स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७९/०८०

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

स्वास्थ्य शाखा

दुम्किबास, नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्व) गण्डकी प्रदेश, नेपाल

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका
गाँउकार्यपालिकाको कार्यालय
स्वास्थ्य शाखा
दुम्किबास, नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्ब) गण्डकी प्रदेश, नेपाल

स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको बार्षिक प्रतिवेदन
आ.ब. २०७९/०८०

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
Binayi Tribeni Rural Municipality

गाउँ कर्यपालिकाको कार्यालय

Office of The Rural Municipal Executive

दुम्किबास, नवलपरासी (बर्दघाट–सुस्तापूर्व)

Dumkibas, Nawalparasi (East of Bardaghat Susta)

स्था: २०७३

Phone: 078-416185, 078-416182

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

Gandaki Province, Nepal

प.स.(Let. No.): २०८०/०८१

च.न.(Dis. No.):

दुई शब्द

संघिय लोकतान्त्रीक गणतन्त्र नेपालको संविधान २०७२ को मूल्य र मान्यता अनुशरण गर्दै "समृद्ध नेपाल सुखी नेपाली" को राष्टिय नारालाई सार्थक तुल्याउनका निम्ती बिनयी त्रिबेणी गाँउपालिका निवासी सम्पूर्ण आमा बुवा दाजुभाई तथ दिदी बहिनी हरुको पहुँचमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्नका लागी बिनयी त्रिबेणी गाँउपालिका सदैव प्रतिबद्ध छ । हाम्रो गाँउपालिका अन्तरगतको स्वास्थ्य शाखा बाट सर्वसाधारण जनमानसको अतिनै महत्वपूर्ण तथा आम नागरीकको मौलिक अधिकारको रुपमा रहेको स्वास्थ्य क्षेत्रको समग्र स्थितीलाई समावेश एवं बिश्लेषण गरी आ.ब २०७९/८० को बिनयी त्रिबेणि गाँउपालिकाको स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको बार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न गई रहेकोमा सोको उच्च मुल्याङ्कन गर्दै हर्षका साथ धन्यबाद प्रकट गर्न चाहन्छु ।

यस बिनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको समग्र स्वास्थ्य सेवाको प्रथम बार्षिक प्रतिवेदनले यस गाँउपालिका अन्तरगतका सात वटै वडाहरु मा रहेका स्वास्थ्य सेवाका प्रमुख गतिविधिहरु समस्या र चुनौती हरुका साथै स्वास्थ्य क्षेत्रका अवसरहरु र हालसम्म प्राप्त उपलब्धिहरु ,स्वास्थ्य क्षेत्रको वर्तमान अवस्था र भविश्यमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा गर्नुपर्ने नीति निर्माणका लागी अतिनै महत्वपूर्ण हुने कुरामा दुई मत छैन। विगत तिन बर्ष मा देखिएका स्वास्थ्यका सुचकहरुलाई तुलना गरी हेर्दा केहि सुचकहरूमा उल्लेख्य प्रगती रहेको भएतापनी केही सुचकहरु सन्तोषजनक र केही सुचक हरुको खस्कदो क्रमले अभिलेख तथा प्रतिवेदनको समस्याका साथै स्थानीय तहका स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता अभिबृद्धिको महत्वलाई औंल्याएको देखिन्छ। स्वास्थ्य नागरिकको नैसर्गिक अधिकार तथा अत्यन्तै संवेदनशील बिषय पनि भएकोले स्वास्थ्य सेवा प्रवाहलाई गुणस्तरीय, सर्वसुलभ र सहजै स्थानीय नागरिकको पहुँचमा पुर्याउनको साथै स्वास्थ्यका क्षेत्रमा अहिलेसम्म प्राप्त गरेका उपलब्धिहरुको जगेर्ना गर्नु अहिलेको मुख्य चुनौतीको बिषय रहेको छ। स्थानीय सरकार बाट गरिएको बजेट बिनियोजन र सरोकारवाला बिच समन्वय र सहकार्यगर्दै अगाडी बढे मात्रै लक्ष्यमा पुग्न सहज हुने प्रतिवेदनले देखाएको छ।

अन्त्यमा बिनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको समग्र स्वास्थ्य स्थितिलाई यो स्थानमा पुर्याउन सहयोग गर्नुहुने सम्पूर्ण राजनितिक दलका प्रतिनिधीहरु ,स्वास्थ्यकर्मी महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका, दातृ निकायहरु, सरोकारवालाहरु र अन्य कर्मचारी मित्रहरु लाई धन्यबाद ज्ञापन गर्दै यस गाउँपालिकाको स्वास्थ्य अवस्थालाई अझ प्रभावकारी बनाउनका लागि सहयोग र सहकार्यको अपेक्षा लिएको छु ।

घनश्याम गिरी

अध्यक्ष

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका

Binayi Tribeni Rural Municipality

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

Office of The Rural Municipal Executive

दुम्किबास, नवलपरासी (बर्दघाट–सुस्तापूर्व)

Dumkibas, Nawalparasi (East of Bardaghat Susta)

स्था: २०७३

Phone: 078-416185, 078-416182

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

Gandaki Province, Nepal

प.स.(Let. No.): २०८०/०८१

च.न.(Dis. No.):

उपाध्यक्षको कलमवाट

नेपालको संबिधान २०७२ मा प्रत्येक नागरिकलाई आधारभुत तथा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक हकका रुपमा स्थापित गरेको सन्दर्भमा विनयी त्रिवेणी गाँउपालिका स्वास्थ्य शाखा तथा मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरुवाट सम्पादन भएका स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको वार्षिक प्रतिवेदन २०७९/८० प्रकाशन गरेकोमा अति नै खुशी लागेको छ।

वार्षिक प्रतिवेदन २०७९/८० मा गाँउपालिकाको हालको समग्र स्वास्थ्य कार्यक्रमको अवस्था प्रस्तुत भएको छ।साथै आगामी दिनमा पालिकावाट स्वास्थ्य सेवालाई अझ वढी प्रभावकारी र गुणस्तरीय सेवा प्रवाहका लागि विशेष महत्व तथा प्राथमिकताका साथ लक्ष्य अनुसार को प्रगति न्यून भएका क्षेत्रहरुमा आवश्यक नीति निर्माण तथा योजना तयार गरी बजेट विनियोजन गरिनेछ भन्ने विश्वास दिलाउन चाहन्छु।

अन्त्यमा यस वार्षिक प्रतिवेदन आ.व२०७९/८० पुस्तिका प्रकाशनका लागि महत्वपूर्ण भुमिका निर्वाह गर्नु हुने गाँउपालिका स्वास्थ्य शाखा, स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरु तथा वडामा कार्यरत महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु प्रति हार्दिक धन्यवाद ज्ञापन गर्दछु।

भगवती वैदवार क्षेत्री

उपाध्यक्ष

E-mail: binayitribenigaupalika@gmail.com website: ww.binayitribenimun.gov.np

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका

Binayi Tribeni Rural Municipality

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

Office of The Rural Municipal Executive

दुम्किबास, नवलपरासी (बर्दघाट–सुस्तापूर्व)

Dumkibas, Nawalparasi (East of Bardaghat Susta)

स्था: २०७३

Phone: 078-416185, 078-416182

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

Gandaki Province, Nepal

प.स.(Let. No.): २०८०/०८१

च.न.(Dis. No.):

शुभकामना

बिनयी त्रिबेणी गाउँपालिका पहाड, भित्रि मधेश र तराई मिलेर बनेको गाँउपालिका हो यसको उत्तरमा पाल्पा जिल्ला, दक्षिणमा भारतको बिहार, पूर्बमा मध्यबिन्दु नगरपालिका र पश्चिममा लुम्बिनी प्रदेशको बर्दघाट नगरपालिका रहेको छ । यस गाँउपालिकामा चार वटा स्वास्थ्य चौकी र तिन वटा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र नेपाल सरकार मार्फत स्थापना भई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरी रहेका छन भने यो गाँउपालिका भौगोलिक विविधता भएको कारणले स्वास्थय सेवा बाट बञ्चित रहेका नागरीकहरुलाई स्वास्थ्य सेवा पुर्याउने उद्देश्यले गाँउपालिका को आफ्नै प्रयासमा वडा नं.१ मा १ वटा वडा नं. ३ मा एक वटा र वडा नं. ५ मा २ वटा गरी जम्मा ४ वटा सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाईको स्थापना गरी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरीएको छ ।

संघिय सरकारबाट हस्तान्तरित कार्यक्रम तथा गाँउपालिकाको आफ्नो आन्तरिक स्रोतबाट पालिकाबासीको स्वास्थ्य पहुँच बृद्धि गर्न तथा गुणस्तरीय आधारभुत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न गाँउपालिका निरन्तर क्रियाशिल छ। यसै क्रममा बिगत ३ वर्ष देखि संघिय/प्रदेश र पालिकाको आफ्नै प्रयासमा भएका स्वास्थ्य संग सम्बन्धित गतिविधि समावेश गरी पालिकाको स्वास्थ्य शाखा बाट वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न लागिएको छ । यसको लागी शाखामा कार्यरत कर्मचारीहरुलाई हार्दिक आभार प्रकट गर्दछु।

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा विकासको पहिलो आधार हो भने सोको कार्यान्वयन निकाय हरु स्वास्थ्य संस्थाहरु नै हुन । जबसम्म स्थानीय स्तर सम्म गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह हुन सक्दैन तब सम्म विकासको प्रयासले मूर्त रुप लिन सक्दैन। यिनै कुराहरु लाई मनन गर्दै सर्वसाधारण नागरिक सम्म गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवा पुर्याउनु आजको आवश्यकता हो ।तिन आर्थिक बर्षका स्वास्थ्य गतिविधीहरु लाई बिश्लेषण गरी प्रकाशन गर्न लागिएको यो बार्षीक प्रतिवेदन बाट बिनयी त्रिबेणी निवासी सम्पूर्ण जनसमुदायको आवश्यकता पहिचान गरी स्वास्थय तर्फका कार्यक्रमहरु निर्माण गर्नका लागि फलदायि हुने आशा लिएको छु ।

हाम्रो गाँउपालिकामा स्वास्थ्य स्तर माथी उठाउन लागिपर्नुहुने गाउँपालिका अध्यक्ष, उपाध्यक्ष, कार्यपालिका सदस्य, स्वास्थ्य शाखा तथा विभिन्न स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मी कर्मचारी मित्रहरु तथा अन्य कर्मचारीहरुलाई धन्यवाद दिन चाहान्छु । बिनयी त्रिबेणीका जनताको आधारभुत स्वास्थ्य सेवाको अनुभुति गराउन १० शैयाको बिनयी त्रिबेणी आधारभुत अस्पतालको निर्माण कार्य अगाडी वढाएको छ । यसरी सम्पूर्ण कार्यमा सहयोग गने संघिय सरकार, प्रदेश सरकार, स्थानिय सरकार र सरोकारवाला निकाय हरुलाई मेरो ब्यक्तीगत तथा कार्यालयको तर्फ बाट हार्दिक धन्यवाद दिन चाहान्छु ।

बोधराज बस्याल

प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत

E-mail: binayitribenigaupalika@gmail.com website: www.binayitribenimun.gov.np

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
Binayi Tribeni Rural Municipality
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
Office of The Rural Municipal Executive
दुम्किबास, नवलपरासी (बर्दघाट–सुस्तापूर्व)
Dumkibas, Nawalparasi (East of Bardaghat Susta)
स्थाः २०७३

Phone: 078-416185, 078-416182

गण्डकी प्रदेश, नेपाल
Gandaki Province, Nepal

प.स.(Let. No.): २०८०/०८१
च.न.(Dis. No.):

मेरो भनाई

मुलुकमा संघियताको कार्यान्वयन सगै स्वास्थ्य सेवा स्थानीय तह मातहतमा समायोजन भएको विद्यमान अवस्था छ। विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका भौगोलिक हिसावले पहाड, भित्री मधेश तथा तराई क्षेत्र गरी ३ तले पालिकाको रुपमा रहेको छ। साथै गण्डकी प्रदेशको एकमात्र छिमेकी मित्रराष्ट्र भारत संग सिमाना जोडिएको पालिका हो। स्वास्थ्यका क्षेत्रमा यस पालिका सम्वेदनशिल तथा चुनौतिपूर्ण पालिकाको रुपमा समेत रहेको छ।

यस गाउँपालिकाको परिचय, भौगोलिक अवस्थिति, राजनितिक तथा प्रशासनिक विभाजन, प्राकृतिक सम्पदा, वन जंगल र वनस्पति, हावापानी तथा समग्र स्वास्थ्य सेवाको अवस्थाको वारेमा समेटेर वार्षिक प्रतिवेदन आ.व. ०७९/८० पुस्तिका प्रकाशन गर्ने पहिलो प्रयास गरिएको छ। यसमा आ.व. ०७७/७८, ०७८/७९ तथा ०७९/८० मा भएका स्वास्थ्य कार्क्रमहरुको विभिन्न सुचकहरुको अवस्था तथा तुलनात्मक विष्लेषण गरिएको छ। चालु आ.व.मा यसै प्रतिवेदनका आधारमा स्वास्थ्यका सुचकहरुलाई प्राथमिकिकरण गरी स्वास्थ्य सेवाका लागि योजना, बजेट तथा कार्यक्रम सञ्चालन गर्न सहयोग पुग्नेछ भन्ने विश्वास मैले लिएको छु।

अन्त्यमा यस वार्षिक प्रतिवेदन आ.व. ०७९/८० पुस्तिका प्रकाशनका लागि मार्गदर्शन गर्नुहुने गाउँपालिका अध्यक्ष ज्यू, उपाध्यक्ष ज्यू, प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत ज्यू प्रति हार्दिक कृतज्ञता व्यक्त गर्दछु। साथै प्रकाशनका लागि निरन्तर खटिनु भएका स्वास्थ्य शाखाका अधिकृत श्री ऋषि राज काफ्ले तथा सि.अ.न.मी. श्री एलिसा ढेंगा मगर लगायत पालिका मातहतका सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरु तथा वडामा कार्यरत महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाज्यूहरु प्रति हार्दिक धन्यवाद ज्ञापन गर्दछु।

ध्रुव राज काफ्ले
स्वास्थ्य शाखा प्रमुख

१.परिचय

पृष्ठभूमि

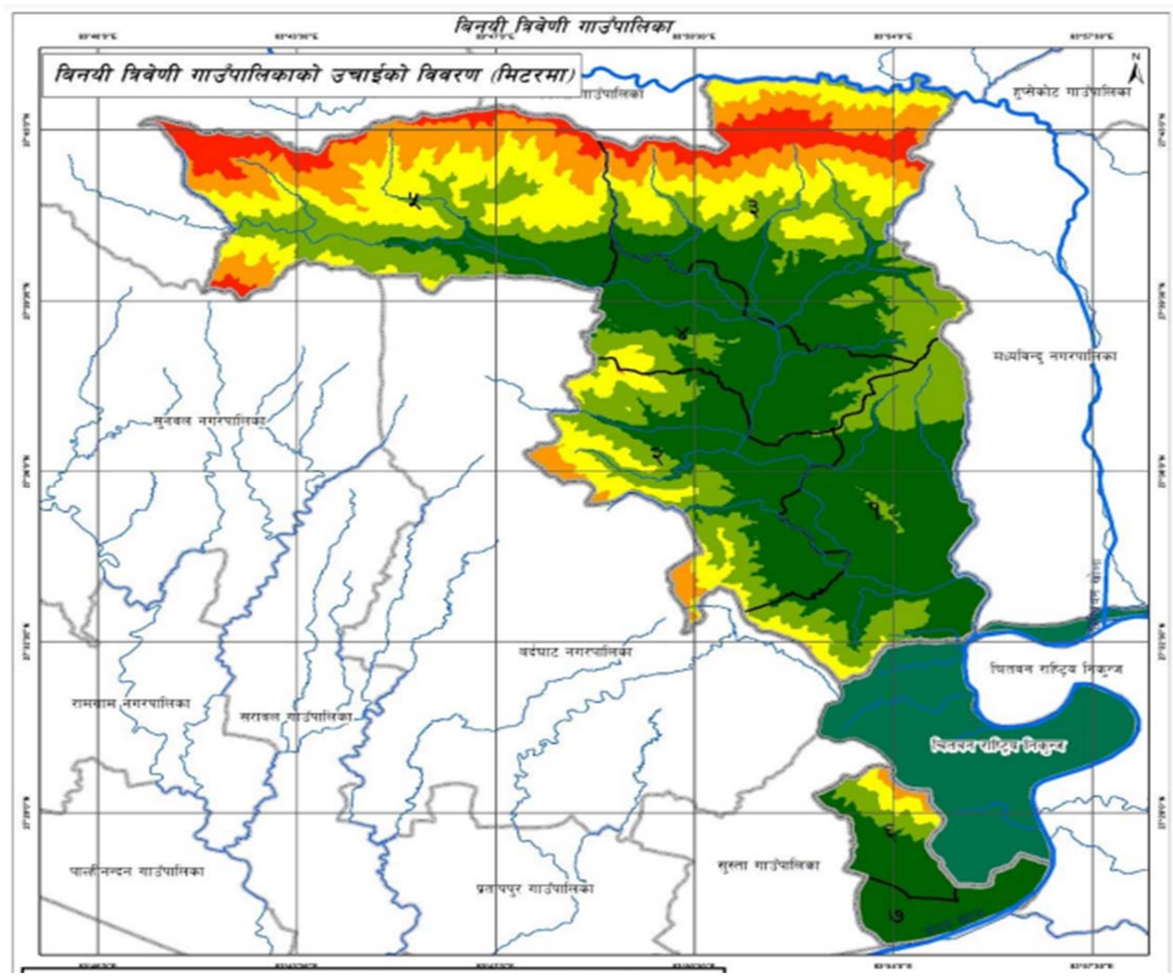
विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका गण्डकी प्रदेश अन्तर्गत नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्व) जिल्लामा पर्दछ।पूर्व पश्चिम महेन्द्र राजमार्ग यस गाँउपालिकाको मुख्य राजमार्गको रुपमा रहेको छ ।नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्व) जिल्लामा गठन भएका गाँउपालिकाहरु मध्ये दरिलो प्राकृतिक श्रोत भएको र विकासको राम्रो संभावना रहेको गाँउपालिकाको रुपमा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका पनि एक हो। यस गाँउपालिकामा दक्षिण एसियाकै दोश्रो ठुलो सिमेन्ट उद्योग होङ्सी सिमेन्ट कारखाना लगायत अन्य साना ठुला उद्योग हरु पनि सञ्चालनमा रहेका छन।यस गाँउपालिकाको अन्य बिशेषताहरुमा श्री दाउन्ने देबी मन्दिर,त्रिबेणी धाम,गजेन्द्र मोक्ष धाम तथा नेपाल लगायत भारत बाट पनि ठुलो संख्यामा तिर्थालु भक्तजनहरु को भिड लाग्ने मदार बाबा समेत पर्दछ ।

यस गाँउपालिकाको तराई क्षेत्रमा ब्यापार, उद्योग, कलकारखाना, प्राकृतिक श्रोत तथा सामाजिक महत्वका क्षेत्रहरु रहेका छन।यहाँका बासिन्दाको मुख्य अम्दानीको श्रोत कृषि ब्यवसाय रहेको छ।स्थानीय बासीन्दाको अन्य आम्दानीको श्रोत मा ब्यापार, उद्योग, नोकरी, पर्यटन साथै बैदेसीक रोजगारी रहेका छन।परम्परागत प्रणालीको कृषि ब्यवसायको विकल्प खोजिरहेका यहाँका स्थानीय बासीन्दा क्रमश आधुनिक जीवनशैलीमा रमाउन थालेका छन।मजदुरी तथा अध्ययन का लागी बिदेशिने जनशक्ती को संख्या पनि दिन प्रति दिन बढ्दो क्रममा रहेको तथ्याँङ्कले देखाउछ।यस गाँउपालिकामा आधारभुत तह देखि उच्च शिक्षा सम्म अध्ययन गर्नका लागि शैक्षिक संस्थाहरु रहेका छन।

यस गाँउपालिकामा बिभिन्न जातजाति तथा धर्म मान्ने समुदाय हरुको बसोबास रहेको छ। राष्ट्रिय जनगणना २०७८ को तथ्याँङ्क अनुसार यस गाँउपालिकाको कुल जनसंख्या ३८३७० रहेको छ।जस मध्ये सबै भन्दा बढि मगर दोश्रो मा ब्राह्मण र तेश्रो मा क्षेत्री जाति को बसोबास रहेको पाईन्छ।बिभिन्न समुदाय, जातजातिका मानिसको बसोबास रहेको यस क्षेत्रमा बिभीन्न चाडपर्ब मनाउने गरिन्छ।यस गाँउपालिकामा मुख्यतया साउने सक्रान्ती, नागपञ्चमी, जनैपुर्णिमा, कृष्ण जन्माष्टमी, हरितालिका तीज, बडा दशैं, दिपावली (तिहार), माघे सक्रान्ती, चैते दशैं, छठ, ईद, ल्होसार, बुद्द पुर्णिमा लगायतका चाडपर्व मनाउने गर्दछन ।

भौगोलिक अवस्थिति

चित्र नं. १ विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको भौगोलिक अवस्थिति



भौगोलिक हिसाबले ८३°४०'४१" देखि ८३°५६'५२" पुर्वी देशान्तर र २७°२६'१४" देखि २७°४४'०९" उत्तरी अक्षांसमा फैलिएको यस गाँउपालिका समुन्द्री सतह बाट २७० मिटर देखि ८७० मिटर सम्मको उचाईमा अवस्थित छ भने २८८.०६ वर्ग कि.मी. क्षेत्रफल रहेको यस गाँउपालिकाको उत्तरमा पाल्पा जिल्ला, पश्चिम तर्फ लुम्बिनी प्रदेशको नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पश्चिम) को बर्दघाट नगरपालिका र पाल्पा जिल्ला, दक्षिणमा लुम्बिनी प्रदेशको नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पश्चिम) को बर्दघाट नगरपालिका, चितवन राष्ट्रिय निकुञ्ज तथा भारतको बिहार पर्दछ भने पूर्बमा मध्यविन्दु नगरपालिका रहेको छ। अधिकांस क्षेत्र समथर तराई क्षेत्र तथा केही भाग पहाडी भु-भाग समेत रहेको यस गाँउपालिकाको धेरै जसो क्षेत्र खेती योग्य अति उर्वर जमीनले ओगटेको भएपनि पछिल्ला बर्षहरुमा बस्ती तथा गाँउ बिस्तारको प्रभावले जग्गा टुक्रिने क्रम बढेको छ।ब्यापारीक र प्रशासनिक बाहेक धार्मिक महत्व ओगटेको यो नवलपरासी

(बर्दघाट सुस्ता पूर्ब) जिल्लाको विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका नदी नाला र ताल पोखरी जस्ता प्राकृतिक श्रोत साधनमा पनि धनी गाँउपालिकाको रुपमा रहेको छ।   ।

राजनीतिक तथा प्रशासनिक विभाजन

नेपाल अधिराज्यको संविधानको धारा २९५ को उपधारा (३) बमोजिम गठीत गाँउपालिका, नगरपालिका तथा बिशेष संरक्षित वा स्वायत्त क्षेत्रको संख्या तथा सिमाना निर्धारण आयोगले मिति २०७३ पुस २२ मा पेश गरेको प्रतिवेदन अनुसार तत्कालिन माननिय संघिय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रीको संयोजकत्वमा गठीत समितिले मिति २०७३/११/२० मा पेश गरेको प्रतिवेदनको आधारमा नेपाल सरकारले मिति २०७३/११/२७ मा देहाय बमोजिम साविकका दुम्किबास, राकाचुली (वडा नं. ६ देखि ९), बेनिमणीपुर, धुरकोट (वडा नं. १ देखि ५र वडा नं. ९),र त्रिबेणी सुस्ता (वडा नं.१ देखि ३ र वडा नं. ५ देखि ९) गा.वि.स. समावेश गरी ७ वटा वडाहरु कायम गरी विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका गठन गरिएको हो।हाल विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको संरचना यस प्रकारको रहेको छ।

तालिका नं. १ विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको वडा बिभाजन

वडा नं.	समावेश भएका साविक गा.वि.स. हरु	साविकको वडा नं.
१	दुम्किबास	वडा नं.१,६,७,८ र ९
२	दुम्किबास	वडा नं. २,३,४ र ५
३	बेनिमणीपुर	वडा नं. २,७ र ८
	राकाचुली	वडा नं. ६, ७,८ र ९
४	बेनिमणीपुर	वडा नं. १,३,४,५,६ र ९
५	धुरकोट	वडा नं. १,२,३,४,५ र ९
६	त्रिबेणी सुस्ता	वडा नं. १,२,३ र ८
७	त्रिबेणी सुस्ता	वडा नं. ५,६,७ र ९

प्राकृतिक सम्पदा

प्रमुख नदी तथा खोला र तालतलैया

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाका बिभिन्न भौगोलिक क्षेत्र तथा वडा हरुमा फैलिएर रहेका दर्जनौं नदि नाला ताल तलैया तथा पोखरीहरु पर्यावरणका अभिन्न पक्षहरु हुन जसले विभीन्न किसीमका जलचररु र पंछीहरुलाई सुरक्षीत बासस्थानको रुपमा आश्रय दिईरहैको पाईन्छ। विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा रहेको प्रमुख नदी तथा खोलाहरुमा नारायणी नदी, विनयी खोला आदि रहेका छन।बर्षातको समयमा यी खोलाहरु बढ्ने साथै डुबान कटानको समस्या श्रृजना गर्दछन।हिँउदयाममा समेत यी खोलाहरुमा सिमीत मात्रामा पानी रहने भएकाले विशेषगरी छठ

पर्वमा पानी संकलन गरी पुजा आजा र मेला गर्ने गरिन्छ। विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा भएका नदी नाला तथा खोलाहरु को विस्तृत विवरण तालिकामा उल्लेख गरिएको छ।

तालिका नं.२ नदीनाला तथा खोलाहरुको विवरण

क्र.स.	नदि तथा खोलाको नाम	स्थान
१	नारायणी नदी	वडा नं. १,६ र ७ हुँदे बग्ने
२	विनयी खोला	पाल्पा बाट वडा नं. ५ देखि १ हुँदै बग्ने
३	ज्यामिरे खोला	वडा नं. १ र २ हुँदे बग्ने
४	अरुण खोला	वडा नं. ३ बाट बग्ने
५	सुनई खोला	वडा नं. ३ र ४ मा बग्ने
६	गंगटे खोला	वडा नं. २ मा बग्ने
७	घ्यु खोला	वडा नं. २ मा बग्ने
८	घाँगी खोला	वडा नं. २ मा बग्ने
९	बेतानी खोला	वडा नं. ४ बाट २ हुँदे बग्ने
१०	डम्रई खोला	वडा नं. ४ मा बग्ने
११	खोरण्डी खोला	वडा नं. ३ र ४ मा बग्ने
१२	खयर खोला	वडा नं. ६ र ७ मा बग्ने

चित्र नं. २ विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका भित्र बग्ने मुख्य नदीहरु

विनयी खोला

नारायणी नदी

वन जंगल र वनस्पति

गण्डकी प्रदेशको नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्व) जिल्ला बन तथा वातावरण र जैविक विविधताको दृष्टिकोणले सम्पन्न जिल्लाको श्रेणीमा पर्दछ। नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्व) जिल्लाको यस विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा कुल क्षेत्रफल २८८.०६ वर्ग कि.मी. मध्ये ७४.७० प्रतिशत बन क्षेत्रको रुपमा रही आएको छ। जुन राष्ट्रिय बन र सामुदायिक बन क्षेत्रको रुपमा रहेको छ।

यस गाँउपालिकामा पाईने प्रमुख बनस्पतिका प्रजातीहरुमा साल, सिसौ, सिमल ,जामुन ,कदम ,खयर , करम ,पिठारी ,छतिवन ,बोहरी ,खमारी ,बोट धँगेरो ,बकाईनो ,ईप्पील ,टिक ,बर ,पिपल ,बेल ,अमला , निम ,पलाँस ,आँप ,डुम्री ,कटहर ,लिची ,नरिवल ,सुपारी ,बयर ,काँशी अमला ,कैंदल ,राजबृक्ष ,अशोक , चेरी ,समी,मसला ,बडहर ,अम्बा ,केरा ,कागती , भोगटे , सरिफा, दारिम, तित्री, फडिर, असारे, साज, सादन, कुम्भी, हर्रो, बर्रो, हल्लुडे, सिरिस, तारी, कुसुम, क्यामुना, दबदबे, टुनी, सान्दन, कर्मा, मालती, पाचपाते, सतिसाल, कुम्भी, सपेटा आदी पाईन्छन।

