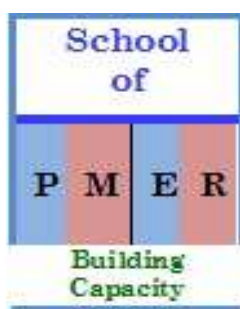


# एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको मूल्याङ्कन प्रतिवेदन २०१४



नेपाल सरकार  
राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय  
राष्ट्रिय योजना तथा अनुगमन क्षमता सुदृढीकरण आयोजना  
सिंहदरवार, काठमाडौं

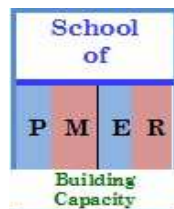


स्कुल अफ पी. एम. ई. आर.  
बिशालनगर, काठमाडौं

# एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको मूल्याङ्कन प्रतिवेदन २०१४



नेपाल सरकार  
राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय  
राष्ट्रिय योजना तथा अनुगमन क्षमता सुदृढीकरण आयोजना  
सिंहदरबार काठमाडौं ।



स्कूल अफ पी. एम. ई. आर.  
विशालनगर, काठमाडौं ।

## धन्यवाद

नेपाल सरकारद्वारा सञ्चालित एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको मूल्याङ्कनका मुख्य उद्देश्य यस कार्यक्रमको लगानी, प्रतिफल र यसले महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्यमा पारेको प्रभाव बारेको अध्ययन गर्नु रहेको छ । यो अध्ययन राष्ट्रिय योजना आयोग अर्न्तगतको राष्ट्रिय योजना तथा अनुगमन क्षमता सुदृढीकरण आयोजनाको आर्थिक सहयोगमा संचालन गरिएको हुदाँ हामी यो संस्थाप्रति अत्यन्त आभारी रहेका छौं ।

यस कार्यक्रममा सहयोग गर्नुहुने राष्ट्रिय योजना आयोगका सहसचिव डा. तीर्थराज ढकाल, कार्यक्रम निर्देशक श्री श्याम प्रसाद भण्डारी, योजना अधिकृत द्वय श्री राजु प्रसाद पौडेल र केशव श्रेष्ठ लगायत यस परियोजनाका प्रबन्धक ज्ञानेन्द्र कुमार श्रेष्ठ, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन विशेषज्ञ डा.श्री गिरीधारी शर्मा पौडेलप्रति पनि हामी हार्दिक धन्यवाद प्रकट गर्दछौं । त्यसैगरी यो कार्यक्रम मूल्याङ्कन सहजीकरण कार्यदलका सदस्य डा. शिलु अर्याल, श्री बद्रिनाथ ज्ञवाली, श्री पुष्पराज जोशी, श्री राधाकृष्ण प्रधान र श्री चुडामणी अर्यालप्रति पनि हामी हार्दिक धन्यवाद प्रकट गर्दछौं ।

त्यसैगरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको योजना महाशाखा प्रमुख डा. पदम चन्द, चिकित्सा महाशाखा प्रमुख डा.गुणराज लोहनीलाई पनि धन्यवाद दिन चाहन्छौं । यो अध्ययनलाई सघाउनु हुने र आवश्यक सल्लाह, सुझाव एवं सूचना दिनु हुने स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका निर्देशक डा. किरण रेग्मी, वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक भोगेन्द्र राज डोटेललाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छौं ।

हामीलाई यस मूल्याङ्कनको शिलशिलामा आवश्यक सूचना प्रदान गर्नुहुने संयुक्तराष्ट्र संघ अर्न्तगत नेपालमा कार्यरत निकायहरु, अर्न्तराष्ट्रिय गैर सरकारी संस्था, राष्ट्रिय गैर-सरकारी संस्था, शिक्षण अस्पतालहरु, केन्द्रीयअस्पतालहरु, अञ्चल, उपक्षेत्रीय र क्षेत्रीय अस्पतालहरु, जिल्ला जन-स्वास्थ्य कार्यालय, उपस्वास्थ्य चौकी, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र लगायत नीजि स्तरका अस्पतालहरु र त्यस संस्थाका प्रमुखज्यूहरु प्रति कृतज्ञता सहित आभार व्यक्त गर्दछौं ।

त्यस अलावा हामीलाई सहयोग गर्नु हुने राष्ट्रिय योजना आयोगका अन्य कर्मचारीहरु र स्कूल अफ प्लानिङ्ग, मोनिटरिङ्ग, इभ्यालुएसन एण्ड रिसर्च प्रा.लि. का अन्य कर्मचारी प्रति पनि कृतज्ञ छौं । यस अध्ययनको प्रमुख पाटो भई फिल्ड स्तरमा तथ्याङ्क संकलन गर्नुहुने सम्पूर्ण फिल्ड अध्ययनकर्ताहरु प्रति हामी अत्यन्त कृतज्ञ रही आभार व्यक्त गर्दछौं । अन्त्यमा, तर अति महत्वपूर्ण रुपमा रहनुभएका हामीलाई तथ्याङ्क सम्बन्धी सोधिएका प्रश्नहरुको उत्तर दिनुहुने सम्बन्धित संस्थामा सेवा लिनुभएका सम्पूर्ण सूचनादाता प्रति हार्दिक धन्यवाद सहित आभार व्यक्त गर्दछौं । वहाँहरुले प्रदान गर्नु भएको सम्पूर्ण सूचनाहरुको उच्च मूल्याङ्कन गरी सुरक्षितपूर्वक राख्ने छौं र यी सूचनाहरु तोकिएको कार्यमा मात्र प्रयोगमा ल्याइने छ, भन्ने विश्वास समेत व्यक्त गर्दछौं ।



## प्राक्कथन

नेपाल सरकारद्वारा सञ्चालित एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम मूल्याङ्कनको मुख्य उद्देश्य यस कार्यक्रमको लगानी प्रतिफल र यसले महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्यमा पारेको प्रभाव बारेको अध्ययन गर्नु रहेको छ । यो अध्ययनमा प्रत्यक्ष रूपमा ८ जिल्ला र अप्रत्यक्ष रूपमा १२ जिल्लामा जम्मा ७२२ सेवा प्राप्त गरेपछिको व्यक्तिहरूको अर्न्तवाता, १२० मुख्य सूचनादाता सँगको अर्न्तवाता, ८ वटा समूह केन्द्रित छलफल र त्यसैगरी ६८ वटा विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाको अध्ययन गरिएको छ ।

यस अध्ययनले दिएका सुझावहरूको एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको योजना तर्जुमामा कार्यान्वयन गरी लक्षित जनसंख्यामा कार्यक्रम उद्देश्य अनुसारको सेवा पुगी नेपाल सरकारले राखेको स्वास्थ्य सम्बन्धी लक्ष्य हासिल गर्न सक्नेछ भन्ने विश्वास राखेका छौं । यो अध्ययनको दौरानमा सहयोग गर्नुहुने सम्पूर्ण व्यक्ति तथा संस्था प्रति कृतज्ञ रही यस अध्ययन प्रतिवेदनले वहाँहरूको मनसाय, भावना र प्रगतिलाई अध्ययनको दृष्टिकोणमा संक्षेपीकरण गरेको छ ।

### अध्ययन समूह

कपिल ज्ञवाली

रमेश अधिकारी

बिनोद रेग्मी

सुदिप राज खतिवडा

### तथ्याङ्क प्रमाणीकरण

अध्ययन समूहको तर्फबाट हामीले यस अध्ययनको प्रस्तावित योजना, सिद्धान्त र विधि अनुरूप नै तथ्याङ्क संकलन, त्यसको विश्लेषण र प्रतिवेदन तयार गरेका छौं । तथ्याङ्क संकलनको दौरानमा नैतिक स्वीकृति लिई तथ्याङ्क संकलन गरिएको हुँदा यो प्रतिवेदन पूर्ण रूपमा विश्वसनीय र प्रामाणिक रहेको अनुरोध गर्दछौं ।



## बिषयसूची

|  |     |
|--|-----|
| धन्यवाद .....  | 3   |
| बिषयसूची .....   | 5   |
| कार्यकारी सारांश .....   | 8   |
| १. परिचय .....   | 25  |
| २.२ अध्ययन विधि .....  | 35  |
| २.२.१ विधि .....   | 35  |
| २.२.२ अध्ययन क्षेत्र .....   | 35  |
| २.२.३ अध्ययन नमुना संख्या .....  | 36  |
| २.२.४ नमुना छनोट विधि र नमुना .....  | 36  |
| २.२.५ तथ्याङ्क संकलन विधि .....  | 38  |
| २.२.६ तथ्याङ्क संकलन सामग्रीहरु .....  | 40  |
| २.२.७ एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाहरु अन्तर्गत रहेका कार्यक्रमहरुको मूल्यांकन विधिहरु ..... | 40  |
| २.२.८ फिल्ड स्तरमा अध्ययन कार्यान्वयन तथा व्यवस्थापन .....   | 43  |
| २.२.९ तालिम तथा अभिमुखीकरण .....   | 44  |
| २.२.१० नैतिक आधार .....  | 44  |
| २.२.११ तथ्याङ्क व्यवस्थापन .....   | 44  |
| २.२.१२ ट्रयाङ्गुलेसन विधि .....  | 44  |
| २.२.१३ अध्ययनका सिमा .....   | 44  |
| ३. अध्ययन नतिजा .....  | 46  |
| ३.१ औचित्यता .....   | 47  |
| ३.२ प्रभावकारिता .....   | 55  |
| ३.३ कार्यक्षमता .....  | 87  |
| ३.४ कार्यक्रमको प्रभाव .....   | 93  |
| ३.५ कार्यक्रमको दीगोपना .....  | 99  |
| ४. अध्ययनको समग्र निष्कर्ष .....   | 102 |
| ५. सुझावहरु .....  | 120 |
| ६. सिकाईहरु .....  | 125 |
| सन्दर्भ सामग्री .....  | 126 |
| अनुसूचीहरु .....   | 127 |



## List of Abbreviations

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| आइ.ओ. एम (IOM)              | Institute of Medicine                              |
| यू.एन.एफ.पी. ए.(UNFPA)      | United nation Family Planning Association          |
| एन्.डी.एच.एस् (NDHS)        | Nepal Demographic Health Survey                    |
| आइयुसिडी(IUCD)              | Intra Uterine Contraceptive Device                 |
| एन.एच.एस.पी (NHSP)          | Nepal health Sector Program                        |
| सी.इ.ओ.सी(CEOC)             | Comprehensive Emergency Obstetric Care             |
| बी.इ.ओ.सी(BEOC)             | Basic Emergency Obstetric Care                     |
| बी.पी.के.आई.एच.एस. (BPKIHS) | B.P Koirala Institute of Health Sciences           |
| MDAC                        | Ministerial Development Action Committee           |
| DoHS                        | Department of Health Sciences                      |
| आ.व. (F.Y.)                 | Fiscal Year  |
| NNFCTR                      | Nepal Network of Cancer Treatment and Research     |
| FHD                         | Family Health Division                             |
| ICPD                        | International Conference on Population Development |
| ए.एस.आर.एच                  | Adolescent Sexual and Reproductive Health          |
| ANM                         | Auxiliary Nurse Midwife                            |
| AHW                         | Auxiliary Health Worker                            |
| म.स्व.स्व.का (FCHV)         | Female Community Health Volunteer                  |
| PAHS                        | Patan Academy of Health Sciences                   |
| TUTH                        | Tribhuvan University Teaching Hospital             |
| HMIS                        | Health Management Information System               |
| HPV                         | Human Papilloma Virus                              |
| ECI                         | Exit Client Interview                              |
| EDPs                        | External Development Partners                      |
| HURIS                       | Human Resources Information System                 |
| TABUCS                      | Transaction Accounting & Budget Control System     |
| CPR                         | Contraceptive Prevalence Rate                      |
| STS                         | Service Tracking Survey                            |
| डब्लू. एच. ओ (WHO)          | World Health Organization                          |
| NLSS                        | National Living Standard Survey                    |
| ARV                         | Anti Retro Viral Drugs                             |



|                |                                      |
|----------------|--------------------------------------|
| FP             | Family Planning                      |
| PHCORC         | Primary Health Care Outreach Clinics |
| GoN            | Government of Nepal                  |
| M.Ch           | Mother and Child health              |
| एस. बी. ए(SBA) | Skilled Birth Attendant              |
| MOHP           | Ministry of Health and Population    |

## List of Terminologies

|             |  |
|-------------|--|
| उच्च तह     | केन्द्रीय, क्षेत्रीय र उपक्षेत्रीय अस्पताल/स्वास्थ्य संस्था  |
| द्वितीय तह  | अञ्चल र जिल्लाका अस्पताल/स्वास्थ्य संस्था                    |
| प्राथमिक तह | प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र स्वास्थ्य चौकी/उपस्वास्थ्य चौकी |

# कार्यकारी सारांश

## (Executive Summary)

### कार्यकारी सारांश

#### १. मूल्याङ्कन कार्यक्रमको पृष्ठभूमि

एकीकृत प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रजनन् स्वास्थ्यका विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई एउटै छाता मुनि ल्याई एकीकृत रूपमा योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कनमा हुने असजिलोपना हटाउन, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले कार्यान्वयनमा ल्याएको अवधारणा हो। एकीकृत प्रजनन् स्वास्थ्य प्याकेज अर्न्तगत निम्न कार्यक्रम रहेका छन् : परिवार नियोजन कार्यक्रम, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम), गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम, किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम, फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम र प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम।

#### २. मूल्याङ्कनको उद्देश्य

यस अध्ययनको मुख्य उद्देश्य एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको सान्दर्भिकता, प्रभावकारिता, कार्यक्षमता प्रभाव, दीगोपना र यस कार्यक्रमले मातृ स्वास्थ्य सुधारमा पुऱ्याएको योगदानको अध्ययन गर्नु रहेको छ।

#### ३. मूल्याङ्कनका विधि

यस अध्ययन मूल्याङ्कनमा संख्यात्मक र गुणात्मक दुबै विधिको प्रयोग गरिएको छ। महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कनको लागि नमुना छनोटमा बहुक्रमिक विधि अपनाइएको थियो। राष्ट्रिय योजना आयोगको सहजीकरण कार्यदलसंग छलफल र विभिन्न तहको स्वास्थ्य संस्थाको उपलब्धताका आधारमा पर्यावरणीय, विकास क्षेत्र, पहुँच नहुने र जातीय विविधतालाई आधार मानी जिल्लाहरू छनौट गरिएको थियो। यस अध्ययनमा ६७ स्वास्थ्य संस्था छनोट गरिएको थियो। महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाहरू लिएका ७२२ जना, १५ देखि ४९ वर्ष उमेर समुहका महिला सेवाग्राहीलाई सर्वेक्षणमा समावेश गरिएको थियो।

#### ४. मूल्याङ्कनका नतिजा

##### ४.१ औचित्य

नेपाल सरकारले तर्जुमा गरेको स्वास्थ्य नीतिहरू, रणनीतिहरू र निर्देशिकाले परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई निकै प्राथमिकतामा राखेको छ। परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार परिवार





नियोजनका क्षेत्रमा एक रुपैयाँ लगानी गर्दा ६ रुपैयाँ बराबरको प्रतिफल आउने देखाएको छ । अध्ययनले परिवार नियोजनको अपरिपूरत माग पूरा गर्न सकेमा मातृ मृत्युदरमा ३० प्रतिशतले कमी ल्याउन सकिने र कम्तिमा तीन वर्षको जन्मान्तर गराएमा बालमृत्युदर २ गुणाले घटाउन सकिने देखाएको छ ।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूति जाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेको छ । कम्तीमा ४ पटक पूर्व प्रसूति जाँचको लागि जाने गर्भवती महिलाको सन् २०१५ सम्ममा ८० प्रतिशत पुऱ्याउँने लक्ष्य तर्फ उन्मुख रहेको छ ।

अन्तराष्ट्रिय स्तरमा समेत प्रशंसनीय रहेको महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक नमुना कार्यक्रमलाई नयाँ राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ समेतले अंगिकार गरी यसको निरन्तरतामा जोड दिएको छ । यस कार्यक्रमलाई नियमित तथा सफतापूर्वक सञ्चालन गर्नका लागि विभिन्न नीति, रणनीति तथा निर्देशिकाहरु बनाएको छ । स्वयंसेविकाको प्रभावकारी परिचालनको कारणले गर्दा मातृ स्वास्थ्य, परिवार नियोजन र बाल स्वास्थ्यमा उल्लेख सुधार आएको कुरालाई मध्यनजर गर्दै यस कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिनुपर्ने देखिन्छ ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमले विपन्न तथा पहुँचबाट टाढा रहेका जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने गरेको छ । यो कार्यक्रमबाट वर्षेनि थुप्रै जनता लाभान्वित रहदै आएका छन् । यो कार्यक्रमलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति सन् २०१४ (२०७१) र नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २०११ समेतले संशोधितरूपमा पुर्नजागरण गरी ग्रामीण र शहरी दुबै क्षेत्रमा कार्यान्वयनमा ल्याउने गरी रणनीतिहरु तयार गरेको छ ।

किशोर किशोरी कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य नीति २०७१ ले प्राथमिकता दिएको छ । राष्ट्रिय किशोर किशोरी स्वास्थ्य र विकास रणनीति सन् २००० को तर्जुमा गरी त्यसको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयन निर्देशिकामा २००७ बनाई कार्यक्रम सञ्चालन गरेको छ । यस कार्यक्रमले किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गरी किशोरकिशोरी स्वास्थ्य र विकास र अन्य अवसरमा सहभागी गराई ज्ञान र सीपमा बृद्धि गरी यस सेवाको पहुँच र उपलब्धतामा बृद्धि गर्ने रणनीति राख्नुको साथै यो कार्यक्रमलाई नीतिगत रूपमा नै औचित्यता औँल्याएर अघि बढाईएको छ ।

वार्षिक रूपमा गर्भपतन गर्ने महिलाको संख्या बढ्दै गएको तथ्य र अझैपनि यदाकदा असुरक्षित गर्भपतन गराउनेको संख्या रहेको सन्दर्भमा नेपाल सरकारले गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम अझ परिष्कृत रूपमा सञ्चालन गरी सबै महिलाको यसमा पहुँच बढाउनु पर्ने भएकोले पनि यो कार्यक्रमको सान्दर्भिकता रहेको छ ।

परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले अन्य दातृ निकाय र सरोकारवाला संस्थाको सहयोगमा आड खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सञ्चालन गरेको छ । यस कार्यक्रमलाई नीतिगतरूपमा आड खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण निर्देशिका २०६५ बनाई कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । २००६ मा गरेको एक

अध्ययन अनुसार हिमाली, उच्च पहाडी र तराई जिल्लामा १० प्रतिशत महिलामा आइ खस्ने समस्या रहेको बताएको छ । अझैपनि लाखौं महिला यो रोगबाट पीडित रहेको तथा उपचारको पहुँचमा नभएका हुँदा यस कार्यक्रमलाई सरकारी स्तरबाट अझ बढी चासो दिई विस्तार गर्नुपर्ने कुरा औल्याईएको छ ।

फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सरकारले यसै आर्थिक वर्षबाट आवश्यकता महशुस भए अनुसार सामान्यरूपमा कार्यान्वयन गरेको छ । महिलाको लुकेको समस्याको रूपमा रहेको प्रसूतिसँग सम्बन्धित फिस्टुला कार्यक्रमको आवश्यकताको महशुस गरिएको छ । केन्द्रीयस्तरमा मात्र सिमित रहेको यो सेवा दुर्गममा भने पुग्न सकेको छैन ।

बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम सरकारी तवरबाट खासै सञ्चालनमा आएको पाइँदैन । तर दिनानुदिन बाँझोपनको समस्या बढ्दै गएको कुरालाई मध्यनजर गरी सरकारले गत आर्थिक वर्षबाट यो कार्यक्रम लागु गर्ने सरकारको निर्णय बमोजिम यस सम्बन्धी कानुनको तर्जुमा गर्न लागेको छ ।

पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सबैको पहुँचमा रहेको पाइँएको छैन । यो कार्यक्रम सुरुवात मात्र भएकाले यस क्षेत्रमा ऐन नियम बनाउने कार्यलाई प्राथमिकतामा राखेको पाइयो ।

प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रमको सान्दर्भिकता औल्याइएपनि नेपाल सरकारका सबै किसिमका प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलाप यस कार्यक्रम अन्तर्गत सञ्चालन हुन आएको छैन । नेपालमा प्रजनन् तथा महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी केही अध्ययनहरु भएतापनि सबै अध्ययनको सूचना सूचीकृत र योजना तर्जुमा गर्दा समावेश गरिएको पाइँदैन ।

यसरी हेर्दा एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम नेपाल सरकारको अति प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम रहेको छ । नेपाल सरकारले अन्तराष्ट्रिय फोरम र देशका नीति निर्देशिकाहरुमा व्यक्त गरेको प्रतिबद्धता अनुरूप यस कार्यक्रमका योजना तथा रणनीति तयार भएका छन् । यस अध्ययनमा सहभागी मुख्य सूचना दाताहरुको विचारमा पनि यो एक प्राथमिकता पाउनुपर्ने र अत्यन्त सान्दर्भिक कार्यक्रम हो । त्यस्तै यस अध्ययनका अधिकांश सूचनादाताहरुले सुरक्षित मातृत्व, परिवार नियोजन, गर्भपतन कार्यक्रम अति सान्दर्भिक मानेका छन् ।

## ४.२ प्रभावकारिता

परिवार नियोजन कार्यक्रम अन्तर्गत सबै अस्पतालमा सात किसिमका, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा डिपो, पिल्स, कण्डम, आइयुसिडी र इम्प्लान्टगरी ५ थरी साधन उपलब्ध गराउनु पर्ने हो तर सबै स्वास्थ्य संस्थामा सबैथरिका साधन उपलब्ध छैनन् । एक अध्ययनले करिब १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा मात्र सबै साधन उपलब्ध भएको देखाएको छ । सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । गत १५ वर्षमा महिलाहरुमा आधुनिक



साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले वृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यद्यपि सहस्राब्दी विकास लक्ष्य प्राप्त गर्न अबकै बढि कार्य गर्न आवश्यक देखिन्छ ।

सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००९ मा २२९ मा झरेको तथ्याङ्कले नेपाल सहस्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ । दीर्घकालीन सुरक्षित मातृत्व तथा नवजातशिशु स्वास्थ्य योजना (२००६-२०१७) ले सी.इ.ओ.सी भएका जिल्लाहरूको प्रतिशत ६० पुर्याउने लक्ष्य राखेकोमा ९३.३ प्रतिशतले उपलब्धी हासिल भएको छ । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २०१३/१४ सम्म आईपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न भने मुस्किल देखिन्छ ।

प्रति स्वयंसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० (२०६५/६६) मा १९१ रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा वृद्धि भई सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ । सजिलैसँग सुरुमा चाहिने सेवाहरू घरदैलोमा पाएको बाट यो कार्यक्रमले दिएको सेवाप्रति स्थानीय समुदाय अति सन्तुष्ट रहेको जनाएका छन् । यस अलावा घरदैलोसम्म स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचना सामाग्री पुर्याउन समेत महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम प्रभावकारी देखिएको छ । सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ स्वयंसेवक पुर्याउने लक्ष्य सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आइपुग्दा ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अघि बढिरहेको देखिन्छ ।

राष्ट्रियरूपमा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन संख्या पछिल्लो आर्थिक वर्षमा बढेको देखिन्छ तथापि लक्ष्य अनुरूपको क्लिनिक सञ्चालन हुन सकेको भने देखिदैन । लक्ष्य अनुरूप क्लिनिक सञ्चालन हुन नसकेको कारण पनि लक्षित सेवा प्राप्त हुन नसकेको देखिन्छ । सन् २०१०/११ देखि २०१३/१४ सम्मको लक्ष्यमा आधारित सेवा लिनेको संख्याको आधारमा हेर्दा हिमाली पहाडी र तराई सबै ठाउँमा उपलब्धी ८०% नाघेको छ ।

नेपाल सरकारको किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रारम्भिक चरणमा रहेको छ यद्यपि यो कार्यक्रमको उपलब्धि भने सकारात्मक रहेको छ । एन्.एच.एस.पी-२ ले सन् २०१५ सम्ममा किशोरकिशोरी मैत्री सेवा भएका स्वास्थ्य संस्था १००० पुर्याउने लक्ष्य राखेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा किशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ । यसबाट पनि यो कार्यक्रम सोचे भन्दा सफल देखिन्छ ।

गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमको कार्यान्वयन पश्चात पहिलेको भन्दा गर्भपतन सुरक्षित र राम्रो भएकाले सेवाग्राहीको सेवा लिने दर बढेको छ । तर पनि गर्भपतन सम्बन्धी आवश्यक कानुनी चेतनाको स्तर भने अबकै कम रहेको देखाएको छ (३८ प्रतिशत) । जसका कारण असुरक्षित गर्भपतन हुने सम्भावना अबकै देखिन्छ ।



नेपाल सरकारले आवश्यक बोध गरेको आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम पनि सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन हुन नसकेको देखिन्छ । यद्यपि, यो सेवा वापत २०६९/७० को अन्त्यसम्म करिब ४०००० सफल शल्यक्रिया गरी सकिएको छ, भने २०६९/७० मा ३३०२४ महिलामा यो रोगको निदान गरी उपचार गरिएको छ । आइखस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकोले पनि यस कार्यक्रमले जीवनस्तरमा प्रभाव पारेको देखिन्छ ।

फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको नयाँ कार्यक्रम रहेकोले प्राथमिक चरणमै रहेको छ । अन्तराष्ट्रिय सहयोगी निकाय युएनएफपिए को सहयोगमा यो कार्यक्रम विशेषगरी नेपालका तीन अस्पताल (पाटन अस्पताल, परोपकार प्रसूति अस्पताल र वी.पी.के.आई.एच.एस. अध्ययन) बाट सेवा प्रदान भइरहेको छ । नेपाल सरकार परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले तीन अस्पतालमा सञ्चालनमा रहेको यो कार्यक्रमलाई अरु अस्पतालमा समेत विस्तार गर्ने योजना रहेको छ ।

बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम अत्यन्त प्रारम्भिक चरणमा रहेको छ । यस कार्यक्रम औपचारिक रूपमा सरकारी तवरबाट यसै वर्ष बाट सुरुवात गरिएको छ । यस सम्बन्धी खासै नियमित कार्यक्रम सञ्चालनमा नभएतापनि उच्च तहका स्वास्थ्य संस्थाले उपलब्ध जनशक्तिको क्षमताले भ्याएसम्म उपचार गरेको तथ्य प्राप्त भएको छ । केन्द्रीय स्तर र केही नीजि क्लिनिकहरुमा यस सम्बन्धी सेवा उपलब्ध भएतापनि यस्ता सेवाहरु ज्यादै खर्चिलो हुने भएकोले सर्वसाधारण जनताको क्षमताले नभ्याउने देखिन्छ ।

प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न अध्ययनहरु भएका छन् । विशेषगरी यस कार्यक्रम अर्न्तगत प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अध्ययनहरु जस्तै आमा सुरक्षा अध्ययन, संस्थामा आधारित सुत्केरीका लागि पोषणको अवस्था सम्बन्धी अध्ययनहरु भएका छन् । सबै स्वास्थ्य संस्थामा पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम नभएकोले सेवा पाईदैन । त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानको एक सूचनाअनुसार वर्षेनी अन्दाजी १००० जना जति महिलाको यो क्यान्सरको कारणले मृत्यु हुने गर्छ । यो तथ्यबाट पनि पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम र नियन्त्रण कार्यक्रम तुरुन्त सरकारी स्तरबाट सबैको पहुँचमा पुग्ने गरी सञ्चालन गरिनु पर्ने आवश्यकता देखिन्छ ।

नेपाल सरकारले प्रजनन स्वास्थ्यमा गरेका प्रतिबद्धता अनुरूप आमा सुरक्षा कार्यक्रम, महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका कार्यक्रम, सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, किशोर किशोरी कार्यक्रम, आइ खस्ने रोकथाम कार्यक्रम, प्राथमिक स्वास्थ्य गाउँघर क्लिनिकमा लक्ष्य प्राप्तिको बाटोमा अग्रसर देखिन्छ । यी बाहेकका अरु कार्यक्रमहरु अझैपनि प्रारम्भिक र विकासको चरणमै रहेकाले प्रभावकारिताको निक्कै गर्नु नसकिएपनि कार्यक्रमहरु लक्ष्य अनुरूप विस्तार भइरहेका छन् । अधिकांश कार्यक्रमले महिलामा जनचेतना बढाउन र गरिब एवं सीमान्तकृत जनताहरुको पहुँच बढाउनमा योगदान गरेको छ । यी कार्यक्रम कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूतिजाँच, स्वास्थ्य संस्थामा

सुत्केरी गराउने दर बढेको छ । यसले विगत ५ वर्षमा महिला मृत्युदर घटाउन ठूलो योगदान दिएको छ ।

### ४.३ कार्यदक्षता

नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ अनुसार प्रजनन् स्वास्थ्यलाई महिलाको मौलिक हकको रूपमा प्रतिस्थापित गरेको छ, र यो राज्यको दायित्व पनि हो । यही दायित्वलाई आत्मसात् गरी नेपाल सरकारले प्रजनन् स्वास्थ्य सेवालाई सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्था र सरकारले सूचीकृत गरेका नीजि अर्न्तगतका स्वास्थ्य संस्थामा निः शुल्क रूपमा प्रदान गरेको छ । एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकारको बजेट योगदान ५४ प्रतिशत रहेको छ । विकास साभेदारहरुमा पुल फण्डको योगदान ४१% छ, त्यसैगरी अन्य केही विकास साभेदारको योगदान ५% रहेको देखिन्छ ।

प्रजनन् स्वास्थ्यका सेवाहरु नेपालको वित्तीय सुधार कार्यक्रम लागु भए पश्चात एकीकृत रूपमा परिचालन भएका छन् । विगत दुई वर्ष भन्दा अधिदेखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले वित्तीय व्यवस्थापनमा देखिएका समस्याहरु समाधान गर्न वित्तीय व्यवस्थापन सुधार योजना लागु गरेको छ । केही क्षेत्रमा प्रगति पनि देखिएको छ जस्तै बजेटको कार्यान्वयन दर बढेको छ । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका अनुसार जिल्लास्तरमा ८०% भन्दा माथि ९०% भन्दा कम र केन्द्रीयस्तरमा भौतिक तथा वित्तीय प्रगति भएको आयोजना अर्न्तगत एकीकृत प्रजनन् तथा महिला स्वास्थ्य कार्यक्रम ८५% भौतिक र ८५% वित्तीय प्रगति भएको पाईयो । त्यसैगरी केन्द्रीयस्तरमा ७०% भौतिक र ७१% वित्तीय प्रगति भएको पाईयो ।

मेडिकल डाक्टरको पदपूर्तिको अवस्था हेर्दा अभैपनि २३% खालि छ । जबकि यो स्वास्थ्य संस्था स्थापना, सञ्चालन तथा स्तरोन्नति मापदण्ड सम्बन्धी निर्देशिका, २०७० ले परिकल्पना गरे अनुरूप आवश्यक पदनै कम देखिन्छ । स्टाफ नर्स अनमीको पदपूर्तिको अवस्था ९९%, प्यारामेडिक्स ८७%, र अन्य करिब ९३% छ । समग्रमा अभै ११% जनशक्ति अपुग देखिन्छ । करिब ३१% सबै प्रकारका स्वास्थ्यका लागि जनशक्तिको अपुग छ ।

सुरक्षित मातृत्व तथा परिवार नियोजन कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकार तथा विकास साभेदारहरुले अन्य क्षेत्रमा भन्दा बढी बजेट विनियोजन गरेको देखिन्छ । प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता, पाठेघर खस्ने समस्या तथा फिस्टुला कार्यक्रमका लागि विकास साभेदारको सहयोग नगन्य रहेको भएता पनि नेपाल सरकारले भर्खर मात्र भए पनि बजेट विनियोजन गरी कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । विगत केही वर्षदेखि आमा कार्यक्रमको प्रभाकारिता उल्लेख्य रूपमा बढेको छ । त्यसैगरी आमा कार्यक्रमको बजेट उपयोग गर्ने क्षमतामा पनि प्रत्येक वर्ष सुधार आएको छ ।

राज्यले जस्तोसुकै परिस्थितिमा पनि आफ्नो जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु पर्ने हुदाँ यसको कार्यक्षमता अन्य वस्तुमा जस्तो दाँजेर हेर्न मिल्ने देखिदैन । त्यसमा पनि कतिपय कार्यक्रमहरुको



बजेट विनियोजन रातो किताबअनुसार हुने र कार्यान्वयन तर्फ आइपुग्दा आधारभूतरूपमा त्यही अनुसार बजेट निकासी हुने हुदाँ कार्यक्रम अनुसारको प्रति लागत खर्च त्यति प्रभावकारी देखिदैन ।

#### ४.४. कार्यक्रमको प्रभाव

ग्रामीण भेगसम्म नै राम्रो पहुँच भएको परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई प्रभावकारी कार्यक्रमका रूपमा लिइन्छ । सन् २००६ मा भएको डेमोग्राफिक हेल्थ सर्वेको अनुसार ३.१ भएको प्रजनन दर सन् २०११ मा आउँदा २.६ मा झरेको छ । सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । सन् २००६ मा २६.४% रहेको परिवार नियोजनको अर्पयाप्त माग सन् २०११ मा २७% पुगेको छ ।

सराहनीय र उपयोगी कार्यक्रमको रूपमा हेरिएको सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) ले मातृ मृत्युदर घटाउनमा ठूलो भूमिका खेलेको छ । सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००९ मा २२९ मा झरेको तथ्याङ्कले नेपाल सहश्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ तर चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ सम्म आइपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य प्राप्त गर्न मुस्किल देखिन्छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमले प्रति स्वयंसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० ( २०६५/६६) मा १९१ रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बृद्धि भई सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ । सन् २०१५ सम्म ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा सन् २०१३/१४ मा ५१४७० पुगेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्यअनुरूप अघि बढिरहेको देखिन्छ ।

ग्रामीण भेगमा स्वास्थ्य संस्थादेखि टाढा रहेका जनताको घरदैलोमा स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउँने उद्देश्यका साथ सञ्चालित प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम अर्न्तगत विगत पाँच वर्षमा देशभर हरेक वर्ष लाखभन्दा बढी यस्ता क्लिनिकहरु चलाइएका छन् । उचित भौतिक पूर्वाधारहरुको अभाव, स्वास्थ्य सेवा निरन्तरताको कमि हुँदा हुँदै पनि सरदर १ क्लिनिकबाट औशत २० जनाले स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरेका छन् ।

किशोरावस्थाको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम अर्न्तगत सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउने संस्थाको संख्या ७३२ रहेकोमा यस आर्थिक वर्ष (२०१३-१४) मा ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा किशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ । सन् २००५ र सन् २०११ बीच किशोरावस्थाका प्रजननदर प्रति हजार ९८ बाट ८१ मा झरेको देखिएको छ । सन् २०१५ मा ७० प्रति हजार लक्ष्य अनुरूपको प्रगति हाँसिल हुने देखिन्छ ।

गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले हजारौं अनिश्चित गर्भ रहेका महिलालाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै असुरक्षित गर्भपतनको जोखिमबाट जोगाउने काम

गरेको छ । आ.व. २०६७/६८ (२०११/१२) मा ४८७ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ९५३०६ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएकोमा आ.व. २०६९/७० (२०१३/१४) मा ५७४ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ८४०११ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको देखिन्छ । सुरक्षित तवरबाट गर्भपतन सेवा लिँदा गर्भपतनका जटिलता न्यून हुने तथा यसलाई व्यवस्थापन गर्न सहज हुने देखिन्छ ।

आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम अर्न्तगत आ.व. २०६६/६७ सम्म २६००० जना उपचारबाट लाभान्वित भएकोमा आ.व. २०६८/६९ मा यो संख्या ४०००० पुगेको छ । आइ खस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकाले जीवनस्तरमा प्रभाव परेको देखिन्छ ।

फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम नेपाल सरकारको आफ्नै नयां कार्यक्रम रहेकोले प्राथमिक चरणमै रहेको छ । अर्न्तराष्ट्रिय सहयोगी निकाय युएनएफपिए को सहयोगमा यो कार्यक्रम विशेष गरी नेपालका तीन अस्पताल (पाटन अस्पताल, परोपकार प्रसूति अस्पताल र वी. पी. के. आई. एच. एस. अध्ययन) बाट सेवा प्रदान भइरहेको भए पनि हालसम्म कति लाभान्वित भए भन्ने तथ्यगत अभिलेख भने पाइदैन ।

बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम केन्द्रीयस्तरका थोरै अस्पतालहरुमा मात्र सेवा प्राप्त हुने र ज्यादै कम पहुँच र खर्चिलो भएका कारण सर्वसाधारण जनताको पहुँचबाट टाढा रहेको छ ।

सरकारी तवरबाट पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोजपड्ताल तथा रोकथाम कार्यक्रम अर्न्तगत कुनै ठोस कार्यक्रम आउन सकेको छैन । अधिकांश स्वास्थ्य संस्थामा यो कार्यक्रम नभएको र उल्लेख्य स्वास्थ्य संस्थाले खोजपड्ताल गरेर सम्बन्धित संस्थामा प्रेषण गरेका छन् ।

प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अनुसन्धान कार्यक्रम पर्याप्त छैनन् । प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न अध्ययन गर्दै आए पनि यस कार्यक्रमको नतिजाको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा दिइएको सुझाव कार्यान्वयन गर्नु आवश्यक देखिन्छ ।

विगत ५ वर्षमा देशमा भएका सडक विस्तार, शिक्षा क्षेत्रमा भएका उपलब्धि, खानेपानी तथा सरसफाईमा सुधार, महिला सशक्तीकरण अधिकार र न्याय क्षेत्रमा भएका प्रगति, कृषि तथा पोषणमा आएको सुधार, सूचना र प्रविधिको पहुँचमा बृद्धि, समता र लैङ्गिक समावेशीकरणका लागि सरकारी एवं गैर सरकारी तवरबाट भएका प्रयासहरुले पनि समग्र महिला स्वास्थ्यका उपलब्धिहरुमा प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष प्रभाव पारेको मान्न सकिन्छ ।

#### ४.५. कार्यक्रमको दीगोपना

ग्रामीण तहसम्म राम्रो उपस्थिति भएको परिवार नियोजन कार्यक्रम, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमहरु मा लगानी भएको





बजेटको ठूलो हिस्सा सरकारको रहेको छ । त्यस्तै बजेट विनियोजनका हिसाबमा हेर्दा यो कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव देखिन्छ । यस कार्यक्रम सञ्चालनार्थ आवश्यक पर्ने नीति नियम बन्नुका साथै समयानुकूल परिष्कृत भइरहेका छन् । मानव संसाधन परिपूर्तिको सबालमा धेरै गर्न बाँकी रहेतापनि कार्यक्रमलाई दिइएको प्राथमिकता, कार्यक्रमको प्रभावकारिता, सम्बन्धित संघ संस्था नागरिक समाज शिक्षण अस्पताल नीजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यले गर्दा कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव देखिन्छ ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको लागि पनि पर्याप्त बजेट विनियोजन नभएतापनि विनियोजित रकममा सरकारी हिस्सा उल्लेख्य रहेको छ । यस कार्यक्रमका लागि चाहिने आवश्यक नीति निर्देशिका बनेका छन् । भौतिक पूर्वाधारको अभाव र यथेष्ट जनशक्तिको अभावमा कार्यक्रम सोचेजति प्रभावकारी बन्न सकिरहेको छैन । यस कार्यक्रममा सबै साभेदारहरूलाई समेट्न नसकेपनि स्थानीय तवरमा साभेदारी राम्रो रहेको छ ।

किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमका लागि विनियोजित बजेटको ठूलो हिस्सा बाह्य सहयोग रहेको छ । पूर्वाधार जनशक्ति अन्य प्राविधिक पक्ष पनि विस्तारकै क्रममा रहेको छ । यसका लागि आवश्यक पर्ने नीति निर्देशिका तयार भइसकेका छन् । अन्य सरोकारवालाहरूसँगको सहकार्य र समन्वयको अवस्था राम्रो रहेको छ ।

गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, आइड खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम र फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम का लागि आवश्यक आर्थिक नीति निर्देशिकाहरू बनेका छन् । यी निर्देशिकाहरू परिमार्जन र परिष्कृत गर्ने काम समयानुकूल गरिँदै आएको छ । यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमको लागि आवश्यक बजेट र लगानी नभएतापनि सरकारले नयाँ नीतिमा यसलाई सम्बोधन गरेको छ । सम्बन्धित संघ संस्था नागरिक समाज शिक्षण अस्पताल नीजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्य भएकाले दीगोपना सम्भव देखिन्छ ।

#### ४.६. समग्र निचोड

समग्रमा सान्दर्भिकता, प्रभावकारिता, कार्यदक्षता, प्रभाव र दीगोपनालाई लेखाजोखा गर्दा एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम सन्तोषजनक मान्न सकिन्छ । समग्र निचोड तल तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ :-





तालिका नं. ४ मूल्याङ्कनका मापदण्ड, नतिजा र प्रमुख निचोडहरु

| मूल्याङ्कनका मापदण्डहरु | मूल्याङ्कनका नतिजाहरु | प्रमुख निचोडहरु  |
|-------------------------|-----------------------|--|
| १. औचित्यता             | उच्च औचित्यपूर्ण (क)  | नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ ले प्रजनन स्वास्थ्यलाई महिलाको मौलिक हकको रूपमा प्रतिस्थापित गरेको छ । नेपाल सरकारले तर्जुमा गरेको स्वास्थ्य नीति २०७१, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २०१०-२०१५ लगायत अन्य रणनीतिहरु र निर्देशिकाहरुले एकीकृतमहिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य प्याकेज अर्न्तगतका कार्यक्रमहरुलाई निकै प्राथमिकतामा राखेका छन् । यी कार्यक्रमहरु सरकारले अन्तराष्ट्रिय मञ्च र देशका नीति निर्देशिकाहरुमा व्यक्त गरेको लक्ष्यप्रतिको प्रतिबद्धता अनुरूप छ । यस अध्ययनमा सहभागी मुख्य सूचना दाताहरुको विचारमा पनि यी प्राथमिकता पाउनुपर्ने र अत्यन्त सान्दर्भिक कार्यक्रमहरु हुन् । सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम ( आमा सुरक्षा कार्यक्रम)को कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूतिजाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेकोले मातृमृत्युदर घटाउन धेरै राम्रो भूमिका रहेको छ । त्यस्तै अधिकांश सूचनादाताहरुले यी कार्यक्रमहरुले मातृ स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, महिला सशक्तीकरण, गरिबलाई स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच र बाल स्वास्थ्य सुधारमा उल्लेख्य योगदान दिएकाले अत्यन्त सान्दर्भिक भएको बताएका छन् ।   |
| २. प्रभावकारिता         | प्रभावकारी (ख)        | सबै अस्पतालमा सात किसिमका, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा डिपो, पिल्स, कण्डम, आइयुसिडी र इम्प्लान्टगरी ५ प्रकारका परिवार नियोजनको साधन उपलब्ध गराउनु पर्ने भएता पनि एक अध्ययनले करिब १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा मात्र सबै साधन उपलब्ध भएको देखाएको छ । सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत मात्र पुगेको देखिन्छ । सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा झरेको देखाएको छ । बृहत आधारभूत प्रसूति स्याहार भएका जिल्लाहरुको प्रतिशत ९३.३ पुगेको देखिन्छ । त्यसैगरी वि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ८० प्रतिशत पुऱ्याउने र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी ७० प्रतिशत पुऱ्याउने भएता पनि वि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र मात्र ४७.३ प्रतिशत र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी मात्र ३७.२ प्रतिशत मात्र रहेको छ । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २०१३/१४ सम्म आइपुग्दा ५६ प्रतिशत पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न भने मुस्किल देखिन्छ । स्वास्थ्य केन्द्रमा |



|  |   |
|--|---|
|  | <p>बच्चा जन्माउने महिला मध्ये जम्मा आधाले (५३ %) ले सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको बताएका छन् । त्यस्तै गरेर यस अध्ययनमा समावेश भएका र स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माएका महिला मध्ये जम्मा २३.८ प्रतिशतले मात्र ४ पटक गर्भ जाँच गरेवापत यातायात खर्च पाएको बताएका छन् ।</p> <p>विपन्न, पहुँच बाट टाढा रहेका र ग्रामीण भेगका जनताको घरदैलोमा स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने उद्देश्यका साथ सञ्चालित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिक र महिला स्वास्थ्य स्वयंमसेविका कार्यक्रमले सेवा दिनेको संख्यामा उल्लेख्य रूपमा वृद्धि भएको छ ।</p> <p>किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यक्रम प्रारम्भिक चरणमा रहेता पनि यो कार्यक्रमको उपलब्धि भने सकारात्मक रहेको छ । सन् २०१५ सम्ममा १००० स्वास्थ्य संस्थामा किशोरकिशोरी मैत्री सेवा पुऱ्याउने लक्ष्य राखिएकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा यो सेवा पुगेको छ ।</p> <p>जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनडिएचएस) २०११ अनुसार पहिलेको भन्दा गर्भपतन सुरक्षित भएको र सेवाग्राहीको सेवा लिने दर बढेको छ । तर, अबै पनि गर्भपतन सम्बन्धी आवश्यक कानुनी चेतनाको स्तर भने अबै कम (३८ प्रतिशत) रहेको देखाएको छ ।</p> <p>आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन हुन नसकेता पनि २०६९/७० को अन्त्यसम्म करिब ४०००० सफल शल्यक्रिया गरी सकिएको छ भने २०६९/७० मा ३३०२४ महिलामा यो रोगको निदान गरी उपचार गरिएको छ ।</p> <p>अधिकांश स्वास्थ्य संस्थामा बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम छैन र सरकारी स्तरबाट पनि सबैको पहुँचमा पुग्ने गरी सञ्चालन गरेको देखिदैन ।</p> <p>नेपाल सरकारले प्रजनन् स्वास्थ्यमा गरेका प्रतिबद्धता अनुरूप आमा सुरक्षा कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, किशोर किशोरी कार्यक्रम, आइ खस्ने रोकथाम कार्यक्रम, प्राथमिक स्वास्थ्य गाउँघर क्लिनिकमा लक्ष्य प्राप्तिको बाटोमा अग्रसर देखिन्छ । यी बाहेकका</p> |
|--|---|

|                       |                                |   |
|-----------------------|--------------------------------|---|
|                       |                                | <p>अरु कार्यक्रमहरु अभैपनि प्रारम्भिक र विकासको चरणमै रहेकाले प्रभावकारिता निक्यौल गर्न नसकिएपनि कार्यक्रमहरु लक्ष्य अनुरूप विस्तार भइरहेका छन् । अधिकांश कार्यक्रमले महिलामा जनचेतना बढाउन र गरिब एवं सीमान्तकृत जनताहरुको पहुँच बढाउनमा योगदान गरेको छ । यी कार्यक्रम कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूति जाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेको छ । यसले विगत ५ वर्षमा महिला मृत्युदर घटाउन ठूलो योगदान दिएको छ ।</p>  |
| <p>३. कार्यदक्षता</p> | <p>सामान्य कार्यदक्षता (ग)</p> | <p>एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकारको बजेट योगदान ५४ प्रतिशत रहेको छ । विकास साभेदारहरुमा पुल फण्डको योगदान ४१% छ ।</p> <p>नेपालको वित्तीय सुधार कार्यक्रम लागु भए पश्चात एकीकृत रुपमा परिचालन भएको छ । विगत दुई वर्ष भन्दा अघिदेखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले यी समस्याहरु समाधान गर्न वित्तीय व्यवस्थापन सुधार योजना लागु गरेको छ । केही क्षेत्रमा प्रगति पनि देखिएको छ जस्तै बजेटको कार्यान्वयन दर बढेको पाइन्छ । वित्तीय व्यवस्थापनमा देखिएका समस्याहरु भन्नाले रकम निकासामा विलम्ब, बजेट कार्यान्वयनमा देखिएको सक्षमता र प्रभावकारिताको कमी र सामान्यतया कमजोर नियन्त्रण प्रणाली मुख्य छन् । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (MDAC Annual Review 2070/71) अनुसार जिल्लास्तरमा ८०% देखि ९०% सम्म, केन्द्रीय स्तरमा भौतिक तथा वित्तीय प्रगतिभएको आयोजना अर्न्तगत एकीकृत प्रजनन् तथा महिला स्वास्थ्य कार्यक्रम ८५% भौतिक ८५% वित्तीय प्रगतिभएको पाईयो । त्यसैगरी केन्द्रीयस्तरमा ७०% भौतिक ७१% वित्तीय प्रगतिभएको पाईयो ।</p> <p>मेडिकल डाक्टरको पदपूर्तिको अवस्था हेर्दा अभैपनि २३% खालि छ । जबकि यो नै स्वास्थ्य संस्था स्थापना, सञ्चालन तथा स्तरोन्नति मापदण्ड सम्बन्धी निर्देशिका, २०७० ले परिकल्पना गरे अनुरूप आवश्यक पदनै कम देखिन्छ । स्टाफ नर्स, अनमीको पदपूर्तिको अवस्था ९९%, प्यारामेडिक्स ८७%, र अन्य करिब ९३% छ । समग्रमा अभै ११% जनशक्तिको अभाव देखिन्छ । करिब ३१% सबै प्रकारका स्वास्थ्यका लागि जनशक्तिको अपुग छ ।</p> <p>सुरक्षित मातृत्व तथा परिवार नियोजन कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकार तथा विकास साभेदारहरुले अन्य क्षेत्रमा भन्दा बढी बजेट विनियोजन गरेको देखिन्छ । प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता, पाठेघर खस्ने समस्या तथा फिस्टुला कार्यक्रम का लागि विकास साभेदारको</p> |

|                      |                         |   |
|----------------------|-------------------------|---|
|                      |                         | <p>सहयोग नगन्य रहेको भएता पनि नेपाल सरकारले भर्खर मात्र भए पनि बजेट विनियोजन गरी कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । विगत केही वर्षदेखि आमा कार्यक्रममा उल्लेख्य रूपमा बढेको छ । त्यसैगरी आमा कार्यक्रमको बजेट उपयोग गर्ने क्षमतामा पनि प्रत्येक वर्ष सुधार आएको छ ।</p> <p>राज्यले जस्तोसुकै परिस्थितिमा पनि आफ्ना जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु पर्ने हुदाँ यसको कार्यक्षमता अन्य वस्तुमा जस्तो दाँजेर हेर्न मिल्ने देखिदैन । त्यसमा पनि कतिपय कार्यक्रमहरूको बजेट विनियोजन रातो किताब अनुसार हुने र कार्यान्वयन तर्फ आइपुग्दा त्यही अनुसार बजेट निकासी हुने हुदाँ कार्यक्रम अनुसारको प्रतिलागत खर्चको विश्वसनीयता त्यति प्रभावकारी देखिदैन ।</p>   |
| <p>४.<br/>प्रभाव</p> | <p>प्रभावित<br/>(ख)</p> | <p>ग्रामीण भेगसम्म नै राम्रो पहुँच भएको परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई प्रभावकारी कार्यक्रमका रूपमा लिइन्छ । सन् २००६ मा भएको डेमोग्राफिक हेल्थ सर्वेको अनुसार ३.१ भएको प्रजनन दर सन् २०११ मा आउँदा २.६ मा झरेको छ (NDHS, 2011) । गत १५ वर्षमा महिलाहरूमा आधुनिक साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले बृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यद्यपि, सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले सन् २०१५ सम्ममा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ६७ प्रतिशत पुर्याउने लक्ष्यमा हालसम्मको उपलब्धि ४३ प्रतिशत मात्र रहेको छ । सन् २००६ मा २६.४% रहेको परिवार नियोजनको अपर्याप्तता सन् २०११ मा २७% पुगेको छ (NDHS, 2011) ।</p> <p>सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) ले मातृ मृत्युदर घटाउनमा ठूलो भूमिका खेलेको छ । सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा झरेको तथ्याङ्कले (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६) नेपाल सहस्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ सम्म आईपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न मुस्किल देखिन्छ ।</p> <p>आर्थिक वर्ष २०६५/६६ मा महिला स्वास्थ्य स्वयंमसेविका कार्यक्रमले प्रति स्वयंमसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० (२०६५/६६)</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>मा १९१ रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बृद्धि भई सन् २०१३/१४ ( २०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ (DoHS, 2009 &amp; 2013) । सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा स्वयंसेवकको संख्या सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आइपुग्दा ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अधि बढीरहेको छ ।</p> <p>ग्रामीण भेगमा स्वास्थ्य संस्थादेखि टाढा रहेका जनताको घरदैलोमा स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउँने उद्देश्यका साथ सञ्चालित प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम अर्न्तगत विगत पाँच वर्षमा देशभर हरेक वर्ष लाखभन्दा बढी यस्ता क्लिनिकहरु चलाइएका छन् । यसबाट सरदर १ क्लिनिकबाट औशत २० जना स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरेका छन् (DoHS, 2013) तरपनि उचित भौतिक पूर्वाधारहरुको अभाव, निरन्तरताको कमि र कुनै ठाउँमा निष्क्रिय भएका कारण यस कार्यक्रमको सोचेजति प्रभाव पार्न नसकेको देखिन्छ ।</p> <p>किशोरावस्थाको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम अर्न्तगत सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउने संस्थाको संख्या ७३२ रहेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा विशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ । नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ अनुसार सन् २००५ र सन् २०११ बीच किशोरावस्थाका जन्मदर अध्ययन गरीएकोमा प्रति हजार ९८ बाट ८१ मा भरेकामा सन् २०१२ सम्म आउदा ७४ रहेको देखिएको छ यसरी हेर्दा पनि सन् २०१५ को ७० प्रति हजारको लक्ष्य अनुरूपको प्रगतिहासिल भएको छ ।</p> <p>गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले हजारौं अनिक्षित गर्भ रहेका महिलालाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै असुरक्षित गर्भपतनको जोखिमबाट जोगाउने काम गरेको छ । आ.व. २०६७/६८ (२०११/१२) मा ४८७ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ९५३०६ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएकोमा आ.व. २०६९/७० ( २०१३/१४) मा मात्र जम्मा ५७४ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ८४०११ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको देखिन्छ । तरपनि युवाहरुमा यो सम्बन्धी सूचना र जानकारी कम हुँदा र सरकारी अनुगमन प्रभावकारी नहुनाले यो सेवालाई परिवार नियोजनकै रूपमा लिए पनि अरु नकारात्मक असरहरुको जोखिम भने बढेको छ ।</p> <p>आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम अर्न्तगत आ.व.</p> |
|--|--|

|                   |                   |  |
|-------------------|-------------------|--|
|                   |                   | <p>२०६६/६७ सम्म २६००० जना उपचारबाट लाभान्वित भएकोमा आ.व. २०६८/६९ मा यो संख्या ४०००० पुगेको छ (DoHS, 2009 &amp; 2013) । आइडिस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकाले पनि यस कार्यक्रमले जीवनस्तरमा प्रभाव परेको देखिन्छ ।</p> <p>फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको नया कार्यक्रम रहेकोले प्रारम्भिक चरणमै रहेको छ र हालसम्म कति लाभान्वित भए भन्ने तथ्यगत अभिलेख छैन । बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम केन्द्रीयस्तरका थोरै अस्पतालहरुमा मात्र पूर्ण सेवा प्राप्त हुने र ज्यादै कम पहुँच र खर्चिलो भएका कारण सर्वसाधारण जनताको पहुँच बाट टाढा रहेको छ ।</p> <p>सरकारी तवरबाट पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोजपड्ताल तथा रोकथाम कार्यक्रम अर्न्तगत कुनै ठोस कार्यक्रम आउन सकेको छैन । गैर सरकारी तवरमा अष्ट्रेलियन पाठेघर क्यान्सर फाउण्डेसनको सहयोगमा २२००० जना भन्दा बढी स्कुले छात्रालाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर विरुद्धको खोप लगाइएको छ (NNFCTR, 2013) । प्राय स्वास्थ्य संस्थामा यो कार्यक्रम नभएको र उल्लेख्य स्वास्थ्य संस्थाले खोजपड्ताल गरेर सम्बन्धित संस्थामा प्रेषण गर्ने गरेका छन् ।</p> <p>प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम अर्न्तगत हुने स्वास्थ्य संस्थाको नियमित अनुगमन कार्य धेरै कम मात्र हुने गरेको छ । अनुगमन भएका संस्थाहरुमा पनि नियमित र प्रभावकारी भएका छैनन् । आवधिक र विशेष प्रयोजनका लागि हुने अध्ययनहरु पर्याप्त छैनन् ।</p> <p>विगत ५ वर्षमा देशमा भएको सडक विस्तार, शिक्षाक्षेत्रमा भएको उपलब्धि, खानेपानी तथा सरसफाई मा सुधार, महिला सशक्तीकरण अधिकार र न्याय क्षेत्रमा भएका प्रगति, कृषि तथा पोषणमा आएको सुधार, सूचनार प्रविधिको पहुँचमा बृद्धि, समता र लैङ्गिक समावेशीकरणका लागि सरकारी एवं गैर सरकारी तवरबाट भएका प्रयासहरुले पनि समग्र महिला स्वास्थ्यका उपलब्धिहरुमा प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष प्रभाव परेको मान्न सकिन्छ ।</p> |
| <p>५. दीगोपना</p> | <p>दीगोपन (ख)</p> | <p>परिवार नियोजन कार्यक्रम, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमहरु मा</p>   |

|                       |                      |   |
|-----------------------|----------------------|---|
|                       |                      | <p>लगानी भएको बजेटको ठूलो हिस्सा सरकारको रहेको छ (FHD, 2014) । यस कार्यक्रम सञ्चालनार्थ आवश्यक पर्ने नीति नियम बन्नुका साथै समयानुकूल परिष्कृत भइरहेका छन् । मानव संसाधन परिपूर्तिको सवालमा धेरै गर्न बाँकि रहेतापनि कार्यक्रमलाई दिइएको प्राथमिकता, कार्यक्रमको प्रभावकारिता, सम्बन्धित संघ संस्था, नागरिक समाज शिक्षण अस्पताल निजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यले गर्दा कार्यक्रमको दीगोपन सम्भव देखिन्छ ।</p> <p>प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको लागि पर्याप्त बजेट विनियोजन नभएतापनि विनियोजित रकममा सरकारी हिस्सा उल्लेख्य रहेको छ । भौतिक पूर्वाधारको अभाव र यथेष्ट जनशक्तिको अभावमा कार्यक्रम सोचेजति प्रभावकारी बन्न सकिरहेको छैन । यस कार्यक्रममा सबै साभेदारहरूलाई समेट्न नसकेपनि स्थानीय तवरमा साभेदारी राम्रो रहेको छ । किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमका लागि विनियोजित बजेटको ठूलो हिस्सा बाह्य सहयोग रहेको छ (FHD, 2014) । पूर्वाधार जनशक्ति र अन्य प्राविधिक पक्ष पनि विस्तारकै क्रममा रहेको छ । यसका लागि आवश्यक पर्ने नीति निर्देशिका तयार भइसकेका छन् । गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, आड खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम र फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रमका लागि आवश्यक आशिक नीति निर्देशिकाहरू बनेका छन् । यी निर्देशिकाहरू परिमार्जन र परिष्कृत गर्ने काम गरिँदै आएको छ । यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमको लागि आवश्यक बजेट र लगानी नभएतापनि सरकारले नयाँ नीतिमा यसलाई सम्बोधन गरेको छ । सम्बन्धित संघ संस्था नागरिक समाज शिक्षण अस्पताल निजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यको अवस्था पनि सामान्य देखिएको छ ।</p> |
| <p>६. समग्र निचोड</p> | <p>सन्तोषजनक (ख)</p> | <p>समग्रमा यस तालिकामा प्रस्तुत भए अनुसार सान्दर्भिकता, प्रभावकारिता, कार्यदक्षता, प्रभाव र दीगोपनालाई लेखाजोखा गर्दा एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य प्याकेज अर्न्तगतका कार्यक्रम सन्तोषजनक मान्न सकिन्छ ।</p>  |

#### ५. सुभावहरू

- मातृ मृत्युदर घट्दो क्रममा भएपनि यसलाई प्रभाव पार्ने अन्य सूचकाङ्कहरू जस्तै: परिवार नियोजनका साधन प्रयोग दर, चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्या आदि सन्तोषजनक नभएकोले यसलाई पुरा हुने आधार निर्माण गर्नु पर्ने देखिन्छ।
- सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत मानव संसाधन कम भएको पाईएकाले नेपाल सरकारले कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्दा आवश्यक पर्ने मानव संसाधनको व्यवस्थापनमा जोड दिन जरुरी देखिन्छ।
- प्रजनन स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित अत्यावश्यक औषधि तथा उपकरणको उपलब्धता स्वास्थ्य संस्थामा न्यून देखिएको हुँदा त्यसको सहज आपूर्ति गर्ने व्यवस्था गर्नुपर्ने देखिन्छ।





# परिचय

## (Introduction)

### १. परिचय

#### १.१ पृष्ठभूमि

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति १९९१ (२०४७) र प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यनीति १९९८ (२०५४) ले निदृष्ट गरेको प्रजनन् स्वास्थ्य अर्न्तगतका विभिन्न कार्यक्रमहरूका विवरण, हिसाव र लागत सन् २०११/१२ (२०६७/६८) अघि छुट्टै हुने गर्दथ्यो । यसले गर्दा विभिन्न कार्यक्रमहरूको एकीकृत रूपमा योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कनमा हुने असजिलोपना हटाउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई एउटै छाता मुनि ल्याई कार्यान्वयन गर्ने अवधारणा ल्याएको हो । त्यसकारण यी कार्यक्रमहरूलाई एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम भनेर सन् २०११/०१२ देखि एकमुष्ठ रूपमा योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्न थालिएको हो ।

सन् १९९४ को जनसंख्या तथा विकास सम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलनबाट अभिप्रेरीत भई नेपाल सरकारले सन् १९९८ मा राष्ट्रिय प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यनीतिको तर्जुमा गर्‍यो । यो नीति सन् १९९१ को स्वास्थ्य नीतिमा आधारित थियो र यस नीतिलाई अझ परिष्कृत रूपमा नयाँ राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०१४ (२०७१) ले निरन्तरता दिएको छ । तल उल्लेखित विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई एकीकृत प्रजनन् स्वास्थ्यको प्याकेज अर्न्तगत राखिएका छन् ।

- परिवार नियोजन कार्यक्रम
- सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)
- गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम
- आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम
- महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम
- किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम
- फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम
- बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम
- प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम
- पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम



## १.२ एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा अर्न्तगतका कार्यक्रमहरूको परिचय

### १.२.१. परिवार नियोजन कार्यक्रम

राष्ट्रिय परिवार नियोजन कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य गुणस्तरीय परिवार नियोजन सेवाको पहुँचमा अभिवृद्धि गरी त्यसबाट आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सुधार गर्दै समग्र परिवारको गुणस्तरीय जीवनमा सुधार गर्नु रहेको छ । नेपालमा परिवार नियोजन कार्यक्रमको सुरुवात गर्ने श्रेय नेपाल परिवार नियोजन संघको स्थापना सन् १९५९ मा भएसँगै जान्छ । तत्पश्चात नेपाल सरकारले सन् १९६५ मा मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य महाशाखाको स्थापना गरी परिवार नियोजनको कार्यलाई सरकारी तवरबाट सुरु गरी हाल परिवार स्वास्थ्य महाशाखा अर्न्तगत निरन्तरता दिइरहेको छ । यस कार्यक्रमलाई पारिवारिक स्वास्थ्यको उन्नति गराउने प्रमुख मियोको रूपमा लिईन्छ । यो कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको पहिलो प्राथमिकतामा रहेको छ ।

नेपाल सरकारको सामाजिक बजारीकरण नीति अनुरूप सरकारी संस्था, गैर सरकारी संस्था र निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक मार्फत निम्न परिवार नियोजनका सेवाहरू प्रदान गरिदै आएको छ ।

१. स्वेच्छिक अप्रेशन कार्य (स्थायी परिवार नियोजन साधन) ।

- सम्पूर्ण जिल्लाको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र अस्पतालबाट सेवा प्रदान गर्ने ।
- सम्पूर्ण जिल्लामा आवश्यकता अनुसार घुम्ती सेवा मार्फत यो सेवा प्रदान गरिएको छ ।

२. जन्मान्तर विधि

- मुखबाट खाने पिल्स र कण्डोम, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयमसेवक मार्फत वडा स्तरमा वितरण गर्ने ।
- मुखबाट खाने पिल्स, कण्डोम र डिपो सम्पूर्ण उप स्वास्थ्य चौकी, स्वास्थ्य चौकी र गाउँघर क्लिनिक बाट उपलब्ध गराउने ।
- मुखबाट खाने पिल्स, कण्डोम, डिपो, ईम्प्लान्ट, आई.यू.सी.डी. तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी रहेको स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र अस्पताल ।
- परिवार नियोजन सम्बन्धी परामर्श ।
- प्रेषण सेवा

### परिवार नियोजन सम्बन्धी कार्यक्रमका नीतिहरू:

१. बृहत तथ्य र सूचना को माध्यमबाट नेपालको जुनसुकै ठाउँमा बस्ने महिला र पुरुषमा स्वेच्छिक निर्णयको माध्यमबाट गुणस्तरीय परिवार नियोजनको सेवामा महत्व दिने ।
२. परिवार नियोजन सेवा नेपाल सरकार, निजि तथा गैर सरकारी र सामाजिक बजारीकरणको माध्यमबाट परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध गराईने छ ।
३. परिवार नियोजनलाई महिला र पुरुष दुबैको प्रजनन् अधिकारको रूपमा स्थापित गर्ने ।
४. परिवार नियोजन सेवाको उपलब्धता र पहुँचमा बृद्धि गर्ने ।
५. परिवार नियोजन सेवालार्इ अन्य स्वास्थ्यसेवासँग प्रभावकारी रूपमा एकीकृत गर्ने ।



६. सेवा प्रदायक र स्वास्थ्यसंस्थाहरूको क्षमता विकासको लागि विभिन्न गतिविधि सञ्चालन गर्ने ।
७. परिवार नियोजन सेवामा पुरुषलाई भन्दा महिलालाई बढी संलग्न गराउन विभिन्न सृजनशील विधिको सुरुवात गर्ने ।
८. तथ्य र ज्ञानमा आधारित भएर परिवार नियोजन साधनको उपयोगिता गर्ने, समुदायको निर्णय क्षमताको बृद्धि गर्न विभिन्न व्यवहार परिवर्तन गर्ने खालका प्रचारात्मक कार्यहरू गर्ने ।
९. परिवार नियोजन साधनको चाहना अनुसार अपरिपुर्त माग रहेको स्थानमा विशेष समूह र समुदायको माग अनुरूप परिवार नियोजनको आवश्यकता पुर्ति गर्न विशेष समूह केन्द्रित कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने ।

### सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)

नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ (सन् २००६) बमोजिम आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क उपभोग गर्न पाउने जनताको अधिकारलाई प्रत्याभूती गर्न नेपाल सरकारद्वारा आ.व. २०६५/६६(सन् २००८/०९) को नीति तथा कार्यक्रम मार्फत सम्पूर्ण सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भवती तथा प्रसूती सेवा निःशुल्क प्रदान गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको थियो । नेपाल सरकारद्वारा संचालित सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको प्रभावकारिताको कारणले विद्यमान मातृ मृत्युदरमा उल्लेख्य रुपमा कमी आएको छ । यस यथार्थ र हालसम्म प्राप्त उपलब्धीहरूलाई मध्यनजर गर्दै सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी दीर्घकालीन योजना र सहश्राव्दी विकास लक्ष्यमा तोकिएको उपलब्धि हाँसिल गर्न सेवाग्राही महिलाको स्वास्थ्य संस्थासम्मको पहुँच बढाई, सेवा प्रदायक संस्थालाई समेत अभिप्रेरित गरी तालिम प्राप्त स्वास्थ्य कर्मीबाट निःशुल्क प्रसूती सेवा प्रदान गर्न आवश्यक भएकोले नेपाल सरकारले आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागु गरेको थियो । नेपाल सरकार अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थामा वा घरमा प्रदान गरिने निःशुल्क प्रसूती सेवा र नेपाल सरकारले मान्यता दिएका निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य तथा शिक्षण संस्थामा प्रदान गरिने निःशुल्क प्रसूती सेवा र सेवाग्राही महिलालाई स्वास्थ्य संस्थामा आउन जान तोकिएको यातायात खर्च दिने सम्पूर्ण कृयाकलापलाई एकमुष्ट रुपमा आमा सुरक्षा कार्यक्रम भनिएको छ ।

### सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका रणनीति

- सुरक्षित मातृत्व लगायत प्रजनन स्वास्थ्यका अन्य तत्वहरूमा गरिएको प्रतिबद्धता र वकालतलाई सुनिश्चित गर्दै केन्द्र, क्षेत्र, जिल्ला र समूदायतहमा अन्तर क्षेत्रीय सहकार्यलाई बढावा दिनु ।
- दक्ष प्रसूति कर्मीबाट हुने सुत्केरी, आधारभूत र संक्षिप्त सेवा (परिवार नियोजन सहित) लाई विस्तार एवं सशक्तीकरण गर्नु ।
- समुदायमा महिलाको अवस्था एवं खोजलाई प्रबृद्धन गर्दै योजना तर्जुमा गुणस्तरीय सेवा र लागतलाई अभै प्रभावकारी बनाउन योगदान दिनु ।



आमा सुरक्षा कार्यक्रमको नीति बमोजिम सुविधा वितरण गर्दा सर्वप्रथम गर्भवती तथा प्रसूति सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने, सेवाग्राही महिलालाई गर्भवती तथा प्रसूति सेवा लिन आवापत यातायात खर्च भुक्तानी गर्ने, निःशुल्क सेवा दिए वापत संस्थाको इकाइ मुल्य स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिले लिने र घरमा गई सेवा दिएका सेवा प्रदायकलाई क्रमशः प्राथमिकता कायम गरी सो अनुसारको प्राथमिकताका आधारमा प्रोत्साहन रकम वितरण गर्ने व्यवस्था गर्ने गरिएको छ ।

निशुल्क प्रसूतिसेवा तथा आमा र सेवा प्रदायकलाई आर्थिक प्रोत्साहन प्रदान गर्ने आमा सुरक्षा कार्यक्रमको मुल रणनीति र कार्यनीति अनुसार (सन् २००५ मा मातृत्व प्रोत्साहन परियोजना र सन् २००६ मा सुरक्षित प्रसूति प्रोत्साहन कार्यक्रम भनिएको) देश भरि नै सञ्चालित छ । स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा प्रसूति हुने महिलाले हिमाली क्षेत्रमा रु १५००, पहाडी क्षेत्रमा रु. १००० र तराई क्षेत्रमा रु. ५०० यातायात खर्च पाउँछन् । सामान्य प्रसूतिमा औषधि, सेवा र उपकरणको लागि २५ शैया भन्दा कमको स्वास्थ्य सेवा केन्द्रले प्रति शिशु रु १००० र २५ शैया भन्दा बढीको स्वास्थ्य सेवा केन्द्रले प्रति शिशु रु १५०० पाउँछन् । जुनसुकै आकारको स्वास्थ्य सेवा केन्द्र भए पनि जटिल प्रसूतिमा प्रति शिशु रु ३००० र अप्रेसन गर्नु परेको अवस्थामा क्रमशः रु ७००० एक मुष्ठ पाउँछन् । स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो प्रोत्साहन भत्ताको लागि व्यक्तिगत रुपमा माग गर्नु पर्दैन, स्वास्थ्य सेवा केन्द्रले नै आवधिक रुपमा स्वास्थ्यकर्मीको तर्फबाट माग गर्छन् । घरमा प्रसूति गराउन निरुत्साहित गर्ने उद्देश्यले घरैमा प्रसूतिगराउने स्वास्थ्यकर्मीको प्रोत्साहन भत्ता भने रु ३०० बाट घटाएर रु २०० तोकिएको छ ।

