स्वास्थ्यकर्मीको
आवाज

NSI Nick Simons Institute
ENHANCING RURAL HEALTHCARE

VOLUME 16, ISSUE 1 / SEPTEMBER 2026 / LINKING HEALTHCARE WORKERS ACROSS RURAL NEPAL |अंक ३१

श्री यशोदा अर्यालको जीवनी

श्री यशोदा अर्याल
प्रवक्ता तथा स्वास्थ्य समन्वय महाशाखा प्रमुख
स्वास्थ्य तथा खाद्य स्वच्छता मन्त्रालय, नेपाल सरकार

पाल्पाको मदनपोखरामा विद्यालय शिक्षा सुरु गर्ने बेलामा आफ्नो व्यावसायिक यात्रा कहाँसम्म पुग्छ होला भनेर सायद कल्पना गर्नु भएको थिएन । तर स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्ने रुचि, निरन्तर अध्ययन र विभिन्न तहमा काम गर्दै हासिल गरेको अनुभवले उहाँलाई आज नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीको नीति, योजना र समन्वयको महत्वपूर्ण जिम्मेवारीसम्म पुर्‍याएको छ ।

नर्सिङ शिक्षाबाट सुरु भएको उहाँको शैक्षिक यात्रा पछि सार्वजनिक स्वास्थ्य, समाजशास्त्र र जनसंख्या अध्ययनसम्म विस्तार भयो । त्रिभुवन विश्वविद्यालयअन्तर्गत महाराजगञ्ज नर्सिङ क्याम्पसबाट नर्सिङको प्रवीणता प्रमाणपत्र तह पूरा गरेपछि उहाँले Bachelor of Public Health र Master of Public Health अध्ययन गर्नुभयो । साथै समाजशास्त्रमा स्नातकोत्तर र जनसंख्या अध्ययनमा MPhil पूरा गर्नुभयो । त्यसैगरी सन् २०२३-२०२४ मा उहाँले संयुक्त राज्य अमेरिकाको Emory University स्थितRollins School of Public Health मा Public Health Policy and Management विषयमा Fulbright Hubert H. Humphrey Fellowship समेत पूरा गर्नुभयो ।

तर उहाँको व्यावसायिक यात्रा केवल शैक्षिक योग्यता हासिल गर्ने यात्रामा सीमित रहेन । स्वास्थ्यका समस्या बुझ्न अनुसन्धान गर्ने, तथ्य र प्रमाणका आधारमा कार्यक्रम सुधार गर्ने र अन्ततः स्वास्थ्य प्रणालीकै नेतृत्व गर्ने क्रमशः विकसित हुँदै गएको यात्राका रूपमा उहाँको करियरलाई अगाडी बढाउँदै जानुभयो । उहाँको जनस्वास्थ्य क्षेत्रको प्रारम्भिक अनुभव अनुसन्धान तथा अनुगमन-मूल्याङ्कनसँग जोडिएको थियो । उहाँले Health Research and Social Development Forum (HERD) मा Research Officer तथा Senior Research, Monitoring and Evaluation Officer का रूपमा काम गर्दा स्वास्थ्य अनुसन्धान, परियोजना अनुगमन र मूल्याङ्कन तथा दाताका लागि प्रतिवेदन तयार गर्ने काममा अनुभव हासिल गर्नुभयो । त्यसैगरी Jhpiego Nepal मा Monitoring, Evaluation and Research Officer तथा Research Triangle Institute (RTI) मा Monitoring and Evaluation Specialist का रूपमा काम गर्दा उहाँले स्वास्थ्य कार्यक्रमका तथ्याङ्क, अनुसन्धान र कार्यक्रमको प्रभावकारितालाई नजिकबाट बुझ्ने अवसर पाउनुभयो । यी अनुभवले उहाँको काम गर्ने शैलीमा –स्वास्थ्य क्षेत्रमा निर्णयहरू अनुमानका आधारमा होइन, प्रमाण र तथ्यका आधारमा हुनुपर्छ– भन्ने एउटा महत्वपूर्ण आधार निर्माण गर्‍यो ।

सन् २०१५ मा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, भक्तपुरको प्रमुखका रूपमा जिम्मेवारी पाएपछि उहाँले स्वास्थ्य प्रणालीलाई जिल्लास्तरबाट प्रत्यक्ष अनुभव गर्ने अवसर पाउनुभयो । स्वास्थ्य

बाँकी पेज १६ मा

भित्र

- **पृष्ठ २-४ कथाहरु**
  - Bridging the Diagnostic Gap
  - घरदैलोमा स्वास्थ्य बीमा
  - सीमित श्रोतमा सुरक्षित प्रसूति
  - समयमै पहिचान, बच्यो जीवन
- **पृष्ठ ५ थप आयाम**
  - दुई दशकको अनुभव सहित नयाँ पाँच वर्षे ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण तर्फको यात्रा ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण परियोजना (Rural Health Systems Strengthening Project)
- **पृष्ठ ६ झलाकुसारी**
  - श्री दुर्गा लक्ष्मी श्रेष्ठ
- **पृष्ठ ९ खोज तथा अनुसन्धान**
  - ECCT तालिमपछि सीपको प्रयोग र प्रभावकारिता अवस्थाबारे एक अध्ययन
- **पृष्ठ १० सिएमई कर्नर**
  - नेपालमा आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपण : दृष्टि पुनर्स्थापनाको यात्रा Penetrating Keratoplasty (PK)
- **पृष्ठ १३ NSI का गतिविधिहरु**
- **पृष्ठ १४ बुलेटिन बोर्ड**
  - जापानीज इन्सेफलाइटिस (Japanese Encephalitis–JE)

Bridging the Diagnostic Gap

■ **Dr. Devansh Upadhyay,** Medical Officer, Dangisharan Basic Hospital, Dang

A PHC turned basic hospital, Dangisharan Basic Hospital, serves three rural municipalities, namely Dangisharan, Shantinagar and Babai. As an old establishment, the place has got its name around the community as provider of quality and accessible health services. And there I was posted around 2 and half months back as a medical officer. Few days into the workplace, I happened to meet an 83 year female.

She had come to the hospital with a history of fever and cough for one and a half months. She was treated symptomatically in the community by various providers with antihistamines, anti-pyretic and expectorants. Two days before visiting our workplace, she expectorated sputum with tinges of blood. Interviewing further, she also complained of shortness of breath and had limitations in her usual activity. Her daughter-in-law mentioned she seemed to have lost her weight and appetite. She was a former smoker of 15 pack-years who left smoking 12 years back. The vitals were stable, and examination of chest revealed coarse crepitations in left infra-axillary and infra-scapular area. Rest examination was within normal limits.

We requested her to test her blood for complete blood count, have a chest X-ray and sputum AFB examination. The blood counts were within range. The chest X-ray showed opacification in bilateral lower zone with blunting of costophrenic angle. Sputum AFB examination showed no signs of AFB positive organism. I also requested the laboratory staff to send the sputum sample to Ghorahi for GeneXpert testing. An NGO, Kapilvastu Integrated Development Services (KIDS), volunteers the transport of sample to GeneXpert facility. For the clinical features and X-ray changes, I prescribed her antibiotics suspecting a community-acquired pneumonia.

Four days later, our DOTS clinic received a call from Ghorahi stating that the GeneXpert testing came out to be positive for tuberculosis and was fortunately rifampin sensitive. She was then prescribed first line Anti-tubercular drugs as per DOTS and she is doing well as of now.

The case highlights importance of subtleties in the national guidelines. The guideline for tuberculosis mentions use of GeneXpert where accessible. The facility lies in Ghorahi, a city 40 kilometers away from our center. Since a volunteer group in the area helps in the transport of sputum, the testing has been accessible. This shows the importance of co-ordination between government and non-government agencies. And the decision to use this arrangement diagnosed a new case of pulmonary tuberculosis. Also, it is worth mentioning that the patient got a diagnosis and appropriate management while staying in the community itself. This can be an epitome of decentralization of health care services and similar adaptations can happen nationwide.

घरदैलोमा स्वास्थ्य बीमा

■ **मनिष पन्थी,** अहेव (सहायक चौथो), मेलुङ गाउँपालिका आधारभुत स्वास्थ्य केन्द्र, दोलखा

स्वास्थ्य विमा नेपालको लागि नयाँ नै हो। वि.सं. २०६८/६९ को बजेटमा नेपाल सरकारले राष्ट्रिय स्वास्थ्य विमा कार्यक्रमलाई समावेश गऱ्यो । त्यसपछि वि.सं. २०७१ मा नेपाल सरकारले राष्ट्रिय स्वास्थ्य विमा नीतिलाई अवलम्बन गऱ्यो। यसैगरी वि.सं. २०७२/७३ मा ३ जिल्लाहरु कैलाली, बाग्लुङ र इलामबाट सुरु गरेर अहिले देशभरि विस्तार गरिएको छ। ग्रामीण इलाकामा यसको प्रभाकारिताले अझै पनि पूर्णता पाएको छैन। यसै कुरालाई मध्यनजर गर्दै हामीले मेलुङ २ मा घरघरमा गएर स्वास्थ्य विमा गरियो। साथै त्यँही गएर ज्येष्ठ नागरिकहरुको स्वास्थ्य परिक्षण गरियो।

२०८० माघ १०-१२ गतेसम्म ३ दिनसम्म मेलुङ गाउँपालिका वडा नं. २ स्थित कल्लेरी, कल्कले, सुकाठोकर, लोहोसे लगायतको ठाउँमा घरघरमा गएर स्वास्थ्य विमा गरियो र उहाँहरुको स्वास्थ्य परिक्षण पनि गरियो। वडा अध्यक्ष, स्वास्थ्य विमा सहजकर्ता तथा स्वास्थ्य कार्यकर्ता सहितको टोली गाउँगाउँमा गएर त्यहाँ वडा जनप्रतिनिधिले वुवाआमालाई स्वास्थ्य विमा गर्नको लागि प्रोत्साहन गर्नुभयो र स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गर्न पनि सहयोग गर्नुभयो । तीन दिन भएको उक्त कार्यक्रममा ६० वर्ष माथिको जेष्ठ नागरिकको रक्तचाप परिक्षण गर्दा २५% मा रक्तचापको समस्या देखियो। जसमध्ये १२.५% नयाँ विरामिहरु देखा पऱ्यो । जुन समस्या गम्भिर अवस्थाको रक्तचाप पनि थियो। यसैगरी जम्मा विरामी मध्ये ६९% ले बयिमष्उष्लभ प्रयोग गर्ने पाइएको छ। यसैगरी १२२ जना जेष्ठ नागरिक तथा पाँच जना पूर्ण अपाङ्गले निःशुल्क रुपमा स्वास्थ्य विमामा आवद्द हुनुभयो। यसका अतिरिक्त सम्पूर्ण महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई पनि निःशुल्क आवद्ध गराईयो (५०% नेपाल सरकार, ५०% बागमती प्रदेश सरकार) । जसले गर्दा प्रत्यक्ष रुपमा परिवारको स्वास्थ्यमा पर्ने आर्थिक भार कम हुन जान्छ अनि व्यक्तिहरु स्वास्थ्यमा वढि सजग हुन्छन्।

निष्कर्षमा भन्नु पर्दा अझैपनि ग्रामीण ईलाकामा स्वास्थ्य विमाको पहुँच पुग्न सकेको छैन। यसको साथसाथै सामान्य स्वास्थ्य उपचार गर्न समेत ज्येष्ठ नागरिकहरुले ख्याल नगर्ने समस्या यथावत नै छ । हामीले गरेको एकीकृत जेष्ठ नागरिक स्वास्थ्य विमा तथा स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रमले मानिसहरुमा स्वास्थ्य चेतनाको स्तर सुधारेको, स्वास्थ्यमा पर्ने आर्थिक भार कम हुने तथा लुकेर रहेका स्वास्थ्य समस्याहरु पहिचानमा सहयोग हुने हाम्रो विश्लेषण छ । अबको सामुदायिक कार्यक्रममा नसर्ने रोगहरुको विवरण संकलन गर्ने तथा त्यसको लागि आवश्यक पहल गर्ने निर्णय गरियो।

सीमित श्रोतमा सुरक्षित प्रसूति

■ **तोर्मिला सिंजाली थापा,** सिअनमि (सहायक पाँचौं), ठूलो लुम्पेक स्वास्थ्य चौकी, गुल्मी

मिति २०८१/०७/०५ गते ठूलो लुम्पेक स्वास्थ्य चौकीमा एउटा प्रसूति गराएका थियौं। निजको सात बर्ष अगाडी रगत बगेको कारण cesarian section गरी प्रसुति हुनु भएको थियो। उँहाले कुटडाँडा सामुदायिक इकाईमा नियमित जाँच गराईरहनु भएको थियो। मिति २०८१/०७/०४ गते अल्ट्रासाउण्डको लागि यस स्वास्थ्य चौकीमा आउनुभयो। मैले २०७९ सालमा आम्दा अस्पताल, झापामा ग्रामीण अल्ट्रासाउण्डको तालिम लिएको थिएँ। प्रसूति हुने अनुमानित मिति २०८१ कार्तिक २० गते थियो। अल्ट्रासाउण्डमा पनि सबै कुरा सामान्य नै थियो। उहाँले हल्का पेट दुखिरहेको भन्नुभएको थियो। उँहालाई झूठो व्यथा (false pain) पनि हुन सक्छ भनेर pain killer दिएँ र भने 'हजुरको पहिलो बच्चा अप्रेशन गरेर जन्मेको कारण नर्मल डेलीभरी बनाउन अलि जटिल हुनसक्छ, अप्रेशन गरेको घाउ जतिबेला पनि फाट्ने संभावना हुन्छ त्यसैले सुविधा सम्पन्न अस्पतालमा जानुपर्छ' भनी उहाँ र उहाँको श्रीमानलाई पनि counselling गरें। यदि व्यथा बढ्दै गए आजै अस्पताल जानुपर्छ होइन भने भोली बिहान जानुहोला भनेपछि उहाँहरु स्वास्थ्य चौकी नजिकै आफन्तकोमा बस्नुभयो। मैले साँझ ६ बजेतिर फोन गरें। 'हजुरलाई कस्तो छ, पेट दुख्न छोड्यो या बढिराछ?' उहाँले दुखाई कम भएको भन्नुभयो र मलाई लाग्यो झूठो व्यथा रहेछ।

भोली बिहान ९ बजे फोन आयो। 'म थमीको दिदी बोलेको, थमीलाई साह्रै व्यथाले च्याप्यो, निकै आत्तिरहेकी छिन्' भन्नुभयो। मैले थमीलाई छिटो स्वास्थ्य चौकी लिएर आउनु भनें र म पनि हतार गरी स्वास्थ्य चौकी पुगें। Per Vaginal जाँच गर्दा लगभग ८ से.मि. पाठेघरको मुख खुलेको थियो। हस्पिटल पुग्न ३ घण्टा लाग्ने बाटो भएकोले बाटोमै डेलिभरी भई झन जोखिम हुने भएकोले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जोहाङमा कार्यरत डा. शिला ढकालसँगको फोन सम्पर्क पछि स्वास्थ्य चौकीमा डेलिभरी बनाउने निधो गरियो। तैपनि कुनै समस्या आईपरेमा तुरुन्तै हस्पिटल जानुपर्छ भनि visitor लाई counselling गरें।

