

जनस्वास्थ्य पाटा बाटा र अनुभूति

-नवराज सुब्बा



# जनस्वास्थ्य पाटा बाटा र अनुभूति

नवराज सुब्बा

कृति	: जनस्वास्थ्य पाटा, बाटा र अनुभूति
विधा	: लेख
लेखक	: नवराज सुब्बा
आवरण	: कौशलराज सुब्बा, <a href="http://www.kaushal.com.np">www.kaushal.com.np</a>
लेखकको तस्वीर	: चञ्चला सुब्बा
सर्वाधिकार	: लेखकमा
प्रथम संस्करण	: २०६३ बैशाख
प्रकाशक	: वाणी प्रकाशन विराटनगर नेपाल
प्रति	: १०००
ISBN No.	: 97946-36-33-2
मूल्य	: रु.१००१- (व्यक्तिगत) : रु.२००१- (सस्थागत)
कम्प्यूटर	: लेखक स्वयम् र कृष्ण चौधरी
मुद्रक	: भागवत प्रिन्टर्स, विराटनगर नेपाल

# Janaswasthya: Paataa, Baataa Ra Anubhuti

A Collection of Articles

By

Nawa Raj Subba

## विषय - सूची

क्र.स.	शिर्षक
१	जनस्वास्थ्यमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाका क्षेत्रहरू
२	एड्स रोकन सबैले प्रतिज्ञा गरौं
३	राष्ट्रिय एड्स नीति र आजको चुनौति
४	नाम हैन काम बुझ्ने दिन - कण्डम दिवस
५	स्तनपान प्रवर्धनमा वाल अधिकारवादी दृष्टिकोणको खाँचो
६	शिशु स्याहारमा हानिकारक चलन र हाम्रो भूमिका
७	स्तनपान सम्बन्धि जानी राख्नु पर्ने कुराहरू
८	प्रत्येक आमा र बच्चालाई महत्व दिऔं
९	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको भूमिका, संभावना र चुनौती
१०	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका अक्षयकोष एक परिचय
११	कुष्ठरोगबारे सोच्नु पर्ने केहि कुराहरू
१२	कुष्ठरोगको हालको स्थिती
१३	कुष्ठरोगको उपचार औषधी र सचेतना
१४	औलो रोग नियन्त्रणमा जनसहभागितामूलक अवधारणा
१५	औलो रोग नियन्त्रणमा जनसहभागिता
१६	कुपोषण जनस्वास्थ्यको समस्या र समाजिक चुनौती
१७	मोरङ जिल्लामा पोषण कार्यक्रमको स्थिती
१८	साभेदारी र सहभागिताको एउटा नमूना
१९	प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक
२०	गाउँघर क्लिनिक संभावना र चुनौती
२१	स्थानीय स्वास्थ्य संस्थालाई कसरी हेर्ने ?
२२	प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धि जान्नुपर्ने कुरा
२३	स्वास्थ्य प्रवर्धनमा धूम्रपान विरुद्धको अभियान
२४	विद्यालय टि.टि. खोप कार्यक्रम
२५	कुपोषण विरुद्ध भिटामिन ए र जुकाको औषधी
२६	सूक्ष्मपोषक तत्व - आयोडिन
२७	रुघाखोकी निमोनियाबारे जान्नु पर्ने कुरा
२८	यसरी अबै पोलियो खोप
२९	स्वास्थ्य क्षेत्रमा आचारसंहिताको सवाल
३०	मोरङमा दलित समुदायको जनस्वास्थ्य स्थिति
३१	सहस्राब्दी विकास लक्ष र स्वास्थ्य क्षेत्र

## जनस्वास्थ्यमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाका क्षेत्रहरू

रोग उपचार गर्नु भन्दा रोकथाम गर्नु नै उत्तम हो । रोगबाट समुदाय बच्न आवश्यक उपायहरू अवलम्बन गर्न, स्वच्छ जीवन शैली अपनाउन तथा व्यवहारमा सकारात्मक परिवर्तन गराउन जनस्वास्थ्य जोड दिने गर्दछ । वर्षेनी थपिदै गएका स्वास्थ्य संस्थाहरू र स्वास्थ्यकर्मीहरूको संख्याले मानव जीवन केही सहज अवश्य भएको छ । तर आजकल नयां नयां रोगहरू (जस्तै एच.आई.भी.एड्स) थपिदै जानु, हराइसकेका रोगहरू (जस्तै मलेरिया, कालाज्वर, प्लेग) पुन देखा पर्नुले वास्तवमा जनस्वास्थ्यमा थप चुनौतीको सृजना गरेको छ । प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा हो जसले समुदायका मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरू जनसहभागितामूलक ढंगले व्यवस्थापन गरिन्छ ।

श्री ५ को सरकारले प्रदान गरेका जनस्वास्थ्य सेवाले उपचारात्मक, प्रतिकारात्मक र प्रबर्धनात्मक सेवाहरू समेटेको हुन्छ । रोगको उपचार यसको प्रथम दायित्व हो । स्वास्थ्य चौकी, उप-स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रबाट उपलब्ध उपचारात्मक सेवाहरू यस अन्तर्गत पर्दछन् । यसैगरी रोग नै लाग्न नदिने गरी जनसमुदायमा प्रतिकारात्मक सेवा पुऱ्याउनु जनस्वास्थ्यकै अर्को महत्वपूर्ण दायित्व हो । क्षयरोग, पोलियो, भ्यागुत्तेरोग, लहरेखोकि, धनुष्टंकार, हेपाटाईटिस बी र दादुरा जस्ता प्राणघातक सरुवा रोगहरूबाट बालबालिकाहरूलाई बचाउन खोप सेवाहरू प्रदान गर्नु जनस्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण क्षेत्र हो । पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकालाई रतन्धो र अन्य रोगहरूबाट बचाउन वर्षमा २ पटक बैशाख र कात्तिकमा भिटामिन ए खुवाइन्छ । त्यसै बखत कुपोषणबाट बचाउन जुकाको औषधी पनि खुवाइन्छ । यसैगरी प्रबर्धनात्मक सेवा अन्तर्गत स्वस्थ र सुखी परिवार सृजना गर्न सानो परिवार बनाउन परिवार नियोजन सेवा जन स्तरमा पुऱ्याईएको छ । गर्भान्तरको लागि डिपोप्रोभेरा सुई, खाने चक्कि, लगाउने कण्डम, आईयूडि जस्ता परिवार नियोजनका साधनहरू समुदायमा निशुल्क पुऱ्याउने प्रयास अनवरत जारी छ । स्थायी बन्ध्याकरणले पनि जनस्तरमा स्वागत पाएको छ । प्रबर्धनात्मक स्वास्थ्य सेवाहरू दिइने क्रममा ३ वर्ष मुनिका बालबालिकाको नियमित तौल लिनु, पोषण शिक्षा दिनु, गर्भवति महिलाहरूलाई आइरन चक्की वितरण गर्नु तथा स्वास्थ्य शिक्षा दिइन्छ । आज देशमा स्वास्थ्य चौकी, उप-स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रबाट प्रदान गरिने उल्लेखित प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाले जनसंख्याको करिब ९० प्रतिशतलाई समेटेको छ । यसरी सबैको लागि स्वास्थ्य पुऱ्याउने सरकारको लक्ष अनुरूप स्वास्थ्यचौकी, उप-स्वास्थ्यचौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रबाट प्रदान गरिने प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई क्रमबद्ध रूपमा निम्नानुसार उल्लेख गरिन्छ ।

### (१) बाल स्वास्थ्य

(क) विस्तारित खोप कार्यक्रम - एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई क्षयरोग, भ्यागुत्तेरोग, लहरेखोकि, धनुष्टंकार, दादुरा र पोलियो जस्ता प्राणघातक रोगहरूबाट बचाउन खोप लगाइन्छ । यसको साथै गर्भवति महिलालाई आफु र गर्भको वच्चालाई धनुष्टंकारबाट बचाउन टि.टि. खोप लगाइन्छ ।

(ख) पोषण- बाल मृत्युको एक कारक तत्व रहेको कुपोषण हटाउन खास गरी ३ वर्ष मुनिका बच्चाहरुलाई स्वास्थ्य संस्था तथा गाउँघर क्लिनिकमा तौल परीक्षण गरी आवश्यक स्वास्थ्य शिक्षा तथा पोषण सम्बन्धि सल्लाह दिईन्छ । भिटामिन ए वितरण, आइरन चक्कि वितरण, आयोडिन युक्त नूनको प्रयोग गर्न प्रोत्साहित गर्ने जस्ता कार्यक्रमहरु पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत पर्दछन् ।

(ग) भ्रूणपखाला रोग नियन्त्रण- बाल मृत्युको एक प्रमुख कारक तत्व रहेको भ्रूणपखालालाई पुनर्जलीय उपचारद्वारा नियन्त्रण गरिन्छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुद्वारा समेत समुदायमा उपचार गराई कार्यक्रमलाई व्यापकता दिईएको छ ।

(घ) श्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण- बाल मृत्युको अर्को मुख्य कारण रहेको रुघाखोकी निमोनियालाई गाउँस्तरमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट औषधी कोट्रिम चक्की निशुल्क वितरण गरिन्छ ।

## (२) परिवार स्वास्थ्य

(क) परिवार नियोजन कार्यक्रम- जनसंख्या बृद्धिदर घटाउनका लागि परिवार नियोजनको साधन प्रयोग दर बढाउने उद्देश्य राखिएको छ । महिला वा पुरुषले आफूले चाहेको अस्थायी वा स्थायी साधनहरु उपलब्ध गरी सेवाहरु निःशुल्क रुपमा प्रदान गरिन्छ । गर्भान्तरको लागि डिपोप्रोभेरा सुई, खाने चक्कि, लगाउने कण्डम, आईयूडि जस्ता परिवार नियोजनका साधनहरु उपलब्ध छन् भने सन्तानका रहर पुगिसकेका दम्पतिमध्ये पुरुष वा महिलाले स्थायी बन्ध्याकरण गर्न सक्छन् । परिवार नियोजनको साधन कण्डम एच.आई.भी.एड्स र यौन रोगहरुबाट बचाउने साधनको रुपमा पनि प्रभावकारी सिद् भएकी छ ।

(ख) सुरक्षित मातृत्व- मातृ मृत्युदर घटाउन पूर्व प्रशूतिसेवा, प्रशूतिसेवा, उत्तर-प्रशूतिसेवाहरु स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान गरिन्छ । गर्भवतिको नियमित स्वास्थ्य परीक्षण, टि टि खोप, खतरापूर्ण गर्भको पूर्व पहिचान र आवश्यक सरसल्लाह आदि सेवाहरु यस कार्यक्रम अन्तर्गत पर्दछन् ।

(ग) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाद्वारा वार्ड तथा समुदाय स्तरमा स्वास्थ्य शिक्षा तथा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिन्छ ।

(घ) सूडेनी कार्यक्रम- गाउँघरमा तालिम प्राप्त सूडेनीहरुद्वारा सुरक्षित प्रशूति गराउने व्यवस्था गरिएको छ । उनीहरुको सुपरिवेक्षण तथा अनुगमन मातृ शिशु कार्यकर्ता तथा ग्रामिण स्वास्थ्य कार्यकर्ताद्वारा गरिन्छ ।

(ङ) गाउँघर क्लिनिक- स्वास्थ्य संस्थाबाट टाढा रहेका समुदायलाई पनि सेवा दिने अभिप्रायले हरेक गाउँमा ३ देखि ५ वटा क्लिनिकमा महिनामा एक पटक गाउँघर क्लिनिक संचालन गरिन्छ । गाउँघर क्लिनिकमा परिवार नियोजन सेवा, पोषण शिक्षा तथा अनुगमन, स्वास्थ्य शिक्षा तथा सामान्य उपचार सेवाहरु प्रदान गरिन्छ ।

(३) रोग नियन्त्रण- प्राथमिकता प्राप्त रोग नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तर्गत निम्न रोगहरु पर्दछन् ।

(क) औलो (ख) कालाज्वर (ग) जापानिज ईन्सेफलाईटिस (घ) क्षयरोग (ङ) कुष्ठरोग (च) एच आई भी एड्स तथा यौनरोग ।

(४) उपचारात्मक सेवाहरु- यस अन्तर्गत स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट दिइने बहिरंग सेवा, अन्तरंग सेवा र आकस्मिक सेवाहरु पर्दछन् ।

(५) औषधी व्यवस्था कार्यक्रम- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा वर्षे भरी औषधीको उपलब्ध गराउन यो कार्यक्रमलाई जन सहभागिताको आधारमा अगाडि बढाईएको छ ।

(६) प्रबर्धनात्मक सेवाहरु तथा जनचेतना अभिवृद्धि

(क) स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम - यो कार्यक्रम व्यक्तिगत, सामूहिक तथा सामुदायिक स्तरमा विभिन्न माध्यम तथा तरिकाहरुद्वारा गरिन्छ ।

(ख) स्कूल स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम - व्यक्तिगत सरसफाइ, प्रजनन स्वास्थ्य, रोग नियन्त्रण आदि विषयहरुमा माध्यमिक तथा निम्न माध्यमिक विद्यालयमा स्वास्थ्य शिक्षा दिईन्छ ।

(ग) नियमित बैठक, सभा, सम्मेलन - स्वास्थ्य संस्था तथा सार्वजनिक स्थलमा राष्ट्रिय अभियानहरु तथा जनस्वास्थ्य सम्बन्धी बैठक तथा सभाद्वारा सूचना प्रवाह तथा अभिमुखिकरण गर्ने गरिन्छ ।

(घ) विभिन्न दिवसहरु मनाएर- जस्तै एड्स दिवस, क्षयरोग दिवस, कुष्ठरोग दिवस विभिन्न जनचेतनामूलक क्रियाकलाप संचालन गरि सचेतना बढाउने गरिन्छ ।

(ङ) स्वास्थ्य शिक्षा सामग्री उत्पादन, बितरण तथा प्रसारण-लोकसंस्कृतिमा आधारित, स्थानीय भाषामा जनस्वास्थ्य सम्बन्धि संदेश प्रवाह गरी जनचेतना अभिवृद्धि गरिन्छ । पोस्टर, पम्प्लेट, माइकिड, सडक नाटक, सास्कृतिक कार्यक्रम, रेडियो, टि भी आदि माध्यमद्वारा प्रभावकारी सूचना, शिक्षा सम्प्रेषण गरिन्छ ।

यसरी सर्वसुलभ गर्न खोजिएको प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी तुल्याउन सरकारी, गैर-सरकारी तथा निजी स्तरबाट प्रभावकारी भूमिका आवश्यक देखिन्छ । आज एकातिर गुणस्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको खांचो छ भने अर्कोतिर उपलब्ध सेवाको उपयोग गर्ने चेतनाको अभिवृद्धि गर्नु पनि उत्तिकै खांचो छ । यसको साथै सरकारी, गैर-सरकारी तथा निजी क्षेत्रहरु बिचमा साभेदारी र समन्वयको टड्कारो आवश्यकता पर्दछ ।

## एड्स रोक्न सबैले प्रतिज्ञा गरौं

एच.आई.भी.एड्स सम्बन्धी सचेतनाको सूचक बटारिएको रातो रिबनको टुक्रा साभ्ना अन्तर्राष्ट्रिय प्रतीक हो जो सबैको छातिमा सजिन खोज्दैछ । किनभने एच.आई.भी.एड्स सम्बन्धी चेतना आज सबैको आवश्यकता हो । संयुक्त राष्ट्र संघले सन् १९८८ देखि सुरु गरेको 'विश्व एड्स दिवस' वर्षेनी एक नाराका साथ मनाईने गरिन्छ । यसै सन्दर्भमा यस वर्षको विश्व एड्स दिवसको नारा 'एड्स रोक्न सबैले प्रतिज्ञा गरौं' भन्ने नाराका साथ विश्व भर विश्व एड्स दिवस मनाईदै छ । सन् २००१ मा नै संयुक्त राष्ट्र संघ साधारण सभाले एच.आई.भी. एड्स नियन्त्रणका लागि तीन वटा प्रतिज्ञाहरु गरेको छ । पहिलो प्रतिज्ञा हो, एच आई भी संक्रमणलाई रोकौं, दोस्रो प्रतिज्ञा, एच आई भी एड्स रोगीको उपचार गरौं र तेस्रो प्रतिज्ञा एच आई भी एड्स रोगीको अधिकार र स्वाभिमानको रक्षा गरौं ।

सन् १९७० को उत्तरार्धतिर अफ्रिकाका केही देशहरुमा एच.आई.भी. एड्स फैलिई सकेको अनुमान गरिन्छ । सन् १९८१ मा सर्वप्रथम अमेरिकामा यो रोग समलिङ्गी पुरुषहरुमा पहिलो पटक देखियो । नेपालमा यो रोग सर्वप्रथम सन् १९८८ मा चार जना ब्यक्तिहरुमा देखा पयो । श्री ५ को सरकारले सन् १९८८ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनको सहयोगमा 'एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण आयोजना' नामक कार्यालयको स्थापना गयो । यही कार्यालयलाई सन् १९९४ मा श्री ५ को सरकारले 'राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र' मा परिणत गयो जो आज सम्म सोही नामले कार्यरत छ । विश्वमा हाल करिब ४ करोड भन्दा बढी मानिसहरु एच.आई.भी. एड्सबाट संक्रमित छन् । सन् १९८१ यता विश्वमा अढाई करोड भन्दा बढी मानिसहरुको ज्यान यसले लिईसकेको छ । अफ्रिकामा मात्र करिब सभा एक करोड वालवालिकाहरु एड्सका कारण आफ्ना आमा बूवा गुमाएर टुहुरा भएका छन् । आज विकासोन्मुख देशका ६५ लाख एच.आई.भी. एड्स रोगीहरु मध्ये १० लाख विरामीहरुले मात्र एड्स विरुद्धको औषधी पाएको तथ्याङ्कले देखाउँछ । दक्षिणपूर्वी एशियामा यसको प्रभाव दिनानुदिन बढ्दो छ । छिमेकी मुलुक भारतमा संक्रमणको दर चिन्ताजनक स्थितिमा देखिन्छ । नेपालमा हाल ५५६४ जना एच.आई.भी. संक्रमित छन् जस मध्ये ९२९ जनालाई एड्स भईसकेको छ । यो तथ्याङ्क स्वैच्छाले रक्त परीक्षण गर्नेहरुको मात्र भएकाले संक्रमितहरुको संख्या ६० हजार भन्दा बढी हुन सक्ने अनुमान गरिएको छ ।

एच.आई.भी.एड्स सने ५ तरिका छन् । पहिलो हो असुरक्षित यौन सम्पर्क, दोस्रो संक्रमित सुईको प्रयोगबाट, तेस्रो संक्रमित रगतको माध्यमबाट, चौथो संक्रमित औजारबाट र पाँचौ संक्रमित आमाबाट वच्चामा । असुरक्षित यौन सम्पर्कबाट सने एड्स विरुद्ध कण्डमको प्रयोगले सुरक्षित हुन सकिन्छ । लागूपदार्थ दूर्ब्यसनीहरुले सुईको लसपस नगरेको खण्डमा अर्थात निर्मलीकृत सुई प्रयोग गरेमा एच.आई.भी.एड्स को संक्रमण रोक्न सकिन्छ । रगतको आवश्यकता परेको बखत एच.आई.भी. विषाणु मुक्त रगतको प्रयोग गर्नु पर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाहरुमा उपचार गराउँदा निर्मलीकृत सुई तथा निर्मलीकृत औजारहरुको मात्र प्रयोग गर्नु पर्दछ । आमा एच.आई.भी. संक्रमित भएको खण्डमा जन्मने बच्चालाई एच.आई.भी. संक्रमण नहोस भन्नाको खातिर बच्चा जन्माउने बखतमा अस्पतालमा विशेष व्यवस्था गरेर संक्रमित आमाबाट एच.आई.भी. संक्रमण मुक्त बच्चा जन्माउन सकिन्छ ।

निरक्षरता, निर्धनता, अज्ञानता, बेरोजगारी, चेलिबेटी बेचबिखन, केही परिवारमा देहब्यापारको ब्यवसाय र खुल्ला सिमानाका मुख्य कारणहरु नै एच.आई.भी. संक्रमणका कारणहरुमा लिन सकिन्छ । तथ्याङ्कहरुले के कुरालाई ध्यानाकर्षण गराएको छ भने, १५ देखि ३० वर्ष उमेरका नेपालीहरु बढी प्रभावित भएको देखिन्छ । अधिकतम् उत्पादन गर्ने युवा शक्ति यसरी एड्स रोगको आहारा हुदैछन् । युवा समूहलाई यो रोगले बढी असर पारेको छ । यसले देशलाई क्रमसः प्रत्यक्ष र अप्रत्यक्ष रुपमा गम्भीर असर पारी समाज र देशलाई प्रगतिबाट विचलन गर्ने संभावनालाई सबैले बेलैमा दृष्टि पुऱ्याउनु आवश्यक छ । समयमा नै सतर्क भई उपयुक्त कार्यक्रम सञ्चालन गर्न नसक्दा विश्वका धेरै राष्ट्रहरु अहिले पछुताउदै छन् । ती राष्ट्रहरुमा एड्सले अपूरणीय क्षति पुऱ्याई सकेको छ । त्यसैले सरकारी, अर्धसरकारी, गैरसरकारी र अन्तराष्ट्रिय संस्थाहरु बीच अझ बढी समन्वय स्थापित गरी बहुपक्षीय र बहुआयामिक रुपमा प्रभावकारी कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्नु आजको टड्कारो आवश्यकता हो । ढिलासुस्तीबाट समस्याहरु चर्कदै अन्ततः हाम्रो नियन्त्रण बाहिर जाने भएकाले एड्स रोक्ने प्रतिज्ञाहरु वर्षमा एक दिन दिवस मनाएर मात्र हैन प्रतिज्ञाको सदा प्रतिपालन गरेर सबैले देखाउनु परेको छ ।



## राष्ट्रिय एड्स नीति र आजको चुनौति

नेपालमा एच.आई.भी.एड्स नियन्त्रणको लागि राष्ट्रिय नीति २०५२ को व्यवस्था गरिएको छ । नीति एक निर्दिष्ट कार्यक्रम संचालन गर्न र त्यस कार्यक्रममा संलग्न सबैको सहयोग र सामञ्जस्यता कायम गर्ने माध्यम हो । उक्त राष्ट्रिय नीति २०५२ अन्तर्गत तीन तहमा समितिहरू गठन गरिएका छन् । माननीय स्वास्थ्य मंत्रीज्यूको अध्यक्षता तथा राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रका निर्देशकज्यू सदस्य सचिव रहेको उक्त राष्ट्रिय एड्स समन्वय समिति (उच्च स्तरीय) समितिमा विभिन्न मंत्रालयहरू, संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम, विश्व स्वास्थ्य संगठन, नेपाल रेडक्रस, समाज कल्याण परिषद लगायतका करिब ४० जना रहेको समिति गठन गरिएको छ । यसै गरी स्वास्थ्य मंत्रालयका सचिवज्यूको अध्यक्षतामा मध्यम स्तरीय एक कार्यकारी समितिको गठन गरिएको छ । जसमा गृह मंत्रालय, राष्ट्रिय योजना आयोग, स्थानीय विकास मंत्रालय, शिक्षा मंत्रालय, महिला तथा समाज कल्याण मंत्रालयका प्रतिनिधि र राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रका निर्देशकज्यू सदस्य सचिव रहने व्यवस्था छ । यसै गरी हरेक जिल्लामा जिल्ला विकास समितिका सभापति अध्यक्ष, प्रमुख जिल्ला अधिकारी उपाध्यक्ष तथा जिल्ला स्वास्थ्य तथा जनस्वास्थ्य कार्यालय प्रमुख सदस्य सचिव रहने गरी स्थानीय विकास अधिकारी, जिल्ला प्रहरी प्रमुख, जिल्ला शिक्षा अधिकारी, जिल्ला कृषि अधिकृत, स्थानीय गा.वि.स. तथा न.पा. अध्यक्ष, गैह्र सरकारी संस्थाका प्रतिनिधी, महिला प्रतिनिधी, स्थानीय पत्रकार समेत गरी जम्मा १२ जनाको जिल्ला एड्स समन्वय समिति गठन गरिएको हुन्छ । उक्त समितीले एड्स तथा यौन रोगका क्षेत्रमा कार्यरत सबै सरकारी, गैह्र सरकारी, सामाजिक तथा अन्तराष्ट्रिय संघ संस्थाहरूको सहयोग सामञ्जस्यता कायम गरी यी रोगहरूको रोकथाम र नियन्त्रणमा भूमिका खेल्दछ ।

राष्ट्रिय एड्स नीति २०५२ ले एच.आई.भी.एड्सलाई उच्च प्राथमिकता दिएको छ । नियन्त्रण कार्यक्रमलाई बहुपक्षीय समन्वय र विकेन्द्रीत गरी गाउँ, जिल्ला, अंचल, क्षेत्रीय तथा राष्ट्रिय स्तरमा संचालित गर्ने नीति रहेको छ । सरकारी तथा गैह्र सरकारी क्षेत्रलाई एकिकृत रूपमा समन्वयात्मक ढंगले संचालन गरी त्यसको आवश्यक अनुगमन र मूल्याङ्कन गरिन्छ । राष्ट्रिय एड्स नीति २०५२ का रणनीतिहरूमा राष्ट्रिय, कार्यकारी तथा जिल्ला समन्वय समिति गठन, गैह्र सरकारी संस्थाहरू संग समन्वय, व्यक्तिगत तथा संस्थागत जिम्मेवारी, एकिकृत कार्यक्रम, रक्त परीक्षण, निर्मलीकरण, अभिलेख गोप्य राखिने, भेदभाव नगरिने, शिक्षामूलक सुरक्षित यौन व्यवहारको प्रवर्धन गर्ने कार्यक्रमहरू रहेका छन् ।

संयुक्त राष्ट्र संघले सन् १९८८ देखि 'विश्व एड्स दिवस' मनाउन सुरु गरेको हो जो वर्षेनी कुनै एक नाराका साथ मनाईने गरिन्छ । यसै सन्दर्भमा यस वर्षको विश्व एड्स दिवसको नारा 'एड्स रोकन सबैले प्रतिज्ञा गरौं' भन्ने नारा सहित विश्व भर विश्व एड्स दिवस मनाईदै छ । एच.आई.भी. एड्स नियन्त्रणका लागि सन् २००१ मा नै संयुक्त राष्ट्र संघ साधारण सभाले तीन वटा प्रतिज्ञाहरू गरेको छ । पहिलो प्रतिज्ञा हो, एच आई भी संक्रमणलाई रोकौं, दोस्रो प्रतिज्ञा, एच आई भी एड्स रोगीको उपचार गरौं र तेस्रो प्रतिज्ञा एच आई भी एड्स रोगीको अधिकार र स्वाभिमानको रक्षा गरौं । उल्लेखित तीनवटा प्रतिज्ञाहरू पूरा गर्न व्यक्ति, परिवार, समुदाय र राज्यले आ-आफ्नो ठाउँबाट प्रतिज्ञा गर्नु पर्दछ ।

## नाम हैन काम बुझने दिन - कण्डम दिवस

कण्डम बारे कुराकानी गर्न अभै संकोच मानिन्छ । स्वास्थ्य संस्थाबाट कण्डम निशुल्क लिन होस वा पसलबाट कण्डम किन्न होस हामीलाई अभै संकोच लाग्छ । धेरै मानिस यसलाई स्वभाविक र बानि परिवर्तन गर्न खासै आवश्यक पनि ठान्दैनन् । तर समस्या घरैमा आई सकेको छ । विदेशबाट धेरै वर्ष पछि आएको पतिले सम्पत्ति मात्र ल्याएको हुँदा नै साथमा खतरनाक रोग एच.आई.भी. एड्स पनि ल्याएको हुन सक्छ, भनेर उनकी श्रीमतिलाई कसले भनि देला ? भने पनि उनले पत्याउलिन ? पत्याए पनि त्यसबाट संभावित खतराबाट बच्न के उनी सक्षम छिन् ? आज हाम्रै वरिपरि परदेशबाट ल्याएका रोगबाट पति परलोक भए पछि हाम्रा धेरै संक्रमित दिदीबहिनीहरूले पतिको नासो रोगबाट मृत्यु कुरेर बस्नु परेको धेरै दुःखदायी उदाहरणहरू छन् ।

