

स्वास्थ्यकर्मीको आवाज

यस अंकमा...

पृष्ठ १ डा. किरण रेग्मीको जीवनी

पृष्ठ २-४ कथाहरु

- यातायात विहिन बाजुरा जिल्ला अस्पताल - जीवनको पहिलो डरलाग्दो क्षण
- यथाशक्य रोगको उचित पहिचान र त्यसको निदान
- जीवनको पहिलो पोस्टिङको दौरानमा सिकेको पाठ

पृष्ठ ५ सि.एम.इ. कर्नर

- मधुमेहबाट आँखामा हुने असर र रोगहरु

पृष्ठ ६-७ भलाकुसारी

- डा. भोला राम श्रेष्ठ

पृष्ठ ८-९ थप आयामहरु

- स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैला : सामान्य जानकारी

पृष्ठ १० बुलेटिन बोर्ड

- Thyroid Function Test: एक जानकारी

पृष्ठ ११ समस्याको समाधान

- किशोर किशोरीको स्वास्थ्य सेवामा समुदायका स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच बढाउन स्थानीय स्तर तथा जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालयबाट के गर्न सकिन्छ ?

पृष्ठ १२

- स्वास्थ्य प्रतियोगिता

डा. किरण रेग्मीको जीवनी

सचिव, स्वास्थ्य मन्त्रालय

डा. किरण रेग्मीले लैनचौर स्थित सामान्य स्कुलबाट प्रारम्भिक शिक्षा प्राप्त गर्नुभएको थियो। सानैदेखि चिकित्सा सेवा प्रतिको भुकाव भएकोले डाक्टरी अध्ययनको लागि भारत जानुभयो र सन् १९८६ मा राँची विश्व विद्यालयबाट एमबीबीएसको अध्ययन पुरा गर्नुभयो। एमबीबीएस पुरा गरे लगत्तै उहाँले नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत कामको शुरुवात गर्नु भयो। यसै सिलसिलामा उहाँले बाग्लुङ्ग अस्पतालको प्रमुखको रूपमा रही कार्य थालनी गर्नु भयो। उक्त अस्पतालमा केही वर्ष काम गरेपछि उहाँको सरुवा सेती अञ्चल अस्पतालमा अस्पताल प्रमुखको रूपमा भयो। सो अस्पतालमा उहाँले मानव संसाधन व्यवस्थापन सहित समग्र अस्पताल व्यवस्थापन लगायत विभिन्न सामाजिक गतिविधिहरुमा पनि संलग्न रहनु भयो। यही अवधिमा उहाँले पोष्टग्राजुएट इन्स्टिच्यूट अफ मेडिकल एजुकेशन एण्ड रिसर्च, इन्डियाबाट स्त्री तथा प्रसूति रोग विषयमा एमडी अध्ययन पुरा गर्नुभयो।

एमडी अध्ययन पुरा गरिसकेपछि उहाँको सरुवा भरतपुर अस्पतालमा स्त्री तथा प्रसूति रोग सम्बन्धी प्रमुख विशेषज्ञको रूपमा भयो। जहाँ उहाँले जागीरको लामो कालखण्ड व्यतित गर्नुभयो। यसै ठाउँमा कार्यरत रहँदा वहाँले विभिन्न विषयमा उच्च शिक्षा हासिल गर्नुभयो। यसैगरी उहाँ सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी, सेवा गुणस्तरियता सम्बन्धी,



CAC, PAC तथा SBA तालिम सम्बन्धी नीति निर्माणमा संलग्न हुनुभयो। साथै भरतपुर अस्पतालमा राष्ट्रिय स्तरका सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी विभिन्न किसिमका तालिमहरुको खाका तयार गरी संचालन गर्नु भयो जुन राजधानी बाहिर पहिलोपटक थियो। यसैगरी एचआईभी/एडस रोकथाम सम्बन्धी कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउनको लागि VCT तथा PPCT स्थापना गर्नको लागि पहल गरी संचालन गर्नुभयो। यसैगरी अस्पतालमा उपलब्ध हुने विभिन्न किसिमका तथ्यांकहरुलाई प्रमाणको रूपमा प्रयोग गर्नको लागि मेडिकल रेकर्डको डाटाबेस निर्माण गर्नुभयो। यसैगरी सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई अझ प्रभावकारी बनाउनको लागि पूर्व प्रसूति जाँचको बेलामा गर्भवति महिलाको साथमा निजको श्रीमानको उपस्थिति अनिवार्य हुनुपर्ने पद्धतिको विकास गरी

बाँकी पेज ९ मा

यातायात विहिन बाजुरा जिल्ला अस्पताल- जीवनको पहिलो डरलाग्दो क्षण

- डा. दुर्गा राज महर्जन, एमडिजीपी, बाजुरा

गत वैशाख महिनाको अन्तिम हप्ता, म विभिन्न कठिनाई सहित आफ्नो कार्यथलो बाजुराको जिल्ला अस्पतालमा पुगेको केही दिन भएको थियो, मसँगै बसमा बाजुरा आउनु भएकै पान्डुसेन हेल्थपोष्टमा कार्यरत नर्सिङ स्टाफ मधु श्रेष्ठले राति करीव १० बजे तिर मलाई फोन गरेर भन्नुभयो - “डाक्टर साव ! एकजना गर्भवती आमा जो भर्खरै यहाँ आइपुग्नु भएको थियो, उहाँको पेट भित्रको बच्चाको हात र नाल दुवै अचानक बाहिर निस्क्यो, र पाठेघरको पानी पनि आफै बगेर आयो ।”



उहाँको यो कुरा फोनमा सुनेर म अक्कन बक्क भएँ । हेल्थपोष्टमा डेलिभरी गर्न असम्भव थियो भने यता मार्तडी जिल्ला अस्पताल आउन पनि ५-६ घण्टा लाग्ने थियो । बढो मुस्किलले गाउँको जिपमा राखेर रातिको ३ बजेतिर विरामीलाई जिल्ला अस्पताल ल्याई पुऱ्याइयो । विरामीको जाँच गर्दा बच्चाको मुटुको धड्कन सुनिएन र आमाको अवस्था पनि नाजुक तथा शिथिल पाइयो । बच्चा तेर्सो (Transverse Lie) बसेको रहेछ । यदि तुरुन्तै बच्चाको डेलिभरी (Delivery) गर्न नसकेको खण्डमा आमा र बच्चा दुवैको ज्यान जान सक्ने अवस्था थियो ।

आमाको ज्यान कसरी बचाउने भन्ने नै मुख्य चुनौति थियो । त्यसैले विरामी र कुरुवाहरुलाई विरामीको अवस्था बारेमा बुझाउने प्रयासमा म लागें । प्राकृतिक रूपमा Vaginal Delivery गराउँदा पाठेघर फुटेर आमाको पनि ज्यान जान सक्ने अवस्था भएको र आमाको हालत पनि सुस्त र थकित भएकोले विरामी र विरामी पक्षको मन्जुरीमा अपरेशन नै गर्ने निर्णय भयो ।

सहयोगी मे.अ. डाक्टर छुट्टीमा हुनुहुन्थ्यो । त्यसैले अस्पतालको नि.मे.सु. सँग सल्लाह पछि डा. रोहितलाई सहायताको लागि पठाइयो । तर उहाँ सुत्केरी तालिम प्राप्त हुनु हुन्थिएन । अपरेशनको लागि सबै

टोली तयार पारियो र सबै प्रक्रिया पुरा गरेर अपरेशन शुरु गर्दा विहानको ५ बजेको थियो ।

बच्चा निकाल्न धेरै गाह्रो भयो । पाठेघर खुम्चेर बसेको र पाठेघरको पानी पनि सुख्खा भइसकेकोले बच्चालाई बाहिर निकाल्न त के हल्लाउन पनि हामीलाई गाह्रो भयो । एक हात तल निस्केको र अर्को हात अपरेशन गरेको ठाउँबाट बाहिर निस्केको छ, टाउको भेट्नु पर्नेमा शुरुमै बच्चाको अनुहार भेटियो । बच्चा निकाल्न आधा घण्टा भन्दा बढी समय लाग्यो । जसले गर्दा आमाको रगत धेरै बग्यो । ज्यान जोगाउन गरिएको अपरेशन मै ज्यान जाने भो भनेर मेरो मनमा डर लाग्यो ।

नि.मे.सु. डा. रुपचन्द्र बाहिर निस्केर रगतको व्यवस्था मिलाउन तिर लाग्नुभयो । धेरै खोज पश्चात अस्पताल कै नर्सिङ स्टाफ धनकला र एकजना कोपिला शाही नामकी रक्तदाताको रक्तदानबाट उक्त आमाको ज्यान बचाउन हामी सफल भयौं । र एक हप्तापछि सकुशल हिंङाएर नै आमालाई घर पठायौं ।

मैले MBBS देखि MD गर्दा सम्ममा पनि यस्तो अवस्थामा ५ मिनेटमा

पाठेघर खुम्चेर बसेको र पाठेघरको पानी पनि सुख्खा भइसकेकोले बच्चालाई बाहिर निकाल्न त के हल्लाउन पनि हामीलाई गाह्रो भयो । एक हात तल निस्केको र अर्को हात अपरेशन गरेको ठाउँबाट बाहिर निस्केको छ, टाउको भेट्नु पर्नेमा शुरुमै बच्चाको अनुहार भेटियो । बच्चा निकाल्न आधा घण्टा भन्दा बढी समय लाग्यो ।

