



डा. श्याम सुन्दर यादव

मित्र

- **पृष्ठ २-४ कथाहरु**
 - अति दुर्गम स्वास्थ्य चौकीको कथा र स्वास्थ्यकर्मीले भोगेको व्यथा
 - Case of Epigastric Hernia
 - सहयोगीको साथ स्वास्थ्यकर्मीको आँट
- **पृष्ठ ५ थप आयाम**
 - बायोमेडिकल उपकरण व्यवस्थापन इकाई (BMEMU) स्थापना
- **पृष्ठ ६ बुलेटिन बोर्ड**
 - इमर्जेन्सीमा विभिन्न रोग
- **पृष्ठ ७ NSI का गतिविधिहरु**
- **पृष्ठ ८ खोज तथा अनुसन्धान**
 - मध्यमस्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरुमा MLP तालिम पछि ज्ञान र सीप कायम रहन्छ ?
- **पृष्ठ १० भलाकुसारी**
 - डा. अनिल बहादुर श्रेष्ठ
- **पृष्ठ १२ सिएमई कर्नर**
- **पृष्ठ १४ सफलताको कथा**
 - रंगेली अस्पताल हिजो, आज र भोलि
- **पृष्ठ १६ स्वास्थ्य प्रतियोगिता**

डा. श्याम सुन्दर यादवको जीवनी

डा. श्याम सुन्दर यादवको जन्म वि.स. २०१९ साल भाद्र १ गते धनुषा जिल्लाको तात्कालीन सपही गाविस वडा नं. १ बनिगम्मामा भएको थियो । उहाँले प्रारम्भिक अध्ययन गाउँकै विद्यालयमा गर्नुभयो र वि.स. २०३४ सालमा ७९.३% ल्याएर एसएलसी उत्तीर्ण गर्नुभयो । उहाँले एसएलसीमा राम्रो नम्बर ल्याएर उत्तीर्ण गर्नुभएपछि परिवारको सल्लाह बमोजिम थप अध्ययनको लागि उहाँ काठमाडौँ आउनु भयो र त्रिभुवन विश्वविद्यालयमा भर्ना भई विज्ञान विषयको अध्ययन शुरू गर्नुभयो । उहाँले २०३९ सालमा प्रथम श्रेणीमा उत्तीर्ण भई आइएस्सी पनि पुरा गर्नुभयो । तत्पश्चात् उहाँ थप अध्ययनको लागि छिमेकी मुलुक भारत जानुभयो र सन् १९९० मा राँची विश्वविद्यालय अन्तर्गतको राजेन्द्र मेडिकल कलेजबाट एमबीबीएस पहिलो श्रेणीमा उत्तीर्ण गर्नुभयो । एमबीबीएस अध्ययन सकेर नेपाल फर्केपछि नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत सिन्धुली अस्पतालमा आठौँ तहमा मेडिकल अफिसरको रूपमा कार्य शुरुवात गर्नुभयो । यसको केही समयपछि नै उहाँ थप अध्ययनको लागि पाकिस्तान जानु भयो र सन् १९९७ मा सिन्धु विश्वविद्यालय अन्तर्गतको LMC Post Graduate Institute बाट Master in General Surgery (MS) को अध्ययन पुरा गर्नुभयो । यसको साथै सन् २००३ मा International College of Surgeon, England बाट FRCS in General Surgery को Fellowship गर्नुभयो ।

उहाँ अध्ययन सकेर फर्केपछि कालिकोट अस्पताल, जनकपुर अस्पताल, कान्ति बाल अस्पताल र टिचिङ्ग अस्पतालमा सेवा पुऱ्याउनुका साथै नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गतबाट नेपालको पश्चिम क्षेत्रमा आयोजना गरिएका क्याम्पहरुमा सहभागिता जनाउनु भएको छ । वि.स. २०६१ साल भाद्र १० गते देखि वि.स. २०७८ साल मंसिर ३ गतेसम्म लामो समय भेरी अस्पताल नेपालगंजको सर्जरी विभागको प्रमुखको रूपमा नेतृत्व प्रदान गर्नुभयो । त्यही दौरानमा द्वन्द्वमा परेर घाइते भएका धेरै विरामीहरुको शल्यक्रिया गर्ने जिम्मेवारी बहन गर्नुभयो ।

उहाँले सो अस्पतालमा वि.स. २०६४ साल असार १ देखि वि.स. २०६६ साल कात्तिक २० सम्म करीव साढे दुई वर्ष निमित्त मेसुर र वि.सं. २०७२ साल असार १० देखि वि.स. २०७३ साल मंसिर २१ गतेसम्म करीव डेढ वर्ष मेसुको रूपमा अस्पताललाई नेतृत्व प्रदान गर्ने अवसर पनि प्राप्त गर्नुभयो । उहाँले कोभिड-१९ को दौरानमा भेरी अस्पतालमा कोभिड-१९ को युनिट स्थापना गर्न नेतृत्वदायी भूमिका निर्वाह गर्नुभयो । यसरी आफ्नो जीवनको लामो समय भेरी अस्पतालमा व्यतित गरिसकेपछि वि.स. २०७८ साल मंसिर २ गते प्रमुख विशेषज्ञको रूपमा संघीय स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा उहाँको सरुवा भयो । यसै बीचमा वि.स. २०७८ साल पौष ३० गते बसेको नेपाल सरकारको क्याबिनेटले निर्णय

अति दुर्गम स्वास्थ्य चौकीको कथा र स्वास्थ्यकर्मीले भोगेको व्यथा

■ युवकली कँडेल, अनमी, स्वास्थ्य चौकी कौकी, रुकुम पूर्व

घटना मिति २०७६/०३/०५ गतेको हो। म स्वास्थ्य चौकीकै भवनको एक कोठामा बस्थे। विहान करिब ८:१५ जति समय भएको थियो। एकजाना पुरुष आएर मलाई दिदी मेरो गाउँको भाउजुलाई सुत्केरी व्यथा लागेको छ, यहाँ ल्याउनको लागि Stretcher दिनुपर्ने भनेर भन्नुभयो। मैले उहाँलाई सबै बिरामीको बारेमा बुझेर Stretcher दिएर पठाएँ र म पनि labour room तिर manage गर्न लागे। फेरी त्यही समयमा उहाँको नातेदार आएर madam मेरो बुहारीको बच्चा बाटोमै जन्मियो, बुहारी बेहोस छिन, जानुपर्ने भन्नुभयो। म पनि सबै तयार गरेको सामान बोकेर घटनास्थलतिर हतारिँदै गएँ। करिब १५-२० मिनेटमा त्यहाँ पुग्दा बिरामी बेहोस अवस्थामा हुनुहुन्थ्यो। BP हेर्दा खासै feel भएन, pulse निकै कमजोर भेटियो। बिरामीको अवस्था हेर्दा सबै रगताम्मे थियो। म SBA त हैन तैपनि मैले पढेको अनुसार लक्षण हेर्दा उहाँलाई PPH र Hypovolemic shock भएको संझा गरेर Rt hand मा vein open गरेर fast RL दिँदै स्वास्थ्य संस्थासम्म ल्याइयो र संस्थामा सबै सहकर्मी साथीहरु मिलेर उँहालाई करिब ९:१५ तिर फेरि अर्को हातमा vein open गरेर inj. oxytocin 20 unit + inj. RL 40 – 60 drop मा दिन शुरु गरे।

मैले उँहाको Abdomen छामेर हेर्दा bladder पिसावले भरिएको जस्तो लाग्यो र 200ml urine out गरे र inj. oxytocin 10 unit I/M दिएँ। त्यसपछि पाठेघर सफा गर्नको लागि हात छिराउँदा त placenta को lobe छुटेको कारणले PPH भएको रहेछ र PPH को कारणले Hypovolemic shock भएको रहेछ, अनुमान गर्न गाह्रो भएन। भित्रको blood, lobe हरू राम्रोसँग सफा गरे। यति गर्दा करिब डेढ घण्टा भईसकेको थियो। उहाँको होस अझ आएको थिएन। Inj. RL change गरेर दिई राखिएको थियो। त्यति गर्दागर्दै हल्का हात र खुट्टा चलाउन सुरु गर्नुभयो र हामीलाई पनि आशा पलायो अब त केही सुधार होला भनेर। त्यसको १५-२० मिनेटमा होस आयो। यहाँ सबै manage हुने भएपनि र lab test गर्नु पर्ने थियो। तर नजिक referral center नै छैन। न गाडी छ, न सहज बाटो नै छ, अलि अलि भएको बाटो पनि पहिरोले बिगारेको थियो।

के गर्नु म मेरो कर्तव्य गर्छु अरु भगवानको हातमा छ भन्दै मैले लगातार बिरामीको स्याहार गरिराखें। उहाँको पूर्ण रुपमा होस भएर क्रमिक रुपमा सुधार हुँदै गयो र बच्चालाई दुध चुसाउनु भयो, खाना खानु भयो। त्यतिखेर करिब २ बजेको थियो। BP पनि बढ्दै गयो Pulse पनि नर्मल भयो र आमा पनि सामान्य अवस्थामा आउनु भयो। उहाँको सुधार पछि उँहालाई करिब ३० घण्टा स्वास्थ्य चौकी मै राखेर Iron, Antibiotic राखेर सके बाहिर गएर अझै राम्रो औषधि गर्नु नसके घर जानु भनेर अनुमति दिईयो।

अन्तमा घरजाने बेलामा बिरामी र बिरामीको आफन्तले आज म बच्छु जस्तो थिएन। उहाँको श्रीमानले मैले त मरिसकेको भनेर माया मारेको थिएँ हजुरहरुले नै नयाँ जीवन दिनु भयो हजुरहरु हाम्रो भगवान हो भनेर भन्नु भयो।

यसरी बिरामीको समयमै पहिचान गरेर हामीसँग भएको स्रोत र साधनको मात्रै प्रयोग गरेर सेवा दिएपछि पनि ग्रामिण भेगका कयौँ आमा र शिशुलाई बचाउन सक्ने कुरामा दुईमत नै छैन। तर यस्तो दुर्गम ठाउँमा दक्ष जनशक्तिको अभावका साथै साधन र स्रोतको उत्तिकै अभावका बीचमा स्वास्थ्यकर्मीले काम गर्नुपर्ने अवस्थालाई यथाशिघ्र ध्यान पुगोस र उचित कदम चालियोस।

धनकुमारी त एकजना प्रतिनिधी पात्र मात्र हुन्। यस्ता कैयौँ आमा र बच्चा बाटोमै सेवा नपाएर मरेको स्थिति छ। त्यसैले उहाँको मात्र ज्यान बचाउन नसकेको भएपनि मलाई एकदमै नराम्रो feel हुन्थ्यो।

रुकुम पूर्वको कौकी (मगर बस्ति खामभासी) दुर्गम र अशिक्षित समुदायमा बसेर काम गर्नु भनेको एक प्रकारको चुनौतीसँग लडिरहेको जस्तो लाग्छ, र त्यस चुनौतीमा जीत भए त राम्रै नै हुन्छ तर सधैं जीत हुन्छ भन्न सकिन्न।

