

नवलपरासी जिल्ला बर्दघाट सुस्ता पश्चिममा कुष्ठरोगको अवस्था, चुनौती र नियन्त्रण रणनीति

शेखर गौतम 

पाल्ही बहुमुखी क्याम्पस

लेखसार

कुष्ठरोग (Leprosy/Hansen's disease) आज पनि नेपालका केही जिल्लामा सार्वजनिक स्वास्थ्यको महत्वपूर्ण चुनौतीका रूपमा विद्यमान छ । नेपालले राष्ट्रिय स्तरमा यस रोगलाई जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा नियन्त्रण गरेको घोषणा गरे तापनि स्थानीय तहमा नयाँ बिरामी फेला पर्ने क्रम पूर्णरूपमा रोकिएको छैन । लुम्बिनी प्रदेशअन्तर्गत पर्ने नवलपरासी जिल्ला (बर्दघाट सुस्ता पश्चिम) मा ग्रामीण तथा अर्धशहरी बस्ती, सीमापार आवतजावत, विविध सामाजिक-सांस्कृतिक संरचना तथा स्वास्थ्य सेवामा असमान पहुँचका कारण कुष्ठरोग नियन्त्रण चुनौतीपूर्ण बनेको छ । यस अनुसन्धानात्मक लेखले जिल्लामा कुष्ठरोगको वर्तमान अवस्था, सङ्क्रमणका कारण, पहिचान तथा उपचारमा देखिएका अवरोध, सामाजिक कलङ्क, स्वास्थ्य सेवा प्रणालीका सीमितता र नियन्त्रण रणनीतिहरूको विश्लेषण गर्दछ । *Mycobacterium Leprae* जीवाणुबाट हुने यस दीर्घकालीन रोगले मुख्यतः छाला, परिधीय स्नायु तथा आँखामा असर पुर्‍याउँछ । विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले सिफारिस गरेको बहुऔषधि उपचार (Multidrug Therapy) समयमै सुरु गरिएमा रोग पूर्ण रूपमा निको हुन सक्छ । अध्ययनले सक्रिय खोजपडताल, सम्पर्क परीक्षण, स्वास्थ्य शिक्षा, समुदाय-आधारित सचेतना, स्वास्थ्यकर्मी क्षमता अभिवृद्धि, अपाङ्गता रोकथाम तथा कलङ्कविरुद्ध सामाजिक अभियानलाई कुष्ठरोग नियन्त्रणका प्रभावकारी आधारका रूपमा आँल्याएको छ ।

मुख्य शब्दावली : कुष्ठरोग, Leprosy, Hansen's disease, नवलपरासी, बर्दघाट सुस्ता पश्चिम, Multidrug therapy, MDT, सामाजिक कलङ्क, सक्रिय खोजपडताल, सार्वजनिक स्वास्थ्य

Article Info .

Article History

Received: April 02, 2026

Accepted: July 15, 2026

Email

gautamshekhhar854@gmail.com

Cite

Gautam, S. (2026). नवलपरासी जिल्ला बर्दघाट सुस्ता पश्चिममा कुष्ठरोगको अवस्था, चुनौती र नियन्त्रण रणनीति. *Palhi Peace and Enlightenment: Interdisciplinary Journal (PPE)*, 1(1), 77-90.

तिषय परिचय

नेपाल भौगोलिक दृष्टिले हिमाल, पहाड र तराई गरी तीन प्रमुख क्षेत्रमा विभाजित देश हो । प्रत्येक क्षेत्रको हावापानी, जनघनत्व, बसोबास, पेशा, संस्कृति र स्वास्थ्यसम्बन्धी अवस्था फरक छ । नवलपरासी जिल्ला बर्दघाट सुस्ता पश्चिम तराई क्षेत्रमा पर्ने महत्वपूर्ण जिल्ला हो । दक्षिणतर्फ भारतसँग जोडिएको, उत्तरतर्फ चुरे र पहाडी भूभागसँग सम्बन्धित बीचमा समथर कृषि भूमि भएको यस जिल्लाको सामाजिक संरचना विविध छ । यहाँ थारू, ब्राह्मण, क्षेत्री, मगर, गुरुङ, यादव, मुस्लिम, दलित, मधेसी समुदाय तथा अन्य जातजातिका मानिसहरू बसोबास गर्छन् । जिल्लाका धेरै मानिस कृषि, पशुपालन, दैनिक मजदुरी, वैदेशिक रोजगारी, साना व्यापार र सेवामूलक पेसामा संलग्न छन् । धान, गहुँ, मकै, उखु, तरकारी, केरा र अन्य नगदे बालीको खेती यहाँ प्रमुख रूपमा हुने गरेको छ ।

स्वास्थ्य सेवाको विस्तार हुँदै गएको भएपनि सबै बस्तीमा समान पहुँच पुगेको छैन। केही ग्रामीण क्षेत्रका मानिसहरू अझै पनि स्वास्थ्य संस्था टाढा भएको, यातायात खर्च लाग्ने, काम छोडेर उपचारमा जान नसक्ने, रोगबारे जानकारी कम हुने, वा सामाजिक डरका कारण सेवा लिन ढिला गर्ने अवस्था देखिन्छ। यही पृष्ठभूमिमा कुष्ठरोग जस्तो रोग नियन्त्रण गर्न विशेष चुनौती देखिन्छ। कुष्ठरोगको सुरुआती लक्षण सामान्य छालाको दाग, रातो वा फिक्का दाग, छोएर थाहा नहुने भाग, भ्रमभ्रम, हातखुट्टा कमजोर हुनु, नसा बाक्लो हुनु वा नदुख्ने घाउका रूपमा देखिन सक्छ। यस्ता लक्षणले सुरुमै धेरै पीडा नदिने भएकाले मानिसले बेवास्ता गर्न सक्छन्।

कुष्ठरोगलाई अङ्ग्रेजीमा (Leprosy) वा (Hansen's Disease) भनिन्छ। यो (Mycobacterium Lepae) नामक ब्याक्टेरियाबाट हुने दीर्घकालीन सङ्क्रामक रोग हो। यसले मुख्यतया छाला र परिधीय स्नायु प्रणालीलाई असर गर्छ। रोगको सङ्क्रमण उपचार सुरु नगरेको व्यक्तिसँग लामो समयसम्म नजिकको सम्पर्क हुँदा नाक र मुखबाट निस्कने साना थोपामार्फत हुन सक्छ। तर यो रोग साधारण भेटघाट, हात मिलाउने, सँगै बस्ने वा छेउमा हिँड्ने बित्तिकै सजिलै सर्ने रोग होइन। अधिकांश मानिसमा प्राकृतिक प्रतिरोध क्षमता हुन्छ। त्यसैले कुष्ठरोग लागेका व्यक्तिलाई समाजबाट अलग्याउनु वैज्ञानिक, मानवीय र सामाजिक कुनै दृष्टिले पनि उचित होइन।

नेपालले सन् २०१० मा राष्ट्रिय तहमा कुष्ठरोगलाई जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा नियन्त्रण गरेको घोषणा गरेको थियो। यसको अर्थ राष्ट्रिय स्तरमा दर्ता भएको प्रचलन दर प्रति १०,००० जनसङ्ख्यामा एकभन्दा कम भएको थियो। तर यो घोषणा रोग पूर्ण रूपमा समाप्त भयो भन्ने अर्थमा होइन। जिल्ला र समुदाय तहमा नयाँ बिरामी अझै भेटिन सक्छन्। विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले पनि कुष्ठरोग उन्मूलनलाई केवल औषधि उपचारको विषय नभई सङ्क्रमण, अपाङ्गता र कलङ्क अन्त्य गर्ने दीर्घकालीन लक्ष्यसँग जोडेको छ। WHO को (Global Leprosy Strategy २०२१-२०३०) ले (Zero Infection and Disease, Zero Disability, Zero Stigma and

Discrimination) को दीर्घकालीन दृष्टि प्रस्तुत गरेको छ (WHO, 2021)।

नवलपरासीमा कुष्ठरोगको अध्ययन गर्नु महत्त्वपूर्ण छ किनकि यो तराई जिल्लामध्ये एक हो, जहाँ जनघनत्व, सीमापार गतिशीलता, गरिबीका Pockets, स्वास्थ्य शिक्षाको असमानता र सामाजिक कलङ्कले रोग पहिचान र उपचारमा प्रभाव पार्न सक्छ। यस अनुसन्धान लेखले कुष्ठरोगलाई केवल औषधिले निको हुने रोगका रूपमा मात्र होइन, सामाजिक व्यवहार, स्वास्थ्य सेवा प्रणाली, आर्थिक अवस्था, शिक्षा, मानव अधिकार र सामुदायिक सहभागितासँग जोडिएको विषयका रूपमा व्याख्या गर्छ।

कुष्ठरोग पूर्ण रूपमा निको हुने रोग भए पनि यसको नियन्त्रणमा समस्या अझै कायम छ। औषधि निःशुल्क उपलब्ध छ, स्वास्थ्य संस्थामा उपचार व्यवस्था छ र सरकारी कार्यक्रमहरू सञ्चालन भइरहेका छन्। तर धेरै बिरामी समयमै स्वास्थ्य संस्थामा पुग्दैनन्। कसैले रोग लुकाउँछन्, कसैले छालाको सामान्य समस्या ठानेर औषधि पसलबाट मलमल प्रयोग गर्छन्, कसैले भारफुक वा घरेलु उपचारमा समय बिताउँछन्, र कसैले समाजले हेप्ने डरले उपचार लिन ढिला गर्छन्। यिनै कारणले रोग पहिचान ढिला हुन्छ।

