चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२

"ऐतिहासिक साँस्कृतिक नगरी-समृद्ध पर्यटकीय चन्द्रागिरि"

२०७४
चन्द्रागिरि नगरपालिका काठमाडौं

चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२

चन्द्रागिरि नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
बलम्बु, काठमाडौं

चन्द्रागिरि नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
बलम्बु, काठमाडौं

प.सं. :
च.नं. :

बागमती प्रदेश, नेपाल

शुभकामना मन्तव्य

राज्यबाट गुणस्तरीय सेवा पाउनु हामी सबै नागरिकको नैसर्गीक अधिकार हो । यसलाई नेपालको संविधान २०७२ ले पनि मौलिक हकको रुपमा प्रदान गरेको छ । राज्यबाट प्रदान गरिएको मौलिक हकको मर्मलाई आत्मसात गर्दै चन्द्रागिरि नगरपालिकाले यस नगरका सम्पूर्ण नागरिकहरुलाई गुणस्तरीय सेवा प्रवाह गर्न प्रतिबद्ध छ। साथै यस नगरपालिकाले आम नगरवासीको स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारीता वृद्धि तथा सुधार गर्ने कुरामा जोड दिँदै सम्पूर्ण नागरिकहरुलाई उच्चतम गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन निरन्तर अग्रसर रहेको छ।

नेपालको संवैधानिक व्यवस्था बमोजिम संघीयता कार्यान्वयन पश्चात स्थानीय सरकार गठन भई आफ्नो अधिकार क्षेत्रभित्रको कार्य सम्पादन गर्दै आईरहेको छ। साथै नगरपालिकाले सम्पादन गरेको कार्यहरुको बारेमा आम नागरिकहरुलाई सु-सूचित गर्नु पालिकाको कर्तव्य भएकोले नगरपालिका यस कार्य प्रति जिम्मेवारबोध छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा नगर प्रमुखको रुपमा भूमिका निर्वाह गरिरहँदा यस नगरपालिकाको आ.व. २०८१/२०८२ मा सम्पादित स्वास्थ्य तर्फका क्रियाकलापहरुको प्रगति प्रतिवेदन सहित चन्द्रागिरि नगरपालिकाले **"चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२"** पहिलो पटक प्रकाशन गर्न लागेकोमा खुसी व्यक्त गर्न चाहन्छु। यो प्रकाशन यस नगरपालिकाको स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै सरोकारवालाहरुको संयक्त प्रयासको परिणाम हो। यस दर्पणले यस नगरपालिकाको स्वास्थ्य क्षेत्रको अवस्था विश्लेषण, अवसर, समस्या, चुनौती तथा आगामी वर्षहरुका लागि कार्यदिशा खोज्न पनि मद्दत गर्ने छ भन्ने कुरामा विश्वस्त र आशावादी छु।

अन्तमा, यस नगरको स्वास्थ्य क्षेत्रलाई गुणस्तरीय एवं प्रभावकारी बनाउनमा महत्त्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्नुभएका सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरु, सम्बन्धित कर्मचारीहरु तथा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई धन्यवाद छ। साथै यस स्वास्थ्य दर्पण निर्माण गर्न अहोरात्र खटिनुहुने स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई विशेष धन्यवाद व्यक्त गर्दै आगामी वर्षहरुमा पनि यस चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पणले निरन्तरता पाउने अपेक्षा सहित थप सफलताको शुभकामना व्यक्त गर्दछु ।

घनश्याम गिरी
नगर प्रमुख

"ऐतिहासिक, साँस्कृतिक नगरी : समृद्ध पर्यटकीय चन्द्रागिरि"
फोन : ०१-४३१५७६६, टोल फ्रि : १८१०५०००४९९, इमेलः Email : chandragirimun@gmail.com, वेवसाईटः www.chandragirimun.gov.np

चन्द्रागिरि नगरपालिका
चन्द्रागिरि नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
बलम्बु, काठमाडौं

प.सं. :
च.नं. :

बागमती प्रदेश, नेपाल

शुभकामना मन्तव्य

नेपालको संविधान २०७२ अनुसार संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका सरकार गठन भई आ-आफ्ना अधिकार क्षेत्रभित्रका कार्य गरिरहेका छन् । आधारभूत स्वास्थ्य र सरसफाइ स्थानीय तहको एक अधिकारको रुपमा स्थापित गरे संगै यस चन्द्रागिरि नगरपालिकाले स्वास्थ्य क्षेत्रलाई आफ्नो पहिलो प्राथमिकतामा राख्दै आएको छ । आम नागरिकलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न मातृ तथा शिशु कार्यक्रम, पोषण कार्यक्रम, जेष्ठ नागरिक कार्यक्रम, स्वास्थ्य बीमा लगायत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका लक्षित कार्यक्रम आदि सञ्चालन गर्दै आईरहेको छ। साथै यस नगरपालिकामा अवस्थित एक मात्र प्राथमिक अस्पतालबाट २४ सै घण्टा प्रतिकारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक तथा उपचारात्मक र विशेषज्ञ सेवा प्रदान गर्दै आईरहेको छ । यस नगरपालिकाको स्वास्थ्यको अवस्था सुधार गर्न र जनअपेक्षा अनुरुप गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरी स्वास्थ्य क्षेत्रको विकासमा महत्त्वपूर्ण योगदान पुऱ्याउनुहुने सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरु तथा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु प्रति उच्च सम्मानका साथ हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकाले आ.व. २०८१/२०८२ मा हाँसिल गरेका उपलब्धिहरु, सेवाप्रवाहमा देखा परेका चुनौतीहरु र सुधार गर्नु पर्ने पक्षहरु समेटेर तयार गरिएको चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२ पहिलो पटक प्रकाशन गर्न लागेकोमा अत्यन्त खुसी लागेको छ ।

अन्तमा, यस चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२ तयार गर्ने कार्यमा प्रत्यक्ष तथा अप्रत्यक्ष रुपमा संलग्न सम्पूर्ण कर्मचारीहरुलाई हृदयदेखि धन्यवाद प्रदान गर्दै आगामी दिनमा पनि स्वास्थ्य दर्पण प्रकाशनको निरन्तरता होस् भन्ने शुभकामना व्यक्त गर्न चाहन्छु ।

बसन्ती श्रेष्ठ
नगर उपप्रमुख

चन्द्रागिरि नगरपालिका
चन्द्रागिरि नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
बलम्बु, काठमाडौं

प.सं. :
च.नं. :

बागमती प्रदेश, नेपाल

शुभकामना

नेपालको संविधान २०७२ र राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ ले अंगिकार गरेका विश्वब्यापी स्वास्थ्य सेवालाई सर्वसुलभ पहुँच र विस्तार गर्न तीनै तहका सरकारी निकायहरु, निजि क्षेत्र र विकास साझेदार लगायत सबै सरोकारवालाहरुसँग समन्वय एवम् सहकार्य गर्दै यस नगरपालिकाका नागरिकहरुको स्वास्थ्य सम्बन्धी हक कार्यन्वयन गर्न प्रतिवद्ध रहेको छ । यस नगरपालिकाले आम नागरिकहरुलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन प्राथमिक अस्पताल, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र र खोप केन्द्रबाट नियमित स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आईरहेको छ।

यस नगरपालिकाद्वारा आ.व. २०८१/२०८२ मा सम्पादित काम तथा जिम्मेवारीलाई तथ्याङ्कको आधारमा वार्षिक प्रतिवेदन तयार पारी चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२ प्रकाशन गर्न लागेकोमा खुसी व्यक्त गर्न चाहन्छु। यस नगरपालिकाको समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई सबल बनाई सम्पूर्ण नगरबासीको स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्नका निम्ति जिम्मेवारी वहन गर्दै उल्लेखनीय भूमिका निर्वाह गर्ने चन्द्रागिरि स्वास्थ्य शाखा र स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरु सरोकारवालाहरु प्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु ।

चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पणले यस नगरपालिकामा अहिले सम्म सम्पादन गरेका कार्यहरुको अवस्था, उपलब्ध स्रोत साधनहरु, सेवाहरु, चुनौतीहरु विश्लेषण गरी समग्र स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति निर्माण तथा योजना तर्जुमाका लागि महत्त्वपूर्ण आधार बन्ने कुरामा विश्वस्त रहेको छु र भावी दिनमा पनि प्रगति र निरन्तरताको कामना गर्दछु ।

साथै, यस प्रकाशन तयार गर्नमा विशेष भूमिका निर्वाह गर्नुहुने स्वास्थ्यकर्मीहरु प्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु ।

....

सुरेन्द्र थापा मगर
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

चन्द्रागिरि नगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

बलम्बु, काठमाडौं

बागमती प्रदेश, नेपाल

प.सं. :

च.नं. :

मन्तव्य

नेपालको संविधान २०७२ ले प्रत्याभूत गरेको स्वास्थ्यसम्बन्धी मौलिक हकको प्रभावकारी कार्यान्वयन स्थानीय तहको महत्वपूर्ण जिम्मेवारी हो। यसै संवैधानिक मर्मलाई आत्मसात गर्दै चन्द्रागिरि नगरपालिकाले आम नागरिकलाई गुणस्तरीय, सर्वसुलभ र प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको चन्द्रागिरि नगरपालिकाको सामाजिक विकास समितिले शिक्षा सहित स्वास्थ्य क्षेत्रलाई उच्च प्राथमिकतामा राखी नीति निर्माण, कार्यक्रम तर्जुमा तथा कार्यान्वयनमा सहजीकरण गर्दै आएको छ।

स्वास्थ्य क्षेत्रको समग्र सुदृढीकरण, सेवा प्रवाहको गुणस्तर अभिवृद्धि तथा तथ्यांकमा आधारित योजना निर्माणमा संयोजकको रूपमा निरन्तर मार्गदर्शन र समन्वय गर्ने अवसर प्राप्त भएकोमा म आफूलाई गौरवान्वित महशुस गरेको छु । चन्द्रागिरि नगरपालिकाले आ.व. २०८१/२०८२ मा सम्पादन गरेका स्वास्थ्यसम्बन्धी कार्यक्रम, उपलब्धि र भावी कार्यदिशासहितको दस्तावेजको रुपमा "चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२" प्रकाशित गरिएको छ ।

यो स्वास्थ्य दर्पण चन्द्रागिरि नगरपालिकालाई स्वस्थ सहर बनाउन, नगरपालिकाको स्वास्थ्य क्षेत्रको यथार्थ अवस्था, स्रोत-साधन, सेवा प्रवाह, अवसर तथा सुधारका क्षेत्रहरूको विश्लेषणका लागि यो प्रकाशन महत्वपूर्ण हुनेछ । यसले नीति निर्माण, योजना तर्जुमा तथा निर्णय प्रक्रिया प्रमाणमा आधारित मार्गदर्शन प्रदान गर्नुका साथै स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर अभिवृद्धिमा ठोस आधार सिर्जना गर्नेछ भन्नेमा विश्वस्त छु।

चन्द्रागिरि नगर क्षेत्रको स्वास्थ्य सेवालाई समुदायस्तरमा फैलाउन स्वास्थ्य शाखाका कर्मचारीहरू, स्वास्थ्यकर्मीहरू तथा प्रत्यक्ष-अप्रत्यक्ष रूपमा सहयोग गर्नुहुने सम्पूर्ण सरोकारवालाहरू प्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु। साथै, आगामी दिनहरूमा पनि समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रको सुदृढीकरण र "चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण" को निरन्तरताका लागि सबैको सकृयता, सहकार्य र प्रतिबद्धता कायम रहने अपेक्षा सहित हार्दिक शुभकामना व्यक्त गर्दछु।

२०८२।११।१५

घनश्याम लुइँटेल

संयोजक

सामाजिक विकास समिति

चन्द्रागिरि नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
बलम्बु, काठमाडौं

प.सं. :
च.नं. :

बागमती प्रदेश, नेपाल

मन्तव्य

चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२ तयार गरी प्रकाशित गर्न पाउनु नै मेरो लागि अत्यन्तै खुसीको कुरा हो। चन्द्रागिरि नगरपालिकाले सम्पूर्ण नगरबासीहरूलाई प्राथमिक अस्पताल, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र तथा खोप केन्द्रमार्फत संस्थागत रूपमा र सामुदायिक स्वास्थ्य नर्समार्फत समुदायस्तर (घर-घरमा) नियमित रूपमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको छ। यस नगरपालिकाद्वारा गत आ.व. २०८१/०८२ मा सम्पादित स्वास्थ्य गतिविधिहरूको अवस्था, उपलब्ध स्रोत साधनहरु, चुनौतीहरु र भावी योजनाहरुको विश्लेषण गरी "चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२" का रूपमा प्रथम पटक लिखित प्रमाणित दस्तावेजका रूपमा तयार पारिएको छ।

चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पणले यस नगरपालिकाको समग्र स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति निर्माण तथा योजना तर्जुमाका लागि महत्त्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्ने छ भन्ने कुरामा विश्वस्त छु । यस नगरपालिकाको समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई सबल बनाई सम्पूर्ण नगरबासीहरूको स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्न निरन्तर सहयोग तथा मार्गदर्शन प्रदान गर्नुहुने आदरणीय नगर प्रमुख श्री घनश्याम गिरी ज्यू, उप प्रमुख श्री बसन्ती श्रेष्ठ ज्यू, प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत श्री सुरेन्द्र थापा मगर ज्यू, सामाजिक विकास समिति संयोजक श्री घनश्याम लुइँटेल ज्यू, वडा अध्यक्षज्यूहरू, कार्यपालिका सदस्यज्यूहरू, सामाजिक विकास समितिका पदाधिकारीज्युहरू, नगरसभा सदस्यज्यूहरू तथा स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिका सम्पूर्ण पदाधिकारीज्यूहरू प्रति उच्च सम्मानसाथ हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु।

साथै आफ्नो उल्लेखनीय भूमिकासहित नगरबासीहरूको स्वास्थ्य सेवामा समर्पित सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत चिकित्सक लगायत स्वास्थ्यकर्मीहरू, कर्मचारीहरू, सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सहरू, विद्यालय नर्सहरू, राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू तथा सरोकारवालाहरूलाई हार्दिक धन्यवाद व्यक्त गर्दै आगामी दिनमा समेत निरन्तर सहयोग र सहकार्यको अपेक्षा गर्दछु। अन्त्यमा, "चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२" तयार पार्न अथक मेहनत र प्रयासका साथ विशेष भूमिका निर्वाह गर्नुहुने सम्पूर्ण प्राविधिक समूहका स्वास्थ्यकर्मीहरूप्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्दछु।

....

शम्भु कुमार महतो

स्वास्थ्य शाखा प्रमुख

संक्षिप्त रुप

आ.व	आर्थिक वर्ष
न.पा.	नगरपालिका
मा.वि.	माध्यमिक विद्यालय
गा.वि.स.	गाउँ विकास समिति
स्वा.चौ.	स्वास्थ्य चौकी
श.स्वा.के.	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र
AI X-ray	Artificial Intelligent X-ray
ANC	Antenatal Care
ART	Anti-Retroviral Therapy
ASRH	Adolescent Sexual Reproductive Health
BCG	Bacillus Calmette Guerine
BECOME	Behavioural Community Based Combined Intervention for Mental Health and Non-communicable Diseases
BMI	Body Mass Index
BSE	Breast Self Examination
CAC	Comprehensive Abortion Care
CBIMNCI	Community Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness
CHN	Community Health Nurse
DALY	Disability Adjusted Life Year
DHIS2	District Health Information System 2
DMC	Designated Microscopic Center
DOTS	Direct Observed Treatment Shortcourse
DPR	Detailed Project Review
DPT	Diphtheria Pertussis Tetanus
DR TB	Drug Resistant Tuberculosis
DS TB	Drug Sensitive Tuberculosis
EPI	Expanded Program on Immunization
EWARS	Early Warning and Reporting System
FCHV	Female Community Health Volunteer
FIPV	Fractional Inactivated Polio Vaccine
GIZ	German Development Cooperation (GIZ)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
IEC/BCC	Information, Education and Communication / Behaviour Change Communication
IFA	Iron Folic Acid
ILR	Ice Lined Refrigerator
IMAM	Integrated Management of Acute Malnutrition
ITC	Inpatient Therapeutic Centre
IUCD	Intra Uterine Contraceptive Device
LMIS	Logistic Management Information System
MIYCN	Maternal, Infant, and Young Child Nutrition
MNP	Multiple Micronutrient Powder

MOU	Memorandum Of Understanding
MSS	Minimum Service Standard
MUAC	Mid Upper Arm Circumference
NCD	Non-Communicable Diseases
NCDI	Non Communicable Disease Index
NDHS	Nepal Demographic Health survey
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NPL	Nepal Pharmaceutical Lab
OPD	Outpatient Department
OPV	Oral Polio Vaccine
OTC	Outpatient Therapeutic Centre
PCV	Pneumococcal Vaccine
PEN	Package of Essential Non Communicable Diseases
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
PNC	Postnatal Care
RDT	Rapid Diagnostic Test
RRT	Rapid Response Team
SBA	Skill Birth Attendant
SDG	Sustainable Development Goal
SNCU	Special Neonatal Care Unit
SWOT	Strength Weakness Opportunity Threat
TB	Tuberculosis
TCV	Typhoid Conjugate Vaccine
TD	Tetanus Diphtheria
UHC	Universal Health Coverage
UN	United Nations
USAID	United States Agency for International Development
VIA	Visual Inspection with Acetic Acid
VLR	Voluntary Local Review
WHO	World Health Organisation

विषय सूची

विषय सूची i
तालिकाहरुको सूची ii
चित्रहरुको सूची iii
सारांश (Executive Summary) iv
तथ्य पृष्ठ (Fact Sheet) xiii
राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ .... १
१.परिचय ५
१.१ चन्द्रागिरि नगरपालिकाको संक्षिप्त परिचय ५
१.२ नगरपालिकाको स्वास्थ्य प्रणाली १३
  १.२.१. स्वास्थ्य संस्थाहरुको विवरण १३
  १.२.२. मानव संसाधनको विवरण १४
१.३ नगरपालिकामा सञ्चालन गरिएका स्वास्थ्य सम्बन्धी नवीनतम कार्यक्रमहरु १४
२. जनस्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रमहरु १५
२.१. बाल स्वास्थ्य कार्यकम १५
  २.१.१ राष्ट्रिय खोप कार्यकम १५
  २.१.२ पोषण कार्यक्रम ४२
  २.१.३ नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम ५०
२.२ परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम ५५
२.२.१ परिवार योजना कार्यक्रम ५५
२.२.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम ५८
२.२.३ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम ६३
२.२.४ विद्यालय नर्स कार्यक्रम ६८
२.२.५ किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम ६९
२.३ स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम ७१
२.४ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम ७२
२.५ ईपिडेमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम ७५

२.५.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम ७५
२.५.२ हात्तीपाईले निवारण कार्यक्रम..७८
२.५.३ डेंगु नियन्त्रण कार्यक्रम..७८
२.५.४ स्क्रब टाइफस रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम........................८१
२.५.५ कालाजार निवारण कार्यक्रम..८१
२.५.६ जुनोशिस नियन्त्रण कार्यक्रम..८२
२.५.७ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम..८३
२.५.८ कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम..८७
२.५.९ एच.आई.भी./एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम..................८९
२.५.१० नसर्ने रोग, सडक सुरक्षा तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम..........९१
३. उपचारात्मक सेवा कार्यक्रम..१०२
३.१ उपचारात्मक सेवा.. १०२
३.२ प्रयोगशाला सेवा.. १०५
३.३ सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान.. १०६
३.४ न्यूनतम सेवा मापदण्ड कार्यक्रम.. १०८
४. स्वस्थ्य शहर कार्यक्रम..१०९
५. आयुर्वेद तथा बैकल्पिक चिकित्सा..११४
६. महामारी, प्रकोप नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम..............................११७
७. स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रम..११८
८. स्वास्थ्य आपुर्ति, योजना तथा स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन.......................११९
९. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम..१२३
१०. स्वास्थ्य विकासका साझेदार संघ संस्थाहरु..१२५
Target population १२६

तालिकाहरुको सूची

तालिका १.: नगरपालिकाको वडागत जनसङ्ख्या र घरधुरी विवरण.................. ७
तालिका २.: स्वास्थ्य संस्थाहरुको विवरण..१३

*तालिका ३.: मानव संसाधनको विवरण**..१४
तालिका ४.: बि.सी.जी. खोप कभरेज दर २१
तालिका ५.: डि.पि.टी-हेप.बी-हिब पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर...............२२
तालिका ६.: डि.पि.टी-हेप.बी-हिब दोस्रो मात्राको खोप कभरेज दर.................२३
तालिका ७.: डि.पि.टी-हेप.बी-हिब तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर २४
तालिका ८.: ओ.पी.भी पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर २५
तालिका ९.: ओ.पी.भी दोस्रो मात्राको खोप कभरेज दर................................२६
तालिका १०.: ओ.पी.भी तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर २७
तालिका ११.: पि.सि.भि पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर २८
तालिका १२.: पि.सि.भि तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर..............................२९
तालिका १३.: दादुरा रुबेला पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर......................३०
तालिका १४.: दादुरा रुबेला तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर........................३१
तालिका १५.: जापानीज इन्सेफलाइटिस् खोप कभरेज दर ३२
तालिका १६.: टिसिभी (TCV) खोप कभरेज दर..३३
तालिका १७.: एफ आइ पि भी पहिलो खोप कभरेज दर.............................३४
तालिका १८.: एफ आइ पि भी दोस्रो खोप कभरेज दर ३५
तालिका १९.: रोटा भाइरस खोप पहिलो कभरेज दर ३६
तालिका २०.: रोटा भाइरस खोप दोस्रो कभरेज दर....................................३७
तालिका २१.: टि.डीखोप कभरेज दर...३८
तालिका २२.: खोपको खेर जाने दर...३९
तालिका २३.: खोपको पहुँच र उपभोग अनुसार वडा स्तरको वर्गीकरण.........४०

चित्रहरुको सूची

चित्र १.: चन्द्रागिरि नगरपालिकाको नक्सा... ६
चित्र 2 : राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको कभरेज २०

सारांश (Executive Summary)

नेपालको संबिधान २०७२ ले स्वास्थ्यलाई मौलिक हकको रूपमा स्थापित गरी आधारभूत स्वाथ्य सेवा निःशुल्क र सर्वसुलभ रुपमा उपलब्ध हुने कुराको प्रत्याभूति गरेको छ। सोही अनुसार संविधान प्रदत्त निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा जनताको घरदैलोमा सहज रुपमा उपब्लध गराउन चन्द्रागिरि नगरपालिका प्रयत्नशिल छ। यस नगरपालिकाअन्तर्गत १९ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुमार्फत निशुल्क स्वास्थ्य सेवाहरु प्रदान गर्दै आएको छ भने नगरपालिकाबासीहरुको बदलिदो स्वास्थ्य आवश्यकताको आधारमा अन्य विशेषज्ञ सेवाहरु समेत प्रदान गरिदै आएको छ। वार्षिक रुपमा नगरपालिकाबाट सम्पादन भएका जनस्वास्थ्य क्रियाकलापहरुलाई दर्पणका रुपमा यस प्रतिवेदनमा समेट्ने प्रयास गरिएको छ। यस प्रतिवेदनमा चन्द्रागिरि नगरपालिका, काठमाडौंमा आ.व. २०८१/०८२ मा सञ्चालन भएका जनस्वास्थ्य क्रियाकलापहरूका साथै नगरपालिका अन्तर्गत रहेका सम्पूर्ण सरकारी, निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू, विद्यालय नर्स कार्यक्रम र सामुदायिक नर्सिङ्ग कार्यक्रममार्फत सञ्चालन तथा सम्पादन गरिएका जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई समेटी यो प्रतिवेदन तयार पारिएको छ। यस प्रतिवेदनका तथ्याङ्कीय स्रोतका रूपमा चन्द्रागिरि नगरपालिकाअन्तर्गत सञ्चालित ११ वटा स्वास्थ्य चौकी, ७ वटा शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, १ नगर अस्पताल, १ केन्द्रीय अस्पताल (सशस्त्र प्रहरी अस्पताल), ६ वटा निजी अस्पताल तथा नगरपालिकामा दर्ता रहेका १० वटा निजी पोलिक्लिनिक/क्लिनिकहरूलाई समावेश गरिएको छ। साथै, सामुदायिक नर्स तथा विद्यालय नर्स कार्यक्रम लागु भएका सरकारी विद्यालयहरू र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूबाट प्रदान गरिएका सेवाहरूलाई समेत यस प्रतिवेदनमा समेटिएको छ। नगरबासीको स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको लागि सम्पूर्ण नीजी तथा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्रतिरोधात्मक, प्रवर्द्धनात्मक र उपचारात्मक सेवाहरु प्रदान गरिरहेका छन्।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Programme)

नेपाल सरकारले वि.सं. २०३४ सालदेखि सञ्चालन गर्दै आएको राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम नेपाल सरकारको उच्च प्राथमिकतामा रहेको सबैभन्दा लागत प्रभावकारी जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरु मध्येको एक हो। यस कार्यक्रममार्फत नेपालले पोलियो तथा शिशु

धनुष्टंकार निवारण, तथा रुवेलालाई जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा निवारण (Elimination as a Public Health Problem) गर्न सफल भएको छ। साथै, दादुरा नियन्त्रण तथा बालबालिकामा हुने हेपाटाइटिस बी लगायत खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरूको नियन्त्रणमा समेत उल्लेखनीय प्रगति हासिल गरिएको छ । हाल राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमअन्तर्गत जन्मदेखि १५ महिनासम्मका बालबालिकालाई राष्ट्रिय नियमित खोप तालिका अनुसार १३ प्रकारका खोप बाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरु (Vaccine Preventable Disease) विरुद्ध खोप सेवा प्रदान गर्रिंदै आएको छ भने आमा र नवजात शिशुलाई धनुष्टंकारबाट सुरक्षित गर्न गर्भवती महिलालाई TD खोप समेत निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराइँदै आएको छ।

आ.व. २०८१/८२ मा चन्द्रागिरि नगरपालिकाको खोप कभरेज अनुसार १५ महिना मुनिका बालबालिकाहरु मध्ये बि.सि.जी. खोप २१.३ प्रतिशत, डी.पी.टी.-हेप.बी-हिब खोपको पहिलो मात्रा ६१.२ प्रतिशत र तेस्रो मात्रा ६६.२ प्रतिशत, पोलियो खोपको पहिलो मात्रा ६१.२ प्रतिशत र तेस्रो मात्रा ६६.२ प्रतिशत, रोटा पहिलो मात्रा ६१.२ प्रतिशत, एफ.आई.पी.भी. पहिलो मात्रा ६६, दोस्रो मात्रा ७४.६ प्रतिशत, पी.सी.भी. तेस्रो मात्रा ७४.६ प्रतिशत, दादुरा-रुवेला पहिलो मात्रा ७४.६ प्रतिशत र दोस्रो मात्रा ८४.३ प्रतिशत तथा जे.ई. खोप ८०.९ प्रतिशत बालबालिकाहरुले प्राप्त गरेका छन्। त्यसैगरी जम्मा अनुमानित जीवित जन्म मध्ये २८ प्रतिशत गर्भवती महिलाले टी.डी. खोपको पूर्ण मात्रा प्राप्त गरेका छन्।

नेपालमा खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगहरूको नियन्त्रण, निवारण तथा उन्मुलनका लक्ष्यहरू तर्फ उल्लेखनीय सफलता हासिल हुँदै आए पनि संस्थागत रूपमा निर्धारित लक्ष्यहरू अनुरूप कार्यान्वयन गर्न नसकेमा जुनसुकै समयमा पनि सरुवा रोगको प्रकोप हुन सक्ने जोखिम रहन्छ। अतः संस्थागत स्तरमा खोप कार्यक्रमको प्रगति विश्लेषण गर्दा अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाहरू अपेक्षित लक्ष्यभन्दा कम उपलब्धिमा रहेको देखिनुले आगामी दिनमा खोप कार्यक्रमलाई अझ जिम्मेवार, प्रभावकारी र लक्ष्य केन्द्रित रूपमा सञ्चालन गर्नुपर्ने आवश्यकता रहेको संकेत गर्दछ।

पोषण कार्यक्रम (Nutrition Programme)

पोषण कार्यक्रम नेपाल सरकारको पहिलो प्राथमिकतामा परेको कार्यक्रम हो। गर्भवती महिला, सुत्केरी महिला तथा दुई वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्नु यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य हो। यस कार्यक्रमअन्तर्गत दुई वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको नियमित तौल अनुगमन गरिन्छ तथा पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुलाई भिटामिन "ए" र जुकाको औषधी वितरण गरिन्छ । साथै गर्भवती महिलाहरुलाई आइरन चक्की, क्याल्सियम चक्की र जुकाको औषधी वितरण तथा सुत्केरी महिलाहरुलाई आइरन चक्की र भिटामिन ए वितरण गर्ने गरिएको छ। राष्ट्रिय मापदण्ड अनुसार ०-११ महिनासम्मका बालबालिकाहरुको औसत वृद्धि अनुगमन २३ रहेकोमा चन्द्रागिरि नगरपालिकाको आ.व २०८१/८२को तथ्यांकअनुसार औसत वृद्धि अनुगमन करिब ४.५ पटक मात्र रहेको छ ।

यस अवधिमा ०-११ महिनाका बालबालिकाहरु मध्ये ६३.८ प्रतिशत बालबालिकाहरु वृद्धि अनुगमन सेवामा दर्ता भएका थिए। ०-२३ महिनामा दर्ता भएका बालबालिकाहरुमध्ये ०.४ प्रतिशत बालबालिकाहरुमा कम तौल देखिएको छ, जसले पोषण अवस्था सुधारका लागि वृद्धि अनुगमन सेवालाई थप सुदृढ गर्नुपर्ने आवश्यकता देखाउँछ। यस आ.व मा ७ जना बालबालिकाहरुलाई कडा कुपोषण भई उपचारको लागि ओ.टि.सि सेन्टरमा भर्ना गरिएको थियो। अनुमानित गर्भवती मध्ये ४१ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरुले १८० आइरन चक्की तथा फोलिक एसिड र क्याल्सियम चक्की प्राप्त गरेका छन। गर्भवती समयमा खानुपर्ने जुकाको औषधी खाने महिलाहरु ५६.९ प्रतिशत छन् । सुत्केरी अवस्थामा अनुमानित जीवित जन्म मध्ये ३२ प्रतिशत सुत्केरी महिलाहरुले ४५ चक्की आईरन तथा फोलिक एसिड (IFA) प्राप्त गरेको पाइएको छ। राष्ट्रिय भिटामिन ए तथा जुकाको औषधी वितरण कार्यक्रमअन्तर्गत ६-५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरुलाई खुवाइने भिटामिन ए को प्रगति कार्तिकमा ९६.७ प्रतिशत र वैशाखमा १०२.५ प्रतिशत देखिन्छ। यस आ.व.मा नगरपालिकाअन्तर्गत ०-२३ महिना उमेर समूहका बालबालिकाहरुको औसत तौल अनुगमनको प्रगति वृद्धि गर्न बालबालिकाहरुका अभिभावकलाई लक्षित गरी पोषण तथा सरसफाइसम्बन्धी जनचेतनामूलक कक्षा सञ्चालन गरिँदै आएको छ। साथै रैथाने खानाको प्रवर्द्धन तथा प्रदर्शन कार्यक्रमसमेत सञ्चालन गरिएको छ।

नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness)

२ महिना देखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई निमोनिया, झाडापखाला, औलो, दादुरा तथा कुपोषणका कारण हुने मृत्युबाट बचाउन तथा २ महिना मुनिका बालबालिकाहरुलाई संक्रमण तथा सुजन, खाना सम्बन्धी समस्या, जण्डिस जस्ता समस्याहरूको एकीकृत रूपमा व्यवस्थापन गर्न सञ्चालन गरिएको समुदायमा आधारित एकीकृत नवजात तथा बालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम नेपालको उच्च प्राथमिकतामा परेको कार्यक्रम हो। आ.व. २०८१/८२ मा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमध्ये १३६.७ प्रति हजारमा श्वासप्रश्वास सम्बन्धी समस्या देखिएको छ, जुन अघिल्लो आ.व. २०८०/८१ मा १६८ प्रति हजार थियो। यस आ.व.मा निमोनिया भएका बालबालिकाको सङ्ख्या अघिल्लो वर्षको ३१.२ प्रति हजारको तुलनामा घटेर २१.२ प्रति हजारमा घटेको पाइएको छ । ५ वर्ष मुनिका जम्मा निमोनिया भएका बालबालिकामध्ये एन्टिबायोटिकबाट उपचार प्राप्त गरेका बालबालिकाको प्रगति १०० प्रतिशत रहेको छ। अघिल्लो आ.व. २०८०/८१ मा ६८.४ प्रति हजार बालबालिकामा देखिएको झाडापखालाको प्रकोप दर यस आ.व. २०८१/८२ मा घटेर ५५.३ प्रति हजारमा झरेको छ, जसबाट गत वर्षको तुलनामा झाडापखालाका बिरामीको सङ्ख्या घटेको देखिन्छ। यस वर्ष पनि श्वासप्रश्वास तथा झाडापखालाको कारण कुनै पनि बालबालिकाको मृत्यु नभए तापनि Incidence दरमा थप कमी ल्याउन पालिका तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूले विशेष पहल गर्नुपर्ने देखिन्छ।

परिवार योजना कार्यक्रम (Family Planning Program)

नेपालमा परिवार योजना सेवा प्रारम्भमा जनसङ्ख्याको समुचित व्यवस्थापनको उद्देश्यले सुरु भएको भए पनि पछिल्ला वर्षहरूमा यसलाई प्रजनन स्वास्थ्यको अङ्ग तथा दम्पत्तिहरूको अधिकारको रूपमा स्वीकार गरिएको छ। परिवार योजनाले लैंगिक समानता, महिलाको शिक्षा र सामाजिक-आर्थिक विकासमा पनि योगदान पुर्‍याउने भूमिका निर्वाह गर्दछ। परिवार योजनाका आधारभूत सेवाहरू जस्तै कन्डम, पिल्स र डिपो, हाल पालिकाका सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट उपलब्ध गराइन्छ। दीर्घकालीन अस्थायी परिवार नियोजन सेवा (जस्तै इम्प्लान्ट) करिब सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिन्छ भने आ.यु.सि.डी. सेवा ४ संस्थाबाट उपलब्ध छ। स्थायी परिवार योजना सेवा भने माग र

आवश्यकता अनुसार शिविरको माध्यमबाट प्रदान गरिन्छ। नगरपालिकाको परिवार योजना सेवाको प्रयोगकर्ता दर (Contraceptive Prevalence Rate) आ.व. २०८१/८२ मा १० प्रतिशत रहेको छ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (Safe Motherhood Program)

स्वस्थ गर्भावस्था, सुरक्षित प्रसूति तथा स्वस्थ शिशु जन्माउनु महिलाको संवैधानिक अधिकार हो। सोही अनुरूप सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम नेपाल सरकारको उच्च प्राथमिकतामा रहेको कार्यक्रम हो। यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य आमा तथा नवजात शिशुको मृत्यु दर घटाउनु हो। नेपाल सरकारले सन् २०३० सम्म मातृ मृत्यु दरलाई ७० प्रति लाख जीवित जन्म र नवजात शिशु मृत्यु दरलाई १२ प्रति हजार जीवित जन्ममा झार्दै दिगो विकास लक्ष्य हासिल गर्ने प्रतिवद्धता जनाएको छ। सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमअन्तर्गतगर्भावस्था, प्रसव तथा सुत्केरी अवस्थासँगै नवजात शिशुमा हुन सक्ने जटिलताहरूको समयमै पहिचान र व्यवस्थापन गरी मातृ तथा नवजात शिशुको मृत्यु दर घटाउने उद्देश्यले विभिन्न सेवाहरू प्रदान गर्रिँदै आएका छन्। आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा चन्द्रागिरि नगरपालिकामा गर्भवती महिला मध्ये ६५ प्रतिशतले गर्भावस्थाको कुनै न कुनै समयमा पहिलो पटक गर्भ परीक्षण गराएका छन्। प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भवती जाँच गर्ने महिलाको दर ४०.८ प्रतिशत रहेको छ, जुन अघिल्लो आर्थिक वर्षको २३ प्रतिशतको तुलनामा वृद्धि भएको हो। साथै, आठ पटकसम्म गर्भ जाँच गराउने महिलाको प्रतिशत पनि २६.५ प्रतिशत रहेको छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकाको स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने महिलाहरु दर २.७ प्रतिशत रहेको छ । प्रोटोकल अनुसार चार पटक सुत्केरी जाँच गर्नेको दर ३५.६ प्रतिशत रहेको छ। हाल चन्द्रागिरि नगरपालिकामा २४सै घण्टा प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने एक मात्र बर्थिङ सेन्टर उपलब्ध छ। सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई अझ प्रभावकारी बनाउन गर्भवती र सुत्केरी महिलालाई पोषणीय खानेकुरा, कपडा र अन्य आवश्यक सहायता सामग्री वितरण गरिएको छ।

सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (Community Health Program)

“सामुदायिक स्वास्थ्य घरदैलो नर्सिङ कार्यक्रम“ एउटा समावेशी, पहुँचयोग्य र जनमुखी कार्यक्रम हो जसले हरेक घरमा गुणस्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुर्‍याउने लक्ष्य

लिएको छ। यसले दीर्घकालीन रूपमा नेपालमा समुदाय आधारित स्वास्थ्य प्रणाली बलियो बनाउन सहयोग पुऱ्याउनेछ। आजको समयमा सामाजिक, आर्थिक र स्वास्थ्य परिवेशमा, जहाँ सबैलाई समान स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउनु चुनौतीपूर्ण छ, सामुदायिक स्वास्थ्य घरदैलो नर्सिङ कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवा पहुँचलाई न्यायपूर्ण बनाउने, समुदायमा स्वास्थ्य सम्बन्धी सचेतनाका साथमा दीर्घकालीन समाधान दिने एक अत्यन्त सान्दर्भिक र प्रभावकारी कार्यक्रम हो ।

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६को दफा ६.२० र जनस्वास्थ्य ऐन, २०७५को दफा २४ उपदफा ५ को भावना अनुसार स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई समुदायमा परिवार केन्द्रित दृष्टिकोणबाट सेवा पुऱ्याउने अवधारणाले जनताको घरदैलोमा पुगेर प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, जनचेतना तथा निरन्तर अनुगमन सुनिश्चित गर्ने उद्देश्यले २०७८ मा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग - नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखाद्वारा "सामुदायिक स्वास्थ्य घरदैलो नर्सिङ कार्यक्रम" निर्देशिका तयार पारिएको थियो ।

उक्त निर्देशिकाको आधारमा २०७९ सालबाट नेपालका विभिन्न स्थानीय तहहरूमा चरणबद्ध रूपमा सो कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो। सुरुवातमा भक्तपुर नगरपालिका र बर्दिबास नगरपालिकामा पाइलट परीक्षण परियोजनाको रूपमा कार्यक्रम लागु भएको थियो। हालसम्म यस कार्यक्रम इटहरी उप-महानगरपालिकामा, चन्द्रागिरि नगरपालिका, वालिङ नगरपालिका तथा बारबर्दिया नगरपालिकामा लागु भइसकेको छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा २०७९ साल माघ महिनाबाट करार सेवामा १५ वटै वडामा १५ जना सामुदायिक स्वास्थ्य नर्स र १ जना सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकृत नियुक्त गरेर कार्यक्रम सञ्चालन गरियो। यो कार्यक्रम नेपाल सरकार र नगरपालिकाको वित्तीय साझेदारी मा कार्यन्वयन भइरहेको छ। पहिलो चरणमा संघीय सरकारको तर्फबाट १२ जना सामुदायिक स्वास्थ्य नर्स र १ जना सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकृत तथा स्थानीय सरकारको तर्फबाट ३ जना सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सको लागत साझेदारी भएको थियो। त्यस पश्चात आ.व २०८०/०८१ साल देखि सघिंय सरकारको तर्फबाट ८ जना (सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकृत सहित) तथा स्थानीय सरकारको तर्फबाट ८ जना जनशक्ति व्यवस्थापन गरी लागत साझेदारीमा कार्यक्रम सञ्चालन हुँदै आएको छ।

विद्यालय नर्स कार्यक्रम (School Nurse Program)

विद्यालय नर्स कार्यक्रममार्फत विद्यालय तहमा स्वास्थ्य तथा नर्सिङ सेवा व्यवस्थापन गरिएको छ। यस कार्यक्रमको उद्देश्य विद्यार्थीहरूमा स्वस्थ जीवनशैलीको विकास, सन्तुलित तथा पोषिलो आहारको प्रवर्द्धन, र व्यक्तिगत तथा वातावरणीय सरसफाइमा सचेतना अभिवृद्धि गर्नु हो। कार्यक्रमले किशोर–किशोरीको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सुधार, किशोरीहरूको महिनावारी व्यवस्थापन, र मानसिक स्वास्थ्य प्रवर्द्धन साथै जटिल स्वास्थ्य समस्याको पहिचान गरी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण (Referral) प्रणालीमार्फत सेवा सुनिश्चित गरिएको छ। यस कार्यक्रममार्फत विद्यार्थी, शिक्षक तथा विद्यालयका अन्य कर्मचारीहरूको स्वास्थ्य प्रवर्द्धन हुनुका साथै स्वास्थ्य शिक्षा मैत्री वातावरण र स्वास्थ्य प्रवर्द्धनात्मक विद्यालयको अवधारणा अनुरूप वातावरण सिर्जना गरिएको छ। बागमती प्रदेश सरकारद्वारा एक विद्यालय एक नर्स कार्यक्रम आ.व.२०७५।७६ सुरुवात गरी क्रमश सबै विद्यालयमा विस्तार गर्दै लगिएको छ । चन्द्रागिरि नगरपालिकामा वि.सं. २०७६ साल देखि सुरु भई हाल ८ वटा विद्यालयमा विद्यालय नर्स कार्यक्रम सञ्चालन भइरहेको छ।

औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Malaria control Programme)

नेपाल सरकारले सन् २०२५ सम्म नेपाललाई मलेरिया मुक्त मुलुक बनाउने लक्ष्य लिएको छ। जस अन्तर्गत Plasmodium Falciparum किसिमको औंलो महामारीको अवस्थालाई रोकथाम र नियन्त्रण गर्ने तथा महामारी फैलिनबाट रोक्ने तथा महामारीमा परेकाहरूको उपचार तथा उद्धार गर्ने जस्ता क्रियाकलापहरु सञ्चालन भईरहेका छन्। सोही लक्ष्य पूरा गर्न चन्द्रागिरि नगरपालिकामा आ.व २०८१/०८२ मा ज्वरो आएका बिरामीहरुमा औंलो रोगको एकिन गर्न रगत परीक्षण कार्यक्रम, लामखुट्टे नियन्त्रणका लागि सरसफाइ कार्यक्रम, औलो बाट बच्न स्वास्थ्य शिक्षा तथा झुलको प्रयोगबारे सचेतना कार्यक्रम तथा शंकास्पद औलो रोगीलाई परामर्श एवम्म प्रेषण जस्ता कार्यक्रमहरु सञ्चालन गरिएका थिए।

डेंगी नियन्त्रण कार्यक्रम (Dengue Control Program)

नेपालमा डेंगी रोग पहिलो पटक सन् २००४ मा तराईका केही जिल्लाबाट रिपोर्ट भएको थियो। पछिल्ला वर्षहरूमा जलवायु परिवर्तन र मानवीय गतिविधिका कारण

हाल यो रोग देशका सबै जिल्लामा जुनसुकै मौसम र हावापानीमा देखिन थालेको छ। डेंगीका कारण हजारौं बिरामी पर्नुका साथै सयौंको मृत्यु हुने भएकोले यसलाई प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्या मानिन्छ। नेपाल सरकारले डेंगी नियन्त्रणका लागि प्रभावकारी कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै डेंगी बाट हुने बिरामी दर र मृत्युदर घटाउने लक्ष्य लिइएको छ। सोही लक्ष्य पूरा गर्नका निमित्त चन्द्रागिरि नगरपालिकाले आ.व. २०८१/८२ मा विभिन्न कार्यक्रमहरूः जस्तै नगरपालिका अन्तर्गतका कर्मचारी, जनप्रतिनिधि, शिक्षक, विद्यालय नर्स, सामुदायिक नर्स र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई डेंगी रोगसम्बन्धी अभिमुखीकरण, "लामखुट्टेको लार्भा खोजौं र नष्ट गरौं" अभियान, ज्वरो आएका बिरामीहरूको रगत परीक्षण तथा उपचारका लागि सम्बन्धित संस्थाहरूमा परामर्श र प्रेषण गरिएको थियो ।

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis and Leprosy Control Programme)

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रममा बिशेष गरी शंकास्पद क्षयरोगीहरुको समयमानै पहिचान गरी उपचारको दायरामा ल्याई रोग सर्ने दरमा कमी ल्याउने र समग्रमा राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले निर्धारण गरेका राष्ट्रिय लक्ष्यहरु समयमानै पूरा गर्नु रहेको छ। चन्द्रागिरि नगरपालिकामा आ.व.०७९/०८० देखि ०८१/०८२ सम्म तीनवर्षको Case Notification Rate (CNR) को अवस्था बिश्लेषण गर्दा (सबै प्रकारका क्षयरोग) क्रमशः १४६, १२९, र १४९ जना प्रति लाख रहेको देखिन्छ। जसमा आ. व. २०८१/०८२ मा सबैभन्दा उच्च (CNR) रेकडिङ भएको पाइन्छ। बिगतका आ.व.हरुमा भन्दा क्षयरोगको निको हुने दर (Cure Rate) यस आ.व. मा उच्च (९५%) देखिन्छ। चन्द्रागिरि नगरपालिकाअन्तर्गत १५ डट्स सेन्टर र ५ वटा DMC Site बाट क्षयरोगको पहिचान, निदान तथा उपचार सेवाहरु प्रदान भइरहेको छ।

एच.आई.भी./एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (HIV/AIDS And STI Control Program)

नेपालमा एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको सुरुवात सन् १९८० को दशकमा भएको पाइन्छ। पहिलो पटक १९८८ मा एचआईभी (HIV) संक्रमणको आधिकारिक पुष्टि भएसँगै, सरकारी, गैर-सरकारी संस्थाहरू र अन्तर्राष्ट्रिय साझेदारहरूको सहकार्यमा विभिन्न कार्यक्रमहरू सञ्चालन हुँदै आएका छन्। नगरपालिकाले विशेष गरी गर्भवती आमाबाट बच्चामा सर्न सक्ने संक्रमण, यौन व्यवसायी, लागु औषध दुर्व्यसनी र

विदेशबाट फर्केका व्यक्तिहरूलाई HIV संक्रमण तथा यौनरोगबाट बचाउने मुख्य उद्देश्यका साथ सरकारी तथा गैर-सरकारी संस्थाहरूसँग सहकार्यमा कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ। आ.व २०८१/०८२ मा गर्भवती महिलाहरु र क्षयरोगका बिरामीहरूमा HIV परीक्षण, परामर्श र प्रेषण सेवा प्रदान गरिएको थियो। साथै विश्व AIDS दिवसको अवसरमा क्षेत्रीय गैर-सरकारी संस्थाहरूसँग समन्वय गरी विविध कार्यक्रमहरू सञ्चालन गरिएको थियो।

उपचारात्मक सेवा (Curative services)

उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवामा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा देखि लिएर केन्द्रीय स्तरका विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवासम्म समावेश छन्। यस अन्तर्गत सामान्य रोगको उपचारदेखि जटिल रोगको उपचार र शल्यक्रिया जस्ता सेवा पनि उपलब्ध छन्। गुणस्तरीय उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाको लागि चन्द्रागिरि नगरपालिकाका १९ वटै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा अनुभवी स्वास्थ्यकर्मीहरूमार्फत सेवा प्रदान हुँदै आएको छ। साथै, आ.व. २०८१/०८२ मा चन्द्रागिरि नगरपालिकामा प्रमुख १० रोगहरू मध्ये ग्यास्ट्राइटिस (APD), उच्च रक्तचाप (Hypertension), मधुमेह, र पेल्भिक इन्फ्लामेटरी डिजिज (PID) मुख्य रहेका छन् ।

