

# वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७७/०७८



प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य निर्देशनालय  
स्वास्थ्य कार्यालय मनाङ  
गण्डकी प्रदेश, नेपाल



# वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७७/०७८



प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य निर्देशनालय  
स्वास्थ्य कार्यालय मनाङ  
गण्डकी प्रदेश, नेपाल

# वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७७/०७८

फोन नं: ०६६-४४०११५

ईमेल: dhomanang@gmail.com

वेबसाईट: homanang.gandaki.gov.np



प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय मनाङ

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

## विषय सूची

<b>अध्याय-१: परिचय</b>	<b>१-५</b>
पृष्ठभूमी	१
प्रतिवेदनको उद्देश्य	४
प्रतिवेदन निर्माण प्रक्रिया	४
<b>अध्याय-२: बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम</b>	<b>६-१५</b>
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम	६
पोषण कार्यक्रम	१२
समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम	१४
<b>अध्याय-३: परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम</b>	<b>१६-२५</b>
परिवार नियोजन	१७
सुरक्षित मातृत्व	१७
गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम	१८
महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम	१८
<b>अध्याय-४: इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम</b>	<b>२६-३३</b>
औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	२६
राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम	२८
एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	३२
<b>अध्याय ५: उपचारात्मक कार्यक्रम</b>	<b>३४-३७</b>
उचारात्मक सेवाको उद्देश्य	३४
उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाको अवस्था	३५
प्रमुख १० रोगहरु	३६
<b>अध्याय ६: स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम</b>	<b>३८-४१</b>



## गण्डकी प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७८

भौगोलिक, सास्कृतिक, सामाजिक र आर्थिक परिवेशका साथै विद्यमान स्वास्थ्य सेवामा देखिएका समस्या, चुनौती र अवसरलाई मध्यनजर गर्दै सम्पूर्ण नागरिकको स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँच, उपभोग र गुणस्तरियता कायम राख्नका लागि प्रदेश सरकारले देहाय बमोजिमका नीतिहरू अबलम्बन गरेको छ ।

१. निःशुल्क रूपमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा, आकास्मिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढाइनेछ ।
२. प्रजनन स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य किशोरावस्थाको स्वास्थ्यमा सुधार गरी खोप सेवा र पोषण सेवालार्इ थप प्रभावकारी बनाउदै लगिनेछ ।
३. विशेषज्ञ र विशिष्टिकृत (मुटु, मृगौला, कलेजो, क्यान्सर र मानसिक रोग) स्वास्थ्य सेवाको विस्तार गरी गुणस्तरीय सेवाकमा सबैको पहुँच वृद्धि गर्ने लगिनेछ ।
४. मुख, नाक, कान, घाँटी र आँखा सम्बन्धी स्वास्थ्य सेवालार्इ वर्तमान स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा एकीकृत गरी सञ्चालन गरिनेछ ।
५. सीप मिश्रीत, विशेषज्ञ र विशिष्टिकृत सहितको दक्ष जनशक्तीबाट सेवा दिइनेछ ।
६. स्वास्थ्य संस्थामा औषधी, औषधीरचिकित्साजन्य सामग्री तथा भ्याक्सिनको अटुट रूपमा आपूर्तीको व्यवस्था गरिनेछ ।
७. एक चिकित्सकरस्वास्थ्यकर्मी, एक स्वास्थ्य संस्था नीति अबलम्बन गरिनेछ ।
८. आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सालार्इ प्रवर्धन गरिनेछ ।
९. गैरसरकारी, निजि, सामुदायिक, सहकारी साभेदारीको अवधारण अवलम्बन गरिनेछ ।
१०. स्वास्थ्य प्रणालीमा सुशासन कायम गरिनेछ ।
११. स्वास्थ्य योजनालार्इ तथ्यपरक बनाइनेछ र योजना बनाउन स्वास्थ्य अनुसन्धानलार्इ जोड दिइनेछ ।
१२. पूर्ण डिजिटल अभिलेख र प्रतिवेदन प्रणालीको विकास गरिनेछ ।
१३. स्वास्थ्य सेवामा लगानी वृद्धि गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा नागरिकको व्यक्तिगत खर्च क्रमशः घटाउदै लगिनेछ ।
१४. स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमलार्इ सुदृढीकरण गर्दै गुणस्तरीय बनाउदै लगिनेछ ।
१५. मेडिकल पर्यटनको नीति अबलम्बन गरिनेछ ।
१६. विपद् तथा महामारीजन्य रोगको नियन्त्रण गर्ने तथा रोकथाम गरिनेछ ।
१७. मानसिक रोग, नसर्ने रोग, जलवायु परिवर्तनद्वारा सिर्जित रोगको रोकथाम, नियन्त्रण र उपचारका लागि प्राथमिकता दिइनेछ ।
१८. बढ्दो शहरीकरण, आन्तरिक तथा बाह्य बसाईसराई जस्ता विषयहरूको समयानुकूल व्यवस्थापन गर्दै यसबाट हुने जनस्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या समाधान गरिनेछ ।

# अध्याय-१

## १. पृष्ठभूमी

### १.१ मनाङ जिल्लाको परिचय

नेपालको मानचित्रमा गण्डकी प्रदेश तथा साविकको पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्र, गण्डकी अञ्चलको उत्तरी भेगमा अवस्थित हिमाली जिल्ला मनाङ भौगोलिक हिसाबले विकट एवम् दुर्गम भएपनि प्राकृतिकरूपमा अत्यन्त सुन्दर तथा यातायात र अन्य विकासका पूर्वाधारको दृष्टिकोणबाट पछाडि परेको जिल्ला हो । २,२४६ वर्ग किलोमिटर क्षेत्रफलमा रहेको यो जिल्लाले नेपालको कूल क्षेत्रफल १,४७,१८१ व.कि.मि. मध्ये १।५३ प्रतिशत ओगटेको छ । हिमालपारीको जिल्ला समेत भनेर चिनिने यो जिल्लाको नाम “मनाङ” बाट राखिएको हो, जो साविकको एक गाउँ विकास समितिको नाम पनि हो । मनाङ तिब्बती भाषाको ‘महनाङ’ शब्दबाट अपभ्रंश भएर आएको मानिन्छ । तिब्बती भाषामा ‘मह’ को अर्थ सहायता र ‘नाङ’ को अर्थ देऊ भन्ने हुन्छ । विकट हिमाली भौगोलिक अवस्थितिमा रहेको हुँदा बाह्य सहायता विना जनजीवन थप कष्टकर रहेको भन्ने सन्देश दिने अर्थमा नै यो जिल्लाको नामाकरण भएको बुझ्न सकिन्छ ।

यस जिल्लामा चारवटा गाउँपालिकाहरू (चामे, नार्पाभूमि, नासों र मनाङ डिस्याड रहेका छन् । २०६८ सालको राष्ट्रिय जनगणना अनुसार नेपालको सबैभन्दा थोरै जनसंख्या ६,५३८ र थोरै मतदाता ५,८८१ भएको जिल्ला पनि मनाङ नै हो । २०५८ सालको राष्ट्रिय जनगणना अनुसार जनसंख्या ९५८७ रहेकोमा पछिल्लो जनगणना, २०६८ अनुसार -३।८३ प्रतिशतका दरले जनसंख्या घट्दो दरमा देखिएको छ । समुद्र सतह भन्दा करीव १६८० मिटरको उचाइमा रहेको नासों गाउँपालिका (साविक धारापानी गा.वि.स.) को सुन्दर तालगाउँ बाट शुरू भएको मनाङ जिल्लाको सबै भन्दा उच्च भूभागमा रहेको ८,१६३ मिटर अग्लो मनासलु हिमाल रहेको छ भने समुद्र सतहदेखि ४,९१९ मिटरमा अवस्थित विश्वको अग्लो हिमतालको रूपमा परिचित तिलिचो ताल समेत यसै जिल्लामा रहेको छ ।

### २ हावापानी:

मनाङ जिल्ला उच्च हिमश्रृंखलाको पृष्ठ भागमा पर्ने भएको हुँदा यहाँ कम वर्षा हुने गर्दछ । यहा समशितोष्ण देखि हिमाली हावापानी सम्म पाईन्छ । नासों गाउँपालिकाको दानाक्यू क्षेत्र देखि सदरमुकाम चामे, मनाङ डिस्याड गाउँपालिकाको सवैजसो क्षेत्रमा हिउ पर्ने हुनाले अत्यधिक चिसो हावापानी पाईन्छ भने नार्पा भूमि गाउँपालिकाको नार र फू भन्ने स्थानमा भौगोलिक विकटता तथा अत्यधिक हिउँ परिरहने हुनाले चिसो वढि हुने र वसोवास पनि मौसमी भएको पाईन्छ ।

### ३ वनस्पती तथा बन्धजन्तु:

मनाङ जिल्लाको उत्तरी भेगमा वर्षा कम हुने र सुख्खा हावापानी हुनाले कम मात्रामा वनस्पति पाईन्छ । मरूभूमि प्रकृतिको उत्तरी भेगमा काँडेदार भाडी बढी मात्रामा पाईन्छ । कूल भू-भागको ८.५% मरूभूमि भाग मात्र वनजङ्गलले ढाकेको छ । यस भेगमा फूल फूलने र नफूलने दुवै प्रकारका विरूवाहरू भएको घाँसको मैदान छ । जसले गर्दा यस भेगमा मानिसहरूले भेंडा, बाख्रा, चौँरी जस्ता पशुहरू पाल्ने गर्दछन् । यस भेगमा

धुपी, भोटेपिपल र बैसका रूखहरू कतै कतै पाईन्छन भने ५००० मीटरभन्दा माथि बाह्रै महिना हिउँ जम्ने हुनाले वनस्पति पाईदैन । यो क्षेत्रमा वनस्पतिका रूपमा काई र लेउ मात्र पाईन्छन । जिल्लाको दक्षिणी भेगमा उत्तरी भेगको तुलनामा बढी वर्षा हुने हुनाले यस क्षेत्रमा सदाबहार कोणधारी वनस्पति पाईन्छन् । मनाडमा पाईने वन्यजन्तुहरूमा चितुवा, मृग, घोरल, भारल, चित्तल, नाउर, आदि हुन् भने चराचुरूङ्गीहरूमा राष्ट्रिय पंक्षी डाँफे, मुनाल, मलेवा, कालिज, परेवा, च्याखुरा, काग, ढुकुर जस्ता चराहरू पाईन्छन् ।

#### ४ माटो:

मनाड जिल्लाको नासों गाउँपालिका र चामे गाउँपालिकामा ढुङ्गा मिश्रित कालो रङ्गको बलौटे दोमट खालको माटो पाईन्छ भने माथिल्लो मनाडको मनाड डिस्याड गाउँपालिका र नार्पा भूमि गाउँपालिकामा खैरो रङ्ग र क्षारीय किसिमको माटो पाईन्छ साथै अधिकांश भागमा कडा खालको चट्टान पाईन्छ । समष्टिगत रूपमा यस जिल्लामा अत्यधिक चुन पाईने हुनाले जिल्लाभरको माटो नै हल्का रूपमा क्षारीय किसिमको छ । माटोको प्रकृतिको कारणले आलु मुख्य खाद्यवाली तथा करू, फापर, गँहू र स्याउ प्रशस्त उत्पादन हुने जिल्लाको रूपमा मनाडलाई लिन सकिन्छ । नेपालकै ठूलो स्याउ फाराम (७३५ रोपनी) मनाड डिस्याड गाउँपालिकाको वडा नं० १ भ्रताङ्ग ९ स्याउबारी० भन्ने स्थानमा रहेको छ ।

#### ५ प्राकृतिक सम्पदा:

सदरमुकाम चामे हुँदै वग्ने मस्यारिडदी नदी, मनाड डिस्याड गाउँपालिकामा पर्ने गंगापूर्ण ताल र विश्वको सबैभन्दा अग्लो स्थान ४९१९ मिटर उचाईमा रहेको तिलिचो ताल र थोराडला पास यस जिल्लाका पर्यटकहरूलाई आकर्षित गर्ने मुख्य सम्पदाहरू हुन । यस बाहेक केचो, पोंकर, आइसलेक, छोकर्ण, डोना तालहरू पनि रहेका छन् । सधैभरी हिउले ढाकिरहने हिमालहरू अन्नपूर्ण पहिलोरदोस्रोतेस्रो, लमजुङ हिमाल, रत्न चुली हिमाल, पिसाङ्ग पिक, चुलु हिमाल, तिलिचो पिक समेत आकर्षण रूपमा रहेका छन् । उच्च पहाड एवम् हिमाली जिल्ला भएको हुँदा यहाँ कोणधारी र टुण्ड्रा गरी दुई किसिमका बोट बिरूवाहरू पाइन्छ । ठिडुरे, धुपि सल्ला, गोब्रे सल्ला, लौठ सल्ला, भुले र तालिस पत्र जस्ता रूखहरू तथा सल्ला, लालीगुराँस, मसुरेकटुस, भोजपत्र आदि यस जिल्लामा पाईने मुख्य रूख बिरूवाहरू हुन् । त्यस्तै गरी जडिबुटीहरूमा यासागुम्बा, पाँचऔले, जटामसी, शिलाजीत, जिम्बु, सिबाकथोन, निरमसी, कुटकी, तिक्का, सुगन्धवाल, पदमचाल, चिराइतो, तेजपात, गुच्छेच्याउ, सल्ला, महारङ्गी बोभो, भोटखयर, वन लसुन, कुरीलो, टिमुर आदि पाइन्छ ।

#### ६ राजनीतिक विभाजन:

मनाड जिल्लालाई राजनीतिक हिसाबले केन्द्रीय (संघीय) स्तरमा प्रतिनिधि सभा निर्वाचनका लागि एक क्षेत्र, प्रदेश सभा निर्वाचनका लागि दुई क्षेत्र, र ४ वटा गाउँपालिका तथा २८ वटा वडाहरूमा विभाजन गरिएको छ ।

**मनाड जिल्लालाई निम्नानुसार ४ वटा स्थानीय तहका गाउँपालिकाहरूमा विभाजन गरिएको छ ।**

क. मनाड डिस्याड: १-९ वडा (पिसाड, घ्यारू, डावल, भ्राका, मनाड, टंकी मनाड र खाडसार साविकका ७ गाउँ विकास समितिहरू)



ख. चामे गाउँपालिका: १-५ वडा (साविकको चामे गाउँ विकास समिति)

ग. नासों गाउँपालिका: १-९ वडा (धारापानी, थोचे, ताचै वगरछाप साविकका ३ गाउँ विकास समितिहरू)

घ. नार्पा भूमि गाउँपालिका: १-५ (नार र फू साविकका २ वटा गाउँ विकास समितिहरू)

राष्ट्रियस्तरमा प्रतिनिधि सभामा जिल्लाको प्रतिनिधित्व गर्न एउटा मात्र निर्वाचन क्षेत्र रहेको छ भने प्रदेश सभा तर्फ गण्डकी प्रदेश अन्तर्गत मनाङ जिल्लामा २ निर्वाचन क्षेत्र रहेका छन् । प्रदेश सभा निर्वाचन क्षेत्र नं. १ अन्तर्गत चामे र नासों गाउँपालिका तथा प्रदेश सभा निर्वाचन क्षेत्र नं. २ तर्फ नार्पा भूमि र मनाङ डिस्पाड गाउँपालिका रहेका छन् ।

## ७ जनसांख्यिक विवरण:

मनाङ जिल्लामा पुरुष ३,६६१ र महिला २,८७७ गरी कूल जनसंख्या ६,५३८ रहेको देखिन्छ (राष्ट्रिय जनगणना २०६८) । यस जिल्लाको जनसंख्या बृद्धि दर घट्दोक्रममा -३.८३ प्रतिशत रहेको छ । भौतिक सुविधाको खोजिमा जिल्ला बाहिर जाने बढ्दो प्रवृत्ति र बैदेशिक सेवाबाट फर्किएपछि सुविधायुक्त स्थानहरूमा बसोवास गर्ने क्रम बढ्दो रूपमा भएकोले जनसंख्या घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ ।

### क. साविकका गाउँ विकास समिति अनुसार जनसंख्या विवरण:

सि.नं.	गा.पा.	गा.वि.स.	घरधुरी संख्या	महिला	पुरुष	जम्मा
१	चामे	चामे	२७९	५३२	५९७	११२९
२	मनाङ डिस्पाड	मनाङ	१३१	२७५	३७३	६३०
३		टंकी मनाङ	११०	१७४	२०३	३७७
४		भ्राका	८३	१५७	१४९	३०६
५		पिसाड	१०५	१४८	१५९	३०७
६		खाडसार	५८	११९	१३८	२५७
७		डावल	७३	१२३	१५१	२७४
८		घ्यारू	३३	३९	३२	७१
९	नासों	धारापानी	२३२	४९७	५१५	१०१२
१०		ताचैबगरछाप	१२०	२८१	२६३	५४४
११		थोचे	१०२	२०५	१७७	३८२
१२	नार्पा भूमि	नार	८६	१९२	१७०	३६२
१३		फू	३६	८८	८८	१७६
१४		संस्थागत	३२	६५	६४६	७११
कुल जम्मा			१४४८	२८७७	३६६१	६५३८

(स्रोत: राष्ट्रिय जनगणना २०६८)

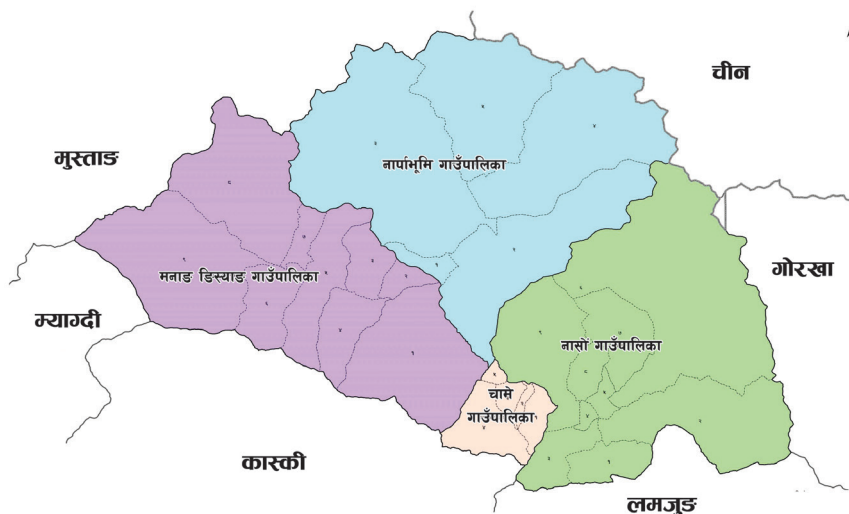
### ख. गाउँपालिका अनुसार घरधुरी र गाउँपालिका जनसंख्या विवरण:

सि.नं.	गा.वि.स.	घरधुरी संख्या	महिला	पुरुष	जम्मा
१	नासों गाउँपालिका	४५४	९८३	९५५	१९३८

२	मनाङ डिस्ट्याड	५९३	१०३५	१२०५	२२२२
३	नार्पा भूमि	१२२	२८०	२५८	५३८
४	चामे	२७९	५३२	५९७	११२९
कुल जम्मा		१४४८	२८३०	३०१५	५७२७

चित्र: स्थानीय तह अनुसार मनाङ जिल्ला

## मनाङ जिल्ला



### २. प्रतिवेदनको उद्देश्य

- आधारभुत स्वास्थ्य सेवाका मुख्य सुचकहरूको विश्लेषण गर्ने ।
- स्थानीय तहमा हाँसिल भएका प्रगतिको अवस्था बारे जानकारी दिने।
- कमजोर क्षेत्रको पहिचान गरि भावी योजनाको प्राथमिकिकरण गर्ने।
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीबाट प्राप्त सूचना, सेवा प्रदायक, सेवा ग्राही, अनुसन्धानकर्ता, योजनाकार, प्राज्ञ, सर्वसाधारण लगायत सरोकारवालालाई उपलब्ध गराउने।