### किशोरावस्थाको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम

अन्तर्राष्ट्रिय जनसंख्या तथा विकास सम्बन्धी सम्मेलन (ICPD) को कार्य योजना लगायतका विभिन्न अन्तर्राष्ट्रिय सन्धी र सम्मेलनहरूमा नेपाल सरकारले व्यक्त गरेका प्रतिबद्धता एवं देशको वर्तमान आवश्यकता अनुसार यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई समग्र स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण क्षेत्रका रुपमा लिइएको छ । यसै अनुरूप नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले पनि राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीति र योजना सन् १९९७ (२०५५) तयार पारी कार्यान्वयन गरेको थियो । उपरोक्त रणनीतिमा किशोर-किशोरीहरूको स्वास्थ्य तथा विकासलाई समग्र प्रजनन स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण अङ्गको रुपमा अंगीकार गरेको थियो । किशोर-किशोरीहरूको स्वास्थ्य तथा विकासका आवश्यकतालाई परिपूर्ति गर्ने उद्देश्यले राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीतिको परिधी भित्र रही परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले राष्ट्रिय किशोर-किशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीति सन् २००० (२०५८) तयार पारेको छ । यस राष्ट्रिय किशोर-किशोरी स्वास्थ्य तथा विकास रणनीतिलाई जिल्ला तथा मातहतका स्वास्थ्य निकायहरू, शैक्षिक संस्था, तथा नागरिक समाजसँग सम्बन्धित संस्थाहरूको तहसम्म कार्यान्वयन गर्नको लागि जिल्ला स्वास्थ्य प्रमुखहरूलाई कार्य संचालनमा सहयोग पुऱ्याउने उद्देश्यले किशोर-किशोरीहरूको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रम संचालन निर्देशिका पनि सन् २००७ (२०६४) मा तयार पारि कार्यान्वयनमा ल्याइएको छ ।

ए.एस.आर.एच विकास रणनीति २००० का उद्देश्यले किशोर किशोरी सम्बन्धित सूचना तथा सर्वाङ्गीण अवसरहरूसम्म पुग्ने उपायहरूको उपलब्धता र उपयोग बढाउने, किशोर किशोरी



सम्बन्धित प्रजनन् स्वास्थ्य र परामर्श सेवाहरूको उपलब्धता र उपयोग बढाउने र उनीहरूको कानूनी, सामाजिक तथा आर्थिक स्तर सुधार गर्न सुरक्षित र सहयोगी वातावरणको सृजना गर्ने प्रमुख रणनीति लिएको छ ।

किशोर किशोरीहरूमा प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञानको समुचित विकास तथा आधारभूत सेवाहरू प्रदान गरी उनीहरूलाई भविष्यमा सुरक्षित पारिवारिक जीवनयापन गर्न सक्षम बनाउने यस कार्यक्रमको मूल उद्देश्य रहेको छ । यसको अलावा किशोर किशोरीहरूमा प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान र चेतनाको अभिवृद्धि, परामर्श, स्वास्थ्य तथा परामर्श सेवाको पहुँच र उपयोगिता बृद्धि, कानूनी, सामाजिक र आर्थिक अवस्थामा विकास गर्न सुरक्षित तथा सहयोगी वातावरणको निर्माण गर्ने रहेको छ ।

नेपालमा राष्ट्रिय स्तरमा ए.एस.आर.एच सेवा सन् २००९ सालमा बर्दिया, सुर्खेत, दैलेख, जुम्ला र बैतडी जिल्लाको २६ स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरुवात गरिएको हो । यस कार्यक्रमको सफलतासँगै परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले सन् २०११ सालमा ए.एस.आर.एच कार्यक्रम प्याकेजको निमार्ण गरी विस्तार गरेको हो । सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवा ४९ जिल्लाका ७३२ स्वास्थ्य संस्थामा कार्यन्वयन गरिएको भएपनि भविष्यमा सम्पूर्ण जिल्लामा विस्तार गर्ने योजना रहेको छ ।

### प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति सन् १९९१ (२०४८) ले निर्दिष्ट गरे अनुसार ग्रामीण, विपन्न र सेवाबाट बञ्चित रहेका समुदायहरूमा विशेषगरी प्रवर्द्धनात्मक र रोकथाम सेवामा आधारित रहेर स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न सेवाहरू समुदायस्तरमा पुग्ने गरी सेवा दिने नीति अनुसार सन् १९९४ (२०५१) बाट प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिकको नामबाट सेवा सुरु गरी स्थापना गरिएको हो । ग्रामीण जनताहरूलाई सुलभ रूपमा सेवा उपलब्ध नहुँदा समुदायस्तरमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाहरूको उपयोग शहरी क्षेत्रको तुलनामा निकै कम छ । विगतमा सञ्चालित ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताद्वारा नियमित घरभेट गराएर जनताको घर दैलोमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तथा सूचना प्रदान गर्ने कार्यक्रम त्यति प्रभावकारी हुन सकेन । प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको विस्तारका साथै सेवा सञ्चालन गर्ने काममा स्थानीय समुदायहरूको सक्रिय सहभागितालाई बढाउने लक्ष्यका साथ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको कार्यन्वयन गरिएको हो ।

आर्थिक वर्ष सन् १९९४ (२०५१/०५२) मा जम्मा ५ वटा जिल्लाहरूबाट प्रारम्भ गरिएको यो कार्यक्रम चरणबद्ध रूपमा विस्तार गर्दै लगेर आर्थिक वर्ष सन् १९९७ (२०५४/०५५) को अन्त्य सम्ममा देशका सम्पूर्ण जिल्लाहरूमा विस्तार गरिएको थियो ।

यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य ग्रामीण भेगमा बसोबास गर्ने समुदायको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बृद्धि गर्नुका साथै परिवार नियोजन र सुरक्षित मातृत्वको पनि प्रवर्द्धन गर्नु रहेको छ । यस



कार्यक्रमले सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशु स्याहार, परिवार नियोजन, बाल स्वास्थ्य, स्वास्थ्य शिक्षा र परामर्शका साथै प्राथमिक उपचार सम्बन्धी सेवाहरु प्रदान गर्ने गर्दछ ।

यो कार्यक्रम स्थानही आवश्यकतालाई मध्यनजर गरी प्रत्येक महिनाको कम्तिमा एक पटक गा.वि.सको निश्चित स्थानमा निश्चित गते र समयमा सञ्चालन गर्ने गरिन्छ । यसरी क्लिनिक सञ्चालन गर्दा समुदायको बसोबास स्थलभन्दा आधा घण्टाभन्दा बढी हिड्न नपर्ने गरी राख्नु पर्दछ । विशेषगरी यी क्लिनिकहरु प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी र उप-स्वास्थ्य चौकीमा आधारित भएर समुदाय स्तरसम्म सञ्चालन गर्ने गरिन्छ । यी कार्यक्रमहरु ANM र AHW ले सञ्चालन गर्ने गर्दछन् भने महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयमसेविका र अन्य संघसंस्थाले यस कार्यमा सहयोग गर्दछन् । पछिल्लो तथ्याङ्क अनुसार यस कार्यक्रम अर्न्तगत गत आर्थिक वर्ष सन् २०१२/१३ (२०६९/७०) मा १३२८८४ वटा यस्ता क्लिनिक सञ्चालन भएका थिए ।

### महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका कार्यक्रम

मातृशिशु स्वास्थ्यको प्रवर्द्धनमा महिला सहभागिताको महत्वलाई मध्यनजर गर्दै नेपाल सरकारले सन् १९८८/८९ (२०४५/०४६) सालदेखि महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका कार्यक्रम सञ्चालन गर्दै आएको छ । सुरुमा २७ जिल्लाहरुबाट प्रारम्भ भएको यो कार्यक्रम चरणबद्ध रूपमा देशका ७५ बटै जिल्लाहरुमा सञ्चालनमा छ । प्रारम्भमा, प्रत्येक वडामा एकजना स्वयमसेवक छनौट गरिएकोमा पछि गएर जनसंख्याको अनुपातमा महिला स्वास्थ्य स्वयमसेवक चयन गर्न थालियो । परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको पछिल्लो तथ्याङ्क अनुसार यस कार्यक्रम अर्न्तगत ५१,४७० जना म.स्व.स्व.का रहेका छन् ।

यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य रोगको रोकथाम र निदान सेवाहरुलाई जनताको घरदैलोमा पुऱ्याएर स्वास्थ्य सेवाको उपयोग बृद्धि गर्नु तथा महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविकाको प्रमुख कार्य समुदाय स्तरमा स्वास्थ्य र स्वस्थ व्यवहारको प्रवर्द्धन गर्नु रहेको छ । जसअर्न्तगत सुरक्षित मातृत्व प्रवर्द्धन, बाल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन र अन्य सामुदायिक स्तरका स्वास्थ्य सेवाहरु रहेका छन् । यस अलावा स्वयमसेविकाले कण्डम, पिल्स, जीवनजल, आइरन चक्की, भिटामिन ए, सिटामोल, जुकाको औषधी, जिङ्ग चक्की लगायतका औषधीहरु वितरण गर्दछन् । यसका साथै जटिल समस्याहरुलाई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु र समुदायमा जनचेतना जगाउनु स्वयमसेविकको प्रमुख कार्यको रूपमा लिईन्छ ।

यस कार्यक्रमलाई नियमित तथा प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्नका लागि सन् २०१० (२०६७) सालमा संशोधित महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका कार्यक्रम नयाँ रणनीतिले यस कार्यक्रमको निरन्तरता, प्रभावकारिता र एकरूपताको बारेमा निर्दिष्ट गरेको छ । यस सँगै NHSSP-II ले पनि यस कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकतामा राखेको छ भने नयाँ स्वास्थ्य नीति २०७१ (सन् २०१४) ले समेत यसको औचित्यता माथि प्रकाश पारी निरन्तरता दिएको छ । नेपालमा मातृशिशु मृत्युदरमा कमि आउनुमा महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविकाको भूमिकालाई महत्वपूर्ण मानिन्छ साथै महिला सशक्तीकरणमा पनि यसको योगदान रहेको छ । पछिल्लो समय सन् २००८/०९ (२०६४/६५) मा



स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले प्रत्येक गा.वि.समा रु ५०,००० बराबरको FCHV कोषको स्थापना गरी त्यसलाई स्वयम्सेविका तथा समुदायको हितमा हुने गरी प्रयोगमा ल्याउने निर्णय समेत गरेको छ ।

### सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम

सुरक्षित गर्भपतन सेवाले अनिश्चित गर्भ रोकथाम गर्न नपाएका वा छुटेका महिलाहरूलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवाको उपलब्ध गराई महिला स्वास्थ्यको प्रवर्द्धन गर्न सहयोग गर्दछ । तथापि यो सेवा परिवार नियोजनको सेवा नभई आपत्कालीन अवस्थामा महिलाको अधिकार सुनिश्चित गरी प्रजनन स्वास्थ्य सुधार गर्न कानुनीरूपमा सञ्चालन गरिएको छ । यस कार्यक्रममा विशेषगरी परिवार नियोजन, सुरक्षित गर्भपतन र गर्भपतन पछिको सेवा एकीकृत रूपमा प्रदान गरिन्छ । यसले अनिच्छित गर्भ रोकथाम गर्न र असुरक्षित गर्भपतनको जोखिमबाट जोगाई, महिलालाई आफ्नो पारिवारिक योजना निर्माण गर्न सहयोग पुग्दछ ।

नेपालमा हाल गर्भपतनलाई कानूनी मान्यता दिइएको छ, तापनि असुरक्षित गर्भपतनको कारणले वर्षेनी कैयौं महिलाहरूको मृत्यु हुने गर्दछ । तसर्थ: गर्भपतनको कारणले उत्पन्न हुने जटिलताहरूको उपचार गर्ने तथा आमाको जीवन सुरक्षाको निमित्त विशेष परिस्थितिमा गर्भपतन सेवाहरू सबै जिल्ला अस्पतालहरू, नेपाल सरकारको स्विकृतीमा सञ्चालित गैर सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध छ ।

सुरक्षित गर्भपतनको सेवा उपलब्धता गराई महिला स्वास्थ्यको प्रवर्द्धन गर्नु, परिवार नियोजनको साधनको उचित प्रयोगबारे परामर्श दिनु, प्रयोगदर बृद्धि गर्नु र असुरक्षित गर्भपतनका कारणबाट हुने अस्वस्थता, जटिलता, मृत्युको संख्यालाई घटाउनु यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य रहेको छ । परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको पछिल्लो तथ्याङ्क अनुसार यस कार्यक्रम अर्न्तगत गत आर्थिक वर्ष सन् २०१२/१३ (२०६९/७०) सम्म ५७४ सूचीकृत बृहत सुरक्षित गर्भपतन सेवा केन्द्र संचालनमा छन् । त्यसैगरी १७९ वटा औषधिबाट गराईने गर्भपतन (Medical Abortion) सेवाको सूचीकृत केन्द्र संचालनमा छन् ।

नेपालको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी कानून अनुसार तलको अवस्थामा गर्भपतन गर्न सकिन्छ ।

- (क) बाह्र हप्तासम्मको गर्भ सम्बन्धित गर्भवती महिलाको मञ्जुरीले,
- (ख) जबरजस्ती करणी वा हाडनाता करणीबाट रहन गएको अठार हप्तासम्मको गर्भ सम्बन्धित गर्भवती महिलाको मञ्जुरीले र
- (ग) चिकित्सको राय र सुझाव अनुसार तलको अवस्थामा जुनसुकै बेलामा
  - सम्बन्धित गर्भवती महिलाको ज्यानमा खतरा पुग्ने,
  - सम्बन्धित गर्भवती महिलाको स्वास्थ्य शारीरिक वा मानसिक रूपले खराब हुने,
  - विकलाङ्ग बच्चा जन्मने अवस्था रहेको



- भ्रूणमा गम्भीर कमी, कमजोरी भएको कारणले गर्भमै मृत्यु हुन सक्ने सम्भावना भएको वा जन्मेर पनि बाँच्नै नसक्ने गरी गर्भको बच्चामा खराबी रहेको,
- बंशाणुको (जेनटीक) खराबीले वा अन्य कुनै कारणले बच्चामा गम्भीर शारीरिक वा मानसिक अशक्तता हुने अवस्था रहेको ।

### बाँझोपनको रोकथाम तथा उपचार कार्यक्रम

बाँझोपन अर्थात सन्तान उत्पादन गर्न असमर्थ हुनु प्रजनन् स्वास्थ्यको एक समस्या हो । बाँझोपनले दम्पतीको सन्तान पाउने चाहनालाई पूरा गर्नबाट रोक लगाउँछ । बाँझोपनले गर्दा हाम्रो जस्तो समाजमा महिलाहरूलाई बढी जिम्मेवार ठहर्‍याई हेलाको दृष्टिकोणले हेरिन्छ, जसको फलस्वरूप बहुविवाह जस्तो सामाजिक समस्या उत्पन्न हुन्छ । अहिलेसम्म नेपालमा सरकारी तवरबाट बाँझोपन सम्बन्धी उपचारको उचित सुविधा छैन । केन्द्रीयस्तर र केही निजी क्लिनिकहरूमा यस सम्बन्धी सेवा उपलब्ध भएतापनि यस्ता सेवाहरू ज्यादै खर्चिलो हुने भएकोले सर्वसाधारण जनताको पहुँचबाट टाढा रहेको छ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ (सन् २०१४) ले बाँझोपनालाई Surrogacy सम्बन्धी कानूनद्वारा व्यवस्थित गर्ने नीति लिइएको छ । बाँझोपन निवारण केन्द्रको अनुसार चाँडै नै नेपालमा बाँझोपन व्यवस्थापन सम्बन्धी निर्देशिका कार्यान्वयनमा आउँदै छ ।

यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य बाँझोपनको विषयमा सकारात्मक जागरण ल्याउने कार्यक्रम संचालन गर्ने, रोकथामको कार्य गर्ने, उपयुक्त शिक्षा तथा परामर्श सेवाहरूको व्यवस्था गर्ने र बाँझोपन भएका महिला तथा पुरुषलाई उचित उपचार सेवा प्रदान गर्ने रहेको छ ।

### आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

महिलाहरूमा देखा पर्ने प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न समस्याहरू मध्ये पाठेघर (आइ) खस्ने समस्या प्रमुख चुनौतिका रूपमा देखिएको छ । यसले शारीरिक रूपमा विभिन्न समस्याहरू ल्याउनुका साथै मानसिक रूपमा पनि जटिलताहरू उत्पन्न गराउँदछ र महिलाहरूको समष्टिगत विकास प्रक्रियामा समेत अवरोध सिर्जना गर्दछ । नेपालमा वर्षेनि ६ लाख भन्दा बढी महिलाहरू यो समस्याबाट ग्रसित भएको तथ्य हाम्रो सामु छ । विभिन्न जिल्लाहरूमा सञ्चालन गरिएको स्वास्थ्य शिविरमा आएका महिलाहरू मध्ये ३० प्रतिशत तराई जिल्लाका र ७० प्रतिशत पहाडी जिल्लाका महिलाहरू पाठेघर (आइ) खस्ने समस्याबाट पीडित भएको देखिएको छ ।

आइ खस्ने समस्या महिलाको रोग मात्र नभई प्रजनन् स्वास्थ्य अधिकार, लैङ्गिक समता र महिला सशक्तिकरणसँग सम्बन्धितसमेत रहेको छ । आइ खस्ने समस्याका थुप्रै प्रत्यक्ष र अप्रत्यक्ष कारणहरू रहेका छन् । यो समस्याको समाधान भनेको महिलाको प्रजनन् स्वास्थ्य हक र अधिकारको पहुँचको रूपमा हेरिएको छ र NHSP-II को अप्रत्यक्ष लक्ष्यको रूपमा समेत रहेको छ ।

यो समस्या सम्बोधन गर्न विभिन्न योजना र रणनीतिहरू (स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति, २००३; नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना सन् २००४-२००९; पाठेघर खस्ने समस्याको रोकथाम र व्यवस्थापन सम्बन्धी बहुपक्षीय रणनीति सन् २००८ (मस्यौदा); दोश्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना





(सन् १९९७-२०१७) ले निर्देशित गरे बमोजिम सार्वजनिक निजी साभेदारी अवधारणा अनुरूप कार्यक्रम सञ्चालन गरेको छ । नेपाल सरकारको चालू आर्थिक वर्ष २०६५/६६ को घोषित नीति र कार्यक्रम बमोजिम स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले पाठेघर खस्ने समस्याको रोकथाम र उपचार सम्बन्धी कार्यविधि निर्देशिका-२०६५(सन् २००९) नेपाल सरकारबाट पारित गरी जारी गरेको छ । यस कार्यक्रमको मुख्य उद्देश्य आइ खस्ने समस्या रहेका महिलाको समयमै निदान गरी उपचारको व्यवस्था मिलाउने, जनचेतना जगाउने, निदानको विधि निर्धारण गर्ने, आवश्यकतानुसार रोकथाम तथा शल्यक्रियाको विधिबाट समस्या समाधान गर्ने, प्रसूति सेवामा महिलाको पहुँच बढाउने रहेको छ ।

### फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

फिस्टुला समस्या नेपालका महिलाहरूमा एउटा विकराल समस्याको रूपमा रहेको छ । प्रसूतिसँग सम्बन्धित फिस्टुला रोग महिलाहरूमा Genetical Tract र Uronary tract मा प्वाल पर्न गई दिसा तथा पिसाब योनीको माध्यमबाट चुहिने समस्यालाई बुझिन्छ । विशेषगरि यो समस्या लामो समयसम्म प्रसूति व्यथा लाग्ने महिलाहरूमा, प्रसूति गराउनको लागि दक्ष प्रसूतिसेवा प्रदायकको अभावमा प्रसूति गराउँदा देखिन सक्छ । यसबाहेक चाँडै विवाह गर्ने, चाँडै बच्चा जन्माउने, प्रसूति पूर्व र पछिको सेवा नलिने उमेर गइसकेपछि बच्चा जन्माउने, परिवार नियोजनको साधन प्रयोग नगर्नेहरूमा विशेष रूपमा यो रोग देखिने सम्भावना बढी रहन्छ । एक अध्ययन अनुसार यो समस्या ०.३-०.६ प्रति १००० सुत्केरीमा देखिन्छ । यसरी हेर्दा अनुमानित रूपमा वार्षिक २००-४०० नयाँ फिस्टुला रोगीहरू देखिने गर्दछन् ।

फिस्टुला रोगको रोकथाम तथा उपचार नेपालमा नितान्त रूपमा नौलो र नयाँ कार्यक्रमको रूपमा रहेको छ । नेपाल सरकारले गत वर्षबाट मात्रै आफ्नो कार्यक्रममा समेटेको यस कार्यक्रमलाई सन् २०१० मा यू एन एफ पी ए को सहयोगमा End fistula भन्ने अभियान मार्फत सुरु गरेको थियो । यस अभियानको प्रमुख उद्देश्य अस्ट्रेट्रीक फिस्टुलाको रोकथाम र अन्त्यका लागि सहयोग र समर्थन गर्नु रहेको थियो । यू एन एफ पी ए ले Jhpiego संस्थासँगको सहकार्यमा अस्ट्रेट्रीक फिस्टुलाको तालिम निर्देशिका विकासमा सन् २०१३ देखि काम गर्दै आएको छ । यसका लागि BPKIHS, लाई तालिम केन्द्रको रूपमा विकास गरिएको छ । यस रोगको शल्यक्रिया हालसम्म नेपालमा TUTH, BPKIHS, PAHS र विदेशी डाक्टरहरूको सहयोगमा सुर्खेतमा पनि सुरु गरिएको र यो सेवालालाई अन्य अस्पतालमा समेत विस्तार गरिने योजना परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले राखेको छ । सन् २०१४ को सुरुवात अस्ट्रेट्रीक फिस्टुला लगायत अन्य प्रजनन् स्वास्थ्य समस्याको अध्ययनको लागि व्यापकताको अभिलेख राख्ने कार्य सुरु गरिएको छ । फिस्टुलाको उपचार ज्यादै खर्चिलो र सहजै उपलब्ध नहुँदा आम जनताको पहुँच भन्दा टाढा रहेको छ ।

यस कार्यक्रमको उद्देश्यहरू फिस्टुला रोगको समस्या भएका महिलालाई सम्बन्धित समस्या तथा समाधानको सम्बन्धमा चेतना जगाउने, समस्याको पहिचान गरी निदानको विधि निर्धारण गर्ने, आवश्यकतानुसार रोकथाम तथा शल्यक्रियाको विधिबाट समस्या निदान गर्ने रहेका छन् ।



### पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

पाठेघरको मुखको क्यान्सर नियमित चेक जाँच गरेर सजिलै रोकथाम गर्न सकिने क्यान्सर हो । यो कार्यक्रम सोचे अनुरूप सरकारी प्राथमिकतामा परेको छैन । स्वास्थ्य संस्थाहरूले नियमित चेक जाँच गरेर सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा सम्प्रेषण गर्ने बाहेक यस कार्यक्रममा ठोस प्रगति हुन सकेको छैन । यसका लागि चाहिने केही नीति निर्देशिकाहरू बनेता पनि रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम प्रभावकारी भएका छैनन् । गैरसरकारी तवरबाट नेपाल अष्ट्रेलियन पाठेघर क्यान्सर फाउन्डेसनले २२००० जना भन्दा बढी स्कुले छात्रा (११-१३ वर्ष) हरुलाई पाठेघर क्यान्सर खोप लगाएको छ । यस संस्थाले बेला बेलामा खोज क्याम्प पनि गर्दै आएको छ । यो बाहेक नेपाल प्रजनन् स्याहार केन्द्रले Alabama University को सहकार्यमा पाँच विकास क्षेत्रमा HPV को व्यापक अध्ययन गरी रहेका छन् । तथापि यो रोगको तथ्याङ्क सडकलन भएता पनि अहिलेसम्म व्यवस्थापनको कुनै पनि काम भएको छैन ।

### प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम

यो कार्यक्रम अर्न्तगत नियमित र आवश्यकता अनुसार प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी अध्ययन अनुसन्धान हुने गर्दछन् । राष्ट्रिय, क्षेत्रीय र जिल्ला स्तरका योजना, अनुगमन र मूल्याङ्कन कार्यका लागि यस्ता कार्यक्रम सहयोगी हुन्छन् । यस्ता अध्ययन अनुसन्धान प्रजनन् स्वास्थ्य अनुसन्धान निर्देशिका (२०००) द्वारा निर्देशित हुन्छन् । यो निर्देशिकाले प्रजनन् स्वास्थ्य सेवालाई प्रजनन् स्वास्थ्य अनुसन्धानसँग जोड्न मद्दत गरेको छ । यो निर्देशिकाको मुख्य उद्देश्य व्यक्ति र दम्पतीहरूको उमेर लिङ्ग अनुसारको आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्दै प्रभावकारी कार्ययोजना तर्जुमा गरी उनीहरूको प्रजनन स्वास्थ्यमा क्रमिक सुधार गर्दै लैजानु रहेको छ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ (सन् २०१४) ले पनि स्वास्थ्य अनुसन्धानको गुणस्तरलाई अर्न्तराष्ट्रिय मापदण्ड अनुरूप बनाउँदै यसबाट प्राप्त प्रमाणमुलक व्यवहार वा अभ्यासलाई नीति निर्माण, योजना तर्जुमा, औषधि एवं उपचार पद्धतिमा उपयोग गर्ने नीति लिएको छ । नयाँ स्वास्थ्य नीतिमा सबै तहमा सञ्चालन गरिने स्वास्थ्य कार्यक्रमको नियमित र प्रभावकारी अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्नका लागि राष्ट्रिय योजना आयोगले तर्जुमा गरी व्यवहारमा ल्याएको राष्ट्रिय अनुगमन तथा मूल्याङ्कन निर्देशन २०७० तथा स्थानीय विकास मन्त्रालयले कार्यान्वयनमा ल्याएको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रणाली समेतलाई मध्यनजर गर्दै प्रभावकारी प्रणालीको विकास गर्ने नीति लिएको छ ।

यस अर्न्तगतका प्रमुख कार्यहरू वार्षिक रूपमा परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व सेवा र प्रजनन स्वास्थ्यको लागि चाहिने सरसामानको राष्ट्रिय लक्ष्य अनुमान गर्ने, प्रसूति स्याहार सम्बन्धी गतिविधिहरूको HMIS शाखासँग समन्वय गरी नियमित अनुगमन कार्य गर्ने, प्रजनन् स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य, गर्भपतन सेवा र महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविका सेवा लगायत अन्य कार्यक्रमको अध्ययन गर्ने र मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य सम्बन्धित नयाँ कार्यक्रमहरूको कार्यान्वयन पक्षलाई सहयोग गर्ने रहेको छ ।



# अध्ययन विधि

## २.१ अध्ययनको उद्देश्य

यस अध्ययनको मुख्य उद्देश्य एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको सान्दर्भिकता, प्रभावकारिता, कार्यदक्षता, प्रभाव, दीगोपना र यस कार्यक्रमले मातृ स्वास्थ्य सुधारमा पुऱ्याएको प्रभावको अध्ययन गर्नु रहेको छ । यस अध्ययनका उद्देश्यहरु निम्न अनुसार रहेका छन् :

- स्वास्थ्य सेवा निदानमा भएको पहुँच, समता र गुणस्तरको अध्ययन गर्नु ।
- सेवाग्राहीको सेवा सम्बन्धी सन्तुष्टि र उपयोगको अध्ययन गर्नु ।
- कार्यक्रमको व्यवस्थापन र सुशासन सुधार गर्न आवश्यक सुझावहरु प्रदान गर्नु ।

## २.२ अध्ययन विधि

एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको मूल्याङ्कन सर्वेक्षणका लागि प्रयोग गरिएको अध्ययन विधि र प्रक्रिया निम्न अनुसार रहेका छन् :

### २.२.१ विधि

एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाहरु अर्न्तगत रहेका कार्यक्रमहरुको सान्दर्भिकता, प्रभावकारिता, कार्यदक्षता, दीगोपना र प्रभाव मूल्याङ्कन मुख्य उद्देश्य रहेको यस अध्ययनमा Cross Sectional Descriptive विधिको प्रयोग गरिएको थियो । यस अध्ययनमा संख्यात्मक (Quantitative) र गुणात्मक (Qualitative) दुबै विधिको माध्यमबाट तथ्याङ्क संकलन र विश्लेषण गरिएको थियो ।

### २.२.२ अध्ययन क्षेत्र

यस अध्ययनको कार्यक्षेत्र पर्यावरणीय क्षेत्र, विकास क्षेत्र, पहुँच नहुने र जातिय विविधतालाई आधार मानि छनौट गरिएको थियो । जिल्ला अर्न्तगत रहेका र संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाका तहहरुको आधारमा स्वास्थ्य संस्थाहरु रहेका जिल्लाहरुलाई अध्ययन क्षेत्रको रूपमा समावेश गरी छानिएका जिल्लाहरु निम्न रहेका थिए :

- |               |             |
|---------------|-------------|
| ● ताप्लेजुङ्ग | ● बर्दिया   |
| ● सुनसरी      | ● कपिलबस्तु |
| ● रामेछाप     | ● बाजुरा    |
| ● जुम्ला      | ● बारा      |

संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाको तहहरुको आधारमा अन्यजिल्ला समेत समावेश गरिएको थियो ।

- |            |         |
|------------|---------|
| ● काठमाडौँ | ● धनुषा |
| ● कास्की   | ● बाँके |



- कैलाली
- सुर्खेत
- डडेल्धुरा
- सप्तरी
- पर्सा

### २.२.३ अध्ययन नमूना संख्या

#### संख्यात्मक नमूना संख्या

सेवाग्राहीको सेवा पश्चातको अन्तर्वार्ता (Exit Client Interview) सर्भेक्षण कार्यका लागि अध्ययन क्षेत्रमा निश्चित नमूना कायम गरिएको छ । यसका लागि आवश्यक संख्या सुनिश्चित गर्न तथ्यांकशास्त्रको विधि प्रयोग गरिएको थियो ।

संख्यात्मक नमूना संख्या तलको सूत्र प्रयोग गरी निकालिएको थियो ।

सूत्र अनुसार,

- अनुमानित सेवाग्राही सन्तुष्टिदर २०१५ मा ८०% हुने अनुमान गरिएको छ । (i.e.,  $p = 0.80$ )
- अनुमानित सेवाग्राही सन्तुष्टिदर (आधार रेखा सूचनाअनुसार) २०१० मा ६८% थियो ( $p0 = 0.68$ ) यस अनुमानलाई सेवा उपयोगको सेवाग्राही सन्तुष्टि प्रतिक्रिया दर मानिएको छ ।
- सेवा उपयोगको उत्कृष्टतालाई सन्दर्भ आधार ८०% सँग तुलना गर्दा (i.e.,  $\beta = 0.20$ )
- ५% उत्कृष्टताको घेरा (i.e.,  $\delta = 0.05$ ).
- ५% औचित्यता तह मानिएको छ (i.e.,  $\alpha = 0.05$ ).

त्यसैको आधारमा नमूना संख्या निकाल्दा,

$$\frac{(z\alpha + z\beta)^2 p(1-p)}{(p - p0 - \delta)^2}$$

$$\frac{(1.64 + 0.80)^2 0.5(1 - 0.5)}{(0.8 - 0.68 - 0.05)^2}$$

≈ 680

अन्तत तथ्याङ्क सङ्कलनको लागि ७२२ नमूना छनोट गरिएको थियो ।

#### गुणात्मक नमूना संख्या

| क्रं. स. | गुणात्मक विधि   | नमूना संख्या |
|----------|---|--------------|
| १        | मूख्य सूचनादाताहरुको अन्तर्वार्ता (Key Informant Interview) | १२०          |
| २        | लक्षित समूह छलफल (Focused Group Discussion)                 | ८            |
| ३        | स्वास्थ्य अध्ययन चेकलिस्ट                                   | ६७           |

### २.२.४ नमूना छनोट विधि र नमूना

महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कनको लागि नमूना छनोट बहुक्रमिक विधि अपनाएर गरिएको थियो ।



**चरण १ :** पहिलो चरणमा छलफल र विभिन्न तहको स्वास्थ्य संस्थाको उपलब्धताको आधारमा जिल्लाहरु समावेश गरिएको थियो । यसरी जिल्ला समावेश गर्दा पर्यावरणीय, विकास क्षेत्र, पहुँच नहुने र जातडी विविधतालाई आधार मानिएको थियो ।

**चरण २:** स्वास्थ्य संस्थाहरु छनौट गर्दा पूर्व निर्धारित मापदण्डको आधारमा विभिन्न तहबाट छानिएको थियो । साथै सरकारी कार्यक्रमको कार्यान्वयन गर्ने प्राइभेट अस्पताललाई समेत प्रतिनिधित्व गराइएको थियो । छानिएका जिल्लाका सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई समेट्ने गरी ६७ संस्थाहरु छनौट गरिएको थियो ।

तालिका नं. १ छानिएका जिल्ला तथा स्वास्थ्य संस्थाहरु

| क्षेत्र       | पूर्वाञ्चल  |   | मध्यमाञ्चल |                                    | पश्चिमाञ्चल                       | मध्य पश्चिमाञ्चल                 |                                     | सुदूर पश्चिमाञ्चल | जम्मा |
|---------------|---|---|------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------|
|               | सुनसरी  | ताप्लेजुङ   | रामेछाप    | बारा                               | कापिलवस्तु                        | जुम्ला                           | बर्दिया                             | बाजुरा            |       |
| जिल्ला        |   |   |            |                                    |                                   |                                  |                                     |                   |       |
| सरकारी संस्था | स्वास्थ्य / उप-स्वास्थ्य चौकी   | ४   | ३          | ३                                  | ४                                 | ४                                | ३                                   | ३                 | २७    |
|               | प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र  | १   | १          | १                                  | १                                 | १                                | १                                   | १                 | ८     |
|               | जिल्ला  | १   | १          | १                                  | १                                 | १                                | १                                   | १                 | ८     |
|               | अञ्चल   | सगरमाथा अञ्चल अस्पताल, सप्तरी   |            | जनकपुर अञ्चल अस्पताल, धनुषा        | लुम्बिनी अञ्चल अस्पताल, रुपन्देही | भेरी अञ्चल अस्पताल, बाँके        | सेती अञ्चल अस्पताल, कैलाली          |                   | ५     |
|               | क्षेत्रीयर उप क्षेत्रीय   | विपिकेआइएस, धरान  |            | नारायणी उप क्षेत्रीयअस्पताल, पर्सा | पश्चिमाञ्चल अञ्चल अस्पताल, कास्की | मध्यपश्चिमाञ्चल अस्पताल, सुर्खेत | उप क्षेत्रीयअञ्चल अस्पताल, डडेलधुरा |                   | ५     |
| केन्द्रिय     | १. परोपकार प्रसूति गृह, थापाथली<br>२. पाटन अस्पताल, ललितपुर<br>३. वीर अस्पताल, काठमाडौं |   |            |                                    |                                   |                                  |                                     |                   | ३     |
| निजि          | जिल्ला  |   | १          | १                                  | १                                 | १                                | १                                   | १                 | ८     |
|               | केन्द्रिय   | १. काठमाडौं मेडीकल कलेज २. क्षेत्रपाटी परिवार स्वास्थ्य क्लिनिक<br>३. नेपाल मेडीकल अस्पताल, |            |                                    |                                   |                                  |                                     |                   |       |
| जम्मा         | ६७  |   |            |                                    |                                   |                                  |                                     |                   |       |

**चरण ३ :** सर्भेक्षणमा परेका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाहरु लिएका सेवाग्राहीको सेवापश्चातको अन्तर्वार्ता (Exit Client Interview-ECI) को लागि सुरुमा आउने सेवाग्राहीलाई सर्भेक्षणमा समावेश गरिएको थियो । सेवाग्राही छनौट गर्दा जनजाति, महिला, दलित आदि समेतलाई समावेश गरिएको थियो ।



तालिका नं. २ स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार र अर्न्तवार्ता लिइएको सेवाग्राहीको संख्या

| क्र.सं. | स्वास्थ्य संस्थाका प्रकार | संस्था                        | स्वास्थ्य संस्थाको संख्या | सेवाग्राहीको सेवा पश्चातको अर्न्तवार्ता |
|---------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|
| १       | सरकारी                    | स्वास्थ्य / उप-स्वास्थ्य चौकी | २७                        | ८६                                      |
| २       |                           | प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र    | ८                         | ५३                                      |
| ३       |                           | जिल्ला अस्पलात                | ८                         | १७२                                     |
| ४       |                           | अञ्चल अस्पलात                 | ५                         | १३५                                     |
| ५       |                           | क्षेत्रीय र उप क्षेत्रीय      | ५                         | १०६                                     |
| ६       |                           | केन्द्रीय अस्पलात             | ३                         | ९९                                      |
| ७       | निजि र समुदायीक अस्पलात   | जिल्लामा                      | ८                         | २८                                      |
| ८       |                           | केन्द्रमा                     | ३                         | ४३                                      |
| जम्मा   |                           |                               | ६७                        | ७२२                                     |

२.२.५ तथ्याङ्क संकलन विधि

यस मूल्यांकनको उद्देश्य तथा कार्यक्षेत्रमा उल्लेख गरिएको बुदाँहरुलाई ध्यानमा राखी परामर्शदाताले टम्स अफ रिफरेन्सका आधारमा उपयुक्त विधिहरु अपनाएको थियो । यसमा खासगरी द्वितीय सूचना प्रणाली तथा प्राथमिक सूचना प्रणालीबाट विभिन्न आवश्यक सूचनाहरु संकलन गरिएको थियो । द्वितीय स्तरको तथ्याङ्क संकलन गरी सूचना तथा तथ्याङ्कहरुलाई विश्लेषण गरिएको थियो । खासगरी सहभागितात्मक पद्धतिमा आधारित भएर स्थलगत निरीक्षण, सेवाग्राहीको सेवापश्चातको अर्न्तवार्ता, लक्षित समूहगत छलफल, प्रमुख सूचनाकर्ताहरुको अर्न्तवार्ता गरिएको थियो । अध्ययनमा प्रयोग गरिएको विधि तथा कार्यहरु निम्न अनुसार रहेका छन् :

**सेवाग्राहीको सेवापश्चातको अर्न्तवार्ता**

महिला सेवाग्राहीहरुले सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा लिएर निस्किए पछि स्वास्थ्य संस्थाभित्र नै यो अर्न्तवार्ता लिइएको थियो । केन्द्रीय, क्षेत्रीय, जिल्ला गरी सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा यो अर्न्तवार्ता गरिएको थियो । प्रश्नहरु सोध्ने क्रममा सेवाको उपलब्धता, सेवाको पहुँच, सेवाको गुणस्तरीयता र सेवाग्राहीको सन्तुष्टिहरुको बारेमा सोधिएको थियो । यसमा १५-४९ उमेर समूहको ७२२ जना महिलालाई अर्न्तवार्ता लिइएको थियो ।

**समूह केन्द्रित छलफल**

यस विधि अर्न्तगत ८ वटा सामूहिक छलफल गरिएको थियो । अनुसन्धानकर्ताले करिब ८-१० जना सरोकारवालाहरु जस्तै स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, गैर सरकारी संस्था, सेवाग्राही, जिल्ला जन-स्वास्थ्य कार्यलय र नागरिक समाजहरु सबैलाई बोलाई छलफल गरिएको थियो । अनुसन्धानकर्ताले छलफल गर्नुको उद्देश्यबारे प्रकाश पारी र प्रजनन स्वास्थ्य पहुँचको अवस्था, एकीकृतमहिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तारमा भएका प्रयासहरु (राष्ट्रिय, क्षेत्रीय, जिल्ला र समुदाय स्तरमा),

प्रजनन् स्वास्थ्यसँग सम्बन्धी नीति, रणनीति तथा योजनाहरू प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमले राष्ट्रिय तथा सामुदायिक आवश्यकता संवोधन गरे नगरेको साथै प्रजनन् स्वास्थ्यका बारेमा छलफल गरिएको थियो ।

### **मुख्य सूचनादाता अर्न्तवार्ता**

यस अध्ययनमा १२० जना मुख्य सरोकारवालासँग अर्न्तवार्ता गरिएको थियो । यी सरोकारवालाहरू स्वास्थ्य संस्थाका प्रमुख, स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन समितिका अध्यक्ष/सदस्य, नागरिक समाजका नेतृत्व, राष्ट्रिय तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रतिनिधिहरू, निजि तथा सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाका सेवा प्रदायकहरू आदि छन् । यी सरोकारवालाहरू गा.वि.स. जिल्ला, क्षेत्रीय तथा केन्द्रीय तहका थिए । यी सरोकारवालाहरूलाई प्रजनन् स्वास्थ्य पहुँचको अवस्था, एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तारमा भएका प्रयासहरू (राष्ट्रिय, क्षेत्रीय, जिल्ला र समुदाय स्तरमा), प्रजनन् स्वास्थ्यसँग सम्बन्धी नीति, रणनीति तथा योजनाहरू प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमले राष्ट्रिय तथा सामुदायिक आवश्यकता संवोधन गरे नगरेको साथै प्रजनन् स्वास्थ्यका सेवाग्राहीहरूले भोग्नु परेका समस्याहरूको बारेमा जानकारी लिइएको थियो । यसका अलवा कार्यक्रम प्रतिको धारणा साथै यसले ल्याएका सकारात्मक परिवर्तनहरू र यस्ता कार्यक्रमलाई निरन्तरता वा दीगोपनको बारेमा नीतिगत, पुर्वाधारमा मानव संसाधनमा सुधारका प्रयत्न वा आवश्यकताका बारेमा जानकारी लिइएको थियो । मुख्य सूचनादातासंगको अर्न्तवार्ता ६० वटा केन्द्र, क्षेत्र, जिल्ला तहमा र ३० वटा अन्य सरोकारवालाहरू र दातृ निकायहरूमा (EDPs) र बाँकी ३० सरकारी नीति निर्माता गरी जम्मा १२० जनासँग अर्न्तवार्ता लिइएको थियो ।

### **स्वास्थ्य संस्था अध्ययन**

विभिन्न स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता, सेवा सामाग्रीको उपलब्धता, जनशक्ति, उपकरण र औषधिको बारेमा स्वास्थ्य संस्थामा सर्वे गरियो जसमा गुणस्तरही सेवा, सरकारी तवरबाट प्राप्त प्रोत्साहन भत्ता, सेवा उपयोग र लक्ष्य/उपलब्धिलाई मुख्यरूपमा अध्ययन गरिएको थियो । यस अध्ययनमा जम्मा ६७ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरू समावेश गरिएको थियो । सबै तहका स्वास्थ्य चौकीहरू मूल्याङ्कनमा समेटिएको थियो ।

### **द्वितीय स्तरको तथ्याङ्क संकलन**

स्वास्थ्य सेवा विभागबाट प्रकाशित वार्षिक प्रतिवेदनहरू, परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको विवरणहरू, प्रकाशित अप्रकाशित सन्दर्भ तथा अध्ययन सामाग्रीहरू, सबै तहबाट प्राप्त प्रजनन् स्वास्थ्यको अवस्था, एकीकृतमहिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको विस्तारमा भएका प्रयासहरू (राष्ट्रिय, क्षेत्रीय, जिल्ला र समुदाय स्तरमा), प्रजनन् स्वास्थ्य र त्यसका कार्यक्रम सँग सम्बन्धित नीति, रणनीति तथा निर्देशिकाहरूको अध्ययन गरिएको थियो । त्यस अलवा :

- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४७
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१
- दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७ –२०१७)



- राष्ट्रिय प्रजनन् स्वास्थ्य नीति सन् १९९८ (२०५५)
- राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशु स्वास्थ्य दीर्घकालीन योजना सन् २००६-२०१७ (२०६१-२०७४) र
- नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम -२ सन् २०१०-२०१५ (२०६६-२०७१)
- राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशु स्वास्थ्य दीर्घकालीन योजना सन् २००६-२०१७ (२०६१-२०७४)
- राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व योजना सन् २००२-२०१७ (२०५९-२०७४)
- नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६
- नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २०११ (२०६७)
- स्वास्थ्य सेवा विभाग, वार्षिक रिपोर्ट सन् २०१२/१३, २०११/१२, २०१०/११, २००९/१०,
- राष्ट्रिय जीवनस्तर मापन सर्वेक्षण

### २.२.६ तथ्याङ्क संकलन सामग्रीहरू

दिएको अध्ययन विधि र प्रक्रिया अनुसार त्यसैको नियम र प्रदान गरिएको सूचकाङ्कको आधारमा आवश्यक पर्ने तथ्याङ्क संकलन सामग्रीको विकास गरिएको थियो । ती सम्पूर्ण सामग्रीहरू अनूसूचीमा राखिएका छन् । ती सामग्रीहरू :

- समूह केन्द्रित छलफल निर्देशिका/प्रश्नावली
- सेवा प्राप्त पछिका सेवाग्राहीलाई सोध्ने प्रश्नावली
- जिल्लास्तरीय मुख्य सूचनादातासँग सोध्ने निर्देशिका /प्रश्नावली
- जिल्लास्तरीय मुख्य सूचनादातासँग सोध्ने निर्देशिका /प्रश्नावली
- द्वितीयस्तरको तथ्याङ्क संकलन सामग्री

### २.२.७ एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाहरू अन्तर्गत रहेका कार्यक्रमहरूको मूल्यांकन विधिहरू

#### सान्दर्भिकता

यस अनुसन्धानले एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमसँग सम्बन्धित रणनीति, योजना, नीति र ढाँचाहरूको पुनरावलोकन गर्नुका साथै त्यसको सान्दर्भिकताको अध्ययन गरेको छ । स्वास्थ्य मन्त्रालयले तर्जुमा गरेर व्यवहारमा ल्याएको योजना र कार्यन्वयन प्रणालीको सान्दर्भिकताको अध्ययन गर्नु यस कार्यक्रमको उद्देश्य रहेको छ ।

#### सान्दर्भिकता सम्बन्धी तथ्याङ्क सङ्कलनका विधिहरू:

- द्वितीय स्तरको तथ्याङ्क विश्लेषण, नीति, रणनीति, योजना र अन्य सन्दर्भ सामग्रीहरूको पुनरावलोकन गरियो ।





- केन्द्रीय तहमा योजनाविध र नीति निर्माता र क्षेत्रीयजिल्ला र समुदाय तहमा सेवा प्रदायकहरूसँग कार्यक्रमको सान्दर्भिकताको बारेमा मुख्य सूचना दाता अन्तरवार्ता लिईयो ।
- केन्द्रीय, जिल्ला र समुदाय तहमा समूह केन्द्रित छलफल गरेर कार्यक्रमको सान्दर्भिकताको अध्ययन गरियो ।

### **प्रभावकारिता**

सरकारद्वारा प्रदान गरिएको विभिन्न स्वास्थ्य सेवामा प्रोत्साहन भत्ताको उपयोग, लक्ष्य निर्धारण, लक्ष्यमा भएको प्रगति, कार्यक्रममा भएको समता, पहुँच र शासनको आधारमा यस कार्यक्रमको प्रभावकारिताको अध्ययन गरिएको थियो ।

- सरकारले विभिन्न स्वास्थ्य सेवा उपयोग गरे बापत गर्भवती महिला, परिवार नियोजनका सेवाग्राही, आइ खस्ने रोगका सेवाग्राही, प्रेषण भएका सेवाग्राही र यी सेवा दिने सेवा प्रदायक वा स्वास्थ्य संस्थालाई प्रदान गर्दै आएको प्रोत्साहन भत्ताको प्रभावकारिताको अध्ययन गरिएको थियो ।
- जिल्लास्तरीय कार्यक्रमहरूको लक्ष्य प्राप्तिको लागि सेवाग्राहीका पहुँचको अवस्थाको बारे ।
- सरकारद्वारा प्रदान गरिएका प्रोत्साहन कार्यक्रमहरूको कार्यान्वयन भए नभएको जस्तै: गुणस्तरीय सेवा, साधनको पूर्ति र तरिका, नतिजा अनुगमन, सङ्कलन, विश्लेषण र सूचना दिने बारे ।
- कार्यक्रमको समता एवं प्रभावकारिता र पहुँचको अवस्था (विभिन्न जनजाति, दलित, मधेसी, महिला, बालबालिकाहरूको सेवाको अवस्था बारे ।)
- सरकारी तवरबाट त्यस्ता ठाउँहरूमा बजेट व्यवस्थापन तथा पारदर्शिता, प्राविधिक सहयोग गरे नगरेको बारे ।
- सेवाग्राहीहरूलाई कार्यक्रमको लेखाजोखा र सन्तुष्टिको बारेमा ।

### **प्रभावकारिता सम्बन्धी तथ्याङ्क संकलन विधि**

- द्वितीयस्तरको तथ्याङ्क विश्लेषण (HMIS, HURIS & HIIS) साथै सन्दर्भ सामग्रीहरूको पुनरावलोकन गरेर कार्यक्रमको प्रभावकारिताको अध्ययन गरेको थियो ।
- परिचालित श्रोतहरूको उपयोग र स्वीकृत कार्यक्रमको कार्यान्वयनको अध्ययनका लागि केन्द्रीय तहका योजनाविध र नीति निर्माता त्यसैगरी क्षेत्रीय जिल्ला र समुदायतहका सेवाप्रदायकहरूसँग मुख्य सूचनादाता अन्तर्वार्ता गरिएको थियो ।
- संस्थाको सर्वेक्षण गरी सेवा प्रदान गर्न चाहिने श्रोतको उपलब्धता र सेवाको गुणस्तरताको अध्ययन गरिएको थियो ।
- सेवा लिएर फर्केका सेवाग्राहीको अन्तर्वार्ता लिई कार्यक्रममा समताको सिद्धान्त अनुसार भए नभएको अध्ययन गरियो ।
- कार्यक्रमको प्रभावकारिता कार्यान्वयन र त्यसको समतामुलक उपयोगमा समुदायको धारणा बुझ्न समूह केन्द्रित छलफल गरियो ।



### कार्यदक्षता

यस अनुसन्धानले श्रोत विनियोजन र उपयोगको कार्यदक्षताको र वितरणको कार्यदक्षताको बारेमा अध्ययन गर्दछ ।

- श्रोत विनियोजनमा देखिएको कार्यदक्षता अध्ययन गरिएको थियो । (सबै तहका स्वास्थ्य संस्थामा र कार्यक्रम भित्रका तत्वहरूमा)
- परिचालित श्रोतको उचित उपयोगको कार्यदक्षता अध्ययन गरिएको थियो ।
- स्वीकृत कार्यक्रमको कार्यान्वयनको कार्यदक्षता अध्ययन गरिएको थियो ।
- सेवाग्राहीको कार्यक्रमप्रतिको सन्तुष्टि अध्ययन गरिएको थियो ।

### कार्यदक्षता सम्बन्धी तथ्याङ्क संकलनका विधिहरू

- द्वितीयस्तरको तथ्याङ्क विश्लेषण – (HMIS, HURIS, TABUCS & HFIS) साथै सन्दर्भ सामग्रीहरूको पुनरावलोकन गरेर वितरित र सञ्चालित कार्यदक्षता अध्ययन गरियो ।
- परिचालित श्रोतहरूको उपयोग र स्वीकृत कार्यक्रमको कार्यान्वयनको अध्ययनका लागि केन्द्रीय तहका योजनाविध र नीति निर्माता त्यसैगरी क्षेत्रीय जिल्ला र समुदायतहका सेवाप्रदायकहरूसँग मुख्य सूचनादाता अर्न्तवार्ता गरिएको थियो ।
- संस्थाको सर्वेक्षण गरी सेवा प्रदान गर्न चाहिने श्रोतको उपलब्धता र सेवाको गुणस्तरताको अध्ययन गरिएको थियो ।
- सेवा लिएर फर्केका सेवाग्राहीको अर्न्तवार्ता लिई कार्यक्रमप्रतिको सन्तुष्टि र फाइदाको बारेमा अध्ययन गरिएको थियो ।

### प्रभाव

यस अध्ययनले निम्न परिधिभित्र रहेर यस कार्यक्रमको प्रभाव अध्ययन गर्‍यो :

- सेवाग्राहीको कार्यक्रमप्रतिको सन्तुष्टिको अध्ययन ।
- यस कार्यक्रमले रोग र मृत्युको मात्रा घटाउन गरेको सहयोगको अध्ययन ।

### प्रभाव सम्बन्धी तथ्याङ्क संकलन विधि

- प्रकाशित र अप्रकाशित केन्द्रीय र क्षेत्रीयस्तरका अनुसन्धान सर्वेक्षण, HMIS र HURIS बाट उपलब्ध द्वितीय स्तरको सूचनाको विश्लेषण ।
- केन्द्रीयतहका योजनाविध र नीति निर्माताको कार्यक्रमको प्रभावको बारेमा रहेको धारणा अध्ययन गर्न मुख्य सूचनादाता अर्न्तवार्ता गरियो ।

### दीगोपना

यस अध्ययनले निम्न कुराहरू ध्यानमा राख्दै कार्यक्रमको दीगोपनाको अध्ययन गरेको छ :

- कार्यक्रमको वित्तीय, प्राविधिक, प्रयोगात्मक लेखाजोखा गरियो ।
- सम्बन्धित निकायसँग समन्वय र संयोजनको साथ कार्यक्रम चलाउन सक्ने दीगोपनाको अध्ययन ।



### दीगोपना सम्बन्धी तथ्याङ्क सङ्कलनका विधिहरु:

- केन्द्रीय तहमा योजनाविध र नीति निर्मातासँग कार्यक्रमको दीगोपनाको बारेमा मुख्य सूचना दाता अन्तरवार्ता लिईयो यसका साथै कार्यक्रमको रातो किताब र अरुसँगको सम्बन्ध अध्ययन गरियो ।
- केन्द्रीय, जिल्ला र समुदाय तहमा समूह केन्द्रित छलफल गरेर कार्यक्रमको दीगोपनाको अध्ययन गरियो ।

### समग्र मूल्याङ्कन

अन्तमा सबै मूल्यांकनका मापकहरुलाई एकीकृत रुपमा समावेश गरी मापन स्थिति अवस्था वारेमा निष्कर्ष तथा सुझाव दिइएको छ ।

### तालिका नं. ३ अध्ययन विधि र लक्षित समूह / सूचनादाता

| क्र.सं. | मापक सूचांक    | मापक स्तरीयता  |
|---------|----------------|--|
| १       | औचित्य         | क. उच्च औचित्यपूर्ण, ख. औचित्यपूर्ण, ग. सामान्य औचित्यपूर्ण<br>घ. औचित्य नभएको   |
| २       | प्रभावकारिता   | क. अति प्रभावकारिता ख. प्रभावकारिता ग. सामान्य प्रभावकारिता<br>घ. प्रभावकारिता नभएको   |
| ३       | कार्यदक्षता    | क. अति कार्यदक्षतापूर्ण ख. कार्यदक्षता ग. सामान्य कार्यदक्षता<br>घ. कार्यदक्षता हासिल नभएको  |
| ४       | प्रभाव         | क. अति प्रभावित ख. प्रभावित ग. सामान्य प्रभावित घ. कुनैपनि प्रभाव<br>नपरेको (यसमा सकारात्मक तथा नकारात्मक प्रभाव दुवैलाई हेरिने छ) |
| ५       | दीगोपना        | क. अति दीगोपन ख. दीगोपन ग. सामान्य दीगोपन घ. दीगोपन नभएको  |
| ६       | समग्र निष्कर्ष | क. अति सन्तोषजनक ख. सन्तोषजनक ग. सामान्य सन्तोषजनक<br>घ. असन्तोष   |

### २.२.८ फिल्ड स्तरमा अध्ययन कार्यान्वयन तथा व्यवस्थापन

तल दिएका रणनीतिको आधारमा अध्ययन कार्यान्वयन तथा व्यवस्थापन गरिएको थियो । पूर्व स्वीकृतिमा अध्ययन विधि तथा प्रक्रिया अवलम्बन गरिएको थियो ।

अध्ययनको मुख्य उद्देश्य, गर्नुपर्नाको कारण र त्यसको फाइदाबारे प्रकाश पाउँ आवश्यकता अनुसार सूचना संकलनकर्तालाई र सूचनादाताहरुलाई बताइएको थियो । अनुभवी र स्वास्थ्य सम्बन्धी अध्ययन अनुभव भएकाहरुलाई तथ्याङ्क संकलनकर्ताको रुपमा करार गरिएको थियो । अध्ययनका लागि जम्मा १७ जना फिल्ड अध्ययनकर्तालाई नियुक्त गरिएको थियो जसमा दुई जना अध्ययनकर्ता एक जिल्लाको दरले विभाजित गरी तथ्याङ्क संकलन गरिएको थियो । मुख्य अध्ययनकर्ता समूहहरुले फिल्ड स्तरमा नियमित रुपमा सम्पर्क स्थापित गरी अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गरी केन्द्रीयस्तरमा तथ्याङ्क संकलनका लागि पूर्व स्वीकृति लिई अनुमति पश्चात् तथ्याङ्क संकलन गरिएको थियो ।



### २.२.९ तालिम तथा अभिमुखीकरण

सम्पूर्ण नियुक्त गरिएको फिल्ड स्तरका तथ्याङ्क संकलनमा सहभागी फिल्ड स्तरका अध्ययनकर्ताहरूलाई तीन दिने तालिम प्रदान गरिएको थियो । सो तालिममा यस अध्ययनको बारेमा जानकारी, उद्देश्य, विधि, नैतिकता, तथ्याङ्क संकलन सामाग्री, तथ्याङ्क संकलन तरिका, रिपोर्टिङ, तथ्याङ्कको गुणस्तरीयता र प्रशासनिक तथा आर्थिक नियमको बारेमा जानकारी गराइएको थियो । यससँगै तथ्याङ्क संकलनलाई सहजीकरण हुने गरी भूमिका निर्वाह, प्रस्तुतीकरण, समूह छलफलका विधिहरू अपनाइएको थियो ।

### २.२.१० नैतिक आधार

तथ्याङ्क संकलनको लागि सर्वप्रथम राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय साथै स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभागबाट समेत स्वीकृति लिइएको थियो । सम्बन्धित ठाँउमा तथ्याङ्क संकलन गर्नु पूर्व सम्बन्धित संस्था प्रमुख समक्ष केन्द्रबाट दिइएको चिठ्ठी बुझाई स्वीकृति लिई मात्र तथ्याङ्क संकलन गरिएको थियो । त्यसैगरी सेवा प्रप्त पछिका सेवाग्राहीलाई अर्न्तवाता लिनु पूर्व अध्ययनको उद्देश्य र यसको गोपनियताका बारेमा पूर्ण जानकारी गराई स्वीकृति दिनेलाई मात्रै अर्न्तवार्ता लिइएको थियो ।

### २.२.११ तथ्याङ्क व्यवस्थापन

संकलन गरिएका तथ्याङ्कहरूलाई प्रचलित सफ्टवेयर (CS Pro 5 / SPSS Version 18) को माध्यमबाट तथ्याङ्कलाई अध्ययन तथा विश्लेषण गरिएको छ । सो अध्ययन तथा विश्लेषण गर्नु पूर्व प्रश्नावलीको कोडिङ, डिकोडिङ, डाटा इन्ट्री र क्लीनड गरिएको छ । तथ्याङ्क विश्लेषण तथा प्रस्तुतीकरण प्रश्नावलीको सूचकाङ्कको आधारमा टेबुल र चार्टको माध्यमबाट गरिएको छ ।

### २.२.१२ ट्रयाङ्गुलेसन विधि

यस आयोजनाको मूल्यांकन गर्ने सिलसिलामा प्राप्त परिमाणात्मक र गुणात्मक सूचना, तथ्यांक र विवरणहरू एक आपसमा मेल खाए नखाएको सम्बन्धमा विभिन्न विधिबाट जाँच गरी उल्लेखित विवरणहरू भरपर्दो, एकरूपता र सत्य तथ्यका आधारमा विश्लेषण गरिएकोछ । साथै उक्त विधिले पहिलो सूचना संकलन विधि र दोश्रो सूचना संकलन विधिमा भएका तथ्यांकहरूको लेखाजोखा गरी सही सूचना तय गर्ने काम भएको छ ।

### २.२.१३ अध्ययनको सिमा

तल दिइएका बुँदाहरू यस अध्ययनको सिमाको रूपमा रहेका छन् ।

- भौगोलिक विकटता, स्वास्थ्य संस्थाको प्रमुखको व्यस्तता, केन्द्रीयस्तरको तथ्याङ्कमा पूर्व स्वीकृति र अनुमतिको लागि पर्खनु पर्ने जस्ता समेत अन्य कारणले सोचिएको समय सीमाभित्र तथ्याङ्क संकलन कार्य जटिल भएको थियो ।



- यो अध्ययनले राष्ट्रिय स्तरलाई प्रतिनिधित्व गर्ने हुदाँ एउटा जिल्ला, क्षेत्र र संस्थाको आधारमा मात्र हेर्दा तथ्याङ्कमा फरक आउन सक्ने सम्भावना रहन सक्छ ।
- यो अध्ययनमा एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाका ११ वटै विषयवस्तुहरु समावेश गरी मूल्याङ्कन सर्वेक्षण गरिएकाले अन्तरवस्तुको गहिराई सम्म पुग्न कठिनाई परेको महशुस गरिएको छ ।
- एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका विभिन्न सेवाहरु भिन्न भिन्न निकायबाट सञ्चालन भएको पाइन्छ । यो अध्ययनमा समावेश गरिएका प्रजनन् स्वास्थ्यका सेवाहरु उपयोग गर्ने सेवाग्राही, सेवाप्रदायक साथै बजेट निकास आदिको विश्लेषण गर्न आवश्यक तथ्याङ्कहरु पूर्ण रुपमा उपलब्ध नभएको तथा भएका तथ्याङ्कहरुको पनि एकरूपता नभएको र कतिपय कार्यक्रमका विवरणहरु अध्यावधिक गरिएको पाइएन । यति हुँदाहुँदै पनि अध्ययनकर्ताले प्राथमिक तथा उपलब्ध भएसम्म द्वितीय तथ्याङ्कहरु सङ्कलन तथा विश्लेषण गरी विस्तृत रुपमा मूल्याङ्कन प्रतिवेदन तयार पारिएको छ ।



# अध्ययन नतिजा

## ३. अध्ययन नतिजा

### अध्ययनमा सहभागीको बारेमा

यस सर्वेक्षणमा ७२२ जना सेवाग्राहीलाई समावेश गरिएको छ। जसमध्ये २०५ जना क्षेत्रीय वा केन्द्रीय स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिएका महिलाहरू, ३०७ जना जिल्ला तथा अञ्चल अस्पतालहरूमा सेवा लिएका महिलाहरू, १५४ जना प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र वा सो भन्दा तलका स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिएका महिला सेवाग्राहीहरू रहेका थिए। यसका अलवा ५६ जना निजि तथा सामुदायिक सेवा केन्द्रहरूबाट सेवा लिएका सेवाग्राहीहरू थिए।

क्षेत्रको आधारमा वर्गीकरण गर्ने हो भने ९२ महिलाहरू हिमाली क्षेत्रका, २१२ महिलाहरू पहाडी क्षेत्रका, ४१८ महिलाहरू तराई क्षेत्रका समावेश भएका थिए। यी महिलाहरू निम्न १८ जिल्लाबाट (रुपन्देही ६७, कास्की २०, कपिलवस्तु ५२, डडेलधुरा २३, कैलाली ३७, बाजुरा ३०, सुर्खेत १७, जुम्ला ४८, बाँके २९, बर्दिया ४७, सुनसरी ७६, ताप्लेजुङ्ग ४४, सप्तरी २१, बारा ३२, धनुषा ११, पर्सा ४६, काठमाडौं ८७ र ललितपुर ३५) समावेश गरिएको थिए।

### उत्तरदाताको पृष्ठभूमि

यस सर्वेक्षणमा समावेश भएका ७२२ सेवाग्राही मध्ये भ्रण्डै आधाजति (४८.४%) महिलाहरू युवती अर्थात् १५ देखि २४ वर्ष उमेरका थिए। त्यस्तै गरेर १४% महिलाहरू दलित र तराई मधेसी समुदाय १३.९% बाट थिए। यहाँ उल्लेखनीय कुरा के छ भने तीन चौथाई भन्दा बढी सेवाग्राही (७६.५%) साक्षर छन्। जुन राष्ट्रिय औषत महिला साक्षर भन्दा बढी छ। कुल महिलाहरू मध्ये १८% महिलाहरू एस.एल.सी. भन्दा बढी पढेका पाइएको छ। धर्मको आधारमा सेवा ग्राहीलाई विभाजन गर्ने हो भने अधिकांश सेवाग्राहीहरू हिन्दु धर्मावलम्बी (८६.८%) छन्। बौद्ध धर्मका सेवाग्राही ६ प्रतिशत र मुस्लिम धर्मका सेवाग्राही ५% छन्। भ्रण्डै आधा सेवाग्राहीले (४६.५%) कृषि मुख्य पेशा बताएका थिए। त्यस्तै, भ्रण्डै ५ प्रतिशत सेवाग्राहीले वैदेशिक रोजगार आफ्नो परिवारको मुख्य पेशाको रूपमा बताएका थिए।



तालिका नं. ४ उत्तरदाताको जनसांख्यिक विवरण

| विवरण                     | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---------------------------|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|                           | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| उत्तरदाताको उमेर          |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| १५-२४                     | ४४.९                  | ५४.९    | ५०.६     | १९.६               | ६४.१    | ४०.६ | ४८.९ | ४८.४  |
| २५-३४                     | ४४.४                  | ३५.५    | ४१.६     | ६२.५               | ३१.५    | ४७.६ | ४०.५ | ४१.४  |
| ३५ +                      | १०.७                  | ९.५     | ७.८      | १७.९               | ४.३     | ११.८ | १०.६ | १०.२  |
| उत्तरदाताको जात र जातियता |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| ब्राम्हण/क्षेत्री         | ४२.९                  | ३०.३    | ३३.८     | ५१.८               | ४२.४    | ४६.२ | २९.९ | ३६.३  |
| तराई मदेशी                | १६.६                  | १४.०    | ११.०     | १०.७               | १.१     | ५.७  | २०.८ | १३.९  |
| दलित                      | ८.८                   | १७.६    | २०.१     |                    | १९.६    | ९.४  | १५.६ | १४.३  |
| नेवार                     | ४.९                   | ४.६     | ३.२      | ५.४                | ४.३     | ६.१  | ३.६  | ४.४   |
| जनजाती                    | १९.५                  | २१.५    | २०.१     | २५.०               | २९.३    | २५.९ | १६.५ | २०.९  |
| मुस्लिम                   | ७.३                   | ९.४     | ९.७      | ७.१                | -       | ६.६  | ११.७ | ८.७   |
| अन्य                      | -                     | २.६     | १.९      | -                  | ३.३     | -    | १.९  | १.५   |
| उत्तरदाताको शिक्षा        |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| १-५                       | २५.९                  | १९.९    | २७.३     | ३०.३               | १४.१    | २९.२ | २३.४ | २३.९  |
| ६-८                       | ९.२                   | ९.१     | ७.७      | ०                  | १०.९    | ६.६  | ८.३  | ८.१   |
| ९-१०                      | १८.१                  | २०.२    | १२.३     | १९.६               | २७.२    | १६.५ | १६.५ | १७.८  |
| एस एल सी वा माथि          | २५.९                  | १७.३    | ८.४      | २३.२               | २०.७    | २६.४ | १३.६ | १८.३  |
| अशिक्षित                  | १३.७                  | २७.०    | ३३.८     | १२.५               | २६.१    | १७.० | २६.३ | २३.५  |
| शिक्षित तर स्कुल नगएको    | ७.३                   | ६.५     | १०.४     | १४.३               | १.१     | ४.२  | ११.७ | ८.२   |
| उत्तरदाताको धर्म          |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| हिन्दु                    | ८५.४                  | ८८.६    | ८७.०     | ८२.१               | ८४.८    | ८८.२ | ८६.६ | ८६.८  |
| बौद्ध                     | ८.८                   | ३.९     | ४.५      | १२.५               | ९.८     | ७.१  | ४.८  | ६.१   |
| मुस्लिम                   | २.९                   | ५.५     | ७.१      | ५.४                | -       | १.४  | ८.१  | ५.१   |
| क्रिश्चियन                | २.०                   | ०.७     | १.३      | -                  | १.१     | २.४  | ०.५  | १.१   |
| किराँत                    | १.०                   | १.३     |          | -                  | ४.३     | ०.९  | -    | ०.८   |
| उत्तरदाताको मुख्य पेशा    |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| कृषि                      | ३७.६                  | ५५.०    | ५३.२     | १४.३               | ६०.९    | ३५.४ | ४९.० | ४६.५  |
| सेवा                      | २५.९                  | १२.१    | १४.३     | २५.०               | १२.०    | १८.४ | १८.२ | १७.५  |
| व्यापार                   | १९.०                  | १९.२    | १३.६     | ४६.४               | २२.८    | २६.९ | १६.० | २०.१  |
| ज्यालादारी                | ११.७                  | ९.८     | १४.३     | १०.७               | ४.३     | १३.२ | १२.० | ११.४  |
| बैदेशिक रोजगार            | ५.९                   | ३.९     | ४.५      | ३.६                | -       | ६.१  | ४.८  | ४.६   |
| जम्मा (%)                 | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या              | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |

### ३.१ औचित्यता

सहस्राब्दी लक्ष्य ५ लगाएत अन्य दिर्घकालीन योजना, आवधिक योजना, वार्षिक योजनाको उद्देश्य प्राप्त गर्नका लागि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्यसंग सम्बन्धित विभिन्न समयमा लागु गरेको कार्यक्रमहरुले महिला स्वास्थ्य तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सुधारमा भूमिका खेलेको छ । महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य संग सम्बन्धित प्रमुख रुपमा आमाको स्वास्थ्य सुधारका



लागि आमा सुरक्षा कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका कार्यक्रम, किशोर किशोरी प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम, प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार, गाउँघर क्लिनिक, आड खस्ने, रोकथाम तथा उपचार सुरक्षित गर्भपतन, पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोजपड्ताल तथा रोकथाम, फिस्टुला व्यवस्थापन कार्यक्रम, सव-फर्टिलिटी व्यवस्थापन कार्यक्रम र महिला स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरी एक अनुसन्धानात्मक कार्यक्रम संचालन गरेको छ ।

नेपालको अन्तरिम संविधान सन् २००७ (२०६३) ले प्रजनन स्वास्थ्यलाई मौलिक हक अन्तरगत राखेको छ । त्यसैगरी प्रत्येक महिलालाई आफ्नो प्रजनन स्वास्थ्यको निर्यण गर्ने हक प्रदान गरेको छ । नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रूपमा पाउने हक समेत प्रदान गरेको छ । यी मौलिक हकको सुनिश्चता गर्नको लागि राज्यले संविधान आधारित निर्देशित सिद्धान्त र दायित्व समेत निर्धारण गरेको छ ।

