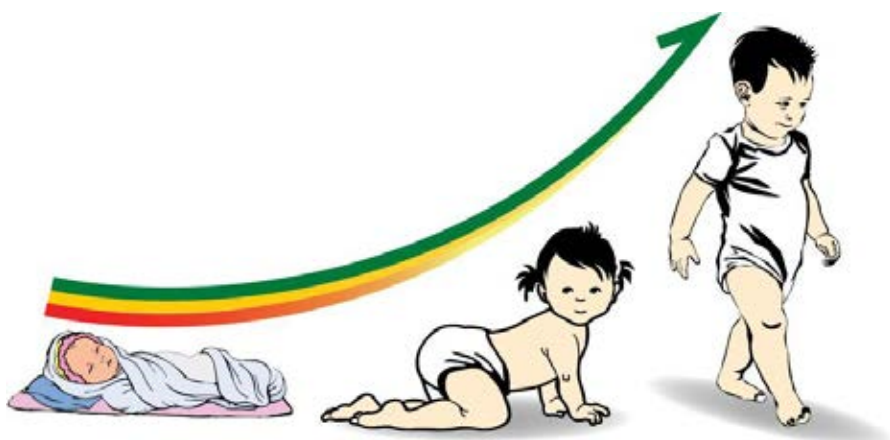


समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको  
एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम  
दुर्गम क्षेत्र निर्देशिका

२०७३



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
बाल स्वास्थ्य महाशाखा  
IMNCI शाखा







नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग

बाल स्वास्थ्य महाशाखा



फोन नं.: बाल स्वास्थ्य महाशाखा: ४-२६१६६०  
पोषण शाखा: ४-२२५५५८  
IMCI शाखा: ४-२१९२१८  
खोप शाखा: ४-२६२२६३  
इमेल: chd@mohp.gov.np

पत्र संख्या: ०८३/६४  
चलानी नम्बर: ३०५५

टंक,  
काठमाडौं, नेपाल

**मन्तव्य**

५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको मृत्यु तथा बिरामी हुने विभिन्न कारणहरूलाई सम्बोधन गरी उनीहरूको बाँच्न पाउने अधिकार सुनिश्चित गर्नका लागि यस महाशाखाबाट विभिन्न कार्यक्रमहरू संचालन भैरहेका छन्। फलस्वरूप नेपालले शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बच्चाको मृत्युमा उल्लेख्य कमी ल्याउन सफल भएको छ। तथापी नवजात शिशुको मृत्युमा भने आशा गरे बमोजिम कमी ल्याउन सकिएको छैन जसका पछाडी हामी माझ निकै चुनौतीहरू विद्यमान छन्।

विगत केहि वर्ष यता समग्र नेपालका बालबालिकाहरूको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार आएकापनि दुर्गम क्षेत्रका तथा बञ्चितकरणमा परेका समुदायमा भने अपेक्षा गरे अनुसार सुधार आउन सकेको छैन। तसर्थ उक्त समुदायका शिशु तथा बालबालिकाहरूले संक्रमणका कारणले अकालमै ज्यान गुमाउनु नपरोस् भन्ने उद्देश्यले महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाद्वारा समुदायमै सेवा प्रदान गर्ने गरी यो निर्देशिका जारी गरिएको छ। निर्देशिकाको कार्यान्वयनमा सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्था, जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालय तथा सहयोगी संस्थाहरूले आ-आफ्नो स्थानबाट सहयोग पुऱ्याउने छन् भन्नेमा बाल स्वास्थ्य महाशाखा विश्वस्त छ।

यो निर्देशिका तयार पार्न आफ्नो अमूल्य समय दिनु हुने IMNCI शाखा प्रमुख श्री परशुराम श्रेष्ठ लगायत सो शाखाका अन्य सदस्यहरू, IMNCI प्राविधिक समूहका सदस्यहरूका साथै Health for Life/USAID, UNICEF, Save the Children, Care Nepal, Plan, JSI लगायत अन्य सहयोगी संस्थाहरू प्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्न चाहन्छु।

