

राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र टेकु
एच.आई.भी./ एड्स रोगको रोकथाम तथा उपचार व्यवस्था
कार्यमूलक लेखापरीक्षण प्रतिवेदन, २०७३

खण्ड-१: परिचय

१. **पृष्ठभूमि-** एच.आई.भी / एड्स रोग लागेपछि मानिसको प्रतिरोधी कोसिका नष्ट भई अन्य रोग वा संक्रमणसंग लड्ने क्षमता गुमाई विस्तारै प्रतिरोधविहिन हुन जाने र अन्य रोग वा संक्रमणसंग लड्न नसकि रोगबाट ग्रसित हुँदै जान्छ । यो रोग संक्रमित व्यक्तिको रगत तथा अङ्गदान, स्तनपान, विर्य, यौन सम्पर्क र सुईको प्रयोग लगायतको क्रियाकलापबाट सर्दछ । विश्वमा सन् २०१५ को अन्त्यसम्म अनुमानित ३.६७ करोड एच.आई.भी संक्रमित मानिस रहेका छन् । नेपालमा ३९३९७ जना संक्रमित रहेको अनुमान छ ।

रोकथाम तथा उपचार गरी एच.आई.भी. संक्रमण विस्तार रोकने, संक्रमितको पहिचान गरी उपचार गर्ने, संक्रमितहरूप्रति समाजमा रहेको धारणालाई परिवर्तन गरी भेदभावरहित रेखदेख तथा हेरचाह गर्न राष्ट्रियस्तरमा रणनीति तयार गर्ने, स्वदेशी तथा वैदेशिक श्रोत परिचालन गरी यस क्षेत्रमा कार्यरत गैर सरकारी र अन्य सरकारी निकायहरू विच समन्वय गर्ने उद्देश्यले स्थापित राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र टेकुबाट एच. आई. भी/एड्स रोगको रोकथाम तथा उपचारका क्रियाकलाप संचालन गरेको छ ।

प्रमुख कार्यसम्पादन सूचक (KPI)

- एच.आई.भी. संक्रमण रोकथाम गर्ने,
- नयां संक्रमित विरामी ५० प्रतिशतले घटाउने,
- एड्स संक्रमित मृत्युदर २५ प्रतिशतले घटाउने,
- आमाबाट बच्चामा सर्ने संक्रमण ९० प्रतिशतले घटाउने

२. **कार्यमूलक लेखापरीक्षणको औचित्य-** राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र टेकुमा एड्स तथा यौनरोग रोकथाम तथा उपचारात्मक कार्य गर्न नीतिगत तथा कार्यक्रमगत समन्वय तथा आन्तरिक र बाह्य स्रोत परिचालन गर्ने नेपाल सरकारको प्रमुख निकाय रहेको छ । यस रोगको रोकथाम तथा उपचारमा स्वदेशी तथा विदेशी लगानी तथा सहयोग रहेको छ । यो रोगले देशको आर्थिक, सामाजिक विकास र जनस्वास्थ्यमा असर पार्ने भएकोले उक्त रोगको रोकथाम तथा उपचारमा भएका क्रियाकलापको प्रभावकारीताको स्वतन्त्र रूपमा अध्ययन गरी प्रतिवेदन गर्न आवश्यक देखिएकोले यो विषय कार्यमूलक लेखापरीक्षणको लागि छनौट गरिएको हो ।
३. **नीतिगत व्यवस्था-** राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण सम्बन्धमा सान्दर्भिक नीतिगत व्यवस्था निम्नानुसार रहेका छन् ।
- ३.१. नेपालको संविधानको धारा ५० मा नागरिकमा आधारभूत आवश्यकता सम्बन्धी नीतिको व्यवस्था गरेको छ । स्वास्थ्य नीति २०७१ ले एच.आई.भी तथा खोपद्वारा रोकथाम गर्न सकिने संक्रमण रोगहरूको नियन्त्रण गर्ने कार्यलाई थप प्रभावकारी बनाउने नीति लिएको छ । एड्स तथा यौनरोगको रोकथाम, संक्रमितको उपचार, हेरचाह तथा सहयोग गर्न एड्स रोगको रोकथामको लागि रणनीतिक सूचनाहरूको व्यवस्थापन गर्न स्वदेशी तथा विदेशी सहयोग परिचालन सहित संचालित कार्यक्रमको अनुगमन गर्ने सम्बन्धमा राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नीति, २०५२ स्वीकृत भई लागु भएकोमा २०६७ मा समसामयिक रूपमा उक्त नीतिलाई परिमार्जन गरी राष्ट्रिय एड्स रणनीति २०११-१६ र एड्स नीति २०६७ को प्रमुख उद्देश्य २०१० को तुलनामा २०१६

मा एच.आई.भी. का नयाँ संक्रमण संख्या ५० प्रतिशतले कम गराउने, बालबालिकामा नयाँ संक्रमण ९० प्रतिशतले कम गराउने, एड्ससंग सम्बन्धित मृत्युदर २५ प्रतिशतले कम गराउने, रहेकोमा जनस्वास्थ्यको चुनौतीको रूपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्न आधार उपलब्ध गर्ने रणनीति (२०१६-२०२१) कार्यान्वयनको क्रममा रहेको पाइयो ।

४. **कानूनी व्यवस्था**– नेपालको संविधानको धारा ३५(क) मा प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्यसेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुनेछ र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट वञ्चित नगरिने, प्रत्येक व्यक्तिलाई आफ्नो स्वास्थ्य उपचारको सम्बन्धमा जानकारी पाउने, प्रत्येक नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा समान पहुँच हुने लगायतका हकको व्यवस्था गरेको छ । एच.आई.भी. / एड्सको रोकथाम र उपचार सम्बन्धमा स्वास्थ्य सेवा संचालन र आर्थिक कारोवार संचालन सम्बन्धमा देहायका कानून र नीति प्रचलनमा रहेका छन् ।

■ स्वास्थ्य सेवा संचालन सम्बन्धी

- (क) स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३ र नियमावली २०५५,
- (ख) नेशनल गाईड लाइन, २००२
- (ग) राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७२
- (घ) राष्ट्रिय एड्स नीति, २०६७
- (ङ) राष्ट्रिय एच.आई.भि/एड्स रणनीति, २०११-२०१६,

■ आर्थिक प्रशासन संचालन सम्बन्धी

- (क) आर्थिक कार्यविधि ऐन, २०५५ र नियमावली, २०६४ अनुसार वजेट तर्जुमा, निकास, खर्च, लेखांकन र प्रतिवेदन,
- (ख) सार्वजनिक खरिद ऐन, २०६३ र नियमावली, २०६४ अनुसार खरिद व्यवस्थापन गर्ने,
- (ग) भ्रमण खर्च नियमावली, २०६४ अनुसार दैनिक भ्रमण भत्ता भुक्तानी गर्ने,
- (घ) आयकर ऐन, २०५८ र नियमावली, २०५९ अनुसार अग्रिम कर कट्टा गर्ने,
- (ङ) मू.अ.कर ऐन, २०५२ र नियमावली, २०५३ अनुसार दर्ता भएका फर्मसंग खरिद र मू.अ.कर कार्यान्वयन गर्ने,

