

स्वास्थ्यकर्मीको आवाज

यस अंकमा...

पृष्ठ १ डा. बाबुराम मरासिनीको जीवनी

पृष्ठ २-३ कथाहरु :

- पाठेघर फुटेको सफल शल्यक्रिया र उपचार
- उचित सल्लाहले गर्दा कम तौल भएको शिशुको ज्यान जोगाउन सफल

पृष्ठ ४-६ सि.एम.इ. कर्नर :

- टाउकोको चोटपटक - गंभीर र ध्यान दिनुपर्ने अवस्था

पृष्ठ ७ थप आयाम :

Mid Level Practicum (MLP) तालीम : एक परिचय

पृष्ठ ८-९ भलाकुसारी

- डा. दीपेन्द्र रमण सिंहसँगको छोटो कुराकानी

पृष्ठ १० बुलेटिन बोर्ड

- रक्त संचार सेवा सम्बन्धी केही तथ्यहरु

पृष्ठ ११ समस्याको समाधान

पृष्ठ १२ स्वास्थ्य प्रतियोगिता

डा. बाबुराम मरासिनीको जीवनी



स्वास्थ्य क्षेत्रमा लामो समय व्यतित गर्नुभएका डा. बाबुराम मरासिनी कुनै नौलो नाम होईन । यस अंकमा उहाँको संक्षिप्त परिचय दिने प्रयास गरेका छौं । उहाँको जन्म वि.सं. २०१३ श्रावणमा गुल्मीको रेसुङ्गा न.पा. ३ भाडगाउँमा भएको थियो । उहाँले वि.सं. २०२९ सालमा महेन्द्र हाइ स्कूल, तम्घास, गुल्मीबाट एसएलसी उत्तीर्ण गर्नु भएपछि वि.सं. २०३३ मा त्रि.वि.चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान महाराजगंजबाट चिकित्साशास्त्रमा प्रमाण पत्र तह उत्तिर्ण गर्नुभयो । त्यसपछि उहाँले वि.सं. २०३३ मा डडेल्धुराको मैलोदा पोखरामा गई नयाँ स्वास्थ्य चौकी स्थापना गरी कार्य थालनी गर्नु भयो । त्यसको केही समयपछि त्रि.वि. चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानले पहिलोपटक शुरु गरेको एमबीबीएस मा पहिलो व्याचको रूपमा भर्ना भई अध्ययन थालनी गर्नुभयो । अध्ययन पुरा गरेपछि वि.सं. २०४२ तिर डोटी अस्पतालमा मेडिकल अधिकृतको पदमा रही कार्य गर्नुभयो र वि.सं. २०४३ मा डोटी अस्पतालको मे.अ.को अतिरिक्त

नवस्थापित सुदूरपश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय डोटीको निमित्त निर्देशकको रूपमा रही ६ महिना कार्य गर्नु भएको थियो । यही अवधिमा मातृ शिशु कार्यकर्ता सम्बन्धी तालीमको पाइलिटिङ्ग गरी स्वास्थ्य मन्त्रालयमा रिपोर्ट पेश गरेको र जसको आधारमा २०४७ मा मातृ शिशु कार्यकर्ताको पद सिर्जना हुन गएको थियो ।

यसपछि वि.सं. २०४४-४५ मा दार्चुला जिल्ला अस्पतालको सेवा शुरु गरी का.मु. सि. मेडिकल अधिकृतको रूपमा कार्य गर्नुभयो । वि.सं. २०४५ मा उहाँको सरुवा कान्ति बाल अस्पतालमा सर्जरी विभागमा रजिष्ट्रारको रूपमा भयो र त्यहाँ साना र ठूला गरी करीव ७००० शिशुहरुको विभिन्न किसिमका शल्यक्रियाहरु सम्पन्न गर्नुभएको थियो । यसै अवधिमा वि.सं. २०४९ मा महिडोल विश्वविद्यालय, बैकक, थाइल्यान्डबाट एमपिएच गर्नुभयो । त्यहाँबाट फर्केपछि वि.सं. २०५२ मा काभ्रेको जिल्ला स्वास्थ्य प्रमुखको रूपमा नियुक्त भई कार्य गर्नुभयो । यो अवधिमा उहाँले ADRA नेपालसँग समन्वय गरी गा.वि.स.ले स्वास्थ्यमा खेल्नु पर्ने भूमिका सम्बन्धमा VDC Health Empowerment Package २२ वटा गाविसमा लागू गर्नुभएको थियो । त्यसपछि करीव ३ वर्ष परिवार स्वास्थ्य महाशाखा अन्तर्गत राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको समन्वयकर्ता भई कार्यरत हुनुभयो र यो अवधिमा राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम पहिलो पटक शुरु गर्नुभएको थियो ।

पाठेघर फुटेको सफल शल्यक्रिया र उपचार

भरना बानियाँ, स्टाफ नर्स, जिल्ला अस्पताल, म्याग्दी

२०७२ चैत्र २२ गते करीव ४ बजेतिर २४ वर्षकी गर्भवती महिला प्रसूति व्यथा लागेर इमरजेन्सीमा आईन् । ५ वर्ष अघि पनि पाठेघर ठाडो चिरेर उनको शल्यक्रिया भएको रहेछ । डा. धिरेन्द्र (MDGP) ले जाँच गर्दा पाठेघरको मुख १.५ सेन्टिमिटर मात्र खुलेको थियो । शिशुको मुटुको धड्कन १३० प्रति मिनेट थियो र पाठेघरको खुम्च्याई राम्रो थिएन । त्यसपछि चिकित्सकले महिलाको आफन्तलाई बोलाएर आमा र शिशुको अवस्थावारे जानकारी गराउनुभयो । आमा र शिशु दुवैको ज्यान बचाउनको लागि तुरुन्त शल्यक्रिया गर्नुपर्ने कुरा भन्नुभयो । तर उनको आफन्तले निर्णय दिन ढिला गर्नुभएको थियो ।

हामी OT team भने निकै छिटो सबैजना जम्मा भैसकेका थियौं । पुनः पाठेघरको मुखको जाँच गर्दा २.५ सेन्टिमिटर मात्र खुलेको पाईयो । तर पाठेघरको खुम्च्याई धेरै कडा आइरहेको थियो । त्यसपछि उनलाई pre-operative preparation गरेर OT मा लिएर गयौं । Anesthetic ले उनको ब्लड प्रेसर, नाँडी जाँच गर्दा सामान्य थियो । OT मा लागेर पुनः जाँच गर्दा नवशिशुले पातलो meconium खाइसकेको थियो । पाठेघरको मुख ६ सेन्टिमिटर खुलेको थियो । पाठेघरको खुम्च्याई अनियमित थियो । करीव ५ बजेतिर शल्यक्रिया शुरु गरियो । पाठेघर पहिला चिरेको ठाउँबाट फुटिसकेको (scar rupture) थियो र धेरै रगत बग्नु

थाल्यो । शिशुलाई तुरुन्तै शल्यक्रिया गरेर निकालियो र Resuscitation गर्न तर्फ लाग्यौं । Resuscitation bag र mask दुवैले गरिरह्यौं र शिशुको अवस्थामा केही सुधार आएको थियो ।

उता फेरि आमाको धेरै रगत बगेको कारणले vitals drop हुन थाल्यो । ब्लड प्रेसर ८५/६०, नाडी १२० र स्वासप्रश्वास १८ थियो । त्यसैले दुवै हातबाट सलाइन दिन थाल्यौं । पाठेघर बन्द गरिसकेपछि सबै रगतहरु सफा गरेर अगाडी बढ्यौं । उनलाई 5 unit oxytocin IV stat दिएको थियो । त्यसको साथै Mephetermine 6mg IV दिनुभयो । यति औषधि दिँदा पनि पाठेघर राम्रोसँग खुम्चिएको थिएन । त्यसैले फेरि Inj. Methergine तुरुन्तै दियो र Inj. Ampicillin सलाईनबाट दियो । तर पिसाब ४०० मि.लि. जुन धेरै पहुँलो थियो । त्यसपछि ब्लड प्रेसर सामान्य भइसकेको थियो । उता रगत अन्दाजी १२०० मि.लि. बगीसकेको थियो र महिला पहुँलो भइसकेको थियो । त्यसैले blood bank मा तुरुन्तै खबर गरी B+ve को रगत मगाई तुरुन्तै दिन थाल्यौं । तिनलाई अस्पतालमा बसुन्जेल ५ पोका रगत दियो । महिलाको रगत बग्नु रोकियो, ब्लड प्रेसर र नाडी पनि सामान्य अवस्थामा आयो । करीव सवा सात बजेतिर सबै काम सकेपछि उनलाई post operative कक्षमा सार्थौं । उनलाई ९ दिनसम्म अस्पतालमा राखेर राम्रोसँग ठीक पारेर घर पठा्यौं ।

समयमा लिइने निर्णय, त्यसको उचित र छरितो व्यवस्थापन, स्वास्थ्यकर्मीको कार्यसम्पादन अनि प्रसूति कक्षमा काम गर्ने हरेक स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई Neonatal Resuscitation र प्रसूती व्यवस्थापन सम्बन्धी तालीमले धेरै नवजात शिशु र आमालाई मृत्युको मुखबाट बचाउन सक्छौं । अनि हामी स्वस्थ आमा र बच्चाको कल्पना गर्न सक्थौं । ■