नवलपरासी बर्दघाट सुस्ता पश्चिममा पनि यस्तै प्रकारका चुनौतीहरू देखिन सक्छन्। ग्रामीण क्षेत्रका केही मानिसहरूलाई कुष्ठरोगका प्रारम्भिक चिन्हबारे पर्याप्त जानकारी नहुन सक्छ। छालामा फिक्का वा रातो दाग आउनु, दाग भएको भागमा संवेदना घट्नु, हातखुट्टा भ्रमभ्रमाउनु, नसाहरू बाक्लानु, मांसपेशी कमजोर हुनु, वा नदुख्ने घाउ हुनु कुष्ठरोगका सम्भावित सङ्केत हुन सक्छन्। तर सुरुआतमा पीडा कम हुने भएकाले व्यक्ति स्वास्थ्य संस्थामा नगर्दै बस्न सक्छ।

समस्या केवल रोग पहिचानमा सीमित छैन। बिरामीले औषधि सुरु गरेपछि पनि पूरा कोर्स नखाने, बीचमै छोड्ने, स्वास्थ्यकर्मीसँग नियमित सम्पर्क नगर्ने, Reaction वा Side Effect आएपछि डराउने, वा लाजका कारण Follow-up मा नजाने अवस्था हुन सक्छ। यसले उपचारको प्रभावकारिता घटाउँछ। WHO (2026) का

अनुसार कुष्ठरोगको उपचारमा Rifampicin, Dapsone र Clofazimine सहितको बहुऔषधि उपचार प्रयोग हुन्छ । यस्तो उपचार पूरा गर्नु अत्यन्त आवश्यक हुन्छ ।

सामाजिक कलङ्क अर्को गहिरो समस्या हो । कुष्ठरोग लागेका व्यक्तिलाई अझै पनि केही समुदायमा पाप, अभिशाप, अशुद्धता, वंशानुगत समस्या वा निको नहुने रोगका रूपमा बुझ्ने प्रवृत्ति हुन सक्छ । यस्तो गलत धारणाका कारण बिरामीले आफूलाई लुकाउँछ, परिवारले पनि बाहिर भन्न चाहँदैन, र समुदायले रोगीलाई हेप्छ । यसले रोग नियन्त्रणलाई कमजोर बनाउँछ । यदि बिरामी ढिला भेटिन्छ भने ऊसँग लामो समय सम्पर्कमा रहेका परिवार वा नजिकका व्यक्तिहरूमा सङ्क्रमणको जोखिम रहन सक्छ ।

स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा पनि चुनौती हुन सक्छ । सबै स्वास्थ्यकर्मीलाई कुष्ठरोग पहिचान गर्ने पर्याप्त अभ्यास नहुन सक्छ । छालाका अन्य रोग र कुष्ठरोगबीच फरक छुट्याउन कठिन हुन सक्छ । सक्रिय खोजपडताल, सम्पर्क परीक्षण, समुदायमा छाला शिविर, विद्यालय कार्यक्रम, र उपचार पूरा गराउने Follow-up पर्याप्त भएन भने लुकेका बिरामी छुट्न सक्छन् । त्यसैले नवलपरासीमा कुष्ठरोग नियन्त्रणका लागि अवस्थाको समग्र विश्लेषण आवश्यक छ ।

अध्ययनको उद्देश्य

यस अध्ययनको उद्देश्य नवलपरासी जिल्ला बर्दघाट सुस्ता पश्चिममा कुष्ठरोगको वर्तमान अवस्था, त्यससँग सम्बन्धित सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा चुनौती, र नियन्त्रणका सम्भावित उपायहरूको अध्ययन गर्नु रहेको छ ।

साहित्य समीक्षा

कुष्ठरोग मानव इतिहासमा लामो समयदेखि चिनिएको रोग हो । विगतमा यो रोगलाई अत्यन्त डरलाग्दो, निको नहुने र समाजबाट अलग राख्नुपर्ने रोगका रूपमा बुझिन्थ्यो । तर आधुनिक चिकित्सा विज्ञानले प्रमाणित गरेको छ कि कुष्ठरोग जीवाणुका कारण हुने, उपचारबाट निको हुने र समयमै उपचार गरेमा अपाङ्गता रोक्न सकिने

रोग हो । यस रोगको मुख्य कारक (Mycobacterium Lepae) हो । केही अवस्थामा (Mycobacterium Lepromatosis) पनि सम्बन्धित मानिएको छ, तर सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रममा (M.Lepae) नै प्रमुख रूपमा उल्लेख गरिन्छ ।

कुष्ठरोगको Incubation Period लामो हुन्छ । अर्थात् जीवाणु शरीरमा प्रवेश गरेपछि लक्षण देखिन वर्षौं लाग्न सक्छ । धेरैजसो अवस्थामा दुईदेखि पाँच वर्ष वा कहिलेकाहीँ अझ लामो समयपछि लक्षण देखिन सक्छ । यही कारणले रोग नियन्त्रण कठिन हुन्छ । आज भेटिएको बिरामीलाई सङ्क्रमण धेरै वर्षअघि भएको हुन सक्छ । त्यसैले नयाँ बिरामी भेटिनु भनेको हालै मात्र सङ्क्रमण भयो भन्ने अर्थमा सधैं होइन, तर समुदायमा रोगको शृंखला अझै रहेको सङ्केत भने हुन सक्छ ।

कुष्ठरोगका मुख्य लक्षणहरू छालामा फिक्का वा रातो दाग देखिनु, दाग भएको भागमा छोएको, तातो वा चिसो थाहा नहुनु, हातखुट्टा भ्रमभ्रमाउनु, मांसपेशी कमजोर हुनु, नसा बाक्लो वा दुख्ने हुनु, आँखा सुक्खा हुनु, पलक बन्द गर्न कठिन हुनु, र नदुख्ने घाउ हुनु, स्नायु क्षति हुँदा व्यक्तिले चोट लाग्दा पनि थाहा नपाउनु, आदि हुन् । यसले हातखुट्टामा बारम्बार घाउ, सङ्क्रमण, आँला बिग्रिनु, Claw Hand, Foot Drop वा आँखाको समस्या निम्त्याउन सक्छ ।

उपचारका लागि कुष्ठरोगलाई सामान्यतया (Paucibacillary) र (Multibacillary) गरी वर्गीकरण गरिन्छ । Paucibacillary वा PB अवस्थामा छालाका दाग कम हुन्छन् र जीवाणुको मात्रा कम मानिन्छ । Multibacillary वा MB अवस्थामा दाग धेरै, स्नायु संलग्नता बढी र जीवाणु भार बढी हुन सक्छ । MB केसहरू सार्वजनिक स्वास्थ्यका दृष्टिले बढी महत्वपूर्ण मानिन्छन् किनकि यसले ढिलो पहिचान र सङ्क्रमण प्रसारणको सम्भावना देखाउन सक्छ ।

बहुऔषधि उपचार अर्थात् (Multidrug Therapy) ले कुष्ठरोग नियन्त्रणमा ठूलो परिवर्तन ल्याएको छ ।

MDT सुरु भएपछि रोगको सङ्क्रमण फैलाउने क्षमता निकै घट्छ र उपचार पूरा गरेपछि रोग निको हुन्छ। WHO ले कुष्ठरोग बहुऔषधि उपचारबाट निको हुने स्पष्ट गरेको छ WHO (2026)। तर उपचार मात्र पर्याप्त छैन। बिरामीलाई Reaction Management, Nerve Function Assessment, Self-Care, Ulcer Care, Physiotherapy, Protective Footwear, Counseling र Rehabilitation को आवश्यकता पर्न सक्छ।

विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको (Towards Zero Leprosy Global Leprosy Strategy २०२१-२०३०) ले कुष्ठरोग नियन्त्रणलाई नयाँ चरणमा लैजाने प्रयास गरेको छ। यस रणनीतिले Disease Elimination मात्र होइन, Transmission Interruption, Disability Prevention र Stigma Elimination लाई जोड दिएको छ WHO (2026)। यसबाट के स्पष्ट हुन्छ भने कुष्ठरोग कार्यक्रमले बिरामीको औषधि मात्र होइन, उसको सामाजिक जीवन, सम्मान, अधिकार र पुनःस्थापनालाई पनि ध्यान दिनुपर्छ।

नेपालमा कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम लामो समयदेखि सञ्चालन हुँदै आएको छ। सरकारी स्वास्थ्य प्रणालीमा कुष्ठरोग सेवा समावेश गरिएको छ। स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, अस्पताल, स्वास्थ्य कार्यालय र विशेष Referral केन्द्रहरूले निदान, उपचार, अभिलेख, Follow-up र जटिलता व्यवस्थापनमा भूमिका खेल्छन्। स्वास्थ्य सेवा विभागको वार्षिक प्रतिवेदनमा राष्ट्रिय कुष्ठरोग उन्मूलन कार्यक्रमलाई छुट्टै कार्यक्रमका रूपमा समेटिएको छ। तर कागजी नीति र समुदाय तहको व्यवहारबीच दूरी रहन सक्छ।

कुष्ठरोग नियन्त्रणमा सामाजिक कलङ्क सबैभन्दा गम्भीर अवरोधमध्ये एक हो। मानिसले रोगलाई लुकाउँदा Passive Case Detection कमजोर हुन्छ। बिरामीलाई घर, काम, विवाह, विद्यालय र समाजमा भेदभाव भएमा ऊ उपचारबाट टाढा जान सक्छ। त्यसैले स्वास्थ्य शिक्षा केवल रोगको लक्षण बताउने कार्यक्रम मात्र हुनु हुँदैन यसले मानवीयता, समान अधिकार र भेदभावविरुद्धको सोच विकास गर्नुपर्छ।

