

आर्थिक बर्ष २०७९/८० मा
स्वास्थ्य कार्यालय मनाङबाट सम्पन्न कार्यक्रमहरुको

वार्षिक प्रगति प्रतिवेदन



फोन नं: ०६६-४४०११९

ईमेल: dhomanang@gmail.com

Website: www.homanang.gandaki.gov.np

गण्डकी प्रदेश सरकार
सामाजिक विकास तथा स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
स्वास्थ्य कार्यालय
मनाङ, नेपाल

विषय सुची

अध्याय १: परिचय	१-५
पृष्ठभूमी	१
प्रतिवेदनको उद्देश्य	४
प्रतिवेदन निर्माण प्रक्रिया	४
अध्याय २: बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम	६-१७
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम	६
पोषण कार्यक्रम	१३
समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम	१५
अध्याय ३: परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम	१८-२८
परिवार नियोजन	१९
सुरक्षित मातृत्व	१९
गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम	२०
महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम	२०
अध्याय ४: इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	२९-३६
औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	२९
राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम	३१
एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	३५
अध्याय ५: उपचारात्मक कार्यक्रम	३७-४०
उचारात्मक सेवाको उद्देश्य	३७
उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाको अवस्था	३७
प्रमुख १० रोगहरू	३९
अध्याय ६: स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम	४१-४२

तथ्यपत्र (Factsheet)

तथ्याङ्क र सुचनाहरूको प्रस्तुति (सम्बन्धित सुचकहरू)

सुचकहरू	इकाई	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०
क. प्रतिवेदनको अवस्था				
स्वास्थ्य संस्थाबाट मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	१००	१००	१००
समयमा नै मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	२६	६८	८९
गाउँघर क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	८७.३	७५	७५
खोप क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	८०.२	७७.९	८५.७
म.स्वा.स्व.से. को प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	८९.६	७३.१	८८.५
स्वास्थ्य संस्थामा आएका सेवाग्राहीलाई सेवा पु- याएको	संख्या	१५४८२	१५४३१	१८८५३
गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	संख्या	१४.१	४.९	८.४
खोप क्लिनिकमा सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	संख्या	०.९९	१.१	०.९९
म.स्वा.स्व.से.ले प्रति महिना सेवा पुर्याएको	संख्या	१.७	१.३	१.१
बहिरंग सेवामा स्वास्थ्य सेवा लिन आएका नयाँ सेवाग्राही	प्रतिशत	१९८.८	३२३	१९८.८
स्वास्थ्य सेवा दिएको औषत विरामी	पटक	१.१६	१.१७	१.१६
ख. बाल स्वास्थ्य (खोप)				
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई बि.सि.जि. खोप लगाएको	प्रतिशत	१४.१	६	१९.७
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई डि.पि.टि.-हेप बि.- हिब खोप तेस्रो मात्रा लगाएको	प्रतिशत	३४.३	५२.१	५१.५
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई पिसीभी खोप तेस्रो खोप तेस्रो मात्रा लगाएको	प्रतिशत	३५.४	५५.१	५९.१
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई एफ आई पिभी खोप दोस्रो मात्रा लगाएका	प्रतिशत	३४.३	५६.६	३४.८
१२-२३ महिनाका बालबालिकालाई जे.ई. खोप लगाएको	प्रतिशत	३३.३	६६.५	४३.८
१२-२३ महिनाका दादुरा रुबेला खोप दोस्रो मात्रा लगाएको	प्रतिशत	३४.८	५७	५३.१
१२-२३ महिनाका पूर्ण खोप पाएका बालबालिकाहरू	प्रतिशत	२८.१	६०.३	४३.८

गर्भवती महिलालाई टि.डि. खोप दोस्रो मात्रा तथा दोस्रो थप मात्रा लगाएका	प्रतिशत	२२.५	२८.८	३८.४
ड्रप आउट दर बि.सि.जि. को तुलनामा दादुरा दोस्रो मात्रा	प्रतिशत	-१६४.३	-८५०	-२०७.७
ड्रप आउट दर डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब पहिलो मात्राको तुलनामा डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब तेस्रो मात्रा	प्रतिशत	-२५.९	-४०	-३०.८
बि.सि.जि. खोप भ्याक्सनि खेर जाने दर	प्रतिशत	९४	९५	९३.५
डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब (पेण्टा) खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	८४	८५	८६.४
पोलियो खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	८५	८५	८६.४
पि.सी.भी. खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	६०	६८	६९
एफ.आई.पि.भी. खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	६०	६८	७६
दादुरा-रुबेला खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	८४	८३	८७
जे.ई. खोप खेर दर	प्रतिशत	८३	८२	८४
टि.डि. खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	८२	८२	८४
ग. पोषण				
१ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको नयाँ बृद्धि अनुगमन	प्रतिशत	४४.४	६७	५३
२ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको नयाँ बृद्धि अनुगमन	प्रतिशत	३६	८०	४८.५
२ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा कुपोषण	प्रतिशत	०	०.९	०
०-२३ महिनाका बालबालिकाहरूको औषत बृद्धि अनुगमन	प्रतिशत	४.७	४.४	६
घ. समुदायमा आधारित बालस्वास्थ्य व्यवस्थापन (नवशिशु स्याहार)				
जन्मना साथ नाभी मलम लगाएका बच्चाहरू	प्रतिशत	८८	१००	१००
२ महिना मुनिका शिशुहरूलाई व्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण (पिएसबिआई) भएको	प्रतिशत	०	०	२५
व्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण (पिएसबिआई) भएको २ महिना मुनिका शिशुहरूलाई पुरा मात्रामा जेन्टामाईसिन वितरण	प्रतिशत	०	०	०
२ महिना मुनिका शिशुहरूको मृत्यु संख्या	संख्या	०	०	०
ड. श्वासप्रश्वास रोग नियन्त्रण				
ए.आर.आई. नयाँ संक्रमण दर (प्रति १००० पाँच	प्रतिहजार	७०९	१९८४	११९४

वर्ष मुनिका बालबालिका)				
न्यूमोनिया (सामान्य+कडा) नयाँ संक्रमण दर (प्रति १००० पाँच वर्ष मुनिका बालबालिका	प्रतिहजार	१२.५	४१.२	६६.९
नयाँ श्वासप्रश्वास बिरामीमा कडा न्यूमोनियाको अनुपात	प्रतिशत	०	०.१६	०
न्यूमोनिया एन्टीबायोटिकबाट उपचार गरेको (प्रति १००० पाँच वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिशत	२२५	१५८.३	१००
ए.आर.आई. बिरामीको मृत्यु दर (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	संख्या	०	०	०
च. झाडापखाला रोग नियन्त्रण				
झाडापखाला नयाँ संक्रमण दर (प्रति १००० पाँच वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिहजार	११६.८	२९७.६	२७०.७
नयाँ बिरामी मध्ये कडा जलवियोजन प्रतिशत (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिशत	०	०	०
ओ.आर.एस. र जिङ्क चक्कीबाट उपचार प्रतिशत (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिशत	९७.४	९२.२	९७.५
झाडापखाला बिरामीको मृत्यु दर (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	संख्या	०	०	०
छ. परिवार स्वास्थ्य (सुरक्षित मातृत्व)				
अनुमानित गर्भवती मध्ये प्रथम गर्भ जाँच गर्ने गर्भवती (any time first visit)	प्रतिशत	६०	३७	७५
अनुमानित गर्भवती मध्ये चौथो गर्भ जाँच गर्ने गर्भवती	प्रतिशत	२२.५	१२.३	७१.६
गर्भवती महिलाहरूले १८० चक्की आइरन चक्की पाएको	प्रतिशत	१९.६	२८	४०.९
अनुमानित जीवित जन्म मध्ये संस्थागत सुत्केरी भएको	प्रतिशत	१२.७	३.४	९.१
अनुमानित जीवित जन्म मध्ये दक्ष प्रस्तुतीकर्मीले (स्वा.सं.+घरमा) गराएको	प्रतिशत	१५	२	५
जम्मा प्रसुती मध्ये भ्याकुम, फोरसेप र शल्यकृयाद्वारा स्वा.सं. मा प्रसुती गराइएको	प्रतिशत	०	०	०
जीवित जन्म मध्ये उत्तर प्रसुती कम्तीमा ३ पटक सेवा दिएको	प्रतिशत	१५.७	४.५	९.१
अनुमानित जीवित जन्म मध्ये सुत्केरी महिला (४२ दिन भित्र)लाई भिटामिन ए	प्रतिशत	२४.५	१३.५	५०

जम्मा संस्थागत प्रसुती भएका महिला मध्ये यातायात खर्च पाएका महिलाहरू	प्रतिशत	८३	९६	१००
शिशु मृत्यु	संख्या	०	०	०
मातृ मृत्यु	संख्या	०	०	०
आधारभूत गर्भपतन सेवा (MVA) औजारद्वारा गर्भपतन	संख्या	१	०	०
आधारभूत गर्भपतन सेवा (MA) औषधीद्वारा गर्भपतन	संख्या	२	१	४
२० वर्ष मुनिका गर्भपतन सेवा लिने महिलाहरू	प्रतिशत	०	१००	०
गर्भपतनको जटिलता	संख्या	०	०	०
गर्भपतन पश्चात लामो अवधिको प.नि. साधन प्रयोगकर्ता	प्रतिशत	०	०	२५
अपुरो गर्भपतन पश्चात दिईएको सेवा PAC	संख्या	१	०	२
ज. परिवार नियोजन				
प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत (All modern method)	प्रतिशत	२५	२०	२२
आईयुसिडीका नयाँ प्रयोगकर्ता	संख्या	०	०	०
ईम्प्लान्टका नयाँ प्रयोगकर्ता	संख्या	६३	३८	२९
अस्थाई प.नि. साधन हाल प्रयोगकर्ता दर-CPR (WRA)	प्रतिशत	३३	११	२४
हाल प्रयोगकर्ता-कण्डम	संख्या	११९	११६	१२२
हाल प्रयोगकर्ता-पिल्स	संख्या	३९	३३	३०
हाल प्रयोगकर्ता-डिपो	संख्या	९८	९५	११४
हाल प्रयोगकर्ता-आई.यु.सि.डि.	संख्या	१०	१०	११
हाल प्रयोगकर्ता-इम्प्लान्ट	संख्या	१९५	९९	९२
झ. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम				
कुल महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक संख्या	संख्या	११८	११८	११८
आमा समूह बैठक संचालन	प्रतिशत	६८.५	७०.३	६२.१
ञ. औलो-कालाजार				
कालाजार पोजेटिभ विरामी	संख्या	०	०	०
जम्मा स्लाईड परीक्षण (आरडिटि समेत)	संख्या	०	२	१३
मलेरिया पोजेटिभ (पिभी, पिएफ, पि मिक्स)	संख्या	०	०	०
मलेरिया पोजेटिभ (स्थानीय, आयतित) आयतित	संख्या	०	०	०

ट. क्षयरोग				
सबै प्रकारका विरामीहरूको केश नोटिफिकेसन दर	प्रति एकलाख	०	३५	१७
नयाँ तथा पुनः रोग दोहोरिएका पि.बि.सि. केश नोटिफिकेसन दर	प्रति एकलाख	०	३५	१७
नयाँ खकार पोजिटिभ मध्ये उपचार सफलता दर	प्रतिशत	०	०	१००
ठ. कुष्ठरोग				
कुष्ठरोगका नयाँ विरामी दर	प्रति एक लाख	०	०	०
कुष्ठरोगमा हाल रहेका विरामी दर	प्रति दशहजार	०	०	०
बच्चा विरामी दर (१४ वर्ष मुनिका नयाँ विरामी मध्ये)	प्रतिशत	०	०	०
जम्मा असमर्थता भएका विरामी (दोस्रो तह नयाँ विरामी मध्ये)	संख्या	०	०	०
ड. एच.आई.भी./एड्स				
गर्भवती महिलाहरूको गर्भ जाँच गर्दा एच.आई.भी. परीक्षण	प्रतिशत	१९	११	२८
गर्भवती महिलाहरूको एच.आई.भी. परीक्षण गर्दा पोजिटिभ भएका	संख्या	०	०	०
ढ. उपचारात्मक सेवा				
नयाँ बहिरंग विरामीहरू	संख्या	१२५१८	१८४०८	११५५५
कुल जनसंख्यामा नयाँ बहिरंग विरामीको प्रतिशत	प्रतिशत	१९८.८	३२३	१९८.८
नयाँ बहिरंग विरामी मध्ये महिला विरामीहरू	प्रतिशत	४९	२९	४४

अध्याय १: परिचय

पृष्ठभूमि

१.१ मनाङ जिल्लाको परिचय

नेपालको मानचित्रमा गण्डकी प्रदेश तथा साविकको पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्र, गण्डकी अंचलको उत्तरी भेगमा अवस्थित हिमाली जिल्ला मनाङ भौगोलिक हिसाबले विकट एवं 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 'म्हनाङ' शब्दबाट अपभ्रंश भएर आएको मानिन्छ । तिब्बती भाषामा 'म्ह' 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 डिस्याङ रहेका छन् । २०७८ सालको राष्ट्रिय जनगणना अनुसार नेपालको सबैभन्दा थोरै जनसंख्या ५६५८ रहेको जिल्ला मनाङ हो । जसमा ५६.४% पुरुष र ४३.६% महिला रहेका छन् । २०६८ सालको राष्ट्रिय जनगणना अनुसार नेपालको सबैभन्दा थोरै जनसंख्या ६,५३८ र थोरै मतदाता ५,८८१ भएको जिल्ला पनि मनाङ नै हो । २०६८ सालको राष्ट्रिय जनगणना अनुसार जनसंख्या ६,५३८ रहेकोमा पछिल्लो जनगणना, २०७८ अनुसार -१.३९ 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 शुरु 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 ।

२.२ 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 डिस्याङ गाउँपालिकाको सबैजसो 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 बढि हुने र वसोवास पनि मौसमी भएको पाईन्छ ।

२.३ वनस्पती तथा बन्यजन्तु:

मनाङ जिल्लाको उत्तरी भेगमा वर्षा कम हुने र सुख्खा हावापानी हुनाले कम मात्रामा वनस्पति पाइन्छ । मरुभूमी प्रकृतिको उत्तरी भेगमा काँडेदार झाडी बढी मात्रामा पाईन्छ । कूल भू-भागको ८.५% मरुभूमी भाग मात्र वनजङ्गलले ढाकेको छ । यस भेगमा फूल फूलने र नफूलने दुवै प्रकारका विरुवाहरू भएको घाँसको मैदान छ । जसले गर्दा