यसै गरी घिस्रने जन्तु हरु गोमन, गनग्वाली, हरहरे, करेत, सिरिसे, धामन, हरेउ, ढोडीया, सुनगोहोरो, छेपारो, अजिंगर, भित्ति, सर्प, गड्यौला, जुका, अन्य किटपतङ्ग आदी र चरा चुरुङ्गीहरुमा कोईली ,मैना ,सुगा,ढुकुर ,लुईचे ,गौंथली, काग ,भँगेरा ,मयुर ,हुटिट्याउ ,हुचिल , जुरेली ,भद्रायो ,चिल ,बाज ,कोटेरा ,ठेउवा ,बट्टाई, चिबे, भ्याकुर, फिस्टो, रुपी, गिद्द, धनेश, कालिज, लाटोकोसेरो, चमेरो, हाँस, परेवा, कुखुरा, तित्रा, धोबी चरो, हाडफोरुवा, कर्याङ्गकुरुङ्ग, भद्राई, सारस आदि प्रजातिका स्थानीय र आप्रवासी चराचुरुङ्गीहरु पाईन्छन।

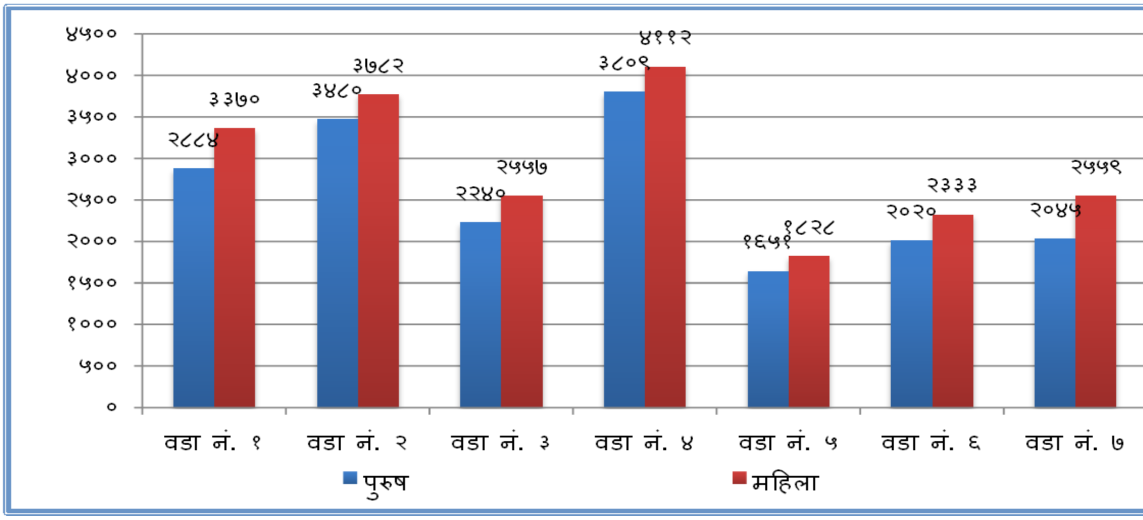
हावापानी

विशिष्ट प्रकृतिको धरातलिय स्वरुप भएको विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका समुद्र सतहबाट २७० मि.को उचाई देखी ८७० मि.को उचाईमा विभिन्न धरातलिय स्वरुपमा निर्माण भएकोले यस गाँउपालिकाको हावापानी मा विविधता छ । भुमध्यरेखा मा पाईने हावापानी देखी धुरविय हावापानी सम्मको नमुना यस स्थानमा पाउन सकिन्छ ।

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको हावापानी मा यहाँको भूस्वरुपको ठुलो प्रभाव रहेको छ । भौगोलिक हिसाबले हेर्दा यस गाँउपालिका मा पहाड, भित्रि मधेस र तराई गरी तिनै प्रकारका क्षेत्रहरु रहेका छन। तराईको होचो र सम्म भागमा अधिकांश गर्मी हुन्छ, भित्रि मधेसमा समय अनुसार मौसममा बिविधता रहन्छ भने यसैगरी पहाडी खण्ड शितल र ठण्डा रहेको छ ।

१.१ जनसांख्यिक विवरण राष्ट्रिय जनगणना २०७८ अनुसार

चित्र नं. ३ विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाका वडागत जनसंख्या विवरण



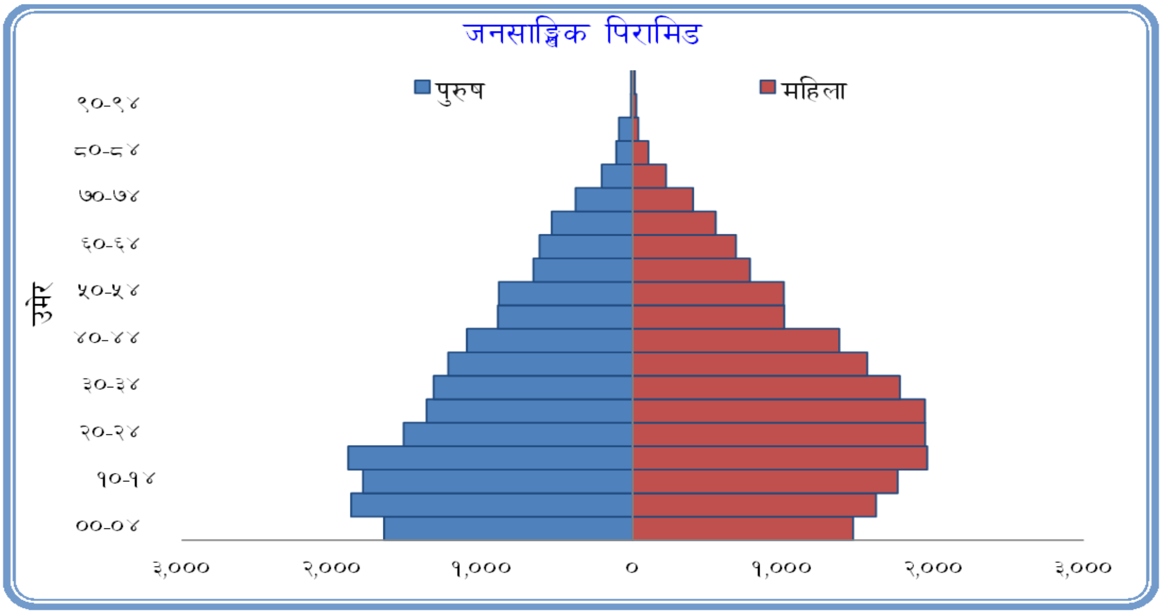
उमेर अनुसारको जनसंख्या वितरण

तालिकानं. ३ उमेर समूह अनुसार जनसंख्या वितरण

उमेरसमूह	जम्मा	पुरुष	महिला	उमेर समूह	जम्मा	पुरुष	महिला
००-०४	३११९	१६५३	१४६६	५५ -५९	१४४०	६६०	७८०
०५-०९	३४९१	१८७२	१६१९	६० -६४	१३०७	६२०	६८७
१०-१४	३५५५	१७९३	१७६२	६५ -६९	१०९०	५३८	५५२
१५-१९	३८४९	१८९१	१९५८	७०-७४	७८१	३७९	४०२
२०-२४	३४६८	१५२३	१९४५	७५ -७९	४२८	२०६	२२२
२५-२९	३३१५	१३७१	१९४४	८०-८४	२१३	१०९	१०४
३०-३४	३१०१	१३२४	१७७७	८५ -८९	८९	५१	३८
३५-३९	२७८७	१२२७	१५६०	९० -९४	३६	१२	२४
४०-४४	२४७७	११०३	१३७४	९५+	२५	११	१४
४५ -४९	१९०४	८९६	१००८	कुल जम्मा	३८३७०	१८१२९	२०२४१
५० -५४	१८९५	८९०	१००५	स्रोत राष्ट्रिय जनगणना :२०७८			

जनसांख्यिक पिरामिड राष्ट्रिय जनगणना २०७८

चित्र नं. ४ बिनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको जनसाँख्यीक पिरामिड



अपाङ्गता सम्बन्धी जनसांख्यिक विवरण

तालिकानं. ४ अपाङ्गता अनुसार जनसंख्या

अपाङ्गताको प्रकार	पुरुष	महिला	जम्मा
शारीरिक अपाङ्गता	२३८	१६१	३९९
न्युन दृष्टी	८०	८३	१६३
दृष्टी बिहीन	२०	१४	३४
सुस्त श्रवण	७९	७९	१५८
मानसिक अपाङ्गता	३२	३०	६२
कम सुन्ने	३४	२८	६२
सुन्न र देख्न नसक्ने	१०	१०	२०
बोल्न नसक्ने	४०	५५	९५
बौद्दीक अपाङ्गता	१२	१०	२२

हेमोफिलीया	४	४	८
अटिजम	४	२	६
बहु अपाङ्गता	४८	३९	८७
कुल जम्मा	६०१	५१५	१११६

स्रोत राष्ट्रिय जनगणना : २०७८

साक्षरता अवस्थिति विवरण

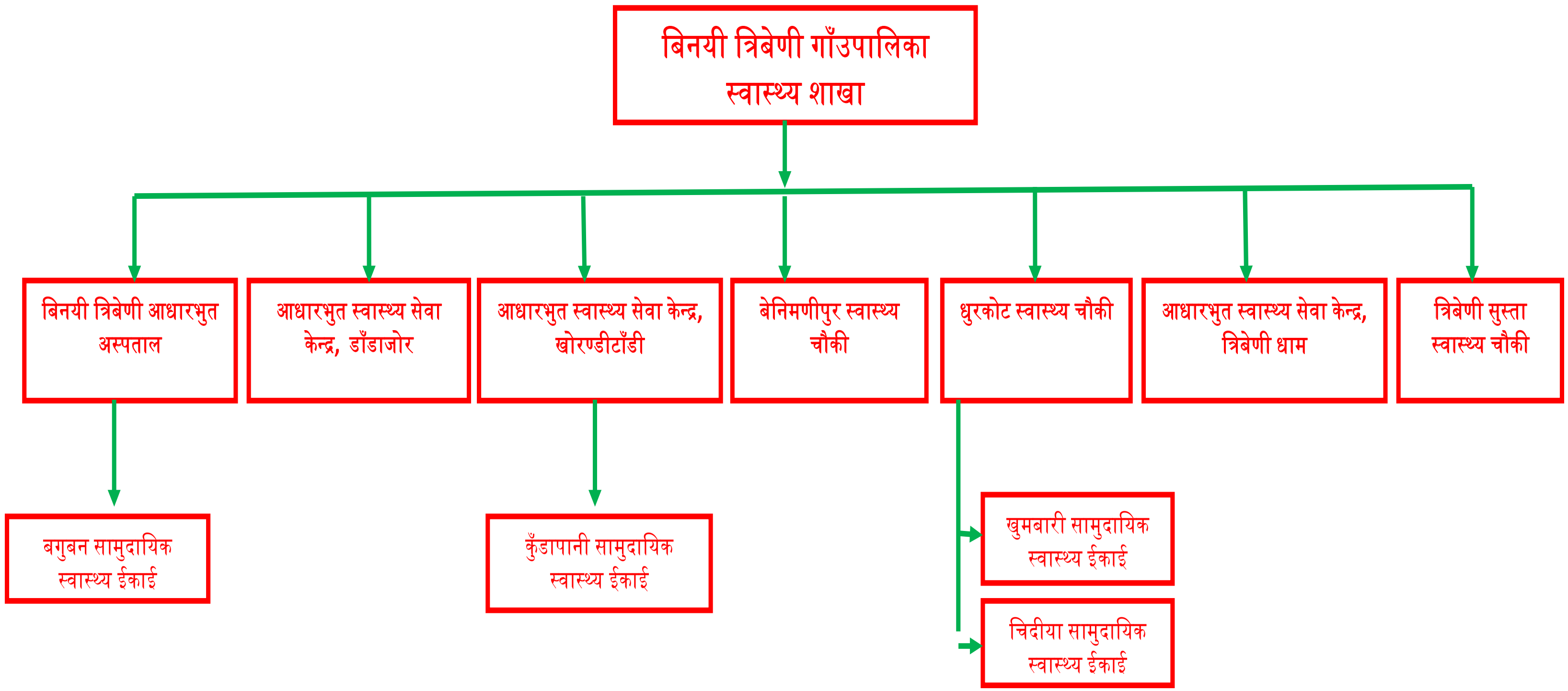
तालिका नं. ५ ५ बर्ष माथीको जनसंख्यामा साक्षरता सम्बन्धी विवरण

लिङ्ग	५ वर्ष वा सो भन्दा माथिको जनसंख्या	जन संख्या जसले			साक्षरता उल्लेख नगरिएको	साक्षरता दर
		लेख्न र पढ्न जान्ने	पढ्न मात्र जान्ने	लेख्न र पढ्न नजान्ने		
दुवै	३५२५१	२८८९५	२६०	५९९७		८२%
पुरुष	१६४७६	१४५९५	८५	१७४७		८९%
महिला	१८७७५	१४३००	१७५	४२५०		७७%

स्रोत राष्ट्रिय जनगणना : २०७८

२ विनयी त्रिबेणी गाउँपालिका स्तरीय स्वास्थ्य संस्थाको संगठन संरचना

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरु



वडा अनुसार का स्वास्थ्य संस्थाहरु

तालिका नं. ६ वडा स्थीत स्वास्थ्य संस्थाहरु विवरण

वडा नं.	सरकारीअस्पताल	आधारभुत अस्पताल	प्राथमिकस्वास्थ्य केन्द्र	स्वास्थ्यचौकी	सामुदायिकस्वास्थ्य ईकाइ	शहरीस्वास्थ्य केन्द्र	आधारभुत स्वास्थ्यसेवा केन्द्र	आयुर्वेद औषधालय	निजी अस्पताल
१	०	१	०	०	१	०	०	०	०
२	०	०	०	०	०	०	१	०	०
३	०	०	०	०	१	०	१	०	०
४	०	०	०	१	०	०	०	०	०
५	०	०	०	१	२	०	०	०	०
६	०	०	०	०	०	०	१	१	०
७	०	०	०	१	०	०	०	०	०

स्रोत : वार्षिक स्वास्थ्य समीक्षा कार्यक्रमको प्रस्तुतिकरण

सरकारी स्वास्थ्य संस्था अन्तरगतका सेवा केन्द्रहरु

बर्थिङ्ग सेन्टर : (वडा नं.१, वडा नं.४ र वडा नं. ७ मा) ३ वटा

IUCD Site: (वडा नं.१, वडा नं.४ वडा नं. ७ मा) ३ वटा

Implant Site : (वडा नं.१, वडा नं.४ र वडा नं. ७ मा) ३ वटा

सुरक्षित गर्भपतन सेवा केन्द्र : (वडा नं.१, वडा नं.४ र वडा नं. ७ मा) ३ वटा

क्षयरोग माइक्रोस्कोपीसेन्टर : (वडा नं.१, वडा नं.४ वडा नं. ५ र वडा नं. ७ मा) ४ वटा

HIV Testing and Counselling Sites : (वडा नं.१, वडा नं.४, वडा नं.५, वडा नं.६ र वडा नं. ७ मा) ५ वटा।

बैकल्पिक तथा आयुर्वेद सेवा तर्फ

तालिकानं. ७ बैकल्पिक तथा आयुर्वेद सेवा तर्फ

वडा नं.	आयुर्वेद औषधालय	जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र	स्थानीय तहका आयुर्वेद औषधालय
७	०	०	१

३ वाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

३.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

खोप उच्च प्राथमिकता प्राप्त लागत प्रभावकारी (Cost Effective) जनस्वास्थ्य कार्यक्रम हो। खोपले विभिन्न रोगहरु लाग्न बाट सुरक्षा प्रदान गर्दछ। वि.सं. २०३४ सालमा विफर उन्मूलन भए पश्चात नेपालमा यो कार्यक्रम विस्तारित खोप आयोजनाको रुपमा धनुषा, रुपन्देही र सिन्धुपाल्चोक जिल्लाहरु बाट बि.सि.जी .र डि.पि.टी. खोपबाट सेवा प्रारम्भ भएको हो। वि.सं.२०३६-३७ सालमा पोलियो र दादुरा खोप थप गरी अन्य जिल्लाहरुमा विस्तार गर्दै २०४५ साल सम्ममा ७५ वटै जिल्लाहरुमा ६वटा रोगहरु क्षयरोग, भ्यागुतेरोग, धनुष्टंकार, लहरेखोकी, पोलियो, दादुरा विरुद्धका खोपहरु समावेश गरियो। २०६०सालमा हेपाटाइटिस्-बी, २०६४ साल देखि जापानीज इन्सेफलाइटिस् (जोखिम पूर्ण जिल्लाहरुमा) र २०७३ साल देखि ७५ वटै जिल्लामा विस्तार गरियो। यसैगरी २०६६ मा हेमोफिलस इन्फ्ल्यूएञ्जाबी (हिब) खोप सुरुवात गरिएको थियो। त्यस्तै २०७० सालमा रुबेला खोपलाई संयुक्त दादुरा-रुबेला खोपको रुपमा समावेश गरियो र २०७२-२०७३ मा दादुरा रुवेलाको दोश्रो मात्रा नियमीत खोपमा समावेश गरियो। वि.सं २०७१ देखि Pneumococal Conjugate Vaccine(PCV) खोप नियमित खोपमा समावेश गरी सकिएको छ। साथै पोलियो रोग उन्मूलन गर्नको लागि मुख बाट दिइने पोलियो थोपा (BOPV) को साथ साथै सुई द्वारा दिईने पोलियो खोप(FIPV)खोप पनि सञ्चालनमा छ। आ.ब. २०७७-०७८ देखि रोटा भाइरस बाट हुने पखाला बाट बालबलिकाहरुलाई बचाउन यस भाइरस बिरुद्धको रोटाभाइरस भ्याक्सीन राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमा थप गरियो। आ.व. २०७८/७९ देखि टाइफाइड रोग बिरुद्धको को टाइफाइड खोप सुरुवात गरिएको छ |राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत नेपाललाई खोप वाट बचाउन सकिने रोगहरु बाट शुन्य अवस्थामा पुर्‍याउने लक्ष्य राखिएको छ।

खोप बाट वचाउन सकिने रोगहरु को नियन्त्रण, निवारण र उन्मूलनको अनुगमन गर्न का लागि खोजपड्ताल (Surveillance) अति महत्वपूर्ण कार्य हो । यस को लागि वि.सं. २०५६साल देखि पोलियो रोग को उन्मुलन को लागि सर्भिलेन्स सुरु गरियो। त्यसै गरी वि.सं. २०६०देखि दादुरा, नवशिशु धनुष्टंकार र जापानीज इन्सेफलाइटिस रोगहरु को समेत नियमित खोजपड्ताल कार्य

सुरु भयो। हाल सम्म पोलियो, दादुरा, नवशिशु धनुष्टंकार र जापानीज इन्सेफलाइटिस रोग हरुको समयमै पहिचान गरी नियन्त्रण गर्न सहयोग पुग्दै आई रहेको छ र रोकथाम गर्ने उद्देश्यका साथ सर्भिलेन्स गरिदै आएको छ।

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत हाल नेपालमा १५ महिना सम्मका शिशुहरु र गर्भवती महिलाहरु का लागि निःशुल्क खोप सेवा प्रदान गरिँदै आएको छ। जसमध्ये १५ महिना मुनिका शिशुहरु लाई १३ वटा सरुवा रोगहरु (क्षयरोग, भ्यागुते रोग,लहरेखोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिसबि, हेमोफिलस इन्फ्ल्यूएञ्जाबी, पोलियो,रोटा भाईरस,दादुरा-रुबेला,निमोनिया,जापानिज इन्सेफलाइटिस र टाईफाईड) बिरुद्ध तथा गर्भवती महिलाहरु का लागि टी.डी.(TD) खोप उपलब्ध गराउँदै आएको छ। बहुबर्षीय खोप योजना (सन् २०१७-२०२१) अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मा क्रमशःनयाँ खोपहरु समावेश गर्दै जाने योजना रहेको छ।
उक्त कार्यको लागि विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा १७ वटा खोप केन्द्रहरु (संस्थागत र बाह्य खोप केन्द्र) मार्फत सञ्चालन गरिँदै आएको छ । यस गाँउपालिकामा १ वटा कोल्ड रुम सञ्चालनमा रहेको छ भने वडागत रुपमा भौगोलिक अवस्थितिको आधारमा खोप सव-सेन्टरहरु सञ्चालनमा रहेका छन् । खोप कार्यक्रम को सफलता स्वरुप नेपालमा सन् २०१० अगष्ट देखि पोलियो रोगीको अवस्था शुन्य रहेको, सन् २००५ देखि नवशिशु धनुष्टंकार रोगको निवारणको अवस्था कायम रहेको, सन् २००९ देखि दादुरा रोग नियन्त्रण भएको र दादुरा निवारण तर्फ उन्मुख रहेकोछ भने जापानिज इन्सेफलाइटिस नियन्त्रणमा रहेको छ। यो अवस्था लाई कायम राख्नका साथै कार्यक्रमको राष्ट्रिय उद्देश्य अनुरुप खोप वाट वचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, निवारण र उन्मुलन गर्नु यो कार्यक्रमको प्रमुख दायित्व रहको छ।

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

- बाह्य खोप केन्द्रका भवनहरु निर्माण गरिएको ।
- खोप कार्यक्रम लाई प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन गर्न ILR Refrigerator को ब्यवस्थापन गरिएको।
- पूर्ण खोप लगाएका बच्चाहरु लाई प्रमाण पत्र सहित प्रोत्साहन स्वरुप रु ५०० प्रदान गरिएको।

खोप कार्यक्रमका प्रमुख उपलब्धीहरु

- सबै बालबालिकाहरु ले पाउनु पर्ने खोपहरु समयमै पाएको ।
- पूर्ण खोप को सुनिश्चितता गरिएको ।

पूर्ण खोप सूनिश्चितताको अवस्था

२०८० जेष्ठ ३१ गते विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका पूर्ण खोप सुनिश्चित तथा दिगोपना कार्यक्रम भब्यताका साथ सम्पन्न गरिएको ।

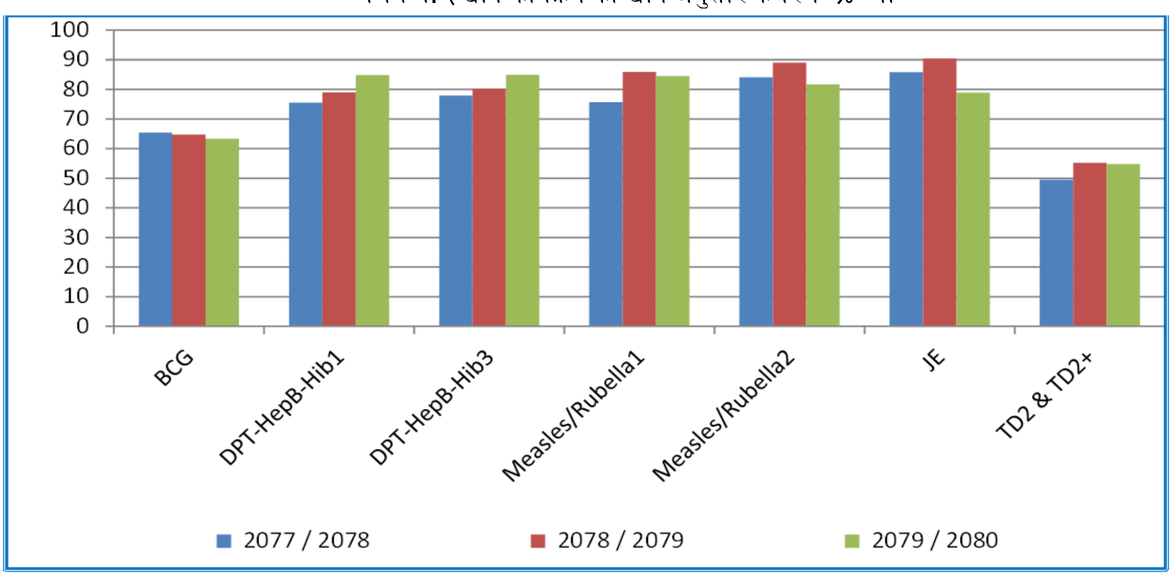
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम को कभरेज (प्रतिशतमा)

तालिकानं. ८ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमका सुचकहरु

F.Y.	BCG	DPT-HepB-Hib		Rota		OPV		PCV		MR		JE	TD2 & 2+
		१	३	१	२	१	३	१	३	१	२		
२०७७/७८	६५.४	७५.५	७७.९	७३.९	६८.४	७७.१	३	१	७५.२	७५.७	८४.१	८५.८	४९.५
२०७८/७९	६४.७	७९	८०.२	७२.६	६८.९	७९	७५.९	७५.५	८५.७	८५.९	८९	९०.४	५५.२
२०७९/८०	६३.४	८४.८	८४.९	८४.५	८५.८	८४.८	८०.२	७९	८४.५	८४.५	८१.७	७८.९	५४.८

अघिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा यस आर्थिक वर्षमा केही खोपहरुको कभरेज थोरै मात्रामा बढेको छ । यस आर्थिक वर्षमा रोटा खोपको कभरेज पहिलो मात्रा ८४.५ प्रतिशत र दोश्रो मात्रा ८५.८ प्रतिशत रहेको छ । सबै खोपहरुको कभरेज हेर्दा खोप केन्द्र ,संस्था र वडा अनुसार विविधता पाइएको छ ।

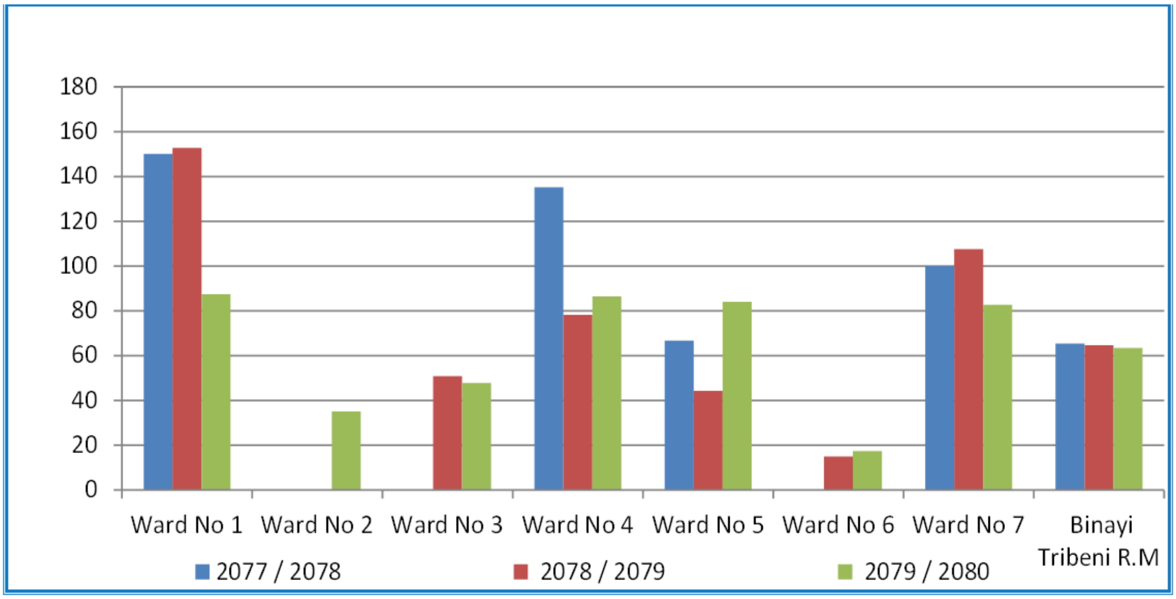
चित्र नं.५ खोप कार्यक्रम को खोप अनुसार कभरेज % मा



बि.सि.जि. खोप

बिगतका आ.ब. हरुको तुलनामा यस आ.ब. मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा बि.सी.जी. खोपको प्रगति घटेको छ। आ.व.२०७८/७९ मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा बि.सी.जी. खोपको कभरेज ६४.७ प्रतिशत थियो भने यो आ.व.मा ६३.४ प्रतिशत मा झर्न पुगेको छ ।

चित्र नं. ६ बि.सि.जि. खोपको वडा अनुसार को कभरेज % मा

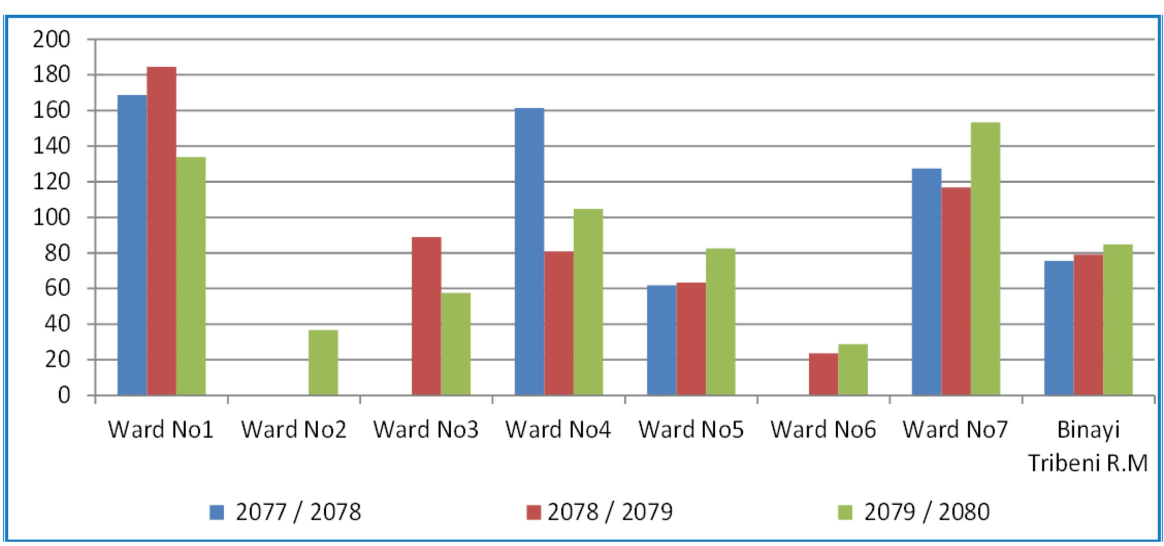


डि.पि.टि.-हेप वी-हेव.खोपको पहिलो मात्रा

बिगतका आ.ब.हरुको तुलनामा यस आ.ब. मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी-हिव.खोपको पहिलो मात्रा खोपको प्रगति केही मात्रामा बढेको छ । आ.व.२०७८/७९ मा विनयी त्रिबेणी गाँउ पालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी- हिव-१ खोपको कभरेज ७९ प्रतिशत थियो भने यो आ.व.मा ८४.८