अर्को महत्वपूर्ण पक्ष Active Case Detection हो। कुष्ठरोगका धेरै केस स्वास्थ्य संस्था आफैं नआउन सक्छन्। त्यसैले घरधुरी भ्रमण, Household Contact Examination, Neighbor Contact Screening, Skin Camp, School Health Program र FCHV Mobilization आवश्यक हुन्छ। प्रारम्भिक अवस्थामा भेटिएका केसले अपाङ्गता घटाउँछ र सङ्क्रमणको शृङ्खला रोक्न सहयोग गर्छ।

स्वास्थ्यकर्मीको दक्षता पनि निर्णायक छ। कुष्ठरोग अन्य छाला रोगसँग मिल्दोजुल्दो देखिन सक्छ। त्यसैले स्वास्थ्यकर्मीले Sensory Testing, Nerve Palpation, Lesion Counting, Disability Grading, Reaction Identification र Referral Criteria बुझ्नुपर्छ। यदि स्वास्थ्यकर्मीले सुरुआती केस छुटाए भने बिरामी पछि अपाङ्गतासहित आउन सक्छ।

समग्रमा कुष्ठरोग मेडिकल, सामाजिक र अधिकारसम्बन्धी तीनै आयाम भएको रोग हो। यसको नियन्त्रणका लागि रोगको जीवाणु नष्ट गर्नु, रोगीको शरीरमा अपाङ्गता रोक्नु, समुदायमा डर र कलङ्क हटाउनु, र स्वास्थ्य प्रणालीलाई सक्रिय बनाउनु समान रूपमा आवश्यक देखिन्छ।

अध्ययन विधि

अध्ययनको ढाँचा

यो अध्ययन वर्णनात्मक र विश्लेषणात्मक प्रकृतिको अनुसन्धान लेख हो। यसले उपलब्ध जिल्ला स्वास्थ्य प्रतिवेदन, सरकारी कार्यक्रम दस्तावेज, WHO का प्रकाशन, प्रकाशित साहित्य, र समुदाय तथा स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी अनुभवलाई आधार बनाएको छ। अध्ययनले सङ्ख्यात्मक र गुणात्मक दुवै दृष्टिकोणलाई स्वीकार गर्छ। सङ्ख्यात्मक रूपमा नयाँ केस सङ्ख्या, PB र MB वर्गीकरण, बालबालिका केस, महिला केस, Disability Grade, Treatment Completion र पालिकाअनुसार वितरणजस्ता सूचकहरूको अध्ययन गर्न सकिन्छ। गुणात्मक रूपमा ज्ञान, धारणा, कलङ्क, उपचार व्यवहार, स्वास्थ्य सेवा पहुँच र सामाजिक समर्थनको विश्लेषण गर्न सकिन्छ।

अध्ययन क्षेत्र

अध्ययन क्षेत्र नवलपरासी जिल्ला बर्दघाट सुस्ता पश्चिम हो । यो जिल्ला तराई भूभागमा रहेको, कृषि प्रधान, सीमावर्ती, सामाजिक रूपमा विविध र विकासका हिसाबले मिश्रित जिल्ला हो । जिल्लाका शहरी तथा ग्रामीण वडाहरूमा स्वास्थ्य सेवा पहुँचको स्तर फरक हुन सक्छ । त्यसैले कुष्ठरोग जस्तो रोगमा पालिका, वडा, समुदाय र जोखिम समूहअनुसार फरक अवस्था देखिन सक्छ ।

तथ्याङ्कको स्रोत

यस अध्ययनका लागि प्राथमिक र द्वितीयक दुवै स्रोत प्रयोग गरिएको छ । प्राथमिक स्रोतमा कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्ति, परिवारका सदस्य, स्वास्थ्यकर्मी, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम्सेविका, स्थानीय जनप्रतिनिधि, शिक्षक, सामाजिक अगुवा र समुदाय सदस्यसँग अन्तर्वार्ता वा प्रश्नावली प्रयोग गरिएको छ । द्वितीयक स्रोतमा स्वास्थ्य कार्यालय नवलपरासीको वार्षिक प्रतिवेदन, स्वास्थ्य सेवा विभागको प्रतिवेदन, WHO fact sheet, Global Leprosy Strategy, मा प्रकाशित Journal Article, र कार्यक्रम सम्बन्धी रिपोर्टहरू पर्न सक्छन् ।

नमुना छनोट

कुष्ठरोग संवेदनशील विषय भएकाले Purposive Sampling उपयुक्त हुन्छ । यस विधिमा रोग र कार्यक्रमसँग प्रत्यक्ष सम्बन्ध राख्ने व्यक्तिहरू छनोट गरिएको छ । उदाहरणका लागि उपचार गरिरहेका वा उपचार पूरा गरेका बिरामी, उनीहरूको परिवार, Leprosy Focal Person, Health Assistant, ANM, Staff Nurse, FCHV, स्थानीय स्वास्थ्य शाखा प्रतिनिधि र समुदायका जानकार व्यक्तिलाई समावेश गरिएको छ ।

तथ्याङ्क सङ्कलन उपकरण

तथ्याङ्क सङ्कलनका लागि Structured Questionnaire, Semi-structured Interview Guide, Observation Checklist र Record Review Form प्रयोग गर्न गरिएको छ । प्रश्नावलीबाट उमेर, लिङ्ग, पेसा, शिक्षा, लक्षण, उपचार इतिहास, ज्ञान र

धारणासम्बन्धी सूचना लिइएको छ । अन्तर्वार्ताबाट रोग लुकाउने कारण, उपचारमा ढिलाइ, सामाजिक अनुभव, भेदभाव, Follow-up समस्या र सल्लाह सङ्कलन गरिएको छ । अभिलेख समीक्षा गर्दा केस सङ्ख्या, वर्गीकरण, उपचार नतिजा र Disability Status को अध्ययन गरिएको छ ।

तथ्याङ्क विश्लेषण

सङ्ख्यात्मक तथ्याङ्कलाई Frequency, Percentage, Trend Analysis र Cross-Tabulation माफत विश्लेषण गरिएको छ । उदाहरणका लागि पाँच वर्षको केस सङ्ख्या, MB अनुपात, बालबालिका केस, Grade-२ Disability, Treatment Completion Rate र पालिकाअनुसार केस वितरण तालिका प्रस्तुत गरिएको छ । गुणात्मक तथ्याङ्कलाई Thematic Analysis प्रयोग गरी Awareness, Stigma, Access, Diagnosis, Adherence, Disability Prevention, Health System Challenge र Recommendation जस्ता विषयमा वर्गीकरण गरिएको छ ।

नैतिक पक्ष

कुष्ठरोगमा गोपनीयता अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ । बिरामीको नाम, ठेगाना, फोटो वा पहिचान खुल्ने सूचना अनुमतिबिना सार्वजनिक गर्नु हुँदैन । अन्तर्वार्ता अघि Informed Consent लिनुपर्छ । सहभागीलाई कुनै पनि बेला उत्तर दिन अस्वीकार गर्ने अधिकार हुनुपर्छ । अनुसन्धानमा प्रयोग हुने भाषा सम्मानजनक छ । कुष्ठी जस्ता हेपाहा शब्द प्रयोग गर्नु हुँदैन । कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्ति वा Persons Affected by Leprosy जस्ता सम्मानजनक शब्द प्रयोग गरिएको छ ।

अध्ययनका सीमा

यस लेखको मुख्य सीमा के हो भने यहाँ विस्तृत स्थानीय सङ्ख्यात्मक तालिका समावेश गरिएको छैन । वास्तविक अनुसन्धानमा स्वास्थ्य कार्यालय वा पालिका स्वास्थ्य शाखाबाट प्रमाणित पाँच वर्षे तथ्याङ्क लिएर विश्लेषण गर्नुपर्छ । अर्को सीमा Hidden Cases को सम्भावना हो । कलङ्कका कारण सबै बिरामी दर्ता नहुन सक्छन् । अन्तर्वार्तामा पनि मानिसले सामाजिक डरका

कारण वास्तविक अनुभव लुकाउन सक्छन् । त्यसैले Field Verification र Active Screening समावेश गर्न नसक्नु अध्ययनको सिमा रहेको छ ।

नतिजा र छलफल

प्रस्तुत तथ्याङ्कअनुसार नवलपरासी बर्दघाट सुस्ता पश्चिम जिल्लामा आर्थिक वर्ष २०७७/७८ देखि २०८१/८२ सम्म पाँच वर्षको अवधिमा कुल ३४१ जना नयाँ कुष्ठरोगी दर्ता भएका छन् । यसमध्ये MB Multibacillary प्रकारका बिरामी २३९ जना अर्थात् ७०.१

प्रतिशत छन् भने PB – Paucibacillary प्रकारका बिरामी १०२ जना अर्थात् २९.९ प्रतिशत छन् । MB बिरामीको अनुपात लगातार उच्च देखिनु गम्भीर सार्वजनिक स्वास्थ्य सङ्केत हो, किनकि MB प्रकारमा जीवाणुको मात्रा तुलनात्मक रूपमा बढी हुने र रोग ढिलो पहिचान भएको हुन सक्ने सम्भावना रहन्छ । यसले जिल्लामा कुष्ठरोगको प्रारम्भिक पहिचान, सक्रिय खोजपडताल (Active Case Detection), सम्पर्क परीक्षण (Contact Tracing), र समुदायस्तरमा स्वास्थ्य चेतना अभि बलियो बनाउनुपर्ने आवश्यकता देखाउँछ ।

