स्वास्थ्य कार्यालय अछाम

बार्षिक प्रतिवेदन

आर्थिक वर्ष २०८१/८२

अछाम

सम्पादक समूह

श्री झपटराज ढुंगाना, जनस्वास्थ्य अधिकृत

श्री दिपेन्द्र जोशी, क्षयकुष्ठ सुपरभाइजर निरीक्षक

श्री टिका शर्मा, सिनियर अ.न.मी. निरीक्षक

श्री झपट बहादुर थापा, सहायक प्रशासकीय अधिकृत

श्री केशर कुमार बि.क., कम्प्युटर सहायक

सुदुरपश्चिम प्रदेश सरकार

सामाजिक बिकास मन्त्रालय

कैलाली

इमेल:mosdkailali07@gmail.com
फोन नं. ०९१-५२४५६३, ५२६५०४

शुभकामना-सन्देश

स्वास्थ्य कार्यालय अछामको प्रयासबाट प्रकाशित हुन सफल यस स्वास्थ्य कार्यालय अछामको बार्षिक प्रगति प्रतिवेदन प्रति सामाजिक बिकास मन्त्रालयको तर्फबाट धन्यवाद तथा बधाई ज्ञापन गर्न चाहन्छु। यस प्रकारको प्रतिवेदनले विगतका प्रगतिहरुको चित्रण साथै आगामी दिनमा तथ्यपरक योजना निर्माण र कार्यान्वयनमा सहयोग गर्ने अपेक्षा गरेको छु। मलाई आशा छ, यस प्रतिवेदनमा समावेश भएका विषयवस्तुहरुले नीति, योजना तथा कार्यक्रमहरु तयार पार्न सम्बन्धित क्षेत्रलाई सहयोग हुनेछ।

यो प्रतिवेदनमा स्वास्थ्य कार्यालय अछामले आ.व २०८१/८२ मा सम्पादित कार्यक्रमहरु तथा कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सुचकहरुका बारेमा प्रस्तुत गरेको छ। सबै तहका स्वास्थ्यकर्मीहरुले उच्च मनोबलका साथ काम गरेका कारण स्वास्थ्यका सूचकहरुमा अपेक्षित प्रतिफल हासिल भएको देखिन्छ। सेवाको उपभोगमा वृद्धि गर्दै अझै गुणस्तरिय सेवाको पहुँच नपुगेका वर्गहरुलाई समेट्ने गरी अझ परिष्कृत ढंगले काम गर्न स्वास्थ्य कार्यालय अछामलाई सुझाव दिन चाहन्छु। समुदायस्तरमा काम गर्ने महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु, अछाम जिल्लाका सबै नगरपालिका तथा गाउपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरुको कार्यप्रति सबैलाई धन्यबाद तथा बधाई दिन चाहन्छु।

अन्त्यमा यो प्रतिवेदन तयार र प्रकाशनमा प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष संलग्न हुनु हुने र सहयोग गर्नुहुने सम्पूर्ण टिमलाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु।

मिति २०८२/०७/३०

मेघराज खड्का
मन्त्री
सामाजिक विकास मन्त्रालय धनगढी

सुदुरपश्चिम प्रदेश सरकार
सामाजिक बिकास मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय डोटी

इमेल:phdnseven@gmail.com
फोन नं. ०९४-४४०१२०, ४४००६२

शुभकामना-संदेश

स्वास्थ्य कार्यालय अछामको टिमले आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को बार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशित गर्न गईरहेको खबरले खुसी व्यक्त गर्दै, स्वास्थ्य निर्देशनालयको तर्फबाट सबैलाई बधाई ज्ञापन गर्न चाहन्छु। बार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशनले प्रगतिहरु मात्र चित्रण नगरी यसले आगामी दिनमा तथ्यपरक योजना निर्माण र कार्यान्वयनमा सहयोग गर्ने अपेक्षा गरेको छु।

यो प्रतिवेदनले स्वास्थ्य कार्यालय अछामले आ.व. २०८१/८२ मा सम्पादित कार्यक्रमहरु तथा कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सुचकहरुका बारेमा प्रस्तुत गरेको छ। सेवाको उपभोगमा वृद्धि भएतापनि अझै पनि सेवाको पहुँच नपुगेका वर्गहरुलाई समेट्ने तथा सेवाको गुणस्तरमा बृद्धि गर्दै लैजानु पर्ने देखिन्छ। समुदाय स्तरमा काम गर्ने महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु, बिभिन्न नगरपालिका तथा गाउपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरुको कार्यप्रति आभार प्रकट गर्न चाहन्छु। नेपालको संविधानको मर्म अनुसार संघ, प्रदेस र स्थानीय तहको स्पष्ट जिम्मेवारी अनुसूचिहरुमा उल्लेख गरि स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने कार्यमा सबै तहलाई उत्तिकै जिम्मेवार बनाएको देखिन्छ । सबैको समन्वय तथा सहकार्यमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सहयोग भई रहेकोले सरोकारवाला सबैलाई हार्दिक धन्यबाद दिन चाहन्छु।

अन्त्यमा यो प्रतिवेदन तयार र प्रकाशनमा खटिनु हुने स्वास्थ्य कार्यालयको सम्पूर्ण टिमलाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु।

मिति २०८२/०७/३०

डा. खगेन्द्र बम
नि. निर्देशक
स्वास्थ्य निर्देशनालय डोटी

सुदुरपश्चिम प्रदेश सरकार
सामाजिक बिकास मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
स्वास्थ्य कार्यालय, अछाम

इमेल:healthofficeachham75@gmail.com
फोन नं. ०९७-६२०२५८, ९८५८४७८४०१

कृतज्ञता

स्वास्थ्य कार्यालय, अछामको आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ को बार्षिक प्रगति प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न पाउँदा हर्षित छु। यस प्रतिवेदनमा जिल्लाले समुदायस्तरदेखि जिल्ला स्तर सम्म यस आर्थिक वर्षमा सम्पन्न गरेका सम्पूर्ण कार्यक्रमहरुको प्रगतिको चित्रण गर्दै कार्यक्रम सम्पन्न गर्दा आईपरेका चुनौती,मुख्य स्वास्थ्य सम्बन्धी विषयवस्तुहरु र त्यसका समाधानका उपायहरु समेत समेटेको छ।
यस प्रतिवेदनमा समेटिएका तथ्यहरु स्वास्थ्य कार्यालयको स्वास्थ्य व्यवस्थापन सुचना प्रणाली र अन्य उपलब्ध स्रोतहरुबाट लिइएको हो। यो प्रतिवेदनले स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति, रणनीतिहरु, प्राप्त प्रगतिहरु, विगत ३ वर्षका स्वास्थ्य सम्बन्धी सुचकहरुको अवस्था, सेवाको पहुँच जस्ता विविध पक्षहरुसमेटेको छ। यस प्रतिवेदनमा जिल्लामा कार्यरत विभिन्न गैरसरकारी संघ संस्थाहरुले गरेका कार्यप्रगति समेत प्रस्तुत गरिएको छ।
सर्वप्रथम आभार प्रकट गर्न चाहन्छु, कोभिड १९ संक्रमणको जोखिमपूर्ण अबस्थालाई पारगर्दै समुदायस्तरमा अहोरात्र खटिनुभएका महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुलाई, जसले सेवाग्राहीहरुमा माग सृजना गर्नमा ठूलो योगदान पुरयाउनु भएको छ। गाउपालिका तथा नगरपालिकास्तरमा रहेका स्वास्थ्य शाखा तथा स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मी साथीहरुलाई धन्यवाद ज्ञापन गर्न चाहन्छु, जसको निरन्तर र अथक प्रयास विना सेवाको पहुँच बढाउनमा सम्भव थिएन। यस जिल्लाको स्वास्थ्य क्षेत्रको सुधारका लागि निरन्तर खटिएरहेका सबै स्वास्थ्यकर्मी तथा सरोकारवाला सबैमा हार्दिक धन्यवाद व्यक्त गर्न चाहन्छु।
जिल्लाको स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्नमा सहयोग गर्नुहुने जनप्रतिनिधीहरु, राजनैतिक दल, सम्पुर्ण सरकारी कार्यालयहरु, राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय गैर सरकारी संस्थाहरु, सरोकारवाला निकायहरु, पत्रकार समुदाय, स्वास्थ्य कार्यालय टिम तथा सहयोगी सम्पूर्णलाई धन्यवाद दिन चाहन्छु।
अन्त्यमा प्रतिवेदन तयारीमा सहयोग गर्नुहुने स्वास्थ्य कार्यालयका सम्पुर्ण सहकर्मिहरु तथा सरोकारवाला निकायहरु प्रति आभार प्रकट गर्न चाहन्छु। यस प्रतिवेदनले अछाम जिल्लाको स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्नमा महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्न सक्ने विश्वास प्रकट गर्न चाहन्छु। यो प्रतिवेदनले स्वास्थ्य क्षेत्रमा चासो राख्ने सम्पूर्णका लागि योजना निर्माण तथा कार्यान्वयनमा आगामी दिनमा महत्वपूर्ण योगदान दिनेछ भन्ने आशा व्यक्त गर्दछु।

झपट राज ढुंगाना
जनस्वास्थ्य अधिकृत
स्वास्थ्य कार्यालय अछाम

मिति २०८२/०७/३०

तथ्य तालिका (FACT SHEET)

अछाम जिल्लाकाका प्रमूख स्वास्थ्य सूचकांकहरु				
कार्यक्रम	सूचक/ अवधि	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम	बिसिजी खोप पाउने बालबालिकाको प्रतिशत (एकबर्ष मुनिको अनुमानित संख्यामा)	७०	५९	६५
	डी.पी.टि.-हेप.बि.-हिब. पहिलो मात्रा खोप पाउने बालबालिकाको प्रतिशत	७३	६२	६७
	डी.पी.टि.-हेप.बि.-हिब. तेस्रो मात्रा खोप पाउने बालबालिकाको प्रतिशत	७४	६४	६८
	दादुरा रूबेला खोप दोस्रो मात्रा पाएको बालबालिकाहरुको प्रतिशत	८४	७३	७७
	TD2 & TD2+ खोप पाएका गर्भवती महिलाहरुको %	५५	४७	५३
	पेन्टा १ Vs दादुरा दोस्रो मात्रा ड्रप आउट दर	-१५	-१५	-११
	पेन्टा खोपको खेर जाने दर	३०	३५	४०
	दादुरा खोपको खेर जाने दर	५२	५९	६४
	टि.डी. खोपको खेर जाने दर	४८	५६	५७
	पि.सि.भि. खोपको खेर जाने दर	१६	१८	१८
पोषण	०-११ महिनाका बालबालिकाहरुको बृद्धि अनुगमन (नयाँ)	७५	६४	७१
	०-२३ महिनाका नयाँ बृद्धि अनुगमन गरिएका बाल बालिकाहरु मध्ये कम तौल भएका बालबालिकाहरुको %	४	३	३
	स्वास्थ्य संस्थामा कम जन्म तौल (low birth weight <2.5kg) भएका शिशु %	७	६	६
	०-२३ महिनाका बालबालिकाहरुको औसत बृद्धि अनुगमन पटक	१५	१६	१६

अछाम जिल्लाकाका प्रमूख स्वास्थ्य सूचकांकहरु				
कार्यक्रम	सूचक/ अवधि	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
	SAM भएका बच्चाहरुको निको हुने दर %	७९	८२	८०
समुदायमा आधारित नवशिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन	२ महिना मुनिका दर्ता भएका बिरामी बच्चा मध्ये PSBI को %	१४	१४	१३
	PSBI भएका बच्चाहरुले Gentamycin को पुरा मात्रा पाएको %	८८	९१	८८
	पाँच बर्षमुनिका बच्चाहरुमा झाडापखाला Incidence rate (प्रति हजारमा)	६३२	५३७	४८४
	झाडापखाला भएका पाँच बर्षमुनिका बच्चाहरुलाई जिंक र ओ.आर.एस.बाट उपचार गरिएको %	१००	१००	९९
	पाँच बर्षमुनिका बच्चाहरुमा स्वासप्रश्वास (ARI) को Incidence (प्रति हजारमा)	१२८१	१०८७	११३४
	पाँच बर्षमुनिका ARI भएका बच्चाहरुमा Pneumonia को Incidence दर (प्रति हजारमा)	१४३	१३२	१३७
	पाँच बर्षमुनिका बच्चाहरुमा Pneumonia को Incidence (प्रति हजारमा)	८२	७७	८८
	Pneumonia भएका पाँच बर्षमुनिका बच्चाहरुलाई Amoxicillin बाट उपचार गरिएको %	१००	१००	१००
सुरक्षित मातृत्व	स्वास्थ्य संस्थामा कम्तिमा पनि एकपटक गर्भजाच गराउने महिलाको % (अनुमानित जीवित जन्ममा)	८१	७०	७३
	गर्भावस्थामा १८० आईरन चक्की पाउने महिला को %	६०	४८	५४
	प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भजांच गराउने महिला %	५९	४८	५३
	प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भजांच गराउने महिला %	२५	३९	४५
	संस्थागत सुत्केरी %	७१	५८	६४
	४५ दिन आईरन चक्की पाएका सुत्केरी महिला %	१००	९६	१००

अछाम जिल्लाकाका प्रमूख स्वास्थ्य सूचकांकहरु				
कार्यक्रम	**सूचक/ अवधि**	**आ.व. २०७९/८०**	**आ.व. २०८०/८१**	**आ.व. २०८१/८२**
	Met need for emergency obstetric care	२२	१३	१६
परिवार योजना	प्रजनन् उमेरका महिलाहरु मध्ये आधुनिक परिवार नियोजन नया प्रयोगकर्ता %	१९	१८	१८
	सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिने २० वर्ष मुनिका महिला को प्रतिशत	३.१	५.५	४.३
	परिवार नियोजन साधन प्रयोगकर्ता दर (प्रजनन उमेर)	३३	३५	३२
	DMPA हाल प्रयोगकर्ता संख्या	४६२१	४२६२	२७७४
	IUCD हाल प्रयोगकर्ता संख्या	७०६	६८८	६६९
	Implant हाल प्रयोगकर्ता संख्या	७०९४	६७४६	५७५१
	Pills का हाल प्रयोगकर्ता संख्या	१९५३	१५३१	१२८१
औलो	औलो उच्च जोखिममा रहेका जिल्लाहरुमा बार्षिक रक्त नमुना परिक्षण दर	१.८	२.८	३.४
	औलो Annual Parasite Incidence (प्रति हजार)	०.१	०.१	२.६
कुष्ठरोग	प्रति दश हजार जनसंख्यामा कुष्ठरोग Prevalence दर	०.८	१.३	०.६
	कुष्ठरोगको नया केश पत्ता लाग्ने दर (प्रति लाख)	९	९	५
क्षयरोग	सबै खाले टीबी केशमा CNR (प्रति लाख)	६७	७७	९१
	दर्ता भएका क्षयरोगका बिरामी संख्या	१५७	१६९	१९७
	क्षयरोगको उपचार सफलता दर	८१	८५	७६
एच.आइ.भी.	एच.आइ.भी. परिक्षण गरिएका गर्भवती महिलाहरु %	११६	१२३	१३८
	एच.आइ.भी. जम्मा नयाँ संक्रमित संख्या	२८	२७	६
[illegible]	जम्मा जनसंख्यामा ओपिडीमा आएका नयाँ बिरामी %	११७	१२३	१२०

अछाम जिल्लाकाका प्रमूख स्वास्थ्य सूचकांकहरु				
कार्यक्रम	सूचक/ अवधि	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
	अस्पतालमा बिरामीको औसत बसाई (नयाँ)	३.३	३.३	३.५
	जम्मा आकस्मिक सेवा लिने जनसंख्या %	५.२	६.१	७.१

संक्षिप्त रुप

ACD	Active Case Detection
AGE	Acute Gastoenteritis
ABER	Annual Blood Examination Rate
AHF	AIDS Health Foundation Nepal
AIDS	Acquired immuno-deficiency syndrome
ANC	Antenatal care
ARI	Acute Respiratory infection
ART	Anti-Retroviral Tharapy
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
CBIMCI	Community-based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness
CB-NCP	Community Based Newborn Care Program
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
CNR	Case Notification Rate
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVD	Cardiovascular Disease
CYP	Couple Years of protection
DHIS2	District Health Information Software2
DMT	Decision Making Tool
DoHS	Department of Health Services
EDCD	Epidemiology and Disease Control Division
EWARS	Early Warning and Reporting System
FCHV	Female Community Health Volunteer
FP	Family Planning
FY	Fiscal Year
HIV	Human immune-deficiency virus
HF	Health Facility
HMIS	Health Management Information system
HP	Health Post
HP MSS	Minimum Service Standard for Health Post

HW	Health Worker
IUCD	Intra-uterine Contraceptive Device
JE	Japanese Encephalitis
MR	Measles, Rubella
MIYCN	Maternal, Infant and Young Child Nutrition
MWRA	Married Women of Reproductive age
NCD	Non-Communicable Disease
NDHS	Nepal Demographic Health Survey
OPD	Out-Patient Department
OPV	Oral Polio Virus
ORC	Outreach Clinic
ORS	Oral Rehydration Solution,
PBC	Pulmonary Bacteriological Confirmed
PCD	Pulmonary Clinically Diagnosed
PEN	Package of Essential Non-communicable Disease
PHC/ORC	Primary Health Care and Outreach Clinic
PNC	Postnatal Care
PSBI	Possible Severe Bacterial Infection
RTA	Road Traffic Accident
SAM	Severe Acute Malnutrition
SARI	Severe Acute Respiratory Illness
SBA	Skilled Birth Attendant
TB	Tuberculosis
TD	Tetanus Toxoid
URTI	Upper Respiratory Track Infection
VPD	Vaccine Preventable Diseases
VSC	Voluntary Surgical Contraception
WHO	World Health Organization

विषय सूची

तथ्य तालिका (Fact Sheet)....I
संक्षिप्त रुप....V
विषय सूची....VI I
सारांश....XI I
खण्ड १ : परिचय....१
१.१ भूमिका १
१.२ अछाम जिल्लाको परिचय.... २
१.३ स्वास्थ्य कार्यालय, अछाम ४
१.४ तथ्यांकको स्रोत तथा बिश्लेषण.... ४
१.५ सोह्रौ पञ्चवर्षीय योजना र दिगो विकास लक्ष्य ५
१.६ प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७८ .... ९
१.७ नेपाल जनसांख्यिक सर्वेक्षण २०२२ का केही तत्थ्यहरु....११
खण्ड २ः परिवार कल्याण कार्यक्रम....१२
२.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम....१२
२.२ समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम....१८
२.३ पोषण कार्यक्रम २२
२.४ सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम....२९
२.५ परिवार योजना तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम....३७
२.६ किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम....४२
२.७ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम....४५
२.८ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम ४७
खण्ड ३ : महामारी तथा रोग नियन्त्रण ५०
३.१ औलो निवारण कार्यक्रम....५०
३.२ माहामारी तथा प्रकोप ब्यबस्थापन ५३
३.३ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम....५३

३.४ कुष्ठरोग निवारण तथा रोकथाम कार्यक्रम ५७
३.५ एच.आई.भी. एड्स तथा यौनजन्य रोग नियन्त्रण कार्यक्रम..................................६२
३.६ नसर्ने रोग नियन्त्रण कार्यक्रम..६५
खण्ड ४ : समाजिक सुरक्षा ६९
४.१ स्वास्थ्य वीमा कार्यक्रम..६९
४.२ बिपन्न नागरिक औषधि उपचार कोष ७०
खण्ड ५: उपचारात्मक सेवा...७२
५.१ बहिरङ्ग सेवा...७२
५.२ अस्पतालको अन्तरङ्ग तथा आकस्मिक सेवाको अवस्था ७४
५.३ एम्बुलेन्स सेवा...७५
५.४ शिविर संचालन तथा ब्यवस्थापन...७६
५.५ बिद्यालय नर्स कार्यक्रम..७७
खण्ड ६ : सहयोगी कार्यक्रम...७८
६.१ एकिकृत स्वास्थ्य ब्यवस्थापन सुचना प्रणाली...७८
६.२ स्वास्थ्य शिक्षा, सुचना तथा संचार...८१
६.३ स्वास्थ्य तालिम ८२
६.४ आपुर्ति व्यवस्थापन ८३
खण्ड ७ : विकास साझेदार तथा गैर सरकारी क्षेत्रका क्रियाकलापहरु ८४
त्रिशुली प्लस ८४
वाक नेपाल ८५
AIDS HEALTHCARE FOUNDATION (AHF) NEPAL ८६
परिशिष्ट..९१
परिशिष्ट १. स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका लागी अछाम जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरु ९१
परिशिष्ट . फोटोहरु ९२

चित्र सूची

चित्र नं. १: अछाम जिल्लाको नक्सा २
चित्र नं. २: *खोप कभरेज* १३
चित्र नं. ३: स्थानीय तहहरुको खोपको बर्गीकरण १५
चित्र नं. ४: ० देखि ११ महिनासम्मका बालबालिकाहरुको बृद्धि अनुगमन प्रतिशत २५
चित्र नं. ५: ० देखि २३ महिनाका नया तौल लिएका बच्चामध्ये कुपोषितको प्रतिशत २६
चित्र नं. ६: कम्तिमा एक पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गराउने मध्ये २० बर्षमुनिको प्रतिशत ३०
चित्र नं. ७: प्रोटोकल अनुसार ४ पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गराउने प्रतिशत ३०
चित्र नं. ८: प्रोटोकल अनुसार ४ पटक उत्तर प्रसुती वा सुत्केरी (PNC) जाँच गराउने महिला प्रतिशत ३१
चित्र नं. ९: संस्थागत सुत्केरी दर ३२
चित्र नं. १०: दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट (SBA) सुत्केरी गराउने प्रतिशत ३२
चित्र नं. ११: नवजात शिशु मृत्यु संख्या ३३
चित्र नं. १२: मातृ मृत्यु संख्या ३३
चित्र नं. १३: मृत जन्म (Still Birth) संख्या ३४
चित्र नं. १४: गर्भपतन सेवा पश्चात परिवार नियोजन सेवा लिने प्रतिशत ३६
चित्र नं. १५: परिवार नियोजन साधन प्रयोग दर (CPR all modern method) ४०
चित्र नं. १६: अस्थायी साधनको परिवार नियोजन प्रयोगदर (CPR) ४१
चित्र नं. १७: कम्तिमा १ पटक गर्भ जाँच सेवा लिएका मध्ये किशोरी प्रतिशत ४४
चित्र नं. १८: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको मासिक बैठक प्रतिशत ४५
चित्र नं. १९: औलोको लागि बार्षिक रगत जांच दर (Annual Blood Examination Rate) ५१
चित्र नं. २०: स्थनीय तहअनुसार तिन वर्षको औलो बिरामी संख्या ५२
चित्र नं. २१: पहिलो पटक (जुनसुकै समयमा) गर्भवती जांच गर्न आएका महिलाहरुमा HIV जांच प्रतिशत ६४
चित्र नं २२: नयाँ HIVसंक्रमित पत्ता लागेको संख्या ६४

चित्र नं. २३: बहिरङ्ग सेवाका लागि नयाँ भेट गर्ने प्रतिसत (% New OPD Visit)................ ७२
चित्र नं. २४: बहिरङ्ग सेवा नयाँ भेटमा महिलाको हिस्सा (Female proportion among new OPD) ७३
चित्र नं. २५: आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को मासिक प्रतिवेदनको अवस्था.......................... ८०

तालिका सूची

तालिका नं. १: अछाम जिल्लामा रहेका स्थानीय तहको जनसंख्या र वडा संख्या.....................३
तालिका नं. २ :स्वास्थ्य कार्यालय, अछामको दरबन्दी विवरण..४
तालिका नं. ३ दिगो बिकास लक्ष्य का सूचकहरु अनुगमनको खाका ८
तालिका नं. ४: नेपाल जनसांख्यिक सर्वेक्षण २०२२ का केही तत्थ्यहरु........................... ११
तालिका नं. ५: स्थानीय तह अनुसारको खोपको कभरेज र अन्य विश्लेषण......................... १३
तालिका नं. ६ खोप कार्यक्रमको बर्गीकरण मापदण्ड.. १४
तालिका नं. ७: एच.पी..भी.. खोप अभियान २०८१-८२ प्रतिवेदन १५
तालिका नं. ८: पूर्ण खोप सुनिश्चितता घोषणा मिति.. १६
तालिका नं. ९ खोप कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु.. १७
तालिका नं. १०: नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवस्था... २०
तालिका नं. ११: नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापनका समस्या, चुनौती र सुझाब २१
तालिका नं. १२: पोषण कार्यक्रम का लक्ष्यहरु.. २४
तालिका नं. १३: पोषणका मुख्य सुचांकको स्थिति बिश्लेषण.. २७
तालिका नं. १४: पोषण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु २८
तालिका नं. १५: गर्भपतन सेवा लिएको विवरण.. ३५
तालिका नं. १६: सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु ३७
तालिका नं. १७: परिवार योजना कार्यक्रमका दीगो विकास लक्ष्यहरू ३९
तालिका नं. १८: परिवार योजना कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु....................... ४१
तालिका नं. १९: परिवार नियोजन सेवाको नयाँ प्रयोगकर्ता किशोर-किशोरी संख्या ४३

तालिका नं. २०: किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु ४४
तालिका नं. २१: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको सुचकहरुको अवस्था ... ४६
तालिका नं. २२: गाँउघर क्लिनिक बाट प्राप्त प्रतिवेदनको अवस्था (प्रतिशत) ४८
तालिका नं. २३: गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम प्रगति ४९
तालिका नं. २४: औलो नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु ५२
तालिका नं. २५: क्षयरोग विरामी नोटिफिकेसन र उपचार सफलता दर ५५
तालिका नं. २६: क्षयरोग मृत्यु दर र बिरामी बीचैमा उपचार छोड्ने दर ५६
तालिका नं. २७: क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु ५७
तालिका नं. २८: कुष्ठरोग रणनीतिका परिलक्ष्यहरु ५८
तालिका नं. २९: कुष्ठरोग नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रमका विभिन्न सूचकहरू ६१
तालिका नं. ३०: क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु ६१
तालिका नं. ३१: एच.आई.भी. एड्स तथा यौनजन्य रोग नियन्त्रण समस्या, चुनौती र सुझावह . ६५
तालिका नं. ३२: नसर्ने रोगहरुको बिरामीहरुले बहिरंग सेवा लिएको तथ्यांक ६८
तालिका नं. ३३: स्वास्थ्य वीमा कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु ७०
तालिका नं. ३४: अछाम जिल्लामा विपन्न नागरिक उपचारका लागि सिफारिस गरिएको विवरण ७१
तालिका नं. ३५: विगत ३ आ.व. को मुख्य १० रोगहरु ७३
तालिका नं. ३६: अस्पतालको सुचकहरुको अवस्था ७४
तालिका नं. ३७: अछाम जिल्लामा संचालित एम्बुलेन्सहरुको विवरण ७५
तालिका नं. ३८ : आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा सञ्चालित शिविरहरुको विवरण ७६
तालिका नं. ३९: जिल्लाको LMIS/eLMIS प्रतिवेदनको अवस्था ८३

सारांश

परिचय

यस प्रतिवेदनमा अछाम जिल्लाका बिगत तिन आर्थिक बर्षमा सम्पन्न भएका कार्यक्रमहरुको तथ्यांक र आ.व. २०८१/८२ मा संचालित कार्यक्रमहरुको सुक्ष्म समीक्षाका साथै कार्यक्रमका सफलता, सम्पन्न गर्दाका चुनौती र सुधारका उपायहरु प्रस्तुत गरिएको छ। प्रतिवेदन स्वास्थ्य ब्यवस्थापन सूचना प्रणाली, अस्पताल र स्थानीय तहले बार्षिक समिक्षा गोष्ठीमा प्रस्तुत गरिएका प्रस्तुतिकरणहरु लाई समेत आधार बनाएर तयार पारिएको छ।

प्रतिवेदनको अवस्था

प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाहरुले मासिक रुपमा पेश गरेको प्रतिवेदनका आधारमा आ.व. २०८१/८२ मा समग्र स्वास्थ्य संस्थाको बार्षिक प्रतिवेदनको अवस्था १०० प्रतिशत छ, साथै महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका प्रतिवेदन, खोप केन्द्रहरुको मासिक प्रतिवेदन र गाउघर क्लीनिक प्रतिवेदन समेत शत् प्रतिशत रहेको छ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

आ.व. २०८१/८२ मा खोप कार्यक्रम अन्तर्गत प्रदान गरिएका सेवाहरु मध्ये बि.सि,जि. खोप पाएका बालबालिकाको प्रतिशत ६५ रहेको छ, जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ भन्दा झण्डै ६ प्रतिशतले बढि हो। डी.पी.टि.-हेप.बि.-हिब. पहिलो मात्रा खोप पाउने बालबालिका ६७ प्रतिशत रहेको छ, जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ भन्दा झण्डै ५ प्रतिशत बढि हो। त्यस्तै दादुरा रुबेलाको दोश्रो मात्रा र खोप तालिकाअनुसार पूर्ण खोप लगाउने बालबालिकाको प्रतिशत ७७ रहेको छ, जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ भन्दा झण्डै ४ प्रतिशत बढि हो। टि.डी. दोस्रो र थप मात्रा लगाउने गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत ५३ रहेको छ जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ भन्दा ६ प्रतिशत बढि हो।

पोषण कार्यक्रम

आ.व. २०८१/८२ मा जन्मेदेखि ११ महिनासम्मका बालबालिकाहरुले पहिलोपटक तौल लिएको प्रतिशत ७१ रहेको छ भने औषत तौल लिएको पटक अन्तिम आर्थिक वर्षको जस्तै १६ छ त्यस्तै ३ साइकल बाल भिटा प्राप्त गर्ने बालबालिकाहरुको प्रतिशतमा पनि केहि सुधार भई २६ % पुगेको देखिन्छ। कम जन्म तौलका शिशुको प्रतिशत ५.८ छ जुन अघिल्लो आर्थिक वर्ष को तुलनामा स्थिर जस्तै देखिन्छ ।

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एककिृत ब्यवस्थापन कार्यक्रम

आ.व. २०८१/८२ मा जन्मदेखि २ महिना सम्मका बिरामी बच्चा मध्ये १३ प्रातिशत बालबालिका लाई ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण भएको थियो भने पाँच बर्षमुनिका प्रतिहजार बालबालिकाहरु मध्ये ११३४ जनामा स्वासप्रश्वासको समस्या र ४८४ मा झाडापखालाको समस्या रहेको थियो। पांच बर्षमुनिका बच्चाहरुमा निमोनिया प्रकोप दर यस आ.व.मा प्रतिहजारमा ८८ रहेको छ जुन गत आ.व. भन्दा प्रति हजारमा ११ जनाले कम हो।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

आ.व.२०८१/८२ मा प्रोटोकल अनुसार पहिलो पटक (जुनसुकै समयमा) गर्भ जांच गर्ने महिलाको प्रतिशत ७३ रहेको थियो भने प्रोटोकलअनुसार चार पटक गर्भ जांच गर्ने महिला ५३ प्रतिशत छन। यस आ.व. को संस्थागत प्रसुति ६४ प्रतिशत र दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट ६० प्रतिशत भएको थियो। संस्थागत प्रसुति मध्ये सल्यक्रियाद्वारा प्रसुति हुने महिलाहरुको प्रतिशत ५.९ रहेको थियो जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा ६.३ प्रतिशत रहेको थियो । प्रोटोकल अनुसार ४ पटक सुत्केरी जांच गर्नेको प्रतिशत झण्डै ६ ले बढेर ५० प्रतिशत पुगेको छ ।

परिवार नियोजन कार्यक्रम

यस आर्थिक वर्षमा सबै आधुनिक परिवार नियोजनका साधन प्रजनन उमेरका महिलाहरुमा प्रयोग दर ३१.५ प्रतिशत रहेको छ ।

औलो निवारण कार्यक्रम

औलो निवारण कार्यक्रम अन्तर्गत बार्षिक रगत जांच ७३७७ जनाको गरिएको छ र ५७ जना पोजेटिभ केस मध्ये ४ जनामा प्लाज्मोडियम फयाल्सिप्यारम र ५ जनामा रिल्याप्स प्लाज्मोडियम भाईबेक्स औलो बिरामी रहेका थिए ।

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

आ.व. २०८१/८२ मा क्षयरोगको केस नोटिफिकेसन दर ९१ प्रति लाख रहेको थियो भने उपचार सफलता दर ७६ प्रतिशत रहेको थियो र मृत्यु दर ८.८ प्रतिशत रहेको थियो ।

कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

आ.व २०८१/८२ मा ११ जना नयाँ कुष्ठरोगका बिरामी पत्ता लागेका छन भने २०८२ असार मसान्तमा प्रति १०,००० जनसंख्यामा कुष्ठरोगका बिरामीको संख्या ०.६ रहेको थियो।

यौन रोग तथा एच आइभी एडस् नियन्त्रण कार्यक्रम

गर्भवती महिलाले आ.व. २०८१/८२ मा एच.आई.भी परिक्षण गरेको प्रतिशत १३८ रहेको छ । आ.व. २०८१/८२ मा जम्मा ६ जना नयाँ एच.आई.भी. संक्रमित निदान भएका छन् ।

माहामारी ब्ययवस्थापन

बिगत बर्षहरुबाट शुरु भएको कोभिड महामारी पूर्णतया नियन्त्रण भैसकेको देखिंन्छ । औलो, कालाजार, डेंगु, स्क्राब टाइफास जस्ता किटजन्य रोगको प्रकोप बढ्दै गएको पाइन्छ । मैगलसेन नगरपालिकामा ६ जनामा हैजा RDT पोजिटिभ देखिएको र १ जनामा Culture नतिजा समेत पोजिटिभ भएको थियो ।

उपचारात्मक सेवा

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा जिल्लामा कुल जनसंख्याको २ प्रतिशतले अन्तरङ्ग सेवा लिएको देखिन्छ। अन्तरंग उपचार सेवा लिएका मध्ये ४.८ प्रतिशत बिरामी थप उपचारका लागी प्रेषण गरिएका छन् ।

एम्बुलेन्स सेवा, आकस्मिक सेवा

प्रत्येक स्थानीय तहमा एम्बुलेन्स सेवा उपलब्ध भएको देखिन्छ र जिल्ला भरीमा १३ वटा एम्बुलेन्स रहेकोमा १२ वटा संचालनमा छन। आकस्मिक उपचार सेवा उपभोग दर आ.व. २०८०/८१ मा ६.१ प्रतिशतबाट बढेर आ.व. २०८१/८२ मा ७.१ प्रतिशत पुगेको छ।

स्वास्थ्य वित्तीय ब्यवस्थापन

यस आ.व. २०८१/८२ मा प्रदेश तर्फको जम्मा भौतिक प्रगति १०० प्रतिशत देखिन्छ भने आर्थिक प्रगति ६८.७ प्रतिशत देखिन्छ। संघ ससर्त तर्फ ६४.३ प्रतिशत अर्थिक प्रगति र भौतिक प्रगति लगभग १०० प्रतिशत भएको देखिन्छ। समग्रमा आर्थिक प्रगति ६६.८ प्रतिशत भएको देखिन्छ।

खण्ड १ : परिचय

१.१ भूमिका

यस प्रतिवेदनले मुख्यतया स्वास्थ्य कार्यालय, अछामले यस आ.ब. मा सम्पन्न गरेका सम्पूर्ण कार्य प्रगति र उपलब्धिहरुको बारेमा विश्लेषण गरेको छ। यसले स्वास्थ्य कार्यालयको साथै अछाम जिल्ला अन्तर्गत सबै गाउपालिका तथा नगरपालिका अन्तर्गत रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्राप्त गरेको प्रगति पनि तुलनात्मक हिसाबले विश्लेषण गरेको छ।

यसले निम्न विषयवस्तुहरु समेटेको छ।

- अछाम जिल्लाको बारेमा संक्षिप्त जानकारी
- कार्यक्रम अनुसारको लक्ष्य, उद्देश्य, रणनीति, क्रियाकलाप र उपलब्धिहरु
- कार्यक्रम अनुसारका सुचकहरुको तुलनात्मक विश्लेषण
- कार्यक्रमसँग सम्बन्धित विषयवस्तुहरु, समस्याहरु र समस्या समाधानका लागि आगामी वर्ष चाल्नुपर्ने आवश्यक कदमहरु

यो प्रतिवेदन २०८२ कार्तिक १ र २ गते सम्पन्न भएको जिल्ला स्तरीय बार्षिक समीक्षा गोष्ठीका क्रममा भएको प्रस्तुतिकरणहरु, छलफल र विभिन्न श्रोतहरु विशेषगरी DHIS-2, Census 2022 र जिल्लास्थित कार्यालयहरु र नेपाल सरकार तथा प्रदेश सरकारबाट जारी गरिएका तत्थ्यहरु रुजु गरी तयार पारिएको हो । सुदुरपश्चिम प्रदेश सामाजिक विकास मन्त्रालय मन्त्री माननीय मेघराज खड्का, प्रमुख जिल्ला अधिकारी, जिल्लास्थित सुरक्षा निकाय प्रमुखहरु, जिल्ला समन्वय समिति सदस्य, अछाम जिल्लाभरीका गाउंपालिका तथा नगरपालिकाका प्रमुख वा उप-प्रमुख वा प्रतिनिधि, सम्बन्धित गाउँपालिका तथा नगरपालिका भित्रका स्वास्थ्य शाखा प्रमुख तथा तत्थ्यांक सम्पर्क व्यक्तिहरु, स्थानीय तहभित्रको उत्कृष्ट स्वास्थ्य संस्था प्रमुख वा प्रतिनिधिहरु तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रमुख वा प्रतिनिधिहरुको उपस्थितीमा २ दिनको जिल्ला स्तरीय समिक्षा सम्पन्न भएको थियो। यस पूर्व स्थानीय तहस्तरमा २ दिने समिक्षा गोष्ठी समेत सम्पन्न भएको तथापी कमलबजार नगरपालिकामा विविध कारणबश यस आर्थिक वर्षमा बार्षिक समिक्षा सञ्चालन हुन सकेको थिएन ।