यस भेगमा मानिसहरुले भेंडा, बाखा, चौरी जस्ता पशुहरु पाल्ने गर्दछन् । यस भेगमा धुपी, भोटेपिपल र बैसका रुखहरु कतै कतै पाईन्छन् भने ५००० मीतदरभन्दा माथि बाह्रै महिना हिउँ जम्ने हुनाले वनस्पति पाईदैन । यो क्षेत्रमा वनस्पतिका रूपमा काई र लेउ मात्र पाईन्छन् । जिल्लाको दक्षिणी भेगमा उत्तरी भेगको तुलनामा बढी वर्षा हुने हुनाले यस क्षेत्रमा सदाबहार कोणधारी वनस्पति पाईन्छन् । मनाङमा पाईने वन्यजन्तुहरुमा चितुवा, मृग, घोरल, झारल, चित्तल, नाउर, आदि हुन् भने चराचुरुङ्गीहरुमा राष्ट्रिय पंक्षी डाँफे, मुनाल, मलेवा, कालिज, परेवा, च्याखुरा, काग, ढुकुर जस्ता चराहरु पाईन्छन् ।

२.४ माटो:

मनाङ जिल्लाको नासों गाउँपालिका र चामे गाउँपालिकामा ढुङ्गा मिश्रित कालो रङ्गको बलौटे दोमट खालको माटो पाईन्छ भने माथिल्लो मनाङको मनाङ डिस्याङ 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 करु, फापर, गँहू र स्याउ प्रशस्त उत्पादन हुने जिल्लाको रूपमा मनाङलाई लिन सकिन्छ । नेपालकै ठूलो स्याउ फाराम (७३५ रोपनी) मनाङ डिस्याङ गाउँपालिकाको वडा नं. १ भ्रताङ्ग (स्याउबारी) भन्ने स्थानमा रहेको छ ।

२.५ प्राकृतिक सम्पदा:

सदरमुकाम चामे हुँदै बग्ने मर्स्याङदी नदी, मनाङ डिस्याङ गाउँपालिकामा पर्ने गंगापूर्ण ताल र विश्वको सबैभन्दा अग्लो स्थान ४९१९ मिटर उचाईमा रहेको तिलिचो ताल र थोराङला पास यस जिल्लाका पर्यटकहरुलाई आकर्षित गर्ने मुख्य सम्पदाहरु हुन् । यस बाहेक केचो, पोंकर, आइसलेक, छोकर्ण, डोना तालहरु पनि रहेका छन् । सधैभरी हिउले ढाकिरहने हिमालहरु अन्नपूर्ण पहिलो/दोस्रो/तेस्रो, लमजुङ हिमाल, रत्न चुली हिमाल, पिसाङ्ग पिक, चुलु हिमाल, तिलिचो पिक समेत आकर्षण रूपमा रहेका छन् । उच्च पहाड एवं हिमाली जिल्ला भएको हुँदा यहाँ कोणधारी र टुण्ड्रा गरी दुई किसिमका बोट बिरुवाहरु पाइन्छ । ठिडुरे, धुपि सल्ला, गोब्रे सल्ला, लौठ सल्ला, झुले र तालिस पत्र जस्ता रुखहरु तथा सल्ला, लालीगुराँस, मसुरेकटुस, भोजपत्र आदि यस जिल्लामा पाईने मुख्य रुख बिरुवाहरु हुन् । त्यस्तै गरी जडिबुटीहरुमा यार्सागुम्बा, पाँचऔले, जटामसी, शिलाजीत, जिम्बु, सिबाकथोन, निरमसी, कुटकी, तिक्का, सुगन्धवाल, पदमचाल, चिराइतो, तेजपात, गुच्छेच्याउ, सल्ला, महारङ्गी बोझो, भोटखयर, वन लसुन, कुरीलो, टिमुर आदि पाइन्छ ।

२.६ राजनीतिक विभाजन:

मनाङ 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 वडाहरुमा विभाजन गरिएको छ ।

मनाङ जिल्लालाई निम्नानुसार ४ वटा स्थानीय तहका गाउँपालिकाहरुमा विभाजन गरिएको छ ।

क. मनाङ डिस्याङ गाउँपालिका: १-९ वडा (पिसाङ, घ्यारु, डावल, भ्राका, मनाङ, टंकी मनाङ र खाडसार साविकका ७ गाउँ विकास समितिहरु)

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

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

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

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 नासो गाउँपालिका तथा प्रदेश सभा निर्वाचन क्षेत्र नं. २ तर्फ नार्पा भूमि र मनाङ डिस्याङ गाउँपालिका रहेका छन् ।

२.७. जनसांख्यिक विवरण:-

मनाङ जिल्लामा पुरुष ३,१९२ र महिला २,४६६ गरी कूल जनसंख्या ५,६५८ रहेको देखिन्छ (राष्ट्रिय जनगणना २०७८) । यस जिल्लाको जनसंख्या वृद्धि दर घट्दोक्रममा -१.३९ 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 ।

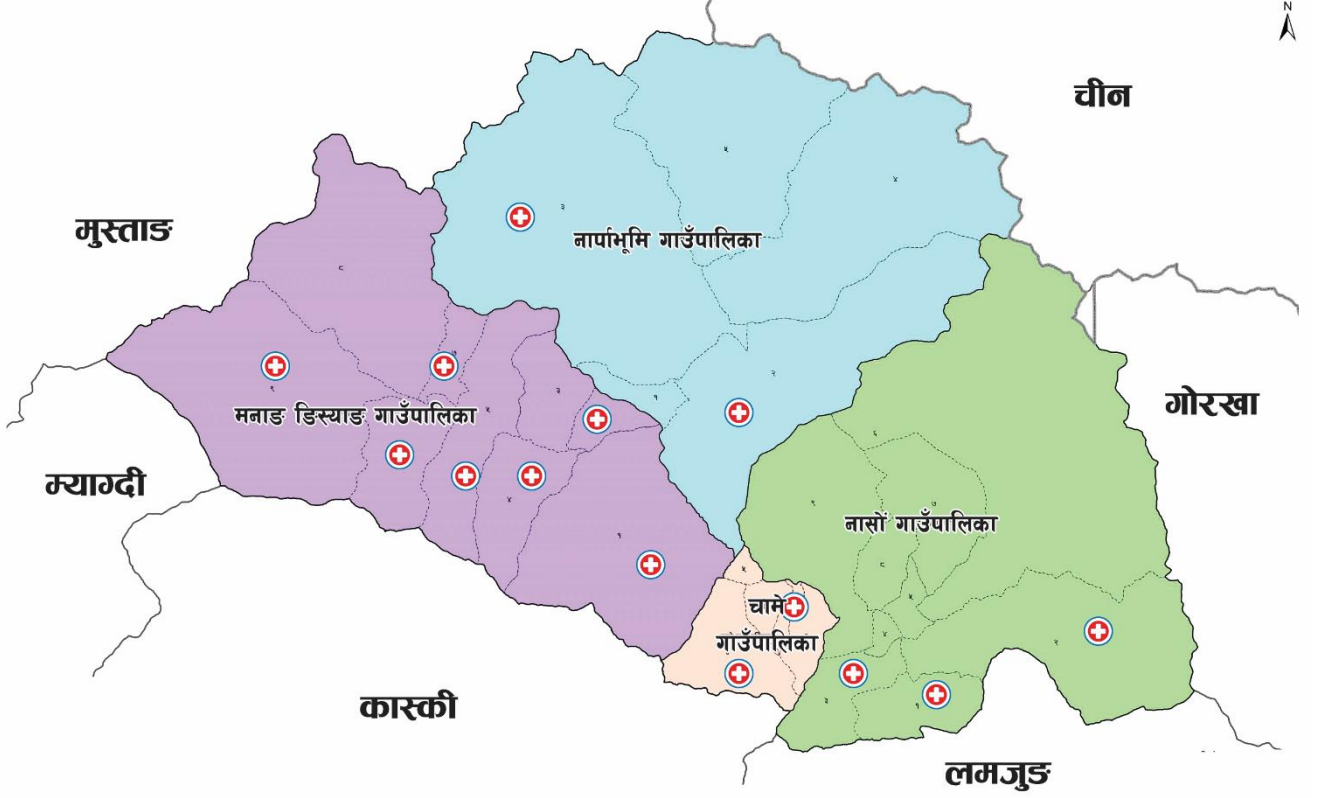
क) गाउँपालिका अनुसार घरधुरी र गाउँपालिका जनसंख्या विवरण:

सि.नं.	गाउँपालिका	परिवार संख्या	महिला	पुरुष	जम्मा
१	चामे गाउँपालिका	३८९	५४६	७३०	१२७६
२	मनाङ डिस्याङ गाउँपालिका	५६१	७७१	८२४	१५९५
३	नार्पा भूमि गाउँपालिका	१२६	२२७	१६९	३९६
४	नासो गाउँपालिका	४७१	८४३	८२८	१६७१
५	संस्थागत		७९	६४१	७२०
	कुल जम्मा		२४६६	३१९२	५६३८

(स्रोत: राष्ट्रिय जनगणना, २०७८)

चित्र: स्थानिय तह अनुसार मनाङ जिल्ला

मनाङ जिल्ला



२. प्रतिवेदनको उद्देश्य :

- आधारभूत 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 तथ्यांकको गुणस्तर सुधार गर्ने गरिएको छ । स्वास्थ्य कार्यालय मनाङले २०८० असोज ११ र १२ मा सञ्चालन गरेको आ.ब. २०७९/८० को समिक्षामा स्थानीय तहमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा आईपरेका समस्या र चुनौतीहरूका बारेमा छलफल गरिएको थियो । साथै उक्त समिक्षामा जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको बारेमा सुक्ष्म रूपमा छलफल गरिएको थियो ।

३.१ समिक्षा कार्यक्रममा गरिएका कार्यहरू :-

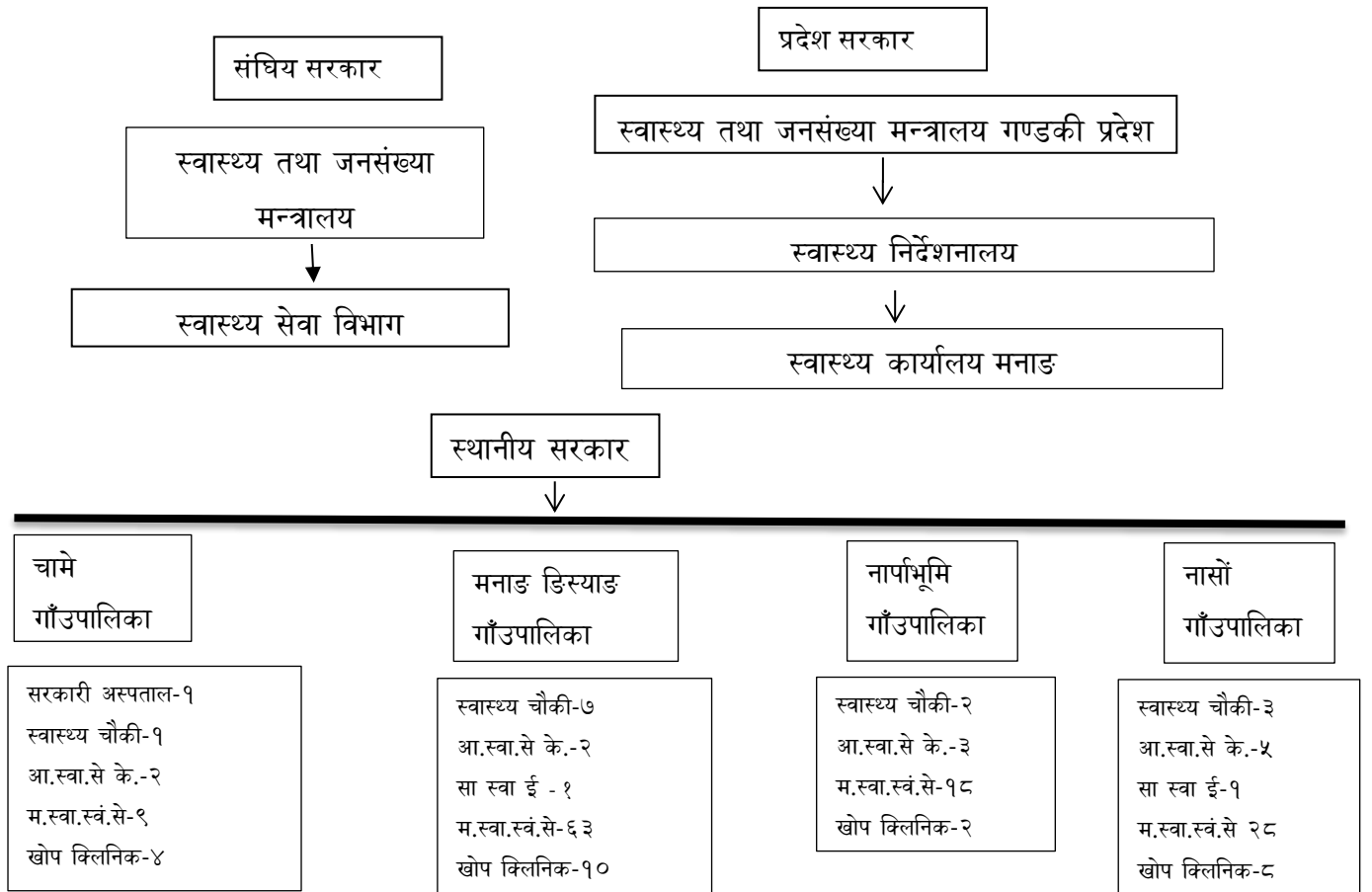
- आ.ब. २०७९/८० मा प्राप्त वार्षिक कार्यक्रमहरूमा दिइएको लक्ष्य बमोजिम प्रगति हासिल भए, नभएको ।
- विगतका दुई आ.ब. का उपलब्धीहरूसँग गरिएको तुलनात्मक विश्लेषण सहितको प्रस्तुतीकरण गरिएको ।

- जनस्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तर्गतका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दा देखा परेका समस्या र चुनौतीहरूको विस्तृत 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, एवं निरन्तरताको अवस्था कायम गर्न लाग्ने सबै स्वास्थ्य संरचना, श्रोतसाधन तथा मानव संसाधन र त्यसको व्यवस्थापन स्वास्थ्य सेवा प्रणालीका अंगहरू हुन् ।

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, २ वटा 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

२.१ 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 प्रतिबद्ध छ । बाल मृत्युदर घटाएर सहश्राव्दी विकास लक्ष हासिल गर्ने देशहरूमध्ये नेपाल एक हो । बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनलाई यो सफलताको जस पाउने कारण मानिन्छ ।

२.२ 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 पुर्याई 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 २०१९ को अन्तसम्ममा दादुरा रोगको निवारण गर्ने ।
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरू समावेश गरी खोपबाट जोगाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रणलाई अझै 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 माध्यम बाट नियमित खोप सेवालालाई सवलिकरण गर्ने,
- नगर क्षेत्रमा खोप सेसनलाई सवलिकरण गर्ने,
- जापानिज इन्सेफलाईटिस र दादुरा रोग नियन्त्रण तथा पोलियो रोग उन्मुलन गर्नकोलागि खोजपडताल र पुरक खोप कृयाकलाप सञ्चालन गर्ने,