चित्र नं. ७ डि.पि.टि.-हेप वी-हिव.-१ खोपको कभरेज %(वडा अनुसार)

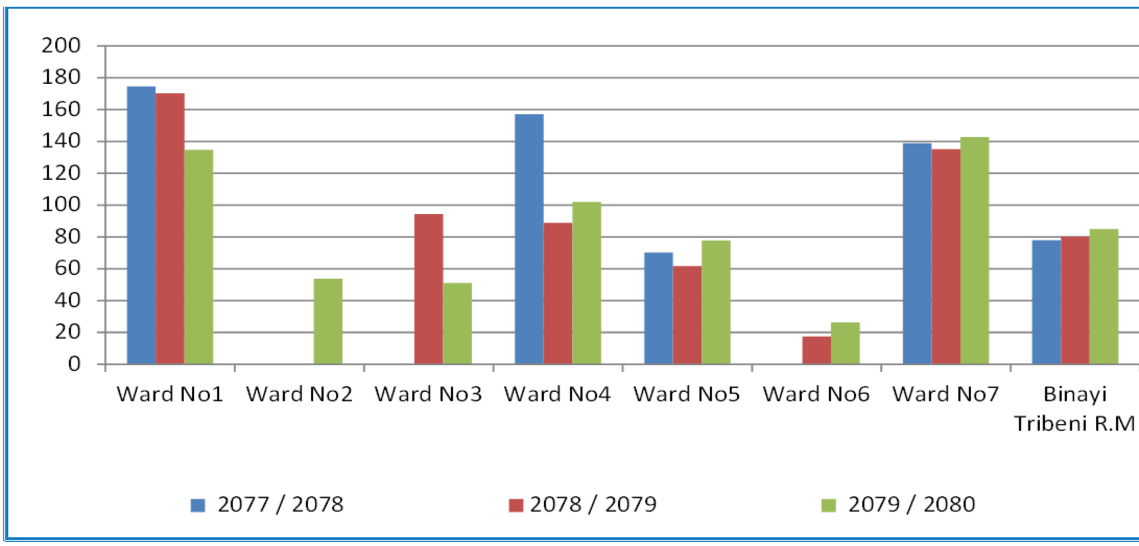
प्रतिशत पुगेको छ ।



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

अघिल्ला आ.ब.हरुको तुलनामा यस आ.ब.मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी-हिव.खोपको तेश्रो मात्रा खोपको प्रगति थोरै मात्रामा बढेको छ । आ.व.२०७९/०८० मा विनयी त्रिबेणी गाँउ पालिकामा डि.पि.टि.-हेप वी- हिव-३ खोपको कभरेज ५ प्रतिशतले वृद्धी भई ८४.९ प्रतिशत पुगेको छ । यस गाँउपालिकाका वडाहरु मध्ये आ.व.२०७९/८० मा तोकिएको जनसंख्यामा सबैभन्दा बढी प्रगति वडा नं. ७ को १४२ प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं. ६ को २६ प्रतिशत रहेको छ, भने वडा नं. १ र ३ बाहेक अन्य वडाहरुमा अघिल्लो आ.व.को तुलनामा यस आ.व. मा यो खोपको कभरेज बढेको छ ।

चित्र नं. ८ डि.पि.टि.-हेप वी-हिव.-३ खोपको कभरेज %(वडा अनुसार)

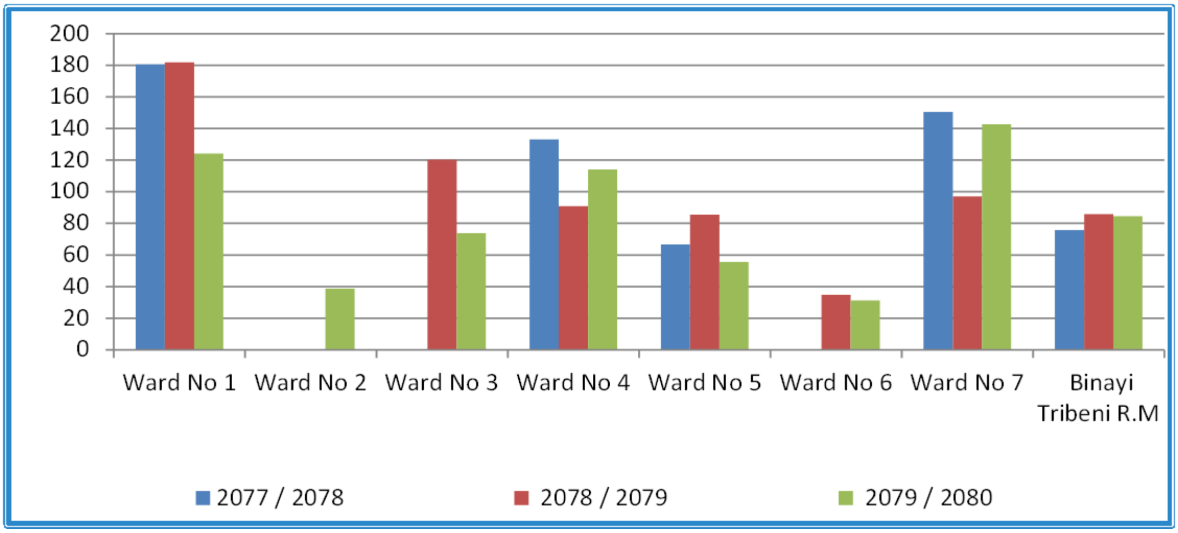


यस आ.व.मा तोकिएको लक्षित जनसंख्याको ५० प्रतिशत भन्दा कम कभरेज भएका वडाहरु २ वटा, ५० प्रतिशत देखि ७० प्रतिशतसम्म कभरेज भएका वडाहरु ३ वटा, ७० प्रतिशत देखि ९० प्रतिशतसम्म कभरेज भएका वडाहरु १ वटा र ९० प्रतिशतभन्दा बढि कभरेज भएका वडाहरु १ वटा रहेका छन् ।

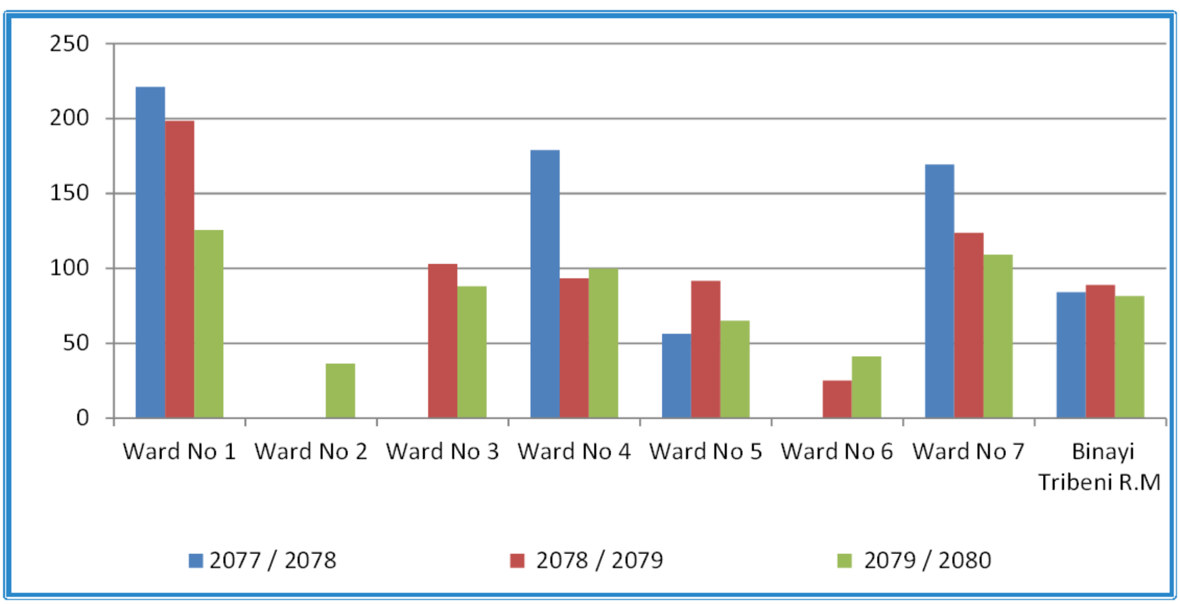
दादुरा-रुवेला

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा बिगतका तीन आ.व.मा दादुरा-रुवेला खोपको पहिलो मात्रा (९ महिनामा लगाउने) र दोश्रो मात्रा (१५ महिनामा लगाउने) क्रमशः घटेको पाईन्छ । वडागत रुपमा हेर्दा यो आ.व. मा दादुरा रुवेलाको पहिलो मात्रा सबैभन्दा बढी वडा नं. ७ मा १४२.७प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं. ६ मा ३१.३ प्रतिशत रहेको छ भने,दोश्रो मात्रा सबै भन्दा बढी वडा नं.१ मा १२५.७ प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं. २ मा ३६.६ प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र नं. ९ दादुरा रुबेला -१ खोपको कभरेज %(वडा अनुसार)



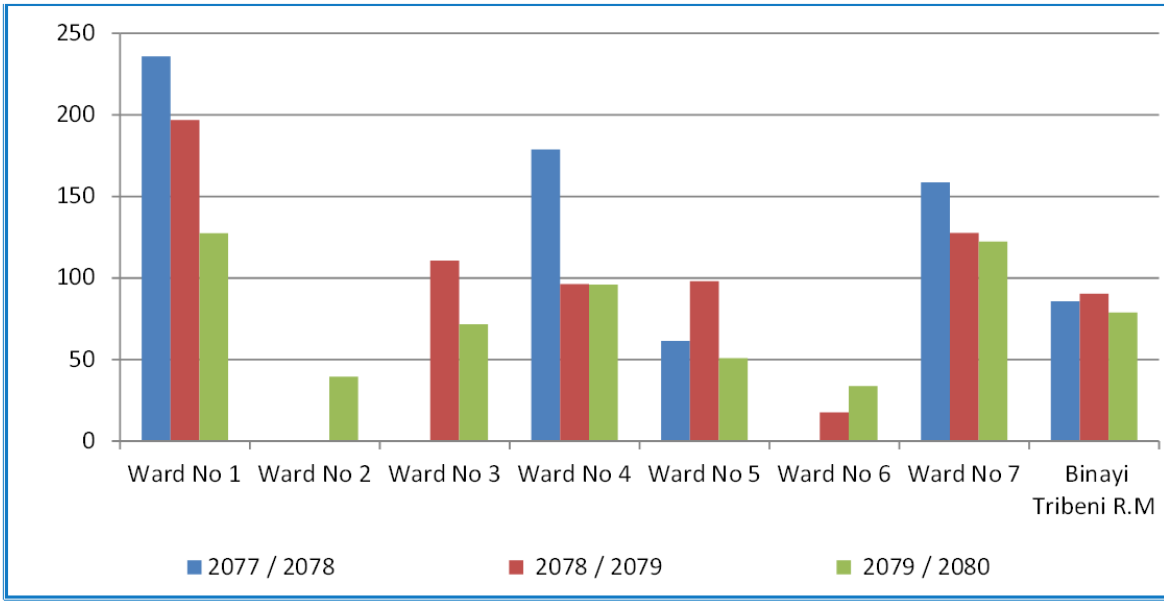
चित्र नं. १० दादुरा रुबेला -२ खोपको कभरेज %(वडा अनुसार)



जापानिज ईन्सेफलाईटिस खोप

जापानिज ईन्सेफलाईटिस रोग विरुद्धको खोप आ.व. २०६८/६९ देखि नियमित खोप कार्यक्रमका रुपमा १२ महिना देखि २३ महिना सम्मका वालबालिकाहरुलाई दिईदै आएकोमा आ.व.२०७९/८०मा लक्षित जनसंख्यामा सबैभन्दा बढी वडा नं. १ मा १२७.४ प्रतिशत र कम वडा नं. ६मा ३३.८ प्रतिशत रहेको छ ।

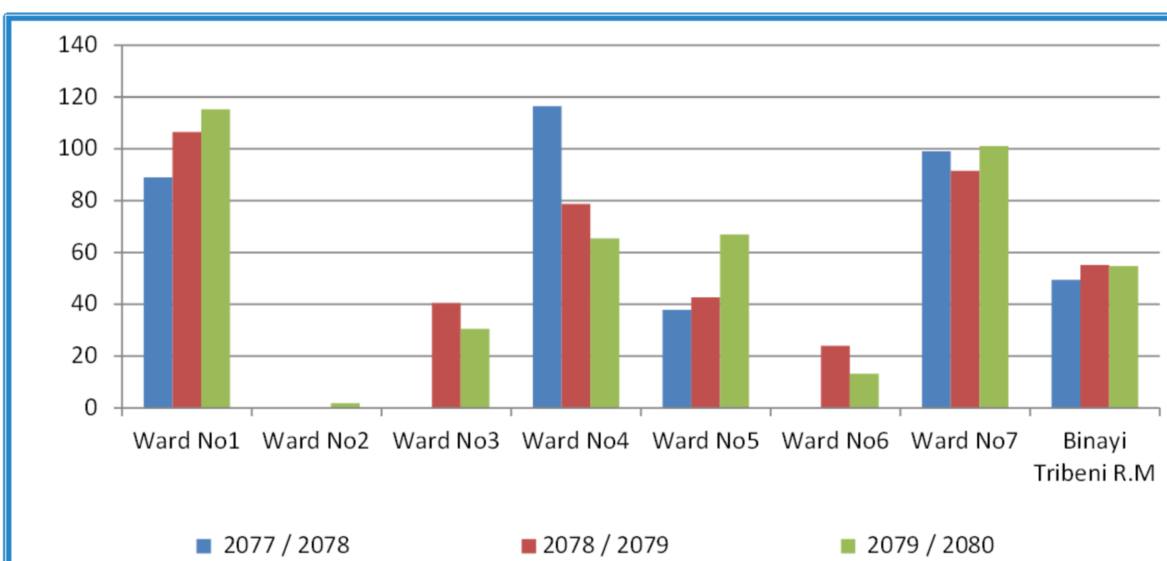
वडा अनुसारअनुसारकोकभरेज % मा



टि.डि.खोप

आ.व.२०७९/८० मा टि.डि. खोपको कभरेज (TD2 र TD2+) केही वडाहरुमा बढेको छ । सबैभन्दा बढी वडा नं. १ मा११५.३ प्रतिशत र सबैभन्दा कम वडा नं. २ मा १.८ प्रतिशत रहेको छ । विगतका बर्षको तुलनामा यस आ.व. मा वडा नं. ३,४ र ६ मा यस खोपको कभरेज घटेको छ ।

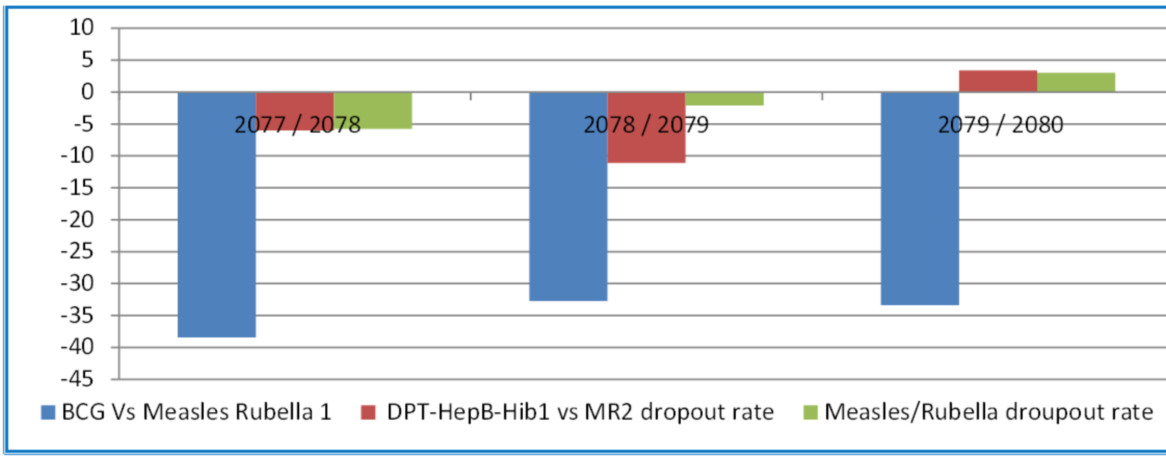
चित्र नं. १२ टि.डि.२ र टि.डि.२+ खोपको वडा अनुसारको कभरेज % मा



ड्रप आउट दर

आ.व.२०७८/७९ मा (BCG Vs Measles को Drop Out)वि.सी.जी. खोपको तुलना मा दादुरा खोप लगाउन छुट भएका बालबलिकाहरुको संख्या -३२.७५ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.व. मा -३३.४०प्रतिशत रहेको छ । डि.पि.टि.-हेप वी- हिव पहिलो मात्रा खोप लगाउने र दादुरा रुबेला दोस्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रप आउट दर ३.४ प्रतिशत रहेको छ । दादुरा रुबेला पहिलोको तुलनामा दादुरा रुबेला दोस्रो लगाउने बिचको ड्रप आउट दर ३ प्रतिशत प्रतिशतरहेको छ जुन गत आ.व. मा प्रतिशत -२.१ रहेको थियो।

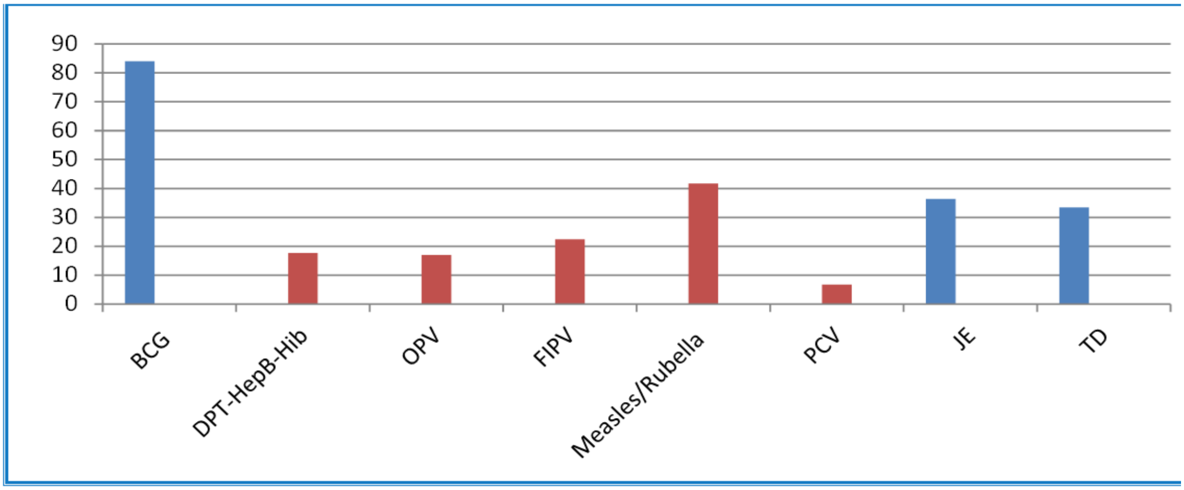
चित्र नं. १३ विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा खोप कार्यक्रमकोड्रप आउट दर% मा



खोपको खेर जाने दर

खोपको बनावट र प्रकृति अनुसार एउटा भायलमा ४ देखी २० मात्राको खोप हुने गर्दछ, जसमा खोप लगाउन ल्याईने बच्चाहरुको संख्या उक्त मात्रासँग मेल नखाई कम हुने अवस्था पनि रहन्छ । यसरी खोपको मात्राको अनुपातमा खोप लगाउने बच्चाको संख्या कम हुनगई खोप खेर जान्छ । आ.व. २०७९/८० मा वि.सि.जि. खोपको खेरजाने दर ८४ प्रतिशत रहेको छ, डि.पि.टि.- हेप वी - हेव खोपको १७.६९ प्रतिशत पुगेको छ भने पोलियो खोपको १६.९७ प्रतिशत रहेको छ, त्यस्तै गरि पि.सि.भि. खोपको ६.७४ प्रतिशत रहेको छ, एफ.आई.पि.भि.को २२.४२ प्रतिशत, दादुरा-रुवेला ४१.६९ प्रतिशत, जे.ई. खोपको ३६.३४ प्रतिशत र टि.डी. खोपको ३३.४७ प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र नं.१४ विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा खोप खेर जाने दर% मा



हालका केही वर्षहरु देखि भ्याक्सिन नेपाल सरकारले नै खरिद गर्नु पर्ने अवस्था आएको र नेपाल सरकारको ठुलो लगानी यसमा रहेको हुनाले भ्याक्सिन खेर जान नदिन धेरै सजग हुनु पर्ने देखिन्छ । माथी देखाईएको भ्याक्सिन खेर जाने दरको ग्राफ हेर्दा सबै भ्याक्सिनमा WHO को मापदण्ड भन्दा बढी नै खेर गएको देखिन्छ । यसलाई कम गर्न अत्यन्त जरुरी छ, जसको लागि Multi Dose Vial Policy (MDVP) लाई कडाईका साथ कार्यान्वयन गर्नु पर्ने हुन्छ ।विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा भ्याक्सिन खेर जाने दर बिगत आ.व. भन्दा यस आ.व.मा प्राय भ्याक्सिनको बढेको देखिन्छ ।

नियमित खोप मार्फत सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रम

खोप सम्बन्धी नेपालको राष्ट्रिय समितिले सन् २०१२ मा झाडापखाला र टाईफाईड जस्ता रोगहरु विरुद्ध दिइने खोपलाई नियमित खोप सेवामा समावेस गर्दा पखाला जस्ता पानी जन्य रोगहरु लाग्ने सम्भावना पनि कम हुने र बालमृत्युदर मा समेत कमी ल्याउन सकिने हुनाले खोप कार्यक्रम लाई प्रभावकारी किसिमले सञ्चालन गर्ने र खोप संगसंगै सुरक्षित पिउने पानी,व्यक्तिगत तथा वातावरणीय सरसफाइ लाई समेत समाबेश गरी एकीकृत रुपमा सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रम संचालन गर्न सुझाब दिएको थियो |

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

सरसफाई प्रबर्द्धन कार्यक्रमका चुनौतीहरू

- खोप केन्द्रमा प्रयाप्त ठाउँ र हात धुने पानी नभएको कारणले आमा/अभिभावक हरुलाई सरसफाइ सेसनमा नियमित रुपमा सहभागी गराउन समस्या भईरहेको छ |
- खोपकेन्द्रमा खटिने सबै स्वास्थ्यकर्मीले सरसफाई प्रबर्द्धनको तालिम नपाएको हुदाँ सरसफाई सेसन संचालनमा कठिनाई भईरहेको छ |
- बजार क्षेत्रका खोप केन्द्रमा आमा तथा अभिभावकहरुको संख्या धेरै हुने हुदा सबैलाई एकै ठाउँमा जम्मा गरेर सेसन संचालन गर्न कठिनाई भईरहेको छ |
- बाह्य खोप केन्द्र संचालन गर्न जादा स्वास्थ्यकर्मीले सरसफाइ प्रबर्द्धन सेसनमा प्रयोग हुने सामग्री हरु समयमै आपुर्ति नहुँदा सेसन संचालन त्यति प्रभावकारी हुन सकेको छैन|
- आमा तथा अभिभावकहरु खोप लगाउन एउटै समयमा नआउने हुदा सबै आमा तथा अभिभावकलाई सरसफाइ प्रबर्द्धनको सेसनमा सहभागी गराउन समस्या भईरहेको छ |

राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच र उपयोग

पूर्णखोप सुनिश्चितता रणनीति अनुसार परिवार कल्याण महाशाखाले तयार पारेको,राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले सेवाको पहुँच र उपयोगका आधारमा स्वास्थ्य संस्था/कार्यालय हरु लाई तपशिल बमोजिमका ४ वटा समुहमा विभाजन गरिए अनुसार विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाका वडा नं. १, ४, र वडा नं. ७ तीन वडाहरु तेश्रो समुहमा परेका छन् भने बाँकी ४ वडाहरु चौंथो समुहमा रहेका छन् ।

खोप कार्यक्रमको पहुँचको लागि डि.पि.टि.-हेप वी-हिव पहिलो मात्राको प्रगति र उपयोगको रुपमा डि.पि.टी.-हेप-बि, हिव पहिलो मात्राको खोप लगाउने र दादुरा- रुबेला को दोश्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रपआउट दरलाई लिईएको छ । विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा आ.व. २०७९/०८० मा डि.पि.टि.-हेप वी-हिव पहिलो मात्राको प्रगति ८४.८ प्रतिशत रहेको छ । डि.पि.टी.-हेप-बि, हिव पहिलो मात्राको खोप लगाउने र दादुरा- रुबेला को दोश्रो मात्रा लगाउने बिचको ड्रपआउट दर ३.४ प्रतिशत रही समुह ३ मा रहेको छ ।

तालिका नं. ९ स्थानीय तह अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँच र उपयोग

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

खोप कार्यक्रमका कृयाकलापहरु

- प्रत्येक वर्ष पुर्ण खोप सुनिश्चिततता तथा दिगोपना कायमगर्ने कार्यलाई निरन्तरता।
- नयाँ नियुक्ति भै आएका सबै स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई खोप सम्बन्धी आधारभूत तालिम तथा अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन।
- खोप तथा खोपजन्य फोहरलाई उचित तरिकाले बिसंक्रमित गरि बिसर्जन गर्ने ब्यबस्था।

खोप कार्यक्रमका प्रमुख समस्या

- खोप कार्यक्रमको सुक्ष्मयोजना निर्माण तथा सो को कार्यान्वयन मा समस्या रहेको।
- खोप सेसनहरु शत प्रतिशत चल्न नसक्नु तथा खोप केन्द्र १० देखि ४ बजे सम्म सञ्चालन नहुनु ।
- वडाहरुमा माईक्रोप्लान अनुसार प्रति खोप सेसन ४० सुईको नीति शत प्रतिशत कार्यन्वयन नहुँनु ।

खोप कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

तालिका नं. १० खोप कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु,हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

क्र. स.	समस्या तथा चुनौती	समाधान उपाय	जिम्मेवारी
१	खोप कभरेज कम हुनु	कभरेज वढाउनका लागि स्थलगत अनुशिक्षण तथा DQSA संन्चालन	गाँउपालिका, स्वास्थ्य शाखा
२	खोप कार्यक्रमको शुक्ष्म योजना तयारी तथा कार्यान्वयन समयमै नहुनु।	खोप कार्यक्रमको शुक्ष्म योजना तैयारी तथा कार्यान्वयन बैठक गाँउपालिकामा संन्चालन गर्नुपर्ने	गाँउपालिका, स्वास्थ्य शाखा
३	गाँउपालिका स्तरमा कोल्डचेन ब्यवस्थापन गर्न का लागि कोल्डरुम को ब्यवस्था नहुनु।	ब्यवस्थीत कोल्डरुम बनाउनु पर्ने।	गाँउपालिका, स्वास्थ्य शाखा

३.२समुदायमा आधारित एकीकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

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

आ.व. २०७९/८० मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा स्थलगत अनुशिक्षणका गरिएको
- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई एकीकृत वालरोग व्यवस्थापनको (IMNCI) तालिम प्रदान गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थामा आधारित एकीकृत वालरोग व्यवस्थापनको (FB-IMNCI) तालिम प्रदान गरिएको ।
- समीक्षा कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।

