

महेन्द्र प्रसाद श्रेष्ठको जीवनी

महेन्द्र प्रसाद श्रेष्ठको जन्म २०१८ साल श्रावण महिनाको १८ गते प्यूठानको खलंगामा भएको थियो। २०३३ सालमा एस.एल.सी.पास गरेपछि स्वास्थ्य सेवामा आफूलाई समर्पित गर्ने उद्देश्यले २०३६ सालमा सि.एम.ए. कोर्स पुरा गर्नुभयो। सि.एम.ए.को कोर्स पुरा गरे लगत्तै २०३७ सालदेखि नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयको कर्मचारी भई मुलुकका विभिन्न जिल्लाहरूको स्वास्थ्य संस्थाहरू (केन्द्रीय अस्पताल, अञ्चल अस्पताल, जिल्ला अस्पताल लगायत विभिन्न स्वास्थ्यचौकी) मा कार्यरत रहनुभयो। यसै अवधिमा नेपाल सरकारको छात्रवृत्तिमा स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित उच्च शिक्षा अध्ययन गर्ने मौका पनि पाउनु भयो र आफ्नो दक्षतालाई उजागर गर्ने मौका पाउनु भयो। फलस्वरूप २०४७ साल श्रावण देखि का.मु. जनस्वास्थ्य अधिकृत भै जि.स्वा.का. रोल्पा मा करीव २ वर्ष कार्य गरेपछि २०४९ सालमा सुदूरपश्चिममाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रमा तालिम अधिकृतको रूपमा कार्य थालनी गर्नुभयो। लगभग सोह्र महिना तालिम अधिकृतको रूपमा काम गरेपछि उहाँलाई जिल्ला जनस्वास्थ्य अधिकृतको पदमा लोक सेवाबाट पदस्थापना गरेपछि करीव १० वर्षसम्म विभिन्न जिल्लाहरूको जनस्वास्थ्य अधिकृतको रूपमा कार्यरत रहनु भयो। यसै विचमा उहाँले चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थान महाराजगन्जबाट पब्लिक हेल्थ विषयमा स्नातकोत्तर पुरा गर्नुभयो। काम गर्दै जाने क्रममा उहाँलाई चीनको सिङस्याङ्ग मेडिकल कलेजबाट सन् २००३ मा भिजिटिङ्ग फ्याकलटिजको रूपमा आमन्त्रण गरियो र करीव ७ महिना उहाँले सो कलेजमा मेडिकल ग्राजुयेटहरूलाई अध्यापन गर्नुभयो।

चीनबाट फर्केपछि उहाँ फेरी सरकारी जागीरमा सक्रिय हुनुभयो र वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासकको रूपमा स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गतका विभिन्न संस्थाहरूमा कार्यरत रहनु भयो। करीव ६ वर्षको अवधिमा उहाँले आफूलाई विभिन्न अध्ययन, अनुसन्धान तथा व्यवस्थापनका कामहरूमा



महेन्द्र प्रसाद श्रेष्ठ

पनि संलग्न गराउनु भयो। जसको फलस्वरूप उहाँले विभिन्न व्यवस्थापन प्रतिवेदनहरू, वार्षिक प्रतिवेदनहरू, रणनीतिक योजना तथा जनस्वास्थ्यसँग सम्बन्धित विभिन्न लेखहरूका साथै स्वास्थ्य सम्बन्धी लेख रचनाहरू विभिन्न पत्रपत्रिकाहरूमा प्रकाशित गर्नुभयो। यही क्रममा उहाँको सरुवा क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशकको रूपमा सुदूर पश्चिम स्वास्थ्य क्षेत्रीय निर्देशनालय दिपायल डोटीमा भयो। यो अवधिमा सो क्षेत्रको जनस्वास्थ्यलाई सुधार गरी स्वास्थ्यको स्थितिमा सुधार गर्न महत्वपूर्ण पहलकदमीहरू गर्नुभयो।

लगभग एक वर्ष क्षेत्रीय निर्देशकको रूपमा कार्यरत भएपछि उहाँको वढुवा पदस्थापना काठमाडौं जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा प्रमुख जनस्वास्थ्य प्रशासकको रूपमा भयो। उहाँले त्यहाँ रही जनस्वास्थ्यलाई सुधार गर्ने कार्यलाई निरन्तरता दिनु भयो। करीव ९ महिनाजति काठमाडौं जिल्ला जनस्वास्थ्यमा रहेपछि उहाँको सरुवा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, टेकु, काठमाडौंमा निर्देशकको रूपमा भयो। उहाँ तालिम केन्द्रको निर्देशकको रूपमा आईसकेपछि राष्ट्रिय स्तरका तालिमहरूलाई विभिन्न निकायहरूसँग अझ सशक्त रूपमा समन्वय गरी तालिमको गुणस्तरलाई बृद्धि गर्दै लैजान सफल हुनुभएको छ। उहाँको पहलकदमीमा तालिम केन्द्रले विभिन्न नयाँ तालिमहरू शुरुवात गरेको छ। ■

यस अंकमा...

पृष्ठ १ महेन्द्र प्रसाद श्रेष्ठको जीवनी

पृष्ठ २-५ कथाहरू

- अनुभवले काम गरेको क्षण
- जिल्ला अस्पताल बाजुरामा Anti-Retro Viral Therapy (ART) को शुरुवात
- केराको पातबाट पोलेको घाउको उपचार
- दुर्गममा विरामी जोगाउनु: एक चुनौति

पृष्ठ ६ सि.एम.इ. कर्नर :

चिकित्सकीय ज्ञान सीपको निरन्तरता

- Type 2 Diabetes को उपचार र हेरचाह

पृष्ठ ७ थप आयामहरू :

- नेपालको पहिलो Blended Distance Learning Course को शुरुवात

पृष्ठ ८-९ भलाकुसारी

- स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको वरिष्ठ सल्लाहकार डा. रीता थापाज्यूसँगको छोटो कुराकानी

पृष्ठ १० बुलेटिन बोर्ड

- उच्च रक्तचाप उपचारमा नयाँ जानकारी

पृष्ठ ११ समस्याको समाधान

- प्राईभेट तथा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहर संकलन तथा बिसर्जनको लागि सरल तरिकाहरू

पृष्ठ १२

- स्वास्थ्य प्रतियोगिता

अनुभवले काम गरेको क्षण

- प्रमिका महर्जन, स्टाफ नर्स, जिल्ला अस्पताल डोटी



वि.स. २०७० साल चैत ६ गते म आफ्नो दिनभरीको ड्युटी सकाएर वेलुकीको खाना खाएर सुतेको थिएँ। करिव रातको सवा बाह्र बजेतिर मेरो मोवाइलको घण्टी बज्यो र फोन उठाउँदा तुरुन्तै माथि आउनु भनेर कसैले भन्नुभयो। म पनि एकछिन ढिला नगरी प्रसुति कक्षमा पुगें। प्रसुति कक्षमा गएर हेर्दा बग्लेख ७ डोटीकी ४० वर्षीय महिला प्रसव पीडा भएर आएकी रहिछिन्। उनलाई बग्लेख स्वास्थ्य चौकीले रेफर गरेर आएको कुरा परीक्षण र कुराकानीको दौरानमा थाहा भयो। ड्युटीमा रहेकी सहकर्मी साथीले शारीरिक जाँच गर्दा शिशुको हृदयगति १३८ प्रति मिनेट, पाठेघरको मुख पुरै खुलेको, म्युकोनियम निलेर बच्चा निसास्सिएको, पाठेघरभित्र बच्चा बस्नलाई सहज बनाउने पानी (amniotic fluid) र बच्चाको नाभी बाहिर निस्किसकेको बताउनुभयो। मैले पनि परीक्षण गर्दा त्यही कुराहरु पाएँ तर नाभीमा ढुकढुकी महशुस भयो। यसको मतलब बच्चा जीवितै थियो। विरामीको अवस्था हेर्दा जटिल भएको हुनाले मैले मेडिकल अफिसरलाई पनि जानकारी गराएँ। उहाँपनि तुरुन्तै आउनुभयो। एमडिजिपी डाक्टर सृजना गौचन विदामा जानुभएको कारणले पाठेघरको शल्यक्रिया गरी बच्चा निकाल्ने व्यवस्था पनि थिएन। आपसी सल्लाह अनुसार आमालाई उपचारको लागि सुविधा सम्पन्न ठाउँमा पठाउने निर्णय गर्थौं। तर पाठेघरको मुख पूर्ण खुलिसकेको, ६ पटक गर्भवती भैसकेको र एउटा बच्चा गर्भपतन भैसकेको हुनाले बाटोमै बच्चाको जन्म भएमा भन् बढी जटिलता

थपिन सक्ने स्थिति अन्दाज गरी हामी सबै स्टाफ अन्योलमा पर्थौं। डाक्टर सिर्जना गौचनसँग सल्लाह लिँदा उहाँले अस्पतालमै डेलिभरी गराउन भन्नुभयो। तर हामीसँग त्यस्तो कुनै चमत्कारिक ज्ञान थिएन। त्यस्तो अवस्थालाई कसरी व्यवस्थापन गर्ने भन्नेबारे पढेको त थिएँ तर व्यवहारिक सीप र व्यवस्थापन भने गरेकी थिएँन। अब म पहिलो पटक यस्तो जटिलतालाई व्यवस्थापन गर्दै थिएँ। त्यही सुत्केरी गराउँदा जटिलता थपिन सक्ने अवस्थाबाट म त्रसित भैरहेँ र पनि मैले ती आमाको लागि केही त गर्नुपर्ने थियो। धैर्य र साहसका साथ सुत्केरी गराउने तयारी गर्थौं। तुरुन्तै मैले उनको श्रीमानलाई बोलाएर उनको अवस्था जटिल र नाजुक भएको वृत्तान्त सुनाएँ।

श्रीमानसँगको कुराकानीमा उनीहरुको पहिल्यै ४ वटा छोराछोरीहरु भएको र अब उनीहरुलाई बच्चाको आवश्यक नभएकोले आमाको ज्यान भने जसरी पनि बचाउन आग्रह गर्नुभयो। यस्तो वार्तालाप हुँदाहुँदै मैले उच्च जोखिम न्यूनीकरणको लागि अनुमतिपत्रमा हस्ताक्षर पनि गराएँ र उनकै राय सल्लाहमा मैले सुत्केरी गराउने भएँ। बच्चाले म्युकोनियम धेरै नै खाइसकेको हुनाले बच्चा निस्सासिने सम्भावना धेरै नै थियो। यही विषयलाई मध्यनजर गरी ड्युटीमा हुनु भएको साथीलाई सबै सामान तयार गर्न भनें। रक्तचाप ९०/६० mm of Hg भएको हुनाले सलाइन रिङ्गर ल्याक्टेट लगाइदिएँ। लामो बल गर्नुस नत्र बच्चालाई गाह्रो हुन्छ, भनेर आमालाई सम्झाएँ। आमाको