डा. राजेन्द्र प्रसाद पन्त  
निर्देशक  
बाल स्वास्थ्य महाशाखा

निर्देशक





फोन नं.: बाल स्वास्थ्य महाशाखा: ४-२६१६६०

पोषण शाखा: ४-२२५५५८

IMCI शाखा: ४-२१९२१८

खोप शाखा: ४-२६२२६३

नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग

बाल स्वास्थ्य महाशाखा

नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
टंकु, काठमाडौं

टंकु  
काठमाडौं, नेपाल।

### मन्तव्य

सन् १९८३ बाट देशमा बाल बचाऊ कार्यक्रमको सुरुवात गरेदेखि कार्यक्रलाई समय सापेक्ष परिस्कृत गर्दै आएको हामी सबैलाई अवगत नै छ। यसै क्रममा पछिल्लो पटक सन् २०१४ मा समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (CB-IMNCI) को विकास गरियो। यो कार्यक्रमले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (म.स्वा.से.) को भूमिका स्वास्थ्य प्रवर्द्धकको रूपमा मात्र सिमित गर्न खोजिएको हुँदा देशका दुर्गम क्षेत्रका वासिन्दा जो स्वास्थ्य संस्थाबाट टाढा बसोबास गर्दछन् उनीहरूका नवजात शिशु र पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरू नवजात शिशु तथा बालरोग व्यवस्थापन कार्यक्रमको सेवा विशेष गरी नवजात शिशुमा सम्भावित संक्रमण र २-५९ महिना सम्मका बच्चामा निमोनिया उपचारबाट वञ्चित हुने अवस्था आएको देखिएको छ। नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरू जुन कुनै बेला विरामी पर्न सक्छन् र तुरुन्तै गम्भीर अवस्थामा गई मृत्यु हुन सक्ने भएकोले यसक्रालाई मध्य नजर गर्दै कार्यक्रममा देखिएको यो कमी पुरा गर्नका लागि विभिन्न मिति र स्थानमा सम्पन्न भएका कार्यशाला गोष्ठी तथा बैठकहरूमा भएका छलफल र विज्ञहरूबाट आएका सल्लाह तथा सुझावहरूको आधारमा यो निर्देशिका तयार पारिएको छ।

यो निर्देशिकाले अर्को व्यवस्था नहुन्जेलसम्मका लागि दुर्गम क्षेत्रका म.स्वा.से. परिचालन गरी ०-२ महिनासम्मका विरामी शिशुमा सम्भावित संक्रमणको गम्भीर अवस्थामा पुग्ने स्थिति कम गर्नका लागि कोटिम वा एमोक्सीसिलिनको पहिलो मात्रा दिई नजिकैको स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने र यदि प्रेषण गर्न सम्भव नभएमा म.स्वा.से. द्वारा नै एन्टीबायोटिकको पुरा मात्रा दिई उपचार गर्ने व्यवस्था गरेको छ। यसका साथै २-५९ महिनासम्मका विरामी बालबालिकाहरूमा कोटिम वा एमोक्सीसिलिनबाट निमोनियाको पूर्ण उपचार गराई मृत्युदर कम गराउन सहयोग गर्ने रणनीति लिएको छ।

यो निर्देशिका तयार पार्ने आफ्नो महत्वपूर्ण समय दिनु हुने यस शाखाका बरिष्ठ मेडिकल अधिकृत डा.अर्जुन सापकोटा, जन स्वास्थ्य अधिकृत दीपक भ्वा, IMNCI प्राविधिक समूहका सदस्यहरू लगायत Health for Life/USAID का डा.राजेन्द्र भद्रा र उत्तम न्यौपाने, Save the Children का गणेश पाण्डे, WHO की डा.मिरा उपाध्याय, UNICEF की चाहना सिंह राणा लगायत अन्य सहयोगी संस्थाका प्रतिनिधिहरू प्रति विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु।