मध्यान्ह १२:०७ बजे नर्मल डेलिभरी भयो। मलाई सहयोग गर्न सिअहेव लिला सिस्टर हुनुन्थ्यो। फस्ट डिग्री टियर भएको थियो Repair गरें। रक्तश्राव पनि सामान्य नै थियो। आमा बच्चा पनि सामान्य भएपछि निकै खुशी लाग्यो। हामीले प्रसूति पछि रक्तश्राव (PPH) हुन्छ कि भनेर अयिकभ यदकभचखबतष्यल गरेका थियौं। अलि बढी खतरा मानिने प्रसूति पछिको २ घण्टा पनि नाघिसकेको थियो। मनमा त्रास अलि कम हुदै गईरहेको थियो। ५ बजेपछि सबै स्टाफहरु घरतिर लाग्नुभयो। म र लिला स्टिर भने थियौं। थमी ट्वाइलेटमा जानुभएको थियो। ख्यकष्तष्लन भयो। द्यभिभमष्लन भई पूरै कपडा समेत भिजेको थियो। एबम अजबलनभ गरी कपडा लगाईदिदै थियौं, पुरै शरीर छोडेर लल्याकलुलुक (कजयअप) हुनुभयो। लिला सिस्टर, म र खष्कष्तयच मिलेर बिरामीलाई बेडमा ल्याएर सुतायौं। ब्लड प्रेसर ८०/६० थियो। दुबै हातबाट फ्लूड दिन शुरू गर्यौं र डा. शिलालाई फोन गरेर क्ष्लव त्चबलहकष्अ ब्अष्म र :ष्कयउचयकतर्या टण्ण ;अन क्ादष्लिनगर्बा दियौं। केही समयपछि बिरामीमा सुधार भयो। साँझ झोलिलो खाने कुराहरु खानु भयो। रातिमा म एक्लै थिएँ। ९ बजे द्यएज्ञद्दण्रडण, एगकिभ ठद्दरु, त्झउ ढढाडँ, च्भकउ ज्ञडरु थियो। कुनै समस्या भएमा भन्नु भनि बिरामी र खष्कष्तयच लाई भनेको थिएँ। साथै बेला बेलामा जाँच गर्दै थिएँ। रातीको १ बजेको थियो द्यएढण्रटण, त्झउ ढडाटँ, एगकिभ ज्ञडरु थियो। ब्लड प्रेसर किन घट्यो डर लाग्यो। एख गर्दा एउटा किड्नी ट्रे भरी हुने गरि द्ययियम अयित जम्मा भएको रहेछ। सबै सफा गरिसके पछि जीवनजल बनाएर पिउन दिएँ। ज्वानोको झोल पनि खानुभयो। केही समयपछि ख्तबर्ा क्ष्नल सामान्य हुँदै गयो, रगत बग्न पनि रोकियो। अर्को दिन २४ घण्टापछि आमा र बच्चाको अवस्था सामान्य थियो त्यसैले डिस्चार्ज गर्यौं। यसरी स्वास्थ्य चौकीमा VBAC (vaginal birth after cessarian section) गर्न सफल भयौं।

ग्रामीण भेग तथा स्वास्थ्य चौकी स्तरमा पर्याप्त स्रोत र साधनको अभावमा आफ्नो बुद्धि र विवेकको प्रयोग गरी थुप्रै चुनौतीहरु सामना गर्नुपर्ने हुन्छ। जस्तो सुकै चुनौती आईपरे पनि सफलतापूर्वक समाधान गर्न सकियो भने यो भन्दा अरु खुशी केही छैन जस्तै लाग्दो रहेछ। यो सफलताले अझ बढी काम गर्ने अनुभव, उत्साह र प्रेरणा मिलेको छ।

'ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मीहरूको सम्मेलन' सम्बन्धी जानकारी

निक साइमन्स इन्स्टिच्यूटले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रसँग सहकार्य गरेर विगत १३ बर्ष देखि **"ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मीहरुको सम्मेलन"** को आयोजना गर्दै आएको छ। यसै सन्दर्भमा आगामी माघ १२ देखि १४ गते सम्म काठमाडौंमा १४औं **"ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मीहरुको सम्मेलन"** हुन गइरेहेकोले उक्त सम्मेलनमा भाग लिन इच्छुक स्वास्थ्यकर्मी (मेडिकल अफिसर, नर्स र प्यारामेडिक्स) हरुले आफूले काम गर्दाको अनुभवलाई सँगालेर केश स्टोरीको रुपमा तयार पारी application@nsi.edu.np मा यही कार्तिक मसान्त भित्र पठाउनु हुन अनुरोध छ। यस सम्बन्धी थप जानकारीका लागि **९८४१ २४८४८१** मा सम्पर्क गर्नुहोला।

समयमै पहिचान, बच्यो जीवन

■ **किरण श्रेष्ठ,** जनस्वास्थ्य निरीक्षक, अधिकृत छैठौं, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र झोराहाट, मोरङ्ग

नेपालको पूर्वी पहाडी जिल्ला धनकुटा प्राकृतिक सौन्दर्यताले भरिपूर्ण भए तापनि भौगोलिक दृष्टिकोणले निकै विकट अवस्थामा रहेको छ । अझ म कार्यरत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जितपुर, धनकुटा जिल्लाको उत्तर पश्चिम भेगमा अवस्थित यातायात, खानेपानी, बिजुली र स्वास्थ्य संस्था आदि दृष्टीकोणले निकै विकटमा रहेको छ। अखौंले जितपुर गा.वि.स. वडा नं. ६ छुमलिङ्ग त अझ विकट अवस्थामा छ । सामान्य विरामी पर्दा पनि यस भेगका मानिसहरुले डोको, तन्ना र काठको स्ट्रेचरमा ५-६ घण्टाको ठाडो उकालो बिरामी बोकेर स्वास्थ्य संस्थासम्म पुऱ्याउनु पर्ने बाध्यता छ ।

मिति २०७६ साल असार २४ गतेका दिन म कार्यालयको प्राङ्गणमा उभिएर जितपुर वजारको रमणीय दृष्यलाई अवलोकन गरिरहेको थिएँ । करिव साँझको ६ बजे ३-४ जना मानिसहरुले घरेलु स्ट्रेचरमा बोकेर सम्झना पौडेल बर्ष १५ नाम गरेको एकजना बिरामीलाई हतार हतार आत्तिदैं एज्रमा मा ल्याउनु भयो । म पनि तुरुन्त बिरामी हेर्न गएँ, बिरामीका मानिसहरु आत्तिदैं बिरामी एकदमै सिकिस्त छ, सर चाँडो उपचार गरिदिनु भन्दै भावविह्वल हुन थाले । मैले बिरामीलाई बेडमा सुताएर आफन्तहरुसँग विरामीको ज्थ्कतयचथ लिएँ । दुई दिनसम्म दिनमा ५-६ पटक पखला भएको, ४-५ पटक उल्टी भएको र Umbilical region मा सामान्य पेट दुखेको, हिजो ज्वरो आएको तर अहिले नभएको र आज बिहानदेखि एक्कासी पखला र उल्टी धेरै हुन थालेर दिनको १ बजेदेखि अचेत भएको जानकारी पाएँ । त्यसपछी बिरामीको Physical examination गरें, vital sign लिएँ जसमा BP not recorded, Pulse not recorded, Temperature 98F, Respiration 26breaths/min with shallow breathing, sunkin eyes, skin pinch goes back very slowly with feel cool & Systemic examination df Abdomin soft र अन्य Normal थियो । विरामी Severe dehydration with hypovolemic shock भएकोले म र अहेब सहकर्मी दुवै मिलेर चाँडो चाँडो I/V canula मार्फत vein open गरेर NS, RL, Ing. Metron, Ciprofloxacin, Ondem, Aciloc I/V दियौं र बिरामीको आफन्तहरुलाई राम्रोसंग patient condition र complication को बारेमा counselling गरें । बाहिर राम्रो ठाउँमा रेफर गर्दा पनि गाडी, एम्बुलेन्स, यातायातको कठिनाईले गर्दा तत्काल लाने अवस्था पनि थिएन । मैले continue patient को vital sign र condition को बारेमा Monitoring गरिरहें । करिव १ घण्टापछि pulse feel भयो, Patient condition gradually improve हुँदै आयो, Severe Dehydration बाट Rehydration हुन थाल्यो, बिरामीले आँखा, मुख चलाउन र बोल्न थाल्यो, बिरामीको आफन्तहरुको अनुहारमा खुशीको अनुभूति हामी स्वास्थ्यकर्मीले देखिरहेका थियौं । Continue I/V Fluids र आवश्यक Medicine Time to Time दिईरहयौं, रातको १० बजे Vital Sign लिंदा BP 100/60 mm या Hg, Pulse 82 beats/min, Respiration 20 breaths/min थियो। तर Periumbilicl region मा सामान्य दुखाई भएकोले Inj. Buscopan लगाएको केही समयपछि कम भयो । केही समस्या भएमा भन्नुहोला भनेर म पनि आराम गर्न गएँ । तर पनि बिरामीको अवस्थाले गर्दा मनभरि विरामीको बारेमा सोचिरहें । निन्द्रा लागिरहेको थिएन । रातको ३ बजे म विरामी हेर्न गएँ । विरामी आफै हिडेर बाथरुम गएको देखेर मनमा खुशी पनि भयो । बाथरुमबाट फर्केर आउँदा मैले विरामीलाई closely observe गरें । बिस्तारै कक्रक्क परेर, कम्मर निहुराएर, दायाँ हात पेटमा राखेर गाह्रो महसुस गर्दै आउँदै गरेको देख्दा मेरो मनमा अन्य केही समस्या पनि छ भन्ने लाग्यो । त्यसैले विरामीलाई बेडमा सुताएर Examination गर्दा Pain shifting to RIF, Rebound Tenderness, Mc. Burney's point tenderness & Pointing sign हरु Positive पाएँ र Acute Appendicitis भएको निर्क्यौल गरें । Patient लगायत आफन्तहरुलाई रोगको बारेमा Counselling गरेर तुरुन्त सुविधा सम्पन्न अस्पतालमा लैजानु भनेर सल्लाह सुझाव दिएँ । विरामीका आफन्तहरु कहाँ लाने, केही जान्दैनौ, थाहा छैन भनेर आत्तिन थाले । मेरो कोशी अस्पताल बिराटनगरका वरिष्ठ सर्जन डा. नारायण वस्नेतसँग राम्रो चिनजान भएकोले उहाँलाई फोन गरेर विरामीको अवस्था र रोगको वारेमा विस्तृत रुपमा जानकारी गराएँ । उहाँले तुरुन्त पठाउन भन्नुभयो र फोन नम्बर दिएर कोशी अस्पताल बिराटनगर लैजान सल्लाह दिएँ । करिव ६ घण्टापछि अस्पताल पुऱ्याउनु भयो र Doctor ले Patient Examination र USG report अनुसार Appendicitis Diagnosis भएपछि Emergency Operation गर्नुभयो । Appendis brust हुनै लागेको रहेछ भन्नुभयो । त्यति टाढा दुर्गम ठाउँबाट पनि समयमा नै रोगको पहिचान गरी पठाएकोले तपाईको छोरीको सफल शल्यक्रिया भयो र ज्यान बच्यो, हामी स्वास्थ्यकर्मीलाई पनि धन्यबाद दिनुभएछ । ५ दिन पछि उतै स्वास्थ्य संस्थामा Dressing गरी Stich out गर्नु भनेर Discharge गरी पठाउनु भयो । विरामी र आफन्तहरु ६ दिन पछि स्वास्थ्य संस्थामा Dressing गर्न आउनु भयो । विरामीको बुवाले नमस्कार गर्दै विनम्रताका साथ धन्यवाद दिनुभयो । मृत्युको मुखमा पुगेको विरामीलाई समयमा नै सही उपचार गरेर रोगको पहिचान गरी राम्रो अस्पताल र डाक्टरकहाँ पठाउनु भएर आज मेरो छोरीको ज्यान वचाईदिनु भयो, तपाईहरुको यो पेशा प्रति उच्च सम्मान तथा कृतज्ञता प्रकट गर्दछु । सधैभरी यस दुर्गम भेगमा रहेका गरिव, दुखी, असहाय विरामीहरुको उच्च मनोबलका साथ उत्प्रेरित भएर सेवा गरिरहनु हाम्रो शुभकामना छ भन्नुभयो । एउटा Complicated विरामीलाई सही उपचार, सल्लाह, परामर्श र Motivator को माध्यमद्वारा जीवन बचाउन सफल भएकोमा मलाई आफ्नो पेशा प्रति गर्व लागेको छ ।

मैले यस घटनाबाट सिकेको महत्वपूर्ण पाठ भनेको हामीले एकाग्रपूर्वक, धैर्यता राखेर उच्च मनोबलका साथ कुनैपनि कार्य मन लगाएर गर्दै जाँदा मृत्युको मुखमा पुगेको कैयौं विरामीहरुलाई वचाउन सफल भईन्छ भन्ने सिकें । हार खाएको जीवनलाई आज उहाँहरु छोरी र परिवारसँग खुशी जिवन बिताईरहनु भएको छ । हामी स्वास्थ्यकर्मीहरुले आफ्नो पेशा, इमान्दारिता र देशप्रतिको कर्तव्य निभाउन कहिल्यै पछि पर्नुहुदैन ।

देशप्रतिको कर्तव्य निभाउन कहिल्यै पछि पर्नुहुदैन ।

दुई दशकको अनुभव सहित नयाँ पाँच वर्षे ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण तर्फको यात्रा ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण परियोजना (Rural Health Systems Strengthening Project)

■ **डा.मोहम्मद काशीम शाह,** निर्देशक, अस्पताल सहयोग तथा स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण, NSI

नेपालका ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रका नागरिकलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा आफ्नै समुदायमा उपलब्ध गराउने उद्देश्यका साथ NSI ले नेपाल सरकारसँगको सहकार्यमा विगत दुई दशकदेखि ग्रामीण भेगमा रहेका अस्पतालहरुको सुदृढीकरणमा निरन्तर काम गर्दै आएको छ । सन् २००६ मा स्थापना भएदेखि NSI ले ग्रामीण स्वास्थ्य सेवामा दक्ष जनशक्ति विकास, सरकारी अस्पतालको क्षमता अभिवृद्धि र सेवा विस्तारलाई प्राथमिकतामा राख्दै विभिन्न चरणका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ ।

यो यात्राका क्रममा ग्रामीण कर्मचारी सहयोग कार्यक्रम, ग्रामीण कर्मचारी सहयोग कार्यक्रम दोस्रो चरण, नेपाल ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा तथा जिल्ला अस्पताल सहयोग परियोजना, ग्रामीण स्वास्थ्य सहयोग परियोजना र ग्रामीण अस्पताल सुदृढीकरण परियोजना (RHSP) लगायतका कार्यक्रममार्फत् NSI ले नेपालका विभिन्न ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरणमा योगदान पुर्‍याउँदै आएको छ ।