सरकारले महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य प्रबर्द्धन गर्ने उदेश्यका साथ राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४७ को आधारमा नव निर्मित राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१, दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७-२०१७), राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य नीति सन् १९९८ र राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व र नवशिशु स्वास्थ्य दीर्घकालीन योजना सन् २००६-२०१७ (२०६१-२०७४) र नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम -२ सन् २०१०-२०१५ (२०६६-२०७१) तर्जुमा गरी विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई निर्दिष्ट गरी लागु गरेको छ । एकीकृतमहिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमले नेपालको स्वास्थ्य नीति तथा कार्यक्रमहरूले तय गरेको सूचकाङ्कहरूलाई प्रभावकारिता कार्यान्वयन गरी ग्रामीणस्तरदेखि राष्ट्रिय स्तरको आवश्यकतालाई अंगीकार गरेको देखिन्छ ।

### राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०१४ (२०७१)

स्वास्थ्य क्षेत्रका विद्यमान तथा नया चुनौतीलाई सम्बोधन गरेर नागरिकको स्वास्थ्य प्रबर्द्धन, संरक्षण, सुधार र पुर्नस्थापना गर्न सन् १९९१ (२०४८) को स्वास्थ्य नीतिलाई अध्यावधिक गर्दै नेपाल सरकारले नयाँ राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०१४ (२०७१) लागु गरेको छ । यस नीतिले प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई विशेष महत्व दिँदै प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी आवश्यक अन्य कानुन ल्याउने, आवश्यक संसोधन गर्ने नीति लिएको छ । यसले प्रजनन स्वास्थ्य संग सम्बन्धित परिवार योजना लगायत यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई एकीकृत सेवाको रूपमा कार्यान्वयन गर्दै युवा तथा किशोर किशोरी मैत्री सेवाको अवधारणालाई सम्पूर्ण संस्थाहरूबाट उपलब्ध गराउने, मातृ सुरक्षाको लागि दक्ष जनशक्ति उत्पादन र विकास गर्ने, बाँझोपना सम्बन्धी कानुनद्वारा व्यवस्थित गर्ने जस्ता नीतिगत लक्ष्य बनाएको छ ।

### तेह्रौं पञ्च वर्षीय योजना

तेह्रौं पञ्च वर्षीय योजनाले निःशुल्क स्वास्थ्य सेवालार्ई सबै तहका स्वास्थ्य संस्थामा विस्तार गर्ने नीति लिएको छ । पूर्व प्रसूति एवं सुत्करी पश्चातका सेवालार्ई प्रात्साहन भत्ता प्रदान गर्दै निःशुल्क र सुरक्षित प्रसूति सेवालार्ई विस्तार गर्ने तथा प्राथमिक उपचार केन्द्र (गाउँघर क्लिनिक) लार्ई प्रभावकारी बनाउने लक्ष्य लिएको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका कार्यक्रमलाई ग्रामिण एवं



शहरी क्षेत्रमा विस्तार गर्नका लागि आवश्यक नियमावली बनाइ सुरक्षित मातृत्व एवं सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई महिलाको अधिकारको रूपमा कार्यान्वयन गर्ने नियमावली तर्जुमा गरेको छ । त्यसैगरी सामाजिक सुपरिवेक्षण र सार्वजनिक सुनुवाइलाई प्रभावकारी बनाउँदै सार्वजनिक उत्तरदायित्वलाई बढावा नीति लिएको छ ।

### राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य नीति (सन् १९९८)

अन्तर्राष्ट्रिय जनसंख्या तथा विकास सम्बन्धी सम्मेलन (ICPD) को कार्य योजना लगायतका विभिन्न अन्तर्राष्ट्रिय सन्धी र सम्मेलनहरूमा नेपालले व्यक्त गरेका प्रतिबद्धता एवं देशको वर्तमान आवश्यकता अनुसार यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई समग्र स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण पाटोको रूपमा नेपाल सरकारले मान्यता दिइआएको छ । यसै अनुरूप नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले पनि राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीति र योजना २०५५ तयार पारी कार्यान्वयनमा ल्याएको छ ।

### दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७ –२०१७)

दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाले महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई प्रमुखताका समावेश गरी प्रजनन स्वास्थ्य सेवासंग सम्बन्धित विभिन्न कार्यक्रमहरूको लक्ष्यहरू निर्धारण गरी कूल प्रजनन दर मातृ मृत्युदर, परिवार नियोजन, दक्ष व्यक्तिद्वारा गराइने सुत्केरी, पूर्व प्रसूति जाँच, रक्तअल्पता, स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र अत्यावश्यक औषधिहरूको बारेमा आवधिक लक्ष्य निर्धारण समेत गरेको छ।

### राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व र नवशिशु स्वास्थ्य दीर्घकालीन योजना सन् २००६-२०१७ (२०६१-२०७४)

यस योजनाको मुख्य लक्ष्य आमा तथा नवजात शिशुको मृत्युदर घटाउनु हो । यस अर्न्तगत २०१७ सम्ममा आमाको मृत्युदर १ लाख जीवित जन्ममा १३४ तथा नवजात शिशु मृत्युदर एक हजारमा १५ पुऱ्याउनु रहेको छ । यस योजनाले खास गरी गरिब तथा पछाडि परेका समुदायमा स्वास्थ्य सेवाको प्रयोगमा बृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर समेत बढाउने उद्देश्य लिएको छ ।

त्यसैगरी यस योजनाले गर्भ तथा सुत्केरी हुँदा पर्न सक्ने खतराहरूलाई न्यूनीकरण गर्ने विषयमा प्रमुख जोड दिएको छ । नेपाल सरकारले यस योजना अनुसार दक्ष प्रसूति सेवाकर्मीको सहयोगमा ६०% सुत्केरी गराउने र ४०% सुत्केरी स्वास्थ्य संस्थामा गराउने लक्ष्य निर्धारण गरेको छ ।

### एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा अर्न्तगतका कार्यक्रमहरूको औचित्यता

#### परिवार नियोजन कार्यक्रम

सहश्राब्दी विकास लक्ष्यको मूल्याङ्कनले परिवार नियोजन कार्यक्रम मानव विकासको प्रमुख मियोको रूपमा देखाईएको छ । नेपाल सरकारले तर्जुमा गरेको स्वास्थ्य नीतिहरू, रणनीतिहरू र निर्देशिकाले परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई निकै प्राथमिकतामा राखेको छ । परिवार नियोजनका सबै साधनहरू छान्ने मौका मिल्ने भएकाले यो कार्यक्रमलाई समुदायस्तरमा राम्रो रूपमा लिइएको छ र समुदायको पहुँच पनि बढेको देखिएको छ । त्यसैले नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम-२, सहश्राब्दी विकास

लक्ष्य गोल ५ का सहायक लक्ष्यहरु, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीती २०७१ ले समेत यसलाई प्रमुख कार्यका रूपमा लक्ष्य निर्धारण गरेको छ ।

अति सान्दर्भिक रहेको यो कार्यक्रम सुरुमा जनसंख्या नियन्त्रणको योजनाअनुसार सुरु भएपनि परिवार नियोजन पछिल्ला दिनमा विकासको एजेण्डा बनेको छ । परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको एक अध्ययनले यो क्षेत्रमा एक रुपैया लगानी गर्दा ६ रुपैया बराबरको प्रतिफल आउने देखाएको छ । लगानी र प्रतिफलसँगै राज्यमा सामाजिक र आर्थिक विकासको सूचक मानिने बाल तथा मातृमृत्युदर, अनिच्छित गर्भधारण र असुरक्षित गर्भपतन घटाउन पनि परिवार नियोजनको विकल्प छैन । अध्ययनले परिवार नियोजनको अपरिपूरत माग पूरा गर्न सकेमा मातृ मृत्युदरमा ३० प्रतिशतले कमी ल्याउन सकिने र कम्तिमा तीन वर्षको जन्मान्तर गराएमा बालमृत्युदर २ गुणाले घटाउन सकिने देखाएको छ । सन् १९७६ (२०३३) मा ३ प्रतिशत रहेको परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगदर सन् २०११ (२०६८) मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत भई बढेको तर नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम-२ सन् २०१०-२०१५ (२०६६-२०७१) ले राखेको ६५ प्रतिशतको लक्ष्य प्राप्त भईनसकेको हुदा, सो प्राप्तिको लागि यो कार्यक्रमको निरन्तरता जरुरी देखिन्छ । त्यसैगरी विज्ञहरु परिवार नियोजनले गरिबी घटाउने, महिला स्वास्थ्यमा सुधार हुने, महिला सशक्तीकरणमा मातृ मृत्युदर, गर्भान्तर, आर्थिक विकास, शिक्षा लगायतमा समेत टेवा पुऱ्याउने बताउँछन् ।

एन.डि.एच.एस. २०११ का अनुसार प्रजनन उमेर समूहका धेरैजसो महिला तथा पुरुषहरुलाई परिवार नियोजनबारे ज्ञान रहेको र परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगबारे पनि उच्च सकारात्मक धारणा रहेको छ । तैपनि, हाल २७ प्रतिशत महिलाहरुले परिवार नियोजनको कुनै साधन उपाय प्रयोग नगरेको अबस्था छ । गत १५ वर्षमा हाल महिलाहरुमा आधुनिक साधनहरुको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले बृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यो प्रगतिले योजनाविदहरुलाई हाल सञ्चालित कार्यक्रमहरुमा नयाँ प्रयोगकर्ताहरुको संख्या बढाउदै कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिन धेरै नै उत्साहित गरेको छ ।

### **सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)**

आमा सुरक्षा कार्यक्रम धेरै प्रभावकारि र सराहनीय कार्यक्रमको रूपमा स्थापित भएको छ । मातृ मृत्युदर घटाउन गर्भजाँच गर्न र सुत्केरी पश्चातका समस्याहरु निराकरण गर्न यसले धेरै राम्रो भूमिका खेलेको छ साथै स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने संख्यामा पनि उल्लेख्य बृद्धि गराउन सफल रह्यो । महिलामा जनचेतना बढाउन र गरिबहरुलाई स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच बढाएको छ । नेपाल सरकारको पहिलो प्राथमिकता प्राप्त यो कार्यक्रम सन् १९९७ सालमा सुरु गरिएको यो कार्यक्रम अर्न्तगत थुप्रै अन्य कार्यक्रम सञ्चालनमा रहेका छन् : जस्तै आमा सुरक्षा कार्यक्रम गतिविधि पाठेघर खस्ने सम्बन्धी कार्यक्रम, ग्रामीण भिडियो एक्सरे कार्यक्रम, मानव संसाधन विकास, सामुदायिक स्तरमा मातृ तथा नव शिशु स्वास्थ्य र जन्म तयारी प्याकेज कार्यक्रम, आपतकालीन प्रेषण कोष, सुरक्षित गर्भपतन रहेका छन् । यी सबै कार्यक्रमहरु राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व योजना सन् २००२-१७ र सुरक्षित मातृत्व र नवशिशु स्वास्थ्य दीर्घकालीन प्रेषण योजना सन् २००६-२०१७



मा आधारित भएर नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम २०१०-२०१५ लगायत राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ समेतले अति प्राथमिकता राखि कार्यक्रम र लक्ष्य निर्धारण गरेका छन् ।

सुरक्षित मातृत्व तथा नवजात स्वास्थ्य कार्यक्रममा संलग्न विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी अनि राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय साभेदारहरुमा ध्यान पुगेको तथा ती संस्थाहरु बीच समन्वय स्थापित भएको सुनिश्चित गर्न राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व योजना (सन् २००२-२०१७) को संशोधन गरियो । यो योजनाले नेपालमा ७५ जिल्ला मध्ये ८०% प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहार केन्द्रले विस्तृत आकस्मिक प्रसूति स्याहार सेवा र ७०% स्वास्थ्य चौकीले प्रसूति सेवा उपलब्ध गराउने लक्ष्य राखेकोमा अझ पुरा भएको अवस्था छैन ।

दुर्गम र पिछडिएका महिलाको सुरक्षित मातृत्व सेवामा पहुँच बढाउन नेपाल सरकारले सन् २००५ बाट सुरक्षित मातृत्व भत्ताको सुरुवाती संगसंगै आमा सुरक्षा कार्यक्रमको सुरु गरेको थियो । यो कार्यक्रमलाई अझ प्रभावकारी बनाउन आमा निर्देशिका संशोधित रूपमा २०११/२०१२ (२०६९/२०७०) को कार्यान्वयन गरिएकोछ । यस कार्यक्रम कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूति जाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेको छ । कम्तीमा ४ पटक पूर्व प्रसूति जाँचको लागि जाने गर्भवती महिलाको सन् २०१५ सम्ममा ८० प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य राखेको सन् २०१३ सम्ममा ६५ प्रतिशत त्यसैगरी आपतकालीन प्रसूति सेवाको आवश्यकताको पूर्ति ४९ प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य राखेकोमा ६५ प्रतिशतको प्राप्ति, दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट प्रसूति गराउनेको ४.५ प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य राखेकोमा ४.३ प्रतिशतको प्राप्ति र विभिन्न अध्ययनले मातृ मृत्युदर घट्नुको साथै सहस्राब्दी लक्ष्य प्राप्ति भईसकेको भनेतापनि सन् २०१५ सम्ममा मातृ मृत्युदर १३४ पुऱ्याउने लक्ष्य राखेकोमा नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २००६ अनुसार २८१ मा भरेको देखिन्छ । यसले गर्दा प्राप्त उपलब्धिलाई निरन्तरता दिई निर्धारित समयको लक्ष्य प्राप्तिकोलागि सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) कार्यक्रमको औचित्यता अझ बढेको देखिन्छ ।

### **महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम**

अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा समेत प्रशंसनीय रहेको यस नमुना कार्यक्रम नेपालले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ समेत अंगिकार गरी यसको निरन्तरतामा जोड दिइएको छ । यस कार्यक्रमलाई नियमित तथा सफतापूर्वक सञ्चालन गर्नका लागि विभिन्न नीति, रणनीति तथा निर्देशिकाहरु बनाइएको छ । यस कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउन संशोधित महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रणनीति सन् २०१० (२०६७) बनाई कार्यक्रमलाई नियमित गरी संशोधित नयाँ रणनीतिले यस कार्यक्रमको निरन्तरता, प्रभावकारिता र एकरूपताको बारेमा निर्दिष्ट गरेको छ । यसको भूमिकालाई परिष्कृत बनाउन नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रमले पनि यसको प्रभावकारिता परिचालनमा जोड दिएको छ । नेपाल सरकारले लागु गरेको महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्यको विभिन्न कार्यक्रमहरु समुदायको घरदैलोसम्म पुऱ्याउन अन्य क्षेत्रको कार्यक्रम समेतमा भर परेको छ । स्वयंसेवकको प्रभावकारी परिचालनको कारणले गर्दा मातृ स्वास्थ्य, परिवार नियोजन र बाल स्वास्थ्यमा उल्लेख सुधार आएको कुरालाई मध्यनजर गर्दै यस कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिनुपर्ने देखिन्छ ।



### **प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम**

नेपालले अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा प्राथमिक स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रतिबद्धतालाई कार्यान्वयनमा ल्याउन राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति १९९१ (२०४८) ले प्राथमिक सेवा र ग्रामीण स्वास्थ्य सेवालाई प्राथमिकतामा राखे बमोजिम युनिभर्सल हेल्थ कभरेज अन्तरगत अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउन यसको नीतिगत व्यवस्था गरी कार्यान्वयन गरेको थियो । यस कार्यक्रमले विपन्न पहुँच बाट टाढा रहेका जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने गरेको छ । यो कार्यक्रम बाट वर्षेनी थुप्रै जनता लाभान्वित रहदै आएका छन् । यो कार्यक्रमको अभैपनि सान्दर्भिकता रहेको रूपमा मूल्याङ्कनको सिलसिलामा व्यक्त भएको थियो । यो कार्यक्रमलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति सन् २०१४ (२०७१) समेतले र नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २०११ ले संसोधितरूपमा पुर्नजागरण गरी ग्रामीण र शहरी दुबै क्षेत्रमा कार्यान्वयनमा ल्याउनेगरी रणनीतिहरु तयार गरेको छ ।

दुरदराजका जनतालाई घर दैलो नजिक स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याएको प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार केन्द्र-गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम उपयोगी र सान्दर्भिकतामा रहेको कार्यक्रम हो । यो कार्यक्रम स्थानीय आवश्यकतालाई मध्यनजर गरी प्रत्येक महिनाको कम्तिमा एक पटक निश्चित स्थानमा निश्चित गते र समयमा गा.वि.समा सञ्चालन गर्ने गरिन्छ । यसरी क्लिनिक सञ्चालन गर्दा समुदायको बसोबास स्थलभन्दा आधा घण्टाभन्दा बढी हिड्नु नपर्ने गरी राखिने हुँदा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा समुदायको पहुँच बढेकोले पनि कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिनुपर्ने देखिन्छ ।

### **किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम**

किशोर किशोरी कार्यक्रमलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४७ ले खासै सम्बोधन नगरेपनि स्वास्थ्य नीति २०७१ ले प्राथमिकता दिएको छ । त्यसैगरी नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २०१०-२०१५ ले समेत लक्ष्य निर्धारण ( किशोरकिशोरी प्रजनन दर ७० प्रति १००० जनामा सिमित राख्ने) गरेको छ र यो लक्ष्य सहश्राब्दी विकाश लक्ष्यको ५(ख) सँग सम्बन्धित समेत रहेको छ । राष्ट्रिय किशोर किशोरी स्वास्थ्य र विकास रणनीति सन् २००० को तर्जुमा गरी त्यसको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयन निर्देशिकामा २००७ बनाई कार्यक्रम लाई सञ्चालन गरेको छ । किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम नीतिका हिसाबले राम्रो सुरुवात हो । यो कार्यक्रम सुरुवाती चरणमै रहेको र बजेटको समस्या र भौतिक संरचनाको अभावमा सोचे जस्तो बिस्तार नभएता पनि यो कार्यक्रमको सान्दर्भिकता सबैले औल्याएका छन् । यस कार्यक्रमले किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गरी त्यस सँग सम्बन्धित शिक्षा र रोजगार आदिलाई समेत सकारात्मक सहयोग गरेको छ । यस कार्यक्रमले भावी पुस्तालाई स्वस्थ बनाई देशको विकासमा सहयोग पुऱ्याउने हुँदा यो कार्यक्रम सम्पूर्ण जिल्लाको सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा विस्तार गर्नु पर्ने कुरा अध्ययनको समयमा आएको छ । राष्ट्रिय ए.एस.आर.एच सेवालाई राष्ट्रिय ए.एस.आर.एच विकास रणनीति २००० अनुसार किशोरकिशोरी स्वास्थ्य र विकास र अन्य अवसरमा सहभागी गराई ज्ञान र सीपमा बृद्धि गरी यस सेवाको पहुँच र उपलब्धतामा बृद्धि गर्ने रणनीति राखिएको यो कार्यक्रमलाई नीतिगत रूपमा औचित्यता औल्याइएको छ ।



### **गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम**

नेपाल सरकारले गर्भपतनलाई कानुनी मान्यता दिएसँगै राष्ट्रिय सुरक्षित गर्भपतन नीति तथा रणनीति सन् २००१ मा तर्जुमा गरी परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले यसलाई कार्यक्रमको रूपमा निरन्तरता दिएको छ। वार्षिकरूपमा गर्भपतन गर्ने महिलाको संख्या बढ्दै गएको तथ्य र अभैपनि असुरक्षित गर्भपतन गराउनेको संख्या उल्लेख्य रहेको परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको अनुमानले पनि यो कार्यक्रममा सबै महिलाको यसमा पहुँच बढाउन अभि परिष्कृत रूपमा सञ्चालन गरिनुपर्ने भएकाले पनि यो कार्यक्रमको सान्दर्भिकता रहेको छ। यस कार्यक्रमले अनिर्क्षित गर्भ, महिलाको अस्मितासँग जोडिएको जबरजस्ती करणीबाट रहन गएको गर्भ र बच्चा वा आमालाई खतरा हुने गर्भ हटाई महिलाको निर्णय आधारको क्षमता र सशक्तीकरणमा समेत योगदान पुऱ्याई अकाल मृत्यु हुनबाट समेत जोगाउँछ।

सेवाग्राहीको चेतनास्तरसँगै सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमको पहुँच पहिलेको भन्दा बढेको हुनाले यसको सकारात्मक प्रभाव मातृ मृत्युदर, अनिच्छित गर्भ रोकथाम र महिला सशक्तीकरणमा समेत परेको बताएका छन्। त्यससँगै आकस्मिक गर्भ निरोधकका साधनलाई परिवारनियोजनको माध्यम बनाउने नकारात्मक काम बढेको छ। यस अध्ययनको मुख्य सूचनादाता अर्न्तर्वाताबाट पनि आकस्मिक गर्भ निरोधकका साधनलाई परिवार नियोजनको माध्यम बनाउनु नकारात्मक पक्ष रहेको बताएका छन्। तालिम प्राप्त डाक्टर वा स्वास्थ्यकर्मीको सहयोगबाट सरकारले तोकेका स्वास्थ्य संस्थामा गई महिलाको आफ्नो पूर्ण स्वीकृति र सुरक्षित गर्भपतन सेवा सम्बन्धीको निर्देशिका बमोजिम यो सेवा प्राप्त गर्न सकिन्छ।

यो सेवा लिनेको संख्यामा भएको अत्याधिक वृद्धिदर सँगसँगै असुरक्षित गर्भपतनको कारणले वर्षेनी कैयौं आमाहरूको मृत्यु हुने गर्दछ। तसर्थ गर्भपतनको कारणले उत्पन्न हुने जटिलताहरूको उपचार गर्ने तथा आमाको जीवन सुरक्षाको निमित्त विशेष परिस्थितिमा गर्भपतन सेवाहरू सबै जिल्ला अस्पतालहरूमा उपलब्ध छन्। अनिच्छित गर्भको रोकथाम गर्न परिवार नियोजनका विभिन्न साधनहरूबारे परामर्श तथा अनुगमन सेवाहरूमा जोड दिनु पर्दछ। गर्भपतनको कारणले उत्पन्न भएका जटिलताहरूको उपचार सेवा सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा उपलब्ध हुनुपर्दछ भनि औल्याईएकोले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकतालाई समेत भल्काउदँछ।

### **आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम**

महिलामा हुने अत्यन्त पिडादायी र सुसुप्त रूपमा रहेको आइ खस्ने रोग ग्रामीण भेगमा बस्ने महिलामा विकराल रूपमा रहेको छ। यो रोग अभैपनि लुकाएर बस्ने र उपचारको लागि नजाने चलन महिलामा अत्यन्तै उच्च रहेको छ। यस कार्यक्रमलाई नीतिगतरूपमा आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण निर्देशिका २०६५ बनाई कार्यन्वयनमा ल्याएको छ। यसको प्रमुख लक्ष्य निर्धारण नगरेपनि नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २०१० को मातृ मृत्युदरसँग अप्रत्यक्षरूपमा सम्बन्धित रहेको छ। विभिन्न संस्थाले विभिन्न ठाँउमा गरेको अध्ययन अनुसार यो रोगको व्यापकता फरकफरक देखिएको छ। २००६ मा गरेको एक अध्ययन अनुसार हिमाली, उच्च पहाडी र तराई जिल्लामा १० प्रतिशत (आइ.ओ. एम्, यू.एन.एफ.पी. ए र विश्व स्वास्थ्य संगठन), त्यसैगरी एन्.डी.एच्.एस् ले ६



प्रतिशत महिलामा आइ खस्ने समस्या रहेको बताएको छ । त्यसमा पनि रौतहट, महोत्तरी र सप्तरी जिल्लामा काठमाडौं मोडल अस्पताले २००८ मा गरेको क्लिनिकलमा आधारित अध्ययनले त २० प्रतिशतमा यो रोग देखाएको छ । अभैपनि लाखौं महिला यो रोगबाट पीडित रहेको तथा उपचारको पहुँचमा नभएको हुँदा यस कार्यक्रमलाई सरकारी स्तरबाट अझ बढी चासो दिई विस्तार गर्नुपर्ने कुरा औँल्याईएको छ ।

### **फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम**

फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सरकारले यसै आर्थिक वर्षबाट आवश्यकता महशुस भए अनुसार सामान्य रुपमा कार्यान्वयन गरेको छ । महिलाको लुकेको समस्याको रुपमा रहेको प्रसूति संग सम्बन्धित फिस्टुला कार्यक्रमको आवश्यकताको महशुस अध्ययनको क्रममा औँल्याईएको छ । तथापि यो कार्यक्रम यू.एन.एफ.पि.ए. लगाएत अन्य सरोकारवालाहरुले प्रारम्भिक रुपमा सञ्चालन गरेका छन् । केन्द्रीयस्तरमा मात्र सिमित रहेको यो सेवा दुर्गममा पुगेको छैन । उपेक्षित कार्यक्रमको रुपमा रहेको यो कार्यक्रमलाई सबै महिलाको पहुँचमा पुग्ने गरी सरकारी तवरबाट सञ्चालन र विस्तार गर्नुपर्ने आवश्यकता रहेको प्रमुख सूचनादाताले बताएका छन् । यस कार्यक्रमले समेत महिला स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गरी महिला सशक्तीकरणमा जोड दिई महिला हिंसाबाट हुने असर समेत न्यूनीकरण गर्न सकिन्छ ।

### **बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम**

बाँभोपना नेपाल सरकारको खासै प्राथमिकतामा नपरेको कार्यक्रम हो । यस कार्यक्रम सरकारी तवरबाट खासै सञ्चालनमा आएको पाँइदैन । तर दिनानुदिन बाँभोपनको समस्या बढ्दै गएको कुरालाई मध्य नजर गरी सरकारले गत आर्थिक वर्षबाट यस कार्यक्रम पनि लागु गर्न निर्णय बमोजिम यस सम्बन्धी कानूनको तर्जुमा गर्ने नीति लिएको छ । बाँभोपन सम्बन्धी उपचार र समाधानको कार्यहरु केही नीजि अस्पताल र उच्च तहको सरकारी अस्पतालमा मात्र रहेकाले यस कार्यक्रम आम समुदायमा पहुँच भने पुगेको छैन । यस अध्ययनको शिलशिलामा वर्तमान परिस्थितिलाई ध्यान दिदै यस सम्बन्धी कार्यहरुको औचित्यता औँल्याई लागु गर्नु पर्ने कुरा सूचनादाताहरुले बताएका छन् ।

### **प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम**

यो कार्यक्रम नेपालमा खासै प्रभावकारी रुपमा सञ्चालनमा आएको छैन । यो कार्यक्रमको सान्दर्भिकता औँल्याइएपनि नेपाल सरकारको नीतिका कारण सबै किसिमका प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलाप यस अन्तर्गत सञ्चालन हुन आएका छैनन् । यस कार्यक्रम अन्तर्गत साधारण खालका प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी अध्ययनहरु गरिएका छन् जस्तै आमा सुरक्षा अध्ययन, संस्थामा आधारित सुत्केरीका लागि प्रेषणको अवस्था सम्बन्धी अध्ययनहरु भएको छ । त्यसबाहेक यसले परिवार नियोजन तथा सुरक्षित मातृत्वको लागि अनुमानित तथा वार्षिक सामाग्री, प्रजनन स्वास्थ्य र आपतकालीन स्वास्थ्य सेवाको अनुगमन, सहयोगी सुपरभिजन गर्ने यसको उद्देश्य रहे पनि यसको आफ्नो उद्देश्य हासिलमा केही सफल हुँदा हुँदै यसलाई पूर्ण रुपमा यसको उद्देश्य प्राप्तमा लागि यो कार्यक्रमको अझै निरन्तरता दिनु जरुरी रहेको छ । यो कार्यक्रमले यसको उद्देश्य अनुरूपको





गतिविधिहरु पूर्ण रुपमा गर्न नसकेको देखिन्छ । नेपालमा प्रजनन् तथा महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी थुप्रै अध्ययनहरु भएतापनि सबै अध्ययनको सूचना सूचीकृत र स्वीकृत गरिएको पाईदैन । यदि प्रजनन् तथा महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी सबै किसिमका अध्ययनहरुलाई एकीकृत गरी सञ्चालनमा ल्याउन सकेका खण्डमा यस कार्यक्रमको सान्दर्भिकता अभै बढ्ने देखिन्छ । त्यसैले सरकारले नै नीतिगत रुपमा नै यसको पूर्ण कार्यान्वयन गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

### **पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम**

पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोज प्रडताल तथा रोकथाम कार्यक्रमको रेफर गर्ने प्रचलन छ । सबै स्वास्थ्य संस्थामा कार्यक्रम नभएकोले सेवा पाईदैन । यो कार्यक्रम सुरुवाती चरणमा नै भएकाले धेरै गर्न बाँकी छ । कार्यक्रमलाई धेरै प्राथमिकता दिइएको छैन । तर सबै ओ. पि. डि मा महिलाको खोज हुने गरे राम्रो हुने देखिन्छ । पाठेघरको मुखको क्यान्सरको एकिन तथ्याङ्क नभएता पनि दिन प्रतिदिन यो रोगबाट पीडित हुने महिलाको संख्या भने बढ्दो छ । त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकिस्ताशास्त्र अध्ययन संस्थानको एक सूचनाअनुसार वर्षेनी अन्दाजी १००० जना जती महिलाको क्यान्सरको कारणले मृत्यु हुने गर्छ । यो तथ्य बाट पनि पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम र नियन्त्रण कार्यक्रम तुरुन्त सरकारी स्तरबाट सबैको पहुँचमा पुग्ने गरी सञ्चालन गर्नुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ । सरकारी स्तरबाट खासै कार्यक्रमहरु सञ्चालन गरेको देखिदैन तथापि अन्य दातृ संस्था र गैर सरकारी संस्थाको सहयोगमा यस सम्बन्धी कार्यक्रमहरु सञ्चालीत छन् । यस अध्ययनमा सहभागीहरुले यस क्यान्सरबाट प्रभावित हुने महिलामा यो रोगले निकै आर्थिक तथा सामाजिक भार दिने हुँदा रोकथाममा आधारित कार्यक्रम सबै ठाँउमा सञ्चालन गर्नुपर्ने आवश्यकता औल्याउदै यसको सान्दर्भिकता देखाएका छन् ।

## **३.२ प्रभावकारिता**

### **एकीकृतमहिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा अर्न्तगतका कार्यक्रमहरुको प्रभावकारिता**

#### **परिवार नियोजन कार्यक्रम**

जनसंख्या नियन्त्रण गर्ने उद्देश्यले सरकारले परिवार नियोजन कार्यक्रम सुरु गरेको ५५ वर्ष पूरा भैसकेको छ तर यो ५ दशकमा ग्रामीण क्षेत्रका महिला अभै पनि अनिच्छित गर्भधारण गर्न बाध्य भइरहेका छन् । सन्तानको रहर पूरा भएपछि स्थायी रुपमै बच्चा नपाउने विधिको खोजीमा रहेर पनि समुचितरुपमा सेवा नपाउनेको संख्या भन् बढ्दो क्रममा छ (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११) । पछिल्लो समय सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले पनि परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकता दिएको छ ।

गुणस्तरीय परिवार नियोजन तथा सुरक्षित गर्भपतन सेवाको माध्यमले अनिच्छित गर्भधारण रोकनु महिला स्वास्थ्य आवश्यकताको सम्बोधन गर्ने तर्फको पहिलो कदम हो । समुदायमा गुणस्तरीय गर्भ निरोधक विधिहरुको उपलब्धि बढाउनु पर्ने आवश्यकता छ । सन् १९७६ मा ३ प्रतिशत रहेको परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगदर सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । सो अवधिमा कुल प्रजनन दर ६.३ बाट २.६ मा झरेको छ । त्यसैगरी परिवार नियोजनको कुनै एक साधनबारे जानकारी भण्डै शतप्रतिशत पुगेको छ (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११) । सरकारले परिवार नियोजनबारे सत्य तथा पूर्ण



जानकारीको आधारमा सुसूचित छनौटसहितको गुणस्तरीय सेवा पुऱ्याउने नीति लिएको छ । सरकारले सरकारी, निजी र गैरसरकारी तथा सामाजिक बजारीकरण क्षेत्रको साभेदारीमा सेवा प्रदान गर्ने, प्रजननलाई अधिकारको रूपमा स्थापित गर्ने, सेवाको पहुँच तथा उपलब्धतामा वृद्धि गर्ने, सेवा प्रदायक तथा व्यवस्थापकको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने, साधनको उपलब्धता सुनिश्चित गर्न आपूर्ति व्यवस्थापनलाई प्रभावकारी बनाउन विभिन्न कार्यक्रम सञ्चालन गर्दै आएको छ ।

एन.डि.एच.एस. २०११ ले देशभर ४३ दशमलव दुई प्रतिशत विवाहित जोडीले मात्र परिवार नियोजनका आधुनिक साधन प्रयोग गर्ने गरेको देखाएको छ । सन् २००६ को तुलनामा यो एक प्रतिशत कम हो । परिवार नियोजन संघका अनुसार सही सूचना, उपलब्धता र पहुँच नहुँदा साधन प्रयोगकर्ताको दरमा वृद्धि हुन नसकेको बताउँछन् । यद्यपि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले सन् २०१५ सम्ममा कुल प्रजनन दरलाई २.५ र आधुनिक साधनको प्रयोग दर ६७ प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य तय गरेको छ । हालसम्मको उपलब्धि हेर्दा परिवार नियोजनमा लक्ष्य प्राप्त नहुने देखिन्छ ।

एन.डि.एच.एस. २०११ का अनुसार कुल विवाहित मध्ये १५ देखि १९ वर्षका ४ दशमलव १ प्रतिशतले मात्र परिवार नियोजनका आधुनिक साधन प्रयोग गर्ने गरेका छन् । आधुनिक साधनको प्रयोग गर्नेमा २० देखि २४ वर्ष उमेर समूहका १८ दशमलव ४ प्रतिशत, २५ देखि २९ वर्षका ३६ दशमलव ४ प्रतिशत, ३० देखि ३९ वर्षका ५७ दशमलव ३ प्रतिशत र ४० देखि ४४ वर्ष उमेर समूहका ५६ दशमलव ३ प्रतिशत रहेका छन् ।

एन.डि.एच.एस. २०११ का अनुसार प्रजनन उमेर समूहका धेरैजसो महिला तथा पुरुषहरूलाई परिवार नियोजनबारे ज्ञान रहेको र परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगबारे पनि उच्च सकारात्मक धारणा रहेको पाइन्छ । तैपनि हाल २७ प्रतिशत महिलाहरूले परिवार नियोजनको कुनै साधन र उपाय प्रयोग नगरेको अवस्था छ । गत १५ वर्षमा महिलाहरूमा आधुनिक साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले वृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक पक्ष हो ।

#### तालिका नं. ५ परिवार नियोजनको साधनको प्रयोग संख्या

| परिवार नियोजनको साधन                                    | २००९/१० | २०१०/११ | २०११/१२ | २०१२/१३ | २०१३/१४ |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
|   | २०६५/६६ | २०६६/६७ | २०६७/६८ | २०६८/६९ | २०६९/७० |
| अस्थायी   |         |         |         |         |         |
| कण्डम   | १५९८०१  | १५९३३८  | १७०३३८  | १७९९२३  | १९७०९२  |
| पिल्स   | १०६७१३  | ११९४८८  | ११०६२६  | ११२६३६  | ११२६३६  |
| डिपो  | २५४११५  | २६०१३४  | २४७६६४  | २४५४२२  | २४०२८५  |
| आइ.यूसी डि  | १७४२१   | ३१८५८   | २८०३१   | ३२७३२   | ३१२६५   |
| इम्प्लान्ट  | १६७१४   | २३९५६   | २३३३४   | २७८५७   | ३५६८४   |
| परिवार नियोजनको साधनको लक्ष्यमा आधारित प्राप्ति प्रतिशत | ८८.८    | ९३      | ९४      | ९५      | ९३.८    |
| स्थायी  |         |         |         |         |         |
| स्थायी बन्ध्याकरणको लक्ष्य                              | ८५१००   | ८५०००   | ८५०००   | ७००००   | ५१०००   |
| भ्यासेक्टोमी  | १७४९८   | १७५७९   | १४७७२   | १३७८१   | १०४६१   |
| मिनील्याप   | ६०१७७   | ५३२०८   | ४७८२८   | ३७४०४   | ३५९५४   |
| स्थायी बन्ध्याकरणको प्राप्ति दर                         | ९१.३    | ८३.३    | ७३.६    | ७३.१    | ९१.०    |
| सी.पी.आर आधुनिक विधि (लक्ष्य ५५ प्रतिशत २०१५सम्म)       | ४१.६    | ४३.५    | ४४      | ४३      | ४५      |

स्रोत: Annual Report, DOHS





परिवार नियोजन साधनको प्रयोग विगत ५ वर्षदेखि गत आर्थिक वर्षसम्म आउँदा लक्ष्यमा आधारित प्राप्त शतप्रतिशत वृद्धि नभएतापनि सामान्य वृद्धि भने भएको छ । विशेष गरेर कण्डमको र डिपो वितरण उल्लेख्य रूपमा भएको देखिन्छ । तर आ.व. २०६९/७० मा आएको घट्टो दरले परिवार नियोजनको कार्यक्रमलाई अझ विशेष समुहमा केन्द्रित कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्ने औल्याईएको छ । नेपालका प्रजनन उमेरका करीव शतप्रतिशतमा परिवार नियोजनका कुनै एक साधनको ज्ञान भएको अध्ययनले देखाएको छ (NDHS - 2011) । ज्ञान भएर पनि प्रयोग नहुनु एक चुनौती बनेको छ । गर्भपतन सेवाको पहुँचमा वृद्धि र विदेशमा काम गर्न जाने पुरुषको संख्या बढेकाले साधन प्रयोग गर्नेको संख्या घटेको हुनसक्ने परिवार नियोजन संघको भनाइ छ ।

त्यसैगरेर सरकारले नीति अवधारणा अनुसार आईयुसिडि ईम्प्लान्टको वृद्धि गर्नेगरी लक्षित कार्यक्रम अनुसार यसको वृद्धि देखिएता पनि नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ अनुसार परिवार नियोजन साधनको अपरिपूरत माग भने अत्याधिक रहेको छ । पाँच वर्षको अवधिमा CPR मा सामान्य वृद्धि मात्र भएकाले पनि सरकारको लक्ष्य अनुसारको अपरिपूरत मागमा न्यूनीकरण गर्न नसकि प्रमुख चुनौतीको रूपमा आएको छ ।

सरकारले स्थायी विधिको प्रयोग गर्ने संख्या वृद्धि गर्ने लक्ष्य राखेता पनि विगत ५ वर्षको अवधिको उपलब्धिलाई हर्ने हो भने निरन्तर घटेको देखिन्छ तर आ.व. २०६९/७० (२०१३/१४) मा भने प्रयोग गर्ने संख्या घटेपनि लक्ष्यको आधारमा उपलब्धि प्रतिशत भने बढेको छ । अध्ययनको क्रममा यो बढ्नुको मुख्य कारण परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले गत आर्थिक वर्ष विभिन्न जिल्लामा कार्यान्वयन गरेको परिवार नियोजनको सुक्ष्म योजनाका कारण पनि एक बताएका छन् ।

**तालिका नं. ६ स्वास्थ्य संस्थामा परिवार नियोजनको सेवाको उपलब्धता**

| विवरण                   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|-------------------------|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|                         | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| कण्डम, डिपो, पील्स      |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| उपलब्ध छ (२४/७)         | २०.०                  | २५.०    | २५.६     | ५०.०               | ३६.४    | ४२.९ | १६.७ | २७.९  |
| उपलब्ध छ तर (२४/७) होइन | ८०.०                  | ७५.०    | ७४.४     | ५०.०               | ६३.६    | ५७.१ | ८३.३ | ७२.१  |
| IUCD र Implant          |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| उपलब्ध छ (२४/७)         | २०.०                  | १८.८    | २.६      | २५.०               | ९.१     | १९.० | ५.६  | १०.३  |
| उपलब्ध छ तर (२४/७) होइन | ८०.०                  | ७५.०    | ४८.७     | २५.०               | ४५.५    | ५७.१ | ५५.६ | ५४.४  |
| उपलब्ध नभएका            |                       | ६.३     | ४८.७     | ५०.०               | ४५.५    | २३.८ | ३८.९ | ३५.३  |
| स्थायी बन्ध्याकरण       |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| उपलब्ध छ (२४/७)         | २०.०                  | २५.०    | -        | -                  | ९.१     | १४.३ | २.८  | ७.४   |
| उपलब्ध छ तर (२४/७) होइन | ८०.०                  | ६८.८    | १०.३     | १२.५               | १८.२    | २८.६ | ३३.३ | २९.४  |
| उपलब्ध नभएका            | -                     | ६.३     | ८९.७     | ८७.५               | ७२.७    | ५७.१ | ६३.९ | ६३.२  |

प्राय सबै स्वास्थ्य संस्थाले कण्डम / पिल्स र डिपो को सेवा प्रदान गर्ने गरेको पाइन्छ भने यी सबै स्वास्थ्य संस्थामा यस्ता साधनहरु जगेडा रहेको पाइन्छन् । त्यस्तै गरेर ५९ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले IUCD सेवा दिने गरेको र यी सबै संस्थामा जगेडा पनि भएको पाइयो । स्थायी बन्ध्याकरण सेवा भने सबै उच्च तहका स्वास्थ्य संस्थाले प्रदान गरेको पाइन्छ भने ७५ प्रतिशत द्वितीय तहका स्वास्थ्य संस्थाले महिला बन्ध्याकरण र ७३ प्रतिशत यी संस्थाले पुरुष बन्ध्याकरणको सेवा सञ्चालन गरेको पाइएको छ ।

अधिकांश स्वास्थ्य संस्थामा नियोजनका साधन दिन तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी छन् भनेता पनि पछि १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी नभएका बताएका छन् । तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी नभएको बताउने स्वास्थ्य संस्था हिमाली क्षेत्रमा १८ प्रतिशत पहाडी क्षेत्रमा ९ प्रतिशत र तराई ८ प्रतिशत भन्दा बढी छन् ।

**तालिका नं. ७ परिवार नियोजनका साधनहरु दिन तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको उपलब्धताको अवस्था**

| विवरण        | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--------------|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|              | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| छ            | ८०.०                  | १००     | ८७.२     | ८७.५               | ८१.८    | ९०.५ | ९१.७ | ८९.७  |
| छैन          | २०.०                  |         | १२.८     | १२.५               | १८.२    | ९.५  | ८.३  | १०.३  |
| जम्मा (%)    | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या | ५                     | १६      | ३९       | ८                  | ११      | २१   | ३६   | ६८    |

सुरक्षित गर्भपतन सेवा दिने स्थानमा परिवार नियोजनको सेवा समेत दिने संस्थाको लक्ष्य ९० प्रतिशत भन्दा बढी भएकोमा ९१ प्रतिशतले लक्ष्य हासिल भएको छ (स्रोत STS 2012) । यस अध्ययन अनुसार ७३ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले गर्भपतन गरे पश्चात परिवार नियोजनको साधन उपलब्ध भएको बताएका छन् ।

**तालिका नं. ८ सुत्केरी र गर्भपतन पछि परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध**

| विवरण                                       | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| सुत्केरी पछि यँहा परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ   | १००                   | ९३.८    | ८४.६     | ६२.५               | ४५.५    | ९०.५ | ९४.४ | ८५.३  |
| छैन   | -                     | ६.३     | १५.४     | ३७.५               | ५४.५    | ९.५  | ५.६  | १४.७  |
| जम्मा (%)                                   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या                                | ५                     | १६      | ३९       | ८                  | ११      | २१   | ३६   | ६८    |
| गर्भपतन पछि परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध       |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ   | १००                   | ९३.८    | ६६.७     | ५०.०               | ३६.४    | ७१.४ | ८६.१ | ७३.५  |
| छैन   | -                     | ६.३     | ३३.३     | ५०.०               | ६३.६    | २८.६ | १३.९ | २६.५  |
| जम्मा (%)                                   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या                                | ५                     | १६      | ३९       | ८                  | ११      | २१   | ३६   | ६८    |

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम (२०१०-२०१५) ले राखेको परिवार नियोजन सम्बन्धित अनुगमन तथा मूल्याङ्कनले कम्तिमा ५ वटा परिवार नियोजन सेवा दिने स्वास्थ्य चौकीको प्रतिशत २०१५ सम्म ८०% पुर्याउने लक्ष्य राखेको छ । तर यस अध्ययन अनुसार कण्डम, पिल्स र डिपो अध्ययनमा समाहित सम्पूर्ण प्राथमिक स्तरका संस्थामा उपलब्ध भएको छ भने आई युसिडि र इम्प्लान्ट लगभग ५०% संख्यामा उपलब्ध भएको छ भने स्थायी बन्ध्याकरण द्वितीय र उच्च तहका संख्यामा मात्र उपलब्ध छ । यसरी हेर्दा २०१२ सालको STS अध्ययन अनुसार प्राप्त नतिजा यस अध्ययनमा आएर घटेको देखिएको छ । त्यसैगरी गर्भपतन पछि परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध २०१५ सम्म ८०% पुर्याउने लक्ष्य राखेकोमा यस अध्ययन अनुसार ७३.५ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध रहेको छ ।



हाल परिवार नियोजन साधनको अपरिपूरत मागदर २७ प्रतिशत छ (NDHS - 2011) । जसमध्ये १० प्रतिशतले अस्थायी तथा १७ प्रतिशतले स्थायी रूपमा गर्भ रोकथाम गर्न चाहन्छन् । सरकारले हरेक स्वास्थ्य संस्थामा परिवार नियोजनका साधन पुऱ्याउँने व्यवस्था गरेको छ । तर अधिकांश स्वास्थ्य चौकी, उपस्वास्थ्य चौकी तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा आधुनिक साधन पाइँदैनन् । सरकारले मुलुकका सबै अस्पतालमा सात किसिमका, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा डिपो, पिल्स, कण्डम, आइयुसिडी र इम्प्लान्टगरी ५ थरी साधन उपलब्ध गराउनु पर्ने हो तर सबै स्वास्थ्य संस्थामा सबैथरिका साधन उपलब्ध छैनन् । एक अध्ययनले करिब १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा मात्र सबै साधन उपलब्ध भएको देखाएको छ । चाहेको समयमा साधन उपलब्ध नहुनु, रोजेको साधन पाउन नसक्नु, IUCD र Implant राख्ने तालिम प्राप्त जनशक्ति नहुनु र प्रयोगकर्ताले सही जानकारी पाउन नसक्नु प्रमुख समस्या रहेका छन् ।

यस अध्ययनको क्रममा परिवार नियोजनको कार्यक्रमको अनुगमन तथा मूल्याङ्कनका लागि गर्भ निरोधकको प्रयोग दर मुख्य सूचक हो तर यो बढ्न नसक्नाले कार्यक्रमको असफलता भन्दा पनि रोजगारीका लागि बसाईसराइको उच्च दरको कारण दम्पती अलग्गिने उच्च दरलाई राम्ररी देखाउन नसकि केन्द्रबाट पठाएको लक्ष्य नै बढी भएको बताएका छन् । लामो समयसम्म सँगै नबस्ने दम्पतीले परिवार नियोजनको प्रयोग गर्ने सम्भावना कम हुन्छ किनभने उनीहरूलाई त्यसो गर्नु आवश्यक हुँदैन । हालै ग्रामीण क्षेत्रमा सञ्चालित एउटा सर्वेक्षणका अनुसार एक तिहाई प्रजनन उमेरका विवाहित महिलाका श्रीमान सर्वेक्षणको समयमा सँगै थिएनन् (नेपाल परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम, सन् २०१०) । श्रीमान अनुपस्थित रहेको दम्पतीमा भन्दा सँगै बस्ने दम्पतीमा गर्भ निरोधक प्रयोग दर धेरै बढी थियो (नेपाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, सन् २०१०, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र अरु, सन् २०१३ क) । अझ सन् २००६ र सन् २०११ बीचमा सँगै बस्ने दम्पतीमा गर्भ निरोधक प्रयोग दर बढेको कुराले परिवार नियोजन सेवा आवश्यकता भएका दम्पतीकोमा पुगेको देखाउँछ ।



### सारांश

सन्तानको रहर पूरा भएपछि स्थायी रूपमै बच्चा नपाउँने विधिको खोजीमा रहेर पनि समुचितरूपमा सेवा नपाउँनेको संख्या भन्नु बढ्दो क्रममा छ (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११) । हाल परिवार नियोजन साधनको अपरिपूरत मागदर २७ प्रतिशत छ । सरकारले मुलुकका सबै अस्पतालमा सात किसिमका, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा डिपो, पिल्स, कण्डम, आइयुसिडी र इम्प्लान्टगरी ५ थरी साधन उपलब्ध गराउनु पर्ने हो । तर, सबै स्वास्थ्य संस्थामा सबैथरिका साधन उपलब्ध छैनन् । एक अध्ययनले करिब १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा मात्र सबै साधन उपलब्ध भएको देखाएको छ । IUCD र Implant राख्ने तालिम प्राप्त जनशक्ति नरहेको र प्रयोगकर्ताले सही जानकारी नपाएको अवस्था रहेका छन् ।

समुदायमा गुणस्तरीय गर्भ निरोधक विधिहरूको उपलब्धि बढाउनु पर्ने आवश्यकता छ । सन् १९७६ (वि. स. २०३२) मा ३ प्रतिशत रहेको परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगदर सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । गत १५ वर्षमा हाल महिलाहरूमा आधुनिक साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले वृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यद्यपि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले सन् २०१५ सम्ममा कुल प्रजनन दरलाई २.५ र आधुनिक साधनको प्रयोग दर ६७ प्रतिशत पुर्याउँने लक्ष्य तय गरेको छ भने NHSP २ ले सन् २०१५ सम्म ५५ प्रतिशत सम्म पुर्याउँने लक्ष्य तय गरेको छ । हालसम्मको उपलब्धि (४३ प्रतिशत) हेर्दा परिवार नियोजनमा लक्ष्य प्राप्त नहुने देखिन्छ । (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११) ।

एन.डि.एच.एस. २०११ का अनुसार प्रजनन उमेर समूहका धेरैजसो महिला तथा पुरुषहरूलाई परिवार नियोजनबारे ज्ञान रहेको र परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगबारे पनि उच्च सकारात्मक धारणा रहेको पाइयो । परिवार नियोजनको साधनको उपयोग गत वर्ष भन्दा आ.व. २०६९/७० मा आएको घट्दो दर ले परिवार नियोजनको कार्यक्रमलाई अझ विशेष समूहमा केन्द्रित कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्ने औल्याईएको छ । मूल्याङ्कन अवधिमा परिवार नियोजन सेवाले लक्ष्य अनुसार प्रगति गर्न सकेको छैन । तसर्थ यस कार्यक्रमको राष्ट्रिय औचित्य हुदाहुदै पनि अपेक्षा अनुसार प्रभावकारी हुन सकेको छैन । यसका निम्नकारणहरू छन्:

- आइ.यूसि.डी र इम्प्लान्ट जस्ता परिवार नियोजनका साधनहरू अत्यन्त न्युन प्राथमिक स्तरका स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध हुनु, IUCD र Implant राख्ने तालिम प्राप्त जनशक्ति नहुनु र प्रयोगकर्ताले सही जानकारी पाउन नसक्नु ।
- गर्भपतन पछिको परिवार नियोजन सेवाको सबै संस्थामा उपलब्धता नहुनु ।
- परिवार नियोजनको कार्यक्रमलाई अझ विशेष समूहमा केन्द्रित कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुनसक्नु (परिवार नियोजन साधनको अपरिपूरत माग धेरै भएको समूह) ।
- आकस्मिक गर्भनिरोधकको प्रयोग बढ्दो मात्रामा हुनु ।

### सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)

सुरक्षित मातृत्व नेपाल सरकार लगायत दातृ निकाय समेतको अत्यन्त प्राथमिकता प्राप्त र प्रभावकारी कार्यक्रम मध्ये पर्दछ । नेपालले मातृ मृत्युको जोखिम घटाउन तीन मुख्य रणनीतिको अवलम्बन गरेको छ : (क) गर्भावस्था सम्बन्धी जटीलता बारे सचेतना अभिवृद्धि गरेर, सुत्केरी हुने तयारीको विस्तार गर्ने र सुत्केरी खर्च तथा यातायातको उपलब्धता सुधार गर्ने, (ख) स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरुमा निशुल्क प्रसूतिकालागि प्रोत्साहित गर्ने तथा (ग) तोकिएका सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरुमा चौबिसै घण्टा आधारभूत आकस्मिक प्रसूति स्याहार वा विस्तृत आकस्मिक प्रसूति सेवाको विस्तार गर्ने ।

सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा झरेको अनुभवले (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६) नेपाल सहश्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ । वास्तवमा, सन् २००९मा आठ जिल्लामा गरिएकोमातृ मृत्युदर तथा अस्वस्थता अध्ययन अनुसार मातृ मृत्युदर प्रतिलाख जीवित जन्ममा २२९ देखाएको थियो ।

आ.ब. २०६९/७० (२०१२/१३) सम्ममा १०७ प्राथमिक स्वास्थ्य स्याहार केन्द्र, ६२९ स्वास्थ्य चौकी, ८१९ उपस्वास्थ्य चौकी र सबै अस्पतालमा चौबिसै घण्टा प्रसूति सेवा उपलब्ध थियो (स्वास्थ्य सेवा विभाग, वार्षिक रिपोर्ट सन् २०१२/१३) । प्रसूति सेवा उपलब्ध गराउने समुदाय तहका प्रसूति केन्द्रहरुको संख्या बढीरहेको छ । वि. स. २०६३ (सन् २००६) मा अवलम्बन गरिएको दक्ष प्रसूतिकर्मी सम्बन्धी नीति लागु भैसकेको अवस्था छ । आ.ब. २०६९/७० सम्मको मध्य सम्ममा करीब ५२४७ दक्ष प्रसूतिकर्मीलाई तालिम प्रदान गरिएको छ (स्वास्थ्य सेवा विभाग, वार्षिक रिपोर्ट सन् २०१२/१३ मा भने प्रसूति दक्षता भएका अझ धेरै डाक्टर, नर्स तथा अनमीहरुलाई देशैभरी खटाइएको भएतापनि आवश्यकता अनुरूपको सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा यससँग सम्बन्धित जनशक्तिको कमी रहेको छ ।

### तालिका नं. ९ आ.ब. २०६९/७० सम्म विस्तृत अत्यावश्यक प्रसूति सेवा / आधारभूत अत्यावश्यक प्रसूति सेवाको अवस्था

| विवरण             | जिल्ला | विस्तृत अत्यावश्यक प्रसूति सेवा |      | आधारभूत अत्यावश्यक प्रसूति सेवा |               |      | २४सै घण्टा सुत्केरी सेवा उपलब्ध |           |              |                       |
|-------------------|--------|---------------------------------|------|---------------------------------|---------------|------|---------------------------------|-----------|--------------|-----------------------|
|                   |        | सरकारी                          | नीजि | सरकारी अ.                       | प्रा.स्वा.के. | नीजि | प्रा.स्वा.के.                   | स्वा.चौकी | उप.स्वा.चौकी | जम्मा बर्थिङ्ग सेन्टर |
| पूर्वाञ्चल        | १५     | १३                              | १५   | १०                              | २६            | २    | २४                              | १२३       | ८५           | २३२                   |
| मध्यमाञ्चल        | १३     | ११                              | ३५   | १४                              | २१            | ०    | ४८                              | ११९       | १२८          | २९५                   |
| पश्चिमाञ्चल       | ११     | १०                              | २१   | १२                              | १६            | ३    | २३                              | १११       | ३२७          | ४६१                   |
| मध्य पश्चिमाञ्चल  | १०     | ७                               | ४    | १०                              | १७            | ०    | ११                              | १७३       | १५५          | ३३९                   |
| सुदुर पश्चिमाञ्चल | ९      | ६                               | १    | ११                              | १८            | ३    | १                               | १०३       | १२४          | २२८                   |
| जम्मा (क)         | ५६     | ४७                              | ७६   | ५७                              | ९८            | ८    | १०७                             | ६२९       | ८१९          | १५५५                  |
| जम्मा (ख)         |        |                                 | १२३  |                                 |               |      |                                 |           |              |                       |



दीर्घकालीन सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य योजना (२००६-२०१७) ले राखेको सि.इ.ओ.सी भएका जिल्लाहरूको प्रतिशत ६० पुऱ्याउने त्यसैगरी वि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ८० प्रतिशत पुऱ्याउने र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी ७० प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य राखेकोमा सि.इ.ओ.सी जिल्ला ९३.३ प्रतिशतले उपलब्धी हासिल भएतापनि अन्य सेवा भने ५० प्रतिशत भन्दा मुनिको न्युन अवस्थामा रहेको छ । त्यसैगरी एन्एच् एस् पी-२ ले राखेको लक्ष्य समेत २०१५ सम्म पुग्न सक्ने देखिदैन ।

**तालिका नं. १० आ.ब. २०६१/७० सम्म विस्तृत अत्यावश्यक प्रसूति सेवा / आधारभूत अत्यावश्यक प्रसूति सेवाको अवस्था (लक्ष्य प्राप्तिका आधारमा)**

|                       | विस्तृत अत्यावश्यक प्रसूति सेवा जिल्ला | आधारभूत अत्यावश्यक प्रसूति सेवाको अवस्था |                | सुत्केरी सेवा उपलब्ध |            |               |
|-----------------------|--|--|----------------|----------------------|------------|---------------|
|                       |  | सरकारी अ.                                | प्रा.स्वा. के. | प्रा.स्वा. के.       | स्वा. चौकी | उप स्वा. चौकी |
| क्षेत्र               | जिल्ला                                 |  |                |                      |            |               |
| लक्ष्य                | ६० % जिल्ला                            |  | ८० प्रतिशत     |                      | ७० प्रतिशत |               |
| उपलब्ध संख्या         | ५६                                     | ५७                                       | ९८             | १०७                  | ६२९        | ८१९           |
| उपलब्ध संख्या प्रतिशत | ९३.३                                   |  | ४७.३           | ५१.७                 | ३७.२       | ३८.५          |

**निशुल्क सेवाको बारेमा जानकारी**

नेपाल सरकारले २०६५ (सन् २००८) मा अन्तरिम संविधानको भावना अनुरूप सम्पूर्ण नेपाली जनतालाई सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्थबाट निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाको शुरुवात गरेको थियो । यस सेवा अन्तर्गत दर्ता शुल्क, निःशुल्क औषधी र तोकिए बमोजिमको अन्य सेवाहरू उपलब्ध गराइएको छ । यसको अलावा सुरक्षित मातृत्व सेवा पनि निःशुल्क प्रदान गरिएको छ । यस अध्ययन अनुसार उल्लेखनीय कुरा के छ भने अधिकांश सेवाग्राहीहरूलाई (७६%) स्वास्थ्य संस्थामा निशुल्क स्वास्थ्य सेवा पाईन्छ भन्ने जानकारी भएको पाइयो । प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा सेवा लिएका मध्ये (९२%) लाई निशुल्क स्वास्थ्य सेवाको जानकारी भएको पाईयो । लगभग सबै सेवाग्राहीहरू (९५%) ले उनीहरू उक्त स्वास्थ्य संस्थामा आउनु अगाडि नै निशुल्क सेवाको बारेमा जानकार भएको बताएका छन् ।

**तालिका नं. ११ निशुल्क सेवाको बारेमा जानकारी**

| विवरण  | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|  | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| स्वास्थ्य संस्थामा निशुल्क स्वास्थ्य सेवा पाइन्छ भन्ने कुरा थाहा भएको  |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ  | ७०.७                  | ८५.३    | ९२.२     | -                  | ९४.६    | ६३.२ | ७८.५ | ७६.०  |
| छैन  | २९.३                  | १४.७    | ७.८      | -                  | ५.४     | २३.६ | १४.८ | १६.२  |
| निजि/सामुदायिक   |                       |         |          | १००                |         | १३.२ | ६.७  | ७.८   |
| जम्मा (%)  | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या   | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |
| उत्तरदातालाई निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाको बारेमा थाहा छ भने, यो कुरा यहाँ सेवा लिन आउनु अगाडि नै थाहा थियो कि सेवा लिने क्रममा थाहा पाएको |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| आउनु अगाडि नै थाहा थियो  | १००                   | ९७.७    | ९४.४     | -                  | ९६.६    | १००  | ९६.६ | ९७.४  |
| दर्ता पछि मात्रै थाहा पाए  | -                     | २.३     | ५.६      | -                  | ३.४     |      | ३.४  | २.६   |
| जम्मा (%)  | १००                   | १००     | १००      | -                  | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या   | १४५                   | २६२     | १४२      | -                  | ८७      | १३४  | ३२८  | ५४९   |

**आकस्मिक कोष बारेमा जानकारी**

समता र पहुँचमा बृद्धि गरेर माग बढाउन २० जिल्लामा कार्यक्रम लागु गरिएको छ । गरिब तथा पछाडि परेको खण्डमा समुदायमा रहेको आकस्मिक कोष प्रयोग गर्न पाउने कुराको ज्ञान थोरैमात्र सेवाग्राहीहरूलाई अवगत भएको पाइयो । यस बारेमा ज्ञान उच्च तहमा सेवा लिन (२०.५%) आउनेलाई द्वितीय (१३.४ %) वा प्राथमिक तहमा (७.८ %) आउने भन्दा बढी भएको देखिन्छ । अन्य जाति जस्तै ब्राह्मण/क्षेत्री (१५.३ %), तराई/मधेशी अन्य जाति (१५ %), दलित (१५.५ %), नेवार (१५.६ %) र मुस्लिमको (२५.४ %) तुलनामा जनजातिहरूको (६ %) यस कोषको बारेमा न्युन ज्ञान भएको पाईएको छ ।

**तालिका नं. १२ आकस्मिक कोष बारेमा जानकारी**

| विवरण  | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|  | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| गरिब र पछाडि पारिएका समूहले आवश्यक परेको खण्डमा समुदायमा रहेको आकस्मिक कोष प्रयोग गर्न पाउने बारे थाहा |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ  | २०.५                  | १३.४    | ७.८      | १२.५               | ५.४     | ६.६  | १९.९ | १४.१  |
| छैन  | ७९.५                  | ८६.६    | ९२.२     | ८७.५               | ९४.६    | ९३.४ | ८०.१ | ८५.९  |
| जम्मा (%)  | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या   | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |

विना भेदभाव स्वास्थ्य संस्थामा पहुँच हुन सेवाग्राहीहरूको अधिकार हो । यस अध्ययनमा ७२२ सेवाग्राहीहरू मध्ये ११ जनाले आफुलाई स्वास्थ्यकर्मीले अनादार गरेको बताएका छन् । भेदभाव गरिएको बताउनेहरू जिल्ला अस्पताल वा माथिल्लो निकायमा सेवा लिन आएका छन् । धेरैले उक्त स्वास्थ्यकर्मीलाई विरामीको मतलब नभएको र सबै विरामीलाई त्यस्तै गर्ने बताएका छन् भने केहिले गरिब भएकाले र जातीयताको कारणले भनेर भनेको पाइन्छ ।





**तालिका नं. १३ स्वास्थ्यकर्मीले गाली / भेदभाव वा अनादर गरेको अनुभव**

| विवरण   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| स्वास्थ्यकर्मीले गाली / भेदभाव वा अनादर गरेको अनुभव |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| अनादर वा गाली गरेको                                 | २.०                   | २.३     |          | -                  | ३.३     | १.९  | १.०  | १.५   |
| नगरेका  | ९८.०                  | ९७.७    | १००      | १००                | ९६.७    | ९८.१ | ९९.० | ९८.५  |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |
| गाली / भेदभाव वा अनादर गरेको भए यस्तो गर्नुको कारण  |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| मेरो जातीयता र जातका कारणले                         | २५.०                  | -       | -        | -                  | -       | २५.० |      | ९.१   |
| म गरिब भएकोले                                       | ७५.०                  | २८.६    | -        | -                  | -       | ७५.० | ५०.० | ४५.५  |
| सबैलाई नै नराम्रो व्यवहार गर्ने भएकोले              | -                     | ४२.९    | -        | -                  | -       | -    | ७५.० | २७.३  |
| उहाँलाई विरामीको मतलब छैन                           |                       | ४२.९    | -        | -                  | १००     | -    | -    | २७.३  |
| जम्मा संख्या  | ४                     | ७       | -        | -                  | ३       | ४    | ४    | ११    |

नोट: उत्तरदाताले एक भन्दा बढी उत्तर दिन सक्ने हुनाले जम्मा प्रतिशत १०० भन्दा बढी हुन सक्छ

पाठेघर खस्ने, सुरक्षित गर्भपतन, औषधिका प्रयोगबाट गर्भपतन, सुत्केरी पछिको आन्तरिक रक्तस्राव रोकन मिसोप्रोस्टोलको प्रयोग, सुरक्षित प्रसूतिका लागि मानवस्रोत तथा दुर्गम क्षेत्रमा सुरक्षित मातृत्वसँग सम्बन्धितलगायतका विभिन्न निर्देशिका, रणनीति तथा नीतिहरूले मातृ तथा प्रजनन स्वास्थ्य संबर्द्धनमा सहयोग गरेका छन् । अधिकांश मातृ मृत्युको कारक कमजोर प्रेषण सञ्जाल हो । महिलाहरूलाई उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा ज्यादै ढिलो पठाइन्छ, अनि यातायातको अभाव र स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूबीच कमजोर सञ्चारका कारण तिनको स्थानान्तरण अझ ढिलो हुन्छ ।

**तालिका नं. १४ रेफर गरिएको भए रेफर गरिएको ठाँउ**

| विवरण  | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|  | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| रेफर गरिएको भए रेफर गरिएको ठाँउ                |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| सरकारी अस्पतालमा                               | ५०.०                  | ५८.३    | ८७.५     | १००                | ५०.०    | ९०.० | ६८.४ | ७४.२  |
| स्वास्थ्य चौकीमा                               | -                     | ८.३     | -        | -                  | -       | -    | ५.३  | ३.२   |
| निजिसंस्था (मेडिकल कलेज)                       | -                     | ८.३     | -        | -                  | -       | -    | ५.३  | ३.२   |
| सामुदायिक अस्पताल                              | -                     | -       | ६.३      | -                  | -       | -    | ५.३  | ३.२   |
| नखुलाइएको माथिल्लो संस्था                      | -                     | -       | ६.३      | -                  | ५०.०    | १०.० | १५.८ | १६.१  |
| जम्मा (%)                                      | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या                                   | २                     | १२      | १६       | १                  | २       | १०   | १९   | ३१    |
| यी रेफर गरिएको भए कस्तो सेवाको लागि रेफर गरियो |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| चिकित्सकीय जाँचका लागि                         | १००                   | ५०.०    | १८.८     | १००                | ५०.०    | २०.० | ४७.४ | ३८.७  |
| प्रयोगशालामा जाँचका लागि                       | -                     | १६.७    | २५.०     | -                  | ५०.०    | -    | २६.३ | १९.४  |
| शल्यक्रिया                                     | -                     | १६.७    | ६.३      | -                  | -       | -    | १५.८ | ९.७   |
| सुत्केरी सेवाको लागि                           | -                     | १६.७    | ५०.०     | -                  | -       | ८०.० | १०.५ | ३२.३  |
| जम्मा (%)                                      | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या                                   | २                     | १२      | १६       | १                  | २       | १०   | १९   | ३१    |





दक्ष सेवा प्रदायकले गर्भावस्थाको रेखदेख गर्न र त्यसबाट गर्भावस्था र प्रसूतिको अवस्थामा आमा र बच्चाको मृत्युको जोखिम घटाउन पूर्व प्रसूतिस्याहार सञ्चालन गर्ने कुरा महत्वपूर्ण छ । पहिलो चोटी पूर्वप्रसूति स्याहारमा पुग्ने गर्भवती महिलाको दर सन् २००० मा ४८.५% रहेकोमा सन् २००५ मा बढेर ७३.७ % र सन् २०११ मा ८५% पुगेको छ । पूर्व प्रसूति स्याहारमा पुग्ने गर्भवती महिला गर्भधारणको चौथो, छैटौ, आठौ र नवौं महिनामा गरी महिनामा कम्तिमा चार पटक केन्द्रमा जानु पर्छ । यो दर सन् २००० मा १४% रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ पुगेका भएतापनि सन् २०१३/१४ सम्म आइपुग्दा पहिलो पूर्व प्रसूति स्याहार ८९ % ले पूरा गर्छन । तालिम प्राप्त प्रसूति कर्मीबाट प्रसूति सेवा (घरमा वा स्वास्थ्य संस्थामा) लिने संख्यामा बृद्धि हुँदै आएको तथ्याङ्कले देखाउँछ । लक्ष्य प्राप्तिको बाटोमा पुग्न अबै पनि १५% ले कमि रहेको पाइयो । त्यसैगरी सेवाग्राही महिलालाई प्रदान गरिने यातायात खर्च लिनेको दर पनि २०१३ / २०१४ मा ४८% पुगेको छ । तालिका नं. १२ का अनुसार अप्रेसनदर अबै पनि न्यून (६.३%) छ ।

तालिका नं. १५ सुरक्षित मातृत्वका लक्ष्य तथा प्रगति विवरण (प्रतिशत)

| सि.नं. | सूचकांक  | आर्थिक वर्ष |         |         |         |         | लक्ष्य |
|--------|--|-------------|---------|---------|---------|---------|--------|
|        |  | २००९/१०     | २०१०/११ | २०११/१२ | २०१२/१३ | २०१३/१४ |        |
|        |  | ०६५/६६      | २०६६/६७ | २०६७/६८ | २०६८/६९ | २०६९/७० |        |
| १      | पूर्व प्रसूति सेवा (१ पटक मात्र)   | ६७.५        | ८७.४    | ८५      | ८३      | ८९      |        |
| २      | चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्या                                  | ५५.९        | ५६.८    | ५७      | ५७      | ५६      | ८०     |
| ३      | स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित प्रसूति सेवा                                 | १७.२        | ३८.५    | ३७      | ४४      | ४५      | ४०     |
| ४      | तालिम प्राप्त प्रसूति कर्मीबाट प्रसूति सेवा (घरमा वा स्वास्थ्य संस्थामा) | १८.९        | २९.४    | ३६      | ४४      | ४५      | ६०     |
| ५      | सेवाग्राही महिलालाई प्रदान गरिने यातायात खर्च तथा अन्य सुविधा लिने       | प्रा.न.     | प्रा.न. | ३३      | ४३      | ४८      |        |
| ६      | प्रसूति पछिको सेवा ( पहिलो) (1 <sup>st</sup> PNC)                        | ३७.४        | ४९.७    | ५६      | ५६      | ५५      |        |
| ७      | प्रसूति पछिको सेवा - पहिलो मध्येबाट तेस्रो (3 <sup>rd</sup> PNC)         | प्रा.न.     | प्रा.न. | प्रा.न. | ५६      | ४८      | ५०     |
| ९      | शल्यकृया ( आपतकालीन प्रसूति स्याहारको आवश्यकता मध्येमा)                  | प्रा.न.     | प्रा.न. | २.३     | ५.९     | ६.५     |        |
| १०     | आपतकालीन प्रसूतिसेवा पूर्ति माग  | प्रा.न.     | प्रा.न. | २३      | १९      | २४      | ४९     |
| ११     | अप्रेसन दर   | प्रा.न.     | प्रा.न. | २.३     | ५.९     | ६.३     | ४.५    |

