वार्षिक प्रतिवेदन

(आ.व. २०७८/०७९)

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

दुर्छिम, खोटाङ्ग

प्रदेश नं. १, नेपाल

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

दुर्छिम, खोटाङ्ग

प्रदेश नं. १, नेपाल

प.सं.

च.नं.

मितिः-२०७९।०८।०६

विषयः- मन्तब्य

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका, खोटाङले आ.ब.२०७८/७९ मा नगर भरी संचालन भएको प्रतिकारात्मक, उपचारात्मक तथा प्रवर्दनात्मक स्वास्थ्य सेवा लगायत अन्य स्वास्थ्य सेवाहरुको निर्धारित लक्ष्य सम्म पुग्नको लागि नगर देखि समुदाय स्तरसम्म सम्पादन गरेका कृयाकलापहरु लगायत नगर भरीका अन्य विभिन्न तथ्याङ्कहरुलाई समावेश गरी वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न लागेकोमा मलाई खुशी लागेको छ।

वार्षिक प्रतिवेदन स्वास्थ्य सेवाको एउटा महत्वपूर्ण दस्तावेज हो। यस वर्ष हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका, खोटाङले सामना गरेका समस्याहरु र यसबाट सिकेका पाठहरुबाट अगामी वर्षमा नगर भरि गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न तथा लक्ष्य अनुसारको प्रगतिहासिल गर्नको लागि हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका, खोटाङका सम्पुर्ण स्वास्थ्यकर्मी तथा सरोकारवाला संघ संस्था हरुलाई यस वार्षिक प्रतिवेदनले सहयोग गर्ने आशा लिएको छु। यसरी अथक प्रयास गरि प्रकाशित हुने प्रतिवेदनले नगर भरीका सम्पूर्ण जनताहरुको स्वास्थ्य स्तर उकास्ने कार्यमा निर्माण गरिने योजनामा श्रोत पुस्तिकाको रुपमा काम गर्न सकोस।

अन्त्यमा स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा माहाँमारी रोग रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि नगर पालिका बाट गरिएका कार्यक्रमहरुमा सक्रिय रुपमा सहभागी हुन पाएकोमा साथै आ.व. ०७८।०७९ को जिल्ला स्तरिय वार्षिक समिक्षामा हलेसि तुवाचुङ नगर पालिका प्रथम स्थान हाँसिल गर्न सफल रहेकोमा सम्पुर्ण स्वास्थ्यकर्मिहरुमा हार्दिक धन्यवाद ज्ञापन गर्न चाहन्छु। वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशनका लागि उल्लेखनिय योगदान गर्नु हुने प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत श्री सन्तोष श्रेष्ठ र स्वास्थ्य शाखा प्रमुख प्रकाश घिमिरे लगायत हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका कार्यालयका सम्पूर्ण टिमका सदस्यहरु एवं सहयोगी संस्थाहरुलाई हार्दिक धन्यवाद दिन चाहन्छु। आगामी वर्षमा सकारात्मक तथा रचानात्मक कृयाकलापहरु गरि लक्ष्य वमोजिम शत प्रतिशत प्रगती हासिल हुन सकोस भन्ने शुभेच्छा साथ धन्यवाद दिन चाहन्छु।

विमला राई
नगर प्रमुख
हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

प.सं.

च.नं.

मितिः-२०७९।०८।०६

विषयः- मन्तव्य

स्वास्थ्य समग्र विकासको एउटा मुख्य आधार हो। नेपालको संविधान २०७२ ले स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न कुराहरुको व्यवस्था गरेको छ जस्तै प्रत्येक नागरिकलाई राज्य बाट आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क हुनु पर्ने महिलाको सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी हक, आधारभुत स्वास्थ्य र सरसफाई सम्बन्धी आदि व्यवस्था गरिएको छ।

त्यस्तै स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ ले आधारभुत स्वास्थ्य र सरसफाई सम्बन्धि काम, कर्तव्य र अधिकार, आधारभुत स्वास्थ्य, प्रजनन् स्वास्थ्य र पोषण सेवाको सन्चालन र प्रवर्दन, परिवार नियोजन तथा मातृशिशु कल्याण सम्बन्धि सेवा सन्चालन, अनुमति, अनुगमन तथा नियमन् महिला तथा बालबालिकाको कुपोषण न्युनिकरण, रोक थाम, नियन्त्रण र व्यवस्थपन आदि को बारेमा उल्लेख गरेको छ।

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिकाबाट प्रकाशित गर्न लागेको वार्षिक प्रतिवेदनले मलाई एकदमै खुशी लागेको छ। म व्यक्तिगत तथा नगरपालिकाको तर्फबाट स्वास्थ्यका सम्पुर्ण टिमलाई धन्यवाद दिन चाहन्छु।

यो प्रतिवेदनले हाम्रो नगर वासीको स्वास्थ्य अवस्था देखि लिएर स्वास्थ्य सम्बन्धी सम्पुर्ण कुराहरुको उजगार गर्ने छ। जसले गर्दा आगामी दिनमा हाम्रो नगरमा स्वास्थ्य सम्बन्धीको अवस्था साथै के कस्तो समस्या छ, कुन कुरामा जोड दिने तथा कस्तो योजनाहरु बनाउने भन्ने कुरामा सहजता ल्याउने छ।

अन्त्यमा यो प्रतिबेदन तयारी तथा लेखनमा अनवरत योगदान गर्नु हुने प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत श्री सन्तोष श्रेष्ठ र स्वास्थ्य शाखा प्रमुख प्रकाश घिमिरे लगायत सम्पुर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई धन्यबाद दिन चाहन्छु।

रमेश कुमार राउत

नगर उप प्रमुख

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

दुर्छिम, खोटाङ्ग

प्रदेश नं. १, नेपाल

प.सं.

च.नं.

मितिः–२०७९।०८।०६

विषयः– प्राक्कथन

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका, खोटाङद्वारा आ.ब. २०७८/७९ मा संचालित सम्पूर्ण कार्यक्रमहरुको प्रगती बिबरण सहित स्वास्थ्य प्रतिबेदन (Health Report) प्रकाशन हुने भएकोमा खुशी लागेको छ । यस प्रतिबेदनमा मुख्य गरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुका राष्ट्रिय लक्ष्य, उदेश्य एवं रणनीतिहरुका साथै यस कार्यालयले आ.ब.२०७८/०७९ मा सम्पादित सम्पूर्ण कार्यक्रमहरुको प्रगति, बिश्लेषण र कार्यक्रम संचालनमा देखा परेका समस्या साथै समाधानका उपायहरु समेत उल्लेख गरिएकाछन् ।

आशा छ, यस प्रतिबेदनको अध्यनबाट स्वास्थ्यका सम्बन्धित तालुक निकायहरुबाट नगर स्तर तथा स्वास्थ्य निकायहरुमा भएका सबल पक्ष र समस्याहरु बुझ्न एवं आगामी बर्ष अझ प्रभाबकारी रुपमा स्वास्थ्यका कार्यक्रम तर्जुमा तथा संचालन गर्न सहयोग पुग्नेछ । बिषेश गरी यस कार्यालय अन्र्तगतका सम्पूर्ण कार्यक्रम शाखा, स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई आगामी दिनहरुमा अझ प्रभाबकारी र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न उत्प्रेरणा मिल्ने छ । यसै गरी यस नगर भित्र रहेका स्वास्थ्य संग सम्बन्धित सम्पूर्ण संघ/संस्थान एवं पाठक बर्गहरुलाई पनि नगर भित्र रहेका स्वास्थ्य सम्बन्धिका र्यक्रमहरुको बारेमा जानकारी पाउनका साथै स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढिकरण गर्नको लागी आ-आफनो पक्ष बाट सहयोग पुऱ्याउन सहज हुने छ ।

यस प्रतिवेदन प्रकाशानार्थ यसको बिषयवस्तु तथा कृयाकलापका लागि पथ प्रर्दशन साथै निर्देशन दिनुहुने नगर प्रमुख श्री विमला राई, नगर उप प्रमुख श्री रमेश कुमार राउत, नगर कार्यपालिका सदस्य, वडा प्रमुख लगायत सम्पुर्ण जन निर्वाचित प्रतिनिधी ज्यूहरु प्रति हार्दिक कृतज्ञता ज्ञापन गर्दछु । त्यसै गरी, हलेसी तुवाचुङ नगरपालिकाका सम्पूर्ण शाखा प्रमुखहरु तथा अर्न्तगतका सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मी, म.स्वा.स्वं.से., सरोकारवाला सम्पूर्ण सरकारी एवं गैरसरकारी संघ संस्थाहरु साथैं सम्पूर्ण सेवाग्राहीहरुलाई पनि धन्यबाद प्रकट नगरी रहन सक्दिन ।

यस स्वास्थ्य बार्षिक प्रतिवेदनमा सुधार गर्नु पर्ने कुरा धेरै नै हुन सक्छ । आवश्यक सल्लाह तथा सुझावहरुलाई अगामीदिनमा समेटेर लैजाने साथै प्रतिबेदन तयारी तथा लेखनमा अनवरत योगदान गर्नु हुने स्वास्थ्य शाखा प्रमुख प्रकाश घिमिरे एवम् हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका कार्यालयका सम्पूर्ण टिमका सदस्यहरु एवं सहयोगी संस्थाहरुलाई हार्दिक धन्यवाद दिन चाहन्छु ।

सन्तोष श्रेष्ठ

प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत

हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका

विषयसूची

विषय	पेज नं.
ACRONYMS	i
स्वास्थ्य सूचक (Health Service Coverage Fact Sheet)	१
उपलब्धि सारांश (Executive Summary)	४
स्वास्थ्य सेवाका कर्मचारी विवरण	११
पालिका आफैले सञ्चालन गरेका स्वास्थ्य क्षेत्रका बिशेष कार्यक्रमहरु	१६
कोभिड १९ सम्बन्धी गरिएका क्रियाक्लापहरुः	१७
१. नगरको वस्तुस्थिति विश्लेषण	१९
२. बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (Child Health Programme**)**	२२
३. पोषण कार्यक्रम (Nutrition Programme)	३१
४. समुदायमा आधारित नवजात तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन (Community Based Integrated Management Of Neonatal and Childhood Illness)	४१
५. परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम (Family Health Programme)	५३
६. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (Safe motherhood Programme)	६०
७. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम (Female Community Health Volunteer Program)	७०
८. गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम (Primary Health Care Out Reach Clinic)	७५
९. रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Disease Control Programme)	७८
१०. कालाजार रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Kala-azar Control Programme)	८१
११. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Programme)	८४
१२. कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Leprosy Elimination Programe)	८९
१३. एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम (Integrated Health Management Program)	९३
एच. आई. भी. नियन्त्रण कार्यक्रम	९६
अनुसूचीहरु	९८-१०५

तालिकाहरूको सूची

तालिका	पेज नं.
स्वास्थ्य सूचक (Health Service Coverage Fact Sheet)	१
स्वास्थ्य संस्था तथा निनीहरुको सेवा प्रवाह सम्बन्धि विवरण	८
स्वास्थ्य संस्था वाट प्रवाह हुने बिशेष सेवाको बिवरण	९
स्वास्थ्य सेवाका कर्मचारी विवरण	११
नगर अस्पताल तर्फका कर्मचारी	१५
पालिका आफैले सञ्चालन गरेका स्वास्थ्य क्षेत्रका बिशेष कार्यक्रमहरु	१६
लक्षित जनसंख्या (वि.म.न.पा.) (Target Population) FY 2078/079	२२
राष्ट्रिय खोप तालिका	२३
नेपालको पोषण सम्बन्धी लक्ष्यहरु	३३
पोषण कार्यक्रमका समस्या समाधानका उपायहरू	४०
कार्यक्रममा देखिएका समस्या र सुधारको लागि गर्नु पर्ने कार्यहरु	५२
SDG Targets & Indicators	५४
सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको मुख्य समस्याहरु र सुधारको लागि गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरु	६९
म.स्वा.से. कार्यक्रमको देखिएका मुख्य उपलब्धी, समस्या, कारण र सुधारको लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु	७४
गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको देखिएका मुख्य उपलब्धी, समस्या, कारण र सुधारको लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु	७७
मलेरिया कार्यक्रमको मुख्य समस्या तथा समाधानका उपायहरु	८०
कालाजार कार्यक्रमको मुख्य समस्या तथा समाधानका उपायहरु	८३

चित्रहरूको सूची

तालिका	पेज नं.
Drop out Rate BCG vs Measles	२५
Dropout rate of DPT-HepB-Hib 1 vs 3	२६
राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार भ्याक्सिन लगाएको बालबालिकाको संख्या	२७
राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार भ्याक्सिन लगाएको प्रतिशत	२८
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको प्रगति	२८
भ्याक्सिन खेर जाने दर	२९
० देखि ११ महिनाको बच्चामा वृद्धि अनुगमन	३४
वृद्धि अनुगमन गरिएकोमा कम तौल भएका बालबालिकाहरुको प्रतिशत	३५
बाल भिटा प्रयोग गरिएको संख्या	३६
पूर्ण स्तनपान गरिएको बालबालिकाहरुको प्रतिशत	३७
वृद्धि अनुगमन गरिएका बालबालिकाहरुको प्रतिशत	३८
प्रसुती भएको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएका नवशिशुहरुको प्रतिशत	३९
स्वास्थ्यकर्मीद्धारा प्रसुती गराईएकोमा कम तौलको प्रतिशत	३९
% of dehydration among U5 yrs registered diarrhoeal cases	४४
% of PSBI among registered 0-2 months infant	४५
% of PSBI cases treated with first dose of Gentamycin	४६
% of newborns with low birth weight <2.5KG	४६
Diarrhoea incidence rate among children under five years	४७
Incidence of ARI among children under five years (per 1000)	४८
निमोनियाको ईन्सिडेन्स दर प्रति हजारमा (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	४९
Percentage of Pneumonia among U5 years New ARI registered children (HF & ORC)	५०
Percentage of children under five years with diarrhea suffering from Some dehydration	५१
Percentage of children under five years with diarrhea suffering from dysentery (blood in stool)	५१
Percentage of children under five years with diarrhea treated with zinc and ORS	५२
Percentage of newborns who initiated breastfeeding within 1 hour of birth.	५३
Condom users	५५
Contraceptive Prevalence Rate among Women of Reproductive Age Group	५५
डिपो सुइको नँया प्रयोगकर्ता (Depo New Users Total)	५६

FP Methods New acceptor among as % of MWRA	५७
IUCD New Users Total	५७
Implant New Users Total	५८
पिल्सको नया प्रयोगकर्ता संख्या	५८
प्रथम गर्भवती भेट गरेको संख्या ANC 1st visit Total	६२
चौथो पटक गर्भ जाँच	६२
घरतथा स्वास्थ्य संस्थामै सुत्केरी हुने संख्या	६३
गर्भावस्थामा देखिएका जटिलताहरु	६४
प्रसुती अवस्थामा सहयोग	६५
संस्थागत सुत्केरी हुनेको प्रतिशत	६६
सुत्केरी आमाहरुको जाँच तथा भिटामिन ए र आईरन चक्की वितरण	६६
गर्भवती आमाहरुको गर्भजाँच	६७
प्रसुती जाँच तथा आईरन चक्की वितरण	६८
जम्मा प्रसुती संख्या	६९
आमा समूहको बैठक बसेको संख्या	७२
आमा समूहको बैठक बसेको प्रतिशत	७२
म.स्वा.स्व.से. द्वारा प्रसुती आमालाई घरभेट कार्यक्रम	७३
म.स्वा.स्व.से. द्वारा गर्भवती आमाहरुलाई घरभेट कार्यक्रम	७४
गाउँघर क्लिनीकबाट सेवा लिने औंषत सेवाग्राहीको संख्या	७६
गाँउघर क्लिनीकको रिपोर्टिग अवस्था	७७
Total malaria slide examination	७९
Number of kala-azar cases	८२
सबै प्रकारको क्षयरोगी पता लगाउने दर (TB Case Notification Rate)	८६
Case notification rate PBC new and relapse TB cases	८७
उपचार सफल हुने दरः TB - Treatment Success Rate	८७
म.स्वा.स्व.से. द्वारा सेवा दिएको संख्या	९३
आउट रिच क्लिनीक तथा खोप क्लिनीकबाट औषत रुपमा सेवा दिएको संख्या	९४
प्रतिवेदन अवस्था	९५
Percentage of pregnant women who tested for HIV at an ANC checkup	९६
जनसंख्याको आधारमा ओपिडी भिजिट	९७
ओपिडी भिजिट गर्ने विरामिको संख्या	९७

ACRONYMS

AEFI	Adverse Events Following Immunization
AES	Acute Encephalitis Syndrome
AFP	Acute Flaccid Paralysis
ANC	Ante Natal Care
ANM	Auxiliary Nurse Midwife
ARI	Acute Respiratory Infection
ART	Anti-Retroviral Therapy
ASL	Authorized Stock Level
BCG	Bacille Calmette-Guerin
BEOC	Basic Emergency Obstetric Care
CAC	Comprehensive Abortion Care
CBNCP	Community Based Newborn Care Program
CDD	Control of Diarrhoeal Disease
CEOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care
CHD	Child Health Division
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
CSP	Community Support Program
DACC	District AIDS Coordination Committee
DPHO	District Public Health office
DoHS	Department of Health Service
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
DPT	Diphtheria Pertussis Tetanus
DQSA	Data Quality Self Assessment
EOP	Emergency Order Point
FCHV	Female Community Health Volunteer
FHD	Family Health Division

FY	Fiscal Year
HFOMC	Health Facilty Operation and Management Committee
HMIS	Health Management Information System
IEC	Information, Education and Communication
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IMR	Infant Mortality Rate
INGOs	International Non Governmental Organizations
IPD	Immunization Preventable Diseases
IRS	Indoor Residual Spraying
IUCD	Intra Uterine Contraceptive Device
IYCF	Infant and Young Child Feeding
LBI	Local Bacterial Infection
LLIN	Long Lasting Insecticides-treated Nets
LMD	Logistics Management Division
LMIS	Logistic Management Information System
MDA	Mass Drug Administration
MDG	Millennium Development Goals
MMR	Maternal Mortality Ratio
MNT	Maternal and Neonatal Tetanus
MoH	Ministry of Health

स्वास्थ्य सूचक (Health Service Coverage Fact Sheet)

आ.व. २०७६/०७७ देखि आ.व.२०७८/०७९

सूचांकहरु		२०७६/०७७	२०७७/०७८	२०७८/०७९
प्रतिबेदनको अवस्था(Reporting Status)				
१	DHIS प्रतिबेदन गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको संख्या	१३	१३	१३
२	स्वास्थ्य चौकीबाट वार्षिक रुपाम प्रतिवेदन गरेको %	१००	१००	१००
३	खोप क्लिनिकवाट रिपोटिंग %	८३	८८	१००
४	गाउँ घर क्लिनिक रिपोटिंग %	७१	७९	८७
५	म.स्वा.स्वं से. रिपोटिंग %	९८	९९	९९
६	निजी तथा गैर सरकारी स्वा.सं.	-	-	-
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम				
९	बि.सि.जि.कभरेज	७१	७६	६३
१०	डि.पि.टि./हिब/हेपबि/पोलियो ३ कभरेज	८३	९०	८३
११	दादुरा/रुवेला २ कभरेज	८६	९४	८९
१२	जे.ई. कभरेज	९४	९८	८६
१३	टिडी२ र टिडी२+ कभरेज	६५	७२	७४
१४	ड्रपआउट रेट : पेन्टा १.vs दादुरा २	-१३	-३	-१९
१५	ड्रपआउट रेट :डि.पि.टि./हेपबि १ vsडि.पि.टि./हेपबि ३	२	-५	-८
पोषण कार्यक्रम				
१६	२ बर्ष मुनिका नयां बच्चाहरुको बृद्धि अनुगमन प्रतिशत	८२	२५४	८५
१७	२ बर्ष मुनिका नयां बृद्धि अनुगमन मध्ये कुपोषित बच्चाहरुको प्रतिशत	१.३	०.१	०
१८	गर्भवती महिलाले १८० आईरन चक्की प्राप्त गरेको प्रतिशत	६५	७६	६३
१९	सुत्केरी महिलाले भिटामिन ए प्राप्त गरेको प्रतिशत	६६	७१	९८

आकस्मिक श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम				
२०	ए.आर.आई.को ईन्सिडेन्स दर /१००० (५ बर्ष मुनिकाबच्चाहरुमा)	१३०२	१०१५	७९१
२१	निमोनियको ईन्सिडेन्स दर /१००० (५ बर्ष मुनिकाबच्चाहरुमा)	२१५	१०८	११४
२२	कुल नयां श्वास प्रश्वासका बिरामीमध्ये कडा निमोनिया भएको प्रतिशत	०	०	०
झाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम				
२३	झाडापखाला रोगको ईन्सिडेन्स दर /१००० (५ बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा)	६५८	५९३	४२४
२४	कुल नयां झाडापखालाका बिरामीमध्ये मध्यम जलबियोजन भएको प्रतिशत (५ बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा)	३०	३४	२१
२५	झाडापखालाका बिरामीमध्ये Zinc र ORS बाट उपचार गरिएको प्रतिशत (५ बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा)	१०३	८६	९८
सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम				
२५	गर्भवति महिलामध्ये प्रथम पटक गर्भ जांच(at any time) गरिएको प्रतिशत	८५	९४	८८
२६	Protocol अनुसार प्रथम पटक ४ महिनाको गर्भवती जाच गराउने गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत	७५	७८	८०
२७	Protocol अनुसार ४ पटक गर्भवती जाच गराउने गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत	७०	८२	७२
२८	दक्ष प्रशुतीकर्मि (SBA)बाट प्रशुती गराईएका महिलाको प्रतिशत	४४	४१	३९
२९	स्वास्थ्य कर्मीबाट(Other Than SBA) प्रसुती गराइएको महिलाको प्रतिशत	५	१४	९
३०	Protocol अनुसार पहिलो पटक उत्तर प्रशुति सेवा(PNC) पाएका सुत्केरी महिलाहरुको प्रतिशत (२४ घण्टा भित्र)	४३	५५	५१
३१	Protocol अनुसार ३ पटक उत्तर प्रशुति सेवा(PNC) पाएका सुत्केरी महिलाहरुको प्रतिशत (२४ घ, ७२ घ र ७ दिन भित्र)	३३	५६	५७
३२	संस्थागत प्रशुतीको प्रतिशत (institutional deliveries)	४९	५४	४८

परिवार नियोजन कार्यक्रम				
३३	परिवार नियोजनको साधन प्रयोगकर्ता दर(नया) (MWRA)	१५	१६	२१
३४	परिवार नियोजन प्रयोगकर्ता दर (CPR)-MWRA	३३	३८	४५
मलेरिया तथा कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम				
३५	बार्षिक रक्त स्लाईड परिक्षण दर (Annual Blood Slide Examination Rate)	०	८	०
३६	बार्षिक Parasite Incidence दर (API/1000)	०	०	०
३७	औलो रोगीको संख्या	०	०	०
३८	कालाजार रोगीको संख्या	०	२	०
क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम				
३९	क्षयरोगी पत्ता लगाउने दर (Case Notification Rate)	४	२९	२९
४०	Treatment Success Rate	०	१००	१००
कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम				
४२	नयां रोगी पत्ता लगाउने दर/१०,०००० (NCDR)	०	०	०
उपचारात्मक सेवा				
४३	बहिरंग सेवा लिएका जम्मा बिरामी संख्या(OPD Patients)	२२७०२	१९९७०	१८२९७
४४	जनसंख्याको तुलनामा बहिरंग सेवालिनेको प्रतिशत	९१	८२	६७

उपलब्धि सारांश (Executive Summary)

१. परिचय

यस **वार्षिक प्रतिवेदनमा** नगरको चिनारी, भौगोलिक, जनसांख्यिक,आर्थिक, सामाजिक विवरणहरु सहित मुख्य रुपमा जन स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरु तथा नगरमा स्वास्थ्य सेवाको अबस्थाका साथै निजी र गैरसरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरुवाट प्रदान गरिएका सेवाका विवरणहरु समेटिएका छन । यो प्रतिवेदनमा नगरवाटा संचालित स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमहरुको प्रगति, मुख्य स्वास्थ्य सुचकहरुको तुलनात्मक विश्लेषण, कार्यक्रमसंग सम्बन्धित समस्याहरुको पहिचान तथा समाधानका उपायहरु जस्ता विषयको व्याख्या गरिएका छन् ।

यो प्रतिवेदनको मुख्य आधार नगरको समिक्षा गोष्ठीको निचोड, वर्ष भरिमा गरिएका अनुगमनका प्रतिवेदनहरु, सरोकारवाला संघ संस्थाहरुबाट प्रकाशित समाग्रीहरु र स्वास्थ्य कार्यालयको **HMIS** सूचनाहरु हुन । सूचनाका मुख्य श्रोत सरकारी अस्पताल, प्रा.स्वा.के., स्वा.चौ., गैरसरकारी स्वा.सं., निजी स्वा.सं., **गाउँघर क्लिनिक,खोप क्लिनिक रम.स्वा.स्वं.से. का प्रतिवेदनहरु रहेका छन् ।**

२. जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरु

२.१.वाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

२.१.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Program)

खोप कार्यक्रमको प्रगति गत वर्षको तुलनामा यस वर्षमा केही घटबढ भएको देखिन्छ. जसमा वि.सि.जि.को कभरेज केही घटेर ६३%, दादुरा/रुबेला-२ ८९ % र जे.ई. ८६% डि.पि.टि./हेप बि/हिब तेस्रोको ८३%, टि.डि.२ र टिडि २+ कभरेज को प्रगति केहीबढेर ७४% पुगेको छ ।

२.१.२ पोषण कार्यक्रम (Nutrition Program)

गर्भवती आमाले सेवन गर्ने आइरन चक्कीको (१८०) प्रगति गत वर्षको तुलनामा ७६ प्रतिशत बाट घटेर ६३ % पुगेको छ तर सुत्केरी महिलाहरुले भिटामीन ए प्राप्त गरेको प्रगति आ.व. २०७८।०७९ मा ९८% छ जुन आ.व. २०७७/०७८ मा ७१% थियो । २ वर्ष मुनीका

बालबालिकाहरूमा बृद्धि अनुगमनको दर ८५% छ भने तौल अनुगमन गरिएका बच्चाहरू मध्ये कुपोषित बच्चाहरूको प्रतिशत शुन्य पुगेको छ ।

२.१.३ समूदायमा आधारित वाल रोगको एकिकृत ब्यवस्थापन कार्यक्रम (CB-IMNCI)

२.१.३.१ श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Control of Acute Respiratory Tract Infection)

श्वास प्रश्वास रोगबाट विरामी हुने ५ वर्ष मुनिका बच्चाको दर गत वर्षको १०१५/१००० को तुलनामा यस वर्ष केही झरेर७९१/१००० पुगेको छ भने जम्मा विरामी मध्ये कडा निमोनिया भएका प्रतिशत शुन्य रहन गएको छ ।

२.१.३.२ झाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Control of Diarrhoeal Disease)

५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूमा हुन सक्ने झाडापखाला सम्बन्धी कार्यक्रमहरूको पनि सकारात्मक सूचकहरू प्राप्त भएका छन । गत वर्ष झाडापखाला बाट विरामी हुने दर ५९३/१००० को तुलनामा यस वर्ष ४२४/१००० जना देखिन्छ, जस मध्ये कडा जल विनियोजन शुन्य रहेको पाइएको छ ।

२.२ परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम (Family Health Program)

२.२.१ परिवार नियोजन कार्यक्रम (Family Planning Program)

प्रजनन स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण अंगको रूपमा परिवार नियोजन कार्यक्रम रहेको छ । यस अन्तरगत परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगकर्ता दर (CPR) गत वर्षको तुलनामा ३८% वाट बढेर ४५% मा रहेको छ ।

२.२.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (Safe Motherhood Program)

यस कार्यक्रम अन्तरगत गर्भवती सेवा, प्रसुति सेवा र उत्तर प्रसुतिसेवा जस्ता कृयाकलापहरु सञ्चालन भै रहेका छन । यसै अन्तरगत सुरक्षित गर्भपतन सेवा (CAC), गर्भपतन पछिको सेवा (PAC)आधारभूत आकस्मिक प्रसुति सेवा (BEOC)सुत्केरी उत्प्रेरणा सेवा जस्ता कार्यक्रमहरू

सञ्चालन हुँदै आएका छन । कुल अनुमानित गर्भवती महिलाहरू मध्ये यस वर्ष प्रथम पटक गर्भ जाँच (at any time) गराउने महिलाको प्रगति ८८% भएको छ भने चार पटक गर्भ जाँच (protocol) गराउने महिलाको प्रगति विगत वर्षहरुमा मिस्रित अवस्थामा ७२% रहेको छ । यसै गरी दक्ष प्रशुतीकर्मीबाट सुत्केरी गराउने महिलाको प्रगति गत आ.व.भन्दा केहि झरेर ३९% हुन गएको छ भने प्रथम पटकको उत्तर प्रसुति सेवाको प्रगति यस वर्ष ५१% रहेको छ ।

२.२.३ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम (Primary Health Care Out Reach Clinic)

पहुच भन्दा बाहिर रहेका जनसंख्याहरूलाई सर्वसुलभ तरिकाले मुख्य गरी प्रजनन् तथा बाल स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने उद्देश्यले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम संचालन हुने गरेको छ । यस नगरपालिकामा जम्मा ३५ गाउँघर क्लिनिक रहेकोमा यस आ.ब. ८७ प्रतिशत क्लिनिक संचालन भएको छ र सरदर ११ जना सेवाग्राहीले प्रति महिना प्रति गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा लिएको पाईन्छ ।

२.२.४ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम (Female Community Health Volunteer Program)

आम जनसमूदायहरूमा स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतना अभिवृद्धि गरी बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत ब्यवस्थापन, समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार, क्षयरोग, औलो रोग तथा कालाजार सम्बन्धिका गतिविधिहरू प्रभावकारी रूपमा संचालन गर्नु नै म.स्वा.से. कार्यक्रमको प्रमुख ध्येय रहेको छ । भिटामिन ए एवं जुकाको औषधि आम वितरण तथा पोलियो थोपा खुवाउने अभियानमा समेत म.स्वा.से.हरूबाट उल्लेख्य योगदान पुगेको छ । यस आ.ब.मा म.स्वा.से.हरुद्वारा ९२.१.% आमा समूहको बैठक संचालन भएको छ भने मासिक रुपमा प्रति म.स्वा.से.वाट ज्ञघ जना सेवाग्राहीले सेवा प्राप्त गरेको देखिन्छ ।

२.३. रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Disease Control Program)

२.३.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Malaria Control Program)

गत आ.व.मा औलोको बार्षिक रक्त स्लाईड परिक्षण दर ८ रहेकोमा यस आ.ब.मा औलोको रक्त स्लाईड परिक्षण दर शुन्य रहेको पाइन्छ । यस आ.ब.मा नगरमा कुनै पनि प्रकारको औलो रोगी फेला परेको थिएन ।

२.३.२ कालाजार रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Kala-azar Control Program)

यस वर्ष यस नगरमा कुनै पनि कालाजार रोगी देखिएका छैन ।

२.३.४ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Program)

यस आ.व.मा क्षयरोगी बिरामी पत्ता लाग्ने दर २९ रहेको छ । विरामी निको हुने दर १००% रहेको छ ।

२.३.५ कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Leprosy Elimination Program)

यस नगरमा कुष्ठरोगका नयाँ विरामी पत्तालाग्ने दर शुन्य देखिएको छ । यस वर्ष कुनै पनि नयाँ कुष्ठरोगीहरू दर्ता भएको छैन ।

२.४ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुनर्जागरण कार्यक्रम (PHC Revitalization Program)

जिल्लामा यस कार्यक्रमको सुरूवात आ.व. ०६६/०६७ देखि भएको हो । कार्यक्रमका प्रमुख कार्यहरूमा राष्ट्रिय निशुल्क स्वास्थ्य सेवा, सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा र शहरी तथा वातावरणीय स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू रहेका छन । शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तरगत जिल्लामा५ वटा शहरी स्वास्थ्य क्लिनिक संचालन भई रहेका छन ।

२.५ राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा सञ्चार कर्यक्रम (Health Education Communication and Information Program)

यस कार्यक्रम अन्तरगत सेवाग्राही वाट सेवा मागको लागि शसक्तिकरण तथा उनीहरूको स्वास्थ्य प्रवर्धनात्मक गतिविधिमा सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन ल्याउन विभिन्न किसिमका सूचना तथा संचारका कियाकलापहरु संचालन भै रहेका छन । समुदायस्तरीय स्वास्थ्य शिक्षा, शैक्षिक

सामाग्रीको वितरण तथा प्रदर्शन, दैनिक, साप्ताहीक, मासिक, द्वैमासिक रूपमा छापा तथा श्रव्य दृश्य सामाग्रीवाट स्वास्थ्य सन्देश प्रसारण/ प्रकाशन, जस्ता गतिविधिहरू संचालन भएका छन ।

२.६. एकिकृत स्वास्थ्य कार्यक्रम (Intregated Health Program)

यस कार्यक्रम अन्तर्गत, सूचना, ब्यवस्थापन, योजना, समन्वय, सुपरिवेक्षण, अनुगमन, मूल्यांकन तथा स्वास्थ्य संस्थाको भौतिक पूर्वाधारको निर्माण तथा मर्मत सम्भार जस्ता गतिविधीहरू सञ्चालन भएका छन् । ब्यवस्थित सूचना प्रणाली अन्तर्गत स्वास्थ्य संस्थाहरुको प्रतिवेदन संकलन भै रहेको छ । विगत वर्षहरु जस्तै यस वर्ष पनि सम्पूर्ण सरकारी स्वा.सं. वाट १००% मासिक प्रतिवेदन संकलन भएको देखिन्छ भने निजी तथा ग्रैर सरकारी स्वा.सं. हरु यस नगरपालिकामा दर्ताभई सञ्चालनमा नरहेकोले मासिक प्रतिवेदन संकलनसंकलन भएको देखिन्दैन ।त्यसैगरी गाउँघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक र म.स्वा.स्वं.से.वाट क्रमशः ८७%, १००%र ९९%प्रतिवेदन संकलन भएकोछ ।

२.७. आपूर्ति ब्यवस्थापन कार्यक्रम (Logistics Management Program)

आपूर्ति ब्यबस्थापन कार्यक्रम अन्तर्गत नगरबाट सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा नियमित तथा समयमा नै औषधि लगायत अन्य स्वास्थ्य सामग्रीहरूको आपूर्ति स्वास्थ्य संस्थाको आवश्यकता एवं माग अनुसार भैरहेको छ। आपूर्ति ब्यवस्थाको प्रतिवेदन समेत नियमित र समयमानै स्वास्थ्य संस्थाबाट आउने तथा जिल्ला देखि क्षेत्र र केन्द्रमा पठाउने गरिएको छ भने कार्यक्रमले गरेको अत्यावश्यक औषधिहरूको नियमित एवं प्रर्याप्तता समेत रहने गरीवितरण भै रहेको छ ।

स्वास्थ्य संस्था तथा निनीहरुको सेवा प्रवाह सम्बन्धि विवरण :

स्वास्थ्य संस्था	संख्या
नगर अस्पताल	१
स्वास्थ्य चौकी	११
आधारभुत स्वास्थ्य इकाई	१
शहरी स्वास्थ्य केन्द्र	४

गाउँघर क्लिनिक	३५
खोप क्लिनिक	३४
पोलिक्लिनिक	१
औषधि पसल	२
प्रसुति केन्द्र (बर्थिङ सेन्टर)	११
सुरक्षित गर्भपतन केन्द्र	३
५ वटै अस्थाई परिवार नियोजन भएको संस्था	२
पेषण पुर्नस्थापन गृह	२
डट्स सेन्टर	१३

स्वास्थ्य संस्था वाट प्रवाह हुने बिशेष सेवाको बिवरण :

वडा नं.	स्वास्थ्य संस्था	प्रसुति केन्द्र	प्रयोगशाला	सुरक्षित गर्भपता सेवा	बहिरंग उपचार केन्द्र (OTC Center)
१	स्वास्थ्य चौकी बाहुनिडाडाँ				
२	स्वास्थ्य चौकी डिकुवा				
३	स्वास्थ्य चौकी च्यास्मिटार				
४	स्वास्थ्य चौकी वडहरे				
५	स्वास्थ्य चौकी दुर्छिम				
६	स्वास्थ्य चौकी मंगलटार				

७	स्वास्थ्य चौकी महाँदेवस्थान				
८	स्वास्थ्य चौकी धितुङ				
९	स्वास्थ्य चौकी सल्ले				
१०	स्वास्थ्य चौकी अर्खौले				
११	स्वास्थ्य चौकी राजापननि				

स्वास्थ्य सेवाका कर्मचारी विवरण :

सि.नं.	नाम,थर	कार्यरत		स्वास्थ्य संस्था			दरबन्धिको अवस्था				कैफियत
		पद	तह		समुह	तह	स्थायी	अस्थायी	करार	रिक्त	
१	रिक्त	जस्वाअ	सातौ	स्वास्थ्य शाखा	हेई	सातौ				१	
२	प्रकास घिमिरे	सिअहेव	पाचौ		हेई	छैटौ/ पाचौ	स्थायी				
३	रिक्त	क.न	छैटौ		क.न	छैटौ				१	
४	टिवन राई	का.स			प्रशासन			अस्थायी			
१	रिक्त	हेइ	छैटौ	वाकुनिडाडा	हेई	छैटौ				१	
२	लिला लामिछाने	सि.अहेव	पाचौ		हेई	पाचौ	स्थायी				
३	दया राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
४	पविता राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
५	अम्विका राई	अहेव	चौथो		हेई	चौथो		अस्थायी			
६	रूपा वस्नेत	अहेव	चौथो		हेई	चौथो		अस्थायी			
१	रिक्त		छैटौ	डिकुवा	हेई	छैटौ				१	
२	सुनिल राई	अहेव	चौथो		हेई	चौथो	स्थायी				

३	प्रमिला खड्का	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
४	पवित्रा राइ	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
१	राजकिशोर साह	सि.अ.हे.व.अ	छैटौ	थ्यास्मीटार	हेई	छैटौ	स्थायी				
२	मैया कुमारी राई	अनमी	पाचौ		क.न	पाचौ	स्थायी				
३	सानुका राउत	अहेव	चौथो		हेई	चौथो		अस्थायी			
४	चिना राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
५	गेलिसा राई	अनमी	चौथो		क.न.	चौथो		२४ घण्टे			
६	पबित्रा खड्का	ल्याअ	चौथो		ल्याव	चौथो		अस्थायी			
१	रिक्त		छैटौ	वडहरे	हेई	छैटौ				१	
२	कृष्णा चौधरी	अहेव	चौथो		हेई	चौथो	स्थायी				
३	उर्मिला वस्नेत	अहेव	चौथो		हेई	चौथो		अस्थायी			
४	प्रतिका राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
५	कौलास माया राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		२४ घण्टे			
१	रामेश्वर चौधरी	सि.अ.हे.व.अ	छैटौ	दुर्छिमा	हेई	छैटौ	स्थायी				
२	सम्मर सिंह राई	हेअ	पाचौ		हेई	पाचौ	स्थायी				
३	संगिता वस्नेत	सि.अनमी	पाचौ		क.न	पाचौ	स्थायी				
४	टमिका राई	सि.अनमी	पाचौ		क.न	पाचौ	स्थायी				

५	माक्जीया राई	अहेव	चौथो		हेई	चौथो	स्थायी				
६	सम्रिता राई	अनमी	चौथो		क.न			२४ घण्टे			
१	रिक्त	अनमी	चौथो	हैदे	क.न			अस्थायी			
२	अम्बिका राई	अहेव	चौथो		हेई			अस्थायी		१	
१	रिक्त		छैटौ	मंगलटार	हेई	छैटौ	स्थायी				
२	देविका राई	अहेव	चौथो		हेई	पाचौ		अस्थायी			
४	मन्दीरा घिमिर	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
५	संगिता वस्नेत	अनमी	चौथो		हेई	चौथो		२४ घण्टे			
१	कुसन राई	जस्वानि	छैटौ	महादेवस्थान	हेई	छैटौ	स्थायी				
२	रिक्त	हेअ	पाचौ		हेई	पाचौ	स्थायी				
३	समला राई	अनमी	पाचौ		क.न	पाचौ	स्थायी				
४	समुइता राई	सि.अहेव	पाचौ		हेई	पाचौ	स्थायी				
५	नम्म्रता राई	सि.अनमी	पाचौ		क.न	चौथो	स्थायी				
६	सुन्चना राई	अहेव	चौथो		हेई	चौथो		अस्थायी		१	
७	विपना राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
१	रोहित राई	जस्वानि	छैटौ	खिटुङ	हेई	छैटौ	स्थायी				
२	गइन्द्र राई	सि.अहेव	पाचौ		हेई	पाचौ	स्थायी				
३	निर्मला राई	सि.अनमी	पाचौ		क.न	पाचौ	स्थायी				

४	सारदा राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		२४ घण्टे			
१	मिन वहादुर खडका	हेअ	पाचौ	मल्ले	हेई	पाचौ		अस्थायी		१	
२	लिला श्रेष्ठ	सि.अनमी	पाचौ		क.न	पाचौ	स्थायी				
३	मनिसा राई	अहेव	चौथो		हेई	पाचौ		अस्थायी			
४	गोमा कार्की	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
५	रिक्त	अहेव	चौथो		हेई	चौथो				१	
१	रिक्त	हेअ	पाचौ	अखौले	हेई	छैटौ	स्थायी				
२	ओम प्रकाश आचार्य	अहेव	चौथो		हेई	चौथो		अस्थायी			
३	विवेक पराजुलि	अहेव	चौथो		हेई	चौथो		अस्थायी			
४	भगवती श्रेष्ठ	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		अस्थायी			
५	यूनिसा राई	अनमी	चौथो		क.न	चौथो		२४ घण्टे			
१	रिक्त		छैटौ	राजापानि	हेई	छैटौ				१	
२	आरति राई	अहेव	चौथो		हेई	चौथो	स्थायी				
३	सम्पुरा लम्साल	अनमी	पाचौ		क.न	पाचौ	स्थायी				
४	वविता राई	अनमी	पाचौ		क.न	चौथो	स्थायी				
५	मन्जु खत्रि (कार्की)	अनमी	चौथो		क.न			२४ घण्टे			
६	बाबुराम खड्का	अहेव	चौथो		हेई			अस्थायी		१	

१	आन्को राई	अनमी	चौथो	आहाले	क.न			अस्थायी			
१	करूना वस्नेत	अहेव	चौथो	नवलपुर	हेई	चौथो		अस्थायी			
१	दिपक राई	अहेव	चौथो	भाङबेसी	हेई	चौथो	स्थायी				

नगर अस्पताल तर्फका कर्मचारी

सि.न.	नाम,थर	कार्यरत		स्वास्थ्य संस्था			दरबन्धिको अवस्था				कैफियत
		पद	तह		समुह	तह	स्थायी	अस्थायी	करार	रिक्त	
१	डा. कृष्ण कुमार राउत	मेअ	आठै	५ वेड नगर अस्पताल	मेसु	आठै		अस्थायी			
२	कृष्ण कुमार भगत	ल्याटे	पाचौ		हेई	छैटौ/पाचौ		अस्थायी			
३	संकृती खत्रि (आचार्य)	रेडियोग्राफर	पाचौ		क.न	पाचौ		अस्थायी		१	
४	रन्जित खड्का	अहेव			हेई	चौथो		अस्थायी			
५	अगिन्द्र कुमार राई	अहेव						अस्थायी			
६	अमिता राइ	अनमी	चौथो		क.न	पाचौ	स्थायी				
७	रोशन घिमिरे	ल्याअ						अस्थायी			
८	मनिशा राई	ल्याअ									
९	राज कुमार वि.क.	स.क.अ.									
१०	कमल प्रसाद पराजुली	का.स.									

