



खंड 2

ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य

खंड 2 ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य

परिचय

‘स्वास्थ्य ही धन है’ एक आम कहावत है। स्वास्थ्य उत्पादकता, सीखने की क्षमता और बौद्धिक, शारीरिक एवं भावनात्मक रूप से बढ़ने की क्षमता का आधार है। स्वास्थ्य मानव विकास का एक महत्वपूर्ण सूचकांक है जो किसी भी समाज के समग्र विकास को प्रभावित करता है।

ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य नामक इस खंड को ग्रामीण विकास में स्नातकोत्तर डिप्लोमा (पीजीडीआरडी), ग्रामीण विकास में मास्टर कार्यक्रम (एमएआरडी) के हिस्से के रूप में शुरू किया जा रहा है। हम मानते हैं कि भारत में स्वास्थ्य की समझ ग्रामीण इलाके में बुनियादी ढांचे के माध्यम से समुदाय की स्वास्थ्य स्थिति को मापने की गुंजाइश प्रदान करता है। ग्रामीण स्वास्थ्य ग्रामीण जीवन के महत्वपूर्ण तत्वों में से एक है। गांवों का देश होने के नाते भारत को ग्रामीण स्वास्थ्य के प्रति गहन दृष्टिकोण की आवश्यकता है। भारत की कुल जनसंख्या का लगभग सत्तर प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में रहता है और जनसंख्या का अधिकांश कमजोर वर्ग भी भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में ही केंद्रित है। यदि बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल ग्रामीण क्षेत्रों तक नहीं पहुंच पाती है, जहां अधिकांश आबादी रहती है, तो शहरी और अर्ध-शहरी क्षेत्रों में कितनी भी प्रगति हो, किसी राष्ट्र का समग्र विकास कभी नहीं हो सकता है।

इकाई 5 में, स्वास्थ्य की अवधारणा, निर्धारकों और आयामों को समझाने का प्रयास किया है। ग्रामीण भारत की स्वास्थ्य देखभाल संरचना को समझना सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (सहस्राब्दी) को प्राप्त करने और लोगों की स्वास्थ्य स्थिति में सुधार लाने के लिए महत्वपूर्ण है। स्वास्थ्य देखभाल के संबंध में सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों की समझ इसके वितरण में ग्रामीण स्वास्थ्य क्षेत्र की चुनौतियां प्रदान करती है।

इकाई 6 में राज्य और केंद्रीय स्वास्थ्य सेवाओं के संदर्भ में भारत की स्वास्थ्य प्रणाली; सार्वजनिक और निजी और स्वैच्छिक क्षेत्रों; एलोपैथिक और गैर-एलोपैथिक डॉक्टरों, योग्य और अयोग्य चिकित्सकों और कई स्तरों को समझाया गया है। स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों के बुनियादी ढांचे में स्वास्थ्य वित्तपोषण और जनशक्ति को भी शामिल किया गया है।

इकाई 7 में स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाला व्यवहार एक महत्वपूर्ण कारक है जो एक स्वस्थ समाज को परिभाषित करता है। विभिन्न समुदायों के लोग, पोषण संबंधी भोजन की खपत के बारे में अंतर करते हैं, जो बदले में ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार की प्रकृति और स्थिति को समझने में मदद करता है।

इकाई 8 में महिलाओं, बच्चों और समाज के कमजोर वर्गों से संबंधित स्वास्थ्य मुद्दों पर प्रकाश डाला गया है। मौजूदा स्वास्थ्य चुनौतियों और भारत में महिलाओं, बच्चों और कमजोर समूहों के स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दों को संबोधित करने के लिए सरकार के प्रयासों को इस इकाई में संबोधित किया जाता है।

आशा है कि यह खंड भारत में बुजुर्गों और विकलांग व्यक्तियों की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं से संबंधित मौजूदा स्थितियों के अवलोकन और मूल्यांकन को समझने में मदद करेगा और सरकार की पहल इन समूहों तक विस्तारित होगी।

इकाई 5 ग्रामीण स्वास्थ्य: ज़रूरत और अर्थ

इकाई की रूपरेखा

- 5.0 उद्देश्य
- 5.1 परिचय
- 5.2 ग्रामीण स्वास्थ्य एवं सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (सहस्राब्दी)
- 5.3 ग्रामीण स्वास्थ्य और गरीबी
- 5.4 ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल संरचना
- 5.5 ग्रामीण भारत की स्वास्थ्य देखभाल संरचना
- 5.6 ग्रामीण स्वास्थ्य नीतियां
- 5.7 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम)
- 5.8 ग्रामीण स्वास्थ्य क्षेत्र के वर्तमान मुद्दे और चुनौतियां
- 5.9 सारांश
- 5.10 मुख्य शब्द
- 5.11 संदर्भ और ग्रंथ सूची

5.0 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप समझ पाएंगे:

- मानव विकास के लिए स्वास्थ्य के महत्व का पता लगा पाएंगे;
- सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (सहस्राब्दी) को प्राप्त करने के लिए ग्रामीण स्वास्थ्य के महत्व का पता लगा पाएंगे;
- ग्रामीण भारत के स्वास्थ्य संकेतकों पर गरीबी और अन्य सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों के प्रभाव को समझ पाएंगे;
- ग्रामीण भारत की स्वास्थ्य देखभाल संरचना को समझ पाएंगे;
- ग्रामीण भारत की वर्तमान स्वास्थ्य देखभाल स्थिति को जान पाएंगे;
- विभिन्न स्वास्थ्य नीतियों को समझ पाएंगे जिनका उद्देश्य ग्रामीण स्वास्थ्य स्थिति में सुधार करना है; और
- वर्तमान चुनौतियों को समझ पाएंगे जिनका सामना ग्रामीण स्वास्थ्य क्षेत्र कर रहा है।

5.1 परिचय

हर संस्कृति का ज्ञान सिखाता है कि 'स्वास्थ्य ही धन है'। स्वास्थ्य नौकरी उत्पादकता का आधार है, स्कूल में सीखने की क्षमता, और बौद्धिक, शारीरिक और भावनात्मक रूप से बढ़ने

की क्षमता है। स्वास्थ्य मानव विकास का एक महत्वपूर्ण सूचकांक है जो किसी भी समाज के समग्र विकास को प्रभावित करता है। मानव विकास तीन महत्वपूर्ण आयामों का एक कार्य है: दीर्घायु (एक लंबा और स्वस्थ जीवन जीने की क्षमता); शिक्षा (पढ़ने, लिखने और ज्ञान प्राप्त करने की क्षमता); और संसाधनों पर कमान (जीवन के एक सभ्य मानक का आनंद लेने और एक सार्थक जीवन जीने की क्षमता) (एचडीआई, 2019)। ऑक्सफोर्ड डिक्शनरी के अनुसार, स्वास्थ्य का अर्थ बीमारी या चोट से मुक्त होने की स्थिति है, जबकि विश्व स्वास्थ्य संगठन (1948) का कहना है कि स्वास्थ्य केवल बीमारी और दुर्बलता की अनुपस्थिति नहीं है, बल्कि पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक भलाई की स्थिति है।

भारत दुनिया की आबादी का छठा हिस्सा है और इसलिए भारतीयों के स्वास्थ्य की स्थिति का दुनिया का स्वास्थ्य पर महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ता है। इसके अलावा, एक बढ़ती अर्थव्यवस्था के रूप में भारत अपनी आर्थिक वृद्धि के लिए अपनी आबादी की स्वास्थ्य स्थिति पर निर्भर है। सार्वजनिक स्वास्थ्य में सरकार की पहलों ने समय की अवधि में कुछ उल्लेखनीय सफलता दर्ज की है जहां भारत ने मानव विकास सूचकांक में काफी सुधार हासिल किया है। 189 देशों में से 129 की समग्र वैश्विक रैंकिंग (एचडीआई, 2019)। हालांकि, अन्य विकसित और विकासशील देशों (जैसे चीन, श्रीलंका, मलेशिया, मालदीव और इंडोनेशिया) की तुलना में, भारत मानव विकास सूचकांक खराब है। इसके अलावा, यह रैंक भारत की समग्र स्थिति को इंगित करती है लेकिन ग्रामीण-शहरी विविधताओं और विरोधाभासों को चित्रित नहीं करती है।

तालिका 5.1: मानव विकास सूचकांक रैंकिंग (2019)

देश	श्रेणी	जन्म के समय जीवन प्रत्याशा (वर्ष)
मलेशिया	61	76.0
श्रीलंका	71	76.8
चीन	85	76.7
मालदीव	104	78.6
इंडोनेशियाई	111	71.5
भारत	129	69.4

स्रोत: मानव विकास रिपोर्ट 2019 (यूएनडीपी)

5.2 ग्रामीण स्वास्थ्य एवं सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

ग्रामीण स्वास्थ्य ग्रामीण जीवन के महत्वपूर्ण तत्वों में से एक है। गांवों का देश होने के नाते भारत को ग्रामीण स्वास्थ्य के प्रति गहन दृष्टिकोण की आवश्यकता है।

भारत की जनसंख्या का लगभग 68.8% ग्रामीण क्षेत्रों में रहती है और अधिकांश कमजोर वर्ग जनसंख्या भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में ही केंद्रित है (जनगणना, 2011)। अगर बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल ग्रामीण क्षेत्रों तक नहीं पहुंचती है, जहां अधिकांश आबादी रहती है, इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि शहरी और अर्ध-शहरी में कितनी प्रगति हासिल की जाती है। ऐसे क्षेत्र जो किसी

राष्ट्र का समग्र विकास कभी समावेशी नहीं हो सकता। भारत के लिए सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (सहस्राब्दी), को हासिल करना ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं की सुलभता पर निर्भर करती है। समावेशी आर्थिक वृद्धि के लिए ग्रामीण आबादी के लिए बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच में सुधार अत्यंत महत्वपूर्ण है।

वर्ष 2000 में संयुक्त राष्ट्र द्वारा अपनाए गए सहस्राब्दी में अंतरराष्ट्रीय समुदाय के प्रयासों को “हमारे साथी पुरुषों, महिलाओं और बच्चों को अत्यधिक गरीबी की भयावह और अमानवीय स्थितियों से मुक्त करने में कोई कसर नहीं छोड़नी चाहिए (भारत सरकार, 2017)। 2015 तक हासिल किए जाने वाले आठ लक्ष्य हैं जो दुनिया की मुख्य विकास चुनौतियों का जवाब देते हैं। इन लक्ष्यों को आगे 18 संख्यात्मक लक्ष्यों में विभाजित किया गया है जिन्हें आगे 40 मात्रात्मक संकेतकों का उपयोग करके मापा जाता है। स्वास्थ्य सहस्राब्दी का मुख्य फोकस है। जबकि आठ लक्ष्यों में से तीन सीधे स्वास्थ्य से संबंधित हैं, अन्य लक्ष्य उन कारकों से संबंधित हैं जिनका स्वास्थ्य पर महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ता है। इसलिए लक्ष्य और लक्ष्य कई मायनों में परस्पर जुड़े हुए हैं। आठ सहस्राब्दी (1) अत्यधिक गरीबी और भुखमरी को खत्म करना है; (2) सार्वभौमिक बुनियादी शिक्षा प्राप्त करना; (3) लैंगिक समानता को बढ़ावा देना और महिलाओं को सशक्त बनाना; (4) बाल मृत्यु दर को कम करना; (5) मातृ स्वास्थ्य में सुधार; (6) एचआईवी/एड्स, मलेरिया और अन्य बीमारियों का मुकाबला करना; (7) पर्यावरणीय स्थिरता सुनिश्चित करना; (8) विकास के लिए एक वैश्विक साझेदारी विकसित करना।

अपनी प्रगति की जाँच करें 1

1) कितने सहस्राब्दी विकास लक्ष्य को सीधे स्वास्थ्य के लिए घोषित किया गया है?

.....

.....

.....

.....

.....

2) भारत को ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच बढ़ाने की आवश्यकता क्यों है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) 2011 की जनगणना के अनुसार, भारत की ग्रामीण जनसंख्या का प्रतिशत क्या है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GOAL 1: ERADICATING EXTREME POVERTY AND HUNGER

GOAL 2: ACHIEVE UNIVERSAL BASIC EDUCATION

GOAL 3: PROMOTE GENDER EQUALITY AND EMPOWER WOMEN

GOAL 4: REDUCE CHILD MORTALITY

GOAL 5: IMPROVE MATERNAL HEALTH

GOAL 6: COMBAT HIV/AIDS, MALARIA, AND OTHER DISEASES

GOAL 7: ENSURE ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY

GOAL 8: DEVELOP A GLOBAL PARTNERSHIP FOR DEVELOPMENT

चित्र 5.1: सहस्राब्दि विकास लक्ष्य

5.3 ग्रामीण स्वास्थ्य और गरीबी

हम जानते हैं कि भारत में अधिकांश आबादी ग्रामीण क्षेत्र में रहती है। इसके अलावा, यह भी एक कड़वी सच्चाई है कि हमारे समाज का अधिकांश वंचित वर्ग भी ग्रामीण क्षेत्र में केंद्रित है। भारत सरकार (2018) के अनुसार, ग्रामीण भारत में कुल गरीबी दर 25.7% है जबकि शहरी क्षेत्र के लिए इसी प्रतिशत 13.7% है। यद्यपि ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में समग्र गरीबी दर कम हो रही है, फिर भी ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के बीच गरीबी का अंतर बना हुआ है। इसके अलावा, भारतीय गांव में अक्सर अज्ञानता, निरक्षरता, जागरूकता की कमी, रूढ़िवादी प्रथाओं, कठोर-सामाजिक सांस्कृतिक प्रथाओं की व्यापकता आदि की विशेषता होती है। स्वास्थ्य कई आनुवंशिक, पर्यावरणीय, सामाजिक और आर्थिक कारकों से प्रभावित होता है। एक समुदाय का स्वास्थ्य उसकी आर्थिक स्थिति, सामाजिक-सांस्कृतिक प्रथाओं और राजनीतिक संगठन से घनिष्ठ रूप से संबंधित है। इसमें कोई संदेह नहीं है कि अधिकांश विकसित देशों में यह आर्थिक प्रगति है जो रुग्णता को कम करने, जीवन प्रत्याशा में वृद्धि और स्वास्थ्य की गुणवत्ता में सुधार में प्रमुख कारक रही है। इस प्रकार ग्रामीण क्षेत्र के लोगों की स्वास्थ्य स्थिति में सुधार के लिए उन्हें स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं उपलब्ध कराने के साथ-साथ उन्हें बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल ज्ञान और जागरूकता प्रदान करना आवश्यक है।

तालिका 5.2: 1993-94 से 2011-12 के दौरान राष्ट्रीय गरीबी अनुमान
(गरीबी रेखा से नीचे%)

ग्रामीण स्वास्थ्य:
जरूरत और अर्थ

साल	ग्रामीण (%)	शहरी (%)	कुल (%)
1993 – 94	50.1	31.8	45.3
2004 – 05	41.8	25.7	37.2
2009 – 10	33.8	20.9	29.8
2011 - 12	25.7	13.7	21.9

स्रोत: भारत सरकार 2018, के आंकड़े

अपनी प्रगति की जाँच करें 3

1) विभिन्न कारक क्या हैं जो किसी व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति को प्रभावित कर सकते हैं ?

.....

.....

.....

.....

2) भारत के ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में कुल गरीबी दर क्या है ?

.....

.....

.....

.....

5.4 ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल संरचना

ग्रामीण क्षेत्रों की स्वास्थ्य स्थिति पर चर्चा करने से पहले ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल संरचना को समझना आवश्यक है। स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को भारत में राज्य सूची और समवर्ती सूची के तहत विभाजित किया गया है। सार्वजनिक स्वास्थ्य और अस्पताल जैसे कुछ आइटम राज्य सूची में आते हैं, अन्य जैसे जनसंख्या नियंत्रण और परिवार कल्याण, चिकित्सा शिक्षा और दवाओं की गुणवत्ता नियंत्रण समवर्ती सूची में शामिल हैं। केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय परिवार कल्याण के क्षेत्रों में रोग की रोकथाम और नियंत्रण हेतु विभिन्न कार्यक्रमों और योजनाओं के कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार केंद्रीय प्राधिकरण है। ग्रामीण क्षेत्र में सार्वजनिक क्षेत्र के तहत स्वास्थ्य देखभाल एक त्रि-स्तरीय प्रणाली अर्थात् उप-केंद्र (एससी), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) का अनुसरण करती है।

उप-केंद्र

उप-केंद्र समुदाय की स्वास्थ्य आवश्यकताओं का ख्याल रखने के लिए ग्रामीण स्तर पर उपलब्ध परिधीय इकाई है। एक महिला स्वास्थ्य आगंतुक (एलएचवी) को छह उप-केंद्रों के पर्यवेक्षण का कार्य सौंपा गया है। एक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एलएचडब्ल्यू) उप-स्वास्थ्य केंद्रों की प्रभारी है। प्रत्येक उप-केंद्र में कम से कम एक सहायक नर्स मिडवाइफ (एएनएम) और एक पुरुष बहुउद्देशीय कार्यकर्ता (एमपीडब्ल्यू) द्वारा संचालित किया जाना आवश्यक है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत संविदा आधार पर एक अतिरिक्त दूसरी एएनएम का प्रावधान है। प्रत्येक उपकेंद्र से छोटी-मोटी बीमारियों के लिए बुनियादी औषधियां उपलब्ध कराना अपेक्षित है और इससे मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, पोषण, प्रतिरक्षण, अतिसार नियंत्रण और संचारी रोगों के नियंत्रण से संबंधित सेवाएं प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल)

भारत में, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का एक बुनियादी हिस्सा है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल चलाने के लिए चिकित्सा अधिकारी की नियुक्ति की जाती है और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल गांव के समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच पहला संपर्क बिंदु है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की परिकल्पना एकीकृत उपचारात्मक और निवारक स्वास्थ्य हेतु की गयी है। इसमें ग्रामीण आबादी के निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य ध्यान प्राथमिक आउटरीच सेवाएं प्रदान करते हैं, उन्हें आशा (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) कहा जाता है। गांव की स्वास्थ्य नर्स (आशा) देखभाल के विभिन्न बिंदु पर सेवा प्रदान करती है, अक्सर रोगी की घर पर। अगर अतिरिक्त नैदानिक परीक्षण की आवश्यकता नहीं हो तो नैदानिक हस्तक्षेप वही प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र पर की जाती है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी)

न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम (एमएनपी)/बुनियादी न्यूनतम सेवाएं (बीएमएस) कार्यक्रम के तहत राज्य सरकार द्वारा सीएचसी की स्थापना और रखरखाव किया जाता है। प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में सर्जन, फिजिशियन, स्त्री रोग विशेषज्ञ और बाल रोग विशेषज्ञ सहित, 21 पैरामेडिकल और अन्य कर्मचारियों द्वारा ग्रामीणों के स्वास्थ्य की जिम्मेदारी दी जाती है। एक विशिष्ट सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में ऑपरेशन थिएटर एक्स-रे, लेबर रूम और प्रयोगशाला सुविधाओं के साथ 30 घरेलू बेड की आवश्यकता होती है। एक सीएससी अपने अधिकार क्षेत्र के भीतर चार प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक रेफरल केंद्र है जो प्रसूति देखभाल और विशेषज्ञ विशेषज्ञता के लिए संकाय प्रदान करता है। 2014 में देश में 5363 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र काम कर रहे थे।

तालिका 5.3: स्वास्थ्य केंद्र मानदंड

साल	जनसंख्या मानदंड	
	मैदानी इलाका	पहाड़ी/जनजातीय/ दुर्गम क्षेत्र
उप केंद्र	5,000	3,000
प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल	30,000	20,000
सीएचसी	1,20,000	80,000

स्रोत: भारत सरकार 2012, उप-केंद्रों के लिए आईपीएचएस दिशानिर्देश

इस प्रकार, ग्रामीण स्वास्थ्य के क्षेत्र में, मैदानी इलाकों में 5000 लोगों की आबादी के लिए एक उप-केंद्र और जनजातीय और पहाड़ी क्षेत्रों में 3000, मैदानी इलाकों में 30000 आबादी के लिए एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) स्थापित करना और एक आदिवासी और पहाड़ी क्षेत्र में 20000 आबादी, और एक लाख की आबादी के लिए एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र का गठन किया जाता है।

5.5 ग्रामीण भारत की स्वास्थ्य देखभाल की स्थिति

1978 में, अल्मा अता (तत्कालीन यूएसएसआर) में विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) और यूनिसेफ द्वारा आयोजित एक ऐतिहासिक वैश्विक सम्मेलन में, 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य के लक्ष्य तक पहुंचने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर आधारित एक क्रांतिकारी रणनीति को आगे बढ़ाया गया था। तीन दशकों से अधिक समय के बाद, यह गंभीर रूप से मूल्यांकन करने का समय है कि भारत (विशेष रूप से ग्रामीण भारत) अपने लोगों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में कहां खड़ा है। स्वतंत्रता के बाद से भारत ने आबादी की समग्र स्वास्थ्य स्थिति में सुधार करने में कुछ प्रगति की है। भारत में जन्म के समय जीवन प्रत्याशा 1980 में 55.1 की तुलना में 2011 में 65.4 वर्ष थी (मानव विकास रिपोर्ट 2011- स्थिरता और समानता: सभी के लिए एक बेहतर भविष्य, संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (यूएनडीपी)। इसके अलावा, उसी रिपोर्ट में यह भी कहा गया है कि शिशु मृत्यु दर, रुग्णता और मातृ मृत्यु दर में गिरावट आई है। इसके बावजूद भारत कुपोषण और संचारी रोगों की समस्या का सामना कर रहा है। अधिकांश स्वास्थ्य उन्नति शहरी क्षेत्रों में हुई है, लागू की गई नीतियां काफी हद तक अर्थव्यवस्था के विकास पर केंद्रित हैं, न कि समानता पर, जिसने 'शहरी और ग्रामीण' और 'अमीर और अमीरों' के बीच की खाई को चौड़ा कर दिया है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 3

1) उप-केंद्रों के मुख्य कार्य क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

2) आशा, एएनएम और एलएचडब्ल्यू का पूर्ण रूप लिखिए?

.....

.....

.....

.....

.....

ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाओं और स्वास्थ्य अवसंरचना की स्थिति

भारत ने स्वास्थ्य सेवा में सुधार करने में महत्वपूर्ण प्रगति की है, लेकिन ग्रामीण आबादी तक बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच में सुधार शायद सबसे बड़ी चुनौतियों में से एक है जिसके साथ भारत जुझ रहा है। ग्रामीण क्षेत्र में खराब स्वास्थ्य स्थिति के महत्वपूर्ण कारणों में से एक तथ्य यह है कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं दूरस्थ रूप से उपलब्ध हैं। भारत सरकार के 2018 के आंकड़े बताते हैं कि, केवल 13 प्रतिशत ग्रामीण आबादी के पास प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच है और लगभग 75 प्रतिशत स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे, चिकित्सा जनशक्ति और अन्य स्वास्थ्य संसाधन शहरी क्षेत्रों में केंद्रित हैं, जहां 27 प्रतिशत आबादी रहती है। जब स्वास्थ्य सेवा की बात आती है, तो दो भारत हैं; एक भारत, जो मध्यम वर्ग के भारतीयों और चिकित्सा पर्यटकों को उच्च गुणवत्ता वाली चिकित्सा देखभाल प्रदान करता है; और दूसरा भारत, जिसमें अधिकांश ग्रामीण आबादी रहती है जिनके निवासियों के पास गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल तक सीमित या कोई पहुंच नहीं है। भारत अपने लगभग 6.5 लाख गांवों में रहता है और यदि बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल ग्रामीण क्षेत्रों तक नहीं पहुंचना है, तो इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि शहरी और अर्ध-शहरी क्षेत्रों में समग्र विकास के रूप में कितनी भी प्रगति हुई है।

भारत की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली एक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली पर टिकी हुई है जो बेहद अपर्याप्त है और यह सुनिश्चित करने के लिए बुरी तरह से अपर्याप्त है कि लोगों को कम से कम बुनियादी स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच हो। वर्ष 2009-10 में केवल 13 फीसदी ग्रामीण आबादी की प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तक पहुंच थी, जिसमें 33 फीसदी की उप-केंद्र, 9.6 फीसदी की अस्पताल और 28.3 फीसदी की पहुंच प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तक थी। डिस्पेंसरी या क्लिनिक (भारत सरकार, 2018)। भारत में सार्वजनिक अस्पतालों का अल्पविकसित नेटवर्क है। 2009 तक 4,504 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और 2,135 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की कमी थी। डॉक्टरों की भी कमी है।

ग्रामीण क्षेत्र में महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संकेतकों की स्थिति

यद्यपि समग्र तस्वीर संतोषजनक नहीं है, हाल के वर्षों में सुधार देखने को मिला है, लेकिन यह सुधार शहरी क्षेत्रों में अधिक चिह्नित है। 2010 में ग्रामीण शिशु मृत्यु दर 50.0 जितनी अधिक थी; यह वर्ष 2016 तक गिरकर 38.0 हो गया है। कुछ स्वास्थ्य संकेतकों पर निम्नलिखित आंकड़ों को देखते हुए, यह स्पष्ट है कि ग्रामीण क्षेत्रों में शहरी क्षेत्रों की तुलना में कहीं अधिक खराब स्वास्थ्य मानक हैं।

अनुमानित जन्म दर, मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर 2010- 2016

	वर्ष जन्म दर			क्रूड मृत्यु दर			शिशु मृत्यु दर		
	ग्रामीण	शहरी	कुल	ग्रामीण	शहरी	कुल	ग्रामीण	शहरी	कुल
2010	23.7	18.0	22.1	7.7	5.8	7.2	51.0	31.0	47.0
2011	23.3	17.6	21.8	7.6	5.7	7.1	48.0	29.0	44.0
2012	23.1	17.4	21.6	7.6	5.6	7.0	46.0	28.0	42.0

2013	22.9	17.3	21.4	7.5	5.6	7.0	44.0	27.0	40.0
2014	22.7	17.4	21.0	7.3	5.5	6.7	43.0	26.0	39.0
2015	22.4	17.3	20.8	7.1	5.4	6.5	41.0	25.0	37.0
2016	22.1	17.0	20.4	6.9	5.4	6.4	38.0	23.0	34.0

स्रोत:

ग्रामीण क्षेत्र में बीमारियों की स्थिति और प्रसार

अधिकांश ग्रामीण मौतें संचारी, परजीवी और श्वसन रोगों के कारण होती हैं जो कहीं न कहीं अस्वच्छ वातावरण से जुड़ी होती हैं। ग्रामीण क्षेत्र में बड़ी आबादी अस्वच्छ परिवेश में रहती है, जिसने बदले में जल जनित बीमारियों को जन्म दिया है। इनमें से कई को स्वच्छ पेयजल तक पहुंच प्रदान करके और स्वच्छता सुविधाओं में सुधार करके आसानी से रोका जा सकता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन का अनुमान है कि स्वच्छ पानी और स्वच्छता सुविधाओं तक बेहतर पहुंच के साथ कुल बीमारियों का बोझ 15 प्रतिशत तक कम हो जाएगा, जबकि विश्व बैंक का अनुमान है कि भारत में 21 प्रतिशत संचारी रोग पानी से संबंधित हैं। नगला (2018) का कहना है कि ग्रामीण क्षेत्र में बीमारियों के तीन समूह व्यापक हैं; पहली बीमारी जो गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल ट्रैक्ट से संबंधित है, जैसे दस्त, टाइफाइड बुखार, हेपेटाइटिस, आदि; दूसरी बीमारियां जो खांसी, छींकने या यहां तक कि सांस लेने के माध्यम से हवा में ले जाती हैं, जैसे कि खसरा, तपेदिक, आदि; और तीसरे में संक्रमण शामिल हैं, जिनसे निपटना सबसे कठिन है, जैसे मलेरिया, फाइलेरिया और कालाजार। इसके अलावा, कुपोषण रोकथाम योग्य और इलाज योग्य होने के बावजूद ग्रामीण क्षेत्रों में व्यापक रूप से प्रचलित है। इसके अलावा, कैंसर, अंधापन, मानसिक बीमारी, उच्च रक्तचाप, मधुमेह, एचआईवी / एड्स, दुर्घटनाओं और चोटों जैसे गैर-संचारी रोग भी बढ़ रहे हैं।

अपनी प्रगति की जांच करें 4

1) ग्रामीण भारत के स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे की वर्तमान स्थिति क्या है?