स्रोत: HMIS 069/70



### स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माए बापतको यातायात खर्च

स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माउने महिला मध्ये जम्मा आधाले (५३ %) ले सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको बताएका छन् । त्यस्तै गरेर यस अध्ययनमा समावेश भएका र स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माएका महिला मध्ये जम्मा २४ प्रतिशतले गर्भ जाँच गरेबापत यातायात खर्च पाएको बताएका छन् । यातायात खर्च पाउनेमा ४०० देखि १५०० पाएको र ८७ प्रतिशत पहाडमा बस्ने सेवाग्राहीले रु १००० पाएको र दुई तिहाई भन्दा कम तराईको सेवाग्राही ले रु ५०० यातायात खर्च बापत पाएको बताएका छन् । थोरै सेवाग्राही (६%) ले भने कति पाएको थाहा नभएको कुरा बताएका छन्।

### तालिका नं. १६ स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माए बापत यातायात खर्चको व्यवस्था

| विवरण  | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|  | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| आमा कार्यक्रम अर्न्तगत सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| पाउनुभयो   | ३९.५                  | ७४.०    | ३६.७     | ३३.३               | ९१.४    | ५९.० | ४८.२ | ५३.२  |
| पाउनुभएन   | ६०.५                  | २६.०    | ६३.३     | ६६.७               | ८.६     | ४९.० | ५१.८ | ४६.८  |
| जम्मा (%)  | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या   | १२९                   | १५०     | ६०       | १८                 | ३५      | १०२  | २२०  | ३५७   |
| ४ पटक गर्भ जाँच गराए बापत यातायात खर्च पाएको             |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| पाउनुभयो   | १३.२                  | ३१.३    | २८.३     | २२.२               | ५७.१    | २८.४ | १६.४ | २३.८* |
| पाउनुभएन   | ८६.८                  | ६८.७    | ७१.७     | ७७.८               | ४२.९    | ७१.६ | ८३.६ | ७६.२  |
| जम्मा (%)  | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या   | १२९                   | १५०     | ६०       | १८                 | ३५      | १०२  | २२०  | ३५७   |

\* निजि तथा सामुदायिक अस्पताललाई हटाएर (४ पटक गर्भ जाँच गराए बापत यातायात खर्च पाएका २९ प्रतिशत, आमा कार्यक्रम अर्न्तगत सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएका ६१.५ प्रतिशत

सन् २०११ मा सरकारले आमा सुरक्षा कार्यक्रमको घटकको रूपमा पूर्वप्रसूति प्रोत्साहन कार्यक्रम सुरु गर्‍यो । यस अर्न्तगत विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले सिफारिस गरेका चार पटक पूर्व प्रसूतिस्थाहार पूरा गर्ने स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा सुत्केरी हुने र सुत्केरी पश्चात एउटा स्याहार सत्रमा सहभागी हुने आमाले रु ४०० पाउँछन् तर यस अध्ययनको क्रममा जम्मा २३.८ प्रतिशत महिलाले मात्र चार पटक गर्भ जाँच गराए बापत चार सय रुपैया पाएको बताएका छन् । तराईमा मोटर तथा रिक्सा र पहाड तथा हिमालमा डोली जस्ता एम्बुलेन्स सेवा सुरु गरिएकोछ । साह्रै कठिन अवस्थामा हवाई उद्धार सेवा पनि प्रदान गरिएको छ । यातायात खर्च र सुत्केरी भत्ता वितरण पश्चात यी सेवाहरु लिने दर बढेको यस अध्ययनमा सहभागी मुख्य सूचनादाताहरुले बताएका छन् र तथ्याङ्कले पनि यो कुरालाई पुष्टि गरेको छ । तसर्थ यस प्रोत्साहन कार्यक्रमलाई निरन्तरतालाई दिनु पर्ने देखिन्छ ।

यस कार्यक्रमले नीतिगत रूपमा नै स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने र चार पटक गर्भ जाँच गराए बापत पाइने भत्ता सम्पूर्ण महिलालाई दिने व्यवस्था गरेको छ । यो कार्यक्रमको सुरुवाती पश्चात स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने र चार पटक गर्भ जाँच गराउने कार्यमा वृद्धि भएको विभिन्न अध्ययनले देखाएको छ । यस अध्ययनले अझै थुप्रै महिलाहरु यो भत्ता पाउन बाट बञ्चित रहेका देखिन्छ । तसर्थ यस कार्यक्रमको निरन्तरता आवश्यक देखिए पनि भत्ताको वितरणमा पूर्ण कार्यान्वयन भएको अवस्था भने देखिदैन ।

## सारांश

सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा भरेको अनुभवले (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६) नेपाल सहश्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ। वास्तवमा, सन् २००९मा आठ जिल्लामा गरिएको मातृ मृत्युदर तथा अस्वस्थता अध्ययन अनुसार मातृ मृत्युदर प्रतिलाख जीवित जन्ममा २२९ ( डब्लु. एच. ओ. २०१०) देखाएको थियो।

दीर्घकालीन सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य योजना (२००६-२०१७) ले राखेको सि.इ.ओ.सी भएका जिल्लाहरूको प्रतिशत ६० पुऱ्याउने त्यसैगरी बि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ८० प्रतिशत पुऱ्याउने र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी ७० प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य राखेकोमा सि.इ.ओ.सी जिल्ला ९३.३ प्रतिशतले उपलब्धि हासिल भएतापनि अन्य सेवा बि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (४७.३ प्रतिशत) र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी (३७.२ प्रतिशत) को अवस्था न्यून रहेको छ।

यस अध्ययनको प्राथमिक सूचनाले देखाए अनुसार गरिब तथा पछाडि परेको खण्डमा समुदायमा रहेको आकस्मिक कोष प्रयोग गर्न पाउने कुराको ज्ञान थोरैमात्र सेवाग्राहीहरूलाई अवगत भएको पाइयो। अन्य जाति जस्तै ब्राह्मण/क्षेत्री, तराई/मधेशी अन्य तुलनामा जनजातिहरूमा (६ %) यस कोषको बारेमा न्यून ज्ञान भएको रहेको छ। सेवाग्राहीहरू मध्ये ११ प्रतिशतले आफूलाई स्वास्थ्यकर्मीले भेदभाव गरेको बताएका छन्। भेदभाव गरिएको बताउनेहरू जिल्ला अस्पताल वा माथिल्लो निकायमा सेवा लिन आएका छन्। चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ सम्म आईपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न भने मुस्किल देखिन्छ।

स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माउने महिला मध्ये जम्मा आधाले (५३ %) ले सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको बताएका छन्। त्यस्तै गरेर यस अध्ययनमा समावेस भएका र स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माएका महिला मध्ये जम्मा २३.८ प्रतिशतले ४ पटक गर्भ जाँच गरेवापत यातायात खर्च पाएको बताएका छन्। मुल्याङ्कन अवधिमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) ले लक्ष्य अनुसार प्रगति गर्न सकेको छैन। तसर्थ यस कार्यक्रमको राष्ट्रिय औचित्व हुँदाहुँदै पनि अपेक्षा अनुसार प्रभावकारी हुन सकेको छैन। यसका निम्नकारणहरू छन्:

## समस्या

- स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माउने थुप्रै महिलाहरू यो भत्ता पाउनबाट बञ्चित रहेको देखिन्छ। यसले भत्ता वितरण कार्यमा समस्या रहेको देखाउँछ।
- चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको सन् २०१३/१४ सम्म आईपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न भने मुस्किल देखिनु।
- स्वास्थ्य संस्थामा सेवाग्राही र स्वास्थ्यकर्मी बीच सुमधुर सम्बन्ध र उचित व्यवहारको अभाव देखिनु।
- बि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकीको संख्या न्यून अवस्थामा रहनु।



### महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम

अन्तरराष्ट्रिय स्तरमा समेत परिचित महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका कार्यक्रम लगानीको आधारमा अत्यन्तै प्रभावकारी र उत्प्रेरणादायी देखिएको छ । धेरैवटा अध्ययन एवं विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको अनुसार समेत मातृ शिशु मृत्युदरमा कमी आउनु र परिवार नियोजनको प्रयोगदर बढ्नुमा स्वयमसेविकाको ठूलो योगदान रहेको कुरा स्वीकार गरिएको छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविकाले विशेष गरी ८ प्रकारका औषधिहरु पिल्स, आइरन चक्की, कण्डम, जीवन जल, जीङ्ग चक्की, भिटामिन, सिटामोल, जुकाको औषधि सामाग्री वितरण गर्नुका साथै निमोनियाको उपचार समेत गर्ने गरेका छन् । यी सामान्य प्रकारका औषधि सामुदायिक स्तरमा २४ घण्टा उपलब्ध हुनुको प्रमुख कारण नै मातृ तथा बाल मृत्युदरमा कमी आउनु रहेको छ । सरकारले सर्वप्रथम ग्रामीण स्तरमा लक्षित गरेर प्रति वडा १ स्वयमसेवक बनाउने नीति लिएको छ । नेपाल सरकारले सामुदायिक स्तरमा वितरण गरेको माथि उल्लेखित औषधिजन्य सामाग्रीमा स्वयमसेवकको महत्वपूर्ण योगदान र बढी साभेदारी रहेको छ । प्रति स्वयम सेवक सेवा दिनेको संख्या समेत उल्लेख्य रुपमा बढेर सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ । यसबाट के देखिन्छ भने स्वयमसेवकले सेवा दिने दर बढेको देखिन्छ । यस सम्बन्धी पूर्ण विवरण तल उल्लेख गरिएकोछ ।

स्वयमसेवकले सेवा दिने दर प्राथमिक सेवा गाउँघर क्लिनिकको तुलनामा करीव १० गुणा बढी रहेको छ । घरदैलोसम्म सुरुमा चाहिने सेवाहरु र स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचना सामाग्री पुऱ्याउन यो कार्यक्रम प्रभावकारी देखिएको छ । विशेषगरी आमा तथा बच्चा को स्वास्थ्य सुधारको लागि सञ्चालन गरिएको यो कार्यक्रम पछिल्लो समय अन्य स्वास्थ्य सेवाको प्रवाहमा सहयोग सिद्ध भएको पाइएको छ । यसबाट स्थानीय समुदाय सन्तुष्ट रहेको समेत जनाएका छन् ।

नेपाल सरकारले यस कुरालाई मध्यनजर गरी स्वयमसेवकको समुदाय विकासमा नैतिक उत्प्रेरणा र पूर्ण सहभागिताको लागि सन् २००८/०९ (२०६५/६६) बाट ५०,००० को प्रति गा.वि.स.मा कोष स्थापना गरी आर्थिक योजनाको क्रियाकलापमा सहयोग गर्ने लक्ष्य राखेको छ । तथापि यो अध्ययनको क्रममा सहभागीहरुले स्वयमसेवकको कामको भारका आधारमा भत्ता तथा अन्य सुविधा अपुग भएको बताएका छन् । सँगसँगै थोरै सुविधा बढाउन सकेको खण्डमा स्वयमसेवकबाट दिइएको सेवाको दर गुणस्तर र सेवा नियमित गरी कार्यक्रम अझ सबल र परिष्कृत बनाउन सकिने बताएका छन् ।



**तालिका नं. १७ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यप्रगतिको अवस्था**

| स्वयंसेवकको कार्य प्रगति                 | २००९/१० | २०१०/११ | २०११/१२ | २०१२/१३ | २०१३/१४ |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
|  | ०६५/६६  | २०६६/६७ | २०६७/६८ | २०६८/६९ | २०६९/७० |
| पिल्स बितरण (हजारमा)                     | ६०८     | ७१९     | ६८४     | ७९१     | ९००४२४  |
| कण्डम (हजारमा)                           | ११६५    | १२६४    | ६९०५    | ८९४०    | ९८६५    |
| जीवन जल (हजारमा)                         | १२८२    | १५७०    | १४८७    | १४४९    | १६४८    |
| आइरन चक्की                               | १०१४५२४ | १०३३३६२ | १६२४२   | १८५९९   | २४७०२   |
| स्वयंसेवकको संख्या                       | ४८४८९   | ४८५४१   | ४८५४१   | ४८८९७   | ५१४७०   |
| स्वयंसेवकले सेवा दिएकाको संख्या (हजारमा) | ९२५     | १००२१   | १०६०४   | १०७९८   | ११५३५   |
| प्रति स्वयंसेवकले सेवा दिएकाको संख्या    | १९१     | २०६     | २१८     | २२१     | २२४     |

Source: DOHS 2013\14

सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा सन् २००९/१० (२०६६/६७) मा जम्मा ४८४८९ स्वयंसेवकको संख्या सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आइपुग्दा ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अघि बढीरहेको देखिन्छ ।

यस अध्ययनको क्रममा यो कार्यक्रमको प्रभावकारिता बताइएता पनि स्वयंसेवकको उमेर, शिक्षा, सीपलाई लिएर कार्यक्रम प्रभावकारितामा प्रभाव पारेको औल्याएका छन् । यस अलावा स्वयंसेवकको नियुक्ति प्रक्रियामा स्वयंसेवकको सिद्धान्तमा प्रतिवद्ध हुनु भन्दा पनि राजनीतिक प्रभावले नियुक्तिमा प्रभाव पारेको हुँदा उद्देश्य अनुरूप प्रभावकारिता परिचालनमा समस्या औल्याएका छन् । सन् २००८ मा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले न्यू ईराको सहयोगमा गरेको राष्ट्रिय स्तरको एक अध्ययन अनुसार स्वयंसेवकको औषत उमेर ४० रहेको छ भने जम्मा ५३ प्रतिशत साक्षर रहेको देखाएको छ । त्यसमध्ये पनि जम्मा १४ प्रतिशतले एस्.एल.सी भन्दा माथिको शिक्षा गरेको देखाएको छ ।



### सारांश

विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको अनुसार मातृ शिशु मृत्युदरमा कमी आउनु र परिवार नियोजनको प्रयोगदर बढाउनुमा स्वायमसेवकको ठूलो योगदान रहेको कुरा स्वीकार गरिएको छ । विशेष गरी ८ प्रकारका औषधिहरू पिल्स, आइरन चक्की, कण्डम, जीवन जल, जीङ्क चक्की, भिटामिन, सिटामोल, जुकाको औषधि सामाग्री समुदायस्तरमा २४ घण्टा उपलब्ध हुनुको प्रमुख कारण नै मातृ तथा बाल मृत्युदरमा कमी आउनु रहेको छ । प्रति स्वयमसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० (२०६५/६६) मा १९१ रहेकोमा उल्लेख्यरूपमा बृद्धि भई सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ । स्वयमसेवकले सेवा दिने दर प्राथमिक सेवा गाउँघर क्लिनिकको तुलनामा करिब १० गुणा बढी रहेको छ । स्वयमसेवकले सेवा दिने दर प्राथमिक सेवा गाउँघर क्लिनिकको तुलनामा करिब १० गुणा बढी रहेको छ । घरदैलोसम्म सुरुमा चाहिने सेवाहरू र स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचना सामाग्री पुऱ्याउन यो कार्यक्रम प्रभावकारी देखिएको छ । विशेषगरी आमा तथा बच्चा को स्वास्थ्य सुधारको लागि सञ्चालन गरिएको यो कार्यक्रम पछिल्लो समय अन्य स्वास्थ्य सेवाको प्रवाहमा सहयोग सिद्ध भएको पाइएको छ । यसबाट स्थानीय समुदाय समेत सन्तुष्ट रहेको जनाएका छन् ।

सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा सन् २००९/१० (२०६६/६७) मा जम्मा ४८४८९ रहेको स्वयमसेवकको संख्या सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आइपुग्दा बढेर ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अघि बढिरहेको देखिन्छ । सन् २००८ मा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले न्यू ईराको सहयोगमा गरेको राष्ट्रिय स्तरको एक अध्ययन अनुसार स्वसेवकको औषत उमेर ४० रहेको छ भने जम्मा ५३ प्रतिशत साक्षर रहेको देखाएको छ । त्यसमध्ये पनि जम्मा १४ प्रतिशतले एस्.एल.सी भन्दा माथिको शिक्षा गरेको देखाएको छ ।

मूल्याङ्कन अवधिमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमले लक्ष्यअनुसार प्रगति गर्न सकेको भएतापनि तलको समस्यालाई ध्यान दिन सकेको खण्डमा यो कार्यक्रम अझ प्रभावकारी हुन सक्ने थियो ।

- यो कार्यक्रमे प्रभावकारी बताइएता पनि स्वयंसेवकको उमेर, शिक्षा,सीपलाई लिएर कार्यक्रम प्रभावकारी सोचे जस्तो हुन नसकेको ।
- स्वयमसेवकको कामको भारको आधारमा भत्ता तथा अन्य सुविधा अपुग रहेको ।
- स्वयंसेवकको नियुक्ति प्रक्रियामा स्वयंसेवकको सिद्धान्तमा प्रतिबद्ध हुनु भन्दा पनि राजनीतिक प्रभावले नियुक्तिमा प्रभाव पारेको र निम्न स्तरका समुदायको नियुक्तिमा पहुँच नरहेको ।



### प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

यस अध्ययनमा सहभागी प्रमुख सूचनादाताहरूले कार्यक्रम औचित्यपूर्ण बताएपनि गुणस्तरलाई लिएर सबैले चासो व्यक्त गरेको पाइयो । स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच भन्दा बाहिर रहने जनतालाई प्राथमिक स्वास्थ्य, सुरक्षित मातृत्व, परिवार नियोजन र परामर्श लगायत प्रेषणको सेवाको लागि भरपर्दो व्यवस्थाको रूपमा देखिएको छ ।

समूदायका मानिसले समेत यो कार्यक्रमको पूर्ण निरन्तरता हुने र गुणस्तरीय सेवा समेत दिन सकेको खण्डमा यी कार्यक्रम सरकारको स्वास्थ्य सम्बन्धी नीतिगत लक्ष्य प्राप्तमा सहयोगसिद्ध हुने बताउँछन् । सन् २०१०/११ देखि २०१३/१४ सम्मको लक्ष्यमा आधारित सेवा लिनेको संख्याको आधारमा हेर्दा ८१% बाट ९०% पुगेको देखिन्छ । यसलाई सत प्रतिशत पुऱ्याउन यस कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रूपमा लागु गर्नुपर्ने देखिन्छ । समग्रमा हेर्दा भौगोलिक हिसाबले सुगम तराई क्षेत्रमा उपलब्धि प्रतिशत पहाडमा भन्दा कम रहेको देखिएको छ ।

त्यसैगरी राष्ट्रियरूपमा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा लिनेको संख्या पछिल्लो आर्थिक वर्षमा बढेको देखिन्छ (२०११ मा २० जना, २०१४ मा २३ जना) तथापि लक्ष्य अनुरूपको क्लिनिक सञ्चालन हुन सकेको भने देखिँदैन । लक्ष्य अनुरूप क्लिनिक सञ्चालन हुन नसकेको कारण पनि लक्षित सेवा प्राप्त हुन नसकेको देखिन्छ । त्यसबाहेक अपर्याप्त मानव संसाधन, भौतिक अवस्था, तालिम आदि विभिन्न कारणहरूले क्लिनिक पुरा सञ्चालन हुन नसकेको भनि स्वास्थ्यकर्मीले बताएका छन् ।

तथापि सेवा संख्या सेवाको पहुँच र लाभान्वित क्षेत्रलाई हेर्दा कार्यक्रम गुणस्तरीय नभएतापनि प्रभावकारी रहेको भने सबैद्वारा स्वीकारिएको छ । हिमाल पहाड तराई र राष्ट्रिय रूपमा गाउँघर क्लिनिक सेवाको उपलब्धता र प्रभावकारिताको अवस्था तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

### तालिका नं. १८ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिकको अवस्था

| आ.ब.      | २०१०/११ |          |    | २०११/१२ |          |    | २०१२/१३ |          |    | २०१३/१४ |          |    |
|-----------|---------|----------|----|---------|----------|----|---------|----------|----|---------|----------|----|
|           | लक्ष्य  | प्राप्ति | %  | लक्ष्य  | प्राप्ति | %  | लक्ष्य  | प्राप्ति | %  | लक्ष्य  | प्राप्ति | %  |
| हिमाल     | १९३५६   | १४२७६    | ७४ | १८७६८   | १४५१७    | ७७ | १९३२०   | १४५५६    | ७५ | १६८८४   | १४,७९७   | ८७ |
| पहाड      | ७७८२०   | ६६३४६    | ८५ | ७४८८०   | ६५११७    | ८७ | ७५३९६   | ६५२४५    | ८७ | ७५८५२   | ७०४९९    | ९३ |
| तराई      | ६०९८४   | ४८३७१    | ७९ | ५९८३२   | ५२९५१    | ८८ | ५९१३६   | ५०७१०    | ८६ | ५५२२४   | ४७५८८    | ८६ |
| राष्ट्रिय | १५८१६०  | १२८९९३   | ८१ | १५३८५२  | १३२५८५   | ८६ | १५३,८५२ | १३०५११   | ८५ | १९५,४४४ | १३२८८४   | ९० |



### सारांश

स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच भन्दा बाहिर रहने जनतालाई प्राथमिक स्वास्थ्य, सुरक्षित मातृत्व, परिवार नियोजन र परामर्श लगायत प्रेषणको सेवाको लागि भरपर्दो व्यवस्थाको रूपमा देखिएको तर गुणस्तरीयता लाई लिएर सबैले चासो व्यक्त गरेको पाइयो। सन् २०१०/११ देखि २०१३/१४ सम्मको लक्ष्यमा आधारित सेवा लिनेको संख्याको आधारमा हेर्दा हिमाल, पहाड र तराई सबै ठाउँमा उपलब्धि ८०% नाघेको छ, तथापि लक्ष्य प्राप्त गर्न भने कठिन रहेको छ। समग्रमा हेर्दा भौगोलिक हिसाबले पहाडी क्षेत्रभन्दा तराई क्षेत्रमा उपलब्धि प्रतिशत कम रहेको देखिएको छ।

त्यसैगरी राष्ट्रियरूपमा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन संख्या पछिल्लो आर्थिक वर्षमा बढेको देखिन्छ, तथापि लक्ष्य अनुरूपको क्लिनिक सञ्चालन हुन सकेको भने देखिँदैन। लक्ष्य अनुरूप क्लिनिक सञ्चालन हुन नसक्दाको कारण पनि लक्षित सेवा प्राप्त हुन नसकेको देखिन्छ। त्यसबाहेक अपर्याप्त मानव संसाधन, भौतिक अवस्था, तालिम आदि विभिन्न कारणहरू क्लिनिक पुरा सञ्चालन हुन नसकेको पाइएको छ। तथापि सेवा संख्या, सेवाको पहुँच र लाभान्वित क्षेत्रलाई हेर्दा कार्यक्रम गुणस्तरीय नभएतापनि प्रभावकारी रहेको भने सबैले स्वीकारेका छन्।

मूल्याङ्कन अवधिमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमले लक्ष्यअनुसार प्रगति गर्न सकेको छैन। तसर्थ यस कार्यक्रमको राष्ट्रिय औचित्य हुँदाहुँदै पनि अपेक्षा अनुसार प्रभावकारी हुन सकेको छैन। यसका निम्नकारणहरू छन्:

- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन संख्या पछिल्लो आर्थिक वर्षमा बढेको देखिन्छ तथापि लक्ष्य अनुरूपको क्लिनिक सञ्चालन हुन सकेको भने देखिँदैन।
- अपर्याप्त मानव संसाधन हुनु र भएका पनि विभिन्न तालिम तथा अन्य कार्यमा उपयोग गर्दा क्लिनिक पुरा सञ्चालन हुन नसकेको पाइएको छ।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिकको गुणस्तरीयतालाई लिएर सबैले चासो व्यक्त गरेको पाइयो।





### किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम

नेपाल सरकारको स्वास्थ्य नीति १९९१ ले किशोरकिशोरीको स्वास्थ्यको बारेमा नबोले पनि नेपाल क्षेत्रगत स्वास्थ्य कार्यक्रम २०११ ले यसलाई महत्व दिएको छ। विशेष गरी किशोर किशोरी मैत्री सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाको विस्तारलाई प्रमुख जोड दिएको यस कार्यक्रमले किशोर किशोरीमा हुने प्रजनन दर ८१ प्रति १००० जनामा २०११ बाट सन् २०१५ सम्ममा ७१ मा झार्ने लक्ष्य लिएको छ।

नेपाल सरकारको यो कार्यक्रम प्रारम्भिक चरणमा रहेको छ तथापि यो कार्यक्रमको उपलब्धि भने सकारात्मक रहेको छ। सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउने संस्थाको संख्या ७३२ रहेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा किशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ। एन्.एच्.एस्.पि-२ को सन् २०१५ सम्ममा १००० पुऱ्याउने लक्ष्य सजिलै पुरा भएको देखिन्छ। यसरी किशोर किशोरी मैत्री सेवा संचालन गरे पनि स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन जाने को संख्या भने उल्लेख्य देखिँदैन।

स्वास्थ्य संस्थाहरुमा किशोर किशोरी मैत्री सेवामा पनि त्यस स्वस्थ संस्था अन्तर्गतका समुदायमा यस बारेको ज्ञान न्यून रहेको पाइयो। सेवा दिने संस्थाको हकमा पनि परामर्शको लागि अलग कोठा, पर्याप्तमात्रमा स्वास्थ्य शिक्षा सामाग्री लगायतको सामाग्री अपुरो रहेको छ। पुरानो HMIS मा यस कार्यक्रमको रिपोर्टिङ गर्ने ठाँउ नरहेकोमा नयाँ HMIS प्रणालीमा किशोर किशोरी सेवाको रिपोर्टिङ गर्ने व्यवस्था समेत रहेको छ। यसबाट आगामी दिनमा यस सम्बन्धी तथ्याङ्क सजिलै उपलब्ध हुने देखिन्छ।

त्यसैगरी किशोरकिशोरी कार्यक्रमको गाम्भिर्यतालाई आत्मसाथ गर्दै नेपालको स्वास्थ्य नीति (२०७१/२०१४) ले समेत उच्च प्राथमिकता दिएको छ। बाह्रय सहयोगी निकाय समेतले यसलाई अझ महत्व दिएको हुँदा आगामी दिनमा यो कार्यक्रम अझ प्रभावकारी हुन गई थप उपलब्धि प्राप्त हुने देखिन्छ।

त्यसैगरी १७% महिला १५ देखि १९ वर्षको किशोर किशोरी उमेर समूहभित्र भएको देखिएको छ। त्यसैगरी विगत ५ वर्षमा किशोर किशोरी गर्भवती १० % ले कम आएको छ। किशोर किशोरी प्रजनन दर सन् २०१५ मा प्रति हजार रहेकोमा सन् २०१२ मा आउँदा ७४ रहेको देखिएको छ भने नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ ले प्रति १००० मा ८१ देखाएको छ। यसरी हेर्दा पनि लक्ष्य अनुरूपको प्रगति हासिल गरकोले यो कार्यक्रम प्रभावकारी रहेको छ। यो दर ग्रामीण क्षेत्रमा (८७) भन्दा शहरी क्षेत्रमा (४२) कम छ भने हिमाली क्षेत्रमा (९९) र तराई क्षेत्रमा (८७) भन्दा पहाडी क्षेत्रमा (७०) कम छ। विकास क्षेत्रका आधारमा मध्यमाञ्चल (८८), मध्यपश्चिमाञ्चल (९५) र सुदुर पश्चिमाञ्चल (९३) मा भन्दा पूर्वाञ्चल (६६) र पश्चिमाञ्चल (७५) मा किशोरावस्थाको प्रजननदर कम छ (स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (सन् २०१३)।



यो कार्यक्रमको स्वास्थ्य संस्था अर्न्तगत दिइने सेवाको गुणस्तरमा अबै बृद्धि गर्न सकेको खण्डमा यो कार्यक्रमले दिने नतिजा अबै राम्रो हुने कुरा सबैले औँल्याएका छन् भने किशोर किशोरी मैत्री सेवा नेपालको सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध हुनु पर्ने सुझाएका छन् ।

### सारांश

नेपाल सरकारको यो कार्यक्रम प्रारम्भिक चरणमा रहको छ तथापि यो कार्यक्रमको उपलब्धि भने सकारात्मक रहेको छ । सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउने संस्थाको संख्या ७३२ रहेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा विशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ । एन्.एच्.एस्.पि-२ ले सन् २०१५ सम्ममा १००० पुऱ्याउने लक्ष्य सजिलै पुरा भएको देखिन्छ ।

नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ अनुसार सन् २००५ र सन् २०११ बीच किशोरावस्थाका प्रजनन दर प्रति हजार ९८ बाट ८१ मा भरेकामा सन् २०१२ सम्म आउदा ७४ रहेको देखिएको छ यसरी हेर्दा पनि सन् २०१५ को ७० प्रति हजारको लक्ष्य अनुरुपको प्रगति हासिल गरकोले पनि यो कार्यक्रम प्रभावकारी रहेको सिद्ध हुन्छ ।

मुल्याङ्कन अबधिमा किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमले लक्ष्य अनुसार प्रगति गर्न सकेको भएतापनि तलको समस्यालाई ध्यान दिन सकेको खण्डमा यो कार्यक्रम अब प्रभावकारी हुन सक्ने थियो ।

- यसरी किशोर किशोरी मैत्री सेवा संचालन गरे पनि स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सेवा लिन जाने किशोर किशोरीहरुको संख्या भने उल्लेख्य देखिदैन ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा किशोर किशोरी मैत्री सेवा भएका स्वास्थ्य संस्था अर्न्तर्गतका समुदायमा पनि यस बारेमा ज्ञान न्यून रहेको ।
- सेवा दिने संस्थाको हकमा पनि परामर्शको लागि अलग कोठा, पर्याप्त मात्रमा स्वास्थ्य शिक्षा सामाग्री नभएको पाइयो ।
- किशोर किशोरी मैत्री सेवा हामीले अध्ययन गरेका केही स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध नभएको पाइयो ।

### गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम

नेपालले सन् २००२ बाट कानुनी रूपमा गर्भपतन गर्न पाउने व्यवस्था गरेको थियो । सन् २००४ बाट बृहत गर्भपतन कार्यक्रमको सुरुवात गरेको यो सेवाले अनिक्षित रहन गएको गर्भ, बलात्कार जस्ता अपराधबाट रहन गएको गर्भ र आमा तथा बच्चालाई असर गर्न सक्ने अवस्था देखिएको गर्भलाई पतन गर्न मिल्ने व्यवस्था गरेबाट महिलाको प्रजननर अधिकारमा पहुँच पुगि अप्रत्यक्ष रूपमा मातृ मृत्युदर घटाउन समेत सहयोग गरेको देखिन्छ ।

जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०११ अनुसार, पाँच वर्षको अबधिमा शहरी क्षेत्रका १४ दशमलब ७ र ग्रामीण भेगका ६ दशमलब ७ प्रतिशतले गर्भपतन गराएका थिए । पहिलेको भन्दा गर्भपतन सुरक्षित र राम्रो भएकाले सेवाग्राहीको सेवा लिने दर बढेको छ । तर पनि गर्भपतन



सम्बन्धी आवश्यक कानुनी चेतनाको स्तर भने कम रहेको देखाएको छ (३८ प्रतिशत) । NHSSP-II ले सुरक्षित गर्भपतन गरिने स्थान सम्बन्धीको ज्ञान ५० प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य रहेकोमा सन् २०११ सम्ममा ५९ प्रतिशत ( कानुनी ज्ञान भएकोमा ) अर्थात सबै गरी २८.२ प्रतिशत पुगेको देखिएको छ । त्यसैगरी गर्भपतन पश्चात् ४१ प्रतिशत महिलाले विगत ५ वर्षमा परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गरेको देखिएको छ जुन लक्ष्य प्रतिमा अग्रसर देखिन्छ । परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट दिइएको जानकारी अनुसार परिवार नियोजनका साधन प्रयोग गर्नेको संख्या घट्दै जानु र गर्भपतन गर्नेको संख्या बढ्दै जानु चुनौतीको विषय बनेको बताउँछन् । त्यससँगै आकस्मिक गर्भ निरोधकका साधनलाई परिवार नियोजनको माध्यम बनाउने नकारात्मक काम समेत बढेको बताउँदछन् ।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (२०१०) का अनुसार नेपालमा प्रत्येक वर्ष करिब आठ लाख गर्भवती हुन्छन् । तीमध्ये ३० प्रतिशतमा अनिच्छित गर्भ रहन्छ । यस आधारमा प्रतिवर्ष भन्डै २ लाख ५० हजार महिला गर्भवती बन्न बाध्य छन् । यसले असुरक्षित गर्भपतनको दर बढाएको छ । जुन मातृ मृत्युको कारणसमेत हो । गत आर्थिक वर्षमा देशभरका सूचीकृत संस्थाबाट ९५ हजार जनाले सुरक्षित गर्भपतनको सेवा लिएको परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको तथ्याङ्कले देखाउँछ । यसआधारमा करिब एक लाख ५५ महिला असुरक्षित गर्भपतन गराउन वा सन्तान जन्माउन बाध्य छन् ।

सन् २०१० मा प्रसूतिगृह र चाबहिलको मेरी स्टोप्स सेन्टरमा गरिएको अध्ययनले पनि परिवार नियोजनका साधन प्रयोगमा आएको कमीले सुरक्षित गर्भपतन गराउन आउने महिलाको संख्यामा वृद्धि भएको देखाएको थियो । ६३ प्रतिशतले बच्चा नचाहिने भएकाले गर्भपतन गराउन आएको बताएका थिए । मेरी स्टोप्समा आएकामध्ये ४९ र प्रसूतिगृहमा आएकामध्ये ३१ प्रतिशतले साधन नै प्रयोग नगरेको र गर्भ रहँदैन भन्दै परम्परागत विधि अपनाएका थिए । समयमै परिवार नियोजनका साधन प्रयोग गर्ने सल्लाह दिएको भए गर्भपतनमा कमी आउने अध्ययन प्रतिवेदनमा उल्लेख छ । सन्तानको रहर पूरा भएकाहरूले पनि कुन साधन बढी प्रभावकारी र भरपर्दो हुन्छ भन्ने पहिचान गर्न नसक्दा साधन प्रयोग नगरेको बताएका थिए । यस अध्ययनले पनि गर्भपतनलाई परिवारले बढी स्वीकारेको र परिवार नियोजनको साधनको प्रयोग कम गरेको तथ्यलाई उजागर गरी यसलाई गर्भपतनको चुनौतीको रूपमा व्याख्या गरेको छ । अर्थात परिवार नियोजनको प्रयोगदर बढाउन सकेको खण्डमा गर्भपतनलाई न्यूनीकरण गरी गर्भपतनका कारणबाट हुने जटिलताहरूलाई समेत कम गर्न सहयोग गर्ने देखिन्छ ।

यो सेवा लिनेको संख्यामा भएको अत्याधिक वृद्धिदरले सुरक्षित गर्भपतन सेवामा पहुँच बढेको सँगसँगै प्रभावकारितालाई समेत झल्काउँदछ तर यो सेवामा भएको अत्याधिक वृद्धिदरलाई मध्यनजर गरी अनिश्चित गर्भ रोकथामका उपाय वृद्धि गर्ने जनचेतनाका कार्यक्रम तथा व्यवहार परिवर्तन गर्ने कार्यक्रम सञ्चालन गर्न समेत औल्याउदछन् । आ.व. २०६९/७० मा मात्र जम्मा ५७४ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ८४०११ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको देखिन्छ । औषधिको माध्यमबाट गरिने गर्भपतन सेवा पनि १७९ सूचीकृत संस्थाबाट प्रदान गरिँदै आएको छ ।

### सारांश

सन् २००४ बाट बृहत गर्भपतन कार्यक्रमको सुरुवात गरेको यो सेवाले अनिश्चित रहन गएको गर्भ, बलात्कार जस्ता अपराधबाट रहन गएको गर्भ र आमा तथा बच्चालाई असर गर्न सक्ने अवस्था देखिएको गर्भलाई पतन गर्न मिल्ने व्यवस्था गरेबाट महिलाको प्रजनन अधिकारमा पहुँच पुगि अप्रत्यक्ष रूपमा मातृ मृत्युदर घटाउन समेत सहयोग गरेको देखिन्छ। जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनडिएचएस) २०११ अनुसार यसको साथै अझै पनि गर्भपतन सम्बन्धी आवश्यक कानुनी चेतनाको स्तर भने अझै कम रहेको देखाएको छ (३८ प्रतिशत)। एनएचएसएसपी-२ ले सुरक्षित गर्भपतन गरिने स्थान सम्बन्धीको ज्ञान ५० प्रतिशत पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा सन् २०११ सम्ममा ५९ प्रतिशत (कानुनी ज्ञान भएकोमा) र गर्भपतन गरिने स्थान सम्बन्धीको ज्ञान २८.२ प्रतिशत पुगेको देखिएको छ। त्यसैगरी गर्भपतन पश्चात् ४१ प्रतिशत महिलाले विगत ५ वर्षमा परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गरेको देखिएको छ जुन लक्ष्य प्राप्तिमा अग्रसर देखिन्छ। आ.व. २०६७/६८ (२०११/१२) मा ४८७ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ९५३०६ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको मा आ.व. २०६९/७० (२०१३/१४) मा मात्र जम्मा ५७४ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ८४०११ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको देखिन्छ।

मूल्याङ्कन अवधिमा गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले लक्ष्यअनुसार प्रगति गर्न सकेको छैन।

- परिवार नियोजनका साधन प्रयोग गर्नेको संख्या घट्दै जानु र गर्भपतन गर्नेको संख्या बढ्दै जानु चुनौती रहेको। त्यससँगै आकस्मिक गर्भ निरोधकका साधनलाई परिवार नियोजनको माध्यम बनाउने नकारात्मक काम समेत बढेको बताउँदछन्।
- सन्तानको रहर पूरा भएकाहरूले पनि कुन साधन बढी प्रभावकारी र भरपर्दो हुन्छ भन्ने पहिचान गर्न सेवाग्राही असमर्थ रहेको।
- यो सेवामा भएको अत्यधिक बृद्धिदरलाई मध्यनजर गरी अनिश्चित गर्भ रोकथामका उपाय बृद्धि गर्ने तथा व्यवहार परिवर्तन गर्ने कार्यक्रम सञ्चालन गर्न नसकिएको।

### आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

आइखस्ने रोग नेपाल सरकारले प्राथमिकता दिएको आवश्यक बोध कार्यक्रम पनि सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन हुन नसकेको कार्यक्रममा पर्दछ। विशेषगरी ग्रामीण भेगमा बस्ने महिलामा अत्यन्त विकराल रूपमा देखिएको यो रोगलाई विभिन्न गैर सरकारी संस्थाले क्याम्पको माध्यमबाट निदान, रोकथाम र नियन्त्रण गर्दै आएका छन्। सरकारले नियमित कार्यक्रमको रूपमा सञ्चालन नगरेपनि यो सेवा दिन सक्षम अस्पतालहरूले क्षमता अनुसार सेवा दिँदै आएका छन्।

यो सेवालार्इ सरकारले सबै जसो जिल्ला अस्पतालमा र प्राथमिक सेवा केन्द्रमा समेत नियमित गर्न सकेको खण्डमा यस कार्यक्रमको प्रभावकारिता बढाउन सकिने र उपचार सेवामा पहुँच बढाउन सकिने यस अध्ययनका सहभागीले बताएका छन्। यद्यपि यो सेवा वापत २०६९/७० को अन्त्यसम्म करिब ४०००० सफल शल्यक्रिया गरी सकिएको छ भने २०६९/७० मा ३३०२४ महिलामा यो रोगको निदान गरी आवश्यकता अनुसारको उपचार गरिएको छ (DOHS, 2013/14)। आइ खस्ने रोगको निदान, रोकथाम र उपचार नेपाल सरकारको पहिलो प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम हो। यस



कार्यक्रमले अन्य कार्यक्रम सरह प्राथमिकता र बजेट नपाएता पनि विगत ५ वर्षदेखि यस कार्यक्रम अर्न्तगत बजेट विनियोजन गरिएको छ । आइ खस्ने रोगको उपचार र अप्रेसन कार्यविधि निर्देशिका २०६५ बनाई त्यसलाई समयानुकूल त्यसलाई संशोधन गरी दोश्रो संशोधित निर्देशिका २०६८ कार्यान्वयनमा छ ।

यसरी प्रदान गरिएको सेवाको गुणस्तरलाई लिएर विभिन्न समयमा यस सम्बन्धी सवालहरु उठेका छन् । यसले महिलालाई सहयोग पुग्ने सामाजिक रुपमा सबलीकरण गरी सशक्तिकरण गर्न सकिने आर्थिक विकास दरमा प्रभाव पर्ने, महिलाको अधिकारलाई बल पुऱ्याउन सकिने हुँदा यो कार्यक्रमको प्रभावकारिता भने देखिन्छ र सँगैसँगै गुणस्तरीयतामा निरन्तरता दिन जरुरी हुन्छ । आइखस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% (UNFPA-2012) ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकोले पनि यसले जीवनस्तरमा प्रभाव परेको देखिन्छ ।

### सारांश

आइखस्ने रोग नेपाल सरकारले प्राथमिकता दिएको आवश्यक बोध कार्यक्रम पनि सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन हुन नसकेको कार्यक्रममा पर्दछ । यो रोग पनि सरकारले नियमित कार्यक्रमको रुपमा सञ्चालन नगरेपनि यो सेवा दिन सक्षम अस्पतालहरुले क्षमता बमोजिम सेवा दिँदै आएका छन् । यद्यपि यस्ता सेवा वापत २०६९/७० को अन्त्यसम्म करिब ४०००० सफल शल्यक्रिया गरिसकिएको छ भने २०६९/७० मा ३३०२४ महिलामा यो रोगको निदान गरी आवश्यकता अनुसारको उपचार गरिएको छ । आइखस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकोले पनि यसले जीवनस्तरमा प्रभाव परेको देखिन्छ ।

मूल्याङ्कन अवधिमा आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रमले लक्ष्य अनुसार प्रगति गर्न सकेको छैन । तसर्थ यस कार्यक्रमको राष्ट्रिय औचित्व हुँदाहुँदै पनि अपेक्षाअनुसार प्रभावकारी हुन सकेको छैन । यसका निम्नकारणहरु छनः

- यो सेवालाई सरकारले सबै जसो जिल्ला अस्पतालमा र प्राथमिक सेवा केन्द्रमा समेत नियमित गर्न नसकेको ।

### फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

यो कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारले छुट्टै सञ्चालन नगरी एकीकृत रुपमा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी विरामी अर्न्तर्गत पाठेघर खस्ने, बाँभोपनसँगै सञ्चालन गरेको छ । यो कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको नयाँ कार्यक्रम रहेकोले प्राथमिक चरणमै रहेको छ । अर्न्तराष्ट्रिय सहयोगी निकाय युएनएफपिए को सहयोगमा यो कार्यक्रम विशेष गरी नेपालका तीन अस्पताल (पाटन अस्पताल, परोपकार प्रसूति अस्पताल र वि.पि.के.आई.एच.एस. अध्ययन) बाट सेवा प्रदान भइरहेको छ । एक अध्ययन अनुसार ०.३ देखि ०.६ प्रति न १००० मा यो रोग हुने अनुमान भएतापनि एकिन तथ्याङ्क भने प्राप्त भएको छैन । तैपनि परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले तीन अस्पतालमा सञ्चालनमा रहेको यो कार्यक्रमलाई अरु अस्पतालमा समेत विस्तार गर्ने योजना रहेको छ । यस सेवाको निरन्तरताको

लागि आवश्यक जनशक्ति उत्पादनमा समेत UNFPA को सहयोगमा तालिम कार्यक्रम सञ्चालन भएको छ । कार्यक्रम बिस्तार गर्दै जाने सरकारको रणनीतिबाट पनि यो कार्यक्रम प्रभावकारिता तर्फ उन्मुख भएको देखिन्छ ।

मूल्याङ्कन अवधिमा फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रमले लक्ष्य अनुसार प्रगति गर्न सकेको छैन । तसर्थ यस कार्यक्रमको राष्ट्रिय औचित्य हुँदाहुँदै पनि अपेक्षा अनुसार प्रभावकारी हुन सकेको छैन । यसका निम्न कारणहरु छनः

- यो सेवालाई सरकारले सबै अस्पतालमा सञ्चालन गर्न नसकेको ।
- यो कार्यक्रमको सञ्चालन निर्देशिका तयार भइनसकेको ।
- यो सेवाको निरन्तरताको लागि आवश्यक जनशक्ति र तालिम उपलब्ध नभएको ।

### **बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम**

अत्यन्त प्रारम्भिक चरणमा रहेको यस कार्यक्रम औपचारिक रुपमा सरकारी तवरबाट यसै वर्षबाट सुरुवात गरिएको छ । यस सम्बन्धी खासै नियमित कार्यक्रम सञ्चालनमा नभएता पनि उच्च तहका स्वास्थ्य संस्थाले उपलब्ध जनशक्तिको क्षमताले भ्याएसम्म उपचार गरेको तथ्य प्राप्त भएको छ । यस कार्यक्रमको HMIS नयाँ प्रणालीमा यस सम्बन्धी व्यवस्था गराउनाले समेत यो कार्यक्रमलाई सरकारले प्राथमिकता साथ लान खोजेको देखिन्छ ।

बाँझोपन अर्थात सन्तान उत्पादन गर्न असमर्थ हुनु प्रजनन स्वास्थ्यको एक समस्या हो । बाँझोपनले दम्पतीको सन्तान पाउने चाहनालाई पूरा गर्नबाट रोक लगाउँछ । बाँझोपनले गर्दा हाम्रो जस्तो समाजमा महिलाहरुलाई बढी जिम्मेवार ठहर्‍याई हेलाको दृष्टिकोणले हेरिन्छ, जसको फलस्वरुप बहुविवाह जस्तो सामाजिक समस्या उत्पन्न हुन्छ । अहिलेसम्म नेपालमा बाँझोपन सम्बन्धी उपचारको उचित सुविधा छैन । केन्द्रीयस्तर र केही नीजि क्लिनिकहरुमा यस सम्बन्धी सेवा उपलब्ध भएतापनि यस्ता सेवाहरु ज्यादै खर्चिलो हुने भएकोले सर्वसाधारण जनताको क्षमताले नभ्याउने महशुस गरिएको छ । अध्ययनको क्रममा समेत यस कार्यक्रमको बारेमा स्वास्थ्यकर्मीमा खासै ज्ञान नभएको तथा यस सम्बन्धी तालिम सूचना र उपचार प्रविधि समेत उपलब्ध नभएको कुरा बताएका छन् । यो कार्यक्रमको प्रभावकारिताको बारेमा यस अध्ययनले छलफल गर्न नसकेतापनि आवश्यक जनशक्ति उपलब्ध गराई उचित तालिम, साधन र श्रोत हुन सकेको खण्डमा सजिलै सस्तो र सुलभ रुपमा स्थानीय स्तरमा सेवा पुर्‍याई प्रभावकारी सेवा दिन सकिने देखिन्छ ।

मूल्याङ्कन अवधिमा बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले लक्ष्यअनुसार प्रगति गर्न नसकेका कारण यस कार्यक्रमको राष्ट्रिय औचित्य हुँदाहुँदै पनि अपेक्षा अनुसारको नतिजा प्राप्त हुन नसकेको ।





### प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम

प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न अध्ययन गर्दै आएको यस कार्यक्रमको नतिजाको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा दिइएको सुभाव कार्यान्वयन हुँदा कार्यक्रमको सफलतामा सहयोग गरेको यस अध्ययनको निष्कर्ष रहेको छ । विशेषगरी यो कार्यक्रम अर्न्तगत साधारण खालका प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अध्ययनहरू गरीएका छन् जस्तै आमा सुरक्षा अध्ययन, संस्थामा आधारित सुत्केरीका लागि प्रेषणको अवस्था सम्बन्धी अध्ययनहरू भएको छ । त्यसबाहेक यसले परिवार नियोजन तथा सुरक्षित मातृत्वको लागि अनुमानित तथा वार्षिक सामाग्री, प्रजनन स्वास्थ्य र आपतकालीन स्वास्थ्य सेवाको अनुगमन, सहयोगी सुपरभिजन गर्ने यसको उद्देश्य रहेको छ । यसको आफ्नो उद्देश्य हासिलमा केही सफल भएपनि यसलाई पूर्णरूपमा यसको उद्देश्य प्राप्तिका लागि यो कार्यक्रमको निरन्तरता दिनु जरुरी छ । कार्यक्रमले उद्देश्य अनुरूपको गतिविधिहरू पूर्ण रूपमा गर्न नसकेको देखिन्छ । नेपालमा प्रजनन तथा महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी थुप्रै अध्ययनहरू भएतापनि सबै अध्ययनको सूचना सूचीकृत र योजना तर्जुमामा समावेश गरेको पाइँदैन । मातृ तथा नव शिशु मृत्यु पुनरावलोकनमा यसको प्रमुख भुमिका रहेको छ । यसको अलावा परिवार नियोजन सम्बन्धी धारणा, आडखस्ने रोगको रोकथामको प्रभाव, लैङ्गिक हिंसा सम्बन्धी थुप्रै अध्ययनबाट आएका सुभावको सकारात्मक कार्यान्वयन समेत भएका छन् । यसरी थोरै कार्यक्रम भएपनि यसको निरन्तरतामा र प्रभावकारितामा सूचनादाताहरूले जोड दिएका छन् ।

प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान गर्ने कार्ययोजना भएतापनि आवश्यकमात्रामा अध्ययन अनुसन्धान गरेको पाइँदैन । गरिएका अध्ययन अनुसन्धानहरू प्रकाशन तथा सम्प्रेषण निकै कम छन् । अध्ययनले निष्कर्षअनुसारका सुभावलाई प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमको योजना तर्जुमा गर्दा समावेश नगरेको ।

### पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोज प्रडताल तथा रोकथाम कार्यक्रमको रेफर गर्ने प्रचलन छ । सबै स्वास्थ्य संस्थामा कार्यक्रम छैन सेवा पाइँदैन । यो कार्यक्रम सुरुवात मात्र भएको छ धेरै गर्न बाँकी छ । कार्यक्रमलाई धेरै प्रागमिकता दिइएको छैन तर सबै ओ. पि. डि मा महिलाको खोज हुने राम्रो । पाठेघरको मुखको क्यान्सरको एकिन तथ्याङ्क नभएता पनि दिन प्रतिदिन यो रोगबाट पीडित हुने महिलाको संख्या भने बढ्दो छ । त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकिस्ताशास्त्र अध्ययन संस्थानको एक सूचनाअनुसार वर्षेनी अन्दाजी १००० जना जति यो क्यान्सरको कारणले मृत्यु हुने गर्छ । यो तथ्य बाट पनि पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम र नियन्त्रण कार्यक्रम तुरुन्त सरकारी स्तरबाट सबैको पहुँचमा पुग्ने गरी सञ्चालन गर्नुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ । यद्यपि सरकारी स्तरबाट खासै कार्यक्रमहरू सञ्चालन नभएको तर अन्य दातृ संस्था र गैर सरकारी संस्थाको सहयोगमा सञ्चालन भइरहेको अवस्था छ । अध्ययनमा सहभागीहरूले क्यान्सरबाट प्रभावित हुने महिलाको धारणामा प्रभावित पारेको छ । यसले आर्थिक तथा सामाजिक भार थप्ने हुँदा रोकथाममा आधारित कार्यक्रम सबै ठाँउमा सञ्चालन गर्नुपर्ने आवश्यकता देखाएका छन् ।



पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम प्राथमिकतामा परेको देखिंदैन । आवश्यक तथ्याङ्कको अभावका कारण यस सेवालार्इ सहज रुपमा सरकारले सबै अस्पतालमा सेवा सञ्चालन गर्न समेत गर्न नसकेको अवस्था छ ।

### एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवासंग सम्बन्धितअन्य सुचकहरु

#### स्वास्थ्य सेवा प्रतिको सेवाग्राहीको धारणा र सन्तुष्टि

एनएचएसपि-२ ले सन् २०१५ सम्म सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले दिएको सेवा सँग सन्तुष्टि हुने लक्ष्य ८०% राखेको भएपनि यस अध्ययनले सन्तुष्टि हुने समग्रमा १७% रहेको पाइएको छ । यसै गरी सेवालार्इ ठिकै मान्नेको संख्या ७५% छ । (NLSS - III 2010/2011) को अनुसार १२% घर धुरीले सरकारी स्वास्थ्य सेवा राम्रो भएको बताएका छन् । यस तथ्यबाट आम जनमानसमा स्वास्थ्य संस्थाले दिने सेवाप्रति मानिसको धारणा परिवर्तन हुँदै गएको देखिन्छ । तह अनुसारको सन्तुष्टीको अवस्था तल तालिकामा दिइएको छ ।

#### तालिका नं. २० स्वास्थ्य सेवा प्रतिको सेवाग्राहीको धारणा र सन्तुष्टि

| विवरण   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| स्वास्थ्य संस्थाबाट पाएको सेवाबाटको सन्तुष्टि |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| सन्तुष्टि                                     | १०.२                  | १५.०    | २९.९     | १९.६               | १४.१    | १४.६ | १९.१ | १७.२  |
| ठिकै  | ८०.५                  | ७४.९    | ६६.९     | ७६.८               | ७७.२    | ७६.४ | ७३.७ | ७४.९  |
| सन्तुष्टि/असन्तुष्टि केही छैन                 | ९.३                   | १०.१    | ३.२      | ३.६                | ८.७     | ९    | ७.२  | ७.९   |
| जम्मा संख्या                                  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |

विशेषगरी सेवाग्राही सेवा लिन समय कुर्नुपर्ने २८%, स्वास्थ्य संस्था सफा हुनु पर्ने (२६.२) प्रतिशत बाट असन्तुष्ट भई स्वास्थ्य संस्थाले यस पक्षमा आवश्यक सुधार गर्नुपर्ने औल्याउछन् । त्यस अलावा सम्पूर्ण सेवा निःशुल्क हुनुपर्ने स्वस्थ्यकर्मी भरपर्दो दक्ष र सहयोगी हुनुपर्ने लगायत गोपनीयताको उचित व्यवस्था सहित सेवा प्राप्त गर्ने ठाँउ अलग हुनुपर्ने कुरा औल्याएका छन् ।

#### स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन रुपरेखा सन् २०१२ को अनुसार ३० मिनेटभित्र स्वास्थ्य वा उप स्वास्थ्य चौकीभित्र पुग्न सकिने जनसंख्याको लक्ष्य ८०% राखेकोमा एन. डी. एच. एस. २०११ अनुसार जम्मा ६१.८% लक्ष्य हाँसिल भएकोमा यस अध्ययन अनुसार ३८.५% मात्र जनसंख्या ३० मिनेटभित्र स्वास्थ्य संस्था पुगेको देखिएको छ । त्यसमा पनि हिमाली क्षेत्रमा ३५.९% पहाडमा, ३८.८% र तराईमा ४०% जनसंख्या को पहुँच पुगेको छ । जात अनुसारको पहुँचको दुरीमा खासै भिन्नता देखिएको छैन तर भौगोलिक अवस्था स्वास्थ्य संस्था पहुँच र उपयोगमा भने प्रमुख चुनौतीको रुपमा देखिएको छ ।





**तालिका नं. २१ स्वास्थ्य संस्थामा पुग्न लाग्ने समय**

| विवरण   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| तपाईंलाई घरबाट यस स्वास्थ्य संस्थामम्म आइपुग्न कति समय लाग्यो ? |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| आधा घण्टा भन्दा कम  | ३४.१                  | ३२.६    | ४५.५     | ६७.९               | ३५.९    | ३६.८ | ४०.० | ३८.५  |
| ३० - ६० मिनेट सम्म  | ३९.५                  | ३८.४    | ३८.३     | २८.६               | ३०.४    | ४०.१ | ३८.५ | ३८.०  |
| १, २ घण्टा  | १३.२                  | १३.०    | ९.१      |                    | १५.२    | ९.४  | ११.२ | ११.२  |
| २, ३ घण्टा  | ३.४                   | ७.८     | .६       |                    | १३.०    | १.४  | ४.१  | ४.४   |
| ३ घण्टा भन्दा धेरै  | ९.८                   | ८.१     | ६.५      | ३.६                | ५.४     | १२.३ | ६.२  | ७.९   |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |
| तपाईंको घरबाट यो स्वास्थ्य संस्था कति टाढा छ?                   |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| २ कि मि सम्म  | ८.८                   | ११.१    | १३.०     | १४.३               | १६.३    | ९.४  | १०.८ | ११.१  |
| ३-५ कि मि सम्म  | ६.८                   | ६.२     | ९.१      | ७.१                | २.२     | ८.०  | ७.७  | ७.१   |
| ६-१० कि मि सम्म   | ८.८                   | ४.६     | ३.९      | ३.६                | ४.३     | ५.७  | ५.७  | ५.५   |
| १० कि मि भन्दा बढी  | १३.७                  | ७.२     |          | ७.१                | १.१     | ६.१  | ९.६  | ७.५   |
| थाहा छैन  | ६२.०                  | ७१.०    | ७४.०     | ६७.९               | ७६.१    | ७०.८ | ६६.३ | ६८.८  |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |

**स्वास्थ्य संस्थाको भौतिक अवस्था**

सरकारले ठूलो रकम स्वास्थ्य संस्था स्तरोन्नतीमा लगानी गरेतापनि सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा यसको प्रभाव देखिदैन । भौतिक संरचना उपलब्ध भएका संस्थामा समेत फोहर र उचित प्रयोग नगरिएको भौतिक संरचना काम नलाग्ने अवस्थामा पुगेको छ । सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थामा प्रोटोकल अनुसार खानेपानी शौचालय, प्रतीक्षालयको उपलब्धता अनिवार्य गरिएको छ तापनि स्वास्थ्य संस्थामा खानेपानीको उपलब्धतामा स्थिति सन्तोषप्रद देखिदैन । ६०.५% स्वास्थ्य संस्थामा खानेपानी उपलब्ध रहेको छ भने ८९.१ % मा शौचालय उपलब्ध रहेको पाइएको छ । स्वास्थ्य संस्थामा सेवाग्राहीको लागि पर्याप्त प्रतीक्षालय हुनु तर जम्मा ६१.९% सेवाग्राहीले मात्र स्वास्थ्य संस्थामा पर्याप्त बस्ने ठाउँ रहेको बताएका छन् ।



**तालिका नं. २२ स्वास्थ्य संस्थामा खानेपानी तथा कुर्ने ठाउँको व्यवस्था**

| विवरण   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| यस स्वास्थ्य संस्थामा खानेपानी उपलब्ध                               |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| थियो  | ४७.३                  | ६३.८    | ७४.७     | ५१.८               | ५७.६    | ४६.२ | ६८.४ | ६०.५  |
| थिएन  | ४०.५                  | २६.४    | १४.९     | ३३.९               | ३९.१    | ४०.१ | २०.३ | २८.५  |
| थाहा छैन  | १२.२                  | ९.८     | १०.४     | १४.३               | ३.३     | १३.७ | ११.२ | १०.९  |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |
| यस स्वास्थ्य संस्थामा शौचालयको उपलब्धता                             |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| थियो  | ८८.८                  | ८७.९    | ८९.०     | ९६.४               | ८५.९    | ८९.२ | ८९.७ | ८९.१  |
| थिएन  | ९.३                   | ९.४     | ३.९      | १.८                | १३.०    | ९.०  | ५.७  | ७.६   |
| थाहा छैन  | २.०                   | २.६     | ७.१      | १.८                | १.१     | १.९  | ४.५  | ३.३   |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |
| यस स्वास्थ्य संस्थामा विरामीलाई पालो पर्खदा बस्ने ठाउँ पर्याप्त     |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| थियो  | ५६.१                  | ५१.१    | ८१.२     | ८९.३               | ४०.२    | ७५.५ | ५९.८ | ६१.९  |
| थिएन  | ४२.०                  | ४६.९    | १८.८     | १०.७               | ५९.८    | २४.१ | ३८.० | ३६.७  |
| थाहा छैन  | २.०                   | २.०     | -        | -                  | -       | ५    | २.२  | १.४   |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |
| यस स्वास्थ्य संस्थामा विरामीको साथमा आएका व्यक्तिका लागि बस्ने ठाउँ |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| थियो  | ५१.२                  | ३५.८    | ७८.६     | ८३.९               | १८.५    | ६८.९ | ५२.६ | ५३.०  |
| थिएन  | ४७.३                  | ६१.६    | २१.४     | १४.३               | ८१.५    | २९.७ | ४५.२ | ४५.३  |
| थाहा छैन  | १.५                   | २.६     | -        | १.८                | -       | १.४  | २.२  | १.७   |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | २०५                   | ३०७     | १५४      | ५६                 | ९२      | २१२  | ४१८  | ७२२   |
| स्वास्थ्य संस्थामा एम्बुलेन्स                                       |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ - सुचारु  | ६०.०                  | ८१.३    | २०.५     | २५.०               | २७.३    | २८.६ | ४७.२ | ३८.२  |
| छ तर सुचारु छैन   |                       | ६.३     | ५.१      | १२.५               |         | १४.३ | २.८  | ५.९   |
| छैन   | ४०.०                  | १२.५    | ७४.४     | ६२.५               | ७२.७    | ५७.१ | ५०.० | ५५.९  |
| यदि Ambulance प्रयोगमा छ भने चौविसै घण्टा र सातै दिन उपलब्ध         |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ   | १००                   | ९२.९    | ६०.०     | ६६.७               | १००     | ६६.७ | ८३.३ | ८०.०  |
| छैन   |                       | ७.१     | ४०.०     | ३३.३               |         | ३३.३ | १६.७ | २०.०  |
| जम्मा (%)   | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या  | ३                     | १४      | १०       | ३                  | ३       | ९    | १८   | ३०    |

**फोहोर व्यवस्थापन**

नेपालका अधिकांश अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाले फोहोर व्यवस्थापन निकै चुनौतिपूर्ण रहेको बताएका छन् । एकाध संस्थाका बाहेक अधिकांशको फोहोर व्यवस्थापन निकै नै अव्यवस्थित देखियो । रोगको निदान गर्नुपर्ने अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाले नै जथाभावी फोहोर फालेर जोखिम निम्त्याइरहेको जस्तो देखिन्छ । अन्य फोहोरको तुलनामा स्वास्थ्यका फोहोर भन् खतरनाक र जोखिमयुक्त हुन्छन् । उनीहरूले अस्पतालको फोहोर वैज्ञानिक तवरले व्यवस्थापन गर्नुपर्छ भन्ने ज्ञान भएर पनि व्यवहारमा नल्याएको देखिन्छ । नीति नियम मात्र भएर हुँदैन, त्यसको पूर्ण कार्यान्वयनका



लागि चाहिने आवश्यक पूर्वाधार पनि हुनुपर्ने कुरा सेवा प्रदायकले बताए । औषधिजन्य फोहरलाई इन्सीनेरेटर मार्फत व्यवस्थापने गर्ने स्वास्थ्य संस्था एक तिहाइ भन्दा कम (३१ %) देखियो । ७६ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा फोहर जम्मा गर्ने ठाउँ व्यवस्था भएको पाइयो ।

अनुसन्धानकर्ताले तिखा वस्तु फाल्ने भाडा, संक्रमणजन्य वस्तु फाल्ने भाडा र गाड्ने ठाउँ भए नभएको अवलोकन गरेका थिए । सबै उच्च तहका स्वास्थ्य संस्था र प्राय सबै अन्य स्वास्थ्य संस्थामा तिखा वस्तु फाल्ने ठाउँ थिए भने ८१ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाहरुमा संक्रमण नहुने वस्तु फाल्ने भाँडा भएको पाइयो । त्यस्तै गरेर सबै उच्च तहका स्वास्थ्य संस्था र द्वितीय तहका ९४ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा सालनाल फाल्ने भाँडो र गाड्ने ठाउँ भएको पाइयो ।

### तालिका नं. २३ फोहर व्यवस्थापन

| विवरण                        | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|------------------------------|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|                              | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| दाहाक (incinerator)          |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ                            | ४०.०                  | ६२.५    | २०.५     | १२.५               | २७.३    | २३.८ | ३६.१ | ३०.९  |
| छैन                          | ६०.०                  | ३७.५    | ७९.५     | ८७.५               | ७२.७    | ७६.२ | ६३.९ | ६९.१  |
| जम्मा गर्ने ठाँउ             |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ                            | ८०.०                  | ८७.५    | ७४.४     | ६२.५               | ८१.८    | ९०.५ | ६६.७ | ७६.५  |
| छैन                          | २०.०                  | १२.५    | २५.६     | ३७.५               | १८.२    | ९.५  | ३३.३ | २३.५  |
| जलाउने ठाँउ (खाल्डो)         |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ                            | ८०.०                  | ६२.५    | ८७.२     | ७५.०               | १००     | ९५.२ | ६३.९ | ७९.४  |
| छैन                          | २०.०                  | ३७.५    | १२.८     | २५.०               |         | ४.८  | ३६.१ | २०.६  |
| जम्मा गरी अर्को ठाउँमा लैजान |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ                            | ६०.०                  | ४३.८    | २८.२     | ५०.०               | २७.३    | ६१.९ | २५.० | ३६.८  |
| छैन                          | ४०.०                  | ५६.३    | ७१.८     | ५०.०               | ७२.७    | ३८.१ | ७५.० | ६३.२  |
| जम्मा (%)                    | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या                 |                       |         |          |                    |         |      |      |       |

### प्रजनन स्वास्थ्यका औषधि तथा उपकरणको उपलब्धता

#### प्रजनन स्वास्थ्यका अत्यावश्यक औषधि तथा उपकरण (३६ वटा)

प्रजनन स्वास्थ्यका अति आवश्यक उपकरणहरु सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा छैनन् । उच्च तथा द्वितीय तहका स्वास्थ्य संस्थाहरु समेत उपकरणको अभाव देखिन्छ । यी ३६ प्रकारका औषधि तथा उपकरण मध्ये जम्मा १६ वटा उच्च तहका सबै अस्पतालहरुमा पाईन्छ । सबै उच्च तहका अस्पतालमा पाईने यी अत्यावश्यक सामग्री तथा औषधिहरुमा Albendazole, Calcium, Glucnate Inj., Dexametharshe Inj., Dexona Inj, Ergometrine Inj, Magntamycine Inj, Hydrocotisone Inj, Iron, Tablet, Kermine, Magnesium Sulphate, Gm, ORS, Oxytosin, Perinorm Inj, protage Landine, Sodium, Bi-Carbonate Inj, / Oxytocin मात्र छन् । त्यस्तै गरेर यी ३६ अत्यावश्यक सामग्री तथा औषधि र जम्मा ८ प्रकारका औषधि तथा उपकरण सबै द्वितीय तहका स्वास्थ्य संस्थामा यस्ता सबै औषधि छैनन् अन्य निजि तथा सामुदायिक संस्थामा Albendazole मात्र पाइयो तर अरु सामग्री छैनन् (अनूसूची ११) ।



### आवश्यक प्रजनन् औषधि तथा उपकरण

त्यस्तै गरेर आवश्यक प्रजनन् स्वास्थ्यका औषधि तथा उपकरणहरू (५८) यस्ता सर्वेक्षण गरिएका संस्थाहरूमा भए नभएको बारेमा जानकारी लिइएको थियो । ५८ वटा मध्ये २८ वटा यस्ता औषधि तथा सामग्रीहरू सबै उच्च तहका स्वास्थ्य संस्थामा पाइयो त्यस्तै गरेर यस्ता औषधि तथा उपकरणहरू मध्ये कुनै पनि औषधि तथा उपकरणहरू सबै प्राथमिक स्वास्थ्य संस्थामा पाइएन भने जम्मा ४ आइटम (analegic, bp sets, diphenhydramine inj, र Pregnancy testing kit) मात्र सबै निजी तथा सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थामा पाइयो । स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई हिमाल, पहाड, तराईमा वर्गीकरण गरेर हेर्ने हो भने यस्ता उपकरणहरू / औषधिहरू हिमाली क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थामा पहाडी र तराईको स्वास्थ्य संस्थाको तुलनामा धेरै कम देखिन्छ (अनुसूची १२) ।

### प्रजनन् स्वास्थ्यका लागि आवश्यक सहयोगी औषधि तथा उपकरणहरू

प्रजनन् स्वास्थ्यका लागि आवश्यक ४४ वटा सहयोगी औषधि तथा उपकरण मध्ये केही मात्र सबै उच्च तहका र द्वितीय तहका अस्पतालहरूमा भएको पाइयो भने यस्ता कुनै पनि औषधि तथा उपकरण प्राथमिक र निजी तथा द्वितीय स्वास्थ्य संस्थामा नभएको पाइयो । जम्मा २० Items हरू (Ambu bag with Mask, Autoclave drum, Baby Suction mechine, catgot, catheter, Disposable sterile syringe and needles, Examine tables, Fauze, Cotton, gOLves, Gown, goggles, boot, slipper plastic, apron, mask, I/V fluid and sets. MVA plus set with canulal, oxygen mask, sprnge hOLder, sterilizing equipment, Trays, stoOL, sieve, view box, Ultra sound machine / Weighting machine for baby and mother) सबै उच्च तहका स्वास्थ्य संस्थहरूमा छन् । जम्मा १२ वटा यस्ता सामग्री तथा उपकरणहरू सबै द्वितीय तहका स्वास्थ्य संस्थामा पाइयो (अनुसूची १३) ।

### सेवा सञ्चालन, गुणस्तर व्यवस्था र सुधार

धेरै स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूमा खास गरी सामग्रीको कमी रहेको अवस्थामा सुरक्षित मातृत्व सेवा दिन सक्षम कर्मचारी पर्याप्त छैनन् । सबै स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा सधैं तोकिएको आधिकारिक दरबन्दी सङ्ख्या अनुरूप स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिति हुँदैन । २४ सै घण्टा सेवा दिने अग्र पंक्तिका स्वास्थ्यकर्मी पनि पर्याप्त संख्यामा छैनन् (स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम, युकेएड, सन् २०१२) । दुर्गमका पहाडी तथा हिमाली जिल्लाहरूमा त दक्ष प्रसूतिहरूलाई पनि आवश्यक सामग्रीको अभाव रहेको छ । तोकिएका प्रसूतिकेन्द्रहरूमा २४ सै घण्टा प्रसूतिसेवा उपलब्ध हुनु पर्ने भए पनि नियमित विद्युत कटौति र उपकरण तथा औषधिको अपर्याप्तताको कारणले सेवा उच्च गुणस्तरको नभएको बुझाउँछ । यसका अतिरिक्त सुरक्षाका कारण महिला स्वास्थ्यकर्मीहरू राति काम गर्न गाह्रो मान्ने समेत बताएका छन् ।

अधिकांश स्वास्थ्य संस्थामा परिवार नियोजन साधन दिन तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी छन् भनेता पनि १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी नभएका बताएका छन् । तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी नभएको बताउने स्वास्थ्य संस्था हिमाली क्षेत्रमा १८ प्रतिशत पहाडी क्षेत्रमा ९ प्रतिशत र तराई ८ प्रतिशत भन्दा बढी छन् ।