उचित सल्लाहले गर्दा कम तौल भएको शिशुको ज्यान जोगाउन सफल

राज किशोर मण्डल, सि.अ.हे.व, पक्लिहवा स्वास्थ्य चौकी, नवलपरासी

२०६२ साल असार ६ गते म ओपिडीमा विरामी जाँच गरिरहेको थिएँ। छेउको लामो बेन्चमा केही विरामीहरु पर्खेर बसिरहेका थिएँ। विरामी जाँच्ने क्रममा एक्कासी मेरो आँखा पालो कुरेर बसिरहेकी महिला र तिनले काँखमा राखेको सानो बच्चामाथि पय्यो। मैले तिनलाई सोधे, तपाईंको बच्चा कस्तो छ? तिनले भनिन् “हल्का ज्वरो आएको छ।” मैले उनको मधुरो बोलिले गर्दा केही अपठ्यारो छ कि जस्तो लाग्यो। उनले काखमा च्यापेर राखेको बच्चालाई नियाल्दै जाँच गर्ने टेबुलमा लगें। “तपाईंको बच्चालाई के भएको छ?” भनी सोधे। त्यसपछि उनले आफ्नो १८ दिने छोराको शरीरको कपडा हटाउँदै भनिन्, “ज्वरो आएको छ।” हेर्ने बित्तिकै बच्चा एकदम कम तौलको अनुमान गरें। मैले तुरुन्तै बच्चाको तौल लिन लगाएँ। तौल लिँदा १ किलो २५० ग्रामको रहेछ। यो त धेरै कम तौलको बच्चा रहेछ। बच्चालाई आमाको दुध तथा धेरै स्याहार सुसारको आवश्यकता रहेछ भन्दै तुरुन्त मायाको अँगालो (kangaroo care method) मा राख्नुपर्छ भन्दै आमालाई सम्झाएँ र यसरी राख्दा हुने फाइदाहरुबारे पनि बताएँ।

बच्चा कहाँ जन्मियो भनी सोध्दा, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सिमरी, नवलपरासीमा जन्मिएको बताइन्। जन्मँदा बच्चाको तौल १५०० ग्रामको थियो भनी नर्सले भनेको रहेछ, र बच्चालाई बुटवल अञ्चल अस्पताल पठाउनुपर्छ भनी नर्सले भन्दा गरिवी अवस्थाले गर्दा बुटवल नगईकन सिधै घर गएकी रहेछ।

बच्चाको तौल अझै डेढ किलोबाट सवा एक किलोमा भरेको रहेछ। बच्चालाई तुरुन्त मायाको अँगालोमा राख्न लगाए। बच्चाले दुध अलि-अलि चुसीरहेको बताइन्। मैले बच्चालाई पटक-पटक दुध चुसाई राख्न सल्लाह दिए। रातमा पनि चुसाइराख्न लगाए। आमालाई प्रसस्त दुध नआउने समस्या पनि रहेछ। आमालाई थप दुई पटक पोषिलो र भोलिलो खाना खानुपर्छ भनि सम्झाएँ।

निजको घर स्वास्थ्य चौकीबाट नजिकै भएकोले एक-दिन विराएर बच्चाको अवस्था बुझ्न गइरहन्थे। विस्तारै बच्चाको स्वास्थ्यमा सुधार आउँदै गयो। दश दिनपछि फेरी बोलाएर बच्चाको तौल लिए। बच्चा १ किलो ५०० ग्राम थियो। तौल हेर्दा अवस्थामा सुधार भईरहेको थियो। विस्तारै आमाको दुध आउने क्रम बढ्यो। यसरी समय बित्दै जाँदा खोप केन्द्रमा आएको बेला तौल २ के.जी. भएको थियो। त्यो दिन म निकै खुशी भएँ। यसरी समय बित्दै जाँदा १५ दिनको फरकमा तौल लिँदा २ किलो ५०० ग्रामको हुन पुगेछ। बच्चालाई समय अनुसार खोप क्लिनिकमा बोलाएर सम्पूर्ण खोप लगाउन लगाएँ। अहिले बच्चा एकदम स्वस्थ छ।

यसरी शुरुको दिनमा बच्चालाई राम्ररी जाँच नगरेको र स्वास्थ्य शिक्षा नदिएको भए बच्चा धेरै विरामी हुनसक्थ्यो। त्यसैले स्वास्थ्यकर्मीहरुले विरामी जाँच

स्वास्थ्यकर्मीहरुले विरामी जाँच गर्ने क्रममा एकदमै चनाखो र विशेष ध्यान दिएर हेर्नु पर्छ। हाक्नो सानो मेहेनत र सल्लाहले गर्दा सयौं शिशुहरुको ज्यान जाने खतराबाट जोगाउन सकिन्छ।

गर्ने क्रममा एकदमै चनाखो र विशेष ध्यान दिएर हेर्नु पर्छ। हाक्नो सानो मेहेनत र सल्लाहले गर्दा सयौं शिशुहरुको ज्यान जाने खतराबाट जोगाउन सकिन्छ। कम तौल भएको बच्चाहरुलाई बचाउन सकिन्छ। ■

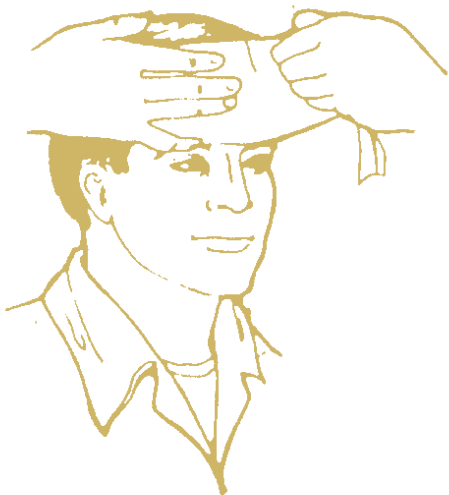


टाउकोको चोटपटक गंभीर र ध्यान दिनु पर्ने अवस्था

डा. बालकृष्ण थापा, न्यूरो सर्जन, विपि कोइराला क्यान्सर अस्पताल, भरतपुर, चितवन

टाउकोको विभिन्न तह र भागमा आघात लाग्नुलाई टाउकाको चोटपटक (Head Injury) भनिन्छ र टाउकोको चोटपटक लागेका विरामीहरू हाम्रा स्वास्थ्य संस्था तथा अस्पतालमा आउने कुरा असामान्य होइन । विश्वको तथ्यांकलाई केलाउँदा टाउकोको आघात खास गरी सडक दुर्घटनाबाट हुने गरेको पाइन्छ भने नेपालको हकमा पछिल्लो समयमा लडेर हुनेको संख्या बढ्दै गरेको पाइन्छ । टाउकोको चोटपटकको प्रमुख कारणहरूमा लडाइ भगडा र मारमुग्गी, गोली पनि पर्दछन् । यी टाउकोको चोटहरू साधारण प्रकृतिका वा सामान्य खालको देखि खतरनाक वा कडा खालकोसम्म हुन्छन् । टाउकोको चोटपटकदेखि धेरै डराउनुको मुख्य कारण टाउकोको माथिल्लो सतहमा (scalp) धेरै रक्तश्राव हुनु र अचेत समेत हुने भएर हो । सतहको आघात देखा जटिल देखिए पनि त्यति धेरै खतरनाक हुँदैनन् तर बाहिर घाउ नदेखिए पनि भित्रको चोट गहन र सघन हुन्छ । टाउकोको चोटपटकलाई कसरी व्यवस्थापन गर्ने भन्ने कुरा महत्वपूर्ण हुन्छ ।

करीव ११ हजार सडक दुर्घटनाका विरामीमा गरिएको अध्ययन अनुसार यस चित्रमा देखाए जस्तै ७५ प्रतिशत आघात टाउकोमा हुने रहेछ १०/१० प्रतिशत छाती र पेटमा अनि घाँटीमा १ र प्रत्येक हात खुट्टामा १/१ प्रतिशत चोट लाग्ने रहेको छ ।



टाउकोको आघातका प्रकारहरू :

१) एकल आघात:

क) सतही आघात: रगत बढी जाने तर रक्तश्राव रोक्न सक्थो भने अरु खासै समस्या हुँदैन ।

ख) मध्य आघात: टाउकोको हड्डी समेत फुट्ने वा बढिने, भित्री समस्या पनि हुन सक्ने ।

ग) भित्री आघात: मस्तिष्क भिल्ली वा सो भन्दा भित्र मस्तिष्कमा रक्तश्राव वा अन्य समस्या हुने ।

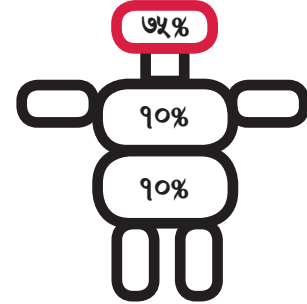
२) संयुक्त आघात: खास गरी मेरुदण्ड र सुपुम्ना (spinal cord) पनि संगै आघातमा पर्न सक्ने हुन्छ ।

३) बहु आघात: टाउको मेरुदण्डका साथै शरिरको अन्यत्र पनि आघात पर्न सक्ने सम्भावना भएको अवस्था बहु आघातको अवस्था हो । यसमा प्राथमिकीकरणको जरुरी हुन्छ ।

यी समस्याहरूको पहिचानका आधारमा तत्काल र त्यसपछि के कसरी व्यवस्थापन गर्ने भन्ने निधो गर्नुपर्दछ ।

टाउकोको चोटपटक लागेको अवस्थामा तत्काल गर्नुपर्ने कामहरू :

- १) टाउकोमा रगत बगिरहेको छ भने पहिले प्रेसर जाँच गर्नुहोस र सुरक्षित ठाँउमा राख्नुहोस् । तर घाँटीलाई नचल्ने गरी स्थिर अवस्थामा राख्नुपर्दछ । दुइतिर पोकाहरू राख्न पनि सकिन्छ वा पाइन्छ भने फिलाडेल्फिया कलर लगाउने । साधारण सफ्ट कलर ठीक होइन, यो अति महत्वपूर्ण हो । आवश्यक परे कृतिम श्वासप्रश्वास शुरु गर्नुहोस र अक्सिजन लगाउनुहोस । ए वि सि (Airway, Breathing, Circulation) लाइ ध्यान दिनुहोस ।
- २) मेरुदण्डमा केही समस्या छ कि याद गर्नुपर्दछ । हात खुट्टा चले नचलेको पत्ता लगाउनुपर्दछ ।