अभै पनि मानिस कण्डमको कुरा गर्नु भन्ने जावो कण्डमको कुरा भन्छन् । स्वास्थ्यकर्मीले वा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले कण्डम बाँडेको देख्दा जावो कण्डम त बाँडेको हो नी भन्छन् । कुनै काम नलाग्ने चीजलाई हामी कण्डम भन्छौं । यदि यहि दृष्टिकोणले मात्र कण्डमलाई हेरी रट्यौं भने हामी समयको माग, आवश्यकता र चुनौतिलाई बुझ्न नसकेको ठहरिने छौं । र जोखिमपूर्ण अवस्थामा रहेका हुनेछौं । सुरक्षित यौन सम्पर्कको सन्दर्भ परिवार नियोजनको दृष्टिले मात्र नभई एच.आई.भी.एड्स वा यौन रोगको दृष्टिकोणले पनि हेरिएमा कण्डमको प्रयोग नै सुरक्षित यौन सम्पर्क हो । हाम्रो देशमा महिला यौनकर्मीहरूको पेशागत लेखाजेखा नभएका कारण पनि एच.आई.भी.एड्स व्यवस्थापनमा थप जटिलता थपिदैछ । कण्डमको प्रयोग गर्न नरुचाउने पुरुषहरू यौनानन्दमा पर्ने केहि फरकको बहानामा प्रयोग नगरेका भए परिवार नियोजनको महत्व तथा एच.आई.भी.एड्सको बारेमा जानकारी दिएको खण्डमा आफ्नो भविष्यको मूल्य खातिर कण्डम प्रयोग गर्न तत्पर हुनेछन् ।

“उपचार गर्नु भन्दा रोगबाट बच्नु नै उत्तम हो” भन्ने उक्ति कहिल्यै पुरानो नहुने शिक्षा र जीवन शैली हो । मानव अनुभवबाट अर्जित यो मन्त्र जनस्वास्थ्यको त गुरुमन्त्र नै हो । आज विश्व स्वास्थ्य संगठन मात्र होईन विश्वमा एच.आई.भी. एड्स विरुद्ध लड्ने सरकारी तथा गैर सरकारी संघसंस्थाहरूले कण्डमको प्रयोग दर बढाई संक्रमण दर नियन्त्रण गर्ने रणनीति लिएका छन् । एच.आई.भी. एड्स विरुद्ध न त भ्याक्सिन छ न त निको पार्ने औषधी नै छ । हामी संग त केवल रोगको रुग्णता कम गरी आयू लम्ब्याउने मात्र औषधी छ । आज अफ्रिकामा मलामी जाने सम्म मानिसको अभाव छ, गाऊँका गाऊँ सखाप छ यहि एच. आई. भी. एड्सका कारणले । यसरी जनस्वास्थ्यको समस्याका रूपमा रहेको यो एच.आई.भी. एड्स सिङ्गो मानव सभ्यताका लागि नै चुनौतीपूर्ण बनेको छ ।

स्वास्थ्य मंत्रालय, राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग केन्द्रका अनुसार हाल नेपालमा एच.आई.भी. पोजेटिवको संख्या ५४६५, एड्स रोगीको संख्या ९०७ र हाल सम्म २६३ जनाको मृत्यु भईसकेको तथ्याङ्क छ । यो संख्या आफु खुशी रक्त परीक्षण गर्न आउनेहरूको मात्र भएको र बिभिन्न सर्वेक्षणहरूले हाल नेपालमा ६० हजार भन्दा बढि नै एच.आई.भी.पोजेटिव भएको अनुमान गरिएको छ । नेपालमा सन् १९८८ मा पहिलो पटक देखा परेको यो रोगले करिब डेढ दशकमा नै यत्रो प्रभाव पार्नु निश्चय नै चिन्ताको विषय हो । विशेषज्ञका अनुसार नेपाल जस्ता देशहरू एच.आई.भी.एड्सको कारण हाल संक्रमणको टाईम बमको स्थितिमा रहेका छन् । अबको कुनै निश्चित कालखण्ड पछि हामी हामीकहाँ एच.आई.भी.एड्सको भयावह स्थिति हुने अनुमान गरिएको छ । आज भन्दा एक डेढ दशक अघि मित्र

राष्ट्र चीनले एच.आई.भी. एड्स आफ्नो देशमा नभएको दावि गर्दथ्यो आज त्यही मुलुकमा ठूलो समस्याका रुपमा आईसकेको छ ।

विश्वब्यापिकरण संगै हाम्रा देशका युवाहरू हाल देशको सामाजिक आर्थिक कारणबस विदेशिएर रोजगारमा लागेका छन् । अर्थशास्त्रीहरू उनीहरूले पठाएको रेमिटेन्सले यति फाईदा भो उति फाईदा भो अझ यति गरिवी दर घट्यो सम्म भन्दछन् । तर यस संगै भित्रने एच.आई.भी.एड्सको जोखिमलाई जसले गम्भिरतापूर्वक ग्रहण गर्नु हो त्यो वर्गले उति गम्भिरतापूर्वके लिएको देखिदैन । विद्यालयमा गरिएको अध्ययनमा के पाईयो भने कण्डम सम्बन्धि जानकारी विद्यार्थीहरूलाई दिएको खण्डमा विद्यार्थीहरूमा यौन गतिविधि बढ्दैन बरु यसले त जो यस अधि यौन क्रियाकलापमा संलग्न छन् उनीहरूमा भने यसको प्रयोग दर बढाएर अनिच्छित गर्वाधान र यौन रोग तथा एच.आई.भी.एड्सबाट बचाउन सहयोग पुगेको पाईयो ।

आऔं, कण्डमबारे कुरा गरौं, बुझौं, धारणा बनाऊँ र व्यवहारमा सकारात्मक परिवर्तन ल्याऊँ । आफु जोगिऊँ र अरुलाई पनि जोगाऊँ । परिवार नियोजन साधनको रुपमा विकसित गरिएको कण्डम हाल आएर एच.आई.भी.एड्स तथा यौन रोगबाट बचाउने प्रभावकारी साधनको रुपमा पनि महत्व र आवश्यकता बढेको छ । “एक हतियार दुई शिकार” भन्ने आहान चरितार्थ हुने यस कण्डम प्रति जनचेतना बढाउन “दोहोरो सुरक्षाका लागि कण्डमको सहि प्रयोग” भन्ने नारालाई सबैले मनन गरौं ।

## स्तनपान प्रवर्धनमा वाल अधिकारवादी दृष्टिकोणको खाचो

आमाको स्तनपान गर्न पाउनु शिशुको अधिकार र स्तनपान गराउनु आमाको कर्तव्य हो । आमाको दूध शिशुको लागि अमृत समान हो । आमाको दूधको अरू कुनै विकल्प छैन । आमाको पहिलो आउने पहेंलो दूध (बिगौती)ले बच्चालाई विभिन्न रोगहरू लाग्न बाट बचाउँछ त्यसैले शिशु जन्मनासाथ आमाको दूध चुसाउनै पर्दछ । शिशुलाई ६ महिनासम्म आमाको दूध मात्रै खुवाउनु पर्दछ । शिशुलाई ६ महिना पछि मात्र आमाको दूध साथ साथै थप खाना पनि खुवाउनु पर्दछ । बच्चालाई २ वर्षसम्म थप खानाको साथै आमाको दूध खुवाईरहनु पर्दछ । सिशीबाट दूध खुवाउनु हुदैन यसले बच्चाको स्वास्थ्यलाई खराब असर पुऱ्याउँछ ।

नेपालमा हाल शिशु मृत्यु दर ६४ प्रति १००० छ, अर्थात १ हजार जन्मिएका मध्ये ६४ शिशुको मृत्यु एक वर्ष नपुग्दै हुन्छ । यसै गरी १ हजार जन्मिएका मध्ये ९० बच्चाको ५ वर्ष नपुग्दै मृत्यु हुन्छ । उच्च वाल मृत्युको एउटा कारण मध्ये कुपोषण पनि एक हो । बच्चाहरूको मुख्यतया भाडापखाला, श्वास प्रश्वास सम्बन्धी रोग, दादुरा रोग लागेर मृत्यु हुने गर्दछ । कुपोषित बच्चा कमजोर र रोग प्रतिरोधात्मक शक्तिको कमी भएको कारणले गर्दा यी रोगहरू बढी लाग्दछन् ।

एक अध्ययन अनुसार हाम्रो देश नेपालमा ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरू लगभग ५५ प्रतिशत कुपोषित छन् । एक अर्को अध्ययन अनुसार नेपालमा ९८ प्रतिशत महिलाहरूले स्तनपान गराउने गर्दछन् । लेखपढ गर्न नजान्ने ९७ प्रतिशत र लेखपढ गर्न जान्ने ९९ प्रतिशत महिलाहरूले शिशुलाई कमसेकम एक पटक स्तनपान गराएको अध्ययनमा देखिएको छ । तर ५७ प्रतिशत आमाहरूले मात्र आफ्ना शिशुलाई ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र गराउने गरेको पनि पाईयो । शिशु जन्मेको १ घण्टा भित्र एक सय जनामा करिब १९ जना आमाले मात्र दूध चुसाउँछन् । यसरी जन्मेका ५ मध्ये १ बच्चाले समयमै स्तनपान गर्न नपाएको देखिन्छ । यसरी आमाको स्तनपान समयमै नगर्ने शिशुले अन्य जोखिमपूर्ण व्यवहार जस्तै आमाको पहिलो पटकको दूध फाले पछि ग्लुकोज पानी वा मह वा बट्टाको दूध जस्ता अस्वस्थकर खाना खुवाउने व्यवहारबाट थप समस्याग्रस्त हुने संभावना हुन्छ । एक सय जना सुत्केरी मध्ये ७७ जनाले मात्र पहिलो पटक आउने पहेंलो (कोलोस्ट्रम युक्त) दूध आफ्नो बच्चालाई खुवाउँछन् । एक तिहाई भन्दा बढि आमाले अमृत तुल्य आफ्नो दूध दोएर फाल्ने गरेको पाईयो । अध्ययनहरूले के कुरा प्रष्ट पारेको छ भने शिक्षित भन्दा अशिक्षित आमाहरूमा स्तनपान सम्बन्धी अस्वस्थकर बानीब्यहोरा जस्तै सिशीबाट दूध खुवाउने दर बढी देखिएको छ । यसरी शिशु स्वास्थ्यको निमित्त प्रतिकूल वातावरण अनजान मै सुरु भएको कुरा ती अशिक्षित आमा तथा अबोध शिशुलाई के थाहा ? यसर्थ आमाको शिक्षाको स्तर संगै आमा र बच्चाको स्वास्थ्यको स्थितिको सम्बन्ध गाँसिएको हुँदा यसतर्फ सबैको ध्यान केन्द्रित हुन आवश्यक छ ।

स्तनपानका अनगिन्ती फाईदाहरू छन् । आमाको दूधले भाडापखाला र श्वासप्रश्वास रोगहरूबाट बचाउँछ । आमाको दूधमा शिशुको लागि आवश्यक पर्ने सबै पोषक तत्वहरू पाईन्छन् । शिशु जन्मनासाथ आमाको दूध चुसाएमा प्रसव पछि रगत बग्ग्न कम हुन्छ साथै यसले साल भर्न मद्दत गर्दछ । दूध खुवाउदा आमा र शिशु बीच आत्मीय सम्बन्ध स्थापित हुन्छ । स्तनपानले जन्मान्तर गर्न सहयोग गर्छ । आमाको दूध किन्नु पर्दैन जो प्रकृतिक रुपमै शिशुको लागि सेवनयोग्य हुन्छ । आमाको दूधले वालकको मानसिक र शारिरीक बिकास गर्दछ । आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्य तन्दुरुस्त राख्नको लागि बच्चालाई जन्मने वित्तिकै जतिसक्दो चाँडो वा अथवा एक घण्टा भित्र दूध चुसाउनु पर्दछ ।

बच्चालाई जति दूध चुसायो त्यत्ति नै धेरै दूध आउंछ । एक पटक दूध चुसाउन छाडेपछि फेरी दूध आउन गाह्रो हुन्छ त्यसैले दूध चुसाईरहेमा आमाको स्तन गानिदैन । स्तनपान गराउने आमाले पनि आफ्नो पोषण बारे ध्यान दिनु पर्दछ । आमाले प्राप्त गरेका पोषण तत्वले बच्चाको लागि आवश्यक पर्ने दूध निर्माण हुने भएकाले आमाको स्वास्थ्य र पोषणको स्थितिको पनि उत्तिकै ध्यान दिनु पर्ने हुन्छ । बच्चा ६ महिना पछि ३ वर्षको उमेर सम्ममा पोषण स्थितिमा समस्याहरु देखिन्छन् । यो उमेरमा स्वास्थ्य संस्थामा बच्चालाई नियमित रुपमा तौल अनुगमन गर्नु पर्दछ । शरीरको महत्वपूर्ण अंगहरुको विकास यसै अवधिमा हुने भएकाले ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरुको पोषण स्थितिलाई बाल स्वास्थ्यको एक संवेदनशील सूचकको रुपमा लिईन्छ ।

मानव विकासक्रम यहाँसम्म आइ पुग्दा पनि स्तनपान प्राकृतिक रुपमै कायम रहनु सन्तोषको कुरा हो । स्तनपानलाई मानव समाजले प्राकृतिक नियमको रुपमा स्थापित गरेको छ । ता पनि कतिपय मानिसहरु स्तनपानलाई महिलाको शुन्दरताको अवरोधकको रुपमा हेर्ने गर्दछन् । आधुनिकताका संगै आएको यो अमानवीय अवधारणा अप्राकृतिक मात्र होइन अवैज्ञानिक समेत भएको ठहर छ । यस सन्दर्भमा स्तनपानलाई शिशुको नैसर्गिक अधिकार वा बाल अधिकारको रुपमा स्थापित गराउनु पर्ने खाँचो देखिन्छ । स्तनपानको महत्व र सहि तरिकाबारे जनचेतना अभिवृद्धि गर्न वर्षेनी अगष्ट पहिलो हप्तालाई स्तनपान सप्ताहको रुपमा पनि मनाइन्छ । यस सप्ताहमा स्तनपानबारे गम्भिरतापूर्वक चिन्तन मनन गर्न सकिन्छ । समुदायमा स्तनपानबारे अस्वस्थकर बानी ब्यहोराहरु परिवर्तन वा सुधार गर्नु पर्ने भए छलफल गर्न सकिन्छ । भविश्यमा आमा बाबु बन्ने उमेर समूहका किशोर किशोरीहरुलाई विद्यालयमा प्रजनन स्वास्थ्यको ज्ञान संगै स्तनपानबारे पनि जानकारी गराउन सकिन्छ । दीर्घकालीन रुपमा हेर्दा पाठ्यक्रममा स्तनपान विषयलाई पनि समावेश गर्न आवश्यक छ । आज देश उच्च शिशु र बाल मृत्यु दरले ग्रस्त छ । सर्वत्र बाल स्वास्थ्य र बाल अधिकारको चर्चा भईरहेकै सन्दर्भमा स्तनपानलाई सदा ब्यवहारमा पनि बाल अधिकारको रुपमा ग्रहण गर्नु उत्तिकै खाँचो छ ।

# शिशु स्याहारमा हानिकारक चलन र हाम्रो भूमिका

स्तनपानको महत्व विषयमा जनचेतनामूलक सन्देशहरु सहित स्तनपानलाइ वाल अधिकारमुखी दृष्टिकोणले पनि हेरिएमा स्तनपान दरलाइ अझ बढी बढाउन र स्तनपान प्रभावकारी बनाउन मद्दत पुग्ने कुराको ध्यानाकर्षण गर्दै मेरो एक लेख “दर्शन” दैनिकको श्रावण १७ गतेको अंकमा प्रकाशित भएको थियो । उक्त लेखलाई मैले कम्प्यूटरमा पिडिएफ फायल बनाइ देश विदेशमा करीव ९० जना ब्यक्तिहरु जो जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत विज्ञहरु हुनुहुन्छ, वहाँहरुलाइ पनि पृष्ठपोषणको आशा राख्दै ई-मेल मार्फत सम्प्रेषण गरेको थिएँ । लगभग १५ जना मित्रहरुले सुभाव र सल्लाह सहित शुभकामना दिनु भयो । शिशुहरुलाइ स्याहार गर्दा सामाजिक र सांस्कृतिक रुपमा विद्यमान हानीकारक चलन चल्तिहरुका विषयमा पनि लेख्नु जरुरी छ भन्ने वहाँहरुको सुभावलाई कदर गर्दै पुनः स्तनपान सम्बन्धि थप सामग्री राख्दैछु ।

भनिन्छ शिशुको लागि आमा नै पहिलो डाक्टर हुन् । शिशुलाइ भोक, रोग लागेको कुरा राम्ररी बुझ्ने आमा नै हुन्छिन् । यद्यपि आमाहरुबाटै शिशु स्याहार गर्ने क्रममा केही चलन चल्तिका ब्यवहारहरुद्वारा अन्जानमै शिशुलाइ हानी पनि पुग्दो रहेछ भनेर अध्ययनबाट देखिन्छ । ती हानीकारक ब्यवहारहरु केही परम्परागत रुपमा, केही सामाजिक तथा आर्थिक कारणहरुले र केही अज्ञानतावश हुने गरेका छन् ।

पहिलो हानीकारक चलनमा जन्मिना साथ बच्चालाइ पानी, घिऊ, मह वा चिनी चटाउने चलनलाइ लिन सकिन्छ । याद गरौं भर्खर जन्मेको बच्चाले आमाको दूध बाहेक अरु केही पचाउन सक्दैन । यसरी आमाको दूध बाहेकका खानेकुराले बच्चालाइ हानी पुऱ्याउँछ । यसले भाडापखाला लागेर कुपोषण हुने डर हुन्छ । दोश्रो हानिकारक चलनमा कही कही विगौती दूध निचोरेर फाल्ने अनि मात्रै बच्चालाइ दूध चुसाउने गरिन्छ । आमाको पहेंलो दूध अर्थात विगौतीमा बच्चाको जीवनरक्षक वा रोग प्रतिरोधात्मक पोषक तत्वहरु हुन्छन् । यसले शिशुलाइ विभिन्न रोगहरुबाट बच्नको लागि आमाबाटै शक्ति प्राप्त हुन्छ । यस्तो विगौती दूधले शिशुको शरीरमा एक प्रकारको भ्याक्सिनले भै काम गर्दछ । तेस्रो हानीकारक चलनमा कही कही बच्चालाइ ६ महिना नपुग्दै थप ठोस आहार खुवाइन्छ । यो अवधिमा शिशुलाइ थप खाना आवश्यक नपर्ने, यस बेलामा ठोस खाना पचाउन नसक्ने भएकाले बच्चालाइ भाडापखाला लागेर कुपोषण हुन सक्दछ । चौथो हानीकारक चलनमा कही कही शिशु ६ महिना पछि पनि बच्चालाइ दूध मात्र खुवाउने चलन पनि छ । शिशुलाइ ६ महिना पछि आमाको दूधले मात्र पुग्दैन । ६ महिना पछि शिशुलाइ आमाको दूध संगै गोडागुडी तथा तरकारीको रस, लिटो र जाउलो खुवाउनु पर्दछ । पाँचौं हानीकारक चलनमा घरमा भएको फलफूलले चिसो लाग्छ भनेर खान नदिने । फलफूलमा शरीरलाइ आवश्यक पर्ने भिटामिन, खनिज तत्वहरु पाइन्छन् जसले रोग लाग्नबाट बचाउँछ । यसरी फलफूल खान नदिदा हामी शिशुलाइ जोखिमपूर्ण अवस्थामा धकेलिरहेका हुन्छौं । हानीकारक चलनको रुपमा सिशीबाट दूध चुसाउनुलाइ पनि लिन सकिन्छ । यो अत्यन्तै जोखिम पूर्ण चलन हो । एकातिर सिशी भित्र राखिने दूध नै अस्वस्थकर र शिशुको शरीरको लागि ग्राह्य नहुनसक्छ । अर्कातिर सिशी र दूधको मुण्टाको सफाइको कमीबाट विभिन्न सरुवा रोग लाग्ने सम्भावना बढाउँछ ।

स्तनपानको संरक्षण र सम्बर्धन तथा आमाको दूधलाइ प्रतिस्थापन गर्ने वस्तु लगायत वाल आहारको बिक्री वितरणलाइ नियमित गरी बच्चाहरुका लागि सुरक्षित एवं पर्याप्त पोषणको ब्यवस्था गर्न सरकारले पनि ऐन कानूनको ब्यवस्था गरेको छ । आमाको दूधलाइ प्रतिस्थापन गर्ने वस्तु (बिक्री वितरण नियन्त्रण) ऐन २०४९ र आमाको दूधलाइ प्रतिस्थापन गर्ने वस्तु (बिक्री वितरण, नियन्त्रण)

नियमावली, २०५१ मा बाल स्वास्थ्य तथा बाल हक हितलाई नै रक्षा गर्ने अवधारणा देखिन्छ । हाल स्तनपान गराउने महिलाहरूलाई काम गर्ने कार्यालयमा स्तनपान गराउने छुट्टै कक्ष हुनु पर्छ भन्ने सवालहरू पनि उठेका छन् । यसलाई हामीले अत्यन्त सान्दर्भिक र आवश्यक वातावरणको रूपमा लिनु पर्दछ, जसले स्तनपान र अन्ततः बाल स्वास्थ्यलाई नै बल पुऱ्याउछ ।

वर्षै भरी पूर्व प्रसूती, प्रसूती र उत्तर प्रसूती सेवा तथा परामर्शको लागि न्यूनतम आवश्यक पूर्वाधारहरू हाल ग्रामीण तहसम्म उपलब्ध छन् । आज एकातिर सेवाको पहुँच नपुगेको गुनासो छ भने अर्कातिर उपलब्ध सेवाहरू नै विभिन्न कारणवश उपभोग गर्न नसकेको देखिन्छ । कुनै पनि स्वास्थ्य दिवस मनाउंदा जन चेतनामूलक सूचना तथा संदेशहरूको प्रचार प्रसार वा जनचेतनामूलक गतिविधिहरूले जनस्वास्थ्य अभियानमा धेरै मद्दत गर्न सक्दछ । कुनै चाड पर्व आ-आफ्नो घरको क्यालेण्डर अनुसार मनाइए भै स्वास्थ्य सम्वन्धी दिवस पनि पनि जीवन शैलीको रूपमा लिने बेला आएको छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनले वर्षेनी समय सापेक्ष रूपमा तय गर्ने वर्षको नारा आफ्नो परिवेशमा कसरी सान्दर्भिक बनाइ आत्मसात गर्न सकिन्छ भनेर हामी सबैले स्वतःस्फूर्त रूपमा सबै तहमा चासो र सहभागिताको विषय बनाउन सक्छौं । विश्व स्तनपान सप्ताहको यस वर्षको नारा “स्तनपान र घरेलु खाना” ले पनि बाल मृत्यु उच्च रहेको हाम्रो जस्तो मुलुकमा नीति निर्माण तह देखि परिवार तह सम्मको सहभागिता र योगदान खोजेको छ ।

## स्तनपान सम्बन्धि जानी राख्नु पर्ने कुराहरू

स्तनपान एक प्राकृतिक प्रकृया भए पनि यसबारे सहि जानकारीका अभावमा कतिपय आमाहरूलाई उचित तरिकाले स्तनपान गराएको पाइदैन । यसैले हामी विश्वभर स्तनपान सप्ताह मनाएर यसबारे नया पुस्ताका आमालाई जानकारी गराएर स्तनपानको निरन्तरतामा पैरवी गरिन्छ । स्तनपान बारे मुख्य सन्देशहरू प्रचार प्रसार गरेर हामी आमा र बच्चाको स्वास्थ्यको कामना गर्दछौं । चाहे गफ गर्दा होस वा बैठकमा होस वा कक्षा कोठा होस वा सार्वजनिक स्थल, तलका सन्देशहरू फैलाएर हामी स्वस्थ जीवनको कामना गर्न सक्छौ ।

- ❖ आमाको दूध बच्चाको लागि पूर्ण आहार हो ।
- ❖ आमाको दूध बच्चाको लागि अमृत सरह हो ।
- ❖ शिशु जन्मिए पछि शुरुमा आउने आमाको पहेंलो बाक्लो दूध (बिगौती) ले बच्चालाई विभिन्न रोगबाट बचाउँछ ।
- ❖ आमाको दूधले शिशुलाई भ्रूडापखाला र श्वास प्रश्वास सम्बन्धी रोगबाट बचाउँछ ।
- ❖ ६ महिना सम्ममा शिशुलाई आमाको दूधले नै पुग्छ, त्यसैले आमाको दूध बाहेक अरु केहि खुवाउनु पर्दैन ।
- ❖ आमाको दूधले बालकको मानसिक र शारिरीक विकास गर्दछ ।
- ❖ आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्य तन्दुरुस्त राख्नको लागि बच्चालाई जन्मिना साथ अथवा एक घण्टा भित्र दूध चुसाउनु पर्दछ ।
- ❖ आमाको दूधमा बच्चालाई चाहिने सबै पोषक तत्वहरू हुन्छन् ।
- ❖ बच्चालाई जति चुसायो त्यति नै धेरै दूध आउँछ ।
- ❖ एक पटक दूध चुसाउन छाडेपछि फेरी दूध आउन गाह्रो हुन्छ ।
- ❖ दूध चुसाई रहेमा आमाको स्तन गानिदैन ।
- ❖ बच्चालाई जबर्जस्ती दूध छुटाएमा दूधको मुण्टामा घाऊ हुन सक्छ । पेट भरी सके पछि बच्चाले आफै दूध छोडी दिन्छ ।
- ❖ शिशु जन्मिना साथ आमाको दूध चुसाएमा प्रसव पछि रगत बग्न कम हुन्छ साथै साल पनि सजिलै भर्न मद्दत गर्छ ।
- ❖ आफ्नो दूध खुवाउने आमा र शिशु बीच आत्मीय सम्बन्ध स्थापित हुन्छ ।
- ❖ स्तनपानले जन्मान्तर गर्न सहयोग गर्छ ।

माथिका कतिपय सन्देश कुनै नौला छैनन् तर सबै मानिसले सबै कुरा सुनेका वा बुझेका पनि हुदैनन् । एउटा सानो सन्देशले कसैको जीवनमा ठोस मद्दत पुग्दछ भने हामी आफूले जानेका कुरा अरुलाई पनि बाँड्न पछि नपर्ने ।



## प्रत्येक आमा र बच्चालाई महत्व दिऔं

हरेक वर्ष ७ अप्रिल विश्व स्वास्थ्य दिवस विश्वभर विभिन्न कार्यक्रमका साथ मनाइन्छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनले यो वर्षको नारा “प्रत्येक आमा र बच्चालाई महत्व दिऔं” चयन गरेको छ । उमेर समूहका हिसावले हेर्दा विश्वमा छ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको बाल मृत्यु दर बढि छ । त्यसमा पनि १ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको शिशु मृत्यु दर भन्नु बढि छ । अझ २८ दिन मुनिका बच्चाहरु अर्थात नवजात शिशुहरुको मृत्यु दर भने चिन्ताजनक अवस्थामा छ । विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्लु एच ओ) का अनुसार विश्वमा प्रत्येक वर्ष ४० लाख नवजात शिशुहरु २८ दिन भित्र मर्ने गर्छन् । भण्डै त्यत्तिकै संख्यामा गर्भावस्थाको अन्तिम चरणमा मर्दछन् अथवा मृत अवस्थामा जन्मन्छन् । यसरी मर्ने नवजात शिशुहरुको कहीं कतै उल्लेख गरिदैन । नवजात शिशुहरुको मृत्यु हुने संभावना अन्य शिशुहरुको तुलनामा निकै नै बढी हुन्छ । गर्भ रहंदा, जन्म लिंदा तथा जन्मसकेपछि नवजात शिशुले राम्रो स्याहार नपाउनुका कारणले शिशुहरुले अपाङ्ग भएर बाँच्नु परेको छ । स्वास्थ्य मंत्रालयका अनुसार नेपालमा एक महिना भित्र मृत्यु हुनेहरु मध्ये पनि दुई तिहाईको मृत्यु १ हप्ता भित्रै हुन्छ । त्यसै गरेर १ हप्ता नपुग्दै मर्नेहरु मध्ये दुई तिहाईको मृत्यु जन्मेको २४ घण्टा भित्र हुने गर्दछ । बाल स्वास्थ्यको चिन्ताजनक सूचकाङ्कहरुको आधारमा हामी भविष्यको भरोसा विसाउने बालबालिकाको स्वास्थ्य स्थिति आज जोखिमपूर्ण अवस्थामा गुज्रिरहेको पाउँछौं ।