स्वस्थ शहर कार्यक्रम (Healthy City Program)

चन्द्रागिरि नगरपालिका WHO क्षेत्रीय दक्षिण-पूर्वी एसियाका लागि स्वस्थ शहर सञ्जाल (WHO Regional Healthy Cities Network for South–East Asia) मा आवद्ध रही नगरपालिकालाई स्वस्थ शहर बनाउन आवश्यक मापदण्डहरू पूरा गर्ने लक्ष्यका साथ विभिन्न गतिविधिहरू योजनाबद्ध तथा चरणबद्ध रूपमा कार्यान्वयन गरिरहेको छ।

स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रम (Health Education, Information and Communication Program)

चन्द्रागिरि नगरपालिका आ.व २०८१/८२ मा स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान धारणा र व्यवहारमा सकारात्मक परिवर्तन गर्नका लागि विभिन्न किसिमका जनचेतना जगाउने क्रियाकलापहरु सञ्चालन भएका थिए। यस अन्तर्गत मुख्य रुपमा विद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम, स्वास्थ्य शिक्षा सामग्री वितरण तथा स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचनाहरु स्थानीय सञ्चार माध्यमद्वारा प्रसारण तथा टेलिभिजन, माइकिङ र पत्रिकाहरुमार्फत स्वास्थ्य सूचना प्रसारण जस्ता कार्यक्रमहरु सम्पन्न भएका छन।

तथ्य पृष्ठ (Fact Sheet)

तालिका 1.: तथ्य पृष्ठ

Indicators	FY 2079/80	FY 2080/81	FY 2081/82
Reporting Status (%)			
Health Post	100	100	100
Urban Health Center	100	100	100
Primary Hospital	100	100	100
Female Community Health Volunteers (FCHVs)	100	100	99.5
Immunization Program (%)			
BCG Coverage	32	28	21
Rota 1 coverage	100	84	61
Rota 2 coverage	109	90	67
DPT-Hep B-Hib 1 coverage	100	84	61
DPT-Hep B-Hib 2 coverage	109	90	67
DPT-Hep B-Hib 3 coverage	107	97	66
OPV 1	100	84	61
OPV 2	109	90	67
OPV 3	107	97	66
PCV 1 coverage	100	84	61
PCV 2 coverage	109	90	67
PCV 3 coverage	118	108	75
FIPV 1 coverage	89	97	66
FIPV 2 coverage	73	108	75
MR 1 coverage	118	108	75
MR 2 coverage	113	115	84
% of children aged 12-23 months immunized with JE	112	118	81
TT/TT2+ (pregnant women) coverage	37	34	28
TCV coverage	113	115	84
Dropout rate of DPT-Hep B-Hib 1vs 3	-7	-16	-8
Fully immunization coverage	113	115	84
Nutrition Program			
% of children aged 0-11 registered for growth monitoring	87	94	64
% of children aged 0-23 months registered for growth monitoring	60	50	32
% of underweight children among new growth monitoring visits (0-11 months)	4	2	3
Average visit for growth monitoring 0–23 months children	3	4	4
Number of SAM cases (6-59 months) admitted at outpatient therapeutic centers (OTCs)	4	5	7
Number of MAM cases admitted at outpatient therapeutic centers (OTCs)	1	1	0

% of children aged 6-59 months who received Vitamin A supplement (First round, Kartik)	123	125	97
% of children aged 6-59 months who received Vitamin A supplement (Second round, Baisakh)	115	122	103
% of children aged 12-59 months who received anti-helminthic tablet (First round, Kartik)	127	129	97
% of children aged 12-59 months who received anti-helminthic tablet (Second round, Baisakh)	129	138	98
% of postpartum women who received Vitamin A supplement	71	77	55
% of pregnant women who received 180 Iron folic acid tablets	33	31	41
% of postpartum women who received 45 Iron folic acid tablets	42	43	34
% of exclusively breastfed children among children below 6 months	70	64	61
Number of Adolescent girls received iron and folic acid tablets (13 weeks)	0	49	57
Number of Adolescent girls received iron and folic acid tablets (26 weeks)	0	38	44
IMNCI Program			
IMNCI services per 1000 under five years children	468	474	403
% of infants (0-2 months) with PSBI receiving first dose of Injection Gentamicin	0	0	100
Incidence of ARI per 1000 under five years children	183	168	136
% of children U5 years with Pneumonia treated with antibiotics (Amoxycillin)	94	100	100
Incidence of diarrhea per 1000 under five children	76	68	55
% of under five years children with diarrhea treated by zinc and ORS	99	99	100
Safe Motherhood program			
% of ANC first visits (any time)	74	74	65
% of pregnant women who had four ANC visits as per protocol	62	85	41
% of pregnant women who had eight ANC visits as per protocol	16	23	26
% of institutional deliveries	4	3	3
% of four PNC visits as per protocol	0	20	35
Family planning program			
Contraceptive Prevalence Rate	9	10	10
% of WRA use modern contraceptive methods-(New users)	4.29	5.09	4.9
% of clients received post abortion family planning services	0	59	89
Female Community Health Volunteer Program (FCHVs)			

Number of FCHVs	149	149	149
Average number of services provided per month	27	42	30
Tuberculosis			
Case notification rate (all forms of TB) per 100000 population	146	129	149
Cure rate	75	79	93
Success rate	95	91	95
Vector borne diseases Program			
Number of malaria cases	1	0	0
Number of kala-azar cases	16	0	0
Number of new Dengue Cases	528	315	373
HIV/AIDS Program			
Number of pregnant mother counseled for PMTCT	1219	976	1112
Number of pregnant mothers tested for HIV	711	621	1077
Number of HIV positive pregnant mother	0	0	0
Curative Services			
Total number of OPD new visits	82983	114059	131192
% of population utilizing OPD services	78	106	125
Number of people receiving emergency services	7304	7934	10209
Non communicable Disease Program			
Number of hypertension cases	5998	7000	9401
Number of diabetes mellitus cases	4151	6290	7760
Number of cancer cases	44	19	67
Number of COPD cases	2509	3291	4272
Number of RTA cases	16	5	677

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६

पृष्ठभूमी

नेपालको संविधानमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकको मौलिक हकको रूपमा स्थापित गरेको छ। गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सबै नागरिकसम्म सर्वसुलभ बनाउनु राज्यको प्रमुख दायित्व हो। संविधान बमोजिम, संघ, प्रदेश र स्थानीय तहले सम्पादन गर्ने कार्यहरूको अधिकार सूची, नेपाल सरकारका नीति तथा कार्यक्रमहरू, अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिवद्धता र स्वास्थ्य क्षेत्रका समस्या र चुनौतीहरुलाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ लागु गरिएको छ। आम नागरिकको स्वास्थ्य र देशको समग्र विकास बीच अन्योन्याश्रित सम्बन्ध हुन्छ। स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएका प्रगतिहरुलाई समग्र विकासका प्रमुख सूचाङ्कहरूको रूपमा लिने गरिन्छ। विगतका दशकहरुमा गरिबी र द्वन्द्वका बावजुद पनि नेपाली स्वास्थ्य क्षेत्रमा उल्लेखनीय सफलता हाँसिल गरेको छ। संविधानले स्वास्थ्यलाई जनताको मौलिक हकको रूपमा स्थापित गरिसकेको सन्दर्भमा, नवजात शिशु तथा मातृ मृत्युदरलाई वान्छित तहसम्म घटाउनु, नयाँ-नयाँ रुपमा देखा पर्ने विभिन्न प्रकारका सरुवा तथा संक्रामक रोगहरु तथा नसर्ने रोगको प्रकोपलाई नियन्त्रण गर्नु र स्वास्थ्य सम्बन्धित विपद व्यवस्थापन गर्नु राज्यको दायित्व हो। विशेष गरी जेष्ठ नागरिक, शारीरिक र मानसिक अपाङ्गता भएका, एकल महिला, गरिब, सीमान्तकृत र जोखिममा रहेका समुदायलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउनु राज्यको प्रमुख जिम्मेवारी हुन आउँछ। जनउत्तरदायी र कुशल व्यवस्थापनको माध्यमबाट सबै स्रोत र साधनको अधिकतम् परिचालन गरी स्वास्थ्य क्षेत्रका विद्यमान र नयाँ चुनौतीहरुलाई सम्बोधन गर्दै नागरिकको स्वास्थ्य प्रवर्द्धन, संरक्षण, सुधार र पुनर्स्थापना गर्ने जस्ता उद्देश्यहरु राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ ले लिएको पाइन्छ।

बिगतका प्रयासहरु

करिब ३०० वर्ष अघि सिंहदरवार वैद्यखाना र सन् १९४७ मा वीर अस्पताल स्थापना भए पनि स्वास्थ्य सेवाहरु सीमित व्यक्तिहरूसम्म मात्र सीमित थियो। आम नागरिकहरू स्वास्थ्य उपचारका धामि, झाँक्री, झारफुक, गुभाजु आदि जस्ता परम्परागत उपचार बिधिमा निर्भर रहनुपर्ने अवस्था थियो। वि.सं. २०१३ पछि विकासका आवधिक योजनाहरू तर्जुमा गरेर स्वास्थ्य क्षेत्रमा योजनाबद्ध विकासको प्रक्रिया सुरु भयो। वि.सं.

२०३२ मा पहिलो १५ वर्षे दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना र वि.सं. २०५४ मा दोस्रो २० वर्षे दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना लागु गरियो। विफर उन्मुलन, औलो नियन्त्रण, क्षयरोग नियन्त्रण, पोलियो उन्मुलन, हात्तीपाइले रोग निवारण, कुष्ठरोग निवारण, धनुष्टङ्कार निवारण र बालबालिकालाई नियमित भिटामिन 'ए' खुवाउने जस्ता महत्त्वपूर्ण कार्यक्रमहरूमा आम नागरिकहरूको सक्रिय सहभागिता रहदै आएको छ। वि.सं. २०४५ देखि सञ्चालित महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम मातृ तथा शिशु मृत्युदर घटाउनमा उल्लेखनीय भुमिका निर्वाह गरेको पाइन्छ। यस क्रममा वि.सं. २०४७ सम्ममा औलो, कुष्ठरोग, क्षयरोग, बिफर र परिवार नियोजन तथा मातृ शिशु कल्याण योजनाहरुलाई एकीकृत गर्दै लागत प्रभावकारी नीति अपनाइयो। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०४८ स्वास्थ्य क्षेत्रमा निजी लगानीलाई प्रर्वद्धन गरेपछि चिकित्सा विज्ञान अध्ययन संस्थान लगायत निजी स्वास्थ्य संस्थाहरू पनि व्यापक रूपमा स्थापना भए। यद्यपि, निजी क्षेत्रको सहभागिता मुख्यतया उपचारात्मक सेवा र औषधी उपकरण उत्पादनमा केन्द्रित रह्यो, जुन मुख्यतया शहरहरूमा सीमित छ। यसैबीच सरकारी, गैरसरकारी र दातृ निकायको लगानीलाई प्रभावकारी बनाउन नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - १ (२०६० - २०६५) र नेपाली स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - २ (२०६६ - २०७१) लागु गर्यो। त्यसैगरी राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ मा पनि यस्ता कार्यक्रमहरुलाई निरन्तर रुपमा प्राथमिकिकरण गरिएको पाइन्छ।

विद्यमान स्थिती

पछिल्लो साठी वर्षको सङगठित प्रयासले नेपालमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा महत्त्वपूर्ण उपलब्धिहरू हासिल भएका छन्। आधारभूत प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा सम्पूर्ण नागरिकसम्म पुगेको छ र स्वास्थ्य क्षेत्रमा निजी क्षेत्रको सहभागिता उल्लखनिय रुपमा वृद्धि भएको छ। मुलुक स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि आवश्यक मानव संसाधन उत्पादनमा आत्मनिर्भर हुदै गएको छ र करिब चार दर्जन औषधी उत्पादक कम्पनीहरुले मुलुकको ४० प्रतिशत औषधी माग आपूर्ति गर्न सक्ने अवस्थामा पुगेका छन्। हाल, आँखा, क्यान्सर, मुटु, स्नायु र प्लास्टिक सर्जरी जस्ता विशिष्ट उपचारका संस्थाहरू स्थापना भएका छन्। रोग निदान केन्द्र र प्रयोगशाला सुदृढ भएका छन् र प्रमुख संक्रामक रोगहरूको नियन्त्रणमा उल्लेखनीय प्रगति भएको छ। विफर र पोलियो उन्मुलन

भइसकेको छ भने कुष्ठरोग तथा अन्य संक्रामक रोगहरू उन्मुलन उन्मुख अवस्थामा छन्।

स्वास्थ्य सेवा, औषधी आपूर्ति र अनुसन्धानको गुणस्तर सुनिश्चित गर्न विभिन्न नियामक निकायहरू स्थापना भएका छन् र अन्तर्राष्ट्रिय साझेदारी तथा जनचेतनामा वृद्धि भएको छ। यी सबै प्रयासहरूको परिणामस्वरूप स्वास्थ्य क्षेत्रमा उल्लेखनीय प्रगति भएको छ।

समस्या तथा चुनौतीहरु

स्वास्थ्य क्षेत्रमा धेरै उल्लेखनीय सफलताहरू हासिल भएतापनि मुलुक अझै थुप्रै स्वास्थ्य समस्या र चुनौतीहरूको सामना गरिरहेको छ। यस क्षेत्रका केही प्रमुख समस्या तथा चुनौतीहरुलाई यस प्रकार औंल्याउन सकिन्छ :

१. संविधानको भावना अनुसार सबै क्षेत्र, वर्ग तथा समुदायका नागरिकका लागि स्वास्थ्य सेवामा सर्वसुलभ पहुँच सुनिश्चित गर्न अझै पूर्ण रूपमा सकिएको छैन।

२. राज्यको निरन्तर प्रयासका बाबजुद, पाँच वर्षमुनिका करिब आधा बालबालिका र प्रजनन उमेरका महिलाहरूमा न्यून पोषणको समस्या अझै विद्यमान छ, जबकि शहरी क्षेत्रमा मोटोपनको समस्या बढ्दै गएको छ।

३. जलवायु परिवर्तन, बढ्दो खाद्य असुरक्षा र प्राकृतिक विपद्का कारण उत्पन्न हुने स्वास्थ्य समस्याहरू थपिँदै छन्।

४. क्यान्सर, उच्च रक्तचाप, मुटुरोग, मधुमेह, मृगौला, कलेजो, फोक्सोका रोगहरू तथा मानसिक रोग जस्ता नसर्ने रोगहरूको प्रकोप बढ्दो छ। त्यस्तै, सडक दुर्घटना र चोटपटकबाट हुने मृत्युको सङ्ख्या पनि दिन प्रतिदिन बढीरहेको छ।

५. शहरी क्षेत्रमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम, जेष्ठ नागरिकको स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, वंशानुगत तथा जन्मजात रोगहरूको उपचार, वातावरणीय स्वास्थ्य, व्यवसायजन्य स्वास्थ्य, युवा र किशोरकिशोरीको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य र विद्यालय जाने उमेरका बालबालिकाको स्वास्थ्य प्रवर्द्धनमा राज्यबाट पर्याप्त प्राथमिकता हुन सकेको छैन।

६. गुणस्तरीय औषधीमा जनताको पहुँच, औषधीको समुचित प्रयोग, अत्यावश्यक औषधी र उपकरणको राष्ट्रिय उत्पादन तथा वितरण प्रभावकारी र जनमुखी बनाउन सकिएको छैन।

७. विद्यमान प्रयोगशाला सेवा र औषधी उपकरणहरूको गुणस्तर मापदण्ड अनुसार सुनिश्चित गर्न सकिएको छैन।
८. राष्ट्रिय आवश्यकता अनुसार सामाजिक उत्तरदायित्व बहन गर्ने उपयुक्त सीप र दक्षता भएका विभिन्न तहका स्वास्थ्य जनशक्तिको सन्तुलित उत्पादन हुन सकेको छैन भने जनशक्तिको विदेश पलायन, स्वास्थ्यकर्मीहरूको न्यून दरवन्दी र स्वास्थ्यकर्मीहरूको सुरक्षाजस्ता जटिलताहरुई योजनाबद्ध रूपमा सम्बोधन गर्न सकिएको छैन।
९. स्वास्थ्य क्षेत्रमा निजी क्षेत्रको लगानीलाई आम नागरिकको हितमा प्रभावकारी बनाउने र उपयुक्त क्षेत्रमा लगानी वृद्धि गर्न सकिएको छैन।
१०. स्वास्थ्य सम्बन्धी ऐन नियमहरूको प्रभावकारी कार्यान्वयन र नियमन सुनिश्चित गर्न सकिएको छैन।
११. स्वास्थ्य क्षेत्रका जनशक्ति उत्पादन गर्ने संस्था र तिनलाई उपयोग गर्ने संस्थाबीच पर्याप्त समन्वय हुन सकेको छैन।
१२. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन गर्न सकिएको छैन।

प्रमुख चुनौतीहरु

१. स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरीय र प्रभावकारी प्रबन्धका लागि दोहोरो प्रेषण प्रणालीको उपयुक्त कार्यान्वयन आवश्यक छ।
२. संक्रामक रोगहरू, महामारी र प्राकृतिक प्रकोपबाट हुने सम्भावित मानविय क्षति न्यूनीकरणका लागि पूर्व तयारी र स्वास्थ्य संस्थाको सुदृढीकरण गनुपर्छ।
३. नवजात शिशु, बाल तथा मातृ मृत्युदर घटाउन र संक्रामक रोगहरूको नियन्त्रणलाई प्रभावकारी बनाउन आवश्यक छ।
४. खुल्ला सीमा भएकोले पशुजन्य (जुनोटिक रोगहरु) र मानवजन्य रोगहरुको नियन्त्रण चुनौतीपूर्ण छ र यसका लागि विशेष रणनीति अपनाउन जरुरी छ।
५. स्थानीय स्तरसम्म स्वास्थ्य संस्थाई सक्षम बनाउँदै सबै नागरिकलाई समान रूपमा स्वास्थ्य सेवा, स्वास्थ्य शिक्षा र सूचनाहरु उपब्लध गराउदै उपयुक्त सामाजिक स्वास्थ्य बीमा प्रणाली स्थापना गनु पर्छ।

६. जनसङ्ख्याको वृद्धिसँगै स्वास्थ्य क्षेत्रमा राज्यको लगानी बढाउनुपर्छ र क्षेत्रगत असन्तुलनलाई सम्बोधन गर्नु आवश्यक छ।

७. स्वास्थ्य सम्बन्धी ऐन, नियम, नीति र कार्ययोजनाको एकीकृत र सुदृढ कार्यान्वयनका साथै अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिवद्धता र सम्झौताहरूको सफल कार्यान्वयन गर्नु अपरिहार्य छ।

८. अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको लागि स्वास्थ्य सेवामा राज्यको लगानी वृद्धि गनुपर्छ।

९. स्वास्थ्य सेवामा स्थानीय सरकारलाई अधिकार सम्पन्न र जनउत्तरदायी बनाउनुका साथै ग्रामीण तहका स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूमा थप जनसहभागिता जुटाउनु आवश्यक छ।

१.परिचय

१.१ चन्द्रागिरि नगरपालिकाको संक्षिप्त परिचय

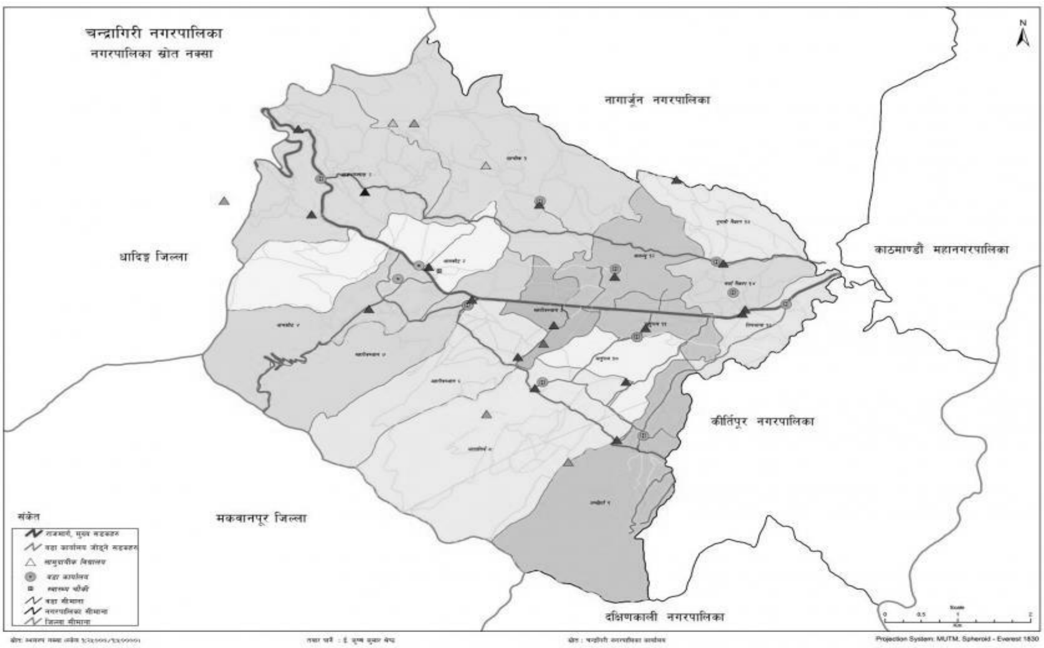
सतहत्तर जिल्लालाई आफ्नो नगरीमा स्वागत गर्न आफ्नो सुन्दर आँचल फैलाएर बसेको नेपालको राजधानी प्रवेशद्वारको रुपमा रहेको ऐतिहासिक, सांस्कृतिक नगरी चन्द्रागिरि नगरपालिका, नेपालको वागमती प्रदेश, काठमाडौं जिल्लाको पश्चिम भेगमा अवस्थित काठमाडां जिल्लाका नगरपालिकाहरु मध्ये भौगोलिक र जनसांख्यिक रुपमा सबैभन्दा ठुलो नगरपालिका हो। मिति २०७१ मंसिर १६ गते नेपाल सरकारको निर्णय बमोजिम साविक स्थानीय विकास मन्त्रालय हाल सङ्घीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालयले थप ६१ वटा नयाँ नगरपालिका थप गर्दा काठमाडौं जिल्लाको साविक दहचोक, बाडभञ्ज्याङ, थानकोट, महादेवस्थान, मातातीर्थ, मच्छेगाउँ, सतुङ्गल, बलम्बु, पुरानो नैकाप, नयाँ नैकाप, तीनथाना गरी जम्मा ११ वटा गाउँ विकास समितिलाई समेटेर २५ वटा वडा बनाई चन्द्रागिरि नगरपालिका घोषणा गरिएको थियो। नेपालको संविधान अनुसार राज्य पुनःसंरचना आयोगको पुनःसंरचना पछि नेपाल सरकार, मन्त्री परिषद्को मिति २०७३ साल फागुन २२ गतेको स्थानीय तह पुनःसंरचना सम्बन्धी निर्णय २०७३ साल फागुन २७ गते राजपत्रमा प्रकाशित भएपछि स्थानीय तहको व्यवस्था लागु भई चन्द्रागिरि नगरपालिकामा जम्मा १५ वडा कायम भई चन्द्रागिरि नगरपालिका बनेको छ। यो नगरपालिका ४३.९२ वर्ग किलोमिटर क्षेत्रमा फैलिएको छ।

लक्ष्य

चन्द्रागिरि नगरपालिकाले आफ्नो विकासका लागि आफ्नै स्रोत साधन र सांस्कृतिक सम्पदाको पँजिकरण गर्दै ऐतिहासिक, सांस्कृतिक नगरी, समृद्ध पर्यटकीय चन्द्रागिरि बन्ने लक्ष्य लिएको छ।

भौगोलिक विवरण

चन्द्रागिरि नगरपालिकाको पूर्वतिर काठमाडौं महानगरपालिका, काठमाण्डौ र कीर्तिपुर नगरपालिका (काठमाडौं), पश्चिमतिर धुनिवेंशी नगरपालिका (धादिङ), उत्तरतिर नार्गाजुन नगरपालिका (काठमाडौं) तथा दक्षिणतिर थाहा नगरपालिका र ईन्द्रसरोवर गाउँपालिका (मकवानपुर) अवस्थित छन्। मुख्यतया पहाडी भूभाग रहेको यस क्षेत्रको उचाई समुद्र सतहबाट अधिकतम् २५५१ मिटर र न्यूनतम १३१० मिटर छ। कुल क्षेत्रफल ४३.९ वर्ग किलोमिटर रहेको छ। यस नगरपालिकाको भौगोलिक अवस्थिति २७°३८’१०” देखि २७°४३’३८” उत्तरी अक्षांश र ८५°०६’ १’’ देखि ८५°१६’३०” पूर्वी देशान्तरसम्म फैलिएको छ। नगरपालिकाको केन्द्र वडा नं.१२, बलम्बुमा रहेको छ।



चित्र 1.: चन्द्रागिरि नगरपालिकाको नक्सा

नगरपालिकाको वडागत जनसङ्ख्या र घरधुरी विवरण

तालिका 1.: नगरपालिकाको वडागत जनसङ्ख्या र घरधुरी विवरण

वडा नं	स्थान	घरधुरी	जनसङ्ख्या			परिवारको औसत आकार	लैंगिक अनुपात
			महिला	पुरुष	जम्मा		
१	दहचोक	१८३७	३६७८	३६४२	७३२०	३.९८	९९.०२
२	बाडभञ्ज्याङ	१२९२	२६२५	२६७०	५२९५	४.१०	१०१.७१
३	थानकोट	२५७८	४९८४	४८४३	९८२७	३.८१	९७.१७
४	थानकोट	१४९१	३२४९	३०४५	६२९४	४.२२	९३.७२
५	किसिपिडी	३०६८	५७१६	५६९१	११४०७	३.७२	९९.५६
६	महादेवस्थान	२४८९	४८०९	४६४९	९४५८	३.८०	९६.६७
७	महादेवस्थान	२३५०	४३७१	४२११	८५८२	३.६५	९६.३४
८	मातातीर्थ	२२३८	४३७१	४३४५	८७१६	३.८९	९९.४१
९	मच्छेगाउँ	१४५७	३०५०	३०१९	६०६९	४.१७	९८.९८
१०	सतुङ्गल १०	२९७४	५२५२	५३८८	१०६४०	३.५८	१०२.५९
११	सतुङ्गल ११	२२२२	३९७१	४१२९	८१००	३.६५	१०३.९८
१२	बलम्बु	३३९७	६४९६	६४८१	१२९७७	३.८२	९९.७७
१३	पुरानो नैकाप	१९६३	३८२८	३९०७	७७३५	३.९४	१०२.०६
१४	नयाँ नैकाप	३०९२	५८०९	५८५२	११६६१	३.७७	१००.७४
१५	तीनथाना	३५४६	६३४८	६४३१	१२७७९	३.६०	१०१.३१
जम्मा		**३५९९४**	**६८५५७**	**६८३०३**	**१३६८६०**	**३.८०**	**९९.६३**

स्रोतः राष्ट्रिय जनगणना २०७८, प्रतिवेदन

चन्द्रागिरि नगरपालिकाको वार्षिक जनसङ्ख्या वृद्धिदर ४.५५% र जनघनत्व ३११७/ वर्ग कि.मि.रहेको छ।

पूर्वाधारतर्फ

- वडा नं १२ बलम्बुमा नगरपालिकाको आफ्नै प्रशासकीय भवन निर्माण भई सेवा प्रवाह भईरहेको छ। यस नगरपालिकाका विभिन्न वडाहरुमा विभिन्न सामुदायिक भवनहरु, सरकारी संस्थाका भवनहरु, ज्येष्ठ नागरिक दिवा सेवा केन्द्रहरु, किरियापुत्री भवनहरु पनि निर्माण भएका छन्।

- यस न.पा.लाई ढलान, पीच, ग्राबेल, कच्ची, ब्लक छापेको, ईंटा छापेको, ढुङ्गा छापेको तथा अन्य प्रकारका गरी जम्मा ५१८.५ कि.मि. लम्बाई रहेको सडकले घेरेर राखेको छ।
- ऐतिहासिक, सांस्कृतिक सुन्दर यस नगरीका प्रायजसो सबै वडाहरुमा ऐतिहासिक तथा पूरातात्विक महत्त्वका मठ, मन्दिर, स्तुपा, बौद्ध गुम्बा तथा पाटिपौवाहरु विराजमान छन्।

शिक्षा

साक्षरता दर ८७.३% (राष्ट्रिय जनगणना २०७८, प्रतिवेदन) सहित पूर्ण साक्षर नगरपालिका घोषणा गरिएको यो नगरपालिकामा आधारभूत सामुदायिक विद्यालय ७, माध्यमिक सामुदायिक विद्यालय १७, +२ सहितका सामुदायिक क्याम्पस २, संस्थागत विद्यालय ८१, धार्मिक विद्यालय ३ र महिला विद्यालय ३ रहेका छन्। हाल बलम्बु मा.बि.मा प्राविधिक शिक्षा प्रदान गर्ने उद्देश्यले प्राविधिक शिक्षालयको भवन निमार्ण भई, ब्यूटिसियन तथा अटोमोबाइल सम्बन्धी अध्ययन अध्यापन कार्य सुरु भइसकेको छ। त्यसैगरी विद्यामन्दिर मा. वि नैकाप १३ मा सिभिल इन्जिनियर, कंकाली मा. वि पुरानो नैकापमा कम्प्युटर इन्जिनियर, गणेशमान सिंह प्राविधिक शिक्षालयमा पशु कृषि र ब्यूटिसियन तथा प्रभात मा. वि महादेवस्थानमा कृषि र पशु सम्बन्धी अध्ययन अध्यापन भइरहेको छ।

खेलकुद

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा राष्ट्रिय स्तरका ३ वटा फुटबल मैदान, २० वटा ब्याटमिन्टन कोर्ट, ७ वटा कराते डोजो तथा १ दर्जन प्रमाणिक खेलकुद प्रशिक्षकहरु रहेका छन्। त्यसै गरी नगर खेलकुद विकास समिति गठन भई नगर स्तरमा राष्ट्रपति रनिङ सिल्ड नियमित रुपमा सञ्चालन भइरहेका छन्।

स्वास्थ्य

- चन्द्रागिरि नगरपालिकाले ११ वटा स्वास्थ्य चौकीमार्फत आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्दै आएको छ। आम नागरिकको स्वास्थ्य सेवाप्रतिको पहुँच अभिवृद्धि गर्ने तथा घरदैलोमै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्ने उद्देश्यले स्वास्थ्य चौकीको पहुँचभन्दा टाढा रहेका बस्तीहरूलाई लक्षित गरी थप ७ वटा शहरी

स्वास्थ्य केन्द्र स्थापना गरिएको छ, जसबाट नागरिकहरूले सहज रूपमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरिरहेका छन्।

- वडा नं. ४ थानकोटस्थित नगरस्तरीय प्राथमिक अस्पतालबाट २४सै घण्टा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आएको छ। सोही स्थानमा १५ शैयाको अस्पताल भवन निर्माणाधीन अवस्थामा रहेको छ। साथै जर्मन विकास बैंकको सहयोगमा स्याटेलाइट प्रसूति अस्पताल निर्माणका लागि समझदारी (MOU) सम्पन्न भइसकेको छ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य तथा नर्सिङ घरदैलो कार्यक्रमअन्तर्गतआमजनताको नियमित स्वास्थ्य परीक्षण, प्रवर्द्धन र प्राथमिक उपचार उपलब्ध गराउन प्रत्येक वडामा सामुदायिक नर्स परिचालन गरी डिजिटल स्वास्थ्य प्रोफाईल तयार गरीएको छ।
- ६० वर्ष भन्दा माथिका मधुमेह र उच्च रक्तचापका भएका जेष्ठ नागरिकहरुलाई औषधी उपभोगका लागि प्रत्येक तीन तीन महिनामा नगद अनुदान दिने गरिएको छ।
- नागरिकहरुलाई निःशुल्क रगत उपलब्ध गराउन नगरपालिकाले नेपाल रेडक्रस सोसाईटी केन्द्रिय रक्त सञ्चार कार्यालय तथा मेट्रो ब्लड बैंकसँग सम्झौता गरि नागरबासीहरुलाई निःशुल्क रगत बितरण गरिरहेको छ।
- प्राथमिक अस्पताल थानकोटबाट, प्रथम सेवा बिन्दुको रुपमा स्वास्थ्य बीमा सेवा लागु भएको छ।
- मृगौला रोगीहरुका लागि स्थानीय तहमै निःशुल्क हेमोडाईलासिस सेवा सञ्चालन गर्ने उद्देश्यले, लायन्स क्लबको सहयोगमा, प्राथमिक अस्पताल थानकोटको भवनमा चन्द्रागिरि लायन्स किड्नी डायलाइसिस सेन्टर स्थापना गरी ७ वटा हेमोडायलाइसिस मेसिन जडान गर्नुका साथै तत्कालीन स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्री माननीय प्रदीप पौडेलज्यूबाट उद्घाघटन गरी, सेवा सञ्चालनका लागि नीतिगत स्वीकृति लिने कार्यको समन्वय तथा सहकार्य पनि सुरु भएको छ।
- आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र (सवै) बाट प्रत्येक महिनाको ११ गते तथा अस्पतालबाट प्रत्येक बुधबर पाठेघरको मुखको क्यान्सरको निदानका लागि (VIA Screening) सेवा र स्तन क्यान्सरको निदानका लागि (BSE Screening) सेवा सञ्चालनमा छ।

- प्रत्येक महिनाको १ दिन आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र (सवै) बाट गर्भवती महिलाहरुका लागि निःशुल्क Ultrasound सेवा सञ्चालन गर्दै आइएको छ।
- आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र (सवै) बाट महिनाको १ दिन नसर्ने रोगहरुको Screening कार्यक्रम सञ्चालनमा छ।
- विद्यालय स्तर देखि नै स्वास्थ्य प्रवर्द्धनका लागि विद्यार्थीहरुको स्वास्थ्य प्रतिको ज्ञान, धारणा र व्यवहार परिवर्तन गर्ने उद्देश्यले विष्णु देवि शिक्षा सदन मा.वि., मंगलोदय मा.वि., प्रभात मा.वि., बलम्बु मा.वि., भिम मा.वि, जनकल्याण मा.वि, विद्यामन्दिर मा. बि र कंकाली मा.वि गरी ८ वटा विद्यालयहरुमा विद्यालय नर्स कार्यक्रम सञ्चालन भएको छ।
- WHO को नीति बमोजिम स्वस्थ शहर (Healthy City) कार्यक्रमका सूचकमा आधारित बिभिन्न कार्यक्रम सञ्चालन भएको छ।

वैकल्पिक स्वास्थ्य सेवा

वैकल्पिक स्वास्थ्य सेवाको माध्यमबाट स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्न यस नगरपालिकाको वडा नं ८ को मातातीर्थ आयुर्वेद औषधालयबाट मौलिक आयूर्वेदिक Detoxification र Rejuvenation सेवा प्रदान गर्दै आईरहेको छ। यस आयुर्वेद औषधालयबाट शिरोधार थेरापी, आयूर्वेदिक अभ्यङ्ग (मालिस), पंचकर्म, प्रसव पछि आमाको हेरचाह, जेरियाटिक स्वास्थ्य सेवा, साउना, स्टीम, खुल्ला जिम वा व्यायमशाला र अन्य स्पा सेवाहरु प्रदान गर्नुको साथै स्थानीय जडिबुटीलाई प्रवर्द्धन गर्न जडिबुटी उद्यान निर्माण गरिएको छ।

वातावरण र फोहोरमैला व्यवस्थापन

- वातावरणीय सरसफाइ तथा यसले पर्यावरणमा पार्ने असरलाई मध्यनजर गर्दै यसको व्यवस्थापनका लागि फोहोरमैला व्यवस्थापन ऐन, वातावरणीय कोष सञ्चालन कार्यविधि तयार गरी कार्यान्वयन गरिएको छ।
- नगरपालिकाका तीन स्थानमा वायू गुणस्तर नाप्ने मेसिन जडान गरीएको छ जसका लागि वायु गुणस्तर कार्ययोजना तयार पारिएको छ।
- टोल विकास संस्था गठन गरी टोलको वातावरण तथा फोहोर व्यवस्थापनमा उक्त टोली खटाईएको छ।

- ☐ वडा नं ३ मा अत्याधुनिक प्रविधि सहितको सरसफाइ केन्द्र निर्माणका लागि DPR तयार पारिएको छ।
- ☐ फोहोरमैला व्यवस्थापन तथा वर्गीकरण बारे सचेतना फैलाउन महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकामार्फत घरदैलो अभियान कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको छ।
- ☐ नगरपालिका तथा केही वडा कार्यालय परिसरमा कपडा बैंकको स्थापना गरी आवश्यक व्यक्तिहरुलाई वितरण गर्ने गरिएको छ।

प्रमुख गन्तव्य र आकर्षणहरु

चन्द्रागिरि नगरपालिका ऐतिहासिक र पूरातात्विक सम्पदाले भरिएको सामरिक दृष्टिकोणले महत्त्वपूर्ण र सुन्दर नगरपालिका हो। यहाँ प्राकृतिक सुन्दरता तथा ऐतिहासिक पर्यटकीय आकर्षणका गन्तव्यहरु छन्।

- ➢ <u>भालेश्वर महादेव/चन्द्रागिरि हिल्सः</u> प्रमुख पर्यटकीय आकर्षणको रुपमा रहेको प्राकृतिक सुन्दरताले भरिपूर्ण ऐतिहासिक गन्तव्य भालेश्वर महादेव समुन्द्री सतहबाट २५५१ मिटर उचाइमा अवस्थित छ। भालेश्वर महादेव जान थानकोट बाट चन्द्रागिरि हिल्स सम्म चन्द्रागिरि केवलकार सेवा सन २०१६ बाट निरन्तर सञ्चालनमा छ।
- ➢ <u>त्रिभूवन पार्क</u>ः १.३ वर्ग किलोमिटर क्षेत्रफलमा फैलिएको थानकोटमा अवस्थित त्रिभूवन पार्क एक मात्र सार्वजनिक पार्क हो।
- ➢ <u>काजी कालु पाँडे समाधि स्थल</u>ः यस न.पा.को वडा न.१ ईन्द्रस्थानमा रहेको ऐतिहासिक कालु पाँडेको समाधिस्थल सगँ हाल दहचोक भ्युटावर र मनकामना मन्दिर पुनःनिर्माण भएको छ।
- ➢ <u>ईन्द्रदह/ईन्द्रस्थान मेलाः</u> धार्मिक र सांस्कृतिक महत्त्व बोकेको वडा न.१ मा अवस्थित यो दहमा भाद्र शुक्ल चतुर्दशीका दिन ईन्द्रजात्रा लाग्ने गर्दछ साथै यस दहमा नुहाउँदा सबै रोग निको हुने जनविश्वास रहेको छ।
- ➢ <u>मातातीर्थ कुण्ड तथा मेला</u>ः वडा नं ६ मा रहेको मातातीर्थ कुण्डमा वैशाख कृष्ण औंसी तथा मातातीर्थ औंसीका दिनमा भव्य मेला लाग्ने गर्दछ।
- ➢ <u>मत्स्यनारायण मेलाः</u> वडा नं ९ मा अवस्थित मत्स्यनारायण मन्दिरमा प्रत्येक अधिकमाससमा एक महिने पुरुषोत्तम मेला लाग्ने गर्दछ।

- <u>सातगाउँले जात्रा:</u> यो जात्रा काठमाडौं उपत्यकाकै लोकप्रिय र महत्त्वपुर्ण जात्रा हो। उक्त जात्रा वडा न.१५ मा अवस्थित विष्णु देवि मन्दिरमा मनाईन्छ। स्थानीय भाषामा यस जात्रालाई न्हेगाँ भनिन्छ जसको अर्थ सात गाउँ भन्ने बुझिन्छ।यस जात्रामा सतुगंल, बोसिगाउँ, ल्होंकोट, मच्छेगाउँ, टौखेल, नैकाप,बन्थोक,कीर्तिपुर लगायतका सात गाउँलेहरु मिलेर विष्णु देबि मन्दिरमा रथ ल्याई मनाउने गरिन्छ।
- <u>अन्य जात्रा र पर्वहरु</u> : ऐतिहासिक र सांस्कृतिक नगरीको रुपमा परिचित यस नगरपालिकामा अन्य जात्रा पर्वहरु जस्तै :बलम्बु महालक्ष्मी जात्रा, थानकोट महालक्ष्मी, गणेश र अन्नत भैरव जात्रा, किसिपिडि महालक्ष्मी, कालिका भैरव जात्रा, बालागाउँ सिद्धिगणेश, महालक्ष्मी जात्रा, महादेवस्थान भादगाउँले जात्रा, सतुंगल खड्ग, गणेश, कृष्ण जात्रा, ल्होंकोट खड्ग जात्रा र श्रीकालीदेवी १२ वर्षे जात्रा, मच्छेगाउँ गणेश, कृष्ण जात्रा, भैरव जात्रा लगायत अन्य जात्रा पनि मनाईन्छ।

वजेट विनियोजन

चन्द्रागिरि नगरपालिकाको नगर सभाले आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ का लागि कुल जम्मा रु. २,८१,३५,००,००० को बजेट स्वीकृत गरेको थियो। उक्त स्वीकृत बजेटमध्ये चालु खर्चतर्फ रु. ५६,४०,००,००० र पूँजीगत खर्चतर्फ रु. २,१८,९५,००,००० विनियोजन गरिएको थियो। सोही अनुसार, नगरपालिकाको आ.व. २०८१/०८२ को बजेट तथा कार्यक्रम नगर सभासमक्ष प्रस्तुत गरिएको थियो। कुल बजेटमध्ये स्वास्थ्य क्षेत्रतर्फ ८.१९ प्रतिशत बजेट विनियोजन गरिएको थियो।

१.२ नगरपालिकाको स्वास्थ्य प्रणाली

१.२.१. स्वास्थ्य संस्थाहरुको विवरण

तालिका 2.: स्वास्थ्य संस्थाहरुको विवरण

वडा न.	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	इमेल ठेगाना	टेलिफोन
वडा नं. १.	दहचोक स्वास्थ्य चौकी	dahachowkhealthpost@gmail.com	015904690
	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र १, सुवेदी गाउँ	masineurbanhealthcentre@gmaiol.com	
वडा नं. २.	बाडभञ्ज्याङ स्वास्थ्य चौकी	badbhanjyanghealthpost@gmail.com	015924623
	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र २, मसिने	masineurbanhealthcentre@gmail.com	
वडा नं. ३	थानकोट स्वास्थ्य चौकी	thankothealthpost@gmail.com	014311031
वडा नं. ४	प्राथमिक अस्पताल थानकोट	primaryhospitalthankot@gmail.com	014315016
वडा नं. ५	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ५, किसिपिडि	urbanhealthcenter5@gmail.com	015918252
वडा नं. ६	महादेवस्थान स्वास्थ्य चौकी	mahadevsthanhealthpost@gmail.com	014316620
वडा नं. ७	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र,७	urbanhealthcenter7@gmail.com	015925542
वडा नं. ८.	मातातीर्थ स्वास्थ्य चौकी	matatirthahealthpost@gmail.com	015925563
वडा नं. ९	मच्छेगाउँ स्वास्थ्य चौकी	machhegaunhealthpost@gmail.com	015214139
वडा नं. १०	सतुङ्गल स्वास्थ्य चौकी	satungalhealthpost@gmail.com	014311933
	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, बोसिगाँउ	urbanhealthcenter10@gmail.com	015923579
वडा नं. ११	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र,११	urbanhealthcenter111@gmail.com	015920794
वडा नं. १२	बलम्बु स्वास्थ्य चौकी	balambuhealthpost@gmail.com	015925527
वडा नं. १३	पुरानो नैकाप स्वास्थ्य चौकी	puranonaikaphealthpost@gmail.com	015918793
	शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, पुल्डोल	urbanhealthcenterchandragiri@gmail.com	
वडा नं. १४	नया नैकाप स्वास्थ्य चौकी	nayanaikaphealthpost@gmail.com	015923778
वडा नं. १५	तिनथाना स्वास्थ्य चौकी	tinthanahealthpost@gmail.com	014315009

१.२.२. मानव संसाधनको विवरण

*तालिका 3.: मानव संसाधनको विवरण**

पद	पदपूर्ति		
	स्थायी	करार	जम्मा
विशेषज्ञ चिकित्सक		१	१
बरिष्ठ जनस्वास्थ्य अधिकृत	१		१
मेडिकल अधिकृत		४	४
नर्सिङ्ग अधिकृत	१		१
जनस्वास्थ्य निरीक्षक/सि.अ.हे.व.अ.	३९		३९
स्टाफ नर्स छैठौं/सि.अ.न.मि.अ.	१५		१५
क्षयरोग कार्यक्रम संयोजक		१	१
हे.अ/सि.अ.हे.व	१६	३	१९
स्टाफ नर्स/सि.अ.न.मि.	१८	२	२०
रेडियोग्राफर		३	३
विद्यालय नर्स		८	८
सामुदायिक स्वास्थ्य नर्स		१५	१५
अ.हे.व		१	१
अ.न.मी.	१	६	७
ल्या.अ		१७	१७
जनस्वास्थ्य निरीक्षक/सि.अ.हे.व.अ.	३९		३९
स्टाफ नर्स छैठौं/सि.अ.न.मि.अ.	१५		१५
क्षयरोग कार्यक्रम संयोजक		१	१
ल्या.अ		१७	१७
फार्मेसी सहायक		३	३
का.स.		२०	२०
अन्य		८	८
	९१	९६	१८७

* *स्वास्थ्यतर्फका हाल कार्यरत कर्मचारीको विवरण*

१.३ नगरपालिकामा सञ्चालन गरिएका स्वास्थ्य सम्बन्धी नवीनतम कार्यक्रमहरु

- ☐ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (नर्सिङ घरदैलो कार्यक्रम)
- ☐ स्वस्थ शहर (Healthy City) कार्यक्रम

- ☐ हरेक वडामा (एक स्वास्थ्य संस्थामा) बिहान ८ बजे देखि प्रयोगशाला सेवा
- ☐ एक वडा एक चिकित्सक कार्यक्रम
- ☐ विद्यालय नर्स कार्यक्रम
- ☐ महिलाको पाठेघरको मुखको क्यान्सर को स्क्रिनिङ्ग (VIA) तथा स्तन क्यान्सर को स्क्रिनिङ्ग सेवा
- ☐ १४ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा (Medical Abortion)
- ☐ गर्भवतीहरुका लागि निःशुल्क भिडियो एक्स रे (अल्ट्रासाउन्ड) सेवा
- ☐ प्राथमिक अस्पताल थानकोटबाट २४ सै घण्टा सेवा सुचारु (बहिरङ्ग सेवा बिहान ८ बजे देखि ५ बजे सम्म)
- ☐ प्राथमिक अस्पताल थानकोटबाट विशेषज्ञ सेवा (महिला स्वास्थ्य, मुटुरोग, आँखा जाँच तथा रेडियोलोजि सेवा) सञ्चालन
- ☐ क्षयरोग मुक्त अभियान कार्यक्रम सञ्चालन
- ☐ नगरपालिका भित्र सञ्चालनमा रहेका निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु (अस्पताल, क्लिनिक, फिजियोथेरापी, प्रयोगशाला) मध्ये हालसम्म १६ वटा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु सम्बन्धित निकायबाट सञ्चालन अनुमति/नवीकरण प्राप्त गरी सेवा प्रदान गरिरहेको
- ☐ निजी स्वास्थ्य संस्थासंगको सहकार्य बढाउन तथा तहाँबाट प्रदान हुने सेवालाई प्रभावकारी तथा गुणस्तरीय बनाउन, निजी स्वास्थ्य संस्थाको सम्पादित कार्यहरुको प्रगति प्रविष्ट गर्ने कार्यको थालनी गरिएको