तालिका १

पाँच वर्षको रोग प्रवृत्ति

विवरण	२०७७/७८	२०७८/७९	२०७९/८०	२०८०/८१	२०८१/८२	जम्मा
MB महिला	१२	२०	२१	१२	२७	९२
MB पुरुष	२१	३०	३३	३४	२९	१४७
PB महिला	१०	१५	१२	११	९	५७
PB पुरुष	९	१२	४	११	९	४५
जम्मा नयाँ बिरामी	५२	७७	७०	६८	७४	३४१
०-१४ वर्षका बालबालिका	१०	१	५	६	२	२४

पाँच वर्षको अवधिमा कुल ३४१ जना नयाँ बिरामीमध्ये पुरुष १९२ जना (५६.३ प्रतिशत) र महिला १४९ जना (४३.७ प्रतिशत) रहेका छन् । पुरुष बिरामीको सङ्ख्या महिलाभन्दा बढी देखिनुका पछाडि पुरुषहरू बाहिरी काम, निर्माण, कृषि, मजदुरी, उद्योग, यातायात तथा अन्य जोखिमयुक्त क्षेत्रमा बढी संलग्न हुनु एउटा सम्भावित कारण हुन सक्छ । तर महिलामा देखिएको सङ्ख्या पनि कम मान्न मिल्दैन, किनकि सामाजिक लाज, पारिवारिक निर्भरता, उपचारमा ढिलाइ, र रोग लुकाउने प्रवृत्तिका कारण महिलाका केही केस अर्भै अदर्ता (Unreported) हुन सक्ने सम्भावना रहन्छ । त्यसैले महिला, दलित, गरिब, मजदुर, सीमापार आवतजावत गर्ने जनसङ्ख्या र ग्रामीण समुदायलाई लक्षित गरेर कुष्ठरोग परीक्षण तथा सचेतना कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु आवश्यक देखिन्छ ।

MB र PB प्रकारको तुलना

हरेक वर्ष MB प्रकारका बिरामी PB भन्दा धेरै छन् । आर्थिक वर्ष २०७९/८० मा MB अनुपात सबैभन्दा बढी ७७.१ प्रतिशत रहेको छ भने २०८१/८२ मा पनि MB अनुपात ७५.७ प्रतिशत पुगेको छ । यो अवस्था सामान्य होइन, किनकि MB केस बढी हुनु भनेको बिरामीहरू प्रारम्भिक चरणमै स्वास्थ्य संस्थामा नपुगेको, रोग लामो समयसम्म लुकाएको, वा स्वास्थ्य प्रणालीले सुरुआती PB केस पर्याप्त रूपमा पत्ता लगाउन नसकेको सङ्केत हो । यसले कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमलाई Passive Case Detection मा मात्र भर नपरी समुदायमै गएर रोग खोज्ने रणनीति अपनाउनुपर्ने देखाउँछ ।

बालबालिकामा सङ्क्रमणको अवस्था

पाँच वर्षमा ० देखि १४ वर्ष उमेर समूहका २४ जना बालबालिका कुष्ठरोगबाट सङ्क्रमित भेटिएका

छन्, जुन कुल नयाँ बिरामीको करिब ७.० प्रतिशत हो। बालबालिकामा कुष्ठरोग देखिनु विशेष रूपमा महत्वपूर्ण हुन्छ, किनकि यसले समुदायमा हालसालै वा निरन्तर सङ्क्रमणको सम्भावना रहेको सङ्केत गर्न सक्छ। आर्थिक वर्ष २०७७/७८ मा बालबालिका केस सबैभन्दा धेरै १० जना (१९.२) प्रतिशत देखिएको छ। त्यसपछि सङ्ख्या घटे पनि २०७९/८० मा ५ जना र २०८०/८१ मा ६ जना बालबालिका सङ्क्रमित भेटिनु चिन्ताजनक छ। त्यसैले विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम, बालमैत्री छाला परीक्षण शिविर, अभिभावक सचेतना, र घरपरिवार सम्पर्क परीक्षणलाई प्राथमिकता दिनुपर्छ।

समग्र रूपमा तथ्याङ्कले नवलपरासी बर्दघाट सुस्ता पश्चिममा कुष्ठरोग अबै पनि नियन्त्रणको चुनौतीका रूपमा रहेको देखाउँछ। पाँच वर्षमा नयाँ बिरामीको सङ्ख्या ५२ बाट ७७, त्यसपछि ७०, ६८ र ७४ रहेको छ। यसको अर्थ केस पूर्ण रूपमा घट्दो क्रममा छैन, बरु उतारचढावसहित स्थिर रूपमा कायम छ। विशेष गरी MB केसको उच्च अनुपात, पुरुष बिरामीको बढी सङ्ख्या, र बालबालिकामा सङ्क्रमण देखिनुले जिल्लामा कुष्ठरोगको Hidden Transmission, Delayed Diagnosis र सामाजिक कलङ्क अबै रहेको सङ्केत गर्छ। यस अवस्थालाई नियन्त्रण गर्न स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह, स्वास्थ्य संस्था, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम्सेविका, विद्यालय, निर्माण तथा मजदुरी क्षेत्रमा काम गर्ने संस्था, र समुदायका अगुवाहरूको संयुक्त प्रयास आवश्यक छ।

अनुसन्धानका लागि जोड दिनुपर्ने

नेपाल अहिले तीव्र विकासको बाटोमा अघि बढिरहेको छ, जसका कारण सडक, भवन, पुल, उद्योग, जलविद्युत, सहरी पूर्वाधार र अन्य निर्माण कार्य जताततै भइरहेका छन्। यस्तो अवस्थामा निर्माण तथा मजदुरी क्षेत्रमा कार्यरत व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य र सुरक्षा अब महत्वपूर्ण बनेको छ। नवलपरासीको पाँच वर्षे कुष्ठरोग तथ्याङ्कले जिल्लामा ३४१ नयाँ बिरामी, त्यसमध्ये २३९ MB केस र २४ बालबालिका केस देखाएकोले कुष्ठरोगलाई केवल सामान्य स्वास्थ्य समस्याका रूपमा होइन, कामदार स्वास्थ्य – Occupational Health,

सामाजिक सुरक्षा, कार्यस्थल समावेशीकरण र सार्वजनिक स्वास्थ्य अनुसन्धानको विषयका रूपमा पनि हेर्नुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ। भविष्यका अनुसन्धानले निर्माण क्षेत्रमा काम गर्ने मजदुरमध्ये कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिको सङ्ख्या, उनीहरूको काम गर्ने अवस्था, PPE पहुँच, घाउ वा स्नायु क्षतिको कारण हुने जोखिम, सामाजिक भेदभाव, उपचार निरन्तरता, र कार्यस्थलमा पुनःस्थापना जस्ता विषयहरूलाई समेट्नुपर्छ। यसले कुष्ठरोग नियन्त्रणसँगै सुरक्षित, स्वस्थ र समावेशी कार्यस्थल निर्माणमा पनि सहयोग पुर्याउनेछ।

नयाँ बिरामी भेटिने क्रम

नवलपरासीमा नयाँ कुष्ठरोगी भेटिने क्रम पूर्ण रूपमा रोकिएको छैन भन्ने कुरा जिल्लागत पृष्ठभूमिले देखाउँछ। नयाँ केस भेटिनु दुई अर्थमा बुझ्न सकिन्छ। पहिलो, स्वास्थ्य प्रणालीले लुकेका बिरामी भेटिरहेको हुन सक्छ, जुन सकारात्मक पक्ष हो। दोस्रो, समुदायमा अबै सङ्क्रमण श्रृङ्खला कायम हुन सक्छ, जुन चेटावनी हो। यदि नयाँ केसहरू समयमै, अपाङ्गता नभई भेटिन्छन् भने कार्यक्रम प्रभावकारी मान्न सकिन्छ। तर यदि बिरामी Grade-2 Disability, Visible Deformity वा धेरै दागसहित भेटिन्छ भने निदान ढिला भएको सङ्केत हुन्छ।

MB केसको महत्त्व

Multibacillary वा MB केसको अनुपात बढी हुनु सार्वजनिक स्वास्थ्यको दृष्टिले गम्भीर सङ्केत हुन सक्छ। MB केसमा जीवाणु भार बढी हुने भएकाले उपचार नहुँदा सङ्क्रमण प्रसारणको सम्भावना बढी मानिन्छ। यदि जिल्लामा MB केस धेरै छन् भने Community–Level Awareness, Active Search र Contact Tracing कमजोर भएको हुन सक्छ। यसले स्वास्थ्यकर्मीलाई प्रारम्भिक छाला दाग र स्नायु सङ्केत पहिचान गर्न थप तालिम दिनुपर्ने आवश्यकता देखाउँछ।

ढिलो स्वास्थ्य सेवा खोज्ने प्रवृत्ति

धेरै बिरामीले प्रारम्भिक लक्षणलाई गम्भीर रूपमा लिँदैनन्। छालामा दाग छ तर दुख्दैन, हात भमभमाउँछ तर काम गर्न सकिन्छ, वा घाउ छ तर धेरै पीडा छैन भने

मानिसले उपचार ढिला गर्छ। दैनिक ज्याला मजदुरका लागि एक दिन स्वास्थ्य संस्थामा जानु भनेको आम्दानी गुमाउनु पनि हो। महिलाहरूका लागि घरको काम, परिवारको अनुमति र सामाजिक डर थप अवरोध हुन सक्छ। यस्तो ढिलाइले स्नायु क्षति स्थायी बनाउने जोखिम बढाउँछ।

