

डा. सुशीलनाथ प्याकुर्‍यालको जीवनी



डा. सुशीलनाथ प्याकुर्‍यालको जन्म वि.स. २०१६/०५/२२ मा पिता स्व. शशीनाथ प्याकुर्‍याल तथा माता रुकमणी प्याकुर्‍यालको कोखबाट चितवन जिल्लाको रामपुर गा.वि.स.मा भएको थियो। बुवाको जागीर सिरहामा भएकोले उहाँको बाल्यकाल त्यहीं नै बितेको थियो र SLC सम्मको पढाई पनि चन्द्र व्यवसायिक माध्यमिक विद्यालयमा भएको थियो। २०३२ सालमा SLC पास गरेपछि २०३३ सालमा महाराजगञ्ज क्याम्पसमा रेडियोग्राफरको अध्ययन थाल्नुभयो र २०३६ सालमा अध्ययन पुरा गरिसकेपछि मेची अञ्चल अस्पतालमा अस्थायी नियुक्ती लिई पहिलो जागीर शुरु गर्नुभयो। त्यस लगत्तै २०३७ सालमा लोक सेवा पास गरेपछि सोही अस्पतालमा स्थायी जागीर थाल्नुभयो। २०३९ सालमा महाराजगञ्ज क्याम्पसमा MBBS अध्ययनको लागि छनौट हुनु अगाडीसम्म उहाँले रेडियोग्राफरको रूपमा मेची अञ्चल

अस्पताल, कोसी अञ्चल अस्पताल तथा भोजपुर अस्पतालमा काम गर्नुभयो। २०४६ सालमा MBBS उत्तीर्ण गरेपछि अस्थायी नियुक्ती लिई भोजपुर अस्पतालमा नि.मे.सु. भई कामकाज थालनी गर्नुभयो र २०४७ सालमा लोक सेवा आयोग परीक्षा उत्तीर्ण गरी स्थायी नियुक्ती लिई जिरी अस्पतालको मे.सु. भई काम गर्नुभयो। त्यहाँ बसेर काम गर्दा नाकबाट पानी जुका छिरेर Nose Pharynx मा पुगेको Case लाई नाकबाट Sprit हालेर जुकालाई Artery Forcep ले समातेर निकालेको घटनालाई अहिले पनि सम्झनु हुन्छ। त्यस्तै सगरमाथा बेस क्याम्पसमा २ पटक जाँदाखेरिको अनुभव, घोडामा चढेर Vasectomy Camp संचालन गर्न जाँदाको अनुभव, Gelaline पढ्काएर खोलामा माछा मारेको अनुभव अहिले पनि सम्झनु हुन्छ। २०४८ सालमा मोरङ रञ्जनी निवासी शारदा वाग्लेसँग उहाँ विवाह बन्धनमा बाँधिनु भयो र हाल उहाँको १ छोरा र २ छोरी छन्। २०५० सालमा जनस्वास्थ्य कार्यालय र अस्पतालको एकीकरण भएपछि जिरी अस्पतालको मे.सु. भएको नाताले दोलखा जिल्लाको पहिलो जिल्ला स्वास्थ्य प्रमुख भई काम गर्ने मौका पाउनुभयो। त्यो बेला हप्ताको २ दिन चरिकोटमा जिल्ला स्वास्थ्यमा काम गर्ने र अस्पतालमा अन्य चिकित्सक नभएकोले ५ दिन जिरी अस्पतालमा सेवा दिने गर्नुहुन्थ्यो। जनस्वास्थ्य कार्यालयबाट जिल्लाको सुपरिभिजन गर्न र vasectomy camp

बाँकी पेज ५ मा

यस अंकमा...

पृष्ठ १ डा. सुशीलनाथ प्याकुर्‍यालको जीवनी

पृष्ठ २-४ कथाहरु

- दुर्गममा दुर्गमकै बस्तुको उपयोग गरी उपचार
- HAPE को बिरामीको उपचार गर्दाको अनुभव

पृष्ठ ६-७ सि.एम.इ. कर्नर

- Nepal PEN Protocol-1

पृष्ठ ८-९ भलाकुसारी

- डा. बिकास देवकोटा

पृष्ठ १०-११ समस्याको समाधान

पृष्ठ १२ स्वास्थ्य प्रतियोगिता

दुर्गममा दुर्गमकै बस्तुको उपयोग गरी उपचार

- डा. दुर्गा राज महर्जन, एमडिजीपि, बाजुरा जिल्ला अस्पताल

निक साइमन्स इन्टिच्यूट (NSI) को अस्पताल सहयोग कार्यक्रम अन्तर्गत रहेर नेपालको दुर्गम अस्पताल बाजुरा जिल्ला अस्पतालमा कार्यरत रहेकाको एक अनुभवलाई बाह्य चर्चाको लागि मृत्युको मुखबाट कुनै पनि विरामीलाई खोसेर ल्याउन सक्दा डाक्टरको मन पनि फुरुंग हुँदोरहेछ । बाजुरा जिल्ला अस्पतालले एक पछि अर्को प्रगति र सुधार गर्दै लगेको देख्दा मलाई खुसी लाग्छ । विरामीहरूले यहाँ उपचार गर्न मिल्ने रोगको लागि रिफर हुनु नपरेको देख्दा अबै केही गरूँ जस्तो लाग्छ । जब अस्पतालको हाकिम देखि कार्यालय सहयोगीसम्म कै कर्मचारीहरूले मलाई सहयोग गर्छन् जिल्ला अस्पताल रहेता पनि अञ्चल अस्पतालले भन्दा कम सेवा दिएको छैन जस्तो भान हुन्छ ।

असोज महिनाको सुरुवातसंगै अनेक चुनौतिहरू पार गर्दै अस्पतालले आफ्नै फार्मसी सुरुवात गर्‍यो । यसले मन

साह्रै खुशी भयो । चुनौति जति आए पनि हामी डराउनु पर्दैन । जनताले धेरै आश राख्न थालेका छन् भने हामी पछि हट्नु पर्दैन । देशभरिका प्रायः सरकारी अस्पतालमा विरामीलाई लगातार २४सै घण्टा अक्सिजन दिनुपरेमा त्यसको व्यवस्थापनको लागि अस्पताललाई गाह्रो हुन्छ । एकजना नवजात शिशु सासै फेर्न नसक्ने अवस्थामा Severe Neonatal Sepsis र मेनिन्जाइटिस (Meningitis) को लक्षण लिएर आइपुगे । उनको बुबाआमा अस्पतालले उनको ज्यान बचाउलान् भनेर ठुलो आश लिएर आएका थिए तर हाम्रा स्टाफहरूमा यो शिशु बाँच्ने एकदमै कम आश थियो । डा. टीकाराम राईले बच्चालाई हेर्ने बित्तिकै उसको अवस्था बुझेर तुरुन्तै हातमा IV Canula खोलेर antibiotics दिए र oxygen को व्यवस्था गर्न लागे । बच्चा विहान ल्याएको थियो र Oxygen Cylinder नभए तापनि वार्डको कन्सन्ट्रटरबाट उसलाई अक्सिजन दिने व्यवस्था

गरियो । यस्तो दुर्गममा नवजात शिशुलाई मिल्ने साइजको अक्सिजनको ट्युब पाउन पनि कठिन थियो । त्यसैले एक Headbox पनि जुटायौं जसबाट नवजात शिशुको टाउको घेरेर बढी मात्राको अक्सिजन दिन सकिन्छ । अक्सिजन दिन थालेको केही समयपछि थोरै सुधारको लक्षण देखिन थाल्यो । बच्चाको बुबाआमालाई उनको ज्यान जोखिममा रहेको जानकारी अग्रिम नै गराइएको थियो । तर हामीले हार मनेको छैनौं पनि भनेर हौसला बढायौं, किनकी बाजुराबाट रिफर गरेमा १.५/२ दिन लगाएर धनगढी वा नेपालगन्ज पुग्नु अगावै बाटोमै ज्यान जाने थियो ।

त्यसै दिन दिउँसो फेरी अर्को ४ दिनको बच्चा सिकिस्त निमोनियाँ (Severe Pneumonia) र जन्मेदेखि दिसा नगरेको अवस्थामा ल्यायो । एकैदिन अक्सिजनको जरूरत दुईजना शिशुलाई भयो तर स्रोत भने



एउटामात्र थियो । दोस्रो शिशुलाई पनि अक्सिजनको कसरी व्यवस्था गर्ने भनेर जुक्ति निकाल्न थाल्यौं । गएको चैत्र महिनाको हाडजोर्नीको शिविरबाट प्राप्त दुई मुखे सक्सन ट्युबको प्रयोग गरेर दुबैलाई अक्सिजन दिने व्यवस्था मिलायौं । एक अक्सिजन नेजल केनुलालाई काटेर CPAP बनायौं । दुबै शिशुलाई लगातार अक्सिजन दिनुपर्ने थियो । त्यसैले अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर तातेर नविग्रियोस भन्नाको लागि ईमजेन्सीको पुरानो अर्को अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर ल्याएर पालैपालो चलायौं ।

हालै सुरु भएको हाम्रो अस्पतालको फार्मेसीसबाट बिरामीलाई हामीले ICU मा प्रयोग गरिने महंगो र कडा एन्टिबायोटिक र अन्य औषधीहरू पनि उपलब्ध गराएर उपचार गर्न सफल भयौं । आमाको दुध चुस्न नसक्ने र नमिल्ने भएकोले नेजोगेस्ट्रिक ट्युबबाट (Nasogastric Tube) खुलायौं । बेवि वार्मर विग्रिएकोले बिरामीहरूको तापक्रमको सन्तुलनको लागि हिटर, न्यानो कपडा र आमाको मायाको अंगालो (Kangaroo Mother Care) प्रयोग गर्यौं । ड्युटीका नर्सिङ स्टाफबाट नियमित औषधि दिनुका साथै १/२ घण्टाको फरकमा भाइटल मोनिटरिंग भइरह्यो । सक्सन मेसिन र ट्युब नभए पनि Meconium Aspirator र