किनकी यस्तो गाउँ ठाउँमा बिरामी प्राय अन्तिम अवस्थामा ल्याउने गर्छन्। हिजोआज अधिकांश स्वास्थ्य संस्थामा स्रोत, साधन र दक्ष जनशक्तिको कमी साथै स्थानीय समुदायको रोग प्रतिको शिक्षाको कमीले गर्दा बिरामी र स्वास्थ्यकर्मी बीच द्वन्द्व भएको हामीले पटक पटक सुन्न पाएका छौँ। मेरो मनमा त्यसैले सधैं एउटा प्रश्न अन्तर मन देखि नै आईरहन्छ कि “कहिले दुर्गम बस्तीमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरु निर्धक्क र ढुक्क भई काम गर्न पाउने”, कहिले सुरक्षित महशुस भई आत्मबलका साथ सेवा प्रदान गर्न पाउने।

मैले यहाँ मात्र नभई अन्य ठाउँमा काम गर्दा पनि यस्ता केश थुप्रै देख्ने मौका पाएको थिएँ। जुन मलाई दुर्गम स्वास्थ्य कार्यालयको कथा र त्यस्ता स्वास्थ्य कार्यालयमा काम गर्ने म जस्ता स्वास्थ्यकर्मीहरुको एकप्रकारको डरलाग्दो व्यथा जस्तो लाग्न थालेको छ। दुर्गमका यस्ता समस्यालाई न्यूनीकरण गर्न सम्बन्धित पक्षबाट स्थानीय तहमै आवश्यक पहल र कदम चाल्नु अति आवश्यक देखिएको छ।

Case of Epigastric Hernia

■ Dr. Mahesh Silwal

A 74-year-old female presented to General OPD with a history of epigastric pain for 2-3 years, insidious onset, sharp localized, non-shifting, non-radiating, relieved on lying down, no relation with meals. She also had taken over the counter analgesics to relieve her pain.

There was also a history of a mass in epigastric region which had developed over a span of 1 year. The mass was associated with pain as described above. The mass increased in size on standing, coughing, or straining, decreased in size on lying down.

On examination, she was hemodynamically stable. Her respiratory and cardiovascular examination was normal.

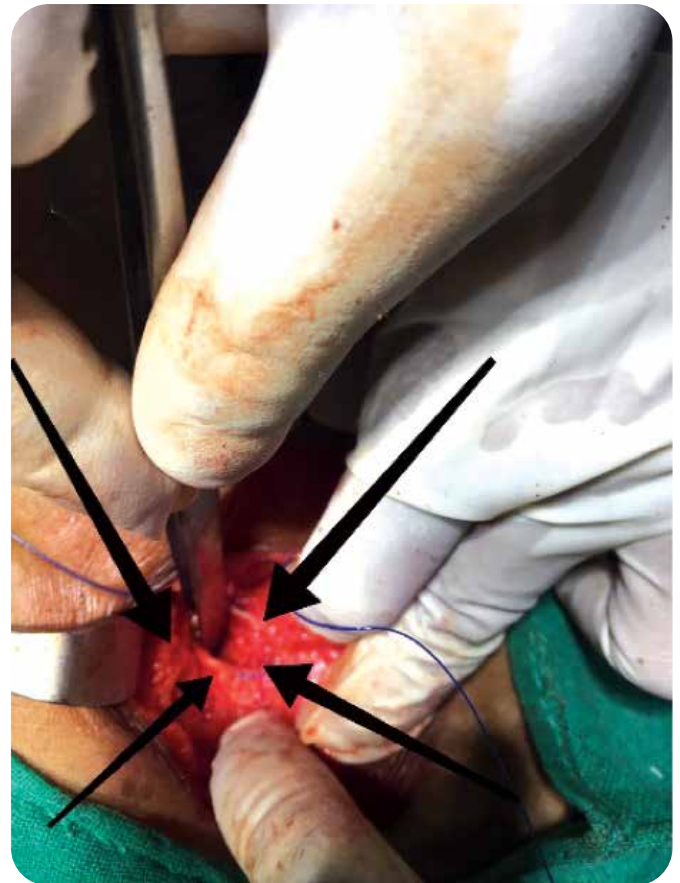
Per abdomen findings: a soft, tender, globular mass of size 3x1 cm² was palpable in epigastric region which reduced on lying down. A defect could be felt on anterior abdominal wall on deep palpation. Rest of the examination was nonsignificant.

An Epigastric Hernia was diagnosed clinically. She was taken to Operation Theatre. Under Local Anesthesia, incision was given till rectus sheath. A defect of ~2cm diameter visualized on rectus sheath with preperitoneal fat protruding out through the defect. The preperitoneal fat was reduced into the abdominal cavity. The defect was repaired (=Herniorrhaphy) with prolene 2-0. The abdomen was closed in layers. Sterile dressing was applied. The patient was discharged on the same day with oral antibiotics and analgesics.

A photo of surgical field has been attached with arrows marking the boundary of the defect, with the forceps into the defect at the center.

This is an accomplishment, as these procedures were not done before. This is rewarding to the patient. Also, this kind of procedure is quite economical to patients, as we provide the service 5 times cheaper than the private hospitals.

I hope this positivity is reflected in Lamahi Municipality.



सहयोगीको साथ स्वास्थ्यकर्मीको आँट

■ राजेश कुमार शर्मा, अहेव चौथो, धनकौल (प.) स्वास्थ्य चौकी, सर्लाही

कुरो वि.स. २०७३ सालको हो, साउने भरी लागिरहेको थियो । छोरा जाँडरक्सीको कुलतमा फसेकोले सधैं रक्सी खाँदा बुवाले मनाही गर्दा, नसामा धूर्त छोराको सिंगै ईटाले हिर्काएर बुवाको टाउको फोडे पछि आमाले चिच्याउँदा नाजिकको छिमेकि आफन्त आएर बेलटारी ई. प्रहरी चौकीमा फोन गरेर खबर गर्दा सम्ममा छोरा फरार भईहाले । त्यसपछि आफन्त छिमेकीहरूले प्रहरीको सहयोगमा ईलाका प्रहरी चौकी र स्वास्थ्य चौकी प्रतापपुरको ढोकैमा रहेको स्वास्थ्य चौकी प्रमुख श्री कुन्दन कुमार शाहको क्लिनिकमा लगेर विरामीको उपचारका लागि आग्रह गर्दा स्वास्थ्य चौकी ईञ्चार्ज नभएको अवस्थामा निजको श्रीमती ज्योति शाहले विरामीको सम्पूर्ण History लिएपछि र उक्त विरामी स्वास्थ्य चौकीको र उहाँको क्लिनिकको नियमित विरामी भएकोले विरामीको आर्थिक अवस्थाबारे सम्पूर्ण जानकारी रहेकोले, उहाँको उपचार यहाँ हुन सक्दैन बरु चौपाता सामुदायिक अस्पतालमा अथवा बुटवल लगनुस भनेर refer गर्दिनुभयो । जति आग्रह गर्दा पनि विरामीको उपचार नभए पछि सहयोगी गाउँले र आफन्त संगै रहेको प्रहरी साथीहरू चिन्तित हुन थाले । वर्षाको मौसम, चिसो चिसो, रातीको ८:३० बज्ज लागेको, ५७ वर्षीय सिताराम रानाभरको स्थिति भन् भन् खराब हुन गईरहेको र छोराको नै यस्तो स्थिति गरीदिएकोले कहाँ उपचार गराउने, पैसा कहाँ बाट ल्याउने, कसले तिर्ने, के गर्ने, कहाँ पठाउने, कसरी व्यवस्था मिलाउने यो राति भरीको समयमा, वृद्धा बाजे त अब बित्ने भयो भन्दै चिन्तित अवस्थामा गन्थन मन्थन गर्दै थियो कि एकजना अर्कै प्रहरी हवलदार साथी आइपुगे र सम्पूर्ण अवस्था बुझाखेरी उँहाको सल्लाह सुभाब भयो, कि जाउँ बरु हेल्थ पोष्ट मै एक जना नयाँ डाक्टर साहब स्वास्थ्य चौकीको क्वार्टरमा बस्ने भएकोले केही सहयोग हुन्छ कि भन्ने सल्लाह बमोजिम प्रहरी साथीहरू आएर मेरो ढोका ढकढक्याउनुभो र म कोठाबाट निस्केर सम्पूर्ण अवस्थाबारे जानकारी लिएपछि स्थिति गम्भीर रहेको बुझियो र मेरो सल्लाह पनि त्यही थियो कि वहाँलाई सुविधा सम्पन्न अस्पतालमा लगनुस् भनेर । तर कुरो जहाँको त्यही थियो पेसा छैन, कहाँबाट, कसले । अन्ततः सबैजनाको अनुरोध पछि यथासम्भव यसै स्वास्थ्य चौकीमा उपचार गर्नुको विकल्प थिएन । म पनि कम थिएन । भर्खर भर्खर जागिर पाएको थिएँ । जोस जाँगरका साथ काम गर्थे । गाउँलेलाई इमरजेन्सीको बेला २४ घण्टा सेवा दिने गर्थे । प्राय कसैलाई त्यतिकै फर्काउँदैन थिएँ ।

यसै क्रममा, यो असहाय, दिनहिन, आर्थिक अवस्था कमजोर भएका विरामीको कथा सुनेर Severe Head Injury को केशलाई पनि उपचार गर्ने आँट गर्नुपर्थो । राती नै स्वास्थ्य चौकी खोलेर विरामीलाई ड्रेसिङ्ग रुममा राख्न लगाएँ र सर्वप्रथम IV open गरेर saline जोडेर रगतले लतपत गमछा लुगाहरु फुकालेर सिताङ्गबाट बाचाउन कम्बल ओढाएर व्यवस्था मिलाएँ र सम्पूर्ण procedure पछि suturing गर्दै जाँदा १४ वटा टाँका हालेर बल्लतल्ल bleeding थामियो । BP 90/60 mm of Hg रहेकोले थप दुईटा saline राखेर antibiotic हालेर रातभरी निगरानीमा राखे र भोली बिहानै सम्पूर्ण चेकजाँच पछि नियमित dressing को लागि ल्याउनु भनेर घर पठाएँ र विरामीको अवस्था ठिक हुँदै गयो, फलस्वरुप धन्यवाद को सिमा थिएन ।

निष्कर्ष

यस्तो अवस्थामा विरामी यदि सम्पन्न परिवारको हुन्थ्यो भने सुविधा सम्पन्न अथवा नीजि अस्पतालमा गएर हजारौं/लाखौं खर्चेर CT Scan/MRI गराएर उपचार गराउँथ्यो । तर गरीब भएको मान्छेको मृत्यु बाहेक केही आशा थिएन । तर त्यस बेला सहयोगी साथीहरूको साथ र स्वास्थ्यकर्मीको आँटले गर्दा गाँउमा रहेका स्वास्थ्य चौकीको उपचारले पनि मृत्यु हुनबाट जोगिन्छ ।



