सुर्तीजन्य पदार्थबिरुद्धको अभियानका तारा

म.क्षे.हु.नि. द. नं. १३/०७४/०७५ वर्ष १६ अंक १, २०८२ साउन

राष्ट्रिय मासिक

स्वास्थ्य पत्रिका

swasthyakhabar.com

प्रभाव देखाउँदै प्रदीप

Proudly Introduces

MOMECOR *Nasal Spray*

Mometasone Furoate IP 0.05 %

FIRST time from
Nepali Pharmaceutical Company

NEPAL MEDICAL COLLEGE TEACHING HOSPITAL

Atterkhel, Gokarneshwor-8, Kathmandu

Nepal Medical College Teaching Hospital provides comprehensive, compassionate, and advanced medical care with round-the-clock services and highly trained specialists.

YOUR HEALTH IS OUR PRIORITY

Insurance Accepted:
HIB | SSF | EPH | GHS

Affordable. Reliable.
Comprehensive Care.

Major Health Services

- ✅ Emergency Services – 24/7
- ✅ Outpatient Services (OPD)
  Daily Specialist Consultations
- ✅ Inpatient Care – 24/7 Admission
- ✅ Surgical Services
  General to Specialized
- ✅ Laboratory – 24/7
- ✅ Radiology – 24/7
- ✅ Pharmacy – 24/7
- ✅ Blood Bank – 24/7
- ✅ EHS & Wellness Clinic

Specialty Departments

- Internal Medicine
- General & Specialized Surgery
- Pediatrics & Immunization
- Gynecology & Obstetrics
- Orthopedics
- Endocrinology
- Rheumatology
- Neurosurgery
- Urology
- Dermatology & STD
- ENT (Ear, Nose, Throat)
- Ophthalmology (Eye Care)
- Dental Services
- Psychiatry
- Cardiology, Pulmonology
- Dialysis / Emergency Dialysis / Nephrology
- ICU / NICU / PICU / HDU / CCU / Neuro ICU

Call now for more information

01-4911008

www.nmcth.edu   nmc@nmcth.edu

वर्ष १६, अंक १, २०८२ साउन, काठमाडौं
जि.प्र.का.द.नं.: २९८/०६६/०६७

राष्ट्रिय मासिक
स्वास्थ्य
खबरपत्रिका

सम्पादक
प्रवीण ढकाल

कार्यकारी सम्पादक
डिबी खड्का

वरिष्ठ संवाददाता
रिता लम्साल

संवाददाता
लक्ष्मी चौलागाईं
रोमिका न्यौपाने

मल्टिमिडिया
अनित ब्यञ्जनकार
नितेश माथेमा

ले-आउट
ग्राफिक लिंक प्रा. लि.
बागबजार, काठमाडौं
☎: +९७७-१-५३५४४९०

प्रिन्टिङ
मध्यपुर नाइन
न्यू प्लाजा, काठमाडौं

वितरक
काष्ठमाण्डप डिस्ट्रिब्युसन प्रालि (काठमाडौं)
ग्लोबल मिडिया सलुसन (बुटवल)
सफल मिडिया हाउस (पोखरा)
विराट मिडिया सर्भिस (विराटनगर)
शुभकामना स्टेशनरी (नेपालगन्ज)
जनता बुक स्टल (घोराही, दाङ)
माईस्थान बुक स्टल (विरगन्ज)
अल्फा पत्रिका कर्नर (सुर्खेत)
शुक्ला पुस्तक भण्डार (धनगढी)
आदर्श मिडिया हाउस (चितवन)

सम्पर्क ठेगाना
हेल्थ पब्लिकेसन प्रा. लि.
अनामनगर, काठमाडौं, पो.ब.नं. १२८५३
फोन नं.: ०१-५७०५०५६, ९८४९०००६५०
healthkhabarnews@gmail.com

सम्पादकीय

मेडिकल काउन्सिल कमजोर हुँदाको परिणाम

उपभोक्ता अदातलको फैसलालाई लिएर चिकित्सा क्षेत्र आन्दोलित भयो ।इमर्जेन्सीबाहेकका उपचार सेवा नै ठप्प पार्ने तहको आन्दोलनमा सरकारले समस्या समाधान गर्ने सहमति गरेको छ र समिति बनाएको छ । चिकित्सा पेशालाई लिएर चिकित्साकर्मीले उठाएका धेरै कुरासँग सहमत हुन सकिन्छ- चिकित्सा विज्ञान मात्रै होइन, कला पनि हो । उपचार सेवा संवेदनशील मात्रै होइन, जोखिमपूर्ण पनि छ । दूरदराजमा 'प्रोटोकल' पछ्याउन लाग्ने कि ज्यान जोगाउन ? चिकित्सा क्षेत्रले तय गरेका मापदण्ड तपसिलमा राखेर मोबाइलको उज्यालोमा समेत अपरेशन गरेर ज्यान जोगाइएका अनेक उदाहरण छन् ।स्कालपेल समेत जुगाड गरेर शल्यक्रिया गर्ने ती चिकित्साकर्मीलाई 'क्षतिपूर्ति'को छुरी देखाएर तर्साउन हुन्न भन्ने आम चिकित्सकको आवाजलाई अन्यथा ठान्नुहुँदैन ।

तर, चिकित्सा पनि एउटा पेशा हो । त्यो पनि अनेक स्वभाव, सोच, नियत र नलेज बोकेका हजारौं फरक व्यक्तिहरू रहेको समुदाय हो । समुदायमा के-कस्ता मान्छे हुन्छन् ? असल हुन्छन्, इमानदार हुन्छन्, समाजसेवी हुन्छन् र हुन्छन् चोर, फटाहा, डाँका आदि पनि । सबै सेवी, इमानदार र असल भइदिँदा हुन् त,न कानुन चाहिन्थ्यो, न त अदालत र जेल । समाजमा सवै स्वभावको परिकल्पना र यथार्थ अनुभूत गरेर नै कानुन, जेल, अदालत जस्ता संरचना सृजना गरिएका हुन् र त्यसैले फेरि पनि जोड दिन्छु- चिकित्सा पनि समुदाय हो । समुदायमा सबै असल हुँदैनन् ।

चिकित्सा सबैको प्यासन हुँदैन, कतिको पेशा मात्रै पनि हुन्छ । पेशा मात्रै ठानेर लागेको व्यक्तिले लालचमा आएर बाटो पनि बिराउँछ । संवेदनशीलता आत्मसाथ गर्न नसक्दा भुलचुक पनि हुने गर्छ । त्यस्ता व्यक्तिलाई निगरानी गर्ने प्रणाली चाहिन्छ । बाटो बिराउँदा सही ठाउँमा ल्याउन नियमन जरुरी हुन्छ । यो आन्दोलन र सहमतिले उठाएको मूलभूत प्रश्न हो - त्यो प्रणाली के हो ? आन्दोलनका क्रममा चिकित्सक र तिनीहरूका नेताहरूले नियमन इन्कार गरेका पनि छैनन् । तर, नियमन भरपर्दो कसरी बनाउने ? छलफल गर्न जरुरी छ ।

उपभोक्ता अदालतबाट 'अन्याय' महशुस गरेको चिकित्सा वर्गले एउटा कुरामा सहमत हुनैपर्छ- त्यो हो, यसअघि निर्मित नियमन प्रणालीप्रति आमजनको अविश्वास छ । त्यही अविश्वासमाथि उभिएर उपभोक्ता ऐनमा चिकित्सा सेवाग्राही पनि 'उपभोक्ता' हुन बाध्य भएका हुन् । उनीहरूलाई लाग्यो- आफ्नो निकटस्थको सही उपचार भएन । उनीहरूले कुनै न कुनै कसीमा त्यसलाई जाँच्नुपर्थ्यो । उनीहरू आइपुगे उपभोक्ता अदालत । उपभोक्ता अदालतले गरेका फैसला कुनै पेशाप्रतिको रिसइबीका परिणाम होइनन् । यी चिकित्सा क्षेत्रको नियमन निकायमा रहेका कमजोरीका परिणाम हुन् ।

चिकित्सा वर्गले आन्तरिक नियमनकारी निकाय कमजोर हुँदा बाह्य पक्षबाट हुने हस्तक्षेप कस्तो हुन्छ ? भन्ने पाठ यो घटनाबाट सिकेको हुनुपर्छ । त्यसैले उपभोक्ता ऐन २०७५ संशोधन गर्ने विषयमा छलफल चल्दै गर्दा दुईटा कुरा भुल्नुहुँदैन- १) चिकित्सा सेवा मात्रै रहेन, पेशा पनि हो, यसको निगरानी र नियमन जरुरी छ । २) उपचार सेवा लिन गएका आमजन विश्वस्त हुन सकेका छैनन्, विश्वस्त पार्ने प्रणाली बलियो बनाउन जरुरी छ ।

त्यो प्रणाली के हो त? अहिलेको सबैभन्दा पेचिलो प्रश्न नै यही हो । चिकित्सकहरूले यसबीचमा उत्तर दिएका छन्- नेपाल मेडिकल काउन्सिल । काउन्सिलको नियमन कति प्रभावकारी छ ? मुलभूत प्रश्न हो यो ।

तीन बुँदे सहमतिले नेपाल मेडिकल काउन्सिललाई कठघरमा उभ्याएको छ । नेपाल मेडिकल काउन्सिलको काम मान्छेको ज्यानमाथि छुरी अर्थात् स्कालपेल चलाउनले लाइसेन्स दिने मात्रै होइन, स्कालपेल सही रुपमा चल्यो कि चलेन? चलाउनका लागि त्यो व्यक्तिले आवश्यक ज्ञानसीपमा अपडेट गर्‍यो कि गरेन? निगरानी पनि राख्न सक्नुपर्छ । साथै परिआएको खण्डमा त्यो लाइसेन्स खोस्ने, यथास्थितिमा राख्ने र गलत नियतका साथ प्रयोग गरेर सेवाग्राहीलाई क्षति भएमा क्षतिपूर्ति समेत दिलाउने ल्याकत काउन्सिलले राख्नुपर्छ ।

अर्को काउन्सिलमा चिकित्सक हावी छन् र उनीहरू आफ्नो बिरादरीको व्यक्तिमाथि उठेको प्रश्नको जवाफ खोज्दैनन्, प्रश्न नै खारेज गर्न लागिपर्छन् भन्ने आरोप छ । त्यो आरोप कसरी खारेज गर्ने ? त्यतातिर पनि सोच्ने बेला भएको छ ।

काउन्सिलमा सेवाग्राहीलाई प्राथमिकता दिने प्रणाली नै नबसेको महशुस आमजनलाई छ । त्यसलाई कसरी सम्बोधन गर्ने ? खोलामा बाँध हाल्ने भनेको किनार जोगाउन हो । अहिले आमजनमा रहेको गुनासो र आक्रोश बग्ने निकास पनि सँगसँगै खोजिओस् । बग्न नै रोक्न खोजियो भने निम्तिने परिणाम त महशुस भइ नै सकेको छ ।

हेल्थ अवार्डको १३औं संस्करण प्रक्रिया सुरू

स्वास्थ्यखबर हेल्थ अवार्डको तेह्रौं संस्करणको प्रक्रिया सुरू भएको छ । यस वर्षको हेल्थ अवार्ड 'आधारभूत स्वास्थ्य'का क्षेत्रमा केन्द्रित रहनेछ । हेल्थ अवार्डका लागि आवेदन आउने क्रम जारी रहेको स्वास्थ्य खबर फाउन्डेसनले जनाएको छ ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयसँगको समन्वयमा स्वास्थ्य खबर फाउन्डेसनले आधारभूत स्वास्थ्यमा केन्द्रित रहेर काम गरिरहेका चिकित्सक, नर्स, जन/स्वास्थ्यकर्मी तथा संस्थालाई हेल्थ अवार्ड प्रदान गर्न लागेको हो । यस वर्ष विभिन्न ९ वटा विधामा अवार्ड प्रदान गरिनेछ । संविधानमा आधारभूत स्वास्थ्यलाई मौलिक हकका रुपमा उल्लेख गरिएको छ । संविधानको धारा ३५ मा 'प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुनेछ र कसैलाई आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट वञ्चित गरिने छैन' भनेर लेखिएको छ ।

यस वर्षका विधाहरू

१. चिकित्सक
२. नर्स
३. जनस्वास्थ्यकर्मी
४. पारामेडिक्स
५. स्वास्थ्य प्रवर्धन/स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार
६. स्वास्थ्य संस्था
७. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका
८. स्वास्थ्य अभियान्ता
९. स्थानीय सरकार

संविधानमा उल्लेख भएको उक्त व्यवस्था अनुसार आधारभूत स्वास्थ्यका क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्ति र संस्थाहरूले पुऱ्याइरहेका योगदानको कदर गर्दै अवार्ड प्रदान गर्न लागिएको फाउन्डेसद्वारा जारी विज्ञप्तिमा उल्लेख छ । आधारभूत स्वास्थ्यमा सक्रिय रुपमा काम गर्ने, सेवा प्रवाह, नीतिगत सुधार, अध्ययन अनुसन्धान वा स्वयंसेवा गर्दै आएका डाक्टर, नर्स, पारामेडिक्स, जनस्वाथ्यकर्मी, स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य सञ्चार, नीतिगत वकालतकर्ता, अभियानकर्ता लगायत स्वास्थ्य संस्थाहरूले समेत यस अवार्डमा सहभागिता जनाउन सक्नेछन् । प्राप्त आवेदन तथा मनोनयनहरूको मूल्यांकन स्वास्थ्य मन्त्रालयको सुपरिवेक्षणमा विज्ञहरू सम्मिलित स्वतन्त्र छनोट समिति मार्फत गरिने छ ।

काठमाडौँ क्यान्सर सेन्टरमा पनि सुरु भयो पेटभित्रका क्यान्सरमा प्रयोग हुने 'हाइपेक' सर्जरी

काठमाडौं क्यान्सर सेन्टरमा हाइपरथर्मिक इन्ट्रापेरिटोनियल केमोथेरापी (हाइपेक) सर्जरी सुरु भएको छ ।

डा. दीप लामिछाने, डा. सुरेश कायस्थ र डा. सुरज सुवालको टोलीले काठमाडौं क्यान्सर सेन्टरबाट उक्त सेवा दिन थालेको हो । यो विशेष उपचार विधिमा पेटभित्रको क्यान्सरलाई हटाउन साइट्रोरिडक्टिभ सर्जरी गरिएको छ र त्यसपछि तताएको (लगभग ४२°सी) केमोथेरापी सिधै पेटभित्र प्रवाह गरिएको छ ।

'डाक्टर दीप लामिछानेको नेतृत्वमा हाम्रो टोलीले यो उपचार निजी क्षेत्रमा ल्याउने प्रयास गरेको छ । हामी आशा गर्छौं कि यसले नेपालका क्यान्सर रोगीहरूलाई देशभित्रै उन्नत उपचार पाउने अवसर प्रदान गर्नेछ,' सेन्टरले भनेको छ ।

क्यान्सर फैलिसकेर चौथो चरणमा पुगिसकेका बिरामीहरूका लागि शल्यक्रिया गरेर क्यान्सरको सम्पूर्ण कोषिका निकाल्ने तथा शल्यक्रियाकै क्रममा पेट भित्र केमोथेरापी दिने क्रममा प्रयोग हुने प्रविधि नै हाइपेक हो । यो प्रविधिको प्रयोग डिम्वाशयको क्यान्सर भएका, ठूलो आन्द्राको क्यान्सर, सानो आन्द्राको क्यान्सर, रेक्टम (दिसा गर्ने अन्तिम भाग) को क्यान्सर लगायतमा यस प्रविधिको प्रयोग हुने गरेको छ ।

चौथो चरणमा पुगेका सबै क्यान्सरका बिरामीहरू प्रयोग हुने प्रविधि नभएको उनले स्पष्ट पारे । बिरामीको रोगको अवस्था अनुसार उक्त विधिको प्रयोग फाइदाजनक भए/नभएको निक्र्यौल गरेर मात्र यो विधि प्रयोग गरिन्छ । हाइपेक प्रविधिको पढाइ नेपालमा हुँदैन । क्यान्सरको उपचारका क्रममा दिइने केमोथेरापीले पूर्ण रुपमा निको पार्न नसकेको क्यान्सरका कोषहरू यो प्रविधिले निको पार्ने दाबी चिकित्सकहरूको छ । क्यान्सर शल्यक्रिया गरिसकेपछि त्यसलाई नियन्त्रण गर्ने औषधिको प्रयोग यस प्रविधिमा हुन्छ ।

प्रभाव देखाउँदै प्रदीप

आफैंले तय गरेको 'केही गरेर जाने' लक्ष्यतर्फ लम्किने प्रयास बितेको एक वर्षमा गरेका छन् । आमजनको अपेक्षाको तुलोमा उनका प्रयासको तौल कति ? त्यो आमजनले नै अनुभूत गरिरहेका होलान् । तर, वर्तमान मन्त्री परिषद्का अन्य मन्त्रीसँग तुलना गर्ने हो भनेचाहिँ उनी प्रभावशाली देखिएका छन् ।

• **डिबी खड्का**

आवरण तस्बिरः नितेश माथेमा

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रीका रुपमा प्रदीप पौडेलले एक वर्ष पार गरेका छन् । कुनैपनि सरकार वा मन्त्री ९ महिना पार गर्नु नै 'सफलता' ठान्नुपर्ने राजनीतिक 'स्थिति' छ । त्यसमाथि विवाद रहित 'वर्ष पार' आफैंमा उपलब्धि हो ।

२०८१ साउन ३१ गते स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रीको कुर्सीमा बसेपछि उनले भनेका थिए- मन्त्री भएर मन्त्रालय छिर्दा अधिकांश कर्मचारीहरूको मुखमा उत्साह देखेको छु । म बिदा भएर जाँदा पनि सबैले 'केही गरेर गयो' भन्न सक्ने अवस्था बनोस् भन्ने चाहेको छु ।'

उनी आफैंले तय गरेको 'केही गरेर जाने' लक्ष्यतर्फ लम्किने प्रयास बितेको एक वर्षमा गरेका छन् । आमजनको अपेक्षाको तुलोमा उनका प्रयासको तौल कति ? त्यो आमजनले नै अनुभूत गरिरहेका होलान् । तर, वर्तमान मन्त्री परिषद्का अन्य मन्त्रीसँग तुलना गर्ने हो भनेचाहिँ उनी प्रभावशाली देखिएका छन् । उनले गरेका पहल, उनले चालेका कदमको भागहिस्सा प्रधानमन्त्री केपी शर्मा ओलीले पनि खोजिरहेका हुन्छन् । एक वर्षमा उनले गरेका प्रयासको प्रभाव देखिन थालेको पनि छ ।

उदाहरणका लागि केही दिनअघि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री प्रदिप पौडेलको सल्लाहमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डले ८ प्रकारका कडा. रोगका लागि स्वास्थ्य बीमा मार्फत् २ लाख रुपैयाँ प्रदान गर्ने निर्णय गऱ्यो । उक्त निर्णयको अपनत्व लिनका लागि पोष्टर तथा भिडियो समेत बनाएर प्रधानमन्त्री ओलीको सचिवालयले खूब प्रचार-प्रसार गऱ्यो । मन्त्री पौडेलले कार्यान्वयनमा ल्याएपछि 'पहिले भन्दा दोब्बर' भन्दै प्रधानमन्त्री ओलीले प्रचार गरे । स्वास्थ्य मन्त्री पौडेलको निर्णयको ओलीले अपनत्व लिएपछि अर्थ मन्त्रालयमा चर्चा चल्यो- सरकारको खर्च बढ्ने त्यस्तो निर्णयका लागि स्वीकृति कसले दियो ?

नयाँ निर्णय जसरी प्रचारित उक्त कार्य पुरानै कानुनको कार्यान्वयन रहेको कुरा स्वास्थ्य मन्त्री पौडेल बाहेक अरुले चाल नै पाएनन् । २०७५ सालमै बनेको स्वास्थ्य सेवा नियमावलीको नियम १७ मा ८ प्रकारका कडा. रोगलाई थप एक लाख रुपैयाँ दिन सकिने प्रावधान छ । उक्त नियमावलीको अनुसूची-६ मा क्यान्सर, मुटु, मिर्गौला, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी, सिकलसेल एनिमिया, पार्किन्सोनिजम र अल्जाइमर उल्लेख छन् । २०७६ साल साउन १ गतेदेखि नै उक्त नियम लागु हुने समेत नियमावलीमै उल्लेख छ । त्योबेला पनि प्रधानमन्त्री ओली नै थिए । अर्को दुई वर्ष अर्थात् २०७८ वैशाख ३० गतेसम्म ओली नै प्रधानमन्त्री रहेपनि कार्यान्वयनमा भने ल्याइएन ।

विश्व स्वास्थ्य संगठनको ७८औं सभाका क्रममा जेनेभामा आयोजित कार्यक्रममा महानिर्देशक डा. टेड्रोस अधानोम घेब्रेएससले स्वास्थ्य तथा जनसंख्यामन्त्री प्रदीप पौडेललाई पुरस्कृत गरे । जुन पुरस्कार सुर्तीजन्य पदार्थ नियन्त्रणका लागि नीति निर्माणमा पुऱ्याएको योगदानका लागि दिइएको थियो ।

मन्त्री पौडेलले सूर्तीजन्य पदार्थको अगाडि र पछाडिको १०० प्रतिशत भागमा चेतावनीमूलक सन्देश छाप्नुपर्ने निर्देशिका २०८१ माघ २१ गते स्वीकृत गरेका हुन् । यसअघि ९० प्रतिशत भागमा यस्तो चेतावनीमूलक सन्देश छाप्नुपर्ने व्यवस्था थियो । १०० प्रतिशत चेतावनी संकेत छाप्ने नेपाल विश्वकै पहिलो राष्ट्र बनेको छ ।

मन्त्री पौडेलले जे गरिरहेका छन्, उनको इमानदार प्रयास जारी रहेको बताउनेहरू भेटिन्छन् । तर, उनलाई यो भन्दा अझै पर पुगेको देख्ने चाहनेहरूको संख्या ठूलो छ । दोस्रो पुस्ताका नेताहरूमा आशालाग्दा उनको 'प्रयास'बाट अपेक्षित प्रभाव यति मात्रै होइन । पूर्व स्वास्थ्य सचिव समेत रहेका डा. सेनेन्द्रराज उप्रेती घोषणा प्रिय लागेपनि कार्यान्वयन कार्यान्वयन हुन बाँकी रहेको बताउँछन् । उनी भन्छन्, 'मन्त्री पौडेलले नयाँ घोषणा धेरै गरेका छन् । घोषणाहरू प्रिय लागेपनि त्यसको कार्यान्वयनको पाटो अझै महत्वपूर्ण हुन आउँछ ।'

प्रमुख प्राथमिकतामा स्वास्थ्य बीमा

स्वास्थ्य बीमा मन्त्री पौडेलको प्राथमिकताको कार्यक्रम हो । सुरुदेखि नै उनले स्वास्थ्य बीमालाई उच्च महत्व दिए । मन्त्री बनेको एक महिनामा जारी प्रतिबद्धतामा समेत स्वास्थ्य बीमाको विषयलाई उनले प्राथमिकतामा राखेका छन् ।

स्वास्थ्य बीमा बलियो बनाएर उपचारका लागि आम नागरिकको 'खल्तीबाट खर्च हुने ५४ रुपैयाँ घटाएर ८ रुपैयाँ'मा पुऱ्याउने लक्ष्य उनको छ । त्यसका लागि उनले निरन्तर प्रयास गरेका छन् । त्यसको एकमात्र विकल्प स्वास्थ्य बीमा बलियो बनाउनु रहेको उनको निष्कर्ष छ ।

स्वास्थ्य बीमामा रहेका समस्या र सम्भावना केलाउन डा. शम्भुप्रसाद आचार्यको नेतृत्वमा स्वास्थ्य बिमा सुधार सुझाव कार्यदल गठन गरे । जसले स्वास्थ्य बीमाको वर्तमान अवस्थालाई प्रस्तुत गर्नुका साथै कसरी थप प्रभावशाली बनाउने भन्ने विषयमा अध्ययन प्रतिवेदन बुझायो ।

नेतृत्व बिहिन अवस्थामा पुगेको स्वास्थ्य बीमा बोर्डको नेतृत्व चयनका साथै अध्ययन प्रतिवेदनका सुझाव कार्यान्वयनका लागि मन्त्री पौडेलले सक्रियता बढाए । अध्यक्षमा चन्द्रबहादुर थापा र कार्यकारी निर्देशकमा

१. अस्पतालको सेवा सुधार
२. विशिष्टीकृत सेवा प्रदेश तहसम्म विस्तार
३. स्वास्थ्य बीमा सुधार
४. निरोधात्मक विधि प्रवर्धन
५. जनशक्ति व्यवस्थापनमा सक्रिय
६. जटिल र दुर्लभ रोगमा उपचार सहायता
७. तीन तहका सरकारबीच समन्वय र सहकार्य
८. वैदेशिक रोजगारीमा गएका श्रमिकको स्वास्थ्य रक्षाको प्रयास
९. जनस्वास्थ्यका कार्यक्रम विस्तार
१०. क्यान्सर उपचार र रोकथामका लागि प्रयास
११. एकीकृत स्वास्थ्य प्रणाली विकास
१२. आयुर्वेद तथा प्राकृतिक चिकित्सालाई प्राथमिकता

• दुर्गा घिमिरे
स्वकीय उपसचिव

मन्त्री बन्नुअघि पनि म उहाँसँगै थिएँ । उहाँ सांसद हुँदा संसद्मा जाने विधेयक र त्यहाँ हुने गतिविधिका लागि पनि सघाउने मौका पाएको थिएँ ।

मन्त्रीज्युले कार्यभार सम्हालेपछि उहाँलाई सघाउने काम निरन्तरता रह्यो ।

उहाँ स्वास्थ्य मन्त्री बनेपछि हामीले सुरुमा स्वास्थ्य क्षेत्रका विषयमा विज्ञसँग छलफल गर्‍यौं । सञ्चार माध्यममा आएका विषय अध्ययन गर्‍यौं । स्वास्थ्यलाई लिएर सर्वसाधारण र चिनेजानेकाले गर्ने गुनासोहरू मिहिन रुपमा केलायौं । त्यसले धेरै कुरामा सुधार गर्नुपर्ने देखियो । कानुनी रुपमा, नीतिगत रुपमा, कार्यान्वयनको अवस्थामा केही परिवर्तनहरू जरुरी देखिए । हेर्दा साना तर आमजनको जीवनमा प्रत्यक्ष प्रभाव पार्ने विषयलाई प्राथमिकता दिने मन्त्रीज्यूको सोचलाई कार्यान्वयन गर्ने कुरामा हाम्रो टिम सक्रिय भयो ।

हामी सुरुमा छोटो समयमै गर्न सकिने तर दीर्घकालीन प्रभाव धेरै रहने विषयमा केन्द्रीत भयौं । १४ बुँदे सुधार योजना ल्याउनुअघि करिब १२० वटा जति विषय छानेका थियौं । हामीले त्यसमा १४ बुँदा छुट्यायौं र त्यसलाई फ्रेममा राखेर विभिन्न शिर्षकमा विभाजन गर्‍यौं । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय भएकाले जनसंख्याका सवालमा पनि गर्न हामीले प्राथमिकता दियौं ।

नीतिगत निर्णय अध्ययन गर्‍यौं । ऐनमा भएका तर लागु नभएका, ऐनमा भएका तर स्पष्ट पार्न निर्देशका तथा कार्यविधि नभएका विषयबाट हामीले काम गर्‍यौं । यी मध्य डिजिटल हेल्थको विषयमा त्यति धेरै काम भइसकेको थिएन । मन्त्रीज्यूले त्यसलाई प्राथमिकतामा राखेपछि त्यसमा बढी रुचि दिएर काम गरियो । हामीले निर्देशिका जारी गर्न सकेका छौं । यो कार्यान्वयनमा आए पछि नेपालको स्वास्थ्य प्रणाली धेरै हदसम्म व्यवस्थित हुनेछ ।

यो मन्त्रालय, स्वास्थ्य मन्त्रालयका रुपमा मात्रै चिनिन्छ । तर, यो स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय हो । त्यसैले जनसंख्या र त्यसले देशको समग्र प्रणालीमा पारिरहेको असरका विषयमा यहाँ आउनुअघि पनि महशुस गरेको र पढेको थियौं । यस क्षेत्रमा थप काम अघि बढाउन जनसंख्या नीति २०८२ ल्याएका छौं । त्यसमा पनि हामीले सकेसम्म धेरै मेहनत गरेका छौं आफूले पढेको, सिकेको कुरा प्रयोग गरेर मन्त्रीज्यूलाई सघाउन सकियो भन्ने लाग्छ ।

पछाडि बसेर काम गर्दा मन्त्रालय र बाहिरका विज्ञ र हाम्रो बुझाइलाई एकीकृत गरेर मन्त्रीज्यूको भिजनलाई कार्यान्वयन गर्ने प्रयास गरिरहेका छौं । हामीले हरेक निर्णयमा समाज विज्ञानलाई पनि ख्याल गरेका छौं । कुनैपनि नीतिगत निर्णय गर्दा त्यसले समाजका विभिन्न क्षेत्रमा पार्ने प्रभावलाई पनि हामीले पहिले नै आंकलन गर्ने गरेका छौं ।

सुझाव समितिको सदस्य समेत रहेका रघुराज काफ्ले नियुक्त भएका छन् । बोर्डले अहिले नीति तथा नियमावलीको कार्यान्वयनमा जोड दिएको छ । कतिपय अवस्थामा संशोधन गरेर समेत सहज बनाएको मन्त्री पौडेल बताउँछन् । तर, स्वास्थ्य बीमालाई बलियो बनाउने अन्य सरोकारवालाबाट आवश्यक साथसहयोग नपाएको महशुस

उनले गरेका छन् । स्वास्थ्यखबरसँग उनले भने, ‘बीमा सुधारको योजना बनिसकेको छ । कार्यान्वयन गर्ने हो भने सबै मिल्छ । प्रधानमन्त्री (केपी शर्मा ओली)ज्युको हुटहुटी देख्छु । हुटहुटी भएको प्रधानमन्त्री समक्ष पूर्ण व्यवस्थित गर्नेगरी डकुमेन्ट प्रसतुत गरेका छौं । अलमल गर्नुपर्ने छैन । तर गति भने तीव्र हुनुपर्ने छ ।‘

त्यसमध्ये एउटा स्वास्थ्य बीमाको सुविधा लागू हुने समय घटाउनु हो । सरकारले स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को संशोधन (२०८२) गरेर बीमित व्यक्तिले बीमामा दर्ता भएको महिना पश्चात तेस्रो महिनाको पहिलो गतेदेखि बीमा सेवा सुविधा लिन सक्ने व्यवस्था कार्यान्वयनमा ल्याएको छ । जसअनुसार साउन महिनाभरी (१ देखि ३२) गतेसम्म बीमा दर्ता गरेपनि असोज १ गतेदेखि सेवा पाइने सूचना अधिकारी विकेश मल्ल ठकुरीले बताएका छन् ।

स्वास्थ्य बीमा बोर्डले समयमा बिलबिजक प्रमाणित गरेर भुक्तानी दिन

नसक्दा अस्पतालहरूले बेला-बेला सेवा नै रोक्ने गरेका थिए । उक्त समस्या समाधानका लागि २५० भन्दा मेडिकल अफिसर नियुक्त गरिएका छन् । आगामी तीन महिनामा बक्यौता क्लियर गर्नेगरी बोर्डले काम थालेको छ । सरकारले बजेटमा प्रतिबद्धता जनाएको छ । तर, केही प्रक्रियागत र कानुनी अड्चन सहज गरिँदिएमा मात्रै अर्थमन्त्री विष्णु पौडेलले बजेट वक्तव्यमा प्रस्तुत गरेको उक्त प्रतिबद्धता पूरा हुने मन्त्री पौडेल बताउँछन् ।

प्रथम सेवा विन्दू र रिफर प्रक्रियामा सुधार गर्न खोजिएको छ । ठूला अस्पताललाई रिफरल र साना अस्पताल प्रथम सेवा विन्दुका रुपमा वर्गीकरण गरिएको छ । ठूला अस्पताल रिफरल मात्रै बन्दा स्थानीयले सेवा नपाउने अवस्था सृजना भयो । त्यसका लागि मन्त्रालयले १३ वटा रिफरल सेन्टरलाई फेरि प्रथम सेवा विन्दु समेत कायम हुनेगरी निर्णय गर्न बोर्डलाई पत्र पठायो । यसले तत्कालका लागि सहज भएको छ । भविष्यमा संघीय सरकारले पालिकालाई प्रथम सेवा विन्दुका लागि सघाउने मन्त्री पौडेल बताउँछन् ।

बीमितले आफू रहेकै ठाउँको प्रथम सेवा विन्दुबाट उपचार पाउने व्यवस्थाले बीमामा पहुँच बढ्न अपेक्षा गरिएको छ । ठूला अस्पताल रिफरल सेन्टर कायम गर्दा भीडभाड घटाउने, खर्च घटाउने र सानो समस्यामा पनि ठूलो अस्पताल धाउने प्रवृत्तिको अन्त्य हुने अपेक्षा गरिएको छ ।

त्यसैगरी अन्य सहुलियतमा मष्तिष्कघात तथा हेमोफेलियाको औषधी सरकारी अस्पतालमार्फत निःशुल्क प्राप्त गर्ने व्यवस्था गरिएको छ । देशमा प्राप्त गर्न नसकिने क्यान्सरका ३७ खालका प्रकारका अब निःशुल्क रुपमा दिनेगरी विदेशी दातासँग समन्वय गरेर ल्याइएको छ ।

थारु समुदायको प्रमुख स्वास्थ्य समस्या सिकलसेल एनिमियाका लागि मन्त्री पौडेलले घोषणा गरेको एक महिनाभित्रै राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान तथा भेरी अस्पतालमा बेग्लै उपचार कक्ष स्थापना भएर सञ्चालनमा छन् । हालै मात्र रोग प्रतिरोधी खोप समेत निःशुल्क रुपमा थप अस्पतालहरूमार्फत् वितरण गर्ने गरी मन्त्री पौडेलले नीतिगत व्यवस्था गरेका छन् ।

सेवा सुधार र उपचार सेवा थप

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री पौडेलले सुरुमै घोषणा गरे- 'नेपालको स्वास्थ्य उपचार क्षेत्रमा सुधार भएको महसुस गराउनेछौं । एक महिनाभित्र संघीय सरकार मातहतका सरकारी अस्पतालमा लाइन लाग्न नपर्ने, व्यवस्थित स्वास्थ्य सुविधा हामी अगाडि बढाउनेछौं ।'

अस्पतालको लाइन हटाउन शब्दलाई उनले पछि संशोधन गरेर घटाउने तथा व्यवस्थित गर्ने बनाए । अस्पतालहरूको भिड व्यवस्थापन तथा सेवाग्राहीलाई सहज र सुलभ सेवा प्रवाहका २०८१ साउन ३ गते संघीय अस्पताल र प्रतिष्ठानका प्रमुखहरूसँग संयुक्त बैठक बसेर ९ बुँदे निर्णय गरे ।

उक्त निर्णय कार्यान्वयनका लागि मन्त्रालयको सचिवालयले निरन्तर अस्पतालसँग समन्वय गर्ने कार्य गर्दै आइरहेको मन्त्रीको सचिवालयका सदस्य दुर्गा घिमिरे बताउँछन् ।

उक्त ९ बुंदे कार्यान्वयन अन्तर्गत सबै संघीय अस्पतालहरूले दुई सिफ्ट ओपिडी सेवाको शुरुवात, टोकन प्रणालीको लागु, विस्तारित अस्पताल सेवा कार्यक्रम, भीड व्यवस्थापनका लागि नक्सा, सेवा काउन्टर थप, अनलाईन टिकट, अनलाईन समय व्यवस्थपान, विद्युतीय भुक्तानी प्रणाली आदिको व्यवस्था गरिएको रिपोर्ट मन्त्रालयमा पठाइएको छ ।

उपचार सेवा थप गर्ने क्रममा सातै प्रदेशका एक/एक सरकारी अस्पतालमा क्यान्सर रोग उपचार सेवा विस्तार, सातै प्रदेशमा क्यान्सरसम्बन्धी परीक्षण तथा उपचार सेवा र भक्तपुर क्यान्सर अस्पतालमार्फत कोशी प्रदेशको विराटनगर र मधेश प्रदेशमा, नारायणी अस्पताल

• **शालिकराम दाहाल**

निजी सचिव

मन्त्रीज्यूमा काम गर्ने हुटहुटी रहेको कुरामा पहिलेदेखि नै परिचित थिएँ । निजी सचिवका रुपमा उहाँको केही गरेर देखाउने त्यो चाहना, त्यसका लागि उहाँले बनाउनु भएको योजना र त्यसको कार्यान्वयनका लागि उचित समन्वयको जिम्मेवारी मलाई दिइएको थियो ।

प्रशासनिक काममा नियमित र नियमसंगत काम गर्दा पुग्छ । तर, यस्तो जिम्मेवारीमा प्रशासनिक कुशलताले मात्रै काम गर्दैन, राजनीतिक समझदारी तथा मानवीय सम्वेदनशीलताको संयोजन आवश्यक पर्छ ।

म मन्त्रीज्यूको निजी सचिवका रूपमा नियुक्त भएदेखि नै मैले हरेक दिनलाई एउटा नयाँ चुनौती र अवसरको रूपमा लिएँ। मन्त्रालयमा दैनिकजसो थुप्रै कार्यक्रम, बैठकहरू, र निर्णय प्रक्रियाहरू सञ्चालन हुन्छन् । यी सबैमा समय व्यवस्थापन, प्राथमिकता निर्धारण र प्रभावकारी समन्वय अत्यावश्यक हुन्छ । हरेक नीतिगत निर्णयको तयारीका प्रत्येक चरणमा म संलग्न भइरहँदा उहाँले चाहेजस्तो काम र अपेक्षा गरेजस्तो परिणाम दिन हामीले अझै निकै मेहनेत गर्नुपर्ने देखेको छु ।

यस भूमिकामा रहँदा मैले नीतिगत अध्ययन, नीतिसम्बन्धी सल्लाह र सम्बन्धित सरोकारवाला निकायहरूसँग समन्वयलाई सकेसम्म मिलाउने कोशिस जारी राखेको छु । राष्ट्रको हितमा ठूला निर्णयहरूमा मन्त्रीज्यूको सहयोगीका रुपमा काम गर्न पाउनु मेरो लागि पनि गर्वको विषय हो ।

मन्त्रीज्यूसँग सधैं प्रत्यक्ष सम्पर्कमा रहँदा मैले नेतृत्व, दूरदृष्टि र कार्यप्रतिको समर्पणलाई नजिकबाट अनुभव गर्ने अवसर पाएँ। एक वर्षदेखि निर्वाह गरिरहेको यो जिम्मेवारीले मलाई नीति निर्माणदेखि व्यवहारिक कार्यान्वयनसम्मको सिङ्गो प्रक्रिया बारे अझ प्रस्ट हुने मौका मिलेको छ ।

मन्त्रीज्यूको निजी सचिवको रूपमा काम गर्नु केवल एक पद होइन, यो जिम्मेवारी हो – जसले देशको सेवा गर्ने अवसर दिन्छ । यो अनुभव मेरा लागि गौरवको कुरा हो ।

स्वास्थ्य बीमामा सुधार स्वास्थ्य क्षेत्रमा 'ब्रेक थ्रु' नै हुन सक्छ :

• डा. किरण रेग्मी
(पूर्व-स्वास्थ्य सचिव)

स्वास्थ्य मन्त्री प्रदीप पौडेलले गरेका कतिपय घोषणाहरूलाई पूरा गर्नका लागि निरन्त ररुपमा नै लागि परेको देखिन्छ । स्वास्थ्य बीमालाई व्यवस्थित गराउन मन्त्री पौडेल निरन्तर लागि पर्नु भएको देखिएको छ । जुन कठिन पनि छ । मन्त्री पौडेलले बीमालाई व्यवस्थित गराउनका लागि गरेको घोषणा उहाँले सोचेजस्तो सहज रुपमा पूरा हुन सक्ने स्थिती छैन, तर निरन्तर लागि परेमा नतिजा नआउने पनि होइन ।

यसअघि बीमा सुविधा लिनेहरूलाई समेत कठिन थियो । विभिन्न नगरपालिकामा समेत केन्द्र तोकिएको छ, जसले बिमितहरूलाई समेत सहज भने भएको छ । बीमाको दायरा बढाइनु, रोजगारदाताले कामदारहरूको स्वास्थ्य बीमा गरिदिनुपर्ने व्यवस्था तथा यसरी केन्द्र तोकिनुले स्वास्थ्य बीमा सुधारमा सकारात्मक प्रयास भने भएको देखिन्छ । यद्यपी स्वास्थ्य बीमालाई सुधार गर्न सकेमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा ब्रेक थ्रु नै हुनसक्छ ।

स्वास्थ्य संस्थाहरूमा भिडभाड कम गर्ने तथा जानेबितिकै सेवा उपलब्ध गराउनका लागि स्वास्थ्य मन्त्री पौडेलले गरेको प्रयास सकारात्मक छ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनशक्ति थप्नका लागि उहाँले गरेको प्रयासलाई पनि सकारात्मक रुपमा लिन सकिन्छ । यद्यपि त्यसको परिणाम भने आउन बाँकी नै छ ।

मन्त्री पौडेलले गरेका घोषणा थोरै र राम्रा छन् त्यसलाई कार्यान्वयन गराउन सके स्वास्थ्य क्षेत्रमा परिवर्तन आउन सक्नेमा शंका छैन । घोषणा गरेका कार्यक्रम कार्यान्वयनको सुरुवात राम्रै छ, पूर्ण कार्यान्वयन हुन्छ वा हुँदैन भन्ने हेर्न बाँकी नै छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा तीन तहका सरकारबीचको समन्वयका लागि भने स्थानीय स्तरले नै अपनत्व लिनुपर्ने हुन्छ । तीन तहको सरकारबीचको समन्वयका लागि प्रदेशगत रुपमा स्वास्थ्य प्रणाली बुझेका मानिसहरूलाई संयोजक बनाएर पनि काम गर्न सकिन्छ जस्तो मलाई लाग्छ । जसले प्रदेशका समस्यालाई केन्द्रसम्म ल्याउन तथा सम्बोधन गर्नका लागि सहज वातावरण बनाइदिन्छ । जसले स्वास्थ्य क्षेत्रमा दीर्घकालीन उपलब्धी हासिल गर्न पनि सहयोग पुग्छ ।