५. **वित्तीय स्थिति**– राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको विगत तीन वर्षमा भएको वजेट निकास तथा खर्चको स्थिति देहाय बमोजिम छ ।

(रु.हजारमा)

आ.व.	चालु		पूजिगत		कूल	
	बजेट	खर्च	बजेट	खर्च	बजेट	खर्च
२०७०।७१	७१,२७,३०	३६,६५,३६	९६,६०	६५,०८	७२,३३,९०	३७,३०,४४
२०७१।७२	९०,३३,९९	३५,१६,८८	५७,३३	३४,२०	९०,९१,३२	३५,५१,०८
२०७२।७३	१७,७२,७९	१३,३८,९६	५२,००	११,३९	१८,२४,७९	१३,५०,३५

स्रोत: राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु

६. **कार्यसञ्चालन प्रकृया/कार्य प्रवाह**— एच.आई.भी./एड्सको रोकथाम र उपचारको लागि अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड बमोजिमका क्रियाकलापहरु संचालन गर्ने कार्यको लागि नीतिगत तथा कार्यक्रमगत समन्वय र आन्तरिक तथा बाह्य स्रोत परिचालन गर्ने केन्द्रको जिम्मेवारी रहेको छ । एच.आई.भी. एड्स संक्रमितको पहिचान, रोकथाम र उपचारको नीतिगत, कार्यक्रमगत र स्रोत परिचालनको लागि राष्ट्रियस्तरमा प्रमुख निकाय रहेको यस केन्द्रले आन्तरिक रुपमा सरकारी तथा अन्य स्वास्थ्य संस्था, राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय गैर सरकारी संस्थाहरुको परिचालन र उनीहरुको कार्यमा समन्वय मिलाई देहायका कार्यहरु गर्दै आएको छ ।

- एच.आई.भी./एड्स तथा यौन रोग परीक्षण गर्ने,
- एच.आई.भी. / एड्स रोगीहरुको पहिचान गर्ने,
- एच.आई.भी. / एड्स रोगबाट बच्ने उपाय बारेमा प्रचार प्रसार गर्ने,
- सचेतना कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने,
- एच.आई.भी / एड्स तथा यौन रोगीको उपचार तथा हेरचाह गर्ने,
- आवश्यक औषधि उपकरणको व्यवस्था गर्ने,
- कर्मचारी प्रशासन, आर्थिक प्रशासन तथा अन्य सम्बन्धित कार्यहरु गर्ने,
- प्रगति प्रतिवेदन तयार गर्ने,
- एच.आई.भी. /एड्स रोगको सम्बन्धमा राष्ट्रिय निर्देशक इकाईको रुपमा कार्य गर्ने,
- जोखिम समूह लक्षित कार्यक्रमहरु संचालन गरी एच.आई.भी./ एड्सको संक्रमण विस्तार रोकथामका कार्यहरु संचालन गर्ने,
- एच.आई.भी./एड्सको क्षेत्रमा कार्यरत राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय गैर सरकारी संस्था र अन्य सरकारी एजेन्सीहरु मार्फत हुने क्रियाकलापमा समन्वय र एकिकृत गर्ने ।

७. **खण्डगत संचालन ढाँचा**— एच.आई.भी./एड्स रोगको रोकथाम तथा उपचारको सम्बन्धमा राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले व्यवस्थापन गरेको कार्य सञ्चालन प्रक्रिया, स्रोत व्यवस्थापन प्रक्रिया, रणनीतिक व्यवस्थापन, आन्तरिक र बाह्य शक्ति, मुख्य सेवा प्राप्तीकर्ता र तीनिहरु विचको सम्बन्धमा तयार पारिएको खण्डगत संचालन ढाँचा अनुसूची १ मा संलग्न छ ।

लेखापरीक्षणको उद्देश्य, क्षेत्र एवं पद्धति

खण्ड-२

८. **उद्देश्य**— राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकुबाट संचालित एच.आई.भी./एड्स रोगको रोकथाम तथा उपचारात्मक कार्यको प्रभावकारीता पक्षको मूल्याङ्कन गरी प्रतिवेदन गर्नु लेखापरीक्षणको प्रमुख उद्देश्य रहेको छ । उक्त उद्देश्य पुरा गर्न अन्य सहायक उद्देश्य निम्नानुर रहेका छन्:

- एच.आई.भी./एड्स रोगको रोकथामका कार्यहरु पर्याप्त र प्रभावकारी भए नभएको सुनिश्चित गर्नु,
- एच.आई.भी./एड्स संक्रमितहरुलाई औषधोपचारको व्यवस्था गरी संक्रमितको मृत्युदर अपेक्षित रुपमा घटे नघटेको सुनिश्चित गर्नु ।

९. **लेखापरीक्षणको क्षेत्र-** राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रलाई एच.आई.भी/एड्सको रोकथाम तथा उपचार सम्बन्धमा राष्ट्रिय एच.आई.भी / एड्स रणनीति २०११-२०१६ को कार्यान्वयनको लागि भएका नीतिगत तथा कार्यक्रमगत क्रियाकलापलाई लेखापरीक्षणको क्षेत्रमा समेटिएको छ ।
१०. **पद्धति-** राष्ट्रिय एच.आई.भी./एड्स रणनीति २०११-२०१६ को कार्यान्वयनको क्रममा केन्द्रले तयार गरेको वार्षिक प्रतिवेदन, प्रकाशित रचनाहरु, मूल्यांकन प्रतिवेदन समेतको आधारमा अध्ययन र विश्लेषण गरी जोखिमको क्षेत्र पहिचान गरिएको थियो । यस बमोजिम पहिचान भएका जोखिम क्षेत्रका आधारमा तात्वीक महत्वका विषयहरु निर्धारण गरी तीनलाई पुष्ट्याई गर्न सम्बन्धित कर्मचारीहरूसंग सोधपुछ, छलफल गर्नुका साथै थप पुष्ट्याईका लागि राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र र ५ जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयसंग प्रश्नावली मार्फत र ४ जिल्लाका ३२ जना एच.आई.भि संक्रमितसंग अर्न्तवार्तावाट प्राप्त सूचना तथा तथ्यांकहरु संकलन तथा विश्लेषण गरिएको छ । लेखापरीक्षणको क्रममा स्थलगत रुपमा एन्टिरेक्ट्रो भाइरल थेरापी सेन्टर र कम्युनिटी केयर सेन्टर (सि.सि.सि.) को अवलोकन ५ जिल्लाका स्वास्थ्य कार्यालय र राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रका अभिलेख अध्ययन तथा विश्लेषण, गणना, तुलना विधिको समेत प्रयोग गरी प्रतिवेदन तयार पारिएको छ । लेखापरीक्षणमा प्रमुख रुपले प्रक्रियामूलक र नतिजामूलक पद्धतीको अवलम्बन गरिएको छ ।
११. **सिमा-** विषयवस्तुको गहनता र लेखापरीक्षणमा संलग्न जनशक्तिमा हुने विषयगत ज्ञानको कमी र सम्बन्धित विज्ञको सेवा नलिएको, नमूना छनौटका कारण सरोकारवालाको न्यून सहभागिता, देशको सबै क्षेत्र समेटिने गरी प्राथमिक तथ्यांक संकलन नभई द्वितीय तथ्यांकमा भरपर्नु परेको आदी लेखापरीक्षणको सिमा रहेको छ ।