जनसंख्याको आधा भाग ओगटेका महिलाहरुको प्रजनन स्वास्थ्य पनि उत्तिकै जोखिमपूर्ण मानिन्छ । विश्वमा वर्षेनी छ लाख भन्दा बढि महिलाहरुको मृत्यु गर्भवति तथा सुत्केरी अवस्थाका कारणले हुने गर्दछ । नेपालमा प्रति एक लाख गर्भवती महिलामा ५३९ जना महिलाको गर्भ वा सुत्केरीको कारणले मृत्यु हुनु चिन्ताको विषय हो । उल्लेखित सूचकाङ्कहरुले केवल जनस्वास्थ्यको स्थिति मात्र नभएर सामाजिक, आर्थिक स्थितिहरु समेत प्रतिबिम्बित गर्दछ । विश्वमा यो समस्या विकासशील देशहरुमा केन्द्रीत हुनुले यो समस्यालाई थप चुनौतीपूर्ण बनाएको छ ।

उल्लेखित स्थितिको आधारमा विश्व स्वास्थ्य संगठनले यो वर्षको विश्व स्वास्थ्य दिवसको नारा “प्रत्येक आमा र बच्चालाई महत्व दिऔं” चयन गरेको छ । यो नाराले निम्न चार वटा बुँदाहरु प्रति सबैको ध्यान आकर्षित गरेको छ ।

- (१) आमा र बच्चाको मृत्यु दर बढि छ र यी समूहहरु विभिन्न स्वास्थ्य समस्याहरुबाट पिडित छन् ।
- (२) स्वस्थ आमा र बच्चा नै देशका सम्पत्ति हुन् । (३) हाल उपलब्ध ज्ञान र शीपले लाखौं आमा र बच्चाको अमूल्य ज्यान जोगाउन सकिन्छ । उक्त ज्ञान र शीपको उपयोग गर्ने गराउने कार्य चुनौतीपूर्ण छ । (४) सबैको एकता र प्रयास बिना बाञ्छित लक्ष प्राप्त हुदैन । त्यसैले सबैको भूमिका र सहभागिता अपरिहार्य छ ।

नेपालमा सन् १९८७ मा शिशु मृत्यु दर प्रति १००० जीवित जन्ममा ११३ रहेकोमा सो सन् २००१ मा ६४ मा झरेको छ । तर सन् १९८७ मा रहेको नवजात शिशु मृत्यु दर भने प्रति १००० जीवित जन्ममा ४५ बाट सन् २००१ मा केवल ३९ मा मात्र झरेको पाइन्छ । यहाँ अझ ध्यानयोग्य कुरो के छ भने सन् १९८७ मा बालमृत्युमा शिशु मृत्युको भार ४० रहेकोमा सन् २००१ मा सो बढेर ६० पुगनुले नवजात शिशु मृत्यु दर थप समस्याको रुपमा उजागर भएको र यसतर्फ ध्यान नपुगेको

प्रतीत हुन्छ । यसैले नवजात शिशुको मृत्यु दर कम नगरी शिशु मृत्यु दर तथा बाल मृत्यु दर घट्न असम्भव छ भन्ने कुरा तथ्याङ्कले नै औल्याएको छ ।

श्री ५ को सरकारले राष्ट्रिय नवजात शिशु स्वास्थ्य रणनीति २०६० तय गरिसकेको छ । समुदायमा कस्तो सेवा कसरी पुऱ्याएको खण्डमा नवजात शिशुको मृत्यु दर कम गर्न सकिन्छ भन्ने हेतुले समुदायमा आधारित नवजात शिशु कार्यक्रमको थालनी तथा पाईलोटिङ हाल मोरङ जिल्लामा सुरु भईसकेको छ । जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय र “मिनी” को संयुक्त तत्वाबधानमा नवजात शिशु कार्यक्रम अगाडि बढेको छ । जिल्ला विकास समिति मोरङ, स्थानीय गा.वि.स.हरुको पनि कार्यक्रममा सहभागिता रहेको छ । समुदायमा सेवा प्रवाह कार्य सुरु भैसकेको छ । कार्यक्रम अन्तर्गत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरु समुदायमा परिचालित भई गर्भवतीको स्याहार र परामर्श सेवा प्रदान गर्ने, पूर्व प्रसूति तथा प्रसूति सेवा स्वास्थ्य संस्थाबाट लिन उत्प्रेरित गर्ने, र जन्म मृत्यु दर्तामा सरिक भएका छन् । यसको साथै ग्रामिण स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा मातृ शिशु कार्यकर्ताहरुद्वारा नवजात शिशुको रेखदेख हुने र आवश्यक परेमा जेन्टामाईसिन एन्टिबायोटिकको प्रयोगद्वारा नवजात शिशुको संक्रमणको उपचार गरिन्छ ।

नवजात शिशु कार्यक्रमका प्रसस्त संभावना र चुनौतिहरु छन् । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरु तथा स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरु समुदायमा परिचालित हुनु, प्रभावकारी औषधीको प्रयोग हुनुबाट यसले नवजात शिशु कार्यक्रमको सफलताको संभावनालाई बढाएको छ । समुदायमा न्वारान पूर्व मृत्यु हुने नवजात शिशुको मृत्युलाई सामाजिक, सांस्कृतिक तथा मनोवैज्ञानिक दृष्टिकाणले पनि समुदायले उति गम्भिरतापूर्वक लिएको छैन जसलाई कार्यक्रमको चुनौतिको रुपमा लिन सकिन्छ । समुदायमा परिचालित महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरु तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुको हालको उत्प्रेरित मनोभावना कायम राख्नु कार्यक्रमको अर्को चुनौतिको रुपमा देखिन्छ ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले पनि महिला र बालबालिकालाई पहिलो प्राथमिकतामा राखिसकेको छ । मुलुकमा महिला स्वास्थ्यको स्थिति सुधार्न सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, पोषण कार्यक्रम, स्वास्थ्य शिक्षा जस्ता सेवाहरु समुदायमा पुऱ्याउने नीति, लक्ष र कार्यक्रमहरु निरन्तर रुपमा चालु छन् । सरकारी तथा गैर सरकारी क्षेत्रबाट भईरहेका अथक प्रयासहरुका फलस्वरुप सकारात्मक प्रभावहरु क्रमस देखा पर्दैछन् । नियमित रुपमा गरिने अध्ययनहरु तथा आवधिक योजनाहरुको प्रगतिहरुको विश्लेषणले पनि सो कुरा देखाई सकेको छ । जनस्वास्थ्य कार्यक्रम र रणनीतिहरु महिला तथा बाल समस्या सम्बोधन तर्फ उन्मुख छन् । यद्यपि जनस्वास्थ्य कार्यक्रम र लक्षित समूह बिचको दूरी कम गर्न सबैबाट थप पहल आवश्यक छ भन्ने कुरामा यस वर्ष २००५ को विश्व स्वास्थ्य दिवसको नाराले हामी सबैलाई आक्लान गरेको छ ।

## महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको भूमिका, संभावना र चुनौती

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूद्वारा समुदायमा प्रदान गरिने निःशुल्क सेवालाई समुदायले हार्दिकतापूर्वक श्वीकारेको पाईन्छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूले बाल मृत्यु दर तथा मातृ मृत्यु दर कम गर्न महत्वपूर्ण भूमिका खेलेका छन् । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूबाट प्रदान गरिएका सेवाको प्रभावकारितामा वर्षेनी भएको संख्यात्मक तथा गुणात्मक सुधारले संभावनाको आयामलाई पनि फराकिलो पाउँ लगेको छ । यसै क्रममा श्वासप्रश्वास रोगको उपचार र नियन्त्रणमा पनि महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको भूमिकालाई उच्च मूल्याङ्कन गर्न सकिन्छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको भूमिका हेर्न मोरङ्ग जिल्लाका केहि गा.वि.स.का महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूले समुदायमा पुऱ्याएको योगदानलाई नमूनाको रूपमा लिन सकिन्छ । हालै दादरबैरिया स्वास्थ्य चौकीमा सम्पन्न भएको महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको श्वासप्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको वार्षिक समीक्षा गोष्ठिमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूले आ-आफ्नो अनुभवहरूको आदान प्रदान गरे । कद्माहा गा.वि.स. वार्ड न. २ की महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक गुलेफन बेगमले यसपालीको जाडो यामका गरेको उपकारको विवरण यस प्रकारको छ । उनको वार्डमा एक जना बच्चा निमोनियाले सिकिस्त भयो । अस्पताल लैजानलाई बच्चाकी आमासंग उपचारको लागि पैसा त परै जावोस् बस भाडा समेत थिएन । महिला स्वयंसेवक गुलेफन बेगमले विरामी बच्चालाई कोट्रिम चक्कि घोटेर खुवाई दिईन् र घरमा ५ दिन सम्म खुवाउनको लागि कोट्रिम चक्कि निःशुल्क रूपमा आमालाई दिईन् । तीन दिन पछि उनै आमा खुशी हुदै स्वयंसेवक बेगम सामू आउँदा उनलाई औषधी खुशी लागेको सुखद अनुभूतिले अवश्य सबैलाई खुशी तुल्यायो । स्वयंसेविकाका अनुसार केहि दिन अघि मृत्युको मुखमा पुगेको शिकिस्त बच्चाको स्थितिमा सुधार आएको थियो र बच्चाको आँखा चम्किलो भएको थियो ।

दादरबैरिया गा.वि.स.की महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक दयावती सरदारको परोपकारको घटना विवरण भने यस्तो थियो । उनको वडामा एक जना बच्चा सिकिस्त भएपछि अस्पताल लगियो । बच्चालाई निमोनिया भएकोले अस्पतालमा भर्ना गर्नुपर्ने भएछ । डाक्टर साहेबले भर्ना गर्ने बेलामा पूर्जामा केहि लेखेर अभिभावकलाई लेखे बमोजिमको औषधी र सामग्री ल्याउन भन्नुभयो । उनी औषधी लिन पसलमा गईन् । तर औषधिको मूल्य सुनेपछि आमा आश्चर्य र निराश भईछन् । औषधीको मात्र सात आठ सय रुपैया सुरुमै लाग्ने कुरा सुने पछि उनले आफ्नो बच्चालाई अस्पताल भर्ना गर्ने आँटै गरिनन् । पैसा नभएकाले लुरु लुरु विरामी बच्चा च्याप्दै घर फर्कनु बाहेक उनको सामू अरु उपाय थिएन । शरण खोज्दै विरामी बच्चाकी आमा उनकै वडाकी महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक दयावती सरदार कहाँ पुगिन् । दयावतिले उनको साथमा रहेको कोट्रिम चक्कि विरामी बच्चालाई पाँच दिन सम्म खुवाए पछि बच्चालाई सञ्चो भयो । उनले यसरी घटना विवरण सुनाउँदा उनको अनुहारमा सन्तोषको लहर प्रष्टै देखिन्थ्यो ।

एकातिर समुदायको त्यस्तो स्थिति छ अर्कोतिर महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूसंग आफ्ना आशा प्रत्यासा र गुनासाहरु पनि प्रसस्तै छन् । स्वयंसेवकहरूको ब्यथा समेटेर मोरङ्ग पथरीकी एक जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकले एक तालिमको अवसरमा यो पङ्क्तिकारलाई सुनाउनु भएको लयवद्ध कविता पनि विसि नसक्नु थियो । कवितामा दुखेसो यसरी पोखिएको थियो - “कहिल्यै नभरिने यो पेटको थैलो, स्वयंसेवकहरूको पनि छ, जो धन्यवादका शब्दहरूले मात्र भरिन्नन्” ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूद्वारा समुदायमा निःशुल्क रूपमा प्रदत्त प्रतिकारात्मक, प्रबर्धनात्मक र प्राथमिक उपचार सेवाहरूलाई स्वयं स्वयंसेविकाहरूले परोपकारको रूपमा आत्मसात गरेका छन् । समुदायले अत्यावश्यक सेवाको रूपमा ग्रहण गरेको पाईन्छ । श्री ५ को सरकारले पनि यस कार्यक्रमलाई समुदाय सशक्तिकरणको रूपमा लिएको छ । पोलियो खोप अभियान, भिटामिन ए तथा जुकाको औषधी खुवाउने कार्यक्रम, परिवार नियोजन साधन वितरण, सुरक्षित मातृत्व, पोषण, स्वास्थ्य शिक्षा लगायतका लगभग २० कार्यक्रमहरूमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूले अत्यन्त सकारात्मक भूमिका खेलेरहेका छन् । यसै कुरालाई मध्यनजरमा राखि प्राय गा.वि.स.हरूमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको हितका लागि यथासक्दो व्यवस्था गरिएको पनि पाईन्छ । धेरै गा.वि.स.हरूमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कोष खडा गरिएको छ । कतिपय गा.वि.स.हरूमा चिया खर्च वा खाना खर्च तथा कहिं कहिं त केहि पारिश्रामिकको समेत व्यवस्था गरिएको पनि देखिन्छ । कतिपय गैर सरकारी संघ संस्थाहरूको सहयोगमा स्वयंसेवकहरूलाई पोशाक, छाता र टर्चलाईट आदिको व्यवस्था समेत गरिएका प्रसस्त उदाहरणहरू छन् । हाल श्री ५ को सरकारले सबै महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकलाई लोगो सहितको परिचय पत्र बनाउने व्यवस्था पनि गरेको छ । यसरी महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको मनोबल उच्च राख्न विभिन्न तहबाट तथा क्षेत्रबाट प्रसस्त प्रयासहरू भएका छन् ।

हाल देशका ४८ हजार भन्दा बढि संख्यामा रहेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको आशा प्रत्याशा र सरकारी क्षेत्र, गैर सरकारी क्षेत्र, तथा समुदायले प्रदान गर्ने आर्थिक अनुदान बीचको समीकरण भने अलि जटिल र चुनौतीपूर्ण देखिन्छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकको हक हितमा उपयोगी “महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कोष” मा रकम जुटाउन जति गाह्रो छ, प्राप्त रकमको व्यवस्थापन पनि उत्तिकै चुनौतीपूर्ण बन्दै गएको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमको दिगो र प्रभावकारी व्यवस्थापन समुदायको सहभागिताबाटै पाउन सकिने प्रसस्त संभावनाहरू छन् । परोपकार जस्तो उच्च आदर्श र भावनाबाट अभिप्रेरित स्वयंसेविका कार्यक्रमलाई जगेर्ना गर्न एकातिर हालका प्रयासहरूमा निरन्तरता र थप रणनीतिक प्रयासहरूको खाँचो देखिन्छ । श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मंत्रालयले आ.व.२०४५।४६ सालमा सुरु गरेको महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमको रणनीतिमा समयानुकूल आवश्यक संसोधन गरी महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमलाई समसामयिक र व्यवहारिक बनाउने प्रयास गर्दै आएको छ । यसको साथै महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रमको दिगोपनको लागि सबै तह र क्षेत्रबाट निरन्तर चिन्तन र प्रतिबद्धता हुनुपर्ने देखिन्छ ।

## महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका अक्षयकोष एक परिचय

गाऊँ गाउँमा जबसम्म आमाहरु सचेत हुँदैनन्, तबसम्म स्वस्थ परिवारको परिकल्पना गर्न सकिन्न । महिलाहरुको संलग्नता बिना गाऊँमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुधारात्मक परिवर्तन आउन असम्भव नै छ । यहि कुरालाई हृदयंगम गरी श्री ५ को सरकारको स्वास्थ्य नीति अनुरूप आ.व. २०४५।४६ देखि हरेक गा.वि.स. र नगरपालिकामा प्रत्येक वडाहरुमा कम्तिमा ११ जना भएको आमा समूह गठन गरि सोही समूह मध्येबाट बडामा कम्तिमा एक जना महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका छनौट गरिन्छ । त्यसरी छनौट भएका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई श्री ५ को सरकारले गाउँ स्तरमा संचालन हुने स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरुलाई प्रभावकारी रुपमा आफ्नो क्षेत्रमा सेवा पुऱ्याउन सक्षम बनाउन आधारभूत तालिम र वर्षमा २ पटक रिफ्रेसर तालिमको व्यवस्था गरेको छ । बाल मृत्यु दर र मातृ मृत्यु दरमा कमी ल्याउन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले पुऱ्याएको योगदान उल्लेखनीय छ । अन्य जनस्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरुमा पनि महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको ठूलो योगदान रहि आएको छ । जनसमुदायमा स्वास्थ्य सम्बन्धी चेतना अभिवृद्धि गर्दै आउनु भएका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु वास्तवमै विशुद्ध स्वयंसेविका हुन् ।

जनस्वास्थ्य प्रणालीको एक अंगको रुपमा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई कार्यक्रममा निरन्तरता दिन, दीर्घकालीन उत्प्रेरणाको लागि सोच्नु आजको आवश्यकता हो । दातृ संस्थाहरुबाट प्राप्त हुने बजेट तथा सहयोग निरन्तर रहिरहन सक्दैन । बजेटको अभावका कारण आमा समूहको बैठक तथा तालिमहरु संचालन गर्न कठिनाई भईरहेको छ । यिनै समस्याहरुलाई समेत ध्यानमा राखेर महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको मनोबल उच्च राखी कार्यक्रमहरुलाई निरन्तरता दिन हरेका गा.वि.स. तथा नगरपालिकाबाट “महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका अक्षय कोष” स्थापना गर्ने अवधारणा अगाडि सारिएको छ ।

यो अक्षयकोष कहिल्यै पनि ननासिने मूल पूँजी हो जसमा रकम थप गर्न सकिन्छ, तर निकाल्न पाईदैन । यसबाट आउने ब्याज जम्मा गर्न छुट्टै अर्को एक सहायक बचत खाता खोलिएको हुन्छ जसमा नियमित रुपमा ब्याज जम्मा हुने व्यवस्था गरिन्छ । सम्बन्धित गा.वि.स.का अध्यक्ष तथा नगरपालिका प्रमुख पदेन अध्यक्ष हुने अक्षय कोष कार्यान्वयन समितिमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था रहेको वार्डका महिला सदस्य पदेन सदस्य, महिला स्वस्थ स्वयंसेविकाहरु मध्येबाट छानिएका ३ जना प्रतिनिधी सदस्य, बुद्धिजीवी एक जना र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाका प्रमुख सदस्य सचिव रहने व्यवस्था गरिएको हुन्छ । कार्यसमितिको बैठक साधरणतया कम्तिमा ४ महिनामा एक पटक बस्नु पर्ने र ब्याजको स्थिति र खर्च गर्ने विषयमा छलफल गर्ने प्रावधान छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका अक्षय कोष र सहायक बचत खाता संचालन गर्ने सम्बन्धमा गा.वि.स.का अध्यक्ष तथा नगरपालिकाका प्रमुख र स्वास्थ्य संस्था प्रमुख एवम् महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका प्रतिनिधी मध्ये एकको संयुक्त दस्तखतमा सकभर श्री ५ को सरकारको स्वामित्व भएको वाणिज्य बैंकमा खाता खोलिएको छ । यसरी खाताबाट रकम भिक्दा समितीको निर्णय अनिवार्य गरिएको छ । अक्षय कोषको ब्याज महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको हक हित र प्रोत्साहनमा मात्र खर्च गरिन्छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुबाट छानिएर आएका महिला प्रतिनिधीले ब्याजको रकम के को लागि खर्च गर्ने हो, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु बीच छलफल गराई निर्णयको लागि समितीमा पेश गरे पछि समितिको निर्णय अनुसार ब्याज रकमको खर्च गरिने प्रावधान विद्यमान

निर्देशिकाले गरेको छ । अक्षयकोषको हरहिसाव सदस्य सचिवले दुरुस्त राख्नु पर्ने र लेखापरीक्षण गराउनु पर्ने ब्यवस्था छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका अक्षय कोष सम्बन्धी अवधारणाले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको मागलाइ केही हदसम्म भए पनि सम्बोधन गर्ने भएको र निर्देशिका कार्यान्वयन भइसकेको यस अवस्थामा यसको प्रतिपालन, अनुगमन र सहयोग सबैतिरबाट आवश्यक छ ।

## कुष्ठरोगबारे सोच्नु पर्ने केहि कुराहरू

“तपाईं हाम्रो प्रतिवद्धता, कुष्ठरोग विरुद्धको एकता” नाराका साथ ५२ औं विश्व कुष्ठरोग दिवस यसपालि माघ १७ गते नेपालमा पनि मनाईयो । कुष्ठरोग प्रति प्रेस जगत निकै सचेत छ । एक वर्ष अघि २०६० साल पुष ८ गतेको कान्तिपुर दैनिकमा “कुष्ठरोग हुनुको दण्ड !” शिर्षक दिएर लेखिएको सम्पादकीयमा उल्लेख गरिएको थियो-“अज्ञान, अन्धविश्वास र परपीडक मनोविज्ञानको त्रियोगले समाजलाई कति क्रुर र अमानवीय तुल्याउँछ, रौतहटको हर्दिया-७ का बुधनराय यादवलाई हेरे हुन्छ । आफ्नै गाउँले र आफन्तबाट गाउँ निकाला जस्तो निर्मम दण्ड भोग्न बाध्य ३२ वर्षीय यी आदिवासीको अपराध यत्ति हो-उनी कुष्ठरोगी हुनु ।” कुष्ठरोगीका यस्ता अमानवीय घटनाक्रमले कस्को मनलाई नचिमोट्ला र ? यसैले कुष्ठरोग सामाजिक समस्या पनि हो ।

यो किटाणुबाट लाग्ने ज्यादै कम सर्ने रोग हो । यो दैवीश्राप वा पापको फलले लाग्ने रोग होईन । जनस्वास्थ्यको दृष्टिकोणले हेर्दा कुष्ठरोगीहरूको उपस्थिति दरको तथ्याङ्कीय लहर वर्षेनी घट्दो क्रममा छ । तसर्थ तलका अवस्था भएमा वा भएको शंका लागेमा नजिकैको स्वास्थ्य संस्थामा जाँच गराऔं । स्वास्थ्य संस्थाहरू प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, उप-स्वास्थ्य चौकी तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूमा औषधि निःशुल्क पाईन्छ । कुष्ठरोगका लक्षण वा चिन्हहरू यस प्रकार छन् -

- ☞ शरीरमा रातो वा फुस्रो नचिलाउने वा छोएको थाहा नपाउने लाटो दाग देखा पर्ने ।
- ☞ कानको लोती बाक्लो हुनु, शरीरमा गिर्खा हुनु ।
- ☞ स्नायु (नशा) दुख्नु वा सुन्ननु तथा भ्रमभ्रम हुनु ।
- ☞ हातखुट्टा कमजोर हुनु तथा आँखी भौं भर्नु ।

नेपालले सन् २००५ सम्ममा विरामीको उपस्थिति दर प्रति १०,००० मा १ भन्दा कम स्तरमा ओराल्ने लक्ष राखेको छ । यसको लागि (१) कुष्ठरोग सम्बन्धि सेवालाई सर्वसुलभ बनाउने । (२) कुष्ठरोगीलाई रोगको प्रारम्भिक अवस्थामा नै पत्ता लगाई कुष्ठरोगबाट उत्पन्न हुने अपाङ्गतालाई कम गर्ने । (३) समाजमा विद्यमान कुष्ठरोग प्रतिको नकारात्मक धारणालाई सकारात्मक रूपमा परिवर्तन गरि सामाजिक अन्धविश्वास, डर त्रास कम गर्ने, जस्ता नीतिहरू पनि अवलम्बन गरेको छ । उल्लेखित रणनीतिहरूका साथै (१) कुष्ठरोगी, तिनका परिवार तथा समुदायलाई जनचेतनाद्वारा सशक्तिकरण गर्ने । (२) कुष्ठरोगी स्वयं स्वास्थ्य संस्था आउन प्रोत्साहन गर्ने । (३) उपचार निःशुल्क रूपमा सर्वसुलभ गराउने, जस्ता रणनीतिहरू पनि स्वास्थ्य मंत्रालयद्वारा तय गरिएका छन् ।

देशमा कुष्ठरोगलाई निवारण गरी जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहन नदिन शिक्षक, विद्यार्थी, वृद्धिजीवी, नागरिक समाज र संचारकर्मीको सहयोगको खाँचो छ । जनचेतना फैलाएर समुदाय सशक्तिकरण गरेर मात्र लक्षमा पुग्न सकिन्छ, भन्ने कुरालाई कुष्ठरोग दिवसले पुनः सम्झाएको छ ।

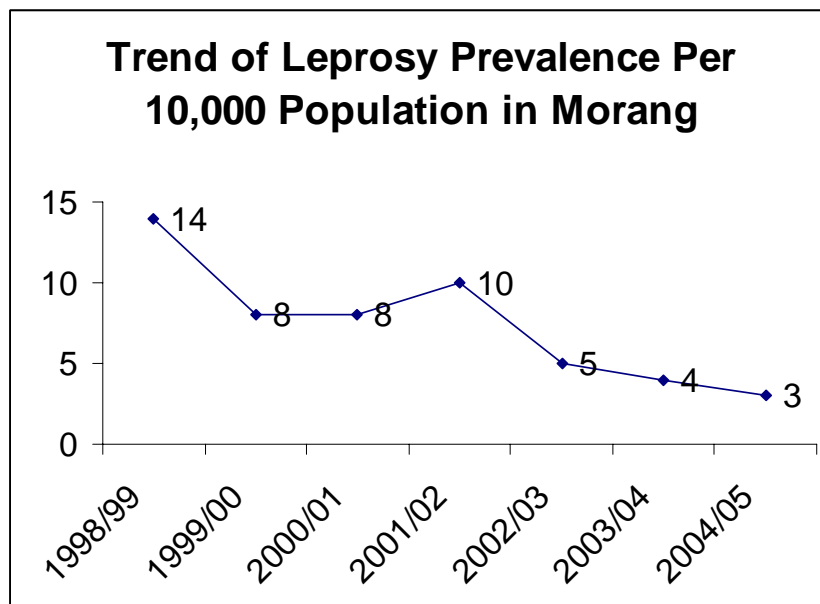
## कुष्ठरोगको हालको स्थिति

छालामा आउने लाटो फुस्रो दाग कुष्ठरोगको एक लक्षण हो । छालामा यस्तो लक्षण देखिए पनि यो छालाको रोग मात्र चाहि होइन । यो रोगले छाला भित्रका स्नायुलाई प्रभावित पार्दछ । तातो चिसो थाहा पाउने स्नायुमा गडबडी उत्पन्न भए पछि खासगरी हात खुट्टामा पोलेको घोचेको खण्डमा शरीरले थाहा पाउदैन । हातखुट्टामा घाउ संक्रमण भएको पत्तै नभइ क्षति हुने गर्दछ र कसै कसैको त अंगभंग हुन सक्छ कुष्ठरोगले । कुष्ठरोग प्राचीन रोग हो जसको चर्चा धर्मशास्त्रहरुमा पनि गरिएको छ । कुष्ठरोगका जीवाणु मानिसमा मात्र नभइ अर्माडिलो भन्ने जीवमा पनि पाइन्छ । यसैले कुष्ठरोगलाई संसारबाट उन्मूलन गर्न सम्भव नभए पनि यसलाई १० हजार जनसंख्यामा १ जना भन्दा कम कुष्ठरोगी संख्याको स्तरमा नियन्त्रित गर्न चाहि सम्भव छ भनेर विश्वका अन्य देशहरुमा प्राप्त सफलताबाट सिद्ध भइ सकेको छ । जसलाई हामी कुष्ठरोगको निवारण स्तर भन्ने गर्दछौ ।

नेपालमा सन् १९८७ मा श्री ५ को सरकारले कुष्ठरोग कार्यक्रमलाई आधारभूत स्वास्थ्य कार्यक्रममा एकिकृत गर्‍यो । विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् १९९१ मा आव्हान गरे बमोजिम नेपालमा पनि कुष्ठरोगलाई सन् २००५ सम्ममा निवारण गर्ने लक्ष राखिएको थियो । यसको लागि कुष्ठरोग सम्बन्धि आवश्यक सेवालाई सर्वसुलभ गराउने, कुष्ठरोगीलाई प्रारम्भिक अवस्था मै पत्ता लगाइ रोगबाट उत्पन्न हुने असमर्थता एवं अपाङ्गताको रोकथाम गर्ने, समाजमा कुष्ठरोग प्रतिको नकारात्मक धारणालाई सकारात्मक रूपमा परिवर्तन गरी कुष्ठरोग संग गाँसिएको सामाजिक डर त्रासलाई कम गर्ने जनस्ता नीति अवलम्बन गरिएको छ । लक्ष हासिल गर्नका निम्ति सूचनामूलक शैक्षिक क्रियाकलापहरुको माध्यमबाट समाजमा रहेका कुष्ठरोगीलाई स्वास्थ्य संस्थामा स्वेच्छाले आफै आउन प्रोत्साहित गर्ने, कुष्ठरोगको निदान र उपचारलाई निःशुल्क रूपमा सर्वसुलभ बनाउने, कुष्ठरोगी र तिनका परिवार तथा सबै वर्गमा सशक्तिकरण गर्ने र यसको लागि राष्ट्रिय तथा अन्तरराष्ट्रिय संस्थाहरुसंग समन्वय तथा सहकार्य गर्ने रणनीति पनि लिइएको छ ।

कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तर्गत विभिन्न कार्यक्रमहरु संचालित गरिएका छन् । जनचेतना अभिवृद्धि गर्नका लागि सूचना, शिक्षा र संचारका क्रियाकलापहरु, तालिम, कार्यशाला, गोष्ठी तथा अभिमुखिकरण क्रियाकलापहरु गरिन्छन् । शुरू अवस्थामा नै नयाँ रोगी पत्ता लगाउनको लागि स्वास्थ्य शिक्षा, सर्वेक्षण, विरामी रोगी खोजपडताल जस्ता विरामी संग प्रत्यक्ष तथा परोक्ष सम्पर्कमा आउने क्रियाकलापहरु पनि संचालित छन् । उपचार नियमित गर्न गराउनको लागि प्रोत्साहित गर्न घरभेट, विरामी सम्पर्क, अनियमित विरामीको अनुगमन, औषधी आपूर्ति जस्ता क्रियाकलापहरु पनि नियमित रूपमा संचालित छन् ।





नेपालमा सन् १९८२ मा रहेको प्रति १० हजार जनसंख्यामा २१ कुष्ठरोगी संख्या स्तर सन् २००३ मा घटेर ३ मा पुगेको छ र सन् २००५ मा २ भन्दा कम स्तरमा भरेको छ । तर तराइको स्थिति अझै चिन्ताजनक देखिन्छ । तराइमा कुष्ठरोगीको संख्याको स्तरमा कमी ल्याउन समय लाग्ने देखिन्छ । कुष्ठरोग निवारण सम्बन्धी हालसम्म संचालित कार्यक्रमहरूको फलस्वरूप सन् २००५ मा मुलुक लक्ष नजिक पुगे पनि तराइका जिल्लाहरूमा लक्षमा पुग्न सकिएको छैन ।

हालसम्मको स्तितिको विश्लेषण गर्दा निर्धारित समयमा बहुसंख्यक जिल्लाहरू लक्षमा पुगिसकेका भएता पनि समग्र देश लक्षमा पुग्न बाँकी छ । कुष्ठरोगको निदान र उपचारका लागि विरामीहरू ढिलो आउने, घर भेट र परामर्शका कार्यहरू अपेक्षित रूपमा सन्तोषजनक हुन नसकेका समस्या र चुनौती हाम्रा सामु छन् । खास गरी मोरङ जस्ता तराइ जिल्लाहरूमा विरामीको देखा पर्ने दरमा वर्षेनी देखा पर्ने दरमा निरन्तर कमी आएता पनि विश्व स्वास्थ्य संगठन र देशले राखेको लक्षमा पुग्न अरु केही वर्ष लाग्ने र आउँदा वर्षहरूमा जनचेतना, स्वास्थ्य शिक्षा तथा जनसहभागिताका लागि अझै ठोस कार्यक्रमहरू ल्याउन जरुरी देखिन्छ ।

## कुष्ठरोगको उपचार औषधी र सचेतना

यी चार सन्तानकी आमा २० वर्षीया रेवती महतोलाई कुष्ठरोग लागेकै कारणले उनका श्रीमानले छाडिदिए अर्थात् घरबाट निकाले । यो टाढाको कुरा होइन, घटना हाम्रै देश नेपालको हो । मानिस अज्ञान र अन्धविश्वासमा कति अमानवीय बन्दोरहेछ भन्ने केवल एउटा नमूना नै पर्याप्त होला । उनको भविष्य संभेर मात्र होइन उनका चार नावालक लालावालाको के हविगत होला हामी सजिलै कल्पना गर्दै केवल भावुक हुन सक्छौं । कुष्ठरोग सम्बन्धी सचेतना मात्र भई दिएको भए रेवतीले २० वर्षको उमेरमा सन्तान जन्माउने मेशीन हुनुको भारले थिचिएर मात्र नपुगेर उनको बैवाहिक यात्राको घाँटि निमोठिने थिएन होला ।

भनिन्छ कुष्ठरोग गरिवहरुको भार हो । कुष्ठरोगबाट मृत्यु त हुदैन तर कुरुप र अंगभंग हुन्छ । मृत्यु नहुने यो रोगलाई किन जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा लिइन्छ त ? प्रथमतः यो कमै सने भए पनि यो सरुवा रोग नै हो । दोस्रो कारण, यसको उपचार गरेमा यो निको हुन्छ । तेस्रो कारण हो यसले गराउन सक्ने अपाङ्गताले व्यक्ति, परिवार, समाज र देशको उत्पादकत्व घटाउँछ । चौथो कारण यो रोग सामाजिक र धार्मिक हिसावले अपहेलित भएकाले मानिस समयमै उपचार गर्न अगाडी आउदैनन् । सन् १९९१ मा विश्व स्वास्थ्य संगठन र नेपालले यो रोगलाई देशमा निवारण गर्ने लक्ष राखेका थिए । जस अनुसार सन् २००० सम्ममा लक्ष प्राप्त गर्न खोजियो, लक्ष प्राप्त भएन । सन् २००५ सम्ममा भए पनि लक्ष प्राप्त गर्न खोजियो, अझै लक्षमा पुग्न सकिएन । अर्थात् हामीले जनसंख्यामा प्रति १०,००० मा १ जना कुष्ठरोगी भन्दा तल भाने लक्षमा पुग्न अझै सकिएन । यसो केलाएर हेर्ने हो भने नेपालका पहाडी र हिमाली जिल्लामा चाहिं यो लक्षमा पुगि सकिएको छ । किनभने नेपालका हिमाली र पहाडी जिल्लामा कुष्ठरोगीको उपस्थिति दर प्रति १०,००० जनसंख्यामा १ भन्दा कम छ । तर नेपालका तराई जिल्लामा अझै यो दर ३ रहेको छ । यसैले नेपाललाई कुष्ठरोगमा आंशिक सफलता मात्र मिलेको छ ।

पूर्ण रूपमा सफलता पाउनको लागि केहि खास सूचना सहितका जनचेतना फैलाउन अति आवश्यक भईसकेको छ । सामान्य जस्ता लाग्ने सूचना तथा संदेश सबैलाई पुऱ्याउनु आजको चुनौती हो । अशिक्षा, अन्धविश्वास र गरिबीबाट पिल्सिएकाहरुलाई तलका सूचना पुऱ्याउन सके उनीहरुको उद्धार तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन र सरकारले राखेको लक्ष हाँसिल हुनेछ ।

सन्देशहरु (१) कुष्ठरोग पापले होइन एक प्रकारको जीवाणुले गर्दा हुने अति कम सने एक रोग हो । (२) यो रोग औषधी खाएमा निको हुन्छ । औषधीले अंगभंग हुन रोक्दछ । (३) यो रोगको औषधी सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा निःशुल्क पाइन्छ ।

माथिका सूचना केहि वर्ष अघि ती रेवती महतोलाई कसैले भन्दिएको भए निश्चय आज उनको यस्तो दूर्दशा हुने थिएन । जे होस्, हाम्रो समाजमा यस्ता रेवती महतोहरु अझै छन् र भोलि पनि हुन सक्ने हाम्रो सामाजिक परिवेश छ । त्यसैले, कुष्ठरोगको उपचार औषधी मात्र होइन सूचना वा सचेतना पनि हो भन्ने कुरा बुझ्नु र बुझाउनु जरुरी छ ।

# औलो रोग नियन्त्रणमा जनसहभागितामूलक अवधारणा

विश्व जनसंख्याको ४० प्रतिशत औलोको खतरायुक्त क्षेत्रमा बस्दछन् । यो रोग गरिव मुलुकहरुका लागि भार भएको छ । औलोले मुख्य रूपले महिला, बालबालिका, सामाजिक तथा आर्थिक रूपले निम्न वर्गका आदिवासी लगायत स्थानीय जनतालाई प्रभावित गरेको छ । जंगल, बाँध, सिंचाई नहर र जलाशयको नजिक बस्ने तथा लामखुट्टे लाग्ने शहरी क्षेत्रहरुमा बस्ने समुदायलाई औलोको बढी खतरा हुन्छ । वातावरणीय तथा विकासका रणनीतिहरुले उत्पन्न लामखुट्टेजन्य अवस्थाले गर्दा पनि औलो नियन्त्रणमा चुनौती थपेको छ । नेपालमा ६५ जिल्लाहरु औलो रोगको जोखिम क्षेत्रमा पर्दछन् । यसर्थ जनस्वास्थ्य दृष्टिकोणले औलो अझै चुनौतीको रूपमा रहेको छ ।

नेपालमा सन् १९५८ मा औलो रोगलाई उन्मूलन नै गर्ने उद्देश्यले “नेपाल औलो उन्मूलन संघ” को स्थापना भएको थियो । यो परियोजनाले सन् ६० र ७० को दशकमा औलो रोगलाई नेपालको तराइ र भित्री मधेसमा आफ्नो लक्ष तथा नाम अनुरूप उन्मूलन गर्न नसके पनि औलो नियन्त्रणमा भने ठोस सफलता हासिल गरेको सर्वविदितै छ । जसको फलस्वरूप नेपालको कूल क्षेत्रफलको २३ प्रतिशत ओगटेको तराई भूभागलाई औलो नियन्त्रण पश्चात वस्न योग्य बनाइ आज कूल जनसंख्याको करिब ५० प्रतिशत बसोवास गर्न सम्भव बनाएको छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् १९७८ मा तत्कालीन औलो उन्मूलन नीतिलाई पुनरावलोकन गरी औलो विश्वबाट उन्मूलन नहुने केवल नियन्त्रण मात्र गर्न सकिने टुङ्गोमा पुग्यो । सोहि अनुरूप नेपाल लगायत सदस्य राष्ट्रहरुले पनि औलो अन्मूलनबाट औलो नियन्त्रण गर्ने राष्ट्रिय नीति तय गरे । नेपालमा पनि सन् १९७८ मा नेपाल औलो उन्मूलनलाई औलो नियन्त्रण कार्यक्रमका रूपमा परिवर्तित गरियो ।

वर्तमान औलो नियन्त्रण कार्यक्रमको उद्देश्य औलोबाट हुने मृत्युको रोकथाम गर्नु, औलो रोगी दर घटाउनु र औलो रोगको महामारी रोकथाम र नियन्त्रण गर्नु हो । औलो नियन्त्रणका रणनीतिहरुमा औलो विरामीको चाँडो पहिचान र शीघ्र उपचार गर्नु, रक्त स्लाईड संकलन दर बढाउनु, रक्त परिक्षण गर्ने ल्यावको सुदृढिकरण गर्नु, किटनाशक विषादीको छिट्टाकाऊ गर्नु, औलो रोग सम्बन्धी जनचेतना फैलाउनु, वातावरणीय सरसफाई, र जनसहभागिता बढाउनु आदी छन् । सन् १९७३ देखि हालसम्मको नेपालको औलो रोगीको तथ्याङ्क विश्लेषण गर्ने हो भने सन् १९८३ र ९३ बीचको अवधिमा रोगीको संख्या उच्चतम स्तरमा रहेको देखिन्छ । त्यस पछिका वर्ष देखि हाल सम्म नेपालमा वर्षेनी औलो रोगी दर घट्दो क्रममा देखिन्छ । उमेरको हिसावले हेर्ने हो भने १५ वर्ष माथिका वयस्क नै बढी औलो रोगी भएको तर एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई पनि औलो रोग लाग्ने गरेको तथ्याङ्क पाइएको छ । स्वास्थ्य सेवा विभागको वार्षिक प्रगति प्रतिवेदन अनुसार आ.व.२०५९/६० मा नेपालमा १२,१५५ जना औलो रोगीहरुलाई निःशुल्क उपचार गरियो ।

औलो रोग सजिलै पहिचान गर्न सकिन्छ । यसको मुख्य लक्षणहरु हुन्- दिन विराई ज्वरो आउनु, कम्प आउनु, पसिना आउनु र त्यसपछि जाडो हुनु । कडा खालको औलो भएमा औलो रोगीको स्वभावमा परिवर्तन हुनसक्छ जस्तै कम्प छुट्नु, बेहोस हुनु, हिड्न, बोल्न, बस्न नसक्नु, बारम्बार बान्ता आउनु, खान पिउन नसक्ने आदि । औलो रोगको उपचार तथा औषधी सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा निःशुल्क उपलब्ध छ । औलो क्षेत्रमा बसोवास गर्ने जो कोहीलाई २३ दिन ज्वरो आएमा औलो हुनसक्छ भनि शंका गरी रक्त नमूना संकलन गर्न स्वास्थ्यकर्मीलाई प्रशिक्षित गरिएको छ । औलोबाट बच्नको लागि लामखुट्टेको टोकाईबाट बच्न भुलको प्रयोग गर्ने, जालीको प्रयोग गर्ने, मल्हमको प्रयोग र लामखुट्टे भगाउने धुपको प्रयोग गर्ने गर्नु पर्दछ । लामखुट्टे बस्ने एवं प्रजनन गर्ने ठाउँको नियन्त्रण गर्न

खाल्टाखुल्टी वा घर वरीपरी पानी जम्ने ठाउँलाई पुर्ने र वातावरण सफा राख्ने, वर्षा वा अन्य कारणबाट पानी जम्न सक्ने पुराना टायर, गमला नष्ट पार्ने वा पानी नजम्ने बनाउने, पानी टैंकीमा राम्ररी ढक्कन लगाउने, विस्तारै पानी बग्ने खुला नहर, कुलो वा पानी जमेका स्थान वरीपरी घाँस वा भारपातलाई नियमित रूपमा सफा गरेर पनि औलो नियन्त्रण गर्न सकिन्छ । औलो रोग विरुद्धको अभियान अन्तर्गत हरेक वर्ष २० अगष्टमा मनाइने “विश्व औलो दिवस” ले पनि यहि सन्देश समुदायमा पुऱ्याउन खोजेको छ । जनसहभागितामूलक, ब्यापक र एकीकृत जनस्वास्थ्यमूलक गतिविधीले औलो रोगको समस्या सुल्झाउन सकिन्छ । याद गरौं, समुदायको संगठित उपायले मात्र औलोलाइ समुदायबाट भगाउन सकिन्छ ।

## औलो रोग नियन्त्रणमा जनसहभागिता

“उन्मूलन” (इराडीकेसन), निवारण (इलिमिनेसन) तथा नियन्त्रण (कन्ट्रोल) जस्ता शब्दावली जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा निश्चित मूल्य र मान्यताका साथ प्रयोग गरिन्छन् । यदाकदा स्वास्थ्यकर्मीलाई पनि यी शब्दावलीहरूको भिन्नता बारे प्रष्ट नभएको पाइन्छ । जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा उन्मूलन भन्नाले कुनै रोगलाई समुदायमा जरै देखि उखेल्नु वा मूल नै नष्ट गर्नु भन्ने बुझिन्छ, जस्तै विफर । विफर उन्मूलन भन्नाले हाल विफर रोगको कारक भाइरसको अस्तित्व नै संसारबाट लोप गराइ सकिएको छ । निवारण भन्नाले कुनै रोगका कारक तत्वको बृद्धि रोक्नु, सराइ छेक्नु वा फैलन नदिनु हो । जस्तै हाल हामी कुष्ठरोग निवारण अभियान अन्तर्गत छौं । समुदायमा कुष्ठरोगी प्रति १० हजार जनसंख्यामा १ भन्दा कममा सीमित गराउने लक्ष्य छ । हाल औलो, क्षयरोग, एचआइभी एड्स आदि जस्ता रोगहरू सामाजिक, आर्थिक, जैविक, वातावरणीय कारणहरू र प्रविधीका दृष्टिले पनि नियन्त्रण मात्र गर्न सम्भव देखिन्छ ।

विश्व जनसंख्याको ४० प्रतिशत औलोको खतरायुक्त क्षेत्रमा बस्दछन् । यो रोग गरिव मुलुकहरूका लागि ठूलो भार भएको छ । औलोले मुख्य रूपले महिला, बालबालिका, सामाजिक तथा आर्थिक रूपले निम्न वर्गका आदिवासी लगायत स्थानीय जनतालाई प्रभावित गरेको छ । जंगल, बाँध, सिचाई नहर र जलाशयको नजिक बस्ने तथा लामखुट्टे लाग्ने शहरी क्षेत्रहरूमा बस्ने समुदायलाई औलोको बढी खतरा हुन्छ । वातावरणीय तथा विकासका रणनीतिहरूले दिएको लामखुट्टेजन्य अवस्थाले गर्दा पनि औलो नियन्त्रणमा समस्या उत्पन्न गर्ने गर्दछ । नेपालमा ६५ जिल्लाहरू औलो रोगको जोखिम क्षेत्रमा पर्दछन् । नेपालमा पनि जनस्वास्थ्य दृष्टिकोणले औलो सबैभन्दा महत्वपूर्ण चूनौतीको रूपमा देखिएको छ ।

नेपालका ६५ जिल्लाहरू औलो खतरा क्षेत्रमा पर्दछन् । बर्तमान औलो नियन्त्रण कार्यक्रमको उद्देश्य औलो मृत्युको रोकथाम गर्नु, औलो रोगी दर घटाउनु र औलो रोगको महामारी रोकथाम र नियन्त्रण गर्नु हो । औलो नियन्त्रणका रणनीतिहरूमा औलो विरामीको चाँडो पहिचान र शीघ्र उपचार गर्नु, रक्त स्लाईड संकलन दर बढाउनु, रक्त परिक्षण गर्न ल्यावको सुदृढीकरण गर्नु, किटनाशक विषादीको छिट्टकाउ गर्नु, औलो सम्बन्धी जनचेतना फैलाउनु, वातावरणीय सरसफाई, अध्ययन अनुसंधान र जनसहभागिता बढाउनु आदि छन् । सन् १९७३ देखि हालसम्मको नेपालको औलो रोगीको तथ्याङ्क विश्लेषण गर्ने हो भने सन् १९८३ र ९३ बीचको अवधिमा रोगीको संख्या उच्चतम स्तरमा देखिन्छ । त्यस पछिका वर्ष देखि हाल सम्म नेपालमा वर्षेनी औलो रोगी देखा पर्ने दर अर्थात् प्रिभलेन्स ट्रेण्ड घट्दो क्रममा छ । स्वास्थ्य सेवा विभागको वार्षिक प्रगति प्रतिवेदन अनुसार आ.व. २०५९/६० मा नेपालमा १२,१५५ जना औलो रोगीहरू रेकर्ड गरिए जसलाई निसुल्क उपचार पनि गरियो । उमेरको हिसावले हेर्ने हो भने १५ वर्ष माथिका वयस्क नै बढी औलो रोगी भएको तर एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई पनि औलो रोग लाग्ने गरेको छ । मोरङ जिल्लामा विगत आ.व. २०५३/५४ मा २३० जना औलो रोगीहरू थिए जो आ.व. २०६०/६१ मा १३९ मा झरेको छ ।

मोरङ जिल्लामा औलो रोग नियन्त्रणको लागि स्थानीय गा.वि.स., सरकारी संस्था लगायत समुदाय स्वयंसेवा समितिको सहकार्यमा सक्रिय सहभागीता जनाएका छन् । यस वर्ष साभेदारी र सहकार्यको भावना अनुरूप जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय मोरङले किटनाशक औषधी र पम्प उपलब्ध गराइ छिट्टकाउ गर्ने मानिसलाई आवश्यक तालिमको व्यवस्था गरेको छ । बाँकी छिट्टकाउ गर्नेको ज्याला बापतको रकम उपलब्ध गराउन कतिपय गा.वि.स., सहकारी संस्था र घरदैलोबाट रकमको व्यवस्था गरी औलो विरुद्ध छिट्टकाउ सम्पन्न गरिएको छ । यसरी जनसहभागितामा सम्पन्न गरिएको छिट्टकाउ

कार्यको गुणस्तर पनि राम्रो भएको स्थानीयवासीहरूको भनाइ पाइएको छ । आगामी वर्षमा पनि स्वस्फूर्त रुपमा अघि आउने क्षेत्र तथा समुदायमा साभेदारीमा यस्ता जनसहभागीतामूलक कार्यहरूलाई निरन्तरता दिएर औलो रोग नियन्त्रणका अन्य जनचेतनामूलक गतिविधीहरूमा पनि साभेदारी बिस्तार गरेर जनचेतना पनि संगसंगै उकास्न उपयुक्त देखिन्छ ।

## कुपोषण जनस्वास्थ्यको समस्या र समाजिक चुनौती

हाम्रो देशमा लगभग ५० प्रतिशत बच्चाहरु कुपोषित छन् । त्यसको कारण गरिवी मात्र नभएर खानेकुरा बारे ज्ञानको कमी र सामाजिक तथा सास्कृतिक रीति-रिवाज पनि प्रमुख कारणहरु हुन् । बच्चाहरुको स्याहार राम्ररी नहुनु, उनीहरुको आहारमा कमी हुनु र बराबर रोग लागनाले पनि कुपोषण हुने गर्दछ । शरीरको लागि आवश्यक खानेकुरा कार्बोहाईड्रेट, प्रोटीन, फ्याट, सूक्ष्म पोषक तत्व ( आयोडिन, आईरन, भिटामिन ए र अन्य खनिज पदार्थ) र पानी हुन् । यिनै खानेकुराहरुको शरीरमा हुने प्रयोग र शरीरको विभिन्न क्रियाकलापमा उपयोग हुने प्रक्रियालाई नै पोषण भनिन्छ । शरीरमा पोषणको कमी हुनु, न्यून पोषण हुनु वा नराम्रो पोषण भएको स्थितिलाई कुपोषण भनिन्छ । त्यस्तै खाना बढी भई मोटो हुनुलाई पनि कुपोषण नै भनिन्छ । खाना तथा पोषक तत्वको अभावमा शरीर कमजोर हुन्छ, दुब्लो पातलो हुन्छ, वामपुङ्के हुन्छ, शरीर र मस्तिष्कको विकासमा कमि हुन्छ, शरीरको प्रतिरोधात्मक शक्ति कम भई विभिन्न रोगका कारण बाल मृत्यु दर बढ्दछ । जीवन कालको ३ वर्ष भित्रको अवधिमा शरीरको महत्वपूर्ण शारीरिक तथा मानसिक विकास हुने र सो अवधिमा कुपोषण भएको खण्डमा शरीरमा अपरिवर्तनीय क्षति हुने भएकाले यो अवधिमा पोषणको विशेष महत्व हुन्छ । त्यसैले ३ वर्ष मुनीका बालबालिकाको पोषण स्थितिलाई विशेष ध्यान दिनु पर्दछ ।

नेपालमा कुपोषणको समस्या भन्नाले प्रोटीन, कार्बोहाईड्रेट तथा फ्याटको कमीबाट हुने स्थिति जस्तै रुञ्चे, सुकेनास, फुकेनास र अर्कातिर अति सूक्ष्मतत्व जस्तै भिटामिन ए कमीबाट हुने रतन्धो, आईरनको कमीबाट हुने रक्तअल्पता, आयोडिनको कमीबाट हुने गलगण्ड, लाटोलठेब्रो बच्चाको जन्म हुने तथा सुस्त मनस्थितिका जस्ता समस्याहरु मुख्य रूपमा लिईएको छ । सरकारले यी सूक्ष्मतत्वहरु लक्षित समूहमा निशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउन आवश्यक व्यवस्था गरेको छ । ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुलाई भिटामिन ए वर्षमा दुई पटक खुवाउने गरिन्छ । गर्भवति महिलालाई आईरन चक्की स्वास्थ्य संस्था तथा स्वयंसेविकाहरुबाट निशुल्क उपलब्ध गराईन्छ । आयोडिन युक्त नूनको प्रयोग दर बढाउन सरकारले नीतिगत व्यवस्था गरी साल्ट ट्रेडिडद्वारा नूनलाई आयोडिन युक्त नून बनाई विक्रि वितरण गर्ने र त्यस्ता कुराको प्रबर्धन गर्न स्वास्थ्य, शिक्षा क्षेत्र लगायत सबै क्षेत्रहरुमा प्रचार प्रसार तथा बकालत गरी आयोडिन युक्त नूनको प्रयोग गर्ने बानीको प्रबर्धन गर्ने गरिन्छ । व्यवहारमा रहेका स्वास्थ्यलाई प्रतिकूल असर पर्ने बानी व्यवहार परिवर्तन गराउन पनि उत्तिकै टड्कारो आवश्यकता देखिन्छ । आमाको दूध बच्चा जन्मने वित्तिकै देखि चुसाउनु पर्दछ । ६ महिना सम्म बच्चालाई आमाको दूध मात्र खुवाउनु पर्दछ । आमाको दूध बच्चालाई २ वर्ष सम्म खुवाउनु पर्दछ भन्ने जस्ता सामान्य जानकारीको अभावमा लाखौ बच्चाहरु अकालमा मरिरहेका छन् ।

कुनै कुपोषित बालिका एक दिन कुपोषित आमा भएर निश्चय पनि स्वस्थ बच्चा जन्माउन सकिदैनन् । नेपालमा हरेक ५ जना सुत्केरीमा १ जना २० वर्ष पूर्व नै सुत्केरी हुने गरेको तथ्याङ्क छ । सामाजिक सास्कृतिक कारणबस २० वर्ष पूर्व नै कुनै किशोरी विवाहित भई आमा भएको खण्डमा उनको जीवन थप जोखिम पूर्ण बन्दछ । मातृ मृत्यु दर नेपालमा कहालिलाग्दो स्थितिमा रहेको छ । हाम्रो देशमा महिलाहरु बढि कुपोषित पाईएको छ । घरमा बुहारीले सबभन्दा पछाडी उभ्रेको चिसो खाना मात्र खान पाउनु, शारीरिक तथा मानसिक यातना खप्नु, कडा परिश्रम गर्नु, छिटो छिटो बच्चा पाउनु, व्यक्तिगत सरसफाईको कमी, सुरक्षित खानेपानीको अभावका कारणले जुका पर्नु जस्ता कारणहरुले महिलाहरु कमजोर र कुपोषित हुन्छन् । यसरी कुपोषणलाई गरीबीसंग मात्र गाँसेर नहेरी

अज्ञानता, सामाजिक, सास्कृतिक कारणहरू तथा लैङ्गिक भेदभाव जस्ता कारक तत्वहरू पनि उत्तिकै जिम्मेवार हुन्छन् भन्ने कुरा कहिल्यै भुल्नु हुदैन ।

कुपोषणले एकातिर रोग लगाउन सहयोग गर्दछ भने अर्कातिर रोग लागे पछि कुपोषण गराउन सहयोग पुऱ्याउने एक भिसियस चक्रले गर्दा, कुपोषण जनस्वास्थ्यको एक ठूलो समस्याको रूपमा स्थापित रहेको छ । यसलाई निवारण गर्न स्वास्थ्य सेवा संग सम्बद्ध निकाय बाहेक शिक्षा, सूचना, कृषि र आपूर्तिसंग आबद्ध संस्थाहरूको पनि उत्तिकै ठूलो भूमिका रहेको छ । कुपोषणलाई हटाउन स्वास्थ्य क्षेत्रको प्रयासबाट मात्र संभव छैन । माथि उल्लेखित बहुपक्षीय निकाय, संचार जगत तथा सचेत ब्यक्तिहरूबाट कुपोषण निवारणमा आ-आफ्नो क्षेत्रबाट सक्दो योगदान गर्नु पर्ने आवश्यकता छ । कुपोषण विरुद्धको अभियानमा सामाजिक, सास्कृतिक तथा आर्थिक क्षेत्रहरूमा गरिने सकारात्मक प्रयास बिना पूर्ण सफलता पाउन नसकिने भएकाले कुपोषण जनस्वास्थ्यको समस्या मात्र नभएर सामाजिक चुनौतिका रूपमा पनि रहेको कुरा मननीय छ ।