प्रशुराम श्रेष्ठ  
प्रमुख, IMNCI शाखा



## परिचय :-

नेपालमा सन् १९८३ देखि बाल बचाउ कार्यक्रम अन्तर्गत भाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम संचालन भएको थियो । त्यसैगरी श्वास प्रश्वास सम्बन्धी रोग (ARI) नियन्त्रण कार्यक्रम सन् १९८७ बाट सुरु भएको हो । भाडा-पखाला र निमोनिया ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको मृत्युको प्रमुख कारण भएकोले स्वास्थ्य संस्था स्तरमा उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाबाट यी रोगबाट हुने मृत्युमा कमी ल्याउन कठिन भएकाले बालबचाउ कार्यक्रमलाई अझ प्रभावकारी बनाउन सन् १९९५/९६ मा समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण (CB-ARI) कार्यक्रमको पाईलटीङ्ग गरियो । सन् १९९७/९८ मा श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम र भाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रमलाई एकीकृत गरेर समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास र भाडापखाला रोग नियन्त्रण (CB-AC) कार्यक्रमको रूपमा विकास गरियो। अर्कोतर्फ सन् १९९७ मै समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMCI) कार्यक्रम महोत्तरीमा स्वास्थ्य संस्था स्तरमा सुरु भयो तर यो कार्यक्रम खासै प्रभावकारी हुन सकेन । सन् १९९७ मै समुदायमा आधारित श्वास प्रश्वास र भाडा पखाला रोग नियन्त्रण (CB-AC) कार्यक्रमको मूल्याङ्कन गर्दा सो कार्यक्रम निकै प्रभावकारी भएको पाइएकोले CB-AC र IMCI कार्यक्रमलाई एकीकृत गरि CB-IMCI कार्यक्रमको रूपमा विकास गरि सन् २००९ सम्ममा अद्यावधिक गर्दै देशैभर कार्यान्वयन गरियो । CB-IMCI कार्यक्रम कार्यान्वयनले ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको मृत्युमा उल्लेख्य रूपमा कमी ल्याएता पनि नवजात शिशु मृत्युमा भने कमी ल्याउन सकेन त्यसैले सन् २००७ मा समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम (CB-NCP) को विकास गरियो । सन् २०११ मा नाभिमा हुने संक्रमणको रोकथामका लागी नाभि स्याहार कार्यक्रम पनि CB-NCP कार्यक्रममा समावेश गरियो । व्यवहारिक रूपमा उस्तै उस्तै भएता पनि बेग्ला बेग्लै कार्यक्रमको रूपमा संचालन भई आएका दुई CB-IMCI र CB-NCP कार्यक्रम नेपाल सरकार तत्कालिन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मिति २०७१/०६/२८ को निर्णय अनुसार नवजात शिशुलाई अझ बढि जोड दिई एउटै प्याकेज “समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम” (Community Based Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness) मा एकीकृत गरियो जुन हाल देशका सम्पूर्ण जिल्लाहरूमा विस्तारित हुने क्रममा छ ।

यस समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको भूमिका स्वास्थ्य प्रबर्धनकर्ताको रूपमा राखिएको छ, जसमा उनीहरूले आमा, नवजात शिशु र पाँच वर्षमुनिका बच्चाहरूका लागि परामर्श दिन्छन् भने अत्यावश्यक औषधिहरू जस्तै: पुनर्जलिय भोल, जिङ्क चक्की, आईरन चक्की वितरण गर्नेछन्। स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूले उपचारात्मक सेवा प्रदान गर्छन् जस्तै: जन्मदा सास नफेरेको वा नरोएको शिशुको व्यवस्थापन, जन्मदा कम तौल भएको शिशुको व्यवस्थापन, विरामी नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बच्चाको श्वासप्रश्वास, फाडा-पखाला, औलो, दादुरा, कुपोषणको व्यवस्थापन आदि।

नेपालको संविधान २०७२ ले स्वास्थ्यलाई जनताको आधारभूत अधिकारको रूपमा स्थापित गरेको छ। त्यसैगरी नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ ले “स्वास्थ्य सेवामा समतामुलक पहुँच” हुनुपर्ने भन्ने निर्देशित सिद्धान्त अङ्गीकार गरेको छ। स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएका नीतिगत, कार्यक्रमगत र संस्थागत प्रयासबाट स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा उल्लेखनीय रूपले संख्यात्मक तथा गुणात्मक सुधारहरू देखिनुको साथै समुदाय स्तरमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढ्दै गएको छ। तथापी, दुर्गम जिल्लाहरू तथा गरीबीको रेखा मुनि रहेका र पिछ्छडिएका वर्गको बाल स्वास्थ्य स्थितिमा अपेक्षाकृत रूपमा सुधार ल्याउन थप रणनीतिको विकास गरि कार्यान्वयन गर्न जरुरी देखिन्छ।

देशको भौगोलिक विविधताका कारण सबै ठाँउमा समान रूपमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु चुनौतीपूर्ण देखिएको छ। सांस्कृतिक लैंगिक, आर्थिक र सामाजिक व्यवधानहरूले गर्दा उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाहरू समता मुलक रूपमा प्रवाह हुन सकेका छैनन्। स्वास्थ्य संस्थाहरूमा गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्नका लागि मानवीय र भौतिक स्रोतसाधनको कमी, आवश्यक औषधी र उपकरणको कमी तथा अव्यवस्थित आपूर्ति, कमजोर सुपरिवेक्षण, भौतिक संरचनाको मर्मत सम्भारमा कमी, स्वास्थ्यकर्मीका लागि आधारभूत सेवा सुविधाको कमी, निजी लगानीका अस्पतालहरूबाट प्रदान गरिने सेवाबाट समान्य मानिसहरू लाभान्वित हुन नसकेको तथा सामान्य र विपन्न वर्गका मानिसहरूमा रोगको उपचार गराउन नसक्ने जस्ता समस्याहरू रहेका छन्।