Penguin suctioner बाट घण्टा घण्टामा आफ्नो मुखले सक्सन गरिरहे ।

अस्पतालमा लोडसेडिङको पनि निकै समस्या छ । दिनको १०/१२ घण्टा बिजुली नआउने भएपछि अस्पतालको सानो जेनेरेटर वार्डमै ल्याएर कार्यालय सहयोगी दाईले बिजुलीको व्यवस्था मिलाईदिनुभयो । सघनकक्ष (NICU) मा राखेर उपचार गर्नु पर्ने शिशुहरूलाई यहाँ SNCU ward नभए पनि जेनरल वार्डकै बेडमा राखेर उपचार गर्यौं तर सेवा सघनकक्षको जस्तै दिएर । अस्पतालको पुरै टिमले मलाई सहयोग गर्नुभयो । ४ दिनपछि शिशुहरूलाई अक्सिजन दिनु नपर्नेभयो । बच्चाहरू बाँचेपछि स्टाफहरूको मनोबल बढ्यो । त्यसैदिन ४ हप्ताका दुई नियोनेट (neonate) हरू अति सिकिस्त निमोनियाका लक्षणका साथ भर्ना गरियो र उसैगरी अक्सिजनको व्यवस्था गरी उपचार गरियो । दोस्रो शिशुको निमोनियाको उपचार पश्चात् दिसा नगरेको कारण आन्द्राको समस्याको शंकामा नेपालगंजमा अपरेसनको लागि रिफर गरियो र अरु शिशुहरूलाई डिस्चार्ज गरी घर पठाईयो ।

यस महिनामा अरु पनि निमोनियाका बच्चाहरू भर्ना हुदै उपचार गर्दै घर गएका छन् । अब नर्सिङ स्टाफहरूले पनि सिकिस्त बच्चाहरूको स्याहार गर्न सिक्दैछन् । मैले पनि सुगममा ठुलो अस्पतालमा अध्ययन गरेर सिकेको ज्ञानले

मात्र दुर्गममा उपचार गर्न नसकिने र लोकल बस्तुहरूको उपयोग गरेर पनि नयाँ तरिकाले उपचार गर्न सकिन्छ भन्ने बुझ्दैछु । पहिला दुर्गममा डाक्टर छैन भन्थे, अब डाक्टर छ तर सामान र सहयोगीहरू छैनन् भनेर बस्नुको सट्टा लोकल बस्तुको उपयोग गरेर नयाँ तरिकाले पनि हामीले उपचार गर्न सक्छौं । सरकारबाट यस क्षेत्रको विकासको लागि अझ सहयोग हुनेछ भन्ने आश गर्दछु, जसले हाम्रो हौसला अझ बढ्नेछ । किनकी बाजुरा दुर छ, तर नेपाल भित्रै छ । SNCU को स्थापना चाँडो होस । यही छ कामना । ■



High Altitude Pulmonary Edema (HAPE) को बिरामीको उपचार गर्दाको अनुभव

- चन्द्रदेव शर्मा, अहेव, छुसाङ्ग स्वास्थ्य चौकी, मुस्ताङ्ग

म २०७०/१२/९ गते बाग्लुङ्ग लोकसेवा आयोगबाट जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय मुस्ताङ्गमा स्थायी नियुक्ति लिएपछि दुर्गम ठाउँ हिमालपारीको जिल्ला मुस्ताङ्गको उपल्लो र तल्लो मुस्ताङ्गको बीचमा अवस्थित हालको बाह्रगाउँ मुक्तिक्षेत्र गा.पा.३, छुसाङ्ग स्वास्थ्य चौकीमा हालसम्म नियमित रूपमा सेवा दिँदै आइरहेको छु। यो ठाउँ स्वदेशी र विदेशी पर्यटकको रूपमा समेत चिनिएको ठाउँ हो।

यसरी नै सेवा दिने क्रममा २०७४/४/९ गते बेलुका ६ बजे एउटा बिरामीलाई एकजनाले बोकेर यस स्वास्थ्य चौकीमा ल्याइयो। त्यो पुरुष बिरामी वर्ष ३५ को जिल्ला संखुवासभा, गा.पा.चैनपुर २ बस्ने बेनी देखी कोरेला नाका सम्मको बाटोको पेटी ठेकेदार थियो। निजको ठेक्का उपल्लो मुस्ताङ्गमा परेको थियो। हामीहरु स्वास्थ्य चौकी भित्र बस्ने भएकोले २४ घण्टा ओ.पि.डि. तथा आकस्मिक सेवा दिँदै आइरहेका छौं। निज बिरामीलाई ओ.पि.डि. बेडमा राख्न लगाएँ र चेक जाँचको क्रममा निम्न प्रकारका लक्षण र चिन्ह देखिएको थियो।

- साँस फेर्न गाह्रो हुने र स्वाँ-स्वाँ गर्ने।
- थकान महसुस गर्ने र हिँड्न गाह्रो हुने।

- खोकी लाग्ने र अलि अलि खकारमा रगत मिसिएको समेत शिकायत गर्‍यो।
- जिब्रो, ओठ र नङ्ग निलो भएको थियो।
- साँस दर बढेको र छाती घ्यार-घ्यार गरेको आवाज सुनिनु।
- राती निन्द्रा कम लाग्ने।
- रक्तचाप १६०/१३० mm of Hg

Provisional Diagnosis गर्दा मेरो विचारमा High Altitude Pulmonary Edema (HAPE) भएको शंका लाग्यो। यस्तो दुर्गम ठाउँमा खासै उपचार नभएकोले मैले उनलाई जति सक्दो छिटो तल भर्नु भनै। तर रातिको समयमा कहाँ जाने, फेरी जोमसोम गाडी सिधै जाँदैन थियो किनकी कागबेनीको खोला र पाण्डा खोलामा पानी बढेर तर्ने अवस्था थिएन। त्यसैले जे हुन्छ रातभरी मलाई बचाई दिनुस्, भोलि जसरी भए पनि जान्छु भनेर उनले भनेपछि मैले उहाँको उपचार शुरु गरे। हामीहरुलाई HAPE सम्बन्धी २ दिने तालिम जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय जोमसोमले दिएको थियो। त्यही जानकारीको आधारमा मैले उहाँको उपचार शुरु गरेको थिएँ।

बिरामीलाई न्यानो कपडा दिएर बेडमा सुत्न लगाएँ। IV line open गरी NS-500 ml शुरु गरे।

- अक्सिजन लगाएँ (एकजना अमेरिकी युवाले उपलब्ध गराएका थिए)।
- Inj – Gentamycin – 80 mg x IV x BD
- Inj – Dexamethason – 8 mg x IV x BD
- Inj – Ranitidin – IV Drip x BD
- Tab – Dimox (Acetazolamid) – 250 mg x PO x TDS

यतिको उपचार शुरु गर्दा बिरामीले अलि सञ्चो अनुभव गरेछ। बिरामीको साथी भने राती बस्न नमानेर एकलै छोडेर चैले गाउँ गयो। अब के गर्ने त यस्तो बिरामीलाई एकलै छोड्नु हुँदैन जे पनि हुनसक्छ। त्यसैले म बिरामी बेडको नजिक कुर्सिमा बसी रातभरी नसुति बिरामीको उपचार र रेखदेख गरे। त्यसपछि उहाँको साथीलाई बोलाएर बिहान ९ बजेको गाडीमा जोमसोम जिल्ला अस्पताल पठाएँ र त्यहाँ पनि उपचार सम्भव हुन नसक्ने भएकोले हवाईजहाजमा पोखरा पठाईदियो। यस्तो दुर्गम ठाउँमा उपचार गरी मान्छेलाई बचाउँदा त खुशी लाग्यो। अहिले उहाँ घरमा राम्रोसँग स्वस्थ जीवनयापन गर्दैछ। ■

‘आजका दिन सम्म’

- श्री बलिराजबुढा, हेअ, जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, मुगु (९७४८९०५४९२, ०८७-४६००३९)

जन्मे हुर्के पढे लेखे आमा-साहाराले। गर्भमा नै छोडी गए ति मेरा बा-बाले। त्यहि भावको जग बस्यो मेरो मानस्पटल, पढे जुम्ला पक्जव सुर्खेत अस्पताल। ६२ को आयोग दिए स्थायी पत्र लिए, त्यतिखेर जागिर खाने कान्छो नै मै थिएँ। कालिकोट र मुगु हुदै आफ्नो स्वास्थ्य संस्था, मांग्री स्वास्थ्य चौकी भयो ६ वर्षको रस्या। हड्डी डाक्टर, पेटको डाक्टर, स्त्री रोगको पनि, नकार्ने थिएन ठाउँ काम जान्दिन भनि। नाई ANC Birthing पनि त्यति खेर त्यहाँ,

स्वास्थ्य संस्था निम्ता गर्न भन्दा लिई गाउ गए। सहकार्य गर्या मैले गा.वि.स. र संस्था, कार्य योजना सफल हुन्थ्यो मासिक बैठक वस्ता। हरेक वर्ष गा.वि.स.ले पैसा छुट्याई दियो, वर्थिड सेन्टर सु-सञ्चालन वर्ष मै भै दियो। माट, खोप पनि अरु धेरै सेवा दिए, जिल्लाबाट बेला बेला पुरस्कार नि लिए। स्थावासी र पुरस्कार नै थिए मेरा उर्जा, FCHV, HFML, स्टाफ पाट-पुर्जा। हे.अ. भए जिल्ला आए अनुभव गर्दैछु, आज सम्म जनस्वास्थ्यको क्रान्ति लड्दैछु।

बाँकी पेज १ बाट

गर्न जिल्लाभरी जानुपर्थ्यो । एकपटक कालिञ्चोकमा Vasectomy Camp मा जाँदा बाटोमा हिउँ परेर बाटो विर्सदा आफ्नो साथीहरूसँग छुट्टिएर रातभरी एकलै विताउनु परेको अनुभव पनि सँगाल्नु भएको थियो ।