Emergency Caesarean (LSCS) गरेर दुवैको ज्यान बचाएको मात्र देखेको थिएँ । यो मेरो जीवनमा अनुभव गरेको एउटा कठिन घटना हो । यो घटनाले मलाई बाजुरामा बाटो र एम्बुलेन्स नभएकोले नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गरेको मेरो ७-८ वर्षको अनुभवमा यति कठिन अनुभव गराएको हो जस्तो लाग्यो ।

जिल्ला अस्पतालमा विरामी आउने राम्रो बाटो छैन । गाडी आउनको लागि त भन सगरमाथा चढेभन्दा कठिन छ । अहिलेसम्म एम्बुलेन्सको व्यवस्था भएको छैन । सरकार र सम्बन्धित निकायले बेलैमा यसबारे गहन विचार गरे भविष्यमा यस्ता प्रकृतिका घटना दोहरिने छैन होला भन्ने ठान्दछु । ●

यथाशक्त्य रोगको उचित पहिचान र त्यसको निदान

- डा शंकर अधिकारी, मेडिकल अधिकृत (आठौं), हाल मेहेलकुना अस्पताल, सुर्खेत

२०७३ साल वैशाख २७ गते सोमबारको दिन मौसम बाहिर जति शान्त थियो, त्यति नै अस्तव्यस्त थियो उप-क्षेत्रीय अस्पताल, डडेल्धुरा। भित्र बाहिर गरिरहेका विरामीहरूको बाक्लो चहलपहलले गर्मी याम शुरु भएको प्रष्ट संकेत गरिरहेको थियो। नियमित जसो दिउँसोको ३ बजे ओ.पी.डी. मा विरामीहरूको जाँच सकेर आकस्मिक कक्ष (त्यसदिन ड्युटी पनि आफ्नै भएकोले) तिर गए। सानो कोठामा जसो तसो राखिएका ५ वटा शैया छन्। देब्रे पट्टिको ४ नम्बर बेडमा पल्टिरहेकी एउटी छटपटाइरहेकी महिला थिइन्। उनको दाहिने हातमा गुलाबी रंगको क्यानुला र भुन्डिरहेको सलाइनको बोटल थियो। मेरो नजर ती महिला माथि पर्छ। करिब २०-२२ वर्षक विवाहित भैँ लाग्ने ती महिलाको बारेमा मैले इमर्जेन्सी ड्युटीमा रहनुभएका हे.अ. सन्तोषलाई सोधे। उसले ती महिला पेट दुखेर आएकी, सबै भाईटल्स सामान्य भएको र आफुले इन्जेक्सन ranitidine र buscopan दिइसकेको बताए। मलाई सो महिलाको छटपटाहट असामान्य लाग्यो र सो विरामीलाई आफैले हेर्ने जमर्को गरे।

मैले सोध्दा उनले विहानबाट असह्य पेट दुख्न सुरु गरेको बताइन। साथै, हल्का रूपमा योनीबाट रगत बगेको पनि भनिन। मलाई यो केस abortion वा ectopic pregnancy को हुनुपर्छ भन्ने लाग्यो। तर महिलाले आफ्नो श्रीमान बाहिर विदेशमा भएका र आफ्नो महिनावारी पनि हालै मात्र भएको बताइन। महिनावारी र गर्भ बसेको कुरामा खासै बोल्न नरुचाउने समाज हो हाम्रो। त्यसैले मलाई अझै पनि शंका रहिरह्यो। मैले उनको आँखाको परेलाको तल्लो भाग र जिब्रो जाँच गर्दा रगतमा हेमोग्लोबिनको मात्रा कम भएको अनुमान लगाए। साथै, पेट छाम्न खोज्दा उनले निकै दुखेको भावले अनुहार विगारिन। म अझ सचेत भए, कतै यो ruptured ectopic pregnancy त

होइन भनेर। त्यसपछि, मैले सन्तोष लाई तुरुन्त Urine Pregnancy Test, हेमोग्लोबिन, ब्लड ग्रुपिंग र रगतको अन्य जाँचहरू पठाउन अह्राएँ। विरामीको भिडियो एक्स रे गर्नुपर्छ भन्ने लाग्यो। अस्पतालमा रेडियोडाइग्नोसिस डाक्टरको दरबन्दी भए तापनि कोही कार्यरत नहुनु भएकाले सामान्य भिडियो एक्स-रे म आफैले पनि सिकेको थिएँ। मैले विरामीलाई भिडियो एक्स-रे गर्ने कक्षमा लगेँ र भिडियो एक्स-रे गरेर हेर्दा पाठेघरको दाहिने पट्टिको नलीमा असामान्य डल्लो भेटें। साथै, पाठेघरको तल पट्टिको ठाउँमा तरल पदार्थ जमेको देखेपछि म यो ruptured ectopic नै हो भन्नेमा थप आश्वस्त भएँ।

अस्पतालमा एमडीजीपी डाक्टर जितेन्द्र कडेल पनि हुनुभएकाले मैले उँहालाई फोन गरेर केसको बारेमा सबै बताई भिडियो एक्स-रे कक्षमा आउन आग्रह गरेँ। केहीबेरमा डा. जितेन्द्र आउनुभयो र भिडियो एक्स-रे हेरिसकेपछि उँहाले पनि यो ruptured ectopic नै हो जस्तो छ भन्नुभयो। १० मि.लि. को सिरिन्जले पेटभित्र घोची तानेर हेर्दा रगत नै आएपछि हामी थप विश्वस्त भयौं र तुरुन्तै विरामीको अप्रेसन गर्नुपर्ने निर्णय गर्यौं। यतिखेरसम्म विरामीको रिपोर्ट पनि आइसकेको थियो। उनको हेमोग्लोबिन ४.५ gm% र UPT पनि पोजिटिभ थियो। त्यसपछि, डा. जितेन्द्रले विरामीलाई उनको अवस्थाबारे सबै बताउनुभयो। त्यसपछि विरामीको कुरुवालाई पनि बोलाएर विरामीको अवस्था बारेमा सबै कुरा भन्नुभयो। साथै, अप्रेसन नगरेको खण्डमा विरामीको ज्यानसम्म जान सक्ने बताएपछि उनीहरू अप्रेसनको लागि राजी भए। अहिलेसम्म, विरामीको भाइटल्स सामान्य नै भए पनि हेमोग्लोबिन कम भएकाले रगतको व्यवस्था गर्न अस्पताल नजिक रहेको ब्लड बैंकमा फोन गरेर उनको रगत समूहको रगत उपलब्ध भएको सुनिश्चित गर्यौं। देब्रे हातमा १६ गजको क्यानुला खोलेर दुवै

लाइनबाट फ्लुइड्स दिन शुरु गर्यौं र सबै ओ.टि. स्टाफलाई अप्रेसनको लागि तयार हुन भन्यौं। विरामीको कुरुवालाई मन्जुरीनामामा हस्ताक्षर गराएर रगत लिन ब्लड बैंक पठाई हामी अप्रेसन कक्ष तिर लाग्यौं।

अप्रेसन थिएटरमा डा. जितेन्द्र र म, स्टाफनर्स तुलसी रोका, एनेस्थेसिया सहायक खेम र ओ.टि. सहायक अशोक हुनुहुन्थ्यो। खेमजीले स्पाइनल दिएपछि करिब ५:४० बजे तिर डा. जितेन्द्रको अगुवाईमा अप्रेसन सुरु गर्यौं। उनको पेटको मध्ये भागमा चिरा दिएर पेट खोल्ने बित्तिकै जमेको रगत देखियो। करिब १००० मि.लि. जति रगत सक्शन गरेर तातो सलाइनले पेरिटोनियम वाश गरिसकेपछि डा. जितेन्द्रले दाहिने पट्टिको फ्यालोपियन नलीबाट फुटेको ठाउँ पत्ता लगाउनुभयो। सो ठाउँलाई बाँधिसकेपछि हामीले थप रगत नबगेको सुनिश्चित गर्यौं। रगतको पोका पनि आइसकेकोले खेमजीलाई रगत चढाउन सुरु गर्न आग्रह गर्यौं। बाँधिएको दाहिने नलीलाई काटेपछि करिब ६:४० बजे तिर अप्रेसन सकेर हामी विरामी सहित पोस्ट अप वार्ड लाग्यौं। विरामी सामान्य भएकाले बाहिर निस्केर कुरुवालाई विरामीको अप्रेसन र हालको अवस्था बारेमा जानकारी गरायौं। विरामीलाई ३ दिन वार्डमा राखेर थप २ पोका रगत चढायौं र अन्य नियमित उपचार र अनुगमन गर्ने गर्यौं। दुई दिनपछि उनको हेमोग्लोबिन ७.३ gm% थियो। विरामी सबै हिसाबले सामान्य भएपछि ३ दिनपछि विरामीलाई डिस्चार्ज गर्यौं।

उक्त केस आफ्नै प्रत्यक्ष सहभागितामा व्यवस्थापन गरेकाले हाल सरुवा भै मेहेलकुना अस्पतालमा आए तापनि त्यस्ता केसहरू आएको खण्डमा समयमै पहिचान गरी आवश्यक उपचार गर्न सक्ने आत्मविश्वास बढेको छ। स्वास्थ्यलाई संविधानले समेत मौलिक