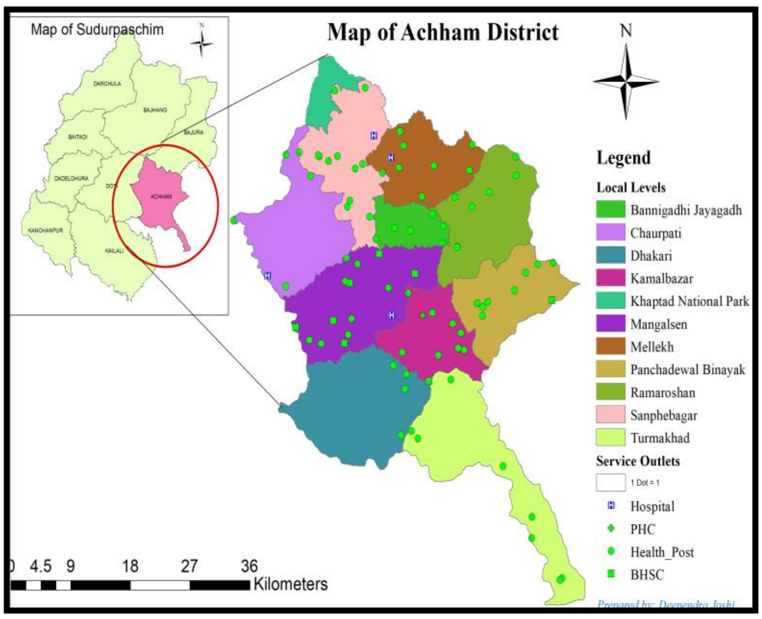
यो प्रतिवेदन मुलतः महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका देखि स्वास्थ्य संस्थाहरु तथा स्वास्थ्य कार्यालयले आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा सम्पन्न गरेको कार्यहरु समेटी तयार पारिएको हो।

१.२ अछाम जिल्लाको परिचय

सुदुरपश्चिम प्रदेशका ९ जिल्लाहरु मध्ये अछाम पहाडी भागमा पर्ने एक दूर्गम जिल्ला हो। यसको उत्तरमा बझाङ्ग र बाजुरा, दक्षिणमा सुर्खेत, पूर्वमा कालीकोट र दैलेख तथा पश्चिममा डोटी जिल्ला रहेका छन्।

ऐतिहासिक पृष्ठभूमि

ऐतिहासिक पृष्ठभूमिको अध्ययन बिना कुनै पनि स्थान तथा ठाउँ विशेषको वर्तमान सधै अधुरो हुन जान्छ। पृष्ठभूमी अध्ययनको क्रममा अछाम जिल्लाको आफ्नै किसिमको ऐतिहासिक पहिचान छ।यस जिल्लाको नामाकरणको सन्दर्भमा निम्नानुसारका जनश्रुती हरु बढी पाईन्छन्।प्रथम, प्राचीन कालमा भारतीय मुगल साम्राज्यको चर्को दमन र उत्पिडन सहन नसकी त्यहाँ बाट ठूलो संख्यामा हिन्दुहरु बसाई सर्न बाध्य भए। घुम्दै हिड्ने क्रममा तिनीहरु वर्तमान नेपालको नौखुवा (बर्तमान अछाम) पुगे। त्यस बेला नौखुवा प्रसस्त मिठो आप पाउने स्थानको रुपमा परिचित थियो अनुकूल हावापानी र प्रशस्त मीठो आँप पाइने भएको कारण घुमन्ते भारतीयहरुका लागि बसोबास गर्न उपयुक्त भएकोले उनीहरु नौखुवामा बस्न थाले। हिन्दी भाषामा मिठो आँपलाई (अच्छा आम) भन्न थालियो पछि अच्छा आम अप्रभंश हुदै जाँदा पर्शस्त मीठो आम पाइने नौखुवालाई अछाम भनिन थालियो।



चित्र नं. १: अछाम जिल्लाको नक्सा

अछामी राजाको मुलथलो बड्डी बुढो अछाम अर्थात हाल सेरा गा.बि.स.को कवाललेख भन्ने ठाउमा थियो त्यसपछी बन्निगढ़ी पुन कवाललेख र मंगलसेन राज्य सरेको पाईन्छ राणाकालिन अबस्थामा अछाम राज्य डोटी राज्यमा गाभिन गइ खाद्यान्न आपूर्तिको केन्द्रको रुपमा रही अछामी जनतालाई डोटीसम्म खाद्यान्न ढुवानी गर्न बाध्य गराएर र पछि अछामको कैलाशखोला पश्चिम भू-भाग डोटी र पुर्बको भू-भाग दैलेख जिल्लामा गाभिएको पाइन्छ। बि.सं. २०१४/२०१५ सालतिर यहाका जनताद्वारा तत्कालिन राजा श्री ५ महेन्द्र समक्ष छुट्टै जिल्ला घोषणा गरियोस् भनि बिन्तीपत्र चढाए

बमोजिम राजाबाट माल बुझी दिनु भन्ने हुकुम भयो तत्पश्चात २०१८ साल बैशाख १ गते अछाम नेपाल अधिराज्यको मानचित्रमा छुट्टै जिल्लाको रुपमा अस्तित्वमा आएको पाईन्छ।

भौगोलिक अवस्थिति

यस जिल्लाको भौगोलिक बनावट हेर्दा यहाँ नदी किनारका बेसी, फाँटहरु देखि उच्च पहाडी लेकहरुसम्म रहेका छन्। यहाँको सम्पूर्ण धरातललाई पहाडी भू-भागको रुपमा परिभाषित गर्न सकिन्छ। साफेबगर बैधनाथ, प्रभाली गाड, चाइरवा, कुज्जेडा आदि नदी तथा किनारी भागहरु प्रशस्त अन्न उत्पादनका क्षेत्रहरु हुन भने रामारोशन, खसड, ऋषिदह, षोड्शादेवी, शान्तडा, ठूलासेन, गैरीटाँड र कमलबजार आदि उच्च पहाडी भेगहरु हुन्। भौगोलिक अवस्थिति हेर्दा २८.४५ डिग्री उत्तरी अक्षास देखि २९.३३ डिग्री उत्तरी अक्षाससम्म र ८१.०२ डिग्री पुर्वी देशान्तर देखि ८१.३५ डिग्री पुर्वी देशान्तरसम्म १६९२ वर्ग किलोमीटर क्षेत्रमा यो जिल्ला फैलिएको छ। यस जिल्लाको सीमाना पूर्वमा कालीकोट र दैलेख, पश्चिममा डोटी, उत्तरमा बाजुरा र बझाङ्ग त्यस्तै दक्षिणमा सुर्खेत जिल्ला रहेको छ। समुन्द्री सतहदेखि न्यूनतम ४५० मिटरको उचाई देखि अधिकतम ३८२० मिटरसम्मको उचाईमा यो जिल्लाको विस्तार भएको छ। जिल्ला सरदमुकाम मंगलसेन समुन्द्री सतहदेखि १३२६ मिटर उचाईमा रहेको छ।

अछाम जिल्लाको जनसंख्या नेपालको जनगणना २०७८ अनुसार २२८८५३ रहेको छ र यस जिल्लालाई १० वटा स्थानीय तह र ९१ वटा वडामा विभाजन गरिएको छ।

तालिका नं. १: अछाम जिल्लामा रहेका स्थानीय तहको जनसंख्या र वडा संख्या

क्र.सं.	स्थानीय तहको नाम	महिला जनसंख्या	जम्मा जनसंख्या	वडा संख्या
१	मंगलसेन नगरपालिका	१४४७५ (५४.५ %)	२६५५७	१४
२	कमलबजार नगरपालिका	११५७८ (५५.० %)	२१०३२	१०
३	साँफेबगर नगरपालिका	१४१०२ (५४.५ %)	२५८९१	१४
४	पन्चदेवल विनायक नगरपालिका	१४१९५ (५४.४ %)	२६०८८	९
५	चौरपाटी गाउँपालिका	१२१९७ (५६.३ %)	२१६८१	७
६	मेल्लेख गाउँपालिका	१२३६३ (५४.३ %)	२२७८५	८
७	बान्निगढी जयगढ गाउँपालिका	७७०० (५७.० %)	१३५१९	६
८	रामारोशन गाउँपालिका	१२५१५ (५३.० %)	२३६००	७
९	ढकारी गाउँपालिका	११४१३ (५१.९ %)	२१९९८	८
१०	तुर्माखाँद गाउँपालिका	१२९१५ (५२.६ %)	२४५७४	८

जम्मा		१२३५३३ (५४.० %)	२२८८५२	९१

१.३ स्वास्थ्य कार्यालय, अछाम

जिल्लाको सम्पुर्ण स्वास्थ्य प्रणालीको समन्वयात्मक भूमिका खेल्ने निकायको रुपमा प्रदेश सरकार मातहत रहने गरि २०७५ साल मंसिर महिनामा साबिक जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयलाई स्वास्थ्य कार्यालय भनी प्रदेश सरकार अन्तर्गत रहने गरि स्थापना गरिएको थियो। जिल्लाका सम्पूर्ण वडा, गाउपालिका र नगरपालिकाहरुमा प्रवर्द्धनात्मक, निरोधात्मक र उपचारात्मक सेवा पुर्‍याउन स्थानिय तह, प्रदेश सरकार र प्रदेश सरकार मार्फत संघिय सरकारसंग समन्वयात्मक भूमिका निर्वाह गर्ने कार्य यस कार्यालयले गर्दैआएको छ। साबिक जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयलाई जिल्ला अस्पताल र स्वास्थ्य कार्यालय गरी दुईवटा कार्यालयको रुपमा स्थापना गरिएको छ। जिल्ला अस्पतालले जिल्लामा उपचारात्मक सेवाको लागि मुख्य विन्दुको रुपमा काम गर्छ। स्वास्थ्य कार्यालय अछाममा १२ जना कर्मचारीको दरबन्दिको व्यबस्था गरिएको छ।

तालिका नं. २ :स्वास्थ्य कार्यालय, अछामको दरबन्दी विवरण

क्र.सं.	पद	श्रेणी/तह	सेवा	समूह	दरबन्दी	कै.
१	ब./जनस्वास्थ्य अधिकृत	७/८ तह	स्वा.से.	हे.ई.	१	
२	हे.अ. वा सो सरह	५/६/७ तह	स्वा.से.	हे.ई.	२	
३	प.हे.न.	५/६/७ तह	स्वा.से.	क.न.	१	
४	ल्याब टेक्निसियन	५/६/७ तह	स्वा.से.	मे.ल्या.टे.	१	
५	कोल्ड चेन असिस्टेन्ट	४/५/६ तह	स्वा.से.	हे.ई.	१	
६	लेखा सहायक	५ तह	प्रशासन	लेखा	१	
७	सहायक	५ तह	प्रशासन	सा.प्र.	१	
८	तत्थ्यांक सहायक	५/६ तह	आ.यो.त.	तत्थ्यांक	१	
९	का.स.	श्रेणीविहिन	प्रशासन	सा.प्र.	२	
१०	ह.स.चा.	श्रेणीविहिन	ईञ्जि.	मे.ई.	१	
	जम्मा				१२	

१.४ तथ्यांकको स्रोत तथा बिश्लेषण

अछाम जिल्लामा समुदायस्तरमा जम्मा ९४१ जना महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु अनवरत रुपमा खटिरहेका छन्, जसले आफू रहेको तत्कालिन वार्डको कामको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थालाई मासिक रुपमा प्रतिवेदन पेश गर्छन्। स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुले गाउँघर क्लिनिक र खोप क्लिनिक संचालन गर्छन् जसको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा गर्छन्। प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले महिनाको पहिला साता भित्रमा आफ्नो गाँउपालिका तथा नगरपालिकामा मासिक

प्रतिवेदन बुझाउँछन् र यो प्रतिवेदन एकिकृत रुपमा DHIS-2 मा प्रविष्ट गर्ने गरिन्छ। आ.व. २०८०/८१ मा पनि १ जिल्ला अस्पताल, १ बयालपाटा सामुदायिक अस्पताल (न्याय हेल्थद्वारा संचालित), २ वटा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, ७२ वटा स्वास्थ्य चौकी, १५ वटा आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्र, ६ वटा शहरी स्वास्थ्य क्लिनिक, १० वटा सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ, १ निजी स्वास्थ्य संस्था (धर्मेश्वर पोलिक्लिनिक) र एक गैर सरकारी संस्था वाक नेपालले नियमित प्रतिवेदन गरेको देखिन्छ। २ शहरी स्वास्थ्य केन्द्र र ८ वटा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाईले DHIS-2 मा दर्ता नभएका कारण स्थानीय वार्डमा भएको स्वास्थ्य चौकी र अस्पतालबाट एकीकृत गरि प्रतिवेदन गरेको पाइन्छ भने ३ वटा दर्ता भएका निजी स्वास्थ्य संस्थाले प्रतिवेदन गरेको देखिंदैन।

यो प्रतिबेदनको मुख्य स्रोत एकिकृत स्वास्थ्य सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली (Integrated Health Information Management System) बाट प्राप्त सूचना नै हो। प्रतिबेदनलाई चाहिने आवश्यक तथ्यांक DHIS2 सफ्टवेयरबाट डाउनलोड गरी मुख्य सूचकहरुको आधारमा विश्लेषण गरिएको हो। बिश्लेषण गरिएको तथ्यांकलाई विभिन्न भाग एवं खण्ड अन्तर्गत ब्याख्या गरिएको छ। बार्षिक प्रतिबेदन प्राबिधिक समुहद्वारा कार्य सम्पादन गरी यो प्रतिबेदनलाई अन्तिम रुप दिइएको हो।

१.५ सोह्रौ पञ्चवर्षीय योजना र दिगो विकास लक्ष्य

सोह्रौं पञ्चवर्षिय योजनाको कार्यदिशा

सोच

"सुशासन, सामाजिक न्याय र समृद्धि"

उदेश्य

- राजनीतिक, प्रशासनिक र न्यायिक क्षेत्रमा सुशासन कायम गर्नु,
- स्वास्थ्य, शिक्षा, रोजगारी, आवास तथा अन्य क्षेत्रमा सामाजिक न्याय स्थापित गर्नु,
- मानवीय जीवन र राष्ट्रिय अर्थतन्त्रमा समृद्धि हासिल गर्नु

समष्टिगत रणनीति

- विकास प्रयासमा देखिएका संरचनात्मक अवरोधहरुको पहिचान, सम्बोधन र निराकरण गर्दै संरचनात्मक रुपान्तरण मार्फत सुशासन, सामाजिक न्याय र समृद्धि हासिल गर्ने।
- योजना कार्यान्वयन सम्बन्धमा सबै तह र पक्षका सरोकारवाला निकाय बिचको अन्तरसम्बन्ध र कार्यात्मक क्षमतालाई मजबुत तुल्याउने।
- अध्ययन, अनुसन्धान तथा तथ्यमा आधारित नीति निर्माण एवम् विकासका कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्ने।

संरचनात्मक रुपान्तरणका क्षेत्र तथा रणनीति

१. समष्टिगत आर्थिक आधारहरुको सबलीकरण
२. उत्पादन तथा उत्पादकत्व अभिबृद्धि
३. मर्यादित श्रम, उत्पादनशील एवम् समाबेशी रोजगारीका अबसरको सिर्जना
४. मानब श्रोत व्यबस्थापनः मानव पुँजी निर्माण र उत्कृष्ठ जनशक्ती योजना
५. गुणस्तरिय, समन्यायिक एवम् जीवनोपयोगी शिक्षा
६. गुणस्तरिय तथा सर्वसुलभ स्वास्थ्य प्रणाली

- आधारभुत तथा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवालाई निःशुल्क, विशिष्टीकृत तथा अति विशिष्टीकृत स्वास्थ्य सेवालाई बिमाको दायरामा ल्याई सर्वसुलभ रुपमा प्रवाह
- स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई प्राज्ञिक ज्ञान र सेवामूलक केन्द्र को रुपमा विकास
- स्वास्थ्य संस्थामा अत्यावश्यक उपकरण तथा औषधि र दक्ष जनशक्तिको आपूर्ति सुनिश्चितता
- सबै किसिमका स्वास्थ्य उपचार पद्धतिलाई एकीकृत प्रणालीमा आबद्धता, मनोपरामर्श सेवा र स्वास्थ्य निरोधात्मक कार्यक्रमको रुपमा योग, ध्यान र शारीरिक अभ्यासको प्रबर्द्धन
- सबै वर्ग, लिङ्ग र उमेर समूहका नागरिकलाई समन्यायिक एवम् विशिष्टीकृत स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता
- क्यान्सर तथा अङ्ग प्रत्यारोपण जस्ता विशिष्ट स्वास्थ्य उपचार पाउनको लागि विदेश जानुपर्ने बाध्यताको अन्त्य गर्ने गरी स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण
- भौगोलिक दुरी र जनसंख्याको नक्सांकनको आधारमा संघिय, प्रादेशिक तथा स्थानीय स्वास्थ्य पूर्वाधारको विस्तार र जनशक्ति व्यवस्थापन
- आधुनिक सूचना प्रविधिको अवलम्बन मार्फत सहज र सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा
- स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न निरन्तर अध्ययन, अनुसन्धान र व्यवस्थापन।

७. गुणस्तरीय पूर्वाधार व्यवस्थित शहरीकरण
८. सामाजिक सशक्तीकरण, समावेशीकरण र सामाजिक सुरक्षा
९. अवाञ्छित तथा अनौपचारिक कारोबारको नियन्त्रण
१०. विनियोजन कुशलता तथा पुँजीगत खर्च क्षमता अभिबृद्धि
११. वातावरण तथा जैविक विविधताको संरक्षण, विपद व्यवस्थापन र दिगो विकास
१२. सुशासन प्रवर्द्धन तथा प्रभावकारी सार्वजनिक सेवा प्रवाह

परिमाणात्मक लक्ष्य

क्र.स.	सूचकहरु	एकाई	आ.व. २०७९/८० को अवस्था	आ.व. २०८५/८६ को लक्ष्य
१	मातृ मृत्यू दर (प्रति लाख जिवित	जना	१५१.०	८५.०

क्र.स.	सूचकहरु	एकाई	आ.व. २०७९/८० को अवस्था	आ.व. २०८५/८६ को लक्ष्य
	जन्ममा			
२	नवजात शिशु मृत्युदर (प्रति हजार जिवित जन्ममा	जना	२१.०	१३.०
३	पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदर (प्रति हजार जिबित जन्ममा	जना	३३.०	२२.०
४	पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकाको पुडकोपनको अवस्था	प्रतिशत	२५.०	१७.०
५	सडक दुर्घटनाका कारण ज्यान गुमाउने ब्यक्तिको संख्या (प्रति एक लाखमा)	जना	९.५	५.०
६	पुर्णखोप पाउने बालबालिका	प्रतिशत	८०.०	९२.०
७	स्वास्थ्यकर्मी उत्पादन (प्रति हजार जनसंख्यामा)	जना	१.९४	४.६४
८	स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध जनसंख्या	प्रतिशत	२१.०	७०.०
९	स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा नवीकरण दर	प्रतिशत	६९.०	९०.०
१०	कुल स्वास्थ्य खर्चमा ब्यक्तिगत तहमा हुने खर्च	प्रतिशत	५४.२	३८.०
११	३० मिनेटको दुरीमा स्वास्थ्य संस्था भएका घरधुरी	प्रतिशत	७७.०	८६.०
१२	पाँच बर्षमुनिका बच्चाहरु मध्ये जन्म दर्ता गरिएको बालबालिका	प्रतिशत	७४.०	१००.०

दिगो बिकास लक्ष्य (२०१६-२०३०)

विश्वका सबै सरकारहरुले प्रतिबद्धता जनाएका ती विकास लक्ष्यहरुले सन् २०३० सम्ममा सबै प्रकारका गरिबी र भोकमरी उन्मुलन गर्ने देखि विपदसँग जुध्ने क्षमता मजबुत बनाउने सहित १७

वटा उद्देश्य र १६९ वटा लक्ष्य राखेका छन्। त्यस मध्ये उद्देश्य ३ स्वाथ्य क्षेत्रसंग सम्बन्धित छ। यस अन्तर्गतका मुख्य लक्ष्यहरु देहाय बमोजिमका छन।

तालिका नं. ३ दिगो बिकास लक्ष्य का सूचकहरु अनुगमनको खाका

दिगो विकास लक्ष्य, उद्देश्य ३ : स्वस्थ जीवन सुनिश्चित गर्दै सबै उमेर समुहको अरोग्यता प्रबर्द्धन गर्ने								
लक्ष्य ३.१: सन् २०३० को अन्त्यसम्म, विश्वको मातृ मृत्युदर लाई ७० प्रति १००००० जीवित जन्मभन्दा कम गर्ने								
३.१.१ मातृ मृत्युदर	२५८*	१२५	११६	९९	७०	NDHS	बार्षिक ५ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय
३.१.२ दक्ष स्वास्थ्यकर्मीद्वारा गरिएका जीवित जन्मको अनुपात	५५.६*	६९	७३	७९	९०	NMICS	५ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय
लक्ष्य ३.२: सन् २०३० को अन्त्यसम्म, नवशिशु तथा पाँच बर्षमुनिका बालबालिकाको रोकथाम गर्न सकिने मृत्युहरुको अन्त्य गर्ने, यसको लागी सबै देशहरुले नवशिशु मृत्युदरलाई कम्तिमा १२ प्रति १००० जीवित जन्म वा सो भन्दापनि कम तथा पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदरलाई कम्तिमा २५ प्रति १००० जीवित जन्म वा सो भन्दापनि कम गर्ने								
३.२.१: पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदर	३८*	२८	२७	२४	२०	NDHS, NMICS	बार्षिक ५ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय
३.२.२: नवशिशु मृत्युदर	२३*	१८	१६	१४	१२	NDHS, NMICS	बार्षिक ५ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय
लक्ष्य ३.७.१: आवश्यकता अनुसार आधुनिक परिवार नियोजनका साधन को सेवाबाट सन्तुष्ट प्रजनन उमेर समुह (१५-४९ बर्ष) का महिला हरुको अनुपात	६६	७१	७४	७६	८०	NDHS	५ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय
लक्ष्य ३.७.२: किशोरीहरुमा जन्म दर (१०-१४ बर्ष र १५-१९ बर्ष) उक्त उमेर समुहको प्रति १००० महिलामा	७१	५६	५१	४३	३०	NDHS	५ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय

लक्ष्य ३.a.१: उमेर अनुसार (१५ बर्ष र माथिका उमेर समुहमा) सुर्तीजन्य पदार्थ प्रयोग गर्ने दर (prevalence)	३०.८	२६.१८	२४.३३	२१.५६	१५.०९	STEPS	३ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय
लक्ष्य ३.b.१: लक्षित जनसंख्याले राष्ट्रिय कार्यक्रम अनुसार सबै खोप पाएको अनुपात	८८	९०	९५	९५	९५	HMIS, NDHS	५ बर्ष	स्वास्थ्य मंत्रालय

१.६ प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७८

औचित्य

संविधानत: प्राप्त अधिकार क्षेत्र, संघिय नीति तथा कार्यक्रम, आवधिक योजना, दिगो विकास लक्ष्य, अन्तर्राष्ट्रिय र राष्ट्रिय प्रतिबद्धता, स्वास्थ्य क्षेत्रको अवस्था, समस्या र चुनौती समेत विश्लेषण गरी प्रदेशको स्वास्थ्य प्राथमिकता तय गरिएको छ। प्रदेशभित्र स्वास्थ्य क्षेत्रको सम्पूर्ण रणनीति र कार्ययोजनालाई दिशानिर्देश गर्न, नागरिकको स्वास्थ्यप्रति प्रदेश सरकारको राजनैतिक प्रतिबद्धतालाई प्रदेश स्वास्थ्य नीतिको दस्तावेजमार्फत सार्वजनिक गर्न, प्रभावकारी र विश्वसनीय स्वास्थ्य सेवामा प्रत्येक नागरिकको पहुँचलाई सुनिश्चित गरिएको छ।

निर्देशक सिद्धान्त

प्रदेश स्वास्थ्य नीतिका निर्देशक सिद्धान्त देहाय बमोजिम रहेका छन :

- समतामूलक र गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवामा सहज, सुलभ र समान पहुँच
- सामाजिक स्वस्थ्य सुरक्षा र स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी अभिवृद्धि
- निजी, गैरसरकारी तथा अन्तर सरकारी सहकार्य, समन्वय र साझेदारी
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुशासन, जवाफदेहिता र जनसहभागिता
- सीमान्तकृत र पहुँच नपुगेका समुदायका लागि विशेष स्वास्थ्य सेवा र
- स्वास्थ्य सेवा विस्तार र सुदृढीकरण

भावी सोच

समृद्ध सुदुरपश्चिमका लागि स्वस्थ नागरिक

ध्येय

स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी अभिवृद्धि गर्दै प्रदेशका नागरिकको स्वस्थ रहन पाउने मौलिक हकको सुनिश्चितता गर्ने।

लक्ष्य

सामाजिक न्याय एवं जवाफदेहितामा आधारित स्वास्थ्य प्रणालीको माध्यमबाट गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सबै नागरिकको पहुँच र उपभोग सुनिश्चित गर्ने।

उदेश्य

- प्रवर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्क, उपचारात्मक र प्रशामक स्वस्थ्य सेवाको थप विस्तार गर्दै क्रमिक रुपमा स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचलाई हासिल गर्न
- स्वास्थ्यमा सामाजिक न्याय र समानताको अवधारणा सुनिश्चित गर्दै सीमान्तकृत र पहुँच नपुगेका समुदायमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुनिश्चित गर्न
- सबै तहमा प्रत्येक नागरिकले सहज रुपमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्नेगरी औषधि, उपकरण र दक्ष स्वास्थ्यकर्मी सहितको प्रविधिमैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रणाली सुनिश्चित गर्न
- सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा पद्धतिको सुदृढीकरण गर्दै निजी, सामुदायिक, सहकारी, गैर सरकारी क्षेत्रको सहकार्य सहित स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगनी वृद्धि गरी व्यक्तिगत व्ययभार कम गर्न
- स्वास्थ्य सेवालाई जनउत्तरदायी बनाउन सुशासन, जवाफदेहिता र जिम्मेवारीपन कायम गर्न
- स्वास्थ्यमा विपद् र महामारीबाट पर्न सक्ने असर न्यूनीकरण गर्न स्वास्थ्य क्षेत्रको संस्थागत क्षमता विकास गर्न

नीतिहरु

१. स्वास्थ्यमा सबैको पहुँचको अवधारणालाई साकार पार्न स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको विस्तार र सुदृढीकरण गर्दै समतामतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको सुनिश्चित गरिनेछ।

२. मौलिक चिकित्सा पद्धतिको रुपमा रहेको आयुर्वेद र वैकल्पिक चिकित्सा लगायतका स्वास्थ्य पद्धतिको संरक्षण, प्रवर्द्धन तथा विकास र विस्तार गरिनेछ।

३. स्वास्थ्य क्षेत्रमा आवश्यक पूर्वाधार, औषधि लगायतका स्वास्थ्य सामाग्रीहरुको निरन्तर उपलब्धता सुनिश्चित गरी आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणालीलाई सुदृढ गरिनेछ।

४. जनसंख्या, भूगोल र स्वास्थ्य समस्या अनुसार स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन, वितरण, परिचालन तथा व्यवस्थापन गरिनेछ।

५. स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुशासन कायम गर्न तथ्यमा आधारित योजना तर्जुमा गरी एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई थप सुदृढ बनाई नतिजामुखी स्वास्थ्य सेवाको सुनुश्चितता गरिनेछ ।

६. स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी वृद्धि गर्दै सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा कार्यक्रमलाई थप प्रभावकारी बनाईनेछ।

७. स्वास्थ्य क्षेत्रमा सार्वजनिक, निजी, गैर सरकारी र गैर स्वास्थ्य क्षेत्रको साझेदारी र सहकार्यलाई अभिवृद्धि गरी गुस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा विस्तार गरिनेछ।

८. बाल स्वास्थ्य सेवाको विस्तार र सुदृढीकरणका साथै सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारको सुनिश्चितता गरिनेछ।

९. स्वास्थ्यवर्द्धक खाद्य पदार्थको उत्पादन, प्रवर्द्धन, पहुँच र प्रयोगमा अभिवृद्धि गरी गुणस्तरीय पोषण सेवाको सुनिश्चितता गरिनेछ।

१०. नसर्ने रोग न्युनिकरण तथा नियन्त्रणका लागि स्वस्थ जीवनशली प्रवर्द्धन गर्दै आवश्यक स्वास्थ्य सेवाको विकास र विस्तार गरिनेछ।

११. संक्रामक, किटजन्य र जुनोटिक रोगहरुको रोकथाम, नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन गरिनेछ।

१२. स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखा पर्ने आपतकालीन अवस्था, विपद र महामारीको प्रभावकारी नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन गरिनेछ।

१३. प्रभावकारी स्वास्थ्य शिक्षा र संचारको माध्यमबाट गलत सामाजिक अभ्यासलाई न्यूनीकरण गरी नागरिकहरुको स्वस्थ आनीबानी र अभ्यासको प्रवर्द्धन गर्न उपयुक्त वातावरणको सुनिश्चितता गरिनेछ।

१४. अव्यवस्थित बसाई सराई, सहरीकरण तथा प्रतिकूल वातावरणबाट मानव स्वास्थ्यमा पर्ने असरको व्यवस्थापन गरिनेछ।

१५. प्रदेशको अर्थतन्त्रलाई योगदान पुग्ने गरी स्वास्थ्य पर्यटनको विकास र प्रबर्द्धन गरिनेछ।

१.७ नेपाल जनसांख्यिक सर्वेक्षण २०२२ का केही तत्थ्यहरु

तालिका नं. ४: नेपाल जनसांख्यिक सर्वेक्षण २०२२ का केही तत्थ्यहरु

क्र.सं.	सुचक	२०२२ को अवस्था	SDG २०३० को लक्ष्य
१	नवशिशु मृत्यु दर (प्रति हजारमा)	२१	१२
२	१ बर्षमुनिको शिशु मृत्यु दर (प्रति हजारमा)	२८	२१
३	५ वर्षमुनिको बच्चाको मृत्यु दर (प्रति हजारमा)	३३	२५
४	मातृ मृत्यु दर (प्रति लाखमा)	१५१	७०
५	५ बर्षमुनिका बच्चामा पुड्कोपना दर (प्रतिशत)	२५	१५
६	५ बर्षमुनिका बच्चामा कम तौल दर (प्रतिशत)	१९	१०
७	५ बर्षमुनिका बच्चामा ख्याउटेजना दर (प्रतिशत)	८	४
८	६ महिनाभित्रका स्तनपान मात्र गराईएका बच्चा दर (प्रतिशत)	५६	>९०
९	दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट गरिएको प्रसुति दर (प्रतिशत)	८०	>९०
१०	प्रजनन उमेरका महिलाहरूमा हुने रक्तअल्पता दर (प्रतिशत)	३३	१०

खण्ड २: परिवार कल्याण कार्यक्रम

२.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

वि.सं. २०३४ सालमा बिफर उन्मूलन भए पश्चात् नेपालमा विस्तारित खोप आयोजनाको रुपमा खोप कार्यक्रम केही जिल्लाबाट संचालन गरिएको हो। यस कार्यक्रमले शुरुमा बि.सि.जी., र डि.पि.टी. खोप शुरु गरी २०३६/३७ सालमा पोलियो, टि.टि. थप गरी क्रमशः २०४५ सालमा नेपालका सबै जिल्लामा विस्तार गरिएको थियो। विस्तारित खोप कार्यक्रम अन्तर्गत ६ वटा रोगहरु क्षयरोग, भ्यागुते रोग, धनुष्टंकार, लहरे खोकी, पोलियो र दादुरा विरुद्ध समावेश गरिएकोमा क्रमश वि.सं. २०६० सालमा हेपाटाईटिस बि, २०६४ सालमा जापानिज ईन्सेफलाईटिस र २०६६ सालमा हेमोफिलस ईन्फुलुन्जा खोप थप गरिएको थियो। वि.सं.२०७१ सालमा सुईबाट दिईने पोलियो खोप (एफ.आई.पि.भि.) तथा न्युमोकोकल खोप तथा २०७७ सालमा रोटा खोप र २०७९ मा टाइफाइड खोपको शुरुवात समेत गरि हाल १३ वटा खोप प्रदान गरिन्छ। यी खोपहरु संस्थागत, वाह्य र घुम्ती क्लिनिक मार्फत संचालन गरिन्छ।

लक्ष्य

- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरु बिरुद्ध विभिन्न खोपहरु प्रदान गरी ती रोगहरु लाग्ने दर, रोगहरुको कारणबाट हुने अपाङ्गता दरर रोगहरुको कारणबाट हुने बाल मृत्यु दरमा उल्लेखनीय रुपमा कमी ल्याउने हो।

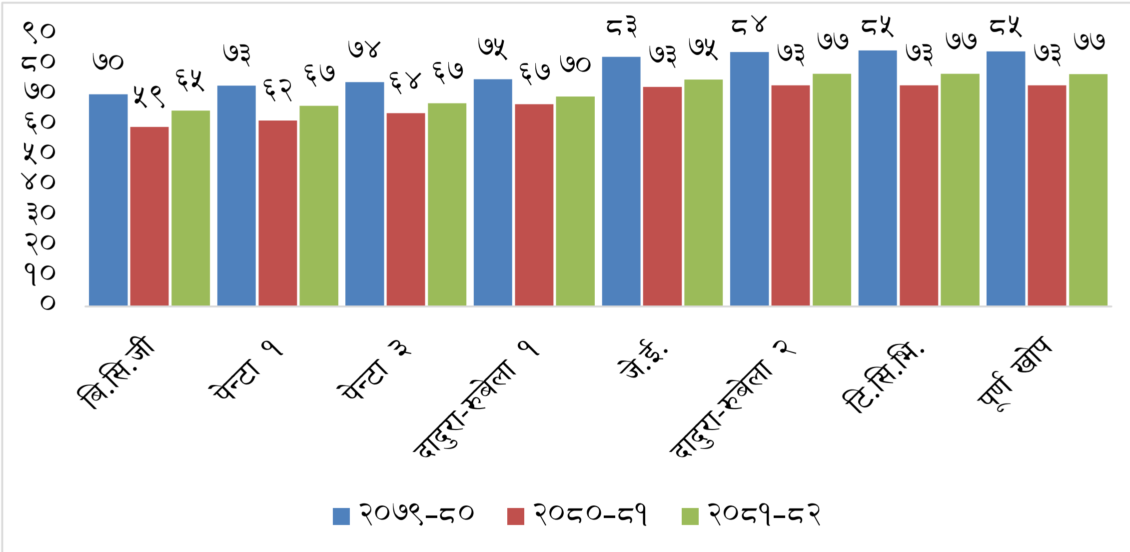
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तरगत आ.व. २०८१/८२ अछाम जिल्लामा सञ्चालित क्रियाकलायपहरु

- अछाम जिल्लामा २४१ वटा खोप केन्द्रहरु मार्फत १३ वटा आधारभुत एन्टिजन रहेका खोप सेवा प्रदान
- कोभिड १९ र एच.पि.भी. खोप अभियान सञ्चालन
- निर्देशिकाअनुसार पूर्णखोप जिल्ला सुनिश्चितता तथा दिगोपना घोषणा
- आधारभुत खोप तालिम तथा खोपसम्बन्धि शुक्ष्म कार्ययोजना अभिमुखीकरण तथा कार्ययोजना निर्माण
- नियमित खोप अनुगमन तथा स्थलगत अनुशिक्षण

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको उपलब्धी

चित्र नं. २ अनुसार अन्तिम तीन आ.व.को खोप कभरेज देखाईएको छ। आ.व. २०८१/८२ मा कुनै पनि एन्टिजेनको कभरेज ९०% भन्दा बढी हुन सकेको छैन। पूर्णखोपको सुनिश्चितता गर्दा केहि बालबालिका खोप लगाउन छुटेको भए पनि निर्देशिकाअनुसार खोप लगाई पूर्ण खोप सुनिश्चितता गरिएको छ। छुट हुन गएका बालबालिकाहरु भारतमा भएका कारण छुटेको देखिन्छ। अछाम जिल्लाको कभरेज कम देखिनुमा घट्दो जनसंख्या दर अनुसार लक्ष्य निर्धारण हुन नसक्नु, रोजगारीका

लागि बढ्दो अस्थाई बसाइसराई आदि मुख्य छन्। सबै एन्टिजनहरुको कभरेज हेर्दा घट्दो क्रममा रहेको देख्न सकिन्छ।



चित्र नं. २: खोप कभरेज

स्थानीय तह अनुसारको खोपको कभरेज विश्लेषण

तलको तालिका नं. ५ अनुसार आ.व. २०८१/८२ मा स्थानीय तह अनुसारको विभिन्न खोपको कभरेज, राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार पूर्ण खोप लगाउने बालबालिकाहरुको प्रतिशत, ड्रप आउट दर र भ्याक्सिन खेर जाने दर दिईएको छ।

तालिका नं. ५: स्थानीय तह अनुसारको खोपको कभरेज र अन्य विश्लेषण

आ.ब.२०८०/८१ सुचकहरु	पंचदेवल	रामारोशन	मेल्लेख	साँफेबगर	चौरपाटी	मंगलसेन	बान्नीगढी	कमलबजार	ढकारी	तुर्माखाँद	अछाम
बिसिजी कभरेज	६	६	६	६	७	६	४	५	८	७	६
पेन्टा (DPT-HepB-Hib) १ कभरेज	६	६	६	५	७	५	४	६	८	७	६
१२-२३ महिना सम्मका बालबालिकामा दादुरा रुबेला दोस्रो मात्राको कभरेज	७७	७२	७९	६७	७८	७१	७२	७९	९६	७९	७७
१२ देखि २३ महिना सम्मका बालबालिकामा जापानिज इन्सेफ्लाइटिस खोप कभरेज	७४	६९	८०	६३	७५	६८	६९	७७	१०१	७५	७५
टाईफाईड खोप कभरेज	७	७	७	६	७	७	७	७	९	७	७

आ.ब.२०८०/८१ सुचकहरु	पंचदेवल	रामारोशन	मेल्लेख	साँफेबगर	चौपाटी	मंगलसेन	बान्नीगढी	कमलबजार	ढकारी	तुर्माखाँद	अछाम
राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसारपूर्ण खोप प्राप्त गर्ने बालबालिकाको प्रतिशत	७७	७२	७८	६७	७८	७०	७२	७९	९७	७९	७७
टि.डी २ र २+ पाउने गर्भवती महिलाको प्रतिशत	४६	५८	५९	४२	६२	४७	४४	४८	७२	५३	५३
ड्रपआउट DPT-HepB-Hib १ vs DPT-HepB-Hib ३	२	१	१	-२	-१	-७	०	२	-५	-२	-१
ड्रप आउट DPT-HepB-Hib १ vs MR २	-१४	-७	-१५	-१२	-५	-१३	-४२	-१४	-५	-२	-११
बि.सि.जि खोपको खेरजाने दर	८	८	८	९	९	८	९	९	८	८	८
DPT-Hep B-Hib खोपको खेरजाने दर	२६	३४	३३	५७	३३	५१	५७	४३	३३	३३	४०
Measles/Rubella खोपको खेरजाने दर	५२	६२	६०	७२	७०	६२	७३	६९	४९	६८	६४
JE खोपको खेरजाने दर	४	५	५	६	६	५	६	५	४	६	५
TD खोपको खेरजाने दर	५	४	४	७	४	६	६	६	४	५	५
PCV खोपको खेरजाने दर	१	१	१	२	१	२	३	१	१	२	१