## नेपालमा बाल स्वास्थ्यको अवस्था

नेपालमा सन् १९९६ मा प्रति हजार जिवित जन्ममा ११८ जना पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्यु हुने गरेकोमा यो दर त्यस पञ्चाङ्किका वर्षहरूमा उल्लेख्य रूपमा घट्दै गईरहेको छ । सन् २०१४ को नेपाल मल्टिपल इन्डिकेटर क्लस्टर सर्वे (Nepal Multiple Indicator Cluster Survey: NMICS) अनुसार नेपालमा पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा हुने मृत्युदर ३८ प्रति हजार जिवित जन्ममा रहेको छ । नेपालले पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदर घटाउन तय गरिएको सहस्राब्दी विकास लक्ष्य सन् २०११ मा नै हासिल गरेको थियो जसका लागि नेपालले अन्तराष्ट्रिय पुरस्कार तथा सम्मान समेत प्राप्त गरिसकेको छ । यो उपलब्धि हासिल हुनुमा विगतमा संचालित समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम, समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम, राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम तथा राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको मुख्य भूमिका रहेको छ । पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्युदर घटाउन उल्लेख्य उपलब्धि हासिल गरेता पनि नवजात शिशु मृत्युदर घटाउने अभियानमा भने नेपालले सन् १९९६ देखि २०११ सम्मको अवधिमा अपेक्षाकृत उपलब्धि हासिल गर्न सकेन । सन् १९९६ मा भएको ५० प्रति हजार जीवित जन्ममा रहेको नवजात शिशु मृत्युदर सन् २००६ सम्म आईपुग्दा घटेर ३३ प्रति हजार जीवित जन्ममा पुगेको थियो । तर सन् २००६ र २०११ बीचको अवधिमा नेपालको नवजात शिशु मृत्युदर यथास्थितिमा नै रह्यो । NMICS २०१४ अनुसार नेपालको नवजात शिशु मृत्युदरमा केही सुधार देखिएको छ र यो मृत्युदर घटेर २३ प्रति हजार जीवित जन्ममा पुगेको छ ।

समग्र रूपमा बाल स्वास्थ्यमा सुधार देखिएता पनि दुर्गम तथा ग्रामिण क्षेत्र साथै गरिबीको रेखा मुनि रहेका र पिछडीएका बर्गमा भने आशा गरिए बमोजिम सुधार आउन सकेको देखिदैन जसलाई तल तालिकामा उल्लेख गरिएको छ ।

विशेषता	नवजात शिशु मृत्युदर	शिशु मृत्युदर	बाल मृत्युदर	५ वर्ष मुनिका बच्चाको मृत्युदर
बसाई अनुसार				
शहरी क्षेत्र	२५	१३	३८	४५
ग्रामीण क्षेत्र	३६	१९	५५	६४
भौगोलिक क्षेत्र अनुसार				
हिमाल	४६	२७	७३	८७
पहाड	३३	१७	५०	५८
तराई	३५	१८	५३	६२
विकास क्षेत्र अनुसार				
पूर्वाञ्चल	३०	१७	४७	५५
मध्यमाञ्चल	३६	१५	५२	६०
पश्चिमाञ्चल	३७	१६	५३	५७
मध्य पश्चिमाञ्चल	३४	२४	५८	७३
सुदुर पश्चिमाञ्चल	४१	२४	६५	८२
धन-सम्पत्ति अनुसार				
अति कम	३७	२५	६१	७५
सबैभन्दा बढी	१९	१३	३२	३६

श्रोत : Nepal Demographic and Health Survey, २०११

माथिको तालिकामा देखाइए अनुसार नवजात शिशु र पाँच वर्ष मुनिका बच्चाको मृत्युदर प्रति हजार जिवित जन्ममा क्रमशः शहरी क्षेत्रमा २५ र ४५ तथा ग्रामिण क्षेत्रमा ३६ र ६४ रहेको छ, साथै बाल स्वास्थ्यका अन्य सूचकहरु पनि ग्रामिण क्षेत्रमा शहरी क्षेत्रको तुलनामा कमजोर छन्। त्यसैगरी नवजात शिशु मृत्यु, शिशु मृत्यु, बाल मृत्यु र पाँच वर्ष मुनिका बच्चाको मृत्युदर पहाड र तराईको तुलनामा हिमालमा सबैभन्दा बढी देखिएको छ। विकास क्षेत्र अनुसार हेर्ने हो

भने बाल स्वास्थ्यका सम्पूर्ण सूचकहरूमा सुदुर पश्चिमाञ्चल र त्यसपछि मध्य पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्र कमजोर देखिन्छ । मानिससंग भएको धन-सम्पत्तिको आधारमा हेर्ने हो भने धन-सम्पत्ति कम भएका समुहको मृत्युदर धन सम्पत्ति बढी हुनेको तुलनामा बढी देखिन्छ ।

