

जनस्वास्थ्यका सवालहरू



नवराज सुब्बा

जनस्वास्थ्यका सवालहरू

नवराज सुब्बा

२०६४

कृति : जनस्वास्थ्यका सवालहरू
विधा : लेख
लेखक : नवराज सुब्बा
आवरण : कौशलराज सुब्बा
सर्वाधिकार : लेखकमा
संस्करण प्रथम : २०६४
प्रकाशक : चञ्चला सुब्बा
प्रति : १०००
ISBN No. : 978-9937-2-0126-1
मूल्य : रु. २००।-
कम्प्युटर : लेखक स्वयम्, कौशलराज सुब्बा र कृष्ण चौधरी
मुद्रक : गजुरमुखी अफसेट प्रेस, विराटनगर- १४

Janaswasthyako Sawalharu

A Collection of Public Health Articles

By

Nawa Raj Subba

समर्पण

विभिन्न कारणबश
स्वास्थ्य संस्थामा टेक्नै नपाई
स्वास्थ्यकर्मीको मुख देख्नै नपाई
अर्थात्
औषधी उपचार गर्नै नपाई
मृत्युवरण गर्न बाध्य पारिएका
ती अबोध बालबालिकाहरू र
निर्दोष आमाहरूमा
समर्पित ।

भूमिका

जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत रहँदाका अनुभव र यसै विषयको एक विद्यार्थीको नाताले आफूले जानेका भोगेका अनुभवको संगालोलाई पाठक समक्ष राख्दैछु । यस पुस्तकभित्र जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय मोरङमा कार्यरत रहँदा लेखिएका लेखहरू बढी संग्रहित छन् । यसअघि यसै विषयमा लेखिएको 'जनस्वास्थ्य पाटा बाटा र अनुभूति' पुस्तकलाई पाठकले रुचाइदिनु भयो । पाठकको रुची र विषयको मागलाई ध्यानमा राखेर प्रस्तुत पुस्तक 'जनस्वास्थ्यका सवालहरू' पाठक सामु ल्याएको छु ।

एक जना पूर्व प्रमुख जिल्ला अधिकारीले मलाई भन्नुभयो 'पहिले मैले काम गर्दा जनस्वास्थ्य कार्यालयको भूमिकाको बारेमा मलाई त्यति थाहा थिएन, वास्तवमा जनस्वास्थ्यको क्षेत्र त निकै व्यापक रहेछ । तपाईंका लेखहरूबाट पनि मलाई अहिले जनस्वास्थ्य र जनस्वास्थ्य कार्यालयको महत्वबारेमा धेरै प्रकाश भयो ।' यसैगरि हालसालै भ्रामा जिल्लाका प्रमुख जिल्ला अधिकारीले एउटा बैठकमा भन्नुभयो- 'वास्तवमा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयको विभिन्न जिम्मेवारी र कार्यव्यस्तता छ ।' यसरी जिल्लाका जिम्मेवार अधिकारीले जनस्वास्थ्यको विषयप्रति चासो राख्ने गरेका छन् । कारण यो जनसरोकारको विषय र मानवीय संवेदनशीलताको क्षेत्र हो ।

यो युग सूचना र संचारको युग हो । सूचना र संचार प्रविधिमा भएका विकासलाई जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा पनि प्रयोग गरिनु पर्दछ भन्ने मान्यता राखेको छु । ज्ञान विज्ञान कसैको पेवा बनाइनु हुँदैन । आफूले जानेका कुरा आफैमा सीमित राख्नुको अर्थ रहँदैन । आफूलाई बाँडेर नै सायद जीवनको सार्थकता पाइन्छ । आज जनताको आकांक्षा र स्वास्थ्यअधिकारसम्बन्धी जनचेतनाका कारण स्वास्थ्यसम्बन्धी सवालका क्षितिज फरकालिलो र आवश्यकताका पहाड चुलिएको छ । यो चुनौती मात्र होइन यसभित्र सम्भावना पनि अवश्य छन् । प्रस्तुत पुस्तकउक्त जनस्वास्थ्य अभियानमा एउटा सानो प्रयास मात्र हो ।

अन्तमा, पुस्तकको कभर डिजाइन गरिदिएकोमा छोरा कौशलराज सुब्बालाई धन्यवाद नदिई रहन सकिदैन । पाठकहरूबाट प्राप्त सुझाव र सल्लाहलाई सदा स्वागत गर्नेछु । धन्यवाद !

नवराज सुब्बा

विषय-सूची

सि.न.	शीर्षक
१	स्तनपानका फाइदाहरू
२	स्वास्थ्यमा लगानी गरौं
३	मृत्युदायक सूतिजन्य पदार्थ
४	धुम्रपान वा अकाल मरण रोजाइ तपाईंको
५	जाडो धूवाँ र स्वास्थ्य
६	महिला गर्भवती भएमा
७	प्रसूती पूर्वको तयारी
८	बालमृत्युदर घटाउने तत्व भिटामिन 'ए'
९	भिटामिन 'ए' खान पाउनु बालअधिकार
१०	शरीरमा रक्तअल्पताको प्रभाव
११	पोषण र रोगको सम्बन्ध
१२	महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविका
१३	बालस्वास्थ्यमा आशाको किरण
१४	बालस्वास्थ्यको एकीकृत मापदण्ड
१५	एच.आई.भी.एड्सबारे सामान्य जानकारी
१६	एड्स रोक्ने प्रतिवद्धता पूरा गरौं
१७	सामाजिक चुनौती एच.आई.भी. र एड्स
१८	स्वास्थ्य अधिकारका मूलभूत सवालहरू
१९	समाजशास्त्रीय विश्लेषण
२०	एच.आई.भी.एड्स अभियानमा प्रतिवद्धताहरू
२१	हेपाटाइटिस 'बी' बारे जान्नुपर्ने कुराहरू
२२	औलो रोगबाट बच्ने उपायहरू
२३	कालाज्वर
२४	भाडापखालामा जिङ्क
२५	डेङ्गु रोगबारे जानकारी
२६	पोलियो उन्मुलन अभियान
२७	क्षयरोग एक ठाउँ क्षयरोग सबै ठाउँ
२८	डट्स प्लस
२९	मोरङमा क्षयरोगको स्थिति
३०	स्वास्थ्यमा सकारात्मक नतिजा
३१	नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति
३२	नेपालको स्वास्थ्यस्थिति
३३	समतामूलक तथ्याङ्क र नीति
३४	स्वास्थ्य र अनुसन्धान
३५	जनसंख्याको चिरफार र उपचार
३६	प्रजनन स्वास्थ्यका सवालहरू
३७	परिवार नियोजनमा पुरुष सहभागिता
३८	स्वास्थ्यसम्बन्धी खतरनाक प्रचलनहरू
३९	स्वास्थ्यमैत्री व्यवहार परिवर्तन
४०	स्वास्थ्य र जनस्वास्थ्यको अवधारणा
४१	स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनसहभागिता

- ४२ जनसहभागिताका नमूनाहरू
४३ महिलाको आयु र गर्भपतन
४४ स्वास्थ्यमा दायित्वको सवाल
४५ स्वास्थ्य क्षेत्रमा समुदाय परिचालन
४६ बचत र स्वास्थ्य
४७ प्रकोप व्यवस्थापन
४८ किन बन्ने किन बनाउने डाक्टर ?
४९ एक्काइसौं शताब्दीका स्वास्थ्य प्राथमिकताहरू

स्तनपानका १०१ फाइदाहरू

आमाको दूध बच्चालाई खुवाउन कुनै वैज्ञानिक परीक्षण गरिरहनु पर्दैन । वैज्ञानिक परीक्षण गरेर आमाले बच्चालाई दूध खुवाउन थालेको पनि होइन । तापनि आमाको दूधका फाइदाका बारेमा प्रसस्तै वैज्ञानिक अध्ययन अनुसन्धान हुने गर्दछन् । स्तनपान शिशुका लागि मात्र नभएर स्वयम् आमाका लागि पनि अति नै उपयोगी छ । अगस्ट पहिलो हप्तालाई विश्वभर स्तनपान सप्ताहका रूपमा मनाइन्छ । यसबेला स्तनपानका फाइदाका बारेमा विश्वभर विशेष चर्चा-परिचर्चा गर्ने गरिन्छ ।

स्तनपानका फाइदाहरू यस प्रकार छन् । आमाको दूध बच्चाको लागि अमृत समान हुन्छ । यो बच्चाको पाचन प्रणालीका लागि सबैभन्दा सुपाच्य हुन्छ । आमाको दूध शिशुको लागि सर्वोत्तम आहार हो । आमाको पहिलो बिगौति दूध शिशुको लागि पहिलो खोप हो । यसले विभिन्न रोगबाट बचाउँछ । स्तनपानले बच्चाको शारीरिक मानसिक विकास राम्ररी गराउँछ । आमाले बच्चालाई स्तनपान गराउँदा गर्भान्तरमा मद्दत पुग्दछ । यसले आमाको स्तन क्यान्सर हुने दर कम गराउँछ । शिशु अवस्थामा आमाको दूध नखाएकी छोरीलाई स्तन क्यान्सर हुने सम्भावना बढी रहन्छ । बच्चा जन्मनासाथ दूध चुसाएमा आमाको पाठेघर सामान्य अवस्थामा फर्कन मद्दत पुग्दछ । आमाको दूध खाने बच्चाको आई.क्यू स्तर पनि राम्रो हुन्छ ।

यसैगरी अन्य फाइदाहरूमा, आमाको दूध जतिसुकै बेला बिना झन्झट खुवाउन सकिन्छ । स्तनपान गराएमा बच्चाको म्यूकोनियम अर्थात् गर्भावस्थाको आन्द्रे दिसा निस्कन सहयोग पुग्दछ । स्तनपानले आमाको डिम्बाशयको क्यान्सर हुने दर कम गर्दछ । आमाको अनावश्यक तौल बढ्नबाट रोक्दछ । बच्चालाई आन्द्राको क्रोन्स रोगबाट बचाउँछ । बोटलको दूध खाने बच्चालाई भविष्यमा मधुमेह रोग हुने संभावना बढी हुन्छ । स्तनपान गराउने महिलाले मधुमेहको औषधि ईन्सुलिन लिने गरेको खण्डमा कम मात्रामा लिए पुग्छ । स्तनपान गराउँदा महिलालाई ईण्डोमेट्रियोसिस रोगबाट बचाउँछ । बच्चाले आमाको दूध चुस्न थाले पछि आमाको रक्तश्राव कम हुन्छ । आमाको दूधभन्दा अन्य दूध पिउने बच्चालाई एलर्जी हुने सम्भावना बढी हुन्छ । आमाको दूधले बच्चालाई भविष्यमा दम रोग लाग्ने दर पनि कम हुन्छ ।

स्तनपानले भाडापखालाबाट बचाउँछ । फर्मूला दूधको प्रयोगले कानको संक्रमण दर बढाउँछ । फर्मूला दूधले सिङ्स-रोग दर बढाउँछ । स्तनपानले बच्चालाई व्याक्टेरियल मेनिन्जाइटिसबाट बचाउँछ । स्तनपानले बच्चाको श्वासप्रश्वास रोग दर कम गराउँछ । फर्मूला दूधले बच्चालाई क्यान्सर रोग लाग्ने दर बढाउँछ । आमाको दूधले बच्चालाई भविष्यमा बाथरोग लाग्ने दर कम गराउँछ । यसले बच्चालाई हजकिन्स रोगबाट बचाउँछ । यसले बच्चाको केही हदसम्म आँखाको दृष्टिदोषबाट पनि बचाउँछ । यसले अस्टियो-पोरोसिस रोगबाट बचाउँछ । यसले आन्द्राको विकास गर्न सहयोग गर्दछ । गाईको दूध बच्चाको आन्द्रा अनुकूल नहुन सक्छ । फर्मूला दूध खाएका बच्चाहरू भविष्यमा बढी मोटा हुने सम्भावना हुन्छ । बोटल वा चम्चाबाट खुवाउँदा बच्चालाई निल्ल सकस पर्दछ । स्तनपान गर्ने बच्चामा आन्द्रासम्बन्धी रोग अल्सरेटिभ कोलाईटिस कम हुन्छ । आमाको दूधले हेमोफिलस 'बी' व्याक्टेरियाबाट जोगाउँछ । स्तनपान गर्ने महिलाले शल्यक्रियापछि भोको बस्नु पर्ने अवधि कम हुन्छ । स्तनपान गराउने आमाबूवाले स्तनपान नगराउने आमाबूवा भन्दा कम बिरामी छुट्टि लिने गरेको तथ्याङ्कले देखाएको छ ।

स्तनपानले खोपको प्रभावकारिता पनि बढाउँछ । स्तनपानले बच्चामा ईण्टेरोकोलाईटिस लाग्ने दर कम गराउँछ । बोटलको दूध तयार गर्नुपर्छ तर आमाको दूध स्वतः तयारी अवस्थामा हुन्छ । आमाको दूध उचित तापक्रममा हुन्छ । स्तनपान गराउँदा रोग संक्रमण भइजाने दर कम हुन्छ । आमाको दूध किन्नु पर्दैन । फर्मूला दूध तथा अन्य दूध किन्नु पर्दछ जो महङ्गो पनि हुन्छ । आमाको दूध खाने बच्चाहरूले उपचारमा आमाको दूध नखाने बच्चाको तुलनामा कम खर्च लाग्ने

गरेको तथ्याङ्कले देखायो । आमाको दूधमा बच्चाको लागि आवश्यक कार्बोहाइड्रेट, प्रोटीन र चिल्लोको उचित मात्रा रहन्छ । आमाको दूध बच्चाको लागि निन्द्रादायक पनि हुन्छ । स्तनपान आमाका लागि पनि निन्द्रादायक हुन्छ । आमाको दूध बच्चालाई स्वादिलो हुन्छ । आमाको दूध समग्रमा स्वास्थ्यदायक हुन्छ । आमाको दूध खाने बच्चाको मृत्युदर नखानेको भन्दा कम हुन्छ । स्तनपान गराउने महिलाले डाक्टरको लागि समय र पैसा खर्च कम गरेको पाइयो । स्तनपान गराउने महिलाको घरमा अनावश्यक दूधका सामग्री हुदैनन् । स्तनपान गराउँदा कुनै बोतल सामग्रीको भन्फट पर्दैन । रेफ्रिजरेटरको आवश्यकता पर्दैन । स्तनपानले कोलेस्टरोलको समस्या कम गराउँछ । गाईको दूध बाछ्याको लागि तयार भए भैं आमाको दूध बच्चाको लागि हो । आमाको दूधले बच्चाको आन्द्राको विकासमा खास मद्दत गर्दछ ।

स्तनपानले बच्चाको दर्दनाशकको काम पनि गर्दछ । बिरामी शिशुको लागि आमाको दूध पूर्ण आहार हो । स्तनपान गराउने महिलालाई राम्ररी निन्द्रा लाग्दछ । स्तनपानले रातमा बच्चालाई स्याहार पाउने अवसर दिन्छ । स्तनपानले पिताको निन्द्रालाई पनि सकारात्मक असर पर्दछ । फर्मूला दूध तयार पार्दा हुने समस्या स्तनपान गर्ने महिलाले बेहोर्नु पर्दैन । कुन कम्पनी राम्रो, कुन दूध असल भनी भौतारिरहनु पर्दैन । दूध तयार गर्दा मिसाउने पानीको चिन्ता स्तनपान गराउने महिलालाई पर्दैन । स्तनपान गराउँदा बच्चाको पेटको समस्या कम हुन्छ । स्तनपानले बच्चाको दाँत गिजाको पनि विकास गर्न मद्दत गर्दछ । आमाको दूध खाने बच्चाको दाँत बलियो हुन्छ । स्तनपान गराउने बच्चाको उपचार खर्च स्तनपान नगरेका बच्चाका तुलनामा कम लागेको तथ्याङ्क छ । स्तनपान गर्ने बच्चामा बोलीको विकास छिटो हुन्छ । आमाको दूध खाएको बच्चामा छालाको रोग एक्जिमा लाग्ने संभावना कम हुन्छ । स्तनपान गर्ने बच्चाको छालाको स्वास्थ्य राम्रो हुन्छ । स्तनपान गर्ने बच्चा कम डकार्दछन् । आमाको दूध छिटै जन्मेका वा प्रिमेच्यूर बच्चाका लागि उपयोगी हुन्छ । आमाको दूध जैविक प्रशोधित विकारमुक्त हुन्छ । आमाको दूधमा कृतिम हर्मोनको मिसावट हुने संभावना हुदैन ।

स्तनपान गर्ने बच्चामा हर्निया हुने दर कम हुन्छ । आमाको दूध खान नपाउने बच्चामा स्क्लेरोसिस रोग लाग्ने दर बढी हुन्छ । कम तौल भएका बच्चाको लागि आमाको दूध अत्यन्त उपयोगी हुन्छ । बच्चाको सामाजिक विकासमा स्तनपानले सहयोग गर्दछ । आमाको दूधले बच्चाको मूत्रप्रणाली संक्रमण दर कम गर्दछ । स्तनपानले बच्चाको हात, आँखाको संयोजन र विकास गर्न मद्दत गर्दछ । बच्चामा रक्तअल्पता हुनबाट स्तनपानले रोक्दछ । स्तनपानले आमाको महिनावारी गडबड हुन कम गर्दछ । स्तनपानले आमा र बच्चाबीचको भावनात्मक सम्बन्धको विकास हुन्छ । आमाको दूधले बच्चाको आँखाको संक्रमण दर कम गराउँछ । आमा र बच्चाको उच्च रक्तचाप कम गर्दछ । संसारमा आमाको दूधको कुनै पनि नक्कल सम्भव छैन । अन्य दूध खाने बच्चाको नेफ्रिन प्रयोग दर बढी हुन्छ । स्तनपान गर्ने बच्चाको शरीरको सुगन्धमय हुन्छ । स्तनपान गराउँदा बच्चालाई प्राप्त आमाको छातीको उष्णताले चिसोबाट बचाउँछ । विश्व स्वास्थ्य संगठन र बालरोग विशेषज्ञको विश्वसंघ जस्ता अन्तर्राष्ट्रिय संस्थाहरूले पनि स्तनपानको लागि सबैलाई अपील र सिफारिस गरेका छन् ।



स्वास्थ्यमा लगानी गरौं

“स्वास्थ्य नै धन हो” भन्ने उक्तिलाई हामीले आ-आफ्नै किसिमले बुझ्ने गरेका छौं । मानिस स्वस्थ भएन भने उसले काम गर्न सक्दैन अर्थात् कमाउन सक्दैन । सामान्यतया: यसरी नै हामी स्वास्थ्य र धनको अन्तरसम्बन्धलाई बुझ्दछौं । आज सरकारले पनि जनता स्वस्थ भए भने धन कमाउन सक्छ भनेर बुझेको हुनुपर्दछ । आज लाखौं नेपाली विदेशमा रोजगारीका लागि जाने गरेका छन् । उनीहरूबाट अरबौं रुपैयाँ रेमिटेन्सबापत रकम राज्यले प्राप्त गर्दछ । यदि उनीहरूको स्वास्थ्यस्थिति राम्रो नभएको भए न उनीहरू विदेश रोजगारीमा जान संभव हुन्थ्यो न त राज्यले त्यत्रो रकम रेमिटेन्सबापत प्राप्त गर्न नै संभव हुन्थ्यो ।

जनताको स्वास्थ्यस्थिति र देशको आर्थिक स्थितिबीच प्रत्यक्ष वा परोक्ष रूपमा हुँदोरहेछ भन्ने कुरा बुझ्नलाई उक्त उदाहरण पर्याप्त छ । आज जनताको स्वास्थ्यस्थिति राम्रो स्तरमा पुऱ्याउन हाम्रो जस्तो विकासशील राष्ट्रले कमसेकम प्रतिव्यक्ति १२ अमेरिकी डलर खर्च गरिनुपर्दछ भनेर विश्व स्वास्थ्य संगठनले मान्यता राखेको छ । विश्व बैंकले त अझ प्रतिव्यक्ति ३४ अमेरिकी डलर खर्च गरिनु पर्दछ भनेको छ । यता नेपालमा प्रतिव्यक्ति ५ डलर भन्दा कम खर्च गर्ने गरिन्छ । स्वास्थ्य उपचारमा लाग्ने खर्चको ७० प्रतिशत व्ययभार स्वयम् विरामी वा व्यक्तिले नै बहन गर्ने गर्दछन् । र बाँकी ३० प्रतिशत व्ययभार मात्र सरकार र गैरसरकारी निकायले बहन गर्ने गर्दछन् ।

आज नेपाल सरकारको कूल बजेटको ६ प्रतिशत बजेट स्वास्थ्य क्षेत्रमा खर्च गर्दछ । जबकि विश्व स्वास्थ्य संगठनको भनाइअनुसार नेपालजस्ता विकासशील मुलुकका लागि कमसेकम कूल बजेटको १० प्रतिशत बजेट छुट्याइनु पर्दछ । स्वास्थ्यको लागि राज्यले जिम्मेवारी लिनु पर्दछ भन्ने भनाइ नयाँ होइन तर आज फेरि यो सबाल उजागर भएको छ । यो केन्द्रीय सरकारको मात्र सबाल होइन । स्थानीय तहमा सरकारका रूपमा रहेका गा.वि.स. तथा नगरपालिकाद्वारा आ-आफ्ना जनताको स्वास्थ्यस्थिति सुधार्न आफ्नो कूल बजेटको कति प्रतिशत खर्च गर्ने गर्दछन् भनेर समीक्षा गर्ने बेला आएको छ ।

स्वास्थ्य सेवा भनेको अस्पतालको निर्माण र स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था गर्नु मात्र होइन । यो त उपचारात्मक सेवा मात्र भयो । यो स्वास्थ्य सेवाको पूर्ण स्वरूप होइन । स्वास्थ्य सेवा भन्नाले उपचारात्मक सेवाका अतिरिक्त प्रतिकारात्मक, प्रबर्धनात्मक र पुनर्स्थापनात्मक सेवा समेतलाई बुझ्नुपर्दछ । प्रतिकारात्मक सेवा भन्नाले रोगै लाग्न नदिने अर्थात् रोगबाट बचाउने सेवा जस्तै खोप सेवा, भिटामिन ए, जूकाको औषधि खुवाउने जस्ता कार्यक्रम पर्दछन् । प्रबर्धनात्मक सेवा भन्नाले पोषण कार्यक्रम, स्वास्थ्य शिक्षा, वातावरणीय सरसफाई जस्ता कार्यक्रम पर्दछन् । पुनर्स्थापनात्मक सेवाअन्तर्गत कुनै रोग लागेर सामाजिक, आर्थिक तथा सास्कृतिक रूपमा भेदभावपूर्ण व्यवहार गर्ने गरिन्छ जसलाई न्यून गर्ने काम गरिन्छ । जस्तै- कुष्ठरोगीको अङ्ग भङ्गवाट पर्ने असर तथा मार कम गर्न कृतिम खुट्टा, जुत्ता, आय आर्जन गर्ने सीप सिकाएर सक्षम बनाई भेदभाव हुन कम गर्ने प्रयास गरिन्छ । यसैगरी एच.आई.भी. संक्रमितहरूलाई सामाजिक रूपमा हुने भेदभाव हटाई समाजमा नै पुनर्स्थापना गर्ने काम पनि गरिनु पर्दछ ।

जनताको स्वास्थ्यले जसरी राज्यको आयआर्जनमा महत्वपूर्ण भूमिका खेल्दछ त्यसरी नै राज्यले पनि स्वास्थ्य क्षेत्रमा गर्ने लगानीको महत्व बुझ्नुपर्दछ र बृद्धि गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्य स्थिति भनेको सामाजिक विकासका यस्ता क्षेत्र हुन जुन पूर्वाधार विकास निर्माण जस्तो तुरुन्त मापन गरेर देखाउन गाह्रो हुन्छ । सडकको लम्बाई पुलको निर्माण छोटो अवधिमा बनाएर देखाउन सकिन्छ । तर स्वास्थ्य स्थितिको मापन गर्न धेरै समय लाग्ने, यसको नतिजालाई अन्य कुराले पनि प्रभाव पार्ने भएकाले प्रगति देखाउन र बुझाउन गाह्रो हुन्छ । त्यसैले नेतृत्वले पनि जनतालाई २१४ वर्षमा गरेर देखाउन मिल्ने किसिमका विकास निर्माणमा नै ध्यान केन्द्रित भएको पाइन्छ । यो अवधारणा स्वास्थ्य विकासको लागि चुनौती हो ।

चर्पी बनाएर स्वास्थ्यस्थिति सुधन्छ भनेर कमैले विश्वास गर्दछन् । यो कुराको प्रत्याभूति स्वास्थ्यकर्मीले जनतालाई दिलाउनु उत्तिकै चूनौतिपूर्ण छ । आज खोप लगाएर बालबालिकाको स्वास्थ्य सुधन्छ अर्थात् खोपले बालबालिकालाई रोगबाट बचाउँछ भनेर बुझाउन केही सजिलो भएको छ । तर आयोडिनयुक्त नूनले मानिसको शारीरिक र मानसिक बृद्धि र विकासका लागि आवश्यक पछि भनेर राम्ररी बुझाउन शहरबजारमा समेत गाह्रो भएको देखिन्छ । यसको लागि जनचेतना स्वास्थ्य चेतना फैलाउन अझै निकै काम गर्नुपर्दछ ।

स्वास्थ्यको लागि खर्च गर्नु भनेको लगानी गर्नु हो जसको प्रतिफल स्वयम् व्यक्तिले, परिवारले, समुदायले र समग्र मुलुकले नै प्राप्त गर्दछ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा अर्थात् स्वास्थ्यको लागि गरिने खर्चले भविष्यमा परिवार र मुलुकको आर्थिक स्थिति सप्रेर उत्पादकत्व बढ्दछ । त्यसैले स्वास्थ्य धन हो स्वास्थ्य बिना जीवन अर्थपूर्ण हुँदैन भन्ने कुरा नभूलौं ।



मृत्युदायक सूतिजन्य पदार्थ

सूतिजन्य पदार्थ जुनसुकै बहानामा प्रयोग गरे पनि मृत्युदायक छ । हरेक वर्ष ३१ मईका दिन विश्वभर जनचेतनामूलक कार्यक्रमहरूको आयोजना गरी विश्व धूम्रपान दिवस मनाइन्छ । सूतिजन्य पदार्थले जनस्वास्थ्यमा पार्ने गम्भीर असरबाट मुक्त राख्न विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् १९८७ सालदेखि नै सूतिविरुद्ध जनचेतना फैलाउन विश्व धूम्रपानदिवस विश्वभर सदस्य राष्ट्रहरूमा मनाउदै आएकोछ । विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार हाल विश्वमा एक अर्ब तीस करोड भन्दा मानिसहरूले धूम्रपान गर्दछन् । यसकै प्रत्यक्ष असरबाट बर्षेनी ५० लाख मानिसहरूको मृत्यु हुने गरेकोछ । नेपालमा प्रतिवर्ष १५ हजार भन्दा बढी मानिसको मृत्यु धूम्रपानका कारण हुनेगर्दछ । ९० प्रतिशत फोक्सोको क्यान्सर यही धूम्रपानका कारण हुने गर्दछ । अझ चिन्ता मान्नु पर्ने कुरा के छ भने यो मृत्युदर आगामी १५ वर्षमा दोब्बर हुनेछ त्यो पनि विकासशील मुलुकहरूमा ।

मानिसहरू सूतिजन्य पदार्थको सेवन धूवाँ बनाएर चुरोट, बिंडी, तमाखु, कक्कड इत्यादिका रूपमा गर्दछन् । आजकल मानिसहरू चपाएर खाने सूति, खैनी, पानमसला, नस इत्यादिका रूपमा गर्ने गर्दछन् । यसरी सूतिजन्य पदार्थको जुन रूपमा प्रयोग गरे पनि यो रगतमा मिसिएर शरीरको सबै भागमा फैलिने भएकाले सूतिको जुनसुकै रूपमा गरिने सेवन शरीरका लागि खतराजनक छ । अझ धूवाँले वातावरण प्रदूषण गरी नजिक बस्ने बालबालिका तथा प्रत्यक्ष सेवन नगर्ने जोसुकैलाई धूवाँले गम्भीर असर गर्दछ । जसलाई हामी 'प्यासिभ स्मोकिङ' भन्दछौं ।

सूतिमा ४००० भन्दा बढी रसायनिक पदार्थहरू हुन्छन् । ती मध्ये ४०० किसिमका निकोटिन, टार, एमोनिया, आर्सेनिक, कार्बनमोनोक्साईड आदि जस्ता रसायनिक पदार्थले शरीरलाई गम्भीर नोक्सानी पुऱ्याउँछन् । सूतिजन्य पदार्थमा पाइने निकोटिनले लत बसाउन साथै शारीरिक तथा मानसिकरूपले असक्त बनाउँछ । निकोटिनबाहेकका अन्य रसायनिक पदार्थले फोक्सोको क्यान्सर, मुखको क्यान्सर, पेटको क्यान्सर, घाँटीको क्यान्सर, पिसावथैलीको क्यान्सर, मृगौला लगायत अन्य थुप्रै क्यान्सरहरू, निमोनिया, मुटुका रोगहरू, ब्रोङ्काईटिस, दम, नसासम्बन्धी रोगहरू, श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोगहरूलगायत अन्य कडा रोगहरू लाग्दछन् । अझ गर्भवती महिलाले सूतिजन्य पदार्थ प्रयोग गरेमा गर्भपतन हुने, कम तौलका बच्चा जन्मनेलगायत गर्भभित्रको शिशुको शारीरिक तथा मानसिक विकासलाई प्रतिकूल असर पुऱ्याउँछ । यसका साथै सूतिजन्य पदार्थको असरले क्षयरोग, मोतिबिन्दु, पाठेघरको क्यान्सरलगायत धेरै किसिमका रोगहरू हुनसक्ने कुरा हालैका अध्ययनहरूले देखाएका छन् ।

सूतिजन्य पदार्थका लतमा फसेका वा धूवाँ छेऊ बस्ने सबैको स्वास्थ्य जोखिमपूर्ण हुन्छ । यसरी सूतिजन्य पदार्थको सेवनबाट सेवन गर्ने नगर्ने दुवैलाई जोखिम छ । आज किशोरकिशोरी सबैभन्दा बढी जोखिममा परेका छन् । सूतिजन्य पदार्थको लत प्रायः किशोरकिशोरी उमेरदेखि प्रारम्भ हुने गरेको छ । सूतिजन्य पदार्थका विज्ञापनतर्फ यो उमेर समूह सजिलै फस्दछ । यसैले सूतिजन्य पदार्थ विरुद्ध सबैले आ-आफ्नो क्षेत्रमा जनचेतना फैलाउनका साथै किशोरकिशोरीप्रति विशेष ध्यान दिएको खण्डमा सूतिजन्य पदार्थ प्रयोग विरुद्धको अभियानमा ठोस सहयोग पुग्नेछ । यो अभियानमा धार्मिक तथा सामाजिक संघसंस्था, विद्यालय, नागरिक समाज र सञ्चार क्षेत्रको भूमिका अपरिहार्य छ ।



धूम्रपान वा अकाल मरण रोजाइ तपाईंको

धूम्रपान गर्ने मानिसलाई एकताका टर्कीमा मृत्युदण्ड दिने चलन थियो । रूसका बादशाहले धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको नाक चिर्ने र कोरा हिर्काएर साइबेरिया निर्वासित गर्ने दण्डसजायको व्यवस्था गरेका थिए । यसरी धूम्रपानलाई सुरुवातदेखि नै राम्रो दृष्टिकोणले हेरिदैनथ्यो । तैपनि धूम्रपानको विश्वव्यापीकरण यति तीव्र र प्रगाढ भयो कि यो मानिसको जीवनशैली बन्यो । आज यो व्यापारको विषय बनेको छ । यसले जनस्वास्थ्यमा ठूलो चुनौती खडा गरेको छ ।

विश्वमा आज हरेक आठ सेकेण्डमा एकजनाको मृत्यु धूम्रपानको कारणले भइराखेको छ । सन् २००४ को तथ्याङ्कअनुसार विश्वमा २९ प्रतिशत वयस्क अर्थात् १ करोड २० लाख मानिसहरू धूम्रपान गर्दछन् । यसमध्ये ५७ प्रतिशत पुरुष र १२ प्रतिशत महिलाहरू धूम्रपान गर्दछन् । विश्व स्वास्थ्य संगठनअनुसार विश्वमा २ मध्ये १ जना अर्थात् आधा बालजनसंख्या धूम्रपान गर्ने परिवारमा बसोबास गर्दछन् । त्यसैले बालबालिकाहरूमा श्वासप्रश्वाससम्बन्धी रोगजस्तै: रुघाखोकी, निमोनिया, ब्रोडकाइटिस, दम, कानको संक्रमण तथा बालमृत्युको कारण सुर्तीजन्य पदार्थ रहेको पाइएको छ ।

सुर्तीजन्य पदार्थबाट मानिसको स्वास्थ्यलाई मात्र होइन सम्पत्ती पनि क्षति हुने गर्दछ । विश्व स्वास्थ्य संगठनको तथ्याङ्क अनुसार विश्वमा सुर्तीजन्य पदार्थको सेवनबाट प्रतिवर्ष कूल १४ हजार रुपैया बराबरको सम्पत्ति क्षति हुनेगर्दछ । चुरोट र सुर्तीजन्य पदार्थको प्रचारप्रसारमा ४ सय २० खर्ब रुपैया खर्च हुने गर्दछ । यसरी खर्च गरिने विज्ञापनले २० वर्ष मुनिका किशोरकिशोरीलाई नै आकर्षित र प्रभावित गर्ने गरेको छ ।

नेपालमा पनि धूम्रपानसम्बन्धी अध्ययन अनुसन्धान भएका छन् । सन् १९८८ मा मुगेन्द्र चिकित्सा गुठीले गरेको एक अध्ययनअनुसार नेपालको उच्च पहाडी जिल्लामा धूम्रपान गर्ने दर ८४.७ प्रतिशत पुरुष र ६९.७ प्रतिशत महिलामा थियो । मध्यपहाडी जिल्लामा ७८ प्रतिशत पुरुष र ६० प्रतिशत महिलाले धूम्रपान गर्ने गर्दथे । यसैगरी तराईका जिल्लामा ६३ प्रतिशत पुरुष र ४८ प्रतिशत महिलाले धूम्रपान गर्ने गर्दथे ।

शहरी क्षेत्रमा धूम्रपान गर्ने दर पुरुषमा ६४.६ प्रतिशत र महिलामा १४ प्रतिशत रहेको पाइयो ।

अध्ययन गरिएको स्थान	उमेर समूह २० वर्षभन्दा माथि	
	पुरुष	महिला
उच्च पहाड (जुम्ला)	८४.७	६९.७
मध्यपहाड (सुन्दरीजल र सहवास गाउँ)	७८.०	६०.०
तराई (बारा)	६३.०	४८.०
काठमाडौं (शहरी क्षेत्र)	६४.६	१४

धूम्रपानसम्बन्धी सन् २००० मा गरिएको एक अर्को अध्ययनअनुसार शिक्षित मध्ये ४९.४ प्रतिशत पुरुष र १२.६ प्रतिशत महिलाले धूम्रपान गरेको र अशिक्षितमध्ये ७७.४ प्रतिशत पुरुष र ४४.३ प्रतिशत महिलाले धूम्रपान गर्ने गरेको पाइयो । समग्रमा शिक्षित ३६.१ प्रतिशत र अशिक्षित ५५.२ ले धूम्रपान गर्ने गरेको कुरा अध्ययनले देखाएको छ ।

शिक्षाको आधार	पुरुष (प्रतिशत)	महिला (प्रतिशत)	जम्मा
शिक्षित	४९.४	१२.६	३६.१
अशिक्षित	७७.४	४४.३	५५.२

प्रचलित धूम्रपानका प्रकारहरू-

१. चुरोट, २. बिँडी, ३. हुक्का, ४. गुट्टा ।

सुर्तीजन्य पदार्थको सेवनका आधारमा सुर्तीजन्य पदार्थहरूलाई दुई भागमा बाँड्न सकिन्छ ।

१. सुर्तीको धुवाँ तानेर सेवन गरिने- चुरोट, बिँडी, तमाखु, कक्कड, सुल्फा आदि ।
२. सुर्तीलाई गिजामा च्यापेर राखी चुसेर सेवन गर्ने- खैनी, जर्दा, नस, पानपराग आदि ।

प्रयोगको आधारमा सुर्तीजन्य पदार्थको सेवन दुई प्रकारको हुन्छ ।

१. सक्रिय धूम्रपान- जसमा मानिस आफैले धूम्रपान गरेर फोक्सोमा धुवाँ पुऱ्याउँछ ।
२. अप्रत्यक्ष धूम्रपान- जसमा व्यक्ति आफैले धूम्रपान नगरी अन्य व्यक्तिले धूम्रपान गर्दा फ्याकेको धुवाँ आफ्नो श्वासप्रश्वासमा तान्दछन् ।

धूम्रपानबाट निस्केको धुवाँको आधारमा सेवनलाई तीन भागमा बाँड्न सकिन्छ ।

१. मुख्य प्रवाह- चुरोट तान्दा छाड्दा निस्केको धुवाँको सेवन ।
२. सहायक प्रवाह- चुरोट नतानेको बेला चुरोटबाट आफै निस्किरहने धुवाँको सेवन ।
३. वाष्परूप- वाफको रूपमा चुरोटबाट वातावरणमा अदृष्य रूपमा मिसिने धुवाँको सेवन ।

धूम्रपान सेवन गर्नाका प्रमुख कारणहरू-

१. देखासिखीले (७१ प्रतिशत)
२. लहैलहैमा लागेर वा विज्ञापनमा प्रभावित भएर (१६ प्रतिशत)
३. चिन्ताले (५ प्रतिशत)
४. अन्य कारण ।

धूम्रपानका हानिकारक तत्वहरू-

१. निकोटिन, २. टार, ३. कार्वनमोनोक्साइड, ४. एमोनिया, ५. लीड, ६. व्युटाडायन, ७. एसिटल्डिहाइड, ८. एसिटोन, ९. एक्रोलेइन, १०. अन्य हजारौं तत्वहरू ।

धूम्रपान गर्दा तत्काल देखिने असरहरू-

भ्रुम्म पार्ने, केहीवेर मस्तिष्क चनाखो हुने र पछि सुस्त हुने, आँखा घाटी र मुखमा अप्ठेरो हुने, पेटमा अम्लको मात्रा बढाउने, मुटुको धड्कन् बढाउने, रक्तनलीमा बोसोजन्य कोलेस्टेरोलको मात्रा बढाउने, हातमा कम्पन बढाउने, छालाको तापक्रम घटाउने, यौन चाहनामा हास ल्याउने ।

धूम्रपान गर्दा शरीरमा देखिने असरहरू-

तालु खुइलिने, मोतियाविन्दु, चाउरी पर्नु, श्रवणशक्ति कम हुनु, छालाको क्यान्सर, दाँत विग्रने, दम बढ्ने, हाड कमजोर हुने, मुटुसम्बन्धी रोग, पेटको अल्सर, औंलाहरू पहेँलो हुने, मुत्रथैलीको क्यान्सर हुने, गर्भपात हुने, कमजोर शुक्रक्रिट बन्ने, सोरायसिस (छाला फुसिनु), स्नायु नसा तथा धमनी सुन्निने रोग लाग्नु, क्यान्सर, वृद्धि र विकासमा असर, दम, कम तौलको वच्चा जन्मनु, मस्तिष्कमा रक्तश्राव हुनु, हृदयरोग आदि ।

धूम्रपान रोकथामका रणनीतिहरू-

१. धूम्रपान गर्दै नगर्ने र यसबाट आफू सधैं टाढा रहने ।
२. बालबालिकाको अगाडि अभिभावकले धूम्रपानन गर्ने ।
३. बालबालिकालाई सुर्तीजन्य पदार्थ बिक्रीवितरण गर्न सल्काउन नलगाउने ।
४. सुर्तीखेतीको सट्टा अरू नै खेती जस्तै: उखु कपास, तरकारी, फलफूल खेती गर्ने ।
५. पत्रपत्रिका, होर्डिङ्गबोर्ड, भित्ता आदिमा सुर्तीजन्य पदार्थको विज्ञापन गर्न निरुत्साहित गर्ने ।
६. सार्वजनिक स्थल जस्तै: बस, सभा, बैठक, कार्यालय आदिमा धूम्रपाननगर्ने ।
७. धूम्रपानजन्य पदार्थमा बढी कर लगाउने ।

धूम्रपान छोड्ने उपायहरू-

धूम्रपानको अम्मल लागिसकेपछि त्यसलाई छाड्न धेरै कठिन हुन्छ । त्यसैले धूम्रपान तथा सुर्तीजन्य पदार्थको सेवन सुरु नगर्नु नै उत्तम उपाय हो । किशोरकिशोरीहरू नै बढी जोखिममा भएकाले उनीहरूलाई धूम्रपानबाट जोगाउनु पर्दछ ।