सबै सेवाहरूका लागि एकद्वार प्रणाली बनाउन समय लाग्न सक्छ तर दीर्घकालीन लाभ मिल्छ । मानव संसाधनको गुणात्मक संख्या बढाउन पनि आगामी दिनमा मन्त्री पौडेल लाग्नुपर्ने देखिन्छ ।

सेवा शुरु भएको मन्त्रालयले जनाएको छ ।

गर्भस्थ शिशुको मुटुको इको कार्डियोग्राफी तथा आमाको मुटुको कार्डियोग्राफी सेवा/ परोपकार प्रसुती तथा स्त्री रोग अस्पतालबाट नियमित गरिएको बताइएको छ । नवजात शिशुमा हुनसक्ने मेटाबोलिक डिजिजलगायत विभिन्न जन्मजात रोगहरूको पहिचान गर्न न्यु बर्न स्क्रिनिङ सेवा नेपालका प्रसुती सेवा उपलब्ध हुने सबै संघीय अस्पतालमा जन्मिएका बालबालिकाको अपांगतासहित ४ प्रमुख स्वास्थ्य समस्या परीक्षण बर्न स्क्रिनिङ अनिवार्य गर्ने निर्णय भएको छ । प्रसुती र बाल उपचार सेवा भएका सबै अस्पतालमा जन्मिएका बालबालिकाको अपांगतासँगै थाइरोइड, सुन्ने क्षमता, जण्डिस र आँखाको दृष्टिसम्बन्धी खराबीसमेत परीक्षण अनिवार्य गरिएको छ । १४ वर्षमुनिका बालबालिकाका लागि कान्ती बाल अस्पताल काठमाडौं, भक्तपुर क्यान्सर अस्पताल भक्तपुर र बीपी कोइराला मेमोरियल क्यान्सर अस्पताल भरतपुरमा निशुल्क सेवा उपलब्ध गराउने निर्णय गरिएको मन्त्रालयको भनाइ छ । भेरी अस्पताल नेपालगञ्ज र दाङको घोराहीस्थित राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा सिकलेसलका लागि बेग्लै वार्ड स्थापना गरिएको छ ।

ब्रेन डेथ भए पश्चात् अङ्ग दानलाई प्रोत्साहन हुने गरि दान गर्नेको परिवारलाई दिइने प्रोत्साहन रकममा दोब्बरले वृद्धि गरी २ लाख पुर्याउने निर्णय गरिएको छ । अंग प्रत्यारोपण आवश्यक बिरामी तथा मष्तिष्क मृत्युपश्चात् दान गर्न चाहनेले दर्ता गराउन मिल्ने गरी अनलाइन सेवा आरम्भ भएको छ । राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला मार्फत नेपालमै पहिलो पटक स्तन क्यान्सरको वंशाणुगत परीक्षण सेवाको परीक्षण सुरु भएको छ ।

अस्पताल सञ्चालनमा सक्रियता, जनशक्ति थप्ने प्रयास

निर्माणाधान आधारभूत अस्पताल सञ्चालनमा ल्याउन यो एक वर्षमा भरमग्दुर प्रयास भएको मन्त्रीका निजी सचिव शालिकराम दाहालको भनाइ छ । 'अस्पताल निर्माण सुरु भएका तर विविध कारणले सञ्चालनमा आउन नसकेका ११३ वटा ५, १०, १५ बेडका अस्पताल ल्याउनेगरी काम भएको बताइएको छ । आगामी बजेट सकिँदासम्म २५० वटा सञ्चालनमा ल्याउने

वीरगन्ज, बीपी कोइराला मेमोरियल क्यान्सर भरतपुरमार्फत गण्डकीको पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, कर्णालीको सुर्खेत प्रादेशिक अस्पताल र सुदूरपश्चिम प्रदेशको धनगढीस्थित सेती प्रादेशिक अस्पतालबाट क्यान्सरसम्बन्धी परीक्षण तथा उपचार सेवा सुरु गरिएको छ ।

नि:शुल्क जलन उपचार सेवा अन्तर्गत कीर्तिपुरमा नियमित रहेको थियो भने वीर अस्पतालमा १५ शैयाको जलन उपचार वार्ड पुनः संचालन गरी सघन जलन उपचार सेवा निःशुल्क सुरुवात गरिएको छ । हरेक प्रदेशमा कम्तीमा एउटा अस्पतालबाट मुटु रोग उपचारको सेवा सुरु गर्ने योजना अनुरुप शहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदय केन्द्रको सहयोगमा मधेश प्रदेश र गण्डकी प्रदेशमा

लक्ष्य मन्त्रीज्यूको तयारी छ,' उनले भने ।

मन्त्री पौडेलकै पहलमा पूर्वाधार तयार भएका राष्ट्रिय आयुर्वेद पञ्चकर्म तथा योग सेवा केन्द्र सञ्चालनमा ल्याइएको छ । यसैगरी धरानको एमसीएच बिल्डिङ, भक्तपुर छाति अस्पताल सञ्चालनमा ल्याउन आवश्यक प्रक्रिया अगाडि बढाइसकिएको छ भने परोपकार प्रसूति तथा स्त्रीरोग अस्पतालको कुपन्डोलमा नवनिर्मित भवनलाई पूर्ण सञ्चालनमा ल्याउन लागिएको दाहालले जानकारी दिए ।

राप्ति स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा ४०० बेडको अस्पताल भवन निर्माणका लागि आवश्यक काम अगाडि बढिसकेको छ भने सरकारले घोषणा गरेको न्युरो अस्पताल निर्माणको काम यस वर्षदेखि सुरु हुने भएको छ । मधेश प्रदेशमा किड्नी सेन्टर बनाउने गरी बजेट विनियोजन गरिएको छ । सिंहदरवार बैद्यखानाको पुनरसंरचनाको प्रक्रिया अगाडि बढाइएको छ र हाल ५४ किसिमका औषधि उत्पादन गरिरहेको छ । बन्द भएको

घोषणाहरू प्रिय छन्, कार्यान्वयनमा चुनौती छ

• **डा. सेनेन्द्रराज उप्रेती**
(पूर्वसचिव)

नयाँ घोषणा धेरै गरेका छन् । घोषणाहरू प्रिय लागेपनि त्यसको कार्यान्वयनको पाटो अझै महत्वपूर्ण हुन आउँछ । प्रदेशगत रुपमा क्यान्सर उपचार सेवा र मुटु उपचार सेवा लगायत विस्तार गर्ने घोषणा गरिएको अवस्थामा कार्यान्वयन मुस्किल हुनसक्ने अवस्था छ ।

स्वास्थ्य बीमा अन्तर्गत कडा. रोगलाई थप १ लाख रुपैयाँ दिइने घोषणा व्यवहारमा उत्तार्न सके अवश्य नै स्वास्थ्य सेवा प्रवाह सहज बन्न सक्नेछ । समग्रमा भन्नुपर्दा स्वास्थ्यमन्त्रीको एक वर्षको कार्यकालको समीक्षा कार्यक्रमको घोषणा भन्दा पनि कार्यान्वयनले निर्धारण गर्नेछ । मन्त्री पौडेलको घोषणाको कार्यान्वयनले उचित निर्धारण गर्नेछ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा तीन तहको सरकारले समन्वयको क्षेत्रमा समस्या उत्पन्न गराएको छ, जसले प्रभावकारी कार्यान्वयनमा समेत समस्या पैदा गर्छ । तीनै तहको सरकारबिच समन्वय हुनुपर्छ भन्ने संविधानमा नै उल्लेख गरेपनि त्यसो हुन सकेको छैन । मन्त्री पौडेलले स्वायत्त तीन तहका सरकारबीच कार्यक्रमगत रुपमा समन्वय गर्नुपर्छ ।

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई हेला गरिएको छ । मन्त्री पौडेलले स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुधार गर्न नै खोजेको हो भने स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा रहेको अनावश्यक हस्तक्षेप रोकेर प्रभावकारी कार्यान्वयनमा जोड दिनुपर्छ । सरुवा-बढुवा जस्ता कुराहरू प्रक्रियागत, अनुशासन तथा शुशासनको विधिअनुसार मात्रै अगाडि बढाउँदा मन्त्री पौडेलमाथि हुने आलोचना कम गर्न सकिनेछ ।

बैद्यखानालाई पुनर्जीवन दिँदै थप औषिध उत्पादनका लागि गृहकार्य भइरहेको छ ।

स्वास्थ्यले जनशक्तिको अभाव विगतदेखि नै भोग्दै आएको छ । सरकारले लोकसेवाबाट जनशक्ति नलिँदा विदेशिने क्रम पनि बढ्दो छ । जसका लागि आगामी ५ वर्षमा १२ हजार दक्ष जनशक्ति थप्ने पौडेलको योजना छ ।

हरेक वर्ष २५ सय जनशक्ति थप्ने प्रक्रिया शुरु भएको छ। त्यसअनुसार पहिलो अर्गनाइजेसन एन्ड म्यानेजमेन्ट (ओ एण्ड एम) सर्वे स्वीकृतिका लागि अर्थ मन्त्रालय पठाइएको छ । मन्त्रालयले ६ वटा विषयमा प्रस्ट पार्न मन्त्रालयलाई लेखिपठाएको सहसचिव डा. कृष्णप्रसाद पौडेल बताउँछन् ।

उपकरण किनेर थन्काउने, सामान्य बिग्रिदा पनि स्टोर गर्ने र नयाँ खरिद गर्ने प्रवृत्ति छ । 'बिग्रिएका तर सामान्य मर्मत गर्न सकिने उपकरण भएपनि अस्पतालहरूले त्यसको मर्मतमा ध्यान नदिँदा नयाँ खरिदमा ठूलो धनराशी खर्च भइरहेको महसुस उनले कार्यकालको सुरुवातमै भयो,' निजी सचिव दाहालले भने, 'मन्त्रालयले राष्ट्रिय आविष्कार केन्द्रमार्फत अध्ययन गराएको थियो । कैयौं सामान्य मर्मत गर्न सकिने उपकरण बिग्रिएर थन्किएको पाइएको थियो । केन्द्रले झण्डै २४ करोड लाग्ने ती उपकरण २३ लाखमा मर्मत गरिएको विवरण पेश गरेको थियो ।'

त्यसपछि संघीय अस्पतालले आफ्ना उपकरणको अवस्थाबारे अडिट गरेर स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई बुझाउनुपर्ने नीति मन्त्री पौडेलले लिएको उनी बताउँछन् । मन्त्रालयले अस्पतालहरूसँग भएका उपकरण तथा उनीहरूको अवस्थाबारे यकिन विवरण नभएको भन्दै सबै संघीय अस्पतालहरूमा अनिवार्य रुपमा मेडिकल उपकरणको अडिट अनिवार्य गर्ने निर्णय गरेको हो ।

निरोगी नेपाल अभियानको सृजनशील कार्यान्वयन

उपचारमा सरकारले ठूलो खर्च गरिरहेको छ । नसर्ने रोगको प्रकोप बढ्दो छ । देशमा एक करोड ४० लाख ९० हजार नागरिक ३० वर्ष माथिका छन् । यही उमेर समूहका नागरिकका लागि सरकारले निरोगी नेपाल अभियान घोषणा गरेको छ । निरोधात्मक विधिबाट रोगहरूबिरुद्ध प्रतिकारात्मक अभियान चलाउने मन्त्री पौडेलको घोषणाअनुसार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले नसर्ने रोग पहिचान र समयमै उपचारका लागि भन्दै फागुन १ गतेबाट एक महिने निशुल्क परीक्षण अभियान चलाउने निर्णय गरिसकेको छ ।

'हामीले सार्वजनिक गरेको योजना तथा प्राथमिकतामा उपचारात्मक सेवा व्यवस्थित गरेसँगै निरोधात्मक विधिबाट नागरिकलाई रोगको दुष्चक्रबाट यथासम्भव जोगाउने योजना अन्तर्गत अभियान थालिएको हो,' मन्त्री पौडेलले भनेका छन् ।

अभियानका क्रममा ३० वर्ष माथिका सबै नागरिकलाई स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरूमा मधुमेह, उच्च रक्तचाप, मुगौला सम्बन्धी रोग तथा शरिरको उचाइ र तौलको अनुपात पहिचान गर्ने स्वकिय उपसचिव दुर्गा घिमिरेले बताए ।

पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि आवश्यक एचपीभी खोपलाई राष्ट्रिय खोप तालिकामा समावेश गरिएको छ । नेपालमा हरेक दिन ६ जना महिलालाई पाठेघरको मुखको क्यान्सर हुने गरेको र ४ जना महिलाको यही रोगको कारण मृत्यु हुने गरेको छ । डब्लूएचओले सन् २०३० सम्ममा एचपीभी खोपको कभरेज कम्तिमा ९० प्रतिशत पुऱ्याउने रणनीति निर्धारण गरेको छ । त्यही रणनीतिको आधारमा आफू अघि बढिरहेको मन्त्री पौडेलको भनाइ छ । नागरिक आरोग्य सेवालाई ७५३ वटै स्थानीय तहमा बिस्तार गर्ने घोषणा गरेका मन्त्री पौडेलले त्योअनुसारको बजेट विनियोजन भएको मन्त्रालयले जनाएको छ ।

'म स्वस्थ मेरो समुदाय स्वस्थ: घरटोलमा स्वास्थ्य प्रवर्धन कार्यक्रम' ७५३ वटै स्थानीय तहमा सञ्चालन गरिने भएको छ । यो कार्यक्रम अन्तर्गत जनस्वास्थ्य अधिकृतले समुदाय स्तरमा नसर्ने रोगका विषयमा जनचेतना जगाउने र फागुन महिनामा स्क्रिनिङ अभियान नै चलाउने, मानसिक स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा आत्महत्या रोकथाम

सम्बन्धि जनचेतना कार्यक्रम गर्ने, स्वस्थ जीवनशैली र सरसफाइ सम्बन्धी छरिएर रहेका कार्यक्रमहरूलाई एकीकृत गर्दै अगाडि बढाउने लगायतका कामहरू गर्ने छन् ।

मन्त्रालयले जनस्वास्थ्य अधिकृतहरूले गर्ने कामहरूका विषयमा कार्यविधि समेत बनाइरहेको मन्त्री पौडेलको सचिवालयले जनाएको छ । उक्त कार्यविधिमा स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गतका कार्यक्रमसँगै विद्यालय स्वास्थ्य, सरसफाइ, शुद्ध पिउने पानी, खाद्यन्न लगायत समुदायमा स्वास्थ्य कार्यक्रमका विषयमा कार्यविधिमा जनस्वास्थ्य अधिकृतको कार्यविवरण उल्लेख हुनेछ ।

मन्त्री पौडेलका विज्ञ सल्लाहकार प्रताप पौडेलका अनुसार नेपालमा मानिसहरूको अस्वस्थ जीवनशैली र खानपान बढ्दै जाँदा नसर्ने रोगको भार बर्षेनी बढ्दो क्रममा रहेकाले तथ्यांकले देखाइरहेकाले त्यसलाई मध्यनजर गर्दै यो नयाँ कार्यक्रम ल्याइएको हो ।

'नेपालमा जनस्वास्थ्यका क्षेत्रमा थुप्रै चुनौतीहरू रहेका छन्, त्यसमा पनि सबैभन्दा ठूलो चुनौती भनेको नै नसर्ने रोग हो । त्यसकारण यो चुनौतीलाई सामना गर्न हामीले यो कार्यक्रम ल्याउन लागेका हौं,' उनले भने, ‘जनस्वास्थ्य अधिकृतले आफ्नो पालिकामा जनस्वास्थ्यका समस्याहरूको समयमा नै पहिचान गर्ने छन् । उनीहरूले मानिसहरूलाई रोग लाग्नै नदिने विषयमा काम गर्ने छन् । रोग लागिहालेको अवस्था भएमा त्यसको समयमा नै पहिचान गर्न पनि उनीहरूको योगदान रहनेछ । यस्तो भयो भने अहिले रोगको उपचारका लागि नागरिक र सरकारले जुन आर्थिक भार खेप्नु परेको छ, त्यो घट्छ ।'

अहिलेको समय अनुसार नेपालका स्वास्थ्यका कार्यक्रमहरू पनि 'सिफ्ट' हुनुपर्छ भनेर मन्त्रालयले जनस्वास्थ्यका क्षेत्रमा सकारात्मक पाइला चालेको उनी बताउँछन् । पौडेलले यो कार्यक्रम स्थानीय तहमा केन्द्रित गर्नुको कारण खुलाउँदै भने, 'आधारभूत स्वास्थ्य, सहरी स्वास्थ्य, विद्यालय र समुदाय स्वास्थ्य, सरसफाइ र शुद्धता लगायतका विषयहरू स्थानीय तहको अधिकारभित्र रहेको छ । नागरिकलाई रोग लाग्नै नदिने जस्ता विषयहरू स्थानीय तहमा भएपनि त्यसअनुसार काम गर्ने डेडिकेटेड जनशक्तिको भने अहिलेसम्म व्यवस्था थिएन । त्यसकारण यो पटकबाट जनस्वास्थ्य अधिकृतकै व्यवस्था गरिएको हो ।' बुढानिलकण्ठ नगरपालिकामा निर्माणाधीन ‘राष्ट्रिय आयुर्वेद पञ्चकर्म तथा योग केन्द्र’ बाट मिति २०८१ चैत्र २२ देखि सेवा शुरुवात भएको छ ।

नीति निर्माण तथा कार्यान्वयन

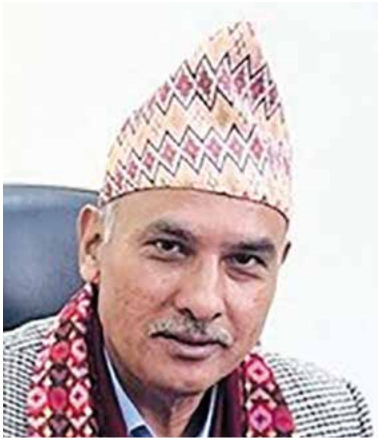
संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तह ऐन २०७७ अन्तर्गत गठित तीनै तह सहभागी हुने स्वास्थ्यको विषयगत समिति छ । तर, बितेका चार वर्षमा कुनैपनि मन्त्रीले त्यसलाई कार्यान्वयन गर्नेतर्फ ध्यान दिएनन् ।

मन्त्री पौडेलले पहिलो पटक उक्त समितिको बैठक बोलाए । प्रदेश सरकार तथा गाउँपालिका र नगरपालिका महासंघका प्रतिनिधिहरू सहभागी थिए । हालसम्मा चारपटक उक्त समितिको बैठक बसिसकेको छ ।

त्यसैगरी स्वास्थ्यसँग प्रत्यक्ष सम्बन्ध राख्ने मन्त्रालयहरू कृर्षि, उद्योग, वन, शिक्षा, स्वास्थ्य मन्त्रालयका सचिव सदस्य रहने राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य समितिलाई पुनर्जीवित गरिएको छ । मन्त्रालयले ८ वटा उपसमिति गठन गरेको छ । देश संघीयतामा गएपछि व्यवस्थापन हुन नसकेको कर्मचारी समायोजनका समयमा फाजिलमा र दरबन्दी नभएका कर्मचारीको व्यवस्थापनमा नीतिगत निर्णय भएको छ ।

राष्ट्रिय जनसंख्या नीति २०८२ पारित हुनुका साथै सार्वजनिक भइसकेका छ । । बनाउनुपर्ने तर हालसम्म नबनेका ऐनहरूमा मन्त्रीले सक्रियता बढाएको स्वकीय उपचसिव घिमिरे बताउँछन् । औषधि ऐनको प्रतिस्थापन विधेयक, स्वस्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्थाको सुरक्षा ऐन, प्रत्यायन विधेयक लगायतका सात ऐन तथा संसोधनका मस्यौदाहरू तयार भएर विभिन्न चरणमा अघि बढिरहेका छन् । एक स्थानबाट अर्कोमा बिरामी प्रेषणमा बिरामीको सहजता तथा अस्पताललाई थप जिम्मेवार बनाउन रेफरल निर्देशिका जारी भएको छ । विद्यालय तहसम्मै स्वास्थ्य सचेतनाका विषय प्रयास गर्न विद्यालय नर्सिङ निर्देशिकामा संसोधन गर्दै विद्यालय स्वास्थ्य दूत कार्यक्रम समेत यसै आर्थिक वर्षबाट शुरुवात हुँदैछ ।

स्रोत व्यवस्थापनबिना स्वास्थ्य बीमाको दायरा बढाउँदा समस्या आउन सक्छ



• **डा. गुणराज लोहनी**
(पूर्वअध्यक्ष स्वास्थ्य बीमा बोर्ड)

स्वास्थ्य क्षेत्र सुधारका लागि गरेको प्रयास सराहनीय छ । स्वास्थ्य बीमालाई भने मन्त्री पौडेलले स्वास्थ्य प्रणालीका रुपमा लिएको जस्तो मलाई लाग्छ ।

स्वास्थ्य बीमाको लक्ष्य स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणाली नै बलियो बनाउने रहेको मलाई लाग्छ । सरकार प्रणाली बलियो बनाउनेतर्फ लाग्नुपर्ने छ । स्रोतको व्यवस्थापन बिना स्वास्थ्य बीमाको दायरा बढाउँदा समस्या आउन सक्छ । स्रोत व्यवस्थापनमा बीमाको प्रिमियम बढाउने तथा औपचारिक क्षेत्रका संघ संस्थाहरूलाई अनिवार्य रुपमा बीमामा समावेश गराउनुपर्नेछ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा विभिन्न तहका सरकारबीचको काममा नतिजा आउने गरी काम गर्नका लागि हालका स्वास्थ्य संस्थाहरूको पुन नामाकरण, स्थानीय तथा प्रदेश तहमा कार्यरत कर्मचारीहरूको ओएनएम सर्वे लगायतका काम गर्न आवश्यक छ ।

हेल्थ फाइनान्सिङ स्ट्राटेजी २०८० अनुसार काम गर्न सकेमा स्वास्थ्यमा क्षेत्रमा नागरिक महसुस गर्न सक्ने गरी सुधार आउँछ । सो अनुसार प्रत्येक सरकारले कुल बजेटको १० प्रतिशत बजेट स्वाास्थ्य क्षेत्रमा विनियोजन गर्नुपर्ने हुन्छ ।

संवाद

स्वास्थ्यको दायित्वबाट भाग्न मिल्दैन, त्यसका लागि स्वास्थ्य बीमा नै बलियो बनाउनुपर्छ

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री प्रदीप पौडेलले जिम्मेवारी सम्हालेको एक वर्ष पूरा भएको छ । यो एक वर्षमा उनले सकारात्मक प्रभाव छाड्ने केही प्रयास गरेका छन् । आफ्नै काम प्रति उनी कति सन्तुष्ट छन् ? उनले बाहिरबाट देखेको र भित्र महशुस गरेको स्वास्थ्य मन्त्रालय कति फरक छ ? उनले भोगेका चुनौती के-कस्ता छन् ? भन्ने विषयमा केन्द्रीत रहेर स्वास्थ्यखबरका सम्पादक प्रवीण ढकालले गरेको संवाद :

- **बिगतको राजनीतिक अवस्था हेर्ने हो भने 'वर्ष पार' आफैंमा उपलब्धी भइहाल्यो । तर, जाँदा 'केही गरेर गयो' भन्ने बनाउँछु भन्ने लक्ष्य बोकेको मन्त्रीका रुपमा तपाईंको एक वर्षे कार्यकाल कस्तो भयो जस्तो लाग्छ ?**

जति काम भयो, गर्न सकेको त्यति नै हो । आफूले गरेका काम, अधुरा रहेका काम र हुन नसकेका कामहरू केलाउँदा 'यस्तो भयो भने त्यस्तो गर्न सकिन्थ्यो' भन्ने खट्किन्छ । सुरुमा यो मन्त्रालय आउँदा एउटा हुटहुटी थियो, सिलसिलेवार रुपमा अघि बढ्न सकिन्छ भन्ने लागेको थियो । आफूले बनाएका योजनाको कार्यान्वयन गर्ने प्रक्रिया पूरा स्वास्थ्य मन्त्रालयबाट मात्रै हुने रहेनछ । अन्य पक्षलाई पनि त्यही ढंगले बुझाउन समय लाग्ने हुँदो रहेछ । त्यसैले कतिपय काम होल्डमा छन् । कतिपय विधिपूर्वक अघि बढाउँदा रोकिएका छन् ।

स्वास्थ्यको निर्णय प्रक्रियामा बहुक्षेत्र संलग्न हुने भएकाले बहुक्षेत्रीय समन्वयलाई साँघुरो बनाउनुपर्छ । प्रशासनिक प्रक्रिया रफ्तारमा अघि बढ्ने हुनुपर्छ ।

हामीले सोचेका केही विषयमा काम भएका छन्, केही विषय अघि बढाउने कोशिस गरिएका छन्, समग्रमा भन्दा सोचजस्तो गरी अगाडि लान सकिएको छैन । खाशगरी बहुपक्षीय सरोकारका विषयमा हामीले अपेक्षित परिणाम हासिल गर्न सकेनौं ।

- **तपाईंको प्राथमिकता स्वास्थ्य बीमा रहेको हामीले अनुभूत गर्‍यौं । त्यहाँ केही काम भए, ती कामको जस प्रधानमन्त्री केपी शर्मा ओलीले पनि लिनुभएको देखियो । तर, स्वास्थ्य बीमा तपाईंले चाहेजसरी अघि बढ्न नसक्नुमा राजनीतिक द्वन्द्व पो छ कि भन्ने महशुस समेत केही घटनाक्रमले गराएका छन् । खुलस्त भन्दा तपाईंले पनि त्यस्तै महशुस गर्नुभएको हो ?**

स्वास्थ्य मन्त्रालयले स्वास्थ्य बीमा सुधारका लागि समिति बनायो । त्यसले प्रतिवेदन बनायो । प्रतिवेदनलाई लिएर प्रधानमन्त्री लगायतका ठाउँमा पैरवी गरियो । सबैले सकारात्मक प्रतिक्रिया दिनुभयो । अहिलेका समयमा समस्या के हुन् ? कसरी हल गर्न सकिन्छ ? सुविधाको थैली ५ लाख कसरी पुऱ्याउने ? नियमित आम्दानी कसरी गर्ने ? सरकार मात्रै नभइ योगदान गर्ने नागरिकबाट कसरी लिने ? भन्ने सबै कुरा प्रतिवेदनमा छन् । त्योअनुसार कार्ययोजना पनि बनायौं । प्रधानमन्त्री समक्ष बुझायौं । कार्यान्वयन गर्नुपर्छ भन्नुभयो । कार्यान्वयन हुन्छ भन्ने पनि लागेको थियो ।बीमाका धेरै नकारात्मक बाहिर आएका छन्, सकारात्मक कुरा आएनन् । त्यसैले यसले त्यत्रो भारी कसरी बोक्न सक्छ? भन्ने पो भयो कि !

बीमाको ओएनएम सर्वे भएको छैन,

देशब्यापी नेटवर्क व्यवस्थित छैन, प्रविधिसँग जोड्न सकिएको छैन, उपकरण मत्रै बन्न सकेको छैन, त्यसैले पहिले ती सुधार गर्न आवश्यक छ। सुधार गर्न हामीले लगानी नगर्ने, साथ नदिने, अनि 'तिमी सुध्रियौ' भनेर मात्रै पनि भएन।

स्वास्थ्य सेवा सुधारका लागि राज्यले प्राथमिकता दिएर स्थापना गरेको संस्था हो। स्वास्थ्य बीमालाई पहिला आफ्नै खुट्टामा उभिन सक्ने व्यवस्थित संस्थाका रुपमा निर्माण गर्नुपर्छ। त्यसको पूर्वाधार, देशब्यापी नेटवर्क र प्रविधिमा समृद्ध बनाउन जरुरी छ।

हामी संरचनागत प्रणाली व्यवस्थित गर्न लागि परेका छौं। हामीले प्रस्तुत गरेको बीमा कार्यक्रम लागु गर्ने सन्दर्भमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डप्रति विश्वास नभएर पनि समस्या भएको छ। दोस्रो, सरकार पनि बीमा बोर्ड मार्फत् गर्ने हो कि सामाजिक सुरक्षामार्फत् गर्ने हो भन्नेमा दुविधामा रहेको जस्तो देखिन्छ।

सामाजिक सुरक्षामा राज्यका धेरै दायित्व हुन्छन्। त्यही दायित्व मध्येको एक स्वास्थ्य हो। स्वास्थ्यको दायित्व पूरा गर्न स्वास्थ्य बीमा बोर्ड गठन भएको हो। बीमा बोर्ड बनायो, नागरिकको उपचारका लागि सहुलियत दिन भन्यो। तर उपचारका लागि जति लागत लाग्छ, त्यो बीमा बोर्डलाई दिइएन। बीमा बोर्डको वार्षिक खर्च छ २४ अर्ब, राज्यले दिन्छ जम्मा १० अर्ब। बाँकी १४ अर्ब कहाँबाट ल्याएर दिने ?

राज्यको पहिलो दायित्व स्वास्थ्य सेवा हो। स्वस्थ मान्छे मात्रै शिक्षित हुन सक्छ, स्वस्थ मान्छे मात्रै रोजगार हुन सक्छ। राज्यले लगानी गरेर आमजनलाई स्वस्थ बनाउने हो। सक्नेबाट थोरै राज्यले लिन्छ, नसक्नेलाई उपलब्ध गराउँछ। यो घोषित नीति हो। त्यसैले यसमा लगानी पनि गर्नु पर्‍यो । प्राथमिकतामा पनि राख्नुपर्‍यो। यो अरु विषय जस्तै हो भन्ने हो भने प्राथमकिता राखेको मानिदैन।

- **स्वास्थ्य प्राथमिकतामा राखेर स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बनाएको देखिन्छ। तर, त्यसलाई अपेक्षित गति दिन कानुनी अवरोध छन् कि कार्यान्वयनमा अलमल बढी पाउनुहुन्छ ?**

२०७४ सालमा नै सबै कानुन र नियम बनिसकेका छन्। बनिसकेका नियम कुनैपनि कार्यान्वयन भएका छैनन्। निजामति क्षेत्रलाई बीमा बोर्डसँग जोड्ने कुरा २०७४ कै कानुनमा उल्लेख भइसकेको छ।

स्वास्थ्य सेवा सुधारका लागि राज्यले प्राथमिकता दिएर स्थापना गरेको संस्था हो। स्वास्थ्य बीमालाई पहिला आफ्नै खुट्टामा उभिन सक्ने व्यवस्थित संस्थाका रुपमा निर्माण गर्नुपर्छ। त्यसको पूर्वाधार, देशब्यापी नेटवर्क र प्रविधिमा समृद्ध बनाउन जरुरी छ।

विदेश जाने सबैलाई बीमासँग जोड्ने बाध्यकारी नियम बनाइएको छ। कानुन बनाउने कार्यान्वयन नगर्ने हुन्छ ? कानुनले एउटा व्यवस्था गरेको छ, अर्को कुनै विकल्प छ कि भनेर खोज्दै हिँड्ने पनि हुन्छ ? त्यसैले यो अलमल ठीक छैन। बीमा मार्फत् स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने हो भने मात्रै राज्यले स्वास्थ्य सेवालाई प्राथमिकता दिएको, लगानी गर्न खोजेको, स्वास्थ्य सेवा दिन खोजेको भन्ने बुझिन्छ।

हामी आइसकेपछि धेरै सुधार भएको छ। तर पूर्ण व्यवस्थित भइसकेको छैन। बीमा बोर्डको आम्दानी साढे ७ अर्बबाट १० अर्ब पुग्यो, त्यो आवश्यकता अनुसार हात्तिको मुखमा जिरा हुन्छ। त्यसैले बीमा बोर्डको आम्दानीको पक्षमा हामीले उल्लेखनीय प्रगति गर्न सकेका छैनौं। हाम्रो प्रस्ताव सारा नेपाली, उसले जागिर खाएको होस्, नखाएको होस्, व्यवसाय गरेर आम्दानी गर्ने होस्, नगर्ने होस्। एकदमै सम्पन्न होस् कि विपन्न होस् सबैलाई बीमामा जोड्नुपर्छ भन्ने छ।

बीमा बोर्डको आम्दानी बढाउने र काम गर्ने संरचना बनाउने गर्नुपर्छ। कानुनी पक्षबाट नयाँ केही गर्नुपर्ने छैन। कार्यान्वयन गर्नुपर्नेछ। बजेटमा अर्थ मन्त्रीज्यूले कानुन कार्यान्वयन गरिनेछ भन्नुभएको छ। बक्यौता फरकफारक गर्ने कुरा बजेटमै भनिसकेका छौं। भदौभित्र २०८२ असार सम्मको फर-फारक सबै गर्नेछौं। साउन महिनामा मन्त्रालयमा बीमाका लागि जति रकम उपलब्ध छ, त्यो प्रयोग गर्छौं। पहिलो किस्ता यसरी प्रयोग हुन्छ। दोस्रो किस्ताका लागि भदौमै सुविधा दिनुपर्छ, त्यसो भयो भने फरफारक हुन्छ।

आम्दानी वृद्धि गर्न मौजुदा कानुनले जे व्यवस्था गरेको छ, लागु गरिनुपर्छ। संरचनागत ढंगले व्यवस्थित गर्न, चुहावट रोक्न विभिन्न विषय कार्यान्वयनमा ल्याएका छौं। अहिले हामीले ८ प्रकारका कडा. रोगमा २ लाख बनाएका छौं। विपन्न छुट्टै होइन, बीमामै आउँछ। ८ वटा कडा. रोगमा फेरि एक लाख थपिन्छ। तीन लाख बन्छ।

रियल टाइम तीन महिनाबाट एक महिना बनाइसक्यौं। प्रथम सेवा विन्दु जो जहाँ छ, त्यहीँबाट लिन सकिने व्यवस्था गरेका छौं। प्रथम सेवा विन्दु नभएको पालिकामा स्थापना गर्न संघीय सरकारले सहयोग गर्छ। लक्षित समूहलाई आवश्यक सेवा उवलब्ध गराउन काम गरेका छौं। बीमा सुधारको योजना बनिसकेको छ। कार्यान्वयन गर्ने हो भने सबै मिल्छ। प्रधानमन्त्री (केपी शर्मा ओली)ज्युको हुटहुटी देख्छु। हुटहुटी भएको प्रधानमन्त्री समक्ष पूर्ण व्यवस्थित गर्नेगरी डकुमेन्ट प्रसतुत गरेका छौं। अलमल गर्नुपर्ने छैन। तर गति भने तीव्र हुनुपर्ने छ।

अन्तर्राष्ट्रिय प्रचलनअनुसार १० प्रतिशत बजेट स्वास्थ्यमा हुनुपर्छ। हाम्रोमा आधा भन्दा कम छ। डोनरले हात झिकिसकेको छ। सरकार स्वास्थ्यको दायित्वबाट भाग्न त सक्दैन, विकल्प के हो त ? योगदान गर्न सक्ने नागरिकलाई स्वेच्छिक योगदान गर्न सक्ने प्रणालीको विकास गर्ने, त्यो भनेको बीमा नै हो। मैले बुझाउन नसकेको हुनसक्छ तर मेरो प्रयास जारी छ।

- **निजामति विधेयकमा स्वास्थ्य बीमा सामाजिक सुरक्षा कोषबाट गर्ने कुरा उल्लेख भयो। राष्ट्रिय सभामा पुगेको निजामति विधेयकमा संशोधन गर्न केही पहल भएको छ ?**

राष्ट्रिय सभाका माननीयलाई २०७४ सालमै ऐनले व्यवस्था गरेको छ, त्यही व्यवस्था कायम रहनेगरी नयाँ व्यवस्था हटाइदिन अनुरोध गरेका छौं।

संसदले ऐन पास गर्ने, कार्यान्वयन नगरी बदलिने हुँदा त संसद्प्रति नै आमनागरिकको विश्वास घटेर जान्छ। समयमा यो कुरा जनकारी नुहँदा त्यस्तो पर्‍यो। म आफैंले संशोधन गरिदिन अनुरोध गरेको छु। बुझ्नुपर्ने के हो भन आम्दानी नभएको बीमा बोर्डले स्वास्थ्य सेवा किन्न सक्दैन। उसले आम्दानी गर्ने स्थिति बनाउनुपर्छ।

बीमा बोर्डको आजको खर्च २४ अर्ब हो।

सरकारी संगठित क्षेत्र जोडिदा आम्दानी १ खर्ब हुन्छ। सबैलाई पाँच लाख चाहिन्छ भन्ने छैन, आवश्यकता अनुसारको प्याकेज बनाउन सकिन्छ। स्वास्थ्य बीमा बोर्डले नागरिकको उपचार गरेबापतको रकम अस्पताललाई तिरेमा राज्यले अस्पताललाई लगानी गर्नुपर्ने अवस्थाको अन्त्य हुन्छ।

हाल एउटा अस्पतालको मात्रै ६२ करोड बीमा बोर्डले तिर्न बाँकी रकम छ। यसबाट पनि बीमा सेवा बापत अस्पतालले प्रशस्त आम्दानी गर्न सक्ने प्रष्ट हुन्छ।

हाल सरकारी अस्पतालको उपचार सेवामा १०० रुपैंया खर्च हुँदा ५४ रुपैयाँ नागरिकको पकेटबाट हुने गरेको छ। बीमालाई व्यवस्थित गर्न सकेमा नागरिकले ८ रुपैंया मात्रै खर्च गर्नुपर्छ। जुन करिब-करिब निःशुल्क हो। यस्तो गर्न सकेमा सरकारले आमूल परिवर्तन गरेको भान नागरिकमा पर्छ, जसले सरकारप्रतिको विश्वास समेत बढाउँछ। हाल हामी नागरिकको गोजीबाट कम भन्दा कम खर्चमा कसरी गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सक्छौं भन्ने लक्ष्यका साथ काम गर्न खोजिरहेका छौं। त्यसका लागि स्रोत व्यवस्थापन कसरी गर्ने तथा नागरिकलाई कसरी जोड्ने भन्ने स्पष्ट खाका समेत हामीले दिइसकेका छौं।

- **स्वास्थ्य मन्त्रालयले जनशक्तिका विषयमा विभिन्न प्रश्नहरूको सामना गर्नुपरेको छ, हाल मन्त्रालयले जनशक्ति व्यवस्थापनका लागि अर्थमन्त्रालय पठाएको ओ एन्ड एम प्रस्ताव फिर्ता आएको सुनिन्छ। वा त्यसमा पनि अवरोधको सृजना भयो ?**

क्याबिनेटले ५ वर्षमा साढे १२ हजार जनशक्ति स्वास्थ्य क्षेत्रमा थप्ने प्रस्ताव पास गरिसकेको छ। जुन सरकारले गरिसकेको प्रतिबद्धता हो। २०४८ सालपछि सम्माननीय पूर्वराष्ट्रपति डा. रामवरण यादव स्वास्थ्यमन्त्री हुँदाको समयमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनशक्ति थपिएको थियो। त्यसपश्चात् जनशक्ति थप भएको छैन। यसबाट राज्यले स्वास्थ्य क्षेत्रलाई प्राथमिकतामा नराखेको प्रष्ट हुन्छ।

म स्वास्थ्यमन्त्रीका रुपमा आउँदा ३२ हजारको ओ एन्ड एमको डकुमेन्ट तयार गरिएको थियो, भनिएअनुसार सम्भव छैन। त्यसकारण सम्भव नहुने कुरा भनिरहनु उपयुक्त हुँदैन। एकैपटकमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा जति आवश्यक छ, त्यति नै मात्रामा जनशक्ति थप्नका लागि राज्यको स्रोत साधनले नपुग्ने स्थिति छ। त्यसकारण १ वर्षमा २५ सय जनशक्ति थप गर्ने नीति ल्याइएको हो।

यसवर्ष २ हजार १०२ जना थप्ने प्रस्ताव लगिएको हो। बाँकी ३ सय ९८ जना पञ्चकर्म, छाति रोग अस्पताल, शुशील कोइराला प्रखर क्यान्सर अस्पताल, अर्थात् संरचना बनेको तथा ओ एन्ड एम नभएकोलाई बाँकी राखिएको हो।

दुर्गममा चिकित्सक कसरी जाने स्थिती बन्छ भन्दै अझै प्रष्ट बनाउन अर्थले अनुरोध गरेकोले थप प्रष्टोक्तिसहित अर्थमा पठाइएको छ। यो ओ एन्ड एम स्वीकृत हुनेमा मलाई विश्वास छ।

- **आधारभुत अस्पतालको विषय पनि त्यत्तिक पेचिलो बनेको छ। भवन बनेका छन् तर कहिले चल्ने भन्ने टुंगो छैन, कति भवन नै अलपत्र परेको सुनिन्छ। यसमा स्वास्थ्य मन्त्रालयले कसरी काम गरिरहेको छ ?**

संरचना बनेर हस्तान्तरण भइसकेका ४८ अस्पताल सञ्चालनमा ल्याइसकिएको छ। कतिपय धेरै खर्च गरेर बनाइएका भव्य अस्पताल भवन समेत हस्तान्तरण नभएको अवस्था छ। जसको विभिन्न निकायमा मुद्दा पनि परेको छ। त्यसकारण भव्य भौतिक संरचना भएपनि आन्तरिक समस्या भएका अस्पतालहरू सञ्चालनमा तत्कालै ल्याउने स्थिति छैन। त्यस्ता अस्पताललाई समेत सञ्चालनमा ल्याउनका लागि विभिन्न बाधा व्यवधानहरूलाई पनि हटाउने प्रयास स्वास्थ्य मन्त्रालयले गरिरहेको छ।

त्यस्तै ३ सय ९८ अस्पतालमध्ये बन्दै गरेका अस्पतालहरूलाई पूर्णता दिनका

लागि सम्बन्धित स्थानीय निकायसँग सहकार्य गर्ने गरी योजना बनाइएको छ। त्यसैअनुरुप रकम समेत विनियोजन गरिएको छ। डिपिआर भएको तथा डिपिआर पनि नभएकाहरूमा भने जटिल स्थिति छ। जसमा सम्बन्धित पालिकाहरू सम्पर्क भएको छ, जसका लागि नयाँ म्यापिङ गरेर निर्णय गर्नुपर्ने स्थिति छ। ७५३ स्थानीय तहमा नै अस्पताल बनाउन सके रेफरल केन्द्र बनाउन सहज हुन्छ। त्यसका लागि ठूलो मात्रामा रकम आवश्यक पर्छ।

त्यसैले हामीले आधारभुत अस्पताल बनिसकेकालाई प्रथम सेवा विन्दु बनाउने तथा नबनेका स्थानमा प्रथम सेवा विन्दु बनाउनका लागि उक्त ठाउँमा रहेको स्वास्थ्य चौकीको स्तरोन्नती गर्ने तयारी गरेका छौं। आधारभुत अस्पताल नबनेका पालिकाहरूमा नयाँ म्यापिङ गरेर दुई वा दुईभन्दा बढीलाई गाभ्ने योजना बनाएका छौं।

- **सञ्चालनमा आइसकेका ४८ तथा बनिसकेका एक सय अस्पतालहरूको सञ्चालन मोडालिटी के हुन्छ ?**

सञ्चालनमा आइसकेका ४८ अस्पतालहरूमा जनशक्ति छन्। उक्त जनशक्ति सञ्चालन हुने अस्पतालमा नै काम गर्छन्। हामीले प्रदेशमार्फत् प्रत्येक अस्पतालमा चिकित्सक पठाएका छौं। पहिले नै कार्यरत जनशक्ति तथा हालका चिकित्सक रहेर त्यसलाई सञ्चालन ल्याइने छ। उपकरणहरू व्यवस्थापनका लागि स्थानीय स्तर तथा स्वास्थ्य मन्त्रालयबीच सहकार्य गर्ने सहमति भएको छ।

जनशक्ति अपुग, ल्याब अभाव लगायतका समस्या रहेका छन्। ल्याव सेवालाई विस्तार गर्नका लागि विश्व स्वास्थ्य संगठनसँग स्रोत जुटाउनका लागि स्वास्थ्य मन्त्राालयले परामर्श गरिरहेको छ। रेफरल केन्द्रको मापदण्ड पूरा हुनेगरी मात्रै सञ्चालन गर्ने तयारी छ।

- **तपाईंले अस्पताल सुधारका लागि ९ बुँदे प्रतिबद्धता व्यक्त गर्नभएको थियो। ती प्रतिबद्धतामा प्रगति अपेक्षित छ ?**

प्रवेश नै नगरेको एउटा पनि बुँदा छैन भन्ने मलाई लाग्छ। यद्यपि कति प्रतिशत काम भएको छ भन्नेचाहिँ होला। जस्तै काठमाडौंमा सुविधा सम्पन्न न्यूरो अस्पताल बनाउने बजेटमा उल्लेख गरिएको छ। त्यसको लागि डिपिआर बनाउने प्रक्रियाको सुरुवात हामीले

अस्पतालको सेवा सुधारका लागि लाइन घटाउने सन्दर्भमा भने काउन्टर मात्रै खोलेर भन्दा पनि जनशक्ति र उपकरणको व्यवस्थापन आवश्यक हुन्छ भन्ने लाग्छ। वीर अस्पतालमा दैनिक ७२ जनाले एमआरआई सेवाका लागि नाम लेखाउने अवस्था छ।

सुरु गरिसकेका छौं। त्यसकारण कुनैपनि बुँदामा हामी प्रवेश नगरेको भन्ने छैन।

मधेशमा मृगौला उपचार केन्द्र स्थापना गर्ने भनिएकोमा त्यसअनुसारको रकम विनियोजन भइसकेको छ। त्यसका लागि प्रदेश सरकारलाई विशिष्टीकृत मृगौलाको उपचार उपलब्ध गराउने संघीय अस्पताल भएको जिल्ला बाहेकमा स्थान खोजी दिनका लागि भनिसकेका छौं।

मधेश प्रदेशमा ट्रमा सेन्टर बनाउने कार्य पनि अगाडि बढाइएको छ। जनस्वास्थ्यलाई पालिकास्तरमा विस्तार गर्ने घोषणा अनुरुप जनस्वास्थ्य अधिकृत नियुक्त गरिएको छ। अस्पतालको सेवा सुधारका लागि लाइन घटाउने सन्दर्भमा भने काउन्टर मात्रै खोलेर भन्दा पनि जनशक्ति र उपकरणको व्यवस्थापन आवश्यक हुन्छ भन्ने लाग्छ। वीर अस्पतालमा दैनिक ७२ जनाले एमआरआई सेवाका लागि नाम लेखाउने अवस्था छ। एउटा एमआरआईले २९ जनालाई मात्रै सेवा दिन सक्ने रहेछ। त्यहाँ लाइन घटाउनका लागि एमआरआई मेसिन थप्नुपर्ने हुन्छ। त्यसका लागि प्रक्रिया अगाडि बढाइएको छ। त्यस्तै जनशक्ति, शल्यक्रियाको क्षमता, ल्याब सेवा पनि बढाउने प्रक्रिया अगाडि बढाइएको छ।

उपकरण, जनशक्ति र पूर्वाधारमा पूर्णता भए मात्रै लाइन घट्ने रहेछ। अहिले हरेक अस्पतालमा बेड, शल्यक्रिया क्षमता तथा आइसियूको क्षमता बढेको छ। सरकारी अस्पतालमा भिड भएपनि राम्रो उपचार हुने विश्वास छ।

ओ एन्ड एम सर्वे स्वीकृत भएमा वा सबै अस्पतालमा उपकरणको व्यवस्थापन गर्न सकेमा अस्पतालको क्षमता बढ्छ। एक अस्पतालमा गरेको परीक्षणलाई अर्को अस्पतालले मान्यता नदिने प्रणालीको पनि अन्त्य गर्नका लागि डिजिटल प्रणाली अगाडि बढाइएको छ। जसका लागि बजेट विनियोजन गरिसकेका छौं। त्यस्तै उपकरण अडिट पनि अनिवार्य रुपमा गर्ने व्यवस्था गरिएको छ। जसका लागि अस्पतालहरूलाई स्रोत उपलब्ध गराउने गरी अगाडि बढ्नेछौं। अस्पतालमा बिग्रेका उपकरण मर्मतका लागि राष्ट्रिय आविष्कार केन्द्रसँग सम्झौता गरिएको छ। यो बाहेक सेवा सुधारका लागि धेरै काम अगाडि बढाइएको छ, जसले केही समयपछि नतिजा दिनेछ।

उच्च रक्तचापको औषधि कति बेला खाने ?