पालिका आफैले सञ्चालन गरेका स्वास्थ्य क्षेत्रका बिशेष कार्यक्रमहरु :

क्र. सं.	कार्यक्रमको नाम	क्रियाकलाप हरु	प्रमुख उपलब्धी
१	क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम	क्षयरोगको वारेमा नगरका प्रतेक टेल बस्तिमा शिक्षा कार्यक्रम संचालन	क्षयरोग वाट हुने भेदभाव न्युनिकरण भएको साथै संकास्पद क्षयरोगि खकार परिक्षण गर्न आयको
		समुदाय स्तरमा संकास्पद क्षयरोगिको खकार नमसना परिक्षण कार्यक्रम	लुकेर रहेका ३ जना क्षयरोगि पत्ता लगाई उपचार सुरु गरिएको
२	मातृ तथा शिशु प्रवर्धन कार्यक्रम	निशुल्क फोलिक एसिड तथा क्याल्सीयम चक्कि वितरण कार्यक्रम	गर्भवति तथा सुत्केरी महिलाहरुको पोषण र स्वास्थ्यमा सुधार आएको
		स्वास्थ्य आमा समुह द्वारा गर्भवति तथा सुत्केरी घरभेट कार्यक्रम	गर्भवति तथा सुत्केरी महिलाहरुको पोषण सुधार गर्न अभिप्रेरित रहेको
		गर्भवति महिला समुह (गमस) कार्यक्रम	गर्भवति तथा सुत्केरी अवस्थामा हुने खतराको अवस्थावाट मुक्त रहेको
		महिला हरुको पाठेघरको क्यान्सरको जाँच गर्न निशुल्क VIA Camp तथा पाठेघर खस्ने समस्याको उपचार	क्यान्सरको समयमै जाँचगरिने साथै पाठेघर खस्ने समस्थाको समयमै ब्यवस्थापन गर्न सकिएको
३	स्वास्थ्य सुधार कार्यक्रम	स्वास्थ्य संस्थाहरुमा आधारभु प्रयोगसाला स्थापना र संचालन	गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवा सवै जनताको घर दैलोमा पुगेको
		स्वास्थ्य चौकी वाट टाडा रहेका वस्तिमा स्वास्थ्य केन्द्र स्थापना र संचालन	गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवा सवै जनताको घर दैलोमा पुगेको

		नगर अस्पताल वाट २४ सौ घण्टा ईमरजेन्सि स्वास्थ्य सेवा संचालन	ईमरजेन्सि स्वास्थ्य सेवाको लागि जिल्ला सदर्मुकाम जन नपर्ने
		डिजिटल X-Ray सेवा जडान गरि संचालन	X-Ray सेवाको लागि जिल्ला सदर्मुकाम जन नपन
		स्वास्थ्य सेवाको उपभेगवाट टाडा रहेका गाउँ वस्तिमा विषेश स्वास्थ्य शिविरको अयोजना	उपचारात्मक सेवामा गुणस्तरता कायम भएको
४	कोभिड रोकथाम तथा नियन्त्रण प्रतिकार्यहरु	अस्था कोभिड अस्पताल संचालन	उपचार तथा नियन्त्रमा सहयोग पुगेको
		घर घरमा गई कोरोना विरुद्धको खोप संचालन	कोभिड रोकथाममा सहयोग पुगेको
		सचेतना सम्बन्धि कार्यक्रम	कोभिड रोकथाम तथा नियन्त्रणमा सहयोग पुगेका

कोभिड १९ सम्बन्धी गरिएका कियाक्लापहरुः

- कोभिड १९ रोगहरुको रोगहरुको रोकथाम, नियन्त्रण तथा निगरानीका लागि सरोकारवाला सँगको अन्तरकिया तथा सिआईसिटी टिम परिचालन ।
- नगरको प्रमुख प्रदेशद्धार रहेको जयराम घाटमा हेल्थ डेक्स स्थापना गरी संचालन गरेको ।
- कोभिड १९ संक्रमित विरामीहरुको उपचारको लागि आईसोलेसन सञ्चालनका साथै प्रयाप्त मात्रामा अक्सिजनको व्यवस्थापन ।
- प्रत्येक वडाबाट केश ईन्भेसटिगेसन तथा कन्टयाक्ट ट्रेसिग
    - नगरपालिकाभित्र रहेको ११ वटै वडामा रहेका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई एक एकजनाफोकल पर्सन तोकीतिनीहरुलाई अभिमुखिकरण गरीएको र सो स्वास्थ्यकर्मीले आफनो वडामा भएको सम्पुर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरुलाईसिकाई आआफनो वडामा पोजेटिभ देखिएको विरामीहरुको कन्टयाक्ट ट्रेसिग गर्ने व्यवस्था गरिएको ।
- नगरको प्रत्येक वडामा आवश्यक्ताको आधारमा दैनिक एन्टिजेन जाच ।
- घरबाट अस्पताल सम्म जान आउन निःशुल्क एम्बुलेन्स सेवा

- कोभिड १९ लागेका व्यक्तिहरुलाई घर देखि अस्पताल सम्म जानको लागि नगरपालिका द्धारा नगरप्रमुख र उपप्रमुखकै गाडीलाई एम्बुलेन्सको रुपमा व्यवस्था गरिएको थियो ।

- शव व्यवस्थापन
  - अस्पताल तथा घरमा कोभिड १९ संक्रमित भई मृत्यु भएका लागि इलाका प्रहरी कार्यालय हलेसिको समन्वयमा शव व्यवस्थापन टोली परिचालन गरी सेवा प्रदान गरिएको थियो ।
- आवश्यक सामाग्रीहरुको व्यवस्थापन
  - कोभिड १९ नियन्त्रण तथा रोकथामको लागि चाहिने सम्पुर्ण आवश्यक सामाग्रीको व्यवस्थापन गरिएको थियो ।
- होम आईसोलेसनमा भएकाहरुलाई अक्सिजन सेवामा सहजीकरण
  - होम आईसोलेसनमा भएका विरामीलाई अस्पताल लैजानु पर्दाको समय सम्म अक्सिजन अभाव हुन नदिनको लागि अक्सिजनको व्यवस्था मिलाईएको थियो ।

१. नगरको वस्तुस्थिति विश्लेषण

१.१ नगर पालिकाको परिचय

हलेसी तुवाचङ नगरपालिका जिल्ला सदरमुकामबाट पश्चिमी भेगमा करीव ४० कि.मि.को दुरीमा अवस्थित रहेको छ । हलेसी माहादेवस्थानको नामले प्रख्यात यो नगरपालिकाको केन्द्र हलेसी माहादेवस्थानको मन्दिरबाट पश्चिमपटी ५ किलो मिटरको दुरीमा रहेको दुर्छीमिमा पर्दछ । साविकका ११ वटा गाविसहरु मिलेर ११ वटा वडामा फैलिएको यो नगरपालिकाको क्षेत्रफल २८०.१७ बर्ग किलो मिटर रहेको छ भने यस नगरपालकिाको पश्चिममा दुधकोशी नदीले ओखलढुंगा जिल्लालाई छुट्याएको छ भने दक्षिणमा सुनकोशी नदीले उदयपुर जिल्लालाई छुट्याएको छ त्यसैगरी दक्षिण पुर्वी भेगमा दप्रिङ गाउँपालकि र पूर्वी भागमा रुपाकोट मुझुवागडी नगरपालिका पर्दछ भने उत्तरी भेगमा लामीडाँडा गाउँपालकि पर्दछ । प्राय राई जातिहरुको बाहुल्यता रहेको यस नगरपालिकाको २०६८ को जनगणना अनुसार जनसंख्या २९५३२ (हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका नगर पाश्वचित्र २०७४/७५ अनुसार जनसंख्या ३२४६० रहेको छ । जिल्लाकै सुखा क्षेत्रको रुपमा रहेको यस जिल्लामा ज्यादै कम पानी पर्ने भएको कारण प्राय सवै वडाहरु सुखा ग्रस्त क्षेत्रमा पर्दछन, पानी कम पर्ने र पानीका मुहान समेत नभएको कारण यस नगरपालिकाका मानिसहरुको मुख्य समस्या खानेपानीको रहेको कारण घण्टौ समय खानेपानीकोलागी खर्च हुने गरेको छ भने मौसमी बाहेक करेसा बारीमा घरायसी तरकारी उत्पादन गर्न समेत सकिएको देखिदैन ।

यस नगरपालकिाका दुइ तिरको भाग दुधकोशी नदी सुनकोशी नदीले घरेको भए पनि कोशी आसपासका कही भाग बाहेक अधिकांस भुभाग सुखा ग्रस्त रहेका छन । यस भेगको खानेपानी व्यवस्थापनकालागि दुधकोशीबाट पानी तानेर उपलब्ध गराउने योजना तयारी अन्तिम चरणमा पुगेको भए पनि सम्पन्न गर्नकोलागि अझै केहि समय पर्खिनु पर्ने देखिन्छ । नगरपालिकाका केहि वडाहरुलाई सुन्तलाको पकेट क्षेत्र तोकिएको र मोटर बाटो करिडोरलाई तरकारी पकेट क्षेत्र निर्धारण गरिएको भए पनि आवश्यक सिंचाइको सुविधा नपुगेको कारण यो त्यति प्रभावकारी रुपमा अगाडी बढन सकेको देखिदैन । सुखा क्षेत्रमा उत्पादन हुने बदाम यस यस नगरपालिका

क्षेत्र भित्रको राम्रो आम्दानीको श्रोत बन्दै आएको छ । यहाँ उत्पादन बदाम जिल्लाका अन्य भाग लगायत काठमाण्डौ र छिमेकी जिल्ला ओखलढुंगालाइ समेत चाहिदो मात्रामा आपुर्ति गराउँदै आएको छ । यस क्षेत्रमा बदम खेतीलाई अझ व्यवस्थित तरिकाले व्यवसायिक रुपमा उत्पादन गर्न सकेमा यस समुदायका मानिसहरु आत्म निर्भर बन्न सक्ने देखिन्छ ।

१.२ भौगोलिक अवस्थिति,क्षेत्रफल,सिमाना तथा हावापानी

नगरको क्षेत्रफल : २८०.१७ वर्ग किलोमिटर

पूर्वमा : दिक्तेल रुपाकोट मझुवागढी नगरपालिका

पश्चिममाः ओखलढुङ्गा

उत्तरमा : दिप्प्रूङ चुइचुम्मा गाउँपालिका

दक्षिणमा : उदयपुर

अक्षांश : २६° ५०' देखि २७° २८' उत्तर

देशान्तर : ८६°२६' देखि ८६°५९' पूर्व

औसत उचाइ : १५२ मीटर देखि ३६२० मीटर सम्म

औसत हावापानी : ठण्डा शितोष्ण र समशितोष्ण

औसत तापक्रम : अधिक्तम २६.४ ° देखि न्युनतम ५.८ ° सेल्सिय सम्म

वार्षिक वर्षा : १४०२.२ मि.मी.

१.३ नगरको राजनैतिक तथा प्रशासनिक विभाजन

<u>क) हालको संघीय संरचना अनुसार</u>

प्रदेश नं : १

स्थानीय तह : हलेसि तुवाचुङ नगरपालिका

वडा संख्या : ११

पालिका केन्द्रः छाप डाँडा (दुर्छिम)

ख) साविकको

विकास क्षेत्र : पूर्वाञ्चल विकास क्षेत्र

अञ्चल : सगरमाथा

गा.वि.स. संख्या : ११

इलाका संख्या : १

१.४ प्रमुख खाना

भात ,गेडागुडी, सागपात, सिन्की, गुन्द्रुक, ढिडो, मासु रोटी ,पुवा, खिचडी आदी ।

१.५ प्रमुख पर्यटकिय स्थलहरु :-

हलेसी महादेवस्थान मन्दीर, नाग गुफा, ताराखसे मन्दीर, गुप्तेस्वर गुफा, रक गाढेन (निर्माणधिन) आदी

१.६ प्रमुख व्यापारिक महत्वका स्थानहरु :-

हलेसि बजार, अर्खौले वजार ।

१.७ प्रमुख नदीहरु :-

दुधकोशी :- सगरमाथा शिखरबाट बग्ने दुधकोशी नदी सप्तकोशीको सहायक नदी हो । यो नदी नगरको उत्तर पश्चिम सिमाना हुदै सुनकोशीमा मिसिन पुग्छ ।

सुनकोशी :- यस नगरको दक्षिण पश्चिम सिमाना हुदै बग्ने यो नदीले जोर्ति घाट बाट खोटाङ्ग जिल्लालाई छुन्छ र यो पनि सप्तकोशीको सहायक नदी हो ।

२. बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम
(Child Health Programme)

२.१. राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Programme)

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम (P1 Programme) हो । यो कार्यक्रमलाई कम लागतमा अधिकतम् उपलब्धी हुने कार्यक्रम मानिन्छ । खोप कार्यक्रममा हुने लगानीलाई खर्चको रुपमा नलिई लगानीको रुपमा लिईएको छ जसबाट भबिष्यमा प्रतिफल प्राप्त हुन्छ । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको माध्यमबाट खोपद्वारा बचाउन सकिने रोगहरुको रोकथाम तथा रोगहरूको मृत्युदरलाई घटाउँदै लैजान खोप कार्यकमले महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याएको छ । खोप कार्यकमको सफलताले उल्लेख्य रुपमा बालमृत्यूदर, शिशुमृत्यूदर र नबजात शिशु मृत्यूदरमा कमी आएको छ । साथै टि.डि. खोपको माध्यमबाट नबशिशु धनुषटंकार र भ्यागुते रोगलाई निबारण तथा नियन्त्रणमा राखिएको छ । यस महानगरपालिकामा नियमित खोप कार्यक्रम खोप सेसन मार्फत, सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाद्वारा१३प्रकारको खोपहरु निःशुल्क रूपमा (वि.सि.जी., डि.पि.टी./हेपबि/हिब, पोलियो, दादुरा/रूबेला र टि.टि./टि.डी.) खोप सेवा उपलब्ध गराउदै आएकोमा आ.व.२०७६/०७७ देखि रोट खोप र आ.व. २०७८/०७९ वाट टाईफाईट खोप सेवा पनि नियमित रुपमा उपलब्ध गराइएको छ ।

➢ **लक्षित जनसंख्या (वि.म.न.पा.) (Target Population) FY 2078/079**

विवरण	जनसंख्या
१ वर्ष मूनिका बालबालिका	५१४
१२ देखि २३ महिना उमेर समूहका बालबालिका	१०२६
० देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिका	२५८५
अनुमानित गर्भवती संख्या	६५०

➢ राष्ट्रिय खोप तालिका

सि. न.	खोपको नाम	खोपको मात्रा	तलिका
१	वि.सि.जी	एक पटक	जन्मिने वितिकै वा स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो सम्पर्क
२	ओपिभी	तिन पटक	६, १० र १४ हप्तामा
३	डिपीटी हेप बी हिब	तिन पटक	६, १० र १४ हप्तामा
४	रोटा भाईरस भ्याक्सिन	२ पटक	६ र १० हप्तामा
५	एफ आई पि भि	२ पटक	६ हप्ता र १४ हप्तामा
६	पिसीभी	३ पटक	६, १० हप्ता र ९ महिनामा
७	मिजल्स रुबेला	२	९ महिना र १५ महिनामा
८	जेई	१	१२ महिना
९	टि.सि.भि.	१	१५ महिना
१०	टिडी	२	गर्भवती आमाः पहिलो गर्भ भएको बेला एक महिनाको फरकमा २ पटक र त्यसपछिको प्रत्येक गर्भमा १ पटक

खोप सेवाको प्रगतिको बिश्लेषण

क. खोप महिना संचालन

खोप महिना प्रत्येक वर्षको बैशाख महिनालाई आधार मानी खोपको कभरेज कम भएका वडाहरुको कभरेज बढाउन र पूर्ण खोप सुनिश्चितता घोषणा कार्यक्रम तथा घोषण भै सकेका पालिकाहरुका निरन्तरताको लागी १६ देखि २३ महिनाका बच्चाहरुको सूचि तयार गरी खोप लगाउनबाट कूनै पनि बालबालिकाहरु नछुटुन भन्ने उदेश्यले तथ्यांक संकलन तथा अर्न्तक्रिया कार्यक्रम जस्ता क्रियाकलापहरू गरिन्छ। यस कार्यक्रममा नियमित खोप कार्यक्रममा खोप पाए नपाएको सुनिश्चित गरी खोप नपाएका बच्चाहरुलाई खोपको शुरुवात र ड्रपआउट भएकाहरुको खोजी गरी पूर्ण खोप कार्यक्रमलाई समेत टेवा दिने कार्य भएको छ।

ख. पूर्ण खोप पालिका घोषणा

खोप सेवा प्राप्त गर्नु बालबालिकाको नैसर्गीक अधिकार हो भने खोप सेवा प्रदान गर्नु स्वास्थ्यकर्मीको जिम्मेवारी हो । विफरको उन्मूलनसँगै प्रारम्भ भएको खोप सेवा सबै जिल्लामा विस्तार भईसकेको अवस्थामा पनि भौगोलिक, सामाजिक, आर्थिक तथा केही सांस्कृतिक कठिनाइले हालसम्म पनि केहि बालबालिकाहरु पूर्ण खोप सेवाबाट वञ्चित भएका छन् । निःशुल्क र सहजै रुपमा प्राप्त गर्न सकिने यो सेवाबाट अझैपनि बालबालिकाहरु बञ्चित भएकोले खोपबाट छुट भएका बालबालिकाको संख्या पनि न्यून रहेको परिप्रेक्ष्यमा स्थानीयस्तरबाटै खोप सेवाको योजना, कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कनमा प्रत्यक्ष सहभागिता भएमा अवश्य पनि सबै लक्षित बालबालिकाले खोप सेवा प्राप्त गर्ने कुरा निश्चित गर्न सकिन्छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा हाल सञ्चालन गर्दै आएका खोपहरु, १ बर्षमुनिका बालबालिकाहरुलाई विसीजी एक मात्रा, डिपिटी-हेप बी-हिब तीन मात्रा, पोलियो तीन मात्रा तथा दादुरा-रुबेला एक मात्रा दिइन्छ साथै उच्च जोखिममा रहेका जिल्लाहरुमा १२ महिनाका बालबालिकाहरुलाई जेई खोप एक मात्रा दिइन्छ र गर्भवती महिलालाई दुई मात्रा टीटी खोप हुन । यस सन्दर्भमा पूर्ण खोप भन्नाले १ वर्षको उमेर भित्र विसीजी एक मात्रा, डिपिटी-हेप बी-हिब तीन मात्रा, पोलियो तीन मात्रा तथा दादुरा-रुबेला एक मात्रा खोप लिएको शिशुलाई मान्थ्यिो भने अब आएर दादुरा रुबेलाको दोश्रो डोज सम्मका खोपहरु प्राप्त गरे पछि मात्र पूर्ण खोप भएको भनिन्छ ।

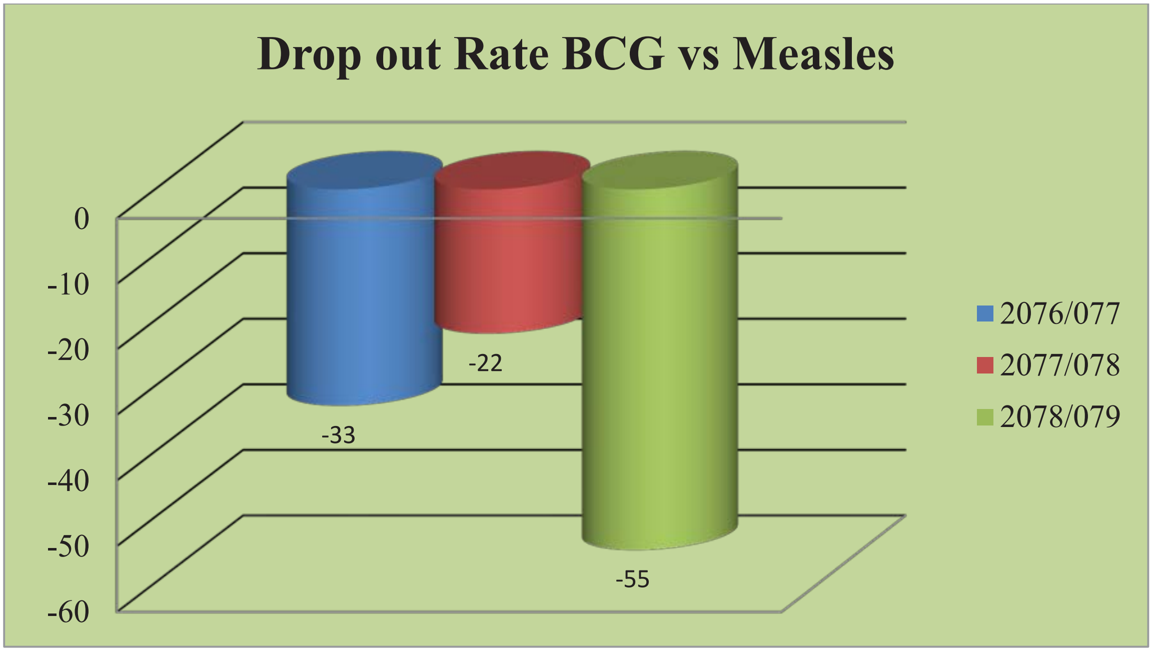
सबै लक्षित बालबालिकाले जन्मेको १५ महिनाको उमेर भित्रै पूर्ण खोप प्राप्त गरी सुरक्षित होउन् भन्ने अभिप्रायले पूर्ण खोप पालिका सुनिश्चित गर्ने कार्यक्रम ल्याइएको छ । यस कार्यमा नियमित र गुणस्तरीय खोप सेवा उपलब्ध गराउन स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाको महत्वपूर्ण भूमिका रहन्छ भने प्राप्त सेवालाई निरन्तर उपभोग गर्नु समुदायको दायित्व रहन्छ । हालसम्मको प्राप्त उपलब्धीलाई कायम राखी खोपबाट छुट भएका सबै बालबालिकालाई पुरा खोप पाउने वातावरण बनाई पूर्ण खोप पालिका सुनिश्चित गरिन्छ । यस कार्यमा जिल्ला खोप समन्वयय समितिको नेतृत्वमा सहयोगी संस्थाहरुको प्रत्यक्ष संलग्नता रहन्छ भने स्थानीय स्तरमा पालिका, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, आमा समूह, स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति, विद्यालय तथा

स्थानीय गैरसरकारी संस्थाहरुको सहयोग महत्वपूर्ण रहन्छ, आ.व. २०७८/०७९ मा हलेसि तुवाचुङ नगरपालिका खोटाङ जिल्लाकै पहिलो पालिकाको रुपामा पुर्णखोप सुनिस्चितता घोषणा गर्न सफल भएको छ ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको प्रगति :

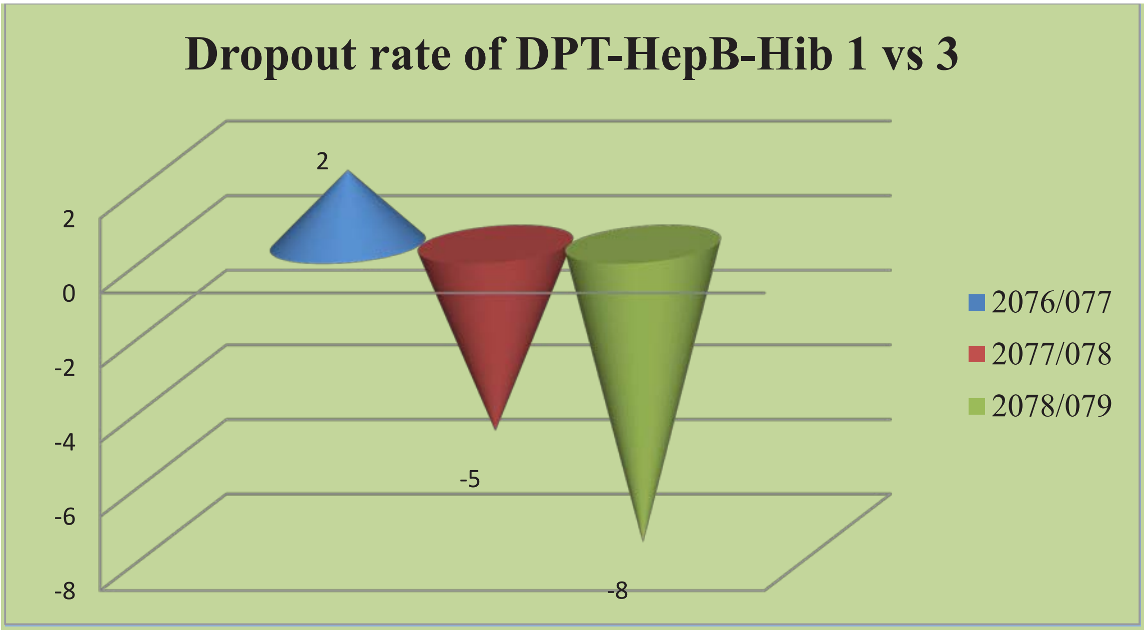
यस पालिकामा प्रतेक महिनाको १०, ११ र १२ गते खोप क्लिनिक सञ्चालन हुनेगरेको छ। पालिका भित्रका प्रत्येक संस्था (वडा स्तर) मा कम्तिमा ३ वटा खोप क्लिनिक तथा सेसन संचालन हुने गर्दछन । राट्रिय खोप तालिकामा हाल १३ वटा रोग बिरुद्धका खोपहरु नियमित संचालन हुने गर्छन जसको पहुच र विस्लेषण तपसिल अनुसार गरियको छ ।

Drop out Rate BCG vs Measles

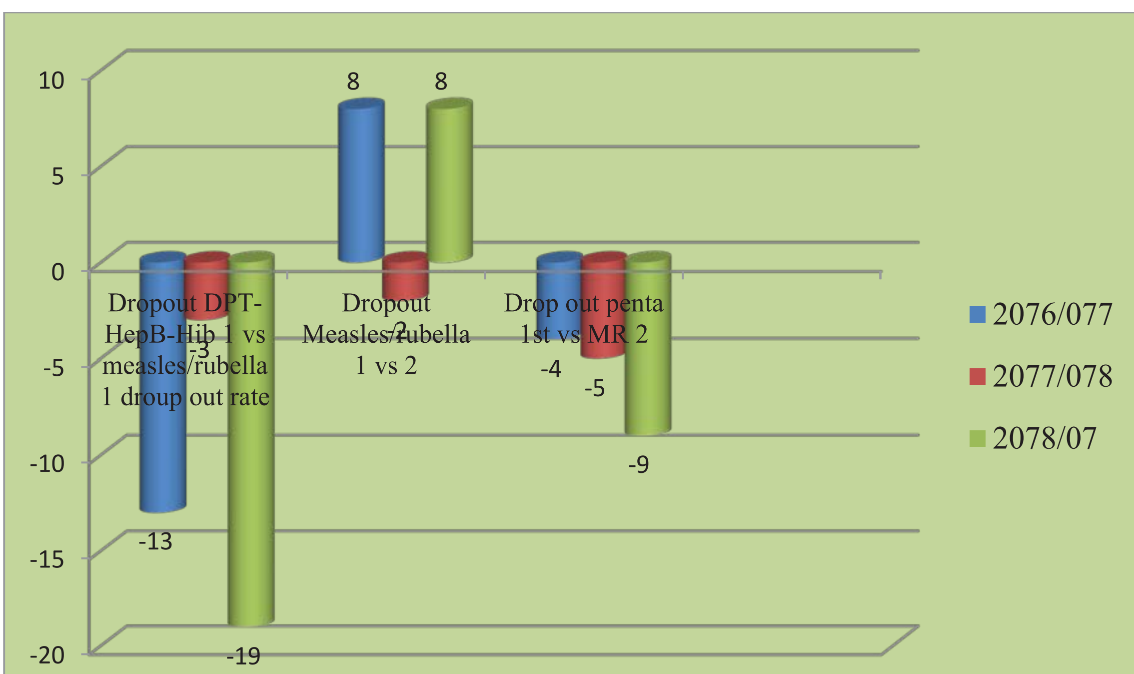


भ्याक्सिन ड्रप आउट दर आ.व. ०७६/०७७ मा माइनस ३३ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा माइनस २२ प्रतिशत रहेको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा BCG vs Measles भ्याक्सिनको ड्रप आउट दर माइनस ५५ प्रतिशत रहेको छ ।

Dropout rate of DPT-HepB-Hib 1 vs 3

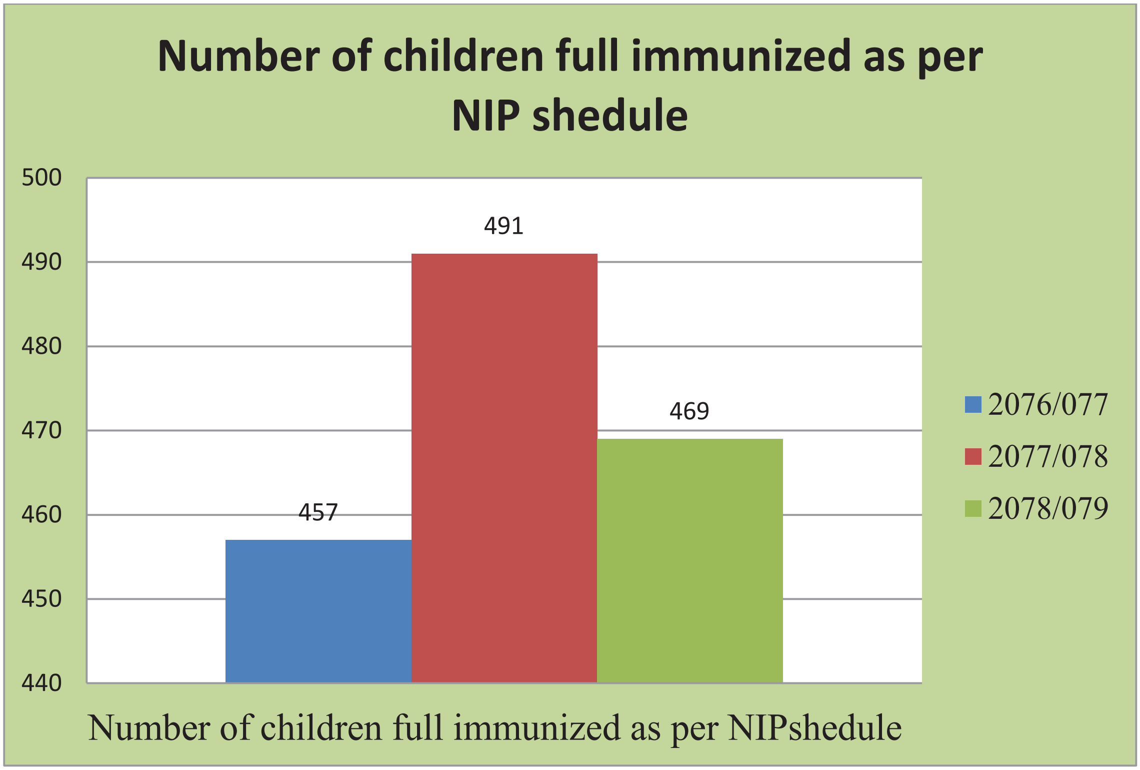


आ.व. ०७६/०७७ मा Dropout rate of DPT-HepB-Hib 1 vs 3 दुई प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा माईनस ५ प्रतिशत थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत माईनस ८ रहेको छ ।



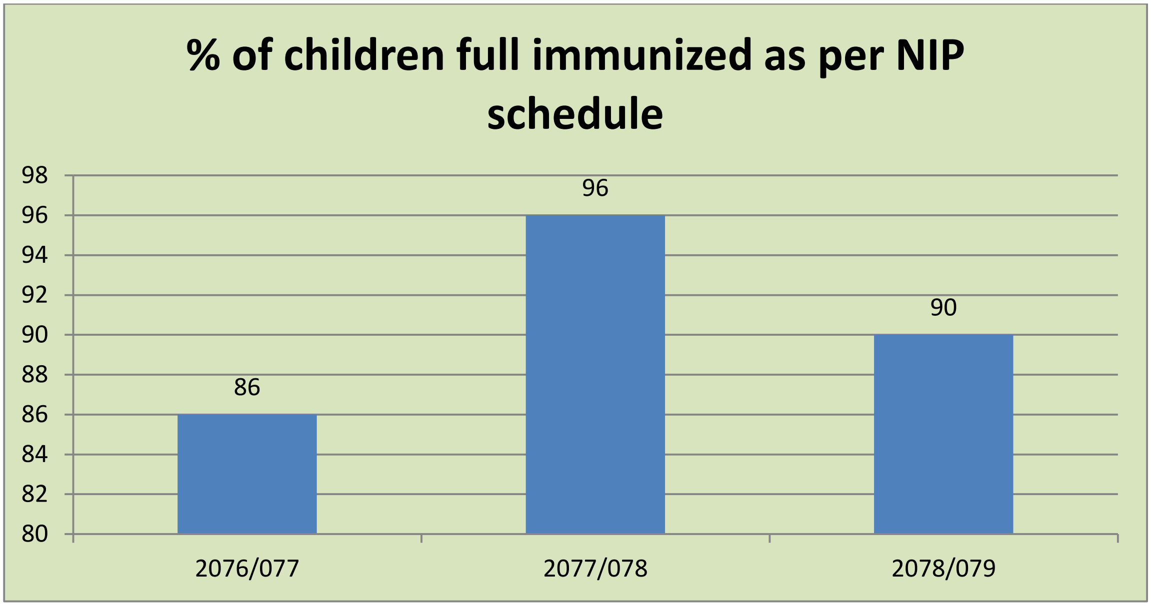
आ.व. ०७६/०७७ मा DropoutDPT-HepB-Hib 1 vs measles/rubella 1 droup out rate माइनस १३ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा माइनस ३ प्रतिशत रहेको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा माइनस १९ प्रतिशत रहेको छ। Dropout Measles/rubella 1 vs 2 आ.व. ०७६/०७७ मा ८ प्रतिशत रहेकोमा आ.व ०७७/०७८ मा माइनस २ प्रतिशत र आ.व. ०७८/०७९ मा ८ प्रतिशत रहेको छ। त्यसतै Drop out penta 1st vs MR 2 आ.व. ०७६/०७७ मा माइनस ४ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा माइनस ५ प्रतिशत रहेको र आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत माइनस ९ प्रतिशत रहेको छ।

राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार भ्याक्सिन लगाएको बालबालिकाको संख्याः