## **दुर्गम क्षेत्रका लागि छुट्टै निर्देशिका चाहिनुका कारणहरू:-**

विगतमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (म.स्वा.से.) ले नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको विभिन्न स्वास्थ्य समस्याहरूमा उपचार तथा परामर्श सेवा दिँदै आएको र सो कार्यबाट नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बालवालिकामा रोग लाग्ने दरका साथै विभिन्न रोगहरू जस्तै भ्रूणपखाला, निमोनिया आदिका कारणबाट हुने मृत्युमा उल्लेख्य रूपमा कमी आएको सर्वविदितै छ । स्वास्थ्य सेवा विभागको आ.व. २०७०/७१ को वार्षिक प्रतिवेदनको तथ्यांक केलाएर हेर्ने हो भने ARI भएका जम्मा ५ वर्ष मुनिका बच्चा मध्ये ७० प्रतिशतले समुदायस्तरमा (५८ प्रतिशत म.स्वा.से.ले र १२ प्रतिशत तत्कालिन ग्रा.स्वा.का./मा.शि.का.ले) तथा ३० प्रतिशतले मात्र स्वास्थ्य संस्था स्तरमा उपचार गरेको देखिन्छ ।

समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमले म.स्वा.से.ले स्वास्थ्य प्रवर्द्धकको रूपमा मात्र काम गर्ने भन्ने व्यवस्था गरेको र त्यसै गरी तत्कालिन ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा मातृ शिशु कार्यकर्ता पनि पदनाम अ.हे.व.र अ.न.मी.मा स्तरोन्नती भएपछि उनीहरूले समुदाय स्तरमै गएर दिने सेवा प्रभावित भएको अवस्थामा विशेष गरि दुर्गम क्षेत्रका बासिन्दाहरूले आफ्ना विरामी बालवालिकाहरूलाई स्वास्थ्य संस्थामा लैजान टाढा हुने वा त्यहाँ लैजान पनि नसक्ने बच्चाहरू उपचारबाट बन्चित हुने स्थिति देखिएको छ । जसको कारणले गुणस्तरीय सेवा त टाढाको कुरा सामान्य सेवा, जुन समुदाय स्तरमा म.स्वा.से.बाट प्राप्त हुन्थ्यो त्यसको अभावमा बेलैमा उपचार नपाउनाले बच्चाहरू गम्भीर अवस्थामा गई मृत्युको मुखमा पुग्ने अवस्था सिर्जना हुन गएको देखिन्छ । दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने जनताहरूका लागि नेपाल सरकार मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रत्येक महिना ३ देखि ५ ठाउँहरूमा गाउँघर क्लिनिक संचालन गर्दै आएका छन् तर यस प्रकारको सेवा दैनिक रूपमा उपलब्ध नहुने र टाढाका सबै बस्ती तथा समुदायमा उपलब्ध नहुनुले पनि स्वास्थ्य सेवाबाट बन्चित हुने समुदायको संख्या अझै उल्लेखनीय

रहेको छ । जुनकुरा नेपालको वर्तमान संबिधानले सबै नागरिकका लागी आधार भूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रुपमा उपलब्ध गराउने उद्देश्य लिएको छ त्यसको मर्म विपरीत बालवालिकाहरू आधारभूत स्वास्थ्य सेवाबाट बन्चित हुनुपर्ने अवस्था हुन जाने हुँदा ती क्षेत्रका बालवालिकाहरू लाई सेवा पुऱ्याउने उद्देश्यले यो निर्देशिका जारी गर्नुपरेको छ । अझ विस्तृत रुपमा तल उल्लेख भए बमोजिम तथ्य तथा तथ्याङ्कहरू हेर्ने हो भने हामीले कुनै विलम्ब नगरी सेवाबाट बञ्चित हुन सक्ने समुह र समुदायका लागी वैकल्पिक सेवाको व्यवस्था यथाशिघ्र हुनु जरुरी देखिन्छ ।