बायोमेडिकल उपकरण व्यवस्थापन इकाई (BMEMU) स्थापना

चिकित्सा विज्ञानको विकासमा प्रविधिको प्रयोग निकै महत्वपूर्ण छ । रोगको सटिक पहिचानको लागि होस वा प्रभावकारी उपचारको लागि आधुनिक चिकित्सा पद्धतिमा उपकरणको संवेदनशील भूमिका रहेको हुन्छ । स्वास्थ्य उपकरणले ठीकसँग काम गरेको खण्डमा मात्र रोगको सही पहिचान, प्रभावकारी उपचार र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा ठूलो टेवा पुग्दछ ।

विकासोन्मुख देशहरूका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा विग्रेका स्वास्थ्य उपकरणहरूका कारण स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा अवरोध पुग्ने गरेको विभिन्न लेख तथा पत्रपत्रिकामा देख्न र सुन्न सकिन्छ । नेपालको अवस्था पनि त्यो भन्दा फरक नरहेको हुँदा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाका लागि ती उपकरणहरूको उचित व्यवस्थापन गर्न आवश्यक छ । यस उद्देश्य अन्तर्गत नेपाल सरकारको मातहतमा रहने गरी निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटको सहयोगमा स्थानीय तहदेखि केन्द्रीय तहसम्मका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा बायोमेडिकल उपकरण व्यवस्थापन इकाई (BMEMU) स्थापना निरन्तर रुपमा भइरहेको छ । जस मध्ये केन्द्रीय तहमा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, टेकूमा लामो समयदेखि विभिन्न तालिमहरू सहित केन्द्रीय उपकरण व्यवस्थापन इकाई संचालनमा छ । साथै देशका विभिन्न जिल्लामा अवस्थित अस्पतालहरूमा पनि बायोमेडिकल कार्यशालाहरू स्थापना भएका छन् । देश प्रादेशिक संरचनामा गए पश्चात बायोमेडिकल उपकरण व्यवस्थापन कार्य अझै प्रभावकारी बनाउनको लागि नयाँ आयामको रुपमा प्रदेश स्तरीय बायोमेडिकल उपकरण व्यवस्थापन इकाई स्थापन भइरहेका छन् ।

प्रदेशहरूको वार्षिक नीति तथा कार्यक्रम अनुसार प्रदेश सरकारसंग सहकार्य गरी NSI ले सम्पूर्ण आवश्यक पूर्वाधार सहित प्रादेशिक बायोमेडिकल उपकरण व्यवस्थापन इकाई सातै प्रदेशमा क्रमिक रुपमा स्थापना गरी संचालनमा ल्याउने उद्देश्य लिएको छ । सोही अनुरूप पहिलो बायोमेडिकल उपकरण व्यवस्थापन इकाई सुदुर पश्चिम प्रदेशमा २०७८ पौष ५ गते माननीय मुख्य मन्त्री त्रिलोचन भट्टराट उद्घाटन भई संचालनमा आइरहेको छ । यसैगरी दोश्रो लुम्बिनी प्रदेशमा मिति २०७९/०४/२६ गते लुम्बिनी प्रदेशका माननीय स्वास्थ्य मन्त्री इन्द्रजित थारुवाट र तेश्रो गण्डकी प्रदेशमा मिति २०७९/०४/३० गते गण्डकी प्रदेशका माननीय स्वास्थ्य मन्त्री मधु अधिकारी गुरुडवाट उद्घाटन भई संचालनमा आईसकेको छ ।

यी इकाईहरू विश्व स्वास्थ्य संगठनले तोकेको मापदण्ड अनुसार उपकरण व्यवस्थापन चक्र अनुरूप अभिलेख राख्ने, जडान, स्याहार, मर्मत संभार, क्यालिब्रेसन, लिलाम जस्ता प्राविधिक सहयोग गरी स्वास्थ्य सेवालार्ई गुणस्तरीय बनाउने छ भन्ने विश्वासका साथ स्थापना गरिएका छन् ।



इमर्जेन्सीमा विभिन्न रोग

■ डा. राजु राना मगर, दमौली अस्पताल, एमडीजीपी

अस्पतालको इमर्जेन्सीमा विभिन्न रोग लागेका विरामीहरू आउने गर्दछन्। यो ठाउँ निकै व्यस्त हुने ठाउँ पनि हो। सिकिस्त विरामीहरूको भिडभाड हुने ठाउँ भएकोले विरामीहरूको उपचारमा व्यस्त पनि भईन्छ। तर कहिलेकाँही सिकिस्त विरामीहरूको उपचारमा धेरै समय खर्चिनु पर्दा सामान्य रोग ठानिएका विरामीहरू सिकिस्त र जटिल अवस्थामा पुन सक्दछन्। उदाहरणको लागि Epigastric pain लिएर आएका विरामीहरूलाई सामान्य ठानी उपचार गर्दै गर्दा ती विरामी जटिल अवस्था पुग्दछन्। त्यसैले Epigastric Pain लिएर आएका विरामीहरूको विस्तृत रूपमा history लिई जाँच परीक्षण गर्नुपर्ने हुन्छ। यस अंकमा Epigastric Pain लिएर आएका विरामीहरूको बारेमा केही चर्चा गरौं।

पेटको Epigastric Region मा दुखाई भएर आएका विरामीहरूमा यसको कारणहरूबारे विचार गर्दा सामान्यतः Gastritis, Peptic ulcer disease देखि लिएर Cholecystitis (पित्त थैलीको सुजन), Cholangitis (पित्त नलीको सुजन), Myocardial infarction (हृदयघात), Pancreatitis (अग्नाशयको सुजन) जस्ता गम्भीर समस्याहरू पर्न सक्दछन्। त्यसैले Epigastric Pain लिएर आएका विरामीहरूमा यिनै कारणहरूलाई ध्यानमा राखेर जाँच परीक्षण गर्नुपर्दछ। भिडियो एक्सरे, ECG, Amylase, Lipase, H. Pylori, chest x-ray, CBC, LFT आदि जाँचहरू आवश्यक पर्दछन्। सामान्य जाँच जस्तै ECG कहिलेकाँही छुट्टै जसले गर्दा विरामीले ठूलो क्षति व्यहोर्नु पर्दछ।

मेरो आफ्नै अनुभवको आधारमा भन्नुपर्दा एकजना विरामी मेरो अस्पतालमा केही समय पहिले Epigastric Pain लिएर आउनु भएको थियो। History लिँदा विरामी पहिले पनि यस्तै खालका दुखाईको समस्या लिएर बारम्बार आउने गरेको पाईयो। उहाँले मेरो यो Gastritis को दुखाई हो त्यसको उपचार गरिदिनुस भन्नुभयो। मैले ECG गरौं भन्दा उहाँहरूले मान्नु भएन। लामो समयको परामर्शपछि उहाँ ECG गर्न सहमत हुनुभयो। ECG मा त्यस्तो कुनै असमान्य परिवर्तन देखिएन तर दुखाई भन् बढ्दै गयो। उपचार भने Gastritis को लागि भइरहेको थियो। आधा घण्टा पछि ECG दोह्याएर हेर्दा यस पटक ECG मा ST elevation देखियो र प्राथमिक उपचार पछि तुरन्त विरामीलाई रिफर गरियो।

त्यस्तै अर्को घटनाको बारेमा बताउँदा एकदिन एकजना विरामी स्वास फेर्न गाह्रो भएको र Epigastric Region मा दुखाई भएको भन्दै पसिनाले भिजेर आउनु भएको थियो। उहाँको Chest X-ray र ECG गरियो। उहाँको पनि ECG मा ST elevation आयो र प्राथमिक उपचार पछि उहाँलाई Cardiac Center रिफर गरियो।

यी घटनाहरूले के देखाउछ भने ECG जुन प्राय सबै अस्पतालहरूमा उपलब्ध हुन्छन यसको उपयोग सही ठाँउमा गरियो भने, यसले विरामीको छोटो समयमा रोगको पहिचान गरी रिफर गर्न सकेमा जटिल समस्याबाट विरामीको ज्यान बचाउन मद्दत पुऱ्याउँछ।

बारम्बार Epigastric Pain भएर आएका, उमेरले ४० वर्ष कटेका, चिनी रोग तथा उच्च रक्तचाप पनि भएका विरामीहरूलाई विशेष प्राथमिकता दिएर हेर्नुपर्दछ। ग्याष्ट्रिक रोग अमिलो, पिरो, चिल्लो खानाले मात्र नभई मुख्यतया Helicobacter Pylori नाम गरेको किटाणुबाट हुने भएकोले यसखालका विरामीहरूको H. Pylori test गराउन आवश्यक छ। Gastric का विरामीहरूमा Ulcer को कारण आन्द्रामा प्वाल परी गम्भीर समस्या आउन सक्छ। त्यसैले यसको शंका लागेमा पेटको X-ray गरी Diaphragm को तल हावा (Air) भए नभएको हेर्नुपर्दछ। यो अवस्थामा विरामी Shock मा जाने सम्भावना बढी भएकोले त्यस तर्फ पनि उपचारको क्रममा ध्यान दिनुपर्दछ।

त्यस्तै धेरै रक्सी सेवन गर्नेहरू पनि Epigastric Pain लिएर आउन सक्छन्। ति मध्ये कसैलाई Alcohol Induced Pancreatitis पनि हुन सक्छ। त्यसैले यस किसिमको विरामीको लागि Serum, Amylase, Lipase / LFT जाँचहरू छुटाउनु हुँदैन।

पित्त थैलीको पत्थरी भएका विरामीहरू पनि Epigastric Pain लिएर आउनुहुन्छ। चालिस उमेर काटेका, मोटोपन भएका, महिलाहरूमा बढी मात्रामा पित्त थैलीको पत्थरी हुने गर्दछ। खालीपेटमा Video X-Ray गर्दा उक्त समस्या थाहा पाउन सकिन्छ। खाली पेटमा पित्त थैली सजिलै देखिने र खाना खाएपछि पित्त थैली खुम्चिने भएकोले खाली पेटमा गर्दा वेश हुन्छ।

सबै पित्त थैलीमा भएको पत्थरीको Operation जरुरी हुँदैन। पत्थरीले कुनै समस्या दिएमा जस्तै चिल्लो खानेकुरा खाएपछि पेट दुख्ने, वाक वाक लाग्ने, बान्ता हुने भएमा Operation गर्नुपर्ने हुनसक्छ। तर पत्थरीले कुनै समस्या नदिएमा (Asymptomatic Gallstone) छ भने बेला बेलामा Follow up गर्ने, Video X-Ray गरि पत्थरीको साइज हेर्ने गर्नुपर्दछ। पानी खाएर पित्त थैलीको पत्थरी चाही जाँदैन यो कुरा विरामीलाई बुझाउन आवश्यक छ।