### ३. प्रतिवेदन निर्माण प्रक्रिया

स्थानीय तहमा हुने मासिक समिक्षा बैठक, चौमासिक समिक्षा कार्यक्रम तथा वार्षिक समिक्षा कार्यक्रममा डाटा भेरिफिकेशनको माध्यमबाट तथ्याँकको गुणस्तर सुधार गर्ने गरिएको छ । यस आ.ब. २०७७/७८ को समिक्षामा स्थानीय तहमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा आईपरेका समस्या र चुनौतीहरूका वारेमा छलफल गरिएको थियो । साथै उक्त समिक्षामा जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको बारेमा सुक्ष्म रूपमा छलफल गरिएको थियो ।

#### ३.१ समिक्षा कार्यक्रममा गरिएका कार्यहरू:

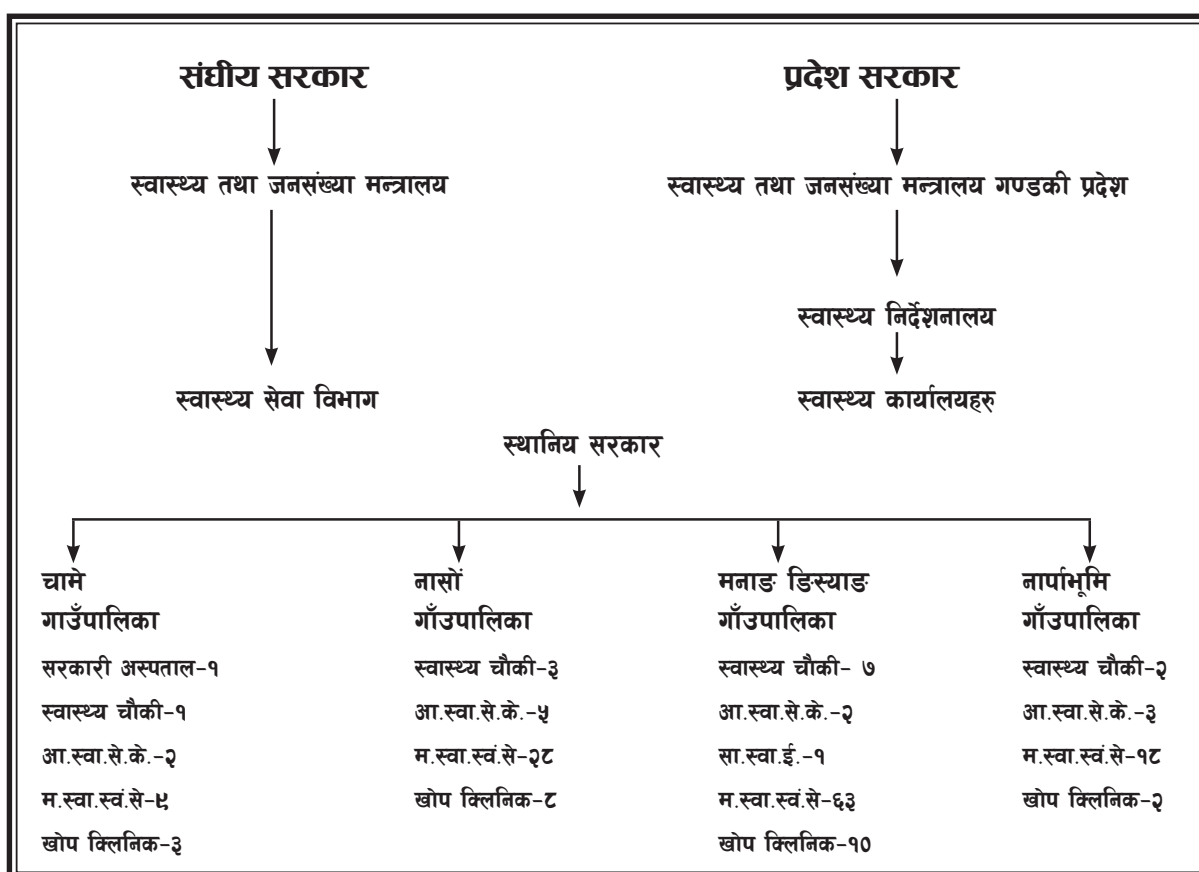
- आ.ब. २०७७/७८ मा प्राप्त वार्षिक कार्यक्रमहरूमा दिइएको लक्ष्य बमोजिम प्रगति हाँसिल भए, नभएको ।

- बिगतका २ आ.ब. का उपलब्धीहरूसँग गरिएको तुलनात्मक विश्लेषण सहितको प्रस्तुतीकरण गरिएको ।
- जनस्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तर्गतका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दा देखा परेका समस्या र चुनौतीहरूको बिस्तृत रूपमा छलफल गरि देखा परेका चुनौती र समस्याहरूको समाधानका लागि उचित रणनीति र कार्यतालिका तयार गरिएको ।
- वार्षिक समिक्षामा गरिएका विश्लेषण, छलफल र कार्यक्रमहरूका उपलब्धी बढाउन गरिएका सिफारिश र कार्ययोजनाका आधारमा प्रतिवेदन तयार पारिएको छ

### ३.२ स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तालिका

जनताको अधिकतम स्वास्थ्य प्रवर्धन, पुर्नप्राप्ती, एवम् निरन्तरताको अवस्था कायम गर्न लाग्ने सबै स्वास्थ्य संरचना, श्रोतसाधन तथा मानव संसाधन र त्यसको व्यवस्थापन स्वास्थ्य सेवा प्रणालीका अंगहरू हुन ।

चित्र: स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तालिका:



स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा मनाङ जिल्ला भित्र ४ गाउँपालिकामा एउटा सरकारी अस्पताल, १३ स्वास्थ्य चौकी, १२ वटा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, एउटा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई र ११८ जना महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले सेवा प्रदान गरिरहेका छन् । उल्लेखित संस्थाहरूले मासिक रूपमा प्रतिवेदन गरिरहेका छन् ।



# अध्याय-२

## बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

### नीतिगत व्यवस्था

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकतामा राखेको छ । बाल स्वास्थ्य कार्यक्रममा राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम, पोषण, समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन मुख्य रहेका छन् । खोप कार्यक्रमलाई एउटा लागत प्रभावी कार्यक्रम मानिन्छ । खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरू, पोषण सम्बन्धी समस्या र बालबालिकाहरूलाई लाग्ने अन्य रोगहरूबाट हुने बाल मृत्युदर घटाउन नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय प्रतिवद्ध छ । बाल मृत्युदर घटाएर सहश्राव्दी विकास लक्ष्य हासिल गर्ने देशहरूमध्ये नेपाल एक हो । बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनलाई यो सफलताको जस पाउने कारण मानिन्छ ।

### २.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

#### ध्येय (Goal)

खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूबाट बालबालिकामा हुने बिरामीदर, मृत्युदर र अपाङ्गतादरलाई कम गर्नु राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको ध्येय हो ।

#### उद्देश्य (Objective)

बहुबर्षीय खोप योजना २०१७-२०२१ अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमका उद्देश्यहरू यस प्रकार छन् ।

- सबै खोपहरूको कभरेज सबै तहमा ९० प्रतिशत भन्दा माथी पुऱ्याई सो कायम राख्ने ।
- गुणस्तरयुक्त खोपको पहुँच सुनिश्चित गर्ने र खोपजन्य फोहर सामाग्रीको उचित विर्सजन गर्ने ।
- पोलियो रोगको अवस्थालाई शुन्यमा कायम राख्ने ।
- सन् २००५ मा प्राप्त गरेको नवशिशु धनुष्टंकार रोगको निवारणको उपलब्धीलाई कायम राख्ने ।
- सन् २०१९को अन्तसम्ममा दादुरा रोगको निवारण गर्ने ।
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरू समावेश गरी खोपबाट जोगाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रणलाई अभै बढावा दिने ।
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको खोजपडताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई विस्तार गर्ने ।
- १ बर्षभन्दा बढी उमेर समूहको लागि खोप सेवा विस्तार गर्दै लैजाने ।

#### रणनीति (Strategy)

उल्लेखित उद्देश्य हासिल गर्नका लागि राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले निम्न रणनीतिहरू अवलम्बन गरेको छः

REC सुक्ष्म योजनाको माध्यमबाट नियमित खोप सेवालाई सर्वालिकरण गर्ने,

- नगर क्षेत्रमा खोप सेसनलाई सर्वालिकरण गर्ने,

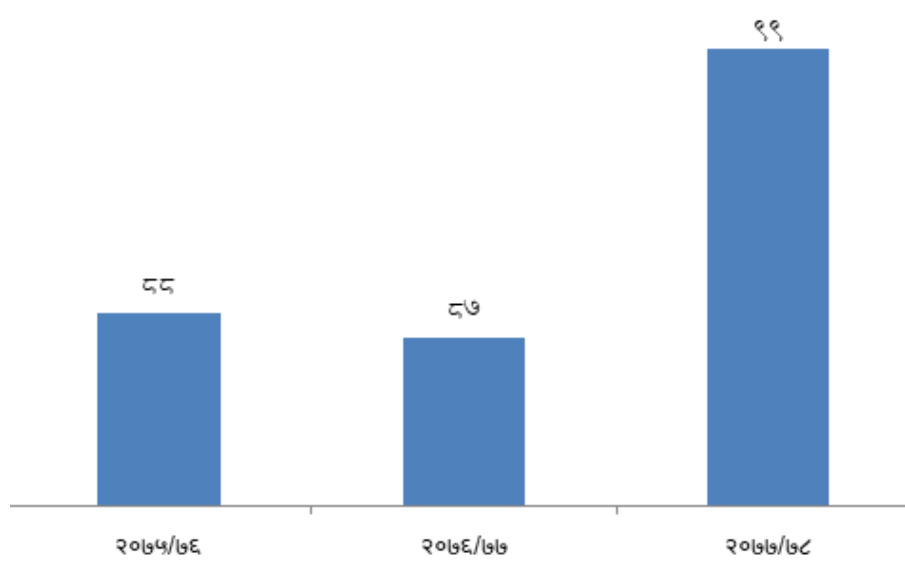
- जापानिज इन्सेफलाईटिस र दादुरा रोग नियन्त्रण तथा पोलियो रोग उन्मुलन गर्नको लागि खोजपडताल र पुरक खोप कृयाकलाप सञ्चालन गर्ने,
- टि.टि. खोपको कभरेज वढाई मातृ तथा नवशिशु धनुष्टंकार निवारणको अवस्था कायम राख्ने,
- ए.एफ.पि. सर्भिलेन्सलाई सुदृढ र विस्तार गरी खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरूको एकिकृत सर्भिलेन्स गर्ने तथा हिमोफिलस, इन्फ्लुइन्जा, रूवेला, न्युमोकोकस, र रोटाभाईरस जस्ता खोपवाट वचाउन सकिने अन्य रोगहरूको रोग भारको अवस्था नियमित अध्ययन गर्ने,
- DICC समिति AEFI समिति र ICC समितिहरूको आवधिक बैठक सञ्चालन गर्ने,
- मध्यम स्तरीय व्यवस्थापकको पुनर्ताजगी तालिम, कोल्डचेन, भ्याक्सिन व्यवस्थापन तालिम, मर्मत सम्भार तालिम, अन्तरदेशिय अवलोकन भ्रमण गराई खोप संग सम्बन्धित स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने,
- उपयुक्त प्रतिवेदन, अनुसन्धान र रेस्पोन्सको माध्यमवाट खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरूको महामारी नियन्त्रण गर्ने,
- सुरक्षित सुई नीतिको अभ्यास गरी खोप सेवाको गुणस्तर सुधार गर्ने,
- नयाँ र प्रयोगमा नआएका भ्याक्सिनहरूलाई रोगभारको आधारमा प्रयोगमा ल्याउने ।

## १.१.१ नियमित खोप कार्यक्रमको प्रगति समिक्षा

### खोप केन्द्र सञ्चालन तथा खोप कभरेज

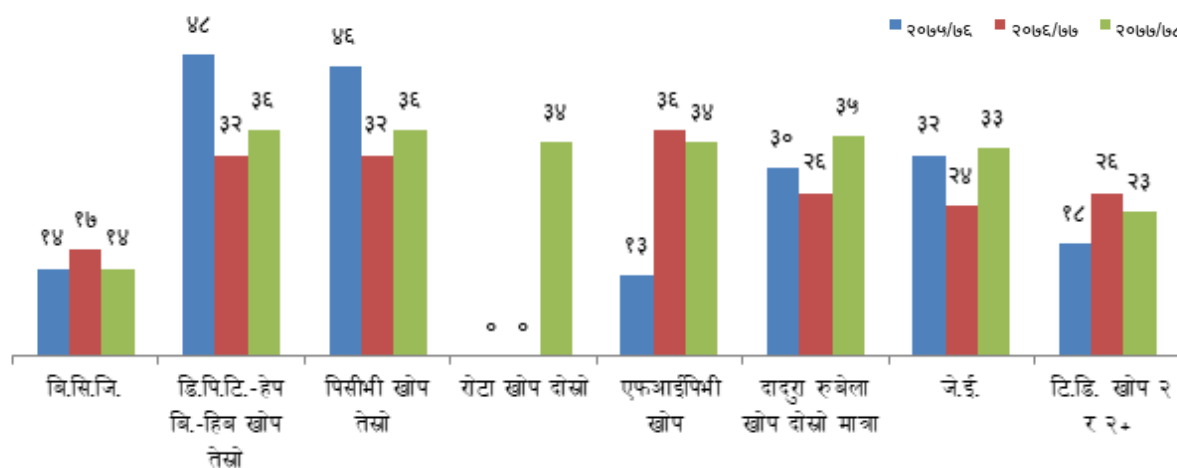
आ.व. ०७७।७८ मा खोप कार्यक्रम तर्फ खोप केन्द्र सञ्चालन आ.व. ०७५।७६ तथा ०७६।७७ को तुलनामा सुधार भएको छ । आ.व. ०७५।७६ मा ८८ प्रतिशत, आ.व. ०७६।७७ मा ८७ प्रतिशत तथा आ.व. ०७७।७८ मा ९९ प्रतिशतमा खोप केन्द्र सञ्चालन भएको प्रतिवेदनबाट देखिन्छ ।

चित्र: खोप केन्द्र सञ्चालन वितरण



तथ्यांक अनुसार वि.सि.जि. खोप लगाउने बालबालिका १४% , डिपिटी-हेप बि-हिव-तेस्रो मात्रा लगाउने ३६%, पि.सि.भि. खोप तेस्रो लगाउने ३६% , एफ आईपभी दोस्रो मात्रा लगाउने ३४%, दादुरा-रूबेला दोस्रो मात्रा लगाउने ३५% तथा जापानिज ईनसेफ्लाईटस लगाउने ३३% रहेका छन् भने यसै वर्षबाट सञ्चालित रोटा खोपको दोस्रो मात्रा लगाउने बालबालिका ३४% रहेका छन् । जिल्लामा लक्षित जनसंख्या कम हुनु तथा मौसमी कारणले खोप सेवा लिने सेवाग्राहि नहुनुले खोप कार्यक्रममा सुधार हुन नसकेको हो ।

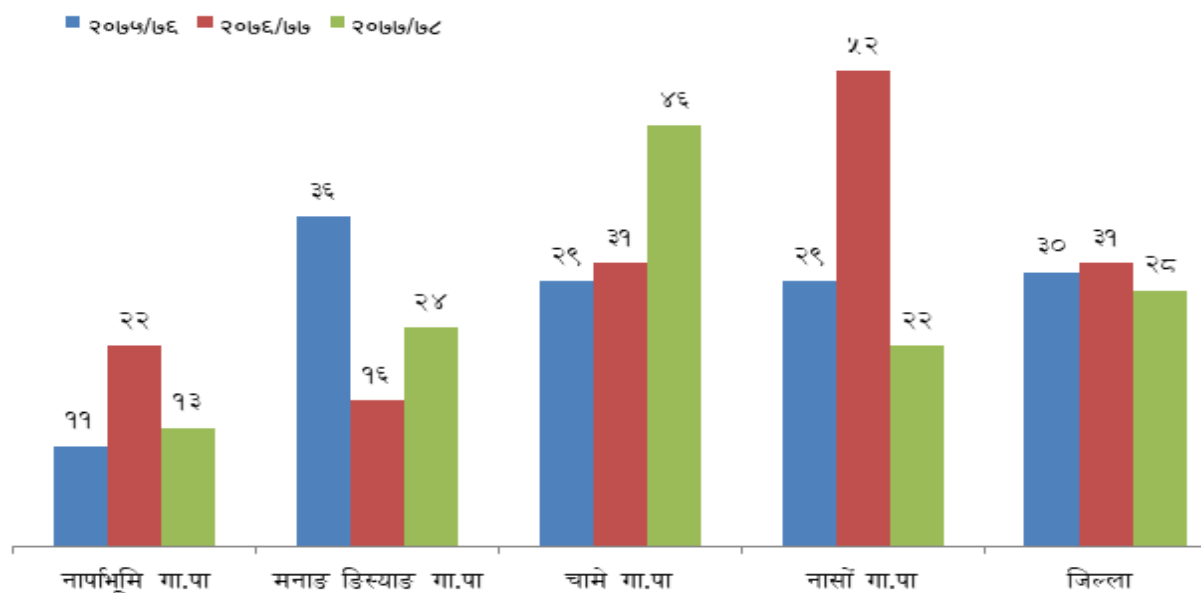
चित्र: विगत ३ वर्षको खोप कभरेजको तुलनात्मक स्थिति



### २.२.१.३ डिपिटि हेप वि हिव १

मनाङ जिल्लाको डिपिटि-हेप वि-हिव १ को कभरेज गत आ.व.को ३१ प्रतिशत बाट घटेर २८ प्रतिशतमा भरेको छ । सबै भन्दा वढी कभरेज चामे गाउँपालिकाको ४६ प्रतिशत छ भने सबैभन्दा कम कभरेज नार्पाभूमि गाउँपालिकाको १३ प्रतिशत छ । उक्त विवरणलाई तलको ग्राफ चित्रमा देखाइएको छ ।

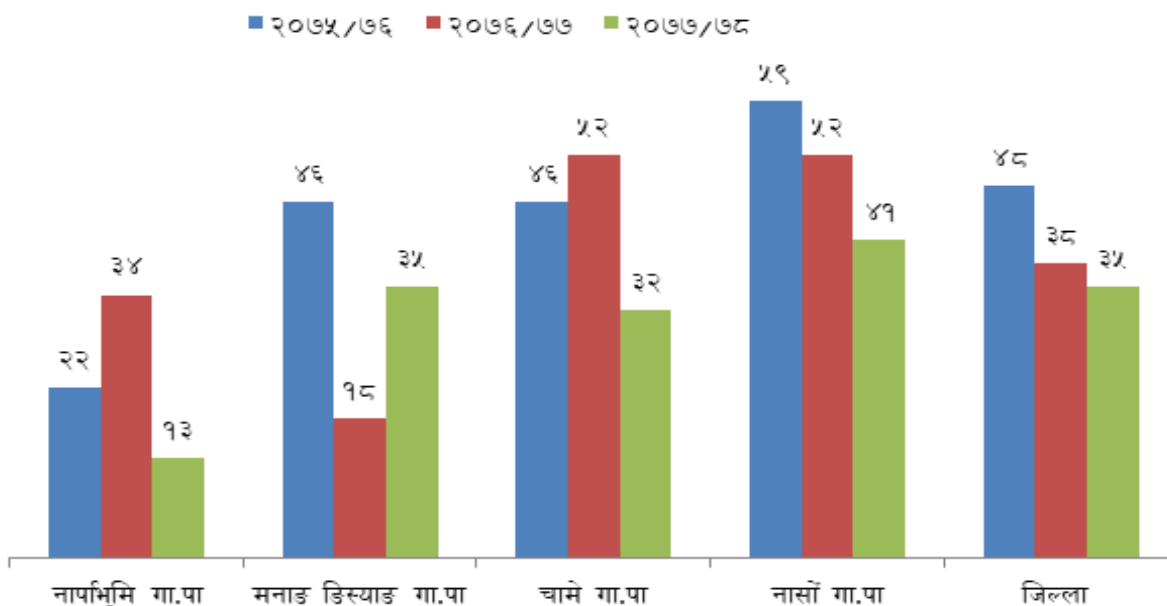
चित्र: पालिका अनुसार डिपिटि-हेप विरहित १ को कभरेज:



### २.२.१.४ डिपिटि-हेपवि हिव ३ को कभरेज:

मनाङ जिल्लाको डिपिटि-हेप वि-हिव ३ को कभरेज गत आ.व.को ३८ प्रतिशतवाट घटेर ३५ प्रतिशत पुगेको छ । सबै भन्दा वढी कभरेज नासों गाउँपालिकाको ४१ प्रतिशत छ भने सबैभन्दा कम कभरेज नार्पाभूमि गाउँपालिकाको १३ प्रतिशत रहेको छ ।

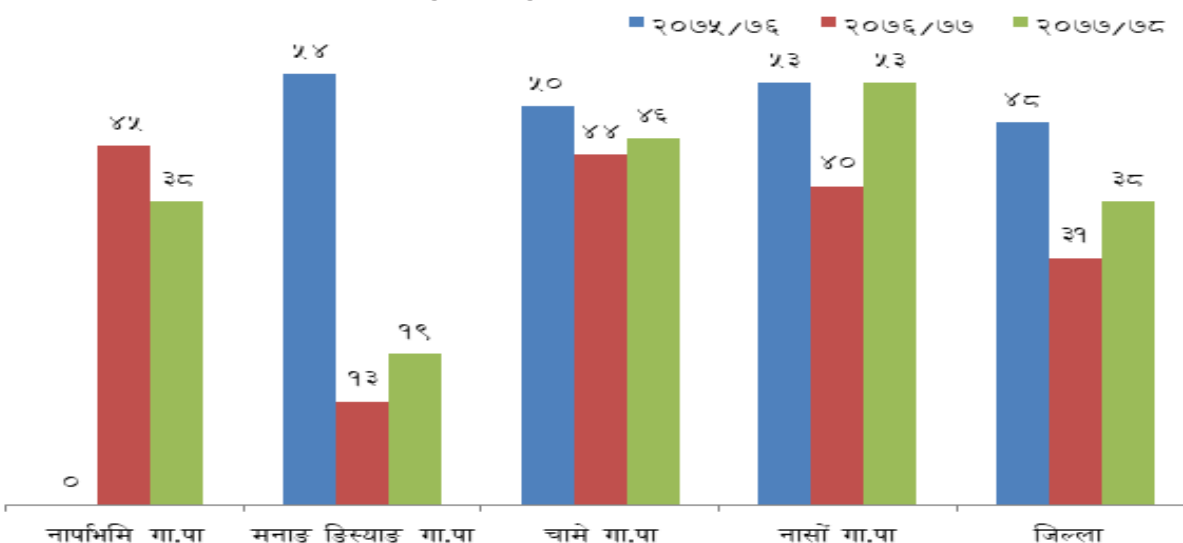
चित्र: पालिका अनुसार डिपिटि-हेप विहिव ३ को कभरेज:



### २.२.१.७ दादुरा रूवेला खोप पहिलो मात्राको प्रगति

दादुरा रूवेला खोपको पहिलो मात्राको प्रगति आ.व. २०७५/७६ मा ४८ प्रतिशत, आ.व. ०७६/७७ मा ३१ प्रतिशतमा थियो भने आ.व. २०७७/७८ मा अघिल्लो वर्षको भन्दा बढेर ३८ प्रतिशत भएको छ । सबै भन्दा वढी कभरेज नासों गाउँपालिकाको ५३ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज मनाङ डिस्याङ गाउँपालिकाको १९ प्रतिशत रहेको छ ।

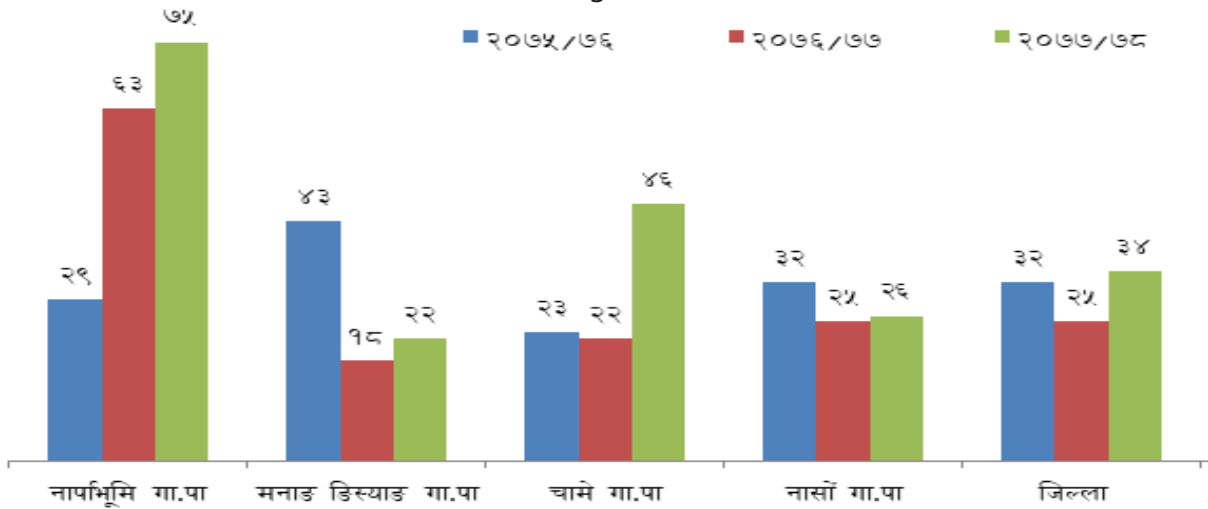
चित्र: पालिका अनुसार दादुरारूवेला पहिलो मात्रा कभरेज



### २.२.१.८ जे.ई. खोप कभरेज:

मनाङ जिल्लामा आ.व. ०६८।६९ सालबाट नियमित खोप कार्यक्रममा जे.ई. खोप शुरू गरिएको थियो । हाल नेपालका सबै जिल्लामा जे.ई. खोप सञ्चालन गरिएको छ । तलको ग्राफमा पालिका अनुसार जे.ई. खोपको कभरेज देखाईएको छ । जे.ई. खोपको प्रगति आ.व. २०७५।७६ मा ३२ प्रतिशत, आ.व. ०७६।७७ मा २५ प्रतिशत र आ.व. २०७७।७८ मा गत वर्षको तुलनामा बढेर ३४ प्रतिशत पुगेको छ । सबै भन्दा वढी कभरेज नार्पाभूमि गाउँपालिकाको ७५ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज मनाङ डिस्ट्याड गाँउपालिकाको २२ प्रतिशत रहेको छ ।

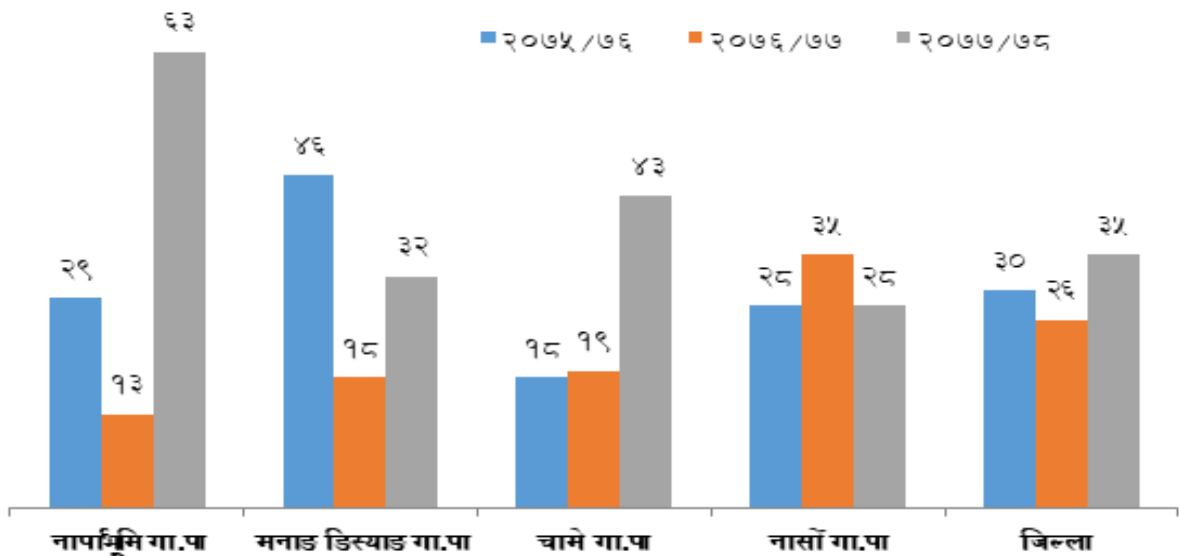
चित्र: पालिका अनुसार जे.ई. कभरेज



### २.२.१.९ दादुरा रूवेला खोप दोस्रो मात्रा

दादुरा रूवेला खोपको दोस्रो मात्राको प्रगति आ.व. २०७५।७६ मा ३० प्रतिशत, आ.व. ०७६।७७ मा घटेर २६ प्रतिशत तथा आ.व. २०७७।७८ मा अघिल्लो वर्षको तुलनामा बढेर ३५ प्रतिशत पुगेको छ ।

चित्र: पालिका अनुसार दादुरा-रूवेला दोस्रो मात्रा कभरेज

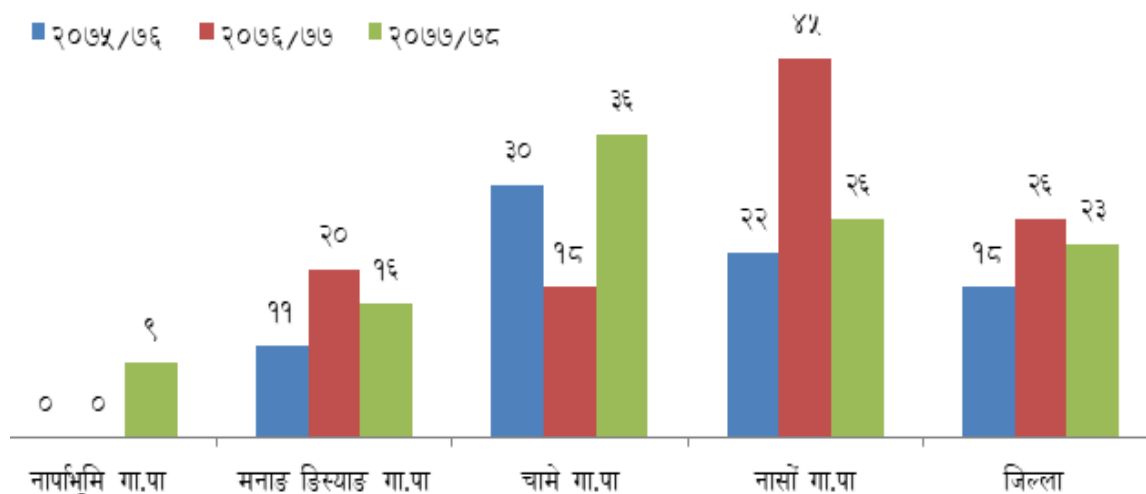




### २.२.१.१० टि.डी. २ र २+ खोप

मनाङ जिल्लामा यस वर्ष टी.डी. २ र २+ मात्रा खोप पुरा गर्ने गर्भवति महिलाको संख्या २३ प्रतिशत मात्र रहेको छ । गत आ.व. ०७६।७७ मा यो प्रगति २६ प्रतिशत रहेको थियो । पालिका अनुसारको कभरेज हेर्दा सबभन्दा बढी चामे गाँउपालिकामा ३६ प्रतिशत कभरेज छ ।

चित्र: पालिका अनुसार टी.डी. २ र २+ खोप कभरेज



### २.२.१.११ ड्रप आउट दर

मनाङ जिल्लामा सबै खोपहरूको ड्रप आउट दर उच्च ऋणात्मक रहेको छ । अघिल्ला खोपहरूभन्दा पछिल्लो उमेर समुहमा लगाउने खोपको लागि बालबालिका आउनु नै यस्तो हुनुको प्रमुख कारण हुन सक्दछ ।

तालिका: खोप छुट दर

खोप छुट दर	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
बि.सि.जि. को तुलनामा दादुरा रूबेला	-२४०	-८८.२	-१६४.३
डि.पि.टि-हेपबि.-हिब १ को तुलनामा ३	-५९.४	-२१.९	-२५.९
डि.पि.टि-हेपबि.-हिब १ को तुलनामा दादुरा रूबेला १	-५९.४	०	-३७
दादुरा रूबेला १ को तुलनामा २	१७.६	-९.४	-२७
डि.पि.टि-हेपबि.-हिब १ को तुलनामा दादुरा रूबेला २	-३१.३	-९.४	-७४.१

### २.२.१.१३ कभरेज र ड्रपआउटको आधारमा समस्याको पहिचान तथा बर्गिकरण

खोप कार्यक्रममा डि.पि.टि-हेपबि.-हिब १ को कभरेज तथा डि.पि.टि-हेपबि.-हिब १ को तुलनामा सबै गाउँपालिकाहरू र मनाङ जिल्ला नै उच्च ड्रप आउट तथा न्यून कभरेज भएको कारण चौथो समुहको बर्गीकरणमा परेको छ ।

## खोप कार्यक्रमका सबल पक्षहरू

- सुक्ष्म योजना अध्यावधिक गरी योजना गरिएका १०० प्रतिशत खोप सेसन सञ्चालन भएको ।
- सबै स्वास्थ्यकर्मी तथा नयाँ नियुक्ति पाएका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई खोप सम्बन्धी तालिम प्रदान गरिएको ।
- स्थानिय निकायको पूर्णखोप सुनिश्चित गर्ने प्रतिवद्धता रहेको ।
- मौसमी कारणले खोप सेवा प्रदान गर्न असहज हुँदा घुम्ती खोप क्लिनिक सञ्चालन गरेर समेत सेवा प्रवाह गरिएको ।

## २.२ पोषण कार्यक्रम

### ध्येय (Goal)

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य सम्बन्धित निकायसंगको सहकार्यमा सुधार गरिएको पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन गरी सबै नागरिकको पोषण अवस्थामा सुधार ल्याई स्वस्थ जीवन हासिल गर्दै देशको सामाजिक आर्थिक विकासमा योगदान पुर्याउनु हो ।

### उद्देश्यहरू (Objectives)

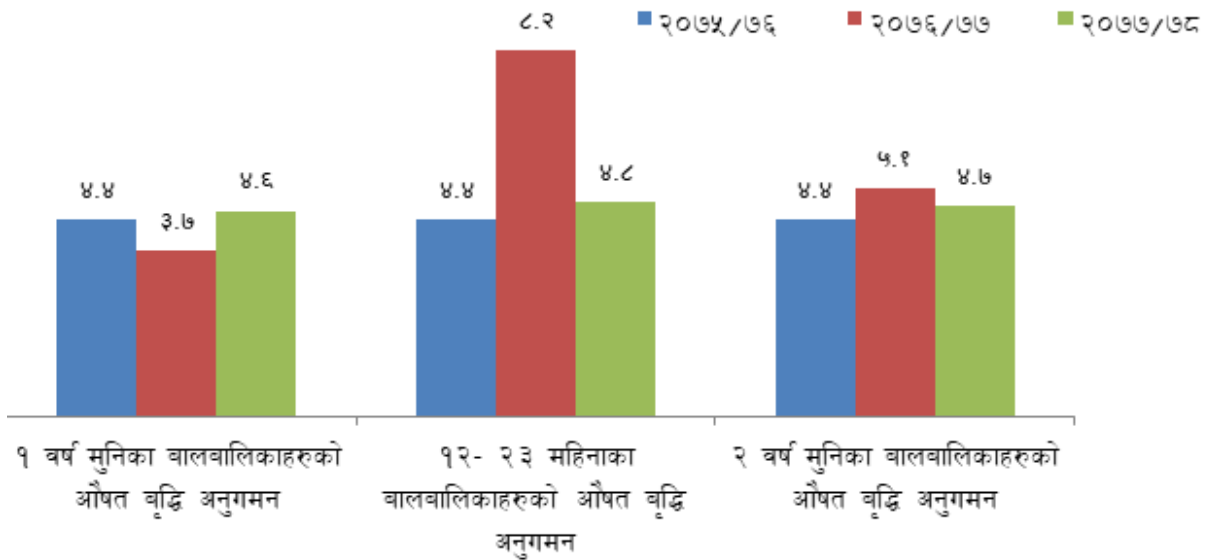
- महिला तथा बालबालिकाहरूको सामान्य कुपोषण न्युनिकरण गर्ने,
- गर्भवती र बालबालिकाहरूमा आईरन तत्वको कमिवाट हुने रक्तअल्पता न्युनिकरण गर्ने,
- आयडिन र भिटामिन एको कमीबाट हुने विकृतीलाई न्युनिकरण गर्ने,
- आमाहरूको पोषण अवस्थामा सुधार गर्ने,
- पोषणसंग सम्बन्धित बानि व्यवहारमा सकारात्मक सुधार ल्याउन प्रभावकारी सञ्चार गर्ने,
- पोषण संग सम्बन्धित क्रियाकलापहरूको अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्ने,
- विद्यालय शिक्षा तथा पोषण कार्यक्रम सञ्चालन गरी समग्र पोषण अवस्था र स्वास्थ्यमा सुधार गर्ने ।
- असहज अवस्थामा हुने कुपोषणको जोखिमलाई न्युनिकरण गर्ने,
- पोषण अवस्था मूल्याङ्कन, अनुगमन र विश्लेषण गर्ने पद्धतिलाई सफल गराउने ।

## २ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको पोषण स्थिति

दुई वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूले मनाङ जिल्लामा आ.व. २०७५।७६ मा एउटा बच्चा औषत ४.४ पटक तौल लिएर बृद्धि अनुगमन गरिएको थियो भने आ.व. ०७६।७७ मा ५.१ पटक भएकोमा आ.व. २०७७।७८ मा ४.७ पटक बृद्धि अनुगमन गरिएको थियो ।

यसरी बृद्धि अनुगमन गरिएका बालबालिकामा आ.व. २०७५।७६ मा कुनै पनि बच्चामा कुपोषण नदेखिएको आ.व. ०७६।७७ मा २.७ प्रतिशत बच्चामा कुपोषण (कम तौल) देखिएको तथा आ.व. २०७७।७८ मा कुनै पनि बच्चामा कुपोषण देखिएको थिएन ।

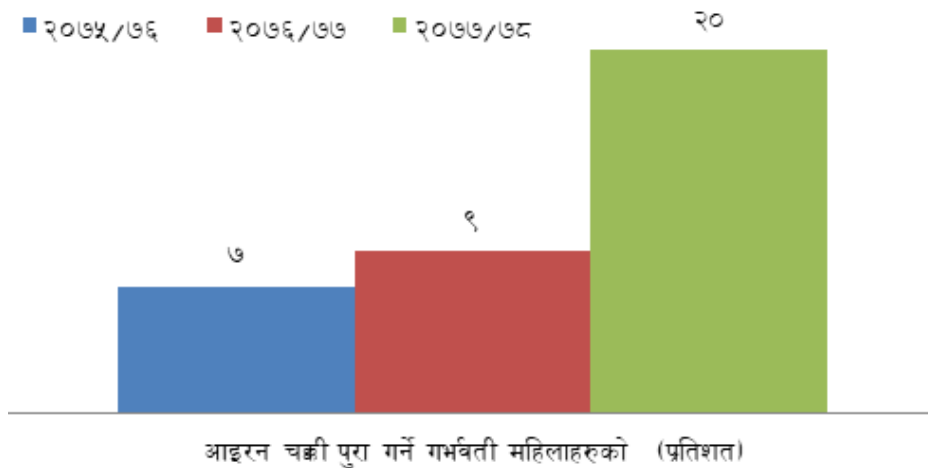
चित्र: औषत बृद्धि अनुगमनको स्थिति



नीति अनुसार गाउँघर क्लिनिकमा वृद्धि अनुगमन गर्न आउने प्रचलन अभैपनि कम छ । गाउँघर क्लिनिकको महत्त्व र यसबाट उपलब्ध हुने सेवाहरूको बारेमा जानकारी गराउन नसकिनु नै बृद्धि अनुगमनमा लक्ष्य अनुसार प्रगती हाँसिल गर्न नसक्नु हो ।