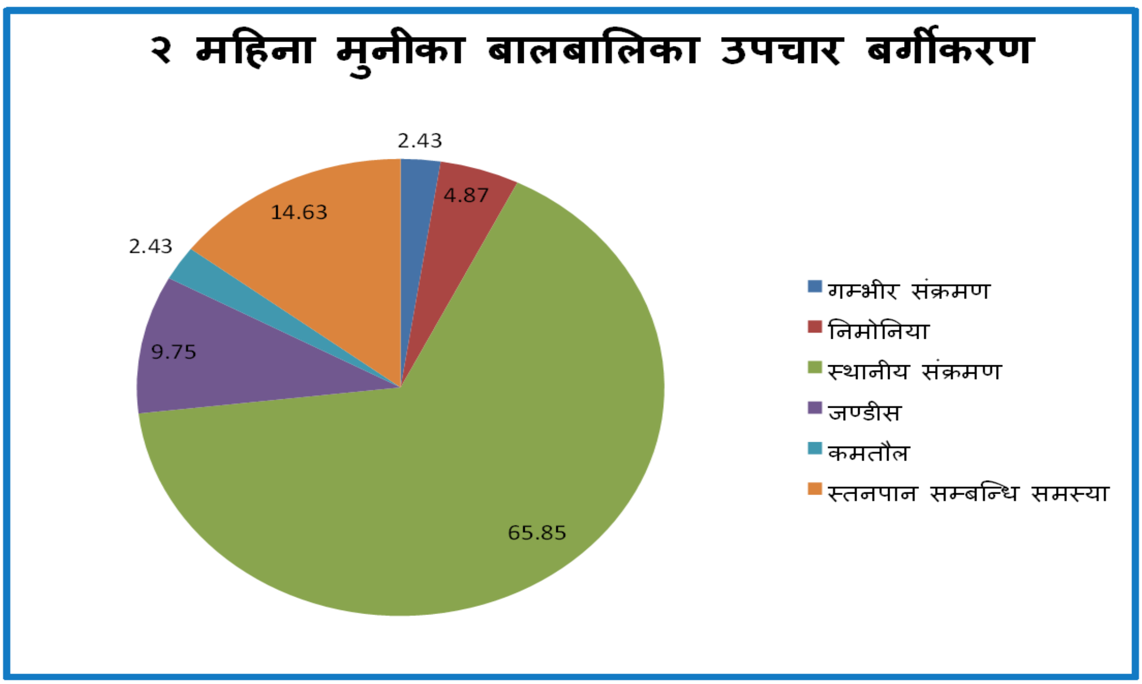
प्रमुख उपलब्धिहरु

- ५ वर्ष मुनिका वच्चाहरुमा झाडापखलारोगको नयाँ संक्रमण दर घट्नुको साथै केही जलविनियोजन को दरमा कमी र कडा जलविनियोजन शन्य मा आएको ।

२महिना मुनिका वालबालिकाको उपचार

विगतका तीन आ.व. २ महिना मुनिका बालबलिकाहरु बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिनेको संख्या क्रमशः घटेको तथ्याङ्कले देखाउँछ।आ.व. २०७९/८० मा ४१ जनाको उपचार गरिएकोछ । जसमध्ये संभावित गंभीर संक्रमण भएका २.४३ प्रतिशत, निमोनिया भएका ४.८७ प्रतिशत, स्थानिय संक्रमण भएका ६५.८५ प्रतिशत, कमलपित्त ९.७५ प्रतिशत, कम तौल भएका २.४३ प्रतिशत र स्तनपान सम्बन्धि समस्या भएका १४.६३ प्रतिशत रहेका छन । २ महिना सम्मका नवशिशु मृत्युदर घटाउन हालको प्रमुख चुनौती महशुस गरिएको छ साथै बिरामी भएर उपचारको लागि स्वास्थ्य संस्थामा आउने २ महिना मुनिका बालबलिकाको संख्या क्रमशः घट्दो दरमा रहेको छ ।

चित्र नं. १५ २ महिना मुनिका वालबालिका उपचार वर्गिकरण



०-२ महिनाका बच्चाहरुमा सम्भावित गम्भिर संक्रमणको दर

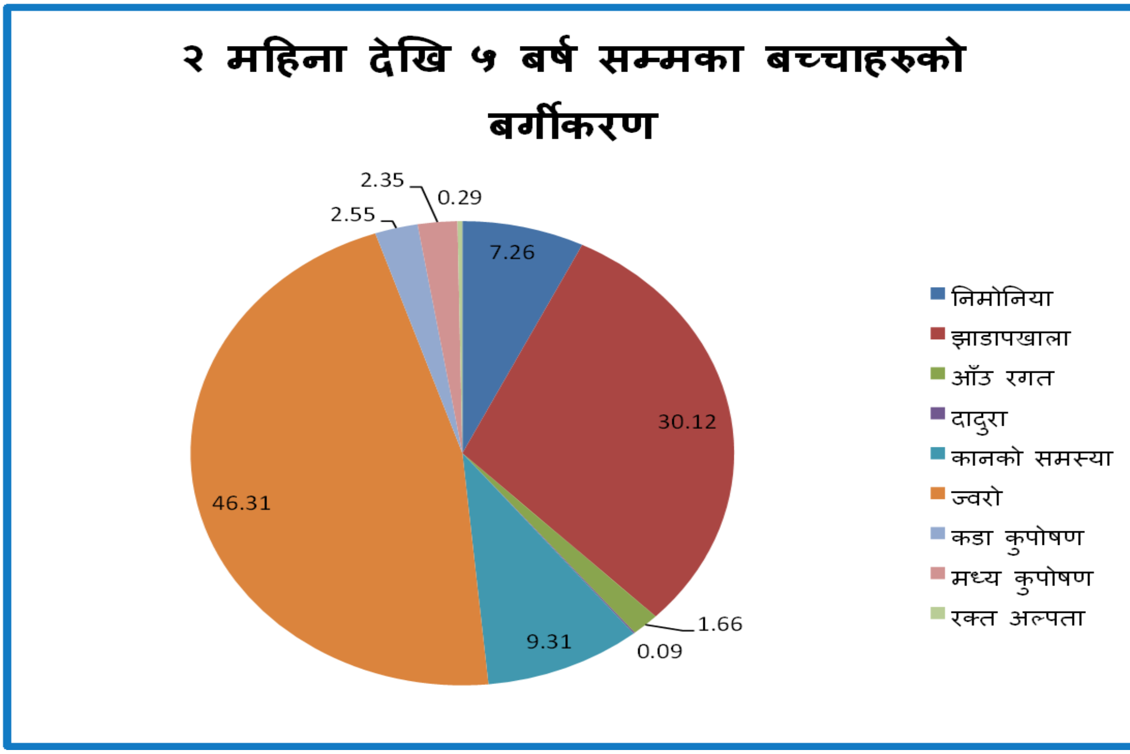
आ.व.२०७९/०८० मा ० देखी २ महिना सम्मका वालवालिकाहरुमा सम्भावित गम्भिर संक्रमणको दर विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा २.४३ प्रतिशत पुगेको छ, जुन गत आ.व. मा ११.७६ प्रतिशत थियो । यस आ.व. मा गत आ.व.को तुलनामा ९.३३ प्रतिशतले कमी आएको छ। जुन सन्तोषजनक छ ।

२ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका वालबालिका को उपचार

विगतका तीन आ.व. मा २ महिनादेखी ५९ महिनाका बालबलिकाहरु बिरामी भई स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिनेको संख्या क्रमशः घटेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।यस आर्थिक वर्षमा २

महिनादेखि ५वर्ष सम्मका जम्मा १८४४ जना बालबलिकाहरु स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गरिएकोमा श्वास प्रश्वासका बिरामी ९०० जना, झाडा पखालाका बिरामी ३०७ जना , आउँ रगत भएका १७ जना, कान सम्बन्धी समस्या भएका विरामी ९५ जना,ज्वरो ४७२ जना,कडा कुपोषण २६ जना,मध्यकुपोषण २४ जना,र रक्तअल्पता ३ जना थिए। बिरामी भएका बालवालिकाहरु मध्ये अधिकाम्स निको भएका छन् भने सो को कारणबाट मृत्यु हुनेको संख्या शुन्य रहेको थियो ।

चित्र नं. १६ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका वालवालिकाको उपचार विवरण



३.२.१आकस्मिक श्वासप्रश्वास रोगनियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

पाँच वर्ष मुनिका बालबलिकाहरुमा हुने रोग र मृत्यका कारणहरु मध्ये श्वासप्रश्वास रोग एउटा प्रमुख कारण हो। त्यसैले एकीकृत वालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम अन्तर्गत पाँच वर्ष मुनिका श्वासप्रश्वास रोगका बिरामीहरुको परिक्षण तथा उपचार गर्ने कार्यलाई प्राथमिकता दिने गरिन्छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनको बर्गिकरण अनुसार श्वासप्रश्वास रोगका बिरामीहरु लाई धेरै कडा रोग / कडा निमोनिया, निमोनिया र निमोनिया नभएका बिरामी भनि ३ भाग मा वर्गिकरण गरि सोही अनुसार स्वास्थ्य संस्था (महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका हरु समेत) बाट एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रम अनुसार उपचार तथा प्रेषण गर्ने गरिन्छ । आकस्मिक श्वासप्रश्वास रोग मा घरमै स्याहारको पनि महत्वपूर्ण भुमिका रहने भएकोले उपचारका क्रममा आमाहरुलाई पनि

परामर्श दिने गरिन्छ।

तालिकानं. ११ श्वासप्रश्वास बिरामी, नयाँ रोगको दर तथा निमोनियां भएको बच्चाहरुको वर्गिकरण

विवरण	शीघ्र स्वासप्रस्वास सम्बन्धी संक्रमण ARI (प्रति १०००)			बालबालिकामा निमोनियाको दर (प्रति १०००)			गम्भीर निमोनियाको प्रतिशत		
	आ.व.			आ.व.			आ.व.		
स्वास्थ्य संस्था	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०
दुम्किबास स्वास्थ्य चौकी	१४४८	१२५०	१२३४	६२	५२	२६	०	०	०
बेनिमणीपुर स्वास्थ्य चौकी	१०६०	५७७	८१५	९	२३	६९	०	०	०
धुरकोट स्वास्थ्य चौकी	४९९	९२५	९१५	०	३	२२	०	०	०
त्रिबेणी सुस्ता स्वास्थ्य चौकी	१३६४	९८१	१०४५	२२५	१७५	१११	०	०	०
विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका	५८७	८३०	८५५	३३	४४	३३	०	०	०

अघिल्लो आ.व. २०७८/७९ को तुलनामा आ.व.२०७९/८० मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा श्वास-प्रश्वास का बिरामीको दर ८३० जना प्रति हजारबाट बढेर ८५५ जना प्रति हजार पुगेको छ ।५ वर्षमुनिका वालवालिकाहरुमा नयाँ स्वासप्रस्वास मध्ये निमोनिया को दर भने ४४ प्रतिशत बाट घटी ३३ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ, भने कडा निमोनिया विगत ३ वर्ष देखी शुन्य नै रहेको छ।

३.२.२ झाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

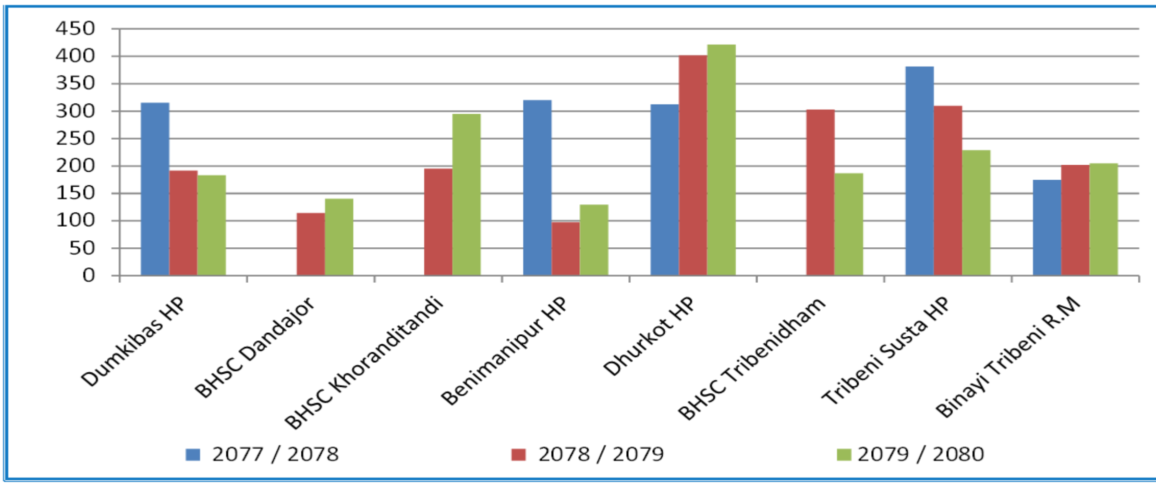
नेपालमा पाँच वर्ष मुनीका बालबलिकाहरुको मृत्युको प्रमुख कारणहरु मध्ये झाडापखाला दोश्रो कारण हो । त्यसैले समुदायमा आधारित एकीकृत बालरोगको व्यवस्थापन, झाडापखाला लागेका बालबलिकाहरुलाई पुर्नजलिय उपचार तथा जिंक चक्की बाट उपचार गरी अकाल मृत्यु बाट जोगाउन हरेक स्वास्थ्य संस्थाहरु मा ओ.आर.टी. कर्नर स्थापना गरिएको छ भने समुदाय स्तरमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु मार्फत पुर्नजलिय झोल र जिंक चक्की वितरण गरिदै आएको छ ।

आ.व. २०७९/०८० मा सञ्चालित क्रियाकलाप

- पुर्नजलिय झोल साथै जिंक-चक्की सवै स्वास्थ्य संस्थाहरु र म.सा.स्वा.स्व.से. बाट समेत नियमित वितरण गरिएको।
- झाडापखाला को रोकथाम र उपचार सम्बन्धी शैक्षिक सामग्रीहरु वितरण गरिनुका साथै बिद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा सञ्चालन गरिएको।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा रहेका पूर्नजलिय सेवा दिने कर्नर वाट झाडा-पखालाका बिरामीलाई उपचार सेवा र स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरिएको ।

- कार्यक्रम को प्रभावकारीता वारे समय-समयमा सुपरिवेक्षण एवं अनुगमन गरिएको।
- झाडापखालाको महामारी फैलिएमा त्यसको नियन्त्रण गर्न जिल्ला तथा स्थानीय तह CRRT तथा RRT गठन गरिएको।
- ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरुमा झाडापखालाको उपचारमा जिङ्क चक्कीको प्रयोग गरी उपचार गरिएको। सवै स्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरु लगायत म.सा.स्वा.स्वं.से.लाई यसको प्रयोग बारे वेलावेलामा गरिने समीक्षा तथा अनुगमन बाट उपचार प्रणाली लाई व्यवस्थित गरिएको ।

चित्र नं. १७ पाँच बर्ष मुनिका वालवालिकामा झाडापखलाको प्रकोप दर प्रति हजारमा



यस आ.व. मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा प्रति १००० वालवालिकाहरु मध्ये २०९ जनालाई झाडापखाला लागेको पाइन्छ । गतआ.व. २०७८/०८९ को तुलना मा झाडापखाला का बिरामी बढेको पाइएको छ । वडागत रुपमा हेर्दा सबैभन्दा बढी वडा नं. ७ मा ३१० जना र सबै भन्दा कम वडा नं. ४ मा ९७ जना प्रतिहजार रहेको छ । यस गाउँपालिकामा कुल झाडापखला लागेका बिरामी बच्चाहरु मध्ये कडा झाडापखाला लागेका बच्चाहरुको प्रतिशत शुन्य रहेको थियो । आ.व. २०७९/८० मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा पाँच वर्ष मुनिका झाडापखला लागेका वालवालिकाहरु मध्ये ९९.३ प्रतिशतलाई जिंक र पुर्नजलिय झोलबाट उपचार गरिएको तथ्याङ्कले देखाउँछ, जुन अघिल्लो आ.व.मा ९८.३ थियो।

CBIMNCI कार्यक्रमको प्रमुख चुनौती, समस्याहरु र तिनको समाधानको उपायहरु

तालिकानं. १२ CBIMNCI कार्यक्रमको प्रमुख चुनौती, समस्याहरु र तिनको समाधानको उपायहरु

क्र.स.	समस्या तथा चुनौती	समाधानका उपाय	जिम्मेवारी
१	तालिम व्यवहारमा नउतारिनु	स्थलगत अनुशिक्षण र अनुगमन ।	स्वास्थ्य संस्थाहरु
२	आवश्यक सामाग्रीको अभाव	सबै स्वास्थ्य संस्थामा आवश्यक सामाग्री आपुर्तिको व्यवस्था गर्ने ।	प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र गाँउपालिका स्वास्थ्य शाखा ।
३	अभिलेख तथा प्रतिवेदन उचित	स्थलगत अनुशिक्षण र अनुगमन	स्वास्थ्य कार्यालय

	तवरले नहुनु		गाँउपालिका स्वास्थ्य शाखा ।
४	समय समयमा औषधिहरुको अभाव हुनु	बिध्युतिय आपूर्ति व्यवस्थापन सुचना प्रणालीमा भए अनुसार आपूर्ति गरिनु पर्ने ।	प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र ।
५	स्थलगत अनुशिक्षण, अनुगमन तथा स्वास्थ्यकर्मी लाई HMIS तालिमका लागि बजेटको अभाव	बजेटको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने।	संघिय सरकार,प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय स्वास्थ्य कार्यालय गाँउपालिका

३.३ पोषण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

जनस्वास्थ्य को दृष्टिकोणले पोषण कार्यक्रम प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम हो । बालबालिका, महिला तथा किशोर किशोरीहरुको पोषण अवस्था सुधार गर्न विगत लामो समय देखि विभिन्न प्रयास हरु हुँदै आएको छ । यसै सन्दर्भमा नेपालको संविधानले प्रत्येक नागरिकलाई खाद्य सम्बन्धी हक हुने व्यवस्था गरेको अवस्था छ । पोषण कार्यक्रमको प्रमुख लक्ष्य “पोषण कार्यक्रमलाई सम्बन्धि क्षेत्रहरुसँग मिलेर प्रभावकारी रुपमा लागु गरी सबै नेपाली जनताको पोषण स्थिति राम्रो बनाई तिनीहरुले स्वास्थ्य जीवन कायम गर्न सकुन र तिनीहरुले देशको समग्र सामाजिक-आर्थिक विकासमा योगदान पुर्‍याउन सकुन” भन्ने रहेको छ । न्युन पोषण को समस्याले बालबालिकाको शारिरिक, मानसिक, तथा संवेगात्मक विकासमा बाधा पुर्‍याई देशको समग्र सामाजिक, आर्थिक तथा मानविय विकासमा प्रतिकुल प्रभाव पर्दछ । शिशु अवस्था वाल्यकालमै मृत्यु हुने जोखिममा बृद्धि हुन्छ भने जीवित रहेका हरुको समेत क्षमताको क्षय हुन्छ । नेपालमा खास गरी प्रोटीन शक्ति को कमी, भिटामिन"ए"को कमी, आयोडिन तथा आईरन तत्वको कमीको कारणले कुपोषित भएको पाइएको छ ।

सन् १९७० को दशक देखि विभिन्न पोषण सर्वेक्षण, आवधिक योजनामा पोषणलाई प्राथमिकता, राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति (२००४) को विकास, राष्ट्रिय पोषण रणनीति (२०७६) सर्वेक्षणको आधारमा बालबालिका लाई भिटामिन “ए” क्याप्सुल र बहुसुक्ष्म तत्व (बाल भिटा) तथा गर्भवती र सुत्केरी महिलालाई आइरन फोलिक एसिड चक्कि वितरण लगायत कुपोषणको समस्या लाई सम्वोधन गर्न बहुक्षेत्रिय निकायको संयुक्त प्रयास को लागि बहुक्षेत्रिय पोषण योजना पहिलो (२०६९-२०७३) र दोस्रो (२०७५/७६-२०७९/८०) को विकास भएको छ । पोषणको विद्यमान अवस्था सुधार्न को लागि पोषण सम्बन्धि सेवाहरु को विस्तार (Scalingup Nutrition) अभियान को माध्यमबाट पोषण सम्बन्धी बानी व्यवहार लाई सकरात्मक दिशा तर्फ रुपान्तरण गर्न आवश्यक छ ।

विश्वमा ५ वर्ष मुनिका करिव ४५ प्रतिशत बालबालिकाको मृत्यु कुपोषणको कारणले हुने गरेको अध्ययनहरु ले देखाएका छन्(Lancet Child Health and Nutrition Series, २०१३)। नेपाल

जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण, २०१६ अनुसार नेपालका पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा ३६ प्रतिशतपुड्कोपन, २७ प्रतिशत कम तौल तथा १० प्रतिशत ख्याउटेपन रहेको छ।६ देखि ५९ महिनाको बालबालिकामा ५३ प्रतिशत, १५ देखि १९ बर्ष भित्रका किशोरीहरुमा ४४ प्रतिशत रक्तअल्पता को समस्या रहेको छ । साथै प्रजनन् (१५-४९ वर्ष) उमेर समुहका महिलाहरु मा ४१ प्रतिशत रक्तअल्पता को समस्या तथा १७ प्रतिशत दीर्घ शक्तिको कमि रहेको अवस्था छ (NDHS २०१६) । न्यून पोषण गण्डकी प्रदेशको एक प्रमुख समस्याको रुपमा रहेको छ । विगत को तुलना मा नेपालले पोषणको क्षेत्रमा केहि प्रगति गरेको देखिन्छ । महिला तथा बालबालिकाको कुपोषण न्यूनीकरण गर्न अनुकरणीय काम गरेकोमा नेपाललाई 'संयुक्त राष्ट्र संघ ग्लोबल च्याम्पियन अवार्ड २०१७' बाट सम्मानित गरिएको छ । यस्ता घटनाहरुले अहिले सम्म गरेको प्रगति देखाउँछ र स्वास्थ्य क्षेत्र लाई अझ राम्रो गर्नको लागि प्रोत्साहित गर्दछ।

आ.व. २०७९/०८० मा सञ्चालितकार्यक्रम/क्रियाकलापहरु

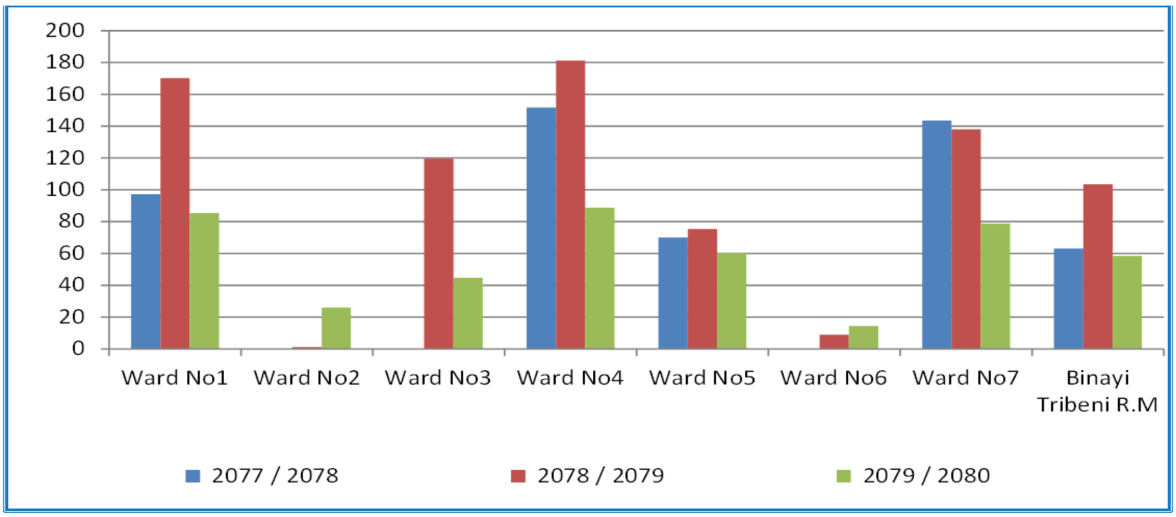
- बालबलिकाको बृद्धि अनुगमन तथा परामर्श कार्यक्रमहरु।
- गर्भवती महिला लाई आईरन फोलिक एसिड र जुकाको औषधी बितरण एवमं किशोरीहरुका लागि आईरन फोलिक एसिड वितरण कार्यक्रम ।
- सुत्केरी महिला लाई भिटामिन"ए "र आईरन बितरण कार्यक्रम।
- पाँच वर्ष मुनीका बालबलिका लाई भिटामिन "ए" र जुकाको औषधी बितरण कार्यक्रम ।
- बिद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम (बिद्यालयका छात्र छात्रा हरुलाई जुकाको औषधी बितरण)।
- पोषण सप्ताह, आयोडिन महिना तथा स्तनपान सप्ताह एवं पोषण सम्बन्धी विभिन्न दिवस मनाईने कार्यक्रमहरु।
- मातृ, शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (MIYCN) कार्यक्रम।
- बाल भिटा वितरण कार्यक्रम (Micronutrient Powder (MNP)
- शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (IMAM Programme)
- संस्थागत सुत्केरी भएका सुत्केरी महिलाहरु लाई रु२००० सुत्केरी पोषण भत्ता वितरण

बृद्धि अनुगमन तथा प्रवर्द्धन

वृद्धि अनुगमन राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको एउटा प्रमुख कार्यक्रम हो जस अन्तर्गत जन्मदेखि २ बर्ष उमेर सम्मका बालिबालिकाको नियमिततौल लिई उमेर अनुसारको तौल भए नभएको बारेमा लेखाजोखा गरिन्छ । यसको लागि बालबालिकाको तौल मापन गरी बाल स्वास्थ्य कार्डको वृद्धि अनुगमन चार्ट भर्ने गरिन्छ र आमा तथा स्याहारकर्तालाई बालबालिकाको वृद्धि अनुगमनको अवस्थाको बारेमा जानकारी गराई सो अनुरुप आवश्यक पोषण परामर्श तथा उचित प्रेषण गरिन्छ । २ वर्ष भन्दा मुनिका बच्चाहरुको वृद्धि अनुगमनगर्नाले प्रोटिन-इनर्जी कूपोषण नियन्त्रणगर्छ र

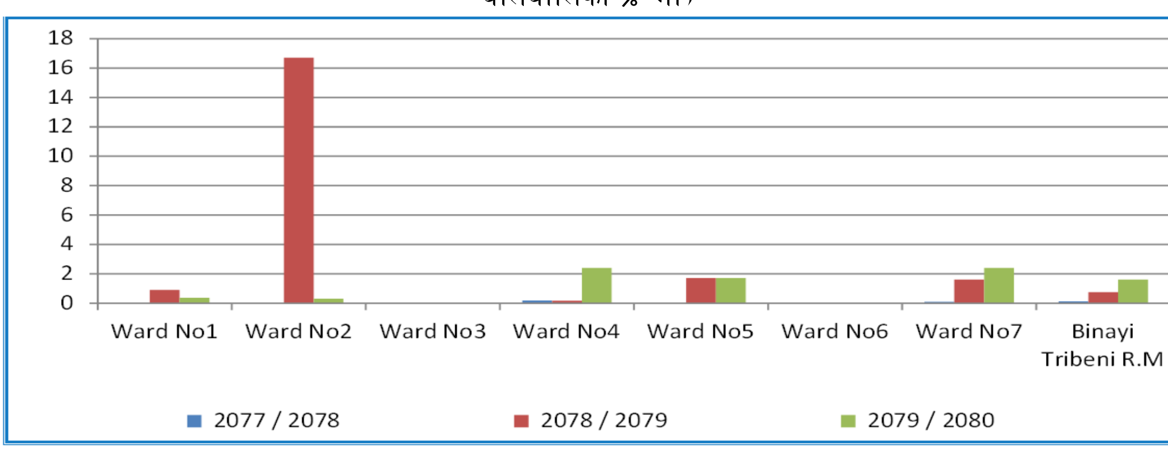
बाल मृत्युदर कम गराउदँछ । स्वास्थ्य संस्थाहरु मा बिश्व स्वास्थ्य संगठनको "CHILD GROWTH STANDERS" अनुसार मासिक रुपमा स्वास्थ्यकर्मिहरु द्वारा वृद्वि अनुगमन गरिन्छ। विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा ०-२३ महिनाका वालवालिकाहरुमा वृद्धि अनुगमनको लागि ५८.५ प्रतिशत दर्ता गरिएको छ, जुन गत आ.व.को तुलनामा ४५ प्रतिशतले कमि आएको छ। आ.व. २०७८/७९ मा बृद्धि अनुगम सबै भन्दा उच्चतम कभरेज वडा नं. ४ मा १८१ प्रतिशत र वडा नं. ६ मा सवै भन्दा कम ९ प्रतिशत रहेको छ ।

चित्र नं. १८ बृद्धि अनुगमन (०-२३ महिनाका वालवालिका) दर्ता दर % मा



यस आ.व. वृद्धि अनुगमन गरिएको मध्ये प्रादेशिक स्तरमा १ प्रतिशत वालवालिकाहरुमा कम तौल रहेको देखिन्छ ।

चित्र नं. १९ (०-२३ महिनाका बृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता भएका मध्ये, उमेर अनुसार कम तौल भएका वालवालिका % मा)