महत्वपूर्ण चिन्हहरू (Vital Signs) जस्तै ब्लड प्रेसर, पल्स (नाँडी), तापक्रम र श्वासप्रश्वासको गति र प्रकृति मापन गर्नुहोस । यदि यी महत्वपूर्ण चिन्हहरू ठीक, सामान्य अवस्थामा छन् भने तत्काल आत्तिनु पर्दैन ।

३) विरामीको चेतना स्तर पत्ता लगाउनुहोस:

- क) आँखा आफै खोलेको अवस्था हो कि होइन ? खोल्न लगाउँदा खोलेको हो ? चिमोटा खुल्यो कि खोलेन (१) ?
- ख) सोध्नुस: नाम के हो ? कति बज्यो ? आज कति गते हो ? वहाँलाई चिन्नुहुन्छ ? वहाँको नाम के हो ? अहिले कहाँ हुनुहुन्छ ? कुराकानी सही छ (५) वा छैन भने नाम समय र व्यक्तिलाई नचिने पनि वाक्य पुरा बोलेको छ (४) कि छैन ? वाक्य पुरा गर्न नसके शब्द स्पष्ट छ (३) कि छैन ? शब्द स्पष्ट छैन भने आ, उ गर्ने आवाज निस्कन्छ (२) कि निस्कदैन ?
- ग) विरामीलाई केही भन्नुहोस, तपाइले भनेको मानेको हो ? जस्तै जिब्रो देखाउनुस, हात समाउनुस, खुट्टा चलाउनुस आदि (६) । यदि मानेको होइन भने चिमोटेनुस । त्यसपछि हात र खुट्टामा याद गर्नुस: तपाइले चिमोटेको ठाउँमा हात ल्याउँछन (५) कि ल्याउँदैनन् ? हटाउन खोज्छन कि खोज्दैनन् ? कि हात खुट्टा फाल्छन् ? वा हात बंग्याएर खुम्च्याउँछन् (३), वा बंग्याएर सोभो पार्छन (२) ? याद गर्नु पर्दछ । वा कति पनि चलाउँदैन (१) यी प्रश्नहरूको आधारमा हामी score बनाउँछौं र त्यसको आधारमा विरामीको

कुन अवस्था हो भनेर छुट्याउन सकिन्छ। आँखा (क), बोली (ख) र चलायमान (ग) अवस्थाका माथिका प्रश्नका उत्तरका आधारमा दिइने अंकको जोडफल नै ग्लासो कोमा स्केल हो। यसमा सबभन्दा कम ३ र सबभन्दा बढी १५ अंक हुन्छ। साधारणतया विरामी चनाखो वा चेतन (alert), भनेको बुझ्ने (verbal response), चिमोटा थाहा पाउने (painful response) र थाहा नपाउने (unresponsive) गरी चार वर्गमा विभाजन गर्न सकिन्छ।

- ४) आँखाको नानी हेर्नुहोस र टर्चको बत्तिले नानीमा देखाउनुस: आँखाको नानी कति ठूलो छ। १ मि.मि. जतिको २ मि.मि.को वा ४ मि.मि. वा सो भन्दा माथिको। बत्ती देखाउँदा नानी खुम्चिन्छ कि खुम्चिदैन? कतिको खुम्चिन्छ? जोडले, बिस्तारै वा कति पनि खुम्चिन्छ। एउटा आँखामा बत्ती देखाउँदा अर्को आँखाको नानीमा के असर पर्छ हेर्नुस।
- ५) मुख, आँखा, नाक, कान, गुद्दार तथा पिसावको नली वा योनीबाट रगत बगेको छ कि छैन हेर्नुहोस। कानको पछि, आँखाको तलमाथि वा पेटमा रगतका टाटा वा घाउ छन कि छैनन्? यी हेर्न जरुरी छ।

टाउकोको चोटपटक लागेका विरामीलाई सोध्नेपर्ने कुराहरू:

- कसरी भएको हो? कति समय अघि भएको हो? घटनास्थलमा अरु घटना के के भएको थियो?

- अचेत भएको छ कि छैन? यदि भएको भए, कति समय अचेत भएको, चोट लागेको कति समय पछि अचेत भएको हो?
- वान्ता भएको छ कि छैन? यदि वान्ता भएको छ भने पछिल्लो घण्टामा कति पल्ट वान्ता भयो? वान्ता हुने क्रम घट्दैछ कि बढ्दैछ?

अरु मुख्य शारीरिक जाँच:

- **टाउको:** हेर्नुहोस र छाम्नुहोस: घाउ, टुटुको तथा चोटहरू छन् कि? रगत बगेको छ कि? कस्यक कस्यक आवाज केही आउँछ कि?
- **आँखा:** रक्तश्राव, सुनिएको छ कि? आँखा खोल्न सक्ने कि नसक्ने?
- **नाक कान घाँटी:** कुनै घाउचोटपटक, रगत आदि छ छैन? मुख बाझ्गो भएको छ कि? अनुहारमा घाउचोटपटक?
- **छाती, पेट:** कुनै बाध्य घाउ चोटपटक, छुँदा थिच्दा दुख्ने (tenderness) छ या छैन?
- **हात खुट्टा:** घाउ चोटपटक, हड्डी भाँचिएको, निलडाम तथा चलाउन सक्ने वा नसक्ने के छ?
- **स्नायु:** हात खुट्टा चलाउन सक्छ कि सक्दैन? कतै छोएको थाहा नपाउने छ कि? दुख्ने वा नदुख्ने? पिसाव के छ? हुने नहुने? रोक्न सक्ने वा नसक्ने? थाहा पाउने वा नपाउने के छ? कुनै हात वा खुट्टामा पारालाइसिस छ कि?

टाउकोको चोटपटक बाहिरी घाउ हेरेर अनुमान गर्न सकिदैन। तैपनि राम्रो इतिहास लिने (History Taking) र शारीरिक जाँच

SIGNS (चिन्हहरू)	MILD (सामान्य)	MODERATE (मध्यम)	SEVERE (सघन)
ग्लासो कोमा score E4 + V5 + M6 = ? / १५	१५/१५	१३-१४/१५	१२ भन्दा कम। ८ अथवा कम भएमा अति सघन वा अचेत भन्ने बुझिन्छ।
अचेत भएको	छैन	२ मिनेट भन्दा कम समय	२ मिनेट भन्दा बढि समय
हातखुट्टा चलाउन नसक्ने र अल्मलिएको	छैन	मध्यम र पछि कम हुँदै जाने	बढ्दै जाने
वान्ता आउने	छैन/एक वा दुई पटक	केही समय हुने र पछि नहुने	धेरै पटक र जोडसँग हुने
स्नायु कमजोर हुने	छैन	छैन	छ वा छैन
आँखाको नानी असमान हुने र प्रकाशमा प्रतिक्रिया नजनाउने	हुँदैन	हुँदैन	हुन्छ
व्यवस्थापन:	टाउकोको चोटपटकको बारेमा जानकारी गराएर परिवारकाजिम्मेवार सदस्यसँग घर पठाउने।	२४ घण्टा निगरानीमा राख्ने, प्रत्येक २/३ घण्टामा जाँच गर्ने, यदि लक्षणहरू खराब हुँदै गएमा प्रेषण गर्ने।	ABC's ठिक राख्ने, यातायातको व्यवस्था गरि CT Scan र अप्रेशनको सुविधा भएको ठाँउमा तुरुन्त प्रेषण (refer) गर्ने।

२४ घण्टासम्म टाउकोको चोटपटक लागेका विरामीको लागि निर्देशन

१. दुखाई कम गर्नको लागि Paracetamol मात्र दिने।
२. प्रत्येक २/३ घण्टामा निम्न कुराहरू हेर्नुहोस (रातको समय भएपनि विरामीलाई जगाइ)।
 - लट्ठ भएको वा उठाउन गाह्रो हुने भएको छ कि?
 - अल्मलिएको अवस्थामा भएको भए बढ्दो छ कि घट्दो छ?
 - कम्पन (छारे) छ कि?
 - आँखाको नानीहरूको आकार समान छैन कि?
 - सहन नसकिने किसिमको टाउको दुखाई छ कि?
 - हात खुट्टा कमजोर भएका छन कि? पिसाव भरेको वा रोकिएको छ कि?
३. माथिका लक्षणहरू मध्ये कुनै देखिएमा स्वास्थ्य संस्थामा तुरुन्त सम्पर्क राख्नुहोस।

गर्न सक्थो भने कुन Category को हो भनेर छुट्याउन सकिन्छ।

तपाईंसँग एक्स-रे को सुविधा छ भने त भित्री घाउ वा चोटपटक हुने सम्भावना सजिलै अनुमान लगाउन सकिन्छ। अचेल भित्रीयो एक्स-रे (USG) ले पनि धेरै सहयोग गर्छ तर यसका लागि विशेष तालीम तथा अनुभव चाहिन्छ। तलको टेबुलमा यसलाई उतारिएको छ।

अवस्थाहरू	एक्सरेमा फ्र्याक्चर (हड्डी टुटेको) छैन	एक्सरेमा फ्र्याक्चर (हड्डी टुटेको) छ
पूर्ण चनाखो वा चेतन छ	०.०१%	२.५%
पूर्ण चनाखो वा चेतन छैन	१%	२५%