१. अठोट र दृढ इच्छाशक्ति नै धूम्रपान छोड्ने मुख्य हतियार हो ।
२. धूम्रपानछाड्न सहयोगका लागि परिवार, साथीभाइ र चिकित्सकका लागि अनुरोध गर्ने ।
३. समय तालिका परिवर्तन गर्ने । जस्तै खाना खाइसकेपछि धूम्रपान गर्ने गरेको छ भने त्यसको सट्टामा हिड्ने वा आराम गर्ने योजना बनाउने ।
४. मनमा हुने मानसिक तनाव कम पार्ने उपाय गर्ने ।
५. धूम्रपान गर्ने व्यक्तिसँग टाढा रहने ।
६. सुर्तीजन्य पदार्थ बिक्री वितरण हुने पसलहरूको नजिकबाट नहिँड्ने ।
७. नियमित व्यायाम गर्ने र कुनै काममा व्यस्त रहने ।
८. चुरोट र सलाई आफूसँग नराख्ने ।
९. तलतल लागेको बेलामा काममा व्यस्त रहने । लामो लामो श्वास फेर्ने । १ देखि ३० सम्म र ३० देखि १ सम्म गिन्तीगरी ध्यान केन्द्रीत गर्ने ।

धूम्रपानवा अकाल मरण - रोजाइ तपाईंको ।



जाडो धुवाँ र स्वास्थ्य

हरेक वर्ष जाडो मौसमसंगै राजधानी काठमाडौंको वायु प्रदूषणको समाचार आउने गर्दछ । एशियाली विकास बैंकको प्रतिवेदनअनुसार एशियाका २० प्रमुख वायु प्रदूषित शहरहरू मध्ये काठमाडौं शहर शीर्षस्थानमा रहेको छ । उक्त प्रतिवेदनले काठमाडौंको वर्तमान वायु प्रदूषणको स्थिति र चुनौतीप्रति सबैको ध्यानाकर्षण गरेको छ । नेपालका अन्य शहरका वायु प्रदूषणका बारेमा अध्ययन हुन बाँकी नै छ । विराटनगरको वायुप्रदूषणको स्तरबारे अध्ययन प्रतिवेदन हालसम्म प्रकाशमा आएको छैन । काठमाडौंमा वायुप्रदूषण हुने मुख्य कारण सवारी साधनको धुवाँ, सडकको धूलोप्रमुख छन् । यता विराटनगरको वायु प्रदूषणका कारण अलि फरक छ । सवारी साधनका धुवाँ र सवारी साधन चल्दा उड्ने धूलोका अतिरिक्त विराटनगरमा वायु प्रदूषण गराउने मुख्य कारण हो घुर वाल्दा निस्कने धुवाँ । राम्ररी नसुकेका जैविक वस्तु, फोहोर मैला थुपारेर आगो वाल्दा घण्टौसम्म धुवाँ आइरहन्छ, जो स्वास्थ्यका लागि अत्यन्त हानिकारक हुन्छ । गाईभैसी पाल्नेहरू लामखुट्टे धपाउन पनि घुरको धुवाँ लगाउने गर्दछन् । यसबाट उत्पन्न हुने धुवाँले मानिस र पशु दुवैको श्वासप्रश्वास प्रणालीलाई प्रतिकूल असर गर्दछ ।

जाडोमा कोठा न्यानो बनाउन आगो वा हिटर बालेर सुताएका बालबच्चा निसास्सिएर मर्ने गरेका समाचार पनि जाडो महिनामा नै सुनिन्छन् । जाडो महिनामा देखिएको एउटा अस्वस्थकर बानी हो कोठा डम्म थुनेर आगो वा हिटर ताप्नु । कोठाभित्र आगो वा हिटर बाल्दा कोठाको भेन्टिलेसन खोल्ने गरेमा वा भेन्टिलेसन नभए भ्याल खोलेमा यस्ता दूर्घटनाबाट बच्न सकिन्छ । जाडो मौसमले खासगरी बालबालिका र बृद्धउमेर समूहलाई विशेष असर पुऱ्याउँछ । रुघाखोकी निमोनियाको प्रकोप जाडो मौसममा नै बढी देखिन्छ । यसरी रुघाखोकी निमोनियासित जाडो, धुवाँ, धूलो र उमेरको अन्तरसम्बन्ध रहेको देखिन्छ ।

धुवाँ, धूलोको समस्या कम गर्नको लागि सवारी साधनको अवस्था र सडकको अवस्थाले महत्वपूर्ण भूमिका खेल्दछ । सवारी साधनबाट निस्कने धुवाँ कम गर्नका लागि सवारी साधनको नियमित मरमत सम्भारमा उचित ध्यान दिइनु पर्दछ । प्रदूषण मापदण्डको प्रभावकारी कार्यान्वयन हुन आवश्यक छ । सवारी साधनमा प्रयोग हुने इन्धनमा ४० प्रतिशतसम्म मिसावट भएको भन्ने सूचना पनि सँगसँगै आएको छ । यसरी मिसावटयुक्त इन्धन पनि बढी धुवाँ निकाल्न जिम्मेवार हुन्छ । वातावरणका धुवाँ धूलोका अतिरिक्त खाना पकाउने परम्परागत चुलोबाट निस्कने धुवाँ पनि स्वास्थ्यका लागि हानिकारक हुन्छ । सुधारिएको चुलोको निर्माण गरेर वा भान्साकोठामा धुवाँको उचित निकासको व्यवस्थामिलाएर धुवाँबाट हुने असरबाट बच्न सकिन्छ ।

धूम्रपानगर्दा निस्कने धुवाँ पनि स्वास्थ्यका लागि अत्यन्त हानिकारक हुन्छ । धूम्रपान गर्नेलाई मात्र होइन नजिकमा बस्नेलाई पनि धूम्रपानको धुवाँले नराम्रो असर गर्दछ । जसलाई हामी प्यासिभ-स्मोकिङ भन्दछौं । यसकारण धूम्रपानको सेवनलाई निरुत्साहित गरिनु पर्दछ । सार्वजनिक स्थल जस्तै: कार्यालय, प्रतिक्षालय, सवारी साधनमा धूम्रपान निषेधका सूचना सबैले देख्ने गरी टाँसिनु पर्दछ र सो सूचनाको कार्यान्वयन गरिनुपर्दछ ।

जाडो मौसममा श्वासप्रश्वास प्रणालीका अङ्गहरू बढी संवेदनशील बन्दछन् । यसैले जाडो मौसममा वातावरणमा हुने प्रदूषणका कारक तत्वहरूप्रति ध्यान पुऱ्याउन जरुरी छ । घर तथा भान्साकोठामा धुवाँको निकासको व्यवस्थागर्ने, सुत्ने कोठामा भेन्टिलेसनको व्यवस्थामा समेत ध्यान पुऱ्याउनु पर्दछ । खासगरी बालबालिकालाई धूलो र धुवाँबाट बच्ने उपाय अबलम्बन गर्नुपर्दछ । सवारी साधनको सामान्य मरमत संभारले पनि धुवाँको उत्सर्जन कार्य कम गर्दछ ।

धूम्रपान नगरौं । धूम्रपान गर्ने पर्ने भएमा अलग बसेर गरौं ताकि अरुलाई धुवाँ निल्लबाट बचाऔं । फोहोरमैला जलाउनु परेमा सुकाएर जलाएमा धुवाँ कम आउँछ । आगो ताप्न परेमा धुवाँ न्यूनतम स्तरमा ल्याउन सुकेका वस्तु वा काँचो तथा भिजेका भए सुकाएर मात्र बाल्ने गरेमा धुवाँ

कम उत्पादन हुन्छ । घर बालेर वातावरण धुवाँमय बनाएमा खासगरी बालबालिका र बृद्धको श्वासप्रश्वासमा प्रत्यक्ष असर पुग्ने भएकाले यस्ता प्रचलन हटाउनु स्वास्थ्यको लागि आवश्यक छ । बालबालिका र बृद्धलाई न्यानो कपडा लगाउन विशेष ध्यान दिनुपर्दछ । जाडो मौसममा तातो भोलिलो खानेकुरा जस्तै चिया, दूध, दालको रस, तातोपानीले शरीरको तापक्रम सामान्य कायम राख्न मद्दत गर्दछ । यसैले जाडो मौसममा खाने लाउने देखि लिएर स्वस्थ वातावरणीय उपायहरू अपनाएको खण्डमा आफू र अरुलाई स्वस्थ रहन र स्वस्थ गराउन सकिन्छ ।



गर्भवती भएको बेलामा

नेपालमा मातृ मृत्युदर उच्च छ । त्यसैले नेपाल सरकारले मातृ मृत्युदर कम गर्न विभिन्न प्रयास गरेको छ । मातृशिशु स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका साथै जनचेतना अर्थात् सचेतना बढाउनु आजको आवश्यकता हो । मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्यका लागि अति उपयोगी सन्देशहरूका बारेमा पाठकलाई जानकारी दिन लाग्दछु ।

गर्भवती महिलाको स्याहार गर्दा निम्न कुरामा ध्यान दिनुपर्दछ । १. गर्भवती महिलाले कम्तिमा चारपटक गर्भको जाँच गर्नुपर्दछ । पहिलो पटकको स्वास्थ्य परीक्षण गर्भवती भएको शंका लाग्ने बित्तिकै गर्नुपर्दछ । दोश्रो पटकको स्वास्थ्यपरीक्षण गर्भवती भएको ५ देखि ७ महिनाभित्रमा गर्नुपर्दछ । यसैगरी तेस्रोपटकको स्वास्थ्यपरीक्षण गर्भ रहेको ८ महिना भित्रमा गराउनु पर्दछ । र चौथो पटकको स्वास्थ्य परीक्षण सुत्केरी हुने अन्तिम महिनामा गराउनु पर्दछ । यसमा ध्यान दिनुपर्ने कुरा के छ भने गर्भवती महिलालाई गर्भावस्थामा खतराका लक्षण देखा परेमा चाहिँ जुनसुकै बेला जाँचाउनु पर्दछ ।

गर्भवती जाँच गराउँदा निम्न कुराको परीक्षण गर्ने गरिन्छ । १. रक्तचाप जाँच २. बच्चाको अवस्था हेर्न पेटको जाँच ३. आइरन चक्की दिइने ४. टी.टी.खोप लगाइने ५ जुकाको औषधि दिइने गरिन्छ । गर्भवती महिलाले गर्भवती भएको तीन महिना पूरा भएदेखि सुत्केरी भएको ६ हप्तासम्म दिनको एक पटक नियमित रूपमा आइरन चक्की खाइरहनुपर्दछ ।

यसका साथै गर्भवती महिलाले गर्भवती भएको ३ महिना पूरा भएपछि १ चक्कि जुकाको औषधि खानुपर्दछ । यसले पेटमा भएका जुका हटाई कुपोषित हुनबाट गर्भवती महिलालाई बचाउन मद्दत गर्दछ । गर्भवती महिलाले पहिलोपटक गर्भवती जाँच गराउँदा पहिलो टी.टी.खोप लगाउनुपर्दछ । पहिलो खोप लगाएको १ महिनापछि दोश्रो टी.टी.खोप लगाउनुपर्दछ । गर्भवती महिलाले साविकको भन्दा बढी खानेकुराहरु तथा मिश्रित खानेकुराहरु खाने गर्नुपर्दछ । खानेकुरामा आयोडिनयुक्त नूनको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

गर्भवती महिलाले साविकको भन्दा बढी र पर्याप्त आराम गर्नुपर्दछ । गन्धौ भारी उचाल्ने काम गर्नुहुँदैन । यसबेलामा उनले गर्ने काममा परिवारका अन्य सदस्यले पनि सहयोग गर्नुपर्दछ । गर्भवती महिलाले धूम्रपान तथा मदिरापान गर्नुहुँदैन । यसले आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्यलाई हानि गर्दछ । □

प्रसूति पूर्वको तयारी

गर्भवती महिलालाई सुरक्षित प्रसूति गर्नका लागि विशेष तयारी गर्नुपर्दछ । अभै पनि गाउँघरमा गर्भवती अवस्थालाई गोपनीय अवस्थाको रूपमा लिइन्छ । गर्भवती अवस्था महिलाको विशेष अवस्था हो भन्ने थाहा हुँदाहुँदै पनि उचित ध्यान नदिएर अकालमा सुत्केरीको ज्यान जाने गरेको छ । हाल नेपालमा मातृमृत्यु दर प्रति एक लाख जीवित जन्ममा ३०१ जनाको मृत्यु हुने गरेको तथ्याङ्क छ । गर्भवती महिलाको सुरक्षित रूपमा सुत्केरी गराउनका लागि निम्नअनुसारको पूर्वतयारी गर्नुपर्दछ ।

१. दक्ष प्रसूतिकर्मी (डाक्टर, नर्स तथा अ.न.मी.) द्वारा प्रसूति गराउनको लागि तयारी गर्नुपर्दछ ।
२. दक्ष प्रसूतिकर्मीद्वारा प्रसूति गराइने स्वास्थ्य संस्थाको पहिचान गर्नुपर्दछ ।
३. प्रसूतिको लागि पहिलादेखि नै आवश्यक पर्ने रकमको जोहो गर्नुपर्दछ ।
४. आकस्मिक अवस्थाको लागि थप पैसाको जोहो पनि गर्नुपर्दछ ।
५. महिलालाई आकस्मिक प्रसूति सेवा उपलब्ध भएको स्वास्थ्य संस्थामा लैजानका लागि पहिलेदेखि नै यातायातका साधनहरु जस्तै डोको, स्ट्रेचर, व्यलगाडा, डोली, ताम्दान, रिक्सा, एम्बुलेन्स आदिको व्यवस्था गर्नुपर्दछ ।
६. प्रसूतिको बेलामा महिलालाई रगत दिनुपर्ने पनि हुन सक्ने भएकाले, रगत दिन सक्ने कम्तिमा तीनजना मानिसको पहिलादेखि नै व्यवस्थागर्नुपर्दछ ।

यसका साथै गर्भवती अवस्थामा देखा पर्ने ज्यानै जानसक्ने निम्न खतराका लक्षणहरूको बारेमा जानिराख्नुपर्दछ ।

१. रगत बग्नु । २. हात र अनुहार सुन्निनु । ३. ज्वरो आउनु वा योनीबाट गन्हाउने पानी बग्ने । ४. कम्पन आउनु वा मूर्च्छा पर्नु ।

यसरी घरमा कुनै सदस्य गर्भवती भएमा उपरोक्त कुराहरूमा ध्यान दिएको खण्डमा धेरै गर्भवती महिला सुत्केरी हुँदा अकालमा हुने मृत्युबाट बचाउन सकिन्छ ।



बालमृत्युदर घटाउने तत्व भिटामिन 'ए'

नेपालमा हरेक वर्ष वैशाख र कार्तिक महिनामा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकालाई भिटामिन 'ए' क्याप्सुल खुवाइन्छ। हुन त भिटामिन 'ए' प्राकृतिक अवस्थामा हरिया सागपात पहेँला फलफूल, माछामासु तथा कलेजोमा पाईन्छ। आर्थिक अवस्था कमजोर भएका कारणका अतिरिक्त भिटामिन 'ए' बारे जानकारी नहुनु तथा यसको महत्व र स्रोतबारे जानकारी नहुँदा अझै पनि नेपालमा बालबालिकामा भिटामिन 'ए' को कमी हुने गरेको छ। भिटामिन 'ए' को कमीले रतन्धोलगायत आँखाका रोगहरू हुने भएकाले यो अपाङ्गताको एउटा प्रमुख कारण हो। यति मात्र नभएर भिटामिन 'ए' को प्रयोगले बालमृत्युदर ३० प्रतिशत सम्म घटाउँछ भन्ने तथ्य पनि छ। भिटामिन 'ए' खुवाएको खण्डमा भाडापखाला तथा रुघाखोकी निमोनियाबाट हुने मृत्युदर पनि कम हुन्छ। दादुरा आएको खण्डमा पनि यो खुवाएमा मृत्यु दर कम गर्न सकिन्छ भनेर सिद्ध भइसकेको छ।

विश्व स्वास्थ्य शिखर सम्मेलन १९९० ले विश्वबाट सन् २००० सम्ममा भिटामिन 'ए' को कमीको स्थितिलाई निर्मूल पार्ने आन्धान गरिएअनुसार नेपालले पनि सन् १९९३ देखि यो भिटामिन 'ए' कार्यक्रमलाई प्राथमिकताका साथ संचालन गर्दै आएको छ। हालसम्म भिटामिन 'ए' क्याप्सुल हरेक वर्ष खुवाएर भिटामिन 'ए' कमीको अवस्था कम गर्दै लगेर दीर्घकालीन रूपमा भिटामिन 'ए' युक्त खानेकुराहरू समावेश भएको खाना खाने बानी बसाल्ने र भविष्यमा भिटामिन 'ए' क्याप्सुल खान नपर्ने स्थितिको सिर्जना गर्ने दीर्घकालीन लक्ष्य समेत राखिएको छ। जुकाको कारणले बालबालिकामा कुपोषण गराउने भएकाले यस बेलामा बालबालिकाहरूलाई भिटामिन 'ए' संगै जुकाको औषधि पनि खुवाइन्छ।

वैशाख ६ र ७ गते मुलुकभर महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूबाट आ-आफ्ना वडामा ६ महिना देखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकाहरूलाई भिटामिन 'ए' खुवाइदैछ यो अवसर छुटाउन हुदैन। एक पटक भिटामिन 'ए' खुवाइसकेपछि यो शरीरमा संचय हुन्छ र शरीरलाई ६ महिनासम्म आवश्यक पर्ने भिटामिन 'ए' यसैबाट पुग्दछ। यसैले यो भिटामिन 'ए' को क्याप्सुल ६/६ महिनामा खुवाइन्छ। यसबाहेक यो भिटामिन 'ए' क्याप्सुल स्वास्थ्य संस्थाहरूमा अरु बेला पनि रतन्धो, बिट्ट-स्पट, केराटोमेलिसिया, दादुरा, दीर्घ भाडापखाला र अति कुपोषित व्यक्तिहरूलाई निःशुल्क उपलब्ध गराइन्छ। साथै ६ हप्ता भित्रका सुत्केरी आमाहरूलाई पनि स्वास्थ्य संस्थामा भिटामिन 'ए' निःशुल्क खुवाइन्छ।

भिटामिन 'ए' का दुई स्रोतहरू हुन्छन्। (१) प्राकृतिक स्रोतमा वनस्पति स्रोतमा हरिया सागपात तथा पहेँला फलफूल पर्दछन्। पशुजन्य स्रोतमा साना माछा कलेजो, नौनी, घ्यू, दही पर्दछन्। सुत्केरी आमाको बिगौती दूध बच्चाको लागि अत्युत्तम स्रोत हो। (२) कृतिम स्रोतमा भिटामिन 'ए' क्याप्सुल हो जो हामी अभियानको क्रममा र उपचारको क्रममा प्रयोग गर्दछौं।

यसका साथै घरमा सागपात तथा तरकारी पकाउँदा सानातिना कुराहरूमा ध्यान दिएको खण्डमा भिटामिन 'ए' खेर जानबाट जोगाउन सकिन्छ। जस्तै: सागपात राम्ररी केलाउने, राम्ररी पखाल्ने, काटेर वा चुँडेर टुक्रा पारी तुरुन्त पकाउने, धेरै साना साना टुक्रा नपार्ने, छोपेर मात्र पकाउने, धेरै नभुट्ने वा सुख्खा हुने गरी नपकाउने तथा हरियो सागपात पकाउँदा अनिवार्य रूपमा तेल वा घ्यूको प्रयोग गर्नुपर्दछ। यसरी पनि हामी भिटामिन 'ए' को आपूर्ति प्राकृतिक रूपमा उपलब्ध हुने स्रोतबाटै प्राप्त गरेर स्वस्थ हुन सकिन्छ। जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा रहेको भिटामिन 'ए' कमी हुने अवस्थाबाट दीर्घकालीन रूपमा समस्यामुक्त रहन कृषि उपज तथा पशुजन्य खाद्यवस्तुमा ध्यान पुऱ्याएमा, पकाउने र खाने बानीव्यहोरामा आवश्यक परिवर्तन गरेमा भिटामिन 'ए' को कमीबाट दीर्घकालीन रूपमा मुक्त हुन सकिन्छ।



भिटाभिन 'ए' खान पाउनु बालअधिकार

नेपालमा पोषणको स्थिति चिन्ताजनक स्थितिमा रहेको कुरा सन् १९९८ मा गरिएको एक सर्वेक्षणले देखाएको छ । ५ वर्षमुनिका केवल ४२ प्रतिशत केटाकेटीहरूले मात्र शरीरलाई आवश्यक मात्रामा पुग्ने भिटाभिन 'ए' नियमित खानामा खाएका छन् । अझ महिलाहरू तर्फ त केवल ३७ प्रतिशतले मात्र भिटाभिन 'ए' नियमित रूपमा खानामा खानपाएका छन् । हामी कहाँ पुरुष भन्दा महिला बढी कुपोषित छन् । यसमा गरिवी भन्दा पनि अज्ञानता, लैङ्गिक विभेद र सामाजिक साँस्कृतिक कारणहरू बढी जिम्मेवार छन् ।

वर्षमा दुइपटक वैशाख र कार्तिक महिनामा वडा वडामा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाद्वारा ६ महिना देखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई भिटाभिन 'ए' क्याप्सुल खुवाइन्छ । हाल भिटाभिन 'ए' का साथै १ वर्षदेखि ५ वर्षका बालबालिकालाई जुकाको औषधि पनि खुवाइन्छ । ५ वर्ष सम्मका बालबालिकालाई कुपोषण गराउने एक प्रमुख कारण पेटमा पर्ने जुका भएकाले सो हटाउन जुकाको औषधि भिटाभिन 'ए' संगै खुवाइन्छ । यसका साथै हाल स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ४२ दिनभित्रमा भिटाभिन 'ए' क्याप्सुल निःशुल्क खुवाइने गरिन्छ ।

नेपालमा गरिएको एक अध्ययन अनुसार ६ महिनाको फरकमा वर्षमा २ पटक भिटाभिन 'ए' को क्याप्सुल खुवाउँदा ३० प्रतिशत बालमृत्युदर घट्छ, भन्ने तथ्य प्रकाशमा आएको छ । यसरी भिटाभिन 'ए' को सेवनले वर्षेनी १४ हजार भन्दा बढी बालबालिकाको ज्यान बचाउन महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको अनुमान गरिएको छ । यतिमात्र होइन भिटाभिन 'ए' खुवाएर वर्षेनी १० हजार बालबालिकाहरूलाई दृष्टिसम्बन्धि विकलाङ्गता हुनबाट बचाउन मद्दत गरेको छ । स्वास्थ्य मन्त्रालयले सन् १९९३ देखि संचालित गरेको भिटाभिन 'ए' कार्यक्रमले सफलता पाउनमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको अहम् भूमिका रहेको छ । बालमृत्युदर कम गर्नका लागि भिटाभिन 'ए' कार्यक्रम प्रभावकारी सिद्ध भएकोछ । यसका साथै अभियानको क्रममा प्रचारप्रसार र जनसहभागिताको फलस्वरूप संचालित यो भिटाभिन 'ए' कार्यक्रमले बालबालिका बीचको लैंगिक विभेद अन्त गर्न तथा गरीब, पिछडिएका तथा पहुँच नपुगेका वर्गमा पनि सेवा पुऱ्याई बालमृत्युदरको आपसी अन्तर घटाउन महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको छ ।

भिटाभिन 'ए' कार्यक्रमका केही मूलमन्त्र हामी सबैले कदापी भुल्नु हुँदैन । सुत्केरी आमाको पहिलो बिगौती दूध बच्चालाई खुवाउनै पर्दछ । रतन्धो रोग लागेका गर्भवती महिलाले उसिनेको कलेजो, साना साना माछा, अण्डा, दूध, हरिया सागपात, पहेंला फलफूलहरू आदि जे हुन्छ, केही दिनसम्म खानैपर्दछ । गर्भवती र ६ हप्ता नाघेकी सुत्केरी बाहेक अरुलाई रतन्धो लागेको छ, भने स्वास्थ्य चौकी गई भिटाभिन 'ए' क्याप्सुल र माथि उल्लेखित खानेकुराहरू खानैपर्दछ । रतन्धो, दादुरा, दीर्घ भ्राडापखाला, अति कुपोषण भएकाहरूलाई स्वास्थ्य चौकी लगी अन्य उपचारका साथै भिटाभिन 'ए' क्याप्सुल खुवाउनै पर्दछ । ६ महिना देखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकाहरूलाई हरेक ६-६ महिनामा अर्थात् वैशाख र कार्तिकमा वडा वडामा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूद्वारा खुवाईने भिटाभिन 'ए' क्याप्सुल खुवाउनै पर्दछ । सुत्केरी आमालाई सुत्केरी भएको ६ हप्ताभित्रै भिटाभिन 'ए' को एउटा क्याप्सुल खुवाउनै पर्दछ ।

गाउँघरमै प्राप्त हुने हरिया सागपातहरू, पहेंला फलफूलहरूको महत्वबारे जानकारी र जनचेतना फैलाई सो प्राप्त गर्न समुदाय स्वयम् सक्षम हुन आवश्यक छ । कुपोषण हुने नदिने यदि भैहालेमा कुपोषित बच्चाहरूको स्याहार घरमै गर्न सकिन्छ, भन्ने कुरा बुझ्न र बुझाउन पनि उत्तिकै आवश्यक छ । कुपोषण एक तर कारण अनेक भएकोले सामाजिक आर्थिक स्तरको विकासले यसमा सकारात्मक योगदान पुग्ने भएता पनि खानपान सम्बन्धी बानीव्यहोरा परिवर्तन र लैङ्गिक भेदभावको अन्तः हुन पनि उत्तिकै आवश्यक छ । □

शरीरमा रक्तअल्पताको प्रभाव

स्वस्थ जीवनको लागि उपयुक्त मात्रामा पोषणको आवश्यकता पर्दछ । विशेष गरेर कुपोषणले बालबालिका र महिलाहरूमा धेरै समस्या खडा गरेको छ । साधारण र मध्यम स्तरका कुपोषणबाट ग्रसित बालबालिका र महिलामा साधारण संक्रामक रोगहरूविरुद्ध प्रतिरोध गर्ने क्षमता कम भई मृत्युको जोखिम बढ्दछ । यसरी कुपोषणले जनताको व्यक्तिगत स्वास्थ्यमा मात्र नभई देशकै समग्र गुणस्तरीय जीवन तथा सामाजिक र आर्थिक विकासको अवस्थामा दूरगामी प्रभाव पार्दछ ।

प्रायः बालबालिका तथा महिलाहरूमा हुने रक्तअल्पता चुनौतिपूर्ण कुपोषणको अवस्था हो । यो अवस्था हुनुमा सामाजिक आर्थिक तथा बानीव्यहोरालगायतका कारणहरू पर्दछन् । रक्तअल्पता हुनुमा खासगरी पर्याप्त खानेकुरा नखानु, मातृत्वको बेलामा खानुपर्ने तरिकाको बारेमा पर्याप्त ज्ञान नहुनु र अस्वस्थकर बानी तथा अभ्यास, धेरै शारीरिक काम गर्नु, महिलाले गर्भवती र दूध खुवाउने अवस्थामा थप आहारा खान नपाउनुजस्ता प्रमुख कारणहरू पर्दछन् ।

रक्तअल्पता तथा कुपोषित गर्भवती आमाबाट कम तौल भएका बच्चाको जन्म हुन्छ । कम तौल भएका शिशु तथा बच्चाहरूको मृत्युदर उच्च हुने गर्दछ । कुपोषित आमाको सुत्केरी अवस्थामै पनि मृत्युदर उच्च हुन्छ । यस्ता कुपोषित आमाको विरामी हुने दर पनि उच्च हुन्छ । उपचारमा बढी समय र खर्च हुन्छ । यसरी निश्चय नै एकजना कुपोषित आमाको उत्पादकत्वमा कमी आउँछ । यसैगरी कुपोषित बालबालिकाको विरामी हुने दर पनि उच्च हुन्छ । समय र खर्च उपचारमा लाग्दछ । यस्ता बालबालिकाहरू पढाइमा पनि उचित समय र ध्यान पुऱ्याउन असमर्थ हुन्छन् । यसरी कुपोषण, रोग र गरिबीको दुष्क्र निरन्तर घुमिरहन्छ । यसले बालबालिका आमा र परिवारको मात्र हैन समुदाय र सिङ्गो देशको विकास दरलाई नै प्रभावित पार्दछ ।

जनताका पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउन र पोषणजन्य विकृतिहरू घटाउन सुधारिएको खानपानको बानीव्यहोरा, घरस्तरमा खाद्य सुरक्षा तथा सामाजिक आर्थिक अवस्थामा सुधार हुन जरुरी हुन्छ । यसका साथै विद्यालय स्वास्थ्य र पोषणलाई दीर्घकालीन रूपमा लागु गर्नुपर्दछ । पोषण, स्वास्थ्यस्थिति र मृत्युदरबीचका अन्तरसम्बन्धका बारेमा जनचेतना फैलाएको खण्डमा स्वस्थ जनता र समुन्नत देश निर्माण सम्भव हुन्छ । □

पोषण र रोगको सम्बन्ध

‘हामीले खानका लागि बाँच्न नभई बाँच्नका लागि खानुपर्दछ’ भनेर विद्यालयमा गुरुले सिकाउनु हुन्थ्यो । उसवेला गुरुको उक्त भनाई खानेकुराका लागि आमाबासंग साथीभाइसंग भगडा नगर्नु भनेको जस्तो मात्र लाग्दथ्यो । तर उक्त उक्तिका दुई पाटा रहेछन, अर्थ पनि गहिरो रहेछ । हामीले खाने खाद्य तत्वलाई विभिन्न किसिमले वर्गीकरण गरिएको छ । बैज्ञानिक दृष्टिले खाने कुरालाई शक्ति दिने खानेकुरा, शरीर बृद्धि र विकास गर्ने खानेकुरा, शरीर संचालन तथा रोगबाट बचाउने खानेकुरा गरी चार भागमा वर्गीकरण गरिएको छ । भात, रोटी, चिनीजस्ता कार्बोहाइड्रेट तथा तेल, घीउ, बोसोजस्ता खाद्यपदार्थ शक्तिबर्धक खानेकुरा हुन् । माछा, मासु, गेडागुडी दालजस्ता खानेकुरा प्राटिनले शरीरको बृद्धि गर्न आवश्यक खानेकुरा हुन् । सागपात तरकारी फलफूल आदिमा पाइने भिटामिनले शरीरमा रोग लाग्नबाट बचाउँछ । यसैगरी पानी तथा खनिज लवणले शरीर संचालन र विकासको लागि आवश्यक पर्दछ । यसैगरी खानेकुरालाई शरीरमा हुने खपतका आधारमा पनि वर्गीकरण गरिएको छ । धेरै मात्रामा चाहिने कार्बोहाइड्रेट, चिल्लोपदार्थ हुन् जसलाई मेक्रोन्यूट्रियन्ट पनि भनिन्छ । थोरै मात्रामा चाहिने भिटामिन र खनिज लवणलाई माइक्रोन्यूट्रियन्ट भनिन्छ ।

मेक्रोन्यूट्रियन्टको अभावमा बालबालिकालाई रुन्चे, सुकेनास, फूकेनास, पुड्को जस्ता रोग लाग्दछ । यसैगरी माइक्रोन्यूट्रियन्टका अभावमा धेरै रोगहरू लाग्दछन् । ती मध्ये भिटामिन ‘ए’ को अभावमा रतन्धो, फलामका अभावमा रक्तअल्पता, आयोडिनका अभावमा गलगण्ड, सुस्तमनस्थितिजस्ता रोगहरू जनस्वास्थ्यका दृष्टिले प्राथमिकता र महत्व राख्दछन् । मेक्रोन्यूट्रियन्टका अभावमा हुने रोग कम गर्न सरकारले शिक्षा मन्त्रालयमार्फत प्राथमिक विद्यालयमा खाजा, खाद्यतेल वितरण जस्ता कार्यक्रम ठाउँठाउँमा संचालन गरेको पाइन्छ । यसैगरी माइक्रोन्यूट्रियन्टको कमीबाट हुने रोग कम गर्न आयोडिनको कमीबाट हुने रोग कम गर्न भारतीय सहयोगमा नेपाल सरकारले साल्ट ट्रेडिङमार्फत् नूनमा आयोडिन मिसाइ विक्रीवितरण तथा बजार प्रवर्धन गर्ने व्यवस्था मिलाएको छ । यसैगरी फलामको कमीबाट हुने रक्तअल्पता हटाउन गर्भवती महिलालाई स्वास्थ्य संस्थाबाट निःशुल्क रूपमा फलाम चक्की वितरण गर्ने गरिएको छ । खासगरी बालमृत्युदर कम गर्न तथा रतन्धोको लागि प्रभावकारी मानिएको भिटामिन ‘ए’ वर्षमा दुइ पटक ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक मार्फत खुवाउने व्यवस्थापनि सरकारले गरेको छ ।

भिटामिन ‘ए’ मात्र किन भन्ने सवाल उठ्न सक्छ । भिटामिन ‘ए’ बालबालिकाको आँखाको ज्योति कायम राखी विकलाङ्गता रोक्न प्रभावकारी त छँदैछ । यसले अर्कातिर बालमृत्युदर ३० प्रतिशत सम्म कम गर्दछ भनेर अध्ययनले देखाएको छ । त्यसैले यो कार्यक्रम बालबालिकाप्रति लक्षित एक अत्यन्त लागत-लाभ उच्च भएको कार्यक्रम हो । भिटामिन ‘ए’ खान पाएका बालबालिकालाई प्रथमतः रोग लाग्नेदर नै कम हुन्छ भने रोग जस्तै: भाडापखाला, रुघाखोकी निमोनिया, दादुराजस्ता रोग लागेमा मृत्यु हुने संभावना पनि कम हुन्छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले ६ महिनादेखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई भिटामिन ए र १ वर्षदेखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई जुकाको औषधि खुवाउने गर्दछन् । कुपोषण गराउने कारक तत्व जुका पनि भएकाले यो पनि खुवाइने गरिन्छ । स्वयंसेविकाहरूले यो सेवा गरेबापत एक रुपैयाँ पनि लिनु भएको छैन । उहाँहरूले पुन्याउनु भएको योगदानका लागि हामी सबैले उहाँहरूलाई धन्यवाद दिने र कदर गर्ने गर्नुपर्दछ । प्रायः पहिलो फलफूलमा भिटामिन ‘ए’ पाइन्छ । त्यसैले हामीले वर्षमा दुइपटक कार्तिक र वैशाखमा भिटामिन ‘ए’ र जुकाको औषधि खुवाउने कार्यक्रमको निरन्तरता राखी यसको महत्व अरूलाई पनि बुझाउन आवश्यक छ । □

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका

हरेक वर्ष एक अक्टुबरका दिन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका दिवस मनाइन्छ । 'स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सेवा, स्वस्थ समाजको टेवा' भन्ने नाराका साथ २०६१ सालदेखि नेपालमा दिवसको सुभारम्भ भएको हो । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सम्मान र हौसला बढाउन र समाजमा उनीहरूको पहिचान र भूमिका स्थापित गराउन यस दिवसले महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने आशा गरिएको छ ।

आर्थिक वर्ष २०४५।४६ देखि प्रारम्भ भएको महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमले आज १८ वर्ष पूरा गरेको छ । हाल मुलुकमा ४८,५४९ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका सेवारत छन् । हरेक गा.वि.स.अन्तर्गत वडा-वडामा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूका आ-आफ्ना आमासमूह हुने गर्दछ । जसमा नियमित बैठकद्वारा स्वास्थ्यसम्बन्धी जनचेतना र स्वास्थ्य सेवा प्रवर्धन गर्ने कार्यक्रमको योजना र कार्यक्रम संचालन गर्ने गरिन्छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले आ-आफ्नो समुदायमा परिवार नियोजनका अस्थायी साधनको वितरण, सुरक्षित मातृत्व सेवाका लागि सल्लाह तथा प्रेषण गर्ने गर्दछन् । यसका साथै भ्रूणपखाला लागेमा उपचार तथा प्रेषण, श्वासप्रश्वास रोग लागेमा घरेलु उपचार र प्रेषण पनि गर्दछन् । भिटामिन 'ए' वितरण, जुकाको औषधि वितरण, आइरन चक्की वितरण, खोप कार्यक्रममा सहयोग र प्राथमिक उपचार सेवा पनि दिने गर्दछन् ।

कतिपय जिल्लामा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले विशेष सेवा पनि दिने गरेका छन् । समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन, मातृ तथा नवजातशिशु स्याहार कार्यक्रम, कोट्टिम चक्कीद्वारा निमोनियाको उपचार गर्न र आकस्मिक गर्भनिरोधक सेवाबारे सल्लाह र प्रेषण गर्नलाई महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई तालिम दिइएको छ । यसका साथै उहाँहरूले औलो, कुष्ठरोग, कालाज्वर तथा अन्य रोग नियन्त्रणमा पनि समुदाय परिचालन गरि सहयोग पुऱ्याउनु भएको छ ।

हाल मुलुकका ५० जिल्लामा हरेक वडामा एक-एकजना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका हुने व्यवस्था छ । र, बाँकी २८ जिल्लामा जनसंख्याको आधारमा थप महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको व्यवस्था गरिएको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई आर्थिक रूपमा केही सहयोग पुगोस भनेर महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका अक्षयकोषको पनि व्यवस्था गरिएको छ । हाल मुलुकका ५० जिल्लामा उक्त कोषमा स्थानीय गा.वि.स., जि.वि.स. र कतिपय ठाउँमा गैरसरकारी संस्थाले पनि रकम जम्मा गरिदिएर महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई मद्दत गर्न खोजेका छन् ।

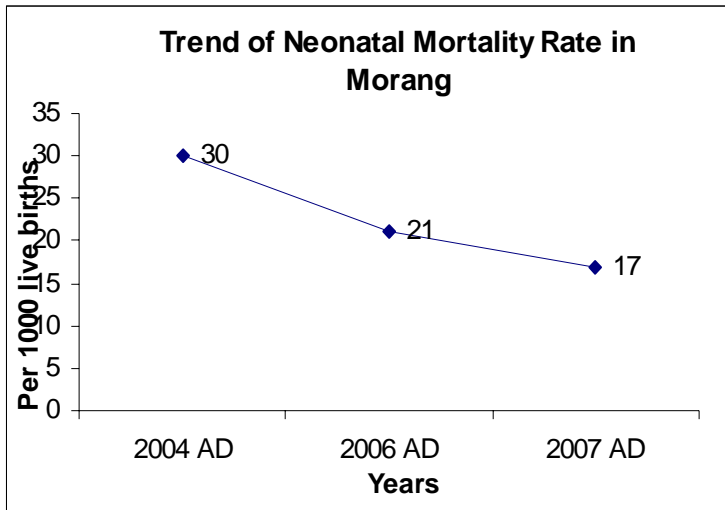
आज महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले मुलुकमा बालमृत्यु दर तथा मातृमृत्यु दर कम गराउन महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको कुरा जनता र सरकारले बुझेका छन् । जनसंख्या बढी भएको तथा कार्यबोझ भएका क्षेत्रमा सेवारत स्वयंसेविकाबाट सरकारले कामअनुसारको दाम दिएन भनेर गुनासो गर्ने गरेको पनि प्रसस्तै सुनिन्छ । आज विश्व समुदाय एकातिर नेपालको स्वास्थ्य स्थितिमा द्वन्द्वका बाबजुत पनि सुधार हुनु, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले बिना तलब यत्रो योगदान दिनसक्नुलाई बडो चाख मानेर हेर्दैछन् । सरकार तलब वा सुविधा दिएर कार्यक्रम दिगो बनाउन सकिदैन भन्ने मान्यता राख्दछ । देशको आर्थिक स्थितिले पनि त्यसो गर्न तथा सोचन बाध्य तुल्याएको होला ।

जेहोस् स्वयंसेविकाको आकांक्षाको सम्मान गर्न जिम्मेवार निकायहरूद्वारा समयमै गम्भिरतापूर्वक विकल्पहरूको खोजी गरिनुपर्दछ ।