NSI का गतिविधिहरू

- निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटले यो आर्थिक वर्षमा गोरखा अस्पताल र त्रिशुली अस्पताललाई हब अस्पतालको रूपमा स्तरोन्नति गर्ने गरी ११ वटा अस्पतालहरूसँग समझदारी पत्रमा हस्ताक्षर कार्यक्रम सम्पन्न ।
- स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र निक साइमन्स इन्स्टिच्यूट बिच Working Committee Meeting सम्पन्न ।
- Hub Hospital प्यूठानमा स्वास्थ्य कार्यालय प्यूठानको भवनलाई मर्मत सम्भार गरी सर्जिकल भवनमा परिणत गरी स्वास्थ्य निर्देशनालय, लुम्बिनी प्रदेशलाई हस्तान्तरण सम्पन्न ।
- Curative Service Support (CSSP) कार्यक्रम अन्तर्गत विभिन्न अस्पतालमा स्वास्थ्य जनशक्ति सहयोग अन्तर्गत एम.डि.जि.पि., मेडिकल अफिसर, स्टाफ नर्स, एनेस्थेसिया असिस्टेन्ट, बि.एम.ई.टि., लगाएत अन्य जनशक्तिहरू नियुक्ती गरी सम्बन्धित अस्पतालहरूमा पठाईएको ।
- गण्डकी प्रदेश अन्तर्गत रहेका बागलुङ, बेनी, मातृशिशु, दमौली र गोरखा अस्पतालमा Electronic Health Record मा सहयोग गर्ने गरी सम्झौता पत्रमा निक साइमन्स इन्स्टिच्यूट र स्वास्थ्य निर्देशनालय गण्डकी प्रदेश बिच हस्ताक्षर सम्पन्न ।
- गण्डकी प्रदेशको स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको प्रदेश स्तरीय वार्षिक समिक्षा कार्यक्रममा सहभागी ।
- निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटको आर्थिक सहयोगमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट मानसिक रोग अस्पताल, बालरोग अस्पताल, प्रशुती रोग अस्पताल र सरुवारोग अस्पताल गरी चारवटा specialist hospital हरूको MSS को मस्यौदा तयार ।
- Advanced Skilled Birth Attendants (ASBA) सम्बन्धी अध्ययनको तथ्यांक विश्लेषण गरी अन्तिम प्रतिवेदन तयारी ।
- नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषद्को जर्नलमा MLP तालिम सम्बन्धी अनुसन्धान बारेमा लेख प्रकाशित ।
- तथ्यांक व्यवस्थित गर्न M&E software को स्तरउन्नती (Upgrading) र तथ्यांक व्यवस्थापन (Database management) नियमित ।
- प्यूठान, त्रिशुली र गोरखा अस्पतालहरूमा विशेषज्ञ सेवा विस्तार सम्बन्धी आन्तरिक अध्ययन र मूल्यांकन सम्पन्न ।
- प्रसुती प्रतिक्षालय (Maternity Waiting Homes) र विद्युतीय स्वास्थ्य विवरण (Electronic Health Records) सम्बन्धी Policy brief (English) प्रकाशित ।
- २ वटा कर्मचारी सम्बद्ध अध्ययन (Staff Driven Research) मा सहयोग र थप २ वटा आन्तरिक अध्ययनहरू (BMEAT & Hemodialysis Maintenance) को प्रतिवेदनहरू अन्तिम चरणमा रहेको ।



मध्यमस्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरूमा MLP तालिम पछि ज्ञान र सीप कायम रहन्छ ?

पृष्ठभूमि

नेपाल लगायत विश्वका निम्न आय भएका कैयौं मुलुकहरू जहाँ फिजिसियन वा चिकित्सकहरूको अभाव हुन्छ, त्यहाँ मध्यमस्तरका स्वास्थ्यकर्मी अर्थात HA र AHW ले स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दछन्। उनीहरूले नै विभिन्न स्वास्थ्य संस्था मार्फत अनेक रोगको निदान र उपचारका साथै रोकथामका सेवाहरू दिन्छन्।

नेपालमा १००० जनसंख्यालाई सेवा दिन एकजना भन्दा कम फिजिसियन वा चिकित्सक उपलब्ध छन्। जवकि विश्व स्वास्थ्य संगठनले प्रति १००० जनालाई सेवा दिन २ देखि ३ जना फिजिसियन वा चिकित्सक आवश्यक हुने बताएको छ।

यसै सन्दर्भमा निक साइमन्स ईन्स्टिच्यूट र राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको सहकार्यमा सन् २००९ देखि ६० दिनको अवधि रहेको Mid-level Practicum (MLP) तालिम सञ्चालन गर्दै आएको छ। हाल सम्ममा २५०० भन्दा बढी मध्यमस्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरूले यो तालिम लिइसकेका छन्। तालिम पश्चात स्वास्थ्यकर्मीहरूको ज्ञान र सीप कतिको कायम (Retention) रहेको छ भन्ने कुरा थाहा पाउन पुनरावलोकन अध्ययन (Retrospective study) गरिएको थियो।

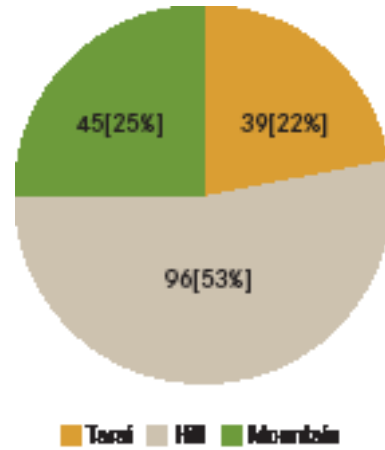
विधि

- सन् २०१५ देखि २०१९ सम्ममा फलोअप गरिएको तथ्यांकहरू समावेश गरिएको थियो।
- १८ वटा जिल्लाका स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र जिल्ला अस्पतालहरूबाट १८० जना MLP तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरू फलोअपमा सहभागी भएका थिए।
- यस अध्ययनमा सहभागीहरूको जनसांख्यिकीय (Demographic Information) विवरणको साथै ज्ञान र सीप मापन गरिएको थियो।
- MLP तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूको ज्ञान तथा सीपको मूल्यांकन गर्न कम्तिमा ६ महिनापछि सहभागीहरूको फलोअप गरिएको थियो।

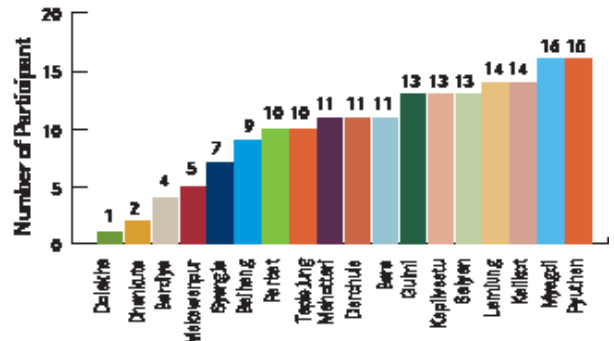
नतिजाहरू

- यस अध्ययनमा ८६% पुरुषहरू र १४% महिलाहरू, जसमा करिब आधा ४० देखि ४९ वर्ष उमेर समूहका ४२% सहभागीहरू थिए।
- जातीय आधारमा ५९% ब्राम्हण क्षेत्री, १६% आदिवासी जनजाति, २१% मधेशी (१% मुस्लिम सहित) र ४% दलित रहेको थियो। अधिकांश (८२%) सहभागीहरू ब्छ थिए।

Geographical coverage and number of study participants [n=180]



District Wise Number of MLP Graduates [n=180]



- ८४% प्रतिशत सहभागीहरू स्वास्थ्य चौकीमा कार्यरत थिए।
- तालिम र फलोअपको औसत समयान्तर २.५ वर्ष रहेको थियो। ८१% सहभागीहरू तालिम अघि र पछि एकै स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत रहेका थिए।
- MLP तालिम पश्चात औषत अंक (Average Score) Clinical Knowledge मा ६९%, Patient Encounter मा ७४%, Clinical Decision-Making मा ८३% तथा Clinical Procedure मा ८८% रहेको पाइयो।
- उमेर, भौगोलिकता, कार्यअवधिमा साथै सेवाग्राहीहरूको संख्या र राम्रो काम गर्ने वातावरण अनुसार मध्यमस्तरका स्वास्थ्यकर्मीहरूको ज्ञान र सीप फरक फरक पाइयो।

Variable	Characteristics	Frequency (%)
Sex	Male	154 (86%)
	Female	26 (14%)
Age Categories	20-29	29 (16%)
	30-39	51 (28%)
	40-49	75 (42%)
	50-59	25 (14%)
Ethnicity	Dalit	8 (4%)
	Janajati	28 (16%)
	Madheshi/Muslim	38 (21%)
	Brahmin / Chhettri	106 (59%)
Cadres	HA	33 (18%)
	AHW	147 (82%)
Working HF during Follow-up	Hospital	20 (11%)
	Primary Health Center	8 (5%)
	Health Post	152 (84%)

निचोड

समग्रमा सहभागीहरूमा MLP तालिमपछि ज्ञानको साथै सीप कायम रहेको पाइयो । सहभागीहरूमा MLP तालिमपछि Clinical Skill हरुको औषत अंक (Average Score) सन्तोषजनक भए तापनि Clinical Knowledge को औषत अंक भने तुलनात्मक रूपमा कम रहेको पाइयो ।

कार्यक्रम तथा नीतिगत सिफारिसहरू:

- यस अध्ययनले तालिम पछिको फलोअपलाई नियमितता दिनुपर्ने सिफारिस गर्दछ ।
- राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले आगामी दिनमा MLP तालिमको थप विस्तार, सहभागी संख्यामा वृद्धि र गुणस्तरमा ध्यान दिनु पर्ने देखिन्छ ।

सीमाहरू

यस अध्ययनमा विगत ५ वर्ष देखि संकलन गर्दै आएको तथ्यांक विश्लेषण गरिएको थियो । साथै यस अध्ययनमा सहभागीहरूबाट थप गुणात्मक तथ्यांक (Qualitative Data) लिन सकिएको थिएन ।

▶▶ पेज १ बाट डा. श्यामसुन्दर यादवको जीवनी

गरेर उहाँलाई विपि कोईराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानको उपकुलपतिमा नियुक्त गरियो । यसरी लामो समय स्वास्थ्य सेवामा रही सकेपछि वि.स. २०७९ साल भाद्र १ गते उहाँ नेपाल सरकारबाट निवृत्त हुनु भएको छ ।

उहाँले आफ्नो करियरको दौरानमा विभिन्न किसिमका राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय तालिमहरूमा भाग लिनुका साथै नेपाल प्रशासनिक स्टाफ कलेज, ललितपुरले आयोजना गरेको करीव चार महिना लामो 4^{1st} Senior Executive Development Program मा पनि भाग लिनु भएको थियो । साथै विभिन्न किसिमका राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय सभा सम्मेलनहरूमा भाग लिई प्रस्तुतीकरणहरू पनि दिनु भएको थियो । यसैगरी उहाँले विभिन्न संघ संस्थाहरूमा एकेडेमियाको रूपमा रही योगदान पुऱ्याउनु भएको थियो ।