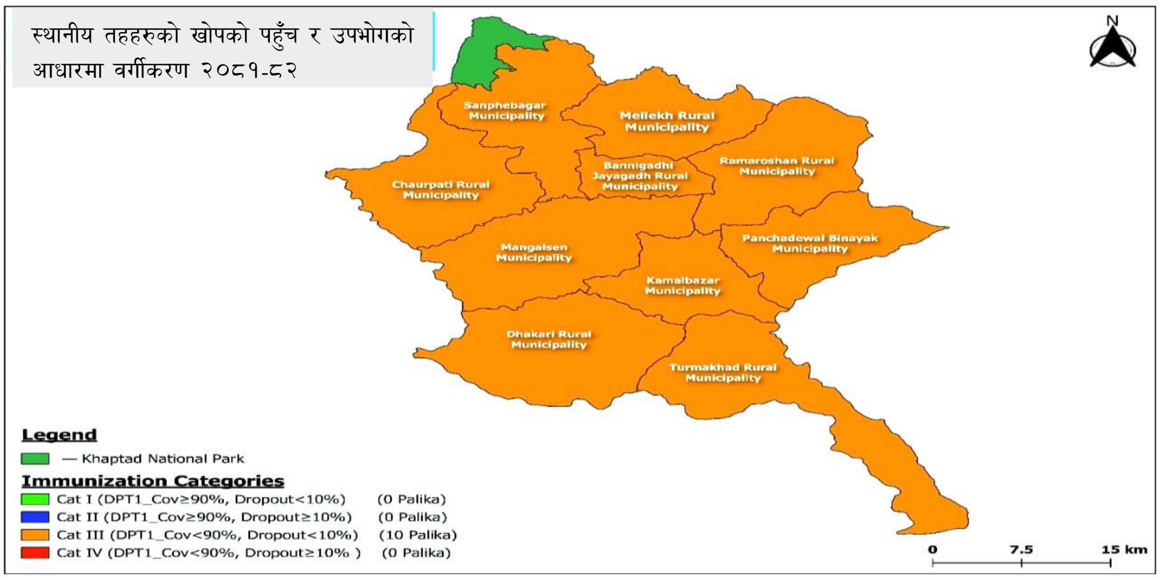
स्थानीय तहहरुको बर्गीकरण

जिल्लाका जम्मा १० वटा स्थानीय तहहरुको खोप कार्यक्रमको Categorization निम्नानुसार रहेको छ। Categorization मा पेन्टा १ को कभरेज र पेन्टा १ vs दादुरा/रुबेलाको दोस्रो मात्राको ड्रप आउट दरका आधारमा हेरिन्छ। यसरी हेर्दा खोप कार्यक्रमलाई जम्मा ४ वटा Catagory मा बर्गिकरण गरिएको छ।

तालिका नं. ६ खोप कार्यक्रमको बर्गीकरण मापदण्ड

S.N.	Category	Coverage (Penta 3)	Drop Out (Penta 1 vs MR2)	Remarks
1	Category I	>90%	<10%	White
2	Category II	>90%	>10%	Green
3	Category III	<90%	<10%	Yellow
4	Category IV	<90%	>10%	Red

चित्र नं. ३ को नक्सा अनुसार आ.व. २०८१/८२ मा अछाम जिल्लाका सबै १० वटा स्थानीय तह Category III मा रहेका छन्। पेन्टा पहिलो खोप लगाउने भन्दा दादुरा-रुबेला २ लगाउनेको संख्या बढि देखिन्छ, यस्तो हुनुको कारण नकारात्मक जनसंख्या बृद्धि र स्थायी तथा अस्थाई बसाइसराईलाई मान्न सकिन्छ।



चित्र नं. ३: स्थानीय तहहरुको खोपको बर्गीकरण

तालिका नं. ७: एच.पी.भी.. खोप अभियान २०८१-८२ प्रतिवेदन

स्थानीय तह	खोप पाएका ६ कक्षाका छात्राहरु	खोप पाएका विधालय नजाने १० वर्षका किशोरीहरु	खोप पाएका ७ देखि १० कक्षाका छात्राहरु	खोप पाएका विधालय नजाने ११ देखि १४ वर्षका किशोरीहरु	HPV खोप पाएका जम्मा संख्या	खोप पश्चात सामान्य खालका असर देखा परेको संख्या	खोप पश्चात गम्भिर खालका असर देखा परेको संख्या
पञ्चदेवल विनायक नगरपालिका	३०३	०	१३००	४५	**१६४८**	०	०
रामारोसन गाउपालिका	३३३	०	१२२१	१२	**१५६६**	०	०
मेल्लेख गाउपालिका	३५४	१	१२६३	२०	**१६३८**	०	०
साँफेबगर नगरपालिका	३११	०	११४९	१०	**१४७०**	५	०
चौरपाटी गाउपालिका	२५८	३	८७०	२५	**११५६**	०	०
मंगलसेन नगरपालिका	३२१	०	१२२९	६१	**१६११**	०	०

स्थानीय तह	खोप पाएका ६ कक्षाका छात्राहरु	खोप पाएका विधालय नजाने १० वर्षका किशोरीहरु	खोप पाएका ७ देखि १० कक्षाका छात्राहरु	खोप पाएका विधालय नजाने ११ देखि १४ वर्षका किशोरीहरु	HPV खोप पाएका जम्मा संख्या	खोप पश्चात सामान्य खालका असर देखा परेको संख्या	खोप पश्चात गम्भिर खालका असर देखा परेको संख्या
बान्नीगढी जयगढ गाउपालिका	१२५	०	६९१	११	८२७	०	०
कमलबजार नगरपालिका	२६०	१	११४२	१८	१४२१	०	०
ढकारी गाउपालिका	२६७	११	८४४	८४	१२०६	०	०
तुर्माखाँद गाउपालिका	३५७	१	१०२७	१५	१४००	०	०
अछाम जम्मा	**२८८९**	**१७**	**१०७३६**	**३०१**	**१३९४३**	**०**	**०**

पूर्ण खोप सुनिश्चितता घोषणा कार्यक्रम

पूर्ण खोप घोषणाको अवधारणा सहित कार्यान्वयन गर्ने नेपालकै पहिलो जिल्ला अछाम हो। अछाम जिल्ला २०७१ साल भाद्र २८ गते नेपालको पहिलो पुर्ण खोप जिल्ला घोषणा भएको जिल्ला हो। यस आ.व.मा स्थानीय तह हुदै तलको तालिका नं. ८ अनुसार पुर्ण खोप सुनिश्चितता घोषणा गरिएको थियो।

तालिका नं. ८: पूर्ण खोप सुनिश्चितता घोषणा मिति

क्र.स.	स्थानीय तहको नाम	पूर्ण खोप घोषणा मिति	कैफियत
१	मंगलसेन नगरपालिका	२०८२/०३/०४	
२	साँफेबगर नगरपालिका	२०८२/०३/०१	
३	रामारोशन गाउपालिका	२०८२/०३/०८	
४	बान्निगढी जयगढ़ गाउपालिका	२०८२/०३/०६	
५	मेल्लेख गाउपालिका	२०८२/०२/२९	
६	चौरपाटी गाउपालिका	२०८२/०३/१०	
७	पञ्देवल विनायक नगरपालिका	२०८२/०३/०७	
८	तुर्माखांद गाउपालिका	२०८२/०३/२३	
९	ढकारी गाउपालिका	२०८२/०३/१२	
१०	कमलबजार नगरपालिका	२०८२/०३/१२	
अछाम जिल्ला घोषणा मिति		२०८२/०३/२७	

खोप कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु

बार्षिक समीक्षाका आधारमा जिल्लामा खोप कार्यक्रममा तलको तालिका अनुसारका समस्या चुनौती र सुझावहरु रहेका छन्।

तालिका नं. ९ खोप कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु

क्र.स.	समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझाबहरु	कै
१	खोप केन्द्रका भवन अभाव तथा भएको ठाउँमा समेत व्यबस्थापन हुन नसक्नु ।	खोप केन्द्रका भवनका लागी प्राथमिकताका साथ स्थानीय, प्रदेश र संघियले योजना बनाई कार्यान्वयन गर्नु पर्ने । बनी सकेको भवनहरुको व्यबस्थापनमा स्थानीय तहले उच्च प्राथमिकता दिई लाग्नु पर्ने ।	
२	कोल्ड चेन सब सेन्टरका स्वास्थ्यकर्मी र खोप कार्यकर्तालाई cold chain maintainence र proper vaccination तालिम अभाव	खोप सम्बन्धि ज्ञान र सिपको अभिवृद्धि गर्ने किसिमका कार्यक्रमहरु संचालन गर्नुपर्ने	
३	बसाईसराई र बैदेशिक रोजगारी (भारत) जानेले गर्दा भ्याक्सिन खेर जाने, ड्रप आउट हुने गरेको	खोप कार्यक्रमको नियमित रुपमा कम्तिमा प्रत्येक ३ महिनामा प्रभावकारी सुक्ष्म योजना (Microplanning) गर्नुपर्ने।	

२.२ समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा हुने कुल मृत्युदको ७० प्रतिशत भन्दा बढी मृत्यु पाँचवटा प्रमुख रोग तथा अवस्था (न्युमोनिया, मलेरिया, पखाला, कुपोषण र दादुरा) को कारणले हुने गरेको कुरा संसारभरको अध्ययनले देखाएको छ। विभिन्न स्थानमा गरिएको अध्ययनहरुले स्वास्थ्य सेवा लिन आउने बिरामी शिशुहरुमध्ये प्रत्येक चार जनामा तिन जना शिशुहरु पाँचवटा रोग मध्ये कुनै एक रोगबाट पिडित भएको देखिएको छ। साथै धेरैजसो बिरामी शिशुहरु एक भन्दा वढी रोगबाट पिडित हुनेगरेको पाइएको छ।त्यस्तैगरी, नेपालमा सन २०१३ मा गरिएको अध्ययन (Verbal Autopsy to Ascertain Causes of Neonatal Deaths in Nepal) अनुसार नवजात शिशुका मृत्यूका मूख्य कारणहरु सङ्क्रमण, जन्मदा सास नफेर्नु वा नरुनु (अक्सिजनको कमीले हुने अचेत अवस्था), समय अगावै हुने जन्म तथा कम जन्म तौल रहेका छन्।

पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरुको एकीकृत रुपमा समस्या पहिचान गर्ने, मूल्याङ्कन गर्ने र वर्गीकरण गरि त्यसैको आधारमा उक्त रोगहरुको उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने प्रणालीलाई CB-IMNCI भनिन्छ।

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (Community-Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness) कार्यक्रमको मुख्य उदेश्य पाँचवर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा प्रायःजसो देखिने रोग तथा अन्य स्वास्थ्य समस्याहरुको उपचार तथा व्यवस्थापन गरी त्यसबाट हुने मृत्यु दर घटाउनु हो। यो उमेर समुहका बालबालिकाहरु मध्ये नवजात शिशु अझबढी जोखिममा हुने भएकोले सुरक्षित तरिकाले सुत्केरी गराउने, नवजात शिशुको अत्यावश्यक स्याहार गर्ने जस्ता पक्षलाई यो कार्यक्रमले विशेष महत्व दिएको छ। यो कार्यक्रम विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको संलग्नतामा सञ्चालन गरिने भएकोले यसलाई समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम नामाकरण गरिएको हो।

कार्यक्रमको लक्ष्य

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

कार्यक्रमका उद्देश्यहरु

- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहारलाई प्रबर्द्धन गरी नवजात शिशुहरुमा हुने बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।

- नवजात शिशुहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरुको व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।
- ५ वर्षमुनिका बालबालिकामा हुन सक्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्या तथा रोगको उचित व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।

रणनीतिहरु

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

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (CB-IMNCI)कार्यक्रम अन्तरगतका सेवाहरु

नेपालमा सन १९९७ देखि सुरु भएको CB-IMCI कार्यक्रम तथा सन २००९ मा शुरु भएको CB-NCP कार्यक्रमलाई समायोजन गर्दै CB-IMNCI कार्यक्रम प्याकेजको विकास गर्ने स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मिति २०७१/६/२८ को निर्णयानुसार यो समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (CB-IMNCI) कार्यक्रम प्याकेजको विकास गरिएको छ।

यस कार्यक्रमले पाँच वर्षमुनिका बालबालिका तथा नवजात शिशुहरु बिरामी हुने मुख्य कारणहरुलाई सम्बोधन गर्दछ र बिरामी भएको अवस्थामा सो रोगको समयमै व्यवस्थापन तथा उपचार गर्ने कार्य गर्दछ। यस कार्यक्रम अन्तर्गतका सेवाहरुलाई मुख्य रुपमा दुई भागमा विभाजन गरिएको छ।

नवजात शिशु केन्द्रित सेवाहरुः

- स्वास्थ्य संस्थामै प्रसूती गराउन प्रवद्र्धन गर्ने।
- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहार तथा प्रसुती पश्चात स्वास्थ्यकर्मीद्वारा नवजात शिशु रसुत्केरी आमाको नियमित जाँच।
- ०-५९ दिनको बच्चामा व्याक्टेरीयको सम्भावित गम्भीर संक्रमण तथा स्थानीय संक्रमणको व्यवस्थापन
- जन्मदा सास नफेरेको वा नरोएको शिशुको पहिचान तथा व्यवस्थापन

- जन्मदै कम तौल भएको शिशुको मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन
- शिताङ्गको रोकथाम, मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन
- दुई महिनादेखि पाँचवर्ष सम्मका बालबालिकाहरुमा हुने रोगहरुको एकीकृत व्यवस्थापनमा व्यवस्थापन गरिने रेगहरू
- श्वासप्रश्वास रोग
- पखाला
- दादुरा
- कुपोषण
- मलेरिया

आ.व. २०८१/८२ मा सम्पादित क्रियाकलापहरुः

- समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन तालिम
- समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन CB-IMNCI, व्यबस्थापनमा ज्ञान तथा सिप अभिबृद्धि गर्न स्थलगत अनुशिक्षण तथा तालिम पश्चातको अनुगमन

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमका सूचकहरुको अवस्थाः

तलको तालिका नं. १० अनुसार, अछाम जिल्लामा दुई देखि ५९ महिना सम्मका प्रति हजार बालबालिकाहरुमा स्वासप्रस्वास रोग को दर अस्थिर र निमोनिया दर घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ। त्यस्तै झाडापखाला लाग्ने दरमा निरन्तर सुधार भैरहेको देखिन्छ। प्रोटोकल अनुसार PSBI विरामीलाई जेन्टामाईसिनबाट उपचार र झाडापखालाका विरामीलाई ORS/Zinc बाट उपचार गरेको दर २०८१/८२ मा सुधार भएको देखिन्छ। तर सेवा लिन आएका २ महिना मुनिका नया दर्ता भएका शिशुमा PSBI को प्रतिशत अघिल्लो दुई वर्षमा यथास्थितिमा १४% रहेको देखिन्छ र यस आर्थिक वर्षमा १३% रहेको छ । मृत जन्म संख्या यस आर्थिक वर्षमा अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा वृद्धि भई ३६% बाट ३९% भएको देखिन्छ।

तालिका नं. १०: नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवस्था

सि.न.	सूचकहरु	प्रगति		
		आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
१	२ महिना मुनिका नयाँ दर्ता भएका बिरामी बच्चा मा PSBI केस प्रतिशत	१४	१४	१३
२	PSBI भएका शिशुले जेन्टामाईसिन सुई लिएको प्रतिशत	९७	९६	९८

सि.न.	सूचकहरु	प्रगति		
		आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
३	PSBI भएका शिशुले पुर्ण जेन्टामाईसिन सुई लिएको प्रतिशत	८८	९१	८८
४	प्रत्ति हजारमा ५ बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको श्वासप्रश्वास रोग लाग्ने दर	१२८१	१०८७	११३४
५	निमोनिया प्रकोप दर प्रति हजार	८२	७७	८८
६	एन्टिबायोटिक बाट उपचार गरेका ५ बर्ष सम्मका निमोनिया बिरामीहरुको प्रत्तिशत (Amoxicillin)	१००	१००	१००
७	प्रति हजारमा ५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको झाडापखाला लाग्ने दर	६३२	५३७	४८४
८	जम्मा दर्ता झाडापखालाका बिरामीमध्ये जलवियोजन प्रतिशत	५	४	६
९	जिंक र ओ.आर.एस्. बाट उपचार गरेका झाडापखालाका जम्मा बिरामीहरुको प्रतिशत	१००	१००	९९
१०	मृत जन्मको संख्या	५९	३६	३९

नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापनकार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु

बार्षिक समीक्षा का आधारमा जिल्लामा समुदायमा आधारित वालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रममा तलको तालिका अनुसारका समस्या चुनौती र सुझावहरु रहेका छन्।

तालिका नं. ११: नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापनका समस्या, चुनौती र सुझाब

समस्या तथा चुनौतीहरु	**सुझाबहरु**	**कैफियत**

• निर्देशिका तथा प्रोटोकलअनुसार बिरामी व्यबस्थापन तथा अभिलेख प्रतिवेदनमा समस्या। • नवशिशु ब्यवस्थापनका लागी आबश्यक सामाग्रीहरुको अभाव। • तथ्यांकमा एकरुपता नहुनु।	• स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम तथा स्थलगत अनुशिक्षण नियमित रुपमा गनुपर्ने। • बर्थिङ् सेन्टरमा आबश्यक सामाग्रीहरुको ब्यवस्थापन गर्नु पर्ने। • स्थलगत अनसाईट कोचिङ् गर्नु पर्ने।	

२.३ पोषण कार्यक्रम

परिचय

अन्तर्राष्ट्रिय रुपमा नै कुपोषणको समस्यालाई निराकरण गर्ने कार्यलाई सामाजिक, आर्थिक तथा मानवीय विकासका साथै दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्ने आधारको रुपमा लिइएको छ। न्युन पोषणको समस्याले बालबालिकाको शारीरिक, मानसिक, तथा संवेगात्मक विकासमा बाधा पुर्याई देशको समग्र सामाजिक, आर्थिक तथा मानवीय विकासमा प्रतिकुल प्रभाव पर्दछ तथा शिशु अवस्था वा वाल्यकालमै मृत्यू हुने जोखिममा बृद्धि हुन्छ भने जिवित रहेकाहरुको समेत क्षमताको क्षय हुन्छ। यसका असरहरु गम्भिर हुन्छन्, जसलाई परिवर्तन गर्न सकिंदैन र जीवनभर रहन्छन्। विश्वमा पांच वर्ष मुनिका करिव ४५ प्रतिशत बालबालिकाको मृत्यु कुपोषण को कारणले हुने गरेको अध्ययनहरुले देखाएका छन् (Lancet Child Health and Nutrition Series,2013)। नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण, २०१६ अनुसार नेपालका पाँच वर्षमुनिका बालबालकिाहरुमा ३६ प्रतिशत पुड्कोपन, २७ प्रतिशत कम तौल तथा १० प्रतिशत ख्याउटेपन रहेको छ।त्यसैगरी ६ देखि ५९ महिनाको बालबालिकामा ५३ प्रतिशत, १५ देखि १९ बर्ष भित्रका किशोरीहरुमा ४४ प्रतिशत रक्त अल्पताको समस्या रहेको छ। साथै प्रजनन् (१५–४९ वर्ष) उमेरसमुहका महिलाहरुमा ४१ प्रतिशत रक्त अल्पताको समस्या तथा १७ प्रतिशत दीर्घ शक्तिको कमि रहेको अवस्था छ। (NDHS 2016)

विगतको तुलनामा नेपालले पोषणको क्षेत्रमा केहि प्रगति गरेको देखिन्छ। बालबालिका, महिला तथा किशोर किशोरीहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्न विगत लामो समय देखि विभिन्न प्रयासहरु हुँदै आएको देखिन्छ। यसै सन्दर्भमा नेपालको संविधानले प्रत्येक नागरिकलाई खाद्य सम्बन्धी हक हुने व्यवस्था गरेको अवस्था छ।सन १९७० को दशक देखि विभिन्न पोषण सर्वेक्षण, आवधिक योजनामा पोषणलाई प्राथमिकता, राष्ट्रिय पोषणनीति तथा रणनीति (२००४) को विकास, सर्वेक्षणको आधारमा बालबालिकालाई भिटामिन ए क्याप्सुल र बहुसुक्ष्म तत्व (बालभिटा) तथा गर्भवतीर सुत्केरी महिलालाई आइरन फोलिक एसिड चक्कि वितरण लगायत कुपोषणको समस्यालाई सम्वोधन गर्न

बहुक्षेत्रिय 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 (Scalling up Nutrition) अभियानको माध्यमबाट पोषण सम्बन्धी बानी व्यवहारलाई सकरात्मक दिशा तर्फ रुपान्तरण गर्न आवस्यक छ।

बहुक्षेत्रियपोषण योजना २ ले निर्दिस्ट गरे अनुसार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालयले बालबालिका, किशोर किशोरी, तथा महिलाहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्न पोषण लक्षित कार्यक्रमहरु संचालन गर्दै आएकोले सो कार्यक्रमहरु सुचारु ढङ्गले गर्न ससर्त कार्यक्रम मार्फत प्रदेश तथा स्तानिय तहमा बजेट तथा कार्यक्रम ब्यवस्थापन गरिएको छ।

पोषण कार्यक्रमको लक्ष्य तथा उदेश्यहरु

- ५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरु र प्रजनन उमेरका महिलाहरुमा हुने सुष्मपोषक तत्वको कमिले हुने कुपोषण (Protein-Energy Malnutrition) लाई कम गर्ने।
- मातृ पोषण सुधार गर्ने।
- किशोरी, महिला र बच्चाहरुमाहुने रक्ताल्पताको ब्याप्ततालाई कम गर्ने।
- आयोडिनको कमि र र भिटामिन ए को कमि बाट हुने Disorder उन्मूलन गर्ने र सोको दिगोपन कायम गर्ने।
- बालबालिकाहरु र महिलाहरुमा जुकाको प्रकोप कम गर्ने।
- बालबालिकामा हुने कम तौल को ब्यापकता कम गर्ने।
- घरायसी खाद्य सुरक्षाको सुधार, प्रयाप्त मात्रामा खाद्यन्नको पहूच तथा उपलब्धता द्वारा गरि प्रत्येक नगरिकले स्वस्थ्य जिवन यापन गर्ने।
- असल खानपानको व्यवहार लाई प्रर्वधन गरि सम्पूर्ण नागरिको पोषण स्थीतिमा सुधार ल्याउने।
- संक्रामक रोगहरुको रोगथाम र नियन्त्रण गरी पोषण स्थीतिमा सुधार गर्ने र बाल मृत्यू दर घटाउने।

जिल्लामा पोषणसंग सम्वन्धित कार्यक्रमहरु

- मातृशिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (M YCN)
- बृद्धि अनुगमन तथा परामर्श
- आईरनको कमीबाट हुने एनिमियाको नियन्त्रण
- भिटामिन ए को कमीको उपचार, रोकथाम र नियन्त्रण
- आयोडिनको कमीबाट हुने बिकृतिको रोकथाम
- जुकाको औषधिद्धारा परजिबिहरुको नियन्त्रण
- बिद्यालयस्वास्थ्य तथा पोषण शिक्षा कार्यक्रम
- बहुक्षेत्रिय पोषण योजना

- शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन (IMAM)
- समुदायमा आधारित शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बहूसुक्ष्म पोषण तत् (बालभिटा) सामुदायिक प्रर्वधन कार्यक्रम (IYCF-MNP)
- बहूसुक्ष्म पोषक तत्व वितरण कार्यक्रम (Vit A, Deworming, Iron, Iodine)
- किशोरीहरुलाई आईरन फोलिक एसिड वितरण कार्यक्रम
- स्वस्थ बच्चा प्रतिष्पर्धा कार्यक्रम

सन् २०१२ मा सम्पन्न विश्व स्वास्थ्य सभाले तोकेको सन् २०२५ सम्ममा हासिल गर्नुपर्ने पोषणसम्बन्धी विश्वव्यापी लक्ष्यहरुसाथै दिगो विकास सम्बन्धि लक्ष्य, बहुक्षेत्रिय पोषण योजना २०२२ को लक्ष्यका साथैनेपाल र सुदूरपश्चिम प्रदेशको अवस्था देहायको तालिकामा दिएको छ।

तालिका नं. १२: पोषण कार्यक्रम का लक्ष्यहरु

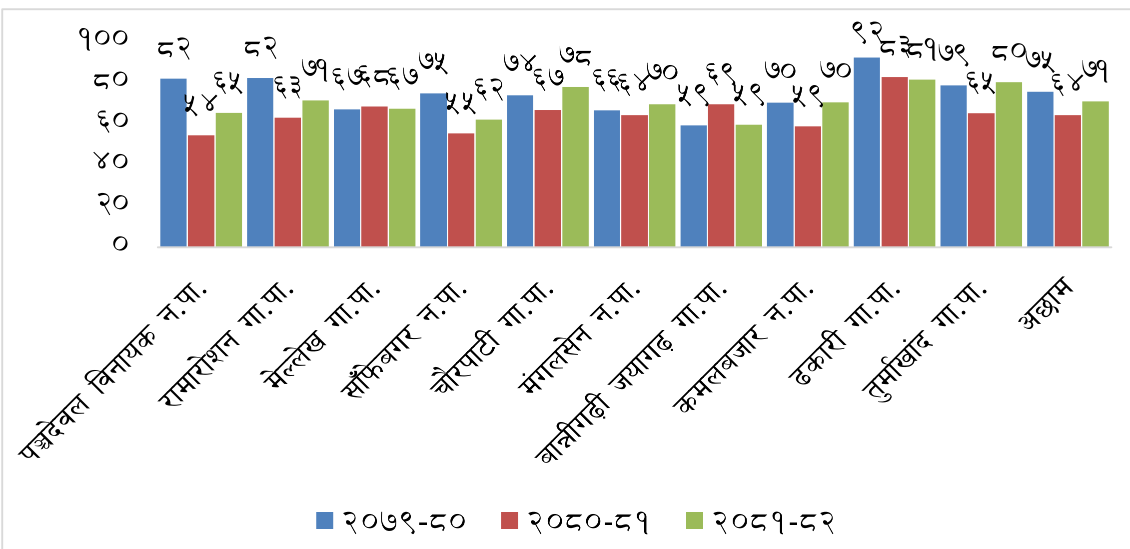
सुचकहरू	सुदूरपश्चिम प्रदेशको अवस्था	राष्ट्रिय अवस्था*	दीगो बिकास लक्ष्यहरु		
			MSNP 2022	WHA 2025	SDG 2030
पाँच बर्ष मूनिका बालबालिकामा पुड्कोपना	३६	३६	२८	२४	१५
पाँच बर्ष मूनिका बालबालिकामा ख्याउटेपना	९	१०	७	<५	४
कम तौल भएका ५ बर्ष मुनिका बालबालिका	२८	२७	२०	१५	१०
जन्मिदा कमतौल भएका बालबालिकाको प्रतिशत	२०	१२	१०	≤१.४	≤१.४
पूर्ण स्तनपान गरेका बालबालिका	NA	७०	८०	८५	९०
शिशु तथा बाल्यकालीन पोषणले सिफारिस (IYCF) गरेको व्यबहारका आधारमा खाना खाने गरेका बालबालिकाहरु	NA	३६	६०	७०	८०
पाँच बर्ष मुनिका बालबालिकामा रक्तअल्पता	५०	५३	२८	२०	<१५
प्रजनन उमेरका समुहका महिलाहरुमा रक्तअल्पता	३९	४१	२४	२०	<१५

सुचकहरू	सुदूरपश्चिम प्रदेशको अवस्था	राष्ट्रिय अवस्था*	दीगो बिकास लक्ष्यहरु		
			MSNP 2022	WHA 2025	SDG 2030
महिलाहरुमा BMI (<१८.५ किलो/मि.२)	२२	१७	१२	८	<५
महिलाहरुमा मोटोपन	९	२२	१८	१५	<१२

स्रोतः नेपाल जनसांख्यिकी तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०१६

पोषण कार्यक्रमका सुचकहरुको अवस्थाः

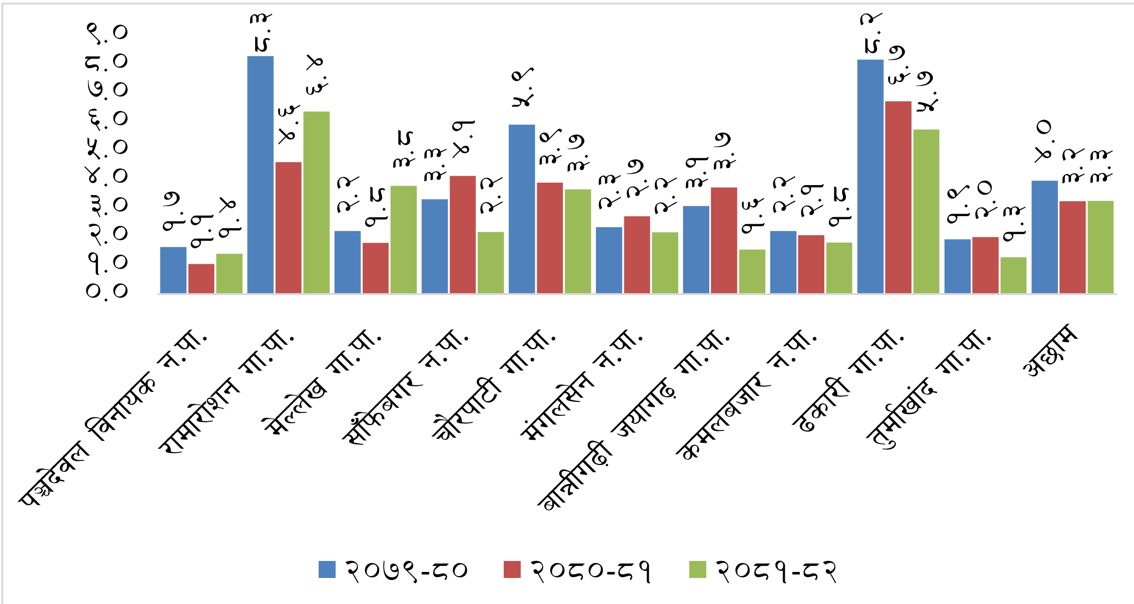
चित्र नं. ४ अनुसार, जिल्लामा ० देखि ११ महिना सम्मका बालबालिकहरुको बृद्धि अनुगमन गत आ.व. को तुलनामा यस आ.व. मा एघार प्रतिशतले घटेको देखिन्छ। स्थानीय तहहरु मध्ये सबैभन्दा बढी बृद्धि अनुगमन दर ढकारी गा.पा. (८१%) र सवै भन्दा कम बान्नीगढी जयगढ गाउँपालिका (५९%) मा रहेको छ। खोप लगाउन स्वास्थ्य संस्था आएका बालबालिका सबैलाई बृद्धि अनुगमन तथा प्रबर्द्धन कार्यक्रममा समय मै ल्याउन सकिएको छैन । बृद्धि अनुगमन कार्यक्रम कुपोषणको समस्या चाँडो पत्ता लगाउनमा र समाधान गर्नमा फलदायी देखिएको छ ।



चित्र नं. ४: ० देखि ११ महिनासम्मका बालबालिकाहरुको बृद्धि अनुगमन प्रतिशत

चित्र नं. ५ अनुसार, यस आ.व. मा कम तौल भएका बालबालिकाहरुको प्रतिसत ३.३ प्रतिशत रहेको छ, जुन आ.व. २०८०/८१ भन्दा ०.१ प्रतिशतले बढी हो। कम तौल भएका बालबालिकाको

प्रतिशत रामारोसन गाउपालिकामा सबैभन्दा बढी र त्यसपछि ढकारी गाउपालिकामा रहेको देखिन्छ जुन आ.व. २०८०/८१ मा ठिक उल्टा रहेको थियो । भने सबैभन्दा कम तुर्माखाँद गाउपालिकामा १.३% रहेको देखिन्छ।



चित्र नं. ५: ० देखि २३ महिनाका नया तौल लिएका बच्चामध्ये कुपोषितको प्रतिशत

पोषण सम्बन्धि सुचकहरु

तालिका नं. १३ अनुसार, यस आ.व. मा जिल्लामा ० देखि ११ महिनाका बालबालिकामा बृद्धि अनुगमन (७१%) मा पनि खोपको कभरेज जस्तै सुधार आएको देखिन्छ, जुन आ.व. २०८०/८१ मा ६४.२% रहेको थियो। २३ महिना पुरा गरेका बालबालिकाको औसत बृद्धि अनुगमन १६ पटक रहेको छ। शिशुलाई ६ महिना सम्म पुर्ण स्तनपान गराउने आमाको प्रतिशत ७९ छ जुन आ.व २०८०/८१ भन्दा १.१ % ले बढी हो। विगतका बर्षहरु भन्दा कडा शिघ्र कुपोषण निदान हुने बालबालिकाको संख्या यस आ.व.मा घटेको छ र कडा सिघ्र कुपोषण निको हुने दर ८०.५ प्रतिशत देखिन्छ। १८० आईरन चक्की प्राप्त गर्ने महिलाहरुको प्रतिशत पनि आ.व. २०८०/८१ को तुलनामा वृद्धि भएको देखिन्छ ।

तालिका नं. १३: पोषणका मुख्य सुचांकको स्थिति बिश्लेषण

सि. न.	सुचकहरू	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
१	० देखि ११ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको बृद्धि अनुगमन दर्ता गरेको प्रतिशत	७५.४	६४.२	७०.९
२	२३ महिना पुरा गरेकाका बालबालिकाहरुको औषत बृद्धि अनुगमन	१४.७	१६.१	१५.६
३	० देखि ६ महिना सम्मका बालबालिकाहरुको पूर्ण स्तनपान गरेको प्रतिशत	७५.४	८१.१	७९.०
४	१२ देखि २३ महिना सम्मका बालबालिकाहरुले नयाँ बृद्धि अनुगमनमा दर्ता भएको प्रतिशत	१२.३	३.७	६.१
५	गर्भवती महिलाहरुले १८० आईरन चक्की प्राप्त गरेको प्रतिशत	५९.६	४८.४	५४.०
६	कम तौल भएका २ बर्ष सम्मका बालबालिकाहरुको प्रतिशत	२.१	१.७	१.९
७	नयाँ वृद्धि अनुगमनमा दर्ता भएका १ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमध्ये कम तौल भएकाको प्रतिशत	१.५	१.३	१.४
८	कडा सिघ्र कुपोषण (SAM) निदान भएका बच्चा संख्या	१५९	९४	८४
९	काडा सिघ्र कुपोषण (SAM) निदान भएका बच्चामा निको हुने प्रतिसत	७९.४	८१.८	८०.५
१०	काडा सिघ्र कुपोषण (SAM) निदान भएका बच्चाको मृत्यु हुने संख्या	०.०	०.८	१.२
११	काडा सिघ्र कुपोषण (SAM) निदान भएका बच्चामा उपचार छोड्ने प्रतिसत	८.०	९.१	८.५

समस्या र चुनौतीः

तालिका नं. १४: पोषण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझाबहरु	कैफियत
• गाउघर क्लिनिकहरुमा नियमित बृद्धि अनुगमन नभएको, यसमा पनि १ वर्ष माथिका बालबालिका नयाँ बृद्धि अनुगमनमा आउने गरेको।	• खोप लगायतका सेवा लिन आएका बालबालिकाहरुलाई बृद्धि अनुमनमा ल्याउने र गाउँघर क्लिनिकमा अनिवार्य रुपमा बृद्धि अनुगमन गर्ने	
• गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गर्न केहि स्थानमा भवन नभएको र भवन भएको केहि ठाउँमा जीर्ण तथा पूर्ण रुपमा नबनेका भवन रहेका । फर्निचरको अभाव तथा बच्चाको तौल लिन असहज हुने गरेको ।	• प्राथमिकताको आधारमा समस्या समाधान गर्ने र गाउँघर क्लिनिक सहज सञ्चालन गरी पोषण सम्बन्धि सेवा समेत प्राथमिकता दिई सञ्चालन गर्ने ।	
• पहिचान, उपचार तथा परामर्श र अभिलेख, प्रतिवेदन र सामाग्री अभावको समस्या ।	• IMAM तालिम नपाएका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम प्रदान गर्ने र आवश्यक सामाग्री बर्षभरी उपलब्ध हुने व्यबस्था मिलाउने ।	

२.४ सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

नेपाल सरकारद्वारा संचालित सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य आमा तथा नवशिशुहरुको अवस्था तथा मृतुदरलाई घटाउने हो। यस कार्यको लागी विभिन्न किसिमका प्रवर्द्धनात्मक तथा प्रतिकारात्मक सेवाहरु संचालन गरि गर्भावस्था, प्रस्तुति तथा सुत्केरी अवस्थाहरुमा उचित स्याहार पुर्याएर बिरामी तथा मृत्यु गराउने रोकथाम गर्न सकिने सबैकिसिमका कारणहरुको रोकथाम तथा व्यवस्थापन गरिन्छ. विभिन्न अनुसन्धानहरुकाआधारमा यस्ता रोकथाम गर्न सकिने कारणहरुलाई तिन ढिलाई)सेवा लिने निर्णयमा ढिलाई, सेवाकेन्द्रमा पुग्दाको ढिलाई र सेवा पाउनमा ढिलाई)भनेर वर्गीकरण गरेको छ।

नेपाल सरकारले आमा तथा नवशिशुहरुको बिरामी तथा मृत्युदर घटाउनको लागि मुख्य तया निम्नलिखित रणनितिहरुलाई लागु गरेको छ।

- सुत्केरी तयारी तथा जटिलता व्यवस्थापनको प्रवर्धन गर्ने र यसको लागि गर्भावस्था, प्रस्तुति तथा सुत्केरी अवस्थामा पैसाको व्यवस्थापन, यातयातको व्यवस्थापन, रगतको व्यवस्थापनतथा जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने।
- चौविस घन्टा प्रसूति सेवा केन्द्रहरुको विस्तार गर्ने साथै आमा सुरक्षा कार्यक्रमको प्रवर्द्धन गर्न संस्थागत प्रसुति परीक्षण बढाउने।
- सबै जिल्लाका निश्चित ठाउँहरुमा २४ घन्टा सेवा दिने BEONC / CEONC केन्द्र विस्तार गरि आकस्मिक प्रसुती सेवा विस्तार गर्ने।

जिल्ला स्तरमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि मुख्य कार्यक्रम तथा गतिबिधिहरुः