२. जनस्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रमहरु

२.१. बाल स्वास्थ्य कार्यकम

२.१.१ राष्ट्रिय खोप कार्यकम

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम उच्च प्राथमिकता प्राप्त, लागत - प्रभावकारी जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो। खोपले विभिन्न संक्रामक रोगहरूबाट बालबालिकाहरुलाई सुरक्षा प्रदान गर्दछ। नेपालमा वि.सं. २०३४ सालमा विफर (Smallpox) उन्मूलन भएपश्चात राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम सुरु भएको हो। प्रारम्भमा यस कार्यक्रमलाई विस्तारित खोप आयोजना (EPI) का रूपमा धनुषा, रुपन्देही र सिन्धुपाल्चोक जिल्लामा बीसीजी र डीपीटी खोपबाट

सञ्चालन गरिएको थियो। वि.सं. २०३६/३७ सालमा पोलियो र दादुरा खोप थप गरी कार्यक्रमलाई क्रमशः अन्य जिल्लाहरूमा विस्तार गरियो। वि.सं. २०४५ सालसम्म ७५ वटै जिल्लामा क्षयरोग, भ्यागुतेरोग, धनुष्टंकार, लहरेखोकी, पोलियो र दादुरा विरुद्धका खोपहरू समावेश गरिए। वि.सं.. २०६० सालमा हेपाटाइटिस-बी खोप, २०६४ सालदेखि जोखिमयुक्त जिल्लाहरूमा जापानीज इन्सेफलाइटिस खोप सुरु गरियो र २०७३ सालदेखि यसलाई ७५ वटै जिल्लामा विस्तार गरियो। त्यसैगरी वि.सं. २०६६ सालमा हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी (हिब) खोप सुरु गरिएको थियो।

वि.सं. २०७० सालमा रुबेला खोपलाई संयुक्त दादुरा-रुबेला खोपका रूपमा समावेश गरियो र वि.सं. २०७२/७३ देखि दादुरा-रुबेलाको दोस्रो मात्रा नियमित खोप कार्यक्रममा समावेश गरियो। वि.सं. २०७१ सालदेखि निमोनिया विरुद्ध (Pneumococcal Conjugate Vaccine –(PCV)) को पनि नियमित खोप कार्यक्रममा समावेश गरिएको छ। खोप कार्यक्रमको उल्लेखनीय सफलतास्वरूप नेपालमा सन् २०१० अगस्ट देखि पोलियो रोगीको अवस्था शून्यमा रहेको छ। सन् २००५ देखि नवजात शिशु धनुष्टंकार रोग निवारणको अवस्था कायम रहेको छ। सन् २००९ देखि दादुरा रोग नियन्त्रणमा रहेको छ र उन्मूलनतर्फ उन्मुख छ भने जापानीज इन्सेफलाइटिस पनि नियन्त्रणमा रहेको छ। पोलियो उन्मूलनका लागि मुखबाट दिइने पोलियो थोपा (OPV) सँगै सुईद्वारा दिइने पोलियो खोप (FIPV) पनि सञ्चालनमा ल्याइएको छ। आर्थिक वर्ष २०७७/०७८ देखि रोटा भाइरसबाट हुने पखालाबाट बालबालिकालाई बचाउन रोटा भाइरस खोप राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश गरिएको छ। त्यसैगरी आर्थिक वर्ष २०७८/०७९ देखि टाइफाइड रोग विरुद्धको टाइफाइड खोप सुरु गरिएको छ। राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममार्फत खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने सबै रोगहरूलाई शून्य अवस्थामा पुऱ्याउने दीर्घकालीन दृष्टि राखिएको छ।

खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रण, निवारण तथा उन्मूलनको अवस्थाको अनुगमन गर्न खोजपडताल (Surveillance) अत्यन्त महत्त्वपूर्ण कार्य हो। यही उद्देश्यका लागि वि.सं. २०५६ सालदेखि पोलियो रोग उन्मूलनका लागि सर्भिलेन्स कार्य सुरु गरिएको हो। त्यसैगरी वि.सं. २०६० सालदेखि दादुरा, नवजात शिशु धनुष्टंकार तथा जापानीज इन्सेफलाइटिस रोगहरूको समेत नियमित खोजपडताल कार्य सुरु गरिएको छ। यसमार्फत पोलियो, दादुरा, नवजात शिशु धनुष्टंकार तथा जापानीज इन्सेफलाइटिस

रोगहरूको समयमै पहिचान, नियन्त्रण तथा रोकथाममा निरन्तर सहयोग पुग्दै आएको छ। राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमअन्तर्गतहाल नेपालमा १५ महिनासम्मका शिशुहरू तथा गर्भवती महिलाहरूका लागि निःशुल्क खोप सेवा प्रदान गरिँदै आएको छ। यस अन्तर्गत १५ महिना मुनिका शिशुहरूलाई १३ वटा सरुवा रोगहरू क्षयरोग, भ्यागुतेरोग, लहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस-बी, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी, पोलियो, रोटा भाइरस, दादुरा-रुबेला, निमोनिया, जापानीज इन्सेफलाइटिस तथा टाइफाइड विरुद्धका खोपहरू उपलब्ध गराइँदै आएको छ। त्यसैगरी गर्भवती महिलाहरूका लागि टी.डी. (TD) खोप उपलब्ध गराइँदै आएको छ। हाल बहुवर्षीय खोप योजना (सन् २०१७-२०२१) अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा क्रमशः नयाँ खोपहरू समावेश गर्ने व्यवस्था गरिएको छ। सोही अनुरुप, नेपाल सरकारद्वारा आ.व. २०८१/८२ मा पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि खोप अभियान सञ्चालन गरिएको छ। साथै, आगामी वर्षहरूमा नियमित खोप सेवाको अन्तर्गत एच.पी.भी. (HPV) खोप सेवा प्रदान गर्ने योजना रहेको छ।

दूरदृष्टि (Vision)

नेपाललाई खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरु शून्य अवस्थामा पुर्‍याउने।

ध्येय (Mission)

- राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममार्फत तोकिएका सबै खोपहरु समतामूलक रुपमा सबैको पहुँच Equitable manner मा हुने गरी प्रत्येक बालबालिका र गर्भवती महिलालाई गुणस्तरीय सुरक्षित र सर्वसुलभ खोप सेवा निरन्तर रुपमा प्रदान गर्ने।

कार्यक्रमको लक्ष्य

बालबालिकाहरुमा खोपबाट बचाउन सकिने बिरामी दर, अपाङ्गदर र मृत्युदरलाई कम गर्नु नै खोप कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य हो।

कार्यक्रमको उद्देश्य

- प्रत्येक बालबालिकाले पूर्ण खोप लगाएको सुनिश्चित गर्ने।
- राष्ट्रिय प्रादेशिक तथा स्थानीय तह र वडा स्तरमा सबै खोपहरुको कभरेज कम्तीमा ९५ प्रतिशत भन्दा माथि पुर्‍याउने र दिगोरुपमा कायम राख्ने।
- गुणस्तरीय खोप सेवाको लागि आपूर्ती व्यवस्था तथा खोप व्यवस्थापन प्रणालीलाई सुदृढ गर्ने।

- खोपबाट वचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, निवारण र उन्मूलनलाई तिब्रता दिई सोको दिगोपन कायम राख्ने।
- खोप कार्यक्रमको लागि दिगो वित्तीय व्यवस्थापनको सुनिश्चित गर्ने।
- खोप कार्यक्रममा अनुसन्धानलाई प्रवर्द्धन गर्ने र नयाँ कार्यहरुको विस्तार गर्ने।
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरुको राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश गरी खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रणलाई अझै बढवा दिने।
- खोपबाट वचाउन सकिने रोगहरुको खोजपड्ताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई विस्तार गर्ने।
- एक वर्ष भन्दा बढी उमेर समूहको लागि खोप सेवा विस्तार गर्दै लैजाने।

रणनीतिहरु

- खोपको महत्त्वको बारेमा जनचेतना जगाउने उद्देश्यले सामाजिक परिचालनको कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने।
- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्था र खोप केन्द्रहरुबाट प्रत्येक महिना खोप सेवा उपलब्ध गराउने।
- पोलियो उन्मूलन र दादुरा नियन्त्रण गर्नको लागि अतिरिक्त कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने।
- आवश्यकता अनुसार खोप सम्बन्धी अतिरिक्त क्रियाकलापहरु जस्तै सघन खोप कार्यक्रम, घरदैलो खोप,शहरी खोप कार्यक्रम आदि सञ्चालन गर्ने।
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको समयमै सर्भिलेन्स कार्य गर्ने।
- खोपद्वारा रोकथाम गरिने रोगहरुको महामारीको अवस्था आउन नदिन रोग नियन्त्रणका क्रियाकलापहरु अवलम्बन गर्ने।
- समय समयमा खोप सम्बन्धी तालिम सञ्चालन गर्ने।
- सहयोगात्मक सुपेरिवेक्षण कार्यलाई सुदृढीकरण गर्ने।
- खोप नलगाएका बच्चाहरुको खोजपड्ताल गर्ने।

उक्त कार्यको कार्यान्वयनका लागि चन्द्रागिरि नगरपालिकाभर १९ वटा खोप केन्द्रहरू (संस्थागत तथा बाह्य खोप केन्द्र)मार्फत खोप सेवा सञ्चालन गरिँदै आएको छ। यस नगरपालिकाको जनस्वास्थ्य शाखामा खोपको सुरक्षित भण्डारण सुनिश्चित गर्न सब–

कोल्ड रुम (Sub Cold Room) सञ्चालनमा रहेको छ। साथै, आर्थिक वर्ष २०८१/८२ देखि कक्षा ६ देखि कक्षा १० सम्म अध्ययनरत बालिकाहरूलाई लक्षित गरी एच.पि.भि. खोप अभियान सञ्चालन गरिएको छ।

खोप कार्यक्रमको राष्ट्रिय उद्देश्य अनुरुप खोपबाट वचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण,निवारण र उन्मुलन गर्नुका साथै चन्द्रागिरि नगरपालिको हालसम्मको खोपको उपलब्धि कायम राख्नु यस कार्यक्रमको प्रमुख दायित्व रहको छ।

आ.व.२०८१/८२ मा खोप सम्बन्धी सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- अस्पताल.,स्वास्थ्य चौकी.,शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, तथा अन्य स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतका खोप केन्द्रहरुबाट नियमित खोप सेवा सञ्चालन गरिएको।
- खोपको गुणस्तर कायम राख्न विभिन्न संस्थाका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम प्रदान गरिएको।
- “खोज र खोप” नीतिलाई अवलम्वन गर्दै बालबालिकाहरुको लाइनलिष्टीङ्ग गरी खोपको मात्रा पूरा गरेको सुनिश्चितता गरिएको।
- नियमित खोप सेवामार्फत सरसफाइ प्रर्वद्धन सेसन कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।
- कक्षा ६ देखि १० सम्मका बालिकाहरुलाई एच पि भी खोप अभियान सञ्चालन गरिएको।

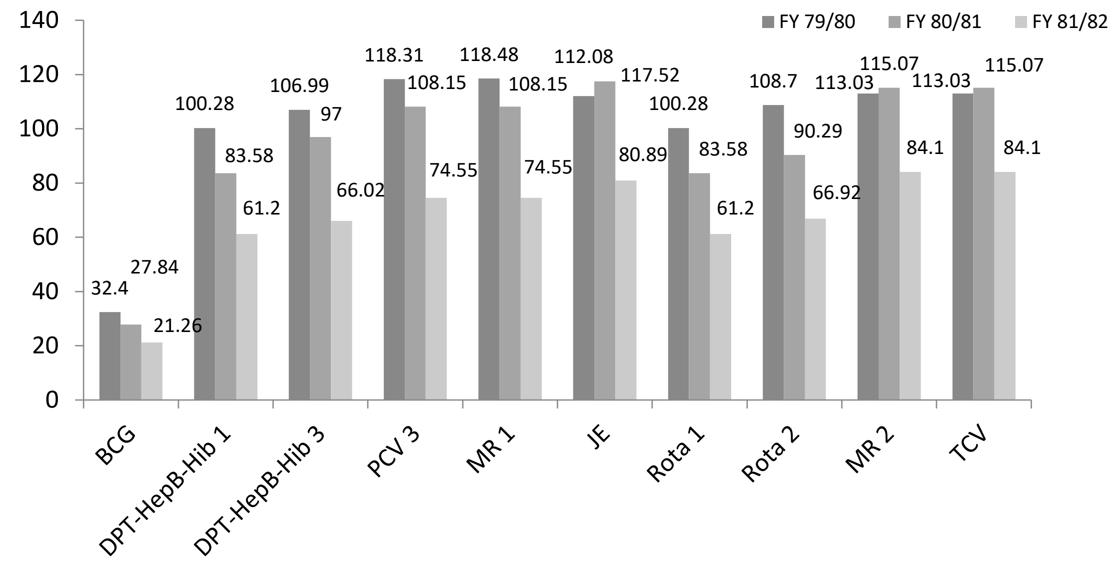
खोप कार्यक्रमका प्रमुख उपलब्धिहरु

- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण र निवारणको अवस्थामा रहेको।
- चन्द्रागिरि नगरपालिकालाई पूर्ण खोप सुनिश्चित कायम गरिएको।

पूर्ण खोपको अवस्था

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा बसोबास गर्ने १५ महिनाभित्रका सबै बालबालिकालाई नेपाल सरकारको राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार आवश्यक खोप उपलब्ध गराइएको छ। यसअनुसार बालबालिकाले बी.सी.जी. एक मात्रा, डिप्टी-हेप बी-हिब तीन मात्रा, पोलियो तीन मात्रा, एफ.आई.पी.भी दुई मात्रा, जे.ई एक मात्रा, र दादुरा-रुबेला दुई मात्रा खोप प्राप्त गरेका छन्। यसका आधारमा चन्द्रागिरि नगरपालिकालाई सन् २०७४ मा पूर्ण खोप गरिएको नगरपालिका घोषणा गरिएको थियो। त्यसपछिका वर्षहरूमा पनि पूर्ण खोपको सुनिश्चितता र दिगोपना कार्यक्रमहरू निरन्तर सञ्चालन गरिँदै आएको छ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको कभरेज (प्रतिशतमा)



चित्र 2 : राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको कभरेज

आर्थिक वर्ष २०७९/८० को तुलनामा आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा अधिकांश खोपहरूको कभरेजमा सामान्य कमी देखिएको छ। आर्थिक वर्ष २०७९/८० मा PCV3, MR1, MR2, TCV तथा DPT-HepB-Hib जस्ता खोपहरूको कभरेज १०० प्रतिशतभन्दा माथि रहेकोमा आर्थिक वर्ष २०८०/८१ मा सो दर केही घटे पनि अधिकांश खोपहरूको कभरेज सन्तोषजनक अवस्थामा नै रहेको पाइन्छ।

त्यसैगरी आर्थिक वर्ष २०८०/८१ को तुलनामा आर्थिक वर्ष २०८१/८२ मा अधिकांश खोपहरूको कभरेजमा थप कमी आएको देखिन्छ। विशेष गरी DPT-HepB-Hib, PCV, MR, Rota तथा TCV खोपहरूको कभरेज अघिल्लो वर्षहरूको तुलनामा उल्लेखनीय रूपमा घटेको देखिन्छ। साथै BCG खोपको कभरेज पनि क्रमशः घट्दो अवस्थामा रहेको पाइन्छ।

१. बि.सि.जी. खोप कभरेज दर (वडा अनुसार)

तालिका 4.: बि.सी.जी. खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	४३.६	३८.६	२९.३
वडा नम्बर २	३३.८	२६.१	१८.१
वडा नम्बर ३	२८.६	३६.१	२३.६
वडा नम्बर ४	५८.१	४७.९	६५.५
वडा नम्बर ५	१०.९	१४ .५	१०.९
वडा नम्बर ६	६२.३	३५.३	२३.३
वडा नम्बर ७	१०	६.५	११.१
वडा नम्बर ८	३३.९	२९.१	१७.१
वडा नम्बर ९	४४.२	५२.५	४१.९
वडा नम्बर १०	४७.५	४३.७	२८.८
वडा नम्बर ११	१२.५	२.९	९.५
वडा नम्बर १२	२३.९	१८.८	११.२
वडा नम्बर १३	२९.३	२७.९	२३.२
वडा नम्बर १४	१६	१९.७	११.४
वडा नम्बर १५	४६.७	३५.१	२४.५
नगरपालिकाको जम्मा	**३२.४**	**२७.८**	**२१.३**

अघिल्लो वर्षको तुलनामा बि.सि.जि खोप कभरेज घट्दो क्रममा रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा संस्थागत विश्लेषण गर्दा वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पतालमा सबैभन्दा बढी ६५.५ प्रतिशत कभरेज रहेको देखिन्छ भने शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ११ मा सबैभन्दा कम ९.५ प्रतिशत कभरेज रहेको छ अभिलेख गरिएको छ।

२. डिपिटी—हेप बी—हिब खोपको पहिलो मात्रा कभरेज दर (वडा अनुसार)

तालिका 5.: डि.पि.टी-हेप.बी-हिब पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ. व. २०७९/८०	आ. व. २०८०/८१	आ. व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१३१.९	९४.१	७५.९
वडा नम्बर २	११३.३	१०१.४	४८.७
वडा नम्बर ३	१५२.४	१२७.९	७१.२
वडा नम्बर ४	१३४.६	११०.९	१२४.९
वडा नम्बर ५	४६.९	४५.३	५०.१
वडा नम्बर ६	१९१	१२९.४	७८.७
वडा नम्बर ७	२७.३	२०.३	३१.३
वडा नम्बर ८	१०८.९	८४.६२	७१.५
वडा नम्बर ९	११०.४	१२०	८६.७
वडा नम्बर १०	१२५.६	११३.३	७८.१
वडा नम्बर ११	५७.७	३३.७	३२.२
वडा नम्बर १२	९२.८	७५	५०.१
वडा नम्बर १३	९२.९	९१.८	७६.५
वडा नम्बर १४	४८.७	६०.६	३२.६
वडा नम्बर १५	१०३.४	७८.८	५२.९
नगरपालिकाको जम्मा	**१००.३**	**८३.६**	**६१.२**

डिपिटी हेप बी—हिब खोपको पहिलो मात्रा कभरेजलाई नगरपालिकास्तरमा हेर्दा अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा क्रमशः घट्दो प्रवृत्ति देखिएको छ। आ.व. २०८१/८२ मा संस्थागत विश्लेषण गर्दा वडा नं. ४ मा अवस्थित नगरस्तरीय प्राथमिक अस्पतालमा सबैभन्दा बढी १२४.९ प्रतिशत कभरेज रहेको देखिन्छ भने शहरी स्वास्थ्य केन्द्र नं. ७ मा सबैभन्दा कम ३१.३ प्रतिशत कभरेज अभिलेख गरिएको छ।

३. डिपिटी–हेप बी–हिब खोपको दोस्रो मात्रा कभरेज दर (वडा अनुसार)

तालिका 6.: डि.पि.टी-हेप.बी-हिब दोस्रो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ. व. २०७९/८०	आ. व. २०८०/८१	आ. व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१४८.९	९६.०	८७.०
वडा नम्बर २	१३५.३	९४.५	५२.१
वडा नम्बर ३	१७०.६	१३९.५	८१.८
वडा नम्बर ४	१२७.१	१२३.३	११८.९
वडा नम्बर ५	५६.५	४०.२	५२.४
वडा नम्बर ६	१९६.७	१३७.५	८७.५
वडा नम्बर ७	३१.८	३२.५	२९.३
वडा नम्बर ८	११२.५	९२.३	७७.४
वडा नम्बर ९	१२०.८	१३३.७	८८.८
वडा नम्बर १०	१२४.१	११८.५	८२.८
वडा नम्बर ११	६३.५	४६.१	३३.७
वडा नम्बर १२	१०९	८७.५	५८.१
वडा नम्बर १३	१०४	१०९.३	८६.६
वडा नम्बर १४	५६.७	६३.४	४०.५
वडा नम्बर १५	१०८.५	७९.४	६२.८
नगरपालिकाको जम्मा	**१०८.७**	**९०.३**	**६६.९**

चन्द्रागिरि गरपालिकामा डिपिटी–हेप बी–हिब खोपको दोस्रो मात्रा कभरेजको अवस्था विश्लेषण गर्दा अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा क्रमशः कमी देखिएको छ। आ.व. २०८१/८२ मा संस्थागत आधारमा विश्लेषण गर्दा सबैभन्दा बढी कभरेज वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पतालमा ११८.९ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम कभरेज वडा नं. ७ मा अवस्थित सहरी स्वास्थ्य केन्द्रमा २९.३ प्रतिशत रहेको छ।

४. डिपिटी—हेप बी—हिब खोपको तेस्रो मात्रा कभरेज दर (वडा अनुसार)

तालिका 7.: डि.पि.टी-हेप.बी-हिब तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१४४.७	१०१	८५.५
वडा नम्बर २	१३०.९	८५.९	६५.७
वडा नम्बर ३	१४६.०	१३१.३	७०.७
वडा नम्बर ४	११२.४	११३.७	११५.८
वडा नम्बर ५	६३.९	४३.६	५२.४
वडा नम्बर ६	१९५.०	१४०.४	८१.१
वडा नम्बर ७	३१.८	३७.४	३८.५
वडा नम्बर ८	१२१.४	९२.३१	७८.१
वडा नम्बर ९	१२५.९	१४२.५	८६.८
वडा नम्बर १०	१३४.३	१२५.८	७८.१
वडा नम्बर ११	६३.४	५८.७	३५.२
वडा नम्बर १२	१०९.६	१००	५५.९६
वडा नम्बर १३	१०६.०	१२६.८	८६.६
वडा नम्बर १४	५२.०	७३.२	३८.५
वडा नम्बर १५	१००.६	१०२.४	६४.५
नगरपालिकाको जम्मा	१०६.९	९७	६६

चन्द्रागिरि गरपालिकामा डिपिटी—हेप बी—हिब खोपको तेस्रो मात्रा कभरेजको अवस्था विश्लेषण गर्दा अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा क्रमशः कमी देखिएको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पतालमा ११५.८४ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ११ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ११ मा ३५.२ प्रतिशत रहेको छ।

५. ओ.पी.भी खोपको पहिलो मात्रा कभरेज दर (वडा अनुसार)

तालिका 8.: ओ.पी.भी पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ. व. २०७९/८०	आ. व. २०८०/८१	आ. व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१३१.९	९४.१	७५.९
वडा नम्बर २	११३.३	१०१.४	४८.७
वडा नम्बर ३	१५२.४	१२७.९	७१.२
वडा नम्बर ४	१३४.६	११०.९	१२४.९
वडा नम्बर ५	४६.९	४५.३	५०.१
वडा नम्बर ६	१९१	१२९.४	७८.७
वडा नम्बर ७	२७.३	२०.३	३१.३
वडा नम्बर ८	१०८.९	८४.६	७१.५
वडा नम्बर ९	११०.४	१२०	८६.७
वडा नम्बर १०	१२५.६	११३.३	७८.१
वडा नम्बर ११	५७.७	३३.७	३२.२
वडा नम्बर १२	९२.८	७५	५०.१
वडा नम्बर १३	९२.९	९१.८	७६.५
वडा नम्बर १४	४८.७	६०.६	३२.६
वडा नम्बर १५	१०३.४	७८.८	५२.९
नगरपालिकाको जम्मा	१००.३	८३.६	६१.२

ओ.पी.भी खोपको पहिलो मात्रा कभरेजलाई नगरपालिकास्तरमा हेर्दा अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा क्रमशः घट्दो प्रवृत्ति देखिएको छ। आ.व. २०८१/८२ मा संस्थागत विश्लेषण गर्दा वडा नं. ४ मा अवस्थित नगरस्तरीय प्राथमिक अस्पतालमा सबैभन्दा बढी १२४.९ प्रतिशत कभरेज रहेको देखिन्छ भने शहरी स्वास्थ्य केन्द्र नं. ७ मा सबैभन्दा कम ३१.३ प्रतिशत कभरेज अभिलेख गरिएको छ।

६. ओ.पी.भी खोपको दोस्रो मात्रा कभरेज दर (वडा अनुसार)

तालिका 9.: ओ.पी.भी दोस्रो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ. व. २०७९/८०	आ. व. २०८०/८१	आ. व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१४८.९	९६.०	८७.०
वडा नम्बर २	१३५.३	९४.५	५२.१
वडा नम्बर ३	१७०.६	१३९.५	८१.८
वडा नम्बर ४	१२७.१	१२३.३	११८.९
वडा नम्बर ५	५६.५	४०.२	५२.४
वडा नम्बर ६	१९६.७	१३७.५	८७.५
वडा नम्बर ७	३१.८	३२.५	२९.३
वडा नम्बर ८	११२.५	९२.३	७७.४
वडा नम्बर ९	१२०.८	१३३.७	८८.८
वडा नम्बर १०	१२४.१	११८.५	८२.८
वडा नम्बर ११	६३.५	४६.१	३३.७
वडा नम्बर १२	१०९	८७.५	५८.१
वडा नम्बर १३	१०४	१०९.३	८६.६
वडा नम्बर १४	५६.७	६३.४	४०.५
वडा नम्बर १५	१०८.५	७९.४	६२.८
नगरपालिकाको जम्मा	**१०८.७**	**९०.३**	**६६.९**

ओ.पी.भी खोपको दोस्रो मात्रा कभरेज हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलनामा क्रमशः घट्दो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पतालमा ११८.९ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ७ मा रहेको शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ७ मा २९.३ प्रतिशत रहेको छ।

७. ओ.पी.भी खोपको तेस्रो मात्रा कभरेज दर (वडा अनुसार)

तालिका 10.: ओ.पी.भी तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१४४.७	१०१	८५.४
वडा नम्बर २	१३०.९	८५.९	६५.७
वडा नम्बर ३	१४६.०	१३१.३	७०.७
वडा नम्बर ४	११२.४	११३.७	११५.८
वडा नम्बर ५	६३.९	४३.६	५२.४
वडा नम्बर ६	१९५.०	१४०.४	८१.१
वडा नम्बर ७	३१.८	३७.४	३८.५
वडा नम्बर ८	१२१.४	९२.३	७८.१
वडा नम्बर ९	१२५.९	१४२.५	८६.८
वडा नम्बर १०	१३४.३	१२५.८३	७८.१
वडा नम्बर ११	६३.४	५८.६५	३५.२
वडा नम्बर १२	१०९.६	१००	५६
वडा नम्बर १३	१०६.०	१२६.८	८६.६
वडा नम्बर १४	५२.०	७३.२	३८.५
वडा नम्बर १५	१००.६	१०२.४	६४.५
नगरपालिकाको जम्मा	**१०६.९**	**९७**	**६६.०२**

ओ.पी भी. खोपको तेस्रो मात्रा कभरेज हेर्दा, यस नगरपालिकाकामा अघिल्लो वर्षको तुलनामा क्रमश घट्दो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पतालमा ११५.८४ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ११ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ११ मा ३५.२ प्रतिशत रहेको छ।

८. पि.सि.भि पहिलो खोप कभरेज दर प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 11.: पि.सि.भि पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१३१.९	९४.१	७५.९
वडा नम्बर २	११३.३	१०१.४	४८.७
वडा नम्बर ३	१५२.४	१२७.९	७१.२
वडा नम्बर ४	१३४.६	११०.९	१२४.९
वडा नम्बर ५	४६.९	४५.३	५०.१
वडा नम्बर ६	१९१	१२९.४	७८.७
वडा नम्बर ७	२७.३	२०.३	३१.३
वडा नम्बर ८	१०८.९	८४.६२	७१.५
वडा नम्बर ९	११०.४	१२०	८६.७
वडा नम्बर १०	१२५.६	११३.३	७८.१
वडा नम्बर ११	५७.७	३३.७	३२.२
वडा नम्बर १२	९२.८	७५	५०.१
वडा नम्बर १३	९२.९	९१.८	७६.५
वडा नम्बर १४	४८.७	६०.६	३२.६
वडा नम्बर १५	१०३.४	७८.८	५२.९
नगरपालिकाको जम्मा	**१००.३**	**८३.६**	**६१.२**

पि.सि.भि खोपको पहिलो मात्रा कभरेजमा अघिल्लो वर्षको तुलना गर्दा क्रमश घट्दो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पतालमा १२४.९ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ७ अन्तर्गत शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ७ मा ३१.३ प्रतिशत रहेको छ।

९. पि सि भि तेस्रो कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 12.: पि.सि.भि तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१५८.५	११४.९	९७.२
वडा नम्बर २	१३८.२	१२६.१	७४.८
वडा नम्बर ३	१४२.१	१५१.७	९९.७
वडा नम्बर ४	११३.६	११९.२	१०८.८
वडा नम्बर ५	५३.७	६०.३	४२.८
वडा नम्बर ६	२०९.९	१६९.९	१०३.८
वडा नम्बर ७	४०	३५	४३.७
वडा नम्बर ८	१३१.३	१११.१	७८.१
वडा नम्बर ९	१३७.७	१३१.३	८७.८
वडा नम्बर १०	१६७.२	१३८.४	९१.५
वडा नम्बर ११	५९.६	५१	४२.५
वडा नम्बर १२	१२८.१	९६.६	७०.७
वडा नम्बर १३	११७.२	११८.६	१००.६
वडा नम्बर १४	६१.३	७६.८	५४.३
वडा नम्बर १५	१३४.६	१३६.४	६०.२
नगरपालिकाको जम्मा	**११८.३**	**१०८.२**	**७४.७**

नगरपालिकामा पि.सि.भि. खोपको तेस्रो मात्रा कभरेज क्रमशः घट्दो प्रवृत्तिमा रहेको देखिन्छ। आ.व. २०८१/८२ मा संस्थागत विश्लेषण गर्दा सबैभन्दा बढी कभरेज वडा नं. ४ मा अवस्थित नगरस्तरीय प्राथमिक अस्पतालमा १०८.८ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम कभरेज वडा नं ११ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र नं. ११ मा ४२.५ प्रतिशत अभिलेख गरिएको छ।

१०. दादुरा रुबेला पहिलो खोप कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 13.: दादुरा रुबेला पहिलो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. २०७९/८०	आ.व. २०८०/८१	आ.व. २०८१/८२
वडा नम्बर १	१५८.५	११४.९	९७.२
वडा नम्बर २	१३८.२	१२६.१	७४.८
वडा नम्बर ३	१४२.१	१५१.७	९९.७
वडा नम्बर ४	११३.६	११९.२	१०८.८
वडा नम्बर ५	५३.७	६०.३	४२.८
वडा नम्बर ६	२०९.९	१६९.९	१०३.८
वडा नम्बर ७	४०	३५	४३.७
वडा नम्बर ८	१३१.३	१११.१	७८.१
वडा नम्बर ९	१३७.७	१३१.३	८७.८
वडा नम्बर १०	१६७.२	१३८.४	९१.५
वडा नम्बर ११	५९.६	५१	४२.५
वडा नम्बर १२	१२८.१	९६.६	७०.७
वडा नम्बर १३	११७.२	११८.६	१००.६
वडा नम्बर १४	६१.१	७६.८	५४.३
वडा नम्बर १५	१३४.६	१३६.४	६०.२
नगरपालिकाको जम्मा	**११८.३**	**१०८.२**	**७४.७**

दादुरा रुबेला खोप पहिलो मात्रा कभरेज, यस नगरपालिकामा अघिल्लो वर्षको तुलनामा घटदो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी प्राथमिक अस्पताल अवस्थित वडा नं ४ मा १२४.९ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ७ अवस्थित वडा नं ७ मा ३१.३ प्रतिशत रहेको छ।

११. दादुरा रुबेला दोस्रो खोप कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 14.: दादुरा रुबेला तेस्रो मात्राको खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व.२०७९/८०	आ.व.२०८०/८१	आ.व.२०८१/८२
वडा नम्बर १	१२४.२	१३०.७	१०९.५
वडा नम्बर २	१२३.२	१३६.१	८८
वडा नम्बर ३	१६७.२	१४९.३	१२०.२
वडा नम्बर ४	७९.३	१२६.४	९०.३
वडा नम्बर ५	५९.७	६५.१	४५.४
वडा नम्बर ६	२००.९	२०५.३	१०६.४
वडा नम्बर ७	३५.७	२९.८	५१.२
वडा नम्बर ८	११५.१	१२७	८६.७५
वडा नम्बर ९	११२.७	१२५	११५.१
वडा नम्बर १०	१६२.६	१४६.६	१०५.१
वडा नम्बर ११	४९.५	६२.७	५५.९
वडा नम्बर १२	१२२.१	१०८.६	७९.७
वडा नम्बर १३	१२७.७	१२४.२	१०४.६
वडा नम्बर १४	७०.४	८३.६	६३.२
वडा नम्बर १५	१३१.३	१२४.२	७४.९
नगरपालिकाको जम्मा	**११३.०३**	**११५.१**	**८४.१**

दादुरा रुबेला खोप दोस्रो मात्रा कभरेज नगरपालिकाको हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलना गर्दा क्रमश घटदो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं ३मा १२०.२ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ५ मा ४५.५ प्रतिशत रहेको छ।

१२. जापानीज इन्सेफलाइटिस् खोप कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 15.: जापानीज इन्सेफलाइटिस् खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
वडा नम्बर १	१३४.७	१२५.७	१००.५
वडा नम्बर २	१३१.९	१२६.४	९२.७
वडा नम्बर ३	१४४.५	१६६	११२.३
वडा नम्बर ४	९४	१२७.८	९९.७
वडा नम्बर ५	५२.४	६६.९	४४.९
वडा नम्बर ६	२१४.७	१९७.७	१०२.८
वडा नम्बर ७	४१.१	३३.१	४४.५
वडा नम्बर ८	११४.२	१३६.५	८२.६
वडा नम्बर ९	१२२.८	१२८.८	१०९
वडा नम्बर १०	१५९	१४४.६	१०१.९
वडा नम्बर ११	४९.५	५८.८	४६.१
वडा नम्बर १२	१२२.०२	१०७.५	७७.९
वडा नम्बर १३	१०६.९	१२६.३	१०८.६
वडा नम्बर १४	६४.७	८१.४	६०.१
वडा नम्बर १५	१३१.३	१४३.५	७०.४
नगरपालिकाको जम्मा	**११२.१**	**११७.५**	**८०.९**

जापानीज इन्सेफलाइटिस् खोप बच्चा जन्मेको १२ महिनादेखि २३ महिनाभित्र लगाउने गरिन्छ। जापानीज इन्सेफलाइटिस् खोप कभरेज नगरपालिकाको हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलना गर्दा घटदो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ३मा ११२.३ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ७ मा ४४.५ प्रतिशत रहेको छ।

१३. टिसिभी (TCV) खोप कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

टाइफाईड रोग विरुद्धको खोप २०७८ सालदेखि नियमित खोप कार्यक्रमका रुपमा १२ महिना देखि २३ महिनासम्मका बालबालिकाहरुलाई दिईदै आएको छ। यसको कभरेज पनि घट्दै गएको देखिन्छ।

तालिका 16.: टिसिभी (TCV) खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
वडा नम्बर १	१२४.२	१३०.७	१०९.५
वडा नम्बर २	१२३.२	१३६.१	८८
वडा नम्बर ३	१६७.२	१४९.३	१२०.२
वडा नम्बर ४	७९.३	१२६.४	९०.३
वडा नम्बर ५	५९.८	६५.१	४५.४
वडा नम्बर ६	२००.९	२०५.३	१०६.४
वडा नम्बर ७	३५.७	२९.८	५१.२
वडा नम्बर ८	११५.१	१२७	८६.८
वडा नम्बर ९	११२.७	१२५	११५.१
वडा नम्बर १०	१६२.६	१४६.६	१०५.१
वडा नम्बर ११	४९.५	६२.७	५५.९
वडा नम्बर १२	१२२.१	१०८.६	७९.७
वडा नम्बर १३	१२७.७	१२४.२	१०४.४
वडा नम्बर १४	७०.४	८३.६	६३.२
वडा नम्बर १५	१३१.३	१२४.२	७४.९
नगरपालिकाको जम्मा	**११३.०३**	**११५.१**	**८४.१**

आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पताल थानकोट १२०.२ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ५ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ५ मा ४५.४ प्रतिशत रहेको छ।

१४. एफ आइ पि भी पहिलो खोप कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 17.: एफ आइ पि भी पहिलो खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
वडा नम्बर १	१११.७	१००.९	८५.५
वडा नम्बर २	८८.२	९५.९	६५.७
वडा नम्बर ३	१३३.३	१३१.३	७०.७
वडा नम्बर ४	१२२.२	११३.७	११५.८
वडा नम्बर ५	५१.०	४३.६	५२.४
वडा नम्बर ६	१७७.०	१४०.४	८१.१
वडा नम्बर ७	३१.८	३७.४	३८.५
वडा नम्बर ८	१०३.५	९२.३	७८.०
वडा नम्बर ९	७६.६	१४२.५	८६.८
वडा नम्बर १०	१११.७	१२५.८	७८.१
वडा नम्बर ११	४१.४	५८.७	३५.२
वडा नम्बर १२	८८.६	१००	५६.०
वडा नम्बर १३	९०.९	१२६.८	८६.६
वडा नम्बर १४	४२.७	७३.२	३८.५
वडा नम्बर १५	८५.५	१०२.४	६४.५
नगरपालिकाको जम्मा	८९.४	९७.०	६६.०२

एफ आइ पि भी पहिलो मात्रा खोप कभरेज नगरपालिकाको हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलनामा घट्दो क्रममा छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पताल थानकोट ११५.८ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ११ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र-११ मा ३५.२ प्रतिशत रहेको छ।

१५. एफ आइ पि भी दोस्रो खोप कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 18.: एफ आइ पि भी दोस्रो खोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
वडा नम्बर १	९८.९	११४.९	९७.४
वडा नम्बर २	७५.०	१२६.०	७४.८
वडा नम्बर ३	११४.३	१५१.७	९९.८
वडा नम्बर ४	७२.८	११९.२	१०८.८
वडा नम्बर ५	३२.०	६०.३	४२.८
वडा नम्बर ६	११२.३	१६९.३	१०३.८
वडा नम्बर ७	१५.४	३४.७	४३.७
वडा नम्बर ८	९१.०	१११.१	७८.०
वडा नम्बर ९	८३.१	१३१.३	८७.८
वडा नम्बर १०	९६.३	१३८.४	९१.५
वडा नम्बर ११	३२.७	५०.७	४२.५
वडा नम्बर १२	७७.३	९६.६	७०.७
वडा नम्बर १३	१०४.०	११८.६	१००.५
वडा नम्बर १४	२९.३	७६.७	५४.३
वडा नम्बर १५	७६.४	१३६.४	६०.२
नगरपालिकाको जम्मा	**७२.९**	**१०८.२**	**७४.६**

एफ. आइ. पि. भी. दोस्रो मात्रा खोप कभरेज नगरपालिकाको हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलनामा घट्दो अवस्थामा छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पताल थानकोट १०८.८ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ११ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ११ मा ४२.५ प्रतिशत रहेको छ।

१६. रोटा भाइरस खोप पहिलो कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 19.: रोटा भाइरस खोप पहिलो कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
वडा नम्बर १	१३१.९	९४.१	७५.९
वडा नम्बर २	११३.३	१०१.४	४८.७
वडा नम्बर ३	१५२.४	१२७.९	७१.२
वडा नम्बर ४	१३४.६	११०.९	१२४.९
वडा नम्बर ५	४६.९	४५.३	५०.१
वडा नम्बर ६	१९१	१२९.४	७८.७
वडा नम्बर ७	२७.३	२०.३	३१.३
वडा नम्बर ८	१०८.९	८४.६	७१.५
वडा नम्बर ९	११०.४	१२०	८६.७
वडा नम्बर १०	१२५.६	११३.३	७८.१
वडा नम्बर ११	५७.७	३३.७	३२.२
वडा नम्बर १२	९२.८	७५	५०.१
वडा नम्बर १३	९२.९	९१.८	७६.५
वडा नम्बर १४	४८.७	६०.६	३२.६
वडा नम्बर १५	१०३.४	७८.८	५२.९
नगरपालिकाको जम्मा	**१००.३**	**८३.६**	**६१.२**

रोटा भाइरस खोप पहिलो मात्रा कभरेज नगरपालिकाको हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलना गर्दा क्रमश घट्दो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पताल थानकोटमा १२४.९ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ७ मा रहेको शहरी स्वास्थ्य केन्द्र ७ मा ३१.३ प्रतिशत रहेको छ।

१७. रोटा भाइरस खोप दोस्रो कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 20.: रोटा भाइरस खोप दोस्रो कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
वडा नम्बर १	१४८.९	९६.०	८७.०
वडा नम्बर २	१३५.३	९४.५	५२.१
वडा नम्बर ३	१७०.६	१३९.५	८१.८
वडा नम्बर ४	१२७.१	१२३.३	११८.९
वडा नम्बर ५	५६.५	४०.२	५२.४
वडा नम्बर ६	१९६.७	१३७.५	८७.५
वडा नम्बर ७	३१.८	३२.५	२९.३
वडा नम्बर ८	११२.५	९२.३	७७.४
वडा नम्बर ९	१२०.८	१३३.७	८८.८
वडा नम्बर १०	१२४.१	११८.५	८२.८
वडा नम्बर ११	६३.५	४६.१	३३.७
वडा नम्बर १२	१०९	८७.५	५८.१
वडा नम्बर १३	१०४	१०९.३	८६.६
वडा नम्बर १४	५६.७	६३.४	४०.५
वडा नम्बर १५	१०८.५	७९.४	६२.८
नगरपालिकाको जम्मा	**१०८.७**	**९०.३**	**६६.९**

रोटा भाइरस खोप दोस्रो मात्रा कभरेज नगरपालिकाको हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलना गर्दा क्रमश घट्दो रहेको छ। आ.व.२०८१/८२ मा संस्थागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पताल थानकोट ११८.९ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं ७ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र-७ मा २९.३ प्रतिशत रहेको छ।

१८. टि. डी. खोप कभरेज प्रतिशतमा (वडा अनुसार)

तालिका 21.: टि.डीखोप कभरेज दर

वडा नम्बर	आ.व. ०७९/८०	आ.व. ०८०/८१	आ.व. ०८१/८२
वडा नम्बर १	४४.४	३१.४	२१.४
वडा नम्बर २	२६.२	३६.८	९.४
वडा नम्बर ३	२२.८	२४.३	१८.६
वडा नम्बर ४	१३६.५	१३३.७	१२०.८
वडा नम्बर ५	११	१२.६	८.३
वडा नम्बर ६	२२.२	३९.२	२९.२
वडा नम्बर ७	१८.७	५.४	१०.२
वडा नम्बर ८	४६.०	४०.४	२२.६
वडा नम्बर ९	४७.४	४२.१	३८.८
वडा नम्बर १०	५६.८	३६.१	२४.२
वडा नम्बर ११	१९	१९.७	१०.९
वडा नम्बर १२	४२.८	५०.५	६७.०
वडा नम्बर १३	३२.५	३१.३	२४.२
वडा नम्बर १४	२०	२४.५	२०.४
वडा नम्बर १५	४५.०	२८	१७.०
नगरपालिका जम्मा	**३७.४**	**३१.४**	**२८.०**

आ.व. २०८१/८२ मा टी.डी. खोपको पहिलो मात्राको कभरेज हेर्दा अघिल्लो वर्षको तुलनामा घट्दो क्रममा रहेको देखिन्छ। आ.व. २०८१/८२ मा संस्थागत रूपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ४ मा अवस्थित प्राथमिक अस्पताल थानकोटमा १२०.८ प्रतिशत रहेको छ भने सबैभन्दा कम वडा नं. ५ मा अवस्थित शहरी स्वास्थ्य केन्द्र–५ मा ८.३ प्रतिशत रहेको छ।

ड्रप आउट दर

आ.व.२०८१/८२ मा डि.पि.टि.—हेपवी—हिव पहिलो मात्रा खोप लगाउने र सोही खोपका तेस्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रप आउट दर (DPT-HepB-Hib १ Vs DPT-HepB-Hib ३) ७.८ % प्रतिशत रहेको छ भने अघिल्लो आ.व.मा यसको मात्रा-१६.०५ प्रतिशत रहेको थियो। डि.पि.टि.-हेप वी-हिब १ को तुलनामा दादुरा रुबेला दोस्रो लगाउने बिचको ड्रप आउट दर ३२.३% रहेको छ जुन गत आ.व.मा ३५.३ प्रतिशत रहेको थियो।

खोपको खेर जाने दर

खोपको बनावट र प्रकृति अनुसार एउटा भायलमा ४ देखि २० मात्राको खोप हुने गर्दछ, जसमा खोप लगाउने बालबालिकाहरुको सङ्ख्या उक्त मात्रासँग मेल नखाई कम हुने अवस्था पनि रहन्छ। यसरी खोपको मात्राको अनुपातमा खोप लगाउने बालबालिकाहरुको सङ्ख्या कम हुन गई खोप खेर जाने गर्दछ।

तालिका 22.: खोपको खेर जाने दर

क्र.स	खोपको नाम	आ.व ०८०/०८१	आ.व ०८१/०८२
१	बि. सि. जि.	८८.७	८९.२
२	डि. पि. टि.-हेप-बि.- हिब	२३.९	२५.९
३	ओ. पि. भि.	२५.१	२६.२
४	रोटा	१.७	०.२
५	एफ. आई. पि. भि.	२०.७	३९.४
६	पि. सि. भि.	१०.२	९.५
७	दादुरा-रुबेला	३०.३	३१.५
८	जापानिज इन्सेफलाइटिस	२५.६	२८.८
९	टि. डि.	३८.७	५१.९

आ.व.२०८१/८२ मा यस नगरपालिकामा रोटा खोप र पी.सिभी खोप बाहेक अन्य खोपहरुको खेर जाने दर गत आ.वको तुलनामा बढ्दो रहेको देखिन्छ ।

नियमित खोपमार्फत सरसफाइ प्रवर्द्धन कार्यक्रम

खोप क्लिनिकमा बच्चालाई खोप लगाउन बस्नुपर्ने समयमा आमा,बुबा वा अभिभावकसँग सरसफाइ सम्बन्धी ब्यवहार परिबर्तनका क्रियाकलापहरु सञ्चालन गर्न सकिन्छ भन्ने कुरालाई ध्यानमा राखी नियमित खोप सेवामार्फत सरसफाइ प्रवर्द्धन कार्यक्रम सन् २०२० देखि संञ्चालनमा आईरहेको छ। यस कार्यक्रमले खोप क्लिनिकमा आउने आमा, बुबा तथा अभिभाबकहरुमा सरसफाइ सम्बन्धी बानी व्यहोरामा सकारात्मक परिवर्तन ल्याई बालबालिकाहरुमा पानीजन्य रोगहरुबाट सुरक्षित गरी बाल मुत्युदरमा घटाउन उल्लेखनीय रुपमा सहयोग पुऱ्याएको छ।

यस नगरपालिकामा गत तीन आ.व. देखि यस कार्यको थालनी गरिएको हो। यस वर्षको तथ्याङ्क अनुसार नियमित खोप तथा सरसफाइ कार्यक्रममा नगरपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाबाट, जम्मा ५२६ सरसफाइ सेसनको सञ्चालन गरिएको छ र उक्त सेसनमा जम्मा ९४९१ जना अभिभावकहरुको सहभागिता रहेको थियो।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच तथा उपभोगको अवस्था

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले सेवाको पहँच र उपभोगका अवस्थालाई चार समूहमा वर्गीकरण गरेको छ।

तालिका 23.: खोपको पहुँच र उपभोग अनुसार वडा स्तरको वर्गीकरण

विवरण	**Category 1 LowDropout:<10% HighCoverage:>90** (समस्या छैन)	**Category 2 HighDropout:<10 % HighCoverage:<90 %** (उपभोगमा समस्या)	**Category 3 LowDropout:< 10% LowCoverage: <90%** (पहुँचमा समस्या)	**Category 4 High Dropout:<10% Low Coverage:<90 %** (पहुँच र उपभोगमा समस्या)
पालिका			१	
वडा (१५)		१ (वडा नं. ४)	१३	१ (श.स्वा.के.-५)
स्वास्थ्य संस्था (१८)		१(प्राथमिक अस्पताल, थानकोट)	१६	१ (श.स्वा.के.-५)