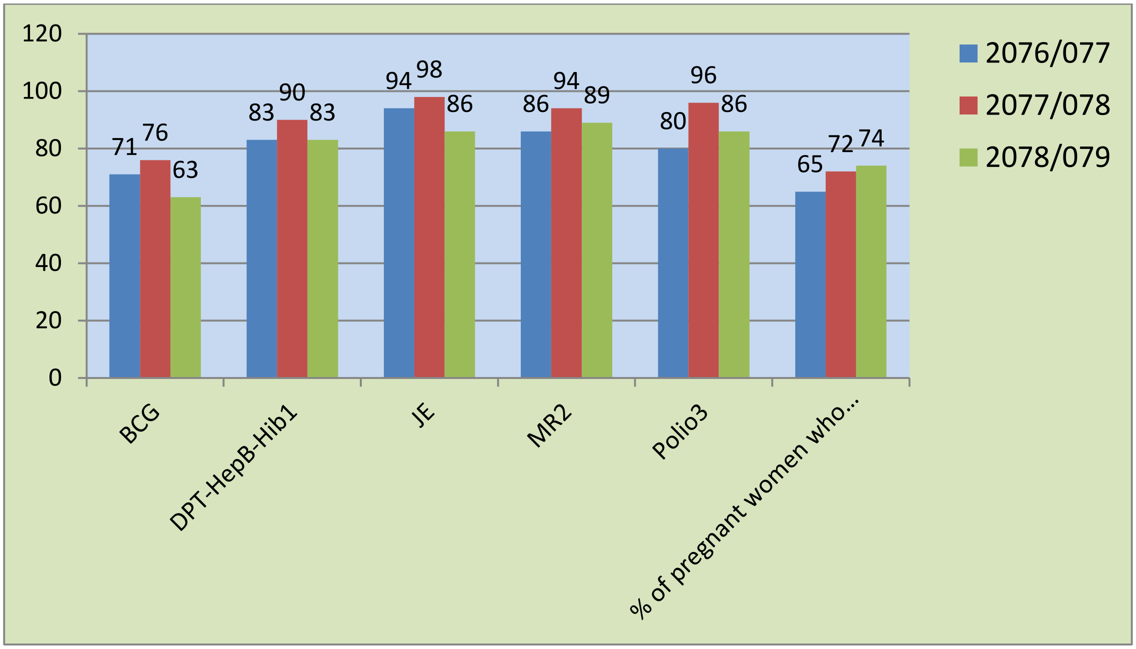
राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार आ.व. ०७६/०७७ मा ४५७ जना बालबालिकाले सबै खोप लगाएका थिए भने आ.व. ०७७/०७८ मा ४९१ जनाले तालिका अनुसार खोप लगाएकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा ४६९ जना बालबालिकाहरुले राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार खोप लगाएको छ।

राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार भ्याक्सिन लगाएको प्रतिशतः



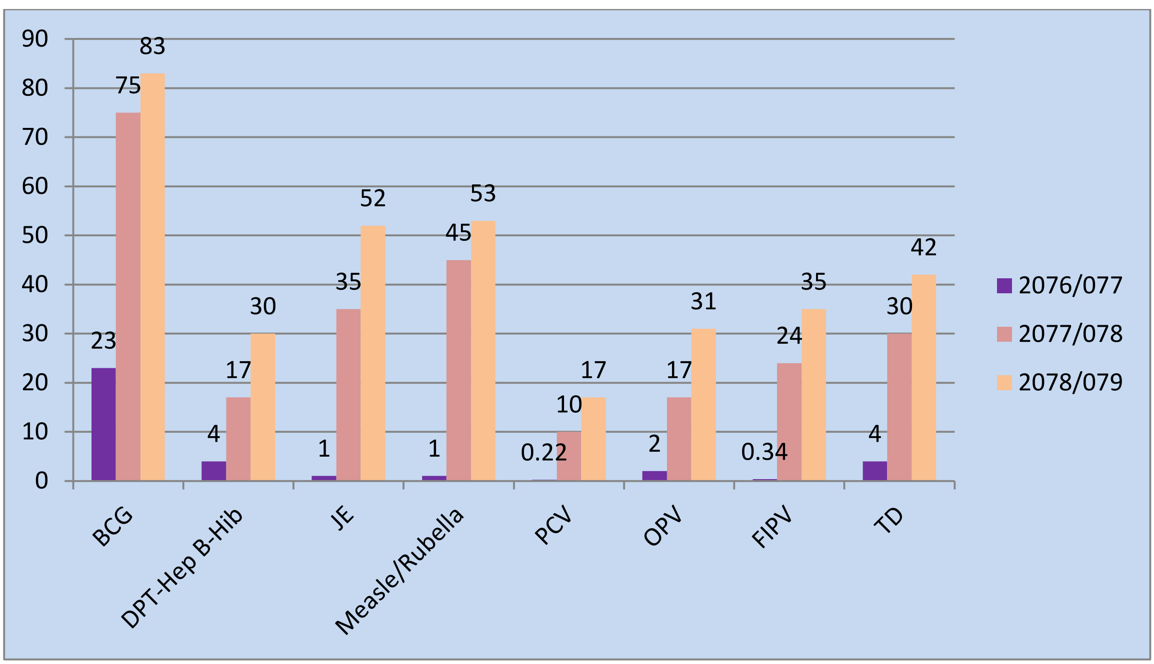
आ.व. ०७६/०७७ मा ८६ प्रतिशत बालबालिकाहरुले राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार खोप लगाएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ९६ प्रतिशत र आ.व. ०७८/०७९मा राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार ९० प्रतिशत बालबालिकाहरुले खोप लगाएका छन् ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको प्रगतिः



विगत तिन वर्षको खोपको कभरेज हेर्दा मिश्रित प्रकारको रहेको छ । आ.व.०७६/०७७ मा वि.सी.जी. खोपको प्रगती प्रतिशत ७१ रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा बढेर ७६ प्रतिशत पुगेको छ भने आ.व. ०७८/०७९ मा प्रगती झरेर ६३ प्रतिशतमा पुगेको छ। DPT-HepB-Hib1 को प्रगति प्रतिशत पनि मिश्रित प्रकारको रहेको छ । JE को प्रगति प्रतिशत बढदो क्रममा देखिएको छ । MR 2 को प्रगति प्रतिशत पनि मिश्रित प्रकारको रहेको छ । पोलियो ३ को आ.व.०७६/०७७ मा ८० प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा बढेर ९६ प्रतिशत पुगेकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा ८६ प्रतिशत रहेको छ । गर्भवती आमाहरुमा TD 2& 2+ को मात्रा बड्दो क्रममा देखिएको छ। आ.व. ०७६/०७७ मा ६५ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ७२प्रतिशत छ, भने आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत बडेर ७४ प्रतिशत मा पुगेको छ।

भ्याक्सिन खेर जाने दरः



आ.व. ०७६/०७७ मा बि.सि.जी भ्याक्सिनको खेर जाने दर २३ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ७६ प्रतिशत थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा बि.सि.जी भ्याक्सिनको खेर जाने दर ८३ प्रतिशत रहेको थियो । DPT-HepB=Hib भ्याक्सिनको आ.व. ०७६/०७७ मा खेर

जाने दर ४ रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा १७ प्रतिशत थियो भने आ.व.०७८/०७९ मा ३० प्रतिशत रहेको थियो । JE, MR, PCV, FIPV, TD / OPV भ्याक्सिनको खेर जाने दर मिस्रित क्रममा देखिएको छ ।

समस्या	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
➢ खोप कभरेज कम भएको	➢ समुदाय स्तरमा म.स्वा.स्व.से. परिचालन गर्ने ➢ समुदाय स्तरीय कार्यक्रमहरु संचालन गर्ने ➢ Target population review गर्नुपर्ने	➢ स्थानीय निकाय
➢ प्रयाप्त मात्रामा खोप केन्द्रहरु संचालन गर्न जनशक्तिको अभाव	➢ निजी क्षेत्र समेतलाई सहभागी गराई खोप केन्द्रहरु समुदायको सहज पहुँजमा पुर्याउने	➢ स्थानीय निकाय
➢ सामाग्री अभाव	➢ खोप सेवा संचालनमा आवश्यक सामाग्रीहरुको व्यवस्थापन गर्ने	➢ स्थानीय निकायस्वास्थ्य कार्यालय ➢ स्वास्थ्य सेवा विभाग
➢ तथ्यांङ्कको गुणस्तरीयताको अभाव	➢ यस नगरपालिकाको ठेगाना भएको र बाहिरबाट आई यस पालिका मातहतमा बसोबास गरेर सेवा लिएको विवरण छुट्टायएर राख्ने	➢ स्थानीय निकाय

३. पोषण कार्यक्रम
(Nutrition Programme)

३.१ पृष्ठभूमि

नेपालमा कुपोषण जनस्वास्थ्यको लागि एउटा ठूलो समस्या र चुनौतीको रूपमा रहेको छ । यसवाट मुख्य गरी बालबालिकाहरू, भविष्यमा आमा बन्ने किशोरीहरू, गर्भवती महिलाहरू र सुत्केरी आमाहरू समेत पिडित छन् । गर्भवती अवस्थामा आमालाई कुपोषण भएमा उनीहरूवाट जन्मने शिशु पनि कुपोषित नै भएर जन्मछन् । कुपोषणले बालबालिकाहरूको बृद्धि विकास तथा स्वास्थ्यमा गम्भीर असर पार्दछ । सरूवा रोगहरूको संक्रमण, रोग प्रतिरोधात्मक शक्ति, प्रजनन् स्वास्थ्य, मातृ तथा बाल स्वास्थ्य संग कुपोषणको गहिरो सम्वन्ध रहेको हुन्छ । नेपालमा प्रायःगरेर प्रोटिन शक्ति (PEM) तथा सुक्ष्म पोषक तत्वहरूको कमीवाट हुने कुपोषण, रतन्धो, रक्त अल्पता तथा आयोडिनको कमीले हुने विकृतीहरू वढि मात्रामा पाईन्छ ।

३.२ पोषण कार्यक्रमको ध्येयः

- जनताको समग्र पोषण स्थितिमा सुधार ल्याई मातृ तथा शिशु मृत्यू दर घटाउनुका साथै समतामूलक मानव विकासमा योगदान पुऱ्याउने ।

३.३ पोषण कार्यक्रमको उद्देश्यः

गर्भवती तथा सुत्केरी महिला र बालबालिकाहरूको समग्र पोषण स्थिमा सुधार ल्याउने उद्देश्य राखी पोषण कार्यक्रमले निम्न लिखित उद्देश्य निर्धारण गरेको छ ।

- प्रजनन् उमेरका महिला तथा बालबालिकाहरूमा हुने प्रोटिन शक्ति कुपोषण (PEM) लाई घटाउने ।
- गर्भवती महिला तथा बालबालिकाहरूमा लौहतत्वको कमीले हुने रक्तअल्पताको दरलाई कम गर्ने ।
- आयोडिनको कमीले हुने विकृतिहरु तथा भिटामिन ए को कमीवाट हुने रोग वा अवस्थालाई वस्तुतः उन्मुलन गर्ने र सो अवस्थालाई कायमै राख्ने ।

- गर्भवती तथा ५ वर्ष मुनीका बालबालिकाहरूमा हुने परजीवी प्रकोपलाई कम गर्ने ।
- कम तौलको जन्म दरलाई न्यूनीकरण गर्ने ।
- स्वस्थ जीवन यापन गर्नका लागि आवश्यक पर्याप्त खाद्य पहुँच, यसको उपलब्धता तथा उपयोगिताको सुनिश्चितता गर्नका लागि घरधुरी खाद्य सुरक्षामा सुधार ल्याउने ।
- जनताको पोषण स्थितिमा सुधार गर्नका लागि आहार सम्बन्धी असल बानीको अभ्यासलाई प्रवर्धन गर्ने ।
- पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउन तथा बाल मृत्यु दर घटाउनका लागि संक्रामक रोगहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्ने ।
- जीवन शैलीसंग सम्बन्धित रोगहरु (जस्तै:उच्च रक्तचाप, सूर्ती पदार्थजन्य रोगहरु, क्यान्सर, मधुमेह आदिको नियन्त्रण गर्नु ।
- बिद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा र पोषण कार्यक्रम संचालन गरी वालवालिकाहरूको पोषण स्थिति एबं स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउने ।
- पोषण सम्बन्धी कार्यक्रम, क्रियाकलापहरुको प्रभावकारी सुपरिवेक्षण, अनुगमन तथा मुल्यांकन गर्ने ।

SDG तथा Global Health Assembly for Nutrition को आधारमा नेपालले देहाय अनुसारको लक्ष्य लिएको छ ।

S.N.	Indicators	NDHS 2016	MICS 2019	SDGs Targets (2030) for Nepal
1	Reduction in the number of children under - 5 who are stunted	35.8%	32%	15.0%
2	a) Reduction of anemia among WRA	40.8%	-	10.0%
	b) Reduction of anemia among Children >5	52.7%	-	10.0%

3	Reduction in low birth weight	12.3%	-	<5%
4	Ensure that there is no increase in childhood overweight	1.2%	-	<1 %
5	ncrease rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months	66.1%	62.1%	> 90%
6	Reduce and maintain childhood wasting	9.7%	12%	<5%

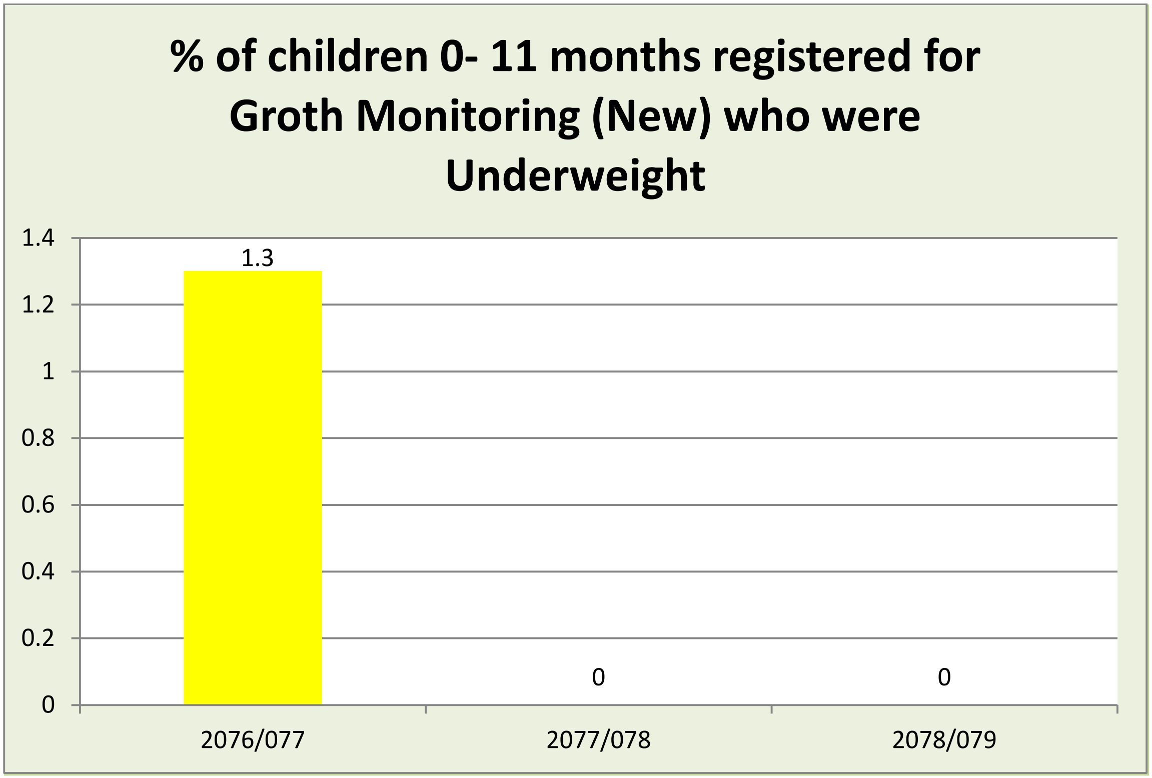
नेपालको पोषण सम्बन्धी लक्ष्यहरु :

Indicators	NDHS 2016	MSNP 2022	WHA 2025	SDG 2030
Stunting among U5 children	36	28	24	15
Wasting among U5 children	10	7	< 5	4
Under weight among U5 children	27	20	15	10
Percentage of LBW	12	10	<=1.4	<=1.4
Exclusive breastfed	66	80	85	90
Fed according to recommended IYCF practices	36	60	70	80
Over weight and obesity among U5 children	2.1	1.4	1	<1
Anemia among U5 Children	53	28	20	<15
Anemia among children under 6-26 months	68	-	60	<50
Anemia among women (15-49)	41	24	20	<15
Anemia among pregnant women	46	-	35	<25

Anemia in adolescent women (15-49)	43.6	25	35	<25
Body Mass Index (less than 18.5kg/m^2) among women	17	12	8	< 5
Overweight or obese among women	22	18	15	<12
Anemia in adolescent women for 10-19 years aged	43.6	-	-	<15

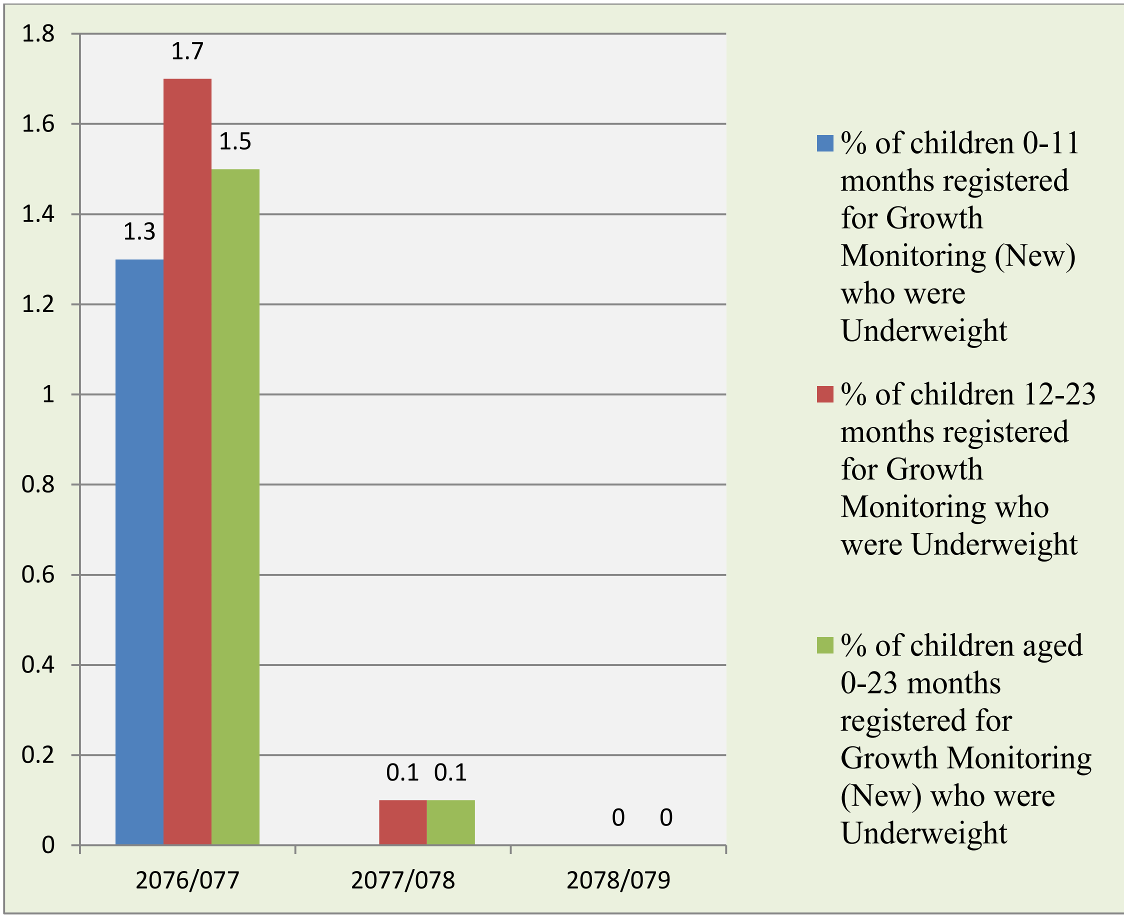
प्रगतिको विश्लेषण

० देखि ११ महिनाको बच्चामा वृद्धि अनुगमनः



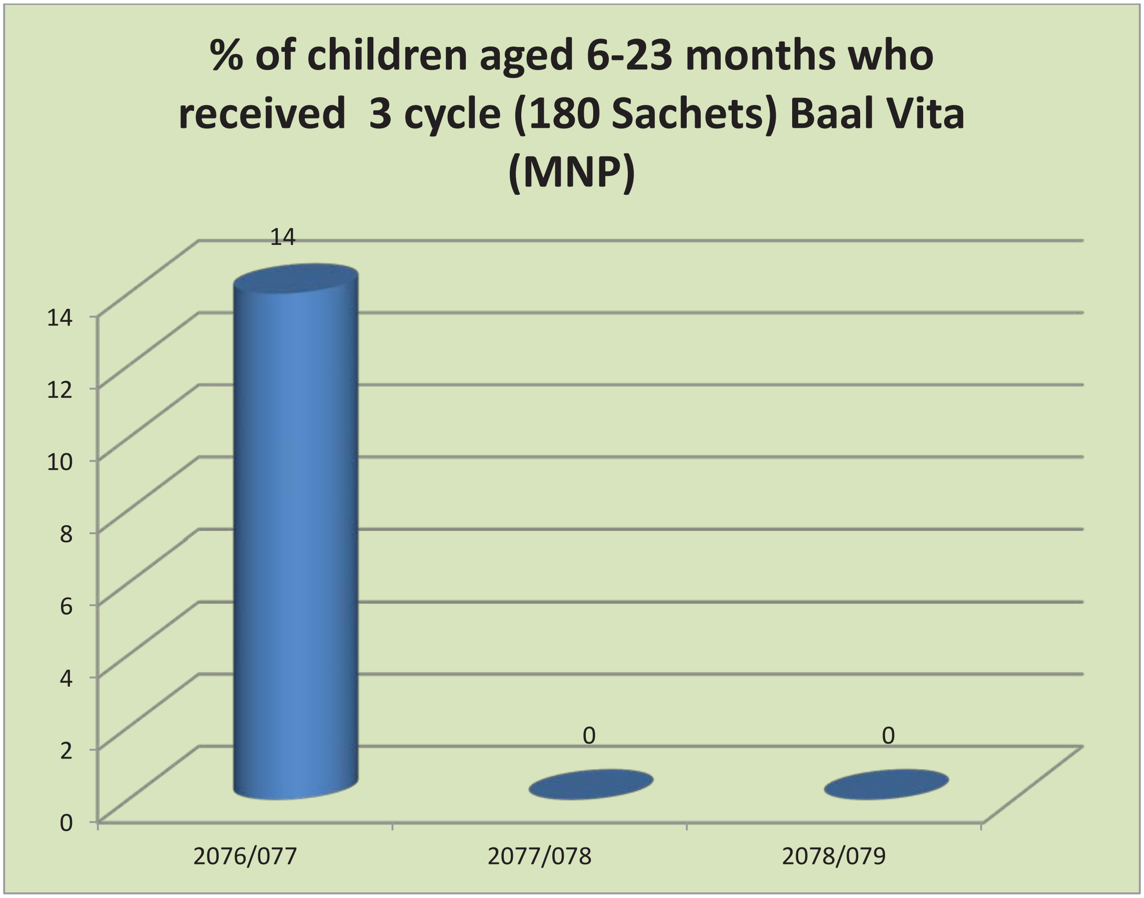
आ.व. ०७६/०७७ मा वृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता गरिएका ० देखि ११ महिनाका बालबालिकाहरुमा १.३ प्रतिशतमा कम तौल वृद्धि भएको देखियो भने सो प्रतिशत लगातार आ.व.०७७/०७८ र आ.व. ०७८/०७९ मा शुन्य प्रतिशत रहेको छ ।

वृद्धि अनुगमन गरिएकोमा कम तौल भएका बालबालिकाहरुको प्रतिशत:

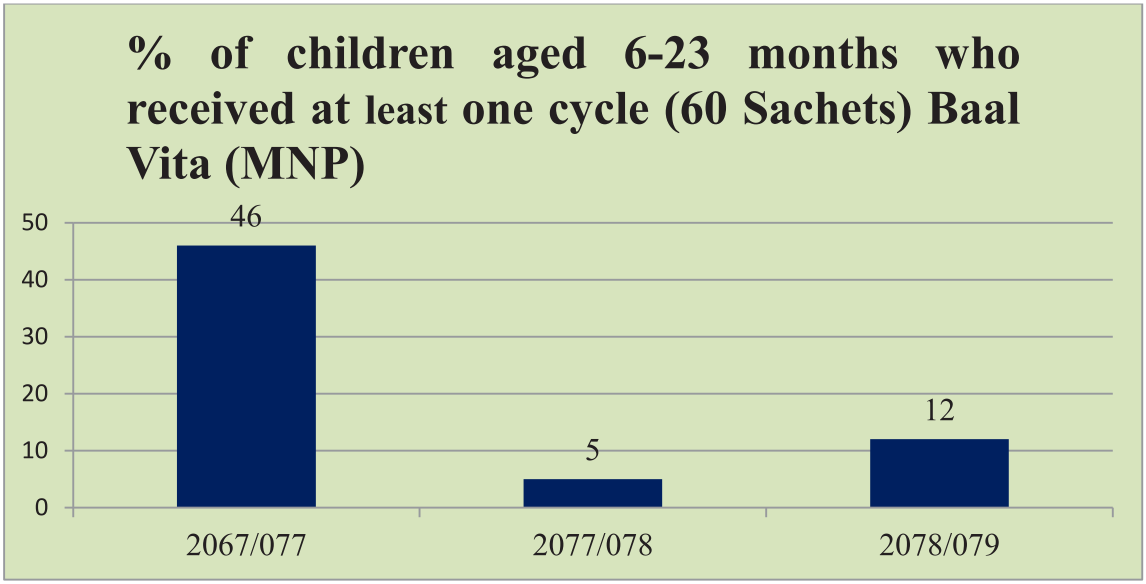


आ.व.०७६/०७७ मा ० देखि ११ महिनाको बालबालिकाहरुमा १.३ प्रतिशतमा कम तौल देखिएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा शुन्य प्रतिशत रहेको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा आएर शुन्य प्रतिशत रहेको छ । १२ देखि २३ महिनाको बालबालिकाहरु ०७६/०७७ मा २ प्रतिशत बच्चाहरुमा कम तौल भएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा बढेर शुन्य प्रतिशतमा झरेको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा आयर शुन्य प्रतिशत रहेको छ । समग्रमा ० देखि २३ महिनाका बालबालिकाहरुमा ०७६/०७७ मा २ प्रतिशत बच्चाहरुमा कम तौल भएकोमा आ.व. ०७७/०७८ कुनै पनि उमेर समुहका बालबालिकाहरुमा कम तौल नरहेको पाईयो भने आ.व. ०७७/०७८ मा कमतैलको प्रतिशत शुन्य प्रतिशत नै रहेको छ ।

बाल भिटा प्रयोग गरिएको संख्याः

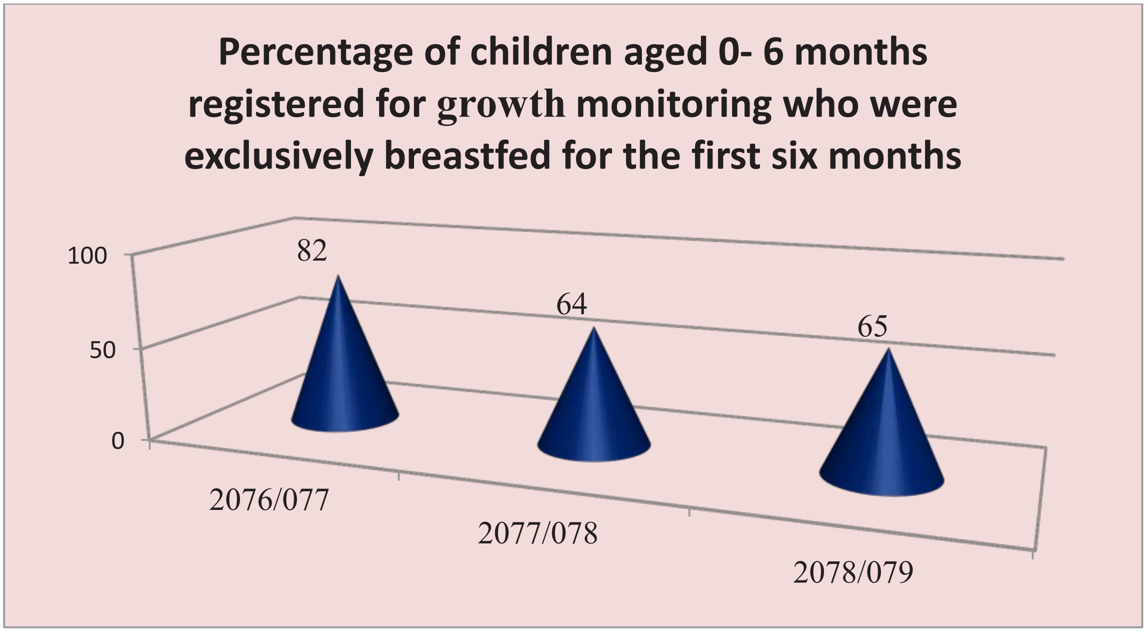


६ महिना देखि २३ महिनाका बालबालिकाहरुमा ३ साईकल (१८० स्याकेट) बाल भिटा प्रयोग गर्ने बालबालिकाहरुको प्रतिशत आ.व. ०७६/०७७ मा १४ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ६ महिना देखि २३ महिनाका उमेर समुहका कुनैपनि बालबालिकाले ३ साईकल बाल भिटा प्रयोग गरेनन भने आ.व. ०७८/०७९ मा समेत १८० स्याचेट अर्थात ३ साईकल बाल भिटा प्रयोग प्रतिशत शुन्य रहयो ।



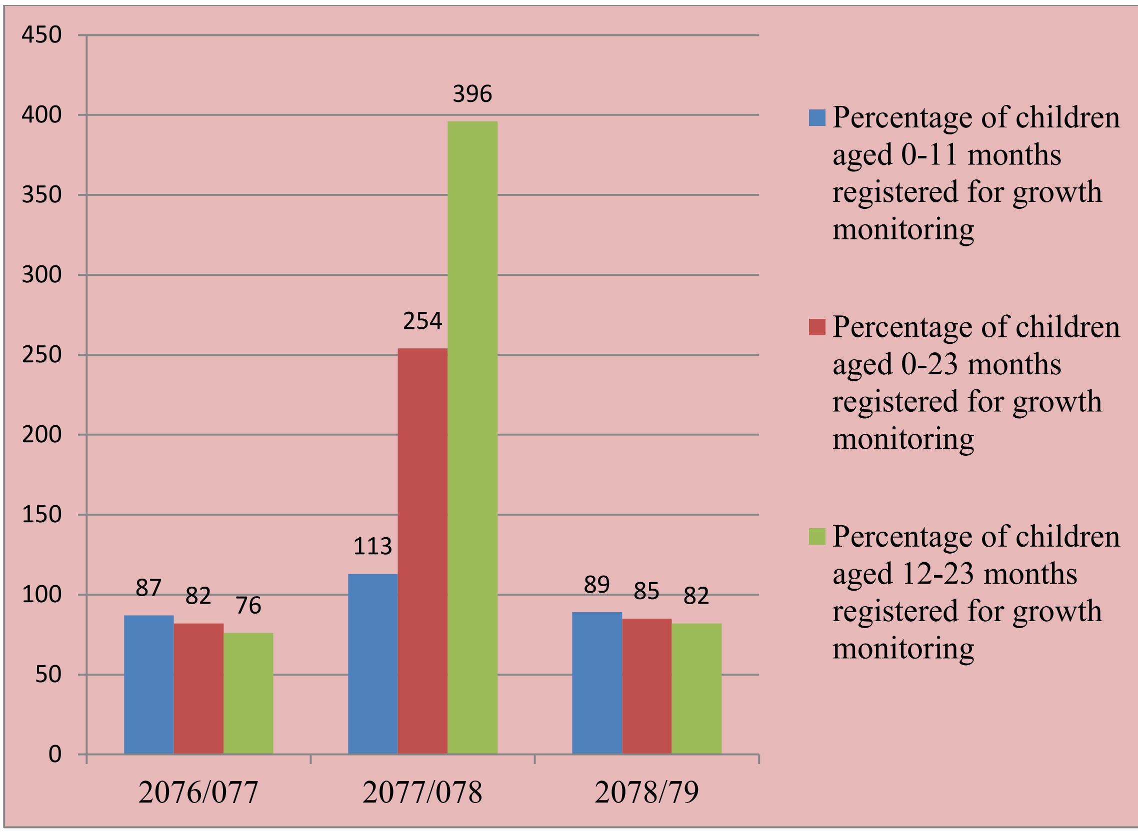
छ महिना देखि २३ महिनाका बालबालिकाहरुमा १ साईकल (६० स्याकेट) बाल भिटा प्रयोग गर्ने बालबालिकाहरुको प्रतिशत घटदो क्रममा देखिएको छ । आ.व.०७६/०७७ मा ४६ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ५ प्रतिशत रहेको छ भने आ.व.०७८/०७९ मा १२ प्रतिशतमा पुगेको छ ।

पूर्ण स्तनपान गरिएको बालबालिकाहरुको प्रतिशतः



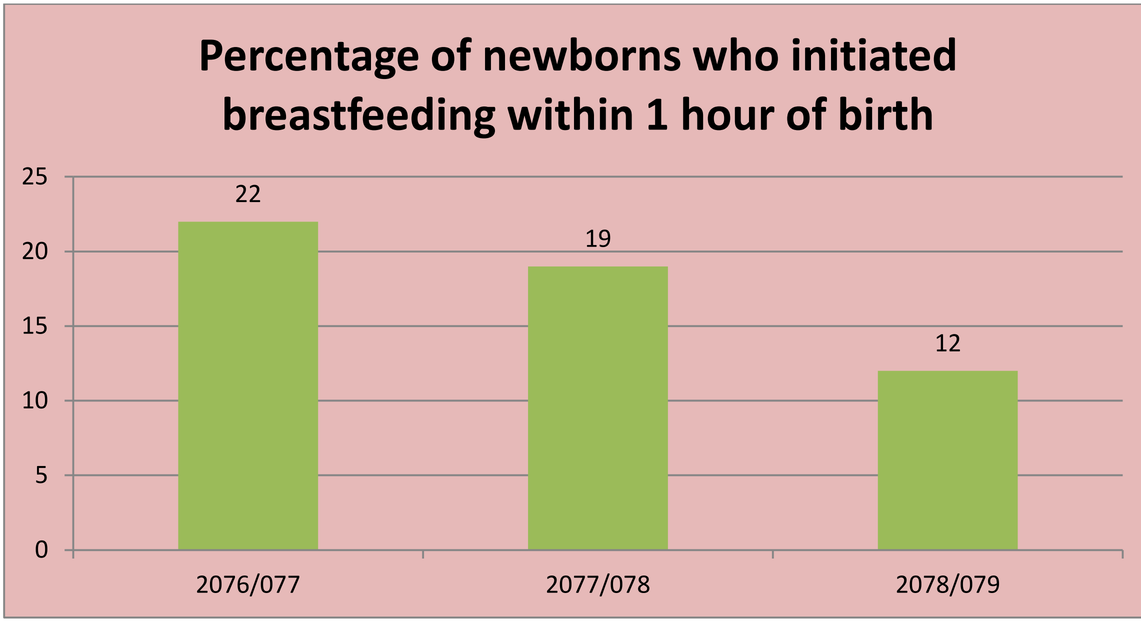
६ महिना सम्म पूर्ण रुपमा स्तनपान गरिएको बालबालिकाहरुको प्रतिशत मिश्रित प्रकारको देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ८२ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा झरेर ६४ प्रतिशत तथा आ.व.०७८/०७९ मा ६५ प्रतिशतमा पुगेको छ ।

वृद्धि अनुगमन गरिएका बालबालिकाहरुको प्रतिशत:



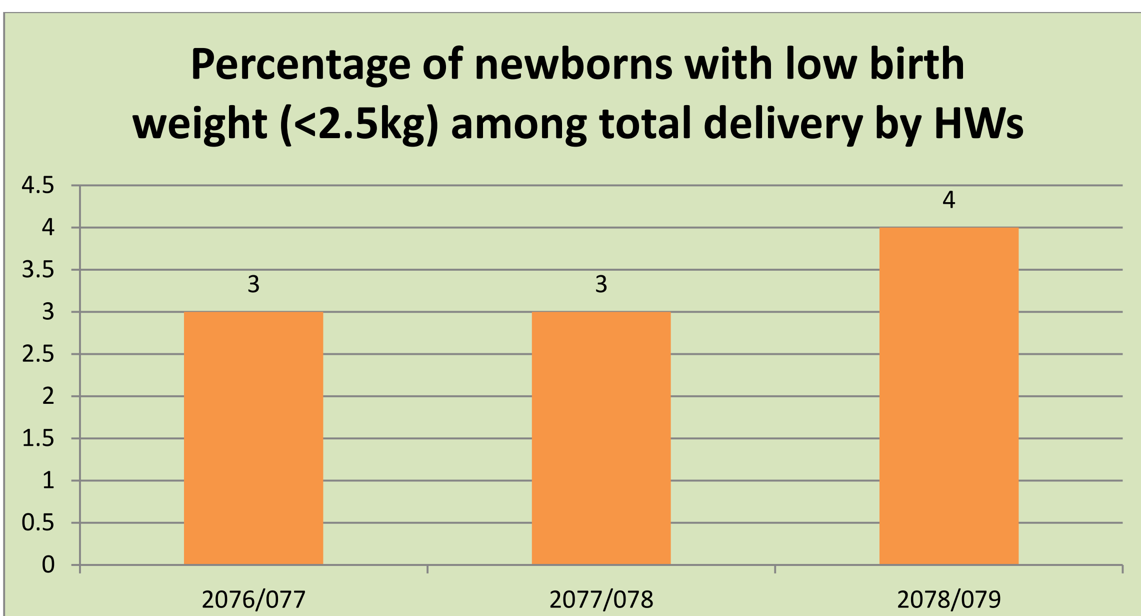
आ.व.०७६/०७७ मा ० देखि ११ महिनाको बालबालिकाहरुको ८७ प्रतिशत वृद्धि अनुगमन गरिएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा यो प्रतिशत वढेर शतप्रतिशत पुगेको थियो भने फेरी आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत ८९ प्रतिशत रहेको छ । आ. व. ०७६/०७७ मा ० देखि २३ महिनाका बालबालिकाहरुमा ८२ प्रतिशत वृद्धि अनुगमन गरिएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा यो प्रतिशत वढेर शत प्रतिशत पुगेको छ भने आ.व. ०७८/०७९ मा ८५ प्रतिशत रहेको छ । १२ देखि २३ महिनाका बालबालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन आ.व. .०७६/०७७ मा ७६ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा शत प्रतिशत रहेको र आ.व. ०७८/०७९ मा ८२ प्रतिशत रहेको छ ।

प्रसुती भएको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएका नवशिशुहरुको प्रतिशतः



जन्मेको १ घण्टा भित्र नवजात शिशुहरुलाई स्तनपान गराउनेहरुको प्रतिशत क्रमश घडदो क्रममा रहेको छ, आ.व. ०७६/०७७ मा २२ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा झरेर १९ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा १२ प्रतिशत रहेको छ ।

स्वास्थ्यकर्मीद्धारा प्रसुती गराईएकोमा कम तौलको प्रतिशतः



स्वास्थ्यकर्मीद्धारा प्रसुती गराईएको मध्ये आ.व. ०७६/०७७ मा ३ प्रतिशत नवजात शिशुहरु कम जन्म तौल देखिएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ३ प्रतिशत र आ.व. ०७८/०७९ मा ४ प्रतिशत रहेको छ ।