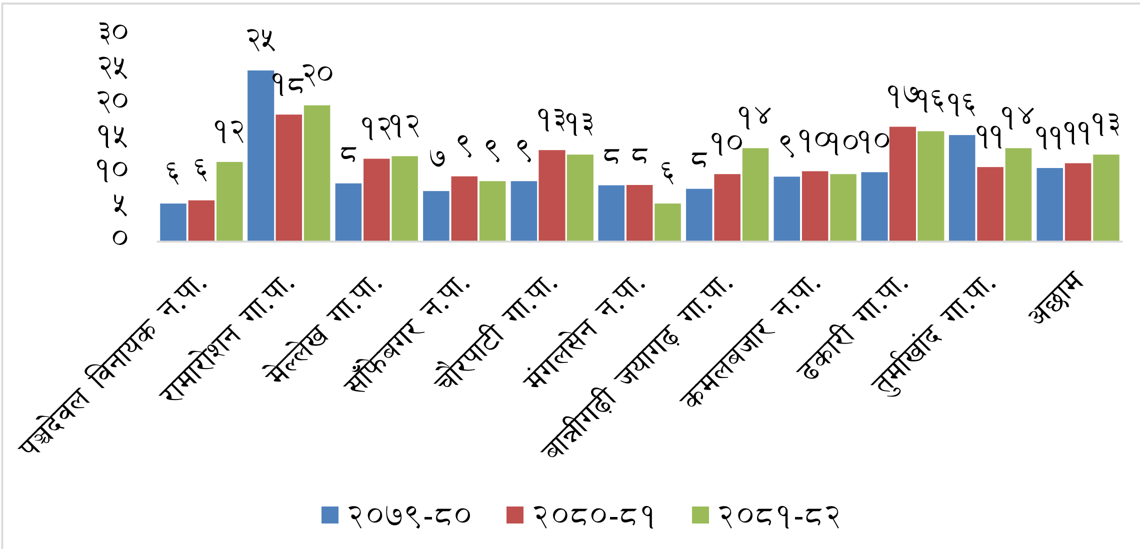
- पुर्ब प्रसुती स्याहार (ANC)
- निशुल्क आकस्मिक प्रसुती सेवा सहितको २४ घण्टा सस्थागत सुत्केरी सेवा
- गर्भवतिलाई ग्रामिण अल्ट्रासाउण्ड (RUSG) कार्यक्रम
- सुत्केरीलाइ न्यानो झोला वितरण कार्यक्रम
- उत्तर प्रसुती स्याहार (PNC)
- गर्भवतीलाई Iron, जुकाको औषधि र टि.डी. खोप
- नवशिशु स्याहार
- ANC to PNC Continnum of Care
- स्वास्थ्य शिक्षा प्रबर्धन कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमको अवस्थाः

गर्भवति तथा सुत्केरी सेवाः

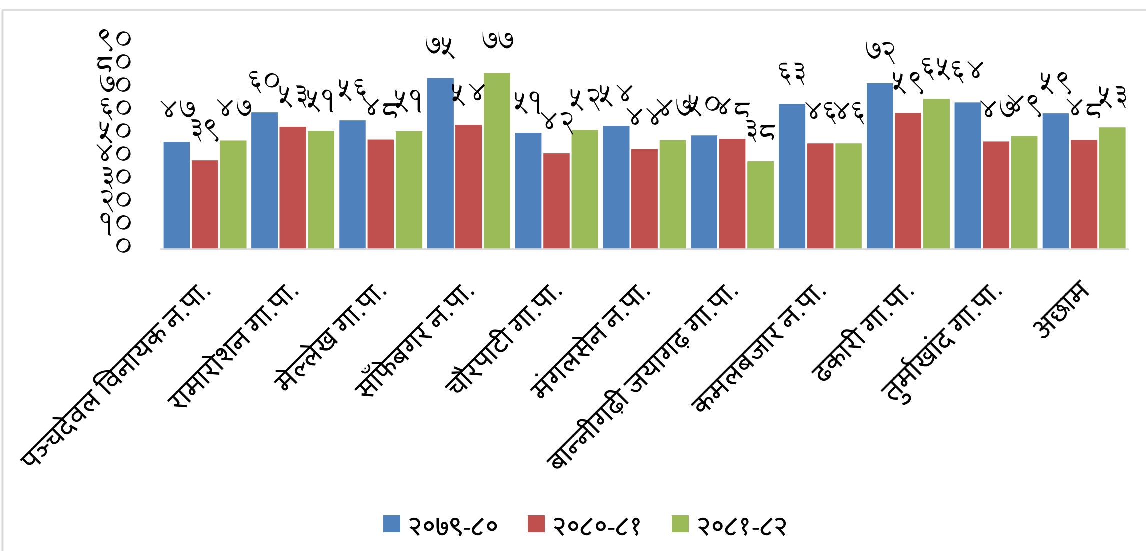
तलको चित्र नं. ६ अनुसार, कम्तिमा एक पटक स्वास्थ्य संस्थामा आएर गर्भ जाँच गराउने गर्भवति आमाहरुमध्ये २० बर्षमुनिको प्रतिशत बढेको देखिन्छ भने बिशेषगरी पञ्चदेवल विनायक नगरपालिका,

रामारोसन गाउपालिका, मेल्लेख गाउपालिका, बान्नीगढी जयगढ गाउपालिका र तुर्माखाँद गाउपालिकामा यस आर्थिक बर्षमा ३ बर्ष कै उच्च छ ।



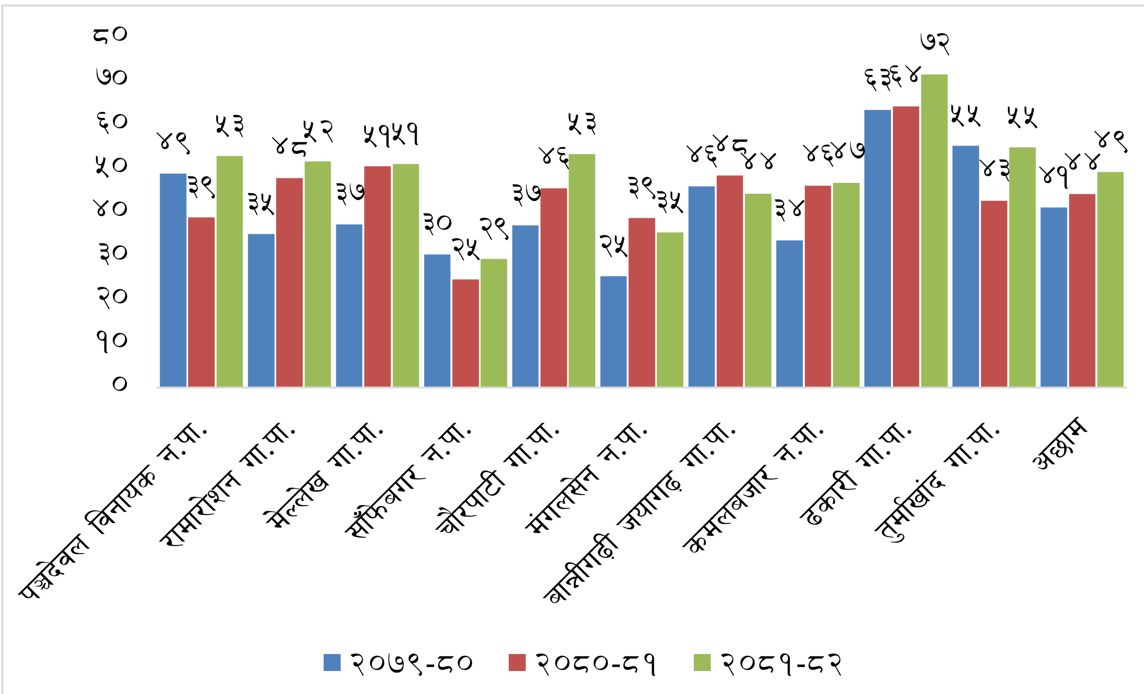
चित्र नं. ६: कम्तिमा एक पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गराउने मध्ये २० बर्षमुनिको प्रतिशत

तलको चित्र नं. ७ अनुसार, यस आ.व. मा प्रोटोकल अनुसार गर्भ रहेको ४ महिनामा, ६ महिनामा, ८ महिनामा र ९ महिनामा स्वास्थ्य संस्थामा आएर गर्भ जाँच गराउने गर्भवती आमाहरुको प्रतिशत गत आ.व. भन्दा ५ प्रतिशतले बढेर ५३ प्रतिशत पुगेको छ।



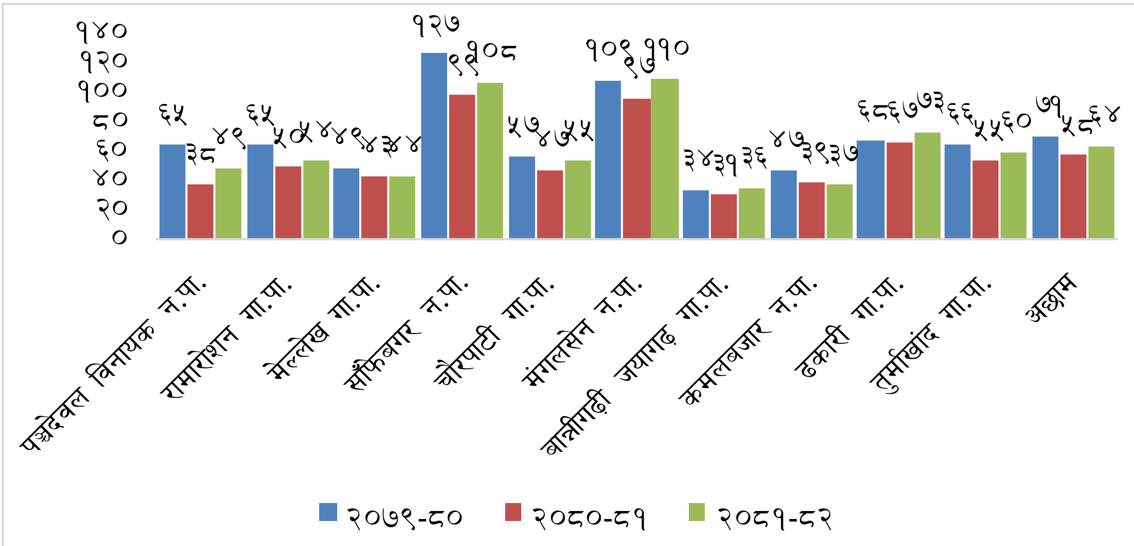
चित्र नं. ७: प्रोटोकल अनुसार ४ पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गराउने प्रतिशत

नयाँ प्रोटोकल अनुसार सुत्केरी पश्चात आमाहरुले २४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिनमा र ४२ दिनमा आमा र नव शिशुको स्वास्थ्य जाँच गराउनु पर्ने हुन्छ। तलको चित्र नं. ८ मा देखाईए अनुसार चार पटक प्रोटोकलअनुसार जाँच गर्ने दर हेर्दा सबैभन्दा बढी ढकारी गाउपालिकामा ७२% रहेको छ भने सबैभन्दा कम साफेबगर नगरपालिकामा २९% रहेको देखिन्छ र जिल्लाभरीमा ४९% रहेको छ जुन अन्तिम आर्थिक वर्षको तुलनामा ५५%ले सुधार भएको हो।



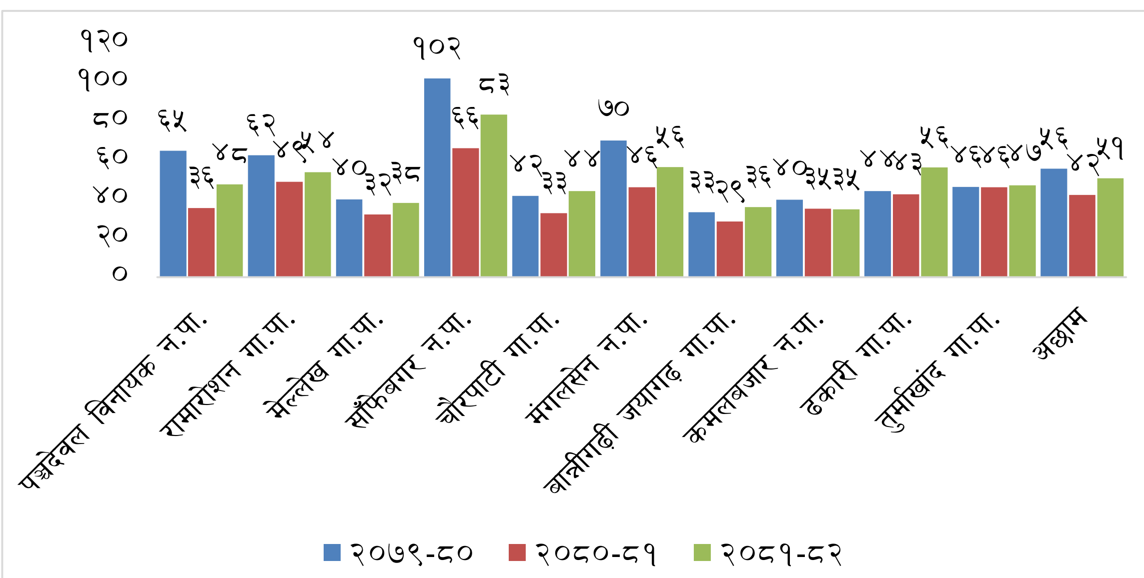
चित्र नं. ८: प्रोटोकल अनुसार ४ पटक उत्तर प्रसुती वा सुत्केरी (PNC) जाँच गराउने महिला प्रतिशत

चित्र नं. ९ अनुसार, समग्र रुपमा जिल्लामा स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने दर गत आ.व. भन्दा ६ प्रतिशत बढेर ६४ प्रतिशत पुगेको छ। संस्थात सुत्केरी हुने दर सवै भन्दा बढि मंगलसेन नगरपालिकामा ११० प्रतिशत रहेको छ भने सवै भन्दा कम बान्नीगढी जयगढ गाउपालिकामा ३६ प्रतिशत रहेको छ।



चित्र नं. ९: संस्थागत सुत्केरी दर

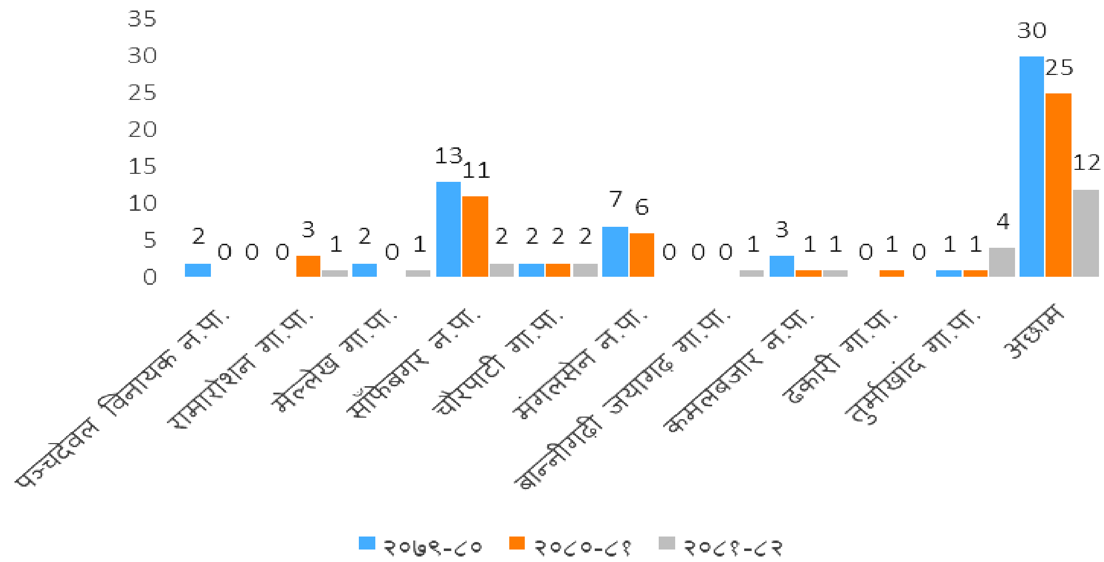
चित्र १० मा स्थानीय तह र जिल्लाको ३ वर्षको दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट सुत्करी गराएको दर देखाइएको छ। यस आ.व. मा गत आ.व. को तुलनामा दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट हुने सुत्केरी दर ९ प्रतिशतले बढेर ५१ प्रतिशतमा पुगेको छ। साँफेबगर नगरपालिकामा सबै भन्दा धेरै ८३ % दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट सुत्केरी भएको छ भने कमलबजार नगरपालिकामा दक्ष प्रसुतीकर्मीबाट ३५% मात्र सुत्केरी गराएको देखिन्छ ।



चित्र नं. १०: दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट (SBA) सुत्केरी गराउने प्रतिशत

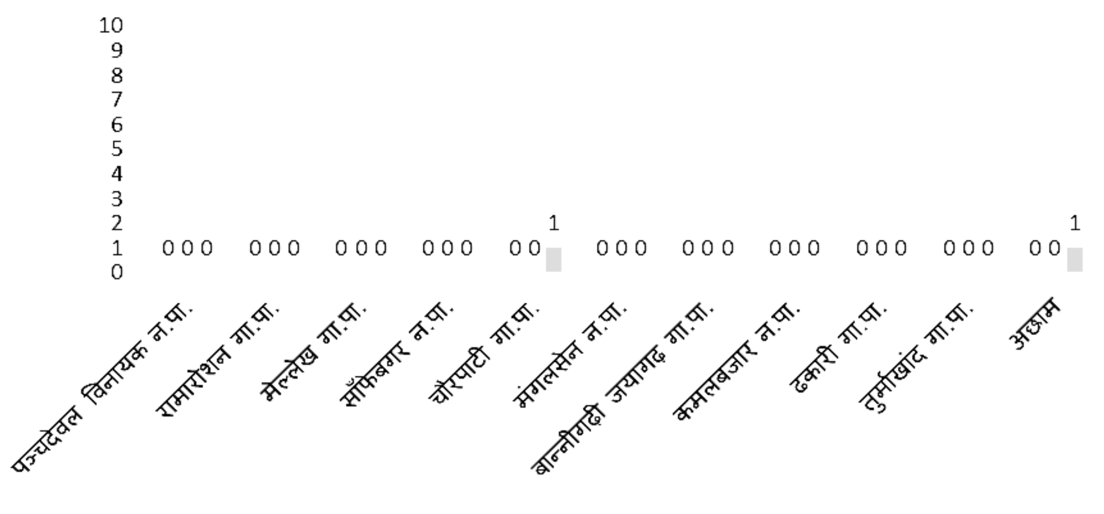
नवजात शिशु तथा मातृ मृत्युः

चित्र नं. ११ अनुसार, अछाम जिल्लाभरी अघिल्लो आ.व.को तुलनामा यस आ.व. मा नवशिशु मृत्य केहि कम भएको देखिन्छ। आ.व. २०८०/८१ मा साफेबगर नगरपालिकामा सबैभन्दा धेरै ११ जना र यस आर्थिक वर्षमा सबैभन्दा धेरै ४ जना नवशिशुको मृत्यु तुर्माखाँद गाउपालिकामा भएको छ भने पञ्चदेवल बिनायक, मेल्लेख र ढकारी गाउपालिकामा कुनै पनि नवशिशु मृत्यु भएको छैन।



चित्र नं. ११: नवजात शिशु मृत्यु संख्या

तिन वर्षको मातृ मृत्यु संख्या चित्र १२ मा देखाईएको छ।

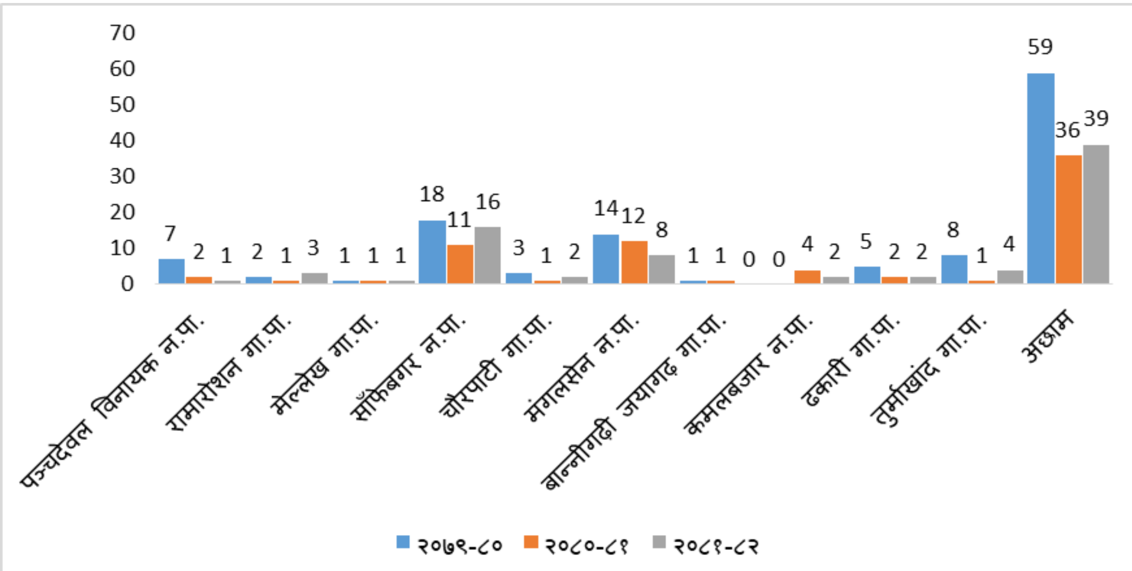


चित्र नं. १२: मातृ मृत्यु संख्या

मृत जन्म

मृत जन्म अछाम जिल्लाको अत्यन्तै ठुलो समस्यामा रहेको देखिन्छ, सबै भन्दा बढी बयालपाटा अस्पताल र जिल्ला अस्पतालमा देखिन्छ, ढिलो गरि प्रेषण हुने र बाटोमै गर्भको बच्चको मृत्यु हुने भएकाले अस्पतालमा बढी मृत्यु भएको देखिएको हो। गर्भवतीहरुमा कुपोषण, कामको बोझ, घरेलु हिँसा आदि मृत जन्म (still birth) को प्रमुख कारण हुन।

चित्र नं. १३ अनुसार, तिन वर्षको मृत जन्म संख्या हेर्दा घट्दै गईरहेको देखिन्छ र आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा ३९ मृत जन्म भएको देखिन्छ, जुन अघिल्लो आर्थिक वर्ष भन्दा ३ जना कम हो।



चित्र नं. १३: मृत जन्म (Still Birth) *संख्या*

सुरक्षित गर्भपतन सेवाः

विश्व तथा नेपालको तथ्याङ्क अनुसार २० देखि २५ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरु अनिच्छित गर्भधारण गर्न बाध्य छन्। नेपालमा कृपा भन्ने संस्थाले सन् २०१६ मा गरेको एक अध्ययन अनुसार जम्मा गर्भपतन गराउने महिलाहरु मध्ये ४२ प्रतिशत सेवा सुचिकृत संस्थाहरु बाट लिएको देखिन्छ। साथै नपालमा गर्भपतन दर (WRA-१५-४९) उमेरमा हेर्दा ४२ प्रति १००० जना महिला तथा किशोरीहरुले गर्भपतन गराईरहेका छन्। नेपालमा वि.स. २०५९ (सन् २००२) मा गर्भपतनले कानुनी मान्यता पाएको हो।

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको स्थानियस्तरमा पहुँच सुनिश्चत गरी असुरक्षित गर्भपतन तथा अनिश्छत गर्भका कारणले महिलाहरुमा हुने मृत्युका साथै गम्भीर र स्थायी स्वास्थ्य समस्याहरुको निराकरण गर्नु कार्यक्रमको उद्देश्य रहेको छ। महिला तथा किशोरिहरुको प्रजनन् स्वास्थ्य अधिकार सुनिस्चित गर्ने

क्रममा नेपालको मुलिकी ऐनको एघारौ संसोधनले सुरक्षित गर्भपतन सेवालाइ क्रमसः बिकास तथा बिस्तार गर्ने नीति लिएको थियो। हाल उक्त मुलुकी ऐन भन्दा केहि परिमार्जित व्यवस्था सहित सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन् स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ कार्यान्वयनमा रहेको छ। स्वास्थ्य अवस्थालाइ थप बलियो बनाइ असुरक्षित गर्भपतनबाट हुने महिलाहरु तथा किशोरीहरुको मृत्यु, दिर्घकालिन शारिरीक समस्याहरु, आत्महत्या गर्नुपर्ने बाध्यताहरुलाई निराकरण गर्न र दिगो विकासका लक्ष्यहरु हासिल गर्न बिध्यमान स्वास्थ्य प्रणाली लाइ समय सापेक्ष परिमार्जित, स्वास्थ्य संस्थाहरुमा पूर्वाधार व्यवस्थापन र सेवा प्रदायक एंव अन्य जनशक्तिहरुको कार्य क्षमता अभिवृद्धिमा जोड दिइएको छ।

अछाम जिल्ला अन्तर्गतका ४२ वटा सुचिकृत स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा निःशुल्क प्रदान गरिन्छ।परिवार कल्याण महाशाखाले निम्न ४ वटा मुख्य बुदाँलाई समग्र सुरक्षित गर्भपतन सेवाको रुपमा राखेको छ;

- सुरक्षित गर्भपतन सेवाका तरिका र सेवापश्चात परिवार नियोजन सेवावारे परामर्श
- गर्भावस्था समापन वारे राष्ट्रिय मापदन्ड
- हाल भइरहेको प्रजनन संक्रमणवारे अनुसन्धान र उपचार
- गर्भपतन पश्चातको जटिलता व्यवस्थापनका लागि इच्छानुसारको गर्भनिरोध साधन वारे जानकारी

गर्भपतन सेवा लिएको विवरण

तालिका नं. १७ अनुसार, सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिने किशोरीहरुको प्रतिशत यस आर्थिक वर्षमा ४.३% छ भने अन्तिम आर्थिक वर्षमा ५.५% रहेको थियो ।

स्थानीय तह अनुसा सबैभन्दा बढि गर्भपतन सेवा लिने महिलाहरु २१० जना मंगलसेन नगरपलिकामा रहेको थियो जुन आर्थिक वर्ष २०८०/८१ को बराबर हो ।

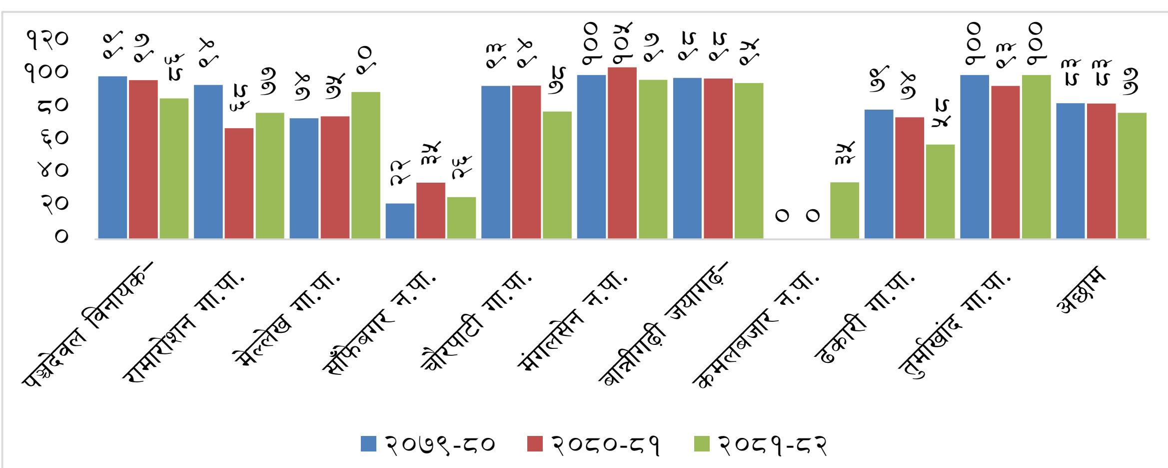
तालिका नं. १५: गर्भपतन सेवा लिएको विवरण

स्थानीय तहको नाम	गर्भपतन सेवा लिएका जम्मा महिला संख्या			गर्भपतन सेवा लिएका जम्मा महिला मध्ये २० वर्ष मुनिको प्रतिशत		
	२०७९/०८०	२०८०/०८१	२०८१/०८२	२०७९/०८०	२०८०/०८१	२०८१/०८२
पंच्देवल विनायक न.पा.	१२८	१९१	११९	३.१	६.३	५.९
रामारोशन गा.पा.	३३	६८	६१	९.१	२.९	१६.४
मेल्लेख गा.पा.	६१	११५	५८	३.३	८.७	०.०

स्थानीय तहको नाम	गर्भपतन सेवा लिएका जम्मा महिला संख्या			गर्भपतन सेवा लिएका जम्मा महिला मध्ये २० वर्ष मुनिको प्रतिशत		
	२०७९/०८०	२०८०/०८१	२०८१/०८२	२०७९/०८०	२०८०/०८१	२०८१/०८२
साँफेबगर न.पा.	१७७	१६२	१२४	१.७	५.६	५.६
चौरपाटी गा.पा.	१८०	१४१	१८५	२.८	३.५	३.२
मंगलसेन न.पा.	२३९	२१०	२१०	३.३	४.३	१.४
बान्नीगढी जयागढ गा.पा.	५७	४७	४१	७.०	८.५	२.४
कमलबजार न.पा.	०	१	२६	०.०	०.०	७.७
ढकारी गा.पा.	७१	७०	५२	१.४	८.६	७.७
तुर्माखांद गा.पा.	४१	७६	६५	२.४	२.६	०.०
अछाम	९८७	१०८१	९४१	३.१	५.५	४.३

गर्भपतन सेवा पश्चात परिवार नियोजन सेवाको अवस्था

चित्र नं. १४ अनुसार, गर्भपतन पश्चात परिवार नियोजन सेवा लिने सेवाग्राहीको प्रतिशत हेर्दा अन्तिम र वर्षमा स्थिर देखिन्छ। यस आ.व. २०८१/८२ को तथ्यांङ्क अनुसार गर्भपतन सेवा भएको स्थानीय तहहरुमध्ये सबैभन्दा कम २६% साफेबगर नगरपालिकामा छन भने शतप्रतिशत गर्भपतन पश्चात सेवा लिने तुरेमाखाँदमा देखिन्छ ।



चित्र नं. १४: गर्भपतन सेवा पश्चात परिवार नियोजन सेवा लिने प्रतिशत

समस्या र चुनौतीः

तालिका नं. १६ः सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझाबहरु कै
• सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा SBAतालिम प्राप्त स्वास्थ्य कर्मीको कमी • IUCD सेवा सबै संस्थामा विस्तार हुन नसक्नु • SNCU स्थापना एवं तालिममा कमी • Birthing center मा औजार उपकरणको अभाव (Delivery Bed, Autoclave, Baby warmer, Penguin suctions, Bag and Mask) • मापदण्ड अनुसारका भौतिक पुर्वाधार नहुनु • High teenage pregnancy • मृत जन्म र नवजात शिशु मृत्यु संख्या बढी हुनु	• स्वास्थ्य कर्मीलाई SBA तालिम दिनु पर्ने • स्वास्थ्य संस्था र Birthing Center मा सामग्री सहयोग गर्ने • मापदण्ड अनुसारका बर्थिङ्ग सेन्टरका भवन तथा उपकरण व्यबस्थापन प्राथमिकताअनुसार स्थानीय तह वा प्रदेश र संघलाई सिफारिस गरी गर्नु पर्ने। • बर्थिङ्ग सेन्टरको संख्या बढाउनुको सट्टा गुणस्तर कायम गर्ने र व्यबस्थापन गर्ने। • किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम लाई बालियो बनाउने

२.५ परिवार योजना तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

परिवार योजना भन्नाले दम्पतिको सुसुचित सचेत निर्णय द्वारा परिवारको उचित सकारात्मक ब्यवस्थापनका लागी स्वेचछिक रुपमा आवश्यकता अनुरूप परिवार नियोजनको साधन प्रयोगद्वारा उपयुक्त समयमा गर्भधारण गर्ने र निश्चित समयको गर्भान्तर राख्ने प्रयासलाई जनाउँदछ। राष्ट्रिय परिवार योजना कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य व्यक्ति र दम्पतीहरूले उनीहरूको प्रजनन आवश्यकताहरू पूर्वसूचित छनौटहरूमा आधारित उपयुक्त परिवार नियोजनका विधिहरूको प्रयोग गरेर गर्न सक्छन् भनेर सुनिश्चित गर्नु हो। नेपाल सरकार परिवार योजना कार्यक्रम अंतर्गतका लक्ष्य हासिल गर्न र कोही पछाडि नरहेको सुनिश्चित गर्नका लागि सबै व्यक्ति तथा दम्पतिहरू सहित किशोर किशोरी र युवा, ग्रामीण क्षेत्रमा बसोबास गर्नेहरू, आप्रवासीहरू र अन्य जोखिम मा रहेका वा सीमान्तकृत

समूहहरूको सूचित छनौटको आधारमा स्वैच्छिक समान र अधिकारमा आधारित गुणस्तरीय परिवार नियोजनका सेवाहरूमा पहुँचको लागि प्रतिबद्ध छ।

नयाँ संघीय सन्दर्भमा सुदूर पश्चिम प्रदेश सरकार, सामाजिक विकास मंत्रालय परिवार योजना सम्बन्धी निति तथा रणनीतिलाई सुदृढीकरण गर्न, श्रोतहरू परिचालन गर्न, बाह्य विकास साझेदार संस्थाहरुसंग प्रभावकारी रूपमा आबद्ध हुनका लागी उपयुक्त वातावरण निर्माण गर्न, सार्वजनिक-निजी साझेदारीलाई प्रबर्धन गर्न र गैर-स्वास्थ्य क्षेत्रहरूलाई समावेश गर्न प्रतिबद्ध रहेको छ। यसै सन्दर्भ मा नेपाल सरकारले राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धताहरुलाई सम्मान र कार्यान्वयन (जस्तै NHSSIP २०१५-२०२०, कोस्टेड कार्यान्वयन योजना २०१५-२०२० र एफपी २०२० आदि) गर्ने योजनाहरु बनाउदै अगाड़ी बढ़ी रहेको छ।

कार्यक्रमको दृष्टिकोणबाट, प्रदेश सरकार सहयोगी मातहतका निकाय र स्थानीय तहबाट (सामाजिक विकाश मंत्रालय स्वास्थ्य महाशाखा, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देश्नालय, स्वास्थ्य कार्यालय र पालिका) विशेष गरी पुग्न कठिन, सीमान्तकृत, विपन्न र जोखिम युक्त समूहहरू र क्षेत्रहरुमा आधुनिक गर्भ निरोधकका मिश्रित विधि जस्तै सेवा प्रदान गर्ने निकाय बाट आई.यु.सी.डी. र इम्प्लांटहरुको दायरामा पहुँच विस्तार गर्ने, परिवार नियोजनका साधनहरुको प्रयोगको निरंतरता कम हुने प्रकिया लाई घटाउने, परिवार योजना सेवा प्रवाह सफल नबिनतम प्रमाणित अभ्यासहरुलाई बढ़ाउने र थप माग सृजना गर्ने क्रियाकलाप मार्फत परिवार योजना सेवामा पहुँच र गुणस्तरीय उपयोग को सुनिश्चित गर्न कार्यरत रहेको छ।

जिल्लामा परिवार योजना सम्बन्धी सूचना, शिक्षा र सेवा सरकार, गैर सरकारी निकाय र निजी क्षेत्र (व्यावसायिक क्षेत्र सहित) द्वारा प्रदान गरिदै आएको छ।

परिवार योजना कार्यक्रमको उद्देश्य

परिवार योजना कार्यक्रमको समग्र उद्देश्य सबै ब्यक्ति र दम्पति द्वारा परिवार योजना सेवा को सुसुचित छनौट र स्वेच्छिक उपयोग मार्फ़त स्वास्थ्य स्तिथि मा सुधार ल्याउनु रहेको छ। थप बिषिष्ट उद्देश्यहरु यस प्रकार रहेक छन :

- सबै ब्यक्ति र दम्पतिको सुरक्षित प्रभावकारी तथा स्वीकार्य हुने गुणस्तरीय परिवार योजना सेवाको पहुँच र उपयोगमा बिस्तार गर्ने। बिशेष गरी दुर्गम तथा ग्रामीण क्षेत्र र परिवार योजना सेवाको धेरै अपरिपुर्त माग रहेका गरीब, दलित,र अन्य सीमान्तकृत समुदायमा र पोस्टपार्टम, पोस्टएवर्शन र उपयोगमा बिस्तार गर्न बिशेष ध्यान केन्द्रित गर्ने।
- पोस्टपार्टम, पोस्टएवर्शन र उपयोगमा बिस्तार गर्न बिशेष ध्यान केन्द्रित गर्ने।

- परिवार नियोजन का साधनहरुको दिगो प्रयोग बढाउन परिवार योजना सेवाको अपरिपुर्त माग, अनिच्छित गर्भधारण र परिवार नियोजनका साधनहरुको प्रयोग नगर्ने अभ्यास घटाउने
- पुरुष, महिला तथा किशोर किशोरीहरु मा परिवार योजना सेवाको पहुँच बढाउन उपयुक्त वातावरण को सृजना गर्ने।
- रणनीतिक ब्यबहार परिवर्तन संचार गतिबिधि कार्यान्वयन गरेर परिवार योजना सेवाहरु को माग बढाउने।

माथि उल्लेखित लक्ष्य तथा उद्देश्यहरु प्राप्त गर्नका लागि प्रदेश सरकारले अवलम्बन गरेका नीति तथा रणनीतिहरु यस प्रकार रहेका छन्।

परिवार योजना कार्यक्रमका रणनीतिहरु

- **उपयुक्त वातावरण को सृजनाः** परिवार योजना का लागि उपयुक्त वातावरण लाई सुदृढ बनाउने।
- **माग उत्पादनः** परिवार योजना सेवाको अपरिपुर्त माग उच्च रहेका जनसंख्याहरुमा स्वास्थ्य सेवा उपयोग गर्ने ब्यवहार बढाउने।
- **सेवा प्रवाहः** सीमान्तकृत, ग्रामीण , प्रवासी , किशोरीकिशोर र अन्य बिशेष ब्यक्तिहरु को आवश्यकता लाइ सम्बोधन गर्न परिवार योजना सेवा प्रवाह र सामाग्री आपूर्ति लाई सुदृढ बनाउने
- **क्षमता अभिबृद्धिः** परिवार योजना सेवा प्रवाह लाई बिस्तार गर्न सेवा प्रदायकहरुको क्षमता सुदृढ गर्ने
- **अनुसन्धान र नबिनताः** कार्यक्रम कार्यान्वयन को लागि अनुसन्धान र नबिनता मार्फत प्रमाण तथा आधार लाई बलियो बनाउने