अर्थात (१) पूर्ण चेतन (orientated) भएर हड्डी फुटेको छैन भने प्रेषण (refer) गर्नु पर्दैन किनकी हरेक (१:१००००) दश हजार जनानामा एक जनालाई मात्र ब्रेनको भिन्न रगत जमेको हुन सक्छ वा गहन घाउ चोटपटक लागेको हुन सक्छ। तर (२) पूर्ण चेतन नभएका (१:१००) एक सय जनानामा एक जनालाई त्यस्तो आघात हुन सक्छ। अनि (३) हड्डी फुटेको छ तर पूर्ण चेतन छ भने (२५:१०००) एक हजारमा २५ जनालाई र (४) पूर्ण चेतन पनि छैन र हड्डी फुटेको छ भने त (२५:१००) सयमा पच्चिस जनालाई भित्री आघात वा रगत जमेको हुन सक्छ। ३

र ४ नं को अवस्थालाइ तत्काल प्रेषण गर्नुपर्छ । भने २ नं को अवस्थालाई केही समय हेरेर खराब हुँदै गयो भने प्रेषण गर्नुपर्दछ । जसले गर्दा स्वास्थ्यकर्मीलाई के गर्ने भनेर निधो गर्न सजिलो हुन्छ । र अनावश्यक र खर्चिलो प्रेषणलाई घटाउँछ । तर यदि तपाईं टाउकोको चोटको गम्भिरता वारे निश्चित हुनुहुन्न भने प्रेषण गर्नु नै उपयुक्त विकल्प हो ।

नजानी नहुने कुराहरु :

- १) टाउकोको चोटपटक वास्तवमा अन्यत्रको भन्दा फरक र सघन प्रकृतिको हुन्छ । यसमा समय महत्वपूर्ण र बलवान हुन्छ । टाउकोको चोटपटक भन्दा पनि पहिले घाँटीको मेरुदण्ड, र छातीको सघन चोटपटकलाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्छ । तर रक्तश्रावलाई पनि ध्यान दिनु जरुरी हुन्छ ।
- २) ग्लासो कोमा स्कोर र चोटपटकको संघनताका आधारमा प्रेषणको निर्धारण गर्न सकिन्छ । साधारण

एक्स-रे मात्र पनि पहुँचमा छ भने यो प्रक्रियामा सहज हुन्छ ।

- ३) चोटपटक पछाडी बोल्दा बोल्दै बेहोस हुन शुरु भएको छ भने त्यो खतरापूर्ण अवस्था (Extradural Hematoma) हो तत्काल न्युरो सर्जन भएको ठाउँमा प्रेषण गर्नुपर्छ । त्यस्ता विरामीलाई बचाउन सकिन्छ । टाउको दुख्छ, बान्ता हुन्छ वा वाकवाक लाग्छ, आँखा धमिलो भएको छ र छारे जस्तो पनि देखिन्छ भने त्यो विरामीको त्रेनमा प्रेसर वढेको छ वा अरु समस्या छ भन्ने बुझ्नु पर्छ ।
- ४) विरामीको मुख्य चिन्हहरु (vital signs) ठीक अवस्थामा छैन वा खराब हुँदै गएको छ, वा माथि उल्लेखित खतराका लक्षणहरु देखा परेका छन वा माथिको स्कोरमा २ अंकले खराब हुँदै गएको हो भने तत्काल प्रेषण गर्नु पर्छ ।
- ५) विरामीलाई प्रेषण गर्दा घाँटी (Cervical Spine) को ख्याल गर्नुपर्छ र सकेसम्म अक्सिजनसँगै राखेर पठाउनु पर्छ । विरामीलाई सलाइन लगाएर पठाउँदा कुनै पनि चिनीजन्य



भोलहरु (Dextrose Containing IV fluids) नशाबाट दिनु हुँदैन । नर्मल सलाइन उपयुक्त हुन्छ । विरामीको टाउको करीव ३० देखि ४५ डिग्री माथी राख्नुपर्छ वा टाउको अलि माथी उठाएर पठाउनु पर्छ । ■

क्रमशः पेज १ बाट

वि.सं. २०५९ मा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्रमा तालीम को-अर्डिनेटर भई कार्य गर्नुभयो । सो अवधिमा उहाँले बायोमेडिकल टेक्सिसियन तालीमको कोर्ष तयार गरी तालीम शुरु गर्नुभएको थियो । यसरी नै वि.सं. २०६१ देखि २०७० को समयमा उहाँले स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत स्वास्थ्य सुधार कार्यक्रमको को-अर्डिनेटर भई कार्य गर्नु भयो र Nepal Health Sector Support Program I & II लागू र समन्वय गर्ने कार्यमा सफल हुनुभयो ।

यसै क्रममा वि.सं. २०७० मा इपिडेमीयोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखामा निर्देशकको रूपमा नियुक्त हुनुभई कार्य गर्नुभयो र सो पदबाट नै उहाँ सरकारी सेवाबाट निवृत्त हुनुभयो । यो अवधिमा उहाँले हात्तीपाइले रोगको संक्रमण पश्चात पुरुषहरुमा हुने Hydrocele को सर्जरी कार्यक्रमको थालनी गर्नुभयो । यसैगरी Scrub Typhus, Chandipura Virus, West Nile Virus र Legionnaires Disease जस्ता ४ वटा नयाँ रोगहरु पहिलो पटक पत्ता लगाएको थियो ।



उहाँले आफ्नो सेवा अवधिमा विदेशमा गएर विभिन्न तालीमहरु लिन अवसर पनि प्राप्त गर्नुभयो । उहाँले दक्षिण कोरियाबाट अस्पताल व्यवस्थापन सम्बन्धी १८ दिने तालीम लगायत थाइल्याण्ड, इण्डोनेशिया र श्रीलंकाबाट २ हप्ते प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन तालीम, जापानबाट ३ हप्ते मातृ शिशु सेवा संचालन सम्बन्धी तालीम तथा जापानबाटै ४ हप्ते ग्लोबल हेल्थ सम्बन्धी तालीम प्राप्त गर्नु भएको छ ।

डा. मरासिनीले नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गतका बाहेक अन्य विभिन्न पदहरु पनि सम्हाल्नु भएको थियो । उहाँले नेपाल चिकित्सक संघमा निर्वाचित महासचिवको रूपमा, नेपाल चिकित्सक

संघ जर्नलको मुख्य सम्पादकको रूपमा, नेपाल मेडिकल काउन्सिलको मनोनित रजिष्ट्रारको रूपमा, नेपाल मेडिकल काउन्सिल कै निर्वाचित सदस्यको रूपमा केन्द्रीय बाल कल्याण समितिको मनोनित सदस्यको रूपमा तथा स्वास्थ्य सेवा ऐन २०५३ को मस्यौदा तर्जुमा समितिको सदस्यको रूपमा रही पदहरु सम्हाल्नु भएको थियो ।

आफ्नो सेवा अवधिमा डा. मरासिनी विभिन्न पदक तथा पुरस्कारहरुबाट पनि सम्मानित हुनुभएको थियो । राजा विरेन्द्रबाट सुदुर पश्चिमाञ्चलको भ्रमण पश्चात उहाँलाई महेन्द्र रत्न आभूषण पदक प्रदान गर्नुभएको थियो । त्यसैगरी त्रि.वि.चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानको एमबिविएस र पेडियाट्रिक्स दुबैमा सबैभन्दा बढी अंक ल्याई उत्तीर्ण गर्नुभएकोमा उहाँले दुवै पटक गोल्ड मेडल हासिल गर्नुभएको छ ।

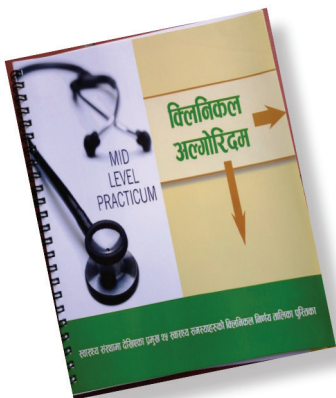
उहाँका करीव १० वटा आफ्ना अध्ययन, अनुसन्धान तथा पेपरहरु अन्तर्राष्ट्रिय तथा राष्ट्रिय जर्नलमा प्रकाशित भएका छन् । ■

Mid Level Practicum (MLP) तालीम: एक परिचय

अहेव तथा हेअ पदवाट स्वास्थ्य सेवा प्रवेश गरेका मध्यम स्तरीय स्वास्थ्य जनशक्तिको क्लिनिकल सीप तथा दक्षतालाई समयसापेक्ष अभिवृद्धिका लागि राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्र (NHTC) ले निक साईमन्स इन्स्टिच्यूट (NSI) सँग सहकार्य गरी सन् २००९ देखि Mid Level Practicum (MLP) तालीम सञ्चालन गर्दै आएको छ। देशभर रहेका आवश्यक क्लिनिकल प्राक्टिस भएका अस्पताललाई तालीम अस्पतालको रूपमा विकास गर्ने, त्यही कार्यरत चिकित्सक र सिनियर हेअ तथा स्टाफ नर्सको समूहले तालीम सञ्चालन गर्ने र आफूले अस्पतालमा काम गर्ने क्रममा तालीमका सहभागीहरूलाई अभ्यास गराउने गर्दछन्।

यो तालीममा सैद्धान्तिक भन्दा पनि प्रयोगात्मक सीपहरूमा सहभागीहरूलाई निपूर्ण बनाउनका लागि अस्पतालमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीको प्रत्यक्ष निगरानी र सहयोगमा तालीममा उल्लेखित सीपहरू अभ्यास गर्दछन्। यस तालीममा समावेश गरिएको अर्को महत्वपूर्ण पक्ष भनेको क्लिनिकल अल्गोरिदमको प्रयोगबाट सयौं केसहरूमा सहभागी र प्रशिक्षकको अन्तर्क्रियाबाट रोगको निदान गर्न सिकाउनु हो।