यस नगरपालिकाको आ व २०८१/२०८२ मा खोपको अवस्थालाई मुल्याङ्कन गर्दा खोपको पहुँच Coverage ९० प्रतिशत भन्दा कम ६१.२% र खोपको उपभोग दर ड्रप आउट दर १० % भन्दा कम -३२.३२% रहेकोले, राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच तथा उपभोगको अवस्था वर्ग (Category-3) ३ मा रहेको देखिन्छ।

खोप कार्यक्रमका चुनौतीहरु तथा समस्याहरु

- खोप कार्यक्रमबाट उत्पन्न हुने फोहोरमैला व्यवस्थापन।
- खोप खेर दर बढ्दै जानु।
- खोप कभरेजमा एकरुपता नहुनु।
- धेरै वर्ष देखि खोप सुक्ष्म योजना कार्यक्रम सञ्चालन हुदै गर्दा पनि सुक्ष्म योजना अनुसार कार्यान्वयन हुन नसक्नु।
- पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना कायम राख्नु ।
- खोप प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई जोखिम प्रोत्साहन नहुनु।
- कोल्डचेन व्यवस्थापनमा समस्या ।

खोप कार्यक्रमको सबल पक्षहरु

- पूर्ण खोप सुनिश्चितता तथा दिगोपना नगरपालिका घोषणा सम्पन्न तथा निरन्तरता भएको।
- नगरपालिकाले नगर कार्यपालिकाको कार्यालय, स्वास्थ्य शाखामा खोपको सुरक्षित भण्डारण, Cold Chain maintenance तथा वितरण कार्यका लागि WHO Certified Ice Lined Refrigerator (ILR), Deep Freezor, Ice Packs, Vaccine Carriers, Cold Boxes, Foam Pads लगायतका उपकरण/ सामग्रीको सहित Sub Distribution Center को व्यवस्थापन गरेका छन् । साथै त्यहाँबाट नियमित रुपमा खोपको वितरण भईरहेको
- नियमित रुपमा सरसफाइ प्रवर्द्धन सेसन सञ्चालन गरिएको।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुद्वारा खोप नलगाइएका बालबालिकाहरुको ट्रेसिङ्ग गर्ने गरिएको।
- Wastage कम गर्नका लागि भ्याक्सिन फिर्ताको व्यवस्था मिलाइएको।
- सुक्ष्म योजना र खोप अनुगमन तालिकालाई सबै संस्थामा अनिवार्य गरिएको।
- DHIS-2 मा खोप सम्बन्धी पूर्ण विवरण प्रविष्ट गरिएको।

सुधार गर्नु पर्ने पक्षहरु :

- भ्याक्सिनको खेर जाने दर कम गर्न तालिम नलिएका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई समय समयमा रिफ्रेसर तालिम प्रदान गर्नु पर्ने।
- सबै संस्थाहरुमा खोप तथा वृद्धि अनुगमन कक्षको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने।
- माथिल्लो निकायबाट नियमित अनुगमन र सुपरिवेक्षण गर्नुपर्ने।
- नगर स्वास्थ्य शाखामा खोप अनुगमनको लागि अनुगमन तालिका अनिवार्य भर्नु पर्ने।

२.१.२ पोषण कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

जनस्वास्थ्यको दृष्टिकोणले पोषण कार्यक्रम प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम हो। बालबालिका, महिला किशोरकिशोरीहरूको पोषण अवस्था सुधार गर्न विगत लामो समय देखि विभिन्न प्रयासहरु हुदै आएको देखिन्छ। यसै सन्दर्भमा नेपालको संविधानले प्रत्येक नागरिकलाई खाद्यसम्बन्धी हक हुने व्यवस्था गरेको छ। पोषण कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य "पोषण कार्यक्रमलाई सम्बन्धी क्षेत्रहरुसँग मिलेर प्रभावकारी रुपमा लागु गरी सबै नेपाली जनताको पोषण स्थिति राम्रो बनाई नागरिकले स्वास्थ्य जीवन कायम गर्न सकुन र नागरिकहरुले देशको समग्र सामाजिक–आर्थिक विकासमा योगदान पुऱ्याउन सकुन" भन्ने रहेको छ। न्यूनपोषणको समस्याले बालबालिकाको शारीरिक, मानसिक, तथा संवेगात्मक विकासमा बाधा पुऱ्याई देशको समग्र सामाजिक,आर्थिक तथा मानविय विकासमा प्रतिकूल प्रभाव पार्दछ साथै न्यूनपोषणको कारणले शिशु अवस्थामा मृत्युदर बढी हुने र रोगसँग लड्ने क्षमता पनि कम हुन सक्छ। नेपालमा खासगरी प्रोटीन शक्तिको कमी, भिटामिन "ए"को कमी,आयोडिन तथा आईरन तत्त्वको कमीको कारणले कुपोषित भएको पाइएको छ।

सन् १९७०को दशक देखि विभिन्न पोषण सर्वेक्षण, आवधिक योजनामा पोषणलाई प्राथमिकता, राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति (२००४) को विकास, राष्ट्रिय पोषण रणनीति (२०७६) सर्वेक्षणको आधारमा बालबालिकालाई भिटामिन "ए" क्याप्सुल र बहुसुक्ष्म तत्त्व (बालभिटा) तथा गर्भवती सुत्केरी महिलालाई आइरन फोलिक एसिड चक्की वितरण लगायत कुपोषणको समस्यालाई सम्बोधन गर्न बहुक्षेत्रीय निकायको संयुक्त

प्रयासको लागि बहुक्षत्रिय पोषण योजना पहिलो (२०६९-२०७३) र दोस्रो (२०७५/७६-२०७९/८०)को कार्यान्वयन भएको छ। पोषणको विद्यमान अवस्था सुधार्नका लागि पोषण सम्बन्धी सेवाहरुको विस्तार (Scaling-up Nutrition) अभियानको माध्यमबाट पोषण सम्बन्धी बानीव्यवहारलाई सकारात्मक दिशातर्फ रुपान्तरण गर्न आवश्यक छ।

विश्वमा पाचँ वर्ष मुनिका करिव ४५ प्रतिशत बालबालिकाको मृत्यु कुपोषणको कारणले हुने गरेको अध्ययनहरुले देखाएको छ (Lancet Child Health and Nutrition Series २०१३)। नेपाल जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०२२ अनुसार नेपालका पाचँ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा २५ प्रतिशत पुड्कोपन, १९ प्रतिशत कम तौल तथा ८ प्रतिशत ख्याउटेपन रहेको छ। त्यसैगरी ६ देखि ५९ महिनाको बालबालिकामा ४३ प्रतिशत, १५ देखि १९वर्ष भित्रका किशोरीहरुमा ३९ प्रतिशत रक्तअल्पताको समस्या रहेको छ।साथै प्रजनन् (१५-४९वर्ष) उमेर समूहका महिलाहरुमा ३४ प्रतिशत रक्तअल्पताको समस्या तथा १७ प्रतिशत दीर्घ शक्तिको कमी रहेको अवस्था छ (NDHS,२०२२)।

विगतको तुलनामा नेपालले पोषणको क्षेत्रमा केही प्रगति गरेको देखिएता पनि कुपोषण एक प्रमुख समस्याको रुपमा रहिरहेको छ। महिला तथा बालबालिकाको कुपोषण न्यूनीकरण गर्न अनुकरणीय काम गरेकोमा नेपाललाई संयुक्तराष्ट्र संघ ग्लोबल च्याम्पियन अवार्ड २०१७ बाट सम्मानित गरिएको छ। यस्ता घटनाहरुले अहिलेसम्म गरेको प्रगति देखाउँछ र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई अझ राम्रो गर्नको लागि प्रोत्साहित गर्दछ।

आ.व.२०८१/८२ मा सञ्चालित कार्यक्रम/क्रियाकलापहरु

- बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन तथा परामर्श कार्यक्रमहरु।
- गर्भवती महिलालाई आईरन फोलिक एसिड र जुकाको औषधी वितरण कार्यक्रम।
- सुत्केरी महिलालाई भिटामिन "ए" र आईरन वितरण कार्यक्रम।
- पाचँ वर्ष मुनीका बालबालिकालाई भिटामिन "ए" र जुकाको औषधी वितरण कार्यक्रम।

- विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम (विद्यालयका छात्रछात्राहरुलाई जुकाको औषधी वितरण एवं किशोरीहरुका लागि आईरन फोलिक एसिड वितरण कार्यक्रम)।
- पोषण सप्ताह, आयोडिन महिना तथा स्तनपान सप्ताह एवं पोषण सम्बन्धी विभिन्न दिवस मनाइने कार्यक्रमहरु।
- बालभिटा वितरण कार्यक्रम (Micronutrient Powder – MNP) वितरण।
- शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (IMAM Program)
- पोषण कार्यक्रमको समिक्षा तथा योजना तर्जुमा गोष्ठी।

वृद्धि अनुगमन तथा प्रवर्द्धन

वृद्धि अनुगमन सेवा, राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको एउटा प्रमुख कार्यक्रम हो जस अन्तर्गत जन्मदेखि २ वर्षका उमेर सम्मका बालबालिकाको नियमित तौल लिई उमेर अनुसारको तौलमा वृद्धि भए/नभएको बारेमा लेखाजोखा गरिन्छ। यसको लागि बालबालिकाको तौलमापन गरी बाल स्वास्थ्य कार्डको वृद्धि अनुगमन चार्ट भर्ने गरिन्छ र आमा तथा स्याहारकर्तालाई बालबालिकाको वृद्धि अनुगमनको अवस्थाको बारेमा जानकारी गराई सोअनुरुप आवश्यक पोषण परामर्श तथा उचित प्रेषण गरिन्छ। २ वर्षभन्दा मुनिका बालबालिकाहरुको वृद्धि अनुगमन गर्नाले प्रोटिन-इनर्जी कूपोषण नियन्त्रण गर्छ र बाल मृत्युदर कम गराउँछ। स्वास्थ्य संस्थाहरुमा विश्व स्वास्थ्य संगठनको “Child Growth Standard” अनुसार मासिक रुपमा स्वास्थ्यकर्मीहरुद्वारा वृद्दि अनुगमन गरिन्छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा ०-११ महिनासम्मका बालबालिकाहरुमा वृद्धि अनुगमनको प्रगति ६४ प्रतिशत रहेको छ भने बाह्र महिना देखि तेइस महिना सम्मका बालबालिकाहरुमा वृद्धि अनुगमनको प्रगति ०.२ प्रतिशत छ । यस आ.व.मा २३ महिनासम्म वृद्धि अनुगमन गरिएको मध्ये नगरपालिका स्तरमा ०.३७ प्रतिशत बालबालिकाहरुमा कम तौल रहेको देखिन्छ।

औसत वृद्धि अनुगमन पटक

आ.व.२०८१/८२ मा नगरपालिका स्तरमा प्रति बच्चा वृद्धि अनुगमन औसतमा. ४.४९ पटक रहेको छ। औसत वृद्धि अनुगमन दर पहिलेको आ.व को भन्दा सबै स्वास्थ्य

संस्थामा बढेको पाइन्छ। वडा अनुसार औसत वृद्धि अनुगमन दर सबै भन्दा उच्च ७ पटक रहेको छ र सबै भन्दा कम ३ पटक रहेको छ।

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण

शिशु तथा बालबालिकाहरुको लागि उचित खानपान र हेरचाहको अभ्यास र ब्यवहारहरु, उनीहरुको जीवन रक्षा, वृद्धि र विकासका लागि महत्त्वपुर्ण छ। बच्चा जन्मेको एक घण्टा भित्रमा स्तनपान गराउने, ६ महिना सम्म पूर्ण स्तनपान गर्ने र ६ महिनाबाट सुरु हुने पर्याप्त र उपयुक्त पुरक आहारा प्रदान गर्ने र २ वर्ष उमेर सम्म निरन्तर स्तनपान सम्बन्धीको बानी व्यबहारमा सुधारका लागि स्तनपान लगायत विविध खाद्यपदार्थको सेवन प्रवर्द्धनका लागि आवश्यक ज्ञान तथा सिप अभिवृद्धि गर्ने सेवा प्रदान गरिन्छ। यस आ.व.२०८१/८२ मा वृद्धि अनुगमनमा आएका मध्ये नगरपालिका स्तरमा ६१ प्रतिशत बालबालिकाले पूर्ण स्तनपान गरेको पाइएको छ र भने ३९ प्रतिशत बालबालिकाले मात्र छ महिना पछि आमाको दुधसँगसगै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम पुरक खाना खाएका छन्।

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

शिघ्र कुपोषणको कारणले हुने मृत्युदर घटाउने उद्देश्यले समुदाय स्तरमै शीघ्र कुपोषणको उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने अवधारणा अनुरुप शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो। शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रममा स्वास्थ्यकर्मीहरुले ५वर्ष मुनिका बालबालिकामा हुने शिघ्र कुपोषणलाई समुदायमा आधारित अन्तरंग (ITC) र बहिरंग सेवा (OTC) माफत उपचार गर्ने गर्दछन। यस अन्तर्गत कुनै पनि चिकित्सकीय जटिलता बिना कडा कुपोषण मात्र भएका बालबालिकाको उपचार तोकिएको स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट बहिरंग सेवामार्फत हुन्छ भने चिकित्सकीय जटिलतासहित कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाको उपचार तोकिएको अस्पतालहरुबाट अन्तरंग सेवामार्फत हुन्छ। हाल चन्द्रागिरि नगरपालिकाअन्तर्गत बहिरगं सेवा २ वटा स्वास्थ्य सस्थामा सञ्चालन भईरहेको छ। यस कार्यक्रममार्फत कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाहरुलाई उपचारमा सहज पहुँच गराई समुदाय वा घरमै उपचार गर्न सकिन्छ।

यस नगरपालिकामा सञ्चालन भएका OTC सेवाहरूमा कडा शीघ्र कुपोषण भएका ७ जना नयाँ बिरामी बालबालिकाहरु भर्ना भएका थिए जसमा ५० प्रतिशत निको भएको पाइएको छ।

आइरन फोलिक एसिड वितरण र्कायक्रम

यस कार्यक्रम अन्तर्गत नेपाल सरकारले गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरूमा हुने रक्तअल्पता (एनीमिया) कम गर्न तथा आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सुधार गर्न आइरन तथा फोलिक एसिड (IFA) चक्की निःशुल्क वितरण कार्यक्रम सञ्चालन गर्दै आएको छ। यो कार्यक्रम सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम तथा राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको महत्वपूर्ण अङ्ग हो। राष्ट्रिय निर्देशिका अनुसार गर्भावस्थाको करिब १४ हप्ता देखि दैनिक एक चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड सेवन गराइन्छ। गर्भावस्थामा कम्तीमा १८० चक्की र सुत्केरी भएपछि थप ४५ दिनसम्म दैनिक एक चक्की सेवन गराउने व्यवस्था रहेको छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिमा आ.व.२०८१/८२ मा अनुमानित गर्भवती मध्ये ४१ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरुले १८० चक्की आईरन तथा फोलिक एसिड प्राप्त गरेको देखिन्छ भने सुत्केरी अवस्थामा अनुमानित जीवित जन्ममध्ये ३२ प्रतिशत सुत्केरी महिलाहरुले ४५ चक्की आईरन तथा फोलिक एसिड (IFA) प्राप्त गरेको देखिन्छ।

बालभिटा बहु-सुक्ष्म पोषक तत्त्व प्रवर्द्धन कार्यक्रम

शिशु तथा बालबालिकामा पर्याप्त आइरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको रोकथामको लागि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले ६ महिना देखि २ वर्ष सम्मका बालबालिकालाई Home Fortification मार्फत उनीहरुको खानामा मिसाएर खुवाउने बालभिटा वितरण कार्यक्रम सुरु गरेको हो। हाल यो कार्यकम चन्द्रागिरि नगरपालिकामा पनि सञ्चालन भईरहेको छ। बालभिटा कार्यक्रमलाई मातृ शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण कार्यक्रमसँग एकीकृत गरी बालबालिकालाई किन र कसरी बालभिटा खुवाउने भनी पोषण शिक्षा तथा परामर्श गरिन्छ।

आयोडिनको कमीले हुने विकृतिको रोकथाम र नियन्त्रण

आयोडिनको कमीले देखापर्ने विभिन्न विकृतिहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्ने एक मात्र कार्यक्रमको रुपमा नेपाल सरकारले खाने नुनमा आयोडिन सम्मिश्रण गरी वितरण

गर्ने गरेको छ र पर्याप्त मात्रामा आयोडिन सम्मिश्रण भएको नूनलाई "दुई बालबालिकाको चिन्ह" अँकित लोगोमार्फत प्रवर्द्धन गरिएको छ। राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमअन्तर्गत नेपाल सरकारबाट सिफारिस गरिएको दुई बालबालिकाको चिन्ह अंकित पर्याप्त मात्रामा आयोडिन सम्मिश्रण भएको नुन उपभोग गर्न पोषण शिक्षा तथा परामर्श दिइन्छ।

भिटामिन "ए" को कमीको नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रम

यस कार्यक्रमअन्तर्गतमहिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुद्वारा वर्षको दुई पटक(वैशाख र कातिक) मा ६-५९ महिनाका बालबालिकालाई भिटामिन "ए" क्याप्सुल खुवाईन्छ (६ देखि ११महिनाका लागि १,००,०० आई.यु, १२ देखि ५९ महिनाका लागि २,००,००० आई.यु) साथै दादुरा, कडा कुपोषण, दीर्घझाडा पखाला र भिटामिन"ए" को कमीबाट हुने आँखा सम्बन्धी रोगहरुको स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट भिटामिन "ए" क्याप्सुलद्वारा उपचार गरिन्छ। त्यसै गरी शिशुलाई स्तनपानमार्फत भिटामिन "ए" को आपूर्ति गर्ने उद्देश्यले सुत्केरी महिलाहरुलाई शिशु जन्मेको ६ हप्ताभित्र स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुबाट एक क्याप्सुल २००००० आई.यु. खुवाइन्छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा आ.व. २०८१/८२ मा राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रमको कभरेज कार्तिक महिनामा ९७ प्रतिशत र वैशाख महिनामा १०३ प्रतिशत रहेको छ।

जुकाको औषधी वितरण कार्यक्रम (परजिवी नियन्त्रण) कार्यक्रम

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुद्वारा वर्षको २ पटक राष्ट्रिय "ए" कार्यक्रमकै अवसरमा १ वर्ष देखि ५ वर्ष सम्मका बालबालिकाहरुलाई जुकाको औषधी खुवाइन्छ। (१२ देखि २३ महिना का लागि २०० मि.ग्रा., २ देखि ५९ महिनाका लागि ४००मि.ग्रा.)

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा आ.व.२०८१/८२ मा जुकाको औषधीको समग्र कभरेज कार्तिक महिनामा ९७ प्रतिशत तथा वैशाख महिनामा ९८ प्रतिशत रहेको छ।

किशोरीहरुलाई आइरन फोलिक एसिड चक्की खुवाउने कार्यक्रम

आर्थिक वर्ष २०७२/७३ देखि बाल स्वास्थ्य महाशाखाले किशोरीहरूमा आइरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको व्यापकता न्यून गर्नका लागि विद्यालय स्वस्थ्य तथा पोषण कार्यक्रमअन्तर्गतविद्यालयहरुमा साप्ताहिक रुपमा किशोरीहरुलाई आइरन तथा फोलिक

एसिड खुवाउने कार्यक्रम निरन्तरता गरिएको छ। यस कार्यक्रमअन्तर्गत वर्षको दुईपटक श्रावण—असोज (१३ पहिलो चरणमा १३ हप्ता) र माघ चैत्र (दोस्रो चरणमा १३ हप्ता) मा विद्यालयहरुमार्फत १० देखि १९ वर्षका किशोरीहरुलाई हप्ताको एकचोटी एकमात्रा आइरन फोलिक एसिड (६०मि.ग्रा आईरन र ०.४ मि.ग्रा. फोलिक एसिड) खुवाउने गरिन्छ। साथै विद्यालय नजाने किशोरीहरुलाई स्वास्थ्य संस्थाले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकामार्फत समुदाय तथा वडामा आइरन फोलिक एसिड चक्की वितरण गर्ने गरिन्छ। उक्त चक्की वितरणको समयमा विद्यालयमा शिक्षिकाले र समुदायमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले विद्यालय जाने तथा नजाने किशोर किशोरीलाई विभिन्न खाद्य समूहको बारे जानकारी दिई ती खाद्य समूहको दैनिक खानामा प्रयोगले उनीहरुको पोषण स्वास्थ्यमा पार्ने असर बारे सूसूचित गर्दछन्। यसका अलावा शारीरिक तन्दुरुस्ती पोषण सुस्वास्थ्यका लागि दैनिक रुपले कम्तीमा ६० मिनेट अतिरिक्त शारीरिक परिश्रम र बिरामी हुनबाट बच्नका लागि सुरक्षित खानेपानी तथा सरसफाइको महत्त्वको बारे पनि जानकारी गराइन्छ। हाल चन्दागिरि नगरपालिका सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा यो कार्यक्रम संञ्चालनमा रहेको र किशोरीहरुलाई आइरन फोलिक एसिड चक्की खुवाइरहेको छ।

यस कार्यक्रमअन्तर्गत आ. व. २०८१/२०८२ मा, पहिलो चरण १३ हप्ता आइरन फोलिक एसिड चक्की खाने किशोरीहरु ५७.४ प्रतिशत र दोस्रो चरण २६ हप्ता खाने ४५.१२ प्रतिशत रहेका छन्।

आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रम

विभिन्न घटना तथा दैवी प्रकोपहरुको कारणहरुले सिर्जना हुने आपतकालीन अवस्थामा नियमित रुपमा सञ्चालन भईरहेका पोषण कार्यक्रमहरुलाई एकीकृत गरी बिशेष प्राथमिकताका साथ आपतकालीन पोषण कार्यक्रम सञ्चालन गरिन्छ। यसका लागि केन्द्रस्तरमा राष्ट्रिय पोषण विषयगत (National Nutrition Cluster) ले आपतकालीन अवस्थामा के के कार्य गर्ने भन्ने बारे निर्णय गर्न अहम भूमिका खेल्ने गरेको छ। साथै यसको कार्यान्वयनमा जिल्लामा रहेका स्वास्थ्य तथा पोषण विषयगत क्षेत्रको पनि त्यतिकै अहम भूमिका हुन्छ। यस्तो आपतकालीन अवस्थामा गर्भवती, सुत्केरी र पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको पोषणको अवस्थामा नकारात्मक असर पर्न सक्ने

सम्भावना बढी हुन्छ किनभने ती अवस्थाहरुमा पोषणको आवश्यकता अन्य साधारण अवस्थामा भन्दा बढी र धेरै महत्त्वपूर्ण हुन्छ।

सबल पक्षहरुः

- पोषण कार्यक्रम नेपाल सरकारको प्राथमिकता १(P1) कार्यक्रम रहेको।
- कुपोषण व्यवस्थापनको लागि २ वटा ओ.टि.सि सेन्टरको सन्चालन।
- औषत तौल अनुगमन पटक वृद्धि गर्नको लागि स्वास्थ्य संस्थामा तौल अनुगमन दिन तोकिएको।
- नियमित रुपमा पोषण दिवस, सप्ताह तथा जनचेतना कक्षा सन्चालन गरिएको।
- स्वास्थ्यकर्मीमार्फत परामर्श गरिएको।
- सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई तौल मेसिन व्यवस्थापन गरिएको।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको मासिक बैठक तथा स्वास्थ्य आमा समूहको बैठकमा पोषण सम्बन्धी छलफल गर्ने गरिएको।

चुनौतीहरुः

- पुर्ण स्तनपानको पहुँचमा वृद्धि गर्न सहयोगी वातावरण नहुनु।
- कार्यक्रमसँग सम्बन्धित औजार उपकरणहरु पर्याप्त नहुनु।
- भौतिक पूर्वाधारको समस्या
- पत्रु खानाको उपभोग बढ्नु
- पोषणमैत्री स्वास्थ्य संस्था घोषणा

सुधार गर्नु पर्ने पक्षहरुः

- सम्पूर्ण विद्यालयहरुमा पत्रु खाना (Junk Food) पूर्ण रुपमा बन्देज गराउनुपर्ने।
- बालभिटाको प्रयोगको दर बढाउनको लागि विभिन्न कार्यक्रमहरु सन्चालन गनु पर्ने।
- पोषण सप्ताह कार्यक्रमलाई नतिजामुखी बनाउनको लागि विद्यालयहरुसँग सहकार्य गरिनुपर्ने।
- गर्भवती महिलाले खानुपर्ने १८० आईन चक्की तथा क्यालि्सयमको दरलाई बढाउनको लागि गर्भवती महिलाको खोजी गर्नुपर्ने ।

२.१.३ नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

पृष्ठभुमि

नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम बालबलिकाहरुलाई निमोनिया, झाडापखाला, औंलो, दादुरा र कुपोषणको कारणबाट हुने मृत्युबाट बचाउन एकीकृत रुपमा व्यवस्थापन गर्नको लागि ल्याइएको कार्यक्रम हो। यस कार्यक्रम अन्तर्गत स्वास्थ्य संस्थाबाट झाडापखाला तथा निमोनियाको उपचार गर्ने तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुबाट झाडापखाला उपचार गर्ने गरिन्छ भने स्वास्थ्य संस्थामा आएका ५ वर्ष मुनिका बालबलिकाको एकीकृत रुपमा जाँच, वर्गीकरण र उपचार गर्ने गरिन्छ।

कार्यक्रमको लक्ष्य

नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको स्वास्थ्य मा सुधार गर्दै उनीहरुको जीवन रक्षा,स्वास्थ्य वृद्धि र विकासमा योगदान पुऱ्याई बिरामीदर तथा मृत्यूदरमा उल्लेखनीय सुधार ल्याउने।

कार्यक्रमको उद्देश्यहरु

- ☐ अत्यावश्यक नवजात शिशु स्याहारलाई प्रवर्द्धन गरी नवजात शिशुहरुमा हुने बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।
- ☐ नवजात शिशुहरुमा देखा पर्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरुको व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।
- ☐ ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा हुनसक्ने मुख्य स्वास्थ्य समस्या तथा रोगको उचित व्यवस्थापन गरी बिरामी दर तथा मृत्युदर घटाउने।

रणनीतिहरु

- परिवेश सान्दर्भीक योजना तर्जुमा गरी कार्यक्रम तय गरेका क्रियाकलापहरुलाई चरणबद्ध रुपमा लागु गर्दै जाने जसमा यसका लागि अझैपनि सेवा नपाएका वर्गलाई प्राथमिकता दिने जस्तै सुकुम्बासी, सीमान्तकृत, सुविधाबाट पछाडि परेका, पहुँच नपुगेका वर्ग।
- नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य संस्था एवं समुदायस्तरसम्म उपलब्ध गराउने र गुणस्तर अभिवृदि गर्ने कार्यलाई सुदृढ गर्ने।

- आपूर्ति व्यवस्थापनलाई सुदृढ बनाउने।
- नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई स्तरयुक्त बनाउन सार्वजनिक तथा निजी क्षेत्र बीच सहकार्य गर्ने।
- कार्यक्रम सुधारका लागि खोज तथा अध्ययन अनुसन्धान गर्ने।
- घर तथा समुदायस्तरमा हुने सकारात्मक बानी व्यवहारलाई प्रवर्द्धन गर्ने तथा समुदायको सहभागितालाई सुदृढ गर्ने।

उद्देश्य :

☐ ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको स्वस्थ जीवनयापन तथा वृद्धि विकासमा सहयोग पुऱ्याउने।

☐ ५ वर्ष भन्दा मुनिका बालबालिकाको स्वासप्रस्वास रोगको दर र मृत्युदर घटाउने।

आ.व.२०८१/८२ मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु

❖ सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा एकीकृत बालरोग व्यवस्थापनको परिमार्जित उपचार तालिका सम्बन्धित स्थलगत अनुशिक्षण कार्य सञ्चालन गरिएको।

❖ स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई एकीकृत बालरोग व्यवस्थापनको (IMNCI) तालिममा सहभागि गराइएको।

प्रमुख उपलब्धि :

❖ विगतका ३ आ.व मा २ महिना मुनिका बालबालिकाको बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थाबाट उपचार लिनेको सङ्ख्या क्रमशः घटेको तथ्याङ्कले देखाउँछ। यस आ.व.२०८१/८२ मा २३२ जनाको उपचार गरिएको छ।

❖ २ महिना देखि ५९ महिनाका बालबालिकाको उपचार विगतका तीन आ.व. मा २५९ महिनाका बालबालिकाहरुको बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिनेको सङ्ख्या क्रमशः घटेको तथ्याङ्कले देखाउँछ। यस आ.व.२०८१/८२ मा जम्मा ४३७५ जनाको उपचार गरिएको छ।

श्वासप्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभुमि

पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा हुने रोग र मृत्यका कारणहरु मध्ये श्वासप्रश्वास रोग एउटा प्रमुख कारण हो। त्यसैले एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रमअन्तर्गतपाँच वर्ष मुनिका श्वासप्रश्वास रोगका बालबालिकाहरुको परीक्षण तथा

उपचार गर्ने कार्यलाई प्राथमिकता दिने गरिन्छ। विश्व स्वास्थ्यसंगठनको वर्गीकरण अनुसार श्वासप्रश्वास रोगका बिरामीहरुलाई धेरै कडा रोग/कडा निमोनिया, निमोनिया र निमोनिया नभएका बिरामी भनि ३ भागमा वर्गीकरण गरी सोहीअनुसार स्वास्थ्य संस्था (गाँउघर क्लिनिक र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु समेत) बाट एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम अनुसार उपचार तथा प्रेषण गर्ने गरिन्छ। श्वास प्रश्वास रोगमा घरमै स्याहारको पनि महत्त्वपूर्ण भूमिका रहने भएकोले उपचारका क्रममा आमाहरुलाई पनि परामर्श दिने गरिन्छ।

उद्देश्य :

- ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको स्वस्थ जीवनयापन तथा वृद्धि विकासमा सहयोग पुऱ्याउने।
- ५ वर्ष भन्दा मुनिका बालबालिकाको श्वासप्रस्वास रोगको दर र मृत्युदर घटाउने।

रणनीति

- बच्चाको स्याहार गर्ने व्यक्ति लाई घरेलु उपचार गर्ने विधि र स्वासप्रश्वासमा वा निमोनियाका लक्षण चिन्हहरु बारे जानकारी दिने।
- स्वासप्रस्वास रोग बारे स्वास्थ्य शिक्षाको माध्यम बाट जनचेतना अभिवृद्धि र यसको समस्या बाट छुटकारा पाउन सक्रिय जनसहभागिता जुटाउने।
- श्वासप्रस्वास रोगको गुणस्तरीय व्यवस्थापनका लागि स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई निर्देशिका अनुसार तालिम दिने।
- बाल स्वास्थ्यसँग सम्बन्धी क्रियाकलापहरु जस्तै स्तनपान, पोषण, खोप, आमा र बच्चाको स्याहार र परिवार नियोजन कार्यक्रहरुलाई प्राथमिकताका साथ सञ्चालन गर्ने।
- साधारण रुघाखोकीमा औषधीको प्रयोगलाई निरुत्साहित गर्ने।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामार्फत यो कार्यक्रमलाई सञ्चालन गर्ने।
- समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रममार्फत स्वासप्रस्वास रोगको व्यवस्थापन गर्ने।

प्रमुख उपलब्धिहरु

- २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका बालबालिकाको उपचार
- विगतका तीन आ.व.मा २ महिना देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरुलाई श्वासप्रस्वास सम्बन्धी समस्या भई स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिनेको सङ्ख्या क्रमशः घटेको तथ्याङ्कले देखाउँछ। आ.व. २०८१/८२ मा स्वास्थ्य संस्थामा उपचारका लागि आएका २ महिनादेखि ५ वर्षसम्मका जम्मा ४,३७५ जना बालबालिकाहरू मध्ये श्वासप्रश्वासका बिरामीहरूको दर १३६ प्रति हजार रहेको छ भने निमोनिया संक्रमण दर २३ प्रतिशत रहेको छ। निमोनिया भएका सबै बालबालिकाहरूले एन्टिबायोटिकबाट उपचार पाएका छन्।

झाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

नेपालमा पाँच वर्ष मुनीका बालबालिकाहरुको मृत्युको प्रमुखकारणहरु मध्ये झाडापखाला दोस्रो कारण हो। त्यसैले एकीकृत बालरोगको व्यवस्थापन प्रणालीलाई प्रभावकारी बनाउन झाडापखाला लागेका बालबालिकाहरुलाई पुनर्जलीय उपचार तथा जिंक चक्कीबाट उपचार गरी अकाल मृत्युबाट जोगाउन हरेक स्वास्थ्य संस्थाहरुमा ओ.आर.टी. कर्नर स्थापना गरिएको छ भने समुदाय स्तरमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुमार्फत पुनर्जलीय झोल र जिंक चक्की वितरण गरिदै आएको छ।

उद्देश्य

झाडापखाला रोग नियन्त्रणको प्रमुख उद्देश्य मध्ये झाडापखाला लागेर वार्षिक हुने अन्दाजी ३०,००० जनाको मृत्युलाइ कम गर्ने र प्रत्येक बच्चालाई औषत ३.३ पटक झाडापखाला लाग्ने दरलाई कमी गर्नु हो। त्यस्तै समुदायको सरसफाइको स्तरमा सुधार गरी रोगको रोकथाम गर्नु पनि झाडापखालाको नियन्त्रणको उद्देश्य हो।

लक्ष्य :

- ५ वर्ष भन्दा मुनिका बालबालिकाहरुको झाडापखालाबाट हुने मृत्युदरमा कमी ल्याउने।
- ५ वर्ष भन्दा मुनिका बालबालिकाहरुको झाडापखाला बाट हुने रोगको दरमा कमी ल्याउने।
- झाडापखाला रोग नियन्त्रण र रोग व्यवस्थापनमा गुणस्तर कायम गर्ने।

- ❖ प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा पुनर्जलीय उपचार कर्नरको स्थापना र त्यसलाई प्रयोगमा ल्याउने।
- ❖ समुदायस्तरमा पुनर्जलीय झोल साथै जिंक चक्की वितरण सङ्ख्यामा वृद्धि गर्ने।

रणनीति

- ❖ प्रत्येक तहका स्वास्थ्य संस्थामा पुनर्जलीय झोल तथा जिंक चक्कीबाट उपचार गर्नका लागि कर्नर स्थापना गरी आमा र बच्चाको स्याहार गर्ने व्यक्तिलाई शिक्षा दिने तथा पुनर्जलीय झोल तयार गर्ने विधि सिकाउन।
- ❖ म.सा.स्वा.स्वं.से र सबै स्तरका स्वास्थ्य निकायहरुबाट समेत पुनर्जलीय झोलको पुरिया उपलब्ध गराउने।
- ❖ पुनर्जलीय झोल बनाउने तरिका सिकाउने।
- ❖ सरसफाइ बारे जनचेतना वृद्धि गर्ने।
- ❖ झाडापखालाको महामारी फैलिएमा स्वास्थ्यकर्मीलाई तुरुन्त नियन्त्रण गर्न परिचालन गर्ने।
- ❖ सूचना तथा सञ्चार क्रियाकलापद्वारा रोगको प्रतिकारात्मक पद्धतिलाई बढाउने।
- ❖ सबै स्वास्थ्य संस्थामा कार्यक्रमको व्यवस्थापन पक्षमा जोड दिने।
- ❖ कार्यक्रममा सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरुको साथै स्वयंसेवक र निर्णयकर्ताहरुलाई समावेश गर्ने।

आ.व.२०८१/८२ मा सञ्चालित क्रियाकलाप

- ❖ पुनर्जलीय झोलका साथै जिंक चक्की सबै स्वास्थ्य संस्थाहरु लगायत म.स्वा.स्व.से.लाई समेत नियमित वितरण गरिएको।
- ❖ झाडापखालाको रोकथाम र उपचार सम्बन्धी शैक्षिक सामग्रीहरु वितरण गरिनुका साथै बिद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा सञ्चालन गरिएको।
- ❖ स्वास्थ्य संस्थाहरुमा रहेका पूर्नजलिय सेवा दिने कर्नरबाट झाडा—पखालाका बिरामीलाई उपचार सेवा र स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरिएको।
- ❖ कार्यक्रमको प्रभावकारीता वारे समय—समयमा सुपेरिवेक्षण,अनुगमन एवं स्थलगत अनुशिक्षण गरिएको।

- ❖ स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन अन्तर्गत झाडापखाला रोगको उपचार प्रभावकारी किसिमले गर्न परिमार्जित उपचार तालिम सम्बन्धी स्थलगत अनुशिक्षण प्रदान गरिएको।
- ❖ झाडापखालाको महामारी/प्रकोप देखिएमा सो नियन्त्रण गर्न नगर स्तरिय द्रुत प्रतिकार्य समिति (RRC) तथा द्रुत प्रतिकार्य टोली (RRT) लाई सशक्त बनाईएको।
- ❖ पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा झाडापखालाको उपचारमा जिङ्क चक्कीको प्रयोग गरी उपचार गरिएको। सबै स्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरु लगायत म.स्वा.स्वं.से.लाई यसको प्रयोगबारे बेलाबेलामा गरिने समिक्षा तथा अनुगमनबाट उपचार प्रणालीलाई व्यवस्थित गरिएको।
- ❖ यस आ.व.२०८१/८२ मा चन्द्रागिरिका प्रति १००० बालबालिकाहरु मध्ये ५५ जनालाई झाडापखाला लागेको पाइयो। गत आ.व. २०८०/८१को तुलनामा झाडापखालाका बिरामी घटेको पाइएको छ। सबै झाडापखाला भएका बालबालिकाहरुले जिंक चक्की र जीवनजल पाएका छन् ।

२.२ परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

२.२.१ परिवार योजना कार्यक्रम

पृष्ठभुमी

परिवार नियोजन कर्यिक्रमलाई सुरुका अवस्थामा छुट्टै आयोजनाका रुपमा सञ्चालन गरिएकामा गुणस्तरीय परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्ने उद्देश्यले सन् १९९१ देखि प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम र परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई विस्तार गरी अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, गाउँघर क्लिनिक र घुम्ति शिबिरहरुबाट परिवार नियोजन सेवा पुर्याउँदै आएको छ। गुणस्तरयुक्त गर्भनिरोधक साधनहरु प्रयोग गरी आमा र नवजात शिशु तथा बालबालिकाको स्वास्थ्यमा सुधार, जनसङ्ख्याको उचित व्यवस्थापन र आर्थिक विकासको साथै वातावरणमा समेत सन्तुलन कायम गरी सम्पूर्ण जनताको आधारभूत आवश्यकता परिपूर्ति गर्ने काममा मद्दत पुऱ्याउने यस कार्यक्रमको उद्देश्य रहेको छ। सरकारको यो कार्यक्रममा गैरसरकारी निकायहरुको पनि सहभागिता रहेको छ। समुदाय स्तरमा रहेका म.सा.स्वा.स्वयंसेविकाहरुलाई अधिकतम् परिचालन गरी परिवार नियोजनका साधन मध्ये कण्डम र पिल्स चक्कीलाई पुनःवितरण गर्ने कार्य पनि भई रहेको छ। त्यसैगरी उचित समयमा विवाह गर्न, केही वर्षको अन्तरालमा

बच्चा जन्माउन प्रोत्साहन गर्ने, योजनाबद्ध परिवारको अवधारणालाई स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चारको माध्यमबाट सबैलाई ज्ञान दिने, सहजरुपमा सेवा उपलव्ध गराउने, वर्षभरि सेवा नियमित रुपमा सञ्चालन गर्ने र सेवाको पहूँच बढाउने रणनीति अवलम्बन गरिएको छ।

दूरदृष्टि (Vision)

नेपाली नागरिक तथा परिवारको प्रजनन स्वास्थ्य को सुदृढीकरण प्रभावकारी तथा सकारात्कम रुपमा परिर्वतन भएको हुनेछ।

उद्देश्य (Objectives)

गुणस्तरीय प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धताको सुनिश्चित गर्नु।

रणनीति

- व्यवहार परिवर्तनका लागि सञ्चारमार्फत परिवार नियोजनको मागमा वृद्धि गर्ने।
- संस्थागत, घुम्ती तथा प्रेषण सेवामार्फत प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपलव्धताको वृद्धि गर्ने।
- परामर्श सेवा, संक्रमण रोकथाम, अन्य असर तथा जटिलताको व्यवस्थापनमा राष्ट्रिय चिकित्सा प्रणालीको मापदण्ड अनुसार गुणस्तरीय सेवावृद्धि गर्ने।
- स्वास्थ्य संस्था तथा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका लगायत अन्य बहु माध्यम मार्फत कण्डमको उपलव्धताको वृद्धि गर्ने।
- सेवाको पहुँचबाट टाढा, दुर्गम र पछाडि परेका वर्गलाई केन्द्रित गरी योजना बनाई सेवा उपलब्धताको सुनिश्चित गर्ने।
- राष्ट्रिय उद्देश्य अनुरुप पूर्ण संचालित आधारभूत तथा सम्पूर्ण प्रसूती सेवा केन्द्रहरुको सङ्ख्या अभिवृद्धि गर्ने।
- २००६ को एस.बि.ए. नीति अनुसार दक्ष प्रसूतीकर्मीद्वारा प्रसूती सेवाको वृद्धि गने।
- आकस्मिक प्रसूती सेवाको प्रयोग तथा नवशिशु स्याहारको व्यवहारलाई वृद्धि गर्न नयाँ क्रियाकलापहरु सञ्चालन गर्ने।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिकको गुणस्तरीय तथा सङ्ख्यात्मक प्रयोगको सुनिश्चतता गर्ने।
- दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्ने

- कुल प्रजनन दरलाई सन् २०३० सम्ममा २ प्रतिशतमा झार्ने।
- परिवार नियोजनको प्रयोग दर आधुनिक साधन ७५ प्रतिशतमा पुऱ्याउने।
- किशोरी (१५ देखि १९ वर्ष) मा हुने प्रजनन दरलाई ३० प्रतिशतमा पुऱ्याउने लक्ष्य रहेको छ।

आ.व.२०८१/८२ मा सञ्चालित क्रियाकलाप

- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुमा (अस्पताल, स्वा.चौ. ,श.स्वा.के.) परिवार योजनाका अस्थाई साधन नियमित रुपमा उपलब्ध गराईएको।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुले परामर्श सेवा प्रदान गरेको।
- म.स्वा.स्व.से.हरुबाट समुदाय स्तरमा नियमित कण्डम वितरण र पिल्सको वितरण गर्ने कार्य गर्नुका साथै परिवार नियोजनका अन्यसाधन अपनाउन चाहनेलाई नजिकको स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएको।
- अस्पताल साथै अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरुमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरुबाट आई.यू.सि.डी. र इम्पलान्ट सेवा उपलव्ध गराईएको।
- नियमित रुपमा सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा परिवार नियोजन सम्बन्धी सूचना सामग्रीहरु वितरण गरिएको।
- परिवार योजनाका साधनहरुको बिक्री वितरण गर्ने निजी संस्था तथा फार्मेसीहरुसँग अन्तरक्रिया कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।
- सुत्केरी तथा गर्भपतन पश्चात परिवार नियोजन सेवा प्रदानका लागि अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई सुदृढीकरण गरिएको।
- परिवार नियोजन क्रियाकलापको नियमित सुपरिवेक्षण र अनुगमन गरिएको।
- आ.व. २०८१/८२ मा चन्द्रागिरि नगरपालिकाको परिवार नियोजनका प्रयोगकर्ता दर (Contraceptive Prevalence Rate) १० प्रतिशत रहेको छ।
- परिवार नियोजनका नयाँ प्रयोगकर्ता दर प्रतिशत
- आ.व. २०८०/८१ मा नयाँ प्रयोगकर्ताको दर ५.०९ प्रतिशत रहेकोमा, यस आ.व. २०८१/८२ मा परिवार नियोजनका साधान नयाँ प्रयोगकर्ताहरुको दर ४.९ प्रतिशत रहेको देखिन्छ।

२.२.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

पृष्ठभुमी

नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम मध्ये सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम पनि एक हो। यस कार्यक्रमले प्रभावकारी र गुणस्तरीय प्रजनन स्वास्थ्य उपलब्धिको सुनिश्चित गर्दै मातृ मृत्यु र नवजात शिशु मृत्युलाई क्रमशः घटाउदै लैजाने लक्ष्य राखेको छ। सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई सफलतापुर्वक कार्यान्वयन गर्नको लागि नेपाल सरकारले बहुपक्षीय दृष्टिकोण (Multi–Sectoral Approach) अपनाएको पाइन्छ, जसले गर्दा प्रजनन स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढीकरण गर्न मद्दत पुगेको छ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यमा सुधार गर्न बहुपक्षीय साझेदारी संघीय, प्रादेशिक, जिल्ला साथै स्थानीय स्तरका स्वास्थ्य निकायहरु साथै स्वास्थ्य बाहेक अन्य सरोकारवाला निकायहरुले पनि सहयोग पुर्‍याएको देखिन्छ।

सुरक्षित मातत्त्व कार्यक्रमअन्तर्गत गर्भ, प्रसव र सुत्केरी अवस्थाको साथै नवशिशुहरुमा हुने जटिलताको समयमै पहिचान तथा व्यवस्थापन गरी मातृ तथा नवजात शिशुको मृत्युदरमा कमी ल्याउने उद्देश्यले सञ्चालन गरिएको कार्यक्रम हो। सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमअन्तर्गतप्रादेशिक अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्र, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाँउघर किल्निक र केही निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुमार्फत गर्भवती महिलाहरुको जाँच तथा संस्थागत सुत्केरी सेवा प्रदान गरिन्छ।

राष्ट्रिय लक्ष्य

गर्भवती, सुत्केरी र सुत्केरी पछिको अवस्थामा आमा र नवजात शिशुको मृत्युदरलाई कम गर्ने।

लक्ष्य

- हालको नेपालको मातृ मृत्युदर २५९ प्रति १ लाख बाट सन् २०३० सम्ममा ७० जना प्रति १ लाख जीवित शिशु जन्ममा लैजाने र अन्तर संस्थागत रुपमा समन्वय विस्तार गर्ने।
- नवशिशुको मृत्यु हालको ३२ जना प्रति हजारबाट सन् २०३० सम्ममा २० जना प्रति हजारमा लैजाने।

- ○ दक्ष प्रसूतीकर्मीबाट प्रसुती गराउने संङख्या सन् २०३० सम्ममा ९० प्रतिशत पु¥याउने।

उद्देश्य

- ☐ गर्भावस्था, प्रसव अवस्था र सुत्केरी पश्चातको अवस्थामा हुने आमा तथा शिशुको मृत्युदर तथा बिरामी दरलाई घटाउने।
- ☐ गर्भावस्था, प्रसव अवस्था र सुत्केरी पश्चातको अवस्थामा हुने आमा तथा शिशुको मृत्युदर तथा बिरामी दरलाई घटाउने।
- ☐ सुरक्षित मातृत्ववारे समुदायमा चेतना तथा ज्ञानको अभिवृद्धि गरी संस्थागत प्रसूती सेवा लिन प्रोत्साहन गर्ने।
- ☐ अस्पताल र ग्रामीण स्तरमा रहेका स्वास्थ्य संस्था बीच प्रभावकारी प्रेषण प्रणाली स्थापना गर्ने।
- ☐ स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा सञ्चार र समुदाय सहभागिताको माध्यमबाट आमा र नव–शिशुको स्वास्थ्य स्थितिको जोखिम अवस्था र आकस्मिक अवस्थाको तयारीको बारमा जनचेतनावृद्धि गर्ने।
- ☐ आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सेवाको सुबिधा, पहँच र उपभोगवृद्धि गर्ने। यो सेवा विशेष गरी प्रसूती सेवा र आकस्मिक प्रसूती सेवामा केन्द्रित रहने छ।
- ☐ सबै स्तरका स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई गुणस्तर प्रसूती सेवा र जीवन सुरक्षाको सेवा पु¥याउनको लागि प्राविधिक क्षमता वृद्धि गर्ने।
- ☐ असुरक्षित गर्भपतन र अनिच्छुक गर्भधारण रोक्नका लागि र केही समयको अन्तरालमा बच्चा जन्माउनका लागि आवश्यक पर्ने परिवार नियोजनका अस्थायी साधनहरुको उपलब्धतामा वृद्धि गर्ने।
- ☐ सुरक्षित गर्भपतन र गर्भपतन पछिको सेवा विस्तार गरी असुरक्षित गर्भपतन र यसको कारणले हुने जटिलताको रोकथाम गर्ने।
- ☐ सरोकारवाला र अन्तर संस्थासँग समन्वय विस्तार गरी महिलाको कानुनी, सामाजिक र आर्थिकस्तर वृद्धि गराउन वकालत गर्ने।