बालस्वास्थ्यमा आशाको किरण

विश्वमा बालमृत्यु दर घटाउन अनेक प्रयास भइरहेका छन् । बालमृत्युदर कम गर्न भ्रूणपखाला, रुघाखोकी निमोनिया, कुपोषण, औलो, खोपजन्य घातक रोगहरूको नियन्त्रणमा भएका प्रगतिले बालमृत्युदरमा केही सकारात्मक परिवर्तन आएको छ । तापनि नवजात शिशुको मृत्युदरमा सुधार नल्याई बालमृत्युदरमा खास प्रगति नहुने निष्कर्ष निस्किएपछि, विश्वको ध्यानाकर्षण शिशु जन्मेको २८ दिनभित्र मृत्यु हुने अर्थात् नवजात शिशुको मृत्युदर कम गराउनतर्फ केन्द्रित भएको छ । विकासशील मुलुकहरूमा संचालित नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू हाल अनुसन्धानको चरणबाट अगाडि बढ्दैछन् । नेपालका केही जिल्लामा हाल नवजात शिशुसम्बन्धी कार्यक्रम संचालित छन् । तिनीहरूको आ-आफ्नै विशेषता छन् । मोरङ जिल्लामा हाल संचालित नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमको पनि आफ्नै सबलता, सफलता र कमी छन् जसको मूल्याङ्कन आज स्वदेशी तथा विदेशी विशेषज्ञहरूले समेत गरिरहेछन् ।



लगभग तीन वर्ष पूरा गरेपछि, वस्तुगत र तथ्यगत आधारमा यस नवजात शिशुस्वास्थ्य कार्यक्रमले मोरङमा सफलताको संकेत दिएको छ । प्रथमतः समुदायले यो कार्यक्रमलाई स्वागत गरेका छन् । नवजात शिशु विरामी भएको बखत स्याहार र उपचारमा खासै सम्बेदनशील नहुने समुदायलाई महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले भक्भक्काएर व्युँझाएका छन् । आमा समूह नवजात शिशुको स्वास्थ्यप्रति बढी सम्बेदनशील भएकाछन् । यो देखेर कार्यक्रम लागु नभएका गा.वि.स.बाट पनि यो कार्यक्रमको माग आइ रहेको छ । फलस्वरूप हाल जिल्लाका सम्पूर्ण गा.वि.स.मा कार्यक्रम संचालित छन् ।

ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता र मातृशिशु कार्यकर्ताले सेवा प्रदान गर्दा पाउने दुःखलाई समुदायबाट प्राप्त सम्मानले बिसाएको छ । यो भन्दा पनि बढि महत्वपूर्ण कुरा के छ भने यो कार्यक्रमबाट अन्य कार्यक्रमको तुलनामा बढी से बढी गरिब, दलित, आदिवासी जनजातिहरूले सेवा पाएका छन् । यो पङ्तिकारलाई एकजना दलित महिलाले उनको घरमा पुग्दा निको भएको आफ्नो काखको बच्चा देखाउँदै बताइन् - “हामी गरिब दलितलाई पनि सरकारले सितैमा घरैमा उपचार गरेर हामी सबैले माया मारेको बच्चालाई बचाइदियो ” । उनको आखामा खुशीका आँशु मैले देखें । ती छर्चल्किएको खुशीका आँशुलाई कार्यक्रमको सफलताको सूचकको रूपमा पनि लिन सकिन्छ ।

कार्यक्रम लागु भएका मोरङका २१ गा.वि.स.का करिब ६४ प्रतिशत गर्भवती महिला अर्थात् सुत्केरीलाई हालसम्म कार्यक्रममा समेट्न सकिएको छ । सुरुका ६ महिना अवधिमा ३६३१ नवजात शिशु जन्म रेकर्ड गरिएकोमा ८९ जना नवजात शिशुको २ महिना भित्र मृत्यु भएको थियो । यस कार्यक्रममा अभीर, धानुक, धिमाल, गनगाई, गुरुङ, भागाङ, कुर्मी, कोइरी, लिम्बू, राई, मगर, तामाङ, मुसहर, राजवंशी, तेली, यादव, माभी, थारु, ऋषिदेव, सरदार, मन्डलजस्ता आदिवासी जनजाति र दलित साथै मुसलमान समुदाय सेवाग्राहीको अनुपात ६६ प्रतिशत रहेको छ ।

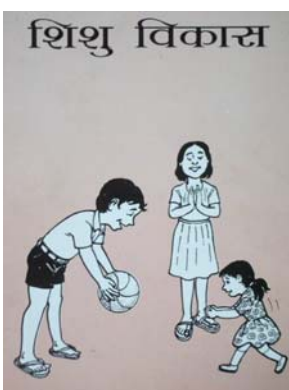
तीन वर्ष अघि अर्थात् सन् २००४ मा मोरङका २१ गा.वि.स.मा नवजात शिशु मृत्युदर प्रति १००० जीवित जन्ममा ३० रहेको अनुमान गरियो । सन् २००६ मा सो घटेर २१ र सन् २००७ मा १७ मा पुगेको अनुमान गरिएको छ । जसलाई सफलताको एक सूचकको रूपमा लिन सकिन्छ । जनसमुदायबाट कार्यक्रमप्रति बढ्दो माग र जिल्ला प्राविधिक टोलीको आग्रहमा हाल जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय मोरङसंग सहकार्य गर्ने संस्था मिनीले जिल्लाका सम्पूर्ण ६५ गा.वि.स.मा पनि कार्यक्रम विस्तार गरिसकेको छ ।

यो सफलताको निरन्तरताले मोरङ जिल्लाका नवजात शिशुका स्वास्थ्यको सफल भाग्यरेखा कोर्न निर्णायक हुनेछ । आशा गरौं, मोरङ जिल्लाको नवजात शिशु कार्यक्रमको सफलता र अनुभवले अन्ततः अन्य जिल्लामा पनि कार्यक्रम विस्तार गर्न एक नमूनायोग्य विकल्प दिनेछ जसले मुलुकको नवजात शिशु तथा बालमृत्युदर घटाउन महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याउनेछ । □

बालस्वास्थ्यको एकीकृत मापदण्ड

विश्व स्वास्थ्य संगठनले ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूका लागि गरिने वृद्धि अनुगमन र विकासको लेखाजोखा गर्नको लागि हालै नयाँ एकीकृत मापदण्डको विकास गरेको छ। विश्वमा लामो अवधिसम्म गरिएका विभिन्न अध्ययन अनुसन्धानले के देखाएका छन् भने पोषण, खुवाउने सहि तौरतरिका, स्वस्थ वातावरण र समान स्वास्थ्यसेवा उपलब्ध भएमा विकसित वा विकासशील देशहरूमा बालबालिकाहरूको वृद्धिदर र विकासको गति ५ वर्षको उमेरसम्म समान रूपमा हुने गर्दछ। जैविक तथा वंशानुगत तत्वले भन्दा माथि उल्लेखित तत्वहरू नै बालबालिकाको स्वास्थ्यको निर्धारण हुने कुरा सिद्ध भएको छ।

परम्परागत वृद्धि अनुगमनमा बच्चाको तौल लिइन्छ र निर्धारित ग्राफ कोरिन्छ, र शरीरको तौलको लेखाजोखा गरिन्छ। तौल कम भए कुपोषित मानेर सोहीबमोजिम परामर्श र तौल सामान्य भएमा सोहीअनुसार बच्चाका आमाबालाई सल्लाह दिइने गरिन्छ। बालबालिकाहरूको वृद्धि र विकासका लागि हालसम्म गरिने परम्परागत तरिकामा केही वस्तुगत मापनहरू थप गरिएको छ। हाल नयाँ मापदण्डमा यो ग्राफको रेञ्जमा पनि केही परिवर्तन गरिएको छ। नयाँ मापदण्डमा तौलविरुद्ध उँचाइ, उँचाइविरुद्ध उमेर र तौलविरुद्ध उँचाइको लेखाजोखा गरिन्छ। यसमा शरीरको स्थूल सूचकअर्थात् 'बडी मास इन्डेक्स' र बच्चा बस्ने, उभिने, हिंडने विकासक्रमको मापन गरी हातखुट्टाका गतिको समेत एकीकृत रूपमा अनुगमन गरिन्छ।



सन् १९९७ देखि विश्व स्वास्थ्य संगठनको पहलमा ब्राजिल, घाना, भारत, नर्वे, ओमन र संयुक्त राज्य अमेरिकामा गरिएको लामो अध्ययनले यसरी बालबालिकाको वृद्धि अनुगमनको परम्परागत तरिकालाई परिमार्जन गरेको हो। विश्व स्वास्थ्य संगठनका महानिर्देशक डा.ली जुड वुकले यो नयाँ मापदण्डले बालमृत्यु र बालरोगदर कम गर्ने विश्वास व्यक्त गर्नुभएको छ। बालरोग विशेषज्ञहरूको अन्तर्राष्ट्रिय संघका अध्यक्ष डा.एड्नाइक ग्रान्जेले यो मापदण्ड बच्चाको सुस्वास्थ्य र पोषण स्थिति कायम राख्नलाई राम्रो साधन हुने भएको कुरा बताएका छन्। सोही संस्थाका निर्देशक डा.जेन स्क्यालरले पनि यो नयाँ मापदण्ड बालमृत्युदर कम गर्न एक प्रभावकारी साधन भएकोले यसको प्रतिपालन गर्न गराउन विश्वका सरकारहरूलाई आह्वान गरेका छन्।

नेपालमा बालबालिकाको पोषण स्थिति चिन्ताजनक स्थितिमा रहेकोछ भन्ने कुरामा दुईमत छैन। स्वास्थ्य संस्थामा विरामी भएपछि मात्र जानुपर्दछ, भन्ने मान्यतामा परिवर्तन आवश्यकता छ। स्वास्थ्यसम्बन्धी शिकायत नभएको अवस्थामा पनि बालबालिकाको वृद्धि र विकासको अनुगमन गर्न सकिन्छ। यसको लागि विशेषज्ञको सेवा तथा साधन सम्पन्न स्वास्थ्य संस्थाले आवश्यकता पर्दैन। हाल विद्यमान सरकारी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थामा स्वास्थ्यकर्मीद्वारा बालबालिकाको नियमित तौल, उँचाइको लेखाजोखाका साथै बसाई, उठाई र हिडाईको पनि लेखाजोखा गर्न सकिन्छ। यस्ता मापदण्डबारे मध्यमस्तरीय स्वास्थ्यकर्मीलाई खासै तालिमको आवश्यकता पनि पर्दैन। सरकारी क्षेत्रमा यसलाई कार्यान्वयन गर्न नीति र कार्यक्रम बन्नलाई समय लाग्न सक्दछ। तर बालविकासमा संलग्न जुनसुकै क्षेत्रमा कार्यरत सचेत वर्गले यो नयाँ सूचनाबाट फाइदा लिन सकिन्छ। यसको लागि खासै थप साधन आवश्यक पर्दैन आवश्यक पर्दछ, त केवल प्रतिबद्धता र समयको। बच्चाको वृद्धि विकाससम्बन्धी विश्व स्वास्थ्य संगठनले हालै विकास गरेको नयाँ मापदण्डबारे प्रस्तुत सूचना प्रत्येक आमाबूबा, स्वास्थ्यकर्मी, शिक्षक, स्याहार सुसारमा संलग्न सबै व्यक्तिहरू, योजनाकार र नीति निर्मातालाई समेत उपयोगी हुने आशा गरिएको छ। □

एच.आई.भी.एड्सबारे सामान्य जानकारी

- **एच.आई.भी. भनेको के हो**

एच.आई.भी. भनेको Human Immuno-deficiency Virus हो । यो अति सूक्ष्म जीवाणु हो । यसले मानिसको कुनै पनि रोगसँग लड्ने रोग प्रतिरक्षा प्रणालीलाई नाश गर्दछ । यो मानिसको रगत, वीर्य र योनीरसमा बस्दछ ।
- **भ्याली अवस्था भनेको के हो**

एच.आई.भी. शरीरमा प्रवेश गर्नासाथ एड्स लागेको मानिदैन । साधारणतया: जीवाणु शरीरमा भित्रिएको ६ हप्तादेखि ३ महिनापछि मात्र रगतमा जीवाणु देखा पर्दछ । यसैले यो तीन महिनाको अवधिलाई भ्याली अवस्था अर्थात् अंग्रेजीमा Window Period भनिन्छ । यो भ्याली अवस्था पनि एच.आई.भी.भाइरस एकबाट अर्कामा सर्दछ ।
- **एड्स भनेको के हो**

शरीरमा एच.आई.भी.भाइरसको प्रवेशपछि शरीरको प्रतिरक्षा प्रणालीलाई नास भएका कारण रोगका लक्षणयुक्त अवस्थालाई एड्स अर्थात् Acquired Immuno Deficiency Syndrome भनिन्छ । यो रोग लागेको ५ देखि १० वर्षपछि विस्तारै विभिन्न प्रकारको रोगहरुले आक्रमण गर्दछ र अन्तमा उपचारको प्रभाविहीन अवस्थामा संक्रमित व्यक्तिको मृत्यु हुन्छ । यसमा शरीरको तौल क्रमसः घट्दै जाने, ज्वरो आइरहने, रुघाखोकी निमोनिया लाग्ने र निको नहुने । शरीरमा भएको कुनै पुरानो रोग भए सो निको नहुने वा कुनै नयाँ रोग लागेमा उपचारले काम नगरेर अन्त्यमा मृत्यु हुन्छ । एच.आई.भी.एड्स रोगीलाई बारम्बार रुघाखोकी निमोनिया वा भाडापखाला लागेमा अझ एच.आई.भी. भाइरसले अन्य रोग जस्तै: क्षयरोगको लागि अनुकूल स्थितिको सिर्जना गर्दछ । यसैले एड्स रोगीलाई धेरै रोगहरुले एकैपटक आक्रमण गर्नसक्दछ । जसबाट एड्स रोगीको मृत्यु हुन्छ ।
- **यो रोग कसरी पत्ता लाग्दछ**

रगतको परीक्षण गरेर यो रोग लागेको निदान गरिन्छ । रोगको निदान गर्ने कार्य तथा परीक्षणको रिपोर्ट गोप्य राखिन्छ ।
- **एच.आई.भी.एड्सको जीवाणु कसरी सर्दछ**

(१) असुरक्षित यौनसम्पर्कबाट अर्थात् कण्डमको प्रयोग नगरिएको यौनसम्पर्कबाट । (२) एच.आई.भी.एड्स भएको व्यक्तिको रगत र शरीरको अंग लिंदा । (३) एच.आई.भी.एड्स भएको व्यक्तिले प्रयोग गरेको संक्रमित छाला छेड्ने औजार प्रयोग गर्दा वा धेरै व्यक्तिले एउटै सूई वा छाला छेड्ने औजार निर्मलीकरण नगरी प्रयोग गर्दा । (४) एच.आई.भी.एड्स संक्रमित भएकी गर्भवती महिलाले सन्तान जन्माउदा जन्मेको सन्तानमा एच.आई.भी.को जीवाणु सर्न सक्छ ।
- **एच.आई.भी.एड्सबाट कसरी बच्ने**

(१) सुरक्षित यौन सम्पर्क अर्थात् यौनसम्पर्क गर्दा कण्डमको प्रयोग गरेर । (२) धेरै जनासँग र अपरिचित व्यक्तिसँग यौनसम्पर्क नगर्ने । (३) उपचारको क्रममा रगत र अंग लिनुपर्दा परीक्षण गरेर मात्र लिने, दिने गर्ने । (४) अरुलाई प्रयोग भएको छाला छेड्ने औजार निर्मलीकरण गराई वा नयाँ सूईको प्रयोग गर्ने । □

एड्स रोक्ने प्रतिबद्धता पूरा गरौं

सन् २००५ देखि २०१० सम्म यही नाराका साथ विश्व एड्स दिवस मनाइन्छ । यसै सिलसिलामा डिसेम्बर १ मा यही नाराका साथ विश्व एड्स दिवस विश्वभर मनाइन्छ । आधिकारिक तथ्याङ्कका अनुसार सन् २००७ को सुरुताका नेपालमा करिब ८,०७४ जना व्यक्तिहरूमा एच.आई.भी. संक्रमण पाइएता पनि यो संख्या ७४ हजारको हाराहारीमा पुगिसकेको अनुमान गरिन्छ । वर्षेनी यो संख्या तीव्रतर गतिमा बढ्दै गइरहेछ । विश्वले सन् २०१५ सम्ममा एच.आई.भी. र एड्सको गतिलाई रोक्ने र त्यसपछि यसको बढ्दो गतिलाई घट्दो दरमा ल्याउने प्रतिबद्धता जनाइसकेको छ । त्यसरी व्यक्त गरिएका प्रतिबद्धता अझै प्रभावकारी कार्यान्वयनमा आउन सकेका छैनन् । यसैले गरिएका प्रतिबद्धता पूरा गर्न र संक्रमित तथा प्रभावितसम्म सेवा पुऱ्याउन सबै तह र क्षेत्रका व्यक्तिहरूको जवाफदेहितामा जोड दिन विश्व एड्स दिवसले घच्च्याएको छ ।

तथ्याङ्क अनुसार नेपालमा एच.आई.भी.संक्रमित हुने मध्ये सबैभन्दा बढी यौनग्राहक ३९४३ जना प्रभावित छन् । त्यसपछि बढी संक्रमित हुने समूह नसामा सुईबाट लागुपदार्थ प्रयोगकर्ताको छ, जसको संख्या १६६८ रहेको छ । त्यसपछि तेश्रो बढी प्रभावित हुने समूहमा १४८० जना गृहिणी छन् जसलाई आफ्ना श्रीमानबाट एच.आई.भी.को संक्रमण भएको हो । यसैगरि उमेर समूहको दृष्टिकोणले हेर्ने हो भने २० देखि ३९ वर्षका उमेर समूह अत्यधिक मात्रामा एच.आई.भी.संक्रमणबाट प्रभावित भएका छन् ।

एच.आई.भी.र एड्सको बारेमा आज जनचेतना फैलाउन सरकारी तथा गैरसरकारी निकायबाट प्रयास भएका छन् । यसले समुदायको व्यवहार परिवर्तनमा कति प्रभाव पाऱ्यो अध्ययन गर्ने बेला आएको छ । जनचेतनाका लक्षित समूह को को हुन भनेर हेर्ने हो भनेर केलाउने हो भने ग्रामीण क्षेत्रका गृहिणी, किशोरकिशोरी र विदेश जाने युवाहरू हुन् भनेर भन्न सकिन्छ । विभिन्न अध्ययनले पनि यो समूहलाई जोखिमपूर्ण समूह भनेर पहिचान गरिसकेको छ । यस्ता लक्षित समूहलाई जनचेतना फैलाउन आमासमूह, शिक्षक, विद्यार्थी र रोजगारमा विदेश पठाउने संस्थाहरूको समेत भूमिका महत्वपूर्ण हुनेछ ।

संक्रमितहरूको लागि स्वैच्छिक परामर्श सेवा तथा परीक्षण र उपचार सेवालालाई व्यापक र प्रभावकारी बनाउनु पनि उत्तिकै महत्वपूर्ण भएको छ । एक तथ्याङ्कका अनुसार नेपालमा हाल ७ देखि ८ हजार व्यक्तिहरूलाई ए.आ.भी.उपचारको आवश्यकता भएकोमा केवल ५०० जनाले मात्र उपचार पाएको देखिन्छ । यसले संक्रमितहरूको उपचार र सेवामा उचित ध्यान पुऱ्याउनुपर्ने देखिन्छ ।

एच.आई.भी. र एड्स लागेका व्यक्तिहरूले हाल ए.आर.टी. र पी.एम्.टी.सी.टी.उपचार सेवा नेपालका निम्न स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्राप्त गर्न सक्छन् । १. शहीद शुक्रराज ट्रिपिकल तथा सरुवा रोग अस्पताल टेकु (ए.आर.टी.), २. त्रि.वि.वि. शिक्षण अस्पताल महाराजगन्ज (ए.आर.टी. र पी.एम्.टी.सी.टी.), ३. श्री ५ इन्द्रराज्यलक्ष्मी प्रसुती गृह, थापाथली (पी.एम्.टी.सी.टी.), ४. वि.पि.कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान धरान (ए.आर.टी. र पी.एम्.टी.सी.टी.), ५. नारायणी उपक्षेत्रीय अस्पताल विरगंज (ए.आर.टी.र पी.एम्.टी.सी.टी.), ६. पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पताल पोखरा (ए.आर.टी. र पी.एम्.टी.सी.टी.), ७. भेरी अंचल अस्पताल (ए.आर.टी. र पी.एम्.टी.सी.टी.), ८. महाकाली अंचल अस्पताल (ए.आर.टी. र पी.एम्.टी.सी.टी.) ।

विश्वमा एच.आई.भी. संक्रमणविरुद्ध भ्याक्सिनको खोज भइरहेको छ । एच.आई.भी. अर्थात् विषाणुको जटिल बानीव्यहोरा, भ्याक्सिनको आंशिक प्रभावकारिता र अत्यधिक मूल्यका कारण यसको प्रभावकारी भ्याक्सिनको खोजी निरन्तर जारी रहेको बताइन्छ । यसैले कम्तिमा आगामी १० वर्षसम्म एच.आई.भी.विरुद्धको भ्याक्सिन उपलब्ध हुन नसक्ने दावी विशेषज्ञहरूले गरेका छन् ।

कुनै पनि व्यक्तिले आफ्नो व्यवहार जोखिमपूर्ण भएको शङ्का लागेमा नजिकैको स्वैच्छिक परामर्श तथा परीक्षण केन्द्र (भी.सी.टी) मा सम्पर्क गर्नुपर्दछ । एच.आई.भी.को संक्रमण सजिलै रोकथाम गर्न सकिने भएतापनि अज्ञानता र यसप्रति मानिसहरूको पूर्वाग्राही दृष्टिकोणले गर्दा प्रत्येक वर्ष संक्रमणको स्तर बढ्दै छ । विश्व एड्स दिवस यस्तो अवसर हो जुन दिन तपाईं,म र हामी मिलेर काम गर्न सक्छौं भन्ने चेतना जागृत गराई प्रतिबद्धताका साथ लक्ष्य हासिल गर्न कम्मर कसौं ।



सामाजिक चुनौती एच.आई.भी. र एड्स

हरेक ३ जनामा २ जनाले आजकल एच.आई.भी. एड्सबारे सुनेका छन् । विश्वमा एड्स देखा परेको करिब करिब दुई दशकमै यो रोगबारे जनस्तरमा यसरी सचेतना फैलनु चानचुने कुरो होइन । यसका लागि राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय क्षेत्रबाट युद्धस्तरकै प्रयास भएका छन् जुन आजको आवश्यकता पनि हो । विश्वव्यापीकरण संगै नेपाली जनता रोजगारका लागि विदेश जाने क्रम बढ्नु, नसाबाट लागूपदार्थ सेवन गर्ने दुर्व्यसनीको संख्या बढ्नु तथा यौनव्यापारले एच.आई.भी संक्रमण सल्काउन थप उर्जा प्रदान गरेको छ । आज अफ्रिकी मुलुकमा एच.आई.भी.एड्सको कारण मानव बस्ती र वंशकै नाश भई सामाजिक असन्तुलन उत्पन्न भएको छ । यति मात्र हैन आज विश्वको यति लामो मानव अस्तित्व एवम् मानव सभ्यतालाई नै एड्सले चुनौती दिएको छ । यसैकारण एच.आई.भी.एड्सबारे जनचेतनालाई निरन्तरता दिएर भ्रम र अन्धविश्वासलाई चिर्दै अधि बढ्नु र संक्रमितहरूको उचित उपचार तथा व्यवस्थापन गर्दै अधि बढ्नु आजको आवश्यकता हो ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग केन्द्रको २०६४ साल असोज महिनासम्मको तथ्याङ्कअनुसार नेपालमा एच.आई.भी संक्रमितको संख्या १०२६० र एड्स रोगीको संख्या १५५३ पुगेको छ । यो संख्या स्वैच्छिक रूपमा रगत जाँचाउन आउनेहरूको मात्र भएकाले संक्रमितहरूको संख्या अझ बढी हुनसक्ने निश्चित छ । एक अनुमानका अनुसार नेपालमा ७५ हजारभन्दा बढी एच.आई.भी.संक्रमित संख्या हुनसक्ने अनुमान गरिएको छ ।

एच.आई.भी.संक्रमण वितरण तालिका

समूह	पुरुष	महिला	जम्मा
यौनकर्मी	-	७०२	७०२
यौनग्राहक तथा यौनरोगी	४६२९	१०४	४७३३
गृहिणी	-	२१३४	२१३४
रगत तथा शरीरका अंग लिनेहरू	१८	६	२४
नसाबाट लागूपदार्थ लिनेहरू	२०२२	३६	२०५८
बालबालिका	३१८	१९४	५१२
समलिङ्गी	३०	-	३०
जम्मा	५२४५	२१२८	१०२६०
स्रोत- नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र			

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग केन्द्रको पछिल्लो तथ्याङ्कले के देखाएको छ भने यौनकर्मीहरूमा भन्दा यौनग्राहक तथा यौनरोगी र गृहिणीहरूमा एच.आई.भी.को संक्रमण दर उल्लेख्य मात्रामा बढेको देखिन्छ । त्यसपछि नसाबाट लागूपदार्थ प्रयोगकर्ताहरूमा यो संक्रमण उच्च देखिएको छ । उमेरको हिसाबले हेर्दा २० देखि ४९ वर्षभित्रका महिला र पुरुषमा यसको संक्रमण दर उच्च पाइएको छ । यसर्थ, यो एच.आई.भी.को संक्रमणबाट यौनकर्मी र नसाबाट लागूपदार्थ प्रयोग गर्नेहरूमा मात्र सीमित नरहेर निर्दोष गृहिणी समेत एच.आई.भी.को संभावित संक्रमणबाट अछुतो रहन नसकिने तथ्य उजागर भएको छ । गृहिणीमा यो दरमा संक्रमण बढ्ने हो भने भोलि जन्मने शिशु तथा बालबालिकामा पनि यसको संक्रमण दर बढ्ने छ । जसको फलस्वरूप भविष्यमा ठूलो राष्ट्रिय विपत्ति आउन सक्नेछ ।

एच.आई.भी. भनेको 'ह्यूमन इम्यूनोडिफिसियन्सी भाइरस' हो । जसले एड्स रोग उत्पन्न गराउँछ । एड्स भनेको Acquired Immuno-deficiency Syndrome अर्थात् रोगको

लक्षणयुक्त अवस्था हो । शरीरमा एच.आई.भी. प्रवेश गर्ने बित्तिकै एड्स हुँदैन । यसको लागि समय लाग्दछ । त्यसैले एच.आई.भी. संक्रमण र एड्स एकै होइनन्, भिन्न चरण हुन् । एच.आई.भी. विषाणु हो जो सधैं एड्स अवस्था हो जो संक्रमितमा पछि उत्पन्न हुन्छ । एच.आई.भी. सन् चार माध्यम छन् । एच.आई.भी. संक्रमण सन् माध्यमहरूमा पहिलो हो असुरक्षित यौनसम्पर्क, दोश्रो लागूपदार्थ दुर्व्यसनीहरूबीच सुई साटासाट गर्नु वा असुरक्षित सुईको प्रयोग गर्नु, तेश्रो एच.आई.भी. संक्रमित रगत लिनु र चौथो एच.आई.भी. संक्रमित आमाबाट जन्मने शिशुमा एच.आई.भी. सर्नु हुन् ।

एड्सविरुद्ध औषधि छैन तर एच.आई.भी. संक्रमणविरुद्ध उपायहरू छन् । हरेक यौनसम्पर्कमा कण्डमको प्रयोग गर्नु नै सुरक्षित यौनसम्पर्क हो । यही नै एच.आई.भी. विरुद्ध एकमात्र प्रभावकारी उपाय हो । यसैगरी लागूपदार्थ दुर्व्यसनीले एक-आपसमा सुईको साटासाट नगर्नु नै एच.आई.भी. सन् चक्र रोकथाम गर्नु हो । यसैगरी विरामीलाई रगतको आवश्यकता परेको बेलामा एच.आई.भी. मुक्त रगत सुनिश्चित गर्नु गराउनु पर्दछ । संक्रमित आमाले यदि बच्चा पाउन चाहेमा यससम्बन्धी सेवा उपलब्ध भएका अस्पतालमा सम्पर्क राखी जन्मने शिशुलाई सुरक्षित जन्म गराउन सकिन्छ । यो सेवा हाल पूर्वाञ्चलमा धरानस्थित वी.पी.कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, कोशी अञ्चल अस्पताल विराटनगरमा उपलब्ध छ ।

जिल्ला स्तरमा एच.आई.भी.एड्स कार्यक्रमलाई समन्वय र गति दिन जिल्ला एड्स समन्वय समिति रहेको छ । यसले सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाहरूबीच सहकार्य तथा कार्यक्रममा समन्वय ल्याउने काम गर्दछ । हाल भ्वापा जिल्लामा निकै संख्यामा सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाहरू यस क्षेत्रमा कार्यरत छन् । जिल्ला विकास समिति, जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, मेची अञ्चल अस्पताल, नेपाल परिवार नियोजन संघ, नेपाल रेडक्रस, सहारा नेपाल, नाइट चेस क्लब, स्पर्श, एम.आर.एम.जी., आम्दा लगायत धेरै सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाहरू समन्वयात्मक ढंगले कार्यरत छन् ।

भ्वापा जिल्लामा २०६४ असारसम्ममा २१० जनालाई एच.आई.भी.पोजिटिभ भेटिएको अनुमान छ । तापनि यो संख्या ३०० सम्म पुग्ने अनुमान गरिएको छ । एच.आई.भी.प्रतिका भ्रम तथा मिथ्या हटाउन, डर तथा भेदभावलाई कम गर्नका लागि एच.आई.भी. र एड्ससम्बन्धी वकालत तथा सचेततालाई बृद्धि गर्नुपरेको छ । यसरी यो सामाजिक चुनौतीको सामना गर्न स्वास्थ्य क्षेत्रका अतिरिक्त प्रहरी, कर्मचारी, होटल व्यवसायी, यातायात मजदूर, शिक्षक, विद्यार्थी, आमासमूह, स्वयम्सेवक, धर्मगुरु, तथा नागरिक समाजको पनि उत्तिकै ठूलो सहयोगको आवश्यकता छ ।



स्वास्थ्य अधिकारका मूलभूत सवालहरू

स्वास्थ्य आधारभूत मानवअधिकार हो । कुनै पनि महिला, पुरुष, युवा र बालबालिकाहरूले बिना कुनै भेदभाव शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्य हासिल गर्न पाउनु उसको नैसर्गिक अधिकार हो । आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा जाति, धर्म, लिङ्ग, वर्गका आधारमा जनताले पाउने सेवामा भेदभाव हुनुहुँदैन । सबैको स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता गर्ने गराउने दायित्व राज्यको हो ।

ऐतिहासिक कालदेखि नै स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नलाई राज्यले नियम कानूनको तर्जुमा गरी यसमा पहल गर्ने गरेको पाइन्छ । स्वास्थ्यस्थितिलाई दिगो रूपमा सुनिश्चित गर्न उपचारात्मक सुविधाको व्यवस्था वा प्रावधान पुऱ्याएर मात्र पुग्दैन । प्रतिकारात्मक र प्रबर्धनात्मक सेवाहरू, पोषण, खानेपानी, स्वच्छ वातावरणको सुनिश्चितताले वास्तविक रूपमा स्वास्थ्य अधिकारको रक्षा गर्न सकिन्छ । यसका अतिरिक्त मुलुकमा औद्योगिक विकासका संगसंगै विकसित 'व्यवसायिक स्वास्थ्य' को सुनिश्चितताद्वारा मजदूरहरूको स्वास्थ्य सुरक्षा गर्नु पर्ने हुन्छ । यसका लागि नियम कानून तथा मापदण्ड निर्माण गरेर मात्र पुग्दैन यसका प्राप्तिका लागि जनचेतनाको पनि उत्तिकै आवश्यकता छ ।

आज विश्व समुदायले स्वास्थ्य अधिकार सुनिश्चित गर्नका लागि कमसेकम निम्न चार कुराहरू परिपूर्ति हुनुपर्ने मान्यता राखेको छ । (१) स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता - खानेपानी, चर्पीको व्यवस्था तथा स्वच्छ वातावरण, स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्था, तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था तथा अत्यावश्यक औषधिहरू । (२) स्वास्थ्य सेवाको पहुँच - स्वास्थ्य सेवा भौतिक र आर्थिक रूपमा सबैले धान्न सकिने हुनुपर्दछ । सेवा वितरणमा कुनै भेदभाव हुनुहुँदैन । सेवा कसरी प्राप्त गर्ने भनेर सबैलाई सुसूचित गर्नुपर्दछ । (३) सेवाहरूको स्वीकार्यता- स्वास्थ्य सेवा वितरण गर्दा स्थानीय संस्कृतिले स्वीकार गर्ने र समुदायको मान्यताको सम्मान गर्ने किसिमको हुनुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो व्यावसायिक आचारसंहिताको पालन गर्नुपर्दछ । (४) सेवाको गुणस्तर - सेवा वैज्ञानिक र प्राविधिक रूपमा उपयुक्त हुनुपर्दछ । निश्चित सेवास्तरको लागि उपयुक्त जनशक्तिको पहिचान र सुनिश्चितता हुनुपर्दछ । उपचार तालिका आचारसंहिताको व्यवस्था र प्रतिपालना गरिनु पर्दछ ।

मानिसको स्वास्थ्य अधिकार रक्षा गर्न अन्तर्राष्ट्रिय जगतमा पनि महत्वपूर्ण प्रयास भएका छन् । मानवअधिकारसंगै गाँसिएर आउने यो स्वास्थ्य अधिकारका लागि निम्न घोषणापत्र, सन्धि तथा सम्झौताले मार्गनिर्देश गरेको छ । (१) संयुक्त राष्ट्र संघीय आर्थिक, सामाजिक तथा साँस्कृतिक अधिकार सम्बन्धी सम्मेलन १९६६, (२) महिला विरुद्ध सबै प्रकारका भेदभाव अन्त्य गर्ने सन्धि १९७९, (३) रङ्गभेद अन्त्य गर्ने अन्तर्राष्ट्रिय सन्धि, (४) बालअधिकारसम्बन्धी सन्धि १९८९, (५) मानवअधिकारसम्बन्धी विश्व घोषणापत्र भियना अष्ट्रिया १९९३, (६) महिलासम्बन्धी विश्व सम्मेलन बेइजिङ चीन १९९५ र (७) सहस्राब्दी शिखर सम्मेलन न्यूयोर्क २००० रहेका छन् ।

उल्लेखित सन्धि, सम्झौता तथा घोषणापत्रमा हस्ताक्षर गरी प्रतिवद्धता व्यक्त गरिएका बुँदाहरूमा पछि पनि पुनरावलोकन परिमार्जन, अध्यावधिक र थप प्रतिवद्धताहरू सरकारका तर्फबाट भएका छन् । जस्तै:- (१) विश्व पृथ्वी सम्मेलन रियो, (२) जनसंख्या र विकाससम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलन कायरो इजिप्ट, (३) सामाजिक विकाससम्बन्धी विश्व सम्मेलन कोपेनहेगन र (४) हेबिटेट सम्मेलन इस्तामबुलमा भएका सम्मेलनमा नागरिकका स्वास्थ्य अधिकारका सवालमा महत्वपूर्ण समीक्षा, विश्लेषण र राज्यका तर्फबाट प्रतिवद्धता जनाइएका छन् । चीनको राजधानी बेइजिङमा भएको अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलनमा पनि महिला तथा बालबालिकाका स्वास्थ्यस्थिति सुधारका निम्ति रणनीतिक लक्ष्य र उद्देश्य निर्धारण गरिएका छन् । सन् १९९० लाई आधार वर्षको रूपमा लिएर सूचकाङ्क र लक्ष्य निर्धारण गरिएका छन् । सहस्राब्दी लक्ष्यअनुसार सन् २०१५ सम्ममा मातृमृत्युदर आधा कम गर्ने र शिशुमृत्यु दरलाई १००० जीवित जन्ममा ३५ मा झार्ने लक्ष्य राखिएको छ ।

यी माथिका अन्तर्राष्ट्रिय मञ्चमा राज्यले नागरिकका लागि स्वास्थ्य अधिकार रक्षा गर्न तथा स्वास्थ्यस्थिति सुधार गर्न प्रतिवद्धता गरेपछि सोही अनुरूपका लक्ष्य, योजना र कार्यक्रमको तर्जुमा गरेको छ । यसमा अन्तर्राष्ट्रिय जगतले पनि सरकारलाई आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराएको छ ।

हाल नेपालको बालमृत्युदर र मातृमृत्युदरमा आएको कमीले स्वास्थ्य क्षेत्रमा उत्साह ल्याएको छ । मुलुक एक दशक भन्दा पनि बढी द्वन्द्वमा फसेतापनि स्वास्थ्यका सूचकाङ्कहरूमा सुधार भएको देखेर अन्तर्राष्ट्रिय जगतसमेत दङ्ग परेको छ । र बाह्य सहयोगका संभावनालाई यसले बढाएको पनि छ । जे होस् नेपालले सहस्राब्दी लक्ष्य हासिल गर्ने सवालमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा आशाजनक नतिजाका आधारमा सही दिशा र गतिमा अगाडि बढेको देखिन्छ । एकातिर सेवा पुऱ्याउन नसकिएका समुदाय र क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढाउन थप पहल गर्नुपर्ने आवश्यकता छ भने अर्कातिर सेवा पुऱ्याइएका ग्राहकलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु आजको आवश्यकता र चुनौती हुन् ।



समाजशास्त्रीय विश्लेषण

किशोरकिशोरीमा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी एक समीक्षा बैठकमा जिल्ला शिक्षा अधिकारीज्यूले माध्यमिक विद्यालयको पाठ्यक्रममा यौन शिक्षा, एच.आई.भी.एड्ससम्बन्धी विषयवस्तु समावेश गरिएको कुरा सगर्व प्रस्तुत गर्दा मलाई पनि खुशी लाग्यो । बैठक सिद्धिएर फर्कने बेलामा वहाँले मलाई कानमा खुसुक्क भन्नुभो - “के गर्ने परीक्षामा विद्यार्थीको चीट खोस्दा गोजीमा कण्डम भेटिन्छ । त्यसैले पाठ्यपुस्तकबाट यौन शिक्षा तथा एच.आई.भी.एड्स विषय नै हटाउने दबाव अभिभावकबाट आइरहेको छ ।” उहाँको पहिलो वाक्य रमाइलो लाग्यो तर दोश्रो वाक्यले मलाई चिन्तित तुल्यायो । मैले प्रतिक्रिया दिएँ - “हामी एच.आई.भी.एड्सविरुद्धको अभियानमा लागेकाहरू किशोरकिशोरीको गोजीमा कण्डम भेटिनुलाई त शुभसूचककै रूपमा पो लिन्छौ त ।” उहाँले मेरो भनाईलाई कसरी लिनुभो थाहा भएन । तर उहाँको भनाइले समाजकै कुनै विचारको प्रतिनिधित्व गरेको हुँदा यसबारे छलफल गरौं ।

आजकल शिष्टाचारका क्रममा भेट हुदा गला लगाउने प्रचलन टेलिभिजनको पर्दामा सामान्य भै देखिन्छ । तर हाम्रो समाजमा गला गलाउनु विशेष चलन हो । विवाह गरेर आमाले छोरीलाई घरबाट विदा गर्दा, विवाह भई संगीसँग छुट्टिनु पर्दा, छोरीहरू आफ्ना संगीसँग र कोही चेली घरको थामसँग अंकमाल गरेर धुरुधुरु रुन्छन् । मृत्युमा आफन्त भावविह्वल भएर अङ्कमाल गरेर रुन्छन् । टेलिभिजनमा देखाएजस्तो जहिले सुकै जहाँसुकै भेट्यो हामीले हात मिलाए जस्तै सजिलै अङ्कमाल गर्ने प्रचलन हाम्रो समाजमा छैन । तर टेलिभिजनको प्रभावका कारणले होला हाम्रै समाजमा पनि गला लगाउने चलन क्रमशः बढ्दै गएको र समाजले यसलाई सजिलै पचाउदै लगेको देखिन्छ । डेढ दशकअघि एक पटक मैले इण्डोनेशिया घुम्ने अवसर पाएको थिए । लगभग तीन हप्ताको भ्रमणको अन्तःमा इण्डोनेशियाली मित्रहरूले हामी १०।१५ जना विदेशीहरूलाई लाईनमा राखेर पालैपालो गला गलाउदै विदा गरे । एक जना इण्डोनेशियाली मित्रले गला लगाएर कानमा एउटा वाक्य खुसुक्क भने । जो मेरो हृदयमा सिधै गएर ठोक्कियो जो यद्यपि सम्झँदा बडो आनन्द आउँछ । रूपमा अनौठो र आडम्बरयुक्त लागे पनि गला लाग्दा यसले समाजमा प्रेम र सद्भाव फैलाउन मद्दत पुग्दछ ।

