आर्थिक वर्ष २०७९/८० को

वार्षिक प्रतिवेदन

प्रदेश सरकार

मनाङ ङिस्याङ गाउपालिका

स्वास्थ्य शाखा

हुम्डे,

मनाङ

Table of contents

नेपालको राष्ट्रिय गान...- 1 -

संक्षिप्त रुप...- 2 -

सारांश...- 4 -

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Programme) .... - 4 -

पोषण)Nutrition).. - 5 -

एकीकृत वाल रोग व्यवस्थापन कार्यक्रम)Integrated management of Childhood Illness) .... - 5 -

परिवार नियोजन कार्यक्रम (Family Planning Programme) .... - 5 -

सुरक्षितमातृत्व कार्यक्रम)Safe Motherhood) .... - 6 -

उपचारात्मक सेवा (Curative Services) .... - 6 -

भावी कार्यदिशा .... - 6 -

१ मनाङ डिस्याङ गा.पा.को परिचय..- 7 -

१ १.पृष्ठभूमि.. - 7 -

१ २.भौगोलिक अवस्थिति .... - 7 -

१ ३.राजनीतिक तथा प्रशासनिक विभाजन .... - 8 -

१ ४.प्राकृतिक सम्पदा.. - 8 -

१ ५.वन जंगल र वनस्पति.. - 9 -

१ ६.हावापानी.. - 9 -

१ ७.जनसांख्यिक विवरण.. - 9 -

तालिकानं4 . मनाङ डिस्याङ पालिकाका वडागत जनसांख्यिक विवरण....................- 10 -

उमेर अनुसारको जनसंख्या वितरण राष्ट्रिय जनगणना २०७८ ....- 11 -

जनसांख्यिक पिरामिड राष्ट्रिय जनगणना २०७८ ....- 12 -

अपाङ्गता सम्बन्धी जनसांख्यिक विवरण...- 13 -

१ ८.साक्षरता अवस्थिति विवरण ....- 14 -

२ स्थानीयतह स्तरीय स्वास्थ्यसंस्थाको संगठन संरचना.............- 15 -

२ १.मनाङ डिस्याङ गाउपालिकाका स्वास्थ्य संस्थाहरु ....- 15 -

२ २.वडा अनुसारकास्वास्थ्यसंस्थाहरु...- 16 -

२ ३.सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तरगतका सेवा केन्द्रहरु ....- 17 -

३ वाल स्वास्थ्य कार्यक्रम ....- 18 -

३.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम..- 18 -

पृष्ठभूमि..- 18 -

आ.व. २०७९/८० मा खोप सम्वन्धि सञ्चालित क्रियाकलापहरु ....- 19 -
खोप कार्यक्रमका प्रमुख उपलब्धीहरु ....- 19 -
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको कभरेज(प्रतिशतमा) ....- 20 -
चित्र नं. १खोप कार्यक्रमको खोप अनुसार कभरेज % मा........................- 21 -
बिखोप .जि.सि. ....- 21 -
चित्र नं. २ बि .जि.सि.खोपको वार्ड अनुसारको कभरेज % मा ....- 22 -
डिखोपको पहिलो मात्रा.हेव-हेप वी-.टि.पि. ....- 22 -
डिखोपको तेश्रो मात्रा.हेव-हेप वी-.टि.पि ....- 23 -
दादुरारुवेला- ....- 24 -
जापानिज जापानिज ईन्सेफलाईटिस खोप ....- 26 -
टिखोप.डि. ....- 26 -
ड्रप आउट दर ....- 27 -
खोपको खेर जाने दर ....- 28 -
टाईफाईड रोग विरुद्ध खोपको प्रगति (प्रतिशत(........................- 29 -
रोटा खोप खोपको प्रगति (प्रतिशत(........................- 30 -
नियमित खोप मार्फत सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रम ....- 31 -
सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रमका चुनौतीहरू ....- 31 -
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच र उपयोग ....- 31 -
तालिका नं१२ स्थानीय तह अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच र उपयोग . ....- 32 -
खोप कार्यक्रमका चुनौतिहरु ....- 32 -
खोप कार्यक्रमका प्रमुख समस्या ....- 33 -
खोप कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु,हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु ....- 34 -
तालिका नं १२ खोप .कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु ....- 34 -
३.२समुदायमा आधारित एकीकृत वा=लरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम ....- 34 -
पृष्ठभूमि ....- 34 -
आ.व. २०७९/८० मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु ....- 35 -
प्रमुख उपलब्धिहरु ....- 35 -
२महिना मुनिका वालबालिकाको उपचार ....- 35 -
०२ महिनाका- बच्चाहरुमा सम्भावित गम्भिर संक्रमणको दर ....- 36 -
२महिना देखि ५वर्ष सम्मका वालबालिकाको उपचार ....- 36 -
आकस्मिक श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम ....- 36 -
३.२.२ झाडा पखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम ....- 37 -
४परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम ४१

४.१ परिवार नियोजन कार्यक्रम.. ४१
पृष्ठभूभि.. ४१
आ.व. ०७९८०/ मा सञ्चालित क्रियाकलाप.. ४१
परिवार नियोजन प्रयोगदर.. ४२
परिवार नियोजनका नयाँ प्रयोगकर्ता दर प्रतिशत ४३
परिवार नियोजन कार्यक्रम समस्या एवं समाधान ४४
४२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम. ४५
पृष्ठभूमि..४५
प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा भएका उपलब्धीहरु ४५
आ.व. २०७९८०/ मा गरिएका प्रमुख क्रियाकलापहरु ४६
सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको विवरण ४६
गर्भस्वथाको जाँच/परिक्षण ४७
संस्थागत प्रसुती सेवाको विवरण ४९
मातृ तथा नवशिशु मृत्यु विवरण...५०
सुत्केरी पछिको जाँच ५०
सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु५१
चुनौतीहरु... ५५
नीतिगत रुपमा सम्वोधन हुनुपर्ने बिषयहरु... ५५
४३ स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम. ५६
पृष्ठभूमि..५६
आ८०/२०७९.व. सञ्चालित क्रियाकलापहरु ५६
गाँउघर क्लिनिकमा दिइएका सेवा विवरण...५६
४४ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम. ५७
पृष्ठभूमि.. ५७
आ ८० मा/२०७९ .व.सञ्चालित कार्यक्रमहरु ५७
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु... ५९
५ इपिडेमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम.......................- 61 -
५१ औलोरोग नियन्त्रण कार्यक्रम..- 61 -
पृष्ठभूमि..- 61 -
राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना ....- 61 -
मुख्य उपलब्धीहरु..- 62 -
आ.व. २०७९/८० सञ्चालित क्रियाकलापहरु...- 62 -
५ २.हात्तीपाईले निवारण कार्यक्रम ....- 64 -

पृष्ठभूमि...- 64 -
आर्थिक वर्ष २०७८/७९ का प्रमुख गतिविधिहरू..- 64 -
५ 3.डेंगु नियन्त्रण...- 64 -
पृष्ठभूमि...- 64 -
आ७९ मा/२०७८.व. सम्पादन गरिएका कार्यहरु..- 65 -
५ ४.स्क्रब टाइफस ....- 66 -
पृष्ठभूमि...- 66 -
५ 5.सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान...- 67 -
पृष्ठभूभि...- 67 -
Early Warning and Reporting System)EWARS(....- 67 -
EWARS प्रणालिका उद्देश्यहरु...- 68 -
EWARS प्रणालीमा समावेश मुख्य रोगहरु ....- 68 -
EWARS सुचना प्रभाव प्रणालि..- 69 -
तालिका नं37 .बिगत तीन वर्षकोEWARS मा प्रविष्टी भएको तथ्याङ्कीय झलक.........- 70 -
कार्यक्रमका समस्याहरु...७१
समस्या समाधानका उपायहरु ७१

नेपालको राष्ट्रिय गान

सयौं थुंगा फूलका हामी, एउटै माला नेपाली
सार्वभौम भई फैलिएका, मेची-महाकाली।

प्रकृतिका कोटी-कोटी सम्पदाको आचँल
वीरहरूका रगतले, स्वतन्त्र र अटल ।

ज्ञानभूमि, शान्तिभूमि तराई, पहाड, हिमाल
अखण्ड यो प्यारो हाम्रो मातृभूमि नेपाल।

बहुल जाति, भाषा, धर्म, संस्कृति छन् बिशाल
अग्रगामी राष्ट्रिय हाम्रो, जय जय नेपाल ।

संक्षिप्त रुप

आ.व.	= आर्थिक वर्ष
आ.स्वा.से.के.	= आधारभि‍ु स्वास्थ्य सेवा केन्त्र
का.स.	= कार्यालय सहयोगी
कि.मी.	= किलो मिटर
को.चे.अ.	= कोल्डचेन असिस्टेन्ट
गा.पा.	= गाउपालिका
जि.स.स.	= जिल्ला समन्य समिति
प.हे.न.	= पब्लिक हेल्थ नर्स
प.नि.	= परिवार नियोजन
न.पा.	= नगरपालिका
प्रा.स्वा.के.	= प्राथमिक स्वास्थ्य केन्त्र
मे.अ.	= मेडिकल अधिकृत
मे.ल्या.टे.	= मेडिकल ल्याब टेक्निसियन
रा.ज.ग.	= राष्ट्रिय जनगणना
वि.सं.	= विक्रम सम्बत
सा.प्र.	= सामान्य प्रशासन
सा.स्वा.ई.	= सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई
स्वा.का.	= स्वास्थ्य कार्यालय
स्वी.द.	= स्वीकृत दरवन्दी
स्वा.से.	= स्वास्थ्य सेवा
स्वा.चौ.	= स्वास्थ्य चौकी
हे.ई	= हेल्थ ईन्सपेक्सन (Health Inspection)

ह.स.चा.	= हल्का सवारी चालक
श.स्वा.के.	= शहरी स्वास्थ्य केन्द्र

सारांश

मनाङ डिस्याङ गाउपालिका वार्षिक प्रतिवेदन२०७९/८० ले गत आ.व. मा सम्पादित स्वास्थ्य कार्यक्रमको उद्देश्य, लक्ष्य र रणनीति; विगत तीन आर्थिक वर्षमा सेवा प्रवाहका सुचकहरुको सुक्ष्म विश्लेषण, छलफल तथा अन्तर्क्रियाबाट प्राप्त सुचनाहरुको समस्ठिगत रुपमा गाउपालिकाको स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएका महत्वपूर्ण गतिविधिहरू, उपलब्धि र प्रवृत्तिहरू, कठिनाइ, समस्या, र अवरोधहरूसाथै अवसर तथा भावी कार्यदिशा समेतरेखांकित गर्दछ।यस प्रतिवेदनले मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा काम गर्ने सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूद्वारा प्रदान गरिएका प्रवर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक, उपचारात्मक र पुनर्स्थापना स्वास्थ्य सेवाहरूको कार्यसम्पादनलाई संकलित र संक्षेपण गरि विद्यमान समस्या तथा चुनौतीहरु समाधानका लागि चाल्नुपर्ने कदमहरु र थप विश्लेषण र योजनाका लागि मार्गचित्रको जानकारी पनि प्रदान गर्दछ। तसर्थ, यस प्रतिवेदन मनाङ डिस्याङको समग्र स्वास्थ्य प्रणाली बारे बुझ्नको लागि महत्त्वपूर्ण रहेको छ।

यो प्रतिवेदन तयार गर्न धेरै चरणहरुमा छलफल तथा अन्तरक्रिया गरिएको छ। स्थानीय तहमा समीक्षा बैठक, HMIS बाट उत्पन्न डाटाको आलोचनात्मक छलफल र विश्लेषण गरियो।यो प्रतिवेदन तयार गर्न स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS), DHIS-2 सफ्टवेयर, रोग निगरानी प्रतिवेदनहरू, प्रहरी प्रतिवेदनहरू तथा M&E प्रतिवेदनहरूलाई श्रोतको रूपमा लिइएको छ।

गण्डकी प्रदेशमा विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाहरु मार्फत प्रदेशका नागरिकहरुलाई स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याइएको छ ।गाउपालिकाको आ.ब. २०७९/८० मा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने १ सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ, १ आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, ७ स्वास्थ्य चैकीहरु रहेकका छन्।त्यसैगरी यस गाउपालिकामा सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तरगत रही १ गाँउघर क्लिनिक मार्फत प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा र खोप क्लिनिक मार्फत खोप सेवा प्रदान गरिएको छ भने ६३ म.स्वा.स्व.से. मार्फत विभिन्न स्वास्थ्य सेवाहरु घरदैलो सम्म पुऱ्याईएको छ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Programme)

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम पहिलो प्राथमिकता प्राप्त लागत प्रभावकारी (Cost effective) जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो। मनाङ डिस्याङलाई मिति 20७३ साल पूण-खोप युक्त गाउपालिका घोषणा गरि सोहि अवस्थाको सुनिश्चितता कायम गर्न कर्यक्रमहरुको निरातरता दिँदै आइएको छ।आ.व २०७८/७९ को तुलनामा यस आर्थिक वर्षमा सबै खोपको कभरेज बढेको छ। आ.व २०७६/७७ देखि नियमित खोप कार्यक्रममा समावेश गरिएको रोटा खोपको पहिलो मात्राको खोपको कभरेज यस आ.व मा ५६% रहेकोछ।टाईफाईड रोग बिरुद्धको खोप अभियानमा सम्पूर्ण लक्षित जनसंख्याको आधारमा ६४.७ प्रतिशत प्रगती देखिन्छ।आ.व. २०७९/८० मा वि.सी.जी. खोपको तुलनामा दादुराखोप लगाउन छुट भएका बालबालिका -१५० प्रतिशत रहेकोछ। डि.पि.टि.-हेपवी-हेव पहिलो मात्राको खोपलगाउने र डि.पि.टि-हेप-हिव तेश्रो मात्रा लगाउने

बिचको ड्रपआउट दर स्थिर (-१००) प्रतिशत देखीन्छ भने दादुरा रुवेला खोपको पहिलो मात्रा खोप लगाउने र दादुरा रुवेला खोपको दोश्रो मात्रा खोप लगाउने बिचको ड्रप आउट दर -२५ प्रतिशत रहेको छ ।आ.व. २०७९/८० मा वि.सि.जि. खोपको खेर जाने दर ९० प्रतिशत, डि.पि.टि.-हेपवी-हेव खोपको ९० प्रतिशत पुगेको छ भने पोलियो खोपको ७५ प्रतिशत रहेको छ, भने पि.सि.भि. खोपको ९० प्रतिशत रहेको छ।

पोषण)Nutrition)

गण्डकी प्रदेशमा ०-२३ महिनाका बालवालिका मध्य वृद्धि अनुगमनको लागि १३२.३ प्रतिशत दर्ता गरिएका छन् , जुन गत आ.व.मा ८८.२ प्रतिशत थियो। आ.व. २०७९/८० मा पालिकास्तरमा प्रति बच्चा औषत १.६ पटक बृद्धि अनुगमन रहेकोछ ।त्यसैगरी अनुमानीत गर्भवति मध्ये ५० प्रतिशत गभर्वति महिलाहरुले १८० चक्की आईरन तथा फोलिक एसिड प्राप्त गरेको देखिन्छ।जुन अघिल्लो वर्षको तुलनामा २६ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ।गण्डकी प्रदेशमा आ.व.२०७९/८० मा २५ प्रतिशत सुत्केरी आमाहरुले भिटामिन 'ए' प्राप्त गरेको देखिन्छ।

एकीकृत वाल रोग व्यवस्थापन कार्यक्रम)Integrated management of Childhood Illness)

समुदायमा आधारित एकीकृत वाल रोग व्यवस्थापन कार्यक्रम ५ वर्ष मुनिका बालबलिकाहरुलाई निमोनिया, झाडापखाला, औलो, दादुरा र कुपोषणको कारणवाट हुने मृत्युबाट वचाउन एकीकृत रुपमा व्यवस्थापन गर्नको लागि संचालित कार्यक्रम हो। यस आ.व मा ५ वर्ष मुनिका वच्चाहरुमा श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ संक्रमण दर ११९० जना प्रति हजारबाट घटेर ९१० जना प्रति हजार पुगेकोछ। यस आ.व.मा मनाङ डिस्याङ गा.पामा प्रति एक हजार वालवालिकामा ४७४ जनामा झाडापखाला देखिएको छ जुन गत वर्ष भन्दा १६३ प्रति हजारले बढी हो।आ.व.२०७९/८० मा ० देखी २ महिना सम्मका वालवालिकाहरुमा सम्भावित गंभिर संक्रमणको दर मनाङ डिस्याङमा ० प्रतिशत पुगेको छ।

परिवार नियोजन कार्यक्रम (Family Planning Programme)

मनाङ डिस्याङको परिवार नियोजनका प्रयोगकर्ता दर Contraceptive Prevalence Rate (CPR) विगतको आ.व.मा २५ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.व.मा २४ प्रतिशत कायम भएको छ । यस गाउपालिकाको परिवार नियोजनका साधान नयाँ प्रयोगकर्ताहरुको दर १३ प्रतिशत रहेको छ जुन गत वर्षको तुलनामा ४ प्रतिशतले बढेको छ।

सुरक्षितमातृत्व कार्यक्रम)Safe Motherhood)

यस आर्थिक वर्षमा मनाङ डिस्याङ गाउपलिकामा ९६ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरुले पहिलो पटक (गर्भ रहेको कुनै पनि समयमा पहिलो पटक) गर्भावस्थाको परिक्षण गरेको देखिन्छ भने गर्भको चौथो, छैठौं, आठौं र नवौं महिनामा (प्रोटोकल अनुसार) गर्भजाँच गर्ने महिलाहरुको दर गत आ.व.को भन्दा ५८ प्रतिशतले वृद्धिभई ५८% पुगेको छ।यस आवमा संस्थागत सुत्केरी हुने आमाहरुको संख्या गत आवको भन्दा १२.५ प्रतिशतले बृद्धि भई १२.५ प्रतिशत कायम भएको छ भने उत्तर प्रसुती सेवा लिने आमाहरुको संख्या २१ प्रतिशतले वृद्धिभई २१% पुगेको छ।

उपचारात्मक सेवा (Curative Services)

मनाङ डिस्याङ गाउपलिकामा आ.व. २०७९/८० मा कुल जनसंख्याको २२४ प्रतिशतले बहिरङ्ग सेवा प्राप्त गरेका छन् जुन गत आ.व.को तुलनमा ११ प्रतिशतले घटेको हो ।

भावी कार्यदिशा

मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा आ.व २०७९/८० मा सम्पादित स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको समिक्षाबाट हाल सम्म प्राप्त उपलब्धिहरु, भोगीएका समस्याहरु एवं चुनौतिहरुका साथै अवसरहरु समेत उजागर गर्दै सुक्ष्म विश्लेषण तथा प्राप्त सुझावहरुको आलोकमा कार्यदिशा तय गरेको छ।

१ मनाङ ङिस्याङ गा.पा.को परिचय

१.१ पृष्ठभूमि

हिमाल पारिको जिल्ला अति सुन्दर प्राकृतिक सौन्दर्यले भरिपूर्ण पर्यटकीय स्थलको रुपमा चिनिने मनाङ जिल्लामा रहेका ४ गाउँपालिका मध्ये मनाङ ङिस्याङ गाउँपालिका पनि एक हो । समन्द्री सतहदेखि ३५४० मिटरको उचाईमा रहेको मनाङमा यस मनाङ ङिस्याङ गाउँपालिका ६९४.६३ वर्ग कि.मी मा फैलिएको छ । भौगोलिक रुपमा पुर्वमा चामे र नार्फू गाउँपालिका, पश्चिममा मुस्ताङ र म्याग्दी जिल्ला, उत्तरमा नार्फू गाउँपालिका र तिब्बत र दक्षिणमा कास्की र लमजुङ जिल्ला रहेको मनाङ जिल्लाको यस मनाङ ङिस्याङ गाउँपालिकाको घरधुरी संख्या जम्मा ५६१(४०१) र कुल जनसंख्या १५९५(१३४९) रहेको जसमध्ये महिला ८३०(६४६) र पुरुष ७६५(७०३) रहेको छ ।

यस गाउँपालिकामा अधिकांश मानिसहरु बौद्ध धर्म मान्दछन् । यहाँका मुख्य जातिहरुमा गुरुङ, घले, लामा, विश्वकर्मा रहेका छन् । यहाँको औसत तापक्रम २ देखि १० डिग्री सेल्सीयस रहेको यस गाउँपालिकामा धार्मिक ऐतिहासिक पुरातात्विक एवं पर्यटकीय स्थलहरु जस्तै तिलिचो ताल, गंगापुर्ण ताल, आइस लेक, मम्छो ताल, ग्रीन लेक, घले राजाको दरवार, याकखर्क, थोराङपास, काङलापास, मेसोकान्तपास, ने गुफा, मिलेरेपा गुम्बा, मनाङ गुम्बा, भ्राका गुम्बा, तरे गुम्बा, पोचो गुम्बा, पिसाङ गुम्बा, पोतोंचे गुम्बा, ध्यारु गुम्बा, ङावल गुम्बा, टंकी गुम्बा, खाङसार गुम्बा, कर्की गुम्बा र शेर गुम्बा जस्ता धार्मिक तथा ऐतिहासिक स्थल रहेका छन् ।

स्रोत:राष्टिय जनगणना २०७८ (पारिवारिक स्वास्थ्य प्रोफइल २०८०)

१.२ भौगोलिक अवस्थिति

समन्द्री सतहदेखि ३५४० मिटरको उचाईमा रहेको मनाङमा यस मनाङ ङिस्याङ गाउँपालिका ६९४.६३ वर्ग कि.मी मा फैलिएको छ । भौगोलिक रुपमा पुर्वमा चामे र नार्फू गाउँपालिका, पश्चिममा मुस्ताङ र म्याग्दी जिल्ला, उत्तरमा नार्फू गाउँपालिका र तिब्बत र दक्षिणमा कास्की र लमजुङ जिल्ला रहेको मनाङ जिल्लाको यस मनाङ ङिस्याङ गाउँपालिकाको कुल क्षेत्रफल मध्ये ५ प्रतिशत खेतियोग्य जमिन, जंगल १० प्रतिशत, चौरी खर्क र चरण क्षेत्र ५० प्रतिशत र डाँडाकाँडा र हिमाली क्षेत्रले ३५ प्रतिशत ओगटेको छ । यहाँको जनताको मुख्य पेशा कृषि, पशुपालन र होटेल व्यवसाय रहेको छ । हिमाली हावापानी पाइने भएको यस मनाङ ङिस्याङ

गाउँपालिकामा एक सिजनमा मात्र गहुँ, करु, फापर, आलु लगाएत तरकारी खेतिवाली हुन्छ । बाँकी खाद्यान्नको जोहो खाद्य संस्थान बाट वितरण हुने गरेको साथै हाल सडक सञ्जालको पहुँच पुगाको हुँदा व्यक्तिगत तवरबाट पनि व्यवस्था मिलाउने गरिन्छ ।

१.३ राजनीतिक तथा प्रशासनिक विभाजन

नेपालको संविधान अनसुार नेपालको प्रशासकीय स्वरुप संघीय संरचानामा नेपाललाई ७५३ स्थानीयतह ७ प्रदेश र संघीय सरकारको रूपमा विभाजन गरिएको छ । ७५३ स्थानियतह मध्ये मनाङ ङिस्याङ एक हो । जुन प्रदेशसभा निर्वाचन क्षेत्र न. २ मा पर्छ। यस मनाङ ङिस्याङमा गा.पा.मा ९ वटा वार्ड छन्।

वार्ड न.	वार्डको नाम	वार्डको जनसङख्या
१	पिसाङ	२९५
२	घ्यारु	१४२
३	ङावल	१२३
४	हुम्डे	१३५
५	भ्राका	२०६
६	मनाङ	१०९
७	टंकी गाउँ	५०
८	टंकी मनाङ	९५
९	खाङसार	१९४

स्रोत :पारिवारिक स्वास्थ्य प्रोफइल २०८०

१.४ प्राकृतिक सम्पदा

पर्टकीय क्षेत्रको रुपमा चिनिने यस मनाङ ङिस्याङ गा.पा मा ३५०० मि. भन्दा माथिकमा हिमालहरु छन् र विश्वको सबभन्दा अगलो स्थानमा रहेको तिलिचो ताल यस गा.पा. मा अवस्थित छन्। साथै यस गा.पा मा गंगापुर्ण ताल, आइस लेक, मम्छो ताल, ग्रीन लेक, याकखर्क, थोराङपास, काङलापास, मेसोकान्तपास, ने गुफा, मर्साङदी नदिको मुहान रहेका छन्। विश्व नै