## मोरङ जिल्लामा पोषण कार्यक्रमको स्थिति

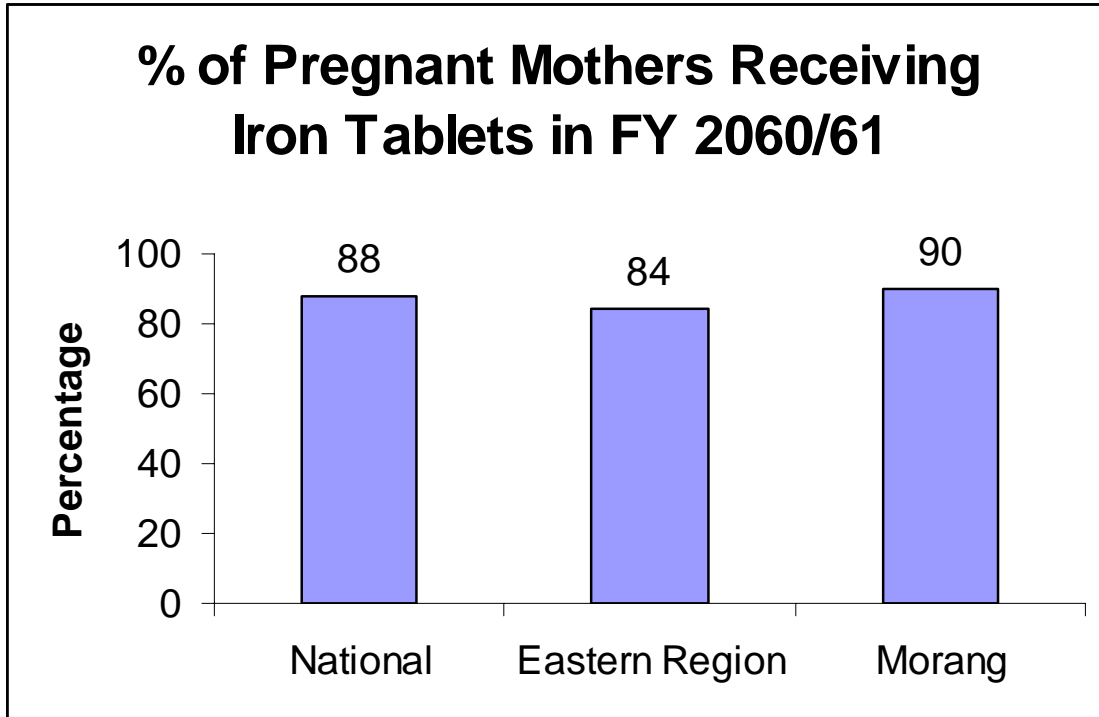
मानिसको लागि पोषण नभई नहुने वस्तु भएकाले यसलाई अधिकार संग पनि गाँसेर हेरिन्छ । यस्तै उचित पोषणलाई विश्व मै बाल अधिकारका रूपमा लिईन्छ । श्री ५ को सरकारद्वारा बालबालिकाको पोषण स्तर उकास्न जनस्वास्थ्य कार्यक्रम मार्फत उपचारात्मक, प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक सेवाहरु संचालित गरिएका छन् । जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा पोषण कार्यक्रमको मूलभूत उद्देश्य प्रोटीन ईनर्जी मालन्यूट्रिशन कम गर्ने, आयोडिनको कमीबाट हुने रोग नियन्त्रण गर्ने, भिटामिन ए को कमीबाट हुने रोग नियन्त्रण गर्ने, कम तौलका बच्चा हुने दर कम गर्ने र स्तनपानलाई प्रवर्धन गर्ने जस्ता कार्यक्रमहरु पर्दछन् ।

नेपालमा सन् २००५ सम्ममा निश्चित लक्ष प्राप्त गर्ने गरी कार्यक्रमहरु संचालित गरिएका छन् । तीन वर्ष मुनिका केटाकेटीमा हुने कुपोषण दर नेपालमा सन् १९९० को स्तर भन्दा आधा कम गर्ने, महिलाहरुमा रक्तअल्पता दर सन् १९९० को स्तर भन्दा एक तिहाईले कम गर्ने र पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाको भिटामिन ए को कमीबाट हुने रोग दर सन् २००५ सम्ममा ९० प्रतिशतले घटाउने जस्ता लक्षहरु तय गरिएका छन् । स्वतन्त्र रूपमा वैज्ञानिक अध्ययन र अनुसंधानका नतिजा पश्चात मात्र यसवारै निष्कर्ष निकाल्न सकिने भएता पनि हाल सम्मका वार्षिक प्रगति विश्लेषणका आधारमा ती लक्षहरु प्राप्त गर्ने सवालमा देशमा निकै सफलता मिलेको प्रारम्भिक अनुमान गर्न सकिन्छ ।

गत आर्थिक वर्ष २०६१/६२ सालमा पोषण कार्यक्रम तर्फ मोरङ जिल्लामा भएका कार्यप्रगति निम्नानुसार छ ।

सूचकाङ्क	लक्ष	प्रगति	प्रतिशत
३ वर्ष मुनिका बच्चाहरुको बृद्धि अनुगमन	५९०६७	३५३६९	६०
५ वर्ष मुनिका केटाकेटीलाई जुकाको औषधी वितरण	९३८६२	१०६२३०	१००
गर्भवति महिलालाई आईरन चक्की वितरण	२९७५५	१७३७२	५९
५ वर्ष मुनिका केटाकेटीलाई भिटामिन ए वितरण	१०५५९५	१२०६४३	१००
भिटामिन ए द्वारा उपचार गरिएको	१०५६०	२१९१	२१
गर्भवति महिलालाई जुकाको औषधी वितरण	१०५०१	८७७४	८४

यी सेवाहरु निशुल्क रूपमा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुबाट उपलब्ध हुन्छन् । मोरङ जिल्लामा पोषण कार्यक्रमको स्तर राष्ट्रिय तथा पूर्वाञ्चलको सरदर स्तर भन्दा राम्रो अवस्थामा पाउन सकिन्छ । हरू



स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवा विभागको वार्षिक प्रतिवेदन अनुसार आर्थिक वर्ष २०६०/६१ मा नेपाल अधिराज्यमा १०० मध्ये ८८, पूर्वाञ्चलमा १०० मध्ये ८४ र मोरङ जिल्लामा १०० मध्ये ९० जना गर्भवति आमाले आईरन चक्कि खान पाएका थिए ।

पोषण कार्यक्रमलाई अगाडी बढाउन सरकारी क्षेत्रबाट मात्र संभव नहुने भएकाले गैरसरकारी स्तरबाट पनि सहकार्य गरी कार्यक्रमलाई अगाडी बढाईएको छ । मोरङ जिल्लामा बालबालिकाको पोषण कार्यक्रममा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयसंग सहकार्य गर्ने संस्थाहरुमा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम (मिनी), सेभ द चिल्ड्रेन्, ब्रिटेन नेपाल मेडिकल ट्रष्ट, प्लान नेपाल, नेपाल परिवार नियोजन संघ, मेरी स्टोप्स, नर्सिङ होम तथा अस्पताल र विराटनगर उपनगरपालिका छन् । कुपोषणलाई हटाउन स्वास्थ्य क्षेत्रको प्रयासले मात्र संभव छैन । स्वास्थ्य सेवा संग सम्बद्ध निकाय बाहेक शिक्षा, सूचना, कृषि र आपूर्तिसंग आबद्ध संस्थाहरुको पनि उत्तिकै ठूलो भूमिका रहेको छ । बहुपक्षीय निकाय, संचार जगत तथा सचेत ब्यक्तिहरुबाट कुपोषण निवारणमा आ-आफ्नो क्षेत्रबाट सक्दो योगदान गर्नु पर्ने आजको टड्कारो आवश्यकता छ ।

## साभेदारी र सहभागिताको एउटा नमूना

सन् २००३ मा पूर्वाञ्चलमा जनस्वास्थ्यका महत्वपूर्ण सूचकाङ्कहरूको बृहत अध्ययन तथा लेखाजोखा अभियान कै रूपमा सम्पन्न गरिएको छ । यो अध्ययन विकास क्षेत्रका सम्पूर्ण जिल्लाहरूसमेतेर स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरिएको संभवत मुलुक मै एक बृहत अध्ययन थियो । वास्तवमा यसले पूर्वाञ्चलको जनस्वास्थ्यको स्थितिको लेखाजोखा गर्ने क्रममा एउटा कोशेदुङ्गा नै स्थापित गरेको छ ।

श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मंत्रालय, पूर्वाञ्चल क्षेत्रिय स्वास्थ्य निर्देशनालय र ब्रिटेन नेपाल मेडिकल ट्रष्ट (बिएनएमटी) को साभेदारीमा पूर्वाञ्चलमा स्वास्थ्य क्षेत्रको अध्ययन गर्ने क्रममा समाजशास्त्रीय दृष्टिले स्वास्थ्य सेवाको पहुँच नपुगेका खास समुदाय, भौगोलिक क्षेत्रमा स्वास्थ्यको स्थिति कस्तो छ, स्वास्थ्य प्रतिको सेवाग्राहीहरूको ज्ञान, धारणा र व्यवहार कस्तो छ जस्ता यावत विषयको संख्यात्मक र गुणात्मक सूचना संकलन गरिएको छ । उक्त अध्ययनमा सामान्य र पिछ्छडिएका जनताको स्वास्थ्य स्थितिको व्यापक लेखाजोखा र विश्लेषण गरिएको छ । अर्कातिर सेवाप्रदायक स्वास्थ्यकर्मीको कार्यक्रम प्रतिको धारणा, समस्याहरूको पहिचान गरिएको छ । जिल्ला विकास समिति, जिल्ला स्वास्थ्य तथा जनस्वास्थ्य कार्यालय र गैरसरकारी संस्थाहरूको सहभागितामा संकलित सूचना सामग्रीहरूआगामी दिनहरूमा जिल्लाको वास्तविक योजना तर्जुमा गर्न सहायक सिद्ध हुनेछन् ।

यही तथ्याङ्कहरूमा आधारित रहेर जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय मोरङले बिएनएमटी को सहयोगमा सन् २००५ मा स्थानीय सामुदायिक (गैरसरकारी) संस्थाहरूमार्फत मोरङ जिल्लाको खासगरी स्वास्थ्य सेवाको पहुँच नपुगेका क्षेत्र तथा समुदायमा प्रतिकारात्मक र प्रवर्नात्मक सेवा तथा कार्यक्रमहरूप्रवाहित गरेका छन् जसको हालै समीक्षा पनि भयो । सीमित श्रोत र साधनको बावजुद सीमित सेवाहरूभए पनि समन्वयात्मक ढंगले पहुँच कम भएका जनता समक्ष सकारात्मक नतिजा र प्रभावका खातिर सामुदायिक संस्थाहरूगम्भिरतापूर्वक लागेको पाईयो । मच्छिन्द्र सामुदायिक विकास संस्था केराबारीले आफ्ना क्षेत्रमा जनचेतनामूलक कार्यक्रमहरूमा महिला, दलित, जनजाति तथा पिछ्छडिएका वर्गहरूको उल्लेखनीय उपस्थिति गराई कार्यक्रमको सहभागितामूलक कार्ययोजना बनाई साभेदार संस्थाहरूबीच समन्वय स्थापित भएको छ । यसै गरी सगरमाथा सामुदायिक विकास केन्द्र विराटनगरले औलो र कालाज्वर प्रभावित दर्वेशा, बबियाविर्ता र रंगेली गाविसहरूमा औलो र कालाज्वर विरुद्ध लड्न स्वास्थ्य सुधार समिति समेत गठन गरी कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिने प्रयास गरेको छ । सामुदायिक विकास समाजले जिल्लामा प्रजनन स्वास्थ्य क्षेत्रमा अत्यन्त पछाडी परेका क्षेत्रका केहि गाविसमा गई महिलाहरूलाई प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी दिई सरकारले उपलब्ध गराएका सेवाहरूउपभोग गर्न सचेत गराएको छ । वाल समाज नेपालले स्थानीय तहमा गई महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका तथा सामाजिक कार्यकर्ताहरूसंग छलफल र अन्तरक्रिया गरी स्वास्थ्य क्षेत्रमा स्थानीय जनताहरूलाई जिम्मेवारी बोध गराउन एवम् प्रतिबद्धता जगाउन प्रयास गरेको थियो । सारङनले मोरङ जिल्लामा औषधी व्यवस्था कार्यक्रमलाई व्यवस्थित बनाउन तथा औषधीको समुचित प्रयोग दर बढाउन स्वास्थ्यकर्मी, शिक्षक, विद्यार्थीलाई अभिमुखिकरण गरेको थियो ।

यसरी जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय मोरङ, बिएनएमटी र स्थानीय सामुदायिक संस्थाहरूबीचको त्रिपक्षीय साभेदारी र सहकार्यले स्वास्थ्य सेवा पहुँच कम पुगेका क्षेत्रमा पुऱ्याएको योगदान र बनेको संस्थागत ढाँचा र प्रक्रियाले एउटा नमूना निर्माण गरेको छ । साभेदारी र सहभागिताको मर्म अनुरूप जिल्लामा जनस्वास्थ्य कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन र मूल्याङ्कनको समग्र प्रक्रियामा जिल्ला

जनस्वास्थ्य कार्यालय संग गौरसरकारी संस्थाहरुले निर्वाह गरेको कार्यगत एकताले अन्ततः जनतालाई केही फाईदा पुगेको कुराको अनुभव गरिएको छ । साभेदार संस्थाहरुबीच जुन ढंगले कार्यसम्पादन गरियो त्यसलाई एक नमूनाको रूपमा लिदै आगामी वर्षमा पनि निरन्तरता दिएको खण्डमा जनस्वास्थ्यको सिद्धान्त सामाजिक न्यायलाई थप बल पुग्नेछ ।

## प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक

गाउँघर क्लिनिक भनेको के हो ?

विद्यमान उच्च प्रजनन दरलाई कम गर्न परामर्श, उत्प्रेरणा तथा गुणस्तरीय प्रजनन सेवालार्ई सर्वसुलभ गराउन खास गरी परिवार नियोजनका साधनहरूको प्रयोग दरमा उल्लेखनीय रूपमा बृद्धि गर्न ग्रामिण स्तरमा कार्यरत स्वास्थ्य कार्यकर्ता, स्वयंसेवक तथा समुदायलाई सक्रिय रूपमा परिचालन गरी लक्षित समूहमा न्यूनतम आधारभूत सेवा पुऱ्याउन हरेक गा.वि.स.मा ३ देखि ५ ठाउँमा स्वास्थ्य संस्था देखि टाढा रहेका वडावासीलाई महिनामा एक दिन दिईने प्रतिकारात्मक तथा प्रबर्धनात्मक सेवालार्ई प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा - गाउँघर क्लिनिक भनिन्छ। जहाँ परिवार नियोजन सेवा, परामर्श सेवा, सुरक्षित मातृत्व, स्वास्थ्य शिक्षा र सामान्य उपचार जस्ता सेवाहरूउपलब्ध हुन्छन्।

गाउँघर क्लिनिकको आवश्यकता किन पऱ्यो ?

हाम्रो देश भौगोलिक तथा यातायातको दृष्टिले अत्यन्त विकट छ। स्वास्थ्य संस्था टाढा भएको अर्थात स्वास्थ्य संस्थामा जान नभ्याएको कारणले पनि आवश्यक परेको बखत स्वास्थ्य सेवा लिनबाट धेरै महिलाहरूबञ्चित छन्। दम्पति तथा महिलाहरूले परिवार नियोजनका जानकारी, परामर्श र साधन नपाएर आफूले चाहे भन्दा बढी बच्चा जन्माउनु परेको छ। महिला गर्भवती र सुत्केरी भएको बखत आवश्यक स्वास्थ्य शिक्षा, परामर्श साथै सामान्य परीक्षणको सेवा समेत नपाएर आमा र बच्चा दुवैले अकालमै ज्यान गुमाउनु पर्ने स्थिति छ।

यस्तो अवस्थामा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट टाढा टाढा बसोबास गर्ने दम्पति, आमाहरूर शिक्षुहरूलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा जस्तै परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व, सामान्य उपचार, स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा समुदाय स्तरमा नै गएर सेवा दिने उद्देश्यले श्री ५ को सरकारले गाउँघर क्लिनिकको व्यवस्था विगत ७८ वर्ष देखि अधिराज्य भर गर्दै आएको छ।

गाउँघर क्लिनिकमा के के सेवाहरूपाइन्छन् ?

गाउँघर क्लिनिकमा निम्न सेवाहरूदिईन्छन्।

- परिवार नियोजनको अस्थाई साधन कण्डम, पिल्स बितरण र डिपोप्रोभेरा सुई दिईन्छ।
- परिवार नियोजनको अस्थाई साधन नरत्पाण्ट, आई यू डि र स्थायी साधनको बारेमा परामर्श सेवा तथा रेफरल सेवा दिईन्छ।
- नयाँ दम्पति, गर्भवति र सुत्केरी महिलालार्ई परिवार नियोजनको अस्थाई तथा स्थाई साधनहरूको प्रयोगबारे तथा यसको प्रयोगकाट हुने सामान्य असरहरूबारे परामर्श सेवा दिईन्छ।
- सुरक्षित मातृत्वका लागि गर्भवति तथा सुत्केरी महिलाहरूको जाँच तथा परामर्श सेवा दिइन्छ।
- पुनर्जलीय उपचार सेवा जस्तै जीवन जल बितरण गरिन्छ।
- पोषण, श्वास प्रश्वास रोग सम्बन्धि स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरिन्छ। ३ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको तौल लिईन्छ।
- सामान्य ज्वरो, लूतो, घाउखटिरा, जूकाको औषधि बितरण, सामान्य उपचार सेवा प्रदान गरिन्छ।

### गाउँघर उपचार क्लिनिकमा कसले सेवा प्रदान गर्दछ ?

मातृ शिशु कार्यकर्ता र ग्रामिण स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूद्वारा सेवा प्रदान गरिन्छ । यस क्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, सूडेनी, समाजसेवी, शिक्षक, विद्यार्थी, तथा गाउँ विकास समितिको पनि उत्तिकै सहयोग र सहभागिताको आवश्यकता पर्दछ ।

### गाउँघर क्लिनिक कहाँ र कहिले संचालन हुने गर्दछ ?

गा.वि.स.को जनसंख्या, जनघनत्व तथा स्वास्थ्य संस्थाको दूरीलाई मध्यनजरमा राखेर स्वास्थ्य संस्था पुग्न टाढा पर्ने समुदायलाई पायक पर्ने ठाउँमा ३ देखि ५ वटा गाउँघर क्लिनिक समुदायले नै तोकेको ठाउँमा संचालन हुन्छ । र यो समुदायद्वारा नै व्यवस्थापन र संचालन गरिन्छ । यो महिनामा एक दिन संचालन हुने गर्दछ । गाउँघर क्लिनिक र खोप केन्द्र एकै ठाउँमा तोकिएको खण्डमा १० देखि १५ दिनको फरकमा खोप कार्यक्रम र गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने गर्दछन् ।

### गाउँघर क्लिनिकको व्यवस्थापन कसले कसरी गर्दछ ?

गा.वि.स.को प्रतिनिधि, स्वास्थ्य चौकी/उप स्वास्थ्य चौकी तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रका प्रतिनिधि, महिला शिक्षिका, विद्यालयमा स्वास्थ्य शिक्षा पढाउने शिक्षक तथा समाजसेवी सम्मिलित ७ देखि ९ जनाको “गाउँघर क्लिनिक संचालन तथा व्यवस्थापन समिति” गठन गरिएको हुन्छ । सो समितिले निम्न कामहरूगर्दछन् ।

- समितिले गाउँघर क्लिनिक राख्ने स्थान तोक्दछ ।
- प्रचार प्रसार गर्ने काम
- समितिले सेवा शुल्क तोक्ने काम गर्दछ र यो रकमको व्यवस्थापन गर्दछ ।
- रकम जम्मा गर्ने, खर्च गर्ने अर्थात् औषधी खरीद गर्ने र हिसाव किताव राख्ने काम पनि समितिले नै गर्दछ ।

### गाउँघर क्लिनिकको स्थिति के कस्तो छ ?

स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवा विभागको आ.व. ०५६।५७ को वार्षिक प्रतिवेदन अनुसार अधिराज्यमा १४८२१ गाउँघर क्लिनिकहरूछन् । ती मध्ये ६५ प्रतिशत क्लिनिकहरूसंचालित छन् । यसैगरी स्वास्थ्य मंत्रालय पूर्वाञ्चल क्षेत्रिय स्वास्थ्य सेवा निर्देशनालयको आ.व.०५७।५८ को वार्षिक प्रतिवेदन अनुसार पूर्वाञ्चलमा ३५८८ गाउँघर क्लिनिकहरूछन् । ती मध्ये ७० प्रतिशत क्लिनिकहरूसंचालित छन् । यसैगरी हिमाली जिल्ला संखुवाशभामा २०५८ सालमा गरिएको एक अध्ययन अनुसार उक्त जिल्लामा १६९ क्लिनिकहरूमध्ये ६० प्रतिशत संचालित छन् । एक क्लिनिकबाट सरदर ५ देखि १० जना उपभोक्ताहरूले सेवा प्राप्त गरिरहेछन् । मोरङ जिल्लामा गाउँघर क्लिनिकको स्थिति राम्रो छ । यहाँ ९० प्रतिशत भन्दा बढी क्लिनिक संचालित छन् । प्रति क्लिनिक लगभग ३० जनाले प्रति महिना सेवा प्राप्त गरिरहेछन् ।

### गाउँघर क्लिनिकका समस्याहरूके के छन् ?

गाउँघर क्लिनिक संचालन, व्यवस्थापन र सेवा प्रदान स्तरमा धेरै समस्याहरूछन् ।

- प्रचार प्रसारको कमि हुनु, सेवा लिने उपभोक्ताहरूको संख्यामा कमि हुनु ।
- औषधी आपूर्तिमा समस्या हुनु

- सेवा शुल्कले गर्दा सेवा लिने उपभोक्ताको संख्यामा कमी हुनु
- सेवा शुल्कको उचित व्यवस्थापन नहुनु
- “गाउँघर लिकनिक व्यवस्थापन समिति” निष्कृत हुनु
- यो गाउँघर लिकनिकलाई यसको बाञ्छित लक्ष अनुरूप सेवा लिन चाहनु भन्दा यसलाई उपचार लिकनिकको रूपमा समुदायद्वारा ग्रहण गरिनु ।
- सुपरिवेक्षण तथा अनुगमन पर्याप्त तथा प्रभावकारी नहुनु ।

### विद्यमान समस्याहरूकसरी समाधान गर्न सकिन्छ ?

समस्या समाधानका लागि निम्न पहलहरूआवश्यक छन्

- जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने ।
- व्यवस्थापन समितिलाई सक्रिय तुल्याउने ।
- तालिम नलिएका स्वास्थ्य कर्मिलाई तालिमको व्यवस्था गर्ने ।
- सेवा शुल्कको उचित व्यवस्थापन गर्ने र आवश्यक औषधी खरीद गर्न समितिको भूमिका सक्रिय पार्ने ।
- परिवार नियोजनका साधनहरु, औषधी तथा आवश्यक सामग्रीहरुको निरन्तर आपूर्तिको उचित प्रवन्ध मिलाउन गाउँघर व्यवस्थापन समिति, जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय, साथै सम्बन्धित स्वास्थ्य चौकी तथा स्वास्थ्यकर्मी सक्रिय रहनु आवश्यक पर्दछ ।
- सुपरिवेक्षण कार्य सरकारी स्तरबाट मात्र पर्याप्त नहुने भएकोले व्यवस्थापन समिति, गा.वि.स. समेतबाट पहल हुन आवश्यक देखिन्छ ।

अन्तमा, विभिन्न समस्याहरूका बाबजूत पनि ग्रामिण स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा मातृ शिशु कार्यकर्ताहरूले यो गाउँघर लिकनिक संचालन गर्दै आउनु भएको छ । समस्याहरूसंग विचलित नभई सेवामा निरन्तरता दिईरहन सल्लाह दिन चाहन्छु । यसैगरी जनसहभागिता, जनचेतना जस्ता भावनाहरूसमुदायमा नआएको खण्डमा यो गाउँघर लिकनिकको उपादेयता तथा महत्व नहुने भएकोले आमा, दिदी, बहिनी, दाजु, भाई सबैले आफ्नो समुदायमा संचालित यो गाउँघर लिकनिक प्रति चासो राखिदिन हुन र आवश्यक सहयोग समेत जुटाईदिन हुन अनुरोध गर्दछु ।

( रेडियो नेपाल क्षेत्रीय प्रसारण केन्द्र धनकुटाबाट “जनस्वास्थ्य जागृति” कार्यक्रममा मिति २०५१।२।१४ मा प्रसारित)

## प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक- संभावना र चुनौती

नेपालको जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिकले आज एक दशकको अनुभव संगालि सकेको छ । स्वास्थ्यकर्मी तथा जनता अझै यसको प्रभावकारिताको बारेमा यदाकदा प्रश्न गर्ने गरेको पाईन्छ । खासगरि प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक स्वास्थ्य सेवा जस्तै प्रजनन स्वास्थ्य, पोषण, स्वास्थ्य शिक्षा सबैलाई पुऱ्याउने हेतुले संचालित यो सेवालार्ई सुरुमा जनसमुदायले जति स्वागत गर्‍यो त्यति माया दिन चाहेन । फितलो क्लिनिक ब्यवस्थापन कै कारण यो आशा अनुरुप सफल हुन नसकेको भन्ने आरोप लगाएर निष्कर्ष निकाल्नेहरूधेरै छन् । निरन्तर औषधी आपूर्तिको अभावमा यो प्रभावकारी हुन नसकेको हो भन्ने स्वास्थ्यकर्मी पनि धेरै छन् । माथिका कारणहरूअवश्य निराधार र असत्य होईनन् ।

मनोवैज्ञानिक दृष्टिकोणले हेर्ने हो भने सेवा दिने र लिने बिचको फरक दृष्टिकोण अर्को महत्वपूर्ण कारण हो । दिनेले के दिन खोजेको हो र लिनेले के दिन खोजेको हो भन्ने कुरालार्ई नियाल्नु पर्ने हुन्छ । महिलाहरूलार्ई खासगरी परिवार नियोजन सेवा र परामर्श सेवा दिन क्लिनिक तत्पर छ तर घरैमा आएको सेवा लिनलार्ई एक दुई रुपियाको दर्ता शुल्कलार्ई तिर्न सबै महिला तयार छैनन् । जनता उपचारात्मक औषधीको माग गर्छन तर स्वास्थ्य कर्मी प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक सेवा दिन केन्द्रित हुन्छन र बाध्य पनि छन् । स्वास्थ्यकर्मी लक्षित समूहलार्ई सल्लाह सुझाव दिएर रोग लाग्नबाट बचाउने तथा स्वास्थ्य प्रवर्धन गर्ने सेवा दिन क्लिनिक जान्छन् तर जनता स्वास्थ्यकर्मीको बोली सुन्न र कुरा बुझ्न हैन गोली र क्याप्सुल खान आउँछन् । आवश्यकता र सामाजिक मूल्य र मान्यतामा फरक परे पछि एक अर्का टाढिदै जानु नौलो होईन । जनता औषधी नपाईने ठाउँमा नजाने र स्वास्थ्यकर्मी दिनभरी कुरेर फर्कनु पर्ने स्थिति धेरै ठाउँका वास्तविकता हुन् ।

अनुभूत नै नभएका प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक सेवा लिन जनता त्यसवेला मात्र आउँछन् जुनवेला जनचेतनाको स्तर उच्च हुन्छ । यहाँ जनचेतनाको साधन सहि सूचना हो । जब नामको पछाडि “क्लिनिक” राखिएकाले यहाँ औषधी उपचारलाई नै अपेक्षा राखिन्छ । नाम अनुरुपको सेवा प्रवाहमा जोड दिने वा नाम परिवर्तन गरेर “क्लिनिक” शब्द भन्दा भिन्दै नामावली दिएर प्रतिकारात्मक र प्रवर्धनात्मक सेवा पाईने आशय बोक्ने नाम जुराउने हो कि !