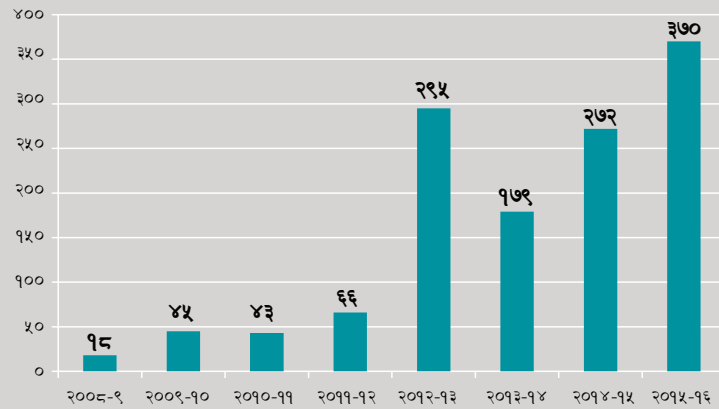
आर्थिक वर्ष २०६८/६९ देखि राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्रको ६ महिने सिअहेव तालीमको पाठ्यक्रम परिमार्जन गरी ७७ दिने MLP तालीम प्याकेजलाई पनि



तालीम अवधि र समेटिने विषयहरू

सि.नं	खण्ड	अवधि	समेटिने विषयहरू
१.	Foundation of Clinical Medicine	पहिलो हप्ता	History Taking, IP, pt. Examination
२.	Essential obstetric Care	दोश्रो र तेस्रो हप्ता	आकस्मिक प्रसूति स्याहार
३.	Top 20 Problems	चौथो देखि एघारौं हप्ता	हेल्य पोष्टमा देखिने प्रमुख २० समस्या र प्रमुख १० चिकित्सकीय कार्यविधि
४.	Top 10 Procedures		

MLP तालीम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको सूची



समावेश गरिएको छ। तत्पश्चात सिअहेव कोर्सको पहिलो तीन महिना Theory अन्तर्गत Basic Science, Public Health, स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापनका विषयहरू क्षेत्रीय स्वास्थ्य तालीम केन्द्रहरूमा सञ्चालन गरिन्छ भने दोश्रो खण्डमा ७७ दिन MLP तालीमसञ्चालन गरिन्छ।

MLP तालीम नलिएका, स्वास्थ्य सेवाको हे.ई. चौथो वा पाँचौ तहबाट सेवा प्रवेश गरेका र नियमित क्लिनिकल अभ्यासमा रहेका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई मध्यनजर गर्दै ७७ दिने MLP तालीम मात्र छुट्टै सञ्चालन गर्ने व्यवस्था गरिएको छ, जसलाई MLP Straight भनिन्छ। यो तालीम सिअहेव सञ्चालन नभएको बीचको अवधिमा सञ्चालन गरिन्छ। ■



“मध्यमस्तरीय स्वास्थ्यकर्मीको लागि MLP तालीम अत्यावश्यक र अति प्रभावकारी छ। हुनत: पहिले पनि बिरामी जाँच गरिन्थ्यो, तर MLP तालीम लिएपछि यस्तो ग्रामीण इलाकामा बसेर बिरामी जाँच, सम्भावित निरुपण, प्रेषणको सिस्टम बुझें। सैद्धान्तिक भन्दा पनि प्रयोगात्मक सिकाईमा बढी जोड दिएकोले बल्ल पो दक्ष स्वास्थ्यकर्मी भएको महशुस गर्दैछु। निक साईमन्स र लमजुङ्ग सामुदायिक अस्पताललाई धन्यवाद।” - रुप चन्द्र, अहेव, घारा हेपो, म्याग्दी

डा. दीपेन्द्र रमण सिंहसँगको छोटो कुराकानी

प्रमुख, चिकित्सा महाशाखा, स्वास्थ्य मन्त्रालय



डा. दीपेन्द्र रमण सिंहको वाल्यकाल सुन्दर गाउँ लेलेबाट शुरु भयो। सफा हराभरा वातावरणको त्यो पहाडी क्षेत्रको पहिलो चिकित्सकको रूपमा पर्दापण हुनु पूर्व आफ्नो अध्ययनको शुरुवात २०४४ मा चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थान महाराजगञ्जबाट गर्नु भएको थियो। उहाँले युवावस्थादेखि नै विकट स्वास्थ्य संस्थाहरूको नेतृत्वदायी भूमिकामा काम गर्नु भयो। दुर्गम ग्रामिण क्षेत्र सम्मको अनुभव पश्चात् एमबिबीएस शिक्षा हासिल गर्ने मौका पाइसकेपछि General Practice मा स्नातकोत्तरको अध्ययन पुरा गरीसकेपछि जनस्वास्थ्यमा रहेको रुचि अनुसार जनस्वास्थ्यमा पनि स्नातकोत्तर गर्नुभयो जसमा उहाँलाई तत्कालिन राष्ट्रपति डा. रामवरण यादवज्यूबाट स्वर्णपदक प्राप्त भएको थियो। काम गर्ने सिलसिलामा लामो समय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा बिताउनु भयो। उहाँसँग चिकित्सकको रूपमा देशको विभिन्न ग्रामीण क्षेत्रहरूमा रही काम गरेको अनुभव छ। हाल उहाँ स्वास्थ्य मन्त्रालय चिकित्सा महाशाखाको प्रमुखको रूपमा कार्यरत हुनुहुन्छ। यस अंकको भलाकुसारीमा उहाँसँगको कुराकानीलाई समेटेका छौं।

प्रश्न १ तपाईंको अनुभवको आधारमा नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र प्रणाली भित्र चिकित्सा महाशाखाले हालसम्म गरेका कामका सबल पक्षहरू के-के देख्नुहुन्छ ?

चिकित्सा महाशाखाले मुख्यतः चिकित्सा सेवा सम्बन्धी काम गर्दछ जसमा नीतिगत, समन्वयात्मक र निर्देशनात्मक कार्यहरू पर्दछन्। उदाहरणार्थ चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थान, प्रतिष्ठान लगायतका निकायहरूसँग नजिकमा रही देशको सर्वाङ्गीण चिकित्सा अवस्थालाई माथि उकास्ने कार्यहरू गरिरहेका छौं जुन एउटा यसको सबल पक्ष हो। यसैगरी गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्ने कार्यलाई नियमन पनि गर्दछ र त्यसको लागि आवश्यक वातावरण बनाउन भूमिका निर्वाह गर्दछ। विशेषज्ञ जनशक्ति उत्पादनमा पनि यस महाशाखाको प्रमुख भूमिका रहन्छ। त्यसै अनुरूप वार्षिक रूपमा नै ५० औं एमडी, एमएस लगायतका विशेषज्ञ उत्पादन हुँदैछन् जुन विगत एक दशकमा पनि हुन सकेको थिएन। त्यसकारण यो पनि एउटा अर्को सबल पक्ष हो। त्यसैगरी विशेषज्ञ जनशक्ति उत्पादनमा मात्र नभई चिकित्सा महाशाखाले उत्पादित जनशक्तिको समतामूलक वितरणमा पनि ध्यान दिइरहेको छ। सातवटै संघीय राज्यमा समतामूलक वितरण गर्नुपर्छ भन्ने निर्देशित सिद्धान्तमा पनि महाशाखाको भूमिका रहने हुन्छ। यसका अलावा विशेष जनशक्तिहरूलाई उचित ठाउँमा खटाउने

कुरामा पनि ठोस नीतिहरू अगाडि आउँदैछ जुन महाशाखाको अर्को सबल पक्ष हो। आयुर्वेद र अन्य वैकल्पिक चिकित्साहरू सम्बन्धी पनि महाशाखाले नीतिहरू बनाएको छ। यो सँगसँगै नर्सिङ्ग सेवा तथा Midwifery सम्बन्धी नीतिहरू ल्याएको छ। अहिले हामीसँग नयाँ शाखाको रूपमा वातावरण, जलवायु तथा रोग नियन्त्रण शाखा रहेको छ। जहाँबाट हामीले धेरै कामहरू गर्दछौं। यसैगरी HEOC (Health Emergency Operations Center) चिकित्सा महाशाखाको अर्को अभिभारा हो। गएको भुकम्पमा स्वास्थ्य क्षेत्रले उल्लेखनीय योगदान पुऱ्याएको थियो। त्यसमा पनि यस महाशाखाको अहं भूमिका रहेको थियो। त्यसबेला देशभरी जुन जुन ठाउँमा प्रभावकारी सेवाहरू संचालन भयो त्यसमा यस महाशाखाको सूक्ष्म सुपरिवेक्षण र सहभागिता/समन्वय रहेको थियो। विदेशबाट सहयोगको लागि आएका विदेशी चिकित्सक टोलीहरूको उचित व्यवस्थापन गरी आवश्यक सयन्त्रहरू बनाई राख्न महाशाखा सफल भएको थियो। यसैगरी ग्रामीण क्षेत्रमा काम गर्ने NSI जस्तो गैर सरकारी संस्थाहरूसँग सहकार्य गरेर दुरदराजमा रहेको सुत्केरी आमाहरूलाई तुरुन्तै सेवा पुऱ्याउन सक्ने वातावरण पनि बनाएको छ।

प्रश्न २ NSI का कार्यक्रमहरूलाई यहाँले विगत धेरै वर्षदेखि नजिकबाट हेर्नुभएको छ, ति कार्यक्रमहरूको बारेमा यहाँको प्रतिक्रिया तथा सुझाव के छन् ?