• डा. अनिल भट्टराई
मुटु रोग विशेषज्ञ

उच्च रक्तचापबारे बुझ्नैपर्ने कुरा

शरीरको रक्तचाप सामान्यभन्दा बढी हुनुलाई उच्च रक्तचाप भनिन्छ । रक्तचाप माथिल्लो सिस्टोलिक र तल्लो डायस्टोलिक गरी दुई प्रकारको हुने गर्छ । माथिल्लो रक्तचाप ११० देखि १३० हुनुलाई सामान्य मानिन्छ भने तल्लो रक्तचाप ७० देखि ८० भएको अवस्थालाई सामान्य मानिन्छ । हालको नयाँ निर्देशिका अनुसार भने सिस्टोलिक १३० देखि १४० को बीचलाई सामान्य उच्च रक्तचाप भन्ने बुझिन्छ भने डायस्टोलिक ८० र ९० बीचलाई पनि सामान्य उच्च रक्तचाप भन्ने बुझिन्छ । त्यस्तै दोस्रो ग्रेडमा १४० र १६० को बीचलाई उच्च रक्तचाप भनेर परिभाषित गरिएको छ । यदि माथिल्लो रक्तचाप १४० भन्दा माथि र तल्लो ९० भन्दा माथि रहेको अवस्थामा सामान्यतया चिकित्सकहरूले उच्च रक्तचापको औषधि सेवनका लागि सिफारिस गर्छन् ।

उच्च रक्तचापका लक्षणहरू

कतिपय अवस्थामा कुनै लक्षण बिना नै मानिसमा रक्तचापको समस्या आउने गर्छ । यद्यपि टाउको दुख्ने, रिंगटा लाग्ने, छाती दुख्ने तथा मुटु ढुकढुक हुने लगायतका लक्षणहरू देखिन सक्छन् । उच्च रक्तचापका कारण अन्य अंगहरूमा समेत असर पर्छ । उच्च रक्तचापले दृष्टिमा समेत समस्या ल्याउन सक्छ । उच्च रक्तचापका कारण मिर्गौलाले पनि सही रुपमा काम नगर्न सक्छ । लामो समय उच्च रक्तचापको समस्या पश्चात् स्ट्रोकको समस्या पनि देखा पर्न सक्छ ।

कुन अवस्थामा बिरामीलाई औषधि सिफारिस गरिन्छ ?

उच्च रक्तचापमा बिरामी उमेर हेरेर चिकित्सकहरूले औषधि सेवनका लागि सिफारिस गर्छन् । सामान्यतया सिस्टोलिक रक्तचाप १४० भन्दा माथि तथा डायस्टोलिक रक्तचाप ९५ माथि भएको अवस्थामा औषधि सिफारिस गरिन्छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार औषधि सेवन गरिसकेका मानिसहरूमा एक वर्षसम्म निरन्तर रुपमा रक्तचाप कम भएको अवस्थामा औषधि छोड्न मिल्छ । त्यो बाहेक यदि कसैलाई न्यूनतम डोजको औषधि दिइएको छ, त्यो अवस्थामा बिरामीले जीवनशैली परिवर्तन गरेमा पनि औषधि छोड्न मिल्ने पनि हुनसक्छ । यद्यपि एक पटक उच्च रक्तचापको औषधि सेवन गरिसकेका अधिकांश बिरामीमा औषधि छुटाउन मिल्ने सम्भावना एकदमै कम हुन्छ ।

उच्च रक्तचापका कारण हुने जोखिम

उच्च रक्तचाप भएका मानिसहरूले लामो समयसम्म पनि औषधि सेवन नगरेमा मुटुको मांशपेशीहरू बाक्लो हुँदै जाने सम्भावना रहन्छ । लामो समयपछि त्यसले मुटुको च्याम्बर सानो हुँदै जान्छ । यस्तो अवस्थामा सामान्य हिडाइँमा पनि स्वाँ –स्वाँ हुने गर्छ । समयमा उपचार नगरेमा उच्च रक्तचापका कारण कोलेस्ट्रोरेल उच्च हुने, हृदयाघात हुने, पक्षघात हुने, मिर्गोला फेल हुने, आँखाको ज्योती गुम्ने, मुटुबाट निस्केको ठूलो नशा वा एओर्टा फुट्नेसम्मका जोखिम हुनसक्छ । जसका कारण मान्छेको ज्यान जानेसम्मको खतरा हुनसक्छ । त्यसकारण उच्च रक्तचापलाई साइलेन्ट किलर अर्थात् 'सुषुप्त हत्यारा' पनि भनिन्छ । त्यसकारण उच्च रक्तचापलाई वेवास्ता गरी नियमित रुपमा औषधि सेवन नगरेमा यसले मानिसको ज्यान समेत जान सक्छ । विश्वका ३० प्रतिशत मानिसहरूमा कार्डियो भास्कुलर रोग रहेको अनुमान गर्न सकिन्छ ।

संसारमा हुने कुल मृत्युमध्ये ३० प्रतिशत मृत्यु यसका कारण हुने गरेको छ । जसमा हृदयाघात, मस्तिष्कघात लगायतका सम्पूर्ण रोगहरू पर्छन् ।

उच्च रक्तचाप हुनबाट कसरी बच्ने ?

- परिवारका अग्रजमा उच्च रक्तचापको समस्या भएका व्यक्तिले ३५ वर्ष पुरा भएपछि नियमित रुपमा रक्तचाप परीक्षण गर्ने ।
- अल्कोहल तथा बढी मात्रामा माछामासुको सेवन नगर्ने ।
- नियमित रुपमा शारीरिक व्यायाम गर्ने ।
- शरीरमा कोलेस्ट्रोरेल र सुगरको मात्रालाई नियन्त्रण गर्ने ।
- नुनको सेवन कम गर्ने ।

बढ्दै न्युरो समस्याः रोकथाम र सरकारी भूमिका

• डा. आशिषजंग थापा

सिनियर कन्सल्टेन्ट, न्युरो एन्ड स्पाइनल सर्जन
न्युरो कार्डियो मल्टीस्पेसियालिटी हस्पिटल

विगत १० वर्ष अगाडिसम्म काठमाडौं उपत्यकाका अस्पतालहरूमा न्यूरो सर्जरीका जटिल केशहरू बाहिरका अस्पतालबाट रेफर भएर जान्थे । तर पछिल्ला वर्षमा भने काठमाडौं बाहिरका अस्पतालमा पनि जटिल केशहरूको उपचार हुन थालेको छ । कोशी प्रदेशमा पनि न्युरो सर्जरीको सामान्यदेखि जटिल प्रकारका सेवा दिने अस्पतालहरू १०–१२ वटा भइसकेका छन् ।

पछिल्लो समय काठमाडौं उपत्यका र उपत्यका बाहिरका अस्पतालहरूमा समान प्रकारको न्युरो सर्जरीको सेवा लिनका लागि बिरामीहरू आइरहेका छन् । यद्यपि कतिपय न्युरोका ठूला–ठूला सर्जरीका लागि बिरामीहरू काठमाडौंको वीर, त्रिवि शिक्षण लगायतका अस्पतालहरूमा जाने गर्छन् । स्वास्थ्य बीमा अन्तर्गत सेवा पाइने भएकोले पनि हामीले कतिपय अवस्थामा बिरामीहरू रेफर गर्दै आइरहेका छौं । यद्यपि केशका आधारमा भने खासै फरक छैन ।

न्युरो कार्डियो मल्टीस्पेसियालिटी हस्पिटलमा हेड इन्जुरी भएका बिरामीहरू धैरै आउने गरेका छन् । विराटनगरमा २५ वर्ष अगाडि यस अस्पतालको स्थापना भएको थियो । अस्पतालले विगत १५ वर्षदेखि न्युरो सर्जिकल सेवा दिँदै आइरहेको छ । त्यतिबेला देखि नै अस्पतालमा ट्रमा सेवा दिनुपर्ने तथा सडक दुर्घटनाका बिरामीहरू आउने गरेका छन् ।

नेपालमा बढी देखिएका न्युरो सम्बन्धी समस्याहरू

नेपालका कतिपय न्युरो सम्बन्धी समस्या भएका बिरामीहरू गम्भीर भइसकेपछि मात्र उपचारका लागि अस्पताल पुग्ने गरेका छन् । तर विगतको तुलनामा भन्दा पछिल्लो समय उपचारका लागि आउने बिरामीहरूको संख्या बढ्दै गएको पाइन्छ ।

ब्रेन ट्युमर, टाउकोमा पानी जम्ने, स्पाइनल कर्ड राम्रो नबन्ने समस्या लगायत चोटपटकको समस्या पछिल्लो समय मस्तिष्कका समस्याका रुपमा देखिने गरेको छ । टाउकोमा एनोरिजम जस्ता कतिपय मस्तिष्कसम्बन्धी समस्या पुरुषको तुलनामा महिलामा धेरै देखिने गरेको छ । त्यस्तै सडक दुर्घटनाका कारण देखिने मस्तिष्कसम्बन्धी समस्या बढी पुरुषहरूमा देखिएको छ ।

हाल अस्पतालको ओपिडीमा नशा च्यापिने समस्या भएका बिरामीहरू धैरै आउने गरेका छन् । लामो समयसम्म एउटै पोजिसनमा बसेर काम गर्नुपर्ने मानिसहरूमा यस्तो समस्या बढेको देखिन्छ । युवापुस्ताका लागि यो चासोको विषय नै बनेको छ । यस्तो समस्याको छुटकाराका लागि जीवनशैली परिवर्तन गर्न सकिन्छ ।

ब्रेन ट्युमर जस्ता रोगहरू लाग्ने यकिन कारण पत्ता लगाउन सकिएको छैन । यद्यपि वंशाणुगत कारण पनि यस्ता समस्या आउनुमा जिम्मेवार भने हुन्छ ।

रोकथाम र सरकारी भूमिका

हेड, स्पाइनल कर्ड तथा मेरुदण्डमा इन्जुरी भएको बिरामीलाई सरकारको तर्फबाट उपचारमा एक लाख सम्म छुट व्यवस्था हुँदै आएको छ । त्यसलाई निरन्तरता दिँदै हेड इन्जुरीलाई मात्रै नभई मस्तिष्कमा ट्युमर भएका बिरामीलाई पनि उक्त छुट प्रदान गर्न सकेमा निम्न आय भएका बिरामीहरूले पनि मस्तिष्क रोगको उपचार स्थानीय तहमा नै पाउन सहज बन्न सक्थ्यो ।

सडक दुर्घटनाका कारण हुने विभिन्न प्रकारका ट्रमाका केसहरूबाट सुरक्षाका उपायहरू अपनाउन सकिन्छ । ट्युमर लगायतका अन्य मस्तिष्कसम्बन्धी रोगहरूको उपचार विदेशमा जस्तो नेपालमा चाँडै नै नहुने स्थिती छ । जसले उपचारमा असहजताको स्थिती आउने गर्छ ।

रोकथामका लागि समय समयमा टाउकोमा हुने समस्याको पहिचानका लागि परीक्षण गर्न सके समयमा नै उपचार हुन्थ्यो । यस्ता रोगको नियन्त्रणमा सरकारको भूमिका महत्वपूर्ण रहन्छ । वीर, त्रिवि शिक्षण अस्पताल लगायतमा रहेको सेवालाई उपत्यका बाहिर विस्तार गर्न सकेको अवस्थामा त्यसले बिरामीलाई उपचारमा सहजता मिल्थ्यो । वीर तथा त्रिवि शिक्षण अस्पतालको जस्तै सेवा प्रदेशस्तरका सरकारी अस्पतालहरूमा प्रदान गर्न सके तत्कालै सेवा आवश्यक भएका बिरामीले सेवा पाउँथे । अकालमा हुने मृत्यु हुनबाट रोक्न सकिथ्यो ।

संवाद

चिकित्सकहरू व्यवस्थापनमा आउने हो भने क्लिनिकल काम छाड्नुपर्छ

डा. बच्चु कैलाश कैनीले सन् १९९१ देखि स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्दै आएका छन्। उनको पहिलो जागिर नेपाल हृदय रोग निवारण प्रतिष्ठान (नेपाल हार्ट फाउन्डेसन) मा कार्यक्रम अधिकृतको रूपमा थियो। सन् १९९५ मा सहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदयरोग केन्द्र स्थापना हुँदा उनी त्यस अस्पतालको पहिलो कर्मचारी, पहिलो व्यवस्थापक, र पहिलो प्रशासक बन्ने अवसर पाएका थिए। उले सहिद गंगालालमा काम गर्दागर्दै सन् २००० मा भारतको जयपुरस्थित इन्डियन इन्स्टिट्युट अफ हेल्थ म्यानेजमेन्ट रिसर्च विश्वविद्यालयबाट स्वास्थ्य व्यवस्थापनमा दुई वर्षे स्नातकोत्तर अध्ययन सरकारी छात्रवृत्तिमा पूरा गरे। बेलायत जानुअघि उनी सहिद गंगालाल हृदय रोग केन्द्रमा प्रशासन प्रमुखको दशौं तहको स्थायी जागिरमा थिए। गंगालालमा प्रशासकको रूपमा काम गर्दा केही बाधा र अवरोधहरू आएकाले थप अध्ययन र अनुभव लिन उनी सन् २००५ मा बेलायत गए। जहाँ उनले १६ वर्षभन्दा बढी समय एनएचएस अन्तर्गतका अस्पतालहरूमा अस्पताल व्यवस्थापकको रूपमा काम गरेका छन्। उनीसँग स्वास्थ्य खबरले गरेको संवाद:

- **अस्पताल व्यवस्थापकको महत्व किन छ र उनीहरूको भूमिका कस्तो रहन्छ?**

अस्पताल भनेको एउटा अत्यन्तै जटिल संस्था हो, जहाँ चिकित्सक, नर्स, फार्मासिस्ट, रेडियोग्राफर, ल्याब टेक्निसियन, फिजियोथेरापिस्ट लगायत धेरै स्वास्थ्यकर्मीहरूले काम गर्छन्। उनीहरू क्लिनिकल विज्ञानमा विज्ञ हुन्छन्। अस्पताल व्यवस्थापकले ती क्लिनिकल विज्ञहरूलाई सहज वातावरण बनाइदिने र उनीहरूको कामलाई सहजीकरण गर्ने गर्छन्।

त्यसैगरी अस्पतालको नीति निर्माण गर्ने, दैनिक कार्य सञ्चालन, अस्पतालको गुणस्तर सुधार गर्ने, अस्पतालको रणनीतिक व्यवस्थापन, वित्तीय व्यवस्थापन, योजना तथा आर्किटेक्चर प्लानिङ लगायतका धेरै महत्वपूर्ण विषयहरू व्यवस्थापकहरूले पढेका हुन्छन् र सोही अनुसार काम गर्छन्।

यी सबै कुराहरू चिकित्सकहरूले पढेका हुँदैनन् र उनीहरूलाई यसको ज्ञान पनि हुँदै। डाक्टरहरूको विज्ञता क्लिनिकल क्षेत्रमा हुन्छ र उनीहरूले आफ्नो अधिकांश समय क्लिनिकल काममै बिताउनुपर्छ।

- **चिकित्सकले अस्पताल व्यवस्थापनको भूमिका निर्वाह गर्दा कस्ता समस्याहरू आउँछन् ?**

नेपालमा अहिले धेरैजसो अस्पतालमा मेडिकल सुपरिटेन्डेन्ट (मेसु) वा मेडिकल डाइरेक्टरले नै अस्पताल व्यवस्थापकको भूमिका पनि निर्वाह गर्ने प्रचलन छ। यसरी चिकित्सकहरूले क्लिनिकल कामका साथै व्यवस्थापकीय काम पनि गर्दा उनीहरूको समय र विज्ञता दुवै बाँडिएको छ, जसले गर्दा उनीहरू आफ्नो मुख्य कामबाट विचलित भइरहेका छन्। यदि चिकित्सकहरू व्यवस्थापनमा आउने हो भने उनीहरूले व्यवस्थापकीय काम पूर्णकालीन गर्नुपर्छ, जुन कुनैपनि कर्पोरेट संस्थामा सीईओको पदमा जस्तै हुन्छ। यो पार्ट-टाइम गर्ने काम होइन र कुनै पनि देशमा यो चल्दैन ।

उनीहरूले व्यवस्थापनको पनि अध्ययन गर्नुपर्छ र मान्यता प्राप्त शैक्षिक संस्थाबाट व्यवस्थापनको तालिम लिएर मात्र नेतृत्वदायी भूमिकामा आउनुपर्छ । अहिले धेरै सरकारी र निजी अस्पतालहरूले राम्रो सेवा दिन नसक्नु, गुणस्तरीय सेवा नदिनु र आफ्नो लक्ष्य प्राप्त गर्न नसक्नुको सबैभन्दा ठूलो भूमिका

नेतृत्वको हुन्छ।

- **विश्वव्यापी अभ्यासमा अस्पताल व्यवस्थापकहरूको भूमिका कस्तो छ?**

अस्पताल व्यवस्थापनमा विश्वव्यापी अभ्यास नेपालको भन्दा धेरै फरक छ। बेलायतका स्वास्थ्य संस्थाहरू र अस्पतालहरूमा ७८ प्रतिशत नेतृत्वदायी पदहरू (मुख्य कार्यकारी पदहरू) गैर-चिकित्सकहरूले सम्हालेका हुन्छन्। बाँकी २२ प्रतिशत क्लिनिसियनहरूले पनि स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापनको तालिम लिएर मात्र नेतृत्वदायी भूमिकामा आएका हुन्छन्।

अमेरिकामा लगभग ९५ प्रतिशत अस्पतालका सीईओहरू गैर-चिकित्सकहरू नै हुन्छन् जसले अस्पताल व्यवस्थापन वा स्वास्थ्य सेवा प्रशासन जस्ता विषयहरू पढेका हुन्छन्।यसले चिकित्सकहरूको मुख्य काम क्लिनिकल क्षेत्रमा हुन्छ भने व्यवस्थापकीय कामका लागि छुट्टै दक्ष व्यवस्थापक हुनुपर्छ भन्ने अन्तर्राष्ट्रिय मान्यता देखाउँछ।

- **नेपालमा अस्पताल व्यवस्थापकहरूलाई स्वीकार गर्न किन कठिनाई भइरहेको छ?**

नेपालमा अस्पताल व्यवस्थापकहरूलाई उचित भूमिका र स्वीकार्यता नदिनुमा विभिन्न कारणहरू रहेका छन्। डाक्टरहरूको स्वास्थ्य क्षेत्रमा प्रभाव रहेको छ र उनीहरू गैर-चिकित्सकहरूलाई कम योग्यताका रूपमा बुझ्छन्। डा. गंगालाल र नेपाल क्यान्सर हस्पिटलमा काम गर्दा गैर-चिकित्सक सीईओलाई स्वीकार नगर्ने र चिकित्सक मेडिकल डाइरेक्टरलाई मात्र मान्नेजस्ता ठूला शक्ति संघर्षको सामना गरेको थिएँ। चिकित्सकहरूलाई आफू नै प्रमुख र 'हाकिम' रहन पाउनुपर्छ भन्ने लाग्छ। अस्पताल व्यवस्थापक नेतृत्वमा आउँदा आफ्नो हैकम घट्ला भन्ने त्रास पनि देखिन्छ।

अस्पताल व्यवस्थापन नेपालका लागि तुलनात्मक रूपमा नयाँ अवधारणा हो। २००० सालमा मैले मास्टर्स गरेर आउँदा यो विषयको नाम पनि धेरैले सुनेका थिएनन्। अस्पताल व्यवस्थापकहरूले अहिलेसम्म आफ्नो कामको प्रभावकारिता देखाउने पर्याप्त अवसर पाएका छैनन्]। यद्यपि, निक साइमन इन्स्टिच्युटको हालैको एक रिपोर्टले व्यवस्थापक रहेका अस्पतालहरूको न्यूनतम सेवा मापदण्ड रेटिङ उच्च रहेको देखाएको छ।

यदि चिकित्सकहरू व्यवस्थापनमा आउने हो भने उनीहरूले व्यवस्थापकीय काम पूर्णकालीन गर्नुपर्छ, जुन कुनैपनि कर्पोरेट संस्थामा सीईओको पदमा जस्तै हुन्छ। यो पार्ट-टाइम गर्ने काम होइन र कुनै पनि देशमा यो चल्दैन

निजी अस्पतालहरूमा प्रायः चिकित्सकहरू आफैं लगानीकर्ता हुन्छन् वा लगानीकर्ताका परिवारका सदस्यहरूले व्यवस्थापन गर्ने चलन छ। अस्पतालमा हुने मालप्र्याक्टिसहरू लुकाउन वा नियमविपरीतका कार्यहरू लुकाउन पनि अस्पताल व्यवस्थापकहरूलाई भूमिका नदिएको हुन सक्ने सम्भावना छ। चिकित्सकहरूले नीति निर्माणको तहमा प्रभाव जमाएर स्वास्थ्य व्यवस्थापकहरूको दरबन्दी सिर्जना गर्न चुनौती खडा गरिरहेका छन्।

- **अस्पताल व्यवस्थापक नहुँदा नेपालका अस्पतालहरूले कस्ता हानि बेहोरिरहेका छन्?**

अस्पताल व्यवस्थापकहरूको अभावमा नेपालका अस्पतालहरूले धेरै हानी बेहोर्नुपरेको छ। काठमाडौं उपत्यकाका अधिकांश ठूला निजी अस्पतालहरू ठूलो घाटामा छन्। यो व्यवस्थापकीय कमीकमजोरीका कारण भएको हो। अस्पताल खुल्दा फिजिबिलिटी स्टडी, कस्टिङ, रिटर्न अन इन्भेस्टमेन्ट , जोखिम व्यवस्थापन जस्ता व्यवस्थापकीय कार्यहरू नभएकाले अस्पतालहरू राम्रोसँग सञ्चालन हुन सकेका छैनन्।

घाटामा जाँदा समयमा तलब नदिने, कर्मचारीको मनोबल घट्ने र गुणस्तरमा सम्झौता गर्नुपर्ने जस्ता समस्याहरू आउँछन्। सरकारी अस्पतालहरूमा अत्यधिक चाप भए पनि सेवाको गुणस्तर छैन। अस्पतालहरूको साख, गुडविल र रेपुटेसनमा क्षति पुगेको छ। धेरै अस्पतालहरू अहिले बैंकको किस्ता तिर्न पनि संघर्ष गरिरहेका छन्।

व्यवस्थापनमा माग र आपूर्तिको तालमेल मिलाउनुपर्ने हुन्छ, जुन नेपालका अस्पतालहरूमा मिलेको छैन। आपूर्ति व्यवस्थापन, अपोइन्टमेन्ट प्रणाली, आर्थिक व्यवस्थापन, सरसफाइ, सुरक्षा, उपकरण मर्मत जस्ता दैनिक सञ्चालनका महत्वपूर्ण पक्षहरूमा कमजोरी हुँदा चिकित्सकहरूले पनि आफ्नो काम राम्ररी गर्न सक्दैनन्।

स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन मापदण्ड २०६१ (२००४/०५) अनुसार ५० शैयाभन्दा बढीका अस्पतालहरूमा स्वास्थ्य व्यवस्थापक राख्नैपर्ने बाध्यकारी प्रावधान भए पनि २० वर्षसम्म पनि सरकारले यसलाई लागू गर्न सकेको छैन। यसले समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई ठूलो क्षति पुऱ्याएको छ।

- **बेलायतको स्वास्थ्य प्रणालीबाट नेपालले के सिक्न सक्छ?**

बेलायतको स्वास्थ्य प्रणाली अत्यन्तै विकसित र व्यवस्थित छ। बेलायतमा सरकारी अस्पतालहरू पनि बिजनेस मोडलमा चल्छन्। उनीहरू एनएचएस ट्रस्ट (एक प्रकारको पब्लिक कर्पोरेसन) अन्तर्गत सञ्चालित हुन्छन् र सरकारको कमिसनिङ बोर्डलाई सेवा दिएबापत बिल बुझाएर भुक्तानी पाउँछन्। यसरी आएको पैसाबाट उनीहरू कर्मचारी व्यवस्थापन गर्छन्, अनावश्यक खर्च कटौती गर्छन् र नाफा-घाटाको हिसाब पनि गर्छन्। बेलायतका सरकारी अस्पतालहरू पनि बैंकक्रप्ट हुन सक्छन्।

बेलायतका स्वास्थ्य संस्थाहरूले उत्कृष्ट गुणस्तरीय सेवा उपलब्ध गराउँछन्। बेलायतमा स्वास्थ्य सेवा दर्ता, मापदण्ड निर्धारण, गुणस्तर कायम गर्ने र अनुगमन गर्ने कार्यका लागि छुट्टै नियामक निकाय छ। नेपालमा स्वास्थ्य मन्त्रालयले नै सेवा दिने र गुणस्तर नियन्त्रण गर्ने काम गर्दा स्वार्थको द्वन्द्व हुन्छ।

बेलायतमा ठूला परिवर्तन ल्याउनु परेमा वा कमजोरी महसुस भएमा त्यसलाई स्वीकार गरेर ठूला योजनाहरू बनाउने, कार्यान्वयनमा ल्याउने, मूल्याङ्कन गर्ने, अनुगमन गर्ने र त्यसबाट पाठ सिक्ने काम निरन्तर हुन्छ। उनीहरू लागू गर्न सकिने नीति मात्रै बनाउँछन्। बेलायतमा बिरामीलाई निःशुल्क सेवा उपलब्ध गराउनका लागि पर्याप्त फन्डिङको व्यवस्था छ।नेपालमा भने नीति कागजमा मात्र ठूलो बनाउने तर व्यवहारमा लागू नहुने, र लोकप्रियताका लागि नीति बनाउने चलन छ।

HIGH
BLOOD
SUGAR

मधुमेहका बिरामी र खानपान

• डा. बजरंग रौनियार
कन्सल्टेन्ट इन्डोक्राइनोलोजिस्ट

प्रि–डायबिटिज अवस्था एक परिचय

मधुमेह अर्थात डायबिटिजलाई नेपालमा अधिकांशले सुगर लागेको भनेर चिन्छन् । मधुमेह लाग्नु अगाडिको अवस्थालाई प्रि–डायबिटिज अवस्था हो । यसलाई बोर्डर लाइनको डायबिटिज समेत भनिन्छ । यसको निश्चित समय सीमा रहेको हुन्छ । चिकित्सकले रगतको रिपोर्ट हेरिसकेपछि खाली पेटमा सुगर लेभल १ सय देखि १ सय २६ भन्दा तल रहेको अवस्थालाई प्रि–डायबिटिज भनी यकिन गर्न सक्छन् । त्यस्तै खानापछिको सुगर लेभल १ सय ४० भन्दा माथि गएको तथा २ सय भन्दा तल रहेको अवस्थालाई पनि प्रि डायबिटिज अवस्था भन्न सकिन्छ । यसका साथै ३ महिने एचबिएवानसी अर्थात् एचबिए ५.७ देखी ६.४ को बीचमा रहेको अवस्थामा पनि प्रि–डायबिटिज भएको मान्न सकिन्छ । डायबिटिज भइसकेका करिब आधा बिरामीहरूलाई लक्षण नदेखिन सक्छ । अझै प्रि–डायबिटिज भएकाहरूमा लक्षण कमै मात्रै देखिन्छ । कतिपय बिरामीहरू अन्य समस्याको पहिचानका लागि रगत परीक्षण गर्दा मधुमेह भएको थाहा पाउँछन् ।

सुगर तथा थाइराइडको खानपानसँगको सम्बन्ध

मधुमेह प्रमुखरुपमा खानपान शैलीका कारण नै लाग्ने रोग हो । त्यस्तै शारीरिक परिश्रमको अभाव, मोटापना, जंकफुडको प्रयोग, धुम्रपान, मद्यपानको सेवानले मधुमेह गराउन सक्छ । थाइराइडलाई अटो इम्युन डिजिज् पनि भनिन्छ । आजकाल थाइराइड हुन्छ भन्दै आयोडिनयुक्त नुनको प्रयोग नगर्ने मानिसहरूको संख्या पनि धेरै छ । तर त्यो राम्रो होइन । यसो गर्दा शरीरलाई आवश्यक मात्रामा आयोडिन नपुग्ने स्थिती आउन सक्छ ।

सुगरका बिरामी र खानपान

सामान्यतया हल्का मात्रै काम गर्नेहरूका लागि दिनको २ हजार क्यालोरी भएको खानेकुरा पर्याप्त हुन्छ । मध्यम खालको शारीरिक परिश्रम गर्नेहरूका लागि २२ सय तथा धेरै परिश्रम गर्नेहरूका लागि २४ सय क्यालोरीको आवश्यकता दैनिक रुपमा पर्छ । त्यसमा कार्बोहाइट्रेड, भिटामिन, प्रोटिन लगायतका खानेकुरा उचित रुपमा मिलाउनुपर्छ । सुगरका बिरामीहरूले कार्बोहाइट्रेडको सेवन कम गर्नु राम्रो हो । त्यस्तै सुगर बढी भएका खानेकुरा नखाने, कम सुगर भएका खानेकुरा थोरै खाने तथा सुगर नभएका खानेकुरा नखाने गर्नुपर्छ । सुगर भएका मात्रै होइन नभएका मानिसहरूले पनि खानपानमा यस्तो शैली अपनाउन सके सुगर, प्रेसर तथा अनावश्यक बोसो लाग्ने समस्याबाट छुटकारा पाउन सकिन्छ ।

चिनी तथा चिनीजन्य खानेकुरा, तारेको, भुटेको खानेकुरा, रातो मासु लगायतका खानेकुरालाई सक्दो रुपमा बहिष्कार नै गरेको राम्रो हो । खानामा साग, सलाद तथा हरियो तरकारीको मात्रा बढाउनुपर्छ । गुलियो फलफुल धेरै खानु पनि राम्रो होइन । खानेकुराको मात्राले धेरै महत्व राख्छ । डायबिटिज भएका बिरामीले रातको समयमा भोको पेट सुत्नु हुँदैन । कहिलेकाहीँ नमिल्दो परिस्थितीमा बाहिरको यस्ता खानेकुराको सेवन गरेपनि त्यस्ता खानेकुरालाई बानीका रुपमा भने विकास गर्नहुँदैन ।

शरीरमा रहेको प्याङक्रियाज ग्ल्यान्डले इन्सुलिन उत्पादन गर्न छोडेको अवस्थामा सुगर बढ्ने हो । सुगर हुनलाई लामो प्रक्रिया पुरा भएको हुन्छ, जसका लागि वर्षौं लाग्छ ।

सामान्य मान्छेले बढी आँप खाँदैमा आजै सुगर लेभल बढ्ने होइन । यद्यपि भविष्यमा सुगर लाग्न नदिनका लागि भने वर्तमानदेखि नै सचेत भने हुनुपर्छ । यसका लागि समयदेखि नै खानपान शैलीलाई स्वस्थ बनाउनपर्छ ।

सुगरका बिरामीहरूले कार्बोहाइड्रेड निषेध नै गर्नुपर्छ भन्ने भ्रम छ । त्यो गलत हो । मानव शरीरलाई शक्ति दिने नै कार्बोहाइड्रेड भएका खानेकुराले हो, त्यसकारण सुगर बिरामीहरूले यस्ता खानेकुराको सेवन कम गर्नुपर्छ, निषेध होइन । सामान्य मानिसहरूले पनि कार्बोहाइड्रेडको कम सेवन तथा प्रोटिन भएका खानेकुराको बढी सेवन गर्नुपर्छ । खानेकुरामा साग, सलाद तथा फलफुलको प्रयोग बढी गर्नुपर्छ ।

मधुमेह र औषधि सेवन

मधुमेह एकपटक भइसकेपछि निको पार्न सकिँदैन भन्ने आम धारणा छ । मधुमेह भएका कतिपय बिरामीहरू बिना औषधि जीवनयापन गर्न सक्छन् । तर त्यसमा चिकित्सकको उपचार तथा बिरामीको मेहनत दुवैको योगदान रहन्छ । लामो समय जीवनशैली परिवर्तन तथा स्वस्थ खानपानले मात्रै यस्तो सम्भव छ । उच्च मात्रामा सुगर भएर अस्पताल आएका बिरामीहरूलाई इन्सुलिन दिने तथा भर्ना गरेर उपचार गर्नुपर्छ । यस्ता बिरामीलाई औषधि दिएर पठाउनुहुँदैन । प्याङक्रियाजलाई त्यस्तो अवस्थामा आराम दिन सकेमा पछि आवश्यक मात्रामा मात्रै इन्सुलिनको उत्पादन गर्ने अवस्थामा पुग्न सक्छ । त्यसकारण सुगरका बिरामीलाई सधैं औषधि सेवन जरुरी छैन ।

मधुमेहको उपचार

मधुमेहका बिरामीले सबैभन्दा पहिला शारीरिक कसरत तथा खानपानमा ध्यान दिन जरुरी छ । कम्तीमा पनि साताको ५ दिन प्रत्येक दिन ४५ मिनेटको दरले पसिना आउने गरी हिँड्नुपर्छ ।

मुख सुक्ने, पिसाब बढी लाग्ने, तौल घट्ने, खाना बढी खान मन लाग्ने, हातगोडा झमझम गर्ने लगायतका लक्षणहरू देखिएमा सुगर लागेको सजिलै पत्ता लगाउन सकिन्छ ।

'होलबडी' को हल्लामा नलाग्नुस्, ६० वर्ष वरपरकाले गर्नुहोस् यी १३ जाँच

• डा. भुवनराज गिरी

६० वर्षभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ भने केही जाँच नियमित गराउँदा लाभ पुग्छ । यो उमेरमा निर्धक्क, ऊर्जावान र स्वस्थ रहनका लागि अमेरिकाका विशेषज्ञहरूको समूहले अध्ययन गरेर निश्चित जाँच सिफारिस गरेको छ ।

केही नहुँदासम्म अस्पताल पनि नजाने र केही हुने बित्तिकै 'होलबडी' जाँच गर्ने हामी नेपालीको अनौठो बानी छ। अहिले 'होलबडी' भनिएका ती निश्चित जाँच शरीरका सवै अंगप्रत्यंगको जाँच होइन, ती जाँचबाट लाभ मिल्ने विषयमा कुनै अनुसन्धान पनि देखिदैन। स्वास्थ्यका बारेमा संवेदनशील नै नहुने बानी भएकाहरूका लागि त्यसले सामान्य पूर्वजानकारी लिनका लागि सहयोग गर्न सक्छ।

नेपाल जस्तो देश जहाँ स्वास्थ्यमा 'आउट अफ पकेट' खर्च ५६ प्रतिशत हुन्छ, त्यहाँ यस्ता 'होलबडी' जाँचले खर्चलाई अझै उच्च बनाउँछ। ल्याबहरूले आफ्नो व्यवसायका लागि 'होलबडी' जाँचलाई अनावश्यक उछालेका छन् । चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीको सिफारिसबिना गरिने यस्ता जाँचले बामे सर्दै गरेको हाम्रो स्वास्थ्य बीमालाई कमजोर बनाउन भूमिका खेलेको छ।

यसको अर्थ सबै ल्याब जाँच नराम्रो होइन। सोलोडोलो 'होलबडी'को सट्टा उमेरअनुसार हुनसक्ने स्वास्थ्य समस्याका निश्चित जाँचहरू गराइरहँदा लाभ पुग्छ। जुन अनुसन्धानले सही सावित गरेका छन्। 'एभिडेन्स'मा आधारित छन्। र चिकित्सा विज्ञान एभिडेन्सबाटै चल्ने विषय हो।

तपाई वा तपाईंको अभिभावक यदि जीवनको छैटौं दशकमा प्रवेश गर्दै हुनुहुन्छ वा ६० वर्षभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ भने केही जाँच नियमित गराउँदा लाभ पुग्छ। यो उमेरमा निर्धक्क, ऊर्जावान र स्वस्थ रहनका लागि अमेरिकाका विशेषज्ञहरूको समूहले

अध्ययन गरेर निश्चित जाँच सिफारिस गरेको छ। तपाईंलाई स्वस्थ, खुशी र सुरक्षित राख्न सिफारिस गरिएको ती जाँच यहाँ उल्लेख गरिएका छन्।

१. रक्तचाप

उच्च रक्तचापको विषयमा धेरै नेपालीलाई थाहा नै छैन। विश्व स्वास्थय संगठनका अनुसार ४ मध्ये १ नेपालीलाई उच्च रक्तचाप छ। त्यसैले ६० को दशकमा हुनुहुन्छ भने रक्तचाप सामान्य भए पनि रक्तचाप जाँच गराइरहनु पर्छ। यदि तपाईंको रक्तचाप सामान्यभन्दा माथि छ वा तपाईंसँग अन्य जोखिमहरू छन् भने तपाईंले रक्तचाप बारम्बार परीक्षण गर्न आवश्यक पर्न सक्छ।