लेखापरीक्षणवाट देखिएका व्यहोराहरु **खण्ड- ३**

१२. **सकारात्मक पक्षहरु-** यस सम्बन्धमा देखिएका सकारात्मक पक्षहरु निम्नानुसार रहेका पाइयो ।
- सुईद्वारा र लागू पदार्थ लिनेहरुमा फैलिने एच.आई.भि इपिडेमिक सन् १९९० को दशकको तुलनामा नियन्त्रणमा आएको,
 - एच.आई.भी. रोकथामको लागि सरकार र समुदायमा जागरुकता बढेको,
 - एच.आई.भी. संक्रमित तथा अन्य क्षेत्रमा संक्रमित प्रतिको नकारात्मक धारणामा सुधार आएको,
 - एच.आई.भी. संक्रमित आमावाट नवजात शिशुमा संक्रमण हुन नदिने, (पि.एम.टि.सि.टी) र प्रोफिल्याक्सीस सेवा विस्तार भएको,
 - स्वदेशी तथा वैदेशिक सहयोग परिचालन गरी संक्रमितको लागि निःशुल्क परीक्षण तथा एन्टिरेक्ट्रो भाइरल थेरापी (ए.आर.टी) को व्यवस्था गरी भाइरल भारमा सुधार भएको ।
१३. **समस्या तथा चुनौतीहरु-** जनचेतनामूलक कार्यक्रमहरु संचालन गरी जोखिमपूर्ण क्षेत्र, समूह र उनीहरूसंगको सम्बन्ध रहेकाहरुमा एच.आई.भी. जोखिम न्यूनीकरण गराउने, पहिचान हुन नसकेको संक्रमितहरुको पहिचान गर्ने, नीजि तथा समुदाय समेतको सहभागिता वृद्धि गरी प्रचारात्मक, प्रवर्धनात्मक तथा निरोधात्मक कार्यहरुवाट एच.आई.भी. / एड्सको रोकथाम गर्ने, एच.आई.भि संक्रमित पहिचानको लागि सघन स्क्रिनिङ टेष्टको व्यवस्था गरी पहिचान हुन बाँकी संक्रमितको पहिचान गर्ने, क्षयरोग, हेपाटाईटिस जस्ता रोगहरूसंग

एच.आई.भि.को सहसंक्रमण (को-इन्फेक्सन) पहिचान गर्ने, एच.आई.भि संक्रमितको पहिचान, परिक्षण, उपचार र पोषणमा पहुँच वढाउने, यौनजन्य एच.आई.भि संक्रमण विस्तार रोक्ने, एच.आई.भि उपचार अविच्छिन्नतामा प्रभावकारिता कायम गर्नु पर्ने, संक्रमित आमावाट नवजात शिशुमा संक्रमण हुन नदिन निजी स्वास्थ्य संस्था र दुर्गम ग्रामिण क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थासम्म निःशुल्क पि.एम.टि.सी.टी र प्रोफिल्याक्सीस सेवा विस्तार गर्ने जस्ता समस्या तथा चुनौतीहरु रहेका छन् ।

सुधार गर्नु पर्ने क्षेत्रहरु

१४. एच.आई.भि. रोकथाम-

१४.१. **संक्रमित पहिचान-** सवै एच.आई.भि संक्रमितहरुको पहिचान अर्न्तराष्ट्रिय मापदण्ड बमोजिम हुनु पर्दछ । नेपालमा सर्वप्रथम सन् १९८८ मा एच.आई.भि संक्रमितको पहिचान भएकोमा त्यसपछि एच.आई.भि संक्रमितको संख्या बढदै गएको र सन् २००० मा ७५०० भन्दा बढी पहिचान भएकोमा त्यसपछि एच.आई.भि. संक्रमित पहिचान दर विगत ५ वर्षमा निम्नानुसार क्रमशः १६१०, १९०७, २४२४, २४३३ र २०६० जना पहिचान भएका छन् । हाल अनुमानित ३९३९७ मध्ये २८,८६५ पहिचान (७३ प्रतिशत) भई १०,५३२ (भण्डै २७ प्रतिशत) जना पहिचान हुन बाँकी रहेको विवरणवाट देखियो ।

सि.नं	पहिचान गरेका समुहको नाम	विगत ५ वर्षमा संक्रमित समूह (संख्यामा)				
		०६८।६९	०६९।७०	०७०।७१	०७१।७२	०७२।७३
१	यौनकर्मी	५२	६८	१२०	१११	७१
२	सुइद्वारा लागुपदार्थ प्रयोग गर्ने	६४	७४	८३	११८	८६
३	तेस्रो लिङ्गी	५०	५८	५७	६३	५३
४	रगत तथा अंग प्रत्यारोपण	८	१४	१४	२४	५
५	यौनकर्मीका ग्राहक	२५३	३६७	३५२	३४२	४६८
६	प्रवासी कामदार	४३५	४६८	६१७	६२३	५२०
७	प्रवासी कामदारका श्रीमती	२६०	२४६	३६४	४१७	२८३
८	अन्य	४८८	६२२	८२७	७३५	५८४
९	जम्मा:	१६१०	१९०७	२४२४	२४३३	२०६०

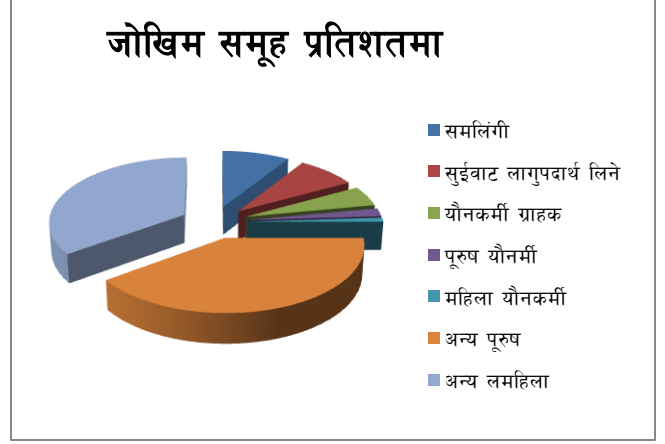
स्रोत: राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु

भण्डै २७ प्रतिशत अनुमानित संक्रमित पहिचान हुन नसक्दा एच.आई.भि. संक्रमण विस्तार नियन्त्रणमा असर पर्ने देखिन्छ । केन्द्रद्वारा संचालन हुने एच.आई.भि. पहिचानका कार्यहरु गैर सरकारी संस्था मार्फत हुने गरेको, गैर सरकारी संस्था र सरकारी स्वास्थ्य संस्थाविच समन्वयको कमी प्रमुख कारण देखिन्छ । लेखापरीक्षणको क्रममा अर्न्तवार्ता लिइएकाले अन्य रोगको उपचारको क्रममा एच.आई.भि पहिचान भएको उल्लेख गरेकाछन् । संक्रमित पहिचान हुन नसक्दा केन्द्रद्वारा संचालित पहिचान सम्बन्धी कार्यक्रमको प्रभावकारिता कम देखिन्छ । अभियानको रुपमा कार्यक्रम संचालन गरी एच.आई.भि. विस्तार नियन्त्रण गर्न सम्पूर्ण संक्रमितको पहिचान हुनु पर्दछ ।

