेहरुमा निरन्तरता नभएको
- को-इन्फेकुसन् रणनीति नभएकोले टि.बी., हेपाटाइटिसको सह-संक्रमणको परीक्षण र उपचार नभएको
- भेदभावरहित तरिकाले सबै संक्रमितको उपचार, पोषण र हेरचाहमा पहुँच नभएको
- कार्मक्रमको लागि पर्याप्त बजेट विनियोजन नहुनु

३.८ जुनोटिक रोग

३.८.१ पृष्ठभूमि

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

लक्ष्यहरू

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

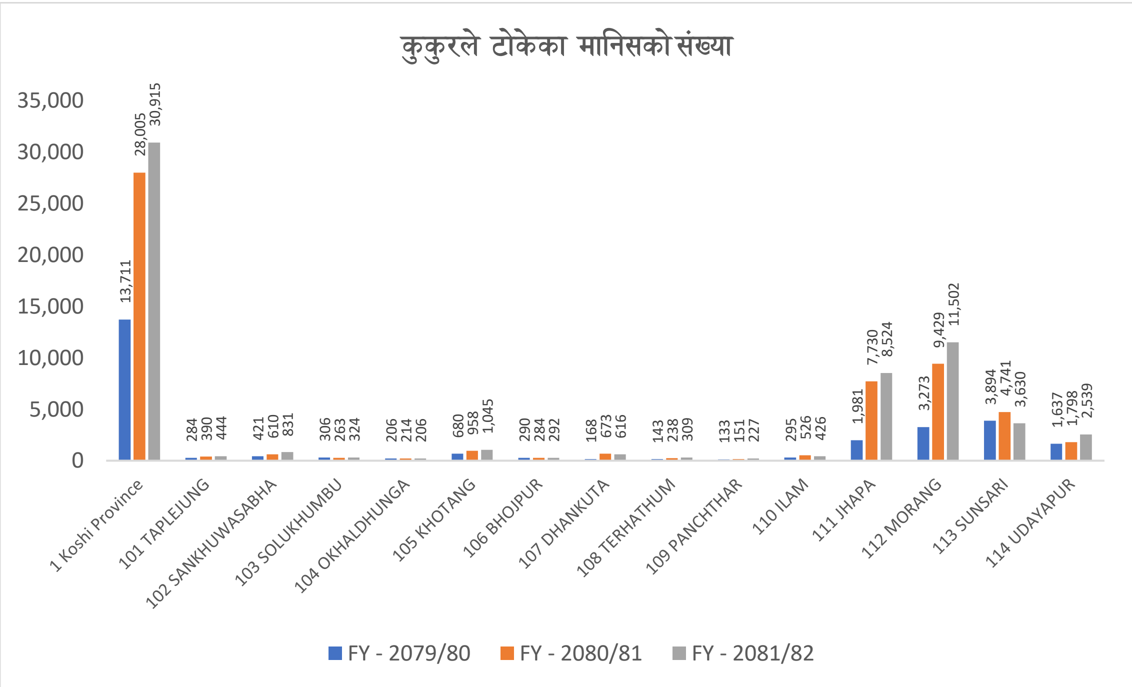
उद्देश्य

- जुनोटिक रोग रोकथाम र नियन्त्रणका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको प्रतिक्रिया र क्षमतालाई बलियो बनाउने
- जुनोटिक रोग रोकथाम र नियन्त्रणका लागि सरोकारवालाहरू बीचको समन्वयमा सुधार गर्ने

- स्वास्थ्य सुविधाहरूमा ARV र ASVS को न्यायपूर्ण प्रयोग बढाउने
- जनचेतना कार्यक्रमहरू मार्फत जुनोटिक रोगहरू को बोझ कम गर्ने
- संक्रमित जनावरहरूले टोकेका सबै पीडितहरूलाई एक्सपोजर पछि उपचारको रूपमा सेल कल्चर ARV प्रदान गर्ने
- ASVS र ARV प्रदान गरेर मानव मृत्यु दर कम गर्ने
- सर्पको टोकाई व्यवस्थापन, ARV र इम्युनोग्लोबुलिनको प्रभावकारी प्रयोगको बारेमा स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम दिने
- रेबिज र अन्य संक्रमित जनावरको टोकाइको संख्या कम गर्ने

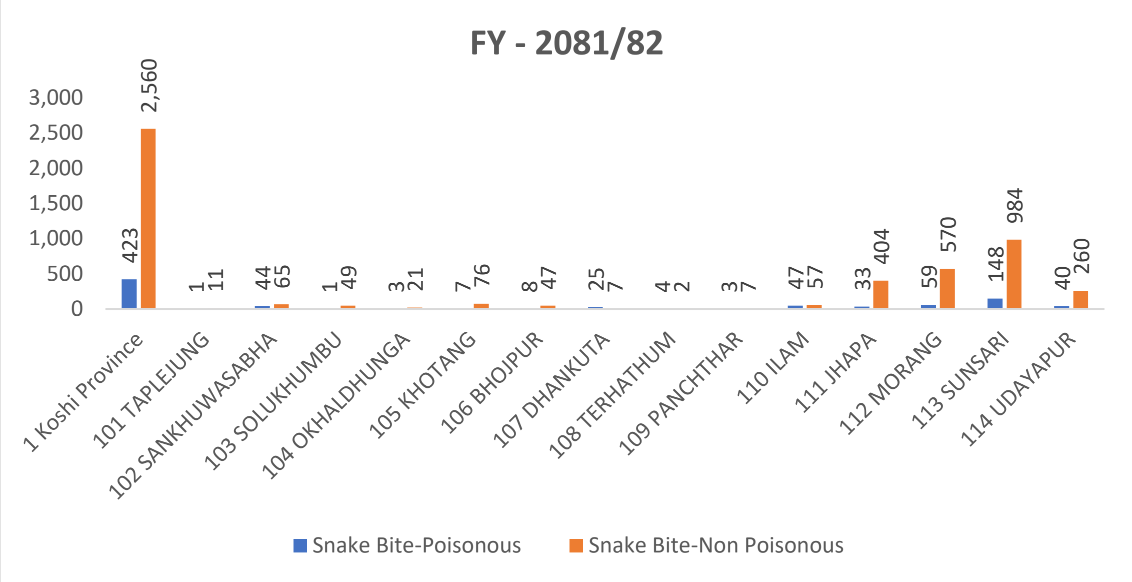
३.८.२ रेबिज

रेबिज मुख्यतया कुकुर, स्याल, ब्वाँसो, मुंगोज, वाइल्ड बिरालो जस्ता जनावरहरूबाट सर्ने रोग हो। रेबिजका घटनाहरू प्रायः सबै घातक हुन्छन् तर खोप, मानव र जनावरको अन्तरक्रियाको बारेमा सचेतनाले १००% रोकथाम गर्न सकिन्छ। प्रभावित हुनेमा अधिकांश बालबालिका रहेका छन् । नेपालका झण्डै आधा जनसंख्या उच्च जोखिममा र एक चौथाई रेबिजको मध्यम जोखिममा रहेको अनुमान गरिएको छ । तराईमा हरेक वर्ष घरपालुवा जनावरमा करिब ३० हजार र मानवमा १०० भन्दा बढी रेबिजका बिरामी हुने गरेको अनुमान छ । कुकुर र बिरालाहरूमा लुप्त संक्रमण रिपोर्ट गरिएको छ। धेरै कम बिरामीहरूले रेबिज इम्युनग्लोब्युलिन (पोस्ट-एक्सपोजर प्रोफिलेक्सिस) लिन्छन्। रेबिजको लगभग सबै केसहरू (९९%) कुकुरको टोकाइको हुने गर्छ। ७०% कुकुरहरूलाई खोप लगाउनाले जोखिममा रहेको क्षेत्रमा रेबिज सर्ने चक्र तोड्छ। आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा मात्रै कोशी प्रदेशमा ३०,९१५ जनालाई कुकुरले टोकेको छ।



चित्र न ४१: यस आ.व. मा कुकुरको टोकेका मानिसको संख्या ३०९१५ जना देखिएको चजुन गत आ.व. भन्दा बढेको संख्या देखिन्छ |

विषालु र अविषालु सर्प टोकाइको अवस्था



चित्र न. ४२: आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा मात्रै कोशी प्रदेशमा २९८३ जनालाई सर्पले टोकेको छ । त्यस मध्ये विषालु सर्प २५६० र अविषालु सर्प ४२३जनालाई टोकेको देखिन्छ |

प्रमुख गतिविधिहरू

- मोरङ्ग सुनसरी झापा र उदयपुरका सर्पदंश उपचार केन्द्रका स्वास्थ्यकर्मीहरु संग सर्पदंश एवंम रेविज रोगको उपचारका लागि आवस्यक भ्याक्सिन तथा औषधि प्रक्षेपण सम्वन्धि समिक्षा कार्यक्रम निर्देशिका बमोजिम संचालन गरिएको।
- मोरङ्ग सुनसरी झापा र उदयपुरका सर्पदंश उपचार केन्द्रमा खटिएका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई २ दिने तालिम निर्देशिका बमोजिम संचालन गरिएको।

३.९ नसर्ने तथा मानसिक रोगहरु रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

३.९.१ नसर्ने रोग रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

३.९.१.१ पृष्ठभूमी

नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) विश्वभरि नै मानिसहरुको असामयिक मृत्यु गराउने प्रमुख कारण हो। विश्वव्यापी रूपमा नसर्ने रोगका कारण वार्षिक रूपमा १५ मिलियन मानिसहरू अकालमै मर्छन् ।तीमध्ये ८५ प्रतिशत भन्दा बढी कम र मध्यम आय भएका देशहरूमा हुन्छन्। विश्व स्वास्थ्य संगठनले NCD लाई प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा पहिचान गरेको छ।नेपालमा नसर्ने रोगको बोझ लगातार बढ्दै गएको छ ।NCDs को कारण अकाल मृत्युदर सन् २०१० मा ५१ प्रतिशतबाट सन् २०१९ मा ७१ प्रतिशतमा बढेको छ। NCDs को समानुपातिक मृत्युदर निरन्तर बढिरहेको छ। हृदय रोग (Cardiovascular Disease) ३० प्रतिशत, क्यान्सर ९ प्रतिशत, मधुमेह ४ प्रतिशत, दीर्घ श्वासप्रश्वास रोग १० प्रतिशत र अन्य NCDs १३ प्रतिशत मृत्युको लागि जिम्मेवार रोगहरु

पर्दछन्। स्वास्थ्य सेवा तर्फको विगत वर्षको खर्चलाई विश्लेषण गरेर हेर्दा नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) हरूमा नेपालले आर्थिक वर्ष २०७६/७७ मा नसर्ने रोगहरूमा ६४,४१४ करोड २० लाख रुपैयाँ खर्च गरेको थियो, जुन कुल स्वास्थ्य खर्चको ३१.५% हो।

विश्व स्वास्थ्य संगठनको ६५ औं महासभामा सदस्य राष्ट्रहरुले नसर्ने रोगका कारणले अल्पायू मृत्यू सन् २०२५ सम्ममा २५ प्रतिशतले घटाउने लक्ष्य लिएको छ। त्यसैगरी दिगो विकास लक्ष्यले समेत एक तिहाईले नसर्ने रोगका कारणले हुने मृत्यु घटाउने लक्ष्य लिएको छ। सो लक्ष्य प्राप्तिका निम्ति सदस्य राष्ट्रहरुले विभिन्न अवधारणालाई अघि सारेका छन् जस्तै रणनितिक कार्य योजना बनाउने, विश्व स्वास्थ्य संगठनका Package of Essential Non-Communicable Disease (PEN) अवधारणालाई लागू गर्ने तथा "BEST BUYS" को अवधारणा अपनाउने रहेका छन् ।युवा र वृद्ध व्यक्तिहरुमा मृत्युको प्रमुख कारणको रुपमा बढ्दै गईरहेको नसर्ने रोगहरु नेपालमा ठुलो जनस्वास्थ्यको चुनौति रही आएको छ। नेपालका स्वास्थ्य संरचनाहरु सहित व्यक्ति, समुदाय र राष्ट्रको लागी नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) हरुको बढ्दो भारलाई सम्बोधन गर्न रणनितिक कार्यहरुको आवश्यकता छ। यस तथ्यलाई ध्यान दिदैं नेपाल सरकारले नसर्ने रोग (Non Communicable Disease) को रोकथाम र नियन्त्रणका लागी नीतिगत तथा रणनितिगत विभिन्न योजना तथा कार्यक्रम लागु गरेको छ ।

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

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

दुरदृष्टि नसर्ने रोग मुक्त स्वास्थ्य तथा उत्पादनशील नागरिक

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

उद्देश्य

- नसर्ने रोगहरुका जोखिमको कारकहरु कम गर्ने र विभिन्न वेत्रमा अन्तर्निहित रहेका सामाजिक निर्धारकहरुको सम्बोधन गर्नु
- नसर्ने रोगहरुको प्रभावकारी रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि नागरिक मैत्री स्वास्थ्य प्रणालीलाई व्यवस्थित गर्ने

- ➢ तथ्यमा आधारित नीति तथा कार्यक्रमहरुको लागि निगरानी, अनुगमन र मुल्यांकन प्रणाली स्थापना गर्नु

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

रणनीतिक कार्य क्षेत्रहरु

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

३.९.१.३ दिगो बिकास लक्ष्य (Sustainable Development Goal) कार्यक्रमको अवधारणा :

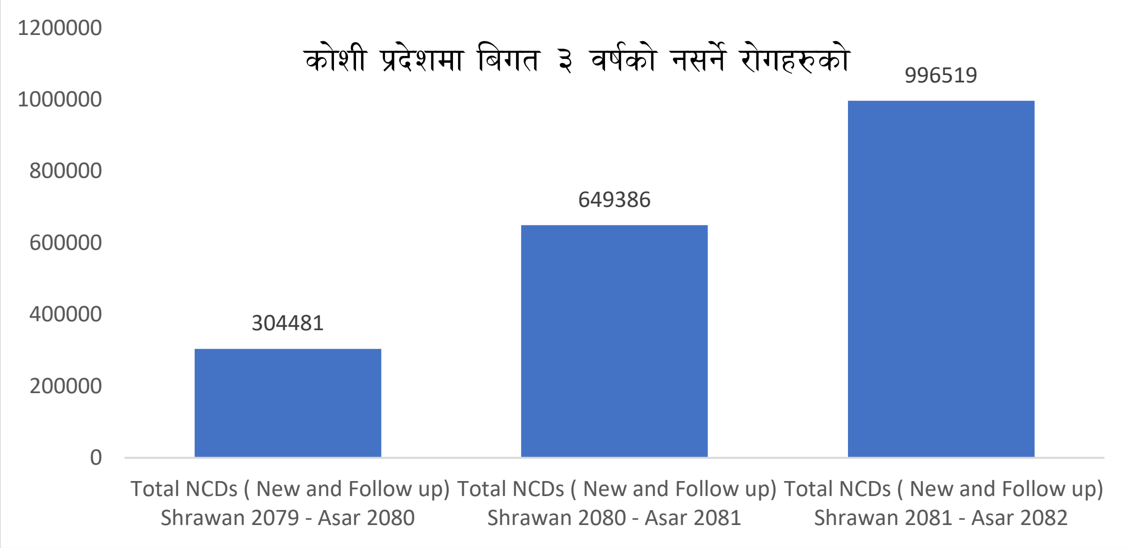
समुदायमा लुकेर रहेका तथा नदेखिएका बिरामीहरुको समयमा नै निदान गरी सही उपचार तथा व्यवस्थापनको दायरामा ल्याउनको लागि नेपाल सरकारले नसर्ने रोग सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएको नेपाल सरकारले नसर्ने रोगहरूको रोकथाम, शिघ्र निदान, उपचार र व्यवस्थापनलाई सुदृढ गर्न विश्व स्वास्थ्य संगठनको Package of Essential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

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

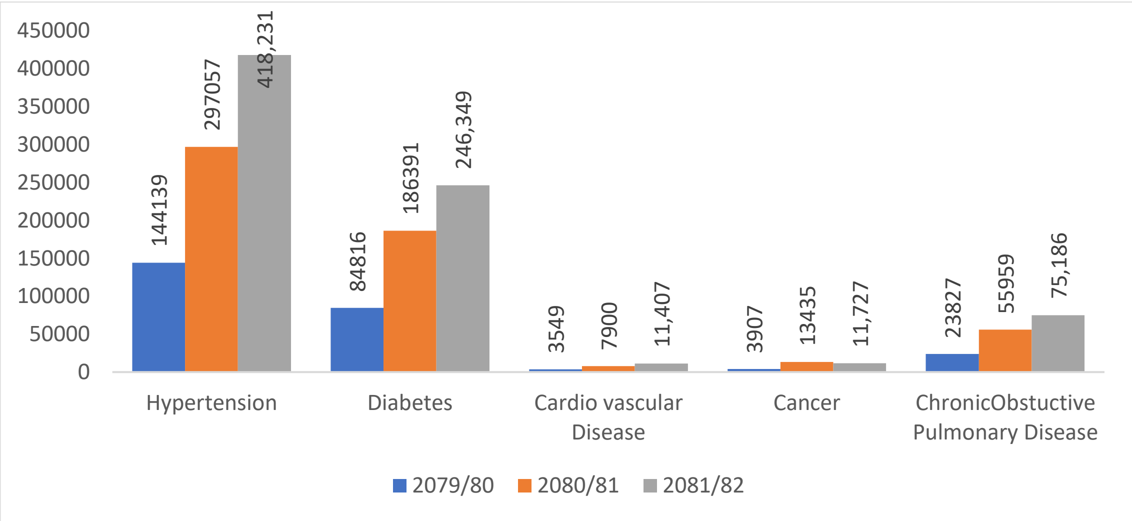
३.९.१.४ मुख्य क्रियाकलापहरु

- विविन्न नसर्ने रोग नियन्त्रण तथा सम्बन्धी सचेतना कार्यक्रम
- प्रदेश अन्तर्गतका जिल्लाहरुको नसर्ने कार्यक्रमको समिक्षा तथा कार्यशाला गोष्ठी
- नसर्ने रोगको पहिचान सम्बन्धी क्रियाकलाप |

३.९.१.५ सूचक विष्लेषण



चित्र न ४३: बिगत ३ आ.व. को नसर्ने रोगको ट्रेन्ड बढ्दै गएको देखिन्छ | यस आ. २०८१/८२ मा ९,९६,५१९ जना नया तथा पुरानो रोगहरु जाँच भएका छन् |



३.९.२ मानसिक रोगहरु रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

३.९.२.१ पृष्ठभूमी

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

३.९.२.२ राष्ट्रिय मानसिक स्वास्थ्य रणनीति तथा कार्ययोजना (NMHSAP) २०७७

राष्ट्रिय मानसिक स्वास्थ्य रणनीति तथा कार्ययोजना (NMHSAP) २०७७ ले नेपालभर मानसिक स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढ र समावेशी बनाउन एक समग्र ढाँचा प्रस्तुत गरेको छ। यो योजना संघीय स्वास्थ्य प्रणालीसँग मेल खाने गरी समुदाय-आधारित सेवा, बहु-क्षेत्रीय सहकार्य र मानसिक स्वास्थ्यलाई प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा एकीकृत गर्न केन्द्रित छ। प्रणालीगत चुनौतीहरू समाधान गर्दै समग्र कल्याणलाई प्राथमिकतामा राखेर यसले अधिकार-आधारित, दिगो र गुणस्तरीय मानसिक स्वास्थ्य सेवायुक्त समाज निर्माण गर्ने लक्ष्य लिएको छ।

प्रमुख रणनीतिहरू:

१. पहुँच र समानता: सबै जनसङ्ख्या, विशेष गरी सीमान्तकृत र ग्रामीण समुदायका लागि मानसिक स्वास्थ्य सेवामा सहज उपलब्धता, किफायतीपन र समान पहुँच सुनिश्चित गर्ने।

२. स्रोत व्यवस्थापन: मानव स्रोत क्षमता, पूर्वाधार सुधार तथा मानसिक स्वास्थ्य र मनोसामाजिक सेवाहरूलाई स्वास्थ्य प्रणालीभित्र संस्थागत गरेर स्रोतहरूको उपयोग प्रभावकारी बनाउने।

३. जागरूकता र अव्यवहारिक क्रियाकलाप न्यूनीकरण: मानसिक रोगसम्बन्धी मिथक र अन्धविश्वास हटाउन जनचेतना कार्यक्रममार्फत मानसिक स्वास्थ्यबारे सचेतना बढाउने र अव्यावारिक क्रियाकलाप घटाउने।

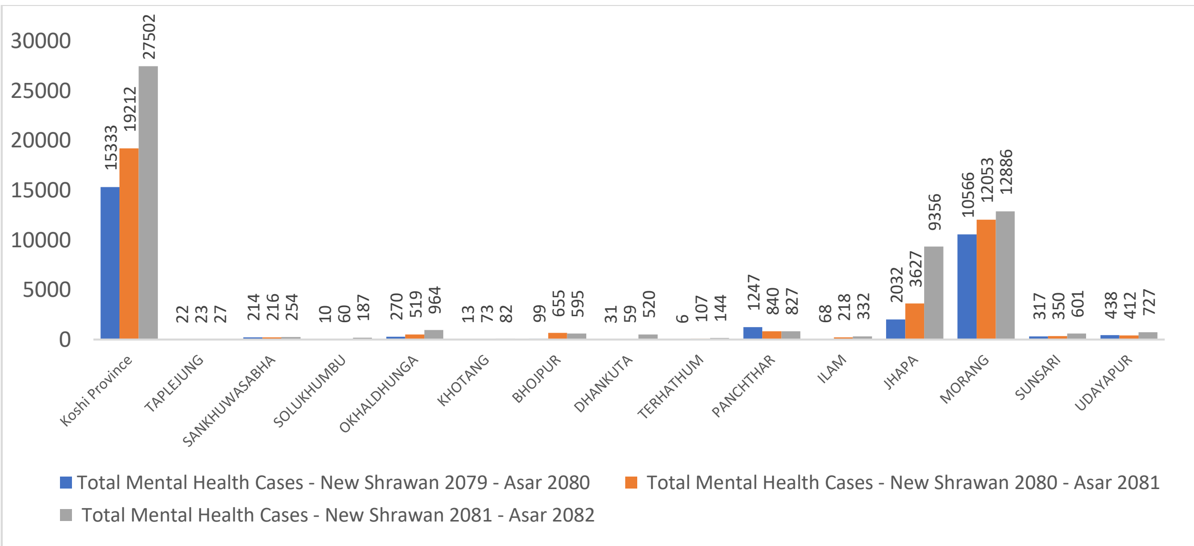
४. मानव अधिकारको संरक्षण: मानसिक स्वास्थ्य समस्या र मनोसामाजिक अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको अधिकार, गरिमा, भेदभावमुक्त सेवा तथा न्यायमा पहुँच सुनिश्चित गर्ने।

५. एकीकरण र अनुसन्धान: मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी तथ्याङ्कलाई राष्ट्रिय एकीकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणाली (IHMIS) सँग जोडेर सेवा सुधार गर्ने र प्रमाण-आधारित नीतिनिर्माणका लागि अनुसन्धानलाई प्रोत्साहन गर्ने।

३.९.२.३ मुख्य क्रियाकलापहरु

- मानसिक स्वास्थ्य नियन्त्रण तथा सम्बन्धी सचेतना कार्यक्रम
- प्रदेश अन्तर्गतका जिल्लाहरुको नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमको समिक्षा तथा कार्यशाला गोष्ठी

३.९.२.४ सूचक विष्लेषण



चित्र न. ४४ः आ.व. २०८१/८२ मा कोशी ओरादेश्को १४ वटा जिल्लामा दर्ता भएका मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी कुल सेवाग्राहीहरूको संख्या आ.व.२०७९/८० र आ.व.२०८०/८१ को तुलनामा वृद्धि भएको देखाउँछ ।

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमको समस्याहरु

- अस्वस्थ्यकर जिवनशैली बढ्दो क्रममा रहेको
- विरामीको संख्या बढ्दो क्रममा रहेको
- पर्याप्त औषधी र औजार, उपकरण उपलब्धतामा कमि
- तालिम प्राप्त जनशक्तिको अभाव
- नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचक हरुको तंथ्याक कमी
- नसर्ने रोगको प्रतिवेदन फारम (NCD रजिस्टर) र DHIS२ मा एकरुपता नभएको |

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमको समाधानका उपायहरु

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

भाग ४ नर्सिङ्ग तथा सामाजिक सुरक्षा

नर्सिङ्ग कर्मचारीहरुको क्षमता विकास तथा पेशागत वृद्धि विकास गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्न, सामाजिक सुरक्षा ईकाई/ एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र/ जेष्ठ नागरिक सेवा सम्बन्धी आवश्यक नीति नियम तर्जुमा, नियमन, अनुगमन तथा मूल्यांकन कार्य स्वास्थ्य निर्देशनालय अन्तर्गत नर्सिङ्ग व्यवस्थापन शाखाले गर्दै आएको छ |

४.१ लैगिक हिंसा सम्बन्धि एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र

पृष्ठभूमि

नेपाल सरकारले लैगिंक हिंसाको समस्यालाई सम्बोधन गर्न ल्याईएको "लैगिंक हिंसा विरुद्ध राष्ट्रिय कार्य योजना २०१०" ले अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC) को स्थापना, ब्यवास्थापन तथा संचालन गर्न निर्देशन गरेको छ । "लैगिंक हिंसा अन्त्य तथा लैगिंक सशक्तिकरण सम्बन्धि राष्ट्रिय रणनीति तथा कार्ययोजना" को आठौं रणनीति अनुसार लैगिंक हिंसा प्रभावितहरुका लागि सुलभ रुपमा स्वास्थ्य तथा अन्य सेवा प्रदान गर्न प्रदेश मातहतका सबै अस्पतालमा एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्रको स्थापना भएको छ।

OCMC कार्यक्रम सन् २०१० मा नेपाल सरकारले स्वीकृत गरेको *लैङ्गिक हिंसाविरुद्धको राष्ट्रिय कार्ययोजना* अन्तर्गत उद्देश्य नं. ३ अनुसार अस्पतालमा आधारित सेवा केन्द्र स्थापना गर्ने प्रावधानबाट सुरु भएको हो। संविधानको धारा ३८ ले महिलामाथि हुने सबै प्रकारका हिंसा रोकथाम र पीडितलाई न्याय दिलाउनु राज्यको दायित्व मान्दछ, जसको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि OCMC महत्वपूर्ण पहलको रूपमा ल्याइएको छ। हाल विभिन्न सरकारी अस्पतालहरूमा स्थापना भएका OCMC केन्द्रहरूले सेवा समन्वयमार्फत पीडितको पुनःस्थापनामा सहयोग पुऱ्याइरहेका छन्।

एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्रको उद्देश्य

- पिडित वा प्रभावित व्यक्तिहरुलाई स्वास्थ्य उपचार लगायत अन्य आवश्यक सेवाहरु एकद्वारवाट पूर्ण रुपमा निशुल्क उपलब्ध गराउने
- पीडितलाई अधिकारबारे जानकारी दिने र सम्बन्धित निकायहरूबीच (स्वास्थ्य, प्रहरी, अदालत, सामाजिक सेवा) समन्वय गरी पीडितमैत्री सेवा सुनिश्चित गर्ने।
- पीडितको दीर्घकालीन पुनःस्थापना तथा पुनःएकीकरणका कार्यक्रमहरूमा सहयोग गर्ने ।
- हिंसा रोकथाम तथा जनचेतना अभिवृद्धिमा योगदान दिने ।

एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र संचालन भएका अस्पतालहरु

क्र.सं.	संस्था	OCMC सम्पर्क व्यक्ति
१	बी. पी. कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, धरान	डा. बिकाश शाह (9802330739, bikash.forensic@gmail.com)

२	कोशी अस्पताल, विराटनगर	डा. दीक्षान्त पोखरेल (9852044660, morangocmc@gmail.com)
३	जिल्ला अस्पताल, इनरुवा (सुनसरी)	डा. दीपेन्द्र महतो (9840053619, ocmcsunsari@gmail.com)
४	जिल्ला अस्पताल, भोजपुर	डा. प्रवीण मण्डल (9843885348), स्टाफ नर्स विष्णु माया कार्की (9815916816)
५	जिल्ला अस्पताल, खोटाङ	सिता साह (9842528316, sitashah0789@gmail.com)
६	जिल्ला अस्पताल, ओखलढुङ्गा - रुम्जाटार	निकिता दाहाल (9862932972, dahalnikita717@gmail.com)
७	जिल्ला अस्पताल, पाँचथर	लक्ष्मी जोशी (9842723118, laxmijoshi436@gmail.com)
८	जिल्ला अस्पताल, ताप्लेजुङ	विजया राई (bjyarai80@gmail.com)
९	जिल्ला अस्पताल, तेह्रथुम	डा. राकेश कुमार वैठा (9805832170, rakesh.baitha17@gmail.com)
१०	जिल्ला अस्पताल, उदयपुर	छवित्रा राई (9842845046)
११	जिल्ला अस्पताल, संखुवासभा	डा. श्रेया सुवेदी (9849093226, sharmadikshya4@gmail.com)
१२	जिल्ला अस्पताल, सोलुखुम्बु	आर.एन. रोजिना भण्डारी (9749213439, rojina.bh789@gmail.com)
१३	जिल्ला अस्पताल, इलाम	सविना श्रेष्ठ खड्गी (9842627327, sabina1stha27327@gmail.com)
१४	जिल्ला अस्पताल, धनकुटा	विपु श्रेष्ठ (9810592431)
१५	प्रादेशिक अस्पताल, भद्रपुर	निलुशा शाक्य (9842092266, shakyanilusha@gmail.com)

OCMC को कार्यक्षेत्र

- स्वास्थ्य तथा चिकित्साजन्य कानुनी सेवा
- मनोसामाजिक परामर्श सेवा
- केस व्यवस्थापन (Case Management)
- संरक्षण र सुरक्षित आवास (Shelter) व्यवस्था
- कानुनी परामर्श र उपचार
- सामाजिक पुनर्स्थापना र पुनःएकीकरण
- सुचना, शिक्षा तथा सशक्तिकरण
- अभिलेखीकरण (Documentation) र रिपोर्टिङ

क्रियाकलापहरु :

- अस्पतालमा आधारित ocmc कार्यक्रमको प्रगति समीक्षा

- अस्पतालमा आधारित ocmc को स्थलगत अनुगमन तथा अनुशिक्षण

सूचकः

आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्रमा सेवा लिन आएका किशोरकिशोरी मध्ये ११९९ जना perpetrator (हिंसा) को शिकार भएका छन् ।

चुनौतीहरुः

१. भौतिक पूर्वाधार जस्तै फरेन्सिक परीक्षण कक्ष, मनोसामाजिक काउन्सेलिङ कोठा, सुरक्षित प्रतीक्षा कक्ष तथा गोपनीय कक्षको अभाव हुनु ।
२. प्रादेशिक तथा संघीय तहबाट पर्याप्त र समयमै बजेट उपलब्ध नहुनु।
३. आवश्यक उपकरण, किट (rape kit, forensic kit), औषधि तथा आपतकालीन सामग्रीमा अभाव हुनु।
४. स्वास्थ्य संस्था, प्रहरी, स्थानीय तह, अदालत र सामाजिक सेवा संस्थाबीच पर्याप्त समन्वय नहुनु।
५. धेरै जिल्लामा प्रशिक्षित फरेन्सिक विशेषज्ञ अभाव हुनु।
६. पुनःस्थापना तथा सुरक्षित घर (safe house) को सीमित संख्या लगायत दीर्घकालीन पुनःस्थापना कार्यक्रम (skill training, rehabilitation) कमजोर हुनु ।

समाधानका उपायहरु

१. प्रत्येक OCMC केन्द्रमा गोप्य काउन्सेलिङ कक्ष, फरेन्सिक परीक्षण कक्ष, र सुरक्षित प्रतीक्षा कक्ष अनिवार्य बनाउने।
२. स्वास्थ्य संस्था, प्रहरी, स्थानीय तह, अदालत, महिला/बालबालिका कार्यालयबीच साझा SOP (Standard Operating Procedures) कार्यान्वयन गर्ने ।
३. फरेन्सिक किट, emergency medicines, clothing, transport allowance उपलब्ध गराउने।
४. हिंसा पीडित सहायता सम्बन्धी राष्ट्रिय SOP र दिशानिर्देशहरू कडाइका साथ लागू गर्ने ।
५. प्रादेशिक अस्पतालमा सक्षम फरेन्सिक विशेषज्ञ राख्ने।
६. स्थानीय तहमार्फत OCMC सेवा बारे समुदायसम्म सूचना पुऱ्याउने।
७. विद्यालय, स्वास्थ्य चौकी, महिला समूह, युवा क्लब र समुदाय स्तरमा हिंसा रोकथाम अभियान चलाऊने ।

४.२ अस्पतालमा सामाजिक सेवा इकाई (SSU) कार्यक्रम

१. पृष्ठभूमि (Background):

नेपालमा स्वास्थ्य सेवा उपयोग गर्दा आर्थिक अवस्था कमजोर, सामाजिक रूपमा वञ्चित, एकल महिला, बालबालिका, अपाङ्गता भएका व्यक्ति, जेष्ठ नागरिक लगायतका वर्गले अस्पतालमा पुगेर सेवा उपयोग गर्न कठिनाई भोगिरहेका छन्। विशेषगरी आवश्यक कागजात, सिफारिस, औषधि खरिद, उपचार प्रक्रिया बुझ्न नसक्ने व्यक्तिहरूका लागि अस्पताल प्रवेशदेखि उपचारसम्म सहजता आवश्यक हुन्छ।

यस आवश्यकता पूर्ति गर्न सरकारले २०६६/६७ सालबाट “अस्पतालमा सामाजिक सेवा इकाई (Social Service Unit)” कार्यक्रम सुरू गरेको हो। यो सेवा विशेषगरी सार्वजनिक अस्पतालहरूमा लक्षित

गरी स्थापना गरिएको हो, जसले समाजको वञ्चित वर्गलाई अस्पतालको प्रवेशद्वारमा नै सहयोग गर्ने काम गर्दछ।

२. दुरदृष्टि (Vision):

"समान पहुँचयुक्त, सामाजिक रूपमा उत्तरदायी र समावेशी स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको निर्माण।"

३. ध्येय (Mission):

"स्वास्थ्य सेवाको पहुँचबाट बञ्चित, असहाय र जोखिममा परेका वर्गलाई गुणस्तरीय उपचारमा पहुँच पुऱ्याउने सामाजिक कार्य प्रणालीको स्थापना।"

४. लक्ष्य (Goals):

- अस्पतालमा आउने सामाजिक दृष्टिले कमजोर समूहलाई सहायता र मार्गदर्शन प्रदान गर्ने।
- सेवा उपयोगमा समावेशिता, सहजीकरण र समानता सुनिश्चित गर्ने।
- अस्पताल/ समुदाय/ स्थानीय तहबीच समन्वय सुदृढ गर्ने।

५. उद्देश्य (Objectives):

- विपन्न, एकल, अपाङ्ग, जेष्ठ नागरिक, बालबालिका आदिलाई स्वास्थ्य सेवा उपयोग गर्न सहयोग पुऱ्याउने।
- राहत कोष, भौचर, सिफारिस, निःशुल्क औषधि, रेफरल सेवा व्यवस्थापन गर्ने।
- अस्पतालमा सूचना, सहायता, मनो सामाजिक परामर्श उपलब्ध गराउने।
- स्थानीय तह, सामाजिक संघसंस्थाहरूसँग सहकार्य गरी सहायता जुटाउने।
- अस्पतालमा सामाजिक मूल्य र मानव अधिकारको सम्मान सुनिश्चित गर्ने।

६. हालको अवस्था (Current Status):

सूचक	विवरण
कार्यक्रम सुरु	२०६६/६७
सञ्चालित अस्पताल	कोशी प्रदेशमा १५ सरकारी अस्पताल तथा प्रतिष्ठानहरूमा SSU स्थापना
सेवा प्रयोग	आ.व. २०८१/८२ मा कोशी प्रदेशमा SSU मार्फत **११,०९८ केसहरू** सेवा उपयोग भएका थिए
कर्मचारी संख्या	१-२ जना सामाजिक कार्यकर्ता, केही स्थानमा स्वयंसेवक/स्थानीय स्टाफ
सेवा उपलब्धता	रोगी परिचालन सहयोग, निःशुल्क औषधि सहयोग, सिफारिस, रेफरल, आर्थिक सहायता संयोजन
स्रोत	अस्पताल कोष, सरकारी राहत कार्यक्रम, NGO/INGO सहयोग
नीति तथा निर्देशिका	"अस्पताल सामाजिक सेवा इकाई कार्यविधि २०७०", "निर्देशिका २०७८"

सामाजिक सेवा इकाइ स्थापना भएका अस्पतालहरु

- बि.पी. कोइराला स्वास्थ्य बिज्ञान प्रतिष्ठान, धरान
- कोशी अस्पताल विराटनगर, मोरङ्ग
- प्रादेशिक अस्पताल भद्रपुर, झापा
- सबै जिल्ला अस्पताल (मोरंग बाहेक)

७. समस्या (Challenges):

क. SSU सञ्चालनका लागि प्रशिक्षित स्टाफ (जस्तै काउन्सेलर, सामाजिक काम गर्ने कर्मचारी) को कमी,

ख. स्थानीय सरकार, अस्पताल प्रमुख, अन्य सरोकारवालाहरुसंग पर्याप्त समन्वय नहुनु,

ग. ग्रामीण, दुर्गम वा भौगोलिक रूपमा कठिन पहुँच भएका स्थानमा वासिन्दाहरूले SSU सेवा प्रयोग गर्न कठिनाइ अनुभव गर्नु

घ. SSU सञ्चालनका लागि बजेट सीमित हुनु जस्ले गर्दा दीर्घकालीन दिगो सञ्चालन सुनिश्चित गर्न वित्तीय स्रोत व्यवस्थापन चुनौतीपूर्ण हुनु

ङ. पुनरावलोकन र अनुगमनका लागि आवश्यक स्रोत नपुग्दा सुधारको प्रक्रिया ढिला हुनु।

१. समाधानका उपायहरू (Recommendations):

क. **जिल्ला/प्रदेश स्तर SSU समन्वय समिति** गठन, जसमा स्वास्थ्य, सामाजिक विकास र स्थानीय सरकारका प्रतिनिधि समावेश गर्ने र त्रैमासिक समीक्षा बैठक राखेर प्रगति, समस्या र सुधार उपायको अपडेट लिने ।

ख. **जनचेतना अभियान** (FM radio, posters, community meetings) मार्फत SSU सेवाबारे जानकारी बढाउने र Transport allowance वा referral system मार्फत **दुर्गम वासिन्दाको सेवा पहुँच सुनिश्चित** गर्ने ।

ग. वार्षिक छुट्टै **SSU बजेट** सुनिश्चित गर्नुका साथै दातृ निकाय, NGO र स्थानीय सरकारसँग **साझेदारी** गरेर सेवा विस्तार गर्ने ।

घ. डिजिटल डाटाबेस प्रयोग गरी **सुरक्षित, एकीकृत र पहुँचयोग्य अभिलेख** राखुका साथै त्रैमासिक र वार्षिक **Performance Review Workshop** सञ्चालन गर्नु ।

९. निष्कर्ष (Conclusion):

अस्पतालमा सामाजिक सेवा इकाई (SSU) कार्यक्रम नेपालको समावेशी र मानवीय स्वास्थ्य सेवा प्रणाली विकासमा एक महत्वपूर्ण आयाम हो। कमजोर वर्गलाई सेवामा पहुँच बढाउने, अस्पताल र समुदायबीच पुल निर्माण गर्ने र स्वास्थ्य सेवामा गरिबी तथा सामाजिक अवरोध घटाउने यसको भूमिका उल्लेखनीय छ। तैपनि, जनशक्ति, स्रोत, नीति कार्यान्वयन र अनुगमन प्रणाली सुदृढ पारेर मात्र यो कार्यक्रम प्रभावकारी रूपमा विस्तार गर्न सकिन्छ।

४.३ अस्पतालमा आधारित जेरियाट्रिक वार्ड स्थापना कार्यक्रम

१. पृष्ठभूमि (Background):

नेपालमा वृद्ध जनसंख्या दिनानुदिन बढ्दैछ। हाल (२०७८) को जनगणना अनुसार नेपालको कुल जनसंख्याको करिब १०% भन्दा बढी हिस्सा ६० वर्ष वा सो भन्दा माथिका व्यक्तिहरू छन्। वृद्ध जनसंख्या वृद्धिको दर २.७% रहेको छ, जुन औसत जनसंख्या वृद्धिदरभन्दा तीव्र छ।

उमेरसँगै शरीरको प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर हुन्छ र पुराना रोग (chronic diseases) तथा शारीरिक/ मानसिक कमजोरीहरू बढी देखिन्छन्। तथापि, नेपालको स्वास्थ्य प्रणाली अझै युवा जनसंख्यामुखी रहेकाले वृद्धहरूका लागि लक्षित सेवा तथा पूर्वाधारमा कमी छ।

त्यसैले, सरकारले वृद्धमैत्री स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने उद्देश्यले अस्पतालस्तरमा जेरियाट्रिक वार्ड स्थापना कार्यक्रम सुरु गरेको हो।

२. दुरदृष्टि (Vision):

“सक्रिय, स्वस्थ, सम्मानजनक र सुरक्षित वृद्ध जीवन सुनिश्चित गर्दै वृद्धमैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको विकास।”

३. ध्येय (Mission):

"वृद्ध व्यक्तिहरूको विशिष्ट आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्ने, समर्पित, समावेशी र पहुँचयोग्य अस्पताल सेवा उपलब्ध गराउने।"

४. लक्ष्य (Goals):

- सबै प्रदेशमा सरकारी तथा विशिष्टिकृत अस्पतालहरुमा जेरियाट्रिक वार्ड स्थापना गर्ने।
- वृद्ध व्यक्तिको स्वास्थ्य समस्याको प्रारम्भिक पहिचान र व्यवस्थापन गर्ने सेवा सुनिश्चित गर्ने।
- वृद्ध व्यक्तिको स्वास्थ्य सेवा प्रयोगमा सम्मान, गोपनीयता, र सहज पहुँच सुनिश्चित गर्ने।