## स्थानीय स्वास्थ्य संस्थालाइ कसरी हेर्ने ?

”वास्तवमा स्वास्थ्य चौकीबाट कस्ता कस्ता सेवाहरू पाइन्छन् हामीलाई नै राम्ररी थाहा छैन” यो भनाई स्वास्थ्य चौकीबाट कैयौं पटक सेवा लिई सकेका सेवाग्राहीहरूको हो । सेवाग्राही र सेवाप्रदायक बिचको दूरी कम गराउने उद्देश्यले पथरी मोरङमा भएको एक विषय केन्द्रीत छलफलमा उठेको यो सामूहिक भनाई कुनै नौलो लाग्दैन । तर यस भित्र अन्तर्निहित आग्रहले भने विशेष महत्व राख्दछ । स्वास्थ्य चौकीबाट दिन खोजिएको सेवाहरूके, किन, कसरी भनेर सेवाग्राहीलाई राम्ररी बुझाउन आज स्वास्थ्यकर्मीले पनि केही गर्ने बेला आएको छ । नागरिक वडापत्र हरेक कार्यालय अगाडि राखिनुको तात्पर्य पनि आखिर यसैको निमित्त हो । उपस्वास्थ्य चौकी, स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूलाई समुदायमा आधारित सेवा केन्द्रको रूपमा लिइएको छ, जसले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दछन् । उपस्वास्थ्य चौकीमा अ.हे.व., स्वास्थ्य चौकीमा हेल्थ असिष्टेण्ट र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा मेडिकल अधिकृत स्तर सम्मका स्वास्थ्यकर्मीहरू रहन्छन् । सबै स्तरका स्वास्थ्य संस्थामा एक जना ग्रामिण स्वास्थ्य कार्यकर्ता र कमसेकम एक जना महिला स्वास्थ्य कर्मीको व्यवस्था गरिएको हुन्छ । सबै गा.वि.स.मा यी माथिका मध्ये कुनै एक स्तरको स्वास्थ्य संस्थाको स्थापना भइ सकेको सर्वविदितै छ ।

नेपालको जनस्वास्थ्य समस्याहरू केलाउने हो भने उच्च वाल र मातृ मृत्युदरलाई लिन सकिन्छ । यसैले यी स्वास्थ्य समस्याहरूसम्बोधन गर्न जनस्वास्थ्यका कार्यक्रमहरूलक्षित छन् । यसको साथै उच्च मृत्यु दर भएका रोगहरूजस्तै औलो, कालाज्वर, क्षयरोग, जापनीज इन्सेफलाइटिस, एच.आइ.भी.एड्स र कुष्ठरोगहरूनियन्त्रणका लागि पनि जनस्वास्थ्य कार्यक्रम परिलक्षित छन् । जनस्वास्थ्य सेवाहरूलाई समुदायमा कसरी पुर्याउन खोजिएको छ भनेर यसलाई बैज्ञानिक ढंगले तीन भागमा बाँडेर हेर्न सकिन्छ । पहिलो प्रतिकारात्मक सेवा जसले रोग लाग्नबाटै समुदायलाई बचाउने उपाय गरिन्छ । जस्तै- विस्तारित खोप कार्यक्रम, परिवार नियोजन तथा मातृ शिशु सेवा कार्यक्रम, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम, भ्रूणपखाला र श्वासप्रश्वास रोग नियन्त्रण कार्यक्रम, औलो तथा कालाज्वर विरुद्ध किटनाशक औषधी छिट्टैकाऊ गर्ने कार्यक्रम, एच आइ भी एड्स रोगको रोकथाम कार्यक्रमहरूलाई प्रतिकारात्मक सेवाको रूपमा लिइन्छन् । यसै गरी दोस्रो प्रकारको सेवालाई प्रवर्धनात्मक सेवाको रूपमा लिन सकिन्छ । यस अन्तर्गत स्वास्थ्यको प्रवर्धन गर्ने कार्यक्रमहरूजस्तै पोषण कार्यक्रम, वातावरणीय स्वास्थ्य र स्वास्थ्य शिक्षा तथा सूचना कार्यक्रमहरूपर्दछन् । तेश्रो प्रकारको सेवालाई उपचारात्मक सेवा भनिन्छ । स्वास्थ्य संस्थाबाट स्तर अनुसारको उपचारात्मक सेवा दिइन्छ । सामुदायिक औषधी व्यवस्था कार्यक्रम अन्तर्गत सहूलियत दरमा अत्यवश्यक औषधीहरूस्वास्थ्य संस्थाबाटै उपलब्ध हुन्छ । क्षयरोग, कुष्ठरोग, औलो, कालाज्वर विरुद्धका औषधीहरूस्वास्थ्य संस्थाहरूमा निशुल्क पाइन्छ । महामारी नियन्त्रण कार्य पनि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत पर्दछ, जसमा स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाको पहिलो अति महत्वपूर्ण दायित्व रहेको हुन्छ । यसबेलामा थप सहयोग आवश्यक सहयोग जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा रहेको रेपिड रेस्पन्स टिमले पनि मद्दत गर्दछ । समुदायमा महामारी नियन्त्रण सेवा निशुल्क रूपमा प्रदान गरिदै आएको छ ।

हामीले बिसन नमिल्ने कुरा के छ भने महिला गर्भवती भए पछि र बच्चा कमसेकम ३ वर्षको नहुञ्जेल नियमित रुपमा आमा र बच्चाको स्वास्थ्य परीक्षण गर्न, आवश्यक स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न र परामर्श सेवा लिन स्वास्थ्य संस्थामा जानु पर्दछ । बच्चालाइ १ वर्ष भित्रै पूर्ण खोप लगाउनु पर्दछ । बच्चालाइ ६ महिना पछि ३ वर्ष सम्ममा कूपोषण हुने भएकाले यो अवधिमा नियमित रुपमा स्वास्थ्य संस्थामा लगेर तौल अनुगमन गराउनु पर्दछ । गर्भवती महिलाले गर्भ रहेको थाहा पाउने वित्तिकै देखि सुत्केरी अघि कमसेकम ४ पटक स्वास्थ्य संस्थामा गइ जाँच गराउनु पर्दछ । यस वेलामा महिलाले टि.टि. खोप, आइरन चक्की, जुकाको औषधी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट निशुल्क रुपमा प्राप्त गर्दछन् ।

यी माथिका सबै सेवाहरुलाइ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा भनिन्छ उक्त सेवाहरुजनतालाइ निशुल्क रुपमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी र उपस्वास्थ्य चौकी मार्फत उपलब्ध गराउने प्रतिवद्धता सरकारले लिएको छ । तर दिन खोजिएको सेवालाइ प्रभावकारी रुपमा विस्तार गर्न सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुबाट मात्र संभव नभएकाले व्यवस्थापनमा जनसहभागिता पनि खोजिएको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका तथा सूडेनीहरुलाइ तालिम दिएर सशक्त बनाइ समुदायमा परिचालित गरिएका छन् । स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्थापनको जिम्मा नै स्थानीय निकायमा रहेको छ । उल्लेखित सेवाहरुलाइ आ-आफ्नो क्षेत्रमा कसरी व्यवस्थित गर्न सकिन्छ सो को जिम्मा स्थानीय स्वायत्त ऐनले पनि स्थानीय गा.वि.स.लाइ नै दिएको छ । आफ्नो गा.वि.स.को स्थितिको विश्लेषण, समस्या पहिचान, साभेदार र श्रोतको पहिचान, समस्याका प्राथमिकिकरण, योजना तर्जुमा, मूल्याङ्कन जस्ता व्यवस्थापन चक्रमा स्थानीय निकायलाइ ठूलो जिम्मेवारी दिइएको छ । स्वास्थ्य सेवालाइ सुदृढ तुल्याउन जनसहभागिता, विकेन्द्रकरण, साभेदारी जस्ता अवधारणाहरुले महत्वपूर्ण भूमिका खेल्दछन् । जनस्वास्थ्यलाइ जनताले आफ्नै निम्ति आफैद्वारा व्यवस्थापन गरिएको अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाको रुपमा लिइन थालिएको पाइन्छ । स्वास्थ्यलाइ अधिकारको रुपमा हेरिन खोजिएको वर्तमान सन्दर्भमा जनस्वास्थ्यलाइ संभावना र चुनौतीहरुको प्रचुरता भएको एक संवेदनशील क्षेत्रको रुपमा हेरिनु पर्दछ ।

## प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धि जान्नुपर्ने कुरा

नेपालमा १०० दम्पतिहरूमध्ये ९१ जना दम्पतिले परिवार नियोजनका साधनबारे सुनेका छन् । ती मध्ये ६७ दम्पति परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्न चाहन्छन् । तर ३९ दम्पतिले मात्र परिवार नियोजनका साधन प्रयोग गर्न पाएका छन् । अर्थात् १०० मा २८ दम्पतिले परिवार नियोजनको साधन चाहँदा चाहँदै पनि प्रयोग गर्न पाएका छैनन् । महिलाले सरदर २-३ जना सन्तान चाहेको तर ४ जना सन्तान पाउने गरेको अध्ययनले देखाएको छ । सरकारी, गैरसरकारी तथा नीजि स्तरबाट परिवार नियोजन साधन बितरणका बाबजुत पनि २८ प्रतिशत दम्पतिले चाहेको वेलामा साधन नपाउदा अनिच्छित गर्वाधारणका कारण महिला र बच्चा दुवैको स्वास्थ्यमा कुप्रभाव पार्ने गरेको छ । असुरक्षित गर्भपतनले पनि महिलाको स्वास्थ्यमा थप जोखिम पारेकै छ ।

प्रजनन् स्वास्थ्यको दृष्टिकोणले बच्चा पाउने आदर्श उमेर २० देखि ३५ वर्ष भित्रको उमेरलाई मानिन्छ । यस अघि र पछिका गर्भधानलाई जोखिमपूर्ण मानिन्छ । नेपालमा १०० जना गर्भवति मध्ये २४ जना २० वर्ष भन्दा कम उमेरका छन् । २० वर्ष भन्दा कम उमेरमा बच्चा पाउनुलाई जोखिमपूर्ण मानिन्छ । लगभग एक चौथाई गर्भवति २० वर्ष मुनिका हुनुलाई ज्यादै चिन्ताजनक मानिन्छ । यसले आमा र बच्चा दुवैको मृत्यु दर बढाउँछ वा बच्चाको कम तौल गराउँछ तथा आमाको स्वास्थ्य रूग्ण तुल्याउँछ । यसरी नेपाली महिलाको प्रजनन् स्वास्थ्यको स्थिति छिमेकी मुलुककै तुलनामा पनि निम्नस्तरको छ ।

### सम्भन्नु पर्ने कुराहरु

- ✓ महिलाले २० वर्ष नपुगी बच्चा जन्माउनु हुँदैन ।
- ✓ विवाह गरेर केही वर्ष पछि मात्र बच्चा जन्माउनु परेमा खाने चक्कि (पिल्स) वा कण्डम उत्तम मानिन्छ ।
- ✓ एउटा बच्चा जन्मे पछि अर्को बच्चा जन्माउने गर्भान्तर ३ देखि ५ वर्ष हुनुपर्दछ । यसले आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्यलाई राम्रो गर्दछ ।
- ✓ काखमा दूध बच्चा भएको र गर्भान्तर गर्नु परेमा डिपो सुई उत्तम मानिन्छ । डिपो सुईले आमाको दूध सुकाउँदैन ।
- ✓ लामो अवधिको गर्भान्तर गर्नुपरेमा आईयूडि राम्रो मानिन्छ ।
- ✓ सन्तानको रहर पुगेमा स्थाई बन्ध्याकरण उत्तम मानिन्छ । भ्यासेक्टोमी पछि पनि पुरुषको यौन क्रिया तथा यौनानन्दमा कुनै असर गर्दैन ।

### परिवार नियोजनका सेवा तथा साधनहरूकहाँ पाईन्छन् ?

- ✓ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, उप-स्वास्थ्य चौकीहरूबाट कण्डम, खाने चक्कि पिल्स, डिपो, आईयूडि र नरल्पान्ट निशुल्क पाईन्छ ।
- ✓ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक र सूडेनीबाट पनि कण्डम र खाने चक्कि पिल्स निशुल्क पाईन्छ ।
- ✓ परिवार नियोजनका अस्थाई साधनहरूजस्तै कण्डम, खाने चक्कि पिल्स तथा डिपो नीजि लिकनिक तथा औषधी पसलमा पनि किन्न पाईन्छ ।
- ✓ मोरङ जिल्लामा परिवार नियोजनको स्थाई बन्ध्याकरण अर्थात् पुरुषको लागि भ्यासेक्टोमी र महिलाको लागि मिनिल्याप सेवा निशुल्क रूपमा निम्न स्थानमा पाईन्छ ।

- मेरीस्टोप्स ल्कनिक हनुमानदास रोड बिराटनगरानमा वर्ष भरी सेवा उपलब्ध छ ।
- परिवार नियोजन संस्थागत ल्कनिक देवकोटाचोकमा मंसीर देखि सेवा उपलब्ध छ ।
- जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले घुम्ति शिविरको रूपमा मंशिर महिना देखि चैत सम्म जिल्लाका विभिन्न स्थानमा संचालन गर्दछ । यसै क्रममा यही माघ ११ गते देखि रंगेली अस्पतालमा पनि बन्ध्याकरण शिविर संचालन भईरहेकोछ ।

## स्वास्थ्य प्रबर्धनमा धूम्रपान विरुद्धको अभियान

धूम्रपान विरुद्धको अभियानमा जनस्वास्थ्य मैत्री नीति र प्रतिबद्धताको महत्वपूर्ण भूमिका हुने कुरामा दुई मत नहोला । स्वास्थ्य प्रबर्धनमा समुदायलाई सचेत गराउन धूम्रपान तथा सुर्ति सेवनबाट मुक्त हुन आह्वान गर्दै हरेक वर्ष ३१ मई को दिन विश्वभरी “विश्व धूम्रपान रहित दिवस” मनाईन्छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार विश्वमा हरेक वर्ष ५० लाख मानिसको मृत्यु धूम्रपानको कारणले हुने गर्दछ । दश मृत्यु मध्ये एक वयस्कको मृत्यु धूम्रपानको कारणले हुन्छ । नेपालमा ३८ प्रतिशत मानिसले धूम्रपान गर्दछन् भन्ने कुरा सन् २००० को एक तथ्याङ्कले देखाएको छ । नेपालमा वर्षेनी १५ हजारको मृत्यु धूम्रपानको कारणले हुने गरेको अनुमान छ । हिमाली क्षेत्रमा धूम्रपान दर अझ उच्च पाईएको छ । जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा धूम्रपान तथा सुर्तिजन्य पदार्थको सेवनलाई मृत्युका प्रमुख कारणहरूमध्ये एक मानिन्छ । चिन्ताको विषय के छ भने धूम्रपान तथा सुर्ति सेवन दर विकसित देशहरूमा घट्दै गएको देखिन्छ तर विकासशील देशहरूमा भने यो बढिरहेको छ ।

विश्वव्यापिकरण संगै आएको परिवर्तनले धूम्रपान र सुर्तिसेवन जस्ता अस्वस्थ जीवन शैलीलाई पनि बढावा दिने स्थितिको विकास भएको पाईन्छ । शहरी क्षेत्रमा गरिएको अध्ययनले किशोरकिशोरीहरूसंचार माध्यमहरूबाट प्रसारित र प्रकाशित हुने चूरोटका आकर्षक विज्ञापनहरूबाट अत्यन्त प्रभावित भएको पाईएको छ । आजकल धूम्रपान तथा सुर्ति सेवनका विभिन्न स्वरूपहरू छन् । सामान्यतया धूम्रपान भन्नाले चुरोट, बिडी, सुल्फा वा हुक्का आदि बुझिन्छ । कतिपय मानिसहरूले धूम्रपानको हानिकारक तत्व धुँवा हुने भएकाले धुँवा नआउने खैनी, गुट्टा, जड्दा आदिको सेवन गर्ने गरेको बताउँछन् । तर सुर्ति चाहे धुँवाको रूपमा पिउँ, खैनीको रूपमा चपाउँ वा पान भित्र लुकाएर खाउँ, यसले अन्ततः शरीरको कुनै न कुनै अंगमा घातक प्रभावहरू अवश्य पार्दछ । धूम्रपान गर्नेहरूमा क्रोनिक ब्रोडकाईटिस, दम, निमोनिया, फोक्सो तथा श्वासप्रश्वास प्रणालीका अंगहरूमा क्यान्सर हुने संभावना धूम्रपान नगर्नेहरूभन्दा उल्लेख्य रूपमा बढि हुन्छ । महिलाहरूले धूम्रपान गरेमा कम तौलको बच्चा जन्मन्छ जसले शिशु मृत्यु दर बढाउँछ । एक जनाले खाएको चुरोटको धुँवाले छेऊमा बस्नेलाई पनि नराम्रो असर गर्दछ, जसलाई हामी प्यासिभ स्मोकिङ भन्दछौं । प्यासिभ स्मोकिङले काखको बच्चा र छेउछाउमा खेलिरहेका केटाकेटीहरूतथा व्यक्तिहरूलाई समेत अझ खरावी गर्दछ । धूम्रपान तथा सुर्तिसेवन र प्यासिभ स्मोकिङले वालवालिकामा स्वास प्रश्वास संक्रमण, कुपोषण जस्ता गम्भिर असरहरू गराउँदछ । यसैगरी सुर्ति चपाउने तथा सेवन गर्नेहरूमा मुख र पेटमा क्यान्सर हुने खतरा बढाउँदछ । यसले महिलाहरूमा अझ पाठेघरको क्यान्सरको संभावना समेत बढाउँदछ ।

मातृ तथा शिशु मृत्यु दर कम गराउन, क्षयरोग तथा श्वासप्रश्वास रोग दर कम गर्ने राष्ट्रिय अभियानमा धूम्रपान विरुद्धको अभियानले महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याउने कुरामा दुई मत नहोला । धूम्रपान नियन्त्रण र रोकथाम गर्ने धूम्रपान विरुद्धका रणनीतिहरूब्यक्तिगत, सामुदायिक र राज्यव्यापी रूपमा सम्बोधन गर्ने किसिमका हुनु पर्दछ । प्रथमतः “आफूले आफैलाई सहयोग गरौं” भन्ने नीतिको बोध आज हरेक दूर्ब्यसनीलाई गराउनु पर्ने टड्कारो आवश्यकता छ । ब्यक्तिगत रूपमा परामर्श विधिको प्रयोग गरी स्वास्थ्यकर्मी, शिक्षक तथा अभिभावकले पनि धूम्रपान तथा सुर्तिका दूर्ब्यसनीलाई सहयोग गर्न सक्दछन् । सामुदायिक स्तरमा धूम्रपान निषेधित क्षेत्रको निर्धारण, सार्वजनिक स्थल जस्तै गाडिमा, अफिसमा, चिया पसल जस्ता सार्वजनिक स्थलमा धूम्रपानमा रोक लगाउने, धूम्रपान विरोधी सूचना अङ्गीत गर्ने, विज्ञापनमा रोक लगाउने तथा जनचेतनामूलक स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमहरूद्वारा

सकारात्मक प्रयास गर्न सकिन्छ । राज्य स्तरमा धूम्रपान विरोधी नीति, नियम तथा आचारसंहिताको निर्माण र प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्न सकिन्छ । जस्तै सोह्र वर्ष मुनिका बालबालिकालाई चुरोट वा सुर्तिजन्य वस्तु विक्री गर्न नपाईने, खुल्ला चुरोट किनबेच गर्न नपाईने नियमको निर्माण तथा धूम्रपान सम्बन्धि वैधानिक प्रावधानलाई हरेक चुरोटमा लेखिनु पर्ने व्यवस्था साथै चुरोटको बढामा पनि ठूलो अक्षरमा वैधानिक प्रावधान लेखिनु पर्ने नीति नियमहरूनिर्माण गरिएमा धूम्रपानको नियन्त्रण र रोकथाममा ठोस सहयोग पुग्ने संभावना हुन्छ । यसका साथै धूम्रपान तथा सुर्ति सेवन नियन्त्रण र रोकथामका विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई अल्पकालीन र दीर्घकालिन रूपमा पनि अगाडि बनाउन सकिन्छ । जस्तै विद्यालय शिक्षा कार्यक्रमद्वारा किशोरकिशोरीमा धूम्रपान विरुद्ध ज्ञान, धारणा र व्यवहारमा परिवर्तन ल्याउने तथा पाठ्यपुस्तकहरूमा धूम्रपान सम्बन्धि विषयवस्तु समावेश गरेर क्रमसः अल्पकालिन तथा दीर्घकालीन कार्यक्रमहरूसमावेश गर्न सकिन्छ । यसैगरी खास खास भौगोलिक क्षेत्र, समुदाय र उमेर समूह विशेषलाई लक्षित गरेर कार्यक्रमहरूविकास गर्न सकिने प्रसस्त संभावनाहरूत छंदैछन् ।

उमेर, अशिक्षा, र गरिवी बहुसंख्यक धूम्रपान सेवनकर्ताका विशेषताहरूभएको कुरा विभिन्न अध्ययनहरूले देखाएको छ । मादक पदार्थको सेवन, माछामासु र अण्डाको प्रयोग दर पनि धूम्रपान नगर्नेहरूभन्दा धूम्रपान गर्नेहरूमा बढि पाईएको छ । यसरी धूम्रपान सेवनलाई एउटा जोखिमपूर्ण जीवन शैलीको रूपमा हेर्न सकिन्छ । धूम्रपान सुरु गर्नुको पछाडि कुनै खास कारण नदेखिए पनि मनोवैज्ञानिक धरातलमा यो हुर्केको पाईन्छ । ठूलाबडाले चुरोट पिएको देखेर सिको गर्ने, फिल्म र टेलिभिजनका नायकको नक्कल गरेर चुरोट तान्ने किशोरकिशोरीहरूचुरोटले जाडो भगाउछ, तथा चिन्ता हटाउछ, भन्ने जस्ता भ्रामक कुरामा सजिलै फस्न सक्दछन् । तथ्याङ्कले पनि के देखाउंछ, भने हाल धूम्रपान गरिरहनेहरूमध्ये ९० प्रतिशतले २० वर्ष उमेर पूर्व नै धूम्रपान सुरु गरेका थिए । तसर्थ धूम्रपान विरुद्धका नीति र कार्यक्रमहरूकिशोरकिशोरीहरूप्रति परिलक्षित हुनु पर्ने देखिन्छ ।

## विद्यालय टि.टि. खोप कार्यक्रम

मोरङ होक्लावारीका बेगुन मुर्मु सतार एक गरिव आदिवासी आज यो संसारमा छैनन् । उनलाई आज भन्दा करिव ७ महिना अघि औलो रोग लागेको थियो । नजिकैको उपस्वास्थ्य चौकीमा गएर उनलाई औलो रोगको प्रारम्भिक उपचार र रक्त संकलन गरिएको थियो । औलो रोग विरुद्धको औषधी खाए पछि उनलाई शरीर केहि दिन मै चङ्गा भएको महसूस भयो । दुई चार दिनमा उनी खेतमा हलो जोत्न गए । दुर्भाग्यवस हलो जोत्दा जोत्दै उनलाई हलोको फालीले खुट्टामा चोट लाग्यो । चोट लागेको ३४ दिन पछि उनलाई धनुष्टंकार रोगका लक्षण देखा परे । आर्थिक अभाव लगायतका कारणले गर्दा समयमा नै चोट पटक र धनुष्टंकार रोगको उपचार गर्न स्वास्थ्य संस्था जाने आँट र प्रयास गरिएन । अन्ततः एक ३२ वर्षिय युवकको अकालमै मृत्यु भयो । जनस्वास्थ्य कार्यक्रमको समीक्षाको सिलसिलामा यस प्रकारका अकाल मृत्युहरुको लेखाजोखा गरिन्छ ।

केहि वर्ष अघि मातृ तथा नवजात शिशु टि.टि. खोप अभियान सबै जिल्लाहरुमा सम्पन्न भईसक्यो । नियमित खोप कार्यक्रम तथा अभियान अन्तर्गत दिईएको टि.टि. खोपले मातृ तथा नवजात शिशु धनुष्टंकार रोग निवारणको स्तरमा आएको अनुमान गरिएको छ । यसरी अभियान पटक पटक सञ्चालन गर्न विभिन्न दृष्टिले सम्भव नहुने र नियमित खोप कार्यक्रमलाई नै विस्तार र प्रभावकारी बनाउनु समुचित उपाय मानिन्छ । निश्चित अन्तरालमा पाँच पटक धनुष्टंकार विरुद्धको खोप अर्थात टि.टि. दिईएमा जीवन भरी धनुष्टंकार रोगबाट सुरक्षित हुन सकिन्छ भन्ने वैज्ञानिक तथ्यका आधारमा यो विद्यालय खोप कार्यक्रम निर्देशित छ । शिशुलाई लगाईने डि.पी.टि. खोपमा टिटानस अर्थात धनुष्टंकार विरुद्ध टिटानस टक्स्वाइड पनि हुने गर्दछ जसले बच्चालाई धनुष्टंकार रोगबाट सुरक्षा प्रदान गर्दछ । नियमित खोप कार्यक्रममा बालबालिकाले एक वर्षको अवधिमा लिएका डि.पी.टी. खोपका तीन मात्रालाई टि.टि. खोपको २ मात्रा सरह मान्ने र अरु थप ३ मात्रा खोप यही विद्यालय खोप कार्यक्रममा दिएमा बालबालिका जीवन भर धनुष्टंकारबाट सुरक्षित हुनेछन् भन्ने वैज्ञानिक मान्यता यो कार्यक्रमले राखेको छ ।

यो विद्यालय टि.टि. खोप कार्यक्रमको उदेश्य विद्यालयमा अध्ययनरत कक्षा १, २ र ३ कक्षाका विद्यार्थीहरुलाई खोप लगाउनु हो । यो कार्यक्रम नियमित रुपमा वर्षेनी मंसीर महिनामा संचालन गरिन्छ । श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालयले यो आर्थिक वर्षमा यो विद्यालय खोप कार्यक्रम अधिराज्यको सात जिल्लाहरुमोरङ, चितवन, धादिङ, नवलपरासी, पाल्पा, सुर्खेत र कञ्चनपुरबाट सुरु गरी क्रमसः सबै जिल्लाहरुमा विस्तार गरिनेछ । शब्दावलीका हिसावले यो विद्यालय खोप कार्यक्रम भएता पनि यसले विद्यालयमा भर्ना नभएका ६,७ र ८ वर्ष उमेर समूहलाई पनि नियमित खोप केन्द्रमा टि.टि. खोप दिने ब्यवस्था गरेको छ ।

कार्यक्रमले विद्यालयबाट बञ्चित बालबालिकाहरुलाई पनि खोप कार्यक्रममा समेटेर सामाजिक न्याय दिन खोजेको छ । राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत यो विद्यालय खोप कार्यक्रम विद्यालय कक्षा सम्म सेवा विस्तार गरेर आजका बालबालिका तथा भविश्यका युवालाई दिगो रुपमा धनुष्टंकार रोग निवारण गर्नेछ । यसले हिजो सम्म महिलालाई मात्र टि. टि. खोप दिने सरकारी नीति अनुरूप अनुभव गरिएका लैङ्गक बिभेदको पनि स्वतः अन्त्य गर्नेछ । बेगुन मुर्मु सतारको अकाल मृत्युको नियती आजका हाम्रा बालबालिकाले भविश्यमा भोग्न नपरोस् भन्ने परिकल्पना कार्यक्रमले गरेको छ । जनस्वास्थ्यको लागि यो कार्यक्रम रणनीतिक दृष्टिले पनि महत्वपूर्ण र सकारात्मक छ । विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम

जनस्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण क्षेत्र हो भन्ने सिद्धान्तलाई ब्यवहारमा उतार्ने चुनौती र जनताले छिटै अनुभव गर्न पाउने स्तरको सफलता मिले सम्भावना हाम्रो सामू छ । वाल अधिकार सुनिश्चित गर्ने सत्प्रयासको एक अंगको रुपमा संचालित यस विद्यालय खोप कार्यक्रम सफलताका लागि स्वास्थ्यकर्मीका प्रयासका अतिरिक्त स्वयंसेवक, शिक्षक, विद्यार्थी, अभिभावक, समुदाय र संचार जगतको भूमिका र सहभागितामा जरुरी देखिन्छ ।



## कुपोषण विरुद्ध भिटामिन ए र जुकाको औषधी

नामैले भिटामिन सबैलाई मन पर्ने एक वस्तु हो । भिटामिनलाई धेरैले शक्तिवर्धक औषधीको रूपमा बुझ्छन् । विरामीहरूपहिलेको जस्तै शारीरिक रूपमा तन्दुरुस्त हुन हिड्न, डुल्न, बोल्न, दौडन शक्ति प्राप्त हुन भिटामिन खानुपर्दछ भन्ने मान्यता राख्दछन् । यो भिटामिन शब्दावली अंग्रेजी शब्दकोषमा प्रचलित शब्द 'भाईटल' अर्थात अत्यन्त महत्वपूर्ण, शक्तिवर्धक तत्व भन्ने अर्थमा परिभाषित गरिएको पाईन्छ । जनमानसमा भिटामिनलाई बुझ्ने धारणा पनि यस्तै छ । जो भिटामिनको वास्तविक मूल्य बुझाउन पर्याप्त देखिदैन । भिटामिनले शरीरमा शक्ति उत्पन्न गर्ने नभई खाएका अन्य खाद्यतत्वको अवशोषण र प्रयोग गर्न शरीरलाई मद्दत गर्दछ । सरल ढंगले भन्ने हो भने भिटामिन शरीरलाई अत्यावश्यक जैविक सूक्ष्म तत्व हो जसले शरीर संचालन, विकास र रोगबाट बचाउँछ । भिटामिन सबैलाई आवश्यक पर्ने एक सूक्ष्म खाद्यतत्व हो ।