### २.२.२ आईरन चक्की खाने गर्भवति महिलाहरूको अवस्था

चित्र आईरन चक्की खाने गर्भवती महिलाको स्थिति



आईरन चक्की खाने गर्भवति महिलाहरूको विगत ३ वर्षको अवस्था हेर्दा गत आ.व. हरूमा भन्दा यस आ.व. ०७७/७८ मा आईरन चक्की खाने गर्भवती महिलाहरू तथा आईरन चक्की पुरा गर्ने महिलाहरूको संख्यामा बृद्धि भएको छ । आईरन चक्की खाने गर्भवती महिलाहरूका प्रतिशत तथा आईरन चक्की पूरा गर्ने गर्भवती महिलाको प्रगति कम हुनुमा गर्भवती महिलाहरू सुगम जिल्लाहरू सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी सेवा लिन जाने भएको कारण हुन सक्दछ ।

## २.३ समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

### लक्ष्य

न्युमोनिया, भाडापखाला, कुपोषण, दादुरा र मलेरियाबाट हुने ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरूको रोग लाग्नेदर तथा मृत्युदर कम गर्ने समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको लक्ष्य रहेको छ ।

### उद्देश्य

- श्वासप्रश्वास रोग, भाडापखाला, कुपोषण, दादुरा र मलेरियाको कारण रोग लाग्नेदर, रोगको जटिलता तथा
- मृत्युदर कम गर्ने,
- वालवालिकाको वृद्धि र विकासमा सुधार गर्न योगदान पुर्याउने ।

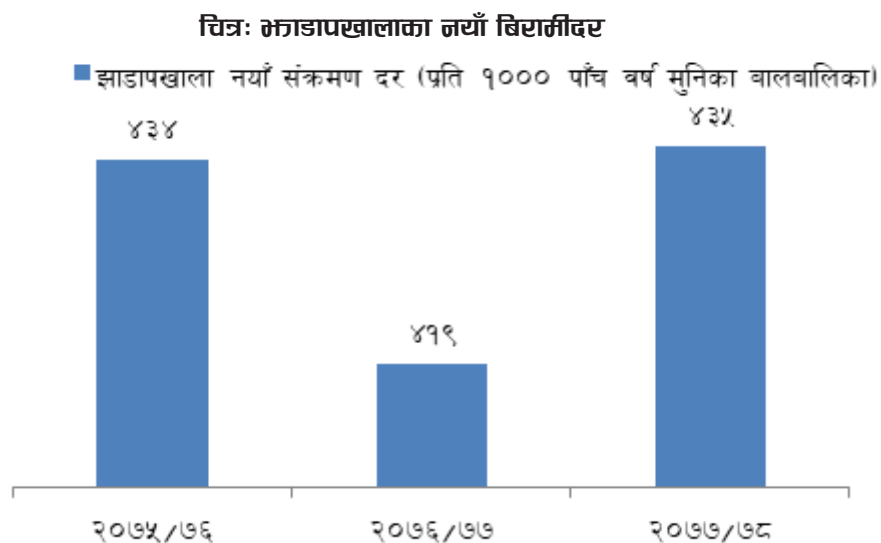
### रणनीति

- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको ज्ञान र विरामी व्यवस्थापन गर्ने सीपमा सुधार ल्याउने,
- समग्र स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार ल्याउने,
- परिवार तथा समुदायको बानी व्यवहारमा सुधार ल्याउने ।

### २.३.१ भाडा पखाला रोग नियन्त्रण

भाडापखाला रोगको राम्रोसंग पहिचान, वर्गिकरण, र उपचार गर्न सक्षम बनाई स्वास्थ्यकर्मीहरूको ज्ञान सीपमा सकारात्मक प्रभावलाई समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमले जोड दिएको छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूले समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको उपचार तालिका अनुसार भाडापखालाका विरामीहरूलाई जलवियोजन नभएका, केही जलवियोजल भएका, कडा जलवियोजन भएका र आँउ रगतका रूपमा वर्गिकरण गरी उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने गर्दछन् ।

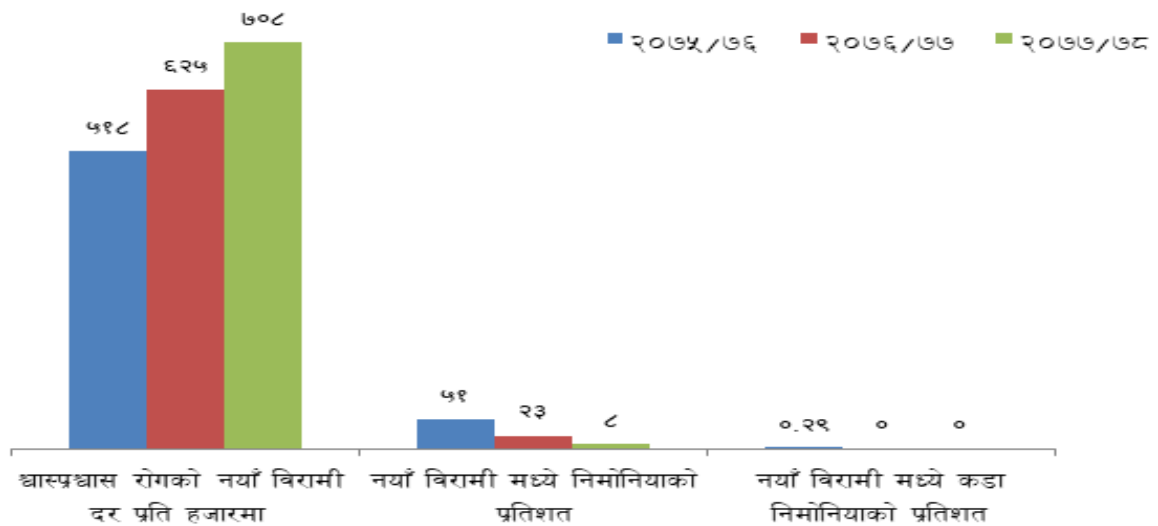
### भाडापखालाका नयाँ विरामीदर



माथिको स्तम्भमा विगत ३ वर्षमा भाडापखालाका नयाँ विरामी दर तुलनात्मक स्थिति देखाइएको छ । जस अनुसार यस वर्ष भाडापखालाका नयाँ विरामी दर ४३५ प्रति हजार रहेको छ । यो दर गत आ.व. ०७६।७७ को तुलनामा केहि बढेको छ ।

## २.३.२ श्वासप्रश्वास रोग

चित्र: बिगत ३ वर्षको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ बिरामी, निमोनिया तथा कडा निमोनियाको प्रतिशत



माथिको स्तम्भमा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ बिरामी दर, नयाँ बिरामी मध्ये निमोनिया तथा कडा निमोनियाको प्रतिशतको तुलनात्मक स्थिति देखाइएको छ। नयाँ श्वासप्रश्वासको बिरामीको दर आ.व. ०७५/०७६ को ५१८ बाट बढेर आ.व. ०७७/७८ मा ७०८ प्रति हजारमा रहेको छ। नयाँ बिरामीमध्ये निमोनियाको प्रतिशत ०७५/०७६ मा ५१ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.व. ०७७/७८ मा घटेर ८ प्रतिशतमा भरेको छ। तुलनात्मक रूपमा श्वासप्रश्वासको बिरामीको दर घट्टनुमा समयमै म.स्वा.से.वाट घरेलु उपचार गरिएको कारण हुन सक्दछ। साथै निमोनियाको स्वास्थ्य संस्थावाट समयमै रोग निदान गरिएकोले कडा न्यूमोनिया न्यून रहेको छ।

### पोषण कार्यक्रमका सबल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरू

#### सबल पक्ष

- स्तनपान सप्ताह तथा आयोडिन महिनामा विभिन्न कार्यक्रम साथ सम्पन्न।
- समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम।
- समुदाय स्तरमा ठूलो संख्यामा श्वासप्रश्वासका बिरामी व्यवस्थापन।
- समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम समुदाय स्तरमा ठूलो संख्यामा श्वासप्रश्वासका बिरामी व्यवस्थापन।

#### समस्याहरू

- सवै स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम दिन नसकिएको।
- खोप क्लिनिक वाहेक स्वास्थ्य संस्था तथा गाँउ घर क्लिनिक मा बालबालिकाहरूलाई नियमित वृद्धि अनुगमन गर्न नल्याइनु।

#### सुझावहरू

- खोप क्लिनिक वाहेक पनि वच्चाको वृद्धि अनुगमन गर्न ल्याउन उत्प्रेरित गर्नुपर्ने।
- तालिम नपाएका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्ने।



# अध्याय ३

## परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

### पृष्ठभूमि

सन् १९७८ को आल्मा आटा घोषणा पश्चात् प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा मातृ तथा नवशिशु कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकतामा राखीएको हो । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ लागू भए पछि यस कार्यक्रमले थप उच्च प्राथमिकता प्राप्त गरी दुर्गम क्षेत्रसम्म सेवा विस्तार गर्ने रणनीति लिएको थियो । यसै बिच परिवार नियोजन सेवा पहिले छुट्टै योजनाको रूपमा सञ्चालित भै रहेकोमा सन् १९८८ मा स्वास्थ्य मन्त्रालयमा जन स्वास्थ्य महाशाखा स्थापना गरी सो अन्तर्गत राखी एकिकरण गर्ने प्रकृया सुरु भएर सन् १९९२ मा पूर्ण रूपले एकिकृत भै स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको स्थापना भएको थियो ।

तत्पश्चात सन् १९९४ मा जनसंख्या र विकास सम्बन्धी अन्तराष्ट्रिय सम्मेलन सम्पन्न भएपछि प्रजनन स्वास्थ्यलाई विकासको एउटा महत्त्वपूर्ण अंगको रूपमा अंगीकार गरिएकोले परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रमको भूमिका महत्त्वपूर्ण हुन गएको हो । उक्त कार्यक्रमलाई निर्देशित तथा समन्वय गर्नको लागि केन्द्र देखी जिल्ला सम्म प्रजनन स्वास्थ्य समन्वय समिति समेत गठन भएको छ । नयाँ स्वास्थ्य नीति २०७१, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०१५-२०२०, "FP2020" तथा राष्ट्रिय परिवार नियोजन कस्टेड कार्यक्रमन्वयन योजना २०१५-२०२१ को भाव पनि सरकारी तथा गैर सरकारी संघ सस्थाहरूसँग मिलेर नेपाली जनताहरूलाई गुणस्तरिय परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्ने कुरालाई महत्त्व दिएको छ

### दिर्घकालिन सोच (Vision)

नेपाली नागरिक तथा परिवारको प्रजनन स्वास्थ्यको सुदृढिकरण प्रभावकारी तथा सकारात्मक रूपमा परिवर्तन भएको हुनेछ ।

### मुख्य उद्देश्य (Main Objective)

- गुणस्तरीय प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धताको सुनिश्चित गर्नु ।

### रणनीति (Strategy)

- व्यवहार परिवर्तनका लागि सञ्चार मार्फत परिवार नियोजनको मागमा बृद्धि गर्ने ।
- संस्थागत, घुम्ती तथा प्रेषण सेवा मार्फत प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धताको बृद्धि गर्ने ।
- परामर्श सेवा, संक्रमण रोकथाम, अन्य असर तथा जटिलताको व्यवस्थापनमा राष्ट्रिय चिकित्सा प्रणालीको मापदण्ड अनुसार गुणस्तरीय सेवा बृद्धि गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका लगायत अन्य वहु माध्यम मार्फत कण्डमको उपलब्धताको बृद्धि गर्ने ।
- सेवाको पहुँचबाट टाढा, दुर्गम र पछाडि परेका वर्गलाई केन्द्रित गरी योजना बनाई सेवा उपलब्धताको सुनिश्चित गर्ने ।
- राष्ट्रिय उद्देश्य अनुरूप पूर्ण सञ्चालित आधारभूत तथा सम्पूर्ण प्रसूति सेवा केन्द्रहरूको संख्या अभिवृद्धि

गर्ने ।

- २००६ को एस.बि.ए. नीति अनुसार दक्ष प्रसूतिकर्मीद्वारा प्रसूति सेवाको वृद्धि गर्ने ।
- आकस्मिक प्रसूति सेवाको प्रयोग तथा नवशिशु स्याहारको व्यवहारलाई बृद्धि गर्न नयाँ कृयाकलापहरू सञ्चालन गर्ने ।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गांउघर क्लिनिकको गुणस्तरीय तथा संख्यात्मक प्रयोगको सुनिश्चितता गर्ने ।

### ३.१ परिवार नियोजन

सहश्राब्दी बिकास लक्षका सबै लक्ष संग प्रत्यक्ष र परोक्षरूपमा परिवार नियोजनको सम्बन्ध भएको र सन २००७ पछि सहश्राब्दी बिकास लक्ष्य -५ लाई मातृ स्वास्थ्य, प.नि. साधन प्रयोग दर, किशोरीको गर्भाबस्था र प.नि. अपरिपुर्त मागमा हेरिन थाले पछि परिवार नियोजन भूमिका अभै बढेको छ । हाल आएर भर्खरै वनाइएको दीगो बिकास लक्षमा पनि परिवार नियोजन सेवाले उच्च प्राथमिकता पाएको छ । मातृ मृत्यु र शिशु मृत्यु दुबैलाई कम गर्न सहयोग गर्ने एकमात्र कार्यक्रम परिवार नियोजन भएकोले यो नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम हो ।

### दिगो बिकास लक्ष

- कुल प्रजनन दरलाई सन् २०३० सम्ममा २ प्रतिशतमा भार्ने ।
- परिवार नियोजनको प्रयोगदर आधुनिक साधन ७५ प्रतिशतमा पुऱ्याउने ।
- किशोरी ९१५ देखि १९ वर्ष ० मा हुने प्रजनन दरलाई ३० प्रति हजार भराल्ने लक्ष रहेको छ ।

### ३.२ सुरक्षित मातृत्व

#### पृष्ठभूमि:

नवौं पन्च बर्षिय योजना, स्वास्थ्य नीति र रणनीति अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यलाई प्याकेजको रूपमा नेपाल भरी सञ्चालन गर्न चरणबद्ध र ब्यवस्थित रूपले परिमार्जन गरी २०५६ साल देखि कार्यक्रम शुरू भएको थियो । नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ बमोजिम आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क उपभोग गर्न पाउने जनताको अधिकारलाई प्रत्याभूत गर्न नेपाल सरकारद्वारा आ.व.२०६५/०६६ को निति तथा कार्यक्रम मार्फत सम्पूर्ण सूचिकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भवती तथा प्रसूती सेवा निःशुल्क प्रदान गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको र सोही प्रतिबद्धता अनुरूप सोही आ.व. देखि प्रसूती सेवा कार्यक्रमलाई समेत निःशुल्क गरी नियमित शुचारू गरिएको छ । नेपाल सरकारद्वारा आ.व.२०७३/०७४ को निति तथा कार्यक्रम मार्फत सम्पूर्ण सूचिकृत सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरक्षित गर्भवतन सेवा पनि निःशुल्क प्रदान गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको थियो । समष्टिगत रूपमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको लक्ष्य मातृ तथा नवशिशुको मृत्यु तथा रोगदर घटाउदै लैजाने नेपाल सरकारको नीति अनुसार जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय कास्कीले पनि सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको महत्त्वबारे जनचेतना जगाउने, कर्मचारीहरूलाई तालिम दिनुको साथै गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्ने, पुर्व प्रसूती सेवा, प्रसूती सेवा र उत्तर प्रसूती सेवाहरूको उपयोगदरमा बृद्धि गर्दै स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीमा पनि व्यवस्थित गरिदै लुगिएको छ ।

- दिगो बिकास लक्ष अनुरूप सन् २०३० सम्ममा
- मातृ मृत्युलाई ७० प्रति १,००,००० जिवित जन्ममा घटाउने
- रोक्नसक्ने नवजात शिशु तथा बाल मृत्युलाई एक प्रतिशत भन्दा कममा भार्ने

- स्वास्थ्यकर्मीद्वारा गरिने गर्भवती जाँच सेवालाई ९० प्रतिशतमा पुर्याउने
- सस्थागत सुत्केरीलाई ९० प्रतिशत पुर्याउने
- सुत्केरी पश्चात गरिने जाँचलाई ९० प्रतिशतमा पुर्याउने

### ३.३ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

#### पृष्ठभूमि:

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ को भावना अनुरूप जनताको घर दैलोसम्म आधारभुत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराई जनताको स्वास्थ्य स्तरमा सुधार ल्याउने लक्ष्य सहित प्रत्येक गा.बि.स. र न.पा.का स्वास्थ्य संस्थामा पहुँच नपुगेका समुदायमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक सञ्चालनको रणनीति अधि सारेको हो । अधिकांश सेवाग्राही ग्रामिण समुदायमा बसोबास गर्ने र निरन्तर लिनुपर्ने सेवाका लागि स्वास्थ्य संस्थामा जानु पर्ने अवस्थालाई कम गरी प्रजनन स्वास्थ्य र बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमको माध्यमबाट समुदाय र स्वास्थ्यकर्मीको सम्बन्ध बढाउनुका साथै आमा समुह र महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूको परिचालन गरी सेवाको माग र उपभोग बढाउन मद्दत पुर्याउने उद्देश्यले यो कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो ।

#### गाँउघर क्लिनिकबाट उपलब्ध सेवाहरू

१. परिवार नियोजन सेवा
२. सुरक्षित मातृत्व सेवा
३. बालस्वास्थ्य सेवा
४. सामान्य उपचार सेवा
५. परामर्श सेवा

### ३.४ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

#### पृष्ठभूमि:

नेपाल सरकारबाट नेपाली जनताको स्वास्थ्यस्तर अभिवृद्धि गर्ने अभिप्रायले ग्रामिण तहसम्म प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन खोप, परिवार नियोजन, पोषण, भ्रूणप्रेषण, निमोनिया जस्ता कार्यक्रम सञ्चालन भैरहेतापनि बढ्दो जनसंख्याको चाप, सरूवा रोगको प्रकोप, कुपोषण, ब्यक्तिगत तथा वातावरणिय सरसफाईको कमि जस्ता स्वास्थ्य समस्याहरूको समाधान जन सहभागिता बिना सरकारी प्रयासबाट मात्र सम्भव नहुने हुदा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा खासगरि मातृशिशु सेवा तथा परिवार नियोजन सेवालाई ग्रामिण समुदायसम्म प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्दै लैजानु पर्ने तथ्यलाई मध्यनजर राखि जनसंख्याको आधाभाग ओगटेका महिलाहरूलाई समस्या समाधान तर्फ परिचालन गर्ने उद्देश्यले आ.ब.२०४५/४६ देखि म.स्वा.स्व.से.कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो । प्रत्येक वडामा स्वास्थ्य आमा समुहको गठन गरी सो समुहबाट १ जना म.स्वा.स्व.से. छनौट गरी आधारभुत तालिम पछि उनिहरू वडामा काम गर्न शुरू गर्दछन् ।

#### उद्देश्य:

- स्वास्थ्य सम्बन्धी अत्यावश्यक ज्ञान र सिप प्रदान गरेर स्थानिय स्तरमा स्वास्थ्य समस्या समाधान गर्न महिलाहरूलाई सक्रिय बनाउने ।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई समुदायसम्म पुर्याउन सम्पर्क ब्यक्तिको रूपमा कार्य गर्न इच्छुक स्वयंसेवीहरू