परिवार योजना कार्यक्रमका लक्ष्यहरूः

सम्पुर्ण नागरिकको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यमा बिश्वब्यापी पहुंच स्थापित गर्न परिवार योजना कार्यक्रमका दीगो विकास लक्ष्यहरु यस प्रकार रहेका छनः

तालिका नं. १७: परिवार योजना कार्यक्रमका दीगो विकास लक्ष्यहरू

सुचकहरू	सुदूरपश्चिम प्रदेशको अवस्था	समग्र नेपालको अवस्था	दिगो बिकास लक्ष्यहरु		
			२०२२	२०२५	२०३०
आधुनिक परिवार नियोजनका साधनहरु को आवश्यकता संतुष्ट १५ देखि ४९ बर्ष सम्मका महिलाहरु को अनुपात	६१	६६	७४	७६	८०
आधुनिक परिवार नियोजन का साधनहरु को	४८	४७.१	५३	५६	६०

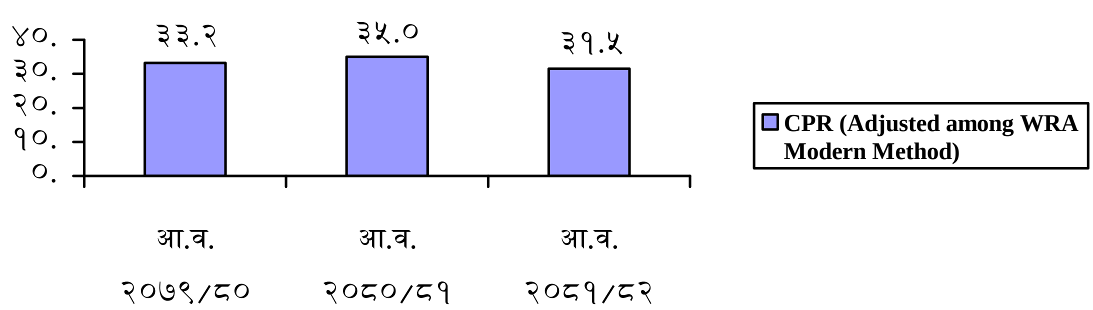
सुचकहरू	सुदूरपश्चिम प्रदेशको अवस्था	समग्र नेपालको अवस्था	दिगो बिकास लक्ष्यहरु		
			२०२२	२०२५	२०३०
प्रयोग दर — प्रतिशत					
कुल प्रजनन दर — १५ देखि ४९ बर्ष सम्मका महिलाहरु को जन्मदर	२.२	२.३	२.१	२.१	२.१

स्रोतः राष्ट्रिय योजना आयोग, नेपाल जनसांख्यिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०१६

२०८१/८२ मा सञ्चालन गरिएका क्रियाकलापहरुः

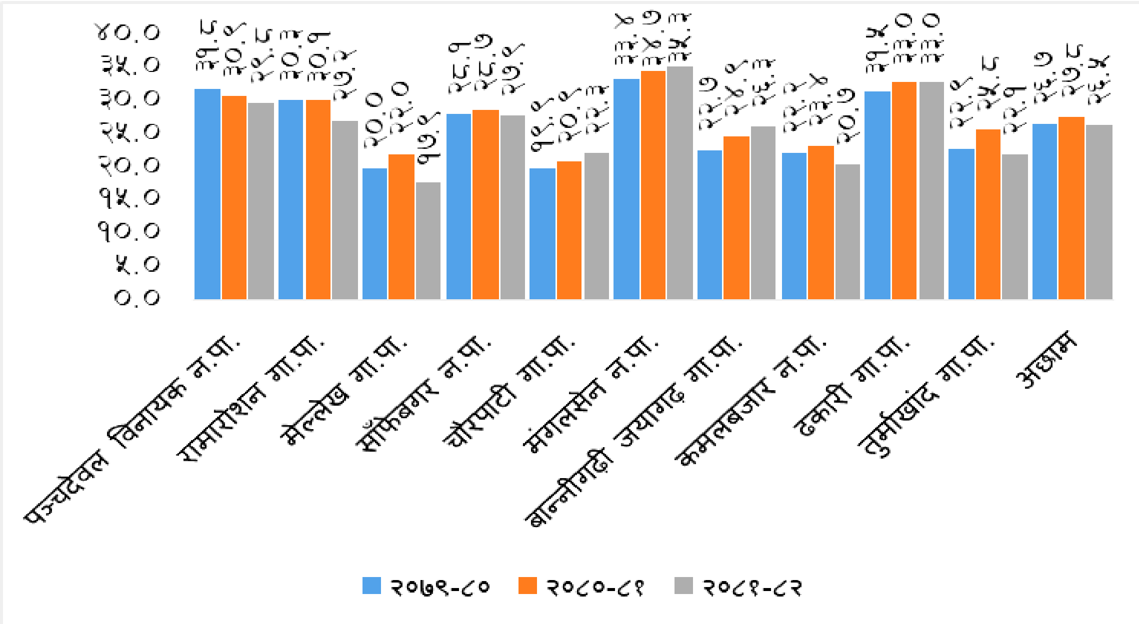
- नियमित इम्पलान्ट, IUCD सेवा
- परिवार नियोजनको अस्थाई साधन मकण्ड, पिल्स, डिपो सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट नियमित रुपमा उपलब्ध गराईएको।
- सबै स्वास्थ्य संस्था, महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाहरुद्धारा परिवार नियोजनको अस्थाई सधान कण्डम, पिल्सको नियमित आपुर्ति ब्यबस्थापन।
- परिवार योजना कार्यक्रम प्रभावकारी बनाउन स्थानीय तहको सुक्ष्म योजना तर्जुमा।

परिवार योजना तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका सुचकांकको अवस्थाः



चित्र नं. १५: परिवार नियोजन साधन प्रयोग दर (CPR all modern method)

अछाम जिल्लाको प्रजनन उमेरका महिलाहरुमा आधुनिक अस्थायी परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगदर (CPR) अन्तिम ३ आ.व. मा हेर्दा घटबढ भैरहेको देखिन्छ। आ.व. २०८०/८१ भन्दा आ.व. २०८१/८२ मा करिब ३.५ प्रतिशतले घटेर ३१.५ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ, जुन चित्र नं. १६ मा देख्न सकिन्छ।



चित्र नं. १६: अस्थायी साधनको परिवार नियोजन प्रयोगदर (CPR)

समस्या र चुनौती:

तालिका नं. १८: परिवार योजना कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझावहरु	कैफियत
• लामो अवधीको परिवार नियोजन साधन (विशेषगरी IUCD) को सेवा प्रवाह का लागी दक्ष जनशक्तिको कमी • प्रदेश भित्र रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरु मध्य ५वटा परिवार नियोजनका साधनहरु सहितको सेवा प्रदान हुने संस्था अत्यन्तै कम हुनु • किशोर किशोरी तथा अन्य बिशेष समूहहरुमा परिवार नियोजन का साधन को प्रयोग कम हुनु • निजी सेवा प्रदायकबाट रिपोर्ट नआउनु	• प्रदेश को सबै स्वास्थ्य संस्था बाट ५ वटा परिवार नियोजन साधन सहितको सेवा प्रवाह सुनिश्चित गर्ने • परिवार नियोजन को सुक्ष्म योजना बनाई लागु गर्ने र परिवार नियोजन सेवालाई खोप क्लिनिक संग जोड्ने • बिद्यालयमा परिवार योजना सम्बन्धी सूचना तथा शिक्षा कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने • महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु को परिवार नियोजनको बिषयमा ज्ञान र क्षमता अभिबृद्वी र स्थलगत सहजीकरण निरन्तर गर्ने।	

२.६ किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम

राष्ट्रिय किशोरकिशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्याक्रम नेपाल सरकार स्वास्थ क्षेत्रमा पहिलो प्राथमिकता मध्येको कार्यक्रम हो। दक्षिण एसियामै नेपालले पहिलो पटक सन् २००० मा राष्ट्रिय किशोरकिशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनिति तयार गरि लागु गरेको थियो।

कार्यक्रमको उद्देश्यहरुः

- किशोर किशोरी स्वास्थ तथा विकास सम्बन्धि गुणस्तरीय सूचनाहरुको उपलब्धता तथा पहुच सुनिश्चित गर्ने
- किशोर किशोरी स्वास्थ तथा परामर्श सेवाहरुको पहुच तथा प्रयोग बढाउने
- किशोरी किशोरीको लागी सुरक्षित तथा सहयोगी वाताबरण बनाई उनीहरुको क़ानूनी तथा सामाजिक आर्थिक अवस्थालाई प्रवर्धन गर्ने
- राष्ट्रीय, स्थानिय तथा समुदायस्तरमा किशोरकिशोरी स्वास्थ्य सम्बन्धि व्यवहार परिवर्तन सञ्चार कार्यक्रम तथा अभियान सञ्चालन गर्ने

कार्यक्रमका लक्ष्यहरूः

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य रणनीति अनुरूप देश भरीका सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई किशोर किशोरी मैत्री बनाउने
- किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यमा सबैको सर्वब्यापी पहुँच सुनिश्चित गर्ने

जिल्लामा संचालित किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्थाः

अछाम जिल्लामा यो कार्यक्रम आ.बा. २०६८/६९ मा ११ स्वास्थ्य संस्थाहरु र २ वटा अस्पताल गरि १३ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुमा GIZ को आर्थिक तथा प्राबिधिक सहयोगमा शुरु गरिएको हो। युनिसेफ, यु.एन.फ.पि.ए./आड्रा नेपालको सहयोगमा ३३ ओटा स्वास्थ्य संस्थामा बिस्तार गरिएकोमा हाल यो कार्यक्रम केहि स्वास्थ्य संस्थाहरुमा संचालन भईरहेको छ। यु.एन.फ.पि.ए बाहेकका संघ संस्थाहरुको सहयोग भएका स्वास्थ्यसंस्थाहरुमा निरन्तरताको नभएका कारण निर्देशिका बमोजिमका सम्पूर्ण गतिविधिहरु सम्पन्न नभएको अवस्था छ।

आ.व. २०७२/७३मा अछाम जिल्लाका २ वटा स्वास्थ्यहरु दुनी र कालिका स्वास्थ्य चौकी परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्थ्याको रुपमा प्रमाणिकरण भईसकेका छन् भने आ.व. २०७६/७७ मा थप २ वटा स्वास्थ्य संस्था मार्कु र तिमिल्सेन स्वा.चौकी किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य संस्थ्याको रुपमा प्रमाणिकरण भएका छन।

किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका सुचकांकको अवस्थाः

परिवार नियोजन सेवाः

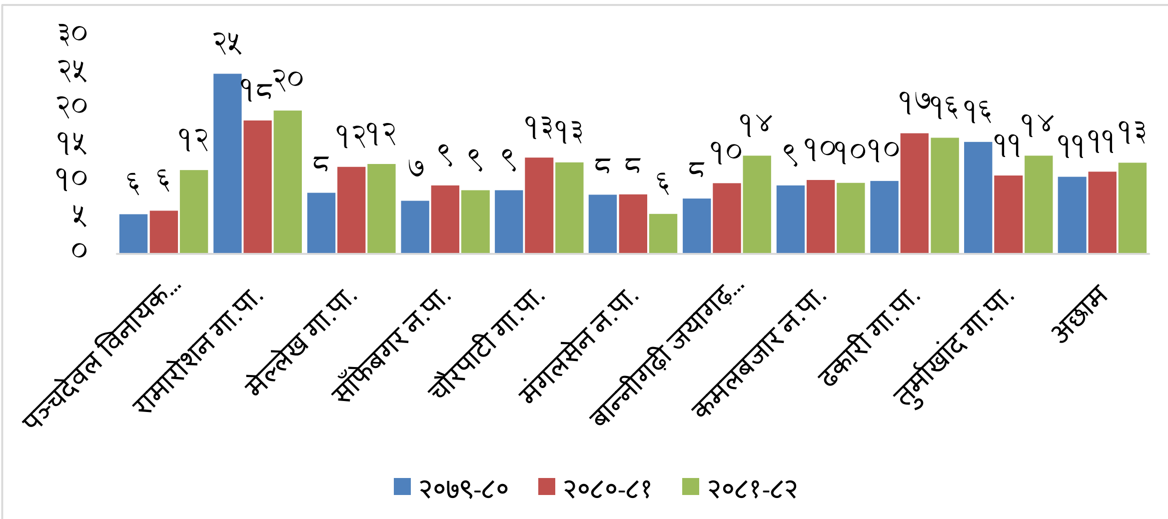
यस आ.व. २०८०/८१ मा अधिकांश (८८ जना) परिवार नियोजनको नयाँ प्रयोग कर्ता किशोरीहरुले डिपो प्रयोग गरेको देखिन्छ। पिल्स प्रयोग गर्नेको संख्या १४ जना, आई.यु.सि.डी. प्रयोग गर्ने ० जना र ईम्पलान्ट प्रयोग गर्नेको संख्या १४ जना रहेको छ। स्थानीय तह अनुसार किशोरीहरुमा परिवार नियोजन साधनका नया प्रयोगकर्ताका विवरण तलको तालिका नं. २२ मा उल्लेख छ।

तालिका नं. १९: परिवार नियोजन सेवाको नयाँ प्रयोगकर्ता किशोर-किशोरी संख्या

परिवार नियोजन को साधनहरु	डिपो			पिल्स			आ युसी डी			इम्प्लांट		
आ ब → / स्थानीय तह ↓	०७९/८०	०८०/८१	०८१/८२	०७९/८०	०८०/८१	०८१/८२	०७९/८०	०८०/८१	०८१/८२	०७९/८०	०८०/८१	०८१/८२
पंचदेवलविनायक नपा	१४	११	१३	५	०	१	०	०	०	०	०	
रामारोशन गापा	२४	१२	२	८	१	१	०	०	०	३	२	३
मेल्लेख गा पा	१२	२	१	२	१	१	०	०	०	०	१	१
साँफेबगर न.पा.	७	४	४	२	२	१	०	०	०	१	०	
चौपाटी गा.पा.	६	८	१३	३	१	३	०	०	०	०	३	६
मंगलसेन न.पा.	६३	२	८	२२	१	५	०	०	०	१	४	२
बान्नीगढीजयगढ गा.पा.	३	१	४	२	०	१	०	०	०	०	१	१
कमलबजार न.पा.	४	६	३	६	४	०	१	०	०	१	२	
ढकारी गा.पा.	९	२३	२५	३	०	१	०	०	०	४	१	१
तुर्माखाँद गा.पा.	६	१९	१३	३	४	१	०	०	०	१	०	
अछाम	१४८	८८	८६	५६	१४	१५	१	०	०	११	१४	१४

सुरक्षित मातृत्व सेवाः

किशोर किशोरी मैत्री सेवा लक्षित सुरक्षित मातृत्व सेवा अन्तर्गत २० बर्षमुनिका किशोरीहरुले गर्भ जांच गराउन आएको प्रतिशत यस आ.व. मा १३% रहेको छ। सवैभन्दा बढी किशोरावस्थामा गर्भवति सेवा लिनेको अनुपात रामारोशन गा.पा. मा २०% जुन अघिल्लो वर्षको तुलनामा २% ले बढि हो र ढकारी गा.पा. मा १६% रहेको छ भने सवै भन्दा कम मंगलसेन नगरपालिकामा ६% रहेको छ। स्थानीय तह अनुसारको तीन वर्षको विश्लेशण तलको चित्र नं. १७ मा देखाइएको छ।



चित्र नं. १७: कम्तिमा १ पटक गर्भ जाँच सेवा लिएका मध्ये किशोरी प्रतिशत

समस्या र चुनौतीः

तालिका नं. २०: किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझावहरु	कै
• उच्च बालबिबाह र किशोरी अवस्थामा गर्भधारण • किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यमा दक्ष स्वास्थ्य कर्मीहरुको कमी • ASRH कार्यक्रम को HMISमा एकीकरण र पर्याप्त तथ्यांकको कमी • ASRH कार्यक्रमलाई कम प्राथमिकता र प्रयाप्त स्रोत ब्यवस्थापनमा कमी • किशोर किशोरीहरु मा परिवार नियोजन सेवाको प्रयोगमा कमी र धेरै अपरिपुर्त माग	• समुदाय मा जन चेतना फैलाउने र निति तथा कानूनको प्रभावकारी कार्यान्वयन मा जोड दिने • किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी तालीम सञ्चालन गर्ने तालीम केंद्रहरुको सुदृढिकरण गर्ने र स्वास्थ्य कर्मीहरुलाई ब्यवहार र शिप युक्त तालीम प्रदान गर्ने • ASRH कार्यक्रमको रिकर्डिंग रिपोर्टिंग लाई सुदृढिकरण गर्ने र HMIS मा एकिकृत गर्ने	

२.७ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

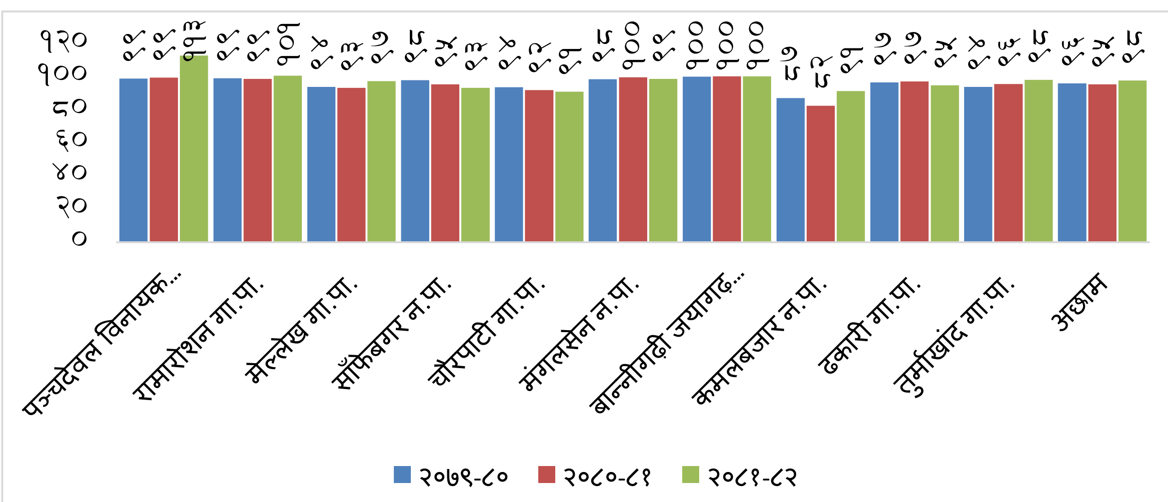
नेपाल सरकारले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम वि.स २०४५/४६ मा देशका २७ वटा जिल्लाहरुमा सुरुवात गरि ७५ वटै जिल्लाहरुमा विस्तार गरेको हो। हाल अछाम जिल्लामा ९४१ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु परिचालित छन्। महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको छनोट स्वास्थ आमा समुहहरुबाट हुन्छ र हाल ९ दिने आधारभूत तालिम पश्चात् औषधि बाकस,शैक्षिक सामग्रीहरु, परिवार नियोजनका साधनहरु, सहित कार्यक्षेत्रमा पठाइन्छ।महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मुख्यतया सुरक्षित मातृत्व, बालस्वास्थ्य, परिवार नियोजन तथा अन्य समुदाय स्तरिय स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुमा पैरवी र सयोग गर्ने हुन्छ। यसका साथै कन्डम गर्भनिरोधक औषधि, पुर्नजलिय औषधि, आइरन, भिटामिन ए, आदि अवश्यकता अनुसार वितरण गर्ने समुदायका व्यक्तिहरुलाइ स्वास्थ्य शिक्षा दिने, स्वास्थ्य सेवाहरु लिन उत्प्रेरित गर्ने कार्यहरु मुख्यतया महिला स्वास्थ्य स्वायेमसेविका गर्नुहुन्छ। म.सा.स्वा.से. कार्यक्रमले नेपालीको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याई मातृ मृत्युदर, बाल मृत्युदर, कुल प्रजननदर घटाउने मुख्य भूमिका रहेको छ।

कार्यक्रमको उदेश्यः

जनस्वास्थका गतिविधिहरुमा समुदायको सहभागिता मार्फत स्वास्थ्य क्षेत्रको राष्ट्रिय लक्ष्यलाई प्राप्त गर्न सहयोग गर्नु हो।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको मासिक बैठक प्रतिशत

चित्र नं. १८ अनुसार, यस आर्थिक वर्षमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको बैठक अघिल्लो अर्थिक वर्षभन्दा केहि बढि ९८ प्रतिशत बसेको देखिन्छ।



चित्र नं. १८: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको मासिक बैठक प्रतिशत

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको संख्या र सेवा प्रदान गरेको औसत सेवाग्राही संख्या

जिल्लाभरीमा ९४१ जना महिलासामुदायिक स्वास्थ स्वयंसेवकहरुले यस अर्थिक वर्षमा झण्डै शत प्रतिशत प्रतिवेदन गर्नु भएको छ। जिल्लाभरीमा औसत सेवाग्राहीको संख्या आर्थिक वर्ष २०७९/८०, २०८०/८१ र २०८१/८२ मा क्रमशः २६, २२ र १९ भएर निरन्तर घट्दै आईरहेको देखिन्छ र सोही अनुसार सबै स्थानीय तहमा पनि औसत सेवाग्राही संख्या घट्दै गएको देखिन्छ।स्थानीय तह अनुसार गत तिन आ.व. को सेवाग्राही संख्या र महिला सामुदययिक स्वयंसेविकाको संख्या तलको तालिका नं.२२ मा उल्लेख गरिएको छ।

तालिका नं. २१: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको सुचकहरुको अवस्था

सि.न	जिल्ला/स्थानीय तह	जम्मा सख्या	प्रति महिना प्रति महिला स्वास्थ स्वयंसेविकाले सेवा प्रदान गरेको औसत सेवाग्राही संख्या		
			२०७९/८०	२०८०/८१	२०८१/८२
१	पंचदेवलविनायक न पा	९१	३१	२८	२५
२	रामारोशन गापा	८३	४०	३६	३३
३	मेल्लेख गा पा	९१	२८	२३	१९
४	साँफेबगर न पा	१४१	१८	१६	१३
५	चौरपाटी गा पा	९२	२२	२१	१८
६	मंगलसेन न पा	११६	२४	२१	१८
७	बान्नीगढीजयगढ गा पा	७६	२६	२३	२०
८	कमलबजार न पा	९३	२५	२१	१९
९	ढकारी गा पा	६९	२४	२०	१९
१०	तुर्माखाँद गापा	८९	२५	२०	१५
	अछाम	९४१	२६	२२	१९

आ.ब. २०८१/८२ मा सम्पन्न गरिएका क्रियाकलापहरु

- उमेर पुगी अवकाश हुने महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुलाई सम्मानजनक विदाई
- स्थानीय तह संगको समन्वयमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका दिवस मनाउने
- नियमित बैठक तथा अभिमुखीकरणहरुमा सहभागी गराईएको
- महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुलाई आधारभुत तालिम

२.८ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

नेपालको स्वास्थ्यनिति १९९१ अनुसार हरेक नेपालीहरुको माझ स्वास्थ्य सेवाको सहज पहुच पुर्याउन हरेक गाउँ गाउँमा स्वास्थ्य चौकीहरु स्थापाना गरिएको थियोर यस्ता स्वास्थ चौकीहरूको स्थापना मुख्यतया नागरिक को प्रतिकारात्मक, प्रतिरोधात्मक र उपचारात्मक सेवाहरु मा पहुँच बृद्धि गर्नु रहेको थियो तर बिभिन्न कारणले नागरिकको स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँच हुन नसक्दा वि.स. २०५१ मा स्वास्थ्य सेवालाई समुदायको नजिक पुर्याउने उदेश्यले नेपाल सरकार ले प्राथमिक स्वास्थ्य गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम संचालनमा ल्याई दुर्गम पिछडिएका समुदायको स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने हक़को सुनिश्चितता गरेको पाईन्छ।

यस्ता गाउँघर क्लिनिहरुको संचालन सम्बंधित स्वास्थ्य सस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुले गर्दछन स्थानिय समुदायको आवश्यकता अनुसार प्रति वडामा ३ देखि ५ वटा गाउँघर क्लिनिक प्रति महिना निश्चित मिति समय र स्थानमा नियमित रुपमा आयोजना गरिन्छ गाउँघर क्लिनिकबाट निम्नलिखित विषयहरुमा प्रतिकारात्मक ,प्रतिरोधात्मक र उपचारात्मक सेवाहरु प्रवाह गरिन्छ।

क. सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य

- गर्भवति, नवजात शिशु र सुत्केरी जाँच, परामर्श तथा उपचार
- आईरन चक्की वितरण
- खतराको लक्षण तथा चिन्हहरुको पहिचान तथा रेफरल

ख. गाउँघर क्लिनिक रणनीति अनुसार गाउँघर क्लिनिकहरुमा उपलब्ध हुने सेवाहरु

ग. परिवार योजना

- डिपो सुई, गर्भनिरोधक चक्की तथा कण्डम वितरण
- निरन्तर प्रयोगको लागि अनुगमन
- परिवार योजना बारे शिक्षा तथा प्रारामर्शम
- IUCD, इम्प्लान्ट तथा स्थायी बन्ध्याकरणको लागी परामर्श तथा प्रेषण
- डिफल्टर केशहरुको अनुगमन

घ. बाल स्वास्थ्य

- वृद्धि अनुगमन
- निमोनिया तथा झाडापखालाको उपचार तथा प्रेषण

ङ. स्वास्थ शिक्षा तथा परामर्श

- परिवार योजना
- मातृशिशु स्याहार
- बाल स्वास्थ
- यौनरोग तथा एच.आई.भी./एड्स

➢ किशोरकिशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ

च. प्राथमिक उपचार

➢ प्राथमिक उपचार तथा जटिल केशहरुको प्रेषण

गाँउघर क्लिनिकको प्रतिवेदनको अवस्था

तालिका नं. २३ अनुसार, जिल्लामा प्रति महिना संचालन हुने जम्मा २३९ गाँउघर क्लिनिकहरुमा अन्तिम तिन वटै आ.व. हरुमध्ये यस आ.व.मा मात्र शतप्रतिसत प्रतिवेदन भएको देखिन्छ। तलको तालिकामा विगत तिन बर्षको स्थानीय तहअनुसार गाउघर क्लिनिक प्रतिवेदनको स्थिति उल्लेख छ।

तालिका नं. २२: गाँउघर क्लिनिक बाट प्राप्त प्रतिवेदनको अवस्था (प्रतिशत)

सि.न.	जिल्ला/स्थानीय तह	जम्मा गाउघर क्लिनीक सख्या	गाउघर क्लिनीकको प्रतिवेदनको अवस्था (प्रतिशतमा)		
			आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
१	पञ्चदेवलविनायक न.पा.	२६	१००.०	१००.०	१००.०
२	रामारोशन गा.पा.	२४	१००.०	१००.०	१००.०
३	मेल्लेख गा.पा.	२१	१००.०	१००.०	१००.०
४	साँफेबगर न.पा.	३९	१००.०	९९.४	१००.०
५	चौपाटी गा.पा.	२१	१००.०	१००.०	१००.०
६	मंगलसेन न.पा.	२४	१००.०	९९.५	१००.०
७	बान्नीगढीजयगढ गा.पा.	१८	१००.०	१००.०	१००.०
८	कमलबजार न.पा.	२५	१००.०	१००.०	१००.०
९	ढकारी गा.पा.	१५	१००.०	१००.०	१००.०
१०	तुर्माखाँदगा.पा.	२६	८७.५	८७.५	१००.०
अछाम		**२३९**	**९९.०**	**९८.८**	**१००.०**

गाउँघर क्लिनिकबाट औसत सेवाग्राहीको अवस्था

प्रति गाँउघर क्लिनिकबाट औषत सेवा लिने सेवाग्राहीको संख्या यस आ.व. मा १७ जना रहेको छ, जो गत आ.व २०८०/८१ भन्दा २ प्रतिशत ले कम हो। आ.व २०८०/८१ मा जिल्लाका स्थानीय तहहरुमध्ये सबैभन्दा बढी रामारोसन र ढकारी गाउपालिकामा २१ जना रहेको छ भने सबै भन्दा कम साँफेबगर नगरपालिकामा १२ जना रहेको छ। तलको तालिका नं. २४ मा विगत तिन बर्षको स्थानीय तहअनुसार औषत गाउघरबाट सेवा लिएको सेवाग्राहिको संख्या उल्लेख गरिएको छ।

तालिका नं. २३: गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम प्रगति

स्थानीय तह	प्रतिगाउँघर क्लिनिकमा औसत सेवा दिएको संख्या		
	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
पञ्चदेवलविनायक न.पा.	२९	२३	१९
रामारोशन गा.पा.	२५	२५	२१
मेल्लेख गा.पा.	२६	१९	२०
साँफेबगर न.पा.	१६	१२	१२
चौपाटी गा.पा.	१६	१७	१५
मंगलसेन न.पा.	२३	२३	२१
बान्नीगढीजयगढ गा.पा.	१६	१४	१४
कमलबजार न.पा.	१९	१७	१३
ढकारी गा.पा.	३०	२५	२१
तुर्माखाँद गा.पा.	२१	१७	१६
अछाम	२२	१९	१७

खण्ड ३ : महामारी तथा रोग नियन्त्रण

३.१ औलो निवारण कार्यक्रम

परिचय

औलो नियन्त्रण कार्यक्रम नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम हो। औला (Malaria) नियन्त्रण कार्यक्रम नेपालमा १९५४ मा USAID र त्यसपछि USOM को सहयोगमा शुरु गरिएको थियो। औलो (Malaria) नियन्त्रण कार्यक्रम नेपालमा १९५४ मा USAID र त्यसपछि USOM को सहयोगमा शुरु गरिएको थियो। यसको मुख्य उद्देश्य तराई क्षेत्रमा औलो रोकथाम गर्नु रहेको थिया। औलो उन्मुलन गर्ने लक्ष्यका साथ १९५८ मा राष्ट्रिय औलो उन्मुलन कार्यक्रम नेपालको पहिलो जन स्वास्थ्य कार्यक्रमको रुपमा शुरु गरिएको थियो। विभिन्न कारणले गर्दा उन्मुलनको धारणा १९७८ मा पुनः रोकथाम कार्यक्रममा परिणत भयो।

सन् २०१३ मा प्रकाशित रिपोर्टका अनुसार नेपालमा ४७.५% मानिसहरु औलो प्रभावित क्षेत्रमा बसोबास गर्दछन, त्यस मध्ये ३.६% उच्च जोखिममा छन्, ९.८% मध्यम जोखिममा छन् भने ३४.५% कम जोखिममा छन।

नेपालको हाल राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना (National Malaria Strategic Plan-NMSP) का परिदृश्य (Vision)/ध्येय (Mission, Goal)/उद्देश्य (Objective) हरु

परिदृश्य (Vision)

२०२५ सम्ममा औलोरहित नेपाल।

ध्येय (Mission),

२०२५ सम्ममा नेपाललाई औलोरहित बनाउन स्वासथ्य सेवाका कर्मचारीहरु र समुदायलाई सशक्तिकरण गर्ने।

लक्ष्य (Goal)

- २०१२ पछि औलोबाट हुने मृत्यु शुन्य बनाउने।
- २०१८ सम्ममा २०१२ को भन्दा ९० प्रतिशले औलो Case घटाउने।
- २०१८ सम्ममा २०१२ को भन्दा औलोको जोखिम भएका वडाको संख्या ७० प्रतिशतले घटाउने।
- २०२५ सम्ममा WHO बाट Malaria Free Certificate लिने।

उद्देश्य (Objective)

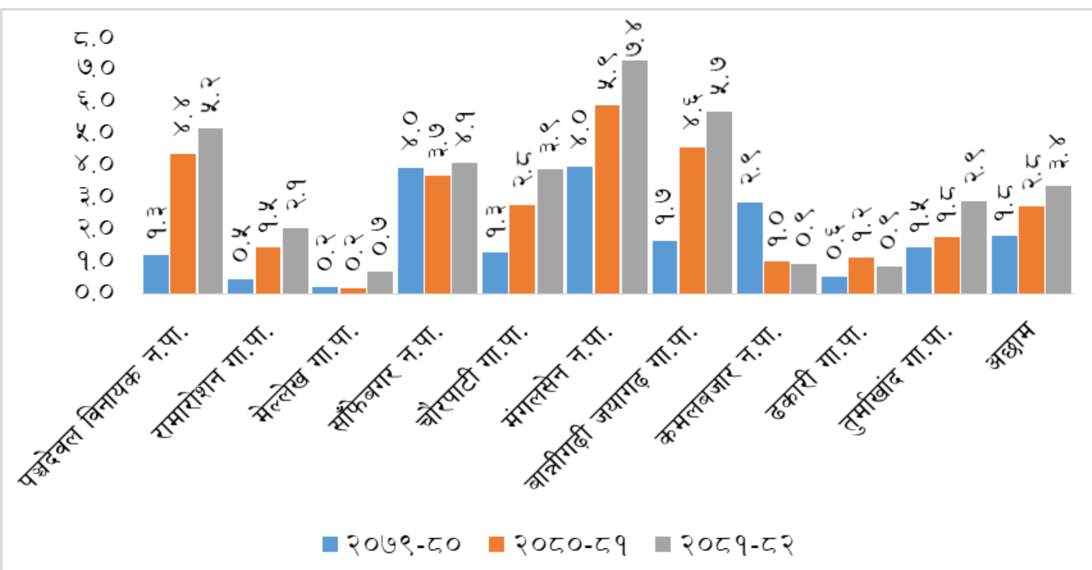
- औलो निवारणको लागि आवश्यक रणनीतिकहरु तयार गर्ने (TO enhance strategic information for decision making to words malaria elimination)
- औलोको संक्रमलाई रोकथाम गर्न (To further reduce Malaria transmission and eliminate the face)

- औलोको उपयुक्त निदान र उपचारका गुणस्तरलाई बढाउन र सजिलै पहुँच बढाउन (To Improve of and access to early diagnosis and effective treatment of Malaria)
- औलोको लागि राजनैतिक र समाजिक सरहयोगलाई निरन्तरता दिने (To Sustain Support from the Political Leadership and the communities towards Malaria elimination)
- औलो निवारणको लागि प्राविधिक र व्यवस्थापन क्षमतालाइ बलियो बनाउन (To strengthen programmatic technical and managerial capacities towards Malaria elimination)

औलोको जोखिमको आधारमा अछाम जिल्ला कम जोखिम भएको जिल्ला रुपमा रहेको छ। यस जिल्लाको उच्च पहाडी भु-भागमा औलोको जोखिम छैन भने नदिको छेउ तथा बेसिहरुमा औलोको केही जोखिम रहेको छ। अछाम जिल्लामा औलो नियन्त्रणका कार्यक्रमहरु मध्ये उपचारमा आएका शंकास्पत औलोका विरामीहरुका रगत परिक्षण गर्ने र औलोका विरामीहरुको Protocal अनुसार उपचार गर्ने गरिन्छ।

औलो कार्यक्रमको अवस्थाः

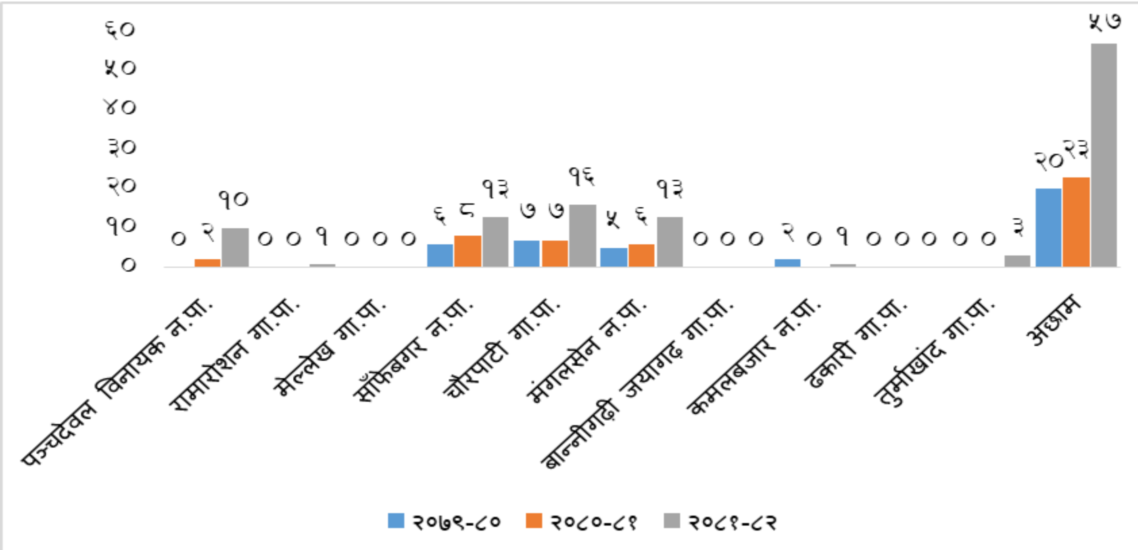
तलको चित्र नं. १९ अनुसार, बार्षिक औलोको लागि रक्त परिक्षण दर अन्तिम तिन आ.व. मा बढ्दै गईरहेको देखिन्छ आ.व २०७९/८० मा यो दर १.८ प्रतिशत, आ.व. २०८०/८१ मा २.८ प्रतिशत र आ.व. २०८१/८२ मा झण्डै ०.६ प्रतिशत बृद्धि भई ३.४ प्रतिशत पुगेको छ। आठ वटा स्थानीय तहको परिक्षण दर वृद्धि हुदैं गर्दा ढकारी गाउपालिका र कमलबजार नगरपालिकाको परिक्षण दर घटेको छ।



*चित्र नं. १९: औलोको लागि बार्षिक रगत जांच दर (*Annual Blood Examination Rate)

तलको चित्र नं. २० अनुसार, अछाम जिल्लामा यस आ.वमा ५७ जना औलो बिरामी पत्ता लागेका छन भने गत दुई आर्थिक बर्षमा २३ जना र २० जना पत्ता लागेका थिए। यस आर्थिक वर्षमा

सबैभन्दा बढि चौरपाटी गाउपालिकामा १६ जना, मंगलसेन र साँफेबगर नगरपालिकामा १३/१३ जना बिरामी पत्ता लागेका थिए। यस आर्थिक वर्षमा जम्मा ७ वटा स्थानीय तहमा औलो बिरामी पत्ता लागेको देखिन्छ भने आर्थिक बर्ष २०८०/८१ मा जम्मा ४ वटा स्थानीय तहमा मात्र बिरी पत्ता लागेका थिए।



चित्र नं. २०: स्थनीय तहअनुसार तिन वर्षको औंलो बिरामी संख्या

समस्या र चुनौती:

तालिका नं. २४: औंलो नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझाबहरु	कैफियत
• लक्ष्य अनुसार स्लाईड कलेक्सन तथा परिक्षण ७५ प्रतिशत मात्र हुनु	• स्लाईड कलेक्सन तथा परिक्षणमा जोड दिनुपर्ने	
• सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा माईक्रोस्कोपिक एवं आर डी टी परिक्षण व्यवस्था हुन नसक्नु	• सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा माईक्रोस्कोपिक वा आर डी टी परिक्षण व्यवस्था हुन नसक्नु	
• Entomological अध्ययन हुन नसक्नु	• Entomological अध्ययन गर्नु पर्ने	
• निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई प्रोटोकल बमोजीम उपचार पद्धतिमा ल्याउन नसक्नु र अभिलेख एवं प्रतिवेदनमा समस्या	• स्थलगत अनुशिक्षण तथा अनुगमनमा जोड दिनु पर्ने	
• आरडिटि किट तथा प्रोटोकल अनुसारका समयमा औषधि आपुर्ति नहुनु	• आरडिटि प्रदेश आपूर्तिले आपुर्ति गर्नु पर्ने र केहि व्यबस्थापन स्थानीय तहबाट पनि गर्ने	

३.२ महामारी तथा प्रकोप ब्यबस्थापन

देशका विभिन्न ठाउँ, समयमा महामारी तथा रोगको प्रकोप बढने गर्दछ। यस्ता अकस्मात बढने रोगहरुले महामारिको रुप लिन नदिन का लागि सरकारले एपिडेमियोलोजि र रोग नियन्त्रण महाशाखा मार्फत त्यस्ता रोगहरुको समयमै पहिचान गर्न Early Warning Reporting system का माध्यमवाट देशमा रहेका विभिन्न Sentinel site हरुले साप्ताहिक रुपमा प्रतिवेदन गर्ने प्रणालिको व्यवस्थापन गरेको छ। यो प्रणालि मार्फत Vector-born diseases, malaria, kala-zar Dengue, Acute Gastroenteritis (AGE), Cholera / Severe Acute Respiratory Infection (SARI)को समयमै प्रतिवेदन गरि यिनिहरुवाट हुने महामारि तथा प्रकोपलाई पहिचान गरि त्यसवाट हुनसक्ने क्षतिलाई समयमै न्यूनिकरण गरिदै आएको छ। यस्ता महामारि तथा प्रकोप संग सामना गर्नका लागि जिल्लामा Rapid Response Team (RRT) गठन गरि परिचालन गरिन्छ। आर्थिक बर्ष २०७६/०७७ मा विश्वव्यापी माहामारीको रुपमा नोवेल कोरोना भाईरस (कोभिड १९) देखा परेको थियो।

अछाममा आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा १ जना बिरामीमा हैजा कल्चरबाट प्रमाणित भएको थियो भने मंगलसेनको २ वटा वार्ड (५ र ८) मा विभिन्न समयमा गरी ६ जनामा RDT बाट हैजा देखिएको थियो ।

यसै आर्थिक वर्षमा जयगढ र साँफेबगरमा ठूलो आगलागी भएर केहि परिवार घरवार बिहिन भएका थिए भने मानव क्षति चाहिँ हुन पाएको थिएन ।

त्यसैगरी कमलबजार नगरपालिकाको बयलामा लगभग २० जनाले मृत कुखुराको मासु खाँदा ५ जना गम्भिर बिरामी भई १ जनाको मृत्यु भएको थियो ।

३.३ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

परिचयः

क्षयरोग विश्वमा जन-स्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा रहंदै आएको छ। सन् १९९३ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोगलाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा घोषणा गरी यसको व्यवस्थापनका लागि नयाँ नीति तथा कार्यक्रमहरुमा जोड दिदैं आएको छ। नेपालमा पनि क्षयरोग जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा रहेको छ। गरिबी, अशिक्षा, चेतनाको कमी, आन्तरिक बसाई सराई र खुला सिमाना लगायत आदि कारणले क्षयरोगबाट संक्रमित हुने दर बढदो छ। स्वास्थ्य सेवामा सबैको समान पहुँच नभएको, सेवाको गुणस्तर तथा वितरणमा रहेका कमीकमजोरीका कारणले समेत अपेक्षित उपलब्धी हासिल गर्न कठिनाई देखिएको छ। औषधि प्रतिरोधि क्षयरोग,

क्षयरोग तथा एच.आई.भी.को सहसंक्रमण, क्षयरोग तथा मधुमेहको सह-संक्रमण, मद्यपान तथा धुम्रपानको अधिक प्रयोग क्षयरोग नियन्त्रणका लागि चुनौतीको रुपमा रहेको छ

राष्ट्रिय रणनीतिक योजना

दीर्घकालीन सोचः क्षयरोग मुक्त नेपाल निर्माण

लक्ष्य

आ.व. २०७७/७८ को २३८ प्रतिलाख जनसंख्यामा नयाँ क्षयरोग हुने दर (Incidence Rate) भएकोमा यो दरलाई आर्थिक वर्ष २०८२/८३ को अन्त्य सम्ममा १८१ प्रति लाख जनसंख्यामा पुर्याउने र

- मृत्युदरलाई आ.व. २०७७/७८ को ५८ प्रति लाख जनसंख्याबाट आ.व. २०८२/८३ को अन्त्यसम्ममा २३ प्रतिलाख जनसंख्यामा झार्ने।
- आ.व. २०९१/९२ सम्ममा क्षयरोग महामारीको अन्त्यगरी आर्थिक वर्ष २१०६/०७ सम्ममा क्षयरोग निवारण गर्ने।
- क्षयरोगको कारणले परिवारमा पर्ने अधिक आर्थिक व्ययभार (Catastrophic Cost) शून्यमा झार्ने

उद्देश्यः

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

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमका सुचकांकको अवस्थाः

तालिका नं २६ मा सवै किसमका दर्ता भएका क्षयरोगका विरामीको विरामी दर्ता दर (Case Notification Rate of all Form of TB cases) तथा सवै किसमका क्षयरोगका विरामीको उपचार सफलतादर (Treatment Success Rate of all form of TB case) का बारेमा देखाईएको छ। क्षयरोग प्रिभ्यालेन्स सर्भे २०१९ ले प्रक्षेपित गरेको बिरामी संख्याको लगभग ४० प्रतिशत बिरामी मात्र पत्ता लगाउन सकिएको देखिन्छ। जुन अन्तिम आर्थिक वर्षभन्दा ६ प्रतिशतले बढी हो । आ.व. २०८१/८२ मा ९१ प्रति लाख बिरामी पत्ता लागी प्रतिवेदन गरिएको देखिन्छ। जुन आ.व. २०८०/८१ मा लगभग ७७ प्रति लाख मात्र रहेको थियो।

त्यस्तै तालिका नं २६ मै उपचार सपफलता दर पनि देखाइएको छ। जस अनुसार आ.व. २०७९/८० मा अछामको उपचार सफलतादर ८१ प्रतिशत रहेको थियो भने अर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा केही सुधार भई ८५ प्रतिशत भएको देखिन्छ यस बर्ष फेरि कम भई ७६ प्रतिशत

मात्र रहेको छ । ९० प्रतिशत भन्दा बढि उपचार सफलता दर बनाउनु पर्ने लक्ष्य हासिल हुन सकेको देखिदैन।पञ्चदेवल विनायक नगरपालिका र तुर्माखाँद गाउपालिकामा मात्र १०० प्रतिशत उपचार सफलता दर रहेको छ र सबैभन्दा कम मेल्लेख गाउपालिकामा ५० प्रतिशत मात्र उपचार सफलता दर रहेको छ।

तालिका नं. २५: क्षयरोग विरामी नोटिफिकेसन र उपचार सफलता दर

सूचक/आ.व /स्थानीय तह	केशनोटिफिकेसन दर प्रति लाख जनसंख्या (CNR All form of TB)			उपचार सफल दर (Treatment Success Rate)		
	आ.व.२०७९/८०	आ.व.२०८०/८१	आ.व.२०८१/८२	आ.व.२०७९/८०	आ.व.२०८०/८१	आ.व.२०८१/८२
पञ्चदेवल विनायक	३७	३१	५१	१००	१००	१००
रामारोशन	३९	४१	१०४	९४	१००	७८
मेल्लेख	११५	९९	१५५	७४	७०	५०
साँफेबगर	९१	९०	१२६	७०	९२	९१
चौरपाटी	१०१	९७	१२८	७५	८३	८०
मंगलसेन	७५	१३८	७५	९०	८१	७२
बान्नीगढी जयगढ	६५	११०	८१	६७	७८	७९
कमलबजार	२८	६८	५९	९०	८३	७९
ढकारी	३५	६३	७२	८३	८८	५७
तुर्माखाँद	८०	४४	६०	८३	९५	१००
अछाम	**६७**	**७७**	**९१**	**८१**	**८५**	**७६**

क्षयरोग बिरामी भारतबाट पत्ता लागी उपचारको बिचैमा नेपाल आउने र उपचार नेपालमा छोडी भारत जाने तथा अछाम मै वा नेपाल मै हुँदा समेत नियमित डट्सबाट उपचार नगर्ने दर बढि रहेको सुदुरपश्चिमका जिल्लाहरुमध्ये एक हो। जसले गर्दा जिल्लामा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको जोखिम पनि बढ्दो देखिन्छ।

तालिका नं. २७ अनुसार यस आर्थिक वर्षमा सबैभन्दा धेरै उपचार छोड्ने दर मेल्लेख गाउपालिकामा झण्डै २३ प्रतिशत देखिन्छ। पञ्चदेवल विनायक, रामारोसन, साफेबगर, र तुर्माखाँदमा कुनै पनि बिरामीले बिचमै उपचार छोडेको देखिदैंन। त्यसैगरी क्षयरोग बिरामी मृत्यु दर यस आर्थिक वर्षमा झण्डै ९ प्रतिशत रहेको छ। सबैभन्दा बढि मृत्यु दर २३ प्रतिशत मेल्लेख गाउपालिकामा रहेको छ भने पञ्चदेवल विनायक र तुर्माखाँदमा मृत्यु दर यस आर्थिक वर्षमा शुन्य रहेको छ।

तालिका नं. २६: क्षयरोग मृत्यु दर र बिरामी बीचैमा उपचार छोड्ने दर

सूचक/आ.व /स्थानीय तह	क्षयरोग बिरामी मृत्यु दर			क्षयरोग बिरामी बीचैमा उपचार छोड्ने दर		
	आ.व.२०७९/८०	आ.व.२०८०/८१	आ.व.२०८१/८२	आ.व.२०७९/८०	आ.व.२०८०/८१	आ.व.२०८१/८२
पञ्चदेवल विनायक						
रामारोशन			११.१	५.६		
मेल्लेख	११.१	३.७	२२.७	११.१	२५.९	२२.७
साँफेबगर	१०.०	४.२	४.४	१३.३	४.२	
चौरपाटी	६.३		५.०	१८.८	१७.४	१०.०
मंगलसेन	४.८	९.५	५.६	४.८	४.८	११.१
बान्नीगढीजयगढ	६.७		७.१	२६.७	२२.२	१४.३
कमलबजार		१६.७	७.१	१०.०		७.१
ढकारी	१६.७	१२.५	२१.४			२१.४
तुर्माखाँद	८.३			८.३	५.०	
अछाम	**७.२**	**३.८**	**८.८**	**१०.५**	**१०.२**	**१०**

त्रिसुली प्लसको सहयोगमा संचालित क्रियाकलाप

- क्षयरोग निदानका लागि खकार संकलन तथा ढुवानी सेवा (Sputum collection and transportation)
- PBC र १५ वर्ष भन्दा मुनिका सबै टि बि का बिरामीहरुको घरपरिवारका सदस्यहरुलाई क्षयरोगको स्क्रिनिं (Contact Tracing) गर्ने
- सम्भावित औसधि प्रतिरोधित क्षयरोग (Drug Resistant TB) का बिरामीहरुको रिफाम्पिसिनसेन्सीटिभिटि परिक्षण

- Drug Resistant (DR) क्षयरोगी बिरामीको घरपरिवारका सदस्यहरुको सम्पर्क परिक्षण (Contact Tracing)
- स्वास्थ्य संथामा कुपोषित तथा स्वास – प्रस्वास संक्रमण भएका बालबालिकाहरुमा क्षयरोग स्कृनिंग तथा प्रेषण
- TuberculosisPreventive Therapy (TPT) कार्यक्रमको सुरुवात तथा निरन्तरता
- अस्पतालमा क्षयरोग संक्रमण रोकथाम तथा निदानको लागि FAST रणनीति अबलम्बन

समस्या र चुनौतीः

तालिका नं. २७: क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझाबहरु
• लक्ष अनुसार क्षयरोगका विरामीहरु पत्ता लाउन नसक्नु • मौसमी बसाईसराईले विरामी उपचार पुरा नगरि छोड्नु र मृयु दर घट्न नसक्नु । • क्षयरोग सम्बन्धी समुदायमा लान्छना र भेदभाव हुनु। • औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगीको संख्या बढ्दै जानु • सहयोगी संस्था (SR) का कृयाकलापमा कमि हुनु।	• सकृय खोजपड्तालका कृयाकलाप सघन रुपमा संचालन गर्नुपर्ने। • विरामीलाई परामर्शमा जोड दिनुपर्ने। • लाञ्छाना भेदभाव हटाउन समुदाय परिचालन गर्नु पर्ने। • सहयोगी संस्थाबाट संचालित कृयाकलाप तथा बजेट बृधि गर्नुपर्ने।

३.४ कुष्ठरोग निवारण तथा रोकथाम कार्यक्रम

परिचयः

कुष्ठरोगलाई मानब इतिहासको सबैभन्दा पुरानो रोगका रुपमा लिइन्छ। यस रोगका बारेमा समाजमा सबैभन्दा धेरै लान्छना तथा गलत धारणा रहेकाले यसलाई सामाजिक रोग पनी भनिन्छ। नेपालमा औपचारिक रुपमा उन्नाइसौ सताप्ब्दीमा खोकना ल्याप्रोसोरिमको स्थापना पश्चात कुष्ठरोग सेवाको सुरुवात भएको हो। सन १९६० पश्चात नेपालमा रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको इतिहास रहेको पाइन्छ। सुदुरपश्चिम प्रदेशमा बिगतमा कुष्ठरोगका बिरामीहरु धेरै रहेको इतिहास छ। यस प्रदेशमा नेपाल सरकारसंगको साझेदारीमा नेदरलैंड्स लेप्रोसी रिलीफ, दी लेप्रोसी मिशन नेपाल, डिमेंन फाउंडेशन लगायतका संघसंस्थाहरूले काम गरिरहेकाछन। सन २०१० मानेपालबाबाट कुष्ठरोगको निवारण भएतापनि बेला बेलामा अछामको प्रकोप दर १ भन्दा बढ़ी भै रहेको हुन्छ।

राष्ट्रीय कुष्ठरोग रणनीति २०७८- २०८२

लक्ष्य :

- 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 ।

उदेश्यहरुः

- प्रदेश, जिल्ला, स्थानीय तहबाट कुष्ठरोग निवारण गर्ने ।
- जिल्ला तथा स्थानीय तहमा क्लिनिकल केस व्यवस्थापनलाई सुदृढ बनाउने र प्रेषण प्रणाली सुधार गर्ने ।
- जिल्ला तथा स्थानीय तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम प्रदान गरी क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।
- सक्रिय रोग पत्ता लगाउने विधिको प्रयोग गरेर कुष्ठरोगका नयाँ विरामी पत्ता लगाउने र पत्ता लागेका ती विरामीको सम्पर्कमा आएका व्यक्तिहरूको परीक्षण गर्ने
- विभेदको न्यूनीकरण गर्ने ।
- सबै तहमा कुष्ठरोग निगरानी प्रणाली र नियमित अनुगमन, सुपरिवेक्षण र आवधिक मूल्याङ्कनलाई सुदृढ गर्ने ।
- विभिन्न सरोकारवालाबीच साझेदारी सुदृढ गर्ने ।
- कुष्ठरोगको जटिलताहरूको व्यवस्थापनलाई सुदृढ गर्न प्रतिक्रिया तथा अपाङ्गता रोकथाम गर्ने र पुनरुस्थापना गराउने
- सीमावर्ती क्षेत्रका विरामीहरूको व्यवस्थापन, रिपोर्टिङ र प्रेषणमा छिमेकी राष्ट्र भारतका सम्बन्धित राज्यहरूसँग समन्वय गर्ने ।
- कुष्ठरोगसम्बन्धी अनुसन्धान र नवप्रवर्तनलाई प्रवद्र्धन गर्ने ।

परीलक्ष्यहरुः

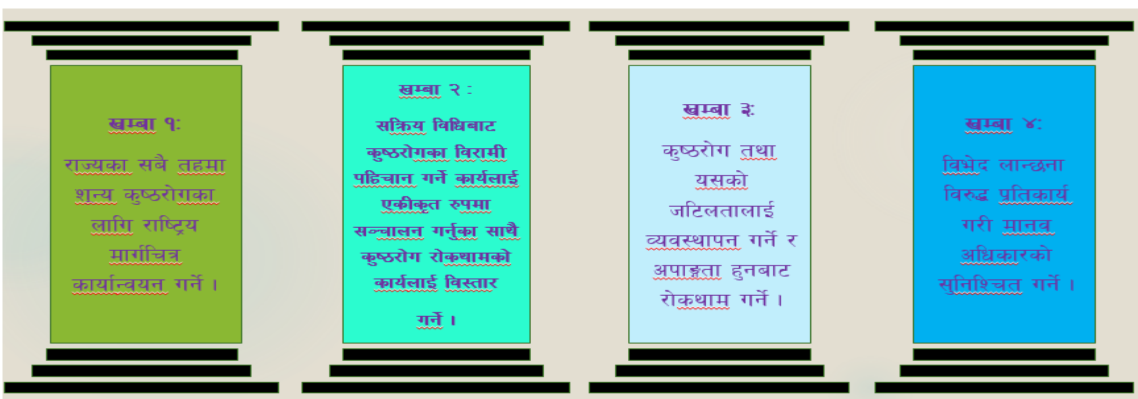
तालिका नं. २८: कुष्ठरोग रणनीतिका परिलक्ष्यहरु

क्र.सं.	परिलक्ष्यहरू	२०७६* (आधाररेखा)	२०८२	२०७९/८० प्रगति
परिलक्ष्य १	जिल्ला तथा स्थानीय तहगत कुष्ठरोगको बिरामीको तथा जनशक्तिको नक्साङ्कन	√	पूर्ण अद्यावधिक गरिएको	१५ वटा उच्च भार भएको जिल्लाको अद्यावधिक गरिएको

क्र.सं.	परिलक्ष्यहरू	२०७६* (आधाररेखा)	२०८२	२०७९/८० प्रगति
परिलक्ष्य २	लगातार ५ वर्षसम्म १५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा कुष्ठरोगका स्थानीय नयाँ बिरामीहरु शून्य रहेका स्थानीय तहहरूको सङ्ख्या	६०५**/७५३	७००/७५३	५०१/७५३
परिलक्ष्य ३	कुष्ठरोगका बिरामीहरु शून्य भएका स्थानीय तहहरूको सङ्ख्या	३७७	६५	३४२
परिलक्ष्य ४	कुष्ठरोगका वार्षिक नयाँ बिरामीहरुको सङ्ख्या	३२८२	२४६२ (आधाररेखा भन्दा <२५ प्रतिशत)	२५२२
परिलक्ष्य ५	असमर्थता श्रेणी २ भएका कुष्ठरोगका नयाँ बिरामीहरुको दर (प्रति दशलाख जनसङ्ख्यामा)	५.३	< १	६.३७
परिलक्ष्य ६	१५ वर्ष मुनिका बालबालिकामध्ये कुष्ठरोगका नयाँ बिरामीहरु पहिचान दर (प्रति दशलाख बाल जनसङ्ख्यामा)	३०	< ६	२३
परिलक्ष्य ७	कुष्ठरोगका नयाँ बिरामीमध्ये १५ वर्ष मुनिका बालबालिको संख्या	२६० (कुष्ठरोगको नयाँ विरामीहरूमा बच्चा विरामीको अनुपात ७.९%)	५० (कुष्ठरोगका नयाँ केसहरूमा बाल केसको अनुपात २%)	१८१ (कुष्ठरोगका नयाँ केसहरूमा बाल केसको अनुपात ७.१८५)
परिलक्ष्य ८	१५ वर्ष मुनिका बालबालिका कुष्ठरोगका नयाँ बिरामीहरुहरूमा असमर्थताको श्रेणी २ भएका बालबालिकाको सङ्ख्या	कुष्ठरोगका २६० नयाँ बालबालिकामध्ये मध्ये २ जना	०	कुष्ठरोगका १८१ नयाँ बालबालिकामध्ये मध्ये ८ जना
परिलक्ष्य ९	विभेदपूर्ण कानून	विभेदपूर्ण कानून विद्यमान रहेको	विभेदपूर्ण कानूनको अन्त्य, शून्य विभेद तथा गुनासो दर्ता प्रणालीको	विभेदपूर्ण कानून विद्यमान रहेको

क्र.सं.	परिलक्ष्यहरू	२०७६* (आधाररेखा)	२०८२	२०७९/८० प्रगति
			व्यवस्था	
परिलक्ष्य १०	रोकथाममूलक केमोप्रोफिलेक्सिसको सुरुवात		सम्पर्कमा आएका औषधि चलाउन योग्यमध्ये ५० प्रतिशतलाई समेट्ने	निरन्तर
परिलक्ष्य ११	इन्डेक्स केस पहिचान भएको ३ महिनाभित्र सो बिरामीको सम्पर्कमा आएका घरपरिवारको परिक्षण		कुष्ठरोगको मूल बिरामी (इन्डेक्स केस) को ७५%	निरन्तर

रणनीतिक खम्बाहरु :



कुष्ठरोग नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रमका सुचकांकको अवस्था:

तालिका नं. ३० ले कुष्ठरोग सम्बन्धि नया बिरामी पत्ता लगाउने दर (New Case Detection Rate - NCDR) र जम्मा कुष्ठरोगका विरामी (Prevalence Rate – PR) को बिगत ३ बर्षको तथ्यांक प्रस्तुत गरेको छ। गत बर्षको भन्दा नया बिरामी पत्ता लाग्ने दर र विरामीको प्रिभ्यालेन्स दर घटेको छ । आ.व २०८०/८१ मा यो नयाँ बिरामी पत्ता लाग्ने दर ९.१ प्रति लाख रहेको थियो भने यस आ.व मा ५.१ प्रतिलाख रहेको देखिन्छ। स्थानीय तहहरुमध्ये सबै भन्दा बढिपञ्चदेवल विनायक नगरपालिकामा १५.७ प्रतिलाख रहेको छ भने साँफेबगर न.पा., मेल्लेख गाउपालिका र रामारोसन गाउपालिकामा यस बर्ष नयाँ बिरामी पत्ता लागेको छैन। आ.व २०८०/८१ मा कुष्ठरोग प्रिभेलेन्स दर प्रति दश हजार जनसंख्या मा १.३ रहेको थियो भने यस आ.व मा ०.६ रहेको छ जुन कुष्ठरोग निवारण (कुष्ठरोग बिरामी दर १ प्रति दश हजार भन्दा कम) को लक्ष्य भित्र हो ।

तालिका नं. २९: कुष्ठरोग नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रमका विभिन्न सूचकहरू

सूचक/आ.व/पालिका	नया केश पत्ता लाग्ने दर प्रति लाख जनसंख्या (NCDR)			कुष्ठरोग प्रिभेलेन्स दर प्रति दश हजार जनसंख्या (PR)		
	आ.व.२०७९/८०	आ.व.२०८०/८१	आ.व.२०८१/८२	आ.व.२०७९/८०	आ.व.२०८०/८१	आ.व.२०८१/८२
पंचदेवल विनायक	१४.९	७.८	१५.७	०.७	०.८	१.६
रामारोशन	०.०	४.५	४.५	०.०	०.५	०.०
मेल्लेख	४.३	०.०	०.०	०.४	०.९	०.०
साँफेबगर	३.८	३.९	०.०	०.४	०.०	०.०
चौरपाटी	४.४	९.७	९.९	०.४	१.५	१.०
मंगलसेन	१०.८	११.५	०.०	१.८	१.५	०.४
बान्नीगढी जयगढ	७.२	१५.८	८.१	०.७	१.६	०.८
कमलबजार	४.७	४.९	४.९	०.९	०.५	०.५
ढकारी	१७.४	४.९	९.६	१.७	१.५	१.०
तुर्माखाँद	२४.१	३०.५	०.०	२.०	४.४	०.९
अछाम	**९.४**	**९.१**	**५.१**	**०.९**	**१.३**	**०.६**

समस्या र चुनौतीः

तालिका नं. ३०: क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझावहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझावहरु	कैफियत
• कुष्ठरोग नियन्त्रणका लागि यथेष्ट कार्यक्रमहरु नहुनु • समाजिक लाल्छना तथा भेदभावका कारण बिरामी उपचारमा ढिला आउनु • पत्ता लागेका बिरामीहरुमा एमबी	• सकृय खोजपड्तालका कृयाकलाप सघन रुपमा संचालन गर्नुपर्ने। • अपाङ्गता रोकथामका लगि विरामीलाई परामर्शमा जोड दिनु	

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझावहरु	कैफियत
बिरामीको संख्या उच्च् हुनु • बालबालिकाहरुमा समेत कुष्ठरोगको निदान हुनु • कुष्ठरोग पत्ता लगाउन सक्ने दक्ष जनशक्तिको अभाव हुनु • पत्ता लागेमा बिरामीहरुमा अपाङ्गता दर उच्च् हुनु	पर्ने। • लान्छना तथा भेदभाव हटाउन समुदाय परिचालन गर्नु पर्ने। • जिल्ला अस्पतालमा एकजना दक्ष जनशक्ति कुष्ठरोग निदान तथा ब्यवस्थापनका लागि ब्यवस्था गर्नुपर्ने।	

३.५ एच.आई.भी. एड्स तथा यौनजन्य रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पहिलो पटक सन् १९८८ मा नेपाल HIV संक्रमित फेला परे पश्चात HIV/AIDS नियन्त्रणका कार्यक्रम शुरु गरेको पाईन्छ। राष्ट्रिय एड्स तथा यौन नियन्त्रण केन्द्रले HIV/AIDSरोकथाम, उपचार तथा सहयोगका कार्यक्रमहरु संचालन गर्दै आएको छ।करिब ७६ प्रतिशत भन्दा वढी एच.आई.भी.को संक्रमण महिला‘ पुरुष विच हुने असुरक्षित यौन सम्पर्कको माध्यमवाट भएको पाईएको छ। सूईद्वारा लागू पदार्थ लिनेहरु, यौनकर्मी पुरुष तथा महिलाहरु र उनीहरुका ग्राहकहरु, पुरुष समलिंगीहरु तथा तेस्रो लिंगीहरु, आप्रवासी कामदारहरु र कैदीबन्दीहरुलाई एच.आई.भी. संक्रमणको उच्च जोखिममा रहेको समूह मानिन्छ। डिसेम्बर २०१८ को अन्त्य सम्ममा १६,९१३ जना एच.आई.भी. संक्रमितहरुले ए.आर.टी. सेवा लिईरहेका छन्। नेपालमा २९,८७८ (सन् २०१८) जनामा एच.आई.भी. संक्रमण भएको अनुमान गरिएको छ, जसमा महिलाको तुलनामा पुरुषको संख्या वढी भएको पाइएको छ। नेपालको वयस्कहरुमा एच.आई.भी. प्रिभिलेन्स ०.१४ प्रतिशत (सन् २०१८) रहेको छ। नेपालमा हाल HIV संक्रमणलाई केन्द्रिकृत महामारीको रुपमा परिभाषित गरिएको छ।

लक्ष्य

- एच.आई.भी. रोकथाम, उपचार, हेरचाह र सहयोगमा सर्वव्यापी पहुँच पुर्याउने।

अछामको HIV/AIDS नियन्त्रण कार्यक्रमको ईतिहास

- जिल्ला विकास समिति अछामद्वारा जिल्ला एड्स सम्पर्क अधिकारीको नियुक्ति — वि.सं. २०५० साल
- HIV/AIDS को क्षेत्रमा काम गर्ने उद्देश्य राखि गंगोत्रि ग्रामिण विकास मञ्च तथा वाक अछामको स्थापना — वि.सं. २०५४।०५५

- जिल्ला एड्स समन्वय समितिको गठन तथा कार्य प्रारम्भ — वि.सं. २०६०
- पहिलो जिल्ला HIV/AIDS पाँच वर्षे रणनीतिक योजना तर्जुमा — वि.सं. २०६२
- दोस्रो जिल्ला HIV/AIDS पाँच वर्षे रणनतिक योजना तर्जुमा — वि.सं. २०६९
- स्वैछिक परिक्षण तथा परामर्श सेवाको शुरुवात — वि.सं. २०६१
- PMTCT सेवाको सुरुवात — वि.सं. २०६४
- समुदायमा आधारित आमाबाट बच्चामा सर्न सक्ने एच.आई.भि. संक्रमण रोकथामको CBPMTCT तथा ७ वटा स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा शुरु — वि.सं. २०६६

अछाम जिल्लाको क्रियाशिल जनशक्ति गरिबी तथा बेरोजगारीका कारण लगभग ३०००० जना भन्दा बढी भारतको विभिन्न शहरमा नोकरी गर्दछन्। लामो समय सम्म घर परिवार सँगको विछोड र पहिलो देखि नै मदिरा सेवन गर्ने साथीहरुको संगतले कलिलो उमेरमा भारत पुगेका व्यक्तिहरु यौन कर्मीको सम्पर्कमा जाने र HIV संक्रमणको जोखिममा पर्ने गदछन्। कामको खोजीमा भारत जान र तिनका श्रीमतीहरु नै HIV संक्रमणको जोखिममा रहेतापनि अछाम जिल्ला भित्रका राति हुने विभिन्न खालका सांस्कृतिक कार्यहरु (मेलाहरु) र त्यहाँ हुने असुरक्षित यौन कार्यले पनि HIV संक्रमणको जोखिम बढाएको अनुमान गर्न सकिन्छ।

अछाम जिल्लामा देखापर्दै गएको HIV संक्रमणको समस्यालाई समाधान गर्न विशेष गरि जनचेतनाका कार्यक्रमहरु सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाहरुले २०५५/०५६ साल देखि शुरु गरेको पाईन्छ। जिल्ला एड्स समन्वय समिति २०६० साल पछि मात्र सक्रिय भएको पाईन्छ। जिल्ला एड्स समन्वय समिति अछामले संक्रमित एकल महिला सुरक्षा कोष निर्देशिका, HIV का कारण टुहुरा बालबालिकाको लागि कार्य निर्देशिका तयारपारी लागु गरेको छ।

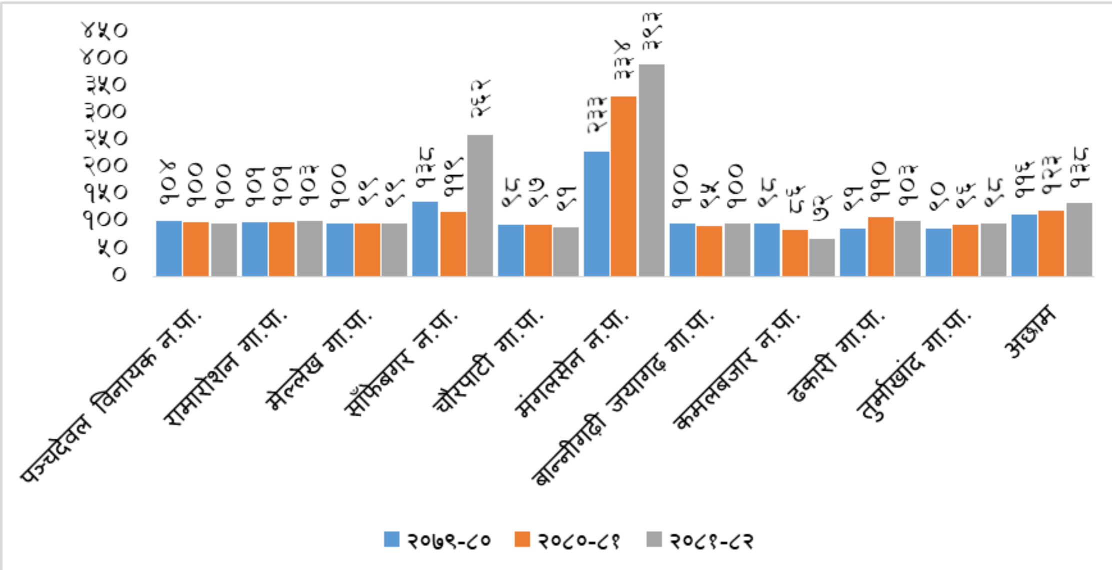
एच.आई.भी. एड्स तथा यौनजन्य रोग नियन्त्रण कार्यक्रमका सुचकांकको अवस्थाः

हाल अछाम जिल्लामा चार HTC केन्द्र, चार ART सेन्टर, दुई समुदाय हेरचाह केन्द्र तथा सबै स्वास्थ्य संस्थहरुबाट eVT सेवा संचालनमा रहेको छ।

चित्र नं २१ मा आमाबाट बच्चामा सर्ने एच आइ भी रोकथाम कार्यक्रमको प्रगति विवरण उल्लेख गरिएको छ। अन्तिम तीन वर्षको तथ्याकं हेर्दा पूर्व प्रसुति अवस्थामा एच आइ भी जाँच र परामर्शको संख्या बढ्दो देखिन्छ।

पछिल्लो समय अछाममा नया एच.आइ.भी. संक्रमण दरमा केहि कमि आएको र नियमित ART सेवाले HIV संक्रमित व्यक्तिहरुको स्वस्थ जिबनयापनमा सहयोग पुगेको देखिन्छ।आ.ब.२०८०/८१

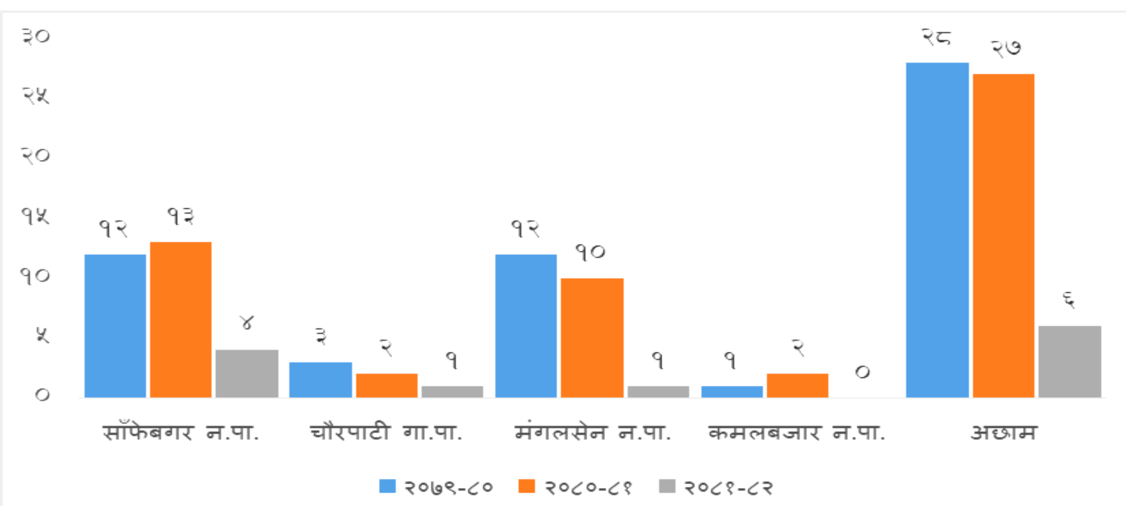
मा १२३ प्रतिशत गर्भवति जाँच गर्न आउने महिलाहरुको HIV जाँच गरिएको छ। गर्भवति जाँचमा नआएका तर स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति भएकाको समेत HIV जाँच गरी प्रतिवेदन गरिएको हुनाले १०० भन्दा बढी प्रतिशत देखिएको छ।



चित्र नं. २१: पहिलो पटक (जुनसुकै समयमा) गर्भवती जांच गर्न आएका महिलाहरुमा HIV जांच प्रतिशत

नयाँ एच.आई.भी. संक्रमित संख्याको अवस्था

चित्र नं. २२ अनुसार, जिल्लाभरीमा अछाम जिल्ला अस्पताल, बयलपाटा अस्पताल, कमलबजार प्रा.स्वा.के. र चौरपाटी प्रा.स्वा.के. गरी ४ वटा ए.आर.टि. तथा एच.टि.सी. सेन्टर रहेका छन। यस अर्थिक वर्षमा ६ जना तथा आर्थिक वर्ष २०८०/८१ भन्दा धेरै कम बिरामी पत्ता लागेका छन ।



चित्र नं २२: नयाँ HIVसंक्रमित पत्ता लागेको संख्या

समस्या र चुनौतीः

तालिका नं. ३१: एच.आई.भी. एड्स तथा यौनजन्य रोग नियन्त्रण समस्या, चुनौती र सुझाबह

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझाबहरु	कैफियत
• मौसमी बसाईसराई संक्रमणको जोखिमको रुपमा रहिरहनु। • तालिम प्राप्त जनशक्तिको अभावमा HTC केन्दहरुमा परामर्श र परिक्षण कम हुनु। • ART केन्द टाढा भएकाले सबै संक्रमितलाई नियमित उपचारका लागि समस्यम हुनु। • समाजमा लान्छना र भेदभाव ब्याप्त हुनु। • स्वास्थ्य संस्थामा HIV test Kit stock out हुनु।	• कामका लागि बसाई सर्ने जनसंख्यालाई सीमा नाकामा जोखिमपुर्ण ब्यबहार न्युनिकरणका लागि परामर्श सेवा संचालन गर्नु पर्ने। • ARV Dispensing Site थप गर्न पर्ने। • प्रत्येक HTC Center मा कम्तिमा दुईजना तालिम प्राप्त जनशक्ति ब्यवस्था गर्नु पर्ने। • HIV Test kit माग आपुर्ति प्रणालीलाई सहज बनाउनु पर्ने।	