५. उद्देश्य (Objectives):

- वृद्ध जनसंख्याको स्वास्थ्य आवश्यकता अनुसार जेरियाट्रिक विशेषज्ञ सेवा प्रवाह गर्ने।
- अस्पतालस्तरमा समर्पित वार्ड, उपकरण र जनशक्ति व्यवस्था गर्ने।
- वृद्धमैत्री भौतिक पूर्वाधार, शौचालय, बेड, परामर्श कोठा लगायत सुविधा विकास गर्ने।
- वृद्ध स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी तालिम, अनुसन्धान र निगरानी प्रणालीको विकास गर्ने।

६. हालको अवस्था (Current Status):

सूचक	अवस्था
शुरुआत वर्ष	सन् २०१७/१८ (२०७४/०७५)
समावेश अस्पतालहरू	स्वास्थ्य मन्त्रालयको वार्षिक रिपोर्ट (२०८०/८१) अनुसार, "लगभग ९४ अस्पतालहरूमा जेरियाट्रिक वार्ड स्थापना भएको" उल्लेख छ
सेवा उपलब्धता	निःशुल्क बेड, प्राथमिक उपचार, औषधि, परामर्श
पूर्वाधार	वृद्धमैत्री बेड, शौचालय, र्याम्प, अस्पताल गेटदेखि वार्डसम्म सहज पहुँच
जनशक्ति	चिकित्सक, नर्स, हेल्थ असिस्टेन्ट र सामाजिक कार्यकर्ता परिचालन
नीति/दिशानिर्देश	"जेष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यविधि", "जेरियाट्रिक स्वास्थ्य सेवा नीति (मस्यौदा)"

अस्पतालमा आधारित जेरियाट्रिक वार्ड स्थापना स्थापना भएका अस्पतालहरु

कोशी अस्पताल विराटनगर, मोरङ्ग

प्रादेशिक अस्पताल भद्रपुर, झापा

जिल्ला अस्पताल इलाम

जिल्ला अस्पताल ताप्लेजुङ्ग

जिल्ला अस्पताल संखुवासभा

जिल्ला अस्पताल भोजपुर

जिल्ला अस्पताल, तेर्हथुम

जिल्ला अस्पताल उदयपुर

जिल्ला अस्पताल सुनसरी

जिल्ला अस्पताल पाँचथर

जिल्ला अस्पताल खोटांग

७. समस्या (Challenges):

क. नेपालमा जेरेयाट्रिक हेरचाहका लागि प्रशिक्षित मानव स्रोत (Human Resource) र विशेषज्ञता (जस्तै गेरियाट्रिक विशेषज्ञ, नर्स, पुनर्स्थापना कर्मचारी) कमी हुनु।

ख. कोशी प्रदेशका केही भागहरू भौगोलिक रूपमा दुर्गम भएको र सडक अवरुद्ध हुने समस्या (जस्तै बाढी) भएको हुदा स्वास्थ्य सेवा पहुँचमा समस्या आउने ।

ग. केही सरकारी अस्पतालहरूको भौतिक संरचना पुरानो र अपर्याप्त भएको साथै जेरियाट्रिक वार्डका लागि आवश्यक संरचना (जस्तै र्याम्प, ह्यान्डरेल, वृद्धमैत्री शौचालय) बनाउन चुनौतीपूर्ण रहेको ।

घ. वृद्ध बिरामीहरूको स्वास्थ्य आवश्यकताहरू बहु-सांघठनात्मक हुने (दिर्घ रोग, पुनर्स्थापना, सामाजिक सेवाहरू), र यी सबैलाई समेटेर समन्वय गर्न चुनौतीपूर्ण रहेको।

ङ. वृद्ध सेवा कार्यक्रमहरूको दीर्घकालीन मापन (outcomes) जस्तै functional improvement, पुनर्स्थापना सफलताको ट्र्याकिङ गर्ने प्रणाली कमजोर रहेको ।

च. स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूले वृद्धका लागि छुट-प्रणाली, प्राथमिकता वा विशेष जेरियाट्रिक सुविधा नदिँदा वृद्धले सेवा लिन असमर्थ हुने।

८. समाधानका उपायहरू (Recommendations):

क. Training of Trainers (ToT) मोडेल प्रयोग गरी अनुभवी स्वास्थ्यकर्मीलाई जेरियाट्रिक सेवा तालिम दिने र उनीहरूलाई अन्य अस्पतालहरूमा प्रशिक्षक बनाएर नेटवर्क बनाउने।

ख. साझेदार संस्था (जस्ले जेरियाट्रिक स्वास्थ्य र जनस्वास्थ्यमा काम गर्दै छन्) सँग सहकार्य गरेर क्षमता अभिवृद्धि कार्यक्रम संचालन गर्ने।

ग. स्वास्थ्य मन्त्रालय / कोशी प्रदेश सरकारसँग वार्ड स्थापना र संचालनका लागि स्पष्ट बजेट प्रावधान सुनिश्चित गर्ने।

घ. दीर्घकालीन वृद्ध हेरचाह सेवाका लागि "sustainable financing" रणनीति बनाउने ' राष्ट्रिय नीति वा प्रादेशिक स्वास्थ्य बजेटमा जेरियाट्रिक सेवाका लागि निरन्तर बजेट छुट्याउने।

ङ. पुरानो अस्पताल भवनहरूमा सुधार गर्दै "geriatrics-friendly zone" निर्माण गर्ने ।

च. अस्पतालमा जेरियाट्रिक सेवालाई OPD, IPD, पुनर्स्थापना (rehabilitation), सामाजिक सेवा (Social Security Unit) र मानसिक स्वास्थ्य सेवा (counselling) सँग समन्वय गर्ने बहु-सेवा मोडेल निर्माण गर्ने।

छ. प्रादेशिक अस्पतालहरुमा त्रैमासिक समीक्षा बैठकहरू आयोजना गरी, स्वास्थ्यकर्मी, प्रशासन् र अन्य सरोकारवालाहरूले अवरोध र सुधारका सुझावहरू साझा गर्ने।

८. समाधानका उपायहरू (Recommendations):

नीति तथा व्यवस्थापन सुधारः

- जेरियाट्रिक वार्डको न्यूनतम सेवा मापदण्डको पालना गर्नु।

पूर्वाधार सुधारः

- सबै प्रदेश र जिल्ला अस्पतालमा वृद्धमैत्री Ward, OPD, र Diagnostic Units निर्माण गर्नु।
- र्याम्प, ह्याण्ड रेल, सिटिङ एरिया, शौचालय, बत्ती र साइनबोर्ड वृद्धमैत्री बनाउनु।

जनशक्ति र तालिमः

- चिकित्सक, नर्स र अन्य जनशक्ति लागि जेरियाट्रिक केयर तालिम सञ्चालन गर्नु।
- Geriatric specialization कार्यक्रम मेडिकल कलेजहरूमा प्रवर्द्धन गर्नु।

सेवा विस्तार र समन्वयः

- जेरियाट्रिक वार्डमा फिजियोथेरापी, मानसिक स्वास्थ्य परामर्श, पोषण परामर्श सेवा उपलब्ध गराउनु।
- Home-based follow-up service प्रणाली विकास गर्नु।

अनुगमन, मूल्याङ्कन र अनुसन्धानः

- नियमित Monitoring Framework विकास गरी प्रभावकारिता मूल्याङ्कन गर्नु।
- जेरियाट्रिक स्वास्थ्य सेवामा डेटा संकलन र विश्लेषण प्रणाली सुदृढ गर्नु।

९. निष्कर्ष (Conclusion):

नेपालमा जेरियाट्रिक वार्ड स्थापना कार्यक्रम वृद्ध जनसंख्याको विशिष्ट स्वास्थ्य आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्ने महत्वपूर्ण प्रयास हो। यद्यपि, पूर्वाधार, जनशक्ति र सेवा विस्तारमा अझै ध्यान दिन आवश्यक छ। दीर्घकालीन रूपमा यो कार्यक्रमलाई नियमित बजेट, नीति निर्माण, र तालिमयुक्त मानव स्रोत मार्फत सुदृढ गर्नु पर्नेछ ताकि प्रत्येक वृद्ध नागरिकले सम्मानका साथ सहज र गुणस्तरीय सेवा सुनिश्चित हुनेछ।

४.४ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम (Female Community Health Volunteer Program)

पृष्ठभूमिः

नेपालको संविधाले स्वास्थ्यलाई आधारभुत मौलिक हकको रुपमा स्थापित छ भने उक्त संविधान प्रदत्त स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिकारलाई सबै नागरिकले उपभोग गर्न पाउने अवसरको सृजना गर्न राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ ग्रा जारी भएको छ । देश संघीय संरचनामा गएपछि संघ, प्रदेश र स्थानीय तहको भूमिका तय भएको छ । संबिधानको मर्म अनुसार राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ को ६.६ को रणनीति नं. ६.६.६ मा स्वस्थ्य सेवामा स्वयंसेवकको अवधारणालाई विकास गर्दै महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको परिचालन तथा व्यवस्थापन स्थानीय तहबाट गर्न निर्देशन गरेको छ। त्यसै गरी स्थानीय तहको एकल अधिकार र कार्यमा आधारभुत स्वास्थ्य र सरसफाई उल्लेख भएकोले, स्थानीय स्तरमा आधारभुत स्वास्थ्यको उपयोगमा वृद्धि तथा सरसफाईको सुधारमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको महत्वपूर्ण भूमिका रहेको छ। नेपालको संविधानको मर्म, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिको भावना, नेपालले राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय क्षेत्रमा जनाएको प्रतिवद्धता र स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखा परेका कतिपय परिवर्तनहरुलाई सम्बोधन गर्नका लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका राष्ट्रिय रणनीति २०६७ लाई परिमार्जन गरी यो राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम रणनीति २०६७ (पहिलो संशोधन, २०७६) लागु गरिएको छ ।महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम संचालन र व्यवस्थापनका लागि यो रणनीति प्रदेश र स्थानीय तहका लागि मार्गदर्शन हुनेछ र यसको आधारमा प्रदेश तथा स्थानीय तहले आफ्नो वस्तुस्थिति अनुसार आफ्नो रणनीति बनाई लागु गर्न सक्नेछ ।

ग्रामिण क्षेत्रका आमा तथा बच्चाको स्वास्थ्य स्तरमा सुधार ल्याउन आवश्यक प्रतिकारात्मक र प्रबर्धनात्मक सेवा पुर्याउने उद्देश्यले यो कार्यक्रम वि.सं. २०४५ साल (सन्.१९८८/ १९८९) देखि

सुरु भएको थियो । महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम रणनिति पहिलो पटक वि.सं. २०४७ साल (सन्. १९९० सेप्टेम्बर) मा दोस्रो पटक वि.सं. २०४८ साल (सन्१९९२), तेस्रो पटक वि.सं. २०५९/६० साल (सन् २००३) मा, चौथो पटक वि.सं. २०६४/६५ साल (सन् २००८) र वि.सं. २०६७/६८ मा पुर्नलेखन गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृति भई लागु भएको थियो । हाल संघीय संरचना अनुरुप राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रणनीतिलाई परिमार्जन गरी राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम रणनीति, २०६७(पहिलो संशोधन २०७६) तयार गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृत भई लागु भएको छ ।

कोशी प्रदेशमा जम्मा ८७९५ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु रहेका छन।शिशु मृत्युदर, बाल मृत्युदरमा आएको कमीमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको महत्वपूर्ण भूमिका रहेकाले यो कार्यक्रमलाई नेपाल सरकारले उच्च मूल्यांकन गरेको छ।

लक्ष्य

- महिलालाई शसक्तिकरण गरी उनीहरूको स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान तथा क्षमतामा अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतना र स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्ने।
- राष्ट्रले संचालन गरेका विभिन्न जनस्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरूमा समुदायको सहभागिता जुटाई राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्न सहयोग पुर्याउने।

उद्देश्य

- सामुदायिक सहभागिताको माध्यमबाट जनस्वास्थ्यका कार्यक्रमहरुलाई टेवा पुर्याई स्वास्थ्य सम्बन्धी राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्ने कार्यमा सहयोग पुर्याई रहेको छ।

रणनितिहरु

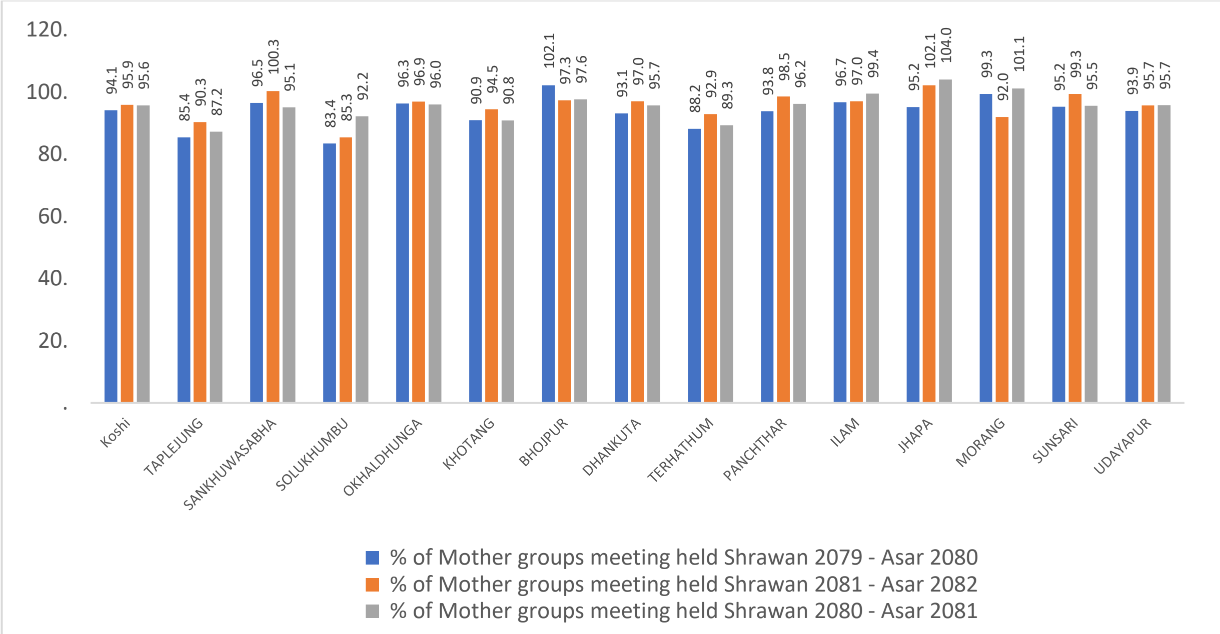
- स्थानीय महिलाको समूह परिचालन गरी घर घरमा सूचना प्रवाह गरी सेवा उपयोगमा वृद्धि गरिनेछ ।
- स्वास्थ्य संस्था र समुदायको वीच संवाहकको रुपमा कार्य गर्ने स्वयंसेविकाहरु तयार गरिनेछ जसले स्वास्थ्यमा जनसहभागिता अभिवृद्धि गरी जनचेतना तथा सेवा उपयोगिता बढाउनेछ ।
- स्थानीय महिलाहरुको क्षमता अभिवृद्धि गरी उनीहरुकै सक्रियतामा सामुदायिक स्वास्थ्य सुदृढिकरण गरिनेछ ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रममा स्वास्थ्य संस्थामा स्वास्थ्यकर्मीहरुको भूमिका बढाई स्थानीय समुदायसँग सहयोगको आदान प्रदान तथा सहकार्य गरिनेछ ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रममा स्थानीय सरकारको सहभागिता तथा अपनत्व विकास गरिनेछ।
- स्थनीय, प्रादेशिक र संघिय सरकारको समन्वय र सहकार्यमा सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम सुदृढिकरण गरिनेछ ।

आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा संचालित कार्यक्रमहरुः

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाद्धारा गठन गरिएका आमा समुह बैठक

गत आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा प्रदेशमा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको आमा समुहको वैठक बसेको दर ९५.६ प्रतिशत र आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा ९५.९ प्रतिशत रहेको छ।

महिला स्वा.स्वयम्.सेविकाहरुले आमा समूहको बैठक संचालन गरेको दर



चित्र न ४५: कोशी प्रदेशमा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको जम्मा संख्या ८७९५ रहेको छ।

४.५ विद्यालय नर्सिङ्ग कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

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

जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा २४ मा उल्लेख भए अनुसार स्थानीय तह र प्रदेश सरकारले शैक्षिक संस्थासँग सहकार्य गरी विद्यालयमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सक्ने व्यवस्था गरेको छ। जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी विद्यालय स्वास्थ्य तथा नर्सिङ्ग सेवा निर्देशिका, २०७६ जारी गरी शुरुवाती चरणमा कोशी प्रदेशका १४ जिल्लाका १४ वटा विद्यालयमा नर्स सहित विद्यालय नर्सिङ्ग सेवा कार्यक्रम आर्थिक वर्ष २०७५/७६ मा सञ्चालन गरिएको थियो । हाल कार्यक्रमलाई थप विस्तार गर्दै १७८ जना विद्यालय नर्सहरू यस कार्यक्रम अन्तर्गत कार्यरत छन् ।

कार्यक्रमको उद्देश्यहरु

- विद्यालयमा प्रवर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक र उपचारात्मक स्वास्थ सेवा दिने।
- विद्यार्थीहरुलाई पोसिलो खाना तथा सरसफाईबारे सचेत गराउने र Junk Food निरुत्साहित गरी पोषण अवस्थामा सुधार ल्याउने।

- यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, मुख तथा दाँत र आँखाको स्वास्थ्य जस्ता विषयमा परामर्ष तथा स्वास्थ्य परीक्षण गरी विद्यार्थीहरुको स्वास्थ्य सुधारमा सहयोग गर्ने।
- विद्यालय नर्स तथा विद्यार्थी मार्फत परिवार एंव समुदायलाई स्वास्थ्य बनाउन सचेतना जगाउने तथा स्वास्थ्य जीवनशैली अपनाउन प्रोत्साहन गर्ने।
- सर्ने तथा नसर्ने रोगहरुको रोकथामका लागि विद्यार्थीहरुको सहभागितामा चेतनामुलक कार्यक्रमहरु संचालन गर्ने।
- विद्यालय स्वास्थ्यका अन्य क्रियाकलापहरु कार्यन्वयन गर्ने।

मुख्य क्रियाकलापहरु

प्रवर्द्धनात्मक :

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

प्रतिकारात्मक सेवा

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

परामर्श सेवा

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

स्वास्थ्य परिक्षण तथा प्राथमिक उपचार

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

प्रेषण सेवा

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

योजन तर्जुमा

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

समन्वयात्मक भूमिका

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

अभिलेख तथा प्रतिवेदन

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

विद्यालय नर्सिङ्ग कार्यक्रम संचालन भएका विद्यालयहरुको सुची

सि. न	जिल्ला	स्थानीय तह	विद्यालयको नाम	कार्यान्वयन वर्ष
१.	मोरङ्ग	विराटनगर महानगरपालिका	पोखरिया मा.वि	२०७५
२.	मोरङ्ग	विराटनगर महानगरपालिका	सत्यनारायण मा.वि	२०७६
३.	मोरङ्ग	विराटनगर महानगरपालिका	मिल्स मा.वि	२०७६
४.	मोरङ्ग	उर्लावारी नगरपालिका	राधिका मा.वि	२०७६
५.	मोरङ्ग	उर्लावारी नगरपालिका	अरनिको मा.वि	२०८०
६.	मोरङ्ग	ग्रामथान गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७६
७.	मोरङ्ग	केरावारी गाउँपालिका	सावित्री मा.वि	२०८०
८.	मोरङ्ग	केरावारी गाउँपालिका	मछिन्द्र मा.वि	२०७६
९.	मोरङ्ग	सुनवर्षि नगरपालिका	मंगलसिंहमा.वि	२०७६

१०.	मोरङ्ग	पथरी शनिश्चरे नगरपालिका	पंचायत मा.वि.	२०७६
११.	मोरङ्ग	बुढीगंगा गाउँपालिका	नाराग्राम मा.वि	२०७६
१२.	मोरङ्ग	कटहरी गाउँपालिका	जनप्रिय मा.वि	२०७६
१३.	मोरङ्ग	रतुवामाई नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७६
१४.	मोरङ्ग	धनपालथान गाउँपालिका	सरदा मा.वि	२०७६
१५.	मोरङ्ग	सुन्दरहरैचा नगरपालिका	सुकुना मा.वि	२०७६
१६.	मोरङ्ग	कानेपोखरी गाउँपालिका	जनसेवा मा.वि	२०७७
१७.	मोरङ्ग	लेटाङ नगरपालिका	शान्ति भगवती मा.वि	२०७७
१८.	मोरङ्ग	मिक्लाजुङ गाउँपालिका	कालिका सामुदायिक मा.वि	२०७७
१९.	मोरङ्ग	मिक्लाजुङ गाउँपालिका	भगवती मा.वि	२०८०
२०.	मोरङ्ग	वेलवारी नगरपालिका	भगवती मा.वि	२०७७
२१.	मोरङ्ग	जहदा गाउँपालिका	दुर्गा मा.वि	२०७७
२२.	मोरङ्ग	रंगेली नगरपालिका	पब्लिक मा.वि	२०७७
२३.	सुनसरी	इनरुवा नगरपालिका	बालमन्दिर मा.वि	२०७५
२४.	सुनसरी	इनरुवा नगरपालिका	सरदा मा.वि	२०७६
२५.	सुनसरी	धरान उप महानगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७६
२६.	सुनसरी	दुहवी नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७६
२७.	सुनसरी	हरिनगरा गाउँपालिका	वालकृष्ण मा.वि	२०७६
२८.	सुनसरी	इटहरी उप महानगरपालिका	सरदा मा.वि	२०७६
२९.	सुनसरी	इटहरी उप महानगरपालिका	राष्ट्रिय मा.वि	२०७६
३०.	सुनसरी	बाह्रक्षेत्र नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७६
३१.	सुनसरी	बाह्रक्षेत्र नगरपालिका	वसन्तऋतु मा.वि	२०७६
३२.	सुनसरी	कोशी गाउँपालिका	राष्ट्रिय मा.वि	२०७७
३३.	सुनसरी	रामधुनी नगरपलिका	आदर्श मा.वि	२०७७
३४.	सुनसरी	भोक्राहा नरसिंह गाउँपालिका	सरदा मा.वि	२०७७
३५.	सुनसरी	बर्जु गाउँपालिका	श्री मा.वि	२०७७
३६.	सुनसरी	देवानगञ्ज गाउँपालिका	अमरसिंह मा.वि	२०७७
३७.	सुनसरी	गडी गाउँपालिका	श्री मा.वि	२०७७
३८.	झापा	विर्तामोड नगरपालिका	देवी मा.वि	२०७५
३९.	झापा	दमक नगरपालिका	हिमालय मा.वि	२०७६
४०.	झापा	दमक नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०८०
४१.	झापा	हल्दिवारी गाउँपालिका	हल्दिवारी मा.वि	२०७६
४२.	झापा	हल्दिवारी गाउँपालिका	जनजागृति मा व	२०८०
४३.	झापा	मेचीनगर नगरपालिका	सहिद दशरथ मा.वि	२०७६
४४.	झापा	मेचीनगर नगरपालिका	धुलावारी मा.वि	२०७६
४५.	झापा	विर्तामोड नगरपालिका	दुर्गा मा.वि	२०७६
४६.	झापा	गौरादह नगरपालिका	जनता मा.वि	२०७६

४७.	झापा	गौरादह नगरपालिका	स्कुल चौन उच्च मा.वि	२०८१
४८.	झापा	गौरादह नगरपालिका	प्रगति मा.वि	२०८१
४९.	झापा	अर्जुनधारा नगरपालिका	जनता मा.वि	२०७६
५०.	झापा	अर्जुनधारा नगरपालिका	सिंहदेवी मा.वि	२०८०
५१.	झापा	अर्जुनधारा नगरपालिका	शनिश्चरे मा.वि	२०८०
५२.	झापा	कन्काई नगरपलिका	कन्काई मा.वि	२०७६
५३.	झापा	कन्चंकवल गाउँपालिका	लक्ष्मी मा.वि	२०७६
५४.	झापा	कन्चंकवल गाउँपालिका	पथरिया मा.वि	२०८०
५५.	झापा	कन्चंकवल गाउँपालिका	शिव मा.वि	२०८१
५६.	झापा	शिवशताक्षी नगरपालिका	राष्ट्रिय रमणीय मा.वि	२०७६
५७.	झापा	शिवशताक्षी नगरपालिका	लालपानी मा.वि	२०८०
५८.	झापा	गौरीगंज गाउँपालिका	गौरीगंज मा.वि	२०७७
५९.	झापा	गौरीगंज गाउँपालिका	बाल कल्याण मा.वि	२०८०
६०.	झापा	भद्रपुर नगरपालिका	विरेन्द्र मा.वि	२०७७
६१.	झापा	बुद्धशान्ति गाउँपालिका	बुद्ध आदर्श मा.वि	२०७७
६२.	झापा	बुद्धशान्ति गाउँपालिका	गणेश मा.वि	२०८०
६३.	झापा	बुद्धशान्ति गाउँपालिका	आर्दश मा वि	२०८०
६४.	झापा	बाह्रदशी गाउँपालिका	पशुपति मा.वि	२०७७
६५.	झापा	बाह्रदशी गाउँपालिका	जनविकास मा.वि	२०८०
६६.	झापा	झापा गाउँपालिका	जनता मा.वि	२०७७
६७.	झापा	कमल गाउँपालिका	मंगलमय मा.वि	२०७७
६८.	ताप्लेजुङ्ग	पाथीभरा याङवरक गाउँपालिका	थेचम्बु मा.वि	२०७५
६९.	ताप्लेजुङ्ग	मिक्वाखोला गाउँपालिका	सावा मा.वि	२०७६
७०.	ताप्लेजुङ्ग	फुङलिङ नगरपालिका	भानुजन मा.वि	२०७६
७१.	ताप्लेजुङ्ग	फुङलिङ नगरपालिका	सिद्धकाली मा.वि	२०८०
७२.	ताप्लेजुङ्ग	आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका	सरस्वती नमुना मा.वि	२०७७
७३.	ताप्लेजुङ्ग	आठराई त्रिवेणी गाउँपालिका	दुर्गा मा.वि	२०८०
७४.	ताप्लेजुङ्ग	सिरीजङ्घा गाउँपालिका	सिनाम मा.वि	२०७७
७५.	ताप्लेजुङ्ग	सिदिङ्वा गाउँपालिका	निलगिरी मा.वि	२०७७
७६.	ताप्लेजुङ्ग	मैवाखोला गाउँपालिका	नारायणी मा.वि	२०७७
७७.	ताप्लेजुङ्ग	मैवाखोला गाउँपालिका	मौवाखोला मा.वि	२०८०
७८.	ताप्लेजुङ्ग	मेरिङदेन गाउँपालिका	त्रिभुवन मा.वि	२०७७
७९.	ताप्लेजुङ्ग	फक्ताङलुङ गाउँपालिका	सिवा मा.वि	२०७७
८०.	संखुवासभा	चैनपुर नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७५
८१.	संखुवासभा	मादी नगरपालिका	मादी मा.वि	२०७६
८२.	संखुवासभा	मादी नगरपालिका	बिनोद मा.वि	२०८०

८३.	संखुवासभा	मकालु गाउँपालिका	हिमालय मा.वि	२०७६
८४.	संखुवासभा	धर्मदेवी नगरपालिका	रामेश्वर मा.वि	२०७७
८५.	संखुवासभा	खादवारी नगरपालिका	हिमालय मा.वि	२०७७
८६.	संखुवासभा	खादवारी नगरपालिका	आदर्श मा.वि	२०८०
८७.	संखुवासभा	सिलीचोङ गाउँपालिका	कालिका मा.वि	२०७७
८८.	संखुवासभा	सभापोखरी गाउँपालिका	जनज्योति मा.वि	२०७७
८९.	संखुवासभा	भोटखोला गाउँपालिका	अरुणोदय मा.वि	२०७७
९०.	संखुवासभा	पाँचखपन नगरपालिका	वाना मा.वि	२०७७
९१.	संखुवासभा	चिचिला गाउँपालिका	धर्मदेवी मा.वि	२०७७
९२.	सोलुखुम्बु	सोलुदुधकुण्ड नगरपालिका	जनजागृति मा.वि	२०७५
९३.	सोलुखुम्बु	सोलुदुधकुण्ड नगरपालिका	सिंहकाली मा.वि	२०८०
९४.	सोलुखुम्बु	सोताङ गाउँपालिका	विरेन्द्र ज्योति मा.वि	२०७६
९५.	सोलुखुम्बु	माहाकुलुङ गाउँपालिका	गुदेल मा.वि	२०७७
९६.	सोलुखुम्बु	माप्या दुधकोशी गाउँपालिका	सगरमाथा मा.वि	२०७७
९७.	सोलुखुम्बु	लिखु पिके गाउँपालिका	बुद्ध मा.वि	२०७७
९८.	सोलुखुम्बु	खुम्बु पासाङल्हामु गाउँपालिका	खुम्जुंग मा.वि	२०७७
९९.	सोलुखुम्बु	नेच्चा सल्यान गाउँपालिका	केदार मा.वि	२०७७
१००.	सोलुखुम्बु	थुलुङ्ग दुधकोशी गाउँपालिका	जनकल्याण मा.वि	२०७७
१०१.	सोलुखुम्बु	थुलुङ्ग दुधकोशी गाउँपालिका	जीवनज्योति मा.वि	२०८०
१०२.	भोजपुर	टेम्केमैयुङ गाउँपालिका	तिम्मा मा.वि	२०७५
१०३.	भोजपुर	भोजपुर नगरपालिका	यसोधरा मा.वि	२०७६
१०४.	भोजपुर	साल्पासिलीछो गाउँपालिका	विरेन्द्र मा.वि	२०७६
१०५.	भोजपुर	हतुवागढ़ी गाउँपालिका	सगरमाथा मा.वि	२०७७
१०६.	भोजपुर	रामप्रसाद राई गाउँपालिका	सिङहेश्वरी मा .वि	२०७७
१०७.	भोजपुर	पौवादुङमा गाउँपालिका	पन्चकन्य मा.वि	२०७७
१०८.	भोजपुर	आमचोक गाउँपालिका	शिक्षा क्षमाकन्या मा.वि	२०७७
१०९.	भोजपुर	अरुण गाउँपालिका	महेन्द्रोदय मा.वि	२०७७
११०.	भोजपुर	षडानन्द नगरपालिका	सारदा मा.वि	२०७७
१११.	धनकुटा	महालक्ष्मी नगरपालिका	अरुणोदय मा.वि	२०७५
११२.	धनकुटा	सहिदभुमी गाउँपालिका	छिन्ताङ मा.वि.	२०७६
११३.	धनकुटा	पाखिबास नगरपालिका	अन्नपूर्ण मा.वि	२०७६
११४.	धनकुटा	चौबिसे गाउँपालिका	पुण्य मा.वि	२०७७
११५.	धनकुटा	धनकुटा नगरपालिका	हिले मा.वि	२०७७
११६.	धनकुटा	साँगुरीगढी गाउँपालिका	रामनवमी मा.वि	२०७७
११७.	धनकुटा	छथर जोरपाट गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७७
११८.	उदयपुर	त्रियुगा नगरपलिका	वालमन्दिर मा.वि	२०७५

११९.	उदयपुर	उदयपुरगडी गाउँपालिका	धुवाजन मा.वि	२०७६
१२०.	उदयपुर	कटारी नगरपालिका	जनता मा.वि	२०७६
१२१.	उदयपुर	चौदण्डीगढी नगरपलिका	ज्योति मा.वि	२०७६
१२२.	उदयपुर	चौदण्डीगढी नगरपलिका	सिंहदेवी मा.वि	२०८०
१२३.	उदयपुर	त्रियुगा नगरपालिका	त्रियुगा मा.वि	२०७६
१२४.	उदयपुर	तप्ली गाउँपालिका	श्री मा.वि	२०७७
१२५.	उदयपुर	लिम्चुङ्बुङ गाउँपालिका	महेन्द्र मा.वि	२०७७
१२६.	उदयपुर	रौतामई गाउँपालिका	श्री नमुना मा.वि	२०७७
१२७.	उदयपुर	बेलका गाउँपालिका	सप्ताकौशिका मा.वि	२०७७
१२८.	उदयपुर	बेलका गाउँपालिका	नमुना जनता मा.वि	२०८०
१२९.	ओखलढुंगा	लिखु गाउँपालिका	जनज्योति मा.वि	२०७५
१३०.	ओखलढुंगा	सिद्धिचरण नगरपालिका	रुम्जाटार मा.वि	२०७६
१३१.	ओखलढुंगा	चम्पदेवी गाउँपालिका	गोल्मदेवी मा.वि	२०७६
१३२.	ओखलढुंगा	खिजिदिम्मा गाउँपालिका	कुण्डली मा.वि	२०७७
१३३.	ओखलढुंगा	खिजिदिम्मा गाउँपालिका	फुलमती मा.वि	२०८०
१३४.	ओखलढुंगा	सुनकोशी गाउँपालिका	कुटन्जे मा.वि.	२०७७
१३५.	ओखलढुंगा	सुनकोशी गाउँपालिका	प्रबुद्ध मा.वि	२०८०
१३६.	ओखलढुंगा	मोलुङ गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७७
१३७.	ओखलढुंगा	मोलुङ गाउँपालिका	बरुनेश्वर मा.वि	२०८०
१३८.	ओखलढुंगा	मानेभञ्याङ गाउँपालिका	हर्कपुर मा.वि	२०७७
१३९.	ओखलढुंगा	चिशंखुगढी गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७७
१४०.	ओखलढुंगा	चिशंखुगढी गाउँपालिका	जालपा मा.वि	२०८०
१४१.	खोटाङ्ग	केपिलासगढी गाउँपालिका	राष्ट्रिय मा.वि	२०७५
१४२.	खोटाङ्ग	जन्तेढुंगा गाउँपालिका	चिसापानी मा.वि	२०७६
१४३.	खोटाङ्ग	दिक्तेल रुपाकोट मझुवागडि नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७६
१४४.	खोटाङ्ग	खोटेहाङ गाउँपालिका	सिम्पानी मा.वि	२०७७
१४५.	खोटाङ्ग	साकेला गाउँपालिका	साकेला मा.वि	२०७७
१४६.	खोटाङ्ग	हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७७
१४७.	खोटाङ्ग	रावा बेसी गाउँपालिका	धारापानी मा.वि	२०७७
१४८.	खोटाङ्ग	वराहपोखरी गाउँपालिका	शंखेश्वोरी मा.वि	२०७७
१४९.	खोटाङ्ग	वराहपोखरी गाउँपालिका	बालकन्या मा.वि	२०८१
१५०.	खोटाङ्ग	ऐसेलुखर्क गाउँपालिका	त्रिभुवन मा.वि	२०७७
१५१.	खोटाङ्ग	दिप्रुङ चुइचुम्मा गाउँपालिका	महेन्द्रोदय मा.वि	२०७७
१५२.	खोटाङ्ग	दिप्रुङ चुइचुम्मा गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०८१
१५३.	तेह्रथुम	लालीगुराँस नगरपालिका	बसन्त मा.वि	२०७५
१५४.	तेह्रथुम	लालीगुराँस नगरपालिका	स्मारक निकेतन मा.वि	२०८०

१५५.	तेह्रथुम	आठराई गाउँपालिका	पोखरी मा.वि	२०७६
१५६.	तेह्रथुम	छथर गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७६
१५७.	तेह्रथुम	म्याङलुङ नगरपालिका	कालिका मा.वि	२०७७
१५८.	तेह्रथुम	म्याङलुङ नगरपालिका	सरस्वती मा.वि	२०८०
१५९.	तेह्रथुम	मेन्छयायेम गाउँपालिका	गौखुरी मा.वि.	२०७७
१६०.	तेह्रथुम	फेदाप गाउँपालिका	इसिबु मा.वि	२०७७
१६१.	पांचथर	याङवारक गाउँपालिका	गणेश मा.वि	२०७५
१६२.	पांचथर	तुम्बेवा गाउँपालिका	इन्द्रेणी मा.वि	२०७६
१६३.	पांचथर	कुम्मायक गाउँपालिका	पृथ्वी मा.वि	२०७६
१६४.	पांचथर	फाल्गुनन्द गाउँपालिका	जयनारायण आदर्श मा.वि	२०७७
१६५.	पांचथर	हिलिहाङ गाउँपालिका	सिंहपुर पशुपति मा.वि.	२०७७
१६६.	पांचथर	मिक्लाजुङ गाउँपालिका	दुर्गा मा.वि	२०७७
१६७.	पांचथर	फिदिम नगरपालिका	फिदिम मा.वि	२०७७
१६८.	पांचथर	फालेलुङ गाउँपालिका	कालिका मा.वि	२०७७
१६९.	इलाम	इलाम नगरपालिका	आदर्श मा.वि	२०७५
१७०.	इलाम	माई जोगमाई गाउँपालिका	अमरकल्याण मा.वि	२०७६
१७१.	इलाम	माई नगरपालिका	कन्काई मा.वि	२०७६
१७२.	इलाम	चुलाचुली गाउँपालिका	जनता मा.वि	२०७६
१७३.	इलाम	देउमाई नगरपालिका	भानुभक्त मा.वि	२०७६
१७४.	इलाम	रोङ गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७७
१७५.	इलाम	फाकफोकथुम गाउँपालिका	सिंहदेवि मा.वि	२०७७
१७६.	इलाम	सुर्योदय नगरपालिका	जनक मा.वि	२०७७
१७७.	इलाम	सन्दकपुर गाउँपालिका	सरस्वती मा.वि	२०७७
१७८.	इलाम	माङसेबुङ गाउँपालिका	चिसापानी मा.वि	२०७७

कार्यक्रमका मुख्य उपलब्धीहरु

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

विद्यालय नर्सिङ्ग कार्यक्रम व्यावस्थापनका समस्या तथा समधानका उपायहरु

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

भाग ५ : उपचारात्मक सेवा कार्यक्रम

५.१ पृष्ठभूमि

उपचारात्मक सेवा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत उपचारात्मक सेवा महाशाखा मार्फत संचालित कार्यक्रम हो । आम नागरिकका लागि सरकारी, निजी, सामुदायिक, गैरसरकारी तथा सहकारीस्तरमा संचालित स्वास्थ्य सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान हुने प्रबर्द्धनात्मक, प्रतिरोधात्मक, उपचारात्मक, पुर्स्थापनात्मक तथा प्रशामक (प्यालेटिभ) जस्ता स्वास्थ्य सेवाहरुको व्यवस्थापन सुदृढीकरण मार्फत सेवाहरुको गुणस्तर सुनिश्चितताका लागि निर्धारित न्यूनतम सेवा मापदण्डहरुको व्यवस्था नेपाल जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ ले गरेको छ ।

उपचारात्मक सेवा कार्यक्रमले विशेषत स्वास्थ्य संस्था तथा अस्पतालहरू स्थापना, सञ्चालन र स्तरवृद्धि गर्न नियमन र समन्वय गर्दछ ।उपचारात्मक सेवा कार्यक्रमले विभिन्न कार्यक्रमहरू मार्फत अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुका सेवाहरूलाई सुदृढ गर्न निरन्तर काम गरिरहेको छ ।

५.२ अस्पतालहरुको न्यूनतम सेवा मापदण्ड

न्यूनतम सेवा मापदण्डको मानक आधारहरु

- रास्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१
- जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५
- सुशासन् (व्यवस्थापन र संचालन) २०६४
- वित्तिय प्रणाली नियमावली २०६४
- नेपाल स्वास्थ्य सेवा नियमावली २०५५
- लोक सेवा नियमावली २०५० (Minimum Service Standard)
- नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०१५-२०२०, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, नेपाल सरकार
- नेपाल एकिकृ त स्वास्थ्य पूर्वाधार विकास मापदण्ड २०७३/७४
- स्वास्थ्य संस्थाको लागि गुणस्तर सुधार उपकरण २०७४
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा सामाजिक लेखापरिक्षण निर्देशिका २०७० पुनरावलोकन २०७३
- अत्यावश्यक औषधीहरुको राष्ट्रिय सूची २०६६/६७ पुनरावलोकन २०७२/७३
- जिल्ला अस्पतालहरुको गुणस्तर सुधारका कमजोरी पहिचान गर्ने न्यूनतम सेवा मापदण्ड चेकलिस्ट, उपचारात्मक सेवा विभाग, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, नेपाल सरकार , २०७१/२०७२
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन र सूचना प्रणाली, रेकर्डिङ र रिपोर्टिङ, २०७०
- रास्ट्रिय सुरक्षित मात्तृत्व तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम, जिल्ला मात्तृत्व तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य आवश्यकता मूल्यांकन उपकरण भाग ०१, अस्पताल, २०६३/२०६४
- स्वास्थ्य सेवा फोहोर व्यवस्थापन निर्देशिका २०१४, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, नेपाल सरकार
- आधारभूत स्वास्थ्य सेवा पैकेज (BHSP)

न्युनतम सेवा मापदण्डको विकास क्रम

- सन् २०१०/ ११ मा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र/NSI बाट NEED ASSESMENT.
- अस्पताल व्यवस्थापन सम्बन्धी ४ वटा अस्पतालमा पाइलट तालिम संचालन, २०१३
- प्युठान, बर्दिया, दोलखा र रामेछाप ।

- सन् २०१४ मा न्युनतम सेवा मापदण्ड बनाई फिल्डमा जाँच गरियो ।
- सन् २०१४ मे मा अस्पताल ब्यबस्थापन तालिम बाट Hospital Management Strengthening Program (HMSP) नामकरण गरियो ।
- सन् २०१४ जुन मा स्वास्थ्य तथा जम्संख्य मन्त्रालय तथा NSI बीच MSS लागु गर्ने बारे सम्झौता ।
- सन् २०१४ अगस्त मा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय द्वारा अस्पतालको MSS को लागि कार्यशाला गोष्ठी संचालन ।
- वि.सं. २०७१ मङ्सिर २१ मा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रीद्वारा जिल्ला अस्पतालको MSS स्वीकृत ।