तयार गर्ने ।

- आमा र बच्चाको स्वास्थ्यको बारेमा आधारभुत ज्ञान प्रदान गरेर महिलालाई सशक्तिकरण गर्ने ।
- उपलब्ध स्वास्थ्य सेवामा माग बृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवाको उपभोगमा बृद्धि गर्ने ।
- उत्प्रेरणा तथा शिक्षा मार्फत महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम अभिवृद्धि गरी आमाहरूले पाएको जानकारीलाई ब्यवहारमा प्रयोग गराउने ।

### ३.२ परिवार नियोजन कार्यक्रममा मनाङ जिल्लाको अवस्था

मनाङ जिल्लामा परिवार नियोजन कार्यक्रम जिल्ला अस्पताल, स्थानीय तह अन्तर्गतका स्वा.चौ., आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई र महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूबाट समेत सञ्चालित छ । IUCD सेवाका लागि नर्सिङ स्टाफहरू र Implant सेवाका लागि नर्सिङ तथा पारामेडिक्स स्टाफहरूलाई स्वास्थ्य तालिम केन्द्र गण्डकी प्रदेशसँगको समन्वयमा तालिममा सहभागी गराई परिवार नियोजन सेवा बिस्तार गरिएको छ । सेवाको पहुँच नपुगेका र सेवा प्रदायक नभएका स्वास्थ्य संस्थामा स्याटेलाइट क्लिनिकको माध्यमबाट लामो अवधिको प.नि. साधनमा जोड दिदै आएको र स्थायी परिवार नियोजन सेवा लिन ईच्छुक सेवाग्राहीका लागि आवश्यकता र समुदायको माग अनुरूप बन्ध्याकरण घुम्ति शिविर सञ्चालन गर्दै आएको छ । गत वर्षको तुलनामा परिवार नियोजनको प्रयोगदर घट्दो देखिन्छ । सबै सेवा केन्द्रमा पानिका ५ वटै अस्थायी साधनको सेवा र स्थायी बन्ध्याकरण घुम्ति शिविर नियमित संचालन हुन नसक्नु, सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई प.नि. सेवाको तालिम दिन नसकिनु तथा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरू सरुवा भई अन्यत्र जाने आदी यस सेवा क्षेत्रका बिधमान चुनौतीको रूपमा रहेका छन् ।

#### ३.२.१ लामो अवधिको परिवार नियोजन सेवा

जिल्लामा लामो अवधिको परिवार नियोजन साधनको सेवा बढाउनको लागि गण्डकी प्रदेश सरकारको समानिकरणबाट स्वास्थ्य कार्यालयले तथा सबै स्थानियतहबाट स्याटेलाइट क्लिनिकको सेवा संख्या थप गरी सेवाको पहुँच बढाउने प्रयास गरिएको छ जसको फलस्वरूप लामो समयको साधन प्रयोग दर तुलनात्मक रूपमा बढ्दै गएको छ । साथै विभिन्न संघ सस्थाहरूले समेत तालिम तथा कोचिङमा सहयोग गर्न थालेका, प.नि. सेवाको माग बढाउने गतिविधी तथा कार्यक्रमहरू पनि सञ्चालन भएको, केहि संघ सस्थाले निरन्तर लामो अवधीका प. नि. साधनहरूको घुम्ती शिविरहरू पनि गर्न थालेको हुँदा लामो अवधीका पानि साधनहरूको प्रयोगदर बढ्दै गरेको छ । आइ.यु.सि.डि. र इम्प्लान्ट सेवा दिने सस्था न्युन भएकोले अपेक्षा अनुरूप प्रगती हुन सकेको छैन ।

तालिका: लामो अवधिको परिवार नियोजन सेवा

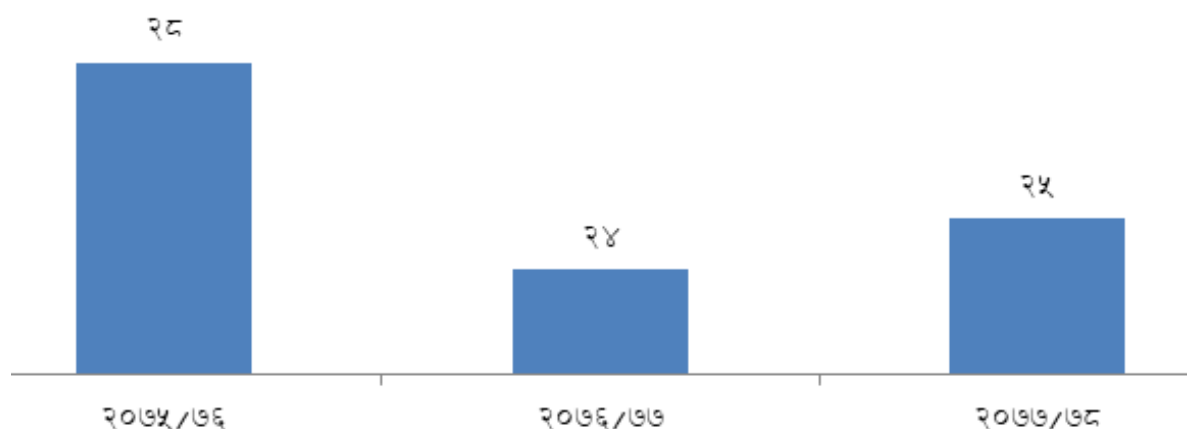
सेवा	आई यु सि डि सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था	इम्प्लान्ट सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था	बन्ध्याकरण सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था
चामे गाउँ पालिका	१	२	०
नासो गाउँ पालिका	०	२	०
नार्पाभुमी गाउँ पालिका	०	१	०
मनाङ डिस्याड गाउँ पालिका	०	२	०
मनाङ जिल्ला	१	७	०

मनाङ जिल्लामा छोटो अवधिका प.नि. साधनहरू कण्डम, पिल्स तथा डिपोको सेवा सम्पुर्ण स्वास्थ्य संस्थामा भएता पनि लामो अवधिमा साधनहरू सम्पुर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूमा पुर्याउन सकिएको छैन । मनाङ जिल्लामा आई.यु.सि.डि.को सेवा १ वटा र इम्प्लान्टको सेवा ७ वटा स्वास्थ्य संस्थावाट सञ्चालन गर्दै आइएको छ ।

### ३.२.४ प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि. नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत

चित्र: प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि. नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत

प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि. नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत (All modern method) प्रतिशत



प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि. नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत आ.ब. २०१५/१६ भन्दा यस आ.व. मा घट्दै गएको र अघिल्लो आ.व. भन्दा १ प्रतिशतले मात्र बढेको देखिन्छ ।

### ३.२.५ गर्भान्तरको लागी प.नि. लगातार प्रयोगकर्ताको विवरण

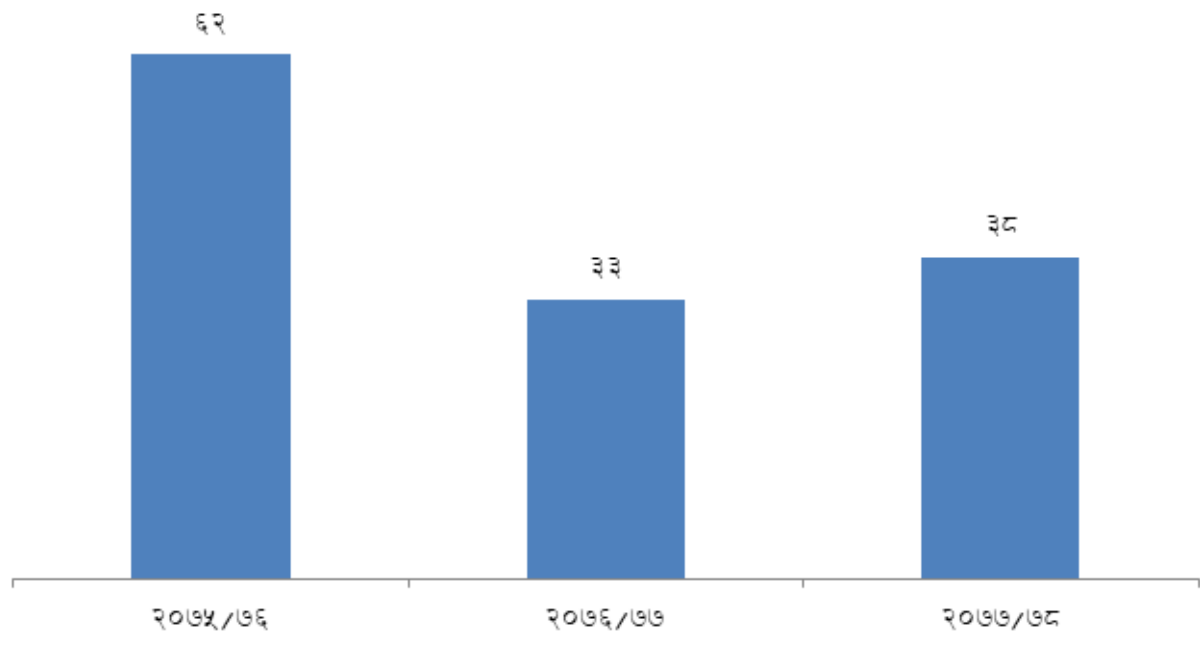
तालिका: गर्भान्तरको लागी प.नि. लगातार प्रयोगकर्ताको विवरण

हाल प्रयोगकर्ता	इकाइ	२०१५/१६	२०१६/१७	२०१७/१८
कण्डम	CYP	१४३	१११	११९
पिल्स	जना	६०	५४	५१
डिपो	जना	११५	९९	१००
आईयुसिडि	जना	०	२३	२१
इम्प्लान्ट	जना	११९	१५२	२०२
जम्मा		४३७	४३९	४९३

आइ.यु.सि.डी. को लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या आ.ब. २०१६/१७ मा २३ बाट २०१७/१८ मा २१ मा घटेको देखिन्छ भने डिपो, इम्प्लान्टको प्रयोगकर्ता आ.ब. २०१७/१८ मा गत वर्षको तुलनामा बढेको देखिन्छ । नयाँ प्रयोगकर्ताहरू नै उल्लेखनीय रूपमा वढाउन नसकिएको तथा छोटो अवधीका परिवार नियोजन साधनहरूका प्रयोगकर्ताहरूले साधन प्रयोग गर्न छोड्ने गरेकोले समग्ररूपमा परिवार नियोजनको सेवा उपलब्ध भएता पनि प्रयोगदरमा बृद्धी हुनसकेको छैन ।

### ३.२.६ परिवार नियोजनको साधन प्रयोग दर

चित्र: परिवार नियोजन साधन प्रयोग दर

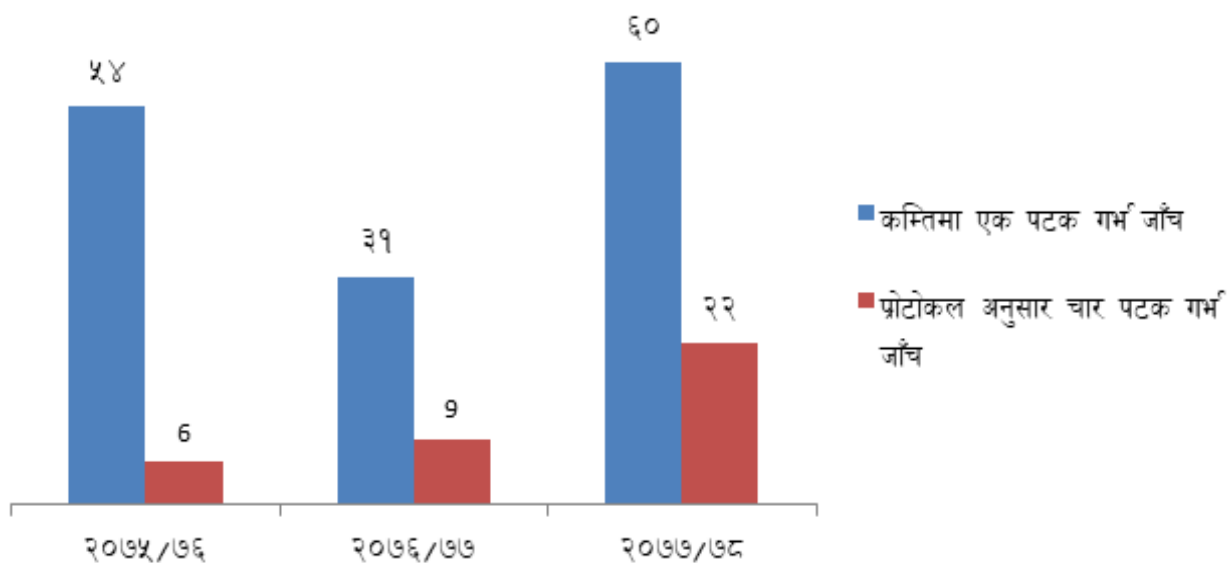


परिवार नियोजनको साधन प्रयोगकर्ताको दर २०१६/१७ मा ३३ प्रतिशतबाट २०१७/१८ मा ५ प्रतिशत ले वृद्धि भई ३८ प्रतिशत पुगेको छ । सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सबै किसिममा प.नि. साधनहरू निरन्तर उपलब्ध गराउनु तथा सेवाग्राहीले चाहेको वेलामा नै सेवा दिन सक्ने व्यवस्था गराउनुपर्ने देखिन्छ ।

### ३.३ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको अवस्था

#### ३.३.१ कम्तिमा एक पटक र प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भ जाँच गराएको प्रतिशत

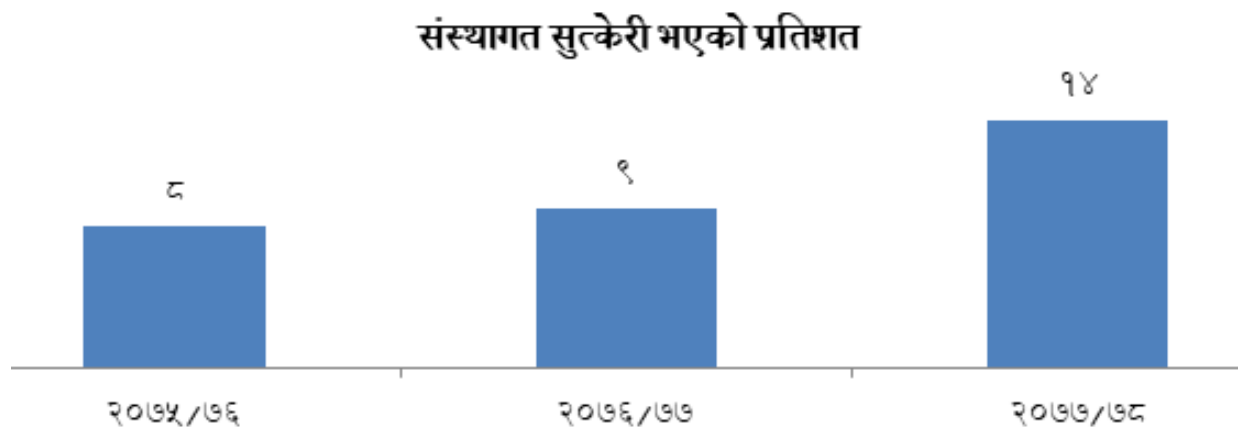
चित्र: कम्तिमा एक पटक र प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भ जाँच गराएको प्रतिशत



सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तर्गत गर्भवती महिलाले कम्तिमा पनि एक पटक गर्भ जाँच र प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भ जाँच गराएको तथ्याङ्क हेर्दा आ.व. २०७७/७८ मा केही बढी प्रगती भएको देखिन्छ। तसर्थ आगामी दिनहरूमा लक्ष्य अनुसार प्रगती प्राप्त गर्नका लागि सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा नियमित अनुगमन सुपरिवेक्षण गरी समयमा नै पृष्ठपोषण दिई नियमित रूपमा प्रतिवेदन संकलन गर्दा लक्ष अनुसार प्रगतीमा दिगोपन हुने अपेक्षा गरिएको छ।

### ३.३.२ स्वास्थ्य संस्थामा गराईएको सुत्केरी प्रतिशत

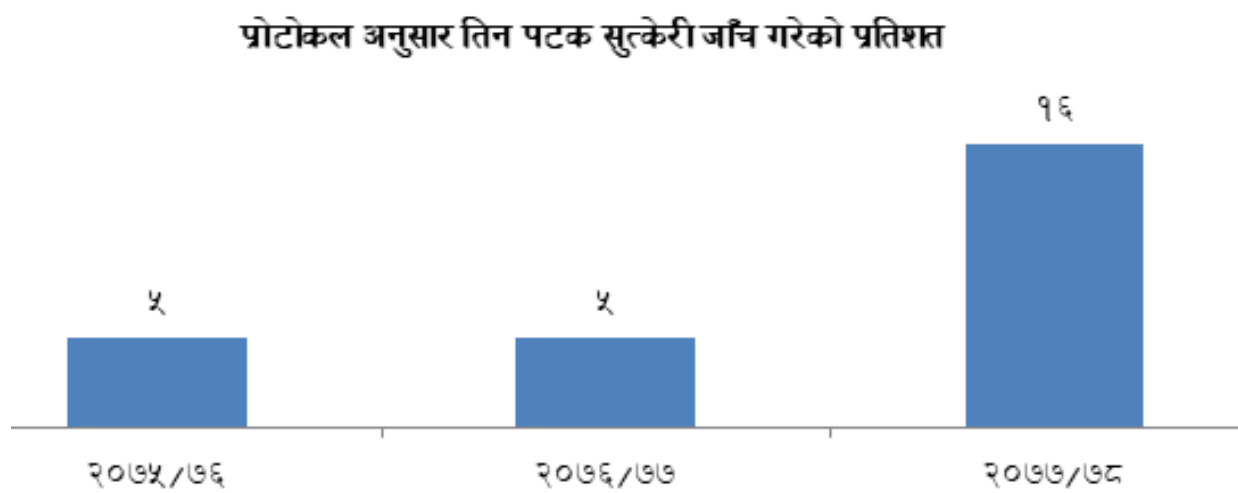
चित्र: स्वास्थ्य संस्थामा गराईएको सुत्केरी प्रतिशत



मनाङ जिल्लामा स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराएको आँकडा हेर्दा आ.व. २०७५/७६ मा ८बाट आ.व. २०७७/७८ मा १४ प्रतिशत बढेको देखिन्छ। बर्थिङ सेन्टरको बिश्वसनियता बढाउन २४ घण्टा नै तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी व्यवस्था गर्नुपर्ने आवश्यक देखिन्छ।

### ३.३.३ प्रोटोकल अनुसार तीन पटक सुत्केरी जाँच गराएको प्रतिशत

चित्र: प्रोटोकल अनुसार तीन पटक सुत्केरी जाँच गराएको प्रतिशत

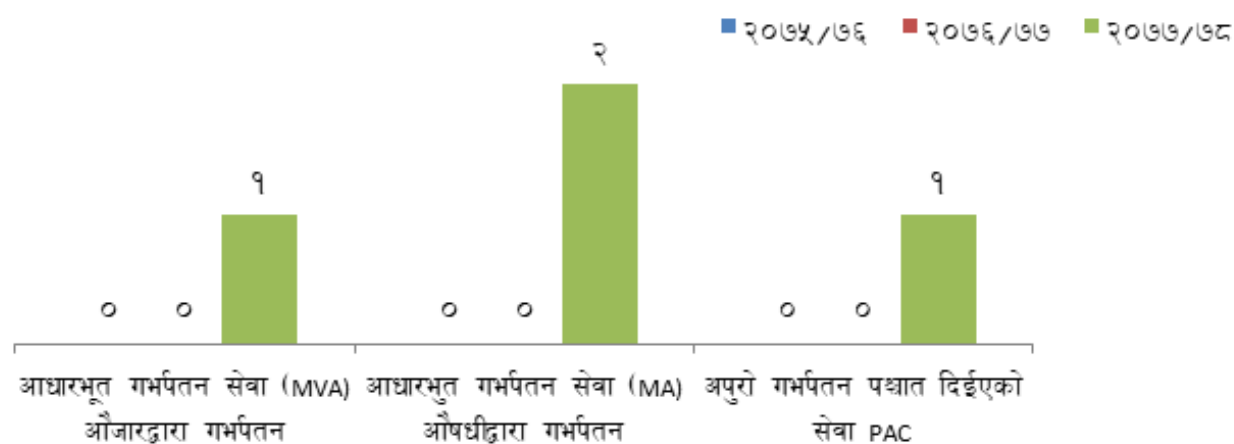


प्रोटोकल अनुसार तीन पटक सुत्केरी जाँच गराएको आँकडा हेर्दा आ.व. २०७५/७६ र आ.व. २०७६/७७ मा ५ बाट बढेर आ.व. २०७७/७८ मा १६ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ। प्रसूती गराएको संख्या भन्दा सुत्केरी