समुदायमा चेतनाको कमी

समुदायमा कुष्ठरोगबारे आधा-अधुरो ज्ञान पाइन्छ। केहीले यो रोग सँधैँ भन्ने बुझ्छन्, तर कसरी सँधैँ भन्ने बुझ्दैनन्। केहीले यो निको हुन्छ भन्ने थाहा पाउँदैनन्। केहीले उपचार सुरु गरेपछि रोग सरेने जोखिम घट्छ भन्ने पनि बुझ्दैनन्। त्यसैले स्वास्थ्य शिक्षा सरल र दोहोरिने हुनुपर्छ। छलामा दाग र संवेदना कम भए तुरुन्त जाँच गरौँ, कुष्ठरोग निको हुन्छ, उपचार निःशुल्क छ, उपचार गरिरहेका व्यक्तिलाई भेदभाव नगरौँ जस्ता सन्देश प्रभावकारी हुन सक्छन्।

सामाजिक कलङ्क

कलङ्कले कुष्ठरोग नियन्त्रणलाई सबैभन्दा धेरै कमजोर बनाउँछ। बिरामीलाई परिवारले अलग राख्ने, भाँडा छुट्याउने, विवाहमा समस्या गर्ने, कामबाट हटाउने, विद्यालयमा जिस्क्याउने वा समाजमा कुरा काट्ने अवस्था भएमा अन्य सम्भावित बिरामीहरू पनि लुक्न थाल्छन्। कलङ्क हटाउन स्थानीय नेता, शिक्षक, स्वास्थ्यकर्मी, धार्मिक अगुवा, FCHV र निको भएका व्यक्तिको भूमिका महत्त्वपूर्ण हुन्छ। जब समुदायले रोगलाई वैज्ञानिक रूपमा बुझ्छ, बिरामीलाई दोष दिन छोड्छ, र उपचारलाई समर्थन गर्छ, तब रोग नियन्त्रण सजिलो हुन्छ।

गरिबी र आर्थिक प्रभाव

कुष्ठरोग र गरिबीबीच दोहोरो सम्बन्ध छ। गरिबीले स्वास्थ्य सेवा लिन ढिलाइ गराउँछ, र रोगले काम गर्ने क्षमता घटाएर गरिबी बढाउँछ। हातखुट्टामा संवेदना हराएपछि मजदुरी, खेती, निर्माण काम, साइकल चलाउने, भारी बोक्ने वा घरायसी श्रममा कठिनाइ हुन सक्छ। घाउ वा अपाङ्कताले आम्दानी घटाउँछ। त्यसैले कुष्ठरोग कार्यक्रमले Livelihood Support, Disability Allowance, Skill Training र Community-based Rehabilitation सँग पनि सम्बन्ध राख्नुपर्छ।

स्वास्थ्य सेवा पहुँच र गुणस्तर

नवलपरासीका सबै समुदाय स्वास्थ्य सेवामा समान रूपमा जोडिएका छैनन्। केही ठाउँबाट स्वास्थ्य संस्था टाढा हुन सक्छ। केही ठाउँमा स्वास्थ्यकर्मीको सरुवा, कार्यभार, तालिम अभाव वा औषधि आपूर्तिमा समस्या हुन सक्छ। कुष्ठरोग कार्यक्रम सामान्य स्वास्थ्य सेवामा समावेश भएको छ, जुन राम्रो हो। तर Integration को अर्थ Neglect हुनु हुँदैन। प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले Suspicious Skin Lesion देख्दा कुष्ठरोगको सम्भावना सोच्ने क्षमता राख्नुपर्छ।

उपचार पूरा गर्ने चुनौती

MDT पूरा गर्नु निको हुने मुख्य आधार हो। तर केही बिरामीले सुधार देखिएपछि औषधि बन्द गर्छन्। केहीले Clofazimine का कारण छालाको रङ परिवर्तन हुँदा डराउँछन्। केहीले reaction लाई औषधिको खराब असर ठानेर उपचार छोड्छन्। यस्तो अवस्थामा counseling अत्यन्त महत्त्वपूर्ण हुन्छ। स्वास्थ्यकर्मीले सुरुमा मात्र होइन, प्रत्येक Follow-up मा उपचार अवधि, औषधिको काम, Side Effect, Reaction र Self-care बारे सम्भाउनुपर्छ।

Reaction र अपाङ्गता रोकथाम

कुष्ठरोगमा Reaction अचानक आउन सक्छ। नसा दुख्छ, हातखुट्टा कमजोर हुनु, पुराना दाग रातो र सुनिनु, नयाँ दुखाइ आउनु, आँखा रातो हुनु वा ज्वरो आउनु Reaction को सङ्केत हुन सक्छ। Reaction व्यवस्थापन ढिला भएमा स्थायी अपाङ्गता हुन सक्छ। त्यसैले स्वास्थ्यकर्मीले बिरामीलाई Warning Signs सिकाउनुपर्छ। अपाङ्गता रोकथामका लागि दैनिक हातखुट्टा जाँच्ने, घाउ सफा गर्ने, छाला नरम राख्ने, तातो वस्तुबाट बच्ने, सुरक्षात्मक जुता लगाउने र घाउ भए तुरुन्त उपचार गर्ने अभ्यास आवश्यक छ।

विद्यालय र युवाको भूमिका

विद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा कुष्ठरोग नियन्त्रणको दीर्घकालीन माध्यम हो। विद्यार्थीलाई कुष्ठरोग निको हुने रोग हो, यसको औषधि निःशुल्क छ, र बिरामीलाई हेप्नु हुँदैन भन्ने कुरा सिकाइयो भने घरघरमा सही सन्देश पुग्छ। युवा क्लब, बाल क्लब, रेडक्रस सर्कल, स्काउट

र स्थानीय सामाजिक सञ्जाल समूहले पनि जागरण फैलाउन सक्छन् । विशेष गरी बालबालिकामा कुष्ठरोग भेटिएमा Recent Transmission को सङ्केत हुन सक्ने भएकाले School-based Awareness अभ्र महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।

FCHV र स्थानीय नेतृत्व

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम्सेविका समुदायसँग नजिक हुन्छन् । उनीहरूले छालाको असामान्य दाग देखेमा स्वास्थ्य संस्थामा पठाउन, औषधि नियमित खान सम्झाउन, परिवारलाई समर्थन गर्न प्रेरित गर्न, र कलङ्क घटाउन भूमिका खेल्न सक्छन् । तर उनीहरूलाई पनि सही तालिम चाहिन्छ । स्थानीय जनप्रतिनिधिले बजेट, कार्यक्रम, शिविर र सूचना अभियानमा नेतृत्व दिनुपर्छ । कुष्ठरोग नियन्त्रण स्वास्थ्य कार्यालयको मात्र जिम्मेवारी होइनन् यो पालिका, वडा र समुदायको साभ्हा जिम्मेवारी हो ।

सीमापार आवतजावत

नवलपरासी भारतसँग जोडिएको जिल्ला भएकाले सीमापार आवतजावत सामान्य छ । काम, व्यापार, विवाह, उपचार र आफन्त भेटघाटका लागि मानिसहरू ओहोरदोहोर गर्छन् । यस्तो गतिशीलताले उपचार Follow-up, Contact Tracing र अभिलेख व्यवस्थापनमा चुनौती थप्न सक्छ । बिरामीले एक ठाउँमा उपचार सुरु गरेर अर्को ठाउँमा गएमा Continuity बिग्रन सक्छ । त्यसैले Mobile Population का लागि स्पष्ट Counseling, Treatment Card, Referral Coordination र पालिकाबीच सूचना समन्वय आवश्यक हुन्छ ।

तथ्याङ्कको उपयोग

कुष्ठरोग नियन्त्रणमा तथ्याङ्क केवल रिपोर्ट पठाउने सामग्री होइन, योजना बनाउने आधार हो । कुन पालिकामा केस बढी छन्, कुन उमेर समूह प्रभावित छ, महिला र पुरुष अनुपात कस्तो छ, बाल केस छ कि छैन, MB केस कति छन्, Grade-2 Disability कति छ, उपचार पूरा गर्ने दर कस्तो छ भन्ने कुरा वार्षिक रूपमा विश्लेषण हुनुपर्छ । तथ्याङ्कलाई तालिका र ग्राफमा देखाएर स्थानीय सरकार, स्वास्थ्य संस्था र समुदायसँग छलफल गरेमा कार्यक्रम लक्षित र प्रभावकारी हुन्छ ।

मानव अधिकारको दृष्टिकोण

कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिको सम्मान र अधिकार रक्षा गर्नु कार्यक्रमको मूल भाग हुनुपर्छ । उनीहरू दया मात्र पाउने व्यक्ति होइनन् उनीहरू समान अधिकार भएका नागरिक हुन् । उपचार, शिक्षा, रोजगारी, विवाह, परिवार, आवास, सार्वजनिक सेवा र सामाजिक सहभागितामा उनीहरूलाई कुनै भेदभाव हुनु हुँदैन । WHO को Zero Stigma and Discrimination को लक्ष्य पनि यही भावनासँग जोडिएको छ (Who, 2021) ।