१४.२. **जोखिमपूर्ण समूह -** एच.आई.भि./ एड्सको रोकथामको लागि उच्च जोखिमपूर्ण समूहको पहिचान हुनु पर्दछ । राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र र जिल्लास्थित स्वास्थ्य संस्थाले पहिचान गरेको जोखिम समूह

फरक फरक देखिएको छ । नेपाल एच.आई.भी. भिजन २०२० अनुसार नेपालमा जोखिमपूर्ण समूह निम्नानुसार देखिन्छः

- समलिंगी ९ प्रतिशत,
- सुईद्वारा लागू पदार्थ सेवन गर्ने ८ प्रतिशत
- यौनकर्मिका ग्राहक ५ प्रतिशत,
- पुरुष यौनकर्म तथा तेस्रोसुलिंगी यौनकर्म २ प्रतिशत,
- महिला यौनकर्म १ प्रतिशत,
- अन्य पुरुषहरु ४० प्रतिशत
- अन्य महिला ३५ प्रतिशत



➤ राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले पुरुष तथा महिला यौनकर्म, उनीहरुका ग्राहक, तेस्रोसुलिंगी, सुईद्वारा लागू पदार्थ लिने व्यक्तिहरु, आप्रवासी कामदार र उनीहरुको परिवार र रगत तथा अङ्ग प्रत्यारोपण गर्ने व्यक्ति देखाएको छ । भौगोलिक रुपमा हेर्दा काठमाडौं उपत्यका, राजमार्ग आसपासका क्षेत्रहरु र मध्य तथा सुदूरपश्चिम रहेको छ । ८५ प्रतिशत भन्दा बढी एच.आई.भी. इपिडेमिकको मूल कारण असुरक्षित यौन क्रियाकलाप रहेको छ ।

➤ जिल्लास्वास्थ्य कार्यालय नवलपरासीले आप्रवासी र उनीहरुका परिवार र तेस्रोसुलिंगीलाई, जिल्लास्वास्थ्य कार्यालय चितवनले आप्रवासी र उनीहरुका परिवार, यौनकर्म र उनीहरुका ग्राहक, जिल्लास्वास्थ्य कार्यालय वझाङले आप्रवासी कामदारलाई जोखिमपूर्ण समूहमा उल्लेख गरेतापनि ति जिल्लाहरुले उनीहरुको अभिलेख राखि रोकथामका कार्यहरु संचालन गरेको पाइएन ।

१४.३. एच.आई.भी. संक्रमणलाई न्यूनिकरण गरी संक्रमण विस्तारलाई रोक्न जोखिमपूर्ण समूहको पहिचान र सो समूहमा रोकथामका कार्यहरु संचालन हुनु पर्दछ । राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले एम.एस.एम/एम.एस डब्लु/टि.जी लक्षित गरी १० शहर अर्न्तगत २०१ स्थान र ३ डि.आई.सी. अर्न्तगत ५२ गरी २५३ स्थानमा सुईद्वारा लागू औषधि लिनेहरु (पि.डब्लु.आई.डि) १० जिल्लामा, आप्रवासी कामदार लक्षित २० जिल्लामा, पि.एल.एच.आई.भी. लक्षित ३४ जिल्लामा र ५ जिल्लाका कारागारमा कैदी बन्दी गरी विभिन्न ५ समूहमा समूहकृत गरी गैर सरकारी संस्था मार्फत आ.व. २०७२/७३ मा चार महिनाको लागि एच.आई.भी. रोकथामका क्रियाकलापहरु संचालन गरेको पाइयो । सामान्य जनतालाई लक्षित गरी जनचेतनामूलक कार्यक्रमहरु संचालन गरेको जनाएतापनि उक्त कार्यक्रमको पहुँच र प्रभावकारिताको अभिलेख केन्द्र समक्ष रहेको देखिएन । नमूनाको रुपमा परिक्षण गरेको वझाङ, नवलपरासी, चितवन, रोल्पा जिल्लास्वास्थ्य कार्यालयले दिवस मनाएर, एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श दिएर रोकथामका कार्यहरु गरेको जनाएको छ भने जिल्लास्वास्थ्य कार्यालय दोलखाले कुनै कार्यक्रम गरेको पाइएन ।

सरकारी भन्दा गैर सरकारी संस्था मार्फत जोखिमपूर्ण समूह पहिचान तथा रोकथामका कार्यहरु भएको, गैर सरकारी संस्था र सरकारी संस्थाहरु र अन्तर सरकारी निकाय विच समन्वयको कमिको कारण एच.आई.भी. जोखिम रोकथामका कार्यहरु प्रभावकारी हुन सकेको पाइएन । जोखिमपूर्ण समूह पहिचान गरी उक्त समूह भित्र अन्तर समूह गतिशिलता समेतको माध्यम र आम जनतामा लक्षित गरी स्वास्थ्य शिक्षा र संचारका कार्यहरु राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको समन्वयमा प्रभावकारी रूपमा संचालन गरि एच.आई.भी. रोकथामको लागि संक्रमितको पहिचान, शिफारिस, परिक्षण गरी एच.आई.भी. विस्तार नियन्त्रण र रोकथामका कार्य हुनु पर्दछ ।

१४.३.१. **परीक्षण र परामर्श**— जोखिमपूर्ण समूह र क्षेत्रका आम मानिसहरुमा एच.आई.भी. संक्रमण सम्बन्धमा परीक्षण तथा परामर्शका कार्यक्रमहरु संचालन गरी पहिचान हुन बाँकी एच.आई.भी. संक्रमितहरुको पहिचान गर्ने र जोखिमपूर्ण समूहमा रहेका व्यक्तिहरुलाई व्यक्तिगत व्यवहार परिवर्तन गर्न लगाई एच.आई.भी. रोकथामका कार्यहरु गर्नु पर्दछ । राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले २०६८।६९ देखि २०७२।७३ सम्म ५ वर्षमा क्रमशः १२०४५०, १३९५६६, ११६४३९, १३५५५० र १९९९०२ जनालाई एच.आई.भी. परिक्षण र परामर्श दिएको विवरणवाट उल्लेख गरेकोमा परामर्श दिएकाको जोखिम समूह खुल्ने गरी अभिलेख संलग्न छैन । राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रवाट विभिन्न ५ कम्पोनेन्टहरुमा सिमित क्षेत्र समेटिने गरी गैर सरकारी संस्था मार्फत कार्य गराएको पाइएको छ भने जिल्लाहरुमा गैर सरकारी संस्था तथा जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय विच समन्वय भएको देखिदैन । जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयमा एच.आई.भी./एड्सको कार्यक्रम संचालन गर्न स्थायी संयोजक नभएको र स्वीकृत कार्यक्रम समेत अति न्यून रहेको, केन्द्रले गैर सरकारी संस्था मार्फत जिल्लाहरुमा हुने गरेको एच.आई.भी. परीक्षण र परामर्श सम्बन्धी कार्यमा जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयसंग समन्वय र अनुगमनको दायरामा नरहेको, जिल्ला एड्स समन्वय समितिको नियमित बैठक समेत बस्ने नगरेको, नवलपरासी, बझाङ, चितवन, रोल्पा र दोलखा जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयवाट प्राप्त प्रश्नावलीको जवाफ र सम्बद्ध कर्मचारी तथा पदाधिकारी विचको छलफलवाट जानकारी प्राप्त भएको छ ।