पोषण कार्यक्रमका समस्या समाधानका उपायहरू

कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्या हरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
• **अझै पनि धेरै बच्चाहरुले बालभिटा प्राप्त नगरेको ।** • **पोषण संबन्धि गतिविधिहरु वडा तथा समुदाय स्तरमा पर्याप्त मात्रामा संचालन नभएको** • **बृद्धि अनुगमनको कभरेज कम भएको ।**	• वाल भिटाको नियमित आपुर्ति हुनुपर्ने । • समुदाय स्तरीय कार्यक्रमहरु गर्ने • कूपोषित बच्चाहरुको समयमा नै पहिचान गरी उपचारको दायरामा ल्याउने ।	• स्थानीय निकाय • स्वास्थ्य कार्यालय

४. समुदायमा आधारित नवजात तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन

(Community Based Integrated Management Of Neonatal and Childhood Illness)

४.१ पृष्ठभूमिः

नेपालमा बाल बचाऊ कार्यक्रम अन्तर्गत झाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम सन् १९८३ देखि सुरु भएको हो । यसैगरी श्वास प्रश्वास सम्बन्धी रोग नियन्त्रण कार्यक्रम पनि सन् १९८७ बाट सुरु भएको हो । सन् १९९५/०९६ देखि समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास (CB-ARI) कार्यक्रमको पाइलटिङ्ग भयो । सन् १९९७/०९८ मा श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण गर्ने कार्य समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास र त्यो सँगै झाडापखाल रोग नियन्त्रण (CBAC) कार्यक्रमको रुपमा विकास भयो । यस कार्यक्रममा पोषण तथा खोप कार्यक्रमलाई पनि विशेष जोड दिइयो । अर्कोतर्फ सन् १९९७ देखि IMCI कार्यक्रम महोत्तरी जिल्लाबाट स्वास्थ्य संस्थास्तरमा सुरु भयो तर कार्यक्रम प्रभावकारी हुन सकेन ।

सन् १९९७ मै समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास र झाडापखाला रोग नियन्त्रण (CBAC)को मुल्याङ्कन भयो र सो कार्यक्रम निकै प्रभावकारी भएको पाइयो । यसकारण, नेपाल सरकार बाल स्वास्थ्य महाशाखाले दातृ निकाय WHO, UNICEF तथा USAID को सहयोगमा IMCI र CBAC कार्यक्रमलाई एकीकृत गरी CB-IMCI कार्यक्रमको रुपमा विकास गर्‍यो । यो कार्यक्रम सन् २००९ सम्ममा अध्यावधिक गर्दै नेपाल भरी कार्यान्वयन गरियो । कार्यक्रम अध्यावधिक गर्ने क्रममा यस कार्यक्रममा सन् २००५ देखि Low osmolar ORS / Zinc Supplementation लाई पनि समावेश गरियो ।

नेपालमा पाँच वर्ष मुनिका ८०% भन्दा वढि बालबालिकाको मृत्यु कम जन्म तौल, गम्भिर संक्रमण, जन्मदा निसासिनु तथा चोटपटक लाग्नु, जन्मजात विकृति, निमोनिया, झाडापखाला तथा अन्य सरुवा रोग, जन्मने क्रममा हुने समस्या तथा पोषण सम्बन्धी अवस्थाबाट हुने गरेको

कुरा युनिसेफ तथा विश्व स्वास्थ्य संगठनको तथ्यांकले देखाएको छ । विभिन्न अध्ययनहरुले स्वास्थ्य सेवा लिन आएका विरामी शिशुहरु एक भन्दा वढि रोगबाट पिडित हुने गरेको पाइएको छ ।

विशेषगरी, नवजात शिशुको मृत्युका कारणहरु (संक्रमण, कम जन्म तौल, जन्मदा निसासिनु तथा जन्मजात विकृति) समाधान गर्ने प्रमुख चुनौतीका रुपमा रहेका छन् ।

यस समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमले माथि उल्लेखित ५ वर्ष मुनीका बालबालिकाहरुको मृत्यु हुने प्रमुख कारणहरु विशेषगरी नवजात शिशुको मृत्युका कारणहरुलाई सम्बोधन गर्दछ । समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन तथा समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रमहरुका प्रभावकारी कार्यहरु यस नयाँ कार्यक्रम मार्फत एकीकृत रुपमा सञ्चालन गर्ने लक्ष्य लिइएको छ। यस कार्यक्रमले समुदायस्तरमा स्वयंसेविकाहरुको प्रवर्धनात्मक भूमिकालाई जोड दिँदै स्वास्थ्यकर्मीहरुले मात्र उपचारात्मक भूमिका निर्वाह गर्ने अवधारणा लिएको छ ।

४.२ लक्ष्य

नवजात शिशु तथा बालबालिकाको स्वास्थ्यमा सुधार गर्दै उनीहरुको जीवन रक्षा, स्वास्थ्य वृद्धि र विकासमा योगदान पु¥याउने र ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा लाग्ने रोग र मृत्युदर घटाउने ।

४.३ उद्देश्य

- नवजात शिशु स्याहार तथा प्रमुख बाल रोगहरुको एकीकृत व्यवस्थापन गर्न स्वास्थ्यकमीहरुको सीपमा विकास गर्ने
- बालरोगको उचित व्यवस्थापनका निम्ति स्वास्थ्य प्रणली सुधार गदै कार्यक्रमको पहुँचमा वृद्धि गर्ने र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलव्ध गराउने
- बाल स्वास्थ्य प्रवर्धन गर्न परिवार र समुदायको सम्बन्धित ज्ञान, धारणा र व्यवहारमा सुधार गर्ने ।

४.४ कार्यक्रमले लक्षित गरेका कार्यहरु

०-५९ दिनको शिशु केन्द्रित

- स्वास्थ्य संस्थामै प्रसूती गराउन प्रवर्द्धन गर्ने ।
- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहार तथा प्रसुती पश्चात स्वास्थ्यकर्मीद्वारा नवजात शिशु र सुत्केरी आमाको नियमित जाँच ।
- जन्मदा सास नफेरेको वा नरोएको शिशुको पहिचान तथा व्यवस्थापन ।
- महिना नपुगी नन्मेको वा जन्मदै कम तौल भएका शिशुको मुल्यांकन तथा व्यवस्थापन ।
- ०-५९ दिनको बच्चामा व्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण तथा स्थानीय संक्रमणको व्यवस्थापन ।
- कमलपित्तको वर्गीकरण तथा व्यवस्थापन ।

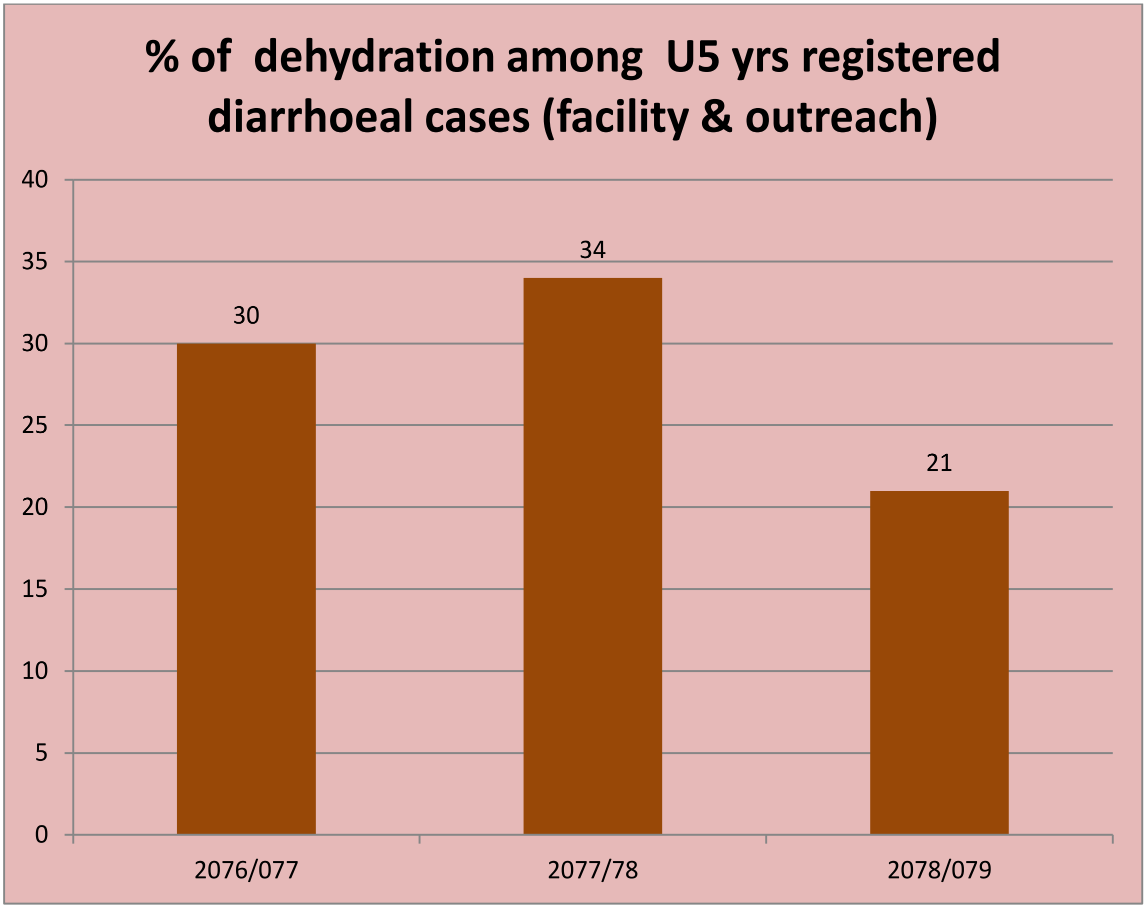
२-५९ महिनाको शिशु केन्द्रित

- स्वास्थ्य, नवजात शिशु र बाल स्वास्थ्य सम्बन्धी व्यवहारमा परिवर्तन सञ्चार
- अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहार, विरामी शिशुको हेरचाह तथा पोषण सम्बन्धी ज्ञान, धारणा र व्यवहारमा परिवर्तन
- खतराका चिन्हहरुको पहिचान तथा विरामी शिशुहरुको शिघ्र प्रेषण
- स्वास्थ्यकर्मीहरुको अन्तर्व्यक्ति सञ्चार सिपमा वृद्धि
- कार्यक्रमको पहुँच तथा प्रभावकारितामा वृद्धि

३.६ CBIMNCIकार्यक्रमको सुचकहरुः

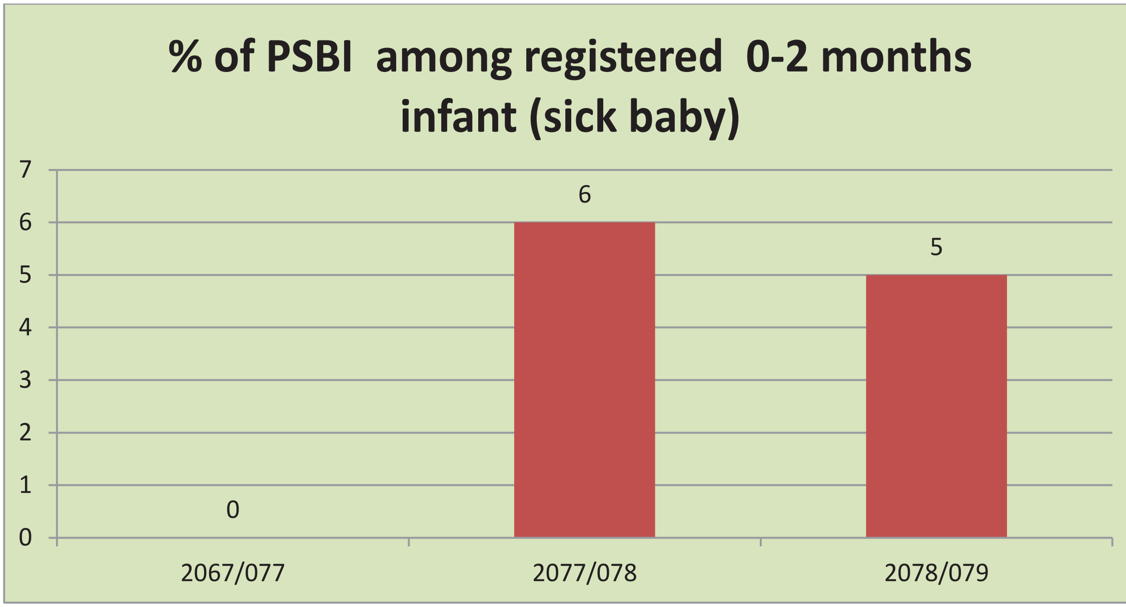
CB-IMNCI कार्यक्रमको सुचकहरुः

% of dehydration among U5 yrs registered diarrhoeal cases



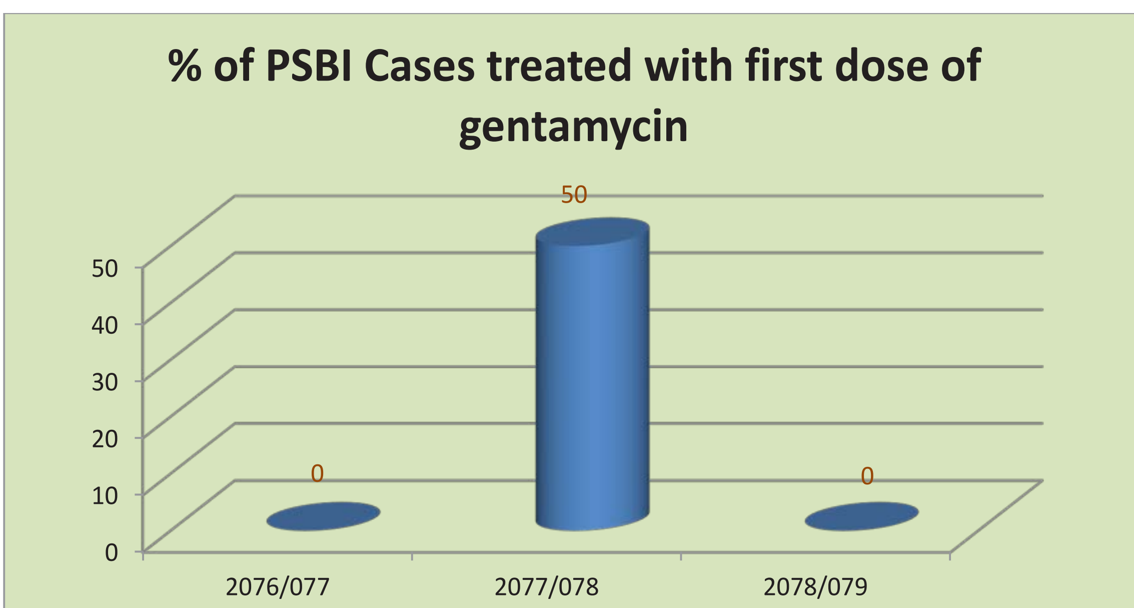
झाडापखालाको लागि दर्ता भएका वालवालिकाहरु मध्ये जल वियोजन भएको बालबालिकाहरुको प्रतिशत विगत तिन आ.व.मा बढदो क्रममा देखिएको छ। आ.व. ०७६/०७७ मा जलवियोजनको प्रतिशत ३० थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा ३४ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा बढेर २१ प्रतिशत रहेको छ।

% of PSBI among registered 0-2 months infant



स्वास्थ्य संस्थामा उपचारको लागि दर्ता भएका नवजात शिशुहरुमा ब्याक्टेरियाको संम्भावित गम्भीर संक्रमणको प्रतिशत आ.व. ०७६/०७७ मा शुन्य प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ६ प्रतिशत थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत ५ पुगेको देखिन्छ ।

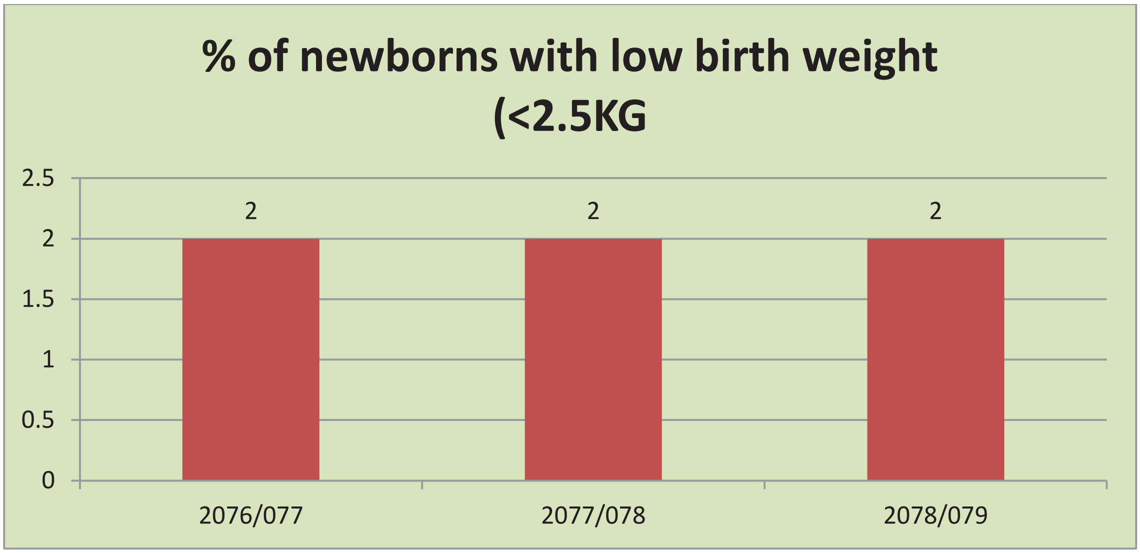
% of PSBI cases treated with first dose of Gentamycin



ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर संक्रमण भएका नवजात शिशुहरुलाई आ.व. ०७७/०७८ मा ५० प्रतिशत नवजात शिशुहरुलाई जेन्टामाईसिन सुईको प्रयोगबाट उपचार गरेको पाइयो ।

कम जन्म तौल भएका नवजात शिशुको प्रतिशतः

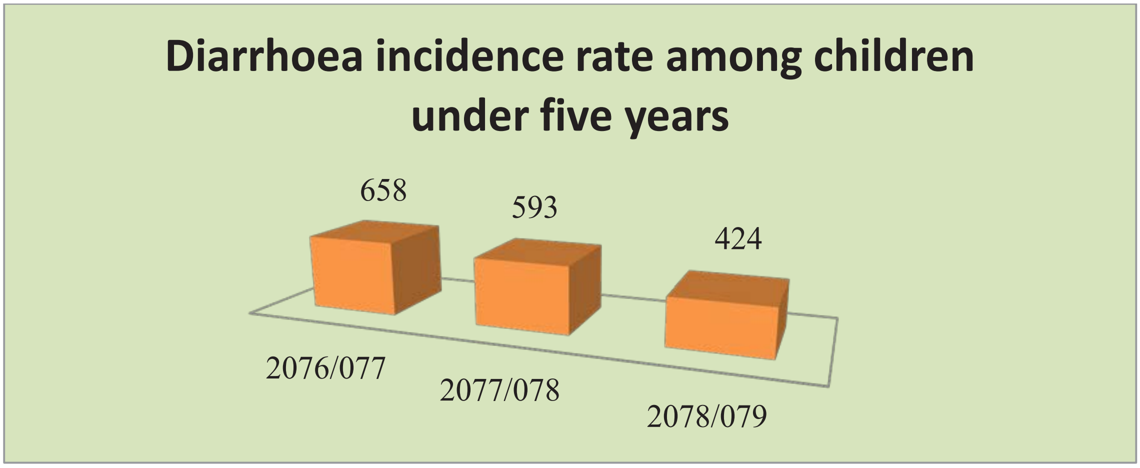
% of newborns with low birth weight (<2.5KG



जन्मदै कम जन्म तौल(<2.5KG) भएका नवजात शिशुको प्रतिशत विगतका तिनै आ. व. मा समान २ प्रतिशत रहेको पाईयो।

झाडापखाला रोगको ईन्सिडेन्स दर/१००० (५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा):

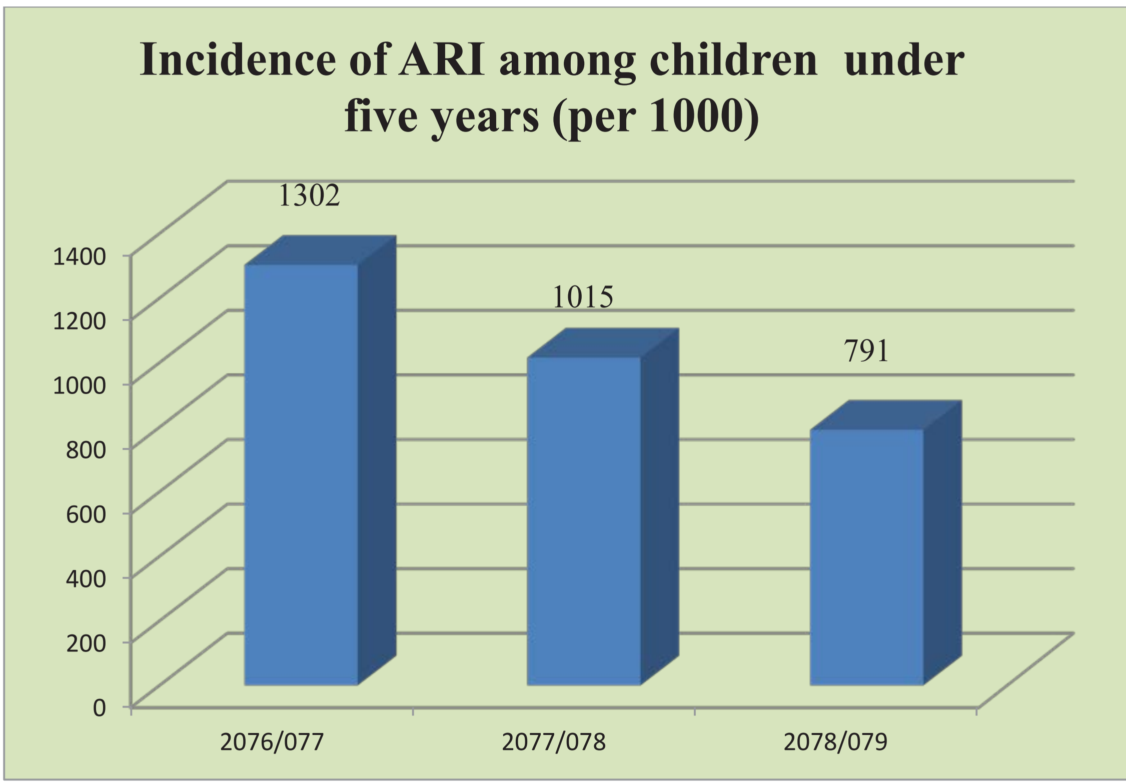
Diarrhoea incidence rate among children under five years



पाच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा झाडा पखालाको संख्या प्रतिहजारमा आ.व. ०७६/०७७ मा ६५८ थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा ५९३ र आ.व. ०७८/०७९ मा ४२४ रहेको छ,यसरी संख्या घट्नुको कारण रोटा खोपको सुरुवात साथै सरसफाई कार्यक्रमको प्रभावकारितालाइ लिन सकिन्छ । विगत ३ आ.व.मा झाडा पखाला रोग लागेर कुनै पनि बालबालिकाको मृत्यु भएको पाईएको छैन ।

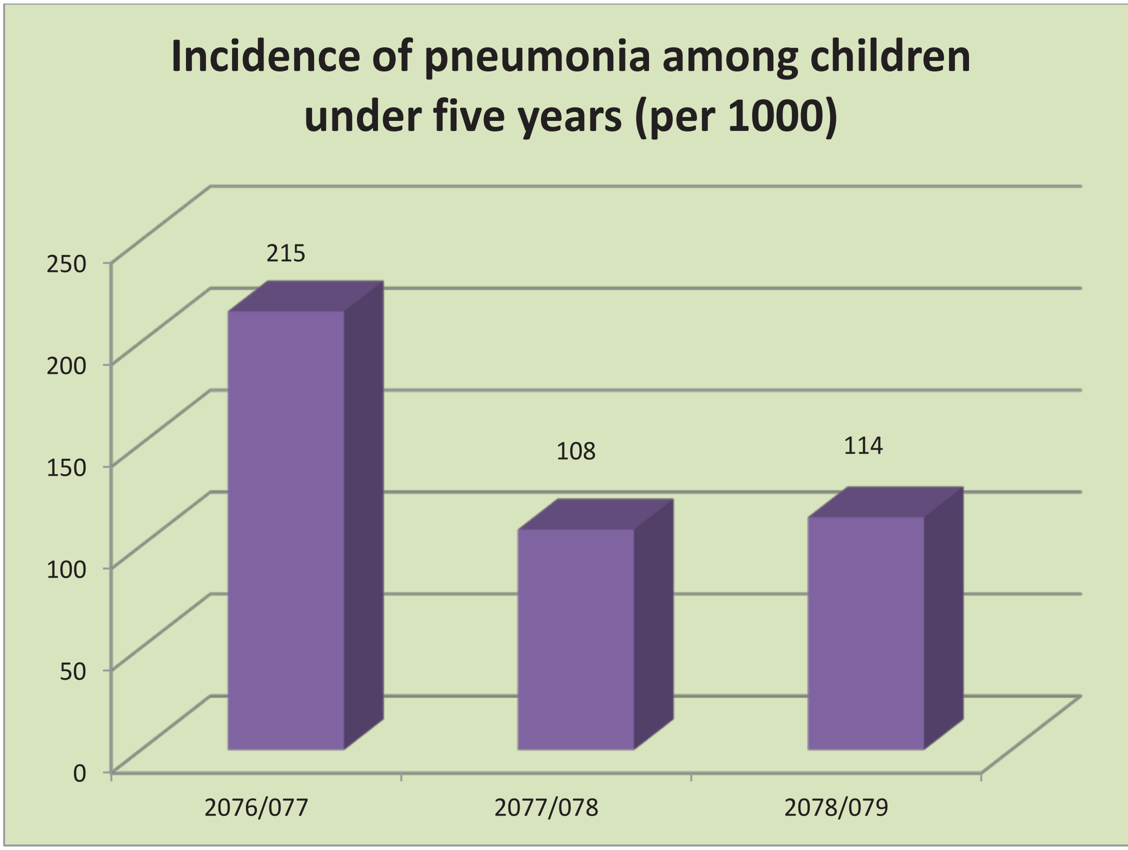
ए आर आईको ईन्सिडेन्स दर प्रति हजारमा (५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा) :

Incidence of ARI among children under five years (per 1000)



पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा ए.आर.आई.को ईन्सिडेन्स दर प्रति हजारमा आ.व. ०७६/०७७ मा १३०२ रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा १०१५ रहेको छ भने आ.व. ०७८/०७९ मा ७९१ रहेको छ । यसरी संख्या बढनुको कारण एउटै बच्चा वर्षमा १ पटक भन्दा बढी ए.आर.आई.ले संक्रमित भएर पनि हुन सक्छ ।

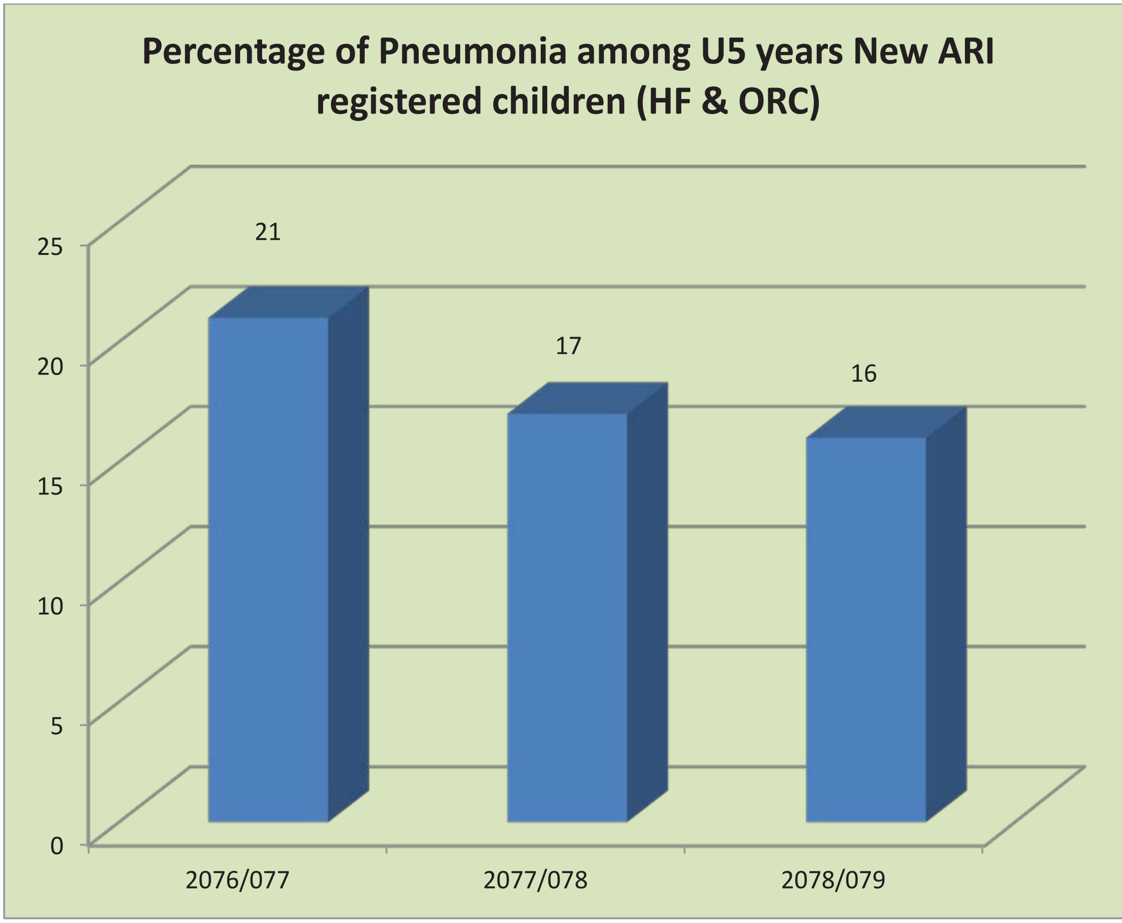
निमोनियाको ईन्सिडेन्स दर प्रति हजारमा (५ वर्ष मुनिका बालबालिका):



आ.व. ०७६/०७७ मा पाँच वर्ष मुनिका प्रति हजार बालबालिकाहरुमा २१५ जनामा निमोनिया देखिएको थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा १०८ जना प्रति १००० बालबालिकाहरुमा निमोनिया देखिएकोमा यो संख्या आ.व. ०७८/०७९ मा प्रति हजार ११४ जना पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा निमोनिया देखिएको थियो ।

ए .आर.आई.को विरामीहरुमा निमोनियाको प्रतिशत(५ वर्ष मुनिका) :

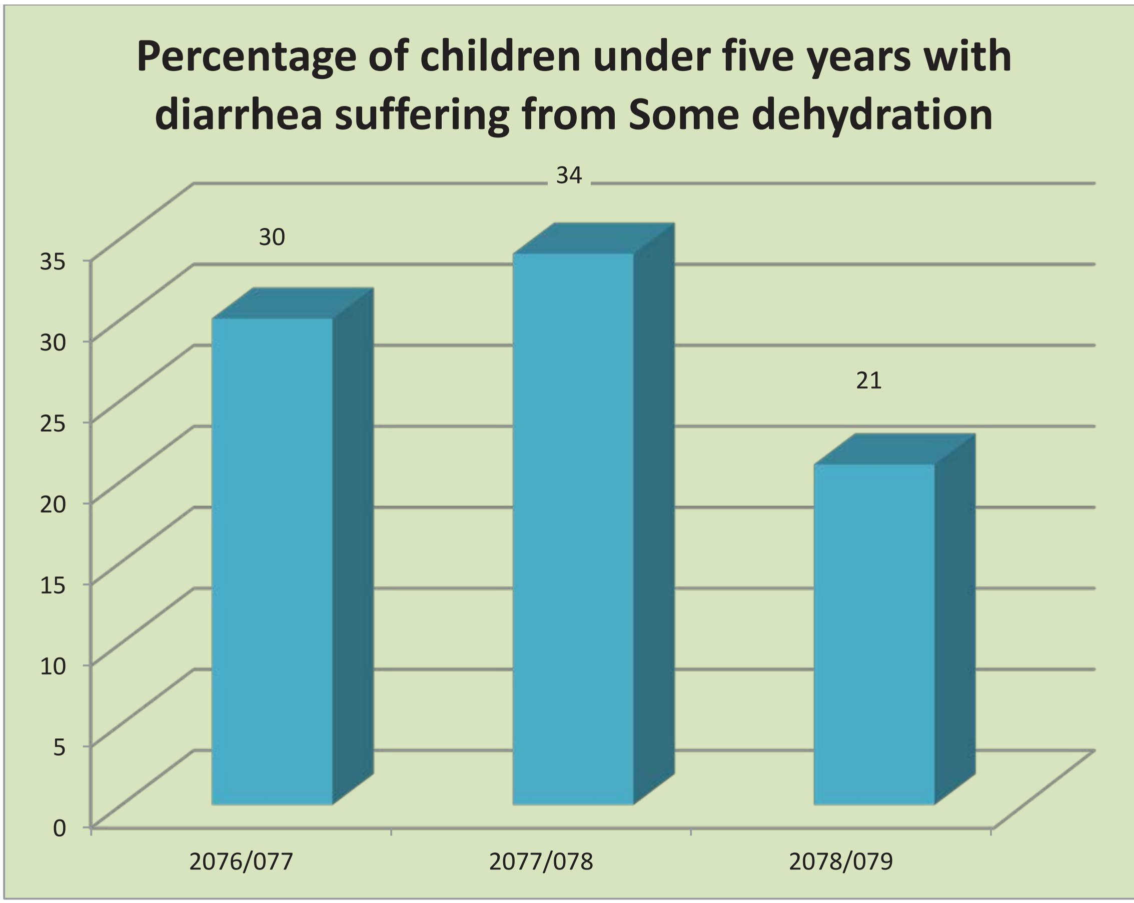
Percentage of Pneumonia among U5 years New ARI registered children (HF & ORC)



पाँच वर्ष मुनिका ए.आर.आईका बालबालिकाहरुमा निमोनिया रोगको प्रतिशत विगत ३ वर्षमा घटदो क्रममा देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा २१ प्रतिशतमा निमोनिया देखिएकोमा यो संख्या घटेर आ.व. ०७७/०७८ मा १७ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७८/०७९ मा घटेर १६ प्रतिशतमा झरेको छ। यसरी निमोनिया भएर आएका बालबालिकाहरुलाई तिनै आ.व.हरुमा शत प्रतिशत एन्टिबायोटिकबाट उपचार गरेको देखिन्छ।

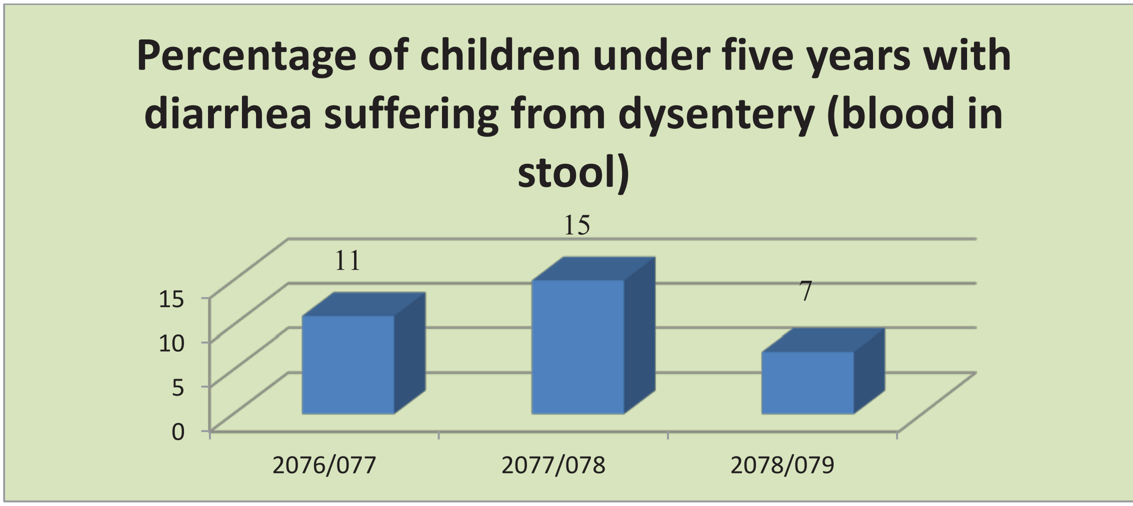
केहि जलवियोजन भएका पाच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुः

Percentage of children under five years with diarrhea suffering from Some dehydration



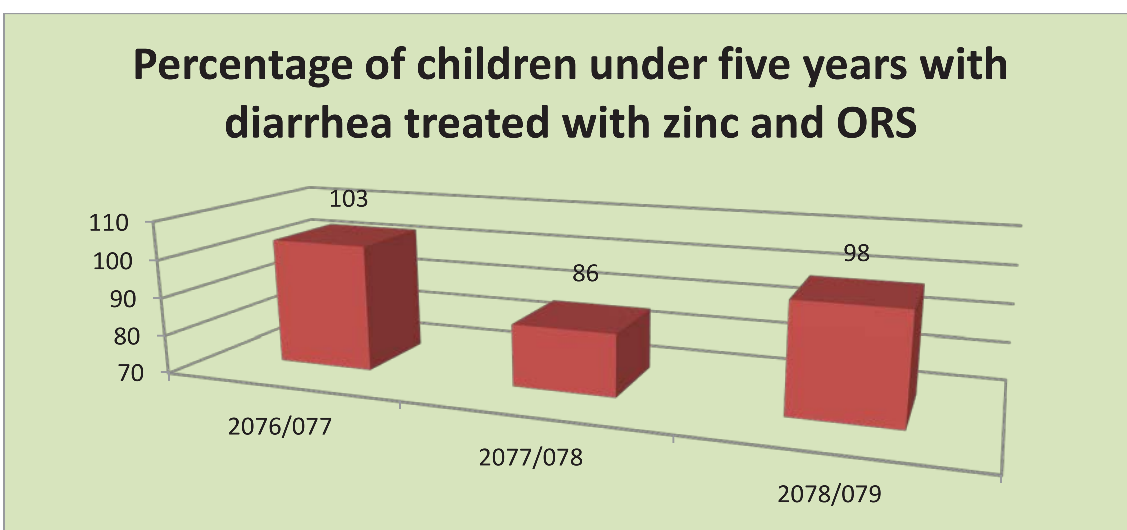
झाडा पखाला लागेका पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा केहि जल वियोजन भएका बच्चाहरुको प्रतिशत बढदो क्रममा देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ३० प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा यो प्रतिशत बढेर ३४ मा पुगेको छ भने आ.व. ०७८/०७९ मा केहि जल वियोजनको प्रतिशत घटेर २१ प्रतिशत रहेको छ । गत तिन आ.व.मा नै कडा जल वियोजन भएका पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरु नरहेको पाईएको छ ।

आँउ/रगत मासी भएका पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरु:
Percentage of children under five years with diarrhea suffering from dysentery (blood in stool)



पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा आ.व. ०७६/०७७ मा १११ प्रतिशत र ०७७/०७८ मा १५ प्रतिशतमा आँउ रगत देखिएकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत घटेर ७ मा झरेको देखिन्छ ।

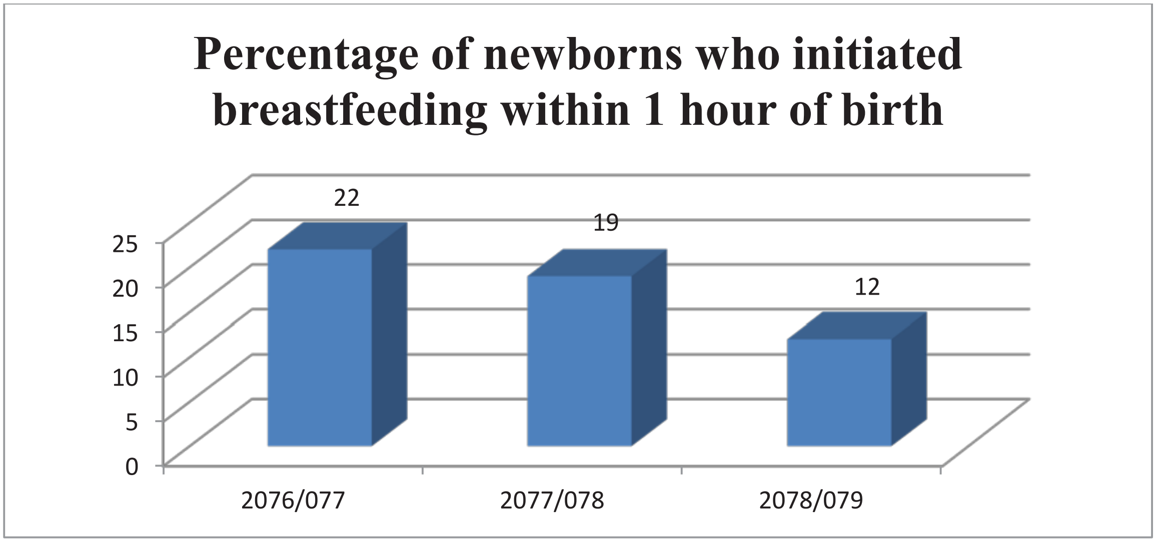
झाडा पखाला लागेका विरामीहरुलाई जिंक चक्की र जिवन जलबाट उपचार गरिएको प्रतिशत:
Percentage of children under five years with diarrhea treated with zinc and ORS



पाँच वर्ष मुनिका झाडापखाला लागेर आएका बालबालिकाहरुलाई जिंक चक्की र जिवन जलबाट उपचार गरिएको प्रतिशत आ.व. ०७६/०७७ मा शत प्रतिशत थियो भन्ने आ.व. ०७७/०७८ मा ८६ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत वढेर ९८ भएको पाईन्छ ।

नवजात शिशुलाई एक घण्टा भित्र विगौती दुध खुवाएको प्रतिशत:

Percentage of newborns who initiated breastfeeding within 1 hour of birth.