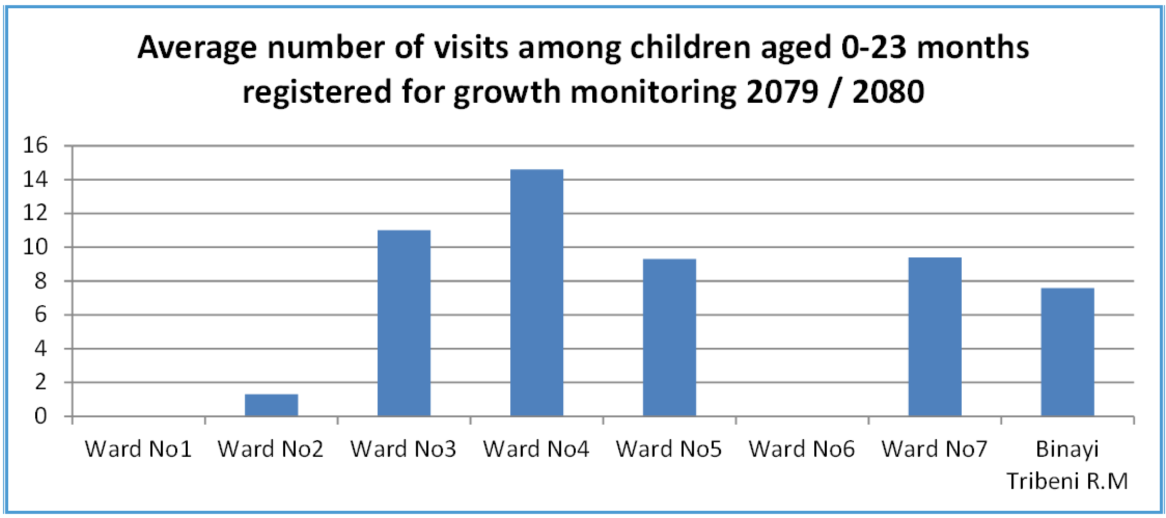


औषत बृद्धिअनुगमन पटक

आ.व. २०७९/८० मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका स्तरमा प्रति बच्चा बृद्धि अनुगमन औषतमा ७.६ पटक रहेको थियो । औसत बृद्धि अनुगमन दर वडा नं. ४, वडा नं.३, र वडा नं.७ मा

बढेको पाईन्छ । औषत बृद्धि अनुगमन दर सबै भन्दा बढि वडा नं. ४ मा प्रति बच्चा १४.६ पटक रहेको छ भने वडा नं. १ र ६ मा सबैभन्दा कम रहेको छ ।

चित्र नं. २० औषत बृद्धि अनुगमन पटक

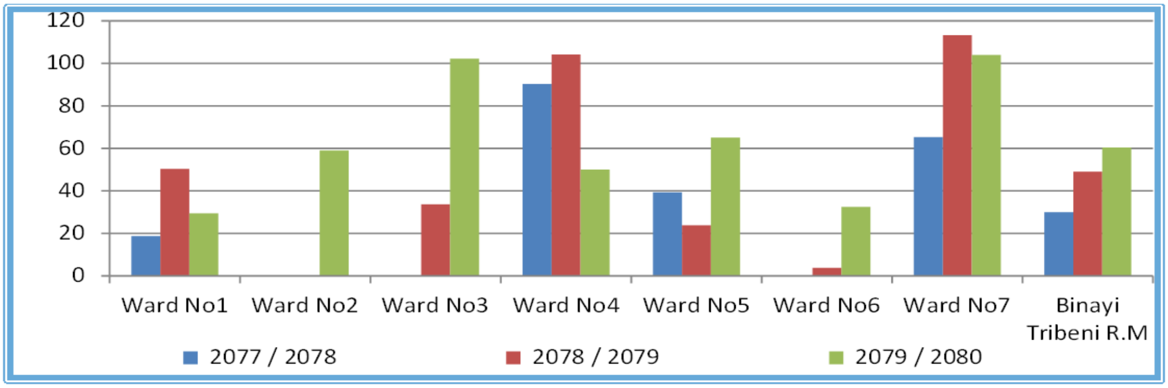


शिशु तथा वाल्यकालिन पोषण

शिशु तथा वालवालिकाहरुको लागि उचित खुवाउने र हेरचाहको अभ्यास उनीहरुको जीवन रक्षा, बृद्धि र विकासका लागि महत्वपुर्ण छ ।बच्चा जन्मेको एक घण्टा भित्रमा स्तनपान, छ महिना सम्म पुर्ण स्तनपान र छ महिनाबाट सुरुहुने प्रर्याप्त र उपयुत्त पुरक आहारा प्रदान गर्ने र दुई बर्ष उमेर सम्म निरन्तर स्तनपान सम्बन्धिको बानी व्यहोरामा सुधारका लागि स्तनपान लगायत विविध खाद्य पदार्थको सेवन प्रवर्द्धनका लागि आवश्यक ज्ञान तथा सिप अभिवृद्धि गरिन्छ । यस आ.व.२०७९/८० मा बृद्धि अनुगमनमा आएका मध्ये गाँउपालिका स्तरमा ७३.३ प्रतिशत वालवालिकाले पुर्ण स्तनपान गरेको पाईन्छ जुन अघिल्लो आ.व.मा ४८.५ मात्र थियो यो अघिल्लो आ.व.को तुलानामा २४.८ प्रतिशतले बृद्धि भएको देखिन्छ ।

यस आ.व.२०७९/८० मा बृद्धि अनुगमनमा आएका मध्ये गाँउपालिका स्तरमा ६०.४ प्रतिशत वालवालिकाले छ महिना पछि आमाको दुध सँगसँगै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम पुरक खाना खाएका छन् । जुन अघिल्लो आ.व.को तुलानामा ११.४ प्रतिशतले बृद्धि भएको देखिन्छ ।

चित्र नं. २१ बृद्धि अनुगमनमा आएका मध्ये जन्मेको छ महिना पछि आमाको दुध सँगसँगै ठोस तथा नरम खान खुवाउनेको दर



शीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापनकार्यक्रम

शिघ्र कुपोषणको कारणले हुने मृत्युदर घटाउने उद्देश्यले समुदायस्तरमै शीघ्र कुपोषणको उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने अवधारणा अनुरुपशीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो। शीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रममा स्वास्थ्यकर्मी हरुले ५ बर्षमुनिका बाल-बालिकामा हुने शीघ्र कुपोषणलाई समुदायमा आधारित अन्तरंग (ITC) र बहिरंग सेवा(OTC) मार्फत उपचार गर्ने गर्दछन । यस अन्तर्गत कुनै पनि चिकित्सकीय जटिलता बिना कडा कुपोषण मात्र भएका बालबालिकाको उपचार तोकिएको स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट बहिरंग सेवा मार्फत हुन्छ भने चिकित्सकीय जटिलता सहित कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाको उपचार तोकिएको अस्पताल हरुबाट अन्तरँग सेवा मार्फत हुन्छ । हाल यो कार्यक्रम गण्डकी प्रदेशको ४ वटा जिल्ला हरुमा बागलुङ, गोरखा, नवलपरासी ब.सु.पू. र म्याग्दी मा सञ्चालन भईरहेको छ । यस कार्यक्रम मार्फत कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिका हरुलाई उपचारमा सहजपहुँच गराई समुदाय वा घरमै उपचार गर्न सकिन्छ ।

तालिकानं. १३ शीघ्र कुपोषण भएकाबालबालिकाको विवरण

उमेर समूह महिनामा	बालबालिका	भर्ना गरिएका		रेफर भई आएका	डिस्चार्ज भएको					उपचारमा रहेका
		नयाँ भर्ना	पुनः भर्ना		निको भएको	मृत्यू भएको	डिफल्ट र भएको	निको नभएको	अस्पताल मा पठाएको	
६ - ५९ महिना	बालिका	१५	०	०	१५	०	०	०	०	०
	बालक	२१	०	०	१४	०	०	०	१	७
<६ महिना	बालिका	०	०	०	०	०	०	०	०	०
	बालक	०	०	०	०	०	०	०	०	०

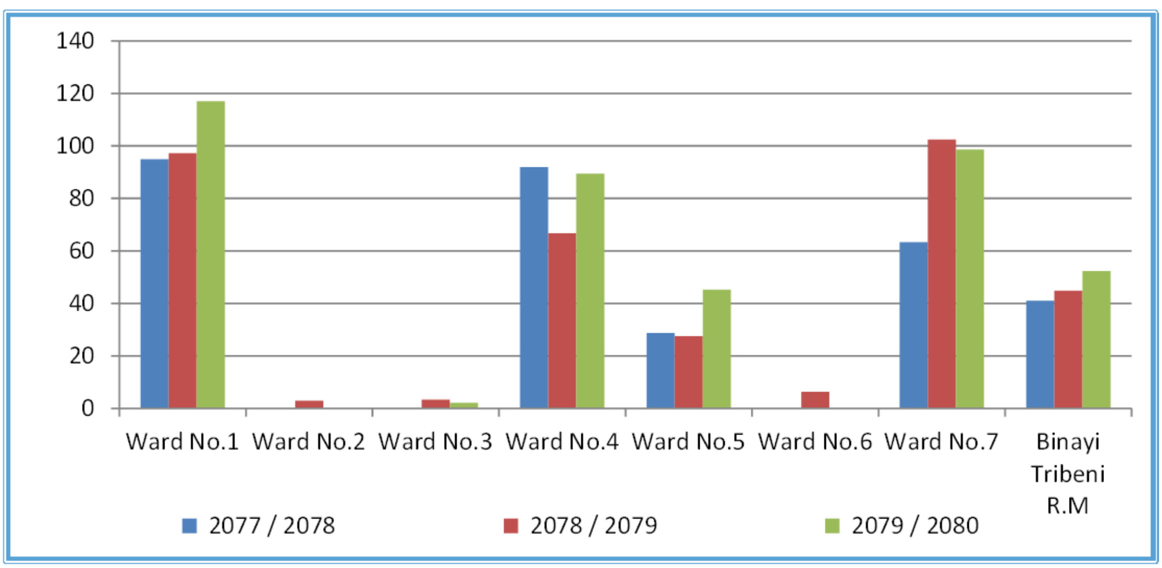
आईरन को कमीले हुने रक्तअल्पता को रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत आईरनको कमी बाट हुने रक्तअल्पता को नियन्त्रण र रोकथाम काकार्यक्रम कार्यान्वयन गरिन्छ।

आइरन फोलिक एसिड वितरण कार्यक्रम

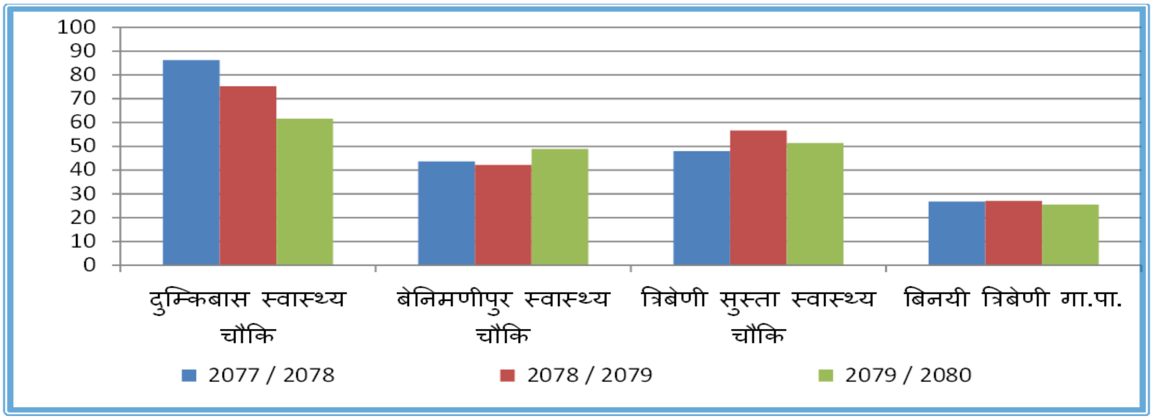
यस कार्यक्रम अन्तर्गत गर्भवती तथा सुत्केरी महिला हरुलाई गर्भरहेको ३ महिना पुरा भएपछी देखि शिशु जन्मेको ४५ दिन सम्म दिनहुँ एक चक्कि आइरन फोलिक एसिड खुवाईन्छ । विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा आ.व.२०७९/८० मा अनुमानीत गर्भवति मध्ये ५२.३ प्रतिशत गभर्वति महिलाहरुले १८० चक्कीआईरन तथा फोलिक एसिडप्राप्त गरेको देखिन्छ।जुन अघिल्लो वर्षको तुलनामा ७.५ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ । वडागत रुपमा हेर्दा सबै भन्दा बढी कभरेज वडा नं. १ मा ११७ प्रतिशत रहेको पाईन्छ ।

चित्र नं. २२ गर्भावस्थामा १८० चक्की आईरन र फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने महिला % मा



विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका मा आ.व.२०७९/८०मा सुत्केरी अवस्थामा अनुमानित जीवित जन्म मध्ये २५.५ प्रतिशत सुत्केरी महिलाहरुले ४५ चक्कीआईरन तथा फोलिक एसिड(IFA)प्राप्त गरेको देखिन्छ । संस्थागत रुपमा हेर्दा सबै भन्दा बढी कभरेज दुम्किबास स्वास्थ्य चौकीको कभरेज ६१.६ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम बेनिमणीपुर स्वास्थ्य चौकीको कभरेज ४८.९ प्रतिशत रहेको पाईन्छ ।

चित्र नं. २३ सुत्केरी अस्थामा ४५ चक्की आईरन र फोलिक एसिड प्राप्त गर्ने महिला % मा



बाल भिटा (बहु सूक्ष्म पोषक तत्व) प्रवर्द्धन कार्यक्रम

शिशु तथा बालबालिकामा व्याप्त आइरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको रोकथामको लागि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले ६ महिनादेखि २ बर्षसम्मका बालबालिकालाई Home Fortification मार्फत उनीहरुको खानामा मिसाएर खुवाउने बालभिटा वितरण कार्यक्रम सुरु गरेको हो ।हाल यो कार्यक्रम गण्डकी प्रदेशको ४ वटा जिल्लाहरुमा स्याङ्जा, बागलुङ, गोरखा र नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्ब)मा सञ्चालन भईरहेको छ । कार्यक्रम लागु भएका जिल्ला हरुमा बाल भिटा कार्यक्रम लाई मातृशिशु तथा बाल्यकालिन पोषण कार्यक्रम सँग एकिकृत गरी बालबालिकालाई किन र कसरी बालभिटा खुवाउने भनी पोषण शिक्षा तथा परामर्शका साथ सञ्चालन गरिन्छ ।

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा आ.व.२०७९/८० मा ४३.३ प्रतिशत ६-२३ महिनाका वालवालिकाहरुले प्रथम चत्र (६० स्याचेट) बालभिटा प्राप्त गरेका छन् भने ६.२ प्रतिशतले मात्र तीन चत्र (१८० स्याचेट) बालभिटा प्राप्त गरेका छन् । वडागत रुपमा हेर्दा वडा नं. ७ को कभरेज उच्चतम देखिन्छ।

तालिकानं. १४ बालभिटा वितरणको अवस्था

विवरण	प्रथम चत्र(स्याचेट ६०) बालभिटा प्राप्त गर्ने ६-२३ महिनाका बालबालिका % मा			तीन चत्र(स्याचेट १८०) बालभिटा प्राप्त गर्ने ६-२३ महिनाका बालबालिका % मा		
	२०७७/०७८	२०७८/०७९	२०७९/०८०	२०७७/०७८	२०७८/०७९	२०७९/०८०
वार्ड नं. १	२७.१	९.५	७४	०	०	०
वार्ड नं. २	०	०	१४.४	०	०	०
वार्ड नं. ३	०	०.७३	४८.५	०	०	९.४
वार्ड नं. ४	१२.६	४९	५४.३	०.४९	५	९.९
वार्ड नं. ५	३५.५	६१.५	३६.८	९.४	८.५	२.१
वार्ड नं. ६	०	२०.१	१६.७	०	५.९	०
वार्ड नं. ७	९२.७	६१.८	५५.३	५४.५	५.३	२५.४
बि.त्रि. गा.पा.	१९.६	२६.३	४३.३	६.७	३	६.२

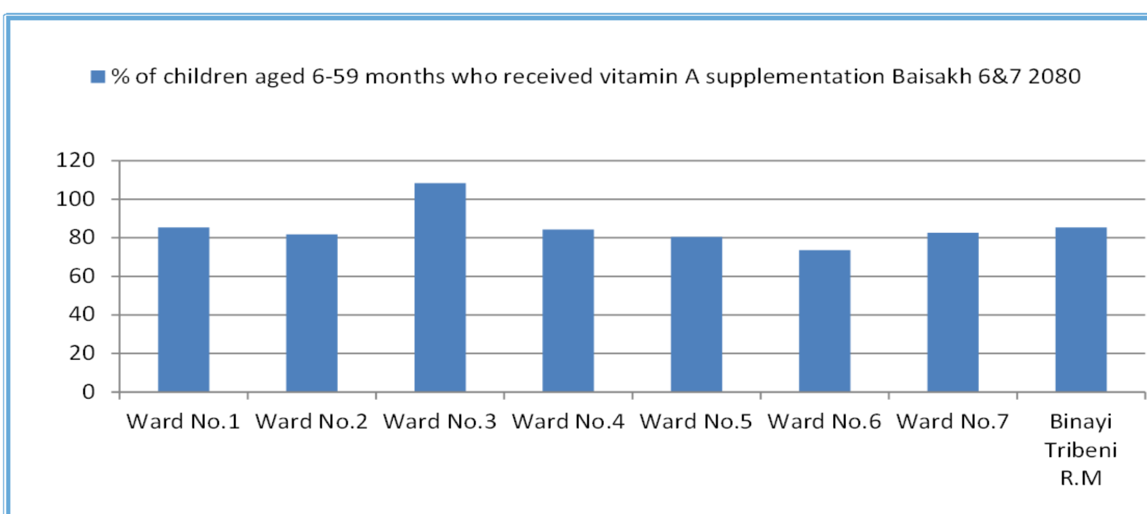
आयोडिनको कमीले हुने विकृतिको रोकथाम र नियन्त्रण

आयोडिनको कमिले देखापर्ने विभिन्न विकृतिहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्ने एक मात्र कार्यक्रमको रुपमा नेपाल सरकारले खाने नुनमा आयोडिन सम्मिश्रण गरी वितरण गर्ने गरेको छ र प्रयाप्त मात्रामा आयोडिन सम्मिश्रण भएको नूनलाई "दुई बालबालिकाको चिन्ह" अँकित लोगो मार्फत प्रबर्द्धन गरिएको छ । राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत नेपाल सरकारबाट सिफारीश गरिएको "दुई बालबालिकाको चिन्ह " अँकित पर्याप्त मात्रामा आयोडिन सम्मिश्रण भएको नून उपभोग गर्न पोषण शिक्षा तथा परामर्श दिईन्छ ।

भिटामिन "ए" को कमीको नियन्त्रण तथा रोकथाम कार्यक्रम

यस कार्यक्रम अन्तर्गत महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु द्वारा वर्षको २ पटक (वैशाख र कार्तिक) महिना मा ६-५९ महिनाका बालबालिका हरुलाई भिटामिन "ए" क्याप्सुल खुवाईन्छ (६ देखि ११ महिना: १,००,०० आई.यु, १२ देखि ५९ महिना: २,००,०००आई.यु) साथै, दादुरा, कडा कुपोषण, दीर्घ झाडापखाला र भिटामिन"ए"को कमीबाट हुने आँखा सम्बन्धि रोगहरु को स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट भिटामिन "ए" क्याप्सुल द्वारा उपचार गरिन्छ । त्यसैगरी शिशुलाई स्तनपान मार्फत भिटामिन "ए" को आपूर्ति गर्ने उद्देश्यले सुत्केरी महिलाहरु लाई शिशु जन्मेको ६ हप्ता भित्र स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका हरुबाट एक क्याप्सुल (२००,०००आई.यु.) खुवाईन्छ । विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा आ.व.२०७९/८० मा राष्ट्रिय भिटामिन "ए" समग्र कभरेज ८५.४४ प्रतिशत रहेको छ । वडागत रुपमा हेर्दा सबै भन्दा बढी कभरेज वडा नं. ३ मा १०८.४१ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम वडा नं.६ मा ७३.६८ प्रतिशत रहेको पाईन्छ ।

चित्र नं. २४ राष्ट्रिय भिटामिन "ए" २०८० बैशाख ६र ७ को कभरेज % मा

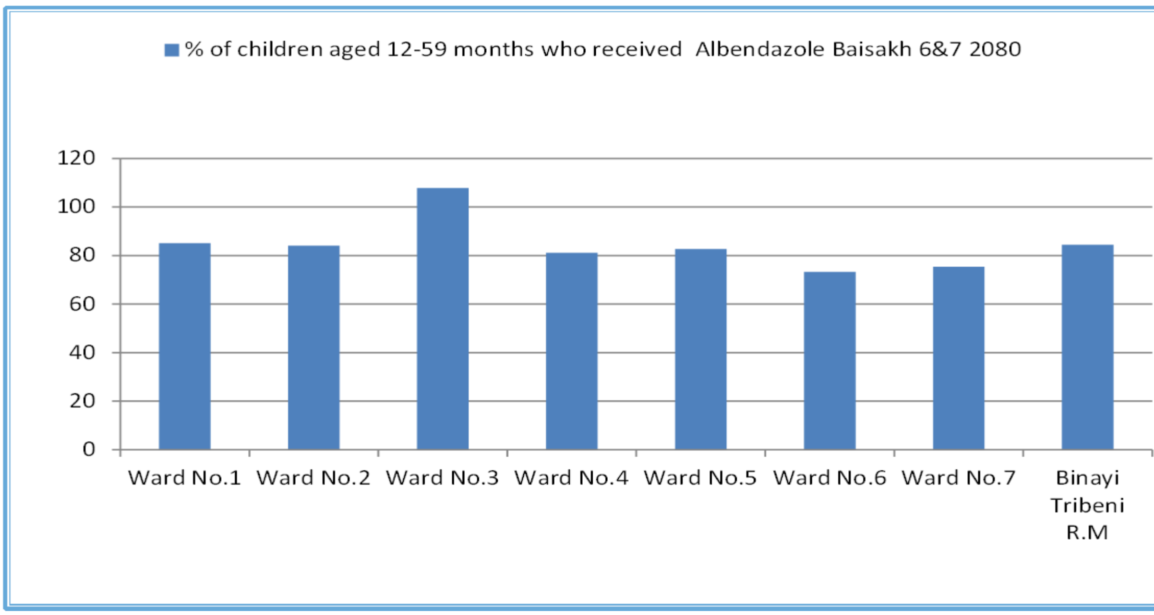


जुकाको औषधि वितरण कार्यक्रम (परजिवी नियन्त्रण कार्यक्रम)

यस कार्यक्रम अन्तरगत महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविकाहरुद्वारा वर्षको २ पटक राष्ट्रिय भिटामिन “ए” कार्यक्रम सँगै (१२ देखि २३ महिनाः २०० मि.ग्रा., २४ देखि ५९ महिनाः ४००मि.ग्रा.)जुकाको औषधि अलबेन्डाजेल एक मात्रा खुवाईन्छ ।

विनयी त्रिबेणी गा.पा. मा आ.व.२०७९/८० मा राष्ट्रिय भिटामिन “ए” संगै जुकाको औषधि खुवाउने कार्यक्रमको कभरेज प्रतिशत रहेको छ । वडागत रुपमा हेर्दा सबै भन्दा बढी कभरेज वडा नं. ३ मा १०७.८३ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम वडा नं.६ मा ७३.२९ प्रतिश रहेको पाईन्छ ।

चित्र नं. २५ जुकाको औषधि वितरण कार्यक्रम % मा



किशोरीहरुलाई आइरन फोलिक एसिड चक्कि खुवाउने

आर्थिक वर्ष २०७२/०७३ देखि बाल स्वास्थ्य महाशाखाले किशोरीहरूमा आइरनको कमीले हुने रक्तअल्पताको व्यापकता न्यून गर्नका लागि विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत विद्यालयहरुमा साप्ताहिक रुपमा किशोरीहरुलाई आइरन तथा फोलिक एसिड खुवाउने कार्यको सुरुवात गरिएको छ । यस कार्यक्रम अन्तर्गत बर्षको दुई पटक श्रावण -असोज (१३ पहिलो चरणमा १३ हप्ता) र माघ– चैत्र (दोश्रो चरणमा १३ हप्ता) मा विद्यालयहरु मार्फत १० देखि १९ वर्षका किशोरीहरुलाई हप्ताको एकचोटी एक मात्रा आइरन फोलिक एसिड (६० मि.ग्रा. आईरन र ४०० माईक्रोग्राम फोलिक एसिड) खुवाउने गरिन्छ । साथै विद्यालय नजाने किशोरीहरुलाई स्वास्थ्य संस्थाले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका मार्फत् समुदाय तथा वडामा आइरन फोलिक एसिड् चक्की वितरण गर्ने गरिन्छ । उक्त चक्की वितरणको समयमा विद्यालयमा

शिक्षकले र समूदायमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले विद्यालय जाने तथा नजाने किशोरीहरुलाई विभिन्न खाद्य समूहको बारेमा जानकारी दिई ती खाद्य समूहको दैनिक खानामा प्रयोगले उनीहरुको पोषण स्वास्थ्यमा पार्ने असर बारे सूसूचित गर्दछन् । यसका अलावा शारिरिक तन्दुरुस्ति र पोषण सुस्वास्थ्यका लागि बिद्यालयहरुमा कम्तिमा ६० मिनेट कक्षा सञ्चालन गरी अतिरिक्त शारिरिक परिश्रम र विरामी हुनबाट बच्नका लागि सूरक्षित खानेपानी तथा सरसफाईको महत्वको बारे पनि जानकारी गराइन्छ । हाल विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाका सबै सामुदायिक तथा संस्थागत बिद्यालय हरुमा यो कार्यक्रम संचालन मा रहेको र किशोरीहरुलाई आइरन फोलिक एसिड चक्कि खुवाइरहेको छ ।

आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रम

विभिन्न घटना तथा दैवीप्रकोप हरुको कारण ले सिर्जना हुने आपतकालिन अवस्थामा नियमित रुपमा सञ्चालन भई रहेका पोषण कार्यक्रम हरुलाई एकिकृत गरी अतिशीघ्र र तीव्र रुपमा बिशेष प्राथमिकता का साथ आपतकालिन पोषण कार्यक्रम सञ्चालन गरिन्छ । यसका लागि केन्द्र स्तरमा राष्ट्रिय पोषण विषयग तक्षेत्र National Nutrition Cluster) ले आपत कालीन अवस्थामा के के कार्य गर्ने भन्ने वारे निणर्य गर्न अहम भूमिका खेल्ने गरेको छ । साथै यसको कार्यान्वयनमा जिल्ला मा रहेका स्वास्थ्य तथा पोषण विषयगत क्षेत्रको पनि त्यतिकै अहम भूमिका हुन्छ । यस्तो आपतकालीन अवस्थामा गर्भवती, सुत्केरी र पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको पोषणको अवस्था मा नकारात्मक असर पर्न सक्ने सम्भावना बढी हुन्छ, किनकि ती अवस्थाहरुमा पोषणको आवश्यकता अन्य साधारण अवस्थामा भन्दा बढी र धेरै महत्वपूर्ण हुन्छ । तसर्थ, आपतकालीन अवस्थामा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत निम्न लिखित क्रियाकलापहरु सञ्चालन हुदैं आएका छन् ।

- ० – २३महिनाका बालबालिकाको पोषण प्रबर्द्धन को लागि स्तनपान को प्रबर्द्धन, संरक्षण र सहयोग क्रियाकलाप मा तीव्रता
- ६ – २३ महिनाका बालबालिकाको पोषण प्रबर्द्धन को लागि पूरक वा थप खाना को प्रबर्द्धन, संरक्षण र सहयोगमा तीव्रता
- कडा शीघ्र कुपोषणको उपचार तथा व्यवस्थापन
- मध्यम शीघ्र कुपोषणको उपचार तथा व्यवस्थापन
- बालबबालिका, किशोरी र गर्भवती तथा सुत्केरी महिला हरुका लागी सूक्ष्म पोषक तत्व वितरण क्रियाकलाप, जस्तैः बालभिटा, भिटामिन “ए” तथा आइरन तथा फोलिक एसिड वितरण लाई थप तीव्रता तथा प्रभावकारीता का साथ सञ्चालन।

उपलब्धीहरु

- भिटामिन “ए” क्यापसुल आम वितरण कार्यक्रम संचालन गर्दा २७३० जना बालबालिका (६-५९ महिना) ८५.४४% बालबालिकाहरुले भिटामिन “ए” क्याप्सुल सेवन गरेका ।
- शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम संचलान तथा कुपषित बालबालिकाको ४ वटा बाहिरंग उपचार केन्द्रहरु (OTC) बाट शीघ्र कुपोषित बालबालिकाको उपचार तथा व्यवस्थापन ।

- पूर्ण स्तनपान र पूरक खाना, बिगौती दूधको महत्व, स्तनपान गराउने उपयुक्त आसन र सम्पर्कका संकेतहरु, असल खानपान बारे पोषण परामर्श तथा ब्यबहार परिवर्नतका लागि संचार ।
- शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण बारे परामर्ष तथा घरमै तयार पार्न सकिने बिभीन्न पोषण युक्त परिकार, पोषिलो जाउलो र खाना प्रदर्शन कार्यक्रमहरु नियमित रुपमा सञ्चालन गरिएको ।