केन्द्रित रहेको यर्शागुम्बा यस गा.पा मा पाईन्छ, औषधीमा प्रयोग हुने हिमाली लसुन र हिमाली च्याउ पनि प्रस्सत मात्रामा यस क्षेत्रमा पाईन्छ।

१.५ वन जंगल र वनस्पति

वर्षभरिनै कम तापक्रम र कम वर्षा हुने यस हिमाली क्षेत्रमा पाइने वनस्पतिलाई लेकली वनस्पति भनिन्छ।यस क्षेत्रमा घासका ठुल ठुल्ला फाटहरु पाइन्छ त्यस्तै धुपि,सल्ला स्याउ र जडिबुटि मुख्यरुपमा यस क्षेत्रमा पाईने वनस्पति हो।

१.६ हावापानी

यस क्षेत्रमा पाईने ठन्डा हावापानी लाई लेकाली हावापानी भनिन्छ।यहाँको तापक्रम चैत, बैशाख, जेष्ठमा १० डिग्रि सेन्टिग्रेड सम्म पुग्छ भने अरु समयमा ० डिग्रि सेन्टिग्रेड भन्दा तलनै हुन्छ र हिउँदमा -२० डिग्रि सेन्टिग्रेड सम्म पुगदछ।यहाँ वर्षामा ३० मिलिमिटरसम्म वर्षा हुन्छ र यहाँ खेतिपाती हुदैन, तर यहाँका ठुला हिमाली फाटामाहरुमा पशुपालन र पर्यटकीय गतिविधि सञ्चालनका लागि उपयुक्त छ।

१.७ जनसांख्यिक विवरण

राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार नेपालको सबभन्दा कम जनसङख्या भएको जिल्ला मनाङ भरिमा जम्मा जनसङख्या ५६५८ छन्। जस मध्ये यस गा.पा.को जनसङख्या १५९६ छन् जसमध्ये पुरुष ५१.७ र महिला ४८.३ प्रतिसत छन्।

तालिकानं .1 मनाङ डिस्याङ पालिकाका वडागत जनसांख्यिक विवरण

वडा नं.	घरपरिवार	जनसंख्या			औषत घरपरिवार संख्या	लैङ्गिक अनुपात
		जम्मा	पुरुष	महिला		
१.	७९	२९५	१५०	१४५	२	
२.	४८	१४२	८९	५३	१	
३.	४२	१२३	७२	५१	१	
४.	३७	१३५	६३	७२	२	
५.	५९	२०६	१०७	९९	२	
६.	३५	१०९	५३	५६	१.५	
७.	१७	५०	२४	२६	२	
८.	२९	९५	४५	५०	२	
९.	५५	१९४	१००	९४	२	

स्रोत :पारिवारिक स्वास्थ्य प्रोफइल २०८०

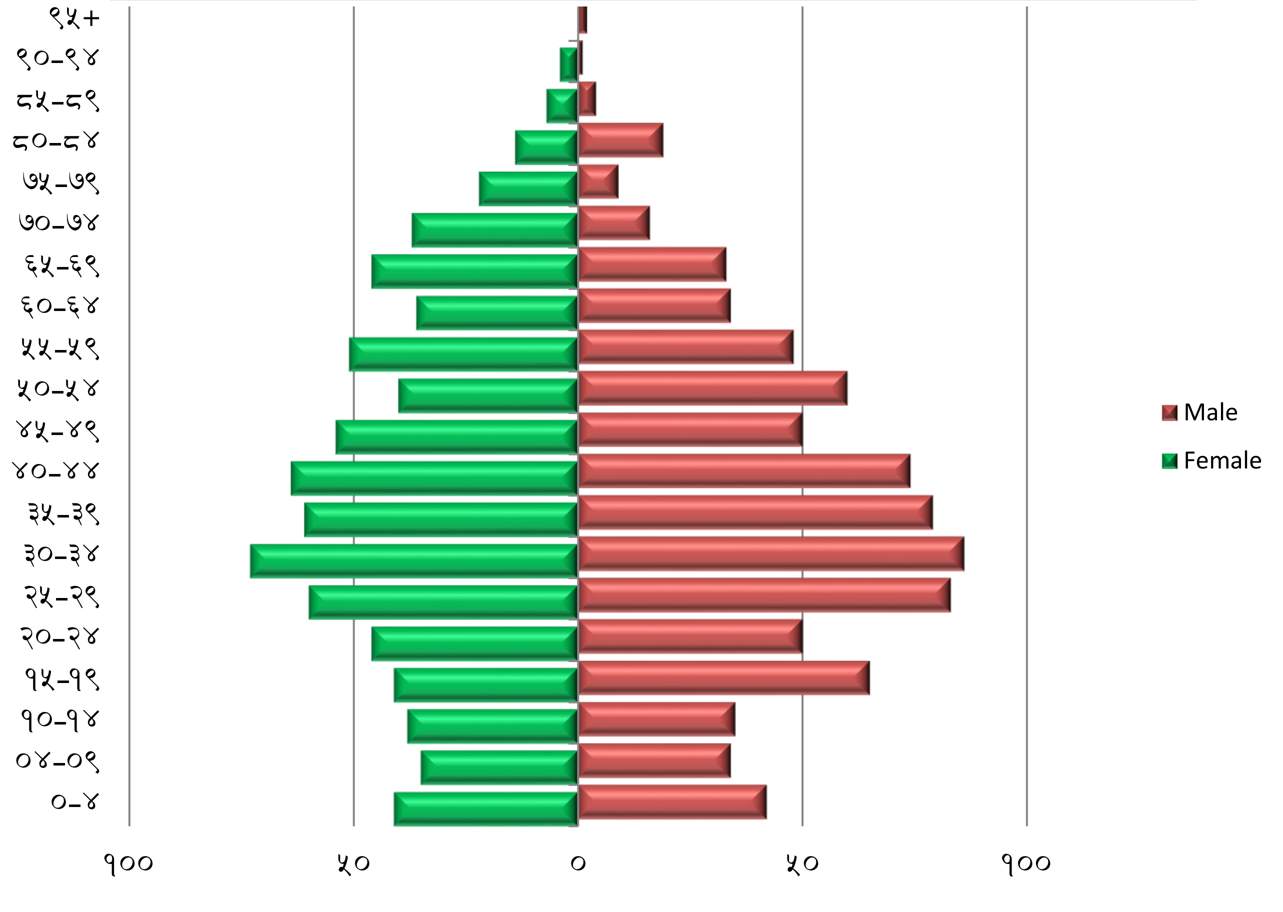
उमेर अनुसारको जनसंख्या वितरण राष्ट्रिय जनगणना २०७८

तालिकानं. २ उमेर समूह अनुसार जनसंख्या वितरण

उमेर समुह	महिला	पुरुष
९५+	०	२
९०-९४	४	१
८५-८९	७	४
८०-८४	१४	१९
७५-७९	२२	९
७०-७४	३७	१६
६५-६९	४६	३३
६०-६४	३६	३४
५५-५९	५१	४८
५०-५४	४०	६०
४५-४९	५४	५०
४०-४४	६४	७४
३५-३९	६१	७९
३०-३४	७३	८६
२५-२९	६०	८३
२०-२४	४६	५०
१५-१९	४१	६५
१०-१४	३८	३५
०५-०९	३५	३४
०-४	४१	४२

जनसांख्यिक पिरामिड राष्ट्रिय जनगणना २०७८

चित्र नं. १ मनाङ डिस्याङ गा.पा.को जनसङखीय पिरामिड



अपाङ्गता सम्बन्धी जनसांख्यिक विवरण

तालिकानं. ३अपाङ्गता अनुसार जनसंख्या

लिङ्ग	अपाङ्गता भएको जनसंख्या	अपाङ्गताअनुसारजनसंख्या				
		शारिरीक	दृष्टि बिहिन/न्यून दृष्टि	बहिरो/सुन्न गारोहुने	बोल्न गारोहुने	बहु अपाङ्गता
जम्मा	१९	५	५	६	२	१
पुरुष	१०	३	२	३	१	१
महिला	९	२	३	३	१	०

स्रोत:राष्ट्रिय जनगणना २०७८

१.८ साक्षरता अवस्थिति विवरण

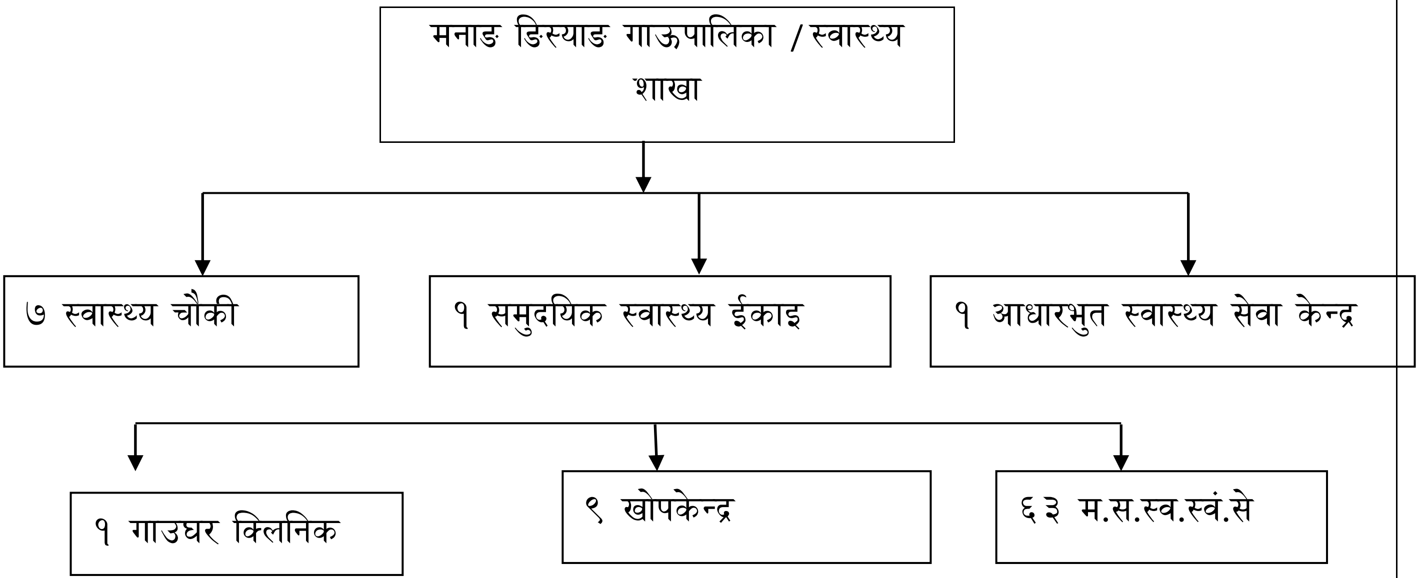
तालिकानं. ४ साक्षरता सम्बन्धी विवरण

	५ वर्ष वा सो भन्दा माथिको जनसंख्या	जनसंख्याजसले			साक्षरतादर
		लेखर पढ्न जन्ने	पढ्न मात्र जान्ने	लेखर पढ्न नजान्ने	
दुवै	१५११	६९%	७%	२४%	६९.५
पुरुष	७८२	७७%	७%	१६%	७७.५
महिला	७२९	५७%	९%	३४%	५५.७

स्रोतःराष्टिय जनगणना २०७८

२ स्थानीयतह स्तरीय स्वास्थ्यसंस्थाको संगठन संरचना

२.१ मनाङ डिस्याङ गाउपालिकाका स्वास्थ्य संस्थाहरु



२.२ वडा अनुसारकास्वास्थ्यसंस्थाहरु

तालिकानं. ५वडा स्थीत स्वास्थ्य संस्थाहरु विवरण

वडा नं.	सरकारीअस्पताल	आधारभुत अस्पताल	प्राथमिकस्वास्थ्य केन्द्र	स्वास्थ्यचौकी	सामुदायिकस्वास्थ्य ईकाइ	शहरीस्वास्थ्य केन्द्र	आधारभुत स्वास्थ्यसेवा केन्द्र	निजी अस्पताल
१				१				
२				१				
३					१			
४				१				
५				१				
६				१				
७							१	
८				१				
९				१				

२.३ सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तरगतका सेवा केन्द्रहरु

सेवा केन्द्रको नाम	सङख्या
बर्थिङ्ग सेन्टर :	७
:IUCD site	४
Implant site	४
DOTS centre	९

३ वाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

३१. राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

खोप उच्च प्राथमिकता प्राप्तलागत प्रभावकारी (Cost effective) जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो। खोपले विभिन्नरोगहरु लाग्नबाट सुरक्षा प्रदान गर्दछ। वि.सं. २०३४सालमा विफर उन्मूलन भए पश्चात नेपालमा यो कार्यक्रम विस्तारित खोप आयोजनाको रुपमा धनुषा, रुपन्देही र सिन्धुपाल्चोक जिल्लाहरु बाट बि.सि.जी. र डि.पि.टी. खोपबाट सेवा प्रारम्भ भएको हो। वि.सं. २०३६/३७ सालमा पोलियो र दादुरा खोप थप गरी अन्य जिल्लाहरुमा विस्तारगर्दै २०४५ साल सम्ममा ७५ वटै जिल्लाहरु मा ६ वटा रोगहरु क्षयरोग, भ्यागुतेरोग, धनुष्टंकार, लहरेखोकी, पोलियो, दादुरा विरुद्धका खोपहरु समावेश गरियो।२०६० सालमा हेपाटाइटिस्-बी, २०६४ साल देखि जापानीज इन्सेफलाइटिस् (जोखिमपूर्ण जिल्लाहरुमा) र २०७३ सालदेखि ७५ वटै जिल्लामा विस्तार गरियो। यसै गरी २०६६ मा हेमोफिलस इन्फ्ल्यूएन्जा बी (हिब) खोप सुरुवात गरिएको थियो। त्यस्तै २०७० सालमा रुबेला खोपलाई संयुक्त दादुरा-रुबेला खोपको रुपमा समावेश गरियो र २०७२/२०७३ मा दादुरारुवेला को दोश्रो मात्रा नियमीत खोपमा समावेश गरियो। वि.सं २०७१ देखि Pneumococal Conjugate Vaccine (PCV) खोप नियमित खोपमा समावेश गरी सकिएको छ। साथै पोलियो रोग उन्मूलन गर्नको लागि मुखबाट दिइने पोलियो थोपा (bOPV) को साथसाथै सुईद्वारा दिईने पोलियो खोप (fIPV) खोप पनि सञ्चालनमा आईसकेको छ। आ.ब. २०७७/०७८ देखि रोटा भाइरस बाट हुने पखाला बाट बालबलिकाहरु लाई बचाउन यस भाइरस बिरुद्धको रोटा भाइरस भ्याक्सीन राष्ट्रियखोप कार्यक्रमा थप गरियो। आ.व. २०७८/७९ देखि टाइफाइड रोगबिरुद्धको को टाइफाइड खोप सुरुवात गरिएको छ |राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत नेपाललाई खोपवाट बचाउन सकिनेरोगहरु बाट शुन्य अवस्था पुऱ्याउने दुर दृष्टि राखिएको छ।

खोप बाट वचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, निवारणर उन्मूलनको अनुगमन गर्नका लागि खोज पड्ताल (Surveillance) अति महत्वपूर्ण कार्य हो । यसको लागि वि.सं. २०५६ साल देखि पोलियो रोगको उन्मुलनको लागि सर्भिलेन्स सुरु गरियो। त्यसै गरी वि.सं. २०६० देखि दादुरा, नवशिशु धनुष्टंकार र जापानीज इन्सेफलाइटिस रोगहरु को समेत नियमित खोजपड्ताल कार्य सुरु भयो। हाल सम्म पोलियो, दादुरा, नवशिशु धनुष्टंकार र जापानीज इन्सेफलाइटिस रोगहरुको समयमै पहिचान गरी नियन्त्रण गर्न सहयोग पुग्दै आईरहेको छ र रोकथाम गर्ने उद्देश्यका साथ सर्भिलेन्स गरिदै आएको छ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत हाल नेपालमा १५ महिनासम्मका शिशुहरु र गर्भवती महिलाहरुका लागि निःशुल्क खोप सेवा प्रदान गरिँदै आएको छ। जसमध्ये १५ महिना मुनिका शिशुहरुलाई १३ वटा सरुवा रोगहरु (क्षयरोग, भ्यागुतेरोग,लहरेखोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिसबि,

हेमोफिलस इन्फ्ल्यूएन्जा बी, पोलियो, रोटाभाईरस, दादुरा-रुबेला, निमोनिया, जापानिज इन्सेफलाइटिस् र टाईफाईड) बिरुद्ध तथा गर्भवती महिलाहरुका लागि टी.डी. (Td) खोप उपलब्ध गराउँदै आएको छ।बहुबर्षीय खोप योजना (सन् २०१७-२०२१) अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा क्रमशः नयाँ खोपहरु समावेश गर्दै जानेयोजना रहेको छ।

उक्त कार्यको लागि मनाङ डिस्याङ गाऊ पालिकामा ९ वटा खोप केन्द्रहरु (संस्थागत र बाह्य खोप केन्द्र) मार्फत सञ्चालन गरिँदै आएको छ।यस पालिकामा कोल्ड रुम सञ्चालनमा रहेका छैन भने भौगोलिक अवस्थितिको आधारमा खोप सव-सेन्टरहरु सञ्चालनमा रहेका छन् । खोप कार्यक्रमको सफलता स्वरुप नेपालमा सन् २010 अगष्ट देखि पोलियो रोगीको अवस्था शुन्यरहेको, सन् २००५ देखि नवशिशु धनुष्टंकार रोगको निवारणको अवस्था कायमरहेको ,सन् २००९ देखि दादुरा रोग नियन्त्रण भएको र दादुरा निवारण तर्फ उन्मुख रहेको छ भने जापानिज इन्सेफलाइटिस् नियन्त्रणमा रहेको छ।यो अवस्थालाई कायम राख्नका साथै कार्यक्रमको राष्ट्रिय उद्देश्य अनुरुप खोप वाट वचाउन सकिने रोगहरु को नियन्त्रण, निवारण र उन्मुलन गर्नु यो कार्यक्रमको प्रमुख दायित्व रहको छ।

आ.व. २०७९/८० मा खोप सम्वन्धि सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- खोप सम्बन्धि घरदैलो कार्यक्रम
- पुर्ण खोप सुनिसिच्ता र दीगोपन कार्यक्रम

खोप कार्यक्रमका प्रमुख उपलब्धीहरु

- पालिका पुर्ण खोपमै स्थिरता
- पालिकामा Vaccine preventable रोग बाट हुने मृत्यु शुन्य भएको

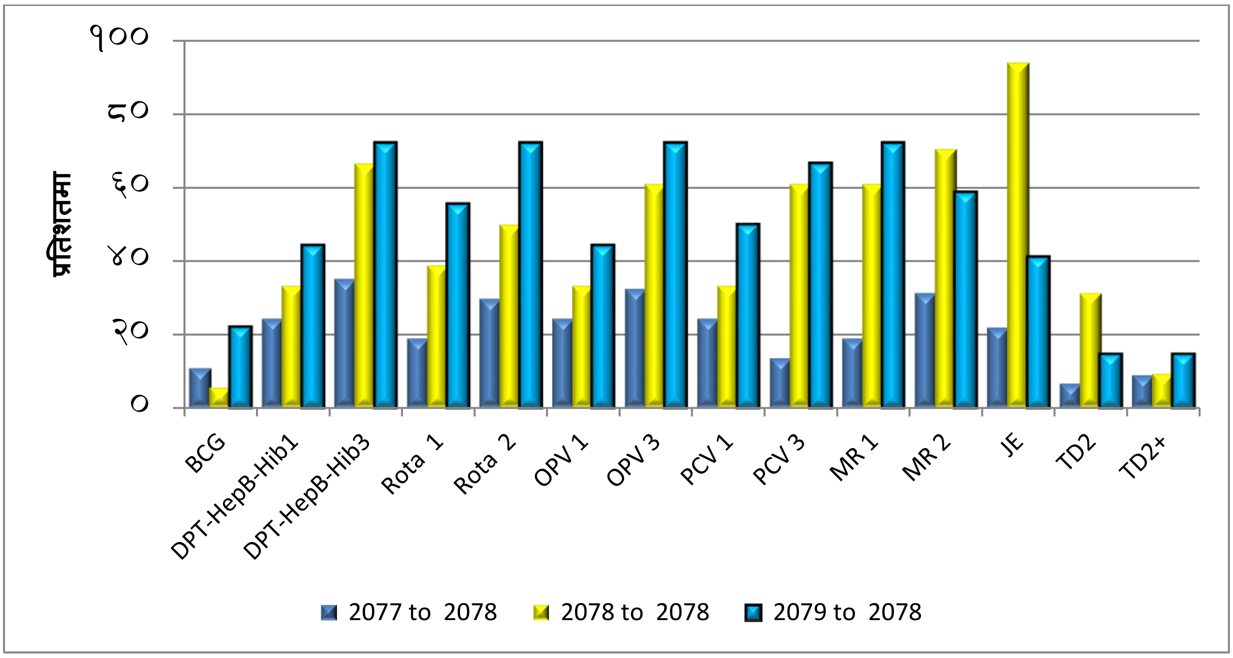
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको कभरेज(प्रतिशतमा)

तालिकानं. ६राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमका सुचकहरु

F.Y.	BCG	DPT-HepB-Hib		Rota		OPV		PCV		MR		JE	Td2 and 2+
		१	३	१	२	१	३	१	३	१	२		
२०७७/७८	१०.८	२४.३	३५.१	१८.९	२९.७	२४.१	३२.४	२४.३	१३.५	१८.९	३१.३	२१.९	६.७
२०७८/७९	५.५	३३.२	६६.५	३८.८	४९.९	३३.२	६०.९	३३.२	६०.९	६०.९	७०.४	९३.९	३१.२
२०७९/८०	२२.५	४४.४	७२.२	५५.६	७२.२	४४.४	७२.२	५०	६६.७	७२.२	५८.८	४१.२	१४.८

अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा यस आर्थिक वर्षमा सबै खोपको कभरेज बढेको छ । यस आर्थिक वर्षमा रोटा खोपको कभरेज पहिलो मात्रा ५५.६ प्रतिशत र दोश्रो मात्रा ७२.२प्रतिशत रहेको छ । सबै खोपहरुको कभरेज हेर्दा वडा अनुसार विविधता पाइएको छ ।

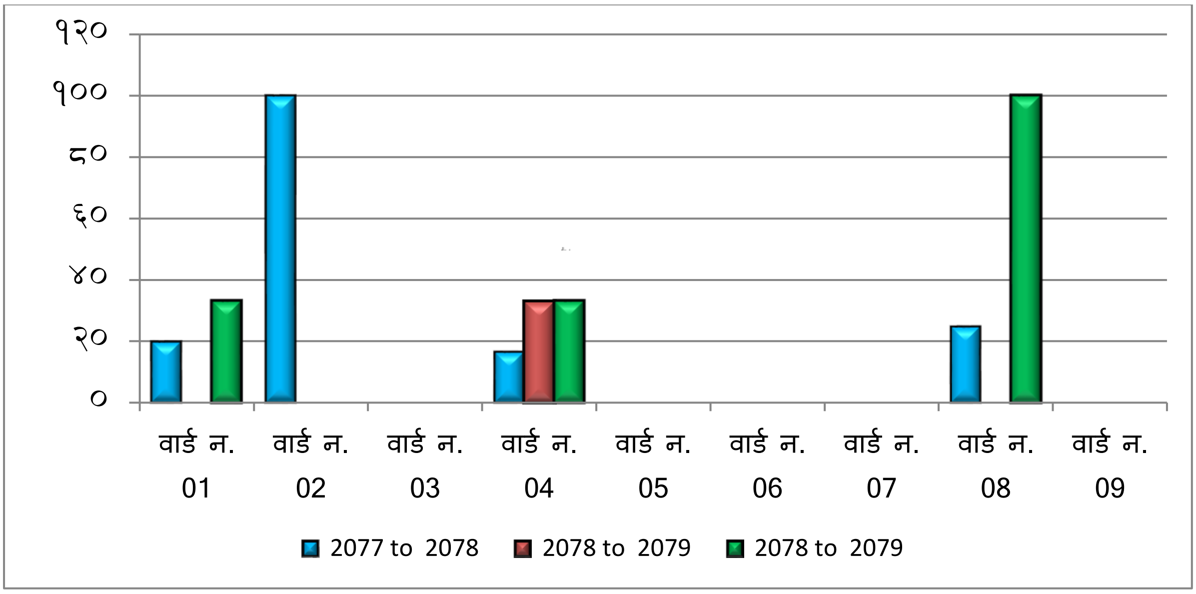
चित्र नं. २खोप कार्यक्रमको खोप अनुसार कभरेज % मा