नेपालमा भिटामिन ए को कमिबाट हुने रोग जस्तै रतन्धो, विटट् स्पटको प्रिभलेन्स दर जनस्वास्थ्यको समस्याको स्तरमा छ । विभिन्न स्थान र समयमा गरिएका अध्ययनहरूले नेपालमा भिटामिन ए को समस्या रहेको पुष्टि भैसकेको थियो । यसैलाई मध्यनजरमा राखेर श्री ५ को सरकारले अधिराज्य भर भिटामिन ए कार्यक्रमलाई सहभागितामूलक ढंगले समुदायमा पुऱ्याएको सर्वविदितै छ । भिटामिन ए कार्यक्रमलाई जनस्वास्थ्यमा महत्वका साथ हेरिनुमा धेरै कारणहरू छन् । क्याप्सुल खान र खुवाउन सजिलो हुनु, स्वयंसेविकाहरूको सक्रिय सहभागिता प्राप्त हुनु र शत प्रतिशत उपलब्धि हासिल हुनु मात्र कार्यक्रमको लक्ष र उदेश्य होईन । समुदायमा यसले पार्ने बाञ्छित असर तर्फ नियालेको खण्डमा यसले वाल मृत्यु दरलाई कम पार्न सहयोग गरेको छ । नखुवाएका वालवालिकाहरूलाई भन्दा भिटामिन ए खुवाएका वालवालिकाहरूलाई दादुरा आएको खण्डमा वा भाडापखाला लागेमा मृत्यु दर कम हुन्छ भन्ने तथ्य अध्ययनहरूले पनि पुष्टि गरेका छन् । भिटामिन ए लाई विभिन्न रोग विरुद्ध प्रतिकारात्मक उदेश्यले मात्र नभएर रतन्धो हुँदा, दादुरा आउँदा, दीर्घ भाडा पखाला लाग्दा, कुपोषण हुँदा उपचारात्मक औषधीका रूपमा खुवाएर रोगको उपचार तथा रुग्णता कम पारिन्छ । सुत्केरी आमालाई सुत्केरी भएको ६ हप्ता भित्रै भिटामिन ए खुवाईन्छ । यसको समुचित प्रयोगले ३० प्रतिशत सम्म वाल मृत्यु दर कम पार्न सकिने तथ्य प्रकाशमा आई सकेको छ । यसरी भिटामिन ए को महत्व र यसको प्रयोग बहुआयामिक भएको छ ।

शरीर विकासका चरणहरूमध्ये वाल्यकालमा हुने पोषणको स्थितिले वालवालिकाको स्वास्थ्यमा दूरगामी प्रभाव पार्दछ । अझ कुपोषणले वालवालिकाको जीवन वाल्यकाल मै स्वास्थ्यमा जोखिम गराउने भएकाले यो कार्यक्रमलाई ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरूमा लक्षित गरिएको हो । पाँच वर्ष मुनिका वालवालिकाहरूलाई एकातिर शरीरमा अभाव भएको वा अभाव हुने सूक्ष्मपोषक तत्वको आपूर्ति गर्न भिटामिन ए र अर्कातिर शरीरमा भएका पोषक तत्व शोषण गरी शरीर कुपोषित तुल्याउने जुकाहरूविरुद्ध हरेक वर्ष जुकाको औषधी खुवाईन्छ । श्री ५ को सरकारले वर्षमा दुई पटक कार्तिक २ र ३ गते तथा वैशाक ६ र ७ गतेका दिनहरूमा भिटामिन ए साथै जुकाको औषधी खुवाउने कार्यक्रम संचालन गर्दै आएको छ ।

कुपोषण हटाउने अभियानमा अल्पकालीन र दीर्घकालीन रणनीतिहरू छन् । दीर्घकालीन कार्यक्रमहरूमा स्वास्थ्य शिक्षा, वातावरणीय सरसफाई, स्थानीय भिटामिन युक्त खाद्यवस्तुको उत्पादन र प्रयोग दर बढाउने जस्ता कार्यक्रमहरूले समुदायमा भिटामिन ए को स्थानीय आपूर्ति गर्न समुदायलाई

नै सक्षम बनाईनु आदिलाई लिन सकिन्छ । उक्त दीर्घकालीन बाञ्छित स्तर हासिल नभए सम्म हालको विद्यमान भिटामिन ए क्याप्सुल तथा जुकाको गोली वितरण कार्यक्रमलाई यसरी नै प्रभावकारी रूपमा निरन्तरता दिईनु पर्दछ । जे होस्, कुपोषणको वर्तमान स्थिति घटाउन सबै क्षेत्रको भूमिका र समन्वय अपरिहार्य छ ।

## सूक्ष्मपोषक तत्व - आयोडिन

फरवरी महिनालाई आयोडिन महिनाको रूपमा मनाईने गरिन्छ । आयोडिनको कमीबाट हुने गडबड र जनस्वास्थ्य बीच प्रत्यक्ष सम्बन्ध भएकाले यो महिनामा हामी आयोडिनको विशेष चर्चा गर्दछौं । नेपालमा दुई तिहाई जनसंख्याले मात्र आयोडिनयुक्त नून प्रयोग गर्छन् भन्ने अध्ययनले देखाएको छ । शारीरिक बृद्धि र मानसिक विकासको लागि आयोडिन अति आवश्यकता पर्दछ । आयोडिन ज्यादै कम मात्रामा भए पुग्ने तर प्रत्येक दिन शरीरलाई नभई नहुने तत्व हो । यसैले यसलाई अत्यावश्यक सूक्ष्मपोषक तत्व भनिन्छ । शरीरमा आयोडिनको कमी भएमा गर्भवती आमाको गर्भ तुहिने, सुस्तमनस्थितिका बच्चाहरूजन्मने गर्दछ । बच्चाहरूलाटा लठेब्रा हुने तथा गाँठ आउने गर्दछ । नेपाल आयोडिनको कमी हुने मुख्य देशहरूमध्ये एक हो जहाँ आयोडिनको कमीबाट हुने समस्या एक गम्भीर जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहि आएको छ ।

### आयोडिनले शरीरमा के काम गर्दछ ?

मेरूदण्ड भएका प्राणीहरूको घाँटिको फेदनेर श्वासनलीको बीचमा एक प्रकारको ग्रन्थी रहेको हुन्छ जसलाई थायरायड ग्रन्थी भनिन्छ । यो थायरायड ग्रन्थीले थायरायड हर्मोनहरू बनाउने गर्दछ । थायरायड हर्मोन शरीरका विभिन्न अंगहरू जस्तै मस्तिष्क, मुटु, कलेजो, मृगौलाको विकासको लागि आवश्यक पर्दछ । थायरायड हर्मोन बनाउन शरीरलाई आयोडिनको आवश्यकता पर्दछ । त्यसैले आयोडिनको अभावमा शरीरको महत्वपूर्ण अंगहरूको विकास हुन सक्दैन ।

### शरीरलाई कति आयोडिनको दैनिक आवश्यकता पर्दछ ?

एक जना वयस्क ब्यक्तिलाई सरदर दैनिक १५० माइक्रोग्राम आयोडिनको आवश्यकता पर्दछ । ६ देखि १२ वर्ष उमेरका बालबालिकालाई दैनिक १२० माइक्रोग्राम आयोडिनको आवश्यकता पर्दछ । गर्भवति र स्तनपान गराउने महिलाहरूलाई दैनिक २०० माइक्रोग्राम आयोडिनको आवश्यकता पर्दछ ।

### आयोडिनका स्रोतहरू के के हुन ?

(१) प्राकृतिक - समुन्द्रबाट प्राप्त हुने खाद्यपदार्थ जस्तै माछा, सामुद्रिक फारपातबाट आयोडिन प्राप्त गर्न सकिन्छ । आयोडिनयुक्त जमीनमा उब्जेका खाद्यपदार्थहरूबाट पनि आयोडिन प्राप्त गर्न सकिन्छ । प्राकृतिक रूपमा माटोमा आयोडिन रहेता पनि हिमनदि, बाढि, भूक्षय आदिले बगाएर लैजाने गरेकाले उक्त माटोमा उब्जेका खाद्यपदार्थमा पनि आयोडिनको कमी हुन्छ ।

(२) कृत्रिम स्रोतहरू- आयोडिनयुक्त नून, आयोडिन ट्याब्लेट, क्याप्सुल र आयोडिन ईन्जेक्सन ।

### आयोडिनका कमीबाट हुने गडबडहरू के के हुन् ?

(१) भ्रूण अवस्थामा - गर्भावस्थामा आयोडिनको कमी भएमा गर्भको बच्चा तुहिने र मरेको बच्चा जन्मने हुनसक्छ । साथै सुस्त मनस्थितिको बच्चा जन्मने डर बढि हुन्छ । (२) शिशु अवस्था - गलगाँड आउन सक्छ, शारीरिक तथा मानसिक विकासमा अवरोध आउन सक्छ । (३) केटाकेटि अवस्था - गलगाँड, लाटा लठेब्रा, बामपुडके, लूलोलंगडो, सुस्त मनस्थितिको रूपमा हुनसक्छ । (४) वयस्क अवस्था - गलगाँड, देखा पर्नुका साथै मानसिक रूपमा शिथिलता हुनसक्छ ।

**आयोडिनको कमीबाट हुने गडबडिहरूको उपचार के छ ?**

शुरु अवस्थाकै गलगाँडलाई कुनै तरिकाबाट शरीरमा आयोडिन उपलब्ध गराएर निको पार्न सकिन्छ । तर गलगाँड ठूलो भए पछि उपचारको लागि सत्यक्रिया नै गर्नुपर्ने हुन्छ । आयोडिनको कमीले एकपटक सुस्त मनस्थिति देखिए पछि फेरी राम्रो अवस्थामा ल्याउन सकिन्दैन ।

**आयोडिनको कमीबाट हुने गडबडिहरू रोकथामका उपायहरूके के हुन् ?**

आयोडिनको कमीबाट हुने गडबडिहरूबाट बच्ने एक मात्र सरल उपाय आयोडिनयुक्त नूनको दैनिक प्रयोग नै हो । श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मंत्रालयले नूनमा सहि मात्रामा आयोडिन भए पछि नूनको पाकेटमा “दुई वालवालिका” चिन्हको प्रयोग गर्न श्वीकृती दिएको छ । साल्ट ट्रेडिङ्ग कर्पोरेसन लिमिटेडले “भानु” र “तेज” ब्यवसायिक नाम राखि आधा के.जी. र एक के.जी.का आयोडिन युक्त नूनका प्याकेटहरूबजारमा ल्याएको छ । यसैगरी “शक्ति”, “आयो”, “आयो सुपर” ब्राण्डका आयोडिन युक्त नून पनि बजारमा पाईन्छन् । यसरी दुई वालक चिन्ह भएको नून दैनिक प्रयोग गरेमा शरीरलाई आवश्यक पर्ने आयोडिनको मात्रा पुग्छ भनेर स्वास्थ्य मंत्रालयले सुनिश्चित गरेको छ । यसैले दुई वालवालिका चिन्ह भएको नून प्रयोग गरौं ।

**नेपालमा आयोडिन वितरण सम्बन्धि सरकारी नीति र प्रयास के कस्तो छ ?**

आयोडिनलाइ बिभिन्न खाद्यपदार्थमा मिसाएर बिक्रिवितरण गर्ने प्रचलन संसारभरि बढ्दो छ । नेपालमा २०२७ साल देखि साल्ट आयोडाईजेसन कार्यक्रम साल्ट ट्रेडिङ्ग कर्पोरेसन मार्फत अगाडि बढाईयो । नेपालले पनि नूनलाई आयोडिन युक्त बनाएर सम्पूर्ण जनतालाई उपयुक्त आयोडिन उपलब्ध गराउने नीति लिएको छ । नेपालमा आयोडिन युक्त नून (उत्पादन र वितरण) ऐन २०५५ लागू गरि आयोडिनयुक्त नून देशभरि बिक्रिवितरण गराउने रणनीति लिईएको छ । खाने नून उत्पादन तहमा ५० पी.पी.एम., खुद्रा बिक्रेता तहमा ३० पी.पी.एम. र घरमा वा खाने समयमा १५ पी.पी.एम. आयोडिन रहने कुरालाई सुनिश्चित गर्ने रणनीति अनुरूप नूनको प्याकेजिङ्ग र भण्डारणमा आयोडिन नउड्ने गरी ब्यवस्था मिलाउन विशेष ध्यान दिईएको छ । यसका साथै आयोडिन युक्त नून सर्वसुलभ र सस्तो बनाउन श्री ५ को सरकारले दुर्गम क्षेत्रमा ढुवानी गर्न अनुदान समेत दिने गरेको छ ।

**के आयोडिनले बेफाईदा पनि गर्छ ?**

खाने नूनमा आयोडिन मिसाउँदा नूनको गन्ध, स्वाद र तौलमा कुनै फरक पर्दैन । आयोडिन मिसाईएको नून खानाले चिलाउने, लूतो आउने भन्ने कुरा सत्य होईन । आयोडिनयुक्त नून खानाले गर्भ तुहिने तथा शरीरमा कुनै प्रकारको नकारात्मक प्रकारको प्रभाव पर्दैन ।

**थप सल्लाह**

नूनलाई खुल्ला राखेमा, भुटेमा वा घाममा सुकाएमा नूनमा भएको आयोडिन उडेर जान्छ । प्लाष्टिकको डिब्बामा टम्म बिको लगाएर राख्नुपर्छ । दाल तरकारी पाकिसकेपछि नून हाल्दा राम्रो हुन्छ । ढिके नूनमा आयोडिनको मात्रा ज्यादै न्यून हुन्छ । ढिके नून मैलो देखियो भनेर पखालेमा भएको आयोडिन पनि पखालिन्छ । गाईवस्तुलाई पनि आयोडिन मिसाएको नूनले फाईदा नै पुऱ्याउँदछ । खाने नूनमा आयोडिन छ छैन वा कति छ भनेर परिक्षण गर्न चाहेमा परिक्षण गर्ने साधन (आयोडिन रेपिड टेष्ट किट) पनि बजारमा किन्न पाईन्छ ।

## रुघाखोकी निमोनियाबारे जान्नु पर्ने कुरा

जाडोको याम संगै शीतलहरबाट हुने मृत्यु सम्बन्धि समाचार पत्रपत्रिकामा आउन थालेको छ । शीतलहर समयवधिको लम्बाई संगै रुघाखोकी निमोनियाको महामारी हुने संभावना बढ्दछ । नेपालमा वालमृत्युको प्रमुख पहिलो कारण रुघाखोकी निमोनिया हो । नाक कान, घाँटी अथवा फोक्सोमा अपभर्कट लाग्ने रोगलाई श्वासप्रश्वास रोग भनिन्छ । श्वास प्रश्वास रोग लागेमा केहि बच्चालाई निमोनिया हुनसक्छ । निमोनिया भनेको फोक्सोको रोग हो । नेपालमा वाल मृत्युको सबैभन्दा प्रमुख कारण निमोनिया नै हो । अंग्रेजीमा यसलाई Acute Respiratory Infection (ARI) भनिन्छ । यो रोगले खासगरी ५ वर्ष मुनिका वालवालिकालाई दुस्ख दिन्छ । वर्षमा ३० हजार भन्दा बढी ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरुको मृत्यु रुघाखोकी निमोनियाबाट हुने गरेको तथ्याङ्क छ । स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवा विभागको तथ्याङ्क अनुसार नेपालमा आ.व. २०६१।६२ मा रुघाखोकी निमोनिया लाग्ने दर ५ वर्ष मुनीका वालवालिकामा प्रति हजारमा ३४४ र कडा खालको निमोनिया लाग्ने दर २.५ प्रतिशत छ । मोरङ जिल्लामा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयको तथ्याङ्क अनुसार मोरङमा ५ वर्ष मुनीका वालवालिकामा रुघाखोकी निमोनिया लाग्ने दर प्रति हजारमा ६५७ र कडा खालको निमोनिया लाग्ने दर ०.८ प्रतिशत छ । यसरी मोरङ जिल्लामा रुघाखोकी निमोनिया लाग्ने दर उच्च देखिनु र कडा निमोनिया दर भने कम देखिनुमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले सेवालाई ग्रामीण तहका लक्षित समूहमा पहुँच बढाई समयमै सेवा र उपचार गर्नुलाई प्रमुख कारण मानिएको छ ।

रुघाखोकी निमोनिया उपचारको लागि मोरङ जिल्लामा हरेक वडामा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई पनि तालिम दिईएको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले विरामी बच्चाको श्वासप्रश्वास दरको मापन गरेर बच्चालाई साधारण रुघाखोकी मात्र लागेको वा निमोनिया भएको हो भनेर छुट्याउन सक्षम हुन्छन् । बच्चालाई रुघाखोकी मात्र लागेमा घरेलु उपचार तथा स्याहार सुसार सम्बन्धी सुझाव सल्लाह महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुले दिन्छन् र निमोनिया भएको खण्डमा निशुल्क उपचार पनि गर्दछिन् । यसैले मोरङ जिल्लामा रुघाखोकी निमोनियाबाट हुने वालमृत्यु दर कम भएको अनुभव गरिएको छ । यद्यपि जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा प्राप्त तथ्याङ्कले के देखाउँछ भने मोरङ जिल्लामा श्वास प्रश्वास रोग सम्बन्धी समस्या लिएर आउने ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरुअर्थात नयाँ विरामी मध्ये ४० प्रतिशतलाई निमोनिया हुने गरेको पाईएको छ ।

सामान्यतया श्वास प्रश्वास रोग दुई प्रकारका हुन्छन् ।

१. साधारण रुघाखोकी - यो कडा रोग होईन । यसमा खोकी र नाकबाट पातलो सिंगान बग्छ । यसमा ज्वरो आउन पनि सक्छ, नआउन पनि सक्छ । यसमा औषधिको आवश्यकता पर्दैन । घरेलु उपचार गरे पुग्छ ।

२. निमोनिया - एउटा कडा रोग हो । रुघाखोकी विग्रोमा निमोनिया हुनसक्छ । २ महिना भन्दा कम उमेरका बच्चाले एक मिनेटमा ६० वा सो भन्दा बढी सास फेरेमा तथा २ महिना देखि ५

वर्षसम्मका बच्चाले ५० वा सो भन्दा बढी सास फेरेमा निमोनिया भयो भनि सचेत हुनुपर्दछ । यसबाट बच्चाको मृत्यु पनि हुनसक्छ । यसलाई तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीले उपचार गर्नुपर्दछ ।

### स्वास्थ्य संस्था लैजानु पर्ने अवस्थाहरु-

२ महिना भन्दा कम उमेरका बच्चाहरुका लागि - छिटो छिटो सास फेरेमा, कडा कोखा हानेमा, आमाको दूध खान नसकेमा, धेरै ज्वरो आएमा, हात खुट्टा चिसो भएमा र धेरै सुतिरहने अथवा ब्यूँझाउन गाह्रो भएमा । २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका बच्चाहरुका लागि - कोखा हानेमा, छिटो छिटो सास फेरेमा, भोल कुराहरुपिउन नसकेमा, धेरै सुतिरहने अथवा ब्यूँझाउन गाह्रो भएमा र कडा कुपोषण भएमा ।

### उपचार-

**साधारण रुघाखोकी** - लागेमा घरेलु उपचार गरिन्छ । बच्चालाई न्यानो पारेर राख्ने तर नगुम्याउने । बच्चालाई पटक पटक आमाको दूध खुवाउने । साविक भन्दा बढि पटक खाना खुवाईरहने । साविक भन्दा बढी भोल खुवाउने । नाक सफा गरिदिने । घाँटिलाई आराम दिन घरेलु उपचार (अदुवा, बेसार, तुलसीको पात आदि हालि पकाएको पानी) पिउन दिने । बच्चाले छिटो छिटो सास फेरेको छ कि अथवा उसको कोखा हानेको छ हेर्ने ।

**निमोनिया** - हुँदा तुरुन्त तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गराउनु पर्दछ । धामी भ्राक्रीको उपचारबाट निमोनिया निको हुँदैन । निमोनियाको उपचार सेवा प्रत्येक वडामा कार्यरत महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरुबाट पनि उपलब्ध छ । समयमा नै उपयुक्त तरिकाले उपचार नगरेमा बच्चाको अवस्था भन खराव भई बच्चाको मृत्यु हुनसक्छ ।

**रोकथामका उपायहरू-** १. जाडो महिनामा बच्चालाई न्यानो पारेर राख्ने । २. बच्चालाई धूलोमा खेल्न नदिने । ३. बच्चाको सामुन्नेमा चुरोट, बिडी नखाने । ४. भान्साको धुँवालाई घर बाहिर निकाल्ने उपयुक्त व्यवस्था गर्ने । ५. पूर्ण खोप लगाउने ।

यसरी हामी रुघाखोकी निमोनियाबाट खासगरी ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुलाई प्रथमतः रोग लाग्नबाट बचाउने उपाय अवलम्बन गर्न तथा यदी बच्चालाई रुघाखोकी निमोनिया लागेको खण्डमा नजिकैको स्वास्थ्यकर्मी, स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको सेवा सल्लाह लिन नबिसौं ।

## यसरी अभै पोलियो खोप

पोलियो अभियानका कुरा गर्दा कतिपय मानिस हैन यो त अभै उन्मूलन भएन र ? भनि प्रश्न गर्ने गर्छन् । नेपालमा जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा पोलियो उन्मूलन अभियानको यात्रामा सन् २००५ वर्ष गाँसमा हुँझा लागे भै अनुभूति गरिएको छ । वि.स.२०५३ साल देखि पोलियो रोग उन्मूलनको खातिर नेपालमा पोलियो खोप अभियान व्यापक सहभागीतामूलक ढंगले प्रभावकारी रूपमा संचालन गरिदै आएको छ । २०५७ साल मंसीर देखि नेपालमा एउटै पनि पोलियोको विरामी देखिएन । यसरी यो अवधिमा पोलियो रोगीको संख्यामा सून्यता आई नेपाल पोलियो मुक्त देशको रूपमा घोषणा हुने तरखरले जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा उत्साहको संचार पनि भयो । यद्यपि नेपालको सीमावर्ती भारतीय राज्यहरुमा भने पोलियो विरामीहरुको संख्यामा भने प्रचूरता छँदै थियो । उता भारतीय सीमावर्ती राज्यहरुमा नियमित खोप कार्यक्रमको कभरेजको स्तर ज्यादै न्यून रहेकाले भारत विशेष पोलियो खोप अभियानको माध्यमद्वारा पोलियो उन्मूलन अभियानमा सरीक भयो । उक्त अभियानबाट छिमेकी भारतमा निकै सफलता मिलेको कुरा सन् २००० मा करिब ७०० मा रहेको पोलियो विरामीको संख्या सन् २००४ मा ३०० मा झर्नु र यो संख्या सन् २००५ मा ५० मा झरेको तथ्याङ्कबाट सिद्ध हुन्छ । यही तथ्याङ्कबाट उत्साहित भएर विश्व स्वास्थ्य संगठन र संयुक्त राष्ट्र संघ वाल कोष यूनिसेफले नेपाल र भारतबाट छिट्टै पोलियो उन्मूलनको अपेक्षा राखेका थिए ।

तर २०६२ साल असोज महिनामा सर्लाही जिल्लाको फरीपर्सो गा.वि.स.मा एउटा नयाँ पोलियोको केश फेला पारियो । अझ मंसीर महिनामा सोहि जिल्लाको कौडेना गा वि स र रौतहट जिल्लाको राजपुर फरहवा गा वि स १ मा एक एक जना पोलियोको केश फेला पारियो । विश्व स्वास्थ्य संगठनले पनि नेपालमा संचालित “पोलियो उन्मूलन नेपाल” नामक परियोजनाको नाम पनि परिवर्तन गरेर “खोपजन्य रोगबाट बचाउने कार्यक्रम परियोजना” मा परिणत गरेको छ । यसरी विश्व स्वास्थ्य संगठनले श्रोत र साधनको उपलब्धता समेतलाई मध्येनजरमा राखेर पोलियो कार्यक्रमको अतिरिक्त अन्य खोपजन्य रोगहरु विरुद्धका कार्यक्रमहरुमा पनि ध्यान ब्यापक बनाउने संकेत देखाएको छ । संयुक्त राष्ट्र संघ वाल बचाऊ कोषका नेपाल स्थित एक पदाधिकारीले एक कार्यक्रममा के भनेका थिए भने यो पोलियो खोप अभियानमा ३ विलियन अमेरिकी डलर खर्च भई सकेको र दातृ संस्थाहरुमा हाल पोलियो अभियानमा खर्च गर्न शिथिलता देखिएको छ । विश्व परिप्रेक्षमा दातृ संस्थाहरुमा पोलियो अभियानलाई हेर्ने दृष्टिकोणमा आएको परिवर्तन पनि नेपालको पोलियो विरुद्धको अभियानलाई चुनौती थप गरेको छ ।

सरकारी तथ्याङ्क प्रणालीबद्ध, बैज्ञानिक र बढी भरपर्दो हुदा हुदै पनि यसमा केहि कमी कमजोरी हुने गर्छन् । श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मंत्रालय वाल स्वास्थ्य महाशाखाले एक पुस्तिकामा मुलुकमा संचालित नियमित खोप कार्यक्रमको वास्तविक कभरेज स्तर सरकारी तथ्याङ्क भन्दा १० प्रतिशत कम भएको उल्लेख गरेको छ । स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवा विभागको वार्षिक

प्रतिवेदन अनुसार आ व २०६१।६२ मा नेपालको पोलियो ३ को कभरेज ९० प्रतिशत प्रकाशित भएता पनि खोपको वास्तविक कभरेज ८० प्रतिशत भन्दा कम भएको श्वीकार गरिएको छ । यसरी कभरेज हुन बाँकी २० प्रतिशत लक्षित समूहमा अभै सेवा पुग्न सकेको छैन । उल्लेखित दुई जिल्लामा हालै भेटिएका पोलियो केशले नियमित खोप कार्यक्रममा पोलियो खोप खान नपाएका केवल राष्ट्रिय पोलियो अभियानका अवसरमा मात्र एक पटक खान पाएको कुराले पनि के कुरा प्रष्ट गरेको छ भने हामीले नियमित खोप कार्यक्रमलाई अझ प्रभावकारी बनाउनु जरुरी छ ।

अन्तमा, बाल अधिकार सुनिश्चित गर्न होस वा पोलियो विश्वबाटै हटाउने अभियानमा होस् नेपालले पोलियो उन्मूलन प्रतिको विश्वब्यापी प्रतिबद्धताबाट बिमुख हुने सवालै आउँदैन । नेपालका १५ तराई जिल्लाहरूमा २०६२ साल माघ ८ र ९ गते तथा फागुन ९ र १० गते ५ वर्ष मुनिका सम्पूर्ण बालबालिकालाई पोलियो खोपको थोपा खुवाउने कार्यक्रम छ । हरेक गाउँ र नगरका वार्डमा रहेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूद्वारा उक्त दिनहरूमा पोलियो थोपा खुवाइन्छ । सबै बालबालिकालाई २ थोपा पोलियो थोपा खुवाउन तथा खुवाउने आवश्यक वातावरण सुनिश्चित गर्न सबैको सहभागिता अपरिहार्य छ ।