ज्यान जसरी पनि बचाउनु नै थियो तर सबै प्रयासले बच्चाको ज्यान पनि सुरक्षित राख्नु थियो। जब आमा कन् थात्थिन् साथसाथ नाभी पनि बाहिर निस्कियो र त्यो अवस्थामा मुख्य कुरा नाभी थिचिन नदिनु थियो। त्यो हुन नदिनकोलागि मैले एक हातले बच्चाको टाउको जतन गरी कडा किसिमले समातेर अर्को हातले नाभी भित्र छिराउन कोसिस गरेँ र डाक्टरले पनि पेरिनियम नच्यातियोस् भनेर सहयोग गरिदिनु भयो। केही समय पश्चात् बच्चाको टाउको निस्कियो र नाभी पनि निस्कियो। अब लामो बल गर्न ती आमालाई आग्रह गरेँ र मैले भने बमोजिम गर्नुभयो र बच्चा पूर्णरूपले बाहिर निस्कियो। तुरुन्तै नाभी च्यापेर काटी आमालाई १० युनिट सिन्टोसिन मासुमा लगाइदिएँ। बच्चा निस्सासिएको थियो त्यसकारण त्यसको व्यवस्थापन गरेँ र केही क्षणमा बच्चाको अवस्था पनि सुधारोन्मुख रह्यो। बच्चा तथा आमा दुवैलाई बचाउन सफल भयौं। सिन्टोसिन सुइ दिएको केही क्षणमै साल बाहिर निस्कियो र आमा पनि खतरा मुक्त भइन्। आमा र बच्चा दुवैको ज्यान बचाउन सकेकोमा उनका श्रीमानले धन्यवाद दिनुभयो र हामीले पनि एकअर्कालाई धन्यवाद दियोँ। म त्यो दिन धेरै नै खुसी भएँ।

यस कुराबाट मैले पढेर भन्दापनि आफुलाई परेर चाहिँ कुराहरु सिक्ने रहेछ भन्ने कुरा थाहा पाएँ। तसर्थ यसरी नै म आफ्नो हरेक काम साहस र धैर्यका साथ पूरा गर्नेछु। त्यो क्षण मेरो लागि अविष्मरणीय दिन रह्यो। ■

जिल्ला अस्पताल बाजुरामा Anti-Retro Viral Therapy (ART) को शुरुवात

डा. जय प्रकाश भ्ना, मेडिकल अफिसर, जिल्ला अस्पताल, बाजुरा

बाराबिस गा.वि.स.का एकजना ३५ वर्षीया महिलाको श्रीमानलाई तीन वर्षअघि एच.आई.भी. संक्रमण भएको पत्ता लागेपछि, तुरुन्त उपचार थालिएको थियो। त्यसपछि उनी आफूपनि शंका लागी जचाउन भनी जिल्ला अस्पताल, बाजुरा जाँचन आउँदा संक्रमित भएको थाहा पाईन्। त्यसबखत उनी ७ महिनाको गर्भवती थिइन्। जिल्ला अस्पतालमा Anti-Retro Viral Therapy (ART) को सुविधा नभएको हुँदा उनलाई सेती अञ्चल अस्पताल, धनगढीमा प्रेषण गरिएको थियो। त्यहाँ उनलाई cotrimoxazole prophylaxis जिवनभर लिन सल्लाह दिएको र ART regimen ७ दिनको लागि दिइएको थियो। तर प्रसुति पश्चात् उनी फेरि जचाउँन भनी गईनन् नत ART regimen नै लिईन्।

यो २०६७ को घटना थियो भने जिल्ला अस्पतालले २०७० जेष्ठ १ गतेदेखि ART केन्द्रको स्थापना गरी यो सेवाको शुरुवात गरेको छ। तत्पश्चात् धेरै सामाजिक कुराले लाज मानेर लुकेर बसेका र बेवास्ता गरिएका (People Living with HIV/AIDS (PLHIV)) मानिसहरूको उपचारको व्यवस्थापन गरेको छ।

सोही महिला पनि २०७० जेष्ठ २६ गते जचाउँन भनेर आइन्। उनी केही महिनादेखि अस्वस्थ थिईन्। उनलाई मानसिक तनाव भएको र जीवनदेखि नै आशा हराएको थियो। उनीसँग होशियारपूर्वक र व्यक्तिगत तरिकाले कुरा गर्दा थाहा भयो कि उनलाई परिवार र समाजबाट अपहेलित गरिएको थियो। उनको श्रीमानको भने नियमित जाँच तथा औषधी उपचार भईरहेको थियो भने उनी यी सबैबाट वञ्चित रहेको थाहा भयो। उनको परीक्षण गर्दा उनलाई जन्डिस भएको र लगातार पखाला पनि लागेको थियो। उनको तौल ३५ के.जी.

थियो र धेरै नै कमजोर थिइन्। त्यस बखत CD4 count १९६ र HIV तेश्रो अवस्थामा थियो। हामीले उहाँलाई उहाँको रोगको स्थिति, ART को उपचार र त्यसको रोकथामका बारेमा जानकारी दियौं। ART regimen (AZT + 3TC + EFV) का साथै cotrim prophylaxis को शुरुवात गर्नु र उनलाई अस्पताल नियमित रूपमा आइराख्न सल्लाह दियौं। दुई हप्तामै केही सुधारहरू आउनुको साथै तौल पनि २ के.जी. बढ्यो र लक्षणहरू पनि राम्रो देखिन थाल्यो। उनलाई त्यहीँ regimen मा राख्यौं र परामर्श पनि लगातार दिई राख्यौं। उनको ४ जना बच्चाहरूको HIV जाँच गर्दा HIV नभएको पत्ता लाग्यो। २०७० आश्विन ३ गतेमा CD4 count गर्दा थोरै, १९९ ले बढेको थियो तर उनलाई अरु कुनै पनि समस्या थिएन। उनको तौल ४० भएको र HIV दोश्रो अवस्थामा (विश्व स्वास्थ्य संगठनको नियमानुसार) पुगेको थियो। उनको श्रीमानलाई पनि नियमित

ART regimen मा राखियो। उनीहरूले परिवार नियोजनको अस्थायी साधन कण्डम प्रयोग गर्न थाले।

उनी अन्तिम पटक २०७० पौष ३ गते परिक्षणका लागि आउँदा शारीरिक तथा मानसिक रूपमा धेरै नै सुधार आएको थियो। उनी लगातार औषधी खाइरहेकी थिइन्। अहिले परिवारले उनलाई भेदभाव गर्दैनन् तथा आफू पनि उदास रहन छाडेका छन्। आफ्नो स्वास्थ्यमा सुधार र आर्थिक स्थितिमा सुधार आउन थालेपछि, आफू पनि बाजुरामा केही सानो कारोवार शुरुवात गर्ने मनसाय बनाएकी छिन्।

यसबाट हामीलाई गाउँघरमा HIV लागेका व्यक्तिको स्थिति कस्तो हुन्छ भनेर थाहा हुन्छ। सामाजिक भेदभाव तथा रोगको राम्रो परामर्श र ART regimen द्वारा राम्रोसँग व्यवस्थापन गर्न सकिन्छ। साथै PLHIV व्यक्तिलाई शारीरिक तथा मानसिक हिसावले मनोबल बढाउन सकिन्छ। ■



केराको पातबाट पोलेको घाउको उपचार

राम बहादुर योगी, वमेलुङ्ग स्वास्थ्य चौकी, दोलखा



दोलखा जिल्लाको मेलुङ्ग गा.वि.स. वडा नं ३ मा बसोवास गर्ने एक दम्पतीका ४ जना छोराछोरीहरूमध्ये कान्छो छोरा ७ वर्षको थियो। २०६७ साल कार्तिक १२ गते दिउसो ३:१५ बजेतिर बच्चाको आमा रुँदै र कराउँदै मेरो घरमा उसलाई बोकेर ल्याइन्। बच्चालाई धेरै दुखेको र fluid loss को कारणले shock मा जान लागेको मैले पाएँ। तुरुन्तै मैले 24 'G' को canula ले I.V Open गरेर R/L चढाएँ। Patient History लिंदा ती ४ जना केटाकेटीहरू दिउँसो ३:०० वजे तिर चाउचाउ पकाएर खाजा खानकोलागि कराईमा पानी उमालिरहेका थिए।

त्यत्तिकैमा बच्चाहरू एक आपसमा चल (भगडा गर्न) लागे। ती बच्चाहरू चल्दा पानी उमाल्न प्रयोग भएको दाउरामा त्यो कान्छो छोरोले टेकेछ र कराइको उम्लिरहेको पानी उसको पछाडी पिठ्युँबाट खनिएछ। जसको कारण उसको पिठ्युँको तल्लो भाग र दाहिनेपट्टिको पिँडौलामा केही ठाउँमा जिलजिल पानीको फोका बनेको र केही ठाउँमा ती पानीको फोकाहरू फुटेर भरभर पानी बगिरहेको थियो।

मैले उसको Rule's of Nine अनुसार Burn % निकाले। उसको Burn लगभग १५% थियो। उसलाई मैले दुखाई कम गर्न inj Diclofenac sodium 1/2 A. I.M. लगाईदिएँ। Burn % धेरै भएकोले R/L चढाउँदै दोलखाको गौरीशंकर अस्पतालमा रेफर गरेँ तर त्यस बच्चाको बुवा रोजगारीको लागि गाउँ छोडेर बाहिर गएको, आमासँग अन्य ठाउँमा उपचार गर्न लैजानको लागि पैसा नभएको र त्यस परिवारको आर्थिक अवस्था अति नाजुक भएकोले त्यस बच्चाको आमाले मलाई भनिन् - "म यसलाई अन्यत्र कुनै ठाउँमा पनि लान सकिदैन। मलाई विश्वास छ तपाईंले नै यो बच्चालाई यहाँ निको पार्न सक्नुहुन्छ, त्यसकारण बच्चाको जिम्मेवारी मेरो भयो तपाईं उपचार गर्नुहोस्।"

त्यसपछि मैले पनि उपचार गर्ने निधो गरे। उसको तौल नाप गर्दा २० के.जी. थियो। Park's Formula अनुसार बच्चालाई २४ घण्टा भित्र दिनुपर्ने fluid को मात्रा निर्धारण गरेँ। जस अनुसार $4ml * kg * \% TBSA = 24$ घण्टाभित्र चाहिने fluid हुन्छ भन्ने कुरा मनन गर्दै $4ml * 20 * 15 = 1200$ ml fluid आवश्यक पर्ने कुरामा विश्वस्त भएँ। पहिलो ८ घण्टाभित्र १२०० ml को १/२ (६००ml), दोस्रो ८ घण्टाभित्र १२०० ml को १/४ (३०० ml) र बाँकी वा तेस्रो ८ घण्टाभित्र १२०० ml को १/४ (३०० ml) R/L दिएँ। न्यानो पार्नको लागि कम्बल ओढाएँ। उसलाई १०० ml/kg पहिलो १० kg, ५० ml/kg अरु १० kg र बाँकी २० ml/kg बाँकी तौलको लागि dextrose saline पनि दिनुपर्छ भन्ने MLP Training को सैद्धान्तिक ज्ञान हुँदाहुँदै