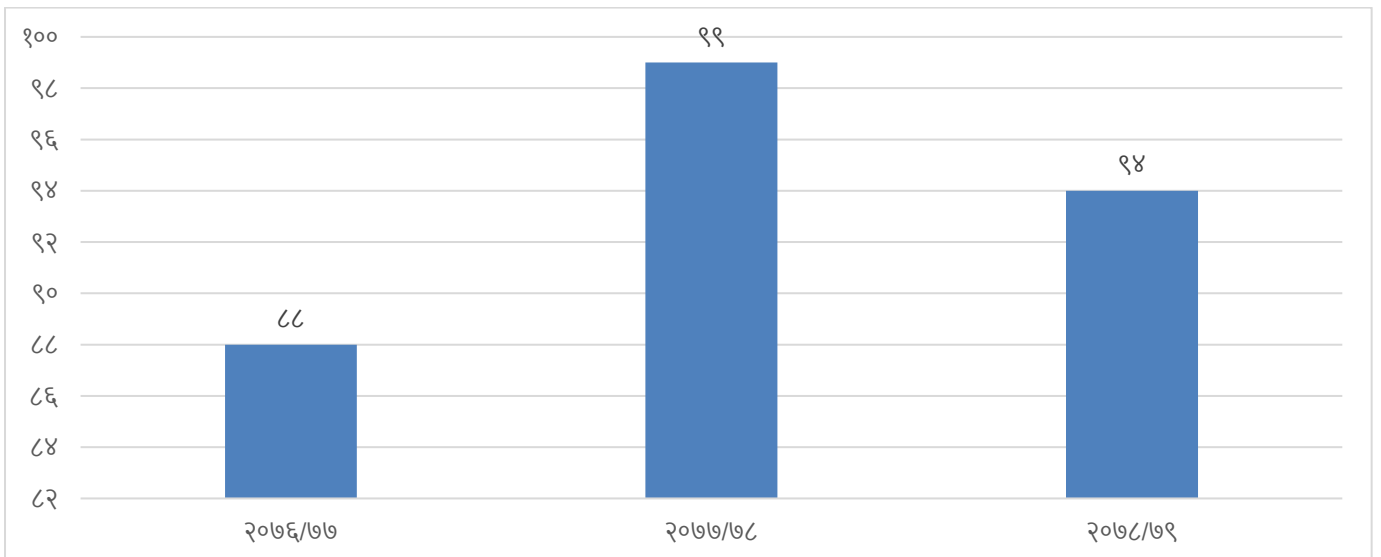
- टि.टि. खोपको कभरेज वढाई मातृ तथा नवशिशु धनुष्टंकार निवारणको अवस्था कायम राख्ने,
- ए.एफ.पि. सर्भिलेन्सलाई सुदृढ र विस्तार गरी खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरूको एकिकृत सर्भिलेन्स गर्ने तथा हिमोफिलस, इन्फ्लुइन्जा, रुवेला, न्युमोकोकस, र रोटाभाईरस जस्ता खोपवाट वचाउन सकिने अन्य रोगहरूको रोगभारको अवस्था नियमित 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 स्वास्थ्यकर्मीहरू को क्षमता अभिवृद्धि गर्ने,
- उपयुक्त प्रतिवेदन, अनुसन्धान र रेस्पेन्स को 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 ।

२.२.१ नियमित खोप कार्यक्रमको प्रगति समिक्षा

२.२.१.१ खोप केन्द्र संचालन तथा खोप कभरेज

आ.व. ०७७/७८ मा खोप कार्यक्रम तर्फ खोप केन्द्र संचालन आ.व ०७६/७७ को तुलनामा सुधार भएको थियो । आ.व. ०७६/७७ मा ८८ प्रतिशत, आ.व. ०७७/७८ मा ९९ प्रतिशत तथा आ.व. ०७८/७९ मा ९४ प्रतिशतमा खोप केन्द्र संचालन भएको प्रतिवेदन बाट देखिन्छ । ।

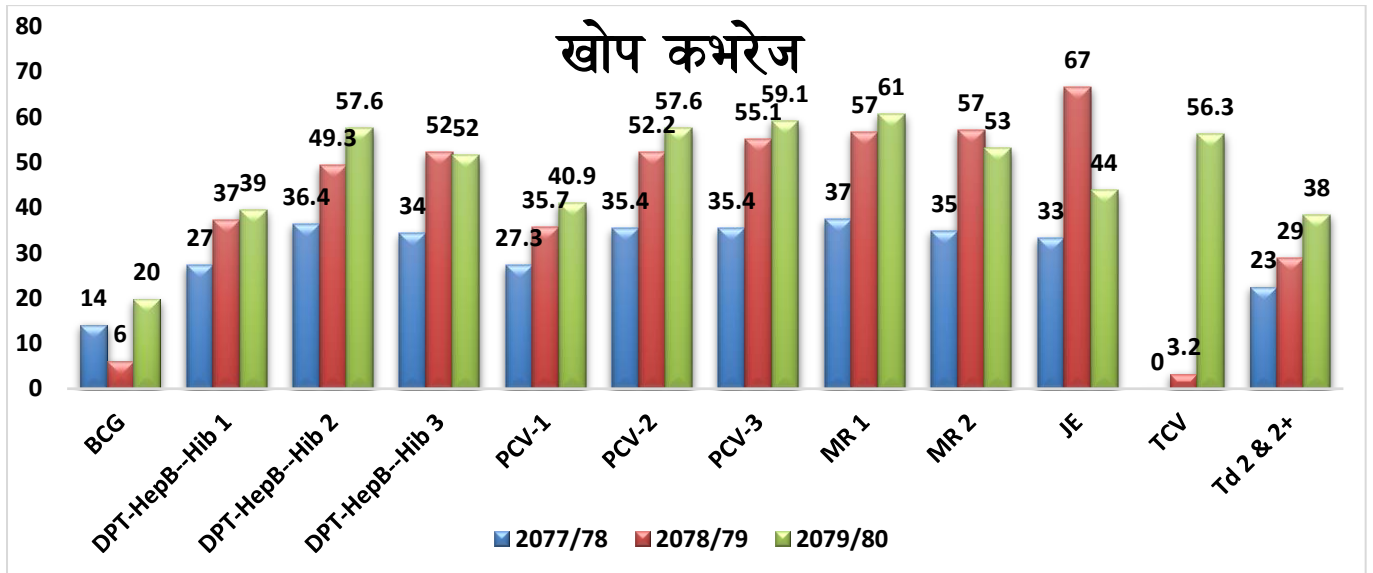
चित्र: खोप केन्द्र संचालन विवरण



तथ्यांक अनुसार वि.सि.जि. खोप लगाउने बालबालिका ६% , डिपिटी-हेप बि-हिव-तेस्रो मात्रा लगाउने ५२% , दादुरा-रुवेला दोस्रो मात्रा लगाउने ५७% तथा जापानिज ईनसेफलाईटिस लगाउने ६७% रहेका छन् भने टि

डि २/२+ लगाउने २९% गर्भवति महिलाहरू रहेका छन् । जिल्ला बाहिर सुत्केरी गराउने कारणले बि सि जी खोपको कभरेजमा सुधार हुन नसकेको देखिन्छ ।

चित्र: विगत ३ वर्षको खोप कभरेजको तुलनात्मक स्थिति

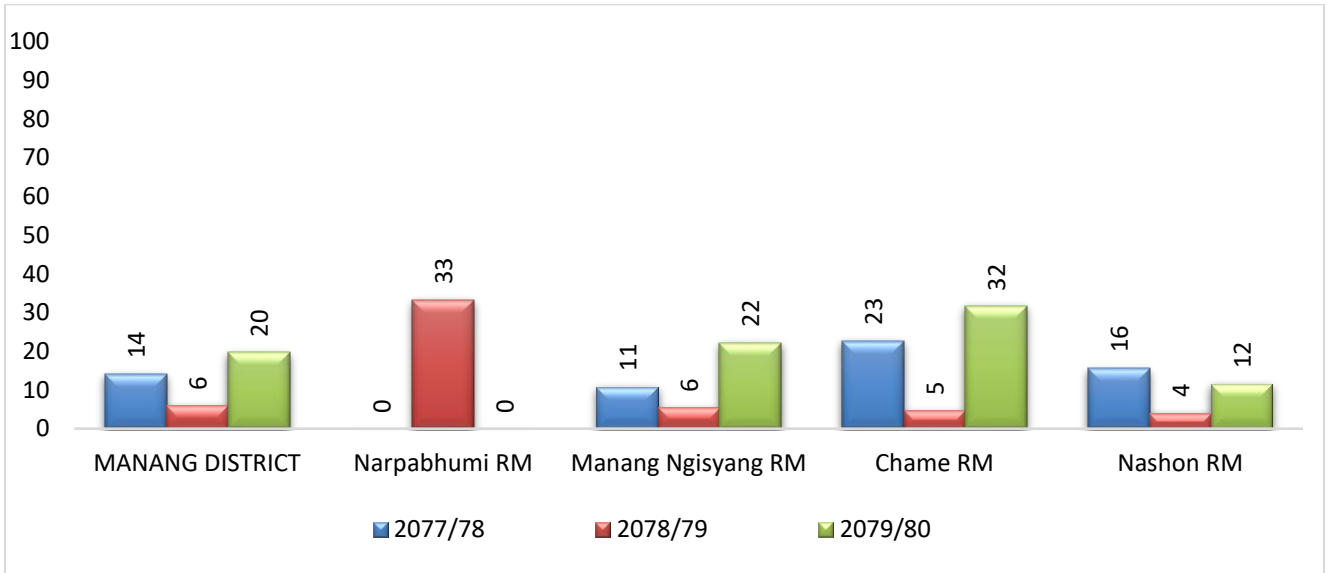


२.२.१.२ वि.सि.जी खोप:

मनाङ जिल्लाको वि.सि.जी खोपको कभरेज गत वर्षको ६ वाट बढेर २० प्रतिशतमा पुगेको छ । नार्पाभूमि गाउँपालिकामा वि सी जी खोपको प्रयोग भएन भने अन्य गाउँपालिकाहरूमा वि सि जी खोप लगाउने दर न्युन रहेको छ ।

यस जिल्लाका अधिकांश महिलाहरू सुत्केरी गराउन सुगम स्थानका सुविधासम्पन्न संस्थामा जाने र सो क्रममा वि सि जी खोप पनि त्यहि संस्थामा प्रदान हुने हुँदा लक्ष्य बमोजिम प्रगति नदेखिने गरेको हो ।

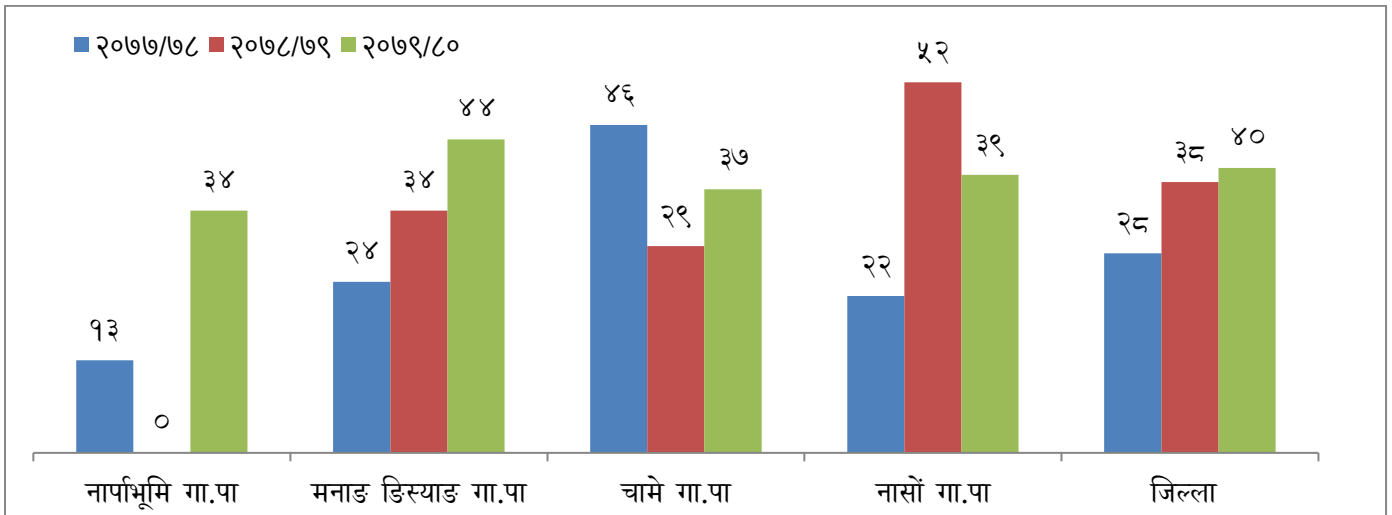
चित्र: पालिका अनुसार वि.सि.जी खोपको कभरेज



२.२.१.३ डिपिटि-हेप वि-हिव १:

मनाङ जिल्लाको डिपिटि-हेप वि-हिव १ को कभरेज गत आ.व.को ३८ प्रतिशतबाट बढेर ४० प्रतिशत रहेको छ । सबै भन्दा बढी कभरेज मनाङ डिस्ट्याड गाउँपालिकाको ४४ प्रतिशत छ भने नार्पाभूमि गाउँपालिकामा ३४ प्रतिशत छ। उक्त विवरणलाई तलको ग्राफ चित्रमा देखाइएको छ।