- नेपालको संबिधान २०७२ ले सबै नागरिकले आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रुपमा पाउनु पर्ने व्यवस्था गरेको ।
- नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ ले अङ्गीकार गरेको चार निर्देशक सिद्धान्त मध्ये “स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच” एउटा रहेको र स्वास्थ्य सेवाको पहुँच नपुगेका नागरिकलाई सेवा पुऱ्याउने तथा सेवाको समतामूलक उपभोग बढाउने उद्देश्य राखेको ।
- नेपालको जनगणना २०६८ अनुसार ८३.५ प्रतिशत जनता ग्रामिण क्षेत्रमा बस्ने गरेका छन् । त्यसैगरी नेपालको कुल जनसंख्याको ७.५ प्रतिशत हिमालमा, ४३.५ प्रतिशत पहाडमा र ५०.५ प्रतिशत तराईमा बसोबास गर्ने गरेको देखिन्छ ।
- नेपाल घरधुरी सर्वेक्षण २०१२ ले ५३ प्रतिशत घरधुरी मात्र ३० मिनेट वा सो भन्दा कम समयमा हिंडेर स्वास्थ्य संस्था पुग्ने देखाएको छ । त्यसैगरी ६ प्रतिशत घरधुरीलाई नजिकको स्वास्थ्य संस्था पुग्न २ घण्टा भन्दा बढी समय लाग्ने देखाएको छ ।
- सन् २०१५ मा तत्कालिन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले जारी गरेको “सेवाको पहुँच बाहिर परेकालाई समेट्ने राष्ट्रिय रणनीतिले” दुर्गम क्षेत्रका अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाहरूमा स्वास्थ्यकर्मीको दरबन्दी कमी तथा सीपयुक्त स्वास्थ्यकर्मी अनुपस्थित हुने विषय औल्याएको छ । सोहि रणनीतिमा दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्य संस्थासम्मको दुरीले नै स्वास्थ्य सेवा उपयोग गर्नमा बाधा पुऱ्याएको साथै पिछडिएका र वञ्चितकरणमा परेका समुदायलाई लक्षित गरी कार्यक्रम संचालन गर्नुपर्ने कुरा उल्लेख भएको ।

- दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (१९९७-२०१७) ले ग्रामीण र शहरी दुबै क्षेत्रमा समान रूपले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको प्रत्याभूत गर्ने उद्देश्य लिएको छ ।

## दुर्गम क्षेत्रको परिभाषा :-

शब्द वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस निर्देशिकाको प्रयोजनको लागि दुर्गम क्षेत्र भन्नाले निम्न क्षेत्र वा स्थानलाई बुझाउँछ ।

१. नजिकको सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा पुग्न एक घण्टा वा सो भन्दा बढी समय लाग्ने क्षेत्र ।
२. नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्यका सेवाहरूबाट बञ्चितकरणमा परेका विशेष गरि दलित, जनजाती, गरिब, जोखिममा परेका समुह समुदाय आदि बसोबास गर्ने क्षेत्र ।

## दुर्गम क्षेत्र छनौटका प्रक्रिया :-

जिल्ला स्तरमा जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालयले जिल्ला विकास समिति (जि.वि.स.) र अन्य सरोकारवाला निकायहरूसँग समन्वय गरी जि.वि.स.ले तयार गरेको बन्चितीकरणमा परेको समुह (DAG) नक्साको आधारमा दुर्गम गाउँ विकास समिति (गा.वि.स.)हरूको छनौट गर्नुपर्ने छ । तत् पश्चात् जिल्ला स्तरबाट छनौट भएका गा.वि.स.मा स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिसंग छलफल गरी दुर्गम वडा तथा टोलको पहिचान गर्नुपर्ने हुन्छ । यसरी दुर्गम वडा तथा टोलको पहिचान गर्दा गा.वि.स.को सामाजिक नक्सा बनाई कुन कुन समुदायको कुन स्थानमा बसोबास गर्ने मानिसहरूले कम सेवा लिएका छन् सो को विश्लेषण गरी पिछ्छिडिएका समुदाय, सेवाको पहुँच भन्दा बाहिर रहेका आदिलाई प्राथमिकता दिनु पर्दछ ।

## निर्देशिकाको कार्यान्वयन :-

पहिलो चरणमा (आ.व.२०७३/७४) देशका सम्पूर्ण हिमाली जिल्लाहरू र सुदुर तथा मध्य पश्चिमका पहाडीहरू जिल्लामा लागू हुनेछ । कार्यक्रमको समिक्षा गरी दोस्रो चरणमा नेपालका अन्य क्षेत्रमा क्रमशः लागू गरिने छ ।

## लक्ष्य :-

दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याई उनीहरूको मृत्युदरमा कमी ल्याउने ।

## उद्देश्य :-

१. भौगोलिक कठिनाईका कारण सेवाको पहुँचमा आउन नसकेका नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको स्वास्थ्य सेवा पाउने अधिकार सुनिश्चित गर्ने ।
२. विभिन्न रोगहरू विशेष गरी नवजात शिशुको सम्भावित संक्रमण तथा बालबालिकाको निमोनियाको समयमै उपचार गर्ने ।
३. कडा रोग लागेका बालबालिकालाई समयमै स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने कार्यको सुनिश्चितता गर्ने ।
४. सेवामा सबै वर्ग तथा समुदायको समान र सहज पहुँच सुनिश्चित गर्ने ।