आज एच.आई.भी.एड्सले मानव सभ्यता र विज्ञानलाई नै विश्वव्यापी रूपमा चुनौती दिइराखेको बेलामा विश्वमा एड्सको औषधि छैन केवल औषधि भनेकै सुरक्षित यौनसम्पर्क अर्थात् कण्डमको समुचित प्रयोग गर्ने हो भनेर विश्वका जिम्मेवार निकाय र स्वयं सरकारले आपत्कालीन आक्लान गरिरहेको बेलामा विद्यार्थीलाई विद्यालयमा प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा हटाउनु भनेको चैतको हुरीमा मेरो छानामा आगो सल्केकै छैन किनकि धुवाँ मैले देखेकै छैन घर नजिकै डढेलो आउँदैमा मलाई के को डर मेरो घर पक्का छ भनेर समस्या प्रति आँखा निम्लनु खोज्नुजस्तै हो ।

अहिले किशोरकिशोरीले कण्डम बोकेर हिड्नेसम्मको चेतनास्तर र व्यवहारमा परिवर्तन आउनु हामी सबैको ठूलो प्रयासको प्रतिफल हो । सरकारी, गैरसरकारी संस्थाहरूले एवम् स्वयं शिक्षकवर्गले प्रजनन स्वास्थ्य तथा कण्डमप्रतिको चेतना फैलाउन अहोरात्र प्रयास गरेका छन् । अन्तर्राष्ट्रिय संघसंस्था र राज्यको प्रशस्त साधन, स्रोतसाधन खर्च भएकोछ, र भइरहेको छ । अहिले आएर किशोरकिशोरीप्रति लक्षित पाठ्यक्रमबाट प्रजनन स्वास्थ्य विषयको महत्व नबुझ्नु वा नबुझाउनु भनेको समस्याको गाम्भीर्यताको फेद टुप्पोको भेउ नपाउनु जस्तै हो । गला लगाउने प्रचलन जस्तो यो व्यवहार परिवर्तनलाई समाजले सजिलै नपचाउनु स्वभाविक छ । जसलाई क्रमशः पच्दै जाने आशा गर्न सकिन्छ । यौन तथा एच.आई.भी.एड्स विषयवस्तु विद्यालयको पाठ्यक्रमबाट हटाइहाल्नु गैरजिम्मेवारी हुनेछ, जो आज कुनै पनि हालतमा स्वीकार्य छैन । बरु, यसबेला हामी सबैले यस्ता चुनौतीविरुद्ध सचेत किशोरकिशोरीलाई साथ दिएर अरु उमेर समूहमा पनि यो बानी

विस्तार गर्न र यसरी ल्याइने बानी परिवर्तनलाई समाजलाई पचाउन मद्दत गर्नुपर्दछ । किनभने समाजको प्रयासले नै समाजको विकृती बालविवाह घटेको छ सतीप्रथा आज हटेको छ ।

सामाजिक समस्या, क्रियाकलाप र मनोविज्ञानको विश्लेषण गरेर समाजलाई विपत्तिबाट मुक्त गर्न समाजशास्त्री र शिक्षाशास्त्रीको ठूलो भूमिका रहन्छ । विगत र वर्तमानको वस्तुगत अन्तरले कतिपय सामाजिक मूल्यमान्यतामा पनि फरक पर्दछ । सूचना संचार र जनचेतनाको क्षेत्रमा आएको प्रगतिले किशोरकिशोरीहरूमा पनि अवसर र चुनौती दुवै थपेको छ । विद्युतीय संचारले किशोरकिशोरीको मनोविज्ञानमा पार्ने प्रभावबारे जो कोहीले सहजै अनुमान गर्न सकिन्छ । टेलिभिजनमा देखाइने विज्ञापन, प्रेमालापले शारीरिक तथा मानसिक रूपमा परिपक्व भइनसकेका किशोरकिशोरीहरूलाई अत्यधिक प्रभावित पार्दछ । किशोरकिशोरीको प्रजनन स्वास्थ्यमा दुर्घटना हुने एउटा जोखिमपूर्ण क्षेत्र भनेको अनिच्छित गर्भाधान पनि एक हो । जो प्रायः असुरक्षित गर्भपतन र अन्ततः मृत्यु वा विकलाङ्गतामा गएर टुङ्गिन्छ । विश्वव्यापी सर्भेक्षणले के देखाएको छ भने अहिले १६-२० वर्षको उमेरकाले १६ वर्ष उमेरदेखि नै यौनसम्पर्क गर्दै आईरहेका छन् । ४७ प्रतिशत मानिसहरू यौन शिक्षा अभिभावकले दिनुपर्ने र २७ प्रतिशतले विद्यालयले दिनुपर्ने कुरामा जोड दिएका छन् । नेपालमा १०० जना गर्भवतीमध्ये अझै पनि २४ जना गर्भवती किशोरी नै हुन्छिन् । यसरी अनिच्छित गर्भाधान तथा असुरक्षित गर्भपतनका कारण धेरै महिलाहरूको ज्यान गएकोले हाल नेपाल सरकारले सुरक्षित गर्भपतन सेवासम्बन्धी कानूनको व्यवस्था र सो सम्बन्धी सेवाको व्यवस्था मिलाएको छ ।

यौन शिक्षा तथा एच.आई.भी.एड्ससम्बन्धी चेतनाले विद्यार्थीमा नैतिक ह्रास ल्याउँछ, यसले यौन गतिविधि बढाउँछ, भन्ने कुरा केवल मनोगत तर्कमा आधारित देखिन्छ । विश्वमा भएको अध्ययन अनुसन्धानले के कुरा देखाएको छ भने यौन शिक्षाले यौन गतिविधि बढाएको छैन बरु यसले किशोरकिशोरीलाई जोखिमपूर्ण व्यवहारबाट मुक्त राखेको छ । एक मिथकमा आफ्नो भागमा परेको अंग मात्र छामेर गरिएको वर्णनले समग्र हात्तिको स्वरूप प्रतिबिम्बित गर्न नसकेभैं एउटा अंग नभई सिङ्गो हात्ती जस्तो हाम्रो समाजको समग्र प्रकृति र स्वरूप हेर्ने व्यापक दृष्टिकोण आज चाहिएको छ । यसैले कुनै पनि सामाजिक समस्याको समाधानका उपाय पहिचान गर्न समाजशास्त्रीय धरातलमा समस्याको विश्लेषण र सम्बोधन गर्न सकिन्छ ।



एच.आई.भी.एड्स अभियानमा प्रतिबद्धताहरू

आज विश्व परिदृश्यमा एच.आई.भी. अभियानमा दुई प्रकारका आवाजहरू उठिरहेका छन् । संक्रमितहरूको उपचारको ग्यारेण्टी र भेदभावको अन्त्य गरिनुपर्छ भनी एच.आई.भी.संक्रमितहरूको आवाज एकातिर उठिरहेको छ । अर्कातिर एच.आई.भी.एड्स संक्रमण हुनबाट आमसमुदायलाई बचाउनु पर्छ भनी सरकारी तथा गैरसरकारी क्षेत्रबाट चालिएका रोकथामका उपायहरू अझ प्रभावकारी बनाइनुपर्छ भन्ने आवाजहरू पनि उठेका छन् । व्यवस्थापनका दृष्टिकोणले एच.आई.भी.एड्सको रोकथाम, उपचार र पुनर्स्थापना गरी तीनै क्षेत्रमा उत्तिकै ध्यान जानुपर्दछ ।

सन् २००१ मा संयुक्त राष्ट्र संघको साधारणसभाले विश्वमा एच.आई.भी.एड्स समस्यालाई राज्यले गम्भिरतापूर्वक सम्बोधन गर्नुपर्ने भन्दै ११ वटा प्रतिबद्धताहरू घोषणा गरेको थियो । उक्त घोषणामा नेपाललगायत १ सय ८९ मुलुकहरूले हस्ताक्षर गरेका थिए । उक्त घोषणाका प्रतिबद्धताहरू निम्नानुसारको थियो । (१) सबै तहमा नेतृत्व (२) संक्रमण रोकथाम नै मुख्य आधार (३) सेवा सहयोग तथा उपचार आधारभूत तत्व (४) एच.आई.भी.एड्स न्यूनीकरणमा मानवअधिकारको प्रत्याभूति (५) जोखिम न्यूनीकरणमा प्राथमिकता (६) एड्सका कारण टुहुरा बनेका बालबालिकालाई विशेष सहयोग उपलब्धता (७) दिगो विकासका माध्यमबाट एच.आई.भी.एड्सले पारेको सामाजिक तथा आर्थिक असरलाई हटाउने (८) उपचार तथा प्रभावकारी प्रतिक्रियाका लागि अनुसंधान र विकास (९) द्वन्द्व र प्रकोप प्रभावित क्षेत्रमा स्रोत परिचालन (१०) चुनौती सामनाका लागि स्रोत परिचालन (११) एच.आई.भी.एड्समा भएका कार्यक्रमहरूको गति निर्धारणका लागि पुनर्मूल्याङ्कन तथा अनुगमनको आवश्यकता रहेको छ ।

नेपालमा उक्त प्रतिबद्धताको कार्यान्वयन के कति भयो आज चासोको विषय बनेको छ । उक्त प्रतिबद्धता पूरा गर्न सरकारको योजना, नीति र कार्यक्रम पर्याप्त छ कि छैन । स्रोत र साधनको परिचालन र कार्यक्रममा दिगो र पारदर्शी प्रणाली स्थापना भयो भएन केलाउने बेला पनि आएको छ । कतिपय गैरसरकारी संस्थाहरूले दातृसंस्थाप्रति मात्र उत्तरदायित्वबोध गरी आफ्ना तथ्याङ्क दातृसंस्थामा मात्र आदानप्रदान गर्नु तर सरकारी निकायमा यसबारे जानकारी दिन हिचकिचाउने गरेको पाइन्छ । जसको फलस्वरूप अन्य स्वास्थ्य समस्या भन्ने एच.आई.भी.एड्सको एकीकृत समीक्षा र व्यवस्थापन हुन नसक्नुलाई मैले व्यवस्थापन प्रणालीमै एक समस्याका रूपमा अनुभव गरेको छु । यसको लागि एच.आई.भी. एड्स समस्या व्यवस्थापन निर्देशिका तथा प्रोटोकल तयार गर्नु पनि आवश्यक देखिन्छ ।

सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाहरूको वार्षिक लक्ष्य पूरा गरेर मात्र प्रतिबद्धताका लक्ष्य प्राप्त हुँदैन । आज कतिपय संस्थाहरू लक्ष्य निर्धारण गर्दा दातृसंस्थाको स्रोत र गैरसरकारी संस्थाको क्षमतालाई आधार मानेर शतप्रतिशत लक्ष्य हासिल गरेको दाबी गरेता पनि यता समुदायमा भने समस्या बढेकै पाइन्छ । यसरी राष्ट्रिय लक्ष्यमा तादात्म्य राख्दै राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्न योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन र मूल्याङ्कनमा समन्वयकारी भूमिकालाई अझ बढाउन पनि उत्तिकै खाँचो देखिन्छ । आज एच.आई.भी.एड्सविरुद्ध प्रतिबद्धता हासिल गर्न सरकारी तथा गैरसरकारी क्षेत्रमा एकअर्कालाई परिपूरक ठान्दै यस क्षेत्रमा कार्यरत संघसंस्थाबीच समन्वय बढाएर अघि बढ्नुपर्ने आजको वास्तविक अवस्था र टड्कारो आवश्यकता हो ।



हेपाटाईटिस 'बी' बारे जान्नुपर्ने कुराहरू

हेपाटाईटिस 'बी' रोग सजिलै सर्ने एक घातक संसर्गजन्य रोग हो । यो रोग कलेजोमा HBV अर्थात् हेपाटाईटिस 'बी' भाइरसको संक्रमणबाट लाग्दछ । यसको सर्ने अवधि अर्थात् Incubation Period पनि लामो अवधिको हुन्छ । कलेजो शरीरको एक महत्वपूर्ण जटिल अंग हो । हेपाटाईटिस बी रोगले कलेजोको दीर्घ संक्रमण (Chronic Active Hepatitis) र कलेजोको क्यान्सर (Hepatocellular Carcinoma) पनि गराउन सक्दछ । यसैले यो रोगलाई अत्यन्त घातक रोग मानिन्छ ।

यो रोग कसरी सर्दछ ?

हेपाटाईटिस बी सजिलै सर्ने एक सरुवा रोग हो । यो रोग विभिन्न तरिकाबाट सर्दछ ।

- (१) रगतजन्य पदार्थको सम्पर्कबाट (Parental Route) प्रदूषित सुईको प्रयोगद्वारा सुई वा खोप लिदा, लागूपदार्थको सुई लिदा, नाक कान छेँड्दा तथा अक्यूपंचर गर्दा प्रदूषित सियो प्रयोग गरिएमा हेपाटाईटिस बी सजिलै सर्दछ ।
- (२) यौनसम्पर्कबाट यो रोग सर्दछ ।
- (३) हेपाटाईटिस बी लागेकी गर्भवती आमाबाट जन्मने शिशुमा यो रोग सर्दछ, जसलाई हामी Perinatal transmission पनि भन्दछौं ।
- (४) औजारहरूबाट जस्तै- दाही काट्ने मेसिनबाट, दाँत ब्रुसबाछ पनि यो रोग सर्दछ ।

यो रोग कसरी सर्दैन ?

खाना, पानीबाट यो रोग सर्दैन । दूध खुवाउँदा, जूठो लसपस गर्दा यो रोग सर्दैन । साथै हात मिलाउँदा, म्वाई खाँदा, खोक्दा, हाच्छिउँ गर्दा, चर्पीको प्रयोग गर्दा पनि यो रोग सर्दैन ।

यस रोगका लक्षण र चिन्हहरू के के हुन् ?

यो रोगमा निम्न चिन्हहरू देखा पर्दछन् ।

- ❖ ज्वरो र पसिना आउनु
- ❖ आँखा र शरीरको छाला पहेँलो हुनु
- ❖ थकाई लाग्नु
- ❖ जोर्नीहरू दुख्नु
- ❖ खाना रुची नहुनु
- ❖ वाकवाकी लाग्नु
- ❖ दाँया पेटको माथिल्लो भाग असजिलो हुनु
- ❖ पिसाव धमिलो आउनु
- ❖ दिसा पातलो र गाढा रङ्गको हुनु

कहिले काही विरामीमा लक्षण र चिन्हहरू देखा नपर्न पनि सक्दछ ।

यसको निदान कसरी गरिन्छ ?

रगतको परीक्षण गरेर मात्र यो रोग निश्चित गरिन्छ ।

यसको व्यवस्थापन कसरी गरिन्छ ?

यो भाइरसबाट लाग्ने रोग भएकाले यसको औषधि उपलब्ध छैन । तापनि यो रोगको व्यवस्थापन गर्दा पूरा आराम अर्थात् **Total Bed Rest**, खानामा क्यालोरी बढी भएको खाना जस्तै आलु, ग्लूकोज, चिनी, मेवा, गाजर, ऊखु आदि खुवाइन्छ । खाद्य पदार्थमा चिल्लो पदार्थ हुनुहुदैन । यो रोगमा रक्सी, कलेजोलाई असर गर्ने औषधिहरू बर्जित छन् । यी निषेधित कुरा सेवन गरेमा बिरामीको मृत्यु हुन्छ ।

यो रोगमा के के होसियारी अपनाउनु पर्दछ ?

- ❖ संक्रमितसँग यौनसम्पर्क नराख्ने वा राख्ने परेमा कण्डमको प्रयोग गर्ने ।
- ❖ लागूपदार्थको प्रयोग नगर्ने, दुर्व्यसनीहरूले सुरक्षित सुईको मात्र प्रयोग गर्ने ।

यो रोगबाट सन्ततीलाई कसरी बचाउन सकिन्छ ?

एक वर्षमुनिका बच्चालाई नियमित खोप कार्यक्रममा पूर्ण खोप लगाएर जीवनभर यो रोगबाट बचाउन सकिन्छ ।



औलो रोगबाट बच्ने उपायहरू

पृष्ठभूमि

औलो रोग नेपालको एक प्रमुख जनस्वास्थ्य मात्र नभएर विश्वकै जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ । यस रोगलाई विश्वमा जनस्वास्थ्यको रूपमा समस्या रहन नदिन विश्वव्यापी पहल र अभियान जारी छ । यसैले सहस्राब्दी विकास लक्ष्यमा यो रोगलाई पनि नियन्त्रण स्तरमा लैजाने लक्ष्य राखिएको छ । औलोले मृत्यु पनि गराउने र बाँचेकामा पनि कार्यक्षमता घटाउने भएकाले यसले देशको सामाजिक आर्थिक क्षेत्रमा गहिरो प्रभाव पार्दछ ।

औलो रोग के हो र यो कसरी सर्छ ?

औलो रोग एक सरुवा रोग हो । यो रोग एनोफिलिस जातको पोथी संक्रमित लामखुट्टेको टोकाइबाट औलो रोगको परजीवी औलो संक्रमित मान्छेबाट अर्को मान्छेमा सर्छ । यसैले लामखुट्टेको टोकाइबाट बच्नु नै औलो रोगबाट बच्ने सर्वोत्तम उपाय हो । नेपालमा यो रोगका परजीवी दुइथरी पाइन्छन् । (१) प्लाज्मोडियम भाइभेक्स (२) प्लाज्मोडियम फाल्सिफेरम । यी मध्ये प्लाज्मोडियम फाल्सिफेरम बढी घातक हुन्छ । नेपालमा औलोबाट मृत्यु हुने प्रमुख कारण पनि यही परजीवी हो ।

औलोका लक्षण र असरहरू

(१) ज्वरो आउनु - ज्वरो केही दिन बिराई वा नियमित आउनु । (२) शरीरमा रगतको कमी भई जिउ फुस्रो देखिनु । (३) लामो समयसम्म औलाले ग्रस्त भएमा फियो बढ्नु । (४) औलाबाट हुने मस्तिष्कज्वरोबाट बिरामीको मस्तिष्क कार्यप्रणालीमा बाधा भई बिरामी बेहोश अवस्थामा जाने र समयमा उपचार नभएमा यसबाट बिरामीको मृत्यु हुनसक्छ ।

औलो रोगको शंका लागेमा कहाँ सम्पर्क गर्ने ?

औलो रोग लागेको शङ्का लागेमा अबिलम्ब नजिकको स्वास्थ्य संस्था, ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता वा औलो स्वयंसेवककहाँ बिरामी स्वयम् गई औलो परीक्षणको लागि रगतको थोपा दिने र औषधि निःशुल्क प्राप्त हुने हुँदा स्वास्थ्य कार्यकर्ता वा औलो स्वयंसेवकसंग सम्पर्क राखी सल्लाहअनुसार औलोको औषधि सेवन गर्नुपर्दछ ।

औलो रोगबाट बच्ने उपायहरू

निम्न उपायहरू अबलम्बन गरेर औलो रोग नियन्त्रण गर्न सकिन्छ ।

(१) लामखुट्टेको टोकाइबाट बच्नु - लामखुट्टेको टोकाइबाट बच्नको लागि सुत्दा भुलको प्रयोग गर्नुपर्दछ । घरको भ्यालढोका र भेन्टिलेशनमा जाली लगाउने । लामखुट्टे भगाउने धुपको प्रयोग गरौं । घरबाहिर लामखुट्टे लाग्ने ठाउँतिर जाँदा शरीरको खुल्ला भागमा लामखुट्टे धपाउने मलम, तेल वा नपाएमा तोरीतेल लगाएमा लामखुट्टेले टोक्न सक्दैन ।

(२) लामखुट्टे नाश गर्ने - किटनाशकले लामखुट्टेलाई ३ देखि ६ महिनासम्म मार्नसक्छ । किटनाशक छिट्काउ गरेपछि कम्तिमा ३ महिनासम्म लिपपोत गर्नुहुँदैन । यसैले औलो प्रभावित क्षेत्रमा वर्षमा २ पटक किटनाशक छिट्काऊ गरिन्छ ।

(३) लामखुट्टे हुर्कने ठाउँ कम गर्ने- औलो रोग सार्ने लामखुट्टे हुर्कने ठाउँ कम गरेर लामखुट्टेको वृद्धि कम गर्न सकिन्छ । घरआँगनको वरिपरि खाल्डाखुल्डी पुरी पानी जम्न नदिने, पोखरी छेउछाँउको घाँसलाई सफा गर्ने, कुलो बगेको ठाउँमा घाँस उखेल्ने र पानी जम्न नदिने ।

(४) लामखुट्टेको बच्चा विनाश गर्नु - लामखुट्टे खासगरी जमेको पानीमा फुल पार्ने र प्रजनन गर्ने भएकाले त्यो देखिएमा तुरुन्तै खाल्डो पुरेमा लामखुट्टेका लार्भाहरू तुरुन्तै मर्दछन् । पोखरीमा लामखुट्टेका लार्भा खाने माछा पालन गरेर पनि लामखुट्टे नियन्त्रण गर्न सकिन्छ ।

(५) जनचेतना अभिवृद्धि गर्नु- औलो समुदायमा हुने रोग भएकाले यो रोगको नियन्त्रणका लागि सबैको सहयोग र सहभागिताको अत्यन्तै महत्व रहन्छ ।



कालाज्वर

आर्थिक रूपमा विपन्न परिवार जसको पक्काघर छैन माटोले पोतिएको भुइँतले घरमा बस्ने गरिबलाई नै कालाज्वर रोगले सताउँछ । कारण, कालाज्वर रोग सार्ने सेण्डफ्लाई नामक भुसुना माटोले पोतिएको भित्ताका चिरामा, चेपचापमा बस्ने गर्दछ । यो रोगका विरामीहरू वर्षमा बाह्र महिना देखिन्छन् । तर फागुनदेखि श्रावण महिनासम्म धेरै विरामी देखिन्छ । खासगरी निम्न सामाजिक आर्थिक अवस्था भएका तराइका आदिवासी जनजाति र दलितहरूलाई यो रोगले सताएको तथ्याङ्कले देखाएको छ । सरसफाइयुक्त पक्काघर अर्थात् तलामा बस्नेलाई यो रोग लाग्दैन । यसरी आर्थिक स्तरसँग कालाज्वर रोगको प्रत्यक्ष सम्बन्ध रहेको छ । यसैले यो रोग नियन्त्रणको लागि केवल स्वास्थ्य क्षेत्रले मात्र सम्भव हुँदैन भन्ने कुरा स्पष्ट छ ।

नेपालका पूर्वी तथा मध्यतराईका १३ जिल्लाहरूमा यो कालाज्वर रोगको प्रकोप पाइएको छ । सन् १९६० देखि सन् १९७० सम्म औलो उन्मूलन आयोजना अन्तर्गत औलो उन्मूलन गर्न नेपालको तराइ र भित्री मधेसमा व्यापक रूपमा किटनाशक विषादी डि.डि.टि. छिट्काउ गरियो जसको परिणामस्वरूप कालाज्वर सार्ने स्याण्डफ्लाई भुसुनासमेत भई यो रोग पनि करिब उन्मूलन हुने अवस्थामा पुग्यो । तर सन् १९७० पछि विश्व स्वास्थ्य संगठनले औलो उन्मूलन गर्न व्यापक रूपले नसकिने ठहर गरेपछि नेपालले पनि औलो उन्मूलन कार्यक्रम नियन्त्रणतर्फ उन्मुख भयो । यसैबेला डी.डी.टी.को व्यापक प्रयोगको पनि वातावरणवादीबाट विरोध भयो । जसअनुसार किटनाशक विषादी डि.डि.टि.छिट्काउ कार्यक्रममा व्यापक कटौती भयो भने पछिल्ला वर्षहरूमा औलो नियन्त्रणमा डी.डी.टी.प्रयोगमा प्रतिबन्ध पनि लाग्यो । तत्पश्चात सिन्थेटिक पाईरेथ्रोईड किटनाशक विषादी छिट्काउ सुरु भयो तर यो महङ्गो समेत भएकाले यसको प्रयोग सीमित गरियो र प्रभावित क्षेत्रका अत्यावश्यक घरहरूमा मात्र छिट्काउ गर्न थालियो । यसरी नेपालमा कालाज्वर पुनः देखा पर्न सुरु भयो ।

सन् १९८० देखि नै यो रोगको बारेमा व्यवस्थित ढङ्गले अभिलेख राख्ने कार्य पनि सुरु गरिएको छ । नेपालमा सन् १९९५ देखि सन् २००२ सम्मको कालाज्वरको स्थिति विश्लेषण गर्ने हो भने सन् १९९५ मा नेपालमा जम्मा १७८७ जना कालाज्वरका विरामी रेकर्ड गरिएकोमा मृत्यु दर ४ प्रतिशत रहेको थियो र सन् २००२ मा जम्मा २३८९ जना कालाज्वर रोगी दर्ता भई मृत्युदर १ प्रतिशतभन्दा कम रहेको पाइएको छ । मोरङ जिल्लामा कालाज्वर विरामीको संख्या आर्थिक वर्ष २०६०।६१ मा ५५ जना थियो । यसबेला ४८ वटा गाउँहरू कालाज्वर प्रभावित थिए । आर्थिक वर्ष २०६१।६२ मा मोरङ जिल्लामा कालाज्वर रोगीको संख्या ६४ मा बढ्यो तर प्रभावित गा.वि.स.संख्या ४१ मा झुन्ड्यो । चालु आर्थिक वर्षको चैत्रसम्ममा मोरङमा कालाज्वर विरामीको संख्या ७६ पुगिसकेको छ । र एक जनाको मृत्यु पनि भइसकेको छ । तर प्रभावित गा.वि.स.को संख्या २६ मा झुन्ड्यो । अत्यधिक प्रभावित गा.वि.स.हरूमा शनिश्चरे, मभारे, रंगेली, पथरी, केरौन र विराटनगर उपमहानगरपालिका पर्दछन् ।

यसरी मोरङ जिल्ला लगायत अन्य कालाज्वर प्रभावित जिल्लाहरूमा कालाज्वरको समस्या चर्कदो स्थितिमा छ । दुइहप्ता भन्दा बढी ज्वरो आउनु, रक्तअल्पता हुनु, शरीरको वजन घट्नु र कलेजो र फियो बढ्नु यसका लक्षण र चिन्हहरू हुन् । यसको औषधि जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमार्फत निःशुल्क उपलब्ध गराइन्छ । सरकारले उपचार निःशुल्क र सर्वसुलभ बनाउन खोजे पनि लक्षित समूहमा अझै सेवा समयमा पुग्न सकेको छैन । यसको लागि जनचेतनाका साथै आर्थिक सामाजिक सशक्तिकरण पनि संगसंगै लैजानु पर्दछ ।



भाडापखालामा जिङ्क

भाडापखालाबाट विश्वका विकासशील मुलुकमा वर्षेनी २० लाख बालबालिकाको मृत्यु हुन्छ । नेपालमा १५ हजार ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्यु हुने अनुमान छ । नेपालमा प्रत्येक ५ वर्षमुनिका बालबालिकालाई वर्षमा कम्तिमा १.७ पटकसम्म भाडापखाला हुने गरेको तथ्याङ्क छ । यसरी पटकपटक हुने भाडापखालाको कारणले यो उमेर समूहमा कुपोषण व्याप्त छ । विश्व स्वास्थ्य संगठन र संयुक्त राष्ट्रसंघ बालकोष यूनिसेफले संयुक्त वक्तव्यमा भाडापखाला सम्बन्धी दुईवटा तथ्य प्रकाशित गरेका छन् । एक भाडापखालाको उपचारमा जिङ्क चक्कीको प्रयोग र दास्रो भाडापखालामा नयाँ पुनर्जलीय भोलको प्रयोग ।

जिङ्क तत्व शरीरमा नभई नहुने एक सूक्ष्म तत्व हो । यो हाम्रो शरीरको प्रत्येक कोषहरूमा पाइन्छ । हाम्रो शरीरको एक सयभन्दा बढी इन्जाइममा यो तत्व रहेको हुन्छ । यसले शरीरमा रोग प्रतिरोधात्मक शक्ति बढाउन भूमिका खेल्दछ । नेपाल, भारत, बंगलादेश, पाकिस्तानमा गरिएको अध्ययन अनुसन्धानबाट के पत्ता लागेको छ भने जिङ्क चक्कीले भाडापखालामा प्रभावकारी भूमिका खेल्दछ । बंगलादेशमा भएको एक अध्ययनले के देखाएको छ भने २० मि.ग्रा.को जिङ्क चक्की प्रतिदिन १ वटा १४ दिनसम्म खुवाउँदा भाडापखालाको अवधिमा २५ प्रतिशतले कमी आयो । साथै यसले जलवियोजनको कडापनमा २९ प्रतिशतले कमी र भाडापखालाबाट हुने मृत्युदरमा ४० प्रतिशतले कमी आएको पाइयो ।

भाडापखाला हुँदा जिङ्क धेरै मात्रामा (१५ देखि २० प्रतिशत) खेर जान्छ । तत्काल यसको पूर्ति भएन भने शरीरमा नकारात्मक असरहरू पर्दछन् । भाडापखाला हुँदा जिङ्कले भाडापखालाको कडापन, पटक र अवधिलाई कम गराउनुका साथै पेट र आन्द्राको कोषहरूलाई तन्दुरुस्त पारी शरीरबाट पानी बढी मात्रामा सोसेर दिसाको मात्रा कम गराउन महत्वपूर्ण भूमिका खेल्दछ । साथै भाडापखाला लागेका विरामीलाई खाना रुची जगाउने महत्वपूर्ण भूमिकासमेत जिङ्कले खेल्दछ भन्ने कुरा प्रमाणित भएको छ ।

यसरी विभिन्न अध्ययन र विश्व स्वास्थ्य संगठन र संयुक्त राष्ट्रसंघ बालकोषको सिफारिसमा नेपालमा पनि भाडापखालाको उपचारमा जिङ्क चक्कीको प्रयोग सुरु भएको छ । हाल नेपालका आर्थिक वर्ष २०६२/६३ देखि पाँचै विकास क्षेत्रका १,१ वटा जिल्लामा लागु भएको छ । क्रमशः ५ वर्षको अवधिमा देशका ७५ वटै जिल्लाहरूमा लागु भइसक्ने कार्यक्रम छ । यो कार्यक्रम नेपाल सरकारको बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम संगै विस्तार गर्दै लगिने नीति रहेको छ । भाडापखालाको उपचार गर्दा २ महिनादेखि ६ महिनासम्मका बच्चालाई आधा चक्की र ६ महिनादेखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकालाई एक चक्की १० दिनसम्म पुनर्जलीय भोलसंगै खुवाइन्छ । एक चम्चामा अलिकति पानी लिने, त्यसमा उमेरअनुसार जिङ्क चक्कीको मात्रा राख्ने, चक्कीलाई केहीबेर घुल्ल दिने र तयार गरिएको औषधि बच्चालाई खुवाउनु पर्दछ ।

शरीरलाई प्रतिदिन ४ देखि २५ मि.ग्रा. आवश्यकता पर्दछ । जिङ्क वनस्पति र पशुजन्य दुवै स्रोतहरूबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ । वनस्पति स्रोतमध्ये जिङ्क विशेष गरेर गोडागुडीहरूमा बढी पाइन्छ । यसबाहेक अन्न, दाल, फर्सीको बिऊ, बदाम आदिमा पाइन्छ । पशुजन्य स्रोतमा रातो मासुमा जिङ्क तत्व बढी पाइन्छ ।



डेङ्ग रोगबारे जानकारी

डेङ्ग भनेको के हो ?

यो रोग डेङ्ग नामक भाइरसबाट लाग्ने रोग हो । यो एडिस जातका संक्रमित पोथी लामखुट्टेको टोकाइबाट सर्दछ । यो रोग प्रायः वर्षायामको अन्ततिर देखा पर्दछ । हालसम्म नेपालमा डेङ्ग ज्वरोको रोगी फेला परेका छैन । यो रोगका ९० प्रतिशत रोगी १५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरू हुने गरेको पाइएको छ ।

डेङ्ग रोगका लक्षणहरू के के हुन् ?

यो रोगको मुख्य लक्षण धेरै ज्वरो आउनु हो । ज्वरो एक्कासि आउने र ५-७ दिनसम्म रहनसक्छ । ज्वरोका साथसाथै टाउको धेरै दुख्नु, पेट दुख्ने, हाडजोर्नी दुख्नु, वान्ता हुनु, आँखा दुख्नु, शरीरमा फोका-फोका उठ्नु यसका प्रमुख लक्षणहरू हुन् । अलिकति थिच्दा पनि फोकाबाट रगत बग्नु, गिजाबाट रगत बग्नु, रक्तनलीमा रक्तश्राव हुनु तथा शरीरमा रगत जमेको चक्का देखापर्नु, बेहोश हुनु ।

डेङ्ग रोगको उपचार के हो ?

यसको खास उपचार छैन । रोग लागेको शङ्का लागेमा एस्पिरिन नभएका दुखाईनाशक औषधि खुवाइन्छ । यसवेला भोल पदार्थ बढी सेवन गर्ने तथा चिकित्सकसंग सम्पर्क राख्नु नै बेश हुन्छ ।

डेङ्ग रोगको महामारी कस्ता ठाउँमा हुनसक्छ ?

एडिस जातका लामखुट्टे पाइने ठाउँमा यो रोग हुन्छ । शहरी क्षेत्रमा तथा गर्मी क्षेत्रमा यो रोगको महामारी हुनसक्छ ।

डेङ्ग रोगबाट बच्ने उपायहरू के के हुन् ?

लामखुट्टेको टोकाइबाट बच्ने उपायहरू जस्तै भ्रूलको प्रयोग, पूरा बाउला भएको कमीज पैंट लगाउने । दिउँसो सुत्दा पनि भ्रूलको प्रयोग गर्ने । लामखुट्टेको बृद्धि रोक्न पानी जम्ने खाल्टाखुलटी पुरिदिने, प्रयोगमा रहेका वा फालेका बाल्टिन, प्लाष्टिकका भाँडा, जनावरलाई खान दिने भाँडा, टायर, गमला इत्यादिमा पानी जम्न नदिने । कुवा, पोखरी, भाँडमा सरसफाइ गर्ने । लामखुट्टेको संख्या कम गर्न किटनाशक विषादी छिट्टैकाउ गर्ने । भ्यालमा जाली राख्ने । लामखुट्टे भगाउने धूप, मलमको प्रयोग गर्ने । पानी जम्न सक्ने भाँडाहरू जस्तै गमला फूलदान, खालीबट्टा, अलकत्रा वा मटितेलका खाली ड्रमहरू आदिमा पानी जम्न नदिने उपाय गर्नुपर्दछ । पानीका ट्याङ्कीलाई लामखुट्टे प्रवेश गर्न नदिने गरी ढाकेर राख्नुपर्दछ । कुलर राखेको पानीमा एक/दुइ चम्चा मटितेल हालिदिनु पर्दछ । फूलदानीमा रहेको पानी हप्तामा दुइपटक फेर्नुपर्दछ ।

हालसम्म अपनाइएका उपायहरू के के हुन् ?

जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, नगरपालिका, गैरसरकारी संस्था, संचार क्षेत्र र टोल संगठनसंग सयुक्त रूपमा सहकार्य र समन्वय गरी डेङ्ग रोगबारे जनचेतना जगाउन प्रचारप्रसार गरिएको, लामखुट्टे नियन्त्रणका लागि स्प्रेड तथा फगिड कार्य गर्ने गरेको । सम्भावित प्रकोपको शिघ्र पहिचान र व्यवस्थापन गर्न स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई सचेत अवस्थामा राखिएको । प्रेषण एवम् सूचना प्रणालीलाई व्यवस्थित गरिएको ।



पोलियो उन्मुलन अभियान

विश्व स्वास्थ्य संगठनको पछिल्लो अर्थात् जुलाई २००६ को तथ्याङ्कअनुसार हाल विश्वमा ७८८ जना पोलियो रोगी छन् । नाइजेरियामा मात्र ५६२ जना पोलियो रोगी छन् । त्यसपछि हाम्रै छिमेकी मुलुक भारतमा १२१ जना पोलियो रोगी फेला परेका छन् । अन्य पोलियो महामारी भएका मुलुकमा सोमालिया, नामिबिया, अफगानिस्तान, पाकिस्तान, बंगलादेश, नाइजर, इथियोपिया, कंगो र इन्डोनेसियामा क्रमशः २७,१९,१९,१९,९,६,६,४ र २ जना पोलियो विरामी छन् । यमन र नेपालमा हाल १११ जना विरामी दर्ता भएका छन् ।

नेपालमा वि.स. २०५३ सालदेखि पोलियो खोप उन्मुलन अभियान सञ्चालन गरियो । एक दशक बितिसक्दा पनि यसमा पूर्ण सफलता अझै मिल्न सकेको छैन । सुरका वर्षहरुमा उत्साहजनक रूपमा राष्ट्रिय खोप अभियान सम्पन्न गरियो, जसको फलस्वरूप सकारात्मक नतिजा पनि निस्कियो । फलस्वरूप वि.स. २०५७ सालदेखि २०६१ साल सम्म नेपालमा पोलियोको नयाँ रोगी देखा परेनन् । तर २०६२ सालमा नेपालमा पोलियोका ४ जना नयाँ रोगी देखा परे । यसैगरी २०६३ सालमा पनि थप एकजना पोलियो रोगी देखा परेपछि, नेपालमा पोलियो उन्मुलन अभियानको लक्ष्य पर सन्थो ।

यिनै वस्तुस्थितिलाई मध्यनजरमा राखेर नेपालमा अझै पनि पोलियो खोप अभियानलाई निरन्तरता दिइदैछ । जसअनुसार २०६३ सालमा अभियानको पहिलो चरण असोज २८ र २९ गते, दोस्रो चरण मंसिर २ र ३ गते र तस्रो चरण पुष ८ र ९ गते संचालन हुनेछन् । मुलुकभरका लगभग ४८ हजार महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले उक्त अभियानमा आ-आफ्ना वडाका ५ वर्षमुनिका बालबालिकालाई पोलियो थोपा खुवाउने कार्यक्रम रहेको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई आवश्यक तालिम दिन, पोलियो भ्याक्सिन आपूर्ति गर्न, सहयोगी सुपरिवेक्षण गर्न तथा तथ्याङ्क संकलन गर्न स्वास्थ्यकर्मीबाट भूमिका निर्वाह गरिनेछ ।

पोलियो खोप अभियानका रणनीतिहरुमा पहिलो दिन वडावडाका खोपकेन्द्रमा पोलियो खोप खुवाइन्छ । दोश्रो दिन खोपकेन्द्र आउन छुटेका बालबालिकालाई घर-घरमा खोजी टोलीद्वारा खुवाइन्छ । खोपकेन्द्र गा.वि.स.का हरेक वार्डमा रहनेछ । नगरपालिकाका क्षेत्रमा हरेक वार्डमा २ भन्दा बढी खोपकेन्द्र रहने छन् । मोरङ जिल्लाका ६५ गा.वि.स.मा ६१२ खोपकेन्द्र र विराटनगर उपमहानगरपालिकामा ९२ खोपकेन्द्र, भारतीय सीमामा २४ खोपकेन्द्र र घुम्तीखोपकेन्द्र ८ गरी जम्मा ७३६ खोपकेन्द्र स्थापना गरिएको छ । मोरङमा यसवर्षको पोलियो खोप अभियानमा १ लाख ४८ हजार बालबालिकालाई पोलियो थोपा खुवाउने लक्ष्य राखिएको छ ।

एउटा जिज्ञासा के उठाइने गरिन्छ भने 'आफ्ना बच्चालाई नियमित खोप कार्यक्रममा पोलियोको पूरा मात्रा खुवाएपछि वा विगतका अभियानमा पनि पोलियो थोपा खुवाइसकेपछि, पुनः यस अभियानमा पनि पोलियो खुवाउन जरुरी छ, र ?' सवाल स्वाभाविक छ । तर जनस्वास्थ्यीय दृष्टिकोणले तथा इपिडिमियोलोजिकल दृष्टिकोणले बच्चालाई यस्ता अभियानमा नछुटाई खोप खुवाउनु पर्दछ । खोप खुवाएर केही विग्रदैँन तर नखुवाएमा जोखिम रहन सक्तछ । यसर्थ ५ वर्षमुनिका बालबालिकालाई पोलियो थोपा खुवाउने कार्य सुनिश्चित गर्न तथा पोलियो उन्मुलन गर्ने मुलुकको लक्ष्य हासिल गर्न सबैको सहभागिता र सहयोग अपरिहार्य छ ।