समुदायमा व्यवहार परिवर्तन

कुष्ठरोग नियन्त्रणमा यो पक्ष अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ किनकि रोगको उपचार स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरु भए पनि यसको सफलता समुदायको व्यवहार, परिवारको समर्थन र स्थानीय प्रणालीको उत्तरदायित्वसँग जोडिएको हुन्छ । समुदायले रोगलाई लुकाउने विषय होइन, उपचार गर्ने विषयका रूपमा स्वीकार गरेपछि मात्र प्रारम्भिक केस छिटो भेटिन्छन् । स्वास्थ्यकर्मीले बिरामीलाई औषधि दिने कामसँगै उसको डर, लाज, भ्रम र पारिवारिक समस्या पनि सुन्नुपर्छ । बिरामीलाई उपचारको अवधि, औषधिको महत्त्व, सम्भावित प्रतिक्रिया, Self-Care र Follow-up बारे सरल भाषामा बारम्बार जानकारी दिनुपर्छ । स्थानीय सरकारले कार्यक्रमलाई वार्षिक योजना र बजेटमा राखेमा अभियान एकपटकको शिविरमा सीमित हुँदैन । विद्यालय, आमा समूह, युवा क्लब, धार्मिक तथा सामाजिक अगुवा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका र सञ्चार माध्यमलाई जोड्दा सन्देश छिटो फैलिन्छ । विशेष गरी गरिब, दलित, सीमान्तकृत, मोबाइल जनसङ्ख्या र स्वास्थ्य सेवाबाट टाढा रहेका समुदायलाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्छ । यस्तो समावेशी दृष्टिकोणले Disease Control मात्र होइन, Dignity, Equity र Human Rights लाई पनि बलियो बनाउँछ ।

स्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरण

कुष्ठरोग नियन्त्रणमा यो पक्ष अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ किनकि रोगको उपचार स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरु भए पनि यसको सफलता समुदायको व्यवहार, परिवारको समर्थन र स्थानीय प्रणालीको उत्तरदायित्वसँग जोडिएको हुन्छ । समुदायले रोगलाई लुकाउने विषय होइन, उपचार

गर्ने विषयका रूपमा स्वीकार गरेपछि मात्र प्रारम्भिक केस छिटो भेटिन्छन्। स्वास्थ्यकर्मीले बिरामीलाई औषधि दिने कामसँगै उसको डर, लाज, भ्रम र पारिवारिक समस्या पनि सुन्नुपर्छ। बिरामीलाई उपचारको अवधि, औषधिको महत्त्व, सम्भावित प्रतिक्रिया, Self-care र Follow-up बारे सरल भाषामा बारम्बार जानकारी दिनुपर्छ। स्थानीय सरकारले कार्यक्रमलाई वार्षिक योजना र बजेटमा राखेमा अभियान एकपटकको शिविरमा सीमित हुँदैन। विद्यालय, आमा समूह, युवा क्लब, धार्मिक तथा सामाजिक अगुवा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका र सञ्चार माध्यमलाई जोड्दा सन्देश छिटो फैलिन्छ। विशेष गरी गरिब, दलित, सीमान्तकृत, मोबाइल जनसङ्ख्या र स्वास्थ्य सेवाबाट टाढा रहेका समुदायलाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्छ। यस्तो समावेशी दृष्टिकोणले disease control मात्र होइन, Dignity, Equity र Human Rights लाई पनि बलियो बनाउँछ।

निगरानी र अनुगमन

कुष्ठरोग नियन्त्रणमा यो पक्ष अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ किनकि रोगको उपचार स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरु भए पनि यसको सफलता समुदायको व्यवहार, परिवारको समर्थन र स्थानीय प्रणालीको उत्तरदायित्वसँग जोडिएको हुन्छ। समुदायले रोगलाई लुकाउने विषय होइन, उपचार गर्ने विषयका रूपमा स्वीकार गरेपछि मात्र प्रारम्भिक केस छिटो भेटिन्छन्। स्वास्थ्यकर्मीले बिरामीलाई औषधि दिने कामसँगै उसको डर, लाज, भ्रम र पारिवारिक समस्या पनि सुन्नुपर्छ। बिरामीलाई उपचारको अवधि, औषधिको महत्त्व, सम्भावित प्रतिक्रिया, Self-care र Follow-up बारे सरल भाषामा बारम्बार जानकारी दिनुपर्छ। स्थानीय सरकारले कार्यक्रमलाई वार्षिक योजना र बजेटमा राखेमा अभियान एकपटकको शिविरमा सीमित हुँदैन। विद्यालय, आमा समूह, युवा क्लब, धार्मिक तथा सामाजिक अगुवा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका र सञ्चार माध्यमलाई जोड्दा सन्देश छिटो फैलिन्छ। विशेष गरी गरिब, दलित, सीमान्तकृत, मोबाइल जनसङ्ख्या र स्वास्थ्य सेवाबाट टाढा रहेका समुदायलाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्छ। यस्तो समावेशी दृष्टिकोणले Disease Control मात्र होइन, Dignity, Equity र Human Rights लाई पनि बलियो बनाउँछ।

पुनःस्थापना र सामाजिक समावेशीकरण

कुष्ठरोग नियन्त्रणमा यो पक्ष अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ किनकि रोगको उपचार स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरु भए पनि यसको सफलता समुदायको व्यवहार, परिवारको समर्थन र स्थानीय प्रणालीको उत्तरदायित्वसँग जोडिएको हुन्छ। समुदायले रोगलाई लुकाउने विषय होइन, उपचार गर्ने विषयका रूपमा स्वीकार गरेपछि मात्र प्रारम्भिक केस छिटो भेटिन्छन्। स्वास्थ्यकर्मीले बिरामीलाई औषधि दिने कामसँगै उसको डर, लाज, भ्रम र पारिवारिक समस्या पनि सुन्नुपर्छ। बिरामीलाई उपचारको अवधि, औषधिको महत्त्व, सम्भावित प्रतिक्रिया, Self-Care र Follow-up बारे सरल भाषामा बारम्बार जानकारी दिनुपर्छ। स्थानीय सरकारले कार्यक्रमलाई वार्षिक योजना र बजेटमा राखेमा अभियान एकपटकको शिविरमा सीमित हुँदैन। विद्यालय, आमा समूह, युवा क्लब, धार्मिक तथा सामाजिक अगुवा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका र सञ्चार माध्यमलाई जोड्दा सन्देश छिटो फैलिन्छ। विशेष गरी गरिब, दलित, सीमान्तकृत, मोबाइल जनसङ्ख्या र स्वास्थ्य सेवाबाट टाढा रहेका समुदायलाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्छ। यस्तो समावेशी दृष्टिकोणले disease control मात्र होइन, Dignity, Equity र Human Rights लाई पनि बलियो बनाउँछ।

भविष्यको अनुसन्धान आवश्यकता

कुष्ठरोग नियन्त्रणमा यो पक्ष अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ किनकि रोगको उपचार स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरु भए पनि यसको सफलता समुदायको व्यवहार, परिवारको समर्थन र स्थानीय प्रणालीको उत्तरदायित्वसँग जोडिएको हुन्छ। समुदायले रोगलाई लुकाउने विषय होइन, उपचार गर्ने विषयका रूपमा स्वीकार गरेपछि मात्र प्रारम्भिक केस छिटो भेटिन्छन्। स्वास्थ्यकर्मीले बिरामीलाई औषधि दिने कामसँगै उसको डर, लाज, भ्रम र पारिवारिक समस्या पनि सुन्नुपर्छ। बिरामीलाई उपचारको अवधि, औषधिको महत्त्व, सम्भावित प्रतिक्रिया, Self-care र Follow-up बारे सरल भाषामा बारम्बार जानकारी दिनुपर्छ। स्थानीय सरकारले कार्यक्रमलाई वार्षिक योजना र बजेटमा राखेमा अभियान एकपटकको शिविरमा सीमित हुँदैन। विद्यालय, आमा समूह, युवा क्लब, धार्मिक तथा सामाजिक अगुवा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका र सञ्चार

माध्यमलाई जोड्दा सन्देश छिटो फैलिन्छ। विशेष गरी गरिब, दलित, सीमान्तकृत, मोबाइल जनसङ्ख्या र स्वास्थ्य सेवाबाट टाढा रहेका समुदायलाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्छ। यस्तो समावेशी दृष्टिकोणले Disease Control मात्र होइन, Dignity, Equity र Human Rights लाई पनि बलियो बनाउँछ।

नेपाल सन्दर्भमा कुष्ठरोगसम्बन्धी सम्भावित अनुसन्धान

नेपालमा कुष्ठरोग अबै पनि पूर्ण रूपमा अन्त्य नभएको जनस्वास्थ्य समस्या भएकाले भविष्यका अनुसन्धानलाई केवल बिरामी सङ्ख्या गणना गर्ने कार्यमा सीमित राख्नु हुँदैन। कुष्ठरोगलाई सङ्क्रमण, प्रतिरक्षा क्षमता, सामाजिक अवस्था, स्वास्थ्य सेवा पहुँच, आनुवंशिक संवेदनशीलता, र कलङ्कसँग जोडेर बहुआयामिक रूपमा अध्ययन गर्नुपर्ने आवश्यकता छ। Alter et al. (2022) ले कुष्ठरोगलाई केवल जीवाणुजन्य रोग नभई Host Genetics अर्थात् व्यक्तिको आनुवंशिक संवेदनशीलतासँग पनि सम्बन्धित हुन सक्ने देखाएका छन् त्यसैले नेपालमा जातीय, भौगोलिक र पारिवारिक समूहअनुसार कुष्ठरोगको Genetic Susceptibility अध्ययन उपयोगी हुन सक्छ। त्यस्तै Noordeen (१९९८) ले कुष्ठरोगको Epidemiology मा लामो Incubation Period, Household Contact, Endemic Area/Transmission Pattern को महत्त्व देखाएका छन्, जसले नेपालका तराई, सीमावर्ती र उच्च जोखिम समुदायमा Contact Tracing र Spatial Mapping सम्बन्धी अनुसन्धान आवश्यक बनाउँछ।