.....

.....

.....

.....

2) ग्रामीण भारत में किस प्रकार की बीमारियां अधिक प्रचलित हैं?

.....

.....

.....

.....

5.6 ग्रामीण स्वास्थ्य नीतियां

1946 में भोरे समिति के बाद से भारत में स्वास्थ्य सेवा में उथल-पुथल भरे बदलाव आए हैं और प्रत्येक परिवर्तन केवल बेहतर स्वास्थ्य सेवा वितरण के लिए किया गया है, जिसमें सभी वर्ग शामिल हैं। 1990 के दशक में स्वास्थ्य क्षेत्र के सुधारों ने स्वास्थ्य सेवा के दृष्टिकोण को सेवा से वस्तु में बदल दिया। 1978 की अल्मा अता घोषणा ने वर्ष 2000 तक 'सभी के लिए स्वास्थ्य' की अवधारणा शुरू की। घोषणा पत्र में स्वास्थ्य संसाधनों के संतुलित वितरण की आवश्यकता की पुष्टि की गई और स्वास्थ्य को देश के सामाजिक-आर्थिक विकास का एक अभिन्न अंग बताते हुए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की समझ में अंतर्दृष्टि दी गई। घोषणा पत्र में सिफारिश की गई है कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में कम से कम शामिल होना चाहिए: प्रचलित स्वास्थ्य समस्याओं से संबंधित शिक्षा और उन्हें पहचानने, रोकने और नियंत्रित करने के तरीके; खाद्य आपूर्ति और उचित पोषण को बढ़ावा देना, और सुरक्षित पानी और बुनियादी स्वच्छता की पर्याप्त आपूर्ति; परिवार नियोजन सहित मातृ और शिशु स्वास्थ्य देखभाल; प्रमुख संक्रामक रोगों के खिलाफ टीकाकरण; स्थानीय रूप से स्थानिक रोगों की रोकथाम और नियंत्रण; सामान्य बीमारियों और चोटों का उचित उपचार; मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देना और आवश्यक दवाओं का प्रावधान। इसने निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक और पुनर्वास स्वास्थ्य सेवाओं के एकीकरण का आह्वान किया, जिन्हें लोगों के लिए सुलभ और उपलब्ध कराया जाना था, और इसे सार्वभौमिकता, व्यापकता और समानता के सिद्धांतों द्वारा निर्देशित किया गया था। अल्मा अता घोषणा पत्र द्वारा परिकल्पित अपने लोगों को व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने की राज्य की जिम्मेदारी ने भारत के पहले राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) 1983 के निर्माण का नेतृत्व किया। नीति का प्रमुख लक्ष्य सार्वभौमिक, व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना था। इसी तरह, एनएचपी (2002) ने स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं तक सार्वभौमिक पहुंच प्राप्त करने के लिए एक नया नीतिगत ढांचा तैयार किया है और इसे प्राप्त करने के लिए नीति का उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्रों में नए बुनियादी ढांचे की स्थापना करके विकेंद्रीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों तक पहुंच बढ़ाना है और मौजूदा बुनियादी ढांचे का उन्नयन। हालांकि, "2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य" की दृष्टि को अमल में नहीं लाया गया है। भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में स्थिति, जहां हमारी दो तिहाई से अधिक आबादी रहती है, बदतर है, केवल अल्पविकसित स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं जनता के लिए उपलब्ध हैं। चिकित्सा विज्ञान और प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में हाल की सभी प्रगति ग्रामीण भारत में रहने वाले अधिकांश वंचित लोगों तक नहीं पहुंची है। भारत में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के विकास के माध्यम से कई सर्वेक्षणों ने लोगों के स्वास्थ्य के उत्थान में सामुदायिक भागीदारी के महत्व को सामने रखा था, खासकर ग्रामीण क्षेत्रों में। इसके फलस्वरूप ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना के एक महत्वपूर्ण घटक के रूप में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का कार्यान्वयन हुआ। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 भेद्यता के विभिन्न अक्षों के आधार पर विशिष्ट समूहों के लिए अपनी चिंताएं दिखाता है। आजादी के बाद से स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार के बावजूद, सामाजिक समूहों में अंतर व्यापक बना हुआ है। यह तर्क दिया जाता है कि स्वास्थ्य काफी हद तक सामाजिक परिस्थिति और सामाजिक स्थिति से निर्धारित होता है जो व्यक्तियों के पास होता है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 5

1) अल्मा आटा घोषणा पर एक संक्षिप्त नोट लिखें।

.....

.....

.....

.....

.....

2) राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) के व्यापक लक्ष्य क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

5.7 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के संदर्भ में ग्रामीण-शहरी अंतर को स्वीकार करते हुए और ग्रामीण स्वास्थ्य अवसंरचना में सुधार के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) की शुरुआत 12 अप्रैल, 2005 को की गई थी ताकि ग्रामीण क्षेत्रों में विशेष रूप से गरीबों, महिलाओं और बच्चों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की संख्या, उपलब्धता और पहुंच में सुधार किया जा सके। कमजोर जनसांख्यिकीय संकेतकों और बुनियादी ढांचे वाले 18 राज्यों पर विशेष ध्यान देने के साथ मिशन को प्रारंभ किया गया था। ये अठारह राज्य अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, जम्मू-कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम, मेघालय, मध्य प्रदेश, नागालैंड, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तरांचल और उत्तर प्रदेश हैं। पांच मुख्य कार्यनीतियों ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की नींव तैयार की; 1) ग्राम स्तर के उप-केंद्रों तक लचीला वित्तपोषण; 2) अभिनव मानव संसाधन प्रबंधन; 3) जिला/खंड स्तर तक कार्यक्रम प्रबंधन क्षमता को सुदृढ़ करना; 4) भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) स्थापित करना और इन मानकों के अनुरूप स्वास्थ्य सुविधाओं को मापना; 5) पंचायती राज संस्थान (पीआरआई) और स्वास्थ्य देखभाल योजना और प्रावधान में सामुदायिक भागीदारी।



चित्र 5.2: राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की पांच रणनीतियाँ

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का उद्देश्य मोटे तौर पर ग्रामीण आबादी को गुणवत्तापूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाएं उपलब्ध कराना है। शिशु मृत्यु दर (आईएमआर), कुल प्रजनन दर (टीएफआर), मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) को कम करना; संचारी और गैर-संचारी रोगों (स्थानीय रूप से स्थानिक रोगों सहित) को रोकना और नियंत्रित करना; स्थानीय स्वास्थ्य परंपराओं को पुनर्जीवित करना और आयुष आदि को मुख्यधारा में लाना। इन उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए मिशन द्वारा निम्नलिखित पहल की गई थी।

महत्वपूर्ण जनशक्ति की उपलब्धता में सुधार

ग्रामीण क्षेत्र में महत्वपूर्ण जनशक्ति की उपलब्धता हेतु 18 उच्च फोकस वाले राज्यों के प्रत्येक गांव में एक आशा (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) कार्यकर्ता की नियुक्ति जैसी पहलों के माध्यम से प्रत्येक उप-केंद्र पर अतिरिक्त सहायक नर्स मिडवाइफ (एनएम), प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) में तीन स्टाफ नर्सों को चौबीसों घंटे और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) में अतिरिक्त विशेषज्ञ और पैरामेडिकल स्टाफ जैसी सुविधाओं पर जोर दिया गया।

क्षमता निर्माण

आशा, एनएम, नर्सों और ग्रामीण चिकित्सा चिकित्सकों की बड़ी सेना को देखते हुए मिशन में सतत कौशल विकास का प्रस्ताव है। जिसमें नर्सिंग को मजबूत करना, ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को कौशल विकास सहायता प्रदान करने के लिए मेडिकल कॉलेजों को जोड़ने वाले संस्थान, कौशल विकास में स्वैच्छिक क्षेत्र को शामिल करना जैसे कुछ प्रमुख हस्तक्षेप हैं जिन्हें शुरू किया गया।

विकेंद्रीकरण

ग्रामीण क्षेत्रों में सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के लिए, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन पंचायत राज, जिला परिषद, गैर-सरकारी संगठनों और समुदाय-आधारित संगठनों (जैसे स्वयं सहायता समूह, स्कूल, जल, स्वास्थ्य पोषण और स्वच्छता समितियां, महिला समाख्या समूह) अन्य विस्तृत श्रृंखला की भागीदारी को प्रोत्साहित करता है और उन्हें स्वास्थ्य देखभाल के अवसर प्रदान करने में जवाबदेह बनाता है। छात्रों को उचित स्कूल स्वास्थ्य जांच और स्कूल स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करने के लिए पहल की गई थी। इसका उद्देश्य पंचायत राज संस्थाओं (पीआरआई) की सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के नियंत्रण और प्रबंधन की क्षमता बढ़ाना है।

मानक फ्रेमवर्क

मिशन में पंचायत की ग्राम स्वास्थ्य समिति के माध्यम से प्रत्येक गांव के लिए एक मानक ढांचे और स्वास्थ्य योजना के आधार पर जिला स्वास्थ्य कार्य योजनाएं तैयार करने का प्रस्ताव है।

आयुष को मुख्यधारा में लाना

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन ने आयुष को मुख्यधारा में लाने में भी सक्षम बनाया और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और सीएचसी में आयुष विंग प्रदान करने का प्रावधान किया। प्राथमिक स्वास्थ्य वितरण में आयुष को एकीकृत करने के प्रयास किए जा रहे हैं।

आईएमआर/एमएमआर/टीएफआर और बीमारी के बोझ को कम करना

ग्रामीण स्वास्थ्य:
जरूरत और अर्थ

प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरसीएच-II) को आईएमआर, एमएमआर और टीएफआर को कम करने के लिए प्रमुख वाहन के रूप में मिशन के एक भाग के रूप में 2005 में शुरू किया गया था। जिला और उप-जिला स्तरों पर एचआईवी/एड्स कार्यक्रम को आरसीएच के साथ एकीकृत करने के प्रयास किए जाते हैं।

वित्तीय योजनाएं

स्वास्थ्य के लिए बजट बढ़ाने के अलावा, बेहतर डिलीवरी के लिए, मिशन स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की योजनाओं को व्यापक दायरे में लाने का प्रयास करता है। इसमें मिशन के तहत गतिविधियों के लिए एकल बजट शीर्ष रखने का प्रस्ताव किया गया है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन बजट मद के तहत धन राशि राज्य और जिला स्तर पर एकीकृत स्वास्थ्य सोसायटी के माध्यम से प्रवाहित होगी। जिन मानदंडों के तहत कार्यान्वयन ढांचे में उल्लिखित एकीकृत राज्य/जिला स्वास्थ्य गतिविधि योजनाओं के आधार पर केंद्र द्वारा राज्यों को और राज्यों द्वारा जिलों को धन आवंटित किया जाएगा।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की उपलब्धियां

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के दौरान सभी प्रमुख स्वास्थ्य प्रणालियों को प्रोत्साहन मिला; जिसमें स्वास्थ्य वित्तपोषण, शासन, मानव संसाधन, स्वास्थ्य जानकारी, दवाएं और प्रौद्योगिकियां और सेवा वितरण शामिल हैं। हालांकि, मात्रा और गुणवत्ता दोनों के संदर्भ में विभिन्न राज्यों में अंतर होता है। अतीत में स्वास्थ्य क्षेत्र में कई अन्य कार्यक्रमों के विपरीत, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन गांव से शुरू होकर जिला स्तर तक जाने वाले सभी स्तरों पर स्वास्थ्य वितरण की एक विश्वसनीय सार्वजनिक प्रणाली तैयार करने के रूप में विकसित हुई है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन कार्यान्वयन की सफलता के लिए जिम्मेदार प्रमुख पहलुओं में से एक स्वास्थ्य परिचर्या के सभी स्तरों पर विकेंद्रीकरण था। सभी कार्यक्रमों (एचआईवी/एड्स, कैंसर और मानसिक स्वास्थ्य) को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की छत्रछाया में लाया गया था।

जनगणना के नवीनतम आंकड़ों से पता चलता है कि साक्षरता, स्वच्छ पेयजल तक पहुंच, या स्वच्छता और स्वच्छता या खाद्य सुरक्षा जैसे संकेतकों ने पिछले दशक (जनगणना, 2011) में लगातार सुधार दिखाया है। आशा कार्यकर्ताओं के कारण मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य संकेतकों और प्रजनन संबंधी संकेतकों में वृद्धि हुई है जिसके परिणामस्वरूप संस्थागत प्रसवों में वृद्धि हुई है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन विशेष रूप से आबादी के गरीब और कमजोर वर्गों को सुलभ, किफायती, जवाबदेह और प्रभावी प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाएं प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लक्ष्यों और उपलब्धियों की समीक्षा करने से पता चलता है कि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के शुभारंभ के समय वर्ष 2005 में परिकल्पित कतिपय लक्ष्यों को प्राप्त नहीं किया गया है। ऐसा इसलिए है क्योंकि सार्वजनिक स्वास्थ्य राज्य का विषय है और कुछ राज्यों और सामान्य राज्यों में क्षमताओं की कमी और मानव संसाधन की कमी के मुद्दे रहे हैं। यद्यपि ग्रामीण स्वास्थ्य व्यय में वृद्धि हुई है, फिर भी अंतरराज्यीय विविधताएं बनी हुई हैं।

अपनी प्रगति की जाँच करें 6

1) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन पर एक संक्षिप्त नोट लिखिए।

.....

.....

.....

.....

.....

5.8 ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली के वर्तमान मुद्दे और चुनौतियां

सार्वजनिक स्वास्थ्य पर कम व्यय

भारत का कुल स्वास्थ्य सेवा खर्च जीडीपी का 3.6 प्रतिशत है जो अन्य देशों की तुलना में बहुत कम है। अमेरिका (16.9%), जर्मनी (11.2%), फ्रांस (11.2%) और जापान (10.9%) जैसे विकसित देश और भी अधिक खर्च करते हैं। ब्रिक्स देशों में भारत सबसे कम खर्च करता है: ब्राजील सबसे अधिक (9.2%), इसके बाद दक्षिण अफ्रीका (8.1%), रूस (5.3%), चीन (5%) है।

देखभाल की गुणवत्ता

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन सहित अधिकांश कार्यक्रमों का फोकस अवसंरचना, मानव संसाधन और सेवा कवरेज के विस्तार पर रहा है, जबकि गुणवत्ता पहलुओं पर अपर्याप्त ध्यान दिया गया है। सरकारी रिकॉर्ड के अनुसार, 49.7 प्रतिशत उप-केंद्र, 78 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और 91.5 प्रतिशत सीएचसी जीर्ण-शीर्ण सरकारी भवनों में स्थित हैं। सरकारी अस्पतालों में स्वाभाविक रूप से विभिन्न महामारियों और घातक बीमारियों के मामलों से निपटने के लिए पर्याप्त सुविधाओं का अभाव है; इसके अलावा, कई स्थानों पर, अस्पतालों में कर्मचारियों की कमी है और बेड, एक्स-रे मशीनों जैसी बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाओं का भी अभाव है। इसके अलावा, ग्रामीण सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाएं अपर्याप्त जनशक्ति की समस्याओं से जूझ रही हैं। प्रशिक्षित डॉक्टरों और चिकित्सा पेशेवरों की कमी ने ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाओं को पंगु बना दिया है। मार्च, 2013 की स्थिति के अनुसार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर डॉक्टरों की रिक्ति दर 12 प्रतिशत रही है जबकि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में यह दर भारत स्तर पर 47 प्रतिशत रही है (एनआरएचएम, बजट ब्रीफ, 2014-15)।

भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदाताओं के बीच अनुपस्थिति सबसे अधिक लगभग 40 प्रतिशत है (चौधरी, एन, et.al, 2006)। अधिकांश चिकित्सकों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एक उपेक्षित धारा रही है। 2010 में, 12वीं पंचवर्षीय योजना के लिए दृष्टिकोण पत्र के अनुसार, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में डॉक्टरों के लिए 10 प्रतिशत पद और सीएचसी में विशेषज्ञ पदों के 63 प्रतिशत और नर्सिंग पदों में से 25 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और सीएचसी

संयुक्त रूप से खाली रह गए (12वीं पंचवर्षीय योजना, 2012-17 के लिए भारत सरकार का दृष्टिकोण पत्र)। दिल्ली में स्वास्थ्य देखभाल की 2007 की विश्व बैंक की जांच में बताया गया कि प्राथमिक देखभाल केंद्रों में डॉक्टरों की क्षमता कम थी और उन्होंने निजी अस्पताल क्षेत्र (राव, माला और डेविड मांट, एनडी) के कर्मचारियों की तुलना में कम प्रयास किए. सरकार द्वारा संचालित टीकाकरण कार्यक्रम भी समता-आधारित नहीं हैं। वर्ष 2007-08 के डीएलएचएस आंकड़ों के माध्यम से जिला स्तरीय आंकड़ों का विश्लेषण टीकाकरण और बाल मृत्यु दर (भारत विकास) के बीच एक मजबूत नकारात्मक सहसंबंध को दर्शाता है। रिपोर्ट, 2012/13।

मातृ मृत्यु दर अनुपात, नवजात मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर अनुपात

ग्रामीण क्षेत्रों में 5 वर्ष की आयु तक शिशुओं की मृत्यु अभी भी चिंताजनक है। वर्ष 2007-08 में 30 प्रतिशत ग्रामीण बच्चों की मृत्यु दस्त, पेचिश से हुई (भारत विकास रिपोर्ट, 2012/13)। 1990 और 2009 के बीच देश भर में शिशु मृत्यु दर में नवजात शिशु मृत्यु का हिस्सा 66 प्रतिशत से बढ़कर 70 प्रतिशत हो गया है (भारत विकास रिपोर्ट, 2012/13)। इन मौतों के कारणों का गहन विश्लेषण समय से पहले जन्म, कम वजन, जन्म श्वासावरोध, आघात आदि माना जाता है। यह समस्या बच्चों और उनकी माताओं के कुपोषण से साबित होती है। चिकित्सा कारकों के अलावा, सामाजिक-सांस्कृतिक कारक भी बाल मृत्यु दर की मृत्यु दर में योगदान दे रहे हैं। अनुसूचित जनजातियों (एसटी) के बीच बाल मृत्यु दर अन्य सामाजिक समूहों की तुलना में बहुत अधिक है। भारत की उच्च शिशु मृत्यु दर की इस स्थिति की तुलना कुछ चुनिंदा एशियाई देशों से भी की गई है। ऐसा लगता है कि इस मामले में यह श्रीलंका, मालदीव, नेपाल और बांग्लादेश जैसे कई देशों से आगे निकल गया है।

तथापि, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से पूर्व और पश्चात् की अवधि के दौरान शिशु मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर में गिरावट की तुलनात्मक दरें स्वास्थ्य सेवाओं के बढ़े हुए कवरेज और उपयोग के अनुरूप परिवर्तन नहीं दर्शाती हैं। शिशु मृत्यु दर में गिरावट की वार्षिक दर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से पहले (2000-5) में 2.9 फीसदी से बढ़कर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के बाद की अवधि (2005-12) में 3.9 फीसदी हो गई, लेकिन मातृ मृत्यु दर में गिरावट की वार्षिक दर बनी रही। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से पहले 52 प्रतिशत (2001-3 से 2004-6) और 5 प्रतिशत राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के बाद (2004-6 से 2010-12) (देवधर, 2001)। हम जानते हैं कि विशुद्ध रूप से तकनीकी साधनों द्वारा शिशु मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर को कम करना मुश्किल हो जाता है। यह तर्क दिया जा सकता है कि शिशु मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर जैसे स्वास्थ्य परिणाम न केवल स्वास्थ्य प्रणालियों पर निर्भर करते हैं, बल्कि स्वास्थ्य के अधिक समीपस्थ सामाजिक निर्धारकों पर भी निर्भर करते हैं।

स्वास्थ्य जागरूकता का मुद्दा

भारत में ग्रामीण लोगों और विशेष रूप से आदिवासी आबादी की स्वास्थ्य के बारे में अपनी मान्यताएं और प्रथाएं हैं। कुछ समूह अभी भी मानते हैं कि एक बीमारी हमेशा शत्रुतापूर्ण आत्माओं या कुछ वर्जित के उल्लंघन के कारण होती है और जादू-धार्मिक प्रथाओं के माध्यम से उपचार की तलाश करती है। इसके अलावा, कुछ ग्रामीण लोग सकारात्मक स्वास्थ्य बनाए रखने और बीमारी को रोकने के लिए आयुर्वेद, यूनानी, सिद्ध और प्राकृतिक चिकित्सा जैसी मान्यता प्राप्त चिकित्सा प्रणालियों के साथ-साथ अनिर्दिष्ट पारंपरिक सांस्कृतिक प्रणालियों का

पालन करते हैं। हालांकि, इन प्रथाओं ने अक्सर प्राकृतिक रूप से स्वस्थ वातावरण को खतरे में डाल दिया है जैसे स्वस्थ और पौष्टिक भोजन, स्वच्छ हवा और पानी, पौष्टिक वनस्पति, स्वस्थ जीवन शैली और लाभप्रद मूल्य प्रणालियों और सामुदायिक सद्भाव तक पहुंच। ग्रामीण स्वास्थ्य समस्याओं की मूल प्रकृति को स्वास्थ्य शिक्षा की कमी, अज्ञानता और व्यापक निरक्षरता का भी सामना करना पड़ता है। ग्रामीण लोगों के बीच बीमारी और कार्यक्रम जागरूकता विकसित करना सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों का एक महत्वपूर्ण उद्देश्य बना हुआ है, हालांकि, आलोचकों का दावा है कि ये रणनीतियां मास मीडिया पर बहुत अधिक निर्भर करती हैं और आबादी की प्रासंगिक जरूरतों को संबोधित नहीं किया जाता है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति — 2002 ऐसे हस्तक्षेपों की प्रभावशीलता का मूल्यांकन करने में कठिनाइयों को देखते हुए मौजूदा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों की सीमित जवाबदेही को स्वीकार करती है।

अनियमित निजी चिकित्सा पेशेवरों का प्रभुत्व

सार्वजनिक स्वास्थ्य पर होने वाले खर्च को न केवल राज्य द्वारा बल्कि आम नगरिकों द्वारा भी नजरअंदाज किया जाता है। आम आदमी सार्वजनिक स्वास्थ्य पर होने वाले खर्च को बेकार मानता है। उनके विचार से सरकारी अस्पतालों में इलाज और दवाओं की गुणवत्ता खराब है। निजी व्यवसायियों और निजी अस्पतालों में उनके निवेश ने भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को खराब कर दिया है। सरकारी क्षेत्र की बढ़ती अप्रभावीता से मोहभंग और हताशा धीरे-धीरे गरीब लोगों को निजी क्षेत्र की मदद लेने के लिए प्रेरित कर रही है, इस प्रकार उन्हें उधार पर बड़ी रकम खर्च करने के लिए मजबूर किया जा रहा है, या उन्हें 'नीम हकीमों' की दवा पर छोड़ दिया जाता है। सार्वजनिक चिकित्सकों की उदासीनता स्वास्थ्य क्षेत्र में अनियमित निजी चिकित्सकों की ओर ले जाती है। उनमें से कुछ झोलाछाप डॉक्टर हैं। हेल्थकेयर की लागत न केवल लाखों भारतीयों को गरीबी में धकेलती है, बल्कि संभावित रूप से सबसे हाशिए पर रहने वाले वर्गों को आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच से भी दूर रखती है।

निजी क्षेत्र की विशाल उपस्थिति को नजरअंदाज नहीं किया जा सकता है, और इसकी ताकत का अधिक उपयोगी इस्तेमाल किया जाना चाहिए। निजी क्षेत्र के साथ जुड़ाव के लिए व्यापक सिद्धांतों और दिशानिर्देशों को तैयार करने की आवश्यकता है, जिसमें कुछ मुख्य सिद्धांत केंद्रीय हैं, जैसे कि अनुबंध से बाहर रहने की बजाय अनुबंध में रहना, अपारदर्शी और गैर-जवाबदेह के बजाय पूरक एवं पारदर्शी और जवाबदेह होना।

अपनी प्रगति की जाँच करें 7

- 1) दो महत्वपूर्ण चुनौतियों का उल्लेख करें जिनका वर्तमान ग्रामीण स्वास्थ्य क्षेत्र सामना कर रहा है।

.....