३.६ नसर्ने रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

बिश्वब्यापिकरण, बदलिदो जीवनशैली तथा सामजिक आर्थिक रुपान्तरण आदिका कारणले नसर्ने रोग एक प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा देखा परिरहेको छ। नसर्ने रोग ले विश्व लगायत नेपालमा पनि मानिसहरुको अकालमा मृत्यु गराउने संगै गरिबी तथा राष्ट्रिय अर्थ तन्त्रलाई कम्जोर बनाउन ठुलो भूमिका खेल्नुका साथै स्वास्थ्य लगायत अन्य विकाश निर्माणमा ठुलो प्रभाव पारिरहेको छ। नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीमा नसर्नेरोग बिस्तारै एक ठुलो चुनौतीका रुपमा खडा भैरहेको छ। नसर्ने रोगबाट मृत्यु हुनेको संख्या सन् २०१० मा ५१ % रहेकोमा सो संख्या बढेर सन् २०१९मा ७१% पुगेको छ। जसमध्ये मुटु रोगबाट मृत्यु हुनेको संख्या ३० प्रतिशत, क्यान्सरबाट ९ प्रतिशत, मधुमेहबाट ४ प्रतिशत, श्वासप्रश्वास सम्बन्धि दिर्घ रोगका कारणले १० प्रतिशत र अन्य नसर्ने रोगका कारणले १३ प्रतिशत मृत्यु भैरहेकोछ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्तीय प्रतिवेदन (२०१२/१३-२०१५/१६) मा गरिएको चारबर्षको तथ्यांक विश्लेषण अनुसार नसर्ने रोगमा स्वास्थ्य क्षेत्रको खर्च ने.रु. ३७.७३ बिलियन भएको थियो भने नसर्ने रोगका कारणले आफ्नै खल्तीबाट उपचार खर्च व्यहोर्नु पर्ने दर ३१ प्रतिशत रहेको थियो।

प्रमुख नसर्ने रोग तथा रोकथामका प्रयास

नेपालको संबिधान २०७२ ले स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकको मौलिकहकका रुपमा परिभाषित गरेको छ। आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता र सबलीकरण संगै हरेक नागरिकको स्वास्थ्य सेवामा

पहुँच र सेवाको गुणस्तर बृद्धि गर्नु आवश्यक छ। नेपालमा मुख्यतया तिन फरक फरक प्रकृतिका स्वास्थ्य समस्याहरु ब्याप्त छन्। जसमा सर्ने रोग, नसर्ने रोग र प्राकृतिक विपदबाट हुने जोखिम, सडक दुर्घटना, हिंसा र चोटपटकका कारणबाट हुने स्वास्थ्य समस्याको समाधान र व्यवस्थित बनाउन जरूरी रहेको कुरा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले समेत औल्याएको छ। यस तथ्यलाइ ध्यान दिदै नेपाल सरकारले नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियंत्रणका लागि नीतिगत, रणनीतिगत विभिन्न योजना तथा कार्यक्रमहरु लागु गरि संचालन गरिरहेको छ।

यसै सन्दर्भमा नेपाल सरकारले नसर्ने रोग सम्बन्धि बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना २०१४ देखि २०२० लाइ तयार गरि कार्यन्वयनमा ल्याई सकेको छ। यस योजनाको लक्ष्य नसर्ने रोगको उपचार, प्रकोप नियन्त्रण, रोकथाम, हुन् सक्ने शारीरिक असक्तता तथा अकालमा हुने मृत्यु कम गर्नु रहेको छ। नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले नसर्ने रोगको उपचार ससक्त रुपमा अघि बढाउन बिश्व स्वास्थ्य संगठनको Package for Essential Non-Communicable Diseases अवधारणा PEN प्रोटोकल अन्तर्गत १,२,३ र ४ लाइ सन् २०१६ मा अनुकुलन गरेको रास्ट्रिय प्रोटोकल तयार गरि कार्यक्रम सुरु भएको छ।

नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि बहुक्षेत्रिय कार्ययोजना २०२१-२०२५

बहुक्षेत्रिय कार्ययोजना २०२१-२०२५ लागि रणनितिक अवधारणा

दूरदृष्टि

नसर्ने रोगमुक्त स्वस्थ तथा उत्पादनशील नागरिक।

ध्येय

नसर्ने रोगको रोकथाम र नियन्त्रणमार्फत नसर्ने रोगका कारण हुने कष्ट र अल्पायुको मृत्युलाई कम गर्दै नेपालीको जीवनस्तर उकास्ने।

लक्ष्य

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

उदेश्य

- नसर्ने रोगहरुको जोखिम कारकहरु कम गर्ने र विभिन्न क्षेत्रमा अन्तर्निहित रहेका सामाजिक निर्धारक तत्वहरुको सम्बोधन गर्नु।
- नसर्ने रोगहरुको प्रभावकारी रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि नागरिकमैत्री स्वास्थ्य प्रणालीलाई सुदृढ गर्नु।

- तथ्यमा आधारित नीति तथा कार्यक्रमहरुको लागि निगरानी, अनुगमन र मूल्यांकन प्रणाली स्थानपना गर्नु।
- परिलक्ष्य
- मुटु रोग, क्यान्सर, मधुमेह वा श्वासप्रश्वाससम्बन्धी दीर्घ रोगबाट हुने समग्र अल्पायु मृत्युदरमा सन् २०२५ सम्ममा २५ प्रतिशत र सन् २०३० सम्ममा ३३ प्रतिशत कमी ल्याउने।

रणनीतिक कार्य क्षेत्रहरु

नसर्ने रोगहरुको रोकथाम र नियन्त्रण सम्बन्धि बहुक्षेत्रीय कार्य योजना २०२१-२०२५ मा मुख्य चार ओटा रणनीतिक कार्यक्षेत्रहरु पहिचान गरिएको छ;

१. नेतृत्व, पैरवी तथा साझेदारी

२. स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा जोखिम न्युनीकरण

- नसर्ने रोगका जोखिम तत्वहरु सुर्तीजन्य पदार्थ, मादक पदार्थ, अस्वस्थकर खानपान, शारीरिक गतिविधि, स्वस्थ वातववरण अभियान, घरभित्रको वायु प्रदुषण, मुखको स्वास्थ्य र सडक सुरक्षा

३. नसर्ने रोगहरु र तिनका जोखिम तत्वहरुको शीघ्र पहिचान र व्यवस्थापनका लागि स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण

४. निगरानी, अनुगमन तथा मूल्यांकन र अनुसन्धान

बहुक्षेत्रिय कार्ययोजना

बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना कार्यान्वयनका लागि प्रमुख मान्यताहरु

नसर्ने रोगहरुसम्बन्धी कार्ययोजना कार्यान्वयनको सफलताको लागि देहाय अनुसारका प्रमुख मान्यताहरुलाई पूर्वानुमान गरिएको छ :

- नसर्ने रोगहरुले निरन्तर उच्चस्तरीय राजनीतिक प्रतिबद्धता प्राप्त गर्नेछ।
- नसर्ने रोगहरुको निर्धारकहरुलाई प्रभावित गर्न र स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन गैह्र स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै नीतिहरुमा स्वास्थ्य क्षेत्रका रणनीतिहरुलाई प्राथमिकता साथ अवलम्बन गर्नेछन।
- बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना कार्यान्वयन गर्न सुदृढ अन्तरक्षेत्रगत समन्वय र कार्यहरुको लागि तिन ओटै तहमा गठित संस्थागत संरचनाहरु क्रियाशील हुनेछन।
- नसर्ने रोगहरुको लागि प्राविधिक र समन्वय सम्पर्क केन्द्रको रुपमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा नसर्ने रोग महाशाखा/विभाग स्थापना भएको हुनेछ, कर्मचारीको व्यवस्था गरी क्षमता सुदृढ गरीएको हुनेछ।
- बहुक्षेत्रीय कार्ययोजनामा दिगो लगानीका लागि करसुधारका माध्यमबाट (सुर्तीजन्य, मदिराजन्य पदार्थ तथा गुलियो पेयमा लाग्ने करमा सुधार) नवीन वित्तीय संयन्त्र स्थापना गरिनेछ।
- यो कार्ययोजना कार्यान्वयनको लागि 'सम्पूर्ण सरकार रर सम्पूर्ण समाज÷ अवधारणामा रहेर प्रतिकार्य भएको हुनेछ।

- नसर्ने रोगहरु र यससंग सम्बन्धित जोखिम तत्वहरुको रोकथाम र नियन्त्रणका उपायहरुको बारेमा जनचेतनाको स्तर बढेको हुनेछ।
- आन्तरिक र बाह्य साझेदारहरुको प्रतिकार्यका लागि पर्याप्त मात्रामा स्रोत परिचालन भएको हनेछ।

तलको तालिका नं. ३३ मा अछाम जिल्ला अन्तर्गत विभिन्न स्वास्थ्य सस्थाहरुमा रहेका बिरामीहरुले बहिरंग सेवामा नसर्ने रोग सम्बन्धि लिएको सेवाको बिबरणलाइ देखाईएको छ।यस आ.ब.मा सबैभन्दा धेरै नसर्ने रोगमध्ये दिर्घ श्वासप्रश्वाश सम्बन्धि रोग ३८३६ जनामा, मधुमेह १२९४ जनामा र फोक्सोको क्यान्सर ७ जनामा देखिएको छ।

तालिका नं. ३२: नसर्ने रोगहरुको बिरामीहरुले बहिरंग सेवा लिएको तथ्यांक

आर्थिक वर्ष	अछाम जिल्लामा बहिरंगबाट सेवा लिएका जम्मा बिरामी संख्या				
	फोक्सोको क्यान्सर	दृघ श्वासप्रश्वासको रोग	मधुमेह	मध्यपान अत्यधिक प्रयोग	एन्जाईटि
आर्थिक वर्ष २०७९/८०	१३	४०३५	१०४१	४०	५७५
आर्थिक वर्ष २०८०/८१	६	४०४७	१०३७	७५	९६३
आर्थिक वर्ष २०८१/८२	७	३८३६	१२९४	६९	८४९

समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्या	समाधानका उपायहरु	कैफियत
• नसर्ने रोग सम्बन्धि सुचनाको अभिलेख तथा प्रतिबेदन नभएको। • नसर्ने रोगको उपचारका लागि प्रयोग हुने निशुल्क औषधिको नियमित आपूर्ति व्यवस्थापन नभएको।	• नसर्ने रोग लाइ एकीकृत स्वास्थ्य सेवाको मूल प्रवाहिकरणलाइ जोड दिदै सेवाको सुचना अभिलेख राख्दै प्रतिबेदन गरिनुपर्ने। • नसर्ने रोग उपचार व्यवस्थापनका लागि नियमित औषधि लगायत अभिलेख तथा प्रतिबेदन सामाग्री आपूर्ति गरिनुपर्ने।	

४.१ स्वास्थ्य वीमा कार्यक्रम

परिचय

स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम नेपाल सरकार अन्तगत सवै नेपालीहरुले नेपालको संविधान २०७२ को धारा ३५ मा उल्लेखित आधारभुत स्वास्थ्य सेवालाई सुनिश्चत गर्ने उदेश्यले २०७१ सालमा कैलाली, बाग्लुङ र ईलामवाट शुरु भई हाल ७७ जिल्लामा यो कार्यक्रम शुरुवात भैरहेको छ। स्वास्थ्य वीमा कार्यक्रम परिवारमा आधारीत एक वृहत साझेदारी कार्यक्रम हो।जसमा आवद्द हुन परिवारलाई तोकेको योगदान रकम पुर्व भुक्तानी गरी सेवा क्रियासिल भएपछी परिवारले वार्षिक रुपमा विरामी पर्दा स्वास्थ्य उपचारको जोखिम व्यवस्थापन गर्न सक्दछन्।हाल अछाम जिल्लामा स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम प्रभावकारी हुदै गईरहेको छ। विमामा आवद्द भई सेवा लिनेको सख्यामा वृद्धि भईरहेकोले विमा कार्यक्रमप्रति सवैको चासो बढ्दै गईरहेको छ। साथै संघिय सरकार तथा प्रदेश सरकारले अति गरिव,अति असक्त अपाङ्ग, एच.आइ.भी.संक्रमित, एम.डी.आर.टि.भी., महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविका, कुष्ठरोगीहरुका परिवारलाई समेत र सत्तरी वर्ष पुरा गरेका ज्येष्ठ नागरीकको सत प्रतिशत रकम छुट प्रदान गरी विमामा आवद्द गर्ने व्यवस्थाले विमित बन्न चाहने तर योगदान रकम तिर्न नसक्ने परिवारका लागी सरकारको यो नितीले यस कार्यक्रममा थप बल पुगेको छ। देशकै पहिलो पुर्ण विमित नगरपालिका घोषणा संगै साफेवगर नगरपालिकाले सबै जनप्रतिनिधिहरु र कर्मचारीहरुलाई अनिवार्य स्वास्थ्य विमा गर्न र वयलपाटा अस्पतालले आफ्ना सवै कर्मचारीका परिवार सहित विमामा आवद्द सगै सेवा लिन आउने सम्पुर्ण विरामीहरुका लागी अनिवार्य विमा बन्नुपर्ने थप सुचनाले गर्दा हाल अछाममा ५५,१४२ जना विमामा आवद्ध भएका छन्।

स्वास्थ्य विमा कार्यक्रमको उदेश्यः

- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपयोगमा सुधार ल्याई सबैका लागी स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नु।
- सर्वसाधारणका लागी स्वास्थ्य सेवाको जोखिम न्युनिकरण र वित्तिय संरक्षण प्रदान गर्नु।

मुख्य उपलब्धीहरुः

- हाल स्वास्थ्य विमा प्रति सबैको चासो बढेको छ र २४ प्रतिशत बिमामा आवद्ध छन।
- प्रदेश सरकार अन्तगत कार्यरत स्वास्थ्य कर्मिहरु ४८ जनाको हुन आउने योगदान रकम वापत १,६८,००० प्रदेश सरकारबाट व्यहोर्ने गरी विमामा आवद्ध गरेको छ।
- विमा कार्यक्रम सुदुरपश्चिममा कैलाली पछिको दोस्रो जिल्लाको रुपमा विमा कार्यक्रम सफलता पुर्वक संचालन भैरहेको छ।

तालिका नं. ३३: स्वास्थ्य वीमा कार्यक्रमका समस्या, चुनौती र सुझाबहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	सुझाबहरु
• स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम सम्बन्धी जिल्लामा अभिमुखिकरण, तालिम र समिक्षा जस्ता कुनै पनि गतिविधिहरु जिल्ला कार्यालयमा नभएको। • अहिले सम्म दर्ता अधिकारी र दर्ता सहयोगीका लागी बिमा सम्बन्धी नया अपडेड, सक्षम नबनाइनु। • बिमितले सेवा प्रदायक संस्था बाट सजिलै सेवा र आवश्यक औषधीहरु नपाएकोदा गुनासो सम्बन्धीत निकायमा पुयाउदा सुनुवाई नहुनु	• जिल्लामा स्वास्थ्य विमा सम्बन्धी कार्यक्रम, दर्ता अधिकारी र दर्ता सहयोगीहरुका लागी तालिम हुनपर्ने। • स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम सम्बन्धी जिल्लामा अभिमुखिकरण, तालिम र समिक्षा जस्ता गतिविधिहरु जिल्ला कार्यालयमा हुनुपर्ने । • कम्तीमा जिल्लामा भएका सेवा प्रदायक संस्थाहरुमा नेपाल सरकारले तोकेका औषधीहरु अस्पतालको फार्मेसीबाट प्राप्त हुनुपर्ने।

४.२ बिपन्न नागरिक औषधि उपचार कोष

"स्वास्थ्यमा बिश्वब्यापी पहुच" लक्ष्य अनुसार तिन तहका सरकारले नेपाली नागरिकहरुलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा मा सहज पहुँच पुर्याउन, बिपन्न नागरिक उपचार कोष, सामाजिक सुरक्षा, स्वास्थ्य बिमा र निशुल्क स्वास्थ्य कार्यक्रम मार्फत बिरामी को आफ्नो खल्तीबाट खर्च नलाग्ने गरी ब्यबस्था गरेको छ र अन्य बिपन्न, गरीब, असहाय नागरिकहरुका लागी मिर्गौला रोग, सिकल सेल एनीमिया, हेड इंजुरी, स्पाइनल इंजुरी, पार्किन्सन, क्यान्सर, मुटु रोग जस्ता रोगहरुको उपचारका लागी नेपाल सरकारले "बिपन्न नागरिक औषधि उपचार कोष निर्देशिका २०७५" तथा सुदुरपश्चिम सरकारले "आर्थिकरुपले बिपन्न नागरिक औषधि उपचार सहायता निर्दिशिका २०७६ (संसोधन २०७७ सहित)" जारी गरि दोहोरो नपर्ने गरि उपचार प्रदान गरिरहेको छ। यो सेवाका लागी निम्न प्रक्रिया पुरा गर्नु पर्ने हुन्छ।

बिपन्न नागरिकले कडा रोगको उपचार सहुलियत लिनको लागि बिपन्न नागरिक औषधि उपचार कोष निर्देशिका २०७५ को अनुसूची २ अनुसार स्थानीय तहको वडा कार्यालयमा निबेदन दिई वडा कार्यालय बाट सिफारिश लिनु पर्दछ।

यसरि सिफारिस लिनको लागि चिकित्सकको प्रिस्किसन नागरिकताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि र नाबालकको हकमा जन्म दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि र निबेदन सम्बन्धित स्थानीय तहमा पेश गर्नु पर्दछ।

गरिब परिवार परिचय पत्र भएका बिरामीको लागि माथि उल्लेखित प्रक्रिया आबस्यक पर्दैन

सिफारिस समितिः

- सम्बन्धित स्थानीय तहको अध्यक्ष वा प्रमुख — संयोजक
- सम्बन्धित स्थानीय तहको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत —सदस्य
- सम्बन्धित स्थानीय तह स्वास्थ्य शाखा प्रमुख — सदस्य सचिव

यसरि सिफारिस गर्दा एउटा रोगको बिरामीका लागि एक मात्र अस्पतालमा दोहोरो नपर्ने गरि सिफारिस गरिन्छ।

आ.व. २०८१/८२ मा बिपन्न नागरिक औषधि उपचार कोषका लागि सिफारिस गरिएको विवरण

तालिका नं. ३७ अनुसार यस आ.व. मा जम्मा १४३ जना बिपन्न नागरिकलाइ निःशुल्क औषधि उपचारको लागि सिफारिश गरिएको देखिन्छ। यस तथ्यांकलाई हेर्दा जिल्लामा नसर्ने रोगका बिरामीहरु बढ्दै गै रहेको देखिन्छ।

तालिका नं. ३४: अछाम जिल्लामा विपन्न नागरिक उपचारका लागि सिफारिस गरिएको विवरण

स्थानिय तह	रोगको किसिम								
	मृगौला	मुटु	क्यान्सर	हेड इन्जुरी	स्पाईनल ईन्जुरी	सिकल सेल एनिमिया	पार्किन्सन्स	अल्जाईमर	जम्मा
तुर्माखाँद गाउँपालिका	२	३	७	२	३	०	०	०	१७
साँफेबगर नपा	३	५	१४	२	१	०	०	०	२५
पञ्चदेवल विनायक	४	२	४	९	९	०	०	०	१०
रामारोशन गा पा	१	२	७	१	१	०	०	०	१२
बान्नीगढी जयगढ	१	१	६	०	०	०	०	०	८
मंगलसेन नगरपालिका	०	६	१२	२	०	०	०	०	२०
चौरपाटी गाउँपालिका	२	१	८	०	०	०	०	०	११
कमलबजार न पा	०	१	६	०	१	०	०	०	७
ढकारी गा.पा.	२	२	९	२	०	०	०	०	१५
मेल्लेख गाउँपालिका	५	४	६	०	३	०	०	०	१८
जम्मा	**२०**	**२७**	**७९**	**१८**	**१८**	**०**	**०**	**०**	**१४३**

खण्ड ५: उपचारात्मक सेवा

५.१ बहिरङ्ग सेवा

परिचयः

उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाका बहिरंग तथा अन्तरंग सेवा जनमानसका अत्यन्तै माग हुने एवं अत्यावश्यक क्षेत्र हुन।

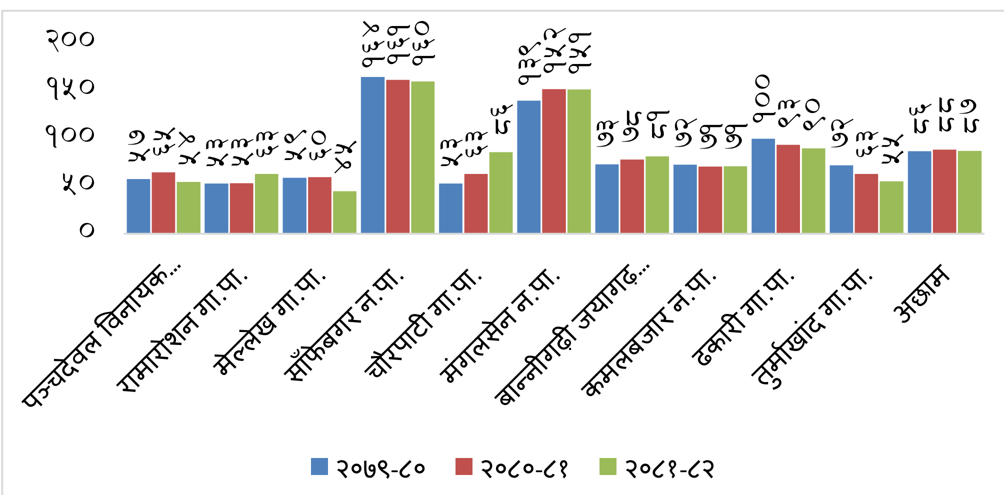
उदेश्यहरुः

- रोगको रुगणता (Morbidity) तथा मृत्युदरमा कमि ल्याउनु।
- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता एवं पँहुच बढाउनु।
- प्रेषण प्रणालीलाई प्रयोग एवं सुद्धिढिकरण गर्दै लैजानु।

बहिरङ्ग सेवा सुचकांकः

बहिरङ्ग सेवाका लागि नयाँ भेट गर्ने प्रतिसत (New OPD Visit %)

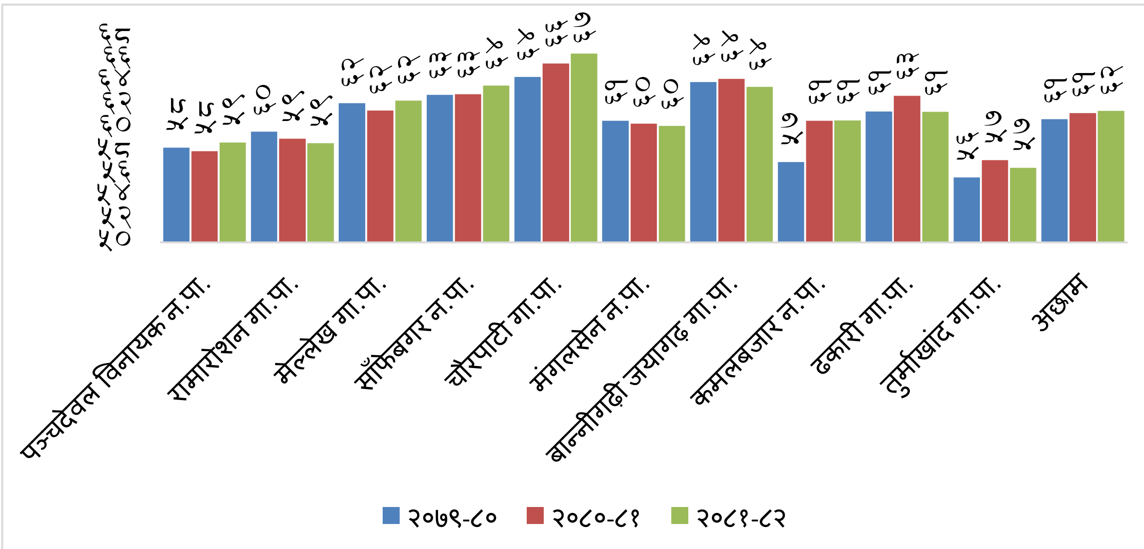
चित्र नं. २३ मा देखाईए अनुसार बहिरंग सेवा मा नयाँ सेवाग्राही लाइ सेवा प्रदान गरेको प्रतिशत आ.व. २०८०/८१ को भन्दा यस आर्थिक वर्षमा नयाँ सेवाग्राही दर १ प्रतिशत घटेर ८७ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ। स्थानीय तहस्तरमा सबैभन्दा बढी साँफेबगर नगरपालिकाको १६० प्रतिशत रहेको छ, जुन बयलपाटा अस्पतालमा विभिन्न रोगहरुको उपचार सेवा उपलब्ध भएका कारणले हुन सक्छ। त्यसै गरी सबैभन्दा कम मेल्लेख गाउपालिकामा ४५ प्रतिशत देखिन्छ।



चित्र नं. २३: बहिरङ्ग सेवाका लागि नयाँ भेट गर्ने प्रतिसत (% New OPD Visit)

बहिरङ्ग सेवा नयाँ भेटमा महिलाको हिस्सा (Female proportion among total new OPD Visit)

चित्र नं. २४ अनुसार बहिरंग सेवा लिनेमा बिगत बर्षहरु झैं आ.व २०७९/८० मा पनि महिलाको प्रतिशत पुरुष भन्दा बढी रहेको छ। यस आ.व मा महिलाको प्रतिशत गत आ.व. जति कै ६१ रहेको छ। आ.व २०८१/८२ मा तुर्माखाँद गाउपालिकाको सबैभन्दा कम ५७ प्रतिशत र चौरपाटी गाउपालिकाको सबैभन्दा बढि ६६ प्रतिशत रहेको देखिन्छ।



चित्र नं. २४: बहिरङ्ग सेवा नयाँ भेटमा महिलाको हिस्सा (Female proportion among new OPD)

बहिरंग सेवा लिन आएका मध्ये मुख्य १० रोग (Top Ten OPD Morbidities)

अछाम जिल्लामा ओ.पि.डि सेवा लिन आएका सेवाग्रहीमा अन्तिम ३ वटै आ.व. मा Fver मुख्य समस्याको रुपमा देखिएको छ । भने उच्च रक्तचाप, दम जस्ता नसर्ने रोगहरु समेत मुख्य १० वटा रोगहरुको रुपमा देखिएका छैनन। प्रमुख १० रोगको विवरण तालिका ३८ मा उल्लेख गरिएको छ।

तालिका नं. ३५: विगत ३ आ.व. को मुख्य १० रोगहरु

Rank	2079/80	2080/81	2081/82
1	Fever	Fever	Fever
2	Headache	Headache	URTI
3	Upper Respiratory Tract Infection (URTI)	Upper Respiratory Tract Infection (URTI)	Gastritis (APD)
4	Gastritis (APD)	Gastritis (APD)	Headache
5	ARI/Lower Respiratory Tract	Presumed Non-Infectious Diarrhoea	ARI/LRTI

Rank	2079/80	2080/81	2081/82
	Infection (LRTI)		
6	Presumed Non-Infectious Diarrhoea	ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI)	Presumed Non-Infectious Diarrhoea Cases
7	Cough	Cough	Backache(Muskuloskeletal Pain)
8	Backache	Backache	Cut injuries
9	Rhinitis	Cut injuries	Rhinitis
10	Urinary Tract Infection (UTI)	Abdominal Pain	Cough

५.२ अस्पतालको अन्तरङ्ग तथा आकस्मिक सेवाको अवस्था

तालिका नं. ३९ मा हेर्दा, जिल्लामा बिरामी अस्पताल भर्ना भई डिस्चार्ज हुने दर बढ्दो अवस्थामा देखिन्छ । त्यसैगरी बिरामीहरुका लागी उपलब्ध बेड उपभोग दर पनि बढ्दै गईहेको देखिन्छ । अस्पतालका आकस्मिक तथा अन्तरंग सेवासम्बन्धि सबैजसो सुचकहरु अन्तिम ३ बर्षको तत्थ्यांक हेर्दा बढ्दो दरमा रहेका छन् ।

तालिका नं. ३६: अस्पतालको सुचकहरुको अवस्था

अछाम जिल्लाका उपचारात्मक सेवा सम्बन्धि सुचकहरु	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
बिरामी अस्पताल छोड्ने दर	४.९	५.२	४.३
बेड उपभोग दर	५४.५	५८.२	४९.५
अस्पतालमा मृत्यु दर	२.१	१.६	१.३
प्रतिदिन औषत रेडियोग्राफी जाँच	५४.८	५५.९	५६.१
प्रतिदिन औषत प्रयोगशाला जाँच	२८.२	३२.७	९०.७
प्रेषण भई आएका विरामी %	३४.१	३३.४	२४.३
अस्पतालको अन्तरंग सेवा लिने जनसंख्या %	१.८	१.९	२.१
अन्तरंग सेवा लिनेमा लिंग अनुपात	०.६	०.६	०.६
औषत अस्पताल बसाई	३.३	३.३	३.५
अस्पतालमा आकस्मिक सेवाको उपभोग गर्ने जनसंख्या %	५.२	६.१	७.१

५.३ एम्बुलेन्स सेवा

आकस्मिक सेवा लिनुपर्ने जेष्ठ नागरिक, जटिलता भई प्रेषण गर्नु पर्ने गर्भवति तथा सुत्केरी महिलाको लागी धेरैजसो स्थानीय तहहरुले एम्बुलेन्स सेवा निःशुल्क गरेको छ। जिल्लामा संचालनमा रहेका एम्वुलेन्सको विवरण तलको तालिका नं. ४० मा दिईएको छ। अछाम जिल्लामा राजश्व छुट लिई बिभिन्न पालिका, प्रदेश तथा संघ र भारतीय दूतावास गरि १३ वटा एम्बुलेन्स रहेकोमा हाल १२ वटा एम्बुलेन्स संचालनमा रहेको देखिन्छ।

तालिका नं. ३७: अछाम जिल्लामा संचालित एम्बुलेन्सहरुको विवरण

सि.नं.	संचालन गर्ने निकाय	एम्बुलेन्स नं.	एम्बुलेन्स को प्रकार	एम्बुलेन्स प्राप्तीको श्रोत	अवस्था
१	जिल्ला अस्पताल अछाम	सु.प.प्र.०१-००१ झ ५३०	ख वर्ग	सामाजिक मन्त्रालय	संचालनमा
२	बान्निगढी जयगढ गाउँपालिका	सु.प.प्र.०१-००१ झ ५०२	ख वर्ग	नेपाल-भारत सरकारको सहयोग	संचालनमा
३	कमलबजार नगरपालिका	सु.प.प्र.०३-००१ झ ०००१	ख वर्ग	कमलवजार नगरपालिका	संचालनमा
४	मंगलसेन नगरपालिका	बा.२.झ ३१०५	ग वर्ग	स्वास्थ्य सेवा बिभाग	संचालनमा
५	चौरपाटी गाउँपालिका	से.१.झ. २६२	ग वर्ग	चौरपाटी गाउपालिका	संचालनमा
६	मेल्लेख गाउँपालिका	से.१.त. २२१४	ग वर्ग	मेल्लेख गाउपालिका	संचालनमा
७	ढकारी गाउँपालिका	सु.प.प्र १-००१ झ ३६०	ग वर्ग	ढकारी गाउपालिका	बिग्रको
८	धमाली स्वास्थ्य चौकी	सु.प.प्र.०१-००१ झ ५३२	ग वर्ग	तुर्माखाँद गाउँपालिका	संचालनमा
९	रामारोशन गाउँपालिका	सु प प्र ०१-००१झ ०५५४	ख वर्ग	रामारोशन गाउँपालिका	संचालनमा
१०	बयालपाटा अस्पताल	सु.प.प्र.०१-००१ च २७९२	ग वर्ग	भारतिय राजदुताबास	संचालनमा
११	साँफेबगर नगरपालिका	सु.प.प्र.००१.झ ०४४६	ग वर्ग	सामाजिक मन्त्रालय	संचालनमा
१२	तुर्माखांद स्वास्थ्य चौकी	सु.प.प्र.०१-००१ झ ५३१	ग वर्ग	तुर्माखाँद गाउँपालिका	संचालनमा
१३	पन्चदेवल विनायक नगरपालिका	सु.प.प्र.०१-००१ झ ४९२	ग वर्ग	पन्चदेवल विनायक नगरपालिका	संचालनमा

५.४ शिविर संचालन तथा व्यवस्थापन

नियमित स्वास्थ्य सेवाबाट बञ्चितिमा परेका बासिन्दाहरुलाई सर्वशुलभ, घरदैलोमा सेवा दिने उदेश्यले आर्थिक बर्ष २०८१/८२ मा जिल्लाका सवै स्थानीय तहका कम्तिमा एक दुर्गम स्थानमा शिविरहरु व्यवस्थापन तथा संचालन गरीएका थिए। स्थानीय तह, विभिन्न अस्पताल तथा सेवा प्रदायक संस्थाहरुसंग समन्वय र सहाकार्य गरि विभिन्न किसिमका स्वास्थ्य शिविर संचालन गरीएको थियो। आ.व. २०८१/८२ मा जिल्लामा संचालन गरिएका शिविरहरुको विवरण तालिका नं. ४१ मा निम्नानुसार रहेको छ।

तालिका नं. ३८ : आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा सञ्चालित शिविरहरुको विवरण

सि.नं.	शिविरको प्रकार	शिविर संख्या	प्रदान गरिएका सेवाहरु
१	प्रजनन् स्वास्थ्य शिविर	२	प्रजनन स्वास्थ्य समस्या, प.नि. सेवा, प्रयोगशाला सेवा, USG सेवा, सामान्य चिकित्सा सेवा
३	नसर्ने रोग स्क्रिनिङ्ग शिविर	१	नसर्ने रोग जोखिम पहिचान उपचार तथा व्यवस्थापनकोमा सेवा
४	क्षयरोग, कुष्ठरोग र मलेरिया खोजपड्ताल शिविर	१०	क्षयरोग तथा कुष्ठरोग परिक्षण उपचार तथा व्यवस्थापन
५	VIA शिबिर	२	पाठेघरको मुखको क्यान्सर जोखिम परिक्षण तथा प्रेषण, STI उपचार परामर्श
६	विद्यालयमा आँखा कान दाँत रक्तअल्पता रक्त समुह पहिचान जुकाको संक्रमण स्क्रनिङ्ग कार्यक्रम	४	विधार्थीहरुको आखा परिक्षण, दात, कानको परिक्षण तथा रक्त अल्पता र जुकाको संक्रमण सम्बन्धि दिशा परिक्षण तथा उपचार
७	आँखा शिबिर	२	आखाँ जाँच सेवा मोतियाँविन्दुको शैल्यक्रिया
८	आङ खसेका महिलाहरुको शल्यक्रिया	१	पाठेघरको शैल्यक्रिया

५.५ बिद्यालय नर्स कार्यक्रम

प्रत्येक स्थानीय तहको कम्तिमा एक बिद्यालयमा एक जना स्टाफ नर्सले सेवा प्रदान गर्ने गरि प्रदेश सरकारबाट विनियोजित बजेट मार्फत ६ जना र सघ सर्तबाट मंगलसेन नगरपालिकामा १० जनागरि अछाम जिल्लाका १६ वटा विद्यालयमा बिद्यालय नर्स कार्यरत छन, किशोरी लक्षित यो कार्यक्रम प्रभावकारी देखिएको छ र निरन्तरता तथा सबै माध्यामिक बिध्यलायमा बिस्तार गर्दै लाजनु पर्ने देखिन्छ।

किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवा बिस्तार तथा महिनावारी सरसफाई लगायत कार्यक्रम संगै एकीकृत गरि बिद्यालय नर्स कार्यक्रम अगाडी बढि रहेको छ।

जिल्लामा बिद्यालय नर्स कार्यरत विद्यालयमा विद्यार्थि विभिन्न स्वास्थ्य समस्या तथा महिनावारी समस्याका कारण विद्यालय नआउने समस्यामा उल्लेख्य कमी अएको र किशोरीहरुले महिनावारी तथा अन्य प्रजनन तथा यौन सम्बन्धिका समस्याहरु खुलेर राख्ने गरेकोले सेवा प्रदान गरी पढाईमा सहयोग गर्न सहज भएको देखिन्छ।

६.१ एकिकृत स्वास्थ्य ब्यवस्थापन सुचना प्रणाली

स्वास्थ्य ब्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यरथ बिभिन्न सस्थाहरु महिला स्वास्थ्य स्वयम सेवक, गाऊघर क्लीनिक, खोप क्लीनिक, स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, बिभिन्न तहका अस्पताल तथा निजि र गैह्रसरकारि सस्था बाट दैनिक प्रदान गरिएका सेवाहरुको अभिलेख राख्ने, सूचना संकलन गर्ने, प्रशोधन गर्ने, बिश्लेषण गर्ने तथा सूचनाको विवेचना गर्ने र प्राप्त सूचनाहरुको आधारमा निर्णयमा पुग्ने प्रकृया हो। स्वास्थ्य सूचना ब्यवस्थापन प्रणालीले कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन तथा अनुगमन एवं मुल्याकनका प्रत्येक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको हुन्छ। स्वास्थ्य सूचना ब्यवस्थापनको माध्ममबाट योजना तर्जमा कार्यक्रमको अनगमन र मल्याङ्कन, कार्यक्रमको अवस्थाको बिश्लेषण, लक्ष्य अनुसारको प्रगति, सेवाको पहुचको अवस्था, सेवाबाट बन्चित समुहहरु, राज्यको लगानि अनुसारको उपलब्धि एव कार्ययोजना बनाएर समस्याको समाधान गर्न सहयोग गर्दछ।

गुणस्तरीय सूचना प्राप्त गरी स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन प्रभावकारी बनाउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले आ.व. २०५१/०५२ देखि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (Health Management Information System - HMIS) लागू गरेको हो। यस अघि विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको छुट्टाछुट्टै तवरले झण्डै ११० अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूको प्रयोग गरि सूचना संकलन गर्ने गरिन्थ्यो जुन खर्चिलो, अव्यवहारिक तथा झंझटिलो थियो। आ व २०४३/०४४ मा मा एकिकृत परियोजना शुरु भए पश्चात स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू एकिकरण गरिए र स्वास्थ्य क्षेत्र एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको आवश्यकता महसुस गरियो। सोही अनुरुप आ.व. २०५१/०५२ देखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले विगतका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरूलाई परिमार्जन गरि ३८ बटा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू तय गरी एकिकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली लागू गरिएको हो। एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तरगत प्रयोग भएका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरू आवश्यकता अनुसार समय समयमा परिमार्जन गरी अद्यावधिक हुँदै आइरहेका छन्। आ.व. २०७०/०७१ मा व्यापक परिमार्जन गरी एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीभित्र समाहित हुन नसकेका केही कार्यक्रमहरूको अभिलेख तथा प्रतिवेदनहरूलाई समेत एकीकृत गरेर यस प्रणालीलाई अझ बढी बृहत बनाईएको छ। यसले नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रमले निर्धारण गरेका स्वास्थ्य सूचकहरूको विश्लेषण गर्न समेत सहयोग पुग्ने भएको छ। आ.व. २०७०/०७१ देखि एकीकृत स्वास्थ्य ब्यवस्थापन सूचना प्रणाली भित्र बिभिन्न कार्यक्रमसित सम्बन्धित अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरु गरि ५० किसमका अभिलेख तथा फारामहरुको ब्यस्था गरिएको छ। विगतको लिखित प्रतिवेदन गर्ने प्रकृयामा सुधार गर्दै Web Based बनाउन Software विकास तथा Internet पहूच बृद्धि गरी संस्थाहरूले प्रदान गरेको सेवाको विवरण