न्युनतम सेवा मापदण्दको कार्यान्वयन तथा हालको अवस्था :

- जिल्ला अस्पताल वा सो सरहको अस्पतालमा तीन चरणको कार्यशाला गोष्ठी सम्पन्न ।
- पहिलो गोष्ठी MSS कार्यक्रम शुरु भएको अस्पतालबाट शुरु गरिएको थियो ।
- वि.सं. २०७५ आषाढ सम्ममा ७५ वटा जिल्ला अस्पतालहरु FOLLOW UP को चरणमा पुगिसकेको अवस्था
- स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले प्राथमिक अस्पतालको MSS कार्यक्रमको समीक्षा गरि द्वितीय र तृतीयस्तरका अस्पतालहरुको MSS निर्धारण गरेको ।
- आ.व. २०७५/०७६ मा द्वितीय र तृतीय स्तरका अस्पतालहरुको न्युनतम सेवा मापदण्डको लागि वजेट विनियोजन।

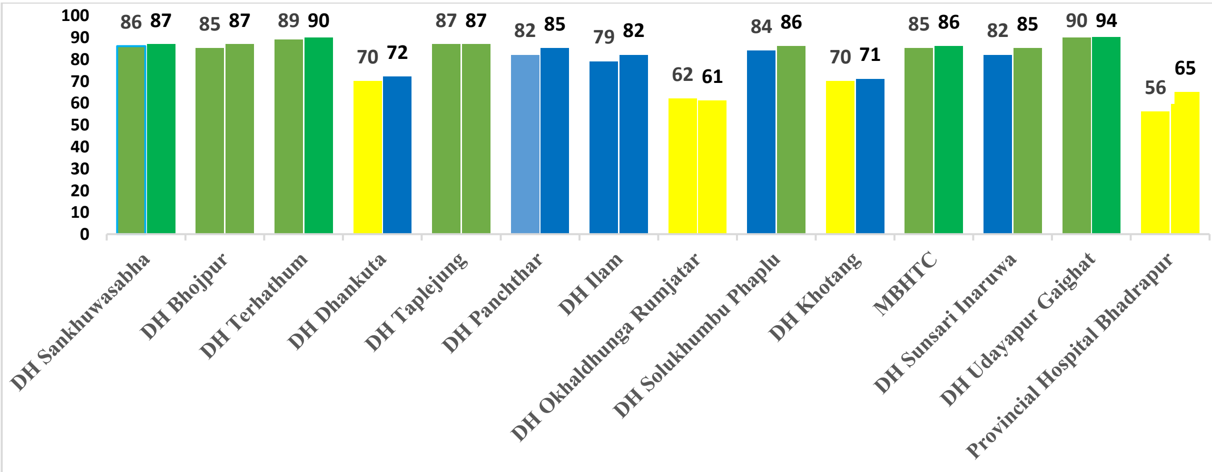
न्युनतम सेवा मापदण्ड कार्यक्रम कार्यन्वयन भएका अस्पतालहरु

MSS Tools	Name of Hospitals	Ownership
Primary Level Hospital MSS Tools	Rangeli Hospital, Morang Damak Hospital, Jhapa Madi Hospital, Sankhuwasabha Pathri Hospital, Morang Katari Hospital, Udayapur (हाल प्रदेश अन्तर्गत Secondary A मा स्तर उन्नति)	Local
Primary Level Hospital MSS Tools	District Hospital, Taplejung District Hospital, Terhathum District Hospital, Bhojpur District Hospital, Khotang District Hospital, Okhaldhunga District Hospital, Solukhumbhu	Province
Secondary A Level Hospitals MSS Tools	District Hospital, Sunsari District Hospital, Udaypur District Hospital, Ilam District Hospital, Sankhuwasabha District Hospital, Panchthar District Hospital, Dhankuta Madan Bhandari Hospital & Trauma Center, Morang	Province
Secondary B Level Hospital MSS Tools	Provincial Hospital, Bhadrapur	Province
Tertiary Level Hospital MSS Tools	Koshi Hospital, Biratnagar, Morang BPKIHS, Dharan	Federal

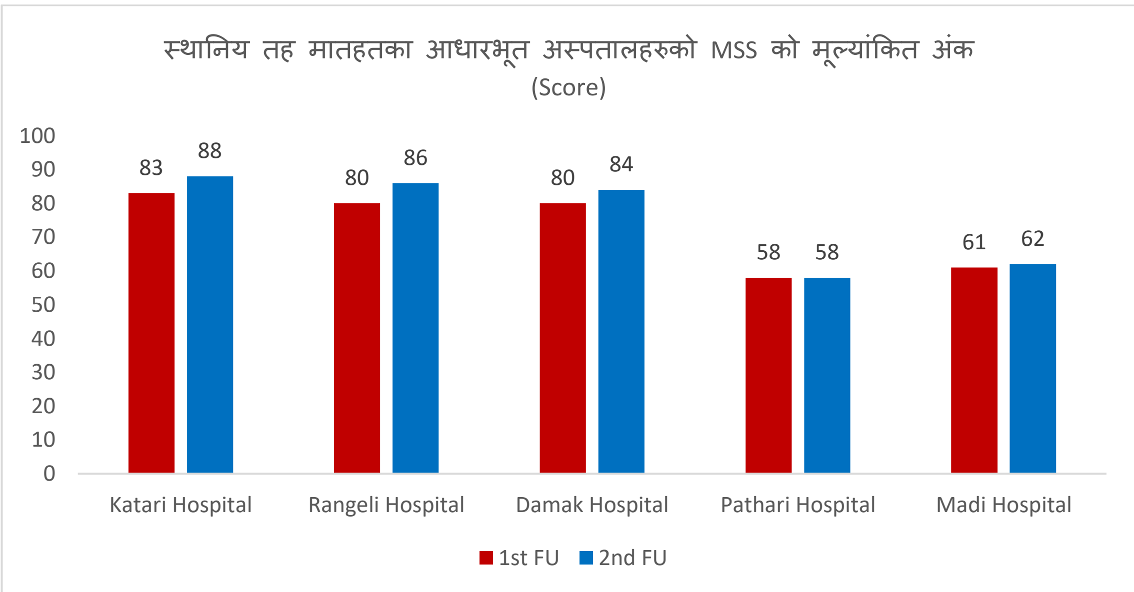
आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा कोशी प्रदेश अन्तर्गतका विभिन्न अस्पतालहरुको न्युनतम सेवा मापदण्ड मूल्यांकित अंक (Score)

1st Bar: 1st follow up (21 Hospitals)
2nd Bar: 2nd follow up (21 Hospitals)

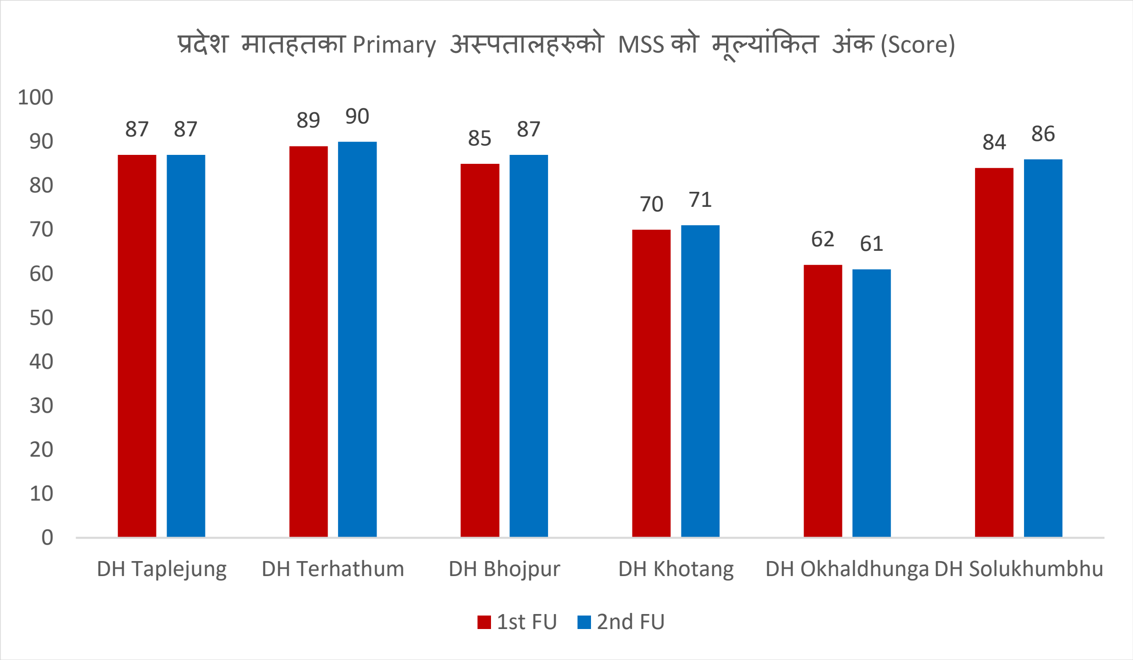
Colour	Criteria
Grey	<50%
Yellow	50-69%
Blue	70-84%
Green	85-100%



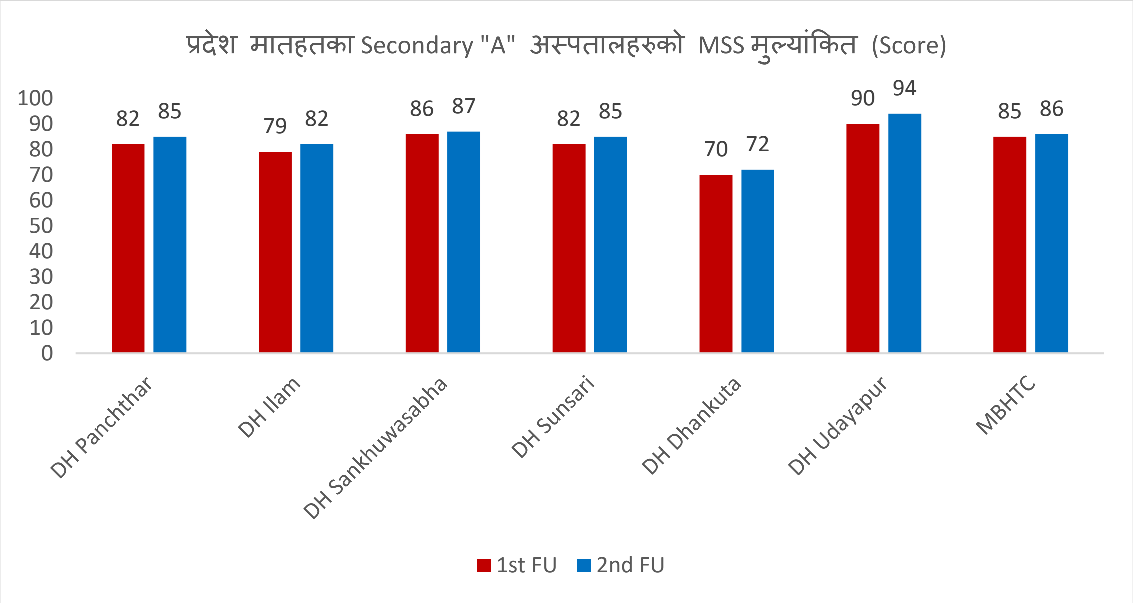
चित्र नं.४६ : प्रदेशस भित्रका सवै प्रकारका अस्पतालहरुको न्युनतम सेवा मापदण्ड मूल्यांकित अंक



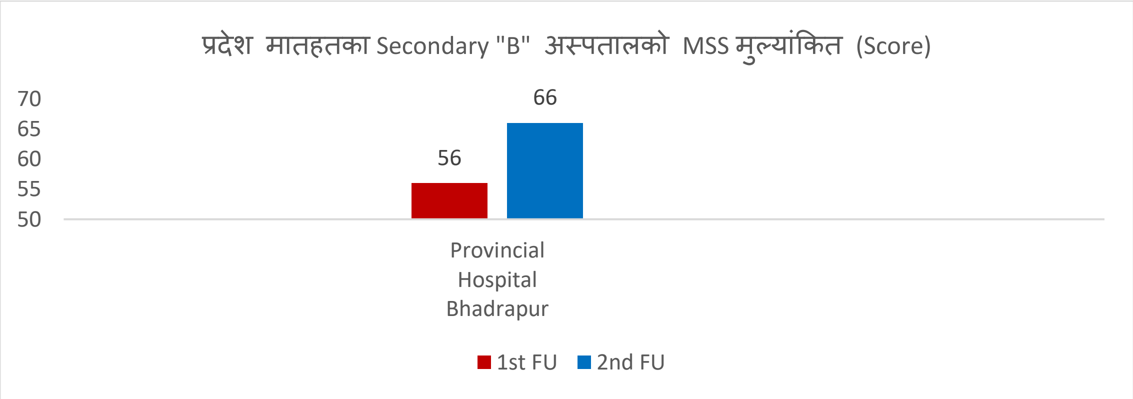
चित्र न. ४७: स्थानिय तह मातहतका आधारभूत अस्पतालहरुको MSS को मूल्यांकित अंक



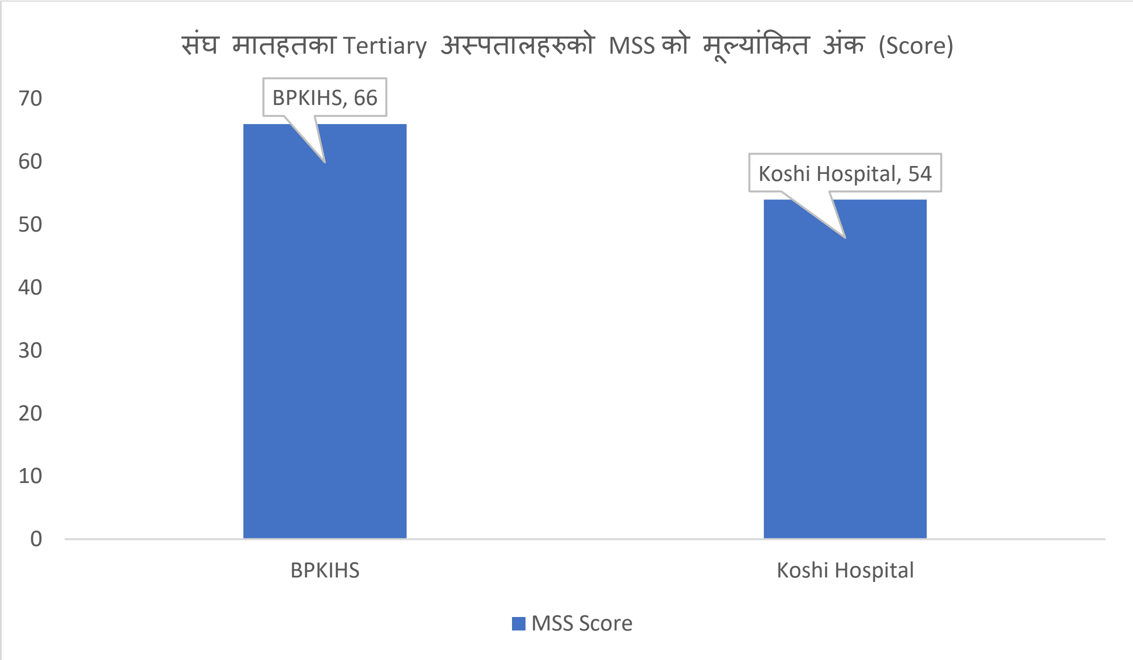
चित्र न. ४८: प्रदेश मातहतका Primary अस्पतालहरुको MSS को मूल्यांकित अंक (Score



चित्र न. ४९: प्रदेश मातहतका Secondary "A" अस्पतालहरुको MSS मुल्यांकित (Score)



चित्र न ५०: प्रदेश मातहतका Secondary "B" अस्पतालको MSS मुल्यांकित (Score)



चित्र न ५१: संघ मातहतका Tertiary अस्पतालहरुको MSS को मूल्यांकित अंक (Score)

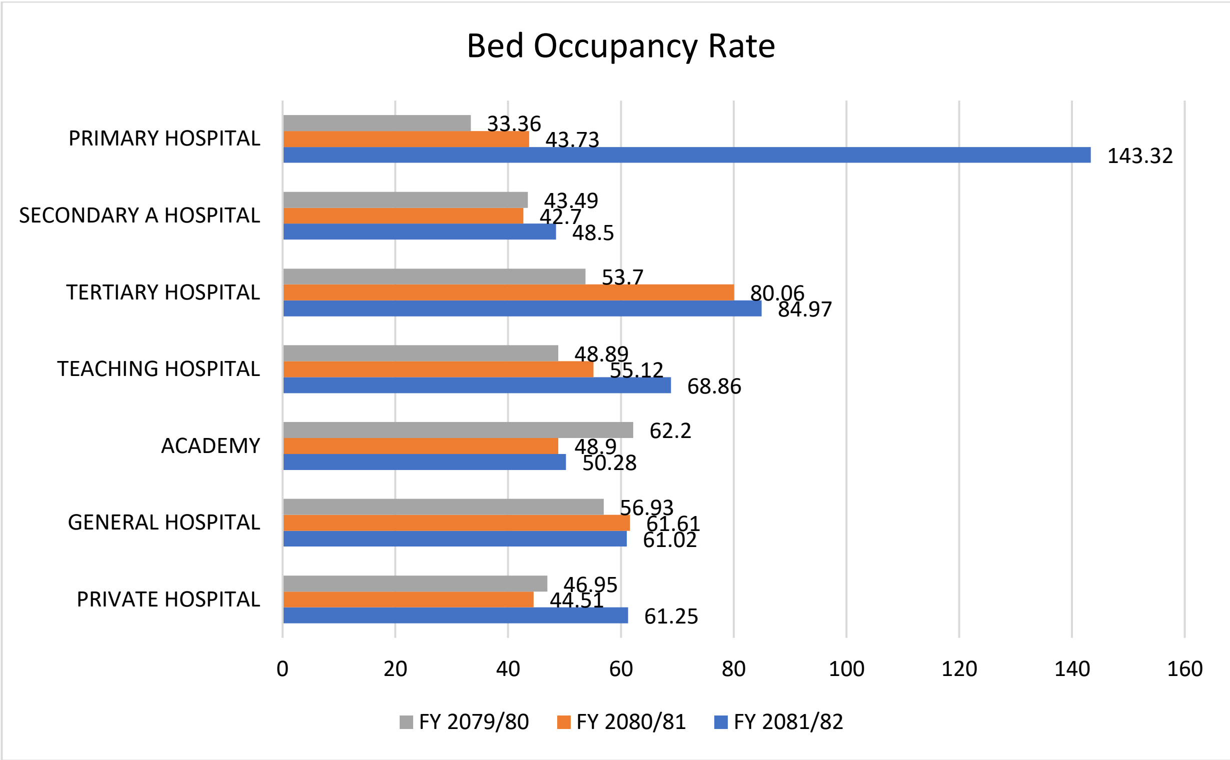
Total MSS Implemented Hospitals in Koshi Province: 21

कोशी प्रदेश अन्तर्गतका MSS कार्यन्वयन भएका अस्पतालहरु			
अस्पतालका प्रकार	स्थानिय	प्रादेशिक	संघ
आधारभुत अस्पताल	४	६	
सेकेण्डरी ए अस्पताल		८	
सेकेण्डरी बी अस्पताल		१	
तृतीय तहको अस्पताल			२
जम्मा	४	१५	२
कोशी प्रदेश भित्र MSS कार्यक्रम कार्यान्वयन भएका अस्पतालहरु	२१		

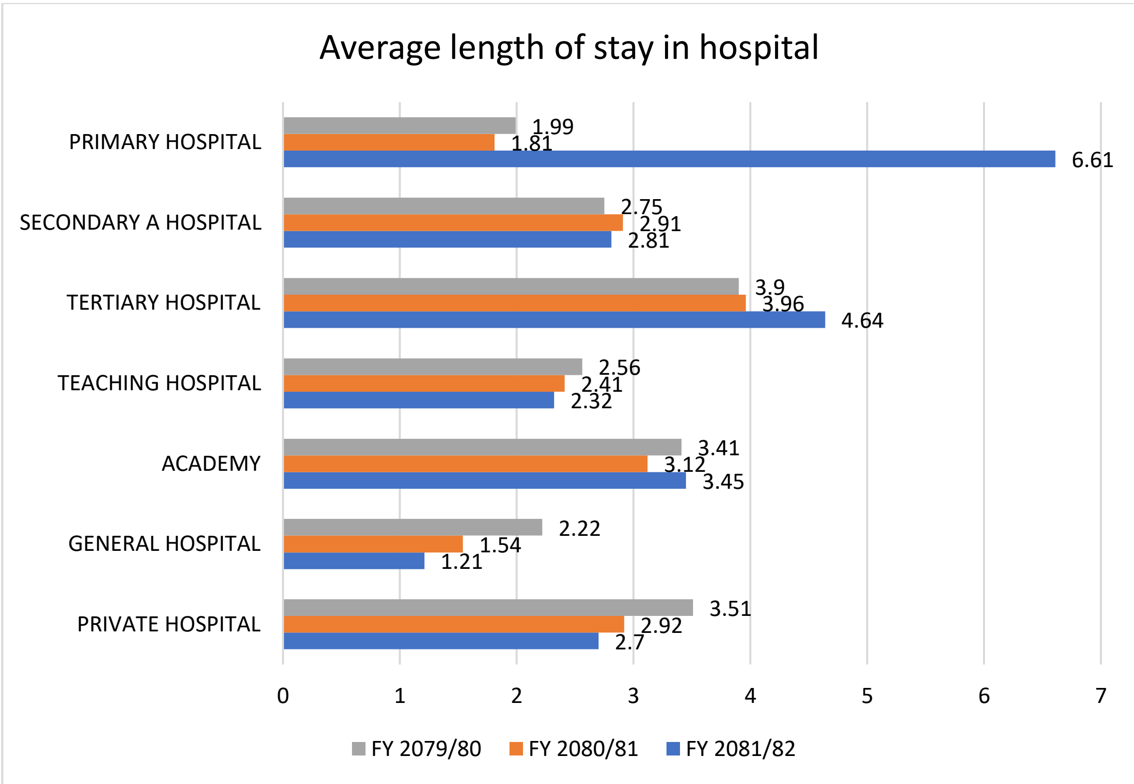
कोशी प्रदेशको उच्च अंक प्राप्त गर्ने अस्पताल : जिल्ला अस्पताल, उदयपुर ९४%
प्रदेश मातहतको अस्पतालहरुको औसत अंक (१४) : ८१.२८%
कोशी प्रदेशको औसत अंक (स्थानिय तहका अस्पतालहरु समेत) : ७९.७८%
कोशी प्रदेशको (स्थानिय र संघ मातहतका अस्पतालहरुको) औसत अंक : ७७.९०%

बेड Occupancy दर

गत आर्थिक वर्षको तुलनामा बेड Occupancy दर बढ्दो क्रममा रहेको छ | आर्थिक वर्ष ८१/८२ मा वेड Occupancy दर प्राथमिक अस्पतालमा १४३.३२ प्रतिशत रहेको छ, निजी स्वास्थ्य संस्थामा ६१.२५ प्रतिशत, तृतीय तहको अस्पातलमा ८४.९७ प्रतिशत रहेको छ ।

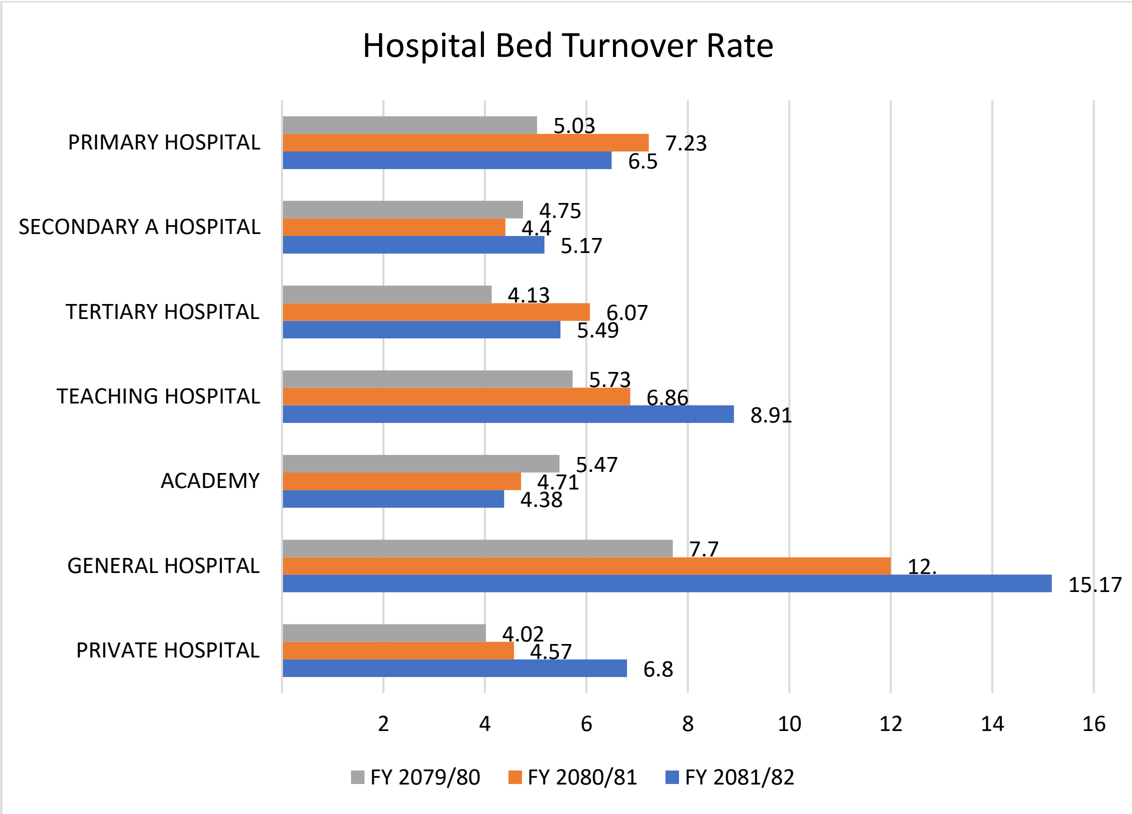


औसत अस्पताल बसाई अवधि



चित्र न. ५२ : औसत अस्पताल बसाई अवधि

गत आर्थिक वर्षको तुलनामा औसत अस्पताल बसाई अवधि प्राथमिक अस्पताल, तृतिय अस्पताल र प्रतिष्ठानमा बढी रहेको छ भने अन्य तहका अस्पतालहरुमा कम रहेको छ ।

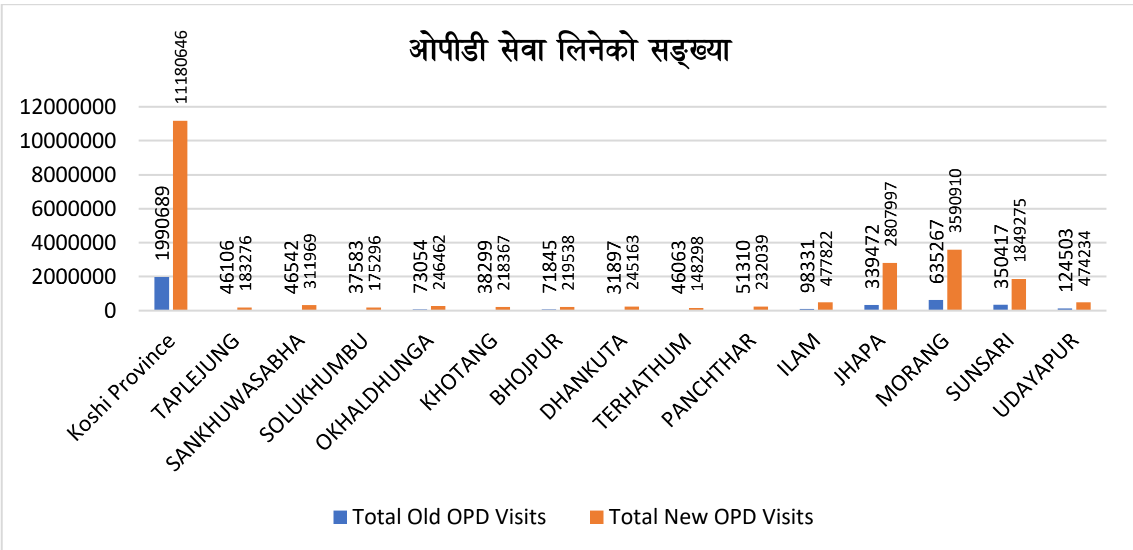


चित्र न ५३: अस्पतालमा Bed Turnover दर

गत आर्थिक वर्षको तुलनामा अस्पतालमा Turnover दर प्राथमिक अस्पताल, तृतिय अस्पताल र प्रतिष्ठानमा कम रहेको छ भने अन्य तहका अस्पतालहरुमा बढी रहेको छ ।

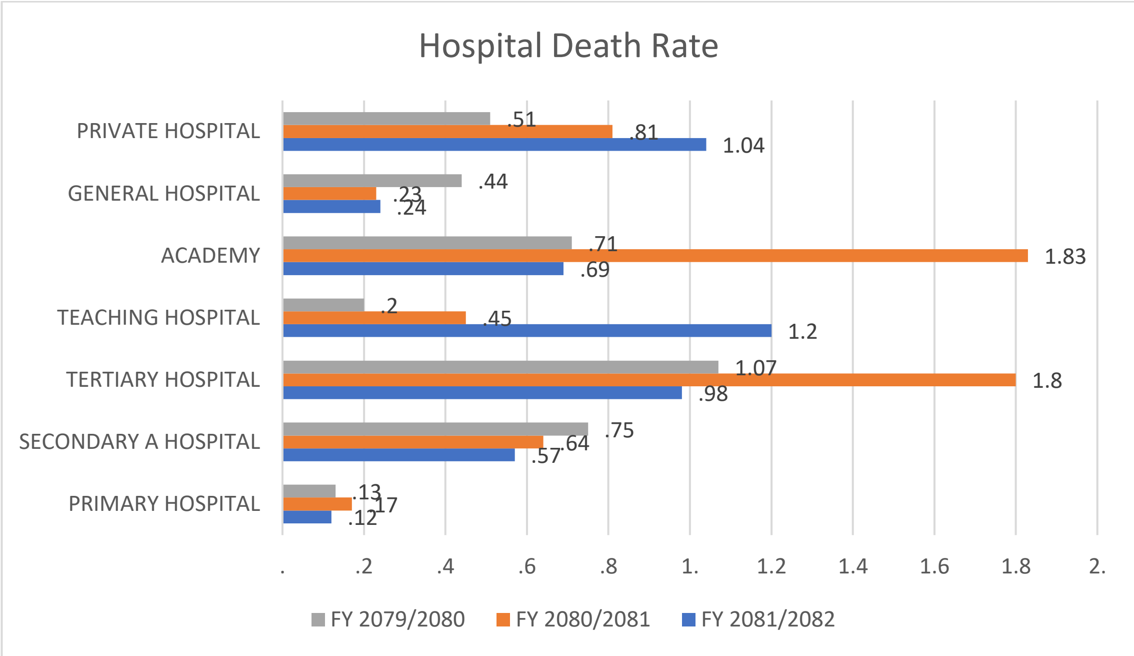
ओपीडी सेवा लिनेको संख्या

आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ मा ओपीडी सेवा लिने बिरामीहरुको संख्या उल्लेखनिय रहेको छ जसमा ओपीडी सेवा लिने नँया बिरामीको सङ्ख्या १,११,८०,६४६ छन् ।



चित्र नं ५४ : ओपीडी सेवा लिनेको संख्या

अस्पतालमा मृत्यु दर

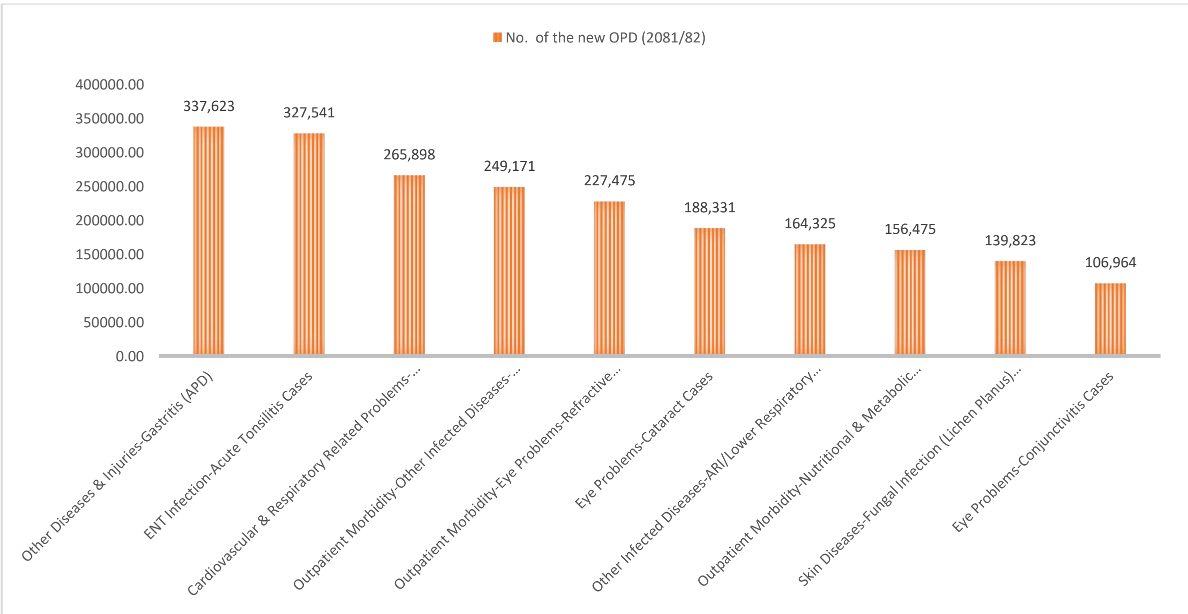


चित्र नं ५५ : अस्पतालमा मृत्यु दर

अस्पतालमा मृत्यु दरलाई विष्लेषण गर्दा यस आ.व. मा सबैभन्दा बढी मृत्यु दर टिचिङ अस्पताल, निजि अस्पताल र तृतिय तहको अस्पतालमा भएको देखिन्छ ।

चित्र नं ९ : प्रमुख १० वटा रोगको विवरण

कोशी प्रदेशमा रहेको प्रमुख १० वटा रोगको विवरण चित्र नं ९ मा चित्रण गरेको छ | यस आर्थिक वर्षमा ग्यास्ट्रिक विरामी सबै भन्दा धेरै रहेका थिए |



उपचारात्मक सेवा कार्यक्रमका समस्याहरु

सीमित पहुँच धेरै सेवाग्राही -: विशेष गरी ग्रामीण क्षेत्रहरूमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सीमित छ जसको कारणले स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सेवाग्राहीले पर्याप्त मात्रामा उपचारात्मक सेवाहरू लिनबाट बञ्चित छन्।

न्यून बजेट-: स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा नेपाल सरकारको लगानी न्युन रहेको कारणले गर्दा स्वास्थ्य उपचारमा सेवाको उपलब्धता र गुणस्तरमा असर परेको छ ।

कर्मचारी अभाव-: स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नको लागि चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुको अभावले छिटो छरितो एवं गुणस्तरीय सेवा प्रवाहमा बाधा उत्पन्न भएको छ ।

पूर्वाधार र उपकरणहरू -: स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न मापदण्ड बमोजिमको पूर्वाधार र औजार उपकरणहरूको पर्याप्तता नहुँदा सेवा प्रभावकारी प्रवाह कठिनाई उत्पन्न भएको छ ।

सेवाको गुणस्तर-: सिमित स्रोत साधन र दक्ष जनशक्तिको कारण जनचाहना अनुरुप गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न कठिनाई भएको ।

प्रेषणः दुईतर्फी प्रेषण प्रणाली न्युन रहेको ।

समाधानका उपायहरु

बजेटमा वृद्धि-: आम नागरिकलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न भौतिक पूर्वाधार तथा गुणस्तरीय औषधि र औषधिजन्य औजार उपकरणहरुमा लगानी गर्नको लागि वार्षिक बजेटमा वृद्धि गर्नु आवश्यक छ ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढ बनाउने -: समुदाय स्तरमा आधारभूत स्वास्थ्य उपचारको सेवाहरू उपलब्ध गराउन प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई सुदृढ पार्ने, माथिल्लो तहका सुविधाहरूमा पर्ने भार कम गर्नमा ध्यान केन्द्रित गर्नुपर्छ।

कार्यक्षमता विकास -: ग्रामीण क्षेत्रहरूमा काम गर्ने चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई दक्ष र क्षमतावान बनाउन तालिम अवसर प्रदान गरी दुर्गम क्षेत्रमा बस्न र काम गर्न प्रोत्साहित गर्नुपर्छ।

पूर्वाधार विकास-: गुणस्तरीय उपचार सेवा प्रदान गर्न आवश्यक औजार उपकरण र आपूर्तिहरूलाई सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य सेवाको स्तरोन्नति र विस्तार गर्नुपर्छ।

स्वास्थ्य बीमा -:सबै नागरिकहरूको लागि उपचारात्मक सेवाहरूमा वित्तीय पहुँच बढाउन प्रभावकारी स्वास्थ्य बीमा योजनाहरू लागू गर्नुपर्छ।

टेलिमेडिसिन -: विशेष गरी दुर्गम क्षेत्रहरूमा स्वास्थ्य उपचार सेवामा नागरिकको पहुँच बढाउन गर्न दु- चिकित्सा (टेलिमेडिसिन)को सेवा लागु गर्नु पर्छ।

जनचेतना -:प्रवर्द्धनात्मक स्वास्थ्य सेवालाई प्रोत्साहित गरी उपचारात्मक सेवाहरूको माग कम गर्न स्वास्थ्य, शिक्षा र जनचेतनाको प्रवर्द्धन गर्नुपर्छ।

भाग ६ : आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा

पृष्ठभूमी

आयुर्वेद एउटा मौलिक तथा परम्परागत चिकित्सा पद्धति हो ।यो चिकित्सा पद्धति सर्वसुलभ एवम् कम खर्चिलो तथा प्रभावकारी भएकोले यस प्रति जनमानसको धेरै विश्वास रहेको छ ।यस उपचार पद्धतिमा स्वस्थकर आहार विहारमा आधारित रहेर उपचार गरिने एवं स्वास्थ्यको संवर्धनात्मक तथा प्रबर्द्धनात्मक क्रियाकलापहरुमा बढी जोड दिइने भएकाले नसर्ने रोगहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यमा यसको महत्वपूर्ण एवं बहुउपयोगी भूमिका रहने देखिन्छ ।आयुर्वेदको इतिहास मानव सभ्यताको उद्गम सँगै प्राचीन रहेता पनि विभिन्न कारणहरुले गर्दा यसको प्रचार प्रसार एवम् विकास विस्तार समय सापेक्ष हुन नसकेको अवस्था रहेको छ ।नेपालको सन्दर्भमा अहिले केन्द्रीय स्तरको १(नरदेवी) र प्रदेश स्तरका ३ वटा आयुर्वेद चिकित्सालयहरु (झापा, दाङ र कैलाली), ७७ ओटा जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरु, ३०५ ओटा आयुर्वेद औषधालयहरु रहेका छन् । त्यस्तै गरी नागरिक आरोग्य कार्यक्रम अन्तर्गत जम्मा ७५३ स्थानीय तहहरु मध्ये २९८ ओटा स्थानमा नागरिक आरोग्य सेवा केन्द्रहरु स्थापना भएका छन् भने बाँकी रहेका १२४ ओटा स्थानीय तहमा समेत आयुर्वेद चिकित्सा सेवाको पहुँच पुऱ्याउनु पर्ने आवश्यकता देखिएको छ ।आयुर्वेद चिकित्साको विकास एवम् विस्तारको लागि संघीय सरकार अन्तर्गत आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा विभाग समेत रहेको छ ।

नेपालको संविधानमा आयुर्वेद स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकको मौलिक अधिकारको रुपमा उल्लेख गरिएको छ र प्रत्येक स्थानीय सरकारले आफ्नो जनताको स्वास्थ्य संरक्षणार्थ, प्रवर्द्धनार्थ र उपचारार्थ आयुर्वेदको आधारभूत सेवा पुऱ्याउनु पर्ने हुन्छ ।प्रत्येक स्थानीय तहमा यसको विस्तार हुनु पर्ने भनी उल्लेख गरिएको छ ।

कोशी प्रदेशको सन्दर्भमा यस प्रदेशका हरेक स्थानीय तहहरुमा समेत आयुर्वेदको सेवा पुर्याउन एवं यसको विकास र विस्तार गर्न प्रयास भईरहेको छ । यस प्रदेशमा एउटा प्रादेशिक आयुर्वेद अस्पताल, प्रदेशका १४ वटा जिल्लाहरुमा जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरु तथा १३७ वटा स्थानीय तहहरु मध्ये ४४ वटामा ५० वटा आयुर्वेद औषधालयहरु र ५६ वटा स्थानीय तहमा ५८ वटा नागरिक आरोग्य सेवा केन्द्रहरुले आयुर्वेद चिकित्सा सेवा प्रदान गरिरहेका छन् ।

लक्ष्य

सामान्य नागरिकहरुको स्वास्थ्यको संरक्षण एवम् प्रबर्द्धन गर्दै नागरिकहरुलाई रोगबाट मुक्त गराउनको लागि आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा सेवालाई सबलीकरण तथा विकास गर्दै आधुनिक चिकित्सा सेवा समान विस्तार गरेर दिगो विकासको लक्ष्यलाई प्राप्त गर्ने ।

उद्देश्यहरु

- स्थानीय नागरिकहरुलाई संविधानमा उल्लेखित आधारभूत आयुर्वेद तथा वैकल्पिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने तथा नसर्ने रोगहरुलाई न्यूनिकारण एवं नियन्त्रण गर्ने ।
- स्वास्थ्य प्रबर्द्धनका क्रियाकलापहरु गर्ने तथा पूर्वकर्म/पञ्चकर्म सेवा प्रदान गर्ने ।
- स्वस्थ जीवन प्रवर्द्धन कार्यक्रम मार्फत नागरिकहरुलाई स्वस्थकर जीवनशैली अपनाउन सहयोग गर्ने ।
- स्वस्थ समाजको निर्माणका लागि आयुर्वेद सम्बन्धी जनचेतना फैलाउने ।
- मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई प्राथमिकताका साथ अगाडी बढाउने ।