रणनीति

- सुरक्षित मातृत्वको सन्दर्भमा यसको वकालत र प्रतिबद्धताको लागि स्वास्थ्य संगठनअन्तर्गत सम्पूर्ण निकायमा प्रसूती सेवा र परिवार नियोजन सेवालाई सुदृढीकरण गर्ने।
- वडास्तरमा रहेका गाँउघर क्लिनिकलाई प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन गर्ने।
- संस्थागत प्रसूती सेवालाई बढाउने।
- समुदाय र परिवारमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम सम्बन्धी व्यापक जनचेतनामुलक कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्ने, समुदायमा महिलाको स्तर बढाउनको लागि सहयोगात्मक क्रियाकलापहरु सञ्चालन गर्ने।
- सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट निशुल्क रुपमा प्रसूती सेवा दिने साथै प्रोटोकल अनुसार आठ पटक गर्भ जाँचलाई प्रभावकारी बनाउने।

यस नगरपालिकाका सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरक्षित मातृत्व सेवाहरु गर्भवती जाँच सेवा, सुत्केरी जाँच सेवा तथा जटिलता केसको लागि प्रेषण सेवा प्रदान गरिन्छ। संस्थागत प्रसुती सेवाको लागि भने हाल चन्द्रागिरि नगरपालिकामा नगर अस्पतालको रुपमा रहेको प्राथमिक अस्पताल थानकोटबाट मात्र २४घण्टा प्रसुति सेवा उपलब्ध छ।

सामुदायिक सहभागिताको माध्यमबाट गर्भावस्था,प्रशव अवस्था र सुत्केरी अवस्थासँग सम्बन्धित जनचेतना अभिवृद्धि, स्वास्थ्य सेवाको सुविधा, पहुँच र उपभोग वृद्धि गरी प्राविधिक जटिलताको रोकथाम लगायतका क्रियाकलाप संलग्न भईरहेका छन।

यस आ.व.२०८१/८२बाट गर्भावस्थामा प्राविधिक जटिलताको पहिचान तथा रोकथाम सहयोग पुऱ्याउन सबै वडाका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा, तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीद्वारा महिनाको एक दिन गर्भवतीलाई भिडियो एक्स रे सेवा थप गरिएको छ। आ.व.२०८०/८१मा जम्मा ५४६ जनालाई यो सेवा प्रदान गरिएको छ।

त्यसैगरि यस नगरपालिकामा, सामुदायिक स्वास्थ्य नर्स कार्यक्रममार्फत, सम्पूर्ण वडामा नर्सिङ्ग घरदैलो क्रियाकलाप गरी गर्भवती, सुत्केरी तथा नवजात शिशुको स्वास्थ्य अवस्था जाँच तथा उचित परामर्श र प्रेषण दिने सेवालाई प्राथमिकता दिई लागु गरिएको छ।

आ.व. २०८१/८२ प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा भएका उपलब्धिहरु

- गर्भवती महिलाहरुमध्ये ६५ प्रतिशतले गर्भावस्थाको कुनै न कुनै समयमा पहिलो पटक गर्भ परीक्षण गराएका छन्।
- गर्भवती महिलाहरुले प्रोटोकल अनुसार ४ पटक (१६,२०–२४, ३२ र ३६ हप्तामा) गर्भ जाँच सेवा लिनेहरुको दर ४०.७ प्रतिशत रहेको छ।
- गर्भवतीहरुले प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भ जाँच सेवा लिनेहरुको दर २६.१६ % रहेको छ।
- स्वास्थ्यकर्मीहरुबाट सुत्केरी सेवा लिने आमाहरुको सङ्ख्यामा आ.व. २०८०/८१ को भन्दा १ प्रतिशतले कम भई ३ प्रतिशत पुगेको छ। उत्तरप्रसुति सेवा लिने आमाहरुको दरमा आ.व.२०८०/८१को भन्दा १५ प्रतिशतले वृद्धि भई ३५ प्रतिशत पुगेको छ।
- सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई विस्तार गरी १४ (१२ सरकारी २ निजि) संस्थाबाट सेवा प्रदान गरिन्छ।
- नगरपालिकाका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा परिवार योजना सेवाको बिस्तार गरी सेवा सुदृढीकरण कायिक्रम गरिएको छ।
- स्थलगत अनुशिक्षण कार्यक्रम संचालन गरिएको ।
- प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भ जाँच गराई स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती भएमा गर्भवती प्रोत्साहन रकम रु. ८००,३७/- वितरण गरिएको। साथै स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति हुने महिलालाई नेपाल सरकारको प्रोत्साहन यातायात खर्च रकम रु. २०००,६६/- वितरण गरिएको।
- VIA Screening कार्यक्रमः सबै स्वास्थ्य संस्थामार्फत प्रजनन रुग्णता सम्बन्धी बहिरंग सेवा तथा पाठेघरको मुखको क्यान्सर स्क्रिनिङ्ग VIA Testing सेवा सञ्चालन गरिएको छ।
- सुत्केरी भएका महिलाहरु तथा नवजात शिशुशरुलाई न्यानो झोला सेट ६६ जनालाई वितरण गरिएको छ ।
- सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई जनप्रतिनिधिसँग जोडी थप प्रभावकारी बनाईएको छ स्थानीय सरकारको पहलमा नगर उपप्रमुख बजेटबाट गरिब तथा आर्थिक

रुपले बिपन्न गर्भवती तथा सुत्केरी महिलालाई पोषण खानेकुरा तथा कपडा लगायतका सामग्री उपलध गराईएको छ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको सबल पक्षहरु तथा अवसरहरु

- बर्थिङ सेन्टरमा दक्ष जनशक्तिको उपलब्धता।
- सुत्केरी घरभेट कार्यक्रमअन्तर्गत सुत्केरीलाई घरमा गइ सुत्केरी जाँच सेवा।
- स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती हुने महिलालाई यातायात रकम वितरण।
- सुत्केरी केन्द्रमा सुत्केरी भएका महिलाहरुलाई न्यानो झोला वितरण।
- पाठेघर खस्ने स्क्रिनिङ्ग सन्चालन।
- आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र (सबै) बाट प्रत्येक महिनाको ११ गते तथा अस्पतालबाट प्रत्येक बुधबर पाठेघरको मुखको क्यान्सरको निदानका लागि (VIA Screening) सेवा सञ्चालन।
- Birthing Centre मा कार्यरत नर्सिङ कर्मचारीहरुलाई क्लिनिक अपडेट तथा onsite coaching कार्यक्रम सञ्चालन।
- गर्भवती दर्ता तथा अनुगमन सम्बन्धी अभिमुखीकरण कार्यक्रम।
- मातृ मृत्युदर शून्य रहेको।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको चुनौतीहरु र सुधार गर्नु पर्ने पक्षहरु :

- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको आधारभूत तालिम तथा कार्यक्रम सम्बन्धीत तालिम सन्चालन गर्नुपर्ने।
- प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भजाँच गर्ने महिलाहरुको प्रतिशतलाई सुधार गर्न स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई उत्प्रेरणा तथा ट्रेसिङ्ग गर्नु पर्ने।
- संस्थागत HMIS तथ्याङ्क भेरिफिकेसन गर्नुपर्ने।
- प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भजाच गर्ने महिलाहरुको प्रतिशतलाई सुधार गर्न समुदाय स्तरमा कार्यक्रमहरुको योजना बनाई कार्यक्रम गर्नु पर्ने।
- घरमा हुने सुत्केरीको सङ्ख्या शून्य बनाउन वडा कार्यलयसंग समन्वय गरी कार्यक्रम बनाउनुपर्ने।

- Birthing Centre मा रहेका नर्सिङ्ग कर्मचारीहरुलाई SBA तालिम मा सहभागी गराउनुपर्ने।
- शून्य होम डेलिभरी पालिका घोषणा गर्नुपर्ने।

२.२.३ सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

भूमिका

“सामुदायिक स्वास्थ्य घरदैलो नर्सिङ कार्यक्रम“ एउटा समावेशी, पहुँचयोग्य र जनमुखी कार्यक्रम हो, जसले घरघरमा गुणस्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने लक्ष्य लिएको छ। यसले दीर्घकालीन रूपमा नेपालमा समुदायमा आधारित स्वास्थ्य प्रणाली बलियो बनाउन सहयोग पुऱ्याउनेछ। आजको समयमा सामाजिक, आर्थिक र स्वास्थ्य परिवेशमा, जहाँ सबैलाई समान स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउनु चुनौती हो,सामुदायिक स्वास्थ्य घरदैलो नर्सिङ कार्यक्रम स्वास्थ्य पहुँचलाई न्यायपूर्ण बनाउने, समुदायमा स्वास्थ्य सचेतना फैलाउने, र दीर्घकालीन समाधान दिने एक अत्यन्तै, सान्दर्भिक र प्रभावकारी आवश्यक कार्यक्रम हो।

परिचय

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६को दफा ६.२० र जनस्वास्थ्य ऐन, २०७५ को दफा २४ उपदफा ५ को भावना अनुसार स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई समुदायमा परिवार केन्द्रित दृष्टिकोणबाट सेवा पुऱ्याउने अवधारणाले जनताको घरदैलोमै पुगेर प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, जनचेतना तथा निरन्तर अनुगमन सुनिश्चित गर्ने उद्देश्यले २०७८ मा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखाद्वारा “सामुदायिक स्वास्थ्य घरदैलो नर्सिङ कार्यक्रम” निर्देशिका तयार पारियो।

उक्त निर्देशिकाको आधारमा २०७९ सालबाट नेपालका विभिन्न स्थानीय तहहरूमा चरणबद्ध रूपमा सुरु भयो। सुरुवातमा भक्तपुर नगरपालिका र बर्दिबास नगरपालिकामा पाइलट परियोजनाको रूपमा कार्यक्रम लागु भयो। हाल यो कार्यक्रम चन्द्रागिरि,वालिङ तथा इटहरी नगरपालिकामा पनि लागु भइसकेको छ।

यस नगरपालिकामा २०७९ साल माघ महिनाबाट करार सेवामा १५ वटै वडामा १५ जना सामुदायिक नर्स र १ जना सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकृत नियुक्त गरी कार्यक्रम

सञ्चालन गरिएको थियो। उक्त कार्यक्रम संघीय सरकार र स्थानीय सरकारको साझेदारीमा कार्यान्वयन भइरहेको छ। कार्यक्रमको पहिलो चरणमा संघीय सरकारले १३ जना नर्सको जिम्मेवारी लिएको थियो भने स्थानीय सरकारले ४ जना नर्सको जिम्मेवारी लिएको थियो। २०७८ सालपछि (२०८० सालदेखि) पुनः समायोजन गर्दै सङ्घीय सरकार र स्थानीय सरकारले समान रूपमा ८—८ जना नर्सको जिम्मेवारी लिने व्यवस्था गरिएको छ।

यो कार्यक्रम दुई चरणमा कार्यान्वयन भइरहेको छः

पहिलो चरणः प्रारम्भिक डाटा सङ्कलन (Baseline Data Collection)

पहिलो चरणको कार्यक्रम २०७९ सालको माघ महिना देखि २०८० साल कार्तिक महिना सम्म भयो। यस चरणमा CHNs -Community Health Nurses_ सामुदायिक नर्सहरुले प्रत्येक वडामा प्रत्येक व्यक्तिको घर—घरमा गई सामाजिक, जनसांख्यिकीय तथा स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरण संकलन गरेर प्रत्येक नागरिकको HEALTH PROFILE तयार पारी स्वास्थ्य जोखिमको अद्यावधिक गर्ने र स्वास्थ्य सुचाङ्क Digitalized गरियो। यो विवरण सङ्कलन गर्दा यस चन्द्रागिरि नगरपालिकामा ६ महिना भन्दा बढी समय देखि बसोबास गर्दै आउनु भएका हरेक व्यक्तिको विवरण लिइएको छ भने रोजगारी वा पढाइको सिलसिलामा विदेशमा जानु भएकाहरुलाई समावेश गरिएनको छैन। यो चरणले समुदायको स्वास्थ्य अवस्था र आवश्यकताहरू पहिचान गर्न सहयोग गरेको थियो।

दोस्रो चरणः कार्यान्वयन चरण (Intervention Phase)

दोस्रो चरणको कारयक्रम २०८० सालको मङ्सिर महिनाबाट लागु भयो। यस चरणमा जीवनचक्रको आधारमा समुदाय-निर्देशित तथा आधारित गर्भवती, शिशु बालबालिका, किशोरकिशोरी, वृद्धवृद्धा सबैलाई लक्षित गरेर सेवा प्रदान भइरहेको छ। हाल समुदायमा यी कार्यहरू समुदायको समग्र स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्न लक्षित छन्।

१.स्वास्थ्य घरदैलो सेवा

प्रत्येक वडाका सामुदायिक नर्सहरु आफ्ना वडाका प्रत्येक घरघरमा पुगेर स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउछन्।

२. NCD Screening (नसर्ने रोगको जाँच)

क. उच्चरक्तचाप (Hypertension) **र मधुमेह** (Diabetes)

सामुदायिक नर्सद्वारा ३० वर्ष माथिका हरेक व्यक्तिको **BMI,** उच्चरक्तचाप (**Hypertension**) र मधुमेह (**Diabetes),** BMI**,** परीक्षण तथा जोखिम तथा खतराका लक्षण देखिएका लाई अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्था प्रेषण, तथा फलोअप गरिन्छ।

ख. क्यान्सर

- हरेक ३०—६० वर्षका महिलाहरुको पाठेघरको मुखको क्यानसर स्क्रिनिङ्ग तथा फलोअप गरिन्छ।
- प्रत्येक २० वर्ष माथिका महिलाहरुको स्तन क्यान्सर स्क्रिनिङ्ग, प्रेषण फलोअप लगायत BSE (Breast Self Examination) गर्ने गरेको नगरेको जांच तथा यसबारे स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरिन्छ।
- प्रत्येक महिनाको ११ गते ३० वर्ष माथिका महिलाहरुको स्वास्थ्य संस्थाबाट (VIA) जाँच गरिन्छ

ग. मानसिक समस्या स्क्रिनिङ्ग

- प्रत्येक १४ वर्ष माथिका व्यक्तिकरुको मानसिक समस्याहरू स्क्रिनिङ्ग,प्रेषण तथा फलोअप गरिन्छ।
- Possible संस्थाबाट Become Intervention कार्यक्रमअन्तर्गततालिम प्राप्त सामुदायिक नर्सद्वारा अनुसन्धानका लागि छानिएका मानसिक समस्या चिन्ता, तनाव र डिमेन्सियाका लक्षण देखिएका व्यक्तिलाई ६—८ हप्ताको स्वास्थ्य सेसन दिइन्छ।

३. बाल स्वास्थ्य सेवा (**Child Health Services)**

क. ५ वर्षमुनिका बालबालिका

- ✓ बालबालिकाको जन्म इतिहास, तौल, पोषण स्थिति, खोपको अवस्था, खतराका चिन्हको जाँच तथा जोखिमको परीक्षण, प्रेषण तथा फलोअप।
- ✓ भिटामिन “A” र जुकाको औषधी वितरण ।
- ✓ विद्यालय तथा मन्टेसरीमा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको पोषण मूल्यांकन - तौल, उचाइ, BMI आदि मापन गरी पोषण स्थिति मूल्याङ्कन।

- ✓ विद्यालय नर्स र म.स्वा.स्व.से. सँग समन्वय गरेर आईरन चक्की वितरण - किशोरी तथा गर्भवती महिलामा रक्तअल्पता (Anaemia) रोकथामका लागि।
- ✓ ५—१८ वर्षका बालबालिकाको शैक्षिक अवस्थाको स्क्रिनिङ्ग ।

४. गर्भवती तथा सुत्केरी जाँच सेवा (ANC & PNC) सेवा

- ✓ सामुदायिक नर्सले प्रत्येक विवाहित महिलाहरुको गर्भवती सर्वेक्षण गरेर गर्भवती महिलाको पहिचान गरी दर्ता गरिन्छ। उक्त गर्भवतीलाई ८ पटक सम्म घरमा नै गएर गर्भवती भेट सेवा, स्वास्थ्य शिक्षा तथा खतराका लक्षणहरुको पहिचान गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिन्छ र फलोअप गरिन्छ।
- ✓ सुत्केरि महिलाहरुको सामुदायिक नर्सले घरमै गई ४ पटक PNC भेट गरी अनुगमन तथा सेवा प्रदान गरिन्छ।
- ✓ ४ पटक PNC भेट महिला सुत्केरी भएको २४घण्टा,७२ घण्टा, ७—१४ दिन तथा ४२ दिनमा गरिन्छ।

5. PNC भेटघाटमा हुने प्रमुख गतिविधिहरूः

- ✓ आमाः रक्तचाप, रक्तस्राव, ज्वरो, घाउको अवस्था, मानसिक स्वास्थ्य जाँच।
- ✓ शिशुः जन्म अवस्था, तौल,श्वास, तापक्रम, स्तनपान स्थिति, र संक्रमणका लक्षण।
- ✓ स्वास्थ्य शिक्षाः स्तनपानको महत्त्व, पोषण, खोप, व्यायाम, सरसफाइ, परिवार नियोजन।

6.ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य परीक्षण (Geriatric Health Checkup)

- ✓ जेष्ठ नागरिक सेवा केन्द्रहरुमा वृद्ध व्यक्तिहरूको नियमित स्वास्थ्य जाँच।
- ✓ रक्तचाप, मधुमेह, दृष्टि, श्रवण, हड्डी तथा जोर्नी स्वास्थ्य मूल्याङ्कन।
- ✓ वृद्धावस्थामा देखापर्ने रोगहरूको प्रारम्भिक पहिचान र प्रेषण तथा फलोअप।

६.स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको महत्त्वको बारे जानकारी तथा प्रोत्साहन

७.आमा समूहमा स्वास्थ्य सचेतना र शिक्षा गतिविधिमा सहभागिता

८.स्वास्थ्य चौकी र वडाद्वारा आयोजित स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा स्वास्थ्य शिविरमा सहभागिता

९.प्राथमिक उपचार व्यवस्थापन (First Aid Management)

२०८२ श्रावण महिना सम्मको क्रियाकलाप विवरण

क्र.स.	विवरण	सङ्ख्या
१.	मानसिक समस्या स्क्रिनिङ्ग	४२५५३
२.	स्तन क्यान्सर स्क्रिनिङ्ग	२०५३३
३.	Breast Self Examination को शिक्षा दिएको	१९६७८
४.	पाठघरको क्यान्सर स्क्रिनिङ्ग	२००५
५.	स्क्रिनिङ्गका क्रममा VIAजाच गरेका महिलाका सङ्ख्या	३००९
६.	बालस्वास्थ्य स्क्रिनिङ्ग	३९९६
७.	ANC भेट	१०१२६
८.	ANC प्रोटोकल अनुसार भेट	६८०७
९.	PNC प्रोटोकल अनुसार पुर्ण भेट	१०१४

कार्यक्रमको सबल पक्ष

- स्थानीय भौगोलिक र सांस्कृतिक सामिप्यता भएका जनशक्तिको भर्ना
- डिजिटल प्रणाली (सूचना, दैनिक कार्य उत्पन्न गर्ने प्रणाली) जसले मानवीय त्रुटि घटाउँछ र सतर्कता बढाउँछ।
- CHNs द्वारा गरिएका द्रुत घरपरिवार तथ्याङ्क सर्वेक्षण
- सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सको स्वास्थ्य प्रवर्द्धनमा सक्रिय संलग्नता (NCD स्क्रिनिङ, प्रेषण, फलो-अप, खोप, सरुवा रोग, मानसिक स्वास्थ्य, मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य आदि) रहेको
- प्रत्येक घरपरिवारका सबै व्यक्तिको डिजिटल स्वास्थ्य प्रोफाइल निर्माण
- NCDs र मानसिक स्वास्थ्य समस्यामा कमी
- मातृ तथा नवजात शिशुको मृत्यु दर तथा रोगदरमा कम
-

चुनौतीहरु

- दिगो बजेट व्यवस्थापनमा चुनौती
- राजनीतिक प्राथमिकतामा परिवर्तन आएमा कार्यक्रम कमजोर हुने सम्भावना
- CHNs वा अन्य स्वास्थ्य जनशक्तिको निरन्तरतालाई कायम राख्न नसक्ने जोखिम

- तीव्र स्थानान्तरण (Migration) का कारण तथ्याङ्क व्यवस्थापनमा समस्या
- CHN र घरपरिवार सङ्ख्याको बेमेल अनुपात

२.२.४ विद्यालय नर्स कार्यक्रम

विद्यालय स्वास्थ्य माध्यमबाट स्वस्थ्य जीवनशैली, सन्तुलित तथा पोषिलो आहार,वातावरण तथा व्यक्तिगत सरसफाइ, किशोर किशोरीको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सुधार, किशोरीहरुको महिनाबारी व्यवस्थित, मानसिक स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्ने एवं जटिल स्वास्थ्य समस्याको समयमा प्रेषण पद्धतिद्वारा विद्यालय स्वास्थ्य तथा नर्सिङ सेवा कार्यक्रमलाई व्यवस्थापन गरी विद्यार्थी शिक्षक र अन्य कर्मचारीहरुको स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्ने र स्वास्थ्य प्रवर्द्धनात्मक विद्यालय, स्वास्थ्य शिक्षा मैत्री वातावरण सृजना गर्न महत्त्व रहेको छ।

बागमती प्रदेश सरकारदारा एक विद्यालय एक नर्स कार्यक्रम आ.व.२०७५।७६ सुरुवात गरी क्रमश सबै विद्यालयमा बिस्तार गर्दै लगिएको छ।

कार्यक्रमको उद्देश्य

(क) विद्यालयमा प्रतिरोधात्मक, प्रवर्द्धनात्मक र उपचारात्मक सेवा प्रदान गर्ने,

(ख) विद्यार्थीहरुलाई पोषिलो खाना तथा सरसफाइ बारे जानकारी गराउने र प्रोत्साहित गर्ने,

(ग) विद्यालयमा पत्रुखाना (Junk Food) निरुत्साहित गर्ने,

(घ) यौन तथा प्रजनन, मानसिक, मुख तथा दाँत र आँखाको स्वास्थ्य जस्ता विषयमा स्वास्थ्य परीक्षण गर्ने र परामर्श सेवा प्रदान गर्ने,

(ङ) विद्यालय नर्स तथा विद्यार्थीमार्फत परिवार एवं समुदायलाई स्वास्थ्य बनाउन सचेतना जगाउने,

(च) विद्यार्थी, शिक्षक, कर्मचारी, परिवार एवं समुदायलाई स्वस्थ जीवनशैली अपनाउन प्रहोत्साहन गर्ने,

(छ) सर्ने तथा नसर्ने रोगहरुको रोकथामका लागि विद्यार्थीहरुको सहभागितामा कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्ने।

(ज) विद्यालय स्वास्थ्यका अन्य क्रियाकलापहरु कार्यान्वयन गर्ने।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा पनि विद्यालय नर्स कार्यक्रम सञ्चालन भइरहेका छ। बागमती प्रदेश सरकारको एक विद्यालय एक नर्स कार्यक्रम अन्तर्गत यस नगरपालिकामा मिति २०७६/०७/१२ मा वडा नं.११ को श्री बिष्णुदेवी शिक्षा सदन माध्यामिक विद्यालयबाट सुरु भई आ.व.२०८१/८२ सम्ममा ८ वटा विद्यालयमा सञ्चालन भइरहेको छ। विद्यालय नर्सको क्षमता अभिवृद्धि तथा विद्यालय नर्स कार्यक्रम सहजीकरणका लागि नियमित बैठक सञ्चालन गर्दा स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान आदानप्रदान भई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सहयोग तथा निगरानी भइरहेको छ।

२.२.५ किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७ मा किशोर किशोरी मैत्री सेवालाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत राखिएको छ। किशोरवस्था शारीरिक, मानिसक, सामाजिक, भावानात्मक तथा यौनिक विकास तथा परिबर्तन भईरहने विषेश अवस्था हो। यस अवस्थामा किशोरकिशोरीलाई परामर्श, प्रजनन् स्वास्थ्य लगायतका सेवाहरु आवश्यक पर्दछन् तर निर्धक्कसँग आफ्ना समस्याहरु राख्ने उपयुक्त वातावरण नभएका कारण स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान हुने स्वास्थ्य सेवाहरु पूर्ण रुपमा उपभोग गरिरहेको देखिदैन। राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार नेपालमा २०% किशोर किशोरी रहेका छन्। नेपाल जनसाङ्ख्यिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०२२ अनुसार किशोरी प्रजनन दर ७१ प्रति हजार रहेको छ र १५वर्ष देखि १९ वर्षका किशोरीहरुमा आधुनिक परिवार योजनाको प्रयोग दर १४.२ प्रतिशत रहेको छ भने परिवार योजनाको अपरिपुर्ति माग ३०.९ प्रतिशत रहेको छ। दिगो विकास लक्ष्य अनुसार नेपालले सन् २०३० सम्मा किशोरी प्रजनन दरलाई ३० प्रति हजार हासिल गर्ने लक्ष्य लिएको छ।

नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले राष्ट्रिय किशोरकिशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई उच्च प्राथमिकताको कार्यक्रम अन्तर्गत राखेको छ। दक्षिण एसियाली राष्ट्रहरु मध्येमा नेपालले सन २००० मा पहिलो राष्ट्रिय किशोरकिशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीनि तयार गर्यो। सन् २०१८ मा किशोर किशोरीहरुको बदलिदो आवश्यकतालाई महशुस गरी उक्त रणनीनि अध्यावधिक गर्यो। राष्ट्रिय किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य किशोर किशोरीहरुको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई प्रवर्द्धन गर्नु हो।

उद्देश्यहरू

- ☐ किशोर किशोरी स्वास्थ्य र विकास सम्बन्धी गुणस्तरीय जानकारीको उपलब्धता र पहुँच बढाउन र किशोर किशोरीहरू, सेवा प्रदायकहरू र शिक्षकहरूको ज्ञान र सीपहरू निर्माण गर्ने अवसरहरू प्रदान गर्ने।
- ☐ किशोर किशोरी स्वास्थ्य र परामर्श सेवाहरूको पहुँच र प्रयोग बढाउने।
- ☐ किशोर किशोरीहरूको कानुनी, सामाजिक र आर्थिक स्थिति सुधार गर्न सुरक्षित र सहयोगी वातावरण सृजना गर्ने।
- ☐ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयमसेवक र स्वास्थ्य आमा समूहहरूमार्फत राष्ट्रिय, प्रादेशिक र सामुदायिक स्तरहरूमा सामाजिक व्यहार परिवर्तन सञ्चार अभियानहरूमार्फत किशोरावस्थाका मुद्दाहरूमा जागरूकता सृजना गर्ने।

लक्ष्यहरू

- ☐ राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीनि (२०७१) र NHSS (२०१६—२०२१) को परिकल्पना अनुसार सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई किशोरकिशोरी मैत्री बनाउने।
- ☐ किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाहरूमा विश्वव्यापी पहुँच सुनिचित गर्न नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीनि कार्यान्वयन योजना (२०१६—२०२१) ले निम्न उद्देश्यहरू राखेको छः
- ☐ सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा किशोर किशोरी —मैत्री स्वास्थ्य सेवा (ASRH) बिस्तार गर्ने;
- ☐ ५००० स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई व्यवहारात्मक सीप केन्द्रित ASRH तालिम प्रदान गर्ने,
- ☐ २०२१ सम्म १०० भन्दा बढी स्वास्थ्य संथाहरूलाई गुणस्तरीय किशोरकिशोरी —मैत्री प्रमाणित गर्ने साथै परिवार योजना सेवा र जानकारीमा पहुँच वृद्धि गरी किशोरवस्थाको प्रजनन दर (AFR) लाई घटाउने।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा रहेका स्वास्थ्य संस्थालाई किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रमाणित संस्था बनाउने उद्देश्यले आ.व २०७८।७९ मा बाडभञ्याङ्ग स्वास्थ्य चौकी र शहरी स्वास्थ्य केन्द्र-७, किसिपिडिमा, आ.व.२०७९।८० मा मातातीर्थ स्वास्थ्य चौकी र सतुङ्गल स्वास्थ्य चौकीमा र आ.व.२०८०।८१ मा थानकोट प्राथमिक

अस्पतालमा कार्यरत कर्मचारीहरुका लागि तालिम तथा व्यवस्थापन समिति र सरोकारवालाहरुका लागि अभिमुखीकरण कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो । स्वास्थ्य संस्थाहरुले स्वमुल्याङ्कन तथा प्रतिवद्धता पत्र नगरपालिकामा पेश गरी नगरपालिकाबाट गरिएको अनुगमनका क्रममा सूचाकं उपलब्धि ८० प्रतिशत भन्दा बढी प्राप्त भएकाले ती संस्थाहरुलाई किशोर-किशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रमाणित संस्था घोषणा गर्ने प्रक्रिया अन्तिम चरणमा रहेको छ।

२.३ स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम गाउँको स्वास्थ्य संस्थाको पहुचँमा नपुगेका वा सेवाबाट बञ्चित रहेका समुदायलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने अवधारणा अनुरुप सञ्चालनमा आएको हो। नेपाल सरकारले यो अवधारणा वि.सं. २०५१ देखि सुरुवात गरेको हो। यस कार्यक्रममा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकीबाट आधा घण्टा भन्दा बढी समयमा पुगिने समुदाय वा टोलमा स्वास्थ्यकर्मीबाट सामान्य सेवाहरु प्रदान गर्ने नीति अनुरुप परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व, पोषण,प्राथमिक उपचार तथा परामर्श सेवा लगायतका सेवाहरु सञ्चालन गरिन्छ।

उद्देश्य

- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको अवधारण अनुरुप आधारभूत स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउन नसकिएको स्थानमा हरेक महिना गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गर्ने।
- समुदायमा रहेका स्वास्थ्य कार्यकर्ता वा स्वयंसेवकलाई प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गर्ने।
- समुदायमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीलाई हौसला बढाउन समय समयमा सुपरीवेक्षण र अनुगमन गर्ने।
- टाढा टाढाका समुदायमा सेवाको पुहँच विस्तार गर्न प्रत्येक महिनामा कर्मचारीलाई कार्यक्रम चलाउन पठाउने।
- स्वयंसेवकहरुको सहयोगमा म.सा.स्वा.स्व.से, आमा समूह तथा क्लिनिक व्यवस्थापन समितिको सहयोगमा नियमित क्लिनिक सञ्चालन गर्ने।

यस नगरपालिकामा स्वास्थ्य संस्थाबाट टाढा रहेको टोल बस्तीमा शहरी स्वास्थ्य केन्द्र स्थापना भएकाले आ.व.२०७९/८० देखि गाँउघर क्लिनिक सेवा बन्द गरिएको अवस्था छ।

२.४ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

ग्रामीण समुदायमा महिला र बालबालिका सम्बन्धी समस्या बढी मात्रामा देखा पर्दछन्। जसले गर्दा मातृ मृत्युदर, शिशुमृत्युदर र बालमृत्युदर बढी मात्रामा भएको पाइन्छ। यसरी ग्रामीण र विपन्न वर्ग सम्म स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढाउन र स्वास्थ्य सेवामा समुदायको सहभागिता बढाउने उद्देश्यले आ.व.२०४५/४६ देखि प्रत्येक वडाहरुमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका राख्ने प्रचलन सुरु भएको हो। आमा समूहको गठन पश्चात म.सा.स्वा.स्व. सेविकाको छनौट भई केही समयको तालिम पछि उनीहरुले आफ्नो टोलमा स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलापहरु सञ्चालन गर्दछन। आफ्नो टोलमा परिवार नियोजन, प्रजनन स्वास्थ्य, खोप, पोषण, वातावरणीय सरसफाइ, व्यक्तगत सरसफाइ आदिको बारेमा जनचतेना जगाई प्रतिकारात्मक र प्रर्वद्धनात्मक स्वास्थ्य सेवालाई टेवा पुऱ्याउनु म.सा.स्वा.से.को प्रमुख जिम्मेवारी हो।

नेपालमा रहेका प्रमुख स्वास्थ्य समस्याहरु मध्ये उच्च मातृ तथा शिशुमृत्युदर, कुपोषण, सरुवा रोगहरु र उच्च प्रजनन दर रहेको र ती समस्याहरु बढी मात्रामा महिला तथा बालबालिकाहरुमा देखापर्ने भएकोले सो समस्या र धेरै जसो समुदायको सहभागितामा समाधान गर्न सकिने भएको हुदाँ समुदायलाई परिचालन गर्नको लागि महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो। हाल यस नगरपालिका १४९ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले रहेका छन्।

उद्देश्य

- आमा र बच्चाको स्वास्थ्य हेरचाहलाई विशेष प्राथमिकता दिई आमा समूहका महिला मध्येबाट छानिएका म.सा.स्वा.स्व.से लाई आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सम्बन्धी आधारभूत तालिम उपलब्ध गराउने।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा समुदायको सहभागीतावृद्धि गर्न स्थानीय महिला र स्थानीय स्रोतसाधनलाई परिचालन गर्ने।

- उपलब्ध मातृ शिशु स्वास्थ्य र परिवार नियोजन सेवाहरुलाई अधिकतम् उपभोग गर्नका लागि समुदायको सहभागीता बढाउने।
- मातृ, बाल स्वास्थ्य तथा परिवार नियोजन सेवाका सम्बन्धमा समुदायमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी जनचेतना प्रदान गरी ग्रामीण महिलाहरुमा आत्मनिर्भरता बढाउने।
- स्थानीय श्रोत र साधनको प्रयोग गरी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा समुदायको संलग्नता बढाउन स्वयंसेविकालाई परिचालन गर्ने।

कार्यक्रमको उद्देश्य

१. स्वास्थ्य सम्बन्धी अत्यावश्यक ज्ञान र सीप प्रदान गरेर स्थानीय स्तरमा स्वास्थ्य समस्या समाधान गर्न महिलाहरूलाई सक्रिय बनाउने।

२. स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई समुदायसम्म पुऱ्याउन सम्पर्क व्यक्तिको रुपमा कार्य गर्न इच्छुक स्वयंसेवीहरू तयार गर्ने।

३. समुदायमा आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रमअन्तर्गतस्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्न स्वयंसेवीहरू तयार गर्ने।

४. सामूदायिक स्वास्थ्यको विकासमा समुदायको सहभागिता अभिवृद्धि गर्ने।

५. स्थानीय स्तरमा स्वास्थ्य संचारिकाको रुपमा विकास गर्ने।

६. उपलब्ध स्वास्थ्य सेवामा माग वृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवाको उपयोगमा वृद्धि गर्ने।

रणनीति

- स्वास्थ्य निर्देशनालय, स्वास्थ्य तालिम केन्द्र र स्वास्थ्य कार्यालयका कर्मचारीहरुको समन्वयमा तालिम सञ्चालन गर्ने।
- नगरभित्र विभिन्न स्तरका कर्मचारीहरुको लागि प्रशिक्षण तालिम, आधारभूत तालिम र पुनर्ताजगी तालिम सञ्चालन गर्ने।
- आमा समूह टोलस्तरका सदस्यहरु र बडा स्तरका सदस्यहरुका लागि बैठक र अभिमुखीकरण कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने।
- म.सा.स्वा.स्वयं.से कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रुपमा सन्चालन गर्नका लागि स्वास्थ्य संस्थाहरुको तहगत रुपमा नियमित अनुगमन र सुपरीवेक्षण संन्चालन गर्ने। अनुगमन र सुपेरीवेक्षण पश्चात सम्बन्धित निकायलाई पृष्ठपोषण दिने व्यवस्था मिलाउने।

☐ कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउनका लागि वडा (साविक गा.वि.स.) स्तरमा अक्षय कोष स्थापना गर्ने, म.स्वा.स्व.से. लाई पुरस्कार वितरण गर्ने।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले पाउने सेवा सुविधाहरु :

स्वयंसेविकाले कुनै किसिमको तलब तथा अन्य सुबिधा दावी गर्न पाउने छैन। तर मासिक रुपमा स्वास्थ्य आमा समूहको बैठक सञ्चालन, मासिक बैठकमा उपस्थिति, खोप क्लिनिक तथा समुदायमा सहयोग जस्ता क्रियाकलापमा उत्प्रेरणाको लागि, पोशाक खर्च प्रति वर्ष प्रति व्यक्ति रु दश हजार (संघबाट), वार्षिक पाँच हजार सञ्चार खर्च (प्रदेशबाट), मासिक तीनहजार यस नगरपालिकाबाट प्रदान गर्रिंदै आएको छ। ६० वर्ष उमेर पुगेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई,अनिवार्य अवकाश गरी प्रति व्यक्ति, संघबाट रु.२०,०००/-, स्थानीय बाट प्रति व्यक्ति रु.१,५०,००० (आ.व ०८१/०८२) नगद हस्तान्तरणका साथ सम्मानजनक बिदाई हुने। अन्य स्वैच्छिक अवकास तथा बिदाइको अवस्थामा नगरपालिकाको म.सा.स्वा.से व्यवस्थापन कार्यबिधि २०८० अनुसारको प्रोत्साहन रकम व्यवस्था गरिने।

आ.व.२०८१/८२ मा सञ्चालित कार्यक्रमहरु

- नयाँ नियुक्ति भएका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको आधारभूत तालिम सञ्चालन गरिएको।
- आ.व.२०८१/८२ मा विभिन्न गतिविधिका साथै महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका दिवस “विविध स्वास्थ्य क्षेत्रमा क्रियाकलापहरुमा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको भूमिका स्वास्थ्य समाज निर्माणमा सहभागिता” भन्ने नाराका साथ मंसिर २० गते मनाइएको थियो।
- यस वर्ष ६० वर्ष उमेर पुगेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई प्रति व्यक्ति, संघबाट रु. २०,०००/-, स्थानीय बाट प्रति व्यक्ति रु १५०,०००/- का साथ सम्मानजनक बिदाई गरिएको थियो भने आवश्यकता अनुसार आधारभूत र पुनर्ताजगी तालिम समेत प्रदान गरिएको छ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको अर्धवार्षिक समिक्षा कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो।

- आ.व.२०८१/८२ मा चन्द्रागिरि नगरपालिकामा औसतमा प्रति म.सा.स्वा.से.ले करिब ३० जनालाई प्रतिमहिना सेवा दिएको पाइन्छ। प्रतिवेदन अनुसार आमा समूहको बैठक सतप्रतिशत सञ्चालन भएको पाइन्छ।
- चन्द्रागिरि नगरपालिकाद्वारा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई प्रोत्साहनस्वरुप प्रति महिना रु. ३००० का दरले उपलब्ध गराउदै आएको छ।

सबल पक्षहरु

- ❖ म.स्वा.स्व.से.कार्यक्रमले स्वास्थ्य प्रणाली र समुदायबिच सिधा सम्पर्क गराइएको छ।
- ❖ महिला सशक्तीकरण
- ❖ विभिन्न तालिम सहभागी
- ❖ स्थानीय तहबाट थप प्रोत्साहन
- ❖ नगरपालिकाबाट म.स्वा.स्व.से.कार्यबिधि निर्माण गरी कार्यन्वयन गरिएको

चुनौतीहरु

- ❖ म.स्वा.स्व.से.कोष संचालानमा नीतिगत चुनौती
- ❖ म.स्वा.स्व.से.हरुलाई समय अनुसार कम प्रबिधिमैत्री तालिम
- ❖ मौजुदा म.स्वा.स्व से.बाट अपेक्षाकृत रुपमा कृयाकलाप नहुनु
- ❖ स्वास्थ्य बिषयबस्तु केन्द्रित छलफल कम हुनु
- ❖ स्वयंसेविका तथा कार्यक्रमको दिगोपन

२.५ ईपिडेमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

२.५.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

नेपालमा पहिलो पटक औलो नियन्त्रण परियोजनाको सुरुवात सन् १९५४ मा य एस ए आई डि (USAID) को सहयोगमा भएको थियो। सो परियोजनाको उद्देश्य मुख्य गरी मध्ये नेपालको तराई भेगमा औँलोको अवस्था अध्ययन गर्ने थियो। सन् १९५८मा राष्ट्रिय औलो उन्मूलन कार्यक्रम सुरु गरियो जसको उद्देश्य निर्धारित समय अवधिमा औलोलाई देशबाट उन्मूलन गर्ने थियो। सन १९७८ मा विभिन्न कारणहरूले गर्दा सो उन्मूलनको अवधारणालाई नियन्त्रण कार्यक्रम मै फर्काइयो। सन् १९९८ मा औलो नियन्त्रण कार्यक्रमलाई नयाँ रुप दिने विश्व स्वास्थ्य संगठनको आह्वानलाई अनुसरण

गर्दै घना वन जङ्गलहरू, तल्लो पहाडी भेग र भित्री तराई र पहाडको उपत्यको क्षेत्रहरु जहाँ ७० प्रतिशत भन्दा बढी औलोका बिरामीहरू छन, तीनमा रहेको औलोको दीर्घ समस्यालाई सम्बोधन गर्नको लागि (Roll Back Malaria) को सुरुवात गरियो। औलो सार्ने लामखुट्टेहरूको उपलब्धता, स्वदेश तथा विदेशबाट जनसङ्ख्याको आवतजावत, जोखिमयुक्त समूह, उपयुक्त तापक्रम र सामाजिक-आर्थिक कारकहरूले औलो लाग्ने जोखिम निर्धारण गर्छ।

सन २०२३ को माइक्रोस्ट्राटिफिकेसनले (Microstratification) मलेरियाको लागि उच्च मध्यम र कम जोखिम वार्डहरू वर्गीकरण गरेको छ। चन्द्रागिरि नगरपालिकामा उच्च जोखिम, मध्यम जोखिम वडाहरु नभएता पनि कम जोखिम (Low Risk) मा रहेका छन्।

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

नेपाल औँलो रणनीतिक योजना २०१४-२०२५ (Nepal Malaria Strategic Plan, २०१४-२०२५) अनुसार नेपाललाई सन् २०२५ सम्म औँलोमुक्त राष्ट्र बनाउने परिकल्पना गरिएको छ। जस अनुसार सन् २०२२ सम्ममा स्थानीय औलो बिरामीको सङ्ख्या शून्य पुऱ्याई त्यसलाई निरन्तरता दिनु रहेको छ।

परिकल्पना (Vision)

सन् २०२५ सम्ममा नेपालबाट औलो निवारण गर्ने।

लक्ष्य (Goal)

सन् २०२२ सम्म स्थानीय औलोलाई शून्यमा पुऱ्याउने र त्यसलाई कायम राख्ने। मृत्यूलाई शून्यमा कायम राख्ने।

उद्देश्य

- औलो बिरामीको खोजपड्ताल तथा औलो निवारणका लागि आवश्यक सूचना प्रणाली सुदृढीकरण गर्ने।

- ☐ औलोको जोखिम स्थानहरुमा भेक्टर नियन्त्रण कार्यक्रम सञ्चालन गरी औलो सर्ने दरलाई घटाउने।
- ☐ औलोको गुणस्तरीय निदान तथा उपचारमा सर्वसुलभ पहुँच सुनिश्चित गर्ने।
- ☐ औलो निवारणका लागि सरकारको नेतृत्वदायी भूमिका तथा प्रतिवद्धता र समुदायको सहभागीता सुनिश्चित गर्ने।
- ☐ औलो निवारणका लागि प्राविधिक तथा व्यवस्थापकीय क्षमता सुदृढ गर्ने।

मुख्य उपलब्धिहरु

- ☐ यस नगरपालिकामा औलोरोग न्यून जोखिम अवस्थामा रहेको।
- ☐ स्थानीय तहमा औलोका बिरामी नभएको अवस्था भएता पनि विगत वर्षमा आयातित बिरामिहरु रहेका छन्।

आ.व.२०८१/०८२ सञ्चालित क्रियाकलापहरु :

- औंलो निवारण कार्यक्रमको नीति अनुसार रोगको रोकथाम, नियन्त्रण, उपचार र व्यवस्थापन सम्बन्धित मौजुदा राष्ट्रिय उपचार निर्देशिका—२०१९ मार्ग निर्देशन अनुसार गरिएको।
- औलो रोगहरुको निदान,उपचार र व्यवस्थापनका लागि स्थानीय तहमा समन्वय बैठक बसी आवश्यक सामग्रीको वितरण प्रणाली सुदृढ गरिएको।
- स्थानीय तहका सरकारी तथा निजी संस्थाका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई विश्व औलो दिवस अप्रिल २५ मलेरिया दिवसको अवसरमा अभिमुखीकरण कायिक्रममा सहभागी गराइएको।
- औलो रोग रोकथाम, नियन्त्रण र सर्भिलेन्स तथा व्यवस्थापन सम्बन्धमा सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाका सरोकारवालाहरुसँग अभिमुखीकरण कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।
- शंकास्पद बिरामीको रक्तस्लाईड संकलन तथा आर.डि.टि.बिधिबाट निदान भएका बिरामीको उपचार गरिएको।
- केही स्वास्थ्य संस्थाहरुमा आर.डि.टि. किट उपलब्ध गराइएको।
- औलोवाहक लामखुट्टेको बासस्थान खोजी तथा नष्ट गर्ने कार्यक्रम स्वास्थ्यकर्मीहरुको सहजीकरणमा समुदायस्तरमा लागु गरिएको छ।
- औलोको जोखिममा रहेका समुदायमा जनचेतना कार्यक्रम सञ्चालन भएको छ।

२.५.२ हात्तीपाईले निवारण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

हात्तिपाईले (फाईलेरिया) रोग धेरै पुरानो रोग हो। यो रोगले कुष्ठरोगले जस्तै मानिसलाइं शारीरिक रुपमा असक्त, असमर्थ वा अपाङ्ग तुल्याउदछ। यो रोग एक प्रकारको धागो आकारको मसिनो जुका जस्तै परजीवीबाट संक्रमण भएपछि लाग्दछ। क्यूलेक्स जातिको संक्रमित पोथी लामखुट्टेले स्वस्थ मानिसलाइं टोकेर परजीवी सारेमा यो रोग लाग्दछ। यो रोग संक्रमित गराउने परजीवी Wuchereria bancrofti, Wuchereria Malayi र Wuchereria bancrofti Timori गरी ३ प्रकारका छन। नेपालमा यो रोग Wuchereria bancrofti जिवाणुका कारण लाग्ने गरेको पाइएको छ। यस रोगको जिवाणुबाट मानिस संक्रमण पश्चात सामान्य असरमात्र देखिन सक्ने भए पनि यस रोगको उपचार समयमा नहुँदा हाइड्रोशिल (Hydrocele) हुने र खुट्टा सुन्निन गई हात्तिपाइले (Elephantiasis) आकार भई दीर्घरोगी हुनसक्ने देखिन्छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा हालसम्म यस रोगको स्थानीय संक्रमण नदेखिएको पाइएको छ।

२.५.३ डेंगु नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

डेंगु एउटा भाइरल संक्रमण हो। यो एडिज जातको लामखुट्टेको टोकाइबाट सर्छ। एडिज लामखुट्टे भनेको एक प्रजातीको लामखुट्टे हो जुन प्राय गरेर कृतिम भण्डारण गरिराखेका सफा पानीमा बस्छ। यसले प्रायःदिनमा टोक्ने गर्छ। डेंगु विभिन्न प्रकारका हुन्छन्। साधारणतया सबै डेंगु खतनाक हुँदैनन। यो रोग लागेका ९७ प्रतिशतलाई सामान्य ज्वरोको लक्षण हुन्छ जुन साधारण लक्षण हो। जटिल लक्षणहरुमा शरीरका जुनसुकै भागबाट रक्तश्राव बढी हुने, रक्तचाप कम हुने हुन्छ। यो अवस्थामा रगतमा प्लेटलेट्स कमी भइ रक्तश्राव हुने हुन्छ। यस्तो देखिएमा असाधारण लक्षण हुन्छ र यसलाई जटिल मानिन्छ। यसको निर्मुल गर्ने उपचार भने हुँदैन। लक्षण अनुसारको उपचार मात्र हुन्छ, साथै यसले अरु रोगसँग लड्न सक्ने क्षमतालाई पनि कम गरिदिन्छ, जसले गर्दा अन्य रोगहरुको आक्रमण भयो भने स्वास्थ्य अवस्था जटिल बन्दै जान्छ।