आ.व. २०७५/०७६ देखि पालिकाहरुले केन्द्रीय प्रणालीमा सोझै प्रबिष्ट गर्ने व्यवस्था समेत गरिएको छ सन् २०२१ सम्म प्रत्येक स्वास्थ्य सस्थाहरुबाट केन्द्रीय प्रणालीमा सूचना प्रबिष्ट गर्ने लक्ष्य समेत नेपाल सरकारको रहेको छ।

नेपाल सरकारको निर्णय अनुसार आ.व.२०७५/०७६ देखि प्रत्येक महिनाको अन्तसम्ममा महिनाभरि दिईएका सेवाहरुको अभिलेख राखी अर्को महिनाको १५ गतेभित्र प्रत्येक स्वास्थ्य सस्थाले मासिक प्रतिवेदन HMIS/DHIS-2 केन्द्रीय प्रणालीमा प्रबिष्ट गरिसक्नुपर्ने प्रावधान रहेको छ। प्रत्येक महिनामा दिइएको सेवा र मासिक प्रतिवेदन अनुसार प्रबिष्ट गरिएका आकँडाको आधारमा प्रत्येक कार्यक्रमको आवधिक प्रगति अवस्थाको बिश्लेषण गर्न सकिन्छ। सूचना प्रणाली एउटा ब्यवस्थापकिय औजार हो। निर्णय प्रक्रियामा महत्वपुर्ण भमिका रहेको हुन्छ। स्वास्थ्य क्षेत्रमा सूचना प्रवाहको लागी सरकारि, निजि र गैर सरकारी क्षेत्रका सवै सेवा प्रवाह गर्ने सस्थाहरुलाई समेटीएको छ।

उदेश्य :

प्रत्येक सेवा प्रदायक स्वास्थ्य सस्थाले दिएका सेवाहरुको अभिलेखको आधारमा गुणस्तरिय तथ्याङ्क प्रदान गर्ने।

स्वास्थ्य सूचनाको उपयोगीता

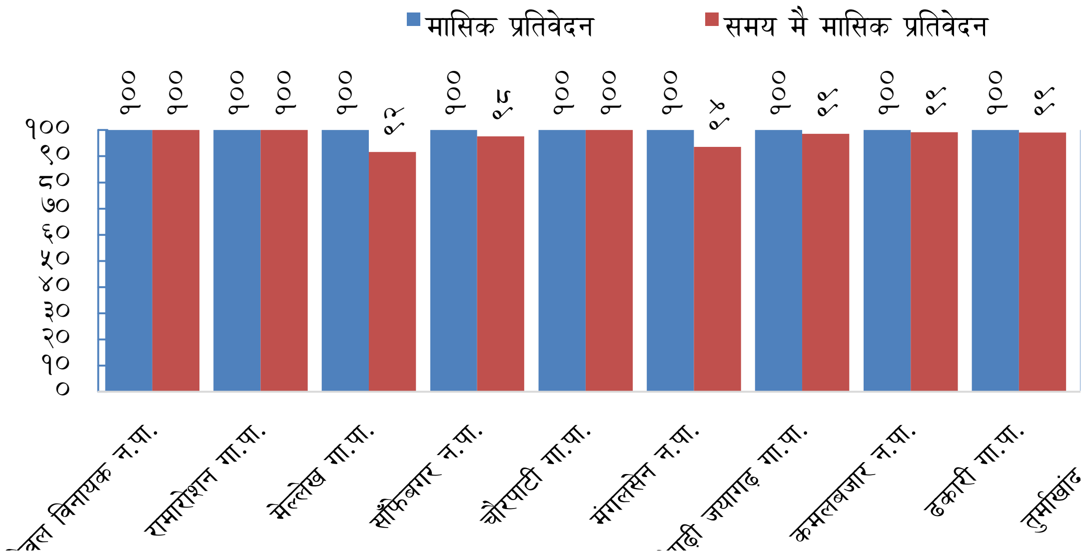
- स्वास्थ्य योजना तर्जुमा, अनगुमन र मूल्यांकन गर्न।
- कार्यक्रमको वर्तमान अवस्था र लक्ष अनुसारको उपलब्धिको अवस्थाबारे पाउन।
- सेवाको पहूच र सेवाबाट वञ्चित समूहहरूको पहिचान गर्न।
- समस्याहरूको पहिचान गर्न र कार्ययोजना बनाएर समस्या समाधान गर्न।
- लगानी अनुसारका उपलब्धिको अवस्था थाहा पाउन।

स्वास्थ्य ब्यवस्थापन सूचना प्रणालीका अवसर

- प्रत्येक स्वास्थ्य सस्थाबाट केन्द्रीय प्रणलीमा सूचना प्रविष्ट गर्दा समयमै गुणस्तरिय र भरपर्दो तथ्याक प्राप्त हुने।
- समयमै केन्दीय प्रणालीमा सूचना समावेश भइ तथ्याकको प्रयोग हून सक्ने अवसर प्राप्त हुने।
- तथ्याक उत्पादन भएका ठाउबाट नै गल्तीहरुलाई समयमै सच्याउन सहज हुने र गल्तीहरु कम हुदैं जाने।

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को मासिक प्रतिवेदनको अवस्था:

चित्र नं. २५ मा देखाईएअनुसार मासिक प्रतिवेदन शतप्रतिशत भए पनि समयमै प्रतिवेदन जम्मा ९८ प्रतिशत मात्रै छ । स्थानीय तहअनुसार हेर्दा पञ्चदेवल विनायक नगरपालिका, रामारोसन गाउपालिका र चौरपाटी गाउपालिकाले मात्र बाह्रै महिना समयमा प्रतिवेदन गरेका छन् । मेल्लेख गाउपालिकाले सबै भन्दा कम अर्थात ९२ प्ररतिशत मात्र समयमा प्रतिवेदन गरेको छ ।



चित्र नं. २५: आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को मासिक प्रतिवेदनको अवस्था

चुनैति एव समस्याहरु

समस्या तथा चुनौतीहरु	**सुझाबहरु**	**कैफियत**
• समय मै मासिक प्रतिवेदन शत-प्रतिशत हुन नसक्नु • कर्मचारी सरुवा पदस्थापन भएका कारणले तालिम प्राप्त जनशक्तिको अभाव। • काम सम्पन्न गरेको आधारमा मासिक प्रतिवेदन यथार्थ र समयमै दिन नसेकेको।	• स्थानीय तह र स्वास्थ्य सस्थामा Internet को ब्यवस्था गर्नु पर्ने। • प्रत्येक महिना पालिका स्तरमा मासिक बैठक राखि अभिलेख र प्रतिवेदनमा छलफल पछिमात्र केन्द्रीय प्रणालीमा सूचना प्रविष्ट गर्नु पर्ने। • बिभिन्न निकयाबाट समय समयमा Data varifivation, RDQA र समन्वयात्मक अनुगमन हुनु पर्ने।	

६.२ स्वास्थ्य शिक्षा, सुचना तथा संचार

स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रमले समुदायका मानिसको स्वास्थ्य प्रबर्धन कार्यमा महत्वपूर्ण भुमिका खेल्दछ। यहि कुरालाई मनन केन्द्र देखि समुदाय स्तरसम्म विशेष गरेर जिल्ला तथा स्थानिय तहमा स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचार कार्यक्रमहरुलाई प्रभावकारी बनाई स्वास्थ्य सेवाको अधिकतम उपयोग गराउने, अझ बढि जिनोपयोगी र फलदायी बनाउने सन्दर्भमा राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचार केन्द्रले आ.ब. २०५०।५१ साल देखि जिल्ला एवं समुदाय कार्यान्वयन हुने गरी स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचार कार्यक्रमका विविध क्रियाकलापहरु तय गरी संचालनमा ल्याएको छ।

उदेश्यः

ज्ञान धारणा र सिपमा अभिबृद्धि गरी स्वस्थ आनिबानि अवलम्वन गर्न उत्प्रेणा गर्ने

आर्थिक बर्ष २०८१/८२ मा सम्पादित क्रियाकलापहरुः

- रोगको महामारी एवं प्रकोप नियन्त्रणका लागि जनचेतना मुलक कार्यक्रम संचालन
- स्वास्थ्य शिक्षा सामाग्री उत्पादन तथा वितरण (Hooding Board, Pamphlets, Radio Gingal)
- सरोकारवालाहरु एवं संचारकर्मीहरुसँग अन्तरक्रिया कार्यक्रम व्यवस्थापन तथा संचालन
- स्थानिय स्तरका संचार माध्यमबाट प्रकाशन तथा छपाई
- दिवस मनाउने र सन्देशमुलक प्रसारण
- विभिन्न Outbreak प्रतिकार्य तथा व्यबस्थापन

६.३ स्वास्थ्य तालिम

परिचयः

नेपालको संविधानले मौलिक हकको रुपमा स्थापित गरेको आधारभूत स्वास्थ्य सेवा जनताले प्रत्यक्ष अनुभुति गर्ने गरी गुणस्तरीय सेवामा सबैको पहुँच हुने गरी स्वास्थ्य सेवा पुर्‍याउनु राज्यको महत्वपूर्ण जिम्मेवारी रहन्छ। विभिन्न चुनौतीहरु जस्तै साधन श्रोत, जनशक्ति व्यवस्थापन, सामाजिक एवं राजनैतिक अवस्था जस्ता जटिल प्रतिकुल परिस्थितिका वावजुद पनि राज्यले जनतालाई उपलब्ध गराउने सेवा सुबिधाहरु र साधनहरुको अधिकतम प्रयोग गरी स्वास्थ्य सेवाहरु समुदाय स्तरसम्म प्रभावकारी रुपमा प्रवाह गरी रहेको सर्वविदितै छ। तथापि बदलिदो समय परिस्थिति बमोजिम सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरुको ज्ञान, सिप,क्षमतामा अभिवृद्धि, सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीहरुको कामको प्रकृति तथा नया कार्य बिवरण अनुसारको तालिम, अवलोकन भ्रमण, सहयोगी सुपरिवेक्षण तथा फ्लोअप जस्ता नियमित क्रियाकलापहरुबाट सम्भव छ।

जिल्ला स्तरमा तालिमको आवश्यकता पहिचान, जिल्ला तथा प्रदेश र स्थानीय तह वीच समन्वयकारी भूमिका निर्वाह गर्ने र तालिम कार्यक्रमहरुको व्यवस्थापन तथा संचालन गर्न स्वास्थ्य कार्यालयबाट संघ तथा प्रदेश बाट विनियोजित बजेट द्वारा विभिन्न तालिम कार्यक्रमहरु संचालन भएको हो।

ध्येय (Mission)

सीप तथा क्षमता अभिविद्धि का लागि विभिन्न तालिम द्वारा स्वास्थ्यकर्मिहरुको ज्ञान, सिप तथा सकारात्मक धारणा र व्यवहारमा अभिवृद्धि गर्ने र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहलाई सुनिश्चित गर्न मद्दत पु-याउने।

आर्थिक बर्ष २०८१/८२ मा संचालन भएका मुख्य तालिमका गतिविधिहरु

स्वास्थ्य कार्यालय अछामबाट आ.व. २०८१/८२ मा सम्पन्न गरिएका मुख्य तालिमहरु निम्नानुसार छन् ।

- क्षयरोग आधारभुत तालिम
- PMTCT तालिम
- नसर्ने रोग सम्बन्धि (PEN- Package for Essential Non-Communicable Disease) तालिम र मानसिक स्वास्थ्य तालिम Module 2B
- Value Clarification and Attitude Transformation तालिम र MPDSR तालिम
- MPDSR तालिम
- आधारभुत खोप तालिम
- DHIS 2 तथा HMIS तालिम र eLMIS तालिम
- CBIMNCI तालिम
- IMAM तालिम
- RCCE तालिम

६.४ आपुर्ति व्यवस्थापन

स्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरु प्रभावकारी बनाउन तय गरिएका उदेश्य प्राप्ति गर्न औषधिजन्य मालसमानहरू प्रयाप्त मात्रामा हुनुपर्दछ। समाग्रीहरुको ठिक तरिकाले अभिलेख व्यवथापन, नियमित र समयमा LMIS प्रतिबेदन, स्वास्थ्य संस्थाको माग वमोजिम प्याकिंग र रिप्याकिंग गरि समयमा नै औषधि स्वाश्थ्य उपकरण खोप लगायतका सामग्रीको आपूर्ति गर्नु नै आपूर्ति व्यवथापन हो।

उद्देश्य :

नियमित तथा आकस्मिक औषधी आपुर्ति गरि सुरक्षित भण्डारण गरि माग प्रणालीमा आधारित माग को आधारमा आपूर्ति गर्नु र स्वाश्थ्य संस्थाहरुमा अत्यावश्यक औषधी, कार्यक्रमगत सरसामान तथा उपकरण बर्ष भरी उपलब्ध गराउनु

एल एम आइ एस प्रतिवेदनको अवस्था :

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट वास्तविक समयमा नै एल.एम.अई.एस प्रतिवेदन गर्ने उदेश्यले eLMIS तालिम सञ्चान गरी जेठ र असार महिनामा सबै स्थानीय तहका तोकीएका स्वास्थ्य संस्थाहरुले eLMIS बाटै प्रतिवेदन गरेका छन । नियमित रुपमा eLMIS बाट आपुर्ति मौज्दात व्यबस्थापनका लागी अभिलेख तथा प्रतिवेदन नहुदाँ Non- operational site हरु देखिन्छन् भने समयमा मौज्दातबाट नघटाउदा वास्तविक मौज्दात र eLMIS मौज्दातमा तालमेल नमिलि आपुर्ति व्यबस्थापनमा समस्या समेत हुने गरेको छ ।

तालिका नं. ३९: जिल्लाको LMIS/eLMIS *प्रतिवेदनको अवस्था*

क्र.सं.	स्थानीय तह	पहिलो त्रैमासिक	दोस्रो त्रैमासिक	तेस्रो त्रैमासिक	चौथो त्रैमासिक	जम्मा
१	पंचदेवलविनायक न पा	१००	१००	१००	१००	१००
२	रामारोशन गापा	१००	१००	१००	१००	१००
३	मेल्लेख गा पा	१००	१००	१००	१००	१००
४	साँफेबगर न पा	१००	१००	१००	१००	१००
५	चौपाटी गा पा	१००	१००	१००	१००	१००
६	मंगलसेन न पा	१००	१००	१००	१००	१००
७	बान्नीगढीजयगढ गा पा	१००	१००	१००	१००	१००
८	कमलबजार न पा	१००	१००	१००	१००	१००
९	ढकारी गा पा	१००	१००	१००	१००	१००
१०	तुर्माखाँद गापा	१००	१००	१००	१००	१००
अछाम		**१००**	**१००**	**१००**	**१००**	**१००**

खण्ड ७ : विकास साझेदार तथा गैर सरकारी क्षेत्रका क्रियाकलापहरु

त्रिशुली प्लस

त्रिशूली प्लस (TP) एक समुदायमा आधारित सामुदायिक कार्य गर्नको लागि स्थापना भएको एक समूह हो।जुन २००६ मा एक समुदायमा आधारित गैर नाफामूलक, गैर राजनीतिक रूपमा असंलग्न, गैर सरकारी संस्थाको रुपमा स्थापित संस्था हो। यो एच.आई.भी (PLHIV) भएका र क्षयरोगबाट प्रभावित मानिसहरुको नेतृत्वमा सञ्चालन भैरहेको छ। जुन TB HIV र TB रोकथाम, हेरचाह, समर्थन, र उपचार सेवाहरू प्रदान गर्न प्रतिबद्ध छ र PLHIV र TB भएरबाँचेकाहरू र प्रभावित समुदायहरूको लागि HIV, TB, र Hepatitis B/C सँग सम्बन्धित नीतिहरू विकास गर्नका लागि अर्थपूर्ण सहभागिताका लागि वकालत गर्दछ। मानक सञ्चालन प्रक्रिया (SOP)र रणनीतिहरू राष्ट्रिय रणनीतिक योजना (२०१६-२०२१) बाट निर्देशित भएर विकास साझेदारहरुसँगको साझेदारीमा र सम्बन्धित सबै सरोकारवालाहरूसँगको सहकार्यमा त्रिशूली प्लस नेपालमा एच.आइ.भी. र क्षयरोग कार्यक्रममा क्षयरोग महामारी नियन्त्रणका लागि र एच.आई.भी. कार्यक्रमको लक्ष्य सन् २०२० सम्ममा ९०-९०-९० र २०२५ सम्ममा ९५-९५-९५ प्राप्त गर्न प्रतिबद्ध छ र निरन्तर वकालत गर्दै आएको छ।

त्रिशूली प्लस नेपालको नुवाकोट नुवाकोटमा केन्द्रय कार्यालय रही देशका विभिन्न जिल्लाहरु जस्तै धादिङ, रसुवा, काठमाडौं र सुदुरपश्चिमका ५ वटा जिल्लामा विशेष गरी एचआईभी र क्षयरोग सम्बन्धी समुदायको लागि अग्रणी संस्थाको रूपमा उभिएको छ। यसले अहिले सम्म देशभरका एच.आई.भि. तथा क्षयरोग संक्रमितहरुको संक्रमण रोकथाम, उपचार, र अन्य सेवा सम्बन्धित सहयोग ए.आर.टी . निरन्तरता, परामर्श, मनोसामाजिक परामर्श र पोषण जस्ता महत्वपूर्ण कार्यमा सहयोग गर्दै आइरहेको छ। र व्यक्तिगत स्वच्छता यसका साथै त्रिशूली प्लसले एचआइभी सङ्क्रमित बालबालिकाको पोषण अवस्था र शिक्षालाई सुदृढ गर्न नगद सहयोग र आवश्यक सेवाहरू उपलब्ध गराउनका लागि कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ।

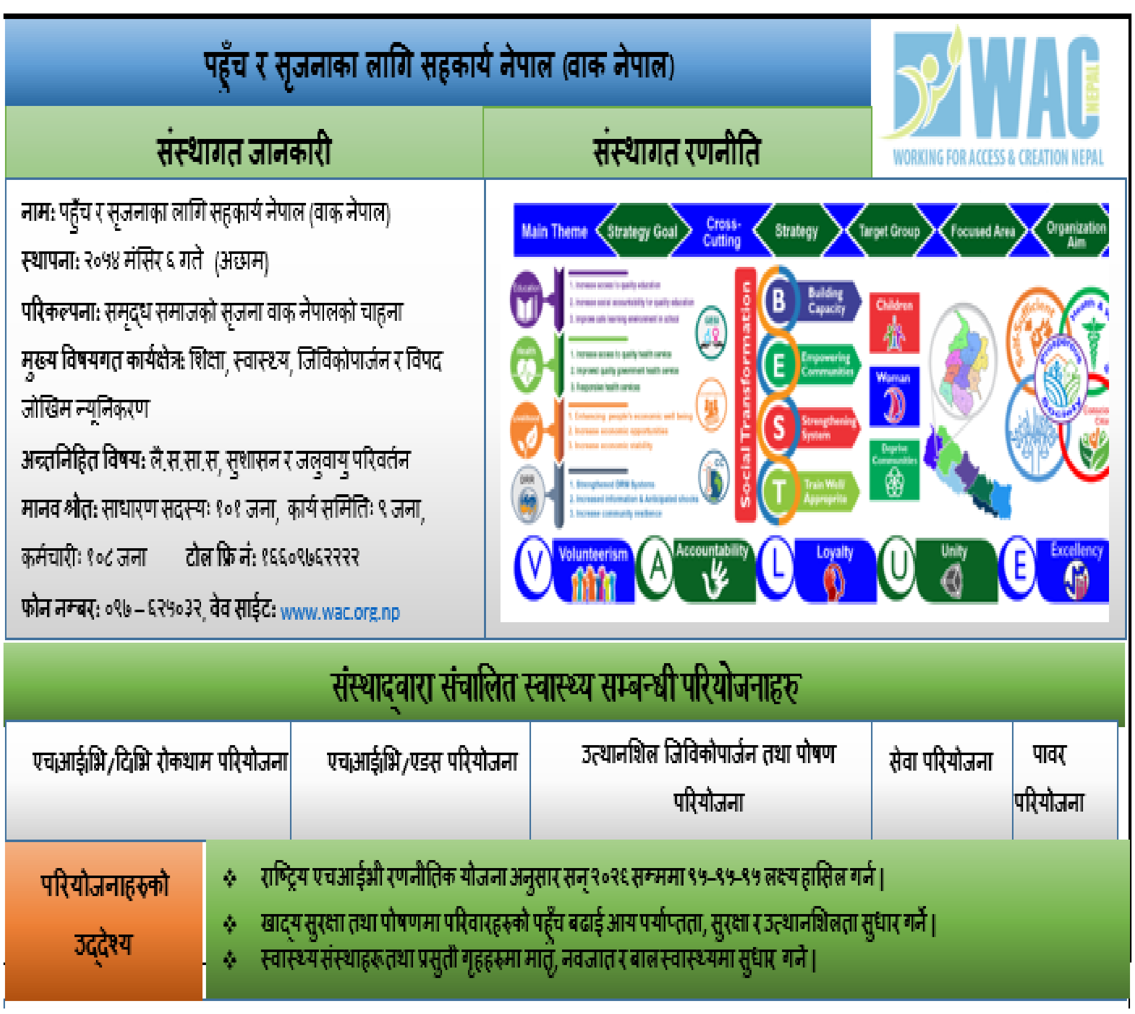
त्रिशूली प्लसले जिल्ला समन्वय समिति (DCC), जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय (HO), जिल्ला एड्स समन्वय समित (DACC) लगायत जिल्ला स्थित् सबै सरकारी तथा गैरसरकरी संथा र सबै स्थानीय सरकारहरुसँग कार्यात्मक समन्वय स्थापना गरि कार्य गर्दै आइरहेको छ। यसले परिवारहरू, सरकार, गैरसरकारी, सरोकारवालाहरु र अन्य अधिकारीहरु, स्वास्थ्यकर्मीहरू र आम जनताहरू बीचको TB र

HIV-सम्बन्धित समुदायमा हुने कलंक र भेदभाव (Stigma and Discrimination) कम गर्नमा महत्त्वपूर्ण भूमिका खेलेको छ।

त्रिशुली प्लसद्वारा सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट क्षयरोग निदानका लागि जेन एक्सपर्ट र माइक्रोस्कपी केन्द्रमा खकार ढुवानी सेवामा (Sputum Transportation at Hard to Reach Areas) सहयोग।
- PBC र १५ वर्ष भन्दा मुनिका सबै टि बि का बिरामीहरुको घरपरिवारका सदस्यहरुलाई क्षयरोगको स्क्रिनिं (Contact Tracing) मा सहयोग।
- सम्भावित औसधि प्रतिरोधित क्षयरोगी (Drug Resistant TB) बिरामीहरुको रिफाम्पिसिन सेन्सीटिभिटि परिक्षणका लागि खकार ढुवानी।
- Drug Resistant (DR) क्षयरोगी बिरामीहरुको घरपरिवारका सदस्यहरुको सम्पर्क परिक्षणमा (Contact Tracing) सहयोग।
- स्वास्थ्य संथामा दर्ता भएका सिघ्र कुपोषित तथा स्वास — प्रस्वास संक्रमण भएका बालबालिकाहरुमा क्षयरोग स्कृनिंगको लागि प्रेषणमा सहयोग।
- ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा क्षयरोग रोकथाम मुलक Tuberculosis Preventive Therapy (TPT) कार्यक्रमको सुरुवात तथा निरन्तरतामा सहयोग ।
- अस्पतालमा क्षयरोग संक्रमण रोकथाम तथा निदानको लागि FAST रणनीति अबलम्बन। आबश्यकता अनुसार सक्रिय खोजपडताल कार्यक्रम संचालन गर्न सहयोग गर्ने।

वाक नेपाल



AIDS HEALTHCARE FOUNDATION (AHF) NEPAL

Collaborative Achham Hospital ART Clinic

Brief Summary of Annual Progress Report

Fiscal Year 2080/2081

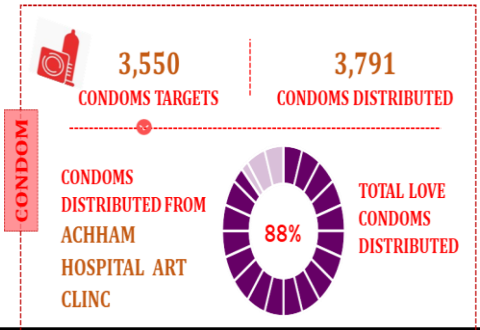
Background Information of AHF and Implementing Program

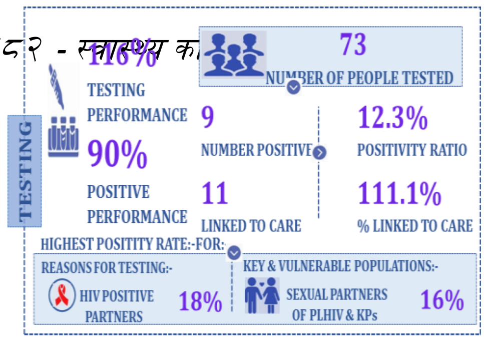
AIDS Healthcare Foundation (AHF), a Los Angeles-based nonprofit, is the largest provider of HIV/AIDS medical care globally, serving over TWO Million people in 47 countries and implementing integrated health systems for HIV care. The mission of AHF is to providing cutting-edge medicines and advocacy to PLHIV regardless of ability to pay. AHF Nepal operations started in Nepal from 2009.

The project "Sustaining the Gain, Strengthen HIV Prevention, Testing, Treatment and Care Services at ART Clinics of Nepal" began in November 2022 and aims to improve HIV services delivery at 19 government ART clinics including cross boarder program at Two HICs and one CB-ART clinic of NGO SPARSHA Nepal across seven provinces of Nepal, including Achham.

The HIV prevention program in Nepal is implementing information dissemination, condom promotion, and rapid testing through Community-led Testing (CLT) to achieve the first 95 of the National HIV Strategic Plan 2021-2026. Rapid testing aims to inform about HIV testing, scale up testing in informal settings, promote condom use, and link to HIV care and support continuum. Similarly, AHF Nepal also celebrates major special Days wit various awareness raising and edutainment activities especially International Condom Day, World AIDS Day, Menstrual Health Day, International Day of Girl Child etc.

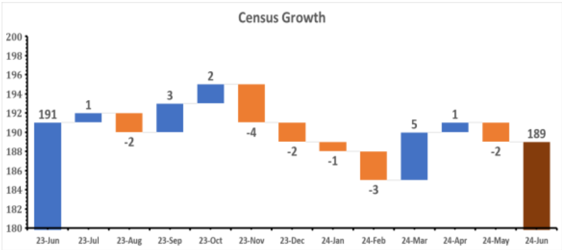
In FY 2080/2081, 73 individuals tested for HIV, 9 diagnosed positive, and 7 linked to ART sites for further investigation. 100% linkage was achieved, with 115.9% of testing targets and 90% positive diagnoses. 3,791 condoms were distributed, meeting target-3,550.

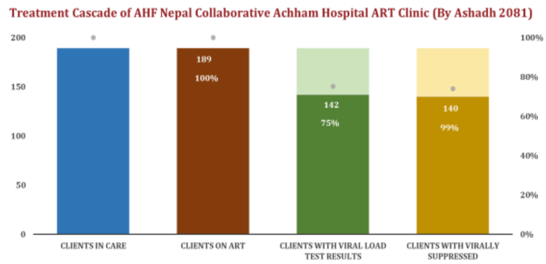

3,550
CONDOMS TARGETS
3,791
CONDOMS DISTRIBUTED
CONDOM
CONDOMS DISTRIBUTED FROM ACHHAM HOSPITAL ART CLINC
88%
TOTAL LOVE CONDOMS DISTRIBUTED


TESTING
116%
TESTING PERFORMANCE
73
NUMBER OF PEOPLE TESTED
90%
POSITIVE PERFORMANCE
9
NUMBER POSITIVE
12.3%
POSITIVITY RATIO
11
LINKED TO CARE
111.1%
% LINKED TO CARE
HIGHEST POSITITY RATE:-FOR:
REASONS FOR TESTING:-
HIV POSITIVE PARTNERS
18%
KEY & VULNERABLE POPULATIONS:-
SEXUAL PARTNERS OF PLHIV & KPs
16%

Quality Treatment and Care Services Results

AHF Nepal is supporting Nepal government in counseling & educating the identified PLHIVs, enrolled them in HIV services, ART enrollment, monitor health condition, monitoring ART adherence along with co-infection management, Opportunistic Infection management, CD4 count monitoring and viral load monitoring, to deliver the quality treatment and care services. Further, AHF Nepal is also supporting for maintaining up-to-date information in both hardcopies-forms, files, registers and National HIV information system along with timely submission of program reports as required to concern government portal and offices. In this ART clinic, total 189 PLHIVs are in care of which 10 are children living with HIV.



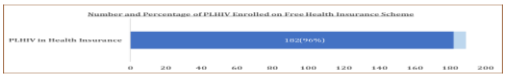


How we support to clients for retaining them in care:

AHF Nepal is supporting the clients in various ways depending upon the nature of services required and the regular supports are the same. The details on support are mentioned below;

Cross-cutting theme-Girl's Act Program

AHF Nepal has launched the Girl's Act program, targeting girls aged 12-24. The program addresses



sexual and reproductive health, psychosocial issues, and HIV infection. Currently, two girls are receiving support, including grocery shop and goat farming. And the hygiene kits were also distributed. some girls were linked to local government and networks and other I/NGOs for livelihood, educational support, nutritional support and skills development trainings.

Contact Details

Madhab Raj Pant, Program Coordinator
Contact: 9851128811
Madhab.Pant@ahf.org
Pooja Kunwar, Counselor
Contact: 9865774513
Pooja.Kunwar@ahf.org

सन्दर्भ सामाग्री

- एच.एम.आई.एस./डि.एच.आई.एस. -२
- स्वास्थ्य कार्यालय अछामको आ.व. २०८०/८१ को बार्षिक प्रतिवेदन
- स्वास्थ्य कार्यालय अछामको आ.व. २०७९/८० को बार्षिक प्रतिवेदन
- स्वास्थ्य सेवा विभागको आ.व. २०७८/७९ को वार्षिक प्रतिवेदन
- स्वास्थ्य सेवा विभाग तथा अन्तरगतका महाशाखाहरुका विभिन्न प्रकाशित दस्तावेजहरु
- सामाजिक विकास मन्त्रालय सुदुरपश्चम प्रदेशबाट प्रकाशित स्वास्थ्य नीति २०७८
- दिगो विकास लक्ष्य (लक्ष्य ३) सम्बन्धि दस्तावेज
- अछाम जिल्लामा कार्यरत विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाबाट प्राप्त दस्तावेजहरु
- नेपाल जनसांख्यिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन २०२१
- नेपालको जनगणना प्रतिवेदन २०७८

परिशिष्ट

परिशिष्ट १. स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका लागी अछाम जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरु

क्र.स.	विवरण	कमलबजार	चौरपाटी	मंगलसेन	तुर्माखाँद	बिनायक	ढकारी	साँफेबगर	बान्नीगढी	रामारोशन	मेल्लेख	जम्मा
१	सरकारी अस्पताल	०	१	१	०	०	०	१	०	०	१	४
२	निजी अस्पताल	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०
३	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	१	०	०	०	०	०	०	०	०	०	१
४	स्वास्थ्य चौकी	८	५	७	७	८	४	१३	६	७	७	७२
५	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	१	१	७	१	१	४	०	०	०	१	१६
६	सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई	०	५	०	०	०	१	०	०	३	०	९
७	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र	०	०	३	०	०	०	१	०	०	०	४
८	सरकारी स्वा सं विहिन वडा	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०
९	पोलिक्लिनिक	०	०	१	०	०	०	२	०	०	०	३
१०	क्लिनिक	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०
११	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका	९३	९२	११६	८९	९१	६९	१४१	७६	८३	९१	९४१
१२	खोप क्लिनिक	२९	२३	२२	२७	२४	२०	३७	१४	२१	२२	२३९
१३	गाँउघर क्लिनिक	२४	१८	२६	२६	२५	१६	३८	१८	२४	२१	२३६
१४	बर्थिङ सेन्टर	९	६	१०	८	९	८	१२	५	७	८	८२
15	BEONC Site	१	१	०	०	०	०	०	०	०	०	२
१६	CEONC Site	०	०	१	०	०	०	१	०	०	०	२
१७	सुरक्षित गर्भपतन सेवा केन्द्र	४	७	८	५	८	६	१	३	२	७	५१
१८	IUCD Site	३	३	७	२	१	०	१	१	२	०	२०
१९	Implant Site	१०	६	१२	६	८	५	१३	३	७	८	७८
२०	किशोर किशोरी मैत्री स्वा.सं	४	३	०	०	३	१	१	२	१	१	१६
२१	OTC site	१०	७	१४	६	५	९	१५	६	७	८	८७
२२	क्षयरोग डट्स सेन्टर	१०	७	१४	८	९	९	१५	६	७	८	९३
२३	Microscopy site	१	२	२	१	३	१	१	१	१	२	१५
२४	प्रयोगशाला सेवा	१	५	३	३	५	३	४	२	४	४	३४
२५	HTC sites	१	१	१	०	०	०	१	०	०	०	४
२६	PMTCT site	१	१	१	०	०	०	१	०	०	०	४
२७	CB-PMTCT site	१०	६	१५	८	९	९	१४	६	७	९	९३
२८	ART Site	१	१	१	०	०	०	१	०	०	०	४

परिशिष्ट . फोटोहरु

आर्थिक वर्ष २०८१/८२ को जिल्लास्तरिय बार्षिक समिक्षा गोष्ठी

खोप सम्बन्धि पुर्नताजगी तालिम सञ्चालन

खोप सम्बन्धि पुर्नताजगी तालिम सञ्चालन

खोप शेसन सञ्चालन गर्दै स्वास्थ्यकर्मी

कमलबजार नगरपालिकामा डेंगी लार्भा नष्ट अभियान

जनस्वास्थ्यमूलक चेतनासहितका होर्डिङ्ग बोर्ड

चौरपाटी गाउपालिकामा बिश्व क्षयरोग दिवश मनाउदैं

CB-IMNCI तालिम सम्पन्न भए पश्चात सामुहिक तस्बीर लिदैं

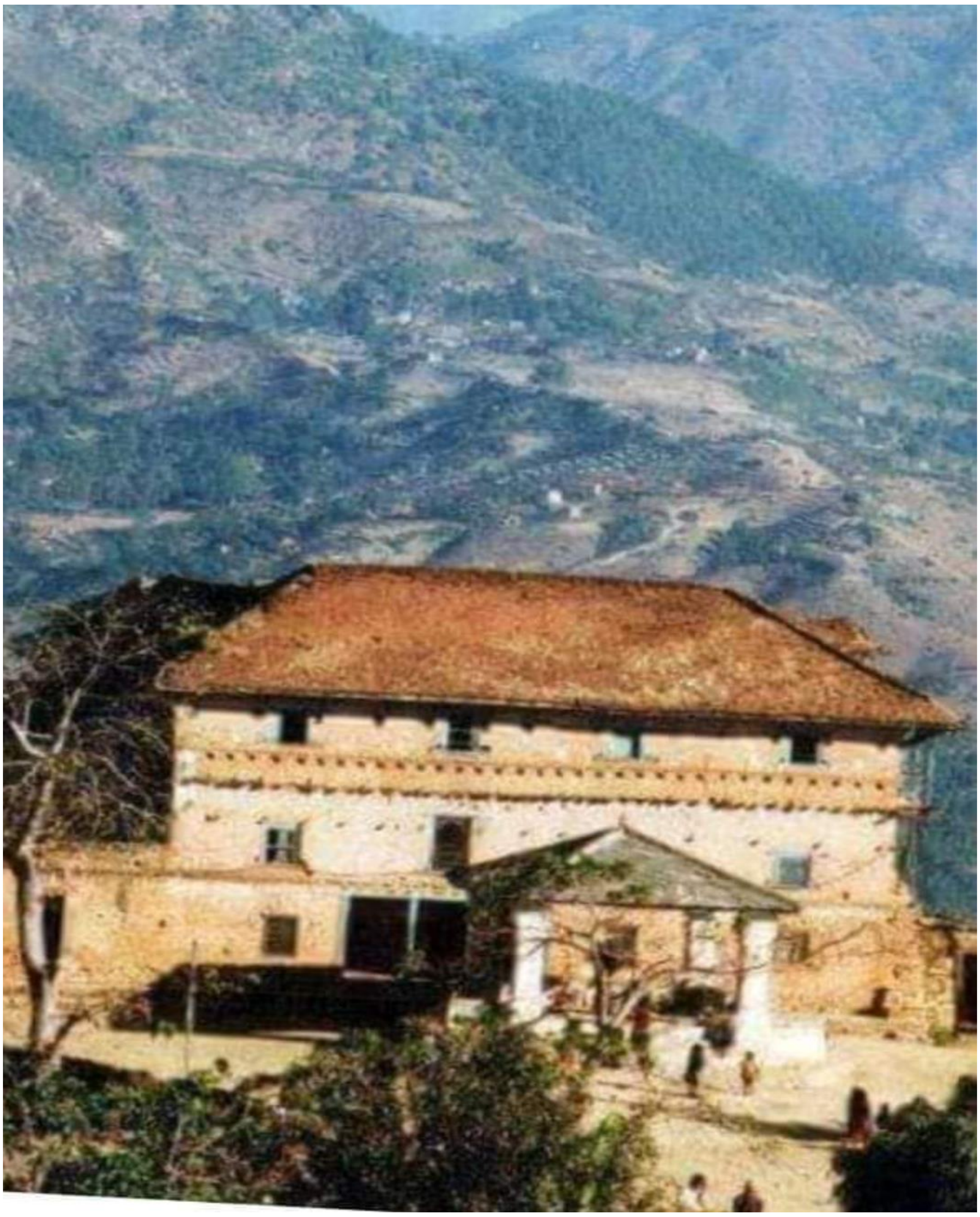
स्वास्थ्य संस्थामा स्थलगत अनुशिक्षणमा

स्वास्थ्य चौकीको MSS मूल्यांकनमा

जिल्ला अस्पतालमा आखाँ शिविर

जिल्ला पूर्णखोप शुनिश्चित गर्न समारोह

बसाइसराईको प्रभावले गाउ रित्तिदैं



अछाम दरबार