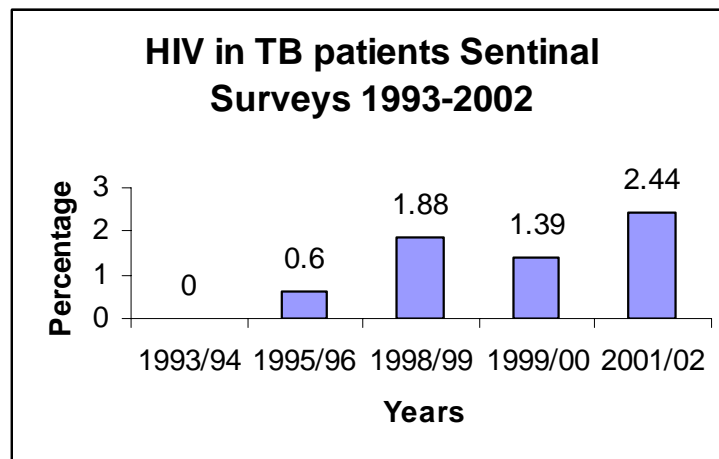
क्षयरोग एक ठाउँ क्षयरोग सबै ठाउँ

‘दुईहप्ते खोकी क्षयरोग पो हो कि’ भन्ने आहान प्रायः प्रायः सबैलाई थाहा छ । “क्षयरोग एक ठाउँ क्षयरोग सबै ठाउँ” भन्ने नाराका साथ सन् २००७ को विश्व क्षयरोग दिवस मनाइँदै छ । एक ठाउँ क्षयरोग भएमा त्यो फैलिएर अरुलाई पनि सर्न सक्दछ, यसैले क्षयरोग रोकौं भन्ने अभिप्राय यो नारामा अन्तर्निहित छ । क्षयरोगको जिवाणु सन् १८८२ मार्च २४ मा रबर्ट ककूले पत्ता लगाएका हुन् । जीवाणु पत्ता लागेको एक सय पच्चीस वर्षभन्दा बढी भइसक्यो । यसको वैज्ञानिक उपचार हुन थालेको पनि धेरै दशक भयो । नेपालमा अत्याधुनिक उपचार डट्स प्रविधिद्वारा उपचार गर्न थालेको पनि एक दशक भयो । तर पनि यसमा चुनौती वर्षेनी थपिँदै छ । विश्वमा अझै पनि मान्छे मार्ने तीन प्रमुख रोगमा क्षयरोग पर्दछ ।

नेपालको जनसंख्याको ४५ प्रतिशत जनसंख्या क्षयरोगबाट संक्रमित छन् । यसमध्ये ६० प्रतिशत व्यस्क उमेरसमूहमा पर्दछन् । नेपालमा हाल करिब ८०,००० क्षयरोगीहरू छन् । वर्षेनी ४०,००० नयाँ क्षयरोगी थपिने अनुमान स्वास्थ्य मन्त्रालयले गरेको छ ।

क्षयरोग र एच.आइ.भी. संक्रमणलाई “डायबोलिकल ड्वेट” भनिन्छ । यिनीहरू भेट भएपछि दुइ प्रेमी भेट भएर मच्चीमच्ची दोहोरी गीत गाएजस्तै विरामीको शरीरमा मौलाउछन् । त्यसैले एच.आइ.भी. संक्रमितलाई क्षयरोग लाग्ने संभावना बढी हुन्छ । र क्षयरोग संक्रमण भएमा मृत्युदर पनि उच्च हुन्छ । नेपालमा सन् १९९६ देखि विश्वभर प्रभावकारी मानिएको डट्स प्रविधिद्वारा उपचार गरिँदै आइएको छ । नेपालमा हाल “क्षयरोग रोकौं योजना २००६-२०१५” सुरु भएको छ ।

स्वास्थ्य सेवा विभागको वार्षिक तथ्याङ्कअनुसार क्षयरोगीमा एच.आइ.भी.को संक्रमण दर वर्षेनी बढ्दो क्रममा छ । यसको संक्रमण दर सन् १९९३/९४ मा शून्य प्रतिशत रहेकोमा सन् २००१/२ मा २.४४ प्रतिशत पुगेको छ । अर्थात् क्षयरोगीमा अब क्षयरोगले मात्र होइन कि एच.आइ.भी.को संक्रमणले गाँजे संभावना बढेको छ ।



नेपालमा मुलुकभर डट्स प्रविधिबाट क्षयरोगीको उपचार निःशुल्क रूपमा स्वास्थ्य संस्थामा गरिन्छ । सरकारी स्वास्थ्य संस्था तथा गैरसरकारी स्वास्थ्यसंस्थाले डट्स सेवा उपलब्ध गराएका छन् । मुलुकमा हाल ५६० डट्स उपचार केन्द्र र २७९५ उप-केन्द्र संचालित छन् । उक्त डट्स उपचार केन्द्र तथा उपकेन्द्रहरूबाट क्षयरोगीलाई निःशुल्क स्वास्थ्य परिक्षण र उपचार भइरहेको छ । क्षयरोगको औषधि पूरा अवधि नियमित सेवन गरेमा यो रोग निको हुन्छ । हाल देशको क्षयरोग निको हुने दर ९० प्रतिशत छ ।

नेपालमा हाल बहुऔषधि प्रतिरोधी (एम.डी.आर.) क्षयरोग, एच.आइ.भी. र क्षयरोगको दोहोरो संक्रमण, निजी क्षेत्रमा कार्यरत संघसंस्थाहरूलाई क्षयरोग नियन्त्रणको मूलधारमा समावेश गर्नु,

विकट भौगोलिक क्षेत्रहरूमा डट्स सेवा विस्तार गर्नु, गरिब तथा सीमान्तकृत समुदायमा सेवाको पहुँच बढाउनु आजका चुनौतीहरू हुन् । वर्तमान चुनौतीलाई सम्बोधन गर्न हाल नेपाल सरकारले गैरसरकारी संस्था तथा निजी क्षेत्रसँग पनि सहकार्य गर्ने गरेको छ । नेपालको क्षयरोग विरुद्धको अभियानमा विश्व स्वास्थ्य संगठन, नेपाल क्षयरोग निवारण संस्था नाटा, ब्रिटेन नेपाल मेडिकल ट्रष्ट, जाईका, यू.एम.एन. लगायतका संस्थाहरूको ठूलो योगदान रहेको छ । सहकार्यलाई अरु प्रभावकारी बनाउदै थप चुनौती सम्बोधन गर्नु आजको आवश्यकता हो ।



डट्स प्लस

क्षयरोग अर्थात् टी.बी.को राष्ट्रिय उपचार प्रणाली डट्सबाट निको हुन नसकेका मल्टिड्रग रेसिस्टेण्ट एम.डी.आर. क्षयरोगीलाई उपचार गर्नु अत्यन्त जटिल र खर्चिलो हुन्छ। विश्व स्वास्थ्य संगठनको सहयोगमा पूर्वाञ्चलको मोरङ जिल्लामा यस्ता क्षयरोगीहरूको परीक्षण तथा उपचार कार्यक्रम हालै सुरु भएको छ। विशेष क्षयरोगीका लागि सुरु भएको यो उपचार कार्यक्रम सुरु भएको ६ महिना भएपछि कार्यक्रमको समीक्षा गरिएको छ। विगत ६ महिनाको अवधिमा जम्मा १८ जना एम.डी.आर. क्षयरोगीको उपचार मोरङको क्षयरोग निवारण संस्था नाटा, मंगलबारे र हरैचा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा गरिएकोमा एक जना रोगीको मृत्यु भएको र एक जना रोगीले उपचार छाडेका छन्। उक्त विशेष उपचार अर्थात् डट्स प्लस चालु गर्दा २४ देखि ३२ महिना सम्म अवधि लाग्ने गर्दछ। तर यस अवधिमा क्षयरोगीलाई उपलब्ध गराइएको मुख छोप्ने मास्कको प्रयोग विरामीले नगरिदिने वा कम प्रयोग गर्ने भएका कारण यो रोगको उपचार गर्ने स्वास्थ्यर्मी वा अन्य व्यक्तिमा सार्ने संभावना बढेको देखिन्छ। एम.डी.आर. क्षयरोगीबाट अन्य व्यक्तिलाई रोग सरेमा सार्ने व्यक्तिमा पनि एम.डी.आर. क्षयरोग नै लाग्ने भएकाले यो समस्या क्षयरोग कार्यक्रमको मात्र नभएर जनस्वास्थ्य कार्यक्रमकै समस्या भएर उभिएको छ।

यता एम.डी.आर. क्षयरोगीका उपचारमा अफेरो थपिएको छ। टाढाबाट उपचार गर्न आउने विरामीलाई क्षयरोगी भएको थाहा पाएपछि घरभाडामा बस्न नदिने गरेबाट पनि विरामीलाई थप समस्या उत्पन्न भएको छ। हाल डट्स प्लस उपचारमा आउने विरामीहरूलाई तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको निगरानीमा मोरङका नाटा, रानी स्वास्थ्य चौकी, मंगलबारे र हरैचा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा विशेष उपचार गर्ने गरिएको छ।

राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रका डा.महेश खनाल, पूर्वाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयका भानु येडदेन, कोशी अञ्चल अस्पतालका प्रमुख डा.विमल ढकाल, जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयका मोरङका प्रमुख नवराज सुब्बा र नाटाका सभापति देवेन्द्रबहादुर मल्ललगायतको उपस्थितिमा पूर्वाञ्चलको एकमात्र मोरङ जिल्लामा परीक्षणको रूपमा संचालित डट्स प्लस कार्यक्रमको समीक्षा गरियो। स्मरण रहोस्, हाल मोरङ जिल्लामा संचालित यो डट्स प्लस कार्यक्रम सफल हुन नसकेमा अन्य जिल्लामा विस्तार गर्नबाट विश्व स्वास्थ्य संगठनले हात भिक्ने संभावना छ। नेपालमा डट्स कार्यक्रमको सफलताबाट उत्साहित भएर नै विश्व स्वास्थ्य संगठनले दक्षिणपूर्व एशिया क्षेत्रमा नेपालको छनौट गरेको हो। एक जना विरामीको उपचार गर्न मात्र कम्तिमा २ हजार अमेरिकी डलर खर्च लाग्दछ। यो कार्यक्रमले एच.आई.भी.संक्रमितहरूलाई समेत राहत पुग्ने छ।

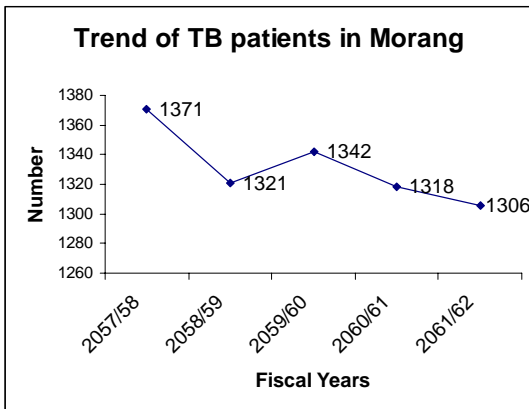
क्षयरोग कार्यक्रममा क्षयरोगी विरामीहरूलाई समुदायमा नै राखेर उपचार गर्नुपर्ने दृष्टिकोण स्वागतयोग्य भए पनि एम.डी.आर. क्षयरोगीको उपचारमा खटिने स्वास्थ्यकर्मी र सम्पर्कमा आउने समुदायलाई जोखिममा राखिनु उचित देखिदैन। उपचारमा खटिने स्वास्थ्यकर्मी र समुदायको हकहितको पनि रक्षा गर्नु आवश्यक देखिन्छ। यसलाई प्राविधिक दृष्टिकोणले पनि हेरिनु पर्दछ। विशेष रोगीलाई छुट्टै स्यानेटोरियममा राखेर उपचार गर्ने बारे सोच्नुपर्ने देखिन्छ। स्वास्थ्य क्षेत्रमा समुदायलाई जनसहभागिताका नाममा भारमात्र समुदायलाई पन्छाएर होइन यस्ता क्षेत्रमा सरकारी तथा गैरसरकारी क्षेत्रले समस्याको गाम्भीर्यताको आधारमा बजेट समानुपातिक हिसाबले छुट्याउने वा वृद्धि गर्न ढिलाई भइसकेको छ। आज अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा गुणस्तरीय, विस्तार र प्रभावकारी बनाउनु पर्दछ, भन्ने माग तीव्र भएर आएको छ, जो जिम्मेवार निकायका लागि मननीय छ।



मोरङमा क्षयरोगको स्थिति

गाउँघरमा क्षयरोगलाई मानिसहरूले टी.बी. नामले बढी चिन्दछन् । क्षयरोग श्वासप्रश्वासको माध्यमबाट सर्ने एक संक्रामक रोग हो । यो रोग शरीरको फोक्सो र अन्य भागमा लाग्दछ । क्षयरोग औषधि खाएपछि निको हुने एक रोग हो जो उपचार नगरेमा विरामीको मृत्यु हुन्छ । मृत्यु हुने अगाडि सरदर एकजना विरामीले करिब २० जना स्वस्थ मानिसलाई क्षयरोगी बनाएर मर्दछ । यसैले क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रममा क्षयरोगीको शीघ्र पहिचान र तत्काल उपचारलाई एक रणनीति बनाइएको छ । क्षयरोगविरुद्ध लड्न यसको उपचार प्रणालीमा एकरूपता र स्तरीयता ल्याउनको लागि क्षयरोग उपचारको एक राष्ट्रिय निर्देशिका (प्रोटोकल) पनि निर्माण गरी कार्यान्वयन गरिएको छ । त्यसैले क्षयरोगको उपचार चाहे स्वास्थ्य चौकी होस वा केन्द्रियस्तरको अस्पताल जहाँ पनि एकै उपचार विधिबाट गर्ने गरिन्छ । यसको निदानको लागि खकार परीक्षण अनिवार्य मानिन्छ । उपचार विधिमा प्रत्यक्ष निगरानी उपचार विधि अर्थात् डट्स प्रणालीअनुसार क्षयरोगीको उपचार गरिन्छ ।

मोरङ जिल्लालाई क्षयरोग उपचारमा साधन सम्पन्न जिल्लाको रूपमा लिइन्छ । जिल्लाका सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा निःशुल्क क्षयरोगको औषधि उपलब्ध भइरहेको छ । विराटनगरमा नेपाल क्षयरोग संस्था (नाटा) को स्थापनाकालदेखि नै यसले क्षयरोगीलाई सेवा प्रदान गरिरहेको छ । यहाँ क्षयरोगीको विशेष उपचार सेवा डट्स प्लस पनि सुरु भएको छ । जसबाट जटिल क्षयरोगीको उपचार तालिमप्राप्त चिकित्सकको प्रत्यक्ष निगरानीमा गरिन्छ । लाखौं रुपैयाँ पर्ने औषधि र खर्चिलो प्रयोगशाला खर्च सहयोगी संस्थाहरूद्वारा बेहोरिएको छ । विश्व स्वास्थ्य संगठन, जापानी सहयोग नियोग जाईका तथा जर्मन सहयोग नियोग जेनेटपले सहयोग क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रममा नेपाललाई उल्लेख्य सहयोग गरेका छन् । जिल्लास्तरमा मोरङमा क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रममा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयलाई सहयोग गर्ने संस्थाहरूमा नेपाल क्षयरोग निवारण संस्था (नाटा) र ब्रिटेन नेपाल मेडिकल ट्रष्ट (बी.एन.एम.टी.) हुन् । बी.एन.एम.टी.संस्थाले ल्याबहरूका खकार स्लाइडहरूको गुणस्तर परीक्षण गरी र ल्याबहरूलाई पृष्ठपोषण दिई प्रयोगशालाको गुणस्तर कायम राख्ने कार्यमा ठूलो सहयोग गरेको छ ।



मोरङ जिल्लामा विगत आर्थिक वर्ष २०६१/६२ मा कूल क्षयरोगीको संख्या १३०६ थियो । जुन संख्या आर्थिक वर्ष २०५७/५८, २०५८/५९, २०५९/६० र २०६०/६१ मा क्रमशः १३७१, १३२१, १३४२, र १३१८ थियो । यसरी विरामीको संख्या वर्षेनी घट्दो देखिन्छ । हाल क्षयरोगीको निको हुने दर ८८ प्रतिशत अर्थात् १०० क्षयरोगी मध्ये ८८ जना निको हुने गर्दछन् । उपचार पूरा गर्ने दर ८९ प्रतिशत छ अर्थात् १०० क्षयरोगीमध्ये ८९ जनाले उपचार पूरा गर्दछन् । उपचार बीचैमा

छाड्ने दर ३.५ प्रतिशत छ । जिल्लामा क्षयरोगबाट हुने मृत्युदर ५ प्रतिशत छ ।

जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा संचालित कार्यक्रमहरूमध्ये क्षयरोग कार्यक्रम एक सफल कार्यक्रम हो । नेपालको राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमलाई दक्षिणपूर्व एशियामा एक नमूनाकै रूपमा विश्व स्वास्थ्य संगठनले लिने गर्दछ । सफल कार्यक्रम भएतापनि यो कार्यक्रमका अभै धेरै समस्या र चुनौतीहरू छन् । एकातिर विरामीहरू समयमा नै उपचारमा नआउनु, उपचारमा आए पनि उपचार लामो समय लाग्ने हुँदा विरामीहरूले विभिन्न कारणवश बीचैमा औषधि खान छाड्नेजस्ता

समस्याहरु सेवाग्राहीतर्फ पाइन्छन् । अर्कातिर सेवाप्रदायकतर्फ शहरी क्षेत्रमा कतिपय चिकित्सकहरु आफ्ना निजी क्लिनिकमा विरामीको उपचारका गर्दा राष्ट्रिय क्षयरोग प्रोटोकलअनुसार विरामीको उपचार गर्नुभन्दा पुराना उपचार प्रणालीमै अभ्यासरत छन् । जसलाई सम्बोधन गर्नको लागि वर्षेनी चिकित्सकहरुलाई अभिमुखीकरण गरिने गरिन्छ, तापनि आशाअनुरूप सफलता पाउन अझै बाँकी छ । क्षयरोगको व्यवस्थापनमा के पाइएको छ, भने खासगरी शहरमा आउने विरामीले क्षयरोगको औषधि सरकारले निःशुल्क उपलब्ध गराए पनि विरामी पहिले निजी क्लिनिकमा आएर रोग निदान गर्दाखेरी तथा उपचार सुरु गर्दैखेरी नै अत्यधिक खर्च गर्ने गरेको अध्ययनले देखाएको छ । यसरी सर्वसुलभ रोगनिदान पद्धती र निःशुल्क औषधिको व्यवस्था सरकारले गरे पनि लक्षित समूहले अझै समयमा सर्वसुलभ सेवा पाउन नसक्नु ठूलो चुनौती हो ।

हाल एच.आई.भी.एड्सको भयावह स्थिति क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमलाई थप चुनौती बनेको छ । हिजो विकसित राष्ट्रहरुमा समस्याको स्तरमा नरहेको क्षयरोग एच.आई.भी.एड्सको संक्रमण संगै फेरि बल्झेर आएको छ । यस अवस्थामा क्षयरोगको समस्या मत्थर नभएको हाम्रो जस्तो विकासशील देशमा समस्या अझ जटिल हुने संभावना छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनको यस वर्षको नारा “सक्रिय योगदान गरौं, क्षयरोगविहीन समाज निर्माण गरौं” हाम्रो देशको परिपेक्षमा अत्यन्तै सान्दर्भिक छ । जसले सबैको सहभागिताको आवाहन र अपेक्षा गरेको छ ।



स्वास्थ्यमा सकारात्मक नतिजा

स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखिएका सकारात्मक नतिजा स्वास्थ्य क्षेत्रको एकलो प्रयासले मात्र आएको होइन । सामाजिक विकास जस्तै शिक्षा, कृषि, वन, आयआर्जन, मानवअधिकार, लैङ्गिक चेतनास्तर इत्यादिले स्वास्थ्यस्थितिको स्तरनिर्धारण गर्नमा प्रत्यक्ष तथा परोक्ष रूपमा प्रभाव पारेका हुन्छन् । स्वास्थ्यकर्मीहरूले स्वास्थ्य क्षेत्रमा वैज्ञानिक तथा प्राविधिक ज्ञान र सीपलाई प्रयोग गरेर समुदायलाई सो ज्ञान बाड्ने काममा अगुवाई गर्ने गरेका छन् । राज्यमा सरकारी क्षेत्रले मात्र नभ्याएर गैरसरकारी क्षेत्रका सहयोगमा स्वास्थ्य सेवा विस्तार गर्ने गरिन्छ । यत्तिले मात्र नपुगेर स्वयंसेवकहरूको भूमिका पनि आवश्यक र महत्वपूर्ण मानिन्छ । मोरङ जिल्लामा जनस्वास्थ्यको पहुच बढाउन सरकारी तथा गैरसरकारी एवम् निजी क्षेत्रले धेरै प्रयास गरेका छन् । तर पनि भनेजस्तो सेवा सबैले पाएका छैनन् भन्ने गुनासा प्रसस्त सुनिन्छन् । सरकार तथा गैरसरकारी क्षेत्रले सम्पन्न गरेका कामको मूल्याङ्कन स्वयम् जनताले नै गर्नुपर्ने कुरामा दुईमत नहोला । तर पनि वैज्ञानिक ढङ्गले निश्चित मापदण्डको आधारमा विश्वव्यापी मान्यता अनुरूपका विधि अवलम्बन गरेर समुदायमा गई विद्यमान स्थितिको आधारमा मूल्याङ्कन र पुनःयोजना गर्दै अघि बढ्नु पर्ने हुन्छ ।

मोरङ जिल्लामा स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत सरकारी निकाय जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयसंगै हातेमालो गरेर विभिन्न गैरसरकारी संस्थाहरूले स्वास्थ्य क्षेत्रमा योगदान गरेका छन् । हालै 'सेभ द चिल्ड्रेन' को सहयोगमा जिल्लामा एक सर्भेक्षण गरियो । पछिल्लो सर्वेक्षण भन्दा दुईवर्ष अघि मोरङ जिल्लामा जनस्वास्थ्यको स्तर कस्तो थियो र त्यसको दुईवर्ष पछि कुन स्तरमा पुगेकोछ त भनेर जिल्लामा अध्ययन भएको छ । 'जोसेफ भेलाडेज' को एल.क्यू.ए.एस्.विधिद्वारा जिल्लाका ६५ गा.वि.स.को प्रतिनिधित्व हुनेगरि जिल्लालाई ७ भागमा विभाजन गरि रेन्डम नमूना सङ्कलनका आधारमा १३३ जना आमा, ६३ स्वास्थ्य संस्था, ५५ गाउँघर क्लिनिकहरूको अध्ययन गरियो । प्राप्त तथ्याङ्कका आधारमा मोरङ जिल्लाको स्वास्थ्यस्थिति सकारात्मक दिशाउन्मुख रहेको पाइएको छ ।

सि न	सूचकाङ्कहरू	सन् २००४	सन् २००६	स्थिति
१	पूर्णखोप लगाउने १ वर्षमुनिका बच्चाहरू (प्रतिशत)	९०	९३	+
२	शिशुमृत्युदर प्रतिहजार जीवित जन्ममा	अनुपलब्ध	२५	
३	नवजात शिशु मृत्यु दर प्रतिहजार जीवित जन्ममा	३०	२९	-
४	१ पटक गर्भवती परीक्षण गराउने दर (प्रतिशत)	७९	९९	+
५	४ पटक गर्भवती परीक्षण गराउने दर (प्रतिशत)	४२	४६	+
६	स्वास्थ्यकर्मीबाट सुत्केरी गराउने दर (प्रतिशत)	५२	५७	+

स्रोत- एल.क्यू.ए.एस्.सर्भे २००६, जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय मोरङ र सेभ द चिल्ड्रेन मोरङ ।

अध्ययनबाट प्राप्त तथ्याङ्कका आधारमा महत्वपूर्ण केही सूचकाङ्कहरू केलाउँदा के पाइयो भने सन् २००४ मा पूर्ण खोप लगाउने एकवर्ष मुनिका बालबालिका ९० प्रतिशत थिए भने सो बढेर हाल सन् २००६ मा ९३ प्रतिशत पुगेको छ । यसैगरि मोरङ जिल्लामा बालमृत्युदर पनि ३० प्रति हजार जीवित जन्म रहेको अनुमान गरिन्छ । जिल्लामा नवजात शिशु मृत्युदर सन् २००४ मा प्रति १००० जीवित जन्ममा ३० रहेकोमा सन् २००६मा उक्त दर २९ मा झरेको अनुमान गरिन्छ । महिला स्वास्थ्यतर्फ पनि केही प्रगति भएको अनुमान गर्न सकिन्छ । सन् २००४ मा १ पटक गर्भवती परीक्षण गराउने दर ७९ प्रतिशत रहेकोमा सो २००६ मा ९९ प्रतिशत पुगेको छ । यसैगरी

सन् २००४ मा ४ पटक गर्भवती परीक्षण गराउने दर ४२ प्रतिशत रहेकोमा सो सन् २००६ मा बढेर ४६ प्रतिशतमा पुगेको छ । यसैगरी स्वास्थ्यकर्मीद्वारा सुत्केरी गराउने दर सन् २००४ मा ५२ प्रतिशत रहेकोमा सो दर हाल ५७ प्रतिशत पुगेको छ । यसरी अप्रत्यक्ष सूचकाङ्कका आधारमा मातृमृत्युदर पनि घटेको अनुमान गर्न सकिन्छ ।

मोरङ जिल्लाको स्वास्थ्य स्थितिको सुधार तथा विश्लेषण गर्ने कार्यमा सरकारी निकायलाई गैरसरकारी निकायबाट प्राप्त सहयोगलाई अत्यन्त महत्वपूर्ण मान्नुपर्दछ । महत्वपूर्ण सूचकाङ्कहरू जस्तै बालमृत्युदर अर्थात् नवजातशिशु मृत्युदरजस्ता तथ्याङ्क जिल्लास्तरमा निकाल्न नसकेर जिल्लाका योजनाकारहरू छुटपटाइरहेको बेलामा मोरङ जिल्लाले एक कदम अगाडि बढेर उक्त अति महत्वपूर्ण सूचकाङ्कहरू हासिल गरेर देखाएको छ । सबैलाई थाहा छ, नेपालमा हालसम्म महत्वपूर्ण सूचकाङ्कहरू राष्ट्रियस्तरका मात्र छन् जो जिल्लाको योजनाको लागि उपयुक्त र व्यवहारिक छैनन् । आज मोरङ जिल्लामा सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाका सहकार्यद्वारा साध्य र साधन दुवै हासिल गर्ने प्रयास गरिएको छ । मोरङ जिल्लाले दशौं पञ्चवर्षीय योजनाले लक्ष्य गरे बमोजिम बालस्वास्थ्य कार्यक्रममलगायत शिशुमृत्युदर र तालिमप्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूद्वारा गराइने सुत्केरी दरको लक्ष्य हासिल गरेका छ । उक्त नतिजालाई सहकार्यको प्रतिफल मात्र नभनेर गहकिलो नमूनाको रूपमा पनि लिन सकिन्छ ।



नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति

विकेन्द्रीकरणको चर्चा भइरहेछ तर नीति र कार्यक्रमबारे अबै पनि अन्यौल छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूसँग बसेर छलफल गर्दा कतिपयलाई स्वास्थ्य नीतिबारे त्यति सुस्पष्टता छैन । स्वास्थ्य अर्थात् जनस्वास्थ्यको लक्ष्य के हो बाटै कुरा सुरु गरौं । सबै मानिसको निरोगीपन, उत्पादनशील अवस्था हासिल गर्नु नै स्वास्थ्य अर्थात् जनस्वास्थ्य कार्यक्रमको लक्ष्य हो । यो अवस्था एक प्रकारले परिकल्पनाको स्थिति हो अर्थात् यो नै लक्ष्य हो । मानौं एकैछिन कल्पना गरौं कि त्यो स्थिति कहाँ छ, कता छ, अर्थात् पूर्व-पश्चिम उत्तर-दक्षिण कता छ, भन्ने कुरा नीतिले देखाउँछ । त्यसलाई कसरी प्रभावकारी ढंगले हासिल गर्ने वा सम्बोधन गर्ने भन्ने कुरा रणनीतिले बताउँछ । लक्ष्यमा पुग्न आइपर्ने समस्या र अवस्थालाई सम्बोधन गर्न कार्यक्रम र परियोजनाको तर्जुमा गरिन्छ । हुन त कार्यक्रम र परियोजनाभित्र पनि परिपूरक नीति र सहायक कार्यक्रम हुन्छन् जो राष्ट्रिय नीतिउन्मुख नै हुने गर्दछन् ।

आज सबैको निरोगी पन र उत्पादनशील अवस्थाको लक्ष्य हासिल गर्नलाई हामीले ५ वर्षमुनिका बालबालिका र महिलालाई परिलक्षित गर्नुपर्दछ । यो हाम्रो राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिको मूलस्वर हो । यसलाई प्राप्त गर्न विभिन्न रणनीति अख्तियार गरिन्छ । जस्तै: स्वास्थ्यमा सरकारी तथा गैरसरकारी क्षेत्रबीचको समन्वय तथा सहकार्य, स्वास्थ्य संस्थामा महिला सेवाप्रदायकको व्यवस्था आदि । स्वास्थ्य समस्याको पहिचान भएपछि स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू तय गरिन्छन् । जस्तै- ५ वर्षमुनिका बालबालिकालाई लक्षित गरेर विस्तारित खोप कार्यक्रम, पोषण, भ्रूणपखाला, रुघाखोकी निमोनिया कार्यक्रम र महिलालाई लक्षित गरेर सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम, परिवार नियोजन सेवा आदि । विभिन्न जनस्वास्थ्य कार्यक्रम तथा परियोजनाद्वारा आमजनसमुदायलाई प्रभावित पार्ने प्रमुख रोगहरू जस्तै- औलो, क्षयरोग, एच.आइ.भी. एड्सजस्ता रोगहरूको रोकथाम र उपचार गरिन्छन् ।

आज नेपालको स्वास्थ्यक्षेत्र राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ लाई नै मार्गदर्शक मानेर अघि बढ्दैछ । यो राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति कसरी बन्थो त ? यो कसले बनायो ? किन बनाइयो ? आदि प्रश्न यससँगै गाँसिएर आउने गर्छन् । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ निर्माणताका निम्न पृष्ठभूमिमा तथा आधारमा स्वास्थ्य नीतिको निर्माण गरियो ।

पहिलो आधार हो नेपालको स्वास्थ्य तथा सामाजिक स्थिति र राज्यको क्षमता । नेपालमा सञ्चालित स्वास्थ्य प्रणालीमा रहेका तथ्याङ्क नै नेपालको स्वास्थ्य नीति निर्माणको पहिलो आधार हो । स्वास्थ्य प्रणालीबाट प्राप्त हुने सूचनाका अतिरिक्त सरकारी गैरसरकारी संस्थाहरूले गरेका अध्ययन अनुसन्धानबाट प्राप्त सूचना पनि राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति निर्माणको आधार हो ।

दोस्रो आधार हो सन् १९७८ मा तत्कालीन सोभियत संघको अल्मा-अटामा सम्पन्न भएको प्राथमिक स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलनका अठोटहरू । यो सम्मेलनमा संयुक्त राष्ट्रसंघको एक सदस्य राष्ट्रको नाताले नेपालले पनि हस्ताक्षर गरेको थियो । त्यसबेला आ-आफ्ना मुलुकका जनताको स्वास्थ्यस्थितिमा एउटा निश्चित लक्ष्य सन् २००० सम्ममा हासिल गर्नु थियो । जसलाई लक्ष्य र आधार मानेर नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति बनाइयो । स्वास्थ्य क्षेत्रमा अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा भएका ओटावा चार्टर, सार्क सम्मेलन, स्वास्थ्य प्रवर्धनसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलनबाट पारित लक्ष्य र स्थितिलाई समेत आधार मानेर नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति बन्थो । यसका अतिरिक्त मानवअधिकार, महिला, बालबालिका, मजदूर तथा अपाङ्गसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सन्धि, महासन्धि, सम्मेलनहरू पनि राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति निर्माणका आधार हुन् ।

तेस्रो आधारको रूपमा शासन गर्ने राजनीतिक दलहरूका इच्छाशक्ति । नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ नेपालमा प्रजातन्त्रको पुनर्वहालीपछि बनेको राष्ट्रिय नीति हो । नीति यस स्वरूपमा बन्नुमा देशका प्रमुख राजनीतिक दलको पनि भूमिका रहेको छ ।

चौथो आधार हो - साधनस्रोत र दातृसंस्थाको इच्छा । नेपालका स्वास्थ्यसम्बन्धी कार्यक्रमका लाग्ने आर्थिक स्रोतको ठूलो हिस्सा वैदेशिक सहयोगमा निर्भर रहेको छ । यसरी वैदेशिक सहयोग प्राप्त गर्दा निश्चित रूपमा लगानीकर्ताको इच्छा र शर्तलाई पनि मान्नुपर्ने हुन्छ ।

माथि उल्लेखित अवस्थालाई मध्यनजरमा राखेर नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ बनेको छ । यसका कमी कमजोरी हटाएर परिमार्जन गर्दै आज स्वास्थ्य क्षेत्र अघि बढ्नुपर्ने देखिन्छ । राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय अवस्थितिलाई समेत मध्यनजर राखेर आज राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति समय सापेक्ष परिमार्जन गर्नुपर्ने देखिन्छ ।



नेपालको वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति

नेपालमा योजनाबद्ध विकासको थालनी भएको आधा शताब्दी भयो । तर कहिल्यै पनि आवधिक योजनाका लक्ष्यहरू निर्धारित अवधिमा पूरा हुन सकेनन् । हाल चालु दशौं पञ्चवर्षीय योजनाको हामी उत्तरार्द्धमा छौं । यसपालि पनि हामी लक्ष्य हासिल गर्न सक्नेछौं कि सक्दैनौं भनेर विश्लेषण गर्ने हो भने अझै हामी लक्ष्यभन्दा निकै टाढा छौं । स्वास्थ्य सेवाको विकासको लागि विगतका योजनादेखि गरिएका प्रयासबाट जनसाधारणको स्वास्थ्यस्तरमा केही सुधार देखिएतापनि प्रमुख स्वास्थ्य सूचकहरूका दृष्टिकोणबाट हेर्ने हो भने अन्य विकासोन्मुख देशहरूको तुलनामा नेपाली जनताको स्वास्थ्यस्तर निकै कम स्तरको छ ।

सि न	स्वास्थ्य सूचक	सन् २००२ को स्थिति	दशौं योजनाको लक्ष्य
१	शिशु मृत्यु दर-प्रति १००० जीवित जन्मिएका बच्चाहरू मध्ये १ वर्ष नपुग्दै मर्ने बच्चाहरूको संख्या	६४	४५
२	बाल मृत्यु दर-प्रति १००० जीवित जन्मिएका बच्चाहरू मध्ये ५ वर्ष नपुग्दै मर्ने बच्चाहरूको संख्या	९१	७२
३	मातृ मृत्यु दर-प्रति १लाख जीवित जन्ममा गर्भवती तथा गर्भसंग सम्बन्धित कारणबाट मर्ने आमाहरूको संख्या	४१५	३००
४	तालिम प्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ताबाट गराईने सुत्केरी दर (प्रतिशतमा)	३९	४७
स्रोत- दशौं योजना, राष्ट्रिय योजना आयोग			

औलो, क्षयरोग, कुष्ठरोग तथा खोपजन्य प्रतिकारात्मक रोगहरू धेरै हदसम्म नियन्त्रण भएका छन् । तापनि नीति, कार्यक्रम तथा बजेटबीच तालमेलको कमी, व्यवस्थापकीय समस्या आदिले गर्दा स्वास्थ्य संस्थाहरू विस्तार भएअनुरूप अझै पनि जनताले आशातीत रूपमा स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न सकेका छैनन् । तसर्थ स्वास्थ्य सेवालार्ई अझ सेवामुखी बनाई नेपालको वर्तमान स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउने कार्यमा सबै तह र क्षेत्रबाट कटिबद्धतापूर्वक प्रयास गर्नुपर्ने देखिन्छ ।



समतामूलक तथ्याङ्क र नीति

नेपालका तथ्याङ्कहरूले वास्तविकतासंग कति तादात्म्य राख्छन् ? आज तथ्याङ्कको निर्माण र प्रयोग गर्दा कतिको ईमान्दारिता र गम्भिरता अपनाइएको छ, भन्ने कुरामा धेरैले शङ्का उपशङ्का गर्ने गर्दछन् । यसबारे खोतल्दै जाँदा के पनि पाइन्छ, भने तथ्याङ्कले नीति निर्देशित गर्नुको सट्टा नीतिले तथ्याङ्कलाई निर्देशित गर्न खोजिएको अवस्था प्रायः भेटिन्छ । देशको अवस्था जस्तोसुकै होस् कार्यक्रमको प्रगतिको तथ्याङ्क राम्रो हुनुपर्दछ, भन्ने मान्यतामा कतिपय योजना प्रमुखहरू पाइन्छन् । कतिपयमा तथ्याङ्कभित्र शतप्रतिशत उपलब्धि तथा उच्च उपलब्धि हेर्दै आत्मरतिमा रमाउने दास मनोवृत्ति पनि पाइन्छ । यसरी यस्ता तथ्याङ्क प्रस्तुत गरेर मान्छे, अल्मल्याउने र कतै आफै अल्मलिनै काम त भएको छैन ? सोच्ने बेला आएको छ ।

नेपालीको सरदर आयु ६२ वर्ष पुगेछ, भनेर मख्ख पर्ने सर्वसाधारणलाई भन्नु केही छैन तर जब जिम्मेवार योजनाकार र नीतिनिर्माता नै यस तथ्याङ्कभित्र आत्मरतिमा अल्मलिन्छन् तब देशले विकासको गति समात्न सक्दैन । एकातिर एउटा आदिवासी चेपाङ ४० वर्ष नपुगी मरेका छन् अर्कातिर काङमाडौँवासी भने जापानी नागरिकसरह ८० वर्ष भन्दा बढी बाँचेको छ, भन्ने कुराको तथ्याङ्क आज किन लुकाइन्छ ? वास्तविकताबाट दुनियाँलाई बेखबर राखिन्छ । केवल सरदर नेपालीको आयुको अङ्कले यो फराकिलो खाडल छोप्ने गरिएको छ । जो स्वयम्मा ठूलो बेइमानी हो । आजको आवश्यकता कता, कहाँ हुनुपर्छ, भन्ने आधार भनौ वा सामाजिक विषमताको वास्तविकता लुकाएर तथ्याङ्कको सरदर अङ्कले केवल दुनियाँ अल्मल्याएको छ - योजनाकारलाई दृष्टिकोण देखाए पनि । जसले हामी कहाँ थियो र कहिलेसम्ममा कहाँ पुग्नेछौं भन्ने कुराको दिशाबोध गर्न र लक्ष्यप्राप्तिका लागि योजना निर्माण गर्न वास्तवमा खासै सहयोग पुऱ्याउन सकेको छैन ।

आज योजना बनाइन्छ, ६२ वर्षबाट ७२ वर्ष आयु बढाउने लक्ष्य राखेर । यहाँ कसको आयु बढाएर ७२ वर्ष आयु पुऱ्याउन सकिन्छ, त ? ८० वर्ष बाँच्नेलाई ९० वर्ष पुऱ्याउनु प्राथमिकता हो कि ४० वर्ष नबाँच्नेलाई ६२ वर्ष बाँच्ने तुल्याउनु प्राथमिकता हो ? अवश्य पनि ४० वर्ष नबाँच्नेलाई पहिलो प्राथमिकता दिइनुपर्ने हो । राष्ट्रिय नीतिमा छ, तर किन त्यसो भएन त । एउटा मुख्य कारण के हो भने आज राष्ट्रिय कार्यक्रम साधन र स्रोतहरू ८० वर्ष बाँच्ने समूहले नै उपभोग गर्दछन् न कि ४० वर्ष मात्र बाँच्ने सीमान्तकृत समूहले । यो सबै देखाउने तथ्याङ्कको नै आज अभाव छ । यस्तो प्रणालीको नै छैन । तथ्याङ्क नै नभएपछि कसरी स्थिति विश्लेषण हुन्छ, र कार्यक्रम बन्छ, त ! यस्ता तथ्याङ्क राख्ने जमर्को राजनीतिस्तरबाटै भएन फलस्वरूप सरकारी तथा गैरसरकारी निकायहरूका जति पनि कार्यक्रमहरू बने सबै नै भुत्ते साबित भएका छन् ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले नगरमा बस्ने अति गरिबलाई पनि नीतिगत रूपमा स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गरेको थियो । तर यसतर्फ सरकारी निकायबाट विशेष कार्यक्रमको महसुस गरिएन । गैरसरकारी क्षेत्र लचिलो हुनसक्थ्यो तर गैरसरकारी निकायले पनि यस क्षेत्रमा पहल गरेको पाइएन । स्थानीय सरकारका रूपमा रहेका नगरपालिका तथा जि.वि.स.ले पनि यस्तो नीतिप्रति चासो राखेको पाइएन । स्थानीय स्तरमा साधन स्रोत हुँदाहुँदै पनि स्वास्थ्यसम्बन्धी कार्यक्रम केन्द्र सरकारको हो भनेर कतिपय स्थानीय निकायहरू स्वास्थ्य क्षेत्रमा बजेट विनियोजन गर्न तत्पर नभएको पनि पाइन्छ । फलस्वरूप आज त्यही अति गरिब समूहबाट औलो, कालाज्वर, क्षयरोग, कुष्ठरोगका बिरामीहरू देखापरेका छन् । आज त्यही सीमान्तकृत समुदायमा महामारी छ, बिरामी दर पनि त्यहीँ उच्च छ, तर सरकारी सेवा उपभोगको मुख्य हिस्सा ओगटेका छन् अरुहरूले नै । सम्बन्धित निकायलाई यसबारे तथ्याङ्क राख्ने, हेर्ने केलाउने फुर्सद छैन चासो पनि छैन प्रणाली नै छैन ।