१४.३.२. **पि.एम.टि.सि.टी सेवा**— एच.आई.भी. संक्रमित आमावाट नवजात शिशुमा संक्रमण हुन नदिन गर्भावस्थामानै एच.आई.भी. परिक्षण गर्ने, गर्भवति महिलामा एच.आई.भी. संक्रमण देखिएमा ए.आर.टी. र प्रोफिल्याक्सीस लगायतको औषधि उपचारको व्यवस्था गरी नवजात शिशुमा संक्रमण नसर्ने (पि.एम.टी.सि.टी) व्यवस्था हुनु पर्दछ । यसका लागि सम्पूर्ण गर्भवती महिलामा प्रसुती पूर्व पि.एम.टि.सि.टी सेवा उपलब्ध हुनु पर्दछ । सबै गर्भवती महिलाहरुको पूर्व प्रसुती परिक्षणको लागि स्वास्थ्यसंस्था सम्म पहुँच नभएको र पूर्व प्रसुती परीक्षण गरेका मध्ये विगत ५ वर्षमा क्रमशः ८०, ७५, ७५, ७० र ५७ प्रतिशतले पि.एम.टी.सि.टी सेवा प्राप्त गर्न नसकेको विवरणवाट देखिन्छ ।

सि.नं.	आ.व.	स्वास्थ्य संस्थामा परीक्षण गराउने गर्भवती संख्या	स्वास्थ्य संस्थामा परीक्षण गरेका मध्ये		गर्भवती महिलाको एच.आई.भी. परीक्षण नभएको प्रतिशत	परीक्षण गरेको मध्ये एच.आई.भी. संक्रमित संख्या
			एच.आई.भी. परीक्षण भएका गर्भवती संख्या	एच.आई.भी. परीक्षण हुन नसकेको संख्या		
१	२०६८/६९	६४२०६०	१२९१३१	६४०७६९	८०	१७५
२	२०६९/७०	६५८८९४	१४२०४३	५१६८५१	७८	१२५

३	२०७०/७१	६३३१००	१५८१४६	४७४९५४	७५	१६२
४	२०७१/७२	६२३३६१	१८७५५२	४३५८०९	७०	८८
५	२०७२/७३	७२१४३०४	३०६८७२	४१४५५८	५७	१५४

स्रोत: राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु

उल्लेखित अवस्थाले गर्भवती

महिलाले स्वास्थ्य संस्थामा पूर्व प्रसूती परीक्षण गराउने व्यवस्था हुन सकेको छैन । विगत ५ वर्षमा स्वास्थ्य संस्थामा पूर्व प्रसूति सेवा लिएका मध्ये क्रमशः २०, २२, २५, ३० र ४३ प्रतिशतले मात्र पि.एम.टि.सि.टी सेवा प्राप्त गरेका छन् । पि.एम.टि.सि.टी सेवा पाएका मध्ये क्रमशः १७५, १२५, १६२, ७७ र १५४ जना गर्भवतीमा एच.आई.भि. संक्रमण देखिएको संक्रमित आमाबाट २०७०/७१ मा ४, २०७१/७२ मा १५ र २०७२/७३ मा १० नवजात शिशुमा एच.आई.भि. संक्रमण पाइएको प्राप्त विवरणबाट देखिन्छ । पि.एम.टि.सि.टी प्राप्त गर्न बांकी गर्भवती

महिलाको संख्या उच्च रहेकोले एच.आई.भि. विस्तार रोक्ने कार्यमा असर परी २०१० को तुलनामा २०१६ सम्म संक्रमित आमाबाट नवजात शिशुमा हुने संक्रमण ९० प्रतिशतले घटाउने लक्ष्य २०१५ को अन्त्यमा ५७ प्रतिशत मात्र कमी आएको देखिएवाट यस कार्यको प्रभावकारिता कम रहेको देखियो ।

समस्याहरु
<ul style="list-style-type: none"> • एच.आई.भि. रोकथामका कार्यहरु प्रभावकारी नभएको, • सम्पूर्ण संक्रमितहरु पहिचान नहुँदा एच.आई.भि. विस्तारको जोखिम रहेको, • जोखिमपूर्ण समुहमा लक्षित कार्यक्रम पर्याप्त र प्रभावकारी नभएको, • सम्पूर्ण गर्भवती महिलाले पि.एम.टि.सि.टी. सेवा प्राप्त गर्न नसकेको, • सुईद्वारा हुने लागु पदार्थ सेवनमा नियन्त्रण नभएको, • आप्रवासनका सम्पूर्ण चक्रमा एच.आई.भि. परीक्षण र परामर्श नभएको, • पहिचान भएका सम्पूर्ण संक्रमितले ए.आर.टी. उपचार सेवा प्राप्त नगरेको, • ए.आर.टी. लिनेहरुमा निरन्तरता नभएको, • को-इन्फेक्सन रणनीति नभएकोले टि.वि, हेपाटाइटिसको सह-संक्रमणको परीक्षण र उपचार नभएको, • भेदभावरहित तरिकाले सबै संक्रमितको उपचार, पोषण, र हेरचाहमा पहुँच नभएको ।

१४.३.३. **यौनरोग नियन्त्रण**— एच.आई.भि. संक्रमणको ८५ प्रतिशत संक्रमण विस्तार यौनजन्य क्रियाकलापबाट भएको देखिएको छ । एच.आई.भि. विस्तार रोक्न यौनरोगको सहज उपचार व्यवस्थाको लागि यौनरोग नियन्त्रणका औषधिहरु आधारभूत औषधिहरुमा समावेश गरेर निःशुल्क उपलब्ध गराउने व्यवस्था हुनु पर्नेमा सरकारले सूचिकृत गरी निःशुल्क औषधि वितरणको घोषणा गरेका सूचीमा यौनरोगको औषधि समावेश गरेको छैन । जसले गर्दा यौनरोग नियन्त्रणमा आम मानिसको पहुँच नपुगि एच.आई.भि. विस्तारको जोखिम देखिँदा यौनरोग नियन्त्रणको लागि आवश्यक व्यवस्था हुनु पर्दछ ।