नेपालमा निदान र नियन्त्रणसम्बन्धी अनुसन्धान पनि अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ। Goulart and Goulart (२००८) ले कुष्ठरोगमा Diagnosis and Control Challenges अबै विश्वव्यापी समस्या भएको उल्लेख गरेका छन्, जसका आधारमा नेपालमा Early Diagnosis, Field-level Diagnostic Capacity, Health Worker Training, Skin Camp Effectiveness, र Laboratory Support सम्बन्धी अध्ययन गर्न सकिन्छ। White and Franco-Paredes (२०१५) ले २१औँ शताब्दीमा पनि कुष्ठरोग Neglected Disease का रूपमा कायम

रहेको र Migration, Poverty, Stigma तथा Delayed Diagnosis ले नियन्त्रणमा बाधा पुर्याउने देखाएका छन् यो निष्कर्ष नेपालका ग्रामीण, गरिब, मजदुर, निर्माण क्षेत्रका कामदार र सीमापार आवतजावत गर्ने जनसङ्ख्यामा विशेष रूपमा लागू हुन सक्छ। Lockwood and Suneetha (२००५) ले कुष्ठरोगलाई Simple Elimination Paradigm बाट मात्र बुझ्न नसकिने जटिल रोग भनेका छन्, त्यसैले नेपालमा Elimination घोषणा पछि पनि New Case Detection, MB Case Proportion, Child Cases, Grade-2 Disability र Treatment Completion लाई निरन्तर अध्ययन गर्नुपर्छ।

अर्को सम्भावित अनुसन्धान क्षेत्र Disease Burden Reduction हो। Chaptini and Marshman (2015) ले कुष्ठरोगमा Elimination भन्दा अघि बढेर Disease Burden, Disability, Stigma Reduction र Future Research मा जोड दिएका छन्। यस आधारमा नेपालमा कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिहरूको अपाङ्गता रोकथाम, Self-Care Practice, Livelihood Impact, Mental Health, Social Discrimination, School-based Awareness, Occupational Inclusion र Rehabilitation Support सम्बन्धी अनुसन्धान गर्न सकिन्छ। विशेष गरी नेपाल अहिले तीव्र विकासको बाटोमा रहेकाले निर्माण, सडक, उद्योग र पूर्वाधार क्षेत्रमा काम गर्ने श्रमिकहरूमा कुष्ठरोगको अवस्था, Occupational Risk, PPE पहुँच, घाउ तथा स्नायु क्षतिका कारण कार्यस्थल जोखिम, र सामाजिक समावेशीकरणबारे अनुसन्धान अत्यन्त सान्दर्भिक हुन्छ। यस्तो अनुसन्धानले कुष्ठरोग नियन्त्रणलाई स्वास्थ्य उपचारमा मात्र सीमित नराखी सार्वजनिक स्वास्थ्य, श्रम सुरक्षा, सामाजिक न्याय र मानव अधिकारसँग जोडेर नीति निर्माणमा प्रमाण-आधारित सहयोग पुर्याउन सक्छ।

थप अनुसन्धानका लागि प्रेरणात्मक अनुच्छेद

नेपालमा निर्माण, सडक, सिमेन्ट उद्योग, भवन सामग्री र कार्यस्थल सुरक्षासम्बन्धी अध्ययनहरू विस्तारै बढ्दै गएको देखिन्छ, तर अबै पनि गहिरो, क्षेत्रगत र प्रमाणमा आधारित थप अनुसन्धानको आवश्यकता स्पष्ट देखिन्छ। मिश्र र श्रेष्ठ (२०१७) ले काठमाडौँ उपत्यकाका सडक सुधार आयोजनामा दैनिक ज्यालादारी

कामदारहरूको स्वास्थ्य तथा सुरक्षा अवस्थाको अध्ययन गर्दै व्यक्तिगत सुरक्षा सामग्री, सुरक्षा सङ्केत, प्राथमिक उपचार, सरसफाइ, पर्यवेक्षण तथा ठेकेदार कम्पनी जस्ता पक्षमा कमजोरी रहेको देखाएका छन्। जसबाट अस्थायी तथा दैनिक ज्यालादारी कामदारहरू अझै पनि उच्च जोखिममा रहेको सङ्केत गर्छ। त्यस्तै, साह र अन्य (२०१९) ले नेपालका सिमेन्ट उद्योगहरूमा व्यावसायिक दुर्घटनाको अवस्था अध्ययन गरी उद्योग क्षेत्रमा दुर्घटनाका कारण, अभिलेख, सुरक्षा अभ्यास र रोकथाम रणनीतिमा थप वैज्ञानिक अध्ययन आवश्यक रहेको देखाएका छन्।

कोभिड-१९ अवधिमा निर्माणस्थलमा लागू गरिएका सुरक्षा उपायहरू सम्बन्धी मिश्र र अन्य (२०२३) को अध्ययनले महामारी, स्वास्थ्य प्रोटोकल, कार्यस्थल व्यवहार र निर्माण व्यवस्थापनबीचको सम्बन्धलाई उजागर गरेको छ, तर महामारीपछिका सुरक्षा संस्कारहरू कत्तिको स्थायी भए भन्ने प्रश्न अझै खुला छ। मिश्र र अन्य (२०२५) ले निर्माण सामग्रीको विषयविज्ञानसम्बन्धी विश्लेषण मार्फत ईटा-डुङ्गा, उद्योगजन्य धूलो, खतरनाक पदार्थ, रासायनिक यौगिक तथा निर्माण कामदारहरूको स्वास्थ्यबीचको सम्बन्ध देखाएका छन्, जसले नेपालजस्ता तीव्र शहरीकरण भइरहेका देशहरूमा सामग्री-आधारित स्वास्थ्य जोखिमबारे अझ विस्तृत अनुसन्धान गर्नुपर्ने आवश्यकता बलियो बनाउँछ।

मिश्र र अन्य (२०२२) ले सुरक्षा स्थल-अवस्था र दुर्घटनाबीचको सम्बन्ध अध्ययन गर्दै निर्माणस्थलमा सुरक्षा सुविधाहरू, निरीक्षण, व्यक्तिगत सुरक्षा सामग्री, जोखिम मूल्याङ्कन, प्रशासनिक नियन्त्रण र सुरक्षा व्यवस्थापन कमजोर हुँदा दुर्घटनाको सम्भावना बढ्ने देखाएका छन्। मिश्र (२०२१) ले निर्माण क्षेत्रमा सुरक्षा र स्वास्थ्यसम्बन्धी सञ्चालन अवस्थाको अध्ययन गर्दा सुरक्षा बजेट, जनशक्ति, अनुगमन, नीतिको कार्यान्वयन र सुरक्षा विभागको अभावले व्यावसायिक सुरक्षा कमजोर बनाएको निष्कर्ष प्रस्तुत गरेका छन्।

यी सबै अध्ययनहरूले नेपालमा व्यावसायिक स्वास्थ्य तथा सुरक्षा क्षेत्रमा महत्त्वपूर्ण आधार तयार गरे पनि अधिकांश अध्ययनहरू सीमित परियोजना, उद्योग वा क्षेत्र मा केन्द्रित छन्। त्यसैले भविष्यका अनुसन्धानले दीर्घकालीन तथ्याङ्क, बहु-क्षेत्रीय तुलना, लैङ्गिक तथा

सीमान्त श्रमिकको अवस्था, सुरक्षा संस्कृति व्यवस्थापन, आर्थिक लागत र दुर्घटना, महामारीपछिको अनुगमन, भवन सामग्रीको प्रभाव, डिजिटल सुरक्षा प्रतिवेदन तथा श्रमिकको व्यवहारगत अभ्यासहरू जस्ता विषयलाई समेट्नुपर्छ।

यस्तो थप अनुसन्धानले नीति निर्माता, निर्माण व्यवसायी, उद्योग व्यवस्थापक, स्वास्थ्य तथा सुरक्षा अधिकृत तथा श्रमिक सङ्गठनहरूलाई प्रमाण-आधारित निर्णय गर्न सहयोग पुऱ्याउनेछ र अन्ततः सुरक्षित, स्वस्थ र मर्यादित कार्यस्थल निर्माण गर्न योगदान दिनेछ। नेपाल अहिले तीव्र विकासको बाटोमा छ, जसका कारण सडक, भवन, पुल, उद्योग, जलविद्युत्, शहरी पूर्वाधार तथा अन्य निर्माण कार्य जताततै भइरहेको छ। त्यसैले यस्ता निर्माण कार्यलाई अझ सुरक्षित, स्वास्थ्य-मैत्री र समावेशी बनाउन आवश्यक छ। साथै, निर्माण क्षेत्रमा कार्यरत कामदारमध्ये कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्ति कति छन्, उनीहरूको स्वास्थ्य अवस्था, कार्यस्थल जोखिम, सामाजिक भेदभाव तथा सुरक्षा पहुँच कस्तो छ भन्ने पक्ष पनि अनुसन्धानमार्फत उजागर गरिनुपर्छ।

निष्कर्ष

नवलपरासी जिल्ला बर्दघाट सुस्ता पश्चिममा कुष्ठरोग अझै पनि ध्यान दिनुपर्ने सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या हो। रोग निको हुने भए पनि यसको सामाजिक र सेवागत जटिलता ठूलो छ। रोगको Incubation Period लामो हुनु, सुरुआती लक्षण हल्का देखिनु, मानिसले दाग र संवेदना घट्ने अवस्थालाई सामान्य ठान्नु, कलङ्कका कारण लुकाउनु, स्वास्थ्य संस्थामा ढिला पुग्नु, र उपचार पूरा नगर्नु यसका प्रमुख चुनौती हुन्।