धेरै कम स्वास्थ्य संस्थाहरूसँग गुणस्तर सुधारका योजना भएको पाइएको छ । ६० प्रतिशत उच्च तहको स्वास्थ्य संस्था, २५ प्रतिशत द्वितीय र प्राथमिक तहका स्वास्थ्य संस्थामा गुणस्तर सुधारका योजना भएको पाइयो । १२ प्रतिशत निजी तथा सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थामा गुणस्तर सुधारका



योजना पाइएको छ । ती योजना नेपाल सरकारले स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन गर्न बनाएको मापदण्डमा आधारित भएर बनाएको बताएका छन् ।

**तालिका नं. २४ सेवा सञ्चालन, गुणस्तर व्यवस्था र सुधार**

| विवरण  | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|  | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| स्वास्थ्य संस्थामा गुणस्तर सुधारका लागि बनाईएको कुनै योजना |                       |         |          |                    |         |      |      |       |
| छ  | ६०.०                  | २५.०    | २५.६     | १२.५               | २७.३    | ३८.१ | १९.४ | २६.५  |
| छैन  | ४०.०                  | ७५.०    | ७४.४     | ८७.५               | ७२.७    | ६१.९ | ८०.६ | ७३.५  |
| जम्मा (%)  | १००                   | १००     | १००      | १००                | १००     | १००  | १००  | १००   |
| जम्मा संख्या   | ५                     | १६      | ३९       | ८                  | ११      | २१   | ३६   | ६८    |

सेवाग्राहीहरूले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा सुधारको कार्य गर्नु पर्ने बताए भने सेवा लिन कम समय कुर्नुपर्ने, स्वास्थ्य संस्था सफा र स्वच्छ हुनुपर्ने, निःशुल्क सेवा दिनु पर्ने, स्वास्थ्य संस्था नजिक हुनुपर्ने, स्वास्थ्य कर्मी दक्ष हुनुपर्ने, गोपनीयता कायम हुनुपर्ने, स्वास्थ्यकर्मी सहयोगी हुनुपर्ने, स्वास्थ्यकर्मीले असल व्यवहार गर्नुपर्ने, महिला स्वास्थ्यकर्मी हुनुपर्ने, खानेपानीको व्यवस्था हुनुपर्ने, विरामी र कुरुवा बस्ने ठाँउ हुनुपर्ने जस्ता स्वास्थ्य संस्थामा सेवा सुधारको कार्यक्रम हुनुपर्ने कुरामा जोड दिएका छन् । २८ % सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन कुर्नुपर्ने समय धेरै लाग्ने भएकाले छिटो र छरितो गर्न सके आफूलाई सेवा लिन सजिलो हुने बताए । २६ % सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्था सफा र स्वच्छ हुनुपर्ने तथा १४ % ले सबै सेवाहरू निःशुल्क हुनुपर्ने सुझाव दिएका छन् । यस्तै गरेर १० % भन्दा बढी सेवाग्राहीहरूले स्वास्थ्य संस्था नजिक हुनुपर्ने, स्वास्थ्यकर्मी दक्ष हुनुपर्ने ११ % र गोपनीयता कायम हुनुपर्ने १०% ले सुझाव दिएका छन् । केही सेवाग्राहीहरूले स्वास्थ्यकर्मी सहयोगी हुनुपर्ने, स्वास्थ्यकर्मीले असल व्यवहार गर्नुपर्ने, महिला स्वास्थ्यकर्मी हुनुपर्ने, खानेपानीको व्यवस्था हुनुपर्ने साथै महिला स्वास्थ्यकर्मी भएमा अझ राम्रो हुने सुझाव समेत दिएका छन् । त्यसैगरी आधा स्वास्थ्य संस्थाले (४५.६ प्रतिशतले देखिने गरी ५.९ प्रतिशतले नदेखिने गरी ) सिकायत र सुझावहरू दिनको लागि व्यवस्था भएको बताएका छन् । यस्तो सिकायत र सुझाव लिने व्यवस्था जिल्ला तथा अञ्चल अस्पताल मा बढी (७५ %) र प्राथमिक सेवा केन्द्रमा कम (३१ %) भएको पाइन्छ ।

स्वास्थ्य संस्था जसले सिकायत वा सुझाव लिने व्यवस्था मिलाएका हुन । सुझाव लिनका लागि अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाले (८६ %) ले बाकस मार्फत सल्लाह सुझाव वा सिकायत लिने बताएका छन् भने एक तिहाई स्वास्थ्य संस्थाले मुख्य व्यक्तिलाई तोकिएको बताएका छन् । सुझावको लागि अन्य प्रक्रियामा फोनबाट (२० %), हुलाकबाट (३ %) र विद्युतीय चिठीबाट (६ %) बताएका छन् ।

**लैङ्गिक तथा सामाजिक समूहगत सहभागिता**

सबै स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्थापन समितिमा न्यूनतम एकजना महिलाको सहभागिता रहेको छ भने जनजाति, दलितको भने आंशिक सहभागिता रहेको पाईएको छ । स्वास्थ्य संस्थामा महिला, दलित, जनजाति, गरिब, अपाङ्ग र किशोर/किशोरीको लागि विशेष सेवा समेत उपलब्ध रहेको बताएका छन् । लगभग आधा स्वास्थ्य संस्थाले (५३ %) महिलाको लागि विशेष सेवा छ भनेका छन् । त्यस्तै गरेर लगभग आधा (४९ %) स्वास्थ्य संस्थाले गरिब वा अति गरिबको लागि विशेष सेवा भएको जनाएका छन् । स्वास्थ्य संस्थाबाट दिइने सेवामा दलित तथा जनजातिहरूको सहभागिता २७ प्रतिशत देखिन्छ । जम्मा २५ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले मानसिक रोगीको लागि विशेष व्यवस्था

भएको बताए त्यसै गरी ३८ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाबाट अशक्त व्यक्तिहरूले विशेष सेवा लिएको पाइयो । ४१ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाहरूमा मात्र किशोर/किशोरी सेवा भएको तथा उप क्षेत्रीय वा सो भन्दा माथिल्लो अस्पतालमा भने किशोर/किशोरीको लागि छुट्टै सेवा नभएको पाइएको छ । स्वास्थ्य संस्थाहरू जसले यस्ता समूहहरू (महिला, दलित र जनजाति, गरिब/अतिगरिब, अपाङ्ग, किशोर/किशोरी) लाई विशेष सेवा प्रदान गरेका थिए । किशोर/किशोरीहरूलाई कस्तो कार्यक्रम/सेवा दिइएको छ भने सोधिएको थियो । अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाले (८१ %) बहिरङ्ग सेवा विशेष व्यवस्था भनेका छन् भने ६१ प्रतिशतले जानकारीमूलक कार्यक्रम सञ्चालन गरेको बताएका छन् । त्यस्तै गरेर ४० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले अन्तरङ्ग सेवामा समेत विशेष व्यवस्था भएको र अर्को ४१ प्रतिशतले सेवाग्राही मैत्री सेवा सञ्चालन गरेको जानकारी दिएका छन् ।

### सामाजिक लेखापरीक्षण

धेरै स्वास्थ्य संस्थाहरूले सामाजिक लेखापरीक्षण नगरेको पाइयो । मन्त्रालयको सामाजिक लेखापरीक्षण सम्बन्धीको निर्देशिका अनुसार गत आ.व.मा सामाजिक लेखापरीक्षण गराएका स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिशत ९० पुग्दा उँने लक्ष्य राखेकोमा जम्मा ४४ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले गत वर्षको अन्तिममा सामाजिक लेखापरीक्षण गराएका थिए । प्राथमिक तहका आधाभन्दा बढी स्वास्थ्य संस्थाले (५४ प्रतिशत ) गत वर्ष सामाजिक लेखापरीक्षण गरेका थिए भने जम्मा ३८ प्रतिशत द्वितीय तहका स्वास्थ्य संस्था र २० प्रतिशत उच्च तहका स्वास्थ्य संस्थाले सामाजिक लेखापरीक्षण गराएका थिए । सामाजिक लेखापरीक्षण गराउने प्राय सबै स्वास्थ्य संस्थाले (९३ प्रतिशत) जनसंख्या तथा वातावरण मन्त्रालयको निर्देशिकाको आधारमा गराएका थिए । सामाजिक लेखापरीक्षण गराएका स्वास्थ्य संस्था मध्ये जम्मा दुई तिहाईले मात्र (६७ प्रतिशत) यसको प्रतिवेदन राखेको पाइयो । एक तिहाइ भन्दा बढी स्वास्थ्य संस्थाहरूले (३७ प्रतिशत) प्रतिवेदनका तथ्यहरू जनसमुदायमा उपलब्ध नगराएको बताएका छन् । जम्मा ६.७ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाहरूले स्वास्थ्य संस्थाको सूचना पाटी, ५३.३ प्रतिशत ले जनसमुदाय जम्मा पारेर र २३.३ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्थापन समीतिको मिटीङको माध्यमबाट प्रतिवेदनका तथ्यहरू जनसमुदायमा उपलब्ध गराइएको बताएका छन् ।

### कर्मचारीहरूको बैठक

अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाले महिनामा एक पटक (७२ %) कर्मचारीहरूको बैठक बस्ने बताएका छन् भने १६ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा कर्मचारीको बैठक नबस्ने उल्लेख गरेका छन् । अन्य बाँकीले आवश्यकता अनुसार बस्ने बताएका छन् ।

### नागरिक बडापत्र

स्वास्थ्य संस्थाको नागरिक बडापत्र छ कि छैन भन्ने अध्ययन टोलीले अवलोकन गरेको थियो । लगभग ७० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाको नागरिक बडापत्र भएको पाइएको थियो भने २९ % स्वास्थ्य संस्थाको नागरिक बडापत्र नै नभएको पाइयो । केही स्वास्थ्य संस्थाहरूको नागरिक बडा पत्र भएको तर नबुझिने वा नदेखिने अक्षरमा राखिएको पाइएको थियो । जुन स्वास्थ्य संस्थाहरूको नागरिक बडा पत्र थियो ती संस्थाहरू मध्ये जम्मा ७३ प्रतिशतले बाहिर सबैले देखिने गरेर राखेका तर बाँकी २७ % ले भने भित्र तर देखिने गरी राखेको पाइयो । अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाको नागरिक बडा पत्रले निशुल्क औषधिको बारेमा (८९ %), आमा सुरक्षा कार्यक्रमको बारेमा (८१ %), बहिरङ्ग सेवाको बारेमा (८५ %), दर्ता र सेवा वापत लाग्ने खर्च (७५ %) आदि कुराहरू उल्लेख गरेको पाइयो ।



### ३.३ कार्यक्षमता

नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यलाई महिलाको मौलिक हकको रूपमा प्रतिस्थापित गरेको छ, र यो राज्यको दायित्व पनि हो। यही दायित्वलाई आत्मसात् गरी नेपाल सरकारले प्रजनन स्वास्थ्य सेवालाई सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्था र सरकारले सूचीकृत गरेका निजी अर्न्तगत स्वास्थ्य संस्थामा निःशुल्क रूपमा प्रदान गरेको छ। एकातर्फ विश्व स्वास्थ्य संगठनले बनाएको मापदण्ड अनुसार राष्ट्रिय कुल बजेटको १० प्रतिशत स्वास्थ्यमा विनियोजन गर्नुपर्ने नीतिमा पूर्णरूपमा सफल हुन सकेको देखिँदैन अर्कोतर्फ यस अध्ययनका सूचनादाताले छुट्टयाइएको रकम समेत पूर्ण रूपमा खर्च नभएको बताए। तथापि राष्ट्रिय बजेटको ठूलो हिस्सा स्वास्थ्यमा लगानी भइरहेको छ। नेपालको विभिन्न आवधिक र दीर्घकालीन योजनाहरूले राखेको सूचकाङ्कको लक्ष्य प्राप्तितर उन्मुख देखिन्छ भने कतिपय लक्ष्य भन्दा पहिले नै प्राप्त भइसकेको छ।

#### बजेट

नेपालको प्रजनन स्वास्थ्यको बजेटमा ठूलो हिस्सा बाह्यसहयोग (४६%) छ। यी सेवाहरू नेपालको वित्तीय सुधार कार्यक्रम लागु भए पश्चात एकीकृत रूपमा परिचालन भएका छन्। विगत दुई वर्ष भन्दा अघिदेखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले यी समस्याहरू समाधान गर्न वित्तीय व्यवस्थापन सुधार योजना लागु गरेको छ र यसलाई अहिले शासकीय एवं जवाफदेहीता कार्ययोजनामा समेत समावेश गरिएको छ। केही क्षेत्रमा प्रगति पनि देखिएको छ जस्तै: बजेटको कार्यान्वयन दर बढेको छ। वित्तीय व्यवस्थापनमा देखिएका समस्याहरू भन्नाले रकम निकासामा बिलम्ब, बजेट कार्यान्वयनमा देखिएको सक्षमता र प्रभावकारिताको कमी र सामान्यतया कमजोर नियन्त्रण प्रणाली मुख्य छन्।

महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्यका क्षेत्रमा विभिन्न गैर सरकारी तथा सरकारका अन्य निकायहरूले (जि.वि.स., गा.वि.स. आदि) ले पनि बजेट विनियोजन गरेको पाइन्छ। तर यी निकायहरूबाट गरिएका खर्चहरूको अध्यावधिक विवरण अध्ययनका क्रममा उपलब्ध हुन सकेन।

सुरक्षित मातृत्व, परिवार नियोजन, महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका तथा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँ घर क्लिनिक, प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता, अभिमुखिकरण तालिम अनुगमन तथा मूल्याङ्कन, किशोर किशोरी प्रजनन स्वास्थ्य, जनसंख्या तथा जनसांख्यिकीय अनुसन्धानका लागि बजेट विनियोजन गरिएको छ। तर परिवार नियोजन कार्यक्रम, गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन, आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण, फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण, बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन, र पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रमहरूका लागि प्रतक्ष्य रूपमा बजेट विनियोजन गरेको तथ्याङ्क उपलब्ध हुन सकेन। परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट उपलब्ध तथ्याङ्क पनि २ वर्षको अध्यावधिक गरिएको मात्र प्राप्त गर्न सकियो।

तालिका नं. २५ कार्यक्रमको स्रोत र बजेट

रु. हजारमा, ०००

|   | Major programmers                                    | FY      | Central Level |        |         | District  |        |           | Central and district |        |           |
|---|--|---------|---------------|--------|---------|-----------|--------|-----------|----------------------|--------|-----------|
|   |  |         | GoN/PF        | EDPs   | Total   | GoN/PF    | EDPs   | Total     | GoN/PF               | EDPs   | Total     |
| 1 | Safe motherhood                                      | २०१२/१३ | २६,९००        | २९,६०० | ५६,५००  | १,४५१,३६० | २५,१०० | १,४७६,४६० | १,४७६,२६०            | ५४,७०० | १,५३२,९६० |
|   |  | २०१३/१४ | ८४७००         | २९,८०० | ११४५००  | १७८१२००   | ७४०००  | १८५५२००   | १८६५९००              | १०३८०० | १९६९,८००  |
| 2 | Family planning                                      | २०१२/१३ | ३७९,६३६       | ८,३२०  | ३८७,९५६ | ८३,८६३    | ३०,४८० | ११४,३४३   | ४६३,४९९              | ३८,८०० | ५०२,२९९   |
|   |  | २०१३/१४ | ३४२.३         | ३२.०   | ३७४.३   | १०७.०     | ७६.९   | १८३.९     | ४४९.३                | १०८.९  | ५५८.२     |
| 3 | FCHV & PHC outreach clinics (ORCs)                   | २०१२/१३ | २,९००         | ०      | २,९००   | ४२७,६०१   | १९,३३१ | ४४६,९३२   | ४३०,५०१              | १९,३३१ | ४४९,८३२   |
|   |  | २०१३/१४ | ३१००          | २०००   | ५१००    | ३९०६००    | ३२७००  | ४२३३००    | ३९३७००               | ३४७००  | ४२८४००    |
| 4 | RH morbidities (Uterine prOLapsed/Fistula)           | २०१२/१३ | १७५,०००       | ०      | १७५,००० | ४३,२००    | ०      | ४३,२००    | २१८,२००              | ०      | २१८,२००   |
|   |  | २०१३/१४ | १६७,२००       | ७६००   | १७४,८०० | ४१,४००    | ०.०    | ४,४००     | २०८,६००              | ७,६००  | २१६.२     |
| 5 | Prog. orientation, training, M&E, research, printing | २०१२/१३ | ४२,९६०        | ३३,५३५ | ७६,४९५  | २९,९८५    | ६,०८०  | ३६,०६५    | ७२,९४५               | ३९,६१५ | ११२,५६०   |
|   |  | २०१३/१४ | ११.९००        | ७.५००  | १९.४००  | ०.०       | ०.०    | ०.०       | ११.९००               | ७.५००  | १९.४००    |
| 6 | AdOLEscent reproductive health                       | २०१२/१३ | १,२००         | ०      | १,२००   | ९,९४०     | ०      | ९,९४०     | ११,१४०               | ०      | ११,१४०    |
|   |  | २०१३/१४ | १.०           | ४.५    | ५.५     | ७.७       | १४.२   | २१.९      | ८.७                  | १८.७   | २७.४      |
| 7 | Population, Demography and RH research               |         | १३.४          | ६.९    | २०.३    | ४.२       | ०.०    | ४.२       | १७.६                 | ६.९    |           |

Source: FHD, 2071





तालिका नं. २६ कार्यक्रमको पुँजीगत र चालु बजेट अनुसारको बजेटको स्रोत

रु. हजारमा, ०००

| S.No | Sources   | 2067/68 |           |           | 2068/69 |           |           | 2069/70 |           |           | 2070/71 |           |           |
|------|-----------|---------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|
|      |           | Capital | Recurrent | Total     | Capital | Recurrent | Total     | Capital | Recurrent | Total     | Capital | Recurrent | Total     |
| 1    | GON       | 49,150  | 745,769   | 928,075   | 7,500   | 774,624   | 782,124   | 3,500   | 1,326,373 | 1,329,873 | 221,900 | 1,874,775 | 2,096,675 |
| 2    | PoOL Fund | 12,500  | 786,013   | 1,440,220 | 196,550 | 1,559,931 | 1,756,481 | 121,750 | 662,363   | 784,113   | 86,750  | 1,506,805 | 1,593,755 |
| 3    | UNICEF    | -       | 24,905    | 27,001    | -       | 69,840    | 69,840    | -       | 13,787    | 13,787    | -       | 89,659    | 114,690   |
| 4    | USAID     | -       | 55,932    | 56,152    | -       | 56,837    | 56,837    | -       | 56,041    | 56,041    | -       | 57,200    | 58,350    |
| 5    | WHO       | -       | -         | 4,000     | -       | 2,500     | 2,500     | -       | 3,000     | 3,000     | -       | -         | 7,400     |
| 6    | UNPA      | -       | 16,032    | 18,082    | -       | -         | -         | -       | -         | -         | -       | -         | 500       |
| 7    | GAVI      | -       | 1,974     | 1,974     | 39,150  | -         | 39,150    | -       | -         | -         | -       | -         | -         |
| 8    | DIFID     | -       | -         | -         | -       | 4,800     | 4,800     | -       | 4,800     | 4,800     | -       | -         | -         |
| 9    | Ipas      | -       | -         | -         | -       | -         | -         | -       | 10,626    | 10,626    | -       | -         | 4,700     |
| 10   | OHW       | -       | -         | -         | -       | -         | -         | -       | 6,430     | 6,430     | -       | 5,590     | 5,590     |
|      | Total     | 61,650  | 1,630,625 | 2475504   | 243200  | 2468532   | 2711732   | 125250  | 2083420   | 2208670   | 308650  | 4038310   | 3881660   |

Source: FHD, 2071



सुरक्षित मातृत्व तथा परिवार नियोजन कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकार तथा विकास साभेदारहरूले अन्य क्षेत्रमा भन्दा बढी बजेट विनियोजन गरेको देखिन्छ। प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता, पाठेघर खस्ने समस्या तथा फिस्टुला कार्यक्रम का लागि विकास साभेदारको सहयोग नगन्य रहेको भएता पनि नेपाल सरकारले भर्खर मात्र बजेट विनियोजन गरी कार्यान्वयनमा ल्याएको छ।

एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकारको बजेट योगदान ५४ प्रतिशत रहेको छ। विकास साभेदारहरूमा पुल फण्डको योगदान ४१% छ। त्यसैगरी अन्य केही विकासको योगदान अन्यको तुलनामा बढी रहेको देखिन्छ।

बजेटका गतवर्षको प्रतिशतको आधारमा बृद्धिदर (परिवार स्वास्थ्यको मात्र)

तालिका नं. २७ कार्यक्रमको पूँजीगत र चालु बजेट (रु. दशलाखमा)

|         | केन्द्रिय       |         |                 | जिल्ला          |         |                 | जम्मा           |         |                 |
|---------|-----------------|---------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|
|         | आ.ब.<br>२०६९/७० | २०६९/७० | बृद्धिदर<br>(%) | आ.ब.<br>२०६९/७० | २०६९/७० | बृद्धिदर<br>(%) | आ.ब.<br>२०६९/७० | २०६९/७० | बृद्धिदर<br>(%) |
| पूँजीगत | ५९.३            | १४२.२   | १४०.०           | ६६.०            | ७६.९    | १६.५            | १२५.३           | २१९.१   | ७४.८९           |
| चालु    | ४३२.७           | ६५८.७   | ५२.२            | १६४६.१          | २५२३.१  | ५३.५३           | २०७८.८          | ३१८१.८  | ५३.०६           |
| जम्मा   | ४९२.०           | ८००.९   | ६२.८            | १७१२.१          | २६००.०  | ५९.९            | २२०४.१          | ३४००.९  | ५४.३०           |

Source: FHD, 2071

तालिका नं. २८ आमा कार्यक्रममा जम्मा विनियोजित तथा खर्च बजेट (रु. मिलियनमा)

| आर्थिक वर्ष | वितरण | खर्च  |
|-------------|-------|-------|
| २०६५/६६     | ४४४.६ | ३३६.७ |
| २०६६/६७     | ५७४.३ | ४६३.५ |
| २०६७/६८     | ८५०.० | ६४८.७ |
| २०६८/६९     | ९००.० | ८२८.४ |
| २०६९/७०     | ९५६.० | ८३४.२ |

Source: DOHS, Annual Report, 2070/71

विगत केही वर्षदेखि आमा कार्यक्रम उल्लेख्य रूपमा बजेट बढेको छ। त्यसैगरी आमा कार्यक्रमको बजेट उपयोग गर्ने क्षमतामा पनि प्रत्येक वर्ष सुधार आएको छ। राज्यले जस्तोसुकै परिस्थितिमा पनि आफ्ना जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नुपर्ने हुदाँ यसको कार्यक्षमता अन्य वस्तुमा जस्तो दाँजेर हेर्न मिल्ने देखिदैन। त्यसमा पनि कतिपय कार्यक्रमहरूको बजेट विनियोजन रातो किताबअनुसार हुने र कार्यान्वयन तर्फ आइपुग्दा आधारभूत सेवामा त्यही अनुसार बजेट निकासी हुने हुदाँ कार्यक्रम अनुसारको प्रति लागत खर्चको विश्वशनीयता त्यति प्रभावकारी देखिदैन। त्यसैले विभिन्न कार्यक्रमहरूको संयुक्त बजेट र श्रोतहरू माथि देखाइएको छ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (MDAC Annual Review 2070/71) अनुसार जिल्लास्तरमा ८०% भन्दा माथि ९०% भन्दा कम, केन्द्रीय स्तरमा भौतिक तथा वित्तीय प्रगति भएका आयोजना अर्न्तगत एकीकृतप्रजनन् तथा महिला स्वास्थ्य कार्यक्रम ८५% भौतिक ८५% त्यसैगरी केन्द्रीयस्तरमा ७०%

भौतिक ७१% वित्तीय प्रगति भएको पाइयो। अनुसन्धानमा छानिएका ८ वटा जिल्लाहरूका छानिएका सबै स्वास्थ्य केन्द्रहरूको मात्र वित्तीय विश्लेषण गर्दा एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्यमा लगभग ५ करोड खर्च गरेको पाइयो, यो तथ्याङ्क जिल्लाबाट दिएको अनुमानित रकम हो।

एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको नराम्रो प्रभावमा सरकारको निगरानि र सम्बन्धित निकायको कमजोरीको फाइदा उठाउँदै केही संस्थाले तथ्याङ्कमा मात्र काम देखाएर कार्यक्रमको भत्ता लिएको भन्ने यस अध्ययनको मुख्य सूचनादाता अर्न्तवार्तामा बताएको पाइयो।

### जनशक्ति

स्वास्थ्य संस्था स्थापना, संचालन तथा स्तरोन्नति मापदण्ड सम्बन्धी निर्देशिका, २०७० को जनशक्ति विकास योजना अनुसार अस्पतालको शैया क्षमताका आधारमा देहाय बमोजिमको न्यूनतम जनशक्तिको व्यवस्था अनिवार्य रूपमा रहनु पर्नेमा :-

- (क) प्रति पच्चीस शैयाको लागि एक जना एम.डी.जी.पी. चिकित्सक हुनु पर्नेछ। तर एम.डी.जी.पी. चिकित्सक नपाईने अवस्थामा पच्चीस शैयाको अस्पतालमा अक्स तथा गाइने र बाल रोग विशेषज्ञ हुनुपर्नेछ।
- (ख) शल्यक्रिया प्रदान गर्ने कक्षमा प्रति शैया कम्तीमा एक जना शल्यचिकित्सक, एक जना एनेस्थेटिक्स, एक जना ईन्चार्ज, एक जना शल्यक्रिया सहायक र एक जना नर्स हुनु पर्ने।
- (ग) शिक्षण अस्पताल र तीनसय शैया भन्दा बढी शैया क्षमताका अस्पतालका प्रत्येक विभागमा सम्बन्धित विषयको डी एम (DM) अथवा एम सीएच (M.Ch.) योग्यता हासिल गरेको चिकित्सक हुनु पर्ने।
- (घ) जनरल कक्षमा प्रति चारदेखि छ शैयामा एक जना स्टाफ नर्सको व्यवस्था भएको हुनुपर्ने।
- (ङ) ईमर्जेन्सी तथा पोष्ट अपरेटिभ कक्ष (Post-Operative Ward) मा प्रति दुई शैयामा एक जना नर्स हुनुपर्ने।
- (च) सघन उपचार कक्ष (आई.सी.यू.एन.आई.सी.यू. सी.सी.यू. आदि) मा प्रति शैयामा एक जना स्टाफ नर्सको व्यवस्था हुनुपर्ने।
- (छ) प्रसूति कक्षको लेबर वेडमा प्रति वेड दुई एस. बी. ए. (Skill Birth Attendants) तालिम प्राप्त नर्स वा मीडवाइफरी को व्यवस्था हुनु पर्ने।
- (ज) सय शैया सम्म क्षमताको अस्पतालको हकमा कम्तीमा एक जना मेडिकल रेकर्डर हुनु पर्ने। थप पचास शैयामा एक जना मेडिकल रेकर्डर सम्बन्धी जनशक्तिको व्यवस्था गर्नु पर्ने।
- (झ) एक सय शैया भन्दा बढी क्षमताको अस्पतालको हकमा गुणस्तरीय सेवा संचालनमा प्रभावकारिता आउने गरी कम्तीमा एकजना अस्पताल व्यवस्थापक, बायोमेडिकल प्राविधिक, डाईटीसडीन, फोहरमैला व्यवस्थापन गर्ने दक्ष जनशक्ति हुनुपर्ने।
- (ञ) एकसय शैया भन्दा बढी क्षमताको अस्पतालमा आवश्यक जनशक्ति सहित सामाजिक सेवा, स्वास्थ्य जन्य फोहरव्यवस्थापन, वातावरणीय तथा जनस्वास्थ्य सेवा इकाईको व्यवस्था हुनुपर्ने।
- (ट) एकसय शैया भन्दा बढी क्षमताको अस्पतालमा आवश्यक जनशक्ति सहितको हाउस किपीड ईकाईको व्यवस्था हुनुपर्ने।



- (ठ) प्रशासनिक, लेखा, सुरक्षा व्यवस्था, बगैचा व्यवस्थापन लगायत कामका लागि अस्पतालले सेवाको गुणस्तर कायम गर्न आवश्यक संख्यामा जनशक्ति व्यवस्था गर्नु पर्ने ।
- (ड) पचास शैया र सो भन्दा माथिको क्षमता भएको अस्पतालमा चौबिसै घण्टा सेवा उपलब्ध गराउने गरी फर्मासिष्ट लगायत आवश्यक संख्यामा जनशक्तिको व्यवस्था गर्नु पर्ने ।
- (ढ) एक सय शैया भन्दा बढीको अस्पतालमा अस्पताल प्रशासकको व्यवस्था हुनु पर्ने।
- (ण) अस्पतालमा कम्तिमा दुई तिहाई स्वास्थ्यकर्मीहरू पूर्णकालीन हुनु पर्ने ।

**तालिका नं. २९ स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तर्गत मानव संसाधनको अवस्था**

| पद  | आवश्यक पद | पदपूर्ति | खालि पद | पदपूर्ति % |
|---|-----------|----------|---------|------------|
| मेडीकल डाक्टर                             | १०६२      | ८१६      | २४६     | ७६.८४      |
| स्टाफ नर्स अनमी सहित                      | ५९३५      | ५३०७     | ६२८     | ९८.४२      |
| प्यारामेडीक्स                             | १०६४२     | ९.२१२    | १४३०    | ८६.५६      |
| अन्य                                      | ६८३८      | ६९४      | ४४४     | ९३.५१      |
| जम्मा                                     | २४४७७     | २१७२९    | २७४८    | ८८.७७      |
| सबै प्रकारका स्वास्थ्यका लागि मानव संसाधन | ३१६२८     | २१९७०    | ९६५८    | ३०.५४      |

Source: Human Resource for Health Plan, 2011 – 2015

HURIS – Sep 2011

अनुसन्धान गरिएका जिल्लाको मात्र अवस्थालाई विश्लेषण गर्दा मेडिकल डाक्टरको पदपूर्तिको अवस्था हेर्दा अभैपनि २३% खालि छ । जबकि यो नै स्वास्थ्य संस्था स्थापना, सञ्चालन तथा स्तरोन्नति मापदण्ड सम्बन्धी निर्देशिका, २०७० ले परिकल्पना गरे अनुरूप आवश्यक पदनै कम देखिन्छ । स्टाफ नर्स अनमीको पदपूर्तिको अवस्था ९९%, प्यारामेडिक्स ८७%, र अन्य करिब ९३% छ । समग्रमा अभै ११% जनशक्तिको अभाव देखिन्छ । करिब ३१% सबै प्रकारका स्वास्थ्यका लागि जनशक्तिको अपुग छ ।

यस अध्ययनले के देखाएको छ भने लगभग सबै स्वास्थ्य संस्थामा दरवन्दी अनुसारको जनशक्ति हाल पूर्ति भएको पाइँदैन । अधिकांश स्वास्थ्य संस्थाले वर्तमान पर्याप्त पदपूर्ति नभएको बताएका छन् । ८० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले स्त्री तथा प्रसूति रोग विशेषज्ञ पर्याप्त नभएको बताएका छन् । त्यसैगरी ८० प्रतिशत केन्द्रीय तथा ९४ प्रतिशत जिल्ला तहका स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो संस्थामा बालरोग विशेषज्ञ पर्याप्त नभएको बताएका छन् ।

२०६९/७० मा आकस्मिक सेवा, सुरक्षित प्रसूति सेवा, गर्भपतन सेवा, परिवार नियोजन सेवा, स्तरोन्नति तालिम तथा पुनर्ताजगी तालिम समेत गरी जम्मा ५ हजार २ सय ४३ जना स्वास्थ्यकर्मी र ५ हजार जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई आधारभूत तालिम प्रदान गरिएको थियो । २४ पटक सुरक्षित गर्भपतन तालिम, दक्ष प्रसूतिसेवा तालिम प्राप्त २३ जना स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई पुनर्ताजगी तालिम दिइएको थियो । त्यसैगरी, २ स्थानमा सुरक्षित प्रसूति सेवा तालिमको पूर्वाधार विकास र २ स्थानमा सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिम केन्द्र विस्तार गरिएको थियो । यसै सन्दर्भमा निःशुल्क स्वास्थ्य कार्यक्रम, आमा सुरक्षा कार्यक्रमहरूको बारेमा अनुसन्धान गर्ने कार्य पनि

सञ्चालन गरिएको छ । MDAC Annual Review 2070/71 का अनुसार यस वर्ष २८४ जनालाई सुरक्षित गर्भपतन, १३४७ जनालाई SBA, ४७५ जनालाई Implant र २१० जना IUCD तालिम प्रदान गरेको देखिन्छ ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (MDAC Annual Review 2070/71) अनुसार जिल्लास्तरमा ८०% भन्दा माथि ९०% भन्दा कम, केन्द्रीयस्तरमा भौतिक तथा वित्तीय प्रगति भएको आयोजना अर्न्तगत एकीकृतप्रजनन तथा महिला स्वास्थ्य कार्यक्रम ८५% भौतिक ८५% वित्तीय प्रगति भएको देखाएको छ । त्यसैगरी केन्द्रीयस्तरमा ७०% भौतिक र ७१% वित्तीय प्रगति भएको देखिन्छ ।

### ३.४ कार्यक्रमको प्रभाव

ग्रामीण भेगसम्म नै राम्रो पहुँच भएको परिवार नियोजन कार्यक्रम लाई प्रभावकारी कार्यक्रमका रूपमा लिइन्छ । सन् २००६ मा भएको डेमोग्राफिक हेल्थ सर्वेको अनुसार ३.१ भएको प्रजनन दर सन् २०११ मा आउँदा २.६ मा झरेको छ (NDHS, 2011) । सन् १९७६ (वि. स. २०३२) मा ३ प्रतिशत रहेको परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगदर सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । गत १५ वर्षमा महिलाहरूमा आधुनिक साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले बृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यद्यपि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले सन् २०१५ सम्ममा कुल प्रजनन दर २.५ र आधुनिक साधनको प्रयोग दर ६७ प्रतिशत पुर्याउने र NHSP २ ले सन् २०१५ सम्म ५५ प्रतिशत सम्म पुर्याउने लक्ष्य तय गरेको छ । हालसम्मको उपलब्धि (४३ प्रतिशत) हेर्दा परिवार नियोजनमा लक्ष्य प्राप्त नहुने देखिन्छ । सन् २००६ मा २६.४% रहेको परिवार नियोजनको अर्पयाप्तता सन् २०११ मा २७% पुगेको छ (NDHS, 2011) । यस कार्यक्रमको प्रभाव केही वर्ष यता खस्किएको महशुस भएतापनि समग्रमा परिवारको गुणस्तरीय जीवन सुधार गर्न यसको राम्रो प्रभाव परेको छ ।

सराहनीय र उपयोगी कार्यक्रमको रूपमा हेरिएको सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) ले पनि मातृ मृत्युदर घटाउनमा मुख्य भूमिका खेलेको छ । सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा झरेको अनुभवले (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६) नेपाल सहस्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ । वास्तवमा, सन् २००९मा आठ जिल्लामा गरिएको मातृ मृत्युदर तथा अस्वस्थता अध्ययन अनुसार मातृ मृत्युदर प्रति लाख जीवित जन्ममा २२९ देखाएको थियो । महिला स्वास्थ्यमा पनि विगत ५ वर्ष भन्दा यता सुधार आएको छ । त्यसैगरी सन् २०११ मा ५८% महिलाले दक्ष सेवा प्रदायकबाट प्रसूति सेवा लिएका छन् भने यो प्रतिशत सन् २००६ मा ४४ रहेको थियो (NDHS, 2011) । दीर्घकालीन सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य योजना (२००६-२०१७) ले राखेको वि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ८० प्रतिशत पुर्याउने र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी ७० प्रतिशत पुर्याउने लक्ष्य राखेकोमा वि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (४७.३ प्रतिशत) र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी (३७.२ प्रतिशत) को अवस्था न्यून



रहेको छ । स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माउने महिला मध्ये जम्मा आधाले (५३ %) ले सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको, स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माएका महिला मध्ये जम्मा २३.८ प्रतिशतले ४ पटक गर्भ जाँच गरेबापत यातायात खर्च पाएको बताएका छन् । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ सम्म आईपुग्दा ५६ प्रतिशतले बढेतापनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न भने उन्मुख रहेको देखिन्छ । तसर्थ यी प्रगतिहरूलाई विश्लेषण गर्दा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको प्रभाव रहेको स्पष्ट छ ।

आर्थिक वर्ष २०६५/६६ मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमले प्रति स्वयंसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० (२०६५/६६) मा १९९ रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बृद्धि भई सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ (DoHS, 2009 & 2013) । सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा सन् २००९/१० (२०६६/६७) मा जम्मा ४८४८९ स्वयंसेवकको संख्या सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आइपुग्दा ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अघि बढिरहेको देखिन्छ । परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व, भाडापखाला र स्वाशप्रश्वास सम्बन्धी सेवा र सूचना पाएर उनीहरू प्रत्यक्ष लाभान्वित भए र गएको वर्षमा स्वयंसेविकाद्वारा भाडापखाला र स्वाशप्रश्वासका आधाभन्दा बढी विरामीको उपचार भयो । यसका साथै स्वयंसेविकाहरूले स्वास्थ्य सूचना प्रेषणमा ठूलो योगदान दिएका छन् । यी सबै क्रियाकलापबाट बाल मृत्युदर र मातृमृत्युदर कम गर्न र समुदायमा स्वास्थ्य प्रबर्द्धन गर्नमा स्वयंसेवक कार्यक्रमको ठूलो योगदान रहेको छ । तर धेरै संख्यामा अनपढ, सिप नभएका, उमेर ढल्केका स्वयंसेवक र कामको बोझ हुनाले कामको प्रभाव सोचे जस्तो हुन नसकेको देखिन्छ ।

ग्रामीण भेगमा स्वास्थ्य संस्थादेखि टाढा रहेका जनताको घरदैलोमा स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउँने उदेश्यका साथ सञ्चालित प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम यस अध्ययनमा मुख्य सूचनादाताको ठम्याईमा पनि अति उपयोगी कार्यक्रम रहेको छ । विगत पाँच वर्षमा देशभर हरेक वर्ष लाखभन्दा बढी यस्ता क्लिनिकहरू चलाइएका छन् । यसबाट सरदर १ क्लिनिक बाट औशत २० जनाले स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरेका छन् (DoHS, 2013) । यस तथ्यहरूलाई दृष्टिगत गर्ने हो भने हाम्रो जस्तो भौगोलिक विकटता र ग्रामीण परिवेश भएको देशमा यो कार्यक्रमको प्रभाव राम्रो रहेको छ । तरपनि उचित भौतिक पूर्वाधारहरूको अभाव, निरन्तरताको कमि र कुनै ठाउँमा निष्क्रिय भएका कारण यस कार्यक्रमले सोचेजति प्रभाव पार्न सकेको छैन ।

किशोरावस्थाको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम सन् २००९ मा ५ वटा जिल्लाका २६ वटा स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरु गरिएकामा नेपाल सरकारको यो कार्यक्रम प्रारम्भिक चरणमा रहेको छ तथापि यो कार्यक्रमको उपलब्धि भने सकारात्मक रहेको छ । सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउने संस्थाको संख्या ७३२ रहेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा विशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ । यी स्वास्थ्य संस्थाको क्षमता विकास, पूर्वाधार निर्माण र किशोर किशोरीको सहभागिता सुनिश्चित गर्ने काम



भएका छन् । नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ अनुसार सन् २००५ र सन् २०११ बीच किशोरावस्थाका प्रजनन्दर प्रति हजार ९८ बाट ८१ मा भरेकोमा सन् २०१२ सम्म आउदा ७४ रहेको देखिएको छ । यसरी हेर्दा पनि सन् २०१५ को ७० प्रति हजारको लक्ष्य अनुरूपको प्रगति हाँसिल गर्ने देखिन्छ । यसरी किशोर किशोरी मैत्री सेवा संचालन गरे पनि किशोर किशोरीहरू स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सेवा लिन जाने संख्या उल्लेख्य नहुनु, सेवा दिने संस्थाको हकमा पनि परामर्शको लागि अलग कोठा नहुनु, पर्याप्तमात्रमा स्वास्थ्य शिक्षा सामाग्री उपलब्ध नहुनाले सोचेजति प्रभाव पार्न सकेको छैन । यो कार्यक्रम पूर्णरूपमा सबै जिल्ला र सबै स्वास्थ्य संस्थामा सुरु नभएतापनि किशोर किशोरी प्रजनन् दरमा आएको क्रमिक सुधारमा यो कार्यक्रमले प्रभाव पारेको मान्न सकिन्छ ।

**गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले** हजारौं अनिश्चित गर्भ रहेका महिलाहरूलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै असुरक्षित गर्भपतनको जोखिमबाट जोगाउने काम गरेको छ । यस सेवाले वर्षेनी कैयौं आमाहरूलाई मृत्युको मुखबाट जोगाउन र विभिन्न जटिलता र सङ्क्रमण कम गर्न ठूलो भूमिका खेलेको छ । जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनडिएचएस) २०११ अनुसार सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमको अवस्था पहिलेको भन्दा गर्भपतन सुरक्षित र राम्रो भएकोले सेवाग्राहीको सेवा लिने दर बढेको छ । आ.व. २०६७/६८ (२०११/१२) मा ४८७ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ९५३०६ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएकोमा आ.व. २०६९/७० (२०१३/१४) मा मात्र जम्मा ५७४ र स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ८४०११ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको देखिन्छ । त्यसैगरी मेडिकल गर्भपतन सेवाले पनि असुरक्षित गर्भपतनको जोखिमबाट बचाएको छ । तरपनि युवाहरूमा यो सम्बन्धी सूचना र जानकारी कम हुँदा र सरकारी अनुगमन प्रभावकारी नहुनाले यो सेवालाई परिवार नियोजनकै रूपमा लिई अरु नकारात्मक असरहरूको जोखिम बढेको छ । समग्रमा सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमको प्रभाव राम्रो छ ।

**आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम** अर्न्तगत आ.व. २०६६/६७ सम्म २६००० जना उपचारबाट लाभान्वित भएकोमा आ.व. २०६८/६९ मा यो संख्या ४०००० पुगेको छ (DoHS, 2009 & 2013) । आइखस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकोले पनि यसले जीवनस्तरमा प्रभाव पारेको देखिन्छ । यसले कार्यक्रमबाट महिलाको प्रजनन् स्वास्थ्यमा सुधार आउनुका साथै लैङ्गिक समता महिला अधिकार र महिला सशक्तीकरणमा पनि फाइदा पुगेको छ ।

**फिस्टुला कार्यक्रम :** यो कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको कार्यक्रम रहेकोले प्राथमिक चरणमै छ । अन्तर्राष्ट्रिय सहयोगी निकाय युएनएफपिए को सहयोगमा यो कार्यक्रम विशेषगरी नेपालका तीन अस्पताल (पाटन अस्पताल, परोपकार प्रसूति अस्पताल र वि.पि.के.आई.एच.एस. अध्ययन) बाट सेवा प्रदान भइरहेको भए पनि हालसम्म कति लाभान्वित भए भन्ने तथ्यगत अभिलेख छैन । यस कार्यक्रमले अन्य कार्यक्रम सरह प्राथमिकता र बजेट नपाएको, यस सेवाको निरन्तरताको लागि आवश्यक जनशक्ति र तालिम उपलब्ध नभएकोले पनि यस कार्यक्रमको प्रभाव सामान्य छ ।





बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम : केन्द्रीयस्तरका थोरै अस्पतालहरुमा मात्र पूर्ण सेवा प्राप्त हुने र ज्यादै कम पहुँच र खर्चिलो भएका कारण सर्वसाधारण जनताको पहुँचबाट यो कार्यक्रम टाढा रहेको छ । निजि क्षेत्रबाट धेरै कम मानिस मात्र यो सेवाबाट लाभान्वित भएका छन् । सरकारले प्राथमिकतामा राखेपनि ठोस कार्यक्रम र बजेटको अभावमा यसको ज्यादै न्यून प्रभाव छ । यस अध्ययनले पनि यो तथ्यलाई पुष्टि गरेको छ, यसर्थ : यो कार्यक्रमको न्यून प्रभाव छ भन्न सकिन्छ ।

प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम: यस अर्न्तगत हुने स्वास्थ्य संस्थाको नियमित अनुगमन कार्य धेरै कम मात्र हुने गरेको छ । अनुगमन भएका संस्थाहरुमा पनि नियमित र प्रभावकारी भएका छैनन् । आवधिक र विशेष प्रयोजनका लागि हुने अध्ययनहरु पर्याप्त छैनन् । प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न अध्ययन गर्दै आएको यस कार्यक्रमको नतिजाको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा दिइएको सुझाव कार्यान्वयन हुँदा कार्यक्रमको सफलतामा सहयोग गरेको यस अध्ययनको निश्कर्ष रहेको छ । विशेषगरी यस कार्यक्रम अर्न्तगत साधारण खालका प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अध्ययनहरु गरिएका छन् जस्तै आमा सुरक्षा अध्ययन, संस्थामा आधारित सुत्केरीका लागि प्रेषणको अवस्था सम्बन्धी अध्ययनहरु भएको छ । तसर्थ यस कार्यक्रमको सामान्य प्रभाव रहेको छ ।

पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोजपड्ताल तथा रोकथाम कार्यक्रम : यो कार्यक्रम अर्न्तगत कुनै ठोस कार्यक्रम आउन सकेको छैन । गैर सरकारी तवरमा अष्ट्रेलियन पाठेघर क्यान्सर फाउण्डेसनको सहयोगमा २२००० जना भन्दा बढी स्कुले छात्रालाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर बिरुद्धको खोप लगाइएको छ (NNFCTR, 2013) । स्वास्थ्य संस्थामा यो कार्यक्रम नभएको र उल्लेख्य स्वास्थ्य संस्थाले खोजपड्ताल गरेर सम्बन्धित संस्थामा प्रेषण गरेका छन् । कार्यक्रमलाई धेरै प्राथमिकता दिइएको छैन र यो सेवालाई सरकारले सबै अस्पतालमा सञ्चालन गर्न नसकेको, साधन र श्रोत पर्याप्त नभएकोले यस सम्बन्धी उपचार सेवामा सबैको पहुँच पुऱ्याउन नसकेको र पाठेघरको मुखको क्यान्सरको एकिन तथ्याङ्क राख्ने व्यवस्था नभएको र सरकारी संयन्त्रमा रिपोर्टिङ्ग नभएको हुदा यसको तथ्याङ्क अभिलेख खासै पाइएन । यस अध्ययनको मुख्य सुचनादाता अन्तर्वार्ताले पनि यो कुरालाई पुष्टि गरेको छ । तसर्थ यो कार्यक्रमको प्रभाव समग्रमा न्यून देखियो ।

यी सबै तत्वहरुको उपलब्धिलाई एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमको प्रभावको रूपमा बुझ्न सकिन्छ । तथापि यस उपलब्धिमा अन्य तत्वहरुको पनि प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष योगदान रहेको छ । विगत ५ वर्षमा देशमा भएको सडक बिस्तार, शिक्षाक्षेत्रमा भएको उपलब्धि, खानेपानी तथा सरसफाई मा सुधार, महिला सशक्तीकरण अधिकार र न्याय क्षेत्रमा भएका प्रगति, कृषि तथा पोषणमा आएको सुधार, सूचना र प्रविधिको पहुँचमा बृद्धि, समता र लैङ्गिक समावेशीकरणका लागि सरकारी एवं गैर सरकारी तवरबाट भएका प्रयासहरुले पनि समग्र महिला स्वास्थ्यका उपलब्धिहरुमा प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष प्रभाव परेको मान्न सकिन्छ । तर यी तत्वहरुले पारेका प्रभावको प्रतिशत निकाल्न कठिन छ । यसका लागि छुट्टै अध्ययन अनुसन्धान हुनु आवश्यक देखिन्छ । यो उपलब्धिमा निम्न तत्वहरुले प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष प्रभाव पारेको देखिन्छ :





## १. शिक्षा

नेपाल सरकारद्वारा कार्यान्वयन गरिएको प्रजनन् स्वास्थ्यको लक्षित सूचाङ्कलाई प्रतिशतमा रूपान्तरण गर्न शिक्षाको ठुलो महत्व रहेको छ। शिक्षा प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा प्रजनन् स्वास्थ्य सुधारमा प्रभाव पार्न प्रमुख सहयोगीको रूपमा रहेको छ। सन् २००६ मा ५५% रहेको साक्षरतादर सन् २०११ मा आइपुग्दा ६६% भएको छ।

## २. खानेपानी तथा सरसफाई

खानेपानी तथा सरसफाई आफैमा स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित एउटा कार्यक्रम हो। तथापि यो कार्यक्रम स्वास्थ्यको मात्र नभई अन्य विकाश कार्यसँग पनि भर पर्दछ। खानेपानी र सरसफाईले विशेष गरी महिलाको जीवनस्तर उकास्न र यौनजन्य रोगमा कमी आउन सहयोग गरेको छ। सन् २००६ मा सुधारीएको श्रोतको पानी प्रयोग गर्ने जनसंख्या ८२% रहेकोमा सन् २०११ मा ८९% पुगेको छ (NDHS-2006 & 2011)। त्यसैगरी सन् २००६ मा चर्पी प्रयोग गर्ने घरपरिवार ५०% रहेकोमा सन् २०११ मा यो ६१.८३% मा पुगेको छ (NDHS-2006 & Census 2011)।

## ३. महिला सशक्तीकरण, अधिकार र न्याय

प्रजनन् स्वास्थ्य महिला तथा पुरुष दुवैको अधिकार हो। तथापि महिलासँग बच्चा जन्माउने, नजन्माउने, कति जन्माउने जस्ता विशेष प्रजनन सम्बन्धी अधिकार हुन्छ। यसबाहेक अन्य विवाह, सम्बन्ध विच्छेद, शिक्षा, रोजगारी लगायत अन्य अधिकार पनि रहेका छन्। यदि यी सबै अधिकार महिलालाई सुनिश्चित गराउन सकियो भने महिलामा हुने हानन, यौन स्वास्थ्य सम्बन्धी रोग, मातृ मृत्युदर, आड खस्ने समस्या, फिस्टुला जस्ता थुप्रै रोगमा कमी ल्याउन सकिन्छ। त्यसैले महिला सशक्तीकरण, अधिकार र न्यायले प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा प्रजनन् स्वास्थ्य सुधारमा प्रभाव पारेको देखिन्छ। सन् २००१ मा १४.८७% रहेको महिला घरमुल भएको घरपरिवार सन् २०११ मा २८% मा बढेको छ (NDHS-2011)।

## ४. स्वास्थ्य

स्वास्थ्य आफैमा एउटा बहुआयामिक कार्यक्रम हो। कुनै एकै प्रयास र एकै सहयोगले स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन सकिदैन यसमा सबैको उत्तिकै सहयोगको आवश्यकता पर्दछ। त्यसैगरी प्रजनन स्वास्थ्य समेत यसैभित्रको भाग रहेको हुदाँ यसलाई पनि स्वास्थ्यको अन्य क्षेत्रसँगै विकासको अन्य पाटासँग पनि दाजेर हेर्नु पर्ने हुन्छ। जस्तै : यातायात, जीवनयापन र गरिबी आदि।

## ५. यातायात

२०४६ साल पछिको प्रजातान्त्रिक सरकारको विकास कार्यक्रमले र विशेष गरी २०५१ सालपछिको गाँउ केन्द्रित विकास कार्यक्रमले यातायात क्षेत्रमा उल्लेख्य उपलब्धि हासिल गरेको छ। यातायातको पहुँच सँगै ग्रामीण भेगका महिलाहरुमा आर्थिक उर्पाजनको कार्यसँगै स्वास्थ्य उपचारको पहुँच पनि बढ्दो देखिन्छ। स्वास्थ्य सेवा उपयोग/पहुँचको दर बढाउन अन्य उत्प्रेरकको जति महत्वपूर्ण स्थान छ त्यति नै यातायातको पनि देखिन्छ। सन् २००४/०५ मा १७२७९ कि.मि. सडक सञ्जाल विस्तार भएकोमा सन् २०१३/१४ मा २५२६५ कि.मि. पुगेको छ (आर्थिक सर्वेक्षण २०१३/१४)।



#### ६. गरिबी निवारण, आर्थिक उपार्जन र जीवनयापन

गरीबी निवारण र आर्थिक उपार्जन आम मानिसको दैनिकी र उसको जीवनयापनसँग प्रत्यक्ष सरोकार रहेको छ। आर्थिक उपार्जन र स्वास्थ्य दुवै एक अर्काका परिपूरक रहेका छन्। भनिन्छ, स्वास्थ्य स्वस्थ र सवल हुँदा व्यक्तिको आर्थिक उन्नति भई देशको ग्राहस्थ उत्पादन बढ्दछ, त्यसैगरी आर्थिक उन्नति हुँदा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढ्दछ र विशेष गरी प्रवर्द्धनात्मक र रोकथाम कार्यमा उल्लेख्य रूपमा सुधार हुन गई विरामीदर र मृत्युदरमा कमी ल्याउन सक्दछ। त्यसमा पनि यी सबै कार्यमा न्यून सहभागिता रहेका महिलाको आर्थिक उपार्जन कार्यमा र जीवनयापन क्रियाकलापमा उच्च सहभागिता गराउन सकेमा महिलाको सशक्तीकरण कार्यमा बल पुग्न गई जीवनयापन कार्य सहज हुन पुग्दछ। तसर्थ गरीबी निवारण, आर्थिक उपार्जन र जीवनयापन कार्यहरूले प्रजनन् स्वास्थ्यमा प्रभाव पार्ने देखिन्छ। सन् २००३/०४ मा ३०.८५% रहेको गरीबीको रेखामुनि रहेको जनसंख्या सन् २००९/१० मा २५.१६% मा झरेको छ (NLSS-2009/10)।

#### ५. सूचना तथा संचार र प्रविधि

राष्ट्रिय स्तरमा गरेको विभिन्न अध्ययनले अझै पनि महिलामा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी हुनुपर्ने सूचना, जानकारी र ज्ञानमा कमी रहेको देखिएको छ। त्यसैगरी महिलाको पुरुषको भन्दा सूचना तथा सञ्चार र प्रविधिमा न्यून पहुँचमा वृद्धि गर्न सूचना तथा सञ्चार महत्वपूर्ण माध्यम भएको प्रमाणित भइसकेको छ। परम्परागत रूपमा प्रयोगमा ल्याइएको सूचना तथा सञ्चार विधि (पोष्टर, पम्प्लेट, माडीकड, घरदैलो आदि जस्ता) अलावा आधुनिकताको रूपमा आएको मोबाइल, कम्प्युटर र अन्य विधिहरूको उल्लेख्य पहुँच वृद्धि हुनले कार्यक्रमलाई सहयोग पुऱ्याएको छ। सन् २००६ मा मोबाइल फोन, रेडियो, कम्प्युटर, टेलिभिजन, विद्युत प्रयोगकर्ता क्रमशः ६%, ६१%, २%, २८%, ५१% रहेकोमा सन् २०११ मा आइपुग्दा क्रमशः ७५%, ५०.८२%, ८%, ४७% र ७६% मा पुगेको छ।

#### ६. लैङ्गिक समावेशीकरण र समता

लैङ्गिक विभेद नेपालको विकासको एउटा प्रमुख बाधकको रूपमा मात्र नरही स्वास्थ्य सेवाको उपयोग र पहुँचको पनि बाधक रहेको छ। करिब ५१ प्रतिशत जनसंख्या रहेको महिला त्यसमा पनि विशेषगरी ग्रामीण, पिछडिएको क्षेत्र, सीमान्तकृत, विपन्न र दलित समूहका महिलाहरू अझ बढी विभेदमा रहेका छन्। यी समूहका महिलाहरूमा प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याहरू अन्य समूहका भन्दा बढी देखिन्छ। त्यसैले यस्ता समूहका महिलाहरूलाई समतामूलक वातावरणको निर्माण गरी लैङ्गिक समावेशीकरण गर्न संचालन भएका कार्यक्रमले प्रजनन् स्वास्थ्यको क्षेत्रमा प्रभाव पारेको देखिन्छ। सन् २००१ मा १७% घरपरिवारमा महिलाको नाममा अचल सम्पत्ती भएकोमा सन् २०११ मा आइपुग्दा यो १९.७१% मा पुगेको छ।



### अन्य तत्वहरूको प्रगती विवरण

| तत्वहरू                                  | पहिला            | पछि              | श्रोत                    |
|--|------------------|------------------|--------------------------|
| शिक्षा (साक्षरतादर)                      | ५५% (२००६)       | ६६% (२०११)       | NDHS, 2006 & 2011        |
| चर्पी भएका घरपरिवार                      | ५०% (२००६)       | ६१.८३% (२०११)    | NDHS 2006<br>Census 2011 |
| महिलाको नाममा अचल सम्पत्ती भएको घरपरिवार | १७% (२००१)       | १९.७१% (२०११)    | Census 2001 & 2011       |
| मोबाइल प्रयोगकर्ता                       | ६% (२००६)        | ७५% (२०११)       | NDHS, 2006 & 2011        |
| रेडियो प्रयोगकर्ता                       | ६१% (२००६)       | ५०.८२% (२०११)    | NDHS, 2006 & 2011        |
| कम्प्युटर प्रयोगकर्ता                    | २% (२००६)        | ८% (२०११)        | NDHS, 2006 & 2011        |
| टि.भि. प्रयोगकर्ता                       | २८% (२००६)       | ४७% (२०११)       | NDHS, 2006 & 2011        |
| यातायात (विस्तार भएको सडकको लम्बाइ)      | १७२७९            | २५२६५            | Economic Survey 2013/14  |
| महिला घरमुलि भएको घरपरिवार               | १४.८७% (२००१)    | २८% (२०११)       | Census 2001 & NDHS 2011  |
| सुधारिएको श्रोतको पानी खाने जनसंख्या     | ८२% (२००६)       | ८९% (२०११)       | NDHS, 2006 & 2011        |
| विद्युत प्रयोगकर्ता                      | ५१% (२००६)       | ७६% (२०११)       | NDHS, 2006 & 2011        |
| गरिवीको रेखामुनि रहेका जनता              | ३०.८५% (२००३/०४) | २५.१६% (२००९/१०) | NLSS 2009/10             |

### ३.५ कार्यक्रमको दीगोपना

#### परिवार नियोजन कार्यक्रम

ग्रामीण तहसम्म राम्रो उपस्थिति भएको यस कार्यक्रममा लगानी भएको बजेटको ठूलो हिस्सा सरकारको रहेको छ (FHD, 2014) । त्यस्तै बजेट बिनीयोजनका हिसाबमा हेर्दा यो कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव देखिन्छ । यस कार्यक्रम सञ्चालनार्थ आवश्यक पर्ने नीति नियम बन्नुका साथै समयानुकूल परिष्कृत भइरहेका छन् । मानव संसाधन परिपूर्तिको सवालमा धेरै गर्न बाँकी रहेतापनि कार्यक्रमलाई दिइएको प्राथमिकता र कार्यक्रमको प्रभावकारिताले गर्दा कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव देखिन्छ । कार्यक्रमको अन्य सम्बन्धित संघ संस्था नागरिक समाज शिक्षण अस्पताल निजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यको राम्रो अवस्था भएकाले कार्यक्रमको दीगोपना रहेको छ ।

#### सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)

विगत ५ वर्षको बजेटको अवस्था नियाल्दा आमा सुरक्षा कार्यक्रमको बजेट आर्थिक वर्ष २०६५/६६ को तुलनामा आ.व. २०६९/७० मा दोब्बर भएको छ । यसको साथै यस कार्यक्रमको खर्च गर्ने क्षमतामा पनि उल्लेख्य वृद्धि भएको छ (FHD, 2014) । यसका साथसाथै सरकारले सबै दातृ निकायका सहयोगहरूलाई एकद्वार प्रणाली अर्न्तगत ल्याएर सरकारी रेखदेखमा खर्च हुने गरी रातो किताबमा प्रकाशनको सुरुवात गरेको छ । यस कार्यक्रमको ठूलो हिस्सा सरकारी लगानीको रहेको छ । तसर्थ यो कार्यक्रम आर्थिक रूपले दिगो देखिन्छ ।



यस कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्न आवश्यक नियम निर्देशिकाहरु बनेका र समय अनुसार परिमार्जित भइरहेका छन् । यथेष्ट पूर्वाधार र मानव संसाधनको कमिका बावजुद कार्यक्रमलाई विशेष जोड दिइएका कारण यो कार्यक्रम नीतिगत रूपमा दीगोपना हुने देखिन्छ, तर पूर्वाधार मानव संसाधनको समयानुकूल परिमार्जन, विकास र थप नगर्दा दिइएको सेवाको सामान्यता नमिली सबै सेवामा एकरूपता नआएकाले प्रभावकारी कार्यान्वयन नभएको देखिन्छ । त्यसैगरी कार्यक्रमको अन्य गैर सरकारी संस्था नागरिकसमाज शिक्षण अस्पताल निजि अस्पताल र विकासका साभेदारहरु सँगको समन्वय र सहकार्यको अवस्था राम्रो रहेको छ ।

### **महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम**

ग्रामीण स्वास्थ्य प्रबर्द्धन र मातृ तथा शिशु मृत्युदर घटाउन नमुना कार्यक्रमको रूपमा स्थापित यो कार्यक्रममा आर्थिक र प्राविधिक पक्ष बलियो रहेको छ । यो कार्यक्रममा सरकारी लगानीको कित्ता बाह्य सहयोग भन्दा धेरै छ (FHD, 2014)। यस कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्ने नियम निर्देशिका बनेका छन् । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हितमा प्रयोग गर्ने गरी कोष सञ्चालित छ । व्यवहारिक हिसाबले पनि यो कार्यक्रम सबल र प्रभावकारी छ । यसैगरी बाह्य एवं आन्तरिक साभेदारहरुसँग राम्रो साभेदारी र सहकार्य पाइएकाले यो कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव छ ।

### **प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम**

यो कार्यक्रमको लागि पनि पर्याप्त बजेट विनियोजन नभएतापनि विनियोजित रकममा सरकारी हिस्सा उल्लेख्य रहेको छ । यो कार्यक्रमका लागि चाहिने आवश्यक नीति निर्देशिका बनेका छन् । भौतिक पूर्वाधारको अभाव र यथेष्ट जनशक्तिको अभावमा यो कार्यक्रम सोचेजति प्रभावकारी बन्न सकेको छैन । यो कार्यक्रममा सबै साभेदारहरुलाई समेट्न नसकेपनि स्थानीय तवरमा साभेदारी राम्रो रहेको छ । यसैले कार्यक्रमको सामान्य दीगोपना रहेको छ ।

### **किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम**

यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमका लागि विनियोजित बजेटको ठूलो हिस्सा बाह्य सहयोग रहेको छ (FHD, 2014)। पूर्वाधार जनशक्ति खन्य प्राविधिक पक्ष पनि विस्तारकै क्रममा रहेको छ । यसका लागि आवश्यक नै नीति निर्देशिका भने तयार भइसकेका छन् । अन्य सरोकारवालाहरुसँगको सहकार्य र समन्वयको अवस्था राम्रो रहेको छ । समग्रमा यो कार्यक्रमको सामान्य दीगोपना देखिन्छ ।

### **गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम**

गैर सरकारी संस्थाको बलियो साथ पाएको यो कार्यक्रमका लागि आवश्यक नीति निर्देशिकाहरु बनेका छन् । यी निर्देशिकाहरु परिमार्जन र परिष्कृत गर्ने काम समयानुकूल गरिँदै आएको छ । व्यवहारिक रूपले पनि यो कार्यक्रम उपयोगी र प्रभावकारी रहेको छ । यसको साभेदारी र सहकार्यको स्थिति पनि धेरै राम्रो रहेकोले कार्यक्रम दिगो हुने देखिन्छ ।



### **आड खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम**

यो कार्यक्रमको विनियोजित बजेटको ठूलो हिस्सा सरकारी तवरबाट भएको छ (FHD, 2014) । यस कार्यक्रमलाई आवश्यक नियम निर्देशिका तयार भई कार्यान्वयनमा आएका छन् । यस कार्यक्रमलाई संस्थागत गरेर लान नसकेपनि शिविरबाट भए पनि ठूलो संख्यामा सेवा ग्राहीलाई सेवा प्रदान गरिएको छ । निजि क्षेत्रसँगको साभेदारी कार्यक्रम भैरै हदसम्म सफल छ । यसका साथै अन्य निकाय र साभेदारीहरूसँग सहकार्य र साभेदारीको अवस्था ठिकै हुनुका साथै समग्रमा कार्यक्रमको सामान्य दीगोपना छ ।

### **फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम**

यस कार्यक्रमलाई पर्याप्त बजेट विनियोजन नभएपनि विनियोजित रकमको ठूलो हिस्सा सरकारी रहेको छ (FHD, 2014) । आवश्यक पूर्वाधार जनशक्ति र अन्य प्राविधिक पक्ष कमजोर रहेको छ । प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि चाहिने नियम निर्देशिका पूर्ण छैनन् । कार्यक्रम सञ्चालनमा निजि एवं अन्य साभेदारसँग सहकार्य भएतापनि सबै साभेदारलाई समेट्न नसकेकोले कार्यक्रमको दीगोपना कमजोर रहेको छ ।

### **बाँफोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम**

यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमको लागि आवश्यक बजेट र लगानी नभएतापनि सरकारले नयाँ नीतिमा यसलाई सम्बोधन गरेको छ । आवश्यक प्राविधिक जनशक्ति र पूर्वाधार विकासमा सरकारी पहल र अपनत्व निजि तवरमा यसको केही हदसम्म केन्द्रीयतहमा विकास भएको पाइन्छ । सहाकार्य र साभेदारीको अवस्था पनि निमै कम देखिएको छ तसर्थ यो कार्यक्रमको दीगोपना कमजोर रहेको छ ।

### **प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम**

यो कार्यक्रममा सरकारी लगानी बाह्य सहयोगको तुलनामा बढी छ (FHD, 2014) । यो कार्यक्रम आवश्यक नीति निर्देशिकाद्वारा निर्दिष्ट छ । यस कार्यक्रमका लागि सम्बन्धित सरोकार वालासँग समन्वय र सहकार्यको अवस्था राम्रो रहेको छ त्यसैले कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव छ ।

### **पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम**

यस कार्यक्रमलाई सरकारी एवं अन्य दातृ निकायबाट ठोस बजेट छुट्याइएको छैन । यो कार्यक्रमका लागि चाहिने नीति निर्देशिका बनेका छन् । जनशक्ति र पूर्वाधार विकासका हिसाबले यो कार्यक्रममा अभै धेरै गर्न बाँकी छ । यो कार्यक्रमको लागि सरकारी एवं दाता र अन्य सरोकारवाला निकायसँग सहकार्य र साभेदारी न्यून हुनुका साथै दीगोपनाका हिसाबले सामान्य छ ।



# अध्ययनको समग्र निष्कर्ष

## (Study Conclusion)

### ४. अध्ययनको समग्र निष्कर्ष (Study Conclusion)

#### ४.१ औचित्य

नेपाल सरकारले तर्जुमा गरेको स्वास्थ्य नीतिहरु, रणनीतिहरु र निर्देशिकाले परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई निकै प्राथमिकतामा राखेको छ । परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको एक अध्ययनले यो क्षेत्रमा एक रुपिया लगानी गर्दा ६ रुपिया बराबरको प्रतिफल आउने देखाएको छ । अध्ययनले परिवार नियोजनको अपरिपूरत माग पूरा गर्न सकेमा मातृ मृत्युदरमा ३० प्रतिशतले कमी ल्याउन सकिने र कम्तिमा तीन वर्षको जन्मान्तर गराएमा बालमृत्युदर २ गुणाले घटाउन सकिने देखाएको छ ।

मातृ मृत्युदर घटाउन गर्भजाँच गर्न र सुत्केरी पश्चातका समस्याहरु निराकरण गर्न यसले धेरै राम्रो भूमिका खेलेको छ साथै स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने संख्यामा पनि उल्लेख्य बृद्धि गराउन सफल भएको छ । महिलामा जनचेतना बढाउँदै र गरिबलाई स्वास्थ्य संस्थाको पहुँचमा अग्रसर गराएको छ । सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूति जाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेको छ । कम्तीमा ४ पटक पूर्व प्रसूति जाँचको लागि जाने गर्भवती महिलाको सन् २०१५ सम्ममा ८० प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्य तर्फ उन्मुख रहेको छ ।

अन्तरराष्ट्रिय स्तरमा समेत प्रशंसनीय रहेको महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक नमुना कार्यक्रम नेपालले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ समेत अंगिकार गरी यसको निरन्तरतामा जोड दिइएको छ । यो कार्यक्रमलाई नियमित तथा सफतापूर्वक सञ्चालन गर्नका लागि विभिन्न नीति, रणनीति तथा निर्देशिकाहरु बनाएको छ । यसको भूमिकालाई परिष्कृत बनाउन नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम ले पनि यसको प्रभावकारिता परिचालनमा जोड दिएको छ । स्वयंसेवकको प्रभावकारी परिचालनको कारणले गर्दा मातृ स्वास्थ्य, परिवार नियोजन र बाल स्वास्थ्यमा उल्लेख सुधार आएको कुरालाई मध्यनजर गर्दै यो कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिनुपर्ने देखिन्छ ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमले विपन्न पहुँचबाट टाढा रहेका जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने गरेको छ । यो कार्यक्रमबाट वर्षेनी थुप्रै जनता लाभान्वित रहदै आएका छन् । यो कार्यक्रमलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति सन् २०१४ (२०७१) समेतले र नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र

कार्यक्रम २०११ ले संसोधितरूपमा पुर्नजागरण गरी ग्रामीण र शहरी दुबै क्षेत्रमा कार्यान्वयनमा ल्याउने रणनीतिहरु तयार गरेको छ ।

किशोर किशोरी कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य नीति २०७१ ले प्राथमिकता दिएको छ । त्यसैगरी नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २०१०-२०१५ ले समेत लक्ष्य निर्धारण ( किशोरकिशोरी प्रजनन दर ७० प्रति १००० जनामा सिमित राख्ने) गरेको छ । राष्ट्रिय किशोर किशोरी स्वास्थ्य र विकास रणनीति सन् २००० को तर्जुमा गरी त्यसको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयन निर्देशिकामा २००७ बनाई कार्यक्रम लाई सञ्चालन गरेको छ । यो कार्यक्रमले किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गरी किशोरकिशोरी स्वास्थ्य र विकास र अन्य अवसरमा सहभागी गराई ज्ञान र सीपमा बृद्धि गरी यस सेवाको पहुँच र उपलब्धतामा बृद्धि गर्ने रणनीति राखिएको यो कार्यक्रमको नीतिगत रूपमानै औचित्यता औल्ल्याईएको छ ।

वार्षिक रूपमा गर्भपतन गर्ने महिलाको संख्या बढ्दै गएको तथ्य र अभैपनि असुरक्षित गर्भपतन गराउनेको संख्या उल्लेख्य रहेको परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको अनुमानले पनि गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम अभि परिष्कृत रूपमा सञ्चालन गरी सबै महिलाको यसमा पहुँच बढाउनु पर्ने भएकोले पनि यो कार्यक्रमको सान्दर्भिकता रहेको छ । गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले अनिश्चित गर्भ, महिलाको अस्मितासँग जोडिएको जबरजस्ती करणीबाट रहन गएको गर्भ र बच्चा वा आमालाई खतरा हुने गर्भ हटाई महिलाको निर्णयधारको क्षमता र सशक्तीकरणमा समेत योगदान पुऱ्याई अकाल मृत्यु हुनबाट समेत जोगाउँछ ।

परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले अन्य दातृनिकाय र सरोकारवाला संस्थाको सहयोगमा आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सञ्चालन गरेको छ । यो कार्यक्रमलाई नीतिगत रूपमा आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण निर्देशिका २०६५ बनाई कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । विभिन्न संस्थाले विभिन्न ठाँउमा गरेको अध्ययन अनुसार यो रोगको प्रिभ्यालेन्स फरकफरक देखिएको छ । २००६ मा गरेको एक अध्ययन अनुसार हिमाली, उच्च पहाडी र तराई जिल्लामा १० प्रतिशत (आइ.ओ. एम्, यू.एन.एफ.पी. ए र विश्व स्वास्थ्य संगठन), त्यसैगरी एन्.डि.एच्.एस् ६ प्रतिशतमा यो रोग रहेको बताएको छ । अभैपनि लाखौं महिला यो रोगबाट पीडित रहेको तथा उपचारको पहुँचमा नभएको हुँदा यो कार्यक्रमलाई सरकारी स्तरबाट अभि बढी चासो दिई विस्तार गर्नुपर्ने कुरा औल्ल्याईएको छ ।

फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सरकारले यसै आर्थिक वर्षबाट आवश्यकता महशुस भए अनुसार सामान्य रूपमा कार्यान्वयन गरेको छ । महिलाहरुको लुकेको समस्याको रूपमा रहेको प्रसूतिसँग सम्बन्धित फिस्टुला कार्यक्रमको आवश्यकताको महशुस अध्ययनको क्रममा औल्ल्याईएको छ । केन्द्रीयस्तरमा मात्र सिमित रहेको यो सेवा दुर्गममा पुगेको छैन । यो कार्यक्रमले समेत महिला स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गरी महिला सशक्तीकरणमा जोड दिई महिलामा हुने हिंसाबाट हुने असर समेत न्यूनीकरण गर्न सकिन्छ ।





बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम नेपाल सरकारको खासै प्राथमिकतामा नपरेको कार्यक्रम हो । यो कार्यक्रम सरकारी तवरबाट खासै सञ्चालनमा आएको पाँइदैन । तर दिनानुदिन बाँझोपनको समस्या बढ्दै गएको कुरालाई मध्य नजर गरी सरकारले गत आर्थिक वर्षबाट यो कार्यक्रम पनि लागु गर्न निर्णय बमोजिम यस सम्बन्धी कानुनको तर्जुमा गर्न सरकार लागेको छ ।

प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम सान्दर्भिकता औल्याएपनि नेपाल सरकारको नीतिका कारण सबै किसिमका प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलाप यस अन्तर्गत सञ्चालन हुन आएको छैन । यसको आफ्नो उद्देश्य हासिलमा केही सफल भएपनि यसलाई पूर्ण रूपमा यसको उद्देश्य प्राप्तमा लागि यो कार्यक्रमको निरन्तरता दिनु जरुरी रहेको छ । यो कार्यक्रमले यसको उद्देश्य अनुरूपको गतिविधिहरू पूर्ण रूपमा गर्न नसकेको देखिन्छ । नेपालमा प्रजनन् तथा महिला स्वास्थ्य सम्बन्धी थुप्रै अध्ययनहरू भएतापनि सबै अध्ययनको सूचना सूचीकृत र स्वीकृति गरिएको पाईदैन ।

सबै स्वास्थ्य संस्थामा पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम छैन सेवा पाईदैन । यो कार्यक्रम सुरुवात मात्र भएको छ, धेरै गर्न बाँकी छ । कार्यक्रमलाई धेरै प्राथमिकता दिइएको छैन । पाठेघरको मुखको क्यान्सरको एक दिन तथ्याङ्क नभएता पनि दिन प्रतिदिन यो रोगबाट पीडित हुने महिलाको संख्या भने बढ्दो छ । त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकिस्ताशास्त्र अध्ययन संस्थानको एक सूचनाअनुसार वर्षेनी अन्दाजी १००० जना जति यो क्यान्सरको कारणले मृत्यु हुने गर्दछन् । यो तथ्यबाट पनि पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम र नियन्त्रण कार्यक्रम तुरुन्त सरकारी स्तरबाट सबैको पहुँचमा पुग्ने गरी सञ्चालन गर्नुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ ।

यसरी हेर्दा एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम नेपाल सरकारको अति प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम रहेको छ । नेपाल सरकारले अन्तराष्ट्रिय फोरम र देशका नीति निर्देशिकाहरूमा व्यक्त गरेको प्रतिबद्धता अनुरूप यस कार्यक्रमका योजना तथा रणनीति तयार भएका छन् । यो अध्ययनमा सहभागी मुख्य सूचना दाताहरूको विचारमा पनि यो एक प्राथमिकता पाउनुपर्ने र अत्यन्त सान्दर्भिक कार्यक्रम हो । त्यस्तै अधिकांश सूचनादाताहरूले सुरक्षित मातृत्व परिवार नियोजन, गर्भपतन कार्यक्रम सान्दर्भिक मानेका छन् ।

## ४.२ प्रभावकारिता

परिवार नियोजन कार्यक्रम सबै अस्पतालमा सात किसिमका, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा डिपो, पिल्स, कण्डम, आइयुसिडी र इम्प्लान्टगरी ५ थरी साधन उपलब्ध गराउनु पर्ने हो । तर, सबै स्वास्थ्य संस्थामा सबैथरिका साधन उपलब्ध छैनन् । एक अध्ययनले करिब १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा मात्र सबै साधन उपलब्ध भएको देखाएको छ । सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । गत १५ वर्षमा हाल महिलाहरूमा आधुनिक साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले वृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यद्यपि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले सन् २०१५ सम्ममा कुल प्रजनन दरलाई २.५ र आधुनिक साधनको प्रयोग दर ६७ प्रतिशत पुर्याउने उद्देश्य छ भने NHSP २ ले सन् २०१५ सम्म ५५ प्रतिशत सम्म पुर्याउने लक्ष्य तय





गरेको छ । हालसम्मको उपलब्धि (४३ प्रतिशत) हेर्दा परिवार नियोजनमा लक्ष्य प्राप्त गर्न कठिन हुने देखिन्छ । (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११) ।

सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा भरेको अनुभवले (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६) नेपाल सहश्राव्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ । सन् २००९मा आठ जिल्लामा गरिएकोमातृ मृत्युदर तथा अस्वास्थ्यता अध्ययन अनुसार मातृ मृत्युदर प्रति लाख जीवित जन्ममा २२९ देखाएको थियो । दीर्घकालीन सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य योजना (२००६-२०१७) ले राखेको सि.इ.ओ.सी भएका जिल्लाहरुको प्रतिशत ६० पुऱ्याउने लक्ष्य राखेकोमा ९३.३ प्रतिशतले उपलब्धि हासिल भएको छ । त्यसैगरी बि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ८० प्रतिशत पुऱ्याउने र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी ७० प्रतिशत पुऱ्याउनेमा बि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (४७.३ प्रतिशत) र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी (३७.२ प्रतिशत) मात्र रहेको छ । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ सम्म आइपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न भने मुस्किल देखिन्छ । स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माउने महिला मध्ये जम्मा आधाले (५३ %) ले सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको बताएका छन् । त्यस्तै गरेर यस अध्ययनमा समावेश भएका र स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माएका महिला मध्ये जम्मा २३.८ प्रतिशतले मात्र ४ पटक गर्भ जाँच गरेवापत यातायात खर्च पाएको बताएका छन् ।

प्रति स्वयमसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० (२०६५/६६) मा १९१ रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बृद्धि भई सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ । स्वयमसेवकले सेवा दिने दर प्राथमिक सेवा गाउँघर क्लिनिकको तुलनामा गरिब १० गुणा बढी रहेको छ । स्थानीय समुदायको भनाई समेत सजिलैसँग सुरुमा चाहिने सेवाहरु घरदैलोमा पाएको बाट यो कार्यक्रमले दिएको सेवाप्रति अति सन्तुष्ट रहेको जनाएका छन् । यस अलावा घरदैलोसम्म स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचना सामाग्री पुऱ्याउन समेत महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम प्रभावकारी देखिएको छ । सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउने लक्ष्य सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आइपुग्दा ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अघि बढिरहेको देखिन्छ ।

सन् २०१०/११ देखि २०१३/१४ सम्मको लक्ष्यमा आधारित सेवा लिनेको संख्याको आधारमा हेर्दा हिमाली पहाडी र तराई सबै ठाउँमा उपलब्धि ८०% नाघेको छ तथापि लक्ष्य प्राप्त गर्न भने कठिन रहेको छ । समग्रमा हेर्दा भौगोलिक हिसाबले पहाडी क्षेत्रभन्दा तराई क्षेत्रमा उपलब्धि प्रतिशत कम रहेको देखिएको छ । राष्ट्रियरूपमा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन संख्या पछिल्लो आर्थिक वर्षमा बढेको देखिन्छ तथापि लक्ष्य अनुरूपको क्लिनिक सञ्चालन हुन सकेको भने देखिदैन । लक्ष्य अनुरूप क्लिनिक सञ्चालन हुन नसक्दाको कारण पनि लक्षित सेवा प्राप्त हुन



नसकेको देखिन्छ। तथापि सेवा संख्या सेवाको पहुँच र लाभान्वित क्षेत्रलाई हेर्दा कार्यक्रम गुणस्तरीय नभएतापनि प्रभावकारिता रहेको भने सबैले स्वीकारिएको छ।

नेपाल सरकारको किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यक्रम प्रारम्भिक चरणमा रहेको छ तथापी यो कार्यक्रमको उपलब्धी भने सकारात्मक रहेको छ। एन्.एच्.एस्.पि-२ ले सन् २०१५ सम्ममा राखिएको १००० पुऱ्याउँन लक्ष्य राखेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा विशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ। नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ अनुसार सन् २००५ र सन् २०११ बीच किशोरावस्थाका जन्मदर अध्ययन गरी एकाको प्रति हजार ९८ बाट ८१ मा भरेकामा सन् २०१२ सम्म आउदा ७४ रहेको देखिएको छ यसरी हेर्दा पनि सन् २०१५ को ७० प्रति हजारको लक्ष्य अनुरुपको प्रगति हासिल गरकोले पनि यो कार्यक्रम प्रभावकारी रहेको छ।

जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनडिएएस) २०११ अनुसार गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवस्था पहिलेको भन्दा गर्भपतन सुरक्षित र राम्रो भएकोले सेवाग्राहीको सेवा लिने दर बढेको छ। यसको साथै अबै पनि गर्भपतन सम्बन्धी आवश्यक कानुनी चेतनाको स्तर भने अबै कम रहेको देखाएको छ (३८ प्रतिशत)। एनएचएसएसपी-२ ले सुरक्षित गर्भपतन गरिने स्थान सम्बन्धीको ज्ञान ५० प्रतिशत पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा सन् २०११ सम्ममा ५९ प्रतिशत (कानुनी ज्ञान भएकोमा) र गर्भपतन गरी ने स्थान सम्बन्धीको ज्ञान २८.२ प्रतिशत पुगेको देखिएको छ। त्यसैगरी गर्भपतन पश्चात् ४१ प्रतिशत महिलाले विगत ५ वर्षमा परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गरेको देखिएको छ जुन लक्ष्य प्रप्तिमा अग्रसर देखिन्छ।

आड खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम नेपाल सरकारले प्राथमिकता दिएको आवश्यक बोध कार्यक्रम पनि सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रभावकारी रुपमा सञ्चालन हुन नसकेको कार्यक्रम पर्दछ। यद्यपि, यो सेवा वापत २०६९/७० को अन्त्यसम्म करिब ४०००० सफल शल्यक्रिया गरिसकिएको छ भने २०६९/७० मा ३३०२४ महिलामा यो रोगको निदान गरी उपचार गरिएकोछ। आडखस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकोले पनि यसले जीवनस्तरमा प्रभाव परेको देखिन्छ।

फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको आफ्नै नयाँ कार्यक्रम रहेकोले प्राथमिक चरणमै रहेको छ। अन्तरराष्ट्रिय सहयोगी निकाय युएनएफपिए को सहयोगमा यो कार्यक्रम विशेष गरी नेपालका तीन अस्पताल (पाटन अस्पताल, परोपकार प्रसूति अस्पताल र वि.पि.के.आई.एच.एस. अध्ययन) बाट सेवा प्रदान भइरहेको छ। परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले तीन अस्पतालमा सञ्चालन गरेको यो कार्यक्रमलाई अरु अस्पतालमा समेत विस्तार गर्ने योजना रहेको छ।

बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम अत्यन्त प्रारम्भिक चरणमा रहेको यो कार्यक्रम औपचारिक रुपमा सरकारी तवरले यसै वर्षबाट सुरुवात गरिएको छ। यस सम्बन्धी खासै नियमित



कार्यक्रम सञ्चालनमा नभएतापनि उच्च तहका स्वास्थ्य संस्थाले उपलब्ध जनशक्तिको क्षमताले भ्याएसम्म उपचार गरेको तथ्य प्राप्त भएको छ । केन्द्रीयस्तर र केही नीजि क्लिनिकहरुमा यस सम्बन्धी सेवा उपलब्ध भएतापनि यस्ता सेवाहरु ज्यादै खर्चिलो हुने भएकोले सर्वसाधारण जनताको क्षमताले नभ्याउने देखिन्छ ।

प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न अध्ययन गर्दै आएको प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम कार्यक्रमको नतिजाको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा दिइएको सुझाव कार्यान्वयन हुँदा कार्यक्रमको सफलतामा सहयोग गरेको यस अध्ययनको निष्कर्ष रहेको छ । विशेषगरी यो कार्यक्रम अर्न्तगत साधारण खालका प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अध्ययनहरु गरिएका छन् जस्तै आमा सुरक्षा अध्ययन, संस्थामा आधारित सुत्केरीका लागि प्रेषणको अवस्था सम्बन्धी अध्ययनहरु भएको छ ।

सबै स्वास्थ्य संस्थामा पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम छैन सेवा पाईदैन । त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकिस्ताशास्त्र अध्ययन संस्थानको एक सूचनाअनुसार वर्षेनी अन्दाजी १००० जना जति मानिसहरुको क्यान्सरको कारणले मृत्यु हुने गर्छ । यो तथ्यबाट पनि पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम र नियन्त्रण कार्यक्रम सरकारी स्तरबाट सबैको पहुँचमा पुग्ने गरी सञ्चालन गरेको देखिदैन ।

नेपाल सरकारले प्रजनन स्वास्थ्यमा गरेका प्रतिबद्धता अनुरूप आमा सुरक्षा कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, किशोर किशोरी कार्यक्रम, आइ खस्ने रोकथाम कार्यक्रम, प्राथमिक स्वास्थ्य गाउँघर क्लिनिकमा लक्ष्य प्राप्तिको बाटोमा अग्रसर देखिन्छ । यी बाहेकका अरु कार्यक्रमहरु अभैपनि प्रारम्भिक र विकासको चरणमै रहेकाले प्रभावकारिताको निक्यौल गर्न नसकिएपनि कार्यक्रमहरु लक्ष्यअनुरूप विस्तार भइरहेका छन् । अधिकांश कार्यक्रमले महिलामा जनचेतना बढाउन र गरिब एवं सीमान्तकृत जनताहरुको पहुँच बढाउनमा योगदान गरेको छ । यी कार्यक्रम कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूतिजाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेको छ । यसले विगत ५ वर्षमा महिला मृत्युदर घटाउन ठूलो योगदान दिएको छ । **प्रभावकारिता (ख)**

### ४.३ कार्यदक्षता

नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यलाई महिलाको मौलिक हकको रूपमा प्रतिस्थापित गरेको छ र यो राज्यको दायित्व पनि हो । यही दायित्वलाई आत्मसात् गरी नेपाल सरकारले प्रजनन स्वास्थ्य सेवालाई सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्था र सरकारले सूचीकृत गरेका निजी अर्न्तगत स्वास्थ्य संस्थामा निःशुल्क रूपमा प्रदान गरेको छ । एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकारले बजेट योगदान ५४ प्रतिशत रहेको छ । विकास साभेदारहरुमा पुल फण्डको योगदान ४१% छ त्यसैगरी अन्य केही विकासको योगदान अन्यको तुलनामा बढी रहेको देखिन्छ ।

यी सेवाहरु नेपालको वित्तीय सुधार कार्यक्रम लागु भए पश्चात एकीकृत रूपमा परिचालन गरिएको छ । विगत दुई वर्ष भन्दा अघिदेखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले यस्ता समस्याहरु समाधान

गर्भ वित्तीय व्यवस्थापन सुधार योजना लागू गरेको छ । केही क्षेत्रमा प्रगति पनि देखिएको छ जस्तै बजेटको कार्यान्वयन दर बढेको छ । वित्तीय व्यवस्थापनमा देखिएका समस्याहरू भन्नाले रकम निकासामा विलम्ब, बजेट कार्यान्वयनमा देखिएको सक्षमता र प्रभावकारिताको कमी र सामान्यतया कमजोर नियन्त्रण प्रणाली मुख्य छन् । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (MDAC Annual Review 2070/71) अनुसार जिल्लास्तरमा ८०% भन्दा माथि ९०% भन्दा कम, केन्द्रीयस्तरमा भौतिक तथा वित्तीय प्रगति भएको आयोजना अर्न्तगत एकीकृतप्रजनन तथा महिला स्वास्थ्य कार्यक्रम ८५% भौतिक ८५% वित्तीय प्रगति भएको पाइयो । त्यसैगरी केन्द्रीयस्तरमा ७०% भौतिक ७१% वित्तीय प्रगति भएको देखिन्छ । हाम्रो अध्ययनले धेरै स्वास्थ्य संस्थाहरूले सामाजिक लेखापरीक्षण नगरेको पाइयो । जम्मा ४४ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थाले गत वर्षको अन्तिममा सामाजिक लेखापरीक्षण गराएका थिए । उल्लेखनीय कुरा के छ भने प्राथमिक तहका आधाभन्दा बढी स्वास्थ्य संस्थाले ( ५४%) गत वर्ष सामाजिक लेखापरीक्षण गरेका थिए ।

मेडिकल डाक्टरको पदपूर्तिको अवस्था हेर्दा अभैपनि २३% पद खाली छन् । जबकि यो नै स्वास्थ्य संस्था स्थापना, सञ्चालन तथा स्तरोन्नति मापदण्ड सम्बन्धी निर्देशिका, २०७० ले परिकल्पना गरे अनुरूप आवश्यक पदनै कम देखिन्छ । स्टाफ नर्स अनमीको पदपूर्तिको अवस्था ९९%, प्यारामेडिक्स ८७%, र अन्य करिब ९३% छ । समग्रमा अभै ११% जनशक्तिको अभाव देखिन्छ । करिब ३१% सबै प्रकारका स्वास्थ्यका लागि जनशक्तिको अपुग छ ।

सुरक्षित मातृत्व तथा परिवार नियोजन कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकार तथा विकास साभेदारहरूले अन्य क्षेत्रमा भन्दा बढी बजेट विनियोजन गरेको देखिन्छ । प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता, पाठेघर खस्ने समस्या तथा फिस्टुला कार्यक्रम का लागि विकास साभेदारको सहयोग नगन्य रहेको भएता पनि नेपाल सरकारले भर्खर मात्र भए पनि बजेट विनियोजन गरी कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । विगत केही वर्षदेखि आमा कार्यक्रममा उल्लेख्य रूपमा बढेको छ । त्यसैगरी आमा कार्यक्रमको बजेट उपयोग गर्ने क्षमतामा पनि प्रत्येक वर्ष सुधार आएको छ ।

राज्यले जस्तोसुकै परिस्थितिमा पनि आफ्नो जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु पर्ने हुदाँ यसको कार्यक्षमता अन्य वस्तुमा जस्तो दाँजेर हेर्न मिल्ने देखिदैन । त्यसमा पनि कतिपय कार्यक्रमहरूको बजेट विनियोजन रातो विताव अनुसार हुने र कार्यान्वयन तर्फ आधारभूत रूपमा बजेट निकासी हुने हुदाँ कार्यक्रम अनुसारको प्रति लागत खर्चको रिलाएबीलिटी त्यति प्रभावकारिता देखिदैन ।

#### ४.४ कार्यक्रमको प्रभाव

ग्रामीण भेगसम्म नै राम्रो पहुँच भएको परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई प्रभावकारी कार्यक्रमका रूपमा लिइन्छ । सन् २००६ मा भएको डेमोग्राफिक हेल्थ सर्वेको अनुसार ३.१ भएको प्रजनन दर सन् २०११ मा आउँदा २.६ मा झरेको छ (NDHS, 2011) । सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । गत १५ वर्षमा हाल महिलाहरूमा आधुनिक साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले वृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यद्यपि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले सन् २०१५ सम्ममा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ६७ प्रतिशत पुर्याउनु लक्ष्यमा



हालसम्मको उपलब्धि ४३ प्रतिशत मात्र रहेको छ । सन् २००६ मा २६.४% रहेको परिवार नियोजनको अर्पयाप्तता सन् २०११ मा २७% पुगेको छ (NDHS, 2011) ।

सराहनीय र उपयोगी कार्यक्रमको रूपमा हेरिएको सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) ले मातृ मृत्युदर घटाउनमा ठूलो भूमिका खेलेको छ । सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा झरेको अनुभवले (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६) नेपाल सहश्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ । सन् २००९ मा आठ जिल्लामा गरिएकोमातृ मृत्युदर तथा अस्वास्थ्यता अध्ययन अनुसार मातृ मृत्युदर प्रति लाख जीवित जन्ममा २२९ देखाएको थियो । स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माउने महिला मध्ये जम्मा आधाले (५३ %) ले सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माएका महिला मध्ये जम्मा २३.८ प्रतिशतले ४ पटक गर्भ जाँच गरेवापत यातायात खर्च पाएका छन् । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ सम्म आईपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य मुस्किल देखिन्छ ।

आर्थिक वर्ष २०६५/६६ मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमले प्रति स्वयंसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० (२०६५/६६) मा १९१ रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बृद्धि भई सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ (DoHS, 2009 & 2013) । सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा सन् २००९/१० (२०६६/६७) मा जम्मा ४८४८९ स्वयंसेवकको संख्या सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आईपुग्दा ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अघि बढीरहेको देखिन्छ ।

ग्रामीण भेगमा स्वास्थ्य संस्थादेखि टाढा रहेका जनताको घरदैलोमा स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउँने उदेश्यका साथ सञ्चालित प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम अर्न्तगत विगत पाँच वर्षमा देशभर हरेक वर्ष लाखभन्दा बढी यस्ता क्लिनिकहरु चलाइएका छन् । यसबाट सरदर १ क्लिनिक बाट औशत २० जना स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरेका छन् (DoHS, 2013) तर पनि उचित भौतिक पूर्वाधारहरुको अभाव, निरन्तरताको कमी र कुनै ठाउँमा निष्क्रिय भएका कारण यस कार्यक्रमको सोचेजति प्रभाव पार्न नसकेको देखिन्छ ।

किशोरावस्थाको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम अर्न्तगत सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउने संस्थाको संख्या ७३२ रहेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा किशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ । नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ अनुसार सन् २००५ र सन् २०११ बीच किशोरावस्थाका जन्मदर अध्ययन गरिएको अध्ययनअनुसार प्रति हजार ९८ बाट ८१ मा झरेकामा सन् २०१२ सम्म आउँदा ७४ रहेको देखिएको छ, यसरी हेर्दा पनि सन् २०१५ को ७० प्रति हजारको लक्ष्य अनुरूपको प्रगति हासिल गरको छ ।



गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले हजारौं अनिश्चित गर्भ रहेका महिलालाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै असुरक्षित गर्भपतनको जोखिमबाट जोगाउने काम गरेको छ । आ.व. २०६७/६८ (२०११/१२) मा ४८७ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ९५३०६ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको मा आ.व. २०६९/७० (२०१३/१४) मा मात्र जम्मा ५७४ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ८४०११ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको देखिन्छ । तरपनि युवाहरुमा यो सम्बन्धी सूचना र जानकारी कम हुँदा र सरकारी अनुगमन प्रभावकारी नहुनाले यो सेवालार्ई परिवार नियोजनकै रूपमा लिएपनि नकारात्मक असरहरुको जोखिम बढेको देखिन्छ ।

आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम अर्न्तगत आ.व. २०६६/६७ सम्म २६००० जना उपचारबाट लाभान्वित भएकोमा आ.व. २०६८/६९ मा यो संख्या ४०००० पुगेको छ (DoHS, 2009 & 2013) । आइखस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकोले पनि यो जीवनस्तरमा प्रभाव परेको देखिन्छ ।

फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम यो कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको आफ्नै नया कार्यक्रम रहेकोले प्राथमिक चरणमै रहेको छ । अर्न्तराष्ट्रिय सहयोगी निकाय युएनएफपिए को सहयोगमा यो कार्यक्रम विशेष गरी नेपालका तीन अस्पताल (पाटन अस्पताल, परोपकार प्रसूति अस्पताल र वि.पि.के.आई.एच.एस. अध्ययन) बाट सेवा प्रदान भइरहेको भए पनि हालसम्म कति लाभान्वित भए भन्ने तथ्यगत अभिलेख छैन । बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम केन्द्रीयस्तरका थोरै अस्पतालहरुमा मात्र पूर्ण सेवा प्राप्त हुने र ज्यादै कम पहुँच र खर्चिलो भएका कारण सर्वसाधारण जनताको पहुँच बाट टाढा रहेको छ ।

प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम अर्न्तगत हुने स्वास्थ्य संस्थाको नियमित अनुगमन कार्य धेरै कम मात्र हुने गरेको छ । अनुगमन भएका संस्थाहरुमा पनि नियमित र प्रभावकारी भएका छैनन् । आवधिक र विशेष प्रयोजनका लागि हुने अध्ययनहरु पर्याप्त छैनन् । प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न अध्ययन गर्दै आएको यस कार्यक्रमको नतिजाको आधारमा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा दिइएको सुझाव कार्यान्वयन हुँदा कार्यक्रमको सफलतामा सहयोग गरेको यस अध्ययनको निष्कर्ष रहेको छ ।

सरकारी तवरबाट पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोजपड्ताल तथा रोकथाम कार्यक्रम अर्न्तगत कुनै ठोस कार्यक्रम आउन सकेको छैन । गैर सरकारी तवरमा अष्ट्रेलियन पाठेघर क्यान्सर फाउण्डेसनको सहयोगमा २२००० जना भन्दा बढी स्कुले छात्रालाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर बिरुद्धको खोप लगाइएको छ (NNFCTR, 2013) । स्वास्थ्य संस्थामा यो कार्यक्रम नभएको र उल्लेख्य स्वास्थ्य संस्थाले खोजपड्ताल गरेर सम्बन्धित संस्थामा प्रेषण गरेका छन् ।

विगत ५ वर्षमा देशमा भएको सडक विस्तार, शिक्षाक्षेत्रमा भएको उपलब्धि, खानेपानी तथा सरसफाई मा सुधार, महिला सशक्तिकरण अधिकार र न्याय क्षेत्रमा भएका प्रगति, कृषि तथा





पोषणमा आएको सुधार, सूचनार प्रविधिको पहुँचमा वृद्धि, समता र लैङ्गिक समावेशीकरणका लागि सरकारी एवं गैर सरकारी तवरबाट भएका प्रयासहरूले पनि समग्र महिला स्वास्थ्यका उपलब्धिहरूमा प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष प्रभाव परेको मान्न सकिन्छ ।

#### ४.५ कार्यक्रमको दीगोपना

ग्रामीण तहसम्म राम्रो उपस्थिति भएको परिवार नियोजन कार्यक्रम, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमहरू मा लगानी भएको बजेटको ठूलो हिस्सा सरकारको रहेको छ (FHD, 2014) । त्यस्तै बजेट विनियोजनका हिसाबमा हेर्दा यो कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव देखिन्छ । यस कार्यक्रम सञ्चालनार्थ आवश्यक पर्ने नीति नियम बन्नुका साथै समयानुकूल परिष्कृत भइरहेका छन् । मानव संसाधन परिपूर्तिको सबालमा धेरै गर्न बाँकी रहेतापनि कार्यक्रमलाई दिइएको प्राथमिकता, कार्यक्रमको प्रभावकारिता, सम्बन्धित संघ संस्था नागरिकसमाज शिक्षण अस्पताल निजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यकोले गर्दा कार्यक्रमको दीगोपना सम्भव देखिन्छ । प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम कार्यक्रमको लागि पनि पर्याप्त बजेट विनियोजन नभएतापनि विनियोजित रकममा सरकारी हिस्सा उल्लेख्य रहेको छ । यस कार्यक्रमका लागि चाहिने आवश्यक नीति निर्देशिका बनेका छन् । भौतिक पूर्वाधारको अभाव र यथेष्ट जनशक्तिको अभावमा कार्यक्रम सोचेजति प्रभावकारी बन्न सकिरहेको छैन । यस कार्यक्रममा सबै साभेदारहरूलाई समेट्न नसकेपनि स्थानीय तवरमा साभेदारी राम्रो रहेको छ । किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमका लागि विनियोजित बजेटको ठूलो हिस्सा बाह्य सहयोग रहेको छ (FHD, 2014)। पूर्वाधार जनशक्ति खन्य प्राविधिक पक्ष पनि विस्तारकै क्रममा रहेको छ । यसका लागि आवश्यक पर्ने नीति निर्देशिका भने तयार भइसकेका छन् साथै अन्य सरोकारवालाहरूसँगको सहकार्य र समन्वयको अवस्था राम्रो रहेको छ ।

प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रममा सरकारी लगानी बाह्य सहयोगको तुलनामा बढी छ (FHD, 2014)। यो कार्यक्रम आवश्यक नीति निर्देशिकाद्वारा निर्दिष्ट छ । यो कार्यक्रमका लागि सम्बन्धित सरोकारवालासँग समन्वय र सहकार्यको अवस्था त्यति राम्रो रहेको छैन । समग्रमा यो कार्यक्रममा समेत सामान्य दीगोपना सम्भव छ ।

गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम र फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रमका लागि आवश्यक आशिक नीति निर्देशिकाहरू बनेका छन् । यी निर्देशिकाहरू परिमार्जन र परिष्कृत गर्ने काम समयानुकूल गरिँदै आएको छ । यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमको लागि आवश्यक बजेट र लगानी नभएतापनि सरकारले नयाँ नीतिमा यसलाई सम्बोधन गरेको छ । सम्बन्धित संघ संस्था नागरिकसमाज शिक्षण अस्पताल निजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यको अवस्था पनि सामान्य देखिएको छ ।



#### ४.६ समग्र निचोड

समग्रमा यस तालिकामा प्रस्तुत भए अनुसार सान्दर्भिकता, प्रभावकारिता, कार्यदक्षता प्रभाव र दीगोपनालाई लेखाजोखा गर्दा एकीकृत महिला तथा सन्तोषजनक मान्न सकिन्छ ।

| मूल्याङ्कनका मापदण्डहरू | मूल्याङ्कनका नतिजाहरू | प्रमुख निचोडहरू  |
|-------------------------|-----------------------|--|
| १. औचित्यता             | उच्च औचित्यपूर्ण (क)  | नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ ले प्रजनन स्वास्थ्यलाई महिलाको मौलिक हकको रूपमा प्रतिस्थापित गरेको छ । नेपाल सरकारले तर्जुमा गरेको स्वास्थ्य नीति २०७१, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २०१०-२०१५ लगायत अन्य रणनीतिहरू र निर्देशिकाहरूले एकीकृतमहिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य प्याकेज अर्न्तगतका कार्यक्रमहरूलाई निकै प्राथमिकतामा राखेका छन् । यी कार्यक्रमहरू सरकारले अन्तराष्ट्रिय मञ्च र देशका नीति निर्देशिकाहरूमा व्यक्त गरेको लक्ष्यप्रतिको प्रतिबद्धता अनुरूप छ । यस अध्ययनमा सहभागी मुख्य सूचना दाताहरूको विचारमा पनि यी प्राथमिकता पाउनुपर्ने र अत्यन्त सान्दर्भिक कार्यक्रमहरू हुन् । सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम ( आमा सुरक्षा कार्यक्रम)को कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूतिजाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेकोले मातृमृत्युदर घटाउन धेरै राम्रो भूमिका रहेको छ । त्यस्तै अधिकांश सूचनादाताहरूले यी कार्यक्रमहरूले मातृ स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, महिला सशक्तीकरण, गरिबलाई स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच र बाल स्वास्थ्य सुधारमा उल्लेख्य योगदान दिएकाले अत्यन्त सान्दर्भिक भएको बताएका छन् । |
| २. प्रभावकारिता         | प्रभावकारी (ख),       | सबै अस्पतालमा सात किसिमका, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा डिपो, पिल्स, कण्डम, आइयुसिडी र इम्प्लान्टगरी ५ प्रकारका परिवार नियोजनको साधन उपलब्ध गराउनु पर्ने भएता पनि एक अध्ययनले करिब १० प्रतिशत स्वास्थ्य संस्थामा मात्र सबै साधन उपलब्ध भएको देखाएको छ । सन् २०११ मा आइपुग्दा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ४३.२ प्रतिशत मात्र पुगेको देखिन्छ । सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा झरेको देखाएको छ । बृहत आधारभूत प्रसूति स्याहार भएका जिल्लाहरूको प्रतिशत ९३.३ पुगेको देखिन्छ । त्यसैगरी बि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ८० प्रतिशत पुऱ्याउने र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी ७० प्रतिशत पुऱ्याउने भएता पनि बि.इ.ओ.सी भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र मात्र ४७.३ प्रतिशत र सुत्केरी सेवा उपलब्ध स्वास्थ्य चौकी मात्र ३७.२ प्रतिशत मात्र रहेको छ । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २०१३/१४ सम्म   |



|  |  |
|--|--|
|  | <p>आईपुग्दा ५६ प्रतिशत पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासिल गर्न भने मुस्किल देखिन्छ। स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माउने महिला मध्ये जम्मा आधाले (५३ %) ले सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाएको बताएका छन्। त्यस्तै गरेर यस अध्ययनमा समावेश भएका र स्वास्थ्य केन्द्रमा बच्चा जन्माएका महिला मध्ये जम्मा २३.८ प्रतिशतले मात्र ४ पटक गर्भ जाँच गरेवापत यातायात खर्च पाएको बताएका छन्।</p> <p>विपन्न, पहुँच बाट टाढा रहेका र ग्रामीण भेगका जनताको घरदैलोमा स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने उद्देश्यका साथ सञ्चालित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र गाउँघर क्लिनिक र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमले सेवा दिनेको संख्यामा उल्लेख्य रूपमा वृद्धि भएको छ।</p> <p>किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यक्रम प्रारम्भिक चरणमा रहेता पनि यो कार्यक्रमको उपलब्धि भने सकारात्मक रहेको छ। सन् २०१५ सम्ममा १००० स्वास्थ्य संस्थामा किशोरकिशोरी मैत्री सेवा पुऱ्याउने लक्ष्य राखिएकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा यो सेवा पुगेको छ।</p> <p>जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनडिएचएस) २०११ अनुसार पहिलेको भन्दा गर्भपतन सुरक्षित भएको र सेवाग्राहीको सेवा लिने दर बढेको छ। तर, अबै पनि गर्भपतन सम्बन्धी आवश्यक कानुनी चेतनाको स्तर भने अबै कम (३८ प्रतिशत) रहेको देखाएको छ।</p> <p>आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन हुन नसकेता पनि २०६९/७० को अन्त्यसम्म करिब ४०००० सफल शल्यक्रिया गरी सकिएको छ भने २०६९/७० मा ३३०२४ महिलामा यो रोगको निदान गरी उपचार गरिएको छ।</p> <p>अधिकांश स्वास्थ्य संस्थामा बाँझोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम छैन र सरकारी स्तरबाट पनि सबैको पहुँचमा पुग्ने गरी सञ्चालन गरेको देखिँदैन।</p> <p>नेपाल सरकारले प्रजनन् स्वास्थ्यमा गरेका प्रतिबद्धता अनुरूप आमा सुरक्षा कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, किशोर किशोरी</p> |
|--|--|

|                       |                                 |   |
|-----------------------|---------------------------------|---|
|                       |                                 | <p>कार्यक्रम, आड खस्ने रोकथाम कार्यक्रम, प्राथमिक स्वास्थ्य गाउँघर क्लिनिकमा लक्ष्य प्राप्तिको बाटोमा अग्रसर देखिन्छ । यी बाहेकका अरु कार्यक्रमहरू अभैपनि प्रारम्भिक र विकासको चरणमै रहेकाले प्रभावकारिता निक्यौल गर्न नसकिएपनि कार्यक्रमहरू लक्ष्य अनुरूप विस्तार भइरहेका छन् । अधिकांश कार्यक्रमले महिलामा जनचेतना बढाउन र गरिब एवं सीमान्तकृत जनताहरूको पहुँच बढाउनमा योगदान गरेको छ । यी कार्यक्रम कार्यान्वयन पश्चात पूर्व प्रसूति जाँच, स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउने दर बढेको छ । यसले विगत ५ वर्षमा महिला मृत्युदर घटाउन ठूलो योगदान दिएको छ ।</p>   |
| <p>३. कार्यदक्षता</p> | <p>सामान्य कार्यदक्षता ( ग)</p> | <p>एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकारको बजेट योगदान ५४ प्रतिशत रहेको छ । विकास साभेदारहरूमा पुल फण्डको योगदान ४१% छ ।</p> <p>नेपालको वित्तीय सुधार कार्यक्रम लागु भए पश्चात एकीकृत रुपमा परिचालन भएको छ । विगत दुई वर्ष भन्दा अधिदेखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले यी समस्याहरू समाधान गर्न वित्तीय व्यवस्थापन सुधार योजना लागु गरेको छ । केही क्षेत्रमा प्रगति पनि देखिएको छ, जस्तै बजेटको कार्यान्वयन दर बढेको पाइन्छ । वित्तीय व्यवस्थापनमा देखिएका समस्याहरू भन्नाले रकम निकासामा विलम्ब, बजेट कार्यान्वयनमा देखिएको सक्षमता र प्रभावकारिताको कमी र सामान्यतया कमजोर नियन्त्रण प्रणाली मुख्य छन् । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (MDAC Annual Review 2070/71) अनुसार जिल्लास्तरमा ८०% देखि ९०% सम्म, केन्द्रीय स्तरमा भौतिक तथा वित्तीय प्रगतिभएको आयोजना अर्न्तगत एकीकृत प्रजनन तथा महिला स्वास्थ्य कार्यक्रम ८५% भौतिक ८५% वित्तीय प्रगतिभएको पाईयो । त्यसैगरी केन्द्रीयस्तरमा ७०% भौतिक ७१% वित्तीय प्रगतिभएको पाईयो ।</p> <p>मेडिकल डाक्टरको पदपूर्तिको अवस्था हेर्दा अभैपनि २३% खालि छ । जबकि यो नै स्वास्थ्य संस्था स्थापना, सञ्चालन तथा स्तरोन्नति मापदण्ड सम्बन्धी निर्देशिका, २०७० ले परिकल्पना गरे अनुरूप आवश्यक पदनै कम देखिन्छ । स्टाफ नर्स, अनमीको पदपूर्तिको अवस्था ९९%, प्यारामेडिक्स ८७%, र अन्य करिब ९३% छ । समग्रमा अभै ११% जनशक्तिको अभाव देखिन्छ । करिब ३१% सबै प्रकारका स्वास्थ्यका लागि जनशक्तिको अपुग छ ।</p> <p>सुरक्षित मातृत्व तथा परिवार नियोजन कार्यक्रमका लागि नेपाल सरकार तथा विकास साभेदारहरूले अन्य क्षेत्रमा भन्दा बढी बजेट</p> |

|                      |                         |  |
|----------------------|-------------------------|--|
|                      |                         | <p>विनियोजन गरेको देखिन्छ । प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता, पाठेघर खस्ने समस्या तथा फिस्टुला कार्यक्रम का लागि विकास साभेदारको सहयोग नगन्य रहेको भएता पनि नेपाल सरकारले भर्खर मात्र भए पनि बजेट विनियोजन गरी कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । विगत केही वर्षदेखि आमा कार्यक्रममा उल्लेख्य रूपमा बढेको छ । त्यसैगरी आमा कार्यक्रमको बजेट उपयोग गर्ने क्षमतामा पनि प्रत्येक वर्ष सुधार आएको छ ।</p> <p>राज्यले जस्तोसुकै परिस्थितिमा पनि आफ्ना जनतालाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु पर्ने हुदाँ यसको कार्यक्षमता अन्य वस्तुमा जस्तो दाँजेर हेर्न मिल्ने देखिदैन । त्यसमा पनि कतिपय कार्यक्रमहरूको बजेट विनियोजन रातो किताब अनुसार हुने र कार्यान्वयन तर्फ आइपुग्दा त्यही अनुसार बजेट निकासी हुने हुदाँ कार्यक्रम अनुसारको प्रतिलागत खर्चको विश्वसनीयता त्यति प्रभावकारी देखिदैन ।</p>   |
| <p>४.<br/>प्रभाव</p> | <p>प्रभावित<br/>(ख)</p> | <p>ग्रामीण भेगसम्म नै राम्रो पहुँच भएको परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई प्रभावकारी कार्यक्रमका रूपमा लिइन्छ । सन् २००६ मा भएको डेमोग्राफिक हेल्थ सर्वेको अनुसार ३.१ भएको प्रजनन् दर सन् २०११ मा आउँदा २.६ मा झरेको छ (NDHS, 2011) । गत १५ वर्षमा महिलाहरूमा आधुनिक साधनहरूको प्रयोगमा ६६ प्रतिशतले बृद्धि हुनु धेरै सकारात्मक कुरा हो । यद्यपि, सहस्राब्दी विकास लक्ष्यले सन् २०१५ सम्ममा आधुनिक साधनको प्रयोग दर ६७ प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष्यमा हालसम्मको उपलब्धि ४३ प्रतिशत मात्र रहेको छ । सन् २००६ मा २६.४% रहेको परिवार नियोजनको अपर्याप्तता सन् २०११ मा २७% पुगेको छ (NDHS, 2011) ।</p> <p>सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम) ले मातृ मृत्युदर घटाउनमा ठूलो भूमिका खेलेको छ । सन् १९९० मा प्रति लाख जन्ममा ५३९ रहेको मातृ मृत्युदर सन् २००६ मा २८१ मा झरेको तथ्याङ्कले (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण सन् २००६) नेपाल सहस्राब्दी विकास लक्ष्य ५ का गन्तव्य प्राप्त गर्ने बाटामा राम्ररी अघि बढेको देखाएको छ । चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्याको दर सन् २००० मा १४ प्रतिशत रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा बढेर सन् २००५ मा २९.४ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ सम्म आइपुग्दा ५६ प्रतिशतले पुगेता पनि सन् २०१५ सम्मको ८० प्रतिशतको लक्ष्य हासील गर्न मुस्किल देखिन्छ ।</p> <p>आर्थिक वर्ष २०६५/६६ मा महिला स्वास्थ्य स्वयंमसेविका कार्यक्रमले</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>प्रति स्वयमसेवक सेवा दिनेको संख्या सन् २००९/१० (२०६५/६६) मा १९१ रहेकोमा उल्लेख्य रूपमा वृद्धि भई सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा २१४ पुगेको छ (DoHS, 2009 &amp; 2013) । सन् २०१५ सम्म एन.एच.एस.पी-२ ले ५३५१४ को संख्यामा स्वयंसेवक पुऱ्याउँने लक्ष्य राखेकोमा स्वयमसेवकको संख्या सन् २०१३/१४ (२०६९/७०) मा आइपुग्दा ५१४७० रहेको छ । यसरी हेर्दा यो लक्ष्य अनुरूप अघि बढीरहेको छ ।</p> <p>ग्रामीण भेगमा स्वास्थ्य संस्थादेखि टाढा रहेका जनताको घरदैलोमा स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउँने उद्देश्यका साथ सञ्चालित प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम अर्न्तगत विगत पाँच वर्षमा देशभर हरेक वर्ष लाखभन्दा बढी यस्ता क्लिनिकहरु चलाइएका छन् । यसबाट सरदर १ क्लिनिकबाट औशत २० जना स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरेका छन् (DoHS, 2013) तरपनि उचित भौतिक पूर्वाधारहरुको अभाव, निरन्तरताको कमि र कुनै ठाउँमा निष्क्रिय भएका कारण यस कार्यक्रमको सोचेजति प्रभाव पार्न नसकेको देखिन्छ ।</p> <p>किशोरावस्थाको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम अर्न्तगत सन् २०१३ सम्म किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउने संस्थाको संख्या ७३२ रहेकोमा यस आर्थिक वर्षमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाका अनुसार ४९ जिल्लाको १५७४ स्वास्थ्य संस्थामा विशोरकिशोरी मैत्री सेवा रहेको छ । नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण २०११ अनुसार सन् २००५ र सन् २०११ बीच किशोरावस्थाका जन्मदर अध्ययन गरीएकोमा प्रति हजार ९८ बाट ८१ मा भरेकामा सन् २०१२ सम्म आउदा ७४ रहेको देखिएको छ, यसरी हेर्दा पनि सन् २०१५ को ७० प्रति हजारको लक्ष्य अनुरूपको प्रगतिहासिल भएको छ ।</p> <p>गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रमले हजारौं अनिक्षित गर्भ रहेका महिलालाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै असुरक्षित गर्भपतनको जोखिमबाट जोगाउने काम गरेको छ । आ.व. २०६७/६८ (२०११/१२) मा ४८७ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ९५३०६ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएकोमा आ.व. २०६९/७० (२०१३/१४) मा मात्र जम्मा ५७४ स्वीकृत संस्थाबाट जम्मा ८४०११ महिलाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको देखिन्छ । तरपनि युवाहरुमा यो सम्बन्धी सूचना र जानकारी कम हुँदा र सरकारी अनुगमन प्रभावकारी नहुनाले यो सेवालाई परिवार नियोजनकै रूपमा लिए पनि अरु नकारात्मक असरहरुको जोखिम भने बढेको छ ।</p> |
|--|--|



|                       |                   |  |
|-----------------------|-------------------|--|
|                       |                   | <p>आइ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम अर्न्तगत आ.व. २०६६/६७ सम्म २६००० जना उपचारबाट लाभान्वित भएकोमा आ.व. २०६८/६९ मा यो संख्या ४०००० पुगेको छ (DoHS, 2009 &amp; 2013) । आइखस्ने रोकथाम र अप्रेसन गरेका महिलामा जम्मा ७४% ले स्वास्थ्य सुधार भई आफ्नो जीवनमा सामाजिक सुधार आएको बताएकाले पनि यस कार्यक्रमले जीवनस्तरमा प्रभाव परेको देखिन्छ ।</p> <p>फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम पनि नेपाल सरकारको नया कार्यक्रम रहेकोले प्रारम्भिक चरणमै रहेको छ र हालसम्म कति लाभान्वित भए भन्ने तथ्यगत अभिलेख छैन । बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम केन्द्रीयस्तरका थोरै अस्पतालहरुमा मात्र पूर्ण सेवा प्राप्त हुने र ज्यादै कम पहुँच र खर्चिलो भएका कारण सर्वसाधारण जनताको पहुँच बाट टाढा रहेको छ ।</p> <p>सरकारी तवरबाट पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोजपड्ताल तथा रोकथाम कार्यक्रम अर्न्तगत कुनै ठोस कार्यक्रम आउन सकेको छैन । गैर सरकारी तवरमा अष्ट्रेलियन पाठेघर क्यान्सर फाउण्डेसनको सहयोगमा २२००० जना भन्दा बढी स्कुले छात्रालाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर विरुद्धको खोप लगाइएको छ (NNFCTR, 2013) । प्राय स्वास्थ्य संस्थामा यो कार्यक्रम नभएको र उल्लेख्य स्वास्थ्य संस्थाले खोजपड्ताल गरेर सम्बन्धित संस्थामा प्रेषण गर्ने गरेका छन् ।</p> <p>प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी साना अनुसन्धान कार्यक्रम अर्न्तगत हुने स्वास्थ्य संस्थाको नियमित अनुगमन कार्य धेरै कम मात्र हुने गरेको छ । अनुगमन भएका संस्थाहरुमा पनि निमित्त र प्रभावकारी भएका छैनन् । आवधिक र विशेष प्रयोजनका लागि हुने अध्ययनहरु पर्याप्त छैनन् ।</p> <p>विगत ५ वर्षमा देशमा भएको सडक विस्तार, शिक्षाक्षेत्रमा भएको उपलब्धि, खानेपानी तथा सरसफाई मा सुधार, महिला सशक्तीकरण अधिकार र न्याय क्षेत्रमा भएका प्रगति, कृषि तथा पोषणमा आएको सुधार, सूचनार प्रविधिको पहुँचमा बृद्धि, समता र लैङ्गिक समावेशीकरणका लागि सरकारी एवं गैर सरकारी तवरबाट भएका प्रयासहरुले पनि समग्र महिला स्वास्थ्यका उपलब्धिहरुमा प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष प्रभाव परेको मान्न सकिन्छ ।</p> |
| <p>५.<br/>दीगोपना</p> | <p>दीगोपन (ख)</p> | <p>परिवार नियोजन कार्यक्रम, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा</p>  |

|                       |                      |   |
|-----------------------|----------------------|---|
|                       |                      | <p>कार्यक्रम) र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमहरू मा लगानी भएको बजेटको ठूलो हिस्सा सरकारको रहेको छ (FHD, 2014) । यस कार्यक्रम सञ्चालनार्थ आवश्यक पर्ने नीति नियम बन्नुका साथै समयानुकूल परिष्कृत भइरहेका छन् । मानव संसाधन परिपूर्तिको सवालमा धेरै गर्न बाँकि रहेतापनि कार्यक्रमलाई दिइएको प्राथमिकता, कार्यक्रमको प्रभावकारिता, सम्बन्धित संघ संस्था, नागरिक समाज शिक्षण अस्पताल निजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यले गर्दा कार्यक्रमको दीगोपन सम्भव देखिन्छ ।</p> <p>प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको लागि पर्याप्त बजेट विनियोजन नभएतापनि विनियोजित रकममा सरकारी हिस्सा उल्लेख्य रहेको छ । भौतिक पूर्वाधारको अभाव र यथेष्ट जनशक्तिको अभावमा कार्यक्रम सोचेजति प्रभावकारी बन्न सकिरहेको छैन । यस कार्यक्रममा सबै साभेदारहरूलाई समेट्न नसकेपनि स्थानीय तवरमा साभेदारी राम्रो रहेको छ । किशोर किशोरीको प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमका लागि विनियोजित बजेटको ठूलो हिस्सा बाह्य सहयोग रहेको छ (FHD, 2014) । पूर्वाधार जनशक्ति र अन्य प्राविधिक पक्ष पनि विस्तारकै क्रममा रहेको छ । यसका लागि आवश्यक पर्ने नीति निर्देशिका तयार भइसकेका छन् । गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, बाँभोपनको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम, पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम, आड खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम र फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रमका लागि आवश्यक आशिक नीति निर्देशिकाहरू बनेका छन् । यी निर्देशिकाहरू परिमार्जन र परिष्कृत गर्ने काम गरिँदै आएको छ । यो विस्तार हुने क्रममा नै रहेको कार्यक्रमको लागि आवश्यक बजेट र लगानी नभएतापनि सरकारले नयाँ नीतिमा यसलाई सम्बोधन गरेको छ । सम्बन्धित संघ संस्था नागरिक समाज शिक्षण अस्पताल निजि एवं सामुदायिक अस्पताल र विकासका अन्य दाता र साभेदारसँग समन्वय र सहकार्यको अवस्था पनि सामान्य देखिएको छ ।</p> |
| <p>६. समग्र निचोड</p> | <p>सन्तोषजनक (ख)</p> | <p>समग्रमा यस तालिकामा प्रस्तुत भए अनुसार सान्दर्भिकता, प्रभावकारिता, कार्यदक्षता, प्रभाव र दीगोपनालाई लेखाजोखा गर्दा एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य प्याकेज अर्न्तगतका कार्यक्रम सन्तोषजनक मान्न सकिन्छ ।</p>   |



## मूल्याङ्कन नतिजा आधार

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| औचित्यता     | उच्च औचित्यपूर्ण (क),<br>सामान्य औचित्यपूर्ण (ग),     | औचित्यपूर्ण (ख),<br>औचित्य नभएको (घ)  |
| प्रभावकारिता | अति प्रभावकारिता (क),<br>सामान्य प्रभावकारिता (ग),    | प्रभावकारिता(ख),<br>प्रभावकारिता नभएको (घ)  |
| कार्यदक्षता  | अति कार्यदक्षतापूर्ण (क),<br>सामान्य कार्यदक्षता (ग), | कार्यदक्षता (ख),<br>कार्यदक्षता हासिल नभएको (घ)   |
| प्रभाव       | अति प्रभावित (क),<br>सामान्य प्रभावित (ग),            | प्रभावित (ख),<br>कुनैपनि प्रभाव नपरेको (घ)<br>(यसमा सकारात्मक तथा नकारात्मक प्रभाव दुवैलाई हेरिएको छ ।) |
| दीगोपना      | अति दीगोपन(क),<br>सामान्य दीगोपन(ग),                  | दीगोपन(ख),<br>दीगोपननभएको (घ)   |
| समग्र निचोड  | अति सन्तोषजनक (क),<br>सामान्य सन्तोषजनक (ग),          | सन्तोषजनक (ख),<br>असन्तोषजनक (घ)  |



## सुभावहरु (Recommendation)

### ५. सुभावहरु

- १) विभिन्न अध्ययनले देखाएको निष्कर्षलाई आधार मान्ने हो भने यस लक्ष्य अर्न्तगत दिएको मातृ मृत्यु दर सूचकाङ्क हाँसिल हुने तर्फ उन्मुख रहेको देखिन्छ । अझै पनि यससँग सम्बन्धित अन्य सूचकाङ्कको (जस्तै: परिवार नियोजनका साधन प्रयोग दर, चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्या आदि) पुरा हुने आधार सन्तोषजनक देखिदैन । त्यसैले, प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अन्य कार्यक्रमलाई पनि अझबढि प्राथमिकता दिई नयाँ स्वास्थ्य नीति २०७१ लाई समेत सम्बोधन हुने गरी राष्ट्रिय स्तरको एकीकृत रुपमा कार्ययोजना तर्जुमा गर्न सकेमा लागत र परीणाममा सुधार भई कार्यदक्षता र प्रतिफलमा बृद्धि हुने देखिन्छ ।
- २) सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत मानव संसाधन कम भएको र स्वास्थ्य संस्थाहरुमा दरबन्दी अनुसारको जनशक्ति उपलब्ध नभएकोले मानव संसाधनको व्यवस्थापनमा जोड दिन जरुरी देखिन्छ ।
- ३) विशेष गरेर गर्भपतन, बाभोपना, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आइड खस्ने र फिस्टुला रोगको उपचार तथा व्यवस्थापनमा गुणस्तरीयता सुनिश्चित हुने कार्यक्रमहरु नीतिगत रुपमा नै सञ्चालन गर्नुपर्ने देखिन्छ । साथै यि कार्यक्रमहरुले राखेका उद्देश्य पूर्तिका लागि प्राथमिकताका साथ कार्यान्वयनमा ल्याउनु पर्ने देखिन्छ ।
- ४) प्रजनन स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित अत्यावश्यक औषधि तथा उपकरणको उपलब्धता प्राथमिक स्तर लगायत उच्च स्तरका स्वास्थ्य संस्थामा समेत न्यून देखिएको हुँदा त्यसको सहज आपूर्ति गर्ने व्यवस्था गर्नुपर्ने देखिन्छ ।
- ५) चौबिसै घण्टा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धीको सेवा प्रदान र बर्थिङ सेन्टर चलाउन न्यूनतम व्यवस्था जस्तै कर्मचारीको लागि बसोबासको व्यवस्था, बिरामी कुरुवाको लागि व्यवस्था, पानी तथा बत्तीको सुविधा जस्ता कार्यको निर्माण गर्नु पर्ने देखिन्छ ।
- ६) प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको लागि यातायात अझै पनि बाधकको रुपमा रहेको छ । सुलभ यातायातको लागि एम्बुलेन्स, स्टेचर, आधुनिक किसिमको रिक्सा, डोको लगायतका चौबिसै घण्टा उपलब्ध हुने गरी व्यवस्था हुनु पर्ने देखिन्छ ।
- ७) आमा कार्यक्रम अर्न्तगत यातायात खर्चको वितरण र चार पटक गर्भ जाँच गराए बापत पाउने यातायात खर्चको वितरण अत्यन्त न्यून रहेको हुँदा यसको बृद्धिका लागि निर्देशनात्मक कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्ने र अझ जनचेतनात्मक कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्ने ।



### Management Response Plan

| सुभावहरु  | कार्यक्रम  | समय  | जिम्मेवार निकाय  | अनुगमन कसले, कहिले, कसरी   |
|---|--|--|--|--|
| <p>१. विभिन्न अध्ययनले देखाएको निष्कर्षलाई आधार मान्ने हो भने यस लक्ष्य अर्न्तगत दिएको मातृ मृत्यु दर सूचकाङ्क हाँसिल हुने तर्फ उन्मुख रहेको देखिन्छ । अभ्रै पनि यससँग सम्बन्धित अन्य सूचकाङ्कको (जस्तै: परिवार नियोजनका साधन प्रयोग दर, चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएका संख्या आदि) पुरा हुने आधार सन्तोषजनक देखिदैन । त्यसैले, प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी अन्य कार्यक्रमलाई पनि अभ्रबढि प्राथमिकता दिदै नयाँ स्वास्थ्य नीति २०७१ लाई समेत सम्बोधन हुने गरी राष्ट्रिय स्तरको एकीकृत रुपमा कार्ययोजना तर्जुमा गर्न सकेमा लागत र परीणाममा सुधार भई कार्यदक्षता र प्रतिफलमा बृद्धि हुने देखिन्छ ।</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>परिवार नियोजनका साधन प्रयोग दर बढाउनका लागि माइक्रो प्लानिङ्गलाई सम्पूर्ण जिल्लाको स्वास्थ्य संस्था तहमा कार्यान्वयनमा लाने ।</li> <li>खोजी कार्य र रेकर्डिङ्गलाई अभ्र मजबुत गराई गर्भवती महिला, प्रसूति सेवा लिएका महिलाहरुको संख्या यकीन गरी अनुगमनको कार्य संचालन गर्ने ।</li> <li>परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र बाल स्वास्थ्य महाशाखाको संयुक्त समन्वयमा आमा तथा बच्चाको स्वास्थ्य परीक्षण र सुधारका लागि स्वस्थ बच्चा क्लिनिकको अवधारणा लागू गर्ने ।</li> </ul> | <p>आगामी आर्थिक वर्ष सम्म ।</p> <p>आगामी आर्थिक वर्ष सम्म ।</p> <p>आगामी आर्थिक वर्षबाट लागू गर्ने ।</p> | <p>कार्ययोजना तर्जुमाका लागि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय अर्न्तगतको स्वास्थ्य सेवा विभागको परिवार स्वास्थ्य महाशाखा</p> <p>कार्यान्वयनका लागि सम्बन्धित केन्द्रिय, क्षेत्रिय र अञ्चल अस्पताल, जिल्ला स्तरमा जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय र जनस्वास्थ्य कार्यालय लगायत प्रा.स्वा.के., स्वा.चौ., उप स्वा.चौ.,</p> | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय र मातहतका निकायबाट हरेक महिना</p> |
| <p>२) सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत मानव संसाधन कमि भएको र स्वास्थ्य संस्थाहरुमा दरबन्दि अनुसारको जनशक्ति</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>दरबन्दि अनुसारको जनशक्ति व्यवस्था गर्न अपुग जनशक्ति को माग लोकसेवा आयोगलाई पठाउने र अन्य जनशक्ति पूर्तिको</li> </ul>  | <p>तत्काल</p>  | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय, कर्मचारी व्यवस्थापन महाशाखा</p>  | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय र मातहतका निकायबाट हरेक महिना</p> |



|  |   |                                 |  |  |
|--|---|---------------------------------|--|--|
| <p>उपलब्ध नभएकोले मानव संसाधनको व्यवस्थापनमा जोड दिन जरुरी देखिन्छ ।</p>   | <p>लागि करार अथवा स्थायी दरबन्दीको व्यवस्था गर्ने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● अपुग जनशक्ति पूर्तिका लागि मेडिकल शिक्षा संचालन हुने कार्यालयहरूसँग समन्वय गरी स्वास्थ्यकर्मीको उपलब्धतालाई बृद्धि गर्ने ।</li> <li>● सरुवा, बहुवा, अवकाश, क्षमता अभिवृद्धि सम्बन्धी प्रष्ट नीति तथा कानूनको पुनरावलोकन गर्ने ।</li> </ul>   |                                 |  |  |
| <p>३) विशेष गरेर बाभोपना, पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ्ग खस्ने र फिस्टुला रोगको उपचार तथा व्यवस्थापनमा गुणस्तरीयता सुनिश्चित हुने कार्यक्रमहरु नीतिगत रुपमा नै सञ्चालन गर्नुपर्ने देखिन्छ । साथै यि कार्यक्रमहरुले राखेका उद्देश्य पूर्तिका लागि प्राथमिकताका साथ कार्यान्वयनमा ल्याउनु पर्ने देखिन्छ ।</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● केन्द्रिय देखि जिल्ला तहको अस्पताल सम्म यी रोगको स्क्रिनिङ्ग र उपचारको व्यवस्था गर्ने ।</li> <li>● स्वास्थ्य र उप स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रको तहसम्म पाठेघरको मुखको क्यान्सर, आङ्ग खस्ने र फिस्टुला रोगको बारेमा स्क्रिनिङ्ग र प्रेषणको को व्यवस्था गर्ने ।</li> <li>● जनचेतनाका कार्यक्रमहरु समुदायस्तरमा अन्य संस्थासँग मिलि संचालन गर्ने ।</li> </ul> | <p>आगामी आर्थिक वर्ष सम्म ।</p> | <p>राष्ट्रिय योजना आयोग, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय लगायत प्रा.स्वा.के, स्वा.चौ., उप स्वा.चौ.</p> | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय र मातहतका निकायबाट हरेक महिना</p> |

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <p>४) प्रजनन स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित अत्यावश्यक औषधि तथा उपकरणको उपलब्धता प्राथमिक स्तर लगायत उच्च स्तरका स्वास्थ्य संस्थामा समेत न्यून देखिएको हुँदा त्यसको सहज आपूर्ति गर्ने व्यवस्था गर्नुपर्ने देखिन्छ।</p>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● माग तथा माग अनुसारको पूर्तिलाई व्यवस्थित गर्ने</li> <li>● अत्यावश्यक उपकरणको प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा अत्यावधिक गरी अपुग भएकोमा उपलब्धताको व्यवस्था गर्ने,</li> <li>● बिग्रेको मर्मतको उचित व्यवस्था गर्ने</li> </ul> | <p>तत्काल , आगामी आर्थिक वर्ष सम्म ।</p> | <p>स्वास्थ्य सेवा विभागको आपूर्ति व्यवस्था महाशाखा</p>   | <p>परिवार स्वास्थ्य महाशाखा</p>                 |
| <p>५) चौबिसै घण्टा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धीको सेवा प्रदान र बर्थिङ सेन्टर चलाउन न्यूनतम व्यवस्था जस्तै कर्मचारीको लागि बसोबासको व्यवस्था, बिरामी कुरुवाको लागि व्यवस्था, पानी तथा बत्तीको सुविधा जस्ता कार्यको निर्माण गर्नु पर्ने देखिन्छ ।</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● कर्मचारीको लागि बसोबासको व्यवस्था</li> <li>● बिरामी कुरुवाको लागि व्यवस्था</li> <li>● पानी तथा बत्तीको सुविधा जस्ता कार्यको निर्माण गर्नु</li> </ul>   | <p>आगामी आर्थिक वर्षबाट लागू गर्ने</p>   | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय तथा स्वास्थ्य सेवा विभाग, व्यवस्थापन महाशाखा, आपूर्ति व्यवस्था महाशाखा</p>  | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालयले नियमित</p> |
| <p>६) प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको लागि यातायात अझै पनि बाधकको रूपमा रहेको छ । सुलभ यातायातको लागि एम्बुलेन्स, स्टेचर, आधुनिक किसिमको रिक्सा, डोको लगायतका चौबिसै घण्टा उपलब्ध हुने गरी व्यवस्था हुनु पर्ने</p>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● समुदाय स्तरमा यातायातका लागि न्यूनतम व्यवस्था स्टेचरको अथवा आधुनिक किसिमको रिक्साको व्यवस्था गर्ने ।</li> <li>● बाटोघाटोको अलि सुविधा भएको ठाँउमा एम्बुलेन्सको व्यवस्था गर्ने ।</li> </ul>                               | <p>आगामी आर्थिक वर्ष सम्म ।</p>          | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय तथा स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय लगायत प्रा.स्वा.के, स्वा.चौ., उप स्वा.चौ.</p> | <p>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय</p>          |



| देखिन्छ ।  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <p>७) आमा कार्यक्रम अर्न्तगत यातायात खर्चको वितरण र चार पटक गर्भ जाँच गराए बापत पाउने यातायात खर्चको वितरण अत्यन्त न्युन रहेको हुँदा यसको वृद्धिका लागि निर्देशनात्मक कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्ने र अभिजनचेतनात्मक कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्ने ।</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा र संस्थागत सुत्केरी सेवा लिएबापत पाइने भत्तालाई शतप्रतिशत कार्यान्वयन दरमा लाने ।</li> <li>● चौथोपटक पूर्व प्रसूति सेवा र संस्थागत सुत्केरी सेवा लिएबापत पाइने भत्ताको बारेमा वडास्तरमा महिला केन्द्रित जनचेतनामुलक कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्ने ।</li> </ul> | <p>आगामी आर्थिक वर्ष सम्म ।</p> <p>आगामी आर्थिक वर्ष सम्म ।</p> | <p>परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र मातहतका निकाय</p> <p>परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सुचना तथा संचार केन्द्र</p> | <p>परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र मातहतका निकायबाट हरेक महिना निर्देशनात्मक कार्यक्रमहरु सञ्चालन गरेर, समयमा बजेट निकाशा गरेर,</p> |

# सिकाईहरु

(Lesson Learned)

## ६. सिकाईहरु (Lesson Learned)

- १) राष्ट्रिय योजना आयोगबाट गरिने अनुगमन तथा मूल्याङ्कन कार्यले नेपाल सरकारको मातहतमा कार्यान्वयन गरिएका कार्यक्रमहरुको मूल्याङ्कन कार्य सजिलो तथा प्रतिनीधिमूलक हुने ।
- २) आमा कार्यक्रम मार्फत दिईएको प्रोत्साहन (ईन्सेन्टीभ ) ले महिलाहरु स्वास्थ्य केन्द्रमा आई गर्भ जाचँ तथा प्रसूति( सुत्केरी) गराउनेको संख्यामा वृद्धि भएको ।
- ३) आवश्यक तथ्याङ्कको व्यवस्थापनमा कमिकमजोरी रहेकाले तथ्याङ्क व्यवस्थापनमा मानवीय स्रोत तथा साधनको उपलब्धता गराउन सके आवश्यक पर्दा सजिलै तथ्याङ्क सन्कलन गर्न सजिलो हुने देखिन्छ ।
- ४) एकीकृतमहिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवालाई दीगोपना कायम गर्न नेपाल सरकारका स्वास्थ्य केन्द्रहरु उपयुक्त छन् तर तिनीहरुको सिप विकास तथा पूर्वाधार बढाउन जरुरी छ ।



## सन्दर्भ सामाग्रीहरु

- केन्द्रीय तथ्याङ्क विभाग (सन् २०१२), जनगणना २०११ : राष्ट्रिय प्रतिवेदन, काठमाडौं : केन्द्रीय तथ्याङ्क विभाग ।
- नेपाल सरकार राष्ट्रिय योजना आयोग, संयुक्त राष्ट्र संघीय कार्यदल (सन् २०१३), नेपाल सहस्राब्दी विकास लक्ष्य प्रगति प्रतिवेदन २०१३ ।
- स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय सन् (२०१०), स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम २, २०१०-१५, काठमाडौं : स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, न्यू एरा तथा यूएनएफपीए, युकेड, युएसएड (सन् २०१३), नेपाल जनसंख्या तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षणको भविष्य विश्लेषण, काठमाडौं : नेपाल जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण ।
- स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, न्यू एरा तथा यूएनएफपीए, युकेड, युएसएड (सन् २०१३), नेपालमा मातृ तथा बाल स्वास्थ्य, जात-जाति र क्षेत्रीय पहिचानको प्रभाव : २०११ मा भएको जनसंख्या तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षणको थप विश्लेषण ।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग (सन् २००९), वार्षिक प्रतिवेदन, सन् २००८-०९ काठमाडौं : स्वास्थ्य सेवा विभाग ।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग (सन् २०१०), वार्षिक प्रतिवेदन, सन् २००९-१० काठमाडौं : स्वास्थ्य सेवा विभाग ।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग (सन् २०११), वार्षिक प्रतिवेदन, सन् २०१०-११ काठमाडौं : स्वास्थ्य सेवा विभाग ।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग (सन् २०१२), वार्षिक प्रतिवेदन, सन् २०११-१२ काठमाडौं : स्वास्थ्य सेवा विभाग ।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग (सन् २०१३), वार्षिक प्रतिवेदन, सन् २०१२-१३ काठमाडौं : स्वास्थ्य सेवा विभाग ।
- विश्व स्वास्थ्य संगठन, यूनिसेफ, यूएनएफपीए, विश्व बैंक (सन् २०१२), मातृ मृत्युदरको प्रवृत्ति, १९९० - २०१०, [http://www.unfpa.org/webav/site/gOLbal/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4.-1.pdf](http://www.unfpa.org/webav/site/gOLbal/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4.-1.pdf) बाट प्राप्त ।
- विश्व बैंक (सन् २०१३), बयस्क प्रजनन्दर, <http://www.data.worldbank.org/indicator/sp.ado.tfrt> बाट प्राप्त ।
- नेपाल नेटवर्क फर क्यान्सर ट्रीटमेन्ट एन्ड रिसर्च (सन् २०१३) ।
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति (सन् १९९१) ।
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति (सन् २०१४) ।
- परिवार स्वास्थ्य महाशाखा (सन् २०१४), स्वास्थ्य सेवा विभाग ।
- राष्ट्रिय योजना आयोग (सन् २०१४), Terms of Reference.
- राष्ट्रिय योजना आयोग (सन् २०१० क) नेपाल विकास लक्ष्यहरु आवश्यकता मूल्याङ्कन प्रतिवेदन २०११ काठमाडौं राष्ट्रिय योजना आयोग ।
- यूएनडिपी (सन् २०१३), मानव विकास प्रतिवेदन, राष्ट्रिय प्रतिवेदन निर्देशिकाको परिशिष्ट, काठमाडौं : यूएनडिपी ।



# अनुसूचीहरू

(Annex)