बि.सि.जि. खोप

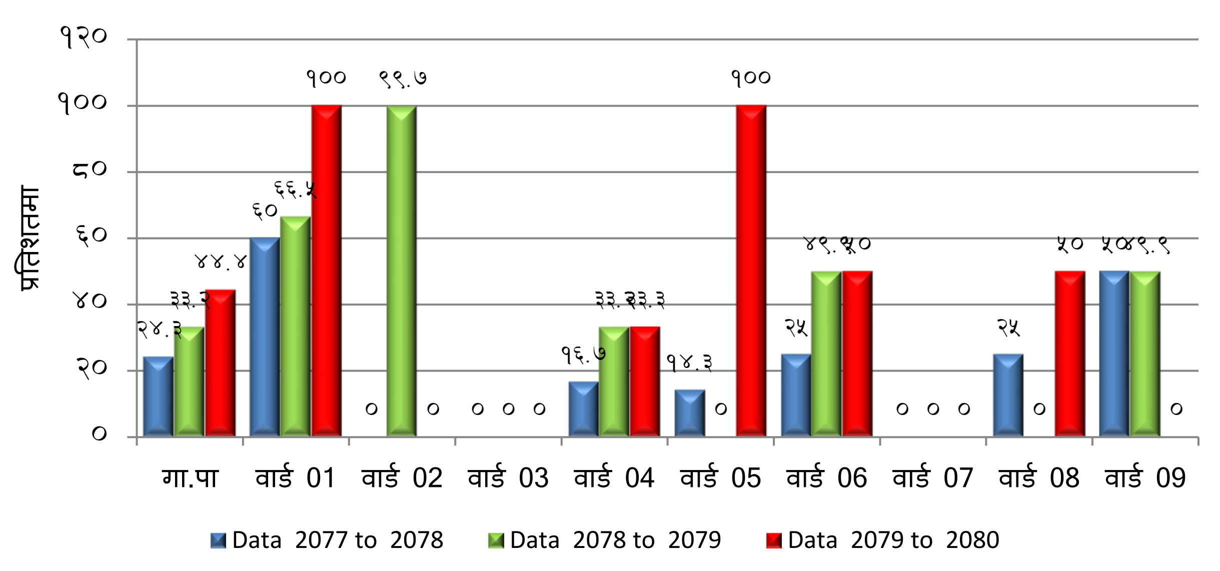
बिगतका आ.ब.हरुको तुलनामा यस आ.ब. मा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा बि.सी.जी. खोपको प्रगति सन्तोषजनक रुपमा बढेको छ । आ.व.२०७८/७९ मा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा बि.सी.जी. खोपको कभरेज ५.५ प्रतिशत थियो भने यो आ.व.मा २२.५ प्रतिशत पुगेको छ । आ.व.२०७९/८० मा वाडा तह अनुसार तोकिएको जनसंख्यामा सबैभन्दा बढी कभरेज वार्ड न. ८ मा १०० प्रतिशत र सबैभन्दा कम कभरेज वार्ड न. २,३,५,६,७ र ९ मा ० प्रतिशत रहेको छ।

चित्र नं. ३ बि.सि.जि. खोपको वार्ड अनुसारको कभरेज % मा



डि.पि.टि.-हेप वी-हेव.खोपको पहिलो मात्रा

बिगतका आ.ब.हरुको तुलनामा यस आ.ब. मा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी-हिव खोपको पहिलोमात्रा खोपको प्रगति संतोषजनक रुपमा बढेको छ । आ.व.२०७८/७९ मा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी- हेव १ खोपको कभरेज ३२.२प्रतिशत थियो भने यो आ.व.मा ४४.४ प्रतिशत पुगेको छ । यस गा.पा.मा वार्डहरु मध्ये आ.व.२०७९/८९मा तोकिएको जनसंख्यामा सबैभन्दा बढी प्रगति वार्ड न. ५ मा १०० प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं. ४ मा ० प्रतिशत रहेको छ, भने अघिल्लो आ.व.को तुलनामा यस आ.व. मा सबै वार्डहरुमा यो खोपको कभरेज बढेको छ ।

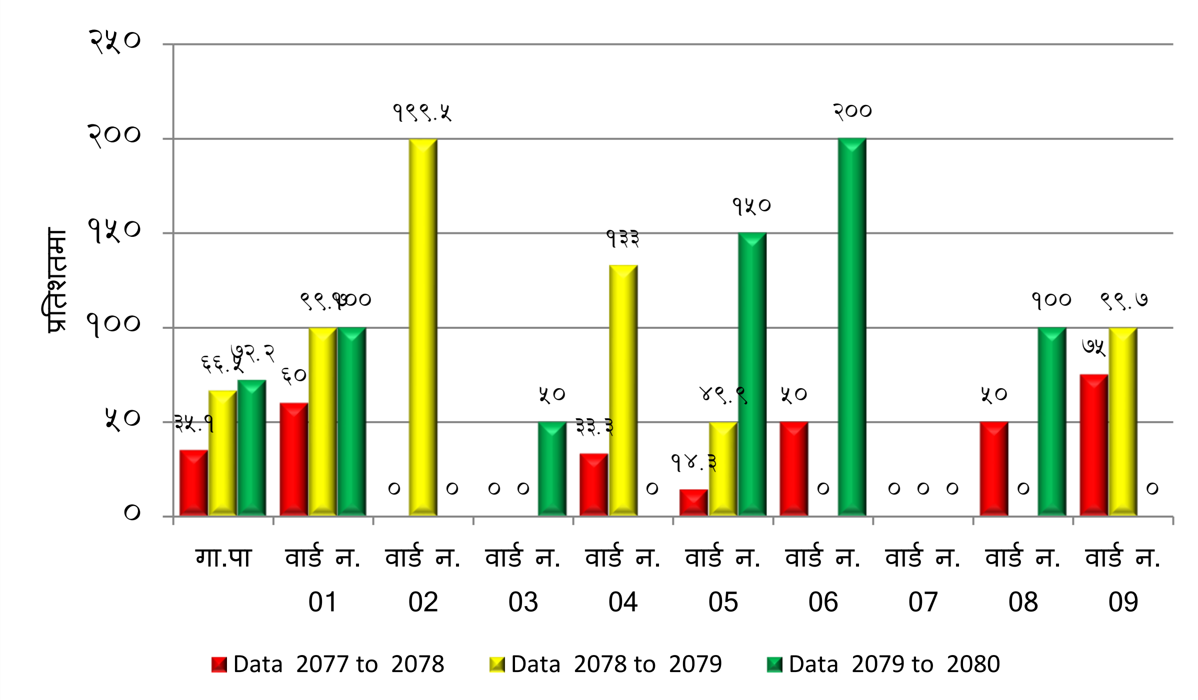


चित्र नं. ३ डि.पि.टि.-हेप वी-हेव.१ खोपको कभरेज %(वडा अनुसार)

डि.पि.टि.-हेप वी-हेव.खोपको तेश्रो मात्रा

अघिल्ला आ.ब.हरुको तुलनामा यस आ.ब.मा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी-हिव.खोपको तेश्रो मात्रा खोपको प्रगतिबढेको छ । आ.व.२०७९/८० मा मनाङ डिस्याङ गापालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी- हेव३ खोपको कभरेज ६ प्रतिशतले वृद्धी भई ७२.२ प्रतिशत पुगेको छ । यस पालिकाका वडाहरु मध्ये आ.व.२०७९/८० मा तोकिएको जनसंख्यामा सबैभन्दा बढी प्रगति वडा नं.६ को २०० प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं. २ को ० प्रतिशत रहेको छ, भने अघिल्लो आ.व.को तुलनामा यस आ.व. मा सबै वडामा यो खोपकोकभरेज बढेको छ ।

चित्र नं. ३ डि.पि.टि.-हेप वी-हेव.३खोपको कभरेज %(वडा अनुसार)

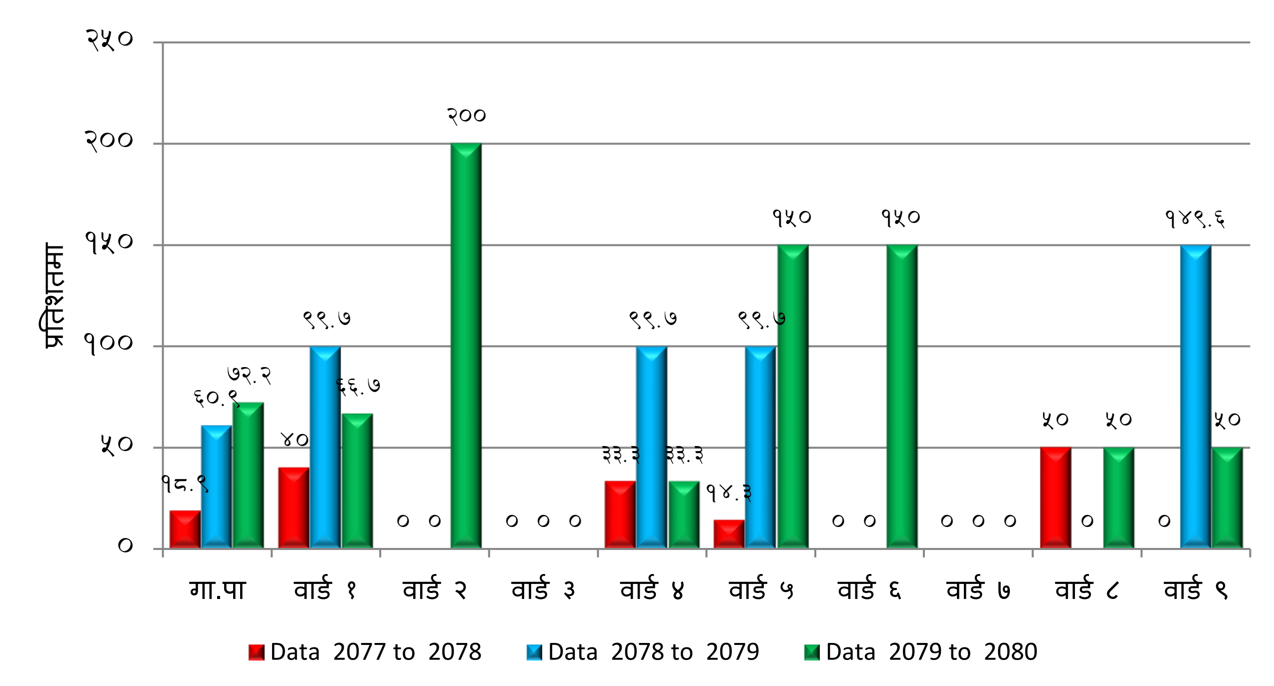


यस आ.व.मा तोकिएको लक्षित जनसंख्याको ५० प्रतिशत भन्दा कम कभरेज भएका वडाहरु ४ वटा, ५० प्रतिशत देखि १०० प्रतिशतसम्म कभरेज भएका वडाहरु २ वटा, १०० प्रतिशत देखि १५० प्रतिशतसम्म कभरेज भएका वडाहरु २ वटा र १५० प्रतिशतभन्दा बढि कभरेज भएका वडाहरु १ वटा रहेका छन् ।

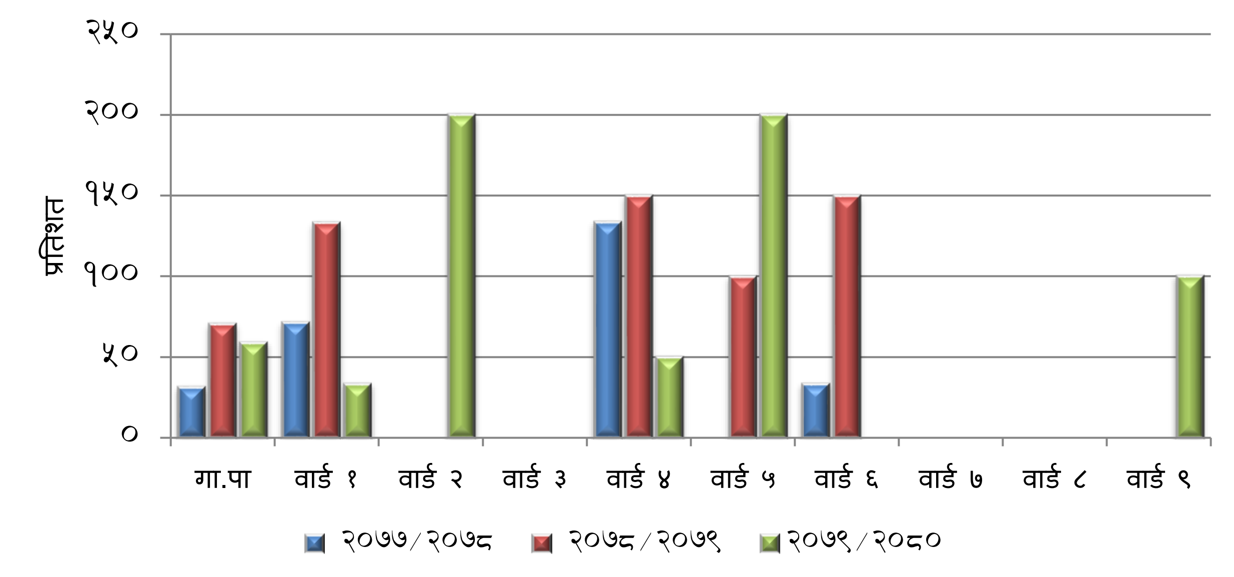
दादुरा-रुवेला

मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा बिगतका तीन आ.व.मा दादुरा-रुवेला खोपको पहिलो मात्रा (९ महिनामा लगाउने) र दोश्रो मात्रा (१५ महिनामा लगाउने) क्रमशः बढेको पाईन्छ । वडागत रुपमा हेर्दा यो आ.व. मा दादुरा रुवेलाको पहिलो मात्रा सबैभन्दा बढी वडा नं. २मा २०० प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं.३ र ७ मा ० प्रतिशत रहेको छ भने,दोश्रो मात्रा सबै भन्दा बढी वडा नं. २,५ २००प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं. ३,७,८ ० प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र नं. ६ दादुरा रुबेला १ खोपको कभरेज %(वडा अनुसार)



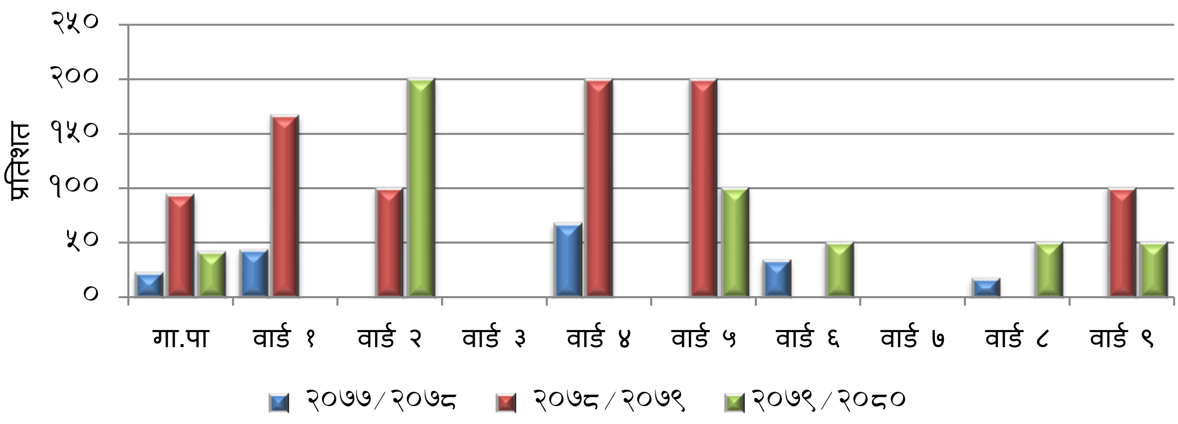
चित्र नं. ५दादुरा रुवेला २ को वडा नुसारको कभरेज % मा



जापानिज जापानिज ईन्सेफलाईटिस खोप

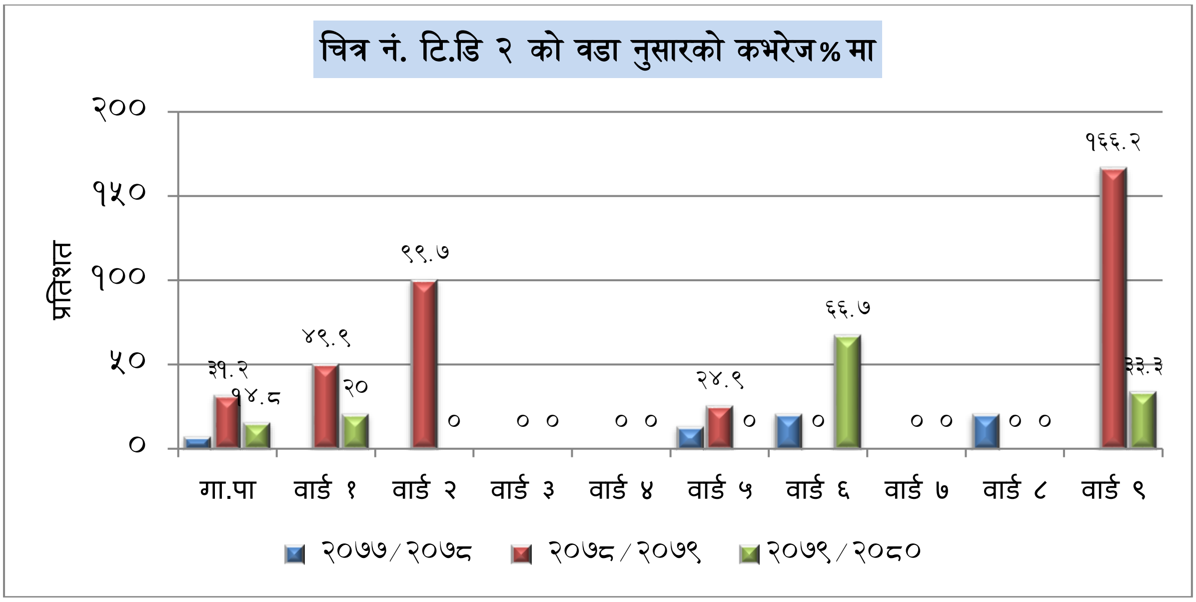
ईन्सेफलाईटिस रोग विरुद्धको खोप आ.व. २०६८/६९ देखि नियमित खोप कार्यक्रमका रुपमा १२ महिना देखि २३ महिना सम्मका वालबालिकाहरुलाई दिईदै आएकोमा आ.व.२०७९/८०मा लक्षित जनसंख्यामा सबैभन्दा बढी वडा नं. २ मा २०० प्रतिशत र कम वडा नं. १,३,४,७ मा ० प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र नं. ७ JE को वडा नुसारको कभरेज% मा



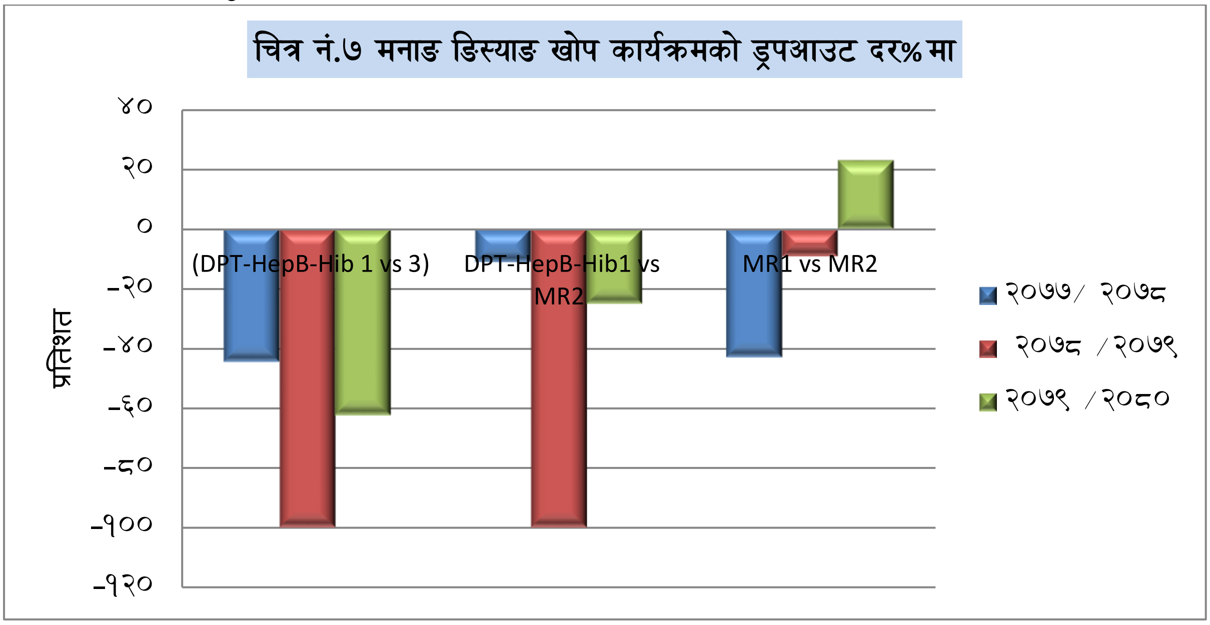
टि.डि.खोप

आ.व.२०७९/८० मा टि.डि. खोपको कभरेज (Td2र Td2+) अधिकांस वाडामा बढेको छ । सबैभन्दा बढी वडा नं. ६ मा ६७ प्रतिशत र सबैभन्दा कम वडा नं. २,३,४,५,७,८ मा ० प्रतिशत रहेको छ । साथै विगतका बर्षको तुलनामा यस आ.व. मा वडा नं. १,२,५,९मा यस खोपको कभरेज घटेको पाईन्छ ।



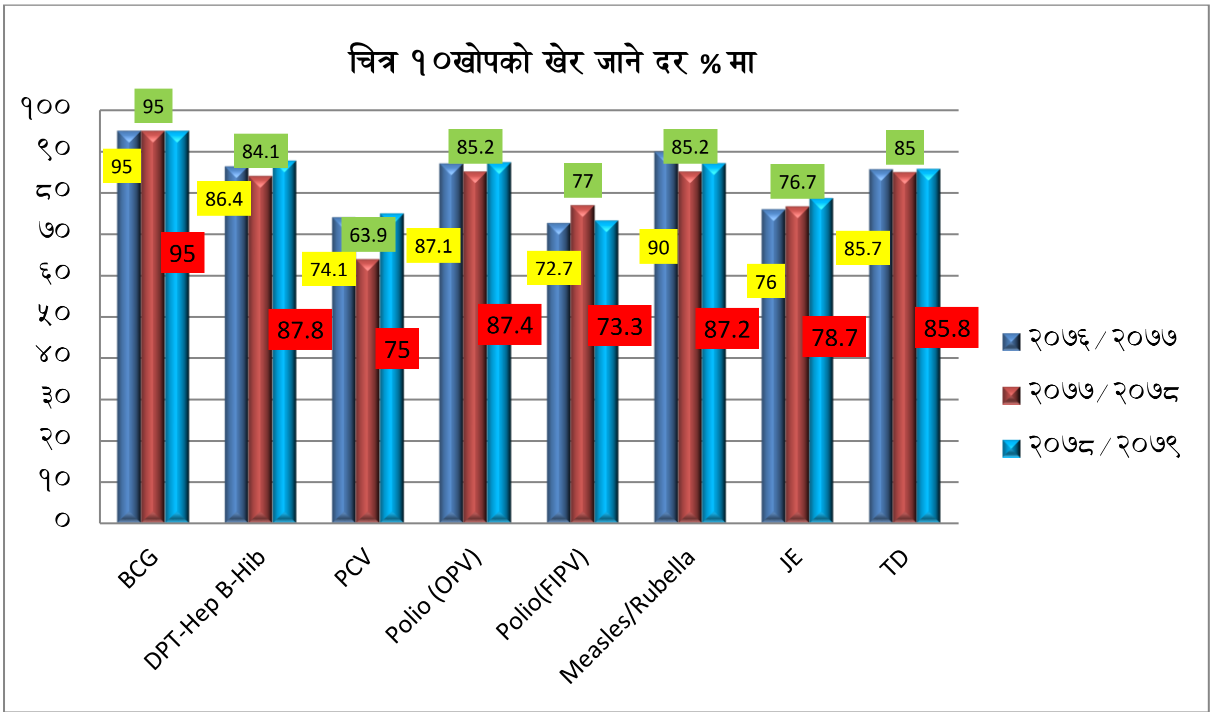
ड्रप आउट दर

आ.व.२०७८/७९ मा (डि.पि.टि१/डि.पि.टि३)डि.पि.टि१ खोपको तुलनामा डि.पि.टि३ खोप लगाउन छुट भएका बालबलिकाहरुको संख्या -१०० प्रतिशत रहेकोमा यो आ.व. मा -६०प्रतिशत रहेको छ । डि.पि.टि.-हेप वी- हिव पहिलो मात्रा खोप लगाउने र दादुरा रुबेला दोस्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रप आउट दर -२५ प्रतिशत प्रतिशतरहेको छ । दादुरा रुबेलापहिलोको तुलनामा दादुरा रुबेला दोस्रो लगाउने बिचको ड्रप आउट दर २३ प्रतिशत प्रतिशतरहेको छ जुन गत आ.व. मा प्रतिशत -९ रहेको थियो।