२. तौल जाँच

उमेरसँगै मांसपेशीहरू बोसोले प्रतिस्थापन हुन्छन्। त्यसपछि त्यो बोसो पेटमा जम्मा हुन्छ। साथै, तपाईंको मेटाबोलिजम पनि ढिलो हुँदा क्यालोरी जलाउने क्षमतामा पनि कमी आउँछ। यसले सार्कोपेनिया (उमेर बढेसँगै मांसपेशीको मासु, शक्ति र कार्यक्षमतामा हुने कमी हो) र सार्कोपेनिक ओबेसिटी (सार्कोपेनिक मोटोपन भनेको सार्कोपेनिया र मोटोपनको सहअवस्थितिलाई जनाउँछ, जहाँ मांसपेशीको मासु र कार्यक्षमताको कमीसँगै शरीरमा अत्यधिक बोसोको जम्मा हुन्छ) गराउँछ। त्यसैले तौल निियमित रूपमा जाँच गराएर बढ्न नदिने उपाय अवलम्बन गर्न सकिन्छ।

३. कोलोरेक्टल क्यान्सर स्क्रिनिङ

४५ देखि ७५ वर्षसम्मका उमेर समूहहरूमा कोलोरेक्टल क्यान्सर स्क्रिनिङ सिफारिस गरिएको छ। जोखिमका कारण भएमा तपाईंलाई डाक्टरले बारम्बार स्क्रिनिङ गराउन सक्छन्। डाक्टरसँगको छलफल पछि निम्न उपलब्ध विधिहरू गर्न सकिन्छ।

* वार्षिक रूपमा मलद्वार भित्री रगत परीक्षण
* हरेक ५ वर्षमा सिग्मोइडोस्कोपी सँगै मलद्वारको भित्री रगत परीक्षण (हरेक ३ वर्षमा)।
* हरेक १० वर्षमा कोलोनोस्कोपी

४. प्रोस्टेट क्यान्सर स्क्रिनिङ (पुरुषहरूको लागि)

७० वर्ष र त्यो भन्दामाथिका पुरुषहरूमा प्रोस्टेट क्यान्सर स्क्रिनिङ प्रोस्टेट-विशिष्ट एन्टिजेन (पीएसए) स्तर मापन गर्दा थोरै मात्र फाइदा भएकाले यसलाई प्रोस्टेट क्यान्सर स्क्रिनिङ गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ। त्यसैगरी ५५ देखि ६९ वर्ष उमेर समूहका पुरुषहरूले स्क्रिनिङका फाइदा र बेफाइदाबारे आफ्ना चिकित्सकसँग परामर्श गरेर स्क्रिनिङ गर्न सकिन्छ।

५. स्तन परीक्षण र मेमोग्राम (महिलाहरूको लागि)

उमेरसँगै स्तन क्यान्सरको जोखिम बढ्दै जान्छ। त्यसैले म्यामोग्राम ४० वा ५० वर्षको उमेरदेखिका महिलामा स्तन क्यान्सर विशेषज्ञहरूसगँ परामर्श गरेर नियमित कहिले सुरु गर्ने र कति पटक गर्न जानकारी लिन सकिन्छ।

६. पेल्भिक, प्यापस्मियर र एचपीभी परीक्षण (महिलाहरूका लागि)

महिलाहरू ६० वर्ष नाघेपछि पनि नियमित रूपमा पेल्भिक जाँच, प्यापस्मियर वा ह्युमन प्यापिलोमाभाइरस (एचपीभी) परीक्षण गराउन आवश्यक पर्छ। उमेर पुगेपछि महिलाहरूमा पाठेघरको मुखको क्यान्सर (सर्भिकल क्यान्सर) वा योनिको क्यान्सर हुने जोखिम रहन्छ।

पेल्भिक जाँचले इनकन्टिनेन्स जस्तो स्वास्थ्य समस्या पत्ता लगाउन सकिन्छ। महिलाहरूलाई ३ वर्षमा एकपटक प्यापस्मियर र ५ वर्षमा एक पटक एचपीभी परीक्षण गराउन सिफारिस गरिन्छ। ६५ वर्षभन्दा माथिका महिलाहरूले लगातार नकारात्मक प्याप स्मियर रिपोर्ट आएमा वा नन-क्यान्सर अवस्थाहरू (जस्तै, फाइब्राइड्स) को कारण पूर्ण हिस्टेरेक्टोमी भएको खण्डमा , प्याप स्मियर परीक्षण आवश्यक नहुन चिकित्सको सुझाब छ।

७. आँखा परीक्षण:

उमेर बढेसँगै म्याकुलर डिजेनेरेशन, क्याटारेक्ट्स, र ग्लुकोमा जस्ता आँखाका रोगहरू बढी हुन्छन्। त्यसैले आँखाको डाक्टरसँग परामर्श गरेर आँखा स्क्रिनिङ गर्दा तपाईंको दृष्टि सुधार र जोगाउन सकिन्छ।

८. सुनाइ परीक्षण:

६५ देखि ७४ वर्ष उमेरका कम्तीमा २५ प्रतिशत व्यक्तिहरूमा सुनाइ गुम्ने समस्या हुन्छ र यी प्रायः उपचार गर्न सकिन्छ।यो संख्या उमेरसँगै ५० प्रतिशत पुग्छ। र, यदि तपाईंलाई सुनाइमा समस्या छ भने, सुनाइ परीक्षण गराउन सिफारिस गरिन्छ।

९. हड्डी परीक्षण:

अस्थिओपोरोसिस उमेरसँगै हुने गम्भीर रोग हो। यसमा विशेष गरि हिप बोन (नितम्बको हड्डी) भाँचिन सक्छ, स्थायी अशक्तता वा मृत्युको जोखिम बढ्न सक्छ। त्यसैले उच्च जोखिम भएकाले आफ्नो डाक्टर सगॅको परामर्शमा बोन डेनसिटी परीक्षणको गर्न सकिन्छ।

१०.कोलेस्टेरोल परीक्षण:

उच्च कोलेस्टेरोल हृदयघात र स्ट्रोकको मुख्य कारण हुन्। तर यो आहार र औषधिबाट नियन्त्रण गर्न सकिन्छ। त्यसैले कुल कोलेस्टेरोल, एचडीएल (राम्रो" कोलेस्टेरोल) र एलडीएल (खराब कोलेस्टेरोल) नियमित रूपमा परीक्षण गरेर कार्डियोभास्कुलर जोखिम कम गर्न सकिन्छ।

११.रक्तमा चिनी (ब्लड सुगर) :

मधुमेह एक दीर्घकालिन रोग हो तर यसलाई नियन्त्रण गर्न सकिन्छ। अमेरिकन डायबिटिज एसोसिएसनले मधुमेहलाई चाँडै पत्ता लगाउन र व्यवस्थापन गर्न प्रत्येक ३ वर्षमा एकपटक उपवासको अवस्थामा ब्लड सुगर परीक्षण गर्न सिफारिस गरेको छ। र यदि तपाईंलाई अन्य स्वास्थ्य समस्या छन् वा मधुमेहको जोखिम कारकहरू छन् भने, यो परीक्षण बारम्बार गराउन सकिन्छ।

१२. दन्त परीक्षण:

गिँजाको रोगले तपाईंको समग्र स्वास्थ्यको महत्त्वपूर्ण संकेत गर्दछ। गिँजाको रोगले हृदयघातको जोखिम पनि बढाउँछ। त्यसैले नियमि दात परीक्षण गर्न आवश्यक छ।

१३. खोप:

सिडिसिले ५० वर्षभन्दा माथिका व्यक्तिहरूका लागि शिङ्गल्स खोप सिफारिस गरेको छ। त्यस्तै ६५ वर्षभन्दा माथिका व्यक्तिहरूले निमोनिया बिरुद्ध न्यूमोकोकल खोप लगाउनुपर्छ। र, वार्षिक रूपमा फ्लु खोप र डिप्थेरिया टेटानस बुस्टर लगाउन सिफारिस गरिएको छ।

त्यसैलै होल बडी जाँच होइन कि एभिडेन्समा आधारित र डाक्टरको सरसल्लाह लगेर गरिएका परीक्षणले बुढ्यौलीलाई स्वस्थ र आरामदायी बनाउन सहयोग गर्छ।

अनुभूति

उपत्यकाबाहिर कस्तो छ, मुटुरोगको अवस्था र उपचार?

मुटुरोग विशेषज्ञ **डा. लक्ष्मण दुवे** लामो गंगालाल अस्पतालमा काम गरिसकेपछि उपत्यकाबाहिर सेवा दिन पुगेका हुन्। हाल बुटवलको क्रिमसन अस्पतालमा मुटुरोग विशेषज्ञका रुपमा कार्यरत उनले मुटु रोग सेवा उपत्यकाबाहिर फैलाउन योगदान गरेका छन्। बिगत ८ वर्षदेखि त्यहाँ बसेर उनले सेवा दिइरहेका छन्। उपत्यका बाहिरका बिरामी, रोग र उपचारलाई लिएर उनको अनुभूति :

- **बुटवलमा क्याथल्याब सेवाको सुरुवात**

मुटुरोगको उपचारका लागि प्रायः जुनसुकै भुगोलमा पनि समान खालका बिरामी आउने गर्छन्। काठमाडौंमा मुलुकभरबाट बिरामी आउने भएकोले धेरै किसिमका केशहरू आउने गर्थे। बुटवलमा करिब ८ वर्ष अगाडि मात्रै क्याथ ल्याब सेवाको सुरुवात गरिएको हो।

गंगालाल र भरतपुर अस्पतालमा धेरै किसिमका एन्जियोप्लाष्टी सर्जरी गरिसकेको अनुभवका आधारमा मैले क्याथ ल्याब सेवा बुटवलमा सुरु गरेको थिएँ।

हृदयाघात भएका बिरामीहरूलाई यही नै सेवा दिन सकेमा काठमाडौंसम्म पुग्दा ज्यान जाने जोखिमलाई त्यसले अन्त्य गर्न सहयोग गरेको छ।

तत्कालीन समयमा त्यहाँ क्याथ ल्याब सेवा नभएका कारण पनि मानिसहरू उपचारका लागि काठमाडौं जाने परिपाटी बसेको थियो। त्यसैले यहाँको मानिसहरूलाई मुटु उपचारमा विश्वास दिलाउन कठिन भएको थियो।

काठमाडौंमा काम गरेर फर्किएको डाक्टर भएको थाहा पाउने बिरामीहरू भने काठमाडौं जान छोडिसक्नु भएको थियो। हाल बुटवल आएर करिब ८ वर्षमा मैले एन्जियोग्राफी, एन्जियोप्लास्टी र पेशमेकर गरी २ हजार भन्दा बढी शल्यक्रिया गरिसकेको छु। नतिजा राम्रै पनि आएको छ। जसले गर्दा बिरामीहरूले भरोसा समेत गर्न थालेका छन्।

- **उपत्यका र उपत्यका बाहिरमा फरक**

बाइपास सर्जरी गर्नुपर्ने केसहरूलाई काठमाडौं रेफर गर्दै आएका छौं। त्यसबाहेक रक्तचाप, हृदयाघात भएका बिरामीहरूलाई भने यही उपचार दिँदै आएका छौं। यद्यपि बाइपास सर्जरीका लागि पहल भने गरिरहेका छौं। यही नै उक्त सेवा सुरु गर्न सकिएमा रेफर गर्नुपर्ने अवस्थाको अन्त्य गराउन सकिन्थ्यो।

हाम्रो अस्पतालमा दुर्गम क्षेत्रका बिरामीहरू उपचारका लागि आउने गर्छन्। यहाँ प्रायः दाङ, प्युठान, अर्घाखाँची, गुल्मी लगायतका जिल्लाबाट बढी मात्रामा बिरामी आउने गर्छन्।

पहाड र दुर्गम क्षेत्रबाट आएका बिरामीहरू यहीँ उपचार गराउन पाउँदा खुसी र प्रफुल्ल हुन्छन्। तर यहाँका केही स्थानीय मानिसहरू भने काठमाडौं धाउने गरेको पाइन्छ। त्यस्तो हुँदा पनि यहीँ उपचार गराउने बिरामीको संख्या बढी छ। करिब ९० प्रतिशत बिरामीहरू यहीँ नै उपचार गराउँदै आएका छन्।

कतिपय बिरामीलाई काठमाडौं जान इच्छुक भए जानुस् भन्दा 'तपाईंजस्तो डाक्टर छोडेर हामी किन काठमाडौं जाने?' पनि भन्नु हुन्छ। जुन मैले यो ८ वर्षमा प्राप्त गरेको सबैभन्दा ठूलो उपलब्धी हो।

बिरामीको यही जवाफबाट हामीले राम्रै गरिरहेको महशुस हुन्छ। यद्यपि अझै पनि मुटु रोगप्रतिको सचेतना भने मानिसहरूमा एकदमै कम भएको पाइएको छ। यहाँ कतिपय बिरामीहरू हृदयाघात भएको २–३ दिनपछि मात्रै अस्पताल आइपुग्ने गर्छन्।

बिरामीहरू सुरुवाती अवस्थामा ग्यास्ट्रिक वा साधारण दुखाइ भन्दै अस्पताल आउँदैनन् । शिक्षितहरू समेत समयमा नै अस्पताल आउँदैनन् ।

एक मुटु रोग विशेषज्ञका रुपमा दिनुपर्ने सबै सेवा दिन खासै ठूलो चुनौतीको सामना गर्नुपरेको स्थिती छैन । कतिपय बिरामीहरूले अस्पताल भर्ना भएको २४ घन्टामै निको नहुने त्राससहित भन्नुहुन्छ– यहाँ निको नहुने भए काठमाडौं लैजानुपर्‍यो ? कतिपय यहीं निको हुने बिरामी पनि हाम्रो सेवालाई विश्वास नगरेर काठमाडौं लैजाँदा भने दुःख लाग्छ । कतिपय अवस्थामा बाइपास सर्जरी नभएकोले पनि बिरामी रेफर गर्नुपर्ने अवस्था आउँछ । यी केस बाहेकका समस्या भने भोग्नुपरेको छैन ।

यहाँ मुटुरोग विभाग मेरो पहिलोपटक नेतृत्वमा सञ्चालन गरिएको थियो । यहाँ कार्डिलोजिस्ट र मुटु विभागमा मेडिकल अफिसर भने कार्यरत छन् ।

- **नेपालमा मुटु रोगको अवस्था**

पश्चिमा देशहरूमा मुटु रोगका बिरामीहरूको संख्या घट्दै गएपनि नेपालजस्तो विकासोन्मुख मुलुकहरूमा मुटुरोग बढ्दो छ ।

मुटु रोगको प्रमुख कारक जीवनशैली पनि हो । विकसित मुलुकका मानिसहरू बढी सजग भएका कारण पनि मुटुरोगका कारण हुने मृत्यु घट्दै गएको हो ।

काठमाडौंमा काम गरेर फर्किएको डाक्टर भएको थाहा पाउने बिरामीहरू भने काठमाडौं जान छोडिसक्नु भएको थियो। हाल बुटवल आएर करिब ८ वर्षमा मैले एन्जियोग्राफी, एन्जियोप्लास्टी र पेशमेकर गरी २ हजार भन्दा बढी शल्यक्रिया गरिसकेको छु।

नियमित स्वास्थ्य परीक्षण तथा समयमै उपचारका कारण पनि मुटुका रोगका कारण हुने मृत्युदर घट्दै गएको हो ।

नेपालीहरूमा पछिल्लो समय शारीरिक व्यायामको कमी हुँदै गएको छ । जसले नेपालमा मुटुरोगीहरूको संख्या बढाउन भूमिका खेलिरहेको छ । त्यस्तै अत्याधिक मात्रामा प्रशोधित खानेकुराको सेवन,हरियो सागसब्जी तथा फलफूलको कम खानु, बढ्दो मानसिक तनाव लगायतका विभिन्न कारक तत्वहरूका कारण नेपालमा मुटु रोगीहरूको संख्या बढ्दो अवस्थामा रहेको हो ।

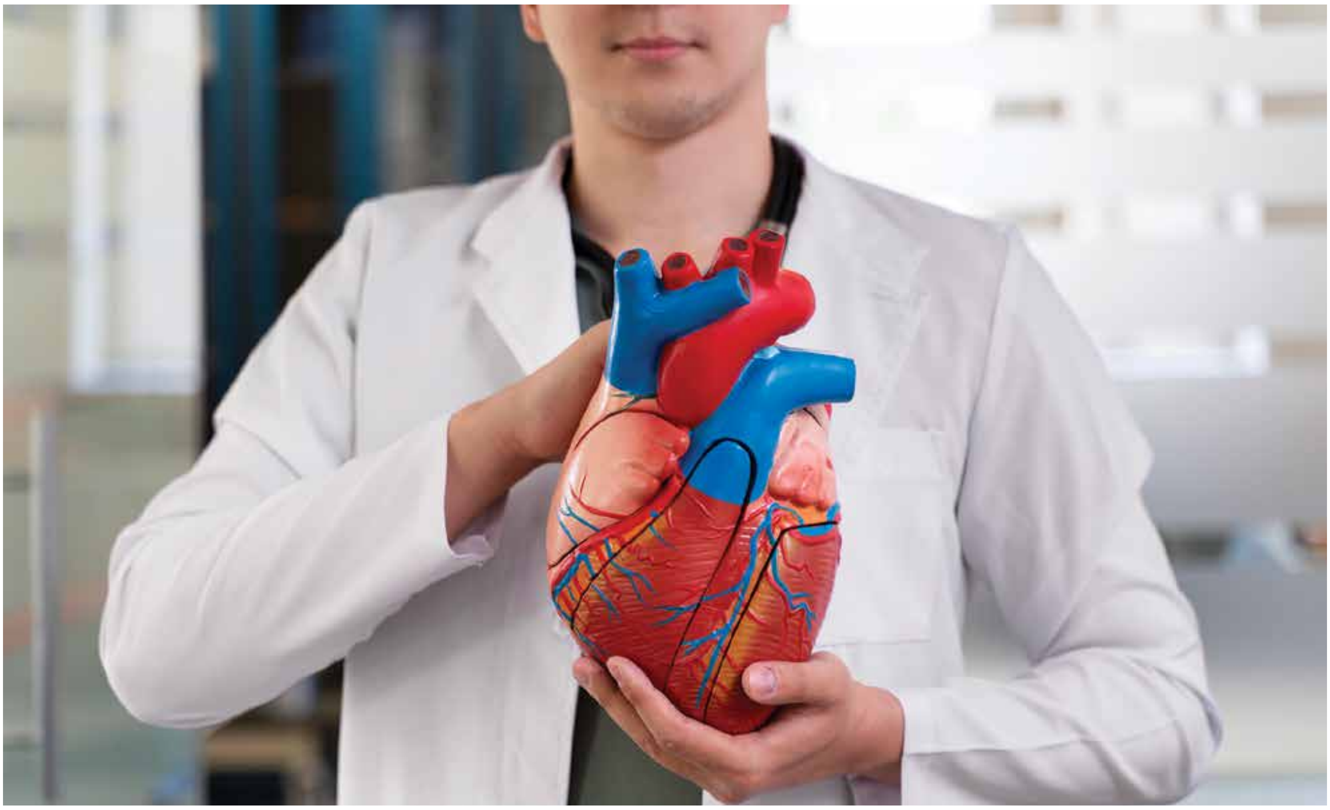
मुटु रोग लाग्न सक्ने अन्य कारणहरू जस्तै हाइपरटेन्सन, डायबिटिजका समस्याहरू पनि पछिल्लो समय बढिरहेको छ ।

- **रोकथाम**

मुटु रोगको रोकथामका लागि जीवनशैली परिवर्तन आवश्यक छ । दैनिक १ देखि आधा घन्टा कम्तीमा हिँड्ने, प्रशोधित खानेकुराको सेवन कम गर्ने, सुर्तीजन्य पदार्थको सेवन नगर्ने, सागसब्जी तथा फलफूलको सेवन गर्ने, नियमित व्यायाम गर्न तथा नियमित स्वास्थ्य परीक्षण गराउन सकेमा मुटुरोग लाग्ने जोखिमलाई कम गर्न सकिन्छ ।

ग्रामीण क्षेत्रमा समयमा नै उपचार जाने परिपाटी नहुँदा मुटु रोगका कारण मृत्यु हुने बिरामीको संख्या उच्च रहेको छ । काठमाडौंमा देशैभरिबाट बिरामी आउने भएकोले संख्या बढी भएपनि उपत्यका बाहिर पनि बिरामीको चाप उस्तै रहेको छ ।

अहिले ३० –३५ वर्षमै पनि हृदयाघात भएर आउने बिरामीहरू धेरै छन् । म आफैंले महिनामा ३,४ वटा यस्ता केशहरूको शल्यक्रिया गर्दै आइरहेको छु । यस्तो अवस्थामा ज्यादै नै दुख लाग्छ । काठमाडौं बाहिरको अवस्था यस्तो हुँदा रेफरल सेन्टरका रुपमा काम गरिरहेका गंगालाल जस्तो अस्पतालको अवस्था कस्तो होला? वंशाणुगत रुपमा मुटु रोगको समस्या भएका बिरामीहरूले नियमित रुपमा मुटुको परीक्षण गराउन आवश्यक छ ।



एनेस्थेसियोलोजिस्टको काम बिरामी बेहोस गराउने मात्र होइन

• डा. पवन हमाल
सिनियर कन्सल्टेन्ट एनेस्थेसियोलोजिस्ट
राष्ट्रिय ट्रमा सेन्टर

एनेस्थेसियोलोजिस्टले गर्ने काममध्ये २५ प्रतिशत काम मात्रै बेहोस गराउनु हो । उनीहरूले एनेस्थेसिया दिने, दुखाइ व्यवस्थापन गर्ने, क्रिटिकल केयर तथा पेरी अपरेटिभ मेडिसिन गरी प्रमुख ४ काम गर्दै आइरहेका छन् ।

चिकित्सा शास्त्रको एनेस्थेसिया विधामा विभिन्न शब्दावली प्रयोग हुँदै आएको छ। यसअन्तर्गत एनेस्थेसिया, एनेस्थेसियोलोजिस्ट लगायतका शब्दावली प्रयोग हुने गर्छ । एनेस्थेसियोलोजिस्ट भन्दा अझै बढी प्राविधिक हुन्छ। सुरु सुरुमा यसलाई जनरल एनेस्थेसियाका रुपमा बुझ्ने गरिन्थ्यो । त्यतिबेला एनेस्थेसियालाई बेहोस गर्ने डाक्टरका रुपमा मात्रै लिने गरिन्थ्यो । हाल बिरामीलाई बेहोस बनाउनुका साथै एम्नेजिया अर्थात् नसम्झने बनाउनुलाई पनि एनेस्थेसियाले समेटेको पाइन्छ। शल्यक्रियाको प्रकार अनुसार बिरामीलाई एनेस्थेसिया दिने गरिन्छ ।

नेपालमा एनेस्थेसियाको विकास

जर्नल अफ एनेस्थेसिलोजिस्टमा प्राडा. रोशना अमात्यले एभुलेसन हिस्ट्री अफ एनेस्थेसिया नामक लेख प्रकाशन गर्नुभएको छ ।उक्त तथ्यांक अनुसार सन् १९५५ मा पहिलो एनेस्थेसियोलोजिस्टका रुपमा नेपालमा डा. भवानीभक्त सिंह प्रधान आएको उल्लेख छ । त्यतिबेला डा. प्रधानले भारतबाट अध्ययन गरेर नेपाल आएको उल्लेख छ । त्यसपछि क्रमिक रुपमा नेपालमा एनेस्थेसियोलोजिस्टको आएका छन्। सन् १९८५ मा क्यानडाका विभिन्न विश्व विद्यालयसँगको सहकार्य तथा डा. रोश्ना अमात्यको नेतृत्वमा इन्सिच्युट अफ मेडिसिनमा एनेस्थेसियाको अध्ययन सुरु भएको थियो ।

बिरामीको बुझाइमा एनेस्थेसिया

एनेस्थोलोजी भन्नाले धेरैको बुझाइ बेहोस गर्ने डाक्टर भन्ने छ। नेपालमा सुरुवाती समयमा एनेस्थेसियोलोजिस्टले बेहोस गरेर मात्रै कामको सुरुवात गरेकोले यस्तो बुझाइ रहेको हो । एनेस्थेसियोलोजिस्टले गर्ने काममध्येमा २५ प्रतिशत काम मात्रै बेहोस गराउनु हो। उनीहरूले एनेस्थेसिया दिने, दुखाइ व्यवस्थापन गर्ने, क्रिटिकल केयर तथा पेरी अपरेटिभ मेडिसिन गरी प्रमुखरुपमा ४ कामहरू गर्दै आइरहेका छन्। सुरु सुरुमा एनेस्थेसिया चिकित्सकहरूको संख्या एकदमै कम भएकोले उनीहरूको कार्य बेहोस गराउनुमा मात्रै सीमित थियो ।

एनेस्थेसिया र यसका जोखिम

एनेस्थेसियामा जोखिमहरूलाई विभिन्न तरिकाबाट बुझ्न सकिन्छ। यस अन्तर्गत शल्यक्रियाका क्रममा हुने जोखिम तथा शल्यक्रिया पश्चात्का जोखिम हुन्छन्। धेरै बिरामीहरूलाई बेहोस भइसकेपछिको अवस्थामा भित्र के भइरहेको छ थाहा हुँदैन। शल्यक्रियाका क्रममा सर्जनहरू प्राय सर्जरीलाई प्राथमिकतामा राखेर काम गरिरहेका हुन्छन्। उक्त समयमा बिरामीको श्वासप्रश्वास कसरी भइरहेको छ, अक्सिजन स्तर मिलेको छ या छैन, मुटुको धड्कन ठीक भए नभएको तथा विभिन्न प्रकारका जोखिमहरू कम गर्नका लागि शल्यक्रियाको समयमा दक्ष तथा सीपयुक्त एनेस्थेसियोलोजिस्टको आवश्यकता पर्छ । बिरामीले शल्यक्रिया पूर्व नै एनेस्थेसियोलोजिस्ट चिकित्सकलाई भेटेर जानकारी लिनु राम्रो हुन्छ ।

एनेस्थेसिया चिकित्सकका अन्य भूमिका

एकदमै जोखिम भएका शल्यक्रिया जस्तै मुटुको विभिन्न प्रकारका सर्जरी,न्युरो सर्जरी लगायतका विभिन्न प्रकारका सर्जरीमा बिरामीलाई क्रिटिकल केयरको सेवा दिएर बिस्तारै उठाउनेसम्मका काम एनेस्थेसियोलोजिस्टले गर्छन्। त्यसका साथै दीर्घकालीन दुखाई कम गराउनमा एनेस्थोलोजिस्टको भुमिका महत्वपूर्ण हुन्छ ।

एनेस्थेसियाले बिरामीमा पर्ने असर

एनेस्थेसिया एकदमै जोखिमपुर्ण औषधि

प्रयोग हुने विधा हो। एनेस्थेसियोलोजिस्ट बाहेक अन्य चिकित्सकहरूले त्यस्ता औषधि प्रयोग गर्न सक्दैनन्। कतिपय औषधिले रक्तचापमा एक्कासी फेरबदल ल्याउन सक्छ। बेहोस भइसकेपछि मान्छे होसमा नै नआउनेसम्मका जोखिम हुनसक्छ।

यदि विशेष दक्षता नभएका मानिसले सही मात्रामा औषधि नदिएको अवस्थामा बिरामी नउठ्ने सम्मका जोखिम रहन्छन्। लामो समय लाग्ने शल्यक्रिया, धेरै रोगका भएका बिरामीमा अन्य सामान्यमा भन्दा बढी जोखिम हुन्छ।

दुखाइ व्यवस्थापन

पेन म्यानेज्मेन्ट विधाको विकास एनेस्थेसिया सँगै भएको मानिन्छ। नेपालमा भने विश्वको तुलनामा केही ढिलो गरी मात्रै यसको अभ्यास हुन थालेको हो। राजपरिवारका कुनै सदस्यलाई अत्याधिक ढाड दुखाइ भएपछि अमेरिकाबाट पेन म्यानेज्मेन्ट विशेषज्ञ नेपाल ल्याइ ढाडमा सुई हानेर निको पारिएको थियो। नेपालमा पेन म्यानेज्मेन्ट विशेषज्ञका रुपमा डाक्टर बिबि स्वाँरको नाम छुटाउनु हुँदैन।

औपचारिक रुपमा भने बीपी कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा डाक्टर बालकृष्ण भट्टराईले पेन म्यानेज्मेन्टको अभ्यास सुरुवात गरेका हुन्। सन् २०१५ पछि नेपालमा यस विधाको विकास द्रुत गतिमा भएको पाइन्छ। हाल काठमाडौंका अधिकांश अस्पतालहरूमा यो सेवा सुरुवात भइसकेको छ।

इन्टरभेन्सनल पेन म्यानेज्मेन्ट यसको एक अंश हो। यसमा मांशपेशी दुखाइ, ढाड दुखाइ,क्यान्सर हुँदाको दुखाइमा पनि इन्टरभेन्सनल पेन म्यानेज्मेन्टको भुमिका हुन्छ।

पेन म्यानेज्मेन्ट चिकित्सकलाई कतिबेला भेट्ने?

सुरुवाती अवस्थामा दुखाइका कारण नै बिरामी अस्पतालसम्म आइपुग्ने हो। कुनै पनि दुखाइ तीन महिना भन्दा पनि बढी समय रहेमा पेनसँग सम्बन्धी विभिन्न रोगहरू हुन सक्छन् ।त्यस्तो अवस्थामा पेन म्यानेज्मेन्ट विशेषज्ञलाई भेट्नुपर्छ। पेन म्यानेज्मेन्ट विशेषज्ञले विशेष किसिमले सेवा दिन्छन्।

कुराकानी

लामो समय मोबाइल र कम्प्युटरको प्रयोगले जोर्नी खिइन्छ: डा. विष्ट

जोर्नी तथा घुँडा. दुख्ने समस्या भएका बिरामीहरूको संख्या दिनप्रतिदिन बढ्दो छ । घुँडा. दुख्नुको मुख्य कारण घुँडाको हड्डी खिइनुको हो । उमेर ढल्केपछि देखिने समस्या पछिल्लो समय युवा अवस्थामा नै देखिन थालेको छ। यो समस्या महिला तथा बढी तौल भएकाहरूमा बढी देखिन्छ । सामान्यतया ४० वर्ष कटिसकेपछि यो समस्या देखिन थाल्छ।जोर्नी वा हड्डी खिइएर गएपछि प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने अवस्था समेत आउन सक्छ । हड्डी तथा जोर्नी सम्बन्धी समस्या, हड्डी तथा जोर्नी कमजोर भएको कसरी थाहा पाउने?, जोर्नी प्रत्यारोपण के हो? कसरी गरिन्छ? लगायतका विषयमा केन्द्रित भएर स्वास्थ्यखबरका लागि राष्ट्रिय ट्रमा सेन्टरका सिनियर कन्सल्टेन्ट अर्थोपेडिक सर्जन **डा. ऋषि विष्ट**सँग लक्ष्मी चौलागाईंले गरेको कुराकानी:

- **हाडजोर्नी तथा मांशपेशी स्वास्थ्यलाई कसरी बुझ्ने?**

सबैभन्दा पहिला मानव शरीरमा रहेका हाडजोर्नी तथा मांशपेशीको कामलाई बुझ्नु आवश्यक छ। हाडजोर्नी तथा मांशपेशीले शरीरलाई निश्चित आकार दिने र शरीरको तौललाई वहन, शरीरलाई चलायमान बनाउने, शरीरका अंगहरूको रक्षा गर्ने, शरीरका रक्तकोषिकाहरू बनाउने लगायतका काम गर्छ। शरीर चलायमान रहेको तथा शरीरको भार वहन गर्ने क्षमता राम्रो रहेको अवस्थामा हाड जोर्नी तथा मांशपेशी स्वास्थ्य राम्रो रहेको मानिन्छ ।

- **के–कस्ता खानेकुराको सेवनले हड्डी बलियो बनाउन सकिन्छ ?**

हड्डी बलियो बनाउन कस्तो खानेकुरा खाने भन्ने धेरैको जिज्ञासा रहेको पाइन्छ। हाडजोर्नी तथा मांशपेशीका लागि प्रमुख रुपमा क्याल्सियम तथा भिटामिन डी, ओमेगा लगायतका खानेकुराको आवश्यकता पर्छ। यद्यपि बढी मात्रामा क्याल्सियमको चर्चा बढी हुन्छ। दुध तथा दुधजन्य परिकारहरू, अन्डा, माछा, ओमेगा फ्याटी एसिड, ओखर क्याल्सियमको राम्रो स्रोत हुन्। त्यस्तै ताजा फलफुल, बन्दा, काउली लगायतका खानेकुराले हाडजोर्नीलाई बलियो बनाउन सहयोग गर्छ ।

- **मोबाइल र कम्प्युटरको लामो समयसम्मको प्रयोगले जोर्नी तथा मेरुदण्डमा असर गर्ने तथा ढाड दुख्ने समस्या बढ्दै गएको भनिन्छ, यो साँचो हो?**

लामो समयसम्म एकै पोजिसनमा मोबाइल र कम्प्युटरको प्रयोग गर्दा जोर्नीमा नकारात्मक प्रभाव पार्छ ।यस्तो अवस्थामा जोर्नी चलायमान हुन छोड्छ । जसले जोर्नी खिइने, कमजोर हुने लगायतका समस्या समस्या निम्त्याउन सक्छ। जोर्नी चलायमान नहुँदा जोर्नी नजिकका मांशपेशीहरू समेत सक्रिय हुँदैनन्। जसले कालान्तरमा जोर्नी खिइने समस्या देखिन थाल्छ । लामो समयसम्म एकै पोजिसनमा मोबाइल र कम्प्युटरको प्रयोगले तत्कालीन रुपमा घाँटीको समस्या, मेरुदण्डका समस्या निम्त्याउँछ ।

- **पुराना चोटपटकले उमेर ढल्कँदै जाँदा हड्डीको गम्भीर समस्या नित्याउँछ पनि भनिन्छ नि?**

पुराना चोटपटकले उमेर ढल्कँदै जाँदा हड्डीको गम्भीर समस्या निम्त्याउने कुरा साँचो हो । युवा अवस्थामा फुटबल लगायतका खेल खेल्ने क्रममा जोर्नीमा चोटपटक लागेमा त्यसले

उमेर ढल्कँदै जाँदा जोर्नी खिइने समस्या ल्याउन सक्छ ।

- **अधिकांश नेपालीहरूमा परीक्षणका क्रममा 'भिटामिन डी'को कमी देखिएका कारण सप्लिमेन्ट खानका लागि सुझाइन्छ,यसको कारण के होला?**

यसका विभिन्न कारण हुनसक्छन् । जसमा प्रत्यक्ष देखिने कारणमा नेपालीहरूको छालामा पश्चिमा मुलकका मानिसहरूको तुलनामा मेलालिन नामक तत्व बढी रहेको हुन्छ । मेलालिन तत्व बढी हुँदा घामबाट पाइने सूर्यका किरणहरू छालाबाट छिर्न सक्दैनन्, नेपालीहरूका भिटामिन डीको कमी हुनाको यो एउटा कारण हो । त्यस्तै भिटामिन डीयुक्त दुध, दुधजन्य परिकारहरू, अन्डा. लगायतका खानेकुराहरूको कम सेवनले पनि नेपालीहरूमा भिटामिन डीको कमी देखिएको हो ।

- **उमेर ढल्केपछि हुने हाडजोर्नीका समस्याहरू पछिल्लो समय किन कम उमेरमा नै देखिन थालेको होला?**

यसको प्रमुख कारणका रुपमा आधुनिक जीवनशैलीलाई लिन सकिन्छ । शारीरिक व्यायामको कमी, कार्यशैली परिवर्तनले हाडजोर्नीका समस्याहरू बढ्दै गइरहेका छन् । पछिल्लो समय खानपानका आएको फेरबदल तथा फास्टफुडको बढी प्रयोगले पनि जोर्नी तथा मांशपेशीका समस्याहरू निम्त्याएको छ । फास्टफुडमा स्याच्युरेटेड फ्याट बढी मात्रामा हुन्छन् । जसले हाडजोर्नीका साथै दीर्घकालीन रुपमा शरीरका अन्य अंगहरूमा समेत नकारात्मक असर गर्छ । कोक, फ्यान्टा लगायतका चिनीयुक्त खानेकुराको अत्याधिक सेवनले पनि यस्तो समस्याहरू बढ्दै गइरहेका छन् । मोटोपना बढ्दै गएकोले पनि पछिल्लो समय मानिसहरूमा हाड जोर्नीको समस्या बढ्दै गएको छ । धूम्रपान र मद्यपानले पनि समस्या बढाएको छ ।

शारीरिक व्यायामको कमी, कार्यशैली परिवर्तनले हाडजोर्नीका समस्याहरू बढ्दै गइरहेका छन् । पछिल्लो समय खानपानका आएको फेरबदल तथा फास्टफुडको बढी प्रयोगले पनि जोर्नी तथा मांशपेशीका समस्याहरू निम्त्याएको छ।

- **बालबालिकामा पनि हड्डी तथा जोर्नी सम्बन्धी समस्या हुनसक्छन्?**

हड्डी तथा जोर्नी सम्बन्धी समस्या वयस्कहरूमा मात्रै हुने समस्या होइन । बालबालिकामा पनि यस्तो समस्या हुन सक्छ । बालबालिकामा हुने समस्यालाई जन्मजात रुपमा हुने समस्या तथा जन्मिएपछि हुने गरी दुई भागमा विभाजन गरिन्छ । बाङ्गिएका र कुप्रिएका जस्ता समस्या जन्मजात रुपमा देखिन्छन् । जन्मिसकेपछि भने कुनै प्रकारका दुर्घटनाका तथा हड्डी तथा जोर्नीको संक्रमण, क्याल्सियम तथा भिटामिनका कमीका कारण बालबालिकाहरूमा यस्ता समस्या आउँछन् ।

- **पुरुषको तुलनामा महिलाहरूमा बढी मात्रामा हड्डी तथा जोर्नीसम्बन्धी समस्या बढी देखिनुमा के–के कारणहरू होलान्?**

महिला र पुरुषबीच रहेको शारीरिक बनोटको भिन्नताको कारण पनि यस्ता समस्या बढी देखिन्छन् । महिलाहरूको तल्लो पेट मुनि हुने हड्डीको चौडाइ बढी हुन्छ । जसले हिँडडुलका लागि घुँडामा महिलाहरूलाई बढी प्रेसर पर्छ । जसकारण उनीहरूमा घुँडा. खिइने समस्या बढी देखिन्छ । पुरुषको तुलनामा महिलाहरूमा लचकता बढी हुन्छ, जसले कालान्तरमा यस्ता समस्या निम्त्याउँछ । मानव शरीरमा रहेको एस्ट्रोजेन नामक हर्मोनले कुरकुरे हड्डीलाई जोगाउँछ । महिलाहरूमा महिनावारीको क्रममा एस्ट्रोजेन नामक हर्मोन घट्दै जान्छ । जसले कुरकुरे हड्डीलाई जोगाउने क्षमतामा ह्रास हुन्छ ।

- **हड्डी, जोर्नी कमजोर भएको मानिसले आफैं कसरी थाहा पाउन सक्छन्?**

हड्डी, जोर्नी कमजोर भएको थाहा पाउन लागि पहिलो आधार लक्षण हो भने त्यसपछि परीक्षण पश्चात् पनि थाहा पाउन सकिन्छ ।आफैंले थाहा पाउन सक्ने पहिलो लक्षण दुखाइ नै हो । जोर्नीको कुनै भागमा दुखाइ भएपछि चिकित्सकको परामर्श अनुसार विभिन्न परीक्षण गरिन्छ । त्यसबाट हड्डी, जोनी कमजोर भएको थाहा पाउन सकिन्छ ।

- **वयस्क अवस्थाका तनावपुर्ण क्रियाकलाप तथा भागदौडले उमेर ढल्कँदै जाँदा जोर्नी तथा मांशपेशी कमजोर हुने समस्या निम्त्याउँछ?**

वयस्क अवस्थामा कस्तो प्रकृतिको काम गरियो तथा त्यसले हाडजोर्नीमा चोटपटकको स्थिती भएको थियो वा थिएन भन्नेले त्यसलाई यकिन गर्छ । वयस्क अवस्थामा कामको शिलशिलामा जोर्नीमा गम्भीर प्रकारमा चोटपटक लागेको स्थिती भएमा उमेर ढल्कँदै जाँदा जोर्नी सम्बन्धित समस्या आउन सक्छ ।

- **के मोटोपना बढ्दैमा जोर्नी तथा हड्डीसम्बन्धित समस्या आउँछ?**

मोटो मानिसलाई जोर्नी तथा हड्डी सम्बन्धी समस्या आउँछ नै भन्ने होइन । तर उनीहरूलाई यस्ता समस्या आउने सम्भावना भने बढी हुन्छ । तौल बढ्दै जाँदा त्यसले जोर्नीमा बढी नकारात्मक प्रभाव पार्न थाल्छ ।

- **जोर्नी बिग्रिएर प्रत्यारोपण गर्ने अवस्था कहिले आउँछ? जोर्नी प्रत्यारोपण के हो, किन गर्ने?**

शरीरका कुनै पनि जोर्नीले काम गर्न नसकेको अवस्थामा जोर्नी प्रत्यारोपण गरिन्छ । जोर्नीले भार वहन नगरेको, जोर्नी दुखाइका कारण दैनिकीमा प्रभाव पारेको तथा उपचारका अन्य विधिहरूले काम नगरेको अवस्थामा जोर्नी प्रत्यारोपण गरिन्छ । जोर्नीमा लागेको चोटपटकका कारण कुरकुरे हड्डीमा असर परेको तथा अन्य समस्याका कारण कालान्तरमा जोर्नी खिइँदै गएर काम नगरेको अवस्थामा जोर्नी प्रत्यारोपण गरिन्छ ।

- **जोर्नी प्रत्यारोपणको प्रक्रिया कस्तो हुन्छ?**

घुँडाको र हिपको जोर्नी प्रत्यारोपण संसारमा बढी लोकप्रिय छन् । यद्यपि कुइना, पाखुराका जोर्नी पनि प्रत्यारोपण भने गर्न सकिन्छ । तर घुँडाको र हिपको जोर्नी प्रत्यारोपणमा सफलता दर राम्रो छ । प्रत्यारोपण भन्नाले एक ठाउँको जोर्नीलाई अर्को ठाउँमा हाल्ने भने होइन । प्रत्यारोपणका क्रममा बिग्रिएको घुँडालाई फालेर अर्को घुँडा. राख्ने भन्ने भ्रम छ । त्यो पनि होइन । प्रत्यारोपणका क्रममा खिइएको भागलाई सफा गरि काटेर फाल्ने गरिन्छ । यसमा जोर्नी जस्तातस्तै हुन्छ, खिइएको भागलाई मात्रै फालिन्छ । फालेको भागमा फलाम राखिन्छ ।

- **जोर्नी प्रत्यारोपण शल्यक्रिया जटिल वा सरल हुन्छ?**

जोर्नी प्रत्यारोपण हाड जोर्नी सम्बन्धी विशिष्टीकृत विधा हो । तर जोर्नी प्रत्यारोपण ठूलो शल्यक्रिया पनि होइन । हिपको जोर्नी प्रत्यारोपण एकदमै सरल र परिणामुखी पनि छ । नेपालको सन्दर्भमा जोर्नी प्रत्यारोणपछि करिब ३–४ दिनको अस्पताल बसाईंपछि बिरामीलाई डिस्चार्ज गरिन्छ । कतिपय बिरामीलाई शल्यक्रिया कै दिनमा हिँड्न लगाइन्छ भने कसैलाई शल्यक्रियाको एक दिन पछि मात्रै हिड्न लगाइन्छ । प्रत्यारोपणको ४ देखि ६ सातासम्म वाकरको सहयोगले हिड्न सुल्झाइन्छ ।

- **जोर्नी प्रत्यारोपण पछि के–कस्ता कुरामा ध्यान दिनुपर्छ?**

जोर्नी प्रत्यारोपण जीवन सहज बनाउन लागि गरिने हो । शल्यक्रिया पश्चात् दुखाइ बिना नै दैनिक काम गर्न सकिन्छ । यद्यपि यो प्राकृतिक जोर्नी जस्तै भने हुन सक्दैन । त्यसकारण शल्यक्रिया पश्चात् टुक्रुक्क नबस्ने, पलेँटी कसेर नबस्ने, तेक्वान्दो जस्ता खेलहरू नखेल्ने जस्ता सावधानीहरू अपनाउनपर्छ ।

- **जोर्नी खिइने समस्याबाट कसरी जोगिने?**

करिब ९० प्रतिशत जोर्नी खिइने समस्या उमेरका कारण हुन्छ । अध्ययनअनुसार ४० वर्ष उमेर पुरा भएपछि जोर्नी खिइने क्रम सुरु हुन्छ । ६० वर्षको उमेरमा करिब ५० प्रतिशतलाई जोर्नी खिइने समस्या भइसकेको हुन्छ । ६५ वर्षको उमेरसम्म करिब १०० प्रतिशतकै जोर्नी खिइने गर्छ । त्यसकारण यसलाई शरीरमा हुने नियमित प्रक्रियाका रुपमा लिन आवश्यक छ । परीक्षणका क्रममा जोर्नी खिइने समस्या देखिएका मध्ये करिब १५ प्रतिशतलाई मात्रै लक्षण देखिन्छ । उमेर बढ्दै जाँदा कुरकुरे हड्डीमा ह्रास आउनुका साथै जोर्नीको बीचमा हुने ग्यालको मात्रा पनि घट्दैं जान्छ ।

बच्चाको दाँतको समस्या र समाधान

• डा. कुम्भ जोशी
बाल दन्त चिकित्सक
कान्ति बाल अस्पताल

बालबालिकाको दाँत र सड्ने समस्या

सामान्य बोलिचालीको भाषामा दाँत किराले खानु भनिने गरिएकोमा त्यसलाई वैज्ञानिक भाषामा दाँत सड्नु भनिन्छ। दाँत सड्ने समस्या खानपान शैलीसँग सम्बन्धित हुनुका साथै मुख स्वास्थ्यसँग पनि सम्बन्धित छ। खानेकुरा खाएपछि मुखको सरसफाइमा ध्यान नदिएमा लामो समयसम्म दाँतको सतहमा बस्ने भएकोले सामान्य खानेकुराले पनि दाँतलाई सडाउन थाल्छ।

चक्लेट, जंकफुडहरू लगायतका अस्वस्थकर खानेकुराले दाँत सड्ने मात्रालाई बढाउनु स्वभाविक भएपनि सही रुपमा मुख स्वास्थ्यमा ध्यान नदिएको अवस्थामा भने सामान्य खानेकुराले पनि दाँत सड्ने वा किराले खाने गर्छ।

प्याकेटका खानेकुरा खासै स्वास्थ्यर्द्धक हुँदैन भन्ने चिकित्सकहरूले बताउँदै आएका छन्। चिकित्सहरूले बताउँदै आएका यी कुरा मुख स्वास्थ्य र दन्त स्वास्थ्यमा पनि लागु हुन्छ। प्याकेटका खानेकुरामा सुगरको मात्रा अत्याधिक हुने तथा टाँसिने क्षमता पनि बढी हुने भएकोले अन्य खानेकुरा भन्दा बढी हानिकारक हुन्छन्।

बच्चाको दाँत सड्न लागेको कसरी थाहा पाउने ?