डेंगु रोग रोकथामका रणनितीहरु

- डेंगु ज्वरोको द्रुत निदान र व्यवस्थापन गर्ने
- डेंगु रोगको निरन्तर निगरानी र रिपोर्टिङ गर्ने
- स्थानीय स्तरमा लामखुट्टेको बासस्थान खोजी गरी लार्भा नष्ट गर्न एकीकृत अभियान कार्यक्रम संञ्चालन गर्ने
- रोगको समयमानै नियन्त्रण तथा व्यवस्थापनका लागि समुदाय परिचालन गर्ने
- डेंगुको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि व्यक्ति/समुदायको भूमिका
- वातावरणीय व्यवस्थापन (घर/विद्यालय/कार्यालय, सार्वजनिक ठाउँ)
- लामखुट्टे प्रजनन स्रोतहरूको पहिचान र विनाश गर्ने। लामखुट्टेको प्रजनन रोक्न पानीको भाँडो छोपेर राख्ने। पानी जम्न सक्ने स्थानहरुमा साप्ताहिक अवलोकन गरी, सरसफाइ गर्ने।
- ठोस फोहोरको उचित व्यवस्थापन गर्दै, पानी भण्डारण गर्ने कन्टेनरहरू प्रत्येक हप्ता स्क्रब गरी धुनुपर्छ।
- व्यक्तिगत सुरक्षा उपायहरू (घर/ विद्यालय/ कार्यस्थल) अवलम्बन गर्ने। शरीरको भागहरु पूरा छोप्ने कपडा लगाएर खेतबारीमा जाने।
- दिउँसो सुत्ने शिशु, बालबालिका, गर्भवती, जेष्ठ नागरिक तथा दीर्घ रोगीहरुको लागि ओछ्यानमा झूल वा जालीको प्रयोग गर्ने।
- लामखुट्टे छिर्न नदिन झ्यालहरुमा जाली तथा स्क्रिनको प्रयोग गर्ने।
- लामखुट्टेको प्रजनन स्थान पत्ता लगाउन र उन्मूलनमा सामुदायिक सहभागिताका लागि मिडिया स्रोतहरू (टिभी, रेडियो, समाचार पत्रहरू) मार्फत डेंगु सचेतना र रोकथामका उपायहरू सम्बन्धी सामुदायिक अभियानहरू सञ्चालन गर्ने।

डेंगु रोकथामका लागि सम्पूर्ण समाजको भूमिका आवश्यक

- समुदायले हप्तामा १ घण्टा घर भित्र र वरपरका घरेलु प्रजनन स्थलहरू सफा गर्न, स्क्रब गर्ने, हटाउनु पर्छ। लामखुट्टेको प्रजननबाट पानीको ट्याङ्की/कन्टेनर/पानी जम्मा गर्ने वस्तुहरुलाई रोक्नुपर्छ।
- संस्थागत प्रमुखको नेतृत्वमा विद्यालय, कार्यालय, अस्पताल, धार्मिकस्थल, प्रहरी, सेना, सुरक्षा निकायले एक—एक केन्द्र बिन्दु तोकेर लामखुट्टेको उत्पत्तिस्थल हटाउन खोज तथा नष्ट गर्ने टोली गठन गर्नुपर्छ।

- निर्माण स्थलहरूमा लामखुट्टेको प्रजनन नियन्त्रण गर्न निर्माण/ठेकेदार जिम्मेवार हुन्छ।
- सामुदायिक समूहहरू/सामुदायिक स्वयंसेवकहरूले डेंगुको लागि ठूलो मात्रामा खोज र नष्ट अभियानहरू र सामुदायिक सचेतना अभियानहरू संलग्न/व्यवस्थित गर्न सक्छन्।
- डेंगु रोग रोकथाम, लामखट्टे खोज र नष्ट गर्नेबारे स्वास्थ्य शिक्षाको लागि विद्यालयहरुमा जनचेतना कक्षा सञ्चालन हुनुपर्छ।
- मौसम जलवायु परिर्वतन, ग्लोबल वार्मिङ तथा आन्तरिक र बाह्य पर्यटकहरुको आवतजावतका कारण डेंगु रोग प्रकोप तथा स्थानीय बिरामीहरु पनि फेला परेका छन् जुन नगरपालिकाका लागि चुनौती बनेको छ।

आ.व.२०८१/०८२ मा सम्पादन गरिएका कार्यहरु

- सञ्चार माध्यममार्फत सामुदायिक सचेतना कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको।
- विभिन्न सरोकारवालासंग नगरपालिकाको आयोजनामा डेंगु रोग नियन्त्रण सम्बन्धी अन्तरक्रिया कार्यक्रम गरिएको।
- डेंगु रोगको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि राष्ट्रिय अभियान अन्तर्गत स्थानीय स्तरमा जनप्रतिनिधिको नेतृत्वमा शंकास्पद स्थानहरुमा लामखुट्टेको लार्भा खोजौ र नष्ट गरौं अभियान सञ्चालन गरियो।
- डेङ्गु रोगको वर्तमान अवस्था र बढ्दो संक्रमणको नियन्त्रण तथा रोकथाम गर्नका लागि स्थानीय स्तरमा तथा माथिल्लो निकायसँग समन्वय गरी व्यवस्थापन गरियो।
- सबै सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाका प्रतिनिधीहरु साथै सरोकारवालाहरुसँग रोकथाम तथा न्युनीकरणका लागि विभिन्न चरणमा छलफल तथा अन्तरक्रिया गरिएको।
- डेंगु रोगको रोकथाम र नियन्त्रण सम्बन्धी सूचना विभिन्न माध्यम (सामाजिक विकास तथा स्वास्थ्य मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय र स्वास्थ्य कार्यालयको वेभसाइट, स्थानीय एफ एम तथा टि.भि. च्यानल) बाट सामुदायिक सचेतना सम्प्रेषण कार्य भैरहेको।

- प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्रमार्फत डेङ्गु परीक्षणका लागि आवश्यक कीटहरु नगरपालिकाका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुमा उपलब्ध गराइएको छ।

२.५.४ स्क्रब टाइफस रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

यो एक प्रकारको सरुवा रोग हो जुन मुसामा लाग्ने किर्ना जस्तो देखिने कीराको टोकाइबाट मानिसमा सर्छ। चिकित्सकहरूका अनुसार यो रोग मानिसबाट मानिसमा चाहिँ स्क्रब टाइफस सर्दैन। यो रोग किर्नामा पाइने ओरेन्टिया सुसुगामुसी भन्ने जीवाणुबाट लाग्छ। मुसामा हुने किर्ना अर्थात माइट प्रायः झाडी, खेतबारी, वनजङ्गल, घर वरपरको झाडी वा घुरान हुने ठाउँमा देखिन्छ। खेतिबारीमा काम गर्दा, वनजङ्गल वा झाडीमा जाँदा वा घाँस काट्न जाँदा पूरा शरीर ढाक्ने कपडा लगाउने, सम्भव भएसम्म लामो जुत्ता लगाउने, घरबाहिर बस्दा गुन्द्री वा दरी ओछ्याएर बस्ने सम्भव भएसम्म भुइँमा नबस्ने खाटमा वा अग्लो स्थानमा सुत्ने बस्ने सकेसम्म घाँसबारी वा चउरमा नबस्ने चउर, बारी, झाडी, घाँस तथा घुरान बढ्न नदिने मुसा नियन्त्रणका लागि उपयुक्त तरिकाले अन्न भण्डार गर्नु पर्दछ। यसका लक्षणहरुमा धेरै ज्वरो आउनु १०४ डिग्री फरेन्हाइट भन्दा बढी वा सम्म, काम ज्वरो आउनु, धेरै टाउको दुख्नु, पसिना धेरै आउनु आँखा रातो हुनु, झाडापखाला लाग्नु, बिस्तारै शरीरका मुख्य अङ्गले काम गर्न छाड्नु, कीराले टोकेको ठाउँमा दाग देखिन सक्छ। हाल सम्म यस चन्द्रागिरि नगरपालिकामा स्क्रब टाईफसको कुनै पनि बिरामी देखिएको छैन ।

२.५.५ कालाजार निवारण कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

कालाजार एक किटजन्य रोग हो। Leishmania Donovani नामको परजीविको कारणबाट यो रोग लाग्न सक्छ। जुन पोथी सेन्टफ्लाईले टोक्दा हुन्छ। यो रोगको लक्षण २ हप्ताभन्दा बढी ज्वोरो आउनु, फियोका आकारमा वृद्धि हुनु, रक्तअल्पता तौलमा कमी आउनु। नेपालमा हालको अवस्थामा कालाजार र एच.आई.भि/टि.बि. एकसाथ बढ्दो दरमा वृद्धि हुँदै गएको छ। नेपाल सरकारले विश्व स्वास्थ्यसंगठनले सन २००५ मा जारी गरेको कालाजार उन्मूलन गर्ने घोषणा पत्रमा हस्ताक्षर गरी क्षेत्रीय रणनीति तयारको लागि प्रतिवद्धता व्यक्त गरेको छ। यसै गरी महामारी तथा रोग नियन्त्रण विभागले नेपालमा कालाजार उन्मुलनका लागि सन २००५मा राष्ट्रिय नीति लागु गरेको

छ। कालाजार पहिचान तथा उन्मुलनका लागि राष्ट्रिय रणनीतिक निर्देशिका समयानुसार परिमार्जन गर्दै आएको छ। कालाजार रोगको दर प्रति जिल्ला १० हजार जनसङ्ख्याबाट १ केश भन्दा कम गर्ने घटाउने लक्ष्य राखेको छ। कालाजार रोगको परीक्षण rk–३९ विधिबाट परीक्षण गरिन्छ जुन नेपाल सरकारबाट निशुल्क उपलब्ध गराउँदै आएको छ।

यसको मुख्य चुनौतीको रुपमा प्रयाप्त मात्रामा टेष्ट कीटको अभाव रहेको छ। सरकारी तथा निजी क्षेत्रमा कार्यरत स्वास्थ्य कर्मचारीहरुलाई अभिमुखीकरण कार्यक्रम गनुपर्ने तथा पर्याप्त मात्रामा टेष्ट किट उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

२.५.६ जुनोशिस नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

नेपालमा रेबिज, सर्पदंश तथा अन्य जुनोटिक रोगहरूको उच्च जोखिम रहेको पाइन्छ। विशेष गरी ग्रामीण क्षेत्रमा पशुपन्छी र मानिसबीच बाक्लो सम्पर्क रहने भएकाले पशुपन्छीमार्फत मानिसमा विभिन्न प्रकारका रोगहरू सर्न सक्ने सम्भावना बढी हुन्छ। त्यसैले सामुदायिक जनस्वास्थ्य सुनिश्चित गर्न तथ्याङ्कीय प्रतिवेदनलाई अत्यन्त महत्वपूर्ण मानिन्छ। विश्वमा देखा परिरहेका नयाँ रोगहरूमध्ये करिब ७० प्रतिशत रोग पशुपन्छीमा उत्पन्न भई मानिसमा सर्ने प्रकारका छन्। नेपालमा पनि पशुपन्छी र मानवबीच एकआपसमा सर्न सक्ने तथा वातावरणमा लामो समयसम्म जीवित रहन सक्ने रोगका कारक तत्त्वहरूको संक्रमणका कारण वर्षेनी धेरै सङ्ख्यामा पशुधन तथा मानवीय क्षति भइरहेको छ। जुनोटिक रोगहरूलाई जुनोस पनि भनिन्छ।

जुनोस शब्द ग्रीक भाषाबाट आएको हो, जसमा zoon भन्नाले जनावर र noson भन्नाले रोग भन्ने बुझिन्छ। जनावरहरूले मानिसलाई धेरै फाइदा पुर्‍याउँछन् र धेरै मानिस आफ्नो दैनिक जीवनमा जनावरसँग नजिकबाट अन्तरक्रिया गर्छन्। तर केही जनावरहरूले ब्याक्टेरिया, परजीवी र भाइरसजस्ता हानिकारक कीटाणु बोकेर मानिसमा सार्न सक्छन्, जसले विभिन्न रोगहरू निम्त्याउन सक्छ।

जुनेटिक रोगहरूको अन्वेषण, अनुसन्धान, पूर्वतयारी, रोकथाम, उपचार तथा व्यवस्थापनका लागि सबै सरकारी, गैरसरकारी, निजी संस्था, नागरिक समाज तथा राजनीतिक व्यक्तित्वहरूको सहकार्य आवश्यक हुन्छ। जोखिममा रहेका तथा प्रभावित

स्थानहरूबाट हुन सक्ने जोखिमलाई न्यूनिकरण गर्ने वातावरण सिर्जना गर्नु आम नागरिकको पनि दायित्व हो। उक्त दायित्व पूरा गर्न बहुपक्षीय सरोकारवालाहरूसँग समन्वय र सहकार्य गर्दै सूचनाको आदानप्रदान गर्नु आवश्यक हुन्छ। स्थानीय, राष्ट्रिय तथा विश्वव्यापी रूपमा मानव, पशुपन्छी र वातावरणबीचको अन्तरसम्बन्ध पहिचान गरी उपलब्ध स्रोत तथा साधनको उच्चतम र समुचित प्रयोग गर्नुपर्छ। पशुपन्छी पालन, पशु तथा पशुजन्य पदार्थको अव्यवस्थित बजारीकरण, जनसङ्ख्या वृद्धि र वातावरणीय परिवर्तन जस्ता कारणले मानव, घरपालुवा तथा जङ्गली जनावरमा नयाँ तथा पुनः देखापरेका महामारी र जुनेटिक रोगहरूको जोखिम बढ्दो छ। यस्ता जोखिमहरूको स्तर निर्धारण, निरन्तर निगरानी, समयमै पहिचान, रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि पूर्वतयारी र प्रतिकार्यसम्बन्धी कार्ययोजना अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकाको नगर अस्पतालमार्फत (प्राथमिक अस्पताल थानकोट) रेबिज बिरुद्धको खोप दिने सेवा आ व ८०/८१ बाट सुरुवात गरी निरन्तरता दिइएको छ। रेबिज रोग शङ्का लागेको जनावरसँग कोही व्यक्ति सम्पर्क भए वा टोकेमा त्यस्ता व्यक्तिहरुलाई प्राथमिक उपचार गरी थानकोट प्राथमिक अस्पतालमा २०८१ साउनबाट भ्याक्सिन उपलब्ध गराइएको छ। आ.व.२०८१।८२ मा रेबिज बिरुद्धको भ्याक्सिन ५३४ जनाले पाएका छन।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा रेबिज तथा सर्पदंश उपचार केन्द्र नभएको र नजिकै केन्द्रीय अस्पताल रहेकाले गम्भिर बिरामीलाई प्रेषण गर्ने गरिन्छ।

२.५.७ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

क्षयरोग विश्वको प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याका रुपमा रहेको छ। नेपालको कुल जनसङ्ख्याको झन्डै ४५ प्रतिशत मानिसहरु यस रोगबाट संक्रमित छन। यस मध्ये ६० प्रतिशत आर्थिक दृष्टिकोणले उत्पादनशील उमेरका मानिसहरु रहेका हुन्छन्। नेपालमा प्रतिवर्ष ७०००० नया क्षयरोगीका बिरामीहरु देखिन्छन, जसमध्ये १७,००० खकार पोजेटिभ हुन्छन्। ५००० देखि ७००० हजार सम्मका हाराहारीमा वर्षेनी यस रोगबाट मृत्यु हुने गरेको पाइन्छ। साथै विश्वमा क्षयरोग बिरामीहरुको उच्च भार भएका देशहरु मध्ये नेपाल पनि एक पर्दछ। त्यसैले यस कार्यक्रमलाई नेपाल सरकारले राष्ट्रिय प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रमका रुपमा लिएको छ। यसको प्रभावकारी उपचार र नियन्त्रणको लागि नेपालमा सन् १९९६ देखि डट्स विधिद्वारा उपचार कार्यक्रम सञ्चालन

गरिएको हो। क्षयरोग उपचारको लागि प्रयोगशाला सुविधा भएको स्थानलाई रोग निदान केन्द्र तथा सबै स्वा.चौ. हरु लाई डट्स उपचार केन्द्रका रुपमा स्थापना गरी उपचार कार्य सञ्चालन गरिदै आएको छ। नेपालका कतिपय स्थानमा समुदायमा आधारित डट्स कार्यक्रम समेत लागु गरिएको भएता पनि चन्द्रागिरि नगरपालिकामा भने समुदायमा आधारित डट्स कार्यक्रम लागु गरिएको छैन। विश्व स्वास्थ्यसंगठनले क्षयरोग मुक्त विश्व बनाउने परिकल्पना भिजन अनुसार सन् २०१६ देखि २०५० का लागि End TB Strategy सार्वजानिक गरेको छ। राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण केन्द्रले क्षयरोग अन्त्यको पञ्चबर्षिय योजना २०७८/७९-२०८२/८३ तयार गरी लागु गरेको छ। आ.व २०७९/८० मा नेपालभरमा पत्ता लागेका क्षयरोगी मध्ये ३७,४४७ DS TB र ६८१ जना DR TB रहेका छन। यसरी हेर्दा अझै पनि करिब ४६ प्रतिशत सम्भावित क्षयरोग प्रभावीत व्यक्तिहरुको रोग पत्ता लगाई उपचारको दायरामा ल्याउन र क्षयरोग अन्त्य रणनीतिको लक्ष्यमा पुग्न राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको चुनौती रहेको छ।

नेपालमा क्षयरोग उपचार सेवा डट्स पद्धति १९९६ बाट सुरु भई २००१ मा देशभरि नै लागु भयो। हाल सम्म नेपालमा जम्मा ६२४१ वटा डट्स सेन्टर छन् भने ७८५ वटा माइक्रोस्कोपी सेन्टर स्थापना भएका छन्।

त्यसै गरी चन्द्रागिरि नगरपालिकामा १५ डट्स र ५ वटा म्ःऋ्ह बाट क्षयरोगको पहिचान, निदान तथा उपचार सेवाहरु प्रदान भइ राखेको छ। जस अनुसार क्षयरोगको केश नोटिफिकेशन दर बढाउने उद्देश्य अनुरुप चन्द्रागिरि नगरपालिकामा पनि खकार ढुवानी, सम्पर्क परीक्षण कुपोषित बच्चाहरुमा क्षयरोग खोजपड्ताल, जोखिमयुक्त समूहमा क्षयरोग खोजपड्ताल जस्ता कार्यक्रमहरु सञ्चालनमा सहयोग तथा सहजीकरण गर्दै आएको छ। क्षयरोग पत्ता लाग्ने दर आ.व.२०८१/८२ मा १४९/१,००,००० जनसङ्ख्या रहेको छ।

क्षयरोगमुक्त नेपाल घोषणा अभियान कार्यक्रम

आ.व. २०७५/७६ मा सम्पन्न क्षयरोग प्रिभ्यालेन्स सर्वेक्षणको नतिजा अनुसार वार्षिक अनुमानित क्षयरोगी सङ्ख्या र रोग पत्ता लागि उपचारमा आउने गरेको सङ्ख्यालाई हेर्दा करिव ६० प्रतिशत सम्भावित क्षयरोग प्रभावीत व्यक्तिहरूको रोग पत्ता लगाई

उपचारको दायरामा ल्याउनु राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको चुनौती रहेको छ। यस अवस्थालाई मनन गरी नेपाल सरकारले नवीनतम क्रियाकलापहरू समावेश गरी राष्ट्रिय रणनीतिक योजना २०७८/७९-२०८२/८३ तयार गरी कार्यान्वयनमा आएको छ। यिनै नवीनतम क्रियाकलाप मध्ये क्षयरोगमुक्त नेपाल अभियान पनि एक हो र यस मार्फत् स्थानीयत हलाई जवाफदेही बनाउदै उल्लेखित चुनौतीलाई सामना गर्न सहयोगी सिद्ध हुन गई नेपाल सरकारले आत्मासात गरेको सन् २०५० भित्रमा क्षयरोगलाई प्रति दशलाख जनसङ्ख्यामा एक जना भन्दा कममा ल्याउने नेपाल सरकारको सोच रहेको छ।

स्थानीय तहमा गहन रूपमा क्षयरोग पहिचान, निदान, रोकथाम, उपचार, हेरचाह तथा सहयोग सम्बन्धी क्रियाकलापहरू सञ्चालन गर्न वाञ्छनीय भएकोले जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी क्षयरोग मुक्त नेपाल घोषणा अभियान सञ्चालन निर्देशिका, २०७८ निर्देशिका तयार गरिएको छ। राष्ट्रिय रणनीतिक योजनालाई प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गर्नको लागि नवीनतम कार्यको रुपमा "क्षयरोग मुक्त नेपाल घोषणा अभियान" को सुरुवात गरिएको एक नवीनतम कार्यनीति हो। आ. व. २०७८/७९ मा २५ वटा स्थानीय तहहरु बाट क्षयरोग मुक्त नेपाल अभियान सुरुवात भयो। आ.व. २०८०/८१ मा १०० वटा स्थानीय तहहरुमा विस्तार भयो र आ. व. २०८१/८२ मा थप २५ वटा स्थानीय तहहरुमा विस्तार भइरहेको छ। यस अन्तर्गत चन्द्रागिरि नगरपालिकामा पनि क्षयरोगमुक्त नेपाल घोषणा अभियान २०८१/८२ देखि लागु भएको छ।

उद्देश्य

क्षयरोग अन्त्यका लागि स्थानीय तहलाई परिचालन गरी वडा तहमा क्षयरोग कार्यक्रमसँग सम्बन्धित समस्या पहिचान एवं समाधानका लागि सबै तह र निकायको जिम्मेवारीसहित कार्य योजना तर्जुमा गर्न

विशिष्ट उद्देश्य

- स्थानीय तहमा क्षयरोगको सेवाको स्थितिबारे जानकारी हासिल गर्नु विश्लेषण गर्नु र कार्ययोजना तयार गर्नु

- क्षयरोग सेवाको आवश्यकता भएका तर सेवाको पहुँच र उपभोग कम वा सुन्न भएका क्षेत्र र समूहहरूको पहिचान गरी क्षयरोगबारे जनचेतनाका साथ र सेवाको अभिवृद्धि गर्नको लागि आवश्यक कार्ययोजना तयार गर्नु।
- क्षयरोग मुक्त स्थानीय तह घोषणा गर्नको लागि वडा स्तरमा स्थानीय तहका पदाधिकारी, स्वास्थ्यकर्मी, स्वयसवेक, सामाजिक संघ सस्था एवं गैरसरकारी संघं सथाहरूलाई जिम्मेवार बनाउँदै कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु।

आ.व.२०८१/८२ मा गरिएका विभिन्न क्रियाकलापहरु :

- क्षयरोगमुक्त अभियान अन्तर्गत नगरपालिका र वडा स्तरीय समिति गठन तथा प्रत्येक वडामा सुक्ष्म योजना तर्जुमा गरियो। जसले गर्दा आगामी दिनमा क्षयरोग सम्बन्धी कार्यक्रम गर्न, समुदायस्तरमा सहयोग र समन्वय गर्न, क्षयरोग खोजपडताल गर्न सहज हुने देखिएको छ।
- त्यसै गरी क्षयरोगको सक्रिय तथा निष्क्रिय खोजपडतालको लागि प्रत्येक वडामा १/१ जना क्षयरोग स्वयंसेवक छनोट गरी अभिमुखीकरण कार्यक्रम पश्चात समुदायस्तरमा घरदैलो तथा खकार ढुवानी कार्यमा परिचालन गरियो।
- समुदायस्तरमा AI-Xray र खकार माइक्रोस्कोपी प्रविधिमार्फत सक्रिय क्षयरोग खोजपडताल कार्यक्रम गरी गत आ.व. को तुलनामा लुकेर बसेका क्षयरोगका बिरामी पत्ता लगाउने काम गरियो।
- क्षयरोगमुक्त नेपाल घोषणाअन्तर्गत चन्द्रागिरि नगरपालिका अन्तर्गतका म.स्वा.स्व.से र स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई क्षयरोग सम्बन्धी तालिम प्रदान गरी समुदायस्तरमा क्षयरोग सम्बन्धी स्वास्थ्य शिक्षा प्रदानगरी जनचेतना जगाउने काम गर्दै आएको छ।
- क्षयरोग कार्यक्रमको अर्धवार्षिक, वार्षिक समीक्षा तथा कार्यक्रमको कोहर्ट विश्लेषण गरियो।

सबल पक्ष

- ❖ Active Case Finding कार्यक्रममार्फत क्षयरोगको पत्ता लाग्ने दर बढनु।
- ❖ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको लागि नवीनतम कार्यको रुपमा यस नगरपालिकामा क्षयरोगमुक्त अभियान कार्यक्रम लागु भई क्षयरोग पत्ता लगाउने दरमा वृद्धि भएको।
- ❖ यस नगरपालिकामा क्षयरोग निदानको लागि ४ वटा संस्था र उपचारको लागि १७ वटा संस्था (DOTS) स्थापना भइ सेवा प्रवाह भइरहको छ।

चुनौतीहरु

- ❖ क्षयरोग निदान, उपचार र रोकथाम कार्यक्रमको लागि संघ तथा स्थानीय तहबाट पर्याप्त बजेट बिनियोजन नहुनु ।
- ❖ अन्धविस्वास र क्षयरोग सम्बन्धित गलत धारणाहरु कम गर्न समुदाय स्तरमा जनचेतना कमी हुनु।
- ❖ लुकेर बसेका क्षयरोका बिरामीहरुलाई निदान गरी उपचारको दायरामा ल्याउनु।
- ❖ औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग बिरामीको सङ्ख्यामा वृद्धि हुनु।
- ❖ पर्याप्त मात्रामा क्षयरोग निदान केन्द्र (Microscopic and Gene Xpert) को सङ्ख्यामा कमी हुनु।
- ❖ स्थानीय तहमा क्षयरोगको लागि कम बजेट विनियोजन हुनु।
- ❖ निजी अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई नेपाल सरकारको रिपोर्टिङ्ग सिस्टममा पुर्ण रुपमा ल्याउन नसक्नु।
- ❖ निजी तथा सरकारी अस्पतालहरुमा कार्यरत सबै चिकित्सकहरुलाई नेपाल सरकारले जारी गरेको क्षयरोगको उपचार प्रोटोकलको बारेमा तालिमको अभाव हुनु।

२.५.८ कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

कुष्ठरोग परापूर्वकाल देखि नै जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा रहेको छ। कुष्ठरोग प्राचीनकाल देखि नै मानव समाजमा परिचित हुँदै आएता पनि सन १८७३ (वि.स.१९३०) मा नर्वेका बैज्ञानिक डा. गेरहाड हेनरक आर्मर ह्यान्सन (Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen) ले यस रोगको किटाणु पत्ता लगाएका थिए। त्यसैले यस

रोगलाई ह्यान्सस डिजिज (Hansens Disease) पनि भनिन्छ। विश्वमा शारीरिक अपाङ्गाता बनाउने रोगहरुमध्ये यो पहिलो स्थानमा पर्दछ। यस रोगको विरुद्ध प्रभावशाली औषधीको प्रयोग भैइरहेता पनि बिरामीहरुले रोग लुकाउने र समयमै उपचारका लागि सम्पर्कमा नआउने कारणले गर्दा यो रोग एउटा सामाजिक रोगको रुपमा चुनौतीका साथ विद्यमान रहेको छ। नेपालमा वि.स. २०६६ माघ १० गते कुष्ठरोग निवारण भएको घोषणा गरिएको थियो। यो रोग निवारणको स्थितिलाई निरन्तता दिनका लागि सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट निःशुल्क रुपमा एम.डि.टी. उपचार सेवाका साथसाथै चेतनामूलक कार्यक्रम समेत सञ्चालन गर्दै आएको छ। बिरामी जहाँ निदान भएता पनि जुन जिल्लाको बिरामी हो सोही जिल्लाबाट अभिलेख तथा प्रतिवेदन गर्ने व्यवस्था अनुसार बिरामीको विवरण सोही जिल्लामा पठाउने गरिन्छ जसले गर्दा जिल्लामा कुष्ठरोगको प्रिभ्यालेन्स दर कति छ भन्ने यकिन गर्न सजिलो हुन्छ।

रणनीति

विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् २०१६—२०२० सम्म मुख्य गरी निम्न उद्देश्यहरु समेटेको र नेपाल सरकारले पनि सोही अनुसार योजना तयार गरी निर्णयको प्रक्रियामा रहेको छ।

उद्देश्यहरु

- सन् २०२० भित्र सबै जिल्लाहरुमा कुष्ठरोग निवारण गर्ने ।
- सुरुको अवस्थामा नै कुष्ठरोगको बिरामीहरुको पहिचान गरी रोग सार्ने प्रक्रिया र अपाङ्गता हुन बाट बचाउने ।
- एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालीमार्फत कुष्ठरोगको गुणस्तरीय सेवा उपलब्ध गराउने।
- निगरानी सुचकाङ्कहरु (surveillance indicators) को लक्ष्य हासिल गर्ने ।
- यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य कुष्ठरोगीको सङ्ख्यालाई प्रति १०००० मा १ भन्दा कममा झार्ने र कुष्ठरोगका कारणले बिरामीलाई शारीरिक अङ्गभङ्ग हुनबाट बचाउनु हो।

कुष्ठरोगका कार्य क्षेत्रहरुः

- ❖ कुष्ठरोगको सर्ने प्रकृया र यसका जटिलताहरु रोक्ने।
- ❖ कुष्ठरोग विरुद्धको भेदभाव रोक्ने र समावेशी प्रवर्द्धन गर्ने।
- ❖ केस नोटिफिकेसन (गुणस्तर परीक्षण) गरिएको।
- ❖ विद्यमान कमी कमजोरीहरुलाई सुदृढीकरण गर्ने, सरकारको स्वामित्व, समन्वय, समझदारी र क्षमता वृद्धि गर्ने ।

२.५.९ एच.आई.भी./एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमी

जनस्वास्थ्यको चुनौतीको रुपमा रहेको एच.आई.भी./एड्स महामारीलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने परिकल्पना साकार गर्न राष्ट्रिय एच.आई.भी.रणनीतिक योजना २०२१—२०२६ तयार गरिएको छ।

जस अन्तर्गत २०२६ को अन्त्य सम्ममा ९५—९५—९५ को उपचारको लक्ष्यलाई द्रुतगतिमा हासिल गर्नु रहेको छ। ९५—९५—९५को अर्थ अनुमानित एच.आई.भी.संक्रमित मध्ये ९५ प्रतिशतलाई आफ्नो एच.आई.भी.को अवस्था थाहा भएको हुनेछ, एच.आई.भी.को अवस्था थाहा भएका मध्ये ९५ प्रतिशत उपचारमा हुनेछन् भने उपचारमा रहेका मध्ये ९५ प्रतिशतको शरीरमा भाईरल भार नगन्य मात्रामा हुनेछ भन्ने हो। त्यसैगरी आमाबाट बच्चामा सर्ने संक्रमणको निवारण गर्ने र नयाँ एच.आई.भी.को संक्रमणलाई ९० प्रतिशतले कमी ल्याउने लक्ष्य रहेको छ। यी रणनीति अन्तर्गत मुख्य समूहको पहिचान तथा रोकथामका क्रियाकलापहरु तथा एच.आई.भी.संक्रमितहरुका लागि उपचार हेरचाह र सहयोगका क्रियाकलापहरु विभिन्न सरकारी तथा गैरसरकारी संघ संस्थाहरुबाट सञ्चालन भइरहेका छन्।

ध्येय

एच.आइ.भि. एड्स रोकथाम, उपचार, हेरचाह र सहयोगमा सर्वव्यापी पहुँच पुऱ्याउने।

मुख्य उद्देश्य

- ❖ मुख्य समूहहरुमा ९० प्रतिशत केशको पहिचान सिफारीस तथा परीक्षण गर्ने।
- ❖ एच.आइ.भि. एड्स भएको निदान भएका ९० प्रतिशत व्यक्तिहरुको उपचार गर्ने।
- ❖ एच.आइ.भि. एड्स निदान भएका मध्ये ९० प्रतिशत व्यक्तिहरुलाई एन्टीरेट्रो भाईरल थेरापी निरन्तर उपचारमा राख्ने।

- ❖ आमाबाट बच्चामा हुने संक्रमणको निवारण गर्ने र आमाहरुलाई जीवित तथा स्वस्थ राख्ने।
- ❖ जन्मजात सिफलीस उन्मुलन गर्ने।
- ❖ नयाँ एच.आइ.भि. एड्स संक्रमणमा ७५ प्रतिशतले कमी ल्याउने।

लक्ष्य

- ❖ सन् २०१० देखि २०२० सम्ममा नया एच.आइ.भि. एड्स संक्रमण ७५ प्रतिशतले घटाउने (सन् २०३० सम्ममा ९० प्रतिशतले घटाउने)।
- ❖ सन् २०२० सम्ममा ९०—९०—९० को लक्ष्य प्राप्त गर्ने (सन् २०३० सम्ममा ९५—९५—९५ को लक्ष्य प्राप्त गर्ने)।
- ❖ सन् २०२० सम्ममा शून्य भेदभावको लक्ष्य पूरा गर्ने।
- ❖ सन् २०२० सम्ममा संक्रमित महिलाहरुबाट जन्मिएका नवजात शिशुहरुमा हुने एच.आइ.भि.को संक्रमणलाई Eliminate गर्ने।

रणनीति

- ❖ जनस्वास्थ्यको चुनौतीको रुपमा रहेको एच.आइ.भि. epidemic लाई सन् २०३० सम्ममा अन्त्य गर्नका लागि द्रुत गति प्रदान गर्ने।
- ❖ पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण र उपचारमा कायम विधिबाट रोकथाम तथा उपचारको निरन्तरता (continuum) गर्ने।
- ❖ सार्वजनिक निजि साझेदारी तथा कामको बाँडफाँड गर्ने।
- ❖ एच.आइ.भि. कार्यक्रममा राष्ट्रिय लगानीलाई पनि प्राथमिकताका साथ अगाडि बढाउदै दिगोपना कायम राख्ने।
- ❖ एच.आइ.भि. संक्रमणको नया स्रोतहरुको पहिचानका लागि प्राथमिकता दिने।
- ❖ तथ्यमा आधारीत योजना र कार्यक्रमको निर्धारण गर्ने।

आ.व.२०८१/८२ मा एच.आई.भी. एड्स तथा यौन रोग सम्बन्धी सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- ❖ एच.आई.भी./एड्स यौन रोग सम्बन्धी जनचेतनामुलक कक्षा विद्यालयमा तथा आमा समूहमा सञ्चालन गरिएको।

- एच.आई.भी.परीक्षण तथा परामर्श सेवाअन्तर्गत स्वास्थ्य संस्थाहरूमा गर्भवती महिलाहरूलाई एच.आई.भी. परामर्श दिइएको संख्या १,११२ रहेको छ। यस मध्ये १,०७७ जनाको एच.आई.भी. परीक्षण गरिएको थियो। परीक्षण गरिएका कुनै गर्भवती महिलामा एच.आई.भी. संक्रमण पाइएको भने छैन।
- यस नगरपालिकामा प्रयोगशाला भएका सबै स्वास्थ्य संस्थाहरु PMTCT Screening Sites को रुपमा मात्र रहेका छन् भने अहिलेसम्म पनि ART साइट स्थापना हुन सकेको छैन।

२.५.१० नसर्ने रोग, सडक सुरक्षा तथा मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

नसर्ने रोग

एक व्यक्तिबाट अर्को व्यक्तिमा नसर्ने दीर्घ रोग, सुक्ष्म जीबाणु माध्यमबाट नहुने रोग लाई साधारणतया नसर्ने रोग (Non-communicable diseases- NCDs) भन्ने गरिन्छ । नसर्ने रोगहरूले लामो अवधि र साधारणतया सुस्त गतिमा प्रभाव पार्ने गर्दछ। यसलाई मुटु तथा रक्तनलीको रोग, मधुमेह, दिर्घ श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोग र क्यान्सर (स्तन र पाठेघरको मुख) प्रमुख ४ नसर्ने रोगहरूको रुपमा बिभाजन गरिएको छ। धेरै व्यक्तिहरुको अल्प आयुमै मृत्यु हुने तथा स्वास्थ्य क्षेत्रमा धेरै धनराशीको खर्च गराउने यी रोगहरु विश्वमा अहिले प्रमुख महामारीको रुपमा देखा परिरहेको छ। विश्वव्यापिकरण, सहरीकरण, उमेर बृद्वि (Ageing) जनसङ्ख्या वृद्धि, तथा जीवनशैलीमा आएको परिवर्तन तथा बातावरणीय प्रदुषण लगायतका आदि कारणले गर्दा मानिसको जीवन र स्वास्थ्यमा जोखिम बढ्दै गैरहेको छ। यी कारणले गर्दा नसर्ने रोगहरु विश्वमा मानिसहरुको मृत्युको प्रमुख कारणको रुपमा देखा परिरहेको छ। नसर्ने रोगको भार रोगको रुपमा मात्र नरही सामाजिक, आर्थिक, वातावरणमा र समग्र देश विकासमा नै समेत नकारात्मक असर पारिरहेको हुन्छ। नसर्ने रोग लागि सकेपछि जीवनपर्यन्त उपचार गर्नुपर्ने, बढ्दो धान्नै नसक्ने स्वास्थ्य उपचारको खर्च र व्यक्तिको उत्पादनशिलतामा आउने ह्रास आदि कारणले गर्दा व्यक्ति, परिवार तथा समाजले आम्दानीको ठूलो हिस्सा यसमा खर्च गर्नुपरेको छ। बिरामी, अपाङ्गता वा अल्पआयुमै हुने मृत्युको कारणले खेर गएका वर्षहरू (Disability Adjusted Life Year- DALY) मा सबैभन्दा ठूलो अनुपात (५१५) नसर्ने रोगहरूलीको कारणले गर्दा योगदान हुने गर्दछ

(NCDI Report)। नसर्ने रोगहरुको उपचारको खर्चको कारणले वर्षेनी हाम्रो जस्तो देशमा थुप्रै घरपरिवार गरीबीको रेखामुनी धकेलिएका छन्।

विश्वमा नसर्ने रोगको प्रकोप बढीरहेको छ। यसको कारण वर्षेनी करिब ४ करोड १० लाख मानिसको मृत्यु हुने गर्दछ। नेपालमा पनि यसको प्रकोप तिव्रगतिमा वृद्धि भइरहेको छ। नेपाल लगायत दक्षिणपूर्वी एसियाका देशहरूमा प्रमुख नसर्ने रोग, विषेश गरी ३० देखि ७० वर्ष उमेर समूहका मानिसहरूमा, अल्पायुमै मृत्युको (२२ प्रतिशत) प्रमुख कारणको रुपमा देखिएको छ। नेपालमा WHO को सन् २०१८ को country profile अनुसार भएको कुल मृत्यु मध्ये ६६ प्रतिशत मृत्युको कारण नसर्ने रोगबाट भएको थियो।ती मृत्यु मध्ये सबैभन्दा बढी १ करोड ७९ लाख मुटुरोगसँग, ९० लाख क्यानसरसँग, ३९ लाख श्वासप्रश्वाससँग र १६ लाख मधुमेह सम्बन्धित भएको थियो।

नेपालको संविधान २०७२ ले स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकको मौलिक हकका रुपमा परिभाषित गरेको छ। आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता सँगै निर्माण हुने स्वस्थ नागरिकहरु राष्ट्रका सम्पत्ति भएकाले स्वास्थ्य सेवाको पहँच र गुणस्तर वृद्धि गर्न त्यत्तिकै आवश्यक रहेको छ। नेपाल मुख्यतया तीन फरक फरक प्रकृतिका स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्यासँग जुधिरहेको छ : सर्ने रोग, नसर्ने रोग र प्राकृतिक विपत् हुने जोखिम, सडक दुर्घटना, हिंसा र चोटपटकका कारणबाट हुने स्वास्थ्य समस्या। नसर्ने रोगको भारका साथै प्राकृतिक विपद्, जलवायु परिवर्तनको नकारात्मक असर, दुर्घटना, हिंसा र चोटपटक जस्ता कारणले देखिने स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याहरूको यथोचित सम्बोधन गर्नका लागि वर्तमान स्वास्थ्य प्रणालीलाई समायानुकल सुधार गर्दै चुस्त र व्यवस्थित बनाउन जरुरी रहेको कुरा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले समेत औंल्याएको छ। विश्वमा नसर्ने रोगको प्रकोप बढीरहेको अवस्थामा नेपालमा पनि यसको प्रकोप तिव्र गतिमा वृद्धि भइरहेको छ। यसै सन्दभमा नेपाल सरकारले नसर्ने रोग सम्बन्धी बहूक्षेत्रीय कार्य योजना २०१४ देखि २०२० लाई तयार गरी कार्यान्वयनमा ल्याइसकेको छ। यस योजनाको लक्ष्य नसर्ने रोगको उपचार, प्रकोप नियन्त्रण, रोकथाम, हुन सक्ने शारीरिक अशक्तता तथा अकालमा हुने मृत्यु कम गर्नु रहेको छ। नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले नसर्ने रोगको उपचार सशक्त रुपमा अघि बढाउन विश्व स्वास्थ्यसंगठनको Package of Essential Non-communicable Disease (PEN) intervention अवधारणाको PEN प्रोटोकल अन्तर्गत १, २, ३ र ४ लाई सन्

२०१६ मा अनुकुलन गरेको राष्ट्रिय प्रोटोकल तयार गरी सन् २०१७ मा कैलाली र ईलामबाट पाइलटिङ गरी सन् २०१८ सम्म ३० जिल्लामा पुऱ्याउने लक्ष्य लिएकोमा यस अबधिसम्म १६ जिल्लामा तालिम भै कार्यक्रम सुरु भएको छ। यस बिचमा सन् २०१८ मा राष्ट्रिय PEN Protocol समिक्षा गरी परिर्माजन गरिएको छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकाले पनि राष्ट्रिय योजना, लक्ष्य र निर्देशिका बमोजिम नसर्ने रोगबारे विभिन्न कार्यक्रमहरु गर्दे आएको छ। हरेक स्वास्थ्य संस्थाबाट स्वास्थ्यकर्मीहरुले प्रमुख चार नसर्ने रोगहरुको बारेमा स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श, स्क्रिनिङ्ग/जाँच, निदान तथा प्रारम्भिक व्यवस्थापन गर्दै आइरहेका छन्।

बहुक्षेत्रीय कार्ययोजना २०२१—२०२५ का लागि रणनीतिक अवधारणा

दूरदृष्टि (Vision) : नसर्ने रोग मुक्त स्वस्थ तथा उत्पादनशील नागरिक।

ध्येय (Mission) : नसर्ने रोगको रोकथाम र नियन्त्रणमार्फत नसर्ने रोगका कारण हुने कष्ट र अल्पायुको मृत्युलाई कम गर्दै नेपालीको जीवनस्तर उकास्ने।

लक्ष्य (Goal) : "सबै नीतिमा स्वास्थ्य" को नीति अंगिकार गरी नसर्ने रोगको भार कम गर्ने।

उद्देश्य (Objectives)

१) नसर्ने रोगहरूको जोखिम कारकहरू कम गर्ने र विभिन्न क्षेत्रमा अन्तनिहित रहेका सामाजिक बाधाहरूको सम्बोधन गर्नु।

२) नसर्ने रोगहरूको प्रभावकारी रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि नागरिक मैत्री स्वास्थ्य प्रणालीलाई सुदृढ गर्नु।

३) त्यसमा आधारित नीति तथा कार्यक्रहरूको लागि निगरानी, अनुगमन र मूल्याङ्कन प्रणाली स्थापना गर्नु।

परिलक्ष्य (Target)

मुटु रोग, क्यान्सर, मधुमेह शिघ्र स्वासप्रश्वास सम्बन्धी दीर्घ रोगबाट हुने समग्र अल्पायु मृत्युदरमा सन् २०२५ सम्ममा २५% र सन् २०३० सम्ममा ३३% कमी ल्याउने।

रणनीनितक कार्यहरू

- ❖ नसर्ने रोगहरूको रोकथाम र नियन्त्रण सम्बन्धी बहुक्षेत्रीय कार्य योजना २०२१—२०२५ मा मुख्य चार ओटा रणनीतिक कायक्षेत्रहरू पहिचान गरिएको।
- ❖ नेतृत्व, पैरवी तथा साझेदारी

- ❖ स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा जोखिम न्यूनीकरण
- ❖ नसर्ने रोगहरू र तिनका जोखिम तत्त्वहरूको शीघ्र पहिचान र व्यवस्थापनका लागि स्वाथ्य प्रणालीको सुदृढीकरण
- ❖ निगरानी, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन र अनुसन्धान

आ.व.२०८१।८२ मा संचालित भएका नसर्ने रोग सम्बन्धी क्रियाकलापहरु

- ❖ नेपाल सरकारको घोषणा अनुसार फागुन महिनामा नगरपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट एकै दिन नसर्ने रोग सम्बन्धी स्क्रिनिङ्ग अभियान सञ्चालन गरेको, जसमा उच्च रक्तचाप भएका ५०३ जना, मधुमेह भएका ३७० जना, मृगौला सम्बन्धी समस्या भयका १०६ जना तथा मोटोपना भएका १०१५ जना बिरामी पत्ता लागेका थिए।
- ❖ नसर्ने रोग सम्बन्धी मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम आ.व. २०८१/८२ बाट २ स्वास्थ्य संस्थामा (तीनथाना स्वास्थ्य चौकी र सतुंगल स्वास्थ्य चौकी) लागु गरियो।
- ❖ यस नगरपालिकाका ६० वर्ष माथिका जेष्ठ नागरिकलाई "जेष्ठ नागरिक औषधी अनुदान कार्यविधि" अनुरुप मधुमेह र उच्चरक्तचापका बिरामीहरुका लागि औषधी उपचार खर्च बापत प्रति रोग प्रति महिना रु. ४०० का रकम उपलब्ध गराइएको छ जस अन्तर्गत आ.व २०८१/८२ मा जम्मा रु २,०१,१०,४००/- औषधी अनुदान खर्च उपलब्ध गराइएको छ।
- ❖ नगरपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट आ व. २०८१। ८२ मा उच्च रक्तचापका ९४०१ जना, मधुमेहका ७७६० जना, क्यान्सरका ६७ जना, दीर्घ श्वासप्रश्वासका ४२७२ जना बिरामीले दर्ता भई सेवा लिएका छन्।
- ❖ त्यसैगरी यस चन्द्रागिरि नगरपालिकामा ८ कडा रोगको औषधी अनुदान (रु ५०००) सिफारिस लिनेको सङ्ख्या बढ्दै गएको देखिन्छ। आ व २०८१।८२ मा उक्त सङ्ख्या २१६ पुगेको छ।
- ❖ नगरपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट नसर्ने रोगहरुको स्क्रिनिङ सेवा सुरुवात तथा बिस्तार गरी आवश्यक पर्ने औषधी उपकरण तथा अन्य सामग्रीहरु उपलव्ध गरिएको।

❖ नगरपालिकाको आयोजना तथा स्वास्थ्य कार्यालय, काठमाडौंको समन्वयमा सरोकारवालाहरुलाई नसर्ने रोग सम्बन्धी अभिमुखीकरण कार्यक्रम सञ्चालन गरियको।

❖ विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुमा नसर्ने रोगको पहिचान गरी उपचार प्रणालीमा ल्याउन स्वास्थ्य शिविर सञ्चालन गरिएको।