खोपको खेर जाने दर

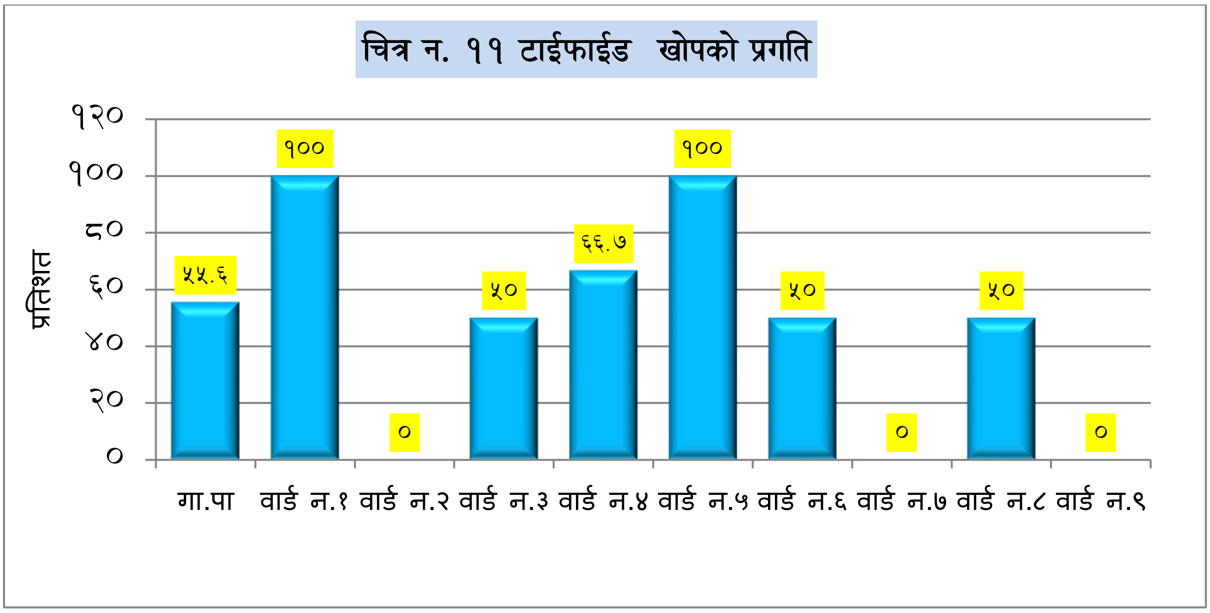
खोपको बनावट र प्रकृति अनुसार एउटा भायलमा ४ देखी २० मात्राको खोप हुने गर्दछ, जसमा खोप लगाउन ल्याईने बच्चाहरुको संख्या उक्त मात्रासँग मेल नखाई कम हुने अवस्था पनि रहन्छ । यसरी खोपको मात्राको अनुपातमा खोप लगाउने बच्चाको संख्या कम हुनगई खोप खेर जान्छ । आ.व. २०७८/७९ मा वि.सि.जि. खोपको खेरजाने दर ९५ प्रतिशत रहेको छ, डि.पि.टि.- हेप वी - हेव खोपको ८९ प्रतिशत पुगेको छ भने पोलियो खोपको ८८ प्रतिशत रहेको छ, त्यस्तै गरि पि.सि.भि. खोपको ७५ प्रतिशत रहेको छ, एफ.आई.पि.भि.को ७४ प्रतिशत, दादुरा-रुवेला ८७प्रतिशत, जे.ई. खोपको ७९ प्रतिशत र टि.डी. खोपको ८५ प्रतिशत रहेको छ । हालका केही वर्षहरु देखी भ्याक्सिन नेपाल सरकारले नै खरिद गर्नु पर्ने अवस्था आएको र नेपाल सरकारको ठुलो लगानी यसमा रहेको हुनाले भ्याक्सिन खेर जान नदिन धेरै सजग हुनु पर्ने आवस्यकता छ । माथी देखाईएकोभ्याक्सिन खेर जाने दरको ग्राफ हेर्दा सबै भ्याक्सिनमा WHO को मापदण्ड भन्दा बढी नै खेर गएको देखिन्छ । यसलाई कम गर्न अत्यन्त जरुरी छ, जसको लागि Multi dose Vail Policy (MDVP) लाई कडाईका साथ कार्यान्वयन गर्नु पर्ने हुन्छ ।यस गाउपालिकामा भ्याक्सिन खेरा जाने दर बिगत आ.व. भन्दा यस आ.व.मा प्राय भ्याक्सिनको खेर जाने दर बढेको वा स्थीर नै देखिन्छ ।



टाईफाईड रोग विरुद्ध खोपको प्रगति (प्रतिशत)

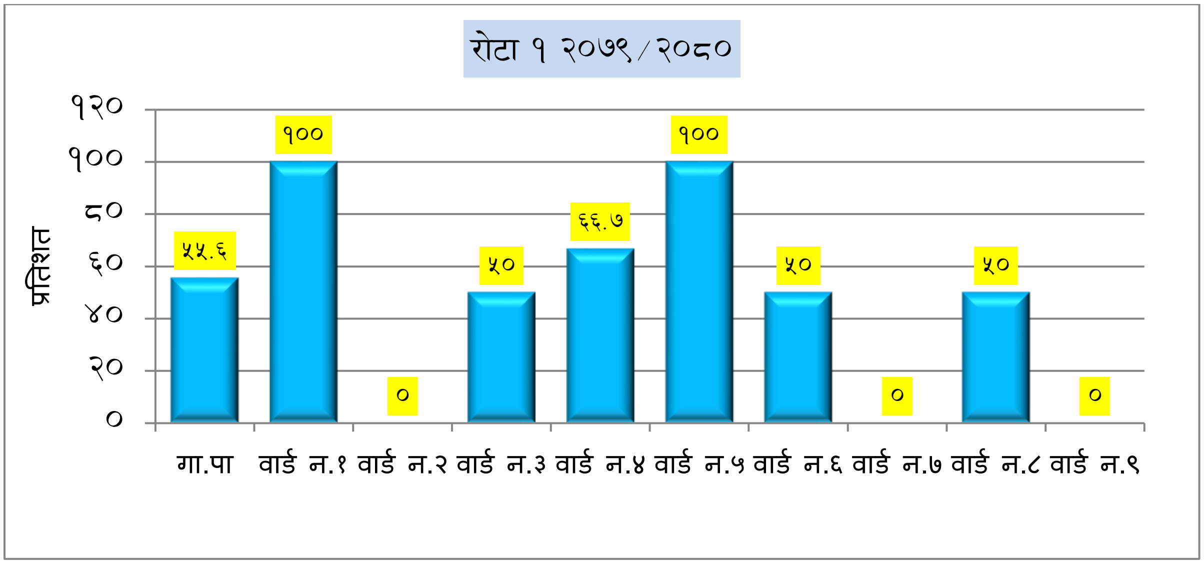
टाईफाईड रोग विरुद्धको खोप लक्षित जनसंख्याको आधारमा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकाको प्रगति ६४.७ प्रतिशत छ भने प्रत्येक वडालाई तोकिएको जनसंख्या को आधारमा सबैभन्दा बढी वडा नं. २ को कभरेज ३०० प्रतिशत र सबैभन्दा कम वडा नं. ३,६,७,८ को ० प्रतिशत रहेको छ ।

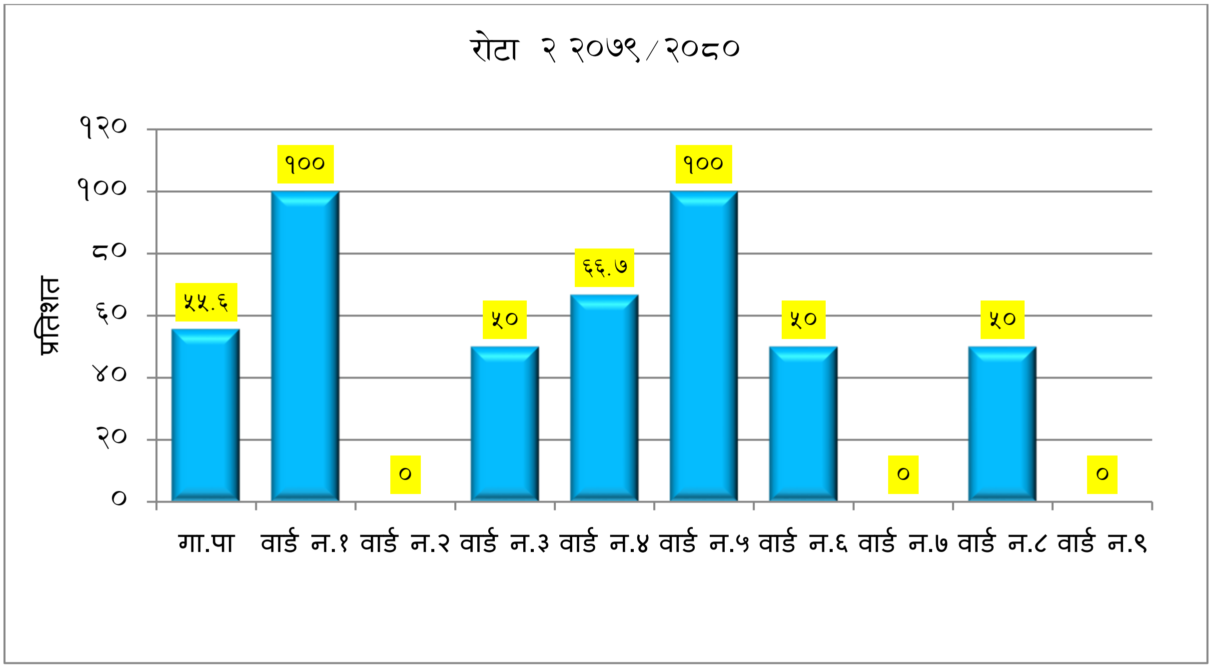
तालिकानं. ७टाईफाईड रोग विरुद्धको खोपको प्रगति विवरण



रोटा खोप खोपको प्रगति (प्रतिशत)

तालिकानं. ८रोटा खोप पहिलो र दोश्रो मात्रा खोपको प्रगति विवरण





नियमित खोप मार्फत सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रम

खोप सम्बन्धी नेपालको राष्ट्रिय समितिले सन् २०१२ मा झाडापखाला र टाईफाईड जस्ता रोगहरु विरुद्ध दिइने खोपलाई नियमित खोप सेवामा समाबेस गर्दा पखाला जस्ता पानी जन्य रोगहरु लाग्ने सम्भावना पनि कम हुने रबालमृत्युदरमा समेत कमी ल्याउन सकिने हुनाले खोप कार्यक्रमलाईप्रभावकारी किसिमले सञ्चालन गर्नेरखोप संगसंगै सुरक्षित पिउने पानी,व्यक्तिगततथा वातावरणीयसरसफाइलाई समेत समाबेश गरि एकीकृत रुपमा सरसफाई प्रबर्द्धन संचालन गर्न सुझाब दिएको थियो ।

खोप क्लिनिकमा बच्चालाई खोप लगाउन बस्नुपर्ने समयमा आमा, बुबा वा अबिभाबकसंग सरसफाई सम्बन्धी ब्यबहार परिबर्तनका क्रियाकलापहरु संचालन गर्न सकिन्छ भन्ने कुरालाई ध्यानमा राखी नियमित खोप सेवा मार्फत सरसफाइ प्रबर्द्धन कार्यक्रम सन् २०२० देखि संचालनमा आईरहेको छ । यस कार्यक्रमले खोप क्लिनिकमा आउने आमा, बुबा तथा अभिभाबकहरुमा सरसफाई सम्बन्धी बानी व्यहोरामा सकारात्मक परिबर्तन ल्याई बच्चाहरुमा पानीजन्य रोगहरुबाट सुरक्षित गरिबाल मुत्युदरमा उल्लेखनीय रुपमा कमी ल्याउन सहयोग पुर्याएको छ ।

सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रमका चुनौतीहरू

- खोप केन्द्रमा प्रयाप्त ठाउँ र पानी नहुनेले गर्दा सरसफाइ सेसनमा नियमित रुपमा सञ्चालनमा समस्या भईरहेको छ ।
- खोपकेन्द्रमा खटिने सबै स्वास्थ्यकर्मीले सरसफाई प्रबर्द्धनको तालिम नपाएको हुदाँ सरसफाई सेसन संचालनमा कठिनाई भईरहेको छ ।
- बाह्य खोप केन्द्र संचालन गर्न जादा स्वास्थ्यकर्मीले सरसफाइ प्रबर्द्धन सेसनमा प्रयोग हुने सामग्रीहरु नलैजाने गर्नाले सेसन संचालन त्यति प्रभावकारी हुन सकेको छैन।
- आमा तथा अभिभावकहरु खोप लगाउन एउटै समयमा नआउने हुदा सबै आमा तथा अभिभावकलाई सरसफाइ प्रबर्द्धनको सेसनमा सहभागी गराउन समस्या भईरहेको छ ।

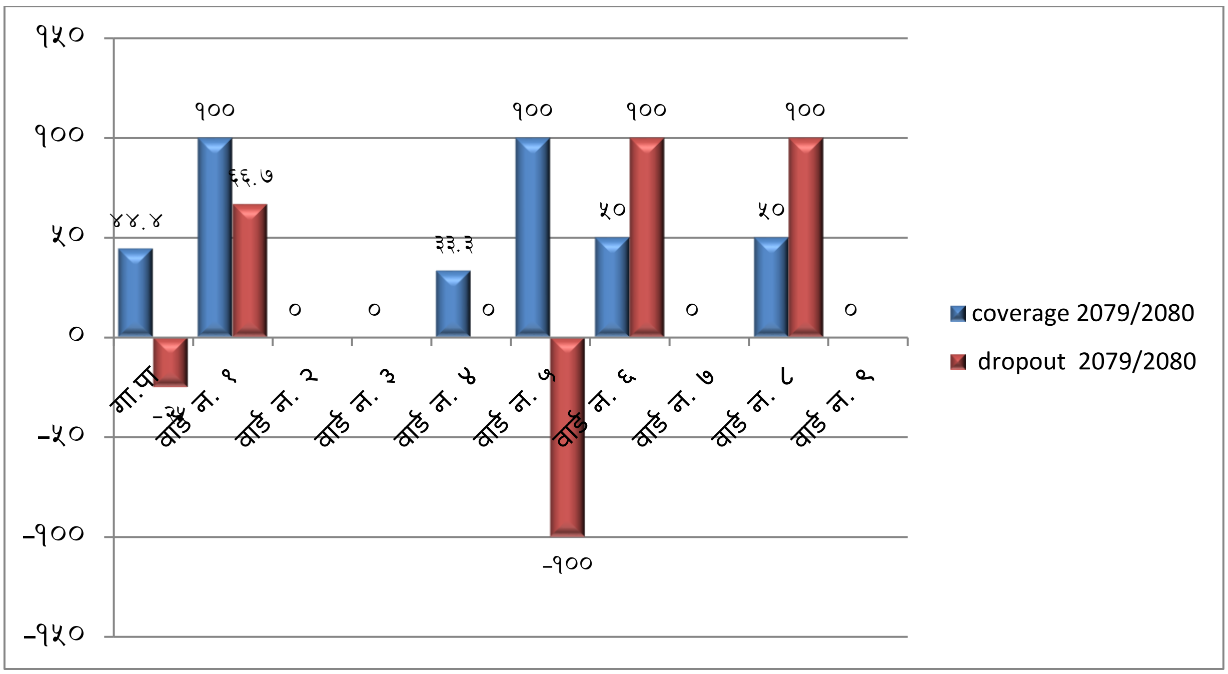
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच र उपयोग

पूर्णखोप सुनिश्चितता रणनीती अनुसार परिवार कल्याण महाशाखाले तयार पारेको,राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले सेवाको पहुँच र उपयोगका आधारमा स्वास्थ्य संस्था/कार्यालयहरुलाई तपशिल बमोजिमका ४ वटा समुहमा विभाजन गरिए अनुसार मनाङ डिस्याङ गाउपालिकाका वडा नं. ५

पहिलो समुहमा परेका छन् र वार्ड न.१ समुह 2 मा र २,३,४,७,९ तेश्रो समुहमा परेका छन् भने ६ र ८ चौंथो समुहमा रहेका छन् ।

खोप कार्यक्रमको पहुँचको लागि डि.पि.टि.-हेप वी-हिव पहिलो मात्राको प्रगति र उपयोगको रुपमा डि.पि.टी.-हेप-बि, हिव पहिलो मात्राको खोप लगाउने र दादुरा- रुबेला को दोश्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रपआउट दरलाई लिईएको छ ।मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा आ.व. २०७९/८० मा डि.पि.टि.-हेप वी-हिव पहिलो मात्राको प्रगति ४४.४ प्रतिशत रहेको छ । डि.पि.टी.-हेप-बि, हिव पहिलो मात्राको खोप लगाउने र दादुरा- रुबेला को दोश्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रपआउट दर -२५ प्रतिशतरही समुह दुईमा रहेको छ ।

तालिका नं. १२ स्थानीय तह अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच र उपयोग



पहुचँ>=९० प्रतिशत उपयोग<१० प्रतिशत	पहुचँ>=९० प्रतिशत उपयोग>१० प्रतिशत	पहुचँ<९० प्रतिशत उपयोग<१० प्रतिशत	पहुचँ<९० प्रतिशत उपयोग>=१० प्रतिशत
Cat-1	Cat-2	Cat-3	Cat-4

खोप कार्यक्रमका चुनौतिहरु

- प्रत्येक वर्ष पुर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना कायमगर्ने कार्यलाई निरन्तरता।

- नयाँ नियुक्ति भै आएका सबै स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई खोप सम्बन्धी आधारभूत तालिम तथा अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन ।
- खोप तथा खोपजन्य फोहरलाई उचित तरिकाले बिसंक्रमित गरि बिसर्जन गर्ने ब्यबस्था ।

खोप कार्यक्रमका प्रमुख समस्या

- खोप कार्यक्रमको सुक्ष्मयोजना निर्माण तथा सोको कार्यान्वयनामा समस्या रहेको।
- खोप सेसनहरु शत प्रतिशत चल्ननसक्नु तथा खोप केन्द्र १० देखि ४ बजे सम्म सञ्चालन नहुनु ।
- वडाहरुमा माईक्रोप्लान अनुसार प्रति खोप सेसन ४० सुईको नीति शत प्रतिशत कार्यन्वयन नहुँनु ।

खोप कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु,हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

तालिका नं. १२ खोप कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

	आ.व २०७९/८०		
क्रस	समस्या तथा चुनौती	समाधान उपाय	जिम्मेवारी
१	खोप कार्यक्रमको कभरेज वढाउनका लागि स्थलगत अनुशिक्षण	Onsite coaching संन्चालन	स्थानीय तह- प्रदेश सरकार-
2	पुर्णखोपको दिगोपना कायमका लागि अभिमुखिकरण	सबै स्थानीयतहले घरधुरी सर्वेक्षण गरि खोप लगाउन छुट बच्चाको पहिचान गर्दै सम्पूर्ण छुट बच्चालाई सबै खोप लगाईएको सुनिश्चितता गरि प्रमाणित गर्ने	स्थानीय तह- प्रदेश सरकार-
३	खोप कार्यक्रमको शुक्ष्म योजना तैयारी तथा कार्यान्वयन	जिल्ला,स्थानीय तह तथा संस्था स्तरमा संन्चालन	स्थानीय तह - प्रदेश सरकार-
४	निर्देशनालय / स्वास्थ्य कार्यलयवाट नियमित अनुगमन	सेवा प्रवाह तथा रेकर्डिङ्ग रिपोर्टिङ्गको सुनिश्रिचतताको लागि अनुगमन/अनुशिक्षण	स्थानीय तह- प्रदेश सरकार-

३.२समुदायमा आधारित एकीकृत वा=लरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

समुदायमा आधारित एकीकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम बालबलिकाहरुलाई निमोनिया,

झाडापखाला, औलो, दादुरा र कुपोषणको कारणवाट हुने मृत्युबाट वचाउन एकीकृत रुपमा व्यवस्थापन गर्नको लागि ल्याइएको कार्यक्रम हो ।यस कार्यक्रम अन्तरगत स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुबाट समेत झाडा पखाला तथा निमोनियाको उपचार गर्ने गरिन्छ भने स्वास्थ्य संस्थामा आएका ५ वर्ष मुनिका बालबलिकाको एकीकृत रुपमा जाँच, वर्गिकरण र उपचार गर्ने गरिन्छ । यस कार्यक्रम अन्तरगत मुख्य झाडा पखाला र श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम समेत पर्दछन् ।

आ.व. २०७९/८० मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु

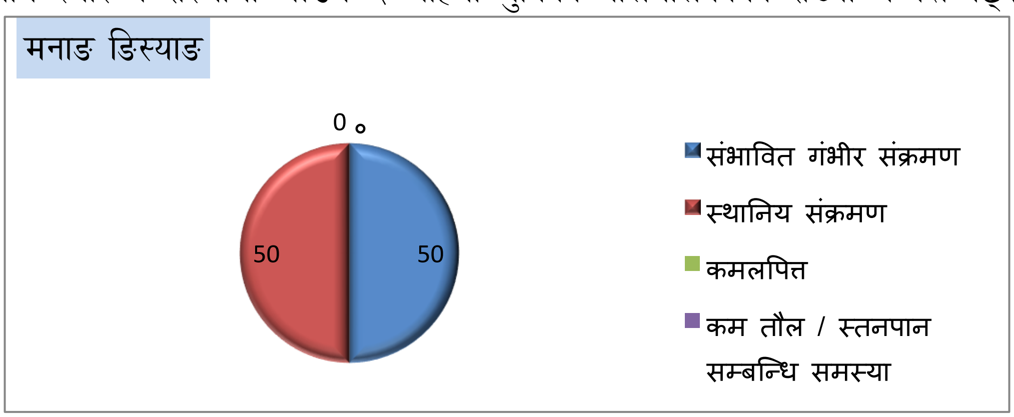
- स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरुमा स्थलगत अनुशिक्षणका गरिएको
- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई समुदायमा आधरित एकीकृत वालरोग व्यवस्थापनको (CBIMNCI) तालिम प्रदान गरिएको ।
- समीक्षा कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।

प्रमुख उपलब्धिहरु

- ५ वर्ष मुनिका वच्चाहरुमा झाडापखला रोगको नयाँ संक्रमण दर घट्नुको साथै जलविनियोजन कडा जलविनियोजनको दरमा सामान्य वृद्दी भएको ।