.....

.....

.....

.....

5.9 सारांश

इस इकाई में, हमने देखा कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं अपर्याप्त हैं और इस बात पर जोर दिया गया है कि विकास लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य प्रणाली के भीतर समानता आवश्यक है। 2000 का 'जादुई' वर्ष समाप्त हो गया है। '2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य' दूर की मृगतृष्णा के रूप में बना हुआ है और नारे को '21 वीं सदी में सभी के लिए स्वास्थ्य' के रूप में फिर से परिभाषित किया गया है। स्वास्थ्य सेवा प्रावधान और स्वास्थ्य वित्तपोषण व्यवस्था के पारंपरिक मॉडल से चिपके रहने के बजाय, राज्यों और जिलों को दृष्टिकोण में अभिनव होना चाहिए। ग्रामीण स्वास्थ्य नीतियों को विचारों और विचारधारा के बजाय ठोस सबूतों के साथ समर्थित करने की आवश्यकता है। मौजूदा स्थिति में सुधार के लिए, ग्रामीण स्वास्थ्य की समस्या को मैक्रो एवं माइक्रो स्तर (राष्ट्रीय एवं राज्य स्तर पर) पर संबोधित किया जाना है ताकि समग्र रूप से, सबसे गरीब आबादी को राजकोषीय नीतियों के केंद्र में लाने के वास्तविक प्रयासों को अमलीजामा पहनाया जा सके। ग्रामीण आबादी की जरूरतों को पूरा करने के लिए वर्तमान 'बायोमेडिकल मॉडल' से 'सामाजिक-सांस्कृतिक मॉडल' में एक प्रतिमान बदलाव की आवश्यकता है।

5.10 मुख्य शब्द

जन्म दर: प्रति हजार मिडइयर आबादी पर एक वर्ष में जन्म की संख्या।

लिंगानुपात: जनसंख्या में प्रति हजार पुरुषों पर महिलाओं की संख्या

शिशु मृत्यु दर: एक वर्ष में प्रति हजार जीवित जन्मों पर शिशुओं की मृत्यु की संख्या (जन्म के एक वर्ष के भीतर)।

अपरिष्कृत मृत्यु दर: प्रति हजार व्यक्तियों पर एक वर्ष में मृत्यु की संख्या।

नवजात मृत्यु: एक नवजात मृत्यु को जीवन के पहले 28 दिनों (0-27 दिनों) के दौरान मृत्यु के रूप में परिभाषित किया गया है।

आयुष: आयुर्वेदिक, योग, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी

मातृ मृत्यु दर: मृत्यु जो जन्म या गर्भावस्था से संबंधित जटिलताओं के कारण होती है

5.11 संदर्भ और ग्रंथ सूची

Deodhar, N.S. (2001). *Health Situation in India*. New Delhi: Voluntary Health Association of India, 2001.

Government of India (2018). *National Health Profile (13th issue)* Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

Gill, K. (2009). *A Primary Evaluation of Service Delivery under the National Rural Health Mission (NRHM): Findings from a Study in Andhra Pradesh, Uttar Pradesh, Bihar and Rajasthan*. New Delhi: Planning Commission, Government of India.

Government of India. (2018). *India in Figures. Government of India*. Ministry of Statistics and Programme Implementation. New Delhi: Central Statistics Office.

Government of India (2012), *Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Sub Centres*.

HDI. (2019). *Beyond Income, Beyond Averages, Beyond Today: Inequalities in Human Development in the 21st Century*. Human Development Report. USA: United Nations Development Programme

Government of India (2017), *Millennium Development Goals: Final Country Report of India*, Ministry of Statistics and Programme Implementation Government of India

Nagla, M. (2018) *Sociology of Health and Medicine*. Jaipur: Rawat.

NRHM (2012) *Meeting People's Health Needs in Rural Areas Framework for Implementation (2005-2012)*. National Rural Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare. New Delhi: Government of India.



ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 6 स्वास्थ्य अवसंरचना और वितरण प्रणाली

इकाई की रूपरेखा

- 6.0 उद्देश्य
- 6.1 परिचय
- 6.2 भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना
- 6.3 सार्वजनिक क्षेत्र में स्वास्थ्य अवसंरचना
 - 6.3.1 भारत का स्वास्थ्य अवसंरचना एक नजर में
- 6.4 भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल की पहुँच
 - 6.4.1 भारत में स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली का मॉडल
- 6.5 स्वास्थ्य वितरण प्रणाली के अंग
 - 6.5.1 केंद्रीय स्तर पर स्वास्थ्य वितरण
 - 6.5.1.1 केंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
 - 6.5.1.2 स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय
 - 6.5.1.3 केंद्रीय स्वास्थ्य परिषद
 - 6.5.2 राज्य स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल
 - 6.5.3 जिला स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल
 - 6.5.4 ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली
- 6.6 स्वास्थ्य वितरण के कामकाज का महत्वपूर्ण मूल्यांकन
 - 6.6.1 सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल में समस्याएं
 - 6.6.2 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल
 - 6.6.3 माध्यमिक और तृतीयक देखभाल / शिक्षण अस्पताल
- 6.7 सारांश
- 6.8 मुख्य शब्द
- 6.9 संदर्भ और ग्रंथ सूची

6.0 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप कर पाएंगे:

- स्वास्थ्य अवसंरचना की व्याख्या कर पाएंगे;
- स्वास्थ्य वितरण प्रणाली का मॉडल जान पाएंगे; और
- स्वास्थ्य वितरण प्रणाली का महत्वपूर्ण मूल्यांकन कर पाएंगे।

6.1 परिचय

स्वास्थ्य को अक्सर एक व्यक्तिगत विशेषता के रूप में देखा जाता है, जिसका व्यक्तिगत स्तर पर आनंद लिया जाता है, भाग लिया जाता है और सुधार किया जाता है। यह परिप्रेक्ष्य स्वास्थ्य

की जिम्मेदारी व्यक्ति पर डालता है और उस व्यक्ति पर स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने का शारीरिक, वित्तीय और भावनात्मक बोझ डालता है। जनसंख्या की स्वास्थ्य स्थिति स्थिर नहीं रहती है। भारत की स्वास्थ्य प्रणाली में कई स्तर हैं: राज्य और केंद्रीय स्वास्थ्य सेवाएं; सार्वजनिक और निजी और स्वैच्छिक क्षेत्र; एलोपैथिक और गैर-एलोपैथिक डॉक्टर, योग्य और अयोग्य चिकित्सक और स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों के कई अन्य स्तर। स्वास्थ्य सेवा की डिलीवरी के दो महत्वपूर्ण तत्व हैं अर्थात्, स्वास्थ्य वितरण प्रणाली के माध्यम से स्वास्थ्य वित्तपोषण और जनशक्ति। स्वास्थ्य प्रणालियों को आवश्यक बुनियादी ढांचे को विकसित करने और बनाए रखने, विभिन्न श्रेणियों के कुशल स्वास्थ्य पेशेवरों की पर्याप्त संख्या को नियोजित करने के लिए पर्याप्त रूप से वित्त पोषित करने की आवश्यकता है। स्वास्थ्य कार्यबल में डॉक्टर और अन्य संबद्ध स्वास्थ्य पेशेवर शामिल हैं। स्वास्थ्य देखभाल बलों की कमी के परिणामस्वरूप समुदाय को स्वास्थ्य देखभाल का असंतोषजनक परिणाम होता है।

6.2 भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना

स्वास्थ्य एक मौलिक मानव अधिकार और एक वैश्विक सामाजिक लक्ष्य है। यह बुनियादी मानव आवश्यकताओं की प्राप्ति और जीवन की बेहतर गुणवत्ता के लिए प्रासंगिक है। स्वास्थ्य को एक प्रेरक कारक भी माना जाता है जो देश के आर्थिक विकास के समग्र स्तर को प्रभावित करता है। चूंकि विकास अच्छे स्वास्थ्य का परिणाम है, इसलिए सबसे गरीब विकासशील देशों को भी स्वास्थ्य क्षेत्र में निवेश प्राथमिकता से करना चाहिए। दुर्भाग्य से, कम मानव विकास वाले देशों द्वारा स्वास्थ्य में खराब निवेश किया गया है और स्वास्थ्य क्षेत्र अभी भी काफी हद तक अप्रयुक्त है और उपेक्षा का सामना करना पड़ रहा है।

स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे का मतलब आम तौर पर महामारी का प्रकोप, पर्यावरण स्वच्छता में सुधार और चिकित्सा राहत प्रदान करने के लिए देश के विभिन्न हिस्सों में बिखरे हुए कुछ अस्पतालों, स्वास्थ्य केंद्रों और औषधालयों के लिए प्रावधान करना और स्वास्थ्य स्थितियों को बढ़ावा देना है। स्वास्थ्य अवसंरचना का पैटर्न देश में भावी स्वास्थ्य विकास कार्यक्रमों को बढ़ावा देता है। इस संदर्भ में इस बात पर भी जोर दिया जाता है कि देश की विशाल ग्रामीण आबादी के लिए स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराई जानी चाहिए और समुदायों के लोगों को अधिकतम लाभ सुनिश्चित करने के लिए जितना संभव हो सके स्वास्थ्य सेवाओं को उनके नजदीक रखा जाना चाहिए।

यूएनडीपी द्वारा जारी मानव विकास सूचकांक रिपोर्ट 2018 में भारत का रैंक (189 देशों में से 130) किसी देश में स्वास्थ्य क्षेत्र की अज्ञानता के स्तर को दर्शाता है। हाल ही में केंद्रीय और प्रांतीय स्वास्थ्य विभागों द्वारा स्वास्थ्य समस्याओं के विभिन्न पहलुओं पर उचित ध्यान दिया गया है।

6.3 सार्वजनिक क्षेत्र में हेल्थकेयर इंफ्रास्ट्रक्चर

भारत दुनिया की सबसे तेजी से बढ़ती अर्थव्यवस्थाओं में से एक है। प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या के अत्यंत आवश्यक घटक खाद्य आपूर्ति, उचित पोषण, सुरक्षित जल और बुनियादी स्वच्छता को बढ़ावा देना और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सूचना का प्रावधान करना है। यह देखा गया है कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, आवश्यक दवाओं का प्रावधान, डॉक्टरों और अन्य

पैरामीटर	पहली योजना (1951-56)	(2015)
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	725	25,650
उप केंद्र	84,376 (1985)	156,231
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	761(1985)	5,624
कुल बिस्तर	125,000	914,543
मेडिकल कॉलेज	42	476 (2017)
डेंटल कॉलेज	7	313
एलोपैथिक डॉक्टर	65000	1,041,395 (2017)
नर्स	18500	21,51,850
एएनएम	1,27,800	8,92,829
स्वास्थ्य आगंतुक	578	56,644
स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एफ)	133194	212,185
स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एम)	-	62,881
ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शिकाएँ	-	323,000
आयुष चिकित्सक	अनुपलब्ध	773,668

6.3.1 भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना— एक नज़र में

2005-2017 की अवधि के दौरान सरकारी भवनों में कार्यरत सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) की संख्या में वृद्धि हुई है। सरकारी भवनों में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों का प्रतिशत 2005 में 91.6 प्रतिशत से बढ़कर 2017 में 96.7 प्रतिशत हो गया है।

31 मार्च, 2017 तक 4156 विशेषज्ञों के अलावा 14350 सामान्य ड्यूटी चिकित्सा अधिकारी (जीडीएमओ) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध थे। इनमें सर्जन (86.5 प्रतिशत), प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ (74.1 प्रतिशत), चिकित्सक (84.6 प्रतिशत) और बाल रोग विशेषज्ञ (81 प्रतिशत) की भारी कमी है। कुल मिलाकर, आवश्यकता की तुलना में मौजूदा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) में 81.6 प्रतिशत विशेषज्ञों की कमी थी।

वित्तीय स्थिति

- स्वास्थ्य पर कुल सार्वजनिक व्यय सकल घरेलू उत्पाद का 5.2 प्रतिशत है।
- सार्वजनिक निवेश सकल घरेलू उत्पाद का 0.9 प्रतिशत है।
- स्वास्थ्य के लिए बजट आवंटन केंद्रीय बजट का 1.3 प्रतिशत है।
- सरकारी व्यय 25 प्रतिशत
- व्यक्तिगत खर्च 75 फीसदी

- राज्य को केंद्र सरकार का योगदान 15 प्रतिशत
- राज्यों का बजटीय आवंटन 7 फीसदी से घटाकर 5.5 फीसदी किया गया है। भारत का स्वास्थ्य बजट लगभग 4000 करोड़ रुपये तक बढ़ गया है। 21113.33 करोड़ (\$ 4.35 अरब)

अपनी प्रगति की जाँच करें 1

1) भारत में स्वास्थ्य अवसंरचना का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

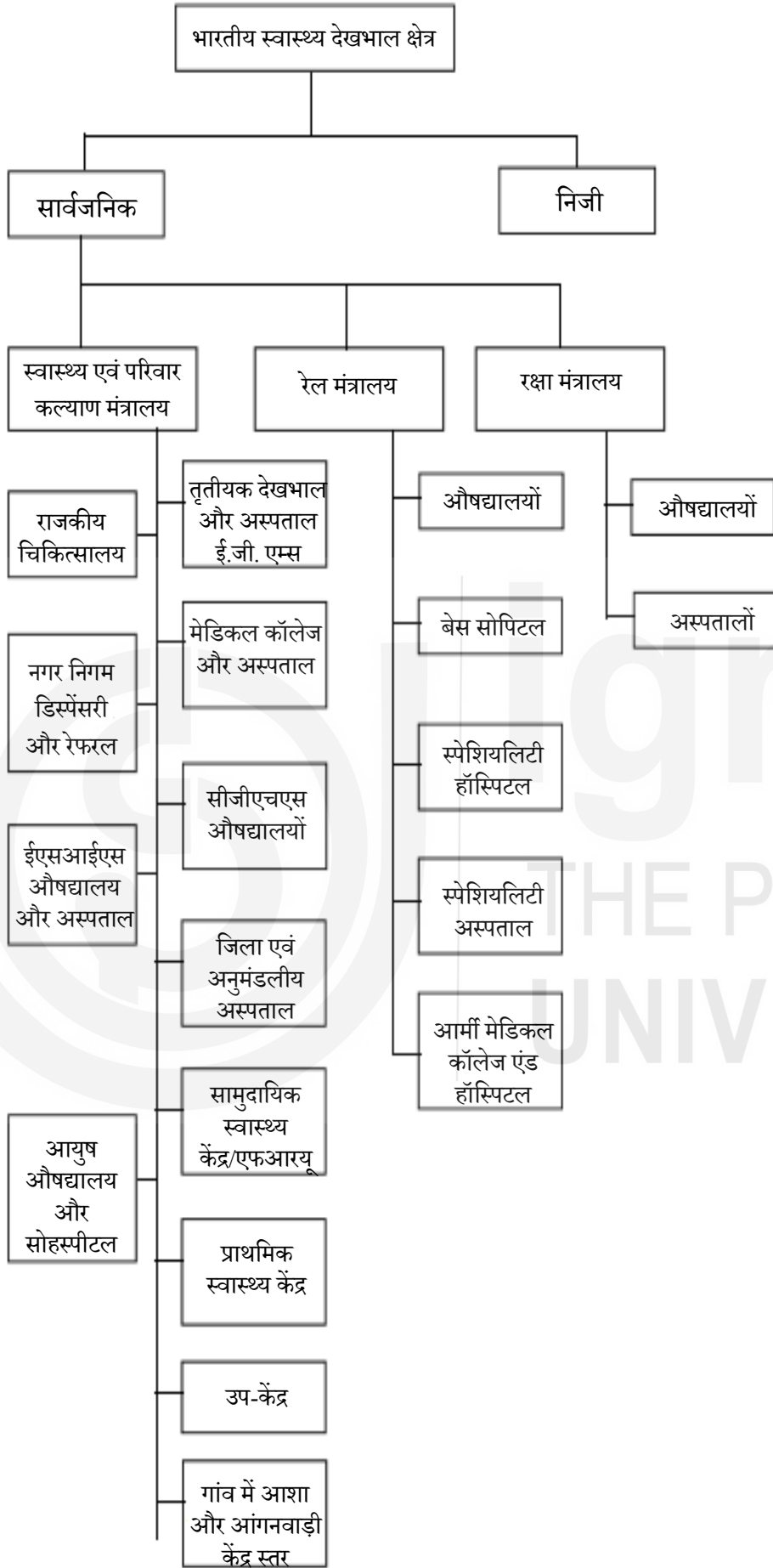
6.4 भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल की डिलीवरी

स्वास्थ्य भारत के सबसे बड़े सेवा क्षेत्र में से एक है। भारतीय संविधान के तहत स्वास्थ्य राज्य का विषय है। इसलिए प्रत्येक राज्य की अपनी स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली है जिसमें सार्वजनिक और निजी दोनों (लाभ के साथ-साथ गैर-लाभकारी अभिनेता भी काम करते हैं)। जबकि राज्य अपने संबंधित स्वास्थ्य प्रणालियों के कामकाज के लिए जिम्मेदार हैं, कुछ जिम्मेदारियां संघीय (केंद्र) सरकार पर भी आती हैं, अर्थात् नीति-निर्माण, योजना, मार्गदर्शन, सहायता, मूल्यांकन और विभिन्न प्रांतीय स्वास्थ्य प्राधिकरणों के काम का समन्वय करने के पहलू और राष्ट्रीय कार्यक्रमों को लागू करने के लिए धन उपलब्ध कराना।

6.4.1 भारत में स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली का मॉडल

भारत 28 राज्यों और 8 केंद्र शासित प्रदेशों का एक संघ है। राज्य लोगों को स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने से संबंधित मामलों में काफी हद तक स्वतंत्र हैं। प्रत्येक राज्य ने केंद्र सरकार से स्वतंत्र स्वास्थ्य देखभाल वितरण की अपनी प्रणाली विकसित की है।

राष्ट्रीय स्तर पर संगठन में केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय शामिल है। प्रत्येक राज्य में, संगठन राज्य के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग के अधीन है जिसका नेतृत्व एक राज्य मंत्री द्वारा किया जाता है और सचिव / आयुक्त (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण) के प्रभार के तहत एक सचिवालय होता है।



चित्र 6.1 : भारत में स्वास्थ्य वितरण प्रणाली

अपनी प्रगति की जाँच करें 2

1) सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली क्या है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) भारत में हेल्थ केयर डिलीवरी का मॉडल पेश करें।

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.5 स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों के अंग

केंद्र सरकार की जिम्मेदारी में मुख्य रूप से नीति निर्माण, योजना, मार्गदर्शन, सहायता, मूल्यांकन और राज्य स्वास्थ्य मंत्रालयों के काम का समन्वय शामिल है। भारत में स्वास्थ्य प्रणाली के तीन मुख्य अंग हैं:

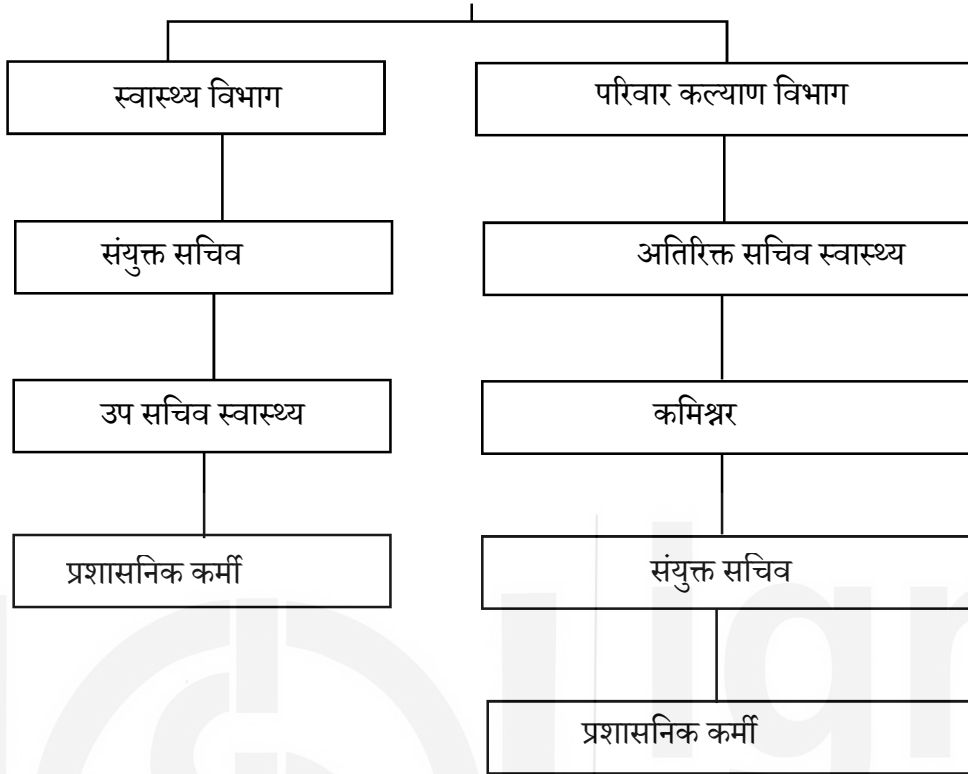
- 1) केंद्रीय
- 2) राज्य
- 3) स्थानीय और परिधीय

6.5.1 केंद्रीय स्तर पर स्वास्थ्य वितरण

राष्ट्रीय स्तर पर स्वास्थ्य प्रणाली के आधिकारिक अंगों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
- स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय
- केंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण परिषद

स्वास्थ्य प्रशासन का पदानुक्रम



स्वास्थ्य देखभाल प्रशासन के कार्य:

संघ की सूची

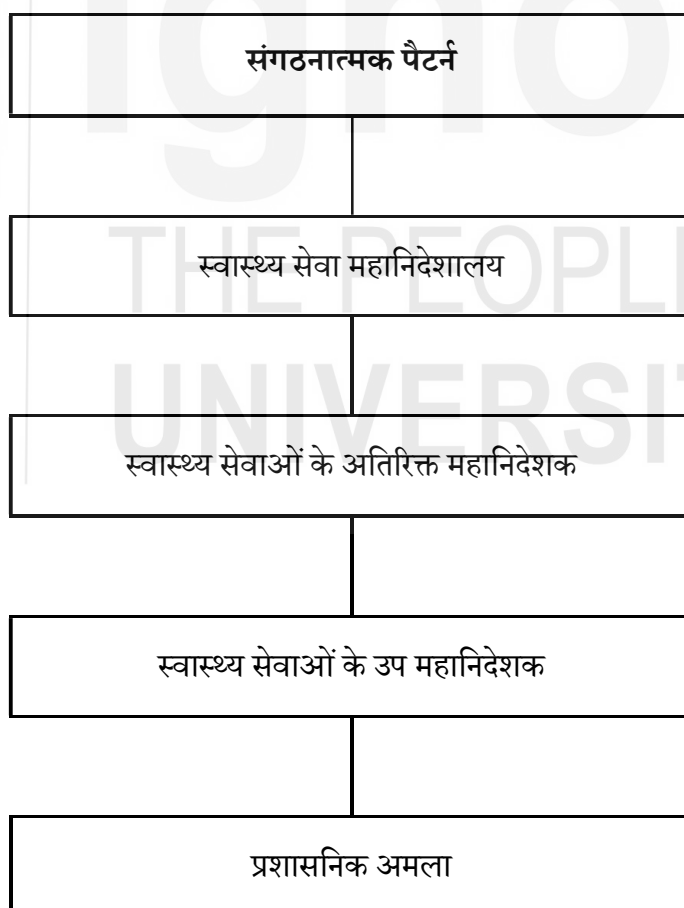
- अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य संबंध और प्रशासन
- केंद्रीय संस्थानों का प्रशासन जैसे अखिल भारतीय स्वच्छता और सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थान, कोलकाता
- अनुसंधान केंद्रों के माध्यम से अनुसंधान को बढ़ावा देना
- चिकित्सा, फार्मास्यूटिकल, दंत चिकित्सा और नर्सिंग पेशे का विनियमन और विकास
- दवा मानकों की स्थापना और रखरखाव
- जनगणना और अन्य सांख्यिकीय आंकड़ों का संग्रह और प्रकाशन
- आप्रवासन और उत्प्रवास
- खानों और तेल क्षेत्रों के कामकाज में श्रम का विनियमन
- स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए राज्यों और अन्य मंत्रालयों के साथ समन्वय।

समवर्ती सूची

समवर्ती सूची के तहत सूचीबद्ध कार्य केंद्र और राज्य सरकारों दोनों की जिम्मेदारी हैं:

- संचारी रोगों की रोकथाम
- खाद्य पदार्थों में मिलावट की रोकथाम
- दवाओं और जहर का नियंत्रण महत्वपूर्ण सांख्यिकी श्रम कल्याण
- बंदरगाह
- आर्थिक और सामाजिक नियोजन
- जनसंख्या नियंत्रण और परिवार नियोजन
- केन्द्रीय स्वास्थ्य शिक्षा ब्यूरो के माध्यम से स्वास्थ्य जागरूकता पैदा करने के लिए स्वास्थ्य शिक्षा सामग्री तैयार करना
- केन्द्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो के माध्यम से सूचना का संग्रह, संकलन विश्लेषण, मूल्यांकन और प्रसार
- नेशनल मेडिकल लाइब्रेरी।