१४.३.४. **सुईद्वारा हुने लागू पदार्थ सेवन नियन्त्रण**— एच.आई.भि. संक्रमितबाट प्रयोग भएको सुईको साटासाटको कारण हुने एच.आई.भि. संक्रमण विस्तारलाई रोक्न सुईद्वारा हुने लागूऔषध सेवनलाई नियन्त्रण गर्नुपर्दछ । सन् १९९० को दशकमा सुईद्वारा हुने लागू पदार्थ सेवन गर्ने एच.आई.भि. संक्रमण विस्तार उच्च रहेकोमा हाल उक्त दर क्रमश कमि देखिएतापनि सुईद्वारा लागू पदार्थ लिने व्यक्ति काठमाडौंमा ६.४ प्रतिशत, पूर्वी तराईमा ८.३ प्रतिशत रहेको, उनीहरु मध्ये एच.आई.भि. र हेपाटाइटिस सि को संक्रमण दर १३.१ देखि ४७.५ प्रतिशतसम्म रहेको अभिलेखबाट देखिएकोमा यसको जोखिम अझै उच्च रहेको देखिन्छ । राष्ट्रिय एड्स तथा

यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले यो वर्ष एक गैर सरकारी संस्था मार्फत १० जिल्लामा सुईद्वारा लागू पदार्थ प्रयोगकर्तालाई असल जिवनको लागि सुरक्षित व्यवहार कार्यक्रम संचालन गर्न चार महिनाको कार्यक्रम संचालन गरी सुई/सिरिन्ज साट्ने तथा डिस्पोजल गर्ने कार्य अन्तरगत २७४५३९ सिरिन्ज संकलन गरेर डिस्पोजल गरेको, ९०७६६ वटा पुरुषले उपयोग गर्ने कण्डम वितरण गरेको, वाह्य सेवाको लागि १० जिल्लाका ३२२३६ जना प्रयोगकर्ता पुगेका, २३९९ जना सुईद्वारा लागूऔषध प्रयोगकर्ताहरूले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा लिएका, १०९ जनालाई ओ.एस.टीको लागि शिफारिस गरेको, ८९५ जनालाई एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श दिएको, २४३ जनालाई यौनरोग उपचारको लागि शिफारिस गरेको, ५५ जनालाई पुर्नस्थापना गृहमा, १२ जनालाई टि.वि. र ४६ जनालाई हेपाटाइटिस उपचारको लागि अन्यत्र शिफारिस गरेको, सुरक्षित सिरिन्ज, कण्डम वितरण र एच.आई.भी परामर्श ११४७९ जनालाई दिएको र ७० विद्यालयका माध्यमिक तहका ७०० विद्यार्थीलाई सचेतना कार्यक्रम संचालन गरेको पाइयो । देशभरी जम्मा १० जिल्लामा मात्र सिमित गरी ४ महिना मात्र सुईद्वारा लागू पदार्थ सेवन गर्नेहरू लक्षित कार्यक्रम हुँदा एच.आई.भी विस्तार रोक्ने कार्यमा असर परी उक्त समूहवाट लागू पदार्थ विस्तार ६.८ प्रतिशतवाट घट्न सकेको छैन ।

१४.३.५. **आप्रवासी कामदारको परिक्षण तथा परामर्श-** एच.आई.भी. संक्रमण विस्तार गर्ने उच्च जोखिम समूह मध्ये आप्रवासी कामदार रहेकाछन् । आप्रवासी कामदारहरूको आप्रवासन चक्र (प्रस्थान गर्नु पूर्व, वाटोमा, पहुँचस्थल र फर्कदा) मा एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श लिई एच.आई.भी. विस्तार रोक्नु पर्दछ । विगत ५ वर्षमा स्वदेश फर्कदा परिक्षण तथा परामर्श र एच.आई.भी. संक्रमण पहिचान निम्नानुसार विवरण प्राप्त भएको छ ।

सि.नं.	आर्थिक वर्ष	प्रवेश बिन्दुमा	परीक्षण र परामर्श मध्ये एच.आई.भी संक्रमण देखिएको संख्या	आप्रवासी कामदारका श्रीमान् श्रीमतीमा पहिचान भएको एच.आई.भी. संक्रमण संख्या
		एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श संख्या		
१	२०६८/६९	५९४१५	४३५	२६०
२	२०६९/७०	६०९२९	४६८	२४६
३	२०७०/७१	४२६७९	६१६	३६४
४	२०७१/७२	४०६२३	६२३	४१७
५	२०७२/७३	१०३६६७	५२०	२८३

(स्रोत: राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु)

भौगोलिक हिसावले सूदूरपश्चिमका मौसमी आप्रवासनमा रहेका कामदारहरू उच्च जोखिममा रहेको पाइएकोमा भारत आप्रवासनवाट भएको एच.आई.भी. विस्तार सम्बन्धमा आप्रवासन चक्रको परिक्षण तथा परामर्श कुनै निकायवाट भएको देखिँदैन । तालिकामा उल्लेखित विवरण भारत वाहेकका देशमा हुने

सुझाव

- जोखिमपूर्ण समुदयमा एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श र जनचेतना मुलक कार्यक्रमहरूको विस्तार गर्ने,
- सम्पूर्ण संक्रमित पहिचानको लागि एकीकृत स्वास्थ्य अभियान संचालन गर्ने,
- सम्पूर्ण गर्भवती महिलालाई पि.एम.टि.सी.टी सेवाको ग्यारेण्टी गर्ने,
- सुईद्वारा हुने लागुपदार्थ सेवनलाई नियन्त्रण गर्ने,
- भारत समेत वैदेशिक रोजगारमा जानेलाई आप्रवासन चक्रका हरेक चरणमा परीक्षण र परामर्श गर्ने,
- सम्पूर्ण संक्रमितलाई परीक्षण, उपचारमा निरन्तरता दिने,
- को-इन्फेक्सन रणनीति तयार गरी टि.वी., हेपाटाइटिस र अन्य रोगको सह संक्रमण परीक्षण र उपचार गराउने,
- सवै संक्रमितलाई उपचार गर्ने व्यवस्था मिलाउने ।

आप्रवासनको रहेको पाइएको छ । खुला सिमानाका कारण ठुलो संख्यामा भारत आप्रवासन हुने कामदारमा कुनै पनि प्रकारको परिक्षण तथा परामर्श नहुँदा आप्रवासी कामदारको एच.आई.भी. विस्तारको जोखिम उच्च रहेको देखिन्छ ।

सरकारले कूल ग्राहस्थ उत्पादनको भण्डै ३२ प्रतिशत अंश वैदेशिक रोजगारवाट प्राप्त गरेको छ । २० जिल्लामा कामको खोजीमा विदेश जानेको लागि विविध कार्यक्रम संचालन गरेको उल्लेख गरेकोमा आप्रवासन चक्रका सबै चरणमा परिक्षण तथा परामर्श नभएको र आप्रवासी संक्रमितको संख्या उच्च देखिएवाट आप्रवासी कामदारको कारण एच.आई.भी. विस्तारको जोखिम उच्च रहेको छ । वैदेशिक रोजगारमा जाने कामदारलाई सरकारले आप्रवासी कामदारका कारण कम जोखिममा रहेका परिवार समेत एच.आई.भी. को उच्च जोखिममा रहेका छन् । आप्रवासनमा रहेका कामदारहरूलाई एच.आई.भी. जोखिम समूहमा समावेश गरी स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलाप संचालन गरेको देखिँदैन । भारत लगायत वैदेशिक रोजगारमा जाने आप्रवासी कामदार लक्षित गरी आप्रवासन चक्रका प्रत्येक चरणमा एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्शका कार्यहरू हुनु पर्दछ ।