सडक सुरक्षा

सडक सुरक्षा कार्यक्रमको बारेमा विश्वव्यापी रूपमा, सडक दुर्घटनाहरूले अनुमानित १ करोड १९ लाख मानिसहरूको ज्यान लिन्छन् र हरेक वर्ष अनगिन्ती गम्भीर चोटपटक र अशक्तता निम्त्याउँछन्। सडक दुर्घटना ५—२९ वर्ष उमेरका बालबालिका र युवा वयस्कहरूका लागि मृत्युको प्रमुख कारण हो, र एचआईभी/एड्स, क्षयरोग र मलेरियालाई उछिन्दै सबै उमेरका मानिसहरूका लागि मृत्युको १२ औं प्रमुख कारण बनेको छ। सडक यातायात दुर्घटना र चोटपटकले समाजमा उच्च लागत लगाउँछ, विशेष गरी गरिब र काम गर्ने उमेरका जनसङ्ख्यामा जीवन हानि र मानव स्वास्थ्यमा हुने क्षति बाहेक, तिनीहरूले गुमाएको उत्पादकता, सम्पत्ति क्षति, कानुनी र न्यायिक लागत, पकेट खर्च, र सार्वजनिक स्वास्थ्य खर्चमा परिणाम दिन्छ। सडक दुर्घटनाका कारण कम र मध्यम आय भएका अर्थतन्त्रमा हरेक वर्ष जी.डी.पी.को २—६ प्रतिशत बराबर खर्च हुने गरेको छ। तत्काल कार्य नगरी, कम र मध्यम आय भएका देशहरूमा गतिशीलताको माग बढ्दै जाँदा सडक यातायात दुर्घटनाहरू बढ्दै जानेछन्। (१ वार्षिक रिपोर्ट २०२४, ग्लोबल रोड सेफ्टी फ्यासिलिटी, विश्व बैंक)

वि. सं. २०७७ (सेप्टेम्बर २०२०) मा, संयुक्त राष्ट्र महासभाले सडक सुरक्षाको लागि कार्यको दोस्रो दशक (२०७७/७८—२०८७/८८ वा २०२१—२०३०) भनि अगिंकार/लागु गर्यो। यो संकल्प २०३० द्वारा कम्तीमा ५०% सडक यातायात मृत्यु र चोटहरु लाई कम गर्नको लागि कार्तिक २०७८ (अक्टोबर २०२१) मा विश्व स्वास्थ्यसंगठनले संयुक्त राष्ट्र क्षेत्रीय आयोगहरू र संयुक्त राष्ट्र सडक सुरक्षा सहकार्यमा साझेदारहरूको सहकार्यमा कार्यको दशकका लागि ग्लोबल प्लान सुरु गर्यो। यो योजना सडक सुरक्षामा व्यापक दृष्टिकोणको वकालत गर्दै स्टकहोम घोषणासँग मेल खान्छ। सडक व्यवस्थापनको प्रमुख तत्त्वहरूमा सडक र सवारीको डिजाइनमा सुधार, कडा कानून प्रवर्द्धन, र उन्नत आपतकालीन प्रतिक्रिया सेवाहरू समावेश छन्। थप रूपमा,

यस योजनाले सवारी सम्बन्धित स्वास्थ्य र वातावरणीय फाइदाहरूका लागि हिंड्ने, साइकल चलाउने र सार्वजनिक यातायात सेवालाई बढावा दिन्छ।

सडक सुरक्षा कार्य योजनाका पाँच स्तम्भहरु

१.सडक सुरक्षा व्यवस्थापन

२.सुरक्षित सडक र गतिशीलता

३.सुरक्षित सवारी साधन

४.सुरक्षित सडक प्रयोगकर्ताहरु

५.दुर्घटना पछिको (Post Crash) प्रतिक्रिया

नेपालमा सामान ढुवानी र मानिसहरूको यातायातका लागि सडक यात्रा प्राथमिक माध्यम बनेको छ। जनसङ्ख्या वृद्धि, सहरीकरण, सवारी साधनको तीव्र वृद्धि र सडक सञ्जाल विस्तारले यातायात र गतिशीलतालाई उल्लेखनीय रूपमा प्रभाव पारेको हुन्छ। साथै, यी घटनाक्रमहरूले सडक सुरक्षामा चुनौतीहरू ल्याउँछन्, जसमा सवारी साधन र सडक सञ्जालको बढ्दो सङ्ख्या, सीमित जनचेतना, बारम्बार दुर्घटनाहरू, र सडक सुरक्षा उपायहरूको अपर्याप्त कार्यान्वयन समावेश छ।

ग्लोबल बर्डन अफ डिजिज (BOD) को अनुमान अनुसार नेपालमा हुने सबै मृत्युको ४.११% सडक ट्राफिक चोटपटकका कारण हुने गरेको छ, जसले सन् १९९० मा हुने २६.९९% चोटसम्बन्धी मृत्युको प्रतिनिधित्व गर्दछ, जुन सन् २०१७ मा बढेर ४०.०२% पुगेको छ। नेपालमा सडक दुर्घटनाको एक दशक लामो विश्लेषणले दिउँसो १२ बजे देखि साँझ ६ बजेको बिचमा उच्च हताहत दरको साथ घटनाहरूमा लगातार वृद्धि भएको देखाएको छ।

यस सन्दर्भमा, नेपाल सडक सुरक्षा परिषद्, भौतिक पूर्वाधार तथा यातायात मन्त्रालय (एम ओ पी आई टी) र नेपाल पुलिसको नेतृत्वमा सडक सुरक्षामा विभिन्न गतिविधिहरु सक्रिय रूपमा सञ्चालनमा रहेका छन्। नेपाल सडक सुरक्षा कार्य योजना २०७७/७८—२०८७/८८ (२०२१—२०३०) मा उल्लिखित बहु—क्षेत्रीय रणनीतिहरू मध्ये प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र—सम्बन्धित रणनीति सडक दुर्घटना पीडितहरूलाई समयमै आपतकालीन हेरचाह प्रदान गर्नमा केन्द्रित छ। यसमा सङ्घीय, प्रादेशिक र स्थानीय सरकार स्तरमा विस्तृत आघात हेरचाह प्रणाली स्थापना गरी दुर्घटनाको द्रुत प्रतिक्रिया सुनिश्चित गर्न, पूर्व—अस्पताल, अस्पताल र अस्पतालपछिको

हेरचाहलाई आवश्यक औपचारिकताहरूसहित समावेश गरिएको छ। सडक सुरक्षा कार्यका पाँच स्तम्भहरूसँग मिल्दोजुल्दो खालका (MOHP)का प्रयासहरू सडक सुरक्षा परिणामहरू बढाउन विभिन्न केन्द्र र डिभिजनहरूमा व्यवस्थित रूपमा संस्थागत छन्। चन्द्रागिरि नगरपालिका, काठमाडौं उपत्यका प्रवेश गर्न सडकमार्गको पश्चिमी मुख्य प्रवेश नाका हो। पृथ्वी राजमार्गको सुरुवात हुने यस नाकामा दैनिक हजारौ सङ्ख्यामा लामो दुरीका यातायातका साधन देखि मालबाहक साधनहरु तथा व्यक्तिगत र प्राइभेट सवारी चार पाङ्ग्रे देखि दुई पाङ्ग्रे साधनहरुको आवतजावत हुने गर्दछ। सडक सुरक्षाको लागि मुख्यतया चोकहरुमा र सघन बस्तीहरुको राजमार्गमा ट्राफिक व्यवस्थापन गरिएको छ। ठाउँठाउँमा सडक सुरक्षाको सन्देशमूलक होर्डिङ् बोर्ड तथा सूचना टाँस गरिएको छ। सडकमा स्पीड कन्ट्रोलका लागि ब्रेकरहरुको व्यवस्था तथा रात्री सुरक्षाका लागि मुख्य स्थानहरुमा सिसिटिभि जडान गरिएको छ। तथापि यस आ.व. मा यस नगरपालिकामा जम्मा ६७७ सङ्ख्यामा सडक दुर्घटना दर्ता भएका छन्।

मानसिक स्वास्थ्य

नेपालको संविधानले स्वास्थ्य सम्बन्धी हक अन्तर्गत प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने र स्वास्थ्य सेवामा समान पँहुच हुने हकको व्यवस्था गरेको छ। जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ को दफा ३ को उपदफा ४ (ङ) मा मानसिक स्वास्थ्य सेवालाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको सूचीमा समावेश गरिएको छ। यसैगरी जनस्वास्थ्य नियमवली २०७७ को अनुसूची १ र २ मा पनि मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूलाई क्रमशः आधारभूत र आकस्मिक स्वास्थ्य सेवामा समाबेस गर्दै सघं, प्रदेश र स्थानीयस्तरबाट उपलब्ध गराउने व्यवस्था गरेको छ। अपाङ्गता भएका व्यक्तिको अधिकार सम्बन्धी ऐन २०७४ को परिच्छद –७ मा स्वास्थ्य, पुनस्थापना, सामाजिक सुरक्षा तथा मनोरञ्जनको व्यवस्था गरिएको छ। उक्त ऐनको दफा ३५ र ३६ ले मानसिक मनोसामाजिक अपाङ्गता भएका व्यक्तिका लागि थप सेवा सुविधाको समेत सुनिश्चितता गरेको छ। संयुक्त राष्ट्र सङ्घको दिगो विकास लक्ष्य (२०१६–२०३०) मा पनि मानसिक स्वास्थ्यलाई प्राथमिकतामा राखी मानसिक स्वास्थ्यको प्रवर्द्धन गर्दै नसर्ने रोगहरूबाट हुने मृत्युदरलाई एक तिहाइले कम गर्ने र लागु पदार्थ दुर्व्यसनीको रोकथाम, उपचार र पुनर्स्थापना गर्ने लक्ष्य राखिएको छ। नेपालले हस्ताक्षर गरेका अन्तर्राष्ट्रिय महासन्धिहरू जस्तै अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको अधिकार सम्बन्धी

महासन्धी, यातना पीडितहरूको अधिकार सम्बन्धी महासन्धि, बालअधिकार सम्बन्धी महासन्धि लगायतमा उल्लेख भए बमोजिम मानसिक स्वास्थ्यको प्रवर्द्धन, रोकथाम, उपचार र पुनस्थापनाको अधिकारको सुनिश्चितता गर्नु राज्यको दायित्व बनेको छ। नेपाल सरकारको १५ औं पञ्चवर्षीय योजना (२०७६—२०८१) मा पनि मानसिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सबै तहमा विस्तार गर्दै लैजाने योजना समावेश गरिएको छ। नेपाल सरकारले नसर्ने रोगहरूको रोकथाम तथा उपचारका लागि बहुवर्षीय कार्ययोजना (२०१४—२०२०) अनुसार मानसिक स्वास्थ्यका क्रियाकलाप सहितको कार्ययोजना लागु गरेको छ। यस कार्ययोजना अनुसार हालसम्मका उपलब्धि र अनुभवहरूको समीक्षा गर्दै यस कार्ययोजना तयार भए पश्चात बनेका संबिधान, कानुन, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति र सङ्घीय शासन व्यवस्था अनुकूल हुने गरी मानसिक स्वास्थ्यको ठोस रणनीति र कार्ययोजना तजुर्मा गरी कार्यान्वयन गर्नु उपयुक्त देखिएको छ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ मा मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति तथा रणनीति उल्लख गरी विषयगत विस्तृत रणनीति जारी भए पश्चात विद्यमान विषयगत नीति खारेजीको व्यबस्था गरेको छ।

विश्वभरमा लगभग २० प्रतिशत बालबालिका तथा किशोर किशोरीहरूमा भावनात्मक, व्यवहार तथा अन्य खालको मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएको अध्ययनहरूले देखाएका छन्। वि.सं.२०६५मा प्रजनन उमेर समूहका महिलाहरूमा गरिएको अध्ययन प्रतिवेदन अनुसार यो समूहका महिलाहरूको मृत्युको पहिलो कारण आत्महत्या पाइएको छ। वि.सं.२०७२ को महाभूकम्प पछि आफ्नो परिवारका सदस्यहरू र धनसम्पत्ति गुमाउँदाको पीडा साथसाथै भूकम्पको प्रत्यक्ष अनुभव गरेकाहरू मध्ये ३४.२ प्रतिशतमा डिप्रेसन, ३३.८ प्रतिशतमा चिन्ताजन्य समस्या, २०.४ प्रतिशतमा मादक पदार्थको दुर्व्यसन र ५.२ प्रतिशतमा आघातजन्य समस्या पाइएको थियो। गरिबीको समस्यामा रहेका व्यक्तिहरू, उपचार सेवा पाउनबाट बञ्चित, बेवारिसे व्यक्ति तथा बालबालिका, महिला (एकल, गर्भवती, सुत्केरी, घरेलु तथा लैङ्गिक हिंसाबाट प्रभावित), द्वन्द्व प्रभावित तथा पूर्व लडाकु, शारीरिक, मानसिक वा यौनिक हिँसा दुर्व्यवहारमा परेका व्यक्तिहरू, जेष्ठ नागरिक, लागु औषध (मादक पदार्थ र्दुव्यसनमा परेका व्यक्तिहरू, अल्पसङ्ख्यक समूहमा रहेका व्यक्ति,मानव अधिकार उल्ङ्घन तथा विभदेमा परेका व्यक्ति, तेस्रो लिङ्गी, कारागारमा सजाय भोगिरहेका व्यक्ति, प्राकृतिक विपदमा परेका व्यक्तिमा मानसिक

स्वास्थ्य समस्याका जोखिमहरू अन्य व्यक्ति तथा समुदायमा भन्दा बढी रहेको पाइएको छ।

समुदायमा जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको र जोखिम समूहका व्यक्ति तथा समूहलाई अझ बढी प्रभावीत पार्ने मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक समस्याका क्षेत्रमा सेवा प्रदान गर्न देशमा दक्ष जनशक्तिको अभाव रहेको छ। देशमा हाल उपलब्ध जनशक्तिको आधिकारिक तथा अद्यावधिक तथ्याङ्क र आवश्यक पर्ने जनशक्तिको प्रक्षेपण गर्ने परिपाटी विकास भएको छैन। हालको अवस्थामा नेपालमा २०० जना मनोचिकित्सक, ३५जना चिकित्सा मनोविद, ८५ जना साईक्याट्रिक नर्स, २०० जना मनोविद, ८०० जना तालिम प्राप्त मनोपरामर्शकर्ता र केही सङ्ख्यामा तालिम प्राप्त मनोसामाजिक कार्यकर्ता कार्यरत रहेका छन् भने व्यवसायिक सहजकर्ता (Occupational Therapist) को विकास समेत भएको छैन। विशेषज्ञस्तरको सेवा शहरी क्षेत्रका सरकारी तथा निजी क्षेत्रबाट खोलिएका अस्पताल तथा मेडिकल कलेजहरूमा मात्र सिमित छन् भने हालसम्म सबै खालका अस्पतालमा गरी लगभग अन्तरङ्ग सेवाका लागि करिब ४४० शैया उपलब्ध छन्। कान्ति बाल अस्पतालमा बालबालिकाको मानसिक स्वास्थ्य सम्बधी बहिरङ्ग सेवाका अतिरिक्त अन्तरङ्ग सेवा सुरुवात भएको छ।

अस्पतालबाट उपलब्ध गराइने सेवा विशेषतः मेडिकल मोडलमा आधारित रहेको छ। चिकित्सा, मनोविद, तालिम प्राप्त मनोपरामर्शकर्ता र सामाजिक कार्यकर्ताको सङख्या अत्यन्त न्यून भएकोले व्यक्तिको मनोसामाजिक अवस्था विश्लेषण गरी सोही अनुसार मनोसामाजिक सेवा प्रदान गर्न सकिएको छैन। कडा किसिमको मानसिक रोग लागेका कतिपय व्यक्तिहरू घरमा नै थुनिएर, बाँधिएर वा बेवारिसे भएर सडकमा भौतारिरहनु परेको छ। यस्ता व्यक्तिहरूलाई उपचारमा ल्याउन वा उपचार पाउनेलाई पनि उपचारपछि समाजमा नै पुनर्स्थापना गर्न सकिएको छैन। केही गैरसरकारी संस्थाबाट मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक सहयोगका क्षेत्रमा भएका प्रयासहरूलाई पनि अझ व्यापक र व्यवस्थित बनाउन सकिएको छैन। तालिम पाएका मनोपरामर्शकर्ताबाट विशेष खालको अवस्था जस्तै विपद, द्वन्द्व, मानव बेचबिखन तथा ओसारपसार,लैङ्गिक हिंसा, वैदेशिक रोजगारीमा गएका व्यक्ति तथा तिनीहरूका परिवारका सदस्यहरूको लागि मनोपरामर्श सेवा उपलब्ध गराइएको अवस्था छ। नेपालको कतिपय समुदायमा अझै पनि धामीझाँक्री, गुभाजु, झारफुके र परम्परागत उपचार पद्धतिमा विश्वास गर्ने गरिन्छ।

यस्ता सेवालाई व्यवस्थित गर्दै वैज्ञानिक उपचार पद्धतिको प्रस्थान बिन्दुमा रूपान्तरण गर्नु पर्ने आवश्यकता छ।

शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्य एक आपसमा सम्बन्धित रहन्छन्। कतिपय शारीरिक स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तिलाई मानसिक सँगसँगै स्वास्थ्य समस्या पनि हुने सम्भावना तुलनात्मक रुपमा बढी हुन्छ। त्यस्तै गरेर कतिपय मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तिलाई शारीरिक समस्या पनि हुने दर अरूको तुलनामा बढी हुन्छ। मुटु रोग, दम, मधुमेह भएका बिरामीलाई डिप्रेसनको सम्भावना २ देखि ३ गुणा बढी हुन्छ। वास्तवमा गम्भिर खालको मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तिहरूमा मधुमेह, उच्च रक्तचाप वा मुटुरोग जस्ता समस्याको सम्भावना बढी हुने भएकोले उनीहरूको आयु सामान्य मानिसहरूको भन्दा धेरै कम हुन्छ। शारीरिक र मानसिक स्थास्थ्यलाई एकीकृत अवधारणा अनुसार समुदायमा नै उपलब्ध गराउन सकिएमा दुवै किसिमका जोखिमलाई न्यूनीकरण गर्न सहयोग पुग्दछ ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले घरेलु तथा लैङ्गिक हिंसाबाट प्रभावीत व्यक्तिलाई अस्पतालमा आधारित एकद्वार सङ्कट व्यवस्थापन प्रणालीको माध्मबाट स्वास्थोपचार, कानुनी सहयोग, सुरक्षा, मनोपरामर्श लगायतका सेवा एकै ठाउँबाट गर्ने उद्देश्यले हाल ६७ जिल्लाका ६९ अस्पतालमा यो कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याईसकेको छ भने बाँकी जिल्लाका अस्पतालमा समेत विस्तारको योजना रहेको छ। मानसिक स्वास्थ्य सेवा यस कार्यक्रमको महत्त्वपूर्ण सेवा भएता पनि मनोसामाजिक परामर्शमा मात्र बढी केन्द्रित रहेको छ। यसबाट पनि समग्र मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु परेको छ। महिला बालबालिका तथा जेष्ठ नागरिक मन्त्रालयले मानव बेचबिखन र लैङ्गिक हिंसाबाट प्रभावित व्यक्तिहरूलाई एकीकृत हेरचाह र सहायताको प्रत्याभूति गराउने उद्देश्यले राष्ट्रियस्तरको न्यूनतम मापदण्ड तोकिएको पुनर्स्थापना केन्द्र सञ्चालन निर्देशिका कार्यान्वनमा ल्याईएको छ। यसमा मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोपरामर्श सेवालाई अभिन्न अङ्गको रूपमा ल्याइएको छ।

प्राय सबै खालका मानसिक स्वास्थ्य समस्याको उपचार र पुनर्स्थापना गर्न सकिने पर्याप्त वैज्ञानिक आधारहरू उपलब्ध भएतापनि सोही अनुसारको कार्यक्रममा व्यापकता ल्याई मानसिक स्वास्थ्य सेवालाई सबैको पहुँचमा पुर्‍याउन सकिएको छैन। सेवाग्राही र सेवाप्रदायकको अनुपात एकदमै उच्च रहेको छ जसका कारणले मानसिक स्वास्थ्य

सेवाको आवश्यकता र उपलब्धताको अन्तर ठुलो रहेको छ। यसलाई कम गर्न मानसिक स्वास्थ्य सेवालाई समुदायस्तरमा नै उपलब्ध गराउने उद्देश्यले सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य स्याहार प्याकेज नेपाल, २०७४ कार्यान्वयनमा ल्याईएको छ। यस अनुसार समुदायमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता अभिवृद्धिका लागि तालिम सामग्री तयार गरी तालिमको व्यवस्था गरिएको छ। विशेषज्ञ प्रशिक्षकको अभाव हुनु, तालिम लिएका स्वास्थ्यकर्मीको बारम्बार सरुवा हुनु, क्लिनिकल सुपरभिजन तथा पुनर्ताजगी तालिमको अभाव हुनु, स्वास्थ्य व्यवस्थापकहरूलाई अभिमुखीकरण नहुनु, औषधीको नियमित आपूर्ति नहुनु, विशेषज्ञ सेवाका लागि प्रेषणको भरपर्दो संयन्त्रको व्यवस्था नहुनु जस्ता कारणले मानसिक स्वास्थ्य सेवालाई समुदायमा स्थापित गराउन सकिएको छैन। अधिकांश मानसिक समस्याहरूको सुरुवात २४ वर्ष भन्दा कम उमेरमा नै हुने तथ्याङ्कले देखाएता पनि बालबालिका र किशोरकिशोरीलाई लक्षित गरेर कार्यक्रमहरू ल्याउन सकिएको छैन। आधुनिक प्रविधिको अनियन्त्रित प्रयोगले एकातर्फ बालबालिकाहरुमा इन्टरनेट एडिक्सनको समस्या बढ्दै गएको छ भने यही प्रविधिको अधिकतम् प्रयोग गरेर दुर संवाद मानसिक स्वास्थ्य सेवाको माध्यमबाट विशेषज्ञ सेवामा सेवाग्राहीको पहुँच बढाउनु परेको छ। आत्महत्याको दरमा हरेक वर्ष वृद्धि भइरहेको छ। रोजगारीको लागि विदेश गएका नागरिकहरूको मानसिक स्वास्थ्यमा उल्लेखनीय समस्या रहेको र मृत्युको प्रमुख कारणमा आत्महत्या पर्ने गरेको छ। अध्ययनका लागि विदेशमा रहेका नेपाली विद्यार्थीहरूमा आत्महत्याका घटना बढ्दै गएको, जोखिमपूर्ण व्यवहारमा संलग्न रहेको तथा मानसिक स्वास्थ्य समस्या पनि बढेको तथ्याङ्क आईरहेको छ। यी सवालहरूलाई सम्बोधन गर्न उपयुक्त रणनीति सहितको कार्ययोजना तयार गरी लागु गर्नु आवश्यक छ।

यस नगरपालिकामा मानसिक स्वास्थ्य लक्षित विशेष योजना तथा कार्यक्रम सञ्चालन नरहेता पनि यस आ व मा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई मोडुलर तालिमको व्यवस्था भएको थियो साथै “सम्भव नेपाल” नामक संस्थाको सहकार्यमा नगरपालिकाका सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सहरुलाई तालिम प्रदान गरी समुदायस्तरमा मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरुको स्क्रिनिङ्ग को सुरुवात गरिएको छ। ओ पि डि मा आएमा बिरामीहरुमध्ये यस आ व २०८१/८२ मा २३२८ जनालाई सेवा प्रदान गरी DHIS २ रिपोर्टिङ गरिएको छ।

३. उपचारात्मक सेवा कार्यक्रम

३.१ उपचारात्मक सेवा

सम्पूर्ण जनतालाई रोगको कारणबाट हुने बिरामी दर र मृत्युदर घटाउन समुदाय स्तरसम्म उपचार सेवा पुऱ्याउने स्थानीय सरकारको प्रतिवद्धता रहेको छ। उपचारात्मक सेवाबाट ग्रामीणस्तरदेखि सहरी क्षेत्रका जनताको स्वास्थ्यस्तर सुधार्नका लागि उचित निदान, उपचार र प्रेषण सेवा पुऱ्याउन विद्यमान स्वास्थ्य निकायहरु कटिबद्ध छन। उपचारात्मक सेवाको उद्देश्य भनेको समयमा नै रोगको सही पहिचान गरी सर्वसुलभ, गुणस्तरीय र पूर्ण उपचार सेवा प्रदान गरी बिरामी हुने दर र मृत्युदरमा कमी ल्याउनु रहेको छ।

नेपालको संविधान २०७२ मा प्रत्याभूत गरिएको आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको उद्देश्य अनुरुप यस नगरपालिकामा प्राथमिक अस्पताल, स्वास्थ्य चौकी र शहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरुबाट समुदायस्तरमा समेत बिरामीहरुको रोग निदान,उपचार तथा प्रेषण कार्य भइरहेको छ। नेपालको संविधानको मर्म बमोजिम नै सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क प्रदान गरिदै आएको छ साथै ९८ प्रकारका औषधी निःशुल्क उपलब्ध गराउँदै आएको छ।

उपचारात्मक सेवा भित्र रोगको निदान (diagnosis), उपचार (treatment) र पुनर्स्थापना (rehabilitation) गर्ने उद्देश्यले प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाहरु पर्दछन्।उपचारात्मक सेवा भित्र चोटपटकको सामान्य प्राथमिक उपचार,सामान्य चिकित्सकीय सेवा, विशेषज्ञ चिकित्सकीय सेवा तथा जटिल र दिर्घरोगहरुको उपचार, शल्यक्रिया, अङ्ग प्रत्यारोपण आदि पर्दछन्।

१) रोगको निदान (Diagnosis)

बिरामीको स्वास्थ्य अवस्था र समस्या बुझ्न विभिन्न परीक्षणहरु (जस्तै रक्त परीक्षण, दिशा पिसाबको परीक्षण,एक्स रे, भिडियो एक्स-रे, ई.सि.जि, ईको, एम आर आइ, सि.टि.लगायतका परीक्षणहरु गरिन्छ। परीक्षणको नतिजा तथा बिरामीमा भएको रोगको लक्षणको आधारमा रोग पत्ता लगाउनु नै रोगको निदान गर्नु हो।

२) रोगको उपचार (Treatment)

रोग अनुसार मेडिकल प्रोटोकल भित्र रहेर औषधी (Medication) गर्नु, शल्यक्रिया (Surgery) गर्नु, थेरापी गर्नु जस्तैः फिजियोथेरापी, मेडिटेसन, speech therapy गर्नु,अन्य चिकित्सकीय विधिहरु, अवलम्बन गर्नु रोगको उपचार हो।

३) पुनर्स्थापना सेवा (Rehabilitation)

पुनर्स्थापना सेवा भन्नाले गम्भीर वा दीर्घ रोग/चोटपटकका कारण पूर्ण रूपमा निको हुन कठिन भएका बिरामीहरूलाई उनीहरूको दैनिक जीवन सजिलो बनाउन, शारीरिक–मानसिक क्षमता सुधार गर्न, र सामान्य जीवनमा फर्किन सहयोग गर्ने सेवा हो। यस सेवाअन्तर्गत पुनर्स्थापना केन्द्रबाट पोषण सेवा, परामर्श सेवा, मनोरञ्जनात्मक गतिविधि, ध्यान (Meditation) विधि जस्ता सहयोगी सेवाहरू प्रदान गरिन्छ।

उपचारात्मक सेवाको उद्देश्य :

- ☐ बिरामी हुने दर कम गर्ने।
- ☐ रोगबाट हुने मृत्युदर कम गर्ने।
- ☐ मानिसको जीवनस्तरमा सुधार ल्याउने।
- ☐ गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउनको लागि उचित निदान र उपचार सेवाको व्यवस्था मिलाउने
- ☐ आवश्यकता अनुसार बिरामीलाई उचित स्थानमा प्रेषण गर्ने।

रणनीति :

- ☐ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिकदेखि उच्चस्तरीय विषेशज्ञ सेवा पुऱ्याउने केन्द्रीय अस्पताल सम्म आवश्यकता अनुसार प्रेषण प्रणालीको विकास गरी त्यसको आधारमा उपचारात्मक सेवा उपलब्ध गराउने।
- ☐ उपचारात्मक सेवालाई साधारणस्तरकादेखि विशेषज्ञस्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरुबाट सेवा पुऱ्याउन निजी क्षेत्रसँग समन्वय गर्ने, नर्सिङ होमलाई विस्तार गर्ने, गैरसरकारी निकायसँग समन्वय राख्ने।
- ☐ प्रत्येक वडामा आवश्यकता अनुसार PHC-ORC स्थापना गरी सेवा प्रदान गर्ने।
- ☐ चन्द्रागिरि नगरपालिकाले स्थानीय स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ लागू गरेको छ। यस ऐनले चन्द्रागिरि नगरपालिका भित्र स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण स्वास्थ्य

संस्थाहरू (सरकारी, सामुदायिक तथा निजी) को सेवा प्रवाहलाई व्यवस्थित र निर्देशित गर्दछ। साथै नगरपालिकाले चन्द्रागिरि नगरपालिका स्वास्थ्य संस्था दर्ता, अनुमति, नवीकरण तथा स्तरोन्नति सम्बन्धी कार्यविधि, २०७९ लागू गरी नगरपालिका भित्र रहेका निजी, सरकारी, गैरसरकारी तथा संस्थागत स्वास्थ्य संस्थाहरू को नयाँ दर्ता, नवीकरण तथा स्तरोन्नति का लागि सम्बन्धित निकायमा सिफारिस गर्ने व्यवस्था गरेको छ।

- ☐ यस नगरपालिकाले उपचारात्मक सेवाको पहुँच प्रत्येक वडामा विस्तार गर्न हालसम्म जम्मा १९ वटा आधारभूत तहका स्वास्थ्य संस्थाहरू स्थापना गरी नागरिकहरूको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँचको अधिकार सुनिश्चित गरेको छ।
- ☐ चन्द्रागिरि नगरपालिकाअन्तर्गत १५ शैयाको प्राथमिक अस्पताल थानकोटबाट आधारभूत तहका निम्न लिखित उपचारात्मक सेवाहरु उपलब्ध गराउदै आएको छ।

१. २४सै घण्टा आकस्मिक सेवा
२. २४सै घण्टा बर्थिङ सेवा
३. बहिरगं उपचार सेवा (ओ.पि.डि)
४. रेडियोलोजी सेवा (एक्स-रे सेवा, भिडियो एक्स-रे)
५. ई.सि.जी र इको सेवा
६. मुटुरोग विशेषज्ञ सेवा
७. आँखा जाँच तथा अप्टिकल वेयर सेवा
८. स्त्री रोग विशेषज्ञ (गाइनेकोलोजी) सेवा
९. प्रयोगशाला सेवा (क्षयरोग माइक्रोस्कोपी सेन्टर सहित)
१०. अन्तरगं (बिरामी भर्ना) सेवा
११. रेबिज बिरुद्धको खोप सेवा
१२. परिवार नियोजन सेवा
१३. सुरक्षित मातृत्व सेवा (गर्भवती जाँच तथा सुत्केरी जाँच सेवा)
१४. सुरक्षित गर्भपतन सेवा
१५. राष्ट्रिय खोप सेवा (हरेक शनिवार)
१६. स्वास्थ्य बीमा सेवा

१७.	भेन्टिलेटर सेवा तयारी

१८.	मृगौला रोग बिरामीका लागि निःशुल्क हेमोडायलाइसिस सेवाको तयारी

यस नगरपालिकामा अवस्थित ए.पि.एफ अस्पताल उपचारात्मक सेवा प्रदान गर्ने अर्को प्रमुख अस्पताल हो। विगतको कोरोना महामारी समयमा पनि यस अस्पतालले आइसोलेसन सेन्टरको रुपमा प्रमुख भुमिका खेलेको थियो। त्यसैगरी विभिन्न उपचारात्मक सेवा प्रदान गर्ने उद्देश्यले यस नगरपालिकामा ३ निजी अस्पताल, १ डेन्टल अस्पताल तथा हालसम्म दर्जनौं प्राइभेट क्लिनिक तथा संस्थामार्फत सेवा प्रदान हुँदै आएको छ।

निजी उपचारात्मक सेवाका लागि एलोपेथिक बाहेक प्रणालीमा आधारित रहेर वडा नं. ८ मातातीर्थमा आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा अस्पताल पनि रहेको छ।

आ व २०८१/ ८२ मा देखिएका उच्च दश रोगहरु :

S.N	Top 10 Disease	% of the new OPD (2081/82)
1.	Hypertension	6
2.	Gastritis (APD)	6
3.	Diabetes Mellitus (DM) Cases	5
4.	Pelvic Inflammatory Disease (PID)	3
5.	Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	3
6.	Headache	3
7.	COPD	3
8.	Dental Caries Cases	3
9.	Refractive Error Cases	2
10.	Acute Tonsillitis Cases	2

३.२ प्रयोगशाला सेवा

प्रयोगशाला सेवाको स्वास्थ्य क्षेत्रमा महत्त्वपुर्ण भूमिका रहेको छ। यसलाई स्वास्थ्य क्षेत्रको उपचारात्मक सेवा प्रवाह गर्दा प्रमाणिक आधार जुटाउने पहिलो र प्रभावकारी माध्यम मानिन्छ। यसका आधारमा गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्न सकिन्छ। यसै गरी चन्द्रागिरि नगरपालिकाले आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तार गर्ने नीति अनुरुप गुणस्तरीय सेवा प्रवाह गर्न प्रत्येक वडाका स्वास्थ्य चौकीमा प्रयोगशाला (Laboratory)

सेवा स्थापना गरी सञ्चालन गर्दै आएको छ। यद्यपि स्वास्थ्य चौकीमार्फत प्रदान गरिने आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको सूचीमा प्रयोगशाला सेवा अनिवार्य रूपमा समावेश नभए पनि नगरपालिकाले नागरिकको आवश्यकतालाई मध्यनजर गर्दै यस सेवालाई प्राथमिकता दिएको छ। यस कार्यक्रमको सुरुवात नगरपालिकाले २०६६/०८/२० मा वडा नं. ९ स्थित मच्छेगाउँ स्वास्थ्य चौकी बाट गरेको थियो। हाल यो सेवा विस्तार गरी नगरपालिकाभित्रका सम्पूर्ण वडाका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा लागू गरिएको छ, जसलाई नमुना कार्यक्रमको रूपमा सञ्चालन गरिएको छ।

सुरुवातमा यो सेवाको शुल्क र सेवा प्रवाह समयमा एकरुपता नभए पनि, मिति २०७९/०९/२८ को कार्यपालिकाको निर्णय तथा मिति २०७९/१०/०५ को स्वास्थ्य शाखाको परिपत्र अनुसार प्रयोगशाला शुल्कलाई न्यूनतम बनाइ, प्रयोगशाला सेवामा यहाँका नागरिकको सरल र सहज पहुँचका लागि एकरुपता गरिएको थियो। हाल यस सेवाअन्तर्गत (रक्तपरीक्षणः सुगर परीक्षण, कोलेस्टेरोल) दिशा पिसाबको रुटिन जाँच, पिसाबमा गर्भजाँच, कलेजोको कार्यको सामान्य जाँच, मृगौलाको कार्यको सामान्य जाँच, विभिन्न सरुवा रोगहरुको RDT किटबाट जाँच, बाथ रोगको सामान्य जाँच आदि गरिन्छ। प्रयोगशाला सेवा भित्र, क्षयरोग पत्ता लगाउन र रोगीहरुको अनुगमन खकार परीक्षणका लागि, बिरामीहरुको खकार नमुना संकलन तथा परीक्षण कार्य एक प्रमुख सेवा पर्दछ। जसका लागि हाल, जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय काठमाडौंको समन्वय र सहकार्यमा, ५ वटा स्वास्थ्य चौकीलाई DMC Centre माइक्रोइस्कोपिक केन्द्रको रुपमा स्थापना गरी सेवा सञ्चालन गर्दै आएको छ। साथै क्षयरोग संक्रमितहरुको एच.आइ.भि. परीक्षण जस्ता प्रयोगशाला सम्बन्धित कार्यहरु र अन्य कार्यक्रमहरुको जिम्मेवारी सम्पादन गर्दै आएको छ। यस नगरपालिकामा सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा वडा अनुसार १५ वटा प्रयोगशाला स्थापना भएका छन्।

३.३ सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान

पृष्ठभूमि

सर्भिलेन्स एक निरन्तर प्रक्रिया हो जहाँ तथ्याङ्क संकलन, प्रसोधन, विश्लेषण, प्रकाशन गर्ने गरिन्छ। आवश्यकताको आधारमा जो कोही यसको उपयोग गर्न सक्दछन। रोग सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान शाखाको गठन सन् २०१३ मा भएको हो। यसको पुर्नगठन

सन् २०१८ मा संघीय संरचना बमोजिम स्वास्थ्य शाखाबाट गरिएको हो। सर्भिलेन्स २ वटा अवस्थामा गर्न सकिन्छ, आकस्मिक सर्भिलेन्स र निगरानीले मुख्यतः कार्यक्रमको अनुगमन बैठक र प्राथमिक उद्देश्य र रोग नियन्त्रण तथा निवारणमा केन्द्रित रहेको हुन्छ। यो शाखाले मुख्य गरी २ वटा कृयाकलाप रोगको निगरानीमा EWARS र खानेपानीमा कार्यान्वयन गर्दै आएको छ। संघीय स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले रोगको निगरानी र अनुसन्धान सम्बन्धित राष्ट्रिय ऐन तथा नियमावलीको आधारमा रहेर मापदण्ड निर्देशिका जारी गरेको छ। निगरानी तथा अनुसन्धानका क्रियाकलापले राष्ट्रिय स्तरमा रोग नियन्त्रण सम्बन्धी आपतकालीन व्यवस्थापन गरेको हुन्छ। सर्भिलेन्स कार्यले निगरानी तथा अनुसन्धान, अनुगमन, मुल्याङ्कन र पृष्ठपोषणमा समेत महत्त्वपूर्ण भूमिका खेलेको हुन्छ।

Early Warning and Reporting System (EWARS)

EWARS अस्पतालमा आधारित सरुवा तथा संक्रामक किटजन्य तथा प्रकोपजन्य रोगहरुको सर्भिलेन्स प्रणाली हो जसले तत्काल र साप्ताहिक रुपमा निरन्तर प्रतिवेदन (शून्य प्रतिवेदन सहित) गर्दछ। मुख्य ६ वटा रोगहरुलाई प्राथमिकिकरण गरी कुनै पनि रोगहरुको प्रकोपको बारेमा पूर्व चेतावनी दिन्छ र फैलनबाट बचाउन सहयोग गर्छ। यसको मुख्य कारण पत्ता लगाई महामारीको जोखिम, किटजन्य, पानीजन्य, खानाजन्य रोगहरुको समयमै प्रतिवेदन गरी रोगहरूको प्रकोप हुनबाट जोगाउँदछ। संघीय सरकार तथा प्रदेश सरकार यस कार्यक्रमलाई निरन्तर र गुणस्तरीय प्रतिवेदन गर्नका लागि EWARS Sentinel Sites मा कार्यरत चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई अभिमूखीकरण तथा साईट सञ्चालन अनिवार्य गरेको छ। अनुसन्धान तथा सर्भिलेन्स कार्यक्रमका लागि EWARS कार्यक्रम अति नै महत्त्वपूर्ण मानिएको छ।

यसको स्थापना सन् १९९७ मा ८ वटा सेन्टीनल साइट सुरु भएको र हालसम्म नेपालभर ११८ वटा सेन्टीनल साइट रहेका छन्। बागमती प्रदेशमा ३७ वटा, काठमाडौंमा १८ वटा, चन्द्रागिरि नगरपालिकामा १ वटा EWARS सेन्टीनल साइट रहेका छन्। चन्द्रागिरि नगरपालिकामा सञ्चालनमा रहेको ए.पि.एफ अस्पताल सेन्टिनल साइटको रुपमा रहेको छ।

३.४ न्यूनतम सेवा मापदण्ड कार्यक्रम

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले निक साइमन्स इन्स्टिच्युटसँगको सहकार्यमा आ.व. २०७१/७२ देखि जिल्लास्तरीय अस्पतालहरुमा अस्पताल व्यवस्थापन सुदृढीकरणका लागि न्युनतम सेवा मापदण्ड कार्यक्रम सुरु गरेको हो। न्यूनतम सेवा मापदण्ड कार्यक्रमले स्वीकृत चेकलिस्टको प्रयोग गरी र विभिन्न तहका अस्पतालहरुले प्रदान गर्ने न्यूनतम सेवा तयारीको अवस्थाको लेखाजोखा गरी समग्रमा अस्पताल व्यवस्थापन सुदृढीकरणमा सहयोग गर्दछ। न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS) अन्तर्गत मुलतः तिनवटा क्षेत्रमा अस्पताल तयारी अवस्थाको लेखाजोखा गरिन्छ, जसमा सुशासन २० प्रतिशत, क्लिनिकल सेवा ६० प्रतिशत र अस्पताल सहयोग सेवा २० प्रतिशत रहेका छन। हाल चन्द्रागिरि नगरपालिका अन्तर्गत एउटा प्राथमिक अस्पताल रहेको छ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले अस्पतालको लागि न्यूनतम सेवा मापदण्ड लागु गरिसकेपछि, त्यस अनुभवलाई आधार बनाएर स्वास्थ्य चौकीको लागि न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS) २०७६ तयार गरिएको हो। स्वास्थ्य चौकीका लागि MSS एउटा तयारी स्वमूल्याङ्कन साधन हो, जसले स्वास्थ्य चौकीले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न पालना गर्नुपर्ने न्यूनतम मापदण्ड तोक्छ। MSS को विकास आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्याकेज र नेपाल स्वास्थ्य पूर्वाधार विकास मापदण्ड २०७४ मा आधारित छ। स्वास्थ्य चौकीले MSS मा तोकिएका मापदण्ड पूरा गरेपछि मात्रै उच्चस्तरीय सेवा प्रदान गर्न सक्षम हुनेछ। यसरी, MSS वर्तमान गुणस्तर सुधारका अन्य साधनहरूको पूरकको रूपमा प्रयोग गर्न सकिन्छ ।

उद्देश्य

- ☐ स्वास्थ्य संस्थाको गुणस्तरीय सेवा प्रवाहमा रहेको अपर्याप्तताको पहिचान गरी निम्न पहलहरु गर्ने उद्देश्य सहित यो मापदण्डको सृजना भएको हो।
- ☐ स्वास्थ्य संस्था आफैले एवं संयुक्त रुपमा न्यूनतम सेवा मापदण्ड निर्देशिका प्रयोग गरी स्वास्थ्य संस्थाको स्वमूल्याङ्कन गर्ने।
- ☐ मुल्याङ्कनबाट हाल रहेका अपर्याप्तता पहिचान गर्ने।
- ☐ सुदृढीकरण कार्ययोजना बनाउने।

- ☐ कार्ययोजना लागु गर्न बजेटको व्यवस्था गर्ने।
- ☐ दीर्घकालीन रुपमा एक विशिष्ट मापदण्डमार्फत सम्पूर्ण स्वास्थ्य सेवालाई स्तरीय बनाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चतता कायम राख्ने।

आ.व २०८१/८२ मा चन्द्रागिरि नगरपालिका अन्तर्गतका १५ वटा स्वास्थ्य संस्था (१ अस्पताल,११ स्वास्थ्य चौकी र ३ शहरी स्वास्थ्य केन्द्र) को एक पटक MSS मुल्याङ्कन गरिएको छ। उक्त मुल्याङ्कनमा मातार्तिथ स्वास्थ्य चौकी ९७ प्रतिशत आई पहिलो भएको थियो। त्यसैगरी प्राथमिक अस्पतालको ४५ प्रतिशत रहेको छ।

४. स्वस्थ्य शहर कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

यस नगरपालिका WHO क्षेत्रीय दक्षिण—पूर्वी एसियाका लागि स्वस्थ शहर सञ्जाल (WHO Regional Healthy Cities Network for South–East Asia) मा आबद्ध रही नगरपालिकालाई स्वस्थ शहर बनाउन आवश्यक मापदण्डहरू पूरा गर्ने लक्ष्यका साथ विभिन्न गतिविधिहरू योजनाबद्ध तथा चरणबद्ध रूपमा कार्यान्वयन गरिरहेको छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिका दिगो र समावेशी नगर निर्माणको दिशामा प्रतिबद्ध रूपमा अगाडि बढीरहेको एक अग्रगामी स्थानीय सरकार हो। "स्वस्थ शहर" अवधारणाले नगरको विकास दृष्टिकोणमा विशेष स्थान ओगटेको छ। यस अवधारणालाई व्यवहारमा उतार्न नगरपालिका विगतदेखि नै स्वास्थ्य, सरसफाइ, वातावरण संरक्षण, सुरक्षित खानेपानी, फोहरमैला व्यवस्थापन, हरित पूर्वाधार विकास, सार्वजनिक स्थल सुधार र समुदायमैत्री वातावरण निर्माण जस्ता क्षेत्रमा सक्रिय रुपमा काम गर्दै आएको छ। यस अवधारणालाई प्रभावकारीरुपमा कार्यान्वयन गर्न नगरपालिकाले बहुक्षेत्रीय सहकार्य, सहभागितामूलक योजना र तथ्यमा आधारित कार्यक्रम तथा गतिविधिहरूलाई प्राथमिकता राखेको छ। यस्ता प्रयासहरूलाई अझ संस्थागत र रणनीतिक रूपमा सुदृढ गर्न, चन्द्रागिरि नगरपालिका नोभेम्बर २७, २०२४ मा विश्व स्वास्थ्यसंगठन (WHO South East Asia Region Healthy Cities Network SEAR HCN) मा औपचारिक रूपमा आबद्ध भएको हो। यस नेटवर्कमा आबद्धताले नगरपालिकालाई अन्तर्राष्ट्रिय सिद्धान्त, मापदण्ड र क्षेत्रीय अनुभवको पहुँच प्रदान गरेको छ, जसले दीर्घकालीन रूपमा स्वस्थ, सुरक्षित र बसोबासयोग्य शहर निर्माण तर्फ अग्रसर बनाएको छ।

WHO Healthy Cities अवधारणाको मार्गदर्शन अनुसार, यस चन्द्रागिरि नगरपालिकाले दिगो, समावेशी र सहभागी स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको विकास गर्दै, नागरिकको समग्र स्वास्थ्यस्तर अभिवृद्धि गर्न र नगरलाई उदाहरणीय स्वस्थ शहरका रूपमा स्थापित गर्न प्रतिवद्ध रहेको छ।

स्वस्थ शहर कार्यक्रमको प्रमुख उद्देश्यहरूः

- ☐ नगरवासीको शारीरिक, मानसिक र सामाजिक स्वास्थ्य सुधार गर्नु।
- ☐ सुरक्षित, सफा, र दिगो वातावरणको प्रवर्द्धन गर्नु।
- ☐ बहुक्षेत्रीय सहकार्यमा आधारित नीति निर्माण र कार्यान्वयन गर्नु।
- ☐ स्वास्थ्य असमानता न्यूनीकरण गर्नु।
- ☐ समुदाय विकास र सशक्तिकरण प्रवर्द्धन गर्नु।
- ☐ स्वस्थ जीवनशैली र स्वास्थ्यमैत्री भौतिक वातावरण सिर्जना गर्नु।
- ☐ स्थानीय स्वास्थ्य तथा सामाजिक सेवाको गुणस्तर र पहुँच सुधार गर्नु।
- ☐ स्वास्थ्य आपतकालीन क्षमतामा सुदृढीकरण गर्नु।
- ☐ सार्वजनिक स्वास्थ्य आपतकालीन तयारी, तत्परता, र प्रतिकार्य सुनिश्चित गर्नु।

गतिविधिहरु

चन्द्रागिरि नगरपालिकाले आ.व २०८१/२०८२ मा स्वस्थ शहर कार्यक्रम सम्बन्धी निम्न गतिविधिहरु गरेको छ।