उहाँले वि.स. २०५० सालको सर्लाहीमा आएको बाढीको दौरानमा पुऱ्याउनु भएको योगदानको कदर गर्दै स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट विशेष पदक प्राप्त गर्नु भएको थियो । साथै उहाँको कार्य सम्पादनको मूल्यांकन गर्दै वि.सं २०५६ सालमा भेरी अस्पतालबाट, वि.सं. २०६१ सालमा क्षेत्रीय निर्देशनालय दिपायलबाट र वि.सं. २०६५ सालमा जिल्ला प्रशासन कार्यालय बाँकेबाट प्रसंशा पत्र प्रदान गरेको थियो ।

यसैगरी उहाँले आफ्नो कार्य अनुभवको आधारमा समय समयमा विभिन्न विषयहरूमा लेख रचनाहरू पनि प्रकाशित गर्नु भएको थियो । उहाँ अवकाश प्राप्त भैसकेपछि पनि स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित अध्ययन अनुसन्धानको साथै राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय नीति नियम सम्बन्धी अध्ययनमा लाग्ने उहाँको इच्छा र आकांक्षा रहेको छ ।

डा. अनिल बहादुर श्रेष्ठ

- पूर्व कार्यकारी निर्देशक, निक साइमन्स इन्स्टिच्यूट

जीवनको लामो समय खण्ड नेपाल अर्थोपेडिक अस्पतालको जन्म र त्यसको विकासमा खर्च गरिसकेपछि सन् २०१६ मा डा. अनिल बहादुर श्रेष्ठले एनएसआईमा कार्यकारी निर्देशकको जिम्मेवारी ग्रहण गरी सन् २०२२ को अगष्टमा उमेर हदको कारणले अवकाश प्राप्त गर्नुभयो। भलाकुसारीको यस अंकमा एनएसआईसँगको उहाँको ६ वर्षको अनुभव समेटेका छौं।



प्रश्न १. तपाईं लामो समय अस्पताल संचालन गरेको पृष्ठभूमिबाट एउटा NGO मा नेतृत्व प्रदान गर्न आउँदा शुरूका दिनहरूमा के कस्ता चुनौतिहरूको सामना गर्नुपर्छ ?

विगत लामो समय देखि अस्पताल स्थापना गरी संचालन गरेको पृष्ठभूमिबाट NSI मा आउँदा एक दुईवटा कुराहरूमा मलाई सजिलो थियो। दुईवटै संस्था गैर नाफामूलक संस्था भएकोले र स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्ने भएकोले। त्यही पनि दुईवटै संस्थाको काम गर्ने तरिका फरक थियो। NSI ले सबै कार्यक्रमहरू आफैले संचालन नगरी संघ, प्रदेश र स्थानीय सरकारहरूसँग समन्वय गरेर काम गर्दथ्यो। समन्वयको दौरानमा धेरै मानिसहरूसँग काम गर्न शुरू शुरूका दिनमा गाह्रो थियो। तर NSI को कार्यकारी निर्देशकको रूपमा म आउनु भन्दा दश वर्ष देखि NSI ले काम गरिरहेको हुनाले र पहिले नै NSI को नाम र काम गर्ने तारिकाले गर्दा मलाई खासै गाह्रो भएन।

अर्को चुनौति भनेको समाज कल्याण परिषदसँग पहिले नै परियोजना स्वीकृत गरिसकेको अवस्थामा परियोजना अवधिमा कार्यक्रम परिमार्जन गर्न एकदमै कठीन हुनेरहेछ।

प्रश्न २. अहिले संघीयताको संरचनामा स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा सुधार गर्नको लागि के कस्ता उपयुक्त कदमहरू चाल्नुपर्ने देखिन्छ ?

मुलुक संघीयतामा गैसकेपछि स्वास्थ्य क्षेत्रमा जति सुधार हुनुपर्ने हो त्यति भएको देखिदैन। अहिलेको संरचनामा नीतिगत तहमा भएका निर्णयहरूले गर्दा curative health लाई प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा धेरै नै अधिकार प्रत्यायोजना गरेको छ। तर बुझाईमा एकरूपता नहुँदा र जनशक्तिको कारणले गर्दा धेरै अप्ठ्यारो देखेको छु। जुन ठाउँमा स्थानीय सरकारले आफ्नो जिम्मेवारी ठानी काम शुरू गरेको छ त्यस ठाउँमा धेरै राम्रो काम गरिरहेको देखिन्छ। तर जहाँको स्थानीय तह यी कुराहरूमा प्रष्ट छैन त्यहाँ एकदमै चुनौति रहेको देखेको छु।

त्यसैगरी प्रदेश सरकारले स्थानीय र संघको पुलको रूपमा कार्य गर्नु पर्नेमा त्यस बमोजिम कार्यान्वयन गर्न नसेको पनि देखिन्छ। प्रदेश सरकारहरूले पनि नयाँ नयाँ अस्पताल खोल्ने र नामको लागि स्तरोन्नति मात्र गर्ने नभई भैरहेका अस्पतालहरूलाई कसरी सफलतापूर्वक संचालन गर्ने भन्ने तर्फ लाग्नुपर्दछ।

त्यस्तै संघीय सरकारले पनि नियम कानून बनाउने र सोको लागू गर्न सहजीकरण गर्ने भूमिका निर्वाह गर्नुपर्ने हुन्छ। तर यी तीन वटै तहको समन्वयमा कता कता अभाव देखिन्छ। त्यसैले सबै तहले आ-आफ्ना भूमिका निर्वाह गर्नु भने यो संघीयताले हाम्रो स्वास्थ्य क्षेत्रलाई राम्रो फड्को मार्ने अवसर मिलेको छ र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको हाम्रो चाहानालाई परिपूर्ति गर्न सम्भव रहन्छ।

प्रश्न ३. विगत ६ वर्षको दौरानमा NSI ले कार्यक्रम संचालनको लागि अवलम्बन गरेको नीतिहरूको कस्तो मूल्यांकन गर्नुहुन्छ र यसलाई आगामी दिनमा कसरी अगाडी लैजानु पर्दछ भन्ने ठान्नुहुन्छ ?

NSI को स्थापनाकाल देखि नै स्वास्थ्यमा त्यो पनि curative health मा काम गर्ने, दुर्गम वा ग्रामीण क्षेत्रमा, आफैले कार्यक्रम संचालन नगरेर नेपाल सरकारलाई सहयोग गरेर त्यसको कार्यक्रमलाई कसरी दीगो रूपमा विकास गर्न सकिन्छ भन्ने नीति लिएर NSI अगाडी बढेको हो।

NSI ले शुरूवाती दिनहरूमा तालिमबाट कार्यक्रमको शुरूवात गरी अहिले स्वास्थ्यकर्मीहरूको सीप तथा दक्षता अभिवृद्धिको लागि विभिन्न किसिमका तालिमहरू संचालन गर्दै आएको छ। त्यस्तै गरी अस्पताल सहयोग कार्यक्रम पनि ३ वटा अस्पतालहरूबाट शुरूवात गरी अहिले आएर ४४ वटा अस्पतालहरूमा कार्यक्रम संचालन गरिरहेको छ। त्यसैगरी सबैभन्दा कान्छो कार्यक्रमको रूपमा रहेको न्यूनतम सेवा मापदण्डको कार्यक्रम पनि ४ वटा अस्पतालहरूबाट शुरू गरी हाल आएर देशैभरीका Tertiary Level सम्मका सरकारी अस्पतालहरूमा संचालनमा रहेको छ।

प्रश्न ४. NSI ले लामो समयदेखि अस्पताल सहयोग कार्यक्रम मार्फत विभिन्न अस्पतालहरूमा सहयोग पुऱ्याउँदै आएको परिप्रेक्ष्यमा यसको दीगोपना (Sustainability) को लागि के कस्ता नीतिहरू अवलम्बन गर्नुपर्दछ जस्तो लाग्दछ ? ?

NSI ले देशैभरी संचालन गरेका अस्पतालहरूको सही मूल्यांकन गरी आगामी दिनहरूमा कसरी अगाडी बढ्ने भन्ने तर्फ सोच्नुपर्ने बेला आएको छ। NSI को कार्यक्रमहरू मध्ये सबैभन्दा ठूलो र महत्वपूर्ण

कार्यक्रम भनेको अस्पताल सहयोग कार्यक्रम हो । कार्यक्रम संचालन भैरहेका अस्पताल स्वयं आफैले सुचारुरूपले संचालन गर्न सकोस् भन्ने हाम्रो इच्छा भएकोले गत दुई वर्षदेखि सहयोग गर्दै आएका केही अस्पतालहरुमा कार्यक्रम फेज आउट गर्दा के पायौं भने धेरै जसो अस्पतालहरुलाई हाम्रो सहयोग उपलब्ध नहुँदा पनि सेवा गुणस्तरमा कमी आएको छैन । उदाहरणको लागि कपिलवस्तु र गुल्मी अस्पतालले अझ राम्रो सेवा सुविधा थप गरेको हामीले पाएका छौं । सेवा राम्रो हुनु र नहुनुमा दक्ष र पर्याप्त जनशक्तिको ठूलो हात रहेको हामीले पायौं । सबै अस्पतालहरुमा स्वीकृत दरवन्दी अनुसार जनशक्ति उपलब्ध छैनन् । कुनै अस्पतालहरुमा त आधी जनशक्तिले सेवा दिईरहेको अवस्था छ । जवसम्म हामीले आवश्यक जनशक्ति परिपूर्ति गर्न सक्दैनौं तवसम्म गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्ने परिकल्पना पनि गर्न सकिदैन । यसको लागि दुई तीनवटा कुराहरुमा ध्यान दिनुपर्दछ । पहिलो भनेको लोकसेवा आयोगले रिक्त दरवन्दीहरु परिपूर्ति गर्ने, छात्रवृत्ति करारमा पास गरेका चिकित्सकहरु तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई उपयुक्त ठाउँमा पठाउने रणनीति अवलम्बन गर्ने, त्यसैगरी प्यारामेडिक्स, नर्सिङ्ग, एनेस्थेसिया एसिस्टेन्ट, बायोमेडिकल, ल्यावसँग सम्बन्धित स्वास्थ्यकर्मीहरुको पनि पद परिपूर्ति गर्नुपर्ने हुन्छ ।

प्रश्न ५. नेपालको ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाको मेरुदण्डको रूपमा रहेका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई के सन्देश दिन चाहानुहुन्छ ?