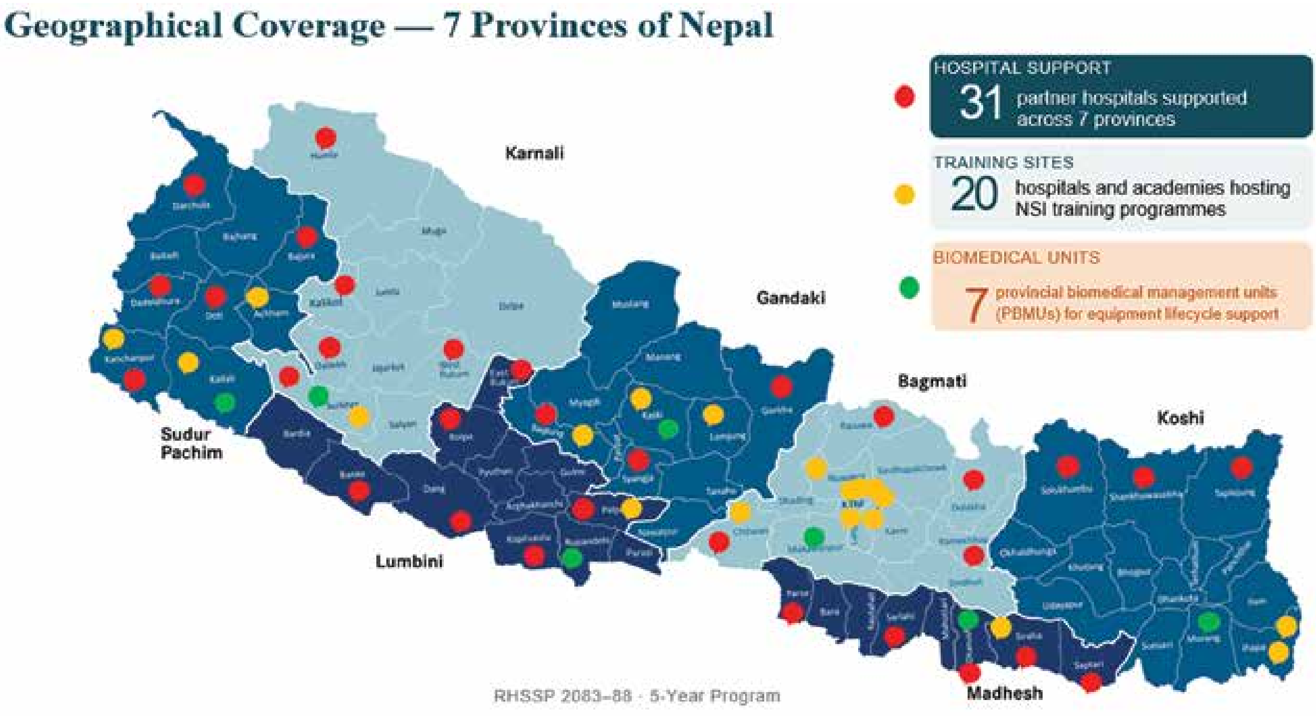
यी कार्यक्रमहरुमार्फत् हालसम्म सातै प्रदेशका २१ वटा तालिम केन्द्र र ५५ जिल्लाहरुमा रहेका ६१ वटा सरकारी अस्पतालमा स्वास्थ्य जनशक्ति सहयोग तथा क्षमता अभिवृद्धिका कार्यक्रम सञ्चालन भइसकेका छन् । यस अनुभवले ग्रामीण अस्पतालमा आवश्यक जनशक्ति व्यवस्थापन, स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता विकास, सेवा विस्तार, उपकरण तथा प्रणाली सुदृढीकरण र सरकारी निकायसँगको सहकार्यमा NSI को संस्थागत क्षमता र सिकाइलाई थप मजवुत बनाएको छ ।

यसै अनुभव र सिकाइलाई आधार बनाउँदै NSI ले यस आ.व. २०८३ देखि लागू हुने गरी अर्को पाँच वर्षे **"ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण परियोजना (Rural Health Systems Strengthening Project)"** अघि बढाउँदैछ । यो नयाँ परियोजना विगतका कार्यक्रमहरुको निरन्तरता मात्र नभई प्राप्त अनुभव, उपलब्धि र सिकाइलाई अझ व्यवस्थित र प्रणालीगत रूपमा उपयोग गर्दै ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर र पहुँचलाई थप सुदृढ गर्ने सोचका साथ अघि बढाइएको छ । यस परियोजनाले सातै प्रदेशका ४२ जिल्लामा रहेका ३१ सरकारी अस्पताल, २० तालिम केन्द्र र ७ प्रादेशिक बायोमेडिकल युनिटहरु समेट्ने गरी कार्यान्वयन गरिनेछ ।

अबको पाँच वर्ष : सक्षम जनशक्ति, गुणस्तरीय सेवा र स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरणको लागि

यस परियोजनाका गतिविधिहरू मुख्यतः तीन क्षेत्रमा केन्द्रित हुनेछन् – १) स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता विकास (Capacity Building), २) अस्पताल सहयोग तथा प्रणाली सुदृढीकरण (Hospital Support & Systems Strengthening), र ३) अनुगमन, मूल्याङ्कन, अनुसन्धान तथा सिकाई (MERL) ।

▸▸ *बाँकी पेज १२ मा*



ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण परियोजना (Rural Health Systems Strengthening Project) लागू गरिने जिल्लाहरु

श्री दुर्गा लक्ष्मी श्रेष्ठ

■ **सचिव,** स्वास्थ्य मन्त्रालय, लुम्बिनी प्रदेश सरकार

हामीले यस अंकको भलाकुसारीमा विगत लामो समयदेखि स्वास्थ्य सेवामा आवद्ध भई स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न शाखा, महाशाखा र निर्देशनालयमा बसेर सेवा पुऱ्याउनु भएको अनुभव आगाल्नु भएका र हाल स्वास्थ्य मन्त्रालय लुम्बिनी प्रदेश सरकारको सचिव रहनु भएका श्री दुर्गा लक्ष्मी श्रेष्ठको धारणालाई समेटेका छौं ।

१. नेपाल सरकार अन्तर्गतका विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरूमा लामो कार्य अनुभवको आधारमा समग्रमा नेपालको स्वास्थ्य अवस्थामा कस्तो सुधार भएको पाउनुहुन्छ ? यसमा थप सुधारको लागि के के गर्नुपर्दछ जस्तो लाग्छ ?

नेपालको स्वास्थ्य अवस्थाको सुधार बारे चर्चा गर्नु पूर्व हामीले पहिले विगत हेर्न जरुरी छ । कुनैबेला नेपालमा मृत्युका प्रमुख कारक रहेका औलो, विफर जस्ता रोगहरु उपचार प्रविधिको कारण उन्मुलन भए । सन् २०३० को दशक सम्म भयंकर मानिएको क्षयरोग अहिले रोकथाम र उपचारयोग्य चरणमा पुग्यो । ग्रामीण क्षेत्रमा टाइफाइड र झाडापखाला जस्ता पानीजन्य रोगहरु समयमै उपचार गर्दा सामान्यतया विरामीहरु बचाउने अवस्था रह्यो । शहरी क्षेत्रमा (नसर्ने र शारिरिक व्यायाम तथा स्वस्थ खानपानको कमीले निम्तिने रोगहरुको प्रकोप बढ्दै गएको छ । जनस्वास्थ्यमा जहिले पनि More people – More disease - Increased health facility – New health complexity हुने रहेछ । कोभिड त्यसको एक उदाहरण हो र अहिले मानसिक स्वास्थ्य समकालिन विश्वको प्रमुख स्वास्थ्य समस्याको रुपमा खडा भएकोले हामी मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक रणनीति नै मन्त्रीपरिषद्बाट स्वीकृत गराई विभिन्न स्वास्थ्य विकास साझेदार संस्थाहरुसंग मिलेर कार्यन्वयनको अवस्थामा छौं । अब यहाँ भएका जनस्वास्थ्य सेवा बारेको प्रगतिलाई हेर्ने हो भने हामी अधिकांश क्षेत्रमा सकारात्मक दिशातर्फ अगाडि बढेको देखिन्छ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा मेरो करिब २५ वर्ष लामो अनुभव छ । मैले क्लिनिकल अनुभव पनि गरे, प्रशासनिक पनि गरे र अहिले नीतिगत समेत अनुभव हुँदै गर्दा यहाँ प्रस्तुत तथ्य मिश्रित हुनसक्दछ । यस अर्थमा यस अवधिका उपलब्धिलाई विश्लेषण गर्दा, देशले व्यहोरेका विभिन्न विषम परिस्थितिहरूका बाबजुद समग्र स्वास्थ्य प्रणाली र सेवाका सूचकहरूमा उल्लेखनीय सुधार भएको छ । जस्तै कुनै एक सूचाङ्क लिउँ, मातृ तथा शिशु मृत्युदरमा कमी सन् २००० मा नेपालमा मातृ मृत्युदर ५०४ प्रति लाख जीवित जन्म र शिशु मृत्युदर ६४ प्रति हजार जीवित जन्म रहेकोमा, हाल मातृ मृत्युदर घटेर १५१ प्रति लाख र शिशु मृत्युदर २७ प्रति हजारमा झरेको छ । त्यसैगरी स्वास्थ्यका पूर्वाधार र पहुँचमा धेरै नै विस्तार भएको पाईन्छ । हाल देशका लगभग प्रत्येक वडामा आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरू स्थापना भई सञ्चालनमा आएका छन्, जसले गर्दा स्वास्थ्य सेवाको समतामूलक पहुँच र सर्वसुलभतामा ठूलो वृद्धि भएको छ । अस्पतालहरुको संख्या र क्षमतामा पनि उल्लेखनीय वृद्धि भएको छ । यसका अतिरिक्त, स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रवाह हुने सेवाको गुणस्तरमा निरन्तर सुधार भइरहेको कुरा हामी अर्धबार्षिक न्यूनतम सेवा मापदण्डको नतिजाबाट हेर्न सक्छौं । साथै, हाम्रो लुम्बिनी प्रदेशले समेत डिजिटल हेल्थ (Digital Health) र प्रविधिमैत्री प्रणालीतर्फ तिव्रताका साथ अगाडि बढाईराखेको छ । हो यो पर्याप्त भने पक्कै होईन । धेरै गर्नुपर्नेछ ।

तर ईतिहास हामीसंग रहेको वा उपलब्ध श्रोतबाट धेरै राम्रो दिशातर्फ उन्मुख छौं ।

हामीसँग अझै पनि केही चुनौतीहरू छन् । नेपालको संविधानमा स्वास्थ्य सेवा धारा ३५ स्वास्थ्यको हक, ५० (ज) नागरिकका आधारभुत आवश्यकता सम्बन्धी र धारा ५२ ले राज्यको दायित्व अन्तर्गत मौलिक हक र राज्य नीतिहरुको क्रमश कार्यान्वयन गर्ने उल्लेखित छन् । हुनतः स्वास्थ्य सेवाको अन्तर सरकार जिम्मेवारी बाँडफाँड पनि गरिएकोछ । प्रदेश संविधानको अनुसुची ६(९) स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत छ । तर यसमा तीनै तहको सरकार बिच समन्वयकारी भूमिका र सहकार्य भने बढाउनुपर्ने देख्छु । म यहाँ प्रदेश सचिवका रुपमा काम गर्दै गर्दा संविधानले प्रत्याभुत गरेको आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकले निःशुल्क प्राप्त गर्ने हकको सुनिश्चितता गरिराख्दा हामी हाम्रो श्रोत, जनशक्ति र विद्यमान जनस्वास्थ्यको समस्यालाई विश्लेषण गर्न जरुरी छ । यसका लागि जनस्वास्थ्य सेवा ऐन अनुसार तीनै तहका सरकार (संघ, प्रदेश र स्थानीय) बीच बलियो समन्वय अझ बढाउनु आवश्यक छ । र हामीले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पद्धतिलाई प्रभावकारी रूपमा लागू गर्नुपर्छ । प्रदेश सरकारको जिम्मेवारी तोकिएको अनुरुप श्रोतहरुको सुनिश्चितता नहुनु पनि एक प्रमुख चुनौतीका रुपमा हेर्दछु । त्यसैगरी हाल नसर्ने रोग (Non-Communicable Diseases) र मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको भार तीव्र रूपमा बढ्दै गएको छ । यससँग जुध्न दक्ष जनशक्ति, आधुनिक उपकरण तथा औषधि, र स्वास्थ्य प्रणालीको क्षमता अभिवृद्धि गर्नुपर्ने देखिन्छ । स्वास्थ्य क्षेत्रका जटिल चुनौतीहरूलाई सम्बोधन गर्न स्वास्थ्य मन्त्रालयको एकल प्रयास मात्र पर्याप्त हुँदैन । यसका लागि विभिन्न क्षेत्र र निकायहरूबीचको बहुक्षेत्रीय र बहुपक्षिय समन्वय र सहकार्य (Multi-sectoral Coordination) लाई सुदृढ बनाउनु अपरिहार्यता महशुस गर्दछु ।

२. अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रदान गरिँदै आइरहेको उपचारात्मक सेवाको विश्वसनीयता तथा गुणस्तर विकासका लागि के कस्ता उपयुक्त कदमहरू चाल्नुपर्ने देख्नुहुन्छ ?

अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रवाह हुने उपचारात्मक सेवाको विश्वसनीयता र गुणस्तर अभिवृद्धिका लागि सबै तहका अस्पतालहरूमा राष्ट्रिय उपचार मापदण्ड तथा प्रोटोकलहरूको अनिवार्य पालना गराउनु प्राथमिक आवश्यकता हो । यसका साथै, वर्षमा कम्तीमा दुई पटक न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS) र क्लिनिकल अडिट सञ्चालन गर्दै अनिवार्य रूपमा सेवाग्राही सन्तुष्टि फाराम भराउने, र त्यसबाट प्राप्त निष्कर्षका साथै DHIS2 को तथ्याङ्क विश्लेषण गरी लगत्तै संयुक्त कार्ययोजना बनाएर कार्यान्वयनमा लैजानुपर्छ । त्यसैगरी Evidence based research र जनउत्तरदायी, पारदर्शिता र जवाफदेहिताका लागि सूचना तथा प्रगतिका विवरणहरूलाई एकद्वार प्रणालीमार्फत अद्यावधिक एवं सुरक्षित गर्दै वार्षिक रूपमा सार्वजनिक सुनुवाइ र सामाजिक लेखापरीक्षण सञ्चालन गर्दै आईएकोछ । सेवा प्रवाहलाई चुस्त बनाउन आवश्यक जनशक्ति र तालिमको समुचित प्रबन्ध मिलाउनुका साथै वस्तुस्थिति विश्लेषणबाट देखिएका समस्या सम्बोधन गर्न आकस्मिक कोषको व्यवस्था गरी आवश्यकताका आधारमा स्रोत उपलब्ध गराउनुपर्छ । अन्त्यमा, स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्ने सहयोगी निकायहरूसँग अर्धवार्षिक समीक्षा बैठक बसी जिम्मेवारी बाँडफाँड र फलोअप गर्ने र मन्त्रालयका तर्फबाट नियमित प्रगति तथा गुणस्तर सुनिश्चितताका लागि निरन्तर अनुगमन गर्ने परिपाटी बसाल्नुपर्छ ।

हामीले प्रबर्द्धनात्मक, निरोधात्मक, उपचारात्मक र पुनर्स्थापनात्मक सेवा सबैमा काम गर्दै आएका छौं । मातृ मृत्युदर घटाउनलाई, सुरक्षित मातृत्व अभियान अन्तर्गत गर्भावस्थामा निःशुल्क जाँच कार्यक्रम, बृहत पोषण कार्यक्रम, परिवार स्वास्थ्य प्रोफाईल, क्यान्सर र मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक परामर्श सेवा, रोभिंग नर्स र समुदायमा आधारित स्वास्थ्यका विभिन्न कार्यक्रम बनाई कार्यान्वयन भैरहेका छन् । त्यसैगरी नीतिगत रुपमा भन्ने हो भने मानसिक स्वास्थ्य तथा मनोसामाजिक रणनीतिक कार्ययोजना मन्त्रीपरिषद्बाट नै स्वीकृति गराई कार्यन्वयनमा जानुका साथै प्रदेश जनस्वास्थ्य ऐन, सबै नीतिमा स्वास्थ्य बनिरहनु पनि नीतिगत उपलब्धीहरु हुन् ।

त्यसैगरी विद्यमान जनशक्तिलाई सकारात्मक सोच, नेतृत्व विकास, Clinical / Competency based सीप विकास, गुणस्तरसंगै Safety & Security लाई समेत आत्मसात गर्दै लगेका छौं । Death Audit प्रदेशले गुणस्तर सुनिश्चित गर्नका निम्ति चालिएका राम्रो अभ्यासमा पर्दछ । दुर्गममा चिकित्सकलाई प्रोत्साहन गर्नका निम्ति कार्यविधी नै बनाई कार्यान्वयन भैरहेको छ । रुकुमपुर्व, भैरहवा, रोल्पा र पाल्पा बाहेक Dialysis सेवा सुचारु गरिएको छ भने SNCU प्रायः सबै जिल्लामा विस्तारित छन् । हामीसंग भएको लुम्बिनी प्रादेशिक अस्पताल र राप्ती प्रादेशिक अस्पताललाई Referral sites/hospital का रुपमा विस्तार गर्दै Telemedicine लगायतको माध्यमबाट विशेषज्ञ सेवा प्रवाह गर्ने कुरालाई प्रोत्साहन गरिएकोछ । त्यससँगै जलन उपचार सेवा दुई प्रादेशिक अस्पतालबाट सुरु गर्नको निमित्त यस बर्ष बजेट व्यवस्था गरिएको छ र बढेका नराम्रा सूचकहरुलाई उचित व्यवस्थापन गर्न सुरक्षित मातृत्व अभियान, स्वस्थ आहार बिहार, जीवनशैली, योग ध्यान र व्यायाम साथै भान्सा सुधार जस्ता स्वास्थ्य प्रवर्द्धनका बिषयलाई आयुर्वेदसँग जोडिनुका साथै आत्महत्या रोकथाम, पोषणको कार्यक्रम, स्वास्थ्यमा Digitalization मा EHR/EMR सबै स्वास्थ्य निकायहरुमा लागू गर्ने लगायतका विविध कार्यक्रमहरु सञ्चालित छन् ।

३. तपाईँको प्रदेश अन्तर्गत रहेका अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थाहरूमा आवश्यक जनशक्ति परिपूर्तिका लागि के कस्ता चुनौतीहरू रहेका छन् । यसको समाधानका उपायहरू के के हुन सक्छन् ?

प्रदेश अन्तर्गतका अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरुमा आवश्यक जनशक्ति परिपूर्ति गर्न स्थाई संगठन तथा व्यवस्थापन (O&M) सर्वेक्षण प्रतिवेदन पारित नभइसकेको अवस्था, वर्षौं पुराना दरबन्दीमा निर्भरता, प्रदेश लोक

सेवा आयोगबाट हुने पदपूर्तिमा ढिलाइ, दुर्गम क्षेत्रमा चिकित्सक तथा विशेषज्ञहरू जान नमान्ने प्रवृत्ति र जनशक्ति व्यस्थापनमा सहयोगी निकायहरूको न्यून उपस्थिति प्रमुख चुनौतीका रूपमा रहेका छन् । यी समस्याहरूको दिगो समाधानका लागि सर्वप्रथम प्रदेशको संगठन तथा व्यवस्थापन सर्वेक्षण सम्पन्न गरी भौगोलिक अवस्था र सेवाग्राहीको चापका आधारमा दरबन्दीलाई वैज्ञानिक एवं अद्यावधिक बनाउनुपर्छ, भने स्थायी पदपूर्ति नहुँदासम्म आवश्यकताअनुसार करार वा छात्रवृत्तिका जनशक्तिलाई परिचालन गर्नुपर्छ । त्यसैगरी, ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रमा खटिने स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई वृत्ति विकासको सुनिश्चितता, थप प्रोत्साहन र अवसरहरूमा प्राथमिकता दिने नीति लिएता पनि थप प्रभावकारी बनाउनु पर्ने साथै प्रदेशमा उपचारात्मक सेवामा क्रियाशील सहयोगी निकायहरूले अनिवार्य रूपमा जनशक्ति तथा उपकरण सहयोगका लागि बजेट र कार्यक्रम समावेश गर्नुपर्ने प्रादेशिक नीति ल्याउनु अपरिहार्य देखिन्छ । यसका अलावा कामको भार र जनशक्तिको व्यवस्थाको अनुपातमा वैज्ञानिकता, नियमित अनुगमन र नतिजामूखी प्रोत्साहन गर्न सकेमा अपेक्षित उपलब्धि हासिल गर्न सकिन्छ ।

४. प्रदेश मातहतका अस्पतालहरूबाट सेवा प्रवाह गर्दा भोग्नुपरेका समस्याहरू र त्यसको समाधानका लागि प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयले के के कदमहरु चालेका छन ?

प्रदेश मातहतका अस्पतालहरूबाट सेवा प्रवाह गर्दा बजेटको कमी, विशेषज्ञ चिकित्सक तथा छात्रवृत्तिका जनशक्ति दुर्गम क्षेत्रमा बस्न नरुचाउनु, उपकरण मर्मत-सम्भार प्रणालीको अभाव र संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तह बीचको कमजोर समन्वय प्रमुख चुनौतीका रूपमा रहेका छन् । यी समस्याहरूका बिच प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयले सेवाको गुणस्तर सुधारका लागि अस्पताल सुदृढीकरण कार्यक्रममार्फत् न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS) कार्यान्वयन, वार्षिक चार वटा अस्पतालमा क्लिनिकल अडिट, तथा नियमित तथ्याङ्क विश्लेषणका आधारमा कार्ययोजना निर्माण गर्ने कदम चालेको छ । साथै, स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई राष्ट्रिय उपचार मापदण्ड एवं प्रोटोकलको अभिमुखीकरण दिने, उपचारात्मक सीप विकास तालिममा सहजीकरण गर्ने, र मेडिकल रेकर्डरहरूलाई तालिम दिएर तथ्याङ्कीय त्रुटि घटाउने कार्य भइरहेको छ। यसका अतिरिक्त, उपकरणहरूको सहज मर्मतका लागि बायोमेडिकल वर्कसपको स्थापना तथा सुदृढीकरण गरिएको छ भने सहयोगी निकाय र तालिम केन्द्रहरूसँग प्रभावकारी समन्वय गरी जनशक्तिलाई गुणस्तरीय सेवा प्रवाहका लागि सक्षम बनाउने प्रयास निरन्तर जारी राखिएको छ ।

५. ग्रामीण क्षेत्रमा रहेर लामो समयसम्म सेवा पुऱ्याईरहनु भएका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई के सन्देश दिन चाहानुहुन्छ ?

भौगोलिक विकटता, सीमित स्रोत साधन र चुनौतीका बाबजुद ग्रामीण क्षेत्रका नागरिकको जीवन रक्षाका लागि अहोरात्र खटिनुहुने सम्पूर्ण स्वास्थ्यकर्मीहरूमा हार्दिक कृतज्ञता र उच्च सम्मान व्यक्त गर्दछु । तपाईंहरुले राज्यको उपस्थितिको बलियो प्रमाण र नागरिकका वास्तविक आवश्यकता परिपूर्ति गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंहरूको सेवा अवधिलाई मूल्याङ्कन गरी वृत्ति विकास, उच्च शिक्षा र स्थानान्तरणका लागि न्यायोचित नीति बनाउन हामी प्रतिबद्ध छौं । यो निष्ठा र सेवा भावलाई निरन्तरता दिन अनुरोध छ ।

६. निक साइमन इन्स्टिच्यूटले लामो समयदेखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र प्रदेश अन्तर्गतका स्वास्थ्य क्षेत्र हेर्ने मन्त्रालयसँग समन्वय गरी विभिन्न तहका अस्पतालहरूको उपचारात्मक सेवाको गुणस्तर सुधार गर्नका लागि कार्यक्रम सञ्चालन गर्दै आएको परिप्रेक्ष्यमा यसको दिगोपनाको लागि के कस्ता नीतिहरु अवलम्बन गर्नुपर्दछ भन्ने ठान्नु हुन्छ ?
NSI ले लुम्बिनी प्रदेशका सरकारी अस्पतालहरूमा न्यूनतम सेवा मापदण्ड सुधार, बायोमेडिकल उपकरण मर्मत र दुर्गममा एमडिजिपी चिकित्सक तथा एनेस्थेसिया असिस्टेन्ट जस्ता दक्ष जनशक्ति परिचालनमा उल्लेखनीय भूमिका खेल्दै आएको छ । यस्ता सफल कार्यक्रमहरूलाई गैरसरकारी अनुदानमा मात्र निर्भर नराखी दीर्घकालीन र दिगो बनाउन प्रदेश सरकारले बहुआयामिक नीतिगत कदमहरू चाल्नुपर्ने देखिन्छ। रोल्पाको थवाङ जस्तो दुर्गम स्थानमा समेत गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा स्थापना वा विकासमा गरिएको योगदान प्रशंसनीय कार्य हो । यसका लागि शुरुवातमा जनशक्ति वा प्रविधिको खर्चमा चरणबद्ध रूपमा प्रदेशको हिस्सा बढाउँदै लैजाने "लागत साझेदारी" (Cost-Sharing) नीति अपनाउनुका साथै NSI ले सहयोग गरेका प्राविधिक पदहरूलाई O&M सर्वेक्षण मार्फत प्रदेशको स्थायी दरबन्दीमा रूपान्तरण गर्नुपर्छ । साथै, दुर्गमका चिकित्सकका लागि आकर्षक भत्ता र वृत्ति विकास समेटिएको "लुम्बिनी विशेषज्ञ चिकित्सक परिचालन कार्यविधि" बनाउने, NSI का सीपमूलक तालिमहरूलाई प्रादेशिक तालिम केन्द्रको नियमित पाठ्यक्रममा समावेश गर्ने, र "अन-द-जब" मेन्टरसिप क्लिनिकल सुपरभिजन, Distance Coaching मार्फत ज्ञान तथा सीपको पूर्ण हस्तान्तरण गराउनु अपरिहार्य छ। स्वास्थ्य मन्त्रालय प्रदेश सरकार जहिले पनि संघीय सरकार र स्थानीय सरकार दुवैलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा विस्तार र संस्थागत सुधारका साथै सवलीकरण मुल ध्येयका साथ लागिपरेकोछ । यसमा म आफै पनि हाम्रो अभिभावकीय मुख्यमन्त्रीको कार्यालय होस या हाम्रा विभागीय मन्त्री सबैसँग यसका निम्ति वकालत गर्दै आईरहेकोछु। जुन कुरा प्रदेश सरकारले समेत आत्मसात गरी अपनत्व लिईपनि राखेकोछ। यसका अतिरिक्त, बायोमेडिकल मर्मत प्रणालीलाई दिगो बनाउन प्रदेश आपूर्ति केन्द्र मातहत स्थायी प्राविधिक दरबन्दी सिर्जना गर्ने, अस्पतालहरूमा अनिवार्य "उपकरण मर्मत कोष" खडा गर्ने, र न्यूनतम सेवा मापदण्ड एवं क्लिनिकल अडिटलाई मन्त्रालयको मुख्य कार्यसम्पादन सूचक बनाई उत्कृष्ट अस्पताललाई बजेट प्रोत्साहन दिने तथा परिमार्जित मूल्याङ्कन फाराम कार्यान्वयन गर्ने नीतिगत व्यवस्था मिलाउनु पर्छ जसका निम्ति हामी प्रतिबद्ध छौं ।

खोज तथा अनुसन्धान

Essential Critical Care Training

तालिमपछि सीपको प्रयोग र प्रभावकारिता अवस्थाबारे एक अध्ययन

परिचय

गम्भीर प्रकृतिका बिरामीको समयमै पहिचान, प्रारम्भिक उपचार तथा उचित व्यवस्थापन स्वास्थ्य सेवाको महत्वपूर्ण पक्ष हो । यही आवश्यकता सम्बोधन गर्न राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र (NHTC), NSI र चिकित्सा विज्ञान राष्ट्रिय प्रतिष्ठान (NAMS), प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रहरु, भरतपुर अस्पताल र पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानसँगको सहकार्यमा Essential Critical Care Training (ECCT) सञ्चालन हुँदै आएको छ । सुरुमा कोभिड-१९ को समयमा छोटो अवधिको तालिमका रूपमा विकसित गरिएको ECCT लाई स्वास्थ्यकर्मीको सुझावका आधारमा सन् २०२१ देखि ६ दिने simulation तथा वास्तविक clinical case मा आधारित व्यावहारिक तालिमका रूपमा विस्तार गरिएको थियो ।

विधि

तालिमपछि स्वास्थ्यकर्मीले सिकेका ज्ञान तथा सीपलाई कार्यस्थलमा कति प्रयोग गरिरहेका छन्, तालिम कत्तिको उपयोगी र प्रभावकारी छ तथा यसको निरन्तरताका लागि के सुधार आवश्यक छन् भन्ने बुझ्न २०८०/८१ तथा २०८१/८२ मा ECCT तालिम प्राप्त ३१८ स्वास्थ्यकर्मीहरुमा यस अध्ययन गरिएको थियो । तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरुसंग Google survey मार्फत quantitative data अस्पतालका मेडिकल सुपरिटेनडेन्ट, सम्बन्धित विभागका फोकल व्यक्तिहरु तथा तालिमका प्रशिक्षकहरूबाट मुख्य सूचनादाता अन्तर्वार्ता (KII) विधि प्रयोग गरी जानकारी संकलन गरिएको थियो ।