यही दौरानमा २०५१ सालमा WHO को Scholarship मा Thailand को Mahidol University बाट एक वर्षको लागि MPH अध्ययन गर्ने मौका पाउनुभयो । त्यतिबेला नेपालले शुरुवात गरेको Primary Health Care Approach गाँस, बास र कपासमा शिक्षा र सुरक्षा प्राप्त नभएसम्म सफल नहुने रहेछ भन्ने कुराको बोध त्यहाँको अध्ययनको क्रममा गर्नुभयो । MPH को अध्ययन सकेर आएपछि उहाँको सरुवा तेह्रथुम अस्पतालमा भयो जहाँ दुरदराजमा बस्ने नेपाली जनतालाई कसरी स्वास्थ्य सेवा दिई खुशी बनाउन सकिन्छ भन्ने कुरामा तत्पर रहनुभयो र जिल्ला स्वास्थ्य प्रमुखको हैसियतले Preventive, Promotive, Curative, Rehabilitative सेवा सजिलै दिलाउनु भयो । उहाँको जनता प्रतिको माया र सेवा देखेर स्व. राजा विरेन्द्रले गोरखा दक्षिण बाहु चौथोबाट विभुषित गर्नुभयो ।

जागीर कै क्रममा २०५४-६१ सालसम्म उहाँले नुवाकोट जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयको प्रमुख भई काम गर्नुभयो । त्यो समय द्वन्द्वकाल भए तापनि कुनै पनि पक्षले जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय र स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सेवा प्रदान गर्नलाई अफ्टयारो भएन । त्यही समयमा लोक सेवा आयोगले जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयलाई ग्रा.स्वा.का., मा.सि.का., ल्याव. असिस्टेण्टको परीक्षा लिई स्थायी गर्न अधिकार प्रत्यायोजन गरेको थियो । नुवाकोट जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयले मात्रै त्यो अधिकार प्रत्योजनको सफलतापूर्वक प्रयोग गरेको थियो । यसको मुख्य कारण भनेको नै तात्कालीन अवस्थाका कुनैपनि राजनैतिक दलहरुले दबाव नदिएकोले नै हो । त्यसैले सबै राजनैतिक दलहरु प्रति उहाँ कृतज्ञता प्रकट गर्नुहुन्छ ।

उहाँले २०६१ साल देखि २०६९ साल सम्म गोरखा, संखुवासभा र तनहुँमा जिल्ला स्वास्थ्य प्रमुख भई काम गर्नुभयो । तनहुँमा जिल्ला स्वास्थ्य प्रमुख हुँदा

दमौलीमा ५० (पचास) बेडको अस्पताल बनाउने क्रममा अस्पतालको लागि छुट्टै पानीको सुविधा नभएसम्म भवन बनाउन नदिने कोसिस गरेकोमा पानीको मुल किनेर अस्पतालसम्म पानीको सुविधा गराएर मात्र भवन बनाउन दिएको उहाँको प्रयासलाई दमौली बासीले अहिले पनि स्मरण गर्ने गरेको छ । त्यस कार्यको लागि उहाँलाई सहयोग गर्ने सबै राजनैतिक दल लगायत तात्कालीन स्वास्थ्य मन्त्री माननीय गिरिराजमणी पोखरेलज्यू प्रति धन्यवादज्ञापन गर्नुहुन्छ ।

२०६९ सालमा एघारौँ तहमा आ.प्र. खुल्ला प्रतियोगिताबाट क्षेत्रीय निर्देशक भई मध्यपश्चिमाञ्चल, पूर्वाञ्चल र सुदुर पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयहरुमा सेवा दिने मौका पाउनु भयो । सुदुर पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयमा काम गर्दा निरन्तर बाल विवाह र छौपडी प्रथा हटाउन पैरवी गर्नुभयो । साथै सबै जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयलाई सबै खालको स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न प्रोत्साहित गर्नुभयो । जसको कारण उहाँको कार्यकालमा यो क्षेत्र २ पटक प्रथम भयो । यसैगरी मध्यपश्चिमाञ्चलको निर्देशक हुदाँ करार नियुक्तिको बेलामा जुन जिल्लाको स्वास्थ्यकर्मी हो त्यही जिल्लाको लागि छनोट गर्नुपर्छ भन्ने कुरालाई पैरवी गर्नुभयो । जसको कारणले हुम्ला जस्ता जिल्लामा जनताले आफ्नै जिल्लाका करार नियुक्ती पाएका स्वास्थ्यकर्मीबाट स्वास्थ्य सेवा पाए । यही कुरालाई अनुसरण गर्दै स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले करार नियुक्तीका बेलामा सम्बन्धित जिल्ला प्रतियोगीलाई ३-५ नम्बर छुट्टै दिने नियम बनायो ।

२०७४ मंसिरमा कार्यक्षमताको आधारमा हुने बढुवाबाट १२ औँ तहमा बढुवा भई हालसम्म स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयमा कार्यरत हुनुहुन्छ । लामो समय दुर्गम क्षेत्रमा रहेर काम गर्नुका साथै आफूले गरेका राम्रा कार्यहरुको मूल्यांकनको आधारमा नै १२ औँ तहमा बढुवा भएको ठान्नुहुन्छ । यसले आफू जस्तै अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई १२ औँ तहमा पुग्नलाई प्रेरणा मिल्नेछ भन्ने ठान्नुहुन्छ । मन्त्रालयमा बसेर कार्यरत रहँदा आफ्नो विगतका अनुभवहरु पुर्णरूपमा प्रयोग गर्न नपाएकोमा कहिले काहीं दिक्क पनि मान्नुहुन्छ ।

नेपालको ७७ वटै जिल्लामा कार्यरत रही हिमाल, पहाड, तराईको सामाजिक, सांस्कृतिक, राजनैतिक, स्वास्थ्य अवस्था बुझ्न पाएकोले स्वास्थ्य सेवाको Policy, Strategy र Action कस्तो हुनुपर्छ भन्ने ज्ञान भएकोले आगामी दिनमा त्यसलाई लागू गर्ने कार्यमा सक्रिय रहने अठोट गर्नुभएको छ । साथै ३९ वर्षको स्वास्थ्य सेवाको अनुभवले PPP Model बाट सबै CBO, NGO, INGO, EDP हरुलाई साथमा लिएर जनताको स्वास्थ्यलाई सुधार्न गर्न गाह्रो नहुने उहाँको निष्कर्ष रहेको छ । उहाँको बुझाइमा सबै स्वास्थ्य सेवाको महत्व भएपनि नेपाली जनताले अस्पतालको सेवालार्इ (जुन मानिसलाई बचाउने क्षेत्र हो) महत्व दिने रहेछ । यदि Preventive र Promotive सेवा राम्रो दियो भने धेरैलाई Curative सेवा नचाहिन पनि सक्दछ । Curative सेवामा Surgeon को महत्व धेरै नै हुने भएकोले स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय एकलैले सबै ठाँउमा पुर्‍याउन कठीन हुने भएकोले NSI जस्ता अन्य संस्थाहरूसँग सहकार्य गरी Surgeon हरुलाई दुर्गम अस्पतालहरुमा पठाएर धेरैको ज्यान बचाएकोमा यो Strategy धेरै नै राम्रो भएको ठान्नु हुन्छ ।

उहाँको विचारमा नेपाल सरकारका नीति तथा कार्यक्रममा सबै स्थानीय निकायमा चिकित्सक तथा सबै वडाहरुमा एक स्वास्थ्य संस्था रहने नीतिलाई राम्ररी कार्यान्वयन गरी सेवामुखी स्वास्थ्यकर्मी परिचालन गर्ने हो भने UHC पुरा गर्न कुनै पनि अफ्टयारो नपर्ने देखिन्छ । Basic Health Service, Free Health Service, Social Health Insurance, Emergency and Pre Hospital Service राम्रो Referral Service र Referral Centre राम्रो र गुणस्तरीय भयो भने सबै नेपाली जनताको स्वास्थ्य सम्बन्धी मौलिक हक पुरा हुन गाह्रो हुने छैन ।

उहाँको शौख खेलकुदमा पनि रहेको थियो । महाराजगंजमा अध्ययन गर्दा पाँचै वर्ष उत्कृष्ट खेलाडीको पुरस्कार प्राप्त गर्नुका साथै राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा टेवल टेनिस खेल खेल्नु भएको थियो । एउटा खेलाडी र स्वास्थ्यकर्मी भई विभिन्न ओहदामा बस्दा विभिन्न मुलुकहरु घुम्ने अवसर पनि पाउनु भएको थियो । ■

Nepal PEN Protocol- 1

HYPERTENSION, CARDIOVASCULAR DISEASE & DIABETES

यो प्रोटोकल कहिले प्रयोग गर्ने ?

- Hypertension, diabetes र tobacco use लाई entry point को रूपमा प्रयोग गरी cardiovascular risk को assessment र management गर्न ।
- Hypertension र diabetes को routine management को लागि र निम्न व्यक्तिहरूलाई लक्षित गरी screening गर्न :
 - Age > 40 years
 - Smokers
 - Waist circumference >90cm in women, >100cm in men
 - Hypertension or diabetes
 - First degree नातेदारमा premature CVD, diabetes वा kidney disease भएमा ।

ACTION 1: ASK ABOUT

- Heart disease, stroke, TIA, DM, kidney disease को diagnosis भैसकेको छ ?
- Angina, exertional dyspnea, orthopnea, numbness or weakness या limbs, loss of weight, increased thirst, polyuria, edema, hematuria केही छ ?
- कुनै Medicines लिई रहेको छ रु
- आजकल वा एक वर्ष भित्र tobacco प्रयोग गर्ने गरेको छ वा थियो रु
- रक्सी सेवन (frequency and amount)
- Occupation: sedentary or active ?
- कम्तिमा पनि हप्ताको ५ दिन ३० मिनेट भन्दा बढि समयको शारीरिक कसरत हुने गरेको ?
- First degree नातेदारमा premature heart disease वा stroke भएको family history ?