१५. एच.आई.भी. संक्रमितको उपचार

१५.१. ए.आर.टि सेन्टर – एच.आई.भी संक्रमितलाई परामर्श तथा उपचारको लागि उपचार केन्द्रको छुट्टै व्यवस्था हुनु पर्दछ । उच्च जोखिमको आधारमा नक्शांकन गरेर ए.आर.टि सेन्टरको स्थापना गरेको उल्लेख गरेतापनि भौगोलिक विकटता, विपन्नता, संक्रमित खुल्न नचाहने लगायतका कारणले संक्रमितहरू एन्टिरेक्ट्रो भाईरल थेरापीको लागि ए.आर.टी सेन्टरसम्मको पहुँच हुनु पर्नेमा २०६८।६९ देखि २०७२।७३ सम्म ५ वर्षमा क्रमशः ३९, ४४, ५२, ६१ र ६५ स्थानमा ए.आर.टी सेन्टर भएतापनि भौगोलिक रूपले समेट्ने गरी ए.आर.टी लिन पहुँच पुग्ने गरी ए.आर.टी सेन्टरको व्यवस्था गरेको पाइएन ।

१५.२. ए.आर.टी उपचार र निरन्तरता– संक्रमितलाई ए.आर.टी सेवा उपलब्ध गराउने उक्त सेवालालाई निरन्तरता दिई संक्रमितको भाईरल भारमा कमि आउन नदिने व्यवस्था हुनु पर्दछ । विगत ५ वर्षमा संक्रमित पहिचान भएका मध्ये ए.आर.टी लिएका र विचमा छाडेको अवस्था निम्नानुसार देखिएको छ ।

आर्थिक वर्ष	ए.आर.टी सेन्टर संख्या	पहिचान भएका एच.आई.भी. संक्रमित संख्या	ए.आर.टी सेन्टरवाट उपचार प्राप्त विरामी संख्या	ए.आर.टी सेवा लिएका मध्ये विचमा छोड्नेको संख्या	पहिचान भएका मध्ये ए.आर.टी सेवा नलिने संक्रमित प्रतिशत	ए.आर.टी लिन मध्ये विचमा छाड्नेको प्रतिशत
२०६८।६९	३९	२०५८३	७७१९	९४१	३७.५	१२
२०६९।७०	४४	२२९९४	८८६६	११५९	३८.५	१३
२०७०।७१	५२	२५२२२	१०४०७	१२४२	४१.३	१२
२०७१।७२	६१	२६७०२	११९२२	१४३९	४४.६	१२
२०७२।७३	६५	२८८६५	१३०६९	१८१९	४५.३	१४

(स्रोत राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु)

माथी उल्लेखित तथ्यांकको विश्लेषण गर्दा विगत ५ वर्षमा क्रमशः ३९, ४४, ५२, ६१ र ६५ स्थानमा ए.आर.टि. सेण्टर स्थापना गरी ती केन्द्रहरूबाट ए.आर.टी सेवा उपलब्ध गराएको उल्लेख गरेतापनि सोही अवधिमा ती ए.आर.टि सेण्टरबाट संक्रमण पहिचान भएका मध्ये क्रमशः ३७.५, ३८.५, ४१.३, ४४.६ र ४५.३ प्रतिशत संक्रमितले मात्र ए.आर.टि. लिएका छैनन् । सोही अवधिमा ए.आर.टी. लिएका मध्ये क्रमशः १२, १३, १२, १२ र १४ प्रतिशतले औषधि लिन विचमा छोडेको पाइयो । यसले गर्दा सबै संक्रमितमा ए.आर.टि पहुँच नपुगेको अवस्था छ भने ए.आर.टी लिएको मध्ये विचमा छाड्नेको संख्या उच्च भएवाट एच.आई.भी. संक्रमितको मृत्युदर २५ प्रतिशतले घटाउने लक्ष्य रहेकोमा १२ प्रतिशत मात्र भएको अभिलेखबाट देखिँदा ए.आर.टी उपचार सेवाको प्रभावकारिता देखिएन । संक्रमित सबैलाई ए.आर.टी सेवामा पहुँच र सेवाको निरन्तरताको उपयुक्त व्यवस्था मिलाउनु पर्दछ ।

१५.३. **प्रयोगशाला परिक्षण-** एच.आई.भी. संक्रमणको निदान तथा उपचारको लागि प्रयोगशाला परीक्षणको लागि भाईरल लोड टेष्ट मेशिन र सि.डी फोर मेशिन आवश्यक पर्दछ । भाईरल लोड टेष्टको लागि सेती अन्चल अस्पताल कैलाली र सरुवा रोग अस्पताल टेकुमा मात्र रहेको र सबै ए.आर.टी सेन्टरमा सि.डी फोर टेष्टको लागि आवश्यक उपकरण तथा रिएजेन्ट नभएको कारण संक्रमितहरूको प्रयोगशाला परिक्षणमा असर परेको पाइयो । लेखापरीक्षणको क्रममा ४ जिल्लाका अर्न्तवाता लिएका संक्रमितहरूले प्रयोगशाला परिक्षण अपायक भएको कारण यातायात खर्च लगायतका कारणले लागत बृद्धि भई उपचारमा असर परेको जनाएका छन् ।

१५.४. **सहसंक्रमण परिक्षण र उपचार-** एच.आई.भी. संक्रमितलाई क्षयरोग, हेपाटाइटिस लगायत अन्य रोगसंग हुने सहसंक्रमणको पहिचानको लागि आवश्यक परिक्षण र संक्रमण देखिएमा उपचार व्यवस्था हुनु पर्दछ । समयमै अन्य रोगहरु पत्ता लगाई उपचार हुन नसकेको खण्डमा संक्रमितको छिट्टै मृत्यु हुन सक्ने हुन्छ । एच.आई.भी. संक्रमित व्यक्तिहरूमा क्षयरोगको व्याप्तता भण्डै ११ प्रतिशत रहेको अवस्थामा क्षयरोगसंगको सहसंक्रमण परिक्षणको अवस्था निम्नानुसार रहेको पाइयो:

आर्थिक वर्ष	एच.आई.भी. संक्रमितको संख्या	एच.आई.भी संक्रमित मध्ये			हेपाटाइटिस परीक्षण मध्ये पहिचान संख्या	कैफियत
		टि.वी परीक्षण भएका विरामी संख्या	टि.वी परीक्षण मध्ये टि.वी पहिचान भएका विरामी संख्या	परिक्षण मध्ये टि.वी संक्रमण परिक्षण प्रतिशत		
२०६८/६९	२०५८३	१४७२	-	७.१	-	
२०६९/७०	२२९९४	५४६०	-	२३.७	-	
२०७०/७१	२५२२२	१२२२१	-	४८.४	-	
२०७१/७२	२६७०२	१३२७१	१५४	४९.७	.	
२०७२/७३	२८८६५	१२९१२	१९९	४४.७	.	