विगत ६ वर्षको दौरानमा धेरै ठाउँहरुमा घुम्ने दौरानमा धेरै ठाउँहरुमा भवनहरु निर्माण भैसकेका र भैरहेका छन् । हाल कोभिडको कारणले विभिन्न किसिमका मेडिकल उपकरणहरु पनि उपलब्ध छन् । तर प्रायजसो ठाउँमा स्वास्थ्यकर्मीहरुको अभाव नै रहेको पाईन्छ । स्वास्थ्यकर्मीहरुको अभाव स्वास्थ्यकर्मी नभएर होईन कि त्यो ठाउँमा नगएर हो । त्यही भएर दुई वर्षको लागि मात्र भए पनि त्यस्ता स्वास्थ्य संस्थाहरुमा गएर सेवा प्रदान गर्न मेरो आग्रह छ । त्यो दुई वर्षको अवधिमा पक्कै पनि केही अनुभव सिक्नुहुनेछ र कामबाट आत्मसन्तुष्टि प्राप्त गर्न सकिनेछ ।



परिचय

मङ्गीपक्स जनावरबाट मानिसमा सर्ने भाइरसको कारणबाट हुने जुनोसिस रोग हो। विगतमा विफरका विरामीहरूमा देखिएभै लक्षणहरू यसमा पनि देखिन्छन्। यद्यपि तुलनात्मक रूपमा यो कम गम्भीर प्रकृतिको छ। सन् १९८० मा विफरको उन्मूलन भएपछि विफरको खोपको समाप्तिसँगै सार्वजनिक स्वास्थ्यको लागि मङ्गीपक्स सबैभन्दा महत्वपूर्ण orthopoxvirus को रूपमा देखा परेको छ। मङ्गीपक्स मुख्यतया: मध्य र पश्चिम अफ्रिकामा पाइन्छ। प्रायः उष्ण वर्षा वनको सान्निध्यमा र शहरी क्षेत्रहरूमा बढ्दो रूपमा देखा परिरहेको छ। पशु होस्टहरूमा मुसाहरू र गैर मानव प्राइमेट्स (चिम्पाञ्जी, बाँदर, डेडु समुहका जनावरहरू) को दायरा समावेश छ।

जिवाणु (The Pathogen)

मङ्गीपक्स भाइरस एक आवरण गरिएको डबलस्ट्रैण्डेड डीएनए भाइरस हो जुन पोक्सभिरिडे परिवारको ओर्थोपोक्सभाइरस जीनससँग सम्बन्धित छ। मङ्गीपक्स भाइरसका दुई फरक आनुवंशिक क्लेडहरू हुन्छन्। मध्य अफ्रिकी (कंगो बेसिन) क्लेड र पश्चिम अफ्रिकी क्लेड। पश्चिम अफ्रिकी क्लेडको तुलनामा मध्य अफ्रिकी (कंगो बेसिन) क्लेड युक्त भाइरस अधिक संक्रामक रहेको छ। यी दुई क्लेडबीचको भौगोलिक विभाजन अहिलेसम्म क्यामरूनमा रहेको छ, जुन एक मात्र देश हो जहाँ दुवै भाइरस क्लेडहरू फेला परेका छन्।

मङ्गीपक्स भाइरसका प्राकृतिक Host

विभिन्न जीवजन्तुका प्रजातिहरू मङ्गीपक्स भाइरसको अति संवेदनशीलको रूपमा पहिचान गरिएको छ। यसमा डोरी लोखर्के, रूख लोखर्के, गाम्बियाली पाउच मुसा, डोर्मिस, गैर-मानव प्राइमेट्स र अन्य प्रजातिहरू समावेश छन्। मङ्गीपक्स भाइरसको प्राकृतिक इतिहासमा अनिश्चितता कायम छ र सटीक जलाशय (हरू) र प्रकृतिमा भाइरस परिसंचरण कसरी कायम राखिन्छ, भनेर पहिचान गर्न थप अध्ययन आवश्यक छ।

मङ्गीपक्स रोग कसरी सधैँ ?

सङ्क्रमित व्यक्ति वा पशुसँग नजिकको सम्पर्कमा आउँदा तिनीहरूका निम्न कुराबाट सधैँ:

- थुक, च्याल • घाउ, खटिरा
 - शरीरबाट निस्कने तरल पदार्थ, दुषित सतह र सामग्री
- निम्न अङ्गबाट भाइरस शरीरमा प्रवेश गर्न सक्छ:
- श्वासनली • आँखा, नाक वा मुख • काटिएको, टोकिएको वा फुटेको छाला

बाँदर, मुसा, लोखर्के लगायतका जनावर र भाइरस रहेको ओछ्यान र लुगाबाट पनि यो भाइरस फैलिन सक्छ।

सर्ने तरिका Transmission

क) **जनावरबाट मानिसमा** (जुनोटिक) संक्रमण रगत, शारीरिक तरल पदार्थ, वा संक्रमित जनावरहरूको छाला वा म्यूकोसल घाउहरूको प्रत्यक्ष सम्पर्कबाट हुन सक्छ। अफ्रिकामा रस्सी लोखर्के, रूखको लोखर्के, गाम्बियाली पाउच मुसा, डोर्मिस, विभिन्न प्रजातिका बाँदर र अन्य थुप्रै जनावरमा मङ्गीपक्स भाइरसको संक्रमणको प्रमाण भेटिएको छ। मङ्गीपक्सको प्राकृतिक भण्डार अझै पहिचान गरिएको छैन, यद्यपि मुसाहरूमा सबैभन्दा बढी सम्भावना छन्। संक्रमित जनावरहरूको अपर्याप्त रूपमा पकाएको मासु र अन्य पशु उत्पादनहरू खानु सम्भावित जोखिमको कारक हो।

ख) **मानिसबाट मानिसमा** सर्ने संक्रमण श्वासप्रश्वास प्रणालीको श्राव, संक्रमित व्यक्तिको छालाको घाउ वा हालै दूषित वस्तुको नजिकको सम्पर्कबाट हुन सक्छ। ड्रपलेट रेस्परेटरी कणहरूबाट सर्ने संक्रमणको लागि सामान्यतया लामो समयसम्म आमनेसामने सम्पर्कको आवश्यकता पर्दछ, जसले स्वास्थ्यकर्मीहरू, घरका सदस्यहरू र सक्रिय रोगीहरूको अन्य नजिकको सम्पर्कलाई बढी जोखिममा पार्छ। तथापि, एक जना सक्रिय रोगीले ६ बाट ९ व्यक्तिमा संक्रमण सार्न सक्ने अनुमान गरिएको छ। यसले विफरको खोपको समाप्तिको कारण सबै समुदायमा घट्दो रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतालाई प्रतिबिम्बित गर्न सक्छ।

ग) **आमाबाट भ्रूणमा** (जसले जन्मजात मङ्गीपक्स निम्त्याउन सक्छ) वा जन्मको समयमा र जन्मेपछि पनि संक्रमण हुन सक्छ।

घ) **शारीरिक सम्पर्क** संक्रमणको लागि एक प्रसिद्ध जोखिम कारक हो, तर यो यस समयमा स्पष्ट छैन कि मङ्गीपक्स विशेष गरी यौन संचरण मार्गहरू मार्फत सर्न सक्छ। यो जोखिमलाई अझ राम्ररी बुझ्न अध्ययन आवश्यक छ।

संकेत र लक्षणहरू

मङ्गीपक्सको इन्क्युबेशन अवधि (संक्रमणदेखि लक्षणको सुरुवातसम्मको अन्तराल) सामान्यतया ६ देखि १३ दिनसम्म हुन्छ। तर यो ५ देखि २१ दिनसम्म पनि हुनसक्छ।

संक्रमणलाई दुई चरणमा विभाजन गर्न सकिन्छ :

- आक्रमण अवधि (० देखि ५ दिनको विचमा रहन्छ) : ज्वरो, तीव्र टाउको दुखाइ, लिम्फाडेनोपैथी (लिम्फ नोड्स सुनिनु), ढाड दुखाइ, मायलिज्या (मांसपेशी दुखाइ) र तीव्र एस्थेनिया (ऊर्जाको कमी)। लिम्फाडेनोपैथी अन्य रोगहरूको तुलनामा मङ्गीपक्सको एक विशिष्ट विशेषता हो जुन सुरुमा समान देखिन सक्छ (चिकनपोक्स, दादुरा, विफर)।
- छाला फुट्ने (Skin Eruption) समस्या : सामान्यतया ज्वरो आएको १-३ दिनभित्र सुरु हुन्छ। दाग टूट्कमा भन्दा अनुहार र हातखुट्टामा बढी केन्द्रित हुन्छ। यसले अनुहारलाई असर गर्छ (९५% अवस्थामा), र हातको हत्केला र खुट्टाको तलुवा (७५% केसहरूमा)। यसका साथै मुखका mucous membrane (७०%

अवस्थामा), जननेन्द्रिय Genitalia (३०%), र कन्जक्टिभा (२०%), साथै कोर्निया पनि प्रभावित हुन्छन्। दागहरू क्रमिक रूपमा म्याक्युल्स (समतल आधार भएको घाउहरू) वाट पपुल्स (थोरै उठाइएका फर्म घाउहरू), भेसिकलहरू (स्पष्ट तरल पदार्थले भरिएको घाउहरू), पुस्टुलहरू (पहेँलो तरल पदार्थले भरिएको घाउहरू), र क्रस्टहरू जुन सुक्छा हुन्छन् र भर्छन्। घाउहरूको संख्या केही देखि हजारसम्म हुनसक्छन्।

मङ्गीपक्सका लक्षणहरू सामान्यतया २ देखि ४ हप्तासम्म रहन्छन्। गम्भीर केसहरू सामान्यतया बच्चाहरूमा देखा पर्दछन् र भाइरसको जोखिमको सीमा, विरामीको स्वास्थ्य स्थिति र जटिलताहरूको प्रकृतिसँग सम्बन्धित हुन्छन्। अन्तर्निहित प्रतिरक्षा कमीले खराब परिणाम निम्त्याउन सक्छ।

निदान Diagnosis

क्लिनिकल डिफरेंसियल डायग्नोसिसमा

१. Rash जन्य रोगहरू जस्तै ठेउला, दादुरा।
२. छालाको संक्रमण जस्तै ब्याक्टेरियाको छालाको संक्रमण, लुतो, सिफिलिस लिम्फाडेनोपैथी।
३. औषधि-सम्बन्धित एलर्जी।

मङ्गीपक्सको निदानका लागि स्वास्थ्यकर्मीले उपयुक्त नमूना सङ्कलन गरी उपयुक्त क्षमता भएको प्रयोगशालामा सुरक्षित रूपमा पुऱ्याउनुपर्छ। पोलिमरेज चेन रियाक्सन (पीसीआर) यसको आधिकारिक प्रयोगशाला परीक्षण हो। यसको लागि, छालाको घाउहरूबाट निस्केको तरल पदार्थहरूबाट नमूनाहरू संकलन गर्नु पर्दछ। जहाँ सम्भव छ, बायोप्सीबाट पनि यसको निदान गर्न सकिन्छ। घाउको नमूनाहरू सुक्छा, स्टेराइल ट्यूब (कुनै भाइरल ट्रान्सपोर्ट मिडिया) मा भण्डारण गर्नुपर्छ र तिस्रो राख्नुपर्छ।

चिकित्सकीय व्यवस्थापन (Therapeutics Management)

मङ्गीपक्सको विरामीहरूलाई लक्षणको आधारमा उपचार गर्न, जटिलताहरू व्यवस्थापन गर्न र दीर्घकालीन जटिलताहरूलाई न्यूनीकरण गर्नको लागि ध्यान दिनुपर्छ। पर्याप्त पोषण स्थिति कायम

राख्न विरामीहरूलाई तरल पदार्थ र खाना खुवाउनुपर्छ। सेकेन्डरी ब्याक्टेरियल इन्फेक्सनलाई आवश्यकता अनुसार उपचार गर्नुपर्छ।