ACTION 2: ASSESS

- Waist circumference: >80cm F, >90cm M
- Blood pressure, pitting edema
- Palpate apex beat for heaving?
- Ascultate heart: regular rate & rhythm?
- Ascultate lungs: bilateral basal creps?
- Examine abdomen for tender liver
- DM patients को खुट्टा examine गर्ने
- Urine ketones and protein?
- Total cholesterol?
- Fasting or random blood sugar:
- Fasting > 126mg/dl
- Random > 200mg/dl

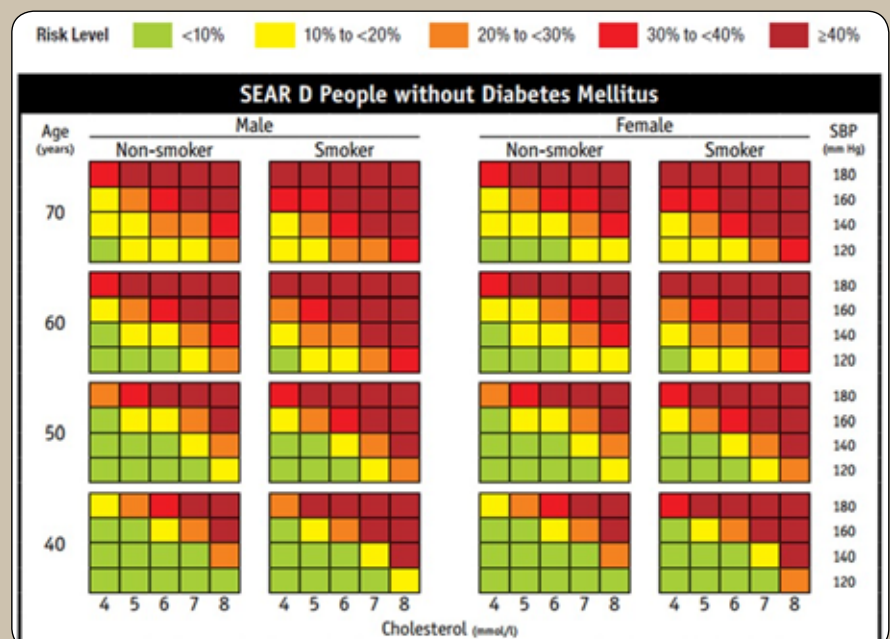
ACTION 3: RISK

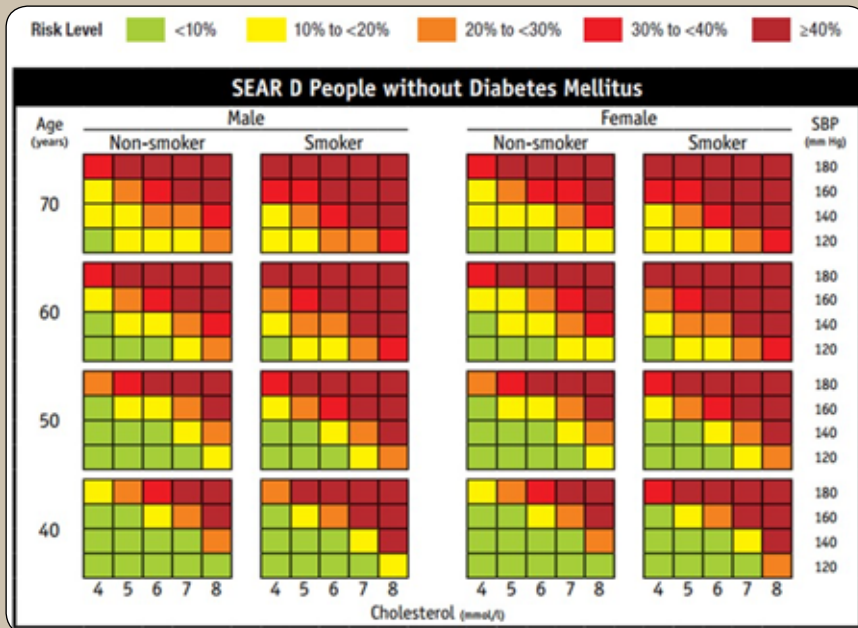
- उमेर, लिङ्ग, धूमपान SBP र Cholesterol लाई अजबचत मा राखेर हेर्ने ।
- 50-59 वर्ष उमेरको लागि "50" दयह मा हेर्ने, 60-69 वर्ष उमेरको लागि "60" दयह मा हेर्ने ।
- यदि Cholesterol को मात्रा थाहा छैन भने "5" प्रयोग गर्ने ।

- Family history मा premature CVD भएको भएमा यो chart ले कम जोखिममा estimate गरिदिन्छ ।

ACTION 4: REFER

- BP > 200 र 120 mmHg वा ४० वर्ष भन्दा बढि उमेर भएकामा BP > 140 र 90 mmHg
- Heart disease, stroke, TIA, DM, kidney disease भएका तर assessment नगरेका भए assessment गर्नका लागि
- New chest pain or severity या angina or symptoms या TIA or stroke
- Target organ damage: angina, claudication, cardiac failure
- Cardiac murmurs
- 2-3 प्रकारका BP को औषधि लिई रहेका तर BP 140 र 90 भन्दा माथि नै
- Any proteinuria
- नया पत्ता लागेका DM का विरामी जसमा urine ketones 2+ वा उमेर 30 वर्ष भन्दा कमका भएमा





- Total cholesterol > 8mmol/l (320mg/dl)
- Metformin को उच्च मात्रा लिईरहंदा पनि DM राम्रो नियन्त्रणमा नभएका
- Severe infection वा foot ulcers ePsf DM का विरामी ।
- हालसालै दृष्टिमा समस्या भएका वा दुई वर्ष भन्दा बढी आँखा जाँच नगराएका DM का विरामी ।
- High cardiovascular risk (> 30%)

RISK <20%

- Diet, physical activity, धूम्रपान त्याग्ने र रक्सी हानिकारक सेवन छाड्नेबारे परामर्श गर्ने
- यदि SBP > 160-180 वा DBP > 100-110 भए २ हप्तामा follow up को लागी बोलाउने
- यदि SBP > 160 jf DBP > 100 भए : Enalapril 2.5mg + HCTZ 12.5mg daily शुरु गर्ने ।
- यदि SBP < 160 and DBP < 90: Life style modification लाई निरन्तरता दिने
- यदि cholesterol > 8mmol/l (320mg/dl) भए statin drug शुरु गर्ने
- यदि medication शुरु गरिएको भए treatment response लाई monitor गर्ने
- 12 महिनामा Follow up गर्ने ।

RISK 20-30%

- Diet, physical activity र धूम्रपान त्याग्ने र रक्सी पिउन छाड्नेबारे परामर्श गर्ने
- यदि SBP >140 jf DBP > 90 भए २ हप्तामा follow up को लागी बोलाउने

- यदि SBP >160 वा DBP >100 eP: Enalapril 2.5mg + HCTZ 12.5mg daily शुरु गर्ने
- यदि SBP 140- 160 and/or DBP 90-100 eP: HCTZ 12.5mg daily शुरु गर्ने ।
- यदि SBP <140 / DBP ? 90 : Life style modification लाई निरन्तरता दिने
- यदि cholesterol > 8mmol/l (320mg/dl) भए statin drug शुरु गर्ने
- यदि medication शुरु गरिएको भए treatment response लाई monitor गर्ने
- 3-6 months मा Follow up गर्ने ।

RISK >30%

- Diet, physical activity र धूम्रपान त्याग्ने र रक्सी पिउन छाड्नेबारे परामर्श गर्ने
- यदि SBP > 130 वा DBP > 80 छ भने २ हप्तामा थिथिथि गउ को लागी बोलाउने
- यदि SBP > 160 and/or DBP > 100 छ भने : Enalapril 2.5mg + HCTZ 12.5mg daily शुरु गर्ने ।
- यदि SBP 130- 160 and/or DBP 90-100: HCTZ 12.5mg daily शुरु गर्ने ।
- यदि SBP <130 / DBP < 90: Life style modification लाई निरन्तरता दिने
- यदि cholesterol > 8mmol/l (320mg/dl) eP Statin drug (Atorvastatin 10mg daily) drug शुरु गर्ने । Aspirin 75 mg daily दिनु पर्ने अवस्थालाई विचार गर्ने ।
- यदि medication शुरु गरिएको भए treatment response लाई monitor गर्ने
- 3 months मा Follow up गर्ने ।

DIABETIC PATIENTS को लागि SPECIAL ACTION

- DM / Cardiovascular disease भएका सबै विरामीहरूलाई high risk (>30%) मा राख्नु पर्छ ।
- BP > 130/80mmHg भएका विरामीलाई antihypertensive दिने
- Type 2 DM > age 40 years भएका सबै विरामीलाई statin drug दिने
- Diet बाट मात्रै control नभएका Type 2 DM विरामीलाई (Renal, liver disease or hypoxia छैन भने मात्र) Metformin बाट उपचार गर्ने ।
- Glucose value लाई target गरि Metformin को मात्रा Titrate गर्ने ।
- Metformin contraindications भएका वा यसबाट उचित दियिम sugar control नभएका विरामीहरूलाई Sulfonyl-urea दिने ।
- Foot hygiene, nail cutting, calluses को उपचार र उपयुक्त foot wear बारे सल्लाह दिने । Foot exam र pin prick test बाट खुट्टामा ulcer हुने risk को assess गर्ने ।
- Hypertension को first-line treatment को लागि Angiotensive Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) and/or thiazide diuretics हरु recommendation गरिएको छ । Beta blockers लाई first-line treatment को लागि recommend गरिएको छैन तर यदि ACEI or thiazides हरु effective नभएमा वा contraindicated भएमा यसलाई बक first line को रूपमा प्रयोग गर्न सकिन्छ ।
- तौल बढि भएका DM का विरामीहरूलाई खाना कम खाएर तौल घटाउन परामर्श गर्ने ।
- DM patients हरुले हरेक २ वर्षमा आँखाको जाँच गर्नु पर्छ ।
- DM patients हरुलाई hypoglycemia को लक्षण र चिन्हबारे परामर्श गर्ने । ■

डा. विकास देवकोटा

- महाशाखा प्रमुख, नीति, योजना तथा अनुगमन महाशाखा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

डा. विकास देवकोटा नेपालका विभिन्न जिल्ला अस्तापलहरूमा लामो समय कार्यरत रही हाल उहाँ स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको नीति, योजना तथा अनुगमन महाशाखा प्रमुखको रूपमा कार्यरत हुनुहुन्छ । उहाँसँगको संक्षिप्त कुराकानीलाई यस अंकको भलाकुसारीमा समेटेका छौं ।



प्रश्न १. बर्तमान परिप्रेक्ष्यमा स्वास्थ्य मन्त्रालयको आगामी नीति तथा योजना कस्तो बनाउने सोच राख्नु भएको छ ?