जसरी तिर्खाई रहेको बेला पानी भेट्दाए जस्तै ग्रामीण स्वास्थ्य सेवामा खाडल रहेको बेला त्यसैलाई केन्द्रित गरेर कार्यक्रमहरू ल्याउने संस्था मध्ये NSI अग्रस्थानमा छ। त्यसमा पनि विशेष गरेर बाजुरा, बझाङ्ग जस्ता दुर्गम ठाउँ जहाँका मानिसहरूलाई उपचार गर्नुपर्ने भन्ने अस्पताल नपुगी बाटैमा मृत्यु हुनसक्ने अवस्थाको परिप्रेक्ष्यमा NSI ले नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयसँग मिलेर ग्रामीण क्षेत्रमा जुन सेवा पुऱ्याइरहेको छ, त्यो एकदमै सहाहनीय छ। सरकारसँगको समन्वय र जनता प्रतिको प्रतिबद्धता अर्को राम्रो पक्ष हो। NSI को यो कार्यक्रममा सेवामुखी भावना देखिएको छ र यसमा अन्य पक्षले पनि केही मनन गरी यसलाई पाठको रूपमा लिनुपर्ने जस्तो लाग्दछ। यस्ता किसिमको कार्यहरूको निरन्तरताको आवश्यकता छ। जबसम्म यी कार्यक्रमहरूलाई दिगो बनाउन सकिँदैन तबसम्म सहयोगको आवश्यकता रहन्छ। NSI का जति पनि कार्यक्रमहरू छन् ती सबै सरकारले सोचे जस्तो कार्यक्रमहरू हुन्। उदाहरणार्थ तालीम भित्र पनि यस्ता तालीमहरू छन् जसले ग्रामीण क्षेत्रमा भएका मानिसहरूको स्वास्थ्यलाई मध्यनजर गरी कार्यक्रमहरू तय गरिएका छन्। जसको महत्व पनि छ र उपादेयता पनि उतिकै छ। जो जनतासँग सबैभन्दा बढी बस्छ उसलाई तालीम दिएर सक्षम बनाउनु त्यो सरकारको प्रमुख जिम्मेवारी हो। त्यसमा NSI ले राम्रो सहयोग गरेको छ र जनतालाई राम्रो टेवा पनि मिलेको छ। व्यवहारिक रूपमा

विशेषज्ञ डाक्टरहरु जान नसकेको ठाउँमा एमबिबीएस डाक्टरहरुलाई नै उचित तालीम दिएर दक्ष बनाउने उल्लेखनीय कार्यहरु गरिएको छ । तालीम पश्चात् तालीम प्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरुलाई नजिकबाट नियाल्ने पद्धति पनि अर्को राम्रो पक्ष हो जुन अरुले पनि सिक्नु आवश्यक छ । कसैलाई तालीम मात्र दिएर हुँदैन । तालीमपश्चात् कस्तो गरिरहेको छ, उसको कामको वातावरण कस्तो छ, र त्यसको निरन्तरता पनि उत्तिकै आवश्यक हुन्छ । यसलाई NSI ले खेलेको भूमिकाहरुलाई अझै प्रभावकारी रूपमा लानुपर्ने देख्छु । यसको मतलब अपर्याप्त छ भनेको होइन । तर समयसँगै यसलाई परिमार्जन गरेर सरकारसँगसँगै लानुपर्ने हुन्छ । सरकारको पनि कतिपय नयाँ कार्यक्रमहरु आइरहेको हुन्छ, ती कार्यक्रमहरु हेरेर, अझ बढी सहकार्य गर्नुपर्छ र योजनाहरु बनाउनु अघि सरकारसँग आवश्यक छलफल गरी यो भन्दा पनि राम्रा नतिजाहरु ल्याउन सकिन्छ । हामीले अन्य सरोकारवालालाई पनि समन्वय गरेर काम गर्नुपर्ने भन्ने परस्परको सहयोगहरु बढ्छ । जस्तै स्थानीय विकास समितिहरु छुनु, वहाँहरुले पनि यी कुरा मनन गर्नुपर्ने हुन्छ । NSI, सरकार र स्थानीय विकास समिति मिलेर सँगै काम गर्नुपर्ने भन्ने नतिजा प्रभावकारी हुनेछ । वहाँहरुलाई जानकारी दिएर मात्र कार्यक्रमहरु लैजाने गरिएको छ, जुन एकदमै राम्रो शुरुवात हो । केन्द्रीय स्तरको निर्देशक समितिमा पनि सम्बन्धित मन्त्रालयलाई पनि योजनागत रूपमा सहभागी गराएर कार्यक्रमहरु तय गर्न सकेमा अझ प्रभावकारी हुनेछ ।

प्रश्न ३ संघीयतामा स्वास्थ्य मन्त्रालयको भूमिका के-कस्तो हुनेछ ?

स्वास्थ्य मन्त्रालयको भूमिका अहिलेको संघीयतामा संगठनात्मक संरचनाको हिसाबले केही फरक हुन सक्छ । स्वास्थ्य मन्त्रालयको भूमिका संघीय राज्यमा 'Health in all policy' भन्ने भावनाहरु सहितको हुनुपर्छ । हामी अहिले संघीयतामा के-कस्तो गर्दा राम्रो हुन्छ, भन्ने बारेमा छलफल गरिरहेका छौं र सोही अनुरूपका नीति नियम पनि बनाई रहेका छौं । सबैलाई नै प्रतिविम्बित गर्ने गरी अझ एक पाईला अघि आएर जस्तै दुर्गम क्षेत्रमा समतामूलक स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको कुरामा स्वास्थ्य मन्त्रालयले दह्रो किसिमको भूमिका खेल्नु पर्ने देख्छु ।

प्रश्न ४ हाल विभिन्न तहका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई प्रदान गर्दै आएको सेवाकालीन तालीम (In-service training) को बारेमा तपाईंको धारणा कस्तो छ ? यस्ता तालीमहरुमा के-कस्ता सुधार गर्नुपर्ने देख्नुहुन्छ ?

दैनिक रूपमा बिरुवामा पानी राखे भैं स्वास्थ्य सेवालाई पनि हरिलो भरिलो बनाई राख्न तालीमहरुको आवश्यकता पर्दछ । तर सेवाकालीन तालीम सधैं दीर्घो बनाई राख्न त्यस स्वास्थ्य संस्थाको निरन्तर प्रभावकारी सेवा आवश्यक हुन्छ । यस सम्बन्धमा स्वास्थ्य मन्त्रालयको सम्बन्धित निकायसँग बसेर त्यस ठाउँमा सधैं भरिलो बनाई राख्न के गर्न सकिन्छ, यो परिप्रेक्ष्यमा पनि ध्यान दिएर यी तालीमहरु संचालन गरिनुपर्छ । तालीम पश्चात् पनि निरन्तर रूपमा आवश्यकता अनुसार सहयोग गरिरहन सक्यौं भने राम्रो हुन्छ । तालीमका पाठ्यक्रमहरु समय समयमा अद्यावधिक गरिरहनु पर्दछ । जसबाट अझ प्रभावकारी कुराहरु आउनुका साथै नयाँ तरिकाहरु पनि अपनाउन सकिन्छ । स्वास्थ्यकर्मीहरु कम समय तालीम क्षेत्रमा र बढी समय आफ्नो कार्य स्थानमा (Short Stay Modality) रहेर गर्नसक्ने खालको तालीमहरु आउनुपर्छ । उदाहरणको लागि विगतमा भ्यासेक्टोमी र मिनिल्यापको तालीम १५ दिनको हुने गर्थ्यो भने अहिले कार्यस्थलमै ७ दिनसम्म आफै पढ्न लगाउँछौं र जाँच लिन्छौं । र अन्तमा सीप सिकाउँदछौं । यसले प्रशिक्षार्थीको कार्यस्थलमा लामो अनुपस्थितिलाई घटाउँछ ।

प्रश्न ५ जिल्ला अस्पतालबाट प्रदान गरिने चिकित्सा सेवाको गुणस्तर सुधारको लागि यहाँको भावी योजनाहरु के-के हुन ?

चिकित्सा सेवाको गुणस्तर सुधारको लागि प्रथमतः हाल प्रदान गर्दै आईरहेका अधिकतम सेवाहरुको निरन्तरता नै हो । यसकोलागि अन्य महाशाखासँग परस्पर समन्वय र सहकार्यको जरुरी छ । जस्तो जनशक्ति ब्यस्थापनको लागि कर्मचारी प्रशासन, पूर्वाधार विकासको लागि भौतिक योजना महाशाखा र त्यस्तै आवश्यक श्रोत र बजेट व्यवस्थापनको पनि नितान्त आवश्यक छ ।

अहिले लगत्तै २०-२५ जिल्लामा बीमा कार्यक्रम लागू हुँदैछ । यसको परिणामलाई पनि हेरेौं, यसलाई क्रमशः अन्य जिल्लामा पनि स्केल अप गरेर जाने नीति छँदैछ । त्यसैगरी Evidence Based Planning को खाँचो छ । गत सालदेखि क्षेत्रीय रूपमा अस्पतालहरुको वार्षिक समीक्षा शुरु गरेका छौं । यसले अस्पतालहरुको सुषुप्त अवस्थामा रहेका सूचकाङ्कहरुलाई जागृत गराउने छ भन्ने पूर्ण आशा गरेका छौं । यसले Best Performer को छनौट र उक्त संस्थाको अनुभव तथा सिकाई एकआपसमा साटासाट गर्दै जानेछ । त्यसैगरी स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यरत जनशक्तिको आवश्यक