बाँकी पेज ७ मा

जीवनको पहिलो पोष्टिङ्गको दौरानमा सिकेको पाठ

- कृष्णभक्त श्रेष्ठ, एनेस्थेसिया एसिस्टेन्ट, बभ्राङ्ग जिल्ला अस्पताल

काठमाडौं लगायतका अन्य सुविधा सम्पन्न अस्पतालहरूमा जस्तो शल्यक्रियाको लागि आवश्यक उपकरणहरू तथा ब्लड बैंकको सुविधा नेपालको ग्रामीण अस्पतालहरूमा कहाँ उपलब्ध छ र। अरु कुरा त परै जाओस् विद्युतको नियमित उपलब्धता समेत छैन। वि.स. २०७३ सालको माघ महिनामा एनेस्थेसिया एसिस्टेन्ट कोर्स पुरा गरेपछि मेरो शुरुवाती पोष्टिङ्ग बभ्राङ्ग जिल्ला अस्पतालमा भयो। तालिमको दौरानमा काठमाडौंमा एनेस्थेसियोलोजिस्ट डाक्टरहरूसँग मिलेर शल्यक्रिया गरिरहेको अनुभव र बभ्राङ्ग जिल्ला अस्पतालमा गएर एमडीजिपी डाक्टरसँग शल्यक्रिया गर्नुपर्दाको छुट्टै अनुभव थियो। आफूभन्दा अग्रज डाक्टरहरूको सहायता विना शल्यक्रिया गर्नुपर्ने र आईपर्ने जटिलता व्यवस्थापन र सामना गर्नुपर्ने अवस्था थियो। बभ्राङ्ग जिल्ला अस्पतालमा विस्तारै अस्पतालको शल्यक्रिया प्रक्रिया, पद्धति र दिनचर्यासँग घुलमिल भइरहेको बेला सम्पूर्ण कार्यभार ASBA तालिम लिनु भएका डा. विदुर भण्डारीलाई सुम्पेर एमडीजिपी डा. पूर्ण बहादुर घर्ती तालिमको लागि काठमाडौं जानुभयो। यही दौरानमा २०७३/१०/१९ गतेको विहान करिब ७ बजे तिर फोन गरेर एउटा विरामी २० वर्षकी गर्भवती महिला G1Po Primi ē Breech presentation ē Non Progress of Labor ē Fetal bradycardia भनेर शल्यक्रियाको लागि डाक्टरले बोलाउनु भयो। हामी OT Team लगत्तै अस्पताल पुग्यौं र त्यहाँ Pre Anesthetic Check-up गरी विरामीलाई OT लग्यौं। उसको Blood group AB +ve र Hb 12.9 gm % थियो। शल्यक्रिया ७:१५ बजे शुरु गरियो। यसै क्रममा डा. विदुरले incision दिनुभयो Uterus मा पुगनुभयो। उँहाले बच्चा निकाल्नको लागि बच्चाको टाउको र खुट्टा भेटाउन नसकेर

अप्ट्यारो भएपछि मात्र बच्चा oblique रहेको थाहा भयो। डा. विदुरले २.८ के.जी. को शिशुलाई सकुशल निकाल्नु भयो। तर Uterus tear भएर bleeding बढ्न थाल्यो। यतिबेला सम्म विरामीको BP, Heart rate, Pulse rate, Rhythm volume सबै ठिकै थियो। Partograph मा शुरुवाती कोठाको BP 130/80 mm of Hg थियो। विहान ७:३५ बजे तिर बच्चा निकालिसकेपछि करिब १००० मि.लि.जति bleeding भयो र Suction मा ८०० मि.लि. जति जम्मा भयो। अब monitoring airway र breathing ठीकै थियो र circulation मा tachycardia र BP घट्न थाल्यो। यसै क्रममा करिब १५ मिनेटमा BP 100/60 mm/Hg बाट घटेर 60/40 सम्म पुग्यो। यतिखेरसम्म पनि IV fluid बाट BP बढाउने कोशिश गरे तर सकिएन। रगतको पनि व्यवस्था नभएकोले Fluid Resuscitation गरिरहे र Mephentermine पनि दिइरहे।

Mephentermine ४ पटकसम्म 6 mg +6 mg गर्दै दिए तर पनि BP बढ्ने अवस्था नै देखिएन। यतिखेरसम्म पनि Airway, Breathing ठीक थियो। विरामीलाई अलि drowsy भईराखेको थियो। यसै प्रकारको case मैले प्रसूतिगृहमा तालिमको क्रममा प्रा.डा. अमिर बाबु श्रेष्ठ र डा. तारा गुरुङ्गसँग बसेर manage गरेको हेर्ने मौका पाएको थिए। त्यतिखेर मलाई डा. अमिरले Inj. Adrenaline IV 10 mcg +10 mcg हाल्नु भन्नु भएको कुरा याद आयो। मैले यतिखेरसम्म Fluid Resuscitate गर्दा पनि Blood Pressure नआएपछि Inj. Adrenaline 10 mcg+10mcg दिएर BP नापें, अलिकति बढेर 70/50 mm of Hg पुग्यो। विस्तारै IV Fluid पनि करिब

4000 ml (8 pint) दिइसकेको थिएँ। अगाडी urine पनि भएको देखिँदैन थियो। BP 70/50 mm of Hg बाट बढेर 90/60 mm of Hg पुग्न थालेपछि output विस्तारै बढ्न थाल्यो। शुरुवाती पोष्टिङ्गमा घटेको यो घटना सम्भनामा सधैं आईरहने नै छ। अप्रेसन सकिंदा लगभग १० बजेको थियो। त्यतिखेर विरामीको Airway, Breathing ठीक थियो, drowsy पनि ठीक भएको थियो र BP पनि 90/60 mm of Hg पुगेको थियो। त्यसपछि हामीले विरामीको परिवारलाई विरामीको अवस्थाको बारेमा जानकारी गरायौं। शल्यक्रियाबाट हुने जटिलताको बारेमा शल्यक्रिया शुरु गर्नुभन्दा अगाडी नै भनेका थियौं। शल्यक्रियाको क्रममा के भयो भनेर पनि भन्थौं। त्यसपछि रगत चाहिने र रगत व्यवस्थाको लागि मान्छे खोज्न भन्थौं र हामीले पनि आर्मी क्याम्पमा फोन गरेर AB+ve Blood group भएको मान्छेलाई पठाइदिनु भनेर अनुरोध गर्थौं। त्यतिबेला विरामीको Hb 8.2 gm% मात्र थियो। त्यसै दिन एकजना आर्मी दाइले आएर रगत दिनु भयो र विरामीमा Blood transfusion गर्थौं। भोलिपल्ट विरामीको ABC सबै ठीक थियो र Hb पनि 9.5 gm% थियो र हामीले थप रगत दिनु नपर्ने निर्णय गर्थौं। यसै गरी बच्चा र आमा दुवैलाई सुरक्षित बनाएर १० दिनपछि डिस्चार्ज गर्थौं।

यो घटना पछि हामी C/S गर्नुभन्दा अघि एउटा रगत दिने मान्छे तयार राख्न भन्छौं। यसबाट हामीले सिकेको कुरा भनेको विरामीलाई जतिखेर पनि अप्ट्यारो जटीलता आउन सक्छ र त्यस समस्याको समाधान गर्नको लागि सबै कुराको सम्पूर्ण व्यवस्था गर्न नसके पनि केही आधारभूत कुराको व्यवस्था गर्नुपर्छ भन्ने हो।

मधुमेहबाट आँखामा हुने असर र रोगहरू

संसारमा करिब ३८.७ करोड मानिसहरू मधुमेहबाट ग्रसित छन्। सन् २०१४ को एक अध्ययनले विश्वमा ८.३५ मानिसमा मधुमेह भएको पुष्टि भएको छ र सन् २०३० सम्ममा १०५ मानिसहरूमा मधुमेह हुने अनुमान गरिएको छ। हाम्रो मुलुकमा पनि यो रोग दिनानु दिन बढिरहेको छ। नेपालमा यस रोग बारे खासै धेरै अध्ययन गरिएको पाईदैन। तर देशको विभिन्न भागमा गरेका केही अध्ययनहरूले नेपालमा पनि यो रोग उल्लेखनीय रूपमा (६.३% देखि ८.७%) देखिएको छ।

मधुमेहले शरीरका विभिन्न अंगहरू जस्तै मुटु, मृगौला, मस्तिष्क, आँखा इत्यादिमा प्रत्यक्ष असर गर्न सक्छ। हामी मध्ये धेरैलाई मधुमेहले आँखामा नकारात्मक असर गर्न सक्छ भन्ने थाहा नहुनसक्छ। आँखा मधुमेहले असर गर्ने प्रमुख अंग हो जसमा नजानिंदो प्रकारले बिस्तारै असर गरिरहेको हुन्छ र अन्त्यमा आँखाको दृष्टि सधैंको लागि बन्द हुन सक्ने अवस्था पनि आउन सक्छ। मधुमेहको कारणले आँखामा देखिने समस्याहरू वा रोगहरूलाई Diabetic Eye Diseases भनिन्छ। Diabetic Eye Disease हरूमा आँखाका निम्न रोगहरू पर्दछन्।

- 1 Diabetic Retinopathy
- 2 Diabetic Macular Edema
- 3 Diabetic Cataract
- 4 Diabetic Glaucoma

१. Diabetic Retinopathy: मधुमेह हुने बित्तिकै आँखामा retinopathy हुने नभई वास्तवमा मधुमेहलाई नियन्त्रणमा नराख्दा मधुमेहको complication को रूपमा विकास हुने आँखाको रोग हो। आँखाको रेटिना (Retina) यस्तो भाग हो जुन भागमा कयौँ रगतका नशाहरू हुन्छन् र ती रगतका नशाहरूलाई मधुमेहले कमजोर बनाइ क्षति गर्छ जसले गर्दा कमजोर रगतका नशाहरूबाट रक्तश्राव (bleeding) हुने गर्दछ। Light sensitive रेटिनामा रक्तश्राव (bleeding) ले अवरोध पैदा गर्छ र दृष्टिमा कमी आउँछ। रेटिनाको यो अवस्था लामो समय रहेमा नयाँ असामान्य रगतका नशाहरू पनि विकास हुने गर्छ जुन अवस्थालाई Proliferation या new blood vessels भनिन्छ। ती नयाँ असामान्य रगतका नशाहरूले रेटिनामा दाग बनाउने र रेटिनाका कोशिकाहरूलाई क्षति पुऱ्याई बिस्तारै स्थायी रूपमा दृष्टि गुम्ने (Permanent Visual Loss) अवस्था आउँदछ।