अहिले मुलुक संघीयतामा गैसकेको अवस्थामा स्वास्थ्यको विभिन्न नीतिहरू समयसापेक्ष रूपमा परिमार्जन गर्नुपर्नेछ । देश तीन तहको सकारमा परिवर्तन हुँदा संविधानले तोक अनुरूप हरेक सरकारको आफ्नो कार्य विस्तृतिकरण (ToR) छ । ती ToR अनुसार अहिले संरचनाहरू तयार भैरहेको छ र हुँदैछ । त्यहाँ कर्मचारीहरूको खटनपटन हुने अवस्थामा छ । यस्तो अवस्थामा हामीसँग भएका नीति तथा रणनीतिहरू कार्यान्वयन गर्नको लागि विविध क्रियाकलापहरू गर्नुपर्नेहुन्छ । ती क्रियाकलापहरू तत् तत् तहबाट सजिलै कार्यान्वयन हुन्छ भन्नेमा हामी विश्वस्त छौं । मन्त्रालयले केन्द्रबाट आफ्नो नीति र रणनीति अनुसार जे जे कामहरू गर्थ्यौं त्यो अब दुरीको हिसावले, जिम्मेवारीको हिसावले र उत्तरदायित्वको हिसावले नजिक हुने भयो । किनभन्दा एक त ठाउँ नजीक भयो केन्द्रसम्म धाउनुपर्ने अवस्था रहेन भने जिम्मेवारी पनि स्थानीय तहमा निर्वाचित प्रतिनिधीहरूको हुने भएकोले तीनै तहमा काम राम्रोसँग हुन्छ भन्नेमा हामी विश्वस्त छौं । यसैगरी केही नयाँ नीतिहरू बनाउनु पर्ने आवश्यक छन् किनकी माथि उल्लेखित ToR हरूमा भएका कुराहरू अहिलेका नीति नियमहरूमा नसमेटिएका पनि छन् । केही पुराना नीति नियमहरूलाई नयाँ परिवेश अनुसार परिमार्जन गर्नुपर्नेछ । कतिपयको विषयवस्तु संशोधन गर्नुपर्ने छ भने कतिपयलाई समयसापेक्ष रूपमा परिवर्तन गर्नुपर्नेछ । यसको समग्र आधार भनेको नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, स्वास्थ्य क्षेत्रको सुधारको रणनीतिहरू, स्वास्थ्य सम्बन्धी ऐन, नियमावलीहरू र विभिन्न समयमा भएका नेपाल सरकारका निर्णय र परिपत्रहरूको आधारमा तिनलाई मार्गदर्शन मानेर गर्छौं । अर्को पक्ष रणनीति तथा नीतिहरू हेर्दा तीनै तहको सरकारको ToR भित्र परेको देखिन्छ । हरेक क्षेत्रको आफ्नो भौगोलिक देखि लिएर HDI Index हरू लगायत त्यहाँ भित्रको विभिन्न

परिवेशहरू फरक फरक छन् । त्यसकारण तत् तत् ठाउँलाई कस्तो खाले रणनीति चाहिन्छ भन्ने कुरा त्यहीँका स्थानीयले जान्ने कुरा हुन् । त्यसले गर्दा त्यो लेभलमा पनि आफ्नो क्षेत्र सुहाउँदो नीति तथा रणनीतिहरू बन्नु आवश्यक छ । तर राष्ट्रिय नीतिसँग नबाकिने गरी प्रदेशको नीति र प्रदेशको नीतिसँग नबाकिने गरी स्थानीय नीति बनाउनु हाम्रो मूल सिद्धान्त हो । आगामी दिनमा हामीले त्यही सोच अनुरूप नीति र रणनीतिहरू समय सापेक्ष परिमार्जन गर्ने, नयाँ बनाउने र त्यसलाई endorse गर्दै जाने छौं ।

प्रश्न २. गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह र उपलब्धताको लागि अब संघीय, प्रादेशिक तथा स्थानीय सरकारको भूमिका के कस्तो हुन्छ ?

हामीले स्वास्थ्य क्षेत्रमा मुख्य चारवटा सिद्धान्तहरूलाई अँगालेका छौं । एउटा सिद्धान्त भनेको पहुँच हो । Leaving no one behind भने जस्तै सबैलाई समेट्ने र कोही पनि नछुटोस् भन्नेछ । त्यही अनुसार लक्ष्यहरू तयार पारेर काम गर्ने पहिलो कुरा भयो भने अर्को भनेको सेवा प्रवाह र त्यसको गुणस्तरियता नै हो । सेवा प्रवाह सहज रूपमा होस्, सही तरिकाले होस्, आवश्यकता अनुरूप होस् र गुणस्तरीय होस् भन्ने हाम्रो सिद्धान्त हो । गुणस्तरको कुरा गर्दा त्यसको लागि जिम्मेवार स्वास्थ्यकर्मीहरू मात्र छन् त भन्ने प्रश्न आउन सक्छ । किनभने हामीले एउटा स्वास्थ्य संस्थामा दिने सेवाहरू भनेको स्वास्थ्यकर्मीले मात्र भन्ने हुँदैन । उसलाई सहयोग गर्ने थुप्रै कुराहरू हुन्छन् । जस्तै: सूचनाको कुरा हुन सक्छ, सरसफाईको कुरा हुन सक्छ, बस्तीको कुरा हुन सक्छ । उदाहरणको लागि एउटा शिशु जन्मिन्छ भने उसको लागि गुणस्तरीय सेवा भनेको नवजात शिशुलाई न्यायो दिनु हो । स्वास्थ्यकर्मीले न्यायो दिने हो कि विद्युतको राम्रो पहुँच हुनुले हो । यसको अर्थ के हो भने गुणस्तरीय सेवाको लागि multi sectoral approach हुनु जरुरी छ ।

त्यसकारण स्वास्थ्यको समग्र विकास हुँदै गर्दा अरु क्षेत्रको पनि त्यही त्यही लेवलमा विकास भएको हुनुपर्छ । विगत दशकमा हामीले खोजे जस्तो मातृमृत्युदर घटाउन सकेनौं । सायद अरु थप क्रियाकलापहरू गर्नुपर्छ अनि मात्र यो सम्भव हुन्छ । बाटो पर्याप्त बन्थो भने रेफर गर्न सजिलो हुन्छ । घरहरू पक्की भयो र राम्रो भयो भने नवजात शिशुहरू नमर्ने हो र मृत्युदर कम हुने हो । त्यसैगरी समुदायको सहभागिता भएर मानव संसाधन थप गर्न सकेमा भएका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई काम गर्न अलि सहज हुनेछ । एउटा मात्र मेशीन छ जो विग्रेको खण्डमा हामीले सेवा दिन सक्दैनौं भने त्यस्तै मेशीन Backup राख्ने कुरामा अरुले पनि सहयोग गर्न सक्छ । यस्ता थुप्रै कुराहरू छन् जसमा multi sectoral approach बाट सेवा दिन सकिन्छ । चौथो भनेको स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा सुधार ल्याउनुपर्छ । यो सुधारको कुरा गर्दा व्यक्तिको प्रवृत्ति र क्षमताको कुरा देखि लिएर समग्र पद्धतिमा हुने मानव संसाधन, वित्तीय श्रोतहरू लगायत अन्य सुशासनको कुरा आउन सक्छ । विभिन्न अस्पतालहरूको स्तर वृद्धि देखि लिएर सबै कुराहरू यसमा आउँछ । हामीले यो चारवटा मुख्य सिद्धान्तलाई लिएर अगाडी बढेका छौं । यसको लागि यो तीन तहको सरकार हुँदा कसरी गुणस्तर सुनिश्चित होला भन्ने कुरा हाम्रो चिन्ताको विषय पनि हो भने चुनौतिको विषय पनि हो । यसबाट हामीलाई चुनौतिको साथै अवसरको अवस्था पनि रहेको छ । तर यो लागू हुन्छ भनेर हामी विश्वस्त छौं । किनभने जो जो कमी कमजोरीहरू थिए त्यसलाई समाधान गर्न केन्द्र सम्म धाउनु पर्ने अवस्था हटेको छ । जसले गर्दा पहुँच पनि नजिक भएको छ । त्यहाँको जन प्रतिनिधि र सरोकारवालाकहरूको संलग्नताले त्यहाँको गुणस्तरमा सुधार आउने देखिन्छ ।

अब मन्त्रालयले के गर्छ भन्ने प्रश्न आउन सक्छ । मन्त्रालयमा गुणस्तरमापन सम्बन्धी छुट्टै महाशाखा भएकोले हामीले त्यसलाई महत्वका साथ हेरेका छौं । यसैगरी स्वास्थ्य सेवा विभागमा गुणस्तर शाखा छ र त्यो बाहेक सबै

डिभिजनहरूमा गुणस्तरमापन गर्ने छुट्टै शाखा रहेको छ। गुणस्तरलाई विशेष मुद्दाको रूपमा लिएर अगाडी बढेको छ।

आ-आफ्नो क्षेत्रमा विभिन्न कार्यक्रमहरू ल्याएर त्यसलाई संवोधन गरेको अवस्था अहिले पनि छ।

यी कुराहरू प्रदेशको संरचनामा पनि रहेकोले हामी हुक्क छौं कि गुणस्तरीयतामा कमी आउने छैन। गुणस्तरीयताको अर्को पाटो भनेको क्षमताको वृद्धि गर्ने हो र यो दिनानुदिनको अनुभव र काम गराई र सिकाईले हुन्छ र त्यो सिक्ने भनेको निर्देशिकाबाट हो। हाम्रो Tor मा मन्त्रालयले विभिन्न Standard, Guideline, Protocol हरू बनाई दिने भन्ने छ। त्यसलाई प्रयोग गरेर सेवा प्रदान गरेमा अवश्य पनि गुणस्तरीयता कायम राख्न सकिन्छ। हामीले सो सँग सम्बन्धित निर्देशिकाहरू तयार गरिसकेका छौं। त्यसलाई हामी मार्गदर्शनको रूपमा प्रदेशहरूमा पठाउँछौं र त्यसको प्रयोगबाट त्यहाँबाट प्रदान गरिने सेवाहरूमा पनि गुणस्तरीयता आउनेछ।

प्रश्न ३. अस्पताल व्यवस्थापन सुदृढीकरणको कार्यान्वयनका लागि स्वास्थ्य मन्त्रालयको भावी योजना के छ ?