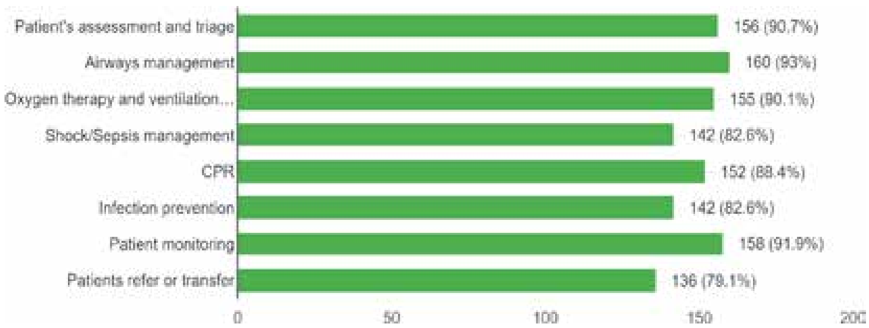
नतिजाहरु

अध्ययनमा ३१८ जना स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई प्रश्नावली पठाए तापनि २१८ जनाबाट मात्र प्रतिकृया आएको थियो । जसमा १२ जनाले अध्ययनमा सहभागी नहुने मनसाय जनाए भने २९ जना हाल स्वास्थ्य क्षेत्रसंग आवद्ध नरहेकोले बाँकी १७७ जनाको प्रतिक्रियालाई मात्र विश्लेषणका लागि संलग्न गरिएको थियो । प्राप्त प्रतिक्रियाको विश्लेषण अनुसार ECCT तालिम अत्यन्त सान्दर्भिक र प्रभावकारी रहेको पाइयो । तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरुले airway management (93%), patient monitoring (92%) तथा patient assessment and triage (91%) जस्ता सीपको उच्च प्रयोग गरेको देखियो । त्यस्तै, १६६ (८०.६%) अध्ययनमा सहभागीहरुले सिकेका ज्ञान तथा सीप दैनिक वा नियमित रूपमा प्रयोग गरिरहेको बताएका थिए । तालिमले स्वास्थ्यकर्मीको आत्मविश्वासमा पनि सकारात्मक प्रभाव पारेको देखिन्छ । ८९ प्रतिशत सहभागीले आफूलाई तालिमका सीप प्रयोग गर्न आत्मविश्वास रहेको बताएका छन् । समग्रमा झण्डै ६३ प्रतिशत सहभागीहरु यस तालिम प्रति पूर्ण सन्तुष्ट रहेका छन् ।

तालिममा उपलब्ध गराईएका सामग्री तथा Manual को प्रयोग पनि उल्लेखनीय देखिएको छ । ८७ प्रतिशत सहभागीले तालिमपछि ECCT सामग्री/Manual प्रयोग गरेको बताएका छन्, जसले clinical practice, protocol review, CME तथा सहकर्मीलाई सीप हस्तान्तरणमा समेत सहयोग गरेको देखिन्छ ।

यसका साथै अध्ययनले तालिम प्राप्त गर्नु र तालिममा सिकेको सीपलाई व्यावहारमा प्रयोग गर्न पाउनु एउटै कुरा होइन भन्ने कुरा पनि उजागर गरेको छ । केही स्वास्थ्यकर्मी ICU/HDU वा Emergency जस्ता सम्बन्धित विभागमा कार्यरत नभएको, एउटै कर्मचारीलाई विभिन्न विभागमा जिम्मेवारी दिइएको, प्रशिक्षित जनशक्तिको कमी तथा कतिपय अस्पतालमा आवश्यक ICU/HDU पूर्वाधार र उपकरणको अभावका कारण सिकेका सीपको पूर्ण उपयोग हुन नसकेको पाइएको छ ।

विशेषगरी ventilator management तथा troubleshooting, ABG interpretation र critically ill बिरामीको transport जस्ता प्राविधिक पक्षमा थप व्यावहारिक अभ्यास आवश्यक देखिएको छ । केही अस्पतालमा ICU/HDU सेवा, ventilator, oxygen, ABG लगायतका आवश्यक स्रोतको अभावले पनि सीपको प्रयोगमा बाधा पुऱ्याएको छ । ECCT को प्रभावलाई दीर्घकालीन बनाउन तालिम, उपयुक्त जनशक्ति परिचालन र स्वास्थ्य प्रणालीको तयारीलाई एकैसाथ अघि बढाउनुपर्ने अध्ययनले देखाएको छ । सहभागीमध्ये ९७ प्रतिशतले पुनर्ताजगी (refresher training) आवश्यक रहेको बताएका छन् र ५२ प्रतिशतले वार्षिक रूपमा पुनर्ताजकी (refresher training) उपयुक्त हुने बताएका छन् । त्यस्तै, ९० प्रतिशतले ECCT भविष्यका लागि पनि अत्यन्त महत्वपूर्ण रहेको बताएका छन् ।



निष्कर्ष

त्यसैले आगामी दिनमा सहभागी छनोटलाई रणनीतिक बनाउने, तालिमप्राप्त जनशक्तिलाई सम्बन्धित ICU/HDU/ Emergency सेवामा परिचालन गर्ने, hands-on practical session बढाउने, आवश्यक उपकरण तथा पूर्वाधार सुनिश्चित गर्ने, नियमित refresher training सञ्चालन गर्ने तथा mentoring, monitoring/supportive supervision लाई संस्थागत गर्न आवश्यक देखिन्छ ।

समग्रमा, ECCT तालिमले स्वास्थ्यकर्मीको ज्ञान, सीप र आत्मविश्वास बढाउँदै गम्भीर बिरामीको प्रारम्भिक पहिचान र व्यवस्थापनमा महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याएको छ । अबको चुनौती तालिमको संख्या बढाउनु मात्र होइन, तालिमबाट प्राप्त सीपलाई सही स्थानमा, पर्याप्त स्रोतसहित निरन्तर प्रयोग हुने वातावरण सिर्जना गर्नु हो । यही दृष्टिकोणले ECCT को वास्तविक प्रभावलाई बिरामीको उपचार तथा स्वास्थ्य सेवामा दीर्घकालीन रूपमा रूपान्तरण गर्न सक्छ ।

नेपालमा आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपण : दृष्टि पुनर्स्थापनाको यात्रा
Penetrating Keratoplasty (PK)

■ **बाल सुन्दर चाँसी**, बरिष्ठ कार्यक्रम संयोजक, NSI

आँखा हाम्रो जीवनको अत्यन्त महत्वपूर्ण अंग हो, र आँखाको अगाडिको पारदर्शी भाग अर्थात् Cornea (कर्निया) स्पष्ट दृष्टिका लागि अत्यावश्यक हुन्छ। कर्नियालाई हाम्रो समाजमा सामान्य बोलीचाली भाषामा आँखाको नानी पनि भन्ने गर्दछ। विभिन्न कारणले कर्नियामा संक्रमण, चोटपटक, दाग वा अपारदर्शिता आएपछि दृष्टि गम्भीर रूपमा प्रभावित हुनसक्छ। कतिपय अवस्थामा औषधि वा अन्य उपचारले प्रभावकारी परिणाम नदिँद कर्निया प्रत्यारोपण आवश्यक पर्न सक्छ । कर्निया प्रत्यारोपण गर्ने शल्यक्रियालाई Penetrating Keratoplasty (PK) भनिन्छ । नेपाली समाजमा अधिकांश व्यक्तिहरु यस प्रक्रियालाई आँखा फेर्ने शल्यक्रिया भन्ने पनि गरेको पाइन्छ तर यो वास्तवमा आँखाको पुरा डल्लो प्रत्यारोपण अर्थात फेर्ने नभई कर्नियामात्र प्रत्यारोपण गर्ने शल्यक्रिया हो।

यस सन्दर्भमा PK अर्थात् पूर्ण तहको कर्निया प्रत्यारोपण एक महत्वपूर्ण नेत्र शल्यक्रिया हो । यस प्रक्रियामा बिरामीको रोगग्रस्त वा क्षतिग्रस्त कर्नियाको सम्पूर्ण तह हटाएर दाताबाट प्राप्त स्वस्थ कर्नियाको तन्तु (tissue) प्रत्यारोपण गरिन्छ।

नेपालको सन्दर्भमा यो शल्यक्रियाको महत्व केवल दृष्टि पुनर्स्थापनामा सीमित छैन । विशेषगरी आँखाको नानीमा गम्भीर संक्रमण (Infectious Keratitis), Corneal Ulcer (कर्नियाको घाउ) तथा Corneal Perforation (कर्नियामा प्वाल पर्ने) अवस्था भएका बिरामीहरूमा यो आँखा बचाउने शल्यक्रिया समेत हुन सक्छ।

PK भनेको के हो ?

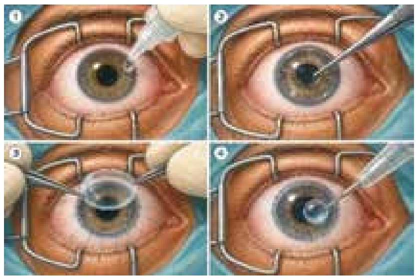
PK एक surgical procedure हो, जसमा बिरामीको रोगग्रस्त वा क्षतिग्रस्त कर्नियाको पूर्ण तह (full thickness) हटाई त्यसको स्थानमा कुनै व्यक्तिबाट मृत्यु पश्चात दान गरिएको स्वस्थ आँखाको नानी (corneal tissue) प्रत्यारोपण गरिन्छ । उक्त आँखाको नानीलाई आवश्यक मापदण्डअनुसार सावधानीपूर्वक जाँच, मूल्याङ्कन पश्चात् प्रशिक्षित आँखा विशेषज्ञ डाक्टर (Cornea Specialist) द्वारा शल्यक्रिया मार्फत् प्रत्यारोपण गरिन्छ । यस प्रक्रियामा स्वस्थ कर्नियालाई बिरामीको बाँकी cornea सँग अत्यन्तै मसिना sutures प्रयोग गरी सुरक्षित रूपमा जोडिन्छ।

नेपालमा आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपणको सुरुवात

विश्वमा पहिलो सफल मानव कर्निया प्रत्यारोपण सन् १९०५ मा गरिएको मानिन्छ । नेपालमा आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपणको इतिहास पनि धेरै पुरानो छ । उपलब्ध ophthalmic literature अनुसार नेपालमा पहिलो Keratoplasty सन् १९६७ मा गरिएको उल्लेख पाइन्छ, तर प्रारम्भिक वर्षहरूमा कर्निया प्रत्यारोपण सेवा अत्यन्त सीमित थियो। त्यस समयमा नेपालमा पर्याप्त donor cornea उपलब्ध नहुँदा प्रत्यारोपणका लागि आवश्यक कर्नियाको tissue विदेशबाट ल्याउनुपर्ने अवस्था थियो । यसले सेवाको विस्तारमा ठूलो चुनौती सिर्जना गरेको थियो।

नेपालमा कर्निया प्रत्यारोपणको विकासमा एउटा महत्वपूर्ण कोशे ढुंगाको रुपमा नेपाल आँखा बैक (Nepal Eye Bank) को स्थापनालाई मान्नु पर्छ । सन् १९९४ मा गौशाला स्थित Tilganga Institute of Ophthalmology मा नेपाल आँखा बैक स्थापना भएपछि मृत्यु पश्चात् नेत्र दान गरेका व्यक्तिहरुबाट कर्नियाको संकलन र ती संकलित कर्नियाको संरक्षण र उचित वितरणको व्यवस्थित प्रणाली विकास हुन थाल्यो । यसले नेपालमा कर्निया प्रत्यारोपण सेवा विस्तार गर्न महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको छ।

नेपाल आँखा बैकको स्थापना पश्चात् नेत्रदानको अवधारणा पनि नेपाली समाजमा क्रमशः विकसित हुँदै गएको पाइन्छ। जनचेतना अभिवृद्धि, समुदायको सहभागिता तथा विभिन्न सामाजिक र स्वास्थ्य संस्थाहरूको सहकार्यले नेत्रदानलाई प्रोत्साहन गर्न महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याएको छ।



नेपालमा आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपण किन महत्वपूर्ण छ ?

नेपालमा कर्निया सम्बन्धी अन्धोपन (Corneal Blindness) अन्धोपनको दोश्रो प्रमुख कारण हो भने कर्निया सम्बन्धी अन्धोपनको प्रमुख कारणमध्ये संक्रमित कर्निया (Infectious Keratitis) एक हो । विशेषगरी ग्रामीण तथा कृषि क्षेत्रमा काम गर्ने मानिसहरूमा आँखामा चोट लाग्नु, बिरुवाका टुक्रा वा अन्य वस्तुबाट घाउ हुनु र समयमै उचित उपचार नपाउनु जस्ता कारणले आँखाको नानीमा घाउ (Corneal Ulcer) हुन सक्छ। समयमै उपचार नभएमा संक्रमण बढ्दै जाँदा कर्नियामा गहिरो घाउ बन्न सक्छ र अन्ततः नानीमा प्वाल (Corneal Perforation) हुन सक्छ। यस्तो अवस्थामा आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपण केवल दृष्टि सुधारका लागि मात्र होइन, संक्रमण नियन्त्रण गर्न र आँखा बचाउन पनि आवश्यक हुनसक्छ।

आँखाको नानी प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने प्रमुख अवस्थाहरु (Indications for Penetrating Keratoplasty)

आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपण विभिन्न कर्नियासम्बन्धी रोग तथा अवस्थाहरूमा आवश्यक हुनसक्छ । नेपालमा प्रमुख अवस्थाहरु (Indications) निम्न छन् :

१. गम्भीर संक्रामक केराटाइटिस (Severe Infectious Keratitis)

   उचित औषधीय उपचारबाट नियन्त्रण हुन नसकेको गम्भीर कर्निया संक्रमणमा Therapeutic Penetrating Keratoplasty आवश्यक हुनसक्छ । विशेषगरी संक्रमण बढ्दै

गएको वा Corneal Perforation हुने जोखिम भएको अवस्थामा यो महत्वपूर्ण हुन्छ ।

२. कर्नियामा घाउ वा फुलो (Corneal Scar and Opacity)

पुरानो संक्रमण, चोटपटक वा अन्य कारणले कर्नियामा बनेको घना दाग वा अपारदर्शिताले दृष्टि गम्भीर रूपमा कम गर्न सक्छ । यस्तो अवस्थामा आँखाको नानी प्रत्यारोपण गरी दृष्टि सुधार गर्ने गरिन्छ ।

३. कर्नियामा प्वाल (Corneal Perforation)

कर्नियामा घाउ वा चोटका कारण कर्नियामा प्वाल परेमा आँखाको संरचना जोगाउन तत्काल शल्यक्रिया आवश्यक हुनसक्छ । केही अवस्थामा नानी प्रत्यारोपण नै सबैभन्दा उपयुक्त उपचार हुन्छ ।

४. Keratoconus

कर्निया क्रमशः पातलो र घुमाउरोपन (cone-shaped) बढ्दै जाने अवस्थालाई Keratoconus भनिन्छ । Keratoconus धेरै उच्च अवस्थामा अन्य उपचार प्रभावकारी नभएमा यो शल्यक्रिया आवश्यक हुनसक्छ ।