वृत्ति विकास र Reward System अगाडि ल्याइने छ । विभिन्न प्रतिष्ठानहरुबाट धेरै ठाउँबाट पहुँच हुने (Hub) स्थानमा नियमित satellite clinic संचालन गरी उक्त ठाउँबाट दिन सक्ने प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउनुपर्दछ । आपतकालिन सेवाहरुको समुचित विकास गरी प्रेषण प्रणाली (Referral System) अझ प्रभावकारी बनाउनु आजको आवश्यकता हो । यी र यस्ता अत्यावश्यक कार्यक्रमहरुलाई चिकित्सा महाशाखाले अगाडि ल्याउने छ । साथै स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत जनशक्तिको आवश्यक वृत्ति विकास र पुरस्कारको व्यवस्था गर्ने जस्ता कार्यक्रमहरु पनि अगाडी ल्याइने छ ।

प्रश्न ६ तपाईंले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र विभिन्न अस्पतालहरु हुँदै, मन्त्रालयको चिकित्सा महाशाखा प्रमुख हुँदासम्मको अनुभवको आधारमा तपाईंलाई प्रभाव पारेको अविष्मरणीय घटना सुनाउनु हुन अनुरोध गर्दछौं ।

जब म आफै PHC मा काम गर्दथे मेरो एकजना नातेदार बुहारीको डेलिभरीको समय थियो । हाम्रा नर्सिङ्ग दिदीहरु त थिए तर एकदमै राम्रो नर्सिङ्ग दिदी चै विदामा हुनुहुन्थ्यो । डेलिभरीको समयमा विरामीको Bleeding रोकिएन जसको कारण नर्सिङ्ग दिदीहरुले Retention of placenta जस्तो छ भनेर भन्नुभयो । आफू जान नमिल्ने स्थिति थियो । त्यसैले बाहिरबाट नै निरीक्षण गर्दै थिएँ । पछि त्यो Cord चुँडियो । त्यसपछि अरु उपाय नभएपछि आफूले नै Manual remove गरेको छु । स्वास्थ्यमा कुनै पनि किसिमको व्यवधान तथा अवरोध हुनुहुँदैन । आफूले त्यसबेला चिकित्सकको नाताले आफ्नो परम्पराको परिधिलाई पनि नाघनुपरेको घटना मेरो कार्यअवधिमा एउटा अविष्मरणीय अनुभव हो ।

अर्को प्रसंग म सुदुर पश्चिम महाकाली अञ्चल अस्पतालमा काम गर्दा एकजना १८ वर्षको युवकको सर्पदंशबाट मृत्यु भयो । उसलाई हामीले बचाउन सकेनौं । मेरो त्यो तराई क्षेत्रमा पहिलो कार्यानुभव थियो र त्यस युवकलाई बचाउन नसकेपछि हामीले त्यस बेला एउटा अठोट लियौं । त्यहाँका जनताहरूसँग मिलेर ICU जतिकै सेवा दिने भनेर बनायौं । अर्को वर्ष हामीले भरी पर्ने ३-४ महिनाको समयमा कसैले विदा नलिने र परिआएको खण्डमा Intubation नै गर्नसक्ने क्षमता राखेर एक जना विरामीलाई पनि मर्न नदिई उपचार गरेका थियौं । यो मेरो जिन्दगीको एकदमै अविष्मरणीय समय थियो । ■

रक्त संचार सेवा सम्बन्धी केही तथ्यहरू

डा. काशिम शाह, एमडीजीपी

क) इतिहास :

१. सन् १६२८ मा वेलायतका चिकित्सक डा. विलियम हार्वेले मानव शरीरमा हुने रक्त संचार (Blood Circulation) बारे तथ्य पत्ता लगाएका थिए ।
२. सन् १६६५ मा सर्वप्रथम वेलायतका डा. रिचार्ड लोअरद्वारा सफलतापूर्वक एउटा कुकुरबाट अर्को कुकुरमा Blood Transfusion गरिएको थियो ।
३. सन् १६६८ मा फ्रान्सका डा. जिन वापटिस्टे र वेलायतका डा. रिचार्ड लोअरले भेडाको रगतलाई मान्छेको शरीरमा सफलतापूर्वक Transfusion गराएका थिए । तर यसको १० वर्ष पछि त्यसको प्रतिकूल असरको कारण जनावरको रगतलाई मानव शरीरमा Transfusion गर्न प्रतिबन्ध लगाइयो ।
४. सन् १८१८ मा वेलायतमा पहिलो पटक सफलतापूर्वक एउटा मान्छेको रगत अर्को मान्छेमा Transfusion गरिएको थियो । डा. जेम्स वलन्डेलले Post Partum Hemorrhage भएकी महिलालाई उनको पतिको रगत Transfusion गरी ज्यान बचाएकी थिइन् ।
५. सन् १९०० मा अष्ट्रियाका डा. कार्ल लेन्डस्टेनरले रगतको A, B र O समूह हुन्छ भन्ने कुरा पत्ता लगाएका थिए ।
६. सन् १९१४ मा वेल्जियमका डा. हस्तिनले रगतलाई शरीर बाहिर सोडियम साइट्रेड रसायनको सहायताले नजम्ने गरी सुरक्षित राख्ने तरिका पत्ता लगाएका थिए ।
७. सन् १९३२ मा पहिलो रक्त संचार केन्द्र रुसको लेनिनग्राद अस्पतालमा संचालन गरिएको थियो ।
८. नेपालमा वि.सं. २०२० भाद्र १९ गते नेपाल रेडक्रस सोसाइटीको स्थापना भएलगत्तै २०२३ श्रावण १२ गतेबाट लक्ष्मी ब्लड बैंकको नाममा वीर अस्पताल नजिकैको सानो घरबाट रक्त संचार सेवाको स्थापना र संचालन गरिएको थियो ।

ख) रगतबारे केही जानकारी:

१. हाम्रो मुटु र रक्त नलीहरूमा लगातार बगिरहने रगत ४५% कोषिका (cells) र ५५% तरल पदार्थ (Plasma) मिलेर बनेको हुन्छ । यसको बनावटलाई यसरी पनि बुझ्न सकिन्छ ।
रगत = रक्तकोष (४५%) + प्लाज्मा (५५%) (Plasma = Serum + Blood Clotting Factors)
२. रगत मानव शरीरको हाड भित्रको तत्व (Bone Marrow) मा बन्दछ । रगत बन्नको लागि शरीरलाई फलाम (Iron) फोलिक एसिड (Folic Acid) र अन्य भिटामिनहरू (B12) को आवश्यकता पर्दछ । भ्रुण अवस्थामा र नवजात शिशुहरूको शरीरमा भने कलेजो र फियोले रगत बनाउने काम गर्दछ ।
३. हाम्रो शरीरमा नयाँ रगत बन्ने र पुरानो रगत नष्ट हुने प्रक्रिया लगातार रूपमा चलिराखेको हुन्छ । रगतको आयु सिद्धिएपछि आफैँ नष्ट हुन्छ । सामान्यतया रक्तकोषहरूको आयु यसप्रकार हुन्छ ।
 - रातो रक्त कोष (RBC) : १२० दिन
 - सेतो रक्त कोष (WBC) : घण्टा - हप्ता सम्म
 - प्लेटलेटस (Platelets) : केहि दिन मात्र (५ दिन)
४. 1 Unit of Blood = 525 ml (One Pint)

ग) रक्तदानबारे केही जानकारी

१. रक्तदानमा कति समय लाग्छ र हाम्रो शरीरमा रगतको आपूर्ति कसरी हुन्छ ?
रक्तदान गर्दा ५ देखि ७ मिनेटसम्म बेडमा अथवा कुर्सीमा बस्ने र केही तरल पदार्थ खानु राम्रो हुन्छ । रक्तदान गरिसकेपछि जुन काम गरे पनि हुन्छ । केवल ३ घण्टासम्म धुम्रपान र नशालु पदार्थको सेवन नगर्नु उत्तम हुन्छ । रक्तदान गरेमा हाम्रो शरीरमा साधारण प्रक्रियाले

स्वतः रगत आपूर्ति भइहाल्छ । वास्तवमा शरीरबाट कम भएको भोल केही घण्टामा नै आपूर्ति हुन्छ । त्यस्तो कुनै विशेष ध्यान दिनुपर्ने तथा विशेष खाना खानु पनि आवश्यक छैन ।

२. कस्ता व्यक्तिले रक्तदान गर्न सक्छन् ?

- १७ वर्ष पुरा भई ६० वर्ष उमेर ननाघेका पुरुष वा महिलाले ।
- वजन ४५ के.जी. भन्दा माथि भएका व्यक्ति ।
- हेमोग्लोबिन १५ ग्राम वा सो भन्दा माथि भएका व्यक्ति ।
- रक्तचाप १००/७० देखि १६०/९५ मि.मि. मर्करी भएका व्यक्ति ।
- शारीरिक परीक्षण (मुटु, फोक्सो, कलेजो) राम्रो क्रियाशील हुनुपर्दछ । पहिले वा हाल जण्डिस, मलेरिया, टाइफाइड, एड्स, वा औषधीहरू सेवन गरेका कुनै विरामी भएमा डाक्टरसँग परामर्श लिएर मात्र गर्नुपर्छ ।
- रक्तदान अवधि: पुरुषले वर्षको ४ पटक ३/३ महिनामा र महिलाले वर्षको ३ पटकसम्म रगत दिनु उत्तम हुन्छ ।

३. कस्ता व्यक्तिले रक्तदान गर्न सक्दैनन् ?