Diabetic Retinopathy चार तरिकाबाट विकास हुने गर्दछ

क. Mild Non-proliferative Retinopathy: रेटिनाको मसिनो

रगतको नशामा मसिनो बेलुन जस्तै सुन्निएको (swelling) अवस्था हो तर यो अवस्थामा पनि रेटिनामा fluid leak हुने गर्दछ।

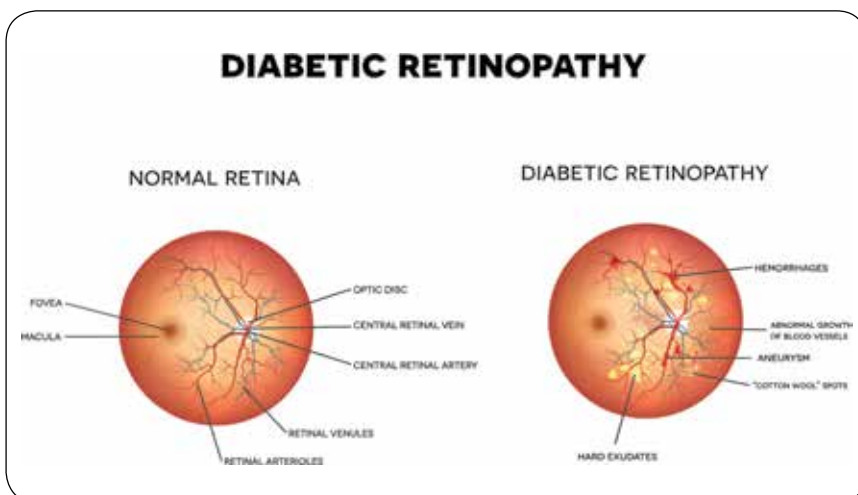
ख. Moderate Non-Proliferative Retinopathy: रोग अझै छिपिँदै गएपछि रेटिनाको रगतका नशाहरू अझ बढी सुन्निते र तोडमोड भै क्षति हुने हुन्छ जसले गर्दा रेटिनामा रगत संचारमा कमी आउँछ र अन्तमा Diabetic Macular Edema विकास भै दृष्टि निकै कमजोर हुन्छ।

ग. Severe Non-Proliferative Retinopathy: यो अवस्थामा अझ धेरै रेटिनाका नशाहरू सुन्निएर रक्त संचार बन्द हुन्छ र त्यो ठाँउमा शरीरले नयाँ अपरिपक्वको असामान्य रगतका नशाहरू विकास हुनको लागि उपयुक्त बन्छ।

घ. Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR): यो retinopathy को अति विकसित अवस्था हो जुन अवस्थामा रगतका अपरिपक्वको असामान्य नयाँ रक्त नशाहरू प्रचुर मात्रामा विकसित भै आँखाको vitreous gel सम्म फैलिसकेको हुन्छ। नयाँ विकसित रगतका नशाहरू निकै कमजोर र असामान्य भएकाले आफै पट्ट पट्ट फुट्ने हुन्छ र अझ रेटिनामा रगत जम्ने हुन्छ जसको फलस्वरूप रेटिनामा scar tissues जमेर retinal detachment अर्थात् पर्दा फाट्ने हुन्छ। यो अवस्थामा पुगेपछि गुमेको दृष्टि फर्काउन प्रायः असम्भव हुन्छ।

२. Diabetic Macular Edema (DME): यो अवस्था Diabetic Retinopathy पछि विकसित हुने अझ खराब अवस्था हो। यो अवस्थामा रेटिनाको Macula पूर्ण रूपले swelling भएको अवस्था हो।

बाँकी पेज ११ मा



डा. भोला राम श्रेष्ठ

- प्रमुख, चिकित्सा सेवा महाशाखा, स्वास्थ्य मन्त्रालय

डा. भोला राम श्रेष्ठले स्वास्थ्य सेवामा लामो समय देखि सक्रिय रहेर स्वास्थ्य सेवाको विकासमा महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याउँदै आउनु भएको छ । हाल उहाँ स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत चिकित्सा सेवा महाशाखाको प्रमुखको रूपमा रहेर स्वास्थ्य सेवाको विकासमा निरन्तर लाग्नु भएको छ । यस भन्दा अघि भरतपुर अस्पताल, चितवनमा एमडीजीपी डाक्टरको रूपमा कार्यरत रहँदा होस् वा सुर्खेत जिल्ला/क्षेत्रीय अस्पतालमा मेसुको रूपमा कार्यरत रहँदा होस् उहाँले विरामीहरुको मन जित्न सफल भई अत्यन्तै लोकप्रिय हुनु भएको थियो । आजको अंकको भलाकुसारीमा उहाँसँगको कुराकानीलाई समेटेका छौं ।



प्रश्न १. विगतमा तपाईं in-service (सेवा कालिन) तालिमको प्रशिक्षकको रूपमा काम गर्नु भएको हुँदा सो तालिमहरुको बारेमा तपाईंको विचार र सल्लाह के छ ?

चिकित्सकहरु सेवा प्रदायक मात्र नभई प्रशिक्षक वा शिक्षकको रूपमा पनि कार्य गर्नुपर्छ भन्ने मेरो मान्यता हो । आफूसँग भएको ज्ञान र सीप अरुलाई बाँढेपछि मात्र सो ज्ञान, सीप र व्यवहारको सही उपयोग हुन्छ भन्ने मेरो मान्यता छ ।

सेवा कालिन तालिमले गुणात्मक सेवाको विकास हुन्छ भने आफ्नो सीप र दक्षतामा निखार ल्याउँदछ । स्वास्थ्य सेवा भनेको एकल व्यक्तिको सेवा होइन र सामूहिक सेवाको लागि नियमित सेवा कालिन तालिम अनिवार्य हुन्छ भन्ने मेरो मान्यता रहेको छ ।

प्रश्न २. स्वास्थ्यकर्मीहरुको ज्ञान तथा सिपमा थप सुधार ल्याई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नको लागि सञ्चालित FEP लाई नेपाल

सरकारको स्वास्थ्य सेवाको नीतिमा समावेश गर्न तपाईंको स्तरबाट के गर्न सकिन्छ ?

फलोअप इन्हान्समेन्ट प्रोग्राम (क्षमता वृद्धि निरन्तरता कार्यक्रम) कार्यान्वयनमा आउन नसकेको राम्रो कार्यक्रम हो भन्ने मेरो बुझाई छ । कुनै पनि सीप वा ज्ञानको व्यवहारिक उपयोगमा स्थानीय स्तरमा केही न केही सामान्यस्यता आवश्यक पर्दछ । तालिम लिएको स्थान र काम गर्ने स्थानमा मूलतः २ वटा कुराले भिन्नता ल्याउँदछ । १. स्थान व्यवस्थापन र स्थानीय मौलिकतामा हुने भिन्नता, २. जिम्मेवारीमा देखिने भिन्नता । यसले गर्दा सीप सिकेको स्थानको र उपयोग गर्ने स्थानको वातावरणमा पर्ने भिन्नताले दुवै पक्षलाई निखार ल्याउनमा सहयोग पुऱ्याउँछ भन्ने मेरो विश्वास छ । प्रशिक्षकले पनि यो फरक परिस्थिति र वातावरणमा ज्ञान र सीपको उपयोग सही ढंगबाट उपयोग गर्न सक्ने र प्रशिक्षार्थीले आफूले सिकेका सीप र ज्ञानलाई प्रशिक्षक सामू प्रदर्शन गर्ने अवसर पाउने छ । यो कार्यक्रम नीतिगत रूपमा भएको र

कार्ययोजना र बजेटको व्यवस्थाको लागि राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट प्रस्ताव पश्चात कार्यन्वयनमा कठिनाई हुने छैन भन्ने विश्वास गरेको छ ।

प्रश्न ३. स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई दुर्गम क्षेत्रमा नै रही कार्य गर्नको निम्ति प्रेरित गर्न के गर्नुपर्छ होला ? यस विषयमा यहाँको सुझाव के छ ?

स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई सधैँ दुर्गममा नै काम गराउनु पर्छ भन्नु उपयुक्त हुने छैन । दुर्गम क्षेत्रमा सबै जनाले काम गर्ने अवसर र नियमित सेवा सुचारूको लागि सक्रिय प्राणाली लागू गर्नु प्रभावकारी हुन सक्दछ । १२ महिनामा २ वा ४ महिना अनिवार्य बस्ने र निश्चित सेवा प्रवाह गर्ने र सो अवसरमा सेवाप्रवाह र मूल्याङ्कनबाट सेवा सुनिश्चितता गर्ने व्यवस्था असल र प्रभावकारी हुन सक्दछ । परिक्षणको रूपमा केहि स्थानमा हेर्ने व्यवस्था गर्दा असल हुन सक्दछ भन्ने मेरो विश्वास छ । यो अवसर र सेवा दुवैको सही र तार्किक व्यवस्था हुन

सकदछ । नियमित चक्रिय व्यवस्थामा प्रत्येक कर्मचारी वर्षको निश्चित समय दुर्गममा गई सेवा प्रवाह गर्ने र सो समयको मुल्याङ्कनको व्यवस्था गरिनु पर्ने छ ।

प्रश्न ४. अस्पताल व्यवस्थापन सुधारको लागि के-के गर्न सकिन्छ ?