- जेष्ठ नागरिकहरुको स्वास्थ्य सुरक्षा तथा प्रबर्द्धनात्मक कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउने ।
- होमियोप्याथी तथा अन्य वैकल्पिक चिकित्सा पद्धतिलाई विस्तार गर्दै लैजाने ।

लक्षित समूह : प्रदेशका सम्पूर्ण बालक देखि बृद्धवृद्धासम्मका स्वस्थ तथा रोगी नागरिकहरु ।

संवैधानिक नीतिगत लगायतका व्यवस्थाहरु

संवैधानिक व्यवस्था- नेपालको परम्परागत चिकित्सा पद्धतिको रुपमा रहेको आयुर्वेद, प्राकृतिक चिकित्सा र होमियोप्याथिक लगायतका स्वास्थ्य पद्धतिको संरक्षण र प्रवर्द्धन गर्ने ।

नीतिगत व्यवस्था- आयुर्वेद, प्राकृतिक चिकित्सा, योग तथा होमियोप्याथीक लगायतका चिकित्सा प्रणालीलाई एकिकृत रुपमा विकास र विस्तार गर्ने । (राष्ट्रिय स्वस्थ्य नीति २०७६)

१६ औं राष्ट्रिय योजना- -गुणस्तरीय, भरपर्दो, तथा एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालीको विकास गर्नेः आधुनिक, आयुर्वेदिक, प्राकृतिक तथा अन्य वैकल्पिक चिकित्सा लगायतका परम्परागत स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको विकास र विस्तार गर्दै एकीकृत स्वास्थ्य प्रणाली अवलम्बन गर्ने।

कोशी प्रदेश दोश्रो आवधिक योजना - सबै प्रकारका स्वास्थ्य प्रणाली एलोपेथिक, आयुर्वेदिक तथा नेचुरोपेथी खोजी गरी एकीकृत सेवा प्रवाह गर्ने प्रणालीको विकास गर्ने।

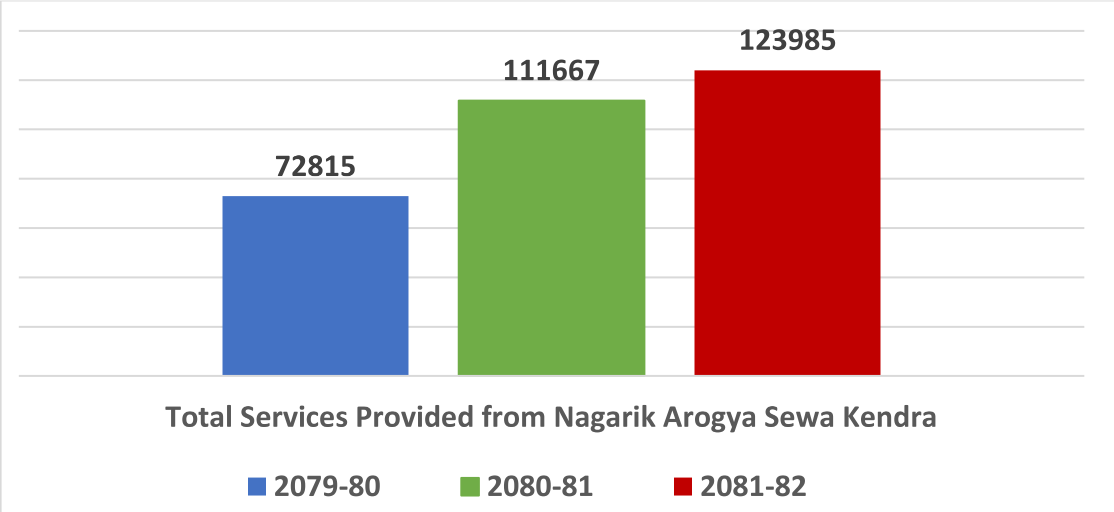
आ.व .२०८१/८२ मा संचालन गरिएका मुख्य कार्यक्रमहरु -निर्देशनालय

- ❖ विद्यालय नर्सहरुलाई आयुर्वेद तथा योग शिक्षा सम्बन्धि अभिमुखीकरण कार्यक्रम

  हाम्रो जस्तो अल्पविकसित राष्ट्रमा नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्यको प्रकोप दिनानुदिन बढ्दो क्रममा रहेको र उक्त कारणले गर्दा असमयमा हुने मृत्युको दर बढिरहेको सन्दर्भमा समयमानै प्रतिकार एवं नियन्त्रणका लागि आवश्यक उपायहरु अवलम्बन गर्नुपर्ने हुन्छ ।हाम्रो आहार विहार तथा विचारलाई स्वस्थकर बनाई स्वास्थ्यको प्रवर्द्धन गर्न सकिएमा हामी नसर्ने रोग तथा मानसिक रोगको दुष्प्रभावबाट हुने जोखिमलाई नियन्त्रण गर्न सक्दछौं र उक्त कार्यको थालनी हाम्रो बाल्य जीवनबाटै गर्न सके अत्यन्तै प्रभावकारी हुन्छ ।यही तथ्यलाई मध्यनजर गरी कोशी प्रदेश सरकारद्वारा आ.व २०८१/८२ का लागि स्वीकृत गरिएको कार्यक्रम अनुसार प्रदेशका विभिन्न विद्यालयमा कार्यरत कुल ४७ जना विद्यालय नर्सहरुलाई आयुर्वेद तथा योग शिक्षा सम्बन्धि अभिमुखीकरण प्रदान गरिएको थियो ।
- ❖ आयुर्वेद स्वास्थ्य संस्थाहरुको न्यूनतम सेवा मापदण्डको अनुगमन तथा समीक्षा कार्यक्रम

  यस कार्यक्रम अन्तर्गत कोशी प्रदेश सरकार मातहत रहेका १४ वटा जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरु तथा प्रादेशिक आयुर्वेद अस्पताल, लखनपुरको न्यूनतम सेवा मापदण्डको मापन गरी समीक्षा समेत गरिएको थियो ।
- ❖ नागरिक आरोग्य कार्यक्रम एवं अभियान सञ्चालनलाई प्रभावकारी बनाउन आवश्यक समन्वय गरिएको ।
- ❖ आयुर्वेद सेवा कार्यक्रमहरुको प्रभावकारिता अभिबृद्धि गर्न मातहतका आयुर्वेद स्वास्थ्य संस्थाहरुको अनुगमन तथा समन्वयात्मक भ्रमण गरिएको साथै सरोकारवाला संघ संस्थाहरुसंग समन्वय गरिएको ।

नागरिक आरोग्य सेवा केन्द्रबाट प्रदान गरिएको सेवा संख्या



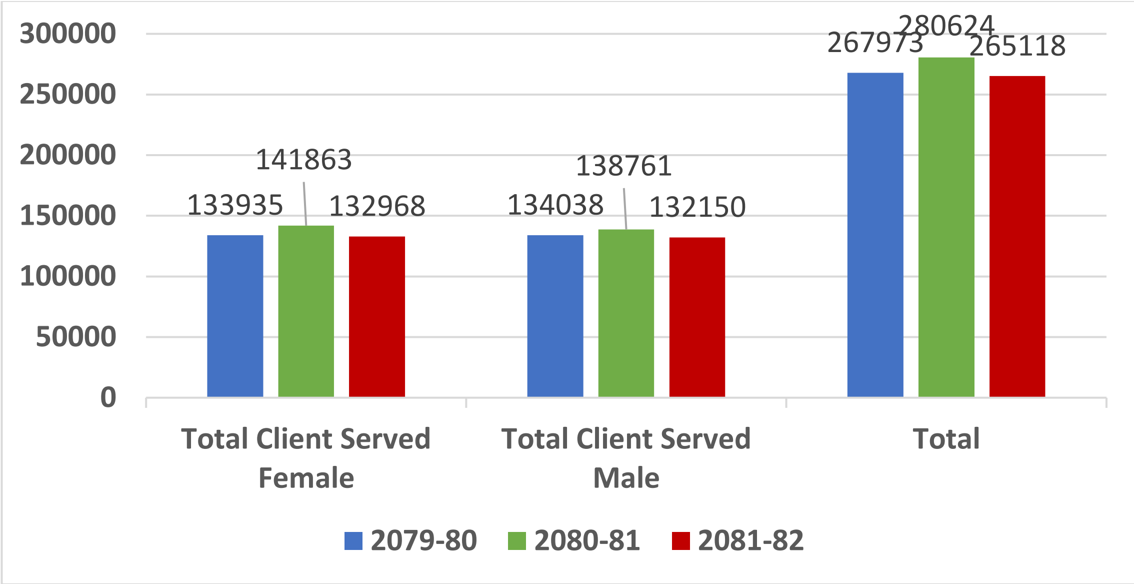
चित्र नं १ : आर्थिक वर्ष ०७९/८० मा ७२१८५ जना आर्थिक वर्ष ०८०/८१ मा १११६६७ तथा आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा १२३९८५ जना सेवाग्राहीले सेवा लिएका छन् | गत आर्थिक बर्षको तुलनामा नागरिक आरोग्य सेवा केन्द्रबाट प्रदान गरिएको सेवा संख्या बढ्दो क्रममा रहेको छ ।

तालिका १ : नागरिक आरोग्य सेवाहरु

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा नागरिक आरोग्य सेवा केन्द्रहरुद्वारा प्रदान गरिएका विभिन्न सेवाहरु निम्नानुसार रहेको छ ।

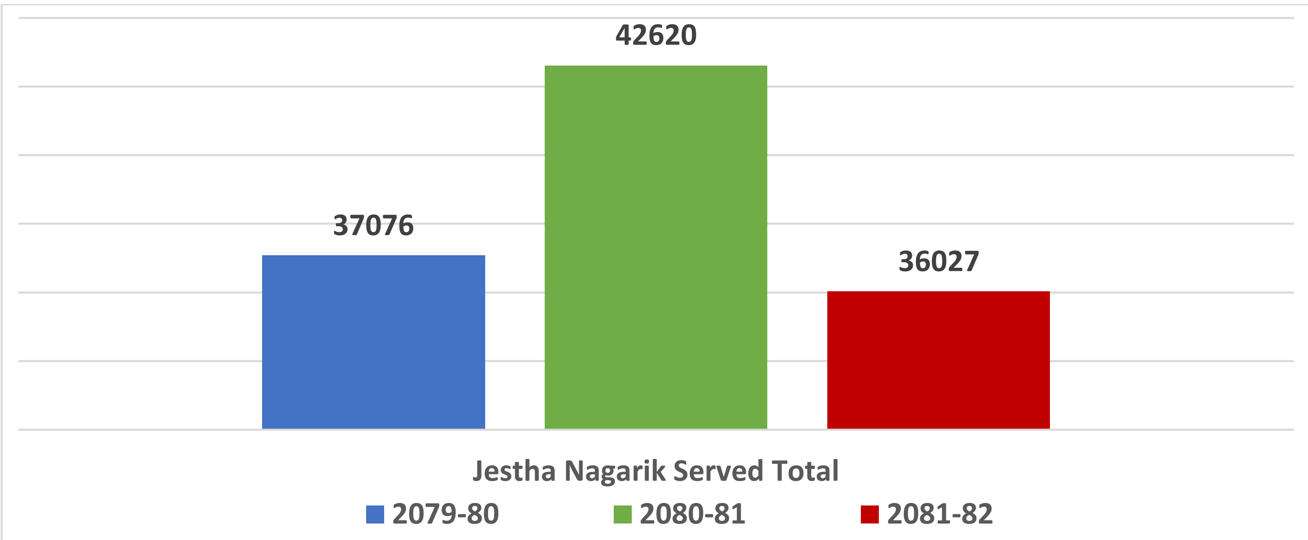
Organisation unit/Data	Purva/Panchakarma	Stanpaayi	Jestha Nagarik	Yoga Service	Campaigners Mobilised	Healthy Life Program	Health Promotion	Number of Home Visits	Nagarik Arogya Groups
Bhojpur	1627	59	724	287	5	0	0	1343	25
Dhankuta	293	37	257	651	0	0	0	1292	0
Ilam	0	160	1479	1461	32	0	0	2074	257
Jhapa	2214	487	1504	1526	6	1886	171	1376	0
Khotang	0	53	228	0	7	3042	11	788	15
Morang	1443	283	914	2614	4229	12709	89	2574	0
Okhaldhunga	0	58	433	177	45	48	0	1141	21
Panchthar	752	0	2319	2389	12	10710	0	5737	623
Sankhuwasabha	272	84	142	187	8	354	24	746	0
Solukhumbu	548	70	615	176	6	93	23	51	0
Sunsari	3503	431	2765	3955	284	1980	919	4247	112
Taplejung	0	690	1839	1241	0	1956	0	1279	72
Tehrathum	182	98	272	271	35	2342	11	2368	187
Udaypur	423	221	1197	1287	50	2501	23	2547	15
Koshi Province	**11257**	**2731**	**14688**	**16222**	**4719**	**37621**	**1271**	**27563**	**1327**

कुल आयुर्वेद सेवा लिनेको संख्या विवरण



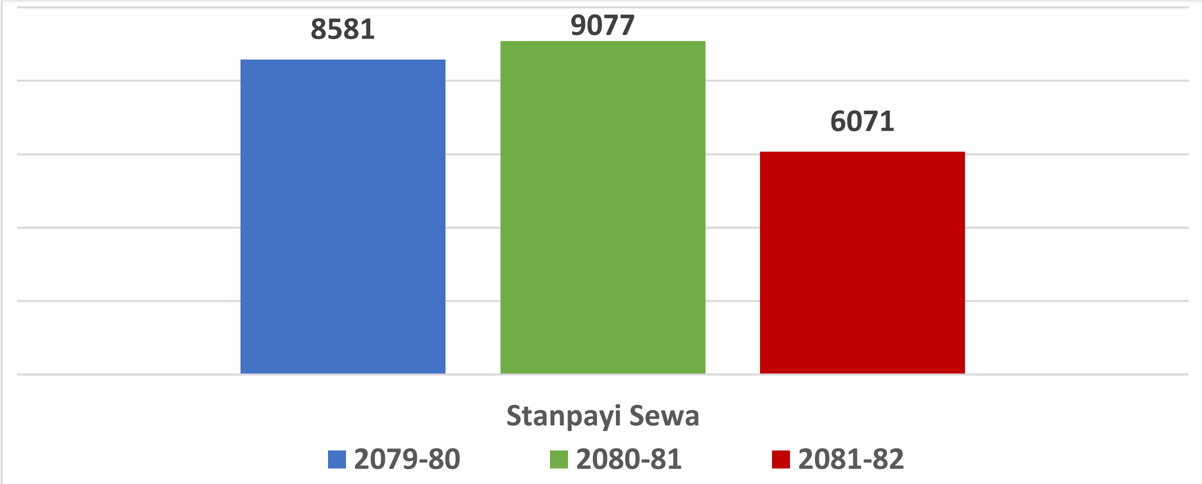
चित्र नं २ : आर्थिक वर्ष ०७९/८० मा २६७९७३ जना आर्थिक वर्ष ०८०/८१ मा २८०६२४ तथा आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा १३२१५० पुरुष तथा १३२९६८ महिला गरी जम्मा २६५११८ जना सेवाग्राहीले सेवा लिएका छन् । गत आर्थिक बर्षको तुलनामा सेवाग्राहीको संख्या केही कम रहेको छ ।

जेष्ठ नागरिकहरुका लागि स्वास्थ्य प्रवर्द्धन सेवा कार्यक्रम



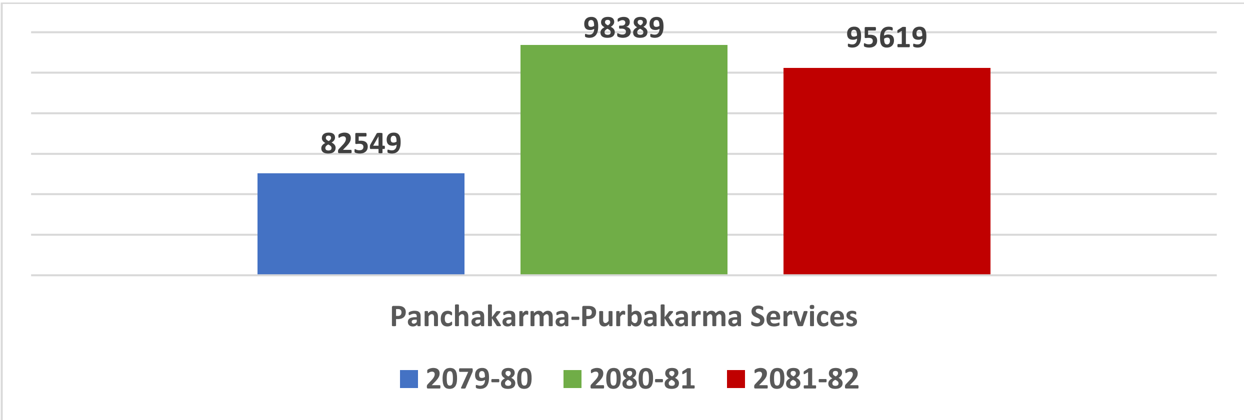
चित्र नं ३ : आर्थिक वर्ष ०७९/८० मा ३७०७६ जना आर्थिक वर्ष ०८०/८१ मा ४२६२० तथा आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा ३६०२७ जना जेष्ठनागरिकले स्वास्थ्य प्रवर्द्धन सेवा लिएका छन् । गत आर्थिक बर्षको तुलनामा उक्त संख्या केही कम रहेको छ ।

स्तनपायी आमालाई मातृशिशु सुरक्षार्थ दुग्धवर्धक तथा अन्य औषधि वितरण



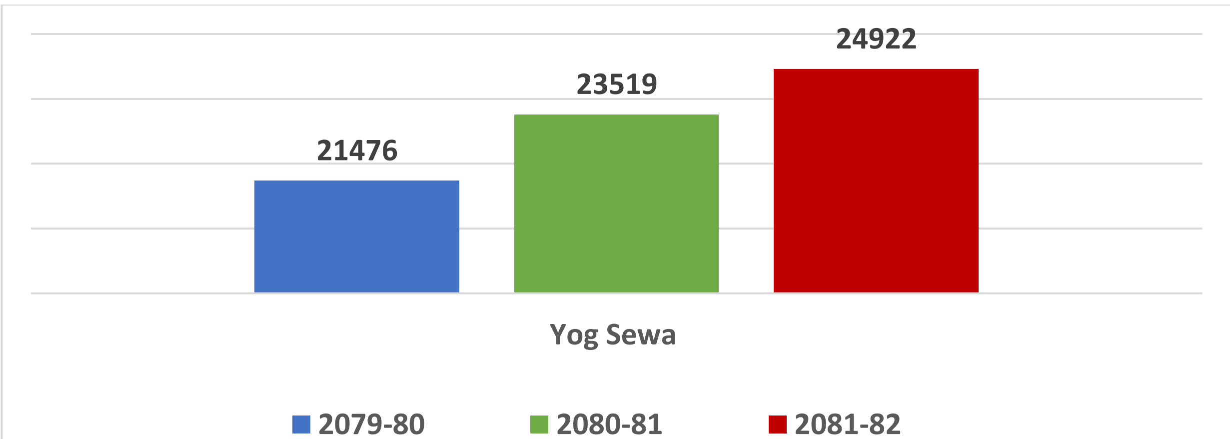
चित्र नं ४: आर्थिक वर्ष ०७९/८० मा ८५८१ जना आर्थिक वर्ष ०८०/८१ मा ९०७७ तथा आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा ६०७१ जना स्तनपायी आमाले सेवा लिएका छन् । गत आर्थिक बर्षको तुलनामा उक्त संख्या केही कम रहेको छ ।

पञ्चकर्म (पूर्वकर्म) सेवा



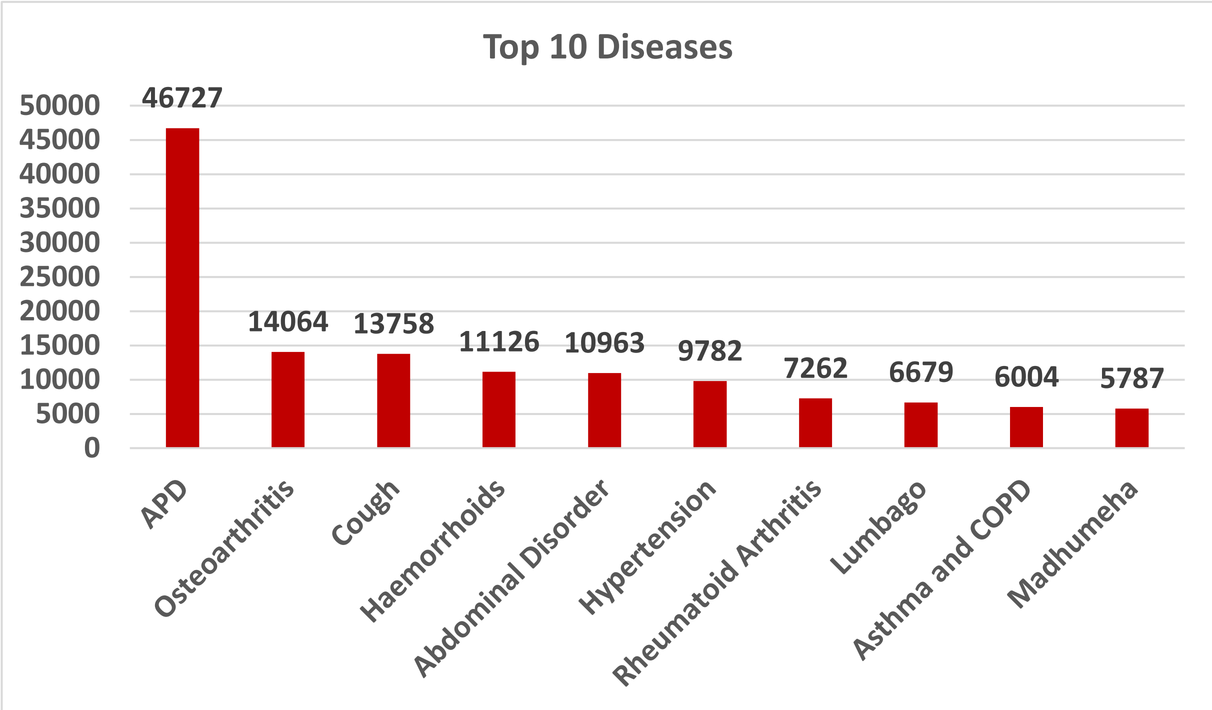
चित्र नं ५ : आर्थिक वर्ष ०७९/८० मा ८२५४९ जना आर्थिक वर्ष ०८०/८१ मा ९८३८९ तथा आर्थिक वर्ष ०८१/८२ मा ९५६१९ जना सेवाग्राहीले पञ्चकर्म-पूर्वकर्मको सेवा लिएका छन् । गत आर्थिक बर्षको तुलनामा उक्त संख्या केही कम रहेको छ ।

योग सेवाको विवरण



चित्र नं ६ : आ.व २०७९/८० मा कुल २१४७६ जना ,आ.व २०८०/८१ मा कुल २३५१९ जना तथा आ.व २०८१/८२ मा कुल २४९२२ जना सेवाग्राहीले योग सेवा लिएका छन् । गत आर्थिक बर्षको तुलनामा उक्त संख्या बढ्दो क्रममा रहेको छ ।

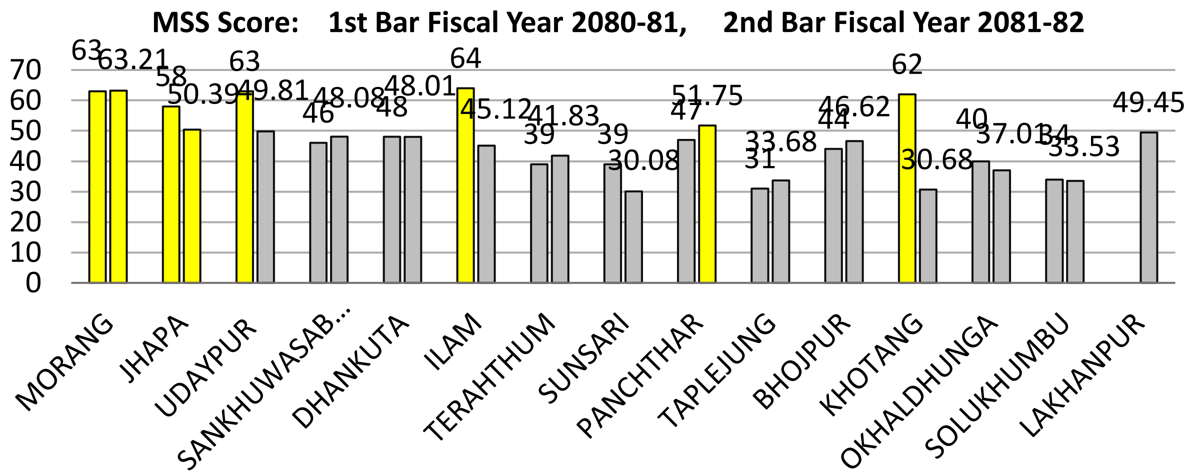
प्रमुख १० रोगको विवरण



चित्र नं ७ : माथिको चित्र नं ६ मा आ.व २०८१/८२ मा कोशी प्रदेशको आयुर्वेद सेवा तर्फ आउने बिरामीको प्रमुख १० रोगको विवरण चित्रण गरिएको छ ।

जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरुको न्यूनतम सेवा मापदण्ड मूल्याङ्कित अंक (Score)

Criteria	
	<50%
	50-69%
	70-84%
	85-100%



चित्र नं ८ : माथिको चित्रमा आ.व २०८०/८१ तथा आ.व २०८१/८२ मा जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रहरु एवं प्रादेशिक आयुर्वेद अस्पताल लखनपुरद्वारा न्यूनतम सेवा मापदण्डको मूल्याङ्कन पश्चात् प्राप्त गरिएको अंकहरु प्रदर्शित गरिएको छ ।

मुख्य समस्या तथा चुनौतीहरुः

- ✓ आयुर्वेद सेवामा नागरिकहरुको पहुँच बढाउनको लागि जिल्लास्तरमा स्वीकृत दरबन्दीको संख्या न्यून रहेको ।
- ✓ अधिकांश आयुर्वेद संस्थाको भौतिक पूर्वाधारको अवस्था मापदण्ड अनुसारको नरहेको ।
- ✓ अत्यावश्यक आयुर्वेद औषधि तथा सामाग्रीहरुको उचित एवं प्रभावकारी व्यवस्थापनमा कमी।
- ✓ निदानात्मक कार्यका लागि आवश्यक औजार उपकरणको अभाव ।
- ✓ आयुर्वेद चिकित्सक तथा स्वास्थयकर्मीहरुको आवश्यकतानुसार प्रोत्साहन र स्तरवृद्धिको आवश्यकता ।
- ✓ आयुर्वेद स्वास्थ्य सूचना प्रणाली तथा विद्युतीय मेडिकल रेकर्ड प्रणालीको प्रभावकारी कार्यान्वयन हुन नसक्नु ।
- ✓ निजी आयुर्वेद संस्थाहरुले प्रदान गरेको सेवाको एकिन विवरण नहुनु ।

महत्वपूर्ण सिकाई र अबको बाटो

- ✓ आयुर्वेद संस्थाहरुमा विशेषज्ञ सहितको एकिकृत रुपमा अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गर्नुपर्ने ।
- ✓ आयुर्वेद चिकित्साको प्रवर्धनात्मक तथा प्रतिरोधात्मक सेवालाई समुदायस्तरमा पुऱ्याउने कार्यक्रमहरुलाई प्राथमिकिकरण गर्नुपर्ने ।
- ✓ नागरिक आरोग्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि समन्वय एवं सहकार्यको आवश्यकता ।
- ✓ न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS) प्रभावकारी ढंगले कार्यान्वयन गर्नुपर्ने ।
- ✓ आयुर्वेद सेवा तथा नसर्ने रोगको व्यवस्थापनका लागि दिर्घकालीन रणनीतिक योजना तयार गर्नुपर्ने ।
- ✓ आयुर्वेद कार्यक्रमको सूचकाङ्क लक्ष्य अनुसार कार्यान्वयन गर्न कार्ययोजना तयार गर्ने ।
- ✓ आयुर्वेद सेवा तथा औषधिको गुणस्तरीयता र प्रयोग सम्बन्धी भ्रमबारे सचेतना कार्यक्रम गर्नुपर्ने ।
- ✓ आयुर्वेद अस्पतालको आन्तरिक नियन्त्रण प्रणाली तथा सुशासन्मा सुधार ल्याउन,आयर्वेद स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुधार गर्न, समय र स्रोतहरूको प्रभावकारी प्रयोगका लागि विद्युतीय मेडिकल अभिलेख (EMR) प्रणाली तथा GIOMS जस्ता प्रणालीलाई सबै संस्थामा विस्तार गर्नुपर्ने ।

भाग ७: एकिकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली

७.१ स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना र संचार

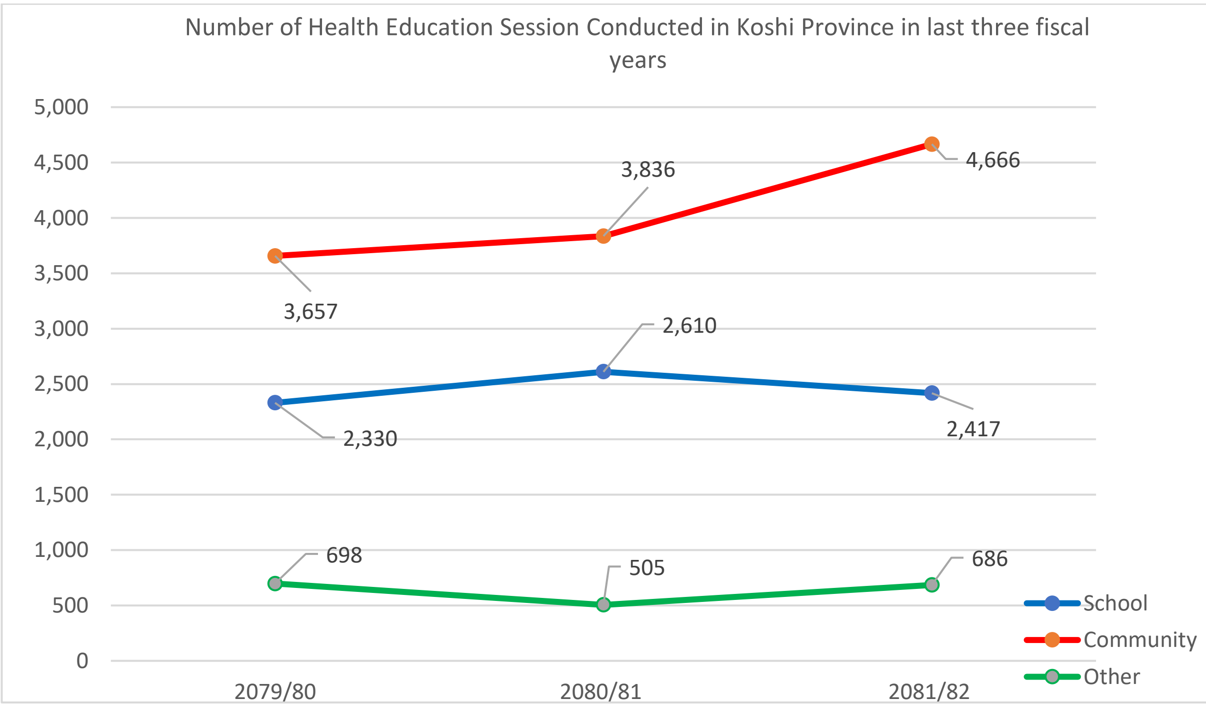
स्वास्थ्य शिक्षा, सुचना र सञ्चार कार्यक्रम नेपालमा आधुनिक स्वास्थ्य सेवा जत्तिकै पुरानो र महत्वपूर्ण सहयोगी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुमध्ये एक हो ।यस कार्यक्रमको सामान्य उद्देश्य उपलब्ध स्रोत साधनको पूर्ण उपयोग गरी स्वास्थ्य स्थीतिको प्रवर्द्धन गर्न र रोगबाट बच्न जनतामा स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतना अभिवृद्धि गर्नु हो ।जसमा मानिसहरूले स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतनाको सन्दर्भमा स्वास्थ्य सन्देशहरु स्पष्ट रुपमा बुझ्न स्थानीय भाषा तथा सञ्चार माध्यमहरु प्रयोग गरिन्छ ।

कार्यक्रमका विशिष्ट उद्देश्यहरु

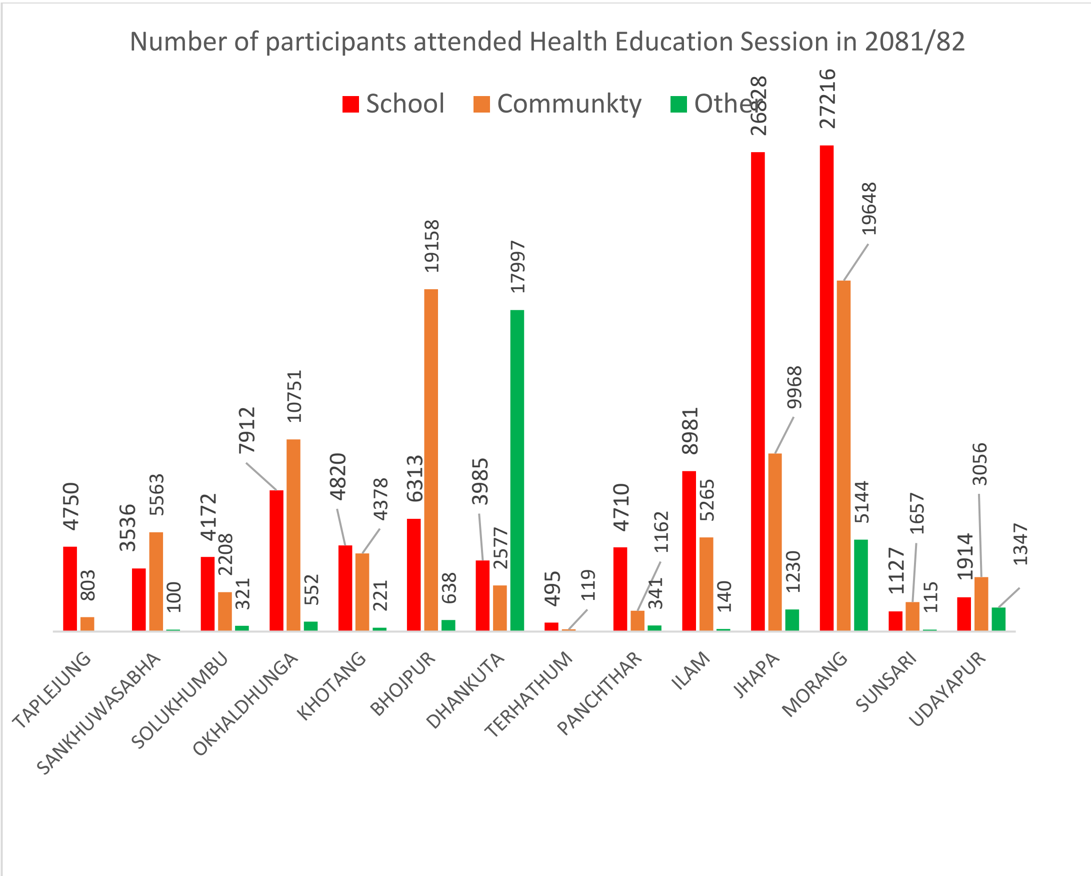
- स्वास्थ्य सम्वन्धी जनचेतना र ज्ञान बढाउने
- स्वास्थ्यको हेरचाह प्रति सकारात्मक दृष्टिकोण बढाउने
- स्वास्थ्य व्यवहारमा प्रवर्द्धन गर्ने
- आम मानिसमा स्वास्थ्य र स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रममा समसामयिक सूचना र प्रविधिमा पहुँच बढाउने
- वातावरणीय स्वास्थ्य र सरसफाइलाई बढावा दिने

प्रमुख गतिविधिहरु

- सुर्तीजन्य पदार्थ सेवन तथा मध्यपन सेवनको न्यूनिकरण सम्बन्धी संचार कत्यक्रम
- स्वास्थ्य प्रवर्द्धन अभियान तथा दिवाश्रु मनाउने
- स्वास्थ्य गाउँ शहर लागि स्थानीय तहमा पैरवी कार्यक्रम
- जनस्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचार लगायत स्वास्थ्य प्रवर्द्धन कार्यक्रम
- जोखिम संचार तथा सामुदायिक सहभागिता कार्यक्रमस्वास्थ्य प्रवर्द्धनको लागि अनुगमन,पैरवी तथा समन्वय



कोशी प्रदेशमा सञ्चालित स्वास्थ्य शिक्षा सत्रहरूको संख्या तीन वर्षमा उल्लेखनीय रूपमा बढेको छ । २०८१/८२ मा विद्यालयमा २४१७, समुदायमा ४६६६ र अन्य ठाउँमा ६८६ स्वास्थ्य शिक्षा सत्र बढेको छ ।



आ.व. २०८१/८२ मा स्वास्थ्य शिक्षा सत्रहरूमा सहभागी हुनेको कुल संख्या ४९,५११ रहेको छ। जिल्लगत रुपमा मोरंग र झापामा उच्च स्वास्थ्य शिक्षा सत्र र तेर्हथुममा सबैभन्दा कम भएको देखिन्छ ।

स्वास्थ्य शिक्षा तथा प्रवर्द्धन कार्यक्रमका महत्त्वपूर्ण उपलब्धीहरु

- स्वास्थ्य शिक्षा र सचेतना अभियानहरूमा समुदायको सक्रिय सहभागिता वृद्धि।
- स्थानीय तहसँग समन्वय गरी स्वास्थ्य प्रवर्द्धन कार्यक्रमहरूको प्रभावकारिता सुधार।
- विभिन्न स्वास्थ्य दिवसहरू सफलतापूर्वक आयोजन गरिनु र व्यापक संचार माध्यम प्रयोग गरी जनचेतना अभिवृद्धि।
- मानसिक स्वास्थ्य, नसर्ने रोग र जुनोटिक रोग सम्बन्धी सचेतना कार्यक्रमहरू व्यापक स्तरमा सञ्चालन।
- स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित समाचार संकलन, प्रसारण र अन्तरक्रियात्मक छलफलहरूको सन्चालन।

स्वास्थ्य शिक्षा तथा प्रवर्द्धन कार्यक्रमका संचालनमा देखिएका चुनौतीहहरु

- कार्यक्रम कार्यान्वयनमा बजेट र स्रोतको अभाव,
- जनप्रतिनिधिद्वारा यस कार्यक्रमको प्राथमिकता महत्व कम दिनु,
- स्वास्थ्य सम्बन्धी भ्रामिक सूचना फैलिनु,
- अनुगमन/समन्वयमा संस्थागत कमजोरी प्रमुख चुनौतीका रूपमा रहेका छन्।

स्वास्थ्य शिक्षा तथा प्रवर्द्धन कार्यक्रमका HEIC कार्यक्रमका संचालनमा देखिएका अवसरहरु

- स्थानीय तहको सक्रियता, डिजिटल माध्यमको प्रयोग,
- महिला समूह, FCHV तथा विद्यालयहरूलाई सशक्त बनाउँदै समुदायमा स्वास्थ्य सन्देश फैलाउने राम्रो अवसर छ।
- नयाँ पहलहरू जस्तै मद्यपान नियन्त्रण अभियान, स्वास्थ्य प्रवर्द्धन विद्यालय कार्यक्रम।

७.२ एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली (IHMIS)

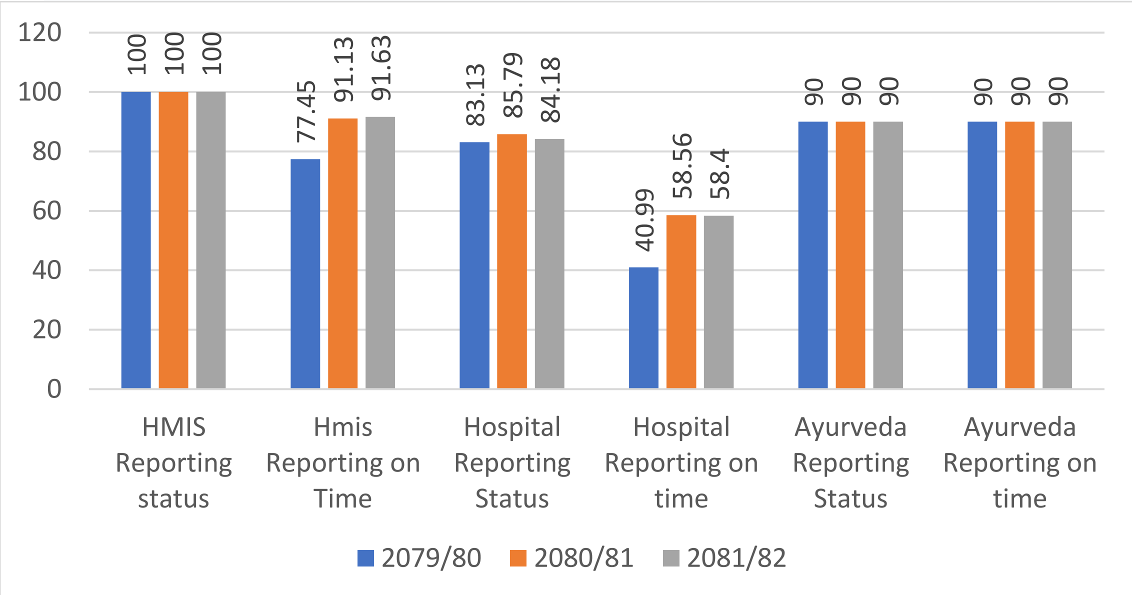
स्वास्थ्य क्षेत्रको समग्र ब्यवस्थापनमा स्वास्थ्य सूचना ब्यवस्थापन एक महत्वपूर्ण पक्ष हो। यसले समुदाय देखि स्वास्थ्य सेवा विभागस्तर सम्म स्वास्थ्य सेवाका सम्बन्धमा आवश्यक जानकारी प्रदान गर्ने गर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाहरुवाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाहलाई सर्वसुलभ, छिटो छरितो, गुणस्तरीय वनाउन र विभिन्न रोगहरुको अवस्था प्रवृति र संवेदनशिलतालाई मध्यनजर गरी आवश्यक कृयाकलाप संचालन गर्न ब्यवस्थापकलाई स्वास्थ्य सूचनाहरुको आवश्यकता पर्दछ। स्वास्थ्यमा नीति, योजना तथा कार्यक्रम निर्माण देखि नियमित अनगुमन तथा मूल्यांकनमा आवश्यक पर्ने सूचना तथा तथ्यांकहरु गणना, सर्वेक्षण, सर्भिलेन्स तथा अध्ययन अनसुन्धानका आवधिक स्रोत र स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा सृजित तथ्यांकहरु नियमित सूचना प्रणालीबाट प्राप्त हुने गरेको छ ।

एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणालीका प्रमुख कार्यहरू :

- एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणालीसँग सम्बन्धित राष्ट्रिय स्तरका नीति, योजना, नियमन, दिशानिर्देश, मापदण्ड र प्रोटोकलहरू विकास गर्न नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई सहजिकरण गर्नु।
- प्रभावकारी व्यवस्थापन र स्वास्थ्य जानकारीको लागि सूचनालाई डिजिटल मैत्री बनाउने।
- स्वास्थ्य क्षेत्रको सूचना प्रणाली जस्तै HMIS, LMIS, HIIS आदिलाई एकीकृत सूचना प्रणालीको रूपमा विकास, विस्तार र संस्थागत गर्ने।
- राष्ट्रियस्तरको स्वास्थ्य जानकारीको लागि क्षेत्रगत स्वास्थ्य सूचकको पहिचान र परिमार्जन गर्ने ।
- विभिन्न तहमा एकीकृत सूचना प्रणालीको संस्थागत गर्न क्षमता अभिवृद्धि र स्वास्थ्यकर्मीहरूको लागि सहजिकरण गर्ने।
- स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचना व्यवस्थापन प्रणालीको विकास र कार्यान्वयनका लागि प्रदेश र स्थानीय तहसँग समन्वय र सहकार्य गर्ने।
- समग्र योजनाको विकासका लागि स्वास्थ्य सेवा विभागको तर्फबाट स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई सहयोग प्रदान गर्नु।

- सबै जिल्ला र अस्पतालहरूमा अनलाइन डाटा प्रविष्टी संयन्त्रलाई सुधार गर्दै जिल्लास्तरका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा क्रमशः अनलाइन डाटा प्रविष्टी विस्तार गर्ने।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गतका महाशाखा/ शाखाहरूद्वारा सञ्चालन हुने मासिक, त्रैमासिक, वार्षिक प्रगति र विभिन्न गतिविधिहरू तयार गर्नु एवं तालुक निकायलाई आवश्यकतामा आधारमा रिपोर्टिङ गर्नु।
- प्रदेश र स्थानीय तहमा अनलाइन डाटा प्रविष्टीको संयन्त्र स्थापना गर्नु।
- सरकारी र गैरसरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूबाट समान र निरन्तर रिपोर्टिङ प्रणाली स्थापना गर्नु।
- सङ्कलन गरिएको तथ्यांकलाई प्रमाणित, प्रशोधन र विश्लेषण गर्नु र तथ्यांक बैंक सञ्चालन गर्नु।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गतका महाशाखाहरु, स्वास्थ्य निर्देशनालय स्वास्थ्य कार्यालयहरु लाई सेवा प्रदानको उपलब्धी, कभरेज, निरन्तरता र गुणस्तरका बारेमा पृष्ठपोषण प्रदान गर्नु।
- आधुनिक सूचना प्रविधिको प्रयोग गरी स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणालीमा सुधार गर्ने।
- स्वास्थ्य संस्थाहरूको भू सूचना अद्यावधिक गर्नु। -आवश्यकता अनुसार HMIS र DHIS 2 तालिम प्रदान गर्नु।

DHIS- 2 मा मासिक प्रतिवेदन दर



चार्टका आधारमा, तीनै स्वास्थ्य क्षेत्र (HMIS, Hospital, र Ayurveda) का समयमै प्रतिवेदन बुझाउने दर २०७९/८० देखि २०८१/८२ सम्म उल्लेखनीय रूपमा सुधारिएको देखिन्छ।
HMIS प्रणालीले भने तीनै वर्षभरि लगातार १००% समयमै प्रतिवेदन बुझाउने दर कायम राखेको छ।

तथ्यांक गुणस्तर सुधार गर्न सञ्चालन गरिएका गतिविधिहरुः

- तथ्यांक प्रमाणिकरण
- निरन्तर फलोअप

- तथ्यांक गुणस्तरका लागि नियमित रुपमा प्रतिक्रिया
- वार्षिक तथा अर्धवार्षिक समीक्षा तथा बजेट योजना तर्जुमा कार्यशाला आयोजना
- DHIS-2 प्रयोगमा आइपर्ने समस्या र चुनौतीहरूमा नियमित छलफल
- निरन्तर पृष्ठपोषण
- प्रदेशबाट नै स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको प्रयोगकर्ताको व्यवस्थापन

समस्या तथा चुनौतिहरु :

- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा पर्याप्त जनशक्तिको अभाव
- DHIS-2 मा संचालन गर्न दक्ष जनशक्तिको अभाव
- हिमाली र पहाडी जिल्लाको दुर्गम क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा इन्टरनेटको सुविधाको अभाव
- कतिपय स्थानीय तह तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुमा विद्युतीय उपकरण उपलब्धता नहुनु
- DHIS-2 मा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट तथ्यांक प्रविष्ठिकरण नहुने समस्या
- प्रविधिमा आउने समस्याले समयै तथ्यांक प्रविष्ठिकरणमा कठिनाई
- स्वास्थ्य कार्यलय र स्थानीय तहबीच नियमित समन्वय र सहजिकरणको अभाव ।

७.३ **स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणाली** (LMIS)

पृष्ठभूमि

स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन भन्नाले निरन्तर रुपमा निर्धारित समयतालिका अनुसार विभिन्न स्वास्थ्यका निकायहरुमा औषधी तथा औषधिजन्य स्वास्थ्य सामाग्रीहरुको परिचालन गर्नु आपूर्ति व्यवस्थापन हो ।औषधि र सामाग्रीहरुलाई आपूर्ति व्यवस्थापनको छ वटा महत्वपूर्ण उद्देश्यहरु उपयुक्त सामान, उपयुक्त परिमाणमा, उचित स्थान र समयमा, सर्वसुलभ मुल्यमा आपूर्ति गर्न राष्ट्रले अंगिकार गरेको ऐन, कानुन तथा नीति नियम अनुसार योजना तर्जुमा, खरिद, भण्डारण र वितरण गर्ने प्रणाली नै स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणाली हो । स्वास्थ्य सामग्रीको आपूर्ति सम्बन्धी समस्या र चुनौतीहरु पत्ता लगाई सम्बन्धित सरोकारवाला निकायहरुसँग छलफल गरी समयमै सुधार गरी आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणालीको मुख्य भूमिका हुन्छ ।

सेवाग्राहीहरुमा प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता सुनिश्चित गर्नलाई आ.व. २०५१/५२ मा नेपाल सरकारले स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत आपूर्ति व्यवस्थापन महाशाखाको स्थापना गरी सेवा प्रवाह गरेको थियो ।देश संघीय प्रणालीमा गएपछि वि.सं. २०७५ साल श्रावण १ गते व्यवस्थापन महाशाखा अन्तर्गत रहने गरी आपूर्ति व्यवस्थापन शाखाको रुपमा परिणत भयो । कोशी प्रदेशमा रहेको प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्रले प्रादेशिकस्तरमा स्वास्थ्य सेवाको लागि अतिआवश्यक औषधि, मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी औषधि, परिवार नियोजनका साधनहरु, खोप तथा खोपजन्य सामाग्री, मातृशिशु स्वास्थ्य सम्बन्धी सामाग्रीहरु, पोषण सम्बन्धी सामाग्रीहरु तथा औजार उपकरण खरिद गर्ने साथै संघीय सरकारबाट प्राप्त भएका औषधि, भ्याक्सिनको नियिमित रुपमा प्रदेशभित्रका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा आपूर्ति गरी व्यवस्थापन गर्दछ ।

आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (eLMIS)

आर्थिक वर्ष ०५१/५२ बाट नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (LMIS) शुरुवात गरी आ.ब. ०६५/६६ मा Web मा आधारित एल.एम.आई.एस. (Web-based LMIS) र आ.व. २०७१/७२ मा अनलाईन आई.एम.एस. (Online IMS) लागु गरिएको थियो

। जिन्सी व्यवस्थापनलाई अझ बलियो बनाउन वि.सं.२०७५ सालमा विद्युतीय आपूर्ति सूचना प्रणाली (eLMIS) को परीक्षण गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मिति २०७७/०२/०१ को निर्णयअनुसार e-LMIS स्वास्थ्य सेवा विभाग, प्रदेश, स्वास्थ्य कार्यालय, अस्पतालहरु, स्थानीय तहहरुमा लागु गरी कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । हाल आएर स्वास्थ्य संस्थाहरुमा यो प्रणाली विस्तार गरिदै लगिएको छ ।

स्वास्थ्य संस्थाहरुमा प्राप्त हुने र वितरण हुने प्रत्येक औषधि, खोप तथा सामाग्रीहरुको व्याच नम्बर, म्याद गुज्रने मिति जस्ता महत्वपूर्ण सूचनाहरू eLMIS मा समावेश गरिएको छ। eLMIS बाट जिन्सी व्यवस्थापनमा प्रयोग हुने म.ले.प. फारमहरु जस्तै खरिद आदेश, दाखिला प्रतिवेदन, जिन्सी खाता, हस्तान्तरण फारम, सजिलै तयार हुने गरेको छ ।साथै eLMIS Real Time लागु भएका संस्थारूमा जुन समयमा सामग्रीहरु हस्तान्तरण हुन्छ तेही समयमा नै दाखिला हुने गर्दछ र त्यसको विवरण समयमा eLMIS मा अद्यावधिक गरिन्छ । eLMIS संचालन नभएका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्राप्त एल.एम.आई.एस. फाराम स्थानीय तहबाट नै मासिक रुपमा eLMIS मा प्रविष्ठी हुदै आएको छ।

कोशी प्रदेशमा आपूर्ति सूचना प्रणाली

आ.व. ०८०/०८१ मा प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र-१, प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला-१, स्वास्थ्य कार्यालय-१४, केन्द्रिय, प्रादेशिक र जिल्ला अस्पताल-१६ र १३७ स्थानीय तहहरुमा स्वास्थ्य सामाग्रीहरुको आपूर्ति व्यवस्थापनको लागि eLMIS लागु भई संचालनमा आएको छ। आ.व. ०८१/८२ मा प्रदेशको ९९२ वटा स्वास्थ्य कार्यालय, अस्पताल र स्थानीय तह अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट eLMIS live गरिएको छ । बाँकी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा त्रैमासिकबाट मासिक LMIS प्रतिवेदन गर्न थालिएको छ।

समस्या/चुनौतिहरु र समाधानका उपायहरु

सि.न	समस्या/ चुनौतिहरु	समाधानका उपायहरु
१	सबै स्वास्थ्य संस्थाहरु eLMIS कार्यन्वयन गर्न प्रयाप्त श्रोत साधन नहुनु र कार्यन्वयन भएको संस्थाहरुमा पनि समयमै मर्मत नगरिनु	सबै स्वास्थ्य संस्थारुमा श्रोत, साधनको उपलब्धता गराउने
२	तालिम प्राप्त जनशक्तिको कमी हुनु या तालिम लिएका जनशक्तिले काम नगर्ने	तालिम, onsite coaching गरिसके पछि बारम्बासुपरिवेक्षण गर्ने
३	PAMS र Elmis लाई लिएर विबाद	केन्द्र बाट INTEROPERATABILITY को व्यबस्थापनलाई प्राथमिकतामा राख्ने

७.४ स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्य जनशक्ति रजिष्ट्री कार्यक्रम

१. पृष्ठभूमि (Background):

कोशी प्रदेशले स्वास्थ्य सेवा पहुँच र गुणस्तर सुधार गर्ने लक्ष्य अन्तर्गत सूचनाको उपयोगमा आधारित योजना निर्माण र निर्णय प्रक्रियालाई प्राथमिकता दिएको छ। स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका लागि प्रयोग भइरहेका स्वास्थ्य संस्था (Health Facilities) तथा तिनमा कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्ति (Health Workforce) सम्बन्धी अद्यावधिक, प्रमाणित, एकीकृत र डिजिटल सूचना प्रणाली सम्बन्धि डिजिटल प्लेटफर्म तयार गरी विवरण संकलन गरिरहेको छ।

नेपालमा रहेका स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्यकर्मीको अवस्था अध्यावधिक गर्न NHFR (National Health Facility Registry) र NHWR (National Health Workforce Registry) कार्यक्रमहरू सञ्चालनमा ल्याइएको हो। यो कार्यक्रमको कोशी प्रदेशका सबै पालिकाका स्वास्थ्य शाखा प्रमुखलाइ तालिम दिइ विवरण अध्यावधिक गर्न सुरु गरिएको छ।

- NHFR ले मुलुकभरका सबै स्वास्थ्य संस्था (सरकारी, गैरसरकारी, निजी) को एकीकृत नामावली, अवस्थिति, सेवा प्रकार, दक्षता स्तर, उपकरण स्थिति आदिको अद्यावधिक विवरण राख्दछ।
- NHWR ले ती संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीको योग्यता, कार्यक्षमता, स्थानान्तरण, तालिम इतिहास, पेशागत दर्ता लगायतको व्यवस्थापन गर्दछ।

२. दुरदृष्टि (Vision):

"विश्वसनीय, अद्यावधिक र एकीकृत स्वास्थ्य संस्था तथा जनशक्ति तथ्याङ्कमा आधारित योजना र सेवा प्रवाह सुनिश्चित गरी समावेशी, पहुँचयोग्य र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रणाली निर्माण।"

३. ध्येय (Mission):

"स्वास्थ्य संस्थाहरूको दक्षता र जनशक्तिको उपस्थिति तथा क्षमताको आधारमा सेवाको सन्तुलित वितरण र योजना निर्माणमा सहयोग पुऱ्याउने डिजिटल सूचना प्रणाली विकास र सञ्चालन।"

४. लक्ष्यहरू (Goals):

- देशभरका सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूको एकीकृत डिजिटल दर्ता प्रणाली सञ्चालनमा ल्याउने।
- सबै सरकारी तथा निजी स्वास्थ्यकर्मीहरूको सूचना एकै पोर्टलमा समावेश गर्ने।
- NHFR र NHWR को प्रयोगद्वारा स्वास्थ्य सेवा वितरणको अन्तराल (service gap) पत्ता लगाउने र योजना बनाउन सहयोग पुऱ्याउने।
- नीति निर्माणमा साक्ष्य आधारित निर्णय प्रणाली विकास गर्ने।

५. उद्देश्यहरू (Objectives):

- सबै स्वास्थ्य संस्था र सेवाको प्रोफाइल डिजिटल रूपमा अद्यावधिक राख्ने।
- स्वास्थ्य जनशक्तिको दर्ता, स्थान, योग्यता र कार्यसम्पादन विवरण संकलन गर्ने।
- मानव स्रोत व्यवस्थापन, स्थानान्तरण, तालिम र योजना बनाउने कार्यमा सहयोग पुऱ्याउने।
- संघीयता अनुसार स्थानीय, प्रदेश र केन्द्रमा डाटा प्रयोग गर्न मिल्ने डिजिटल प्रणाली सुदृढ बनाउने।
- NHFR/NHWR लाई HMIS, eLMIS, DHIS2 लगायतका प्रणालीसँग अन्तरक्रियाशील बनाउने।

६. हालको अवस्था (Current Status):

कोशी प्रदेशमा १४९७ सरकारी स्वास्थ्य संस्था र १७९ निजी स्वास्थ्य संस्थहरू समेत १६७६ स्वास्थ्य संस्था दर्ता भइसकेका छन्। निजी संस्थाहरूको समावेश अझै क्रमिक रूपमा भइरहेको छ।

७. समस्या (Challenges):

- डाटा अपूर्ण: निजी क्षेत्र र केही पालिकाबाट सूचना अद्यावधिक नगर्ने प्रवृत्ति।
- सीप अभाव: स्थानीय तहमा प्रणाली प्रयोग गर्ने जनशक्ति र सीपको अभाव।
- समन्वय कमजोरी: संघ, प्रदेश र पालिका तहबीच डाटा प्रवाह तथा स्वामित्व अस्पष्ट।
- प्रविधिगत चुनौती: इन्टरनेट पहुँच, सर्भर समस्या, प्राविधिक सहयोगको अभाव।
- प्रोत्साहन अभाव: स्वास्थ्य संस्था तथा जनशक्तिको दर्ता गर्न र अद्यावधिक गर्न प्रेरणा अभाव।

८. समाधानका उपायहरू (Solutions):

नीतिगत तथा व्यवस्थापकीय उपायहरू:

- NHFR/NHWR दर्तालाई अनिवार्य कानुनी प्रावधान बनाउने।
- निजी क्षेत्र र संघ संस्थाहरूसँग सूचना साझेदारी सम्झौता (MoU) गर्ने।
- पालिका स्तरमा नियमित डाटा रिपोर्टिङ र अनुगमन संयन्त्र विकास गर्ने।

प्रविधि र कार्यन्वयन सुधारः

- स्थानीय तहका कर्मचारीलाई प्रशिक्षण र अभिमुखीकरण कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने।
- डाटा प्रविष्टिका लागि मेन्युअल + अनलाइन दुवै माध्यम उपलब्ध गराउने।
- HMIS, DHIS2, eLMIS, IHRIS सँग एकीकृत प्रणाली विकास गर्ने।
- डाटा भेरिफिकेशन मेकानिज्म बनाइ नक्कली वा फरक विवरण हटाउने।
- अनलाइन पोर्टलमा सहज पहुँच र मोबाइल एप्लिकेशन विकास गर्ने।

९. निष्कर्ष (Conclusion):

NHFR र NHWR कार्यक्रमहरू कोशी प्रदेशमा स्वास्थ्य सेवा योजनाको आधार तयार पार्नका लागि अत्यन्त महत्वपूर्ण पहल हुन्। यिनले सटिक सूचना उपलब्ध गराएर नीति निर्माण, स्रोत परिचालन, सेवा सुधार तथा जवाफदेहितामा सहयोग पुऱ्याउँछन्। यद्यपि पूर्ण सफलताका लागि नीति, प्रविधि, क्षमता र समन्वयमा अझ काम गर्न आवश्यक छ। संघ, प्रदेश र स्थानीय तह बीचको साझा उत्तरदायित्व र निरन्तर सुधारले मात्र यो कार्यक्रम प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन हुन सक्छ।

७.५ EWARS (Early Warning and Reporting System) कार्यक्रम

१. पृष्ठभूमि (Background):

नेपाल एक जैव-भौगोलिक दृष्टिले विविध र संवेदनशील मुलुक हो, जहाँ संक्रामक रोगहरू प्रायः महामारीको रूपमा देखा पर्न सक्छन्। जलवायु परिवर्तन, अव्यवस्थित शहरीकरण, कमजोर पूर्वाधार, र सीमित स्वास्थ्य स्रोतसाधनका कारण नेपालमा रोगको प्रारम्भिक पहिचान र प्रभावकारी प्रतिकार्य चुनौतीपूर्ण रहँदै आएको छ।

सन् १९९७ देखि नेपाल सरकारले WHO को प्राविधिक सहयोगमा EWARS कार्यक्रमको थालनी गरेको हो। यसको उद्देश्य संक्रामक रोगहरूको प्रारम्भिक चेतावनी र शीघ्र सूचना प्रवाहको माध्यमबाट महामारी रोकथाम तथा व्यवस्थापन सक्षम बनाउनु हो। हाल यस प्रणालीलाई DHIS2 प्लेटफर्ममा आधारित डिजिटल प्रणालीमा रुपान्तरण गरिएको छ।

२. दुरदृष्टि (Vision):

"सुदृढ र उत्तरदायी डिजिटल निगरानी प्रणालीमार्फत संक्रामक रोगहरूबाट सुरक्षित र स्वस्थ नेपाल निर्माण।"

३. ध्येय (Mission):

"EWARS प्रणालीलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य प्रणालीमा पूर्ण रूपमा समावेश गर्दै, रोगहरूको प्रारम्भिक चेतावनी, सूचना प्रवाह र शीघ्र प्रतिकार्य सुनिश्चित गर्ने।"

४. लक्ष्यहरू (Goals):

- स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट संक्रामक रोगहरूको नियमित र यथासमय रिपोर्टिङ सुनिश्चित गर्नु।
- समयमै पूर्व चेतावनी दिई रोगको फैलावट न्यून गर्ने।
- संघ, प्रदेश, र स्थानीय तहलाई सूचना आधारित निर्णयमा सक्षम बनाउने।
- रोग निगरानी प्रणालीलाई डिजिटल, सजिलो, र पहुँचयोग्य बनाउने।

५. उद्देश्यहरू (Objectives):

- सबै अस्पतालमा EWARS प्रणाली विस्तार गर्नु।
- २५ वटा Epidemic-prone रोगहरूको निगरानी गर्नु, जस्तै हैजा, डेंगु, झाडापखाला, मंकीपक्स, एचआईभी, इन्फ्लुएन्जा, आदि।
- स्वास्थ्यकर्मीलाई प्रणाली प्रयोगमा दक्ष बनाउने तालिम प्रदान गर्नु।
- सूचना प्रवाह, विश्लेषण, र प्रतिकार्यका लागि Multi-sectoral समन्वय विकास गर्नु।

६. हालको अवस्था (Current Status):

अवस्था	**विवरण**
कार्य क्षेत्र	कोशी प्रदेशमा १८ वटा Sentinel sites सक्रिय छन्।
प्रणाली	DHIS2 आधारित डिजिटल EWARS Portal प्रयोगमा छ।
रिपोर्टिङ प्रकृति	साप्ताहिक रूपमा डिजिटल रिपोर्टिङ अनिवार्य।
रोगहरू	१४ वटा प्रमुख रोगहरूको निगरानी।
तालिम	प्रदेश र स्थानीय तहमा प्राविधिक तालिमहरू जारी।
फिडब्याक प्रणाली	DHIS2 बाट स्वचालित प्रतिवेदन प्रणाली निर्माण हुँदैछ।
नतिजा	केही रोगहरूमा समयमै चेतावनी दिई महामारी रोकथाम सफल (जस्तैः डेंगु)।

७. समस्या (Challenges):

समस्या क्षेत्र	**विवरण**
रिपोर्टिङको असन्तुलन	सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट नियमित डाटा नआउनु।
प्राविधिक सीप अभाव	धेरै स्वास्थ्यकर्मीलाई प्रणाली प्रयोगमा कठिनाई।
सूचना विश्लेषणमा ढिलाइ	रिपोर्ट आए पनि विश्लेषण र निर्णय प्रक्रियामा ढिलाइ।
इंटरनेट तथा हार्डवेयर अभाव	ग्रामीण क्षेत्रमा कम्प्युटर र नेटवर्कको समस्या।
प्रतिकार्य प्रणाली कमजोर	चेतावनी आए पनि स्थानीय स्तरमा शीघ्र कार्यान्वयनमा चुनौती।

८. समाधानका उपायहरू (Solutions):

नीतिगत सुधारहरूः

- EWARS लाई राष्ट्रिय अनिवार्य डिजिटल निगरानी प्रणालीको रूपमा नीति निर्माण गर्नुपर्ने।
- संघ, प्रदेश र स्थानीय सरकारबीच कार्य स्पष्टिकरण र समन्वय प्रणाली विकास गर्नुपर्दछ।

प्राविधिक तथा कार्यान्वयन उपायहरूः

- EWARS तालिम प्याकेज तयार गरी सबै तहमा नियमित तालिम सञ्चालन गर्नु।
- ग्रामीण क्षेत्रमा low-bandwidth समाधान (SMS reporting, mobile app) विकास गर्नु।

- Health Post तथा स्कूलहरूलाई पनि निगरानी प्रणालीमा समावेश गर्ने।
- फिडब्याक प्रणाली बलियो बनाएर रिपोर्टिङ पछिको कार्य र असर देखिने बनाउने।
- Alert thresholds र outbreak signals को स्वचालित विश्लेषण प्रणाली विकास गर्नु।

९. निष्कर्ष (Conclusion):

EWARS नेपालको संक्रामक रोग नियन्त्रक प्रणालीको मेरुदण्ड हो। यसले प्रारम्भिक सूचना, सचेतना र कार्यको श्रृंखलालाई सजिलो बनाएको छ। यद्यपि यसको सफल कार्यान्वयनका लागि नीति, प्रविधि, स्रोत, र दक्षतामा थप लगानी आवश्यक छ। भविष्यमा SORMAS, IHR, eLMIS आदि प्रणालीहरूसँग एकीकृत गरी EWARS लाई अत्याधुनिक डिजिटल स्वास्थ्य निगरानी प्रणालीको रूपमा विकास गर्नु अत्यावश्यक छ।

७.६ MPDSR कार्यक्रम

१. पृष्ठभूमि (Background):

नेपालमा मातृ मृत्यु (Maternal Death) र नवजात/शिशु मृत्यु (Perinatal Death) अझै पनि सार्वजनिक स्वास्थ्यको गम्भीर समस्या हो। मातृ मृत्युदर (MMR) घटाउने राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय लक्ष्यहरू (SDG 3.1) प्राप्त गर्नका लागि गहिरो मूल्यांकन, अनुगमन, र सुधारात्मक कदम आवश्यक पर्छ। यसै सन्दर्भमा, MPDSR (Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response) कार्यक्रम सुरु गरिएको हो, जसले मृत्युका कारण पहिचान, विश्लेषण, र सुधारका लागि कदम चाल्न मद्दत गर्छ।
MPDSR कार्यक्रमको उद्देश्य मृत्युलाई तथ्यांक मात्र नमानेर त्यसको जड पहिचान गरी स्वास्थ्य प्रणालीको कमजोरी सुधार गर्नु हो।

२. दुरदृष्टि (Vision):

"मातृ र नवजात मृत्युलाई न्यूनीकरण गर्दै प्रत्येक मृत्युबाट शिक्षा लिई भविष्यमै यस्तो मृत्यु टार्न सकिने उत्तरदायी र प्रणालीगत स्वास्थ्य सेवा प्रणाली निर्माण गर्नु।"

३. ध्येय (Mission):

"नेपालमा सबै मातृ तथा नवजात मृत्युको निगरानी, अनुसन्धान र प्रतिक्रियामूलक प्रणाली स्थापनामार्फत सुरक्षित मातृत्व र नवजात स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्नु।"

४. लक्ष्यहरू (Goals):

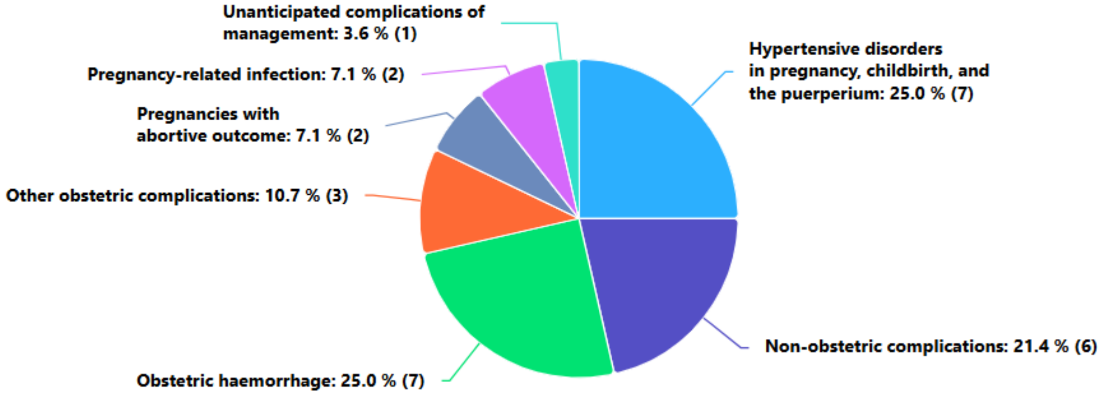
- मातृ मृत्युदरलाई २०३० सम्ममा प्रति १००,००० जीवित जन्ममा ७० भन्दा तल झार्ने।
- नवजात मृत्युदर तथा स्थगनयोग्य मृत्युहरू न्यूनीकरण गर्नु।
- हरेक मातृ र पेरिनेटल मृत्युको रिपोर्टिङ र विश्लेषण सुनिश्चित गर्नु।
- मृत्यु अनुसन्धानको आधारमा नीति तथा कार्यक्रम सुदृढ बनाउने।

५. उद्देश्यहरू (Objectives):

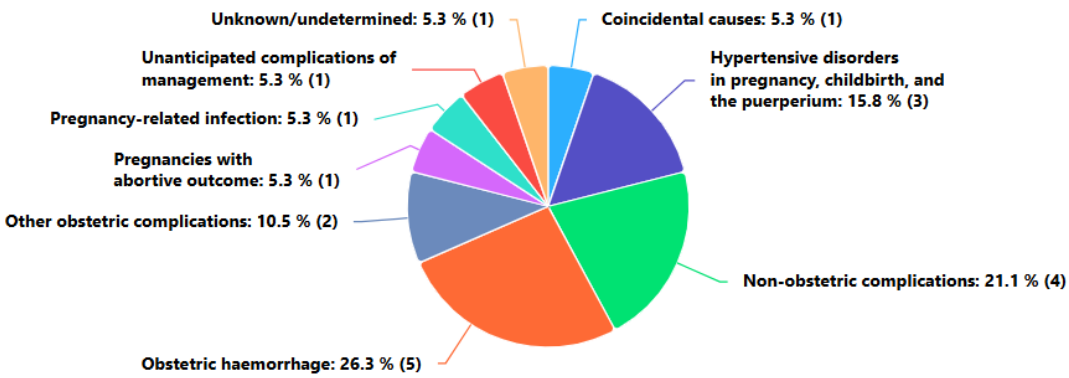
- सबै मातृ र पेरिनेटल मृत्युलाई समयमै रिपोर्ट, समीक्षा, र विश्लेषण गर्ने।
- स्वास्थ्य संस्थाहरूमा MPDSR समिति गठन गरी जिम्मेवारी तोक्ने।
- मृत्युका निवारणीय कारणहरू पहिचान गरी तत्काल सुधारात्मक कार्ययोजना बनाउने।
- स्वास्थ्य प्रणालीमा जवाफदेहिता र गुणस्तर सुधार प्रवर्द्धन गर्ने।
- मृत्यु समीक्षा प्रणालीलाई स्थानीय तहसम्म प्रभावकारी बनाउने।

६. हालको अवस्था (Current Status):

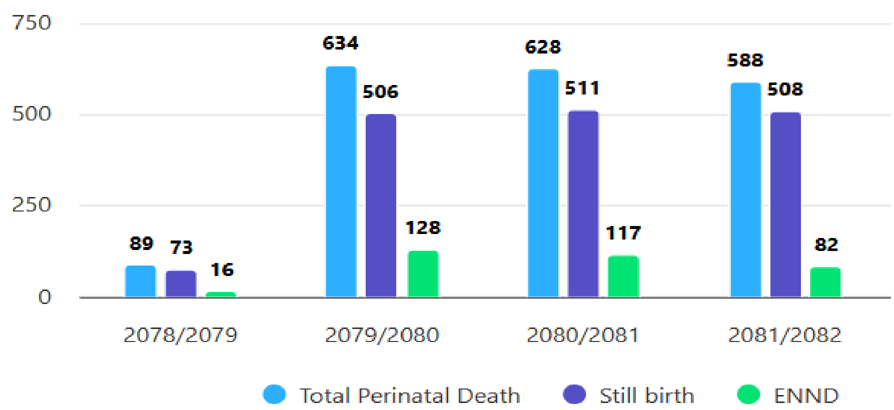
आ.व. २०८१/८२ मा कोशी प्रदेशका अस्पतालहरुमा मातृत्व मृत्युको कारण



आ.व. २०८१/८२ मा कोशी प्रदेशमा समुदायमा मातृत्व मृत्युको कारण



कोशी प्रदेशमा नवजात शिशु मृत्युको संख्या



७. समस्या (Challenges):

- रिपोर्टिङको डर: मातृ मृत्यु रिपोर्ट गर्दा कारबाहीको डरले स्वास्थ्यकर्मी रिपोर्ट गर्न हिच्किचाउने।
- तालिम अभाव: धेरै स्वास्थ्य संस्थामा MPDSR सम्बन्धी ज्ञान र सीप अभाव।
- डाटा गुणस्तर: रिपोर्ट गरिएका डाटामा असंगति र अपूरा विवरणहरू।
- समीक्षा र प्रतिक्रिया: समीक्षा रिपोर्ट बने पनि कार्यान्वयन र अनुगमन कमजोर।
- स्थानीय तहको संलग्नता: कतिपय पालिकामा MPDSR लाई प्राथमिकता नदिइएको।
- नवजात मृत्यु उपेक्षा: पेरिनेटल (विशेषगरी Stillbirth) मृत्युलाई समीक्षा गर्रिँदैन।

नीतिगत सुधारहरू:

- MPDSR लाई स्वास्थ्य नीति र बजेटमा प्राथमिकता दिनु।
- मातृ र नवजात मृत्युलाई कानूनतः अनिवार्य रिपोर्ट गर्नुपर्ने व्यवस्था।

कार्यान्वयन सुधारहरू:

- सबै पालिका र अस्पतालमा MPDSR समिति गठन र सक्रियता अनिवार्य गर्नु।
- स्वास्थ्यकर्मी र व्यवस्थापकहरूलाई तालिम र अभिमुखीकरण कार्यक्रम विस्तार।
- डिजिटल MPDSR सूचना प्रणाली सुदृढ गर्नु।
- समीक्षा बैठकपछि बनेको कार्ययोजनालाई कार्यान्वयन गर्न अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रणाली बलियो बनाउने।
- उत्तरदायित्व सुनिश्चित गर्न स्थानीय सरकार, अस्पताल र प्रदेश सरकारको समन्वय।
- समुदाय स्तरमा पनि मृत्यु समीक्षा गर्न Verbal Autopsy पद्धति लागू।
- नवजात मृत्युप्रति समान ध्यान दिने नीति सुनिश्चित गर्नु।

९. निष्कर्ष (Conclusion):

MPDSR कार्यक्रम नेपालमा मातृ तथा नवजात मृत्युलाई न्यूनीकरण गर्न अत्यन्तै महत्वपूर्ण उपकरण हो। यो कार्यक्रमबाट मृत्युलाई केवल संख्या नभई, सुधारका अवसरको रूपमा बुझ्ने दृष्टिकोण विकसित हुन्छ। यद्यपि यसको सफलता संस्थागत प्रतिबद्धता, तालिम, डाटा विश्लेषण, र कार्यान्वयनमा निर्भर हुन्छ। सरकार, स्थानीय तह, स्वास्थ्य संस्था र समुदायको सहकार्यद्वारा मात्रै यस कार्यक्रमबाट अपेक्षित लाभ प्राप्त गर्न सकिन्छ।

७.७ Electronic TB Register (e-TB Register)

१. पृष्ठभूमि (Background):

नेपालमा क्षयरोग (TB) एक प्रमुख सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौती हो। यस रोगको प्रभावकारी नियन्त्रणका लागि सन् १९९६ देखि National Tuberculosis Control Program (NTP) सञ्चालनमा छ। परम्परागत रूपमा कागजी TB दर्ता प्रणाली प्रयोग हुँदै आएको थियो, जसमा सूचना अद्यावधिक गर्न कठिनाइ, डेटा त्रुटि, र केस छुट्ने सम्भावना उच्च थियो।

यी समस्याहरू समाधान गर्नका लागि नेपालले Electyronic TB Register (e-TB Register) प्रणालीको विकास र विस्तार थालेको हो। यो प्रणालीले TB केसहरू अनलाइन/डिजिटल रूपमा अभिलेखीकरण, उपचार ट्र्याकिङ, र रिपोर्टिङ गर्न सहायता पुर्‍याउँछ।

२. दुरदृष्टि (Vision):

"डिजिटल TB निगरानी प्रणालीद्वारा प्रभावकारी र उत्तरदायी क्षयरोग नियन्त्रण।" (Towards a data-driven, timely, and efficient TB elimination strategy.)