## अनुसूचीहरू (Annex):

### अनुसूची- १ .

#### MOHP M&E Framework 2012

| क.सं | Output Indicator  | २०१०    | २०११        | २०१३   |                             | २०१५  |
|------|---|---------|-------------|--------|-----------------------------|-------|
|      |   |         |             | टारगेट | उपलब्धि                     |       |
| १    | FCHV कोष प्रयोग गर्ने महिलाको प्रतिशत   | प्रा.न  | ५%          | ८%     | प्रा.न.                     | १०%   |
| २    | किशोरकिशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको संख्या  | ०       | ७८%         | ५००    | ७२२(HMIS)                   | १०००  |
| ३    | कम्तिमा तीन महिला र दुई जनजाति सम्मिलित भएको HFOMC द्वारा व्यवस्थापन गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिशत  | प्रा.न. | ४२%         | ७०%    | प्रा.न.                     | १००%  |
| ४    | चिकित्सकको दरबन्दी पूर्ति भएको प्राथमिक स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिशत  | प्रा.न. | ५०%         | ८८%    | २३ (STS)                    | ९०%   |
| ५    | चिकित्सकको दरबन्दी पूर्ति भएको अस्पतालको प्रतिशत  | प्रा.न. | ७४%         | ८८%    | ४७ (STS)                    | ९०%   |
| ६    | नर्सको दरबन्दी पूर्ति भएको अस्पतालको प्रतिशत  | प्रा.न. | ८३%         | ८८%    | ५५ (STS)                    | ९०%   |
| ७    | MDGP वा OPS/ Gyeneco चिकित्सकको दरबन्दी पूर्ति भएको अस्पतालको प्रतिशत   | प्रा.न. | ३१%         | ६०%    | ०                           | ९०%   |
| ८    | FCHV को संख्या  | ४८५१४   |             | ५२०००  | ५१४७० (FHD)<br>५०००७ (HMIS) | ५३५१४ |
| ९    | ५००० जनसंख्याको लागि उपलब्ध स्वास्थ्य चौकीको संख्या   | प्रा.न. | ०.१२(२०११)  | ०.५    | ०.१२(२०११)                  | १     |
| १०   | ५०००० जनसंख्याको लागि उपलब्ध प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रको संख्या  | प्रा.न. | ०.३७(२०११)  | ०.७    | ०.३७(२०११)                  | १     |
| ११   | सम्पूर्ण CEONC सेवा प्रदान गर्ने सरकारी अस्पताल भएको जिल्लाको प्रतिशत   | प्रा.न. | १.०६(२०११)  | ६८     | ६० (District)               | १     |
| १२   | सम्पूर्ण BEONC सेवा प्रदान गर्ने प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र भएको जिल्लाको प्रतिशत   | प्रा.न. | ५८.७१(२०११) | ५०%    | ८०% (HMIS)                  | ७६    |
| १३   | बर्थिङ सेन्टर भएको स्वास्थ्य चौकीको प्रतिशत   | प्रा.न. | २१.४        | >८०    | ७०% (HMIS)                  | ७०    |
| १४   | सुरक्षित गर्भपतन सेवा दिने स्थानमा परिवार नियोजनको सेवा समेत दिने संस्थाको प्रतिशत  | प्रा.न. | ९०          | >८०    | ९१%                         | ८०%   |
| १५   | कम्तिमा ५ वटा परिवार नियोजनको सेवा दिने स्वास्थ्य चौकीको प्रतिशत  | प्रा.न. | १३          | ३५%    | १८%                         | ८०%   |
| १६   | चालू अवस्थाको ल्याब सेवा भएको प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रको प्रतिशत  | ८७%     | ९७.६        | ९५%    | ९७.६%(२०११)                 | ६०%   |
| १७   | नेपाल सरकारको भौतिक पूर्वाधार सम्बन्धीको निर्देशिका अनुसारको मापदण्ड पुगेको सरकारी अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र स्वास्थ्य चौकीको प्रतिशत | प्रा.न. | प्रा.न.     | ६५%    | प्रा.न.                     | १००%  |
| १८   | सुरक्षित गर्भपतन गर्ने ठाँउको बारेमा थाहा भएको प्रजनन उमेरको महिलाहरूको प्रतिशत   | ५०%     | ५८.८        | ३५%    | प्रा.न.                     | १००%  |
| १९   | निःशुल्क अत्यावश्यक औषधीको स्टक भएको स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिशत   | ७६.७%   | ७९.२        | ८०%    | प्रा.न.                     | ८०%   |
| २०   | गर्भवतीको समयमा खतराका चिन्ह र जटिलताको बारेमा थाहा भएको प्रजनन   | प्रा.न. | प्रा.न.     | ४०%    | प्रा.न.                     | ५०%   |



| क.सं | Output Indicator  | २०१०    | २०११ | २०१३   |             | २०१५ |
|------|---|---------|------|--------|-------------|------|
|      |   |         |      | टारगेट | उपलब्धि     |      |
|      | उमेरको महिलाहरुको प्रतिशत   |         |      |        |             |      |
| २१   | मन्त्रालयको सामाजिक परीक्षण सम्बन्धीको निर्देशिका अनुसार गत आ.व.मा सामाजिक परीक्षणगराएका स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिशत | ०       | १७   | १५%    | प्रा.न.     | ९०%  |
| २२   | MOHP/DPHS अनुसार प्रष्ट निर्देशन सहितको बजेट प्राप्त गर्ने जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयको प्रतिशत                   | प्रा.न. | १००% | १००%   | १००%(२०११)  | १००  |
| २३   | पूर्ण राष्ट्रिय बजेटको स्वास्थ्य तर्फ बजेट प्रतिशत  | ७%      | ७.१% | ८.५%   | ५.७% (२०१३) | १०%  |

### अनुसूची- २.

#### MOHP M&E Framework 2012 (Impact Indicator)

##### प्रभाव सूचक

| Impact Indicator                       | 2006 | 2011 | 2013   |             |             | 2015 |
|--|------|------|--------|-------------|-------------|------|
|  |      |      | Target | Achievement | Source      |      |
| मातृ मृत्युदर                          | २८१  | २२९  | १९२    | १९० (WHO)   |             | १३४  |
|  |      |      |        | २८१         | NDHS (2006) |      |
| प्रजनन दर                              | ३.१  | २.६  | २.८    | २.६         | NDHS (2011) | २.५  |
| किशोरकिशोरी प्रजनन दर                  | ९८   | ८१   | ८५     | ८१          | NDHS (2011) | ७०   |
| पाँच वर्षभन्दा मुनिको बच्चाको मृत्युदर | ६१   | ५४   | ४७     | ५४          | NDHS (2011) | ३८   |
| Infant मृत्युदर                        | ४८   | ४६   | ३८     | ४८          | NDHS (2011) | ३२   |
| Neonatal मृत्युदर                      | ३३   | ३३   | २३     | ३३          | NDHS (2011) | १६   |
| कम तौल भएको बच्चाको प्रतिशत            | ३८.६ | २८.९ | ३४     |             |             | २९   |

### अनुसूची- ३.

#### NHSP-2 OLg Frame Indicator (प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रभाव /असर सूचाङ्क) प्रतिफल सूचाङ्क

| S.N | Output Indicator  | Target |       |       | Achieved 2011 |       | Achieved 2012 |       | Achieved 2013 |           |
|-----|---|--------|-------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-----------|
|     |   | २०११   | २०१३  | २०१५  | तथ्याङ्क      | श्रोत | तथ्याङ्क      | श्रोत | तथ्याङ्क      | श्रोत     |
| १   | FCHV कोष प्रयोग गर्ने महिलाको प्रतिशत                                     | -      | ८     | १०    | ५             | HMIS  | ०.५           | HMIS  | ०.०१          | HMI S     |
| २   | किशोरकिशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको संख्या  | -      | ५००   | १०००  | ७८            | FHD   | ४५५           | FHD   | ७३२           | FHD       |
| ३   | FCHV को संख्या  | -      | ५२००० | ५३५१४ | ४८६८०         | HMIS  | ४८८९७         | HMIS  | ५०००७         | HMI S     |
| ४   | सम्पूर्ण CEONC सेवा प्रदान गर्ने सरकारी अस्पताल भएको जिल्लाको प्रतिशत     | -      | ६८    | ७६    | ३९            | STS   | ६२            | STS   | १००           | STS, 2012 |
| ५   | सम्पूर्ण BEONC सेवा प्रदान गर्ने प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र भएको जिल्लाको | -      | ५०    | ७०    | १४            | STS   | ३९            | STS   | २३            | STS, 2012 |





| S.N | Output Indicator  | Target |      |      | Achieved 2011 |       | Achieved 2012 |       | Achieved 2013 |           |
|-----|---|--------|------|------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-----------|
|     |   | २०११   | २०१३ | २०१५ | तथ्याङ्क      | श्रोत | तथ्याङ्क      | श्रोत | तथ्याङ्क      | श्रोत     |
|     | प्रतिशत   |        |      |      |               |       |               |       |               |           |
| ६   | वर्धिङ सेन्टर भएको स्वास्थ्य चौकीको प्रतिशत   | >८०    |      |      | ७९            | STS   | ९३            | STS   | ९७            | STS,      |
| ७   | सुरक्षित गर्भपतन सेवा दिने स्थानमा परिवार नियोजनको सेवा समेत दिने संस्थाको प्रतिशत                        | >९०    |      |      | ९१            | STS   | ९०            | STS   | ९१            | STS, 2012 |
| ८   | कम्तिमा ५ वटा परिवार नियोजनको सेवा दिने स्वास्थ्य चौकीको प्रतिशत  |        |      |      | १३            | STS   | ८             | STS   | १८            | STS,      |
| ९   | सुरक्षित गर्भपतन गर्ने ठाँउको बारेमा थाहा भएको प्रजनन उमेरको महिलाहरुको प्रतिशत                           | -      | ३५   | ५०   | ५८.८          | NDHS  | ३३.३          | HHS   | २८.२          | HHS, 2012 |
| १०  | गर्भवतीको समयमा खतराका चिन्ह र जटिलताको बारेमा थाहा भएको प्रजनन उमेरको महिलाहरुको प्रतिशत                 | -      | ४०   | ५०   | NA            | NA    | ५६.९          | HHS   | ५२.२          | HHS, 2012 |
| ११  | नवजात शिशुमा हुनसक्ने कम्तिमा ३ खतराका चिन्ह र जटिलताको बारेमा थाहा भएको प्रजनन उमेरको महिलाहरुको प्रतिशत | -      | ४०   | ५०   | NA            | NA    | ४८.३          | HHS   | ४४.९          | HHS, 2012 |

### अनुसूची- ४.

#### NHSP-2 OLG Frame Indicator (प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रभाव /असर सूचाङ्क)

| S.N. | Impact and Outcome Indicators                            | Target |      |      | Achieved 2011 |       | Achieved 2012 |       | Achieved 2013 |             |
|------|--|--------|------|------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------------|
|      |  | २०११   | २०१३ | २०१५ | तथ्याङ्क      | श्रोत | तथ्याङ्क      | श्रोत | तथ्याङ्क      | श्रोत       |
| १    | प्रजनन दर  | २      | २.८  | २.५  | २.६           | NDHS  | NA            |       | २.६           | Census 2011 |
| २    | किशोरकिशोरी प्रजनन दर                                    | -      | ८२   | ७०   | ८१            | NDHS  | NA            |       | ८१ प्रति१०००  | FHD         |
| ३    | मातृ मृत्युदर  | २५०    | १९२  | १३४  |               | NDHS  | NA            |       | २८१           | NDHS 2006   |
| ४    | जन्मेको ६० मि. भित्र आमाको दुध खाने नवजात शिशुको प्रतिशत |        | ५५   | ६७   | ४४.५          | NDHS  | ५०.९          | HHS   | NA            |             |
| ५    | परिवार नियोजन प्रयोगकर्ता (CPR)                          | ४८     | ५२   | ६७   | ४३.२          | NDHS  | ४३.१          | HHS   | ४५            | HMIS        |
| ६    | कम्तिमा ४ पटक पूर्व प्रसूति सेवा लिएको महिलाको प्रतिशत   | ४५     | ६५   | ८०   | ५०.१          | NDHS  | ४८.१          | HHS   | ५६            |             |



|    |  |    |     |     |      |          |      |      |      |           |
|----|--|----|-----|-----|------|----------|------|------|------|-----------|
| ७  | IFA Tablet वा Syrup लिएको पछिल्लो गर्भवती महिलाको प्रतिशत                  | ८२ | ८६  | ९०  | ७९.५ | NDHS     | ९१.१ | HHS  | ७५   | HMIS      |
| ८  | SBA बाट सुत्केरी गराएको प्रतिशत  | -  | ४०  | ६०  | ३६   | NDHS     | ४६.३ | HHS  | ४१   | HMIS      |
| ९  | प्रोटोकल अनुसार सुत्केरी पश्चात् कमिन्मा ३ पटक सेवा लिने महिलाको प्रतिशत   | -  | ४३  | ५०  | ३५.८ | HMIS     | ३१.४ | HMIS | २७   | HMIS      |
| १० | सुरक्षित गर्भपतनले जटिलता देखिएको महिलाको प्रतिशत                          | <२ | <२  | <२  | ४९   | NDHS     | १.२  | HMIS | १.३  | HMIS      |
| ११ | प्रसूतिसँग सम्बन्धित मृत्युदर  | <१ | <१  | <१  | ०.१७ | FHD      | NA   | NA   |      |           |
| १२ | आपतकालीन प्रसूति सेवाको आवश्यकता माग पूर्ति                                |    | ४३  | ४९  | २३   | EOC.Mon. | १५.९ | HMIS | २३.८ | HMIS      |
| १३ | अप्रेसन गरी प्रसूति गराइएको  | ४  | ४.३ | ४.५ | ४.६  | NDHS     | ४.९  | HHS  | ११.९ | HMIS      |
| १४ | परिवार नियोजन साधनको आवश्यकता माग पूर्ति नभएको                             |    | २०  | १८  | २७   | NDHS     | NA   | NA   | NA   |           |
| १५ | स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराएको प्रतिशत                                 | -  | ४०  | ५०  | NA   | NA       | ४८.३ | HHS  | ४४.९ | HHS, 2012 |
| १६ | सुरक्षित सुत्केरी पश्चात परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने महिलाको प्रतिशत | ५५ | ६०  | ६०  | ४१   | HMIS     | ३३   | HMIS | २९.४ | HMIS      |

### अनुसूची- ५.

आमा सुरक्षा कार्यक्रम आवश्यक सामग्री को सूचि निम्नअनुसार छ ।

|                          |  |
|--------------------------|--|
| जिल्ला                   |  |
| स्वास्थ्य संस्थाको नाम   |  |
| स्वास्थ्य संस्थाको किसिम | केन्द्रीय अस्पताल ..... ०१<br>क्षेत्रिय अस्पताल ..... ०२<br>अञ्चल अस्पताल ..... ०३<br>जिल्ला अस्पताल ..... ०४<br>प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ..... ०५<br>स्वास्थ्य चौकी ..... ०६<br>उप-स्वास्थ्य चौकी ..... ०७<br>अन्य अस्पताल (खुलाउन ..... ९६ |



### प्रसूति सेवा केन्द्रको मापदण्ड

| मापदण्ड   | छ | छैन |
|---|---|-----|
| दक्ष प्रसूतिकर्मी (नर्स वा अनमी) तथा अन्य आवश्यक सहयोगी समेतको २४ घण्टा उपस्थिति  |   |     |
| राम्रो र गुणस्तरिय भौतिक आधार जस्तै: भर्ना गर्ने, जांच गर्ने, सुत्केरी गराउने, वच्चा जन्माउने, सुत्केरी राख्ने कोठाहरु, कुर्ने ठाउँ, सामानहरु राख्ने ठाउँ, शौचालय र सफा पानीको व्यवस्था                         |   |     |
| वच्चा जन्माउने बेलामा महिलाको चाहना अनुसार परिवारको सदस्य भित्र बस्ने ठाउँ  |   |     |
| महिलाको गोपनीयताको सुनिश्चितता  |   |     |
| केन्द्रको हाता भित्रै स्टाफ बस्ने क्वाटर वा तुरुन्त स्टाफ आउन सक्ने वातावरण   |   |     |
| आवश्यक सामग्री, औजार, उपकरण, आकस्मिक अवस्थाका औषधिका सामग्रीहरुका उपलब्धताको सुनिश्चितता  |   |     |
| महिलाको लागि गर्भवति स्याहार, सुत्केरी स्याहार र सुत्केरी पछिको परिवार नियोजन सेवा  |   |     |
| उपयुक्त प्रेषण प्रणालीको सुनिश्चितता । नजिकको वृहत आकस्मिक प्रसूति सेवा केन्द्र संग आकस्मिक अवस्थामा टेलफोन मार्फत सर सल्लाह पाउने र प्रेषण गरिएको विरामीलाई बेलैमा उचित सेवा पाउने कुरा विच लिखित सहमति भएको । |   |     |
| स्थानिय एम्बुलेन्सहरु संग राम्रो समन्वय गरी बेलैमा प्रेषण गरिएका विरामीहरु पठाने व्यवस्था मिलाएको ।   |   |     |
| जोखिमपूर्ण अवस्थाका महिलाहरुलाई वच्चा जन्माउन भनि वर्थिँए सेन्टरमा भर्ना गरी राख्न मिल्दैन तर उचित परामर्श सहित उपयुक्त स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्छ ।  |   |     |

### अनुसूची- ६.

### एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण (२०१४)

### स्वास्थ्य संस्था सर्वेक्षण प्रश्नावली

### Health Facility Survey Questionnaire

(संस्था प्रमुख तथा निजले तोकेको ब्यक्ति संग सोध्ने)

### परिचय

नमस्ते, मेरो नाम..... हो र म राष्ट्रिय योजना आयोग र स्कूल अफ पि. एम. ई. आर. वाट गर्न लागीएको, एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण (२०१४) मा कार्यरत छु । यस सर्वेक्षणको मुख्य उद्देश्यस्वास्थ्य सेवा प्रवाह सम्बन्धी जानकारी लिनु हो । उक्त कार्यको लागि मलाई यस स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका तपाईं जस्तै व्यक्तिहरूसँग कुराकानी गर्नु पर्छ । तपाईंले यस सर्वेक्षणमा भाग लिएर जानकारी दिएको खण्डमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुधार गर्ने प्रयासमा टेवा पुग्नेछ । तपाईंले दिने जानकारी अत्यन्तै महत्वपूर्ण हुनेछ साथै म तपाईंको सहभागीताको लागि आभारी हुनेछु ।

यो अन्तरवार्ता सकिन करिब ३० मिनेटभन्दा बढि लाग्ने छैन । तपाईंले दिएको कुनै पनि जानकारी एकदमै गोप्यताका साथ राखिने छ र तपाईंसँग सम्बन्धीत कुनै पनि जानकारी यस सर्वेक्षण टोली भन्दा बाहिरको व्यक्तिलाई भनिने छैन । यो सर्वेक्षणमा तपाईंको सहभागीता स्वयमनिर्धारित हुनेछ । तपाईं आफ्नो खुसीले चाहेको बेला कुनै एक वा सम्पूर्ण प्रश्नहरुको उत्तर नदिन पनि सक्नु हुनेछ र जुनसुकै बेला अन्तरवार्ता रोक्न सक्नु हुनेछ ।

यदि तपाईं कुनै पनि प्रश्न सोध्न चाहानुहुन्छ भने कृपया अप्ठ्यारो नमानी सोध्न सक्नु हुनेछ । यदि तपाईंलाई प्रश्नहरु पछि सोध्नु परेको खण्डमा, तपाईं राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय अर्तरगत अनुगमन तथा मूल्याङ्कन महाशाखामा श्री



श्याम भण्डारी (फोन नं ४२९९९५९) तथा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा डा. शीलु अर्याललाई सम्पर्क (फोन नं ४२६४२५०, ४२६४३०९) मा फोन गर्नसक्नु हुनेछ।

| प्र.को | प्रश्न   | उत्तर | कोड | स्किप   |
|--------|--|-------|-----|---|
| १      | मैले भर्खरै भनेको कुराबारे तपाईंको केही प्रश्न छ?                                  | छ,    | १   | .....   |
|        |  | छैन   | २   | अर्को प्रश्नमा जाने   |
| २      | मैले भर्खरै व्याख्या गरेको यो अन्तरवार्ताको उद्देश्य तपाईंले प्रष्टसँग बुझ्नु भयो? | बुझे  | १   | अर्को प्रश्नमा जाने   |
|        |  | बुझिन | २   | भर्खरै भनेको अध्ययनको उद्देश्य पुनः भनिदिनुहोस् र उत्तरदाता प्रष्ट भएपछि मात्र अन्तरवार्ता सुरु गर्नुहोस् |
| ३      | के तपाईं अन्तरवार्ता दिन सहमत हुनुहुन्छ ?  | छ,    | १   | उत्तरदातालाई तल उल्लेखित विवरणमा हस्ताक्षर गर्न भन्नुहोस्   |
|        |  | छैन   | २   | अन्तरवार्ता लिने व्यक्ति: उत्तरदातालाई धन्यवाद दिनुहोस् र अन्तरवार्ता रद्द गर्नुहोस्                      |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम: |  |
| अन्तरवार्ताको मिति:            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>गते महिना साल |
| उत्तरदाताको नाम:               |  |
| सुपरीवेक्षकको नाम र सहि:       |  |

|                          |                             |                      |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------|
| संस्थाको नाम :           | .....                       | <input type="text"/> |
| जिल्लाको नाम:            | .....                       | <input type="text"/> |
| गा.वि.स/नगरपालिका:       | .....                       | <input type="text"/> |
| वडा नं. ....             |                             | <input type="text"/> |
| गाउँ वा टोल: .....       |                             | <input type="text"/> |
| स्वास्थ्य संस्थाका किसिम | केन्द्रिय अस्पताल           |                      |
|                          | क्षेत्रिय अस्पताल           |                      |
|                          | अञ्चल अस्पताल               |                      |
|                          | जिल्ला अस्पताल,             |                      |
|                          | प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, |                      |
|                          | स्वास्थ्य चौकी,             |                      |
|                          | उप-स्वास्थ्यचौकी,           |                      |
|                          | गैरसरकारी संस्था,           |                      |
|                          | मेडिकल कलेज,                |                      |
|                          | अन्य प्राईभेट अस्पताल,      |                      |
|                          | अन्य सरकारी अस्पताल         |                      |
|                          | सामुदायिक अस्पताल           |                      |



कार्यक्रमसंग सम्बन्धित प्रश्नहरू

**SECTION 1: FACILITY CHARACTERISTICS, INFRASTRUCTURE AND FUNCTIONALITY**

| प्र.को.                          | प्रश्न   | उत्तर  | कोड  | स्किप |
|----------------------------------|--|--|--|-------|
| <b>Infrastructure</b>            |  |  |  |       |
| १०१                              | स्वास्थ्य संस्थालाई सुरक्षाको दृष्टिकोणले पर्खालले घेरीएको छ कि छैन?<br>( नोट : गणकले हेर्ने )   | छ<br>छैन<br>छ तर राम्ररी सुरक्षित छैन<br>छ तर मर्मत नगरेकोले सुरक्षित छैन  | १<br>२<br>३<br>४                                 |       |
| १०२                              | तलका मध्ये कुन कुन सेवाहरू उपलब्ध छ ।<br><br>क) व्यवस्था भएको पर्याप्त नभएको स्थिति हुनसक्छ ।<br><br>नोट : उपयुक्त चिन्हमा गोलो लगाउनुहोला | स्वास्थ्य प्रमुखलाई बस्नको लागि सुविधा उपलब्ध छ कि छैन?<br>रातको लागि स्वास्थ्य कर्म बस्ने सुविधा छ कि छैन?<br>नर्स/ANM को लागि रात बसोबासको सुविधा छ कि छैन?<br>नर्स/ANM लाई स्थायी बसोबासको सुविधा छ कि छैन? | छ<br>छैन<br>१<br>२<br>१<br>२<br>१<br>२<br>१<br>२ |       |
| १०३                              | यदि नर्स/ब्ल लाई स्थायी बसोबासको सुविधा छ भने कती जनालाई उक्त सुविधा उपलब्ध होला   | छ भने कतिजनालाई बस्न मिल्छ <input type="text"/> <input type="text"/><br>छैन  | १<br>२   |       |
| १०४                              | त्यँहा विरामीको लागि कुरेर बस्ने ठाँउ छ कि छैन?  | छ<br>छैन   | १<br>२   |       |
| १०५                              | विरामी कुरुवाको लागि प्रशस्त ठाँउ उपलब्ध छ कि छैन?   | छ<br>छैन   | १<br>२   |       |
| १०६                              | त्यँहा छुट्टै सुत्केरी कक्षको व्यवस्था छ कि छैन?   | छ<br>छैन   | १<br>२   |       |
| १०७                              | सुत्केरी कक्ष अहीलेको माग अनुसार पर्याप्त छ कि छैन?  | छ<br>छैन   | १<br>२   |       |
| <b>सुबिधा र स्रोतको उपलब्धता</b> |  |  |  |       |
| १०८                              | कृपया बत्तीको स्रोतको बारेमा जानकारी दिनुहोस् ?<br><br>नोट : उपयुक्त चिन्हमा गोलो लगाउनुहोला   | बत्तीको स्रोत  | उपलब्धता   |       |
|                                  |  |  | छ  | छैन   |
|                                  |  | विद्युत  | १  | २     |
|                                  |  | मट्टीतेल   | १  | २     |
|                                  |  | जेनेरेटर   | १  | २     |
|                                  |  | डिजेल  | १  | २     |
|                                  |  | सोलार शक्ति  | १  | २     |
|                                  |  | वायु शक्ति   | १  | २     |
|                                  |  | जैविक ग्याँस   | १  | २     |
|                                  |  | अन्य (खुलाउने)   | ७७   |       |



| प्र.को.                            | प्रश्न   | उत्तर  | कोड  | स्किप            |
|------------------------------------|--|--|--|------------------|
|                                    |  | .....  |  |                  |
| १०९                                | स्वास्थ्य केन्द्रमा पानीको मुख्य श्रोत के हो ?<br><br>नोट : उपयुक्त चिन्हमा एउटा गोलो लगाउनुहोला | पाइपबाट उपलब्ध हुने पानी<br>ट्युब वेल धारा<br>ट्याडकर बाट वितरण<br>इनार<br>नदी, ताल, पोखरी<br>जमीनमुनिको पानी<br>बर्खेपानी<br>कुनै पानीको उपलब्ध छैन<br>अन्य (खुलाउने) ..... | १<br>२<br>३<br>४<br>५<br>६<br>७<br>८<br>७७ |                  |
| ११०                                | उल्लेखित ठाँउहरुमा पानी उपलब्ध छ वा छैन  |  | उपलब्धता<br>छ<br>छैन                       |                  |
|                                    |  | बहिरङ्ग कक्ष<br>मातृ कक्ष )<br>शल्यक्रिया कक्ष )<br>सुत्केरी कक्ष )<br>अन्य(खुलाउने).....  | १<br>१<br>१<br>१<br>७७                     | २<br>२<br>२<br>२ |
| १११                                | उल्लेखित ठाँउहरुमा हात धुने साबुन छ कि छैन ?   |  | उपलब्धता<br>छ<br>छैन                       |                  |
|                                    |  | बहिरङ्ग कक्ष<br>मातृ कक्ष<br>शल्यक्रिया कक्ष<br>सुत्केरी कक्ष<br>अन्य (खुलाउने).....   | १<br>१<br>१<br>१<br>७७                     | २<br>२<br>२<br>२ |
| ११२                                | बिरामी उपचार कक्षमा शौचालय सुविधा छ की छैन, छ भने सुचारु छ कि छैन ?<br>(नोट : गणकले हेर्ने )     | छ - सुचारु<br>छ तर सुचारु छैन<br>छैन   | १<br>२<br>३                                |                  |
| ११३                                | त्यहाँ महिलाको लागि छुट्टै शौचालय छ कि छैन, छ भने सुचारु छ कि छैन<br>(नोट : गणकले हेर्ने )       | छ - सुचारु<br>छ तर सुचारु छैन<br>छैन   | १<br>२<br>३                                |                  |
| ११४                                | बिरामी का लागि मातृत्व कक्ष र सुत्केरी कक्षको नजिक शौचालयको सुविधा छ कि छैन?                     | छ<br>छैन   | १<br>२                                     |                  |
| <b>एम्बुलेन्स सेवा (Ambulance)</b> |  |  |  |                  |
| ११५                                | स्वास्थ्य संस्थामा एम्बुलेन्स छ कि छैन?  | छ - सुचारु<br>छ तर सुचारु छैन<br>छैन   | १<br>२<br>३                                |                  |
| ११६                                | यदि Ambulance प्रयोगमा छ भने चौविसै घण्टा र सातै दिन उपलब्ध छ कि छैन?                            | छ<br>छैन   | १<br>२                                     |                  |



**SECTION 2: HEALTH FACILITY GOVERNANCE (स्वास्थ्य संस्थाको कार्यव्यवस्था )**

| प्र.को.   | प्रश्न  | उत्तर   | कोड  | स्किप |
|---|---|---|--|-------|
| <b>Social Audit</b>   |   |   |  |       |
| २०१   | स्वास्थ्य संस्थाले वर्षको अन्तिममा सामाजिक परीक्षण (Social Audit) गराएका थियो कि थिएन ?   | छ<br>छैन  | १<br>२   |       |
| २०२   | सामाजिक लेखा परीक्षण MoHP को निर्देशिकाको आधारमा गरिएको थियो कि थिएन?   | छ<br>छैन<br>थाहा छैन  | १<br>२<br>८८   |       |
| २०३   | सामाजिक लेखा परीक्षकको प्रतिवेदन राखिएको छ कि छैन?<br>(नोट : गणकले हेर्ने )   | छ<br>छैन<br>थाहा छैन<br>अन्य ( खुलाउने).....  | १<br>२<br>८८<br>७७   |       |
| २०४   | प्रतिवेदनको तथ्यहरु जनसमुदायमा उपलब्ध गराइएको छ, ? यदि छ भने कसरी उपलब्ध गराइएको छ बताउनुहोस् ? )<br>(बहुउत्तर आउन सक्ने)   | छैन<br>छ - स्वास्थ्य संस्थाको सूचना पाटी<br>छ - जनसमुदाय जम्मा पारेर<br>छ - HFOMC मिटीङ<br>अन्य (खुलाउने) .....                   | १<br>२<br>३<br>४<br>७७   |       |
| <b>Citizen Charter - नागरिक वडापत्र</b>                           |   |   |  |       |
| २०५   | स्वास्थ्य संस्थाको नागरिक वडापत्र छ कि छैन?<br>(नोट : गणकले हेर्ने )  | छ - राम्रो<br>छ - तर मेटिएका वा नबुझिने वा नदेखिने ठाउँमा गणकले नपठाएर<br>छैन   | १<br>२<br>३  |       |
| २०६   | नागरिक वडापत्र कहाँ राखिएको छ<br>(नोट : गणकले हेर्ने )  | बाहिर सबैले देख्ने गरि<br>बाहिर सबैले नदेख्ने गरि<br>भिन्न सबैले देख्ने गरि<br>भिन्न सबैले नदेख्ने गरि                            | १<br>२<br>३<br>४   |       |
| २०७   | नागरिक वडापत्रमा निशुल्क संस्थाले प्रदान गर्ने सेवाको बारेमा उल्लेख गरिएको छ कि छैन?<br>(नोट : गणकले हेर्ने )   | निशुल्क औषधिको बारेमा<br>आमा सुरक्षा कार्यक्रमको बारेमा<br>बहिरङ्ग सेवाको बारेमा<br>टिकट र सेवा बापत लाग्ने खर्च                  | <b>गरेको</b><br>छ<br>छैन<br>१ २<br>१ २<br>१ २<br>१ २                             |       |
| <b>Gender and social inclusion (लैङ्गिक तथा सामाजिक सहभागिता)</b> |   |   |  |       |
| २०८   | यिनीहरुका लागि खासगरिकन यस सेवा केन्द्रमा विशेष सेवा छन् कि छैनन् ?<br><br>कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्ने वार्षिक क्यालेण्डर तयार छ कि छैन सोध्ने ?<br><br>(भएसम्म निर्देहिाकाका समूह उल्लेख गर्दा राम्रो हुने ) | महिला<br>टाढा बसोवास गर्नेहरु<br>दलित र जनजाति<br>गरिब, अति गरिब<br>मानसिक रोगी<br>अपाङ्ग<br>किशोर किशारी<br>अन्य (खुलाउने) ..... | <b>क्रियाकलापहरु</b><br>छ<br>छैन<br>१ २<br>१ २<br>१ २<br>१ २<br>१ २<br>१ २<br>७७ |       |



|     |   |   |                        |  |
|-----|---|---|------------------------|--|
| २०९ | यदि छन् भने के के कार्यक्रम छन् ?   | बाहिरी (OPD)सेवामा<br>अन्तरङ्ग सेवा<br>जानकारीमुलक कार्यक्रमहरु<br>सेवाग्राही मैत्री सेवा<br>अन्य (खुलाउने) ..... | १<br>२<br>३<br>४<br>७७ |  |
| २१० | यस सेव केन्द्रले कुनै तरिकाले सेवाग्राहीको आवश्यकता पहिचान गरेको छ कि छैन? छ भने कसरी ख | छैन<br>छ, पहुँच नपुगेका जनताको नक्साङ्कन गरेर<br>छ, अन्य (खुलाउने) .....  |                        |  |

**Suggestion / complaints procedure (सिकाएत र सुभावरु )**

|     |  |   |   |  |
|-----|--|---|---|--|
| २११ | सेवाग्राहीले सुभाव तथा गुनासो गर्न सक्ने व्यवस्था गरिएको छ कि छैन?<br>(नोट : गणकले हेर्ने )  | छ, देखिने गरि<br>छ, नदेखिने गरि<br>छैन  |   |  |
| २१२ | यदि छ भने सुभावका लागि प्रक्रियाहरु के होलान् ?<br><br>गत वर्षमा प्राप्त गरेका सुभाव संख्या र त्यसको बारेमा संस्थाको Response थप्ने ।<br>.....<br>.....<br>..... | बाकस<br>मुख्य व्यक्तिलाई तोकिएको<br>फोनबाट<br>हुलाकबाट<br>विद्युतीय चिठीबाट email<br>अन्य (खुलाउने) ..... | <b>प्रक्रियाहरु</b><br>छ    छैन<br>१    २<br>१    २<br>१    २<br>१    २<br>१    २<br>७७ |  |

**कर्मचारीहरुको बैठक**

|                |  |  |                            |              |
|----------------|--|--|----------------------------|--------------|
| २१३            | यस सेवा केन्द्रमा कर्मचारीहरुको नियमित बैठक बस्छ की बस्दैन ?   | महिनामा एक पटक<br>दुई महिनामा एक पटक<br>तीन महिनामा एक पटक<br>छ महिनामा एक पटक<br>१ वर्षका एक पटक<br>बैठक नबस्ने                               | १<br>२<br>३<br>४<br>५<br>६ |              |
| <b>प्र.को.</b> | <b>प्रश्न</b>  | <b>उत्तर</b>   | <b>कोड</b>                 | <b>स्किप</b> |
| २१४            | आकस्मिक अवस्थामा पनि सेवा प्रदान गर्ने कुनै योजना छ कि छैन?  | छ<br>छैन   | १<br>२                     |              |
| २१५            | महिलाहरुलाई आकस्मिक अवस्थामा पनि सेवा प्रदान गर्ने कुनै योजना छ कि छैन?)                             | छ<br>छैन   | १<br>२                     |              |
| २१६            | (आकस्मिक सेवा प्रदान गर्ने योजना बनाउने सम्बन्धि कुनै बैठक बस्नु भएको छ ? )<br>(नोट : गणकले हेर्ने ) | छ<br>छैन   | १<br>२                     |              |
| २१७            | यदि बैठक बसेको भए कहिले बसेको थियो ?   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>गते                      महिना                      साल |                            |              |
| २१८            | यस्तो योजनाको लागि कुनै बजेट छुट्टयाएको छ कि छैन ?   | छ<br>छैन   | १<br>२                     |              |

**SECTION 3: QUALITY OF CARE**

|                                  |   |              |                 |              |
|----------------------------------|---|--------------|-----------------|--------------|
| <b>प्र.को.</b>                   | <b>प्रश्न</b>                           | <b>उत्तर</b> | <b>कोड</b>      | <b>स्किप</b> |
| <b>औषधिजन्य फोहोर ब्यवस्थापन</b> |   |              |                 |              |
| ३०१                              | औषधिजन्य फोहोर फाल्ने ठाँउको व्यवस्था छ |              | <b>व्यवस्था</b> |              |





| प्र.को.                   | प्रश्न  | उत्तर  | कोड                      |                  | स्किप |
|---------------------------|---|--|--------------------------|------------------|-------|
|                           |   |  | छ                        | छैन              |       |
|                           | कि छैन ?  | दाहाक (incinerator)<br>जम्मा गर्ने ठाँउ<br>जलाउने ठाँउ (खाल्डो)<br>जम्मा गरि अर्को ठाउँमा लैजाने<br>अन्य (खुलाउने) .....   | १<br>१<br>१<br>१<br>७७   | २<br>२<br>२<br>२ |       |
| ३०२                       | निम्न कुराहरु स्वास्थ्य संस्था भए नभएको हेर्ने<br><br>(नोट : गणकले हेर्ने ) | तिखा तथा सुदजन्य बस्तु फाल्ने<br>भाँडा<br>संक्रमण जन्य बस्तु फाल्ने आदी<br>(रगत, टिसु अन्य)<br>संक्रमण नहुने बस्तु फाल्ने भाँडो<br>सालनाल फाल्ने भाँडो र गाड्ने ठाउँ | १<br>१<br>१<br>१         | २<br>२<br>२<br>२ |       |
| <b>सेवाहरु (Services)</b> |   |  |                          |                  |       |
| ३०३                       | यस केन्द्रद्वारा निम्न लिखित सेवाहरु प्रदान<br>गरीन्छ ?                     | उपयुक्त चिन्हमा गोलो लगाउनुहोला  |                          |                  |       |
|                           |   | उपलब्ध छ<br>२४/७   | उपलब्ध छ तर<br>२४/७ होईन | उपलब्ध<br>नभएको  |       |
| १                         | आमा सुरक्षा कार्यक्रम   | १  | २                        | ३                |       |
| २                         | कण्डम, डिपो, पील्स<br>IUCD र Implant<br>(स्थायी बन्ध्याकरण)                 | १<br>१<br>१  | २<br>२<br>२              | ३<br>३<br>३      |       |
| ३                         | महिला स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम  | १  | २                        | ३                |       |
| ४                         | किशोरकिशोरी प्रजनन स्वास्थ्य<br>कार्यक्रम                                   | १  | २                        | ३                |       |
| ५                         | गाउँघर क्लिनिक  | १  | २                        | ३                |       |
| ६                         | पाठेघर खस्ने रोकथाम तथा उपचार<br>कार्यक्रम                                  | १  | २                        | ३                |       |
| ७                         | सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम  | १  | २                        | ३                |       |
| ८                         | पाठेघरको मुखमा हुने क्यान्सर<br>खोजपडताल तथा निदान कार्यक्रम                | १  | २                        | ३                |       |
| ९                         | फिस्टुला व्यवस्थापन कार्यक्रम   | १  | २                        | ३                |       |
| १०                        | Sub fertility व्यवस्थापन कार्यक्रम  | १  | २                        | ३                |       |
| ३०४                       |   |  |                          |                  |       |
|                           | परिवार नियोजनका साधनहरु उपलब्ध र<br>जगेडा छ छैन                             | उपलब्ध छ   |                          | जगेडा            |       |
|                           |   | छ  | छैन                      | छ                | छैन   |
| १                         | कण्डम   | १  | २                        | १                | २     |
| २                         | पिल्स   | १  | २                        | १                | २     |
| ३                         | डिपो प्रोभरा  | १  | २                        | १                | २     |
| ४                         | आई. यू. सि. डि.   | १  | २                        | १                | २     |
| ५                         | सगिनी सुई   | १  | २                        | १                | २     |
| ६                         | Minilap (स्थायी बन्ध्याकरण महिला )  | १  | २                        |                  |       |
| ७                         | Vasectomy (पुरुष बन्ध्याकरण)  | १  | २                        |                  |       |



| प्र.को.                                    | प्रश्न  | उत्तर          | कोड    | स्किप |
|--|---|----------------|--------|-------|
|  | ८ उपरोक्त साधनहरु दिन तालिम प्राप्त स्वास्थ्य कर्मि छन कि छैन?)                           | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
| ३०५  | सुत्केरी पछि यँहा परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध छ कि छैन?                                     | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
| ३०६  | गर्भपतन पछि परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध छ कि छैन ? )  | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
| ३०७  | यो केन्द्रमा किशोर किशोरी मैत्री सेवा उपलब्ध गराउँछ कि गराउँदैन?<br>(नोट : गणकले हेर्ने ) | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
|  | १ किशोर किशोरी मैत्री सेवा लोगो भए नभएको )  | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
|  | २ किशोर किशोरी मैत्री सेवा जनचेतना जगाउने पोस्टरहरु भए नभएको                              | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
|  | ३ किशोर किशोरी मैत्री सेवा कक्षा खुल्ने र बन्द हुने समय तालिका राखिएको छ ?                | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
|  | ४ स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिले बैठकमा किशोर किशोरीहरुलाई बोलाउँछ कि बोलाउँदैन ? )  | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
| <b>गुणस्तर सुधारका (Quality Assurance)</b> |   |                |        |       |
| ३०८  | के यो केन्द्रमा गुणस्तर सुधारका लागि कुनै योजना छ कि छैन ? )<br>(नोट : गणकले हेर्ने )     | छ<br>छैन       | १<br>२ |       |
| ३०९  | छ भने के के छन्   | .....<br>..... |        |       |

#### SECTION 4: AAMA PROGRAMME (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)

(Complete this section with support from nursing in-charge, if she is not available consult with any nursing staff)

| प्र.को. | प्रश्न   | उत्तर   | कोड                                 | स्किप |
|---------|--|---|-------------------------------------|-------|
| ४०१     | यस संस्थामा निशुल्क सुत्केरी स्याहार गर्ने सुविधा छ कि छैन ?                           | छ - सधै<br>छ तर कहिलेकाँही<br>छैन - हूँदैन                                | १<br>२<br>३                         |       |
| ४०२     | यस केन्द्रले महिलालाई सुत्केरी हुन आए बापत यातायात खर्च उपलब्ध गराउँछ कि गरराउँदैन ? ) | गराउँछ - सधै<br>गराउँछ तर कहिलेकाँही<br>गराउँदैन - कहिल्यैपनि             | १<br>२<br>३                         |       |
| ४०३     | कसरी महिलाहरुले यातायात खर्च माग गर्छन् ?  | फर्म भरेर<br>परिचय पत्र देखाएर<br>ANC कार्ड देखाएर<br>अन्य (खुलाउने)..... | छ<br>छैन<br>१ २<br>१ २<br>१ २<br>७७ |       |
| ४०४     | स्वास्थ्य कार्यक्रमले महिलालाई घरमै सुत्केरी गराएबापत रकम प्रदान गर्दछ कि गर्दैन?      | गर्दछ - सधै<br>गर्दछ तर कहिलेकाँही<br>गर्दैन - कहिल्यैपनि                 | १<br>२<br>३                         |       |



**SECTION 5: HUMAN RESOURCE (मानव स्रोत)**

In this section we would like to ask you some questions about the staff that were sanctioned and in post during the last fiscal year.

| ५०१    | गत वर्षको मानव स्रोतको अबस्था (प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी) |         |                   | पर्याप्त |     |
|--------|---|---------|-------------------|----------|-----|
| क्र.स. | मानव स्रोत  | दरबन्दि | पुर्ति ( बर्तमान) | छ        | छैन |
| १      | स्त्री तथा प्रशुति रोग विशेषज्ञ                           |         |                   |          |     |
| २      | बाल विशेषज्ञ  |         |                   |          |     |
| ३      | MDGP चिकित्सक   |         |                   |          |     |
| ४      | बेहोस गराउने चिकित्सक                                     |         |                   |          |     |
| ५      | जनस्वास्थ्य अधिकृत  |         |                   |          |     |
| ६      | मेडिकल अधिकृत   |         |                   |          |     |
| ७      | मेट्रोन्, नर्सिङ्ग अधिकृत                                 |         |                   |          |     |
| ८      | नर्स  |         |                   |          |     |
| ९      | अनमी  |         |                   |          |     |
| १०     | सि. अनमी  |         |                   |          |     |
| ११     | हेल्थ असिस्टेन्ट  |         |                   |          |     |
| १२     | सि.अ.हे.ब.  |         |                   |          |     |
| १३     | अहेव  |         |                   |          |     |
| १४     | ल्याब टेक्निसियन असिस्टेन्ट                               |         |                   |          |     |
| १५     | .....   |         |                   |          |     |
| १६     |   |         |                   |          |     |

**SECTION 6: PROGRAMME AND FINANCE कार्यक्रम तथा आर्थिक (वर्ष २०७०/२०७१ )**

| ६०१ | कार्यक्रमको नाम                        | वार्षिक स्वीकृत बजेट | निकासा पाएको मिति |                 |               | वार्षिक खर्च | खर्चको प्रगती | कैफियत |
|-----|--|----------------------|-------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------|--------|
|     |  |                      | प्रथम चौमासिक     | द्वितीय चौमासिक | तृतीय चौमासिक |              |               |        |
| १   | आमा सुरक्षा                            |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| २   | परिवार नियोजन                          |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ३   | महिला स्वसेवक                          |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ४   | किशोर किशोरी                           |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ५   | गउंघर क्लिनिक                          |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ६   | पाठेघर रोकथाम                          |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ७   | सुरक्षित गर्भपतन                       |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ८   | पाठेघरको मुखमा क्यान्सरको खोजि र निदान |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ९   | फिस्टुला व्यावस्थापन                   |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| १०  | सहायक गर्भदान                          |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| ११  | अनुसन्धान                              |                      |                   |                 |               |              |               |        |
| १२  | जम्मा                                  |                      |                   |                 |               |              |               |        |

चालुखर्च र कार्यक्रमको खर्च दुबै मिलाएर जम्मा ।



## अनुसूची- ७.

### एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण(२०१४)

(केन्द्रियस्तरका मुख्य सूचनादाता संग सोधने)

## Key Informant Interview-Central

नमस्ते, मेरो नाम..... हो र म राष्ट्रिय योजना आयोग र स्कूल अफ पि. एम. ई. आर. बाट गर्न लागीएको, एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण (२०१४) मा कार्यरत छु । यस सर्वेक्षणको मुख्य उद्देश्यस्वास्थ्य सेवा प्रवाह सम्बन्धी जानकारी लिनु हो । उक्त कार्यको लागि मलाई यस स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका तपाईं जस्तै व्यक्तिहरूसँग कुराकानी गर्नु पर्छ । तपाईंले यस सर्वेक्षणमा भाग लिएर जानकारी दिएको खण्डमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुधार गर्ने प्रयासमा टेवा पुग्नेछ । तपाईंले दिने जानकारी अत्यन्तै महत्वपूर्ण हुनेछ साथै म तपाईंको सहभागीताको लागि आभारी हुनेछु ।

यो अन्तरवार्ता सकिन करिब ३० मिनेटभन्दा बढि लाग्ने छैन । तपाईंले दिएको कुनै पनि जानकारी एकदमै गोप्यताका साथ राखिने छ र तपाईंसँग सम्बन्धीत कुनै पनि जानकारी यस सर्वेक्षण टोली भन्दा बाहिरको व्यक्तिलाई भनिने छैन । यो सर्वेक्षणमा तपाईंको सहभागीता स्वयमनिर्धारित हुनेछ । तपाईं आफ्नो खुसीले चाहेको बेला कुनै एक वा सम्पूर्ण प्रश्नहरूको उत्तर नदिन पनि सक्नु हुनेछ र जुनसुकै बेला अन्तरवार्ता रोकन सक्नु हुनेछ ।

यदि तपाईं कुनै पनि प्रश्न सोध्न चाहानुहुन्छ भने कृपया अप्ठ्यारो नमानी सोध्न सक्नु हुनेछ । यदि तपाईंलाई प्रश्नहरू पछि सोध्नु परेको खण्डमा, तपाईं राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय अन्तर्गत अनुगमन तथा मूल्याङ्कन महाशाखामा श्री श्याम भण्डारी (फोन नं ४२१११५९) तथा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा डा. शीलु अर्याललाई सम्पर्क (फोन नं ४२६४२५०, ४२६४३०१) मा फोन गर्नसक्नु हुनेछ ।

| प्र.को | प्रश्न   | उत्तर | कोड | स्क्रिप   |
|--------|--|-------|-----|---|
| १      | मैले भर्खरै भनेको कुराबारे तपाईंको केही प्रश्न छ?                                  | छ,    | १   | .....   |
|        |  | छैन   | २   | अर्को प्रश्नमा जाने   |
| २      | मैले भर्खरै व्याख्या गरेको यो अन्तरवार्ताको उद्देश्य तपाईंले प्रष्टसँग बुझ्नु भयो? | बुझे  | १   | अर्को प्रश्नमा जाने   |
|        |  | बुझिन | २   | भर्खरै भनेको अध्ययनको उद्देश्य पुनः भनिदिनुहोस् र उत्तरदाता प्रष्ट भएपछि मात्र अन्तरवार्ता सुरु गर्नुहोस् |
| ३      | के तपाईं अन्तरवार्ता दिन सहमत हुनुहुन्छ ?  | छ,    | १   | उत्तरदातालाई तल उल्लेखित विवरणमा हस्ताक्षर गर्न भन्नुहोस्   |
|        |  | छैन   | २   | अन्तरवार्ता लिने व्यक्ति: उत्तरदातालाई धन्यवाद दिनुहोस् र अन्तरवार्ता रद्द गर्नुहोस्                      |

### १. प्रारम्भिक (Background)

| प्र. नं. | प्रश्न          | उत्तर |
|----------|-----------------|-------|
| १०१      | जिल्ला          |       |
| १०२      | उत्तरदाताको नाम |       |
| १०३      | संस्थाको नाम    |       |
| १०४      | पद              |       |
| १०५      | अनुभव वर्ष      |       |
| १०६      | शिक्षा          |       |



२. सेवाको अवस्था र औचित्यता (Situation of Services and its' Relevance)

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
| २०१      | नेपालमा एकिकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २०२      | त्यसैगरी, आमा सुरक्षा कार्यक्रम अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २०३      | परीवार नियोजन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २०४      | महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २०५      | किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम को अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २०६      | प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार केन्द्र- गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>Primary Health Care Outreach Clinic (Gaunghar clinic)<br>.....<br>.....<br>..... |
| २०७      | Pelvic organ Prolapse Prevention and Treatment Program-<br>(पाठेघर खसेको रोकथाम तथा उपचार कार्यक्रम)<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २०८      | सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....  |
| २०९      | पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोज प्रडताल तथा रोकथाम कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?   |



| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
|          | .....<br>.....<br>.....   |
| २१०      | फिस्टुला व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २११      | सव-फर्टिलिटी व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २१२      | एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको पंहुच विस्तार गर्न के कस्ता प्रयास भएका छन संक्षेपमा बताईदिनुहोस?<br><br>(१) राष्ट्रिय स्तरमा<br>.....<br>.....<br><br>(२) क्षेत्रिय स्तरमा<br>.....<br>.....<br><br>(३) जिल्ला स्तरमा<br>.....<br>.....<br><br>(४) समुदाय स्तरमा<br>.....<br>..... |
| २१३      | एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य अन्यजनूवास्थ्य कार्यक्रम संग एकीकृत तथा सहसंयोजन गरिएको छ कि छैन बताउनुहोस?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २१४      | एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम संचालन गर्दा सुचना सप्रेषणको लागि के कस्ता संयन्त्रहरु तयार गरिएका छन बताउनुहोस?<br>.....<br>.....<br>.....  |



| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
| २१५      | <p>(कुन कुन संघ संस्थाहरुले एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु संचालन गरेका छन् बताउनुहोस? सरकारी, गैर सरकारी, र प्रईभेट संस्था)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>सरकारि संस्था बाहेकका अन्य संघ संस्थाले एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धि कुन कुन कार्यक्रम संचालन गरेका छन् बताउनुहोस ।</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| २१६      | <p>(यो कार्यक्रम सञ्चालन गर्नका लागि स्थानिय सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाहरु सँग कसरी समन्वय गरिएको छ बताउनुहोस?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>समन्वय व्यवस्थापनको अवस्था कस्तो छ बताउनुहोस?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| २१७      | <p>( सेवाग्राहीलाई सेवा प्रदायकले सेवा प्रदान गर्दा कुनै प्रकारको भेदभाव भएको महसुस गर्नु भएको छ कि छैन बताउनुहोस?(सामाजिक, आर्थिक तथा अन्य)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>यदि छ भने किन यस्तो भयकोहोला ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ति भेदभावलाई कसरि हटाउन सकिन्छ बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| २१८      | <p>तपाईंको संस्थामा/विभागमा/मन्त्रालयमा नियमित रूपमा प्रगति समिक्षा बैठकहरु गरिन्छ, कि गरिदैन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>यदि गरिन्छ भने कति समयको अन्तरालमा गरिन्छ?</p> <p>.....</p> <p>बैठकका एजेण्डा के कस्ता हुन्छन?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |



| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
|          | <p>बैठकका सुभाव र सल्लाहाहरु कार्यान्वयन हुन्छन कि हुदैनन?</p> <p>.....</p> <p>यदिनियमित प्रगति समिक्षा बैठकहरु हुदैनन भने नहुनाका कारण के होलान बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| २१९      | <p>यो कार्यक्रम सञ्चालन गर्दो सेवाको गुणस्तर कायम राख्न के कस्तो प्रणाली तथा संयन्त्र बनाइएको छ बताउनुहोस? )</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |

### ३. नीति तथा कार्यक्रम (Policy and Program)

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
| ३०१      | <p>(१) एकिकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा संचालन गर्न के कस्ता निर्देशिकाहरु तयार भएका छन ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| ३०२      | <p>तपाईं माथि उल्लेखित सबै निर्देशिकाहरु संग परिचित हुनुहुन्छ ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| ३०३      | <p>सेवा प्रदायक हरु सबै निर्देशिकाहरु संग परिचित छन् कि छैनन?) यदि परिचित नभय त्यसका कारण बारे बताउनुहोस ।</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| ३०४      | <p>राष्ट्रिय स्तरमा निर्माण भयका एकिकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धि निति, रणनिति तथा योजनाहरु के के छन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                     |
| ३०५      | <p>तपाईंको सेवा केन्द्रमा/विभाग/मन्त्रालयमा माथि उल्लेखित सामग्रीहरु उपलब्ध छन् कि छैनन? यदि छन् भने कुन कुन छन र छैनन् भने कुन कुन छैनन र किन बताउनुहोस?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| ३०६      | <p>यि सेवाहरुलाई उपलब्ध गराउन चाहिने आर्थिक स्रोतहरु कहांबाट कसरि ब्यावस्थापन गरिएको छ बताउनुहोस् ?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| ३०७      | <p>(यस सेवा केन्द्रमा सेवा प्रवाह गर्न चाहिने पर्याप्त स्रोत साधन तथा उपकरणहरु उपलब्ध छन् कि</p>   |





| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
|          | छैनन बताउनुहोस? यदि छैने भने कुन कुन छैनन् बताउनुहोस?<br>.....<br>.....  |
| ३०८      | (तपाँडको विचारमा यस कार्यक्रमले राष्ट्रिय तथा सामुदायिक आवश्यकतालाई सम्बोधन गरेको छ कि छैन?<br>.....<br><br>यि कार्यक्रमहरु सरकारी प्राथमिकतामा पर्छन् कि पर्दैनन बताउनुहोस?<br>.....<br><br>महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धि कार्यक्रम बनाउदा तथा कार्यान्वयन गर्दा सम्बन्धित सरोकारवालाहरु सँग समन्वय गरिन्छ कि गरिदैन बताउनुहोस?)<br>..... |

#### ४.समस्या र चुनौति (Problems and Challenges)

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
| ४०१      | (एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा के कस्ता समस्याहरु आइ परेकाछन बताउनुहोस?)<br>1.clients (सेवाग्राही)<br>.....<br><br>2.Family of clients (सेवाग्राहीको परिवार)<br>.....<br><br>३.सेवाप्रदायक<br>.....  |
| ४०२      | (एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा बर्तमान निति तथा पूर्वाधारले गुणस्तरीय सेवाप्रदान गर्न कुनै समस्या परेका छन कि छैनन बताउनुहोस?)<br>.....<br><br>यदि समस्या भए ति समस्याहरु के के हुन बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br><br>यि समस्याहरु समधान गर्न के गर्नुपर्ला बताउनुहोस ?<br>.....<br>..... |
| ४०३      | मानव संसाधन, आर्थिक तथा अन्य श्रोतहरुको उपयोगमा के कस्ता समस्याहरु देखियका छन   |



| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
|          | <p>बताउनुहोस?</p> <p>यि समस्याहरु समधान गर्न के गर्नुपर्ला बताउनुहोस</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

**५. कार्यक्रमको प्रभावकारीता र सेवा स्तर बृद्धिको लागि सुझाव (effectiveness of the program and suggestions to improve the services)**

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
| ५०१      | <p>तपाईंको विचारमा यि कार्यक्रम कतिको सफल छन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p>   |
| ५०२      | <p>यी कार्यक्रम संचालन गर्न तपाईंको भुमिका कस्तो रहयो?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                       |
| ५०३      | <p>यी कार्यक्रमले लक्षित समुहका स्वास्थ्य सम्बन्धि समस्यालाई सम्बोधन गर्न सके कि सकेनन बताउनुहोस?)</p> <p>.....</p>        |
| ५०४      | <p>तपाईंको विचारमा यि कार्यक्रमहरुले महिलाको स्वास्थ्यमा केहि परिवर्तन ल्याउन सके कि सकेनन बताउनुहोसे ?</p> <p>.....</p>   |
| ५०५      | <p>यी कार्यक्रमले ल्यायका सकारत्मक परिवर्तनहरु के के हुन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p>                                       |
| ५०६      | <p>यी कार्यक्रमले ल्यायका नकारत्मक परिवर्तनहरु के के हुन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                          |
| ५०७      | <p>एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य अन्तरगतका सबै कार्यक्रमहरुको निरन्तरता चाहिन्छ कि चाहिदैन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> |
| ५०८      | <p>यदि नचाहिने कार्यक्रमहरु छन भने ति कार्यक्रमहरु कुन कुन हुन बताउनुहास ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                   |



| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
| ५०९      | चाहिने कार्यक्रमलाई कसरी दिगोपना दिन सकिन्छ, बताउनुहोस?)<br>.....<br>.....  |
| ५१०      | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यकमलाई प्रभावकारि रुपमा संचालन गर्न नितिगत सुधारको आवश्यकता छ कि छैन बताउनुहोस ?<br>.....         |
| ५११      | यदि आवश्यक छ भने के कस्ता नितिगत सुधार गर्न आवश्यक छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....  |
| ५१२      | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यकमलाई प्रभावकारि रुपमा संचालन गर्न पूर्वाधारमा सुधार गर्न आवश्यक छ कि छैन बताउनुहोस ?<br>.....   |
| ५१३      | यदि आवश्यक छ भने के कस्ता सुधार गर्न आवश्यक छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....   |
| ५१४      | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यकमलाई प्रभावकारि रुपमा संचालन गर्न मानव संसाधानमा सुधार गर्न आवश्यक छ कि छैन बताउनुहोस)<br>..... |
| ५१५      | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यकमलाई लक्षित समुहको सेवाको पहुचमा बृद्धि गर्न सुधारको आवश्यकता छ कि छैन बताउनुहोस<br>.....       |
| ५१६      | यदि आवश्यक छ भने के कस्ता सुधार गर्न आवश्यक छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....   |
| ५१७      | यदि सेवा प्रवाहमा कुनै भेदभाव छ भने कसरी हटाउन सकिन्छ, बताउनुहोस?<br>.....<br>.....   |



६. अनुगमन र निरीक्षण

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
| ६०१      | क्षेत्र तथा जिल्लामा निरीक्षण र अनुगमन नियमित रूपमा गर्नु हुन्छ कि हुदैन बताउनुहोस?<br>..... |
| ६०२      | केन्द्रबाट गरिने निरीक्षण र अनुगमन कित्तिको लाभदायि भयका छन बताउनुहोस?<br>.....<br>.....     |

७. प्रविधिक र सामाग्रि सहयोग

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
| ७०१      | क्षेत्र तथा जिल्लाबाट चाहियको वा मागेको बेला आवश्यक प्रविधिक सहयोग यपलभद गराउने ब्यावस्था कस्तो छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....                     |
| ७०२      | क्षेत्र तथा जिल्लाबाट चाहियको वा मागेको बेला आवश्यक औषधि, उपकरण र अन्य सामाग्रिहरुको आपूर्ती गराउने ब्यावस्था कस्तो छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>..... |

८. बजेट, खर्च र प्रतिफल

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
| ८०१      | क्षेत्र तथा जिल्लालाई स्विकृत बजेटको निकासा समयमै गराउन कस्तो ब्यावस्था मिलाउनु भएको छ बताउनुहोस?<br>.....           |
| ८०२      | यदि समयमै बजेट निकासा नभयको भय क्षेत्र तथा जिल्ला स्तरमा कार्यक्रम संचालनमा यसको प्रभाव कस्तो परिरहेको छ बताउनुहोस ? |



|     |   |
|-----|---|
|     | .....<br>.....  |
| ८०३ | तपाइले एकिकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्यमा भएको खर्च र प्रतिफल बिचको सम्बन्ध कस्तो देख्नुहुन्छ, बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....                       |
| ८०४ | तपाइको बिचारमा एकिकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु लागतको दृष्टिकोणले कत्तिको प्रभावकारि भएका देख्नुहुन्छ, बताउनुहोस ?<br>.....<br>..... |
| ८०५ | यस कार्यक्रमा बढदो सरकारी लगानि र कार्यक्रमको दिगोपन बिच कस्तो अन्तरसम्बन्ध देख्नुहुन्छ, बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....                              |

## ९. लक्ष्य र प्राथमिकता

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
| ९०१      | तपाइको संस्था/विभाग/मन्त्रालयमा बर्षिक लक्ष्यको निर्धारण कसरि गरिन्छ, बताउनुहोस?<br>.....<br>.....   |
| ९०२      | सिमितश्रोतलाइ प्राथमिकता दिनुपयो भने एकिकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य भित्रका कुन कार्यक्रमलाइ पहिलो प्राथमिकता दिनुहुन्छ, बताउनुहोस?<br>.....<br>..... |
| ९०३      | तपाइको संस्था/विभाग/मन्त्रालयमा श्रोतहरुको बांडफांड के को आधारमा गरिन्छ, बताउनुहोस?<br>.....<br>.....  |

\*\*\*\*\*तपाइको महत्वपूर्ण समयको लागि धेरै धेरै धन्यवाद\*\*\*\*\*



## अनुसूची- ८

### एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण(२०१४)

(जिल्लास्तरका मुख्य सूचनादाता संग सोध्ने)

### Key Informant Interview-District

नमस्ते, मेरो नाम.....हो र म राष्ट्रिय योजना आयोग र स्कुल अफ पि. एम. ई. आर. बाट गर्न लागीएको, एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण (२०१४) मा कार्यरत छु । यस सर्वेक्षणको मुख्य उद्देश्यस्वास्थ्य सेवा प्रवाह सम्बन्धी जानकारी लिनु हो । तपाईंले यस सर्वेक्षणमा भाग लिएर जानकारी दिएको खण्डमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुधार गर्ने प्रयासमा टेवा पुग्नेछ । तपाईंले दिने जानकारी अत्यन्तै महत्वपूर्ण हुनेछ साथै म तपाईंको सहभागीताको लागि आभारी हुनेछु ।

यो अन्तरवार्ता सकिन करिब ४५ मिनेटभन्दा बढि लाग्ने छैन । तपाईंले दिएको कुनै पनि जानकारी एकदमै गोप्यताका साथ राखिने छ र तपाईंसँग सम्बन्धीत कुनै पनि जानकारी यस सर्वेक्षण टोली भन्दा बाहिरको व्यक्तिलाई भनिने छैन । यो सर्वेक्षणमा तपाईंको सहभागीता स्वयमनिर्धारित हुनेछ । तपाईं आफ्नो खुसीले चाहेको वेला कुनै एक वा सम्पूर्ण प्रश्नहरूको उत्तर नदिने पनि सक्नु हुनेछ र जुनसुकै वेला अन्तरवार्ता रोक्न सक्नु हुनेछ ।

यदि तपाईं कुनै पनि प्रश्न सोध्न चाहानुहुन्छ भने कृपया अप्ठ्यारो नमानी सोध्न सक्नु हुनेछ । यदि तपाईंलाई प्रश्नहरू पछि सोध्नु परेको खण्डमा, तपाईं राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय अन्तर्गत अनुगमन तथा मूल्याङ्कन महाशाखामा श्री श्याम भण्डारी (फोन नं ४२९९१५९) तथा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा डा. शीला अर्याललाई सर्म्पर्क (फोन नं ४२६४२५०, ४२६४३०९) मा फोन गर्नसक्नु हुनेछ ।

| प्र.को | प्रश्न   | उत्तर | कोड | स्कूप   |
|--------|--|-------|-----|---|
| १      | मैले भर्खरै भनेको कुराबारे तपाईंको केही प्रश्न छ?                                  | छ,    | १   | .....   |
|        |  | छैन   | २   | अर्को प्रश्नमा जाने   |
| २      | मैले भर्खरै व्याख्या गरेको यो अन्तरवार्ताको उद्देश्य तपाईंले प्रष्टसँग बुझ्नु भयो? | बुझे  | १   | अर्को प्रश्नमा जाने   |
|        |  | बुझिन | २   | भर्खरै भनेको अध्ययनको उद्देश्य पुनः भनिदिनुहोस् र उत्तरदाता प्रष्ट भएपछि मात्र अन्तरवार्ता सुरु गर्नुहोस् |
| ३      | के तपाईं अन्तरवार्ता दिन सहमत हुनुहुन्छ ?  | छु,   | १   | उत्तरदातालाई तल उल्लेखित विवरणमा हस्ताक्षर गर्न भन्नुहोस्   |
|        |  | छैन   | २   | अन्तरवार्ता लिने व्यक्ति: उत्तरदातालाई धन्यवाद दिनुहोस् र अन्तरवार्ता रद्द गर्नुहोस्                      |

### १. प्रारम्भिक (Background)

| प्र. नं. | प्रश्न          | उत्तर |
|----------|-----------------|-------|
| १०१      | जिल्ला          |       |
| १०२      | उत्तरदाताको नाम |       |
| १०३      | संस्थाको नाम    |       |
| १०४      | पद              |       |
| १०५      | अनुभव वर्ष      |       |
| १०६      | शिक्षा          |       |



२. सेवाको अवस्था र औचित्यता (Situation of Services and its' Relevance)

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
| २०१      | यो गा.वि.स, क्षेत्र,जिल्ला तथा क्षेत्रमा एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....                                   |
| २०२      | त्यसैगरी, आमा सुरक्षा कार्यक्रम अवस्था कस्तो छ, संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| २०३      | परीवार नियोजन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....  |
| २०४      | महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवीका कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....  |
| २०५      | किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम को अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....  |
| २०६      | प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार केन्द्र- गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?<br><b>Primary Health Care Outreach Clinic (Gaunghar clinic)</b><br>.....<br>.....<br>..... |
| २०७      | <b>Pelvic organ Prolapse Prevention and Treatment Program-</b><br>(पाठेघर खसेको रोकथाम तथा उपचार कार्यक्रम)  |



| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर  |
|----------|---|
|          | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| २०८      | <p>सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| २०९      | <p>पाठेघरको मुखको क्यान्सर खोज प्रडताल तथा रोकथाम कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| २१०      | <p>फिस्टुला व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| २११      | <p>सव-फर्टिलिटी व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवस्था कस्तो छ संक्षेपमा बताउनुहोस ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| २१२      | <p>एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवाको पंहुच विस्तार गर्न के कस्ता प्रयास भएका छन् संक्षेपमा बताईदिनुहोस?</p> <p>(१) क्षेत्रिय स्तरमा</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(२) जिल्ला स्तरमा</p> <p>.....</p> |





| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
|          | <p>.....</p> <p>(३) समुदाय स्तरमा</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| २१३      | <p>एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य, अन्य जनस्वास्थ्य कार्यक्रम संग एकीकृत तथा सहसंयोजन गरिएको छ कि छैन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| २१४      | <p>एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम संचालन गर्दा सुचना संप्रेषणको लागि के कस्ता संयन्त्रहरु तयार गरिएका छन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| २१५      | <p>कुन कुन संघ संस्थाहरुले एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु संचालन गरेका छन् बताउनुहोस?</p> <p>सरकारी.....</p> <p>गैरसरकारी.....</p> <p>प्राईभेट संस्था .....</p>   |
| २१६      | <p>(यो कार्यक्रम सञ्चालन गर्नका लागि स्थानिय सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाहरु संग कसरी समन्वय गरिएको छ बताउनुहोस?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>समन्वय व्यवस्थापनको अवस्था कस्तो छ बताउनुहोस?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |



| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर   |
|----------|--|
| २१७      | <p>( सेवाग्राहीलाई सेवा प्रदायकले सेवा प्रदान गर्दा कुनै प्रकारको भेदभाव भएको महसुस गर्नु भएको छ कि छैन बताउनुहोस?(सामाजिक, आर्थिक तथा अन्य)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>यदि छ भने किन यस्तो भएको होला ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ति भेदभावलाई कसरि हटाउन सकिन्छ बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| २१८      | <p>तपाईंको संस्थामा/विभागमा/मन्त्रालयमा नियमित रूपमा प्रगति समिक्षा बैठकहरु गरिन्छ, कि गरिदैन बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>यदि गरिन्छ भने कति समयको अन्तरालमा गरिन्छ?</p> <p>.....</p> <p>बैठकका एजेण्डा के कस्ता हुन्छन?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>बैठकका सुझाव र सल्लाहाहरु कार्यान्वयन हुन्छन कि हुदैनन?</p> <p>.....</p> <p>यदिनियमित प्रगति समिक्षा बैठकहरु हुदैनन भने नहुनाका कारण के होलान बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| २१९      | <p>यो कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा सेवाको गुणस्तर कायम राख्न के कस्तो प्रणाली तथा संयन्त्र बनाइएको छ बताउनुहोस? )</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |

| प्र. नं. | प्रश्न र उत्तर |
|----------|----------------|
|          | .....          |