जन्मेको १ घण्टा भित्र नवजात शिशुहरुलाई विगौती दुध खुवाउने प्रतिशत विगत तिन आ.व.हरुमा घटदो क्रममा देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा २२ रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा घटेर यो प्रतिशत १९ भएको देखिन्छ भने आ.व. ०७८/०७९ मा झन घटेर १२ मा झरेको छ ।

कार्यक्रममा देखिएका समस्या र सुधारको लागि गर्नु पर्ने कार्यहरु

कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्या हरु	कार्य प्रगतिको सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु	जिम्मेवार निकाय
➢ **रिफ्रेसर तालिमको अभावमा कतिपय स्वास्थ्य संस्थामा Recording अपूरो भर्ने गरेको ।** ➢ **सामाग्रीको अभाव ।**	➢ CBIMNCI तालिमको व्यवस्थागर्नु पर्ने । ➢ सामाग्रीको व्यवस्थापन ।	➢ स्थानीय तह

५. परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम
(Family Health Programme)

परिवार नियोजन कार्यक्रम
५.१ पृष्ठभूमि

नेपालमा सन् १९९१ मा नयाँ स्वास्थ्य नीति लागू भए पछि परिवार नियोजन कार्यक्रमले थप उच्च प्राथमिकता प्राप्त गरी दुर्गम क्षेत्र सम्म सेवा विस्तार गर्ने नीति लिएको छ ICPD १९९४ पश्चात प्रजनन् स्वास्थ्यलाई विकाशको एउटा महत्वपूर्ण अंगको रूपमा अंगिकार गरेकोले परिवार नियोजन कार्यक्रमको भूमिका महत्वपूर्ण हुन गएको छ। परिवार नियोजनका साधनहरू उपलब्ध गराई प्रजनन दर घटाउन मातृ तथा शिशुको स्वास्थ्यमा सुधार गर्न, देशको सामाजिक आर्थिक विकास बिच सन्तुलन कायम गरी नेपाली नागरिकको गुणस्तरीय जीवन बनाउनको लागि परिवार नियोजन कार्यक्रम सन्चालन हुँदै आइरहेको छ।

५.२ सामान्य उद्देश्य

गुणस्तरीय परिवार नियोजनका सेवाहरुको पहुँच तथा प्रयोगमा वृद्धि गरी आमा तथा बालबालिकाहरुको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार एवम् सम्पूर्ण परिवारको जीवनको समग्र गुणस्तरमा सुधार ल्याउने।

५.३ विशिष्ट उद्देश्य

- गुणस्तरीय परिवार नियोजनका सेवाहरुको पहुँच तथा प्रयोगमा वृद्धि गर्ने, जुन व्यक्ति र दम्पतीका लागि सुरक्षित, प्रभावकारी एवम् स्वीकार्य होस् खासगरी ग्रामीण क्षेत्र, गरीब, दलित एवं अन्य सीमान्तीकृत जनताहरु र उच्च मागको स्थानमा सेवाको पहुँचलाई विशेष ध्यान दिईनेछ।
- महिला र पुरुषका लागि गुणस्तरीय परिवार नियोजनका सेवाहरुको पहुँच बढाउनका लागि उपयुक्त वातावारणको सृजना गर्ने।

- परिवार नियोजनका सेवाहरुको माग बढाउनका लागि विविध व्यवहार परिवर्तन संचारका कृयाकलापहरु गर्ने ।

५.४ ध्येय

- कूल प्रजनन दर घटाई २.१ मा पुऱ्याउने ।
- परिवार नियोजनको आधुनिक साधनहरूको प्रयोग दर SDG लक्ष्य अनुसार सन् २०२२ सम्ममा (CPR Modern Method) 53 % पुऱ्याउने ।

५.५ रणनीति

यस कार्यक्रमले स्वास्थ्यका विभिन्न निकायहरू जस्तै अस्पताल, प्रा.स्वा.के., स्वा.चौं., शहरी स्वास्थ्य क्लिनिक, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई, गाउँघर क्लिनिक, म.स्वा.से. तथा घुम्ती शिविरहरू मार्फत परिवार नियोजनका सेवाहरू समुदायलाई उपलब्ध गराएको छ, साथै जनचेतना अभिवृद्धी एवं कण्डमको प्रबर्द्धन, खाने चक्की (पिल्स) को पुन:वितरण गर्न म.स्वा.से.हरूलाई परिचालन गरिएको छ ।

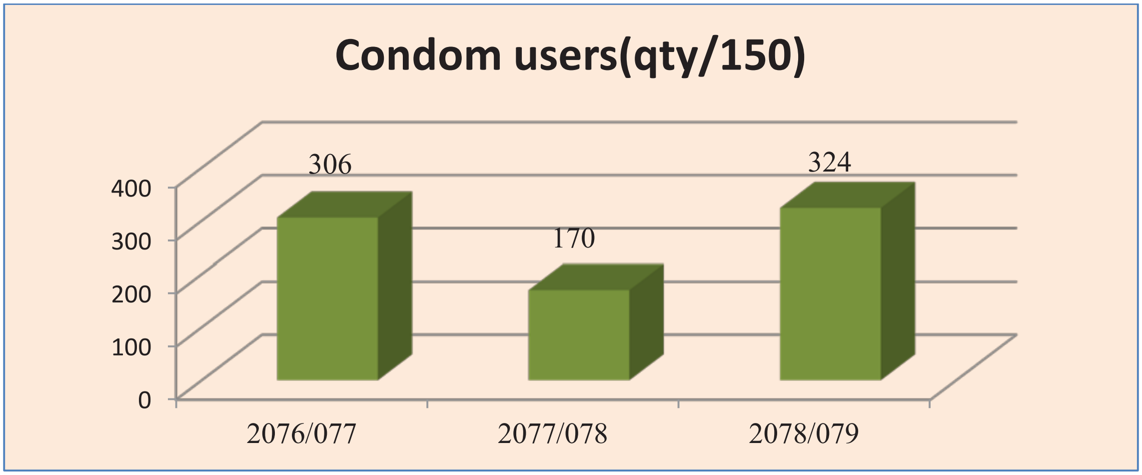
SDG Targets & Indicators

Targets & Indicators	2020 status	2022	2025	2030
Proportion of women of Reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods	1.9	74	76	80
Contraceptive prevalence rate (CPR) (modern methods) (%)	44.2	53	56	60
Total Fertility Rate (TFR) (births per women aged 15-49 years)	2.0	2.1	2.1	2.1
Adolescent birth rate (aged 10-14 years; aged 15-19 years) per 1,000 women in that age group	63	51	43	30

५.६ आ.ब. २०७८/०७९ को सेवा प्रगति विवरण

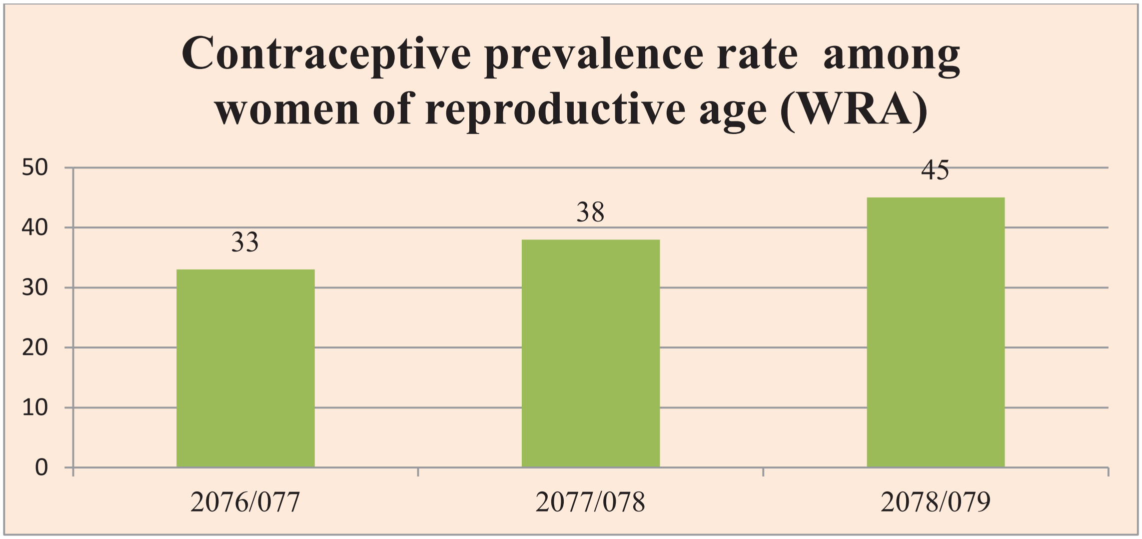
कण्डम प्रयोगकर्ताको संख्या

Condom users



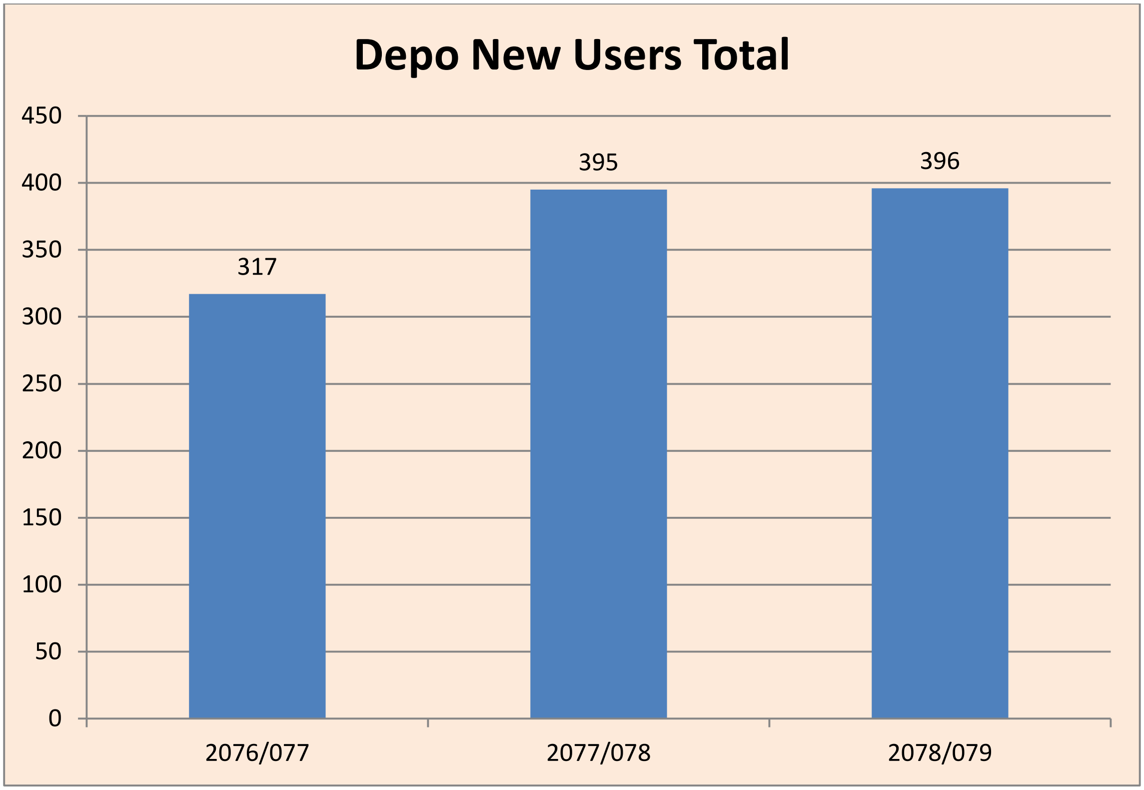
विगत तिन वर्षको कण्डम प्रयोग गर्ने नँया सेवाग्राहीको संख्या मिस्रित प्रकारमा देखिएको छ । आर्थिक वर्ष ०७६/०७७ मा १५० वटा कण्डम प्रयोग गर्ने नँया सेवाग्राहीको संख्या ३०६ थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा घटेर १७० जना रहेकोमा आ.व. ०७८/०७९मा यो संख्या वडेर ३२४ रहेको छ ।अघिल्ला आ.व. हरुमा कोभिड १९ को संक्रमण दर उच्च भएको वेला भएको हुनाले पनि कण्डम प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीको सख्यामा कमी भएको हुन सक्छ ।

Contraceptive Prevalence Rate among Women of Reproductive Age Group



विगत तिन आर्थिक वर्षको CPR दर हेर्दा बढदो क्रममा देखिन्छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ३३ प्रतिशत रहेकोका आ.व. ०७७/०७८ मा ३८ प्रतिशत रहेका छ भने आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत बढेर ४५ मा पुगेको छ ।

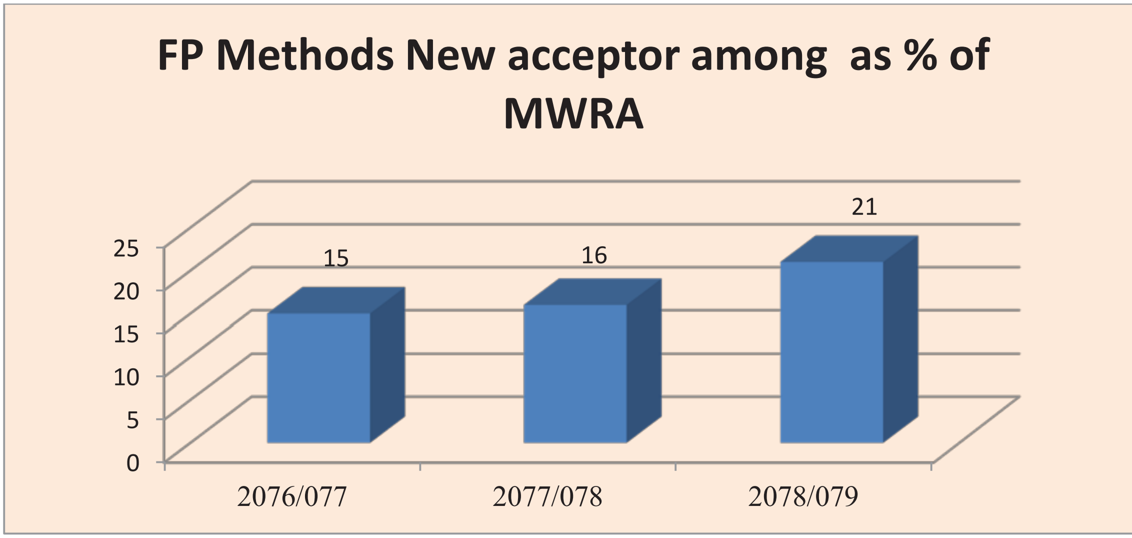
डिपो सुइको नँया प्रयोगकर्ता (Depo New Users Total)



विगत तिन आ.व.को परिवार नियोजनको साधन डिपो सुईको नँया प्रयोगकर्ताको संख्याको नतिजा वढदो रुपमा देखिएको छ । आ.व.०७६/०७७ मा नँया प्रयोगकर्ताको संख्या ३१७ जना थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा यो संख्या वढेर ३९५ जना नया प्रयोगकर्ताले डिपो सुई लिएको देखियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा यो संख्या बढेर ३९६ पुगेको छ ।

परिवार नियोजनको साधन नया प्रयोगकर्ता

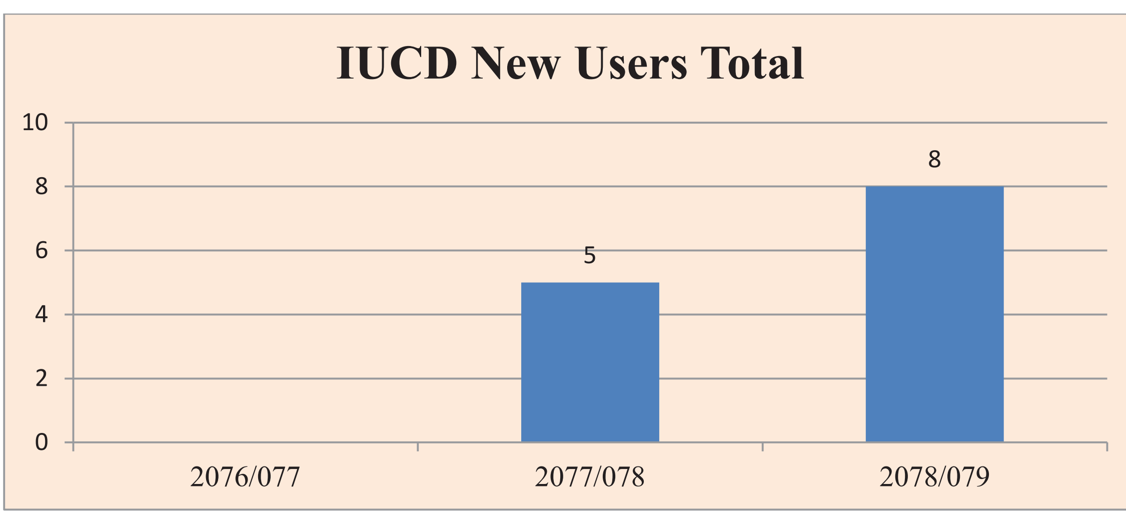
FP Methods New acceptor among as % of MWRA



आ.व. ०७६/०७७ मा परिवार नियोजनको साधनहरुमा नया प्रयोगकर्ताहरुको प्रतिशत १५ रहेको थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा १६ प्रतिशत रहेकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत बढेर २१ प्रतिशत पुगेको छ ।

आई यु सि डी नया प्रयोगकर्ताको संख्या

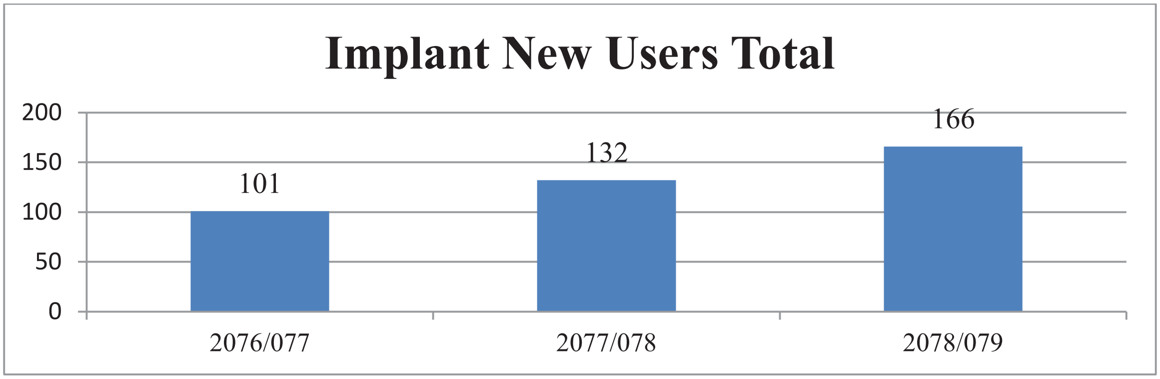
IUCD New Users Total



कपर टी को नया प्रयोगकर्ताको संख्या आ.व.०७६/०७७ मा नया प्रयोगकर्ता नभएको अवस्था थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा ५ जना नयाँ प्रयोग कर्ता र आ.व. ०७८/०७९ मा ८ जना नया सेवाग्राहीले परिवार नियोजनको साधन कपर टी प्रयोग गरेको देखियो ।

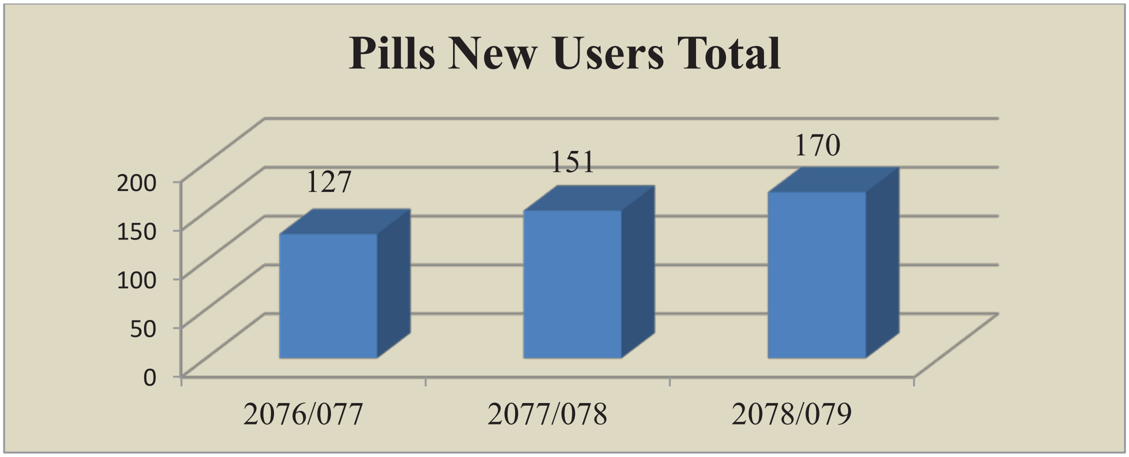
ईम्पलान्ट नया प्रयोगकर्ताको संख्याः

Implant New Users Total



परिवार नियोजनको साधन ईम्पलान्टको विगत तिन वर्षको नया प्रयोगकर्ताको संख्या हेर्दा वढदो क्रममारहेको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ईम्पलान्टको नया प्रयोगकर्ताको संख्या १०१ रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा १३२ जना थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा बढेर १६६ जना ईम्पलान्टको नया प्रयोगकर्ता रहेको छ ।

पिल्सको नया प्रयोगकर्ता संख्याः



पिल्स नया प्रयोगकर्ताको संख्या आ.व. ०७६/०७७ मा १२७ रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा यो संख्या वढेर १५१ मा पुगेको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा नया प्रयोगकर्ताको संख्या बढेर १७० जना पुगेको छ ।

समस्याहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
• **नियमित रुपमा प.नि.साधन उपलब्ध नहुनु ।**	• नियमित र पर्याप्त रुपमा परिवार नियोजन साधनको आपूर्ति हुनु पर्ने ।	• स्वास्थ्य कार्यालय खोटाङ
• **पर्याप्त तालिम प्राप्त जनशक्ति नहुनु ।**	• तालिमको व्यवस्था गर्नु पर्ने	• रा.स्वा.ता.केन्द्र
• **सेवामा पहुच नभएको**	• ११ वटै वडाहरुबाट सेवा प्रदान गर्नु पर्ने	• नगरपालिका

६. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम
(Safemotherhood Programme)

६.१ पृष्ठभूमि

नेपालको संविधान २०७२ ले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक हकको रुपमा स्थापित गरेको छ । सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन् स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ तथा जन स्वास्थ्य ऐन २०७५ ले प्रजनन स्वास्थ्य तथा सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशु स्वास्थ्यलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा मार्फत हरेक नागरीकलाई निःशुल्क रुपमा सेवा पुर्याउने लक्ष्य लिएको छ। संविधान तथा ऐनले प्रदत गरेको अधिकार तथा हकमा महिलाहरुको बच्चा जन्माउने क्रममा ज्यान जान दिनु हुदैन भन्ने कुरालाई नेपाल सरकारले धेरै महत्व दिएको छ ।

तालिम प्राप्त दक्ष प्रसूतिकर्मीहरूको माध्यमबाट प्रसुति गराउन सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम दिइरहेको छ । २४ घण्टा प्रसुति सेवा प्रदान गर्न प्रसुति केन्द्रहरू स्थापना गरी स्वास्थ्यकर्मीहरूको समेत व्यवस्था गर्दै आएको छ। सरकारले तोकेको स्वास्थ्य संस्थामा निःशुल्क प्रसुति सेवा दिने र ती स्वास्थ्य संस्थाहरूमा प्रसुति सेवा लिन आउने महिलाहरूलाई प्रसुति प्रोत्साहन रकमको व्यवस्था गरेर सेवाको माग बृद्धि गर्ने कार्यक्रम समेत संचालन गदै आएको छ ।

६.२ उद्देश्य

- दक्ष प्रसुतिकमीद्वारा स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति गराउने महिलाहरूको संख्यामा बृद्धि गराउने ।
- समुदाय स्तरमा आमा तथा नव शिशुको खतराजनक जटिलताहरू जस्तैः- सुत्केरी अवस्थामा हुने रक्तस्राव, Eclampsia, नवशिशुको श्वासप्रश्वासमा हुने कठिनाई र संक्रमणको रोकथाम तथा ब्यवस्थापन गराउने ।
- दक्ष प्रसुतिकर्मिहरूबाट सेवा पाउन नसकेका महिलाहरूलाई सम्भव भएसम्म स्थानीय स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूबाट गर्भवति सेवा, परिवार नियोजन सेवा, सुत्केरी सेवा आदी उपलब्ध गराउन सक्षम बनाउने ।

- जटिल गर्भवति एवम प्रसुति अवस्थाहरू समयमानै पहिचान गरी प्रेषण गर्न सक्ने बनाउने ।
- जोखिमपूर्ण अवस्थाका महिलाहरूलाई उपचार गर्नका लागि समयमा नै उपयुक्त केन्द्रमा प्रेषण गर्न आकस्मिक संचार र यातायातको ब्यवस्थापन गर्ने ।

६.३ सेवा प्रगति विश्लेषण

पूर्व प्रसब सेवा (Antenatal Care)

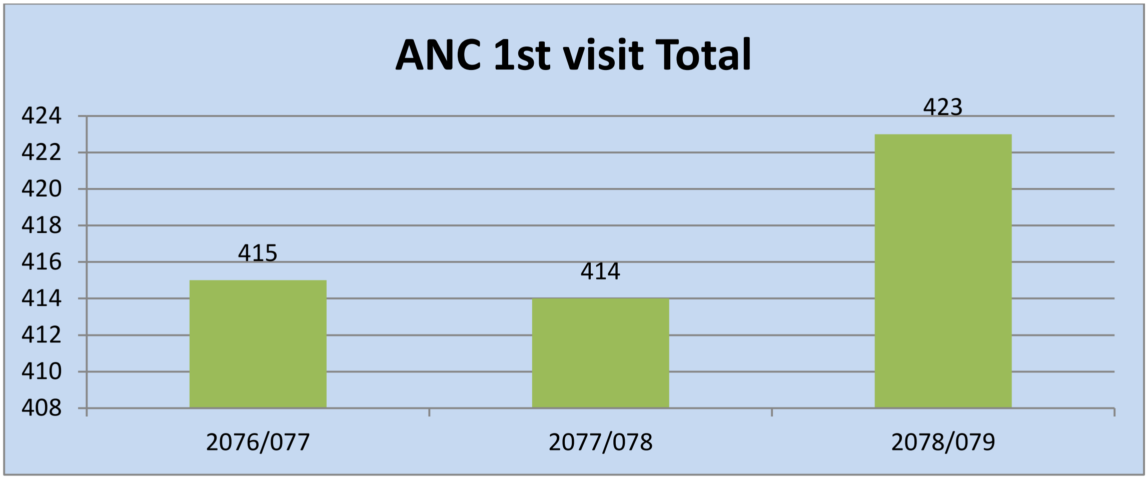
पूर्व प्रसब सेवामा निम्न सेवाहरू पर्दछन् :

- गर्भवति अबस्थामा कम्तीमा ४ पटक गर्भ जाँच गराउने ।
- रक्तचाप, तौल तथा शिशुको ह्रदय गति (Fetal Heart Sound) को अनुगमन गर्ने ।
- सूचना तथा संचारको माध्यम बाट गर्भवती,प्रशुती तथा सुत्केरी अबस्थामा हुन सक्ने खतराका चिन्हहरू तथा नवजात शिशु एबं सुत्केरी आमाको हेरचाह लगायत स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्ने अबस्थाको बारेमा जानकारी गराउने ।
- सुत्केरी को लागि आवश्यक तयारी तथा पहिचान गर्ने (दक्षप्रशुतीकर्मी, पैसा, यातायात तथा रगत दिने ब्यक्ति)
- टिडी खोप, आईरन चक्की, जुकाको औषधी सबै गर्भवती महिलालाई उपलब्ध गराउने ।

६.४ सूचकहरुको विश्लेषण:

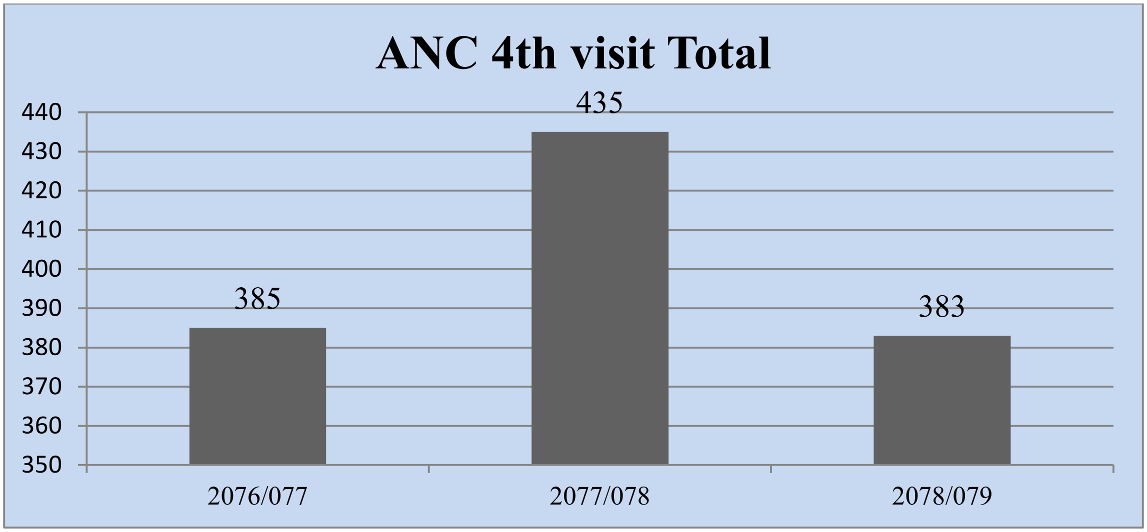
सुरक्षित मातृत्व

प्रथम गर्भवती भेट गरेको संख्या: ANC 1st visit Total



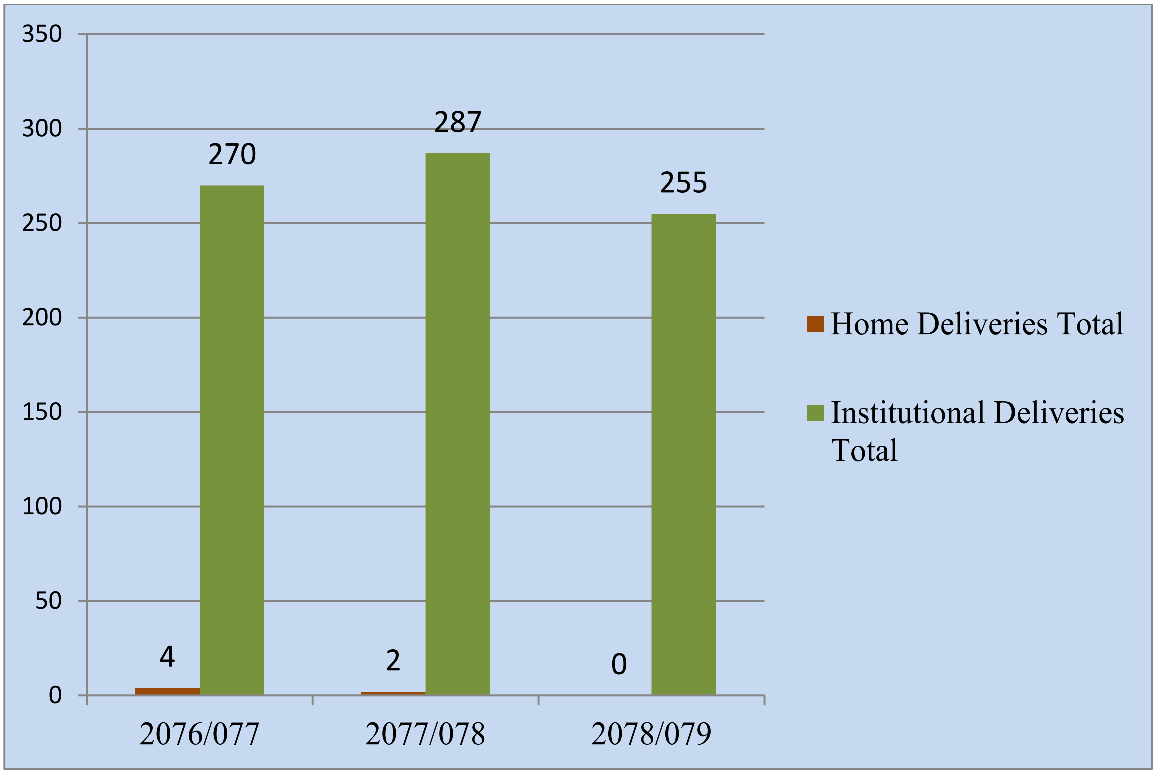
प्रथम पटक गर्भवती जाँच गराउने गर्भवती आमाहरुको संख्या विगत तिन आ.व.मा मिश्रित प्रकारको देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ४१५ जना गर्भवती आमाहरुले प्रथम पटक गर्भ जाच गराएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ४१४ रहेकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा ४२३ जना गर्भवती आमाहरुले गर्भ जाच गराएका थिए ।

चौथो पटक गर्भ जाँच:



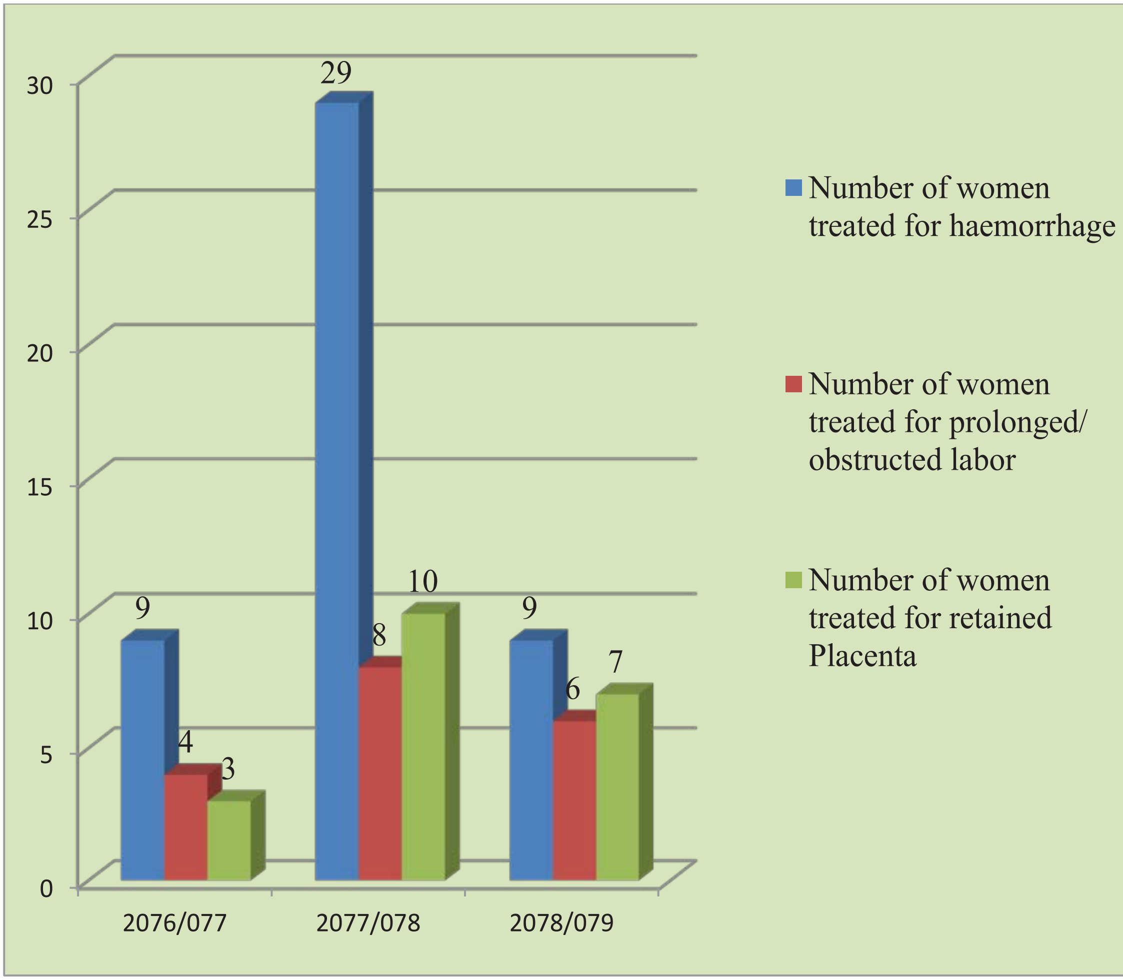
चौथो पटक गर्भवती जाँच गराउने गर्भवती आमाहरुको संख्या विगत तिन आ.व.मा मिश्रित प्रकारको देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ३८५ जना गर्भवती आमाहरुले चौथो पटक गर्भ जाच गराएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ४३५ रहेकोमा आ.व. ०७८/०७९ मा ३८३ जना गर्भवती आमाहरुले गर्भ जाच गराएका थिए ।