३. ध्येय (Mission):

"e-TB Register मार्फत क्षयरोगको सूचना व्यवस्थापनलाई प्रभावकारी बनाई, प्रत्येक केसको दर्ता, उपचार, अनुगमन र परिणाम सुनिश्चित गर्ने।"

४. लक्ष्यहरू (Goals):

- सबै TB बिरामीको दर्ता र उपचार ट्र्याकिङलाई डिजिटल माध्यमबाट सुनिश्चित गर्ने।
- डेटा समयमै प्रविष्टि, विश्लेषण र प्रयोगलाई सशक्त बनाउने।
- प्रदेश र संघीय तहमा निर्णय निर्माणको लागि गुणस्तरीय सूचना उपलब्ध गराउने।
- MDR-TB, XDR-TB लगायत जटिल केसहरूको विशेष निगरानी सक्षम बनाउने।

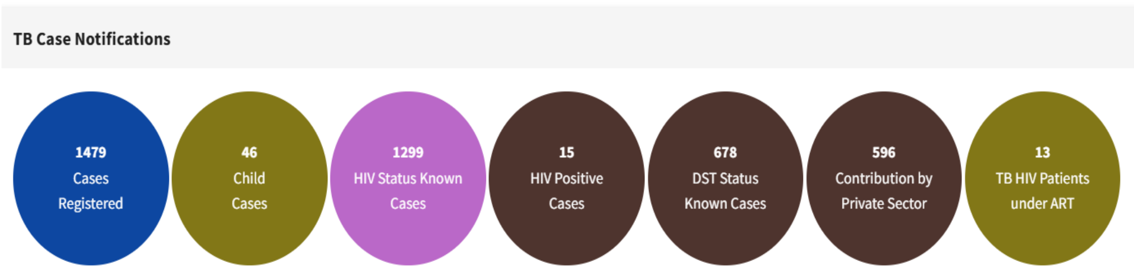
५. उद्देश्यहरू (Objectives):

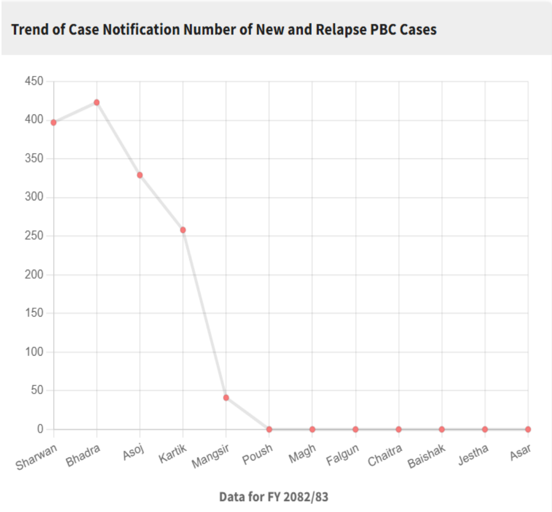
- प्रत्येक TB बिरामीको Unique ID सहित डिजिटल दर्ता गर्ने।
- TB उपचारको सबै चरण (Initiation, Adherence, Completion) डिजिटल रूपमा ट्र्याक गर्ने।
- निजी क्षेत्रबाट प्राप्त केसहरू समेत समावेश गर्ने।
- e-TB Tracker प्रणालीलाई HMIS तथा DHIS2 सँग एकीकृत गर्ने।
- स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई डेटा व्यवस्थापनको दक्षता विकास गराउने।

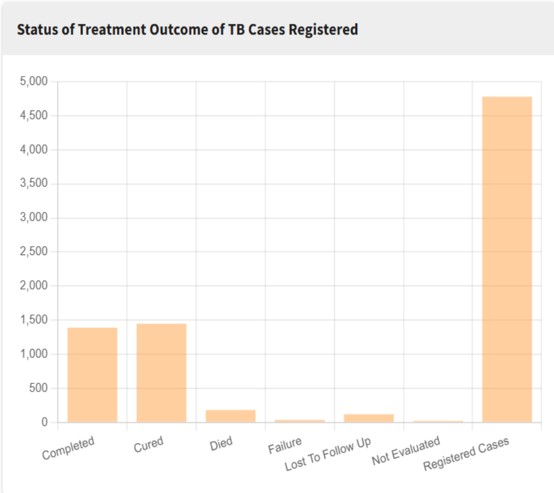
६. हालको अवस्था (Current Status):

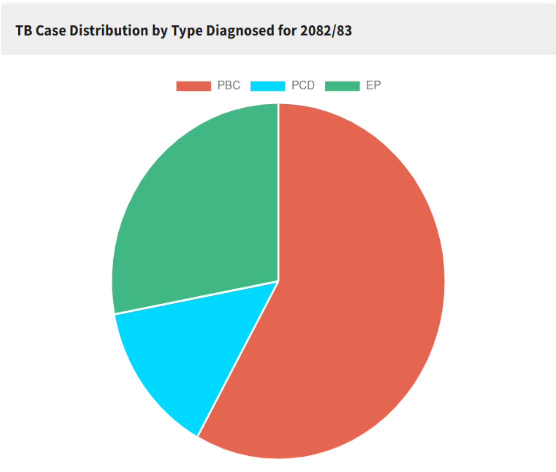
क्षेत्र	विवरण
प्लेटफर्म	DHIS2 मा आधारित e-TB Tracker (https://etbregister.ntpmis.gov.np)
सञ्चालनमा	प्रदेशका सबै स्वास्थ्य सस्थाबाट कार्यान्वयन सुरु भएको
रिपोर्टिङ मोड	अनलाइन रिपोर्टिङ (कागजी फारमको विकल्प/पूरक)
प्रशिक्षण	TB focal person र supervisor र स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम दिइएको
डेटा पहुँच	स्वास्थ्य संस्था, स्थानीय तह, स्वास्थ्य कार्यालय, जिल्ला र प्रदेश तहमा विश्लेषण योग्य

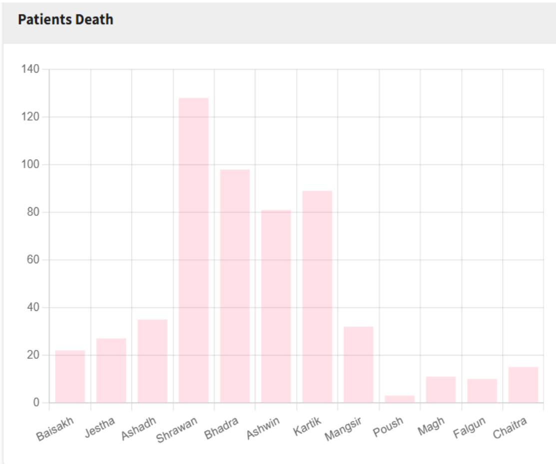
e-TB Register Dashboard मा भएका विवरणहरु











Cohort Analysis

TB Type	Cured	Treatment Completed	Treatment Failure	Died	Loss to Follow-up	Not Evaluated		Moved to 2nd Line	Still Under Treatment	Registered
						Treatment Duration Completed	Final Cohort			
1 | PBC	1446	162	30	118	74	10	5	0	0	2739
2 | PCD	0	396	0	19	19	3	1	0	0	637
3 | EP	1	832	6	44	25	11	5	0	0	1402
Total	1447	1390	36	181	118	11	11	0	0	4778

TB contact Investigation (4)

Index TB Cases	No. of Family Members		Members Investigated/Screened		Diagnosed with TB	Eligible for TBPT	Enrolled on TBPT	Total
	Child	Adult	Child	Adult				
1	2	3	4	5	6	7	8	
354	150	1077	74	662	10	49	45	2421

७. समस्या (Challenges):

समस्या क्षेत्र	विवरण
इन्टरनेट पहुँच अभाव	ग्रामिण तथा दुर्गम क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थामा अनलाइन रिपोर्टिङ कठिन।
प्राविधिक सीपको कमी	धेरै स्वास्थ्यकर्मीलाई कम्प्युटर तथा DHIS2 प्रणालीको प्रयोग कठिन।

डेटा त्रुटि	दोहोरिएका दर्ता, अपुरो प्रविष्टि, वा गलत जानकारी प्रविष्ट हुने समस्या।
निजी क्षेत्र समावेश नगर्नु	निजी क्लिनिकबाट रिपोर्टिङ न्यून, केस छुट्ने सम्भावना।
सामग्री तथा उपकरण अभाव	कम्प्युटर, पावर ब्याकअप, सफ्टवेयर अपडेट सीमित।
रिपोर्टिङ ढिलाइ	समयमा डाटा प्रविष्ट नहुनु र Monthly Report लेट हुनु।

८. समाधानका उपायहरू (Solutions):

प्राविधिक सुधारः

- Offline-sync feature सहित मोबाइल एप विकास गर्नु (ग्रामिण क्षेत्रमा इन्टरनेट अभाव समाधानका लागि)।
- Data validation system लागू गरेर गलत प्रविष्टि रोक्ने।
- Unique ID system बलियो बनाउने, दोहोरिएको केस छुट्याउने।

दक्षता अभिवृद्धिः

- सबै स्वास्थ्य संस्थामा नियमित Refresher Training संचालन गर्नु।
- e-TB Tracker प्रयोग सम्बन्धी Video Tutorials, Guidebook वितरण गर्नु।
- स्थानीय स्तरमा IT सहायक पद सिर्जना गर्ने।

स्रोत साधन उपलब्ध गराउनेः

- सबै TB सेवा दिने संस्थामा Laptop/Tablet, UPS र Printer उपलब्ध गराउने।
- Software maintenance र update को लागि वार्षिक बजेट विनियोजन गर्नु।

नीति तथा व्यवस्थापन सुधारः

- निजी क्षेत्रका संस्थालाई e-TB मा अनिवार्य दर्ता गर्न निर्देशन दिने।
- e-TB Tracker, HMIS, eLMIS बीच Interoperability सुनिश्चित गर्ने।
- नियमित Monitoring, Evaluation & Data Audit System स्थापना गर्नु।

९. निष्कर्ष (Conclusion):

Electronic TB Register (e-TB Register) प्रणाली नेपालमा क्षयरोग नियन्त्रण तथा उन्मूलनको दिशामा एउटा सशक्त माध्यम हो। यसको प्रभावकारी प्रयोगले शतप्रतिशत केस दर्ता, उपचार अनुगमन, MDR-TB नियन्त्रण, तथा डेटा-आधारित नीति निर्माणमा सहयोग पुऱ्याउँछ। यद्यपि, यसको पूर्ण उपयोगका लागि प्राविधिक सशक्तिकरण, दक्ष जनशक्ति विकास, नीति-सम्बन्धी स्पष्टता र स्रोत उपलब्धता अपरिहार्य छन्। दीर्घकालीन रूपमा e-TB प्रणालीलाई Unified Digital Health Platform मा समावेश गर्दै Smart TB Surveillance System मा रूपान्तरण गर्नु जरुरी छ।

भाग ८ : प्रादेशिक/संघीय स्तरका निकायहरू

८.१ स्वास्थ्य मन्त्रालय कोशी प्रदेश, विराटनगर

पृष्ठभुमि

नेपालको संविधान २०७२ बमोजिम देशमा संघिय व्यवस्था लागु भएसंगै कोशी प्रदेश मन्त्रिपरिषद्को गठन मिति २०७४/११/३ मा भएको हो। प्रारम्भमा सामाजिक विकास मन्त्रालय अन्तर्गत रहेका स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यहरू मन्त्रालय विभाजन पश्चात २०७८/१०/२३ मा स्थापना भएको स्वास्थ्य मन्त्रालयले सम्हाल्दै आएको छ।

यस मन्त्रालय अन्तर्गत ४ वटा विभागीय कार्यालयः स्वस्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र, प्रादेशिक जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला रहेका छन् र दुई वटा प्रादेशिक अस्पतालहरु (मेची प्रादेशिक अस्पताल, प्रादेशिक आयुर्वेदिक अस्पताल, लखनपुर) प्रत्येक जिल्लामा रहेको स्वास्थ्य कार्यालय, जिल्ला अस्पताल, र जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र (१४ स्वास्थ्य कार्यालय, १४ अस्पताल र १४ आयुर्वेद केन्द्रहरू) गरि कुन ४८ निकायहरु रहेका छन्। साथै, दुई अस्थायी संरचना 'प्रादेशिक स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसञ्चालन केन्द्र र शैलेजा आचार्य हृदय रोग उपचार केन्द्र रहेका छन्। प्रदेश सरकार (कार्यविभाजन) नियमावली २०७९ अनुसार मन्त्रालयका ३० वटा कार्यक्षेत्र र जिम्मेवारीहरू स्पष्ट रूपमा तोकिएका छन्। सोहि बमोजिम स्वास्थ्य मन्त्रलायका मुख्य कार्यक्षेत्रहरु निम्नानुसार रहेका छन्।

- स्वास्थ्य सेवा तथा पोषण सम्बन्धी प्रादेशिक नीति, कानून, मापदण्ड तथा योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन र नियमन।
- स्वास्थ्य सरसफाई, स्वच्छता तथा वैकल्पिक उपचार (आयुर्वेद, युनानी, होमियोप्याथिक आदि) सम्बन्धी मापदण्ड र नियमन।
- स्वास्थ्यकर्मीको विकास, अभिलेख व्यवस्थापन, समुचित परिचालन र आचारसंहिता निगरानी।
- स्वास्थ्य सेवा पूर्वाधार, उपकरण, एम्बुलेन्स, शवबाहन तथा सम्पत्तिको अभिलेख र व्यवस्थापन।
- प्रचार, रोकथाम, उपचार, पुनःस्थापनासहितको सेवा प्रवाहको व्यवस्था।
- गुणस्तरीय सेवा सुनिश्चित गर्न प्रयोगशाला, अस्पताल, निदान केन्द्र, उपचार केन्द्रको मापदण्ड निर्धारण, दर्ता तथा नियमन।
- औषधिको उत्पादन, अधिकतम खुद्रा मूल्य निर्धारण, बफर स्टक, वितरण, उचित प्रयोग तथा औषधि प्रतिरोध (AMR) नियन्त्रण।
- संवेदनशील औषधि तथा खोप आपूर्ति व्यवस्थापन।

- विपद्, महामारी तथा आपतकालीन अवस्थाका लागि तयारी योजना, औषधि भण्डारण, र आकस्मिक सेवा प्रवाह।
- जनस्वास्थ्य निगरानी (Surveillance), स्वास्थ्य लेखा प्रणाली, अनुसन्धान तथा सूचना प्रवाह व्यवस्थापन।
- संघ र स्थानीय तहसँग समन्वयमा स्वास्थ्य बीमा तथा सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम सञ्चालन।
- निजी क्षेत्रको सहभागितामा सरसफाई तथा स्वास्थ्य अभियान सञ्चालन।
- जनसंख्या, बसाइँसराइ, परिवार नियोजन सम्बन्धी नीति, योजना तथा अनुसन्धानको निर्माण र कार्यान्वयन।

आ.व २०८१।०८२ मा स्वीकृत कानूनी दस्तावेजहरु

- प्रदेश जनस्वास्थ्य नियमावली, २०८२
- प्रदेश स्वास्थ्य नीति, २०८२
- विशेषज्ञ चिकित्सक प्रोत्साहन सम्बन्धी कार्यविधि, २०८१
- विद्यालय नर्सिङ्ग सेवा कार्यक्रम सञ्चालन सम्बन्धी (पहिलो संशोधन) कार्यविधि, २०८१
- आन्तरिक नियन्त्रण प्रणाली सम्बन्धी कार्यविधि, २०८१
- आर्थिक सहायता सम्बन्धी (पहिलो संशोधन) कार्यविधि, २०८१

८.२ स्वास्थ्य निर्देशनालय कोशी प्रदेश, धनकुटा

स्वास्थ्य निर्देशनालय, धनकुटा प्रदेशको स्वास्थ्यको प्रमुख प्राविधिक र प्रशासनिक एकाइ हो। स्वास्थ्य निर्देशनालयले प्रदेशका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरू मार्फत प्रवर्द्धन, रोकथाम र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको उचित वितरण सुनिश्चित गर्दछ।

स्वास्थ्य निर्देशनालयका प्रमुख कार्यहरू

१. स्वास्थ्य निर्देशनालय (HD), धनकुटा प्रदेशको स्वास्थ्यको प्रमुख प्राविधिक र प्रशासनिक एकाइ हो। स्वास्थ्य निर्देशनालयले प्रदेशका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरू मार्फत प्रवर्द्धन, रोकथाम र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको उचित वितरण सुनिश्चित गर्दछ।

२. प्रदेशका स्वास्थ्य संस्थाका लागि जनशक्तिको आवश्यकता निर्धारण गर्ने।

३. प्रदेशमा जनस्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयन सुनिश्चित गर्ने ।

४. प्रदेशमा प्रवर्द्धन, रोकथाम र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारी कार्यान्वयन सुनिश्चित गर्न।

५. प्रदेशमा विभिन्न तहमा प्राकृतिक प्रकोप र महामारीबाट उत्पन्न हुने समस्याको तत्काल समाधानको व्यवस्थापन गर्ने ।

६. प्रदेशमा स्रोत र स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारी वितरणका लागि बाह्य विकास साझेदारहरूसँग समन्वय कायम गर्ने ।

७. प्रदेशका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थामा औषधि, उपकरण, उपकरण र अन्य सामग्रीको आपूर्ति सुनिश्चित गर्ने ।

८. प्रदेशमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुको अनुगमन र सुपरिवेक्षण गर्ने ।

९. स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी तथ्याङ्क, कथन र सूचनालाई व्यवस्थित रूपमा राख्न, आवश्यकता अनुसार अद्यावधिक गरी प्रकाशित गर्ने ।

यस स्वास्थ्य निर्देशनालय अन्तर्गत शाखाहरुको कार्यविवरणः

क. योजना, अनुगमन तथा नियमन शाखा

ख. चिकित्सा सेवा तथा रोग नियन्त्रण शाखा

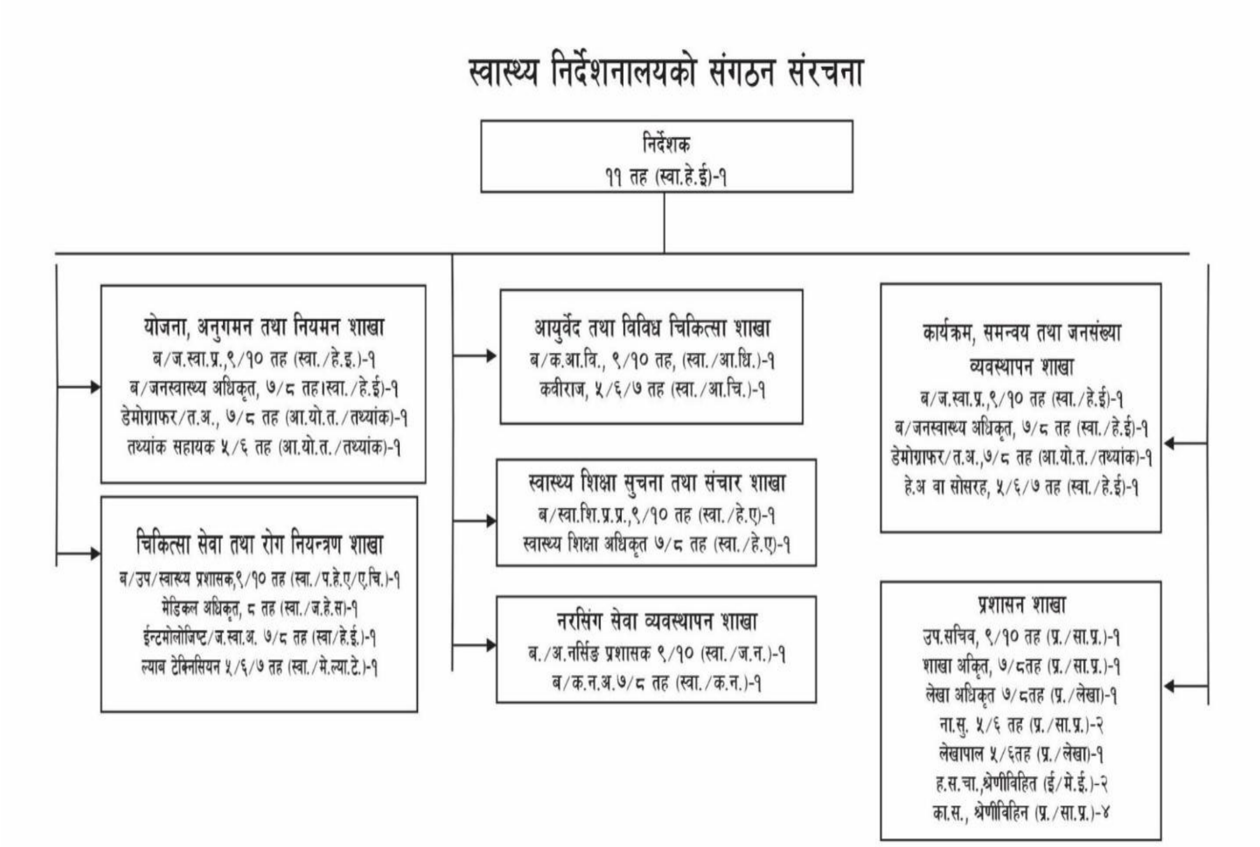
ग. आयुर्वेद तथा विविध चिकित्सा शाखा

घ. स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचार शाखा

ङ. नरसिंग सेवा व्यवस्थापन शाखा

च. कार्यक्रम, समन्वय तथा जनसंख्या व्यवस्थापन शाखा

छ. प्रशासन् शाखा



८.३ प्रादेशिक स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसंचालन केन्द्र

पृष्ठभुमि

कोशी प्रदेशमा प्रादेशिक स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसंचालन केन्द्र बिश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा निर्माण भइ २५ मार्च २०२१ मा औपचारिक रूपमा सामाजिक विकास मन्त्रालयलाई हस्तान्तरण गरिएको थियो। यो केन्द्र कोशी अस्पतालको परिसरबाट हालै मन्त्रालय हाताभित्र स्थानान्तरण भएको छ। केद्रीय स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसंचालन केन्द्रको जस्तै प्रादेशिक स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसंचालन केन्द्र कुनै पनि स्वास्थ्य आपतकालिन वा प्रकोपको अवस्थामा प्रदेशको आदेश केन्द्र पनि हुनेछ।

यसले प्रभावकारी समन्वयका लागि आवश्यक स्रोत र तथ्याङ्क)जिल्ला तह, स्थानीय तह लगायत प्रदेशभित्र र सङ्घीय तहसँग (राख्नेछ। प्रादेशिक स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसंचालन केन्द्रले घटना कार्य योजनाहरूको विकासको लागि प्रदेश स्तरमा विभिन्न उच्च -स्तरका अधिकारीहरु सँग कमाण्डिङ र समन्वय गरि मुख्य कार्ययोजनाहरू दिने गर्दछ।

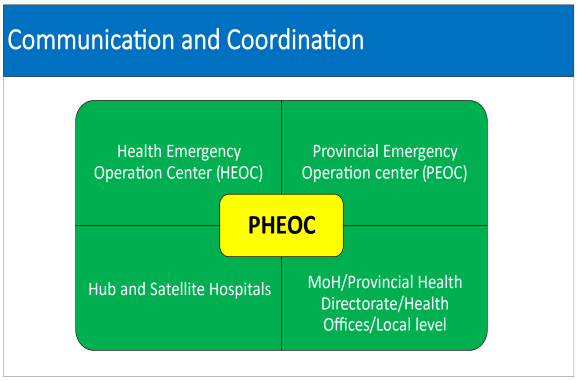
यस केन्द्रले प्रदेश स्तरमा स्वास्थ्य क्षेत्रको आपतकालीन जोखिम मूल्याङ्कन, जोखिम न्यूनीकरण, पूर्वतयारी र गैर -आकस्मिक अवस्थाहरूमा प्रतिक्रियाको तयारीको लागि नीति, रणनीति, दिशानिर्देश, र SOPs को कार्यान्वयन तथा योजनाहरू, कार्य योजनाहरू, योजना उपकरणहरू, डाटाबेसहरू, इत्यादि विकास र अद्यावधिक गर्दछ। त्यसै गरि यस केन्द्र हब र स्याटेलाइट अस्पतालको स्थापना र सुदृढीकरण, ईएमडिटी (EMDT) को क्षमता विकास र आपतकालीन अवस्थाको लागि रसदको भण्डारणमा केन्द्रित छ । यसले स्वास्थ्य मन्त्रालयलाई उचित दिशा प्रदान गर्न कमाण्ड सेन्टरको रूपमा काम गर्दछ। प्रकोप र स्वास्थ्य आपतकालिन अवस्थाहरूको प्रभावकारी प्रतिक्रियाको लागि सम्बन्धित सरोकारवालाहरू र सबै गतिविधिहरू समन्वय गर्दछ।

PHEOC को भूमिका र जिम्मेवारीहरू:

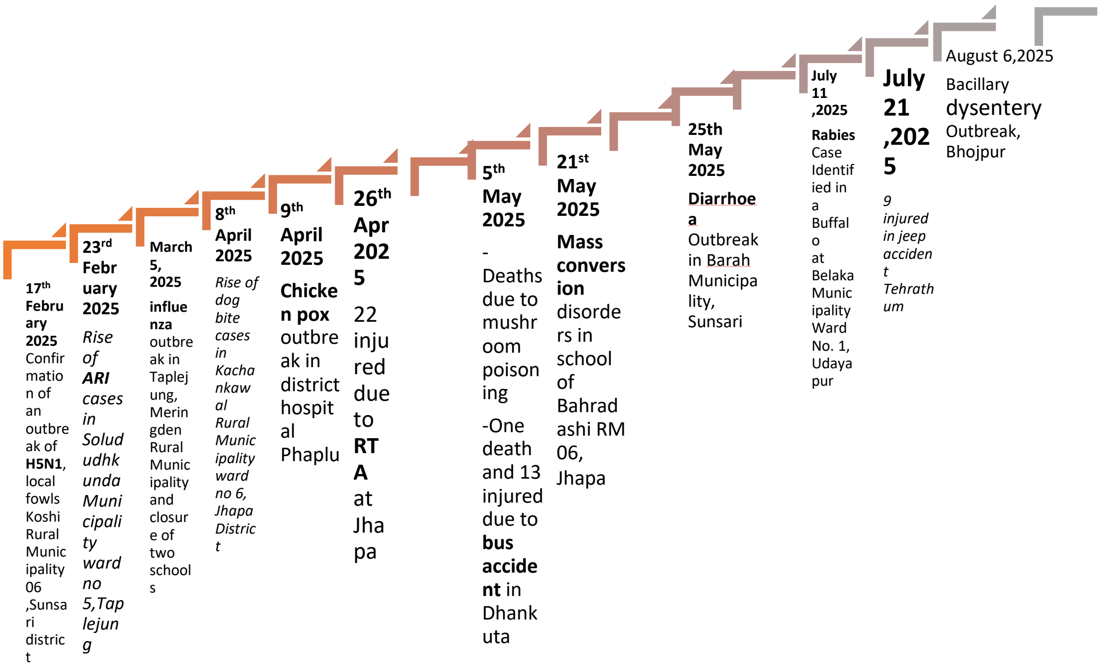
प्रकोपपूर्व	प्रकोपको समयमा	प्रकोपपछि
• योजना निर्माण • स्रोत नक्साङ्कन • सञ्जाल निर्माण / सञ्जालीकरण • अस्पताल प्रकोप तयारी तथा प्रतिकृया योजना (HDPRP) / सामूहिक घाइते व्यवस्थापन योजना (Mass Casualty Management Plan) • क्षमता मूल्याङ्कन र नक्साङ्कन	• स्वास्थ्य प्रतिकृयाका लागि इन्सिडेन्ट कमाण्ड प्रणाली (ICS) को सक्रियता • PEOC/HEOC/स्वास्थ्य इकाइहरू र अन्य सम्बन्धित सरोकारवालासँग समन्वय • स्थितिको विश्लेषण • प्रारम्भिक परिचालन • स्रोत नक्साङ्कन र परिचालन • स्थितिको अद्यावधिक • प्रेस विज्ञप्ति र जनचेतना • क्षमता नक्साङ्कन	• स्वास्थ्य सेवा सुविधाहरूको पुनःस्थापना • दर्ता र प्रतिवेदन, अनुसन्धान, विश्लेषण र सुझावहरू • दीर्घकालीन स्वास्थ्य आवश्यकताहरूको समन्वय

प्रादेशिक स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसंचालन केन्द्रको प्रमुख कार्यहरु

- मनसुन तयारी योजनाको विकास
- हब स्याटेलाइट नेटवर्क सुदृढीकरण
- एम्बुलेन्स डिस्प्याच सेन्टरमा प्राविधिक सहयोग
- स्रोत नक्साङ्कन (स्वास्थ्य सुविधा र मानव संसाधन)
- सबै सम्बन्धित सरोकारवालाहरूको सम्पर्क भण्डार
- प्रदेश, जिल्ला र स्थानीय स्तरमा RRT र RCCE तालिम
- एम्बुलेन्स चालक तालिम
- अस्पतालविपद् तयारी र प्रतिकार्य योजना
- उपयुक्त र आवश्यक पर्ने ठाउँमा सूचना व्यवस्थापन र प्रसार



२०२५ मा कोशी प्रदेशमा अभिलेख गरिएको घटनाहरूको समग्र विवरण



जुन २०२४ मा STAR कार्यशालाबाट जोखिम वर्गीकरण

Risk Level Summary — Nepal

Country/Territory/Area	Nepal
Level of Workshop	Provincial
Subnational Areas (if applicable)	1 NO. PROVINCE
Additional Area(s)	

Assessment Dates: 5 Jun 2024 - 7 Jun 2024

Risk Rating Key →

Very low (1)	Low (2)	Moderate (3)	High (4)	Very high (5)
	• Rabies • Bird flu • Measles • Water/food borne disease • Avalanche • COVID-19 • Leishmaniasis • Earthquake	• Seasonal Influenza • Storm • Civil unrest • Hazardous waste • Pesticide use • Cholera/ Acute Watery Diarrhea • Animal attack/Snake bite • mental health issues/suicide	• Fire • Air pollution • Heat wave • Antimicrobial resistant microorganisms • Transportation accidents • Dengue	• Flood • Landslide

सबै हब अस्पताल र १२ वटा उपग्रह अस्पतालहरूको लागि अस्पताल सुरक्षा सूचकांक (**Hospital Safety Index + Application**) प्रयोग गरी अस्पताल विपद् तयारी तथा प्रतिक्रिया योजना (Hospital Disaster Preparedness and Response Plan) विकसित गरिएको।

- **बाढी र पहिरो २०२४ को अवलोकन**
  - ✓ २१ अक्टोबर २०२४ सम्मको बाढी र पहिरोको स्थिति अद्यावधिक:

    २६ सेप्टेम्बर २०२४ देखि निरन्तर वर्षाका कारण कोशी प्रदेशका विभिन्न स्थानमा बाढी र पहिरोको प्रभाव परेको थियो। प्रभावित १० स्वास्थ्य संस्थामध्ये ३ वटा सेवा बन्द भएता पनि क्षतिग्रस्त स्वास्थ्य संस्थाहरूमा अस्थायी रूपमा सेवाहरू जारी राखिएको थियो। स्थानीय स्तरको आरआरटी टोली परिचालन गरिएको थियो।

Details of affected districts

District	Type of Disaster	Death			Injured			Missing			Displaced Household
		Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	
Dhankuta	Landslide		2	2		3	3				81 people (21 House)
Solukhumbhu	Landslide	1	4	5		1	1				
Ilam	Drown by flooded river	1		1							11 People (4 House)
Pancthar	Landslide	3	3	6	1	1	2	1	2	3	23 People (6 House)
Terathum	Landslide		1	1		1	1				
Morang	Drown by flooded river								1	1	220 People(55 House)
Jhapa	Drown by flooded river	1	1	2							956 People (239 House)
Udayapur	Drown by flooded river		1	1	1		1				293 people (95House)
Sankhuwasabha	Landslide				2		2				
Sunsari	Drown by flooded river				1		1				
Okhaldhunga	Landslide		1	1							49 people (9 House)
Bhojpur	Landslide				1	1	2				15 People (5 House)
Taplejung	Landslide	1		1		2					
Sunsari	Flood	1		1							
	Total	8	13	21	5	9	14	1	3	4	

Affected health facilities

S.N	District	Name of Palika	Name of Service Delivery Unit	Service Delivery Type	Disaster Type	Service Delivery Impact	Damage Status
1	Okhaldhunga	Kijidemba RM 07	Health Post Rawadolu	Health Facility	Thunderstorm	Fully Functional	Partially Damaged
2	Okhaldhunga	Kijidemba RM 04	Health Post Kijikati	Health Facility	Landslide	Fully Functional	Partially Damaged
3	Okhaldhunga	Kijidemba RM 03	Khijichandeshwori Health Post	Health Facility	Landslide	Fully Functional	Partially Damaged
4	Okhaldhunga	Champadevi RM 02	Health service Unit, Nawalpur,	Health Facility		Non-Functional	Fully Damaged
5	Okhaldhunga	Manebhanjyang RM 02	Health Post Waksa	Health Facility		Fully Functional	Partially Damaged
6	Jhapa	Jhapa RM-5	Basic Health Unit	Health Facility	Flood	Fully Functional	Partially Damaged
7	Panchthar	Phidim M-3	Lalikharkha Health Post	Health Facility	Landslide	Non-Functional	Fully Damaged
8	Panchthar	Miklajung RM 3	kurumba health post	Health Facility	Landslide	Non-Functional	Fully Damaged
9	Bhojpur	Arun RM 3	Pyauli PHC	Health Facility	Landslide	Fully Functional	Partially Damaged
10	Bhojpur	Tyamke Maiyum RM 06	Basic Health Service Centre Kot	Health Facility	Landslide	Fully Functional	Partially Damaged

सेप्टेम्बर २०२४ मा आएको बाढी र पहिरोले कोशी प्रदेशका १४ भन्दा बढी स्वास्थ्य संस्थाहरूमाथि प्रभाव पारेको थियो। त्यसपछिको अवस्थाको मूल्यांकन गर्न "Health Resources and Services Availability Monitoring System (HeRAMS)" उपकरणको प्रयोग गरी स्वास्थ्य संस्था मूल्यांकन सम्पन्न गरियो।

सबैभन्दा बढी प्रभावित जिल्लाहरू (ओखलढुङ्गा, पाँचथर, उदयपुर, सोलुखुम्बु, खोटाङ र इलाम) मा केन्द्रित हुँदै PHEOC, DHOs, स्थानीय एकाइहरूले आ-आफ्नो स्थानीय एकाइ/जिल्लामा महामारीको

प्रकोपको बारेमा नजिकबाट अनुगमन गरी नगरपालिका र जिल्लाहरूले RRT टोलीहरूको परिचालन गरिएको थियो।

- ✓ **मानव संसाधन तयारी**
  - नक्साङ्कन र दस्तावेजीकरणः द्रुत प्रतिक्रिया टोलीहरू (RRT), आपतकालीन चिकित्सा तैनाती टोलीहरू (EMDT) ,आपतकालीन चिकित्सा टोलीहरू (EMT) ।
  - प्रशिक्षण र अभिमुखीकरणः प्रादेशिक, जिल्ला र स्थानीय स्तरमा RRT आपतकालीन प्रतिकार्य भूमिका र सिमुलेशनहरू ।
- ✓ **स्वास्थ्य सुविधा सुदृढीकरण**
  - हब र स्याटेलाइट अस्पताल नेटवर्क सुदृढीकरणः एम्बुलेन्सहरूमा GPS जडान, अस्पताल विपद् तयारी र प्रतिकार्यर् योजना (HDPRP) अद्यावधिक ।
  - वितरणः प्रमुख अस्पतालहरू (जस्तै, कोशी अस्पताल, BPKIHS, इलाम, धनकुटा, इनरुवा, कटारी अस्पताल)मा EMDT ब्याकप्याकहरू वितरण।
- ✓ **सिमुलेशन र ड्रिलहरू**
  - नेपाली सेना, HEOC, हब अस्पतालहरूमा विपद् प्रतिक्रिया समन्वयको लागि सिमुलेशन अभ्यास
  - विपद् व्यवस्थापनमा हब अस्पतालहरूको लागि अभिमुखीकरण र अन्तरक्रिया कार्यक्रमहरू
- ✓ **सूचना र सञ्चार**
  - विपद् घटनाहरूको लागि तथ्यांकको व्यवस्थापन ।
  - सबै सम्बन्धित सरोकारवालाहरूलाई सूचना प्रचार र प्रसार ।
  - IEC सामग्री र जोखिम सञ्चार र सामुदायिक संलग्नता (RCCE) को प्रयोग ।

चुनौतीहरू

- ✓ स्थायी संरचनाको रुपमा विकास हुन नसक्नु
- ✓ महत्वपूर्ण स्रोतहरूको अपर्याप्त नक्साङ्कन र HR अभाव
- ✓ PHEOC का जिम्मेवारी सम्बन्धी कार्यविधि/मार्गनिर्देशनको अभाव
- ✓ PHEOC का भूमिका र कार्यसम्पादन सम्बन्धी वकालत/प्रचार—प्रसार आवश्यक
- ✓ बजेटको अभाव
- ✓ संघीय, प्रदेश र स्थानीय तहहरूमा कमजोर समन्वय
- ✓ स्याटेलाइट अस्पतालहरूमा ICS सक्रियतामा ढिलाइ र अपूर्ण HDPRPs
- ✓ संक्रमण रोकथाम, अस्पताल सूचना प्रणाली, र आकस्मिक योजनामा कमी

८.४ प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला, कोशी प्रदेश, बिराटनगर

पृष्ठभुमि

प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला (PPHL) स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गतको सरकारी प्रयोगशाला हो। कोशीका विभिन्न तहका सरकारी तथा गैरसरकारी प्रयोगशालाहरूसँग प्रत्यक्ष रूपमा जोडिएको छ। यो प्रयोगशाला संघियता कार्यन्वयन संगै प्रदेश स्तरमा २०७६ साल असार १ गते स्थापना भएको हो। PPHL का केही प्रमुख कार्यहरू प्रयोगशाला नेटवर्किङ, इजाजतपत्र, अनुगमन, सुपरभिजन, क्षमता सुदृढीकरण, अनुसन्धान गतिविधिहरू सञ्चालन र कोशी प्रदेशमा अवस्थित प्रयोगशालाहरूको गुणस्तर नियन्त्रण गर्नुका साथै प्रत्यक्ष रुपमा आम जनसमुदायहरुमा न्युनतम सेवा शुल्कमा प्रयोगशाला सेवा प्रदान गर्नु समेत रहेको छ।

लक्ष्यः प्रदेश भरको प्रयोगशाला सेवाहरूको (निदान तथा जनस्वास्थ्य सम्बन्धी) स्तरोन्नति गर्ने ।

उद्देश्यः

- ✓ प्रयोगशाला नियम र नीतिहरू तयार गर्ने।
- ✓ प्रयोगशालाहरूको दर्ताको लागि इजाजतपत्र प्रदान गर्ने।
- ✓ प्रादेशिक प्रयोगशालालाई सन्दर्भ प्रयोगशालाको रूपमा स्थापना गर्ने।
- ✓ सबै स्वास्थ्य प्रयोगशालाहरूमा बाह्य गुणस्तर आश्वासन् प्रणाली सञ्चालन गर्ने।
- ✓ प्राविधिक कर्मचारीहरूका लागि क्षमता अभिवृद्धि तालिम कार्यक्रमहरू सञ्चालन [सरकार र गैरसरकारी] गर्ने ।
- ✓ सुपरिवेक्षण र अनुगमन मार्फत सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा स्वास्थ्य प्रयोगशाला सेवाहरूको समग्र क्षमतालाई सुदृढ गर्ने।
- ✓ निगरानी कार्यक्रम सञ्चालन गर्नेर महामारी, उदीयमान र पुनः उदीयमान रोग प्रकोपहरूको अनुसन्धान गर्न मद्दत गर्ने।
- ✓ PPHL अन्तर्गत INGO/NGO प्रयोगशाला सेवाहरूलाई एकीकृत गर्ने।
- ✓ प्रयोगशालाहरूको भौतिक सुविधाहरू स्तरोन्नति गर्न मद्दत गर्ने।
- ✓ सर्वसुलभ शुल्कमा प्रयोगशाला निदान सेवा संचालन गर्ने ।

प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला बाट दिइएका सेवाहरुः

MAJOR ACTIVITIES

1. Provincial Referral Center for Public Health Diagnostics
2. Surveillanc
3. Regulatory Authority for clinical laboratory services
4. Conduct HIV/TB/Malaria Quality Assurance Program
5. Laboratory based
6. Diagnostics

मुख्य आयोजना तथा कार्यक्रमहरुको उपलब्धीहरु

- ❖ Water Distillation Plant With Filter System खरिद तथा सञ्चालन
- ❖ नयाँ AMR सर्भिलेन्सका साइटका रुपमा कटारी असपताल उदयपुर,पथरी अस्पताल मोरङ,दमक अस्पताल झापामा ब्याक्टेरियोलोजि ल्याब स्थापना
- ❖ Integrated Clinical Lab स्थापना
- ❖ प्रदेश अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाबाट नमुना संकलन तथा कुरियर मार्फत ढुवानी प्रणाली स्थापना
- ❖ प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालामा किटजन्य रोगको QA/QC तथा Onsite Coaching, र अनुगमन तथा सुपरभिजन
- ❖ Histopathology/cytology परीक्षण सेवा शुरुवात
- ❖ खानेपानी गुणस्तर परीक्षण सेवा सुचारु
- ❖ प्रयोगशालाको नमुना संकलन कक्षमा आवश्यक संरचना निर्माण

आ.ब.२०८१/०८२ मा भएका कार्यहरुः

- Surveillance Program
- QA/QC
- Training Program
- Routine Investigation

QA/QC Program

Malaria (QA/QC program)

- Total Examined Slide = 638
- Positive cases = 15
    - Plasmodium Vivax = 08
    - Plasmodium falciparum = 06
    - Plasmodium ovale = 01
- Negative cases =623

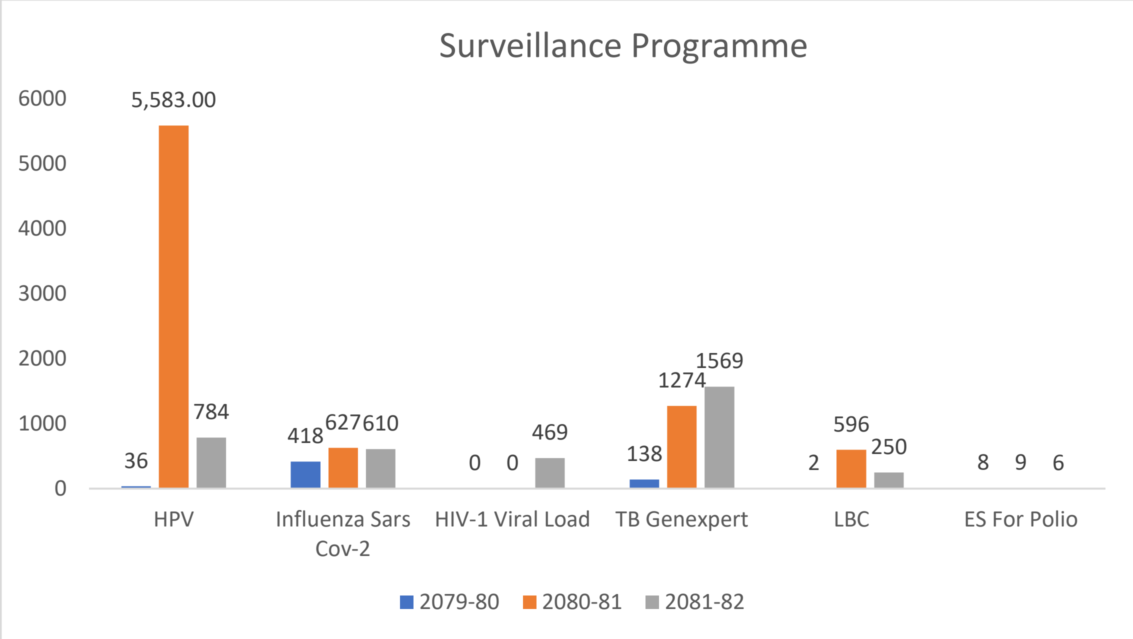
Tuberculosis (QA/QC program)

- Total slide Tested = 5795 (up to second quarter)
- Positive cases = 222
- Negative cases = 5568
- False negative = 9
- False positive = 4

- Total number of Microscopic centers:- 161
- Total number of Designated Microscopic Centers (DMCs):- 131
- Total number of Xpert XDR site:- 18

Surveillance Program

- Influenza, COVID 19
- HPV Test
- Environment Surveillance of Polio
- LBC Test



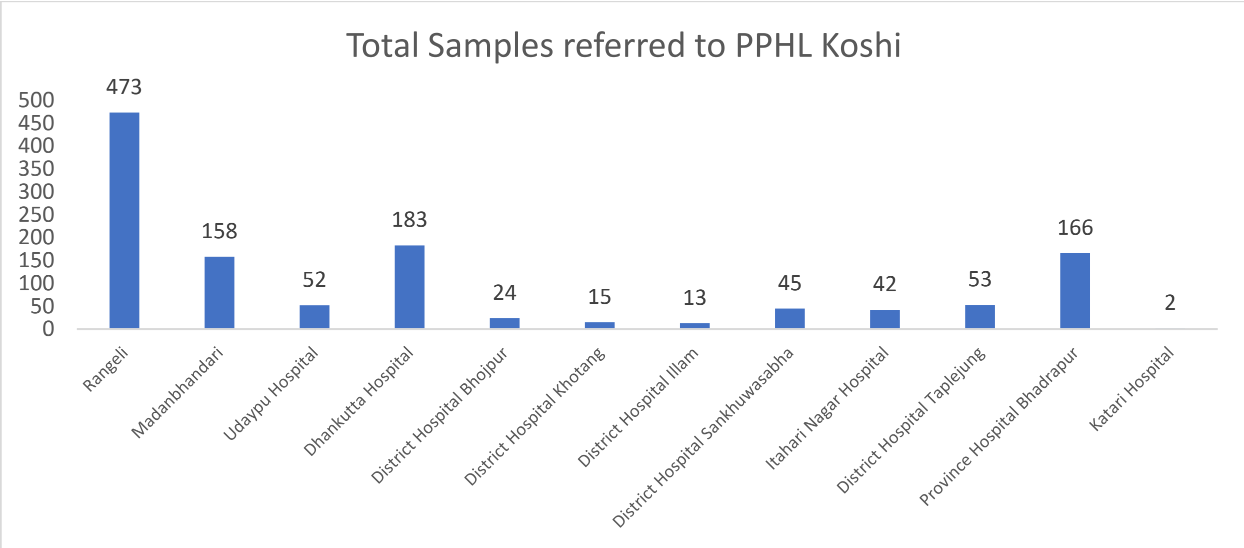
तालिम सम्बन्धि कार्यहरु

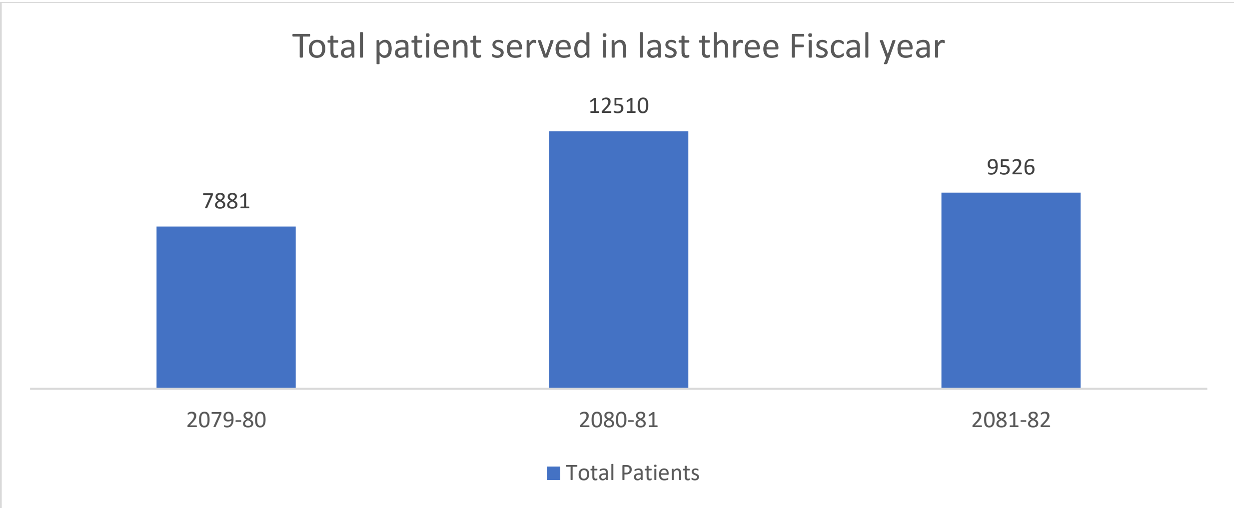
Tuberculosis Program		Malaria Program		HIV/Quality control related Training	
तालीमको नाम	सहभागी संख्या	तालीमको नाम	सहभागी संख्या	तालीमको नाम	सहभागी संख्या
TB Microscopic Basic Training	23	Basic Microscopic Training	23	HIV/STI (Laboratory diagnosis)	**22**
TB microscopic refresher and LQAS	34	Malaria QA QC Annual Review	25		
Basic Bacteriology Training	14				