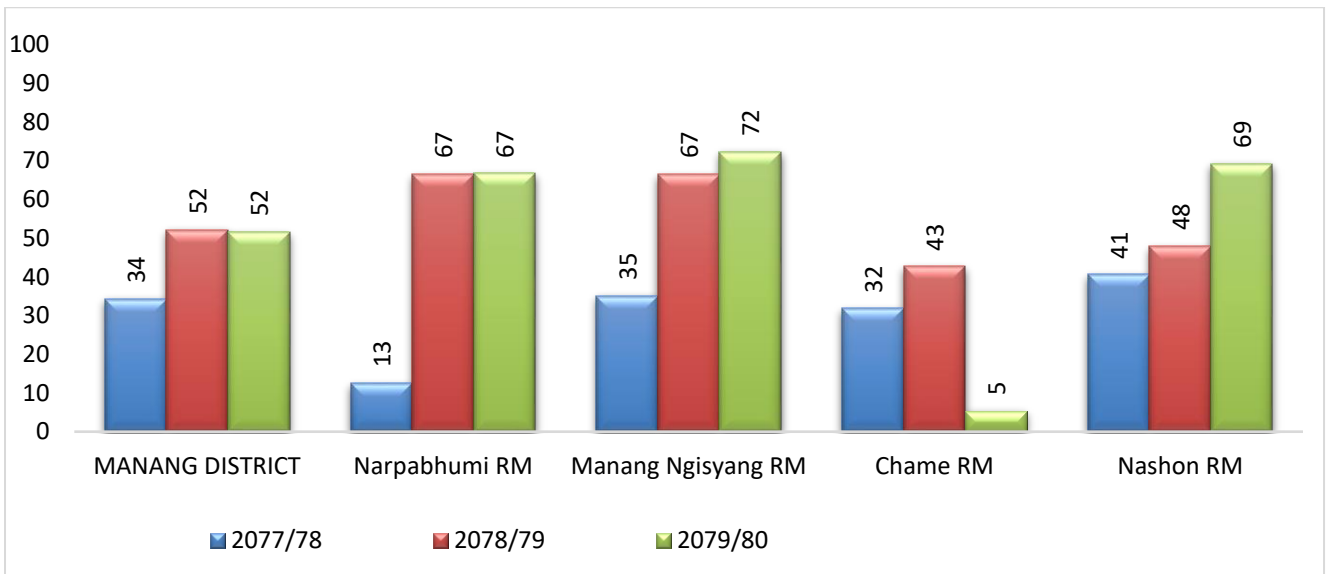
चित्र: पालिका अनुसार डिपिटि-हेप वि/हिव १ को कभरेज:



२.२.१.४ डिपिटि-हेप वि/हिव ३ को कभरेज:

मनाङ जिल्लाको डिपिटि-हेप वि-हिव ३ को कभरेज गत आ.व.को ५२ प्रतिशत रहेको छ । सबै भन्दा बढी कभरेज मनाङ डिस्ट्याड गाउँपालिकाको ७२ प्रतिशत र नार्पाभूमि गाउँपालिकाको ६७ प्रतिशत छ भने सबैभन्दा कम कभरेज चामे गाउँपालिकाको ५ प्रतिशत रहेको छ ।

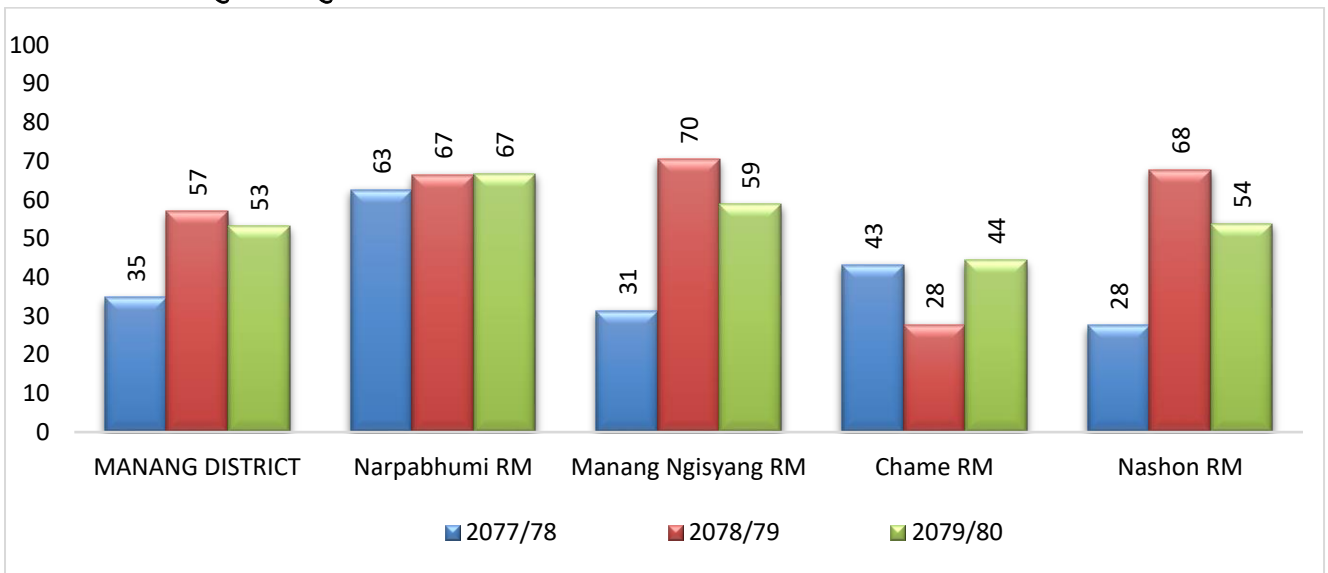
चित्र: पालिका अनुसार डिपिटि-हेप वि/हिव ३ को कभरेज



२.२.१.७ दादुरा-रुवेला खोप दोश्रो मात्राको प्रगति

दादुरा-रुवेला खोपको दोश्रो मात्राको प्रगति, आ.व. ०७७/७८मा ३५ प्रतिशतमा थियो भने आ.व. २०७८/७९मा अघिल्लो वर्षको भन्दा बढेर ५७ प्रतिशत भएकोमा आ.व. ०७९/८० मा ५३ प्रतिशत रहेको छ । सबै भन्दा बढी कभरेज नार्पाभूमि गाउँपालिकाको ६७ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज चामे गाउँपालिकाको ४४ प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र: पालिका अनुसार दादुरा/रुबेला पहिलो मात्रा कभरेज

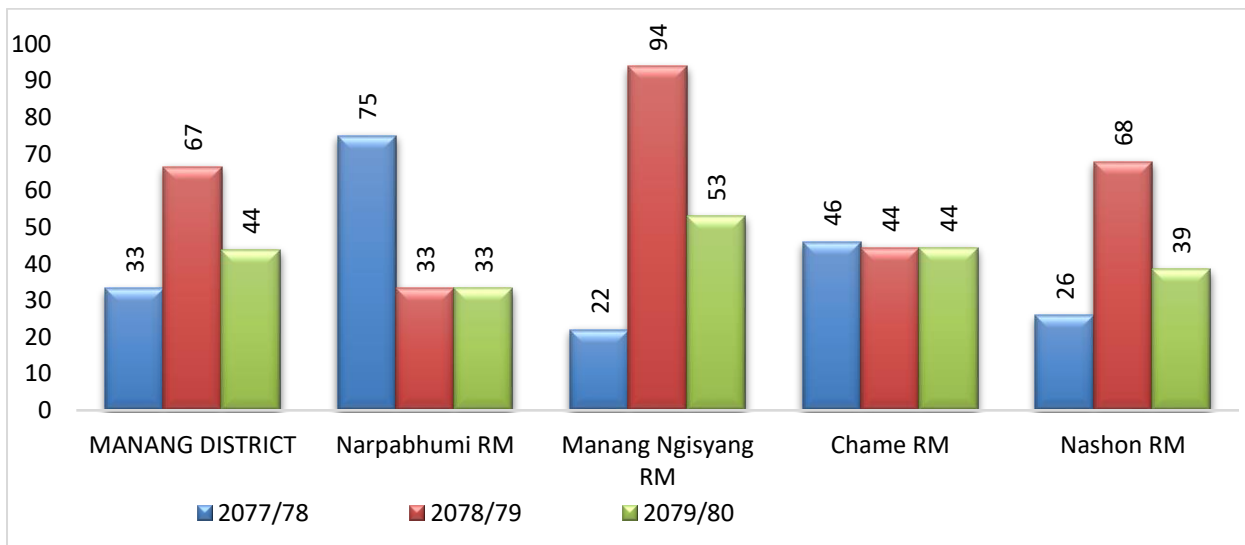


२.२.१.८ जे.ई. खोप कभरेज

मनाङ जिल्लामा आ.व. ०६८/६९ सालवाट नियमित खोप कार्यक्रममा जे.ई. खोप शुरु गरिएको थियो । हाल नेपालका सबै जिल्लामा जे.ई. खोप संचालन गरिएको छ। तलको ग्राफमा पालिका अनुसार जे.ई. खोपको कभरेज देखाईएको छ। जे.ई. खोपको प्रगति आ.व. २०७७/७८ मा ३३ प्रतिशत, आ.व. २०७८/७९मा गत वर्षको तुलनामा बढेर ६७ प्रतिशत पुगेकोमा आ.व. ०७९/८० मा ४४ प्रतिशत पुगेको

छ। सबै भन्दा बढी कभरेज मनाङ डिस्याङ गाउँपालिकाको ५३ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज नार्पाभुमि गाउँपालिकाको ३३ प्रतिशत रहेको छ।

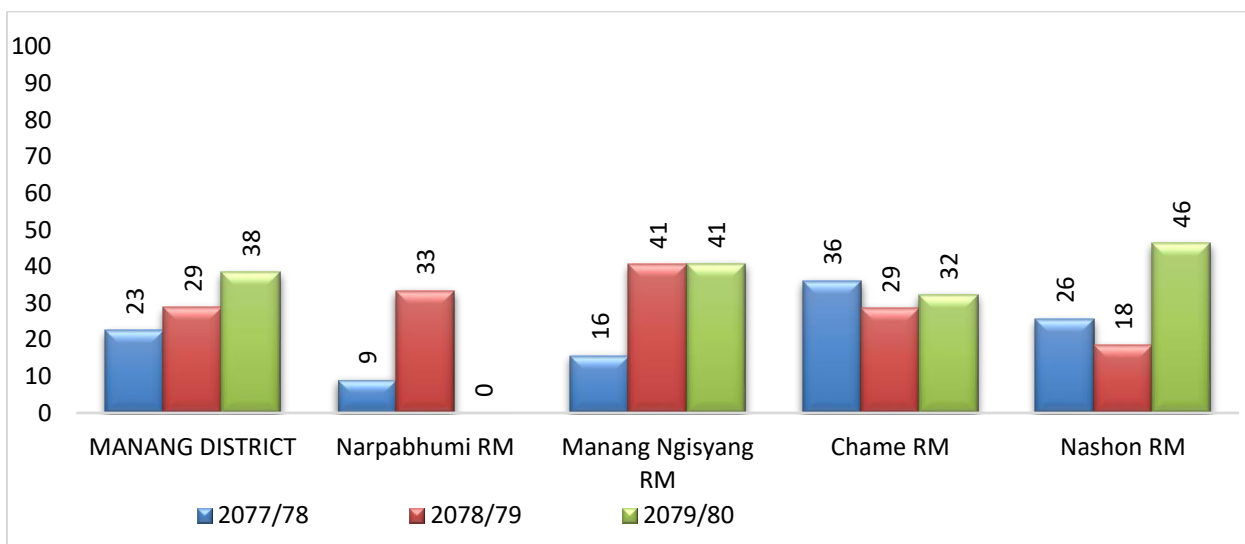
चित्र: पालिका अनुसार जे.ई. कभरेज



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 ३८ प्रतिशत रहेको छ । गत आ.व. ०७८/७९ मा यो प्रगति २९ प्रतिशत रहेको थियो। पालिका अनुसारको कभरेज हेर्दा सबभन्दा बढी मनाङ डिस्याङ गाउँपालिकामा ४१ प्रतिशत रहेको छ ।

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



२.२.१.११ ड्रप आउट दर (Dropout Rate)

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	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०
बि.सि.जि. को तुलनामा दादुरा रुबेला	-१६४.३	-८५०	-२०७.७
डि.पि.टी-हेप बि.-हिब १ को तुलनामा ३	-२५.९	-४०	-३०.८

२.२.१.१३ कभरेज र ड्रपआउटको आधारमा समस्याको पहिचान तथा बर्गीकरण

खोप कार्यक्रममा डि.पि.टी.-हेप.बी.-हिब १ को कभरेज तथा डि.पि.टी.-हेप.बी.-हिब १ को तुलनामा सबै गाउँपालिकाहरू र मनाङ जिल्ला नै न्युन ड्रप आउट तथा न्युन कभरेज भएको कारण तेश्रो समुहको बर्गीकरणमा परेको छ ।

खोप कार्यक्रमका सबल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरू

सबल पक्षहरू

- सुक्ष्म योजना अध्यावधिक गरी योजना गरिएका १०० प्रतिशत खोप सेसन संचालन भएको ।
- सबै स्वास्थ्यकर्मी तथा नयां नियुक्ति पाएका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई खोप सम्बन्धि 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 ।

समस्याहरू

- भरपर्दो यातायातको व्यवस्था नहुँदा खोप ढुवानीमा समस्या हुने गरेको ।

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)

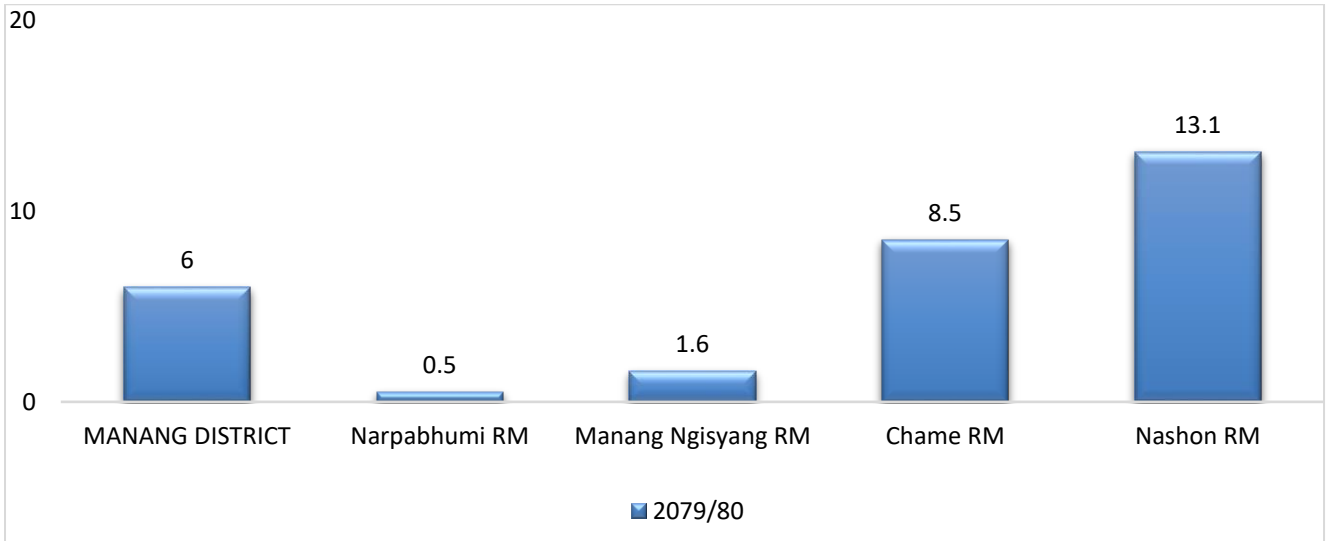
- महिला तथा बालबालिकाहरूको सामान्य कुपोषण न्युनिकरण गर्ने,
- गर्भवती र बालबालिकाहरूमा आइरन तत्वको कमीबाट हुने रक्तअल्पता न्युनिकरण गर्ने,
- आयडिन र भिटामिन ए को कमीबाट हुने विकृतीलाई न्युनिकरण गर्ने,
- आमाहरूको पोषण अवस्थामा सुधार गर्ने,
- पोषणसंग सम्बन्धित बानि व्यवहारमा सकारात्मक सुधार ल्याउन प्रभावकारी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