घरतथा स्वास्थ्य संस्थामै सुत्केरी हुने संख्याः



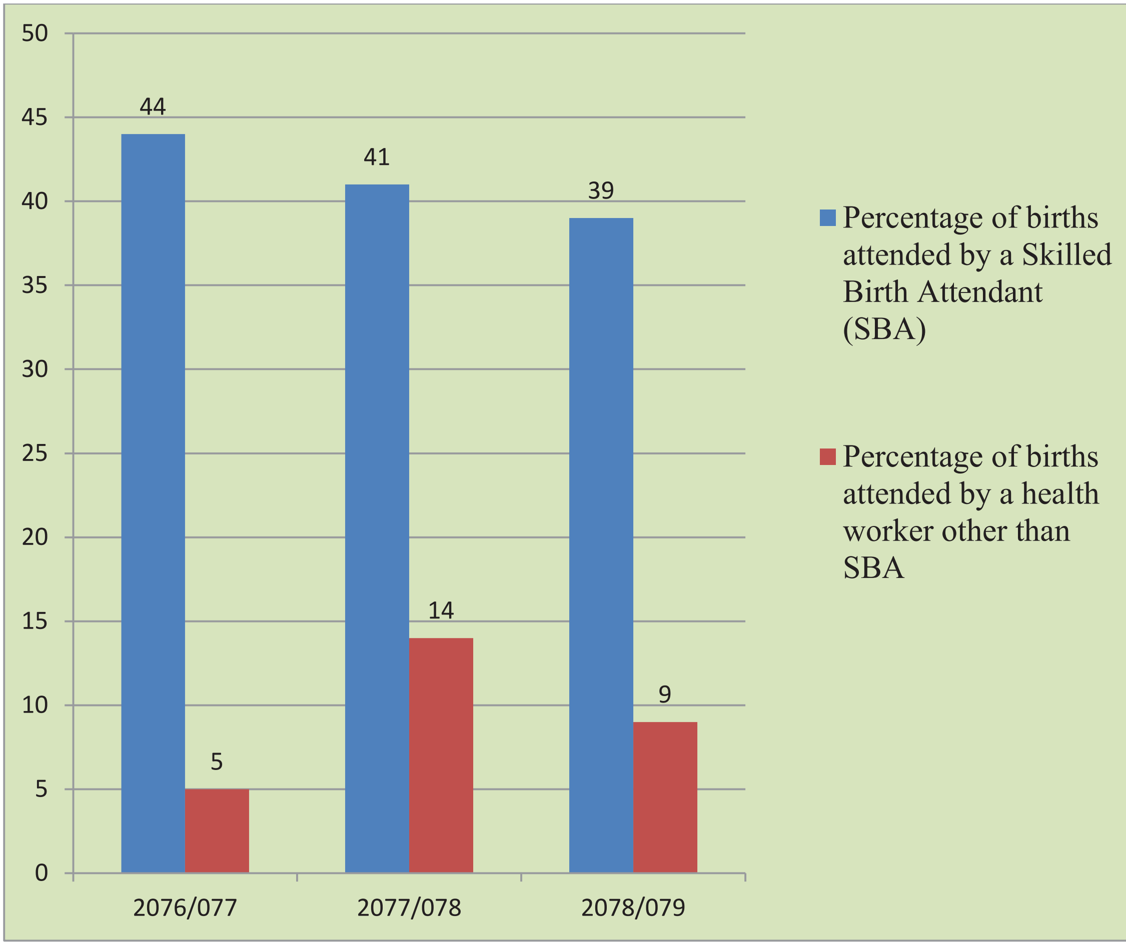
घरमा नै सुत्केरी हुने आमाहरुको संख्या विगत तिन आ.व.मा घट्दो क्रममा देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ४ जना रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा २ जना गर्भवती आमाहरुले घरमा नै सुत्केरी गराएका थिए भने०७८/०७९ मा शुन्य प्रतिशत रहेको छ । स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुनेको संख्या आ.व. ०७६/०७७ मा २७० थियो भने आ.व. ०७७/०७८मा २८७ र आ.व. ०७८/०७९ मा २५५ रहेको छ ।

गर्भावस्थामा देखिएका जटिलताहरु:



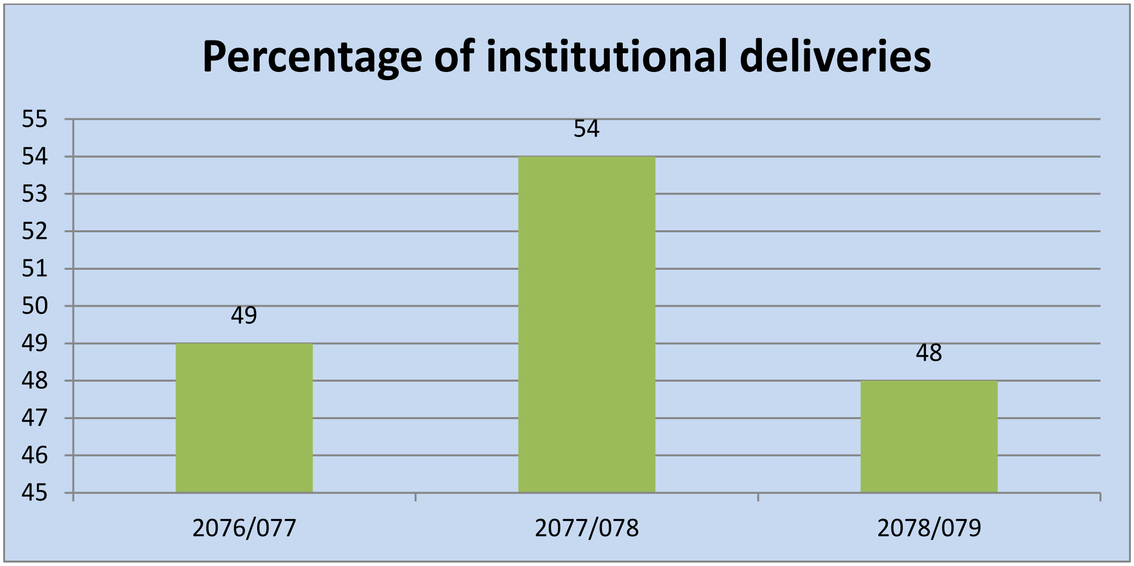
गर्भावस्थामा देखिएका जटिलताहरु मध्ये आ.व. ०७६/०७७ मा ९ जना सुत्केरी आमाहरुलाई रक्तश्रावको उपचार गरिएको थियो भने ४ जना आमाहरुमा लामो व्यथा तथा बाधा भएको सुत्केरी गराईएकोमा ३ जना आमाहरुमा सालनाल अडकिएकोको उपचार गरिएको थियो । त्यस्तै आ.व.०७७/०७८ मा रक्तश्राव २९ जनामा, ८ जनामा लामो व्यथा र १० जनामा सालनालको समस्या देखिएको थियो भने आ.व. ०७९/०७९ मा ९ जना रक्तश्रावको समस्या, ६ जनामा लामो व्यथा र ७ जनामा सालनालको समस्या देखिएको थियो ।

प्रसुती अवस्थामा सहयोग:



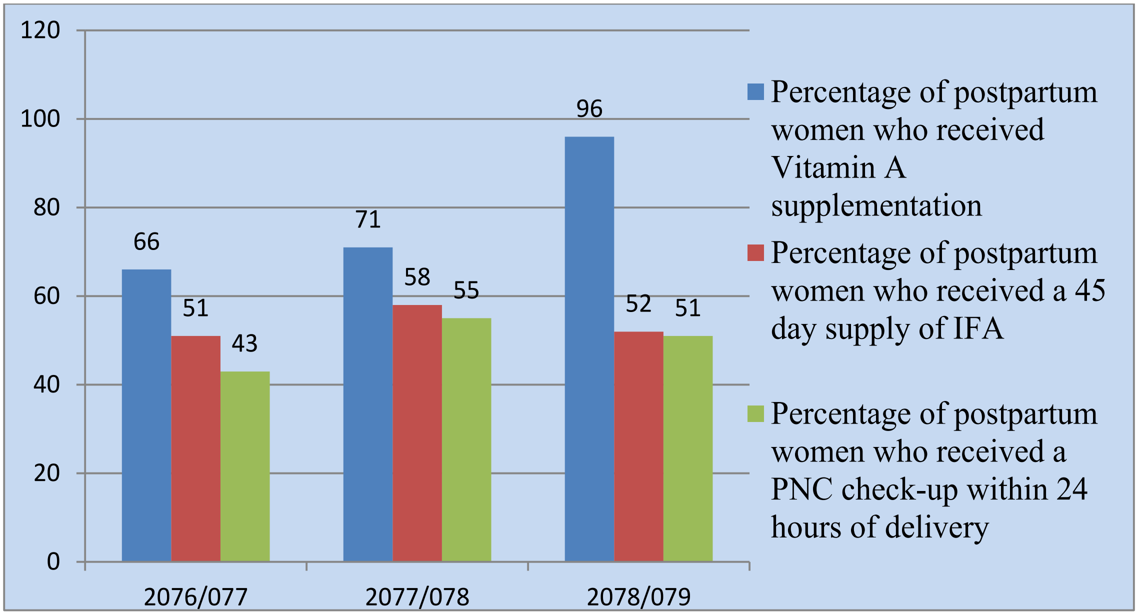
दक्ष प्रसुतीकर्मीबाट सुत्केरी हुनमा सहयोग विगत तिन आ.व.मा घटदो क्रममा देखिएको छ भने स्वास्थ्यकर्मीहरुबाट सुत्केरी गराउने संख्या मिसित्र क्रममा देखिएको छ । आ.व. ०७६/०७७ मा दक्ष प्रसुतीकर्मीबाट ४४ प्रतिशत सुत्केरी गराउनमा सहयोग गरिएको थियो भने ५ प्रतिशत स्वास्थ्यकर्मीबाट सुत्केरी गराउनमा सहयोग भएको थियो । आ.व. ०७७/०७८ मा दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट ४१ प्रतिशत सुत्केरी भएकोमा स्वास्थ्यकर्मीबाट १४ प्रतिशत सुत्केरी भएको थियो । आ.व.०७८/०७९ दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट ३९ प्रतिशत प्रसुती भएको थियो भने स्वास्थ्यकर्मीबाट ९ प्रतिशत सुत्केरी गरिएको थियो ।

संस्थागत सुत्केरी हुनेको प्रतिशतः



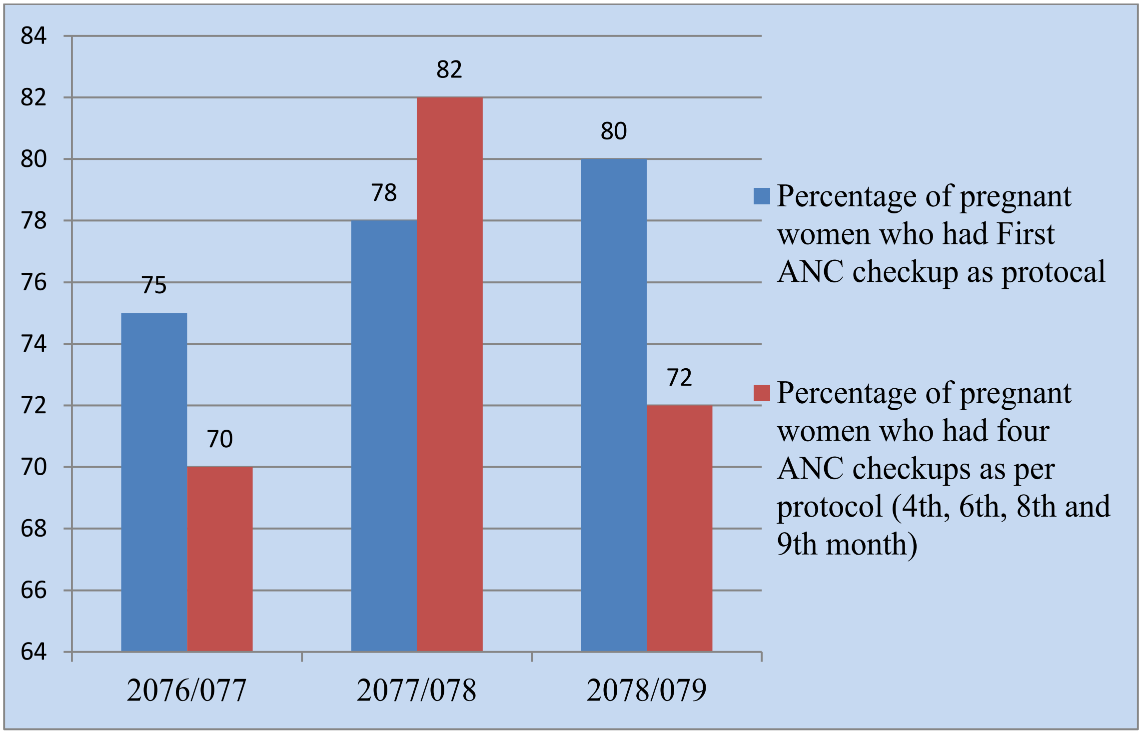
संस्थागत सुत्केरी हुनेको प्रतिशत विगत ३ आ.व.मा मिश्रित प्रकारको प्रगती देखिएको छ। आ.व. ०७६/०७७ मा ४९ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७७/०७८ मा वढेर ५४ प्रतिशत थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा ४८ प्रतिशत संस्थागत सुत्केरी भएको थियो ।

सुत्केरी आमाहरुको जाँच तथा भिटामिन ए र आईरन चक्की वितरणः



सुत्केरी भएको २४ घण्टामा स्वास्थ्य जाँच गराउने आमाहरुको प्रतिशत आ.व. ०७६/०७७ मा ४३ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७७/०७८ मा घटेर ५५ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७८/०७९ मा बढेर ५१ प्रतिशत रहेको छ । सुत्केरी आमाहरुलाई भिटामिन ए खुवाईएको प्रतिशत आ.व. ०७६/०७७ मा ६६ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७७/०७८ मा ७१ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७८/०७९ मा बढेर ९६ प्रतिशत रहेको छ। सुत्केरी आमाहरुलाई आईरन चक्की वितरण गरिएको प्रतिशत आ.व. ०७६/०७७ मा ५१ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७७/०७८ मा ५८ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७८/०७९ मा झरेर ५२ प्रतिशत रहेको छ।

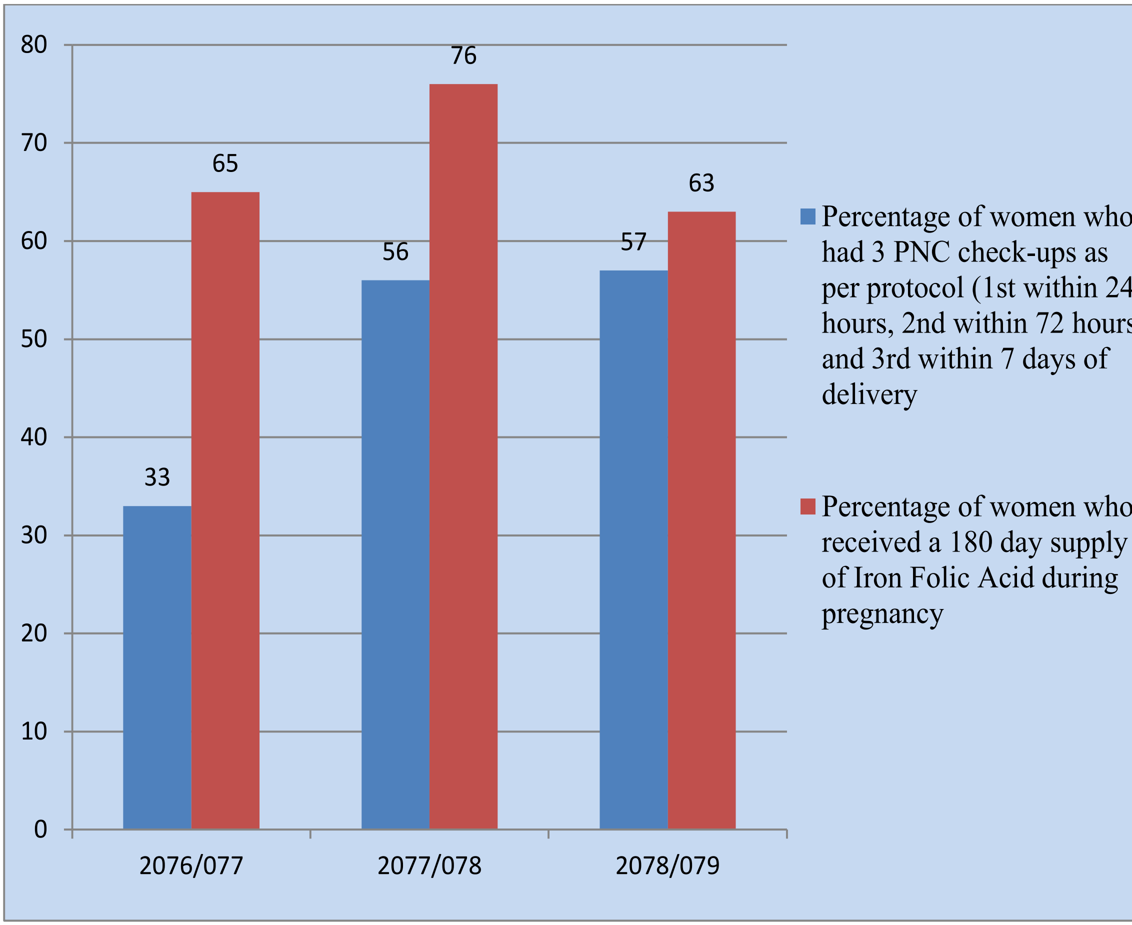
गर्भवती आमाहरुको गर्भजाँचः



प्रोटोकल अनुसार गर्भ भएको चौथौ महिनामा पहिलो पटक गर्भ जाँच गराउने गर्भवती आमाहरुको प्रतिशत आ.व. ०७६/०७७ मा ७५ रहेकोमा सोहि आ.व.मा चौथौ पटक गर्भ जाँच गराउने गर्भवती आमाहरुको गर्भ जाँच गराउने प्रतिशत ७० रहेको छ। आ.व. ०७७/०७८ मा प्रथम पटक गर्भ जाँच गराउने ७८ प्रतिशत छ भने चौथो पटक गर्भ जाँच गराउने प्रतिशत ८२ रहेको

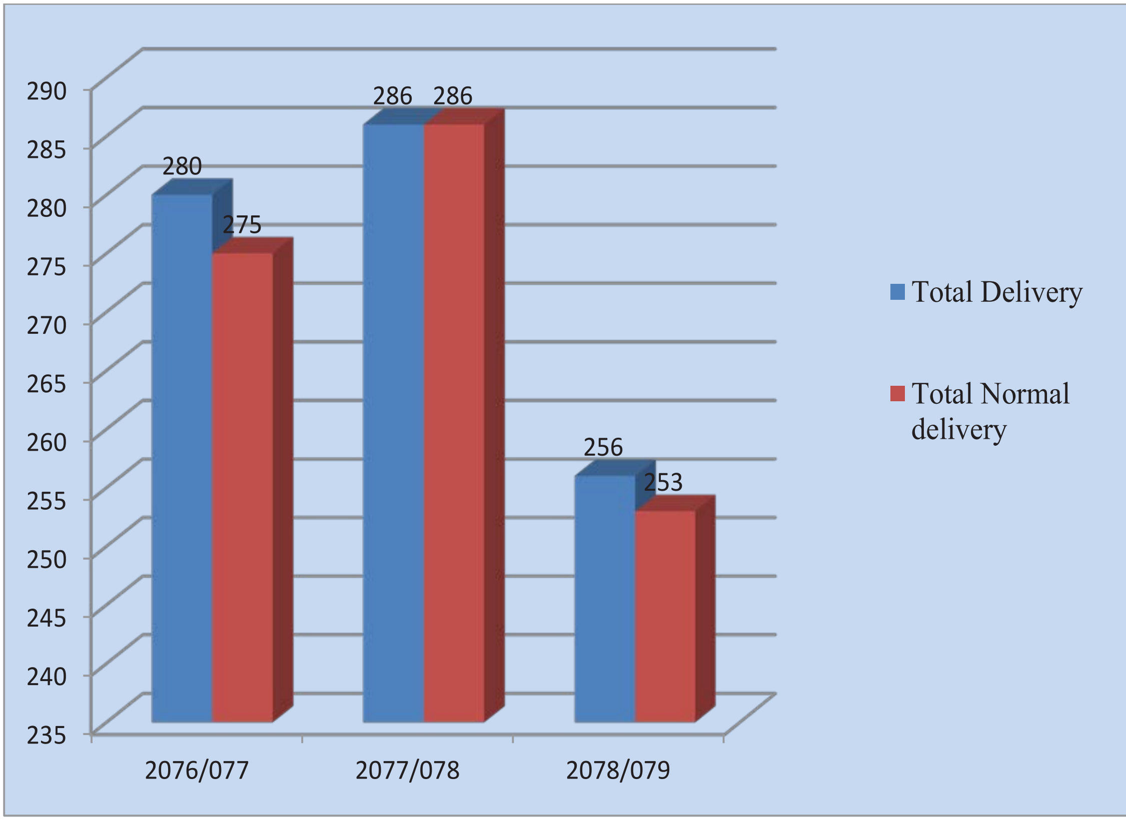
छ। आ.व. ०७८/०७८ मा पहिलो पटक गर्भ जाँच गराउने प्रतिशत ८० रहेको छ भने चौथो पटक गर्भ जाँच गराउने प्रतिशत ७२ रहेको छ।

प्रसुती जाँच तथा आईरन चक्की वितरण:



आ.व. ०७६/०७७ मा शिशु जन्म भएको २४ घण्टामा, तिन दिन भित्रमा र सातौ दिामा गरी जम्मा तिन पटक सुत्केरी जाँच गराउनेको प्रतिशत ३३ छ भने आ.व. ०७७/०७८ मा ६५ रहेको छ भने आ.व. ०७८/०७९ मा ५७ प्रतिशत रहेको छ। १८० आईरण चक्की प्राप्त गर्ने सुत्केरी आमाहरुको प्रतिशत क्रमश आ.व. ०७६/०७७ मा ६५ प्रतिशत छ भने आ.व. ०७७/०७८ मा ७६ प्रतिशत र आ.व. ०७८/०७९ मा ६३ प्रतिशत रहेको छ।

जम्मा प्रसुती संख्या:



आ.व.०७६/०७७ मा जम्मा २८० जना सुत्केरी भएकोमा २७५ जना सुत्केरी नर्मल भएको थियो भने आ.व. ०७७/०७८ २८६ जना जम्मा सुत्केरी भएकोमा सवै जनालाई नर्मल डेलिभरी भएको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा २५६ जना सुत्केरी भएकोमा २५३ जनालाई नर्मल डेलिभरी भएको थियो ।

६.७ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको मुख्य समस्याहरु र सुधारको लागि गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरु

कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्याहरु	कार्य प्रगति सुधारको लागि गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरु
• 4th ANC Visit को बारेमा जन चेतनाको कमी	• जनचेतना अभिवृद्धि गर्न आवश्यक कार्यक्रम तथा वजेटको व्यवस्था गर्नु पर्ने

७. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम
(Female Community Health Volunteer Program)

७.१ पृष्ठभूमि

स्वास्थ्य सेवामा समुदाय तथा महिलाहरूको पहुँच बढाउन २०४५।०४६ साल देखी म.स्वा.से. कार्यक्रमको सुरूवात भएको हो । सुरूमा यो कार्यक्रम २७ वटा जिल्लाबाट सुरूवात गरिएको थियो र हाल ७७ वटै जिल्लामा यो कार्यक्रम संन्चालन भएको छ । यो कार्यक्रममा म.स्वा.स्व.से.हरूको संख्या निर्धारण दुई प्रकारवाट भएको थियो ।

- वडामा आधारित
- जनसंख्यामा आधारित

साविकको गा.वि.स.को प्रत्येक वडामा एक जना रहने गरी ४७ जिल्लाहरूमा म.स्वा.स्व.से.को संख्या निर्धारण भएको छ भने बाँकी २८ वटा जिल्लामा जनसंख्याको आधारमा म.स्वा.स्व.से. छनौंट गरी कार्यक्रम संचालन भई रहेको छ । शहरी स्वास्थ्य अन्तर्गत पनि नगरपालीकाहरूमा जनसंख्याको आधारमा म.स्वा.से. छनौट गरी कार्यक्रम भईरहेको छ ।

यस म.न.पा. को ११ वटा वडाहरुमा जम्मा १२८ जना म.स्वा.स्व.से.हरू कार्यरत छन् । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको मुख्य कार्य ग्रामिण क्षेत्रमा रहेका जनताको स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा बृद्धी गर्नु तथा स्वास्थ्य ब्यवहारमा परिवर्तन गराई स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउनु रहेको छ । सुरक्षित मातृत्व, बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, प्राथमिक उपचार तथा स्वास्थ्य सम्बन्धि बिबिध कार्यक्रमहरूमा सहयोग पुर्याउनु पनि रहेको छ । समुदायमा स्वास्थ्य शिक्षा दिनुको साथै कण्डम, पिल्स, जिवनजल, जिंक चक्की, आईरन चक्की, भिटामिन ए र प्राथमिक उपचारका औषधिहरू म.स्वा.स्व.से.द्वारा वितरण भई रहेका छन् ।

७.२ ध्येय

- महिलालाई शसक्तीकरण गरी उनीहरूको स्वास्थ्य सम्बन्धि ज्ञान तथा क्षमतामा अभिबृद्धि गरी स्वास्थ्य सम्बन्धि जनचेतना प्रवर्धन गर्ने ।

- राष्ट्रले संचालन गरेका विभिन्न जन स्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरूमा समुदायको सहभागिता जुटाई राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्न सहयोग पुर्याउने ।

७.३ उद्देश्य

- स्वास्थ्य कार्यक्रमको लागि स्थानीय व्यक्तिको रुपमा स्वंय उत्प्रेरित स्वयं सेवक तयारी गर्ने ।
- समुदाय र स्वास्थ्य सेवाको बिचमा स्वयंसेवकको रूपमा रही पुलको काम गर्ने ।
- स्वास्थ्य स्थितिमा सुधारका लागि स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू कार्यान्वयन गर्न सहयोग पुर्याउने ।
- स्वयं सेविकाहरुलाई स्वास्थ्यको लागि उत्प्रेरकको रुपमा विकास गर्ने ।
- स्वास्थ्यको लागि माग बढाई स्वास्थ्य सेवाको उपयोगिता बृद्धि गर्ने ।

७.४ रणनीतिहरू

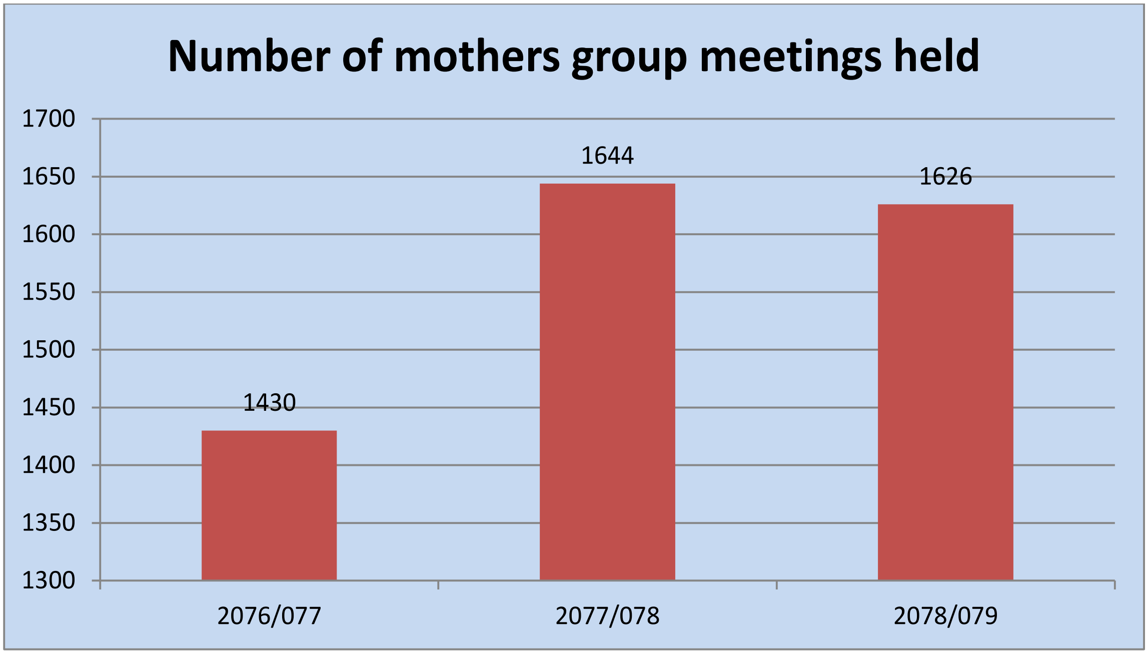
- स्वास्थ्य सम्बन्धिआमा समुहको गठन तथा पुनरजागरण गरी आमा समुहलाई सक्रिय बनाउने ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई तालिम दिई क्षमता अभिबृद्धी गर्न ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको कार्य प्रगतिको समीक्षा गर्न वर्षमा २ पटक बैठक गर्ने ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई आफनो काममा अझ उत्प्रेरित गर्न उनीहरूलाई लक्षित गरी उत्प्रेरणाका कार्यक्रमहरू संचालन गर्न ।
- कार्यक्रमलाई दिगोपना दिन म.स्वा.से.कोष स्थापना गरी उक्तकोषलाई बृद्धी गर्दै जाने ।
- म.स्वा.से.हरूलाई राज्यबाट दिने सेवा सुविधा अभिबृद्धी गर्ने ।

७.५ आ.व. २०७७/०७८ मा सम्पन्न गरिएका प्रमुख क्रियाकलाप

७.६ सेवा प्रगतिको विश्लेषण

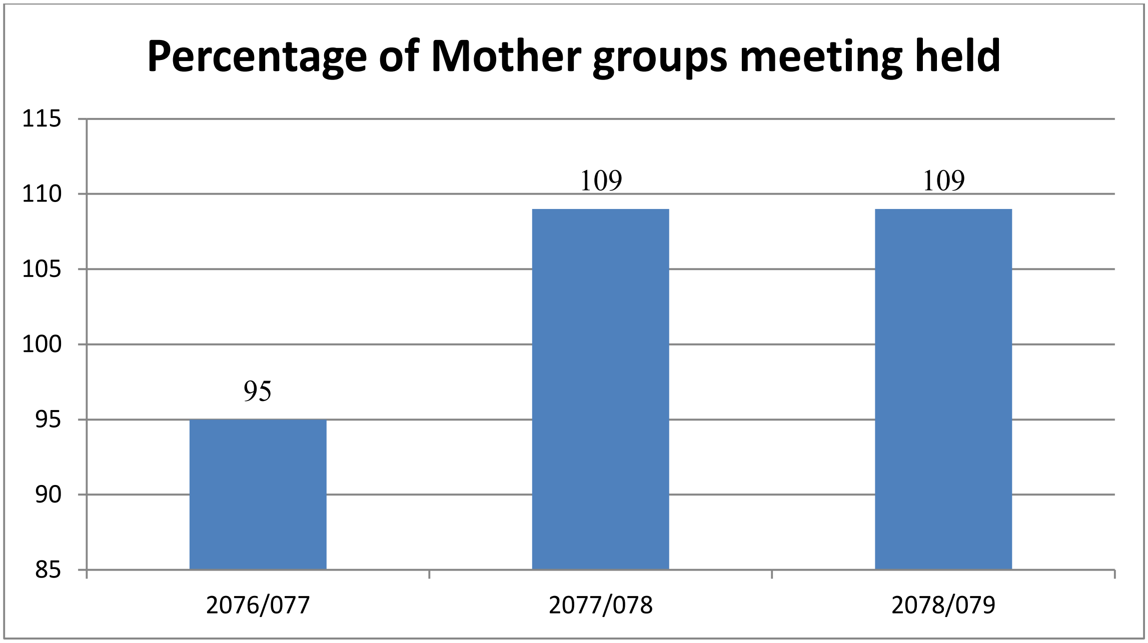
आमा समूहको बैठक बसेको संख्याः

प्रत्येक महिनाको एक पटक म.स्वा.स्व.से द्धारा आफनो कार्य क्षेत्रमा आमा समूहको बैठक बसी स्वास्थ्यका कार्यक्रमहरुको बारेमा छलफल गरी प्रगतीहरु तथा गर्नु पर्ने कार्यहरुको बारेमा छलफल गर्ने गरिन्छ ।



आ.व. ०७६/०७७ मा यस नगरपालिका भित्रका म.स्वा.स्व.से.हरु द्वारा १४३० पटक आमा समूहको बैठक बसेको थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा १६४४ पटक बैठक बसिएकोमा यस आ.व. ०७८/०७९ जम्मा १६२६ पटक आमा समूहको बैठक बसीएको थियो ।

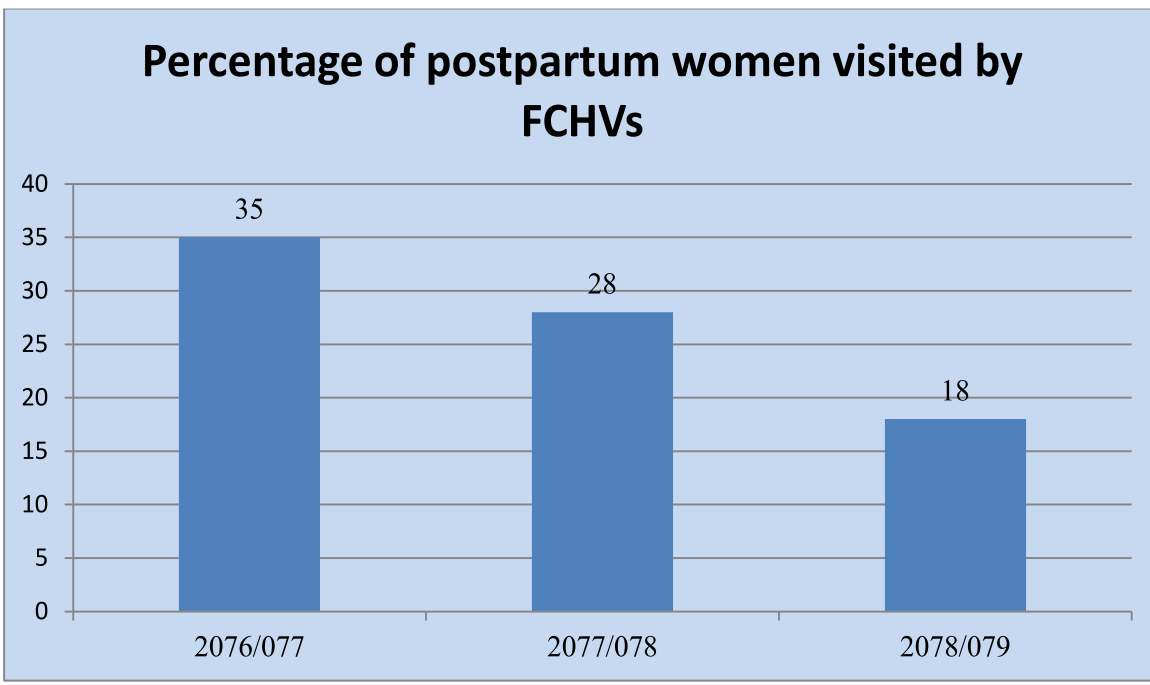
आमा समूहको बैठक बसेको प्रतिशत



आ.व. ०७६/०७७ मा ९५ प्रतिशत आमा समूहको बैठक संचालन भएको थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा शत प्रतिशत बैठक बसेको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा लक्ष्य अनुसार शत प्रतिशत बैठक बसेको थियो ।

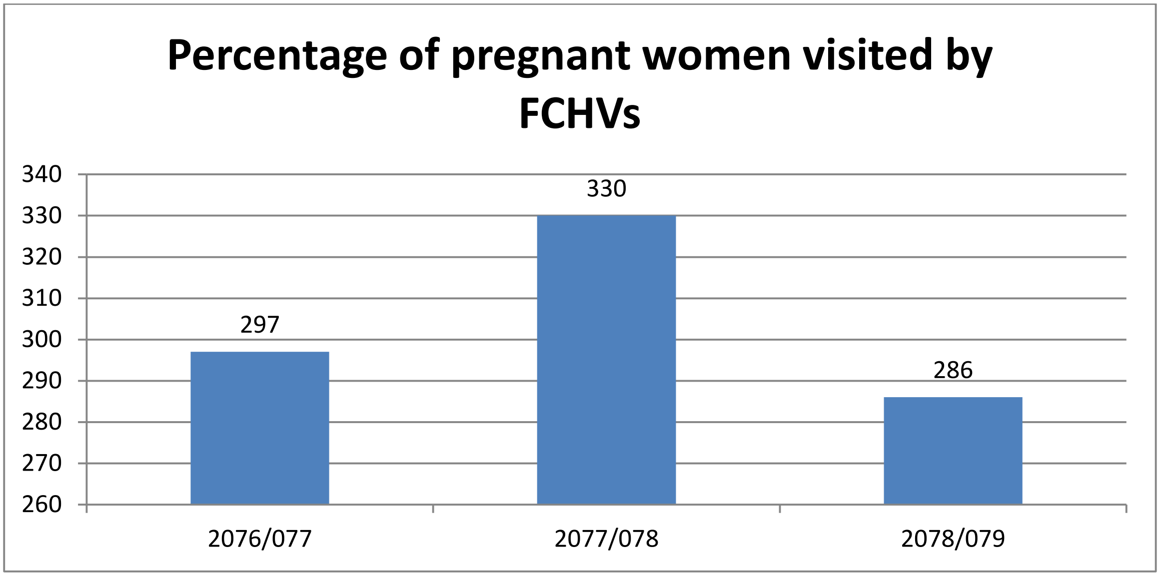
म.स्वा.स्व.से. द्धारा प्रसुती आमालाई घरभेट कार्यक्रम:

प्रसुती भएको दिन, प्रसुती भएको तेस्रो, सातौ तथा २८औ दिनमा प्रसुती आमा तथा नवजात शिशुहरुको स्याहार तथा स्वास्थ्य अवस्थाको जानकारी लिनको लागि म.स्वा.स्व.से. द्धारा घर भेट गरिन्छ ।



प्रसुती आमाहरुलाई म.स्वा.स्व.से द्धारा भेट गरी स्वास्थ्य अवस्था बारे जानकारी लिनको लागि विगत तिन वर्षको दर हेर्दा घटदो क्रममा देखिन्छ । आ.व. ०७६/०७७ मा ३५ प्रतिशत थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा २८ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.व. ०७८/०७९ मा यो प्रतिशत घटेर १८ मा झरेको छ ।

म.स्वा.स्व.से. द्वारा गर्भवती आमाहरुलाई घरभेट कार्यक्रम:



गर्भवती आमाहरुलाई महिला स्वास्थ्य स्वय सेविकाहरु द्वारा घरभेट कार्यक्रम विगत तिन आर्थिक वर्षमा नै शत प्रतिशत रहेको छ ।

६.७ म.स्वा.से. कार्यक्रमको देखिएका मुख्य उपलब्धी, समस्या, कारण र सुधारको लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु

समस्या हरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
➢ **कतिपय म.स्वा.से.को कार्य सम्पादन प्रभावकारी नभएको ।**	➢ म.स्वा.से.को उत्प्रेरणा रकम वृद्धि गरी सम्मानजनक विदाई एवं शिक्षित र समर्पित नयाँ म.स्वा.से.को चयन गर्नु पर्ने	➢ नगरपालिका

८. गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम
(Primary Health Care Out Reach Clinic)

८.१ पृष्ठभुमिः

नेपाल सरकारले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई जनताको घर दैलोमा पुर्याउने नीति अनुरूप मौजुदा स्वास्थ्य संरचनाले सम्पूर्ण जनताको पहुचमा स्वास्थ्य सेवा पुग्न नसकेको महशुस गरी आ.ब. २०५२/२०५३ सालमा गाउँघर क्लिनिकको स्थापना गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरू दिदै आएको छ। एउटा साविकको गा.वि.स.मा ३ देखि ५ वटा सम्मगाउँ घर क्लिनिक संचालनगर्ने रणनीति रहेको छ । स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरू द्वारा यी क्लिनिकहरू संचालन गरिन्छन् भने ती क्लिनिकहरूबाट निम्न सेवाहरू उपलब्ध गराईन्छ .