सर्वप्रथम अस्पतालको सेवालार्ई व्याख्या गर्नुपर्दछ । जस्तै अस्पतालबाट दिने सेवाहरू के के हो, सो सेवाहरू प्रदान गर्न के के भौतिक पूर्वाधार, जनशक्ति र औजार, उपकरण औषधि र अन्य सामग्रीको आवश्यकता हुन्छ र कसले ती सबैको व्यवस्थापन गर्ने भन्ने जिम्मेवारी तोकिदिनु पर्ने हुन्छ । सबै तह र तप्काका कर्मचारी र अन्य पदाधिकारीहरूको काम, कर्तव्य र अधिकार स्पष्ट र सर्वसाधारण सबैले काम कर्तव्य र अधिकारबारे थाहा पाउनु पर्दछ । अस्पतालको नियमित अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्ने र कर्मचारीहरूको कामको स्पष्ट, पारदर्शी रूपमा जनतालाई सूचिकृत गर्नु सरकारको दायित्व हो । अस्पताल मूलतः उपभोक्ता प्रति उत्तरदायी बनाउन सकिएमा सो अस्पताल स्वतः गुणस्तरीय र सफल अस्पतालको रूपमा स्थापित हुनेछ ।

प्रश्न ५. नेपालको व्यवस्थापन प्रादेशिक हुँदैछ । यस्तो अवस्थामा स्वास्थ्य सेवालार्ई चुस्त बनाउन यहाँको कार्ययोजनाहरू के के छन् ?

मौजुदा नेपालको संविधानले स्वास्थ्य सेवालार्ई मौलिक हकको रूपमा प्रदान गरेको छ र आधारभूत स्वास्थ्य सेवा, सरसफाई, स्वच्छ खानेपानी र वातावरणीय (३० (१), ३५, (१२,३,४) हक प्रदान गरेको छ र सो को प्रमुख जिम्मा स्थानीय सरकारको हुनेछ भनी उल्लेख छ । यस व्यवस्थाले स्वास्थ्यलार्ई मौलिक हकका साथसाथै यसको जिम्मेवारी पनि स्वयंनै हो भन्ने मेरो बुझाई छ । किन भने स्थानीय सरकार भनेको स्थानीय व्यक्तिको जिम्मेवारी हो । केन्द्रले बनाएको र दिएको बजेट र कार्यक्रमलार्ई अव स्थानीय सरकारले योजना निर्माण, बजेट व्यवस्थापन र कार्यान्वयनको जिम्मेवारी भनेको राम्रो जिम्मेवारी हो र यसलार्ई स्थानीय सरकारको प्रमुख दायित्वको रूपमा दिइनु भनेको सो

चिकित्सा सेवा महाशाखाका गम्भीर जिम्मेवारीहरू छन् । यसले देशको स्वास्थ्य सेवाको नीतिगत निर्णयको जिम्मा लिनु परेको छ । सेवा व्यवस्थापनमा निकै धेरै चुनौतिहरू छन् । जनशक्तिको व्यवस्थापन, भौतिक पूर्वाधार निर्माण, औजार उपकरणको व्यवस्थापन, सेवा मुल्याङ्कन र गुणस्तरीय सेवा र आकस्मिक र प्रकोप नियन्त्रण देखि यसको व्यवस्थापन यसका कार्य क्षेत्रहरू हुन ।

को जिम्मेवारी व्यक्ति र समाजलार्ई नै दिनु हो भन्ने मेरो बुझाई छ । स्थानीय सरकार र जनताले यस मर्मलार्ई बुझ्न सकेमा यस संविधानले स्वास्थ्य सेवामा निकै राम्रो परिवर्तन आउने छ र यसलार्ई आत्मसात गर्न सकेन भने स्वास्थ्य सेवामा हालसम्म प्राप्त भएको उपलब्धि गुम्ने डर पनि नभएको होइन । स्वास्थ्य सेवाको व्यवस्थापन अहिले संक्रमणकालिन अवस्था छ । प्रशासनिक दवदवा र राजनैतिक खिचातानीलार्ई व्यवस्थापन गरी स्वास्थ्य सेवा र जनताको अधिकारलार्ई अग्रस्थानमा राखी संक्रमणकालिन व्यवस्थापन गर्न सकेमा स्वास्थ्य सेवालै ठूलै गतिका साथ प्रगति गर्नेछ भन्ने आशा राखेको छु ।

प्रश्न ६. चिकित्सा सेवा महाशाखाको प्रमुखको हैसियतमा काम गर्दा यँहाको सबभन्दा ठूलो चुनौती के छ ?

चिकित्सा सेवा महाशाखाका गम्भीर जिम्मेवारीहरू छन् । यसले देशको स्वास्थ्य सेवाको नीतिगत निर्णयको जिम्मा लिनु परेको छ । सेवा व्यवस्थापनमा निकै धेरै चुनौतिहरू छन् । जनशक्तिको व्यवस्थापन, भौतिक पूर्वाधार निर्माण, औजार उपकरणको व्यवस्थापन, सेवा मुल्याङ्कन र गुणस्तरीय सेवा र आकस्मिक र प्रकोप नियन्त्रण देखि यसको व्यवस्थापन यसका कार्य

क्षेत्रहरू हुन । स्वास्थ्य सेवाका आधार तथ्याङ्कको सहि उपयोग र योजना हो यसमा हामीलार्ई निकै कार्य गर्नुपर्ने छ । आधारभूत सेवाको व्यवस्थापन र सहि तथ्याङ्कको व्यवस्थापन, उपयोग र योजना तर्जुमाको व्यवस्था गरि कार्यन्वयन र अनुगमन मूल्याङ्कनमा आधारित सेवा व्यवस्था आजको आवश्यकता हो ।

प्रश्न ७. तपाईँलार्ई नेपालको स्वास्थ्य सेवामा सुधार ल्याउन गर्नुपर्ने एउटा कार्य के हो जस्तो लाग्छ ?

सबै चिकित्सक, नर्स र स्वास्थ्यकर्मीहरूबाट पेशागत इमान्दारिता, कर्तव्य निष्ठाको उपयोग । एक चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी (एक स्वास्थ्य संस्था) नीतिको तर्जुमा गरी कार्यान्वयनमा ल्याउनु पर्दछ । चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीहरूको ४ जिम्मेवारी (सेवा, शिक्षण प्रशिक्षण, अनुसन्धान र व्यवस्थापन) तय गरी सबै जिम्मेवारीको मूल्याङ्कन र सो अनुरूपको आत्मसम्मान, जिविकोपार्जन र पारिवारिक र सामाजिक उत्तरदायित्व पुरा गर्न सक्ने र स्तरोन्नतिको अवसर दिने व्यवस्था भएमा हाल स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएको लगानी भन्दा कम लगानीमा स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरियता र सेवा क्षेत्रमा अभिवृद्धि हुन सक्नेछ भन्ने मेरो मान्यता रहेको छ । ●

क्रमशः पेज ३ बाट

हकको रूपमा व्याख्या गर्दै आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सबैको पहुँचमा पुऱ्याउने वाचा गरे तापनि हालको विद्यमान स्वास्थ्य संरचना र दरबन्दीबाट विपेशज्ञ सेवा दिन नसकिने सर्वविदितै छ । एमडीजीपी र मे.अ. डाक्टर अधिकांश विकट ठाँउहरूमा उपलब्ध भएकाले उँहाहरूको उचित मूल्यांकन गर्दै अझ बढी सेवा दिन उत्प्रेरणा दिनु राज्य र सरोकारवाला सबैको दायित्व देखिन्छ । यसका लागि मे.अ. लार्ई जटिल समस्याको यथाशक्य छिटो पहिचान र उपचार गर्न सक्षम बनाउन आधारभूत भिडियो एक्स-रे, ASBA लगायतका तालिमहरू व्यवस्था गर्नु अपरिहार्य छ । राज्यबाट आवश्यक उपकरणहरूको व्यवस्था र प्रोत्साहन रहरहेमा हाम्रो स्थानबाट अझै बढी प्रभावकारी र गुणस्तरीय सेवा दिन हामी प्रतिवद्ध छौं ।

स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैला : सामान्य जानकारी

श्रृजना श्रेष्ठ, बरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकु

नेपालमा सरकारी र गैरसरकारी निकायबाट विभिन्न प्रकारका स्वास्थ्य सेवाहरु संचालनमा आएका छन् । सेवा प्रदान गर्ने क्रममा यी विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुले दैनिक रुपमा फोहोरमैला उत्पादन गरिराखेका छन् । जसको उचित व्यवस्थापन प्रमुख समस्याको रुपमा रहेको छ । स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैलाको अव्यवस्थित व्यवस्थापन संक्रमण र वातावरण प्रदुषणको कारक मानिन्छ । यसले स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मी मात्र नभई पुरै समुदायलाई प्रत्यक्ष अप्रत्यक्ष रुपमा प्रभाव पारिराखेको हुन्छ ।

स्वास्थ्य संस्थाहरुले विभिन्न प्रकारका फोहोरमैला उचित तवरबाट नछुट्याई एकै ठाउँमा मिसाएर जथाभावी विसर्जन गर्ने पाइएको छ । जसबाट फोहोर (कागज, प्लास्टिक, सिसी, सिरिन्ज आदि) बटुल्दै हिंड्ने मानिसहरु र अन्य समुदायका मानिसहरु संक्रमणको जोखिममा पर्दछन् ।