२.२.१ २ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको पोषण स्थिति

दुई वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूले मनाङ जिल्लामा आ.व. ०७७/७८ मा ४.७ पटक भएकोमा आ.व. २०७८/७९ मा ४.४ पटक बृद्धि अनुगमन गरिएको थियो । यसैगरी आ.व. २०७९/८० मा एउटा बच्चा औषत ५६ पटक तौल लिएर बृद्धि अनुगमन गरिएको छ ।

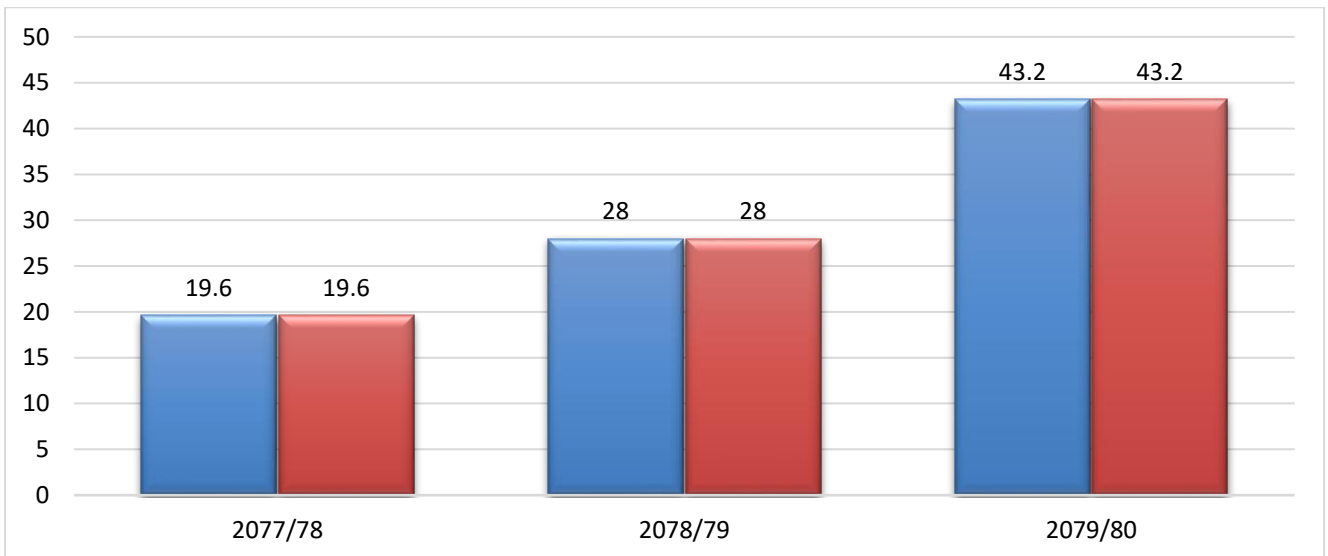
यसरी बृद्धि अनुगमन गरिएका बालबालिकामा आ.व. ०७६/७७ मा २.७ प्रतिशत बच्चामा कुपोषण (कम तौल) देखिएको तथा आ.व. २०७७/७८ मा कुनै पनि बच्चामा कुपोषण देखिएको थिएन भने आ.व. २०७८/७९ मा २.७ प्रतिशत बच्चामा कुपोषण (कम तौल)को अवस्था देखिएको थियो ।

चित्र: औषत बृद्धि अनुगमनको स्थिति



२.२.२ आईरन चक्की तथा क्याल्सियम चक्की खाने गर्भवति महिलाहरूको अवस्था

चित्र: आईरन चक्की तथा क्याल्सियम चक्की खाने गर्भवती महिलाको स्थिति



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

२.३ समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

लक्ष्य :

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

उद्देश्य:

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

रणनीति :

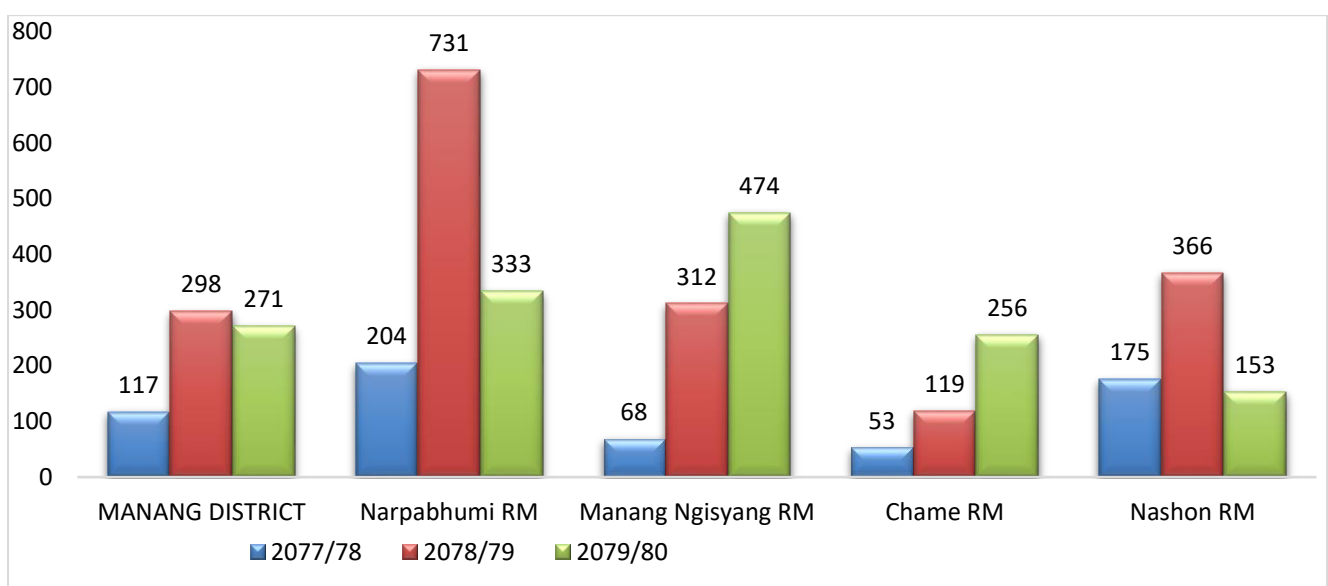
- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको ज्ञान र विरामी व्यवस्थापन गर्ने सीपमा सुधार ल्याउने,
- समग्र स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार ल्याउने,
- परिवार तथा समुदायको बानी व्यवहारमा सुधार ल्याउने ।

२.३.१ झाडा पखाला रोग नियन्त्रण

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

२.३.१.१ झाडापखालाका नयाँ विरामीदर

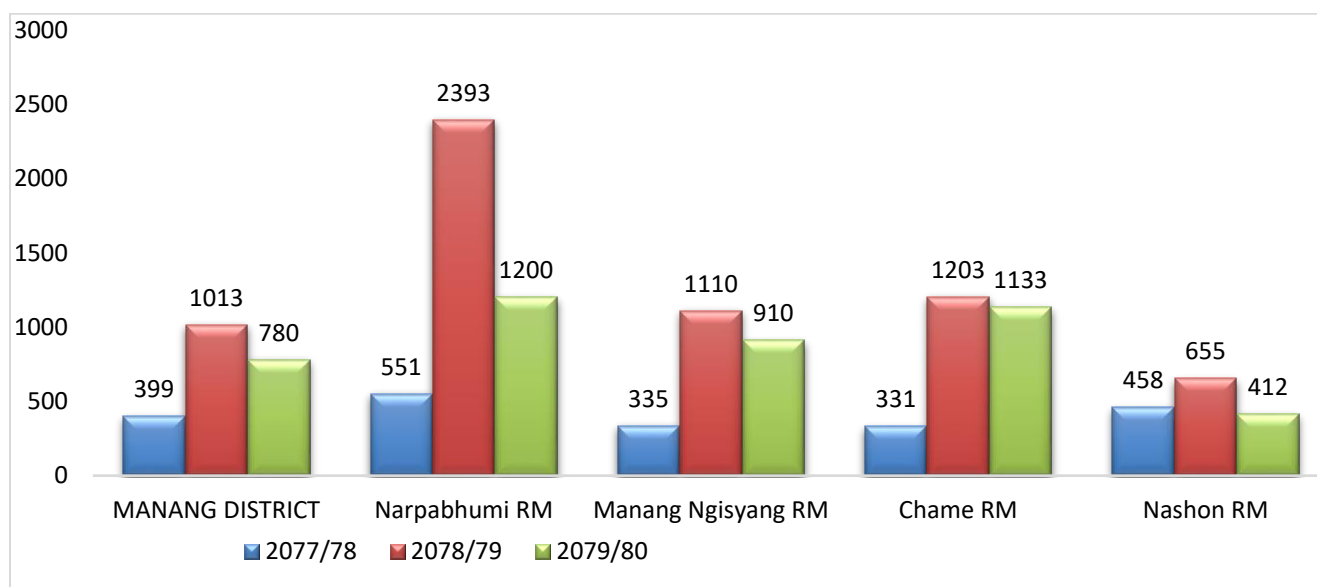
चित्र: झाडापखालाका नयाँ विरामीदर



माथिको स्तम्भमा विगत ३ वर्षमा झाडापखालाका नयाँ विरामी दर तुलनात्मक स्थिति देखाइएको छ । जस अनुसार गत आवमा झाडापखालाका नयाँ विरामी दर २९८ प्रति हजार रहेकोमा यस आ वमा सो दर २७१ प्रति हजार रहेको छ । यो दर गत आ.व ०७८/७९ को तुलनामा घटेको छ ।

२.३.२ श्वासप्रश्वास रोग

चित्र: विगत ३ वर्षको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ विरामी दर



माथिको स्तम्भमा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ विरामी दर, नयाँ विरामी मध्ये निमोनिया तथा कडा निमोनियाको प्रतिशतको तुलनात्मक स्थिति देखाइएको छ । नयाँ श्वासप्रश्वासको विरामीको दर आ.व ०७६/०७७ को ३९१ वाट आ.व. ०७७/७८ मा ३९८ प्रति हजारमा रहेकोमा आ.व ०७८/०७९ मा १०१३ प्रति हजार रहेको छ । आ व २०७९/८० मा सो दर ७८० प्रति हजारमा झरेको छ । बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन अन्तर्गत निमोनियाको स्वास्थ्य संस्थावाट समयमै रोग निदान र उपचार गरिएकोले कडा न्यूमोनिया न्यून रहेको छ ।

पोषण कार्यक्रमका सबल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरु

सबल पक्ष

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

समस्याहरु

- सबै स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम दिन नसकिएको ।
- खोप क्लिनिक बाहेक स्वास्थ्य संस्था तथा गाँउ घर क्लिनिक मा बालबालिकाहरुलाई नियमित वृद्धि अनुगमन गर्न नल्याईनु ।

सुझावहरु

- खोप क्लिनिक बाहेक पनि बच्चाको वृद्धि अनुगमन गर्न ल्याउन उत्प्रेरित गर्नुपर्ने ।
- तालिम नपाएका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्ने ।

अध्याय -३: परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

३.१ पृष्ठभूमि

सन् १९७८ को आलमा आटा घोषणा पश्चात 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 संचालित भै रहेकोमा सन् १९८८ मा स्वास्थ्य मन्त्रालयमा जन स्वास्थ्य महाशाखा स्थापना गरी सो अन्तर्गत राखी एकीकरण गर्ने प्रकृया सुरु भएर सन् १९९२ मा पूर्ण रूपले एकीकृत भै स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको स्थापना भएको थियो ।

तत्पश्चात सन् १९९४ मा जनसंख्या र विकास सम्बन्धी अन्तराष्ट्रिय सम्मेलन सम्पन्न भएपछी प्रजनन स्वास्थ्यलाई विकासको एउटा महत्वपूर्ण अंगको रूपमा अंगीकार गरिएकोले परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रमको भूमिका महत्वपूर्ण 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 रणतिनि २०१५-२०२०, "FP2020" तथा राष्ट्रिय परिवार नियोजन कस्टेड कार्यक्रमन्यन योजना २०१५-२०२१ को भाव पनि सरकारी तथा गैर सरकारी संघ सस्थाहरूसँग मिलेर नेपाली जनताहरूलाई गुणस्तरिय परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्ने कुरालाई महत्व 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 संचार 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 बहु 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 संचालित 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 वृद्धि गर्न नयाँ कृयाकलापहरू संचालन गर्ने ।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गांउघर क्लिनिकको गुणस्तरीय तथा संख्यात्मक प्रयोगको सुनिश्चितता गर्ने ।

३.१.१ परिवार नियोजन

सहश्राब्दी बिकास लक्षका सबै लक्ष संग प्रत्यक्ष र परोक्षरूपमा परिवार नियोजनको सम्बन्ध भएको र सन् २००७ पछि सहश्राब्दी बिकास लक्ष्य -५ लाई मातृ स्वास्थ्य, प.नि. साधन प्रयोग दर, किशोरीको गर्भावस्था र प.नि. अपरिपुर्त मागमा हेरिन थाले पछि परिवार नियोजन भूमिका अझै बढेको छ। हाल आएर भर्खरै बनाइएको 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 मा झार्ने ।
- परिवार नियोजनको प्रयोगदर आधुनिक साधन ७५ प्रतिशतमा पुरयाउने ।
- किशोरी (१५ देखि १९ वर्ष) मा हुने प्रजनन दर लाई ३० प्रति हजार झराल्ने लक्ष रहेको छ ।

३.१.२ सुरक्षित मातृत्व

पृष्ठभूमि:

नवौं पन्च बर्षिय योजना, स्वास्थ्य नीति र रणनीति अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यलाई प्याकेजको रूपमा नेपाल भरी संचालन गर्न चरणबद्ध र व्यवस्थित रूपले परिमार्जन गरी २०५६ साल देखि कार्यक्रम शुरु 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 शुचारु गरिएको छ । नेपाल सरकारद्वारा आ.व.२०७३/०७४ को निति तथा कार्यक्रम मार्फत सम्पूर्ण सूचिकृत सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरक्षित गर्भपतन 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 स्वास्थ्य कार्यालय मनाङ वाट पनि सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको महत्वबारे 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 लगेको छ ।