- परिवार नियोजन सेवा .
- मातृशिशु सेवा .
- बृद्धिअनुगमन .
- झाडापखालानियन्त्रण र उपचार
- आकस्मिकश्वासप्रश्वास रोगको उपचार .
- स्वास्थ्यशिक्षा
- सामान्यउपचार .
- प्रेषण

८.२ उद्देश्य

- आधारभुत स्वास्थ्य सेवाहरू जनताको घर दैलोमा पुऱ्याउने .
- स्वास्थ्य सेवामा स्थानीय स्तरबाट जनसहभागीता जुटाउने .
- स्थानीय स्तरमा उपलब्ध हुने साधन श्रोतलाई स्वास्थ्य सेवाको लागि परिचाल नगर्ने .
- स्वास्थ्य संस्थालाई राम्ररी संचालन तथा ब्यवस्थापन गर्न स्थानिय स्तरमा नेतृत्वको विकाश गर्ने .

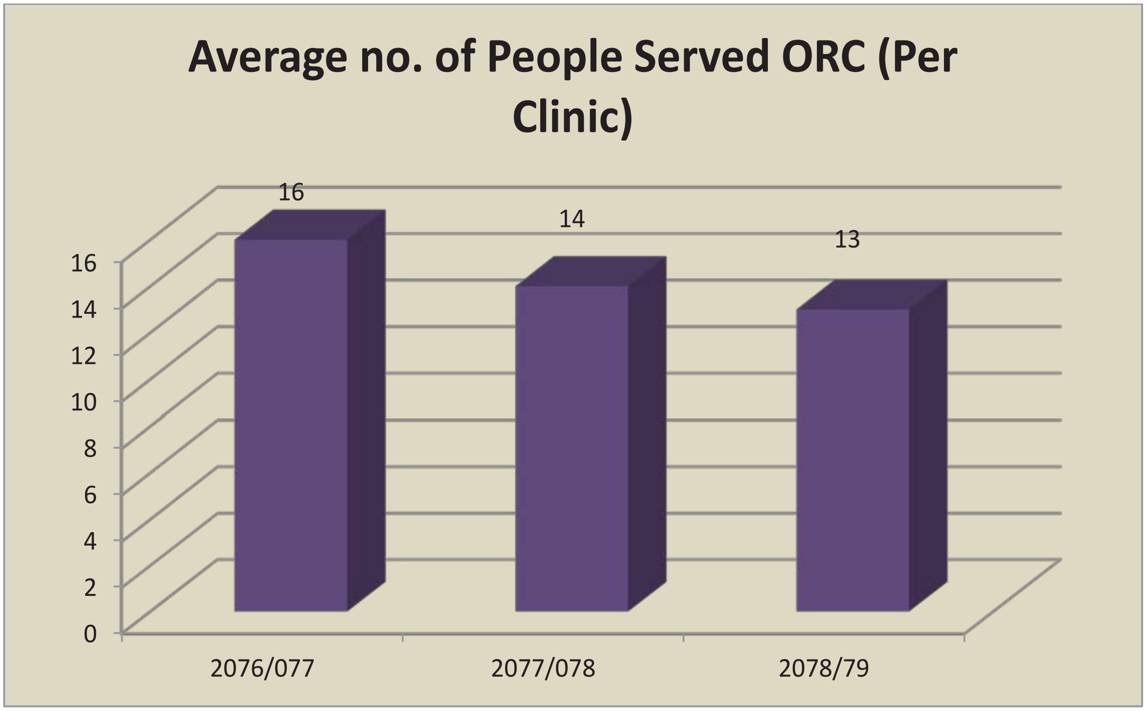
८.३ रणनीतिहरू

- प्रत्येक साविकरको गा.वि.स.मा ३ देखि ५ वटा सम्म गाउँघर क्लिनिक स्थापनागर्ने .
- क्लिनिक संचालन तथा ब्यवस्थापन गर्न स्थानीय स्तरमा क्लिनिक ब्यवस्थापन समिति बनाउने .

- क्लिनिक संचालन गर्ने स्थान, मिति र समय निर्धारणगर्ने .
- क्लिनिक संचालनको लागि स्थानीय स्वास्थ्यकमीलाई जिम्मेवारी दिने .
- क्लिनिक संचालनको लागी आवश्यक औषधि तथा उपकरणको आपूर्ति व्यवस्थापन गर्ने .
- क्लिनिक संचालन तथा व्यवस्थापन समितिका सदस्यहरूलाई अभिमुखीकरण गर्ने .
- क्लिनिकको अनुगमन सुपरिवेक्षण गर्ने र आवश्यकता अनुसार क्लिनिक थपघट गर्ने .
- क्लिनिकबाट दिइने सेवाहरू बारे जनसाधारणमा ब्यापक प्रचार गर्ने .
- क्लिनिकको लागी चाहिने भौतिक सामाग्री स्थानिय स्तरबाट ब्यवस्थापन गर्न अभिप्रेरित गर्ने ।

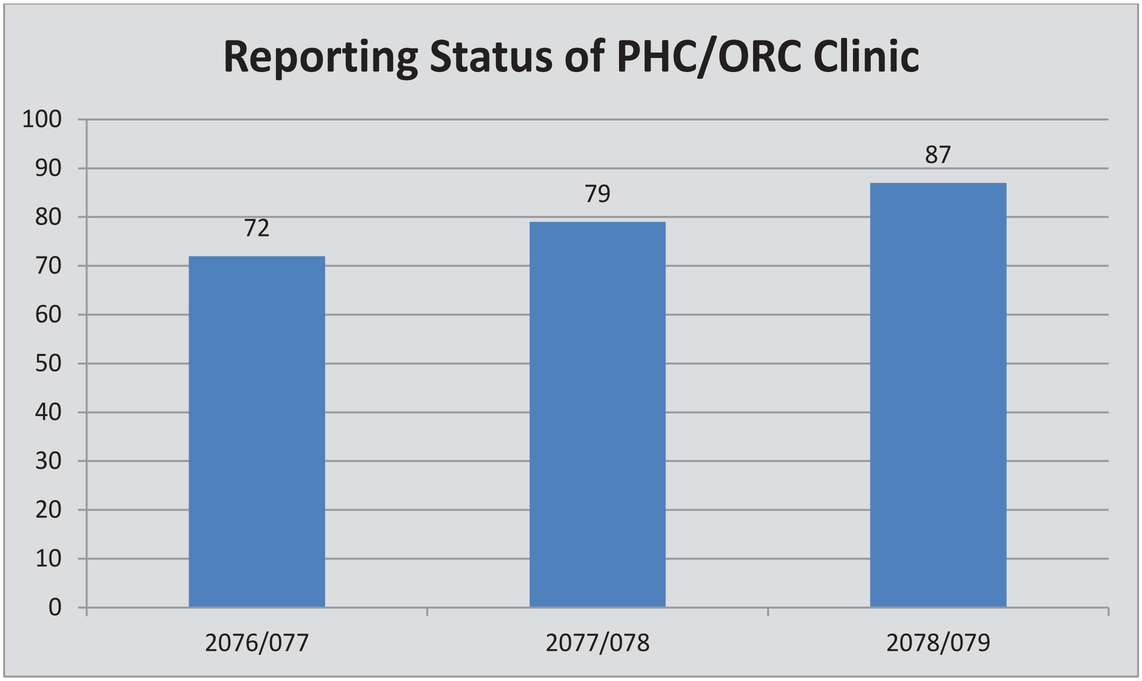
४.४ सेवाप्रगतिविश्लेषणसुचकहरु:

गाउँघर क्लिनीकबाट सेवा लिने औंषत सेवाग्राहीको संख्या Average clients Served per clinic .



आउट रिच क्लिनीकबाट औषत रुपमा सेवा दिएको संख्या आ.व. ०७६/०७७ मा १६ जना रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा औषत संख्या १४ रहेको र आ.व. ०७८/०७९ मा औषतमा १३ जना सेवाग्राहीलाई सेवा दिएको पाईएको छ ।

गाँउघर क्लिनीकको रिपोर्टिंग अवस्था



आ.व. २०७६।०७७ मा गाँउघर क्लिनीकबाट रिपोर्टिंग अवस्था ७२ प्रतिशत थियो भने आ.व. २०७७।०७८ मा ७९ प्रतिशत र आ.व. २०७८।०७९ मा ८७ प्रतिशत रहेको छ । विगत ३ आ.व. मा रिपोर्टिंग अवस्था कम भएको कारण कोभिड १९ महामारीको कारण गाँउघर क्लिनीक संचालन नभएर पनि हुन सक्छ ।

८.५ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको देखिएका मुख्य उपलब्धी, समस्या, कारण र सुधारको लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु

समस्या हरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकायहरु
➢ गाउँघर क्लिनिकका निरन्तर रुपमा संचालन नभएको	➢ निरन्तर रुपमा संचालन गर्नु पर्ने	➢ स्थानीय निकाय
➢ गाउँघर क्लिनिक संचालनगर्न भौतिक पूर्वाधारको कमी	➢ क्लिनिक संचालन गर्न उपयुक्त भवनको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने	➢ वडा कार्यालय तथा महानगरपालिका

९. रोग नियन्त्रण कार्यक्रम
(Disease Control Programme)

९.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Malaria Control Programme)

९.१.१ पृष्ठभूमी (Background)

नेपालमा औलो नियन्त्रणका कार्यक्रमहरू सन् १९५४ मा अमेरिकी सहयोग नियोगको सहयोगमा सुरूवात गरिएको हो । उक्त आयोजनाको मूल उद्देश्य मध्ये तराईका जिल्लाहरूमा देखिएको औलोको प्रकोप नियन्त्रण गर्नु रहेको थियो । नेपालको प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको औलो रोग उन्मुलन गर्ने उद्देश्य सहित सन् १९५८ देखि सुरूवात भएको नेपाल औलो उन्मूलन संघ नेपालको पहिलो जनस्वास्थ्य कार्यक्रमको रूपमा चिनिन्छ । विविध कारणले उक्त उद्देश्य पूरा हुन नसक्ने देखिएको हूँदा सन् १९७८ देखि औलो उन्मूलन कार्यक्रम परिवर्तन गरी औलो नियन्त्रण कार्यक्रमको रूपमा संचालित भइरहेको छ ।

औलो रोगले निम्न आय भएका हजारौं निमुखा जनताको स्वास्थ्यमा असर पारेको छ । गर्भवती महिला र बालबालिकाहरू यस रोगवाट वढि प्रभावित छन् । औलो नेपालका साविकका ७७ जिल्लाहरू मध्ये ६५ जिल्लाहरूमा पाइएको छ । नेपालको जम्मा जनसंख्या मध्ये ४८ प्रतिशत जनसंख्या औलो प्रभावित क्षेत्रमा वसोवास गरिरहेका छन् । यो रोग नियन्त्रणका लागि सरकारी तथा गैह्र सरकारी क्षेत्रवाट पनि सहयोग प्राप्त छ ।

मोरङ जिल्लाका बढी औलो प्रभावित १३ वटा साविकका गा.वि.स.(उर्लावारी, राजघाट, इटहरा, हसन्दह, पथरी, शनिश्चरे, मधुमल्ला, टांडी, वयरवन, वेलवारी, केरावारी, लेटाङ, जांते गा.वि.स.) बाहेक यो जिल्लाका बाँकी गा.वि.स./न.पा.हरु सबै नै औलोका कम जोखिम क्षेत्र पर्दछन् ।औलो नियन्त्रण कार्यक्रमलाई प्राथमिकताका साथ अगाडी वढाइएको र वांकी अन्य गा.वि.स.मा पनि औलो नियन्त्रण कार्यक्रमका कृयाकलापहरु संचालन गरिएको छन् । गत वर्षको डाटालाई आधार मान्दा हाम्रो पालिका औलोका कम जोखिम क्षेत्र पर्दछन ।

९.२ दृष्टि

सन् २०२५ सम्ममा नेपाललाई मलेरिया मुक्त देश बनाउने ।

९.३ *Mission*

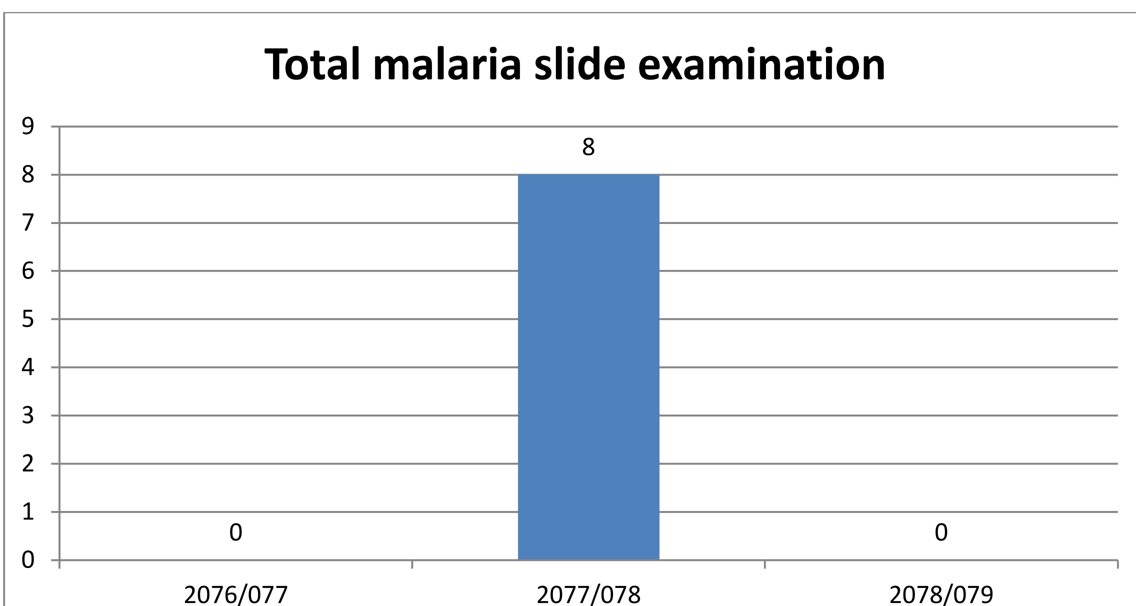
मलेरिया प्रभावित क्षेत्रका समुदाय तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई सशक्तिकरण गरी सन् २०२५ सम्म नेपाललाई मलेरिया मुक्त देश बनाउने ।

९.४ उद्देश्य

१. रणनीतिक सूचनाहरु वृद्धि गरी मलेरिया उन्मुलनको लागि निर्णय गर्ने
२. मलेरिया सर्ने प्रक्रियालाई अझ कम गरी फोकाईलाई उन्मुलन गर्ने
३. समयमै रोग पत्ता लागाई प्रभावकारी उपचारको लागि गुणस्तरिय तथा पहुँचमा जोड दिने
४. मलेरिया उन्मुलनको लागि राजनैतिक तथा सामुदायिक प्रतिवद्धताको लागि सहयोग लिइराख्ने
५. मलेरिया उन्मुलनको लागि कार्यक्रमात्मक तथा प्राविधिक रुपमा बलियो पार्ने ।

९.५ आ.व.२०७८।०७७९को प्रगति विवरण:

Total malaria slide examination



यस आ.व. ०७७/०७८ मा ८ जना शंकास्पद विरामीहरुको स्लाईड नमुना परिक्षण गरिएकोमा कुनै पनि विरामीमा मलेरिया पोजेटिभ भेटिएन। विगत तिन आ.व.मा नै यस पालिका अर्न्तगत मलेरियाको विरामी शुन्य रहेको छ।

९.६ मलेरिया कार्यक्रमको मुख्य समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्याहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
स्वा.सं.मा रक्त नमूना संकलन पर्याप्त नहुनु।	सम्पूर्ण संकास्पद औलो रोगीको रगत नमुना लिने व्यबस्था गर्ने।	स्वास्थ्य संस्थाहरु र पालिका
स्वास्थ्य संस्थावाट प्रयोगशाला सम्म रक्तनमुना (Blood slide) ल्याउने कर्मचारी तथा वजेटको अभाव।	स्वास्थ्य संस्थावाट प्रयोगशाला सम्म रक्तनमुना (Blood slide) ल्याउने कर्मचारी तथा बैकल्पीक व्यवस्था गर्नुपर्ने	पालिका
RDT तथा अन्य औषधी तथा सामाग्री समयमा उपलब्ध नहुनु।	RDT तथा अन्य औषधी तथा सामाग्री समयमा पठाउनुपर्ने।	स्वस्थ्य कार्यालय
रगत नमुना संकलनमा कमी	स्वास्थ्यकर्मीलाई तालीम तथा उत्प्रेरणा	DHO, EDCD, पालिका

१०. कालाजार रोग नियन्त्रण कार्यक्रम
(Kala-azar Control Programme)

१०.१. पृष्ठभूमी

कालाजार (भिसेरल लीसमेनीयासीस) नेपालको तराई क्षेत्रमा रहेको तथ्य भारतीय वैज्ञानिक राधवनले सन् १९५३ मा प्रमाणीत गरेका थिए। सन् १९८० देखि रोगको बारेमा व्यवस्थित ढंगले अभिलेख राख्ने कार्य पनि सुरु गरियो। कालाजार खासगरी पिछडिएको जाति, गरीबी तथा झुप्रा बस्तिहरुमा पाइने गरेको छ। देशका पूर्वी तथा मध्य तराईका झापा, मोरंग, सुनसरी, सप्तरी, उदयपुर, सिराहा, धनुषा, महोत्तरी, सर्लाही, रौतहट, बारा, पर्सा, समेत, गरी हाल जम्मा मुख्य रुपमा ६१ वटा जिल्लाहरुमा कालाजार रोग पाइएको छ। कालाजार लाई गरीबहरुको रोग भनिएको र समुदायमा यो रोगको बारेमा जनचेतनाको कमी भएको हुँदा मोरङ्गमा यो रोग वृद्धि भइरहेको देखिन्छ।

१०.२. दृष्टि

कालाजार प्रभावित क्षेत्रको जोखिम समुह तथा जनसंख्याको स्वास्थ्य स्थितिलाई सुधार गरी कालाजारलाई उन्मुलन गरी जनताको स्वास्थ्य समस्याको रुपमा रहने नदिने।

१०.३. लक्ष्य

कालाजारको वार्षिक विरामी हुने दरलाई जिल्ला स्तरमा प्रति दश हजारमा १ भन्दा मुनी ल्याउने।

१०.४. उद्देश्य (Objectives)

कालाजार रोग निवारण कार्यक्रमको उद्देश्यको प्रभाव कालाजार रोगको वार्षिक विरामी हुने दरलाई कम गर्दै लानु हो यसको लागि:

- इण्डेमिक समुदायको गरिब , जाखिममा रहेका तथा पछाडी परेका जनसमुदायलाई समेटेर
- कालाजार रोगको वार्षिक विरामी हुने दर घटाउदै लाने ,

- कालाजारको कारणबाट हुने मृत्यु दरलाई कम गराउनु ,
- PKDL भएका रोगीको पूर्ण उपचार गरी परजीवीको आश्रय स्थल कम गर्ने ,
- कालाजार रोगीहरुको HIV-TB सँग Co-infection छ भने उनीहरुको रोगथाम र उपचार गर्ने ।

१०.५. रणनीतिहरु (Strategies)

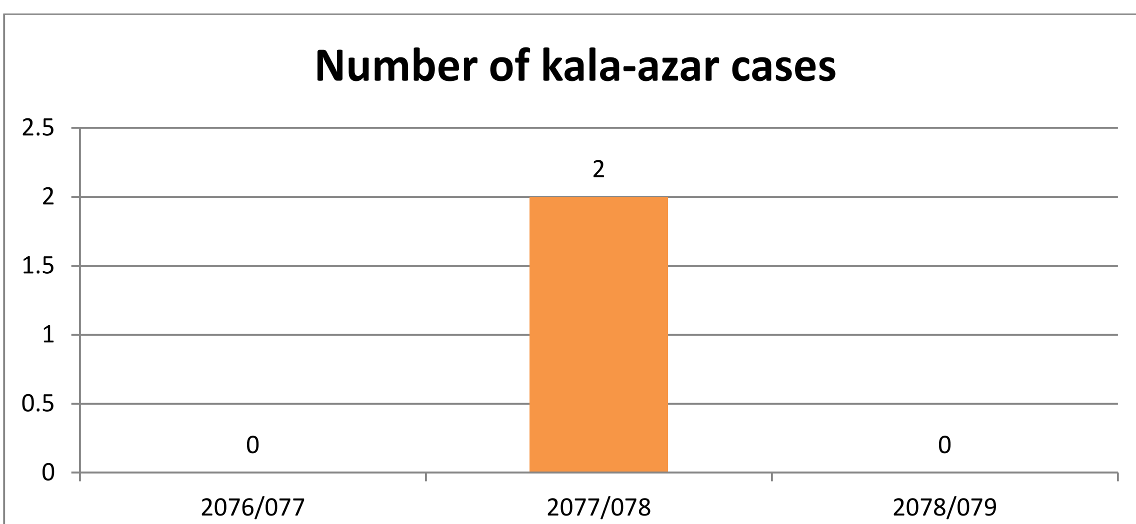
दक्षिण पूर्वी एशियाका कालाजार प्राविधिक सल्लाहकार समितिको समुहले छलफल गरी प्रस्ताव गरे अनुसार स्वास्थ्य मन्त्रालयले समाहित गरेको कालाजार रोग निवारण कार्यक्रमको रणनीति यस प्रकार छ ।

- कार्यक्रमको व्यवस्थापनलाई सुदृढ गर्ने ।
- शिघ्र निदान तथा पूर्ण उपचार गर्ने ।
- एकिकृत वाहक व्यवश्थापन ।
- सामाजिक परिचालन तथा साझेदारी ।
- प्रभावकारी रोग तथा वाहकको सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान ।

१०.६. आ.व.२०७८।०७९ को प्रगति विवरण:

कालाजारका विरामी संख्या

Number of kala-azar cases



आ.व.०७६/०७७ र ०७८/०७९ मा कालाज्वरको कुनै विरामी नभएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा २ जना कालाज्वरको नया विरामी देखिएको छ।

१०.७ कालाजार कार्यक्रमको मुख्य समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्या	सुझाव	उत्तरदायित्व
rk39 जाच किटको अभाव हुनु	समयमै र निरन्तर रुपमा rk39Kit को उपलब्धता	EDCD
समयमा नै ACD नहुनु	Budget छुट्टयाउनु पर्ने	EDCD, DOHS, पालिका

११. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम
(Tuberculosis Control Programme)

११.१ पृष्ठभूमी

नेपालमा क्षयरोग जनस्वास्थ्यको एक प्रमुख समस्याको रूपमा रहेकोछ। कुल जनसंख्याको करिव ४५ प्रतिशत मानिस यस रोगबाट संक्रमित भएको पाइन्छ भने वयस्क जनसंख्याको ६० प्रतिशत मानिस यस रोगबाट संक्रमित भएका छन्। प्रत्येक वर्ष नेपालमा ४०००० मानिस यस रोगबाट पिडित हुन पुगेका छन् । जस मध्ये २०००० सकृय खालका क्षयरोगीहरू रहेको पाइन्छ भने ५००० देखि ७००० जना यस रोगबाट मर्ने गरेको तथ्याङकले देखाएकोछ । विश्व स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोग विश्वको लागि भयावहको अवस्थामा रहेको भनी घोषणा गरे पश्चात् नयाँ रणनीतिको आधारमा यो रोग नियन्त्रण सम्बन्धी प्रत्यक्ष निगरानीको उपचार पद्धतिको (DOTS) शूरूवात गरी कार्यक्रम लागु भए पश्चात रोग नियन्त्रणमा उल्लेख्य उपलब्धि हाँसिल भएको पाइन्छ । विराटनगर महानगरपालिकामा एउटा स्वास्थ्य चौकी, एउटा प्रा.स्वा.के., १५ वटा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, स्वास्थ्य कार्यालय र बिएनएमटी मार्फत प्रत्यक्ष रुपमा क्षयरोग नियन्त्रण कार्यकम संचालन भै राखेको छ ।

११.२ कार्यक्रमको प्रमुख ध्येय (Goal)

क्षयरोगको विरामी हुने दरलाई कम गर्दै यसबाट हुने मृत्युदरलाई घटाउने तथा रोगको सर्ने दरलाई न्यूनिकरण गर्दै समाजमा यो रोगलाई जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहन नदिनु नै यस कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य रहेकोछ ।

११.३ लक्ष्य (Target)

- पत्ता लागेका खकार पोजिटिभ क्षयरोगी (Pulmonary Bacteriological confirmed)विरामीहरू मध्ये ९० भन्दा वढिलाई निको पर्ने ।
- समाजमा लुकेर रहेका खकार पोजिटिभ (Pulmonary Bacteriological confirmed) सबै विरामीहरू पत्ता लगाउने ।

११.४ उद्देश्य

- उच्च गुणस्तरीय रोग निदान र विरामी केन्द्रीत उपचार सेवा सर्वसुलभ वनाउने,
- क्षयरोग संग जोडिएका सामाजिक तथा आर्थिक समस्या र मानविय पिडा कम गर्ने ,
- गरीव तथा जोखिममा रहेका जनसमुदायलाई TB/HIV,MDR TB बाट वचाउने
- रोग निदान तथा उपचारका नयाँ साधन (TOOLS) को विकास गरी प्रभावकारी प्रयोग गर्न सहयोग गर्ने,
- क्षयरोग रोकथाम , नियन्त्रण तथा विरामीको हेरचाह गर्दा मानव अधिकारको संरक्षण तथा सम्बर्द्धन गर्ने

११.५ कार्यक्रमका नीतिहरू

- ब्याक्टेरोलोजिकल परिक्षण सेवालाई सवल र सक्षम वनाउदै प्रयोगशाला सञ्जालमा आवद्ध गर्ने,
- प्यासिव र एक्टिभ केश फाइन्डिङको माध्यम बाट रोग निदान गर्ने,
- गुणस्तरीय क्षयरोग सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य कमीको क्षमतामा अभिवृद्धि गर्ने,
- फोक्सोका क्षयरोगीलाई निदान तथा उपचारको लागि पहिलो प्रथमिकता दिने,
- उपचार पद्दतिलाई परिमार्जन गर्ने,
- रोगको निदान र उपचार निशुल्क उपलब्ध गराउने,
- नियमित औषधि तथा अन्य सामाग्रीको आपूर्ति गर्ने,
- गुणस्तरीय रोग निदान केन्द्रको स्थापना गर्ने,
- कार्यक्रमको नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गर्ने,
- शहरि डट्स कार्यक्रमलाई परिमाजर्न गर्ने,
- समूदायमा आधारित डट्स लागु गर्ने,

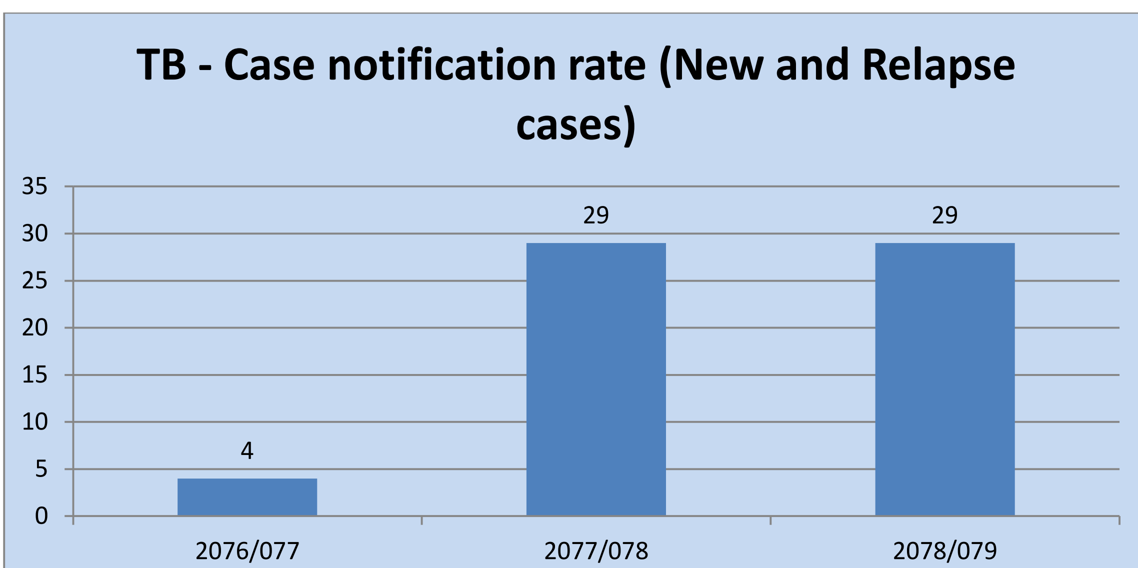
११.६ रणनीतिहरू

यस कार्यक्रमले विश्व स्वास्थ्य संगठनको क्षयरोग विरूद्धको रणनीतिलाई अवलम्वन गर्दै निम्न लिखित रणनीतिहरू लिएकोछ ।

- उच्चस्तरिय डट्स कार्यक्रमको विस्तार(Pursue High Quality DOTS expansion)
- टि.वि.एच.आई.भि.,डि.आर. टि.वि. र अन्य चुनौतिहरूको सम्वोधन (Address TB+HIV, DR TB &other challenges)
- स्वास्थ्य प्रणालिको सुदृढिकरण (Contribute to health system strengthening)
- सम्पूर्ण सेवा प्रदायकलाई क्षयरोग सेवामा लगाउने (Engage all care providers)
- क्षयरोगका विरामी तथा समूदायको सशक्तिकरण (Empowerment People with TB & community)
- अनुसन्धान कार्यलाई वढवा र सवल वनाउने (Enable and Promote Research)

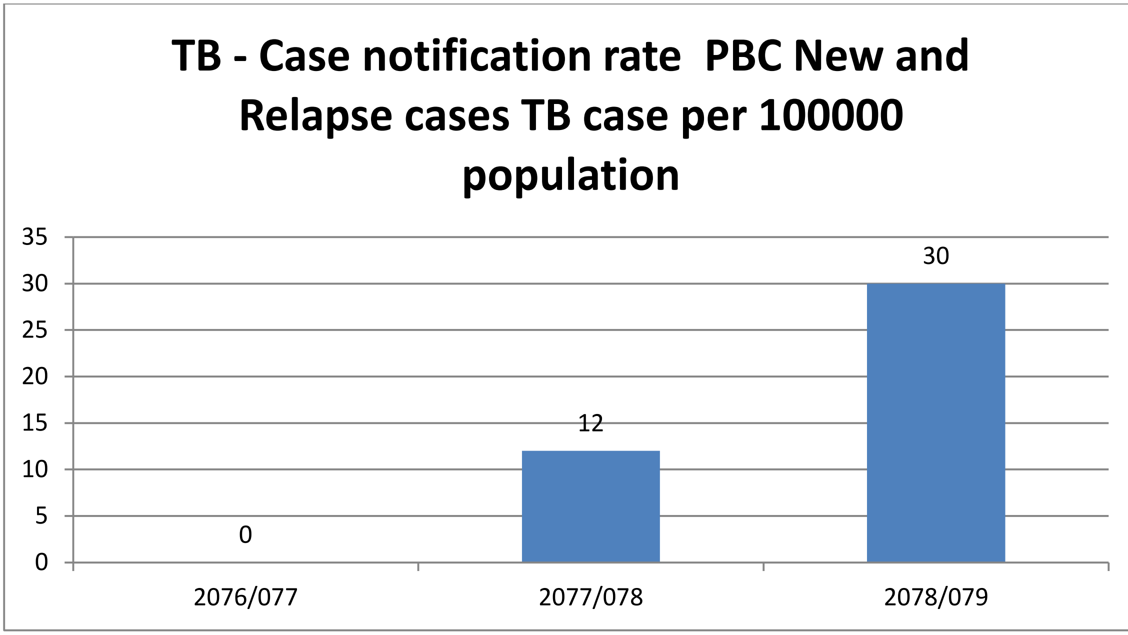
११.७ कार्यक्रम प्रगतिको विश्लेषण

सबै प्रकारको क्षयरोगी पता लगाउने दर (TB Case Notification Rate):



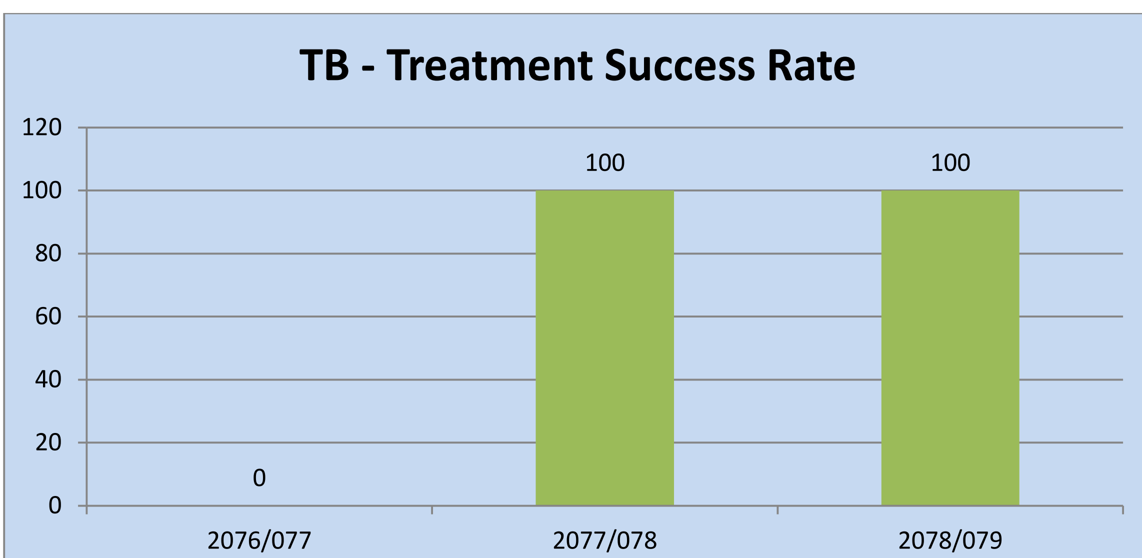
आ.व. ०७६/०७७ मा TB case notification rate ४ रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा वढेर २९ थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा समेत २९ प्रतिलाख रहेको छ ।

Case notification rate PBC new and relapse TB cases:



आ.व. ०७६/०७७ मा Case notification rate PBC new and relapse TB cases शुन्य थियो भने आ.व. ०७७/०७८ मा १२ प्रति लाख र आ.व. २०७८/०७९ मा ३० प्रतिशत रहेको छ।

उपचार सफल हुने दर:TB - Treatment Success Rate



आ.व. ०७६/०७७ मा शुन्य प्रतिशत रहेको थियो भने आ.व.०७७/०७८ र आ.व. २०७८/०७९ मा उपचार सफल हुने दर शत प्रतिशत नै रहेको छ।

११.८ समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्याहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकाय
➢ TB Case Notification Rate **कम भएको।**	➢ विरामी पत्ता लाग्नेदर वढाउन विशेष कार्यक्रम Active case finding जस्ता कार्यक्रममा जोड दिनु पर्ने थप स्वास्थ्य चौकीहरूमा ल्यावको व्यवस्था गरिनु पर्ने।	➢ स्थानीय निकाय
➢ **Sputam courier कम देखिएको**	➢ सबै स्वास्थयकर्मीहरु तथा ब्यवस्थापन समितिका पदाधिकारीहरुलाई जन चेतना कार्यक्रम गर्नु पर्ने।	➢ नियमित रुपमा अनुगमन तथा मुल्यांकन

१२. कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम
(Leprosy Elimination Programe)

१२.१ पृष्ठभूमीः

कुष्ठरोग मानिसको छाला र स्नायूमा लाग्ने कम सर्ने खालको एक सरूवा रोग हो । यो रोग ढिलो गरी लाग्ने र विस्तारै निको हुने रोग भएता पनि यो रोगले मानिसको तुरून्त मृत्यु हुँदैन । यो रोगको कारणले धरै मानिसहरू समाजबाट वहिस्कृत भै विस्थापित हुन पुगेका छन् । यो रोग सरूवा रोग भएको कारणले भन्दा पनि सामाजिक कारणले अझै पनि जन स्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ । हुनत नेपालमा कुष्ठरोग निवारणका कार्यक्रमहरू विगत सन १९६० देखि सञ्चालन भै रहेका छन् । बहु औषधि उपचारको शुरूवात पछि रोगीको संख्यामा उल्लेख्य कमी भएको भएता पनि हाल सम्म पनि नेपालका कतिपय जिल्ला हरू निवारणको अवस्थामा पुग्न सकिरहेका छैनन् । नेपालमा २०६६ माघ ५ गतेका (तदनुसार सन २०१० जनवरी १९) दिन कुष्ठरोग निवारण भएको घोषणा संगै यसलाई जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा लिइ रहनु नपर्ने देखिन्छ तथापि रोगको चापलाइ थप न्यूनिकरण गर्न तथा यसको सेवालाइ गुणस्तरीय एवं दिगो राख्नु आजको आवश्यकता रहेको छ । गुणस्तरीय सेवाको निमित्त हाल नेपालमा कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम निम्न उदेश्य र लक्ष्यका साथ सञ्चालन भै रहेको छ ।

१२.२ परिदृष्टि (Vision)

कुष्ठरोग मुक्त समाजको सृजना गर्ने ।

१२.३ उद्देश्यहरू

- विध्यमान जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेका प्रदेश, जिल्ला तथा पालिकाहरूलाई कुष्ठरोग निवारणको अवस्थामा पुर्याउने अर्थात कुष्ठरोगलाई प्रति १०,००० जनसंख्यामा १ जना भन्दा कमको अवस्थामा राख्ने ।
- कुष्ठरोगको कारणबाट हुने असमर्थतालाइ न्यूनिकरण गर्दै लैजाने ।

- कुष्ठरोग प्रति रहेको सामाजिक नकारात्मक अवधारणाहरूमा परिवर्तन ल्याउने र कुष्ठरोगबाट हुने भेदभावहरूलाई हटाउँदै जाने ।

१२.४ नीतिहरू

- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको माध्यमबाट कुष्ठरोग सम्वन्धि गुणस्तरीय सेवाहरू निशूल्क एवं सर्वसुलभ रूपमा उपलब्ध गराउने ,
- कुष्ठरोगको अत्यावस्यक सेवाहरूलाइ दिगो एवं सुदृढ गर्ने ,
- कुष्ठरोग सेवामा संलग्न सवै सरोकार वालाहरूको सहभागिता एवं साझेदारीमा अभिवृद्धि गर्ने ,
- कुष्ठ प्रभावित ब्याक्तिहरूलाइ समूदायमा सम्मान जनक जीवन यापन गर्ने वातावरणको लागि सशक्ति करण गर्दै लैजाने ।

१२.५ रणनीतिहरू

- कुष्ठरोग सम्वन्धी सेवा प्रदान गर्ने, स्वास्थ्यकर्मीहरूको अवश्यकता अनुसार क्षमता अभिवृद्धि
गर्ने ।
- सवै स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट बहु औषधि उपचार सेवा आवश्यकता अनुसार निशूल्क रूपमा उपलब्ध गराउने
- शूरू अवस्थामा नै रोग पत्ता लगाइ उपयुक्त उपचार माध्यमबाट अपाङ्गता हुन बाट बचाउने,
- जनसहभागितामा आधारित कार्यक्रम तर्जुमा तथा सञ्चालन गर्ने ,
- उपयुक्त स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार माध्यमलाइ उपयोग गरी जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने

- कुष्ठ प्रभावितहरूको आत्म निर्भरताको लागि आवश्यकता अनुसारको विभिन्न प्रकारको पुर्नस्थापना सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने ,
- गुणस्तरीय सेवाको सुनिश्चितताको लागि आवश्यकता अनुसारको रेखदेख , अनुगमन र मूल्यांङकन गर्ने र
- कुष्ठरोग सम्बन्धी अनुसन्धनात्मक कृयाकलावलाई प्रोत्साहित गर्ने .