स्वास्थ्यमा सुदृढीकरणको कुरा गर्दा दुई वटा सिद्धान्तबाट हेर्नुपर्ने हुन्छ। एउटा भनेको Public Health र Curative Health को पाटो। जनस्वास्थ्यको पाटोमा तीन तहको सरकारी संरचनामा माथि भनिएका नीति, नियम र रणनीतिहरू हामी लागू गर्छौं। अहिले स्वास्थ्य संस्थामा Integration हुन लागेको आभाष भएकोछ। किनभने हरेक अस्पतालहरूमा MNH क्लिनिक छ, MCH क्लिनिक छ, Family Planning को स्थायी तथा अस्थायी साधनहरू वितरण हुन्छ, EPI को सेक्सन छ, टिबिको लागि डट सेन्टर छ, HIV/AIDS को लागि ART कर्नर छ, कुष्ठरोगको लागि युनिट छ। रोगहरूको रोकथाम गर्ने, समय मै पहिचान गर्ने र उपचार गर्ने तिनवटै काम अस्पतालको हाता भित्रै भएकोले समग्र स्वास्थ्यको अवस्था Integrated Approach मा हेर्दा राम्रो छ भनेर भन्न सकिन्छ। अर्को सिद्धान्त भनेको स्वास्थ्य संस्थाहरूको सुदृढीकरणको कुरा गर्दा हामीले विभिन्न कुराहरू समेट्नु पर्छ। जस्तो मानव साधन जसले त्यहाँ भित्र काम गर्छ तिनैहरूको संख्या पुग्ने जति हुनुपर्छ र काम गर्नको सक्षम र क्षमतावान हुनुपर्छ। त्यसैगरी पूर्वाधारको कुरा छ। त्यो भनेको भवन, विभिन्न उपकरणहरू लगायत स्वास्थ्य संचालनको चाहिने सरसामग्रीहरू हुन सक्छन्। त्यसै गरी श्रोतहरू पहिचानको कुरा छ। विभिन्न अस्पतालहरूमा अस्पतालका

विभिन्न मोडालिटीहरू छन्। अहिले विमाको कुरा गरिरहेको छौं। अस्पताल विकास समिति गठन आदेश विघटन भएको अवस्था भएपनि Community Level मा छुट्टै किसिमको सदस्य संख्या र प्रकृति फरक हुने भएकोले आफै गर्नुपर्छ भन्ने यसको मान्यता हो। त्यो अस्पताल वा व्यवस्थापन समितिले लिने शुल्कको कुरा छ। त्यसैगरी विभिन्न किसिमका ग्रान्टहरूको कुरा छ। यस्तो कुराहरू वित्तीय श्रोतको रूपमा रहन्छ। अर्को भनेको सेवा प्रवाह र प्रविधि नै हो। उपयुक्त प्रविधिको प्रयोग गरी सेवा प्रदान गर्ने कुरा चौथो भयो। अर्को भनेको सुशासन हो। सुशासनको जिम्मा स्थानीय तहमा गैसकेको छ। त्यसैगरी अर्को भनेको डाटाको कुरा छ जुन विना केही गर्न सम्भव छैन। हामीले ध्यान नदिएको विषय भनेकै यही हो तर हाल आएर यसलाई प्राथमिकतामा राखेको छ। किनभने अहिले हामीले नीति मात्र नभनेर प्रमाणमा आधारित नीति भन्न थालेका छौं र प्रमाण उत्पन्न गर्ने भनेको डाटाले हो। त्यसकारण हामीसँग उपलब्ध डाटाहरूलाई प्रयोगमा ल्याउने कुरा छ। जुन एकदमै सकारात्मक पक्ष छ। अर्को IT को Globalization भैसकेको अवस्थामा सबै कुरा Manual र टाइममा नगर्ने, केरमेट हुने, अन्तिम समयमा समेत सच्याउँदै जाने कुराले हामीले सही प्रमाण लिन सकेनौं। यसरी यो ६ वटा कुराहरू WHO सँग आधारित Building Blocks सुदृढीकरणको लागि सबैभन्दा महत्वपूर्ण कुराहरू छन्।

विगत ५-६ वर्ष देखि व्यवस्थापन महाशाखाबाट ग्रान्टको रूपमा निश्चित रकमहरू विभिन्न अस्पतालहरूमा गएर विभिन्न शीर्षकमा बाँडेर त्यसलाई प्रयोग गरेको छ। यसले अत्यन्त राम्रो प्रभाव पारेको छ। यसको साथै जिल्ला स्तरमा Minimum Service Standard भन्ने छ। यो भनेको एउटा अस्पतालमा सेवा प्रवाहको लागि न्यूनतम गुणस्तर कस्तो हुनु पर्छ, न्यूनतम कुन प्रविधिले काम गर्नु पर्छ, न्यूनतम कति सामग्रीहरू हुनुपर्छ, न्यूनतम पानीको अवस्था कस्तो होला, समितिहरू कस्तो होला, बैठकको एजेण्डा कस्तो होला, आदि सबै कुराहरूलाई समेटेर १०-११ वटा शीर्षकमा राखेर खर्च गर्ने प्रवृत्तिले निकै प्रगति गरेको छ। त्यस कार्यमा धेरैले सहयोग गर्नु भएको छ र एउटा मुख्य सहयोगी संस्था NSI पनि हो। NSI ले थप केही रकम ग्रान्टको रूपमा प्रदान गर्दछ जसले काम गर्न अझ सहज गरेको अवस्था छ। यो हिसावले अस्पतालहरूको सुदृढीकरणको लागि काम भैरहेको छ र अहिलेको सरकारमा यो कसरी जाला भन्ने हाम्रो मूल मुद्दा हो। यस विषयमा मन्त्रालयमा छलफल पनि गरिरहेका छौं। हामीले यसलाई जटिल बनाउनु भन्दा सहज बनाउनु पर्छ र तीन तहमा जाँदा अझ सहज प्रवाह हुनुपर्छ र हामीसँग अझ बढी सहयोगी हातहरू धेरै आउनु पर्छ। गरिरहेकाहरूले पनि अझै बढी सहयोग गर्नुपर्छ र हामीले पनि बढी बल लगाउनुपर्छ भन्ने मान्यता हो। त्यसैले गर्दा

मेरो विचार अस्पताल व्यवस्थापन सुदृढीकरण कार्यक्रम विगत वर्षहरू देखि चलिरहेकोले विगत वर्षहरू देखि यसले राम्रो प्रतिफल दिएको छ। आगामी दिनमा यो बढेर जानेछ भन्ने मैले ठानेको छु।

प्रश्न ४. जिल्ला देखि मन्त्रालयसम्म आउँदा यहाँको स्वास्थ्य सेवाको अनुभव कस्तो रहेको छ ?

जिल्लादेखि माथि आउनु अवश्य पनि राम्रो कुरा हो। जिल्लामा निर्देशित कुराहरू तोकिएको ढाँचामा तोकिएका गतिविधिहरू गर्नुपर्ने हुन्छ। First you should be manager then a leader भन्नेभै शुरुवातको अवस्थामा गर्ने भनेको पनि त्यहि नै हो। जिल्लामा बढी मात्रामा व्यवस्थापकीय कार्यहरू हुन्छ, भने मन्त्रालयमा अलि बढी नेतृत्वदायी कामहरू हुन्छ। त्यसकारण यो एउटा राम्रो भन्याङ्को रूपमा रहेको छ। कतिपय ठाउँमा विगत केही दशक अघि देखि नै bottom line planning भन्ने कन्सेप्ट थियो। त्यो बेलामा पनि त्यो कन्सेप्टको प्रयोग गरेको पनि हो। समग्रमा जिल्लामा बस्दा धेरै सहयोगी हातहरू भएकोले काम गर्न सहज थियो। विभिन्न सेक्सनसँग समन्वय गरेर काम गर्ने भएकोले मेरो एकदम राम्रो अनुभव रह्यो।

अब मन्त्रालयमा आउँदा त्यही पहिलेको अनुभवलाई मनमा राखेर मैले काम गरेका समग्र जिल्लालाई देश कै रूपमा ध्यानमा राखेर त्यहाँ मैले काम गर्दा के के चुनौतिहरू, अप्ठ्याराहरू थिए, त्यसलाई सम्बोधन गर्न मैले अहिले योजना बनाउँदै छु। मैले अहिले enjoy गरिरहेको छु। आफ्नो कामको दायरा, सोचको दायरा फराकिलो हुँदा रहेछ भनेर मैले महसुस गरेको छु।

प्रश्न ५. अन्य थप तपाईंको भन्नु केही छ की ?