कुष्ठरोग नियन्त्रणका लागि औषधि उपलब्ध हुनु मात्र पर्याप्त छैन। प्रारम्भिक पहिचान, सक्रिय खोजपडताल, सम्पर्क परीक्षण, स्वास्थ्यकर्मी तालिम, समुदाय सचेतना, उपचार Adherence, Reaction Management, Disability Prevention, Rehabilitation र Stigma Reduction एकैसाथ अघि बढ्नुपर्छ। जिल्लामा MB केस वा अपाङ्गतासहित भेटिएका केस धेरै भएमा Passive Service मा मात्र भर पर्न नहुने स्पष्ट हुन्छ।

यस अध्ययनको मुख्य सन्देश स्पष्ट र सरल छ—कुष्ठरोग पूर्ण रूपमा निको हुन सक्ने रोग हो, यसको उपचार निःशुल्क उपलब्ध छ, र समयमै उपचार सुरु गरेमा अपाङ्गता तथा अन्य जटिलताहरूलाई प्रभावकारी रूपमा रोक्न सकिन्छ। उपचाररत व्यक्तिलाई समाजबाट अलग्याउने, भेदभाव गर्ने वा हेप्ने कुनै आधार छैन। तथापि, यी तथ्य र सन्देशहरू समुदायका सबै तह र वर्गसम्म प्रभावकारी रूपमा पुर्‍याउन आवश्यक छ।

समुदायले कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिलाई रोग लुकाउन बाध्य बनाउँछ भने रोगको पहिचान, उपचार र नियन्त्रणका प्रयासहरू पनि कमजोर बन्छन्। यसको विपरीत, यदि समुदायले सहानुभूति, सम्मान र सहयोगको वातावरण सिर्जना गर्छ भने रोगको समयमै पहिचान हुन्छ, उपचार प्रक्रिया सहज बन्छ र प्रभावित व्यक्तिहरूले पूर्ण उपचार प्राप्त गर्न सक्छन्। त्यसैले कुष्ठरोग उन्मूलनका लागि चिकित्सकीय उपचारसँगै सामाजिक चेतना, सामुदायिक समर्थन र विभेदरहित व्यवहार अपरिहार्य छन्।

त्यसैले नवलपरासीमा Zero Leprosy तर्फ अघि बढ्न चिकित्सा सेवा र सामाजिक परिवर्तन दुवै आवश्यक छन्। स्थानीय सरकार, स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य संस्था, विद्यालय, FCHV, समुदायका अगुवा, सञ्चार माध्यम, गैरसरकारी संस्था र कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिहरू सबैको सहकार्यबाट मात्र दिगो नियन्त्रण सम्भव हुन्छ।

सिफारिस

- जिल्लामा सक्रिय खोजपडताललाई नियमित बनाउनुपर्छ। नयाँ केस भेटिएका घरपरिवार, छिमेकी र नजिकका सम्पर्क व्यक्तिको परीक्षण गर्नुपर्छ। जोखिम क्षेत्र पहिचान गरेर छाला शिविर, Outreach Clinic र घरदैलो कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्छ।
- स्वास्थ्य शिक्षा अभियानलाई निरन्तरता दिनुपर्छ। रेडियो, विद्यालय, आमा समूह, युवा क्लब, सामाजिक सञ्जाल, वडा भेला र स्वास्थ्य संस्थामार्फत कुष्ठरोगका लक्षण, उपचार, निःशुल्क सेवा र भेदभाव नगर्ने सन्देश फैलाउनुपर्छ।

- स्वास्थ्यकर्मीलाई नियमित तालिम दिनुपर्छ। तालिममा Skin Patch Examination, Sensory Testing, Nerve Palpation, PB–MB Classification, MDT Regimen, Reaction Management, Disability Grading, Counseling र Referral समावेश गर्नुपर्छ।
- उपचार पूरा गराउने प्रणाली बलियो बनाउनुपर्छ। बिरामीले औषधि छुटाएमा तुरुन्त Follow-up गर्नुपर्छ। परिवारका सदस्य र FCHV लाई Supportive Role मा संलग्न गराउनुपर्छ। बिरामीलाई Side Effect र Reaction बारे पहिले नै जानकारी दिनुपर्छ।
- अपाङ्गता रोकथाम र Self-Care लाई प्राथमिकता दिनुपर्छ। संवेदना हराएका हातखुट्टा दैनिक जाँच्ने, घाउ सफा गर्ने, सुरक्षात्मक जुता प्रयोग गर्ने, Physiotherapy गर्ने र Referral सेवा लिने व्यवस्था मिलाउनुपर्छ।
- सामाजिक कलङ्क हटाउन Dignity-Based Campaign गर्नुपर्छ। निको भएका व्यक्तिको अनुभव सुनाउने, स्थानीय अगुवाले सार्वजनिक समर्थन गर्ने, विद्यालयमा Anti-Stigma Education चलाउने र भेदभावपूर्ण भाषा रोक्ने काम गर्नुपर्छ।
- स्थानीय सरकारले कुष्ठरोगका लागि छुट्टै बजेट र कार्यक्रम राख्नुपर्छ। स्वास्थ्य शाखाले वार्षिक योजना बनाउँदा Case Detection, Awareness, Training, Rehabilitation र Monitoring लाई समावेश गर्नुपर्छ।
- जिल्लागत तथ्यांकलाई नियमित विश्लेषण गर्नुपर्छ। पालिका अनुसार केस, MB अनुपात, बाल केस, महिला केस, Grade-2 Disability र Treatment Completion लाई वार्षिक समीक्षा बैठकमा प्रस्तुत गर्नुपर्छ।
- सीमापार वा मोबाइल जनसङ्ख्याका लागि उपचार Continuity सुनिश्चित गर्नुपर्छ। Treatment Card, Referral Note र स्वास्थ्य संस्था बीच समन्वय बलियो बनाउनुपर्छ।

- o कुष्ठरोग प्रभावित व्यक्तिलाई कार्यक्रममा सहभागी गराउनुपर्छ । उनीहरूको अनुभव, पीडा र सुझाव सुनेर कार्यक्रम बनाउँदा intervention व्यवहारिक र मानवीय हुन्छ ।

सन्दर्भ सूची

- Alter, A., Grant, A., Abel, L., Alcaïs, A., & Schurr, E. (2011). Leprosy as a genetic disease. *Mammalian Genome*, 22(1–2), 19–31. <https://doi.org/10.1007/s00335-010-9287-1>
- Chaptini, C., & Marshman, G. (2015). Leprosy: A review on elimination, reducing the disease burden, and future research. *Leprosy Review*, 86(4), 307–315. <https://doi.org/10.47276/lr.86.4.307>
- Department of Health Services. (2025). *Annual health report 2080/81*. Ministry of Health and Population, Government of Nepal.
- Goulart, I. M. B., & Goulart, L. R. (2008). Leprosy: Diagnostic and control challenges for a worldwide disease. *Archives of Dermatological Research*, 300(6), 269–290.
- Health Office Nawalparasi. (2025). *Annual health report 2080/81*. Nawalparasi Bardaghat Susta West, Nepal.
- Lockwood, D. N. J., & Suneetha, S. (2005). Leprosy: Too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(3), 230–235. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862005000300018>
- Mishra, A. K. (2021). Operational status of safety and health in construction. *Empirical Economics Letters*, 20(9), 125–142. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6538064>
- Mishra, A. K., & Shrestha, M. (2017). Health and safety status of casual workers in road improvement project Kathmandu Valley, Nepal. *International Journal of Engineering Technology Science and Research*, 4(9), 1187–1199.
- Mishra, A. K., Adhikari, R., & Aithal, P. S. (2022). Linkage of safety site conditions with accidents. *International Journal of Health Sciences and Pharmacy*, 6(1), 17–34. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6325770>
- Mishra, A. K., Pokharel, A., & Aithal, P. S. (2023). Safety measures implemented at site during COVID-19: A case from Nepal. *International Journal of Management, Technology, and Social Sciences*, 8(2), 71–82. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7866811>
- Mishra, A. K., Sudarsan, J. S., & Nithiyanantham, S. (2025). Toxicological analysis of building materials to determine the effects of sick building syndrome on occupants and construction workers. *Journal of Umm Al-Qura University for Engineering and Architecture*, 16(2), 225–236. <https://doi.org/10.1108/JUQEA-08-2024-0197>
- Noordeen, S. K. (1998). Epidemiology of leprosy. In D. Schlossberg (Ed.), *Mycobacteria II: Chemotherapy* (pp. 379–397). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5366-4_16
- Park, K. (2007). *Park's textbook of preventive and social medicine* (19th ed.). Banarsidas Bhanot Publishers.
- Sah, D. P., Chaudhary, S., Shakya, R., & Mishra, A. K. (2019). Occupational accidents in cement industries of Nepal. *Journal of Advanced Research in Alternative Energy, Environment and Ecology*, 6(3–4), 22–28.
- White, C., & Franco-Paredes, C. (2015). Leprosy in the 21st century. *Clinical Microbiology Reviews*, 28(1), 80–94. <https://doi.org/10.1128/CMR.00079-13>
- World Health Organization. (2026). *Leprosy*.
- World Health Organization. (2021). *Towards zero leprosy: Global leprosy (Hansen's disease) strategy 2021–2030*. World Health Organization.