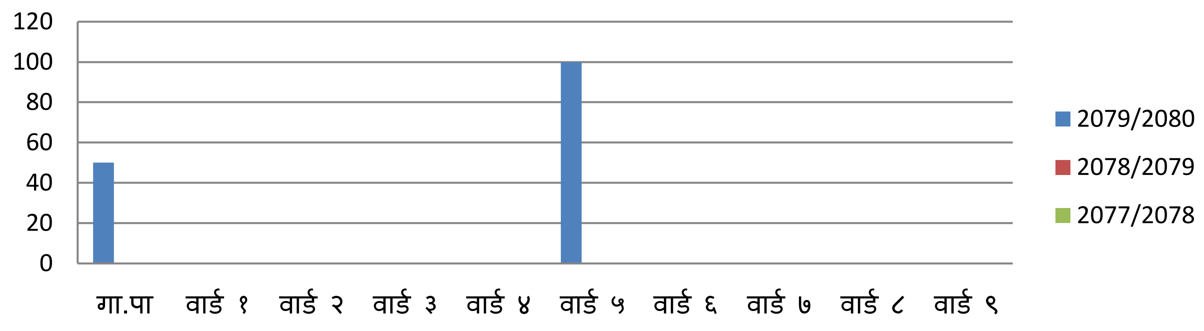
२महिना मुनिका वालबालिकाको उपचार

विगतका तीन आ.व. मा वर्ष २ महिना मुनिका बालबलिकाहरु बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिनेको संख्या क्रमशः घटेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।यस आ.व. २०७९/८० मा २ जनाको उपचार गरिएको छ।जस मध्ये संभावित गंभीर संक्रमण भएका ५० प्रतिशत, स्थानिय संक्रमण भएका ५० प्रतिशत, कमलपित्त ० प्रतिशत र कम तौल / स्तनपान सम्बन्धि समस्या भएका ० प्रतिशत रहेका छन । २ महिना सम्मका नवशिशु मृत्युदर घटाउन हालको प्रमुख चुनौती महशुस गरिएको छ साथै बिरामी भएर उपचारको लागि स्वास्थ्य संस्थामा आउने २ महिना मुनिका बालबलिकाको संख्या क्रमशःघट्दो दरमा रहेको छ ।



०-२ महिनाका बच्चाहरुमा सम्भावित गम्भिर संक्रमणको दर

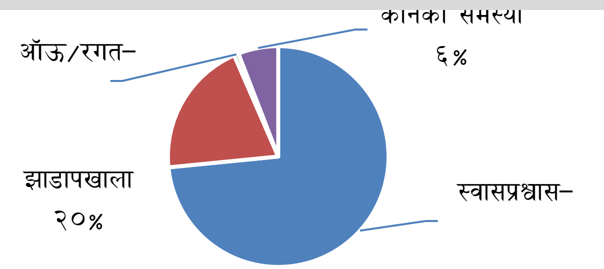
चित्र नं. २महिनाका बच्चाहरुमा जिल्ला अनुसार सम्भावित गम्भिर संक्रमणको % मा



आ.व.२०७९/८० मा ० देखी २ महिना सम्मका वालवालिकाहरुमा सम्भावित गम्भिर संक्रमणको दर मनाङ डिस्याङमा १ प्रतिशत पुगेको छ, जुन गत आ.व.को तुलनामा १०० प्रतिशतले बढेक हो ।

२महिना देखि ५वर्ष सम्मका वालबालिकाको उपचार

चित्र नं. ४, २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका वालवालिकाको उपचार विवरण



विगतका तीन आ.व. मा २महिना देखी ५९ महिनाका बालबलिकाहरु बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिनेको संख्या क्रमशः घटेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।यस आर्थिक वर्षमा २ महिना देखि ५वर्ष सम्मका जम्मा १४६ जना बालबलिकाहरु स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गरिएकोमा श्वास प्रश्वासका बिरामी ६४ प्रतिशत, झाडा पखाला बिरामी ३४ प्रतिशत, आउँ रगत भएका ० प्रतिशत, कान सम्बन्धी समस्या भएका विरामी २ प्रतिशत छन् । बिरामी भएका बालवालिकाहरु मध्ये अधिकान्स निको भएका छन् भने सो को कारणबाट मृत्यु हुनेको संख्या ० जना रहेको थियो ।

आकस्मिक श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

पाँच वर्ष मुनिका बालबलिकाहरुमा हुने रोग र मृत्यका कारणहरु मध्ये श्वासप्रश्वास रोग एउटा प्रमुख कारण हो।त्यसैले एकीकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम अन्तर्गत पाँच वर्ष मुनिका श्वासप्रश्वास रोगका बिरामीहरुको परिक्षण तथा उपचार गर्ने कार्यलाई प्राथमिकता दिने गरिन्छ।विश्व स्वास्थ्य संगठनको बर्गिकरण अनुसार श्वासप्रश्वास रोगका बिरामीहरुलाई धेरै कडा रोग / कडा निमोनिया, निमोनिया र

निमोनिया नभएका बिरामी भनि ३ भागमा वर्गिकरण गरि सोही अनुसार स्वास्थ्य संस्था (गाँउ घर क्लिनिक र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु समेत) बाट एकीकृत बाल रोग व्यवस्थापन कार्यक्रम अनुसार उपचार तथा प्रेषण गर्ने गरिन्छ । आकस्मिक श्वासप्रश्वास रोगमा घरमै स्याहारको पनि महत्वपूर्ण भुमिका रहने भएकोले उपचारका क्रममा आमाहरुलाई पनि परामर्श दिने गरिन्छ।

तालिकानं. ९ श्वासप्रश्वास बिरामी, नयाँ रोगको दर तथा निमोनियां भएको बच्चाहरुको वर्गिकरण

विवरण	शीघ्र स्वासप्रवस सम्बन्धी संक्रमण ARI (प्रति १०००)			बालबालिकामा निमोनियाको दर (प्रति १०००)			गम्भीर निमोनियाको प्रतिशत दर प्रतिशतमा		
आ.व.	२०७९/८०	२०७८/७९	२०७७/७८	२०७९/८०	२०७८/७९	२०७७/७८	२०७९/८०	२०७८/७९	२०७७/७८
मनाङ डिस्याङ	३३५	९१०	११०९	१६	२३	१४	०	०	०

अघिल्लो आ.व. २०७८/७९ को तुलनामा आ.व.२०७९/८० मा मनाङ डिस्याङ गा.पामा श्वास-प्रश्वासका बिरामीको दर ९१० जना प्रति हजारबाट घटेर ३३५ जना प्रति हजार पुगेको छ। त्यसैगरी ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरुमा नयाँ स्वासप्रस्वास मध्ये निमोनियाको प्रतिशतको दर पनि २३ प्रतिशत बाट १६ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ, भने कडा निमोनिया विगत ३ वर्ष देखी ० प्रतिशत नै रहेको छ।

३.२.२ झाडा पखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

नेपालमा पाँच वर्ष मुनीका बालबलिकाहरुको मृत्युको प्रमुख कारणहरु मध्ये झाडापखाला दोश्रो कारण हो। त्यसैले समुदायमा आधारित एकीकृत बालरोगको व्यवस्थापन, झाडापखाला लागेका बालबलिका-हरुलाई पुर्न जलिय उपचार तथा जिंक चक्कीबाट उपचार गरी अकाल मृत्युबाट जोगाउन हरेक स्वास्थ्य संस्थाहरुमा ओ.आर.टी. कर्नर स्थापना गरिएको छ भने समुदाय स्तरमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु मार्फत पुर्न जलिय झोल र जिंक चक्की वितरण गरिदै आएको छ।

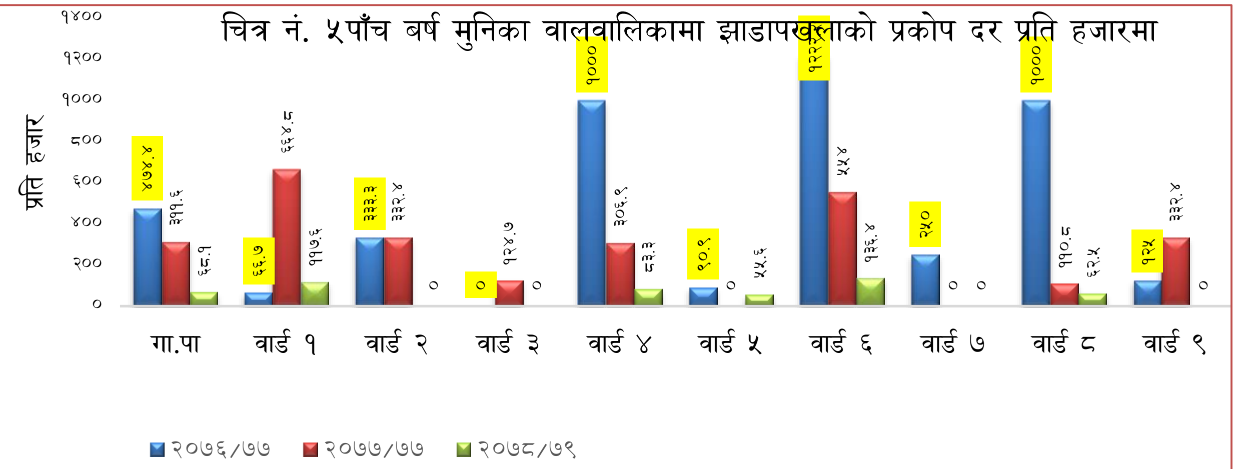
आ.व. २०७९/८०मा सञ्चालित क्रियाकलाप

- पुर्न जलिय झोल साथै जिंक-चक्की सवै स्वास्थ्य संस्थाहरु र म.स्वा.स्व.से. लाई समेत नियमित वितरण गरिएको।
- झाडा पखालाको रोकथाम र उपचार सम्बन्धी शैक्षिक सामग्रीहरु वितरण गरिनुका साथै बिद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा सञ्चालन गरिएको।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा रहेका पूर्न जलिय सेवा दिने कर्नरवाट झाडा-पखालाका बिरामीलाई उपचार

सेवा र स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरिएको

- कार्यक्रमको प्रभावकारीता वारे समय-समयमा सुपरिवेक्षण एवं अनुगमन गरिएको।
- झाडापखालाको महामारी फैलिएमा त्यसको नियन्त्रण गर्न जिल्ला तथा स्थानीय तह CRRT तथा RRT लाई सशक्त वनाईएको।
- पाँच वर्ष मुनिका बच्चाहरुमा झाडापखालाको उपचारमा जिङ्कचक्कीको प्रयोग गरी उपचार गरिएको।सवै स्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरु लगायत म .स्वा.स्वं.से. लाई यसको प्रयोग बारे वेला वेलामा गरिने समीक्षा तथा अनुगमनबाट उपचार प्रणालीलाई व्यवस्थित गरिएको ।

चित्र नं. ५पाँच बर्ष मुनिका वालवालिकामा झाडापखलाको प्रकोप दर प्रति हजारमा



यस आ.व.मा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा प्रति १००० वालवालिकाहरु मध्ये ४७४ जनालाई झाडापखाला लागेको पाइन्छ । गत आ.व. २०७८/७९ को तुलनामा झाडा पखालाका बिरामी घटेको पाइएको छ । वार्डगत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वार्ड न. ६मा १२२२ जना र सबै भन्दा कम वार्ड न. ३मा ० जना प्रतिहजार रहेको छ । यस गाउपालिकामा कुल झाडापखला लागेका बिरामी बच्चाहरु मध्ये कडा झाडापखाला लागेका बच्चाहरुको प्रतिशत ० रहेको छ, जुन गत आ.व.मा ० नै रहेको थियो।आ.व. २०७९/८० मा मनाङ डिस्याङ गाउपालिकामा पाँच वर्ष मुनिका झाडापखला लागेका वालवालिकाहरु मध्ये १०१ प्रतिशतलाई जिंक र पुनर्जलिए झोलबाट उपचार गरिएको तथ्याङ्कले देखाउँछ,जुन अघिल्लो आ.व.मा १०१.६ थियो।

CBIMNCI कार्यक्रमको प्रमुख चुनौती, समस्याहरु र तिनको समाधानको उपायहरु

तालिकानं. 10CBIMNCI कार्यक्रमको प्रमुख चुनौती, समस्याहरु र तिनको समाधानको उपायहरु

आ.व २०७८/७९				आ.व २०७९/८०			
क्र	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
१	नवजात शिशु मृत्युदर, शिशु मृत्युदर, बाल मृत्युदर समेत उच्च रहेको	•कार्यक्रम फोकल पर्सनको सबै तहमा व्यवस्थापन र दरबन्दि सिर्जना •सबै प्रादेशिक अस्पतालहरुमा बालरोग विसेसग्य चिकित्सकको व्यवस्थापन •कार्यक्रममा निजि स्वास्थ्य संस्थालाई समेटी उक्त जनशक्तिलाई तालिमको ब्यबस्थापन •अनुगमन तथा स्थलगत अनुशिक्षणलाइ प्रभावकारी बनाइ प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा प्रोटोकल अनुसारको उपचार प्रणाली लागु गराउने	•रास्ट्रीय योजना आयोग •प्रदेश नीति तथा योजना आयोग •स्वास्थ्य मन्त्रालय •स्वास्थ्य निर्देशनालय •अस्पतालहरु •पालिकाहरु , साझेदार संगसंस्थाहरु	-सबै स्वास्थ्य संस्थामा फोकल पर्सन नतोकिएको - निजि स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारीलाइ तालिम नभएको -प्रोटोकलको पूर्ण पालना हुन नसकेको	- बजेटको अभाव	सबै स्वास्थ्य संस्थामा फोकल पर्सन तोक्ने - सबै पालिकामा CBIMNCI कोच विकास गर्ने - CBIMNCI तालिम विस्तार - स्थलगत अनुशिक्षण र अनुगमन प्रभावकारी बनाउने	- स्थानीय तह - अस्पतालहरु - स्वास्थ्य निर्देशनालय
२	तालिम व्यवहारमा नउतारिनु	•तालिम पश्चात जानेका कुराहरु प्रयोग गर्नु	•स्वास्थ्य निर्देशनालय •स्वास्थ्य कार्यालय •स्थानिय	-तालिम लिएका सबैले उपचार प्रोटोकलको पूर्ण पालना नगर्नु	-बजेटको अभाव	-अनुगमन तथा स्थलगत अनुशिक्षण प्रभावकारी बनाउनु - सबै स्वास्थ्य	प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र स्वास्थ्य

आ.व २०७८/७९				आ.व २०७९/८०			
क्र	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
			तह •अस्पतालहरु	-आवश्यक सामाग्री (उपचार पुस्तिका, टाइमर, MUAC) को अभाव		संस्थामा आवश्यक सामाग्री व्यवस्थापन	निर्देशनालय स्थानीय तह स्वास्थ्य कार्यालय अस्पतालहरु
३	रेकर्डीङ रिपोर्टीङ उचित तवरले नहुनु	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय , स्वास्थ्य निर्देशनालय तथा स्वास्थ्य स्थानीय ,कार्यालय तहबाट अनुगमन सुपरीवेक्षण	•स्वास्थ्य निर्देशनालय •स्वास्थ्य कार्यालय •स्थानिय तह •अस्पतालहरु	-स्थलगत अनुशिक्षण, अनुगमन भइरहेको तर अपर्याप्त -सबै स्वास्थ्यकर्मीले HMIS तालिम नपाउनु	-तालिमका लागि बजेटको अभाव	-स्थलगत अनुशिक्षण र अनुगमन प्रभावकारी बनाउने -सबै स्वास्थ्यकर्मी लाई HMIS तालिमको व्यवस्था	-स्वास्थ्य निर्देशनालय -स्थानीय तह -स्वास्थ्य कार्यालय अस्पतालहरु
४	समय समयमा औषधिहरुको अभाव हुनु	बिध्युतिय आपूर्ति व्यवस्थापन सुचना प्रणालीमा भए अनुसार आपूर्ति गरिनु पर्ने	प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र	-सबै स्वास्थ्य संस्थामा बिध्युतिय आपूर्ति व्यवस्थापन सुचना प्रणाली विस्तार नभैसकेको	सबै स्वास्थ्य संस्थामा बिध्युतिय आपूर्तिव्यवस्थापन सुचना प्रणाली विस्तारका लागि बजेटको अभाव	-बजेटको व्यवस्था गरि कम्प्युटर र इन्टरनेट सेवा सुनिस्चितता गर्ने	- स्वास्थ्य निर्देशनालय स्थानीय तह -अस्पतालहरु

४परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

४.१ परिवार नियोजन कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई सुरुका अवस्थामा छुट्टै आयोजनाका रुपमा सञ्चालन गरिएकोमा गुणस्तरीय परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्ने उद्देश्यले सन् १९९१ देखि प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम र परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई विस्तार गरी अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, गाँउघर क्लिनिक र घुम्ती शिविरहरुबाट परिवार नियोजन सेवा पुर्याउदै आएको छ। गुणस्तरयुक्त गर्भ निरोधक साधनहरु प्रयोग गरी आमा र नवजात शिशु तथा बालबलिकाको स्वास्थ्यमा सुधार, जनसंख्याको उचित व्यवस्थापन र आर्थिक विकासको साथै वातावरणमा समेत सन्तुलन कायम गरी सम्पुर्ण जनताको आधारभुत आवश्यकता परिपूर्ति गर्ने काममा मद्दत पुऱ्याउने यस कार्यक्रमको उद्धेश्य रहेको छ।सरकारको यो कार्यक्रममा गैर सरकारी निकायहरुको पनि सहभागिता रहेको छ। समुदाय स्तरमा रहेका महिला स्वयं सेविकाहरुलाई अधिकतम परिचालन गरी परिवार नियोजनका साधन मध्ये कण्डम र पिल्सलाई पुनः वितरण गर्ने कार्य पनि भई रहेको छ । त्यसै गरी परिवार नियोजनका साधनहरुको पहुँच नपुगेका वा अपरिपूर्त माग (Unmet need) लाई ध्यान दिइ सेवाको विस्तार गरीएको छ।

ढिलो विवाह गर्न, केही वर्षका अन्तरालमा बच्चा जन्माउन प्रोत्साहन गर्ने, योजनाबद्ध परिवारको अवधारणालाई स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा संचारको माध्यमबाट सवैलाई ज्ञान दिने, सहज रुपमा सेवा उपलव्ध गराउने, वर्ष भरी नै सेवा नियमित रुपमा सञ्चालन गर्ने र सेवाको पहूँच बढाउने रणनीति अवलम्बन गरिएको छ।

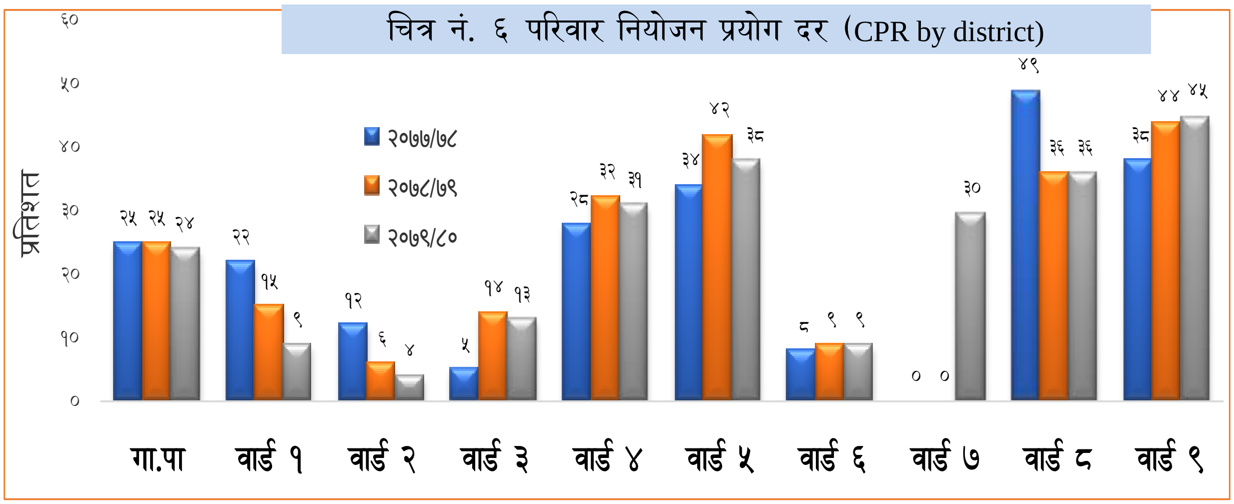
आ.व. ०७९/८० मा सञ्चालित क्रियाकलाप

- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुमा (स्वा.चौ., आ.स्वा.के., सा.स्वा.ई., र गाउँघर क्लिनिक) परिवार नियोजनका अस्थाई साधन नियमित रुपमा उपलब्ध गराईएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुले परामर्श सेवा प्रदान गरेको ।
- म.स्वा.स्व.से.हरुबाट समुदाय स्तरमा नियमित कण्डम वितरण र पिल्सको वितरण गर्ने कार्य गर्नुका साथै परिवार नियोजनका अन्य साधन अपनाउन चाहनेलाई गाउँघर क्लिनिक वा नजिकको स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरुबाट आई.यू.सि.डी. र इम्पलान्ट सेवा उपलव्ध गराईएको ।

- नियमित रुपमा सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा परिवार नियोजन सम्बन्धी सूचना सामग्रीहरु वितरण गरिएको ।
- अपाङ्गगता भएका व्यक्तिहरुका लागि प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको बारेमा अन्तरक्रिया कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- परिवार नियोजनका साधनहरुको बिक्रि वितरण गर्ने फार्मेसीहरुसँग अन्तक्रिया कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- परिवार नियोजन क्रियाकलापको नियमित सुपरिवेक्षण र अनुगमन गरिएको ।

परिवार नियोजन प्रयोगदर

मनाङ डिस्याङको परिवार नियोजनका प्रयोगकर्ता दर Contraceptive Prevalence Rate (CPR) विगतको आ.व.मा २५ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.व.मा २४ प्रतिशत कायम भएको छ । वाडागत रुपमा परिवार नियोजनका प्रयोगकर्ताको दर सबैभन्दा धेरै वार्ड न. ९ मा ४५ प्रतिशत र सबैभन्दा कम वार्ड न. २ मा ९ प्रतिशत रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।



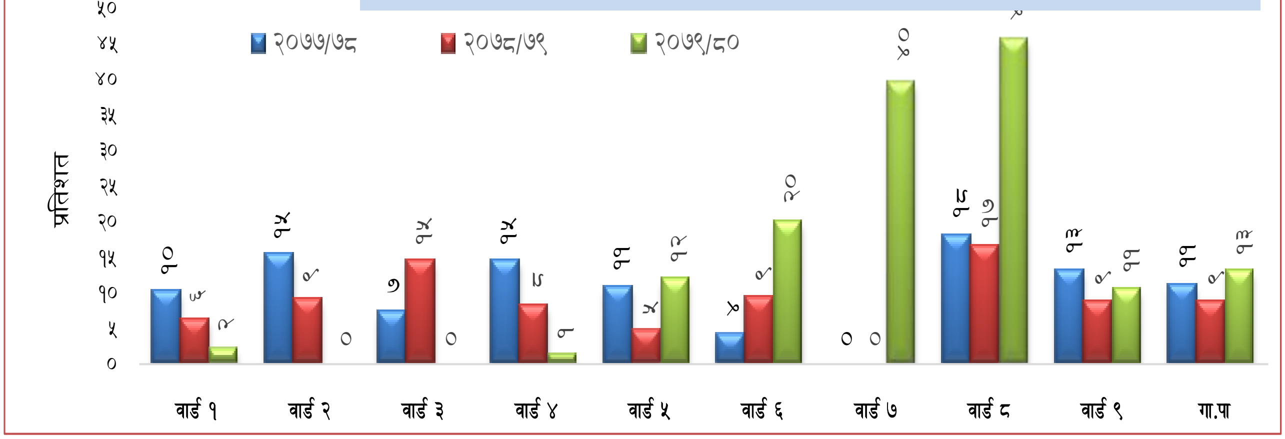
चित्र नं. ६ परिवार नियोजन प्रयोग दर (CPR by district)

परिवार नियोजनका नयाँ प्रयोगकर्ता दर प्रतिशत

यस गाउपालिकामा विगतका तीन वर्ष देखि परिवार नियोजनका साधान नयाँ प्रयोगकर्ताहरुको दर मा परिवर्तन भएको देखिन्छ । वाडागत रुपमा हेर्दा उक्त दर सबै भन्दा धेरै वार्ड न.८मा ४६ प्रतिशत र सबै भन्दा कम वार्ड न. २ र ३ मा ० प्रतिशत रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।

यस आ.व.मा तोकिएको लक्षित जनसंख्यामा परिवार नियोजनाका नयाँ प्रयोगकर्ता दर १०% भन्दा कम भएका वाडाहरु ४ वटा, १०% देखि १५% सम्म कभरेज भएका वाडाहरु २ वटा, १५% देखि २०% सम्म कभरेज भएका वाडा १ वटा र २०% भन्दा बढी कभरेज भएका वाडाहरु २ वटा रहेका छन् ।

चित्र नं. ७परिवार नियोजनका नयाँ प्रयोगकर्ता दर प्रतिशत



परिवार नियोजन कार्यक्रम समस्या एवं समाधान

तालिकानं. ११ परिवार नियोजन कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