- ☐ स्वास्थ्यकर्मी अभिमुखीकरण कार्यक्रमः नगरपालिकाको सम्पूर्ण वडाहरुमा रहेका स्वास्थ संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरु, सामुदायिक स्वास्थ्य नर्स र विद्यालय नर्सहरुलाई स्वस्थ शहर अवधारणको अभिमुखीकरण, नगरपलिकाले स्वास्थ शहर सम्बन्धी गरिरहेको कार्यहरु, र यस अभियानमा उंहाँहरुको भूमिकाको बारेको छलफल गरिएको थियो।
- ☐ बिषयगत शाखा तथा सहयोगी संघ-संस्थाहरुसँग कार्यशाला गोष्ठीः नगरपालिका अन्तर्गतको सम्पूर्ण बिषयगत शाखाहरु र नगरपालिकाको स्वस्थ शहर निर्माणको पहलहरुमा विभिन्न तरिकाबाट सहयोग गर्ने संघसंस्था जस्तै UN–Habitat, WHO, Eco Concern, GIZ,, बागमती प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, NPL Society,

जनस्वास्थ्य कार्यालय काठमाडौं, राष्ट्रिय स्वास्थ्य सूचना, शिक्षा तथा सञ्चार केन्द्र, Possible संस्था, थानकोट प्रहरी वृत, जन्त्र संस्था, Red Cross संस्था, सञ्चारका कार्यालय आदिहरुले स्वस्थ शहरको नौ वटा कार्यक्षेत्रहरुको अवधारण अनुरुप गरिरहेको कामहरुर आगामी समयमा गरिन सक्ने कार्यहरुसमेटी नगरपलिकाको स्वास्थ्य विकास योजना निर्माणको बारेमा बहुक्षेत्रीय छलफल गरिएको थियो।

- ☐ जनस्वास्थ्यकर्मीहरुसंग स्वस्थ शहर सम्बन्धी समन्वयात्मक छलफल कार्यक्रमः नगरपालिका अन्तर्गतका जनस्वास्थ्यकर्मी तथा जनस्वास्थ्य विज्ञहरुसंग नगरपालिकाको स्वस्थ शहरका पहलहरु तथा चन्द्रागिरि नगरपालिकालाई स्वस्थ शहर गराउन सम्भावित क्रियाकलापहरुबारे छलफल गरी नगरपालिकाको स्वास्थ्य विकास योजना निर्माण गर्न सहयोग गरिएको थियो।
- ☐ चन्द्रागिरि नगरपालिकाका जनप्रनिधिहरु र जनस्वास्थ्य शाखाका कर्मचारीहरु स्वस्थ शहरको अवधारण अनुरुप काम गरिरहेका नगरपालिकासंग सिकाई आदानप्रदानको लागि समन्वयात्मक अवलोकन तथा छलफल गरिएको थियो। यसरी यस नगरपालिकाको "स्वस्थ शहर नीति" निर्माण प्रकृया अगाडी बढेको छ। साथै चन्द्रागिरि नगरपालिकाका जनप्रतिनिधि ज्युहरु, बिषयगत शाखाका कर्मचारीहरु र सहयोगी संस्थाहरुलाई सहभागी गराई स्वास्थ्य निर्देशनालय, बागमती प्रदेशले स्वस्थ गाउँ शहरका लागि स्थानीय तहमा पैरवी कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको थियो।

स्वस्थ शहर पहलका कार्यक्षेत्रहरु

विश्व स्वास्थ्यसंगठनको मापदण्ड अनुसार स्वस्थ शहर पहलका निम्न प्रकारका नौ वटा कार्यक्षेत्रहरु रहेका छनः

१) स्वास्थ्य र कल्याणका लागि नगर शासन प्रणाली सुधार गर्नु

२) स्वास्थ्य असमानता न्यूनीकरण वा हटाउनु

३) सबै नीतिहरूमा स्वास्थ्यको प्रवर्द्धन गर्ने दृष्टिकोण अपनाउनु

४) समुदाय विकास र सशक्तिकरण प्रवर्द्धन गर्ने, तथा स्वास्थ्यमैत्री सामाजिक वातावरण निर्माण गर्नु

५) स्वस्थ जीवनशैली र स्वास्थ्यलाई सहयोग पुऱ्याउने भौतिक तथा निर्मित वातावरणहरू सिर्जना गर्नु

६)	स्थानीय स्वास्थ्य तथा सामाजिक सेवाको गुणस्तर र पहुँच सुधार गर्नु
७)	नगरभित्र सबै वर्गको आवश्यकता विचार गर्दै, सबैभन्दा आवश्यकतामा परेकालाई प्राथमिकता दिने योजना बनाउनु
८)	स्वास्थ्यसम्बन्धी आपतकालीन अवस्थाहरूको सामना गर्न स्थानीय सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा र क्षमतामा सुदृढीकरण गर्नु
९)	सार्वजनिक स्वास्थ्य आपतकालीन अवस्थाहरूका लागि शहरी तयारी, तत्परता र प्रतिकार्य योजना तयार गर्नु

स्वस्थ शहर कार्यक्रमको सबल पक्ष तथा अवसरहरु

- ✓ WHO South–East Asia Healthy Cities Network मा आधिकारिक सदस्यता, जसले अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड, अनुभव र स्रोतको पहुँच प्रदान गरेको छ।
- ✓ प्रथम आवधिक योजनामा "स्वस्थ शहर" समावेश गरेको हुनाले दीर्घकालीन नीतिगत आधार प्रदान गरेको छ।
- ✓ नगरपालिकाको VLR -Voluntary Local Review निर्माण भइसकेकोले SDGs र स्वस्थ शहरका लक्ष्यहरूको अनुगमनमा सहयोग पुऱ्याउनेछ।
- ✓ सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालन, जसले समुदायस्तरमा स्वास्थ्य प्रवर्द्धनका क्रियाकलाप सहज रूपमा कार्यान्वयन गर्न मद्दत गर्दछ।
- ✓ आर्थिक वर्ष २०८१/२०८२ मा "स्वस्थ शहर कार्यक्रम" शीर्षकमा छुट्टै बजेट विनियोजन, जसले कार्यक्रम कार्यान्वयनको लागि आर्थिक आधार सुनिश्चित गरेको।
- ✓ बहुक्षेत्रीय सहकार्यमा आधारित नीति निर्माणको अनुभव र सक्रियता।
- ✓ स्वास्थ्य, सरसफाइ, सुरक्षित खानेपानी, फोहरमैला व्यवस्थापन जस्ता क्षेत्रमा विगतदेखि निरन्तर काम गरेको अनुभव।
- ✓ दक्ष र प्रतिबद्ध जनप्रतिनिधि, स्वास्थ्यकर्मी, र कर्मचारीहरूको उपलब्धता।
- ✓ स्थानीय समुदाय, सहकारी संस्था, तथा विभिन्न राष्ट्रिय/अन्तर्राष्ट्रिय साझेदार संस्थाहरू -WHO, UN–Habitat, Eco Concern, GIZ आदि)सँग बलियो समन्वय र सहकार्य।

- ✓ नगरपालिकाको विषयगत शाखाहरू बीचको प्रभावकारी समन्वय र सहकार्य, जसले नीति निर्माण र कार्यक्रम कार्यान्वयनमा सहजता ल्याएको।
- ✓ अन्तर्राष्ट्रिय नेटवर्कमार्फत अन्य स्वस्थ शहरहरूको सफल अभ्यास र अनुभव सिक्ने अवसर। प्रदेश तथा संघीय सरकारको "स्वस्थगाउँ/शहर"नीति तथा आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्ने सम्भावना।
- ✓ SDGsसँग प्रत्यक्ष सम्बन्धका कारण अतिरिक्त स्रोत परिचालन र परियोजना विस्तारको सम्भावना।
- ✓ निजी क्षेत्र र गैर–सरकारी संस्थाहरूसँग साझेदारी विस्तार गर्ने अवसर।
- ✓ समुदायमा बढ्दो स्वास्थ्य सचेतना र सहकार्यको सकारात्मक वातावरण।

स्वस्थ शहर कार्यक्रमका चुनौती र सुधार गर्नु पर्ने पक्षहरु

- □ सीमित वित्तीय तथा प्राविधिक स्रोत।
- □ स्वास्थ्य आपतकालीन अवस्थाहरू (जस्तै महामारी, प्राकृतिक प्रकोप) का लागि पूर्वतयारी अझ मजबुत गर्नुपर्ने आवश्यकता।
- □ नगरभित्र आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सबै क्षेत्रमा पुगेको छ तर केही क्षेत्रमा आवश्यक पूर्वाधारलाई अझ सुदृढ र विस्तार गर्नुपर्ने आवश्यकता रहेको छ।
- □ दिगो फोहर व्यवस्थापन र प्रदूषण नियन्त्रणमा दीर्घकालीन समाधानको आवश्यकता।
- □ अन्तर विभागीय सहकार्य कहिले काहीँ औपचारिक तहमा मात्र सीमित रहनु।
- □ नागरिकको निरन्तर सहभागिता र स्वामित्व सुनिश्चित गर्न चुनौती।
- □ दीर्घकालीन वित्तीय योजना र बजेट विनियोजन सुनिश्चित गर्न आवश्यक।
- □ स्वास्थ्य आपतकालीन क्षमताका लागि नियमित तालिम, अभ्यास, र पूर्वाधार विकासको आवश्यकता।
- □ सबै वडामा स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर र पहुँच समान बनाउन विशेष योजना आवश्यक।
- □ वातावरणमैत्री पूर्वाधार र हरित क्षेत्रको विस्तारको आवश्यकता।
- □ तथ्यांक सङ्कलन, विश्लेषण र प्रयोगमा सुधार गरेर निर्णयमा वैज्ञानिक आधार थप सुदृढ बनाउनु आवश्यक।

५. आयुर्वेद तथा बैकल्पिक चिकित्सा

आयुर्वेद पूर्वीय दर्शनमा आधारित नेपालको मौलिक र परम्परागत चिकित्सा पद्धति हो र आयुर्वेदको शाब्दिक अर्थ "जीवनको विज्ञान" हो। आयुर्वेद औषधी संसारको सबैभन्दा पुरानो समग्र उपचार प्रणाली मध्ये एक हो जसले मानिसहरूमा सरल र उपचारात्मक उपायहरूमार्फत प्रतिरोधात्मक, प्रवर्द्धनात्मक, उपचारात्मक र पुनर्स्थापना स्वास्थ्यमा काम गर्दछ। आयुर्वेद औषधीको स्रोत औषधीय जडीबुटी, खनिज र पशुजन्य उत्पादनहरू हुन्। नेपालको संविधान २०७२ मा नेपालको परम्परागत चिकित्सा पद्धतिको रूपमा रहेको आयुर्वेद, प्राकृतिक चिकित्सा, होमियोप्याथी लगायतका स्वास्थ्य पद्धतिहरूको संरक्षण र प्रर्वद्धन गर्ने भनी प्राथमिकता साथ उल्लेख गरिएको छ।संविधानका अनुसूचीहरूमा आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्साका विभिन्न आयामलाई महत्त्वपूर्ण स्थान दिएको छ। राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य ऐन र सोको नियमावली, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६, स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति (२०७९/८०—२०८७/८८)मा समेत आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्साको विकास तथा विस्ताार गर्ने उल्लेख छ।

आर्युविदका प्रमुख उद्देश्यहरू स्वास्थ्यको संरक्षण एवं प्रर्वद्धन गरी रोगको रोकथाम र रोगको उपचार गर्नु हो। स्वस्थकर दीर्घायुको लागि दिनचयार, ऋतुचुर्या आचार, रसायन सदवृत, सात्विक आहार विहार व्यवहार विचार आदिको उल्लेख गरिएको छ भने बिरामीको उपचारको लागि शमन र शोधन चिकित्साको उल्लेख छ। शमन चिकित्सामा विभिन्न जडिबुटी खनिजतत्त्व र सामुन्द्रिक वस्तुरुको उपयोग गरिन्छ भने शोधन चिकित्साको लागि पञ्चकर्म विधि प्रयोग गरिन्छ।

सोह्रौं पञ्च वर्षीय योजनाको परिच्छेद ५ को स्वस्थ शिक्षित र सिपयुक्त मानव पुँजी निर्माण अन्तर्गत ५.४ रूपान्तणकारी रणनीति स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्याको ५.४.६ मा गुणस्तरीय, भरपर्दा एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालीको विकास गर्ने अवधारणा अनुरूप आयुर्वेद लगायतका चिकित्सा प्रणालीलाई विकास र विस्तार गर्दै स्तरउन्नति गराउने उल्लेख छ। ५.५ प्रमुख कार्यक्रम स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्याको ५.१५मा मानसिक तथा वैकल्पिक स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रम मानिसक स्वास्थ्य प्रवर्द्धनात्मक क्रियाकलाप सञ्चालन; नागरिक आरोग्य कार्यक्रमलाई विभिन्न सङ्घ संस्था, सहकारी र समुदायसँगको समन्वयमा वडा तथा समुदाय स्तरसम्म विस्तार; "मेरो स्वास्थ्य - मेरो जिम्मेवारी

"अभियानलाई समुदाय स्तर सम्म विस्तार; मनोरञ्जन केन्द्र, योग केन्द्रहरूमार्फत ज्येष्ठ नागरिकको शारीरिक, मानिसक तथा आध्यात्मक स्वस्थताको प्रवर्द्धन गर्ने उल्लेख छ। चन्द्रागिरि नगरपालिकाको,वडा नं ८ मातातीर्थमा १ आयुर्वेद औषधालय विगत ५-६ वर्ष देखि सञ्चालनमा रहेको थियो र उक्त कार्यालय हाल आर्युवेद अस्पतालको रुपमा स्तरोन्नती भएको छ। त्यसैगरि नगरपालिकाका विभिन्न वडाहरुमा जेष्ठ नागरिक दिवा सेवा केन्द्रहरु तथा योग साधना केन्द्रहरु सञ्चालनमा रहेका छन्।

नेपालमा करिब २५,००० सामुदायिक बनहरू रहेका छन्, जसले स्थानीय समुदायको जीवनस्तर, स्वास्थ्य र आर्थिक विकासमा अतुलनीय योगदान दिन सक्छन्। यिनै संसाधनहरूको सदुपयोग गर्दै चन्द्रागिरि नगरपालिकाले स्वास्थ्य र आयुर्वेद क्षेत्रमा अभूतपूर्व उदाहरण प्रस्तुत गरेको छ। चन्द्रागिरि नगरपालिकाले जमुनाडाडा सामुदायिक बनसँगको साझेदारीमा मातातीर्थ आयुर्वेद जडिबुटि उद्यान स्थापना गरेको छ। यो उद्यान केवल वनसंरक्षणमा योगदान पुर्‍याउने मात्र छैन, यसले स्थानीय नागरिकलाई आयूर्वेदिक शिक्षा, स्वास्थ्यसेवा र रोजगारका अवसर पनि प्रदान गरेको छ। मातातीर्थ आयुर्वेद उद्यानले स्थानीय स्तरमा आयूर्वेदिक जडिबुटिको उत्पादन, प्रशोधन र प्रयोगमार्फत रोजगारी सिर्जना गरेको छ। यसबाट स्थानीय परिवारहरूको Out of Pocket Expenditure मा उल्लेखनीय कमी आएको छ, जुन विश्व स्वास्थ्यसंगठन (WHO)ले स्वास्थ्य सेवा पहुँचको सूचकका रूपमा मान्यता दिएको छ। नेपाल सरकारको SDG 15- Life on Land लक्ष्यको सन्दर्भमा, वन र जैविक विविधता संरक्षणको यस परियोजनाले उल्लेखनीय योगदान पुर्‍याएको छ। यो परियोजनाले स्थानीय नागरिकलाई आयूर्वेदिक ज्ञान सिक्ने अवसर प्रदान गरेको छ। विद्यालय र सामुदायिक समूहसँगको तालिममार्फत, युवा र महिलाहरूले जडिबुटि खेती, औषधी निर्माण र स्वास्थ्य शिक्षामा प्रशिक्षण पाएका छन्।यसले समावेशी विकास (Inclusive Development) र स्थानीय रोजगार सृजनामा ठोस योगदान पुर्‍याएको छ।

मातातीर्थ आयुर्वेद अस्पताल उत्कृष्टता र रोल मोडल

मातातीर्थ आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा अस्पतालले देशभरका अस्पतालहरूलाई प्रभावीत गर्दै नेपालको उत्कृष्ट आयुर्वेद अस्पताल पुरस्कार जितिसकेको छ। यस अस्पतालको सफलता धेरै आयाममा देख्न सकिन्छ।

न्यूनतम लगानीमा अधिकतम् सेवा : अस्पतालले सीमित स्रोतमा उच्च गुणस्तरीय स्वास्थ्यसेवा प्रदान गर्दै आएको छ।

आयुर्वेद र आधुनिक चिकित्सा संयोजन : परम्परागत आयूर्वेदिक उपचार र आधुनिक स्वास्थ्य प्रविधिसँगको समन्वयले रोगीहरूको जीवनस्तरमा सुधार ल्याएको छ।

सार्वजनिक स्वास्थ्य खर्चमा कमी स्थानीय परिवारहरूका लागि स्वास्थ्य खर्च घटाउने उपायको रूपमा काम गरेको छ, जसले Universal Health Coverage (UHC) को लक्ष्यमा योगदान पुऱ्याएको छ।

वनसंरक्षण, रोजगार र शिक्षा एकीकृत दृष्टिकोण : जमुनाडांडा सामुदायिक वनसँगको साझेदारी केवल स्वास्थ्यसेवा र आयुर्वेद उद्यानको लागि सीमित नाराहर यसले वनसंरक्षण, रोजगार सिर्जना र शिक्षालाई एकैसाथ समेटेको छ। वनसंरक्षण र जैविक विविधता कायम राख्दै, नगरपालिकाले स्थानीय र पर्यटकहरूलाई आयूर्वेदिक उपचार, हर्बल प्रशिक्षण र वनपर्यटनको माध्यमबाट ज्ञान र अनुभव प्रदान गरेको छ।

प्रेरणा र रोल मोडल

चन्द्रागिरि नगरपालिका स्वास्थ्य र आयुर्वेद क्षेत्रमा गुणस्तरीय, निशुल्क र दीर्घकालीन सेवाप्रदान गर्ने उदाहरण बनेको छ। यसको दीर्घकालीन योजना र समुदाय केन्द्रित दृष्टिकोणले अन्य स्थानीय सरकारहरूलाई पनि प्रेरणा र रोलमोडल को रूपमा प्रस्तुत गरेको छ।

विशेष गरी, मातातीर्थ आयुर्वेद जडिबुटि उद्यान र अस्पतालले देखाएको सफलताको कथास्पष्ट छ, स्थानीय वनसंरक्षण र आयूर्वेदिक स्वास्थ्यसेवाको संयोजनले सामाजिक, आर्थिक र स्वास्थ्यका आयाममा दीर्घकालीन लाभ पुर्याउँछ। चन्द्रागिरि नगरपालिकाको अनुभवले सफल स्थानीय सरकार केवल सेवाप्रदायक मात्र नभई, समुदायको जीवनस्तर सुधार्ने र स्थायी विकासको मोडल पनि हुन सक्छ भन्ने प्रमाणित गरेको छ।

आ.व.२०८१/८२ मा सञ्चालन भएका कार्यक्रमहरु

१. ओ पी डी, पञ्चकर्म, क्षारसुत्र, योग, ध्यान, आहार—विहार, परामर्श

२. निःशुल्क शल्य चिकित्सा सेवा पाइल्स, फिसर आदि अपरेसन तथा रोगको उपचार

३. जेष्ठ नागरिकहरुलाई निशुल्क पञ्चकर्म सेवा, विर्सने तथा अनिन्द्रा, बाथ रोगको उपचार र परामर्श जेष्ठ नागरिक दिवा सेवामा

४. स्तनपायी आमाहरुलाई पुर्ण स्तनपान कार्यक्रम

५. विशेषज्ञ सेवा सञ्चालन

६. जमुनाडाँडा सामुदायिक वनमा मातातीर्थ आयुर्वेद जडिबुटी उद्यान सञ्चालन

७. हरेक महिना स्वास्थ्य शिविर, मोवाइल क्लिनिक, महिला र किशोरी स्वास्थ्य सचेतना कार्यक्रमअन्तर्गत

- ☐ महिनावारी सम्बन्धी जनचेतना,
- ☐ महिनाबारीमा प्रयोग गर्नको लागि कपडाको प्याड बनाउने तालिम
- ☐ हात धुने अभ्यास
- ☐ प्राथमिक उपचार सम्बन्धी तालिम
- ☐ प्राथमिक उपचार सामग्री सहितको झोला वितरण
- ☐ निःशुल्क स्वास्थ्य शिविर

८. शिक्षा र अनुसन्धानमा विद्यार्थी, प्रोफेसर र MBBS छात्रालाई एक्स्पोजर तालिम

९. युवा युवतीलाई आयुर्वेद पञ्चकर्म थेरापिष्ट तालिम र स्वरोजगार सुविधा

६. महामारी, प्रकोप नियन्त्रण तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम

महामारी

महामारी भन्नाले कुनै संक्रामक रोगको एउटै समयमा धेरै ठाउँमा फैलिएर ठूलो सङ्ख्यामा मानिसहरुलाई प्रभावीत गर्ने अवस्था बुझिन्छ। यो अवस्थामा रोग वा समस्याले समान्यतया भन्दा बढी मानिसहरुलाई संक्रमित गर्छ र यसबाट एक सीमित क्षेत्र वा अझै ठूलो क्षेत्र-जस्तैः एउटा समुदाय, देश, क्षेत्र वा संसार) प्रभावीत हुन सक्छ।

प्रकोप

मानिसको जीवन, दैनिक आवश्यकताका वस्तु र जीविकोपार्जनका साधनमा क्षति पुऱ्याउने सम्भावना वोकेका बाढी,पहिरो आगलागि, भुकम्प, यातायात दुर्घटना लगायतका घटनालाई प्रकोप भनिन्छ। प्रकोप प्राकृतिक तथा मानबसृजित हुन सक्छन्। प्रकोपहरुको व्यवस्थापन शिघ्र हुनु पर्छ जसले गर्दा कम क्षति भई समाज पूर्वअवस्थामा सहजै फर्कन सक्छन् तर यदि समयमा नै यस्ता प्रकोपको जानकारी तथा व्यवस्थापन भएन भने यसले विपत्तिको रुप लिन्छ। सामान्यतया प्रकोप र बिपत्तिलाई एकै अर्थमा बुझ्ने गरिन्छ। त्यसैले, विपद् उत्पन्न गर्ने कारक तत्त्वको रुपमा प्रकोपलाई लिईन्छ।

विपद्को जोखिममा रहेका समुदायहरु सामाजिक, आर्थिक तथा साङगठनिक रुपमा कमजोर हुन्छन्। खाद्य असुरक्षा, स्वास्थ्य, शौचालय तथा सरसफाइका सुविधाहरुको सिमितता, प्राकृतिक विपद्का कारण सुरक्षित बासस्थानको सही पहिचान तथा उपयुक्त व्यवस्थापन गर्न नसक्नु आदि विपद् प्रभावीत समुदायहरुले सामनागर्ने मुख्य समस्याहरु हुन्। परिणाम स्वरुप प्राकृतिक तथा मानवजन्य विपद्हरु, रोगहरुको महामारीसंग समुदायको सामनागर्ने क्षमतानिकै कमजोर हुन्छ। यस्ता समस्याहरुलाई सम्बोधन गर्न समुदायलाई सशक्तीकरण गर्ने, विपद्को समयमा विपदसँग सम्बन्धित सेवाप्रदायक निकायहरुको क्षमताअभिवृद्धि गर्ने र प्रभावकारी समन्वयको संयन्त्र बनाउनु अत्यन्त जरुरी हुन्क्छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकाले विपद् पूर्वतयारी तथा प्रतिकार्यको लागि स्वास्थ्य आकस्मिक योजना निर्माण गरिरहेको छ। विपद्को अवस्थामा प्रभावकारी मानवीय सहयोग तथा सम्भावित विपद्को जोखिम कम गर्न तथा विपद्को अवस्थामा आइपर्ने समस्याहरुलाई समाधान गर्नका लागि विपद् पूर्वतयारी तथा प्रतिकार्य योजना आवश्यक पर्दछ। विशेष गरी मानवीय सहयोगको प्रत्याभुति गराउन विपद् जोखिम न्युनीकरणमा समुदायलाई सहयोग गर्न, प्रतिकार्यमा समान पहुँच पुऱ्याउन, सामाजिक, सांस्कृतिक मर्यादा कायम राख्न, खानेपानी तथा सरसफाइ एवं स्वास्थ्य प्रर्वद्धन गर्न यस योजनाले मार्गनिर्देशन गर्दछ। त्यसका साथै श्रोतको सहि पहिचान तथा परिचालन गर्न जवाफदेही र उत्तरदायित्वको भावनाको विकास गराउन पनि यस योजनाले सहयोग गर्दछ।

चन्द्रागिरि नगरपालिका अन्तर्गत माहामारी तथा प्रकोपका बखत दुरतप्रतिकार्यका लागि स्वास्थ्य कार्यालय तथा स्थानीयतहमा रहेका दुरतप्रतिकार्य समिति तथा दुरतप्रतिकार्य टोली गठन भएको छ साथै स्थानीय स्तरमा द्रुतप्रतिकार्य टोली गठन गरिएको छ।

७. स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रम

सबैको लागि स्वास्थ्य भन्ने विश्व स्वास्थ्यसंगठनको अवधारणा अनुरुप स्वास्थ्य सेवाको पहँच जनसमुदाय सम्म पुऱ्याउन लागतको दृष्टिकोणले सूचना शिक्षा तथा सञ्चार कार्यक्रम प्रभावकारी कार्यक्रमको रुपमा मान्न सकिन्छ। जनतामा रहेका ज्ञान, धारणा र व्यवहारमा परिवर्तन ल्याई स्वास्थ्य स्थीतिमा सुधार ल्याउने अपेक्षा राखी यो कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो। चन्द्रागिरि नगरपालिकामा समुदायस्तरसम्म स्वास्थ्यकर्मी, महिला

सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, विद्यालय नर्स तथा स्वास्थ्य संवाहकहरुमार्फत स्वास्थ्य शिक्षाका गतिविधिहरु सञ्चालन गरिदै आएको छ।

उद्देश्य :

- ☐ स्वास्थ्य प्रति जनसमुदायमा सकरात्मक ज्ञान, धारणा र ब्यबहारहरुको विकास गर्ने।
- ☐ जनतालाई स्वस्थ र सकारात्मक व्यबहार अपनाउन अभिप्रेरित गर्ने।
- ☐ स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुमा जनसहभागिता अभिवृद्धि गर्ने।
- ☐ स्वास्थ्यको सवालमा जनताको ज्ञान र चेतना बढाउने।
- ☐ सबै स्तरका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवामा जनताको सहभागितावृद्धि गर्ने।
- ☐ स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरुमा नबिनतम ज्ञान र सीपको विकास गरी नयाँ प्रविधिहरु बारे जनतालाई जानकारी गराउने।
- ☐ आ.व.२०८१।८२ मा सम्पादन गरिएका क्रियाकलापहरु
- ☐ चन्द्रागिरि नगरपालिकामा सम्पूर्ण वडाहरुका महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकामार्फत स्वास्थ्य आमा समूहमा स्वास्थ्य सम्बन्धी बैठक सञ्चालन गरी विभिन्न बिषयमा छलफल भएको।
- ☐ विद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रममार्फत स्वास्थ्यकर्मीहरुद्वारा समयानुकूल बिषयमा जनचेतनामूलक कक्षा सञ्चालन भएको।
- ☐ टोल समुदायमा स्वास्थ्य तथा सरसफाइ सम्बन्धी जनचेतनामूलक कक्षा, अन्तर्क्रिया तथा र्याली, प्रर्दशनी, नाटक आदि विधिबाट स्वास्थ्य सन्देशहरु प्रवाह भएको।
- ☐ विभिन्न अवसरमा स्वास्थ्य सम्बन्धी सन्देश प्रवाह गरिएको। विभिन्न स्थानमा स्वास्थ्य सन्देशहरु समेटिएका पोस्टर, पम्पलेट बोर्ड आदि IEC BCC materials वितरण तथा टाँस गरिएको।

८. स्वास्थ्य आपुर्ति, योजना तथा स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन

स्वास्थ्य आपूर्ति

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन जनस्वास्थ्य शाखाले गर्दै आइरहेको छ जसले चन्द्रागिरि नगरपालिका भित्रका सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सेवा प्रवाहमा आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन गर्दछ। नगरपालिकाको जनस्वास्थ्य

शाखाले आपूर्ति शृङ्खला व्यवस्थापन कार्यका लागि आवश्यक योजना तर्जुमा, खरिद, भण्डारण, वितरण, पुनरावलोकन, मुल्याङ्कन गर्ने, आपूर्ति शृङ्खला व्यवस्थापन प्रणालीमा रहेका कमी कमजोरी पहिचान गरी समस्या एवं चुनौतीको समाधानको लागि सरोकारवाला निकायहरुबीच आवश्यक समन्वय गर्ने कार्यहरु गर्ने गरको छ।
आपूर्ति व्यवस्थापनका महत्त्वपूर्ण ६ वटा सिदान्तहरु ठीक सामान, ठीक परिमाणमा, ठीक स्थानमा,ठीक समयमा, ठीक मुल्यमा र ठीक अवस्थामा हुनुपर्दछ भन्ने तथ्यलाई आत्मसात गर्दै नगरपालिका जनस्वास्थ्य शाखाले स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन जीन्सी व्यवस्थापनका लागि USAID तथा Global Fund को सहयोगमा कम भन्दा कम समयमा कुनै पनि औषधी खोप तथा सामग्रीहरुको महत्त्वपूर्ण तथ्यांकहरू Real Time Data म्बतब को रुपमा प्राप्त हुनेगरी विद्युतिय आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली e-LMIS (electronic Logistic Management Information System) प्रणाली अद्यावधिक गरेको छ।

विद्युतिय आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

आ.व.२०५१/५२ देखि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसख्ंया मन्त्रालयबाट आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (Logistic Management Information System) सञ्चालनमा रहेको भए पनि आ .व . २०६५/२०६६ बाट मात्रै वेबमा आधारित (Web based LMIS) लागु भएको थियो। LMIS प्रतिवेदनलाई स्थानीय तहबाटै प्रविष्ट गर्ने तथा जिन्सी व्यवस्थापनलाई अझ सुदृढ गर्न २०७५ साल वैशाख देखि परीक्षण गरी आ .व .२०७६/७७ देखि ७७ वटै स्वास्थ्य कार्यालयहरूमा LMIS को चौमासिक प्रतिवेदन गर्ने तथा तथ्यांक प्रबिष्ट गर्न तालिम दिइएको थियो। आ.व २०७९/८० बाट तथ्याकं प्रबिष्ट मासिक गर्ने कार्यको थालनी गरी पालिका स्तरबाटै प्रतिवेदन गर्न सुरु गरी मासिक प्रतिवेदनमा अप्रत्यासित प्रगति हासिल भएको थियो। स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको मिति २०७७/०२/०१ को निर्णय अनुसार,यस कार्यलाई सबै प्रदेश,स्वास्थ्य कार्यालय, अस्पतालहरु, स्थानीय तहका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा बिस्तार गरी क्रमशः कागजी कार्यलाई विस्थापित गर्दै लैजाने लक्ष्य अनुरुप यस नगरपालिकाको जनस्वास्थ्य शाखाले कार्य गर्दै आएको छ।

योजना तथा सूचना व्यवस्थापन

स्वास्थ्य क्षेत्रको नीति, योजना तथा कार्यक्रम निर्माणमा नियमित स्वास्थ्य सूचना प्रणाली, जनसाङ्ख्यिक तथा संस्थागत सर्वेक्षण, सर्भिलेन्स तथा अध्ययन अनुसन्धान लगायतका विभिन्न माध्यम तथा प्रक्रियाबाट प्राप्त सूचनाहरु महत्त्वपूर्ण हुन्छन्। जनस्वास्थ्य ऐन २०७५ ले पनि आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरु निशःल्क रुपमा प्रदान गर्ने उल्लेख गरेको छ। सहज तथा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि तथा तथ्यपरक योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्नका लागि तथ्यपरक सूचना आवश्यक हुन्छ।

नेपालको संविधानले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई जनताको नैर्सगिक अधिकारको रुपमा स्थापित गरेको छ। जुनसुकै नीतिगत निर्णयको प्रक्रियामा प्रवेश गर्नका लागि त्यस बिषयसँग सम्बन्धित सूचना र स—प्रमाणको आवश्यकता हुन्छ, जुन बढी प्रभावकारी हुन्छ र परिणाम स्वरुप समुदाय र आम नागरिकको लागि उपयोगीसिद्ध पनि हुन्छ। प्रभावकारी सूचनाको माध्यमबाट तयार भएको योजना मात्र सफल रुपमा कार्यान्वयन हुने हुनाले सूचनाले प्रभावकारी हिस्सा राख्दछ। स्वास्थ्य सेवाको विश्लेषित तथ्याङ्कबाट स्वास्थ्य सेवाको अवस्थाको जानकारी प्राप्त हुने गर्दछ र यसैको आधारमा आगामी योजनाहरु तयार गरिन्छन्।

स्वास्थ्य सेवाका तथ्यांकहरु नै सूचनाको प्रारम्भिक श्रोत हुन् जसले सिमित श्रोत तथा साधनको प्रयोग गरी सहि योजना निर्माणका लागि निर्देशित गर्दछ। सेवाग्राहीको आवश्यकतालाई केन्द्रविन्दुमा राखी यस किसिमका सूचनाहरुको प्रमाणका आधारमा सीमित श्रोतको परिचालन गरी अधिकतम् उपलब्धि हासिल गर्न महत्त्वपूर्ण रहन्छ। नेपालमा बनेका स्वास्थ्य नीतिहरुले मुलतः स्वास्थ्य सूचना प्रणालीमा लगानीको आवश्यकता र प्राथमिकतालाई जोड दिएका छन्। स्वास्थ्य क्षेत्रमा विभिन्न सूचना प्रणालीहरु जस्तै स्वास्थ्य व्यवस्थापन, पूर्व निगरानी, आपुर्ती व्यवस्थापन,बित्तिय स्वास्थ्य संरचना, मानव संशाधन, तालिम,औषधी र अन्य सूचना प्रणाली आदि प्रचलनमा छन्। एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमार्फत सरकारी,गैर सरकारी तथा नीजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान भैइरहेको स्वास्थ्य सेवाको सूचना एकीकृत रुपमा राष्ट्रिय स्तरसम्म हाल अनलाइनमार्फत संकलन हँदै आइरहेको छ। स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको

कुशल व्यवस्थापनको लागि गुणस्तरीय र भरपर्दा सूचना संकलन गरी प्रयोगमा ल्याउनु समयको माग हुन्छ।

यहि उद्देश्य अनुरुप आ.व. २०५१/५२ देखि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीको सुरुआत भएको थियो। यस प्रणालीले स्वास्थ्य कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मुल्याङ्कनका हरेक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको हुन्छ। स्वास्थ्य सेवालाई अझ बढी परिणाममुखी बनाउन र यस क्षेत्रमा आइपर्ने चुनौतीहरुलाई समाधान गर्न आवश्यक पर्ने सूचना संकलन गरी कार्यक्रम व्यवस्थापनमा सहयोग पुऱ्याउन एकीकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणाली अन्तर्गत प्रयोगमा रहेका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारमहरुमा समयसापेक्ष परिमार्जन तथा थपघट गनुपर्ने हुन्छ सोही अनुसार आ.व. २०५१/५२ पछी आ.व.२०७०/७१ र आ.व.२०७५/७६ मा केही परिमार्जन पश्चात हाल २०७८/७९ मा पूर्ण रुपमा सबै रजिष्टर तथा फारमहरुमा परिमार्जन गर्नुका साथै १५ वटा नँया रजिष्टर तथा फारामहरु थप गरी प्रयोग भइरहेको छ। चन्द्रागिरि नगरपालिकाका सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट विभिन्न ढाँचामा फारमहरु तयार गरी प्रतिवेदन गर्ने व्यवस्थामा सुधार गरी बिद्युतिय रुपमा प्रतिवेदन गर्ने कार्यलाई बिस्तार गरिँदै लगिएकाले सूचनाको प्रयोग तथा व्यवस्थापनमा सहज हुँदै गएको छ।

आ.व.२०८१/८२ मा सूचना व्यवस्थापनका उपलब्धिहरु

१. HMIS Reporting System मा पूर्णताको निरन्तरता भई (Complete Reporting) विगत २०७९/८० वर्ष देखि लगातार १०० प्रतिशत रहेको छ।

२. Timely Reporting मा समेत तुलनात्मक रुपमा प्रगति भएको छ।

३. नगरपालिका भित्र सञ्चालनमा रहेका निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु (अस्पताल, क्लिनिक) मध्ये हालसम्म १६ वटा लाई, स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन अनुमति तथा नवीकरण गरिएको छ।

४. तथ्याङकको गुणस्तरीय कायम राख्नको लागि नियमित रुपमा Data Verification गरिएको छ।

५. स्वास्थ्य संस्थाहरुको नियमित अनुगमन तथा सुपेरिवेक्षण गरिएको छ।

६. स्वास्थ्यकर्मीहरुको लागि DHIS २, Revised HMIS सम्बन्धी तालिम सञ्चालन गरिएको छ।

७. जनस्वास्थ्य शाखाले सञ्चालन गरेका लक्षित कार्यक्रम अनुसार प्रत्येक महिना स्वास्थ्य संस्था प्रमुखहरुको सहभागितामा, मासिक समिक्षा बैठक गरी DHIS प्रतिवेदनको पूर्णता र गुणस्तर चेकजाँच गरिन्छ।

९. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम योगदानका आधारमा व्यक्तिलाई वित्तीय संरक्षण प्रदान गर्ने प्रणाली हो। यसले स्वास्थ्य उपचारमा व्यक्तिले व्यहोर्नु पर्ने अप्रत्यासित उपचार खर्च कम गरी गरिबीको जोखिमबाट जोगाउँन मद्दत गर्दछ। बिपन्न, सीमान्तकृत एवं आर्थिकरुपले विपन्न, असहाय व्यक्तिको जीवनस्तरमा महङ्गो स्वास्थ्योपचारले नकारात्मक प्रभाव परेको देखिन्छ, जसले गर्दा स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा असर पर्न गएको पाइन्छ। आधुनिक विश्वमा स्वास्थ्य उपचारमा लाग्ने खर्च र गरिबी बीचको सम्बन्धलाई अत्यधिक महत्त्वका साथ हेरिन्छ। तसर्थ स्वास्थ्यमा लाग्ने व्यक्तिगत खर्चलाई न्यूनीकरण गर्दै स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचका लागि विभिन्न राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय प्रयासहरू भएका छन्,जसमा स्वास्थ्य बीमा एक महत्त्वपूर्ण कार्यक्रमको रुपमा रहेको छ।

स्वास्थ्य बीमाको सुरुवात सन् १८८३ मा जर्मनीबाट भएको पाइन्छ। तत्कालीन समयमा जर्मनीमा कामदार र रोजगारदाता दुवैले स्वास्थ्य उपचवार कोषमा रकम जम्मा गरी स्वास्थ्य बीमा सुरु भएको थियो। तत्पश्चात क्रमशः अन्य देशहरुले समेत बीमाको अवधारणालाई अवलम्बन गरेको पाइन्छ। प्रत्येक देशको आर्थिक, सामाजिक र राजनीतिक परिवेश अनुसार स्वास्थ्य बीमाको अवस्था पृथक देखिन्छ। १९औं शताब्दीमा विश्वका केही मुलुकमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अपाङ्गता भएका बिरामीप्रति मात्र लक्षित थियो। अन्य बिरामीले स्वास्थ्य सेवामा लाग्ने समपूर्ण खर्च आफैंले तिर्नुपथ्यो। बीसौ शताब्दीतिर स्वास्थ्य बीमा आधुनिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको रूपमा विकसित भयो। हाल आएर सबै प्रकारका स्वास्थ्य सेवा (उपचारात्मक, प्रतिकारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक, आपतकालीन र पुनर्स्थापनात्मक सेवा) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत समेटिएका छन्। बेलायतमा सन् १९११ मा बनेको स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी कानुनमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई बढी महत्त्व दिएको थियो। सोभियत संघमा सोही प्रकारको व्यवस्था सन् १९१२ मा सुरु भयो। रसियन क्रान्तिपश्चात रुसमा पुनः सरकारी तबरबाट केन्द्रीकृत रुपमा स्वास्थ्य बीमाको सुरुवात भयो। तत्पश्चात क्रमशः अन्य औद्योगिक देशमा समेत स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम बिस्तार भयो।

सन् १९३० सम्म आइपुग्दा मध्य र पश्चिम मुलुकका औद्योगिक क्षेत्रमा समेत स्वास्थ्य बीमाको दायरा फैलिएको पाइन्छ।

सन् १९७८ को अल्माआटा सम्मेलनबाट सबै व्यक्तिमा स्वास्थ्यको पहुँच पुऱ्याउने अभियान व्यापक बनेको थियो। फलस्वरुप सन् १९९० को दशक पश्चात ल्याटिन अमेरिका, क्यारीवियन, अफ्रिका लगायत एसिया प्यासिफिक क्षेत्रका देशहरूमा स्वास्थ्य सेवामा जनताको पहँच स्थापित गर्न बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा आएको पाइन्छ। चीन, ब्राजिल लगायतका मुलुकमा अधिकाशं जनसङ्ख्या स्वास्थ्य सेवाको सर्वव्यापी पहँचमा Universal Health Coverage (UHC) आवद्ध छन्।

विश्वका अन्य मुलुक जस्तै नेपालमा पनि स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचको नीतिलाई साकार पार्ने एउटा महत्त्वपूर्ण कार्यक्रम हो। नेपालको सन्दर्भमा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको थालनी वि.सं.२०३३ देखि तत्कालीन शान्ता भवन अस्पताल पाटनले ललितपुर जिल्लाका केही समुदायबाट सुरु गरेको पाइन्छ। वि.सं. २०५७ मा सुनसरी र मोरङ जिल्लाका १७ वटा समूहहरुमा वि.पि. कोईराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान (BPKIHS) मार्फत बीमा कार्यक्रम सञ्चालन भएका थियो। वि.सं. २०६० सरकारी स्तरमा ६ वटा प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार (मंगलबारे, कटारी, चन्द्रनिगाहपुर, दुम्कौली, लमही र टिकापुर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा सामुदायिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालनमा आएको थियो। वि.सं. २०६७ मा बाह्रौं त्रि-वर्षीय योजना (वि.सं.२०६७/०६८—२०६९/७०) र दोस्रो स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार कार्यक्रम (वि.सं.२०६७-२०७२) ले स्वास्थ्यको विद्यमान अवस्थामा मानव स्वास्थ्य सुधारका लागि राष्ट्रिय बीमा नीति बनाई लागु गरियो। नेपालमा सरकारद्वारा वि.स.२०७१ वैशाख १२ मा राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति जारी गरेको थियो। वि.स. २०७१ माघ २६ मा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा विकास समिति (गठन) आदेश जारी गर्दै सरकारले सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समितिमार्फत सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा "स्वास्थ्य बीमा" कार्यक्रम लागु गरी सबैमा स्वास्थ्य बीमाको पहुँच पुऱ्याउने नीति लिएको थियो। आ.व.२०७१/७२ मा नेपालका ३ जिल्लाहरु कैलाली, बाग्लुङ्ग र इलाममा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा समिति (गठन) आदेश अनुसार स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम लागु गर्ने घोषणा गरियो। कैलाली जिल्लामा मिति २०७२ चैत्र २५गते तथा बाग्लुङ र इलाम जिल्लामा मिति २०७३ असार १५ गते देखि स्वास्थ्य बीमाको सदस्यता वितरण कार्य

प्रारम्भ भई कार्यक्रम लागु भएको थियो। त्यसपछि क्रमश थप जिल्लाहरुमा लागु गर्दै लगिएको थियो। वि.सं. २०७४ मा स्वास्थ्य बीमा ऐन,२०७४ जारी भयो। साथै मिति २०७५।१२।०३ मा स्वास्थ्य बीमा नियमावली जारी भयो। यसरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम आ.व.२०७८।७९ देखि ७७ वटै जिल्लामा लागु गरियो।

चन्द्रागिरि नगरपालिकामा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम आ.व २०७९ मा सुरु भएको हो भने नगर अस्पताल(प्राथमिक अस्पताल थानकोट) लाई प्रथम सेवा बिन्दु तोकिएको छ। आ.व.२०८१।८२ सम्म चन्द्रागिरि नगरपालिकामा १९% बीमा कार्यक्रममा सहभागी भएका छन्। वडा वडामा परिचालित स्वास्थ्य बीमा अभिकर्ताहरुलाई समेत नियमित मासिक वैठकमार्फत विमितको सङ्ख्या बढाउनका साथै विमितहरुले बीमा अभिकर्ताका कारण भोगिरहेका समस्याहरु पहिचान गरी समाधानका लागि पहल गरिएको छ।

चन्द्रागिरि नगरपालिकाले नगरभित्र रहेका सम्पूर्ण जनप्रतिनिधि, कर्मचारी, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका (FCHVs), अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरु तथा लोपोन्मुख वर्गहरुको स्वास्थ्य सुरक्षालाई सुनिश्चित गर्न निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्दै आएको छ ।

१०. स्वास्थ्य विकासका साझेदार संघ संस्थाहरु

1) NPLSociety
2) JANTRA
3) UNICEF
4)WHO
5) GIZ
6) ECO concern
7)UN habitat
8)Nepal Woman Trust Organization
9) Red Cross Society
10) Metro Blood Bank
11) Possible Nepal
12) Lions Club
13) Rotary Club
14) ENPHO
15) Zonta Club Kathmandu
16) Ageing Nepal
17) World Vision

Target population

SN	Particular	FY 2080/81	FY 2081/82	FY 2082/83
1.	Total population	145797	152024	147687
2.	Population under 1 year	1864	2420	1861
3.	Pop (0-23 Month)	3716	4787	3721
4.	Population 12 - 23 months	1832	2330	1860
5.	Pop (6-23 months)	2782	3558	2637
6.	Pop (6-11 months)	772	1000	777
7.	Population under 5 years ARI/ CDD/ Nutrition	8738	11419	9288
8.	Population aged 6-59 months	7805	10121	8204
9.	Pop (12-59 Month)	6870	8910	7427
10.	Total expected pregnancies	2223	2942	2204
11.	Total expected live birth	1890	2454	1870
12.	Female population aged 15-49 years	46340	48536	46248
13.	Married Female population aged 15-49 years	34445	36749	35149
14.	Adolescent Population Aged 10-19 Years female	10647	13391	12217
15.	Adolescent Population Aged 10-19 Years	23214	28287	23028
16.	Population 0-14 years	30210	37911	30722

Reference

https://censusnepal.cbs.gov.np/results/population?province=3&district=28&municipality=10
https://dohs.gov.np/content/2/annual-health-report-2080-81/
https://chandragirimun.gov.np/ne/VLRReport
https://www.chandragirimun.gov.np/ne/LocalHealthServiceAct2082

चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण तयार पार्ने प्राविधिक कार्य समुह

चन्द्रागिरि स्वास्थ्य दर्पण २०८२ तयार पार्ने प्राविधिक कार्य समुह

१.	शम्भु कुमार महतो	स्वास्थ्य शाखा प्रमुख
२.	बिष्णुमाया रिजाल	नर्सिङ अधिकृत
३.	प्रनिशा अधिकारी	जनस्वास्थ्य अधिकृत
४.	रोजिना महर्जन	सामुदायिक नर्सिङ अधिकृत
५.	धना सिहं	सि.अ.हे.व अधिकृत
६.	प्रकाश घिमिरे	जनस्वास्थ्य निरीक्षक
७.	योगमाया योगी	जनस्वास्थ्य निरीक्षक
८.	तारा प्रसाद पोखरेल	जनस्वास्थ्य निरीक्षक
९.	धनराज मिश्र	जनस्वास्थ्य निरीक्षक
१०.	बेल बहादुर सिंजाली	जनस्वास्थ्य निरीक्षक
११.	अस्मिता न्यौपाने	क्षयरोगमुक्त अभियान कार्यक्रम संयोजक