नेपालमा आँखाको नानी प्रत्यारोपणका चुनौतीहरू

आँखाको नानी प्रत्यारोपण तथा PK को क्षेत्रमा उल्लेखनीय प्रगति भए पनि नेपालमा अझै केही महत्वपूर्ण चुनौतीहरू रहेका छन् :

१. ढिलो उपचारका लागि आउनु

आँखाको नानीमा हुने घाउ तथा संक्रमण भएका धेरै बिरामीहरू सुरुमा औषधि पसल, परम्परागत उपचारकर्ता वा विशेषज्ञता नभएका स्वास्थ्य सेवा प्रदायककहाँ उपचारका लागि जाने गर्छन् । उचित आँखासम्बन्धी उपचारमा ढिलाइ हुँदा प्रारम्भिक अवस्थामा नियन्त्रण गर्न सकिने संक्रमण क्रमशः गम्भीर हुँदै आँखाको नानीमा गहिरो घाउ हुने वा आँखाको नानी नै फुट्ने अवस्थासम्म पुग्नसक्छ । समयमै दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट परीक्षण तथा उपचार प्राप्त गर्न सकेमा धेरैजसो अवस्थामा संक्रमणलाई नियन्त्रण गरी गम्भीर क्षति हुनबाट रोक्न सकिन्छ ।

२. सीमित जनचेतना

धेरै मानिसहरूले आँखाको नानीमा हुने घाउ तथा संक्रमणलाई आँखासम्बन्धी आपत्कालीन अवस्थाका रूपमा पहिचान गर्दैनन् । विशेषगरी आँखामा दुखाइ, रातोपन र दृष्टि कम हुने जस्ता लक्षणलाई समयमै गम्भीर रूपमा नलिँदा उपचारमा ढिलाई हुनसक्छ । आँखा दुख्ने, रातो हुने र दृष्टि कम हुने अवस्थालाई तत्काल आँखा परीक्षण आवश्यक पर्ने अवस्थाका रूपमा बुझाउने जनचेतना बढाउन सके गम्भीर आँखाको नानी सम्बन्धी रोगलाई धेरैहदसम्म रोक्न सकिन्छ ।

३. दान गरिएको आँखाको नानीको उपलब्धता

नेपाल आँखा बैंकको स्थापना र विकासले नेपालमा आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवा विस्तार गर्न महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याएकोछ । तथापि, आवश्यक संख्यामा गुणस्तरीय दान गरिएको आँखाको नानी निरन्तर रूपमा उपलब्ध गराउनु अझै चुनौतीपूर्ण विषय हो । आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवा आँखा दानमा निर्भर रहने भएकाले आँखा दानसम्बन्धी जनचेतना र सहभागिता बढाउनु अत्यन्त महत्वपूर्ण छ । पर्याप्त मात्रामा गुणस्तरीय दान गरिएको आँखाको नानी उपलब्ध हुन सकेमा प्रत्यारोपण आवश्यक पर्ने बिरामीहरूले समयमै उपचार प्राप्त गर्न सक्छन् ।

४. शल्यक्रियापश्चात् नियमित आँखाको परीक्षण

आँखाको नानी प्रत्यारोपण सफल बनाउन शल्यक्रिया मात्र पर्याप्त हुँदैन । शल्यक्रियापश्चात् नियमित रूपमा सम्बन्धित चिकित्सकबाट आँखाको परीक्षण गराउनु, लामो समयसम्म आवश्यक औषधि प्रयोग गर्नु तथा प्रत्यारोपण गरिएको आँखाको नानीको अवस्था निरन्तर रूपमा निगरानी र परीक्षण गर्नु आवश्यक हुन्छ । नियमित परीक्षण तथा चिकित्सकीय सल्लाहअनुसार औषधिको प्रयोगले शल्यक्रियापश्चात् हुन सक्ने जटिलता समयमै पहिचान तथा व्यवस्थापन गर्न सहयोग पुऱ्याउँछ । त्यसैले बिरामी तथा परिवारलाई शल्यक्रियापश्चात्को नियमित अनुगमनको महत्वबारे स्पष्ट जानकारी दिनु आवश्यक छ ।

५. लागत र भौगोलिक पहुँच

आँखाको नानी प्रत्यारोपणका लागि आँखासम्बन्धी विशेषज्ञ चिकित्सकमध्ये यस विषयमा विशेष तालिम प्राप्त चिकित्सक, उपयुक्त शल्यक्रिया सुविधा तथा गुणस्तरीय दान गरिएको आँखाको नानी आवश्यक पर्छ । यसका साथै शल्यक्रियापश्चात् लामो समयसम्म औषधि प्रयोग गर्नुपर्ने र पटक-पटक आँखाको परीक्षणका लागि स्वास्थ्य संस्थामा पुग्नुपर्ने हुन्छ । नेपालका दुर्गम तथा ग्रामीण क्षेत्रमा बसोबास गर्ने बिरामीका लागि यस्ता विशेषज्ञ सेवा र नियमित अनुगमनमा पहुँच प्राप्त गर्नु चुनौतीपूर्ण हुनसक्छ । त्यसैले यी सेवाहरू सबै बिरामीका लागि समान र सहज रूपमा उपलब्ध गराउनु नेपालको आँखा स्वास्थ्य प्रणालीका लागि महत्वपूर्ण चुनौती हो ।

नेपालमा आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवालाई थप प्रभावकारी बनाउन समयमै रोगको निदान तथा उपचार, समयमै सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण, जनचेतना अभिवृद्धि र आँखा दान प्रवर्द्धनलाई एकीकृत रूपमा सुदृढ गर्नु आवश्यक छ ।

आँखाको नानी प्रत्यारोपण मात्र होइन, रोकथाम पनि उत्तिकै महत्वपूर्ण

नेपालमा आँखाको नानी प्रत्यारोपणसम्बन्धी अनुभवबाट सिक्न सकिने सबैभन्दा महत्वपूर्ण कुरा के हो भने, हरेक आँखाको नानी प्रत्यारोपणले बिरामीलाई प्रत्यारोपण आवश्यक पर्ने अवस्थासम्म पुग्न नदिन के गर्न सकिन्थ्यो भन्ने प्रश्न पनि उठाउँछ । नेपालमा संक्रमणका कारण हुने आँखाको नानीको सूजन तथा घाउ आँखाको नानी प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने प्रमुख अवस्था मध्ये एक भएकाले यसको रोकथाम र प्रारम्भिक उपचारलाई सुदृढ बनाउन सके भविष्यमा आवश्यक पर्ने आँखाको नानी प्रत्यारोपणको भार कम गर्न सकिन्छ ।

यसका लागि निम्न रोकथामका उपायहरू महत्वपूर्ण छन् :

- आँखामा घाउ वा चोटपटक लागेपछि तुरुन्तै उचित स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने ।
- आँखा रातो हुने वा दुख्ने समस्या देखिएमा समयमै सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा गई दक्ष आँखा चिकित्सकबाट परीक्षण गराउने ।
- चिकित्सकको सल्लाहअनुसार उपयुक्त संक्रमणरोधी औषधिको प्रयोग सुनिश्चित गर्ने ।
- आँखाको नानीमा संक्रमण भएको शंका भएमा चिकित्सकको सल्लाहबिना स्टेरोइडयुक्त आँखाको औषधि प्रयोग नगर्ने ।
- कृषि तथा अन्य जोखिमयुक्त पेशामा काम गर्दा सुरक्षात्मक चस्माको प्रयोग गर्ने ।

- उपचारपछि पनि निको नभएका आँखाको नानीका घाउलाई समयमै विशेषज्ञ केन्द्रमा प्रेषण गर्ने ।
- ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रमा आँखा उपचार सेवाको पहुँच र क्षमता थप सुदृढ गर्ने ।
- आँखासम्बन्धी आपत्कालीन अवस्थाबारे जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने ।
- आँखा दानलाई प्रोत्साहन गर्ने ।

नेपालको सन्दर्भमा यस्ता रोकथामका उपायहरू विशेष महत्वपूर्ण छन्, किनकि विभिन्न अध्ययनहरूले सक्रिय वा निको भइसकेको संक्रमणजन्य आँखाको नानीको रोगलाई आँखाको नानी प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने प्रमुख अवस्थामध्ये एकका रूपमा देखाएका छन् । त्यसैले संक्रमणलाई प्रारम्भिक अवस्थामै पहिचान गरी उचित उपचार गर्न सके धेरै बिरामीलाई आँखाको नानीमा हुने गम्भीर क्षति तथा सम्भावित आँखाको नानी प्रत्यारोपणको अवस्थासम्म पुग्नबाट बचाउन सकिन्छ ।

आँखा दानको महत्व

हरेक सफल आँखाको नानी प्रत्यारोपणको पछाडि एक जना दाता र आँखा दान गर्ने महत्वपूर्ण निर्णय लिने परिवारको योगदान रहेको हुन्छ । अन्य धेरै अंगहरूको तुलनामा मृत्यु भएपछि पनि आँखा दान गर्न सकिन्छ । आँखा दान गर्दा सामान्यतया मृतक व्यक्तिको बाह्य स्वरूपमा उल्लेखनीय परिवर्तन हुँदैन, जसले गर्दा सामान्य अन्त्येष्टि वा धार्मिक संस्कारमा समेत बाधा नपर्ने गरी आँखा दान गर्न सकिन्छ । यसरी प्राप्त भएको दान गरिएको आँखाको नानीले दृष्टि गुमाएका अर्को व्यक्तिलाई पुनः संसार देख्ने अवसर प्रदान गर्न सक्छ ।

नेपालमा आँखा दानसम्बन्धी जनचेतना र बुझाइ बढाउन सके यसले रोक्न सकिने आँखाको नानीसम्बन्धी अन्धोपन कम गर्न प्रत्यक्ष र महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याउन सक्छ । पर्याप्त मात्रामा दान गरिएको आँखाको नानी उपलब्ध हुँदा प्रत्यारोपण आवश्यक पर्ने बिरामीहरूले समयमै उपचार प्राप्त गर्न सक्छन् ।

नेपाल आँखा बैंकको विकास र अनुभवले पनि देखाएको छ कि आँखा दानसम्बन्धी गलत धारणा र भ्रम हटाउन धार्मिक तथा सामुदायिक नेतृत्वसँगको सहकार्य अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ। त्यसैले आँखाको नानीसम्बन्धी अन्धोपनविरुद्धको प्रयास केवल आधुनिक शल्यक्रिया र गुणस्तरीय अस्पताल सेवामा मात्र सीमित हुनु हुँदैन ।

यसका लागि रोकथाम, प्रारम्भिक निदान, समयमै उपचार, प्रभावकारी प्रेषण प्रणाली, विशेषज्ञ सेवामा पहुँच, नियमित अनुगमन तथा आँखा दानको प्रवर्द्धनलाई एकीकृत रूपमा अघि बढाउनु आवश्यक छ । यसरी मात्र नेपालमा आँखाको नानीसम्बन्धी अन्धोपनको भार घटाउँदै आवश्यक पर्ने आँखाको नानी प्रत्यारोपणको मागलाई समेत कम गर्न सकिन्छ ।

पेज ४ को बाँकी भाग

१) **स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता विकास**

राष्ट्रिय तथा प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रसँगको सहकार्यमा परियोजनाले विभिन्न सीपमूलक तालिम सञ्चालन गर्नेछ । पाँच वर्षमा ६,२८२ स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम प्रदान गर्ने लक्ष्य राखिएको छ । Skilled Birth Attendant/Skilled Health Personnel, Operation Theater Technique and Management, Advanced Skilled Health Personnel, Primary Emergency Care, Mid-Level Practicum, Anesthesia Assistant, SAFE Obstetric Course, Biomedical Equipment Engineering, मानसिक स्वास्थ्य, SNCU, Infection Prevention and Control, अस्पताल व्यवस्थापन तथा Clinical Training Skill लगायतका तालिमले स्वास्थ्यकर्मीको व्यावहारिक सीप र सेवा प्रदान गर्ने क्षमता अभिवृद्धि गर्नेछन् ।

२) **अस्पताल सहयोग तथा प्रणाली सुदृढीकरण**

परियोजना लागू भएका ३१ वटा अस्पतालहरुमा प्रत्येक वर्ष १५५-१८० जना स्वास्थ्यकर्मीहरु (एमडीजीपी चिकित्सक, मेडिकल अफिसर, नर्स, एनेस्थेसिया सहायक, BMET तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मी) परिचालन गरिनेछ । आवश्यकताअनुसार आवासीय सुविधा तथा अन्य प्रोत्साहनमा समेत सहयोग गरिनेछ । साथै, OT, Emergency र प्रसूति सेवाका लागि आवश्यक उपकरण सहयोग गरिनेछ ।

यसैगरी न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS) कार्यान्वयनलाई सुदृढ गर्दै संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुधारमा सहयोग गरिनेछ ।

परियोजनाको अर्को महत्वपूर्ण प्राथमिकता Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care (CEONC) सेवा विस्तार हो । हाल CEONC सेवा नभएका अस्पतालहरूमा क्रमशः सेवा विस्तार गर्दै परियोजनाको तेस्रो वर्षदेखि ३१ वटै अस्पतालमा प्रसूति शल्यक्रिया सेवा उपलब्ध गराउने लक्ष्य छ। साथै, मानसिक स्वास्थ्य सेवा विस्तार, २० अस्पतालमा Special Newborn Care Unit (SNCU) स्थापना तथा थप अस्पतालमा बायोमेडिकल युनिट सञ्चालन गर्ने योजना छ ।

३) **अनुगमन, मूल्याङ्कन, अनुसन्धान तथा सिकाई**

परियोजना अवधिमा कम्तीमा पाँचवटा अनुसन्धानमूलक अध्ययन सञ्चालन गरी त्यसबाट प्राप्त प्रमाण, अनुभव र सिकाईलाई नीति तथा निर्णय प्रक्रियामा उपयोग गर्ने लक्ष्य छ । स्वास्थ्यकर्मी बीच ज्ञान तथा उत्कृष्ट अभ्यास आदानप्रदानका लागि Rural Health Workers Conference लगायतका गतिविधि पनि सञ्चालन गरिनेछन् ।

परियोजनाको मूल लक्ष्य स्पष्ट छ – दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने नागरिकले आफ्नै समुदायमा रहेको सरकारी अस्पतालहरुबाट मैत्रीपूर्ण वातावरणमा गुणस्तरीय आधारभूत तथा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा सहज रूपमा प्राप्त गर्न सकून् । दुई दशकको अनुभव, उपलब्धि र सिकाईबाट अघि बढ्दै NSI को यो नयाँ पाँच वर्षे यात्रा ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणालीलाई अझ सक्षम, गुणस्तरीय र दिगो बनाउने साझा प्रयास हो । यसको सफलता NSI मात्रको प्रयासबाट नभई संघ, प्रदेश र स्थानीय सरकार, अस्पताल, स्वास्थ्यकर्मी तथा समुदायबीचको निरन्तर सहकार्यमा निर्भर रहनेछ ।