हालसालै ब्रिटिस मेडिकल जर्नलमा उल्लेख भएअनुसार वेलायतको स्वास्थ्य नीतिको पुनरावलोकन गरिएकोछ । जसमा जनसंख्यामा व्याप्त असमान स्वास्थ्यस्थितिको सापेक्षित मापनको

महत्वबारे प्रकाश पारिएको छ । यसमा सबभन्दा गरिबको स्वास्थ्यस्थिति सबैभन्दा छिटो उकास्नुपर्ने रहेको छ । विभिन्न वर्ग र समुदायबीच रहेको असमान स्वास्थ्यस्तर मेटाउन उनीहरूको तथ्याङ्क संकलन गर्नको लागि सूचकाङ्कको निर्माण गरिएको छ । समतामूलक ढङ्गले स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न आवश्यक योजनाका औजार पनि निर्माण गरिएको छ । जनसंख्याबीच स्वास्थ्यस्थितिको असमानस्तर कम गर्ने उल्लेखित नीति र उपायलाई वेलायत सरकारले निरपेक्ष रूपमा अपरिहार्य प्रतिबद्धता जनाएको छ । यस्ता कुरा पढ्न मात्र पाउँदा पनि हामीलाई हाम्रो स्थितिप्रति ठीठ लागेर आउँछ ।

जे होस् हाम्रा प्रणालीमा भएका कमी र कमजोरी नहटाएसम्म वास्तविक स्थितिमा प्रगति गर्न असम्भव छ । केवल सेवाग्राही संख्या जोड्यो लक्षित जनसंख्याले भाग गरेर प्रतिशत निकालेर मात्र पुग्दैन । कुन समुदाय र वर्गमा कतिले सेवा लिएर सूक्ष्मरूपमा लेखाजोखा गरिनुपर्दछ, सेवा लिन कुन समुदाय पछाडि परेका छन् त्यहाँ नपुगेसम्म तथ्याङ्कको स्वरूप फेरिए पनि देशको वास्तविक मुहार फेरिने छैन । यस्ता समतामूलक तथ्याङ्क, प्रणाली, कार्यक्रम र नीतिको आज आवश्यकता छ ।



स्वास्थ्य र अनुसन्धान

आधुनिक चिकित्सा विज्ञान आज यसरी विश्वव्यापी बन्नुमा अनुसन्धानको ठूलो हात रहेको छ । हामीले आज आर्जेको ज्ञान र सीप भोलि काम नलाग्ने पुरानो हुनसक्छ । एकातिर रोगको उपचार गर्न के उपाय छ भनेर नयाँ उपायको खोजी आधुनिक औषधि विज्ञानमा गरिन्छ भने अर्कातिर भइरहेका उपचारलाई पनि कसरी प्रभावकारी र सुपथ मूल्यमा उपचार गर्न सकिन्छ भन्ने उद्देश्यले अनुसन्धान भइरहेका छन् ।

उदाहरणका लागि हामी केही वर्षअघि जीवनजल अर्थात् पुनर्जलीय घोल बनाउन ६ चिया गिलास पानीलाई उमालेर सेलाएपछि पुरिया खोलेर पाउडर घोल्ने भन्दथ्यौं । तर आज हामी त्यसो भन्दैनौं । सफा ६ चिया गिलास पानीमा बनाएर खुवाउने भन्दछौं । यो कुनै लहडमा भनिएको सन्देश होइन । विभिन्न अध्ययन र अनुसन्धानले के देखायो भने पानी उमालेर सेलाउन्जेलसम्ममा भाडापखालाका विरामीको स्वास्थ्यस्थिति अरु विग्रन सक्छ । फेरि अर्को कुरा उमाल्दा पानीको मात्रा पनि केही घट्छ । कतिपय घरमा पानी उमाल्ने इन्धन नहुन पनि सक्छ । पुनर्जलीय घोलको प्याकेट हुँदाहुँदै पनि अरू सामग्री जुटाउन समय र स्रोत चाहिन्छ । पानीलाई शुद्धीकरण गर्नुभन्दा तत्काल विरामीको शरीरमा पानीको आपूर्ति गर्नु पहिलो प्राथमिकता भएको र रोगको उपचार त्यसपछि दोस्रो प्राथमिकता भएकाले आजकल सफा ६ चिया गिलास पानीमा जीवनजल अर्थात् पुनर्जलीय घोल बनाउने सल्लाह दिने गरिन्छ ।

समय समयमा इमेल तथा इन्टरनेटबाट पनि म जानकारी प्राप्त गर्ने गर्दछु । यसरी नै प्राप्त गरेका सूचना जो पाठकलाई पनि रोचक होला कि भनेर हालै स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरिएको अनुसन्धानको प्रतिवेदनबारे संक्षिप्तमा चर्चा गर्न चाहन्छु । ब्रिटिस मेडिकल जर्नलमा प्रकाशित प्रतिवेदनअनुसार आमाले गर्भावस्थामा फोलिक एसिडको सेवन गरेमा जन्मने शिशुहरूमा खुँडे ओंठ हुने सम्भावना हुँदैन । पाठकहरूलाई म के बताउन चाहन्छु भने हाल स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट महिलाहरू गर्भवती भएको बखत निःशुल्क दिइने आइरन चक्कीमा फोलिक एसिड भन्ने उक्त सूक्ष्मत्व पनि रहेको हुन्छ । त्यसैले महिलालाई रक्तअल्पता विरुद्ध दिइने आइरन चक्कीले जन्मने शिशुमा सम्भावित खुँडे ओंठ हुने सम्भावनासमेत रोक्दछ । हरिया सागसब्जी, फलफूलहरूमा फोलिक एसिड पर्याप्त मात्रामा पाइन्छ ।

यसैगरी पपुलेसन रिफ्रेन्स ब्यूरोको एउटा प्रतिवेदनमा मानसिक स्वास्थ्यबारेमा गम्भीरतापूर्वक सवाल उठाइएको छ । 'जहाँ मानसिक स्वास्थ्य छैन त्यहाँ स्वास्थ्य सम्भव छैन' । आज विश्वमा मानसिक रोगीको संख्या ४५० मिलियन छ । विकासशील मुलुकका ७५ प्रतिशत मानसिक विरामीले आज उपचार पाएकै छैनन् । यसमा डिप्रेसन, छारेरोग तथा नसारोग, चिन्ताग्रन्थीजस्ता रोग प्रमुख रूपमा पर्दछन् । मानसिक रोगको उपचार जटिल मात्र होइन खर्चालु पनि छ । आर्थिक सामाजिक रूपमा पि्लिसएको नेपालमा वर्तमान दृन्द्रले मानसिक रोगलाई थप जटिल बनाउदै लगेको अवस्था छ ।

यसरी स्वास्थ्य विषयको वैज्ञानिक अध्ययनले स्वास्थ्य विज्ञानको नयाँ-नयाँ ज्ञान र सम्भावनाका क्षितिज उघादै लगेको छ । ज्ञान शक्ति हो । मानिसमा ज्ञान नभएको भए आज यत्रो विकास सम्भव हुने थिएन । स्वास्थ्य विज्ञान तथा जनस्वास्थ्य विषय मानिसको निरोगीपना, उत्पादनशील जीवन हासिल गर्न समर्पित छ यसका लागि निरन्तर अध्ययन र अनुसन्धान गर्दै जानु आजको आवश्यकता हो । तर यसका साथै मानिसले यस क्षेत्रमा आर्जन गरेका ज्ञानलाई सीमित शिक्षित वर्गमा मात्र सीमित नगरेर सबैमा फैलाउनु चाहिँ हामी सबैको चुनौती हो ।



जनसंख्याको चिरफार र उपचार

पृष्ठभूमि

जनसंख्या व्यवस्थापन एक बहुआयामिक विषय हो । जनताको जीवनस्तर उकास्न जनसंख्याको संरचना र अवस्थितिको अध्ययन गर्नुपर्दछ । जनसंख्यालाई सामाजिक विकासका हिसाबले मात्र केलाउने हो भने मोटामोटी यसलाई पछाडि पारिएका वर्ग र सामान्य जनसंख्या भनेर वर्गीकरण गर्न सकिन्छ । निरपेक्ष गरिबी मापनका निश्चित मापदण्ड छन् । यसलाई ध्यानमा राखेर स्थानीय समुदायसँगै बसेर समुदाय स्वयम्ले नै समुदायमा सापेक्षित रूपमा पछाडि पारिएका वर्गको छनौट व्यवहारिक रूपमा गर्न सकिन्छ । यसका लागि समाजशास्त्रीय अध्ययनका विधि र साधनसमेत प्रयोग गरिन्छ । नेपाल सरकार पूर्वाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय र 'बि.एन.एम.टी.' को संयुक्त पहलमा सन् २००३ मा पूर्वाञ्चलका १६ जिल्लामा जनसंख्याको अध्ययन गरियो । पूर्वाञ्चलका १६ जिल्लाका ८०६१ घरधुरीको स्वास्थ्य तथा जनसांख्यिक अध्ययन गरियो । 'एसी-नेल्सन' बहुराष्ट्रिय कम्पनीको समेत प्राविधिक सहयोग लिइएको उक्त अध्ययनमा क्वान्टम सफ्टवेयरद्वारा तथ्याङ्क विश्लेषण गरियो । यस अध्ययनद्वारा पछाडि पारिएका जनसंख्याका विशेषता के के छन् भनेर अध्ययन गरिनुका साथै यो सीमान्तकृत वर्ग र सरदर जनसंख्याबीचमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा के के कुरामा के कति अन्तर वा खाडल छ भनेर पनि अध्ययन गरियो । सो अध्ययनको केही बुँदाहरू यहाँ प्रस्तुत गरिन्छ ।

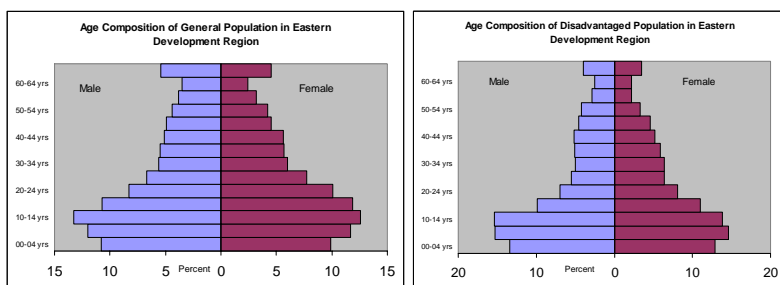
(क) जनसंख्याको सामाजिक वर्गीकरण

यस अध्ययनमा जनसंख्याको सामाजिक वर्गीकरण समुदाय आफैले गरे । आफ्ना समुदायमा पछाडि पारिएका परिवारको पहिचान समुदायद्वारा स्थानीय तहमा स्वयम् गरियो । यसरी समुदायले स्वयम् वर्गीकरण गरिएको जनसंख्यामा दलित जातिलाई नै पछाडि पारिएको छ भनि समुदायले महसुस गरेको प्रष्ट देखियो ।

जातजाति	सरदर परिवार (%)	पछाडि पारिएका परिवार (%)
ब्राम्हण	२१.४	३
क्षेत्री	२१.४	५
नेवार	६.३	१.३
राई, लिम्बु	२०.३	१९.७
तामाङ, लामा, शेर्पा	५	७.३
मगर, भुजेल	४.२	४.६
गुरुङ	१	१.२
थारु, माझी, राजवंशी	४.८	३.७
दलित	९.४	४६.६
अन्य	६.२	७.६

तालिकाअनुसार दलित समुदाय पछाडि पारिएका वर्गमा धेरै मात्रामा (४६.६ प्रतिशत) पर्दछन् । ब्राम्हण (३ प्रतिशत) क्षेत्री (५ प्रतिशत) नेवार (१.३ प्रतिशत) पछाडि पारिएका वर्गमा कमै मात्रामा पर्दा रहेछन् । जनजातिहरू सरदर वर्गमा र पछाडि पारिएका दुवै वर्गमा करिब बराबरी मात्रामा परेका देखिन्छन् ।

(ख) जनसंख्याको बनेट



उमेर समूहका हिसाबले सरदर र पछाडि पारिएका वर्गबीच मूलभूत अन्तर भेटिन्छ । जनसांख्यिक पिरामिड हेर्ने हो भने पछाडि पारिएका वर्गमा १५ वर्षमुनिका बालबालिका सरदर जनसंख्याका तुलनामा बढी मात्रामा छन् । उत्पादनशील वयस्क समूहको जनसंख्या पछाडि पारिएका वर्गमा सामान्य जनसंख्याको तुलनामा संख्या निकै कम छ । अझ प्रौढ उमेरका जनसंख्या त पछाडि पारिएका वर्गमा न्यून छ । यसले के कुरा देखाउछ भने पछाडि पारिएका समुदायको आयु सरदर जनसंख्याभन्दा निकै कम छ ।

(ग) परनिर्भरता दर

सूचकाङ्क	सरदर परिवार (%)	पछाडि पारिएका परिवार (%)
बाल निर्भरता दर	५९	८०
प्रौढ निर्भरता दर	८	७
कूल निर्भरता दर	६७	८७

तालिकाअनुसार प्रति १०० जना सरदर जनसंख्याले ५९ जना बालबालिका र ८ जना प्रौढलाई पालनपोषण गर्नुपर्दछ । पछाडि पारिएका समुदायमा प्रति १०० जनाले ८० जना बालबालिका र ७ जना प्रौढलाई पालनपोषण गर्नुपर्दछ । यसरी परनिर्भरताको दर सरदर जनसंख्यामा ६७ प्रतिशत रहेको छ भने पछाडि पारिएका जनसंख्यामा ८७ प्रतिशत रहेको छ । यसरी परनिर्भरता दरले पनि पछाडि पारिएका समुदायलाई नै बढी थिचेको छ ।

(घ) परिवार नियोजन प्रयोग दर

पूर्वाञ्चल सरदर	सरदर परिवार (%)	पछाडि पारिएका परिवार (%)
३८	४३	३३

अध्ययनका अनुसार पूर्वाञ्चलमा प्रति १०० जनामा ३८ जनाले परिवार नियोजनका कुनै साधन प्रयोग गर्दछन् । यसलाई अझ जनसंख्याबीच केलाएर हेर्ने हो भने यो दर सरदर जनसंख्यामा ४३ प्रतिशत र पछाडि पारिएका समुदायमा केवल ३३ प्रतिशत रहेको छ । यसरी परिवार नियोजन प्रयोग दर पनि पछाडि पारिएका जनसंख्यामा भन्दा १० प्रतिशतले कम रहेको पाइन्छ ।

निष्कर्ष

पूर्वाञ्चलको १६ जिल्लाका प्रस्तुत अध्ययनले के देखाएको छ भने जनसंख्या भित्र पनि सरदर र पछाडि पारिएका समुदायबीच उमेर समूह संरचना, परनिर्भरता दर तथा परिवार नियोजन साधन प्रयोगदरमा अन्तर विद्यमान छन् । जसले जनसंख्याभित्र जतिविशेष र समुदाय विशेषको प्राथमिकीकरण र उपयुक्त योजना तर्जुमा गर्न मार्ग प्रशस्त गर्दछ । देशको वा कुनै जिल्ला विशेषको सरदर तथ्याङ्कले सामान्य र पछाडि पारिएका जनसंख्या बीचको अन्तर देखाउँदैन । सरदरमुखी तथ्याङ्कले पछाडि पारिएका समुदायका निम्ति योजना र कार्यक्रमहरू बन्न बाटो देखाउँदैन । जसबाट जिल्लाको समग्र योजना र कार्यान्वयनस्तर भुत्ते हुनपुग्छ । हुन त यी दुई वर्ग तथा समुदायबीचको खाडल बढाएरै पनि केही हदसम्म तथ्याङ्कीय सरदरस्तर उच्चस्तरमा हासिल गर्न नसकिने होइन । तर त्यस्तो कार्य सन्तुलित तथा सामाजिक रूपले कदापि न्यायपूर्ण हुँदैन । यसको लागि पछाडि पारिएका समुदायलाई प्राथमिकतापूर्वक उकासेर सरदर जनसंख्याबीचको अन्तर क्रमशः कम पाउँदा सरदर जनसंख्याको नजिक पुऱ्याउनु पर्दछ । यसरी जनसंख्याभित्र रहेको स्तरीकरणलाई चिरफार गरेर हेर्ने बेला आएको छ । समतामूलक कार्यक्रमले मात्र जनसंख्यामा स्वस्थ तथा सन्तुलित जनसंख्या निर्माण हुन्छ । राष्ट्रिय, क्षेत्रीय तथा स्थानीय विकास गर्नका लागि जातीय, भौगोलिक तथा क्षेत्रीय सन्तुलन सिर्जना गरी न्यायपूर्ण समाजको निर्माण आजको टड्कारो आवश्यकता हो ।



प्रजनन् स्वास्थ्यका सवालहरू

महिलाको प्रजनन् उमेर भन्नाले १५ देखि ४९ वर्षको उमेरलाई बुझिन्छ। हाल नेपालमा हुने १०० मृत्युमध्ये २७ मृत्यु प्रजनन् उमेरका महिलाको हुने गर्दछ। नेपालमा हरेक ५ मिनेटमा एकजना आमाको मृत्यु सुत्केरीको कारणले हुने गर्दछ। ९० प्रतिशत मातृमृत्यु घरमा हुने गर्दछ। नेपालमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूद्वारा सुत्केरी गराउने दर २३ प्रतिशत मात्र रहेको तथ्याङ्कले देखाउँछ। अध्ययनले के पनि देखाएको छ भने १०० मध्ये १५ गर्भ जोखिमपूर्ण हुन्छ, जसले सजिलै मातृमृत्यु गराउन सक्दछ। यसका साथै १०० मा ५ देखि १० गर्भवतीलाई सुत्केरी गराउँदा शल्यक्रिया गराउनै पर्नेहुन्छ।

मातृमृत्यु कम गर्नका लागि सुरक्षित सुत्केरी गराउनु पर्दछ। यसका लागि तालिम प्राप्त प्रसूतिकर्मी तथा स्वास्थ्यकर्मीहरूको आवश्यकता पर्दछ। अर्थात् प्राविधिक रूपमा सुरक्षित सुत्केरी गराउन तालिम प्राप्त प्रसूतिकर्मी वा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको सहयोग लिनुपर्ने हुन्छ। यस कुरामा हाल नेपाल सरकारले गुणस्तर कायम राख्न मापदण्डसमेत निर्धारण गरेको छ। जसको प्रभावकारी कार्यान्वयन सुनिश्चित गर्न नीति र कार्यक्रम अगाडि ल्याइएका छन्। प्रसूतिकर्मी को हुन् अथवा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी को को हुन् भनेर तोकिएको छ। कुन स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउन सकिन्छ भनेर पनि निर्धारण गरिएको छ। मापदण्डअनुसार तालिम प्राप्त प्रसूतिकर्मी भन्नाले प्रसूति तथा स्त्रीरोग विशेषज्ञ बुझिन्छ। तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूमा एम.बी.बी.एस., स्टाफनर्स र अ.न.मि. पर्दछन्। सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी वर्तमान नीतिले सुरक्षित प्रसूति गर्नलाई हाल स्वास्थ्य चौकी स्तरसम्म सम्भव छ भन्ने मान्यता राखेको छ। प्रसूति

नेपालमा सुरक्षित सुत्केरी गराउन सरकारले पनि विशेष पहल गरेको देखिन्छ। स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी गराउन ल्याउँदा सुत्केरीको यातायात खर्च हिमाली जिल्लामा रु. १५००/- पहाडी जिल्लामा रु. १०००/- र तराई जिल्लामा रु. ५००/- दिने व्यवस्था मिलाएको छ। यसका साथै स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई पनि सुत्केरी गराएबापत रु. ३००/- दिने व्यवस्था छ। यो व्यवस्थाले सुत्केरी महिला, अभिभावक र स्वास्थ्यकर्मीलाई स्वास्थ्य संस्थामा स्वास्थ्यकर्मीद्वारा सुत्केरी गर्न गराउन उत्प्रेरित गर्ने आशा राखिएको छ। यो व्यवस्थाको प्रभावकारी कार्यान्वयन आजको चुनौती हो।

प्रजनन् स्वास्थ्य महिलासँग मात्र गाँसिएको विषय होइन। पुरुषको स्वास्थ्य र सहयोगले मात्र महिलाको स्वास्थ्यको सुनिश्चित हुन्छ। महिलाले आफ्नो इच्छाअनुसार सन्तान पाउने अधिकारलाई पुरुषले सम्मान गर्नुपर्दछ। अभै पनि महिलालाई सन्तान पाउने मेसीनको रूपमा हेर्ने हाम्रो पितृप्रधान सोंचमा परिवर्तनको खाँचो देखिन्छ। परिवारमा सुत्केरी अवस्था विशेष अवस्था हो जसको लागि पूर्वतयारी हुनुपर्छ, भन्ने कुरा कुनै नौलो होइन तर यो धारणाको अभावमा महिलाको ज्यान अकालमा गइरहेको छ।

मातृमृत्युदर कम गर्नलाई हाल राष्ट्रिय स्तरमा मात्र होइन अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा पनि चिन्तन भइरहेको छ। काठमाडौंमा हालै प्रजनन् स्वास्थ्यसम्बन्धी आठौं अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलन सम्पन्न भयो। उक्त अन्तर्राष्ट्रिय सेमिनारमा नेपालको प्रजनन् स्वास्थ्यसम्बन्धी विविध विषयमा गरिएका अध्ययन अनुसन्धान र नेपालको प्रजनन् स्वास्थ्यको स्थितिका बारेमा समेत व्यापक छलफल गरियो।

सुरक्षित तरिकाले सुत्केरी गराउन हाल नेपाल सरकारले गरेको संरचनाको विकास तथा संयन्त्रको व्यवस्थाले मात्र पुग्दैन। समुदायस्तरमा प्रजनन् स्वास्थ्यबारे जानकारी पुऱ्याउनु आजको टड्कारो आवश्यकता हो। संचार माध्यममा पर्याप्त मात्रामा सूचना प्रवाह गरिनु पर्दछ। महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविका, स्वास्थ्यकर्मीहरूबाट पनि यसबारे सूचना प्रवाह गर्न सकिन्छ। समुदाय तथा लक्षित समुदायले पनि नजिकैको स्वास्थ्य संस्था, महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविकासंग सम्पर्क राखि यसबारे जानकारी लिन र फाइदा लिने बानी बसाउनु जरुरी भएको छ।



परिवार नियोजनमा पुरुष सहभागिता

व्यवस्थित परिवार बनाउने एक माध्यम परिवार नियोजन हो । नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण सन् २००१ अनुसार कूल विवाहित दम्पतिमध्ये ६७ प्रतिशतलाई परिवार नियोजन सेवाको आवश्यकता रहेकोमा ३९ प्रतिशतको मात्र माग परिपूर्ति भएको छ । करिब २८ प्रतिशत माग अपरिपूर्त रहेको अवस्था छ । आधा दशकको अन्तरालमा यसमा केही सुधार भएको हुनसक्छ । तर अझै पनि ग्रामीण क्षेत्रमा गएर हेरियो भने यो स्थितिमा खासै अन्तर आएको देखिदैन । यसरी आज परिवार नियोजन सेवा तथा साधन आवश्यक परेका बेला आवश्यक पर्ने महिला वा पुरुषलाई चाहेको साधन उपलब्ध गराउनु ठूलो चुनौती भएको छ ।

पुरुषभन्दा महिला परिवार नियोजनप्रति जागरुक छन् । शहरी क्षेत्रभन्दा ग्रामीण क्षेत्रमा अपरिपूर्त माग अत्यधिक रहेको छ । यसैले ग्रामीण क्षेत्रमा सरकारले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूद्वारा परिवार नियोजनका साधन निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउने व्यवस्था मिलाएको छ । भौगोलिक हिसाबले हेर्दा हिमाली तथा पहाडी क्षेत्रका महिला तथा पुरुषहरूका परिवार नियोजन साधनका माग अझ अपरिपूर्त रहेको अवस्था छ । यसैगरी गरिब, निरक्षर तथा कम पढेलेखेका, ग्रामीण तथा दलित महिलाहरूले आर्थिक रूपले सम्पन्न, शिक्षित, शहरिया तथा उच्च जातका महिलाहरूका तुलनामा परिवार नियोजन सेवा कम उपयोग गरिराखेका छन् । उमेर समूहका हिसाबले हेर्ने हो भने परिवार नियोजन साधनका अपरिपूर्त माग १५ देखि २४ वर्ष उमेर समूहका किशोरकिशोरीमा उच्च रहेको छ । यसरी परिवार नियोजन साधनको वितरण र प्रयोग ग्रामीण स्तरसम्म पहुँच पुऱ्याउन मा सरकारी तथा गैरसरकारी क्षेत्रबाट अनवरत प्रयास भइरहेका छन् । अझै आशातीत सफलता हासिल हुन सकेको छैन ।

यसका लागि परिवार नियोजन साधन प्रयोग दर न्यून भएका स्थान तथा समुदायलाई केन्द्रित गरी उपयुक्त कार्यक्रम संचालन गर्नुपर्ने हुन्छ । यसका लागि नियमित रूपमा स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको सेवालार्इ प्रभावकारी बनाउनु पर्दछ । यसका साथै घुम्ती बन्ध्याकरण शिविर स्थानीय तहमा लगेर सन्तानका रहर पुगेका दम्पतिलाई सेवा पुऱ्याउनु पर्दछ । परिवार नियोजनका साधन खासगरि बन्ध्याकरण गर्ने सिलसिलामा पुरुषहरूको सहभागिता ज्यादै न्यून देखिन्छ । तराईका जिल्लाहरूमा बन्ध्याकरण गर्नेहरूमा ९९ प्रतिशत महिला छन् । केवल १ प्रतिशत भन्दा कम मात्र पुरुषहरूले मात्र बन्ध्याकरण गर्ने गर्दछन् । यसले पुरुषहरू परिवार नियोजनका सबालमा महिला जति संवेदनशील छैनन् भन्ने प्रष्ट देखाउँछ । जब कि पुरुषहरूलाई गरिने बन्ध्याकरण महिलाहरूलाई गरिने बन्ध्याकरण मिनील्यापभन्दा ज्यादै सजिलो, र भरपर्दो हुन्छ । तैपनि पुरुषहरू यसप्रति कम आकर्षित हुनु परिवार नियोजन कार्यक्रम र देशको जनसंख्या व्यवस्थापनका लागि ठूलो चुनौती हो । आज सचेत तथा जिम्मेवार पुरुषले व्यवस्थित परिवारको स्थापनाद्वारा देश निर्माणमा टेवा दिन परिवार नियोजनमा पुरुषको सहभागिता बढाउने बेला आएको छ ।



स्वास्थ्यसम्बन्धी खतरनाक प्रचलनहरू

एकजना भ्नापाली राजवंशी महिलालाई प्रसूतिका लागि धरानस्थित बी.पी. कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा आकस्मिक सेवाको लागि लगियो । अस्पतालमा स्वस्थ शिशुको जन्म भयो । केही दिनपछि, उनी बच्चासहित सामान्य अवस्थामा घर फर्किइन् । घर आइपुगे पछि, आफ्नो कूलपरम्पराअनुसार शिशुको तालु खुर्कने काम गरियो । त्यसको केही दिनपछि, तालु खुर्केको ठाउँमा घाऊ संक्रमण भएर आयो । र बच्चा घर आइपुगेको एक हप्ता नबित्दै धनुष्टङ्कार रोगबाट नवजात शिशुको मृत्यु भयो ।

यसरी नवजात शिशु आफ्नै जातीय कूलपरम्पराको घातक प्रचलनको शिकार भए । अकालमै नवजात शिशुको ज्यान गयो । भन्नेले भन्लान् शिशुको भाग्यै त्यस्तो थियो । तर अहिले हामी त्यसरी चित्त बुझाउने अवस्थामा छैनौं । हाम्रा स्वास्थ्यघाती कुप्रथाको चिरफार गरेर यसलाई हटाउनुपर्ने अवस्थामा छौं । यसमा ढिलाइ गरेमा हामी शिशु मृत्युदर कम पार्न अभै पछि पर्नेछौं ।

आदिवासीका कतिपय साँस्कृतिक परम्परा र प्रचलन स्वास्थ्यका लागि अत्यन्त घातक छन् । भ्नापामा बसोवास गर्ने आदिवासी राजवंशी समुदायमा नवजात शिशु जन्मनासाथ गरिने केही परम्परागत प्रचलन अत्यन्त अस्वस्थकर छन् । जसले शिशुको ज्यान असमयमै लिने गरेको पाइएको छ ।

पहिलो घातक प्रचलन हो शिशु जन्मिए पछि, नाल काट्ने काम गर्नका लागि चमारलाई पखनु । चमार समयमा नै आएको खण्डमा त ठिकै छ । तर यदि समयमा नआएमा एक दिन दुई दिनसम्म पनि पखेर उसैको हातबाट मात्र नाल काट्ने प्रचलन रहेको छ । यसले एकातिर सुत्केरी महिलाको रक्तश्रावले ज्यान जाने सम्भावना उच्च हुन्छ । अर्कातिर बच्चाको स्याहारसुसारमा पनि प्रतिकूल असर पुग्दछ । यस अवधिमा आमा र शिशुको ज्यान जाने संभावना अत्यन्त उच्च रहन्छ ।

यसैगरी राजवंशी समुदायमा रहेको दोस्रो घातक प्रचलन हो आमाको दूध शिशुलाई ढिलो खुवाउनु र आमाको दूध खुवाउनु पूर्व अन्य कुरा खुवाउनु । शिशु जन्मनासाथ जतिसक्दो चाडो एक घण्टाभित्र शिशुलाई आमाको दूध खुवाउनुपर्नेमा ६ घण्टा वा १२ घण्टापछि, आमाको दूध खुवाउने प्रचलन राजवंशी समुदायमा पाइएको छ । यसले शिशु मृत्युदरलाई उच्च बनाएको छ ।

भ्नापाका राजवंशी समुदायमा रहेको तेस्रो घातक प्रचलन हो, शिशुको तालु जन्मनासाथ खौरनु । स्वास्थ्यको दृष्टिले सुरक्षित तरिकाले निर्मलीकृत ब्लेडको स्वच्छ ढंगले तालु खौरको खण्डमा संक्रमण नहुन सक्छ । तर निर्मलीकृत नगरिएको ब्लेड, छुराले तालु खौरदा शिशुको तालुमा व्याक्टेरियल संक्रमण भएर शिशुको ज्यानसम्म जाने गरेको छ । जसको दृष्टान्त मैले सुरुमै उल्लेख गरें ।

तराईका आदिवासी जनजाति राजवंशीमा रहेका स्वास्थ्यसम्बन्धी उल्लेखित अस्वस्थकर प्रचलन हटाउन जनचेतनाको खाँचो छ । महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविकाहरूले समुदायमा यस्ता कुप्रथाविरुद्ध स्वास्थ्य शिक्षा दिने गर्दछन् । स्वास्थ्यकर्मीहरूले पनि निरन्तर प्रयास गरेकै छन् । तर ती लक्षित समुदायमा सचेतना र सेवाको पहुँच अभै नपुगेको र समुदायमा रहेको अज्ञानताको कारण अकालमा हामीले नवजात शिशुको ज्यान गुमाइरहेका छौं । यसमा सबैको चासो र पहलको आवश्यकता छ ।



स्वास्थ्यमैत्री व्यवहार परिवर्तन

व्यवहार परिवर्तनले पनि स्वास्थ्य हासिल गर्न सकिन्छ । शरीरमा काँडा भिके जस्तो अनुभूति दिने सेवा जनस्वास्थ्यमा त्यति हुँदैनन् । काँडाले नघोचोस भनेर बच्न सिकाउँछ जनस्वास्थ्यले । भरसक हिड्ने बाटोमा काँडा हटाउने प्रयास गर्न लगाउँछ जनस्वास्थ्यले । त्यसैले यसको अमूर्त महत्व देखाउन र बुझाउन निकै गाह्रो पर्दछ । केही नभएको बच्चालाई खोप वा सुई लगायो र बित्थामा एक दिन भए पनि ज्वरो निकाल्छ तर खतरानाक रोगहरूबाट भविष्यसम्म बचाउँछ । पाखा खोल्सामा दिसा गर्दा यतिञ्जेल भएकै थियो चर्पी बनाऊ भन्छ जनस्वास्थ्यले । भगवानले दिएको भन्दैमा धेरै सन्तान नजन्माऊ भन्छ । यो खाऊ भन्छ ऊ नखाऊ भन्छ । यिनीहरूको भन्ने काम हो त्यसैका लागि तलब खाएका हुन् । गैरसरकारी संस्था भए डलर खान्छन् कराउँछन् जान्छन् । यस्ता धारणा समुदायमा अबै पनि प्रशस्तै छ ।

अर्कातिर के सुनिन्छ भने सरकारले तथा गैर-सरकारी संस्थाले यति खर्च गर्‍यो तर खै समस्या उस्तै छ त ! अवस्था र व्यवहारमा परिवर्तन देखिएन भनेर धेरै गुनासा पनि सुनिन्छन् । हालै एउटा गैर-सरकारी संस्थाले गरिव सुकुम्बासीका लागि बनाइदिएका टहरा पनि बैंकको लिलामको सूचीमा परेको समाचार पढ्न पाइयो । यी सबै यथार्थ हुन् यसलाई नकार्न मिल्दैन । समाज र व्यवहार परिवर्तन भनेको रातारात हुने कुरा पनि होइन ।

व्यवहार परिवर्तनका प्रक्रिया र चरणहरू छन् । यसले आफ्नो समय लिन्छ । परिवर्तन प्रक्रियामा कुनै व्यवहार कसरी किन कहाँ कुन दिशातर्फ उन्मुख भैरहेछन् भनेर अनुमान गर्न सकिन्छ । व्यवहार परिवर्तनको पहिलो चरण हो सचेतना । यसमा व्यक्ति वा समुदायलाई कुनै विषयमा जानकारी दिइन्छ । दोश्रो चरण हो चाख । यसमा व्यक्ति वा समुदायले चाख लिएर थप जानकारी लिने गर्दछन् । तेस्रो चरण हो मूल्याङ्कन । यसमा व्यक्ति वा समुदायले व्यवहार परिवर्तनबाट हुने फाइदा र बेफाइदा अर्थात् सजिलो अष्टेरोका बारेमा आफै मूल्याङ्कन गर्दछन् । चौथो चरण हो अभ्यास । यो चरणमा व्यवहार परिवर्तनको लागि अभ्यास वा प्रयास गरिन्छ । अन्तमा अनुकूलन अर्थात् व्यवहार परिवर्तन हुन्छ ।

यी माथिका पाँच चरणहरू पूरा भएपछि मात्र व्यवहार परिवर्तन हुनसक्छ । त्यसमा पनि दिगो हुने वा नहुने बेग्लै कुरा छ । माथिका पाँच चरणमा व्यक्ति बीचैमा पुगेर अनुकूलन गर्नु पूर्व नै व्यवहार परिवर्तन प्रक्रिया छोडेर बाहिर जानसक्छ । यसरी बीचैमा छाड्ने सम्भावना अत्यधिक हुन्छ । त्यतिबेला वैकल्पिक उपायको खोजि पनि गरिन्छ । उदाहरणका लागि कुनै एक परिवारको लागि चर्पी आवश्यकता हो कि होइन हामीले मात्र ठानेर भएन । परिवार स्वयंमूले आवश्यकताबोध गर्नुपर्दछ । आवश्यकताबोध गर्नका लागि दिसाको सही विसर्जन नहुँदा यसबाट पुग्ने बेफाइदा वा उसको परिवारलाई पुऱ्याउने हानीनोक्सानीबारे राम्ररी बुझाउनु पर्दछ । जसका लागि हामी स्वास्थ्य शिक्षा अर्थात् जनचेतनामूलक कार्यहरू गर्दछौ । यो केवल व्यवहार परिवर्तनको पहिलो खुट्टिको हो । हामीले राम्ररी बुझाउन सकेमा व्यक्ति वा समुदायले अब चाख लिन्छ । मनमनै गुन्छ । आफ्नो परिवेसमा चर्पीको निर्माण गर्दा परिवारका सदस्य, छिमेकी, गन्यमान्य व्यक्तिले के भन्लान् आदि इत्यादि सबै सोच्दछ । त्यसपछि उसले चर्पी बनाउने प्रयास गर्दछ । खर्चिलो हुने भए बीचैमा छोड्छ । बनाउने नै इच्छा प्रवल भएमा कम खर्चमा बन्ने खाले विकल्प खोज्दछ । बनाएपछि प्रयोग सुरु गर्छ । कसैलाई चर्पीमा दिसा गर्दा गन्हाउने हुन्छ, कसैलाई उकुसमुकुस हुन्छ, कसैका केटाकेटीले टेक्ने ठाउमै दिसा गरिदिने हुन्छन् । सित्तैमा कसैले घरमा बनाइ दिएको भए पनि राम्रो चर्पीमा कसैलाई दिसा नै नआउने पनि हुन्छ । कोही पहिलेको खोल्साखाल्सी नै ठीक थियो भनेर बानी फर्काउने पनि हुन्छन् । कोही घरभन्दा राम्रो चर्पीमा धानको भकारी राख्ने इच्छाले प्रेरित हुन्छन् र कसैले राम्ररी बनाइदिएको चर्पी प्रयोग नै गर्दैनन् ।

त्यसैले व्यवहार परिवर्तन भनेको एक जटिल प्रक्रिया हो । व्यवहार परिवर्तनमा माथिका चरणहरू निरपेक्ष रूपमा संचालित हुँदैनन् । त्यो ठाउँको सामाजिक, आर्थिक, भौगोलिक र त्यो भन्दा पनि साँस्कृतिक वातावरणले कुनै पनि व्यवहार परिवर्तनमा महत्वपूर्ण भूमिका खेल्दछ । आफूले चाहेको जस्तो स्वास्थ्यमैत्री व्यवहारमा परिवर्तन भएन भनेर प्रयास काम लागेन भनेर निष्कर्ष निकाल्न मिल्दैन । सर्वसाधारण जसले व्यवहार परिवर्तनका प्रक्रिया र चरण बुझेका छैनन् उनीहरू जनस्वास्थ्यसम्बन्धी सरकारी तथा गैरसरकारी प्रयासबारे चिन्तित र गुनासा गर्न सक्छन् । यसमा लागेका स्वास्थ्यकर्मी र विकासकर्मीले समुदायमा आशातीत उपलब्धि नदेखि उब्जेका गुनासालाई वैज्ञानिक ढंगले केलाउनु र बुझ्नु पर्दछ । मानिसको मनोविज्ञान स्वयम्मा अनौठो छ । व्यक्तिबीचका अन्तरले पनि व्यवहार परिवर्तन प्रक्रियालाई जटिल बनाएको हुन्छ । व्य

आमसञ्चारले पनि व्यवहार परिवर्तनमा ठूलो भूमिका खेल्दछ । कुनै चलचित्रको नायक वा नायिकाले खाएको चुरोटले बालमनोविज्ञानमा गहिरो प्रभाव पार्दछ । उसले पनि आफू नायक नायिका भै बन्नको लागि अथवा आफ्नो प्रिय पात्रको व्यवहारको सिको गर्ने क्रम वा जिज्ञासाबस बालबालिकाले चुरोट पिउन थाल्दछन् । स्वास्थ्यमैत्री व्यवहार परिवर्तनका सिद्धान्त र यसलाई प्रभाव पार्ने तत्वहरूको विस्तृत र बृहद जानकारी लिनु र बुझ्नु पर्दछ । यसपछि स्थान, समुदाय विशेषको लागि स्वास्थ्यमैत्री बानी परिवर्तनका लागि बहुक्षेत्रीय प्रयासले मात्र दिगो परिवर्तनको ढोका खोल्न सक्छ । यसको लागि थालनी गर्न कहिल्यै ढिलो भएको मान्नुहुँदैन । सबैद्वारा सबै ठाउँमा सधैं समयसापेक्ष स्वास्थ्यमैत्री व्यवहार परिवर्तनका प्रयास भइरहनु पर्दछ ।