6.5.1.2 स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय



कार्य

- अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य संबंध और देश के सभी प्रमुख बंदरगाहों और अंतरराष्ट्रीय हवाई अड्डे का संगरोध
- दवा मानकों का नियंत्रण

- मेडिकल स्टोर डिपो का रखरखाव
- स्नातकोत्तर प्रशिक्षण कार्यक्रमों का प्रशासन
- भारत में कुछ मेडिकल कॉलेजों का प्रशासन
- भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के माध्यम से चिकित्सा अनुसंधान करना
- केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों का कार्यान्वयन।
- केन्द्र के माध्यम से स्वास्थ्य जागरूकता पैदा करने के लिए स्वास्थ्य शिक्षा की तैयारी
- हेल्थ एजुकेशन ब्यूरो
- केंद्रीय स्वास्थ्य आसूचना ब्यूरो के माध्यम से सूचना का संग्रह, संकलन, विश्लेषण, मूल्यांकन और प्रसार
- नेशनल मेडिकल लाइब्रेरी।

➤ **केंद्रीय स्वास्थ्य परिषद**



➤ **कार्य**

- पर्यावरण स्वच्छता, पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा जैसे स्वास्थ्य से संबंधित मामलों के संबंध में नीति पर व्यापक विचार करना
- चिकित्सा और सार्वजनिक स्वास्थ्य मामलों से संबंधित कानून के लिए प्रस्ताव बनाना
- सहायता अनुदान के वितरण के संबंध में केन्द्र सरकार को सिफारिशें करना।

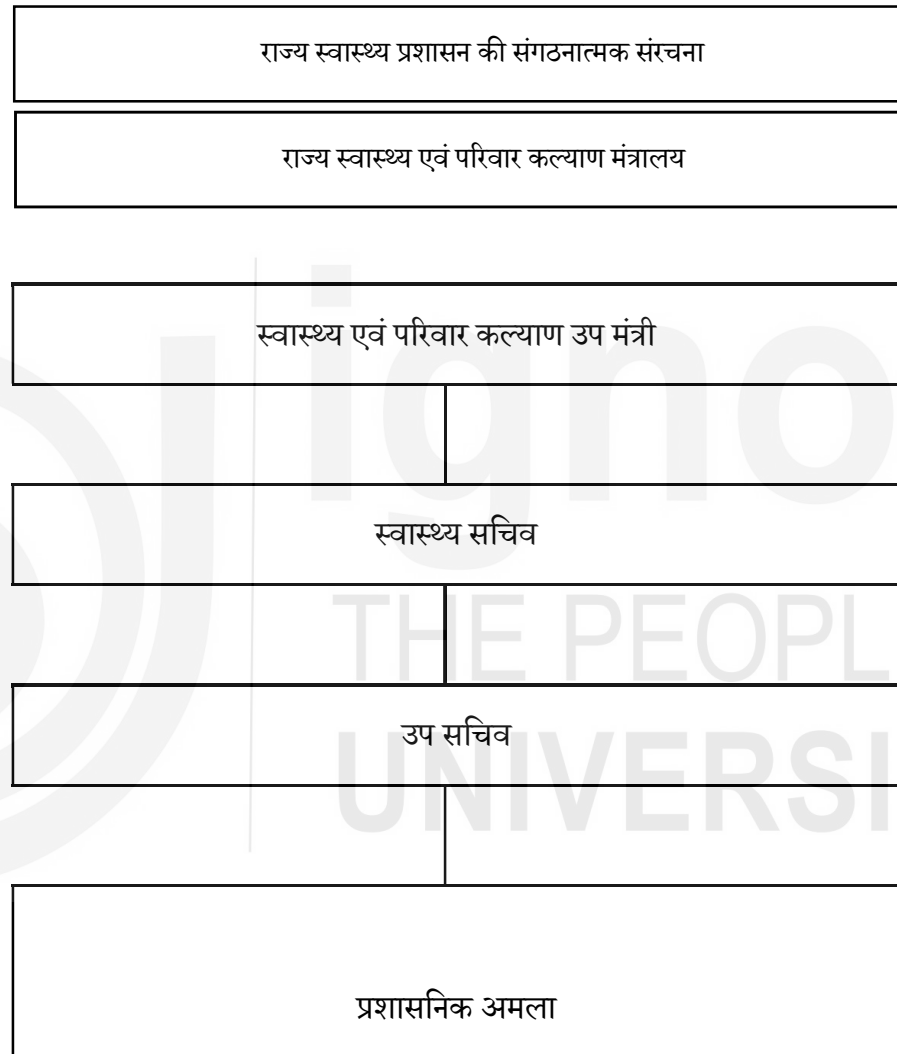
ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

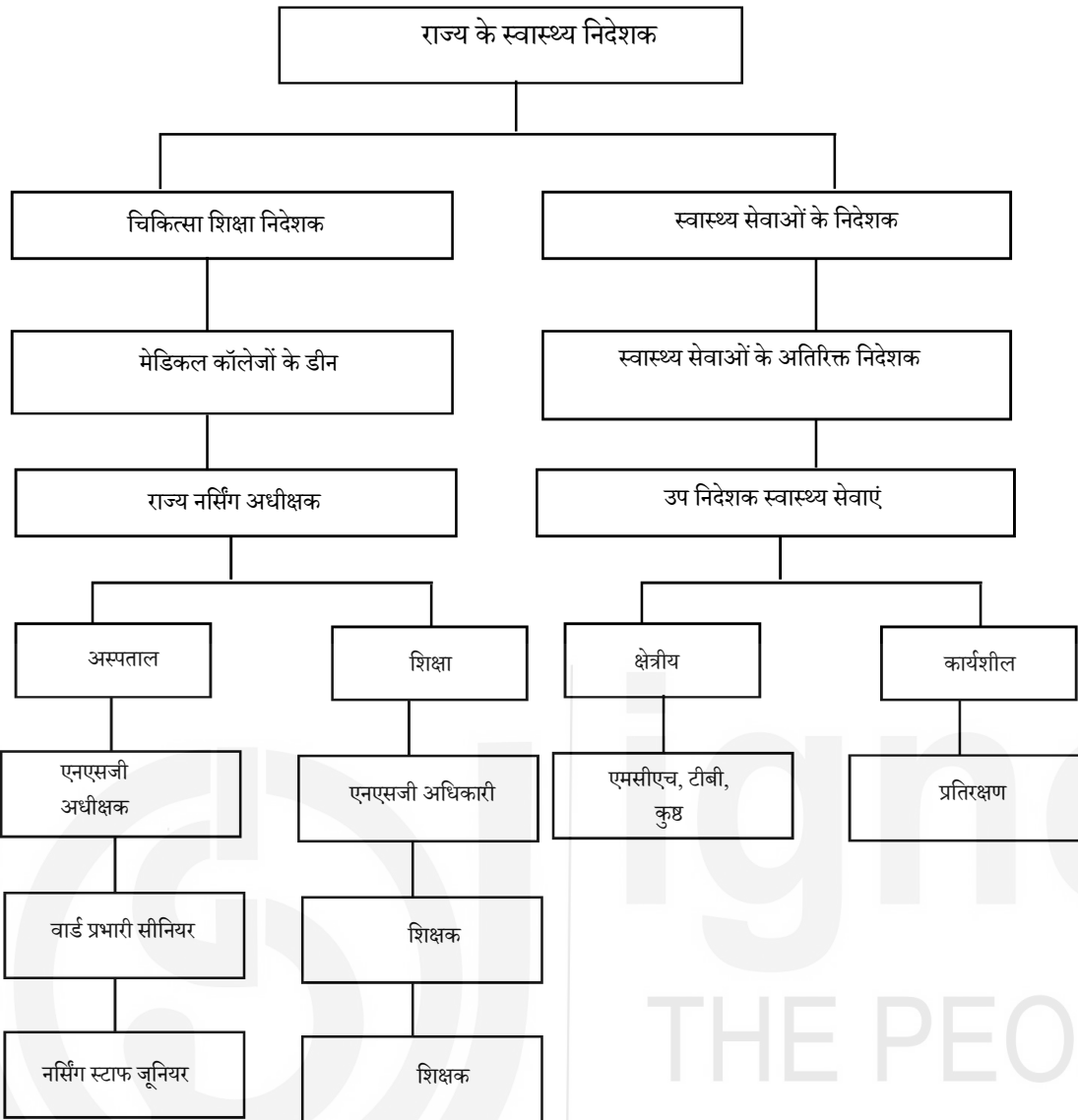
6.5.2 राज्य स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल

स्वास्थ्य विषयों को तीन समूहों में विभाजित किया गया है: संघीय, समवर्ती और राज्य। राज्य सूची राज्य की जिम्मेदारी है, जिसमें राज्य के भीतर चिकित्सा देखभाल, निवारक स्वास्थ्य सेवाओं और तीर्थयात्रा का प्रावधान शामिल है।

राज्य स्वास्थ्य प्रशासन

वर्तमान में भारत में 28 राज्य हैं, प्रत्येक राज्य का अपना स्वास्थ्य प्रशासन है।





➤ राज्य स्वास्थ्य निदेशक के कार्य

- राज्य में स्वास्थ्य समस्या का गहराई से अध्ययन और उन्हें हल करने के लिए योजना बनाना।
- उपचारात्मक और निवारक सेवाएं प्रदान करना ।
- दूध और खाद्य स्वच्छता के नियंत्रण के लिए प्रावधान।
- संचारी रोगों के किसी भी प्रकोप की रोकथाम ।
- स्वास्थ्य शिक्षा को बढ़ावा देना।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमों जैसे स्कूल स्वास्थ्य, परिवार नियोजन, व्यावसायिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देना।
- प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की देखरेख करना।
- स्वास्थ्य कर्मियों के लिए प्रशिक्षण परिणामों की स्थापना।

- शिक्षा मंत्री, केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री और स्वैच्छिक एजेंसी जैसे अन्य राज्य मंत्रियों के साथ सभी स्वास्थ्य सेवाओं का समन्वय।

6.5.3 जिला स्तरीय स्वास्थ्य देखभाल

भारत के प्रत्येक जिले में, छह प्रकार के प्रशासनिक क्षेत्र हैं।

- 1) उप-विभाजन
- 2) तहसीलें (तालुक)
- 3) सामुदायिक विकास खंड
- 4) नगर पालिकाओं और निगमों
- 5) गाँव और
- 6) पंचायतें।

➤ नगर पालिका बोर्ड के कार्य

- सड़कों का निर्माण और रखरखाव
- स्वच्छता और जल निकासी
- स्ट्रीट लाइटिंग
- पानी की आपूर्ति
- अस्पताल और औषधालयों का रखरखाव
- जन्म और मृत्यु आदि का पंजीकरण।
- निगमों का नेतृत्व महापौर द्वारा किया जाता है, जो शहर के विभिन्न वार्डों से चुने गए पार्षदों द्वारा चुने जाते हैं।

➤ ग्राम स्तर: पंचायती राज

पंचायत राज ग्रामीण स्थानीय स्वशासन की एक त्रि-स्तरीय संरचना है जो गांवों को जिले से जोड़ती है:

- पंचायत (ग्राम स्तर पर)
- पंचायत समिति (खंड स्तर पर)
- जिला परिषद (जिला स्तर पर)

6.5.4 ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

- 1) गांव के स्तर पर
- 2) केंद्र स्तर पर
- 3) प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर
- 4) सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर।

ग्रामीण स्तर पर, प्राथमिक सेवाएं निम्नलिखित द्वारा प्रदान की जाती हैं:

- 1) **ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शक:** ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शक ऐसा व्यक्ति होता है जिसमें समाज सेवा के लिए योग्यता हो और वह सरकारी अधिकारी नहीं हो। ग्राम स्वास्थ्य गाइड योजना 2 अक्टूबर, 1977 को शुरू की गई थी। वह सामान्य मामूली बीमारियों के लिए उपचार प्रदान करता है तथा दुर्घटनाओं और आपातकाल के दौरान प्राथमिक चिकित्सा; एमसीएच देखभाल; परिवार नियोजन; स्वास्थ्य शिक्षा आदि कार्यों में मदद करता है।
- 2) **स्थानीय मंच:** ग्रामीण क्षेत्रों में अधिकांश प्रसव *अप्रशिक्षित दाई द्वारा संभाले जाते थे।* दाई के लिए प्रशिक्षण 30 कार्य दिवसों के लिए दिया जाता है। प्रशिक्षण की अवधि के दौरान प्रत्येक दाई को 300 रुपये का वजीफा दिया जाता है। अपने प्रशिक्षण के दौरान प्रत्येक दाई को स्वास्थ्य कार्यकर्ता (महिला), सहायक नर्स और मिडवाइफ, स्वास्थ्य सहायक (महिला) की देखरेख और मार्गदर्शन में कम से कम 2 प्रसव **कराने** की आवश्यकता होती है। **दाई** एमसीएच देखभाल का कार्य करती हैं; परिवार नियोजन; टीकाकरण; स्वास्थ्य, रेफरल सेवाओं के बारे में शिक्षा; सुरक्षित पानी और बुनियादी स्वच्छता और पोषण।
- 3) **आंगनवाड़ी कार्यकर्ता:** एकीकृत बाल विकास योजना (आईसीडीएस) के तहत 1000 की आबादी के लिए एक आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का प्रावधान है। प्रत्येक आईसीडीएस परियोजना में ऐसे लगभग 100 कामगार हैं। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का चयन समुदाय से किया जाता है और वह चार महीने तक स्वास्थ्य, पोषण और बाल विकास के विभिन्न पहलुओं में प्रशिक्षण लेती है। वह अंशकालिक कार्यकर्ता है और मानदेय प्राप्त करती है। वह मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य (एमसीएच) परिवार नियोजन; टीकाकरण, स्वास्थ्य के बारे में शिक्षा, रेफरल सेवाएं, सुरक्षित पानी और बुनियादी स्वच्छता, पूरक पोषण और बच्चों की अनौपचारिक शिक्षा आदि की देखभाल करती है।
- 4) **मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा):** राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रमुख घटकों में से एक देश के प्रत्येक गांव को गांव से चयनित एक प्रशिक्षित महिला सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता — आशा प्रदान करना है। आशा को समुदाय और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच इंटरफेस के रूप में काम करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है। 1000 की आबादी पर एक आशा का प्रावधान है। आशा मुख्य रूप से गांव की ही एक महिला होनी चाहिए। आशा जागरूकता पैदा करने और पोषण, बुनियादी स्वच्छता और स्वच्छता अभ्यास, स्वस्थ रहने और काम करने की स्थिति, मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं की जानकारी और स्वास्थ्य और परिवार कल्याण सेवाओं के समय पर उपयोग की आवश्यकता जैसे स्वास्थ्य के निर्धारकों पर समुदाय को जानकारी प्रदान करने के लिए कदम उठाएगी। वह जन्म की तैयारी, सुरक्षित प्रसव के महत्व, स्तनपान और पूरक आहार, टीकाकरण, गर्भनिरोधक और प्रजनन पथ संक्रमण, यौन सहित सामान्य संक्रमणों की रोकथाम पर महिलाओं को परामर्श देगी संचारित संक्रमण और छोटे बच्चे की देखभाल करेगी। आशा समुदाय को जुटाएगी और उन्हें गांव/ उप-केंद्र/ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध स्वास्थ्य और स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं जैसे टीकाकरण, प्रसव पूर्व का आकलन करने में सुविधा प्रदान करेगी सरकार द्वारा प्रदान की

जा रही चेकअप (एएनसी), प्रसवोत्तर जांच (पीएनसी), आईसीडी, स्वच्छता और अन्य सेवाएं। वह गर्भवती महिलाओं और निकटतम पूर्व-चिन्हित स्वास्थ्य सुविधा में उपचार / प्रवेश की आवश्यकता वाले बच्चों के साथ एस्कॉर्ट/आशा प्राथमिक चिकित्सा देखभाल या मामूली बीमारियों जैसे दस्त, बुखार और मामूली चोटों के लिए प्राथमिक चिकित्सा प्रदान करेगी। वह जन्म और मृत्यु और समुदाय में किसी भी असामान्य स्वास्थ्य समस्याओं/बीमारी के प्रकोप के बारे में उप-केंद्र/प्राथमिक को भी सूचित करेगी वह इसके तहत संपूर्ण स्वच्छता अभियान तथा घरेलू शौचालयों के निर्माण को भी बढ़ावा देंगी

अपनी प्रगति की जाँच करें 3

1) स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों के अंग क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

2) केंद्रीय स्वास्थ्य प्रशासन परिषद के पदानुक्रम का उल्लेख कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

3) राज्य स्वास्थ्य प्रशासन का मॉडल दीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

6.6 स्वास्थ्य वितरण के कामकाज का महत्वपूर्ण मूल्यांकन

अभी भी तय मानक से 16 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और 58 प्रतिशत सीएचसी कम है; इसके अतिरिक्त कर्मचारियों की अनुपलब्धता; कमजोर रेफरल प्रणाली; आवर्ती धन की कमी; और देखभाल की गुणवत्ता के लिए जवाबदेही की कमी आदि भी प्रमुख समस्याएँ हैं।

6.6.1 सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल में समस्याएँ

बड़े पैमाने पर सार्वजनिक स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे का बहुत कम उपयोग; खराब उपलब्धता और पहुंच; और सार्वजनिक स्वास्थ्य इकाइयों के असंतोषजनक काम प्रमुख समस्याएँ हैं। केवल 20 प्रतिशत ओपीडी और 45 प्रतिशत रोगी देखभाल सरकारी स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे से प्राप्त होती है, जबकि शेष निजी क्षेत्र से होती है।

6.6.2 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल

इस बात पर जोर देना महत्वपूर्ण है कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केवल एक वर्णनात्मक शब्द नहीं है जो स्वास्थ्य देखभाल के पहले स्तर को दर्शाता है। यह स्वास्थ्य के बारे में व्यापक दृष्टिकोण है जो बीसवीं शताब्दी के सार्वजनिक स्वास्थ्य की सबसे महत्वपूर्ण वैचारिक प्रगति को उभरता है। जैव-चिकित्सा विज्ञान से प्राप्त तकनीकी-केंद्रित दृष्टिकोणों के विपरीत— जैसे चेचक और मलेरिया के खिलाफ रैखिक अभियान — प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दृष्टिकोण जटिल सामाजिक-आर्थिक, राजनीतिक और तकनीकी संबंधों का सामना करता है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का मुख्य जोर इस बात पर है:

- स्वास्थ्य देखभाल में समानता;
- लोगों की पूर्ण भागीदारी के साथ आवश्यकता-आधारित, सामाजिक रूप से स्वीकार्य सेवाएं;
- अंतर-क्षेत्रीय रणनीतियों के माध्यम से राष्ट्रीय विकास योजनाओं में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को शामिल करने के लिए राज्य की जिम्मेदारी;
- माध्यमिक और तृतीयक देखभाल के समर्थन के साथ आत्मनिर्भरता और प्रभावी बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने वाली सस्ती प्रौद्योगिकियां; और
- व्यक्तिगत नहीं सामूहिक प्रयास।

सामाजिक-आर्थिक और जनसांख्यिकीय कारकों और स्वास्थ्य संक्रमणों के बीच संबंध पर जोर देने वाले तकनीकी दृष्टिकोण और शोधों की बार-बार विफलताओं ने 1978 में अल्मा-अता घोषणा का नेतृत्व किया। इसमें कहा गया है कि स्वास्थ्य के वांछित स्तर को प्राप्त करने के लिए केवल औपचारिक सरकारी सहायता पर्याप्त नहीं होगी और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को स्वास्थ्य नियोजन के लिए राष्ट्रीय रणनीतियों के पुनः उन्मुखीकरण की आवश्यकता होगी। इसका मतलब है कि वंचितों को स्वास्थ्य संसाधनों का हस्तांतरण होगा। स्वास्थ्य बजट को तब तक बढ़ाना पड़ सकता है जब तक कि कुल आबादी को आवश्यक देखभाल नहीं मिल जाती और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का समर्थन करने वाले संस्थानों को प्रभावी नहीं बनाया जाता।

प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) जिसमें चार डॉक्टर, एक पीएचएन, दो नर्स मिडवाइफ, आठ एएनएम (महिलाएं), चार बहुउद्देशीय कामगार (एमपीडब्ल्यू), एक फार्मसिस्ट, एक लिपिक/सहायक, एक कार्यालय सहायक, एक प्रयोगशाला शामिल है। तकनीशियन, एक ड्राइवर, एक स्वीपर- यह 6 लाख रुपये के वेतन और लाभ/कैपिटेशन को जोड़ता है (राज्यों में वेतन संरचना अलग-अलग हो सकती है और इसलिए यह भिन्न हो सकती है)। डॉक्टरों और नर्सों को या तो वेतनभोगी या अनुबंधित किया

जा सकता है। उपचारात्मक देखभाल घटक को प्रत्येक प्रदाता को सौंपे जाने वाले परिवारों (घनत्व के आधार पर 500-2000) के साथ एक पारिवारिक चिकित्सा पद्धति के रूप में काम करना चाहिए। प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में 10 बेड होने चाहिए। 20,000 आबादी को कवर करने के लिए औसत ग्रामीण इकाई (घनत्व के आधार पर 10-30 हजार की सीमा में); 50,000 आबादी को कवर करने के लिए औसत शहरी इकाई (घनत्व के आधार पर 30-70 हजार आबादी की सीमा में)। ग्रामीण क्षेत्रों में प्रत्येक 5 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक 50 बिस्तरों वाला अस्पताल होगा और इस पर प्रति वर्ष प्रति बिस्तर 400,000 रुपये या ऐसे अस्पताल के लिए 20 लाख रुपये खर्च होंगे। इस अनुपात के अनुसार हमें 7500 ग्रामीण अस्पतालों की आवश्यकता होगी और यह 10,000 करोड़ रुपये में तब्दील हो जाएगा। पूरे देश के लिए 150 अरब रुपये। शहरी क्षेत्रों में प्रत्येक 10 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए 200 बिस्तरों वाले एक अस्पताल की आवश्यकता होगी और इस पर प्रति वर्ष प्रति बिस्तर 500,000 रुपये या प्रति अस्पताल 100 लाख रुपये खर्च होंगे। इस अनुपात के अनुसार ऐसे 700 अस्पतालों की आवश्यकता होगी और यह 10,000 करोड़ रुपये में तब्दील हो जाएगा। पूरे देश के लिए 70 अरब रुपये।

इस प्रकार यह स्पष्ट है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की उपेक्षा सरकारी नीति निर्माण से बड़ा मुद्दा है। यह समग्र राजनीतिक अर्थव्यवस्था का केंद्र बिंदू है। पूंजीवाद के तहत केवल एक अच्छी तरह से विकसित कल्याणकारी राज्य ही अपनी आबादी की बुनियादी जरूरतों को पूरा कर सकता है। भारत के पिछड़ेपन को देखते हुए अर्थव्यवस्था के उत्पादक क्षेत्रों (जो सीधे पूंजी संचय को लाभ पहुंचाते हैं) के लिए सार्वजनिक संसाधनों की मांग सामाजिक क्षेत्रों की तुलना में अधिक जरूरी (व्यावसायिक दृष्टिकोण से) है। वही व्यापक और सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा के लिए नीति मार्ग बुरी तरह विफल रहा है। अब अधिकार-आधारित दृष्टिकोण की दिशा में ध्यान बदलने का समय आ गया है। यह अवसरस्वास्थ्य देखभाल के संवैधानिक प्रावधानों और विमर्श, अंतरराष्ट्रीय कानूनों, और नागरिक समाज को जुटाने और अधिकार पर सामाजिक-राजनीतिक आम सहमति बनाने की क्षमता के रूप में मौजूद है। पूरे देश में इस दिशा में बहुत सारे छोटे प्रयास किए जा रहे हैं, उदाहरण के लिए जन स्वास्थ्य आंदोलन या **जन स्वास्थ्य अभियान (जेएसए)**। इन प्रयासों को बढ़ाने के लिए तालमेल बनाना होगा ताकि भारत के लोग स्वास्थ्य सेवा के अधिकार का आनंद ले सकें। सरकारी मोर्चे पर मनमोहन सिंह की यूपीए सरकार अपने प्रमुख कार्यक्रमों में से एक, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली का पुनर्गठन करने का वादा करती थी।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन दस्तावेज की प्रस्तावना में कहा गया है, “भारत सरकार ने आर्थिक और सामाजिक विकास की प्रक्रिया में स्वास्थ्य के महत्व को पहचानते हुए और हमारे नागरिकों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार करते हुए, आवश्यक वास्तुशिल्प सुधार करने के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू करने का संकल्प लिया है। बुनियादी स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली मिशन का लक्ष्य लोगों, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों, गरीबों, महिलाओं और बच्चों के लिए गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता और पहुंच में सुधार करना है” (स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय) : 2005)। यह लक्ष्य ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा के तीन स्तरों — उपकेंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और सीएचसी को मजबूत करके प्राप्त किया जाएगा। गांव/बस्ती स्तर पर आशा (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य

कार्यकर्ता) नामक एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता नियुक्त की जाएगी जो ग्रामीण क्षेत्रों में शेष सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के लिए लिंक कार्यकर्ता होगी। मिशन के अंतर्गत प्रत्येक स्तर पर अतिरिक्त संसाधन आबंटन और सुविधाओं के उन्नयन की योजना बनाई गई है।