NSI का गतिविधिहरू

Training

- राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रसँगको सहकार्यमा भरतपुर अस्पताल, भक्तपुर अस्पताल, UMN तानसेन अस्पताल, लुम्बिनी प्रादेशिक अस्पताल र सेती प्रादेशिक अस्पतालमा Skilled Health Personnel /Skilled Birth Attendants (SHP/SBA) मोड्युलर तालिम सञ्चालनका लागि तालिम साइटको accreditation प्रक्रिया सम्पन्न गरियो ।
- SHP/SBA को blended module - ५ Advanced Skilled health Personnel (ASHP) को ४ ब्याच कर्णाली प्रदेश अस्पताल, सुर्खेत (१ ब्याच), भरतपुर अस्पताल (१ ब्याच), र परोपकार प्रसूति तथा स्त्रीरोग अस्पताल (२ ब्याच) गरि २२ जना मेडिकल अफिसरलाई तालिम प्रदान गर्न सहयोग गरियो ।
- National Academy of Medical Sciences (NAMS) को शैक्षिक परिषद्बाट Anesthesia Assistant Course (AAC) को Standard Operating Procedures (SOP) तयार तथा अनुमोदन गर्न सहयोग गरियो ।
- प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, सुदूरपश्चिम प्रदेश र गण्डकी प्रदेश तथा मानव संसाधन विकास केन्द्र, कर्णाली प्रदेशलाई Primary Emergency Care (PEC) तालिम सञ्चालनका लागि आवश्यक तालिम सामग्रीहरु हस्तान्तरण गरियो ।
- सुदूरपश्चिम प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयको समन्वयमा सुदूरपश्चिम प्रदेशका ६ वटा अस्पतालहरू–गोकुलेश्वर अस्पताल, जोगबुडा प्रादेशिक अस्पताल, बयालपाटा प्रादेशिक अस्पताल, दोधारा-चाँदनी अस्पताल, कोल्टी आधारभूत अस्पताल र सेती प्रादेशिक अस्पतालका चिकित्सक तथा नर्सहरूका लागि एक ब्याच Special Newborn Care Unit (SNCU) अभिमुखीकरण सञ्चालन गरियो ।
- प्रदेशमा कार्यरत BMET तथा बायोमेडिकल इन्जिनियरहरूका लागि अन्तर्राष्ट्रिय विज्ञको सहकार्यमा KIST Medical College and Teaching Hospital मा ३ दिने बायोमेडिकल उपकरण परीक्षण तथा क्यालिब्रेसन तालिम सञ्चालन गरियो ।
- Diploma in Biomedical Equipment Engineering (DBEE) कार्यक्रमको ११औं ब्याच सफलतापूर्वक सम्पन्न गरियो ।
- स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र, बागमती प्रदेशसँगको समन्वयमा १३ वटा प्रदेशस्तरीय अस्पतालका बायोमेडिकल उपकरणको प्रोफाइल तयार गरी Biomedical Equipment Management Information System(BEMIS) मा अभिलेख गरियो ।
- प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र, धनगढी अन्तर्गत प्रादेशिक बायोमेडिकल व्यवस्थापन इकाइ (PBMU) स्थापना गरी औपचारिक उद्घाटन गरियो ।

Curative Service Support Program

- CSSP अन्तर्गतका अस्पतालहरूमा २७० भन्दा बढी डाक्टर, नर्स तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरू नियुक्ति पश्चात् निरन्तर रुपमा अस्पतालहरुमा आवश्यक कामकाजको लागि खटाइ सहयोग गरेका छन् । आवश्यक जनशक्तिको उपलब्धताले ग्रामीण अस्पतालहरूको नियमित तथा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा प्रवाहलाई थप व्यवस्थित बनाउन सहयोग पुगेको छ ।
- अस्पतालहरूको सेवा आवश्यकता र पहिचान भएका उपकरणगत कमीकमजोरीका आधारमा ३६ वटा अस्पतालमा आवश्यक तथा आधुनिक चिकित्सा उपकरणहरू उपलब्ध गराइएको छ जसको लागत मूल्य १,३१,२६,३८५।- बराबरको रहेको छ । यस सहयोगले रोग पहिचान, उपचार तथा शल्यक्रिया सेवाको क्षमता विस्तारमा योगदान पुऱ्याएको छ ।
- ग्रामीण तथा दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्यकर्मीलाई टिकाइराख्न र उनीहरूको कार्य वातावरण सहज बनाउन NSI ले आवास तथा आधारभूत सुविधामा समेत सहयोग गर्दै आएको छ ।
  - २८ वटा अस्पतालका स्वास्थ्यकर्मीका लागि स्थानीय स्तरमा घर भाडामा लिएर आवासको व्यवस्था गरिएको ।
  - तीनवटा अस्पतालको स्टाफ क्वार्टर मर्मत-सम्भार गरी प्रयोगयोग्य बनाइएको ।
  - ७ वटा अस्पतालका स्टाफ क्वार्टरमा आवश्यक फर्निचरको व्यवस्था गरिएको ।
  - २० वटा अस्पतालमा उच्चगतिको इन्टरनेट सुविधा उपलब्ध गराइएको ।
- स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुधारका लागि उपकरण र जनशक्तिसँगै स्वास्थ्यकर्मीको ज्ञान तथा व्यावहारिक सीप अभिवृद्धिलाई NSI ले प्राथमिकतामा राख्दै आएकोछ । यसै सन्दर्भमा CSSP लागू भएका अस्पतालहरुबाट MDGP चिकिसक, मेडिकल अफिसर तथा नर्सहरुका सहित गरि २९ जना चिकित्सक तथा नर्सहरुलाई विभिन्न विधामा क्षमता अभिवृद्धि तथा व्यवहारिक प्रशिक्षण प्रदान गरिएको छ ।
- स्वास्थ्यकर्मीको ज्ञान, सीप तथा क्लिनिकल अभ्यास अद्यावधिक गर्न CSSP कार्यान्वयन भएका ४० अस्पतालमध्ये ३५ (८८%) मा आन्तरिक CME सञ्चालन गरिएको छ । यसले निरन्तर व्यावसायिक विकास, अनुभव आदानप्रदान तथा सेवा प्रवाहको गुणस्तर सुधारमा योगदान पुऱ्याएको छ ।

Hospital Strengthening Program

- NSI को आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोगमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट Cardiothoracic and Vascular Service Hospital (मुटुरोग अस्पताल), र Orthopedics and Trauma Service Hospital गरी थप दुइवटा specialist service hospital हरुको MSS tool प्रमाणित गरि लाग गरियो ।
- NSI को प्राविधिक सहयोगमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय गुणस्तरमापन तथा नियमन महाशाखा (QSRD) द्वारा तृतीय तहका (Tertiary level) अस्पतालहरुको MSS tool र MSS implementation Guideline २०७७ परिमार्जन गरी मस्यौदाहरु पेश गरियो ।
- अस्पताल सहयोग कार्यक्रमका लागि प्रस्ताव गरिएका ३१ वटा अस्पतालमा Quick MSS assessment गरी आकस्मिक, प्रसूति र शल्यक्रिया सेवा सम्बन्धी baseline data संकलन गरियो ।
- प्रदेश स्तरीय स्वास्थ्य कार्यक्रमको अर्ध बार्षिक समिक्षा कार्यक्रमकोलागि NSI बाट आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोग गरियो ।
- NSI को आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोगमा ३६ वटा अस्पतालमा यो वर्ष गर्नुपर्ने MSS assessment कार्यक्रम सम्पन्न गरियो ।
- Secondary A र Secondary B मा स्तरोन्नति भएका १५ वटा अस्पतालमा MSS अभिमुखीकरण सम्पन्न गरियो ।
- १० वटा नयाँ अस्पतालमा MSS कार्यान्वयन शुरु गरिएको छ, जसमा Primary - 5, Secondary A-1, Tertiary-1 and Specialized-2 अस्पताल रहेका छन् ।

Monitoring Evaluation Learning

- अनुसन्धानहरु Onsite Midwife/SBA-led Birthing Unit (OMSBU) र Post Operative Cesarean Section Quality Monitoring अध्ययनको नतिजा र निष्कर्षहरु विभिन्न सरोकारवालाहरु माझ साझा गर्नुका साथै दुईवटा अध्ययनहरु प्रतिष्ठित जर्नलहरुमा प्रकाशित गरियो :
  - Evaluating the Effectiveness and Utilization या the Primary Emergency Care Training in Nepal: a Longitudinal Mixed Methods Study, - BMC Emergency Medicine
  - The effect of deploying non-physician anesthesia providers यल surgical access and capacity across Nepal's primary and secondary government hospitals: a quasi-experimental mixed methods study. - BMJ Global Health
- स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न सम्मेलन (12th NHRC conference, 30th ANEMECON, 5th National Health Summit, 15th SAFOG and 18th NESOG Conference) मा सहभागी भई Anesthesia Assistant Satisfaction Study र OPD MSS Patient Satisfaction Study तथा OMSBU लगायत अध्ययनको नतिजा र निष्कर्षहरु प्रस्तुत गरियो ।
- अस्पतालहरुको मासिक सेवाका तथ्यांकहरु DHIS2 प्रणालीमा चुस्त दुरुस्त बनाउन NSI को कार्यक्रम रहेका अस्पतालहरुसँग समन्वय तथा भ्रमण गरी सेवा तथ्यांक रुजु तथा तथ्यांकको गुणस्तर सुधार गर्न सहयोग गरियो ।
- Essential Critical Care Training (ECCT) तालिम प्रशिक्षार्थीहरुको तालिम पश्चात् मूल्यांकन समापन गरियो ।
- Biomedical Equipment Management Information System (BEMIS) सम्बन्धी जानकारीमूलक technical brief तयार गरियो ।
- NSI को आगामी पञ्च बर्षीय परियोजनाको लागि अनुगमन तथा मूल्यांकन निर्देशिका तयार गरियो ।
- गत आर्थिक वर्षको सामाजिक लेखा परिक्षण (Social Audit) का साथै समाज कल्याण परिषद्बाट परियोजनाको अन्तिम मूल्यांकन कार्य सम्पन्न गरी प्रतिवेदन तयार गरियो ।

जापानीज इन्सेफलाइटिस (Japanese Encephalitis–JE)

■ डा.मोहम्मद काशीम शाह, निर्देशक, अस्पताल सहयोग तथा स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण, NSI

ज्वरो सामान्य हुनसक्छ, तर बिरामीको चेतनामा परिवर्तन देखिएको छ भने कहिल्यै सामान्य रुपले नालिनुहोस्

जापानीज इन्सेफलाइटिस (Japanese Encephalitis–JE), लामखुट्टेको टोकाइबाट सर्ने भाइरल रोग हो । गम्भीर अवस्थामा यसले मस्तिष्कमा सूजन गराएर दौरा (Seizure) आउने, चेतना हराउने, पक्षघात, कोमा र मृत्यु समेत गराउन सक्छ । तर यसको एउटा रोचक तथ्य के हो भने संक्रमित ९९% भन्दा बढी मानिसमा कुनै लक्षण नदेखिन सक्छ वा सामान्य ज्वरो आउने र टाउको दुख्ने मात्र हुनसक्छ । करिब १% भन्दा कम संक्रमितमा मात्र encephalitis विकसित हुन्छ । यही कारणले ग्रामीण स्वास्थ्य संस्थामा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मीका लागि JE को सबैभन्दा महत्वपूर्ण सीप भनेको गम्भीर बिरामीलाई समयमै चिन्नु र आवश्यक उपचार पछि समयमै उपयुक्त अस्पतालमा refer गर्नु हो ।

नेपालमा JE: तराईको मात्र रोग होइन

नेपालमा जापानीज इन्सेफलाइटिस पहिलोपटक सन् १९७८ मा रुपन्देहीमा पहिचान भएको थियो । प्रारम्भिक वर्षहरूमा यसको ठूलो समस्या मुख्यतः तराई क्षेत्रमा देखिए पनि पछि काठमाडौं उपत्यका तथा पहाडी क्षेत्रमा समेत संक्रमण देखिएको छ । सन् १९७८-२००३ को २५ वर्षमा नेपालमा २६,६६७ केशहरु र ५,३८१ मृत्यु अभिलेख भएको थियो । यसले एउटा महत्वपूर्ण सन्देश दिन्छ : "JE तराईको मात्र रोग हो" भन्ने धारणा गलत हो ।

JE कसरी सर्छ ?

JE virus Flavivirus समूहको virus हो । यसको प्राकृतिक transmission cycle मुख्यतः Culex mosquito ↔ सुँगुर/पानीचरा ↔ Culex mosquito बीच चल्छ । संक्रमित लामखुट्टेले मानिसलाई टोक्दा मानिस संक्रमित हुनसक्छ । तर यहाँ एउटा निकै उपयोगी तथ्य छ : JE बिरामीलाई छोएर वा बिरामीसँग बसेर यो रोग सर्दैन । संक्रमित मानिसमा virus को मात्रा लामखुट्टेले अर्को मानिसमा सार्न पर्याप्त हुँदैन । त्यसैले मानिसलाई "Dead-end host" भनिन्छ । JE बिरामीलाई COVID वा influenza जस्तो isolation आवश्यक हुँदैन, तर बिरामीलाई लामखुट्टेको टोकाइबाट जोगाउनु आवश्यक हुन्छ । वर्षायामपछि लामखुट्टेको संख्या बढ्ने भएकाले जोखिमबारे विशेष सतर्कता आवश्यक हुन्छ ।

स्वास्थ्य संस्थामा कहिले JE/AES शंका गर्ने ?

प्रारम्भमा JE सामान्य ज्वरो जस्तै देखिन सक्छ :

- अचानक ज्वरो आउने
- टाउको दुख्ने
- वाकवाकी र वान्ता हुने
- कमजोरी महसुस हुने
- बालबालिकामा पेटसम्बन्धी लक्षण देखिन सक्छ । तर केही समयपछि neurological symptoms देखिन सक्छ :
  - Confusion / altered consciousness
  - असामान्य निद्रा वा बेहोस
  - Seizure
  - गर्दन कडा हुनु
  - हातखुट्टा कमजोर हुनु वा paralysis
  - Abnormal movements
  - Coma

त्यसैले हामी स्वास्थ्यकर्मीहरुले एउटा सूत्र सम्झनु राम्रो हुन्छ :

FEVER + ALTERED CONSCIOUSNESS ± SEIZURE = Acute Encephalitis Syndrome (AES)

तर याद राखौं : AES = JE होइन ।

यस्तो अवस्थामा JE लाई differential diagnosis मा राख्नुपर्छ । तर AES भनेको JE मात्र होइन, अन्य viral/bacterial encephalitis, cerebral malaria लगायतका कारण पनि हुन सक्छन् । त्यसैले "JE भयो" भनेर तुरुन्त निष्कर्ष निकाल्नुको सट्टा AES पहिचान गर्नु बढी महत्वपूर्ण हुन्छ ।

उपचार : ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मीका लागि ४ व्यवहारिक कदमहरु

SUSPECT → STABILIZE → ASSESS → REFER

१. **SUSPECT (शंका गर्नुहोस्)**

ज्वरोसँगै चेतनामा परिवर्तन, दौरा (Seizure) वा neurological sign छ भने AES/JE सोच्नुहोस् ।

२. **STABILIZE (बिरामीलाई स्थिर गर्नुहोस्)**

सबैभन्दा पहिले : ABCD Manage गर्नुहोस् - Airway, Breathing/Oxygenation, Circulation, Disability / GCS / Seizure

- Oxygen आवश्यक भए दिनुहोस्
- Blood glucose जाँच गर्नुहोस्
- IV access राख्नुहोस्
- Seizure control गर्नुहोस्
- तापक्रम नियन्त्रण गर्नुहोस्
- Hydration/electrolyte स्थिति मूल्यांकन गर्नुहोस्

३. **ASSESS (गम्भीरता मूल्यांकन गर्नुहोस्)**

विशेषगरी : GCS घट्दैछ ?, बारम्बार seizure भइरहेको छ ?, सास फेर्न समस्या छ ?, Focal neurological sign छ ?, Raised ICP को शंका छ ?