यो निर्देशिकाको सर्वोपरी उद्देश्य भनेको दुर्गम क्षेत्रका बासिन्दा, पिछडिएका समुह र आम विपन्न नागरिकहरूका नवजात शिशु तथा बालबालिकाहरूको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोगमा अभिवृद्धि गर्नु हो ।

## रणनीति :-

बैकल्पिक व्यवस्था नभएसम्म दुर्गम क्षेत्रका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका परिचालन गरि २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरूलाई कोट्रिम वा एमोक्सिसिलिन औषधि दिई निमोनियाको उपचार गर्ने कार्य गराउने साथै २ महिना मुनिका शिशुमा सम्भावित संक्रमणको गम्भिर अवस्था रोकथाम गर्नका लागि १ मात्रा कोट्रिम वा एमोक्सिसिलिन औषधि दिई समयमै नजिकको स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने कार्य गराउने । यदि प्रेषण गरिएको स्थानमा जान नसक्ने अवस्था भएमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाद्वारा नै पुरा मात्रा कोट्रिम वा एमोक्सिसिलिनबाट उपचार गराउने ।

दुर्गम क्षेत्रका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू छनौट गरिसकेपछि उनीहरूलाई कार्यक्रम सम्बन्धि १ दिने अभिमुखीकरण गर्नुपर्ने छ । यसरी अभिमुखीकरण गर्दा उपचारमा सँलग्न नहुने बाँकी महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई समेत समावेश गर्ने र उनीहरूबाट आवश्यकता अनुसार नजिकको स्वास्थ्य संस्था वा उपचारमा सँलग्न हुने म.स्वा.से.कहाँ विरामी शिशु तथा बालवालिकालाई पठाई सेवाको पहुँच तथा उपयोग सुनिश्चित गर्ने ।

## सेवा प्रदान गर्नका लागि महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका नै किन ?

नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा आधार स्तम्भका रूपमा कार्य गर्दै आईरहेका म.स्वा.से. ले पुयाएको योगदान र उनीहरूले नवजात शिशु तथा बालवालिकाको मृत्युदर घटाउनमा पुयाएको योगदान कदर योग्य र उल्लेख्य छ । विद्यमान परिस्थितिमा अन्य स्थापित संरचना मार्फत सेवा विस्तार गर्न नसकिएको अवस्थामा नवजात शिशु तथा बाल स्वास्थ्य कार्यक्रममा उहाँहरू मार्फत दुर दराजमा बस्ने सेवाबाट बञ्चित समुदायलाई अन्तरिम व्यवस्थापनका लागि सेवा प्रदान गर्न सकिने अवस्था देखिन्छ ।

यदि छनौटमा परेका दुर्गम क्षेत्रका म.स्वा.से.ले यस निर्देशकाले भने बमोजिम सेवा दिन नसक्ने अवस्था भएमा जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य संस्था तथा सो संस्थाको स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिले सम्बन्धित आमा समुहसंग समन्वय गरी कार्यरत म.स्वा.से.लाई अवकाश लिन तथा नयाँ सक्षम म.स्वा.से. छनौट गर्न प्रेरित गर्नुपर्ने हुन्छ ।

### सबल पक्ष :-

- विगतमा निमोनियाको उपचार गरेको र हाल निमोनियाको पहिचान गरि प्रेषण गरिरहेको ।
- स्वयंसेवककै रूपमा खटेर सेवा दिने गरेको ।
- वडा स्तरसम्म स्वास्थ्यकै अंगको रूपमा काम गरी आएको ।
- विगतमा उहाँहरूको योगदानले शिशु मृत्युदरमा कमी आएको ।
- समुदायको विश्वास रही आएको र समुदायलाई उनीहरूले दिने सेवाको बारेमा जानकारी गराउन छुट्टै कार्यक्रम गर्नु नपर्ने ।

- छुट्टै तालिमको आवश्यकता नपर्ने ।
- नेपालको स्वास्थ्य सेवामा म.स्वा.से. एउटा स्थापित अङ्गको रूपमा रहेको ।

## सामग्रीको आपूर्ति :-

कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाहरुका सम्बन्धित जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालयले बाल स्वास्थ्य महाशाखासंग समन्वय गरी आवश्यक सामग्री तथा औषधिको आपूर्ति तथा व्यवस्थापन गर्नुपर्ने छ ।

## अभिलेख तथा प्रतिवेदन :-

कार्यक्रम लागू भएका वडाका म.स्वा.से.ले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिस्टर (HMIS 4.2) मा उल्लेख भए बमोजिम अभिलेख राख्नु पर्ने छ साथै सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था तथा जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालयले HMIS प्रतिवेदन फारम बमोजिम मासिक रूपमा प्रतिवेदन गर्नु पर्नेछ ।