सामान्यतया दन्त चिकित्साको निर्देशिका अनुसार प्रत्येक ६/६ महिनामा मुख स्वास्थ्यको परीक्षण गराउनुपर्छ। जसबाट दाँतको अवस्थाबारे पहिला नै चिकित्सकले थाहा पाउँछन्। त्यसबाहेक अभिभावक तथा आम मानिसहरूले पनि दाँत खुइलिन, कालो हुन, फ्रुस्रो हुन थाल्यो भने दाँत सड्न लागेका वा बोलिचालीको भाषामा भनिएझैं किराले खान थालेको संकेत पाउन सकिन्छ। दाँत सिरिङ सिरिङ हुन थालेको, तातो चिसो खानेकुराको सेवनका क्रममा असहज भएमा दाँत सड्न थालेको भनेर बुझ्न सकिन्छ।

उपचार कसरी गर्ने ?

दाँत किराले खाँदैमा अनिवार्य रुपमा निकाल्नुपर्छ भन्ने होइन। कतिपय अवस्थामा चाहेर पनि दाँतलाई जोगाएर उपचार गर्न सकिँदैन। दाँत निकालिसकेपछि पनि त्यसका लागि अतिरिक्त उपचार आवश्यक पर्छ। बचाउन सक्ने अवस्थासम्म बालबालिकाको दुधे दाँत होस् या वयस्क मान्छेको दाँत त्यसलाई निकाल्नु हुँदैन।

बच्चाको दाँत बांगोटिंगो आउने समस्या

बालबालिकाको दाँत विभिन्न अवस्थामा बांगोटिंगो आउने गर्छ। दाँतले ओगट्ने क्षेत्रफल हड्डीको क्षेत्र भन्दा बढी भएको अवस्थामा बालबालिकाको दाँत बांगोटिंगो आउने गर्छ। यद्यपि यो समस्या अस्थायी पनि हुनसक्छ, बच्चा बढ्दै जाँदा हड्डीको क्षेत्रफल बढ्न गइ पछि मिल्न पनि सक्छ। त्यो बाहेक मिक्सडेन्टिसन पिरियड अर्थात् दुधे दाँतहरू झरेर नयाँ स्थायी दाँतहरू पलाउने क्रम नमिल्दा, साटिनु अगाडि नै दुधे दाँत कारणवश झर्नु, पछाडि आउने दाँतका लागि स्थान जोगाउन नसकेको अवस्थामा दाँतहरू भित्रै गाडिने, बांगोटिंगो आउने गर्छ।

दाँत दुखेको सुरुवाती उपचार

दाँत दुख्नुका धेरै कारण हुनसक्छ कहिलेकाही मुखमा घाउ हुँदा तथा शरीरका अन्य अंगहरू अस्वस्थ हुँदा पनि दाँत दुख्ने गर्छ। बालबालिकाले अभिभावकसँग दाँत दुखेको गुनासो गर्नेबित्तिकै के कारणले दाँत दुखेको हो भन्ने निक्र्यौल गर्नका लागि दन्त चिकित्सक कहाँ ल्याउनुपर्छ।

दूधे दाँत सम्बन्धी भ्रम

नेपाली समाजमा दूधे दाँतमा समस्या आएमा उपचार आवश्यक छैन भन्ने भ्रम छ। शिक्षित मानिसहरू समेत दुधे दाँतको उपचार आवश्यक छैन भन्ने धारणा राख्ने गर्छन्। त्यो सबैभन्दा ठुलो भ्रम हो। दुधे दाँतले खाना चपाउन सहयोग गर्नुका साथै अनुहारको संरचना निर्माणमा महत्वपुर्ण भुमिका खेल्छ। यसले बच्चाको बोलीको विकासमा समेत सहयोग गरिरहेको हुन्छ। त्यस्तै बुद्धि बंगारा निकालेमा त्यसले आँखा कमजोर बनाउँछ, दाँत दुखेमा किरा झार्ने, दाँत दुखेमा धाँमी, झाँक्री लगाउने, ओठ तथा तालु चिरिएको बच्चा जन्मनु अशुभ हो भन्ने लगायतका भ्रम रहेको पाइन्छ।

नेपाललाई चिकित्सा शिक्षाको अन्तर्राष्ट्रिय केन्द्र बनाएर देशको विकास गर्न सकिन्छ

स्वास्थ्य क्षेत्रमा दक्ष जनशक्ति उत्पादन गर्दै जनतालाई सर्वसुलभ शुल्कमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने अग्रणी संस्थाका रुपमा परिचित नेपाल मेडिकल कलेज पछिल्लो चार वर्षदेखि नयाँ नेतृत्व र व्यवस्थापनमा छ। वीरगञ्जमा सफलतापूर्वक २५ वर्षदेखि नेशनल मेडिकल कलेज सञ्चालन गर्दै आएका प्रा. डा. जैनुद्दिन अन्सारीको नेतृत्वले कलेज लिएपछि चिकित्सा शिक्षासँगै स्वास्थ्य सेवामा निक्कै सुधार भएको कलेजकी प्रबन्ध निर्देशक डाक्टर **सबिहा यासमिन** बताउँछिन्। अहिले कलेजको समग्र व्यवस्थापनको जिम्मेवारी प्रबन्ध निर्देशक डा. सबिहाको काँधमा छ। पछिल्लो चार वर्षयता नेपाल मेडिकल कलेजको डाइरेक्टर हुँदै डेढ वर्षदेखि म्यानेजिङ डाइरेक्टरको रुपमा कार्यरत छिन्। त्यसो त डा. सबिहाको कार्यकुशलतालाई मलजल गर्ने काम उनको पारिवारिक वातावरणले पनि सहयोग गरेको छ। मुस्लिम परिवारमा भएपनि उनका बुबा छोराछोरी दुवैलाई गुणस्तरीय शिक्षा दिनुपर्छ भन्ने पक्षका छन्। परिवार त्यसमाथि बुबाको सकारात्मक सोच र दृष्टिकोणका कारण आफ" अगाडी बढ्न सकेको बताउँछिन् डा. सबिहा। उनको परिवारलाई नै वीरगञ्जमा प्रेरणाको स्रोत मानेर छोरीहरूलाई विद्यालय पठाउनेको ठूलो जमात छ। उनीसँग नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र, चिकित्सा शिक्षाको बर्तमान अवस्था, चुनौति, संभावना र अवसरका विषयमा गरिएको कुराकानीः

- **तपाईंले सानै उमेरमा प्रबन्ध निर्देशक जस्तो चुनौतीपूर्ण जिम्मेवारी निर्वाह गरिरहनुभएको छ। कत्तिको सहज/असहज अनुभव गरिरहनुभएको छ ?**

कुनैपनि संस्था सञ्चालन गर्न एउटा परिपक्व टीमको आवश्यक्ता पर्दछ। नेपाल मेडिकल कलेज भित्र फ्याकल्टी, नर्स, कर्मचारी तथा विद्यार्थी गरी झण्डै दुई हजार जनाको ठूलो परिवार छ। म प्रबन्ध निर्देशकको पदमा रहिरँदा मसँग रहनुहुने फ्याकल्टी, नर्स, कर्मचारीहरू सिस्टममा रहेर आफ्नो दायित्व निर्वाह गर्नुहुन्छ। कलेज सञ्चालक, प्रिन्सिपल, अस्पताल निर्देशक, विभागीय प्रमुखहरू, डाक्टर, नर्स तथा कर्मचारीहरूले मप्रति गर्नु भएको विश्वास र भरोसाले मलाई काम गर्न सहज भइरहेको छ।

- **आफूभन्दा सिनियरहरूसँग काम गर्दै जाँदा उमेर र अनुभवका हिसाबले समस्या परेको छ कि छैन?**

अहिलेसम्म त्यस्तो महशुस भएको छैन। म कुनैपनि विषयमा काम गर्दा टीमवर्क प्रति विश्वास गर्छु। प्रत्येक विषय र समस्याहरूमा गहन अध्ययन र विश्लेषण गर्दछु। कलेजमा धेरै सिनियर व्यक्तित्वहरू भएपनि उहाँहरूले मलाई साथ, सहयोग र हौसला दिइरहनु भएको छ। तथापि, कहिलेबाहिँ काम गर्दै जाँदा चुनौी र समस्या नआउने भन्ने हुँदैन। त्यस्तो बेला म हतार नगरीकन सबैको राय, सुझाव लिएर निर्णय गर्दछु। काम गराईका हिसाबले आजको समयमा पुरुष भन्दा महिला बढी जिम्मेवार भएर प्रस्तुत भएको पाइन्छ।

- **एक दशकदेखि नेपालको चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा बारेमा जानकार हुनुहुन्छ, नेपालको अवस्था कस्तो छ ?**

हाम्रो चिकित्सा शिक्षा गुणस्तरीय भएपनि

सिमित विद्यार्थीहरूको पहुँचमा भयो । निजी क्षेत्रले चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवामा पुऱ्याएको योगदान सरकारी भन्दा प्रभावकारी छ। हाम्रा विद्यार्थीहरू सकेसम्म चिकित्सा शिक्षा नेपालमै पढ्न पाए हुन्थ्यो भन्नुहुन्छ तर, सीमित सिट संख्या भएकाले हरेक वर्ष लाखौं खर्च गरेर विद्यार्थीहरू चाइना, बंगलादेश, रसिया लगायतका देशहरूमा अध्ययनका लागि जान बाध्य हुनुहुन्छ । हामीसँग निजी, सरकारी गरी २५ वटा मेडिकल कलेजमा एमबीबीएसमा वार्षिक २१ सय बढी विद्यार्थी भर्ना भइरहँदा ५६० भन्दा बढी विदेशी विद्यार्थीहरू नेपालमा अध्ययन गर्न आइरहेका छन् । बीडीएसमा करिब ६ सयको हाराहारीमा सीट हुन्छ । विएस्सी नर्सिङमा लगभग १३ सय र एमडी/एमएसमा करिब ३ देखि ४ सयको हाराहारीमा सिट छ । यस हिसाबले नेपाललाई चिकित्सा शिक्षाको अन्तराष्ट्रिय केन्द्रविन्दू बनाउन सकिन्छ । दक्ष प्राविधिक स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन गर्ने सवालमा निजी क्षेत्रले ठूलो योगदान पुरयाई रहेको भएपनि सरकारी तवरबाट आशातित सहयोग र प्रोत्साहन छैन।

स्वास्थ्य सेवाको कुरा गर्दा अझैपनि जनताका घरदैलोसम्म स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउन नसक्दा दूरदराजका जनताहरू गुणस्तरीय उपचार नपाएर बसेको अवस्था छ। हामी निजी मेडिकल कलेजहरूले देश र जनतालाई गर्नुपर्ने सहयोग र सहकार्य गरिरहेकै छौं। यदी निजी मेडिकल कलेजहरूले जनतालाई सर्वसुलभ शुल्कमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा नदिने होभने हाम्रो स्वास्थ्य प्रणाली विकराल अवस्थामा पुगिसक्थ्यो । सरकारले सञ्चालन गरेका स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमसँगै गरिब, विपन्न नागरिकको उपचारमा निजी मेडिकल कलेजहरूले योगदान गरेका छन् । समग्रमा भन्नुपर्दा नेपालको मेडिकल शिक्षालाई अन्तराष्ट्रिय विद्यार्थीसँग जोड्दै स्वास्थ्य सेवालाई अझ सर्वसुलभ र गुणस्तरीय बनाउन सकिन्छ । तर, राज्यले पनि हामीलाई आवश्यक वातावरण बनाइदिनु पर्यो।

- **निजी मेडिकल कलेज सञ्चालन गरिरहँदाका चुनौतिहरू के के छन् ?**

चुनौति त हरेक क्षेत्रमा हुन्छन् नै । तथापि, मेडिकल कलेज सञ्चालन गरिरहँदा स्वास्थ्य शिक्षा र स्वास्थ्य सेवामा केही चुनौतिहरू छन् । एउटा नीतिगत चुनौति छ, अर्को लगानीको चुनौति, सँगसँगै स्वास्थ्य सेवासँग जोडिएर आउने सुरक्षा चुनौति पनि छ । नितीगत चुनौतिको कुरा गर्दा मेडिकल कलेज सञ्चालन गर्न हाम्रो ऐन, कानुन र निर्देशिका व्यवसायी मैत्री भएन, मेडिकल कलेज खोल्ने प्रारम्भिक चरण देखि नै सरकारी असहजताहरू व्यहोरिरहनु परेको छ । त्यसमाथि, हाम्रो नियम कानुनहरू प्रष्ट र व्यवसायीमैत्री भएनन्।

चिकित्सा शिक्षा गुणस्तरीय भएपनि सिमित विद्यार्थीहरूको पहुँचमा भयो । निजी क्षेत्रले चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवामा पुऱ्याएको योगदान सरकारी भन्दा प्रभावकारी छ। हाम्रा विद्यार्थीहरू सकेसम्म चिकित्सा शिक्षा नेपालमै पढ्न पाए हुन्थ्यो भन्नुहुन्छ तर, सीमित सिट संख्या भएकाले हरेक वर्ष लाखौं खर्च गरेर विद्यार्थीहरू चाइना, बंगलादेश, रसिया लगायतका देशहरूमा अध्ययनका लागि जान बाध्य हुनुहुन्छ ।

लगानीतर्फ मेडिकल कलेज खोल्दा ठूलो लगानी गर्नुपर्दछ । सुरुमा लगानी जुटाउनै चुनौति, यदी लगानी जुटाएर खोलिहाले पनि त्यसको रिटर्न र सुरक्षणको ग्यारेण्टी छैन । कर्मचारीहरूको तलब बढिरहँदा विद्यार्थीबाट लिन पाउने शैक्षिक शुल्क समायानुकूल समायोजन नहुँदा हामी मारमा परेका छौं।

अर्को स्वास्थ्य सेवा र पेशागत सुरक्षाको ठूलो चुनौति छ । मेडिकल कलेज सञ्चालक, डाक्टर, नर्सहरूमाथि दुव्र्यहार र कुटपिट हुने, भौतिक संरचना तोडफोड गर्ने घटनाहरू भइरहन्छन् । पछिल्लो समय दक्ष जनशक्ति विदेश पलायन भइरहँदा हामीलाई दक्ष जनशक्ति व्यवस्थापनको चुनौति पनि थपिँदै गएको छ।

- **नेपाललाई कसरी अन्तराष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षाको हव बनाउन सकिएला ?**

नेपालमा अन्य विषय पढ्न खासै विदेशी विद्यार्थी आउँदैनन्, तर, चिकित्सा शिक्षामा विदेशी विद्यार्थीको राम्रो आकर्षण भएकोले हामीले त्यसलाई क्यास गर्न सक्नुपर्छ । त्यसका लागि अहिले एमबीबीएसमा दिइएको एक सय सिट संख्यालाई १५० बनाउँ । यसले नेपाली विद्यार्थीलाई दिइने छात्रबृत्तिको पनि सिट बढ्छ । पछिल्लो समय जतिपनि प्रतिष्ठानहरू खुलिरहेका छन् त्यहाँपनि विदेशी विद्यार्थीहरू पढ्न आउँछन्।

त्यसैगरी, नेपालको मेडिकल शिक्षालाई अन्तर्राष्ट्रिय मान्यता र प्रमाणीकरणमा सरकार आफैं लागेर विश्वब्यापी बनाउन लाग्नुपर्छ । हामीबाट उत्पादन भएका एमबीबीएस र पीजी विद्यार्थीहरूलाई अन्तर्राष्ट्रिय मान्यता दिलाउन सकियो भने नेपालकोलागि ठूलो सफलता प्राप्त हुने थियो । यसले प्रत्यक्षरुपमा हाम्रो चिकित्सा शिक्षालाई अन्तराष्ट्रियस्तरको बनाउनुका साथै मुलुकको अर्थतन्त्रलाई सुधार्न टेवा पुग्छ।

- **सरकारले चिकित्सा शिक्षाको विस्तार र विकासमा काम गरेपनि निजी क्षेत्रबाट सहयोग भएन भन्छन् नि?**

सरकारलाई निजी क्षेत्रले सहयोग गरेपनि हाम्रा समस्या हल गर्ने कोशिष भएन । राष्ट्रिय चिकित्सा ऐन २०७५ को दफा १८ (१) (क) मा "उपसङ्कलन, सञ्चालन लागत, मुद्रास्फिति, भू स्थिति, छात्रवृत्ति दर आदि आधारमा स्नातक तहका कार्यक्रमको शुल्क विश्वविद्यालय, प्रतिष्ठान तथा शिक्षण संस्थासँग परामर्श गरी आयोगले निर्धारण गर्नेछ ।" उल्लेख भएपनि शुल्क समायोजन भएको छैन । जसरी कर्मचारीहरूको तलब, सुविधा बढ्छ त्यसरी नै शुल्क समायोजन गर्दा निजी क्षेत्रलाई मार पर्दैन।

त्यस्तै, पछिल्लो समय राजनीतिक स्वार्थ सिद्धका लागि निजी मेडिकल कलेजहरू प्रयोग भए । सस्तो लोकप्रियताका लागि सत्य कुरा लुकाएर जनतालाई गुमराहमा राख्ने काम भयो । हाम्रा सकारात्मक विषयहरू ढाकछोप गरियो । निजी मेडिकल कलेजले दक्ष स्वास्थ्यकर्मी उत्पादनमा जसरी योगदान दिइरहेको छ, त्यसरी नै सर्वसुलभ शुल्कमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिरहेका छौं । यसले प्रत्यक्षरुपमा नेपाली जनतालाई नै फाइदा भइरहेको छ । भने, निजी मेडिकल कलेजहरूले रोजगारी सृजना गर्न पनि योगदान दिएको छ । हामीले

स्थानीय सरकार देखि केन्द्र सरकारसँग सहकार्य गरिरहेका छौं । यी कुराहरूलाई सरकारले मुल्यांकन गरी नियम कानुनहरू व्यवसायी मैत्री बनाउन जरुरी छ ।

निजी मेडिकल कलेजहरूको सिट संख्या घटाउँदा प्रत्यक्षरुपमा नेपाली विद्यार्थीहरू नै मारमा परेका छन् । अहिले सरदर आठ हजारको संख्यामा विद्यार्थीले चिकित्सा शिक्षा आयोगको प्रवेश परीक्षामा पास गर्छन्, हामीसँग एमबीबीएस, विडिएस, विएस्सी नर्सिङ लगायतमा लगभग ३५ सयदेखि ४ हजार सिट होला । बाँकी सबै विद्यार्थीहरू करोडौं खर्च गरेर छिमेकी मुलुक भारत, बंगलादेश, चीन, रुस, लगायतका देश गए, यसले नेपाललाई नै वेफाइदा भयो नि!

विगतको परिवेशमा जसरी विरगञ्ज चीनी कारखाना, कार्पेट फ्याक्ट्री, भृकुटी कागज कारखानाहरू धरासायी बनाइयो त्यसरी नै चिकित्सा शिक्षालाई धरासायी बनाउने प्रयास भइरहेको छ । हाम्रो चिकित्सा शिक्षा असफल भयो भने मुलुकको विकास र समृद्धिका लागि ठूलो घाटा हुने भएकोले राज्यले सबै पक्षसँग सहकार्य गरेर जानु उपयुक्त हुन्छ ।

- **निजी मेडिकल कलेजले गुणस्तरीय शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा दिइरहेका छैनन् भन्ने कुरालाई कसरी खण्डन गर्नुहुन्छ?**

हामीले दक्ष जनशक्ति उत्पादन गर्ने र जनतालाई सर्वसुलभ शुल्कमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिरहेका छौं । स्वास्थ्य जस्तो संवेदनशील विषयमा काम गर्ने जनशक्ति तयार गर्ने सवालमा कम्प्रोमाइज हुँदैन । हामीले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा र चिकित्सा शिक्षा दिए नदिएको हरेक वर्ष गरिने अनुगमनबाटै थाहा हुन्छ । चिकित्सा शिक्षा आयोग, विश्वविद्यालय, स्वास्थ्य मन्त्रालय लगायतको अनुगमन पछिमात्रै विद्यार्थीको सिट संख्या तोकिन्छ । त्यसो त नेपाल मेडिकल काउन्सिलले लिने परीक्षामा विदेशमा पढेर आएका विद्यार्थीको भन्दा हाम्रा विद्यार्थीको पास रेट राम्रो छ । नेपालमै पढेर विदेशमा सफलतापूर्वक काम गरिरहेका नेपालीको संख्या पनि धेरै भएकोले हामीले गुणस्तरीय शिक्षा प्रदान गरिरहेको प्रमाणित हुन्छ । गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु हाम्रो पनि दायित्व हो ।

- **नेपाल मेडिकल कलेजले चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवालाई कसरी सञ्चालन गरिरहेको छ?**

नेपाल मेडिकल कलेज विगत २६ वर्षदेखि अनवरत गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको प्रतिष्ठीत संस्था हो । हामीले सरकारले निर्धारण गरेका सबै मापदण्डहरू पुरा गरेका छौं । चिकित्सा शिक्षातर्फ एमबीबीएस, विडीएस÷एमडीएस, एमडी÷एमएस, विएस्सी, नर्सिङ, एमएस्सी नर्सिङ, विएस्सी एमआइटी, विएस्सी ल्याबमेड जस्ता कार्यक्रममा करिब एक

हजार माथी विद्यार्थी अध्ययनरत छन् । जनशक्तिको कुरा गर्दा फ्याकल्टी, स्टाफ नर्स तथा कर्मचारी गरी एक हजारभन्दा बढी हुनुहुन्छ । हामीले गुणस्तरीय स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरेकै कारण चिकित्सा शिक्षा आयोगले लिने प्रवेश परीक्षामा कलेज विद्यार्थीको पहिलो रोजाई बनेको छ । यसका अलावा विदेशी विद्यार्थीहरू समेतले हामीलाई पहिलो रोजाईमा राखु भएको चिकित्सा शिक्षा आयोगको प्रवेश परीक्षाको तथ्यांकले देखाउँछ ।

स्वास्थ्य सेवातर्फ कलेजले नविनतम स्वास्थ्य उपकरणसहित दक्ष तथा विशेषज्ञ डाक्टरद्वारा उपचार सेवा दिइरहेको छ । जनरल ओपिडीमा मात्रै दैनिक एक हजार देखि १२ सयको हाराहारीमा बिरामीहरू आइरहनु भएको छ । हामीसँग आइसियू, एनआइसियू, पिआईसियू, एचडियू, सिसियू, न्यूरो आइसियू जस्ता सघन उपचार सेवाहरू उपलब्ध छन् । २४ सै घण्टा विशेषज्ञ चिकित्सक सहितको इमरजेन्सी सेवा, अत्याधुनिक प्रयोगशालासहित ब्लड बैंक, जनरल शल्यक्रियादेखि दूरबिनबाट गरिने शल्यक्रिया उपलब्ध छ । ५ सय शैयाको अस्पतालमा जनरल वेड देखि क्याबिन वेड उपलब्ध छ । अस्पतालमा १० प्रतिशत शैया विपन्न, असहाय नागरिकलाई छुट्याएका छौं । मिर्गौला रोगीहरूको उपचारका लागि हामीसँग ४४ वेडको अत्याधुनिक डायलाइसिस सेवा छ, जहाँ दैनिक एक सयको हाराहारीमा डायलाइसिस सेवा दिइरहेका छौं । जनरल ओपिडीमा स्वास्थ्य सेवा लिन नसक्नेहरूको लागि इएचएस अर्थात् पेयिङ सेवा समेत उपलब्ध छ ।

डेण्टलतर्फ हामीले १२५ वेडको छुट्टै डेण्डल भवन निर्माण गरी सेवा दिइरहेका छौं । गत वर्षको फागुन १३ गते मात्रै कलेजको रजत जयन्तिका अवसरमा सम्माननीय प्रधानमन्त्री केपी शर्मा ओलीज्यूबाट भवनको उद्घाटन गर्यौं जहाँ, पछिल्लो समयका अत्याधुनिक प्रविधि र उपकरणबाट दाँत तथा मुखको स्वास्थ्य सम्बन्धी सबै प्रकारका उपचार सेवा पाइन्छ ।

- **निजी मेडिकल कलेजहरूले सामाजिक उत्तरदायित्व निर्वाह गरेनन् पैसामुखी भए भनिन्छ नि?**

नेपाल मेडिकल कलेजले सामाजिक उत्तरदायित्व अन्तरगत विभिन्न स्वास्थ्य सेवाहरू दिइरहेको छ । गरिब, विपन्न, असहाय नागरिकलाई उपचार सेवामा छुट दिएका छौं । समय–समयमा निःशुल्क स्वास्थ्य शिविर, दन्त शिविरहरू चलाईरहेका छौं । स्थानीय तह गोकर्णेश्वर नगरपालिकासँग सहकार्य गरेर नगरबासीहरूलाई उपचार सेवामा सहुलियत दिएका छौं । स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, सामाजिक सुरक्षा कोष, कर्मचारी सञ्चय कोषको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम सञ्चालित छ । हामी सर्वसुलभ शुल्कमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न प्रतिबद्ध छौं ।

- **कलेजको स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी र गुणस्तरीय बनाउन के के भइरहेको छ ?**

स्वास्थ्य सेवा मेडिकल कलेजको मेरुदण्ड हो । स्वास्थ्य सेवालाई अझ बढी चुस्तदुरुस्त, प्रभावकारी बनाउन कलेज व्यवस्थापन सक्रिय छ । प्रत्येक विभागमा विशेषज्ञ चिकित्सकहरू उपलब्ध हुनुहुन्छ । चिकित्सकीय सेवा र ल्याब परीक्षणका सेवाहरूलाई डिजिटाइजेसन गरिरहेका छौं । स्वास्थ्य सेवालाई अझ गुणस्तर बनाउन १२८ स्लाइसको नयाँ सिटी स्क्यान तत्काले जडान गर्दैछौं । दक्षिण एसियामै पहिलो पटक फिलिप्सको एआई कम्प्रेस सेन्सयुक्त, हेलियम फ्रि, ७० सिमी वाइड बोर्ड भएको एमआरआई जडान गर्न गइरहेका छौं । यसका अलावा नेपाल मेडिकल कलेजलाई विशिष्टीकृत स्वास्थ्य सेवाको केन्द्रविन्दू बनाउनका लागि मुटु रोगको उपचार थालनी गर्न क्याथ ल्याब स्थापनाको काम अगाडी बढिसकेको छ । क्यान्सर रोगको उपचारमा अहिले पनि विशेषज्ञ सहित किमोथेरापी सञ्चालनमा छ । निकट भविष्यमा अंकोलोजी सेन्टर बनाउने गृहकार्य भइरहेको छ । समग्रमा भन्नुपर्दा चिकित्सा सेवामा नविनतम प्रविधि भित्र्याउँदै जनतालाई सर्वसुलभ शुल्कमा अन्तराष्ट्रिय स्तरको स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न हामी लागि परेका छौं ।

- **अन्त्यमा, आम नागरिक तथा सरोकारवालालाई के भन्न चाहनुहुन्छ?**

नेपाल मेडिकल कलेजलाई गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाको आशा र भरोसाको केन्द्रविन्दू बनाउनु हाम्रो मूल उद्देश्य हो । मेडिकल कलेज सञ्चालन गर्नु निक्कै नै चुनौतिपूर्ण हो । तथापि, स्वास्थ्य सेवा र चिकित्सा शिक्षालाई व्यवसाय भन्दापनि सामाजिक सेवाको दृष्टिकोणले अगाडी बढाएका छौं ।

अर्को कुरा, पछिल्लो समय हामी युवाहरू बढी नै विदेशमुखी भइरहँदा युवाहरूलाई स्वदेशमै टिक्ने वातावरण तयार गर्नु अपरिहार्य भइसकेको छ । यसकालागि कतिपय अवस्थामा हाम्रा ऐन, कानुन र नितीहरू व्यवहारमैत्री छैनन् । चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाबाट नेपाललाई विश्वमाझ परिचित गराउँदै आर्थिक समृद्धि हासिल गर्न सकिन्छ । नेपाललाई विदेशी विद्यार्थीको आकर्षणको केन्द्र बनाउन सकिन्छ तर, त्यसका लागि हाम्रो नीति, नियमहरूमा व्यापक सुधार गर्नु जरुरी भइसक्यो । निजी क्षेत्र सरकारसँग मुलुकको स्वास्थ्य शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा सुधार्न हातेमालो गर्न तत्पर छ । विश्व एआई, मसिन लर्निङको युगमा प्रवेश गरिरहँदा हामी पुरानै सिस्टममा अल्झनु हुँदैन । नेपाल मेडिकल कलेजलाई समयानुकुल सुधार गर्न लागि परेकाले तपाई सरोकारवालाहरूको सकारात्मक सल्लाह सुझावको अपेक्षा गर्दछु ।

मानसिक समस्याका कारण कस्ता सङ्केत देखिन्छन्, कसरी रोकथाम गर्ने ?

• प्राडा. सरोज ओझा
मनोचिकित्सक
त्रिवि शिक्षण अस्पताल

मानसिक स्वास्थ्य बिना शारीरिक रुपमा स्वस्थ हुनुले अर्थ राख्दैन । 'नो हेल्थ विद् आउट मेन्टल हेल्थ भन्ने पनि' गरिन्छ । यसले पनि मानसिक स्वास्थ्यको महत्वलाई स्पष्ट पार्छ । मानसिक स्वास्थ्य भनेको हाम्रो स्वस्थ मनोविज्ञान हो, यसलाई हाम्रो विचार तथा धारणा समेत भनेर बुझ्न सकिन्छ ।

हाम्रो दैनिक कामहरूमा देखा परेको अवरोध, तनावहरूलाई हाम्रो मनोविज्ञान, विचार तथा सोचाइले सन्तुलनमा राखेर दैनिक जीवनलाई स्वस्थ तथा सुचारु बनाउनुलाई मानसिक स्वास्थ्य भन्ने बुझिन्छ । त्यसकारण बिना मानसिक स्वास्थ्य कुनै पनि व्यक्ति स्वस्थ रहन सक्दैन भनिएको हो ।

मानसिक रोगको कारण

मानसिक रोगहरू धेरै प्रकारका छन् । यस्ता रोगहरू १ भन्दा बढी प्रकारका हुन्छन् । सबै प्रकारका मानसिक रोगलाई एउटै प्रकृतिको रोगका रुपमा बुझ्नु हुँदैन । एन्जाइटी, डिप्रेसन, सिजोफ्रेनिया लगायतलाई मानसिक स्वास्थ्य समस्याका रुपमा लिन सकिन्छ ।

धेरै प्रकारका मानसिक रोगहरू फरक–फरक कारणले गर्दा हुने गर्छ । एकातिर वंशाणुगत कारणले मानसिक रोगको शिकार भएको पाइन्छ भने अर्कोतर्फ मनोवैज्ञानिक

तथा मनोसामाजिक कारण महत्वपुर्ण हुने गर्छ। मानसिक रोग धेरै प्रकारको हुने भएकोले यसको कारणबारे ठ्याक्कै भन्न कठिन छ।

मैले मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गरेको दुई दशकभन्दा बढी लामो अनुभवका आधारमा पुस्तक पनि निकालेको छु। जसमा धेरै प्रकारका मानसिक रोग, मानसिक स्वास्थ्यबारे मानिसहरूमा रहेको चेतनाको पक्षहरूलाई समेत समेट्ने प्रयास गरेको छु।

अझै पनि अधिकांश मानिसहरूमा मानसिक समस्या भन्नेबितिकै कडा. मानसिक रोग हो भन्ने बुझाइ रहेको छ। कतिपय मानसिक रोगहरू परामर्श तथा केही दिनको औषधि सेवनले पनि निको हुने गर्छन्। यद्यपि धेरै मानिसहरूले यसबारेमा बुझेका छैनन्।

मानसिक रोग लागेका जीवनभर औषधि खानुपर्ने, निको नहुने तथा रोगबारे कसैलाई भन्न नहुने भन्ने अवधारणा मानिसहरूमा रहेको पाइन्छ। परम्परागत रुपमा रहेको सोचाइका कारण मानसिक समस्या भएका धेरै मानिसहरू उपचारमा नगएको अवस्था छ।

मानसिक स्वास्थ्य भनेकै मनोविज्ञान हो, मस्तिष्कले दैनिक गर्नुपर्ने विचार, धारणा, स्मरण शक्ति, ध्यान केन्द्रित गर्नु, चलाखीपन लगायतका सम्पुर्ण कुराहरू मस्तिष्क भित्रकै कुरा हुन्।

मानसिक समस्यामा देखिने संकेतहरू

मस्तिष्क भित्र हुने एक रासायनिक गडबडीका कारण मानसिक स्वास्थ्य समस्या देखिन सक्छन्। उक्त गडबडीका कारण कसैलाई डिप्रेशन,रिस उठ्ने,एन्जाइटी देखिने हुनसक्छ।

मानसिक रोग लागेहरूमध्ये करिब १५ प्रतिशतलाई कडा. प्रकृतिका मानसिक स्वास्थ्य समस्या देखिने गर्छ। यस्ता रोग लाग्ने बितिकै लक्षणहरू देखिन थाल्छन्। कडा. प्रकारका मानसिक रोग लागेपछि मानिसले एकदमै असामान्य प्रकारका गतिविधीहरू देखाउन थाल्छन्। ८५ प्रतिशत मानिसहरूमा हुने गरेको कम कडा. प्रकृतिको मानसिक समस्या हुने मानिसहरूले रोगको प्रकृति अनुसारको लक्षणहरू देखाउँछन्।

यस्ता कतिपयमा निन्द्रा नलाग्ने,मन डराउने, आत्तिने,नकारात्मक सोच आउने जस्ता लक्षणहरू देखा पर्ने गर्छन्। जसकारण यसले मस्तिष्कमा गर्ने कामहरूमा अवरोध आउनुका साथै मानिसको दैनिकीमा समेत प्रभाव पार्ने गर्छ। मानसिक रोगका लक्षणका कारण दैनिक काममा असर परेमा मनोचिकित्सकसँग परामर्शमा जानुपर्छ।

मानसिक समस्याबाट कसरी जोगिने?

मानसिक स्वास्थ्य समस्याबाट उन्मुक्ति पाउनका लागि सबैभन्दा पहिलो मनोविज्ञान स्वस्थ हुन आवश्यक छ। सन्तुलित भोजन, शारीरिक व्यायाम, पर्याप्त निद्रा, सकारात्मक सोच लगायतले मानसिक स्वास्थ्य समस्या आउनै दिदैन। स्वस्थ जीवनशैलीले पनि मानसिक स्वास्थ्यलाई बिग्रन दिदैंन। तनावपुर्ण जीवनशैलीले मानसिक स्वास्थ्यमा असर गरिरहेको छ भने मनोचिकित्सकसँग परामर्शमा जान ढिलो गर्नुहुँदैन। सुरुवाती अवस्थामा रोग पत्ता लागेमा छोटो समयको उपचार तथा औषधि सेवनले पनि रोग निको हुनसक्छ।

चाँडै उपचारमा गएमा मानसिक रोगका परिणामहरू धेरै घातक हुँदैनन्। कतिपय मानसिक समस्या सामान्य परामर्शले पनि निको हुनसक्छ। तनाव तथा डिप्रेशनका कारण कतिपयमा आत्महत्याको सोच आउने गर्छ।

नेपालमा मानसिक स्वास्थ्यको अवस्था

पछिल्लो समय मानसिक स्वास्थ्यको समस्याबारे जनचेतना बढ्दै गइरहेको छ। सरकारले पनि मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्रलाई प्राथमिकता राख्दै केही बजेट विनियोजन गरेको छ।

त्यो पर्याप्त भने छैन। विगत २० वर्ष २० जना मात्रै रहेको मनोचिकित्सकको संख्या अहिले नेपालमा करिब ३ सयको संख्यामा पुगेको छ। यद्यपि अझै पनि समाजमा मानसिक स्वास्थ्यप्रतिको नकारात्मक धारणा भने कायमै रहेको छ।

मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्रमा अझै पनि जनचेतना बढाउनुपर्ने अवस्था छ। विद्यालय तहको शैक्षिक सामग्रीमा यसबारेमा जनचेतना फैलाउने सामाग्रीहरू समावेश गर्न सरकारले पहल गर्नुपर्ने हुन्छ। स्वास्थ्य क्षेत्रको कुल बजेटमध्ये कम्तीमा पनि १० प्रतिशत बजेट मानसिक स्वास्थ्यको क्षेत्रमा विनियोजन गर्नुपर्छ।

सुर्तीजन्य पदार्थविरुद्धको अभियानका तारा

• डिबी खड्का

सुर्तीजन्य पदार्थबिरुद्धका कानुन निर्माणमा नेपाल विश्वकै अग्रणी देश बनेको छ । केही दिनअघि मात्रै विश्व स्वास्थ्य सम्मेलनमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री प्रदीप पौडेललाई उक्त उपलब्धीका लागि पुरस्कृत समेत गरिएको थियो ।

'सगरमाथाबाट मात्रै चिनिइरहेको' देशलाई आफूले कामबाट विश्वलाई चिनाउने महत्वपूर्ण अवसर नेपालले यसपल्ट प्राप्त गऱ्यो । नेपाललाई यो उचाइसम्म पुऱ्याउन धेरैको योगदान छ । त्यसमध्येका एक हुन् डा. तारा सिंह बम । दुई दशकदेखि सिंगापुरलाई बासस्थान बनाइरहेका उनी हाल भाइटल स्ट्राटेजीजमा एशिया प्यासिफिक क्षेत्रका लागि टोबाको कन्ट्रोल डाइरेक्टर छन् । एशिया प्यासिफिक क्षेत्रका देशका लागि काम गरिरहेका छन् ।

उनको यही योगदानको कदर गर्दै स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले केही दिनअघि मात्रै 'स्वास्थ्य मन्त्री ब्लुमबर्ग जनस्वास्थ्य पुरस्कार'बाट सम्मानित गऱ्यो । त्यसअघि इन्डोनेसियाले 'स्वास्थ्य मन्त्री पुरस्कार २०२४' प्रदान गरिसकेको छ भने सन् २०११ मै अमेरिकाको न्युयोर्क सहरका मेयरले उनलाई सम्मान गरेका थिए ।

डा. बम अभियानमार्फत् दुई दशकदेखि निरन्तर सुर्तीजन्य पदार्थबिरुद्ध 'विष्फोट' भइरहेका छन् । सुर्तीजन्य पदार्थबिरुद्धका अभियान्ताका रुपमा उनले विश्व जनस्वास्थ्यका मञ्चमा आफूलाई प्रमाणित गरिरहेका छन् । सँगसँगै नेपाललाई पनि त्यही तहमा पुग्न उनको सक्रिय साथ र प्राविधिक सहयोग निरन्तर छ ।

डा. ताराजस्तै अभियान्ता कारण नेपालले सुर्तीजन्य पदार्थबिरुद्धको अभियानमा विश्वमाझ सगरमाथा जस्तै उँचो शिर बनाउन अवसर पाएको छ ।

अभियानमा लाग्ने प्रेरणा र प्रतिबद्धता

डा. बमका बुवा लामो समयदेखि चुरोट सेवनकर्ता थिए र सन् १९९६ मा दमका कारण उनको निधन भयो । उनले आफ्नै परिवारका सदस्यहरूलाई चुरोट, बिडी र तमाखुको सेवनबाट क्यान्सर तथा अन्य रोग लागेर अकालमा मृत्यु भएको नजिकबाट देखेको थिए ।

त्यसले उनको बालमष्तिस्कमा गहिरो छाप छाडेको थियो । त्यसैले गाउँमा स्थानीय क्लब थियो- जनज्योति युवा क्लब । उक्त क्लबले आयोजना गरेको वक्तित्वकला प्रतियोगिताका लागि उनको दिमागमा शिर्षक आयो- चुरोट, बिडीको सेवन र त्यसले निम्त्याउने रोग । उनी प्रस्ट पार्छन्, 'शिर्षक ठ्याक्कै यही नहुन सक्छ तर सन्देश यही थियो ।'

डा. ताराले यति महशुस गर्नुअघि नै ९ कक्षामा पढ्ने बेला बीडी खान खोज्दा उनकी ठूली आमाले 'दिउसै तारा देख्ने गरी' झापड लगाइसकेकी थिइन् । उनलाई बीडी चुरोट देख्नासाथ त्यो झापड याद आउँथ्यो र सेवनकर्ता हुनबाट चार-हात पछि सरे ।

जब उनी पढाइका साथसाथै काम गर्ने थाले, त्यो क्षयरोगबिरुद्ध थियो । त्यहाँ काम गर्ने सिलसिलामा गरिएको एउटा अनुसन्धानले लगभग ८० प्रतिशत टिबीका बिरामीहरू सुर्तीजन्य पदार्थ सेवन गर्ने गरेको

पत्ता लगायो, जसले गर्दा चुरोट र बिडी पनि टिबीको एक प्रमुख कारण हो भन्ने बुझ्न मद्दत गऱ्यो । उनले निष्क्रिय धुम्रपानले पनि उत्तिकै असर गर्छ भन्ने कुरा आफ्नै आमाको अनुभवबाट बुझे, जो धुम्रपान नगरे पनि बुवाको धुम्रपानका कारण फोक्सोको समस्याबाट पीडित थिइन् ।

नेपालमा नीति बनाउन प्रेरित गर्ने त्यो घटना

इन्टरनेशनल युनियन अगेन्स्ट ट्युबरक्लोसिस एण्ड लङ डिजिज नामक संस्थामा कार्यरत थिए । सन् २००७ मा उनलाई भारतको नयाँ दिल्ली सरकारलाई सुर्तिजन्य पदार्थ नियन्त्रणसम्बन्धी नीति निर्माण र कार्यान्वयनमा प्राविधिक सहयोग पुर्याउन गरी खटाइयो ।

यसै सिलसिलामा उनले दिल्लीको स्वास्थ्य विभागका निर्देशकसँग भेट्दा ती निर्देशकले उनलाई सोधे, 'डक्टर तारा, तपाईं हामीलाई त सल्लाह दिँदै हुनुहुन्छ, नेपालमा सुर्तीजन्य पदार्थबिरुद्धको नीतिनियम के-कस्ता छन् भन्ने जानकारी छ ?'