जाँच वढी हुनुमा रेकर्डीङ्ग वा रिपोर्टीङ्ग नमिलेको हुनसक्छ त्यसकारण मासिक रूपमा डाटा भेरिफिकेशन गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

### ३.३.४ सुरक्षित गर्भपतन र गर्भपतन पछिको सेवा

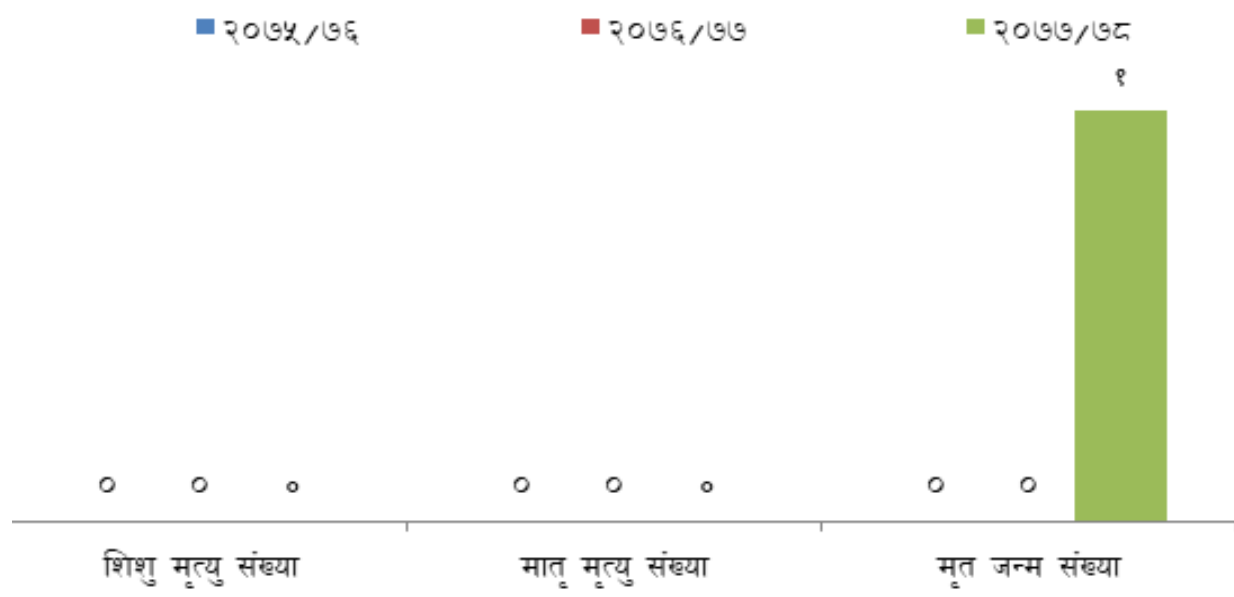
चित्र: सुरक्षित गर्भपतन र गर्भपतन पछिको सेवा



सुरक्षित गर्भपतन सेवा (MA/MVA) प्रदान गर्ने संस्था र तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी कम भएकाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा संख्या न्यून देखिन्छ । स्वास्थ्य संस्था सुचिकृत संगै स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

### ३.३.६ मातृ मृत्यु, नवशिशु मृत्यु र मृत जन्म संख्या

चित्र: नवशिशु मृत्यु, मातृ मृत्यु, र मृत जन्म संख्या



मृत जन्मको आंकडा हेर्दा यस आ.व. २०७७/७८ मा १ जना मात्र देखिन्छ । मातृ मृत्यु र नवशिशु मृत्यु संख्या आ.व. २०७५/७६ मा, आ.व. २०७६/७७ मा र आ.व. २०७७/७८ मा शून्य रहेको देखिन्छ ।

### ३.४ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको अवस्था

मनाङ जिल्लामा जनताको घर दैलो सम्म आधारभुत स्वास्थ्य सेवा उपलब्धता भएको र स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच नपुगेका वडा नभएकाले गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम सञ्चालनमा आएको छैन ।

### ३.५ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रमको अवस्था

मनाङ जिल्लामा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम आ.ब. २०४५/४६ बाट शुरू भै आ.ब. २०५२/५३ मा जनसंख्याको आधारमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम शुरू भएको थियो । हाल चामे गाउँपालिकामा ९ जना, नासो गाउँपालिकामा २८ जना, नार्पाभूमी गाउँपालिकामा १८ जना र मनाङ डिस्ट्याड गाउँपालिकामा ६३ जना गरी मनाङ जिल्लामा जम्मा ११८ जना महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरू सेवारत छन् । उनीहरूलाई काम प्रति जागरूक र प्रोत्साहन गर्ने उद्देश्यले महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कोष, पोशाक खर्च सम्मानजनक विदाई तथा प्रोत्साहन भत्ताको व्यवस्था छ । यसैगरी स्थानिय तहबाट मासिक बैठक भत्ता, अबलोकन भ्रमणको समेत व्यवस्था गरेका छन् । जसले गर्दा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूलाई समुदायमा काम गर्ने उत्साह प्रदान गरेको पाइन्छ ।

आ.ब. २०६४/६५ को बजेट बक्तव्य मार्फत प्रत्येक गा.बि.स. मा रु. ५०,०००/- र प्रत्येक जिल्लामा कम्तीमा रु. १,०००००/- को महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कोष स्थापना गरी प्रत्येक वर्ष रु. १०,०००/- का दरले प्रति गा.बि.स. थप हुदै आएको र बिगतको अक्षय कोषलाई यसै कोषमा परिणत गरी कोष सञ्चालन समितिको अगुवाइमा परिचालन समेत गर्ने व्यवस्था गरेको छ । कोषबाट ऋण लिई महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले आर्थिक आय आर्जनका कामहरू गरी कोषलाई समेत बढवा दिदै आर्थिक सशक्तिकरणका लागि कार्य भै रहेको छ ।

### ३.६.१ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले दिएको सेवा तथा प्रतिबेदन

तालिका नं ५ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले दिएको सेवा तथा प्रतिबेदनको अवस्था

सूचकहरू	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले गरेको प्रतिबेदन प्रतिशत	८२	७७	७३
म.स्वा.स्व.से.ले प्रति महिना सेवा पुर्याएको	२	२	२
म.स्वा.स्व.से.ले आमा समुह बैठक सञ्चालन गरेको प्रतिशत	७१	६४	६८
म.स्वा.स्व.से.ले गर्भवती महिलालाई भेट गरेको प्रतिशत	४३	५१	६४
म.स्वा.स्व.से.ले सुत्केरी महिलालाई भेट गरेको प्रतिशत	७	१	४

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले गरेको प्रतिबेदन प्रतिशत गत आ.व. भन्दा केही घटेर यस आ.ब.मा ७३ प्रतिशतमा पुगेको छ भने म.स्वा.स्व.से.ले गर्भवती महिलालाई भेट गरेको प्रतिशत गत आ.व. भन्दा ४ प्रतिशत बढेर यस आ.ब. ६८ प्रतिशतमा पुगेको छ ।

### ३.६ परीवार स्वास्थ्य कार्यक्रमका सबल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरू

#### सबल पक्षहरू

- परीवार नियोजनको शुष्मयोजना कार्यक्रमबाट सेवा बाट खास बन्चित भएका समुहको पहिचान भएको ।
- सबै वडाहरूमा बर्थिङ सेन्टर स्थापना भएको ।
- लामो अबधिको साधनको प्रयोगमा बृद्धि ।
- सेवा प्रदायक संस्थाको बिस्तार, दातृ निकायहरूको लगानी वढ्दो ।

#### समस्याहरू

- चौबिसै घण्टा बर्थिङ सेन्टरमा सेवा प्रदान गर्न आवश्यक दक्ष जनशक्ति र पूर्वाधार पुरा गर्न नसकिएको ।
- सेवा विस्तार गरेका स्वस्थ केन्द्रहरूमा प्रर्याप्त स्रोत र साधन पुर्याउन नसकीएको ।
- सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा ५ वटै प. नि. साधनहरूको सेवा विस्तार गर्न नसकिएको ।
- स्थायी बन्ध्याकरणको सेवा नियमित हुन नसकेको ।
- आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिती न्यून ।

#### समाधानका उपाय

- सबै बर्थिङ सेन्टरमा तालिम प्राप्त दक्ष प्रसुतिकर्मी र आवश्यक उपकरणको व्यवस्था हुनुपर्ने ।
- आइ.यु.सि.डि., इम्प्लान्टको तालिम बढाउनुपर्ने ।
- सबै आ.व. मा आवश्यकता अनुरूप स्थायी बन्ध्याकरणको सेवा नियमित गर्नुपर्ने ।
- आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिती हुने व्यवस्था गर्नुपर्ने ।



# अध्याय 8

## इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

### 8.1 औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

#### पृष्ठभूमि:

औलो परजिवीबाट रोग हो, यो लामखुट्टेद्वारा प्रसारण हुन्छ भन्ने तथ्य १९ सौ शताब्दीका वैज्ञानिकहरूले पत्ता लगाएका थिए । पश्चिम जगतको ग्रीक र रोमवासी वैज्ञानिकहरूले औलो ज्वरो जमेको पानीवाट निस्कने दुषित हावा माला-एरियाबाट हुन्छ भन्ने मान्यता थियो, जसवाट अंग्रेजी भाषामा मलेरिया हुन गएको तथ्य छ ।

औलो जनस्वास्थ्यका लागि अती नै भयानक रोग रहेको कुरा प्राचिन कालदेखी नै मानिदै आएको कुरो हो । यस रोगले शुरूदेखी ठूलो धनजनको क्षती गरी जन बलमा ह्रास ल्याई देश र समाजको हरेक क्षेत्रको विकासमा तगारोको रूपमा रहदै आएको तथ्य सर्बीबदितै छ । विश्वमा हालपनि ३०-५० करोड क्लिनिकल मलेरिया बिरामीहरू भेटिने र सो मध्ये १५-२७ लाख मानिसहरूको मृत्यु हुने गरेको छ, जसमध्ये १५-२५ प्रतिशत ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको मृत्यु हुने गरेको तथ्याकले देखाउछ ।

सन १९५० मा औलो रोग नियन्त्रण युनिट गण्डकी हाइड्रो पावर प्रोजेक्टको स्थापना भयो, यो नै औलो रोग सम्बन्धी काम गर्ने सबै भन्दा पुरानो संस्था वा कार्यक्रम मानिन्छ । सन् १९५८ मा औलो उल्मुलन संगठन स्थापना भएपछि देशमा औलो रोग उन्मुलन गर्ने हलचल नै शुरू भयो तर बिबिध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन यसकारण सन १९७८ मा औलो उल्मुलन कार्यक्रमलाई औलो नियन्त्रण कार्यक्रममा परिणत गरियो साथै औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमलाई एकिकृत आधारभूत स्वास्थ्यको रूपमा विकास भयो । तत्पश्चात सन १९९३ मा औलो रोग नियन्त्रण विभागलाई इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा अन्तर्गत राखी कामकाज हुदै आएको छ ।

हाम्रो देशमा औलो रोग नियन्त्रणको काम शुरू हुनु भन्दा अगाडी तराई, भित्री मधेश र पहाडका खोचहरूमा व्यापक रूपमा औलो रोग फैलिएको थियो । घरका सम्पूर्ण परिवार बिरामी भएर पानी खुवाउनेसम्म कोही नरहने तथ्य केही दशक अगाडि सम्म पनि यथावत रहेको थियो । चारकोसे भाडीबाट पार हुदा आँखा भिमिक्क पार्न समेत हुदैन्थ्यो भनिन्थ्यो । तराईका विभिन्न जिल्लाहरू कालापानीका नामले कहलिन्थे । भनिन्छ राणाकालमा कसैलाई सजाय दिन परेमा यही कालापानी पठाइन्थ्यो र त्यही औलो रोग लागेर उसको मृत्यु हुन्थ्यो । औलो ग्रसित भएकै कारणले तराईका उर्बर भुमि पनी मरुभुमीका रूपमा रहीरहेका थिए ।

औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरू भएपछी औलो रोग करीब करीब उन्मुलनको संधारमा पुग्यो तर बिबिध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन तापनी औलो रोग उन्मुलन कार्यक्रम शुरू भएपछी यस सम्बन्धी धारणाहरू परिवर्तन भए । कालापानीका नामले चिनिने कतिपय जिल्लाहरूमा ठूला ठूला कलकारखानाहरू स्थापना भए, ठूलाठूला उद्योग, नहरहरू स्थापना भए, तराईका जंगल र मरुभुमीहरूमा लहलहाउदो खेती हुने उर्बर भुमीमा परिणत भए, पुर्ब मेची देखी पश्चिम महाकाली सम्म ठूलाठूला सडकहरू बने, नहरहरूको बिकास भयो । जसले गर्दा मानव जिवनमा एउटा ठूलो परिवर्तन आयो । तर आज फेरी औलो रोग नियन्त्रणमा आएको शिथिलताका कारण औलो रोग पुनः फाट्ट फुट्ट रूपमा महामारीका रूपमा देखा पर्दै



गएको हामी सबैमा बिदितै छ । प्रत्येक बर्ष ५०-६० हजार क्लिनिकल मलेरीया १०-१४ हजार प्रमाणित औलो रोगीहरूको अभिलेख रहेको र सो मध्ये १०-३० प्रतिशत प्लाजमोडियम फाल्सीफारम केस रेकर्ड हुनुले पनी औलो रोगबाट हामी कती सुरक्षित छौ भन्ने कुरा अनुमान गर्न सकिन्छ ।

नेपाल औलो रणनीतिक योजना २०१४-२०२५ (Nepal Malaria Strategic Plan,2014-2025) अनुसार नेपाललाई सन् २०२५ सम्म औलोमुक्त राष्ट्र बनाउने परिकल्पना गरिएको छ । जस अनुसार सन् २०२२ सम्ममा स्थानीय औलो विरामीको संख्या शुन्य पुर्याई त्यसलाई निरन्तरता दिनु रहेको छ ।

## परिकल्पना, लक्ष्य तथा उद्देश्य

### परिकल्पना (Vision)

- सन् २०२५ सम्ममा नेपालबाट औलो निवारण गर्ने ।

### ध्येय (Mission):

- सन् २०२६ सम्ममा नेपाललाई औलो रोग मुक्त बनाउने दृष्टिलाई टेवा पुग्ने गरी औलो रोगको जोखिमबारे स्वास्थ्यकर्मी, समुदायलाई शसक्तिकरण गर्ने ।

### लक्ष्य (Goal):

- सन् २०२२ सम्म स्थानीय औलोलाई शुन्यमा पुर्याउने र त्यसलाई कायम राख्ने ।
- शुन्यमा मृत्युलाई कायम राख्ने ।

### उद्देश्य (Objective) :

- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई औलो रोग निदान तथा व्यवस्थापन गर्न ज्ञान र सिपको क्षमता अभिवृद्धी गर्ने,
- औलो रोग निवारण निर्णय प्रकृयाका लागि रणनीतिक सूचना अभिवृद्धी गर्ने,
- औलो रोग सरेका स्थानहरू घटाउदै लगी निवारणको अवस्थामा पुर्‍याउने,
- औलो रोगीको छिटो निदान र प्रभावकारीको लागि पहुँच साथै गुणस्तरलाई सुदृढ गर्ने,
- औलो रोग निवारणका लागि राजनैतिक नेतृत्व तथा समुदायबाट प्राप्त भएको सहयोगलाई निरन्तरता दिने,
- औलो रोग निवारण कार्यक्रमको लागि व्यवस्थापकीय र प्राविधिक दक्षता र क्षमता सुधार गर्ने,

### रणनीतिहरू (Strategies) :

- कार्यक्रम व्यवस्थापनको सुधार गर्ने
- शंकास्पद औलो रोगीको छिटो निदान तथा पुरा उपचार गर्ने
- एकिकृत रूपमा कीटजन्य रोगको व्यवस्थापन गर्ने
- कीटजन्य रोगको प्रभावकारी रूपमा निगरानी गर्ने
- विभिन्न निकायको समन्वय तथा सामाजिक परिचालन गर्ने

- अनुसन्धानात्मक कार्यलाई कार्यान्वयन गर्ने
- शंकास्पद बिरामीको पत्ता लगाउने र उपचार गर्ने
- कुनैपनि स्थानमा महामारी भएका तुरुन्त प्रतिकार गर्ने
- छनौट भएका स्थान मध्ये प्रथामीकरण गरी कीटनाशक बिषादी छिड्काउ गर्ने
- राष्ट्रिय औलो उपचार निर्देशिकालाई समयानुकुल परिमार्जन गर्दै लग्ने

### औलो निवारण कार्यक्रमका लागि चुनौतिहरू

- उच्च पहाडी तथा हिमाली जिल्लाहरू जस्तै बाजुराको कोल्टी, मुगुको ह्यालु, हुम्लाको अदानचुली, ताजाङ्कोट जस्ता ठाँउहरूमा औलोको विरामीहरू देखिनु तथा आवश्यकप्रतिकारात्मक क्रियाकलाप जस्तै खोजपड्ताल तथा विषादी छिड्काउ गर्न समयमा नै पुग्न कठिनाई,
- औलो रणनीतिक योजना १२०१४-२०२५० को १-३-७ मोडेल अनुसार समयमानै सर्भिलेन्स हुन नसक्नु,
- भेक्टर नियन्त्रण र सर्भिलेन्सको क्रियाकलाप नियमित भइरहदा पनि सोचे जति औलो बिरामीहरू नघट्नु,
- सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा औलो जाँच नहुनु,
- कीटनाशकयुक्त भुल तथा विषादी छिड्काउका लागि माग अनुसार व्यवस्थापनमा कठिनाई हुनु,
- नेपाल औलो रणनीतिक योजना १२०१४-२०२५० का अनुसार जोखिम क्षेत्रमा औलो नियन्त्रणका लागि आवश्यक मात्रामा भुल वितरण नहुनु
- प्रदेश तथा स्थानीयतहमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको अभाव ।
- इन्टोमोलोजिकल तथ्याङ्कहरू अद्यावधिक गर्न नसक्नु

मनाङ जिल्लामा विगत ३ वर्षमा औलोका विरामी भेटिएका छैनन् तर लामखुट्टेको बढ्दो घनत्वले चुनौति बढ्दो छ ।

## ४.२ राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम

### पृष्ठभूमि (Background)

क्षयरोग विश्वमा प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहि आएको छ । क्षयरोगलाई सन् १९९३ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनले संसारकै प्रमुख जन-स्वास्थ्य समस्याको रूपमा घोषणा गर्दै क्षयरोग नियन्त्रण गर्नका लागि नयाँ रणनीति अवलम्बन गर्ने कुरामा जोड दिँदै आएको छ । क्षयरोग नेपालमा पनि प्रमुख जन-स्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेकाले नेपाल सरकारले यसलाई पहिलो प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम अन्तर्गत राखेर कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ । राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत एकीकृत स्वास्थ्य प्रणाली अनुरूप केन्द्र देखि समुदाय स्तरसम्म प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन भैरहेको छ । व्यापक गरिवि र अशिक्षाले हाम्रो जस्तो मुलुकमा करीव ६० प्रतिशत वयष्क जनशक्ती क्षयरोगबाट संक्रमित छन् । देशको उत्पादनशील उमेरका जनशक्तिमा क्षयरोगको प्रकोप बढी हुँदा देश विकासका अन्य क्षेत्रमा समेत नकारात्मक प्रभाव परेको छ ।