१२.६ कुष्ठरोग रोकथाम कार्यक्रम (Leprosy Post-Exposure Prophylaxis- LPEP)

सम्पर्क जाँचबाट नयाँ बिरामीहरु पत्ता लगाउने, एक खुराक मात्र रिफामपिसिन (Rifampicin) औषधिबाट कुष्ठरोगको जोखिम न्युनिकरण गरीकुष्ठरोग लाग्नबाट रोकथाम गरी कुष्ठरोग मुक्त समाजको सृजना गर्ने कार्यमा सहयोग गर्ने तिर यो कार्यक्रम लक्षित छ । रिफामपिसिनले कुष्ठरोगको ब्याक्टेरियालाई निस्क्रिय (Passive) गराई कुष्ठरोगको जोखिम ६० प्रतिशतले घटाउँछ । पूनः संक्रमणलाई यसले रक्षा गर्दैन । सम्पर्क परीक्षण गर्दा समयमै रोगको पहिचान हुन्छ र सम्पर्कमा नआएका नयाँ रोग लागेका व्यक्तिहरु पत्ता लाग्छ । साथै कुष्ठरोगको विरुद्ध जनचेतनाको अभिबृद्धि हुन्छ र कुष्ठरोग कार्यक्रममा सहभागिताको दरमा बृद्धि हुन्छ । अन्ततः कुष्ठरोग देखा पर्ने दरमा कमी आउँछ । सम्पर्कमा रहेको भन्नाले त्यस्ता व्यक्तिहरु पर्दछन् जो लामो समयसम्म प्रभावित व्यक्तिको निरन्तर सम्पर्कमा रहन्छन् । कुष्ठरोग कार्यक्रममा तीन प्रकारका सम्पर्कलाई समावेश गरिएको छ ।

- **पारिवारीक सम्पर्कः** उपचारमा रहेको विरामीको एउटै छाना मूनि बसोबार गर्ने एकाघरका सदस्यहरु पारिवारीक सम्पर्कमा पर्दछन् ।
- **छिमेकी सम्पर्कः** उपचारमा रहेका विरामीको घरको सबै भन्दा नजीक रहेका घर परिवारका सदस्यहरु
- **सामाजिक सम्पर्कः** उपचारमा रहेका विरामीसँग हप्तामा २० घण्टा सम्पर्कमा रहने व्यक्तिहरु जस्तैः विद्यालयका सहपाठी, कार्यालयका साथीभाई, होस्टलका साथीभाई आदि

१२.७ कार्यक्रमको मूख्य उद्देश्यः

लक्षित समुहहरुमा तीन वर्ष भित्रमा रोगको पत्ता लाग्ने दर घटाउने

१२.८ विशिष्ट उद्देश्यहरुः

- लक्षित जनसंख्याको रुपमा विरामीको संपर्कमा रहेका व्यक्तिहरुमा रोकथाम प्रभावको मापन गर्ने ।
- रोकथाम कार्यक्रमहरुको आर्थिक भार पत्ता लगाउने ।
- रोकथाम कार्यक्रम प्रति व्यक्तिहरुको सोच तथा कुष्ठरोगका वारेमा वुझाई र प्रभावित व्यक्तिहरु प्रति उनीहरुले देखाएको व्यवहारका वारेमा विश्लेषण गर्ने ।
- रोकथाम कार्यक्रमका वारेमा सम्वन्धित सरोकारवालाहरुको अनुभव तथा वुझाइलाई दस्तावेजको रुपमा व्यवस्थित गर्ने ।

१२.९ आ.ब. २०७६/०७७ को प्रगति विवरण

विगत तिनै आ.व. मा यस पालिका अर्न्तगत कुनै पनि प्रकारको कुष्ठरोगको विरामी नभएको पाईयो ।

१२.१० समस्या तथा समाधानका उपायहरु

समस्याहरु	समाधानका उपायहरु	जिम्मेवार निकायहरु
➢ **LPEP कार्यक्रम प्रभावकारी तरीकाले चलाउन नसकिएको साथै Active Case Detectionसंचालन गर्न नसकिएको ।**	➢ तालिमको व्यवस्था गर्नु पर्ने साथै बजेट छुटयाउनु पर्ने ।	➢ स्थानीय निकाय

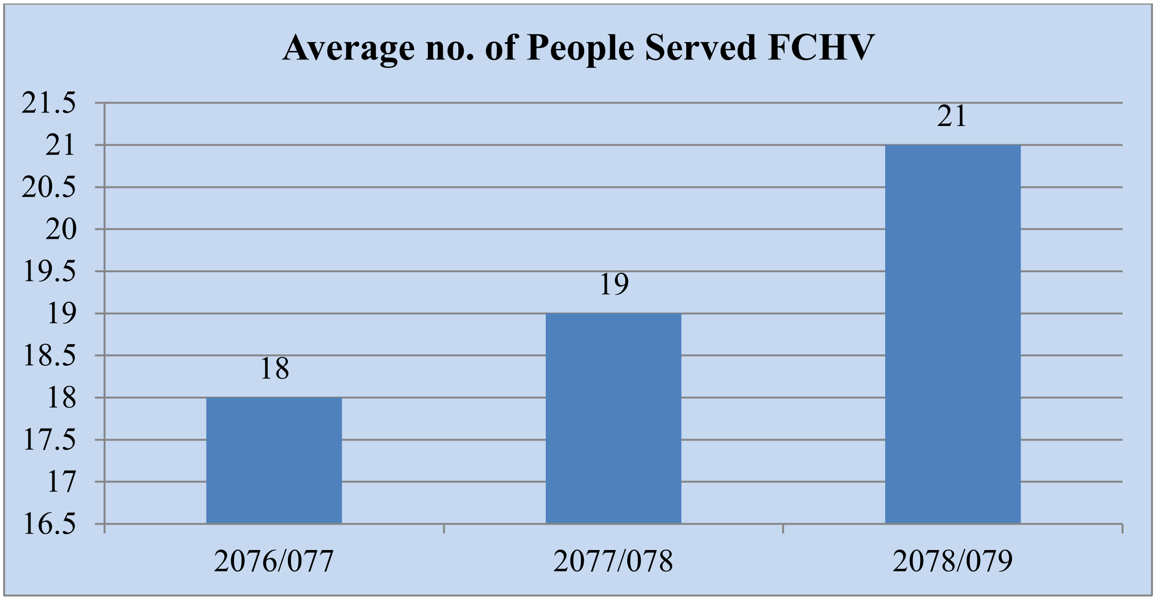
१३. एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम
(Integrated Health Management Program)

१३.१ पृष्ठभूमीः

नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रमहरू मध्ये एकिकृत स्वास्थ्य कार्यक्रम पनि एक हो । स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तरगत संन्चालित महाशाखाहरू मध्ये व्यवस्थापन महाशाखा एक महत्वपूर्ण महाशाखा हो । एकिकृत स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई व्यवस्थित रूपले संचालन गर्नका लागि सुचनाको संकलन तथा व्यवस्थापन, योजना तर्जुमा, समन्वय, अनुगमन तथा मूल्यांकन, सुपरिवेक्षण आदी यस महाशाखाको प्रमुख जिम्मेवारी हो भने प्रदत्त स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको मूल्यांकन तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुको भवन निर्माण, मर्मत/सम्भार आदी यस महाशाखाका कार्य क्षेत्रभित्र पर्दछन् । यसै परिधि भित्र रही बिराटनगर महानगरपालिका, मोरङ मार्फत पनि मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा विविध कृयाकलापहरु भएकाछन् ।

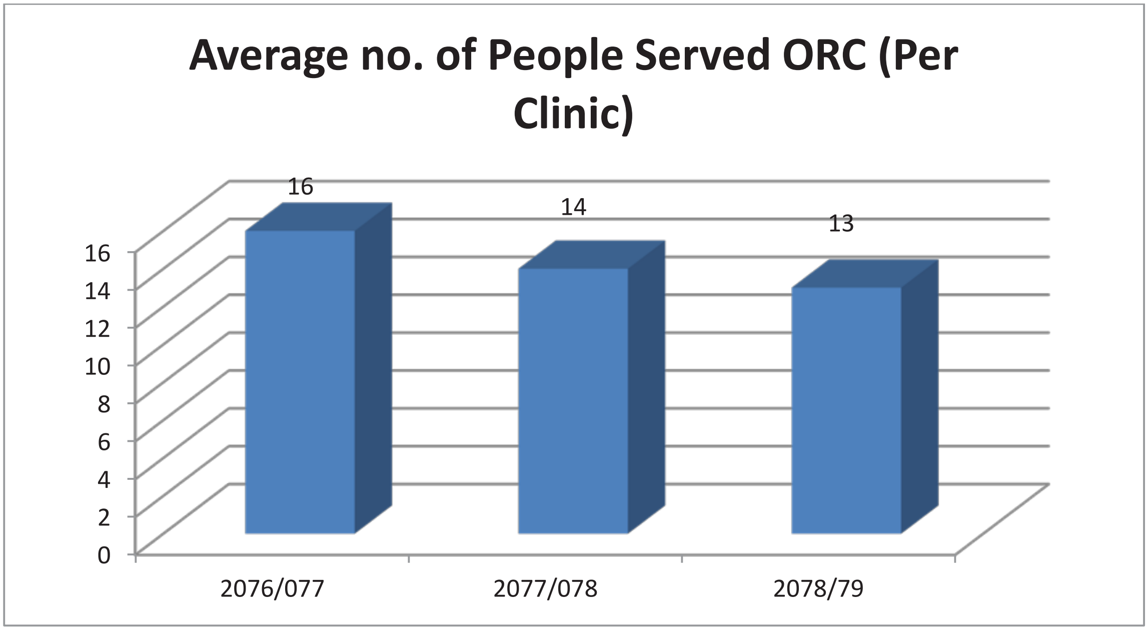
१३.२ कार्यक्रमको विश्लेषण सूचकहरु

म.स्वा.स्व.से. द्धारा सेवा दिएको संख्याः

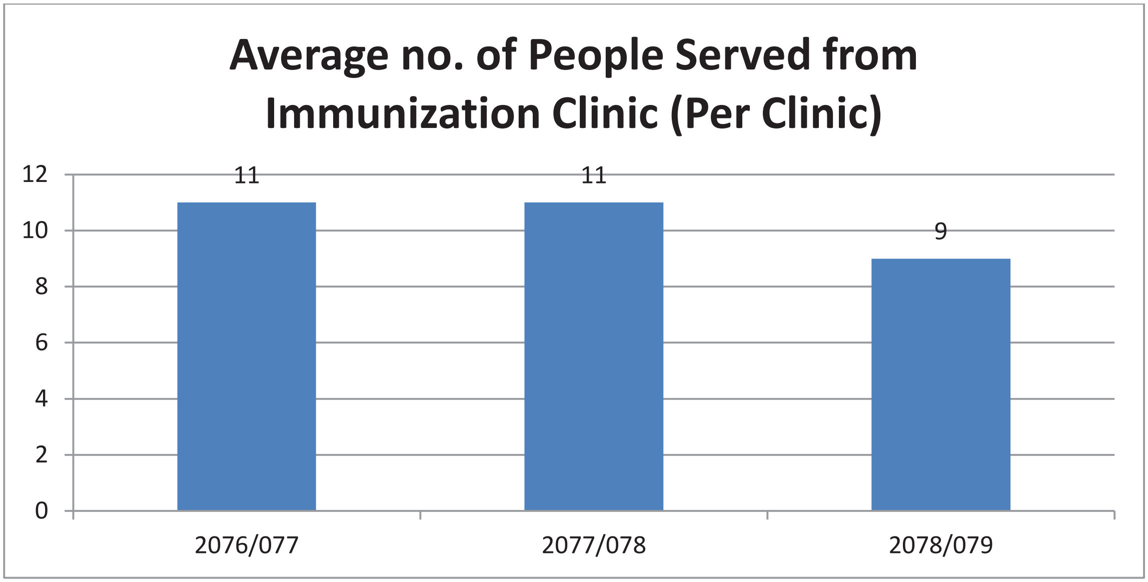


आ.व. ०७६/०७७ मा म.स्वा.स्व.से.द्धारा औषत रुपमा १८ जनालाई सेवा प्रदान गरिएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा १९जनालाई र आ.व.०७८/०७९ मा २१ जनालाई सेवा प्रदान गरिएको थियो ।

आउट रिच क्लिनीक तथा खोप क्लिनीकबाट औषत रुपमा सेवा दिएको संख्या:

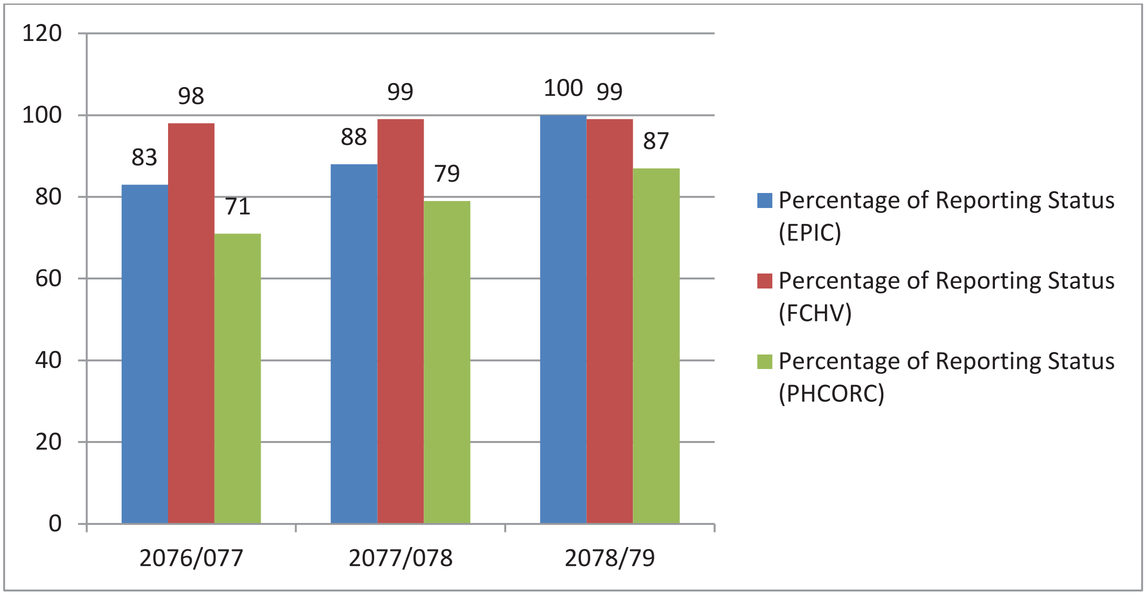


आउट रिच क्लिनीकबाट औषत रुपमा सेवा दिएको संख्या आ.व. ०७६/०७७ मा १६ जना रहेकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा औषत संख्या १४ रहेको र आ.व. ०७८/०७९ मा औषतमा १३ जना सेवाग्राहीलाई सेवा दिएको पाईएको छ ।



विगतका दुइवटै आर्थिक वर्षमा खोप क्लिनीकबाट औषत रुपमा ११ जनालाई सेवा प्रदान गरिएको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा औषतमा ९ जना सेवाग्राहीलाई सेवा दिएको छ ।

प्रतिवेदन अवस्थाः



आ.व.०७६/०७७ मा खोप क्लिनीकबाट ८३ प्रतिशत रिपोर्टिङ्ग भएको थियो भने म.स्वा.स्व.से.बाट ९८ प्रतिशत रिपोर्टिङ्ग भएको थियो र गाँउघर क्लिनीकबाट ७१ प्रतिशत भएको थियो । आ.व. ०७७/०७८ मा खोप क्लिनीकबाट ८८ प्रतिशत रिपोर्टिङ्ग भएको थियो भने म.स्वा.स्व.से.बाट ९९ प्रतिशत र गाँउघर क्लिनीकबाट ७९ प्रतिशत रिपोर्टिङ्ग भएको थियो । आ.व.०७८/०७९ मा खोप क्लिनीक, म.स्वा.स्व.से. र गाँउघर क्लिनीकबाट क्रमशः १००,९९ र ८७प्रतिशत प्रतिवेदन गरेको थियो ।

१३.३ समस्या तथा समाधानका उपायहरू

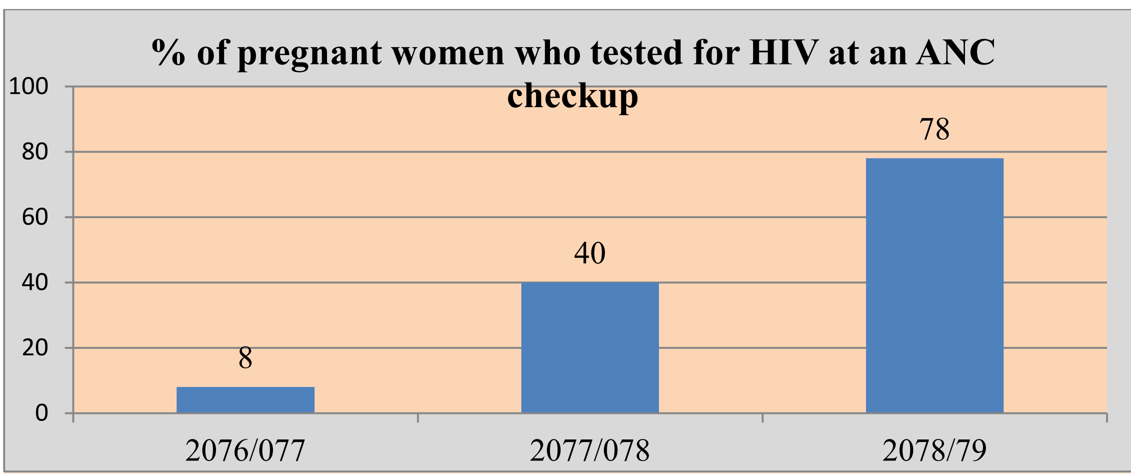
कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्या हरु	कारणहरु	कार्य प्रगतिको सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु
• HMIS 9.3 Tools लगायत अन्य टुल्सहरु प्रयाप्त तथा समयमा वितरण नहुर्नु • कार्यक्रम संचालनको निर्देशिका समयमा नै प्राप्त नहुनु ।	• एकिकृत सूपरभिजनलाई व्यवस्थित गर्नु पर्ने । • SOFTWARE निरन्तर परिवर्तन भइरहनु ।	• HMIS 9.3 Tools लगायत अन्य टुल्सहरु छपाई तयारी, एव वितरण समयमा नै गर्नु पर्ने । • एकिकृत सूपरभिजन प्रभावकारी हुनु पर्ने । • Target population Review गर्नु पर्ने ।

• DHIS2 SOFTWARE data entry को लागि स्वास्थ्यकर्मी लाई तालिमको अभावमा समस्या रहेको	• SOFTWARE लाई प्रभावकारी रुपमा काम गर्ने प्रणालीका विकास गर्ने र तालिमको व्यवस्था गर्नु पर्ने ।

एच. आई. भी. नियन्त्रण कार्यक्रमः

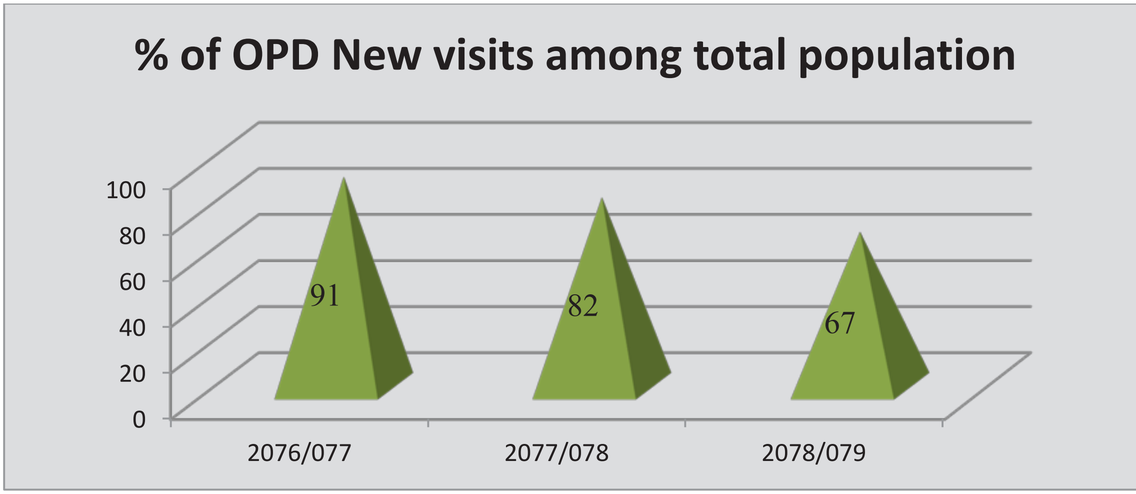
गर्भवती आमाहरुमा एच आई संक्रमणको जाँचः

Precentang of pregnant women who tested for HIV at an ANC checkup



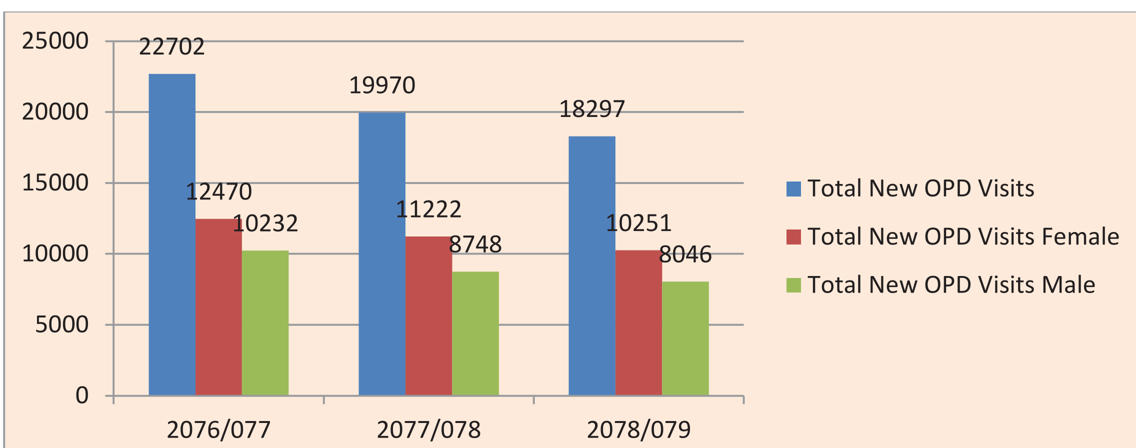
गर्भ जाँच गराउन आउने आमाहरुमा एच आई संक्रमण भएको नभएको भनी आ. व. ०७६/०७७ मा ८ प्रतिशत आमाहरुमा गरिएकोमा आ.व. ०७७/०७८ मा ४० प्रतिशत गरिएको थियो भने आ.व. ०७८/०७९ मा ७८ प्रतिशत गर्भवती आमाहरुमा एच आई भी संक्रमण भए नभएको परिक्षण गरिएको थियो । हाल सम्म विगतका तिन वटै आ.व. मा गरिएको परिक्षणमा एक जना आमामा पनि एच आई भी पोजेटिभ देखा परेको छैन साथै विगतका तीन आ.व. को तथ्याङ्क हेर्दागर्भवती आमाहरुमा एच आई भी संक्रमण भए नभएको परिक्षण दरमा क्रमश बृद्धि हुनु सकारात्मक रहेको छ ।

जनसंख्याको आधारमा ओपिडी भिजिटः



जन संख्याको आधारमा ओपिडी भिजिट गर्ने नया विरामीहरुको प्रतिशतमा आ.व. ०७६/०७७ मा ९१ प्रतिशत रहेकोमा आ.व.०७७/०७८ मा ८२ प्रतिशत रहेको र आ.व. ०७८/०७९ मा घटेर ६७ प्रतिशत रहेको छ, यसरी हेर्दा ओपिडी भिजिट गर्ने नया विरामीहरुको प्रतिशतमा क्रमस कहि हुदैगरेको अवस्था छ ।

ओपिडी भिजिट गर्ने विरामिको संख्याः



संख्याको आधारमा सेवा लिने सेवाग्राहीहरुको संख्या विगत आ.व.हरुको दर हेर्दा घटदो दरमा देखिएको छ । महिला तथा पुरुषहरुको संख्या हेर्दा तिन वटै आ.व.मा पुरुषको भन्दा महिलाहरुको सेवा लिने संख्या बढी देखिएको छ भने तिन वटै आ.व. सेवा लिने संख्या घटदो क्रममा देखिएको छ ।

अनुसूची

अनुसूची १

आज मिति २०७९/०३/०९ गते यस हलेसी तुवाचुङ नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको ८५ औं बैठक नगरपालिकाको कार्यालयमा नगर प्रमुख श्री विमला राईज्यूको अध्यक्षतामा बसी निम्नानुसारको निर्णयहरु गरियो ।

क्र.स	पदाधिकारीको नाम	पद	ठेगाना	सम्पर्क नं.	हस्ताक्षर
१	श्री विमला राई	अध्यक्ष	ह.तु.न.पा.-३	९८४२९७४५७१	
२	श्री रमेश कुमार राउत	सदस्य	ह.तु.न.पा.-६	९८५१००२३५४	
३	श्री रुद्र कुमार राई	सदस्य	ह.तु.न.पा-१	९८४२८०८५८४	
४	श्री देवेन्द्र कुमार राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.२	९८६२६१९०७७	
५	श्री भुपाल सिंह राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.-३	९८६२६१९६२०	
६	श्री किशोर कुमार बस्नेत	सदस्य	ह.तु.न.पा.-४	९८५११०२७४७	
७	श्री रुपेन्द्र कुमार राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.-५	९८४२८८८९२४	
८	श्री गण राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.-६	९८४८८४३४०२	
९	श्री कमल गिरी	सदस्य	ह.तु.न.पा.-७	९८६२८१३५९०	
१०	श्री टेकराज राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.-८	९८४२२०६६०३	
११	श्री काशीराज राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.-९	९८६२६८५२४६	
१२	श्री अर्जुन कुमार पुरी	सदस्य	ह.तु.न.पा.-१०	९८६२६८५१५५	

१३	श्री अनिश कार्की	सदस्य	ह.तु.न.पा.-११	९८४३१७५११७	
१४	श्री किशन सुयल	सदस्य	ह.तु.न.पा.-११	९८४२९४३०२२	
१५	श्री मिना रम्तेल	सदस्य	ह.तु.न.पा.-१०	९७४५२७९२२९	
१६	श्री राकेश परियार	सदस्य	ह.तु.न.पा.-७	९८६२८४१४२३	
१७	श्री गंगादेवी दाहाल	सदस्य	ह.तु.न.पा.-४	९८४३४३६३९८	
१८	श्री जोगमाया राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.-१	९७४२८६७३२८	
१९	श्री फुलसरी राई	सदस्य	ह.तु.न.पा.-३	९८२७७०८६३४	
२०	श्री चन्द्र कुमारी मगर	सदस्य	ह.तु.न.पा.-२	९८४२८०८४९२	
२१	श्री सनिता पुर्कुटी रम्तेल सार्की	सदस्य	ह.तु.न.पा.-८	९८१३७११०९६	

अनुसूची २

आ.व.०७७०७८ र २०७८/०७९ को अनुमानित जनसंख्याको विवरण :

Organisation unit	Period / Data	Adolescent population aged 10-19 years	Estimated PBC (TB) new Cases	Estimated no. of women with a direct obstetric complication	Female population aged 15-49 years	Married Female population aged 15-49 years	Nutrition (0-23 Month)	Nutrition (12-59 Month)	Nutrition (6-23 months)	Population 12 - 23 months	Population aged 6-59 months	Population of 0-14 yrs	Population under 1 year	Population under 5 years ARI/ CDD/ Nutrition	Total expected live birth	Total expected pregnancies	Total population
10504 Halesi Tuwachung 01	Shrawan 2077 to Asar 2078	419	4	9	636	482	109	229	84	58	255	733	51	280	53	63	2432
	Shrawan 2078 to Asar 2079	523			580	441	99	213	75	50	237	812	49	262	50	57	2562
10504 Halesi Tuwachung 02	Shrawan 2077 to Asar 2078	385	3	7	541	410	103	222	82	60	244	671	43	265	45	53	2052
	Shrawan 2078 to Asar 2079	454			525	399	86	185	65	43	206	706	43	227	43	50	2225
10504 Halesi Tuwachung 03	Shrawan 2077 to Asar 2078	504	4	8	673	510	86	165	62	38	189	742	48	213	49	58	2255
	Shrawan 2078 to Asar 2079	512			615	468	97	209	73	49	233	797	48	257	49	56	2515
10504 Halesi Tuwachung 04	Shrawan 2077 to Asar 2078	233	2	4	369	280	50	97	37	24	110	331	26	123	27	32	1217
	Shrawan 2078 to Asar 2079	271			331	252	52	111	39	26	123	423	26	136	26	30	1333
10504 Halesi Tuwachung 05	Shrawan 2077 to Asar 2078	599	5	10	862	653	121	243	90	59	274	896	62	305	64	75	2939

	Shrawan 2078 to Asar 2079	661			803	611	126	270	95	63	301	1029	62	332	63	73	3247
10504 Halesi Tuwachung 06	Shrawan 2077 to Asar 2078	392	3	7	521	395	72	134	53	33	154	528	39	173	40	47	1855
	Shrawan 2078 to Asar 2079	419			480	365	80	171	60	40	190	652	40	210	40	46	2057
10504 Halesi Tuwachung 07	Shrawan 2077 to Asar 2078	437	4	8	707	536	90	177	66	42	201	654	48	225	50	59	2290
	Shrawan 2078 to Asar 2079	508			605	461	97	207	73	49	231	792	48	255	49	56	2498
10504 Halesi Tuwachung 08	Shrawan 2077 to Asar 2078	463	3	8	686	520	99	208	76	52	232	717	47	255	48	57	2212
	Shrawan 2078 to Asar 2079	501			597	454	95	204	72	48	228	780	47	252	48	55	2461
10504 Halesi Tuwachung 09	Shrawan 2077 to Asar 2078	231	2	4	374	283	45	81	32	19	94	334	26	107	27	32	1244
	Shrawan 2078 to Asar 2079	277			334	254	53	113	40	27	126	431	26	139	27	30	1361
10504 Halesi Tuwachung 10	Shrawan 2077 to Asar 2078	540	4	10	861	653	119	239	90	61	268	836	58	297	60	71	2752
	Shrawan 2078 to Asar 2079	615			731	556	117	251	88	59	280	957	58	309	59	68	3019
10504 Halesi Tuwachung 11	Shrawan 2077 to Asar 2078	636	5	11	926	702	132	276	97	66	307	986	66	342	67	78	3054
	Shrawan 2078 to Asar 2079	689			807	614	131	281	99	66	313	1072	65	346	66	76	3383
10504 Halesi Tuwachung Municipality	Shrawan 2077 to Asar 2078	4839	39	86	7156	5424	1026	2071	769	512	2328	7428	514	2585	530	625	24302
	Shrawan 2078 to Asar 2079	5430			6408	4875	1033	2215	779	520	2468	8451	512	2725	520	597	26661

अनुसूची ३

आ.व २०७८२०७९ मा नगर भित्रका प्रमुख १० रोगहरु

Top Ten Diseases

Diseases	Cases
OPD-Morbidity-Other Diseases & Injuries-Headache	12919
Outpatient Morbidity-Other Infected Diseases-Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	10545
OPD-Morbidity-Other Diseases & Injuries-Gastritis (APD)	8920
Outpatient Morbidity-ENT Infection-Acute Tonsilitis Cases	8538
Outpatient Morbidity-Other Infected Diseases-ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI) Cases	7970
OPD-Morbidity-Orthopaedic Problems-Falls/Injuries/Fractures	6895
OPD-Morbidity-Other Diseases & Injuries-PUO	5102
OPD-Morbidity-Cardiovascular & Respiratory Related Problems-Hypertension	3746
Outpatient Morbidity-Communicable-Water/Food Borne-Acute Gastro-Enteritis (AGE) Cases	3139
Outpatient Morbidity-Communicable-Water/Food Borne-Intestinal Worms Cases	2829

अनुसूची ४

आ.व.०७८।०७९ मा सम्पादित स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको जिल्ला स्तरीय वार्षिक कार्य प्रगति समिक्षामा पालिकाहरुको मूल्यांकन गर्दा तपसिल बमोजिमको Ranking रहेको छ ।

सि.न.	पालिका	Ranking
१	हलेसीतुवाचुङ न.पा.	प्रथम
२	दिक्तेल रुपाकोट मझुवागढी न.पा.	द्धितीय
३	रावाबेसी गा.पा.	तृतीय
४	केपिलासगढी गा.पा.	चौथौ
५	बराहपोखरी गा.पा.	पाँचौ
६	साकेला गा.पा.	छैठौं
७	खोटेहाङ गा.पा.	सातौं
८	ऐसेलुखर्क गा.पा.	आठौं
९	जन्तेढुगां गा.पा.	नवौं
१०	दिप्रुङचुईचुम्मा गा.पा.	दशौं

अनुसूची ५

खोटाङ जिल्ला भित्रका पालिका स्वास्थ्य शाखा प्रमुखहरुको सम्पर्क नम्बर र ईमेल ठेगाना

सि. न.	पालिका	सम्बन्धित व्यक्तिको नाम	सम्पर्क नं.	ईमेल
१	केपिलासगढी गा.पा.	शिव कुमार राई	९८५११६३७०५	health.kepilasmun@gmail.com
२	ऐसेलुखर्क गा.पा.	रामकाजी नेपाल	९८१७७९०००१	ramkajinp@gmail.com
३	रावाबेसी गा.पा.	राज कुमार रेग्मी	९८५२८४९३३३	rawabesigaupalika@gmail.com
४	हलेसी तुवाचुङ न.पा.	प्रकाश घिमिरे	९८५२८४९१७४	prakashghimire462@gmail.com
५	दिक्तेल रुम नगरपालिका	खेमराज आचार्य	९८५२०५८४४६	khemraja34@gmail.com
		दिक्षिका श्रेष्ठ	९८४२८७७३२२	
६	साकेला गा.पा.	रिता ढकाल	९८४२९३३४९२	ito.sakelarmun@gmail.com
७	दिप्रुङ चुईचुम्मा	मुस्तक मन्सुरी	९८०७७८९११३	diprungrmun2077@gmail.com
		मुरारी प्रसाद सिग्देल	९८४५४०२९५	murariprasadsigdel@gmail.com
८	खोटेहाङ गा.पा.	यदु कुमार बस्नेत	९८४२९३२०३३	basnetyadukumar@gmail.com
९	जन्तेढुंगा गा.पा.	पवन पोखरेल	९८५१०६०१५०	ppokhrel100@gmail.com
		देवराज बस्नेत	९८४२९९०६१३	debrajbasnet123@gmail.com
१०	बराहपोखरी गा.पा.	ईन्दिरा कार्की	९८६४१५२५९७१	karkiindira2030@gmail.com

अनुसूची ६

जिल्लामा दर्ता भै संचालनमा रहेका एम्बुलेन्सको विवरण

सि न	जिल्ला	एम्बुलेन्स प्रदायकको नाम र ठेगाना	सेवा प्रदायकको किसिम	एम्बुलेन्स संख्या	एम्बुलेन्समा भएको सेवाको प्रकार (क,ख,ग)	एम्बुलेन्स गाडीको प्रकार (टाटा/महिन्द्रा/ल्याण्डक्रुजर/सुजुकि भ्यान/अन्य)	चालकको नाम र सम्पर्क मोबाईल नम्बर
१	खोटाङ	ऐसेलुखर्क गा पा	संस्थागत	१	-	-	हरी राई ९८०८६५६४१०
२	खोटाङ	केपिलासगढी गा पा		१	-	-	सन्जिवगुरुङ ९८४१४८४९७७
३	खोटाङ	रावावेसी गा पा		१	-	-	
४	खोटाङ	ह तु न पा		१	-	-	९८२७७८६११३
५	खोटाङ	दि चु गा पा		१	-	-	भुवन बस्नेत ९८२४७८५२४१
६	खोटाङ	खोटेहाङ गापा		१	-	-	द्वारीका सुवेदी ९८४२९३२०३३
७	खोटाङ	जन्तेढुङगा गा पा		१	-	-	सन्तोखड्का ९८६६७८९७८९
८	खोटाङ	दि रु म न पा	इन्डियन वलफेर	१	-	-	प्रेम गुरुङ ९८४२८४३६४९
९	खोटाङ	दि रु म न पा	रेडक्रस सोसाइटी	१	-	-	९८५२८४४२२१
१०	खोटाङ	दि रु म न पा	संघिय जनअधिकार फोरम	१	-	-	९८६१४५२५७०
११	खोटाङ	ह तु न पा	हलेसी सिद्धबाबा पोलि किल्निक	१	-	-	९८४२८४९५०८

कार्यक्रमका केही झलकहरू

पुर्णखेप सुनिस्चितता पालिका घोषणा सभा कार्यक्रम

पुर्णखेप सुनिस्चितता पालिका घोषणा सभा कार्यक्रम

आमा समुहवाट गर्भवति सम्मान कार्यक्रम

गर्भवति महिला समुह अन्तर्गतका कार्यक्रम गदै महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका र स्वास्थ्यकर्मी

पाठेघर खस्ने समस्याको पहिचानको लागि निशुल्क स्वास्थ्य शिविर

CBIMNCI कार्यक्रमको स्थलगत अनुशिक्षण कार्यक्रम

बृहत पोषण प्याकेज सम्वन्धी तालिममा सहभागि स्वास्थ्यकर्मिहरु

नगर स्तरिय स्वास्थ्य कार्यक्रमको बार्षिक समिक्षा गोष्ठि

जेष्ठ नागरिक तथा असक्तलाई घर घरमै कोभिडको खोप प्रदान गर्दै स्वास्थ्यकर्मि

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको मासिक बैठम पस्चात