### ३. नीति तथा कार्यक्रम (Policy and Program)

| Q no | Question/Answer  |
|------|--|
| ३०१  | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा संचालन गर्न के कस्ता निर्देशिकाहरु तयार भएका छन् ?<br>.....<br>.....  |
| ३०२  | तपाईं माथि उल्लेखित सबै निर्देशिकाहरु संग परिचित हुनुहुन्छ ?<br>.....<br>.....   |
| ३०३  | सेवा प्रदायक हरु सबै निर्देशिकाहरु संग परिचित छन् कि छैनन्? यदि परिचित नभय त्यसका कारण बारे बताउनुहोस ।<br>.....<br>.....  |
| ३०४  | निर्माण भएका एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धि निति, रणनिति तथा योजनाहरु के के छन् बताउनुहोस?<br>.....<br>.....<br>(जिल्ला स्तरमा एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धिनिति, रणनिति तथा योजनाहरु बनाइएको छ कि छैन बताउनुहोस् ?<br>.....<br>..... |
| ३०५  | तपाईंको सेवा केन्द्रमा/विभाग/मन्त्रालयमा माथि उल्लेखित सामग्रीहरु उपलब्ध छन् कि छैनन्? यदि छन् भने कुन कुन छन् र छैनन् भने कुन कुन छैनन् र किन बताउनुहोस?)<br>.....<br>.....   |
| ३०६  | यि सेवाहरुलाई उपलब्ध गराउन चाहिने आर्थिक स्रोतहरु कहाँबाट कसरि ब्याबस्थापन गरिएको छ, बताउनुहोस् ?)<br>.....<br>.....   |
| ३०७  | (यस सेवा केन्द्रमा सेवा प्रवाह गर्न चाहिने पर्याप्त स्रोत साधन तथा उपकरणहरु उपलब्ध छन् कि छैनन्  |



|     |  |
|-----|--|
|     | बताउनुहोस? यदि छैन भने कुन कुन छैनन् बताउनुहोस?)<br>.....<br>.....   |
| ३०८ | तपाईंको विचारमा यस कार्यक्रमले राष्ट्रिय तथा सामुदायिक आवश्यकतालाई सम्बोधन गरेको छ कि छैन?<br>.....<br>यि कार्यक्रमहरु सरकारी प्राथमिकतामा पर्छन् कि पर्दैनन बताउनुहोस?<br>.....<br>महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धि कार्यक्रम बनाउदा तथा कार्यान्वयन गर्दा सम्बन्धित सरोकारवालाहरु संग समन्वय गरिन्छ कि गरिदैन बताउनुहोस?)<br>..... |

#### ४.समस्या र चुनौति (Problems and Challenges)

| Q no    | Question/Answer  |
|---------|--|
| ४०<br>१ | (एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा के कस्ता समस्याहरु आइ परेकाछन बताउनुहोस?)<br>1.clients (सेवाग्राही)<br>.....<br>2.Family of clients (सेवाग्राहीको परिवार)<br>.....<br>३.सेवाप्रदायक<br>.....  |
| ४०<br>२ | (एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा बर्तमान निति तथा पूर्वाधारले गुणस्तरीय सेवाप्रदान गर्न कुनै समस्या परेका छन कि छैनन बताउनुहोस?)<br>.....<br>यदि समस्या भए ति समस्याहरु के के हुन बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>यि समस्याहरु समधान गर्न के गर्नुपर्ला बताउनुहोस ?<br>.....<br>..... |
| ४०<br>३ | मानव संसाधन, आर्थिक तथा अन्य श्रोतहरुको उपयोगमा के कस्ता समस्याहरु देखियका छन बताउनुहोस?<br>यि समस्याहरु समधान गर्न के गर्नुपर्ला बताउनुहोस<br>.....<br>.....<br>.....   |



५. कार्यक्रमको प्रभावकारीता र सेवा स्तर बृद्धिको लागि सुझाव (effectiveness of the program and suggestions to improve the services)

| Q no | Question/Answer  |
|------|--|
| ५०१  | तपाईंको विचारमा यि कार्यक्रम कतिको सफल छन बताउनुहोस?<br>.....  |
| ५०२  | यि कार्यक्रम संचालन गर्न तपाईंको भुमिका कस्तो रहयो?<br>.....<br>.....  |
| ५०३  | यि कार्यक्रमले लक्षित समुहका स्वास्थ्य सम्बन्धि समस्यालाई सम्बोधन गर्न सके कि सकेनन बताउनुहोस?)<br>.....<br>.....        |
| ५०४  | तपाईंको विचारमा यि कार्यक्रमहरुले महिलाको स्वास्थ्यमा केहि परिवर्तन ल्याउन सके कि सकेनन बताउनुहोसे ?<br>.....<br>.....   |
| ५०५  | यि कार्यक्रमले ल्यायका सकारत्मक परिवर्तनहरु के के हुन बताउनुहोस?<br>.....  |
| ५०६  | यिकार्यक्रमले ल्यायका नकारत्मक परिवर्तनहरु के के हुन बताउनुहोस?<br>.....<br>.....<br>.....                               |
| ५०७  | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य अन्तरगतका सबै कार्यक्रमहरुको निरन्तरता चाहिन्छ कि चाहिदैन बताउनुहोस?<br>.....<br>..... |
| ५०८  | यदि नचाहिने कार्यक्रमहरु छन भने ति कार्यक्रमहरु कुन कुन हुन बताउनुहास ?<br>.....   |



|     |   |
|-----|---|
|     |   |
| ५०९ | चाहिने कार्यक्रमलाई कसरी दिगोपना दिन सकिन्छ, बताउनुहोस?)<br>.....<br>.....<br>.....   |
| ५१० | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई प्रभावकारि रुपमा संचालन गर्न नितीगत सुधारको आवश्यकता छ कि छैन बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....        |
| ५११ | यदि आवश्यक छ भने के कस्ता नितीगत सुधार गर्न आवश्यक छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....   |
| ५१२ | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्न पूर्वाधारमा सुधार गर्न आवश्यक छ कि छैन बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....  |
| ५१३ | यदि आवश्यक छ भने के कस्ता सुधार गर्न आवश्यक छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....  |
| ५१४ | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई प्रभावकारि रुपमा संचालन गर्न मानव संसाधनमा सुधार गर्न आवश्यक छ कि छैन बताउनुहोस)<br>.....<br>..... |
| ५१५ | एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई लक्षित समुहको सेवाको पहुँचमा बृद्धि गर्न सुधारको   |



|     |   |
|-----|---|
|     | आवस्यकता छ कि छैन बताउनुहोस<br>.....<br>.....   |
| ५१६ | यदि आवस्यक छ भने के कस्ता सुधार गर्न आवस्यक छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....        |
| ५१७ | यदि सेवा प्रवाहमा कुनै भेदभाव छ भने कसरी हटाउन सकिन्छ बताउनुहोस?<br>.....<br>.....<br>..... |

#### ६. अनुगमन र निरिक्षण

|         |   |
|---------|---|
| ६०<br>१ | केन्द्र तथा क्षेत्र बाट निरिक्षण र अनुगमन नियमित रुपमा गर्नु हुन्छ कि हुदैन बताउनुहोस?<br>.....<br>.....      |
| ६०<br>२ | केन्द्र तथा क्षेत्र बाट गरिने निरिक्षण र अनुगमन कत्तिको लाभदायि भयका छन बताउनुहोस?<br>.....<br>.....<br>..... |

#### ७. प्रबिधिक र सामाग्रि सहयोग

|     |   |
|-----|---|
| ७०१ | केन्द्र तथा क्षेत्र बाट चाहियको वा मागेको बेला आवस्यक प्रबिधिक सहयोग यपलभद गराउने ब्याबस्था कस्तो छ बताउनुहोस ? |
|-----|---|



|     |   |
|-----|---|
|     | .....<br>.....  |
| ७०२ | केन्द्र तथा क्षेत्र बाट चाहियको वा मागेको बेला आवश्यक औषधि, उपकरण र अन्य सामाग्रिहरुको आपूर्ती गराउने ब्याबस्था कस्तो छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>..... |

**द. बजेट, खर्च र प्रतिफल**

|     |  |
|-----|--|
| ८०१ | केन्द्र तथा क्षेत्र बाट स्विकृत बजेटको निकासा समयमै गराउन कस्तो ब्याबस्था मिलाउनु भयको छ बताउनुहोस?<br>.....<br>.....                  |
| ८०२ | यदि समयमै बजेट निकासा नभयको भए कार्यक्रम संचालनमा यसको प्रभाव कस्तो परिरहेको छ बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>.....                  |
| ८०३ | तपाइले एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्यमा भयको खर्च र प्रतिफल बिचको सम्बन्ध कस्तो देख्नुहुन्छ, बताउनुहोस ?<br>.....<br>.....<br>..... |
| ८०  | तपाइको विचारमा एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु लागतको दिष्टिकोणले   |





|     |  |
|-----|--|
| ४   | <p>कत्तिको प्रभावकारि भयका देखुहुन्छ, बताउनुहोस ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| ८०५ | <p>यस कार्यक्रमा बढ्दो सरकारी लगानि र कार्यक्रमको दिगोपन बिच कस्तो अन्तरसम्बन्ध देखुहुन्छ, बताउनुहोस ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

### ९. लक्ष्य र प्राथमिकता

|    |   |
|----|---|
| ९० | <p>तंपाइको संस्थामा वार्षिक लक्ष्यको निर्धारण कसरि गरिन्छ, बताउनुहोस?</p> <p>१</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| ९० | <p>सिमितश्रोतलाई प्राथमिकता दिनुपयो भने एकिकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य भित्रका कुन</p> <p>२</p> <p>कार्यक्रमलाई पहिलो प्राथमिकता दिनुहुन्छ, बताउनुहोस?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

\*\*\*\*\*तंपाइको महत्वपूर्ण समयको लागि धेरै धेरै धन्यवाद\*\*\*\*\*



## अनुसूची- ९

### एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण(२०१४)

(सेवाग्राहीसँगको अन्तर्वार्ता)

### Exit Client Interview

१५-४९ वर्षका सेवा लिएका महिला

#### परिचय

नमस्ते, मेरो नाम..... हो र म राष्ट्रिय योजना आयोग र स्कुल अफ पि. एम. ई. आर. बाट गर्न लागीएको, एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण (२०१४) मा कार्यरत छु । यस सर्वेक्षणको मुख्य उद्देश्यस्वास्थ्य सेवा प्रवाह सम्बन्धी जानकारी लिनु हो । उक्त कार्यको लागि मलाई यस स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका तपाईं जस्तै व्यक्तिहरूसँग कुराकानी गर्नु पर्छ । तपाईंले यस सर्वेक्षणमा भाग लिएर जानकारी दिएको खण्डमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुधार गर्ने प्रयासमा टेवा पुग्नेछ । तपाईंले दिने जानकारी अत्यन्तै महत्वपूर्ण हुनेछ साथै म तपाईंको सहभागीताको लागि आभारी हुनेछु ।

यो अन्तर्वार्ता सकिन करिब ३० मिनेटभन्दा बढि लाग्ने छैन । तपाईंले दिएको कुनै पनि जानकारी एकदमै गोप्य राखिनेछ र तपाईंको परिचय खुल्ने गरी कुनै पनि जानकारी सर्वेक्षण टोली भन्दा बाहिरको व्यक्तिलाई दिइने छैन । यस अन्तर्वार्तामा तपाईंको सहभागीता स्वैच्छिक रहनेछ । तपाईं यस अध्ययनमा सहभागि हुनु भएमा तपाईं कुनै प्रश्नको उत्तर नदिनु चाहनु भएमा नदिनु पनि सक्नुहुनेछ र जुनसुकै बेला अन्तर्वार्ता रोक्न पनि सक्नुहुनेछ ।

यदि तपाईं कुनै पनि प्रश्न सोध्न चाहानुहुन्छ भने कृपया अप्ठ्यारो नमानी सोध्न सक्नु हुनेछ । यदि तपाईंलाई प्रश्नहरू पछि सोध्नु परेको खण्डमा, तपाईं राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय अन्तरगत अनुगमन तथा मूल्याङ्कन महाशाखामा श्री श्याम भण्डारी (फोन नं ४२९९९५९) तथा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा डा. शीलु अर्याललाई सम्पर्क (फोन नं ४२६४२५०, ४२६४३०९) मा फोन गर्नसक्नु हुनेछ ।

| प्र.को | प्रश्न  | उत्तर | कोड | स्किप  |
|--------|---|-------|-----|--|
| १      | मैले भर्खरै भनेको कुराबारे तपाईंको केही प्रश्न छ?                                   | छ,    | १   | .....  |
|        |   | छैन   | २   | अर्को प्रश्नमा जाने  |
| २      | मैले भर्खरै व्याख्या गरेको यो अन्तर्वार्ताको उद्देश्य तपाईंले प्रष्टसँग बुझ्नु भयो? | बुझे  | १   | अर्को प्रश्नमा जाने  |
|        |   | बुझिन | २   | भर्खरै भनेको अध्ययनको उद्देश्य पुनः भनिदिनुहोस् र उत्तरदाता प्रष्ट भएपछि मात्र अन्तर्वार्ता सुरु गर्नुहोस् |
| ३      | के तपाईं अन्तर्वार्ता दिन सहमत हुनुहुन्छ ?  | छु,   | १   | उत्तरदातालाई तल उल्लेखित विवरणमा हस्ताक्षर गर्न भन्नुहोस् ।  |
|        |   | छैन   | २   | अन्तर्वार्ता लिने व्यक्ति: उत्तरदातालाई धन्यवाद दिनुहोस् र अन्तर्वार्ता रद्द गर्नुहोस् ।                   |

उत्तरदातालाई तल उल्लेखित फारममा हस्ताक्षर गर्न अनुरोध गर्ने वा ठिक (✓) चिन्ह लगाउने

|                                       |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |
|---------------------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|--|-------|--|---------|--|--|--|-----|
| उत्तरदाताको नाम र हस्ताक्षर           | हस्ताक्षर:.....   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |
| नाम:.....                             |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |
| मिति                                  | <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">गते</td> <td colspan="2">महिना</td> <td colspan="4">२ ० ६ ९</td> <td>साल</td> </tr> </table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | गते |  | महिना |  | २ ० ६ ९ |  |  |  | साल |
| <input type="text"/>                  | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |
| गते                                   |   | महिना                |                      | २ ० ६ ९              |                      |                      |                      | साल                  |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |
| जिल्ला<br>(कोड सुपरिवेक्षकले भर्ने ।) | <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |
| स्वास्थ्य संस्थाको नाम                | <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |
| स्वास्थ्य संस्थाको किसिम              | केन्द्रीय अस्पताल ..... ०१<br>क्षेत्रिय अस्पताल ..... ०२  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |     |  |       |  |         |  |  |  |     |



|  |   |
|--|---|
|  | अञ्चल अस्पताल ..... ०३<br>जिल्ला अस्पताल ..... ०४<br>प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ..... ०५<br>स्वास्थ्य चौकी ..... ०६<br>उप-स्वास्थ्य चौकी ..... ०७<br>अन्य अस्पताल (खुलाउन..... ९६ |
| उत्तरदाता स्वयं ओ.पि.डी. विरामी हो कि अभिभावक हो ? | ओ.पि.डी. विरामी ..... १<br>अभिभावक ..... २  |

### १००. पृष्ठभूमि

| प्र.नं. | प्रश्न/सूचना  | कोडिङ्ग बर्गिकरण   | ... मा जाने |
|---------|---|--|-------------|
| १०१     | सेवा ग्राहीको प्रकार  | जंचाएको मात्र ..... १<br>जंचाएर औषधि लिएको ..... २<br>भर्ना भएर उपचार गराएको ..... ३<br>भना भएर सत्य क्रिया गरेको ..... ४          |             |
| १०२     | तपाईंको जात/जातियता के हो ? यो प्रश्न ठाडो भयो शर्भेक्षकले पुरा नाम सोधेर थाहापाई कोड आफै भर्न सक्छन कि बिचार गनर्सहोस<br>**जात जातियताको कोडको लागि अनुसूचि १ हेर्नुहोस् ।<br>स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले <b>HMIS</b> मा प्रयोग गरेका जातिकोड प्रयोग गर्न उपयुक्त हुने ।<br>अनुसूचि १ मा हेर्नुहोसा | जात/जातियताको कोड ..... <input type="checkbox"/>   |             |
| १०३     | तपाईं कति वर्ष पुरा हुनु भयो ?  | वर्ष..... <input type="text"/><br>थाहा छैन..... ८८   |             |
| १०४     | लिंग  | महिला ..... १<br>पुरुष ..... २<br>तेस्रो लिङ्गी..... ३   |             |
| १०५     | तपाईं हाल कहाँ बस्नुहुन्छ ?<br>(नाम लेख्ने)   | १) जिल्ला _____<br>२) नगरपालिका _____<br>३) गा.वि.स. _____<br>४) वडा नं. .... <input type="text"/><br>५) टोलको नाम (खुलाउने) _____ |             |



| प्र.नं. | प्रश्नहरू  | कोडिङ्ग बर्गिकरण  | ... मा जाने |
|---------|--|---|-------------|
| १०६     | तपाईंले कुन तहको पढाई पुरा गर्नु भएको छ ?  | विद्यालय नगएको - निरक्षर ..... ७७<br>विद्यालय नगएको - साक्षर ..... ८८<br>पुरा गरेको माथिल्लो तह (कोड खुलाउने) .... <input type="text"/>                 |             |
|         | <b>कोड - शैक्षिक तह</b><br>०० = कक्षा १ उर्तीण नगरेको<br>०१ - ०९ = कक्षा १- कक्षा ९ उर्तीण<br>१० = एस.एल.सी उर्तीण | ११ = प्रविणता प्रमाण पत्र तह पास गरेको<br>१२ = स्नातक (BA) तह उर्तीण गरेको<br>१३ = स्नातकोत्तर तह (MA) वा सो भन्दा माथि उर्तीण गरेको                    |             |
| १०७     | तपाईंको हालको वैवाहिक स्थिति के हो ?   | विवाहित (एकल विवाह) ..... १<br>विवाहित (बहुविवाह) ..... २<br>विधुवा/विधुर ..... ३<br>पारपाचुके गरेको ..... ४<br>छुटिएरबसेको ..... ५<br>अविवाहित ..... ६ |             |
| १०८     | तपाईं कुन धर्म मान्नु हुन्छ ?  | हिन्दु ..... १<br>बौद्ध ..... २<br>मुस्लिम ..... ३<br>क्रिश्चियन ..... ४<br>किरात ..... ५<br>अन्य (खुलाउने) ..... ६                                     |             |
| १०९     | तपाईंको परीवारको मुख्य पेशा कुन हो ?   | कृषि ..... १<br>सेवा ..... २<br>व्यापार ..... ३<br>ज्यालादारी ..... ४<br>अन्य (खुलाउने) ..... ५   |             |
| ११०     | गत १२ महिना भित्र तपाईं कुनै आर्थिक उर्पाजनमा संलग्न हुनुभएको थियो ?   | थिए / छु ..... १<br>थिएन / छैन ..... २  |             |
| १११     | तपाईंको परिवारको मासिक आम्दानी कति होला ?  | रुपैया ..... <input type="text"/>   |             |

## २००. सेवा लिने र निर्णय गर्ने

| प्र.नं. | प्रश्न/सूचना  | कोडिङ्ग बर्गिकरण   | ... मा जाने |
|---------|---|--|-------------|
| २०१     | तपाईं यो स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउने निर्णय कसले गर्नुभयो?<br><br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ।) | आफै / आफ्नै ईच्छा ..... ०१<br>श्रीमान्/श्रीमती ..... ०२<br>आमा/बुवा ..... ०३<br>सासु/ससुरा ..... ०४<br>छोरा/छोरी ..... ०५<br>दाजु भाई/दिदी बहिनी ..... ०६<br>जेठाजु/देवर/जेठानी/भाउजु/नन्द ..... ०७<br>अन्य नातेदार ..... ०८<br>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका ..... ०९<br>ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता ..... १०<br>अन्य (खुलाउने) ..... १६ |             |
| २०२     | सेवा लिन आउने उक्त निर्णय सँग तपाईं कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्थ्यो?                                      | सन्तुष्ट छु ..... १<br>सन्तुष्ट छैन ..... २  |             |
| २०३     | तपाईंलाई घरबाट यस स्वास्थ्य संस्थासम्म आइपुग्न कति समय लाग्यो ?                                       | दिन ..... <input type="text"/>   |             |



| प्र.नं.   | प्रश्न/सूचना  | कोडिङ्ग बर्गिकरण  | ... मा जाने |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
|---|---|---|-------------|-------|------|--|---|---|--|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|--------------------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|---|--|--|
|   | (नोट: यदि उत्तर एक घण्टा भन्दा कम छ भने मिनेटमा उल्लेख गर्ने र घण्टा र दिनमा ०० लेख्ने। यदि उत्तर ६० मिनेट भन्दा बढी र एक दिन भन्दा कम छ भने घण्टामा उल्लेख गर्ने र मिनेट तथा दिनमा ०० लेख्ने। यदि उत्तर दिनमा आउछ भने दिनमा उल्लेख गर्ने।) | घण्टा ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>मिनेट ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>थाहा छैन ..... ९८   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| २०४   | तपाईंको घरबाट यो स्वास्थ्य संस्था कति टाढा छ?   | कि.मी. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>थाहा छैन ..... ९८  |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| २०५   | यहाँ आउन कुन सवारी साधन प्रयोग गर्नु भयो?<br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ।)   | एम्बुलेन्स ..... ०१<br>निजी सवारी ..... ०२<br>सार्वजनिक सवारी (बस, मिनिबस आदि) ..... ०३<br>रिक्शा एम्बुलेन्स ..... ०४<br>वयलगाडा/टाङ्गा ..... ०५<br>बोकेर (डोको/स्ट्रेचर) ..... ०६<br>साइकल ..... ०७<br>पैदल ..... ०८<br>अन्य (खुलाउने) ..... ९६  |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| २०६   | यहाँ आउन कति खर्च लाग्यो ?<br>(सवारी साधनको प्रयोग गरे वापतको पैसा मात्र उल्लेख गर्ने।)   | खर्च रकम रु. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| २०७   | तपाईंको साथमा यहाँसम्म को आएको छ ?<br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ।)  | श्रीमान्/श्रीमती ..... ०१<br>आमा/बुबा ..... ०२<br>सासु/ससुरा ..... ०३<br>परिवारका अन्य सदस्य/नातेदार ..... ०४<br>आफै/अन्य कोही आएको छैन ..... ०५<br>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका ..... ०६<br>साथी/छिमेकी ..... ०७<br>स्वास्थ्यकर्मी ..... ०८<br>अन्य (खुलाउने) ..... ९६  |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| २०८   | घरबाट स्वास्थ्य संस्थासम्म आउने र सेवा लिने क्रममा के तपाईंलाई घरबाट तथा समुदायबाट निम्न समस्याहरू परेका थिए ?<br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ।)  | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>पन्यो</th> <th>परेन</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>१) परिवारका सदस्यबाट अनुमति लिन गाह्रो</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>२) संस्था सम्म आइपुग्न धेरै समय लागेको</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>३) यातायातको साधन खोज्न गाह्रो भएको</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>४) सेवाको लागि लाग्ने खर्च जुटाउन गाह्रो भएको</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>५) जम्मा खर्च महंगो</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>६) साथमा आउने मान्छे उपलब्ध नभएको</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>७) बच्चाको हेरचाह गरिदिने कोही नभएको</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>८) स्वास्थ्य संस्था सम्म ल्याइने पुरुष उपलब्ध नहुनु</td> <td>१</td> <td>२</td> </tr> <tr> <td>९) अन्य (खुलाउने) _____</td> <td>६</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |             | पन्यो | परेन | १) परिवारका सदस्यबाट अनुमति लिन गाह्रो | १ | २ | २) संस्था सम्म आइपुग्न धेरै समय लागेको | १ | २ | ३) यातायातको साधन खोज्न गाह्रो भएको | १ | २ | ४) सेवाको लागि लाग्ने खर्च जुटाउन गाह्रो भएको | १ | २ | ५) जम्मा खर्च महंगो | १ | २ | ६) साथमा आउने मान्छे उपलब्ध नभएको | १ | २ | ७) बच्चाको हेरचाह गरिदिने कोही नभएको | १ | २ | ८) स्वास्थ्य संस्था सम्म ल्याइने पुरुष उपलब्ध नहुनु | १ | २ | ९) अन्य (खुलाउने) _____ | ६ |  |  |
|   | पन्यो   | परेन  |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| १) परिवारका सदस्यबाट अनुमति लिन गाह्रो              | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| २) संस्था सम्म आइपुग्न धेरै समय लागेको              | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| ३) यातायातको साधन खोज्न गाह्रो भएको                 | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| ४) सेवाको लागि लाग्ने खर्च जुटाउन गाह्रो भएको       | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| ५) जम्मा खर्च महंगो                                 | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| ६) साथमा आउने मान्छे उपलब्ध नभएको                   | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| ७) बच्चाको हेरचाह गरिदिने कोही नभएको                | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| ८) स्वास्थ्य संस्था सम्म ल्याइने पुरुष उपलब्ध नहुनु | १   | २   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |
| ९) अन्य (खुलाउने) _____                             | ६   |   |             |       |      |  |   |   |  |   |   |                                     |   |   |   |   |   |                     |   |   |                                   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |                         |   |  |  |



३००. स्वास्थ्य सेवा

| प्र.नं. | प्रश्न/सूचना  | कोडिङ्ग बर्गिकरण   | ... मा जाने |
|---------|---|--|-------------|
| ३०१     | तपाईंले यस स्वास्थ्य संस्थाबाट कुन-कुन सेवाहरु पाउनुभयो ?<br><br><b>मुख्य</b>   | परिवार नियोजन ..... ०१<br>आमा सुरक्षा ..... ०१<br>- ANC<br>- Delivery<br>- PNC<br>परीवार नियोजन ..... ०२<br>किशोर किशोरी सेवा कार्यक्रम ..... ०३<br>पाठेघरको समस्या ..... ०४<br>सरक्षित गर्भपतन ..... ०५<br>फिस्टुला ..... ०६<br>सहायक गर्भादान ..... ०७   |             |
| ३०२     | के तपाईंले यहाँ सेवा लिए वापत केही पैसा तिर्नुभयो?<br><br>यदि तिरको भए कति तिर्नुभयो बताउनु होस?<br><br>यो रकम कुन कुन सेवाकोलागि तिर्नुभयो बताउनुहोस?<br><br>अस्पतालमा खर्च भएको रकमको व्यावस्ता कसरि गर्नुभयो बताउनुहोस?<br>(बहुउत्तर हुनसक्ने) | तिरि ..... १<br>तिरिन ..... २ → ३०५<br><br>रु.....<br><br>क.टिकट लिंदा रु.....<br>ख.ल्यब परिक्षणको लागि रु.....<br>ग. औषधिको लागि रु.....<br>घ. अप्रेसनको लागि रु.....<br>ड. अस्पतालमा भर्ना भइ बसेको रु.....<br>जम्मा रु.....<br><br>क.आफनै घरको आम्दानि<br>ख.साथि/छिमेकि बाट सापटि लियर<br>ग.साथि/छिमेकि बाट ऋण लियर<br>घ. अन्य खुलाउने..... |             |
| ३०३     | के तपाईंलाई यस स्वास्थ्य संस्थामा निशुल्क स्वास्थ्य सेवा पाइन्छ भन्ने कुरा थाहा छ? (प्राईभेटमा लागुन नहुने)   | छ ..... १<br>छैन..... २<br>प्राईभेट ..... ३ → ३०८  |             |
| ३०४     | यदि उत्तरदातालाई निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाको बारेमा थाहा छ भने, यो कुरा यहाँ सेवा लिन आउनु अगाडि नै थाहा थियो कि सेवा लिने क्रममा थाहा पाउनु भएको हो ?  | यहाँ आउनु अगाडि नै थाहा थियो ..... १<br>दर्ता टिकट पाए पछि मात्रै थाहा पाए..... २  |             |
| ३०५     | निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाबारे कसरी थाहा पाउनु भयो?<br><br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ।)  | परिवारको सदस्य/नातेदार..... ०१<br>साथी/छिमेकी..... ०२<br>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका..... ०३<br>स्वास्थ्यकर्मी ..... ०४<br>स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारी..... ०५<br>टेलिभिजन ..... ०६<br>रेडियो/एफ.एम. .... ०७<br>पोष्टर/पर्चा ..... ०८<br>अन्य (खुलाउने) ..... ९६   |             |
| ३०६     | के तपाईंलाई गरिब र पछाडि पारिएका समूहले आवश्यक परेको खण्डमा समुदायमा रहेको आकस्मिक  | छ ..... १<br>छैन..... २ → ३१४  |             |



| प्र.नं. | प्रश्न/सूचना                               | कोडिङ्ग बर्गिकरण | ... मा जाने |
|---------|--|------------------|-------------|
|         | कोष प्रयोग गर्न पाउने कुरा थाहा छ कि छैन ? |                  |             |

| सि.नं. | प्रश्न/सूचना  | कोडिङ्ग बर्गिकरण  | ... मा जाने |
|--------|---|---|-------------|
| ३०७    | यदि समूदाय स्तरको आकस्मिक कोषको बारेमा जानकारी छ भने यस सम्बन्धमा कहाँबाट जानकारी पाउनु भयो ?<br><br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ।) | परिवारको सदस्य/नातेदार..... ०१<br>साथी/छिमेकी ..... ०२<br>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका ..... ०३<br>स्वास्थ्यकर्मी ..... ०४<br>स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारी..... ०५<br>टेलिभिजन ..... ०६<br>रेडियो/एफ.एम..... ०७<br>पोष्टर/पर्चा..... ०८<br>अन्य (खुलाउने) ..... ९६                          |             |
| ३०८    | यदि स्वास्थ्य संस्थाहरु बन्द भएको बेलामा अपभर्त विरमी वा सुत्केरी बेथा लागेमा तपाईं के गर्नुहुन्छ ?                                 | यहि संस्था खुल्ने समय सम्म कुरेर बस्ने..... १<br>नजिकको अर्को स्वास्थ्य संस्थामा जाने..... २<br>जिला / अञ्चल / क्षेत्रीय संस्थामा जाने ..... ३  |             |
| ३०९    | यस स्वास्थ्य संस्थामा नियमित रुपमा स्वास्थ्य सेवा प्रदायक उपदब्ध हुन्छ ?  | हुन्छ ..... १<br>हुदैन ..... २  |             |
| ३१०    | के तपाईं यस स्वास्थ्य संस्थाबाट अन्य स्वास्थ्य संस्थामा पठाइएको/प्रेषण कहिल्यै रिफर हुनुभएको छ ?                                    | छ ..... १<br>छैन ..... २  | ४०१         |
| ३११    | यदि रेफर गरिएको भए तपाईंलाई रिफर गरेर कहाँ पठाइयो ?   | सरकारी अस्पतालमा ..... ०१<br>प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ..... ०२<br>स्वास्थ्य चौकीमा..... ०३<br>उप-स्वास्थ्यचौकी ..... ०४<br>गैरसरकारी संस्था..... ०५<br>निजिसंस्था (मेडिकल कलेज) ..... ०६<br>सामुदायीक अस्पताल ..... ०७<br>नखुलाइएको माथिल्लो संस्था ..... ०८<br>अन्य (खुलाउने) ..... ९६ |             |
| ३१२    | यदि रेफर गरिएको भए तपाईं कस्तो सेवाको लागि रेफर हुनुभयो?  | चिकित्सकीय जाँचका लागि..... १<br>प्रयोगशालामा जाँचका लागि ..... २<br>शल्यक्रिया ..... ३<br>अन्य (खुलाउने) ..... ६<br>थाहा छैन ..... ८   |             |
| ३१३    | क) आमा कार्यक्रम अर्न्तगत सुत्केरी हुँदा यातायात खर्च पाउनुभयो ?<br>ख) ४ पटक गर्भ जाँच गराए बापत यातायात खर्च पाउनुभयो ?            | पाउनुभयो..... १<br>पाउनुभएन..... २<br>पाउनुभयो..... १<br>पाउनुभएन..... २  |             |
| ३१४    | कति पाउनु भयो ?   | रुपैया.....   |             |



४००. सेवाको गुणस्तर

| प्र.नं. | प्रश्न/सूचना   | कोडिङ्ग बर्गिकरण  | ... मा जाने |
|---------|--|---|-------------|
| ४०१     | यस स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आईपुगे देखि पहिलो (शुरुमा) स्वास्थ्यकर्मीले जाँच गर्ने बेलासम्म तपाईंले कति समय कुर्नु पर्‍यो ?     | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>घण्टा      मिनेट   |             |
| ४०२     | आफूले कुर्नु पर्दाको समयको सम्बन्धमा तपाईं सन्तुष्ट हुनुहुन्छ ?  | धेरै सन्तुष्ट ..... १<br>सन्तुष्ट..... २<br>सन्तुष्ट/असन्तुष्ट केही छैन ..... ३<br>असन्तुष्ट ..... ४<br>धेरै असन्तुष्ट ..... ५  |             |
| ४०३     | तपाईंलाई मुख्य सेवा दिने स्वास्थ्यकर्मी को हुनुहुन्छ्यो?   | डाक्टर ..... १<br>नर्स/अ.न.मी. .... २<br>हे.अ./अ.हे.व. .... ३<br>अन्य (खुलाउने) ..... ६<br>थाहा छैन ..... ८   |             |
| ४०४     | तपाईंलाई मुख्य सेवा दिने स्वास्थ्यकर्मी महिला हुनु हुन्छ्यो की पुरुष ?   | महिला ..... १<br>पुरुष ..... २  |             |
| ४०५     | के तपाईं मुख्य सेवा दिने व्यक्तिसँग सेवा लिंदा सहज महशुस गर्नुभयो ? अथवा तपाईं सेवा दिने व्यक्ति विपरित लिंग भएको भए सहज हुन्छ्यो? | सहज लाग्यो ..... १<br>सहज लागेन सेवा दिने व्यक्ति विपरित लिंगको भएको चाहन्थे ..... २  |             |
| ४०६     | तपाईंले उपचार गराउँदा साथी/परिवार सदस्य आदि कसैलाई साथीको रूपमा सँगै बस्न अनुरोध गर्नुभयो कि भएन ?                                 | भने..... १<br>भनिन ..... २<br>एकलै आएको ..... ३   | } ४०८       |
| ४०७     | उपचार गराउँदा स्वास्थ्य सेवा दिने व्यक्तिले तपाईंको साथी/परिवार लाई सँगै राख्न अस्वीकार गर्नु भयो कि?                              | अस्वीकार गर्नु भयो..... १<br>अस्वीकार गर्नु भएन/सँगमा बस्न दिनु भयो ..... २   |             |
| ४०८     | तपाईं स्वास्थ्य सेवा दिने व्यक्तिले तपाईंको उपचारको बारेमा दिएको सूचना/जानकारी सँग कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?                       | धेरै सन्तुष्ट ..... १<br>सन्तुष्ट..... २<br>सन्तुष्ट/असन्तुष्ट केही छैन ..... ३<br>असन्तुष्ट ..... ४<br>धेरै असन्तुष्ट ..... ५  |             |
| ४०९     | तपाईंले प्राप्त गरेको स्वास्थ्य सेवा दिने व्यक्तिको सेवा सम्बन्धि दक्षता/सीपबाट कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?                          | धेरै सन्तुष्ट ..... १<br>सन्तुष्ट..... २<br>सन्तुष्ट/असन्तुष्ट केही छैन ..... ३<br>असन्तुष्ट ..... ४<br>धेरै असन्तुष्ट ..... ५  |             |
| ४१०     | कुनै स्वास्थ्यकर्मीले तपाईंलाई गाली /भेदभाव वा अनादर गरेको अनुभव गर्नु भयो ?   | अनादर वा गाली गरेको ..... १<br>नगरेको ..... २   | → ४१२       |
| ४११     | गाली /भेदभाव वा अनादर गरेको भए यस्तो किन गरेको होला ?<br><br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ ।)                                       | मेरो उमेरको कारणले ..... ०१<br>म पुरुष/महिला भएकोले ..... ०२<br>मेरो जातीयता/जातका कारणले ..... ०३<br>मेरो धर्मको कारणले ..... ०४<br>म गरिब भएकोले ..... ०५<br>सबैलाई नै नराम्रो व्यवहार गर्ने भएकोले ..... ०६<br>उहाँलाई विरामीको मतलब छैन..... ०७ |             |





| प्र.नं. | प्रश्न/सूचना  | कोडिङ्ग बर्गिकरण   | ... मा जाने |          |            |
|---------|---|--|-------------|----------|------------|
|         |   | अन्य (खुलाउने) _____ ९६  |             |          |            |
| ४१२     | तपाईंले सेवाका लागि जुन स्वास्थ्यकर्मी सँग परामर्श गर्नु भयो उहाँको स्वभाव/नम्रता प्रति कतिको सन्तुष्ट हुनुभयो? | धेरै सन्तुष्ट ..... १<br>सन्तुष्ट..... २<br>सन्तुष्ट/असन्तुष्ट केही छैन ..... ३<br>असन्तुष्ट ..... ४<br>धेरै असन्तुष्ट..... ५<br>लागू नहुने ..... ६  | } ४१४       |          |            |
| ४१३     | तपाईं किन असन्तुष्ट/धेरै असन्तुष्ट हुनुहुन्छ?<br><br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ।)                             | मेरो उमेरले ..... ०१<br>म पुरुष/महिला भएकोले ..... ०२<br>मेरो जातीयता/जात ..... ०३<br>मेरो धर्म ..... ०४<br>म गरिब भएर..... ०६<br>सबैलाई नराम्रो व्यवहार गर्ने..... ०७<br>उहाँलाई विरामीको मतलब छैन..... ०८<br>अन्य (खुलाउने) _____ ९६ |             |          |            |
| ४१४     | तपाईं स्वास्थ्य संस्थाको सरसफाई प्रति कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?   | धेरै सन्तुष्ट ..... १<br>सन्तुष्ट..... २<br>सन्तुष्ट/असन्तुष्ट केही छैन ..... ३<br>असन्तुष्ट ..... ४<br>धेरै असन्तुष्ट ..... ९६  |             |          |            |
| ४१५     | तपाईंको गोपनीयता कायम गर्न तलका कुन कुन पक्षमा व्यवस्था गरिएको थियो?  | थियो   | थिएन        | थाहा छैन | लागू नहुने |
|         | १. परामर्शको लागि छुट्टै निजी कोठा ?  | १  | २           | ६        | ९          |
|         | २. छुट्टै कोठामा उपचार ?  | १  | २           | ६        | ९          |
|         | ३. कोही नचिनेको व्यक्तिलाई तपाईंको परामर्श वा उपचार हुने क्रममा भित्र आउन दिएको थियो कि थिएन ?                  | १  | २           | ६        | ९          |
|         | ४. भ्याल र ढोकामामा पर्दाहरू थियो कि थिएन ?   | १  | २           | ६        | ९          |
|         | ५. अन्य (खुलाउने) _____   | ६  |             |          |            |
| ४१६     | तपाईं स्वास्थ्य संस्थामा कायम गरिएको गोपनीयताको तह सम्बन्धमा कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?                          | धेरै सन्तुष्ट ..... १<br>सन्तुष्ट..... २<br>सन्तुष्ट/असन्तुष्ट केही छैन ..... ३<br>असन्तुष्ट ..... ४<br>धेरै असन्तुष्ट..... ५  |             |          |            |
| ४१७     | यस स्वास्थ्य संस्थामा अत्यधिक भिडभाड थियो ?   | थियो ..... १<br>थिएन ..... २<br>थाहा छैन ..... ६   |             |          |            |
| ४१८     | यस स्वास्थ्य संस्थामा खानेपानी उपलब्ध थियो?   | थियो ..... १<br>थिएन ..... २<br>थाहा छैन ..... ६   |             |          |            |
| ४१९     | यस स्वास्थ्य संस्थामा शौचालय उपलब्ध थियो?   | थियो ..... १<br>थिएन ..... २<br>थाहा छैन ..... ६   |             |          |            |
| ४२०     | यस स्वास्थ्य संस्थामा विरामीलाई पालो पर्खदा बस्ने   | थियो ..... १   |             |          |            |



| प्र.नं. | प्रश्न/सूचना  | कोडिङ्ग बर्गिकरण  | ... मा जाने |
|---------|---|---|-------------|
|         | ठाउँ पर्याप्त थियो ?  | थिएन ..... २<br>थाहा छैन ..... ८  |             |
| ४२१     | यस स्वास्थ्य संस्थामा बिरामीको साथमा आएका व्यक्तिका लागि बस्ने ठाउँ थियो ?  | थियो ..... १<br>थिएन ..... २<br>थाहा छैन ..... ८  |             |
| ४२२     | तपाईं यस स्वास्थ्य संस्थाबाट पाएको सेवाबाट कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?  | धेरै सन्तुष्ट ..... १<br>सन्तुष्ट ..... २<br>सन्तुष्ट/असन्तुष्ट केही छैन ..... ३<br>असन्तुष्ट ..... ४<br>धेरै असन्तुष्ट ..... ५   |             |
| ४२३     | के तपाईं फेरि यो संस्थामा सेवा लिन आउनु हुन्छ ?   | आउँछु ..... १<br>आउँदिन ..... २<br>थाहा छैन ..... ८   |             |
| ४२४     | के तपाईं अरु व्यक्तिलाई यस संस्थामा आउने सुझाव दिनुहुन्छ ?  | दिन्छु ..... १<br>दिन्न ..... २<br>थाहा छैन ..... ८   |             |
| ४२५     | तपाईंको विचारमा यस संस्थाले मुख्य रूपमा कुन - कुन कुराहरुमा सुधार गर्नुपर्छ होला ?<br><br>(एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ ।) | स्वास्थ्यकर्मी सहयोगी हुनुपर्ने ..... ०१<br>स्वास्थ्यकर्मीले असल व्यवहार गर्नुपर्ने ..... ०२<br>स्वास्थ्य कर्मी दक्ष हुनुपर्ने ..... ०३<br>सेवा लिन कम समय कुर्नुपर्ने ..... ०४<br>सामानको लागि पैसा नलिने ..... ०५<br>निःशुल्क सेवा दिनु पर्ने ..... ०६<br>स्वास्थ्य संस्था सफा र स्वच्छ हुनुपर्ने ..... ०७<br>गोपनीयता कायम हुनुपर्ने ..... ०८<br>पुरुष स्वास्थ्यकर्मी हुनुपर्ने ..... ०९<br>महिला स्वास्थ्यकर्मी हुनुपर्ने ..... १०<br>स्वास्थ्य संस्था नजिक हुनुपर्ने ..... ११<br>अन्य (खुलाउने) ..... १६ |             |

|   |   |     |   |   |   |  |  |     |       |   |   |   |   |  |  |     |  |  |  |
|---|---|-----|---|---|---|--|--|-----|-------|---|---|---|---|--|--|-----|--|--|--|
| अन्तर्वार्ता लिने ब्यक्तिको नाम र हस्ताक्षर | नाम: _____<br>हस्ताक्षर: _____  |     |   |   |   |  |  |     |       |   |   |   |   |  |  |     |  |  |  |
| मिति  | <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>गते</td> <td>महिना</td> <td>२</td> <td>०</td> <td>६</td> <td>९</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>साल</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |     |   |   |   |  |  | गते | महिना | २ | ० | ६ | ९ |  |  | साल |  |  |  |
|   |   |     |   |   |   |  |  |     |       |   |   |   |   |  |  |     |  |  |  |
| गते   | महिना   | २   | ० | ६ | ९ |  |  |     |       |   |   |   |   |  |  |     |  |  |  |
|   |   | साल |   |   |   |  |  |     |       |   |   |   |   |  |  |     |  |  |  |

\*\*\*\*\*तपाइको महत्वपूर्ण समयको लागि धेरै धेरै धन्यवाद\*\*\*\*\*



## अनुसूचि १०.

### एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण (२०१४)

### Evaluation of Integrated Women and Reproductive Health Service, 2014

#### स्वास्थ्य संस्था रेकड सर्वेक्षण प्रश्नावली Health Facility (Service Record Collection) Checklist (संस्था प्रमुख तथा निजले तोकेको व्यक्ति संग सोध्ने)

#### परिचय

नमस्ते, मेरो नाम.....हो र म राष्ट्रिय योजना आयोग र स्कूल अफ पि. एम. ई. आर. बाट गर्न लागीएको, एकीकृत महिला तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा मूल्याङ्कन सर्वेक्षण (२०१४) मा कार्यरत छु । यस सर्वेक्षणको मुख्य उद्देश्यस्वास्थ्य सेवा प्रवाह सम्बन्धी जानकारी लिनु हो । उक्त कार्यको लागि मलाई यस स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका तपाईं जस्तै व्यक्तिहरूसँग कुराकानी गर्नु पर्छ । तपाईंले यस सर्वेक्षणमा भाग लिएर जानकारी दिएको खण्डमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुधार गर्ने प्रयासमा टेवा पुग्नेछ । तपाईंले दिने जानकारी अत्यन्तै महत्वपूर्ण हुनेछ साथै म तपाईंको सहभागीताको लागि आभारी हुनेछु ।

यो अन्तरवार्ता सकिन करिब ३० मिनेटभन्दा बढि लाग्ने छैन । तपाईंले दिएको कुनै पनि जानकारी एकदमै गोप्यताका साथ राखिने छ र तपाईंसँग सम्बन्धीत कुनै पनि जानकारी यस सर्वेक्षण टोली भन्दा बाहिरको व्यक्तिलाई भनिने छैन । यो सर्वेक्षणमा तपाईंको सहभागीता स्वयमनिर्धारित हुनेछ । तपाईं आफ्नो खुसीले चाहेको वेला कुनै एक वा सम्पूर्ण प्रश्नहरूको उत्तर नदिन पनि सक्नु हुनेछ र जुनसुकै वेला अन्तरवार्ता रोक्न सक्नु हुनेछ ।

यदि तपाईं कुनै पनि प्रश्न सोध्न चाहानुहुन्छ भने कृपया अप्ठ्यारो नमानी सोध्न सक्नु हुनेछ । यदि तपाईंलाई प्रश्नहरू पछि सोध्नु परेको खण्डमा, तपाईं राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय अन्तर्गत अनुगमन तथा मूल्याङ्कन महाशाखामा श्री श्याम भण्डारी (फोन नं ४२१११५९) तथा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा डा. शीलु अर्याललाई सम्पर्क (फोन नं ४२६४२५०, ४२६४३०९) मा फोन गर्नसक्नु हुनेछ ।

#### कार्यक्रमसंग सम्बन्धित प्रश्नहरू

|                          |                             |  |                          |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|
| संस्थाको नाम :           |                             |  |                          |
| .....                    |                             |  | <input type="checkbox"/> |
| जिल्लाको नाम:            |                             |  |                          |
| .....                    |                             |  | <input type="checkbox"/> |
| गा.वि.स/नगरपालिका: ..... |                             |  | <input type="checkbox"/> |
| वडा नं. ....             |                             |  | <input type="checkbox"/> |
| गाउँ वा टोल: .....       |                             |  | <input type="checkbox"/> |
| स्वास्थ्य संस्थाका किसिम | केन्द्रीय अस्पताल           |  |                          |
|                          | क्षेत्रिय अस्पताल           |  |                          |
|                          | अञ्चल अस्पताल               |  |                          |
|                          | जिल्ला अस्पताल,             |  |                          |
|                          | प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, |  |                          |
|                          | स्वास्थ्य चौकी,             |  |                          |
|                          | उप-स्वास्थ्य चौकी,          |  |                          |
|                          | गैरसरकारी संस्था,           |  |                          |



|  |                        |  |  |
|--|------------------------|--|--|
|  | मेडिकल कलेज,           |  |  |
|  | अन्य प्राईभेट अस्पताल, |  |  |
|  | अन्य सरकारी अस्पताल    |  |  |
|  | सामुदायिक अस्पताल      |  |  |

सुरक्षित मातृत्व / आमा सुरक्षा कार्यक्रम लक्ष्य र प्रगति विवरण

| सेवाको प्रकृति                               | आ.ब २०६८-२०६९        |                      | आ.ब २०६९-२०७०        |                      | आ.ब २०७०-२०७१        |                      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) |
| पुर्ब प्रसुति सेवा (ANC)                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| एकपटक मात्र                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| दुईपटक                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| तीनपटक                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| चार पटक                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| चार पटक ANC<br>लिंगा को खर्च लिने            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| TT खोप लिने                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| आइरन चक्की लिने                              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| जुकाको औषधि लिने                             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुने             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| जिवन सुरक्षा<br>कार्ड/फिलिप चार्ट<br>वितरण   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| मातृ सुरक्षा चक्की<br>वितरण                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरि<br>सेवा          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| दक्ष स्वास्थ्यकर्मिबाट<br>प्रसुति सेवा       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सुत्केरी बापत यातायात<br>खर्च पाउनेको संख्या |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>सुत्केरी पछिको जाँचका लागि आउने (PNC)</b> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| एकपटक मात्र                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| दुईपटक                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |



| सेवाको प्रकृति  | आ.ब २०६८-२०६९        |                      | आ.ब २०६९-२०७०        |                      | आ.ब २०७०-२०७१        |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|   | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) |
| तीनपटक  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| रेफर केस  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>परिवार नियोजन</b>                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| कण्डम   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| पिल्स   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| डिपो  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Implant   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| IUCD  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| मिनिल्याप   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| भ्यासेक्टोमि  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>सुरक्षित गर्भपतन</b>                                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सुरक्षित गर्भपतन सेवा                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| गर्भपतन पछि हुने<br>समस्यालाई लिएर<br>उपचारगर्नेको संख्या |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| रेफर केस संख्या   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| गर्भपतन पछि<br>प.नि.सेवा                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका</b>                        |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| FCHV को संख्या  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| FCHV कोषको रकम रु   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| कोषको रकम परिचालन रु                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>गाउँघर क्लिनिक</b>                                     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| गाउँघर क्लिनिकको संख्या                                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| गाउँघर क्लिनिक<br>संचालन भयको संख्या                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| प्राति क्लिनिक बिरामि<br>संख्या                           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| कुन कुन सेवा प्रदान<br>गरियो                              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| १   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |



| सेवाको प्रकृति                          | आ.ब २०६८-२०६९        |                      | आ.ब २०६९-२०७०        |                      | आ.ब २०७०-२०७१        |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|   | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) |
| २                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| ३                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| ४                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| ५                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| ६                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>फिस्टुला कार्यक्रम</b>               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सोधपुछको लागि आउने                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सेवा लिएका                              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| रेफर केस                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>किशोर किशोरी प्रजनन् सेवा</b>        |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| किशोर किशोरी मैत्रि<br>केन्द्रको संख्या |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| HIV AIDS परामर्श<br>सेवा                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| अन्य यौन रोग परामर्श<br>सेवा            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| परिवार नियोजन सेवा                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| रेफर केस                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| अन्य                                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सोधपुछको लागि आउने                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सेवा लिएका                              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| शल्यक्रिया                              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| रेफर केस                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>पाठेघरको मुखको क्यान्सर</b>          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सोधपुछको लागि आउने                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सेवा लिएका                              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| रेफर केस                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>सब फर्टिलिटी ब्याबस्थापन</b>         |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सोधपुछको लागि आउने                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| सेवा लिएका                              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| रेफर केस                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

| सेवाको प्रकृति        | आ.ब २०६८-२०६९        |                      | आ.ब २०६९-२०७०        |                      | आ.ब २०७०-२०७१        |                      |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                       | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) | लक्ष्य<br>(संख्यामा) | प्रगति<br>(संख्यामा) |
| <b>साना अनुसन्धान</b> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| अनुसन्धानको संख्या    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

अनुसूचि ११: प्रजनन् स्वास्थ्यका आत्यावश्यक औषधि (३६ वटा)

| विवरण   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| Adrenaline Inj.   | 80                    | 100     | 10.3     | 75                 | 27.3    | 57.1 | 41.7 | 44.1  |
| Albendazole   | 100                   | 100     | 92.3     | 100                | 100     | 90.5 | 97.2 | 95.6  |
| Anti Malarial (ChOLroquine, Primaquine, Sulfadoxin-pyrimethamine) | 80                    | 56.3    | 41       | 12.5               | 18.2    | 33.3 | 58.3 | 44.1  |
| ARV Drugs (3 types)   | 80                    | 75      | 2.6      | 12.5               |         | 38.1 | 27.8 | 26.5  |
| BCG Vaccine   | 80                    | 81.3    | 79.5     | 25                 | 90.9    | 66.7 | 72.2 | 73.5  |
| Calcium Gluconate Inj   | 100                   | 75      | 20.5     | 37.5               | 36.4    | 47.6 | 38.9 | 41.2  |
| Condom (male and female) FP                                       | 80                    | 93.8    | 87.2     | 75                 | 90.9    | 85.7 | 86.1 | 86.8  |
| Cotrimoxazole pediatrics  | 80                    | 87.5    | 87.2     | 37.5               | 100     | 85.7 | 72.2 | 80.9  |
| Dexamethasone Inj.  | 100                   | 100     | 61.5     | 75                 | 63.6    | 85.7 | 72.2 | 75    |
| Dexona Inj.   | 100                   | 93.8    | 30.8     | 75                 | 54.5    | 61.9 | 52.8 | 55.9  |
| DPT with Hep B Vaccine  | 60                    | 81.3    | 76.9     | 37.5               | 90.9    | 66.7 | 69.4 | 72.1  |
| Emergency FP  | 80                    | 62.5    | 46.2     | 62.5               | 63.6    | 61.9 | 47.2 | 54.4  |
| Ergometrine Inj.  | 100                   | 68.8    | 20.5     | 37.5               | 45.5    | 52.4 | 30.6 | 39.7  |
| Gentamycin Inj.   | 100                   | 100     | 84.6     | 50                 | 90.9    | 81   | 86.1 | 85.3  |
| HIV Kit (HIV spot)  | 80                    | 93.8    | 23.1     | 62.5               | 54.5    | 52.4 | 44.4 | 48.5  |
| Hydrocortisone Inj.   | 100                   | 100     | 10.3     | 62.5               | 27.3    | 57.1 | 41.7 | 44.1  |
| Implant (FP)  | 80                    | 87.5    | 41       | 37.5               | 45.5    | 66.7 | 50   | 54.4  |
| Injectables (FP)  | 80                    | 81.3    | 61.5     | 62.5               | 81.8    | 71.4 | 61.1 | 67.6  |
| Iron Tablets  | 100                   | 93.8    | 94.9     | 87.5               | 100     | 95.2 | 91.7 | 94.1  |
| IUD insertion and removal kit with alligator forceps              | 80                    | 93.8    | 38.5     | 25                 | 45.5    | 57.1 | 52.8 | 52.9  |
| IUD-CuT (FP)  | 80                    | 81.3    | 33.3     | 25                 | 45.5    | 42.9 | 50   | 47.1  |
| Ketmine   | 100                   | 75      | 5.1      | 50                 | 18.2    | 42.9 | 33.3 | 33.8  |
| Magnesium Sulphate 1 gm   | 100                   | 100     | 56.4     | 62.5               | 72.7    | 71.4 | 69.4 | 70.6  |
| Measles vaccine   | 60                    | 81.3    | 74.4     | 25                 | 81.8    | 66.7 | 66.7 | 69.1  |
| ORS   | 100                   | 93.8    | 92.3     | 62.5               | 100     | 90.5 | 86.1 | 89.7  |
| Oxytocin  | 100                   | 100     | 66.7     | 75                 | 72.7    | 81   | 77.8 | 77.9  |
| Perinorm Inj.   | 100                   | 100     | 53.8     | 75                 | 90.9    | 81   | 58.3 | 70.6  |
| Pills (FP)  | 80                    | 81.3    | 92.3     | 87.5               | 100     | 90.5 | 83.3 | 88.2  |
| PMTCT drugs   | 80                    | 68.8    | 7.7      |                    | 9.1     | 23.8 | 33.3 | 26.5  |
| POLio Vaccine   | 60                    | 81.3    | 74.4     | 37.5               | 81.8    | 61.9 | 72.2 | 70.6  |
| Prostaglandin (misoprostal)                                       | 100                   | 68.8    | 23.1     | 12.5               | 27.3    | 61.9 | 27.8 | 38.2  |
| Ring Pessaries (uterus proLapse)                                  | 80                    | 75      | 30.8     | 37.5               | 45.5    | 66.7 | 33.3 | 45.6  |
| Sodium Bi-Carbonate Inj.  | 100                   | 62.5    | 7.7      | 37.5               | 27.3    | 42.9 | 25   | 30.9  |
| TT vaccine  | 80                    | 93.8    | 76.9     | 87.5               | 100     | 81   | 77.8 | 82.4  |
| Vitamin A   | 80                    | 81.3    | 89.7     | 75                 | 100     | 85.7 | 80.6 | 85.3  |
| Xylocaine 1%  | 100                   | 93.8    | 76.9     | 62.5               | 72.7    | 90.5 | 77.8 | 80.9  |
| N   | 5                     | 16      | 39       | 8                  | 11      | 21   | 36   | 68    |



अनुसूचि १२ आवश्यक प्रजनन् औषधि तथा उपकरण (५८ वटा)

| विवरण   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| Aminophylline Inj.  | 80                    | 68.8    | 15.4     | 37.5               | 36.4    | 47.6 | 27.8 | 35.3  |
| Ampicillin Inj.   | 100                   | 87.5    | 15.4     | 62.5               | 45.5    | 57.1 | 36.1 | 44.1  |
| Analgesic (Paracetamol, ibuprofen)                                    | 100                   | 93.8    | 84.6     | 100                | 81.8    | 90.5 | 91.7 | 89.7  |
| Antibiotic (ampicillin, metronidazole, trimethoprim+sulfamethoxazole) | 80                    | 87.5    | 82.1     | 87.5               | 81.8    | 90.5 | 80.6 | 83.8  |
| Atropine Inj  | 100                   | 81.3    | 33.3     | 87.5               | 63.6    | 81   | 38.9 | 55.9  |
| Betadine Scrub  | 80                    | 81.3    | 51.3     | 87.5               | 72.7    | 95.2 | 44.4 | 64.7  |
| Betadine solution (Iodophores)  | 100                   | 100     | 82.1     | 87.5               | 81.8    | 100  | 83.3 | 88.2  |
| Blood Transfusion Kit   | 100                   | 75      | 5.1      | 37.5               | 27.3    | 38.1 | 30.6 | 32.4  |
| BP sets   | 100                   | 93.8    | 92.3     | 100                | 90.9    | 100  | 91.7 | 94.1  |
| Bupivacaine 0.5%  | 100                   | 68.8    | 2.6      |                    | 18.2    | 38.1 | 19.4 | 25    |
| Camphor Inj.  | 100                   | 81.3    | 7.7      | 50                 | 27.3    | 47.6 | 33.3 | 36.8  |
| Cidex   | 80                    | 93.8    | 7.7      | 50                 | 27.3    | 38.1 | 41.7 | 38.2  |
| Cord Clamp  | 80                    | 81.3    | 41       | 75                 | 63.6    | 71.4 | 47.2 | 57.4  |
| Deriphyline   | 100                   | 75      | 2.6      | 75                 | 18.2    | 47.6 | 33.3 | 35.3  |
| Dextrose 25%  | 100                   | 87.5    | 23.1     | 75                 | 36.4    | 66.7 | 44.4 | 50    |
| Diazepam 100 mg   | 60                    | 68.8    |          | 50                 | 9.1     | 38.1 | 25   | 26.5  |
| Diazepam Inj  | 100                   | 87.5    | 12.8     | 62.5               | 36.4    | 57.1 | 36.1 | 42.6  |
| Diclofenac Sodium 100 mg  | 100                   | 81.3    | 10.3     | 87.5               | 45.5    | 52.4 | 36.1 | 42.6  |
| Diclofenac sodium   | 60                    | 56.3    |          | 50                 | 9.1     | 38.1 | 19.4 | 23.5  |
| Diphenhydramine Inj.  | 80                    | 56.3    |          | 25                 | 9.1     | 38.1 | 16.7 | 22.1  |
| Diphenhydramine Inj.  | 100                   | 100     | 48.7     | 100                | 81.8    | 76.2 | 63.9 | 70.6  |
| Ethamsylate   | 80                    | 37.5    |          | 37.5               |         | 38.1 | 13.9 | 19.1  |
| Ether   | 60                    | 43.8    |          | 25                 |         | 33.3 | 13.9 | 17.6  |
| Examination and sterile surgical gloves                               | 80                    | 93.8    | 61.5     | 75                 | 63.6    | 90.5 | 63.9 | 72.1  |
| Foetuscope  | 80                    | 93.8    | 76.9     | 75                 | 63.6    | 90.5 | 80.6 | 80.9  |
| Fortwine  | 60                    | 75      | 5.1      | 50                 | 9.1     | 42.9 | 30.6 | 30.9  |
| Halothane   | 80                    | 50      |          | 37.5               |         | 33.3 | 22.2 | 22.1  |
| Heavy xylocaine 2%  | 100                   | 87.5    | 28.2     | 75                 | 36.4    | 61.9 | 52.8 | 52.9  |
| I/V drip (RL)   | 100                   | 100     | 89.7     | 75                 | 90.9    | 100  | 86.1 | 91.2  |
| Kit for suture of vaginal and cervical tears                          | 60                    | 81.3    | 38.5     | 50                 | 45.5    | 57.1 | 50   | 51.5  |
| Lasix inj.  | 80                    | 87.5    | 30.8     | 87.5               | 63.6    | 66.7 | 44.4 | 54.4  |
| Lignocaine 1% without epinephrine                                     | 80                    | 81.3    | 30.8     | 50                 | 45.5    | 61.9 | 41.7 | 48.5  |
| Metoclopramide  | 100                   | 87.5    | 51.3     | 75                 | 81.8    | 81   | 52.8 | 66.2  |
| Metronidazole inj   | 100                   | 100     | 33.3     | 87.5               | 63.6    | 71.4 | 52.8 | 60.3  |
| Mifepristone (anti. Progestogen)                                      | 80                    | 56.3    | 10.3     | 37.5               | 18.2    | 38.1 | 27.8 | 29.4  |
| Morphine Inj.   | 60                    | 37.5    |          | 12.5               |         | 23.8 | 13.9 | 14.7  |
| Neostigmine   | 60                    | 43.8    |          | 25                 |         | 23.8 | 19.4 | 17.6  |
| Nifedipine 10 mg  | 100                   | 87.5    | 20.5     | 37.5               | 27.3    | 57.1 | 41.7 | 44.1  |
| Normal Saline   | 100                   | 93.8    | 51.3     | 87.5               | 90.9    | 85.7 | 52.8 | 69.1  |
| Pancuronium   | 60                    | 43.8    |          | 25                 | 9.1     | 23.8 | 16.7 | 17.6  |
| Pentazocine inj.  | 60                    | 56.3    | 2.6      | 37.5               | 18.2    | 33.3 | 19.4 | 23.5  |
| Pethidine   | 80                    | 62.5    |          | 37.5               | 27.3    | 38.1 | 16.7 | 25    |
| Phenargone Inj.   | 100                   | 68.8    | 2.6      | 75                 | 27.3    | 47.6 | 27.8 | 33.8  |
| Pregnancy testing kit   | 100                   | 87.5    | 35.9     | 100                | 36.4    | 66.7 | 63.9 | 60.3  |
| Professional midwife kit/EoC kit                                      | 60                    | 50      | 10.3     | 37.5               | 9.1     | 38.1 | 25   | 26.5  |
| Progesterone  | 60                    | 43.8    | 10.3     | 50                 |         | 23.8 | 36.1 | 26.5  |
| Promethazine Inj.   | 100                   | 75      | 7.7      | 62.5               | 27.3    | 47.6 | 33.3 | 36.8  |
| Ranitidine Inj.   | 100                   | 87.5    | 12.8     | 75                 | 45.5    | 61.9 | 33.3 | 44.1  |





| विवरण                                      | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--|-----------------------|---------|----------|----------------|---------|------|------|-------|
|  | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| Rapid plasma regain (RPP) testing set/VDRL | 100                   | 62.5    |          | 62.5           | 9.1     | 42.9 | 27.8 | 29.4  |
| Ringer Lactate                             | 100                   | 93.8    | 64.1     | 87.5           | 90.9    | 71.4 | 75   | 76.5  |
| Sensorcaine 5%                             | 80                    | 43.8    |          | 12.5           |         | 28.6 | 16.7 | 17.6  |
| Succinyl ChOLin                            | 100                   | 50      |          | 25             | 9.1     | 38.1 | 16.7 | 22.1  |
| Test HIV 1+2 fast (HIV spot)               | 100                   | 81.3    | 12.8     | 62.5           | 27.3    | 52.4 | 38.9 | 41.2  |
| Thiopenthaothal                            | 80                    | 50      |          | 12.5           | 9.1     | 33.3 | 13.9 | 19.1  |
| Trilene                                    | 40                    | 25      |          | 12.5           |         | 14.3 | 11.1 | 10.3  |
| Virex                                      | 80                    | 100     | 48.7     | 37.5           | 36.4    | 61.9 | 69.4 | 61.8  |
| XyOLcaine 1%                               | 80                    | 87.5    | 41       | 50             | 54.5    | 61.9 | 52.8 | 55.9  |
| N  | 5                     | 16      | 39       | 8              | 11      | 21   | 36   | 68    |

अनुसूचि १३

| विवरण   | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|---|-----------------------|---------|----------|----------------|---------|------|------|-------|
|   | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| Ambu bag with mask (adult size)                                       | 100                   | 100     | 56.4     | 62.5           | 72.7    | 71.4 | 69.4 | 70.6  |
| Autoclave, drum   | 100                   | 100     | 56.4     | 75             | 45.5    | 76.2 | 77.8 | 72.1  |
| Baby suction machine  | 100                   | 93.8    | 51.3     | 75             | 54.5    | 81   | 63.9 | 67.6  |
| Blanket to wrap newborn   | 80                    | 75      | 41       | 50             | 36.4    | 61.9 | 52.8 | 52.9  |
| Boiler  | 80                    | 87.5    | 35.9     | 62.5           | 54.5    | 66.7 | 47.2 | 54.4  |
| Canula for endometrial biopsy   | 60                    | 56.3    | 17.9     | 25             | 27.3    | 33.3 | 30.6 | 30.9  |
| Catgut  | 100                   | 93.8    | 56.4     | 75             | 63.6    | 85.7 | 63.9 | 70.6  |
| Cathetar  | 100                   | 93.8    | 69.2     | 87.5           | 72.7    | 90.5 | 75   | 79.4  |
| Chittal forceps with jar  | 80                    | 100     | 66.7     | 62.5           | 54.5    | 90.5 | 72.2 | 75    |
| Diagnostic kit  | 80                    | 81.3    | 17.9     | 62.5           | 36.4    | 47.6 | 41.7 | 42.6  |
| Dialators   | 80                    | 81.3    | 10.3     | 25             | 36.4    | 47.6 | 25   | 33.8  |
| Disposable sterile syringe and needles                                | 100                   | 100     | 61.5     | 75             | 54.5    | 76.2 | 80.6 | 75    |
| Examination table   | 100                   | 100     | 64.1     | 75             | 54.5    | 90.5 | 75   | 76.5  |
| Fusion pump   | 80                    | 56.3    | 2.6      | 25             | 9.1     | 28.6 | 25   | 23.5  |
| Gauze, cotton, gOLves   | 100                   | 100     | 87.2     | 75             | 81.8    | 100  | 86.1 | 89.7  |
| Gown, goggles, boot, slipper, plastic apron, mask                     | 100                   | 93.8    | 41       | 75             | 45.5    | 66.7 | 63.9 | 61.8  |
| Height measure machine  | 60                    | 81.3    | 20.5     | 75             | 27.3    | 47.6 | 47.2 | 44.1  |
| I/V fluid and sets  | 100                   | 100     | 76.9     | 75             | 100     | 90.5 | 75   | 83.8  |
| I/V set+canula (adult+new born)                                       | 100                   | 100     | 53.8     | 75             | 63.6    | 85.7 | 63.9 | 70.6  |
| Laparotomy set  | 80                    | 62.5    | 7.7      | 25             | 27.3    | 33.3 | 25   | 27.9  |
| Lighting equipment  | 100                   | 68.8    | 28.2     | 37.5           | 36.4    | 57.1 | 38.9 | 44.1  |
| Macantosh   | 100                   | 81.3    | 23.1     | 25             | 36.4    | 52.4 | 38.9 | 42.6  |
| Mini-laparotomy kit   | 80                    | 62.5    |          | 25             | 9.1     | 33.3 | 22.2 | 23.5  |
| MVA plus set with canulae   | 100                   | 93.8    | 30.8     | 12.5           | 45.5    | 66.7 | 38.9 | 48.5  |
| New born resuscitation set (ambu bag, air way, suction tube, NG tube) | 80                    | 87.5    | 35.9     | 37.5           | 45.5    | 61.9 | 47.2 | 51.5  |
| New born resuscitation table  | 80                    | 81.3    | 30.8     | 37.5           | 45.5    | 61.9 | 38.9 | 47.1  |
| Non-scapel vasectomy kit  | 80                    | 75      | 2.6      | 25             | 18.2    | 42.9 | 22.2 | 27.9  |
| Nosal canula  | 80                    | 75      | 2.6      | 37.5           | 18.2    | 38.1 | 27.8 | 29.4  |
| Oxygen cylinder   | 80                    | 100     | 23.1     | 75             | 27.3    | 61.9 | 52.8 | 51.5  |
| Oxygen mask   | 100                   | 100     | 12.8     | 75             | 27.3    | 57.1 | 47.2 | 47.1  |
| Post procedural recovery bed  | 60                    | 68.8    | 15.4     | 25             | 27.3    | 33.3 | 33.3 | 32.4  |
| Sonic kit   | 80                    | 50      |          | 12.5           |         | 33.3 | 16.7 | 19.1  |
| Speculum  | 80                    | 100     | 46.2     | 37.5           | 54.5    | 71.4 | 55.6 | 60.3  |
| Sponge holder   | 100                   | 81.3    | 56.4     | 62.5           | 54.5    | 81   | 61.1 | 66.2  |



| विवरण  | स्वास्थ्य संस्थाको तह |         |          |                    | क्षेत्र |      |      | जम्मा |
|--|-----------------------|---------|----------|--------------------|---------|------|------|-------|
|  | उच्च                  | द्वितीय | प्राथमिक | निजि/<br>सामुदायिक | हिमाल   | पहाड | तराई |       |
| Steel bata, baltins                          | 80                    | 87.5    | 30.8     | 50                 | 27.3    | 52.4 | 55.6 | 50    |
| Sterile towel for drying the newborn         | 80                    | 87.5    | 35.9     | 37.5               | 45.5    | 57.1 | 50   | 51.5  |
| Sterilizing equipment                        | 100                   | 100     | 53.8     | 62.5               | 54.5    | 81   | 66.7 | 69.1  |
| Sub-dermal implant insertion and removal kit | 80                    | 75      | 17.9     | 25                 | 27.3    | 52.4 | 30.6 | 36.8  |
| Tape (leucoplast)                            | 80                    | 93.8    | 61.5     | 37.5               | 63.6    | 61.9 | 72.2 | 67.6  |
| Trays, stoOL, sieve, view box                | 100                   | 87.5    | 35.9     | 37.5               | 45.5    | 71.4 | 44.4 | 52.9  |
| Tubal ligation kit (abdominal)               | 60                    | 50      | 10.3     | 50                 | 27.3    | 28.6 | 27.8 | 27.9  |
| Ultra sound machine                          | 100                   | 87.5    | 5.1      | 62.5               | 27.3    | 52.4 | 33.3 | 38.2  |
| Urine dipstick for protein                   | 80                    | 75      | 10.3     | 62.5               | 27.3    | 38.1 | 38.9 | 36.8  |
| Weighing machine for baby and mother         | 100                   | 93.8    | 71.8     | 62.5               | 72.7    | 85.7 | 75   | 77.9  |
| N  | 5                     | 16      | 39       | 8                  | 11      | 21   | 36   | 68    |

## Consulting Organization

SchoOL of Planning, Monitoring, Evaluation and Research Pvt. Ltd  
Bishal Nagar, Hadigaun, Kathmandu



# एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य सेवा

मूल्याङ्कन सर्वेक्षण २०१४

आर्थिक सहयोग



प्राविधिक सहयोग