डा. बमका लागि यो उनको जिज्ञासा मात्रै थिएन, आफूतिरै फर्किने मार्ग थियो । उनलाई महशुस भयो, 'अरूलाई सुझाव दिनुअघि आफू सुध्रिनुपर्छ, र आफूले कसैलाई केही गर्न भन्नुअघि आफूले त्यो गरिसकेको हुनुपर्छ ।'

त्यसपछि उनले नेपालको अवस्थाबारे जानकारी लिए । उनले पत्ता लगाए कि सन् २००७ मा भारतमा सुर्तिजन्य पदार्थ नियन्त्रणका लागि धेरै बलिया राष्ट्रिय कानुनहरू बनिसकेका थिए र कार्यान्वयनको चरणमा थिए, तर नेपालमा भने कुनै ठोस कानुन वा नीति थिएन । सार्वजनिक स्थानमा धुम्रपान नगर्ने वा विज्ञापन नदिने जस्ता सामान्य नियम मात्र थिए, तर राष्ट्रिय अभियान वा कार्यक्रमको रूपमा काम भएको थिएन ।

नेपालको यो अवस्था थाहा पाएपछि, डा. बमलाई नेपाललाई सुर्तिजन्य पदार्थ नियन्त्रणमा विश्वकै अग्रणी देश बनाउनुपर्छ भन्ने प्रेरणा मिल्यो । उनले भारतलाई सहयोग गरिरहँदा पनि नेपालका लागि पनि केही गर्नुपर्छ भन्ने महशुस गरेर काम सुरु गरे र २००८ मार्चमा यसका लागि नेपाल आए ।

पहिलो भेट राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार केन्द्रका बद्री बहादुर खड्कासँग थियो । खड्कासँग नेपालमा सुर्ती नियन्त्रण कानुनको आवश्यकता र कार्यान्वयनको अवस्थाबारे छलफल गरे ।

खड्काले स्वास्थ्य मन्त्रालय र अन्य सरकारी निकायहरूसँग समन्वय गरी अभियानलाई सशक्त बनाउने सकिने सुझाव दिए । तत्कालीन स्वास्थ्य मन्त्री र अन्य सरकारी निकायहरूलाई विभिन्न माध्यमबाट सुझाव दिन र नीति निर्माताहरूसँग अन्तर्क्रिया गर्न सकिने खड्काले बताए ।

नेपालमा कानुन निर्माणको सुरुवात

खड्का सहयोगमा सरोकारवालाहरूको बैठक राखेर नेपालमा सुर्तीजन्य पदार्थ नियन्त्रणको अवस्था, ग्याप र भावी कार्ययोजनाबारे छलफल गरेको डा. बम सम्झिन्छन् । त्यो बैठकमा उनले विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्लुएचओ) को मापदण्ड र टोबाको नियन्त्रणको लागि आवश्यक नीतिहरूको कार्यपत्र प्रस्तुत गरिएको थियो । त्यो छलफलमा तत्कालीन स्वास्थ्य सचिव र कानुनका विज्ञहरूलगायत मन्त्रालयका वरिष्ठ अधिकारीहरू पनि सहभागी थिए । छलफलमा प्राविधिक विशेषज्ञता र स्रोतसाधनको अभावको कुरा उठ्यो । डा. बमले भने, 'सरकारले प्रतिबद्धता जनाओस्, प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउन सकिन्छ ।'

काम सुरु गर्ने क्रममा स्वास्थ्य मन्त्रालय मात्रै पर्याप्त नभएको र कानुन मन्त्रालय तथा संसद जस्ता अन्य निकायहरूलाई पनि सहभागी गराउनुपर्ने आवश्यकता अभियानमा संलग्नहरूलाई भयो ।

लामो छलफलपछि २००९ तिर कानुन निर्माणको काम सुरु भयो । डा. बम स्मरण गर्छन्, 'सुरुमा दुई रणनीतिमा काम गरियो । मन्त्रिपरिषद्बाट नियमावली पास गराउने (किनकि संसदबाट कानुन बनाउन लामो समय लाग्ने थियो) र सँगसँगै संसदबाट कानुन बनाउने ।'

डब्लुएचओको एफसिटिसी (मापदण्ड अनुसार प्राविधिक दस्तावेजहरू तयार गरी स्वास्थ्य मन्त्रालय हुँदै मन्त्रिपरिषद्मा पठाइयो । तर, मन्त्रिपरिषद्मा पुगेपछि सुर्ती उद्योगको प्रभाव र तत्कालीन स्वास्थ्य मन्त्री, कानुन मन्त्री तथा केही उच्च पदस्थ अधिकारीहरूको मिलीभगतमा नियमावलीको करिब ९० प्रतिशत प्रावधान सुर्ती उद्योगको हितमा परिवर्तन गरिएको अनुभव डा. बम सुनाउँछन् ।

'जस्तै, चुरोटको बट्टामा ५० प्रतिशत चित्र अंकित चेतावनीमूलक सन्देश हुनुपर्नेमा त्यसलाई घटाएर ३० प्रतिशत मा सीमित गरियो र त्यो पनि सन्देश मात्र राख्ने (चित्रबिना) भनियो,' उनले प्रस्ट पारे, 'सार्वजनिक स्थलमा धुम्रपान निषेध गर्नुपर्नेमा 'धुम्रपान गर्ने क्षेत्र' छुट्याउने व्यवस्था गरिएको उनले

उल्लेख गरे । विज्ञापन, प्रायोजन र प्रवर्द्धनमा पूर्ण बन्देज लगाउनुपर्नेमा आंशिक बन्देज (रेडियो/टिभीमा मात्र) लगाइयो, जसले गर्दा अन्य प्रवर्द्धनात्मक गतिविधिहरू गर्न पाउने अवस्था बन्यो । यो नियमावली पास भएपछि डा. बम लगायत अभियन्ताहरू निराश भए, तर यस चुनौतीलाई अवसरमा बदल्ने रूपमा लिए । यसले गर्दा उनीहरूलाई तत्कालीन नेतृत्वको जनस्वास्थ्य प्रतिको प्रतिबद्धता बुझ्न मद्दत पुग्यो ।

'चेन स्मोकर' गगन थापा बने अभियान्ता

पूर्व स्वास्थ्य मन्त्री तथा नेपाली कांग्रेसका महामन्त्री गगन थापाले २०७४ सालमा स्वास्थ्यमन्त्री हुँदा एक कार्यक्रममा भने- 'म ३३ वर्षको हुँदासम्म धुमपान सेवनकर्ता थिएँ । तर, आजभोलि त्यागें र धुम्रपानरहित समाज निर्माण गर्न लागिपरेको छु । मलाई चेनस्मोकरबाट धुम्रपानरहित समाजका लागि अभियान्ता बनाउने क्रेडिट ताराजी र बद्रीजीलाई जान्छ ।'

थापासँग भेटको प्रसंग स्मरण गर्दै डा. बम भन्छन्, 'कमजोर नियमावली पास संसदबाट बलियो कानुन ल्याउने विषयलाई प्राथमिकतामा दिनुपर्छ भन्ने लाग्यो । स्वास्थ्य मन्त्रालयलाई कानुनको मस्यौदा संसदमा दर्ता गर्न लगाइयो । तर त्यो सुर्ति उद्योगीका पक्षमा मस्यौदा भयो ।'

सुर्तिजन्य पदार्थबिरुद्धको बलियो कानुन बनाउन तत्कालीन संसद्मा रहेका सांसदहरूलाई बुझाएर संशोधन दर्ता गराउनुपर्ने भयो उनीहरूलाई । त्यही क्रममा भेटिएका थिए गगन थापा । विद्यार्थी राजनीतिबाट भखैरै संसदीय राजनीतितर्फ लम्केका उन 'चेन स्मोकर' थिए । डा. बम र बद्री खड्काले उनलाई भेट्दा आफूले चुरोट पिउँदै गरेको अवस्था रहेको डा. थापाले विभिन्न प्रसंगमा उल्लेख गरेका छन् ।

जब थापालाई कानुन निर्माण अभियानको नेतृत्व लिन उनीहरूले भने, थापाको प्रतिप्रश्न थियो- 'म आफैं प्रयोगकर्ता छु ! चुरोटको कुलतबाट निस्किने सही समय रहेको बताउँदै डा. ताराले उनलाई हानि र महत्वबारे प्रष्ट्याए । बेलुकी घरसल्लाह गर्न पुगेका थापा भोलिदेखि उक्त कानुन निर्माणको अगुवाइ गर्न तयार भएर आएको डा. बम स्मरण गर्छन् ।'

कानुन संशोधन प्रस्तावका लागि कम्तीमा ५० जनाभन्दा बढी सांसदको हस्ताक्षर आवश्यक थियो । माओवादी पार्टी ठूलो थियो । त्यसका सांसदहरूलाई सहभागी गराउनु पर्ने भयो । उक्त पार्टीका सांसदलाई यस अभियानमा जोड्न शिक्षिक र सामाजिक अभियन्ता टीका कँडेलले महत्वपूर्ण भूमिका खेले, जसको माओवादी सांसदहरूसँग राम्रो सम्बन्ध थियो । विधायन समितिकी सभापति यशोदा सुवेदी, अमृता थापामगरलगायत २८-२९ जना माओवादीका सांसदहरूलाई उनले जोड्न सफल भएका थिए ।

डा. बम भन्छन्, 'कांग्रेसका ८-१० जना सांसदलाई थापाले कन्भिन्स गरे, जसमा वर्तमान गृहमन्त्री रमेश लेखक पनि हुनुहुन्थ्यो । उहाँको निकै नै राम्रो भूमिका रह्यो । त्यस्तै, नेकपा एमाले (अग्नि खरेल लगायत ५-६ जना), नेमकिपा र स्वतन्त्र सांसदहरू गरी ५०-५२ जना सांसदहरूले कानुन संशोधन प्रस्ताव दर्ता गराएका थिए ।'

यी सांसदहरूलाई सुर्तीजन्य पदार्थले स्वास्थ्य र अर्थतन्त्रमा पार्ने असरबारे प्रमाणसहित बुझाइएपछि उनीहरू प्रतिबद्ध भएर लागे ।

मस्यौदामा २५ प्रतिशत थप

कानुनको मस्यौदामा छलफल हुँदै जाँदा, विधायन समितिमा ५० प्रतिशत पिक्टोरियल हेल्थ वार्निङबाट बढाएर ७५ प्रतिशत पुर्याउने निर्णय गरियो । जुन डब्लुएचओको उत्तम अभ्याससँग मिल्दोजुल्दो थियो ।

यद्यपि, स्वास्थ्य मन्त्रालयका तत्कालीन मन्त्री र सचिवहरूले यसको कार्यान्वयन क्षमता नभएको भन्दै नकारात्मक प्रतिक्रिया दिए । समितिले विधेयक पास गरिसकेपछि, त्यसलाई संसदको पूर्ण बैठकमा प्रस्तुत गर्नुपर्ने थियो, जुन तत्कालीन स्वास्थ्य मन्त्रीले गर्नुपर्ने प्रक्रिया थियो । तर, तत्कालीन स्वास्थ्य मन्त्रीले जानाजानी संसद बैठकमा प्रस्तुत गर्न आनाकानी गर्दै देशबाहिर गएको डा. बम बताउँछन् ।

केही समयमै सरकार परिवर्तन भयो र कृष्ण बहादुर महरा स्वास्थ्य मन्त्री बने (जम्मा २८ दिनका लागि) । टीका कँडेल र यशोदा सुवेदीको सहयोगमा डा. बम लगायतको टोलीले महरालाई भेटेर संसदको पूर्ण बैठकमा कानुन प्रस्तुत गर्न अनुरोध गऱ्यो । महराले विधेयक प्रस्तुत गरेपछि, त्यो कानुन पास भयो । डा. बम भन्छन्, 'नेपालको सुर्तीजन्य पदार्थ नियन्त्रणको इतिहासमा यो एउटा राम्रो कानुन बन्यो, जुन विश्वका अन्य देशहरूले पनि अनुसरण गर्नुपर्ने खालको थियो ।

कार्यान्वयनमा चुनौती र प्रधानमन्त्रीको हस्तक्षेप

कानुनमा ७५ प्रतिशत चेतावनीमूलक

चित्र छाप्ने प्रावधान कार्यान्वयन गर्न स्वास्थ्य मन्त्रालयले १८० दिनभित्र निर्देशिका बनाएर लागू गर्नुपर्ने थियो । तर, १८० दिनसम्म पनि तत्कालीन स्वास्थ्य मन्त्रीले निर्देशिकामा हस्ताक्षर गरेनन् । फेरि पनि सुर्ती उद्योगको चलखेल बढेर त्यस्तो अवस्था आएको थियो ।

अन्तिम दिनमा डा. बमलगायत अभियन्ताहरूले तत्कालीन प्रधानमन्त्री बाबुराम भट्टराईलाई भेटेर हस्तक्षेपका लागि अनुरोध गरे । आनन्द बहादुर चन्द (एक्शन नेपाल) र नयाँ पत्रिकाका प्रधान सम्पादक कृष्ण ज्वाला देवकोटाको समन्वयमा डा. बम लगायतले प्रधानमन्त्री भट्टराईलाई भेटे ।

प्रधानमन्त्रीले तत्कालीन स्वास्थ्य मन्त्रीलाई फोन गरेपछि प्रधानमन्त्रीको निर्देशनमा अन्तिम दिनमा स्वास्थ्य मन्त्रीले निर्देशिकामा हस्ताक्षर गरे । निर्देशिका लागू भएपछि, सूर्य नेपाल लगायत विभिन्न सुर्ती कम्पनीहरूले मुद्दा हाले । २८ महिनापछि सर्वोच्च अदालतले सार्वजनिक स्वास्थ्यको पक्षमा निर्णय गऱ्यो ।

नेपाललाई ब्लुम्बर्ग अवार्ड र खगराज अधिकारीको त्याग

अदालतको निर्णयपछि, कानुन कार्यान्वयनको काम अघि बढ्ने भयो । त्यस दौरानमा स्वास्थ्य मन्त्री बनेका खगराज अधिकारीले यस अभियानमा महत्वपूर्ण भूमिका खेले । उनको सकारात्मक कार्यशैली र दृष्टिकोणले गर्दा ९० प्रतिशत पिक्टोरियल हेल्थ वार्निङ (चित्र अंकित चेतावनी) को निर्देशिका तयार गरी लागू गरिएको डा. बम बताउँछन् ।

खगराज अधिकारीकै नेतृत्वमा गरिरहेको कामका कारण नेपालले अबुधाबीमा भएको ग्लोबल टोबाको कन्ट्रोल कन्फ्रेन्समा ९० प्रतिशत पिक्टोरियल हेल्थ वार्निङ लागू गरेकोमा 'बुलुम्बर्ग फिलानथ्रोपिस अवार्ड' प्राप्त गऱ्यो, जसले नेपाललाई विश्वकै अग्रणी देशको रूपमा स्थापित गऱ्यो । सो पुरस्कार राशीबाट स्वास्थ्य मन्त्रालयमा 'ब्लुम्बर्ग जनस्वास्थ्य पुरस्कार' स्थापना गरियो । जसबाट वर्षेनी ६-७ जना अभियान्ता पुरस्कृत हुने गर्छन् । जुन यसपल्ट डा. बमलाई समेत प्रदान गरियो ।

अवार्डका लागि मन्त्री अधिकारीले योगदान गरेको बिर्सिन नहुने डा. बताउँछन् । उनी भन्छन्, 'उक्त पुरस्कार रकम मन्त्री आफैंले आफ्नो खातामा राख्न मिल्ने पनि थियो । तर तत्कालीन स्वास्थ्य मन्त्री अधिकारीले ठूलो मन बनाए र कोष बनाएर राखे ।'

त्यही कोषबाट आउन ब्याजले ५० हजार राशीसहितको उक्त पुरस्कार विश्व धुम्रपान रहित दिवसको अवसरमा दिने गरिन्छ ।

प्रदीप पौडेल आएपछि शतप्रतिशत

विश्व स्वास्थ्य सम्मेनलमा नेपाल सधैंभरी दर्शक बन्थ्यो । अरुले जनस्वास्थ्यमा हासिल गरेका उपलब्धीको साँक्षी बन्थ्यो र फर्किन्थ्यो ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री प्रदीप पौडेलले यसपल्ट स्वर्णिम अवसर प्राप्त गरे । सुर्तीजन्य पदार्थ विरुद्धको कानुन निर्माणमा विश्वकै अग्रणी देश बनेकोमा पुरस्कृत गरियो ।

मन्त्री पौडेलले १०० प्रतिशत चेतावनीमूलक चित्र छाप्ने निर्देशिका पास गरेका छन् । जुन कार्यान्वयनको क्रममा छ ।

मन्त्री पौडेल विद्यार्थी नेता हुँदा र सांसद हुँदा पनि यस अभियानलाई सहयोग गरेका कारण उनले महत्व बुझेका थिए । त्यसैले आफूले मन्त्रालयको जिम्मेवारी सम्हालेपछि १०० प्रतिशत चेतावनीमूलक चित्र छाप्ने कानुन बनाउने डा. बमलगायत अभियान्ताको सुझावलाई उनले तुरुन्तै कार्यान्वयनका लागि पहल थाले ।

डा. बम सम्झिन्छन्, 'स्वास्थ्य मन्त्रालयका तत्कालीन महानिर्देशक (हाल सचिव) डा. विकास देवकोटा, अतिरिक्त डा. सचिव दिपेन्द्ररमण सिंह र स्वास्थ्य मन्त्री प्रदिप पौडेलले द्रूत गतिमा फाइल अगाडि बढाए ।'

डा. बम सुर्तिजन्य पदार्थ विरुद्धका अभियान्तामा विश्वमै कहलिएका मध्येमा पर्छन् । जसले विश्वका विभिन्न देशका लागि काम गर्दा प्राप्त अनुभव, आफू संलग्न संस्थाबाट उपलब्ध प्राविधि/आर्थिक स्रोतसाधन र आफ्नो व्यक्तिगत सीपज्ञान र समय देशका लागि पनि उपयोग गरे । सरकारी अधिकारी, सांसद, सञ्चारमाध्यम र नागरिक समाजलाई एक ठाउँमा उभ्याएर सुर्तीजन्य पदार्थ बिरुद्धको कानुनमा देशलाई विश्व समुदायमाझ सगरमाथा जत्तिको उचाइ प्रदान गरे ।

स्वास्थ्य: हाम्रो र राष्ट्रको

• ईश्वरबहादुर जीसी
उपाध्यक्ष, लगानी तथा अन्तर्राष्ट्रिय मामिला फोरम, नेपाल उद्योग वाणिज्य महासंघ (एफएनसीसीआई)
अध्यक्ष, जीसी ग्रुप - फर्च्युना हेथ केयर

स्वास्थ्य कुनै व्यक्ति विशेषको मात्र सरोकार होइन, यो राष्ट्रको समृद्धि, सुरक्षा र भविष्यसँग गहिरो रूपमा जोडिएको आधार हो । जब नेपाल दिगो विकास र आत्मनिर्भरताको बाटोमा अघि बढिरहेको छ, त्यस्तो बेला स्वास्थ्य प्रणालीको मजबुती अनिवार्य राष्ट्रिय आवश्यकता हव् ।

नेपालमा स्वास्थ्य प्रणालीको यथार्थ

नेपालले पछिल्ला वर्षहरूमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तारमा केही महत्वपूर्ण सुधार गरेको छ ।देशका धेरैजसो ठाउँमा अस्पताल, स्वास्थ्य चौकी र क्लिनिकहरू पुगेका छन् । तर, गुणस्तरीय उपकरण, प्रविधि र सेवा सुविधामा अझै गम्भीर कमी छ ।

अस्पतालहरूको भौतिक संरचना सन्तोषजनक भएपनि उपकरण, यन्त्र, र प्रविधिमा अझ सशक्त सुधार गरिनु पर्छ।

कोरोना महामारीले सिकाएको पाठ

कोरोना महामारीको समयमा हामीले देख्यौं, जब सीमा बन्द भयो, साधारण मास्कदेखि भेन्टिलेटरसम्मको अभाव भयो । यसले हामीलाई स्वास्थ्य उपकरणमा आत्मनिर्भरताकव् महत्रव बुझायो। यस्तो संकटमा विदेशको भरमा बस्नुभन्दा आफ्नै देशमा उत्पादन भएको उपकरण प्रयोग गर्न सक्ने अवस्था सिर्जना गर्नु अब समयको माग हो ।

अन्तर्राष्ट्रिय अभ्यास: हाम्रो लागि मार्गदर्शन

- अमेरिकाले महामारीपछि 'बिल्ड ब्याक बेटर' कार्यक्रमअन्तर्गत स्थानीय मेडिकल सप्लाई चेनमा अर्बौं डलर लगानी गरेको छ ।
- युरोपेली संघ (ईयु)ले 'ईयु४हेल्थ' र 'स्ट्राटेजिक रेसिलायन्स इन हेल्थ' जस्ता नीति ल्याएर आत्मनिर्भर स्वास्थ्य प्रणालीलाई संस्थागत बनाएको छ ।
- चीनले दशकअघिदेखि नै स्वदेशमै उत्पादनको नीति लिएर आज विश्वकै प्रमुख स्वास्थ्य उपकरण निर्यातकर्ता बनेको छ ।
- भारतले 'मेक इन इन्डिया- मेडिकल डिभाइसेस' अभियानमार्फत स्वदेशमै एमआरआईदेखि सिरिन्जसम्म उत्पादन गरी विश्वमै दोस्रो ठूलो सिरिन्ज उत्पादक राष्ट्रको हैसियत बनाएको छ ।

नेपाल: चुनौती र सम्भावना

नेपालमा अझैपनि ७०–८० प्रतिशत स्वास्थ्य उपकरणहरू विदेशबाट आयात गर्नुपर्छ । यसले न केवल मूल्य र पहुँचमा असर गर्छ, बरु स्वदेशी उद्योगको सम्भावना पनि दबाउँछ। आज नेपालमा सक्षम युवा जनशक्ति, वैज्ञानिक, र प्राविधिक उद्यमीहरू छन्, जसले स्वास्थ्य क्षेत्रमा क्रान्ति ल्याउन सक्छन् ।

तर दु:खको कुरा—नेपाली उद्योगले राष्ट्रको लागि योगदान दिन खोज्दा समेत, प्रणालीले साथ दिइरहेको छैन। नीति, प्रक्रियागत झन्झट, र दृष्टिकोणको अभावले गर्दा स्वदेशी उत्पादन निरुत्साहित हुँदै गइरहेका छन् ।

हाम्रो पहल: आत्मनिर्भरताको बाटो

हामीले फर्च्युना हेल्थकेयरको माध्यमबाट स्वदेशमै गुणस्तरीय मेडिकल उपकरण, सर्जिकल सामग्री र उपभोग्य स्वास्थ्य उपकरणहरूको निर्माण सुरु गरेका छौं। हाम्रो लक्ष्य केवल व्यवसायिक सफलता होइन, राष्ट्रिय स्वास्थ्य सुरक्षामा योगदान पुऱ्याउनु हो । फर्च्युना हेल्थकेयर मात्र नभई, स्वास्थ्य क्षेत्रमै क्रियाशील अन्य उद्यमी साथीहरू पनि अहिले स्वदेशमै स्वास्थ्य उपकरण उत्पादनमा जुटिरहेका छन्। हामी सबैले आ–आफ्नो ठाउँबाट निरन्तर प्रयास गरिरहेका छौं। हामीलाई आशा छ- सरकार र सम्बन्धित निकायहरूले हाम्रो यो प्रयासको सम्मान गर्नेछन् र अझ प्रभावकारी सहयोगका लागि हातेमालो गर्नेछन्।

यस अभियानलाई बल दिन सरकार र सरोकारवाला निकायले निम्न कुराहरूलाई प्राथमिकतामा राख्न जरुरी छ:

- लगानीमैत्री कर नीति,
- मेडिकल उपकरण उद्योग पार्कहरूको विकास,
- प्रविधि स्थानान्तरणका लागि अन्तर्राष्ट्रिय साझेदारी,
- प्राविधिक जनशक्तिको उत्पादन र तालिम,
- र सरकारी अस्पताल तथा संस्थाहरूमा स्वदेशी उत्पादनलाई प्राथमिकता दिने नीति

हाम्रो संकल्प

हामी सकारात्मक छौं र हाम्रो तर्फबाट देशको लागि सकेको योगदान दिन तत्पर छौं। आशावादी छौं- सरकार र सम्बन्धित निकायहरूले पनि समयमै यो क्षेत्रको गम्भीरता बुझ्नेछन्। यसलाई राष्ट्रको रणनीतिक प्राथमिकता को रूपमा स्वीकार गर्दै उचित नीति र व्यवहारद्वारा उद्योगलाई सहयोग पुऱ्याउनेछन् । नेपाली उद्योगहरू राष्ट्रको लागि योगदान गर्न चाहन्छन् । तर, जब प्रणालीमै सहयोगको हुन्छ, त्यसले उद्योगलाई निरुत्साहित बनाउँछ ।

निष्कर्ष

स्वास्थ्य मेरो लागि व्यक्तिगत मात्र होइन, राष्ट्रिय सरोकार हो। म उद्यमी भएपनि मेरो सोच राष्ट्रको दीर्घकालीन समृद्धिसँग जोडिएको छ। स्वस्थ नागरिक नै राष्ट्रको सबैभन्दा ठूलो सम्पत्ति हुन्। ती नागरिकहरूको सुरक्षाका लागि आवश्यक उपकरणहरू हाम्रै देशमा उत्पादन हुनुपर्छ ।

जलविन्दु के हो, कसरी पहिचान गर्ने?

• डा. सञ्जीव भट्टराई
दृष्टि रोग विशेषज्ञ
त्रिवि शिक्षण अस्पताल

जलविन्दु आँखाको दृष्टि नशालाई दीर्घकालीन असर गर्ने समस्या हो । जसलाई दृष्टि चोर रोगका नामले पनि चिनिन्छ । यसलाई अंग्रेजीमा क्रोनिक अप्टिक न्युरोप्याथी भन्ने गरिन्छ । आँखामा बढ्ने प्रेसरले दृष्टि नशालाई असर गर्छ । जसकारण त्यहाँको तन्तुहरू बढ्दै जाने गर्छ । जसले बिस्तारै दृष्टि नशा सुक्ने तथा दृष्टि क्षमता घट्दै जाने हुन्छ । त्यसकारण यसलाई अंग्रेजीमा साइलेन्ट किलर अफ भिजन पनि भन्ने गरिन्छ । सुरुवाती समयमा लक्षण बिना नै असर गर्ने भएकोले यसलाई साइलेन्ट किलर अफ भिजन भनिएको हो ।

आँखाको दृष्टि क्षमतालाई धैरै घटाइसकेपछि मात्रै बिरामीलाई यस समस्या बारेमा थाहा हुने गर्छ । दृष्टि क्षमतामा धैरै असर पुगेको अवस्थामा फर्काउन निकै कठिन हुन्छ । धैरै जस्तो जलविन्दुमा आँखाको प्रेसर बढ्ने भएपनि केही जलविन्दुमा आँखाको प्रेसर नबढ्ने पनि हुन्छ ।

जलविन्दुका लक्षणहरू

सुरुवाती अवस्थामा जलविन्दुका कारण बिरामीलाई थाहा हुँदैन । यद्यपि जलविन्दुका केही लक्षणहरू निम्नानुसार छन्:

- मन्द गतिले आँखा र टाउको दुख्ने ।
- कतिपय जलविन्दुमा वाकवाकी हुने तथा आकस्मिक रुपमा टाउको दुख्नु ।
- दृष्टि धमिलो हुँदै जानु ।
- बत्तीमा हेर्दा इन्द्रेणी रंग देख्नु ।
- सवारी चलाउँदा नदेखेर ठोक्किनु ।

जलविन्दु हुनसक्ने अवस्था

जलविन्दु हुन सक्ने अवस्था जन्मजात रुपमा जलविन्दुको समस्या एकदमै कमलाई मात्रै हुन्छ । करिब १० हजार जनामध्ये एकलाई जलविन्दुको समस्या आउन सक्छ ।

यदि परिवारमा कसैलाई जलविन्दु छ भने त्यस्ता व्यक्तिलाई जलविन्दु हुने सम्भावना बढी हुन्छ । ४० वर्ष उमेर पार भइसकेपछि धैरैलाई जलविन्दु हुने सम्भावना बढ्छ । त्यस्तै मधुमेह तथा उच्च रक्तचापको समस्या भएकाहरूलाई जलविन्दु हुने सम्भावना बढी हुन्छ । स्टोराइड अर्थात् कडा. खालका औषधि चलाएका कतिपयमा औषधिको असरले जलविन्दुको समस्या हुनसक्छ । यदि आँखामा लागेको चोटपटकको समयमा नै उपचार हुन नसकेमा पनि जलविन्दुको समस्या आउन सक्छ ।

नेपालमा जलविन्दुको अवस्था

एक सर्वेक्षण अनुसार नेपालमा १ प्रतिशत भन्दा बढीलाई जलविन्दुको समस्या रहेको छ । विश्वको सन्दर्भमा भने ३ देखी ५ प्रतिशतलाई जलविन्दुको समस्या रहेको अध्ययनले पत्ता लगाएको छ । नेपालमा धैरैलाई सुरुवाती अवस्थामा जलविन्दुको समस्याबारे थाहा हुँदैन । उपचारका लागि आइपुग्दासम्म आँखामा क्षति पुगिसकेको हुन्छ । नेपालमा हुने अन्धोपनाको दोस्रो कारणमा जलविन्दु पर्छ ।

उपचार

जलविन्दुको उपचारका क्रममा गरिने विभिन्न परीक्षण मध्ये पहिलो आँखाको प्रेसर परीक्षण हो । त्यस्तै ओसिटी परीक्षण पनि महत्वपूर्ण हुन्छ । समयमा नै उपचार गरी आँखाको प्रसर बढ्न नदिएको अवस्थामा उपचारमा खासै समस्या हुँदैन ।

उपचारका लागि बिरामी आइपुगेको अवस्थामा नै निको हुने या नहुने भन्ने निर्भर रहन्छ । कुनै जलविन्दुमा आँखाको प्रेसर घटाउनका लागि औषधि सेवन गर्नुपर्ने हुनसक्छ । जलविन्दुको प्रकारमा यसको निको हुने अवस्था निर्भर रहन्छ । कतिपयमा सामान्य औषधि उपचारले निको हुन्छ भने कतिपय जलविन्दुको उपचारका लागि शल्यक्रिया समेत आवश्यक पर्न सक्छ । यद्यपि यसको उपचार आँखाको प्रेसरको मात्रा कतिले बढेको छ भन्नेमा निर्भर रहन्छ ।

जलविन्दुबाट कसरी जोगिने ?

- रक्तचाप बढ्न नदिने ।
- मधुमेह हुनबाट जोगिने ।
- जलविन्दुको कुनै लक्षण देखिएमा चिकित्सकको सल्लाह लिने ।
- आँखामा चोटपटक लागेका बिरामीले नियमित आँखा परीक्षण गराउने ।
- वर्षमा एक पटक जोसुकैले आँखा परीक्षण गराउने ।
- वर्षमा एक पटक जोसुकैले आँखा परीक्षण गराउने ।

जनसांख्यिक चुनौती सम्बोधन गर्न जनसंख्या नीति

देशको जनसांख्यिक चुनौती सम्बोधन गर्ने उद्देश्यका साथ स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले राष्ट्रिय जनसंख्या नीति ल्यइएको छ । प्रधानमन्त्री केपी शर्मा ओलीले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री प्रदीप पौडेलको उपस्थितिमा नीति सार्वजनिक गरेका हुन् ।

देशका हिमाली क्षेत्रका ३४ जिल्ला र तीन सय १९ तहमा जनसंख्या वृद्धिदर ऋणात्मक रहेको अवस्थामा अहिलेको चुनौतीसँग जुध्नका लागि भन्दै मन्त्री पौडेलले परिवर्तित समस्या समाधान गर्न नीति अघि बढाउने तयारी गरेका थिए । सोहीअनुसार मन्त्रिपरिषद् बैठकमा मन्त्री पौडेलको प्रस्ताव पारित भए पछि नयाँ नीति आएको हो ।

यसले २०७१ सालमा आएको जनसंख्या नीतिपछि देखिएका जनसंख्या चुनौती समाधान तथा बढिरहेको युवा जनसंख्याबाट लाभ लिने विषय समेटेको छ ।

'नीतिले हाल घटिरहेको प्रजनन दरलाई एक दशमलव ९४ बाट जनसंख्या वृद्धिदर सहज अवस्थामा पुर्याउन २ दशमलव १ प्रतिशतमा पुर्याउने लक्ष्य राखेको छ । साथै हाल उच्च रहेको १५ देखि ५९ वर्ष उमेर समूहको ६१ दशमलव ९ प्रतिशत जनसंख्याबाट अर्थतन्त्रले लाभ लिने परिकल्पना गरेको छ,' मन्त्री पौडेलले भने ।

जनसंख्याको अहिलेको अवस्थाका आधारमा योजना बनाउन आवश्यक रहेको र यसका लागि तीनै तहबीच समन्वय गर्नका लागि नीतिले जोड दिएको छ । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रीको अध्यक्षतामा राष्ट्रिय जनसंख्या निर्देशन तथा समन्वय समितिको परिकल्पना गरेको नीतिले तीनै तहका समस्या सम्बोधन गर्न व्यवस्थापन मार्गदर्शन जारी गर्ने लक्ष्य लिएको छ । विकास योजनाहरू बने पनि उपभोग हुन नसकेको अवस्थालाई सम्बोधन गर्न नीतिले यस्ता पूर्वाधार बनाउँदा जनसंख्याको प्रभाव मूल्यांकन गर्ने लक्ष्य लिएको छ । साथै, जनसंख्याका सबै खालको तथ्यांक तीनै तहबीच एकीकृत प्रतिवेदन बन्ने प्रणालीका साथै व्यक्तिगत जनसंख्या विवरण प्रणालीमा आबद्ध गरी सरकारका अंगहरूले एकीकृत रुपमा प्राप्त गर्न सक्ने लक्ष्य नीतिले राखेको छ ।

साथै, नागरिकको स्वास्थ्य पहुँच अभिवृद्धिका लागि स्वास्थ्य बीमामार्फत सबै नागरिकको पहुँच पुर्याएर स्वास्थ्य उपचारमा आर्थिक सहायता प्रदान गर्ने लक्ष्य नीतिले लिएको छ ।

नीतिको कार्यान्वयनले समृद्ध देश निर्माणको लक्ष्य प्राप्तिका लागि युवा परिचालनबाट जनसांख्यिक लाभ हुने अपेक्षा मन्त्रालयको छ । आन्तरिक बसाईंसराइ व्यवस्थि तगर्ने तथा ज्येष्ठ नागरिकको ज्ञान, सीप र अनुभव क्षमताको उपयोग गरेर मर्यादित र सम्मानित जीवनको लक्ष्य प्राप्त हुने परिकल्पना नीतिले गरेको छ ।

यसका लागि अहिलेको शिक्षा प्रणालीमा परिमार्जन गर्दै उद्यमशील सीपयुक्त शिक्षामा जोड दिइएको छ । साथै, विदेश गएका र फर्किएका आप्रवाशी जनशक्तिलाई उपभोग गर्ने गरी योजना तथा कार्यक्रम निर्माण गर्ने विषय नीतिले समेटेको छ ।

३० वर्षभित्र तीन सन्तान पाइसक्नू : प्रधानमन्त्री ओली

प्रधानमन्त्री ओलीले विकास र समृद्धि सँगसँगै जनसङ्ख्याको समान विकास नभए मानव अस्तित्व खतरामा पर्ने भएकाले समयमा विवाह गरेर सन्तान उत्पादनमा लाग्न आग्रह गरेका छन् ।

राष्ट्रिय जनसङ्ख्या नीति, २०८२ का मुख्य विशेषता

नेपालको संविधान

संविधानका आधारभूत विषयहरू राष्ट्रिय हित प्रति समर्पित, सक्षम र क्षमतायुक्त नागरिक हुने, नागरिकलाई सुखी र समृद्ध बनाउने, संघीयता बमोजिम तीन तहका सरकारलाई जनसङ्ख्याका सवाल र यसको व्यवस्थापनका विषयमा जिम्मेवार बनाउने जस्ता विषय समेटिएको।

राष्ट्रिय जनगणना, २०७८

- हिमाली क्षेत्र समेत ३४ जिल्ला र ३१९ स्थानीय तहमा जनसङ्ख्या बृद्धिदर ऋणात्मक रहेको
- जनसङ्ख्या बृद्धिदर ०.९२ प्रतिशत रहेको।(२०६८ मा १.३५ प्रतिशत)
- प्रजनन् दर प्रतिस्थापन तहभन्दा तल रहेको (२.१ हुनुपर्नेमा १.९३ रहेको)
- जन्मका क्रममा लैङ्गिक अनुपात ११४:१०० (प्रत्येक १०० बालिकाको जन्ममा ११४ बालकको जन्म) रहेको
- १५-५९ वर्ष उमेर समूहको जनसङ्ख्या ६१.९ प्रतिशत
- ज्येष्ठ नागरिकको जनसङ्ख्या १०.२१ प्रतिशत
- हिमाल, पहाड र ग्रामीण क्षेत्रबाट तराई र सहरी क्षेत्रमा बढ्दो बसाईसराइँ, अव्यवस्थित सहरीकरण

नीतिका विशेषताः

- बदलिँदो जनसाङ्ख्यिक संरचना र नवीन् प्रविधिका अवसरहरू उपयोग गर्न सक्ने गरी जनसङ्ख्यामा देखिएको परिवर्तित सन्दर्भ(पाराडाइम सिफ्ट) लाई संवोधन गर्ने
- स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रीको अध्यक्षतामा राष्ट्रिय जनसङ्ख्या निर्देशन तथा समन्वय समितिले राष्ट्रिय जनसङ्ख्या व्यवस्थापनलाई क्रियाशील बनाउने।
- राष्ट्रिय जनसङ्ख्या ऐन बनाई लागू गर्ने
- तीनै तहका जनसङ्ख्याका कार्य व्यवस्थित गर्न संघीय जनसङ्ख्या व्यवस्थापन मार्गदर्शन जारी गर्ने
- ज्येष्ठ नागरिक, युवा पुस्ता, बालबालिका, महिला, लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसंख्यक लगायत सवालको संवोधन
- शासन र विकासका सबै क्षेत्र तथा विषयमा जनसङ्ख्याको विषय मूलप्रवाहीकरण गर्ने।
- प्रजनन दरलाई प्रतिस्थापन तहमा सन्तुलन कायम गर्ने गरी अन्तरसम्बन्धित नीति सुधार तथा विभिन्न प्रोत्साहनात्मक कार्यक्रम गर्ने।
- स्वास्थ्य बीमामार्फत सबै नागरिकको स्वास्थ्य उपचारमा पहुँच तथा स्वास्थ्य आर्थिक सहायतालाई पनि बीमामार्फत संवोधन गर्ने।
- विकास आयोजना एवम पूर्वाधार निर्माण गर्दा पपुलसेन इम्प्याक्ट एसेसमेन्ट गर्ने।
- जनसङ्ख्या सम्बद्ध सबै खाले तथ्याङ्कहरूको तीनै तहका सरकार बीच एकीकृत प्रतिवेदन बन्ने स्वचालित प्रणाली
- पर्सनल डेमोग्राफिक प्रोफाइललाई सिभिल रजिस्ट्रेसन एन्ड भाइटल स्टाटिस्टिक्स (सीआरभीएस) प्रणालीसँग आबद्ध गरी ट्र्याकिङ गर्ने प्रणाली
- निजी क्षेत्र, विकास साझेदार, विश्वविद्यालय, अनुसन्धान सम्बद्ध संस्थाहरूको योगदान केन्द्रित समन्वय र सहकार्य