## कार्यहरु :-

ग्रामीण क्षेत्रमा नवजात शिशु तथा ५ वर्ष मुनिका बिरामी बालबालिकाहरुको उपचार/व्यवस्थापन विस्तार गर्नु जति महत्वपूर्ण छ त्यसलाई कार्यान्वयन गर्नु र उद्देश्य हासिल गर्नु पनि त्यत्तिकै चुनौतीपूर्ण छ । यो चुनौतीपूर्ण कार्य हासिल गर्नका लागि यससंग सम्बन्धित सबै संघ संस्थाहरुको संयुक्त प्रयास र समन्वयात्मक कार्यशैलीको आवश्यकता छ । यहाँ विभिन्न संघ संस्थाहरुले गर्नु पर्ने मुख्य कार्यहरु/जिम्मेवारीहरु उल्लेख गरीएको छ ।

## बाल स्वास्थ्य महाशाखाको भूमिका :-

- जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालयलाई प्राविधिक सहयोग गर्ने ।
- दातृ संस्थाहरुको साथै गैर सरकारी संस्थाहरुलाई जिल्ला र छनौटमा परेका दुर्गम स्थानमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्न अनुरोध गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रहरुमा नियमित रूपमा सुपरीवेक्षण र अनुगमन गरी आवश्यक सहयोग, सरसल्लाह र हौसला दिने ।



- सेवा सञ्चालनका लागि औजार उपकरण र अन्य आवश्यक सामग्रीहरूको व्यवस्थापन गर्ने ।

## **जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालयको भूमिका :-**

- दुर्गम क्षेत्रहरूमा नियमित रूपमा सुपरीवेक्षण र अनुगमन गरी आवश्यक सहयोग, सरसल्लाह र हौसला दिने ।
- कार्यक्रमको नियमित समिक्षा तथा मुल्यांकन गरी बाल स्वास्थ्य महाशाखालाई जानकारी गराउने ।
- स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई आवश्यक मात्रामा सामग्री उपलब्ध गराउने ।
- गैर सरकारी संस्थाहरूलाई सेवाको पहुँच नपुगेको वर्ग र क्षेत्रको पहिचान गरी विशेष कार्यक्रम सञ्चालन गर्न अनुरोध गर्ने र सहयोग गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रमा IMNCI सेवाको पहुँच तथा उपभोग बढाउन रेडियो, सडक नाटक, स्वास्थ्य प्रदर्शन, पोष्टर, पम्पलेट, होडिड बोर्ड, भित्ते लेखन आदिबाट प्रचार प्रसार गर्ने ।
- स्थलगत अनुशिक्षण (On Site Coaching) बाट महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका र स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूको ज्ञान र सीप अभिवृद्धि गर्ने ।
- मासिक, त्रैमासिक र वार्षिक समिक्षा गोष्ठीहरूमा IMNCI सेवाको अवस्थाबारे छलफल गरी यसको सुधार गर्न कार्य योजना तयार गरी कार्यान्वयन गर्ने ।
- जि.वि.स.संग समन्वय गरी स्थानीय श्रोत साधनको परिचालनको साथै नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत ब्यबस्थापन सम्बन्धि सेवा बिस्तार गराउने ।

## **गैर सरकारी संस्थाहरूको भूमिका :-**

- आफ्नो कार्य योजना बनाउँदा नियमित रूपमा गरिरहेको कार्यक्रमका साथै दुर्गम क्षेत्रलाई लक्षित गरेर IMNCI सेवाको उपभोग कम भएका वर्ग र स्थानमा सेवाको पहुँच पुऱ्याउने कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने ।

- स्थलगत अनुशिक्षण तथा सहयोगात्मक सुपरिवेक्षणमा सहभागी भई प्राविधिक सहयोग गर्ने ।
- बाल स्वास्थ्य महाशाखाले आयोजना गर्ने IMNCI Partner को बैठकमा नियमित रूपमा भाग लिएर योगदान दिने ।
- कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा सफल भएका र आइपरेका समस्याहरूबारे छलफल गर्ने । कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा सिकिएका नयाँ ज्ञान र सिकाईहरूको अभिलेख गरी बाल स्वास्थ्य महाशाखा र अन्य सहयोगी संस्थाहरूलाई जानकारी दिने ।
- बाल स्वास्थ्य महाशाखाबाट प्राप्त निर्देशन र सल्लाह अनुसार आफ्ना जिल्ला तथा समुदाय स्तरमा कार्यरत कार्यालय तथा कर्मचारीहरूलाई कार्य गर्न निर्देशन दिने ।



This document is made possible by the generous support of the American people with funding through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of Government of Nepal and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.