सन् २०२२ मा युरोपियन मेडिसिन एजेन्सी (EMA) ले पशु र मानव अध्ययनको तथ्याङ्कका आधारमा मङ्गीपक्सका लागि टेकोभिरम्याट नामक एन्टिभाइरल एजेन्टलाई लाइसेन्स दिएको थियो। यो अझै व्यापक रूपमा उपलब्ध छैन।

खोप Vaccination

विफर विरुद्धको खोप मङ्गीपक्सको रोकथामको लागि लगभग ८५% प्रभावकारी हुनसक्ने अध्ययनहरूले देखाएको छ। वर्तमान समयमा, मूल विफर खोपहरू अब आम जनताका लागि उपलब्ध छैनन्। केही प्रयोगशालाकर्मी वा स्वास्थ्यकर्मीहरूले कार्यस्थलमा ओर्थोपोकसभाइरसहरूको सम्पर्कमा आएमा उनीहरूलाई बचाउनका लागि हालसालै विफरको खोप प्राप्त गरेका हुनसक्छन्। सन् २०१९ मा मङ्गीपक्सको रोकथामका लागि परिमार्जित एटेन्युएटेड भ्याक्सिनिया भाइरस (अंकारा स्ट्रेन) मा आधारित अझै नयाँ भ्याक्सिनलाई स्वीकृति दिएको थियो। यो दुई डोजको भ्याक्सिन हो, जसको उपलब्धता सीमित छ। विफर र मङ्गीपक्स खोपहरू अर्थोपोकस भाइरसहरूको प्रतिरक्षा प्रतिक्रियाको लागि प्रदान गरिएको कस-सुरक्षाको कारण भ्याक्सिनिया भाइरसमा आधारित सूत्रहरूमा विकास गरिन्छ।

रोकथाम Prevention

जोखिमका कारकहरूको बारेमा जागरूकता बढाउनु र मानिसहरूलाई भाइरसको जोखिम कम गर्न उनीहरूले लिन सक्ने उपायहरूको बारेमा शिक्षित गर्नु मङ्गीपक्सको लागि मुख्य रोकथाम रणनीति हो। मङ्गीपक्सको रोकथाम र नियन्त्रणका लागि खोपको सम्भाव्यता र उपयुक्तताको मूल्यांकन गर्न अहिले वैज्ञानिक अध्ययन भइरहेको छ। केही देशहरूले प्रयोगशालाका कर्मचारीहरू, द्रुत प्रतिक्रिया टोलीहरू र स्वास्थ्यकर्मीहरू जस्ता जोखिममा रहेका व्यक्तिहरूलाई खोप प्रदान गर्ने नीतिहरू बनाएका छन्।

मङ्गीपक्स रोगका लक्षणहरू के के हुन् ?

- ज्वरो आउनु
- सामान्यातया ज्वरो सुरु भएको १ देखि ३ दिनभित्र छालामा दाग देखिनु
- अनुहार, हत्केला र पैतालामा डाबर देखा पर्नु
- डाबर परिवर्तन भई फोका हुँदै पाप्रा लागेर उपकिनु
- टाउको, ढाड र मांसपेशी दुख्नु
- शरीरका ग्रान्थिहरू बढ्नु
- लक्षण १४-२८ दिनसम्म रहन सक्छ र सामान्यतया आफैँ हराउँछ

मङ्गीपक्स रोगका सम्भावित जटिलता

बालबालिका र रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता कमजोर भएका व्यक्तिहरूलाई निम्न जटिलता हुनसक्छ:

- आँखा सङ्क्रमण र दृष्टि गुम्नु
- अन्य जीवाणुको सङ्क्रमण
- न्यूमोनिया
- मस्तिष्क ज्वरो
- गर्भ खेर जानु
- मृत्यु

रंगेली अस्पताल हिजो, आज र भोलि

परिचय

पूर्वी नेपालको मोरङ जिल्लाको पुरानो सदरमूकाम थियो रंगेली । हुलाकी सडकमा पर्ने रंगेली पूर्व पश्चिम (महेन्द्र) राजमार्ग बनेपछि छाँयामा पऱ्यो । तर आज यो गुमनाम शहरको चारैतिर चर्चा छ । नेपालकै एक मूख्य औद्योगिक शहर विराटनगरदेखि करिब २५ किमी पूर्व दक्षिणमा रंगेली पर्दछ । साविकका रंगेली, आमगाछी टकुवा, बवियाविर्ता र दर्बेसा समेत गरी नयाँ नगरपालिका क्षेत्र कायम गरिएको छ ।

रंगेली नगरपालिकामा एक सरकारी अस्पताल, २ स्वास्थ्य चौकीहरु र २ नीजि स्तरबाट संचालित अस्पतालहरुले जनतालाई आवश्यक स्वास्थ्य सेवाहरु प्रदान गरिराखेका छन् । हालैका वर्षहरुमा रंगेली नगरपालिकामा केही उत्कृष्ट र उदाहरणीय कामहरु भएका छन् । जसमध्ये अस्पतालको सेवा सुविधा र गुणस्तरमा आएको बदलाव पनि एक हो । यसमा स्थानीय नगरपालिकाका मेयर र व्यवस्थापन समिति र अस्पतालका प्रमुखको भूमिका पक्कै छ, तर चिकित्सक तथा अन्य कर्मचारीहरुको लगाव, सेवाग्राही प्रतिको सद्भाव र दातृ संस्थाहरुको पनि योगदान रहेको छ ।



रंगेली अस्पतालको फेरिएको रूप

यस अस्पतालले पनि विगतमा अन्य अस्पतालले जस्तै भौतिक, आर्थिक लगायत सबै खाले समस्याहरु भोगेको थियो । तर अहिले विगतभन्दा फेरिएको छ । अस्पतालको नियमित सेवाहरु सुचारु रूपमा सन्चालित छन् । साथै केही विशिष्टीकृत सेवाहरु पनि थपिएका छन् । थपिएको भवनमा आपतकालिन सेवा, ल्याव र फार्मसी सन्चालन भएको छ । अस्पतालको मूल भवन निर्माणको क्रममा छ । अस्पतालको आफ्नै एम्बुलेन्स, शव-वाहन, ल्याव, फार्मसी सन्चालनमा छन् । नयाँ अस्पताल भवन प्रतिक्षालय, चमेनागृह र पार्किङस्थल निर्माणाधीन छन् ।

यसमा स्थानीय रंगेली नगरपालिकाको अहम भूमिका रहेको छ । मेयर दिलिपकुमार अग्रवालका अनुसार रंगेली सानो शहर हुँदा विराटनगर जंगलप्राय थियो । रंगेलीमै जन्मेहुर्केका अग्रवाल बच्चेदेखि रंगेलीमा केही गर्न रुचाउनुहुन्थ्यो । उहाँ राजनीतिभन्दा समाजसेवामा बढी

विश्वास राख्नुहुन्थ्यो । उहाँकै कार्यकालमा सयौँ किलोमिटर कालोपत्रे सडकहरु बनेका छन् । विजुलीबत्तीको बिस्तार तथा अन्य सामाजिक विकासका कामहरु पनि भएका छन् ।

उहाँले नगरपालिका सम्हाल्दा अस्पतालको अवस्था अति जीर्ण थियो । केही औजारहरु त थिए तर चिकित्सक थिएनन् । तलब खुवाउने मान्छे थिएनन् । भएका केही कर्मचारीहरु कालोपट्टी बाँधेर धर्ना बसिराखेका हुन्थे । पालिकाको आफ्नो गतिलो कार्यकक्ष थिएन । एक किमी कालोपत्रे बाटो थिएन ।

हाल विशेषज्ञ सहित १० जनाभन्दा बढी चिकित्सक छन् । जसमध्ये ५ जनाको तलब पालिकाले भर्छ । जम्मा २८ सरकारी दरबन्दीमा करिब १६ मात्र पदपूर्ति भएको छ । सबै गर्दा ७० माथि कर्मचारीहरु कार्यरत छन् जसमध्ये ५५ जनाको तलबको आर्थिक भार नगरपालिकाले बोकेको छ । मासिक १० लाख रुपैयाभन्दा बढी त ती कर्मचारीहरुको तलबमा मात्र खर्च हुन्छ ।

यही क्रममा सरकारको सिइओएनसी कार्यक्रम लागू भयो । त्यो केही समय चल्यो, त्यसपछि निक साइमन्स इन्स्टीच्युटले पनि सहयोग गर्‍यो । केही कर्मचारीहरु थपिए, एमडिजिपी डाक्टर पनि उपलब्ध भयो । यसको अलावा रोटरि क्लब र सरिता फाउण्डेसन जस्ता केही सहयोगी निकायहरु पनि संलग्न भए । सांसद कोष र राष्ट्रिय मृगौला केन्द्रबाट पनि सहयोग भएको छ । तसर्थ अस्पताल सुधै गयो । संघीय र प्रदेश सरकारले थप सहयोग गरे । केही भवनहरु बने, अर्को बन्ने क्रममा छ । भौतिक रूपमा अब यस अस्पताललाई खासै केही खाँचो हुने छैन ।

हालका मेडिकल सुपरिइन्टेडेन्ट डा. उत्तम देव विगतमा भन्दा धेरै सेवाहरुमा फरक आएको बताउनुहुन्छ । जस्तै डेलिभरी र आकस्मिक शल्यकृया पनि दोब्बर नै भएको बताउनुहुन्छ । अस्पतालको सेवाक्षेत्र पनि मोरङका ४ गाउँपालिका र २ नगरपालिका तथा भुपाका सीमावर्ती गाउँहरु र भारतको विहार समेत रहेको देखिन्छ । हरेक दिन नयाँ सेवा थपिँदा पोस्ट अपरेटिभ बेड, बालरोग विशेषज्ञ र आइसियु नभएकोले केही कठिनाई भएको उनी बताउनुहुन्छ ।



मेयर दिलिप कुमार अग्रवाल ।

तत्कालीन मेसु डा. रोहिन्द्र पाण्डेको कार्यकालमा नै शल्यकृया लगायत धेरै सेवाहरु विस्तार भएसँगै उहाँकै पालामा अस्पतालको आन्तरिक व्यवस्थापन पनि चुस्त भएको देखिन्छ। पालिकासँगको सम्बन्ध घनिष्ठ र प्रभावकारी भएको कुरा डा. पाण्डे बताउनुहुन्छ।

अस्पतालको तथ्यांक हेर्दा पनि यस अस्पतालको न्यूनतम सेवा मापदण्डमा निरन्तर सुधार भएको छ। त्यसैगरी यहाँबाट गत वर्ष दिइएको सेवाहरुमा पनि विगतमा भन्दा निकै बढेको देखिन्छ। जस्तै, वार्षिक ५० हजार माथिले यस अस्पतालबाट सेवा लिएका थिए। जसमध्ये करिब ९ हजारले आपतकालीन सेवा लिएका छन् भने करिब ४१ हजार सेवाग्राहीहरु अस्पतालको दैनिक बहिरंग सेवाबाट लाभान्वित भएका छन्। वर्ष भरिमा ८ सय ५० भन्दा बढी गर्भवतीले यस अस्पतालमा बच्चा जन्माएका छन् भने तीमध्ये २६० महिलाहरुको आपतकालीन शल्यकृया गरिएको छ। अन्य थुप्रै साना ठूला शल्यकृया सेवाहरु पनि यहाँबाट प्रदान गरिएको छ।