अहिलेको सबैभन्दा जल्दो बल्दो विषय भनेको संघीयता नै हो। स्वास्थ्यको क्षेत्रमा हामीले केही दशक देखि राम्रो प्रगति गरिरहेका छौं। हाम्रो डर र चिन्ता भनेको हामीले प्राप्त गरेको प्रगति गुम्ने हो कि भन्ने छ। तर माथि उल्लेख गरेका आधारहरूलाई हेर्ने हो भने हामी आशावादी पनि छौं। तीन तहमा सरकार गैसकेपछि अवको बाटो भनेको स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने कुरा सबैभन्दा ठूलो हो। किनभने अहिले हामीले जति पनि ToR मा दिएका कार्यहरू गर्नलाई सबैजना स्वास्थ्यकर्मीहरू त्यति सक्षम हुनुहुन्न। अर्कोतिर त्यो कार्य भनेको उहाँहरू कै पाटोमा छ। त्यसैले यो दुइटै कुरा मेल खाने हुनुपर्छ र त्यसको लागि प्रदेश सरकार र संघीय सरकार एउटा साँघुको रूपमा रही कार्य गर्दै उहाँहरूलाई सक्षम बनाउँदै हस्तान्तरण गर्दै जानुपर्छ। अहिलेको मुख्य चुनौति र अवसर भनेको सबै तहको कार्य क्षमताको वृद्धि गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवालाई सुनिश्चित गर्दै जानुपर्छ। त्यसको लागि सबै समूहको सहयोगको हामी अपेक्षा गर्छौं। ■

समस्याको समाधान

गत अंकमा प्रकाशित समस्या नं. १६ अन्तर्गत सोधिएको प्रश्न “स्थानीय सरकार गठन भई कार्य प्रारम्भ भएको वर्तमान संदर्भमा स्थानीय स्तरको स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी बनाउन स्थानीय सरकार (नगरपालिका/गाउँपालिका) ले के-कस्ता कार्यक्रमहरू ल्याउन पर्दछ ?” भन्ने प्रश्नको जवाफमा नरेठाँटी स्वास्थ्य चौकी, बागलुङ्का सिअहेव श्री गणेश बहादुर सुनार विजयी हुनु भएको छ । उहाँका जवाफलाई यहाँ प्रस्तुत गरिएको छ :

वास्तवमा नेपालको केन्द्रकृत सरकार रहँदै गर्दा स्वास्थ्य सेवाहरूको प्रवाह प्रत्येक स्वास्थ्य ईकाईहरूमा पूर्ण एवं प्रभावकारी रूपमा पुऱ्याउन कठीन भएकै हो । हाल स्थानीय सरकार गठन भईसकेपछि सर्वप्रथम comprehensive health services भन्दा पनि primary & basic health services at regular interval or health services without any interruptions को रूपमा प्रत्येक स्वास्थ्य इकाईहरूमा पुग्न पहिलो उद्देश्य हुनु जरुरी देखिन्छ । आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरू Essential drug supply, life saving drugs, आधारभूत भौतिक संरचना आधारभूत व्यवस्थापनले पूर्णता पाएको अवस्थामा मात्र हामी उपल्लो दर्जाको संरचना परिकल्पना गर्नु उपयुक्त हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थाहरूमा paracetamol, gauze bandage, iron, antacid, etc. जस्ता essential drugs/materials उपलब्ध वा पर्याप्तता नहुने तर योजना चै operation गर्ने । विकासका आफ्नै चरणहरू हुन्छन् तसर्थ चरणवद रूपमा सम्पन्न भएको कार्य नै दिगो र व्यवस्थित हुन्छ । तसर्थ बिगतमा देखिएकोलाई systematic रूपमा गर्नुपर्ने र अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाहरू adequate/enough मात्रामा जनताहरूलाई उपलब्ध गराउदै चरणवद रूपमा अगाडी बढ्ने हो भने स्वास्थ्य सेवाहरू स्थानीय तवरबाट प्रभावकारी बनाउन तपसिल बमोजिमका कार्यक्रमहरू स्थानीय सरकारले सुचारु गर्नुपर्ने जस्तो देखिन्छ ।

१. स्थानीय तहहरूको जनसाङ्खिक विवरण (उमेर समूह अनुसार), नक्साङ्कन, भौगोलिक विकटता, सेवामा पहुँच नभएको समुदाय, वर्ग, जनजाति, संख्याको सहजता र स्वास्थ्य समस्याहरू

पहिचान गरी सोही अनुसार समाधान स्वरूप जनप्रतिनिधि, सरोकारवाला, स्वास्थ्यकर्मी, समाजसेवी, बुद्धिजीवि, आमा समूह, सहयोगी संघ संस्था, FCHVs, नीति निर्माताको संलग्नतामा योजना तर्जुमा गरी आवश्यकता अनुसार अस्पताल, स्वास्थ्य संस्था, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई आदि स्थापना एवं निर्माण गर्ने तर्फ उन्मुख रहने ।

२. स्वास्थ्य कर्मचारी दरबन्दीको निर्धारण एवं रिक्त स्थानमा सम्भव भएसम्म population base अनुसार पदपूर्ति गर्ने ।
३. स्वास्थ्य सहकारीको अवधारणा ल्याई सुपथ र गुणस्तरीय औषधी उपचारको व्यवस्थापनमा स्थानीय निकाय अग्रसर हुने ।
४. स्थानीय सरकारले स्वास्थ्य सेवाहरूलाई प्रभावकारी फाईदाजनक र लाभान्वित गराउन गरिवी, विपन्न, असहाय वर्गका निम्ति गरिवी उपचार कोष खडा गरी सेवा विस्तार गर्ने ।
५. औषधी सामग्रीहरू खरिद गर्दा नितान्त रूपमा स्वास्थ्य संस्थाको आवश्यकतालाई मध्यनजर राखेर संस्थाको आवश्यकता र माग अनुसार खरीद व्यवस्थापन गर्ने पद्धतिको विकास गर्ने साथै खपत भएका औषधी सामग्रीको विवरण दैनिक रूपमा अभिलेख राख्ने पद्धतिको विकास गर्ने । स्थानीय तवरबाट औषधी सामग्री खरीद गर्दा गुणस्तर र Branded सामग्री (GMP Medicine) खरीद गर्ने, कुनै percentage र commission को भरमा गुणस्तरहीन औषधी सामग्री खरीद नगर्ने ।
६. वर्षादको समयमा सरुवा रोगहरूको प्रकोप, विशेषतः typhoid, diarrhoeal disease, jaundice आदि दुषित पानीका कारण देखा पर्ने भएको हुँदा स्थानीय सरकारले स्वास्थ्य संस्था एवं खानेपानीलाई संलग्न गराई खानेपानीका मुहान सरसफाई, chlorination द्वारा disinfection गराई उपभोक्तालाई तत्सम्बन्धी सचेत गराउने योजना ल्याउने ।

७. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई प्रभावकारी गराउनका निम्ति सर्वप्रथम ANC check लाई प्रोत्साहन गर्ने कार्यक्रम अन्तर्गत certain incentive को व्यवस्था गर्ने । FCHV हरू द्वारा protocol अनुसार ANC जाँचका लागि स्वास्थ्य संस्थामा पठाउन निर्देशित गर्ने र सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा Birthing Centre को स्थापना गर्ने ।

८. पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउन स्थानीय निकायले कुपोषित बच्चाहरूको तथ्यांक तयार पारी ‘पोषण गृह’ को थालनी गर्ने । वार्षिक रूपमा पोषण प्रतियोगिता कार्यक्रम तय गरी उत्कृष्ट पोषण स्थिति भएका ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूलाई पुरस्कृत गर्ने व्यवस्था मिलाउने । साथै विद्यालय पोषण कार्यक्रम, वार्ड स्तरीय खाद्य तथा पोषण समितिहरूलाई सक्रिय रूपमा अधिकार सम्पन्न गरी योजनागत रूपमा अगाडी बढ्न निर्देशित गर्ने ।

९. स्थानीय स्तरमा रहेका सामुदायिक रेडियो/एफएमहरूबाट स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता, स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतनामूलक सन्देश प्रसारण गर्ने । साथै साप्ताहिक रूपमा Weekly Health Quiz जस्ता कार्यक्रम संचालन गरी सही उत्तर दिनेलाई पुरस्कारको व्यवस्था गर्ने ।

१०. सम्भव भएसम्म स्थानीय स्वास्थ्य संख्याहरूमा Tele medicine, Internet को सुविधा सम्पन्न बनाउने योजना वा कार्यक्रम ल्याउने ।

११. संस्थागत रूपमा उत्पन्न हुने फोहोरमैला व्यवस्थापन गर्ने कार्यक्रम ल्याउने ।

१२. स्वास्थ्य संस्थाहरूसंग समन्वय एवं सहकार्य गरी प्रत्येक विद्यालय एवं आमा समूहहरूलाई First aid box वितरण गर्ने कार्यक्रम ल्याउने साथै आधारभूत तालिमको समेत व्यवस्थापन गर्ने ।

१३. Outreach Clinic र खोप केन्द्रहरूलाई strengthening, empowered गर्ने कार्यक्रम ल्याउने । विशेषतः ORC Clinic द्वारा स्वास्थ्य सेवाहरू विस्तार गर्ने केन्द्र र व्यवस्थापनको संख्यामा वृद्धि गरी संचालन गर्ने ।