आ.व २०७८/७९				आ.व २०७९/८०			
क.स	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
1	पुश संयन्त्रद्वारा सेवाको प्रवर्धनले जनमानसमा सेवाको अपनत्व / महत्वबारे भिन्न धारणा हुनु	अन्तरक्षेत्रीय सहकार्य मार्फत स्थानीय युवाहरूलाई सक्षम बनाई सेवा प्रवर्द्धनमा समावेश गराउने	स्थानिय तह , स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा	स्थानीय क्लबहरुलाई परिचालन गरेको	बिद्यालय शिक्षा कार्यक्रम संचालन नभएको	स्थानीय तहलाई बिद्यालय शिक्षा कार्यक्रम संचालनका लागि बजेटको व्यवस्था गर्नुपर्ने	स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा
2	सेवाको पहुँच नपुगेका जनसङ्ख्यिक समूहहरू(युवा तथा किशोर किशोरी) मा सेवा प्रचारप्रसार/ प्रवर्धन नहुनु र उपयोग कम हुनु	मोबाइल FP सेवाहरू; समर्पित टिम सहितको एम्बुलेन्स सेवा	स्थानिय तह , स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा	मोबाइल FP सेवाहरू,समर्पित टिम सहितको एम्बुलेन्स सेवा नभएको	बजेटको अभाव	किशोर किशोरीमा सेवा प्रचारप्रसार/ प्रवर्धन कार्यक्रम ल्याउनु पर्ने	स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा

४.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम मध्ये सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम पनि एक हो । यस कार्यक्रमलाई प्रभावकारी र गुणस्तरिय प्रजनन् स्वास्थ्य उपलब्धताको सुनिश्चित गर्दै मातृ मृत्यु र नवजात शिशु मृत्युलाई क्रमशः घटाउदै लैजाने लक्ष्य राखेको छ । सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई सफलतापुर्वक कार्यान्वयन गर्नको लागि नेपाल सरकारले बहुपक्षिय दृष्टीकोण (Multi-Sectoral Approach) अपनाएको पाईन्छ, जसले गर्दा सम्पूर्ण क्षेत्रमा प्रजनन स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढीकरण गर्न मद्वत पुगेको छ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यमा सुधार गर्न बहुपक्षिय साझेदारी संघिय, प्रादेशिक, जिल्लास्तर र त्यो भन्दा तल्लो स्तरका स्वास्थ्य निकायहरु साथै स्वास्थ्य देखि बाहेकका निकायहरुले अपनाइएका छ ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम गर्भ, प्रसव र सुत्केरी अवस्थाको साथै नवशिशुहरुमा हुने जटिलताको समयमै पहिचान तथा व्यवस्थापन गरी मातृ तथा नवजात शिशुको मृत्युदरमा कमी ल्याउने उद्देश्यले सञ्चालित गरिएको कार्यक्रम हो । सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तर्गत प्रादेशिक अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्र, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक र केही निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु मार्फत गर्भवती महिलाहरुको जाँच, प्रसुति तथा सुत्केरी सेवा प्रदान गरिनुको साथै संस्थागत प्रसुती सेवाको लागि हाल गण्डकी प्रदेशमा ३७२ वटा बर्थिङ्ग सेन्टर, २८ वटा BEONC सेन्टर र १६CEONC सेन्टर रहेका छन्, जहाँ बाट २४ घण्टे प्रसुति सेवा उपलव्ध छ ।

समुदायिक सहभागिताको माध्यमवाट गर्भावस्था, प्रशव अवस्था र सुत्केरी अवस्थासँग सम्बन्धित जनचेतना अभिबृद्धि, स्वास्थ्य सेवाको सुविधा, पहुँच र उपभोग वृद्धि, प्राविधिक क्षमता वृद्धि, जटिलताको रोकथाम लगायतका क्रियाकलाप संचालन भईरहेका छन।

प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा भएका उपलब्धीहरु

- आकस्मिक हवाई उद्धार सेवा मार्फत हाल सम्म ५ जना भौगोलिक विकटता क्षेत्रका गर्भवती महिलाको हवाई उद्धार गत आ. व. मा 7 जना गर्भवती महिलाको उद्धार गरिएको ।
- उत्तर प्रसुति सेवा लिने आमाहरुको दरमा गत आ.व.को भन्दा १६ प्रतिशतले वृद्धि भई १६ % भएको।

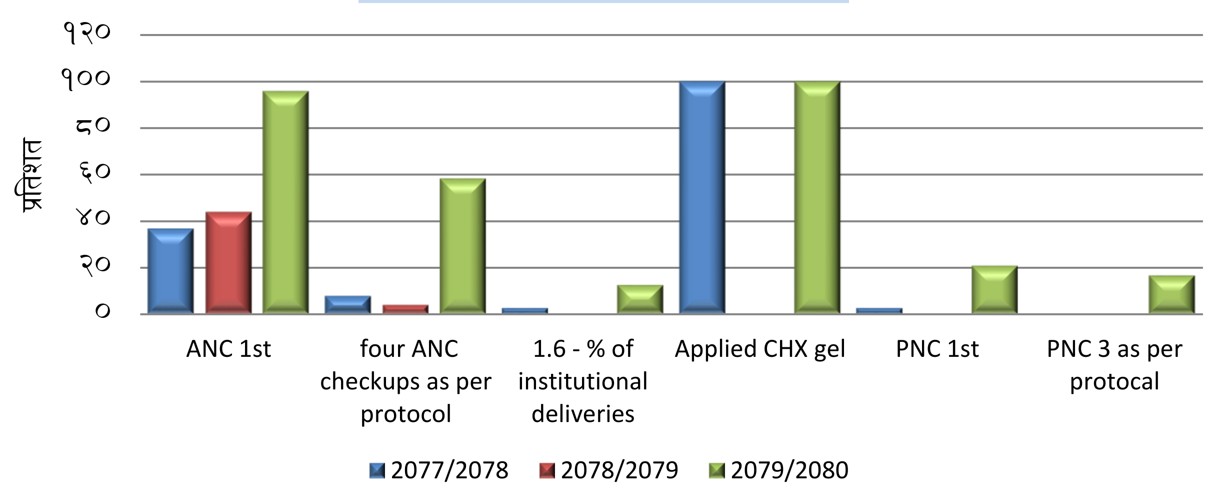
आ.व. २०७९/८० मा गरिएका प्रमुख क्रियाकलापहरु

- गाउपालिकाका ८ वटा संस्थाबाट २४ घण्टा प्रसुती सेवालाई निरन्तरता दिइएको ।
- सबै स्वास्थ्य संस्था तथा गाँउघर क्लिनिकबाट पूर्व-प्रसुति सेवा (ANC) पुऱ्याइएको ।
- घरघरमा स्वास्थ्यकर्मी कार्यक्रमवाट उत्तर-प्रसुति सेवा (PNC) पुऱ्याइएको ।
- स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति हुने महिलालाई यातायात रकम वितरण गरिएको ।
- VIA screening कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- प्रोटोकल (तालिका) अनुसार ४ पटक गर्भवती जाँच गराई स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती भएमा गर्भवती प्रोत्साहन रकम वितरण गरिएको ।
- PMTCT सेवा प्रदान गरिएको।
- सुत्केरी भएका महिलाहरु तथा नवजात शिशुलाई न्यानो लुगा सेट वितरण गरिएको ।
- सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी सन्देशहरु संचार मध्यमबाट प्रचार प्रसार गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा एकिकृत स्थलगत अनुशिक्षण संचालन गरिएको।
- Birthing Center मा कार्यरत नर्सिङ्ग कर्मचारीहरुलाई क्लिनिकल अपडेट कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- जेष्ठ नागरिक कक्ष सञ्चालनका लागि स्वास्थ्यकर्मीहरुको तथा आवश्यक सहजीकरण र अनुगमन गरिएको ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको विवरण

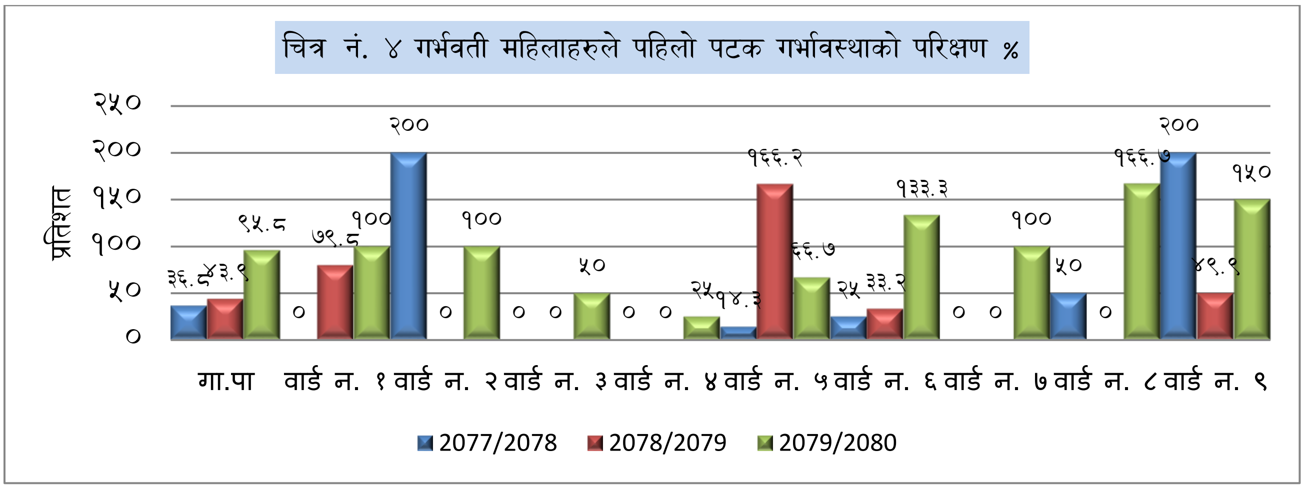
आ.व. २०७८/७९ को तुलनामा आ.व. २०७९/८० मा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका मुख्य मुख्य सुचाङ्कहरु सबैको वृद्धी भएको पाईन्छ ।

चित्र न.३ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको विवरण



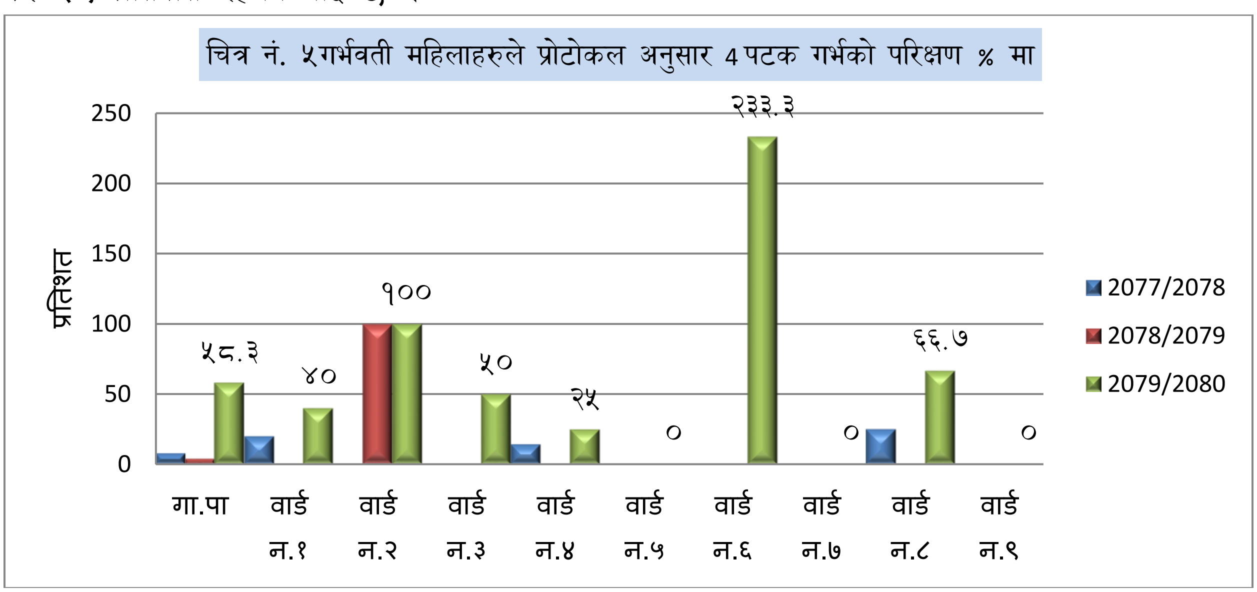
गर्भस्वथाको जाँच/परिक्षण

यस आर्थिक वर्षमा मनाङ डिस्याङमा गर्भवती महिलाहरुले पहिलो पटक (गर्भको कुनै पनि समयमा पहिलो पटक) ९६ प्रतिशतले गर्भावस्थाको परिक्षण गरेको देखिन्छ। वाडागत रूपमा हेर्दा लक्षित जनसंख्याको आधारमा वार्ड न. ८ मा सबै भन्दा धेरै १६७ प्रतिशत रहेको छ भने सबै भन्दा कम वाडा न.४ २५ प्रतिशत रहेको छ ।



चित्र नं. ४ गर्भवती महिलाहरुले पहिलो पटक गर्भावस्थाको परिक्षण %

गर्भको चौथो, छैठौ, आठौ र नवौ महिनामा (प्रोटोकल अनुसार)गर्भको परिक्षण गर्ने महिलाहरुको दर ५९ प्रतिशत रहेको पाईन्छ ।

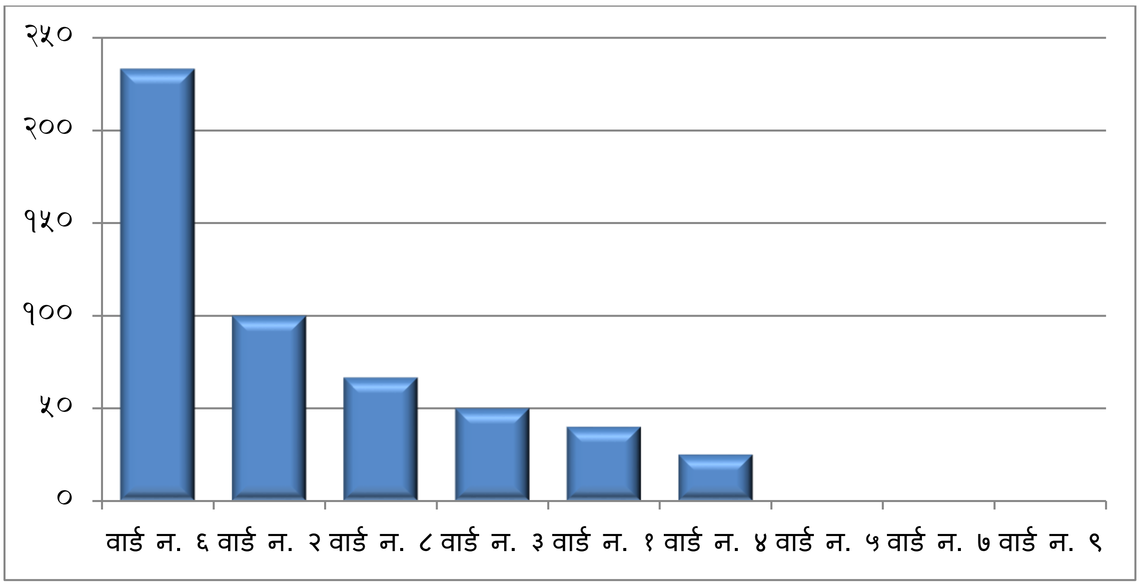


चित्र नं. ५गर्भवती महिलाहरुले प्रोटोकल अनुसार 4 पटक गर्भको परिक्षण % मा

वाडागत रूपमा हेर्दा लक्षित जनसंख्याको आधारमा वार्ड न. ६मा सबै भन्दा धेरै २३४ प्रतिशत रहेको छ भने सबै भन्दा कम वार्ड न. ५, ७, ९ मा ० प्रतिशत रहेको छ ।

त्यस्तै गरी आ.व. २०७९/८० मा गर्भको चौथो, छैठौ, आठौ र नवौ महिनामा (प्रोटोकल अनुसार) गर्भको परिक्षण गर्ने महिलाहरुको दर वाडा अनुसार हेर्दा ५ वटा वाडाको कभरेज ५०% भन्दा कम, १ वटा वाडाको कभरेज (५०-६०) % बीचमा, १ वटा वाडाको कभरेज (६०-७०)% बीचमा, २ वटा वाडाको कभरेज १०० प्रतिशत भन्दा बढी रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।

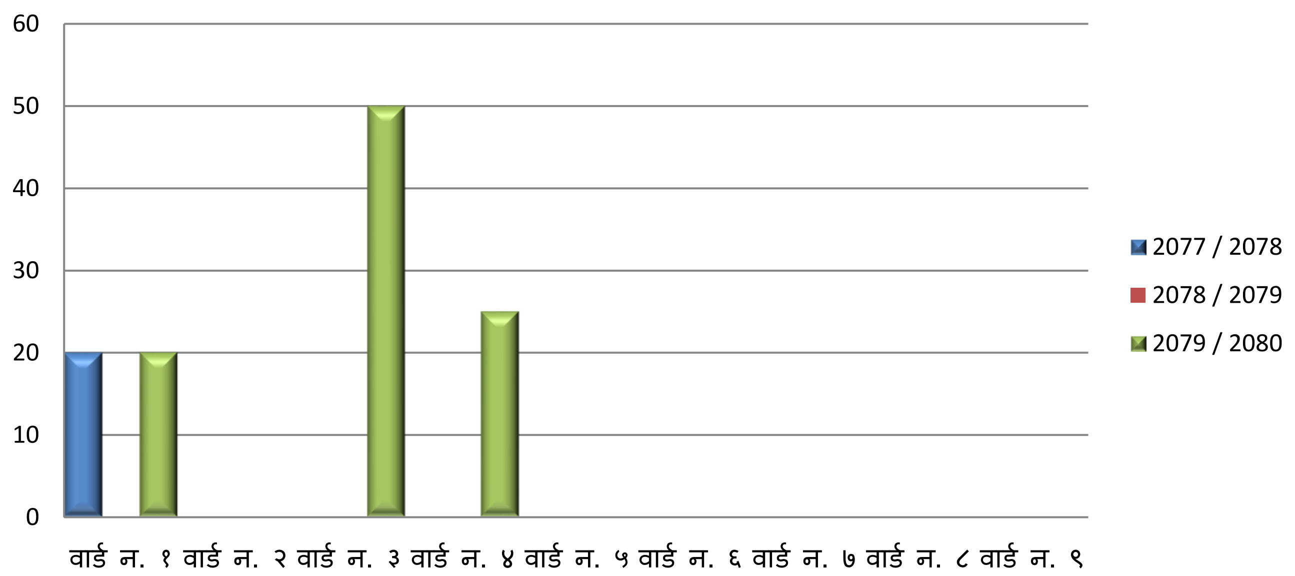
चित्र नं. ८ प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भको परिक्षण दर (धेरै र कम भएका वाडाहरु)



संस्थागत प्रसुती सेवाको विवरण

वाडा अनुसार हेर्दा वार्ड न.३ मा सबै भन्दा बढी ५० प्रतिशत संस्थागत प्रसुति भएको पाइन्छ भने सबै भन्दा कम प्रगति वार्ड न. २,५,६,७,८,९मा ० प्रतिशत रहेको छ।

चित्र नं. ७ संस्थागत प्रसुति सेवा % मा



मातृ तथा नवशिशु मृत्यु विवरण

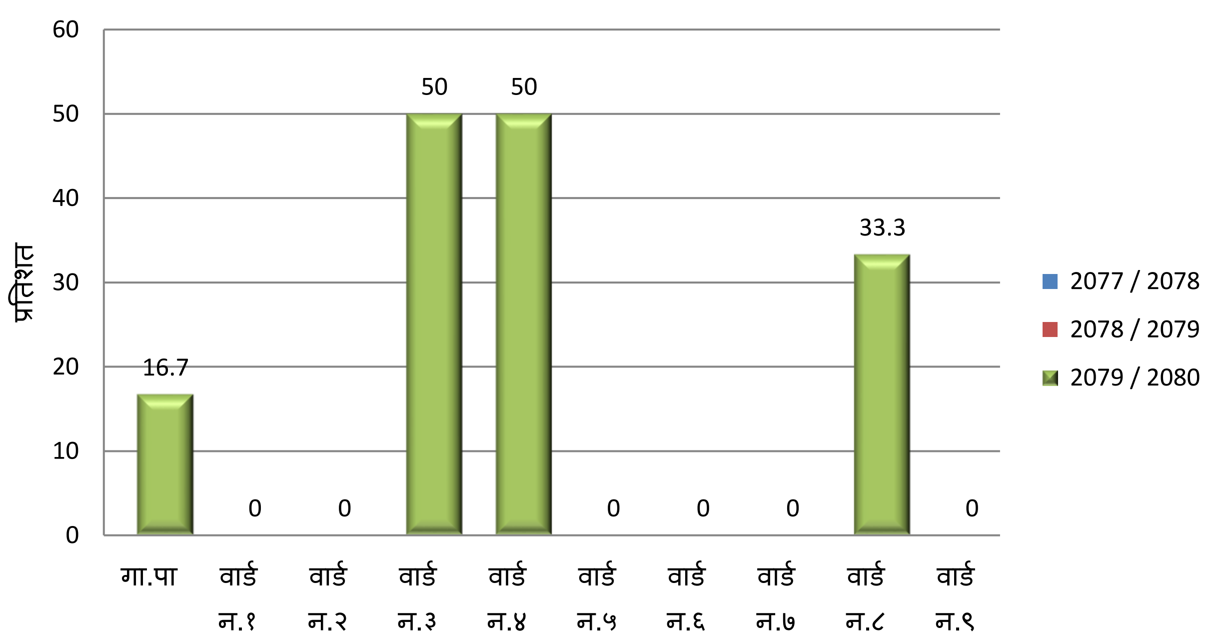
मनाङ डिस्याङमा बिगतका तीन आ.व. मा स्वास्थ्य संस्थामा मातृ मृत्युको संख्या बिगतका तीन आ.व. ० जना रहेको पाईन्छ ।

नवशिशुहरुको स्वास्थ्य संस्थामा मृत्युको संख्या बिगतका तीन आ.व.मा ० रहेको पाईन्छ ।

सुत्केरी पछिको जाँच

गण्डकी प्रदेशका कतिपय स्थानीय तहहरुले सुत्केरी महिलाहरुलाई प्रत्यक्ष लाभ पुग्ने गरी "सुत्केरीलाई भाले", "प्रसुतीका घरमा स्वास्थ्यकर्मी" जस्ता कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएको पाईन्छ जसका परिमाण स्वरुप यस मनाङ डिस्याङमा सुत्केरी महिलाहरुले प्रोटोकल अनुसार तीन पटक (सुत्केरी भएको २४ घण्टा भित्रमा, तीन दिन र सातौं दिनमा)सुत्केरी जाँच गर्नेको दर १७ प्रतिशत पुगेको छ ।वाडागत तुलना गरी हेर्दा सुत्केरी महिलाहरुले तीन पटक (सुत्केरी भएको २४ घण्टा भित्रमा, तीन दिन र सातौं दिनमा) परिक्षण गर्नेको दर सबै भन्दा बढी वाडा न. ३,४ मा ५० प्रतिशत र सबै वार्ड १,२,५,७,९मा ० प्रतिशत रहेको पाईन्छ ।

चित्र नं. ९ प्रोटोकल अनुसार तीन पटक प्रसुति पछिको जाँच सेवा % मा



सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

तालिकानं. १२सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

	आ.व २०७८/७९			आ.व २०७९/८०			
क्र	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
१	सुरक्षित मातृत्वकासुचाङ्कहरुको अवस्था कमजोर रहनु (ANC dropout, institutional delivery, IFA consumption, maternal death, obstetric complications)	•स्थानिय तहमा स्वास्थ्य आमा समूहहरूको सुपरिवेक्षणका लागी स्थानिय स्वास्थ्यकर्मीहरुको सहभागिता बढाउने •स्वा. नि., रा. स्वा. शि. सु. सं.के र स्थानिय तहको समन्वयमा परिमार्जीत लोक संस्कृती अनुरुपको स्वास्थ्य शिक्षा सामाग्रीहरुको विकाश गर्ने •गरिब तथा विपन्न परिवारकासदस्यहरुलाई विशेष प्याकेज (कुखुरा, अण्डा, च्याउ, गेडागुडी, सक्खर, कुरिलो, ज्वानो, सर्वोत्तम पिठो) उपलब्ध गराउने •यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य प्राविधिक कार्य समितिले नियमित maternal/ perinatal death को तथ्याङ्क, कार्ययोजना विश्लेषण गर्ने	•स्थानिय तह, आमा समूह •रा. स्वा. शि. सु. सं.के, स्वा. नि., स्थानिय तह •स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय, अस्पतालहरु, स्थानिय तह •स्वास्थ्य निर्देशनालय •स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	स्थानिय तहमा स्वास्थ्य आमा समूहहरूको सुपरिवेक्षण बढाईएको नियमित maternal/ perinatal death को तथ्याङ्क, कार्ययोजना विश्लेषण गरेको	गरिब तथा विपन्न परिवारका लागि बजेट विनियोजित नभएको मिडवाईफ जनशक्तिको अभाव	विपन्न आमाहरुका लागि छुट्टै वजेट विनियोजन गर्ने मिडवाईफ जनशक्ति उत्पादन र परिचालन गर्ने	संघिय, प्रदेश तथा स्थानिय सरकार