पनि मसँग dextrose saline उपलब्ध नभएकोले dextrose saline चाँही दिन पाईन। उसलाई T.T. खोप ०.५ml I.m. लगाएँ र घाउ dressing गर्नको लागि मैले केराको पात प्रयोग गर्ने निधो गरे किनकि मैले MLP Training बाट थाहा पाएको थिएँ कि Burn मा केराको पात पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। जसअनुसार सर्वप्रथम मैले एउटा कराईमा पानी राखे र त्यसलाई उमाले। त्यही पानीमा प्रयोग हुने औजारहरूलाई पनि उमाले। त्यसपछि १५-२० मिनेटपछि उम्लिरहेको पानीबाट sterile तरिकाले औजारहरू भिकें र त्यही पानीमा केरा सानो-सानो टुक्रा पारेको पात १०-१५ मिनेट फेरि उमालें। केराको पातलाई पनि sterile तरिकाले उम्लिरहेको पानीबाट बाहिर निकालें। अब घाउमा normal saline ले सफा गरी त्यहाँ रहेका dead tissue हरूलाई निकालें। फेरि dead tissue निकालेपछि normal saline ले घाउ सफा गरी Silvadene ointment लगाई दिएँ र त्यसमाथि sterile गरेको केराको पात राखें अनि बिस्तारै gauze bandage ले बाँधिदिएँ। एवं रीतले मैले घाउ dressing गर्दै जाँदा १० दिनमै बच्चाको घाउ पुरै निको भयो। उसको निको भएको घाउमा Silvadene ointment चाँहिँ अरु थप ५-६ दिनसम्म लगाई राख्न मैले उसको आमालाई अह्राएँ। घाउ Infection नहोस् भनेर ७ दिनसम्म T. Megapen 250 DT ६/६ घण्टाको फरकमा चलाएँ।

छोराको पोलेको घाउ निको भएपछि बच्चाको आमाले धेरै खुसी हुँदै भनिन् "तपाईं मेरो छोराको जीवनदाता हो, भगवान् हो तपाईंले मलाई लगाउनु भएको यो गुण म कहिले भुल्ने छैन। तपाईंलाई भगवानले म जस्तै यस्तै गरीब दुःखीलाई सेवामा लगाई राख्नु।" मलाई पनि स्थानीय स्रोत साधन प्रयोग गरेर त्यो ठूलो burn को सफल उपचार गर्न सकेकोमा ठूलो आत्मसन्तुष्टि मिल्यो। मैले त्यही case को सिको गरेर अरु थप स-साना burn हरू पनि निको पारें। यो case सफल भएपछि गाउँमा मेरो विश्वास गर्ने विरामीहरूको संख्यामा वृद्धि भयो। यसको श्रेय मलाई MLP तालिममा पठाएर मेरो क्षमता अभिवृद्धि गर्न नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र NSI लाई जान्छ। ती दुवै संस्थाले मेरो र सम्पूर्ण लाभान्वित विरामीहरूको तर्फबाट मुरी-मुरी धन्यवाद। ■

मेडिकल कलेजको पढाई सकिने वित्तिकै सिन्धुली जिल्ला अस्पतालमा नियुक्ती भएर काम गर्न आउनु मेरो लागि एक किसिमको चुनौति नै थियो। फरक ठाउँ, फरक उत्तरदायित्व, फरक काम गर्ने शैली र वातावरण। त्यसमा पनि जिल्ला अस्पतालमा कोही पनि विशेषज्ञ नहुने हुनाले प्रायः जसो विरामीहरु आफैले उपचार गर्नुपर्ने र कठिन परिस्थितिहरुमा पनि आफैले उचित निर्णय लिनुपर्ने हुन्थ्यो। यो काम सुरुका दिनहरुमा त्यति सहज थिएन।

मैले अस्पतालमा काम आरम्भ गरेको करिब २ महिना भएको थियो। शनिवारको दिन थियो। अरु दिन भन्दा त्यो दिन अलि व्यस्त नै भएकोले साँझ परेपछि छिट्टै नै वार्डमा साँझको विरामी हेर्ने काम सकेर म आराम गर्न आफ्नो क्वार्टर तर्फ लाग्दै थिएँ। त्यही समयमा कार्यालय सहयोगीले टाउकोमा चोट लागेको एउटा विरामी आएको जानकारी गराए। म तुरुन्तै इमरजेन्सीमा गएर हेर्दा मोटरसाइकलकवाट लडेर टाउकोमा ठुलो लछारिएको घाउ भएको घाइते आएको रहेछ। परीक्षण गर्दा घाउ चाहिँ खासै गहिरो थिएन, रगत पनि धेरै बगेको थिएन र विरामीको अवस्था सामान्य नै थियो। मैले ड्युटीमा भएको अ.हे.व. लाई घाउमा टाँका लगाइदिन भनें र त्यहाँबाट निस्कनै लागेको थिएँ। यत्तिकैमा अर्को वेडमा सुतिरहेको विरामीको कुरुवाले मलाई “हाम्रो विरामी पनि एकचोटी हेरिदिनु न डाक्टर साव” भनेर आग्रह गरे।

करिब ४० वर्षको पुरुष विरामी वेडमा उत्तानो परेर सुतिरहनु भएको थियो। अस्पतालका २ जना तालिम अवधिमा काम गर्न आएका बहिनीहरुले विरामीको हातमा भएका स-साना कोतरिएका घाउहरुमा ड्रेसिङ गर्दै थिए। विरामीको आफन्तसँग सोधपछि गर्दा बोलेरो गाडीले पछाडीबाट हल्का ठक्कर दिँदा लडेको थाहा भयो। विरामी बोलिरहनु भएको थियो तर मलाई उहाँ सामान्य लागेन, लोलाएको जस्तो, अलि भुम्म भएको र शरीरमा रगत कम भइ फुसो भएको जस्तो लाग्यो। मैले सोधें रक्तचाप, नाडी, श्वासप्रश्वास र तापक्रम कस्तो छ? ती बहिनीहरुले एकअर्कालाई हेरे र एकजनाले हतार-हतार रक्तचाप जाँच गर्ने साधन लिएर आइन्। मैले हातको नाडी छामें, त्यो भेट्टाँने गाह्रो थियो। रक्तचाप एकदमै फरिसकेको थियो। माथिको रक्तचाप ४० जति मात्रै थियो। मैले अ.हे.व. साथीलाई टाँका लगाउने काम छोडेर भट्टटै २ वटा IV Cannula मगाउन लगाएँ र केही मुस्किलकासाथ हामीले दुइवटै हातबाट IV Line खोल्थौं र २ बोटल नर्मल सलाइन दिँयौं। सामान्य भैँ लाग्ने विरामीलाई स्वास्थ्यकर्मीले यस्तो प्राथमिकता दिएको

देखा विरामीको कुरुवाहरु आत्तिनु त स्वभाविकै थियो र हामी आफैपनि अलि अत्तालिएका थियौं।

रक्तचाप निकै कम भएकोले रगत भित्र कतैबाट बगेको हुनुपछि जस्तो मलाई लाग्यो। मैले क्रमशः टाउकोबाट तलतिर परीक्षण गर्दै गएँ। कम्मरको हड्डी थिच्दा त्यहाँ केही असामान्य छ भन्ने लाग्यो। त्यसले कम्मर मुन्तिर पेल्विकको हड्डी भाँच्चिएको संकेत गर्‍यो। त्यस अगाडि मैले पेल्विकको हड्डी भाँच्चिएको उपचार गरेको थिइन तर मलाई यसमा धेरै रगत बगेर तरल पदार्थ कम भइ हुने वेहोशले मानिसको ज्यान जान सक्ने कुरा थाहा थियो। तीन बोटल नर्मल सलाइन दिइसकेपछि पनि रक्तचापमा खासै सुधार नभएको मैले केही गर्ने

दुर्गममा विरामी जोगाउनु: एक चुनौति

डा. पुनम महतो, मेडिकल अधिकृत जिल्ला अस्पताल, सिन्धुली

पर्ने देखें। सँगैको वेडमा रहेको वेडसित भिक्केर साथी अ.हे.व. को सहायताले मैले पेल्विकको वरिपरि कडा हुने गरी बेरिदिँँ। रगत दिन सक्ने सुविधा पनि नभएकोले नसाबाटै तरल पदार्थ दिनु बाहेक अरु कुनै विकल्प थिएन। तीन बोटल नर्मल सलाइनपछि मैले एउटा हेमासिल, जसले केही हदसम्म रगतको माग आपूर्ति गर्न सक्छ, मगाएर दिन लगाएँ। उपचार हुनसक्ने ठाउँमा पुग्न करिब ७ घण्टा लाग्ने हुनाले शरीरका महत्वपूर्ण सूचकहरु सामान्य नभएसम्म विरामीलाई बाहिर पठाउन गाह्रो थियो। करिब २ घण्टाको प्रयासपछि रक्तचापमा केही सुधार भयो र विरामीको अवस्थामा पनि सुधार देखिन थाल्यो। तत्पश्चात् नर्मल सलाइन कायमै राखेर विरामीको पिसाब गर्ने नलीमा पाइप राखिदिँँ। यो वेलासम्म पिसाबमा रगत देखिएको थिएन र पिसाब पनि सन्तोषजनक नै भइरहेको थियो। जतिसक्दो छिटो हलचल नगराइकन एम्बुलेन्समा राखेर रिफर गर्‍यौं। रेफर गर्दा रक्तचाप ७०/४० र नाडीको चाल १०० धड्कन प्रति मिनेट थियो। म यो उपचारको सवालमा त्यति विश्वस्त नभएपनि विरामीको ज्यान

बचाउन सकेकोमा खुसी भएँ।

यो घटनाको करिब ६ महिना पश्चात् मैले ICRC द्वारा सञ्चालित ३ दिने आकस्मिक चोटपटक कक्षा कोर्स (Emergency Room Trauma Course) मा भाग लिने मौका पाएँ। जहाँ हामीलाई चोटपटक व्यवस्थापनको साधारण तर जीवन रक्षा गर्ने सिद्धान्तको बारेमा बताइयो। एउटा चोटपटक भएको विरामीलाई बाहिरी चोटपटक भन्दा पहिलो प्राथमिकता श्वासनली, श्वासप्रश्वास, घाँटीको हड्डी र रक्तसंचार अथवा ABC (Airway / cervical spine, Breathing, Circulation) लाई दिने महत्व, त्यस्तै छाती, पेट, पेल्विस र हातखुट्टाको चोटको प्राथमिक उपचार पनि कसरी गर्ने भन्ने सिकाइयो। यसै सन्दर्भमा मैले पेल्विकमा चोट लाग्दा कसरी बाँच्ने, कहाँ लगाउने जानकारी पनि पाएँ। त्यहाँ मैले एकै चोटि धेरै चोटपटक लागेर आउँदा कसरी व्यवस्थापन गर्ने र विरामीको अवस्थाको आधारमा गम्भीरताको वर्गीकरण गर्ने बारेमा पनि धेरै कुरा सिकें। यस तालिममा सहभागी हुँदा मलाई मैले हेरेको त्यो Pelvic Fracture भएको विरामीको सम्झना आयो र मलाई लाग्यो यदि हामी सबै स्वास्थ्यकर्मीले त्यतिखेर यस्तै कुनै तालिम प्राप्त गरेको भए हामी त्यो केस र त्यस्ता अन्य चोटपटकमा विरामीको अझै राम्रोसँग उपचार गर्न सक्ने थियौं।