निष्कर्ष के रूप में कहा जा सकता है, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का उपयोग एक नई स्वास्थ्य वित्तपोषण रणनीति तैयार करने के अवसर के रूप में किया जाना चाहिए, जो स्थानीय सरकारों को वित्तीय संसाधनों को हस्तांतरित करता है और इसके कार्यान्वयन की निगरानी के लिए एक सामाजिक लेखा परीक्षा ढांचे का उपयोग करता है। केवल इससे संरचनात्मक परिवर्तन होंगे और भारतीय लोगों के स्वास्थ्य में सुधार होगा। लेकिन सरकार तब तक ऐसा नहीं करेगी जब तक कि स्वास्थ्य सेवा एक राजनीतिक एजेंडा नहीं बन जाती और चुनाव नहीं कराती। इस प्रकार, नागरिक समाज को नीचे से दबाव डालना होगा। स्वास्थ्य सेवा के अधिकार पर अभियान शुरू करने वाले **जन स्वास्थ्य अभियान** की पहल इस दिशा में उठाया गया एक ऐसा ही कदम है। जन स्वास्थ्य अभियान ने एक पीपुल्स हेल्थ चार्टर तैयार किया है, स्वास्थ्य सेवा के अधिकार पर अभियान का समर्थन करने के लिए 18 राज्यों में समूहों को जुटाया है, इनकार करने पर सार्वजनिक सुनवाई आयोजित करने के लिए राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग के साथ सहयोग किया है। देश भर में स्वास्थ्य सेवा मंत्रालय और अब राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन सक्रिय रूप से जुड़ रहा है ताकि न केवल इसके माध्यम से इसकी प्रगति की निगरानी की जा सके सामुदायिक भागीदारी लेकिन इसका उपयोग भारत में स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवा के पुनर्गठन के अवसर के रूप में भी करें।

6.6.3 माध्यमिक और तृतीयक देखभाल

माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल: माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल जिला स्तर पर है — जहां अधिकांश स्थितियों का इलाज विशेषज्ञों द्वारा किया जाता है। माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा में हृदय रोग विशेषज्ञ, त्वचा विशेषज्ञ, मूत्र रोग विशेषज्ञ और अन्य जैसे विशेषज्ञ शामिल हैं। व्यक्ति प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के रेफरल के माध्यम से माध्यमिक चिकित्सा सहायता प्रदाताओं तक पहुंचते हैं। कुछ देशों में, व्यक्ति पहली देखभाल स्तर पर चिकित्सा व्यक्ति के रेफरल के बिना विशेषज्ञों से परामर्श नहीं कर सकते हैं। माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता रोगी और इसलिए उन्नत चिकित्सा सहायता के बीच संपर्क के रूप में कार्य करते हैं। इस श्रेणी के अंतर्गत आने वाली प्रणालियों को जिला स्वास्थ्य प्रणाली और काउंटी स्वास्थ्य प्रणाली के रूप में जाना जाता है।

जिला स्वास्थ्य प्रणाली मुख्य रूप से बाल स्वास्थ्य और मातृत्व देखभाल पर केंद्रित है। स्वास्थ्य केंद्र विभिन्न प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों से रेफरल प्राप्त करते हैं और 24 घंटे खुले रहते हैं। जिला अस्पतालों में आपातकालीन सेवाएं, नवजात शिशु देखभाल, व्यापक आपातकालीन प्रसूति शामिल हैं।

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा उन अस्पतालों में प्रदान की जाती है जिनमें सरकारी मेडिकल कॉलेजों में एक विशेषता और सुपर स्पेशियलिटी विभाग होते हैं। यह पदानुक्रम के भीतर शीर्ष पर रैंक करता है। अनुसंधान केंद्र तृतीयक स्वास्थ्य सेवा के अंतर्गत भी आते हैं। यह वह देखभाल है जो पहले और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा रोगियों के लिए रेफरल के रूप में आती है। कैसर, या

न्यूरोलॉजिकल विकारों जैसी बीमारियों के लिए प्रमुख सर्जरी, प्रत्यारोपण, प्रतिस्थापन और दीर्घकालिक चिकित्सा सहायता प्रबंधन जैसी उन्नत चिकित्सा प्रक्रियाओं की आवश्यकता हो सकती है।

विशेष प्रवाहकीय चिकित्सा सहायता उच्चतम प्रकार की स्वास्थ्य देखभाल पद्धति है और सभी मुख्य चिकित्सा प्रक्रियाओं को निष्पादित करती है। उन्नत नैदानिक केंद्र, विशेष चिकित्सा देखभाल इकाइयां और आधुनिक चिकित्सा सुविधाएं तृतीयक चिकित्सा सहायता में प्रमुख विशेषताएं हैं। तृतीयक चिकित्सा सहायता प्रदान करने वाली प्रथाएं सरकार का एक हिस्सा या सार्वजनिक और व्यक्तिगत दोनों क्षेत्रों का मिश्रण हो सकती हैं। भारत में स्वास्थ्य सेवा प्रणाली उत्तरार्द्ध का एक उदाहरण है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 4

1) स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली के कामकाज का गंभीर रूप से मूल्यांकन करें?

.....
.....
.....
.....
.....

2) माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का वर्णन करें?

.....
.....
.....
.....
.....

6.7 सारांश

हेल्थकेयर भारत के सबसे बड़े सेवा क्षेत्रों में से एक है। भारतीय संविधान के तहत स्वास्थ्य राज्य का विषय है। इसलिए प्रत्येक राज्य की अपनी स्वास्थ्य सेवा वितरण प्रणाली है जिसमें सार्वजनिक और निजी दोनों (लाभ के साथ-साथ गैर-लाभकारी अभिनेता भी काम करते हैं)। जबकि राज्य अपनी संबंधित स्वास्थ्य प्रणालियों के कामकाज के लिए जिम्मेदार हैं, कुछ जिम्मेदारियां संघीय (केंद्र) सरकार पर भी आती हैं, अर्थात् नीति-निर्माण, योजना, मार्गदर्शन, सहायता, मूल्यांकन और विभिन्न प्रांतीय स्वास्थ्य प्राधिकरणों के काम का समन्वय करने के पहलू और राष्ट्रीय कार्यक्रमों को लागू करने के लिए धन प्रदान करना। स्वास्थ्य विषयों को तीन समूहों में विभाजित किया गया है: संघीय, समवर्ती और राज्य। राज्य सूची राज्य की जिम्मेदारी है, जिसमें राज्य के भीतर चिकित्सा देखभाल, निवारक स्वास्थ्य सेवाओं और तीर्थयात्रा का

प्रावधान शामिल है। वर्तमान में भारत में 29 राज्य हैं, प्रत्येक राज्य का अपना स्वास्थ्य प्रशासन है। ग्राम स्तर पर, ग्राम स्वास्थ्य गाइड, स्थानीय मंच, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, आशा कार्यकर्ताओं द्वारा प्राथमिक सेवाएं प्रदान की जाती हैं। स्वास्थ्य सेवा को राजनीतिक एजेंडे पर लाने की पहल बहुआयामी होनी चाहिए और विभिन्न स्तरों पर लड़ी जानी चाहिए। यहां विचार कार्य योजना विकसित करना नहीं है, बल्कि स्वास्थ्य सेवा के अधिकार के लिए आम सहमति और संघर्ष बनाने के लिए आवश्यक विभिन्न कदमों और भागीदारी को इंगित करना है।

6.8 मुख्य शब्द

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी): सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्वास्थ्य देखभाल के माध्यमिक स्तर का गठन करते हैं, उन्हें ग्रामीण आबादी को रेफरल के साथ-साथ विशेषज्ञ स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया है। चिकित्सा सेवाओं के अलावा, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के कार्यों में सुरक्षित पेयजल और बुनियादी स्वच्छता, स्थानिक रोगों की रोकथाम और नियंत्रण, क्षेत्र के महत्वपूर्ण आंकड़ों का संग्रह, स्वास्थ्य और पोषण, शिक्षा के लिए प्रावधान करना भी शामिल है।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (पीएचसी): प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल व्यावहारिक, वैज्ञानिक और सामाजिक रूप से स्वीकार्य तरीकों और प्रौद्योगिकी के आधार पर आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल है जो व्यक्तियों के लिए सार्वभौमिक रूप से सुलभ है। इसमें शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण शामिल है और यह रोग-केंद्रित के बजाय जन-केंद्रित है।

मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा): एक मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा नियुक्त एक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता है। आशा कार्यकर्ता स्वास्थ्य और उसके सामाजिक निर्धारकों के बारे में जागरूकता पैदा करती है और समुदाय को स्थानीय स्वास्थ्य योजना और मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग और जवाबदेही में वृद्धि के लिए लामबंद करती है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम): राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन भारत सरकार द्वारा ग्रामीण आबादी, विशेष रूप से कमजोर समूहों को सुलभ, सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था। मिशन का जोर एक पूर्ण कार्यात्मक, सामुदायिक स्वामित्व वाली, विकेंद्रीकृत स्वास्थ्य वितरण प्रणाली स्थापित करने पर है ताकि निर्धारकों की एक विस्तृत श्रृंखला पर एक साथ कार्रवाई सुनिश्चित की जा सके स्वास्थ्य जैसे पानी, स्वच्छता, शिक्षा, पोषण, सामाजिक और लैंगिक समानता।

6.9 संदर्भ और ग्रंथ सूची

- Anstey, V. (1936), *The Economic Development of India*, London: Longmans.
- Arnold, D. ((1985), "Medical Priorities and Practice in Nineteenth Century BritishIndia", *South Asia Research* 5, 2: 167:186.
- Bhore, Joseph (1946), *Report of the Health Survey and Development Committee*, Volume I to IV, Govt. of India, Delhi

- CBHI, Various Years: *Health Information of India*, Central Bureau of Health Intelligence, Ministry of Health and Welfare, Government of India, New Delhi
- Census of India (1911), Delhi: Government of India.
- Duggal, Ravi (2002), “Resource Generation Without Planned Allocation”, *Economic and Political Weekly*, Jan 5, 2002
- Duggal, Ravi, (2000), *The Private Health Sector in India – Nature, Trends and a Critique*, VHAI, New Delhi
- Fendall, R. (1984), *World Health Forum*, 5, 300.
- ICMR (1990), *A National Collaborative Study of High-Risk Families*, ICMR Task Force, New Delhi
- Jeffery, Roger (1988), *The Politics of Health in India*, London: University of California Press.
- Meller, H. (1979), “Urbanization and the Introduction of Modern Town Planning Ideas in India 1900-1925”, in K.N.Chaudhuri and C.J. Dewey, eds. *Economy and Society*, Oxford: Oxfam.
- Ministry of Health and Family Welfare (2005), *National Rural Health Mission*, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi
- Morley, David et al., (1984), *Practicing Health for All*, Oxford University Press.
- National Sample Survey (1987), *Morbidity and Utilization of Medical Services*, 42nd Round, Report No. 384, National Sample Survey Organisation, New Delhi.
- Ramasubban, R. (1984), “Public Health and Medical Research in India: Their Origins under the Impact of British Colonial Policy”, *Stockholm: SAREC Report No. 4*, Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries.
- Rao, K.N. (1966), *The Nation’s Health*, Delhi: The Publication Division.
- WHO (1961), *Planning of Public Health Services*, TRS 215, World Health Organisation, Geneva.
- WHO, (1988), *Country Profile - India*, WHO - SEARO, New Delhi

इकाई 7 स्वास्थ्य और पोषण: व्यवहार और प्रथाएँ

इकाई की रूपरेखा

- 7.0 उद्देश्य
- 7.1 परिचय
- 7.2 ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य परिदृश्य
- 7.3 स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार के निर्धारक
- 7.4 ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं का असर
- 7.5 प्रौद्योगिकी के कारण स्वास्थ्य की मांग व्यवहार
- 7.6 वैकल्पिक चिकित्सा और ग्रामीण स्वास्थ्य
- 7.7 स्वास्थ्य की मांग व्यवहार के लिए बाधाएं
- 7.8 ग्रामीण स्वास्थ्य में चुनौतियां
- 7.9 ग्रामीण स्वास्थ्य के लिए समाधान
- 7.10 सारांश
- 7.11 मुख्य शब्द
- 7.12 संदर्भ और ग्रंथ सूची

7.0 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप:

- ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार की प्रकृति और स्थिति को समझ पाएंगे;
- वैकल्पिक चिकित्सा के महत्व को जान पाएंगे; और
- स्वास्थ्य सेवा उपलब्धता, पहुंच, उपयोग और इसके कारणों के बीच अंतराल की पहचान पाएंगे।

7.1 परिचय

स्वास्थ्य और पोषण का मनुष्य के जीवन पर बहुत प्रभाव पड़ता है। स्वस्थ जीवन जीने के लिए अच्छा पोषण एक महत्वपूर्ण कारक है। शरीर के समुचित विकास और विकास के लिए कम उम्र से ही एक निश्चित मात्रा में पोषण की आवश्यकता होती है। विभिन्न प्रकार के खाद्य पदार्थों में पोषण की अलग-अलग मात्रा होती है और पोषण का सेवन कई कारकों जैसे उम्र, लिंग, वजन आदि पर निर्भर करता है।

बेहतर पोषण शिशु, बच्चे और मातृ स्वास्थ्य में सुधार, मजबूत प्रतिरक्षा प्रणाली, सुरक्षित गर्भावस्था और प्रसव, गैर-संचारी रोगों (जैसे मधुमेह और हृदय रोग) के कम जोखिम और दीर्घायु से संबंधित है। स्वस्थ बच्चे बेहतर तरीके से सीख सकते हैं। इसके अलावा, पर्याप्त पोषण वाले लोग अधिक उत्पादक होते हैं और धीरे-धीरे गरीबी और भूख के चक्र को तोड़ने के अवसर पैदा कर सकते हैं।

कुपोषण, हर रूप में, मानव स्वास्थ्य के लिए महत्वपूर्ण खतरे प्रस्तुत करता है। कुपोषण किसी व्यक्ति के ऊर्जा और / या पोषक तत्वों के सेवन में कमी, अधिकता या असंतुलन को संदर्भित करता है। आज दुनिया कुपोषण के दोहरे बोझ का सामना कर रही है जिसमें कुपोषण और अधिक वजन दोनों शामिल हैं, खासकर निम्न और मध्यम आय वाले देशों में। दुनिया का हर देश कुपोषण के एक या एक से अधिक रूपों से प्रभावित है। कुपोषण के सभी रूपों का मुकाबला करना सबसे बड़ी वैश्विक स्वास्थ्य चुनौतियों में से एक है।

स्वास्थ्य और पोषण की मांग व्यवहार एक महत्वपूर्ण कारक है जो एक स्वस्थ समाज को परिभाषित करता है। लोगों का व्यवहार पौष्टिक भोजन के सेवन के बारे में अंतर करता है। डब्ल्यूएचओ उप-सहारा अफ्रीका में सब्जी की खपत से संबंधित कारकों में से एक के रूप में उपभोक्ताओं की प्राथमिकताओं और इंटर-घरेलू निर्णय लेने को इंगित करता है। इसके अलावा, यह ग्रामीण से शहरी, पुरुष से महिला, गरीब से अमीर, आदि में भिन्न होता है। ऐसे कई कारक हैं जो स्वास्थ्य के प्रति लोगों के व्यवहार को निर्धारित करते हैं। अनुचित स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार को बदतर स्वास्थ्य परिणामों, रुग्णता और मृत्यु दर में वृद्धि और खराब स्वास्थ्य आंकड़ों से जोड़ा गया है। इसलिए, किसी राष्ट्र की स्वास्थ्य स्थिति और इस प्रकार इसके आर्थिक विकास में सुधार के लिए लोगों के बीच एक उपयुक्त स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार और प्रथाओं को बनाए रखना महत्वपूर्ण है।

7.2 ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य परिदृश्य

भारत दुनिया का दूसरा सबसे अधिक आबादी वाला देश है और इसने सामाजिक-राजनीतिक जनसांख्यिकीय और रुग्णता पैटर्न को बदल दिया है जो हाल के वर्षों में वैश्विक ध्यान आकर्षित कर रहा है। सरकार द्वारा अपनाई गई कई विकास उन्मुख नीतियों के बावजूद, बढ़ती आर्थिक, क्षेत्रीय और लैंगिक असमानताएं स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए चुनौतियां पैदा कर रही हैं, खासकर ग्रामीण भारत में। लांसेटस्टडी के अनुसार 195 देशों में, एक अरब से अधिक आबादी वाले भारत को स्वास्थ्य पहुंच और गुणवत्ता सूचकांक में 145वें स्थान पर रखा गया है, जो इसे चीन, बांग्लादेश, श्रीलंका और भूटान जैसे अपने पड़ोसियों के पीछे एशिया में सबसे बड़े अंडरअचीवर्स में से एक बनाता है।

भारत न केवल जनसंख्या विस्फोट के मामले में बल्कि अपने स्वास्थ्य परिदृश्य में भी वैश्विक मोर्चे पर सुर्खियों में है। आजादी के 73 साल पूरे होने का जश्न मनाने के बाद भी इसकी आबादी अभी भी खराब स्वास्थ्य प्रणाली के खतरे में है। लगभग 85 प्रतिशत आबादी अभी भी अपने क्षेत्र में बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं के लिए लड़ रही है। ग्रामीण आवासों की बिगड़ती जीवन स्थितियों से इस स्थिति को बढ़ावा मिला है। यह देखा गया है कि 70 प्रतिशत आबादी के पास विशेषज्ञ देखभाल तक पहुंच नहीं है क्योंकि 80 प्रतिशत विशेषज्ञ शहरी क्षेत्रों में रहते हैं। केवल 13 प्रतिशत ग्रामीण आबादी की प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों तक पहुंच है, उप-केंद्र तक 33

प्रतिशत और अस्पताल (एनएफएचएस-II) में 9.6 प्रतिशत की पहुंच है। शहरी शहरों (29%) की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में कम वजन वाले बच्चों का प्रसार अधिक (38%) था। 6-23 महीने से कम उम्र के केवल 10 प्रतिशत बच्चों को पर्याप्त आहार प्राप्त करने की सूचना मिली थी। पहुंच में यह असमानता पोषण की स्थिति में राज्य स्तर की असमानता से बढ़ जाती है।

घर की अस्वास्थ्यकर और अस्वास्थ्यकर स्थिति, असुरक्षित पेयजल, खुले में शौच, इन क्षेत्रों में कई बीमारियों के विस्तार को बढ़ाता है। ग्रामीण लोगों द्वारा प्रचलित अंधविश्वास के माध्यम से परिदृश्य बदतर हो जाता है। ग्रामिणों के अंधविश्वास कि जादू से कोई बीमारी ठीक हो सकती है, ने भारत की ग्रामीण आबादी के दिमाग को वश में कर लिया है। इस तरह की धारणा के कारण, ग्रामीण क्षेत्र विभिन्न कदाचारों के प्रभाव में हैं जो अंततः यहां आधुनिक चिकित्सा के द्वार को बंद कर देता है। ग्रामीण स्वास्थ्य परिचर्या में गिरावट का एक महत्वपूर्ण कारण स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली में अपर्याप्त मानव संसाधन का होना है। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल), उप-केंद्र (एससी) और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) जैसे स्वास्थ्य संस्थानों को स्वास्थ्य पेशेवरों की कमी के कारण भारी समस्याओं का सामना करना पड़ रहा है।

बुनियादी ढांचे की अपर्याप्तता या प्रोत्साहन की कमी के कारण डॉक्टर ग्रामीण क्षेत्रों में काम नहीं करना चाहते हैं। बनर्जी द्वारा किए गए एक अध्ययन में, राजस्थान में लगभग 45 प्रतिशत डॉक्टर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों से और 56 प्रतिशत उप-केंद्रों से अनुपस्थित थे। सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल पर खर्च की न्यूनतम राशि जो कुल व्यय का 17.9 प्रतिशत है (भट, रमेश और निशांत जैन, 2004) के साथ स्थिति बदतर हो जाती है। स्वास्थ्य सेवा में सार्वजनिक वित्त पोषण तुलना में निजी वित्त पोषण (निजी घरेलू स्वास्थ्य व्यय, दान, गैर-सरकारी संगठनों से धन, आदि) का एक बड़ा योगदान है।

हालांकि, आबादी की स्वास्थ्य स्थिति में स्वतंत्रता के बाद से कुछ प्रगति हुई है; यह कुछ स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार में परिलक्षित होता है। विभिन्न उपायों के संचयी प्रभाव और आजीविका, पोषण और आश्रय के लिए कई राष्ट्रीय कार्यक्रमों के तहत, जिसमें ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य परिदृश्य में सुधार के लिए सरकार द्वारा उठाए गए विभिन्न कदम शामिल थे। आम जनता के स्वास्थ्य मानक को ऊपर उठाने के लिए प्रचलित ग्रामीण स्वास्थ्य ढांचे को संस्थागत बनाने के लिए कई रणनीतियां और मिशन शुरू किए गए हैं। ग्रामीण स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित करने वाले सरकार द्वारा शुरू किए गए कुछ कार्यक्रम हैं:

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में केंद्रीय उपलब्धियों में से एक रहा है। यह पहली बार वर्ष 2005 में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में समस्याओं और कमजोरी से निपटने और ग्रामीण क्षेत्रों की स्थिति और प्रणाली को बढ़ाने के उद्देश्य से शुरू किया गया था। यह बड़े पैमाने पर और विशेष रूप से उन वर्गों के लिए प्रभावी, सुलभ, जवाबदेह, सस्ती और विश्वसनीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान करता है जो अधिक गरीब, कमजोर और स्वास्थ्य रोग से ग्रस्त हैं।

प्रधानमंत्री मातृत्व वंदना योजना (पीएमएमवीवाई): प्रधानमंत्री मातृत्व वंदना योजना, जिसे पहले इंदिरा गांधी मातृत्व सहयोग योजना (आईजीएमएसवाई) के नाम से जाना जाता था, वर्ष 2010 में शुरू किया गया था, सरकार द्वारा संचालित एक मातृत्व कार्यक्रम है। इसका उद्देश्य महिलाओं को पहले छह महीनों के लिए प्रारंभिक और अनन्य स्तनपान सहित शिशु

और युवा बाल आहार (आईवाईसीएफ) प्रथाओं का पालन करने के लिए प्रोत्साहित करना है। यह एक सशर्त नकद अंतरण योजना है जिसे महिला एवं बाल विकास मंत्रालय से पहले दो जीवित जन्मों के लिए 19 वर्ष या उससे अधिक आयु की गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं के लिए राज्य आईसीडीएस प्रकोष्ठों के माध्यम से कार्यान्वित किया जाता है। यह गर्भावस्था, प्रसव और बाल-रक्षण (चाइल्डकैअर) के दौरान मजदूरी-हानि के लिए महिलाओं को आंशिक मजदूरी मुआवजा प्रदान करता है।

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई): जननी सुरक्षा योजना भारत सरकार के राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के तहत 2005 में शुरू किया गया एक प्रमुख कार्यक्रम है जो राष्ट्रीय स्तर पर मातृत्व लाभ योजना को संशोधित करता है। इसका उद्देश्य मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के लिए संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देना है। यह महिलाओं को घर-आधारित प्रसव की बरक्स सरकारी या अन्य निजी चिकित्सा सुविधाओं में अपने बच्चे को जन्म देने के लिए नकद प्रोत्साहन प्रदान करता है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा: राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) ग्रामीण स्वास्थ्य के क्षेत्र में महत्वपूर्ण योजनाओं में से एक है। इसे वर्ष 2008 में शुरू किया गया था, जिसे पहले केवल गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) परिवारों को लक्षित करने के लिए डिज़ाइन किया गया था, लेकिन असंगठित श्रमिकों की अन्य परिभाषित श्रेणियों को कवर करने के लिए इसका विस्तार किया गया है। इसका उद्देश्य प्रमुख स्वास्थ्य झटकों से प्रभावित परिवारों के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करना और स्वास्थ्य परिणामों में सुधार करना है (दास, जिष्णु और जेसिका लीनो, 2011)।

स्वच्छ भारत अभियान (एसबीए): स्वच्छ भारत अभियान या स्वच्छ भारत मिशन वर्ष 2014 में शुरू किया गया एक अभियान है, जिसका उद्देश्य घरेलू स्वामित्व वाले और सामुदायिक स्वामित्व वाले शौचालय का निर्माण करना एवं खुले में शौच को खत्म करना है। अभी भी ग्रामीण भारत के कई हिस्सों में खुले में शौच की प्रथा है जो दस्त, टाइफाइड, हेपेटाइटिस, आंतों के कृमि संक्रमण, हैजा आदि जैसी सबसे आम बीमारियों का कारण बनती है।

यद्यपि स्वास्थ्य से संबंधित कई कार्यक्रम थे, उनमें से अधिकांश में उचित कार्यान्वयन का अभाव था, इसलिए वांछित लक्ष्य प्राप्त नहीं कर सके। गांवों का देश होने के नाते भारत को ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल तक गहन पहुंच की आवश्यकता है। ग्रामीण स्वास्थ्य ग्रामीण जीवन के लिए महत्वपूर्ण विषयों में से एक है और यह प्रत्येक व्यक्ति का अधिकार है लेकिन गुणवत्तापूर्ण बुनियादी ढांचे की कमी, चिकित्सा सुविधाओं की कमी है और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल घटकों की कमी उन्हें उस अधिकार से वंचित कर रही है। इसलिए, ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य देखभाल नीति निर्माताओं के लिए एक बड़ी चुनौती है, जिससे बहुत प्रभावी ढंग से और गंभीरता से निपटा जाना चाहिए।

अपनी प्रगति की जाँच करें 1

- 1) ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार के लिए भारत सरकार द्वारा महत्वपूर्ण कार्यक्रमों को सूचीबद्ध करें।

7.3 स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार के निर्धारक

स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार (एचएसबी) को परिभाषित करते हुए कहा गया है, “उन व्यक्तियों द्वारा की गई कोई भी कार्रवाई या निष्क्रियता जो खुद को स्वास्थ्य समस्या या उचित उपाय खोजने के उद्देश्य से बीमार मानते हैं”। स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार को बीमारी के व्यवहार या बीमार अवधि के व्यवहार के रूप में भी वर्णित किया जा सकता है। स्वास्थ्य की मांग करने वाला व्यवहार स्वास्थ्य व्यवहार की व्यापक अवधारणा के अंतर्गत आता है, जिसमें अच्छे स्वास्थ्य को बनाए रखने, बीमार स्वास्थ्य को रोकने के साथ-साथ स्वास्थ्य की अच्छी स्थिति से किसी भी प्रस्थान से निपटने के लिए की गई गतिविधियां शामिल हैं।