फोहोरमैला व्यवस्थापन ऐन २०६८ ले स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैला व्यवस्थापनको लागि कानूनी प्रावधान खडा गरेको छ । उक्त ऐनमा हानिकारक फोहोरमैला, स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैला, रसायनिक फोहोरमैला वा औद्योगिक फोहोरमैला प्रशोधन र व्यवस्थापन गर्ने दायित्व निर्धारित मापदण्डको अधिनमा रहि त्यस्तो फोहोरमैला उत्पादन गर्ने व्यक्ति वा निकायको हुनेछ भन्ने उल्लेख गरिएको छ । साथै यो ऐनले फोहोरमैलालाई श्रोतमा न्यूनीकरण, पुनः प्रयोग, प्रशोधन वा विसर्जन गरी व्यवस्थित तथा प्रभावकारी व्यवस्थापन गर्नमा जोड दिएको छ ।

स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैला भन्नाले विभिन्न स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थाहरु, अनुसन्धान केन्द्रबाट उत्पादित सबै प्रकारका फोहोरमैला पर्दछन् ।

स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैलालाई कम्तिमा दुई भागमा वर्गिकरण गर्नुपर्दछ ।

जोखिमरहित फोहोरमैला (Non-Risk Waste) र जोखिमयुक्त फोहोरमैला (Risk waste) .

जोखिमरहित फोहोरमैला भन्नाले सामान्य प्रकारको हाम्रो घर परिवारबाट निस्कने फोहोरमैला जस्तै कागज, प्लाष्टिक, फालिएका खानेकुरा, फलफूल, तरकारीको बोक्रा आदि पर्दछन् ।

जोखिमयुक्त फोहोरमैला भन्नाले रगत वा शरीरबाट निष्कासन भएका तरल पदार्थ र लागेको र प्रयोगमा आएका सामान, फालेको सामानहरु, गज, कटन, सिरिन्ज ब्लड व्याग, आइ भी सेट, सालनाल आदि पर्दछन् ।

माथि दिइएका जोखिमरहित र जोखिमयुक्त फोहोरमैलालाई कुनै हालतमा पनि एकै ठाउँमा मिसाउनु हुँदैन । स्रोतदेखि अन्तिमसम्म फोहोरमैलालाई छुट्याएर उचित रुपमा विसर्जन गर्नुपर्दछ । विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुले फोहोरमैलालाई विभिन्न रंगका भाँडाहरु (कन्टेनर) मा छुट्याउने गरे तापनि अन्तमा फोहोरमैला एउटैमा मिसाएर गाड्ने, वा खुला ठाउँमा फाल्ने वा ड्रममा/ईटाको चूल्हो जस्तो बनाएर बाल्ने गर्दछन् ।

यसरी स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैला बाल्दा विषालु ग्याँसहरु वातावरणमा उत्सर्जन हुन्छ जुन मानव स्वास्थ्य र

वातावरणको लागि ज्यादै हानिकारक छ । दिर्घायी जैविक प्रदूषकहरुको (POPS) नकारात्मक प्रभावबाट बचाउन फोहोरहरु स.आई.भि.सेट, ग्लोब्स, सिरिन्ज, ब्लड व्याग आदि (PVC) बाल्नु हुँदैन । यसरी बाल्दा निस्कने ग्याँसहरु मात्र नभई, बाल्दा निस्कने खरानी अझ बढी विषालु हुन्छ । यसको लागि यी जोखिमयुक्त फोहोरमैला (Risk Waste) को लागि Non Burn Technology (eg Autoclaving) अन्तर्गत निर्मलीकरण पश्चात फोहोरमैलालाई उचित रुपमा विसर्जन गर्नुपर्दछ । नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयले जोखिमयुक्त फोहोरमैलाको लागि (e.g. IV Set, Gloves आदि) Non Burn Technology (e.g. Autoclaving), जुन वातावरणमैत्री र मानवमैत्री प्रविधि हो, लाई विशेष जोड दिईएको छ । यसै अनुसार विभिन्न सरकारी र गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुले Autoclaving द्वारा जोखिमयुक्त फोहोरमैलाको निर्मलीकरण पश्चात विसर्जन गर्ने कार्य शुरुवात गरिसकेको छ भने कतिपय स्वास्थ्य संस्थाहरु गर्ने प्रक्रियामा छन् ।

फोहोरमैला व्यवस्थापनमा, फोहोर श्रोतदेखि नै छुट्याएर (Waste Segregation) राख्नुको



ठूलो महत्व छ । शुरुवातमा, स्वास्थ्य संस्थाहरूले फोहोरमैला छुट्याउन ३ प्रकारका रंगको भाँडो (कन्टेनर) राखी फोहोर संकलन कार्य शुरु गर्न सकिन्छ । जोखिमरहित फोहोरमैलाको लागि हरियो र निलो रंगको भाँडो (कन्टेनर) र जोखिमयुक्त फोहोरमैलाको लागि रातो रंगको भाँडो वा (कन्टेनर) राख्नुपर्दछ ।

- हरियो रंगको भाँडो (कन्टेनर) मा कुहिने (गल्ने) फोहोरहरू (जस्तै: फालिएका खाना, फलफूलको बोक्रा, तरकारीको बोक्रा आदि) राख्नुपर्दछ ।
- निलो रंगको भाँडोमा नगल्ने (नकुहिने) फोहोर (जस्तै: प्लास्टिकको बोतल, शिशा, कागज, रबर आदि) राख्नुपर्दछ ।

३. रातो रंगको भाँडोमा विभिन्न प्रकारका जोखिमयुक्त फोहोरहरू छुट्याएर राख्न सकिन्छ । रातो रंगकै फरक फरक भाँडोमा, भाँडो बाहिर स्पष्टसंग देखिने लेबल राखेर, कनैमा सालनाल, मानव तन्तु (Anatomical Waste) राख्न सकिन्छ, भने अर्को रातो रंगको भाँडोमा (Sharps) ब्लेड, निडल राख्न सकिन्छ । त्यस्तै अर्को रातो रंगको भाँडोमा गज, कटन, सिरिन्ज IV Set, Blood Bags etc संकलन गर्न सकिन्छ । यस्तै गरी अन्य विभिन्न प्रकारका फोहोरमैला पनि छुट्याएर राख्न सकिन्छ ।

यसरी संकलन गरेको फोहोरमैलालाई फोहोरको प्रकृति हेरी, उचित रूपमा व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ । थप जानकारीको लागि Health Care Waste Management Guideline 2014 मा दिईएको छ ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयले स्वास्थ्य संस्थाजन्य फोहोरमैला व्यवस्थित हेतु Health Care Waste Management Guideline 2014 मा प्रकाशित गरेको छ । जस अनुसार फोहोरमैलाको उचित व्यवस्थापन (फोहोरमैला न्यूनीकरण गर्ने, फोहोरमैला छुट्याउने, संकलन गर्ने, ढुवानी गर्ने, भण्डारण गर्ने फोहोरमैला प्रशोधन र विसर्जन गर्नेबारे) उल्लेख गरिएको छ ।

नवौँ ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मी सम्मेलन सम्बन्धी सूचना

विगतका वर्षमा भैँ यस वर्ष पनि राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र तथा निक साइमन्स इन्स्टिट्यूटको संयुक्त आयोजनामा यही चैत्र ६ देखि ८ सम्म काठमाडौँमा तीनदिने नवौँ ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मीहरूको सम्मेलन हुँदैछ । सो सम्मेलनमा भागलिने इच्छुक डाक्टर, नर्स तथा प्यारामेडिकसहरूले आफूले काम गर्दाको अनुभव सँगालेर तयार गरेको केश स्टोरी राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, टेकु वा निक साइमन्स इन्स्टिट्यूट, सानेपा पो.व. ८९७९ इपिसी १८१३ मा यही माघ महिनाको १५ गते सम्ममा पठाउन अनुरोध गरिन्छ ।

थप जानकारीका लागि फोन नं. ५५३७७७, ५५५४२१४, ५५२०३२२, ५५२४७८२ मा सम्पर्क गर्नुहोला ।

क्रमशः पेज १ बाट

लागू गर्नुभयो जुन सन् २००५ देखि हालसम्म पनि यथावत् रहेको छ । यसको अलावा समय समयमा जिल्ला भित्रका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरूसँग समन्वय गरी स्त्री रोग तथा प्रसूति सम्बन्धी क्याम्पहरू आयोजना गरी समुदायका मानिसहरूलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नुका साथै ती स्वास्थ्य संस्थाका कर्मचारीहरूलाई तालिम पनि प्रदान गर्नुभयो ।

यही अवधिमा उहाँले आफ्नो अध्ययनलाई पनि निरन्तरता दिदै लानु भयो र सन् २००० मा स्कटल्याण्डको एडिनवर्ग विश्व विद्यालयबाट एमपीएच अध्ययन पुरा गर्नुभयो । त्यसपछि सन् २००३ मा त्रिभुवन विश्व विद्यालयबाट मानवशास्त्रमा एमए गर्नुभयो । यसैगरी सन् २००६ मा अष्ट्रेलियाको न्यू इंग्लैण्ड विश्व विद्यालयबाट जनस्वास्थ्य विषयमा विद्यावारिधि गर्नुभयो । यसको अलावा सन् २००५ मा नै अमेरिकाको Harvard School of Public Health, Centre for Population and Development Studies बाट पोष्ट डक्टरेटको उपाधि हासिल गर्नुभयो । यसको अलावा पनि