	आ.व २०७८/७९			आ.व २०७९/८०			
क्र	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
		•प्रजनन् स्वास्थ्य सेवामा मिडवाईफ जनशक्तिको परिचालन परिक्षणको रुपमा बर्थिङ्ग सेन्टरबाट सुरुवात गर्ने					
२	स्थलगत अनुगमन, सुपरिवेक्षण र सहजिकरण पर्याप्त नभएको	विस्तृत स्थलगत अनुगमन, सुपरिवेक्षण र सहजिकरण गर्न प्रजनन् स्वास्थ्य टोली गठन गरी परिचालन गर्ने	स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानिय तह	सम्पन्न भएको			
३	आकस्मिक हवाई उद्धार (Air lift) सेवा संयन्त्र संस्थागत नहुनु	आकस्मिक हवाई उद्धार (Air lift) सेवा संयन्त्र संस्थागत गर्ने	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, गण्डकी प्रदेश	सम्पन्न भएको			
४	सूचना प्रणाली • कतिपय प्रजनन सेवाका तथ्याङ्क DHIS-2/HMIS रिपोर्टिंङ्गमा समावेश नभएको • ओपीडी, वार्ड र निजी अस्पतालहरू बाट पूर्ण डाटा रिपोर्ट नगरिएको	नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गरी निजी संस्थाहरूको जवाफदेहिता बढाउने निजी संस्थानहरूमा काम गर्ने मेडिकल रेकर्डरको लागि स्वास्थ्य सूचना प्रणालीको अभिमुखीकरण / तालिम प्रदान गर्ने र डाटा रिपोर्टिङ्ग प्रणाली लागू गर्न संस्थाहरुलाई आवश्यक सहजीकरण गर्ने। HMIS रिपोर्टिङ प्रणालीमा RH डेटा सम्बन्धी वस्तुगत समस्याहरू अन्वेषण गर्न कार्यशाला गर्ने र थप प्रोग्रामेटिक RH सूचकहरूडेटाहरू / समावेश गर्न पहलकदमी	स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गरिएकोस्वास्थ्य सूचना प्रणालीको अभिमुखीकरण / तालिम प्रदान गरिएको			

	आ.व २०७८/७९			आ.व २०७९/८०			
क्र	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
		गर्ने।					
५	सुरक्षित गर्भपतन सेवा स्वयं MA औषधी प्रयोग पछिजटिलताहरू लिई सेवाग्राहीहरू संस्थामा आउनु गर्भपतनपछिको गर्भनिरोधक/ परिवार नियोजन सेवा अपर्याप्त SAS सेवालाई एउटै सेवाग्राहीले दोहोर्याएर प्रयोग गर्नु स्वास्थ्य सेवाप्रदायकको सुपरीवेक्षण बिना MA सेवन	संस्थालाई SAS साइट लिस्टिङ, फार्मेसी सुपरिवेक्षण/MA औषधि नियमनका लागि सहयोग गरी जवाफदेही बनाइने ग्राहक फलोअपको लागि SAS सेवा प्रदायकहरूलाई सञ्चार शुल्क उपलब्ध गराइने सबै दर्ता गरिएका फार्मेसीहरूको MA औषधि बिक्री अडिट गर्ने सामाजिक व्यवहार परिवर्तनका लागी उपयुक्त आईईसी (IEC) सामग्रीको साथ लक्षित वर्गलाई ज्ञान/ चेतना कार्यक्रम गर्ने सेवा उपयोगमा अनुसन्धानका गतिविधि सञ्चालन गर्ने	स्थानिय तह, स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा,	SAS सेवा प्रदायकहरूलाई सञ्चार शुल्क उपलब्ध गराईएको अनुसन्धानका गतिविधि सञ्चालन गरिएको	• लिस्टिङ्ग नभएका संस्थाहरुबाट MA औषधि प्रदान गरिएको ग्राहक फलोअपको लागि SAS सेवा प्रदायकहरूलाई सञ्चार शुल्क र सामाजिक व्यवहार परिवर्तनका लागी उपयुक्त आईईसी (IEC) सामग्रीको लागि वजेट विनियोजन नभएको	• लिस्टिङ्ग नभएका संस्थाहरुको अनुगमन गरी MA औषधि प्रदान गरेमा कार्वाही गर्ने ग्राहक फलोअपको लागि SAS सेवा प्रदायकहरूलाई सञ्चार शुल्क र सामाजिक व्यवहार परिवर्तनका लागी उपयुक्त आईईसी (IEC) सामग्रीको लागि वजेट विनियोजन गर्ने	स्थानिय तह, स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा,

	आ.व २०७८/७९			आ.व २०७९/८०			
क्र	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी

क्र.स	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
१	मातृ मृत्यु अपेक्षित रुपमा नघटेको	आमा तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सम्बन्धि जन चेतना बढाउने स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने आमा तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर बढाउने सेवाको अनुगमन तथा मुल्याङ्कन गर्ने Maternal mortality audit तथा MPDSR कार्यक्रम प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्ने	पालिका, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्यवं सेविका परिवार कल्याण महाशाखा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, तथा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य संस्था तथा पालिका

चुनौतीहरु

- किशोर किशोरी कार्यक्रमको दिगोपनाको सुनिश्चितता नभएको
- मानव संसाधन, क्षमता अभीवृद्धि/तालिम, उपकरण/ भौतिक पूर्वाधार- cross cutting issue
- सुरक्षित मातृत्व सेवामा ३ ढिलाई (seeking, reaching and receiving care)

नीतिगत रुपमा सम्वोधन हुनुपर्ने बिषयहरु

- निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान गरीएका प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाहरुको सुचनाको नियमित रुपमा संकलन, विश्लेषण र प्रयोगको सुनिश्चित्ता गर्ने ।
- किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई प्रजनन् स्वास्थ्यका अन्य कार्यक्रमसँग समाहित गर्दै किशोर किशोरीलाई परिवर्तनका संवाहकका रुपमा परिचालन गर्ने ।
- फार्मेसीहरुबाट प्रबाह भएका गर्भपतन, परिवार नियोजन लगायत अन्य सेवालाई नियमन गर्न समन्वयात्मक (DDA, HD, Local level, consumer group) प्रणाली विकास गर्ने ।
- गुणस्तरीय मातृ तथा नवजात शिशु एवं प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाका लागी विशेषज्ञ जनशक्ति मिडवाइफ (midwives) हरुलाई बर्थिङ्ग सेन्टर, BEONC sites तथा प्रजनन् सेवा क्लिनिकमा दरवन्दी सृजना गरी पदस्थापन गर्ने ।
- नेपाल सरकारको छात्रवृतिमा नर्सिङ्ग विज्ञान अध्ययन गरेका विद्यार्थीहरुलाई लागत अनुरुपको अनिवार्य स्वास्थ्य सेवा करार सम्झौता गराई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने

४.३ स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम गाउँको स्वास्थ्य संस्थाको पहुँचमा नपुगेका वा सेवाबाट बन्चित रहेका समुदायलाई गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने अवधारणा अनुरुप यो कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याईएको हो । यस कार्यक्रममा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वा.चौ. अन्तर्गत तोकिएका सेवाहरु प्रत्येक वडाहरुमा १ देखी ५ वटा PHC-ORC स्थापना गरी प्रदान गर्ने गरिन्छ । यस प्रदेशमा १३२५ वटा गाँउघर क्लिनिक रहेका छन। स्वास्थ्यकर्मीहरुद्धारा प्रत्येक महिना PHC-ORC मा गई तोकिएका स्वास्थ्य सेवाहरु प्रदान गरिन्छ । PHC-ORC बाट प्रदान गरिने सेवाहरुमा एकीकृत बालरोगको व्यवस्थापन, बालबलिकाहरुको वृद्धि अनुगमन सेवा, सुरक्षित मातृत्व सेवा, परिवार नियोजन सेवा, स्वास्थ्य शिक्षा तथा परार्मश सेवा र प्राथमिक सामान्य उपचारात्मक सेवाहरु नै प्रमुख हुन् । नेपाल सरकारले यो अवधारणा वि.सं. २०५१ देखि सुरुवात गरेको हो ।

आ.व.२०७९/८० सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- स्वास्थ्य शिक्षा, परामर्श सेवा र स्वास्थ्य सम्बन्धी शैक्षिक सामाग्रीहरु वितरण ।
- परामर्श सेवा र स्वास्थ्य शिक्षा सामाग्री वितरण ।
- परिवार नियोजन सेवा (कण्डम, पिल्स र डिपो) ।
- आधारभुत मातृ स्वास्थ्य सेवा (पूर्व प्रसुती र उत्तर प्रसुती) ।
- सामान्य उपचारात्मक सेवा ।
- प्रेषण र अनुगमन ।
- प्रभावकारी रुपमा PHC-ORC लाई सञ्चालन गर्न जनसमुदायलाई परिचालन गर्ने आदि।

गाँउघर क्लिनिकमा दिइएका सेवा विवरण

यस गाउपालिकामा आ.व. २०७९/८० मा गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा लिने औषत सेवाग्राही संख्या ४ जना प्रति महिना रहेको छ ।

यस गाउपलिकामा आ.व २०७९/८०मा जम्मा १ वटा गाउँघर क्लिनिक पिसाङमा सञ्चालनमा छन् जसको रिपोर्टिङ दर १०० प्रतिशत छन्।

४.४ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

ग्रामीण समुदायमा महिला र बाल-बालिका सम्वन्धी समस्या बढी मात्रामा देखा पर्दछन् । जसले गर्दा मातृ मृत्युदर, शिशु मृत्युदर र बाल मृत्युदर बढी मात्रामा भएको पाईन्छ । यसरी ग्रामीण र विपन्न वर्ग सम्म स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढाउन र स्वास्थ्य सेवामा समुदाय सहभागिता बढाउने उद्धेश्यले आ.व. २०४५/४६ देखि प्रत्येक वडाहरुमा (साविकका नगरपालीका तथा गा.वि.स. का वडा) स्तरमा महिला स्वस्थ्य स्वयंसेविका राख्ने प्रचलन सुरु भएको हो । आमा समुहको गठन पश्चात म.स्वा.स्व. सेविकाको छनौट भई केहि समयको तालिम पछि उनीहरुले आफ्नो टोलमा स्वास्थ्य सम्वन्धी क्रियाकलापहरु सञ्चालन गर्दछन् । आफ्नो टोलमा परिवार नियोजन, प्रजनन स्वास्थ्य, खोप, पोषण, वातावरणीय सरसफाई, व्यक्तिगत सरसफाई आदिको बारेमा जनचेतना जगाई प्रतिकारात्मक र प्रर्वधनात्मक स्वास्थ्य सेवालाई टेवा पुऱ्याउनु म.स्वा.से.को प्रमुख जिम्मेवारी हो ।

नेपालमा रहेका प्रमुख स्वास्थ्य समस्याहरु मध्ये उच्च मातृ तथा शिशु मृत्यु दर, कुपोषण, सरुवा रोगहरु र उच्च प्रजनन् दर रहेका र ती समस्याहरु बढी मात्रामा महिला तथा बालबालिकासँग रहेका र धरै जसो समुदायको सहभागितामा समाधान गर्न सकिने भएको हुदाँ समुदायलाई परिचालन गर्नको लागि महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो । यस प्रदेशका ११ जिल्लामा ५९३९ जना महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाहरुले रहेका छन् ।

आ.व. २०७९/८० मा सञ्चालित कार्यक्रमहरु

- नयाँ नियुक्त भएका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको आधारभुत तालिम कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको
- आ.व. २०७९/८० मा विभिन्न गतिविधिका साथै महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका दिवश "**महिला समुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको प्रतिब्द्धता, स्वास्थ्य प्रबर्धनमा हाम्रो ऐक्यबद्धता**" भन्ने नाराका साथ मसिंर १९ गते मनाइएको थियो । यस वर्ष २ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई प्रतिव्यक्ति रु २०,०००।- का साथ विदाई गरिएको छ ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको अर्धवार्षिक समीक्षा कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो ।

तालिका नं. 13 तीन आ.व.को महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका सम्बन्धि विवरण तथा सुचाकहरु

विवरण / आ.व.	म.स्वास्थ्य स्वयंसेविका संख्या	स्वास्थ्य आमा समुहको बैठक बसेको दर (प्रतिशतमा)			औषत सेवाग्राही प्रति म.स्वा.से. (जनामा)		
		२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०
मनाङ डिस्याङ	६३	७२.२	७०.४	७३.४	१	१	१
वार्ड न.१	९	८२.४	८०.६	१००	१	१	१
वार्ड न.२	९	१०.५	१८.२	३०.६	१	१	१
वार्ड न.३	९	४८.६	४९.१	२५	१	१	१
वार्ड न.४	९	१५०	८६.१	१००	१	१	१
वार्ड न.५	९	९२.१	७४.४	४२.१	१	१	१
वार्ड न.६		०	०				१
वार्ड न.७	९	०	०	०	१	१	१
वार्ड न.८	९	७१.४	८०.२	९९	१	१	१
वार्ड न. ९	९	२९.५	९२.२	९०.९	१	१	१

आ.व. २०७९/८० मा मनाङ डिसयाङ गा.पा मा औसतमा प्रति म.स्वा.से.ले करिब १ जनालाई प्रति महिना सेवा दिएको पाईन्छ। प्रतिवेदन अनुसार आमा समुहको बैठक ७३.४ प्रतिशत सञ्चालन भएको देखिन्छ । त्यसै गरी यस आ.व.मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले गाँउघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक तथा राष्ट्रिय अभियानहरुमा सघाएको देखिन्छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

तालिका नं. १४ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

	आ.व २०७९/८०			आ.व २०८०/८१			
क्रस	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
१	स्थानिय तहमा स्वास्थ्य आमा समूहहरूको सुपरिवेक्षणका लागी स्थानीयस्वास्थ्यकर्मीहरुको सहभागिता बढाउने	स्वास्थ्य आमा समूह सुद्धढिकरण कार्यक्रम •Activity 1; मासिक स्वास्थ्य आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको अनिवार्य उपस्थित सुनिश्चीत गर्न खर्चको व्यवस्था गर्ने। •Activity 2;मासिक बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीले गर्भवती, सुत्केरी, नवजात शिशुको, लगत संकलन गर्नेरसुचना पठाउने	स्थानीय तह स्वास्थ्य संस्था	स्वास्थ्य आमा समूह सुद्धढिकरण कार्यक्रम संचालन हुन नसकेको	वजेट विनियोजन नभएको	आवश्यक वजेट विनियोजन गरी स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई परिचालन गर्ने	स्थानिय तह
२	स्वा. नि., रा. स्वा. शि. सु. सं.के. र स्थानिय तहको समन्वयमा परिमार्जीत लोक संस्कृति अनुरुपको स्वास्थ्य शिक्षा सामाग्रीहरुको विकाश गर्ने	लोक संस्कृति अनुरुपको स्वास्थ्य सुचना कार्यक्रमसमुदायमा Need analysis survey गर्ने श्रव्य र दृश्य सामाग्रीको विकास गरि छपाई गर्ने	स्थानिय तह स्वास्थ्य संस्था	बजेट बिनियोजन नभएका कारण कार्यक्रम संचालन नभएको	लोक संस्कृति अनुरुपको स्वास्थ्य सुचनाको श्रव्य र दृश्य सामाग्रीको विकास गरि छपाई गर्न वजेट अभाव भएको	आवश्यक वजेट विनियोजन गरी लोक संस्कृति अनुरुपको स्वास्थ्य सुचनाको श्रव्य र दृश्य सामाग्रीको विकास गरि छपाई गर्ने	स्थानिय तह, प्रदेश आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र
३	गरिब तथा विपन्न परिवारका गर्भवती तथा सुत्केरीहरुलाई विशेष प्याकेज	आमालाई कोशेली कार्यक्रमगर्भवती महिलाको पहिलो दोस्रो तेस्रो र चौथो र PNC visit को लागि विषेश प्याकेज विकास गर्ने ANC 1st visitनि शुल्क ल्याबजाँच2ndand 3rd visitपोषणप्याकेज(रु१०००सम्मको) 4th visit free USG PNC visit 2nd Sanitary pad, baby napkins/ clothes, hygiene products, 3rd visit विशेष पोषण प्याकेज (अण्डा, च्याउ, गेडागुडी, सक्खर,	स्थानिय तह स्वास्थ्य संस्था	बजेट बिनियोजन नभएका कारण कार्यक्रम संचालन नभएको	गरिब तथा विपन्न परिवारका गर्भवती तथा सुत्केरीहरुलाई विषेश प्याकेजको लागि बजेट विनियोजन	गरिब तथा विपन्न परिवारका गर्भवती तथा सुत्केरीहरुलाई विषेश प्याकेजको लागि बजेट विनियोजन गर्ने र स्थानिय तहको समन्वयमा सेवा	प्रदेश सरकार, स्थानिय सरकार

	आ.व २०७९/८०			आ.व २०८०/८१				
क्रस	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	कार्यान्वयनको अवस्था	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी	
		कुरिलो, ज्वानो, सर्वोत्तम पिठो...)			नभएको	प्रदान गर्ने		
४	परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्न दक्ष जनशक्ति सहितको मोबाईल टोली तयार गरी परिचालन गर्ने ।	हरेक गाउँमा smart परिवार कार्यक्रम जनशक्ती ; मे अ १, स्टाफ नर्स २, सहायक १उपकरण ; तालिम ; सवारी साधन ।	प्रदेश सरकार र स्थानिय सरकार	बजेट बिनियोजन नभएका कारण कार्यक्रम संचालन नभएको	Smart परिवार कार्यक्रमका लागि जनशक्ति र वजेटको अभाव	जनशक्ति व्यवस्थापन आवश्यक वजेट विनियोजन	प्रदेश सरकार स्थानिय सरकार	र

५ इपिडेमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

५.१ औलोरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

नेपालमा पहिलो पटक औलो नियन्त्रण परियोजनाको सुरुवात सन् १९५४ मा युएसएड (USAID) को सहयोगमा भएको थियो। सो परियोजनाको उद्देश्य मुख्य गरी मध्य नेपालको तराई भेगमा औलोको अध्ययन गर्ने थियो। सन् १९५८ मा राष्ट्रिय औलो उन्मूलन कार्यक्रम सुरु गरियो जसको उद्देश्य निर्धारित समय अवधिमा औलोलाई देशबाट उन्मूलन गर्ने थियो । सन् १९७८ मा विभिन्न कारणहरूले गर्दा सो उन्मूलनको अवधारणालाई नियन्त्रण कार्यक्रम मै फर्काइयो। सन् १९९८ मा औलो नियन्त्रण कार्यक्रमलाई नयाँ रुप दिने विश्व स्वास्थ्य संगठनको आह्वानलाई अनुसरण गर्दै घना वनजङ्गलहरू, तल्लो पहाडी भेग र भित्री तराई र पहाडको उपत्यका क्षेत्रहरू जहाँ (७० प्रतिशत) भन्दा बढी औलोका बिरामीहरू रहेका छन् ,औलोको दीर्घ समस्यालाई सम्बोधन गर्नको लागि(Roll Back Malaria) को सुरुवात गरियो। औलो सार्ने लामखुट्टेहरूको उपलब्धता, स्वदेशतथा विदेशबाट जनसंख्याको आवतजावत, जोखिमयुक्त समुह, उपयुक्त तापक्रम र सामाजिक-आर्थिक कारकहरूले औलो लाग्ने जोखिम निर्धारण गर्छ ।

सन् २०२१ को माईक्रोस्ट्रटिफिकेशनले (Micro-stratification) मलेरियाको लागि उच्च, मध्यम र कम जोखिम वार्डहरू वर्गीकरण गरेको छ। नतिजाले २२ वडा उच्च जोखिम ६९ मध्यम जोखिम वडाका रुपमा र २४६० वडा कम जोखिमका रुपमा पहिचान गरेको छ ।गण्डकी प्रदेशमा उच्च जोखिम, मध्यम जोखिमवडाहरु नभएता पनि कम जोखिम Low risk मा नवलपरासी ब.सु.पू.जिल्लाको मध्यविन्दु न.पा वडा नं. १०,लमजुङ जिल्लाको मध्यनेपाल न.पा. वडा नं. ७, कास्की जिल्लाको पोखरा महानगरपालिका वडा नं. १ र २६, मादि गा.पा वडा नं. ३, तनहुँ जिल्लाको शुक्लागण्डकी न.पा. वडा नं. ७ र भानु न.पा.को वडा नं. ३, स्याङ्जा जिल्लाको वालिङ न.पा. वडा नं. ६ र कालीगण्डकी गा.पा.को वडा नं. ४हरु रहेका छन्।

राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना

राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना (२०१४ - २०२५) को विकास सन् २०२५ सम्ममा नेपाललाई औलोमुक्त बनाउने परिकल्पनाका साथ गरिएको थियो । सन् २०२० मा अध्यावधिक गरिएको राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजनाको विकास बहुसरोकारवाला र सहभागीतामूलक तरिकाबाट विभिन्न विज्ञहरूको सुझाव सहित गरिएको छ । प्राविधिक कार्यदल (Technical Working Group) र नेपाल सरकारद्वारा यो लागू गरिएको छ र सबै तहमा सम्प्रेषण भइरहेको छ ।

मुख्य उपलब्धीहरु

- प्रदेशमा औलो रोग निवारणको अवस्थामा रहेको ।
- स्थानीय औलोका बिरामी नभएको अवस्था ।

आ.व. २०७९/८० सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- मनाङ डिस्याङ गाउपालिका **Non malarial risk area** भएको र यस आ.व मा पनि औलो रोगको बिरामी शुन्य भएको।
- औलो रोग सम्बन्धि क्रियाकलाप कुनैपनि नभएको।

तालिकानं. १५समस्या, कार्यदिशा र दायित्व

समस्या	कार्यदिशा	दायित्व
जिल्ला स्थित स्वास्थ्य कार्यालय, जिल्ला अस्पताल तथा पालिकाहरुमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट मलेरिया द्रुत परीक्षण जस्तो निदान कार्य प्रवाह भैरहेको तर केन्द्रले तोकिएको लक्ष्य प्राप्त हुन नसकेको	जिल्ला स्थित स्वास्थ्य कार्यालय, जिल्ला अस्पताल तथा पालिकामा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट परीक्षण दर बढाउनु पर्ने	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय गण्डकी प्रदेश र स्थानीय तह
औलो निवारण रणनीति अनुसार औलो जाँच अत्यान्तै न्युन हुनु	स्थानीय केशहरुलाई शुन्यमा पुऱ्याउन सक्रिय सामुदायिक सर्वेक्षण कार्यक्रमलाई बढाउनु पर्ने	स्थानियसरकार
प्रयाप्त मात्रामा अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गर्न नसकिएको	ओलो निवारणमा कार्यक्रमलाई मध्यनजर गरि स्थानिय स्वास्थ्यकर्मी सरकारी निजि राजनैतिक नेतृत्वसमाजसेबि प्रत्रकारहरुलाई जिम्मेवार बनाईप्रयाप्त मात्रामा अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गरिनुपर्ने	स्थानियसरकार, स्वास्थ्यनिर्देशनालय
निजी स्वास्थ्य संस्थामा निदान भएका औलोका बिरामी HMIS मा Entry नहुनु	निजी सस्थालाई आवश्क अनुसार तालिम दिई HMIS मा Entry को व्यवस्था मिलाउन पर्ने	स्वास्थ्यनिर्देशनालय, सम्बन्धितनिजी स्वास्थ्यसंस्था
स्थानीय तहसम्म प्रयोगशाला सेवा बिस्तार हुन नसक्नु	औलो निवारण कार्यक्रमलाइ गुणस्तरीय बनाउन स्थानीय तहसम्म प्रयोगशाला	स्थानिय सरकार, स्वास्थ्य कार्यलय