दिगो विकास लक्ष्य अनुरूप सन् २०३० सम्ममा

- मातृ मृत्युलाई ७० प्रति १००,००० जिवित जन्ममा घटाउने
- रोक्नसक्ने नवजात शिशु तथा बाल मृत्युलाई एक प्रतिशत भन्दा कममा झार्ने
- स्वास्थ्यकर्मीद्वारा गरिने गर्भवती जाँच सेवालाई ९० प्रतिशतमा पुर्याउने
- सस्थागत सुत्केरीलाई ९० प्रतिशत पुर्याउने
- सुत्केरी पश्चात गरिने जाँचलाई ९० प्रतिशतमा पुर्याउने

३.१.३ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

पृष्ठभूमि:

राष्ट्रिय स्वास्थ्य निति २०४८ को भावना अनुरूप जनताको घर दैलोसम्म आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराई जनताको स्वास्थ्य स्तरमा सुधार ल्याउने लक्ष्य सहित प्रत्येक गा.वि.स. र न.पा.का स्वास्थ्य संस्थामा पहुँच नपुगेका समुदायमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको लागि गाँउघर क्लिनिक संचालनको रणनीति अघि 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 गरि सेवाको माग र उपभोग बढाउन मद्दत पुर्याउने उद्देश्यले यो कार्यक्रम संचालन गरिएको हो ।

गाँउघर क्लिनिकबाट उपलब्ध सेवाहरू :

- १) परिवार नियोजन सेवा
- २) सुरक्षित मातृत्व सेवा
- ३) बालस्वास्थ्य सेवा
- ४) सामान्य उपचार सेवा
- ५) स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा ।

३.१.४ 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, झाडापखाला, निमोनिया जस्ता कार्यक्रम संचालन भैरहेतापनि बढ्दो जनसंख्याको चाप, सरुवा रोगको प्रकोप, कुपोषण, व्यक्तिगत 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 संचालन 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 संचालन गरिएको हो । प्रत्येक वडामा स्वास्थ्य आमा समुहको गठन गरि सो समुहबाट १ जना म.स्वा.स्व.से. छनौट गरि आधारभुत तालिम पछि उनिहरु वडामा काम गर्न शुरु गर्दछन् ।

उद्देश्य:

- स्वास्थ्य सम्बन्धी अत्यावश्यक ज्ञान र सिप प्रदान गरेर स्थानिय स्तरमा स्वास्थ्य समस्या समाधान गर्न महिलाहरूलाई सक्रिय बनाउने ।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई समुदायसम्म पुर्याउन सम्पर्क व्यक्तिको रूपमा कार्य गर्न इच्छुक स्वयंसेवीहरु 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 संचालित छ । IUCD सेवाका लागि नर्सिङ स्टाफहरु र Implant सेवाका लागि नर्सिङ तथा पारामेडिक्स स्टाफहरूलाई स्वास्थ्य तालिम केन्द्र गण्डकी प्रदेशसँगको समन्वयमा तालिममा सहभागी गराई परिवार नियोजन सेवा विस्तार गरिएको छ । सेवाको पहुँच नपुगेका र सेवा प्रदायक नभएका स्वास्थ्य संस्थामा स्याटेलाइट क्लिनिकको माध्यमबाट लामो अबधिको प.नि. साधनमा जोड दिदै आएको र स्थायी परिवार नियोजन सेवा लिन ईच्छुक सेवाग्राहीका लागि आवश्यकता र समुदायको माग अनुरूप बन्ध्याकरण घुम्टि शिविर संचालन गर्दै आएको छ । गत वर्षको तुलनामा परीवार जियोजनको प्रयोगदर घट्दो देखिन्छ । सबै सेवा केन्द्रमा प.नि.का ५ वटै अस्थायी साधनको सेवा र स्थायी बन्ध्याकरण घुम्टि शिविर नियमित संचालन हुन नसक्नु, सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई प. नि. सेवाको तालिम दिन नसकिनु तथा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरु सुरुवा भई अन्यत्र जाने आदी यस सेवा क्षेत्रका विधमान चुनौतीको रूपमा रहेका छन् ।

३.२.१ लामो अबधिको परिवार नियोजन सेवा

जिल्लामा लामो अबधिको परिवार नियोजन साधनको सेवा बढाउनको लागि गण्डकी प्रदेश सरकारको समानिकरणबाटस्वास्थ्य कार्यालयले तथा सबै स्थानियतहबाट स्याटेलाइट क्लिनिकको सेवा संख्या थप गरी सेवाको पहुँच बढाउने प्रयास गरिएको छ जस्को फलस्वरूप लामो समयको साधन प्रयोग दर तुलनात्मक रूपमा बढ्दै गएको

छ । साथै विभिन्न संघ सस्थाहरूले समेत तालिम तथा कोचिडमा सहयोग गर्न थालेका, प. नि. सेवाको माग वढाउने गतिविधी तथा कार्यक्रमहरू पनि संचालन भएको, केहि संघ सस्थाले निरन्तर लामो अवधीका प. नि. साधनहरूको घुम्ती शिविरहरू पनि गर्न थालेको हुँदा लामो अवधीका प.नि. साधनहरूको प्रयोगदर वढ्दै गरेको छ । आइ.यु.सि.डि. र इम्प्लान्ट सेवा दिने सस्था न्युन भएकोले अपेक्षा अनुरूप प्रगती हुन सकेको छैन ।

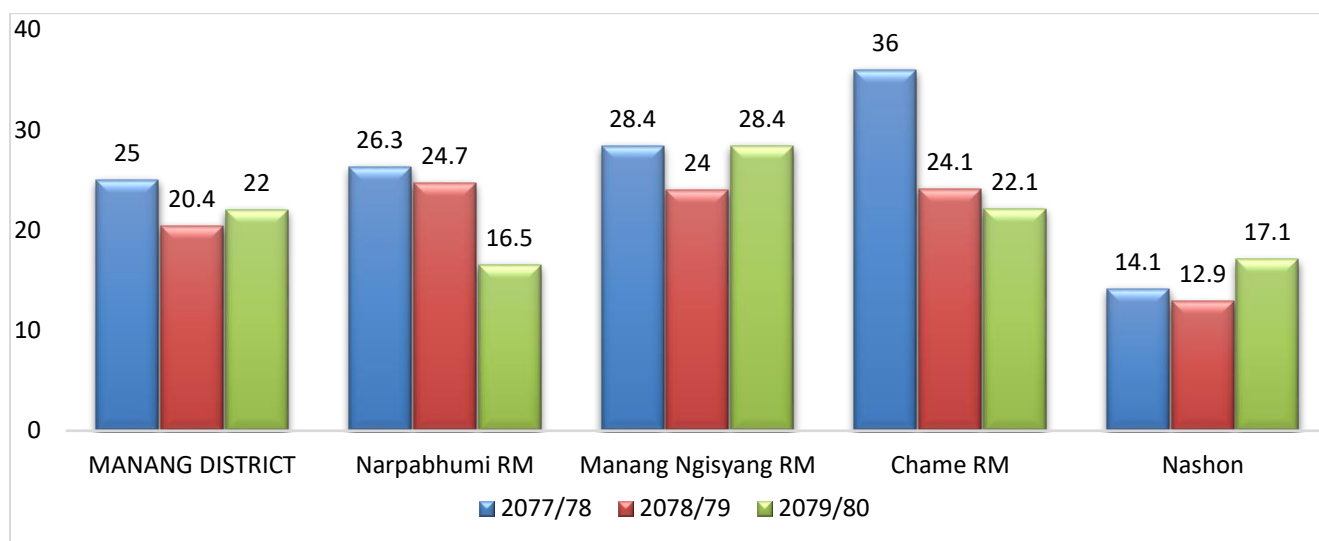
तालिका नं ३ लामो अवधिको परिवार नियोजन सेवा

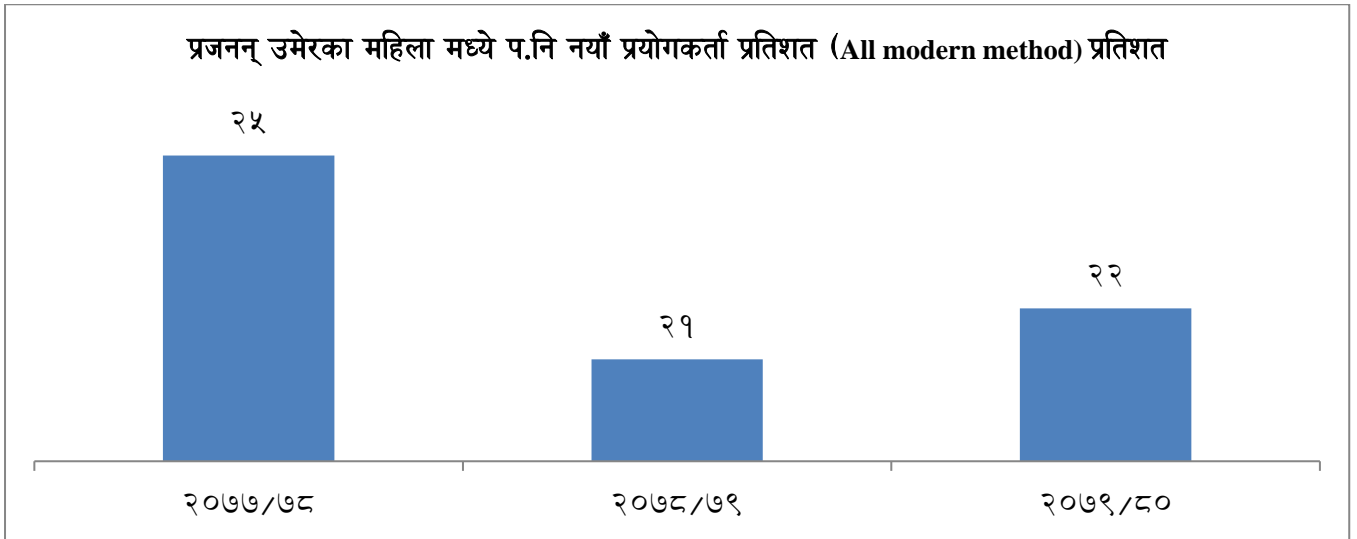
सेवा	आई यु सि डि सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था	इम्प्लान्ट सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था	वन्ध्याकरण सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था
चामे गाउँ पालिका	१	२	०
नासो गाउँ पालिका	१	२	०
नार्पाभुमी गाउँ पालिका	०	१	०
मनाङ डिस्याङ गाउँ पालिका	१	२	०
मनाङ जिल्ला	३	७	०

मनाङ जिल्लामा छोटो अवधीका प. नि. साधनहरू कण्डम, पिल्स तथा डिपोको सेवा सम्पूर्ण स्वास्थ्य सस्थामा भएता पनि लामो अवधिमा साधनहरू सम्पूर्ण स्वास्थ्य सस्थाहरूमा पुर्याउन सकिएको छैन । मनाङ जिल्लामा आई यु.सि.डि., को सेवा ३ वटा र इम्प्लान्टको सेवा ७ वटा स्वास्थ्य संस्थाबाट संचालन गर्दै आइएको छ । (तालिका नं. ३)

३.२.४ प्रजनन उमेरका महिला मध्ये परिवार नियोजन नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत

चित्र १९ प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत





प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत आ ब २०७९/८० मा केहि बढेर २२ प्रतिशतमा रहेको देखिन्छ।

३.२.५ गर्भान्तरको लागी प.नि. लगातार प्रयोगकर्ताको बिबरण

तालिका: गर्भान्तरको लागी प.नि.लगातार प्रयोगकर्ताको बिबरण

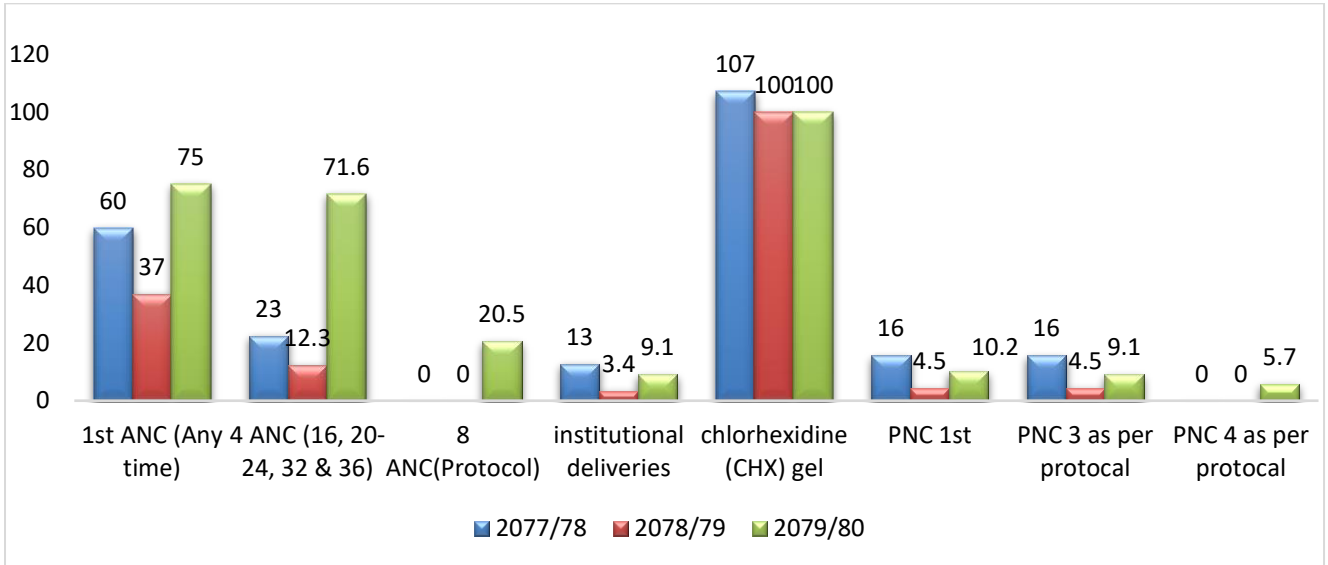
हाल प्रयोगकर्ता	इकाइ	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०
कण्डम	CYP	११९	११६	
पिल्स	जना	५१	५८	३०
डिपो	जना	१००	११४	११४
आई.यु.सि.डि.	जना	२१	२१	११
इम्प्लाण्ट	जना	२०७	२१६	९२
जम्मा		४९३	५२५	

आइ.यु.सि.डी. को लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या यो आ वमा पनि ११ रहेको छ । पिल्स, डिपो, इम्प्लाण्टको प्रयोगकर्ता आ.ब. २०७८/७९ मा गत वर्षको तुलनामा घटेको देखिन्छ । नयाँ प्रयोगकर्ताहरू नै उल्लेखिनिय रूपमा वढाउन नसकिएको तथा छोटो अवधीका परिवार नियोजन साधनहरूका प्रयोगकर्ताहरूले साधन प्रयोग गर्न छोड्ने गरेकोले समग्ररूपमा परिवार नियोजनको सेवा उपलब्ध भएता पनि प्रयोगदरमा बृद्धि हुनसकेको छैन।