एच.आइ.भि. र एड्स को संक्रमण, बहू औषधि प्रतिरोध क्षयरोगको बृद्धि जस्ता नयाँ चुनौतिहरूको

कारणले क्षयरोग नियन्त्रण कार्य भन कठिन बन्दै गएको छ । यस किसिमका चुनौतिहरूलाई मध्य नजर गर्दै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले बिगतका नीति तथा कार्यक्रमहरूमा समयानुकूल परिमार्जन गर्दै विश्व स्वास्थ्य संगठन तथा अन्य अन्तराष्ट्रिय संस्थाहरूको सिफारिस अनुसार नयाँ नीति र रणनीति अवलम्बन गरेको छ । जस अनुसार क्षयरोग उपचारको नयाँ पद्धति (६ महिने उपचार), हरेक क्षयरोगका बिरामीले सरकारी तथा गैह्रसरकारी निकायबाट राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको मापदण्ड अनुसारको उपचार पाउने व्यवस्था, समुदायको सहभागिता, सरकारी तथा गैह्र सरकारी संघ-संस्थाहरूसँगको सहकार्य, बहूऔषधि प्रतिरोध क्षयरोगका बिरामीको उपचार व्यवस्थापन कार्यक्रमको बिस्तार र टी.बि. एच.आइ.भि. कार्यक्रम सहकार्य आदि जस्ता कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने नीति लिएको छ ।

- विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले क्षयरोगमुक्त विश्व बनाउने परिकल्पना (Vision) अनुसार सन् २०१६ देखि २०५० का लागि “The END TB Strategy” सार्वजनिक गरेको छ । यस रणनीतिलाई आत्मसातगर्दै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले निम्नानुसारको परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरू निर्धारणको गरिएको छ ।

### परिकल्पना (Vision)

- सन् २०५० सम्ममा क्षयरोगको महामारी अन्त्य गर्ने ।

### मूलभूत लक्ष्य (Goal)

- क्षयरोगबाट हुने बिरामी र मृत्युदर घटाई रोग सरे प्रक्रियालाई रोकी यसलाई जनस्वास्थ्यको समस्याको रूपमा रहन नदिने ।

### आवधिक लक्ष्य:

- सन् २०१५ को तुलनामा सन् २०२१ सम्ममा क्षयरोगबाट प्रभावित नयाँ बिरामीको सङ्ख्या २०५ ले कम गर्ने र बिरामी पत्ता लगाउने (Case Notification) को सङ्ख्या सन् २०१६ को जुलाई देखि सन् २०२१ को जुलाई सम्ममा कूल सङ्ख्या २० हजारले बढाउने ।
- सन् २०५० सम्म नयाँ क्षयरोगका बिरामी दर १० जना प्रति १ लाखमा भर्ने ।
- क्षयरोगका कारणबाट हुने बिरामी दर कम गर्ने र मृत्यु हुने दर शून्य गर्ने ।

### उद्देश्यहरू (Objective)

१. स्वास्थ्य संस्थामा आधारित क्षयरोग निदान सेवालाई सुधार गरी बालबालिकामा क्षयरोगको निदान सेवा बढाउने (६५ बाट सन् २०२१ सम्म १०५ पुऱ्याउने), क्षयरोगका बिरामीको सम्पर्कमा आएका व्यक्तिहरू तथा जोखिमयुक्त समूहहरूको पनि जाँच गर्ने । जस्तै: (१७९ बाट सन् २०२०/२१ सम्म ११०० भन्दा बढीमा जाँच गर्ने), मधुमेह भएका व्यक्तिहरूमा क्षयरोगको जाँच गर्ने आदि ।
२. सन् २०२१ सम्म सबै क्षयरोगका बिरामीहरूको उपचार सफलता दर ९० प्रतिशतमा यथावत राख्ने
३. सन् २०१८ सम्म ५० प्रतिशत सम्भावित औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भएका क्षयरोगका बिरामीहरूमा निदान सेवा पुऱ्याउने तथा सन् २०२१ सम्म शत प्रतिशत सम्भावित व्यक्तिहरूमा निदान सेवा पुऱ्याउने । कम्तीमा ७५ प्रतिशत निदान गरिएका औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भएका बिरामीहरूको सफलतापूर्वक

उपचार पूरा गर्ने ।

४. स्वास्थ्य मन्त्रालयका अतिरिक्त अन्य सरकारी निकायहरु जस्तै: (मेडिकल कलेज, निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुको समावेशीकरण, निजी क्षेत्रलाई सम्पादन गरेको कार्यका आधारमा आर्थिक सहयोग तथा औपचारिक रूपमै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमसँग समावेशी गरी क्षयरोगको नयाँ बिरामी पत्ता लगाउने प्रक्रियालाई विस्तार गर्ने
५. क्षयरोगका बिरामीहरुको व्यवस्थापन, एडभोकेसी, सहयोग र अधिकारका लागि सन् २०१८ सम्म ६०५ जिल्लाहरुमा र सन् २०२१ सम्म १००५ जिल्लाहरुमा क्षयरोग पत्ता लगाउन र क्षयरोगका बिरामीको उचित व्यवस्थापन गर्नका लागि सहयोगी वातावरण सृजना गर्नका लागि सामुदायिक प्रणालीलाई सबलीकरण गर्ने ।
६. राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा जनशक्ति व्यवस्थापन, क्षमता विकास, आर्थिक व्यवस्थापन, भौतिक संरचना, खरिद प्रक्रिया र आपूर्ति व्यवस्थापन गरी स्वास्थ्य प्रणाली सबलीकरणमा सहयोग गर्ने ।
७. क्षयरोगको विस्तृत सर्वेक्षण, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रणालीको विकास गर्ने ।
८. प्राकृतिक प्रकोप तथा अन्य जनस्वास्थ्यसम्बन्धी आपतकालीन अवस्थामा राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम अन्तर्गतका सेवाहरुलाई निरन्तरता दिन योजनाको विकास गर्ने ।

### योजनाको उद्देश्यहरु (Objectives)

- उच्च गुणस्तरीय रोग निदान र बिरामी केन्द्रित उपचार सेवा सर्वसुलभ बनाउने ।
- क्षयरोगसँग जोडिएका सामाजिक तथा आर्थिक समस्या र मानविय पिडा कम गर्ने ।
- गरिव तथा जोखीममा रहेका जनसमुदायलाई TB, TB/HIV, MDR TB बाट बचाउने ।
- रोग निदान तथा उपचारका नयाँ साधन, पद्धतिको बिकास र प्रभावकारी प्रयोग गर्न सहयोग गर्ने ।
- क्षयरोग रोकथाम, नियन्त्रण तथा बिरामीको हेरचाह गर्दा मानवअधिकारको संरक्षण तथा प्रवर्द्धन गर्ने ।

### रणनीतिहरु (Strategies)

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले विश्व स्वास्थ्य संगठनको क्षयरोग विरुद्धको रणनीति लाई अवलम्बन गर्दै २०१६ देखि २०२१ सम्मको निम्न लिखित रणनीतिहरु लिएको छ ।

#### १. उच्चगुणस्तरीय डट्स कार्यक्रमको बिस्तार

- क) राजनैतिक प्रतिबद्धता
- ख) खकारको गुणस्तरीय परिक्षणद्वारा रोगको निदान
- ग) सुपरीवेक्षण तथा बिरामी सहायता सहितको स्तरीय उपचार
- घ) प्रभावकारी औषधि बितरण तथा व्यवस्थापन प्रणाली
- ङ) अनुगमन र मूल्यांकन प्रणाली तथा प्रभावकारिताको मापन

## २. टीवी-एच.आइ.भी.र डि.आर. टीवी र अन्य चुनौतिहरूको सम्बोधन

यी बिषयहरूलाई सम्बोधन गर्नको लागि निम्नानुसारका क्रियाकलापहरू गर्नु आवश्यक छ ।

क) टीवी एच.आइ.भी. सहकार्य

- टीवी एच.आइ.भी.सहकार्यका लागि आवश्यक संयन्त्रको निर्माण गर्ने ।
- एच.आइ.भी.एड्स संक्रमितमा क्षयरोगको भार कम गर्ने ।
- क्षयरोगका विरामीमा एच.आइ.भी. एड्सको भार कम गर्ने ।

ख) औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको रोकथाम र नियन्त्रण

ग) बन्दि, शरणार्थी र अन्य जोखीममा रहेका जनसंख्या तथा विशेष परिस्थितीमा रहेका समूहमा कार्यक्रम व्यवस्थापन

## ३. स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढिकरणमा योगदान

क) स्वास्थ्य नीति, मानवीय श्रोत, आर्थिक व्यवस्थापन, सेवा प्रवाह र सुचना प्रणाली सुदृढीकरणको लागि सक्रिय सहभागिता

ख) नयाँ अवधारणाको आदानप्रदान गरी स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको सुदृढीकरण गर्ने

## ४. सम्पूर्ण सेवा प्रदायकलाई क्षयरोग सेवामा संलग्न गराउने

क) सरकारी-सरकारी तथा सरकारी-निजि साभेदारी

ख) क्षयरोग सेवाको अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड

## ५. क्षयरोगका विरामी तथा समुदायको सशक्तिकरण

क्षयरोगका विरामी तथा समुदायको सशक्तिकरण गर्नका लागि निम्न क्रियाकलापहरू गर्नुपर्दछ ।

क) वकालत, सञ्चार तथा समाजिक परिचालन

ख) क्षयरोग सेवामा सामुदायिक सहभागिता

ग) क्षयरोग सेवामा विरामी वडापत्र

## सबल पक्ष

सबै स्वास्थ्य संस्थामा उपचारको व्यवस्थाका साथै समुदायमा आधारित डट्स कार्यक्रम लागु भएको कारण अन्य स्थानबाट यस जिल्लामा आउने व्यक्तिहरूले पनि उपचारको सेवा पाईरहेका छन् ।

## सेवा प्रवाहमा देखिएका समस्या तथा चुनौतीहरू

१. पालिका स्तरमा रोगी पत्ता लगाउने दर न्यून ।
२. प्रयोगशालाको संख्या न्यून तथा प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन हुन नसक्नु ।
३. प्रयोगशालाकर्मिको अभावका कारण सबै PBC विरामीको परिवारको सम्पर्क परिक्षण गर्न नसक्नु ।
४. बसाई, सराई ।

५. क्षयरोग तथा एच.आई.भी. सह-संक्रमण बढ्दो ।
६. स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त प्रतिवेदन स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको प्रतिवेदनसँग मेल नखाएको ।

#### सुझावहरू

१. उच्च जोखिम क्षेत्र पहिचान गरि सेवा बिस्तार गर्नुपर्ने ।
२. क्षयरोग र एच.आई.भी. कार्यक्रम एकीकृत हुनुपर्ने ।

### ४.३ एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

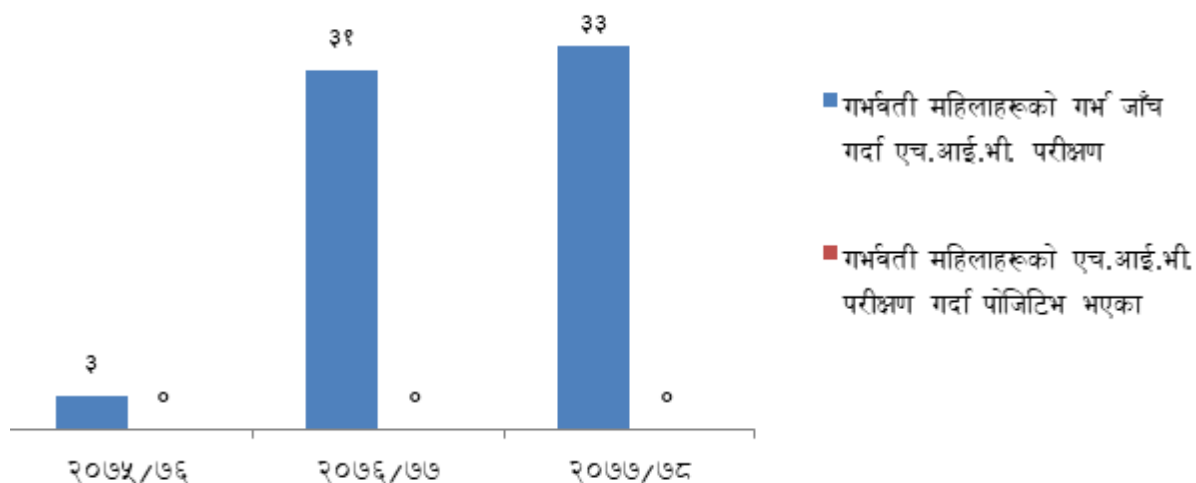
एच.आई.भि. र एड्स नेपालमा प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ । सन १९८१ मा सर्वप्रथम एच.आई.भि. र एड्स विश्वमा पत्ता लागे पछि विश्व भरी द्रुत गतिमा फैलिएको छ । जसले गर्दा बहुआयमिक क्षेत्रमा यसको असर परेको छ । सरकारी तथा गैर सरकारी दुवै क्षेत्रको सहभागिताबाट एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोगलाई रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्न सरकार प्रतिबद्ध छ ।

#### निर्देशक सिद्धान्त

- सबै नागरिकमा उपचार हेरचाह, रोकथाम तथा सेवामा सर्वव्यापी पहुँच पुऱ्याउने ।
- एच. आई. भि. कार्यक्रमलाई जनस्वास्थ्य कार्यक्रममा एकीकृत गर्ने ।
- योजनागत तथा कार्यगत रूपमा एकरूपता ल्याउने ।
- विकेन्द्रिकरण, बहुपक्षिय कार्यान्वयनमा प्रतिबद्धता ।
- लान्छना तथा विभेद हटाउने ।
- लैंगिकतालाई मुलप्रवाहिकरण गर्ने ।
- समानता तथा मानव अधिकार ।
- PLHIV लाई अधिकतम सहभागी गराउने ।

#### गर्भवती महिलाको एच.आई.भि. तथा यौन रोगको अवस्था

चित्र: गर्भवती महिलाको एच.आई.भि. तथा यौन रोग सम्बन्धी चितरण



गर्भवती महिलाको एच.आई.भि. परिक्षणको संख्या विगत तीन वर्षको सेवा संख्यालाई विवेचना गर्दा आ.व. २०७५/७६ देखि २०७७/७८ क्रमशः ३, ३१ र ३३ प्रतिशत गर्भवति महिला मध्ये कोहि पनि गर्भवति पोजिटिभ नभएको देखिन्छ ।

### एच.आई.भि. तथा यौन रोग सम्बन्धी समस्या र सुभावाहरू

#### समस्या

- वित्तिय समस्या तथा नियमित रूपमा बजेट र सामाग्री उपलब्ध नहुनु ।
- सिमित यौन रोग उपचार तथा परामर्श केन्द्र ।
- संक्रमित व्यक्तिहरूलाई सहयोग तथा आय मुलक कार्यक्रम पर्याप्त नहुनु ।
- गृहणी र वसाई सराई गर्ने वर्ग लक्षित कार्यक्रम कम हुनु ।

#### सुभावाहरू

- यौनरोग तथा परामर्श केन्द्र स्थापना गर्नु पर्ने ।
- लक्षित वर्ग संग सम्बन्धीत कार्यक्रम वढाउनु पर्ने ।
- स्वास्थ्य कर्मीहरूलाई एच।आई।भि। तथा यौन रोगको तालिम दिनु पर्ने ।
- समुदाय स्तरमा जनचेतना मुलक कार्यक्रम लैजानु पर्ने ।



# अध्याय ५

## उपचारात्मक कार्यक्रम

### नीतिगत व्यवस्था

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले ग्रामिण स्वास्थ्य सेवामा विशेष ध्यान दिएको भएता पनि नयां स्वास्थ्य नीति २०७१ ले ग्रामिण तथा शहरमा बसोबास गर्ने आम नागरिक विशेष गरी अति गरिब तथा सिमान्तकृत बर्गहरूलाई समतामुलक हिसाबले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने लक्ष्य राखेको छ । प्रतिकारात्मक, प्रबर्धनात्मक सेवा संगै उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा पनि जनस्वास्थ्य कार्यक्रममा समावेश गरी आम नागरिकहरू माझ सहजरूपमा पुराउन जोड दिएको छ । समुदाय स्तरमा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाइ, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र जिल्ला तहमा जिल्ला अस्पतालको संरचना मार्फत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आएको छ । हाल सम्म पनि उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवानै आम नागरिकहरूको माग तथा उच्च रोजाइ रहदै आएको छ ।

सेवाग्राहीहरूको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको विकास र प्रभावकारी कार्यान्वयनका गर्नका लागि नेपाल सरकारले सबै सरोकारवालाहरू संग बहुपक्षीय सहकार्यको अवधारणा अंगिकार गरेको छ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिअनुसार स्वास्थ्य सेवालार्ई सुदृढ गर्न सरकारी तथा गैर सरकारी तथा निजि स्तरवाट स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू क्षेत्र, जिल्ला हुँदै समुदाय स्तर सम्म सञ्चालन भएका छन् ।

### ५.१ उपचारात्मक सेवाको उद्देश्य

शुरूको अवस्थामा रोग निदान गरी उचित उपचारगर्ने, आवश्यक सल्लाह सहित प्रेशण गरी जटील अवस्था, रोग सर्ने तथा मृत्यु दरलाई घटाउनुका साथै उपचार खर्चमा कमि ल्याउनु ।

### रणनीति

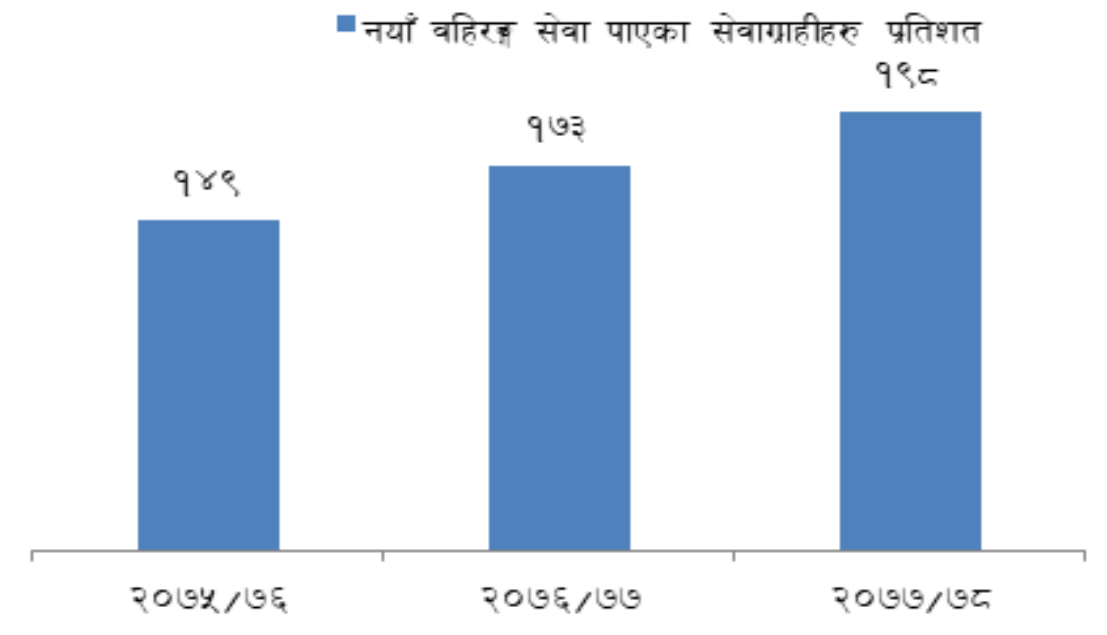
- गाउँघर क्लिनिक, स्थानिय स्वास्थ्य संस्था देखि केन्द्रिय तह सम्मका स्वास्थ्य संस्था मार्फत सेवा प्रदान गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरूलाई प्रभावकारी बनाउँदै प्रेषण प्रणालीलाई व्यवस्थित गर्ने ।
- नेपाल सरकारको नीति अनुसार निजि तथा गैर सरकारी संस्थाहरू (निजि अस्पताल, मेडिकल कलेज नर्सिङ होम) लाई प्रोत्साहित गर्दै लक्षित बर्ग लाई निःशुल्क सेवा दिने व्यवस्था गरी सेवा सर्बसुलभ गराइ सेवा प्रवाह गर्ने ।
- उपचारात्मक सेवालार्ई अझ प्रभावकारी रूपमा प्रदान गर्न मानव संसाधनको व्यवस्थापन गर्ने ।