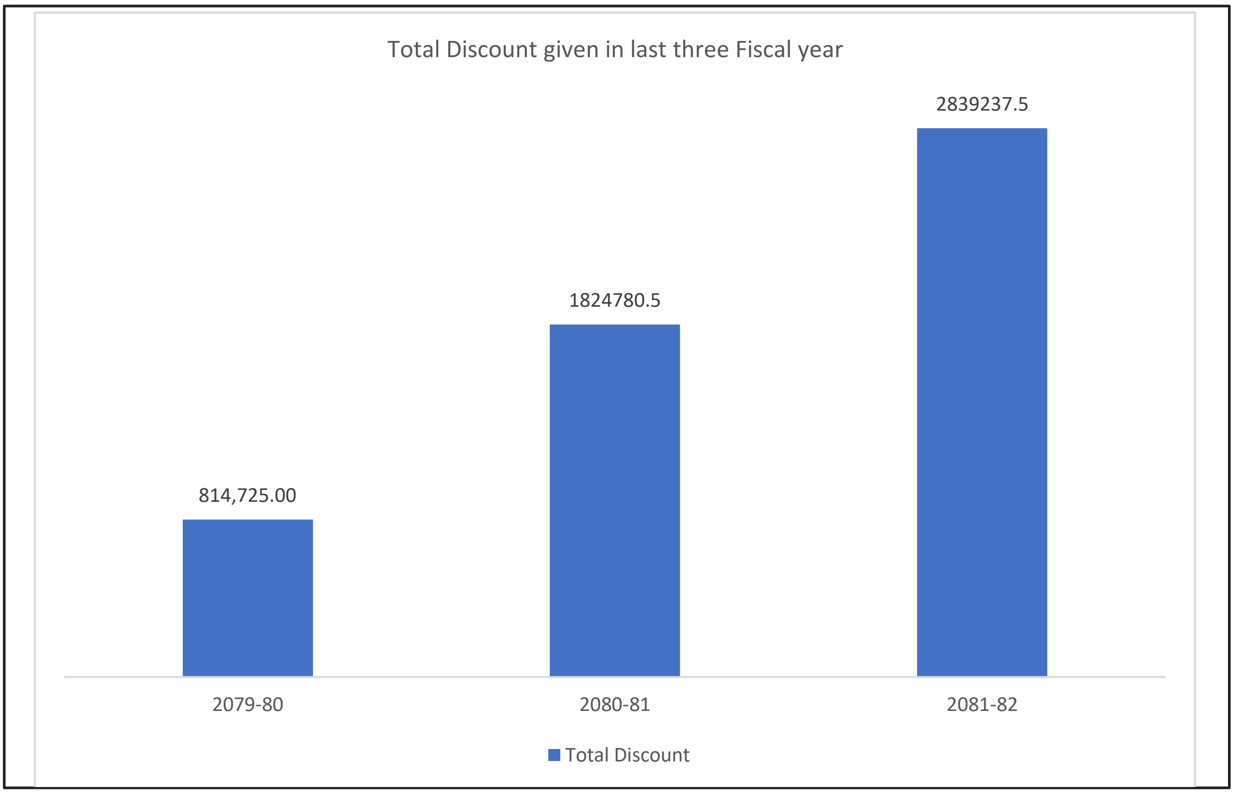
प्रयोगशाला इजाजतपत्र सेवा

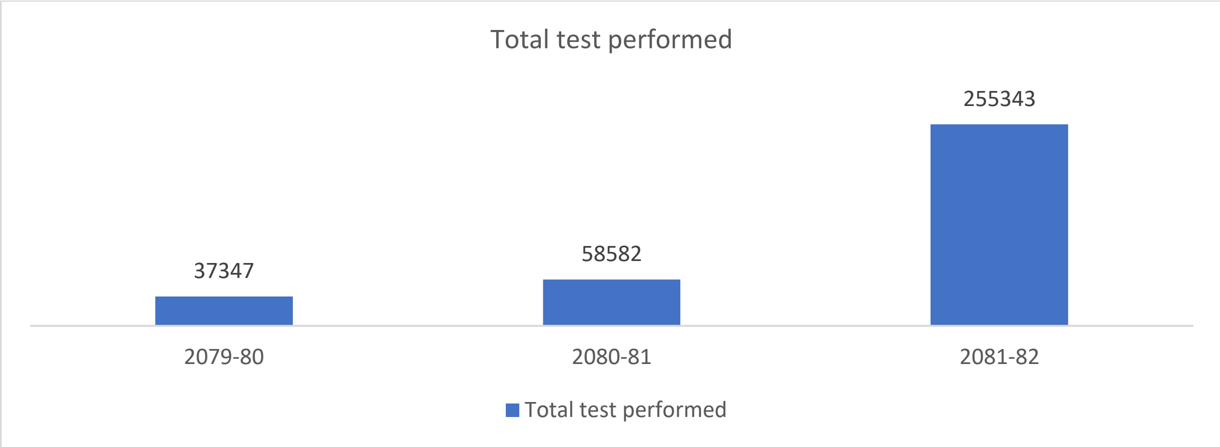
- नयाँ दर्ता: ०७
- नबिकरण : १०
- हाल सम्म जम्मा दर्ता : ७१

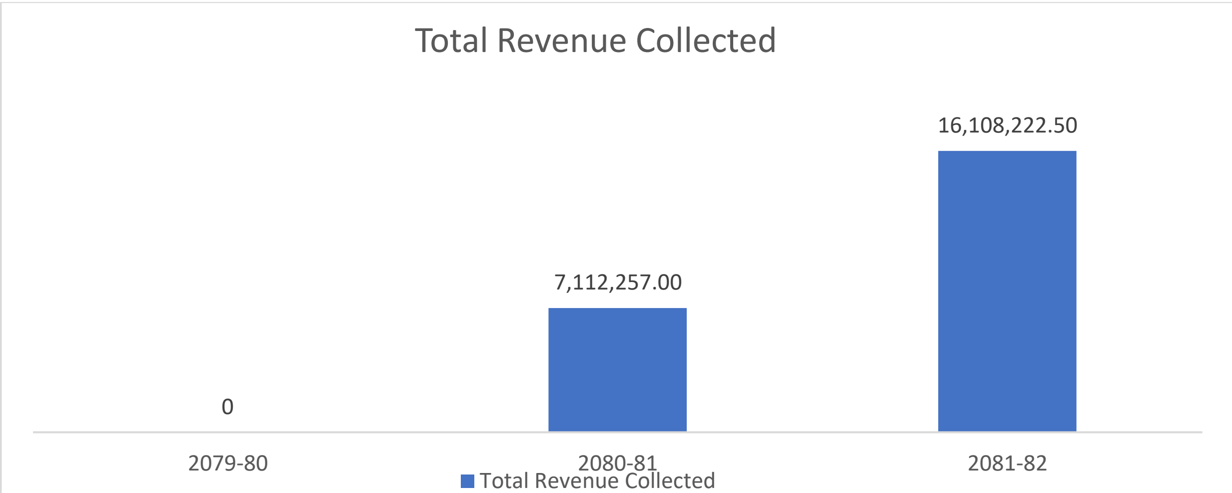
प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला प्रेषण भएका नमुना को विवरण











८.५ प्रादेशिक स्वास्थ्य बिमा बोर्ड

पृष्ठभूमी

स्वास्थ्य बीमा स्वास्थ्य सेवाको खर्चलाई परिवारले धान्न सक्ने अवस्थामा ल्याउने र स्वास्थ्य समस्याका कारणले हुन सक्ने आर्थिक जोखिमलाई न्यूनिकरण गर्ने कार्यक्रम हो । यो स्वास्थ्य सेवामा सबैको पहुँच सुनिश्चित गर्ने वृहत सामाजिक साझेदारीको अवधारणा हो । यसमा व्यक्ति, समुदाय र सरकारको प्रत्यक्ष सहभागिता हुने गर्दछ । यसले स्वास्थ्य सेवा उपयोगका क्रममा अनियोजित रुपमा भइरहेको व्यक्तिगत खर्चलाई व्यवस्थित गर्दै उपलव्ध स्रोतको प्रभावकारी, दक्ष तथा जिम्मेवार व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्दछ । यसले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपभोगलाई वकालत गर्दछ ।

नेपालको संविधानमा मौलिक हकको रुपमा रहेको स्वास्थ्य सम्बन्धि हक (धारा ३५) मा "प्रत्येक नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवाको सहज पहुँचको हक हुनेछ" भन्ने व्यवस्था गरेको छ र गुणस्तरीय एवं सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको सहज पहँुच सुनिश्चित गर्दै उपचार खर्चमा नागरिकको वित्तीय सुरक्षा प्रदान गर्ने उद्देश्यले नेपालको संविधानको धारा ५१ (ज) को १५ मा "नागरिकको स्वास्थ्य बीमा सुनिश्चित गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा पहुँचको व्यवस्था मिलाउने" उल्लख गरेको छ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ र राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, २०७१ ले स्वास्थ्य बीमालाई कार्यान्वयनमा ल्याउने नीति अनुसार सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा विकास समिति गठन आदेश, २०७१ बमोजिम नेपाल

सरकारले आ.व.२०७२।०७३ देखि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम कैलाली, बाग्लुङ्ग र इलामबाट शुरु गरेको थियो। स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम हाल नेपालमा ७७ जिल्लामा र प्रदेश नं. १ का १४ वटै जिल्लामा विस्तार भईसकेको छ । गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने नागरिकको अधिकारको संरक्षण गर्न, स्वास्थ्य बीमाद्वारा पूर्व भुक्तानीको माध्यमबाट बीमितको आर्थिक जोखिम न्यूनीकरण गर्न तथा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको दक्षता र जवाफदेहीता अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवामा आम नागरिकको सहज पहुँच सुनिश्चित गर्ने सम्बन्धमा आवश्यक व्यवस्था गर्न वाञ्छनीय भएकोले स्वास्थ्य बीमा सम्वन्धी स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ पनि पारीत भएर कार्यन्वयनमा आइसकेको छ ।

दिर्घकालीन सोचः आम नेपाली जनताको समग्र स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्नु ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको उद्देश्य

- ✓ गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोगमा सुधार ल्याई स्वास्थ्य बीमाको आधारमा सबैका लागी स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नु
- ✓ स्वास्थ्य सेवाका लागि पूर्व भुक्तानि प्राप्त गरि जोखिम न्युनीकरणको व्यवस्था गरेर सर्वसाधारणका लागि थप बित्तिय संरक्षण प्रदान गर्ने
- ✓ स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका क्रममा सेवाको गुणस्तर प्रभावकारिता दक्षता र जवाफदेहितामा सुधार ल्याउनु

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको फाइदा तथा महत्व

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम योगदानमा आधारित कार्यक्रम हो । यस कार्यक्रमले कम जोखिममा रहेकाले बढि जोखिममा रहेकालाई सहयोग (स्वास्थ्य जोखिम), भएकाले नभएकाहरुलाई सहयोग (आर्थिक र समानताको आदान प्रदान) उत्पादनमुलक उमेरकाले आश्रित तथा अनुत्पादनमुलक उमेरकालाई सहयोग (उमेर र सामाजिक दायित्व) प्रदान गर्ने गर्दछ ।

कार्यक्रममा सहभागिताका लागि दर्ता प्रक्रिया

यस कार्यक्रममा दर्ता गर्न स्थानीय वडाबाट छनौट भई आएका दर्ता सहयोगी रहनेछन् । दर्ता सहयोगीहरु घरदैलोमै गई बीमा कार्यक्रममा दर्ता गराउने छन् । सदस्यता दर्ताका समयमा आफ्नो फोटो भएको परिचयपत्र (नागरिकता, सवारी अनुमति पत्र वा अन्य परिचय खुल्ने) दर्ता सहयोगीहरुलाई देखाउनु पर्दछ । नाबालिकको हकमा भने निजको जन्म दर्ताको प्रमाण पत्र वा अभिवावक वा संरक्षकको परिचय खुल्ने प्रमाण पत्र देखाउनु पर्ने हुन्छ । दर्ता फाराम भर्ने वेलामा सेवा लिने पहिलो स्वास्थ्य संस्था रोज्नु पर्ने हुन्छ । नेपाल सरकारले उपलब्ध गराएको परिचय पत्रको आधारमा योगदान रकम अति गरिव, अति अशक्त अपागं, कुष्ठरोगी, MDR क्षयरोग, एच.आई.भी रोगीको परिवारको योगदान रकममा १०० प्रतिशत छुट र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको ssपरिवारको ५० प्रतिशत योगदान रकममा छुट प्रदान गर्ने व्यवस्था छ । कार्यक्रममा सहभागि परिवारका सबै सदस्यहरुले छुट्टाछुट्टै परिचय पत्र पाउँदछन् । प्रत्येक सदस्यहरुले सेवा लिन जाँदा आफ्नो परिचय पत्र अनिवार्य लिएर जानु पर्दछ । सदस्यता प्रत्येक बर्ष नवीकरण गर्नु पर्नेछ ।

कार्यक्रमको सदस्यता दर्ता र सेवा सुरु हुने समय

यस कार्यक्रममा जुनसुकै समयमा सदस्य बन्न सकिन्छ तर सेवा प्राप्त गर्न तोकिएको समय सम्म कुर्नुपर्ने हुन्छ ।

कार्यक्रमको सदस्यता दर्ता चक्र	सेवा क्रियाशील हुने मिति
वैशाख, जेष्ठ र असार	भदौ १ गते
साउन, भदौ र असोज	मंसिर १ गते
कार्तिक, मंसिर र पुस	फागुन १ गते
माघ, फागुन र चैत्र	जेठ १ गते

नोटः सदस्यता क्रियाशील अविध कार्यक्रममा सदस्य बनेको मितिबाट नभई सेवा क्रियाशिल भएको मिति बाट १ बर्षको हुनेछ ।

कार्यक्रममा सहभागि हुन लाग्ने योगदान रकम र सुविधा थैली

- ५ जना सम्मको परिवारले बार्षिक रुपमा प्रति परिवार रु ३५०० तिर्नु पर्दछ ।
- परिवारमा ५ जना भन्दा बढि सदस्य भए, प्रति थप सदस्यको रु ७०० का दरले थप रकम तिर्नु पर्छ।
- ५ जना सम्मको परिवारले दैनिक १० रुपैया जम्मा गर्दा एक बर्षको लागि तिर्नु पर्ने रकम जम्मा हुन्छ।
- ५ जना सम्मको परिवारले आवश्यक पर्दा वार्षिक रु १,००,००० (एक लाख) सम्मको स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न सक्नेछन् ।
- ५ जना भन्दा बढि सदस्य भएको अवस्थामा प्रति सदस्य रु २०००० (विस हजार) सुविधा थैलिमा थपिनेछ, यसको अधिकतम सिमा रु २,००,००० दुई लाख) हुनेछ ।

कार्यक्रमबाट पाइने सुविधा सम्बन्धी व्यवस्था

नेपाल सरकारबाट निशुल्क उपलब्ध गराइएको सम्पूर्ण स्वास्थ्य सुविधाहरु यथावत रहनेछन् । यस बाहेक सदस्यले तोकिएका सेवा प्रदायक संस्थाहरुबाट निम्न प्रकारका स्वास्थ्य सेवाहरु प्राप्न गर्नेछन् ।

- बहिरङ्ग, आकस्मिक तथा अन्तरङ्गमा नपरेका तर स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध सबै सेवा)
- कक्षबाट प्राप्त गरिने सेवाहरु ।कार्यकमले तोकेका निदानात्मक सेवाहरु Lab Test, ECG, ECHO, USG, MRI, CT Scan र परिक्षण सेवाहरु ११३३ प्रकारका औषधीहरु (सो मध्ये निःशुल्क औषधी समेत)
- रु १००० सम्मका चश्मा, रु. ५,००० सम्मका स्वास्थ्य सम्वन्धी सहायक यन्त्रहरु

कार्यक्रमबाट उपलब्ध नहुने सेवा सुविधाहरु

तोकिएको मूल्य भन्दा बढी रकमका चस्मा, श्रवणयन्त्र लगायतका स्वास्थ्य सम्बन्धी सहायक यन्त्र, प्लाष्टिक सर्जरी, कृत्रिम गर्भाधान सेवा, महँगां खालको दाँतको उपचार तथा तोकिए बमोजिमका अन्य सेवा ।

स्वास्थ्य सेवा उपभोग प्रकृया

स्वास्थ्य उपचारको सिलसिलामा बहिरङ्ग सेवा लिनु पर्दा कार्यक्रमको सदस्यता लिने वेलामा आफै रोजेको प्राथमिक स्वास्थ केन्द्र वा अस्पतालबाट लिनुपर्नेछ । आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा सूचिकृत जुनसुकै स्वास्थ्य संस्थाबाट पनि लिन पाइने छ । सदस्यले स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गर्दा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध सेवाहरु मात्र पाउने छन् । सदस्य आफैले रोजेको पहिलो स्वास्थ्य

संस्थामा उपचार सम्भव नभएमा वा चिकित्सकले प्रेषण गरेमा माथिल्लो तहको सूचिकृत अस्पताल वा विशिष्टकृत वा अति विशिष्टकृत अस्पतालहरुबाट पनि स्वास्थ्य सेवा पाउने व्यवस्था छ । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका सदस्यहरुलाई सेवा प्रदान गर्दा सेवा प्रदायक संस्थाको नियमानुसार सेवा प्रदान गरिनेछ ।

कोशी प्रदेशमा स्वास्थ्य बीमा

नेपाल सरकारद्धारा सञ्चालित स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम प्रदेश नं. का १४ वटै जिल्लामा शुरुवात भईसकेको छ । यहाँको स्वास्थ्यका र आर्थिक सुचकहरु सुधार गर्नकोलागि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम एउटा महत्वपुर्ण आधार स्तम्भ हो । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम यस प्रदेशमा प्रभावकारी वनाउनकालागि प्रदेश सरकार र स्थानीय सरकारको महत्वपुर्ण भूमिका रहन्छ । यस प्रदेशमा रहेका स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई सक्षम वनाएर गुणस्तरीय स्वास्थ्य उपचारमा सवैको पहुँच उपलव्ध हुने अवसर सिर्जना गराउनुपर्छ ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा लागू भएका नयाँ प्रावधान :

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सहभुक्तानी (Co-payment) सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा १० % र प्राइभेट स्वास्थ्य संस्थामा २० % सम्बन्धिको व्यवस्था । नियमित औषधी सेवन गरिरहेका स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध नागरिकहरुलाई ३।३ महिनाका लागि औषधी दिने ब्यबस्था लागू गर्ने। एक पटक प्रेषण भई आएका बिरामीहरुलाई सोही रोगको ँयिथिध(गउ का लागि पुनः प्रेषण पुर्जि लिई रहन नपर्ने गरी व्यवस्था लागू गर्ने । सुविधा थैलीमा परिमार्जन गरी समयानुकुल बनाइएको । स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको प्रभावकारीता तथा गुणस्तरीय सेवाका लागि स्वास्थ्य बीमा संग आवद्ध अस्पतालहरु संगको समन्वय र सहजताको लागि स्वास्थ्य सेवा विभागको उपचारात्मक सेवा महाशाखा, प्रदेश स्तरीय अस्पताल हेर्ने महाशाखा र स्थानीय तहको हकमा स्वास्थ्य शाखा / महाशाखा फोकल निकाय रहने गरी तोकिएको।

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड कोशी प्रदेश अन्तगत भए गरेका क्रियाकलापहरुको विवरण

हालसम्म कोशी प्रदेशमा बीमित सदस्य जिल्ला अनुसार संख्यात्मक तुलनात्मक विवरण

क. स.	जिल्लाको नाम	जम्मा जनसंख्या	विमित सदस्य	प्रतिशत
१	मोरङ्ग	११,४७,१८३	६,६४,०६५	५८
२	सुनसरी	९,३४,४६१	६,३२,६९६	६८
३	झापा	९,९४,०९०	८,२५,८८८	८३
४	इलाम	२,८०,५६५	१,८८,८६०	६७
५	पाँचथर	१,७४,४१९	४६,७५६	२७
६	ताप्लेजुङ	१,२०,३५९	२०,३४९	१७
७	धनकुटा	१,४९,९८४	५८६०७	४०
८	तेह्रथुम	८९,१२५	२९,३६५	३३
९	भोजपुर	१,५८,९९१	४८,७८४	३१

१०	**खोटांग**	१,७५,३४०	७०,८४९	४०
११	**संखुवासभा**	१,५९,०४६	६२,००८	३९
१२	**सोलुखुम्बु**	१,०४,७६८	१९,१४१	१८
१३	**ओखलढुगां**	१,४०,९१४	५५,२४२	३९
१४	**उदयपुर**	३,४२,७७३	९९,६४९	२९
	जम्मा	४९,७२,०२१	२८,२२,२६२	५७

कार्यक्रमका मुख्य समस्या तथा चुनौतीहरु :

- सेवा वापतको दाविको समयमा भुक्तानी हुन नसक्नु,
- जनशक्तिको अभाव,
- Formal Sector र वैदेशिक रोजगारमा जाने परिवारलाई समेट्न नसकिएको,
- कार्यक्रमको सम्बन्धमा व्यापक प्रचार प्रसार र जनचेतना थप प्रयास गर्न बाँकी,
- सघं, प्रदेश र स्थानीय सरकारको बिचमा प्रभावकारी समन्वय हुन नसक्नु ,
- सेवा प्रदायक संस्था पर्याप्त नहुनु,
- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता गर्ने,
- UHC मा राज्यको लगानी न्यून, आपूर्ति व्यवस्था, जनशक्ति व्यवस्था, फार्मेसी व्यवस्था

८.६ प्रदेशिक तालिम केन्द्र

परिचय

स्वास्थ्य तालिम केन्द्र कोशी प्रदेश, धनकुटाको स्थापना २०७५ सालमा भएको हो, जसको उद्देश्य कोशी प्रदेश सरकार अन्तर्गत स्वास्थ्य मन्त्रालयका सम्पूर्ण तालिमहरूको समन्वय र व्यवस्थापन गर्नु हो। यस केन्द्रले समग्र प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम आवश्यकताहरू सम्बोधन गर्दछ र संघीय मन्त्रालय, विभाग, महाशाखा तथा केन्द्रहरूको क्षमता अभिवृद्धि आवश्यकताहरूलाई वार्षिक रेड बुक कार्यक्रमअनुसार पूरा गर्दछ, जसले कोशी प्रदेश तथा नेपाल सरकारद्वारा परिकल्पना गरिएका अवधिक लक्ष्यहरू प्राप्त गर्न योगदान पुर्याउँछ। यसले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम रणनीति २००४ अनुसार तालिम योजना बनाउने र सञ्चालन गर्ने कार्य गर्दछ। स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको पूर्वाधारमा २ वटा कार्यालय भवन, २ वटा तालिम हल, २ वटा होस्टेल भवन रहेको छ । सम्पूर्ण परिसर ३९ रोपनी क्षेत्रफलमा रहेको छ ।यस केन्द्रले केन्द्रीय स्तर, स्थानीय तह, गैरसरकारी संस्थाहरू द्वारा सञ्चालन गरिएका प्रशिक्षण गतिविधिहरूलाई समर्थन, मार्गदर्शन र नियमन गर्दछ।

उद्देश्यः

प्रदेश र स्थानीय तहमा कार्यरत स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको प्राविधिक तथा व्यवस्थापकीय क्षमताको विकास गरी गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने र जनस्वास्थ्य स्तरलाई उच्चतम अवस्थामा पुर्याउने।

<u>विशेष उद्देश्यहरू (Objectives)</u>

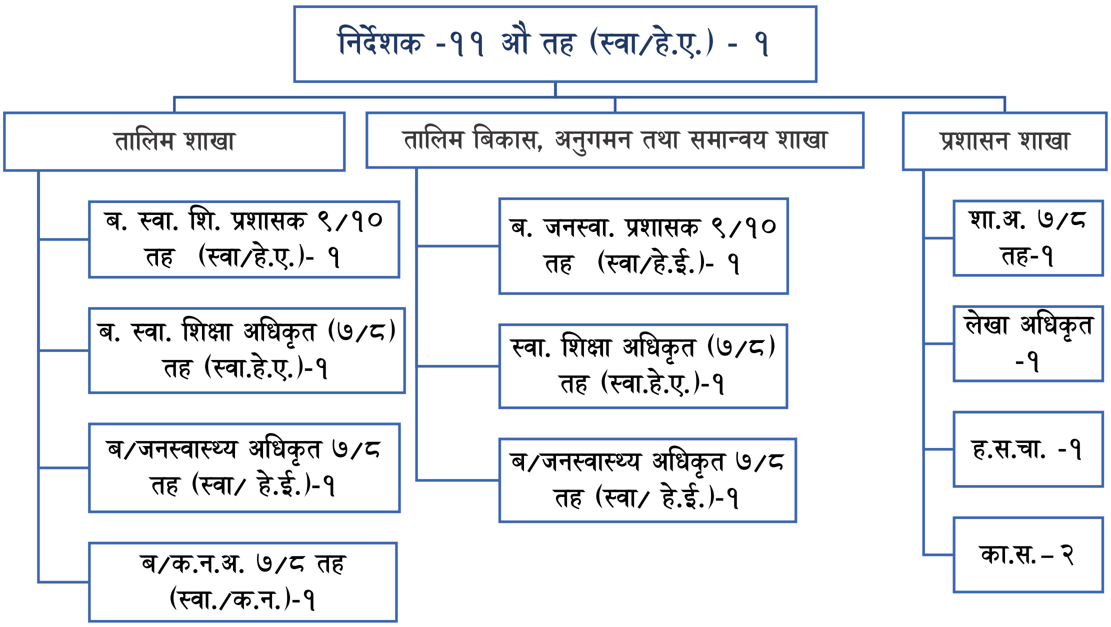
- प्रादेशिक स्वास्थ्य प्रणालीको आवश्यकताअनुसार तालिम अध्ययन स्रोत सामग्रीहरू (Trainer's Guide, Participant's Handbook, Reference Manual) लाई मापदण्डमा ल्याउने।
- कोशी प्रदेशको आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्न स्वास्थ्य तालिमहरू आयोजना गर्ने र सेवा प्रदायकहरूको क्षमता अभिवृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुधारमा योगदान गर्ने।

- राष्ट्रिय तथा प्रादेशिक मापदण्डअनुसार विभिन्न संयन्त्रहरूमार्फत तालिम गतिविधिहरूको गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने र कोशी प्रदेशभित्रका तालिम साइटहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने।
- नविन र प्रभावकारी तालिम पद्धतिहरू अवलम्बन तथा प्रवर्द्धन गर्ने।
- तालिमपछिको अनुगमन, सहयोग तथा मूल्यांकन संयन्त्रलाई सुदृढ बनाउने।

प्रमुख क्रियाकलापहरु

- प्रदेशको स्वास्थ्य सम्बन्धि तालिमको आवश्यकता पहिचान गर्ने
- प्रदेशलाई आवश्यक पर्ने तालिमहरु संचालनका लागि तालिम प्याकेजहरु निर्माण गर्ने
- संघिय, प्रादेशिक तथा स्थानिय निकायसँग आवश्यक समन्वय गरि गुणस्तरिय तालिम संचालन गर्ने र रेकर्ड राख्ने
- जिल्ला तथा स्थानिय तहहरुलाई तालिम संचालनका लागि प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउने
- बिभिन्न निकायबाट संचालित स्वास्थ्य सम्बन्धि तालिमहरुको गुणस्तर कायम गर्न अनुगमन तथा नियमन गर्ने
- तालिम पश्चात फलो अपका माध्यमबाट सेवा प्रवाहको सुनिश्चितता गर्ने
- तालिम साइट निर्माण तथा प्रत्यायन(Accreditation) गर्ने

स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको संगठन संरचना



कोशी प्रदेशका सुचिकृत तालिम साइटहरु

तालिम साइटहरु	तालिमहरु
कोशी अस्पताल	SBA, MA, CAC, Mentoring, VIA, GBV, SNCU, RUSG, ASRH
BPKIHS	CCSP, VIA, MA
आम्दा अस्पताल दमक	SBA, VIA, MA, RUSG, PTC, MLP
परिवार नियोजन संघ इटहरी	IUCD, Implant, MA
परिवार नियोजन संघ चारआली	IUCD, Implant
नोबेल अस्पताल बिराटनगर	SBA, RUSG, Critical care
प्रादेशिक अस्पताल भद्रपुर	MLP
जिल्ला अस्पताल संखुवासभा	VIA, MPDSR, RH Morbidity
जिल्ला अस्पताल धनकुटा	VIA RoUSG
जिल्ला अस्पताल उदयपुर	VIA RoUSG

विभिन्न तालिमहरूमा सहभागी स्वास्थ्यकर्मीहरुको जिल्ला अनुसारको विवरण (आ.व. २०८१/८२)

S.N.	Training Name	Total	District														Remarks
			Taplejung	Panchthar	Ilam	Jhapa	Morang	Sunsari	Dhankuta	Tehrathum	Sankhuwasabha	Bhojpur	Khotang	Okhaldhunga	Solukhumbu	Udaypur	
1	SHN induction	29		2	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	
2	Purbakarma/ Panchakarma	28	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	
3	Hemodialysis	10		1	2	3			2		1					1	
4	OTTM	13			1	2	2	1			1		2		1	3	
5	Minilap	5					3		1							1	
6	NSV	2				1	1										
7	Implant	112	7	2	2	2	6	56	1		6	28			2		Local Level +HTC
8	IUCD	23	2		4	2	2	1	2	1	4	1	1		3		
9	AHMIS	57	2	6	6	9	4	6	2	3	2	3	4	5	2	3	
10	MA	20	1		2		6	3	1		1	1	1		1	3	
11	CAC	9	1			1	3							1	1	2	
12	ToT on Eye/ENT/Oral health	13		1	1	1	3	2	1	1	1	1				1	
13	Social Accountability	14														14	

14	MNH mentor development	11		1	1	3	2	1		1		1				1	
15	RH morbidity	59														59	
16	Medico legal training on post mortem & forensic medicine	9					1	1			3	1	1			2	
17	ASBA	4				1		1					1	1			
18	SAS	26		2	3	3	5	4	2	1	1		1	1	2	1	
19	CNBC-II	11	1			3	1			1		1	1	1	1	1	
20	Vector Borne disease	21		1	2	1	2	2	2	2		2	2	1	2	2	
21	MHGap 2B	20	1		2	2	3	2	4	1		1	1	1	1	1	
22	MHGap 2A	16	1	1	1	2	2	2	1	1	1		1			3	
23	HTC	16		1	1	2	5	3	1		1			1		1	
24	CMT	19		1	1	2	8	3	1		1			1		1	
25	Medical ethics r/t HIV & TB	66	2	2	2	5	9	8	8	3	3	3	3	3	3	12	
26	Geriatric care training	12		1	1		3	1	1	1	1	1		1	1		
27	Integrated management of HCWaste, environment & WASH	23	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	
33	CCSP	12	1			1	1	4	1	1	1	1				1	
35	ECCT	9	1	1	1	1							1	2	1	1	NSI
36	Health response to GBV	11					3							2		6	CMC Nepal
37	MLP	17		1	2	3	1	1	1	1	3	1		1	1	1	NSI
38	PEC	24	2	1	1	4		1	1	2	4		3	4	1		NSI
40	RoUSG	42	9	5	2	1	7	1		1		3	7	1	1	4	Local Level
41	Site based ECCT(6days)	8	1		1	1		1			1		1	1	1		NSI
42	SBA	56	12		1	2	2	2	1	2	4	6	14		3	7	Local Level
43	VIA	22					22										Karuna Foundation
44	Tot on PEN	25		1	3		7	5	3	1	1		2		1	1	
46	Tot on CB-IMNCI	11	1	1	1	1	2	1	2	1						1	
47	Tot on Health response to GBV	12				1	3	1	2				1	2		2	CMC Nepal
48	ToT for BF counsellor	23	2	1		3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	
49	ToT on Social Accountability	23	2	1	2		1	2	3	1	1	2	2	1	2	3	
50	HMIS/eLMIS	11		1	1	2	1	1	1	1	1			1		1	
	Total	**954**	**52**	**39**	**52**	**73**	**130**	**124**	**53**	**34**	**51**	**64**	**57**	**38**	**38**	**149**	

उपलब्धि

- समग्र उपलब्धि = ८२ % (भौतिक तथा वित्तिय)
- तालिम कार्यक्रम =१०० %
- संचालन भएको कुल तालिम ब्याच = ७१

सबल पक्षहरू

- ➢ यस केन्द्रले स्वास्थ्यकर्मीका लागि विभिन्न गुणस्तरिय स्वास्थ्य तालिम कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दछ।
- ➢ यस केन्द्रले आफ्नो प्रदेश मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई आवश्यकताअनुसार क्लिनिकल तालिम साईटको सम्बन्धन र मान्यता दिने काम गर्दछ।
- ➢ यहाँ तालिम हल, Skill lab, छात्रावास, र शान्त शैक्षिक वातावरण उपलब्ध छ।
- ➢ तालिम सञ्चालन पुर्व तालिम आवश्यकता निर्धारण गरि मात्र तालिममा सहभागी गराईन्छ।

दुर्बल पक्षहरू

- ➢ तालिमको गुणस्तर र प्रभावकारिता मापन गर्नका लागि नियमित अनुगमन तथा सुपरीवेक्षण प्रणाली कमजोर हुनु।
- ➢ तालिमको प्रभावकारिता मापन गर्न कठिनाई
- ➢ तालिमका लागि आवश्यक आधुनिक उपकरण, प्रयोगशाला र भौतिक सुविधाको अपर्याप्तता।

अवसर

- ➢ प्रदेशमा भएका तालिम साइटहरुको सुद्रिढिकरण तथा नयाँ तालिम साईटहरु थप ।
- ➢ प्रदेश स्तरीय दक्ष जनशक्तिको उपलब्धता ।
- ➢ प्रदेशमा भएका मेडिकल कलेजहरु ।
- ➢ दातृ निकायहरुको तालिम प्रतिको प्रतिबद्धता ।

समस्या/चुनौती

- ➢ दरबन्दी अनुसारको कर्मचारी पदपूर्ति नभएको र हाल भएको स्वीकृत दरबन्दी संरचनालाई पनि पुर्नःविचार गर्नु पर्ने आवश्यकता महसुस भएको ।
- ➢ तालिमको माग अनुसार तालिमको लागि बजेट बिनियोजन हुन नसकेको ।
- ➢ तालिम केन्द्र परिसरमा रहेका भौतिक संरचनाको मर्मत-संहार गर्न अत्वाश्यक भएको ।
- ➢ कार्यालयको कामकाज प्रयोजनका लागि पर्याप्त मात्रामा सवारी साधन नहुनु । (धेरै पुरानो चार पांग्रे गाडी संचालनमा)
- ➢ तालिम आवश्यकता पहिचान तथा संचालन प्रक्रियामा समन्वयमा कठिनाई महसुस भएको ।

अपेक्षित पक्षहरु

- ➢ तालिम एकद्वार प्रणालिबाट संचालन हुनु।

- तालिमको गुणस्तर तथा Post-Training Follow-up मा माग सम्बोधन हुनेगरी रकम बिनियोजित हुनु।
- तालिमपश्चात तालिम गुणस्तर मापनका लागि अनलाइन माध्यमद्वारा नियमितरुपमा ज्ञान र सिपको मुल्याङ्कन गरिनु।
- स्वास्थ्य तालिम केन्द्रलाई स्थानीय तह, स्वास्थ्य कार्यालय, निर्देशनालय, र साझेदार संस्थाहरूद्वारा सञ्चालन भइरहेको तालिमको जानकारी हुनु।
- सबै तालिमहरू (अन्य संस्थाद्वारा संचालित) TIMS रेकर्डमा राखिनु।
- लोक सेवा आयोगमार्फत आवश्यकता अनुसार मानव संसाधन प्रबन्ध गरिनु।
- गुणस्तरीय तालिम अभ्यासहरूका लागि मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय र तालिम केन्द्रबीच आगामी तालिम कार्यक्रमहरूको सम्बन्धमा निरन्तर सञ्चार र छलफल गरिनु।

८.७ प्रदेश स्वास्थ्य आपुर्ति व्यवस्थापन केन्द्र

प्रादेशिक स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र (PHLMC) स्वास्थ्य मन्त्रालयको स्वास्थ्य रसद आपूर्ति र व्यवस्थापन शाखा हो। यो प्रदेश स्तरमा स्वास्थ्य सामग्रीको नियमित आपूर्ति गर्ने उद्देश्यले स्थापना भएको हो। विराटनगर, कोशी प्रदेशमा अवस्थित छ।

मुख्य गतिविधिहरू

- स्वास्थ्य सामग्रीको खरीद योजना र प्रक्रिया।
- स्वास्थ्य सामग्रीको पूर्वानुमान र मात्राको निर्धारण।
- खोप, औषधि, उपकरण तथा आयुर्वेदिक औषधि र उपकरणको खरीद, भण्डारण, वितरण, पुनर्वितरण, ढुवानी/रिभर्स लजिस्टिक्स।
- लजिस्टिक्स व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (e/LMIS) को सुदृढीकरण।
- भण्डारण क्षमता र राम्रो भण्डारण अभ्यासको सुदृढीकरण।

Provincial Biomedical Workshop

प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र परिसरमा प्राविधिक जनसक्ति सहितको biomedical workshop संचालनमा रहेको छ | यस मार्फत विभिन्न स्वास्थ्य सम्न्बंधी उपकरणहरुको मर्मत सम्भार तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुमा गई स्थलगत प्राविधिक सहायता प्रदान गरिन्छ |

Job Description	2080/2081	2081/2082(Current)	Total(Up to Now)
Total Equipment Repaired(Successfully)	61	4	65
Total Equipment Installations	3	0	3
Total Equipment Unrepaired	4	1	5

Total Equipment Testing and Calibration	11	12	23
Total Equipment Orientations	1	0	1
Total Equipment Observed	83	19	102

समस्याहरु

१. पर्याप्त भण्डारण क्षेत्रको अभाव
२. दरबन्दी अनुसारको जनशक्तिको कमी
३. अनुमानित मात्रा अनुसारको आवश्यक औषधिको लागि पर्याप्त बजेटको अभाव
४. प्रदेश, जिल्ला र स्थानीय स्तरमा रहेका लजिष्टिक्स कर्मीहरूको क्षमता विकास नभएको
५. चिकित्सा तथा कोल्ड चेन आपूर्तिमा पीएएमएस-वी२ प्रणालीको उपयुक्तता नभएको
६. मिति नाघेका स्वास्थ्य सामग्रीहरूको निस्तारण/व्यवस्थापनको समस्या
७. स्थानीय तह वा जिल्लाबीच पुनर्वितरण तथा समन्वयको अभाव
८. कोल्ड चेन उपकरणहरूको मर्मतसम्भारको समस्या

भाग ९ : साझेदारी संस्था

९.१ फेयरमेड फाउण्डेशन

संस्थाको नाम र ठेगाना	फेयरमेड फाउण्डेशन, नेपाल विराटनगर-०३
सम्पर्क व्यक्ति, पद र सम्पर्क नम्बर	शशि कुमार लाल कर्ण, टिम लिडर, ९८६०६९९७४३
विषयगत कार्यक्षेत्र	➢ उपेक्षित उष्णप्रदेशीय रोगहरु (Neglected Tropical Diseases-NTDs) ➢ मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य (Maternal and Neonatal Health-MNH) ➢ अपांगता समावेशी विकास (Disability Inclusive Development) ➢ स्वास्थ्य विपद (Health Emergency)
भौगोलिक कार्यक्षेत्र	➢ झापा जिल्लाः भद्रपुर न.पा, विर्तामोड न.पा, मेचीनगर न.पा, कन्काई न.पा, गौरादह गा.पा, झापा गा.पा, बार्हदशी गा.पा, हल्दिबारी गा.पा., कचनकवल गा.पा, र गौरिगंज गा.पा ➢ मोरंग जिल्लाः उर्लाबारी न.पा, पथरी शनिस्चरे न.पा, रतुवामाई न.पा, सुन्वर्शी न.पा, रंगेली न.पा., धनपाल्थान गा.पा र जहदा गा.पा ➢ सुनसरी जिल्लाः इनरुवा न.पा, दुहबी न.पा, कोशी गा.पा, भोक्राहा नरसिंह गा.पा, गढी गा.पा, हरिनगर गा.पा, देवानगंज गा.पा र बर्जु गा.पा यी २५ वटा पालिकामा सामुदायिक सशक्तिकरण र परिचालन सहित उपेक्षित उष्ण प्रदेशीय रोगहरु, मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य र अपांगतामा सहयोग र अन्य १९ वटा पालिकामा अवस्थित स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई प्राविधिक सहयोग लगायत विपद तथा महामारीमा सहयोग ।
संचालित परियोजनाको नाम र परियोजनाको अवधि	विश्वास परियोजना BISWAS Project- Building Trust and Confidence Among NTD Affected People ४ वर्ष (सन् २०२१ देखि २०२५ जुन सम्म)
परियोजना संचालन प्रकृया	समुदायमा स्वास्थ्य सेवा र विकासका हिसाबले पछाडी पारिएका वर्गलाई समेट्नका लागि **"कोही पनि नछुटुन"** (Leave No One Behind-LNOB) भन्ने अवधारणाबाट काम गर्ने ।