स्वास्थ्य र जनस्वास्थ्यको अवधारणा

स्वास्थ्य र जनस्वास्थ्यको लक्ष्य एउटै भए पनि यिनीहरूको दृष्टिकोण, कार्यशैली, कार्यनीति फरक हुन्छन् । स्वास्थ्यले एक एक व्यक्तिको स्वास्थ्य हेर्छ भने जनस्वास्थ्यले व्यक्ति हैन समुदायको स्वास्थ्य हेर्छ । जनस्वास्थ्य विधा स्वास्थ्यभन्दा अलि व्यापक र सामाजिक विधा हो । हुन त सिन्धु घाँटिको सभ्यता, मेहजोदडो हरप्पाको सभ्यतामा पनि सार्वजनिक सडक, स्नानगृहका अवशेष अर्थात् जनस्वास्थ्यीय दृष्टिकोण भेटिन्छन् । तर प्रामाणिक रूपमा जनस्वास्थ्य विधाको जन्म अठारौं शताब्दीमा यूरोपमा भएको थियो । त्यसवेला बेलायतमा अस्पताल प्रशस्त खुलिसकेका थिए । यसरी उपचारका लागि पर्याप्त अस्पताल खुले पनि रोगको प्रचूरता तथा महामारीमा कमी नआएपछि अस्पतालको निर्माणले मात्र स्वास्थ्य हासिल नहुने रहेछ, त्यसको लागि समुदायले सामूहिक रूपमा स्वास्थ्यका लागि उपाय गर्नुपर्ने रहेछ भन्ने महसुस गरियो । फलस्वरूप सडक, नाला, स्नानगृह, खानेपानीको व्यवस्थाइत्यादिको व्यवस्था र सो को व्यवस्थापनका लागि नियम कानूनको पनि तर्जुमा गरियो । यसरी आधुनिक जनस्वास्थ्य अवधारणाको विकास भयो । अझ आएर २० औं शताब्दीमा त मानवअधिकार, महिलाअधिकार, बालअधिकार जस्ता सवालहरूमा संसारभरिका राष्ट्रहरू एकैथलोमा बसेर सन्धि र समझदारीमा हस्ताक्षर गरे । जसका उल्लेख गरिएका स्वास्थ्यस्थितिसम्बन्धी लक्ष्य हासिल गर्न जनस्वास्थ्यका रणनीतिबाट मात्र सम्भव हुने देखियो । यसरी आज विश्वभर रोग उन्मुलन गराउन होस् वा बालमृत्यु दर कम गर्न वा मातृमृत्युदर कम गर्नलाई जनस्वास्थ्यका रणनीतिहरू अवलम्बन गरिन्छ ।

आज विश्वजगत विश्वबाटै पोलियो रोग उन्मुलन गर्ने अभियानमा लागेको छ । धेरै मुलुकबाट यो रोग उन्मुलन भई पनि सकेको छ । नेपाल यसमा लागेको एक दशक जति भयो । तर पनि नेपाल उन्मुलनको लक्ष्यमा पुग्न अझै बाँकी छ । कुनै एकजना बच्चाले नियमित खोप कार्यक्रमबाट पोलियो रोगविरुद्ध पूर्णरूपमा रोग प्रतिरोधात्मक शक्ति हाँसिल गरेको हुनसक्छ । तापनि जनस्वास्थ्य अभियानमा त्यस्ता बच्चालाई हामी पोलियो खोप खुवाउँछौं । यसका धेरै कारणहरू छन् । नियमित खोप कार्यक्रममा खुवाइने खोपको प्रतिरक्षा शक्ति उत्पन्न गराउने दर शतप्रतिशत हुँदैन, नियमित खोप कार्यक्रममा सबै बच्चाले पूर्ण खोप नपाएका हुन सक्छन्, अभियानको बेलामा बच्चाले पोलियो खोप पूरा भएको नभएको एकिन गर्न गाह्रो हुन्छ । यसमा समय लाग्छ, फेरि दोहोर्‍याएर पोलियो थोपा खुवाएमा कुनै हानीनोक्सानी नहुने भएकाले पोलियो अभियानमा सबै बालबालिकालाई हामी पोलियो थोपा खुवाउँछौं । यसरी अभियानमा बालबालिकालाई पोलियो थोपा खुवाइसकेपछि दिसाबाट पोलियोका भाइरस बाहिर निस्कन्छन् । हामीकहाँ अझै पनि शौचालय प्रयोगदर करिब दुइतिहाई जनसंख्यामा मात्र भएकाले पोलियो भाइरस वातावरणमा फैलन्छ । र खानेकुरा, पानीलाई यसले प्रदूषित पार्दछ । यदि यसबेलामा कुनै बच्चामा पोलियो रोगविरुद्ध प्रतिरक्षा शक्ति नभएको वा कम भएको खण्डमा यस्ता बच्चालाई पोलियो रोग लाग्ने सम्भावना बढ्छ । त्यसैले पोलियो खोप एकैपटक पनि नखाएका बालबालिका स्वभाविक रूपमा अत्यन्त जोखिममा हुन्छन् नै यदि पोलियो थोपा नियमित खोपमा खाएर पनि पूर्ण रूपमा प्रतिरोधात्मक शक्ति हासिल नभएको खण्डमा त्यस्ता बालबालिका पनि रोगको जोखिममा पर्दछन् । यसैले पोलियो खोप अभियानमा सबै बालबालिकालाई पोलियो थोपा खुवाउनु पर्दछ ।

केही वर्षअघि धनुष्टङ्गार अभियान मुलुकभर सम्पन्न गरियो । यो अभियान पनि माथि उल्लेखित जनस्वास्थ्यीय सिद्धान्त तथा पोलियो अभियान अवधारणा अनुरूप संचालित थियो । कुनै खोपको शतप्रतिशत प्रभावकारी दर नहुनु, शरीरमा प्रतिरक्षा शक्ति जीवनभरी नहुनु, प्रतिरक्षाशक्ति कुनै एक व्यक्तिमा परीक्षण गर्न धेरै साधन स्रोत लाग्नु आदि कारणले प्रतिरक्षा शक्ति भएका समेतलाई नछोडिकन सबैलाई समान रूपमा टी.टी.खोप उक्त अभियानमा दिइयो । तर त्यसबेला मोरङ खासगरी विराटनगरका शिक्षित समुदायमा समस्या उत्पन्न भयो । जान्नेबुझ्ने अभिभावकले

स्वास्थ्यकर्मी र चिकित्सकलाई अभियानमा दिइने टी.टी.खोपको आवश्यकता भए नभएको बारेमा सोधे । त्यसबेला कतिपय चिकित्सक वा स्वास्थ्यकर्मीले उल्लेखित जनस्वास्थ्यीय दृष्टिकोणको हेक्का राखेनन् र नियमित खोपमा लगाइसकेको भए नदिए हुन्छ भनिदिएँ । यसरी विराटनगरका शिक्षित, संभ्रान्त परिवारका लक्षितसमूह सेवा र अवसरबाट वञ्चित भएका थिए । यसपालिको पोलियो खोप अभियानमा पनि सोही प्रकृतिकै समस्या दोहोरिएको देखियो ।

स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य अधिकारको रूपमा परिभाषित गरिएको छ । “सबैको लागि स्वास्थ्य” भन्ने नारा घन्केको छ । सबैको लागि स्वास्थ्य पुऱ्याउन राष्ट्रिय अन्तर्राष्ट्रिय निकाय, सरकारी गैरसरकारी निकाय, व्यक्ति समुदाय, महिला पुरुष सबै लाग्दा पनि किन पूर्ण सफलता पाउन सकिएको छैन । पिछडिएका वर्गमा खोप नपुग्नुलाई उनीहरूको हक र अधिकार कुण्ठित भएको मान्नुपर्दछ । यसैगरी शहर बजारमा बसेका शिक्षित, संभ्रान्त परिवारका बालबालिका र महिलालाई खोप दिलाउने अवसर उपलब्ध हुँदा पनि लक्षितसमूह सेवाको उपभोगबाट वञ्चित हुनुलाई उनीहरूको पनि स्वास्थ्य अधिकार कुण्ठित भएको रूपमा हेरिनुपर्दछ । शरीरमा कुनै पनि रोगविरुद्धको प्रतिरक्षा शक्ति खोप पूरा लिनु, खोप कार्ड पूरा भरिनु वा हेर्दा तत्काल स्वस्थ देखिनुले मात्र प्रतिरक्षाकाको ग्यारेण्टी हुँदैन । यसकारण सरकारले राष्ट्रिय अन्तर्राष्ट्रिय साधन स्रोत जुटाएर उपलब्ध गराएको यो अवसरलाई सबैले उपयोग गरे मात्र व्यक्ति र समुदाय सम्बन्धित रोगको संभावित जोखिमबाट मुक्त रहन सक्छन् । तब मात्र बाल अधिकार, महिला अधिकारको पनि सम्मान गरेको ठहर्छ । त्यसबेलामा मात्र “सबैको लागि स्वास्थ्य” भन्ने नाराले सार्थकता पाउँछ । □

स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनसहभागिता

स्वास्थ्य क्षेत्रमा समुदाय परिचालनको ठूलो महत्व हुन्छ । समुदायमा सञ्चालन हुने स्वास्थ्य गविविधिलाई समुदायले आफ्नो नठानेसम्म स्वास्थ्य कार्यक्रम सफल र दिगो हुन सक्दैन । सरकार अथवा कुनै विदेशी संस्थाको सहयोगमा खोलेको स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन जाँदा 'किन ढिलो आयौ रोग लाग्ना साथ आउनु पर्दैन' भनेर हप्काउँछन् भन्ने गुनासा सुनिन्छन् । यस्ता जनगुनासाहरू क्रमशः कम गर्दै लैजान आवश्यक छ । यसतर्फ प्रयासहरू मोरङ जिल्लामा पनि भएको थियो । गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा भनेको ठूलो राम्रो भवन, महङ्गो विरामी जाच्ने सामग्री, महङ्गो औषधि मात्र होइनन् । स्वास्थ्यकर्मी लगायत पियनको मीठो बोलीचाली पनि हो । स्वास्थ्यकर्मी स्वास्थ्य संस्थामा ठीक समयमा आउनु र समयसम्म बसेर सेवा दिनु र बोल्न नजान्ने तथा असहायलाई पनि स्वास्थ्य सेवा सुलभ तरिकाले उपलब्ध गराउनु पनि गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा हो भनेर स्वयं समुदायले नै व्याख्या गर्न थालेका छन् । यसरी सेवा प्रदायक र सेवाग्राहीबीच गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको परिभाषा र सो प्राप्तिका लागि दुवै तर्फबाट आवश्यक भूमिकाको पहिचान र प्रतिबद्धताका थालनी भएका भएका छन् ।

मोरङ इन्द्रपुर उपस्वास्थ्य चौकी भवनको कम्पाउण्डवाल लगाउन तथा विरामीलाई विश्रामालय बनाउन जिल्ला विकास समितिबाट ६० हजार, स्थानीय इन्द्रपुर गा.वि.स.बाट रु. २६ हजार, रमेश खड्काबाट रु. १५ हजार र स्थानीय सामुदायिक वन उपभोक्ता समितिबाट आवश्यक काठ उपलब्ध भएको छ । स्थानीय इन्द्रपुर जेसिजले विश्व क्षयरोग दिवसको अवसर पारेर क्षयरोगसम्बन्धी पम्प्लेट छापेर वितरण गर्नुका साथै उपस्वास्थ्य चौकीको हातामा वृक्षारोपण गरिदिएको छ । यसरी संस्थागत रूपमा मात्र होइन व्यक्तिगत स्तरमै पनि ठूला सहयोगहरू उपलब्ध भएका छन् । ईन्द्रपुर निवासी हेमचन्द्र धिमिरेले रु. १२ हजारभन्दा बढीको लागतमा उक्त उपस्वास्थ्य चौकी भवनको प्रवेशद्वार बनाइदिनु भएको छ । हाल व्यवस्थापन समिति भवनलाई विस्तार गर्न थप स्रोतको खोजीमा छ ।

यसैगरी मोरङ हसन्दह गा.वि.स.मा पनि समुदायले उत्साहजनक रूपमा स्वास्थ्य शिक्षा तथा जनचेतनामूलक कार्यक्रममा सहभागी बनेर देखाएका छन् । आफूसंग जे छ त्यो दिएर सहयोगका न्याना हात समुदायलाई नै समर्पित गरेका छन् हसन्दहवासीले । फागुन २४ गते, नारी दिवस तथा सुरक्षित मातृत्व दिवसको उपलक्षमा गा.वि.स.मा स्वास्थ्यचौकी व्यवस्थापन समितिको सक्रियतामा हसन्दह स्वास्थ्यचौकीअन्तर्गतका हसनदह, अमरपुर र गोविन्दपुर गाविसमा कार्यरत २७ जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई समुदायद्वारा नै उपहार र प्रशंसापत्रद्वारा सम्मान गरियो । साथै उक्त अवसरमा स्वास्थ्य सन्देशमूलक कविता, लोकगीत प्रतियोगिता र हाजिरीजवाफ प्रतियोगिताको पनि आयोजना गरिएको थियो । सो अवसरमा पुरस्कारको लागि नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम मिनीबाट रु. ६०००/-, किरण थापाबाट ६ वटा थर्मस, महेस भट्टराईबाट ६ वटा भित्तेघडी, उपेन्द्र थापाबाट सहभागीलाई चियानास्ता, सूर्यबहादुर थापाबाट २ केजी माछा, दानबहादुर थापाबाट कुखुराको भाले प्राप्त भएको थियो । राजघाट गा.वि.स.का स्थानीय समुदाय विभिन्न क्लवहरूले उपस्वास्थ्य चौकीको स्वास्थ्य शिक्षाको अभियानमा उल्लेख्य काम गरेर अर्को नमूना पेश गरेका छन् । स्वास्थ्यसम्बन्धी जुनसुकै कार्यक्रममा निस्वार्थ एवम् निःशुल्क योगदान दिने गरेका छन् राजघाटका स्थानीय क्लवहरूले स्वास्थ्य चेतना फैलाउन अथवा एच.आई.भी.एड्ससम्बन्धी जनचेतना फैलाउन मात्र होइन महामारी फैलिएका बखत उपस्वास्थ्य चौकीलाई आवश्यक मद्दत पनि गरेका छन् । समुदायमा स्वास्थ्यकर्मी संगै हातेमालो गर्दै सेवा गरेका क्लवका सदस्यहरूका प्रतिवेदन र तस्वीरहरू साक्षी छन् । रिपोर्टमात्र होइन स्वयं समुदायका सदस्यहरूले सामुदायिक संस्था, स्वास्थ्यकर्मी र स्वयंसेवकहरूको मुक्तकण्ठले प्रशंसा गरेका छन् ।

समुदायमा खोलिएका स्वास्थ्य संस्था, स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वयंसेवकहरू हामी समुदायका लागि र समुदाय पनि स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापनका लागि उत्तिकै अपरिहार्य छौं भन्ने कुरा इन्द्रपुर, हसन्दह र राजघाटका समुदायहरूले गरेर देखाएका छन् । अन्य गा.वि.स.हरूमा पनि सहभागिताका यस्तै लहरहरू प्रशस्त देख्न पाइन्छ जुन यो छोटो लेखमा सबै समेट्न सम्भव छैन । जे होस्, मोरङका कतिपय गा.वि.स.हरूमा स्वास्थ्यसम्बन्धी चेतनाको स्तर र सामुदायिक भावनाको विकासलाई नमूनायोग्य मान्न सकिन्छ । मोरङ जिल्लामा समुदायको आवश्यकता र आकांक्षालाई सम्बोधन गर्ने थप नीति र कार्यक्रमको पनि आवश्यकता महसुस भएको छ ।



जनसहभागिताका नमूनाहरू

“आगो तापु मूढाको कुरा सुन्नु बूढाको” भन्ने एउटा उखान छ । सन् नब्बेको दशकताका नेपालको विकास अभियानमा महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याएका डा.मोहनमान सैजुको अनुभव एउटा कार्यक्रममा मैले पनि सुन्ने मौका पाएँ । समुदायको विकासमा समुदायकै सहभागिता भएन भने विकासको स्तर कस्तो हुन्छ र समुदायको सहभागिता भयो भने विकासको दिगोपन कस्तो हुँदोरहेछ भन्ने घत्लाग्दो अनुभव उनले सुनाए । जुन अनुभव नेपालको जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा पनि मिल्दोजुल्दो भएकाले पाठकका सामु राख्दैछु ।

सरकारले योजना आयोगको सचिवालयमा रु. सात लाख रुपैयाँको लागतमा भोलुङ्गे पुल निर्माण गर्नका लागि योजना बनायो । उक्त रकमले सरकारी संयन्त्रबाट दुइओटा भोलुङ्गे पुल बने । ठीक यसैवेला बाग्लुङ्ग जिल्लावासी नागरिक समाजले जिल्लामा भोलुङ्गे पुल बनाउन राष्ट्रिय योजनामा पहल गर्दै थिए । जिल्ला विकास समिति र नागरिक समाजको हौसला देखेर राष्ट्रिय योजना आयोगको निर्देशनमा सम्बन्धित विभाग तथा जिल्ला विकास समितिमार्फत नागरिक समाज अर्थात् उपभोक्ता समितिलाई नै रु. सात लाख उपलब्ध गरायो । यस रकमबाट उपभोक्ता समितिले ६० वटा भोलुङ्गे पुल बनाए ।

उही सात लाख रुपैयाँबाट एकातिर दुईवटा पुल अर्कातिर ६० वटा भोलुङ्गे पुल बनेको कुराले धेरै जिज्ञासा जन्माएछ । यी दुवै योजनाका भोलुङ्गे पुलहरूको प्राविधिक मूल्याङ्कन गर्न संयुक्त राष्ट्रसंघीय विकास कोषबाट विदेशी प्राविधिक भिकाइयो । प्राविधिक मूल्याङ्कनबाट यी दुवै योजनाको गुणस्तरमा कमी नभएको प्रतिवेदन आयो ।

यी दुवै योजनास्थलमा स्थलगत निरीक्षण गर्न डा. सैजु आफै पनि गएछन् । रु. सात लाखले दुईवटा पुल बनेको स्थलमा पुग्दा पुलमा उफेका काठका फल्याक देखाएर सोबारे गाउँलेलाई सोध्दा - “खै आए बनाए गए र विसै” भन्ने जवाफ दिएछन् । यसैगरी उही रु. सातलाखले साठीवटा भोलुङ्गे पुल बनेका स्थलमा पुगेर उसैगरी उफेका काठका फल्याक देखाउँदा गाउँलेले - “तपाईंले हामीलाई सर्मिन्दा बनाउनु भयो, हामी यसलाई तुरुन्त ठीक पाछौं, उप्रान्त यस्तो हुने छैन” भन्ने जवाफ दिएछन् ।

माथिको दृष्टान्तले के देखाउँछ भने विकास निर्माणमा समुदायको सहभागिताले विकास निर्माणप्रति आफ्नोपनामा मूलभूत अन्तर पादोरहेछ । जनसहभागिता बिना बनेका योजना तथा निर्माणमा जनताको चासो र माया नहुँदो रहेछ । अर्कातिर समुदायको सहभागितामा बनेका योजनामा जनताको चासो र अपनत्व हुने रहेछ । यस्ता योजनामा जनताको माया गाँसिने रहेछ ।

स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा स्वास्थ्यसेवामा जनसहभागितालाई पनि यसरी नै जनताको माया र चासो कायम राख्न आवश्यक भएको छ । सरकारी स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मी भनेका सरकारका संस्था हुन् भनेर भनिनु भन्दा पनि यो जनता तथा समुदायको संस्था हो भन्ने भावनाको विकास गर्न रणनीतिक रूपमा स्वास्थ्य सेवा विस्तार गर्नु आजको आवश्यकता भएको छ । स्थानीय स्तरमा खोलिएका स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापनमा स्थानीय जनताको प्रतिनिधित्व गर्ने व्यवस्थापन छ । गा.वि.स.का समाजसेवी, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, महिला, दलित र जनजातिका प्रतिनिधि, शिक्षक र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था र गा.वि.स.का सचिव समेतको व्यवस्थापन समितिमा रहने व्यवस्था छ । यो समितिले चाहेको खण्डमा जनताका माग र आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्न स्थानीय स्तरमा रणनीति तयार गरेर केही काम गर्न सक्दछ । “सरकारले समिति बनाउ भन्यो बनाइयो” भनेर यसको महत्व नबुझेर धेरै ठाउँमा स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन प्रभावकारी हुन सकेको छैन ।

हुन त व्यवस्थापन समितिको एकलो प्रयासले मात्र बाञ्छित लक्ष्य हासिल हुन सक्दैन । यसमा समग्ररूपमा समुदायको सहभागिता आवश्यकता हुन्छ । समितिका पदाधिकारीले पनि आफूले

कुनै खास वर्ग वा समुदायको प्रतिनिधित्व गरेको छु त्यसैले मैले उनीहरूका माग र आवश्यकता राख्ने गर्नुपर्दछ । पहुँच नपुगेका कतिपय समुदायले सूचना वा अज्ञानतावश स्वास्थ्य सेवा लिनबाट उदासिन वा अप्ठेरो अवस्थामा छन् भने गाँठो फुकाउन समितिका सदस्य वा जो कोहीले सहजीकरणको भूमिका निर्वाह गर्नसक्दछ ।

यसैसँग सम्बन्धित एउटा समाचार नमूना भएर आएको छ । “उपस्वास्थ्य चौकीमा निगरानी” शीर्षक दिएर फागुन ११ गते कान्तिपुर दैनिकमा नवलपरासीको एउटा समाचार छापिएको छ । जसलाई मैले समुदाय सशक्तिकरणको एउटा नमूनाको रूपमा लिएको छु । समाचार यस्तो छ - “गाउँका आमाहरूले यहाँका उपस्वास्थ्य चौकीका कर्मचारी र उपचार प्रक्रियाको निगरानी गर्न थालेका छन् । केन्द्रमा कर्मचारी नबस्ने, बसेको समयमा पनि फिल्ड नजाने, बिरामीलाई उचित रेखदेखसहित उपचार नभएको गुनासो आए पछि बडहरा दुबौलिया गा.वि.स.का आमाहरूले केन्द्रको निगरानी थालेका हुन् । गाउँमा रहेका नौवटा आमासमूहका सदस्यहरू सातादिनदेखि पालैपालो स्वास्थ्यचौकीमा आएर कर्मचारीलाई निगरानी गरेका छन् । आमाहरूको भनाइ उल्लंघन गरेमा सिधै जनस्वास्थ्यमा आएर उजुरी हाल्छन् । भनी उपस्वास्थ्य चौकी व्यवस्थापन समितिका सदस्य बेचु गौड भन्छन् - समितिले पनि सही भूमिका निर्वाह नगरेको मूल्याङ्कन आमाहरूले गर्दछन् ।” यो समाचार स्वयम्ले यति धेरै बोलेको छ कि थप व्याख्या आवश्यकता पर्दैन । यस नमूनालाई सबैले गम्भीरतापूर्वक विचार गरेमा हामीले पनि आफ्ना गाउँठाउँ नियाल्ने दृष्टिकोणलाई सापट लिन र प्रयास गर्न सक्दछौं । □

महिलाको आयु र गर्भपतन

सन् २००६ लाई मानव इतिहासमा विशेष वर्षको रूपमा लिइनेछ । समाजशास्त्री, जनसंख्याविद् तथा जनस्वास्थ्यविद्हरूले यो वर्ष चिरस्थायी होस् भन्ने कामना गरेका छन् । कुरो के भने, विश्व जनसंख्या प्रतिवेदन २००५ अनुसार यो वर्ष मात्र इतिहासमा पहिलो पटक महिलाले सरदर आयुमा संसारभरि नै पुरुषहरूको भन्दा बढेको छ, जो प्राकृतिक स्तर मानिन्छ । विश्व जनसंख्या प्रतिवेदन २००१ का अनुसार विश्वका केवल ६ राष्ट्रहरू नेपाल, बोत्सवाना, जिम्बावे, लोसोथो, बंगलादेश र स्वाजीलैण्ड देशहरूमा मात्र महिलाहरूको आयु पुरुषहरूको भन्दा कम रहेको थियो । तर ५ वर्षपछि अर्थात् सन् २००६ मा ती देशहरूमा पनि महिलाहरूको सरदर आयु पुरुषहरूको भन्दा बढी भएको छ । यसरी विश्वमा महिलाले पहिलो पटक जिउने सरदर आयुको सबालमा पुरुषलाई उछिनेर मानव विकासको इतिहासमा कोशेढुङ्गा स्थापना गरेको छ । जसको सबैले स्वागत र निरन्तरताको कामना गर्नुपर्दछ ।

देश	सरदर आयु	आयु (पुरुष)	आयु (महिला)
नेपाल	६२ वर्ष	६२ वर्ष	६३ वर्ष
भारत	६२ वर्ष	६१ वर्ष	६३ वर्ष
बंगलादेश	६१ वर्ष	६१ वर्ष	६२ वर्ष
भूटान	६३ वर्ष	६२ वर्ष	६५ वर्ष
जपान	८२ वर्ष	७८ वर्ष	८५ वर्ष
अमेरिका	७८ वर्ष	७५ वर्ष	८० वर्ष
अफगानिस्तान	४२ वर्ष	४१ वर्ष	४२ वर्ष
इथियोपिया	४८ वर्ष	४७ वर्ष	४९ वर्ष
स्रोत- पपुलेसन रिफरेन्स व्यूरो २००५			

पपुलेसन रिफरेन्स व्यूरोको वार्षिक प्रतिवेदन २००५ का अनुसार नेपालमा हाल पुरुषको आयु ६२ वर्ष तथा महिलाको सरदर आयु ६३ वर्ष पुगेको छ । यसैगरी जापानमा महिला र पुरुषबीचको आयुको अन्तर निकै बढी छ, जहाँ पुरुषको सरदर आयु ७८ वर्ष र महिलाको सरदर आयु ८५ वर्ष पुगेकोछ । अफगानिस्तानको सरदर आयुको स्तर गृहयुद्धका कारण कम छ, जहाँ पुरुषको आयु ४१ र महिलाको सरदर आयु ४२ वर्ष रहेको छ । यसैगरी भोकमरी र एच.आई.भी.एड्सको संक्रमणबाट पीडित देश इथियोपियामा पनि पुरुषको आयु ४७ र महिलाको आयु ४९ वर्ष रहेको छ । गृहयुद्ध मच्चिएका राष्ट्र र एच.आई.भी.एड्स पीडित राष्ट्रहरूमा सरदर आयु निकै कम रहेको छ । विकसित र विकासशील देशबीचको आयुको अन्तर निकै भएतापनि यसको अन्तर क्रमशः वर्षेनी साँगुरिदै गएको छ । यसरी विकसित अथवा विकासशील देशमा महिलाको सरदर आयु पुरुषहरूको भन्दा बढ्नु प्राकृतिक हिसाबले पनि शुभसंकेत हो ।

यहाँ हामीले विचार गर्नुपर्ने कुरा के छ भने जनसंख्या विज्ञानमा मानिसको सरदर आयु मापन गर्दा मानिस जन्मेपछि, मृत्युसम्मको समयावधिलाई गणना गरि सरदर आयु निकाल्ने गरिन्छ । जो सहज र गणना गर्नलाई व्यवहारिक तरिका मानिन्छ । त्यसैले जनसंख्या विज्ञानमा मानिसको सरदर आयुलाई जन्मपछिको आयु भन्ने गरिन्छ । यस सबालमा भारतका अर्थशास्त्री तथा नोबेल पुरस्कार विजेता अमर्त्य सेनले महिला र पुरुषबीचको अधिकार र मृत्युदरको अन्तरलाई विश्लेषण गरी तथ्य र तर्कमा आधारित एउटा नयाँ अवधारणाको सूत्रपात गरेका छन् । उनका अनुसार विश्वमा विकासशील देशहरूमा लैङ्गिक विभेद र असमान मृत्युदरका कारण २० वर्ष यता १ अर्ब

महिला हराएका छन् । मानिसको आयुको गणना मानिस जन्मेपछि मात्र गणना गर्ने प्रचलनमा पुनरावलोकनको गुञ्जायस छ । कुनै मानिसको सृष्टि त वास्तवमा आमाको गर्भमा नै भैसकेको हुन्छ । त्यसैले आयुको गणना गर्भाधानबाटै सुरु गरिनु आवश्यक छ, भन्ने सेनको अवधारणाका पछि महिलालाई गर्भावस्थादेखि नै गरिने विभेदले बल पुऱ्याएको देखिन्छ ।

आज भारत लगायत विश्वका धेरै देशहरूमा भ्रुणको लिङ्गपरीक्षण गरी छोरी भएमा गर्भपतन गर्ने प्रवृत्ति स्वास्थ्य क्षेत्रमा रातारात विकास भएको छ । विगत २० वर्षमा भारतमा मात्र १० करोड छोरीभ्रुणको गर्भपतन गरिएको अनुमान 'लेन्सेट' जर्नल पत्रिकामा प्रकाशित अध्ययनले देखाएको छ । यसरी अब पनि नागरिक समाजले हस्तक्षेप नगरे भारतमा मात्र वर्षमा कमसेकम २ लाख छोरीभ्रुणहत्या वा गर्भपतन गरिन्छ, भनेर त्यहाँका जिम्मेवार संघसंस्थाहरूले चिन्ता व्यक्त गरेका छन् । छोरीभ्रुणहत्याको यत्रो तथ्याङ्क भएतापनि हालै मात्र भारतमा एकजना चिकित्सकलाई भ्रुणहत्या गरेको आरोपमा अदालतले सजाय सुनाएकोछ र समाचार बनेको छ । विज्ञानले दिएको सुविधाको दुरुपयोग गरेर लुकिछिपी गर्भमै यसरी छानीछानी छोरीहरूको हत्या गर्ने हो भने अदालतले मात्र यो समस्या समाधान गर्न सम्भव छैन । कानून र स्वास्थ्य विज्ञानले गर्भपतनलाई निश्चित परिस्थिति, परिवेश र निश्चित हदसम्म छुट दिएको छ । तर लिङ्गविशेषलाई कुनै पनि बहानामा छानीछानी गर्भपतन गर्नु अर्थात् हत्या गर्नु गराउनु कुनै धर्म, कानून र स्वास्थ्य विज्ञानले छुट दिएको छैन ।

वैज्ञानिक साधन र बरदानलाई विवेकहीन हातबाट हुने गरेको दुरुपयोग रोकन जनतामा विद्यमान ज्ञान, धारणा, बानी साथै छोरीप्रतिको सामाजिक मूल्य मान्यतामा पनि सकारात्मक परिवर्तनको खाँचो छ । आजकै दरमा छानीछानी छोरीभ्रुणहत्या गर्ने हो भने आजको २० वर्षपछि केटाको विवाह गर्न केटीको अभाव हुनेछ । आजकल कुनै बहानामा दुलहा किन्नु परे जस्तै दुलही किन्ने दिन धेरै टाढा छैन । अन्ततः यसले सामाजिक, प्राकृतिक सन्तुलनलाई खलल पार्नेछ, र नयाँ सामाजिक विकृति र चुनौतीको सृजना गर्नेछ । गर्भमै लिङ्ग छुट्याई गर्भपतन गर्ने कार्य कानूनले मात्र रोकन सक्दैन । यो नैतिकताको कुरा पनि भएको र यसबाट भविष्यमा हुनसक्ने परिणामहरू गम्भिरताका साथ विचार गरेर सम्बन्धित सबै पक्षले यस्ता घृणित कार्य रोकन अग्रसर हुनुपर्ने देखिन्छ । महिलाको अस्तित्वसँग गाँसिएको यस्तो संवेदनशील सबालमा डाक्टरहरूको सचेतता र जिम्मेवारीबोधको सर्वाधिक आवश्यकता छ । तर यस्तो कार्यमा आमाबाबु, परिवार र समाजको पनि उत्तिकै भूमिका हुने भएकाले सम्बन्धित सबैले यस्तो कार्यलाई दुरुत्साहित गर्न उत्तिकै सचेत र जिम्मेवार बन्नु पर्दछ ।



स्वास्थ्यमा दायित्वको सवाल

नेपालको एक पूर्वी पहाडी जिल्लामा स्वास्थ्य क्षेत्रमा एउटा अनौठो अनुभव गरियो । केही वर्ष अघि उक्त जिल्लाको जिल्ला अस्पतालमा उपचार गराउँदा एकै पैसा नलाग्ने व्यवस्था सुरु भयो । एउटा विदेशी संस्थाका चिकित्सकहरूले उक्त अस्पतालमा सेवा मात्र होइन आवश्यक औषधि पनि निःशुल्क उपलब्ध गराइदिने भएपछि उक्त क्षेत्रका जनता दङ्ग परेका थिए । उक्त विदेशी संस्थाले स्थानीय सरकारी जिल्ला अस्पतालसँग सुरुमा समन्वय गरी सेवा प्रदान गर्न थाल्यो । छोटो समयमा नै उक्त विदेशी संस्थाले स्थानीय जनताबीच लोकप्रिय भयो । गोरा प्रशिक्षार्थी चिकित्सकहरूद्वारा विदेशबाट पालैपालो उक्त दुर्गम जिल्लामा आई विरामीलाई सेवा दिइनु थालियो । यसरी जनताले रोगीका दिन फर्किएको महसुस गरे । यदाकदा दिगोपनाका कुरा कतै उठेमा जनता के भन्नु थाले भने जति वर्ष विदेशी संस्थाले निःशुल्क सेवा उपलब्ध गराउँछ, तबसम्म निश्चिन्त भई सेवा लिनुपर्दछ । त्यसै गरियो । यसअघि उक्त अस्पतालमा सञ्चालित आधा मूल्यमा औषधि उपलब्ध गराउने औषधि व्यवस्थाकार्यक्रम यसपछि कसैलाई आवश्यकता र मतलबको विषय रहेन तब त्यो अस्तव्यस्त र ध्वस्त भयो ।

समय बित्दै गयो अर्थात् एक दुई वर्ष हुँदै गयो तब सेवा प्रदायक संस्था र सेवाग्राही जनताबीचको सम्बन्ध पनि चिसिँदै गयो । जनताले विदेशी चिकित्सकद्वारा उपलब्ध गराइएको सेवास्तरमा गिरावट आउन थालेको महसुस र शिकायत गर्न थाले । दिनभरिको बाटो बोकाएर विरामी अस्पताल ल्यायो डाक्टरले बोकाएर ल्याएको विरामीमा रोग नै छैन भनिदिएपछि विरामी र विरामी बोकाएर ल्याउने विरामीका अभिभावकले चित्त बुझाउन छाडे । घण्टौं लाएर विरामीसँग अन्तर्वार्ता लिएर विरामीको जाँच गर्नु कैयौं पाना रिपोर्ट भरेपछि अन्ततः निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाका नाममा दुई गोली सिटामोल दिने गरिन्छ भनेर गुनासा सुनिनु थालियो । टाढा-टाढाबाट दिनभरि बोकाएर ल्याएका विरामीलाई राम्ररी गम्भिरतापूर्वक हेरिदिनु अनुरोध गर्दा पनि सुनवाई भएन भन्ने गुनासा पनि प्रसस्त आउन लागे । अझ दुर्व्यवहारका समेत शिकायत बाहिर आयो । विदेशी चिकित्सक त्यो दुर्गम जिल्लामा निस्वार्थ सेवा गर्न भन्दा सिकारु विद्यार्थीलाई अभ्यास गर्न गराउन आएका रहेछन् र जनता गिनीपिगका रूपमा हेरिएको रहेछ, भन्ने निष्कर्ष जनताले निकाले ।

जनगुनासाका बारेमा सम्बन्धित जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई सोध्दा उनीहरू पनि जनताका शिकायतसित सहमति राख्छन् । यसरी विदेशबाट केही वर्षका लागि उपलब्ध गराइएको निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाको नाममा वर्षौं लगाएर स्थापित भएको औषधि व्यवस्था कार्यक्रम अस्तव्यस्त भयो । सरकारी जिल्ला अस्पतालका स्वास्थ्य व्यवस्थापनमा सहयोग गर्न आएको विदेशी संस्थाले आफ्ना नीति र निर्देशन पनि सरकारी अस्पतालमा थोपर्नु थाले । हुँदाहुँदै त्यहाँ पहिलेदेखि अस्पतालमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीले आफूले जानेका ज्ञान र सीपको प्रयोग गरी औषधि सिफारिस गर्न पनि नपाइनेसम्मका असहज स्थितिको सिर्जना भयो । विदेशीसंग जे औषधि छ, त्यसैमा सीमित रहेर विरामीको उपचार गर्न स्वास्थ्यकर्मीलाई बाध्य बनाइयो । एक समय त जिल्ला अस्पतालको अधिनमा रहेको एक अपरेसन थिएटर निःशुल्क अस्थायी आँखा शिविर संचालन गर्न केही दिन उपयोग गर्न खोज्दा विदेशीले रोकेपछि व्यवस्थापन समिति र जनता छक्क परे । यसबाट जिल्लावासीले जिल्ला अस्पतालको आफ्नो साधन र स्रोतमाथि विदेशी हस्तक्षेप भएको महसुस गरे ।

यतिबेला उक्त जिल्ला अस्पतालका स्वास्थ्यकर्मी तथा व्यवस्थापन समिति सस्तोदरमा औषधि उपलब्ध गराउने औषधि व्यवस्था कार्यक्रम धरासायी भएकोमा चिन्तित छन् ।

यो अभ्यासले के सिकाएको छ, भने निःशुल्क सेवाका लागि दिगोपना र गुणस्तर चुनौती रहेछन् । केही शुल्क तिरेपछि जनतामा भार पर्ने कुरा त स्पष्ट छ तर यसले नजादिँदो पाराले एक प्रकारको हक पनि स्थापित गर्दोरहेछ । निःशुल्क सेवा भनेपछि स्वास्थ्य संस्थामा कसैको दयापात्रका

रूपमा व्यवहार भएको महसुस हुँदोरहेछ । सरकारको निःशुल्क सेवा भनेको जनताको कर तथा पसिनाको प्रतिफल हो तर विदेशीले दिएको निःशुल्क सेवन अखिर दया नै हो । विदेशी चिकित्सकलाई सरकारी अस्पताल वा जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयको समग्र दायित्व पनि त छैन । सरकारी नीति कार्यक्रम सरकारका प्राथमिकताका बारेमा विदेशीलाई मतलव रहँदैन पनि । यसरी केवल कसैको दया देखाउने स्थल वा अभ्यास गर्ने गराउने थलोका रूपमा मात्र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई हेर्न मिल्दैन । जनताका स्वास्थ्य अधिकारप्रति सरकारको पूर्ण दायित्व छ । दुर्गम क्षेत्रमा हाल सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट दिगो व्यवस्थापन गरी भरपर्दो सेवा सुनिश्चित गरिनुपर्दछ । यसका लागि समुदायको भूमिका पनि सहभागितामूलक हुनुपर्ने देखिन्छ । यसमा सरकारले पनि ध्यान दिन आवश्यक छ ।



स्वास्थ्य क्षेत्रमा समुदाय परिचालन

स्वास्थ्य क्षेत्रमा समुदाय परिचालन गरी समुदाय र स्वास्थ्यकर्मी मिलेर सेवाको पहुँच र सेवाको गुणस्तर अभिवृद्धि गर्ने एउटा प्रक्रियालाई साभेदारी गुणस्तरीय सेवा भनिन्छ । मोरङ जिल्लामा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले जिल्लाका ६५ गा.वि.स.मा सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समिति, आमा समूह, सासु समूह, बुहारी समूह, पुरुष समूह र उपभोक्ता समूहसंग समुदायमा उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाबारे सामूहिक छलफल गरेको छ । सामूहिक छलफल गरी समस्याको पहिचान गरेको छ । समस्याको पहिचान गरी समस्या समाधान गर्न सेवा प्रदायक र सेवाग्राहीबीच गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहिचान गरिएको छ । सो सेवा प्राप्त गर्न स्वास्थ्यकर्मी, व्यवस्थापन समिति र सेवाग्राहीले खेल्नुपर्ने आ-आफ्ना भूमिकाको पहिचान पनि गरिएको छ । यसमा आफ्नो समुदायका स्वास्थ्य समस्या निराकरण गर्न सहभागितामूलक ढंगले योजनाको निर्माण तथा कार्ययोजना तय गरिन्छ । जसलाई हामी स्वास्थ्य क्षेत्रमा समुदाय परिचालन भनिन्छ ।

यो किन आवश्यक पन्यो ?