तालिम पश्चात् मे.सु.को अनुमति लिई जिल्लामा फर्केर मैले चोटपटक व्यवस्थापन (Trauma Management) सम्बन्धी Presentation गर्ने निधो गरें। Presentation मा अरु मेडिकल अधिकृतहरु, हेअ, अहेव, अनमी तालिम अवधिमा काम गर्न आएका साथै अस्पतालका सुरक्षाकर्मीहरु संलग्न थिए। Flow Chart र चित्रको मार्फत मैले Trauma Management का सिद्धान्तहरु, Triage कसरी गरिन्छ र Mass Casualty आउँदा कसरी manage गर्ने कुरा बताएँ र यसरी धेरै विरामीहरु एकै चोटी अस्पतालमा आएको खण्डमा व्यवस्थापन गर्नको लागि छलफल गरेर Emergency Plan पनि बनायौं। अन्त्यमा Airway open गर्ने, log roll, cervical spine protection, splinting को Practical demonstration गरें। Presentation मा सबैको उत्साहजनक सहभागिता रह्यो र त्यस दिनपछि मैले Emergency मा खासगरी ट्रमा केसहरुको उपचारमा ठोस सुधार पाएँ।

सारांशमा मैले यी सबै कुराहरु राख्नुको तात्पर्य दुर्गम ठाउँमा जहाँ मावनस्रोत र श्रोत साधनको अभाव हुन्छ र विशेषज्ञ सेवा हुँदैन, त्यहाँ स्वास्थ्य सेवा सुधार गर्ने एकमात्र उपाय भनेको त्यहाँ भैरहेका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई उपयुक्त तालिम प्रदान गरी तिनीहरुलाई नै सक्षम बनाउनु हो। ■

Type 2 Diabetes को उपचार र हेरचाह

दुर्गम स्थानमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीले

Type 2 (non insulin dependent)

Diabetes को सामना गरिरहनुपरेको छ।

Type 2 Diabities एउटा दीर्घरोग हो

जस्मा मानिसको शरीरले **Insuline** हार्मोनको

प्रभावको प्रतिरोध गर्दछ र रगतमा चिनीको

मात्रा बढ्न जान्छ। रगतमा चिनीको मात्रा

बढ्दा **Kidney failure, blindness,**

neuropathy र **heart disease**

लगायतका विभिन्न **complications** हरू

हुनसक्छ। **Diabetes** निको पार्न नसके

पनि निश्चित स्वास्थ्य हेरचाह र उपचारबाट

complications हरूबाट बचाउन सकिन्छ।

रोग पत्ता लागेका नयाँ र संकास्पद

Diabetes का विरामीहरूलाई पहिलो पटकको

लागि निश्चित निदान गर्न र उपचार सुरु

गर्न माथिल्लो निकायमा प्रेषण गर्नु पर्दछ।

दुर्गम स्थानमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीले **Non**

complicated diabetes को नियमित

हेरचाह र उपचार गर्न सक्दछन्। यस

लेखमा दुर्गम स्थानमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीले

complications हुन नदिनको लागि

History, physical examination र

Treatment goal अनुसारको उपचार

उल्लेख गरिएको छ।

प्रत्येक भेटमा गर्नुपर्ने:

History

- Hypoglycemia वा hyperglycemia का लक्षणहरू ?
- सल्लाह अनुसार औषधी लिए/नलिएको ?
- सुभाव अनुसार Exercise गरेको र Diet खाएको छ/छैन ?
- छाती वा हिड्दा दुखाई बढेको छ/छैन ?
- पछिल्लो पटक आँखा जाँचेको ?
- चुरोट पिउने गरेको छ/छैन ?

Physical examination

- Blood Pressure
- तौल
- छोएको थाहा पाउने घटेको, Sores र Ulcers को लागि खुट्टाको जाँच गर्ने
- मुटु र फोक्सो

Lab / examination तालिका

विवरण	कति पटक ?	Treatment Goal	Goal भन्दा बढि भए उपचार गर्नुहोस्
HgbA1C	६/६ महिनामा	<6.5	Metformin, Glipizide
FBS	६/६ महिनामा	<12.5	(treat based on HgbA1C)
Urine Albuminuria	प्रत्येक वर्ष	<30mg/g creatinine	ACE Inhibitor (Enalapril daily)
Lipids (Cholesterol)	प्रत्येक वर्ष	<130 LDL	
आँखाको जाँच	प्रत्येक वर्ष	Ophthalmologist ले गर्नुपर्ने।	

विरामीको खाना र सल्लाह:

सहि खाना Diabetes उपचारको आधार हो।

यसकोलागि सहि सल्लाहको आवश्यकता

पर्दछ। साधारणतया नेपाली खाना

Diabetes को विरामीको लागि ठिक छ,

मात्र गुलियो चिज, तारेको चिज र घिउ

नराखे पुग्छ। प्रशस्त सागपात राम्रो हुन्छ।

भात भन्दा गहुँ, मकै, कोदो, फापर राम्रो

हुन्छ। गहुँ काम नगर्नेका लागि हप्ताको

२.५ घण्टा व्यायाम गर्नु पर्दछ (प्राय जसो

दुर्गममा बस्ने नेपालीको व्यायाम पर्याप्त

छ)। यदि विरामीको तौल बढि छ भने तौल

घटाउनुपर्ने हुन्छ। शरीरको जम्मा तौलको

१० प्रतिशत मात्र घटाउन सक्थे भने

विरामीमा धेरै सुधार आउँछ।

Blood sugar को व्यवस्थापन:

FBS धेरै तलमाथि हुनसक्छ त्यसैले विरामीको

चिनीको मात्रा नियन्त्रणमा छ कि छैन भनेर

यकिन गर्न HgbA1C हेर्नु सबभन्दा राम्रो

हुन्छ। यदि HgbA1C ७.५ भन्दा बढी भयो

भने उपचार गर्नुपर्दछ। Metformin यसको

लागि first line औषधी हो। यो औषधीको

मात्रा ५०० मिलिग्रामबाट शुरु गरेर १०००

मिलिग्रामसम्म दिन सकिन्छ। यदि यो

उपचारले HgbA1C ७.५ भन्दा घटेन भने

अर्को औषधीको प्रकार जस्तै Glipizide

४० मिलिग्राम प्रतिदिन थप्नुपर्दछ। औषधी

थप्नु वा शुरु गर्नुभन्दा पहिले विरामीलाई

Hypoglycemia हुनसक्ने बारेमा जानकारी

गराउनु पर्दछ। दुवै औषधी शुरु गरेको ३

महिनामा HgbA1C जाँच गर्दा पनि सुधार

नभए माथिल्लो निकायमा प्रेषण गर्नुपर्दछ।

उच्च रक्तचापको व्यवस्थापन:

Diabetes को विरामीको रक्तचाप

१३० देखि १४०/८० mm या Hg वा

कम रहनु पर्दछ। कुनै पनि Diabetes

को विरामीको उच्च रक्तचापको

व्यवस्थापनको लागि ACE inhibitor

(जस्तै Enalapril) वा Angiotensin

receptor blocker (ARB) दिनुपर्दछ।

यसको लागि नेपालमा धेरैजसो प्रयोग

हुने औषधी वेलुका सुत्नु अघि Enalapril

५ मिलिग्राम हो। यदि Enalapril मात्र

ले उच्च रक्तचाप नियन्त्रण भएन भने

यो औषधी संगै Hydrochlorothiazide वा

nifedipine थप्नुपर्दछ। सम्भन्नुहोस धेरै

जसो विरामीको उच्च रक्तचाप नियन्त्रण

गर्नेकोलागि कम्तिमा दुई थरीको औषधी

चलाउनुपर्ने हुन्छ।

Kidney failure हुन नदिन गरिने

व्यवस्थापन:

प्रत्येक वर्ष Urine microalbuminuria /

creatinin को जाँच गर्नु पर्दछ। कुनै पनि

विरामीमा Albumin को मात्रा 30 mg/gram

छ भने विरामीको रक्तचाप ठिक भए पनि ACE

inhibitor शुरु गर्नु पर्दछ। Urine Dipstick

जाँचमा कुनै Diabetes को विरामीमा +1

Protien देखियो भने ACE inhibitor शुरु

गरिहाल्नुपर्दछ। Enalapril 2.5 mg प्रति दिन

शुरु गरेर यदि कुनै असर देखिएन भने एक

महिनामा 5mg प्रतिदिन दिने। यो उपचारले

Renal failure बाट नजोगाए पनि मृगौलाको

रोग हुन ढिलो गराईदिन्छ।

Heart Disease हुन नदिन गरिने

व्यवस्थापन:

Diabetes को विरामीमा Ischemic heart

disease हुने सम्भावना बढि हुन्छ।

Gastritis वा GI bleeding नभएका सबै

Diabetes का विरामीलाई Aspirine को

कम्ति मात्रा (75-150mg) दैनिक रूपमा

दिनुपर्दछ। विरामीको cholesterol को

मात्रा तल्लो स्तरमा भाने goal पनि

सम्भन्नु पर्दछ। धेरै जसो विरामीलाई

cholesterol घटाउने औषधी आवश्यक

हुन्छ। Atorvastin 10-20 mg यसको लागि

उपयुक्त हुन्छ तर यो औषधी चलाउने निर्णय

Lab को report र history बाट गरिने

भएकाले यसको लागि प्रेषण गर्नुपर्दछ।

निबोध:

Diabetes complicated / serious रोग

हो तर माथि चर्चा गरिएका Guideline

हरू आधारभुत र नभई नहुने ज्ञान हुन्।

दुर्गम स्थानमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीले

विरामीलाई सिकाउने र कडा खालका

complication आउन नदिन उल्लेख्य

भूमिका निर्वाह गर्न सक्दछन्। दुर्गम

स्थानका जनताले Diabetes को उपेक्षा

गर्ने क्रम रोकिनु पर्दछ। ■

नेपालको पहिलो Blended Distance Learning Course को सुरुवात

१ असार २०७१ देखि १४ जना प्रशिक्षार्थीहरूको सहभागितामा Anesthesia Assistant Upgrade (AAU) को पहिलो ब्याच सुरु भएको छ जुन नेपालको पहिलो Blended Learning Course हो । हाल राष्ट्रिय स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान (NAMS) अन्तर्गत संचालन भैरहेको १ वर्षे Anesthesia Assistant Course पहिले ६ महिनाको थियो । जसलाई स्तरोन्नति गरि हालको १ वर्षे बनाईएको हो । स्तरोन्नति हुनु अघिको ६ महिने तालिम लिएका स्वास्थ्यकर्मीको जम्मा संख्या ९४ रहेको छ । उक्त ६ महिने तालिम लिएका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई पनि स्तरोन्नति गर्नुपर्ने आवश्यकतालाई पुरा गर्न मुख्यतया: दुईवटा चुनौतिहरू थिए - पहिलो सबै स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई पुग्ने तालिम अस्पतालको अभाव र दोश्रो काम गरिरहेको अस्पतालहरूबाट लामो समयको लागि तालिममा पठाउँदा स्वास्थ्य सेवा प्रभावित हुने मात्र नभई कतिपय CEOC स्थानमा त ठप्प हुने अवस्था । यी चुनौतिहरूलाई पार गर्नको लागि केही नयाँ तरिकाहरू अवलम्बन गरियो ।

Distance Learning

निक साईमन्स ईन्स्टिच्यूटले तयार पारेको Blended Distance Course को कारणले ६ महिने AA हरुलाई आफ्नो कार्यस्थानमा काम गर्दै कम्प्युटर ट्याबलेटको मद्दतले १२ महिने Anaesthesia Assistant Course को योग्यता हासिल गर्न सहज हुनेछ । प्रत्येक ट्याबलेटमा सम्पूर्ण सामग्रीहरू - Pre-tests, video lectures, case studies, videos, matching exercises र post-tests हरु राखिएका छन् जसलाई जहाँपनि जुनैवेला हेर्न सकिन्छ । प्रत्येक प्रशिक्षार्थीहरूले प्रत्येक महिनाको एउटा खण्डका दरले जम्मा



१२ खण्ड पुरा गर्नेछन् जसमा आवश्यक सम्पूर्ण Theory सामग्रीहरू उपलब्ध गराईएको छ ।

Blended Learning

Clinical skill distance learning वाट मात्र सम्भव हुँदैन । यो तथ्यलाई मध्यनजर गर्दै प्रत्येक प्रशिक्षार्थीकोलागि एकजना Mentor को भूमिकामा Anesthesiologist लाई राखिएको छ । AAU को सुरुवाती पहिलो हप्ताको कार्यक्रममा प्रशिक्षार्थी तथा Mentors हरुलाई सहभागी गराई Lectures र Clinical skill practice गरिएको थियो । त्यसै अवसरमा प्रत्येक प्रशिक्षार्थीलाई ट्याबलेट र त्यसको प्रयोगका साथै त्यसमा भएका सामग्रीहरू कसरी प्रयोग गर्ने भन्नेबारे अभिमूखीकरण तालिम दिईएको थियो । कोर्सको ६ महिना पुरा भएपछि पुनः एकपटक सम्पूर्ण प्रशिक्षार्थी तथा Mentor हरु NSI कार्यालयमा आयोजित हुने समीक्षा कार्यक्रममा सहभागी हुनेछन् जसमा Mentor र प्रशिक्षार्थीले सम्पूर्ण आवश्यक

Clinical skills हरुमा निपुर्ण भई गर्न सके-नसकेको जाँच गरी निपुर्ण गराईनेछ । कोर्स अवधिभर Mentor र प्रशिक्षार्थी फोन तथा ईमेलबाट सम्पर्कमा रहने छन् र हरेक Course materials को समीक्षा गर्नेछन् ।

AAU को अन्त्यमा प्रत्येक प्रशिक्षार्थीहरू १ वर्षे AAC course को समान परिक्षामा सहभागी हुनेछन् र सफल हुने सबैलाई AAC को समकक्षता प्रदान गरिने छ । यो Blended Distance Learning Course लामो स्तरवृद्धि तालिमहरूको लागि उपयुक्त र उत्साहजनक समाधान हुनसक्छ, जसले गर्दा स्वास्थ्य कर्मचारीहरूले त्यस्ता तालिमको लागि लामो समयसम्म कार्यस्थल छोड्नुपर्ने हुन्थ्यो । निक साईमन्स ईन्स्टिच्यूट AAU course को सफलतासँगै भविष्यमा अरु तालिमहरूमा पनि यो विधि अपनाई स्वास्थ्य सेवा विभागको तालिम आवश्यकता पुरा गराउन उपयोगी हुनेमा आशावादी रहेको छ । ■

नेपालको जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा डा. रीता थापाको परिचय कुनै नौलो होईन। वहाँले जनस्वास्थ्यको क्षेत्रलाई आजको अवस्थासम्म ल्याई पुऱ्याउन महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्नुभएको छ। सन् १९६० को दशकमा क्लिनिकल पेशालाई परिवर्तन गरेर जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा आफूलाई समर्पित गरी सरकारको विभिन्न रणनीतिक तहका साथै तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) को महत्वपूर्ण तहमा रही नेपालको जनस्वास्थ्यलाई बलियो बनाउने काममा अनुकरणीय योगदान पुऱ्याउनुभएको छ। आजको मितिमा पनि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको बरिष्ठ सल्लाहकारको रूपमा रही जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा योगदान पुऱ्याउँदै आउनु भएको छ।



डा. रीता थापा – बरिष्ठ जनस्वास्थ्य विज्ञ

१. क्लिनिकल डाक्टरी पेशालाई छोडेर तपाईंलाई जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा लाग्नको लागि के कुराले प्रेरित गर्‍यो ?

एम.बि.वि.एस. पास गरेर नेपाल आएपछि प्रसूति गृह थापाथलीमा काम गर्न थालें। त्यहाँको अनुभव नै मेरो लागि जनस्वास्थ्यको ठूलो पाठ र प्रेरणा बन्यो। प्रसूति गृहमा काम गर्दा आमा तथा शिशु स्वास्थ्यका धेरै दुखद समस्याहरू प्राय लैंगिक असमानताबाट उब्जिएको देखें। वर्षेनी अनिच्छित गर्भ रहेका धेरै महिला त्यहाँ आउँथे। यौन स्वास्थ्य विषयमा महिलाको केही अधिकार नै थिएन। यही कारणले पनि रोकथाम हुनसक्ने आमा तथा बालस्वास्थ्यका धेरै समस्याहरू निम्त्याएको देखें। मेडिकल कलेजमा पाँच वर्षको अध्ययनमा नपढाएको विषय थियो परिवार नियोजन। मैले प्रसूति गृहमा काम गर्दा परिवार नियोजनलाई मातृ शिशु स्वास्थ्यको एक अभिन्न पाटो भएको देखें। त्यहाँ मैले देखेको महिला तथा बाल-बालिकाका स्वास्थ्य समस्याहरूले मलाई तिनको एकमुष्ट समाधान खोज्न प्रेरित गर्‍यो। तर क्लिनिकल तहबाट यो सम्भव हुने देखिनँ।

प्रसूति गृहमा डेढ वर्ष काम गरेपछि सन् १९६४ मा नेपालको मातृशिशु तथा परिवार नियोजन परियोजनाको प्रथम योजना प्रमुख भै काम गर्ने मौका पाएँ। प्रसूति गृहमा देखेको आमा र शिशु स्वास्थ्यका समस्याहरूको समाधानमा नै केन्द्रित भैसकेको थिएँ। तात्कालिन अन्तर्राष्ट्रिय सहयोगी संस्थाहरूको दबाव विपरित नेपालमा परिवार नियोजनलाई शुरुदेखि नै मातृशिशु स्वास्थ्यको एक अपरिहार्य सेवाको रूपमा विकास गरियो। ५० वर्ष पहिले लिएको यो एकीकृत नीतिबाट बहुसंख्यक महिला तथा बालबालिकाहरू लाभान्वित भएको आजको तथ्यांकले देखाएको छ।

२. स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले नेपालको जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा ठूलो लगानी गरेको भए तापनि सोचेअनुरूप सफलता हासिल गर्न सकेको छैन, यसलाई तपाईं कसरी लिनुहुन्छ ?

यसमा मेरो अलि फरक धारणा छ जसलाई हालैको तथ्यांकले प्रमाणित गरेको छ। सन् १९५६ मा नेपालको प्रथम पञ्चवर्षीय योजनामा प्रथम जनस्वास्थ्य औलो निर्मुलन योजना शुरु भएदेखि ५ वटा अन्य

महत्वपूर्ण जनस्वास्थ्य योजनाहरू – परिवार नियोजन तथा मातृशिशु कल्याण, टीबी, लेप्रोसी नियन्त्रण, विपर उन्मूलन तथा एकीकृत सामुदायिक स्वास्थ्य सेवा विकास योजनाहरू थालनी गरी सफलतापूर्वक बैठान गरियो। विपर उन्मूलन भएको छ, कुष्ठरोग जनस्वास्थ्य स्तरमा नियन्त्रण गरिएको छ, हालै नेपाल पोलियो शून्य भएको अवस्थालाई राष्ट्रिय समारोह गरी मनाईयो। घरदैलोसम्म एकीकृत स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने उद्देश्य अनुसार १९७५ देखि प्रत्येक गाविसमा एक-एक वटा ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताको व्यवस्था गरियो। १९७७-७८ मा प्रत्येक वडामा एक-एक वटा सामुदायिक स्वास्थ्य अगुवा (स्वयंसेवक) को सफल पाईलट योजनापछि १९८० मा १६ वटा जिल्लाहरूमा ५००० महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका संचालन गरेपछि १९८८ मा यो महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका राष्ट्रिय कार्यक्रमको रूपमा ७५ वटै जिल्लामा लागू गरियो। महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको बाल तथा आमा मृत्युदर घटाउनमा अहम् भूमिका भएको तथ्य अनुसन्धान अध्ययनहरूले देखाएको छ। संचालित सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम संसारमै नमूना कार्यक्रमको रूपमा लिइन्छ।

विगत ५० वर्षमा नेपालको औसत आयु ४० बाट बढेर हाल ६५ वर्ष भन्दा बढी छ। बाल मृत्युदर ३०० बाट ५० मा झरेको छ। नवशिशु मृत्युदर पनि तिन अंकबाट ४१ मा झरेको छ। कूल प्रजनन दर प्रति महिला ६ बाट २.६ मा झरेको छ। परिवार नियोजन सेवा उपभोग गर्ने विवाहित महिलाको प्रतिशत शून्यबाट ४३% मा अभिवृद्धि भएको छ भने मातृ मृत्युदर १५०० भन्दा बढीबाट १७० मा झरेको छ। नेपालले बाल मृत्युदर सहस्राब्दी विकास लक्ष्य तोकेको समय २०१५ भन्दा अगाडि नै २०११ मा हासिल गरिसकेको छ भने मातृ मृत्युदरको सहस्राब्दीको लक्ष्यतर्फ अगाडि बढिरहेको छ। नेपालले भोग्दैआएको ऐतिहासिक गरिबी, लैंगिक तथा जातीय भेदभाव र एक दशकको द्वन्द्वको बावजुद पनि विगतको ५० वर्षमा हासिल गरेको यस्ता उल्लेखनीय जनस्वास्थ्य उपलब्धिलाई लगानीमूलक सफल नभएको भन्न मिल्दैन।

३. नेपाल सरकारले प्रतिकारात्मक सेवा (Preventing Aspect) मा धेरै खर्च गरेको छ त्यसमध्ये तपाईंलाई कुनै क्षेत्रमा छुटेको वा छुट्नु नपर्ने जस्तो केही लाग्छ कि ?