छारो रोग, क्षयरोग, यौनरोग, मधुमेह, दम, उच्च रक्तचाप, मिर्गौलाको रोग, मुटुको रोग, जण्डिस, विषमज्वरो, एड्स, असुरक्षित र धेरै जनासँग यौन कार्यमा संलग्न तथा लागुपदार्थ, दुर्व्यसनीमा लागेका व्यक्तिको रक्तदान गर्नु हुँदैन । हाम्रो परिप्रेक्ष्यमा महिलाले महिनावारी भइरहेको बेला (सुरु भएको ८ दिन सम्म) बच्चालाई स्तनपान गराइरहेकी आमा र गर्भवती अवस्थामा रक्तदान गर्नुहुँदैन । ■

गत अंकमा प्रकाशित समस्या नं. १२ अन्तर्गत सोधिएको प्रश्न

“तपाईंको विचारमा संस्थागत प्रसूति सेवालाई बढाउन स्थानीय स्तरमा के के गर्नुपर्दछ जस्तो लाग्दछ ?”
को जवाफ पठाई स्वास्थ्य चौकी केरुङ्ग, सोलुखुम्बुकी अनमी मुना गिरी बिजेता हुनु भएको छ । वहाँको उत्तर यसप्रकार छ:



मातृ मृत्यु र नवशिशु मृत्युलाई घटाउनको लागि संस्थागत प्रसूति सेवामा जोड दिनु आवश्यक छ । संस्थागत प्रसूति सेवालार्इ बढाउन मुख्य भूमिका स्थानीय कै रहेको हुन्छ । जसको लागि स्थानीय स्तर देखि नै जनचेतना जगाउनु आवश्यक हुन्छ । स्थानीय स्तरमा रहने मुख्य सूचक भनेको प्रत्येक वडामा रहनु भएका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु हुन् । जसको कारण प्रत्येक महिनाको FCHV को Meeting मा आउँदा आ-आफ्नो वडामा रहेका गर्भवतीहरुको नामावली ल्याउन लगाउने र आफ्नो संस्थामा रहेको MCH रजिस्टरसँग समायोजन गर्ने । यदि स्वास्थ्य संस्थामा नभएको खण्डमा FCHV लाई परामर्श गरी स्वास्थ्य संस्थामा पठाउन अनुरोध गर्ने । यसरी ANC देखि नै हामीले पनि परामर्श गर्दै जाने र जब गर्भवती नवौं महिनामा पुगिन्छन् प्रसूतिको समयमा देखापर्ने जटिलताहरुको बारेमा पूर्णरूपमा

जानकारी गराउने र घरैमा प्रसूति हुँदा देखापर्ने समस्याहरुको बारेमा पनि जानकारी गराई स्वास्थ्य संस्थामा नै प्रसूति हुन आउनको लागि जोड दिने । साथै प्रत्येक गर्भवतीहरुको फोन नं. पनि टिपेर राख्ने । त्यस्तै स्वास्थ्य संस्थामा पनि FCHV हरुको Meeting हुनु पूर्व नै आगामी महिनामा प्रसूति हुने महिलाहरुको नाम, वडा नं. र प्रसूति हुने मिति समेत लेखेर सबैले देख्ने गरेर टाँस्ने । उक्त Meeting को समयमा सबै FCHV हरुलाई आ-आफ्नो वडामा रहेका आगामी महिनामा प्रसूति हुने महिलाहरुको नामावलीको बारेमा जानकारी दिने र FCHV हरुलाई नै आ-आफ्नो वडामा रहेका गर्भवतीहरुलाई संस्था सम्म लिएर आउन लगाउने । FCHV हरुलाई मायाको चिनो समेत प्रदान गर्ने, जसले गर्दा FCHV हरुमा पनि हौसला मिल्नेछ । साथै यो समयमा जब गर्भवतीहरुको प्रसूतिको मिति नजिक आउँछ, हामीले स्वास्थ्य संस्थाबाट पनि फोन मार्फत उनीहरुलाई स्वास्थ्य संस्थामा नै आउनको लागि जोड गर्दै रहने । यति गरिसकेपछि मलाई लाग्छ, पक्कैपनि संस्थागत प्रसूति हुने संख्यामा वृद्धि हुन्छ । ■

हामीलाई तपाईंको समस्यामात्र नभन्नुहोस्, केही समाधानको सुझाव पनि दिनुहोस् ।

यहाँहरुको सहभागिताकोलागि हामी धन्यवाद दिन चाहन्छौं । आउँदो अंकहरुको समस्या समाधानमा पनि यहाँहरुले आफ्नो समाधानका प्रयासहरु लेखि अन्य स्वास्थ्यकर्मी साथीहरुलाई प्रोत्साहन गरी सहयोग गरिदिनुहुन हामी अनुरोध गर्दछौं । तपाईंको प्रयास वा कोशिस अरुकालागि पनि समाधान हुनसक्दछ । यस समस्याको सबैभन्दा राम्रो समाधान पठाउनुहुने स्वास्थ्यकर्मीलाई रु ५,०००/- द्वारा पुरस्कृत गरिनेछ ।

समस्या # १३:

स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै तहहरुमा रेकर्डिङ्ग तथा रिपोर्टिङ्ग प्रणालीलाई अभि प्रभावकारी बनाउन स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा के-कस्ता उपायहरु अपनाउन सकिन्छ ?

स्वास्थ्य प्रतियोगिता

अंक १२ को सही उत्तर हो : क(२), ख(२), ग(२), घ(२), ङ(३) र च(४) ।
यस अंकमा सही उत्तर प्राप्त नभएकोले विजेता घोषित गरिएको छैन ।

१. स्वास्थ्य संस्थामा संक्रमण रोकथाममा जोड दिनुको मुख्य उद्देश्य के हुनसक्छ ?

- क) ड्रेसिङ्ग र खोप सम्बन्धी औषधीको लागत मूल्य कम गर्न
ख) एन्टिबायोटिकको विकास गर्न
ग) सेवाग्राही, सेवा प्रदायक र अन्य कर्मचारीबीच परस्परमा एच.आई.भी. एड्स, हेपाटाईटिस वी जस्ता रोग सर्नवाट बच्न र बचाउन
घ) माथिका सबै

२. के गर्नुभन्दा अगाडि हात धुनुपर्छ ?

- क) विरामी जाँच गर्दा
ख) पेल्लिक जाँच गर्दा
ग) निर्मलीकृत पञ्जा लगाई पिलो चिर्दा
घ) माथिका सबै

३. १६० ग्रामको भाइरक्सलाई ०.५% घोल बनाउन कति पानी थप्नुपर्छ ?

- क) ३ लिटर
ख) १० लिटर
ग) ५ लिटर
घ) १५ लिटर

४. कपडाले नबेरिकन (unwrapped)

राखेको surgical instrument लाई निर्मलीकरण गर्नको लागि कति समयसम्म Autoclave मा राख्नु पर्छ ?

- क) ३० मिनट
ख) १० मिनट
ग) २० मिनट
घ) १५ मिनट

५. डिस्पोजेबल सिरिञ्ज र निडिललाई पञ्चर पृफ बक्समा नष्ट गर्नुअघि के गर्नु जरुरी छ ?

- क) होशियारीसाथ री-क्याप गर्नुपर्छ
ख) निडिललाई भाँच्नु या बङ्गाउनु पर्छ
ग) सिरिञ्ज र निडिललाई अलगयाउनु पर्छ
घ) माथिको कुनै पनि होईन

६. नवशिशुलाई नुहाईदिदा संक्रमण हुनबाट जोगाउन मुख्य के कुरामा ध्यान दिनुपर्छ ?

- क) जन्मनेवित्तिकै नुहाईदिने
ख) जन्मेको ६ घण्टा पछि नुहाईदिने
ग) जन्मेको २४ घण्टा पछि नुहाईदिने
घ) माथिको कुनै पनि होईन

वार्षिक ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मी गोष्ठीमा सहभागी हुन आह्वान

निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटले हरेक वर्ष राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्रसँग समन्वय गरी 'वार्षिक ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मी गोष्ठी' आयोजना गर्ने गरेको छ । यसै क्रममा आगामी मार्च महिनामा आठौं वार्षिक गोष्ठी हुन गइरहेको छ । उक्त गोष्ठीमा सहभागीताका लागि इच्छुक स्वास्थ्यकर्मीहरूले आफ्नो कार्यक्षेत्रमा घटित घटनालाई एउटा कथा (केशस्टोरी) को रूपमा लेखी तल दिइएको ठेगानामा पठाउनुहोस् । कथा लेख्दा दश वर्ष यताका कथालाई मात्र समेट्नुहुन अनुरोध छ । निवेदन संगसंगै आफ्नो बायोडाटा र सम्पर्क फोन नं. पनि लेखि पठाउनुहुन अनुरोध छ । यहाँहरूले पठाउनुभएको कथाको आधारमा राम्रा ठहरिएर छानिएका कथाहरू पठाउने स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई मात्र यस गोष्ठीमा भाग लिनको लागि आमन्त्रित गरिने छ । उक्त निवेदन पौष मसान्तभित्र पठाइसक्नु पर्नेछ ।

स्वास्थ्य प्रतियोगितामा भाग लिने सहभागीले तल उल्लेखित ठेगानामा आफ्नो उत्तर पठाउनु होला । यसमा भाग लिएका सही उत्तर पठाउनेहरू मध्ये पाँच (५) जनालाई आर्कषक उपहार प्रदान गरिनेछ । कृपया उत्तर पठाउँदा आफ्नो ठेगाना तथा सम्पर्क फोन नम्बर पनि लेखी पठाउनुहोला ।



NATIONAL HEALTH TRAINING CENTRE
GOVERNMENT OF NEPAL



NSI
Nick Simons Institute
ENHANCING RURAL HEALTH CARE

STAMP

कृपया यहाँहरूको सुभावा, लेख, अनुभव, प्रतिक्रिया तथा समस्याहरू 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



TO: _____

सम्पादन/अनुवाद: नवराज श्रेष्ठ • संयोजक: पलीन सुब्बा • सल्लाहकार: डा. अनिल श्रेष्ठ, इन्द्रा राई • स्तम्भकार: डा. काशिम शाह, बाल सुन्दर चाँसी, शारदा शाह, रीता पोखरेल, माधव भुपाल, विजय ढकाल • डिजाइन/लेआउट: हरि मरासिनी