## स्वास्थ्य क्षेत्रमा आचारसंहिताको सवाल

बच्चा विरामी भए नभएको कुरा चाहे छुट्याउन होस वा बच्चाको आवश्यकता बुझ्न होस् सो कुरो राम्ररी बुझ्ने प्रथम व्यक्ति आमा नै हुन्छन् । यसैले एउटा बच्चाको लागि आमा नै पहिलो चिकित्सक मानिन्छन् । तर यसको पनि सीमा हुन्छ । चाहे बच्चा होस चाहे वयस्क वा बृद्ध जो कोहिलाइ विरामी भएको बखत उपचार गर्नको लागि विशेष सीप र ज्ञानको आवश्यकता पर्दछ । यस्तै ज्ञान र सीप भएको वर्ग जसलाइ हामी स्वास्थ्यकर्मी तथा चिकित्सक भन्दछौं जो आधुनिक विज्ञानको देन हो । वैज्ञानिक ढंगको उपचार प्रणालीद्वारा विरामीको रोग निवारण गर्न आधुनिक चिकित्सा पद्धतिलाइ एक भरपर्दो विकल्पको रूपमा स्थापित भएको छ । तर यो जति स्थापित छ उत्तिकै विवादास्पद पनि देखिएको छ । यसमा लाग्ने अत्यधिक खर्च र स्वास्थ्यकर्मीले विरामी प्रति हेर्ने दृष्टिकोणका कारणले गर्दा आज समाज आधुनिक स्वास्थ्यकर्मी मात्र हैन आधुनिक चिकित्सा पद्धति कै आलोचना गर्न पनि पछि परेको छैन । यसलाइ कम पार्नका लागि स्वास्थ्यकर्मीहरूको आचारसंहिता बनाइ नैतिक बल प्रदान गर्ने र सामाजिक दायित्व बोध गर्न विभिन्न क्षेत्रबाट आवश्यक व्यवस्था तथा मञ्चबाट आवाहन गरिएको छ । तर आज यसको चर्चा आवश्यक मात्रामा भएको सुनिएन । यसको आवाज यति भिनो भयो कि जुन आवाजको सन्देश स्वयं स्वास्थ्यकर्मी सम्म पनि नपुगेको आभास सर्वत्र देखिन्छ ।

अन्तर्राष्ट्रिय संधि तथा महासंधिहरूमा सम्पूर्ण नागरिक त्यसमा पनि महिला तथा बालबालिकाहरूले स्वस्थतापूर्वक जिउन पाउने अधिकारको सुनिश्चित गराउने दायित्व राज्यले लिएको हुन्छ । यति हुँदा हुँदै पनि प्रत्येक स्वास्थ्यकर्मीले व्यक्तिगत स्तरमा पालन गर्नु पर्ने निश्चित आचारसंहिताको पालन गरेमा मात्र नागरिक वा विरामीको हक र अधिकार सुनिश्चित हुन सम्भव हुन्छ भनेर हरेक देशमा स्वास्थ्यकर्मीहरूको आचारसंहिताको व्यवस्था गरिएको छ । आज स्वास्थ्यकर्मीहरूको आचारसंहिता हिपोक्रेटसको बाचामा मात्र पर्याप्त हुने देखिदैन । आधुनिक समाज ज्यादै क्लिष्ट बन्दै गएकाले यसमा थप प्रावधान तथा आचारसंहिताको माग स्वयं समाजले गरेको पाइन्छ । नैतिक रूपमा स्वास्थ्यकर्मीलाई सबल बनाउन देश काल र परिस्थिति अनुकूल बनाइएको पनि देखिन्छ । आधुनिक चिकित्सा पद्धति चरम पुगेका देशहरूलगायत छिमेकी मुलुकहरूमा पनि स्वास्थ्यकर्मीहरूको आचारसंहिताको निर्माण गरी नैतिक रूपमा सबल बनाउने प्रयास गरेको पाइन्छ जसको केहि चर्चा गर्न हाम्रो परिप्रेक्षमा पनि सान्दर्भिक हुने ठानेको छु ।

स्वास्थ्यकर्मीले विरामीलाइ जुनसुकै समय र अवस्थामा आदरभाव प्रकट गर्नुपर्दछ । सामाजिक रूपमा अपहेलित वर्ग जस्तै यौनकर्मी, एड्स रोगी, दूर्यसनी, समलिङ्गी, गरीब आदिलाइ भेदभाव गर्न हुदैन । जोखिमपूर्ण स्थितिमा रहेका जस्तै बालबालिका, महिला, दलित, गरिव वर्गलाइ विशेष हेरचार गर्नु पर्दछ । विरामीको गोपनीयता कायम राख्नु पर्दछ । नाबालक वा बेहोस अवस्थामा बाहेक विरामीलाइ उसको रोग र गरिने उपचारबारे पूर्ण जनकारी दिनु पर्दछ र विरामीको श्वीकृति लिएर मात्र उपचार गरिनु पर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीले कुनै ठाउँमा दूर्घटना भएको खण्डमा तुरुन्तै सेवा पुऱ्याउनु पर्दछ । कुनै पनि वन्दीको स्वास्थ्य स्थिति सुधारमा मद्दत गर्नु पर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो क्षेत्रमा दक्षता तालिम वा स्वअध्ययनद्वारा सुनिश्चित गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीले आफ्ना पेशामा संलग्न अन्य स्वास्थ्यकर्मी संग सुमधुर सम्बन्ध राख्नुपर्दछ । साथै स्वास्थ्य संग सम्बन्धित अन्य क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्ति तथा व्यवसायी

संग पनि सुमधुर सम्बन्ध कायम राख्नु पर्दछ । परम्परागत चिकित्सा पद्धतिमा कार्यरत ब्यक्तिहरूसंग पनि सुसम्बन्ध राख्नु पर्दछ ।

उल्लेखित आचारसंहिताका केहि नमूनाहरूहुन यसलाइ अझ विस्तारपूर्वक छलफल गर्न सकिन्छ । स्वास्थ्य ब्यवसाय सम्बन्धि नियम, कानून र निर्देशिकाले मात्र स्वास्थ्य क्षेत्र स्वस्थ रुपमा चलन नसक्ने रहेछ भन्ने कुरा जगजाहेर छ । स्वास्थ्य क्षेत्र स्वयंमा सेवा क्षेत्र हो । यसमा ब्यापारीकरण भए पछि यसमा उन्नती त भएको छ तर उत्तिकै विकृति पनि थपिएको छ । स्वास्थ्यकर्मी सेवा भाव भन्दा ब्यवसाय भावले बढ्ता प्रेरित भएको खण्डमा विरामीको हक र अधिकार कृण्ठित मात्र हैन हनन् हुने भएकाले यसमा मानव अधिकारवादी दृटिकोणको टड्कारो खाँचो देखिएको छ । यसमा राज्य, स्वास्थ्यकर्मी, नागरिक समाज तथा अधिकारवादीको ध्यान जान जरुरी छ ।

## मोरङमा दलित समुदायको जनस्वास्थ्य स्थिति

विश्व स्वास्थ्य संगठनको परिभाषा अनुसार स्वास्थ्य भनेको शरीरमा रोग नलाग्नु मात्र होईन शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक तन्दूरुस्ती हुनु हो । स्वास्थ्य भनेको एक प्रकारले जीवन शैली पनि हो भनेर विश्व स्वास्थ्य संगठनले स्वास्थ्यलाई परिभाषित गर्न खोजेको छ । नेपालमा यस परिभाषा अनुसार दलितहरूको स्वास्थ्य स्थिति केलाउने हो भने ज्यादै चिन्ताजनक स्थितिमा छ । नेपालको सरदर आयु, सरदर बाल मृत्यु दर, सरदर आम्दानी जस्ता सूचकाङ्कहरूभन्दा धेरै तल दलितको स्थिति हामीले पाउने गरेका छौं । यस प्रकारका सामाजिक अवस्थिति तथा संरचनालाई नाङ्गो आँखाले मात्र होईन वैज्ञानिक अध्ययन अनुसंधानहरूले पनि तथ्याङ्कका रूपमा प्रस्तुत गरेको छ । सन् २००३ मा ब्रिटेन नेपाल मेडिकल ट्रष्ट (बि.एन.एम.टी.) र पूर्वाञ्चल क्षेत्रिय स्वास्थ्य निर्देशनालयको संयुक्त प्रयासमा पूर्वाञ्चलका १६ जिल्लामा जनस्वास्थ्यको स्थितिको समष्टिगत अध्ययन गरियो । यसै सिलसिलामा मोरङ जिल्लामा पनि जनस्वास्थ्यको स्थितिको अध्ययन भयो । उक्त अध्ययनबाट हामीले देखे सुनेका तथा भोगेका कुराहरूलाई तथ्याङ्कीय सूचकाङ्कका रूपमा उजागर भएका छन् । दलित वर्गको स्वास्थ्य स्थिति सामान्य जनसमुदाय भन्दा कुनै निश्चित कुरामा के कति भिन्नता रहेछ भनेर किटेरै देखाएको छ । जसले जिल्ला तथा राष्ट्रिय स्तरमा योजना तथा नीति बनाउन मद्दत गर्न सक्दछ ।

खानेपानी तथा सरसफाई तर्फ हेरौं । पहिलो सूचकाङ्क पाईपबाट उपलब्ध खानेपानीको स्थितिलाई लिऊं । मोरङ जिल्लामा १५ प्रतिशत मानिसहरूपाईपबाट उपलब्ध खानेपानीको सेवन गर्दछन् तर दलितहरूको यो दर १० प्रतिशत मात्र भएको पाईएको छ । यसै गरी चर्पी प्रयोग दर सामान्य समुदायमा ५५ प्रतिशत छ भने दलितमा केवल ८ प्रतिशत मात्र छ । यसबाट के देखिन्छ भने दलितहरूको सामाजिक तथा वातावरणीय सरसफाईको स्थिति सर्वसाधारण भन्दा ज्यादै कमजोर छ । स्वास्थ्य सम्बन्धि ज्ञानको स्तर पनि दलितहरूमा कमजोर स्थितिमा पाईएको छ । क्षयरोगको बारेमा ९५ प्रतिशत मानिसहरूले सुनेको बताए तर दलितहरूलाई क्षयरोगको बारेमा सोधदा केवल ७७ प्रतिशतले मात्र सुनेको बताएका थिए । यसैगरी परिवार नियोजनको बारेमा ९६ प्रतिशत मानिसहरूले सुनेको बताए भने केवल ८२ प्रतिशत दलितहरूले परिवार नियोजनको बारेमा सुनेको बताए । एच.आई.भी.एड्सको बारेमा सुनेको कुरा ८७ प्रतिशत सर्वसाधारणले र ५६ प्रतिशत दलितहरूले बताए । यसरी उल्लेखित तथ्याङ्कहरूले दलितहरूमा स्वास्थ्य सम्बन्धि ज्ञानको स्तर सर्वसाधारण भन्दा कम रहेछ भन्ने पुष्टि गर्दछ ।

सेवा उपयोगको क्षेत्रमा पनि दलित समुदाय सर्वसाधारण भन्दा निकै पछाडी रहेको देखिन्छन् । परिवार नियोजनका साधन प्रयोग दरलाई नै लिऊं, ५१ प्रतिशत सर्वसाधारण मानिसहरूपरिवार नियोजनका कुनै न कुनै साधन प्रयोग गर्दछन् भने केवल ३८ प्रतिशत दलितहरूले मात्र परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्दछन् । सबैभन्दा बिडम्बनाको कुरा के पाईयो भने केवल ४० प्रतिशत सर्वसाधारणहरूले प्रतिजैविक औषधी (एण्टिबायोटिक) को मात्रा पूरा गर्ने गरेको पाईयो भने कुनै पनि दलितले स्वास्थ्य संस्थाबाट पूरा कोष प्रतिजैविक औषधी खाएको देखिएन । मोरङ जिल्लामा ७१ प्रतिशत जनसमुदायले घरमै सुत्केरी गराउने गरेका छन् तर यो दर दलित समुदायमा अझै बढी ८७ प्रतिशत पाईएको छ । अझै पनि मोरङ जिल्लामा धामी भक्ती लगाउने दर सर्वसाधारणमा ३ प्रतिशतमा पाईन्छ भने दलितहरूमा धामी भक्ती लगाउने दर अझै बढी ८ प्रतिशत छ । सेवाको उपभोगमा पछाडी परेका दलितहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रतिको असन्तुष्टी पनि सर्वसाधारण भन्दा अलि बढी नै देखिन्छ । उपलब्ध

स्वास्थ्य सेवा प्रति २५ प्रतिशत सर्वसाधारण असन्तुष्ट रहेको पाईयो भने ३१ प्रतिशत दलितहरूस्वास्थ्य सेवा प्रति असन्तुष्ट रहेको पाईयो ।

यसरी हेर्दा दलितहरूको सामाजिक आर्थिक अवस्थामा संगसंगै समष्ठीगत रूपमा जनस्वास्थ्यको स्थिति पनि सीमान्तकृत अवस्थामा छ । अनुभव गरिए भै एकातिर दलितहरूको स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान धारणाको स्तरमा कमी कमजोरी छन भने अर्कातिर स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोगमा त अझ गहिरो खाडल पाईन्छ । यही कुराहरूलाई मध्यनजरमा राखेर जिल्लामा जनस्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरूदलित प्रति लक्षित हुनु पर्ने देखिन्छ । सरकारी तथा गैर सरकारी निकायका साधन श्रोतहरूयिनै समुदायमा बढि लगाउनु पर्ने देखिन्छ । दलितहरूको सामाजिक स्थिति उकास्ने नीति योजना तथा कार्यक्रमहरूको निर्माण गर्दा उनीहरूको जनस्वास्थ्य स्थिति, स्वास्थ्य प्रतिको ज्ञान, धारणा, ब्यवहार, सेवा ग्रहण गर्नलाई आईपर्ने बाधाहरूलाई वैज्ञानिक आधारमा राख्नलाई तथ्याङ्कको सदुपयोग हुनु पर्दछ ।

अध्ययन अनुसंधान स्वयंमा साध्य होईन केवल साधन मात्र हो । तथ्याङ्क हासिल मात्र गरेर दलितप्रतिको हाम्रो सामाजिक दायित्व पूर्ण हुदैन । जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा तथ्याङ्कको सहि उपयोग गरी दलितमुखी ठोस जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको योजना तर्जुमा, प्रभावकारी कार्यान्वयन र समूचित मूल्याङ्कन हुनु आज जरुरी भई सकेको छ ।

## सहस्राब्दी विकास लक्ष र स्वास्थ्य क्षेत्र

आजकल विकास सम्वन्धि सभा-सम्मेलनमा सहस्राब्दी विकास लक्षका बारेमा निकै चर्चा-परिचर्चा हुने गर्दछ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा पनि जनस्वास्थ्य सम्वन्धि कार्यक्रमहरूको समीक्षा तथा योजना तर्जुमा गर्दा यसले परिलक्षित गरेका सूचकाङ्कहरूलाई प्रति विचार गर्ने गरिन्छ । विसौं शताब्दीको अन्तलाई जनसंख्या र विकासका क्षेत्रमा एक शताब्दीको अन्तको रूपमा मात्र नलिएर नयाँ शहस्राब्दी अर्थात् मानव विकासको हजार वर्षे नयाँ घुम्तिको नवयुगको कै आशा राखिएको छ । सन् १९९० मा आयोजित विभिन्न विश्व सम्मेलनहरूले विकासका निम्ति केही प्रमुख उद्देश्य तथा लक्षहरूको पहिचान गर्‍यो । यसरी पहिचान गरिएका विश्व विकास लक्ष (International Development Targets IDTS) लाई नै विश्वका १९९ राष्ट्रहरूले सन् २००० को सेप्टेम्बर महिनामा सहस्राब्दी विकास लक्षको घोषणा (Millenium Development Goals) को रूपमा पारित गरे । जस अनुसार विश्वका ती सबै राष्ट्रहरूले सन् २०१५ सम्ममा मुख्यतया आठ वटा लक्षहरू प्राप्त गर्ने प्रतिबद्धता जनाएका छन् । यसरी सन् २०१५ सम्ममा हाँसिल गर्ने भनिएको आउँदो युग एक प्रकारको स्वर्णयुग नै हुनेछ ।

ती आठ वटा सहस्राब्दी विकास लक्षहरू- पहिलो उग्र गरिबी तथा भोकमरी उन्मूलन, दोश्रो सर्वब्यापी प्राथमिक शिक्षा हासिल, तेश्रो लैङ्गिक समानताको प्रबर्द्धन तथा महिला सशक्तिकरण, चौथो बालमृत्यु दर घटाउने, पाचौं प्रजनन स्वास्थ्य तथा मातृत्व स्वास्थ्यमा सुधार, छैटौं एच.आई.भी.एड्स, मलेरीया र अन्य रोग विरुद्ध लडाईं, सातौं वातावरणीय दिगोपनको सुनिश्चितता, र आठौं विकासका निम्ति विश्व साभेदारीको विकास हुन् । यसरी सहस्राब्दी विकास लक्षले परिलक्षित गरेका मध्ये आधा लक्षहरू स्वास्थ्य क्षेत्रसंगै सम्बन्धित छन् । स्वास्थ्य क्षेत्रमा निश्चित सूचकाङ्कहरूमा आशातीत लक्ष हासिल नगरी विश्व स्वर्णयुगमा पुग्न सक्दैन भन्ने कुरा छर्लङ्गे छ । यसरी हिजो सम्म संरचनात्मक विकास नै विकास हो भन्ने अवधारणामा केही परिवर्तन आएको देखिन्छ ।

नेपालमा शिशु मृत्यु दर प्रत्येक एक हजार जीवित जन्ममा सन् १९९० मा १०८, सन् १९९५ मा ७९, सन् २००० मा ६४, सन् २००५ मा ६१ पाइयो जुन २०१५ सालमा ३४ मा ओराल्ने लक्ष राखिएको छ । यसै गरी ५ वर्ष मुनिका बालमृत्यु दर प्रत्येक एक हजार जीवित जन्ममा सन् १९९० मा १६२, सन् १९९५ मा ९१, सन् २००५ मा ८२ पाइयो भने सन् २०१५ मा ५४ मा ओराल्ने लक्ष राखिएको छ । यसै गरी बाल मृत्युको एक मुख्य कारक दादुरा विरुद्ध खोप लगाउने कभरेज सन् १९९० मा ४२ प्रतिशत, सन् १९९५ मा ५७ प्रतिशत, सन् २००० मा ७१ प्रतिशत, सन् २००५ मा ८५ प्रतिशत पाइयो भने सन् २०१५ मा यसलाइ ९० प्रतिशत भन्दा बढी पुऱ्याउने लक्ष राखिएको छ । न्यून तौल रहेका ६ महिना देखि ३ वर्ष उमेर समूहको प्रतिशत सन् १९९० मा ५७, सन् १९९५ मा ४७, सन् २००० मा ५३ पाइएकोमा यो कम तौल अर्थात् कुपोषित बालबालिका दरलाइ २९ मा झार्ने लक्ष राखिएको छ ।

मातृ मृत्यु दर भन्नाले महिलाहरूको गर्भवती तथा सुत्केरीका कारणले हुने मृत्युलाइ बुझिन्छ । यो मातृ मृत्यु दर प्रत्येक एक लाख जीवित जन्ममा सन् १९९० मा ८५०, सन् १९९५ मा ५३९, सन् २००० मा ४१५ रहेकोमा यसलाइ सन् २०१५ सम्ममा २१३ मा घटाउने लक्ष राखिएको छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूबाट प्रसूति गराउने दर सन् १९९० मा ७ प्रतिशत, सन् १९९५ मा ९ प्रतिशत, सन् २००० मा ११ प्रतिशत, सन् २००५ मा २० प्रतिशत रहेकोमा यसलाइ सन् २०१५ मा ६० प्रतिशत पुऱ्याइने छ । परिवार नियोजन साधनको प्रयोग दर सन् १९९० मा २४ प्रतिशत, सन् १९९५ मा २९

प्रतिशत, १९९७ मा ३० प्रतिशत, सन् २००० मा ३९ प्रतिशत भएकोमा यसलाइ सन् २०१५ मा ६७ प्रतिशत पुऱ्याउने लक्ष राखिएको छ ।

एच आइ भी एड्सको संक्रमण दर १५ देखि ४९ वर्ष उमेर समूहमा सन् २००० मा ०.२९ प्रतिशत रहेकोमा सन् २००५ मा यो दर ०.५ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ । यसैगरी औलो लाग्ने दर प्रति एक लाख जनसंख्यामा सन् १९९० मा ११५, सन् २००० मा ६५ र सन् २००५ मा ७८ पाइएको छ । क्षयरोग लाग्ने दर प्रति एक लाखमा सन् १९९५ मा ४६, सन् २००० मा ६९ र सन् २००५ मा यो दर ६१ म भरेको पाइन्छ । सन् २००० सम्ममा मुलुकमा कुष्ठरोग प्रति १० हजार जनसंख्यामा १ भन्दा कम विरामी दरमा आरालेर निवारण गर्ने लक्ष राखिएकोमा यो लक्षमा पुग्न सन् २००७ सम्म लाग्ने ठानिएको छ ।

तथ्याङ्कगत हिसावले सामाजिक स्तर मापन गरी अगाडि बढ्नु निश्चय नै वैज्ञानिक र ब्यवहारिक देखिन्छ । औसत आयु दरमा भएको बृद्धिले पनि जनसंख्याको स्वास्थ्य स्तरमा वर्षेनी बृद्धि भएको बुझिन्छ । तथ्याङ्कमा आउने सानो सुधारको लागि राज्यले धेरै साधन स्रोतको खर्च गरेको हुन्छ । उचित नीति, रणनीति र कार्यक्रमले मात्र लक्षमा पुग्न मद्दत गर्दछ । कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्वान्वयनको लागि साभेदारी र सहभागितामूलक ढंगले बढ्नु पर्ने कुरामा दुइ मत नहोला । सन् १९९० देखि २००५ सम्मको प्रगतिको दर हेर्दा आगामी सन् २०१५ मा हासिल गर्न खोजिएको सहस्राब्दी लक्ष हासिल गर्न कठिन अवश्य भए पनि असम्भव चाहिँ छैन ।

## सन्दर्भ सामग्री

१. राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८, श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मंत्रालय, नेपाल
२. दशौं पञ्चवर्षिय योजना, राष्ट्रिय योजना आयोग, नेपाल
३. नेपालमा योजना र विकास, निलम कुमार शर्मा, पैरवी प्रकाशन, २०६०
४. दोश्रो दीर्घकालीन योजना, श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मंत्रालय, नेपाल
५. सहस्राब्दी विकासको लक्ष, प्रगति विवरण २००२, संयुक्त राष्ट्र संघ नेपाल
६. राज्य सहयोग रणनीति, प्रगति विवरण २००३, विश्व बैंक
७. राज्य सहयोग नीति, विकास मार्फत शान्ति २००४, डि.एफ.आइ.डि.
८. नेपाल मानव विकास प्रतिवेदन, सशक्तिकरण र गरीबी निवारण २००४, यू.एन.डि.पी.
९. एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०५२, श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मंत्रालय, काठमाण्डौ नेपाल
१०. स्थानीय स्वास्थ्य संस्था हस्तान्तरण तथा सञ्चालनका लागि निर्देशिका, स्वास्थ्य मंत्रालय, काठमाण्डौ नेपाल, २०६०
११. नीति तथा कार्यक्रमहरू, श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मंत्रालय काठमाण्डौ नेपाल २०५९
१२. कृष्ठरोग निवारण निर्देशिका, स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग, काठमाण्डौ नेपाल, २०५८
१३. औषधी सम्बन्धी वित्तीय व्यवस्था नीति २०५७, स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग, २०५७
१४. नेपाल परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०५४, स्वास्थ्य मंत्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, २०५४
१५. औलो सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताको लागि पुस्तिका, स्वास्थ्य मंत्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग, २०५९
१६. UNAIDS, AIDS and HIV Infection, UNAIDS Geneva Switzerland, 2000
१७. UNICEF, Breastfeeding A manual for Health Workers, UNICEF Kathmandu Nepal, 1993
१८. FHD/DoHS, National Adolescent Health and Development Strategy, Ministry of Health Department of १९. Health Services, Family Health Division, Kathmandu Nepal, 2000
- MoH/UNICEF, National Maternity Care Guidelines Nepal, Ministry of Health, Department of Health Services, Kathmandu Nepal, 1996
२०. Dixit H, The Quest for Health, Educational Enterprises Kathmandu Nepal, 1999.
२१. Central Bureau of Statistics, His Majesty's Government of Nepal. 2002. Population of Nepal: Village Development Committees / Municipalities Population Census 2001.
२२. UNDP, Nepal Human Development Report, Empowerment and Poverty Alleviation, 2004
२३. CBS, National Population Census, 2001
२४. CBS, Statistical Pocket book Nepal, 2002.
२५. DoHS, Annual Report Department of Health Services, Teku Kathmandu Nepal, 2002/2003
२६. Kafle KK, Gartoulla RP, Self medication and its impact on essential drugs scheme in Nepal, WHO, 1993.
२७. INRUD, District drug use and health profile, International Network for Rational Use of Drugs in Nepal, 2004.
२८. FHD, New ERA, ORC Macro, Nepal Demographic and Health Survey, 2001
२९. Subba NR, Karkee S, Poudel D, Health Improvement Programme, HMG/Eastern Regional Health Directorate, Dhankuta and Britain Nepal Medical Trust, 2003.
३०. Help Group, Annual Progress Report, 2004/2005
३१. Stone L, Socio-cultural aspects of nutrition education in Primary Health Care, Nepal, WHO, 1984.
३२. UNICEF, State of the world's children report 2001, New York, UNICEF, 2001.
३३. Lawn EJ, Cousens S, Zupan J, 4 million neonatal deaths: When?Where?Why?, *The Lancet*, March 2005.
३४. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context, *Soc Sci Med* (1994) 38:1091-110.
३५. ADRA, Safe motherhood project reducing maternal mortality, Newsletter, June 2005.
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. DPHO Morang , Annual Report of District Public Health Office Morang, 2058/59 to 2061/62
३८. ERHD, Annual Report of Eastern Regional Health Directorate Dhankuta, 2058/59 to 2061/62
३९. Manohar RK, Karna UL, Kannan AT, A profile of Kala-azar cases at a village health post of Eastern Nepal, *Journal of the Nepal Medical Association, Kathmandu*, (1998) 37:620-624.
४०. WHO, Technical Report Series, (1998) 793:54.
४१. HMG/UNCT (2003), Progress Report 2002: Millenium Development Goals, Nepal, 2003
४२. UNIFEM/GTZ/BMZ , Pathway to Equality:CEDAW, Beijing and the MDGs: New York, 2004
४३. UNDP (2005), Civil Society Perspective on Millenium Development Gials, New York, 2005



## नवराज सुब्बा

- जन्म** : वि.सं. २०१८ असोज १५, हाडपाड आठराई  
जिल्ला ताप्लेजुङ, मेची अञ्चल नेपाल
- मातापिता** : नरमाया तथा आइतराज सुब्बा
- सम्प्रति** : प्रमुख, जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय  
मोरङ, विराटनगर ।
- सम्बद्ध** : श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय  
अन्तर्गत विभिन्न जिल्लाहरूमा तीन  
दशक व्यतीत ।
- शिक्षा** : एम.पी.एच., एम.ए.
- सदस्यता** : नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद, नेपाल  
रेडक्रस सोसाईटी (आजीवन सदस्य)  
किराँत याक्थुङ चुम्लुङ विराटनगर,  
वाणी प्रकाशन विराटनगर, ज्योति प्रकाशन, विराटनगर ।
- विभूषण** : गोरखादक्षिणबाहु
- भ्रमण** : अध्ययन भ्रमण, कार्यपत्र प्रस्तुति तथा  
पर्यटनको क्रममा भारत, बंगलादेश, चीन,  
थाईलैण्ड, इण्डोनेसिया देशहरूको भ्रमण ।

**प्रकाशन** : जीवन मेरो शब्दकोशमा (कवितासंग्रह), खोटाङको  
स्वास्थ्य, २०५४ (सम्पादन), साँम्बा लिम्बूको बंशावली (२०५६), Health  
Seeking Behavior of Rajbanshi in Morang, Health Improvement  
Programme 2003 (Co-writer), Assessment Report of Morang District,  
2005 (Co-writer), जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय मोरङको वेवसाईट प्रकाशन  
www.dphomorang.co.nr , जनस्वास्थ्यसम्बन्धी अध्ययन अनुसन्धान समीक्षा  
लेख तथा साहित्यिक कृति प्रकाशित गरिएको वेवसाईट www.subba.co.nr ,  
श्री ५ को सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय पूर्वाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय  
धनकुटाबाट प्रकाशित हुने वार्षिक प्रतिवेदनहरू (सन् २००० देखि २००३ सम्म)  
को सम्पादनकार्य गरेको, विभिन्न राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय मेडिकल  
जर्नलहरूमा जनस्वास्थ्यसम्बन्धी बैज्ञानिक लेख रचनाहरू प्रकाशित, स्थानीय  
तथा राष्ट्रिय पत्रपत्रिकाहरूमा जनस्वास्थ्यसम्बन्धी समसामयिक सूचनामूलक  
तथा विश्लेषणात्मक लेख रचनाहरू प्रकाशित, विभिन्न साहित्यिक पत्रपत्रिकामा  
कविताहरू प्रकाशित र नेपाली कविता डटकम, अनलाईन नेपाली साहित्य मञ्च  
वेवसाईटमा कविताहरू प्रकाशित, र जिल्ला, क्षेत्रीय, राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय सभा,  
सेमिनारमा कार्यपत्र प्रस्तुति ।