अध्ययनों से पता चलता है कि कई कारक आबादी के स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार को प्रभावित करते हैं और आबादी के कुछ हिस्सों में दूसरों की तुलना में उपयुक्त स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार का उपयोग करने की अधिक संभावना है। स्वास्थ्य की मांग करने वाले अनुचित व्यवहार का प्रभाव विभिन्न जनसंख्या समूहों के बीच अलग-अलग पाए गए हैं। उदाहरण के लिए, पाकिस्तान में, जिन परिवारों की औसत आय न्यूनतम मजदूरी से कम थी, उनकी बीमारी के लिए औपचारिक चिकित्सा देखभाल की तलाश करने की संभावना उन लोगों की तुलना में कम थी जिनकी आय न्यूनतम मजदूरी से अधिक थी। केन्या में, ऊपरी सामाजिक-आर्थिक स्तर में घरों के भीतर लगभग 70 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रसव कराते हुए पाया गया, जबकि गर्भवती महिलाओं में 42 प्रतिशत की तुलना में गर्भवती महिलाओं में 42 प्रतिशत की वृद्धि हुई। मध्यम सामाजिक-आर्थिक स्तर और निम्न सामाजिक-आर्थिक स्तर में 38 प्रतिशत।

नाइजीरिया में हुए एक अध्ययन में, 71 प्रतिशत ग्रामीण निवासियों ने अपने पिछले बीमारी प्रकरण के दौरान अनुचित स्वास्थ्य व्यवहार की सूचना दी है, जबकि केवल 53 प्रतिशत शहरी निवासियों ने अपनी पिछली बीमारी के दौरान अनुचित स्वास्थ्य व्यवहार की सूचना दी है। इसी तरह, उन क्षेत्रों में रहने वाली नाइजीरियाई महिलाएं जहां के प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र में आबादी का अनुपात अधिक था (9,000: 1 से अधिक) वहां प्रसव के दौरान एक कुशल जन्म परिचर मौजूद होने की संभावना कम थी उन क्षेत्रों की तुलना में जिन क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल) की जनसंख्या का अनुपात कम था (6,000: 1 से कम)।

उम्र, लिंग, शिक्षा का स्तर, संस्कृति, धर्म, पिछले अनुभव जैसे कई चर हैं, जो स्वास्थ्य समस्याओं के बारे में हमारे कार्यों पर गंभीर प्रभाव डालते हैं। उम्र के मामले में, विभिन्न आयु वर्ग के लोग बीमारी को अलग-अलग तरीके से लेते हैं, शिशुओं और छोटे बच्चों का व्यवहार वयस्कों की तुलना में अलग-अलग होता है। दूसरे, लिंग और स्वास्थ्य के क्षेत्र में कई प्रकाशनों ने प्रदर्शित किया है कि देखभाल और उपचार के उचित रूप के आसपास निर्णय लेने की प्रक्रिया के संबंध में लिंगगत अंतर हैं। उदाहरण के लिए, कुछ अध्ययनों से पता चला है कि विकासशील देशों में महिलाएं पुरुषों की तुलना में औपचारिक स्वास्थ्य देखभाल का कम

उपयोग करती हैं और इसके बजाय पारंपरिक उपचार विकल्पों की ओर अधिक झुकाव रखती हैं। लक्षणों की धारणा और प्रस्तुति में लिंग अंतराल की जांच करने वाले अध्ययनों से पता चलता है कि महिलाएं न केवल पुरुषों की तुलना में अधिक सामाजिक समर्थन मांगती हैं, बल्कि संकट की काफी अधिक दर भी दर्ज करती हैं। शिक्षा, स्वास्थ्य सूचकांक को प्रभावित करने वाले सबसे महत्वपूर्ण चर के रूप में वर्णित किया गया है। सामान्य जागरूकता जो व्यक्तियों को औपचारिक शिक्षा या साक्षरता से मिलती है जैसे कि स्कूलों में स्वास्थ्य के मुद्दों के प्रति उचित और उचित व्यवहार करने के लिए अधिक इच्छुक हैं। जैसे-जैसे वे विशेष बीमारियों के बारे में जागरूक होते हैं और इसके सुधार के लिए आवश्यक कदम उठाते हैं। इसके अलावा, संस्कृति और धर्म की भूमिका का बीमारी के इलाज के तरीकों पर एक बड़ा प्रभाव पड़ता है, विशेष रूप से भारतीय समाज में जहां संस्कृति और धर्म दृढ़ता से प्रबल होते हैं। हालांकि, सांस्कृतिक और धार्मिक कारक कई बार किसी बीमारी के इलाज से निपटने में कठिनाई को जन्म देते हैं। व्यक्ति अपने पिछले अनुभवों से बीमारी का इलाज भी करते हैं, वे उसी उपचार का उपयोग करते हैं जो उन्हें अतीत में लाभान्वित करता था और अतीत से अप्रभावी तरीकों से बचता था। बहरहाल, किसी बीमारी की देखभाल पर वैवाहिक स्थिति का अपना प्रभाव पड़ता है, विवाहित पुरुषों की तुलना में विवाहित महिलाओं को अपने स्वास्थ्य के साथ अधिक समस्याओं का सामना करना पड़ता है। यह एक कलंक है जो समाज में कुछ बीमारियों वाले रोगग्रस्त रोगियों के प्रति बना रहता है जो उन्हें अलग-थलग महसूस कराता है और समुदाय के सदस्यों की नकारात्मक और प्रतिकूल राय के कारण अलग हो जाते हैं और यह उनके इलाज के बारे में रोगियों के दिमाग पर प्रभाव छोड़ता है। इसमें न केवल नकारात्मक राय बल्कि सकारात्मक भी शामिल है। इसके अलावा चिकित्सा सेवाओं और उपचार की उपलब्धता की एक और प्रमुख भूमिका है क्योंकि अधिक आसानी से उपलब्ध और सुलभ चिकित्सा केंद्र व्यक्तियों को यात्रा करने और उचित उपचार प्राप्त करने के लिए अधिक प्रोत्साहित करते हैं। यद्यपि, इन चिकित्सा सेवाओं की दुर्गमता की अनुपलब्धता रोगियों को उपचार प्राप्त करने के लिए हतोत्साहित करती है और रोकती है, यह कुल मिलाकर ग्रामीण क्षेत्रों में होता है। उल्लेख नहीं करने के लिए, विश्वसनीय सेवाएं और स्वास्थ्य प्रदाता रोगियों को उपेक्षा या परहेज करने के बजाय जब भी आवश्यक हो, उपचार को ठीक से लेने के लिए बढ़ावा देते हैं और आश्वस्त करते हैं। लेकिन, भले ही कुछ रोगी बीमारी के लक्षणों और संकेतों से बचते हैं, लेकिन लक्षण गंभीर होने के बाद चिकित्सा केंद्र जाने की आवश्यकता का एहसास होता है, लोग आमतौर पर बीमारी से बचते हैं जब तक इसके लक्षण इसकी गंभीरता दिखाने लगते हैं। एक बार जब ये लक्षण उनके सामान्य जीवन को प्रभावित करने लगते हैं और दैनिक बुनियादी जरूरतों को पूरा करना मुश्किल हो जाता है, तब वे उनकी देखभाल करना शुरू करते हैं तथा बेहतर उपचार के लिए आगे बढ़ते हैं।

बीमारी के लक्षण जब तक मौजूद रहते हैं, तब तक न केवल उससे भय महसूस होता है, बल्कि अगर यह धीमी गति से सुधार प्राप्त करता है तब यह निराशाजनक भी होता है। लक्षण जितने लंबे समय तक बने रहते हैं, ऐसे रोगी उतने ही असहिष्णु हो जाते हैं। दूसरी ओर, बीमारी के बारे में ज्ञान एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है, अगर रोगी बीमारी के लक्षणों के बारे में जानता है, तो वह उपचार के प्रति शायद ही कभी लापरवाह होता है। हालांकि, अगर बीमारी लाइलाज या घातक है, तो रोगी आशा खो देता है और आक्रामक और अलग व्यवहार दिखाता है। हालांकि, अन्य मामलों में, कुछ रोगी शेष समय को आशावादी तरीके से देखना शुरू कर देते हैं। स्वास्थ्य और उसके उपचार के बारे में राय और आचरण में हमेशा मतभेद रहे हैं।

अपनी प्रगति की जाँच करें 2

- 1) उन प्रमुख चरों को सूचीबद्ध करें जो स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार में भूमिका निभाते हैं।

.....

.....

.....

.....

.....

7.4 ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं का असर

2005 में शुरू किए गए दुनिया के सबसे बड़े सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में से एक राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम), ने उच्च-प्राथमिकता वाले कम विकसित भारतीय राज्यों में सबसे गरीब सामाजिक-आर्थिक समूहों के बीच संस्थागत प्रसव और प्रसवपूर्व सेवाओं के उत्थान में वृद्धि की। यद्यपि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के शुरुआती अवधि 2007-08 में प्रसवपूर्व सेवाओं के उत्थान में सुधार नहीं देखा गया था, लेकिन राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के बाद की अवधि 2011-12 में इसमें काफी वृद्धि हुई।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की वर्ष 2007-08 की अवधि की तुलना में वर्ष 2011-12 के उत्तरार्ध में संस्थागत प्रसव और प्रसवपूर्व सेवाओं के उत्थान में बड़े सकारात्मक प्रभाव पाए गए, जो दर्शाता है कि विकासशील देशों की सेटिंग्स में सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लगभग पूर्ण कार्यान्वयन और व्यापक आउटरीच के बाद बड़े समतामूलक प्रभाव होंगे। जननी सुरक्षा योजना के सशर्त नकद अंतरण कार्यक्रम के तहत नामांकित लाभार्थियों के उच्च अनुपात वाले राज्यों में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का प्रभाव सबसे अधिक था।

अध्ययनों में पाया गया कि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के जननी सुरक्षा योजना का भुगतान स्वास्थ्य सुविधा यथा जन्मों में वृद्धि और नवजात मृत्यु दर में गिरावट, टीकाकरण दर और स्तनपान प्रथाओं में सुधार से जुड़ा हुआ है। उच्च जननी सुरक्षा योजना कवरेज वाले जिलों में निम्न कवरेज वाले जिलों की तुलना में संस्थागत प्रसव में आर्थिक असमानता में कमी और मातृ मृत्यु दर में गिरावट देखी गयी।

आशा सेवाओं ने हाशिए के समुदायों को स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली से जोड़ा है। पूर्वोत्तर राज्यों में 66 प्रतिशत महिलाओं, उच्च फोकस वाले राज्यों में 30 प्रतिशत और अन्य राज्यों में 16 प्रतिशत महिलाओं के साथ आशा सेवाओं की प्राप्ति में पर्याप्त भिन्नता दर्ज की गई। जिन क्षेत्रों में सक्रिय आशा गतिविधि की सूचना मिली थी, वहां सबसे गरीब महिलाओं और अनुसूचित जातियों और अन्य पिछड़ी जातियों की महिलाओं को आशा सेवाएं प्राप्त करने की सबसे अधिक बाधाएं थीं।

ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में आयुष प्रणाली की भूमिका अत्यंत अपर्याप्त स्वास्थ्य अवसंरचना के साथ स्पष्ट है। ग्रामीण भारत में, आयुष डॉक्टरों और

पैरामेडिक्स की अत्यधिक अपर्याप्त एवं अकुशल स्वास्थ्य कर्मचारियों की भरमार है। सामुदायिक स्वास्थ्य मुद्दों के इलाज के लिए विभिन्न चिकित्सीय तरीकों का उपयोग किया जाता है जो सुरक्षित और कुशल हैं। शास्त्रीय आयुर्वेद ग्रंथों और योग और प्राकृतिक चिकित्सा जैसी अन्य चिकित्सा प्रणालियों में उल्लिखित कई अवधारणाओं का उपयोग किया जा रहा है और उनमें से कई राज्य कार्यक्रम (पीआईपी) के कार्यान्वयन और योजना में प्रस्तावित हैं।

ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं का उद्देश्य ग्रामीण भारत में रहने वाले व्यक्तियों के स्वास्थ्य में सुधार करना है। वे इस वंचित आबादी को स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने का प्रयास कर रहे हैं। इसका स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के सुधार पर पहले से ही कोई प्रभावशाली प्रभाव नहीं पड़ा है।

7.5 प्रौद्योगिकी के कारण स्वास्थ्य की मांग व्यवहार

दुनियाभर में इंटरनेट यूजर्स की संख्या काफी बढ़ गई है। इंटरनेट का उपयोग आम जनता द्वारा स्वास्थ्य उद्देश्यों के लिए किया जाता है, और स्वास्थ्य जानकारी के स्रोत के रूप में इंटरनेट का महत्व बढ़ रहा है। इसके अतिरिक्त, स्वास्थ्य से संबंधित वेबसाइटों ने तेजी से लोकप्रियता हासिल की है। इंटरनेट-आधारित स्वास्थ्य जानकारी विभिन्न स्रोतों से प्राप्त की जाती है, जिसमें संगठनों द्वारा संचालित वेबसाइटें, व्यक्तियों द्वारा संचालित होमपेज और ऑनलाइन सहायता समूह शामिल हैं जहां लोग सक्रिय रूप से स्वास्थ्य जानकारी और ब्लॉग का आदान-प्रदान करते हैं। ऑनलाइन स्वास्थ्य जानकारी उपभोक्ताओं और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को इंटरैक्टिव स्वास्थ्य संचार दृष्टिकोण के लिए अवसर दे रही है। स्वास्थ्य देखभाल चाहने वाले अपनी चिकित्सा देखभाल को बढ़ाने के लिए इंटरनेट का उपयोग करते हुए दिखाई देते हैं; वे किसी समस्या का निदान करने के लिए ऑनलाइन जानकारी का उपयोग करने की रिपोर्ट करते हैं और इंटरनेट पर मिली जानकारी को देखते हुए अपने स्वास्थ्य प्रदाता की सलाह के बारे में अधिक सहज महसूस करते हैं।

रोगों के प्रति विश्वसनीय ऑनलाइन जानकारी तक पहुंच को चिंता कम करने वाला, आत्म-प्रभावकारिता की भावनाओं में वृद्धि और एम्बुलेटरी देखभाल के उपयोग में कमी से जोड़ा गया है। इसलिए स्वास्थ्य से संबंधित वेबसाइटों में उपभोक्ताओं के दृष्टिकोण और व्यवहार को शक्तिशाली रूप से प्रभावित करने की क्षमता है। इंटरनेट का लाभ यह है कि यह व्यापक रूप से उपलब्ध (घर, ऑफिस, पुस्तकालय) और सुविधाजनक (24 घंटे उपलब्ध) है। स्वास्थ्य संबंधी जानकारी इंटरनेट पर उपलब्ध है। इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य जानकारी सर्वव्यापी होती जा रही है। स्वास्थ्य जानकारी इंटरनेट पर सबसे अधिक बार खोजे जाने वाले विषयों में से एक है। ऑनलाइन उपलब्ध स्वास्थ्य जानकारी की मात्रा आश्चर्यजनक है। सबसे आम विधि का उपयोग करते हुए उपभोक्ता स्वास्थ्य देखभाल की जानकारी ऑनलाइन खोजने के लिए भरोसा करते हैं एक लोकप्रिय खोज इंजन में “स्वास्थ्य” पर एक कीवर्ड खोज हाल ही में 473,000,000 परिणाम उत्पन्न करती है।

पिछले दशक में, स्वास्थ्य जानकारी की तलाश के लिए इंटरनेट का उपयोग करने वाले वयस्कों का प्रतिशत तेजी से बढ़ा है। 2012 में नीदरलैंड में एक राष्ट्रीय सर्वेक्षण में, 65-75 वर्ष की आयु के 81 प्रतिशत लोगों ने इंटरनेट का उपयोग किया और 54 प्रतिशत ने स्वास्थ्य जानकारी के लिए इंटरनेट का उपयोग किया। अनुसंधान से पता चला है कि ऑनलाइन स्वास्थ्य

उपभोक्ता अधिक शिक्षित होते हैं, अधिक कमाते हैं, और घर और काम पर उच्च गति इंटरनेट का उपयोग करते हैं।

रॉयटर्स ने बताया कि औसतन 53 प्रतिशत अमेरिकी स्वास्थ्य जानकारी के लिए इंटरनेट पर खोज करते हैं। प्यू इंटरनेट और अमेरिकन लाइफ प्रोजेक्ट के अनुसार (2003), इंटरनेट का उपयोग करने वाले 63 प्रतिशत अमेरिकियों (12. 8 करोड़ लोग) में से 66 प्रतिशत स्वास्थ्य और चिकित्सा जानकारी की तलाश करते हैं। ईसेनबैक ने अनुमान लगाया कि, वैश्विक स्तर पर, प्रत्येक दिन 27.8 करोड़ इंटरनेट खोजों में से लगभग 1. 25 करोड़ खोजें स्वास्थ्य से संबंधित हैं। स्वास्थ्य जानकारी की खोज करने वाले इंटरनेट उपयोगकर्ता स्वास्थ्य पेशेवरों के उद्देश्य से साइटों पर भी जाएंगे यह समझना कि स्वास्थ्य सूचना उपकरण के रूप में इंटरनेट का उपयोग करने की अधिक संभावना कौन है, यह समझने का एक महत्वपूर्ण पहलू है कि इंटरनेट स्वास्थ्य देखभाल को कैसे बदल रहा है।

हालांकि, कुछ विद्वानों ने स्वास्थ्य जानकारी के लिए इंटरनेट का उपयोग करने वाले रोगियों के खतरों पर भी ध्यान आकर्षित किया है। उदाहरण के लिए, इसके माध्यम से गलत निदान और शोषण की संभावना बढ़ जाती है। कुछ का सुझाव है कि इंटरनेट का उपयोग स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सकों के विवेक पर रोगियों के विश्वास को कम कर सकता है। ऐसी चिंताओं के जवाब में, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं ने वेब जानकारी के वैज्ञानिक मूल्य का मूल्यांकन करने के लिए वर्गीकृत प्रणाली स्थापित की है। यह महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य पेशेवर ज्ञान के लिए रोगियों की खोज को स्वीकार करते हैं, कि वे रोगियों द्वारा दी गई जानकारी पर चर्चा करते हैं और उन्हें विश्वसनीय और सटीक स्वास्थ्य वेबसाइटों के लिए मार्गदर्शन करते हैं। इसलिए, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को इंटरनेट उपयोग में अपने स्वयं के कौशल में सुधार करने की आवश्यकता है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 3

- 1) ग्रामीण स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार को आकार देने में प्रौद्योगिकी की भूमिका पर विस्तृत करें।

.....

.....

.....

.....

.....

7.6 वैकल्पिक चिकित्सा और ग्रामीण स्वास्थ्य

वैकल्पिक चिकित्सा विविध चिकित्सा और स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों, प्रथाओं और उत्पादों के एक समूह को परिभाषित करने के लिए उपयोग किए जाने वाले शब्द के रूप में प्रयोग किया जाता है। इन्हें आम तौर पर पारंपरिक चिकित्सा का हिस्सा नहीं माना जाता है (एमडी या डीओ डिग्री धारकों द्वारा अभ्यास की जाने वाली दवा और उनके संबद्ध स्वास्थ्य पेशेवरों जैसे चिकित्सक, मनोवैज्ञानिक और पंजीकृत नर्स)। वैकल्पिक चिकित्सा प्रणालियों

(सीएएम) के प्रसिद्ध उदाहरणों में अरोमाथेरेपी, प्राकृतिक चिकित्सा, ऑस्टियोपैथी, कायरोप्रेक्टिक, योग, मालिश, एक्यूपंकचर और हर्बल और पोषक तत्वों की खुराक शामिल हैं। जबकि “एकीकृत,” “वैकल्पिक,” “अपरंपरागत,” और “समग्र” सहित अन्य शब्दों का उपयोग अक्सर उपचार के इस समूह का वर्णन करने के लिए किया जाता है।

वैकल्पिक चिकित्सा प्रणालियों के उपयोग में भौगोलिक अंतर पर उपलब्ध आंकड़ों से संकेत मिलता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में इसका उपयोग और प्रसार शहरी क्षेत्रों की तुलना में अधिक है। ऑस्ट्रेलिया में महिलाओं के स्वास्थ्य पर एक अनुदैर्घ्य अध्ययन में पाया गया कि जो महिलाएं वैकल्पिक स्वास्थ्य चिकित्सकों से परामर्श करती हैं, उनके गैर-शहरी क्षेत्रों में रहने की अधिक संभावना रहती है, और पुर्तगाल में 160 शहरी और 105 ग्रामीण निवासियों के अध्ययन से पता चला है कि 75 प्रतिशत ग्रामीण उत्तरदाता वैकल्पिक चिकित्सा प्रणालियों का उपचार हेतु उपयोग कर रहे हैं, जबकि केवल 25 प्रतिशत शहरी उत्तरदाताओं ने इसके उपयोग की जानकारी दी। लिंड एवं अन्य ने संयुक्त राज्य अमेरिका में 2 बड़ी बीमा कंपनियों के 2,37,500 बीमा दावों का विश्लेषण किया और पाया कि वैकल्पिक चिकित्सा प्रणालियों का उपयोग करने वाले दावेदारों का अनुपात शहरी क्षेत्रों की तुलना में ग्रामीण लोगों में अधिक था। जैसा कि इन निष्कर्षों से पता चलता है, भौगोलिक स्थिति में उपयोग किए जाने वाले वैकल्पिक चिकित्सा प्रणालियों के प्रकारों के बीच अंतर हो सकता है।

आयुष, आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध, सोवा-रिग्पा और होम्योपैथी का संक्षिप्त नाम है, जो भारत सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सा की वैकल्पिक प्रणालियों का प्रतिनिधित्व करता है। विभिन्न संस्कृतियों के लिए शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य की स्वदेशी सिद्धांतों, विश्वासों और अनुभवों के आधार पर ज्ञान, कौशल और प्रथाओं के समामेलन के रूप में परिभाषित किया गया है, चाहे वह व्याख्यात्मक हो या नहीं, चिकित्सीय, पुनर्स्थापनात्मक, रोकथाम, निदान और रखरखाव के लिए उपयोग किया जाता है। इन प्रणालियों को रोग की रोकथाम, उपचार और सामान्य स्वास्थ्य रखरखाव के पूरक के लिए विश्व स्तर पर मान्यता प्राप्त है। उत्तरी अमेरिका और यूरोप में तेजी से उभरते बाजारों के साथ विकासशील देशों (एशिया, अफ्रीका और लैटिन अमेरिका में) में पारंपरिक चिकित्सा का व्यापक उपयोग है। हालांकि, राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय ध्यान बढ़ाने के बावजूद, औपचारिक स्वास्थ्य प्रणालियों, विशेष रूप से संसाधन-गरीब सेटिंग्स में, अभी तक अपनी वास्तविक क्षमता का दोहन नहीं कर पाए हैं। ऐसी पेचीदगियों को पहचानते हुए, पारंपरिक चिकित्सा पर 67वें विश्व स्वास्थ्य सभा के प्रस्ताव ने अद्यतन डब्ल्यूएचओ पारंपरिक चिकित्सा रणनीति (2014-23) के विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। इसमें सुझाव दिया गया है कि इसके योगदान के प्रभावी उपयोग को बढ़ावा दे।

ये अंतरराष्ट्रीय घटनाक्रम भारत के लिए विशेष महत्वपूर्ण हैं, जहां आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और वैकल्पिक औषधीय रूपों के एक अच्छे प्रलेखित इतिहास और पद्धति के साथ बहुलवादी चिकित्सा संस्कृति है होम्योपैथी- आयुर्वेद, योग, यूनानी और सिद्ध सहित भारतीय चिकित्सा पद्धति (आईएसएम) का अभ्यास जिसे अब संयुक्त रूप से आयुष के रूप में जाना जाता है, भारतीय संस्कृति के अभिन्न अंग के रूप में, औपचारिक स्वास्थ्य प्रणाली के आकार लेने से पहले ही किया गया था। दुर्भाग्य से, स्वास्थ्य रखरखाव (निवारक और उपचारात्मक) के लिए एक प्रभावी भूमिका प्रस्तुत करने के बावजूद, भारतीय चिकित्सा पद्धति को स्वतंत्रता पूर्व युग (1947 से पहले) के बाद से उपेक्षित और

हाशिए पर रखा गया है। राज्य संरक्षण पर अंकुश लगाने, भारतीय चिकित्सा पद्धति के उन्मूलन और चिकित्सा नौकरशाही के निर्माण जैसे पूर्वाग्रहपूर्ण दृष्टिकोण ने भारतीय चिकित्सा पद्धति अभ्यास की वैधता को और कमजोर कर दिया। भारतीय चिकित्सा पद्धति की क्षमता को जाति- वर्ग- सांप्रदायिक और भाषा-आधारित राजनीति के खतरों से और अधिक अंकुश लगाया गया था। इसके अलावा, भारतीय चिकित्सा पद्धति प्रणाली के भीतर मजबूत महामारी विज्ञान वरीयताओं ने स्वतंत्रता के बाद के युग में एक औपचारिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के रूप में इसके दायरे और विस्तार को कम कर दिया। तथापि, बार-बार, व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या को सुदृढ़ बनाने की प्राप्ति के साथ, भारत में विभिन्न विशेषज्ञ समूहों और स्वास्थ्य समितियों ने भारतीय चिकित्सा पद्धति के एकीकरण की सिफारिश की है एलोपैथिक प्रणाली के साथ। उदाहरण के लिए, मुदलियार समिति ने सबसे पहले ऊर्ध्वाधर स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों को वितरित करने के लिए स्वदेशी डॉक्टरों का उपयोग करने की सिफारिश की थी। इसके बाद की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियां जैसे राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (1983), 1989 में स्वास्थ्य विज्ञान में राष्ट्रीय शिक्षा नीति और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) विशेष रूप से ग्रामीण भारत में आधुनिक स्वास्थ्य सेवा के अभाव में स्वास्थ्य सेवा पहुंच में सुधार करने में भारतीय चिकित्सा पद्धति की क्षमता को भी इंगित किया है। लेकिन इसके बाद इसके पुनरुद्धार की दिशा में किए गए प्रयासों में केवल वैज्ञानिक तरीकों के माध्यम से सत्यापन के लिए या स्वदेशी उपचारों के व्यावसायीकरण और अत्यधिक बाजारीकरण के लिए इन प्रणालियों का जैव-चिकित्साकरण देखा गया। हालांकि, आजादी के बाद सरकार की नीति में प्रतिमान बदलाव पर ध्यान केंद्रित किया गया है: लाइसेंस का उत्पादन करने के लिए भारतीय चिकित्सा पद्धति के लिए स्कूलों का निर्माण, पाठ्यक्रम का मानकीकरण, पेटेंट के लिए दवा अनुसंधान और बड़े पैमाने पर उत्पादन। अंतरराष्ट्रीय हितों को ध्यान में रखते हुए भारतीय चिकित्सा पद्धति के संस्थागतकरण ने 1995 में भारतीय चिकित्सा प्रणाली और होम्योपैथी विभाग (आईएसएम एंड एच) का निर्माण किया (बाद में 2003 में आयुष विभाग का नाम बदल दिया गया)। मुख्यधारा की नीति के अनुसरण में, 2005 के पश्चात् राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) ने एक अवसर प्रदान किया जहां आयुष औषधियों के प्रावधान, सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रदाताओं का सह-पता लगाने और राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को कार्यान्वित करने वाले भारतीय चिकित्सा पद्धति कार्यकर्ताओं के साथ अंतर-क्षेत्रीय अभिसरण जैसी कार्यनीतियां तैयार की गईं। आयुष विभाग ने 12वीं योजना के दौरान किफायती, टिकाऊ और सुलभ देखभाल प्रदान करने के उद्देश्य से राष्ट्रीय आयुष मिशन भी शुरू किया। इसके बाद आयुष विभाग को एक स्वतंत्र मंत्रालय (नवंबर 2014 में) में पदोन्नत करना महामारी विज्ञान की ताकत, गुणवत्ता मानकीकरण और नेतृत्व पर जोर देने के साथ आयुष शैक्षिक मानकों को और उन्नत करने के लिए एक उल्लेखनीय नीतिगत निर्णय है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 4

1) वैकल्पिक चिकित्सा क्या है?