९.२ विश्व स्वास्थ्य संगठन

संस्थाको नाम र ठेगाना	विश्व स्वास्थ्य संगठन, नेपाल
विषयगत कार्यक्षेत्र	➢ खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरुको निगरानी ➢ स्वास्थ्य सेवा सुदृढीकरण ➢ स्वास्थ्य विपद ➢ नसर्ने रोग र मानसिक स्वास्थ्य ➢ सर्ने रोग तथा उपेक्षित उष्ण प्रदेशीय रोगहरु
भौगोलिक कार्यक्षेत्र	प्रदेश तथा स्थानीय तह
परियोजना सञ्चालन प्रकृया	स्वास्थ्य सम्बद्ध निकायलाई प्राबिधिक सहयोग

परियोजनाको आब २०८१/८२ को मुख्य बार्षिक उपलब्धि	**१.खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरुको निगरानी** • सर्भिलेन्स कार्यमा जनशक्ति र वित्तीय व्यवस्थापन • सर्भिलेंसको कार्यहरु- निगरानी प्रणाली बिकास, जनशक्तिको क्षमता बिकास , केस अनुसन्धान, नमुना संकलन, ढुवानी, अभिलेख प्रतिवेदन, केस follow up • **नियमित खोप**: जनशक्तिको क्षमता बिकास, **खोप र कोल्ड चेनको निगरानी र अनुगमन** • **खोप अभियानमा प्राविधिक सहयोग** • महामारीको निगरानी र व्यवस्थापन • खोपको आपूर्ति व्यवस्थापन **२.स्वास्थ्य सेवा सुदृढीकरण** ➢ स्वास्थ्य सुशासन्, गुणस्तर मापदण्ड र तथ्य एवं प्रमाणमा आधारित योजना तथा कार्यक्रम तर्जुमाका लागि प्राबिधिक सहयोग ➢ उच्च स्तरीय अस्पताल सुधार अध्ययन तथा प्रतिबेदन लेखन(प्राबिधिक सहयोग) ➢ स्थानीय तहका स्वास्थ्यकर्मीलाई समावेश गरी नेपाल स्वास्थ्य संस्था रजिष्ट्री र नेपाल स्वास्थ्य जनशक्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली सम्बन्धी कार्यशाला गरिएको ➢ मोरंग जिल्लाको बिराटनगर महानगरपालिका र बुढीगंगा गाउँपालिकामामा मृत्यु निगरानी ढांचा सम्बन्धी अध्ययन ➢ स्थानीय तहको स्वास्थ्य बित् प्रणाली सम्बन्धी अध्ययन ➢ धरान नगरपालिकालाई स्वस्थ शहर अभियान अन्तर्गत प्राबिधिक सहयोग **३. स्वास्थ्य विपद** ➢ मनसुन तयारी योजना २०८२ को विकास ➢ हब र स्याटेलाइट अस्पतालहरू, प्रादेशिक एम्बुलेन्स डिस्प्याच सेन्टर, स्थानीय सरकारहरू र स्वास्थ्य सँस्थाहरूसँग निरन्तर समन्वय ➢ नक्साङ्कन र दस्तावेजीकरणः द्रुत प्रतिक्रिया टोलीहरू (RRT), आपतकालीन चिकित्सा तैनाती टोलीहरू (EMDT) ,आपतकालीन चिकित्सा टोलीहरू (EMT) ➢ प्रशिक्षण र अभिमुखीकरणः प्रादेशिक, जिल्ला र स्थानीय स्तरमा RRT आपतकालीन प्रतिकार्य भूमिका र सिमुलेशनहरू ➢ हब र स्याटेलाइट अस्पताल नेटवर्क सुदृढीकरण ➢ विपद् तयारी र प्रतिकार्यर् योजना (HDPRP) अद्यावधिक ➢ EMDT ब्याकप्याकहरू वितरणः प्रमुख अस्पतालहरू (जस्तै, कोशी अस्पताल, BPKIHS, इलाम, धनकुटा, इनरुवा,कटारी अस्पतालमा EMDT ब्याकप्याकहरू वितरण। ➢ नेपाली सेना, HEOC, हब अस्पतालहरूमा विपद् प्रतिक्रिया समन्वयको लागि सिमुलेशन अभ्यास ➢ विपद् व्यवस्थापनमा हब अस्पतालहरूको लागि अभिमुखीकरण र अन्तरक्रिया कार्यक्रम ➢ विपद् घटनाहरूको लागि तथ्यांकको व्यवस्थापन ➢ सबै सम्बन्धित सरोकारवालाहरूलाई सूचना प्रचार र प्रसार ➢ IEC सामग्री र जोखिम सञ्चार र सामुदायिक संलग्नता (RCCE) को प्रयोग ➢ Hospital Safety Index Plus (HSI+) र Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System (SORMAS) बारे व्यावहारिक प्रशिक्षण

	४.नसर्ने रोग र मानसिक स्वास्थ्य Technical supported on: - ➢ Community-based -Noncommunicable disease screening. ➢ NCD service delivery at the primary health care level. ➢ mhGAP and PEN training supervision and support. ➢ Monitoring and evaluation of the Hypertension care-cascade initiative program in the Norad district (Ilam). ➢ Hospital-based suicide registry. ➢ Monitoring the Mental health service delivery in the SIMH district (Bhojpur and Panchthar). **५.सर्ने रोग तथा उपेक्षित उष्ण प्रदेशीय रोगहरु** Technical assistance on: ➢ Case-based surveillance of Kalaazar ➢ Malaria case validation and surveillance ➢ Mass Drug Administration campaign for Lymphatic Filariasis in Jhapa ➢ Indoor Residual Spray (TOT) ➢ Orientation on Dengue management at local level ➢ Search and Destroy of the Dengue vector ➢ Integrated vector surveillance in Okhaldhunga
आगामी बर्ष आ.व. २०८२/८३ का प्राथमिकताहरु	➢ माथि उल्लेखित कार्यक्रमहरुको निरन्तरता
मुख्य चुनौती	➢ नीति नियम तथा योजनाको प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्न नसकिएको ➢ स्वास्थ्य निर्धारक तथा सबै नीतिमा स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति तर्जुमा गर्न नसकिएको ➢ आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई अनुगमन तथा तीन तहको कार्यात्मक सम्पर्क व्यवस्थित हुन नसकेको ➢ केहि समुदायमा खोपबाट बन्चित बालबालिकाहरुलाई खोप सेवा पुर्याउन कठिनाई
सम्पर्क व्यक्ति, ठेगाना र सम्पर्क नम्बर	कृष्ण कुमार देव{(प्रदेश स्वास्थ्य अधिकृत-९८१८८०६१९१) डा.करिश्मा गुरुङ(सर्भिलेन्स मेडिकल अफिसर- ९८०६७३८९१३) डा.संगीता राई(नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य अधिकृत- ९८०८१७६५२१) डा. सम्यक महत(फिल्ड मेडिकल अफिसर- ९८४०१७७५८२)

९.३ वाटरएड नेपाल

सस्थाको नाम	**वाटरएड नेपाल** (WaterAid Nepal)
सम्पर्क व्यक्ती र सम्पर्क नम्बर	नाम. : धिरेन्द्र भुजेल, प्रोजेक्ट व्यवस्थापक फोन न. र ९८४१८६१२८५ इमेल: dhirendrabhujel@wateraid.org **कोशी प्रदेशको लागी** नाम . : श्याम भण्डारी, गुणस्तर अनुगमन अधिकृत फोन न. र ९८४१०५१६२८ इमेल: ssambhandari@gmail.com

विषयगत कार्यक्षेत्र	नियमितखोप सेवामा सरसफाई प्रबर्द्धन
भौगोलिक कार्यक्षेत्र	नियमितखोप सेवाप्रदन गर्ने बाह्य तथा संस्थागत सबै खोप केन्द्रहरु,कोशी प्रदेशका सबै जिल्लाहरु
सञ्चालित परियोजनाको नाम र परियोजनाअवधि	**Hygiene Promotion through Routine Immunization (HTPRI)** (नियमितखोप सेवामार्फत सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रम)
परियोजना सञ्चालन प्रकृया	१. नेपाल सरकारको अगुवाईमा खोप दिने स्वास्थ्यकर्मी मार्फत सम्पूर्ण खोप केन्द्रमा खोप सेसन शुरु हुनु पूर्व सरसफाई प्रबर्द्धन प्याकेजको प्रयोग गरी बालबालिकालाई खोप लगाउन लिएर आएका आमा तथा अभिभावकहरुलाई सरसफाई प्रबर्द्धनको सेसन संचालनगर्ने गरिएको । २.नियमितखोप सेवामा सरसफाई प्रबर्द्धनको लागी स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने । ३. खोप कार्यक्रममा सरसफाई प्रबर्द्धनको प्याकेज समायोजनको लागि प्राविधिक सहयोग गर्ने।
स्थानिय साझेदार सस्था भएमा तीनको नाम र सम्पर्क नम्बर	कोही नभएको, नेपाल सरकारको अगुवाईमा कार्यक्रम संचालन भईरहेको
परियोजनाको वार्षिक उपलब्धि	१.कोशी प्रदेशका सम्पूर्ण जिल्लाहरुमा नियमित खोप सेवा कार्यक्रममा सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रम संचालनको लागी स्वास्थ्यकर्मीको सरसफाई प्रबर्द्धन प्याकेजमा क्षमता अभिबुद्धि ३. कोशी प्रदेशका १३७ स्थानयि तह अन्तर्गतका खोप केन्द्रहरुमा ३८४२२ सरसफाई प्रबर्द्धन सेसन संचालन भएका जसमा ४८८६३४ जना आमाहरु सरसफाई प्रबर्द्धन सेसनमा सहभागी भएका २.कोशी प्रदेशका १३७ स्थानयि तह अन्तर्गतका सबै खोप केन्द्रमा नियमितखोप मार्फत सरसफाई प्रबर्द्धनको सेसन संचालनको लागि सरसफाई प्रबर्द्धन प्याकेज, कार्यक्रम निर्देशिका तथा आमा तथा अभिभावकको लागि ऐना र नमुना परिवारको ड्याङ्गलर वितरण गर्न आवश्यक समन्वयन गरिएको
बजेट र खर्च विवरण	प्राबिधिक सहयोग मात्र रहेको
आगामी प्राथमिकताहरु	आ.व. २०८२/८३ मा नेपाल सरकार, परिवार कल्याण महाशाखा, बाल स्वास्थय तथा खोप सेवाशाखा मार्फत कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिने छ भने वाटरएडको प्राविधिक सहयोग स्वास्थ्य निर्देशनालयमा रहनेछ ।
संस्थाको नाम	नेपाल परिवार नियोजन संघ ९ँएबल्०
सम्पर्क व्यक्ती र सम्पर्क नम्बर	नाम : शंकर दाहाल वरिष्ठ शाखा प्रवन्धक फोन न. स ९८४२१५९०४४ इमेल: fpanmorang@fpan.org.np
विषयगत कार्यक्षेत्र	यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य रपरिवार नियोजन
भौगोलिक कार्यक्षेत्र	इलाम ,धनकुटा झापा, सुनसरी, मोरंग
सञ्चालित परियोजनाको नाम र परियोजना अवधि	भ्हउबलमष्लन अष्भिलत(अभलतभचभम ँए ७ क्ष्ज मभषिखभचथ ९भ्ऋत्रम्० सन् २०२७ डिसेम्वर
परियोजना सञ्चालन प्रकृया	शाखा सगको समन्वयमा नेपाल परिवार नियोजन संघ केन्द्रीय कार्यालय व्दारा निर्धारण गरिएका वार्षिक कार्यक्रम तथा वजेट ९बद्य० मा उल्लेखित सेवा तथा कार्यक्रम हरु स्थानिय, प्रदेश तथा नेपाल सरकार सगको सहयोग र समन्वयमा संचालन गर्ने तथा सेवाको प्रतिवेदन ९च्भउयचत० नेपाल सरकारको व्दारा तोकिए वमोजिम ज्क्ष्ररम्क्ष्द मा गर्ने ।

स्थानिय साझेदार सस्था भएमा तीनको नाम र सम्पर्क नम्बर	स्थानिय पालिका तथा स्वास्थ्य कार्यालय (आवश्यकतानुसार कार्यक्रम गत आधारमा सहयोृग समन्वय र साझेदारी)
परियोजनाको वार्षिक उपलब्धि	यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यरपरिवार नियोजन सम्वन्धि परामर्श तथा सेवा ९त्यतबा क्च्ज्रँए ऋयगलकभष्लिन ७ क्भचखष्अभक र द्धघठज्ञद्दड,त्यतबा ऋथ्ए र द्दछण्द्धछ, त्यतबा ऋब्ऋस्ज्ञढढट, त्यतबा ख्क्ष्ब्स्ठछछघ,त्यतबा एःत्ऋत्स ज्ञद्दठट
बजेट र खर्च विवरण	सन् २०२४ को कुल जम्मा खर्च रु. २,१३,७७६८।-
आगामी प्राथमिकताहरु	नियमित कार्यक्रम हरुलाई अझ प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्ने । नविनतम कार्यक्रमहरुको खोजि गरि संचालन गर्ने । सवै तहका सरकार एवं सरोकारवाला हरु सगको सहयोग र समन्वय लाई अझ उन्नत र फराकिलो वनाउदै सेवा तथा कार्यक्रम लाई अझ नतिजामुखि वनाउने ।

९.४ करुणा फाउण्डेसन

सस्थाको नाम	करुणा फाउण्डेसन नेपाल (Karuna Foundation Nepal)
सम्पर्क व्यक्ती र सम्पर्क नम्बर	नाम: योगेन्द्र गिरी , निर्देशक फोन न. : ९८५२०२१५६२ इमेल: yogendragiree@karunanepal.org
विषयगत कार्यक्षेत्र	१० वर्ष मुनिका बालबालिका, अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू र परिवारका सदस्यहरू ;
भौगोलिक कार्यक्षेत्र	कोशी प्रदेशका, झापा ,ताप्लेजुङ, तेहथुम, उदयपुर खोटाङ, ओखलढुङ्गा र सोलुखुम्बुमा लागत साझेदारीमा सञ्चालनमा रहेको ; (धनकुटा, इलम, संखुवासभा, पाँचथर, भोजपुर मोरङ र सुनसरी जिल्लाहरूमा प्राविधिक सहयोग मात्र रहेको)
सञ्चालित परियोजनाको नाम र परियोजनाअवधि	अपाङ्गता रोकथाम तथा पुनःस्थापना कार्यक्रम {Disability Prevention and Rehabilitation Program (DPRP) } **परियोजना अवधिः** ३ वर्ष (२ वर्ष लागत + १ वर्ष प्राविधिक)
परियोजना सञ्चालन प्रकृया र क्रियाकलाप हरू	**त्रिपक्षीय लागत साझेदारी (प्रदेश सरकार, सामाजिक विकास मन्त्रालय ,स्थानीय तहहरू र करुणा फाउण्डेसन नेपालको)** **प्राविधिक सहयोग : राष्ट्रिय अपाङ्ग महासंघ नेपाल** ➢ स्थानीय तहहरुसँग सामाजिक विकास मन्त्रालयले प्रस्ताव आह्वान गर्ने। प्राप्त प्रस्तावहरुको अध्ययन गरी निर्देशक समितिले स्थानीय तहहरूको छनोट गर्ने; ➢ छनोट भएका स्थानीय तहहरू र करुणा नेपालबिच सम्झौता गरिने; ➢ कार्यक्रम कार्यान्वयनको जिम्मेवारी स्थानीय तहको हुने; ➢ पालिकामा अपाङ्गता हेर्ने स्पष्ट कार्यक्षेत्र तथा अधिकार सहितको शाखा र जनशक्ति व्यवस्थापन हुने; ➢ स्थानीय तहको संचित कोषमा तीनै तहको रकम जम्मा हुने र कोषको परिचालन र व्यवस्थापन प्रचलित कानुन बमोजिम हुने; ➢ अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू मुख्य सरोकारवाला भएकाले उनीहरूको संस्था तथा समूह निर्माण गरी परिचालन गरिने;

- उपप्रमुख/उपाध्यक्षको नेतृत्वमा रहेको अपाङ्गता समन्वय समितिले कार्यक्रम व्यवस्थापन समितिको समेत जिम्मेवारी निर्वाह गर्ने,

अपाङ्गता रोकथामका क्रियाकलापहरू :-

- सन्तानका योजना बनाएका दम्पतीहरूलाई शुभ-कामना कार्ड वितरण ;
- नवजात शिशुहरूमा जन्मदोष परीक्षण र उपचार ;
- १० वर्ष भन्दा कम उमेर समूहका बालबालिकामा भविष्यमा हुन सक्ने अपाङ्गताको जोखिम पहिचानकालागि विद्यालय र समुदाय स्तरमा स्वास्थ्य परीक्षण एवम् व्यवस्थापन ;
- गर्भ पूर्वको फोलिक एसिड चक्की वितरणमा पैरवी ;

समुदायमा आधारित पुनःस्थापना क्रियाकलापहरू

- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको तथ्याङ्क सङ्कलन तथा व्यवस्थापन ;
- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको विशेषज्ञ चिकित्सकहरूद्वारा प्रारम्भिक स्वास्थ्य जाँच तथा परिचय पत्र वितरण शिविर ;
- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको गृहभेट र पुनःस्थापना योजना तथा प्रोफाइल तयारी ;
- स्वास्थ्य उपचारका लागि सहयोग ;
- सहयोगी सामाग्रीका लागि सहयोग ;
- विद्यालय भर्ना अभियानमा सहयोग ;
- अपाङ्गता भएका बालबालिकाहरुका लागि घरमा आधारित शिक्षा ;
- दौंतरी शिक्षा तालिम ;

संस्थागत सुदृढीकरण

- मिलीजुली समूहको गठन र परिचालन ;
- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संस्थाको गठन र परिचालन ;
- क्षमता अभिवृद्धि तालिम ;
- वार्षिक योजना निर्माण कार्यशाला ;
- अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संस्था (ओ.पि.डि) सुदृढीकरण तथा अपाङ्गता सशक्तिकरण कार्यक्रम सञ्चालन अनुदान (एक पालिका एक ओ.पि.डि ;

स्थानिय साझेदार सस्था भएमा नाम र सम्पर्क नम्बर	स्थानीय तहहरूले कार्यक्रम कार्यान्वयनको जिम्मेवारी निर्वाह गर्ने
परियोजनाको वार्षिक उपलब्धि	**अपाङ्गता रोकथाम**

क्रियाकलाप	जम्मा उपलब्धि
सन्तानका योजना बनाएका दम्पतिहरुलाई शुभ-कामना कार्ड वितरण	९,६८९
जन्मदोष परीक्षण गरिएका नवजात शिशुहरु	१७,५२४
जन्मदोष पहिचान भए पश्चात उपचार पाएका नवजात शिशुहरु	६३
१० वर्ष भन्दा कम उमेरका बालबालिकाको भविष्यमा हुन सक्ने अपाङ्गता जोखिमको स्वास्थ्य परीक्षण बाट उपचार पाएका बालबालिकाहरु	४१७
गर्भ पूर्वको फोलिक एसिड उपभोग गर्ने महिलाहरू	७,६५९

	गर्भ पश्चात फोलिक एसिड उपभोग गर्ने महिलाहरू	१५,००४
	समुदायमा आधारित पुनःस्थापना	
	अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको तथ्याङ्क सङ्कलन तथा व्यवस्थापन	२०,५४९
	अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको विशेषज्ञ चिकित्सकहरूद्वारा प्रारम्भिक स्वास्थ्य जाँच तथा परिचय पत्र वितरण शिविर :-	२८१
	अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको गृहभेट र पुनर्स्थापना योजना तथा प्रोफाइल तयारी	नियमित
	स्वास्थ्य उपचारका लागि सहयोग	६१२
	सहयोगी सामाग्रीका लागि सहयोग	१२५५
	केयरगिभरहरूका लागि सीप अभिवृद्धि तालिम	९(१८४)
बजेट र खर्च विवरण	कुल बजेट - २४,२१,७५,४०६ खर्च- १८,१९,६०,३४२	
आगामी प्राथमिकताहरु	➢ अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई उपचार सहयोग ; ➢ अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि सहयोग सामाग्री वितरण ; ➢ गर्भ पूर्वको फोलिक एसिड चक्कीको वितरण र उपभोगका लागि नियमित पैरवी ; ➢ नवजात शिशुहरूमा जन्मदोषको नियमित परीक्षण र उपचार ;	

९.५ वागमती सेवा समाज नेपाल

सस्थाको नाम :	**वागमती सेवा समाज नेपाल**
सम्पर्क ब्यक्ति र सम्पर्क नम्बर	नाम :डा. मुक्ति खनाल, टिम लिडर **मोबाइल नं.**: ९८४१४१०९६३ **इमेल**: TB-TeamLeader-Koshi@bwsn.org.np
बिषयगत कार्य क्षेत्र	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम
भौगोलिक कार्य क्षेत्र	कोशी प्रदेश अन्तर्गत इलाम, झापा, मोरङ, सुनसरी र उदयपुर जिल्लाहरू ।
परियोजनको नाम र अवधि	• Strengthening Health Resilience in Nepal - HIV, TB, and Malaria (Tuberculosis Project) • ३ अप्रिल २०२५ देखि १५ जुलाई २०२७ सम्म

परियोजना संचालन प्रक्रिया	वागमती सेवा समाज नेपाल सन् १९९५ मा स्थापना भएको एक गैरसरकारी संस्था हो, जसले कोशी प्रदेशमा क्षयरोग नियन्त्रण तथा व्यवस्थापनसम्बन्धी कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ। संस्था हाल प्रदेशअन्तर्गतका विभिन्न स्थानीय तहहरूमा कार्यरत रहँदै समुदायस्तरमा क्षयरोग पहिचान, उपचार पहुँच विस्तार तथा जनचेतना अभिवृद्धिमा महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्दै आएको छ। राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमका पंचवर्षीय नीति (२०२१—२०२६) का लक्ष्य प्राप्तिका लागि नेपाल सरकार, ग्लोबल फन्ड तथा संयुक्त राष्ट्र संघ विकास कार्यक्रम (UNDP) बीच भएको त्रिपक्षीय सम्झौता अनुसार SR (Sub-Recipient) का रूपमा वागमती सेवा समाज नेपालले कोशी प्रदेशका जिल्लाहरू तथा स्थानीय तहहरूमा विविध कार्यक्रम/क्रियाकलाप सञ्चालन गर्दै आएको छ। परियोजनाको पहिलो महत्वपूर्ण प्रक्रिया दुर्गम तथा पहुँच कम भएका वस्तीहरूमा सक्रिय केस पहिचान)ACF) विस्तार गर्नु हो। समुदायस्तरमै स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वयंसेवीहरूको सहयोगमा सम्भावित क्षयरोग लक्षण भएका व्यक्तिहरूको पहिचान गरिन्छ । नमूना संकलनपछि ती नमूनाहरूलाई Sputum Courier मार्फत GeneXpert वा Microscopic केन्द्रसम्म पुऱ्याइन्छ, जसले परीक्षणमा पहुँच सहज बनाउँदै Case Detection वृद्धि गर्छ। यसै गरी अन्तर्राष्ट्रिय सीमा क्षेत्र)Cross-border Migrants) र कारागारमा रहेका व्यक्तिहरूलाई उच्च जोखिम समूह मानिने भएकाले उनीहरूमा पनि नियमित ACF क्याम्प सञ्चालन गरिन्छ। दोस्रो प्रक्रिया सम्पर्क पहिचान (Contact Tracing) हो। क्षयरोग भएको व्यक्तिको घरपरिवारमा संक्रमण फैलिने सम्भावना उच्च हुने भएकाले DS TB (विशेष गरी PBC र बालबालिका) बिरामीका परिवार सदस्यको अनिवार्य Screening गरिन्छ। DR TB बिरामीका परिवारहरूमा जोखिम बढी भएकाले उनीहरूको परीक्षण विशेष प्राथमिकताका साथ GeneXpert प्रविधिबाट गरिन्छ। यससँगै, कुपोषित बालबालिका, COPD भएका व्यक्तिहरू र पोषण सेवामा आएका बिरामीहरूलाई पनि नियमित रूपमा Screening गरिन्छ। यी समूहहरूमा रोगको जोखिम बढी हुने भएकाले अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थामा नियमित जाँचले संक्रमण पहिचानलाई तीव्र बनाएको छ। परियोजनाले DR TB High-risk समूहमा व्यवस्थित परीक्षणलाई अर्को महत्वपूर्ण प्रक्रिया मानेको छ। पुनःउपचार (Retreatment) क्याटेगोरीमा पर्ने, RR सम्भावित, sputum non-converter वा PCD/PBC कोटिमा पर्ने सबै व्यक्तिको अनिवार्य GeneXpert परीक्षण गरिन्छ, जसले DR TB को समयमै निदान सुनिश्चित गर्छ। निजी स्वास्थ्य क्षेत्र प्रदेशमा एउटा महत्वपूर्ण उपचार—सेवा प्रदायक भएकोले Pay-for-Performance मोडेलमार्फत निजी क्षेत्रबाट Case Notification बढाउने कार्य

	परियोजनाको अर्को आधारभूत प्रक्रिया हो। फार्मेसीहरूबाट आउने सिफारिसका केसहरूले प्रारम्भिक पहिचानलाई अझ सहज बनाएको छ। अस्पताल तथा भीडभाड हुने सेवा कक्षमा FAST (Find cases actively, Separate safely, Treat effectively) रणनीति लागू गरी क्षयरोग पहिचान र संक्रमण रोकथाममा महत्वपूर्ण सुधार ल्याइएको छ। यसले अस्पतालमै Screening बढाएर पहिचान दर सुधार गर्छ। उच्च जोखिम समूहमा क्षयरोग संक्रमण रोकथामका लागि TPT (Tuberculosis Preventive Therapy) प्रवर्द्धन परियोजनाको अर्को प्रमुख प्रक्रिया हो। TPT Enrollment, Follow-up र Counselling व्यवस्थालाई सुदृढ बनाइँदा संक्रमणको जोखिम घटेको छ।
स्थानीय साझेदार संस्था भएमा तीनको नाम र सम्पर्क नम्बर :	• स्थानीय साझेदार सस्था नभएको तर ५ वाट जिल्लमा नै स्वास्थ कार्यालय सग सहकार्य र साझेदारी मा कार्यक्रम सन्चालन भएको ।
परियोजनाको वार्षिक उपलब्धीः	

क.स	कार्यक्रम को नाम	उपलब्धी	
		कुरियर	पोजेटिभ
1.	TB case detection in hard to reach population by establishing sputum courier system to Microscopic centers	१६०५०	१०९०
2.	Mandatory contact tracing to Family members of DS TB (all PBC and Child TB)	२४५५	७५
३.	TB screening in malnourished children in Health facility	४९	४
४.	TB screening in malnourished children in major hospitals	१९६८	३
५.	Screening and testing of all DR TB suspects (all PBC and PCD, presumptive retreatmetnt RR and sputum non converter)	६९२	२५
६.	Screening and testing of Family members of DR TB Cases.	५७	२
७.	TB Case Notification from Private Sector (Pay for Performance)	-	८९

८.	TB case finding from referral of Pharmacy	३८३३	२६८
९.	FAST	७०४४	९१२
१०.	ACF in Migrants (Cross borders)	१४३	२
११.	ACF in Prison Population	९	१
१२.	Initiation of Isoniazid Preventive Therapy (TBPT)	Enrolment Complete	२६७ २७३
१३.	Active Case Finding (ACF) Camps	४०६	२१

Source: SR Reporting NTPMIS(२०८१/८२)

कूल बजेट र खर्च :	• रु ३,४४,३७,८३९.७६ कूल बजेट • रु २,४६,९१,०८२.०२ कूल खर्च
आगामी प्राथमिकताः	• क्षयरोगको Case Notification दर वृद्धि गर्न प्रदेशभरका उच्च जोखिम समूह तथा पहुँच कम भएका समुदायमा व्यवस्थित स्क्रिनिङ र पहिचान कार्यक्रमलाई विस्तार गर्ने । • GeneXpert जाँच सेवाको उपयोग बढाउनुका साथै सम्भावित क्षयरोग तथा औषधी–प्रतिरोधी (DR-TB) बिरामीको समयमै परीक्षण सुनिश्चित गर्ने उद्देश्यले स्वास्थ्य संस्थासँग समन्वय सुदृढ बनाइनेछ। • औषधी–प्रतिरोधी क्षयरोगको जोखिममा रहेका व्यक्तिहरूको सम्पर्क परीक्षण, कुपोषित, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) भएका व्यक्तिहरू, तथा अन्य संवेदनशील समूहहरूमा लक्षित स्क्रिनिङ सञ्चालन गरी सक्रिय केस फाइन्डिङलाई सुदृढ गरिनेछ। • सम्भावित लक्षण भएका बिरामीहरूको GeneXpert परीक्षणमा सहज पहुँच सुनिश्चित गर्दै समयमै निदान र उपचार प्रारम्भ गर्ने प्रक्रियालाई प्राथमिकता दिइनेछ। • TPT (Tuberculosis Preventive Therapy) Uptake बढाउन समुदाय तथा स्वास्थ्य संस्थास्तरमा परामर्श, अनुगमन र अभिलेख अद्यावधिक व्यवस्थित रूपमा अघि बढाइनेछ। • स्वास्थ्यकर्मी तथा समुदाय स्वयंसेवीहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्दै क्षयरोग पहिचान, परामर्श, उपचार अनुगमन र रिपोर्टिङ क्षमतामा सुधार ल्याइनेछ। यसै क्रममा, प्रदेशका विभिन्न पालिकामा **ACF CAMP** हरू नियमित रूपमा सञ्चालन गरी समुदायस्तरमा क्षयरोगका बिरामीहरुको पहिचानलाई अझ प्रभावकारी बनाइनेछ। • क्षयरोग पहिचान, रोकथाम र उपचारलाई अझ प्रभावकारी बनाउन प्रदेशभरका गतिविधिहरूलाई दिगो र परिणाममुखी बनाइनेछ। दुर्गम तथा पहुँच कम भएका बस्तीहरूमा ACF विस्तार प्राथमिकतामा रहनेछ, जसअन्तर्गत समुदायमा लक्षित

	Screening, नमूना संकलन र Sputum Courier प्रणालीलाई थप सुदृढ गरिनेछ। Cross-border Migrants र कारागारमा रहेका उच्च जोखिम समूहमा नियमित ACF सञ्चालनले Case Detection सुधार्ने लक्ष्य राखिन्छ। • DS TB तथा DR TB दुवैका लागि Contact Tracing लाई पूर्ण रूपमा व्यवस्थित बनाइनेछ। DR TB परिवार सदस्यको GeneXpert Testing अनिवार्य बनाइनेछ। कुपोषित बालबालिका, COPD भएका व्यक्तिहरू तथा पोषण सेवामा आएका बिरामीहरूमा स्वास्थ्य संस्था—आधारित Screening विस्तार गरी Risk-group targeting लाई प्रभावकारी बनाइनेछ। • High-risk समूहमा DR TB परीक्षणलाई वैज्ञानिक रूपमा मजबुत बनाउँदै Retreatment, RR सम्भावित, sputum non-converter तथा PBC/PCD केसहरूको अनिवार्य GeneXpert परीक्षण प्राथमिकतामा रहनेछ। निजी क्षेत्रबाट Case Notification बढाउन Pay-for-Performance मोडेललाई विस्तार गरिनेछ, फार्मेसी—आधारित सिफारिस प्रणालीलाई थप सक्रिय बनाइनेछ। • अस्पताल सेवा क्षेत्रमा FAST रणनीति मानकीकरण गरी Screening, Separation र Infection Control लाई संस्थागत बनाइनेछ। क्षयरोग संक्रमण रोकथामका लागि TPT Enrollment, Follow-up र Adherence प्रणालीलाई डिजिटलाइज्ड र समुदाय—मैत्री बनाइनेछ।

९.७ जनस्वास्थ्य सरोकार ट्रष्ट (फेक्ट नेपाल)

परियोजनाको नाम	**Building Reconstructive Surgical Capacity and Access to Surgical Care in Nepal** (Resurge International Surgical Outreach Program Nepal: जन्मदै ओठ र तालु (मुख भित्र जिब्रो भन्दा माथि) फाटेका, जलन भई शरीरको एक भाग अर्को भाग सँग टासिएका साथै पुर्न संरचनात्मक ९च्मअयलकतचगअतषखभ० शल्यक्रियाको आवश्यकता भएका मानिसहरुको पहिचान, निःशुल्क अप्रेशन तथा पुर्नस्थापना परियोजना)
सम्पर्क व्यक्ती र सम्पर्क नम्बर	कैलाश खाकी श्रेष्ठ, प्रमुख फिल्ड संयोजक, सम्पर्क नम्बरः ९८५२०२०६२०, ९८२०२४२५२६
विषयगत कार्यक्षेत्र	**स्वास्थ्यः** प्लाष्टिक तथा पुर्नसंरचनात्मक (Reconstructive) शल्यक्रिया
भौगोलिक कार्यक्षेत्र	नेपाल भर (नोटः यहाँ कोशी प्रदेशको बारेमा उल्लेख गरिएको छ)
परियोजना अवधि	१४ फेब्रुअरी २०२२ देखि १३ फेब्रुअरी २०२७ सम्म
परियोजना सञ्चालन प्रकृया	१) जन्मदै ओठरतालु (मुख भित्र जिब्रो भन्दा माथि) फाटेका, जलन भई शरीरको एक भाग अर्को भाग सँग टासिएका साथै पुर्नसंरचनात्मक (Reconstructive) शल्यक्रियाको आवश्यकता भएका मानिसहरुको

<table>
<tr><td></td><td>निःशुल्क अप्रेशनका लागि राज्यको तीन तहको सरकार, बिभिन्न संघ सस्था संगको सहकार्यमा शिविरहरु सञ्चालन
२) समस्याको पहिचान, उपचार र पुनस्थापनाको पहुच अभिबृद्धि र जनचेतनाको लागि राज्यका विभिन्न अंगहरु र संघ संस्थाहरुसंग सहकार्य र साझेदारी ।</td></tr>
<tr><td>गतिबिधी</td><td>✓ जनचेतना कार्यक्रम
● अपाङ्गता सम्बन्धी
● जलनको बचावट र प्राथमिक उपचार
✓ जन्मदै ओठ,तालु (मुख भित्र जिब्रो भन्दा माथि) फाटेका मानिसहरुका लागि जन्म देखि नै निःशुल्क परामर्श
✓ जन्मदै ओठ,तालु (मुख भित्र जिब्रो भन्दा माथि) फाटेका मानिसहरुको निःशुल्क अप्रेशन शिविर
✓ जलन भई शरीरको एक भाग अर्को भाग सँग टासिएका तथा अन्य पुर्नसंरचनात्मक (Reconstructive) शल्यक्रिया शिविर
✓ मुख भित्रको अप्रेशन पश्चात बोलीको तालिम
✓ फिजियोथेरापी शिविर
✓ जन्मदै ओठरतालु (मुख भित्र जिब्रो भन्दा माथि) फाटेका मानिसहरुका लागि आवश्यकता अनुसार Dental checkup तथा Orthodontic Treatment
✓ चिकित्सक तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम
✓ समस्या पहिचान (Screening) शिविर
✓ परामर्श सेवा</td></tr>
<tr><td>परियोजनाको उपलब्धि</td><td><table>
<tr><th>क.स.</th><th>क्रियाकलाप</th><th>सेवा प्रदान गरेको संख्या</th></tr>
<tr><td>१</td><td>बहिरङ्ग सेवा (OPD) (नया विरामीको संख्या मात्र)</td><td>१०४</td></tr>
<tr><td>२</td><td>बहिरङ्ग सेवा (OPD) (विरामी Visit संख्या)</td><td>३१५</td></tr>
<tr><td>३</td><td>शल्यक्रिया</td><td>६०</td></tr>
<tr><td>४</td><td>बोलीको तालिम</td><td>४२५</td></tr>
<tr><td>५</td><td>दाँतको जाँच तथा उपचार</td><td>४४४</td></tr>
<tr><td>६</td><td>फिजियोथेरापी</td><td>४१</td></tr>
<tr><td>७</td><td>जनचेतना कार्यक्रम</td><td>१६१ स्थान</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>आगामी प्राथमिकताहरु</td><td>● हाल गरिरहेको कार्यलाई निरन्तरता दिदै निम्न कार्यमा थप प्राथमिकता दिइएको छ
● पालिका स्तर सम्म जनचेतना कार्यक्रमको बिस्तार
● आवश्यकता अनुसार स्थानिय तह र प्रदेश सरकारको सहयोगमा जलन तथा जन्मदै ओठरतालु (मुख भित्र जिब्रो भन्दा माथि) फाटेका र पुर्नसंरचनात्मक (Reconstructive) शल्यक्रिया आवश्यक पर्ने समस्या सम्बन्धी तालिम</td></tr>
</table>

	● आवश्यकता अनुसार स्थानिय तह र प्रदेश सरकारको सहयोगमा जलनको प्राथमिक उपचार केन्द्र (Primary Burn Care Center) को स्थापना ● ईटहरी १८ मा सय शैयाको अस्पताल निर्माण ● राज्यले निर्दिष्ट गरेको लक्ष्य तथा रणनीतिहरुलाई हासिल गर्न, स्थानीय तह सम्मको सहकार्य गर्ने

९.८ UNICEF

unicef for every child	
संस्थाको नाम र ठेगाना	युनिसेफ नेपाल
सम्पर्क व्यक्ति, पद र सम्पर्क नम्बर	अनिश शाह-UNV National Specialist-Cold Chain Specialist-९८४२०७१७५५ Email: anshah@unicef.org सबिना चौधरी- UNV National Specialist- Health data and information technician-९८४८६४६१८४ Email: sachaudhary@unicef.org
विषयगत कार्यक्षेत्र	➢ कोल्ड चेन सुदृढीकरण र खोप कार्यक्रममा सहयोग ➢ स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण (तथ्याँक व्यवस्थापन)
भौगोलिक कार्यक्षेत्र	कोशी प्रदेशका १४ जिल्ला र १३७ स्थानीय तह
संचालित परियोजनाको नाम र परियोजनाको अवधि	स्वास्थ्य सम्बद्ध निकायलाई प्राबिधिक सहयोग
परियोजनाको आ.व. २०८१/८२को मुख्य वार्षिक उपलब्धि	➢ **कोल्ड चेन सुदृढीकरणमा सहयोग:** -कोशी प्रदेशको PHLMC मा कोल्ड चेन र खोपमा प्राविधिक सहयोग। -जिल्ला र आपूर्ति केन्द्रमा कोल्ड चेन व्यवस्थापनको लागि उपकरण आपूर्ति, खोप आपूर्ति व्यवस्थापनको लागि योजना, कार्यान्वयन, र पूर्वानुमान, र खोप स्टक स्थितिको नियमित अनुगमन। -Cold chain monitoring- total site monitored-142 ➢ **राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम:** -एच.पि.भि खोप अभियान २०८१/८२ संचालन मा प्राविधिक सहयोग (Microplanning orientation, DHICC, PICC, Health Worker Orientation, Campaign supervision and monitoring) -नियमित खोप सुक्ष्मयोजना मा प्राविधिक सहयोग जिल्ला तथा प्रदेश पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना मा प्राविधिक सहयोग| -खोज र खोप (बैशाख महिना) मनाउन प्राविधिक सहयोग। ➢ **स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण (तथ्याँक व्यवस्थापन):** -स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको तथ्याँक विश्लेषण र तथ्याँक गुणस्तर सुदृढीकरणमा PHD मा प्राविधिक सहयोग।

	-स्वास्थ्य निर्देशनालय लाइ PAMS V2 online orientation मा सहयोग । -DHIS 2 तालिममा प्राविधिक सहयोग । -मासिक तथ्याँक प्रविस्ठी तथा तथ्याँक विश्लेषण र जिल्ला, स्थानीय तह लाइ feedback र phone follow-up -स्वास्थ्य निर्देशनालय लाइ NHFR र NHWR orientation मा प्राविधिक सहयोग । ➢ आपतकालीन समयमा विपद् व्यवस्थापनमा सहयोग। ➢ बहुक्षेत्रिय पोषण योजना (पोषणमैत्री स्थानीय शासन) लाई समर्थन - प्रादेशिक योजना आयोगमा MSNP को लागि प्राविधिक सहयोग
बजेट र खर्च विवरण	प्राविधिक सहयोग मात्र रहेको
आगामी वर्षको प्राथमिकता	➢ आ.व. २०८२/८३ मा नेपाल सरकार, परिवार कल्याण महाशाखा, बाल स्वास्थय तथा खोप सेवाशाखा र स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, व्यवस्थापन महाशाखा मार्फत कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिने छ भने युनिसेफको प्राविधिक सहयोग स्वास्थ्य निर्देशनालयमा र प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्रमा रहनेछ ।
मुख्य चुनौती	➢ दरबन्दी बमोजिम cold chain staff हरु को नियुक्ति नभएको । ➢ Vaccine र cold chain व्यवस्थापन को लागि तालिम प्राप्त जनशक्ति द्वारा निगरानी नभएको। ➢ DHIS-2 frequent server down हुनु (data lost,) ➢ DHIS-2 trained जनशक्ति को transfer (contract basis HR)