(स्रोत राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु)

एच.आई.भी. संक्रमित व्यक्तिहरूमा क्षयरोगको व्याप्तता भण्डै ११ प्रतिशत रहेको अवस्थामा विगत ५ वर्षमा पहिचान भएका संक्रमित मध्ये क्रमशः ७, २४, ४८, ५० र ४५ प्रतिशतको मात्र क्षयरोगसंग सह-संक्रमण परिक्षण भएको पाइयो । हेपाटाइटिस रोग संगको सह-संक्रमण परीक्षण गरेको विवरण प्राप्त भएन । सह-संक्रमण (को-इन्फेक्सन) रणनीति नभएकोले भाइरल भार न्यून भई प्रतिरोधी क्षमता कम भएका एच.आई.भी. संक्रमितमा क्षयरोग र हेपाटाइटिस लगायतका रोगसंगको सह-संक्रमण परीक्षण गरी उपचार नभएकाले संक्रमितको मृत्युदर घटाउने लक्ष्य पुरा हुन सकेको छैन । सह-संक्रमण (को-इन्फेक्सन) को रणनीति बनाई पहिचान भएका सबै एच.आई.भी संक्रमितको क्षयरोग तथा अन्य रोगहरूसंगको सह-संक्रमण परिक्षण र उपचारको व्यवस्था हुनुपर्दछ ।

१५.५. **भेदभावरहित हेरचाह**— एच.आई.भी. संक्रमितलाई भेदभावरहित तरिकाले उपचार तथा हेरचाहको व्यवस्था हुनुपर्दछ । एच.आई.भी.संक्रमणसंगै हुने अन्य सामान्य संक्रमणबाट हुने जोखिम, तनाव तथा न्यून आयस्तर आदि कारणले संक्रमितले उचित रेखदेख तथा उपचार प्राप्त गर्न वन्चित नगर्ने प्रयोजनको लागि समुदायिक हेरचाह केन्द्रको व्यवस्था हुनु पर्नेमा विगत ५ वर्षमा निम्नानुसार विवरण प्राप्त भएको छ ।

सि.नं.	आ.व.	एच.आई.भी. एड्स संक्रमित विरामी संख्या	एच.आई.भी. संक्रमित मध्ये		सि.सि.सि.मा सेवा प्राप्त संक्रमित विरामी प्रतिशत
			सि.सि.सि.संख्या (जिल्ला)	सि.सि.सि.मा संक्रमित विरामी संख्या	
१	२०६८/६९	२०५८३	३६	५९३१	२९
२	२०६९/७०	२२९९४	३६	१५७६	७
३	२०७०/७१	२५२२२	५८	४३७६	१७
४	२०७१/७२	२६७०२	५८	५९१६	२२
५	२०७२/७३	२८८६५	४३	३४४४	१२

(स्रोत राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु)

एच.आई.भी. संक्रमितलाई भेदभाव रहित उपचार तथा हेरचाहको लागि सामुदायिक हेरचाह केन्द्रमा विगत ५ वर्षमा संक्रमित पहिचान भएका मध्ये क्रमशः २९, ७, १७, २२ र १२ प्रतिशतले मात्र सेवा प्राप्त गरेको पाइयो । अर्न्तवार्तामा सहभागी सरोकारवालाले पोषणको पिठोको कमी भएको, सवै संक्रमितको सामुदायिक हेरचाह केन्द्रमा पहुँच नपुगेको, विद्यालय तथा समाजमा भेदभाव पूर्ण व्यवहार गरेको जनाएबाट भेदभाव रहित व्यवहार र हेरचाहको कमी देखिएको छ । सम्पूर्ण संक्रमितलाई भेदभाव रहित उपचार, हेरचाह र सामाजिक व्यवहारको व्यवस्था हुनु पर्दछ ।

१६. **वित्तीय व्यवस्था** — एच.आई.भी. एड्स संक्रमितको पहिचान, परिक्षण तथा परामर्श र उपचारको लागि लक्षित कार्यक्रम संचालन गरी रणनीतिक उपलब्धी हासिल गर्ने गरी कार्यक्रम संचालन तथा बजेट खर्च हुनु पर्दछ । राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको विगत ३ वर्षको खर्च स्थिति देहाय बमोजिम भएको पाइयो:

(आर्थिक वर्षगत खर्च हजारमा)

आ.व.	चालु खर्च	पूँजीगत खर्च	कूल खर्च
२०७०।७१	३६,६५,३६	६५,०८	३७,३०,४४
२०७१।७२	३५,१६,८८	३४,२०	३५,५१,०८
२०७२।७३	१३,३८,९६	११,३९	१३,५०,३५

स्रोत: राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, टेकु

लक्ष्य हासिल गर्ने गरी कार्यक्रम नवनाएको र तर्जुमा गरेको कार्यक्रम समेतमा प्रगति नभएको कारण एच.आई.भी. / एड्सको रोकथाम तथा उपचारको लागि केन्द्रबाट हुने संचालन तथा कार्यक्रम खर्च कम हुँदै गएको देखिन्छ । जसले गर्दा २०१० को तुलनामा २०१६ सम्म नयाँ संक्रमित विरामी ५० प्रतिशतले

घटाउने, एड्स संक्रमित मृत्युदर २५ प्रतिशतले घटाउने, आमावाट वच्चामा सर्ने संक्रमण ९० प्रतिशतले घटाउने, रणनैतिक लक्ष्य रहेकोमा २०१५ सम्ममा क्रमशः ४३, १२ र ५७ प्रतिशत प्रगति देखिएवाट रणनैतिक लक्ष्य पुरा हुने देखिदैन । जसले गर्दा एच.आई.भी संक्रमण रोकथाम र उपचारको प्रभावकारितामा असर गरेको छ ।

निष्कर्ष

आम सर्वसाधारण तथा जोखिम समूहमा एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शको कार्यहरु सघन रुपमा संचालन गरी पहिचान हुन बांकी संक्रमितको पहिचान गर्ने, सम्पूर्ण गर्भवती महिलालाई पि.एम.टि.सि.टी. सेवा प्रदान गर्ने, सुइद्वारा हुने लागु पदार्थ सेवन नियन्त्रण गर्ने तथा भारत समेतका आप्रवासी कामदारलाई आप्रवासन चक्रका प्रत्येक चरणमा एच.आई.भी. परिक्षण र परामर्श गराउने, सुरक्षित यौन व्यवहारको लागि जनचेतनामुलक कार्यक्रम संचालन गरी एच.आई.भी.संक्रमण विस्तारलाई रोक्नुपर्दछ । पहिचान भएका एच.आई.भी. संक्रमितलाई सि.डि.फोर गणना तथा भाइरल परीक्षण, अन्य रोगसंगको सह-संक्रमण परीक्षण र ए.आर.टी. उपचारको सहज पहुचको व्यवस्था मिलाई भेदभाव रहित तरिकाले उपचार, पोषण र हेरचाहको व्यवस्था हुनुपर्दछ ।