- ❖ स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिदै आएको सेवालालाई गुणस्तरीय बनाउन ।
- ❖ गुणस्तरीय सेवा प्रणालीलाई दिगोपन दिन ।
- ❖ गुणस्तर बढाउने काममा समुदायको सहभागिता गराउन ।
- ❖ सेवा लिने र दिनेबीचको सामाजिक, सांस्कृतिक दूरी घटाउन ।
- ❖ पिछडिएका वर्गहरुमा सेवाको पहुँच बढाउन ।
- ❖ समुदायमा स्वास्थ्य संस्था प्रति आफ्नोपनको भावना विकास गराउन ।

आधारभूत अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा सबै जनताले उपभोग गर्न पाउनु उनीहरूको नैसर्गिक अधिकार हो । उक्त सेवाको पहुँच जनता सामु पुऱ्याउनु सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्यकर्मीको दायित्व हो । निश्चय नै स्वास्थ्य सेवा मानव जीवनको सम्बेदनशीलतासंग गाँसिएको छ । स्वास्थ्य सेवा गुणस्तरीय हुनुपर्दछ, भन्ने कुरामा दुईमत छैन । गुणस्तरीय सेवा भन्नाले प्राविधिक रूपमा निर्धारित मापदण्ड अनुरूपको सेवास्तर र सेवाग्राहीको सन्तुष्टीलाई बुझिन्छ । साथै स्वास्थ्य सेवाले भौगोलिक, सामाजिक तथा सांस्कृतिक रूपमा उपेक्षित समुदाय जस्तै दलित, सीमान्तकृत जनजाति, महिला तथा असहायलाई समावेश गरी समतामूलक सामाजिक विकास प्रवाहमा समेट्न सक्नुपर्दछ ।

स्वास्थ्य सेवालालाई गुणस्तरीय, जनमुखी र जनउत्तरदायी पुर्ण बनाउन सहभागीमूलक र समावेशी कार्यक्रम अवलम्बन गर्नु आजको टड्कारो आवश्यकता हो र सो को प्रत्याभूति उचित समुदाय परिचालन विधि र रणनीति अवलम्बनबाट सम्भव छ ।

अर्कोतिर विकेन्द्रीकरणको अवधारणाअनुसार जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालयअन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन र संचालन, स्थानिय स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिबाट हुने गरी स्थानीय निकायलाई हस्तान्तरण भइसकेको सन्दर्भमा उक्त संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको क्षमता अभिवृद्धि गर्नु अत्यन्त आवश्यक छ ।

यसै सन्दर्भमा जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालयबाट संचालित सेवामुखी कार्यक्रमहरूलाई अझ बढि प्रभावकारी (Systemic effect) र गुणस्तरीय बनाउनको निम्ति जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालय, मोरङ र सेभ द चिल्ड्रेनको सहकार्यमा समुदाय परिचालन कार्यक्रम (साभेदारी गुणस्तरीय सेवा) र स्थानिय स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको क्षमता अध्ययन तथा सुदृढिकरण कार्यक्रमहरू संचालन गर्दै आइरहेको छ ।

विगत केही वर्षयता संचालन तथा सम्पन्न भएका साभेदारी गुणस्तरीय सेवा प्रक्रिया अवलम्बनबाट स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाद्वारा प्रदत्त सेवाहरूको गुणस्तर अभिवृद्धिको निम्ति विविध

समस्या र सुभावरु आएका छन र सो को निदान/समाधान स्थानीय स्तरमा नै खोज्नु समिति र संस्थाको लागि एउटा चुनौती र अवसर दुवै हो । अर्कोतर्फ स्थानिय स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको माकुरी-जालो अध्ययनमा संगठनात्मक सुदृढीकरण, स्थानीय स्रोतको परिचालन र योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कनमा विशेष जोड दिनुपर्दछ । फलोअप भ्रमणमा देखिएका कुराहरू (Findings) लाई आधार बनाउँदा, केही कुराहरूमा उत्साहजनक रूपमा समितिको सक्रियता, प्राथमिकीकरण गरिएका समस्याहरूको समाधान भएको देखिन्छ भने सुधार गर्नुपर्ने कुराहरूमा नियमित बैठकको अनिवार्यता, सबैजना सदस्यहरूको निर्णय गर्ने प्रक्रियामा सहभागिता र गुणस्तर सम्बन्धि कुराहरूलाई प्रत्येक बैठकमा निरन्तरता दिनुपर्ने देखिन्छ ।

समग्रमा साभेदारी गुणस्तरीय सेवा र स्थानीय स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको क्षमता अध्ययन तथा सुदृढीकरण कार्यक्रमलाई पटके (One Short) कार्यक्रमको रूपमा मात्रै नहेरी प्रक्रियागत र Cross Cutting Issues को रूपमा मननु गर्दै भविष्यमा यसलाई जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको दिगो विकास गर्न एउटा रणनीतिको रूपमा विस्तार गर्नु उपयुक्त देखिन्छ ।

अन्तमा साभेदारी गुणस्तरीय सेवा आफैमा एउटा थप सेवा नभएर यो भइरहेको स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढ बनाउने समुदाय परिचालनको प्रमाणिक विधि (Approach) भएकोले यसले समुदायमा संचालित स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूमा उचित जनसहभागिता जुटाई सेवालाई जनउत्तरदायी र पारदर्शी बनाई सेवाको गुणात्मक र संख्यात्मक उपलब्धि हासिल गर्न यो सहायकसिद्ध हुनेछ । त्यसैगरि, प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा रहेको स्थानीय स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समिति/गुणस्तर सुधार टोली र स्वास्थ्यकर्मीहरूकाबीच उचित सहकार्य हुनसके सामुदायिक स्वास्थ्य क्षेत्रको विकास र विस्तारको निम्ति साभेदारीमा आधारित गुणस्तरीय सेवाले थप उर्जा (Synergy) पैदा गर्नेछ ।



बचत र स्वास्थ्य

भापा शनिश्चरे गा.वि.स. वार्ड न. ५ बस्ने रोजी थापालाई सुत्केरी गराउन आम्दा अस्पताल दमकमा लानुपन्थो । उनलाई उपचार गर्दा धेरै खर्च भयो । उनलाई आमासमूहले निर्व्याजी रुपमा रु.२०,०००/- उपलब्ध गराई सहयोग गर्‍यो । यसैगरी शनिश्चरे ५ कै बुनु सुब्बालाई पनि सुत्केरी गराउन धुलावारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा लगियो । आमासमूहले उनलाई पनि उपचारमा लागेको रु.२,०००/- निर्व्याजी उपलब्ध गरायो र सहयोग गर्‍यो । हाल उनीहरूले उक्त सापटी रकम फिर्ता पनि गरिसकेका छन् ।

स्वास्थ्य सेवालालाई दिगो बनाउन र पहुँच बढाउन बचत कार्यक्रम प्रभावकारी देखिएको छ । समुदायमा रहेका आमासमूहहरूले स्वास्थ्यसम्बन्धी कार्यक्रम सामूहिक रूपमा गर्दै आएका छन् । यसका अतिरिक्त कतिपय आमासमूहले बचत परिचालन पनि गरेका छन् । यसले समूहमा कुनै सदस्यलाई परेको बेलामा स्वास्थ्य उपचार गर्दा लाग्ने खर्च टार्न ठूलो सहयोग गरेको छ । यसका साथै अन्य गर्जो टार्न पनि यस्ता बचतबाट ठूलो राहत मिलेको छ ।

यसरी भापा जिल्लाको शनिश्चरे गा.वि.स.का उत्साही आमासमूह, महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविका र स्थानीय ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताको पहलमा उदाहरणीय प्रयास भएका छन् । शनिश्चरे गा.वि.स.मा कार्यरत ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ता कृष्णप्रसाद ढुङ्गानासहित महिला स्वास्थ्य स्वयम्सेविका र आमासमूहले छलफलमा एउटा उपाय निकाले । महिला गर्भवती भएको बेलामा सुत्केरी गराउन लाग्ने खर्चको जोहो गर्नलाई हरेक आमाबाट प्रत्येक महिना रु.५०/- का दरले बचत जम्मा गर्दै जाने र यसबाट जम्मा भएको रकमले कुनै सदस्य महिला सुत्केरी गराउँदा निर्व्याजी ऋण उपलब्ध गराउने प्रवन्ध गरियो । शनिश्चरे वडा न.५ मा हाल ४० जना आमाहरूको समूह छ । यसैगरी शनिश्चरे गा.वि.स. वार्ड न. ६ मा १२० जना आमाहरूको आमासमूह छ ।

अहिले आमासमूहमा रु. दुई लाखभन्दा पनि धेरै रकम जम्मा भइसकेको छ । स्वास्थ्य उपचारको अतिरिक्त अन्य सामाजिक क्षेत्रमा पनि लगानी गर्न आमासमूह पछाडि परेका छैनन् । शनिश्चरे गा.वि.स. वार्ड न. ३ कि निरा पोखरेललाई आमासमूहले उनकी छोरीको विवाह गर्नका लागि पनि आमा समूहले कम व्याज दरमा ऋण उपलब्ध गराएको थियो । उनलाई मात्र होइन आफ्नी छोरीको विवाह गर्नका लागि शनिश्चरेकै दुर्गा भट्टराईलाई पनि ऋण सापट दिएको थियो । यति मात्र कहाँ हो र आमासमूह आफ्नो कोषलाई बढाउन आकर्षक व्याजमा लगानी गर्न पनि पछि परेका छैनन् । विदेश जाने केहीलाई समय-समयमा ऋण उपलब्ध गराएका छन् । आमासमूहको रकम खाइदिने आँट कसैले गरेका छैनन् भनी स्वयम् आमाहरू र स्वयम्सेविकाहरू बताउने गर्दछन् ।

बचत रकमको कसरी सही हिसाबकिताब राख्ने भन्ने चिन्ता चाहिँ आज आमासमूहलाई परेको छ । 'हिसाबकिताब दुरुस्त राख्ने तालिम हामीलाई दिनुपर्‍यो' भनी उनीहरूले सरकारसित अनुरोध गरेका छन् । वास्तवमा आज यस्ता आमासमूहलाई लेखासम्बन्धी तालिमको आवश्यकता टड्कारो महसुस गरिएको छ ।

यसरी बचत र स्वास्थ्य प्रवर्धनको अन्तरसम्बन्धलाई बुझेर आयआर्जन कार्यक्रमलाई पनि स्वास्थ्य कार्यक्रमसँगै गाँसेर लिएमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपयोग बढ्ने कुरा माथिका नमूनाहरूले प्रस्ट पारेका छन् ।



प्रकोप व्यवस्थापन

दैवीप्रकोप भन्नाले हामी एक्कासि घटित हुने भूकम्प, बाढी, पहिरो तथा महामारी भन्ने बुझ्दछौं । वास्तवमा नेपाल प्राकृतिक प्रकोपको अत्यन्त जोखिमपूर्ण क्षेत्रमा पर्दछ । आवश्यक पूर्वतयारी गर्न सकिएन भने यसले ठूलो जनधनको क्षति गर्दछ ।

प्रकोपलाई दुई भागमा बाँडेर हेर्न सकिन्छ । (१) प्राकृतिक र (२) मानव निर्मित । प्राकृतिक प्रकोपमा भूकम्प, बाढी, पहिरो, महामारी, सुख्खा, हुरी, हिमताल फुट्नु आदि पर्दछन् । यसैगरी मानव निर्मित प्रकोपमा आगलागी, पहिरो, औद्योगिक दुर्घटना, यातायात दुर्घटना तथा द्वन्द्व आदि पर्दछन् ।

यसरी एक्कासि घट्ने प्रकोपले अत्यावश्यक सेवाहरू जस्तै: खानेपानी, आपूर्ति, सरसफाईलगायत स्वास्थ्यसेवामा समेत व्यवधान पुऱ्याउँछन् । फलस्वरूप यस्ता प्रकोप प्रभावित क्षेत्रमा जनताहरूको स्वास्थ्यमा गम्भीर असर पर्दछ । यसबाट खासगरी जोखिममा रहेका बृद्ध, महिला र बालबालिकाहरूको जीवन र स्वास्थ्यमा बढी असर पर्दछ । किनभने यो समूह दैवीप्रकोपको सामना गर्न नसकी अत्यावश्यक सेवा तथा स्रोतसम्म पुग्न असमर्थ हुन्छन् । यस्ता विशेष ध्यान पुऱ्याउनुपर्ने समूहहरूमा बालबालिका, गर्भवती तथा सुत्केरी महिला, दूधे बालककी आमा, बृद्ध तथा गरिब असहाय पर्दछन् । यसका अतिरिक्त रोगी, घाइते तथा विकलाङ्ग व्यक्तिहरूलाई पनि दैवीप्रकोपपश्चात् स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न विशेष ध्यान दिनुपर्दछ ।

दैवीप्रकोप (Disaster) र जोखिम (Hazard) भन्नाले असामान्य घटनाहरू हुन् जसबाट मानिसको जीवन र रहनसहनमा नकारात्मक असर गर्दछ । जोखिम शब्दले त्यस्तो स्थितिलाई बुझाउँछ, जसको फलस्वरूप दैवीप्रकोपका घटना हुनेगर्दछन् । धेरैजसो दैवीप्रकोपको अवस्थामा बाह्य सहयोगको आवश्यक पर्दछ ।

दैवीप्रकोप व्यवस्थापन चक्रमा ५ वटा चरण छन् । (१) दैवीप्रकोप (२) उद्धार (३) पुनर्स्थापना (४) दैवीप्रकोप न्यूनीकरण र (५) पूर्वतयारी । प्रकोपपश्चात धेरै देखापर्ने रोगहरूमा भाडापखाला, दादुरा, श्वासप्रश्वास रोग, जापनीज इन्सेफलाइटिस, औलो, कालाज्वर पर्दछन् । दैवीप्रकोपका घटना भएपछि यी रोगहरू फैलिने वा पहिले देखि नै फैलिएको भएमा कडा रूपमा देखापर्ने सम्भावना बढेर आउँछ ।

दैवीप्रकोपको पूर्वतयारी गर्नका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रमा आर.आर.टी. अर्थात् रेपिड रेस्पन्स टिमको गठन गर्ने गरिएको छ । केन्द्रीय स्तरमा इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखाका निर्देशक, क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयमा क्षेत्रीय निर्देशक र जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा जिल्ला जनस्वास्थ्य प्रमुख फोकल पर्सन रहने गरी ११ सदस्यीय टोली गठन गरिन्छ । जसले सूचना आउनासाथ आवश्यक पहल गर्ने गर्दछ । स्थानीय स्वास्थ्य संस्था, गा.वि.स.संग सम्पर्क र समन्वय गरी प्रकोप व्यवस्थापन गर्ने गरिन्छ ।

जिल्ला तथा समुदाय स्तरमा दैवीप्रकोपको पूर्वतयारी गर्न निम्न उपायहरू गर्न सकिन्छ । (१) दैवीप्रकोप पूर्वतयारीको योजना बनाउने । (२) द्रुत सूचना प्रणाली । जिल्ला स्वास्थ्य तथा जनस्वास्थ्य कार्यालयमा एउटा सूचना केन्द्रको स्थापना गरी त्यसले ग्रामीण तहबाट सूचना लिने र तत्कालै आर.आर.टी.लाई उपलब्ध गराउनुपर्दछ । यसका साथै नेपाल रेडक्रस, जिल्ला प्रशासन, प्रहरी, स्काउट तथा अन्य संघसंस्थसंग समन्वय गरी दैवीप्रकोपका बारेमा संयन्त्रको विकास गरी त्यसलाई सुदृढ गर्नुपर्दछ । (३) तालिम । आर.आर.टी. तथा स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिमको व्यवस्था मिलाउनुपर्दछ । (४) औषधिको बफर स्टकको व्यवस्था । दैवीप्रकोप अर्थात् महामारीमा हुनसक्ने आपतकालीन अवस्थाका लागि आवश्यक पर्ने औषधि तथा उपकरण बफर स्टकका रूपमा राख्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्दछ । (५) खानेपानी तथा सरसफाई । पूर्वतयारी योजना बनाउँदा सुरक्षित खानेपानी तथा सरसफाई जस्ता वातावरणीय स्वास्थ्यमा पनि ध्यान पुऱ्याउनु पर्दछ ।



किन बन्ने किन बनाउने डाक्टर ?

आज एकपटक फेरि हेल्थ असिष्टेन्ट (एच.ए.) लाई एम.बी.बी.एस.पढ्न दिइनुपर्छ भन्ने माग मुलुकमा बल्भेको छ । आजकल एच.ए.हरुले जुन आन्दोलन छेडेका छन् त्यो आजभन्दा भण्डै तीन दशकअघि नै यही मुलुकमा हासिल गरिसकिएको एक उपलब्धि थियो, जसलाई सुनियोजित ढङ्गले हटाइयो । सर्वप्रथम त्रि.वि.वि. चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानले आफैले हासिल गरेको देश सुहाउँदो उक्त अत्यन्त उपयोगी परम्परालाई नामोनिसाना नरहने गरी आफैले मेटायो । सरकारी अनुदान प्राप्त उक्त संस्थान पश्चिमी मुलुकमा बिकने खालका चिकित्सक उत्पादन गर्ने संस्थानको रूपमा परिणत गरियो । मुलुकले आज देशको लागि आवश्यक पर्ने चिकित्सक उत्पादन गर्ने निजी क्षेत्रका मेडिकल कलेजमात्र हैन सरकारी अनुदान प्राप्त प्रतिष्ठान तथा संस्थानसमेत आज अरब तथा पश्चिमी मुलुकमा निर्यात हुने चिकित्सक उत्पादन गर्ने मेडिकल कलेजरूपी कारखानामा परिणत भएका छन् जसबारे सोच्ने बेला आएको छ । किनभने हरेक वर्ष लगभग १ हजार भन्दा बढी नेपालीहरू स्वदेश र विदेशबाट पढेर आउने उत्पादित हुन्छन् । तर मुलुकमा सधैं डाक्टरकै अभाव हुने विडम्बना यथावत् छ । यसप्रति जिम्मेवार निकायले गम्भिरतापूर्वक सोच्ने बेला आएको छ । विश्वमा सबैभन्दा बढी मातृमृत्यु दर, अति उच्च शिशु मृत्युदर भएको नेपालले यसरी विदेशकै निमित्त डाक्टर उत्पादन गर्नुको अर्थ अझै किन नखोज्ने ?

डाक्टर उत्पादन गर्ने मेडिकल कलेजहरू मेचीदेखि महाकालीसम्मै ढाक्नेगरी खोलिएका छन् । तर त्यसरी खोलिएका मेडिकल कलेजबाट उत्पादित डाक्टरहरू नेपाल र नेपालीका लागि भन्दा पनि विदेशका लागि मात्र उत्पादन भएका छन्, जुन चिन्ताको विषय हो । आज यसको चिन्ता हरेक सचेत नागरिकले गर्ने गरेको छन् । तर जिम्मेवार निकायले नीतिगत तहमै गम्भिरतापूर्वक नसोचेसम्म यहाँ केही हुनेवाला छैन । एकातिर हामी हाम्रा गोर्खा भर्ती केन्द्रमा भर्ती भएर देशको युवाशक्ति विदेश पलायन भयो भनेर चिन्ता व्यक्त गर्छौं । तर आज अतियोग्य जनशक्ति विदेशीका लागि तयार पाइँछौं । यसबारे किन पर्याप्त बहस हुँदैन ? किन आवाज उठाएको किन सुनिँदैन ? मुलुकको त्यत्रो साधन र स्रोत खर्च गरेर उत्पादन गरेका चिकित्सक विदेश निर्यात हुने परिस्थितिको अन्त्य के सम्भव छैन ? यसको उत्तर जनताले कोसँग माग्ने ? यसलाई नियन्त्रण गर्न जिम्मेवार निकायले के के पहल गरे ? विश्लेषण गर्ने बेला भएको छ ।

देशको लागि गम्भिरतापूर्वक सोच्ने मानिस यो देशमा नजन्मेका होइनन् । विदेश घुमेर विदेशजस्तै झलमल बनाउन विदेशी प्रविधि हुबहु नक्कल गर्नुपर्छ भन्ने मानिस यो देशमा धेरै छन् । अर्कातिर देशको विशिष्टता हेरेर देशको माटो अनुकूलको प्राविधिक जनशक्तिको विकास गर्नुपर्छ भन्ने विज्ञ पनि यहाँ नभएका होइनन् । पछिल्ला थरीका मानिसलाई नब्बेको दशक पछि आएको विश्वव्यापिकरणले अरु पाखा लगाइ दियो । स्वास्थ्य क्षेत्रमा हाम्रो देशको सामाजिक, आर्थिक, भौगोलिक तथा सास्कृतिक विशिष्टताअनुसारको स्वास्थ्य शिक्षा दिइनुपर्छ र यो माटोलाई सुहाउने चिकित्सकलाई देशमै उत्पादन गर्नुपर्दछ भन्ने व्यक्ति यो देशमा जन्मेका थिए । जसले चिकित्सा विज्ञानमा प्रमाणपत्रतह उत्तिर्ण गरेका हेल्थ असिष्टेन्ट (एच.ए.) लाई स्नातक वा एम.बी.बी.एस.पढाउने प्रथाको सुरुवात गरे । उनी थिए त्रिभुवन विश्व विद्यालय चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानका डिन डा.मोइन शाह । नेपालमा सेतो काग जन्मिने भो भनेर उनका विरोधीहरूले हौवा फिजाएर विश्वमा प्रचलित मान्यताअनुरूप विशुद्ध विज्ञान प्रमाणपत्र तहलाई मात्र एम.बी.बी.एस.पढ्न दिइनुपर्छ भन्नेहरू सबै उनी विरुद्ध खनिए । अन्ततः उनले देशै छाडेर विदेश पलायन हुन बाध्य हुनुपऱ्यो । त्रि.वि.वि. चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानले एच.ए.को उत्पादन बन्द गरेर एच.ए.लाई एम्.बी.बी.एस.को ढोका सदाको लागि बन्द गरिदियो । यसरी डा.मोइन शाहका

पदचिन्ह मेटाइयो । आज देशभरिका विश्वविद्यालयहरू डाक्टर बनाउने कारखानामा बदलिएको छन् । डाक्टररूपी सुवासको खोजीमा छटपटिएको कस्तुरीको नियती भोग्दैछन् आज नेपाली जनता ।

योग्य विद्यार्थीको चयन गर्ने, स्तरीय शिक्षा दिइने, खुल्ला प्रतिस्पर्धा गरिने नाममा दुर्गम तथा ग्रामीण क्षेत्रका विद्यार्थीहरूलाई मेडिकल पढाइबाट पाखा पारिए । महङ्गो पढाई शुल्कका बाधा सिर्जना गरेर मध्यमवर्गीय परिवारका विद्यार्थी पनि किनारा लगाइए । यसरी अब मेडिकल पढाईको पहुँच प्रायः त्यस्तो वर्गमा पुग्यो जो गाउँघरको परिवेशसँग अपरिचित छ । जसलाई ताप्लेजुडको लुडथुड प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र त परै जाओस् मोरङको भुर्किया प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा काम गर्न पनि स्वीकार्य छैन । जहाँ उसको डाक्टरी पढाइमा लागेको १५।२० लाख खर्च उठाउन सम्भव छैन त्यसैले ऊ विदेश पलायनका तानाबाना बुन्नतिरै लाग्दछ । यही स्थिति रहेमा हाम्रो मुलुकका मेडिकल कलेजबाट वर्षमा जति हजार डाक्टर उत्पादन भए पनि मुलुकका ७५ जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाका डाक्टर दरबन्दी पूरा हुन सम्भव छैन ।

यही सवाललाई निकै हृदयसम्म सम्बोधन गर्न सकिन्छ - एच.ए.हरूलाई एम.बी.बी.एस.को ढोका खोलेर । किनभने एच.ए. आफ्नो सेवावधिमा नेपालको हावापानी र माटोसँग भिजिसकेको हुन्छन् जसले देशको माया र सेवाको महत्व बुझ्ने मौका पाएका हुन्छन् । प्रायः उसले थप वृत्तिविकास गरी डाक्टर बनेर सोही ठाउँमा सेवा गर्ने अठोट मनमनै गर्दछ । अर्को कुरा एच.ए. प्राय मध्यमवर्गीय परिवारबाट छन् र जो गाउँले परिवेश सँग परिचित हुन्छन् र स्वभाविक रूपमा डाक्टर बनेपछि आफ्नो जिल्लामा कार्य गर्न इच्छुक हुन्छन् । तर यसमा पनि थुप्रै चुनौती छन् । मुख्य कुरो डाक्टरी पढाई खर्च ज्यादै महङ्गो भएकाले लागेको पढाई खर्च उकास्न विदेश पलायन हुने स्थिति सिर्जना भई हालका एच.ए. तथा भविष्यका डाक्टरलाई पनि यो समस्याले गाँज्न सक्तछ । डाक्टरी पेशा पैसा कमाउने पेशामात्र होइन यो पेशा त सेवा र समर्पणको पेशा हो भन्ने कुरा भविष्यका डाक्टरले मनन नगरे सम्म यो मुलुकलाई जितिसुकै डाक्टर बनुन् त्यसको केही अर्थ छैन । हामीले कहिले बुझ्ने कि शिक्षाको व्यापारीकरण अन्त्य नगरी सबै नेपालीले डाक्टरको मुख देख्न पाउने छैनन् ।



एक्काइसौं शताब्दीका स्वास्थ्य प्राथमिकताहरू

स्वास्थ्य आधारभूत मानवअधिकार हो । स्वास्थ्य क्षेत्रको विकास नभई सामाजिक र आर्थिक विकास असम्भव छ । विश्व समुदायले मानवीय स्वास्थ्य स्थितिलाई मानवअधिकार संग गाँसेर हेर्नुको पछि यसको समान र समतामूलक पहुँचको प्रत्याभूति गर्न खोजेको छ । विभिन्न अन्तर्राष्ट्रिय मञ्चहरूमा यसबारे गम्भीर चिन्तन गरिएका छन् र यसबारे प्रतिबद्धता जाहेर गरिएका छन् । एक्काइसौं शताब्दी कसरी स्वस्थ बनाउने भन्ने ध्येयले स्वास्थ्य क्षेत्रमा स्थानीय, राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय क्षेत्रमा स्वास्थ्य प्रवर्धनमा प्राथमिकीकरण निर्धारण गरिएका छन् । यसै सन्दर्भमा सन् १९९७ मा इण्डोनेसियाको राजधानी जाकार्तामा सम्पन्न एक अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलनले एक्काइसौं शताब्दीमा विश्वको मानव स्वास्थ्यको भाग्यरेखा कोर्ने लक्ष्य राखेको छ । विश्वका राष्ट्र तथा सरकार प्रमुखहरूले नयाँ शताब्दीलाई कुन दिशामा निर्देशित गरेमा अपेक्षित लक्ष्य हासिल गर्न सकिन्छ भनेर निष्कर्ष निकाले र आ-आफ्ना राष्ट्रमा योजना, नीति र कार्यक्रममा अनुवाद गर्ने गरी हस्ताक्षर गरेका छन् ।

जाकार्ता घोषणापत्रले एक्काइसौं शताब्दीमा स्वास्थ्य स्थितिको विश्लेषण गर्ने क्रममा स्वास्थ्य हासिल गर्न आवश्यक पूर्वावश्यक स्थितिको पहिचान, विश्वमा नयाँ रोग जस्तै: एच.आई.भी.एड्स तथा पुराना बलिभएका रोगहरू जस्तै: औलो कालाज्वर, डेंगीजस्ता रोगहरूको स्थिति, रोग प्रसारमा अन्तर्राष्ट्रिय कारक तत्वहरूको पहिचान र स्वास्थ्यलाई असर पार्ने जीवनशैली, मूल्यमान्यताका बारेमा पर्याप्त विश्लेषण गरिएका छन् । उपरोक्तानुसार आ-आफ्ना राष्ट्र तथा क्षेत्रमा स्थितिको विश्लेषण गरी राज्यलाई स्वास्थ्य नीति निर्माण गर्न सम्मेलनले सदस्य राष्ट्रलाई मार्गनिर्देश पनि गरेको छ ।

एक्काइसौं शताब्दीमा स्वास्थ्य प्रवर्धनमा प्राथमिकीकरण गर्नु पर्ने विषय र सवालहरू यसप्रकार छन् । (१) सामाजिक दायित्वको अवधारणालाई विकसित गर्ने । स्वास्थ्य भनेको सेवा, सुविधा र वस्तुमात्र नठानेर यो जीवनशैली र सहभागिता आवश्यक पर्ने साध्य र साधन दुवै हो । यसका लागि राज्य, गैरसरकारी तथा नीजि क्षेत्र तथा समुदाय र व्यक्तिको आ-आफ्नो दायित्व र भूमिका रहेको हुन्छ । (२) स्वास्थ्यमा लगानीको अभिवृद्धि गर्ने । अन्य क्षेत्रमा जस्तो स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी गरेर प्रतिफल तुरुन्त र प्रत्यक्ष देखिदैन । तर स्वास्थ्यले व्यक्तिको उत्पादकत्व वृद्धि गरेर लगानीको प्रतिफल दिन्छ भनेर हिसाबकिताव गर्न सकिन्छ । व्यक्तिको स्वास्थ्यको लागि व्यक्ति स्वयंले पर्याप्त खर्च गर्न अग्रसर भएको देखिन्छ । तर समुदायको स्वास्थ्यको लागि आवश्यक लगानी राज्यले नै गर्न नसकेको स्थिति छ । (३) साभेदारी र सहभागितामा अभिवृद्धि गर्ने । सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाहरूबीच साभेदारीका अवधारणाअनुरूप स्वास्थ्य कार्यक्रम अगाडि बढाउनु पर्दछ भनेर सम्मेलनले मार्गनिर्देश गरेको छ । (४) सामुदायिक तथा व्यक्तिगत सशक्तिकरण गर्ने । समुदाय र व्यक्तिलाई सूचना, ज्ञान तथा सीपद्वारा सशक्त पार्न सकिन्छ । (५) स्वास्थ्य प्रवर्धनका पूर्वाधार विकास गर्ने । जनसंख्याको आवश्यकता र मागलाई ध्यानमा राखेर स्वास्थ्य सेवाको विकास र विस्तार गरिनु पर्दछ ।

नेपालमा स्वास्थ्य नीति २०४८ निर्माण गर्ने बेलामा जाकार्ता सम्मेलनको भावना र मर्मलाई पनि आत्मसात गर्ने प्रयास अवश्य गरिएको देखिन्छ । तर कार्यान्वयन तहमा अझै पनि व्याख्या र विश्लेषणको खडेरी देखिन्छ । स्वास्थ्य संस्था स्थानीय निकायमा हस्तान्तरित भएको स्थितिमा राष्ट्रिय

नीति र अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धताजस्ता सैद्धान्तिक अवधारणाको अभावमा स्वास्थ्य सेवाका प्राथमिकीकरणजस्ता प्राविधिक पक्षमा पछि पर्नसक्ने ठूलो च'नैतीहाम्रा सामू देखापरेको छ । आज जिल्ला विकास समिति, नगरपालिका, गाउँ विकास समितिका प्राथमिकीकरणका क्षेत्र र राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय प्राथमिकताबीच तालमेल मिलाउने दायित्व यस्ता कागजी नीतिले मात्र धान्न नसक्ने अवस्थामा पुगेका छन् । विकासले गति लिन नसकेको दोष जति सबै योजना अर्थात् योजना आयोगलाई लगाई आफू चोखो हुन पनि खोज्छन् कतिपय निकाय । तर मेरो व्यक्तिगत विचारमा आज योजना आयोग अझ जिल्ला स्तरमा समेत योजना निर्माणमा एउटा मार्गनिर्देशक निकायको रूपमा स्थापित भई रहनुपर्ने आवश्यकता छ । व्यवस्था र कार्ययोजना प्रभावकारी कार्यान्वयनको खाँचो छ । जसले स्थानीय निकायलाई अन्तर्राष्ट्रिय आकांक्षा, राष्ट्रिय प्रतिबद्धतालाई स्थानीय समुदाय स्तरसम्म पुऱ्याउन मार्गनिर्देशकको भूमिका निर्वाह गरोस् ।

सन्दर्भ सामग्रीहरू

१. स्वास्थ्य मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग, औलो सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताको लागि पुस्तिका, २०५९
२. स्वास्थ्य मन्त्रालय, एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति, २०५२
३. स्वास्थ्य मन्त्रालय, औषधि सम्बन्धी वित्तीय व्यवस्थानीति २०५७
४. स्वास्थ्य सेवा विभाग, धुम्रपान सन्दर्भ सामग्री, २०६३
५. राष्ट्रिय योजना आयोग नेपाल, दशौं पञ्चवर्षिय योजना
६. स्वास्थ्य मन्त्रालय नेपाल, दोस्रो दीर्घकालीन योजना
७. स्वास्थ्य मन्त्रालय, नीति तथा कार्यक्रमहरू, २०५९
८. केन्द्रीय तथ्याङ्क विभाग, राष्ट्रिय योजना आयोग, प्रकाशित जनसंख्या सम्बन्धी सूचनाहरू, २०६१
९. स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, प्रकाशित मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य संचार संदेश, २०६३
१०. निलम कुमार शर्मा, नेपालमा योजना र विकास, पैरवी प्रकाशन, २०६०
११. यू.एन.डि.पी., नेपाल मानव विकास प्रतिवेदन, २००४
१२. स्वास्थ्य सेवा विभाग, नेपाल परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०५४
१३. पूर्वाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, वार्षिक प्रतिवेदनहरू
१४. स्वास्थ्य मन्त्रालय, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०४८
१५. विश्व बैंक, राज्य सहयोग रणनीति, प्रगति विवरण, २००३,
१६. डी.एफ.आइ.डी., राज्य सहयोग नीति, विकास, २००४,
१७. संयुक्त राष्ट्र संघ नेपाल, सहस्राब्दी विकासको लक्ष, प्रगति विवरण २००२
१८. स्वास्थ्य मन्त्रालय, स्थानीय स्वास्थ्य संस्था हस्तान्तरण तथा सञ्चालनका लागि निर्देशिका, , २०६०
१९. पृ.क्षे.स्वा.नि. र बी.एन.एम.टी, स्वास्थ्य सुधार कार्यक्रमको लेखाजोखा, २००३
२०. ADRA, Safe motherhood project reducing maternal mortality, Newsletter, June 2005.
२१. CBS, National Population Census, 2001
२२. CBS, Statistical Pocket book Nepal, 2002.
२३. Central Bureau of Statistics, His Majesty's Government of Nepal. 2002. Population of Nepal: Village Development Committees / Municipalities Population Census 2001.
२४. MoH/UNICEF, National Maternity Care Guidelines Nepal, Ministry of Health, Department of Health Services, Kathmandu Nepal, 1996
२५. Dixit H, The Quest for Health, Educational Enterprises Kathmandu Nepal, 1999.
२६. DoHS, Annual Report Department of Health Services, Teku Kathmandu Nepal, 2002/2003
२७. DPHO Morang , Annual Report of District Public Health Office Morang, 2058/59 to 2061/62
२८. ERHD, Annual Report of Eastern Regional Health Directorate Dhankuta, 2058/59 to 2061/62
२९. FHD/DoHS, National Adolescent Health and Development Strategy, Ministry of Health Department of Health Services, Family Health Division, Kathmandu Nepal, 2000
३०. FHD, New ERA, ORC Macro, Nepal Demographic and Health Survey, 2001
३१. Help Group, Annual Progress Report, 2004/2005
३२. HMG/UNCT (2003), Progress Report 2002: Millenium Development Goals, Nepal, 2003
३३. INRUD, District drug use and health profile, International Network for Rational Use of Drugs in Nepal, 2004
३४. Lawn EJ, Cousens S, Zupan J, 4 million neonatal deaths: When?Where?Why?, *The Lancet*, March 2005
३५. Stone L, Socio-cultural aspects of nutrition education in Primary Health Care, Nepal, WHO,1984
३६. Strickland SS and VR Tuffrey, Form and Function: A study of Nutrition Adaption and Social Inequality in Three Gurung Villages of the Nepal Himalayas, Smith-Gordon and Company, Ltd. London, 1997
३७. Subba NR, Karkee S, Poudel D, Health Improvement Programme, HMG/Eastern Regional Health Directorate, Dhankuta and Britain Nepal Medical Trust, 2003
३८. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context, *Soc Sci Med* (1994) 38:1091-110
३९. UNDP (2005), Civil Society Perspective on Millenium Development Gials, New York, 2005
४०. UNAIDS, AIDS and HIV Infection, UNAIDS Geneva Switzerland, 2000
४१. UNDP, Nepal Human Development Report, Empowerment and Poverty Alleviation, 2004
४२. UNICEF, Breastfeeding A manual fot Health Workers, UNICEF Kathmandu Nepal, 1993
४३. UNICEF, State of the world's children report 2001, New York, UNICEF, 2001.
४४. UNIFEM/GTZ/BMZ, Pathway to Equality:CEDAW, Beijing and the MDGs: New York, 2004
४५. WHO, Technical Report Series, (1998) 793:54
४६. WHO, www.who.int



लेखकको संक्षिप्त परिचय

नाम : नवराज सुब्बा
पूरा नाम थर : नवराज फैंडसाम्बालिम्बू सुब्बा
जन्ममिति : २०१८ साल असोज १५ गते
मातापिता : नरमाया तथा आइतराज सुब्बा
जन्मस्थान : आठराई हाडपाड जिल्ला ताप्लेजुड
हालको ठेगाना : शान्तिचोक विराटनगर-६ नेपाल
धर्मपत्नि : चञ्चला सुब्बा सन्तान : कौशलराज र निश्छलराज सुब्बा

शैक्षिक योग्यता : एम.ए.(नेपाली), एम.पी.एच.(जनस्वास्थ्य)
पेशागत अनुभव : नेपालका विभिन्न जिल्लामा तीन दशकदेखि जनस्वास्थ्य व्यवस्थापन साथै द्वन्द्व-स्वास्थ्य व्यवस्थापन तथा शरणार्थी-स्वास्थ्य व्यवस्थापनमा संलग्न रहेको ।

लेखन विधा : कविता, गीत, निवन्ध, अनुसन्धान लेखनप्रारम्भ : तीसको दशकदेखि ।
प्रकाशन : 'जीवन मेरो शब्दकोश' कवितासङ्ग्रह, "जनस्वास्थ्य पाटा बाटा र अनुभूति" लेखसङ्ग्रह लगायत जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा अनुसन्धान विधाका ६ वटा पुस्तकहरू प्रकाशित, आधुनिक गीतलेखन र लोकगीत संकलन गरि रेडियो नेपालमा रेकर्ड र प्रसारण भएको, 'सतारको सम्बोधन' कवितासङ्ग्रह (प्रकासोन्मुख), 'जनस्वास्थ्यका सवालहरू' लेखसङ्ग्रह (हातमा) ।

पुरस्कार तथा सम्मान : गोरखादक्षिणबाहु (२०४७), मोहन रेग्मी स्मृति वाणी पुरस्कार २०६३, नाट्येश्वर प्रतिष्ठान विराटनगर सम्मान, नवरङ्ग साहित्य प्रतिष्ठान भापाद्वारा कदरपत्र प्रदान, नेपाल विज्ञान तथा प्रविधि प्रज्ञा प्रतिष्ठानद्वारा आयोजित खुल्ला रेडियो क्वीज तथा पूर्वाञ्चलव्यापी विद्यालयस्तरीय निवन्ध प्रतियोगिताहरूमा विजयी ।

आबद्ध : वाणी प्रकाशन विराटनगर, नेपाली भाषा व्याकरण प्रतिष्ठान विराटनगर, नेपाल रेडक्रस सोसाइटी, किरात याक्युड चुम्लुड विराटनगर, नाट्येश्वर नृत्यकला प्रशिक्षण प्रतिष्ठान विराटनगर, नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद, नेपाल जनस्वास्थ्य संघ, स्वाजन साहित्यिक समाज काठमाडौं ।
सम्प्रति : नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय भापाको बरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक (प्रमुख) पदमा हाल कार्यरत ।

सम्पर्क : फोन न. ०२१-५२२३९७ इ-मेल nrsubba@hotmail.com
वेभसाइट www.nrsubba.com.np



- लेखक -

यस पुस्तकभित्र ?

- स्तनपानका १०१ फाइदाहरू
- एच.आइ.भी. एड्सबारे जानकारी र बच्चे उपायहरू
- हेपाटाइटिस 'बी' बारे जानकारी र बच्चे उपायहरू
- औलो, क्षयरोगबारे जानकारी र बच्चे उपायहरू
- किशोकिशोरीले जान्नुपर्नेकुराहरू
- गर्भवती महिलाले ख्याल राख्नुपर्नेकुराहरू
- सुत्केरी स्याहारका कुराहरू
- शिशुलाईस्वस्थ राख्ने उपायहरू
- अनुसन्धानात्मक लेखहरू
- जनसहभागिताका नमूनाहरू
- नेपालको स्वास्थ्य नीति
- अन्तर्राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति
- जनस्वास्थ्यसम्बन्धी समसामयिक लेखहरू
- स्वास्थ्यसम्बन्धी उपयोगी लेखहरू

यो पुस्तक कसका लागि ?

गृहिणी, विवाहित दम्पति, किशोरकिशोरी, विदेश रोजगारीमा जाने व्यक्तिका लागि, विद्यार्थी, शिक्षक, स्वास्थ्यकर्मी, पत्रकार, योजनाकार, सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थामा कार्यरत विकासकर्मी तथा सहजकर्ताका लागि र व्यक्तिगत स्वास्थ्य तथा समुदायको स्वास्थ्यस्थिति सुधार गर्नखोज्ने जिज्ञासु पाठकका लागि