१४. उत्कृष्ट कार्य सम्पादन गर्ने महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई पुरस्कृत गर्ने र योग्यता पुगेको अवस्थामा ANM पढ्नका लागि समेत आर्थिक सहयोग गर्ने ।
१५. पूर्ण खोपको दिगोपनामा निरन्तरता प्रदान गर्नका निम्ति, कामका आधारमा खोप समन्वय समितिलाई पुरस्कृत गर्ने कार्यक्रम ल्याउने ।
१६. समाजमा विद्यमान अन्धविश्वास, रूढिवादी, परम्परागत मूल्य मान्यता जस्तै लामा, भ्रात्री, पुरोहितद्वारा गरिने उपचार पद्धतिलाई निरुत्साहित गर्ने जसका लागि जनचेतनामूलक कार्यक्रम गरी वास्तविकता बारे जानकारी गराउने कार्यक्रम ल्याउने ।
१७. स्वास्थ्य संस्था संचालन एवं व्यवस्थापन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकारको तालीम तथा अभिमुखीकरण गराउने ।
१८. भैपरि आउने आक्रामक दुर्घटना, प्राकृतिक प्रकोप, महामारी जस्ता emergency condition को बारे स्थानीय निकाय, स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापनका लागि पूर्व तयारी अवस्थामा राख्ने कार्यक्रम तय गर्ने ।
१९. स्वास्थ्य संस्थाहरूमा emergency र life saving औषधी अटुट रुपमा supply गर्ने कार्यक्रम ल्याउने ।
२०. विद्यालय स्तरमा Junk food, Plastic packing, Inorganic food items हरूको प्रयोगलाई Minimize गर्ने कार्यक्रम ल्याउने र सो सम्बन्धि नीतिगत योजना सम्म अगाडी बढाउने ।
२१. रोग निदान गर्नका निम्ति प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाहरूमा प्रयोगशालाको व्यवस्थापन गर्ने कार्यक्रम ल्याउने ।
२२. विभिन्न I/NGO बाट प्राप्त हुने कार्यक्रम सहज तवर ले सम्पन्न गर्न अनुकूल वातावरण सृजना गर्ने ।
२३. समय र आवश्यकता अनुसार विशेष स्वास्थ्य शिविर आयोजना गर्ने कार्यक्रम ल्याउने ।
२४. विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तर्गत मासिक रुपमा विद्यार्थीको स्वास्थ्य परीक्षण कार्यक्रम गर्ने ।
२५. अत्याधिक मात्रामा बह्दै गएको Drug Abuse/Alcohol ion/ Smoking/Tobacco/Violence जस्ता विषयमा विशेष कार्यक्रम ल्याई यसको नियन्त्रण, न्यूनीकरण र व्यवस्थापन गर्ने नीतिगत योजना तय गर्ने ।
२६. दीर्घरोगी जस्तै क्षयरोगी, कुपोषणबाट ग्रसित, cancer पिडितहरूलाई पोषणयुक्त खाद्यान्न सेवन र औषधि उपचारका लागि भत्ता वा खाद्य सामग्रीको व्यवस्थापन गर्ने कार्यक्रम ल्याउने ।
२७. परिवार नियोजनको सेवामा प्रभावकारिता ल्याउन परिवार नियोजन सम्बन्धी कार्यक्रमहरू योजनाबद्धरूपमा प्रत्येक वडाहरूको सहकार्यमा परिवार नियोजन साधन वितरण केन्द्र विस्तार गर्ने । सुरक्षित गर्भपतन सेवा केन्द्र विस्तार गर्ने र जथाभावी गैरकानुनी रुपमा गर्भपतन गर्ने कार्य उपर कारवाही गर्ने ।
२८. प्रत्येक स्वास्थ्य संस्था वा पायक पर्ने स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालहरूमा परामर्श केन्द्र विस्तार गर्ने ।
२९. मातहतका औषधि पसल/अस्पतालहरूको Supervision गरी आवश्यक सल्लाह सुझाव दिने ।
३०. स्थानीय निकाय वा सरकारले स्वास्थ्य संस्थाको नियमित रुपमा सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण गरी आवश्यक सल्लाह सुझाव प्रदान गर्ने ।
३१. स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई कार्य सम्पादनको आधारमा पुरस्कृत गर्ने । साथै Training/Higher education को लागि समेत आर्थिक सहयोग गर्ने कार्यक्रमको सुरुवात गर्ने । ■

सही समाधान पठाउनु हुने अन्य सहभागी यस प्रकार छन् :

१. श्री शिवा शाही, प्याङ्ग प्रा.स्वा.के., इलाम
२. श्री गंगा भट्टराई, विरकोट स्वा.चौ., पाल्पा,
३. श्री सुनैना श्रेष्ठ, सेती अञ्चल अस्पताल, कैलाली
४. श्री ममता कुमारी महतो, पकलिहवा स्वा.चौ., नवलपरासी
५. श्री तेज नारायण शर्मा, भोगटेनी स्वा.चौ., मोरङ्ग,
६. श्री सुनु श्रेष्ठ, पूर्तिघाट, गुल्मी
७. श्री गणेश बहादुर सुनार, नरेठाटी स्वा.चौ., बागलुङ्ग
८. श्री खिन्दुरी राई, कुलुङ्ग स्वा.चौ., भोजपुर
९. श्री केशव प्रसाद भण्डारी, सारी स्वा.चौ., प्यूठान
१०. श्री राम किशुन यादव, बलखु स्वा.चौ., ओखलढुङ्गा
११. श्री गंगा श्रेष्ठ, युनाइटेड मिसन अस्पताल, तानसेन
१२. श्री विमला खाता (कार्की), युनाइटेड मिसन अस्पताल, तानसेन
१३. श्री कृष्ण कुमारी श्रेष्ठ, युनाइटेड मिसन अस्पताल, तानसेन
१४. श्री लक्ष्मण शाह, निवुवाखर्क स्वा.चौ., स्याङ्गजा
१५. श्री रमेश लामा, निजगढ प्रा.स्वा.के., बारा
१६. श्री निर्मला कुमारी गौतम, कछाडियाटोल स्वा.चौ., बारा

स्वास्थ्य प्रतियोगिता

१. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको प्रतिकात्मक चिन्ह (लोगो) मा कति घेरा हुन्छन् ?
क) ५
ख) ४
ग) ३
घ) ६
२. धारिला औजारहरूलाई निर्मलीकरण गर्ने सबैभन्दा उत्तम विधि कुन हो ?
क) Hot Air Oven
ख) Boiling
ग) Radiation
घ) Sunlight
३. Environmental Pollution को मुख्य कारक समस्या कुन हो ?
क) Air Pollution

- ख) Water Pollution
- ग) Sewage Pollution
- घ) Radiation Pollution

४. राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा तलको कुन खोप समावेश गरिएको छैन ?
क) Measles
ख) Mumps
ग) BCG
घ) DPT
५. Risk prediction tools को प्रयोगले कुन जानकारीको लागि सघाउँछ ?
क) Patient Demographics
ख) Patient Social Risks
ग) Patient Drug Profile
घ) Patient Prognosis

अंक १६ को सही उत्तर हो : १(घ), २(घ), ३(क), ४(ख), ५(ग) र ६(घ) । सही समाधान पठाउने सहभागीमध्ये गोलाप्रथाद्वारा छानिएका पुरस्कार विजेताहरू तल उल्लेखित छन् । सबै विजेतालाई हामी बधाई दिन चाहन्छौं र पुरस्कारको लागि अन्तिम पृष्ठमा उल्लेखित ठेगानामा सम्पर्क राख्नुहुन पनि आग्रह गर्दछौं ।

१. श्री मोनिका परियार, जिल्ला अस्पताल, गुल्मी
२. श्री यमुना पुन मगर, कोचिवाङ्ग स्वा.चौ., प्यूठान
३. श्री आशा उपाध्याय, कुर्घा स्वा.चौ., गुल्मी
४. श्री प्रतिभा भण्डारी, नेपाल मेडिकल कलेज, जोरपाटी, काठमाडौं ५. श्री पवित्रा खनाल, युनाइटेड मिसन अस्पताल, तानसेन

समस्या # १७:

स्वास्थ्य संस्थाहरूमा स्वास्थ्यकर्मीहरूको नियमित उपस्थिति तथा उपलब्धता सुनिश्चित गर्न, स्वास्थ्यकर्मी आफै र स्थानीय, प्रादेशिक तथा केन्द्र सरकारले के गर्नुपर्दछ ?

हामीलाई तपाईंको समस्या मात्र नभन्नुहोस्, केही समाधानको सुझाव पनि दिनुहोस् । समस्या समाधानमा यहाँहरूले आफ्नो समाधानका प्रयासहरू लेखी अन्य स्वास्थ्यकर्मी साथीहरूलाई बाटो देखाइदिई सहयोग गरिदिनुहुन हामी प्रोत्साहन गर्दछौं । तपाईंको प्रयास वा कोशिश अरुका लागि पनि समाधान हुनसक्दछ । यस समस्याको सबैभन्दा राम्रो समाधान पठाउनुहुने स्वास्थ्यकर्मीलाई रु ५,०००/- द्वारा पुरस्कृत गरिनेछ । साथै निक साइमन्स इन्स्टिच्यूट र राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले आयोजना गर्ने “वार्षिक स्वास्थ्यकर्मीहरूको सम्मेलन” मा सहभागी हुन पाउनु भएको छैन भने हामी यो मौका पनि प्रदान गर्नेछौं ।

गएको अंक १६, समस्या # १६ का उत्कृष्ट समाधान पठाई पुरस्कृत हुनुहुने नरेठाँटी स्वास्थ्य चौकी, गल्कोट नगरपालिका वडा नं. २, बागलुङ्का श्री गणेश बहादुर सुनारज्यूलाई निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटको तर्फबाट हार्दिक बधाई छ । अन्य सहभागीताको नाम यस प्रकार छ : श्री विरेन्द्र राय, सिराहा, श्री बुद्धिराम न्यौपाने, अर्घाखाँची, श्री सुरेन्द्र प्रसाद भगत, रसुवा, श्री ठाकुर प्रसाद लामिछाने, बाँके, श्री सुनु श्रेष्ठ, गुल्मी, श्री पवित्रा खनाल, पाल्पा, श्री राम किसुन यादव, ओखलढुङ्गा, श्री बुद्धि प्रसाद ज्ञवाली, रुपन्देही, श्री बालकृष्ण गुरुङ्ग, पर्सा, श्री रमेश लामा, बारा । यहाँहरूको सहभागिताको लागि हामी धन्यवादज्ञापन गर्न चाहन्छौं ।



STAMP

कृपया यहाँहरूको सुझाव, प्रतिक्रिया तथा समस्याहरू निम्न ठेगानामा पठाउनुहोला ।

निक साइमन्स इन्स्टिच्यूट
पो.ब.नं. ८९७५ ई पि सी १८१३
सानेपा, ललितपुर, नेपाल
फोन: ०१-५५२०३२२
फ्याक्स: ०१-५५४४१७९
इमेल: newsletter@nsi.edu.np
www.nsi.edu.np

TO: _____

सम्पादन/ अनुवाद: नवराज श्रेष्ठ ■ संयोजक: पलीन सुब्बा ■ सल्लाहकार: डा. अनिल श्रेष्ठ, इन्द्रा राई, डा. काशिम शाह, शारदा शाह, विजय ढकाल, माधव भुपाल, जोनु पाखीन, सुष्मा लामा ।