छ भने बिरामीलाई नजिकको higher center मा referral को तयारी तुरुन्त गर्नुहोस् । सम्भावित कारण छुट्याउनः CBC, blood glucose, electolytes, malaria test, आवश्यकता अनुसार CSF/JE IgM तथा अन्य जाँच सम्भव भएसम्म गर्नुहोस् ।

४. **REFER – ढिला नगर्नुहोस्**

ग्रामीण क्षेत्रमा एउटा महत्वपूर्ण चुनौति भनेको referral मा ढिलाई हो । परिवारले "ज्वरो हो, ठीक हुन्छ" भनेर घरमै राख्न सक्छ । लगातार seizure, घट्दो conciousness, respiratory समस्या, focalneurologicaldeficitवाraisedICPको शंका भएमा higher-level facility मा समयमै referral गर्नुहोस् । त्यसैले स्वास्थ्यकर्मीले परिवारलाई स्पष्ट रुपमा भन्नुपर्छः "ज्वरोसँगै चेतनामा परिवर्तन वा दौरा (seizure) आएको छ भने यो सामान्य ज्वरो होइन, मस्तिष्कसम्बन्धी गम्भीर समस्या हुनसक्छ ।"

रोकथाम : JE **को रोकथामका लागि मुख्य तीन हतियारहरु :**

१. VACCINATION: JE Vaccine रोग रोक्ने सबैभन्दा महत्वपूर्ण उपाय

JE विरुद्धको खोप नेपालमा धेरै बर्षदेखि सञ्चालन हुँदै आएको छ। नेपालमा live attenuated SA 14-14-2 JE vaccine प्रयोग गरिएको छ। २००६ देखि नेपालमा यो रोगको विरुद्धमा mass vaccination campaign सञ्चालन सुरु गरी २०११ सम्म ३१ वटा high-risk जिल्लामा campaign पुरा भएको थियो। त्यसपछि JE Vaccine लाई routine immunication मा समावेश गरियो र २०१६ सम्म देशभर JE vaccination विस्तार भयो। नेपालको routine immunication schedule मा JE vaccine १२ महिनाको उमेरमा १ dose दिने व्यवस्था छ। १२ महिनाको उमेरमा यदि बच्चाले routine dose छुटायो भने, National Immunication Programme को missed-vaccination schedule अनुसार ५ बर्ष उमेर नपुग्दै missed dose पुरा गर्न सकिन्छ।

स्वास्थ्यकर्मीले के गर्नुपर्छ ?

- बच्चाको vaccination card हेर्नुहोस्।
- JE dose छुटेको छ कि छैन जाँच गर्नुहोस्।
- अभिभावकलाई vaccine को महत्व बुझाउनुहोस्।
- “खोप लगाएपछि JE कहिल्यै हुँदैन” भन्दा “खोपले JE बाट हुने गम्भीर रोगको जोखिम घटाउन महत्वपूर्ण सुरक्षा दिन्छ” भनेर सही सन्देश दिनुहोस्।

  नेपालमा JE vaccination ले उल्लेखनीय प्रभाव देखाएको छ। WHO Nepal का अनुसार २०२५ सम्म नेपालको national JE vaccination coverage ९५% भन्दा माथि रहेको रिपोर्ट गरिएको थियो, तर unvaccinated children सम्म पुग्नु र surveillance बलियो बनाउनु अझै महत्वपूर्ण छ।

२. MOSQUITO BITE PREVENTION: Vaccine मात्र पर्याप्त छैन, खोपसँगै लामखुट्टेबाट पनि बचौं

खोप अत्यन्त महत्वपूर्ण भएपनि mosquito-bite prevention लाई वेवास्ता गर्नुहुँदैन। परिवारलाई यी पाँच कुरा सम्झाऔं :

१. रामित mosquito net प्रयोग गर्ने
२. लामो बाहुला भएको कपडा लगाउने
३. आवश्यकताअनुसार mosquito repellent प्रयोग गर्ने
४. घरका झ्यालढोकामा screening गर्ने
५. वरपर पानी जम्ने र mosquito breeding site हटाउने

ग्रामीण स्वास्थ्यकर्मीले स्वास्थ्य शिक्षा दिँदा “लामखुट्टे नियन्त्रण स्वास्थ्य कार्यालयको मात्र काम होइन – घर र समुदायको पनि जिम्मेवारी हो” भन्ने सन्देश दिन सक्छन्।

३. EARLY RECOGNITION

ज्वरोसँगै neurological symptoms देखिएमा ढिला नगर्ने।

स्वास्थ्यकर्मीहरुले सम्झनुपर्ने JE सम्बन्धी केही तथ्यहरु

Fact	सम्झनुपर्ने कुरा
मुख्य vector	Culex mosquito
Amplifying host	सुँगुर
मानव	Dead-end host
Incubation	करीव ५-१५ दिन
Encephalitis	< % infections
Severe disease	Seizure, coma, paralysis हुन सक्छ
मृत्यु	Encephalitis भएपछि करीव २०-३०%
Long-term disability	बाँचेकामध्ये करीव ३०-५०% मा हुनसक्छ
Nepal routine JE vaccine	१२ महिनामा १ dose
नेपालमा पहिलो पहिचान	१९७८, रुपन्देही

भ्रम र तथ्य

भ्रम : JE विरामीलाई छोएमा सर्छ।
तथ्य : सामान्य सम्पर्कबाट मानिस-मानिसमा सर्दैन।
भ्रम : JE बच्चालाई मात्र हुन्छ।
तथ्य : जुनसुकै उमेरमा हुनसक्छ।
भ्रम : JE लाई antibiotic ले निको पार्छ।
तथ्य : JE viral disease हो, specific antiviral treatment उपलब्ध छैन।
भ्रम : Encephalitis भयो भने JE नै हो।
तथ्य : JE, Acute Encephalitis Syndrome का धेरै सम्भावित कारणमध्ये एउटा हो।

अन्तिम सन्देश :

स्वास्थ्य संस्थामा ज्वरो भएको विरामी आउँदा एउटा प्रश्न कहिल्यै नछुटाउनुहोस् : “विरामीको चेतना र व्यवहार सामान्य छ ?” यदि ज्वरो confusion र altered consciousness + seizure छ भने JE र AES को शंका गर्नुहोस्। आवश्यक उपचार पछि समय मै उपयुक्त अस्पतालमा refer गर्नुहोस्। JE नियन्त्रणमा हामी सबै स्वास्थ्यकर्मी, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका लगायत प्रत्येक परिवारको भूमिका महत्वपूर्ण छ। सबैभन्दा राम्रो उपचार भनेको समय मै पहिचान र रोकथाम हो। एउटा सही समयमा गरिएको referral ले जीवन बचाउन सक्छ। र यी तीन कुरा सधैं सम्झौं : खोप लगाऔं → लामखुट्टेबाट बचौं → ज्वरोसँगै चेतना परिवर्तन भए JE/AES को शंका गरी हालौं।

▸▸ पेज १ को बाँकी भाग

कार्यालयको नेतृत्व गर्दै उहाँले योजना निर्माण, कार्यक्रम कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन, मानव संसाधन र वित्तीय व्यवस्थापनदेखि जिल्लाभित्रका सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाहरूको समन्वय तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाको नियमनसम्मका जिम्मेवारी सम्हाल्नुभयो। जिल्ला तहको यो अनुभव पछि मन्त्रालयको जिम्मेवारीमा महत्वपूर्ण आधार बन्यो। स्वास्थ्य सेवाका नीति र योजना बनाउँदा त्यसको प्रभाव अन्ततः स्वास्थ्य संस्था, स्वास्थ्यकर्मी र सेवाग्राहीसम्म पुग्ने भएकाले नीति निर्माण र कार्यान्वयनबीचको सम्बन्ध बुझ्नु आवश्यक हुन्छ। यी दुवै तहको अनुभवलाई उहाँको कार्यशैलीले जोडेको देखिन्छ।

सन् २०१६ देखि २०२१ सम्म स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा Senior Public Health Administrator का रूपमा उहाँले विकास सहायता समन्वय, वातावरणीय स्वास्थ्य तथा जलवायु परिवर्तन, स्वास्थ्य नीति र रणनीति निर्माण तथा स्वास्थ्य क्षेत्रको संघीय पुनर्संरचनासम्बन्धी काममा योगदान गर्नुभयो। यसैगरी Development Assistance Coordination Section को नेतृत्व गर्दै उहाँले USAID, DFID, GIZ, KfW, WHO, UNICEF, UNFPA र World Bank लगायतका विकास साझेदार तथा मन्त्रालयबीच समन्वय गर्नुभयो। यस क्रममा स्वास्थ्य क्षेत्रका प्राथमिकता र विकास साझेदारको सहयोगलाई एकअर्कासँग जोड्ने काम उहाँको महत्वपूर्ण जिम्मेवारी थियो।

नेपाल संघीय संरचनामा प्रवेश गरिरहेको समयमा स्वास्थ्य क्षेत्रको पुनर्संरचना गर्नको लागि आवश्यक प्रक्रियामा संलग्न हुनुभयो। उहाँले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०१९, नसर्ने रोगसम्बन्धी बहुक्षेत्रीय योजना तथा जलवायु परिवर्तनसम्बन्धी स्वास्थ्य क्षेत्रको राष्ट्रिय अनुकूलन योजनालगायत नीति तथा रणनीति निर्माणमा योगदान गर्नुभयो।

सन् २०२१-२०२२ मा Chief Public Health Administrator का रूपमा कार्यरत रहँदा उहाँले नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिक योजना २०२२-२०३० निर्माण प्रक्रियामा प्राविधिक नेतृत्व गर्नुभयो। तीन तहका सरकार, स्वास्थ्य विकास साझेदार र अन्य सरोकारवालाको सहभागिता सुनिश्चित गर्दै योजनालाई प्रमाणमा आधारित बनाउने उहाँको भूमिकाको महत्वपूर्ण पक्ष थियो।

सन् २०२२ मा SAARC Tuberculosis and HIV/AIDS Centre को Director का रूपमा उहाँले क्षेत्रीय संस्थाको कार्यकारी नेतृत्व सम्हाल्नुभयो। त्यसपछि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको Health Coordination Division मा Chief का रूपमा काम गर्दै अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग, उपराष्ट्रिय तहसँगको समन्वय, बहुक्षेत्रीय समन्वय र सार्वजनिक सूचना व्यवस्थापनका क्षेत्रमा जिम्मेवारी निर्वाह गर्नुभयो।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको Director का रूपमा सन् २०२४-२०२५ मा काम गर्दा उहाँको नेतृत्वको अर्को पक्ष देखियो। सातवटै प्रदेशका स्वास्थ्य तालिम केन्द्र र ६५ वटा clinical training sites सँग समन्वय गर्दै राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम रणनीतिको कार्यान्वयन, competency-based training, learning resource packages को विकास तथा तालिम साइटहरूको accreditation मा उहाँ संलग्न हुनुभयो। यसले उहाँको अनुभवलाई नीति र प्रशासनबाट स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता विकास तथा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहसँग पनि जोड्यो।

सरकारी सेवामा विभिन्न नेतृत्वदायी जिम्मेवारी सम्हाल्दै आए पनि अनुसन्धानसँगको उहाँको सम्बन्ध निरन्तर रह्यो। मातृ तथा नवजात स्वास्थ्य, प्रसुतिपछिको स्वास्थ्य सेवा, नसर्ने रोग, क्षयरोग तथा स्वास्थ्य जनशक्तिलगायतका विषयमा उहाँका अनुसन्धान तथा प्रकाशनहरू छन्।

सन् २०२६ मा प्रकाशित उहाँका अध्ययनमध्ये मातृ तथा नवजात स्वास्थ्य सुधारका लागि modular competency-based training तथा non-physician anaesthesia providers को प्रयोगमार्फत surgical access/capacity सम्बन्धी अध्ययनले स्वास्थ्य जनशक्ति विकास र सेवा पहुँचका व्यावहारिक पक्षलाई उजागर गर्छन्।

यी अनुसन्धानका विषयहरू हेर्दा उहाँको व्यावसायिक यात्राको एउटा साझा धागो देखिन्छ–स्वास्थ्य प्रणालीमा रहेका चुनौतीलाई पहिचान गर्ने, त्यसलाई प्रमाणका आधारमा बुझ्ने र सुधारका लागि प्रणालीगत उपाय खोज्ने।

अप्रिल २०२६ देखि उहाँ पुनः स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको Health Coordination Division को Chief का रूपमा कार्यरत हुनुहुन्छ। अहिलेको जिम्मेवारीमा अन्तर्राष्ट्रिय स्वास्थ्य सहयोग, संघीय संरचनाअन्तर्गतका तहहरूबीच समन्वय, बहुक्षेत्रीय समन्वय तथा सार्वजनिक सूचना व्यवस्थापन उहाँको कार्यक्षेत्रमा पर्दछन्।

नर्सिङबाट सुरु भएको एउटा व्यावसायिक यात्रा अनुसन्धान, जिल्ला जनस्वास्थ्य व्यवस्थापन, नीति तथा योजना निर्माण, विकास साझेदारसँगको समन्वय, स्वास्थ्य तालिम र संस्थागत नेतृत्व हुँदै राष्ट्रिय स्वास्थ्य समन्वयको जिम्मेवारीसम्म पुगेको छ।

NATIONAL HEALTH TRAINING CENTRE
GOVERNMENT OF NEPAL

NSI
Nick Simons Institute
ENHANCING RURAL HEALTH CARE

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: ०१-५४५१९७८
इमेल: **newsletter@nsi.edu.np**
www.nsi.edu.np

TO: ____________________

सम्पादन/संयोजक: नवराज श्रेष्ठ ▪ **सल्लाहकार:** डा. अर्चना अमात्य, डा. मोहम्मद काशिम शाह, बालसुन्दर चाँसी, दिनेश कोइराला, रविन्द्र भण्डारी।

यो पत्रिका अर्धवार्षिक रूपमा प्रकाशित गरिन्छ।