माथि भने अनुसार नेपालले पहिलो पञ्चवर्षीय योजना सन् १९५६ मा शुरु गरेदेखि नै प्रतिकारात्मक सेवालार्थ प्राथमिकता दिई आएको छ। यी सेवाहरूलाई घरदैलोसम्म पुऱ्याउन आवश्यक पर्ने आधारभूत जनशक्ति, तालिम तथा प्रविधिहरूमा बढी लगानी गर्दै आएको छ। यसैको फलस्वरूप आज देशले प्रभावकारी रूपमा माथि उल्लेखित जनस्वास्थ्य अभिवृद्धि गर्न सकेको हो। बहुसंख्यक ग्रामीण भेगका नागरिकहरूको स्वास्थ्य प्राथमिकतामा सहि रणनीति पालना गरी थोरै लगानी गरेपनि धेरै स्वास्थ्य अभिवृद्धि गर्न सकिंदोरहेछ भन्ने उदाहरण नेपालले देखाएको छ। जहाँसम्म धेरै खर्च भयो भन्ने प्रश्न छ सन् २००० मा विश्व स्वास्थ्य संगठनको एक प्रतिवेदनले जनाए अनुसार नेपालले प्रतिव्यक्ति केवल ४१ अमेरिकन डलरको लगानीबाट औसत ५० वर्षे स्वास्थ्य आयु अभिवृद्धि गरेको थियो भने थाइल्याण्डले प्रतिव्यक्ति ३०० डलरको लगानीमा औसत ६२ वर्षे आयु आर्जन गरेको थियो। यसले के देखाउँछ भने धेरै खर्च लगानी गर्दैमा धेरै स्वास्थ्य लाभ हुन्छ भन्ने होइन। नेपालले प्रतिकारात्मक स्वास्थ्य सेवामा प्रभावकारीमूलक लगानी गरी राम्रो नतिजा हासिल गरेको हो।

छुटेका भन्नु वा सीमित साधनले गर्दा गर्न बाँकी रहेका केही महत्वपूर्ण स्वास्थ्य एजेन्डाहरू छन्। ती मध्ये जिल्ला स्तरीय गुणस्तरीय स्वास्थ्य संस्थाहरू, प्रभावकारी दुईतर्फी प्रेशण सेवाको व्यवस्था, वितीय श्रोत-साधनयुक्त सामुदायिक स्वास्थ्य विमाको व्यवस्था, विपन्न वर्गका नागरिकलाई निशुल्क विमा प्रिमियमको व्यवस्था, पर्छन्। मानव स्वास्थ्य केवल स्वास्थ्य क्षेत्रको सेवामा मात्र निर्भर नभई विभिन्न अन्य विकास क्षेत्रका सेवाहरूमा पनि निहित हुन्छ। जस्तै: खाद्य पदार्थमा विशाल किटनाशकको अत्याधिक प्रयोगबाट पर्न आउने स्वास्थ्य हानी, खानेपानीमा ढलको पानी मिसावटबाट फैलने प्रकोपहरू, इत्यादी। तसर्थ, दीगो र दरिलो स्वास्थ्यको लागि सम्बन्धित अन्य

विकास क्षेत्रको नीति तथा कार्यक्रममा स्वास्थ्य संवेदनशील हुनुपर्दछ । त्यसैगरी विद्यमान ग्रामीण तथा शहरी स्वास्थ्य विचको असमानता हटाउनुपर्दछ । साथै, ग्रामीण तथा शहरी क्षेत्रमा बसोबास गर्ने सबै वर्गका नागरिकहरूलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँचको व्यवस्था हुनुपर्दछ ।

४. नेपालको जनस्वास्थ्यको क्षेत्रलाई आजको अवस्थामा ल्याउन यहाँको महत्वपूर्ण योगदान रहेको छ । यसलाई अझ नियालेर हेर्दा पहिले र अहिलेमा तुलनात्मक रूपमा के-के भिन्नता पाउनु हुन्छ ?

गुणस्तरीय स्वास्थ्यसेवाहरूलाई जनमानसमा खास गरेर ग्रामीण क्षेत्रमा घरदैलोसम्म पुऱ्याउनु राज्यको दायित्व हो । शुरुदेखि नै नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीले जनस्वास्थ्यमा अति आवश्यक पर्ने आयामको थालनी भएको थियो, त्यो हो “घरदैलो” मा पुगी आधारभूत स्वास्थ्य सेवा गर्ने ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको संरचना । नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीमा आएको यो एक महत्वपूर्ण प्याराडाईम सिफ्ट हो । यी घरदैलो पुग्ने स्थानीय स्वास्थ्यकर्मीहरूले स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रदान गर्ने आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई एक चैनको रूपमा बडा तहसम्म पुऱ्याउनमा ठूलो भूमिका निभाएको थियो र छ पनि । त्यो चैन केन्द्रबाट क्षेत्र, क्षेत्रबाट जिल्ला, जिल्लाबाट गाविस र गाविसबाट वडासम्म थियो र छ पनि ।

विभिन्न कारणबस अहिलेको स्वास्थ्य प्रणाली व्यवस्थामा खिया लाग्न थालेको छ । कमजोर हुँदै गएको स्वास्थ्य सेवा प्रणाली, खास गरेर समुदाय स्तरमा, एक महत्वपूर्ण चुनौतीको रूपमा देखा परेको छ । ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताको बहुता र साथै निवृत्त भएवाट महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले निरन्तर पाउनुपर्ने प्राविधिक सहयोग तालिमबाट बन्चित भएका छन् । जसबाट उनीहरूको सेवाको गुणस्तरमा कमी भै ग्रामीण भेगमा बस्ने ८०% नागरिकको स्वास्थ्यमा प्रतिकूल प्रभाव पर्न सक्छ । साथै महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको मनोबलमा पनि यसबाट नराम्रो असर पर्छ । रिक्त भएको ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताको पदमा नयाँ भर्ना गरी तालिम र घरदैलो स्वास्थ्य कार्यमूलक काममा लगाउन नसके ग्रामीण स्तरसम्म पुगेको यो स्वास्थ्य प्रणालीको चैन चुड्न सक्छ, जसले गर्दा हालसम्मका स्वास्थ्य उपलब्धिहरू जोखिममा पर्छन् ।

यसै सन्दर्भमा निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटले जिल्ला तथा जिल्ला अन्तर्गतका अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूमा प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर वृद्धि गर्नमा सरकारलाई ठोस मद्दत पुऱ्याएको छ जुन एक नयाँ महत्वपूर्ण आयामको रूपमा देखापरेको छ । निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटले यस्ता संस्थाहरूमा कार्यरत विभिन्न किसिमका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई गुणस्तरीय कार्यमूलक तालिमको माध्यमबाट सहयोग गर्नुका साथै ग्रामीण स्वास्थ्य सहयोग कार्यक्रमबाट जिल्ला स्तरीय प्राविधिक

नेपालले बाल मृत्युदर सहस्राब्दीको लक्ष्य समय २०१५ भन्दा अगाडि नै २०११ मा हासिल गरेको छ । यो एक गौरवमय उपलब्धि हो । जबकि नेपालभन्दा बढी बिकसित छिमेकी मुलुकहरूमा सहस्राब्दीका ४,५,६ लक्ष्यहरू २०१५ सम्म उपलब्ध हुने सम्भावना देखिएको छैन ।

जनशक्तिलाई ग्रामीण क्षेत्रमा कार्यरत रहन ठूलो प्रेरणा/प्रोत्साहन गरेको छ । निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटको यो सहयोगले नेपालको ग्रामीण क्षेत्रमा वितरण गरिने स्वास्थ्य सेवामा तात्कालिन र दीर्घकालिन प्रकारबाट गुणस्तरको वृद्धि हुने देखेको छ ।

५. नेपालले स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित कुन कुन सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (MDG) हासिल गर्न सक्छ जस्तो लाग्छ ? साथै २०१५ पछि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यको रणनीति कस्तो हुनुपर्छ जस्तो लाग्छ ?

सहस्राब्दी विकासका सबै लक्ष्यहरू मानवको एकीकृत विकासतर्फ केन्द्रित छन् जस्तै स्वस्थ जनशक्ति गरिवी हटाउन आवश्यक पर्छ भने आर्जन गरेको धन र शिक्षाले पौष्टिक आहार आदिको प्रयोग गर्न मद्दत गर्छ र अझ बढी स्वस्थ र समृद्ध बनाउँछ । यति भन्दै, मेरा टिप्पणीहरू स्वास्थ्य सम्बन्धी सहस्राब्दी लक्ष्यहरूमात्र सीमित राख्न चाहन्छु ।

नेपालले बाल मृत्युदर सहस्राब्दीको लक्ष्य समय २०१५ भन्दा अगाडि नै २०११ मा हासिल गरेको छ । यो एक गौरवमय उपलब्धि हो । जबकि नेपालभन्दा बढी बिकसित छिमेकी मुलुकहरूमा सहस्राब्दीका ४,५,६ लक्ष्यहरू २०१५ सम्म उपलब्ध हुने सम्भावना देखिएको छैन । तर द्वन्द्व कालमा समेत घटिरहेको नव शिशु मृत्युदर शान्ति काल (२००६-२०११) मा घट्ने क्रम स्थगित भएकोमा म चिन्तित छु । यदि यो क्रम जारी रह्यो भने नेपालले एकवर्षे बालकको सहस्राब्दीको मृत्युदर लक्ष्य हासिल गर्नसक्दैन ।

नेपाल अब मातृमृत्युदरको सहस्राब्दीको लक्ष्य तर्फ अगाडी बढिरहेको छ । पहिले भने अनुसार नेपालको मातृमृत्युदर १,५०० भन्दा बढीबाट अहिले १७० मा भरेको छ । तर, प्रत्येक महिलाले, प्रत्येक गर्भावस्था र प्रत्येक प्रसवमा दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको सेवा पाउनु उनीहरूको एक नैसर्गिक अधिकार हो र यो सहस्राब्दीको लक्ष्यपनि हो । अहिलेसम्मको प्रगति हेर्दा सहस्राब्दीको मातृसेवा सम्बन्धित एक महत्वपूर्ण लक्ष्य हासिल गर्न नसक्ने देखिन्छु । त्यो हो एस.वि.ए. तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट प्रसूति सेवा प्राप्त गर्ने महिलाको प्रतिशत केवल ३६% मात्र देखिएको छ त्यो पनि बढी शहरी क्षेत्रमा ।