प्रमुख चुनौती, समस्याहरु र तिनको समाधानको उपाय

तालिकानं. १५ पोषण कार्यक्रमको प्रमुख चुनौती, समस्याहरु र तिनको समाधानको उपाय

क्र.स	समस्या तथा चुनौती	समाधानका उपाय	जिम्मेवारी
१	औषत वृद्धि अनुगमन जाँच पटकमा कमि	खोप कार्यक्रमका अलावा वडा स्तरमा नै गएर तौल लिने व्यवस्था गर्नु पर्ने	स्वास्थ्य संस्था/ स्वस्थ्य शाखा
२	स्वास्थ्य संस्थाहरुमा तौल नाप्ने उचाई नाप्ने तथा MUAC Tape को कमि	नियमित आपुर्ति हुनुपर्ने	प्रदेश सरकार र स्वास्थ्य कार्यालय
३	OTC को स्थापनामा कठिनाई	OTC को स्थापनाको लागि मापदण्ड एवं सामाग्रीहरुको अभाव भएको हुँदा आवश्यक ब्यवस्थापन गर्नु पर्ने	प्रदेश सरकार र स्थानिय तह
४	किशोरीहरुलाई आईरन तथा फोलिक एसिड खुवाउने कार्यक्रमको पूर्ण कार्यान्वयन तथा प्रतिवेदन नभएको	आवश्यक पर्ने सामाग्री अभिलेख तथा प्रतिवेदन समयमै बिद्यालय हरुमा उपलब्ध गराई सोहि अनुसार कार्यक्रम संचालन गर्नु पर्ने	प्रदेश सरकार र स्थानिय तह
५	समय समयमा हुने विपद तथा महामारीमा महिला तथा वालवालिकाहरुलाई लक्षित पोषणसँग सम्बन्धित कार्यक्रम सञ्चालनका लागि बजेट अभाव ।	समय समयमा हुने विपद तथा महामारीमा महिला तथा वालवालिकाहरुलाई लक्षित पोषण कार्यक्रमको लागि बजेट विनियोजन हुनु पर्ने	प्रदेश सरकार र स्थानिय तह
६	० – २३ वर्ष मुनिका वालबालिकाहरुको वृद्दि अनुगमन कम हुनु तथा औषत बृद्धि अनुगमन भेट कम भएको ।	वृद्दि अनुगमन तथा पोषणपरामर्श सेवालाई सुदृढ गर्न स्वास्थ्य संस्था तथा वडा स्तर साथै स्वास्थ्य आमा समूह बैठक सम्म विस्तार गर्ने ।	स्वास्थ्य शाखा र सबै स्वास्थ्य संस्थाहरु

		स्वास्थ्य संस्थामा कुनै एक वा दुई दिन बिशेष वृद्दि आनुगमन दिनको रुपमा संचालन गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा आउने सवै वालवालिकाहरुको वृद्दि अनुगमन गरि रेकर्डिङ्ग रिपोटीङ गर्ने ।	
७	गर्भावस्था र सुत्केरी अवस्थामा पुर्ण आईरन तथा फोलिक एसिड लिने महिलाको संख्या कम हुनु ।	पूर्व प्रसुति सेवा र उत्तर प्रसुति सेवाको जाँचको वृद्दि गर्ने, गर्भवति तथा सुत्केरीको घर घरमा स्वास्थ्य कर्मि कार्यक्रमको विस्तार गर्ने ।	स्वास्थ्य शाखा र सबै स्वास्थ्य संस्थाहरु

४ परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

४.१ परिवार नियोजन कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

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

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

आ.व. ०७९/८० मा सञ्चालित क्रियाकलापहरु

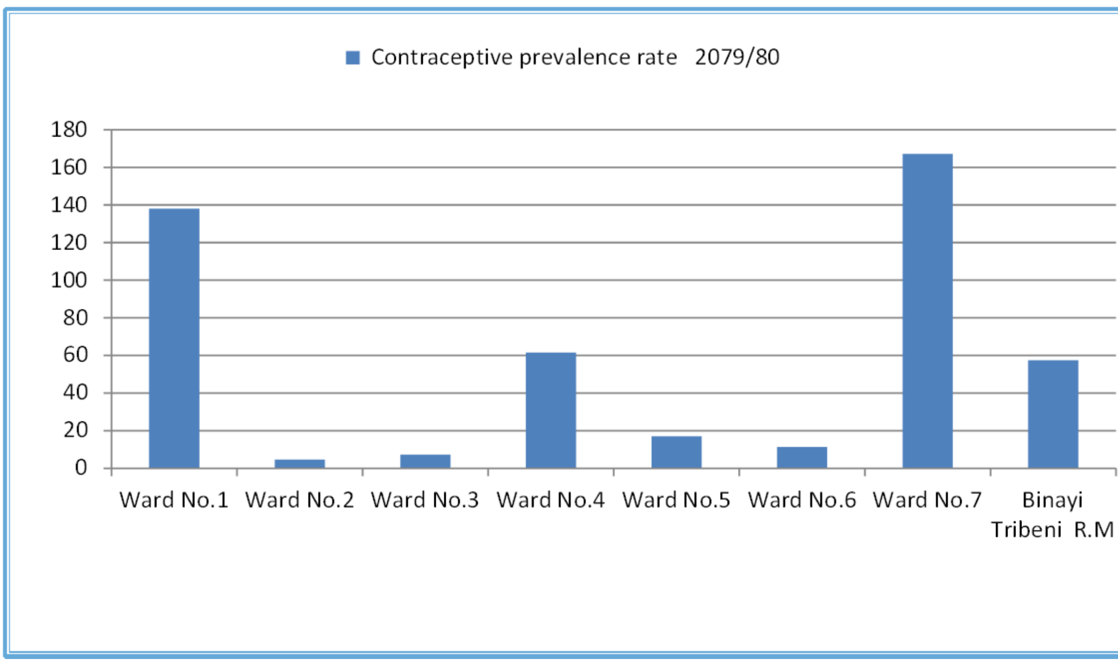
- परिवार नियोजन सेवा बाट टाढा रहेका स्थान हरुमा Satellite Clinic कार्यक्रम संचालन गरिएको ।
- सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरुमा (स्वास्थ्य चौकी ,आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र र सामूदायिक स्वास्थ्य ईकाई) परिवार नियोजनका अस्थाई साधन नियमित रुपमा उपलब्ध गराईएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मी हरुले परामर्श सेवा प्रदान गरेको ।
- म.सा.स्वा.स्व.से.हरुबाट समुदाय स्तरमा नियमित कण्डम वितरण र पिल्सको वितरण गर्ने कार्य गर्नुका साथै परिवार नियोजनका अन्य साधन अपनाउन चाहने लाई नजिकको स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरु बाट आई.यू.सि.डी. र इम्पलान्ट सेवा उपलव्ध गराईएको ।
- नियमित रुपमा सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा परिवार नियोजन सम्बन्धी सूचना सामग्रीहरु वितरण गरिएको ।

- प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको बारेमा अन्तरक्रिया कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- परिवार नियोजनका साधनहरुको बिक्रि वितरण गर्ने फार्मेसीहरुसँग अन्तक्रिया कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहर बाट सुत्केरी तथा गर्भपतन पश्चात परिवार नियोजन सेवा प्रदानका लागि परामर्श गरिएको ।
- परिवार नियोजन क्रियाकलापको नियमित सुपरिवेक्षण र अनुगमन गरिएको ।

परिवार नियोजन प्रयोगदर

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको परिवार नियोजनका प्रयोगकर्ता दर Contraceptive Prevalence Rate (CPR) विगतको आ.व.मा ७६.५ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.व.मा ५७.४ प्रतिशत कायम भएको छ ।वडागत रुपमा परिवार नियोजनका प्रयोगकर्ताको दर सबैभन्दा धेरै वडा नं. १ मा १३८.१ प्रतिशत र सबैभन्दा कम वडा नं. २ मा कम ४.६ प्रतिशत रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।

चित्र नं. २६ परिवार नियोजन प्रयोग दर (CPR By Ward)

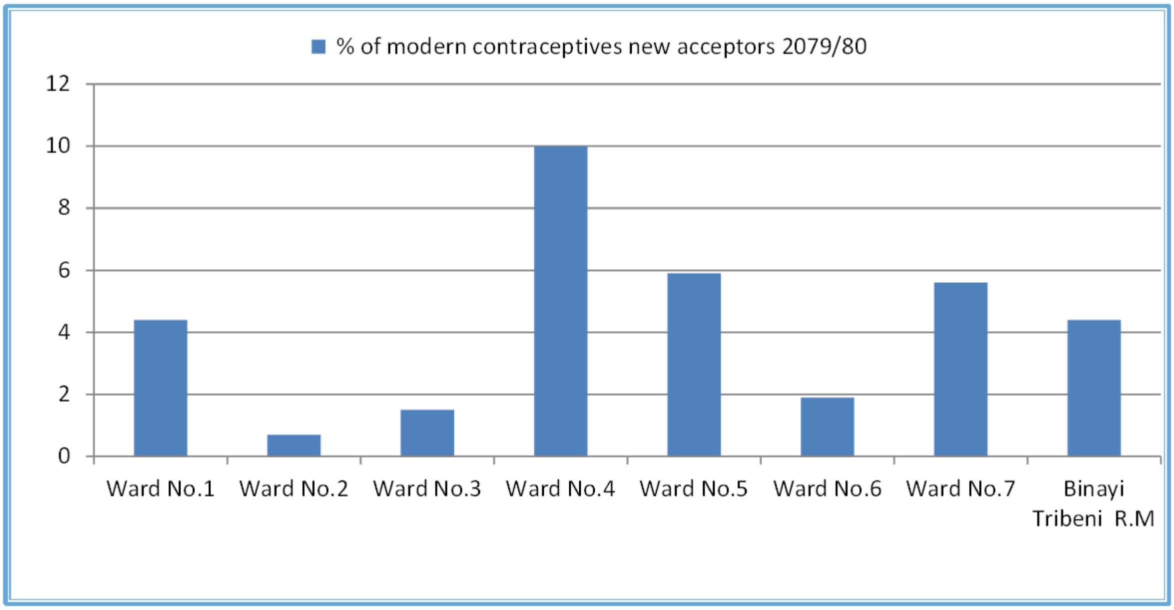


परिवार नियोजनका नयाँ प्रयोगकर्ता दर प्रतिशत

यस गाँउपालिकामा विगतका ३ वर्ष देखि परिवार नियोजनका साधान नयाँ प्रयोगकर्ताहरुको दर मा खासै परिवर्तन भएको देखिदैन । वडागत रुपमा हेर्दा उक्त दर सबै भन्दा धेरै वडा नं. ४ मा २० प्रतिशत र सबै भन्दा कम वडा नं. २ मा ७ प्रतिशत रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।

यस आ.व.मा तोकिएको लक्षित जनसंख्यामा परिवार नियोजनाका नयाँ प्रयोगकर्ता दर १०% लक्ष्य हाँसिल गर्न सफल वडा नं. ४ मात्र रहेको छन्।

चित्र नं. २७ परिवार नियोजनका नयाँ प्रयोगकर्ता दर प्रतिशत



परिवार नियोजन कार्यक्रम समस्या एवं समाधान

तालिकानं. १६ परिवार नियोजन कार्यक्रमको समस्या,चुनौतीहरु र समाधानका उपायहरु

क्र.स	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
१	सेवाको पहुँच नपुगेका जनसङ्ख्यिक समूहहरू (युवा तथा किशोर किशोरी) मा सेवा प्रचारप्रसार, प्रवर्धन नहुनु र उपयोग कम हुनु	मोबाइल FP सेवाहरू;समर्पित टिम सहितको एम्बुलेन्स सेवा	स्थानिय तह , स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखा

४.२ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

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

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम गर्भ, प्रसव र सुत्केरी अवस्थाको साथै नवशिशुहरुमा हुने जटिलताको समयै पहिचान तथा व्यवस्थापन गरी मातृ तथा नवजात शिशुको मृत्युदरमा कमी ल्याउने उद्देश्यले सञ्चालित गरिएको कार्यक्रम हो । सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तर्गत स्वास्थ्य चौकी, आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई, र केही निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु मार्फत गर्भवती महिलाहरुको जाँच, प्रसुति तथा सुत्केरी सेवा प्रदान गरिनुको साथै संस्थागत प्रसुती सेवाको लागि हाल विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा ३ वटा बर्थिङ्ग सेन्टर रहेका छन्, जहाँ बाट २४ घण्टे प्रसुति सेवा उपलव्ध छ ।

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

प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा भएका उपलब्धीहरु

- गर्भवती महिलाहरुले प्रोटोकल अनुसार (४, ६, ८ र ९ महिनामा) गर्भजाँच सेवा लिनेहरुको दर गत आ.व.को भन्दा २९.४ प्रतिशतले बृद्धि भई ७६.६ पुगेको।
- उत्तर प्रसुति सेवा लिने आमाहरुको दरमा गत आ.व.मा र यस आ.ब. मा समान २४ प्रतिशत रहेको छ ।

आ.व. २०७८/७९ मा गरिएका प्रमुख क्रियाकलापहरु

- गाँउपालिकामा ३ वटा संस्थाबाट २४ घण्टा प्रसुती सेवालाई निरन्तरता दिइएको ।
- सबै स्वास्थ्य संस्था बाट पूर्व-प्रसुति सेवा (ANC) पुर्‍याइएको ।
- घरघरमा स्वास्थ्यकर्मी कार्यक्रमवाट उत्तर-प्रसुति सेवा (PNC) पुर्‍याइएको ।
- स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति हुने महिलालाई यातायात रकम वितरण गरिएको ।

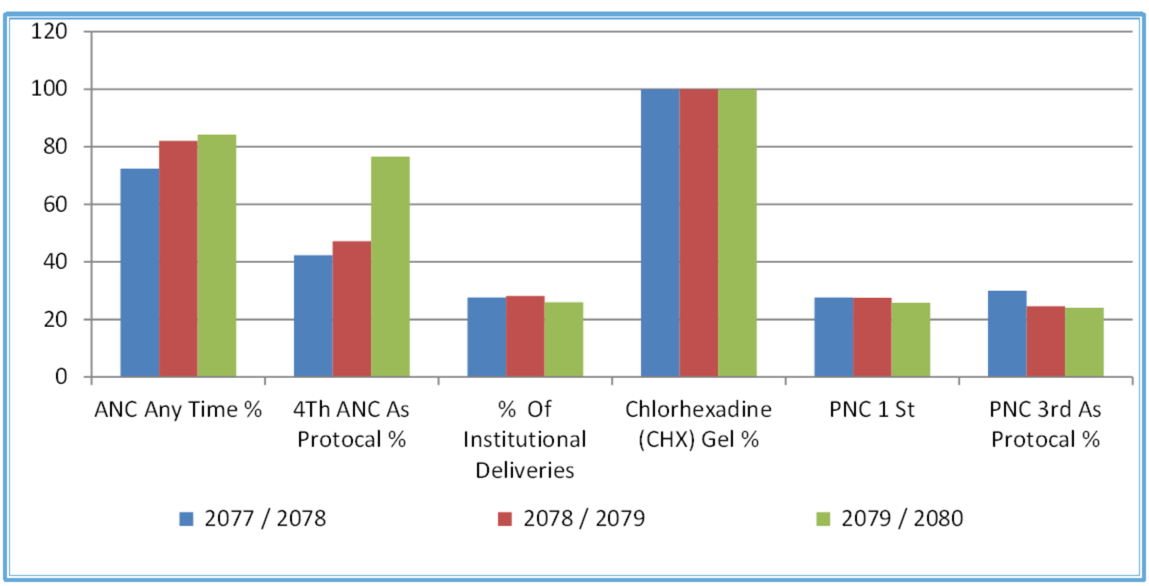
- VIA screening कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- प्रोटोकल (तालिका) अनुसार ४ पटक गर्भवती जाँच गराई स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती भएमा गर्भवती प्रोत्साहन रकम वितरण गरिएको ।
- PMTCT सेवा प्रदान गरिएको।
- सुत्केरी भएका महिलाहरु तथा नवजात शिशुलाई न्यानो लुगा सेट वितरण गरिएको ।
- विनयी त्रिबेणी गाँउपालिका भित्रका संस्थागत सुत्केरी हुने महिला हरुलाई रु २००० पोषण खर्च उपलब्ध गराउने ब्यवस्था गरिएको ।
- MPDSR कार्यक्रम संचालन गरिएको ।
- सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी सन्देशहरु संचार मध्यमबाट प्रचार प्रसार गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा एकिकृत स्थलगत अनुशिक्षण संचालन गरिएको।

Birthing Centre मा कार्यरत नर्सिङ्ग कर्मचारीहरुलाई क्लिनिकल अपडेट कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको विवरण

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

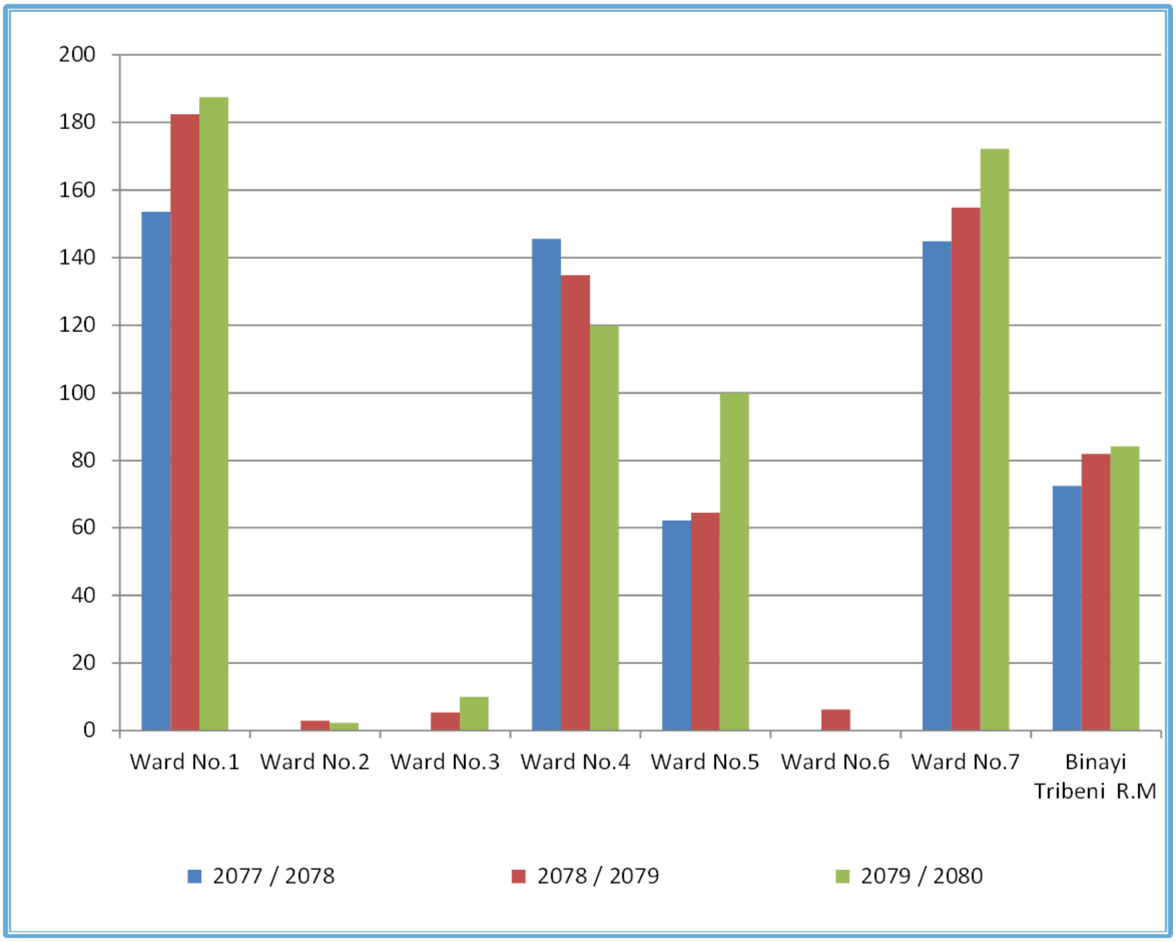
चित्र नं. २८ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको विवरण



गर्भावस्थाको जाँच/परिक्षण

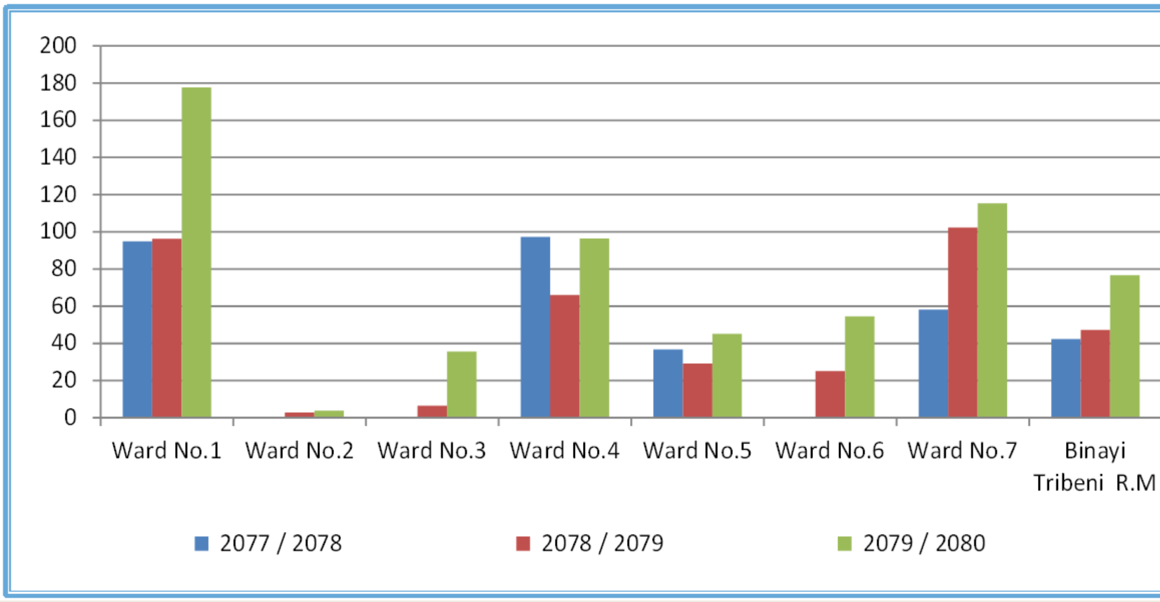
यस आर्थिक वर्षमा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा गर्भवती महिलाहरुले पहिलो पटक (गर्भको कुनै पनि समयमा पहिलो पटक) ८४.२ प्रतिशतले गर्भावस्थाको परिक्षण गरेको देखिन्छ। वडा गत रूपमा हेर्दा लक्षित जनसंख्याको आधारमा वडा नं. १ मा सबै भन्दा धेरै १८७.५ प्रतिशत रहेको छ भने वडा नं. ६ मा शुन्य रहेको छ ।

चित्र नं. २९ गर्भवती महिलाहरुले पहिलो पटक गर्भावस्थाको परिक्षण % मा



गर्भको चौथो, छैठौ, आठौ र नवौ महिनामा (प्रोटोकल अनुसार)गर्भको परिक्षण गर्ने महिलाहरुको दर ७६.६ प्रतिशत रहेको पाईन्छ । वडागत रूपमा हेर्दा लक्षितजनसंख्याको आधारमा वडा नं. १ मा सबै भन्दा धेरै १७७.७ प्रतिशत रहेको छ भने सबै भन्दा कम वडा नं. २ मा ३.८ प्रतिशत रहेको छ । त्यस्तै गरी आ.व. २०७९/८० मा गर्भको चौथो, छैठौ, आठौ र नवौ महिनामा (प्रोटोकल अनुसार)गर्भको परिक्षण गर्ने महिलाहरुको दर वडा अनुसार हेर्दा वडा नं. २,३ ५ को कभरेज ५०% भन्दा कम, वडा नं.६ को कभरेज (५०-६०)% बीचमा, वडा नं.४ को कभरेज (९०-१००)% बीचमा, वडा नं. १ र ७ कभरेज १०० प्रतिशत भन्दा बढी रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।

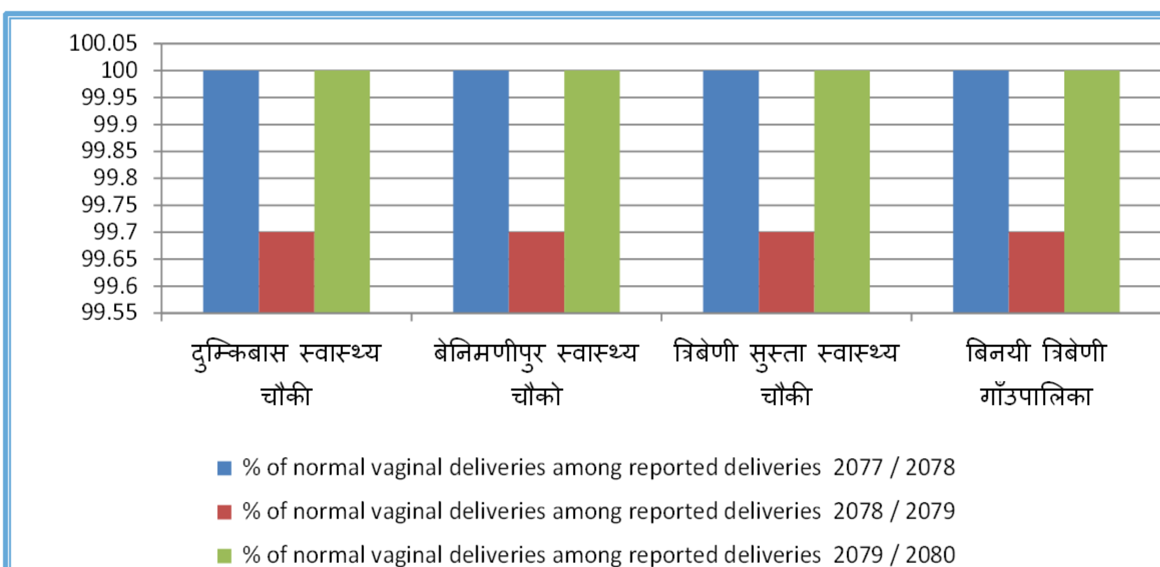
चित्र नं. ३० गर्भवती महिलाहरुले प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भको परिक्षण % मा



संस्थागत प्रसुती सेवाको विवरण

यस आर्थिक वर्ष विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा १७८ जनाले २६ (प्रतिशतले) प्रसुति सम्वन्धि सेवा पाएका देखिन्छ। आ.व. २०७८/७९ को तुलनामा २.१ प्रतिशतले कम छ । यस मध्ये सबैले सामान्य प्रसुति सेवा लिएका थिए । बर्थिङ्ग सेन्टर अनुसार हेर्दा वडा नं. दुम्किबास स्वास्थ्य चौकीमा सबै भन्दा बढी ६४.३ प्रतिशत संस्थागत प्रसुति भएको पाइन्छ भने सबै भन्दा कम प्रगति रहेको त्रिबेणी सुस्ता स्वास्थ्य चौकीमा ३७ प्रतिशत रहेको छ।