अपेक्षित उपलब्धिः

- मूल नीतिको रुपमा रहने यो नीति तीनै तहका सरकारको लागि मार्गदर्शक नीतिको रुपमा रहनेछ।
- समृद्ध मुलुक निर्माणको राष्ट्रिय लक्ष्य प्राप्तिको लागि युवा जनशक्तिको परिचालन भई जनसाङ्ख्यिक लाभको उच्चतम उपयोग भएको हुनेछ।
- प्रजनन् दरलाई प्रतिस्थापन तहमा कायम राखी जनसङ्ख्याको उचित व्यवस्थापन भएको हुनेछ।
- आन्तरिक बसाईसराइँ व्यवस्थित भई क्षेत्रगत रुपमा सन्तुलित विकास भएको हुनेछ।
- ज्येष्ठ नागरिकको ज्ञान, सीप, अनुभव र क्षमताको उपयोग गर्न इनभेन्टोरी तयार भई उनीहरूको जीवन मर्यादित र सम्मानित भएको हुनेछ।
- राज्यका सबै शासकीय तहका नीतिगत, कानुनी, संरचनागत तथा प्रणालीगत व्यवस्थामा लैङ्गिक समानता तथा समावेशीकरणको विषय मूलप्रवाहीकरण भएको हुनेछ।
- राज्यबाट प्रदान गर्ने सार्वजनिक सेवा राष्ट्रिय परिचयपत्रसँग आबद्ध भएको हुनेछ।
- तीनै तहका सरकारको जनसङ्ख्या व्यवस्थापनको विषयलाई प्रभावकारी रुपमा कार्यान्वयन गर्न संघीय जनसङ्ख्या व्यवस्थापन ऐन तर्जुमा भई लागू भएको हुनेछ।

`मानिस भएकाले हरेक देशको अर्थ छ, धर्तीको अर्थ छ । जनसङ्ख्या हुँदैनथ्यो भने देश हुँदैन । हामीले मानव जातिको अस्तित्व र सुखपूर्ण अस्तित्व रक्षाका लागि उपयुक्त नीति र कदमहरू चाल्नुपर्छ', प्रधानमन्त्री ओलीले भने, 'सृष्टिको सृजनाका लागि मानव जाति जति मूल्यवान अर्को छैन । कृपया आफ्नो स्वार्थका लागि मान्छे मार्नेहरू यो धन्दा छोड । जनसङ्ख्याका बारेमा गोष्ठी र सेमिनार पनि गर्ने अनि आम विनासका हतियार बनाएर मान्छे पनि मारिरहने क्रमले मानव संसारको अस्तित्व बच्दैन । जनसाङ्ख्यिक असन्तुलनलाई कायम रहन दिनु हुँदैन ।´

प्रधानमन्त्री ओलील् सरकारले २० वर्षपछि विवाह गर्न कानुनी प्रबन्ध गरेकाले समयमा विवाह गरेर ३० वर्षभित्र तीन सन्तान पाइसक्न र चालीस कटेपछि रमाउला भन्ने गीतमा नअल्मन आग्रह गरे ।

उनले सन्ताले डाँडाकाढा ढाकुन् नभन भनेर जनचेतना फैलाउँदा उल्टो असर परेर सन्तान नै नपाउने स्थिति भएकातर्फ चिन्ता व्यक्त गर्दै विकास भएका देशमा पनि जनसङ्ख्या ऋणात्मक हुँदा मानव अस्तित्वको खतरा देखिएकाले जनसङ्ख्याको उचित व्यवस्थापनका लागि यस नीतिको कार्यान्वयनमा लाग्नुपर्ने बताए ।

एक्रिडिटेसन: गुणस्तरीय प्रयोगशालाका लागि नेपाली अभियान

डा. सीताराम जोशी नाम होइन, कामबाट पहिचान बनाएका व्यक्तित्व हुन्। उनकै भिजन र मिसनको नतिजा हो, नेपालका ल्याब पनि 'गुणस्तर प्रमाणपत्र' प्राप्त छन्। उनीहरूमाथि निरन्तर रहने निगरानीका कारण दायाँबायाँ गर्ने छुट छैन।

उनले त्योबेला नेपालमा प्रयोगशालाले आफ्नो परीक्षण नतिजा विश्वसनीय बनाउन 'आईएसओ' मान्यताप्राप्त हुनुपर्ने अभियान चलाए, जतिबेला सरकारले ल्याबको बर्गीकरणबारे सोच्न भ्याइसकेको थिएन। हरेक औषधि पसलमा नमुना संकलन गर्ने र कुनैपनि भन्याङमुनीको अँध्यारो कोठाबाट रिपोर्ट दिने प्रचलन व्याप्त थियो।

अहिले सरकारले ल्याब बर्गीकरण गर्ने गरेको छ। स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन मापदण्ड २०७७ मा प्रयोगशालाले 'ए' वर्गको मान्यता प्राप्त गरेको दुई वर्षभित्र उपलब्ध सेवाहरूमध्ये न्यूनतम पचास वटा परीक्षणहरू आइएसओ १५१८९ मान्यता प्राप्त हुनुपर्ने बताएको छ। सो अवधीमा यो प्रावधान पूरा गर्न नसकेमा स्वतः 'बी' वर्गमा जाने उल्लेख छ।

नेपालमा उक्त मान्यता प्रदान गर्ने एकमात्र संस्था हो- एक्रिडिटेसन एजुकेसन रिसर्च एन्ड साइन्टिफिक सर्भिस सेन्टर (एईआरएसएससी)। जसका संस्थापक हुन् डा. सीताराम जोशी। जुन संस्थाले हालसम्म १२ वटा ल्याबलाई एक्रिडिटेसन (आइएसओ १५१८९ मान्यता) दिइसकेको छ । सन् २०२५/०२६ संख्या २० पुऱ्याउने लक्ष्य छ । एक्रिडिटेसन लिन सुरु गर्नेमा निजीतर्फ नाम चलेको ल्याब सम्यक डाग्नोस्टिक, काठमाडौं प्याथ ल्याब थिए। सरकारीमा नेतृत्वदायी प्रयोगशाला राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले यही संस्थाबाट गुणस्तर प्रमाणपत्र प्राप्त गरेको छ।

नेपाली प्रयोगशालालाई गुणस्तर प्रमाण पत्र प्रदान गर्ने एईआरएसएससी एशिया प्यासिफिक एक्रेडिटेसन को-अपरेसनको एशोसिएट सदस्य र इन्टरनेसनल ल्याबोरेटरी एक्रेडिटेसन को-अपरेसनको एशोसिएट सदस्य रहेको छ।

दृढ इच्छा शक्तिले बनेको संस्था

धेरैलाई लाग्छ- सरकारी ल्याबलाई समेत गुणस्तर प्रमाण पत्र दिने संस्था पनि किन प्राइभेट? निजीस्तरको प्रयास भएका कारण यसबारे धेरै बुझ्न भ्याइनसकेकाहरूले सुरुमा 'अविश्वास' समेत गर्छन्। जब यो संस्थामाथि समेत निगरानी राख्ने प्रणाली थाहा पाउँछन्, गुणस्तर मापन प्रक्रिया बुझ्छन्, त्यसपछि मात्रै ढुक्क हुन्छन्।

सरकारी बनाउने प्रयास गरिएको तर त्यता सफल नभएपछि निजीस्तरबाट जन्मिएको हो। यो संस्था जन्मिनुको कथा पनि बेग्लै छ । जहाँ डा. जोशीको दृढ इच्छाशक्ति जोडिएको छ। जीवनका ३५ वर्ष सरकारको गुणस्तर तथा नापतौल विभाग अन्तर्गत रहेर सेवा गरे डा. जोशीले। हरेक सेवा तथा वस्तु गुणस्तरीय हुनुपर्ने अभियानमै उनको जीवन बित्यो। फिजिक्सका विद्यार्थी उनी निरीक्षकबाट सेवा प्रवेश गरेका थिए, महानिर्देशक भएर अवकाश लिए।

महानिर्देशक हुँदा उनलाई लाग्यो- ल्याब एक्रिडिटेसनको प्रणाली बसाएर जाउँ। ल्याब परीक्षणका विषयमा आइरहेका गुनासोले आक्रान्त उनलाई लाग्यो- सरकारले नै आइएसओ मान्यता प्रदान गर्ने अवस्था बन्यो भने राम्रो हुन्छ। उनकै नेतृत्वमा त्यसका लागि ऐन ड्राफ्ट भयो। सबै प्रावधानमा तत्कालीन मन्त्री (जसको डा. जोशी नाम लिन चाहदैनन्) राजी भए । ती मन्त्रीको एक ठाउँमा संशोधन रह्यो- एक्रिडिटेसन दिने त्यो संस्थाको प्रमुखचाहिँ राजनीतिक नियुक्ति हुनुपर्छ।

२०३३ सालदेखि २०६८ सालसम्म गुणस्तर तथा नापतौल विभागमा रहेका डा. जोशीले त्यहाँ धेरै कुरा देखे-भोगेका थिए। त्यसमध्ये एउटा थियो- सेवा वा सामानमा गुणस्तर प्रदान गर्न नखोज्ने तर जसरी हुन्छ सरकारबाट 'गुणस्तरीय' प्रमाणपत्र खोज्ने। कर्मचारीबाट काम फत्ते गर्न नसक्दा उनीहरू राजनीतिक पहुँच प्रयोग गर्थे । जसको दबाब बेलामौकामा डा. जोशीले पनि खेपे। मन्त्रीसँग उनको यही बुँदामा विवाद भयो। उनले अड्डी कसे- राजनीतिक नियुक्ति हुँदैन।

लागेपछि एकोहोरो लाग्ने स्वभावका डा. जोशी आफ्नो अड्डीबाट कुनैपनि हालतमा पछि हटेनन् । मन्त्रीका निकटस्थले एक दिन त पानीसमेत खान नदिइ कोठामा थुनिराखे । उनले त्यस्तो प्रावधानयुक्त ड्राफ्टमा हस्ताक्षर गरेनन् र उक्त विभागबाट बिदा भए । त्यो योजना र ऐन त्यत्तिकै तुहियो । तर, डा. जोशीले अठोट गरे- म त्यो काम अवकाशपछि पनि गर्छु ।

२०६८ सालमा उनले अवकाश प्राप्त गरेपछि उनले आफ्नो लक्ष्य थाले । उक्त लक्ष्यका आडभरोसा थिए, भारतमा गुणस्तरीय स्वास्थ्यको अभियानमा सक्रिय र नेपाललाई समेत लामो समयदेखि सहयोग गरिरहेका डा. थुप्पिल वैंकटेस र डा. गिरिधर ज्ञानी । आफू अभियानमै रहेको ती दुई व्यक्तित्वलाई सुनाएपछि उनीहरूले नेपालमा गुणस्तरीय ल्याब सेवाका लागि स्वयंसेवा गर्ने भए । सुरुमा त्यो अवधारणा र प्रावधानका विषयमा नेपालका प्याथोलोजिस्टलाई जानकारी गराउनु थियो । डा. वैंकटेस ७ दिनका लागि नेपाल आउने सन्दर्भ पारेर डा. जोशीले सेमिनार आयोजना गरे ।

जसले बुझे महत्व, बनाए गुणस्तरीय

गुणस्तरीय ल्याबका लागि काम गरिरहेका केही प्याथोलोजिस्ट तथा ल्याबकर्मी त्यो सेमिनारमा सहभागी भएका थिए । डा. जोशीका अनुसार तीमध्येमा थिए सम्यक डायग्नोस्टिकका डा. केयूर गौतम र काठमाडौं प्याथल्याबका डा. शिवराज केसी ।

ती दुईजनाले एक्रिडिटेसनको महत्व बुझे । त्यसले आफूलाई गुणस्तरीय सेवा दिन गर्ने सहयोग महशुस गरे । त्यसपछि आइएसओ १५१८९ मान्यताका लागि निरन्तर ल्याबलाई स्तरीय बनाउन लागिपरे । सन् २०१५ मा ती दुई ल्याबले गुणस्तर प्रमाण पत्र प्राप्त गरे ।

गुणस्तरीय ल्याब, विश्वसनीय रिपोर्ट र सहज प्रणालीका लागि सम्यक डायग्नोस्टिक प्रालि त देशकै अग्रणी प्रयोगशाला बनेको छ । आफूले अपनाएको पद्धति र प्रणालीका लाभबारे सम्यकका अध्यक्ष डा. गौतम विभिन्न ठाउँमा बताउँदै आएका छन् । कतिपय प्रयोगशालालाई गुणस्तर मापदण्डमा पुऱ्याउन उनले सघाएका छन् । डा. जोशी आफ्नो गुणस्तरको अभियानमा सुरुदेखि नै काँधमा काँध मिलाएर हिँड्नेहरूमध्ये अग्रसूचीमा नाम लिनेमध्येमा डा. गौतम पर्छन् ।

एईआरएसएससी अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड अनुसार प्रयोगशाला मान्यता प्राप्त गर्नुका अनेक लाभ छन् । डा. जोशीका अनुसार सेवाग्राहीहरूलाई विश्वसनीय परीक्षण, मापन र क्यालिब्रेसन सेवाहरू चिन्न र छनौट गर्न सजिलो हुन्छ । यस्तो मान्यताप्राप्त प्रयोगशालाहरूद्वारा जारी रिपोर्ट विश्वसनीय हुन्छन् र विश्वस्तरमै मान्य हुन्छन् ।

उनी भन्छन्, 'प्रयोगशालाहरूले आफ्नो गुणस्तरमा विश्वस्त हुने प्रणाली र प्राविधिक क्षमता कस्तो छ भन्ने बारेमा सुझाव प्राप्त गर्छन्, जसले उनीहरूको सञ्चालन सुधार गर्न मद्दत गर्छ । मान्यता प्राप्त प्रयोगशालामा परीक्षण गरिएकाले अन्य देशमा पुन: परीक्षण जरुरी हुँदैन । जसले समय र लागत दुबैको बचत हुन्छ ।'

एईआरएसएससी नेपालको एक मात्र त्यस्तो निकाय हो, जसले ल्याबहरूलाई एक्रिडिटेसन दिने काम गरिरहेको छ । अन्तर्राष्ट्रिय मान्यता प्राप्त यस संस्थाले निष्पक्षता, न्यायोचित, दक्षता र पारदर्शिताका साथ मान्यता प्रदान गर्ने प्रणाली बसाएको छ । 'मान्यता स्विकृति तेस्रो पक्षबाट गरिने प्रक्रिया हो, जसले तोकिएको मूल्याङ्कन विधिमा बसेर उनीहरू त्यसका लागि योग्य भए/नभएको प्रमाणित गर्छ,' डा. जोशीले भने ।

स्वयंसेवी अभियानको निरन्तरता

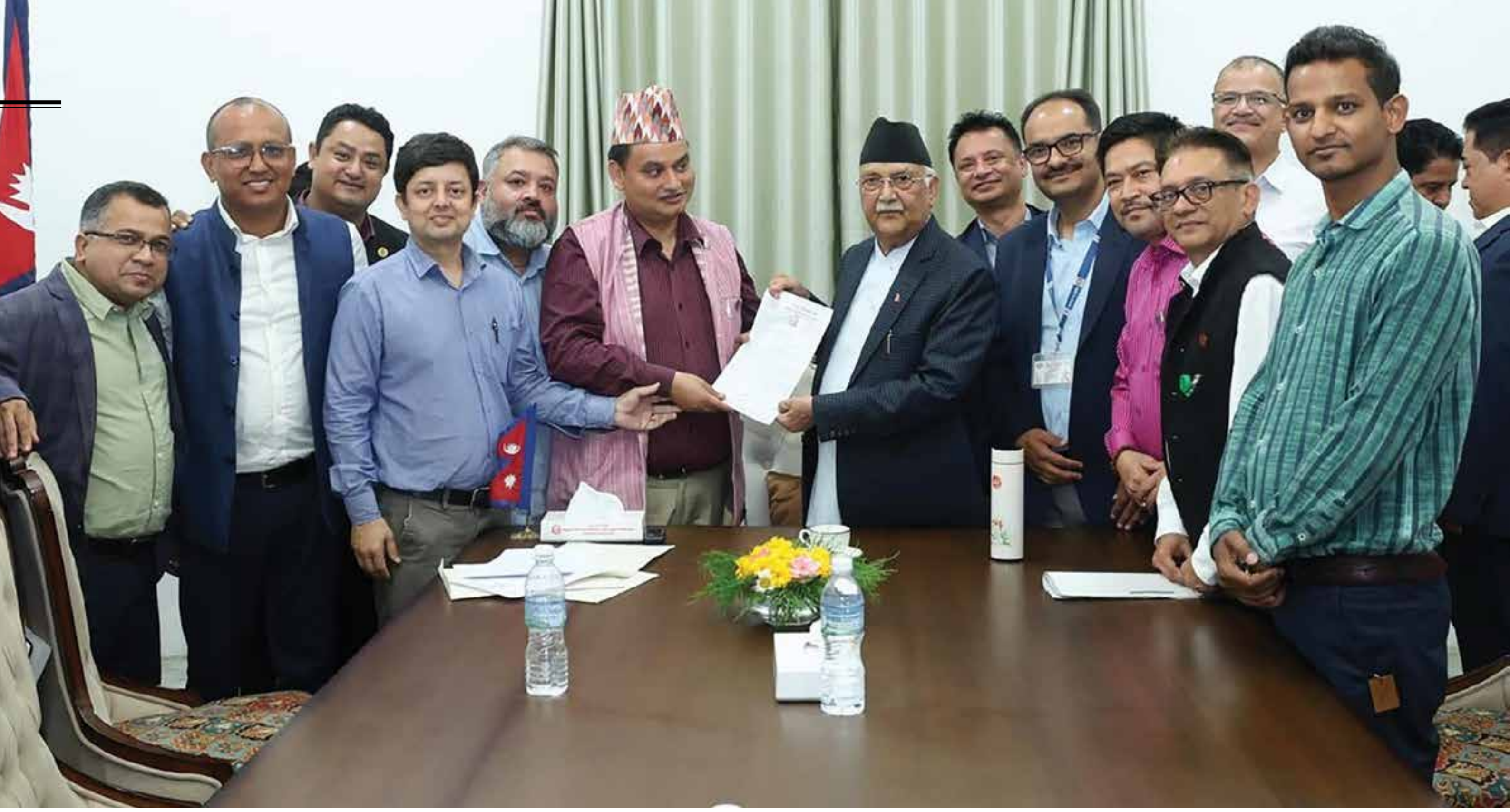
गुणस्तर प्रमाणपत्रको अवधारणा नेपालमा प्रवेश गराउने डा. जोशी हुन् । त्यसका लागि उनले वातावरण बनाए । संस्था बनाए । तर, त्यसको आवश्यकता भने गुणस्तरीय प्रयोगशाला सेवा दिन चाहने हरेकलाई हुनुपर्ने डा. जोशीको मान्यता छ ।

त्यसका लागि उनले निरन्तर तालिम, सेमिनार र कार्यक्रम गरिरहेका हुन्छन् । विदेशबाट प्रशिक्षक समेत बोलाएर गरिने तालिमका लागि उनी अतिरिक्त शुल्क लिँदैनन् । उक्त तालिममा सहभागीले आफ्ना लागि आफैं दालभातको जोहो गर्नुपर्छ । 'सादा जीवन' अनुशरण गरेका डा. जोशीले यसलाई विशुद्ध अभियान बनाएका कारण त्यसबाट अतिरिक्त लाभको कहिल्यै लोभ गरेनन् ।

कुनैपनि लाभ नलिएर स्वयंसेवा अभियानका रुपमा संस्था चलाएकोमा यो संस्था सदस्य भएका विदेशी संस्थाले प्रश्न गरे । 'नियमित आर्थिक आर्जन प्रणाली नबसाएको र आफूले समेत कुनै लाभ नलिने भएपछि यसको निरन्तरतामा कसरी विश्वस्त हुन सकिन्छ?' उनीहरूको प्रश्न थियो ।

डा. जोशी भने आफ्नो अभियानको निरन्तरताका लागि निरन्तर सक्रिय छन् । उनको मनोभाव बुझेकाहरूले सघाएका कारण अभियान जारी छ । नेपालमै एउटा यो तहको संस्था निर्माण भएको छ, जसलाई जोगाउनुपर्ने धारणा राख्नेहरू समेत छन् । तर, अहिले कतिपयले गुणस्तरको प्रमाण पत्रमा समेत सहजता खोज्न थालेका छन् । डा. जोशीको संस्थाले प्रमाणपत्र प्रदान गर्दा अन्तर्राष्ट्रिय नीति, पद्धति र मान्यता हुबहु लागु गर्छ । पद्धतिअनुसार आफूलाई गुणस्तरीय बनाउने भन्दा पनि गुणस्तर प्रमाण पत्र हासिल गर्ने चाहना भएका प्रयोगशाला सञ्चालक समेत छन् । यस्ता प्रमाणपत्रहरू 'मिलाएर दिन सक्ने' भारतीय 'दोकान'को समेत नेपाल प्रवेश बढ्न थालेको छ । त्यसमा डा. जोशी सचेत गराउँछन्, 'दिनेले त टुँडिखेल दान दिन्छु भन्ला, तर दान लिनेले विचार गर्नुपर्छ ।'

आइएसओ गुणस्तर प्रमाणपत्र ग्रहण गर्दै सम्यक डायग्नोस्टिकका अध्यक्ष डा. केयूर गौतम



उपभोक्ता अदालतको फैसला चिकित्सा क्षेत्रको विरोध

• लक्ष्मी चौलागाई

बुढानिलकण्ठ नगरपालिका वडा. नम्बर ९ का ९८ वर्षीय हरिप्रसाद गौतम २०८१ माघ ५ गते बाथरुममा जाने क्रममा लडेर खुट्टा टेक्न नसक्ने भए। बेडमा बस्दा समेत लडे। त्यसपछि परिवारका सदस्यले उनलाई त्यही दिन चाबहिलस्थित ओम अस्पतालको आकस्मिक कक्षमा लगे। आकस्मिक कक्षमा ड्युटीमा रहेका चिकित्सकले आवश्यक जाँच गरे। एक्सरे पनि भयो। त्यसपछि चिकित्सकहरूले गौतम दुखाइ कम गर्नेसहित थप केही औषधि लेख्दै आराम गर्न र आवश्यक लागेका हाडजोर्नी विशेषज्ञ चिकित्सककहाँ जान सकिने भन्दै डिस्चार्ज गरे।

ओम अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएर घर गएको ४ दिनसम्म पनि दुखाइ कम नभएपछि गौतमलाई परिवारले ह्याम्स अस्पताल लगे।गौतमका छोरा बसन्तका अनुसार ह्याम्सका चिकित्सकले ओम अस्पतालमा गरेको एक्सरे हेरेपछि हिपको जोर्नीमा रहेको मिथल्लो भागको हड्डी 'एसिटाबुलम' भाँचिएको र चार दिनसम्ममा एक्सरेमा फरक आउन सक्छ भन्दै एक्सरे र सिटी स्क्यान गर्न भने। एक्सरे र सिटीको अध्ययनपछि ह्याम्सका चिकित्सकले पहिलो दिनको भन्दा बढी क्षति भएको र हड्डीहरू ससाना टुक्रा भएको जानकारी दिए। उपचार भनेको शल्यक्रिया गर्ने वा स्केलेटल ट्र्याक्सन गर्नुपर्ने तर उमेरका कारण थप अन्य जटिलता आउन सक्ने भन्दै शल्यक्रिया नगर्न नै सुझाब दिएको र त्यसपछि ह्याम्समा भाँचिएको हड्डीहरू पुनःमिलाउन र स्थीर बनाउन हड्डीमा पिन वा तारहरू राखेर गरिने स्केलेटल ट्र्याक्सन गरिएको छोरा बसन्तको भनाइ छ।

केही दिनको अस्पताल बसाइपछि घरमा नै मेडिकल सेटअप गरी गौतमलाई घरमा लगिएको थियो। सोही क्रममा गौतमको फागुन ३ गते मृत्यु भयो। बुबाको मृत्यु भएपछि बसन्तले ओम अस्पतालमा बुबाको एक्सरे अध्ययन गर्दै नगरी वा अध्ययन गरेता पनि हड्डी भाँचिएको छ भन्ने नै नजानी 'ड्युटी अफ केयर' पूरा नगरी भर्ना गर्नुपर्ने बिरामीलाई डिस्चार्ज गरिदिएको कारणले बेलैमा सही उपचार नपाएर 'मेडिकल नेग्लिजेन्स'को कारणले बुबाको मृत्यु भएको भन्दै उपभोक्ता अदालतमा मुद्दा हालेका थिए।

बसन्तले अस्पताल र उपचारमा संलग्न रहेका दुई जना चिकित्सकविरुद्ध उपचारमा लापरबाही गरेको र त्यसका कारण आर्थिक, मानसिक र शारीरिक हानि भएको भन्दै ५ करोड क्षतिपूर्ति मागदाबीसहित मुद्दा हालेका थिए।

अदालतले नेपाल मेडिकल काउन्सिलसँग विज्ञको राय माग गरेको थियो। अदालतको पत्रपछि काउन्सिलले राष्ट्रिय ट्रमा सेन्टरलाई हाडजोर्नी विशेषज्ञ उपलब्ध गराइदिन आग्रह गर्‍यो। ट्रमा सेन्टरबाट विज्ञका रूपमा वरिष्ठ हाडजोर्नी विशेषज्ञ डा. रुद्र मरासिनीले विज्ञको राय दिए।

डा. मरासिनीले ओम अस्पतालमा भएको एक्सरेमा गौतमको देब्रो तर्फको हिपको जोर्नी एसिटाबुलम भाँचिएको तर यथास्थानमा नै रहेको (लेफ्ट एसिटाबुलम फ्र्याक्चर-अनडिस्प्लेस्ड) र यस्तो कुरा सामान्य मेडिकल अफिसर वा अन्य विषयका चिकित्सकले नदेख्न सक्ने, हाडजोर्नी सम्बन्धी विशेषज्ञले मात्र राम्रोसँग पहिचान तथा विश्लेषण गर्न सक्ने राय दिएका छन्। यसका साथै उनले यस्तो फ्र्याक्चर भएका बिरामीले पूर्ण रुपमा आराम नगरी खुट्टाले टेकेमा वा पुनः लडेमा र शरीरको भार खुट्टामा परेमा फ्र्याक्चर

सर्न सक्ने र एसिटाबुलम फ्रयाक्चरले मात्र बिरामीको मृत्यु नहुन सक्ने राय पनि दिएका छन् ।

उपभोक्ता अदालतले विज्ञको रायपछि २०८२ जेठमा अस्पताल र उपचारमा संलग्न चिकित्सकलाई ५० लाख ७० हजार रुपैयाँ क्षतिपूर्ति तिर्नुपर्ने फैसला गरेको छ । उपभोक्ता अदालतको राम प्रसाद शर्मा अध्यक्ष, गेहेन्द्रराज रेग्मी सदस्य र आनन्दराज पोखरेल सदस्य रहेको इजलासले उक्त फैसला गरेको स्रेस्तेदार शोभाकर खरेलले जानकारी दिए ।

उनका अनुसार फैसलामा अस्पतालबाट ५० लाख ७० हजार र दुई डाक्टरबाट जनही ३ लाख ५ हजार ५ सय रुपैयाँ क्षतिपूर्ति भराउन भनिएको छ ।

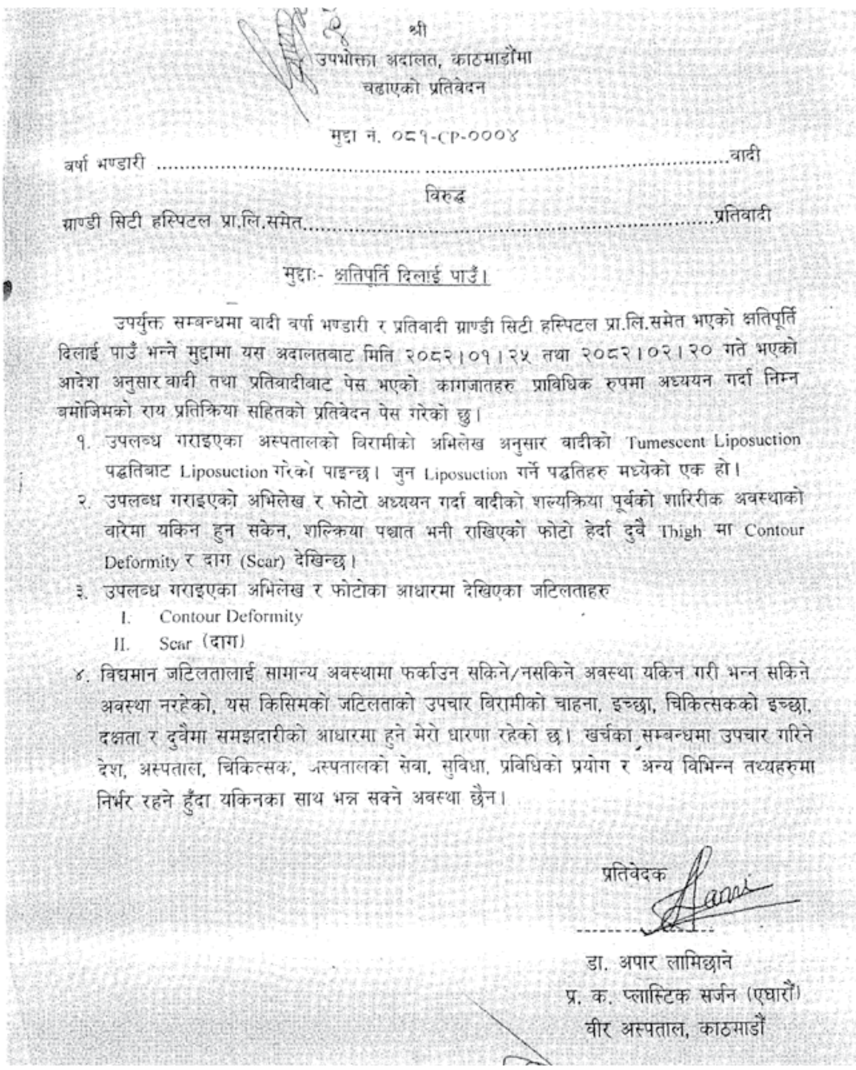
'बसन्त गौतमले आफ्नो बुवा उपचारमा लापरबाही भएको भन्दै ५ करोड क्षतिपूर्ति पाउँ भनेर दायर गरेको मुद्दामा ५६ लाख ८१ हजार रुपैयाँ क्षतिपुर्ती भराउने आदेश भएको छ । अस्पताललाई ८० प्रतिशत र उपचारमा संलग्न २ चिकित्सकलाई ३ लाख ५ हजारका दरले २० प्रतिशत क्षतिपूर्ति भराउने आदेश भएको हो,' खरेलले भने ।

००

उपचार प्रक्रिया नै प्रश्न उठाउँदै वर्षा भण्डारीले पनि उपभोक्ता अदालतमा मुद्दा दायर गरेकी थिइन् । अदालतले उनको मुद्दा र विज्ञको रायपछि फैसला गर्दै अस्पताल र चिकित्सकले क्षतिपूर्ति तिर्नुपर्ने भनेको छ ।

वर्षाले ग्रान्डी सिटी अस्पतालले गुणस्तरहीन सेवा दिएको भन्दै अदालतमा मुद्दा हालेकी थिइन् । वर्षाले ग्रान्डी सिटी अस्पतालमा शरीरको बोसोको मात्र घटाउने शल्यक्रिया गराएकी थिइन् । उनको थाइको बोसो घटाउन दुई पटक शल्यक्रिया भएको थियो । अस्पतालले दुई पटक शल्यक्रिया गर्दा संक्रमण भएको र दागहरू देखिएको भन्दै उनी उपचारमा लापरबाही भएको दाबी गर्दै अदालत पुगेकी हुन् ।

उपभोक्ता अदालत जानुअघि उनले नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा उजुरी दिएकी थिइन् । काउन्सिलले पाँच जना प्लास्टिक सर्जनको कमिटी गठन गरेर उनको उजुरीको अध्ययन गरेको थियो । प्लास्टिक सर्जनहरूको कमिटीले वर्षाले लापरबाही भनेर दाबी गरेको विषलाई उपचारका क्रममा आउने प्रचलित जटिलता रहेको र त्यसलाई अर्को शल्यक्रियामार्फत सच्याउन मिल्ने भनेर प्रतिवेदन दिएको थियो । तर वर्षाले उक्त



श्री
उपभोक्ता अदालत, काठमाडौंमा
चढाएको प्रतिवेदन

मुद्दा नं. ०८१-CP-०००४

वर्षा भण्डारी ....बादी

विरुद्ध

ग्राण्डी सिटी हस्पिटल प्रा.लि.समेत..प्रतिवादी

मुद्दाः- क्षतिपूर्ति दिलाई पाउँ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा बादी वर्षा भण्डारी र प्रतिवादी ग्राण्डी सिटी हस्पिटल प्रा.लि.समेत भएको क्षतिपूर्ति दिलाई पाउँ भन्ने मुद्दामा यस अदालतबाट मिति २०८२।०१।२५ तथा २०८२।०२।२० गते भएको आदेश अनुसार बादी तथा प्रतिवादीबाट पेस भएको कागजातहरु प्राविधिक रुपमा अध्ययन गर्दा निम्न बमोजिमको राय प्रतिक्रिया सहितको प्रतिवेदन पेस गरेको छु।

१. उपलब्ध गराइएका अस्पतालको बिरामीको अभिलेख अनुसार बादीको Tumescent Liposuction पद्धतिबाट Liposuction गरेको पाइन्छ। जुन Liposuction गर्ने पद्धतिहरु मध्येको एक हो।
२. उपलब्ध गराइएको अभिलेख र फोटो अध्ययन गर्दा बादीको शल्यक्रिया पूर्वको शारिरीक अवस्थाको बारेमा यकिन हुन सकेन, शल्किया पश्चात भनी राखिएको फोटो हेर्दा दुवै Thigh मा Contour Deformity र दाग (Scar) देखिन्छ।
३. उपलब्ध गराइएका अभिलेख र फोटोका आधारमा देखिएका जटिलताहरु
   I. Contour Deformity
   II. Scar (दाग)
४. विद्यमान जटिलतालाई सामान्य अवस्थामा फर्काउन सकिने/नसकिने अवस्था यकिन गरी भन्न सकिने अवस्था नरहेको, यस किसिमको जटिलताको उपचार बिरामीको चाहना, इच्छा, चिकित्सकको इच्छा, दक्षता र दुवैमा समझदारीको आधारमा हुने मेरो धारणा रहेको छ। खर्चका सम्बन्धमा उपचार गरिने देश, अस्पताल, चिकित्सक, अस्पतालको सेवा, सुविधा, प्रविधिको प्रयोग र अन्य विभिन्न तथ्यहरुमा निर्भर रहने हुँदा यकिनका साथ भन्न सक्ने अवस्था छैन।

प्रतिवेदक

डा. अपार लामिछाने
प्र. क. प्लास्टिक सर्जन (एघारौं)
वीर अस्पताल, काठमाडौं

विषयमा चित्त नबुझेको भन्दै क्षतिपूर्तिको माग गर्दै उपभोक्ता अदालत गएकी हुन् ।

उनले आफ्नो उपचार प्रक्रियामा गुणस्तरहीन सेवा दिएर नोक्सानी गराएको भन्दै ३ करोड १७ लाख रुपैयाँ मागदाबीसहित मुद्दा दर्ता गरेकी थिइन् । उनको मुद्दा पछि अदालतले विज्ञ चिकित्सकको राय लिएको थियो । वीर अस्पतालमा कार्यरत प्लास्टिक सर्जन डा. अपार लामिछानेले ४ बुँदे राय दिएका छन् । डा. अपारले वर्षाको उपचार लाइपोसक्सन गर्ने उपचार पद्धतिहरूमध्येबाट नै गरिएको, शल्यक्रिया अघि वर्षाको शारीरिक अवस्थाका बारेमा यकिन हुन नसकेको, उपलब्ध गराइएका फोटोहरू हेर्दा शल्यक्रिया पश्चात दाग (स्कार) र बनावट विग्रिएको (कन्टर डिफर्मिटी) देखिएको, जटिलतालाई सामान्य अवस्थामा फर्काउन सकिने/नसकिने अवस्था यकिन गरी भन्न सकिने अवस्था नरहेको र यस किसिमको जटिलतालको उपचार बिरामीको चाहना, इच्छा, चिकित्सकको इच्छा, दक्षता र दुवैमा समक्षजारीको आधारमा हुने धारणा रहेको राय दिएका छन् ।

यसका साथै डा. लामिछानेले खर्चका सम्बन्धमा उपचार गरिने देश अस्पताल चिकित्सक अस्पतालको सेवा सुविधा प्रविधिको प्रयोग र अन्य विभिन्न तथ्यहरूमा निर्भ रहने राय पनि दिएका छन् ।

अदालतले वर्षाको मुद्दाको असार ५ गते फैसला गर्दै चिकित्सक र अस्पतालबाट ५७ लाख १९ हजार रुपैयाँ क्षतिपूर्ति भराउने आदेश दिएको छ । स्रेस्तेदार शोभाकर खरेलका अनुसार ७० प्रतिशत अर्थात् ४० लाख ३ हजार ३ सय चिकित्सकले र अस्पतालले ३० प्रतिशत अर्थात् १७ लाख १५ हजार ७ सय तिर्नुपर्ने फैसला भएको छ ।

००

उपभोक्ता अदालतले हिमाल हस्पिटल प्रालि र उपचारमा संलग्न डाक्टरलाई १ करोड ४५ लाख रुपैयाँ क्षतिपूर्ति तिराउने फैसला गरेको छ ।रामप्रसाद शर्मा, गेहेन्द्रराज रेग्मी र आनन्दराज पोखरेलको संयुक्त इजलासले अस्पताललाई ७० प्रतिशत र उपचारमा संलग्न चिकित्सक जयदेव यादवलाई ३० प्रतिशत क्षतिपूर्ति तिराउने फैसला गरेको हो ।

वसन्त गौतम...वादी

विरुद्ध

ॐ हस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर प्रा.लि.समेत...प्रतिवादी

मुद्दा:- क्षतिपूर्ति दिलाई पाऊँ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा वादी वसन्त गौतम र प्रतिवादी ॐ हस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर प्रा.लि.समेत भएको क्षतिपूर्ति दिलाई पाऊँ भन्ने मुद्दामा यस अदालतबाट मिति २०८२।०१।२५ गते भएको आदेश अनुसार वादीबाट पेस भएको सक्कलै X-Ray र CT Scan प्राविधिक रुपमा अध्ययन गर्दा निम्न बमोजिमको राय प्रतिक्रिया सहितको प्रतिवेदन पेस गरेको छु।

१. ॐ अस्पतालमा मिति १८।०१।२५ मा गरेको हरिप्रसाद गौतमको Pelvis को X-Ray AP View मा देब्रे साइडको Left Acetabulum fracture (Undisplaced) देखिन्छ। यो Fracture सामान्य मेडिकल अफिसर वा अन्य विषयका चिकित्सकले नदेख्न सक्छन। यस्तो Undisplaced fracture हाडजोर्नी सम्बन्धी विशेषज्ञ (Orthopedics Specialist) ले मात्र राम्रोसँग पहिचान तथा विश्लेषण गर्न सक्छन। उक्त विषयको विशेषज्ञ बाहेक अन्य चिकित्सकले Undisplaced fracture of Acetabulum लाई पहिचान गर्न नसकेमा सम्बन्धित विषयको विशेषज्ञको राय लिन उपयुक्त हुन्छ।

२. निज ९८ वर्षको बिरामीको Acetabulum fracture Undisplaced को उपचार पद्दती पूर्ण रुपमा आराम गर्ने र खुट्टाले टेकेर शरिरको भार खुट्टामा नपार्नु नै हो। यस्तै प्रकारको Fracture मा यदि बिरामीको उमेर कम छ, हड्डीको घनत्व राम्रो छ र अन्य रोगहरुको जोखिम छैन भने शल्यक्रिया गरेर पनि उपचार गर्न सकिन्छ। त्यसका लागि सम्बन्धित हाडजोर्नी विशेषज्ञले बिरामीको पूर्ण रुपमा जाँच गरी अन्य समस्याहरु पहिचान गरी सम्बन्धित रिपोर्टहरु विश्लेषण गरी निर्णय गर्न सक्छन।

- यस्तो Fracture भएको बिरामीले पूर्ण रुपमा आराम नगरी खुट्टाले टेकेमा वा पुन: लडेमा र शरिरको भार खुट्टामा पारेमा Fracture सर्न सक्छ (Undisplaced fracture can be converted into displaced fracture after weight bearing or Subsequent trauma)
- तत्कालीन असर खुट्टाको दुखाई हुने हुन्छ भने दीर्घकालिन रुपमा जोर्नी बिग्रन्छ, जसलाई Osteoarthritis of Hip Joint भनिन्छ।
- Fracture displaced भएमा बिरामीलाई Skeletal Traction लगाएर राख्नुपर्छ र सम्भव भएसम्म शल्यक्रिया मार्फत उपचार गर्नु पर्छ तर निजको हकमा शल्यक्रिया भन्दा Skeletal Traction नै उत्तम उपचार विधि देखिन्छ।
- Acetabulum fracture ले मात्र बिरामीको मृत्यु नहुन सक्छ, Fracture भएको धेरैदिन पछि भएको मृत्युलाई Acetabulum Fracture ले मात्र भएको भन्न सकिंदैन। खासगरी Fracture भएपछि लामो समयसम्म ओछ्यानमा बस्दा र वृद्ध उमेरमा विभिन्न किसिमका मेडिकल जटिलताहरु (Complications) आउन सक्छन जस्तै: छातिको निमोनिया, पिसाबको संक्रमण, Bed Sore, Osteoporosis आदी। यस्तो लामो समयसम्म हिडडुल गर्न नमिल्ने र बेडमा बसिरहनु पर्ने अवस्थमा आउने जटिलताहरुको कारणले (Complications of prolonged bed rest) बिरामीको मृत्यु हुन सक्छ।