	सेवा बिस्तार गरिMalaria Microscopy Center को व्यवस्थापन गर्ने	।

५.२ हात्तीपाईले निवारण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

हात्तिपाईले (फाईलेरिया) रोग धेरै पुरानो रोग हो । यो रोगले कुष्ठरोगले जस्तै मानिसलाइं शारीरिकरुपमा असक्त, असमथं वा अपाङ्गग तुल्याउँदछ । यो रोग एक प्रकारको धागो आकारको मसिनो जुका जस्तो परजिवीवाट संक्रमण भएपछि लाग्दछ । क्यूलेक्स जातको सक्रमित पोथी लामखुट्टे स्वस्थ मानिसलाइं टोकेर परजिवी सारेमा यो रोग लाग्दछ । यो रोग संक्रमित गराउने परजिवी उचेरेरिया बाँक्रापटी, वुरजिया मालायी रव्रजिया टिमोरी गरी ३ प्रकारका छन्। नेपालमा यस रोग उचेरेरिया बाँक्रापटी जिवाणुका कारण लाग्ने गरेकोपाइएको छ । यस रोगको जिवाणुवाट मानिस संक्रमण भएपछि सामान्य असर मात्र देखिन सक्ने भए पनि यसरोगको उपचार समयमा नहुँदा हाइड्रोशिल (Hydrocele) हुने र खुता सुन्निन गई हात्तिपाइले(Elephantiasis) आकार भई दीर्घ रोगी हुनसक्नेदेखिन्छ ।

नेपाल लगायत हात्तिपाईले रोग प्रभावित सबै मुलुकहरुले रोग निवारण गर्न प्रत्येक वर्ष आम औषधि सेवनकार्यक्रम सञ्चालन गर्दै आई रहेका छन्।गण्डकी प्रदेशका ११ जिल्लामध्ये ३ जिल्ला (लमजुङ, बाग्लुङ पर्वत)हात्तिपाईलेको लागि endemic छन् भने बाँकी आठ जिल्लाले Pre TAS 1, 2 मूल्याङ्कनउतिर्ण गर्न सफल भएका छन् । Endemic ३ जिल्ला Pre TAS 1, 2 मूल्याङ्कनउतिर्णनभएका कारण आ. व. २०७८/७९मा हात्तिपाईले विरुद्धको १३औं चरण (13th round)को कार्यक्रम सम्पन्न भएको छ ।

आर्थिक वर्ष २०७८/७९ का प्रमुख गतिविधिहरू

- मनाङ डिस्याङ हात्तिपाईलेको लागि नन ईन्डेमिक भएकाले यस आ.व मा कुनैपनि गतिविधि भएको छैन।

५.३ डेंगु नियन्त्रण

पृष्ठभूमि

डेंगु एउटा भाइरल इन्फेक्सन हो । यो एडिज लामखुट्टेको टोकाइबाट सर्छ । एडिज लामखुट्टे भनेको एक प्रजातीको लामखुट्टे हो, जुन प्राय गरेर कृतिम भण्डारण गरेर राखेका सफा पानीमा बस्छ । यसले प्रायः दिनमा टोक्ने गर्छ । डेंगु विभिन्न प्रकारका हुन्छन् । साधारणतया सबै डेंगु खतरनाक हुँदैनन् । यो रोग लागेका ९७ प्रतिशतलाई सामान्य ज्वरो देखापर्ने गर्दछ । यो साधारण लक्षण हो । शरीरका जुनसुकै भागबाट रक्तश्राव बढी हुने, रक्तचाप कम हुने हुन्छ । यो प्लेटलेट्स कम भयो भने खटिरा धेरै आउँछ । यस्तो देखिएमा असाधारण लक्षण हुन्छ र यसलाई जटिल मानिन्छ । यसको निर्मुल गर्ने उपचार भने हुँदैन । लक्षण अनुसारको उपचार मात्र हुन्छ । सँगसँगै यसले अरु रोगसँग लड्न सक्ने क्षमतालाई पनि कम गरिदिन्छ, जसले गर्दा अरु रोगले यदि आक्रमण गर्यो भने झनझन जटिल बन्दै जान्छ ।

आ.व.२०७८/७९ मा सम्पादन गरिएका कार्यहरु

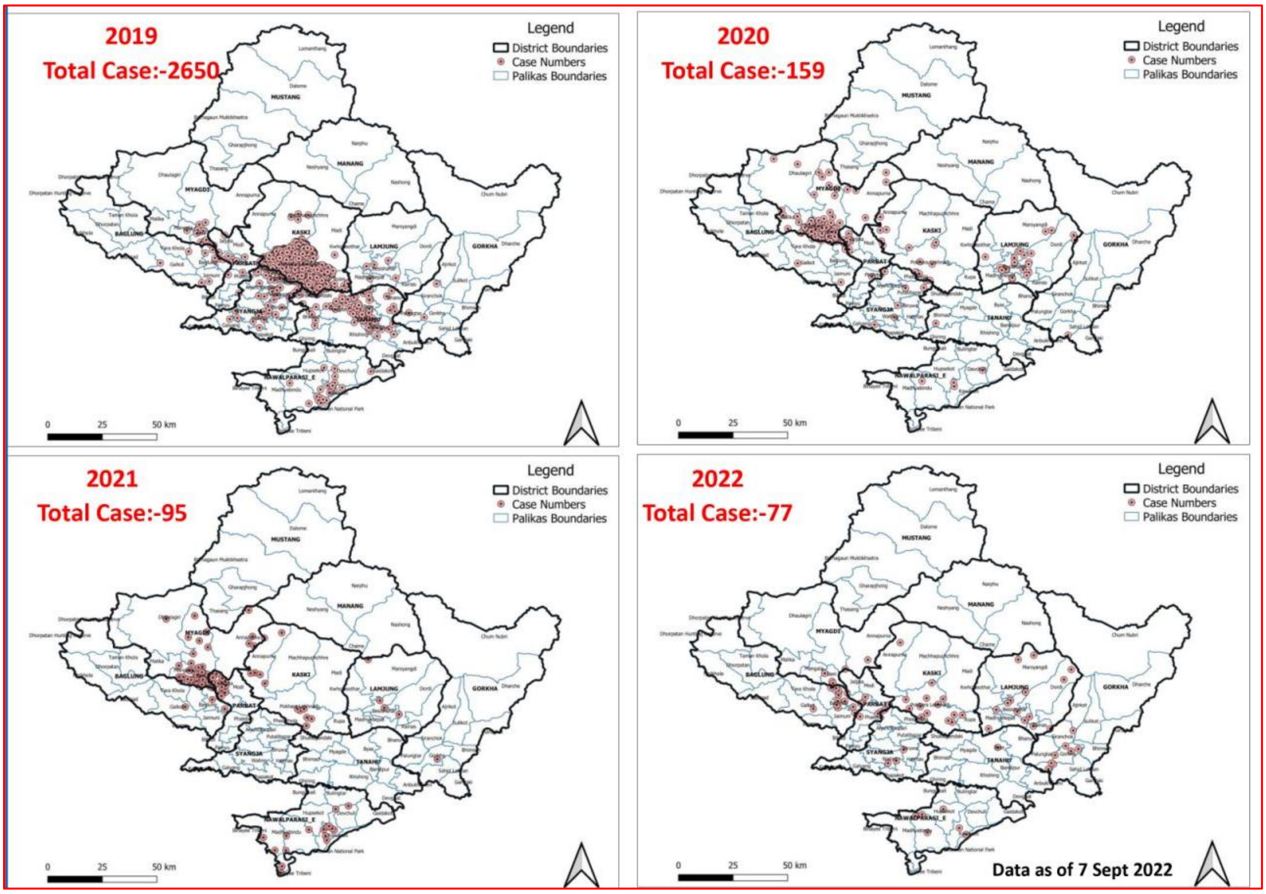
- स्वास्थ्य निर्देशनालय अन्तरगत रहेको PHEOC मार्फत सबै सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाका प्रतिनिधीहरु साथै सरोकारवालाहरुसँग रोकथाम तथा न्युनीकरणका लागि विभिन्न चरणमा छलफल तथा अन्तरक्रिया गरिएको थियो ।
- सञ्चार माध्यम मार्फत सामुदायिक सचेतना कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- विभिन्न जिल्लाहरुमा सरोकारवालासंग निर्देशनालय र स्वास्थ्य कार्यालयको संयुक्त आयोजनामा डेंगु रोग नियन्त्रण सम्बन्धि अन्तरक्रिया कार्यक्रम गरिएको

आ.व. २०७४/७५ मा गण्डकी प्रदेशमा पहिलो केस देखा-परेको थियो । आ.व. २०७५/०७६ मा ५७१ जनामा देखिएको थियो भने, २०७६/०७७ सम्ममा ३३३७ जनामा,२०७७/०७८मा १२७ जनामा, २०७८/०७९ मा ७६ जनामाडेंगु रोगबाट प्रभावितहरुको संख्या रहेको छ ।साथै २०७८/०७९ मा तथ्यांकीय झलक EWARS मा समाबेश गरिएको छ।यस प्रदेशमा १३ (जिल्ला अस्पताल गोरखा, बेनी अस्पताल म्याग्दी, लमजुङ्ग अस्पताल लमजुङ्ग, दमौली अस्पताल तनहुँ, मध्यविन्दु अस्पताल नपलपरासी ब.सु.पू., जिल्ला अस्पताल स्याङ्जा, जिल्ला अस्पताल पर्वत, धौलागिरी अस्पताल बागलुङ, मनिपाल टीचिङ्ग अस्पताल, पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, गण्डकी मेडिकल कलेज, जिल्ला अस्पताल मुस्ताङ्ग र जिल्ला अस्पताल मनाङ्ग)सेन्टिनेल साईट रहेका छन्।

तालिकानं. १६डेंगु रोगको अवस्था आ.ब. २०७८/०७९(EWARS sentinel site)

सेन्टिनेल साईट	जना		सेन्टिनेलसाईट	जना
जिल्लाअस्पताल गोरखा	2		धौलागिरीअस्पताल बागलुङ	3
बेनी अस्पताल म्याग्दी	47		मनिपाल टीचिङ्ग अस्पताल	5
लमजुङ्ग अस्पताल लमजुङ्ग	6		पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान	0
दमौली अस्पताल तनहुँ	0		गण्डकी मेडिकल कलेज	2
मध्यविन्दु अस्पताल नपलपरासी ब.सु.पू.	11		जिल्ला अस्पताल मुस्ताङ्ग	0
जिल्ला अस्पताल स्याङ्जा	0		जिल्ला अस्पताल मनाङ्ग	0
जिल्ला अस्पताल पर्वत	0		जम्मा	67

चित्र नं. 10डेंगु केसको वितरण स्थानीय तह अनुसार



५.४ स्क्रब टाइफस

पृष्ठभूमि

यो एक प्रकारको सरुवा रोग हो जुन मुसामा लाग्ने किर्नाजस्तो देखिने कीराको टोकाइबाट मानिसमा सर्छ। चिकित्सकहरूका अनुसार यो रोग मानिसबाट मानिसमा चाहिँ स्क्रब टाइफस सर्दैन। यो रोग किर्नामा पाइने ओरेन्टिया सुसुगामुसी भन्ने जीवाणुबाट लाग्छ। मुसामा हुने किर्ना अर्थात् माइट प्रायः झाडी, खेतबारी, वनजङ्गल, घर वरिपरिको झाडी वा घुरान हुने ठाउँमा देखिनेगर्छ।खेतबारीमा काम गर्दा, वनजङ्गल वा झाडीमा जाँदा वा घाँस काट्न जाँदा पूरा शरीर ढाक्ने कपडा लगाउने, सम्भव भएसम्म लामो जुत्ता लगाउने घाँसबारी वा चउरमा बस्दा गुन्द्री वा दरी ओछ्याएर बस्ने सम्भव भएसम्म भुइँमा नबस्ने खाटमा वा अग्लो स्थानमा सुत्ने बस्ने सकेसम्म घाँसबारी वा चउरमा नबस्ने चउर, बारी, झाडी, घाँस तथा घुरान बढ्न नदिने मुसा नियन्त्रणका लागि उपयुक्त किसिमले अन्न भण्डार गर्नुपर्दछ । यसका लक्षणहरुमा धेरै ज्वरो आउनु (१०४ डिग्री फरेन्हाइटभन्दा बढी)काम ज्वरो पनि आउन सक्छ,धेरै टाउको दुख्नु, पसिना धेरै आउनु आँखा रातो हुनु, झाडापखाला लाग्नु बिस्तारै शरीरका मुख्य अङ्गले काम गर्न छाड्नु कीराले टोकेको ठाउँमा रातो दाग देखिन सक्छ। पछि कालो दाग बस्न सक्छ ।

आ.व.२०७७/०७८ मा गण्डकी प्रदेशमा म्याग्दीमा ४३, बाग्लुङ ६, नवलरासी ब.सु.पू. ७ र कास्कीमा ४ जना गरि जम्मा ६० जनामास्क्रब टाइफस पत्ता लगाईएको थियो भने यस आ.व.मा गोरखा ४, तनहुँ २, कास्की ३९, म्याग्दी २७ जना, बाग्लुङ् १ र नवलरासी ब.सु.पू. १३ जनामा स्क्रब टाइफस पत्ता लगाईएको छ । सरकारी तथा निजी क्षेत्रमा कार्यरत स्वास्थ्य कर्मचारीहरुलाई अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गर्नुपर्ने तथा प्रयाप्त मात्रामा किटको व्यवस्थापन गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

तालिकानं. १७स्क्रब टाइफस रोगीहरुको वितरण

जिल्ला	२०७७/७८	२०७८/०७९	जिल्ला	२०७७/७८	२०७८/०७९
गोरखा	२	४	मुस्ताङ्	०	०
लमजुङ	०	०	म्याग्दी	५०	२७
तनहुँ	८	२	पर्वत	७	०
स्याङ्जा	१५	०	बाग्लुङ	७	१
कास्की	१	३९	नवलपरासी ब.सु.पू.	१२	१३
मनाङ	०	०	जम्मा	१०२	८६

५.५ सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान

पृष्ठभूमि

सर्भिलेन्स एक निरन्तर प्रकृया हो । जहाँ तथ्याङ्क संकलन, प्रशोधन, बिश्लेषण, प्रकाशन गर्ने गरिन्छ । आवश्यकताको आधारमा जो कोहीले यसको उपयोग गर्न सक्दछन । रोग सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान शाखाको गठन सन् २०१३ मा भएको हो । यसको पुनर्गठन सन् २०१८ मा संघीय संरचना बमोजिम स्वास्थ्य शाखाबाट गरिएको हो । सर्भिलेन्स २ वटा अवस्थामा गर्न सकिन्छ, आकश्मिक सर्भिलेन्स र निगरानीले मुख्य तय कार्यक्रमको अनुगमन बैठक र प्राथमिक उद्धेश्य र रोग नियन्त्रण तथा निवारणमा केन्द्रित रहेको हुन्छ । यो शाखाले मुख्य गरि २ वटा कृयाकलाप रोगको निगरानीमा इवार्स र खानेपानीमा कार्यान्वयन गर्दै आएको छ । संघीय स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले रोगको निगरानी र अनुसन्धान सम्बन्धित राष्ट्रिय एन तथा नियमावलीको आधारमा रहेर मापदण्ड निर्देशिका जारी गरेको छ । निगरानी तथा अनुसन्धानका कृयाकलापले राष्ट्रिय स्तरमा रोग नियन्त्रण सम्बन्धी आपतकालीन व्यवस्थापन गरेको हुन्छ । निगरानी तथा अनुसन्धानले अनुगमन,मुल्याङ्कन र पृष्ठपोषणमा महत्वपुर्ण भुमिका खेलेको हुन्छ ।

Early Warning and Reporting System (EWARS)

Early Warning and Reporting System (EWARS) अस्पतालमा आधारित सरुवा तथा संक्रामक,किटजन्य तथा प्रकोपजन्य रोगहरुको सर्भिलेन्स प्रणाली हो जसले तत्काल र साप्ताहिक

रुपमा निरन्तर प्रतिवेदन (शुन्य प्रतिवेदन) गर्दछ। जसले मुख्य छ वटा रोगहरुलाई प्राथमिकिकरण गरी कुनै पनि रोगहरुको प्रकोपको बारेमा पूर्व चेतावनी दिन्छ र फैलनबाट सक्दछ । यसको मुख्य कार्य महामारीको जोखिम,किटजन्य, पानीजन्य, खानाजन्य रोगहरुको समयमै प्रतिवेदन गरि रोगहरूकोप्रकोप हुनबाट जोगाउँदछ । यसको स्थापना सन् १९९७ मा ८ वटा सेन्टीनल साइट शुरु भएको हाल सम्म ११८ वटा रहेका छन । गण्डकी प्रदेशमा 13 वटा इर्वास सेन्टीनेल साइट (सरकारी ११ वटा र निजी तर्फ 2 वटा) रहेका छन्।

EWARS प्रणालिका उद्देश्यहरु

- महामारीजन्य रोगहरुको बारेमा द्रुत जानकारी उपलब्ध हुने तथा संक्रामक रोगहरुको तथ्याङ्क अभिलेख व्यवस्थापन र शीघ्र प्रतिवेदनको सुनिश्चितता गर्नु।
- सेन्टिनेल सर्भिलेन्स नेटवर्कमा आवद्ध अस्पतालहरुको नियमित प्रतिवेदन प्रणालीबाट महामारीजन्य रोगहरुको अवस्थाको अनुगमन तथा विश्लेषणद्धारा जनस्वास्थ्य योजना निर्माण र अनुसन्धानमा सहयोग पुग्नु ।
- महामारीजन्य रोग फैलन सक्ने खतरापुर्ण अवस्थाको सूचक अग्रिम रुपमा जानकारी प्राप्त हुनु।
- संक्रामक रोगहरुको विस्तृत र कम्प्युटरकृत तथ्याङ्कीय सुचना प्रणालीको विकास गर्नु।

जस्ता उद्देश्यका साथ यो प्रणालिको विकास भएको हो।

संघीय सरकार तथा प्रदेश सरकारले यस कार्यक्रमलाई निरन्तर र गुणस्तरीय प्रतिवेदन गर्नका लागि EWARS Sentinel Sitesमा कार्यरतचिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई अभिमुखीकरण तथा साईटहरुमा संचालन अनिवार्य गरेको छ । अनुसन्धान तथा सर्भिलेन्स कार्यका लागि EWARS कार्यक्रम अति नै महत्वपुर्णमानिएको छ।

EWARS प्रणालीमा समावेश मुख्य रोगहरु

क) Vector Borne Diseases

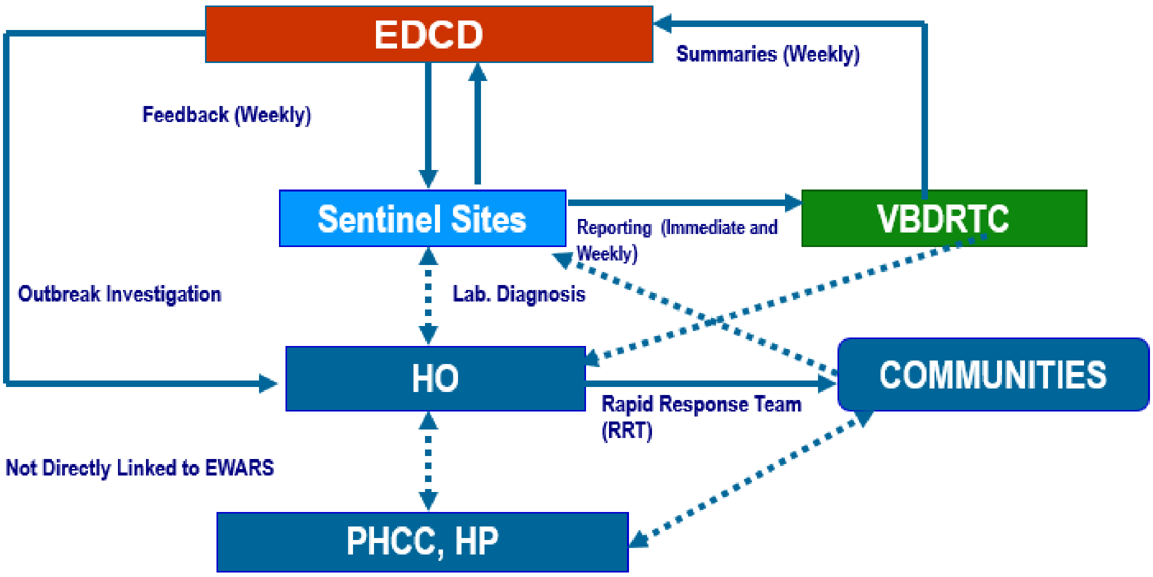
- मलेरिया
- कालाजार
- डेन्गु फिवर

ख) Epidemic Potential Diseases/Syndromes

- Acute gastroenteritis (AGE)
- हैजा (Cholera)
- Severe Acute Respiratory Infection (SARI)

यसका साथैअन्य महामरीजन्य रोगहरु (ILI, Scrub typhus, Leptospirosis, Enteric Fever etc.) को पनि EWAR मा प्रतिबेदन गरिन्छ ।

EWARS सुचना प्रभाव प्रणालि



तालिका नं .18बिगत तीन वर्षकोEWARS मा प्रविष्टी भएको तथ्याङ्कीय झलक

रोगहरु	औलो			कालाजार			डेंगु			AGE			SARI			Scrub Typhus		
सेन्टिनलसाईट	Jul 2019 to Jun 2020	Jul 2020 to Jun 2021	Jul 2021 to Jun 2022	Jul 2019 to Jun 2020	Jul 2020 to Jun 2021	Jul 2021 to Jun 2022	Jul 2019 to Jun 2020	Jul 2020 to Jun 2021	Jul 2021 to Jun 2022	Jul 2019 to Jun 2020	Jul 2020 to Jun 2021	Jul 2021 to Jun 2022	Jul 2019 to Jun 2020	Jul 2020 to Jun 2021	Jul 2021 to Jun 2022	Jul 2019 to Jun 2020	Jul 2020 to Jun 2021	Jul 2021 to Jun 2022
जिल्लाअस्पताल गोरखा									2		28	69						3
बेनीअस्पताल म्याग्दी								19	50		25	7		29	5			25
लमजुङ्गअस्पताल लमजुङ्ग						1		2	5		58	198		1	4			
दमौलीअस्पताल तनहुँ												3						2
मध्यविन्दुअस्पताल			2					3	11		67	71		21	32		2	13
जिल्लाअस्पताल स्याङ्जा											11	5						
जिल्लाअस्पताल पर्वत																		
धौलागिरीअस्पताल बागलुङ											8	24		3	35			
मनिपालटीचिङ्ग अस्पताल									5			106			1			7
पोखरास्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान																		
गण्डकीमेडिकल कलेज									2		10	14		2	7			27
जिल्लाअस्पताल मुस्ताङ्ग											15	7			1			
जिल्लाअस्पताल मनाङ्ग											46	16			1			

विगतका तीन वर्ष देखि EWARS प्रणालिमा cholera केशको प्रतिवेदन भएको छैन ।यस प्रणालि लागु गरिएका अस्पताल बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरुको प्रतिवेदन माथिको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छैन । साथै लागु भएका सबै अस्पतालहरुबाट समेत पुर्ण प्रतिवेदन भएको पाईदैन ।

कार्यक्रमका समस्याहरु

- मेडिकल रेकडरको दरबन्दी सबै अस्पतालहरुमा नहुनु।
- सबै मुख्य अस्पतालहरु सेन्टिनल साइटको रुपमा बिस्तार नहुनु ।
- समयमै रिपोर्टिङ नगरिनु।
- स्वास्थ्य कार्यालयहरुलाई EWARS को पहुँच नहुनु।

समस्या समाधानका उपायहरु

- सबै अस्पतालहरुमा मेडिकल रेकर्डरको दरबन्दी श्रृजना तथा पदपुर्ति गर्नुपर्ने।
- EWARS को दायरा बढाउनका लागि सबै मुख्य अस्पतालहरुलाई सेन्टिनल साइटको रुपमा बिस्तार गर्नुपर्ने।
- सेवालाई कार्यसम्पादनसँग जोडि प्रतिबेदन प्रणालीलाई सामयिक बनाउने।
- जिल्ला भित्रको प्रतिवेदनको निगरानीको लागि स्वास्थ्य कार्यालयलाई EWARS को पहुँच बढाउने।