चित्र नं. ३१ संस्थागत प्रसुति सेवा % मा



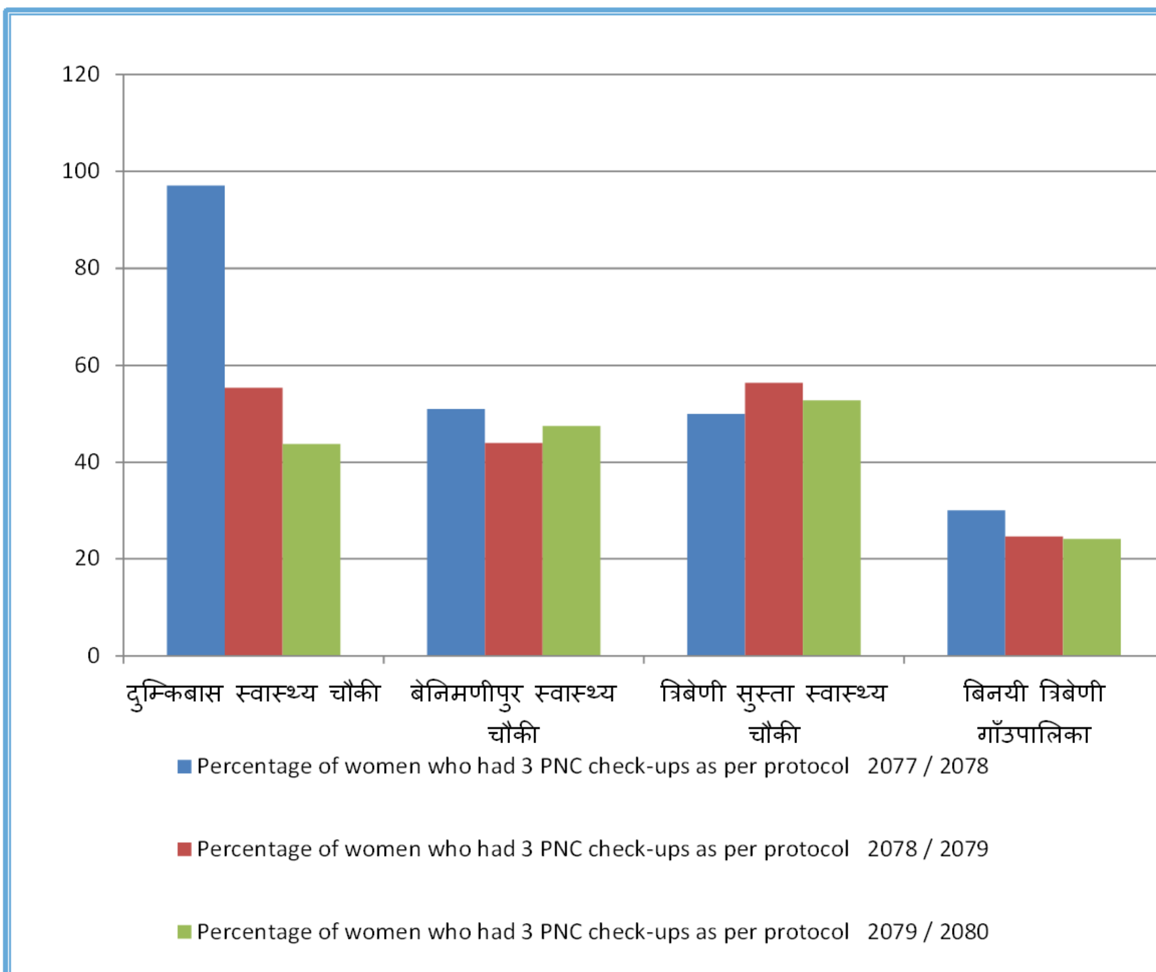
मातृ तथा नवशिशु मृत्यु विवरण

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा बिगतका तीन आ.व. मा स्वास्थ्य संस्थामा मातृ मृत्युको संख्या शुन्य रहेको छ भने आ.व. २०७७/०७८ मा एक जना शिशु मृत्यु रहेकोमा अन्य आ.ब. २०७८/०७९ र आ.ब. २०७९/०८० मा शिशु मृत्यु पनी शुन्य रहेको पाईन्छ ।

सुत्केरी पछिको जाँच

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाले संस्थागत सुत्केरी कभरेज बढाउन का सुत्केरी महिलाहरुलाई प्रत्यक्ष लाभ पुग्ने गरी "संस्थागत सुत्केरी पोषण" कार्यक्रम, र "प्रसुतीका घरमा स्वास्थ्यकर्मी" जस्ता कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याएको छ। तर पनि सुत्केरी महिलाहरुले प्रोटोकल अनुसार ३ पटक (सुत्केरी भएको २४ घण्टा भित्रमा, ३ दिन र ७ दिनमा) सुत्केरी जाँच गर्नेको दर अपेक्षित रुपमा बृद्दि हुन सकेको छैन।

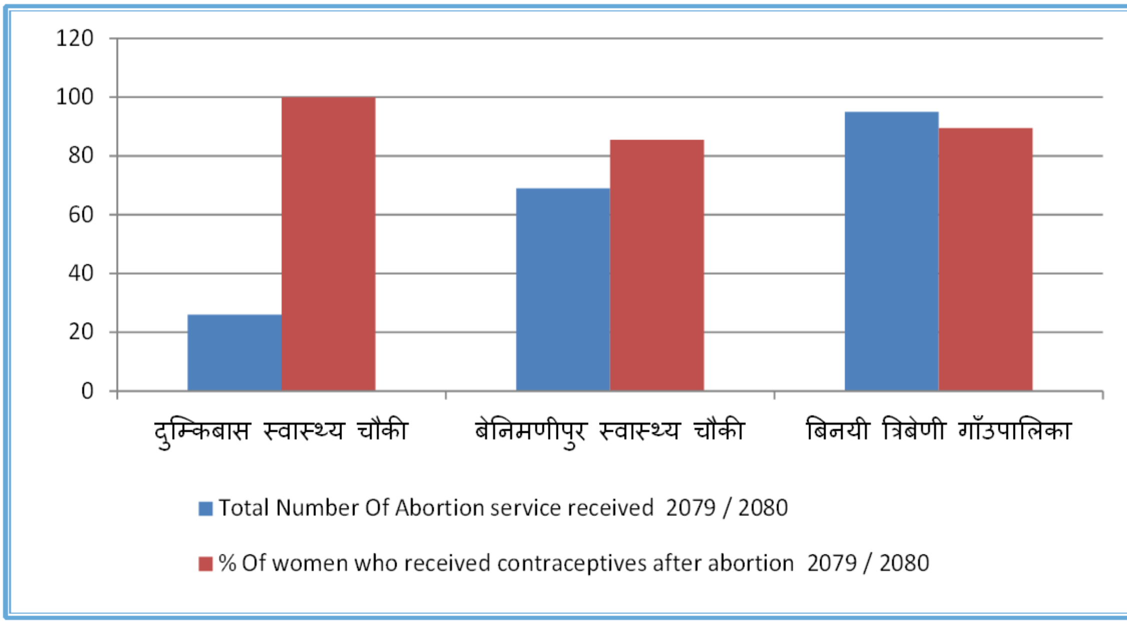
चित्र नं. ३२ प्रोटोकल अनुसार तीन पटक प्रसुति पछिको जाँच सेवा % मा



सुरक्षित गर्भपतन सेवा

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा सुचिकृत सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने संस्थाहरुको प्रतिवेदनको आधारमा जम्मा ९५ जनाले औषधिको प्रयोगबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्राप्त गरेका छन्। सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिने महिलाहरुमध्ये २० बर्ष भन्दा कम उमेरमा सेवा लिनेको अनुपात यस आर्थिक बर्षमा शुन्य रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ ।

चित्र नं. ३३ गर्भपतन पश्चात परिवार नियोजनका साधन प्रयोगकर्ता दर % मा



सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको समस्या,चुनौतीहरु,हालकोअवस्थारसमाधानका उपायहरु

तालिकानं. १७ सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, हालको अवस्था र समाधानका उपायहरु

क्र.स.	समस्या तथा चुनौती	समाधानका उपाय	जिम्मेवारी
१	सुरक्षित मातृत्व का सुचाङ्कहरुको अवस्था कमजोर रहनु (A.N.C drop out, institu tional delivery, IFA consumption, maternal death, obstetric complications)	•स्थानिय तहमा स्वास्थ्य आमा समूहहरूको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीहरुको सहभागिता बढाउने •गरिब तथा विपन्न परिवारकासदस्यहरुलाई विशेष प्याकेज (कुखुरा, अण्डा, च्याउ, गेडागुडी, सक्खर, कुरिलो, ज्वानो, सर्वोत्तम पिठो) उपलब्ध	•स्थानिय तह, म.स्वा.स्व.से. •रा. स्वा. शि. सु. सं.के, स्वा. नि., स्थानिय तह

		गराउने •यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य प्राबिधिक कार्य समितिले नियमित maternal/ perinatal death को तथ्याङ्क, कार्ययोजना विश्लेषण गर्ने •प्रजनन् स्वास्थ्य सेवामा मिडवाईफ जनशक्तिको परिचालन परिक्षणको रुपमा बर्थिङ्ग सेन्टरबाट सुरुवात गर्ने	
२	स्थलगत अनुगमन, सुपरिवेक्षण रसहजिकरण पर्याप्त नभएको	विस्तृत स्थलगत अनुगमन, सुपरिवेक्षण र सहजिकरण गर्न स्वास्थ्यकर्मी परिचालन गर्ने	स्वास्थ्य संस्था, स्थानिय तह
३	गरिब तथा विपन्न परिवारका लागि बजेट विनियोजित नभएको जनशक्तिको अभाव	वजेट विनियोजन गर्ने जनशक्ति उत्पादन र परिचालन गर्ने	संघिय सरकार,प्रदेश सरकार तथा स्थानीय सरकार
४	गरिब तथा विपन्न परिवारका गर्भवती तथा सुत्केरीहरुले सेवा लिन पहुँचको कमी	आमालाई कोशेली कार्यक्रम गर्भवती महिलाको पहिलो दोस्रो तेस्रो र चौथो र PNC visit को लागि विषेश प्याकेज विकास गर्ने, ANC 1st visit मा निःशुल्क प्रयोगशाला परिक्षण, 2nd, 3rd visit मा पोषण प्याकेज (रु १००० सम्मको) र 4th visit free USG. PNC visit :- 2nd Visit मा Sanitary pad, baby napkins/ clothes, hygiene products, 3rd Visit मा विशेष पोषण प्याकेज (अण्डा, च्याउ, गेडागुडी, सक्खर, कुरिलो, ज्वानो, सर्वोत्तम पिठो)	स्थानीय सरकार स्वास्थ्य शाखा स्वास्थ्य संस्था

चुनौतीहरु

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

नीतिगत रुपमा सम्वोधन हुनुपर्ने बिषयहरु

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

४.३ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

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

नेपालमा रहेका प्रमुख स्वास्थ्य समस्याहरु मध्ये उच्च मातृ तथा शिशु मृत्यु दर, कुपोषण, सरुवा रोगहरु र उच्च प्रजनन् दर रहेका र ती समस्याहरु बढी मात्रामा महिला तथा बालबालिकासँग रहेका र धरै जसो समुदायको सहभागितामा समाधान गर्न सकिने भएको हुँदा समुदायलाई परिचालन गर्नको लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो । विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा ७ वटा वडामा जिल्लामा ३६ जना महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाहरु कार्यरत रहेका छन् ।

आ.व. २०७९/८० विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा औसतमा प्रति म.स्वा.से.ले करिब ६९ जनालाई प्रति महिना सेवा दिएको पाईन्छ जुन गत आ.व.को तुलनामा ८ जनाका दरले औषत सेवाग्राही घटेको देखिन्छ। प्रतिवेदन अनुसार आमा समुहको बैठक ९७ प्रतिशत सञ्चालन भएको देखिन्छ । त्यसै गरी यस आ.व.मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले खोप क्लिनिक तथा राष्ट्रिय अभियानहरुमा कार्यक्रम सञ्चालन तथा सहयोग गर्दै आएका छन।

आ.व. २०७९/८० मा सञ्चालित कार्यक्रमहरु

- नयाँ नियुक्त भएका महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको आधारभुत तालिम कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- आ.व. २०७९/०८० मा विभिन्न गतिविधिका साथै महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका दिवस "**महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सेवा, स्वास्थ्य समाजको लागि टेवा**" भन्ने नाराका साथ २०७९ मसिंर २० गते मनाइएको थियो । यस वर्ष ६० वर्ष उमेर पुगेका ६ जना महिला स्वास्थ्य सामुदायिक स्वयंसेविका हरुलाई प्रति व्यक्ति रु १,००,०००।- (रु एक लाख) प्रोत्साहन रकम का का साथ विदाई गरिएको छ ।
- महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका हरुको अर्धवार्षिक समीक्षा कार्यक्रम सञ्चालन गरी सम्पन्न भएको ।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको समस्या,चुनौतीहरु,हालकोअवस्था र समाधानका उपायहरु

तालिकानं. १८ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको समस्या,चुनौतीहरु,हालकोअवस्थारसमाधानका उपायहरु

क.स.	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
१	स्वास्थ्य आमा समूहहरूको बैठक नियमित र प्रभावकारी नहुनु।	• -मासिक स्वास्थ्य आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिती सुनिश्चीत गर्ने। • मासिक बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीले गर्भवती, सुत्केरी, नवजात शिशुको, लगत संकलन गर्ने र स्वास्थ्य शिक्षा दिने।	स्वास्थ्य शाखा स्वास्थ्य संस्था
२	अनुगमन सुपरिवेक्षणका लागि बजेट नहुनु।	आवश्यक बजेटको व्यवस्था गर्ने	स्थानीय तह

५ इपिडेमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

५.१ औलोरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

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

सन् २०२१ को माईक्रोस्ट्रटिफिकेशनले (Micro-stratification) मलेरियाको लागि उच्च, मध्यम र कम जोखिम वार्डहरू वर्गीकरण गरेको छ। नतिजाले २२ वडा उच्च जोखिम ६९ मध्यम जोखिम वडाका रुपमा र २४६० वडा कम जोखिमका रुपमा पहिचान गरेको छ ।जोखिमको हिसाबले विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा उच्च जोखिम, मध्यम जोखिम, कम जोखिम (Low Risk) वडाहरु नभएता पनि औलोका बिरामी हरु फाट्टफुट्ट रुपमा देखा पर्ने गरेका छन।

राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना

राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजना (२०१४ - २०२५) को विकास सन् २०२५ सम्ममा नेपाललाईऔलोमुक्त बनाउने परिकल्पनाका साथ गरिएको थियो । सन् २०२० मा अध्यावधिक गरिएको राष्ट्रिय औलो रणनीतिक योजनाको विकास बहु सरोकारवाला र सहभागीता मूलक तरिका बाट विभिन्न विज्ञहरूको सुझाव सहित गरिएको छ । प्राविधिक कार्यदल (Technical Working Group) र नेपाल सरकारद्वारा यो लागू गरिएको छ र सबै तहमा सम्प्रेषण भइरहेको छ ।

मुख्य उपलब्धीहरु

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

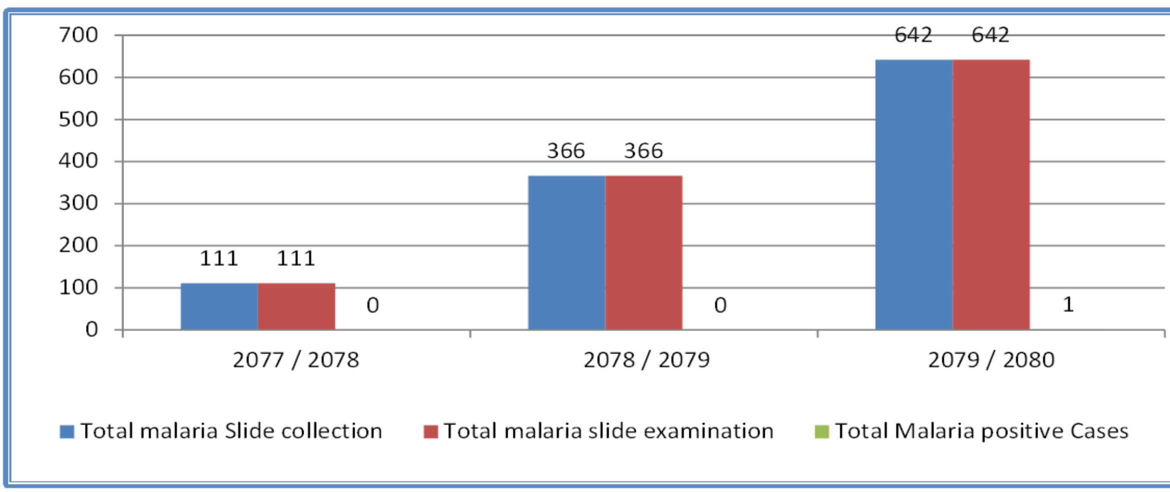
आ.व. २०७९/०८० सञ्चालित क्रियाकलापहरु

- शंकास्पद बिरामीको रक्त स्लाईड सञ्चालन गरिएको ।
- निदान भएका बिरामीको पुर्ण उपचार सञ्चालन गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरु सगँ सम्बन्धीत सरकारी तथा गैर सरकारी सघं संस्थाहरु सगँको समन्वय बैठक सञ्चालन गरिएको ।

औलो रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षण

आ.व. २०७९/८० मा ६४२ जनाको औलोको रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षण गरिएको छ जसमा १६ Active case detection मार्फत र ६२६ Passive case detection मार्फत रहेको छ । औलोको रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षणको संख्या यस आ.व.मा उल्लेखनिय रुपमा वृद्धि भएको पाईन्छ । विगतका ३ आ.व. देखि स्थानिय केश शुन्यको अवस्थामा छ भने आ.ब. २०७९/८० मा १ केश आयातीत फेला परेको थियो।

चित्र नं. ३४ औलोको रक्त नमुना संकलन)ACD र PCD)



औलो बिरामी पहिचान

आ.व. २०७९/८० मा १जना आयातीत औलोको बिरामी पहिचान भएको र औलोको उपचार पाएका छन। आ.व. २०७९/८० मा Slide Positivity Rate ०.१५ प्रतिशतरहेको छ ।

तालिकानं. १९ मलेरिया सम्बन्धि सुचकहरु

विवरण	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/०८०
स्थानीय	०	०	०
आयातित	०	०	१
कुल मलेरीया संक्रमितमा PF मलेरियाको प्रतिशत	०	०	०

तालिकानं. २० समस्या, कार्यदिशा र दायित्व

समस्या	कार्यदिशा	दायित्व
गाँउपालिका मा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट मलेरिया द्रुत परीक्षण जस्तो निदान कार्य प्रवाह भैरहेको तर केन्द्रले तोकिएको लक्ष्य प्राप्त हुन नसकेको	संस्थाहरुबाट परीक्षण दर बढाउनु पर्ने	स्थानीय तह
औलो निवारण रणनीति अनुसार औलो जाँच अत्यान्तै न्युन हुनु	स्थानीय केशहरुलाई शुन्यमा पुऱ्याउन सक्रिय सामुदायिक सर्वेक्षण कार्यक्रमलाई बढाउनु पर्ने	स्थानियसरकार
प्रयाप्त मात्रामा अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गर्न नसकिएको	औलो निवारणमा कार्यक्रमलाई मध्यनजर गरि स्थानिय स्वास्थ्यकर्मी सरकारी निजि राजनैतिक नेतृत्वसमाजसेबि पत्रकारहरुलाई जिम्मेवार बनाई अभिमुखीकरण कार्यक्रम संचालन गरिनुपर्ने	स्थानियसरकार, स्वास्थ्यनिर्देशनालय
निजी स्वास्थ्य संस्थामा निदान भएका औलोका बिरामी HMIS मा Entry नहुनु	निजी सस्थालाई आवश्क अनुसार तालिम दिई HMIS मा Entry को व्यवस्था मिलाउन पर्ने	स्वास्थ्य निर्देशनालय, सम्बन्धित निजी स्वास्थ्य संस्था
स्थानीय तहसम्म प्रयोगशाला सेवा बिस्तार नहुनु	औलो निवारण कार्यक्रमलाइ गुणस्तरीय बनाउन स्थानीय तहसम्म प्रयोगशाला सेवा बिस्तार गरि Malaria Microscopy Center को व्यवस्थापन गर्ने	स्थानिय सरकार, स्वास्थ्य कार्यलय ।

५.२ राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

क्षयरोग मानव जातिमा देखा परेका विभिन्न रोगहरुमध्ये सबैभन्दा पूरानो रोग मध्ये मा पर्दछ । सन् १८८२ मार्च २४ का दिन डा. रोबर्ट कोचले क्षयरोगको किटाणु पत्ता लगाएका थिए । यस पछि मात्र यो रोगका बारे जनचासो बढेको र वैज्ञानिकहरुले थप अनुसन्धान गरेको पाइन्छ । यो रोग श्वासप्रश्वासको माध्यमबाट एक मानिसबाट अर्को मानिसमा सर्ने रोगको रुपमा परिभाषित भएकोले आजका दिनसम्म यसैलाई आधार मानेर यसको पहिचान निदान र उपचार भैरहेको छ ।

नेपालमा औपचारिक रुपमा क्षयरोगको उपचार सन् १९३७ बाट भएको देखिन्छ । क्षयरोग उपचारको सुरुका वर्षहरुमा कति जनालाई कुन-कुन प्रकारको क्षयरोगको उपचार गर्न सुरु गरियो र यसका नतिजाहरु के कस्ता आउने गरेका थिए भनेर अहिले तथ्यांकहरु पाइदैन् । सन् २०१८ भन्दा अघिका वर्षहरुमा नेपालमा औषतमा वार्षिक रुपमा करिब ४५ हजार जति नयाँ क्षयरोगका बिरामीहरु देखापर्ने अनुमानका आधारमा नीति योजना र कार्यक्रम बनाएर उपचार गर्ने गरेको देखिन्छ। बढी उमेरका मानिसहरु र लागू औषधि सेवन गर्ने व्यक्ति, रोगप्रतिरोधी क्षमतामा कमी हुने व्यक्तिहरु, एच.आई.भी. संक्रमित व्यक्तिहरुह, समूहमा बस्ने व्यक्तिहरु, दीर्घरोगका बिरामीहरु, अंग परिवर्तन गरेका व्यक्तिहरु तथा नियमित Steroid औषधि सेवन गर्नेको शरीरमा प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर हुने भएकोले यस्ता मानिसहरुमा क्षयरोगका बिरामीको सम्पर्कमा

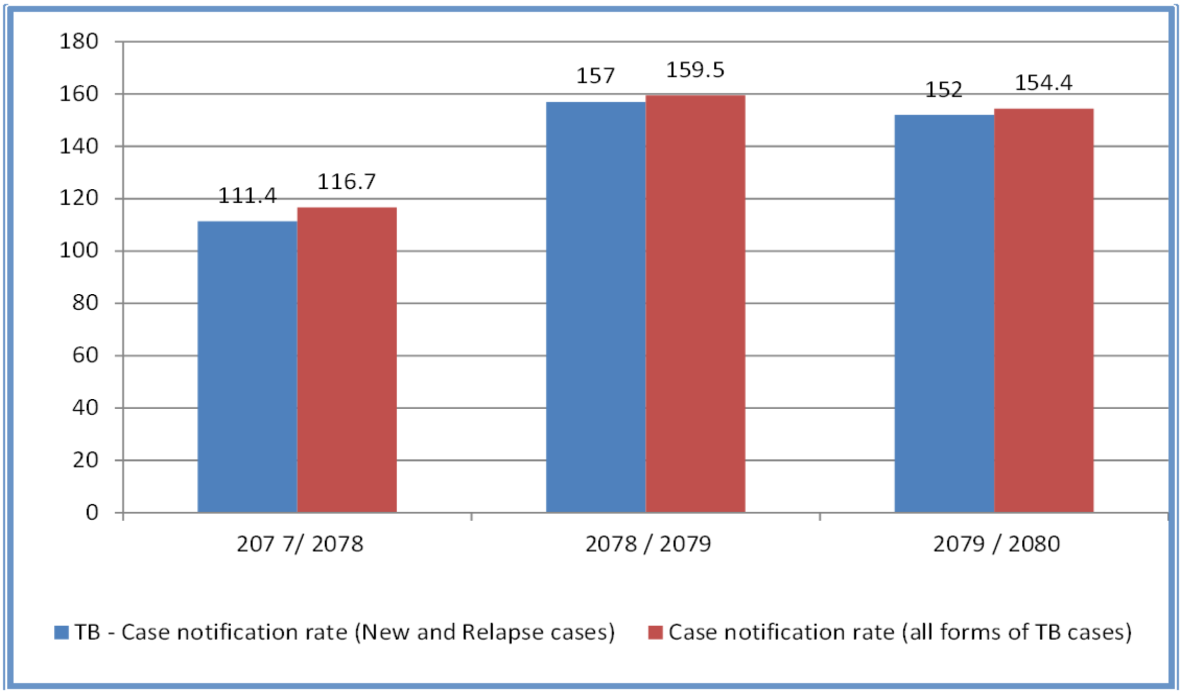
पुग्नासाथ क्षयरोग लाग्ने सम्भावना अन्य मानिसहरुको तुलनामा उच्च हुन्छ । क्षयरोग निवारणका लागि विधमान नीति, रणनीतिको परिधिभित्र रहेर सक्रिय क्षयरोग खोजपडताल गर्नु अहिलेको आवश्यकता हो । यसका लागि सबैभन्दा पहिले हरेक समुदाय र पालिकाहरुको स्पष्ट रुपमा देखिने गरी ऐनाको निर्माण गर्नु जरुरी छ । यो समाजको ऐना सूक्ष्म योजनाको माध्यमबाट गर्न सकिन्छ । यो योजनाको निर्माणपछि कहाँ-कहाँ के-के र कस्ता-कस्ता कार्यक्रमहरु कहिले कहिले र कसले गर्नुपर्छ भन्ने स्पष्ट देखिन्छ । यसपछि समाजमा रहेका क्षयरोगका बिरामीलाई कुन-कुन क्षेत्रमा कसरी खोज्ने भन्ने स्पष्ट मार्ग बनाउनु पर्छ । यसका लागि सक्रिय खोजपड्ताल कार्यक्रम निर्माण र संचालन गर्नुपर्छ । यसले समाजमा रहेका प्राय सबै क्षयरोगका बिरामीहरु पत्ता लगाउन सकिन्छ।

नेपालमा क्षयरोग स्वास्थ्य समस्याका साथसाथै सामाजिक, आर्थिक, राजनीतीक, धार्मिक र सांस्कृतिक लगायतको समस्याको रुपमा रहेको छ।यस रोग लाई समयमै पहिचान गर्न सकेमा र समयमै उपचारको दायरामा ल्याउन सकेमा रोग लागिसकेका लाई सजिलै निको बनाउन सकिने र अरुमा सर्न बाट पनि बचाउन सकिने छ। यसका लागि नागरिक आफै चेतनशील हुनु त छदैछ साथसाथै राज्य बाट प्रदान गरिने सेवाहरु पनि बिरामी मैत्री पहुँचयोग्य हुनु जरुरी छ। क्षयरोगको पहिचान निदान र उपचारमा नेपाल सरकारले सबै सेवा नि:शुल्क बनाएको भएता पनी सबै पहुँच योग्य र उपचारको ब्यवस्था बिरामीमैत्री हुन नसकेको कारण यसको निवारण का लागी कठिनाई भएको अवस्था छ।

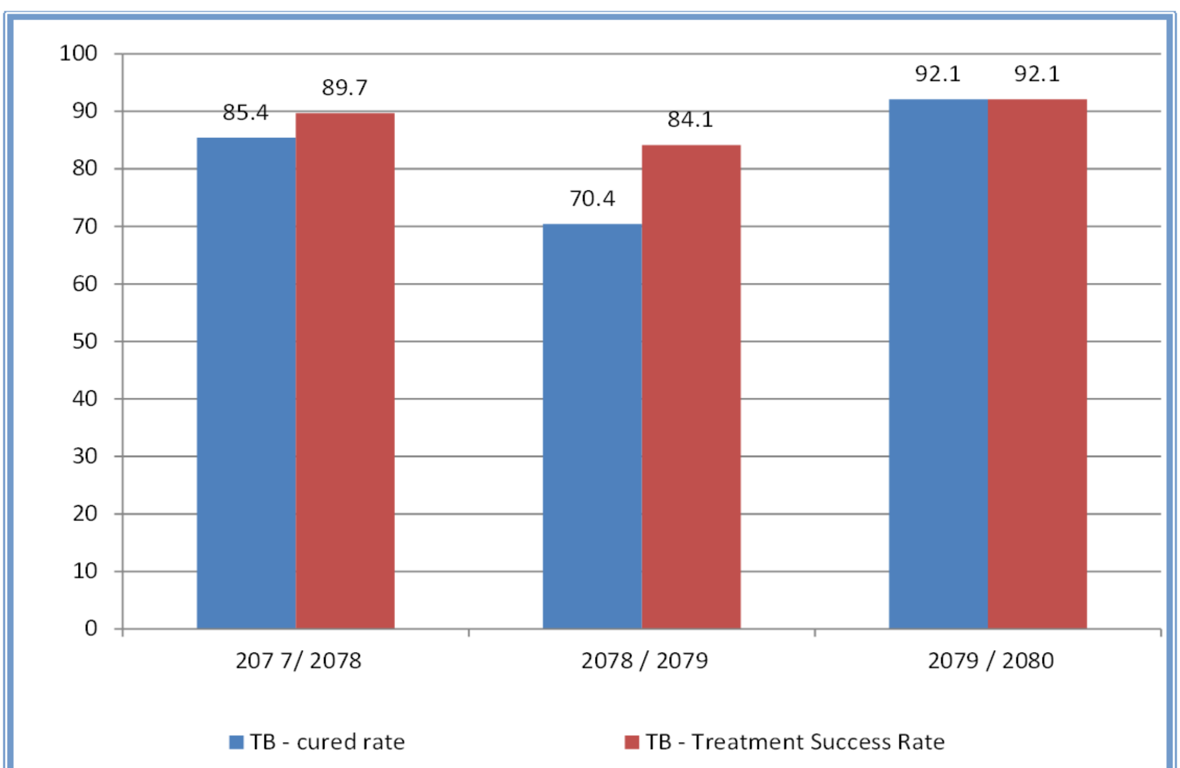
नेपाल सरकारले सन् २०३५सम्ममा क्षयरोगको अन्त्य र सन् २०५० सम्ममा पूर्ण निवारणको लक्ष्य लिएको छ।
विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाको सन्दर्भमा हेर्ने हो भने जहाँ अशिक्षा छ, जहाँ अन्धविश्वास छ, जहाँ गरिबी छ जहाँ भोकमरी छ त्यही क्षयरोगको बाहुल्यता छ भन्ने कुरा सर्वेक्षणले देखाएको छ।