सहस्राब्दी लक्ष्यको ६ मा उल्लेखित एच.आइभी.एड्स, मलेरिया र अन्य रोगको लक्ष्यहरू नेपालले हासिल गर्न सक्नेमा राम्रो सम्भावना देखिन्छ । २०१५ सहस्राब्दीको लक्ष्य एउटा कोसेढुंगा हो तर त्यहाँ पुगेर मात्र पुग्दैन । त्यसपछि ३ वटा महत्वपूर्ण विषय देखेको छु । पहिलो, नेपालले हासिल गरेको सहस्राब्दीको लक्ष्यहरूलाई कसरी दीगो राख्ने र अझ त्यसमा कसरी वृद्धि गर्ने । दोश्रो, नेपालले हासिल गर्न

नसकेको सहस्राब्दी लक्ष्य हो प्रत्येक महिलालाई प्रत्येक गर्भावस्था र प्रत्येक प्रसवमा दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको सेवा पुऱ्याउनु । यो नैसर्गिक मानव अधिकार सम्बन्धित लक्ष्य हो । यो लक्ष्य हासिल गर्न राज्यले ग्रामीण मातृशिशु स्वास्थ्यमुखी रणनीति अपनाई “वार फुटिङ्ग” मा यसलाई कार्यान्वयन गर्नुपर्ने ठान्दछु । तेस्रो, २०१५ पछिको मानव-विकासलाई दीगो राखी अझ वृद्धि गर्ने हो भने बहुक्षेत्रीय समन्वयात्मक मानव विकास कार्य संचालनको आवश्यकता पर्छ । सबै नागरिकले भौतिक, मानसिक र सामाजिक स्वास्थ्य हासिल गर्नका लागि सम्बन्धित विभिन्न विकास कार्यक्रमहरूमा मानव स्वास्थ्यमा पर्न आउने असरहरूको लेखाजोखा गरी कार्यक्रम बनाइनु पर्छ भन्ने मेरो विचार हो ।

६. यहाँसँग मन्त्रालयको रणनीतिक तहमा बसेर काम गरेको अनुभव पनि रहेकोले मन्त्रालयस्तरमा तय गरिने नीतिहरूलाई तल्लो तहसम्म अवलम्बन गर्न कठिन हुनुको कारण के हो जस्तो लाग्दछ ?

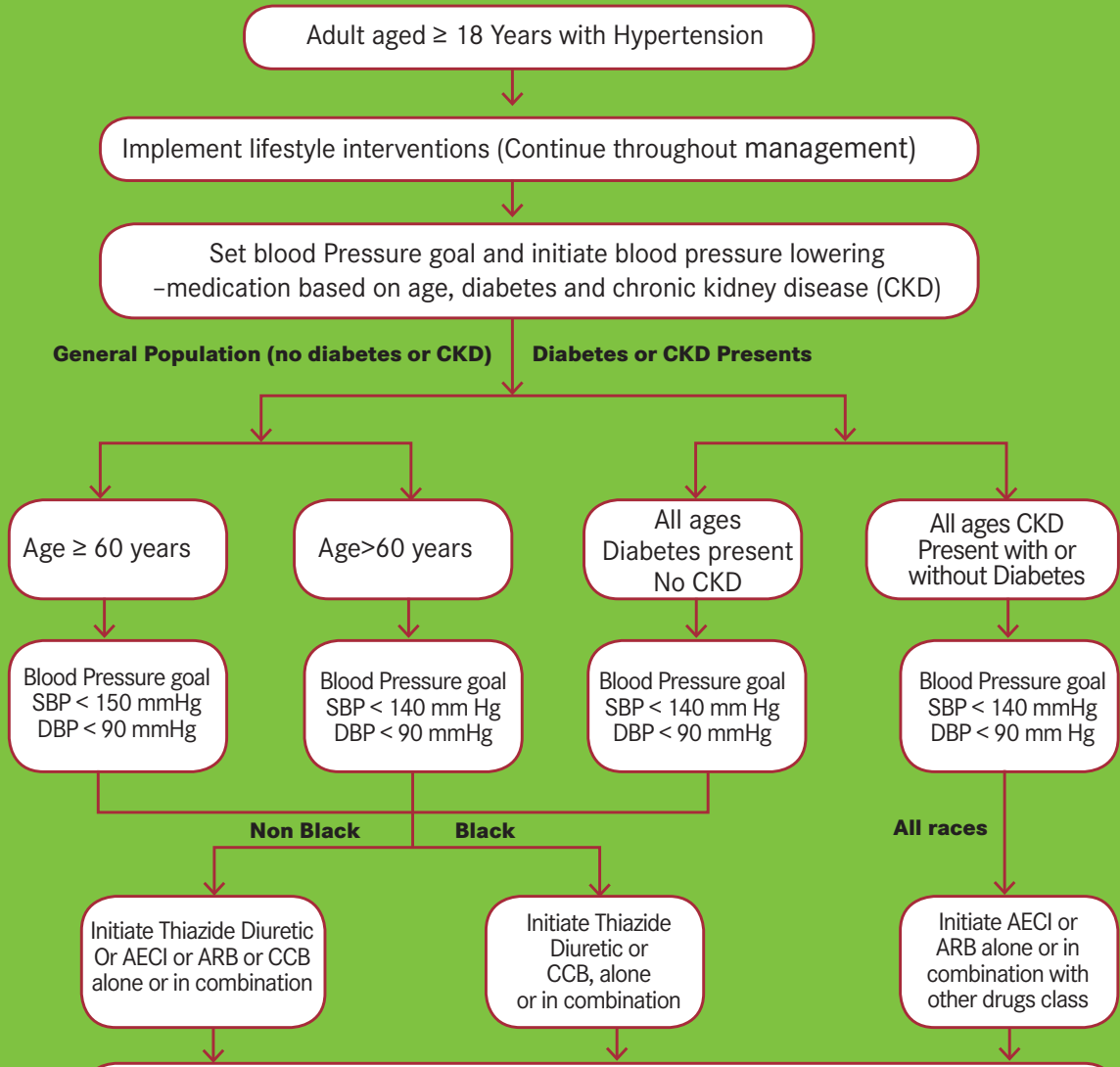
नेपालको अहिलेसम्मको स्वास्थ्य उपलब्धिहरू खास गरेर सहस्राब्दीको लक्ष्य हासिल गर्नमा ५०००० भन्दा बढी महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको र ४००० भन्दा बढी ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताको जगमा उठेको देशव्यापी स्वास्थ्य संजालको निर्विवाद देन रहेको छ । तर नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयले प्रस्ताव गरेको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ मा यो बडा-बडा स्तरसम्म पुगी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सक्ने ग्रामीण स्वास्थ्य संजाल सेवालाई जुन किसिमको प्राथमिकता दिनुपर्ने हो त्यो देखिन्छ । बहुसंख्यक नेपालीहरूलाई प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन सफल भएको विद्यमान ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाका सबै पक्ष र अन्य कार्यलाई अझ सशक्त बनाउँदै लग्नुपर्छ भन्ने मलाई लागेको छ ।

प्रस्तावित राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले प्रत्येक गाविसमा एक डाक्टर, एक नर्स राख्ने एक महत्वाकांक्षी विचार भए पनि यो राम्रो विचार हो । यसलाई साकार पार्न आवश्यक पर्ने वित्तीय छात्रवृत्ति रकम तथा प्राविधिक स्रोत साधन प्रत्येक गाविस मार्फत परिचालन गर्ने गरी स्थानीय सरकारलाई हस्तान्तरण हुनुपर्छ ।

हालको अर्को महत्वपूर्ण विषय भनेको ठूलो संख्यामा रोकथाम गर्न सकिने कारणहरूबाट मर्ने नव शिशुहरू हुन् । तसर्थ मातृशिशु स्वास्थ्य सेवा निशुल्क प्रदान गरे सरह राज्यले सबै नव शिशुहरूलाई पनि निशुल्क सेवा प्रदान गर्ने हलै प्रकाशित राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ मा किटाण गर्नुपर्दछ । एस.वि.ए.बाट सबै गर्भवती, सुत्केरी र नव शिशुले पाउनुपर्ने मौलिक अधिकारलाई सबै महिला र सबै नव शिशुको पहुँच हुने गरी घरदैलोसम्म राज्यले चाहेमा पुऱ्याउन सकिन्छ भन्ने मेरो विश्वास छ । ■

उच्च रक्तचाप उपचारमा नयाँ जानकारी

उच्च रक्तचापको उपचारको लागि महत्वपूर्ण अध्ययन अनुसन्धान गर्ने संस्था Joint National Committee (JNC) को आठौँ प्रतिवेदन हालसालै प्रकाशनमा आएको छ। यसपटकको Bulletin Board मा हाम्रा पाठकहरूको लागि उपयोगी हुने ठहर गरी उक्त प्रतिवेदनको सारसंक्षेप Flow Chart को रूपमा प्रस्तुत गर्ने जमर्को गरेका छौं। यहाँहरूलाई यो सामग्री उपयोगी सिद्ध हुनेछ भन्ने आशा एवं विश्वास गरेका छौं।



Select a drug treatment titration strategy
 A - Maximize first medication before adding second or
 B - Add second medication before reaching maximum dose of first medication or
 C - Start with 2 medication classes separately or as fixed - does combination

Life style interventions: नियमित शारीरिक व्यायाम गर्ने, मध्यपान/धुम्रपान सेवन नगर्ने। खानेकुराहरूमा फलफूल, रेशादार युक्त खानाहरू खाने साथै चिल्लो/बोसो कम खानुको साथै नुनको मात्रा न्यून प्रयोग गर्ने।

ACEI = Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors eg Captopril, Enalapril, Lisinopril, etc.
 ARB = Angiotensin Receptor Blockers eg, Losartan, Olmesartan, Telmisartan, etc.
 CCB = Calcium Channel Blocker eg Amlodipine, Nifedipine, etc.
 Thiazide Diuretic = Hydrochlorothiazide, Chlorthalidone, etc.