.....

.....

.....

.....

2) ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य देखभाल में सुधार लाने में आयुष की क्या भूमिका है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.7 स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार के लिए बाधाएं

व्यक्तिगत कारक: व्यक्तिगत संसाधनों की कमी, जैसे कि समय और सामाजिक समर्थन और काम से संबंधित कारक जैसे नौकरी का दबाव, लंबे समय तक काम के घंटे और बेरोजगारी स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार (एचएसबी) के लिए बाधाओं के रूप में देखा जाता है। बीमारी और विकलांगता जैसी शारीरिक बाधाएं और नकारात्मक व्यक्तिगत विशेषताएं जैसे कम प्रेरणा, आलस्य और आत्म-अनुशासन की कमी भी किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती है। वित्तीय संसाधनों की कमी भी स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार के लिए एक बाधा है।

सांस्कृतिक कारक: स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों द्वारा सांस्कृतिक मान्यताओं, परंपराओं और प्रथाओं के लिए विचार की कथित कमी तनाव पैदा कर सकती है और स्वास्थ्य सेवा पहुंच में बाधा हो सकती है।

पर्यावरणीय कारक: भौतिक पर्यावरण के पहलू स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार के लिए एक बाधा के रूप में कार्य करता है। जलवायु और मौसमी तापमान में अंतर स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार के लिए एक बाधा हो सकता है। स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार के लिए एक बाधा के रूप में कार्य करने वाले समाजशास्त्रीय प्रभावों में फास्ट फूड की उपलब्धता, सामर्थ्य और आसान पहुंच शामिल थी।

आर्थिक कारक: वित्तीय मुद्दा हमेशा स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार के लिए बाधा के रूप में एक या दूसरा कारण रहा है। विशेष रूप से, ग्रामीण क्षेत्रों में, सामाजिक-आर्थिक स्थितियां एचएसबी में सकारात्मक परिवर्तन की दिशा में बाधा डालती हैं।

स्वास्थ्य सेवा पहुंच: नए स्थान पर स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के साथ परिचित होने की कमी और उनकी मूल भाषा में उपलब्ध जानकारी की कमी स्वास्थ्य और पोषण की मांग करने वाले व्यवहार के लिए एक बाधा के रूप में कार्य कर सकती है। ये बाधाएं सेवाओं तक पहुंचने में बाधाओं के रूप में कार्य कर सकती हैं, खासकर प्रवासियों और बुजुर्गों के लिए।

दूरी और परिवहन की कमी: कई ग्रामीण क्षेत्रों में चिकित्सा केंद्र बहुत दूरी पर हैं जिससे रोगी के लिए उचित समय पर उपचार प्राप्त करना मुश्किल हो जाता है। न केवल दूरी, बल्कि परिवहन की कमी आवश्यक स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने के मुद्दे को जोड़ती है। स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार के लिए मुख्य रूप से ग्रामीण क्षेत्रों के रोगियों के लिए कर्मियों की कमी एक बाधा के रूप में रिपोर्ट की गई थी।

7.8 ग्रामीण स्वास्थ्य में चुनौतियां

भारतीय स्वतंत्रता के छह दशकों में भारत में स्वास्थ्य के मुद्दों को सर्वोच्च प्राथमिकता देने वाली कई योजनाएं, रिपोर्ट और प्रस्ताव देखे गए हैं। दुर्भाग्य से, भारी आर्थिक विकास के बीच, स्वास्थ्य की स्थिति दयनीय बनी हुई है। यहां तक कि डब्ल्यूएचओ के नारे 'सभी के लिए स्वास्थ्य', 'सहस्राब्दी विकास लक्ष्य', और हाल ही में, 'मुफ्त स्वास्थ्य देखभाल' को जमीन पर ठोस कार्रवाई के रूप में परिवर्तित नहीं किया जा सका है। भारत में स्वास्थ्य सेवा की पहुंच के साथ-साथ उपलब्ध स्वास्थ्य सुविधाओं का उपयोग, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में, कम बना हुआ है।

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य प्रणाली की खराब स्थिति अवक्रमित प्रणाली के समेकित प्रकोप का परिणाम है। यह न केवल मौजूदा नीति और बुनियादी ढांचे के बीच की दूरी को समझाता है, बल्कि विकास में बाधा भी बनता है। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली पर होने वाले खर्च को न केवल राज्य द्वारा बल्कि आम जनता द्वारा भी नजरअंदाज किया गया है। लोग ज्यादातर सरकारी अस्पतालों की तुलना में निजी चिकित्सकों और निजी अस्पतालों को पसंद करते हैं। सरकारी क्षेत्र की बढ़ती अप्रभावीता से मोहभंग और हताशा धीरे-धीरे गरीब लोगों को निजी क्षेत्र की मदद लेने के लिए प्रेरित कर रही है, इस प्रकार उन्हें स्वास्थ्य पर भारी रकम खर्च करने के लिए मजबूर कर रही है या उन्हें 'नीम हकीमों' की दया पर छोड़ दिया जाता है। इसलिए, हमारे लिए भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के क्षरण के लिए प्राथमिक तत्वों की समीक्षा करना बहुत आवश्यक है।

ग्रामीण स्वास्थ्य में कुछ चुनौतियां हैं:

- अपर्याप्त मानव संसाधन
- अप्रभावी बुनियादी ढांचा
- होम बेस्ड डिलीवरी की ओर झुकाव
- चिकित्सा अनुसंधान और स्वास्थ्य सेवा वितरण संस्थानों के बीच समन्वय का अभाव
- शिशु मृत्यु दर में वृद्धि
- ग्रामीण क्षेत्रों में महामारी से लड़ने की तैयारी नहीं
- चिकित्सा पेशेवरों का उदासीन रवैया
- अनियमित निजी चिकित्सा पेशेवरों का प्रभुत्व।

सरकारी अस्पतालों में खराब गुणवत्ता वाली सेवाएं कई लोगों को निजी अस्पतालों की तरफ भागने के लिए मजबूर करती हैं। समग्र स्वास्थ्य देखभाल उपयोग भी कम है, केवल आधी

(52%) भारतीय माताओं को प्रसवपूर्व तीन या अधिक जांच प्राप्त होती है; भारत में केवल 43.5 प्रतिशत बच्चों को सभी टीकाकरण (एनएचएफएस -3), 2005-06} प्राप्त होते हैं। एक तरफ हमारे परिधीय स्वास्थ्य केंद्रों का कम उपयोग किया जाता है जबकि दूसरी तरफ हमारी तृतीयक और माध्यमिक (जिला) स्तर की सुविधाओं को अक्सर ओवरलोड का सामना करना पड़ता है। ऐसा काम जो निचले केंद्रों पर किया जा सकता था, जिसके परिणामस्वरूप गुणवत्ता से समझौता हुआ। कई विशेषज्ञों का तर्क है कि इन केंद्रों ने प्रति चिकित्सक प्रति सप्ताह केवल 2-3 ओपीडी / ओटी के साथ अपने विशेषज्ञों के कौशल का सफलतापूर्वक उपयोग नहीं किया है। परिधीय केंद्रों के अल्प उपयोग के लिए सुलभता, गुणवत्ता, वहनीयता, मानव संसाधन की कमी, खराब निगरानी, सामुदायिक भागीदारी और स्वामित्व की कमी से संबंधित विभिन्न कारकों को जिम्मेदार ठहराया जाता है। भारत के विशाल और विविध भौगोलिक स्थान ऐसे क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल वितरण के उचित प्रवेश को रोकते हैं। इसके अलावा, स्वास्थ्य देखभाल कर्मी खंड या नीचे के स्तर के क्षेत्रों में काम करने के लिए अनिच्छुक हैं, क्योंकि उन्हें दो चुनौतियों का सामना करना पड़ता है, पहला रहने की उचित स्थिति की अनुपस्थिति (जैसे उचित आवास, 24 घंटे बिजली की आपूर्ति, अपने बच्चों के लिए अच्छा स्कूल, सामाजिक अलगाव आदि) और दूसरा, ऐसे क्षेत्रों में अधिकांश स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं का कामकाज कम है और इसलिए उनके तकनीकी कौशल को प्रगट करने का कोई अवसर नहीं है। कठोर स्थानांतरण नीति के अभाव में कर्मचारियों में हताशा पैदा होती है। अपने कैरियर की शुरुआत में अंडर वर्किंग सुविधाओं में सर्जनों की तैनाती उनके सर्जिकल कौशल को नष्ट कर देती है और उन्हें हमेशा के लिए गैर-कार्यात्मक बना देती है। सुलभ गुणवत्ता वाली प्राथमिक देखभाल सेवाओं की अनुपस्थिति कई गरीब लोगों को या तो चिकित्सा देखभाल को पूरी तरह से छोड़ने या निजी क्षेत्र में महंगी और अनियमित देखभाल की तलाश करने के लिए प्रेरित करती है। खराब सार्वजनिक स्वास्थ्य जागरूकता के साथ उचित योजना के लिए बीमारी और आघात के बोझ पर पर्याप्त गुणवत्ता वाले आंकड़ों की कमी जैसे कुछ और मुद्दे हैं। एमसीआई और नर्सिंग काउंसिल ऑफ इंडिया अपने वर्तमान स्वरूप में कुछ हद तक निष्क्रिय हैं क्योंकि उनका मुख्य ध्यान गुणवत्ता या उपचार ऑडिट के बजाय केवल कर्मचारियों, बुनियादी ढांचे, सामग्री और उपकरणों के मात्रात्मक मूल्यांकन पर है। गुणात्मक मूल्यांकन जैसे कर्मचारियों के पेशेवर कौशल, प्रशासकों के प्रबंधकीय कौशल, प्रदान की गई स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता, इन संस्थानों में प्रशिक्षित छात्रों की गुणवत्ता पूरी तरह से गायब है। इस प्रक्रिया में भ्रष्टाचार ने भी गहरी जड़ें जमा ली है, विशेष रूप से चिकित्सा उपकरणों और निदान की शीघ्र खरीद प्रणाली के सुचारू प्रवाह को प्रतिबंधित किया जा रहा है। भारत में चिकित्सा और स्वास्थ्य के लिए शीर्ष प्रशासनिक और नियामक निकाय चिकित्सा और स्वास्थ्य निदेशालय में तकनीकी विशेषज्ञता का अभाव है और इसे सप्रगता में बदलाव की आवश्यकता है। स्वास्थ्य प्रणाली के मध्यम स्तर के प्रबंधक जैसे सीएमएचओ, बीएमओ अपने स्तर पर कार्यों को पूरा करने में असमर्थ हैं। वे उच्च प्राधिकरण और परिधि के बीच एक कमजोर कड़ी के रूप में कार्य करते हैं। सिस्टम ने उनका स्वाभिमान छीन लिया है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 4

- 1) स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार के लिए बाधाएं और चुनौतियां क्या हैं?

.....
.....

7.9 ग्रामीण स्वास्थ्य के लिए समाधान

गांवों के विकास का रूबर्न मॉडल उपयोग प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा में अभिनव चिकित्सा जनशक्ति प्रबंधन के लिए लाभदायक रूप से किया जा सकता है। इस प्रकार, खंड स्तर /प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर मॉडल ग्रुप हाउसिंग की अवधारणा पर विचार किया जाना चाहिए जहां सभी विभागों जैसे चिकित्सा और स्वास्थ्य, पीडब्ल्यूडी, स्कूल शिक्षा, पुलिस, बिजली, बैंक, जलदाया विभाग के सरकारी कर्मचारी, बीडीओ, सड़क एवं परिवहन, डाक एवं तार आदि को जहां आवश्यक हो, आवास प्रदान किया जा सकता है। स्कूल, खेल का मैदान, सामुदायिक केंद्र, सुपरमार्केट आदि जैसी सुविधाएं आसपास प्रदान किया जा सकता है। “डॉक्टरों की कमी” का एक बहाना चिकित्सा और स्वास्थ्य सुविधाओं की अनुपलब्धता मानी जाती है। यह अवधारणा शहर में अपने समकक्षों के साथ तुलनीय जीवन की गुणवत्ता में सुधार करके नई प्रतिभाओं को बनाए रखने और भर्ती करने की अनुमति देगी।

आलोचक तर्क दे सकते हैं कि यह एक बहुत ही आशावादी परियोजना है और बहुत सारे संसाधनों का उपभोग करते हुए इसे पूरा करने के लिए लंबे समय की आवश्यकता होगी। जबकि कई दशकों से ग्रामीण पोस्टिंग के सशर्त प्रावधानों, भर्तियों में वृद्धि या यहां तक कि डॉक्टरों या अन्य कुशल श्रमिकों के लिए ग्रामीण सेवाओं को अनिवार्य बनाने सहित समाधानों की चर्चा की गई है, रूबर्न मॉडल के तहत संसाधन, प्राप्त धन, संसद सदस्य, ग्राम विकास परियोजना और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत कम लागत वाले आवास के साथ-साथ नए समाधानों को प्रोत्साहन देने के लिए कई अन्य परियोजनाओं का विलय किया जा सकता है।

मॉडल हाउसिंग टाउनशिप में पहली रेफरल इकाई (एफआरयू) भी होनी चाहिए जिसमें आईसीयू की सुविधा के साथ एक स्त्री रोग विशेषज्ञ, एनेस्थिसियोलॉजिस्ट, बाल रोग विशेषज्ञ और सर्जन शामिल हों। इस तरह के टीम प्रयास सामंजस्यपूर्ण और समन्वित चिकित्सा सेवाएं प्रदान करेंगे। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के चिकित्सक भी मॉडल टाउनशिप में रह सकते हैं और उन्हें ओपीडी और राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों या अन्य विशिष्ट जिम्मेदारियों को चलाने की अनुमति दी जा सकती है। ऐसे आदर्श गांवों (या टाउनशिप) में ऐसे अस्पतालों को आबाद करने का प्रारंभिक चरण बड़े सरकारी अस्पतालों या तृतीयक देखभाल केंद्रों से कुशल जनशक्ति की अस्थायी तैनाती के माध्यम से हो सकता है जो ऐसे ग्रामीण क्षेत्रों से संबद्ध हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर आपात स्थिति को या तो एम्बुलेंस 108 के माध्यम से संभाला जा सकता है, या मॉडल टाउनशिप में तैनात मोबाइल सर्जिकल सेवाओं को समय-समय पर संभाला जा सकता है।

शिविरों का संचालन और आवश्यक चिकित्सा, सर्जिकल, आपातकालीन और अंधापन नियंत्रण कार्यक्रम द्वारा यह किया जा सकता है। उप-केंद्र आशा कार्यकर्ता या प्रभारी द्वारा एफआरयू से जुड़े रह सकते हैं, जो आयुष कर्मचारियों से तैनात हो सकते हैं। वर्तमान ग्रामीण स्वास्थ्य वितरण प्रणालियों में आयुष को प्रभावी ढंग से मुख्यधारा में लाने का प्रस्ताव एक लंबा रास्ता तय करेगा और लोगों के बीच अच्छी तरह से स्वीकृत चिकित्सा की गहरी जड़ें स्वदेशी प्रणाली को देखने का मार्ग भी प्रशस्त करेगा। आयुष कर्मचारियों द्वारा सेवाओं का मूल्यवर्धन किया जा सकता है यदि उन्हें राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए प्रशिक्षित किया जाता है, आईएमआर, एमएमआर और आईएफआर में कमी को सुविधाजनक बनाने में आपात स्थितियों की पहचान की जाती है। यह बताने की जरूरत नहीं है कि आयुष का विशाल कार्यबल भारत के अधिकांश राज्यों के पास उपलब्ध है। इसके अलावा, यह जेब खर्च को कम करने के लिए, यूनिसेफ द्वारा बनाई गई “टॉप यूपी” योजना के साथ आरएसबीवाई को मिलाकर अभिनव बीमा मॉडल में बदलाव लाने के साधन के रूप में प्रस्तावित किया गया है।

‘इलेक्ट्रॉनिक रूप से’ निदान द्वारा प्रस्तावित तत्काल स्वास्थ्य सलाह गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा में वृद्धि करेगी। इसी तरह, राजस्थान सीटी/एमआर पीपीपी मॉडल पर आधारित निदान को आउटसोर्स करने से न केवल गुणवत्ता परिणाम और प्रबंधन में वृद्धि हो सकती है, बल्कि ग्रामीण क्षेत्रों में प्रारंभिक निदान और नियोजित निवारक रणनीतियों के लिए सार्वजनिक जागरूकता भी प्रदान की जा सकती है। अभिनव बीमा योजना के साथ पीपीपी डायग्नोस्टिक मॉडल प्राथमिक और माध्यमिक देखभाल सेवाओं दोनों में विकास के लिए विशाल वित्तीय संसाधन (राज्य सरकार भागीदार होने के नाते) उत्पन्न कर सकता है। इसके अलावा, मॉडल टाउनशिप को टेलीमेडिसिन के माध्यम से तृतीयक देखभाल केंद्रों से जोड़ा जा सकता है ताकि विशेषज्ञता/सुपरस्पेशलिटी परामर्श की उपलब्धता और चिकित्सा शिक्षा भी जारी रखी जा सके। स्वास्थ्य प्रबंधकों को उपकरणों की खरीद और रखरखाव के लिए प्रशासनिक प्रभारी बनाया जा सकता है और दिन-प्रतिदिन के आधार पर वित्तीय व्यवस्था भी कर सकते हैं जवाबदेही की नियोजन प्रणाली जिससे चिकित्सा पेशेवरों को आसानी से अपनी पेशेवर सेवाएं प्रदान करने के लिए राहत मिलती है। पैरामेडिक प्रशिक्षण और अभिविन्यास कुशल स्वास्थ्य वितरण प्रणाली को बनाए रखने वाले स्वास्थ्य प्रबंधकों के साथ एक आवधिक घटना हो सकती है।

वैकल्पिक रूप से, स्थानीय रूप से उपलब्ध निजी विशेषज्ञ डॉक्टरों की पूलिंग या एक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल से दूसरे प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में विशेषज्ञ साझा करने जैसे उपाय या यदि जनशक्ति की कमी है। एफआरयू समग्र स्वास्थ्य सेवाओं को या तो स्थानीय नर्सिंग होम या डॉक्टरों के निजी सहकारी या कॉर्पोरेट अस्पतालों को आउटसोर्स करता है। क्षेत्रीय संशोधनों के साथ एनएबीएच या जेसीआई कार्यान्वयन सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार कर सकता है।

पूरी नई अवधारणा को प्रोत्साहन देने के लिए प्रशासनिक तंत्र को एकीकृत और पुनर्गठित करने की आवश्यकता है। चिकित्सा, स्वास्थ्य और शिक्षा विभाग को स्वास्थ्य के समग्र संवर्धन के उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए तालमेल के साथ काम करने की आवश्यकता है। इसलिए, तीन विभागों के लिए एक विलक्षण प्रधान सचिव द्वारा पर्यवेक्षण किया जाना संभव है। प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य सेवाओं के लिए अभिसरण लिंक स्वास्थ्य सेवाओं के महानिदेशक होने चाहिए। महानिदेशक के अधीन पांच निदेशक हो सकते हैं अर्थात् निदेशक, संक्रामक रोग और महामारी विज्ञान (सांख्यिकी सहित); निदेशक, गैर संचारी और

जीवन शैली आधारित रोग (पोषण सहित); निदेशक, मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण; निदेशक, प्रशिक्षण, सतत चिकित्सा शिक्षा, स्कूल स्वास्थ्य और आईईसी; निदेशक, मोबाइल स्वास्थ्य इकाई, परिवहन, संचार और सूचना प्रौद्योगिकी। ये पीएचईडी और विज्ञान और प्रौद्योगिकी जैसे अन्य सहायक विभागों के साथ एकजुट रूप किया जा सकता है। स्थानिक और बारहमासी बीमारियों पर अनुसंधान को प्रोत्साहन देने के लिए, “मॉडल ग्रामीण टाउनशिप” की स्थापना की आईसीएमआर की अवधारणा बहुत उपयोगी हो सकती है। राज्य चिकित्सा परिषद (वर्तमान में निष्क्रिय) तृतीयक और माध्यमिक देखभाल में मानव संसाधनों का उपयोग करके पेशेवर के ज्ञान को आगे बढ़ाने और अद्यतन करने में अपने अधिकार का दावा कर सकती है। तृतीयक देखभाल को क्षेत्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मुद्दों की पहचान करने के लिए महामारी विज्ञान सर्वेक्षण करने का कार्य दिया जाना चाहिए। ये सभी प्रयास ग्रामीण स्वास्थ्य पद्धतियों के लिए एक स्वस्थ वातावरण बना सकते हैं।

अंत में, ग्रामीण क्षेत्रों के लिए स्वास्थ्य देखभाल का प्रावधान उपचार की सामर्थ्य और नैदानिक लागत पर निर्भर करता है। चिकित्सा उपकरणों, दवाओं, शल्य चिकित्सा और निदान के स्वदेशी उत्पादन को बढ़ावा देने के लिए, अस्पतालों, अनुसंधान संस्थानों और अन्य जगहों पर जैव चिकित्सा वैज्ञानिक एक साथ आ सकते हैं और अपने ज्ञान को किफायती चिकित्सा उत्पादों में बदल सकते हैं। ‘नवाचार क्लीनिक’ की स्थापना करके, परामर्श वैज्ञानिक और डॉक्टर मॉडल ग्रामीण के आसपास रोगी के बेडसाइड के लिए उपयोगी अपने संबंधित ज्ञान का प्रयोग करने के लिए हाथ मिला सकते हैं आईसीएमआर का अनुसंधान केंद्र। यह ‘मेक इन इंडिया’ की अवधारणा को पूरा करने में महत्वपूर्ण होगा, जिससे आयात की दोनों लागतों की बचत होगी जिससे सस्ती स्वास्थ्य देखभाल को सक्षम बनाया जा सकेगा।

7.10 सारांश

इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए कि देश की 65 प्रतिशत से अधिक आबादी अभी भी ग्रामीण क्षेत्रों में रहती है जहां स्वास्थ्य बुनियादी ढांचा, जागरूकता और शिक्षा का स्तर बहुत खराब है, स्वास्थ्य देखभाल के लिए योजना बनाना और भी कठिन है। आजादी के बाद से, आयुष और पारंपरिक चिकित्सा की हालिया शुरुआत सहित कई कार्यक्रम शुरू किए गए हैं। हालांकि, स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार को समझना आवश्यक है क्योंकि यह मुख्य रूप से जमीनी स्तर पर नीतियों और कार्यक्रमों की सफलता या विफलता को निर्धारित करता है।

7.11 मुख्य शब्द

कुपोषण: किसी व्यक्ति के ऊर्जा और/या पोषक तत्वों के सेवन में कमी, अधिकता या असंतुलन को संदर्भित करता है।

वैकल्पिक चिकित्सा विविध चिकित्सा और स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों, प्रथाओं और उत्पादों के एक समूह को परिभाषित करने के लिए उपयोग किए जाने वाले शब्द के रूप में जिन्हें आम तौर पर पारंपरिक चिकित्सा का हिस्सा नहीं माना जाता है (एमडी या डीओ डिग्री धारकों द्वारा अभ्यास की जाने वाली दवा और उनके संबद्ध स्वास्थ्य पेशेवरों जैसे भौतिक चिकित्सक, मनोवैज्ञानिक और पंजीकृत नर्स)।

आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध, सोवा-रिग्पा और होम्योपैथी का संक्षिप्त नाम आयुष भारत सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सा की वैकल्पिक प्रणालियों का प्रतिनिधित्व करता है।

पारंपरिक चिकित्सा को विभिन्न संस्कृतियों के लिए स्वदेशी सिद्धांतों, विश्वासों और अनुभवों के आधार पर ज्ञान, कौशल और प्रथाओं के समामेलन के रूप में परिभाषित किया गया है, चाहे वह स्पष्ट हो या नहीं, चिकित्सीय, पुनर्स्थापनात्मक, रोकथाम, निदान और शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के रखरखाव के लिए उपयोग किया जाता है 43,44.