३.३ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको अवस्था

३.३.१ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको अवस्था

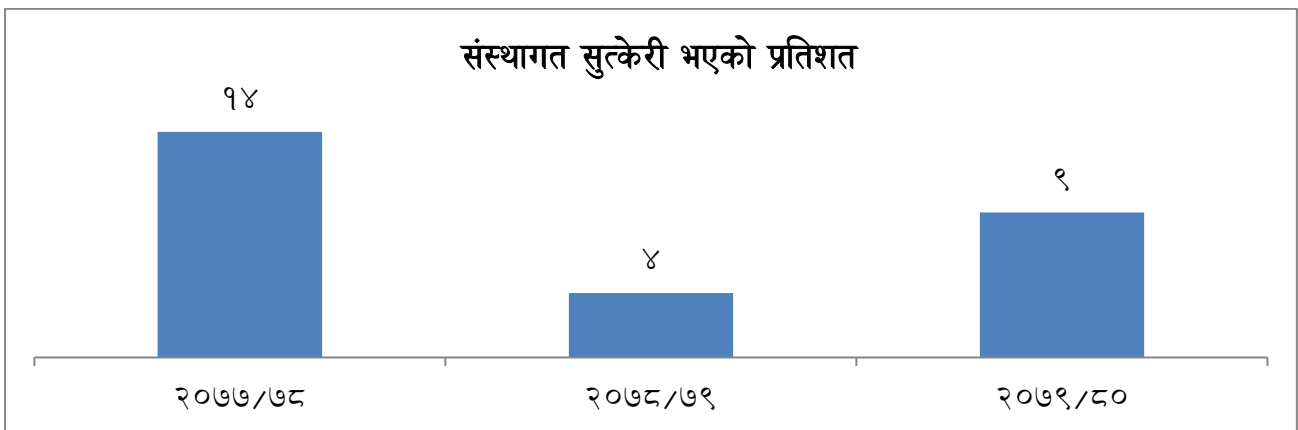
चित्र: मनाङ जिल्लामा विगत ३ आवमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको अवस्था



सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तरगत गर्भवती महिलाले कम्तिमा पनि एक पटक गर्भ जाँच र प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भ जाँच गराएको तथ्याङ्क हेर्दा आ.व. २०७९/८० मा गत आ.व.को भन्दा बढेको देखिन्छ । तसर्थ आगामी दिनहरूमा लक्ष अनुसार प्रगती प्राप्त गर्नका लागि सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा नियमित अनुगमन सुपरिवेक्षण गरी समयमै 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. २०७७/७८ मा १४ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. २०७८/७९ मा भने सो अवस्था घटेर ४ प्रतिशतमा घटेकोमा आ.व. २०७९/८० मा ९ प्रतिशत पुगेको छ । बर्थिङ सेन्टरको विश्वसनियता बढाउन २४ घण्टा नै तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी व्यवस्था गर्नुपर्ने आवश्यक देखिन्छ ।

३.४ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको अवस्था

मनाङ जिल्लामा जनताको घर दैलो सम्म आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपलब्धता भएको र स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच नपुगेका वडा नभएकाले गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम सञ्चालनमा छैन । तथापि मनाङ डिस्ट्याड गाउँपालिकामा एउटा गाउँघर क्लिनिक भने चल्ने गरेको छ ।

३.५ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रमको अवस्था

मनाङ जिल्लामा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम आ.व. २०४५/४६ बाट शुरु भै आ.व. २०५२/५३ मा जनसंख्याको आधारमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम शुरु भएको थियो । हाल चामे गाउँपालिकामा ९ जना, नासो गाउँपालिकामा २८ जना, नार्पाभूमि गाउँपालिकामा १८ जना र मनाङ डिस्ट्याड गाउँपालिकामा ६३ जना गरी मनाङ जिल्लामा जम्मा ११८ जना महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरू सेवारत छन् । उनीहरूलाई काम प्रति जागरुक र प्रोत्साहन गर्ने उद्देश्यले महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कोष, पोशाक खर्च सम्मान जनक 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.व. २०६४/६५ को बजेट बक्तव्य मार्फत प्रत्येक गा.वि.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.वि.स. थप हुँदै 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 दिई आर्थिक सशक्तिकरणका लागी कार्य भै रहेको छ ।

३.६.१ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले दिएको सेवा तथा प्रतिवेदन

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

सूचकहरू	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०
महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले गरेको प्रतिवेदन प्रतिशत	७३	९०	७५
म.स्वा.स्व.से ले प्रति महिना सेवा पुर्याएको	२	२	१।५
म.स्वा.स्व.से ले आमा समुह बैठक संचालन गरेको प्रतिशत	६८	७१	६३
म.स्वा.स्व.से ले गर्भवती महिलालाई भेट गरेको प्रतिशत	६४	६३	६०
म.स्वा.स्व.से ले सुत्केरी महिलालाई भेट गरेको प्रतिशत	४	०	०

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले गरेको प्रतिवेदन प्रतिशत यस आ व ७५ प्रतिशतमा पुगेको छ भने म.स्वा.स्व.से.से ले गर्भवती महिलालाई भेट गरेको प्रतिशत गत आ.व. जस्तै रहेको छ । म.स्वा.स्व.से ले आमा समुह बैठक संचालन गरेको प्रतिशत अघिल्लो आ व को भन्दा केहि मात्र बढी ६३ प्रतिशत रहेको छ ।

३.६ परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रमका सवल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरू

सबल पक्षहरु:

- परीवार नियोजनको शुष्मयोजना कार्यक्रमबाट सेवा बाट खास बन्चित भएका समुहको पहिचान भएको ।
- सबै वडाहरुमा बर्थिड सेन्टर स्थापना भएको ।
- लामो अबधिको साधनको प्रयोगमा बृद्धि ।
- सेवा प्रदायक संस्थाको विस्तार, दातृ निकायहरुको लगानी बढ्दो

समस्याहरु

- चौबिसै घण्टा बर्थिड सेन्टरमा सेवा प्रदान गर्न आवश्यक दक्ष जनशक्ति र पूर्वाधार पुरा गर्न नसकिएको
- सेवा विस्तार गरेका स्वस्थ्य केन्द्रहरुमा प्रयाप्त स्रोत र साधन पुर्याउन नसकीएको
- सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा ५ वटै प. नि. साधनहरुको सेवा विस्तार गर्न नसकिएको
- स्थायी बन्ध्याकरणको सेवा नियमित हुन नसकेको ।
- आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिती न्यून ।

समाधानका उपाय

- सबै बर्थिड 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 -४: इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

४.१ 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 पानीबाट निस्कने दुषित हावा माला-एरिया वाट हुन्छ भन्ने मान्यता थियो, जसबाट अंग्रेजी भाषामा मलेरिया हुन गएको तथ्य छ ।

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

सन १९५० मा औलो रोग नियन्त्रण युनिट गण्डकी हाइड्रो पावर प्रोजेक्टको स्थापना भयो, यो नै औलो रोग सम्बन्धि काम गर्ने सबै भन्दा पुरानो संस्था वा कार्यक्रम मानिन्छ । सन् १९५८ मा औलो उल्मुलन संगठन स्थापना भएपछि देशमा औलो रोग उन्मुलन गर्ने हलचल नै शुरु भयो तर विविध 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 शुरु हुनु भन्दा अगाडी तराई, भित्री मधेश र पहाडका खोचहरूमा ब्यापक रूपमा औलो रोग फैलिएको थियो । घरका सम्पूर्ण परिवार बिरामी भएर पानी खुवाउनेसम्म कोही नरहने तथ्य केही दशक अगाडि सम्म पनि यथावत रहेको थियो । चारकोसे झाडीबाट पार हुदा आँखा झिमिक्क पार्न समेत हुँदैनथ्यो भनिन्थ्यो । तराईका विभिन्न जिल्लाहरू कालापानीका नामले कहलिन्थे । भनिन्छ राणाकालमा कसैलाई सजाय दिन परेमा यही कालापानी पठाइन्थ्यो र त्यही औलो रोग लागेर उसको मृत्यू हुन्थ्यो । औलो ग्रसित भएकै कारणले तराईका उर्बर भूमि पनि मरुभूमिका रूपमा रहीरहेका थिए ।

औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरु भएपछि औलो रोग करीब करीब उन्मुलनको संधारमा पुगयो तर विविध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन तापनी औलो रोग उन्मुलन कार्यक्रम शुरु भएपछि यस सम्बन्धी धारणाहरू परिवर्तन भए । कालापानीका नामले चिनिने कतिपय जिल्लाहरूमा ठूलूला कलकारखानाहरू स्थापना भए, ठूलाठूला उद्योग, नहरहरू स्थापना भए, तराईका जंगल र मरुभूमिहरूमा लहलहाउदो खेती हुने उर्बर भूमिमा परिणत भए, पुर्ब मेची देखि पश्चिम महाकाली सम्म ठूलाठूला सडकहरू बने, नहरहरूको बिकाश 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 वर्ष ५०-६० हजार क्लिनिकल मलेरीया १०-१४ हजार प्रमाणित औलो रोगीहरूको अभिलेख रहेको र सो मध्ये १०-३० प्रतिशत प्लाजमोडियम फाल्सीफारम केस रेकर्ड हुनुले पनि औलो रोगबाट हामी कती सुरक्षित छौं 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,

रणनीतीहरू(Startegies) :

- 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 विरामीको 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, ताजाडोट जस्ता ठाँउहरूमा औलोको विरामीहरू देखिनु तथा आवश्यकप्रतिकारात्मक क्रियाकलाप जस्तै खोजपडताल तथा विषादी छिड्काउ गर्न समयमा नै पुग्न कठिनाई ,
- औलो रणनीतिक योजना (२०१४-२०२५) को १-३-७ मोडेल अनुसार समयमानै सर्भिलेन्स हुन नसक्नु,
- भेक्टर नियन्त्रण र सर्भिलेन्सको क्रियाकलाप नियमित भइरहदा पनि सोचे जति औलो विरामीहरू नघट्नु ,
- सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा औलो जाँच नहुनु,
- कीटनाशकयुक्त झुल तथा विषादी छिड्काउका लागि माग अनुसार व्यवस्थापनमा कठिनाई हुनु,
- नेपाल औलो रणनीतिक योजना (२०१४-२०२५) का अनुसार जोखिम क्षेत्रमा औलो नियन्त्रणका लागि आवश्यक मात्रामा झुल वितरण नहुनु
- प्रदेश तथा स्थानीयतहमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको अभाव ।
- इन्टोमोलोजिकल तथ्याङ्कहरू अघावधिक 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 वृद्धि जस्ता नयाँ चुनौतिहरूको कारणले क्षयरोग नियन्त्रण कार्य झन कठिन बन्दै गएको छ । यस किसिमका चुनौतिहरूलाई मध्य नजर गर्दै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले विगतका 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 गैहसरकारी निकायबाट राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको मापदण्ड अनुसारको उपचार पाउने व्यवस्था, समुदायको सहभागिता, सरकारी तथा गैह सरकारी संघ-संस्थाहरूसँगको सहकार्य, बहूऔषधि प्रतिरोध क्षयरोगका बिरामीको उपचार व्यवस्थापन कार्यक्रमको विस्तार 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 आत्मसात् गर्दै 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 सन्ने 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 झार्ने ।
- 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 पुर्याउने तथा सन् २०२१ सम्म शत प्रतिशत सम्भावित व्यक्तिहरूमा निदान सेवा पुर्याउने । कम्तीमा ७५ प्रतिशत निदान गरिएका औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भएका बिरामीहरूको सफलतापूर्वक उपचार पूरा गर्ने ।

४) स्वास्थ्य मन्त्रालयका अतिरिक्त अन्य सरकारी निकायहरू जस्तै :- मेडिकल कलेज, निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूको 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 बिरामीहरूको व्यवस्थापन, एडभोकेसी, सहयोग र अधिकारका लागि सन् २०१८ सम्म ६०५ जिल्लाहरूमा र सन् २०२१ सम्म १००५ जिल्लाहरूमा 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 सेवाहरूलाई निरन्तरता दिन योजनाको विकास गर्ने ।

उद्देश्यहरू (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 ।

रणनीतिहरू (Strategies)

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

१. उच्चगुणस्तरीय डट्स कार्यक्रमको बिस्तार

क) राजनैतिक प्रतिबद्धता

- ख) खकारको गुणस्तरीय परिक्षणद्वारा रोगको निदान
- ग) सुपरीवेक्षण तथा विरामी सहायता सहितको स्तरीय उपचार
- घ) प्रभावकारी औषधि बितरण तथा व्यवस्थापन प्रणाली
- ड) अनुगमन र मुल्यांकन प्रणाली तथा प्रभावकारिताको मापन

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

यी विषयहरूलाई 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 सुदृढीकरणमा योगदान

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

ख) नयाँ अवधारणाको आदानप्रदान गरि स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको सुदृढीकरण गर्ने

४. सम्पूर्ण सेवा प्रदायकलाई क्षयरोग सेवामा संलग्न गराउने

क) सरकारी-सरकारी तथा सरकारी-निजि साझेदारी

ख) क्षयरोग सेवाको अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड

५. क्षयरोगका विरामी तथा समुदायको सशक्तिकरण

क्षयरोगका विरामी तथा समुदायको सशक्तिकरण गर्नका लागि निम्न क्रियाकलापहरू गर्नुपर्दछ ।

क) वकालत, संचार तथा समाजिक परिचालन

ख) क्षयरोग सेवामा सामुदायिक सहभागिता

ग) क्षयरोग सेवामा बिरामी वडापत्र

सबल पक्षहरू :

१) 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 सञ्चालन हुन नसक्नु र प्रयोगशालाकर्मीलाई काममा लगाउन नसक्नु ।
३. सबै क्षयरोग बिरामीहरूको जड्खु परिक्षण गर्न नसक्नु ।
४. प्रयोगशालाकर्मीको अभावका कारण सबै PBC बिरामीको परिवारको सम्पर्क परिक्षण गर्न नसक्नु ।
५. बसाई, सराई ।
६. क्षयरोग तथा एच.आई.भी. सह-संक्रमण बढ्दो ।
७. स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त प्रतिवेदन स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको प्रतिवेदनसँग मेल नखाएको ।

सुझावहरू

- १) प्रयोगशालाकर्मीलाई क्षयरोगको स्लाईड जाच गर्न लगाउनु पर्ने ।
- २) उच्च जोखिम क्षेत्र पहिचान गरि सेवा बिस्तार गर्नुपर्ने ।
- ३) क्षयरोग र एच.आई.भी. कार्यक्रम एकीकृत हुनुपर्ने ।