## ५.२ उपचरात्मक स्वास्थ्य सेवाको अवस्था

### जम्मा नयाँ बहिरङ्ग सेवा

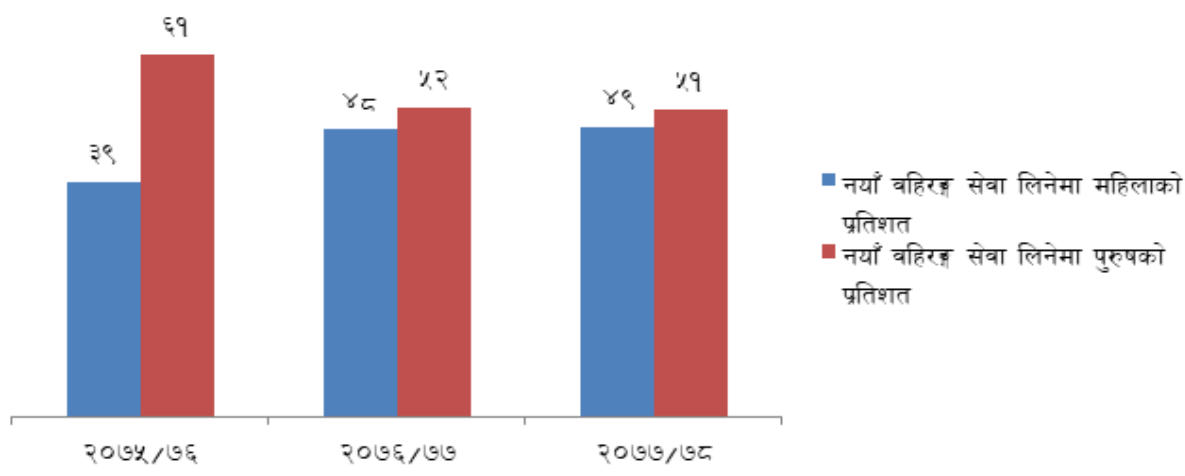
चित्र: जम्मा नयाँ बहिरङ्ग सेवा पाएका सेवाग्राहीको चित्रण



आ.व. २०७५/७६ मा जम्मा नयाँ बहिरङ्ग सेवा पाएका सेवाग्राहीहरू १४९ प्रतिशत रहेका छन्, आ.व. २०७७/७८ मा १९८ प्रतिशत रहेको छ।

### लिङ्ग अनुसार बहिरंग सेवा लिन आएका विवरण

चित्र: बहिरंगबाट जम्मा सेवाग्राहीहरू मध्ये पुरुष र महिलाको प्रतिशत



आ.व. २०७५/७६ मा महिलाहरू ३९ प्रतिशतले र पुरुष ६१ प्रतिशतले सेवा लिएको देखिन्छ भने आ.व.

०७६।७७ मा सो संख्या घटबढ भएर महिलाहरू ४८ प्रतिशत र पुरुष ५२ प्रतिशतले सेवा लिएको देखिन्छ भने विगत २ वर्ष देखिको तथ्यांकसँग तुलना गर्दा यस आ.व. मा महिला र पुरुष क्रमशः ४९ र ५१ रहेको छ । यसरी हेर्दा विगत वर्षहरूमा र यस वर्ष सेवा लिने महिला तथा पुरुषको संख्या समान अनुपातमा रहेको छ ।

## दश प्रमुख रोगहरू

तालिका प्रमुख दश रोगहरू

२०७६/७७			२०७७/७८		
रोगको नाम	जम्मा विरामी संख्या	प्रतिशत	रोगको नाम	जम्मा विरामी संख्या	प्रतिशत
Gastritis (APD)	1372	8.3	Gastritis (APD)	1708	9.4
Surgical Problems – Not Mentioned above and others	879	5.3	Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	1214	6.6
Headache	845	5.1	Headache	977	5.3
Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	821	5.0	Falls/Injuries/Fractures	910	5.0
ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI) Cases	682	4.1	Backache(Muskuloskeletal Pain)	741	4.0
Falls/Injuries/Fractures	603	3.6	Conjunctivitis Cases	553	3.0
Backache (Muskuloskeletal Pain)	562	3.4	Hypertension	532	2.9
Acute Tonsilitis	410	2.5	Surgical Problems – Not Mentioned above and others	514	2.8
Conjunctivitis Cases	360	2.1	Acute Tonsilitis	447	2.4
Hypertension	298	1.8	Presumed Non infectious Diarrhoea	40	2.2

आ.व. २०७६।७७ र ०७७।७८ मा मनाङ जिल्लामा प्रमुख समस्याको रूपमा एपिडी देखिन्छ भने गत आ.व. को तुलनामा यस आ.व. मा उच्च रक्तचापका बिरामीहरूको संख्या बढ्दो क्रममा रहेको छ ।

### ५.३ सवल पक्षहरू, समस्याहरू तथा सुभावाहरू

#### सवल पक्षहरू

- औषधीको नियमित आपूर्ति ।
- सेवाग्राहिको पहुचमा वृद्धि ।
- लक्षित वर्गलाई निशुल्क उपचार ।
- बिकट ग्रामीण बस्तीहरूमा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई तथा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र स्थापना गरी सेवा प्रबाह गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थामा निशुल्क औषधीको सुचि टाँस गरिएको ।
- सरोकारवाला निकायहरूसंगको सहकार्यमा कार्यक्रम सञ्चालन ।
- गाउँपालिका, जिल्ला समन्वय समितिको सहयोग प्राप्त ।

#### समस्याहरू

- न्यून श्रोत, साधन (भौतिक पूर्वाधार, भवन, पानी, बिजुली र सरसामान) ।
- तोकिएका औषधीहरूले तोकिएका वर्गमा आकस्मिक लगायत अन्य सेवामा उपचार दिन कठीनाई भएको ।
- स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समिति तथा म.स्वा.से. हरू निष्क्रिय हुने क्रम वढ्दै गएको ।
- लक्षित वर्ग भित्र रहेको जेष्ठ नागरिकहरूलाई हुन सक्ने दिर्घ रोगहरूको औषधी नभएको ।
- रिफरल प्रक्रिया अन्योल रहेको ।
- करार सेवाका कर्मचारीको सेवा सुविधा र तलब न्यून ।

#### सुभावाहरू

- औषधी खरिदका लागि केन्द्रिय स्तरमा टेन्डर गरी स्थानिय स्वास्थ्य निकायलाई खरिदको जिम्मेवारी दिनु पर्ने ।
- आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्रमा कर्मचारी व्यवस्थापन गर्नु पर्ने ।
- रिफरल प्रक्रियाको नीति स्पष्ट हुनु पर्ने ।
- लक्षित वर्गले तुरुन्तै महशुस गर्ने खालका कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु पर्ने ।



# अध्याय ६

## स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम

व्यवस्थापकीय हिसाबले व्यवस्थापनका धेरै पक्षहरू हुन्छन् । सीप दक्षताको विकास, तालिम, आपूर्ति, आर्थिक व्यवस्थापन, भौतिक संरचना तथा मर्मत, योजना, अनुगमन तथा मूल्यांकन, समिक्षा गोष्ठी, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, मानव संसाधन व्यवस्थापन आदिहरूलाई स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि महत्त्वपूर्ण सहयोगी पक्षहरूका रूपमा लिन सकिन्छ ।

## नीतिगत व्यवस्था

सेवाग्राहीहरूको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको विकास र प्रभावकारी कार्यान्वयनका गर्नका लागि नेपाल सरकारले सबै सरोकारवालाहरू संग बहुपक्षीय सहकार्यको अवधारणा अंगिकार गरेको छ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति अनुसार स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढ गर्न सरकारी तथा गैर सरकारी स्तरबाट स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू क्षेत्र, जिल्ला हुँदै समुदाय स्तरसम्म सञ्चालन भएका छन् ।

## ६.१ स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य सेवाको महत्त्वपूर्ण अंगका रूपमा रहेको छ । यसले सेवा प्रदान गरिएका सूचकहरूलाई निर्धारित प्रणाली भित्र रहि तथ्यांक संकलन, सुचिकरण, तालिकीकरण, विश्लेषण तथा प्रस्तुतीकरणको क्षेत्रलाई ओगटेको हुन्छ । ती सूचनाहरू आगामी दिनमा तयार हुने नीति, योजना अनुगमन तथा मूल्यांकनका लागि नियमित रूपमा प्रयोग हुने छन् ।

### उद्देश्य

- सबै तहका स्वास्थ्य प्रदायक संस्थाहरूबाट स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिएको सूचनाहरू संकलन तथा व्यवस्थापन गर्ने
- संकलित सूचनाहरूलाई शुद्धिकरण, विश्लेषण तथा तालिकीकरण गर्ने
- सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई नियमित गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्नका लागि संस्थाको प्रगति, कभरेज, आदि माथि पृष्ठपोषण प्रदान गर्ने
- सूचनाहरूका आधारमा नीति तथा योजनाहरू निर्माण गर्ने
- स्वास्थ्य सूचनाहरूका आधारमा वैज्ञानिक पद्धति तथा प्रविधिको विकास गर्ने
- जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयहरूलाई अनिवार्य रूपमा वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशित गराउन लगाउने
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीका लागि आवश्यक पर्ने मानवीय संसाधनको विकास गर्ने
- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको क्षेत्रिय तथा जिल्ला स्तरिय रूपमा समिक्षा गर्ने
- सूचना व्यवस्थापन प्रणालीको हुने समिक्षाबाट भैरहेको तरिका, औजार (tools), विधि, पद्धतिहरूलाई परिमार्जित गर्नका लागि सुझाव दिने
- एकिकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणालीको स्थापना गर्ने

## ६.२ योजना सुपरिवेक्षण अनुगमन तथा मूल्याङ्कन

स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा क्रियाकलापहरूको उत्कृष्ट योजना तथा मूल्याङ्कन तथा प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदानका लागि अनुगमन तथा सुपरिवेक्षणको आवश्यक हुन्छ । जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयको वार्षिक क्रियाकलापहरू कार्यान्वयन गर्न वार्षिक कार्ययोजना तयार पारिन्छ र मासिक अनुगमन पुस्तिका तयार पारि त्यसैका आधारमा सेवा प्रदायक संस्थाहरूलाई समयमै पृष्ठपोषण दिने गरिएको छ । नियमित मासिक समिक्षा बैठकमा मासिक लक्ष्य प्रगति तथा समस्याहरू पहिचान गरी समाधानका लागि छलफल गर्ने गरिन्छ । साथै उक्त समिक्षालाई सूचना आदान प्रदान गर्ने माध्यमका रूपमा लिने गरिन्छ । समय समयमा परिमार्जित हुने गरेका कार्यक्रम निर्देशिकाहरूका बारेमा पनि त्यसै मासिक समिक्षामा छलफल गरिन्छ ।

## ६.३ वित्तीय व्यवस्थापन

स्वास्थ्य कार्यालय अन्तर्गत एकिकृत कार्यक्रमहरूलाई व्यवस्थित रूपमा समयमै सम्पन्न गरी मासिक वित्तीय प्रतिवेदन केन्द्रमा पठाउने मुख्य कार्य तथा दायित्व वित्तीय व्यवस्थापनमा पर्दछ ।

### उद्देश्य

- नियमित हुने औषधि खरिद तथा कार्यालय सामग्रीहरूको आपूर्ति खर्च, अन्य खर्च र तलवमानको सुनिश्चित गर्ने
- स्वास्थ्य क्रियाकलापहरूलाई वित्तीय रूपमा सहयोग गर्ने
- वित्तीय व्यवस्थापनसंग सम्बन्धित ऐन नियमहरूको पालना गर्ने
- वेरूजुलाई कम गर्ने र संपरिक्षण गर्ने

## ६.४ आपूर्ति व्यवस्थापन

नेपाल सरकारको नीति अनुसार स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई अति आवश्यक पर्ने औषधि उपकरण तथा सरसामग्रीहरूको आपूर्ति गरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्न सहयोग पुऱ्याउन आपूर्ति व्यवस्थापनको महत्त्वपूर्ण पक्ष हो । साथै आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुसार प्रतिवेदन गर्नु पनि दायित्व हो ।

### लक्ष्य

स्वास्थ्य सेवाको निदानात्मक, प्रवर्द्धनात्मक तथा उपचारात्मक कार्यक्रमका लागि औषधि, उपकरण, परिवार नियोजनका साधानहरू, खोप तथा अन्य सामग्रीहरूको स्वास्थ्य संस्थाहरूमा नियमित आपूर्ति गर्ने ।

### उद्देश्य

- औषधि, खोप, उपकरण तथा अन्य सर सामग्रीहरूको व्यवस्थापन गर्नु
- खोप तथा खोप सामग्रीहरूको भण्डारण तथा वितरणको सुनिश्चित गर्नु
- उपकरण तथा सरसामग्रीहरूको व्यवस्थापन तथा मर्मत गर्नुका साथै सुपरिवेक्षण तथा अनुगमनको संयन्त्रको विकास गर्नु

## ६.५ मानव संशाधन व्यवस्थापन

सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि जनशक्ति परिचालन गर्नु कर्मचारी प्रशासन र मानव संशाधन व्यवस्थापनको मुख्य भुमिका हो । व्यवस्थापकीय रूपले हेर्दा जनशक्ति, आर्थिक स्रोत

तथा अन्य सामग्रीहरू मध्ये मानव संसाधन प्रमुख तत्वमा पर्दछ । जनशक्तिहरूको प्राप्ति, सेवामा नियमितता गराउने जस्ता आवश्यक कार्यहरू मानव संसाधन व्यवस्थापनका प्रमुख कार्यहरूमा पर्दछन् ।

## ६.६ निर्माण तथा मर्मत संभार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले सहरी विकास निर्माण तथा भवन निर्माण विभागसंगको सहकार्यमा निर्माण तथा मर्मत संभार नियमित रूपमा गर्ने गर्दछ । सर्वसाधारणहरूलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि भौतिक संरचना पनि गुणस्तरिय हुनु पर्दछ ।

## ६.७ तालिम र स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रम

सेवाग्राहीहरूलाई स्वास्थ्य उपचार प्रणाली अनुसार सेवा प्रदान गर्नका लागि सीप विकासमा सुधारमा ल्याउदै अन्तर्राष्ट्रिय स्तरको गुणस्तर कायम गर्न आजको आवश्यकता रहेको छ । दक्ष जनशक्ति गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको लागि महत्त्वपूर्ण पक्ष हो । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले मानविय संसाधनको विकासका लागि विभिन्न तालिमहरूलाई प्राथमिकताका रूपमा सञ्चालन गर्ने गर्दछ ।

### लक्ष्य

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई दक्ष तथा कार्यकुशलतायुक्त बनाई भैरहेको स्वास्थ्य अवस्थालाई माथिल्लो स्तरमा पुऱ्याउने ।

### उद्देश्य

- स्वास्थ्य कार्यक्रममा आधारीत आवश्यकता अनुसारको स्वास्थ्य कर्मीहरूलाई तालिम प्रदान गर्ने
- स्वास्थ्य कर्मीहरूको दक्षता विकास गरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको योजना तथा कार्यान्वयन गर्न सक्षम बनाउने
- तालिम कार्यक्रमहरूको जनस्वास्थ्य स्तरमा सांगठनिक कार्यान्वयन र मूल्याडकन गर्न सहयोग गर्ने
- आधारभुत, पुनर्रताजगी र सेवाकालिन तालिमको जिल्ला स्तरमा व्यवस्थापन गर्ने
- स्वास्थ्य कर्मीहरूसंग भईरहेको ज्ञान र सीपलाई अभिवृद्धि गर्ने

नागरिकको स्वास्थ्य अवस्था कमजोर हुनुका कारण जनस्वास्थ्य सम्बन्धी चेतनाको कमी हुनु राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिमा उल्लेख गरेको पाइन्छ । त्यसकारण स्वास्थ्य शिक्षालाई प्रभावकारी रूपमा ग्रामिण क्षेत्र सम्म पुऱ्याउनु आवश्यकता रहेको छ । जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा सञ्चार महत्त्वपूर्ण पक्षको रूपमा उदाएको छ ।

### लक्ष्य

- नागरिकहरूको स्वास्थ्य स्थितिलाई उच्च तहमा पुऱ्याउने ।

### उद्देश्य

- राष्ट्रिय स्तरबाट सामुदायिक स्तरसम्म स्वास्थ्य शिक्षा तथा सूचना सञ्चारलाई सकारात्मक व्यवहारमा विकास गर्ने
- स्वास्थ्य शिक्षा तथा सूचना सञ्चार कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रममा जनसहभागिता बढाउने

- समुदाय स्तरमा जनस्वास्थ्यको चेतना फैलाउन स्वास्थ्य शिक्षाका सामग्रीहरू उत्पादन गर्ने
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनचेतना फैलाउनका लागि गैर सरकारी तथा स्थानिय समुदायको अधिकतम प्रयोग गर्ने

#### ६.८ स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको कार्यसम्पादन

##### लक्ष्य अनुसारको प्रगति विवरण

जिल्ला स्तरीय चौमासिक समिक्षा, वार्षिक समिक्षा, तथ्याङ्कको सुक्ष्म विश्लेषण, परिमार्जिम एच.एम.आई.एस.को तालिम, स्वास्थ्य सेवाका पहुँच बाहिरका लोपोन्मुख तथा अल्पसंख्यक समुदाय, जातजाति, लिङ्ग र भौगोलिक क्षेत्रको पहिचान गरी स्वास्थ्य सेवा विस्तार कार्यक्रम, जिल्ला अन्तरगत तथ्यांक गुणस्तर सुदृढिकरण कार्यक्रम सम्पन्न भएको ।

##### मासिक प्रतिवेदनको अवस्था

तालिका: मासिक प्रतिवेदनको अवस्था

सूचकहरू	इकाई	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
स्वास्थ्य संस्थाबाट मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	८५	८४	८८
समयमा नै मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	६	४	२६
खोप क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	८५	८९	७८
म.स्वा.स्व.से. को प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	८२	७७	७३

सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू अस्पताल, स्वा.चौ. ले आ.व. ०७७/७८ मा ८८ प्रतिशत प्रतिवेदन गरेका छन् । खोप क्लिनिक सेसन सञ्चालनको प्रतिवेदन र महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाहरूको प्रतिवेदन विगतको तुलनामा घट्दो देखिन्छ ।

#### ६.२.४ सरदर सेवा दिएको संख्या प्रति दिनरप्रति क्लिनिक र प्रतिवेदन अवधी

तालिका: सरदर सेवा दिएको संख्या प्रति दिनरप्रति क्लिनिक र प्रतिवेदन अवधि

सूचकहरू	इकाई	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
स्वास्थ्य संस्थामा आएका सेवाग्राहीलाई सेवा पुर्याएको (प्रति दिन)	संख्या	८	६	९
खोप क्लिनिकमा सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	संख्या	१.४	१.३	०.९९
म.स्वा.स्व.से.ले प्रति महिना सेवा पुर्याएको	संख्या	१.७	१.७	१.७

माथिको तालिकामा स्वा.चौ. लगायत खोप क्लिनिक र म.स्वा.स्व.से.बाट सरदर प्रति दिन, प्रति क्लिनिक र प्रति प्रतिवेदन अवधी सेवा दिएको संख्यालाई देखिन्छ । आ.व. २०७७/७८ मा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रति दिन सेवा दिईएको संख्या ९, खोप क्लिनिकको ०.९९, मास्वास्वांसे १.७ रहेको छ ।





प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य निर्देशनालय  
**स्वास्थ्य कार्यालय मनाङ**  
गण्डकी प्रदेश, नेपाल