उहाँले थुप्रै राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय शैक्षिक सम्मानहरू प्राप्त गर्नु भएको छ ।

लामो अवधिसम्म भरतपुर अस्पतालमा सेवा प्रदान गरिसकेपछि सन् २०११ मा उहाँको सरुवा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको प्रमुखको रूपमा भयो । तर करीव दुई महिना पश्चात् उहाँको सरुवा परोपकार प्रसूति अस्पतालमा प्रमुख परामर्शदाताको रूपमा भयो । यसको दुई वर्षपछि वहाँ पुनः परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको निर्देशक हुनु भयो जुन डेढ वर्ष रह्यो । उहाँ विशिष्ट तहमा बहुवा भए पश्चात् सन् २०१६ मा गिरिजा प्रसाद कोइराला श्वासप्रश्वास केन्द्रको अध्यक्षमा उहाँलाई चयन गरियो । यसपछि सन् २०१६ मा स्वास्थ्य मन्त्रालयमा प्रमुख विशेषज्ञको रूपमा पदस्थापन गरियो ।

उहाँले आफ्नो व्यस्तताको बावजूद विभिन्न पेशागत संगठनहरूमा पनि सक्रियता कायम राख्नुभएको छ । उहाँ सन् १९९६ देखि नेपाल परिवार नियोजन महासंघको आजीवन सदस्यको रूपमा रही सक्रिय रहनु भएको छ । यसैगरी कलेज अफ मेडिकल साइन्समा स्त्री रोग तथा

प्रसूति विषयको प्राध्यापकको रूपमा रही एमबीबीएसमा अध्ययनरत विद्यार्थीहरूलाई अध्यापन गराउँदै आउनु भएको थियो । यसको अलावा नेपाल मेडिकल एशोसियसन, नेपाल मेडिकल काउन्सिल, नेसोग, चितवन लायन्स क्लब, अमेरिकन पब्लिक हेल्थ एशोसियसन लगायतका संस्थाहरूमा संलग्न हुनुहुन्छ ।

आफ्नो करियरको दौरानमा उहाँले सुरक्षित मातृत्व, संक्रमण रोकथाम लगायतका विभिन्न किसिमका राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय तालिमहरूमा भाग लिने मौका पाउनु भएको थियो भने कतिपय त्यस्ता तालिमहरूमा ट्रेनरको रूपमा रही कार्य गर्नुभएको थियो । यसको अलावा तालिम सम्बन्धी पाठ्यक्रमहरू निर्माणमा पनि अहंम भूमिका रहेको पाईन्छ ।

उहाँका अनुसन्धानात्मक कृतिहरूको प्रकाशनको संख्या पनि उल्लेख्य मात्रामा रहेको छ भने विभिन्न पत्रपत्रिकाहरूमा लेखहरू पनि प्रकाशित छन् । साथै राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय फोरमहरूमा प्रस्तुतीकरण गर्नुभएको पेपरहरूको फेहरिस्त पनि लामै छ । ●

Thyroid Function Test:

एक जानकारी

- डा काशिम साह,

Thyroid सम्बन्धी समस्याहरूको कारण आजभोली प्रयोगशालाहरूमा (Labarotary) थाइरोइड हार्मोनको जाँच गराउन आउने व्यक्तिहरू उल्लेख्य रूपमा बढेको देखिन्छ। यस रोग सम्बन्धी जनचेतनाको कारणले होस् अथवा चिकित्सकहरूको प्रेषणका कारणले होस् थाइरोइड हार्मोनको परीक्षण प्रचलन जस्तै बनेको छ। त्यसैले यस अंकको बुलेटिन बोर्डमा Thyroid Function Test को बारेमा केही प्रकाश पार्ने प्रयास गरिएको छ।

Thyroid Function Test (TFT) गर्दा मुलत ३ प्रकारका Hormone हरूको जाँच गर्ने गरिन्छ। ती हुन्

1. Triiodothyronine (T3)
2. Thyroxine (T4)
3. Thyroid Stimulating Hormone (TSH)

T3 / T4 लाई Free Thyroid Hormones भनिन्छ। यी हार्मोनहरूको जाँच गर्दा मुख्यतया ६ वटा Patterns मा असामान्य अवस्था देख्न सकिन्छ।

Low TSH +	High	- Free Thyroid Hormones (T3, T4)
	Normal	- Free Thyroid Hormones (T3, T4)
	Low	- Free Thyroid Hormones (T3, T4)
High TSH +	High	- Free Thyroid Hormones (T3, T4)
	Normal	- Free Thyroid Hormones (T3, T4)
	Low	- Free Thyroid Hormones (T3, T4)

यस अंकमा Low TSH भएको अवस्थामा हुन सक्ने सम्भावित कारणहरू के हुन सक्छन् भन्ने विषयमा सारांशमा जानकारी दिन खोजिएको छ। कुनै विरामीको Thyroid Function Test पश्चात Report को आधारमा यदि TSH सामान्य नाप भन्दा कम छ भने यस प्रकारले विश्लेषण गरी सम्भावित कारणहरू पत्ता लगाउने प्रयास गर्नुपर्दछ।

1. Low TSH, High Free Thyroid Hormone (T3, T4) भएको अवस्था
2. Low TSH, Normal Free Thyroid Hormone (T3, T4) भएको अवस्था
3. Low TSH, Low Free Thyroid Hormone (T3, T4) भएको अवस्था

1. Low TSH, High Free Thyroid Hormone (T3, T4) भएको अवस्था

TFT गर्दा यस प्रकारको नतिजा देखियो भने यसको मुख्य कारण Primary Hyperthyroidism हुन सक्दछ। Primary Hyperthyroidism का मुख्य कारणहरू यस प्रकारका छन्।

- a) Graves Disease
- b) Multinodular Goiter
- c) Toxic Nodule

अन्य सम्भावित कारणहरू

- a) Transient Thyroiditis (Sub-acute / Silent / Post-partum)

- b) De. Quervain's Thyroiditis (↑ ESR + Tender Thyroid)

2. Low TSH, Normal Free Thyroid Hormone (T3, T4) भएको अवस्था

यस प्रकारको नतिजा आएको अवस्थामा स्वास्थ्यकर्मीहरूले निम्न कुराहरूको बारेमा ध्यान दिने प्रयास गर्नु पर्दछ।



- a) Hypothyroidism को विरामीले Excessive Tab. Thyroxine सेवन गरी रहेको अवस्था हुन सक्दछ।
- b) कुनै लक्षण देखिएको छैन तर TFT जाँच गर्दा यस खालको नतिजा देखिएमा Sub-clinical Hyperthyroidism हुन सक्ने सम्भावना बढी हुन्छ। विशेष गरी प्रौढ व्यक्तिहरूमा Sub-clinical Hyperthyroidism को अवस्था देखिएमा यसको मुख्यकारण Multi-nodular Goitre हुन सक्दछ।
- c) यस बाहेक कुनै व्यक्तिले High dose steroid सेवन गरेको अवस्था वा Dopamine / Dobutamine जस्ता औषधीहरूको प्रयोग गरेको अवस्थामा पनि केहि समय Low TSH + Normal T3, T4 हुन सक्दछ।

3. Low TSH, Low Free Thyroid Hormone (T3, T4) भएको अवस्था

यस प्रकारको combination मा TFT को नतिजा देखिएमा यसको कारण Thyroid को समस्या भन्दा अन्य कारणबाट भएको हुन सक्दछ। मुख्यतया Pituitary Gland मा भएको समस्याहरू जस्तै Pituitary Tumors भएको विरामीमा यस प्रकारको नतिजा देखिने भएकाले समयमै उचित निदान तर्फ लाग्नका लागि विरामीलाई सुझाव दिन सकिन्छ।

Note : High TSH भएको अवस्थाको बारेमा अर्को अंकमा जानकारी दिइने छ।

लक्षण तथा चिन्हहरू

यो रोगको सुरुवातमा कुनै लक्षण देखा पर्दैन तर मधुमेहले भित्र रेटिनामा असर भने सुस्त गतिमा गरिरहेको हुन्छ। त्यसैले मधुमेह रोगीले नियमित रूपमा आँखा जाँच गराउनु अति आवश्यक हुन्छ। दृष्टिमा कमी तब मात्र देखापर्दछ जब रेटिनामा मधुमेहले रक्तश्राव गरेर (Macula) सुजन भैसकेको हुन्छ। यस अर्थमा यो आँखाको एक खतरनाक रोगको रूपमा लिन सकिन्छ। समयमा रोगको पहिचान गरी दृष्टि बचाउन नसकिने भने होइन।

मधुमेहका विरामीले आफ्नो चशमाको पावर छिटो छिटो बदलिएको गुनासो गर्दछ भने त्यस्तो अवस्थामा रगतमा

चिनीको मात्रा जाँच गराई आँखा परिक्षण गराउनु अति आवश्यक हुन्छ। आँखा परिक्षण गराउँदा रेटिनाको अवस्था नानि फुलाएर (pupil dilation) मात्र परिक्षण गर्न सक्ने भएको हुँदा रेटिना परिक्षणको लागि आवश्यक सुविधा सम्पन्न आँखा अस्पतालमा तथा आँखा सेन्टरमा परिक्षण गराउनु पर्दछ। रेटिना परिक्षण गर्दा निम्न परिवर्तनहरू देख्न सक्छ।