आ.ब. २०७९/८० मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा पत्ता लागेका क्षयरोगका कुल ६२ जना बिरामी मध्ये ४३ जना बिरामी फोक्सोमा सक्रिय संक्रमण भएका बिरामी रहेका छन।बिगत आ.ब.को तुलनामा यो संख्या ३८ ले बढी छ।हाल यस गाँउपालिकामा ४ वटा क्षयरोग माईक्रोस्कोपिक सेन्टर बाट परिक्षण र ७ वटा डट्स सेन्टरहरु बाट क्षयरोगका बिरामीहरुको उपचार भईरहेको छ।

चित्र नं. ३५ (क्षयरोग केश नोटीफिकेशन दर)



चित्र नं. ३६ (क्षयरोग बिरामी निकोहुने दर)



क्षयरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु र समाधानका उपायहरु

तालिकानं. २१ क्षयरोग कार्यक्रमको समस्या, चुनौतीहरु, रसमाधानका उपायहरु

क्र.स.	समस्या तथा चुनौती	समाधानउपाय	जिम्मेवारी
१	Gene Xpert जाँच गर्नको लागी सर्वसुलभ नहुनु	Gene Xpert जाँच सर्वसुलभ बनाउनु पर्ने	राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र
२	औषधिको अप्रयाप्तता	औषधि सहजै उपलब्ध गराउनु पर्ने	स्वास्थ्य कार्यालय
३	बिरामी डिफल्टर हुने	बिरामी लाई रोगको बारेमा बिस्तृत परामर्ष गर्ने	स्वास्थ्य संस्था

५.३ कुष्ठरोग

पृष्ठभूमि

कुष्ठरोग Mycobacterium Laprae नामको सुक्ष्म किटाणु बाट लाग्ने एक प्रकारको कम सर्ने रोग हो।यो रोगका किटाणु बिस्तारै फैलिन्छन ।यो रोगको सराई अवधि (Incubation Period)२ देखि ५ बर्ष रहेको छ।यस रोगका किटाणुले खास गरेर छाला र स्नायुमा असर गर्दछ।

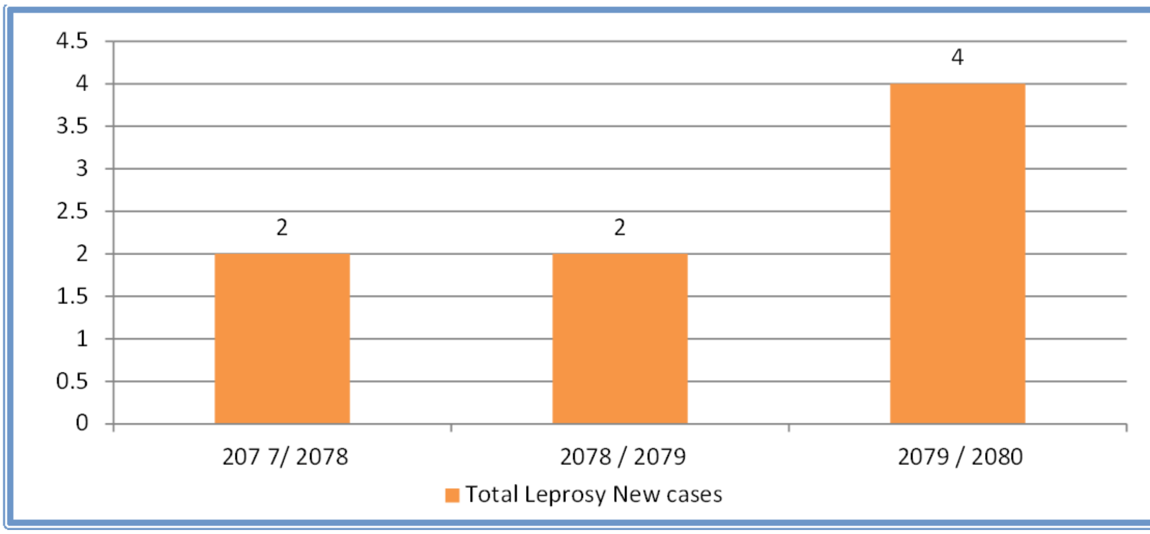
नेपालमा बि.सं. २०१८ (सन १९६०) मा कुष्ठ रोगको पहिलो सर्वेक्षण भएको थियो।सो सर्वेक्षण बाट त्यस बेलाको जनसंख्याको आधारमा नेपालमा १ लाख कुष्ठरोगी बिरामी भएको अनुमान गरिएको थियो। कुष्ठरोग कार्यक्रम बि.सं. २०४४(सन १९८७) मा एकीकृत स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा समावेश हुनु अघि सम्म एकल कार्यक्रम (Vertical Programme) को रुपमा सञ्चालन भईरहेको थियो।बि.सं. २०३९/४० (सन २०८२/८३)मा नेपालमा बहु औषधि उपचार पद्दतीबाट कुष्ठरोगको उपचार शुरु भएको थियो।त्यस बेला प्रति १० हजार जनसंख्यामा २१ जना (३१५३७ जना) बिरामी हरु दर्ता भई बहु औषधि उपचारमा रहेको अभिलेख बाट देखिन्छ।बि.सं. २०५३ (सन १९९६)सम्म आई पुग्दा ७५ वटै जिल्लाहरुमा आधुनिक एवं प्रभावकारी बहु औषधि उपचार पद्दती लागु गरी कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको विस्तार गरिएको थियो।बि.सं. २०६६ माघ ५ (सन २०१० जनवरी १९)मा राष्ट्रिय स्तरमा कुष्ठरोग निवारण(प्रति १० हजार जनसंख्यामा १ भन्दा कम भएको अवस्था) भएको घोषणा गरिएको हो।

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा पालिका मातहतमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरु स्वास्थ्य चौकी, आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र तथा स्वास्थ्य ईकाई हरुले कुष्ठरोग सम्बन्धि कृयाकलापहरु सञ्चालन गर्दै आईरहेका छन।यी संस्थाहरुले एकीकृत रुपमा सेवाहरु प्रदान गर्दछन। यहाँ

प्राथामिक स्वास्थ्य सेवा लगायत सम्पुर्ण प्रबर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक तथा उपचारात्मक सेवाहरु उपलब्ध छ।

आ.ब. २०७९/०८० मा विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा ४ जना कुष्ठरोगका नयाँ बिरामी फेला परेका छन भने ५ जना उपचारमा रहेका छन ।

चित्र नं. ३७ (कुष्ठरोगका बिरामी दर्ता संख्यामा)



५.४ डेंगु नियन्त्रण

पृष्ठभूमि

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

आ.व.२०७९/८० मा सम्पादन गरिएका कार्यहरु

- मासिक समीक्षा बैठकमा स्वास्थ्य संस्थाका प्रतिनिधीहरु साथै सरोकारवाला हरुसँग रोकथाम तथा न्युनीकरणका लागि छलफल तथा अन्तरक्रिया गरिएको ।
- सञ्चार माध्यम मार्फत सामुदायिक सचेतना कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको ।
- विभिन्न सरोकारवाला र स्वास्थ्य शाखाको संयुक्त आयोजनामा डेंगु रोग नियन्त्रण सम्बन्धि अन्तरक्रिया कार्यक्रम गरिएको तथा माईकिङ्ग, ब्रोसर, पम्प्लेट वितरण गर्ने कार्य सम्पन्न गरिएको।

५.५ सर्भिलेन्स तथा अनुसन्धान

पृष्ठभूमि

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

Early Warning and Reporting System (EWARS)

Early Warning and Reporting System (EWARS) अस्पतालमा आधारित सरुवा तथा संक्रामक,किटजन्य तथा प्रकोपजन्य रोगहरुको सर्भिलेन्स प्रणाली हो जसले तत्काल र साप्ताहिक रुपमा निरन्तर प्रतिवेदन (शुन्य प्रतिवेदन) गर्दछ। जसले मुख्य छ वटा रोगहरुलाई प्राथमिकिकरण गरी कुनै पनि रोगहरुको प्रकोपको बारेमा पूर्व चेतावनी दिन्छ र फैलनबाट सक्दछ । यसको मुख्य कार्य महामारीको जोखिम,किटजन्य, पानीजन्य, खानाजन्य रोगहरुको समयमै प्रतिवेदन गरि रोगहरूकोप्रकोप हुनबाट जोगाउँदछ । यसको स्थापना सन् १९९७ मा ८ वटा सेन्टीनल साइट शुरु भएको हाल सम्म ११८ वटा रहेका छन । गण्डकी प्रदेशमा १३ वटा इर्वास सेन्टीनेल साइट (सरकारी ११ वटा र निजी तर्फ २ वटा) रहेका छन्।

EWARS प्रणालिका उद्देश्यहरु

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

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

EWARS प्रणालीमा समावेश मुख्य रोगहरु

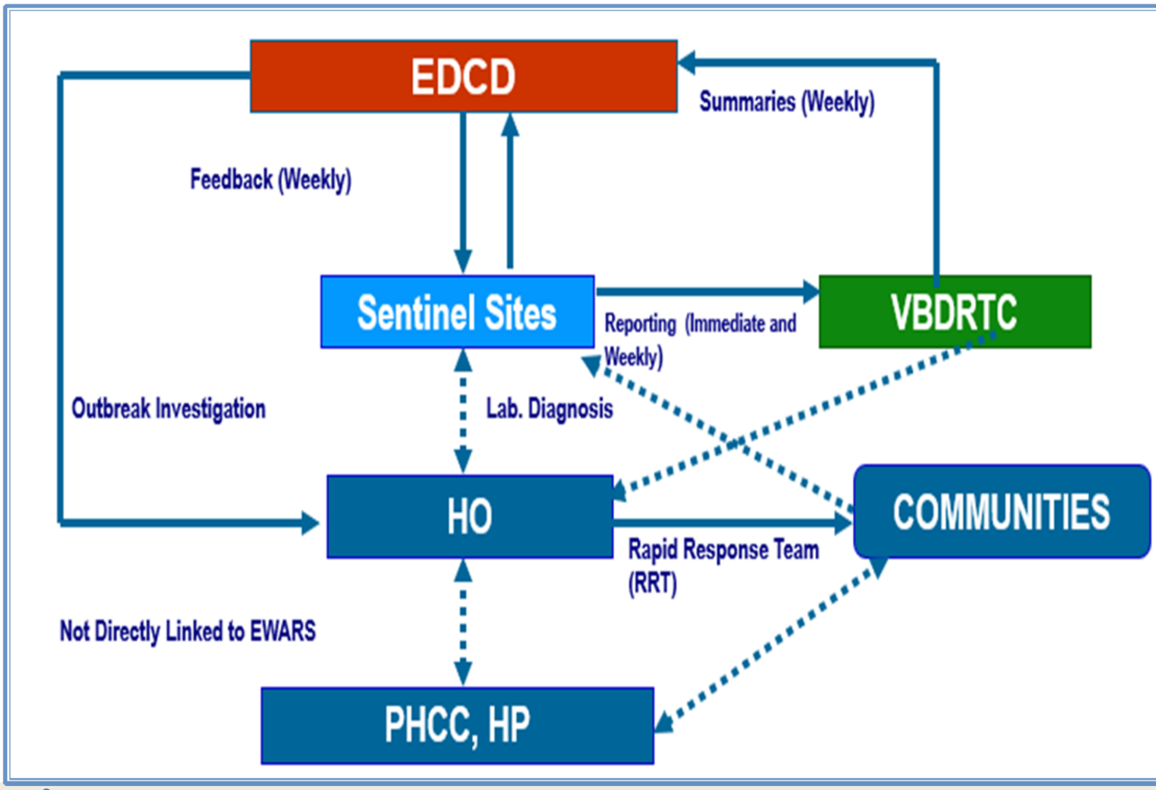
क) Vector Borne Diseases
- मलेरिया
- कालाजार
- डेंगु ज्वरो

ख) Epidemic Potential Diseases/Syndromes
- Acute gastroenteritis (AGE)
- हैजा (Cholera)
- Severe Acute Respiratory Infection (SARI)

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

EWARS सुचना प्रभाव प्रणालि

चित्र नं. ३८ सुचना प्रभाव प्रणाली



कार्यक्रमका समस्याहरु

- गाँउपालिकामा मेडिकल रेकर्डरको दरबन्दी नहुनु।
- समयमै रिपोर्टिङ नगरिनु।

समस्या समाधानका उपायहरु

- सबै गाँउपालिकाहरुमा मेडिकल रेकर्डरको दरबन्दी श्रृजना तथा पदपुर्ति गर्नुपर्ने।
- सेवालाई कार्यसम्पादनसँग जोडि प्रतिबेदन प्रणालीलाई सामयिक बनाउने।

५.६ खानेपानी गुणस्तर निगरानी कार्यक्रम

पृष्ठभुमि

राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर मापदण्ड २०६२ र राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर सर्भिलेन्स निर्देशिका २०७० स्वीकृत पश्चात संस्थागत रुपमा खानेपानीलाई स्वास्थ्यसँग जोडेर हेर्न थालिएको छ। आ.व. २०७३/०७४ देखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तरगतका निकायहरु, प्रदेश र स्थानीय तहबाट खानेपानी गुणस्तर सर्भिलेन्स सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन हुँदै आएका छन् ।

खानेपानी गुणस्तर निगरानी (सर्भिलेन्स) कार्य एउटा निरन्तर, स्वतन्त्र तथा पारदर्शी ढंगले चलाइने प्रक्रिया हो । जसको उद्धेश्य प्रदुषणको पहिचान गरि स्वास्थ्यलाई हुनसक्ने खतरालाई रोकथाम र नियन्त्रण गर्नु हो । निगरानी (सर्भिलेन्स) कार्यले पानी आपुर्ती प्रणालीमा रहेका कमीकमजोरी र जोखिम पत्ता लगाई त्यसलाई सच्याउने उपायहरु निर्देशित गर्दछतसर्थ खानेपानीको गुणस्तर निगरानी (सर्भिलेन्स)बाट सुरक्षित तथा स्वीकार योग्य पानी वितरणको सुनिश्चिततामा मद्धत पुऱ्याउछ ।राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर मापदण्डमा उल्लेखित सबै मापदण्डहरु जस्तैः धमिलोपना ,हाईड्रोजन विभव,आर्सेनिक र सुक्ष्म जैविक परीक्षण गर्दा मापदण्डमा तोकिएको सीमा भित्र रहेको अवस्थालाई बुझाउछ ।

- नेपालको संविधानको धारा ३५ को उपधारा ४ मा प्रत्येक नागरिकलाई स्वच्छ खानेपानी तथा सरसफाईको मौलिक हक हुनेछ ।
- दिगो विकासको लक्ष्य सूचक नं ६.१ मा सन् २०३० सम्ममा सबैलाई समान रुपमा शुद्द र सुलभ पिउनेपानीको उपलब्धता हुनुपर्ने ।
- नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ खानेपानीको गुणस्तरको अनुगमन तथा निगरानी गर्ने विषयलाई प्राथमिकतामा राखु ।

उद्देश्य

- खानेपानी योजनालाई प्रमाणीकरण गर्ने
- नियमित खानेपानीको गुणस्तर निगरानी तथा सर्वेक्षणबाट किटजन्य रोग तथा पानीजन्य रोगको प्रदेश, जिल्ला र स्थानीय तहमा तुरुन्त न्युनीकरण गर्न सहयोग पुग्ने ।
- रोगको प्रकृति अवस्था अनुसार सामुदायिक जनस्वास्थ्यको सुनिश्चतता कायमको लागि विभिन्न क्रियाकलापहरु गर्ने ।
- खानेपानीको मुहान तथा वितरण प्रणालीको नियमित अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गरि पृष्ठपोषण प्रदान गर्ने ।
- पानी जन्य रोगको बारेमा समुदाय तहमा प्रयाप्त जानकारी दिन तथा नीति निर्माण तहमा सूचनाको प्रगति प्रकाशन गर्ने ।
- पानी जन्य रोगहरुको प्रकोप दरलाई न्युनीकरण गरि स्वास्थ्य सूचकमा सुधार ल्याउन यस कार्यक्रमलाई प्राथमिकतामा राखिने।
- सेवा प्रदायक संस्थालाई खानेपानी सुरक्षा योजना लागू गर्न तथा पानीको गुणस्तर सुधारको लागि जागरुक बनाउने ।

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकामा खानेपानी गुणस्तर निगरानी कार्यक्रम

विनयी त्रिबेणी गाँउपालिकाले खानेपानी मुहान देखि मुखसम्म सुरक्षित बनाउन एंव दिगो विकासको लक्ष्यमा भएको सूचक ६.१ मा सन् २०३० सम्ममा सबैलाई समान रुपमा शुद्द र सुलभ पिउनेपानीको उपलब्धता हुनुपर्ने कुरालाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर निगरानी कार्यक्रमलाई विशेष जोड दिएको छ ।

खानेपानी गुणस्तर निगरानी परीक्षणमा भएका उपलब्धीहरु

- गण्डकी प्रदेश सरकारले राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर निगरानी कार्यक्रमलाई विशेष जोड दिएको।
- राष्ट्रिय खानेपानी गुणस्तर निगरानी निर्देशिका २०७० प्रथम संशोधन २०७६ बमोजिम आ.व. २०७९/०८० मा स्वास्थ्य संस्थाहरुमा नमुना खानेपानीको परीक्षण गरिएको ।

खानेपानी गुणस्तर निगरानी परीक्षणका समस्याहरु

- प्रयाप्त तालिम तथा उपयुक्त जनशक्तिको अभाव तथा औजार उपकरणहरुको अभाव।
- सूचना,प्रतिवेदन तथा अभिलेख व्यवस्थापनमा समस्या तथा नियमित संस्थागत अनुगमन तथा सुपरीवेक्षणको अभाव

कार्यदिशा

- दिगो विकासका लक्ष्यको ६.१ मा सन् २०३० सम्ममा सबैलाई समान रुपमा शुद्द र सफा सुलभ पिउने पानीको उपलब्धता हुनुपर्ने ।
- नेपाल सवास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ मा पनि स्वस्थ्य जीवनशैली तथा वातावरण सुधारको नतिजा प्राप्त गर्नको लागि खानेपानीको गुणस्तरको अनुगमन तथा निगरानी गर्ने विषयलाइ प्राथमितकतामा राखु।
- गाँउपालिका भित्र भएका खानेपानी आयोजनामा वातावरणीय परिक्षण नियमित र निरन्तर रुपमा अवलोकन तथा अनुगमन गरी सुधार गर्नुपर्ने पक्षहरुको बारेमा उपभोक्ता समितिलाई जानकारी गराउनु पर्ने र खानेपानी गुणस्तर निगरानीको आधार स्तम्भ तयार गर्नुपर्ने ।
- खानेपानीको स्रोत तथा वितरण प्रणालीको सुधारको लागि खानेपानीको परीक्षण नियमित गर्नुपर्ने सुझाव समुदाय एवं सरोकारवाला निकायहरुलाई जनचेतना जगाउने कृयाकलापहरु प्रयाप्त मात्रामा संचालन गर्ने ।
- पानीजन्य रोग र किटजन्य रोगको न्युनीकरण गर्न समुदायस्तरमा जनस्वास्थ्य सम्बन्धमा आवश्यक सूचना तथा जानकारी प्रवाह गरी जनस्वास्थ्यको सुनिश्चितता गर्ने ।
- सुपरिभिजन,अनुगमन र मुल्याङ्कन तथा पृष्ठपोषण प्रणालीको विकास गर्ने ।
- गाँउपालिका स्तरमा रहेका सबै खानेपानी परिक्षण का लागि आवश्यक उपकरण खरिद गर्नुपर्ने ।

६ प्रयोगशाला सेवा

पृष्ठभुमी

उपचारको मेरुदण्डको रुपमा रहेको प्रयोगशाला सेवा नेपाल सरकारको स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तरर्गत राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला माताहत रहेको छ ।प्रादेशिक जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले प्रदेशमा सञ्चालित सरकारी तथा निजी प्रयोगशालाको सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण गर्दै आएको छ ।यस गाँउपालिकामा ४ वटा स्वास्थ्य चौकी र १ वटा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा गरि जम्मा ५ वटा प्रयोगशाला सञ्चालनमा रहेका छन।

उपलब्धिहरु

- कोभिड-१९, क्षयरोग, औलो लगायतका रोगहरु को लागी नमुना संकलन तथा परिक्षणका लागि प्रयोगशालाकर्मी हरुलाई तालिम प्रदान गरिएको ।

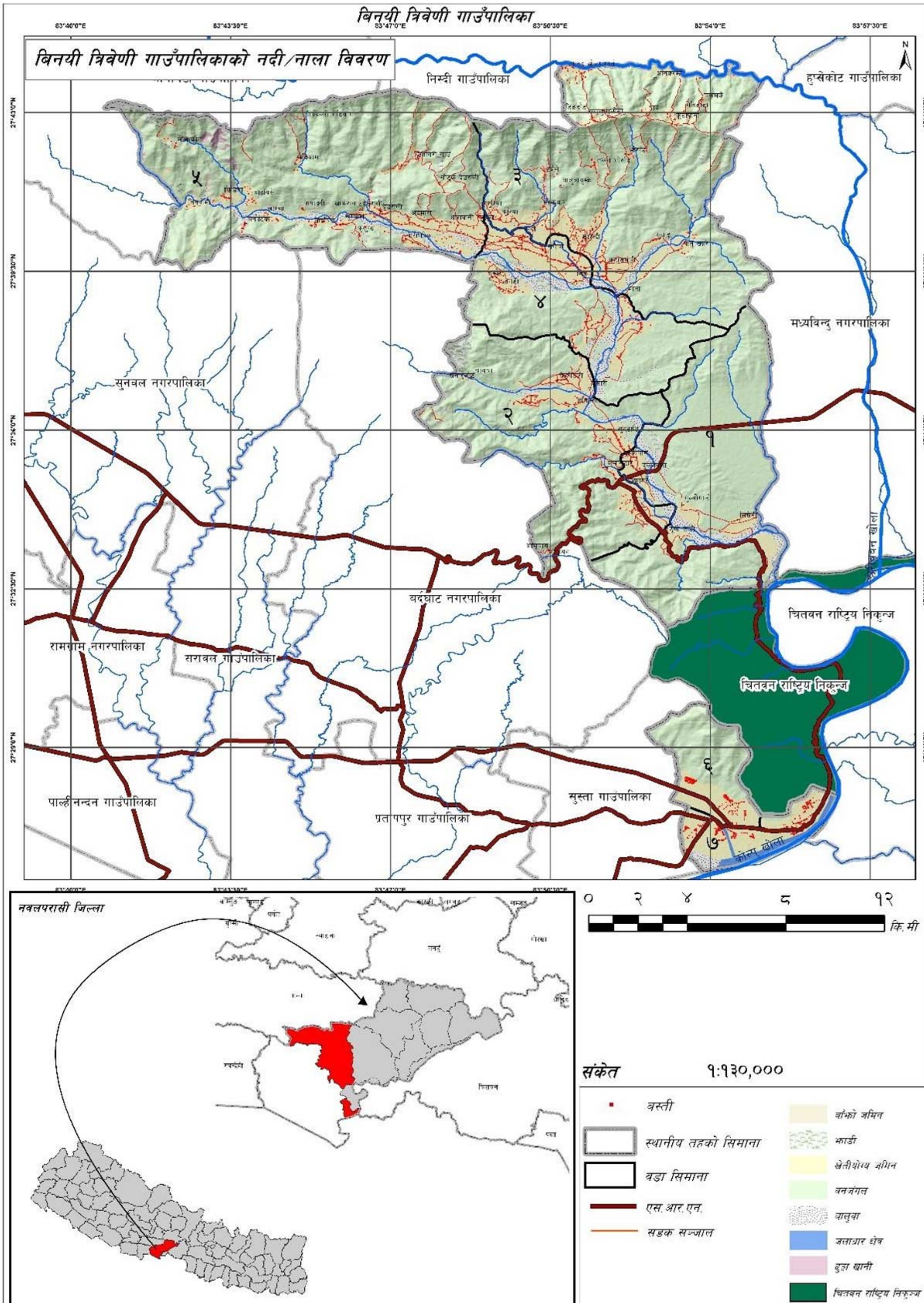
तालिका नं .२२ प्रयोगशालाबाट भएका परिक्षण २०७९/०८०

S.N.	Test Name	No. of test
1	HB	1349
2	RBC Count	83
3	TLC	476
4	Platelets Count	776
5	DLC	479
6	ESR	383
7	Blood Group & Rh Type	476
8	PBS/PBF	384
9	BT	143
10	CT	144
11	MP Total	141
12	Pregnancy Test (UPT)	401
13	RA Factor	4
14	TPHA	12
15	PRPR/VDRL	384
16	Dengue	13
17	Rapid Mp Test	556
18	Widal Test	320
19	Uric Acid	264
20	Total Cholesterol	85
21	Triglycerides	9
22	HDL	8
23	LDL	8
24	Billirubin	87
25	SGPT	1
26	Sputum AFB	287
27	HIV RDT	386
28	HBsAg RDT	404
29	HCV RDT	73
30	HIV ELISA/CLIA	2

31	HBsAg ELISA/CLIA	7
32	Stool R/E	23
33	Urine R/E	1000
34	Sugar	1953
35	Blood Urea	24
36	Creatinine	95

सन्दर्भ सामाग्री

1. Annual Report- 2079/80 (2023/24) [Internet]. [cited 2023 Aug 13]. Available from: http://dohs.gov.np/annual-report-2079-80-2023-24
2. Dashboards app [Internet]. [cited 2023 Aug13]. Available from: http://202.70.86.2/hmis/dhis-web-dashboard/#/
3. National Population and Housing Census 2021.


बिनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
बिनयी त्रिवेणी गाउँपालिकाको नदी/नाला विवरण
निस्दी गाउँपालिका
हुप्सेकोट गाउँपालिका
मध्यविन्दु नगरपालिका
सुनवल नगरपालिका
बर्दघाट नगरपालिका
चितवन राष्ट्रिय निकुञ्ज
रामग्राम नगरपालिका
सरावल गाउँपालिका
पाल्हीनन्दन गाउँपालिका
प्रतापपुर गाउँपालिका
सुस्ता गाउँपालिका
१
२
३
४
५
६
७
नवलपरासी जिल्ला
० २ ४ ८ १२
कि.मी
संकेत
१:१३०,०००
बस्ती
स्थानीय तहको सिमाना
वडा सिमाना
एस.आर.एन.
सडक सञ्जाल
बाँझो जमिन
झाडी
खेतीयोग्य जमिन
बनजंगल
बालुवा
जलाधार क्षेत्र
ढुङ्गा खानी
चितवन राष्ट्रिय निकुञ्ज

IMNCI कार्यक्रमको स्थलगत

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
त्रिवेणी सुस्ता स्वास्थ्य चौकी
विनयी त्रिवेणी-७ नवलपरासी (ब.सु.पू.)
गण्डकी प्रदेश नेपाल
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाहरूको
बार्षिक समिक्षा गोष्ठी-२०७८/०७९
मिति : २०७९ माघ ११ देखि १२ गते सम्म
स्थान : त्रिवेणी सुस्ता स्वास्थ्य चौकी
आयोजक
विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
स्वास्थ्य शाखा

आ.व. २०७९/०८० को डाटा भेरिफिकेशन
तथा गुणस्तर सुधार कार्यक्रम
मिति : २०७९ चैत्र १२ र १३ गते
स्थान : विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका, सभाहल
आयोजक
विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
स्वास्थ्य शाखा
नवलपरासी (ब.सु.प.)

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
त्रिवेणी सुस्ता स्वास्थ्य चौकी
विनयी त्रिवेणी-७ नवलपरासी (ब.सु.पू.)
गण्डकी प्रदेश नेपाल
IMNCI कार्यक्रमको स्थलगत
अनुशिक्षण
मिति
स्थान
आयोजक
विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
स्वास्थ्य शाखा
नवलपरासी (ब.सु.प.)

विनयी त्रिवेणी अस्पताल
विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका,
Covid-19 का बिरामीहरुका लागि
स्वास्थ्य चौकीमा न्यूनतम सेवा मापदण्ड
(Minimum Service Standard) अभिमुखिकरण
तथा स्कोरिङ (Scoring) कार्यक्रम
मिति :
स्थान :
आयोजक
विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
स्वास्थ्य शाखा

पिंडरी सामुदायिक वन उपभोक्ता समुह
विनयी त्रिवेणी-४ पिंडरी
नवलपुर

टाइफाइड रोग विरुद्धको खोप अभियान तथा
नियमित खोपमा टाइफाइड खोपको शुरुवात
जिल्ला स्तरीय अभिमुखिकरण तथा योजना गोष्ठि
आयोजक:
स्वास्थ्य कार्यालय
नवलपरासी (व.सु.पू.)
मिति: २०७८/१२/१५-१६
स्थान: साहारा पार्टी प्यालेस, दलदले
unicef

विनयी त्रिवेणी गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
स्वास्थ्य शाखा
दुम्किबास, नवलपरासी (बर्दघाट सुस्ता पूर्व) गण्डकी प्रदेश, नेपाल
फोन : ०७८-४१६१८२, ४१६१८५ इमेल : binayitribenigaupalika@gmail.com