प्रतिवेदक

डा. रुद्र प्रसाद सरासिनी
प्र.क. अर्थोपिडिक्स सर्जन (एघारौं)
राष्ट्रिय ट्रमा सेन्टर, काठमाडौं

अस्पतालले १ करोड १ लाख ८० हजार रुपैयाँ र चिकित्सकले ४३ लाख ६३ हजार रुपैयाँ क्षतिपूर्ति तिर्नुपर्ने भएको हो।

२०७९ माघ २३ गते गंगा गौतमले आफ्नो २८ महिनाकी छोरी प्रशंसालाई उपचारका लागि अस्पताल लगेको र उपचारमा लापरबाही गरिएका कारण उनको मृत्यु भएको दाबी गर्दै अभिभावकले अस्पतालमै लामो समय आन्दोलन गरेका थिए।त्यसपछि नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा उजुरी गरेका थिए।

काउन्सिलले उपचारमा संलग्न चिकित्सकको लापरबाही ठह्याउँदै चेतावनी दिने निर्णय गरेको थियो। काउन्सिलको निर्णयमा भनिएको छ, '२८ महिनाकी प्रशंसा गौतम नामकी बालिकालाई हिमाल अस्पतालमा चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम नियमित चेकजाँच र उपचार गरेको भएपनि रोगका कारण उत्पन्न जटिलता हुँदासम्म थप कुनै जाँच नगराएको र बिरामीको अवस्था जटिल भै अन्यत्र प्रेषण गर्दा सावधानी र न्युनतम उपचार विधि नअपनाएको र इन्ट्युबेशन नगरेको देखिएको हुनाले वालरोग विशेषज्ञ डा. जयदेव यादवलाई अब आइन्दा स्तरीय उपचार विधि प्रयोग गर्न तथा प्रेशण गर्दा उचित सावधानी अपनाउन निजलाई चेतावनी दिने।'

काउन्सिलले चेतावनी मात्रै दिने निर्णय गरेपछि क्षतिपुर्तीको मुद्दा जिल्ला अदालत काठमाडौंमा दायर गरिएको थियो। उपभोक्ता अदालत गठन भएपछि गत चैतमा उक्त मुद्दा उपभोक्ता अदालतमा सरेको थियो।अदालतले काउन्सिलको निर्णय समेत राखेर उक्त फैसला गरेको हो। अदालतको निर्णय चित्त नबुझ्ने पक्षले उच्च अदालत काठमाडौंमा पुनरावेदन गर्न सक्ने प्रावधान छ।

००

उपभोक्ता अदालतबाट उपचारका विषयलाई लिएर अस्पताल र चिकित्सकहरूलाई लाखदेखि करोडभन्दा माथिसम्म क्षतिपूर्ति तिराउने फैसला गरेपछि नेपाल चिकित्सक संघको अगुवाइमा चिकित्सा क्षेत्रले त्यसको विरोध गरेका छन्।नेपाल मेडिकल काउन्सिलको औचित्यमाथि नै प्रश्नचिन्ह खडा. हुने गरी उपभोक्ता अदालतबाट फैसला भइरहेको भन्दै उनीहरूले अदालतको फैसालको विरोध गरेका हुन्।

फैसालका विषयलाई लिएर चिकित्सक संघको आग्रहमा देशभरका अस्पतालमा आकस्मिक बाहेकका सेवा नै ठप्प भए। असार २३ र २४ गते संघको आग्रहमा देशभरका अस्पतालमा आकस्मिक र सघन उपचार बाहेकका सेवा ठप्प भयो। संघको उक्त आन्दोलनमा स्वास्थ्य क्षेत्रका सबैजसो संघ संस्था र पेशागत संघसंस्थाहरूले साथ दिए। विगतका आन्दोलनमा केही निजी र क्लिनिकहरू खुला हुने गरे पनि यसपटकको आन्दोलनमा भने अधिकांशकले चिकित्सक संघको आन्दोलनमा ऐक्वेयवद्धता जनाउँदै सेवा बन्द गरेका थिए।

देशभरका स्वास्थ्य संस्थाको सेवा बन्द भएपछि सरकारले चिकित्सक संघहित आन्दोलनरत पक्षसँग असार २४ गते तीन बुँदे सहमति गरेको छ। प्रधानमन्त्री केपी शर्मा ओलीको निर्देशन अनुसार सरकारका तीन मन्त्रीसहित चिकित्सक संघका प्रतिनिधि र आन्दोलनरत स्वास्थ्यका अन्य पेशागत संगठनबीच छलफल भएको थियो। उपभोक्ता अदातलको फैसलालाई लिएर आन्दोलित चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीसँग सरकारका तर्फबाट स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री प्रदीप पौडेल, उद्योग मन्त्री दामोदर भण्डारी र कानुन मन्त्री अजय चौरसिया छलफलमा सहभागी थिए।

आन्दोलनरत नेपाल चिकित्सक संघ तथा विभिन्न संघ संस्था एवं सरोकारवालाहरूका

मागहरूको यथोचित सम्बोधन गर्न विद्यमान कानूनी एवं नीतिगत व्यवस्थामा आवश्यक संशोधन लगायतका विषयमा ११ दिन भित्र सुझाव सहितको प्रतिवेदन पेश गर्न कार्यदल गठन गर्ने सहमति भएको छ ।

कार्यदल संयोजकमा उद्योग वाणिज्य तथा आपूर्ति मन्त्रालयका आपूर्ति व्यवस्था तथा उपभोक्ता हित संरक्षण महाशाखा प्रमुख रहेका छन् । सदस्यमा कानून, न्याय तथा संसदीय मामिला मन्त्रालय र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका सहसचिव छन् ।

कार्यदलले काम गरिरहेको र साउनको पहिलो हप्ता भित्र नै प्रतिवेदन बुझाउने तयारी रहेको कार्यदलका सदस्य समेत रहेका स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको नीति योजना तथा अनुगमन महाशाखा प्रमुख डा. कृष्ण पौडेलले जानकारी दिए ।

चिकित्सक संघले उपभोक्ता संरक्षण ऐन, २०७५ को दफा २ मा विभिन्न सेवाहरूको परिभाषा गर्ने क्रममा स्वास्थ्य र चिकित्सकीय सेवाका साथै अन्य सेवालाई पनि समावेश गरिएकोमा उचित संशोधन गर्नुपर्ने प्रमुख माग राख्दै आएको छ ।

संघले नेपाल मेडिकल काउन्सिल ऐन, २०२० मा निर्दिष्ट प्रावधान अनुसार नेपालमा चिकित्सकीय अभ्यासलाई नियमन गर्ने स्पष्ट क्षेत्राधिकार नेपाल मेडिकल काउन्सिलको रहेको भन्दै सोही अनुसार हुनुपर्ने माग पनि राखेको छ ।

'चिकित्सकीय अभ्यासको क्रममा कहीं कतै कुनै त्रुटी वा लापरवाही भएको कसैलाई लागेमा त्यसको उजुरी बुझ्ने र सो उजुरी उपर स्वास्थ्य सम्बन्धी विज्ञहरूद्वारा आवश्यक छानविन गरी दोषी देखिएमा अदालतद्वारा काउन्सिलको उक्त निर्णयलाई आधार मानी फैसला गर्ने प्रचलन रही आएकोले सोही व्यवस्थालाई निरन्तरता दिनुपर्ने माग रहेको छ,' संघका महासचिव डा. सन्जिब तिवारीले आन्दोलनका समयमा जारी गरेको विज्ञप्तिमा उल्लेख छ, 'यसका साथै मुलुकी अपराध संहिता, २०७४ मा पनि इलाज सम्बन्धि कसुर अन्तर्गत दोषी प्रमाणित भएका चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई कारवाही गर्न सकिने स्पष्ट प्रावधान रहेको छ । सो संहिताको दफा २३९ मा क्षतिपूर्तिको समेत स्पष्ट प्रावधान रहेको स्थितिमा क्षतिपूर्ति सम्बन्धि अन्य कुनैपनि प्रावधान आवश्यक नरहेको संघको ठहर छ ।'

उपभोक्ता संरक्षण ऐन, २०७५ अन्तर्गत क्षतिपूर्ति भराउने हो भने चिकित्सकले आफ्नो अभ्यासको क्रममा स्वयंलाई सुरक्षित राख्ने प्रयोजनले अनावश्यक जाँचहरू गर्नुपर्ने, उपचार प्रकृयामा मनोवैज्ञानिक ह्रास आउने एवं उपचार प्रक्रियामा उत्पन्न भयका कारणले रेफरल दर बढ्न जाने र अन्ततोगत्वा बिरामीको उपचार शुल्क नै कैयौं गुणाले बढ्न जाने विषयमा पनि संघले ध्यानाकर्षण गराएको छ ।

उपभोक्ता अदालतको फैसलापछि चिकित्सक संघका अध्यक्ष डा. अनिल कार्कीले स्वास्थ्य सेवा अन्य उपभोग्य वस्तु वा सेवाभन्दा फरक रहेको भन्दै चिकित्सक र बिरामीबीचको विश्वासको सम्बन्धलाई उपभोक्ता अदालतले परिभाषित गर्न नमिल्ने तर्क गरे । उनले चिकित्सकीय लापरवाही (मालप्रक्टिस) प्रमाणित गर्ने कार्य मेडिकल काउन्सिल वा अन्य सम्बन्धित पेशागत काउन्सिलहरूको अधिकार क्षेत्र हुनुपर्नेमा जोड दिए ।

'काउन्सिलहरू विशेषज्ञहरूको निकाय हुन् र उनीहरूसँग अन्तर्राष्ट्रिय विज्ञहरू ल्याउने अधिकार पनि हुन्छ । अन्तर्राष्ट्रिय अभ्यासमा पनि उपभोक्ता अदालतले सीधै यस्ता मामिलाहरूमा निर्णय नगर्ने र विशेषज्ञ समितिले नै निर्धारण गर्ने प्रचलन रहेको छ,' डा. कार्कीले भने ।

डा. कार्कीले उपभोक्ता अदालतबाट चिकित्सा विशेषज्ञहरूको रायबिना नै लापरवाही तोक्ने र जरिवाना गर्ने कार्य भइरहेकाले विरोध गर्नुपर्ने अवस्था आएको जानकारी दिए ।

उनले उपभोक्ता अदालतको पछिल्लो समयको फैसलापछि चिकित्सक र अस्पतालहरूले जोखिमपूर्ण वा जटिल बिरामीहरूको उपचार गर्न नसक्ने वा अस्वीकार गर्ने अवस्था आउन सक्ने भएकाले नेपाल मेडिकाल काउन्सिलको भूमाका नै बलियो बनाउनुपर्छ भन्ने विषमा आवाज उठाएको पनि बताए ।

संघका निवर्तमान अध्यक्ष समेत रहेका चिकित्सा विज्ञान राष्ट्रिय प्रतिष्ठान (न्याम्स) का शिक्षाध्यक्ष डा. लोचन कार्की स्वास्थ्य सेवालाई उपभोक्ता कानुन अन्तर्गत राख्दा चिकित्सक र बिरामी दुवैलाई विभिन्न असर पर्ने बताउँछन् ।

'चिकित्सकको गल्ती, त्रुटि वा लापरबाहीका विषयमा अनुसन्धान गर्ने काम मेडिकल काउन्सिलको हो । तर विज्ञहरूको रायविपरित उपभोक्ता अदालतले चिकित्सकहरूलाई जरिवाना गराउने निर्णय गरेपछि डाक्टरहरू कसरी अभ्यासमा जाने भनेर डराएका छन्, यसले गर्दा चिकित्सकहरू जोखिमपूर्ण बिरामी लिन वा आकस्मिक उपचार गर्न डराउने अवस्था आउन सक्छ,' डा. कार्कीले भने, 'यसले त अन्तत: बिरामीलाई नै असर गर्छ । चिकित्सकले गल्ती गरेको छ भने नियम अनुसार नै सजाय पाउनुपर्छ । तर विज्ञको राय विपरित र काउन्सिलले राय विपरित सजाय त दिनु भएन नि भन्ने नै हो ।' उनले नेपाल मेडिकाल काउन्सिलको भूमिकालाई थप प्रभावकारी बनाउनु पर्नेमा जोड दिए ।

उपभोक्ता हित संरक्षण मञ्चका महासचिव विष्णुप्रसाद तिमिल्सेनाले काउन्सिलबाट बिरामी पक्षले न्याय नपाएपछि नै उपभोक्ता अदालतमा मुद्दा परेको बताए । उनले उपभोक्ता अदालतबाट अस्पताल तथा चिकित्सकबाट पीडित भएकाहरूले न्याय पाएको पनि जानकारी दिए ।'चिकित्सा क्षेत्रबाट मर्का परेका उपभोक्ताले उपभोक्ता अदालतको फैसलाबाट न्याय पाउन थालेका छन्,' उनले भने । उनले चिकित्सक संघ र सरकारबीच भएको सहमति दबाबका भरमा भएकाले सच्चिनुपर्ने र उपचारमा चित्त नबुझेका नागरिकले उपभोक्ता अदालतबाट नै न्याय पाउने कुरामा जोड दिए ।

सुर्तीजन्य पदार्थ सेवनका दृश्यको विकल्प खोज्नुपर्नेमा सरोकारवाला एकमत

फिल्म र म्युजिक भिडियोका दृश्यमा सुर्तीजन्य पदार्थ सेवनका दृश्यको विकल्प खोज्नुपर्नेमा सरोकारवाला एकमत भएका छन्। सोमबार राजधानीमा आयोजित एक अन्तरक्रिया कार्यक्रममा 'अनिवार्य' बाहेक त्यस्ता दृश्य नराख्ने कुरामा जोड दिइएको हो। स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, कर कोषको कार्यालय र चलचित्र विकास बोर्डको सहयोगमा स्वास्थ्यखबर फाउन्डसेनले आयोजना गरेको 'दृश्यमा सुर्तीजन्य पदार्थको प्रयोग: कथाले माग्छ?' कार्यक्रममा बोल्दै स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका सचिव डा. विकास देवकोटा, चलचित्र विकास बोर्डका अध्यक्ष दिनेश डिसी, निर्देशक समाजका अध्यक्ष जनकदीप पराजुली, कलाकार शंकर बिसीलगायतले यस्तो धारणा राखेका हुन्। जसको संयोजन कलाकार सनम कठायतले गरेका थिए ।

• **रोमीका न्यौपाने**

डा. विकास देवकोटा, सचिव, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

हामी अहिले पनि टोपी मिलाउँदा राजेश हमाल (हिरोजस्तो) देखिएँ कि देखिइनँ भनेर सोच्ने गर्छौं । महिलाले कसैलाई सोच्नुहुन्छ होला। त्यो सिनेमाको प्रत्यक्ष प्रभाव हो। त्यहाँका गतिविधिले आम मान्छेको जीवनमा प्रभाव छाड्छन् ।

कलाकारहरूलाई सबै वर्ग र उमेरका मानिसहरूले हेर्छन्, तिनीहरूको शैली नक्कल गर्छन्। त्यसैले तिनीहरूबाट सन्देश प्रवाह अत्यन्त प्रभावकारी हुन्छ। त्यसैले उनीहरूले दिने सन्देश समाजमा छिटो र गहिरो रूपमा फैलिन्छ।

पात्रको स्वभाव वा प्रतीकात्मकता देखाउन सिधा चुरोट वा रक्सी प्रयोग गर्नुका सट्टा स नयाँ र सिर्जनात्मक तरिकाहरू अपनाउन सकिन्छ ।

सुर्तीजन्य पदार्थ नियन्त्रणका (उपलब्धता घटाउने (उत्पादन र आयात सीमित गर्ने, प्रचार निषेध गर्ने (प्रत्यक्ष/अप्रत्यक्ष दुवै), कर बढाउने, महंगो बनाउने, कानुन कार्यान्वयन गर्ने र छोड्न चाहनेलाई सहयोग गर्नेकाम मन्त्रालयले गरिरहेको छ।

चलचित्रहरूमा नकारात्मक पात्रलाई चुरोट पिउँदा स्वास्थ्यमा समस्या देखापर्ने दृश्य राख्न सुझाव दिन चाहन्छु । स्कूल र सामाजिक कार्यक्रमहरूमा कलाकारको सक्रिय सहभागिता हुनुपर्छ ।

दिनेशराज दाहाल, कार्यकारी अध्यक्ष, चलचित्र विकास बोर्ड

बालबालिकाले सुर्तीजन्य पदार्थको प्रयोग चलचित्रबाट सिक्ने गरेका छन् भन्ने तर्कलाई केही हदसम्म मान्न सकिन्छ। यसै तर्कसँग जोडेर म मेरो विगतलाई स्मरण गर्न चाहन्छु। जतिबेला म विद्यालय तहको अध्ययन गरिरहेको थिएँ। त्यतिबेला भारतीय अभिनेता रजनीकान्तले हातले फ्याट्ट फ्याट्ट पारेको देख्दा मलाई पनि चुरोट घुमाउने रहर जागेको थियो ।

अजय देवगनले गुटखा खाएको दृश्य देखेर कलेजका विद्यार्थीहरू त्यसतर्फ आकर्षित भएर त्यसको प्रयोग गर्न थालेको अनुसन्धानले देखाउँछ, यसकारण युवामाथि चलचित्रको गहिरो प्रभाव पर्ने देखाउँछ।

चलचित्र 'मुगलान'को सुटिङका क्रममा सिगार खानुपर्ने थियो

चुरोट नखाने मान्छे भएर खानुपर्दा टाउको दुख्ने र बेहोस जस्तै भएको महसुस भयो । त्यसपछि हामीले हल्का धुवाँ दिने सुरक्षित विकल्प प्रयोग गर्‍यौं ।

कुनै सोच नभएको बेला पात्रलाई चुरोट दिइन्छ—हिँड्दा, कुर्दा—यस्ता दृश्यहरूको कुनै औचित्य छैन।

हाल चलचित्र विकास बोर्डसँग प्रत्यक्ष कारबाही गर्ने अधिकार नभएको स्वीकार गर्दै उनले बताए कि संसदमा नयाँ चलचित्र ऐन प्रस्तावित अवस्थामा छ जस बमोजिम-

१. ओटीटी प्लेटफर्म र युट्युब च्यानलहरू बोर्डमा दर्ता हुनु पर्नेछ।
२. बोर्डले सेन्सरशिपको अधिकार पाउनेछ।
३. धूम्रपान वा हिंसात्मक सामग्रीलाई निर्माणमै रोक्न 'बोटलनेक' प्रणाली लागू हुनेछ।

टिभी सिरियलमा वाइनलाई फेसनको रूपमा प्रस्तुत गर्दा त्यसको विक्री नै बढ्यो । पछि भारतीय टेलिभिजनहरूले यस्तो चित्रणमा रोक लगाए । त्यसैगरी, भारतमा २००५ देखि लागू 'धूम्रपान स्वास्थ्यको लागि हानिकारक छ'चेतावनीले धूम्रपान दृश्यहरूमा उल्लेखनीय रुपमा घटाइएको छ ।

नेपाल प्रहरीले सञ्चालन गर्दै आएको ड्रग्स विरोधी अभियानसँग सहकार्यमा 'चुरोट पिउँदा अन्ततः शवदाहस्थल पुगिन्छ' भन्ने सन्देश सहितको दुई मिनेटको छोटो फिल्म निर्माण गरिरहेको छु ।

हालका सरकारी चेतनामूलक सामग्रीहरू पुराना र प्रभावहीन छन् । उच्च गुणस्तरका सार्वजनिक सूचना (पि.एस.ए) उत्पादनमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई चलचित्र विकास बोर्डको पूर्ण सहयोग रहनेछ ।

आनन्द बहादुर चन्द, अध्यक्ष, एक्सन नेपाल

नेपालका ३९४ जना कलेजस्तरका किशोर–किशोरी माझ गरिएको एक अध्ययनको युवा पुस्तामाथि फिल्म र म्युजिक भिडियोको प्रभाव प्रस्ट्याएको छ । सो अध्ययन अनुसार ८६ जनाले चलचित्र वा म्युजिक भिडियोहरूमा बारम्बार चुरोट वा रक्सी सेवन भएको दृश्य देखेको बताएका थिए, भने २६ प्रतिशत म्युजिक भिडियोमा यस्ता दृश्यहरू समावेश रहेको पाइयो । सबैभन्दा गम्भीर तथ्य के थियो भने, १७ प्रतिशत किशोरकिशोरीले आफ्ना मनपर्ने नायक–नायिकाले चुरोट सेवन गरेको देखेपछि आफूले पनि चुरोट खान थालेको बताएका थिए । यसले चलचित्रको प्रभाव कति गहिरो छ भन्ने कुरालाई स्पष्ट पार्छ। सुर्तीजन्य सामग्रीको प्रबर्द्धन 'मृत्युको व्यापार' हो ।

कला समाजको ऐना हो। चलचित्र, टेलिभिजन कार्यक्रम र टक शोहरूमा सुर्तीजन्य दृश्यहरूको दोहोरो प्रयोगले यस्तो व्यवहारलाई सामान्य बनाइदिएको छ, विशेषतः युवाहरूमा। यसरी बारम्बार सुर्तीजन्य पदार्थ देखाइँदा यसको सेवनलाई स्वाभाविक वा ठूलो मान्छेझैं देखिने व्यवहारको रूपमा स्वीकार गर्छन्

इन्टरनेटमा सामान्य खोज गर्दा धैरै कलाकारहरू आफू पनि चुरोट सेवन गर्ने देखिन्छन्। यस्ता व्यक्तिगत बानीले सिर्जनात्मक सामग्रीमा सुर्तीजन्य पदार्थको दृश्यलाई सहज बनाइदिएको हुनसक्छ । 'कथाले माग्छ' भन्ने तर्क मलाई सही लाग्दैन । जब कानूनले रोक लगाएको छ, तब त्यसको पालन अनिवार्य हुन्छ। यदि सिर्जनाकर्मीहरू यो कानुनबारे बेखबर छन् भने, उनीहरूलाई जानकारी दिनुपर्ने तर जानाजान उल्लङ्घन गरिएको खण्डमा कारबाही गर्नपर्छ ।

जनकदीप पराजुली, अध्यक्ष, फिल्म निर्देशक समाज

चलचित्रमा सुर्तीजन्य पदार्थको दृश्यहरू कुनै पात्रको क्रोध, क्रूरता वा विद्रोहीपन देखाउन प्रयोग गरिन्छ । यद्यपि कहिलेकाहीं कथा सन्दर्भ नभए पनि फेशन वा स्टाइलका लागि सुर्तीजन्य पदार्थ प्रयोगको दृश्य देखाइने गरिएको छ । कल्पनाशील कथानकमा चुरोटसुर्ती जस्ता विभिन्न तत्वहरू समावेश हुन सक्छन् । यद्यपि उनले विभिन्न निकायहरूबाट आउने अत्यधिक नियम–कानुन—जस्तै वातावरण, खाद्य सुरक्षा वा सुर्तीजन्य पदार्थको नियन्त्रणसम्बन्धी—ले चलचित्र निर्माणमा नै कठिनाइ ल्याउँछ । पूर्ण प्रतिबन्धले सिर्जनात्मक अधिकारलाई दबाउने खतरा हुन्छ, त्यसैले प्रतिबन्ध होइन, सकारात्मक अभियानमार्फत सचेतना फैलाउनु उपयुक्त हुन्छ ।

चलचित्रमा सुर्तीजन्य पदार्थको समावेश कथाको सन्दर्भअनुसार हुने निर्णय सिर्जनाकर्मीले गर्ने कुरा हो, जुन निषेधात्मक दृष्टिकोणले हेर्न मिल्दैन । धूम्रपान सुरु गर्ने मुख्य कारण चलचित्र होइन, परिवार र साथीभाइको प्रभाव बढी हुन्छ। उनले स-साना चिया पसल र चुरोट बेच्ने ठाउँहरूमा किशोर–किशोरीहरू धूम्रपान गरिरहेको दृश्य देखिने बताएर, यस्ता बिक्रीस्थलहरूलाई कडाइका साथ नियमन गर्न सरकारको ध्यानाकर्षण गराए।

पराजुलीले हाल लागू भएको सेन्सर बोर्डको व्यवस्था—जसअन्तर्गत सुर्तीजन्य पदार्थको दृश्य हटाउने व्यवस्था र चलचित्र सुरु हुनुअघि 'धूम्रपान स्वास्थ्यका लागि हानिकारक छ' भन्ने सूचनात्मक जानकारी अनिवार्य गरिएको छ । भारतमा चलचित्र सुरू हुनु अघि भावनात्मक रूपमा प्रभाव पार्ने चेतनामूलक भिडियाहरू देखाइने प्रथाको प्रशंसनीय छ ।

डा. भक्त बहादुर केसी, वरिष्ठ स्वास्थ्य शिक्षा प्रशासक तथा सूचना अधिकारी, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

भेप, हिटेड टोब्याको डिभाइस र निकोटिन पाउचजस्ता नयाँ तम्बाकु उत्पादनहरू पनि त्यत्तिकै हानिकारक छन् र यिनलाई तम्बाकु उत्पादनकै श्रेणीमा राखिएको छ। विश्वभर हरेक वर्ष ८० लाखभन्दा बढी मानिसको सुर्तीजन्य रोगका कारण मृत्युहुन्छ, अर्थात् हरेक चार सेकेन्डमा एकजनाको ज्यान जान्छ। नेपालमा मात्रै प्रत्येक वर्ष ३९,२०० भन्दा बढी मानिसको मृत्यु सुर्तीजन्य रोगका कारण हुन्छ। हाल नेपालमा करिब २९ प्रतिशत जनसंख्या सक्रिय सुर्तीजन्य पदार्थ प्रयोगकर्ता छन् (अर्थात् पछिल्लो महिनाभित्र प्रयोग गरेका), जसमा झण्डै ५५ लाखभन्दा बढी नेपालीहरू

नियमित रूपमा सुर्तीजन्य पदार्थ प्रयोग गर्छन्।

सुर्तीजन्य पदार्थलाई 'शान्त हत्यारा' हो, मिडियामा त्यसलाई स्टाइलिस वा सशक्तताको प्रतीकझैं देखाइने प्रवृत्ति खराब हो । संगीत र स्क्रिप्टहरूमा 'धूम्रपानरहित कथावाचन' प्रवर्द्धन गर्नुपर्छ । सिर्जनात्मक क्षेत्रले सुर्तीजन्य पदार्थ उद्योगको प्रायोजन अस्वीकार गर्नुपर्छ । पछिल्लो वर्षदेखि देशभर ३०० भन्दा बढी सिनेमा हलहरूमा चलचित्र सुरु हुनुअघि सुर्तीजन्य पदार्थ विरुद्धका चेतनामूलक सन्देशहरू प्रदर्शन गरिँदै आएको छ । कलाकारहरू पर्दामा मात्र होइन, पर्दा बाहिर पनि उदाहरणीय बन्नुपर्ने हुन्छ ।

उनले जोड दिए— सुर्तीजन्य पदार्थको प्रयोग व्यक्तिगत रोजाइ होइन, यो सार्वजनिक स्वास्थ्यको गम्भीर विषय हो। त्यसैले चलचित्र, गीत, भिडियो जस्ता सामग्रीमा सुर्तीजन्य पदार्थलाई 'कूल' वा 'फेसनेबल' देखाउने प्रवृत्तिको अन्त्य गर्दै नयाँ, सकारात्मक कथा निर्माण गर्नुपर्ने बेला आएको छ ।

गोपीकृष्ण रेग्मी, उपसचिव कानुन, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

नेपालमा सुर्तीजन्य पदार्थको बढ्दो प्रयोग सार्वजनिक स्वास्थ्यको गम्भीर समस्या बनेको छ । फिल्म र गीतमा यसको नजानिँदो तरिकाले 'प्रबर्द्धन' भएको पाइएपछि यस्तो कार्यक्रम गर्नुपर्ने महशुस हामीले गरेका हौं ।

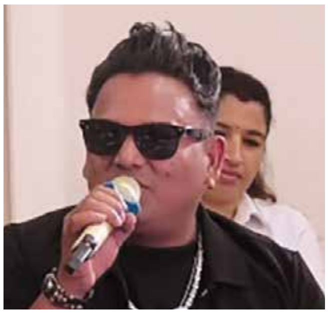
यस समस्यालाई नियन्त्रण गर्न २०६८ सालमा 'सुर्तीजन्य पदार्थ नियन्त्रण तथा नियमन ऐन' लागू गरिएको जानकारी गराए। सो ऐनले सुर्तीजन्य पदार्थको प्रयोगलाई निरुत्साहित गर्ने र क्रमशः निषेध गर्ने उद्देश्य राखेको हो । उक्त ऐनको कार्यान्वयनका लागि सोही वर्षमै नियमावली जारी गरिएको थियो भने २०७१ सालमा निर्देशिका जारी गरी थप व्यवस्था स्पष्ट पारिएको थियो ।

'सुर्तीजन्य पदार्थ'को कानुनी परिभाषा खुलाउँदै चुरोट, बिडी, सिगार, हुक्का, कच्चा सुर्ती, गुटखा लगायत यस्ता अन्य पदार्थ समेटिने जानकारी दिए। साथै, पछिल्ला दिनमा प्रयोगमा आएका 'भेप' र 'इ-सिगरेट' जस्ता नयाँ उत्पादनहरू पनि 'यस्ता अन्य पदार्थहरू' अन्तर्गत राखेर नियमन गर्नुपर्ने हुन्छ ।

सुरुआती चरणमा सुर्तीजन्य पदार्थको प्याकेटमा ७५ प्रतिशत सतहमा स्वास्थ्य चेतावनी चित्र आवश्यक रहेको उल्लेख गरे। सो प्रावधान निर्देशिकाबाट ९० प्रतिशतमा पुऱ्याइएको र हालैको फागुन महिनामा मन्त्रिस्तरीय निर्णय मार्फत भदौ १ गतेदेखि १०० प्रतिशत चित्रात्मक स्वास्थ्य चेतावनी अनिवार्य गरिएको छ । सबै प्रकारका सञ्चारमाध्यम, कार्यक्रम र प्रचार प्लेटफर्महरूमा सुर्तीजन्य पदार्थको विज्ञापन तथा प्रायोजन पूर्ण रूपमा निषेध गरिएको छ ।

कानुन उल्लङ्घन गर्नेहरूमाथि लाग्ने जरिवाना, अपिल प्रक्रिया, सार्वजनिक स्थानमा धूमपान गर्दा तिराइने जरिवाना, 'नो स्मोकिङ' संकेत नराख्ने, प्याकेजिङ नियम नमान्ने, अवैध विज्ञापन तथा प्रायोजन गर्ने, र बालबालिकालाई सुर्ती बेचबिखन गरेमा हुने कानुनी कारवाही हुन्छ । सुर्तीजन्य पदार्थको नियमन तथा सञ्चारमाध्यममा चित्रणलाई कम गर्न कानुनी व्यवस्थाको सशक्त कार्यान्वयन र सरोकारवालाबीचको सहकार्य अपरिहार्य छ ।

शंकर बीसी, पूर्व अध्यक्ष, संगीत भिडियो कलाकार संघ नेपाल



विगतमा फिल्म र संगीत भिडियोहरूमा धूमपान र मद्यपानका दृश्यहरू 'क्यारेक्टर जस्टिफाइ' गर्न प्रयोग गरिने प्रचलन थियो । गाउँघरका मुखिया वा दादागिरी शैलीका पात्रलाई विश्वसनीय बनाउने प्रयासमा सुर्ती सेवन, चुरोट पिउने वा हुक्का तान्ने दृश्यहरू सामेल गरिन्थे, जुन दृश्यहरू गाउँको यथार्थसँग मिल्ने देखेर फिल्महरूमा उतारिन्थे। यद्यपि, समयसँगै चेतना बढेसँगै यस्तो सामग्री प्रयोग नगर्ने निर्णय लिएका छौं । अहिले हामीले बनाउने भिडियोहरूमा चुरोट वा रक्सी देखिँदैन। टेलिभिजन च्यानलहरूले पनि धूमपान वा मद्यपान देखिने दृश्यहरू भएका सामग्रीहरू अस्वीकार गर्न थालेका छन्, जसले कलाकारहरूलाई यस्ता दृश्य नराख्न प्रेरित गरेको छ । तथापि, उनले अहिले पनि केही कलाकारहरू कथावस्तु अनुरूप क्यारेक्टरलाई मजबुत बनाउने प्रयोजनले यस्ता दृश्य राख्ने गरिएको छ । जब क्यारेक्टरलाई अर्कै तरिकाले देखाउने विकल्प देखिँदैन, त्यतिखेर उनीहरू 'क्यारेक्टर जस्टिफाइ' को आधारमा सुर्तीजन्य पदार्थ प्रयोग गर्छन् ।

नेपालमा स्टेरिलाइजेसनको फड्को
Enbio को Class B Autoclave द्वारा स्वास्थ्य सेवामा क्रान्ति

नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र तीव्र गतिमा अगाडि बढिरहेको छ । बिरामीको सँख्या बढ्दै जाँदा, शल्यक्रिया र डाइग्नोस्टिक सेवाहरू विस्तार हुँदै गर्दा, विश्वसनीय Class B स्टेरिलाइजेशन अब एउटा अत्यावश्यक सुरक्षा मापदण्ड बन्न पुगेको छ । अस्पताल, डेन्टल क्लिनिक, आँखा अस्पताल, छाला रोग उपचार केन्द्रहरूमा स्टेरिलाइजेशन नियमित प्रक्रिया मात्र नभइ उच्च गुणस्तरयुक्त Class B Autoclaves प्रयोग गरिनु अपरिहार्य छ । पुराना वा प्रमाणित नभएका स्टेरिलाइजेसन उपकरणहरूको प्रयोग अब बन्द गर्नुपर्दछ । त्यसैले, Enbio जस्ता FDA Approved, विश्वस्तरीय, नयाँ प्रविधियुक्त Class B Autoclaves प्रयोग गर्नु वर्तमान समयको माग हो ।

Enbio Pro: आधुनिक आवश्यकता अनुसार डिजाइन गरिएको मेडिकल–ग्रेड स्टेरिलाइजेशन उपकरण

स्विस डिजाइन र युरोपेली निर्माणमा आधारित Enbio Pro आज ७० भन्दा बढी देशका ७२,००० भन्दा बढी प्रयोगकर्ताहरूको विश्वास जितिरहेको छ । यसको शक्तिशाली Triple Vacuum Class B टेक्नोलोजीले Wrapped, Hollow अथवा Porous सबै प्रकारका Instruments/ Surgical Items लाई पूर्ण रूपमा स्टेरिलाइज गर्छ । Enbio Pro विशेषगरी अस्पतालहरू, डेन्टल क्लिनिक, आँखा उपचार केन्द्रहरू र डाइग्नोस्टिक सेन्टरहरूको लागि उपयुक्त छ ।

Enbio Pro का प्रमुख विशेषताहरूः

— ९ मिनेटमै स्टेरिलाइजेशन गर्न सकिने सुपर–फास्ट साइकल (Flash Autoclave)
— Magic Filter System — १ लिटर Demineralized water मै १००० Autoclave साइकल
— Quiet र शल्यक्रिया कक्षभित्र नै प्रयोग गर्न मिल्ने
— FDA, CE, CDSCO र BIS जस्ता विश्वस्तरीय संस्थाद्वारा प्रमाणित

सुरक्षा पहिलो प्राथमिकताः Class B Autoclave अपरिहार्य

अविश्वसनीय स्टेरिलाइजेसनले सिधै बिरामीको स्वास्थ्यमा हानी पुऱ्याउँछ, जसले Healthcare–Associated Infections (HAIs) को जोखिम बढाउँछ । केवल True Class B अटोक्लेभहरूले आधुनिक Instruments/ Surgical Items को लागि आवश्यक पर्ने स्टेरिलाइजेसन सुनिश्चित गर्छन् ।

सर्जिकल उपकरणमा सामान्य वा कस्मेटिक–ग्रेड स्टेरिलाइजर प्रयोग गर्नु केवल पुरानो प्रविधि मात्र होइन, खतरनाक पनि हो । Class B स्टेरिलाइजसन मात्र यस्तो प्रविधि हो, जसले स्टेरिलाइजेसनको पूर्णता सुनिश्चित गर्छ । Class B Autoclave ले Instruments/ Surgical Items को भित्र अड्किएको trapped air लाई vacuum pump को प्रयोगले पूर्ण रुपमा बाहिर निकाल्छ । Instruments/ Surgical Items मा trapped air ले moist heat penetration अपूर्ण हुन सक्छ ।

निम्न आधुनिक सौन्दर्य सेवाहरूमा पनि मेडिकल–ग्रेड स्टेरिलाइजेशन आवश्यक

— नेल स्टुडियोमा प्रयोग हुने Instruments
— पियर्सिङ र डर्मल इम्प्लान्ट्स
— हेयर ट्रान्सप्लान्ट क्लिनिक
— छाला उपचार केन्द्रहरू

Enbio S Beauty Edition: सौन्दर्य क्षेत्रमा मेडिकल–ग्रेड सुरक्षा

सौन्दर्य केन्द्रहरूको आवश्यकता अनुसार Enbio ले Enbio S Beauty Edition पनि ल्याएको छ । यो Class B Autoclave सानो (portable), प्रभावशाली र आकर्षक डिजाइनमा उपलब्ध छ, जसले स्किन क्लिनिक, सैलुन, पियर्सिङ सेन्टरहरूमा अस्पतालस्तरको स्टेरिलाइजेशन प्रदान गर्छ । ग्राहकको सुरक्षा, विश्वास, स्वच्छता र प्रतिष्ठाका लागि यो उपयुक्त समाधान हो ।

नविन सोचको आवश्यकताः सामान्य सरसफाइ होइन, प्रमाणित स्टेरिलाइजेशन अपनाऔं

नेपालको स्वास्थ्य तथा सौन्दर्य सेवाहरूले सुरक्षित वातावरण सुनिश्चित गर्नः

— सबै Invasive वा Semi-invasive प्रक्रियाहरूमा Class B Autoclave अनिवार्य गर्नुपदर्छ
— स्टाफलाई नियमित रूपमा स्टेरिलाइजेसन सम्बन्धी तालिम दिइनुपर्छ
— साधारण सरसफाई मात्रै होइन, प्रमाणित स्टेरिलाइजेशनबाट सुरक्षा भन्ने सन्देश फैलाउनु पर्छ
— मेडिकल र सौन्दर्य क्षेत्रमा स्टेरिलाइजेसन इन्फ्रास्ट्रक्चरका लागि नीतिगत सहयोग प्रोत्साहन गर्नुपर्छ

नेपालसँग अब दक्षिण एसियामा उदाहरण बन्ने अवसर छ । Enbio जस्ता प्रविधिमा लगानी गर्नु केवल प्रविधिको उन्नती मात्र होइन, यो बिरामीको सुरक्षाका लागि पनि गरिएको जीवनरक्षक प्रतिबद्धता हो । Enbio ले नेपालमा बिक्री वितरणको लागि वैष्णो मेडिसेल्स प्रा. लि. (Vaishno Medisales Pvt. Ltd.) लाई एकल आधिकारिक विक्रेताको रुपमा मान्यता दिएको छ ।

enbio®

ADVT

KATHMANDU CANCER CENTER

Established in 2015, KCC is Nepal's first private hospital to offer precision radiotherapy and has since grown into a full-fledged cancer center, combining clinical care, research, and academic excellence.

OUR KEY SERVICES

Radiotherapy & Brachytherapy
(रेडियोथेरापी र ब्राकिथेरापी सेवा)

Advanced radiation treatment using Linear Accelerator and internal therapy options.

Surgical Oncology
(क्यान्सर सर्जरी)

Chemotherapy
(किमोथेरापी सेवा)

Immunotherapy
(इम्युनोथेरापी सेवा)

Palliative Care
(प्यालिएटिभ केयर)

Other Facilities

Modern Technology
(मोडेर्न टेक्नोलोजी)

In-house Diagnostics
(इन - हाउस डाइगनोष्टिक)

In-patient Wards
(वार्डहरु)

01-5091629

www.kccrc.org

काठमाडौं क्यान्सर सेन्टर

Tathali-2 Nalaroad, Bhaktapur

ACCORD
PHARMACEUTICALS LIMITED
"Enriching Life"

A WHO-GMP Certified Company

SUCFATE O
Sucralfate 1000mg + Oxetacaine 20mg per 10ml Suspension

ACOMIN 1500
Methylcobalamin 1500 mcg Tablets

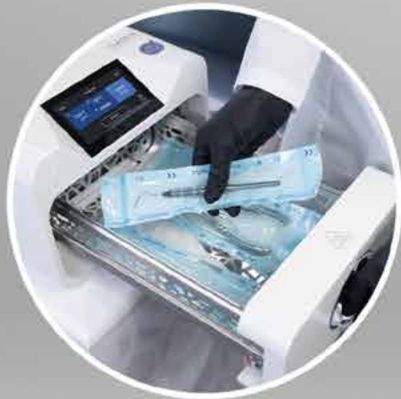
Vaslod L
Amlodipine 5mg + Losartan 50mg Tablets

EMPAREX
Empagliflozin 10 mg & 25 mg Tablets

Accord Pharmaceuticals Ltd.
Corporate Office: 186-Milan Basti Marg, Subidhanagar, Kathmandu-32, Nepal
Phone No.: +977-01-4111539
Plant Address: Mahalaxmi-8, Lubhu (Bishnudol), Lalitpur, Nepal
Website: www.accordnepal.com

Enbio PRO

World's fastest autoclave.
Class B.



Designed
in Switzerland

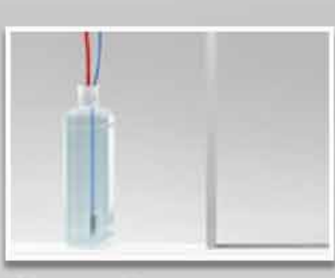
Portable & Compact
Noiseless Operation

FDA
CLEARED

Unwrapped FAST / 134°C	Wrapped Class B / 134°C
9 min	18 min
Wrapped Class B / 121°C	Wrapped / PRION Class B / 134°C
30 min	43 min

Data archiving

All process data are automatically written to a USB disk.



Water supply

Enbio uses distilled water from external tank. With Enbio Magic Filter, water can be recycled.

Process reports

Enbio Data Viewer (included) allows generating and printing detailed process reports from the data on USB.

enbio.

Sole Distributor in Nepal

VAISHNO MEDISALES (P) LTD.

Tripureshwor, Kathmandu, Nepal
vaishnomedisalesnpl@gmail.com
vaishnomedisales.com
+977-1-4101018