- रेटिनाको रक्त नशाहरू फुलेर bleeding का spot हरु देखिनु
- पहुँलो तथा सेतो रंगको धब्बाहरू (cotton wool spot)
- Macula रंग परिवर्तन भइ हरियो, रातो तथा पहुँलो हुनु
- Macula को सुजन
- अपरिपक्वको असामान्य नयाँ रगतका नशाहरू
- रेटिनामा रक्तश्रावको कारण

रेटिना फाटेको अर्थात् retinal detachment

- लेन्सको सुजन
- Optic nerve मा क्षति

उपचार तथा रोकथाम

नियमित रूपमा आँखा परिक्षणको साथै मधुमेहको विरामीहरूले मधुमेहलाई नियन्त्रणमा राखी हुन सक्ने दृष्टि क्षतिबाट बचाव गर्न सकिन्छ। यो रोगको उपचार लेजर र शल्यक्रिया द्वारा गर्न सकिन्छ। लेजर पद्धतिबाट रेटिनाको bleeding रोकेर हुन सक्ने अरु दृष्टि क्षति रोक्न सकिन्छ तर लेजर उपचारबाट उपचार अगावै गुमेको दृष्टि भने फेरी फर्काउन सकिँदैन। तसर्थ जति छिटो यस रोगको उपचार गर्न सकिन्छ त्यति दृष्टि बचाउन सकिन्छ। ●

समस्याको समाधान

गत अंकमा प्रकाशित समस्या नं. १४ अन्तर्गत सोधिएको प्रश्न “किशोर किशोरीको स्वास्थ्य सेवामा समुदायका स्वास्थ्य संस्थाको पहुँच बढाउन स्थानीय स्तर तथा जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालयबाट के गर्न सकिन्छ?” भन्ने प्रश्नको जवाफमा काडामाण्डौँ स्वास्थ्य चौकी, डोटीका अहेव श्री गंगाराम चौधरी बिजयी हुनु भएको छ। उहाँले पठाउनु भएको समाधानलाई यहाँ प्रस्तुत गरिएको छ।

१. किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा क्लिनिकको पहुँच नभएका ठाउँहरूमा स्थापना तथा विस्तार गर्न सकिन्छ।
२. स्वास्थ्य संस्थामा उपयुक्त, अनुकूल तथा गोप्यताका लागि व्यवस्थित भौतिक वातावरण अथवा छुट्टै परामर्श कोठाको/पर्दाको व्यवस्था गर्न सकिन्छ।
३. किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित सामाग्री तथा रेकर्डिङ्ग, रिपोर्टिङ्ग, tool को आवश्यकता अनुसार उचित समयमा व्यवस्था गर्न सकिन्छ।
४. किशोर किशोरीहरूलाई सुहाउँदो तथा

उपयुक्त हुने गरी विशेष दिन तथा समयको व्यवस्था गर्न सकिन्छ।

५. किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा क्लिनिकको समय तालिका तथा क्षेत्रबारे म.स्वा.स्व.से., आमा समूहका सदस्य, गाउँघर तथा खोप क्लिनिक र विद्यालय मार्फत सूचना दिन सकिन्छ।
६. किशोर किशोरी मैत्री यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित अभिलेख, प्रतिवेदन, अनुगमन, आवधिक सुपरिवेक्षण तथा Feedback प्रणालीलाई प्राथमिकताका साथ निरन्तरता दिन सकिन्छ।
७. किशोर किशोरीहरूको संलग्नतामा स्थानीय स्रोत परिचालन गरी आवश्यकता अनुसारको सुहाउँदो कार्यक्रम तथा सेवा प्याकेजको विकास गर्न सकिन्छ।
८. अधिकतम स्वास्थ्यकर्मीहरूमा किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी क्षमता अभिवृद्धि गरी आवश्यक भौतिक पूर्वाधार तथा उपकरणको व्यवस्था गर्न सकिन्छ।

९. किशोर किशोरीहरूलाई स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिमा संलग्न गरी वार्षिक कार्ययोजना, योजना तर्जुमा तथा व्यवस्थापनमा समावेश गर्न सकिन्छ।
१०. विभिन्न विद्यालय, युवा क्लब, बाल क्लब तथा अन्य किशोर किशोरीहरूका लागि काम गर्ने संघसंस्थाहरूसँग समन्वय गर्न सकिन्छ।
११. किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा, परिवार नियोजन तथा सुरक्षित मातृत्व जस्ता अन्य सम्बन्धित कार्यक्रमहरूसँग एकिकृत गर्न सकिन्छ।
१२. विद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रममा किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवालार्ई विशेष प्राथमिकता दिन सकिन्छ।
१३. किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित उपयुक्त र सजिलो भाषाका सूचना संचार तथा व्यवहार परिवर्तनका सामाग्री प्रतीक्षालयमा उपलब्ध गराउन सकिन्छ।

स्वास्थ्य प्रतियोगिता

१. Morphine को antidote के हो ?

- क) Atropine sulphate
- ख) Adrenaline
- ग) Nalaxone
- घ) Dizepam

२. गर्भावस्थामा छाला चिलाउने समस्याबाट राहत मिल्नका लागि स्वास्थ्यकर्मीले बिरामीलाई के सल्लाह दिनुपर्छ ?

- क) शरीरमा पानीको मात्रा बढाउन
- ख) शरीरमा पानीको मात्रा घटाउन
- ग) तातो पानीले नुहाउन
- घ) चिसो पानीले नुहाउन

३. एउटा वयस्क मानिस कति प्रतिशत भन्दा बढी जल्दा intravenous fluid दिइन्छ ?

- क) ५%
- ख) १०%
- ग) १५%
- घ) २०%

४. एक pint मा कति रगत हन्छ ?

- क) ४८० मि.लि.
- ख) ५६० मि.लि.
- ग) ७०० मि.लि.
- घ) ५० मि.लि.

५. Epileptic fits लाई hysterical fits बाट के का आधारमा छुट्याउन सकिन्छ ?

- क) Amnesia
- ख) Sleep convulsion
- ग) Incontinence
- घ) Injury

६. शरीरमा पानीको (fluid) मात्रा कम भएको खण्डमा, पहिलो कति घण्टा भित्र ORS (oral rehydration solution) ले परिपूर्ति गर्न सकिन्छ ?

- क) ४ घण्टा
- ख) ८ घण्टा
- ग) १२ घण्टा
- घ) २४ घण्टा

अंक १४ को सही उत्तर हो : १(ख), २(ख), ३(क), ४(ग) र ५(ख) । यस अंकमा सहानीय सहभागिता जनाई सही उत्तर पठाउनु हुने महानुभावहरु तल उल्लेखित छन् ।

सिता पाण्डे, रञ्जिता आचार्य, सुनिता लिम्बु, निर्मला कुमारी गौतम, पवित्रा खनाल, कृष्ण कुमारी श्रेष्ठ, लक्ष्मण शाह, लक्ष्मी आचार्य (बसौला), महेश शाह, राम कुमार चौधरी, गंगाराम चौधरी र विमला ओझा ।

हामी हरेक अंकमा सही उत्तर पठाउनुहुने महानुभावहरुको नामको गोला प्रथा गरी पाँच विजेताहरुको नाम घोषणा गर्दछौं । यस अंकका विजेताहरु तल उल्लेखित छन् । सबै विजेतालाई हामी बधाई दिन चाहन्छौं र पुरस्कारको लागि अन्तिम पृष्ठमा उल्लेखित ठेगानामा सम्पर्क गर्नुहुन पनि आग्रह गर्दछौं ।

१. श्री लक्ष्मण शाह, राङ्गाड स्वास्थ्य चौकी, स्याङ्जा ।
२. श्री निर्मला कुमारी गौतम, अहेव, कछडियाटोल स्वास्थ्य चौकी, निजगढ, बारा ।
३. श्री सिता पाण्डे, अनमी, अभिराव स्वास्थ्य चौकी, कपिलवस्तु ।
४. श्री सुनिता लिम्बु, अनमी, ढुङ्गेसाँबु-७, ताप्लेजुङ्ग ।
५. श्री राम कुमार चौधरी, जोगीदह स्वास्थ्य चौकी, उदयपुर ।

हामीलाई तपाईंको समस्या मात्र नभन्नुहोस्, केही समाधानको सुझाव पनि दिनुहोस् । यहाँहरुको सहभागिताको लागि हामी धन्यवादज्ञापन गर्न चाहन्छौं । आउँदो अंकहरुको समस्या समाधानमा पनि यहाँहरुले आफ्नो समाधानका प्रयासहरु लेखी अन्य स्वास्थ्यकर्मी साथीहरुलाई 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 स्वास्थ्यकर्मीहरुको सम्मेलन” मा सहभागी हुन पाउनु भएको छैन भने हामी यो मौका पनि प्रदान गर्नेछौं । गएको अंक १४, समस्या # १४ का विजेता काडामाण्डौं स्वास्थ्य चौकी, डोटीका अहेव गंगाराम चौधरीज्यूलाई निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटको तर्फबाट हार्दिक बधाइ छ । हाम्रो यस अंक १५ को प्रश्न यस प्रकार छ ।

समस्या # १५:
धेरैजसो अस्पताल, स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रहरुले भने मासिक प्रतिवेदनमा इएम को निदान पूर्ण नभएको देखिन्छ । मासिक प्रतिवेदनलाई सुधार गर्न के-के गर्न सकिन्छ ?



STAMP

कृपया यहाँहरुको सुझाव, प्रतिक्रिया तथा समस्याहरु 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, बाल सुन्दर चाँसी, शारदा शाह, रीता पाखरेल, माधव भुषाल, विजय ढकाल, रीता थापा, शोभना राई, रविना शाक्य, जोत पटेल, प्रशान्त शाही ।