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

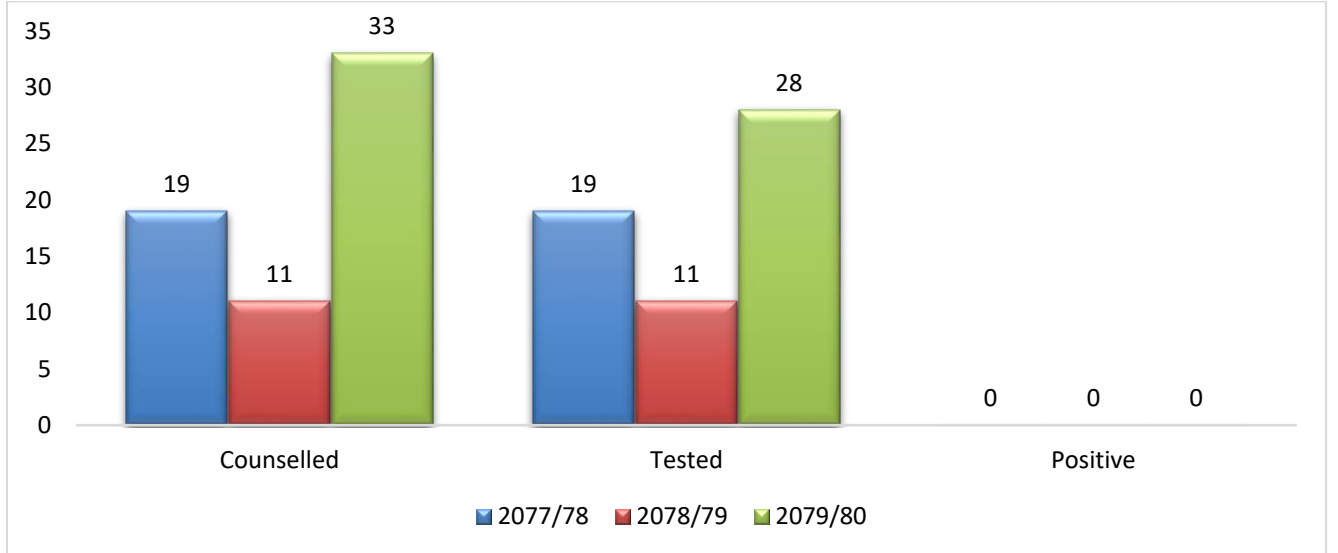
एच.आई.भि. र एड्स नेपालमा प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ । सन १९८१ मा सर्वप्रथम एच.आई.भि. र एड्स विश्वमा पत्ता लागे पछि विश्व भरी द्रुत गतिमा फैलिएको छ । जसले गर्दा बहुआयमिक क्षेत्रमा यसको असर परेको छ । सरकारी तथा गैर सरकारी दुवै क्षेत्रको सहभागिताबाट एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोगलाई रोकथाम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

निर्देशक सिद्धान्त

- सबै नागरिकमा उपचार हेरचाह, रोकथाम तथा सेवामा सर्वव्यापी पहुँच पुर्याउने ।
- एच.आई.भि. कार्यक्रमलाई जनस्वास्थ्य कार्यक्रममा एकीकृत गर्ने ।
- योजनागत तथा कार्यगत रूपमा एकरूपता ल्याउने ।
- विकेन्द्रिकरण, बहुपक्षिय कार्यान्वयनमा प्रतिवद्धता ।
- लाञ्छना 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 विवरण

गर्भवती महिलाको एच.आई.भि.परिक्षणको संख्या विगत तीन वर्षको सेवा संख्यालाई विवेचना गर्दा आ.व. २०७७/७८ देखि २०७९/८० क्रमशः १९, ११ र २८ प्रतिशत गर्भवति महिला मध्ये कोहि पनि गर्भवति पोजिटिभ नभएको देखिन्छ ।

एच.आई.भि. तथा यौन रोग सम्बन्धी समस्या र सुझावहरु

समस्या

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

सुझावहरु

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

अध्याय - ५: उपचारात्मक कार्यक्रम

५.१ 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 गरि अति गरिब तथा सिमान्तकृत बर्गहरूलाई समतामुलक हिसाबले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने लक्ष्य राखेको छ । प्रतिकारात्मक, पर्बधनात्मक सेवा संगै उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा पनि जनस्वास्थ्य कार्यक्रममा समाबेस गरि 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 नीति अनुसार स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढ गर्न सरकारी तथा गैर सरकारी तथा निजि स्तरबाट स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू क्षेत्र, जिल्ला हुदै समुदाय स्तर सम्म संचालन भएका छन् ।

५.१.१ उचारात्मक सेवाको उद्देश्य

शुरुको अवस्थामा रोग निदान गरि उचित उपचारगर्ने, आवश्यक सल्लाह सहित प्रेशण गरि 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 गरि आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरूलाई प्रभावकारी बनाउदै 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 निशुल्क सेवा दिने व्यवस्था गरि सेवा सर्वसुलब गराइ सेवा प्रवाह गर्ने ।
- उपचारात्मक सेवालाई अझ प्रभावकारी रूपमा प्रदान गर्न मानव संसाधनको व्यवस्थापन गर्ने ।

५.१ उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाको अवस्था

प्रमूख दश रोगहरू

तालिका: प्रमूख दश रोगहरू

२०७७/७८	२०७८/७९
---------	---------

रोगको नाम	जम्मा विरामी संख्या	प्रतिशत	रोगको नाम	जम्मा विरामी संख्या	प्रतिशत
Gastritis (APD)	1708	9.4	Fall / Injuries / Fractures	4179	22.7
Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	1214	6.6	Backache (Musculoskeletal Pain)	2969	16.1
Headache	977	5.3	Upper Respiratory Tract Infection	2121	11.5
Falls/Injuries/Fractures	910	5.0	Gastritis (APD)	1553	8.4
Backache(Musculoskeletal Pain)	741	4.0	Headache	761	4.1
Conjunctivitis Cases	553	3.0	Surgical Problem - Not mentioned above and others	713	3.8
Hypertension	532	2.9	Lower Respiratory Tract Infection	539	2.9
Surgical Problems – Not Mentioned above and others	514	2.8	Conjunctivitis Cases	474	2.5
Acute Tonsillitis	447	2.4	Hypertension	458	2.4
Presumed Non infectious Diarrhoea	40	2.2	Acute Tonsillitis	443	2.4

प्रमुख दश रोगहरू आ व २०७९/८०

Rank	Causes of Morbidity	% among total OPD Visits
1	Gastritis (APD)	11
2	Headache	6
3	URTI	6
4	Musculoskeletal Pain	5
5	Cough (Symptoms)	5
6	Hypertension	4
7	Acute Tonsillitis	4
8	General Examination	3
9	LRTI	3
10	Fever (Symptoms)	2

आ.व. ०७७/७८ मा मनाङ जिल्लामा प्रमुख समस्याको रूपमा ए. पि. डी देखिन्छ भने आ.व. ०७८/७९ मा प्रमुख समस्याको रूपमा घाउ, चोटपटक, हड्डी भाँचिने तथा हाडजोर्नी सम्बन्धि समस्या देखिएको छ । यसैगरी आ व २०७९/८०मा नसर्ने रोगहरु बढिरहेको देखिन्छ ।

५.४ सवल पक्षहरु, समस्याहरु तथा सुझावहरु

सवल पक्षहरु

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

समस्याहरु

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

सुझावहरु

- 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 संचालन गर्नु पर्ने ।

अध्याय - ६: स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम

व्यवस्थापकीय हिसावले 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 महत्वपूर्ण सहयोगी पक्षहरूका रूपमा लिन सकिन्छ।

६.१ 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 हुदै समुदाय स्तरसम्म संचालन भएका छन्।

६.१.१ स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य सेवाको महत्वपूर्ण 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 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
- स्वास्थ्य कार्यालयहरूलाई अनिवार्य रूपमा वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशित गराउन लगाउने
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीका लागि आवश्यक पर्ने मानवीय संसाधनको बिकास गर्ने
- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको क्षेत्रिय तथा जिल्ला स्तरिय रूपमा समिक्षा गर्ने
- सूचना व्यवस्थापन प्रणालीको हुने समिक्षाबाट भैरहेको तरिका, विधि, पद्धतिहरूलाई परिमार्जित गर्नका लागि सुझाव दिने
- एकिकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणालीको स्थापना गर्ने

६.१.२ योजना सुपरिवेक्षण अनुगमन तथा मुल्याङ्कन

स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा क्रियाकलापहरूको उत्कृष्ट योजना तथा मुल्याङ्कन तथा प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदानका लागि अनुगमन तथा सुपरिवेक्षणको आवश्यक हुन्छ। जिल्ला स्वास्थ्य 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 गरि 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।

६.१.३ वित्तीय व्यवस्थापन

स्वास्थ्य कार्यालय अन्तर्गत एकिकृत कार्यक्रमहरूलाई व्यवस्थित रूपमा समयमै सम्पन्न गरि 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
- वेरुजुलाई कम गर्ने र संपरिक्षण गर्ने

६.१.४ आपूर्ति व्यवस्थापन

नेपाल सरकारको नीति अनुसार स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई अति आवश्यक पर्ने औषधि उपकरण तथा सरसामग्रीहरूको आपूर्ति गरि स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू संचालन गर्न सहयोग पुर्याउन आपूर्ति व्यवस्थापनको महत्वपूर्ण 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 साधनहरू, 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

६.१.५ मानव संसाधन व्यवस्थापन

सवै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि जनशक्ति परिचालन गर्नु कर्मचारी प्रशासन र मानव संसाधन व्यवस्थापनको मुख्य भुमिका हो । व्यवस्थापकीय रूपले हेर्दा जनशक्ति, आर्थिक स्रोत तथा अन्य सामग्रीहरु मध्ये मानव संसाधन प्रमुख तत्वमा पर्दछ । जनशक्तिहरुको प्राप्ति, सेवामा नियमितता गराउने जस्ता आवश्यक कार्यहरु मानव संसाधन व्यवस्थापनका प्रमुख कार्यहरुमा पर्दछन् ।

६.१.६ निर्माण तथा मर्मत संभार

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

६.१.७ तालिम

सेवाग्राहीहरुलाई स्वास्थ्य उपचार प्रणाली अनुसार सेवा प्रदान गर्नेका लागि सीप विकासमा सुधारमा ल्याउदै अन्तराष्ट्रिय स्तरको गुणस्तर कायम गर्न आजको आवश्यकता रहेको छ । दक्ष जनशक्ति गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको लागि महत्वपूर्ण पक्ष हो । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले मानविय संसाधनको विकासका लागि विभिन्न तालिमहरुलाई प्राथमिकताका रूपमा संचालन गर्ने गर्दछ ।

लक्ष्य

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

उद्देश्य

- स्वास्थ्य कार्यक्रममा आधारीत आवश्यकता अनुसारको स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम प्रदान गर्ने
- स्वास्थ्यकर्मीहरुको दक्षता विकास गरि स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको योजना तथा कार्यान्वयन गर्न सक्षम बनाउने
- तालिम कार्यक्रमहरुको जनस्वास्थ्य स्तरमा सांगठानिक कार्यान्वयन र मुल्याडकन गर्न सहयोग गर्ने
- आधारभुत, पुनर्ताजगी र सेवाकालिन तालिमको जिल्ला स्तरमा व्यवस्थापन गर्ने
- स्वास्थ्यकर्मीहरुसग भईरहेको ज्ञान र सीपलाई अभिवृद्धि गर्ने

६.१.८ स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार कार्यक्रम

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

लक्ष्य

नागरिकहरूको स्वास्थ्य स्थितिलाई उच्च तहमा पुर्याउने ।

उद्देश्य

- राष्ट्रिय स्तरबाट सामुदायिक स्तरसम्म स्वास्थ्य शिक्षा तथा सूचना संचारलाई सकारात्मक व्यवहारमा विकास गर्ने
- स्वास्थ्य शिक्षा तथा सूचना संचार कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रममा जनसहभागिता बढाउने
- समुदाय स्तरमा जनस्वास्थ्यको चेतना फैलाउन स्वास्थ्य शिक्षाका सामाग्रीहरू उत्पादन गर्ने
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनचेतना फैलाउनका लागि गैर सरकारी तथा स्थानिय समुदायको अधिकतम प्रयोग गर्ने

६.२ स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको कार्यसम्पादन

६.२.१ लक्ष्य अनुसारको प्रगति विवरण

जिल्ला स्तरीय 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 गरि स्वास्थ्य सेवा विस्तार कार्यक्रम, जिल्ला अन्तरगत तथ्यांक गुणस्तर सुदृढिकरण कार्यक्रम सम्पन्न भएको ।

६.२.३. मासिक प्रतिवेदनको अवस्था

तालिका: मासिक प्रतिवेदनको अवस्था

सुचकहरू	इकाई	२०७६/७७	२०७७/७८	२०७८/७९
स्वास्थ्य संस्थाबाट मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९५	१००	१००
समयमा नै मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	४	२६	६८
खोप क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	८९	७८	८०
म.स्वा.स्व.से. को प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	७७	७३	९०

सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू अस्पताल, स्वा.चौ. ले आ.व. ०७६/७७ मा ९५ प्रतिशत प्रतिवेदन गरेका थिए भने आ.व. ०७७/७८ र यस आ वमा यी संस्थाबाट शत प्रतिशत प्रतिवेदन भएको छ । साथै समयमा नै मासिक प्रतिवेदन समेत ६८ प्रतिशत रहेको छ । खोप क्लिनिक सेसन संचालनको प्रतिवेदन र महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाहरूको प्रतिवेदन विगतको तुलनामा बढेको देखिन्छ ।

पालिकाबाट गरिएका नविनतम् प्रयासहरू

नार्पाभूमी गाउँपालिका

- नार्पाभूमी गाउँपालिकाबाट ईमर्जेन्सी उपचारका लागि Tertiary Level को अस्पतालमा जान परेमा हेली चार्टरमा लाग्ने खर्चमा ५०% सहयोग प्रदान ।

मनाङ डिस्याङ गाउँपालिका

- Healthy Baby Competition तथा Growth Monitoring Visit Incentive प्रदान (मनाङ डिस्याङ गाउँपालिका)
- दुई वर्ष मुनिका बच्चा भएको आमालाई पोषणको लागि तरकारि फलाउने green house निर्माण गर्ने ।
- गर्भवति आमाको लागि पोषण package ।
- दिर्घ रोगीको लागि थप ५०,००० पालिका बाट दिने ।
- बृद्धहरूको लागि उनीहरूले प्रयोग गर्ने औषधि नि-शुल्क उपलब्ध गराएको ।

नासों गाउँपालिका

- नासों गाउँपालिकाको सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा eLMIS शुरुवात

§§§