रंगेली नगरपालिकाका मेयर दिलीपकुमार अग्रवालका अनुसार अन्य विकास निर्माण र सामाजिक परिवर्तनहरु पनि भएका छन्, तर अस्पतालका काम भने उदाहरणीय नै छ। नगरपालिकाको वार्षिक नीति तथा कार्यक्रम र बजेट पनि स्पष्ट र यथोचित भएको र कार्यान्वयन गर्न सबैको सहयोग रहेको देखिन्छ। सामाजिक सेवाको भावना भएका सफल उद्यमी मेयर र उहाँको योजना र नीतिले धेरै काम गरेको छ। उहाँको पारिवारिक पृष्ठभूमि र विगतलाई हेर्दा पनि धेरै सामाजिक काममा संलग्न देखिन्छन्। मेयर अग्रवाल आफ्नै नीजि सवारी साधान चढनुहुन्छ।

नगरपालिकाको आम्दानी पनि राम्रो रहेको छ। त्यसैले शिक्षा स्वास्थ्य र अन्य सामाजिक विकासमा उचित बजेट राख्न सफल भएको हो। छोरी पढाउनका लागि कक्षा ८ र ९ का विधार्थीहरुलाई साइकल वितरण गर्ने उहाँको योजना पनि तत्कालै लागू हुने क्रममा छ।

नवनि्युक्त व्यवस्थापन समिति अध्यक्ष देवमणि कटवाल भन्छन् – “यो अस्पताल देशकै पुरानो मध्येको एक अस्पताल हो। तर स्थानीय सरकारको सहयोग नभए यो अस्पताल आज यस्तो हुने थिएन। यसमा समितीको तर्फबाट हामी सचेत निर्णय गर्दै सबैको सल्लाह र सहयोगमा काम गर्छौं।” अझै, अस्पतालको चमेना गृह, अक्सिजन प्लान्ट र विस्तारित स्वास्थ्य सेवा (इएचएस) बाट थप आम्दानी गर्न सकिने बताउनुहुन्छ।

तत्कालिन १५ बेडको जिल्ला अस्पताललाई स्थानीय अस्पतालको रूपमा घट्टा गरेकोमा पनि मेयर गुनासो समेत गर्नुहुन्छ। तर अहिले ५० देखि १०० बेड धान्ने सक्ने अवस्था छ। तर विकास धेरै गर्न नसके पनि जनताका मन छोएको दावी गर्नु हुन्छ।

केहि सेवाग्राहीहरूसँग कुरा गर्दा उहाँहरु अति खुशी भएको पाइयो। अस्पतालको सुधारिएको अवस्था अस्पताल हाताको अवलोकन गर्दा पनि कतिपय कुराहरु स्पष्ट देख्न सकिन्छ।

निचोड

विराटनगर भन्दा जेठो रंगेलीको चौतर्फी विकास र खासगरी अस्पतालका परिवर्तित अवस्था देख्दा जो कोहि पनि अचम्ममा पर्छन्। यसमा आम नागरिक, प्रदेश र संघीय सरकार, नगरपालिका र अस्पताल व्यवस्थापन, र केही दाताहरुको पनि योगदान रहेको छ। समग्रमा अस्पतालको सेवा विस्तार र गुणस्तर बढेको र हालसम्म कायमै रहेको छ। हिजो सानो अपरेसन गर्न विराटनगर वा धरान जाने जनताहरु आज गाउँ नजिकै सबै सेवाहरु पाउँदा रंगेली वरिपिका बासिन्दाहरु पनि सन्तुष्ट छन्। यसबाट उनीहरुको समय, दुःख र खर्च पनि घटेको छ।

अस्पतालका कर्मचारीहरु पनि सक्रिय र खुशी देखिन्छन्। सीमित स्थाइ दरबन्दी अति कम भएकोले अस्थायी र करारका कर्मचारीहरुको समेत जोहो गरेर सेवा घट्टन दिइएको छैन। भौतिक पूर्वाधारको साथै अति आवश्यक मेसिन, औजार र उपकरणहरु पनि उपलब्ध छन्।

अस्पतालको यो अवस्था हुनुमा स्थानीय सरकार खासगरी नगरपालिकाको नेतृत्वकारी भूमिका, अस्पताल व्यवस्थापनको सकृयता, यसले अवलम्बन गरेको नीति मुख्य छन्। विकास बजेट १५ करोड भएको पालिकाले करिब डेढ करोड अस्पतालको आर्थिक भार ब्यहारेको छ। यसमा पारदर्शिता र सामाजिक जवाफदेहिताको पनि महत्व रहेको छ। स्थानीय रुचि र खाँचोमा आधारित कार्यक्रम बढी सफल भएको देखिन्छ। रंगेली अस्पतालको सफलताबाट देशभरका अन्य पालिका, स्वास्थ्य संस्था र अस्पतालहरु पनि थप सक्रिय र उत्साहित हुन सक्लान्। आगामी दिनमा यस पालिका र अस्पतालले थप सेवाहरु प्रदान गर्ने लक्ष्य राखेको छ। तर केही महत्वकांक्षी योजनाहरु अघि सार्दा हात्ती पाल्न कठिन हुने कुरामा पनि सजग हुन जरुरी छ। दीगो र स्थानीय आवश्यकतालाई ध्यान दिएमा राम्रो हुने देखिन्छ।

“रंगेली अस्पताल नाम मात्रको थियो। कुनै सुविधा थिएन। सानातिना समस्याको लागि विराटनगर नै जानुपर्थ्यो। अहिले यसले काँचुली फेरेको छ। सबै वडाहरुमा प्राथमिक स्वास्थ्य चौकीहरु छन्। मुख्य बजारमा चार लेनको फराकिलो सडक बनेको छ। सबै वडाको मुख्य सडकहरु कालोपत्रे भएका छन् भने सहायक सडकहरु पनि ग्राभेल भएका छन्। धेरै विद्यालयहरुमा नयाँ भवन थपिएको छ। बजारमा ८-१० वटा बैकहरु खुलेका छन्। मेयरले गाउँबस्तीका मुख्य चोकहरुमा आफ्नो नीजि खर्चमा निशुल्क वाइफाइ पनि जोडिदिएका छन्। हरेक सेवासुविधा रंगेलीमा उपलब्ध छ। मेयरकै कारणले अहिले रंगेलीले नयाँ रुप लिएको छ।”

विश्वरसिंह मेवाहाड, स्थानीय शिक्षक

स्वास्थ्य प्रतियोगिता

१. Genexpert machine के का लागि प्रयोग गरिन्छ ?
क. फोक्सोको क्षयरोग निदान गर्ने ।
ख. Rifampacin औषधिको प्रतिरोध पत्ता लगाउन ।
ग. “क” र “ख” दुवै ।
घ. फोक्सो बाहेक अन्य अंगमा हुने क्षयरोग पत्ता लगाउन ।
२. Normal saline मा Sodium Chloride को मात्रा कति हुन्छ ?
क. ०.५% ख. ०.७%
ग. ०.०९% घ. ०.९%
३. मृगौलाले per minute कति रगत (GFR) filtration गर्छ ?
क. २.५ ml ख. १२५ ml
ग. १८० ml घ. ७२० ml
- ४) Vital signs भन्नाले के बुझिन्छ ?
क. विरामीको इतिहास लिने ।
ख. विरामीको जाँच गर्ने ।
ग. Nursing Diagnosis
घ. विरामीको नाडीको गती, रक्तचाप, तापक्रम इत्यादि हेर्ने ।
- ५) परिमार्जित मापदण्ड अनुसार प्रदूषित औजारलाई ०.५ % Chlorine घोलले दुषण निवारण गर्ने चरण हटाइएको छ । तलका कुन क्रम अनुसार अहिले औजार प्रशोधन गर्नु पर्दछ ?
क. Cleaning, Packing and sterilization.
ख. साबुन पानीले औजार धुने, Packing र sterilization गर्ने ।
ग. साबुन पानीले औजार धुने, सुकाउने, Packing, sterilization र भण्डारण गर्ने ।
घ. सुकाउने, औजार धुने, Packing र sterilization गर्ने ।
- ६) फोक्सो लाई बाहिरबाट ढाकिएको पत्रलाई के भनिन्छ ?
क. Pleura ख. Periosteum
ग. Pericardium घ. Endocardium
- ७) एउटी महिला पाठेघरमा साल अड्किएर अस्पताल आउनु भएको छ । उक्त महिलालाई तपाईंले के गर्नुपर्दछ ?
क. नसाबाट सलाईन दिने । ख. पिसाव थैली खालि गर्न लगाउने ।
ग. हातले साल निकाल्ने । घ. डाक्टरलाई बोलाउने ।
- ८) तलका मध्ये Uterus contraction गर्ने औषधि कुन हो ?
क. MgSO₄ ख. Oxytocin
ग. Salbutamol घ. All of the above
- ९) Aortic murmur सुन्न सकिने सबैभन्दा उपयुक्त स्थान कुन हो ?
क. छातिको देब्रेपट्टि, Mid-clavicular line को पाचौं अथवा छैठौं Intercostal space मा ।
ख. देब्रेपट्टि Nipple को ठिकमुनि ।
ग. Sternum को बाँयापट्टि 5th Intercostal space मा ।
घ. Sternum को दाँयापट्टि 2nd Intercostal space मा ।
- १०) Splint वा Cast लगाउनु अगाडि तलका मध्ये कुन कुरा गर्ने पर्छ ?
क. Injury भएको भन्दा माथि र तलको दुवै Joint मा Splint राख्ने ।
ख. Joint वरपर एवम राख्नुपर्छ ।
ग. Functioning position मै Splint राख्नुपर्छ ।
घ. माथिका सवै ।



NATIONAL HEALTH TRAINING CENTRE
GOVERNMENT OF NEPAL



NSI
Nick Simons Institute

ENHANCING RURAL HEALTH CARE

**कृपया यहाँहरूको सुभावा,
प्रतिक्रिया तथा समस्याहरू
निम्न ठेगानामा पठाउनुहोला ।**

निक साइमन्स इन्स्टिच्युट
पो.ब.नं. ८९७५ ई पि सी १८१३
सानेपा, ललितपुर, नेपाल
फोन: ०१-५४२०३२२
फ्याक्स: ०१-५४४४१७९
इमेल: newsletter@nsi.edu.np
www.nsi.edu.np

STAMP

TO: _____

सम्पादन/संयोजक: नवराज श्रेष्ठ ■ सल्लाहकार: डा. अनिल श्रेष्ठ, डा. अर्चना अमात्य, इन्द्रा राई, डा. काशीम शाह, डा. सुरेश तामाङ्ग, बालसुन्दर चाँसी, माधव भुषाल, रिता थापा, सुशील बस्नेत, जोनु पाख्रिन, जनार्दन पाठक ।