प्राइभेट तथा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहर संकलन तथा बिसर्जनको लागि सरल तरिकाहरू

गत अंकमा सोधिएको प्रश्न थियो “प्राइभेट तथा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निस्केको फोहरले वरपरका बासिन्दाहरूलाई प्रदुषित गरेको कुरा बेला बेलामा सुन्न पाइन्छ। स्वास्थ्य संस्थाबाट निस्कने दुषित फोहरलाई उचित व्यवस्थापन गर्न स्थानीय स्तरमा के गर्न सकिन्छ ?” र यसका चित्र सहित राम्रो जवाफ पठाएर बिजयी हुनु भएको छ सिद्धेश्वर उप-स्वास्थ्य चौकी, बैतडीका सि.अहेव श्री मदन सिंह महारा। उहाँले पठाउनु भएको जवाफ यस प्रकार छ-

अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाबाट उत्पादन हुने फोहरलाई उचित तरिकाले बिसर्जन गर्नको लागि फोहर संकलन कार्य नै उचित तरिकाले गर्नु जरुरी हुन्छ। अनि मात्रै सही तरिकाले बिसर्जन गर्न सकिन्छ। यसका लागि सुबिधा सम्पन्न एवं आर्थिक श्रोत बलियो भएका अस्पताल, स्वास्थ्य संस्थाहरूमा विभिन्न आधुनिक तरिकाहरू प्रयोगमा ल्याउन सकिन्छ, तर म ग्रामीण भेगमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मी भएकोले मैले यहाँ सर्वसुलभ, सस्तो तरिकाहरू प्रस्तुत गर्न खोजेको छु। जुन मैले मेरो संस्थामा पनि प्रयोग गरेको छु।

१) धारिला वस्तुहरू जस्तै ब्लेड, सिरिन्ज, निडिललाई मोटो गत्ता वा टिनको पन्चर पुफ कन्टेनर वा सेफ्टी बक्समा संकलन गर्ने र दुई तिहाई भाग भरिएपछि ईन्सिनेटरमा जलाउने। यसैगरी खाल्डोको भाग दुई तिहाई भरिएपछि माटोले पुरै खाल्डो पुर्नुपर्छ। खाल्डोको नाप आफ्नो आवश्यकता अनुसारको बनाउन सकिन्छ।

२) भिजेका गज, ब्यान्डेज, रगतजन्य पदार्थहरूलाई संकलनकोलागि आफै ढक्कन बन्द हुने र खुट्टाले खोल्न मिल्ने कन्टेनर वा वाल्टिनहरू प्रयोगमा ल्याउन सकिन्छ। त्यसको भित्र साईज अनुसारको पोलिथिन राखेर फोहर जम्मा गर्ने र फोहर फाल्ने बेला पोलिथिन ब्याग सहित ईन्सिनरेटरमा लगेर जलाउने।

● मेटलड्रमको इन्सिनरेटर बनाउने तरिका – एउटा मेटलको ड्रम लिएर त्यसको दुवै छेउ काटेर खुल्ला पार्ने र बिचमा



छडहरू छिराएर जाली जस्तो बनाउने, आवश्यकता अनुसारको एउटा खाल्डो खनेर त्यसको माथि छेउमा ड्रमलाई मिलाएर राख्ने र हावाको बहावको कारणले गर्दा फोहर पुरै जलेर खरानी खाल्टोमा खस्न जान्छ।

३) काँचको बोतल, भायल, एम्पूल जस्ता जलनशिल नहुने वस्तुहरू एउटा वाल्टिनमा जम्मा गर्ने, सजिलोको लागि वाल्टिनको ढकनीमा आवश्यकता अनुसारको प्वाल पारेर त्यहीँबाट वाल्टिनमा खसाउने र दुई तिहाई भाग भरिएपछि खाल्टोमा राखी माटोले पुर्ने।

४) कोठाहरू सफा गरेको, वाटर बेसिनको, पानी तथा बाथरूमको अन्य फोहर पानीको बिसर्जनकोलागि पाईप मार्फत सोकपिट वा सेफ्टी टैंकमा जम्मा गर्न सकिन्छ।



५) सेवाग्राहीहरूले स्वास्थ्य संस्थाहरूमा बस्दा खाजा, फलफूल खाएर निस्केका फोहरहरूलाई जम्मा गर्न सम्बन्धित ठाउँहरूमा कन्टेनरहरू राख्ने र त्यहाँ संकलन भएका वस्तुहरूलाई इन्सिनरेटर वा ड्रममा राखी जलाउने। ■

हामीलाई तपाईंको समस्यामात्र नभन्नुहोस्, केही समाधानको सुभाब पनि दिनुहोस्।

यहाँहरूको सहभागिताकोलागि हामी धन्यवाद दिन चाहन्छौं। आउँदो अंकहरूको समस्या समाधानमा पनि यहाँहरूले आफ्नो समाधानका प्रयासहरू लेखि अन्य स्वास्थ्यकर्मी साथीहरूलाई वाटो देखाइ सहयोग गरिदिनुहुन हामी प्रोत्साहन गर्दछौं। तपाईंको प्रयास वा कोशिस अरुकालागि पनि समाधान हुनसक्दछ। यस समस्याको सबैभन्दा राम्रो समाधान पठाउनुहुने स्वास्थ्यकर्मीलाई रु ५,०००/- द्वारा पुरस्कृत गरिनेछ। गएको अंक समस्या # ८ का विजेता सिद्धेश्वर उप-स्वास्थ्य चौकी, बैतडीमा कार्यरत सि.अहेव, श्री मदन सिंह महाराज्युलाई निक साईमन्स इन्स्टिच्यूटको तर्फबाट हार्दिक वधाइ छ। यस अंक ९ को प्रश्न यस प्रकार छ।

समस्याको # ९:

स्वास्थ्य संस्थाहरूको सेवाको गुणस्तरको वारेमा बेला बेलामा चर्चामा आइरहेको पाइन्छ। स्वास्थ्य संस्थाको सेवाको स्तर बढाउन स्वास्थ्य व्यवस्थापन समितिको मुख्य भूमिका रहने कुरा विदितै छ। व्यवस्थापन समितिलाई चुस्त, दुरुस्त र सहयोगी बनाई गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्न के-के गर्न सकिन्छ ?

स्वास्थ्य प्रतियोगिता

१) एउटा ३९ वर्षको पुरुषले, मुड्कीले ढोकांमा हिकोएको रहेछ। X-ray गर्दा बाँया हातमा Non Displaced Metacarpal fracture पाईएको छ। के उपचार गर्नुपर्ला ?

क) Functioning Position मा नै Splint लगाएर ४-५ दिनपछि Follow-up मा बोलाउने ।

ख) हातमा Cast लगाएर १ हप्तामा बोलाउने ।

ग) हातमा Cast लगाएर २ हप्तामा बोलाउने ।

घ) Surgical Treatment को लागि Orthopedic Hospital refer गर्ने ।

२) एउटा ४५ वर्षको शिक्षक, एकैनासको टाउको दुखाई बढ्दै गएको सिकायत गर्नुहन्छ। अहिले उहाँलाई Nausea र Vomiting पनि भइरहेको छ। यस बाहेक अन्य लक्षणहरु केही छैनन् तर विगत ६ महिनादेखि यो समस्या धेरै बिग्रै गएको छ। तपाईं यसको Provisional Diagnosis के गर्नुहन्छ ?

क) Tension Headache

ख) सम्भावित Brain Tumor

ग) बढ्दै गइरहेको Migraine Headache

घ) धेरै पढ्नुपर्ने भएकोले, Eye glass प्रयोग गर्नुपर्ने समस्या हो ।

३) एउटा ३७ वर्षकी महिला विगत केही महिनादेखि दुवै हातका जोर्नीहरु दुखेको र सुनिने सिकायत गर्छिन। समस्या विहानमा धेरै हुन्छ र दिउँसो कम हुँदै जान्छ। कस्तो उपचार गर्नुपर्ला ?

क) Osteoarthritis हुन सक्छ, Diclofenac sodium 100 mg x दैनिक दिने ।

अंक ८ को सही उत्तर हो : १(क), २(क), ३(घ) र ४(ग) । यस अंकका विजेताहरु तल उल्लेखित छन् । सबै विजेतालाई हामी बधाई दिन चाहन्छौं र पुरस्कारको लागि तलको ठेगानामा सम्पर्क राख्नुहुन अनुरोध गर्दछौं ।

१. श्री राज किशोर मण्डल, सि.अहेव, पकलीहवा उप-स्वास्थ्य चौकी, नवलपरासी ।

२. श्री दिप नारायण चौधरी, उदयपुरगढी स्वास्थ्य चौकी, उदयपुर ।

३. श्री बहरुलाल चौधरी, अहेव, मर्कावाङ्ग स्वास्थ्य चौकी, रातापानी-४, प्यूठान

४. श्री विक्रम प्रसाद मण्डल, अहेव, तिम्मा उप-स्वास्थ्य, तिम्मा-५, भोजपुर

५. श्री सपना विक, स्टाफ नर्स, ओखलढुङ्गा सामुदायिक अस्पताल, सोबु-८, ओखलढुङ्गा

ख) प्रत्येक ४/४ हप्तामा Benzathine penicillin IM दिने ।

ग) Ibuprofen दिने confirm diagnosis को लागि Blood test गर्ने ।

घ) Allopurinol 100 mg x 2 x 14 days

स्वास्थ्य प्रतियोगितामा भाग लिने सहभागीले तल उल्लेख गरिएको ठेगानामा आफ्नो उत्तर पठाउनु होला । यसमा भाग लिएका पहिलो (५) पाँच सही उत्तर पठाउनेहरुलाई यस अंक पश्चात् आफ्नो इच्छानुसार MLP Clinical Skills Video को १ सेट अथवा Nepal CME Module (CD) को ६ विषयहरुको १ सेट प्राप्त गर्नुहुनेछ ।

४) उच्च ज्वरो सहित साह्रै विरामी देखिने एउटा बच्चा स्वास्थ्य संस्थामा ल्याइएको छ । उसले श्वास बाहिर फाल्दा (expiration गर्दा) Stridor सुनिन्छ । परीक्षण गर्दा उसले टाउको

मोबाइल विजेता:

गत अंक ८ मा SMS पठाई lucky draw द्वारा मोबाइल जित्नु भएको छ बांसखर्क स्वास्थ्य चौकी, सिन्धुपाल्चोकका श्री आत्मा राम धितालज्यूले । उहाँलाई हार्दिक बधाई दिँदै पुरस्कारको लागि तलको ठेगानामा सम्पर्क राख्नुहोला ।

अगाडि भुकाएर च्याल काढिरेको (Forward and drooling) पाईएको छ । उपचारको लागि के गर्नु उपयुक्त होला ?

क) घाँटीमा कुनै Foreign body छ कि हेर्नुपर्दछ ।

ख) Tonsil मा pus देखिन्छ कि हेर्ने र Bacterial infection हो-होइन निश्चय गर्ने ।

ग) घाँटी भित्र परीक्षण नगरिकन Ceftriaxone injection दिएर तुरुन्तै refer गर्ने ।

घ) Bacterial infection को लागि Amoxycillin ७ दिन दिएर उपचार गर्ने । ■



कृपया यहाँहरुको सुभावा, प्रतिक्रिया तथा समस्याहरु निम्न ठेगानामा पठाउनुहोला ।

निक साइमन्स इन्स्टिच्यूट
पो.ब.नं. ८९७५ ई पि सी १८१३
सानेपा, ललितपुर, नेपाल
फोन: ०१-५५५९९७८
फ्याक्स: ०१-५५४४९७९
इमेल: newsletter@nsi.edu.np
www.nsi.edu.np

STAMP



TO: _____