हेल्थकेयर सीकिंग बिहेवियर (एचएसबी) को परिभाषित किया गया है, “उन व्यक्तियों द्वारा की गई कोई भी कार्रवाई या निष्क्रियता जो खुद को स्वास्थ्य समस्या या उचित उपाय खोजने के उद्देश्य से बीमार मानते हैं”। स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार को बीमारी के व्यवहार या बीमार अवधि के व्यवहार के रूप में भी जाना जा सकता है।

7.12 संदर्भ और ग्रंथ सूची

<https://www.alliedacademies.org/articles/the-importance-of-nutrition-for-health-and-society-13316.html>

<https://www.who.int/health-topics/nutrition>

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition#:~:text=Malnutrition%20refers%20to%20deficiencies%2C%20excesses,low%20weight%2Dfor%2Dage\)%3B](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition#:~:text=Malnutrition%20refers%20to%20deficiencies%2C%20excesses,low%20weight%2Dfor%2Dage)%3B)

Atuyambe LM. Adolescent motherhood in Uganda: Dilemmas, health seeking behaviour and coping responses. 2008.

Mwase I. Social capital and household healthseeking behaviour for children in the context of urban neighborhoods. The case of Khayelitsha in Western Cape, South Africa: University of Cape Town. 2015

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143883/>

<https://www.sas.upenn.edu/~dludden/WaterborneDisease3.pdf>

<https://www.thehindu.com/sci-tech/health/india-145th-among-195-countries-in-healthcare-access-quality-lancet/article23970214.ece>

https://www.researchgate.net/publication/323628689_RURAL_HEALTH_IN_INDIA_PPT_13022018

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248476/> Olenja J. Editorial Health seeking behaviour in context. 2004.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5417584/>

Rehman A, Shaikh BT, Ronis KA. Health care seeking patterns and out of pocket payments for children under five years of age living in KatchiAbadis (slums), in Islamabad, Pakistan. International journal for equity in health. 2014;13(1):30.

Phiri SNa, Kiserud T, Kvale G, et al. Factors associated with health facility childbirth in districts of Kenya, Tanzania and Zambia: a population based survey. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14(1):219.

Onwujekwe O, Onoka C, Uzochukwu B, Hanson K. Constraints to universal coverage: inequities in health service use and expenditures for different

health conditions and providers. *International journal for equity in health.* 2011;10(1):50.

Ononokpono DN, Odimegwu CO. Determinants of maternal health care utilization in Nigeria: a multilevel approach. *The Pan African medical journal.* 2014;17 (Suppl 1)

gender and biomedical/traditional mental health utilization among the Bedouin-Arabs of the Negev. *al-Krenawi A, Graham JR Cult Med Psychiatry.* 1999 Jun;23(2):219-43.

Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *Vlassoff CJ Health Popul Nutr.* 2007 Mar; 25(1):47-61

Social ties and mental health. *Kawachi I, Berkman LFJ Urban Health.* 2001 Sep;78(3):458-67.

<https://www2.slideshare.net/amanyhoda/health-behaviour>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886191/#:~:text=Conclusion%3A%20In%20high%2Dfocus%20states,full%20implementation%20and%20widest%20outreach.>

India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, James SL, Hogan MC, Gakidou E Lancet.* 2010 Jun 5; 375(9730):2009-23.

Impact of Janani Suraksha Yojana on institutional delivery rate and maternal morbidity and mortality: an observational study in India. *Gupta SK, Pal DK, Tiwari R, Garg R, Shrivastava AK, Sarawagi R, Patil R, Agarwal L, Gupta P, Lahariya C J Health Popul Nutr.* 2012 Dec; 30(4):464-71.

Are institutional deliveries promoted by Janani Suraksha Yojana in a district of West Bengal, India? *Panja TK, Mukhopadhyay DK, Sinha N, Saren AB, Sinhababu A, Biswas AB Indian J Public Health.* 2012 Jan-Mar; 56(1):69-72.

India's Conditional Cash Transfer Programme (the JSY) to Promote Institutional Birth: Is There an Association between Institutional Birth Proportion and Maternal Mortality? *Randive B, Diwan V, De Costa A PLoS One.* 2013; 8(6):e67452.

More evidence on the impact of India's conditional cash transfer program, Janani Suraksha Yojana: quasi-experimental evaluation of the effects on childhood immunization and other reproductive and child health outcomes. *Carvalho N, Thacker N, Gupta SS, Salomon JA PLoS One.* 2014; 9(10):e109311.

Inequalities in institutional delivery uptake and maternal mortality reduction in the context of cash incentive program, Janani Suraksha Yojana: results from nine states in India. *Randive B, San Sebastian M, De Costa A, Lindholm L Soc Sci Med.* 2014 Dec; 123():1-6.

Takahashi, Y., Ohura, T., Ishizaki, T., Okamoto, S., Miki, K., Maito, M., Akamatsu, R., Sugimori, H., Yoshiike, N., Miyaki, K., ShLPEŌ.Nakavama, T. (2011). Internet use for health-related information via personal computers and cell phones in Japan: a cross-sectional population-based survey. *J Med Internet Res.* 13(4), e110.

Ybarra, M.L., & Suman, M. (2006). Help seeking behavior and the internet: A national survey. *International Journal of Medical Informatics,* 75, 29-41.

Williams, P., Huntington, P., & Nicholas, D. (2003). Health information on the internet: a qualitative study of NHS direct online users. *Aslib Proc.*, 55, 304–312.

McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns.*, 63(1-2), 24-28.

Eysenbach, G., Diepgen, T.L. (1998). Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of information. *BMJ.* 317(7171), 1496-500.

Reuters (2003). Consumer-targeted internet investment: online strategies to improve patient care and product positioning. *Reuters Business Insight Report*, May.

Heathfield, H., Pitty, D., & Hanka, R. (1998). Evaluating information technology in health care: barriers and challenges. *BMJ.*, 316(7149), 1959-1961.

Impicciatore P, Pandolfini C, Casella N, Bonati M. (1997). Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *BMJ.* 314(7098), 1875–1879.

Silberg, W.M., Lundberg, G. D., & Musacchio R. A. (1997). Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewor—Let the reader and viewer beware. *JAMA.* 277(15), 1244-1245.

[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815037271/pd/f?md5=c91a83305e8078d509921384bb93545b&pid=1-s2.0-](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815037271/pd/f?md5=c91a83305e8078d509921384bb93545b&pid=1-s2.0-S1877042815037271-main.pdf)

[S1877042815037271-main.pdf](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815037271-main.pdf)

<https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00348.x>

Adams J, Sibbritt D, Easthope G, Young A. The profile of women who consult alternative health practitioners in Australia. *Med J Aust.* 2003; 179:297-300.

Sibbritt DW, Adams J, Young AF. A longitudinal analysis of mid-age women's use of complementary and alternative medicine (CAM) in Australia, 1996-1998. *Women Health.* 2004;40(4):41-56.

Nunes B, Esteves MJS. Therapeutic itineraries in rural and urban areas: a Portuguese study. *Rural & Remote Health.* 2006;6(394).

Lind BK, Diehr PK, Grembowski DE, Lafferty WE. Chiropractic use by urban and rural residents with insurance coverage. *J Rural Health.* 2009;25(3): 253- 258.

World Health Organization. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine [Internet]. World Health Organization; 2000. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66783/1/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

World Health Organization, editor. WHO traditional medicine strategy: 2014–2023. Genève: WHO; 2013.

Bannerman RH, editor. Traditional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practitioners. Geneva: World Health

Organization;1988.

Debas H T, Laxminarayan R and Straus SE. Complementary and Alternative Medicine In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed Washington, DC: World Bank;[u.a.]; 2006.

Sunil A. Political Culture of Health in India: A Historical Perspective. *Econ PolitWkly*. 2007;42: 114–121.

Mushtaq M. Public health in British India: A brief account of the history of medical services and disease prevention in colonial India. *Indian J Community Med*. 2009;34: 6 10.4103/0970-0218.45369

Srinivasan P. National Health Policy for Traditional Medicine in India. *WorldHealth Forum*. 1995; 16:190–193.

National Rural Health Mission. National Rural Health Mission (2005–2012)—Mission document. *Indian J Public Health*. 2005;49: 175–183.

<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/506269/>

<https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2018/8307591/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248476/>

https://www.researchgate.net/publication/323628689_RURAL_HEALTH_IN_INDIA_PPT_13022018

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248476/>

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 8 महिलाओं, बच्चों और कमजोर समूह का स्वास्थ्य

इकाई की रूपरेखा

- 8.0 उद्देश्य
- 8.1 परिचय
- 8.2 महिलाओं का स्वास्थ्य: प्रमुख मुद्दे
- 8.3 भारत में महिलाओं के स्वास्थ्य के चयनित संकेतक
 - 8.3.1 मातृ मृत्यु दर (एमएमआर)
 - 8.3.2 संस्थागत प्रसव, कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा भाग लेने वाले जन्मों का अनुपात और सिजेरियन सेक्शन (सीएस) प्रसव में वृद्धि
 - 8.3.3 प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल
 - 8.3.4 एनीमिया की रोकथाम और उपचार के लिए गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं को आयरन और फोलिक एसिड पूरकता
 - 8.3.5 व्यापक गर्भपात देखभाल
 - 8.3.6 एसटीआई और आरटीआई के लिए स्क्रीनिंग और देखभाल
- 8.4 भारत में महिलाओं की स्वास्थ्य देखभाल: कुछ महत्वपूर्ण सरकारी कार्यक्रम
 - 8.4.1 जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई)
 - 8.4.2 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)
 - 8.4.3 प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए)
 - 8.4.4 ग्रामीण भारत में किशोरियों के बीच मासिक धर्म स्वच्छता को बढ़ावा देने के लिए योजना
- 8.5 बच्चों का स्वास्थ्य: वैश्विक और राष्ट्रीय फ्रेमवर्क
- 8.6 भारत में बच्चों की स्वास्थ्य देखभाल: मुख्य समस्याएं और सरकारी कार्यक्रम
 - 8.6.1 बाल मृत्यु दर की मुख्य समस्याएं और कारण
 - 8.6.2 पोषण संबंधी हस्तक्षेप
 - 8.6.3 राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके)
 - 8.6.4 टीकाकरण और टीकाकरण
- 8.7 कमजोर समूहों का स्वास्थ्य
 - 8.7.1 भारत में बुजुर्गों का स्वास्थ्य
 - 8.7.2 भारत में विकलांग व्यक्तियों की स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं
- 8.8 सारांश
- 8.9 मुख्य शब्द
- 8.10 संदर्भ और ग्रंथ सूची

8.0 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप:

- भारत में महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य और स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों को समझ पाएंगे;
- भारत में महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों को संबोधित करने के लिए मौजूदा स्वास्थ्य चुनौतियों और सरकार के प्रयासों को जान पाएंगे;
- कमजोर समूहों और उनके स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों की पहचान पाएंगे;
- स्वास्थ्य से संबंधित मौजूदा स्थितियों का अवलोकन और मूल्यांकन करना; और
- भारत में बुजुर्गों और विकलांग व्यक्तियों की स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतें और सरकारी पहल को समझ पाएंगे।

8.1 परिचय

स्वास्थ्य सभी का एक बुनियादी मानव अधिकार है। मानवाधिकारों की सार्वभौमिक घोषणा ने 1948 में अनुच्छेद 25 में कहा गया है कि: 'हर किसी को अपने (खुद को) और उसके (अपने) परिवार के स्वास्थ्य और भलाई के लिए पर्याप्त जीवन स्तर का अधिकार है... विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) की प्रस्तावना यह भी पुष्टि करती है कि 'स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक' का आनंद लेना हर इंसान के मौलिक अधिकारों में से एक है। 1978 की अल्मा अता घोषणा ने 2000 तक 'सभी के लिए स्वास्थ्य' के लक्ष्य को प्राप्त करने का लक्ष्य निर्धारित किया। सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (सहस्राब्दी) ने आबादी की स्वास्थ्य आवश्यकताओं के लिए आठ लक्ष्यों में से पांच को शामिल किया है। सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) के अनुसार, 2030 तक प्राप्त किए जाने वाले 17 चिन्हित लक्ष्यों में से, आबादी विशेष रूप से वंचित आबादी की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को प्राप्त करने के लिए कई लक्ष्य हैं। संयुक्त राष्ट्र और डब्ल्यूएचओ जैसी वैश्विक एजेंसियों द्वारा दिखाई गई चिंता हमें यह समझने में मदद करती है कि लिंग, आयु, जातीयता, नस्ल, राष्ट्रीय पहचान के बावजूद स्वास्थ्य सभी का एक बुनियादी मानव अधिकार है और भेदभाव, असमानता, पूर्वाग्रह या अभाव की कोई भी मात्रा मानव आबादी के किसी भी वर्ग को बुनियादी मानवाधिकारों के रूप में स्वास्थ्य अधिकारों का आनंद लेने से नहीं रोक सकती है।

स्वास्थ्य तंदुरुस्ती की स्थिति है। स्वास्थ्य सभी मनुष्यों के जैविक, मानसिक, मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, आध्यात्मिक, आर्थिक और राजनीतिक कल्याण के लिए आवश्यक है। स्वास्थ्य मनुष्य की क्षमता और कामकाज को बढ़ाता है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में असमानताएं असमानताओं का सबसे बुनियादी रूप हैं और इन्हें तत्काल संबोधित करने की आवश्यकता है। स्वास्थ्य विकास के सभी प्रतिमानों (अकरम, 2014 ए) के लिए एक संकेतक और आवश्यक शर्त है। यद्यपि दुनिया भर में कई बीमारियां आम हैं, चिकित्सा और उपचार की प्रणालियां कई हैं। लोगों की शारीरिक, मानसिक, सामाजिक और सांस्कृतिक आवश्यकताएं अक्सर उनकी उम्र, लिंग, सामाजिक-आर्थिक स्थितियों और जीवन की अन्य सुक्ष्म स्तर की वास्तविकताओं के अनुसार भिन्न होती हैं और इसलिए जनसंख्या के विभिन्न वर्गों की स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकताएं भी भिन्न हो सकती हैं। जनसांख्यिकीय

और सामाजिक-प्रासंगिक पृष्ठभूमि के भीतर स्थित, यह पाठ भारत में महिलाओं, बच्चों और अन्य कमजोर समूहों के स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दों को समझने की कोशिश करता है।

8.2 महिलाओं का स्वास्थ्य: प्रमुख समस्याएं

महिलाओं का स्वास्थ्य एक महत्वपूर्ण क्षेत्र है। महिलाओं पर चौथे विश्व सम्मेलन जो संयुक्त राष्ट्र द्वारा बीजिंग, चीन में 4-15 सितंबर 1995 के दौरान बुलाया गया था, में महिलाओं के स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों को वर्ष 2015 तक प्राप्त किए जाने वाले संयुक्त राष्ट्र के सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (सहस्राब्दी) के लक्ष्यों में अपना प्रतिबिंब मिला। सामान्यतः आठ लक्ष्यों में से चार महिलाओं से संबंधित मुद्दों को संबोधित करता है और दो तो विशेष रूप से महिलाओं के स्वास्थ्य पर ही केंद्रित हैं। इसके अलावा, 2015 में, संयुक्त राष्ट्र महासभा ने सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों पर जोर देते हुए 2030 तक मानव, आर्थिक और सतत विकास को आगे बढ़ाने के लिए नए सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) का एक सेट अपनाया। सभी महिलाओं और लड़कियों की समानता, स्वास्थ्य और सशक्तिकरण इन सतत विकास लक्ष्यों का एक मुख्य एजेंडा है।

महिलाएं पुरुषों की तरह ही कई बीमारियों और स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दों के प्रति अतिसंवेदनशील होती हैं। अधिकांश संचारी और गैर-संचारी या पुरानी और तीव्र बीमारियां महिलाओं और पुरुषों दोनों को प्रभावित करती हैं और ऐसी सामान्य या लिंग तटस्थ बीमारियों के लिए निदान रिपोर्टों के अनुसार उपचार और देखभाल के प्रक्षेपवक्र का पालन किया जाता है। हालांकि, कुछ विशिष्ट बीमारियां लिंग विशिष्ट हैं और निदान और उपचार लिंग विशिष्ट आवश्यकताओं पर निर्भर करते हैं, उदाहरण के लिए, स्तन कैंसर और प्रोस्टेट कैंसर की समस्याएं लिंग विशिष्ट हैं। इन लिंग तटस्थ या लिंग विशिष्ट बीमारियों से परे, कई जीवन स्थितियां और अनुभव हैं जो केवल महिलाओं से संबंधित हैं। मातृत्व अनुभव एक ऐसा ही अनुभव है जो केवल महिलाओं के मामले में लागू होता है। प्रजनन स्वास्थ्य मातृ स्वास्थ्य से संबंधित कुछ सामान्य मुद्दों को संबोधित करने के लिए एक और दृष्टिकोण है लेकिन यहां प्रजनन और कामुकता की प्रक्रिया पर ध्यान केंद्रित किया जाता है और अक्सर इसमें ऐसे मुद्दे भी शामिल होते हैं जो मातृ स्वास्थ्य के दायरे से परे होते हैं।

मातृ स्वास्थ्य गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान महिलाओं के स्वास्थ्य को संदर्भित करता है। यद्यपि मातृत्व अक्सर एक सकारात्मक और पूरा अनुभव होता है, कई महिलाओं के लिए यह पीड़ा, स्वास्थ्य और यहां तक कि मृत्यु से जुड़ा होता है (अकरम, 2014 बी)। मानव इतिहास के दौरान, गर्भावस्था और प्रसव महिलाओं और नवजात शिशुओं दोनों में मृत्यु और विकलांगता का कारण बनता है। प्रसव के दौरान मां की मृत्यु या इससे संबंधित मुद्दों को अक्सर मातृ मृत्यु या मातृ मृत्यु दर के रूप में पहचाना जाता है। गर्भावस्था और प्रसव निश्चित रूप से बीमारियां नहीं हैं (डब्ल्यूएचओ, 2009)। लेकिन, वे अलग-अलग जटिलताओं, प्रथाओं, प्रक्रियाओं, विश्वासों, जीवन की स्थिति और पर्यावरण के कारण जोखिम का कारण बनते हैं। इन जोखिमों को स्वास्थ्य देखभाल हस्तक्षेपों जैसे मातृ और सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल, प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल, पूरक पोषण, परिवार नियोजन, सुरक्षित गर्भपात और अन्य प्रजनन स्थितियों में सुधार से कम किया जा सकता है।

महिलाओं के स्वास्थ्य का एक बहुचर्चित और महत्वपूर्ण पहलू प्रजनन स्वास्थ्य है। 'प्रजनन स्वास्थ्य' शब्द को पहली बार 1994 में मिस्र के काहिरा में आयोजित जनसंख्या और विकास पर अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन (आईसीपीडी) में अपनाया गया था और जनसंख्या के मुद्दों के लिए सोच और दृष्टिकोण में एक बड़ा बदलाव आया था। परिवार नियोजन के माध्यम से जनसंख्या नियंत्रण, न केवल प्रजनन नियंत्रण बल्कि सुरक्षित सेक्स और गर्भावस्था को शामिल करते हुए एक बहुत व्यापक क्षेत्र में जबरदस्ती से मुक्त, भेदभाव और हिंसा को दर्शाता है। आईसीपीडी प्रोग्राम ऑफ एक्शन में, 'प्रजनन स्वास्थ्य' को परिभाषित किया गया है: "पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति और ... न केवल रोग या दुर्बलता की अनुपस्थिति, प्रजनन प्रणाली और उसके कार्यों और प्रक्रियाओं से संबंधित सभी मामले 'प्रजनन स्वास्थ्य' कहलाते हैं। इसलिए प्रजनन स्वास्थ्य का तात्पर्य है कि क्या लोग संतोषजनक और सुरक्षित यौन जीवन जीने में सक्षम हैं और उनके पास प्रजनन करने की क्षमता है और यह तय करने की स्वतंत्रता है कि क्या, कब और कितनी बार ऐसा करना है। इस अंतिम स्थिति में पुरुषों और महिलाओं को सूचित करने का अधिकार और उनकी पसंद के परिवार नियोजन के सुरक्षित, प्रभावी, सस्ती और स्वीकार्य तरीकों तक पहुंच, साथ ही जन्म नियंत्रण के अन्य तरीके जो कानून संबद्ध हैं, और उचित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच का अधिकार जो महिलाओं को गर्भावस्था और प्रसव के माध्यम से सुरक्षित रूप से जीने में सक्षम करेगा से संबंधित है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 1

1) हमें महिलाओं के स्वास्थ्य का अध्ययन करने की आवश्यकता क्यों है?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) महिलाओं के प्रजनन स्वास्थ्य के मुख्य घटक क्या हैं?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.3 भारत में महिलाओं के स्वास्थ्य के चयनित संकेतक

8.3.1 मातृ मृत्यु दर (एमएमआर)

मातृ मृत्यु अनुपात उन महिलाओं की संख्या है जो गर्भावस्था और प्रसव के दौरान या गर्भावस्था की समाप्ति के 42 दिनों के भीतर गर्भावस्था या उसके प्रबंधन (आकस्मिक या आकस्मिक कारणों को छोड़कर) से संबंधित किसी भी कारण से मृत्यु की शिकार हो जाती हैं। ऐसी मौतें सामान्य स्वास्थ्य स्थिति, गर्भावस्था और प्रसव के दौरान शिक्षा और सेवाओं सहित विभिन्न कारकों से प्रभावित होती हैं। भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय (एमओएचएफडब्ल्यू) की वार्षिक रिपोर्ट 2018-19 के अनुसार, “भारत में मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) 1990 में असाधारण रूप से उच्च थी, जिसमें प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर बच्चे के जन्म के दौरान 556 महिलाओं की मृत्यु हो गई थी। गर्भावस्था और बच्चे के जन्म से संबंधित जटिलताओं के कारण हर साल लगभग 1.38 लाख महिलाओं की मृत्यु हो रही थी। उस समय वैश्विक मातृ मृत्यु दर 385 था। हालांकि, भारत में मातृ मृत्यु दर में तेजी से गिरावट आई है। देश में मातृ मृत्यु दर घटकर 130 (एसआरएस 2014-16) रह गई है, जबकि वैश्विक मातृ मृत्यु दर 216 (2015) है। असम सबसे अधिक मातृ मृत्यु दर (237) वाला राज्य बना हुआ है, इसके बाद उत्तर प्रदेश/उत्तराखंड (201) और राजस्थान (199) का स्थान है।

8.3.2 संस्थागत प्रसव, कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा भाग लेने वाले जन्मों का अनुपात और सिजेरियन सेक्शन (सीएस) प्रसव में वृद्धि

मातृ मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर को कम करने के लिए, यह अत्यंत महत्वपूर्ण है कि सभी स्वास्थ्य संस्थानों में माता के साथ-साथ नवजात शिशु के लिए उचित स्वास्थ्य सुविधाएँ हों और कुशल स्वास्थ्य कर्मियों की उपलब्धता हो। कुशल स्वास्थ्य कर्मियों में केवल वे लोग शामिल होते हैं जो ठीक से प्रशिक्षित होते हैं और जिनके पास उचित उपकरण और दवाएं होती हैं। इसमें पारंपरिक जन्म परिचर (ताई), को शामिल नहीं किया जाना चाहिए, भले ही उन्होंने एक छोटा प्रशिक्षण पाठ्यक्रम प्राप्त किया हो, भारत में संस्थागत प्रसव 2007-08 में 47 प्रतिशत से तेजी से बढ़कर 2015-16 (एनएफएचएस-4) में 78.9 प्रतिशत से अधिक हो गया है, जबकि इसी अवधि में सुरक्षित प्रसव 52.7 प्रतिशत से बढ़कर 81.4 प्रतिशत हो गया है।

एनएफएचएस-16 के अनुसार 2015-16 में केरल, लक्षदीप और पुद्दुचेरी जैसे राज्यों में बच्चों का जन्म 100 प्रतिशत कुशल स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा किया गया है। कुल 13 राज्यों ने सूचित किया है कि 90 प्रतिशत से अधिक जन्मों में कुशल स्वास्थ्य कर्मियों ने भाग लिया। एनएफएचएस-4 के आंकड़ों से यह भी पता चलता है कि संस्थागत प्रसव में वृद्धि के बाद सिजेरियन सेक्शन (सीएस) डिलीवरी में दोगुना वृद्धि हुई है, जो 2005-06 में 8.5 प्रतिशत से बढ़कर 2015-16 में 17.2 प्रतिशत हो गई है। कई राज्यों में सीएस डिलीवरी में उच्च वृद्धि देखी गई है और इनमें से कुछ राज्य आंध्र प्रदेश (40.1%), केरल (35.8%), तमिलनाडु (34.1%), जम्मू और कश्मीर (अब केंद्र शासित प्रदेश) (33.1%) और गोवा (31.4%) हैं। सिजेरियन सेक्शन डिलीवरी में अप्रत्याशित वृद्धि भी चिंता का कारण है (मुजफ्फर और अकरम, 2019)।

8.3.3 प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल

प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी) गर्भावस्था से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल को संदर्भित करता है, जो आमतौर पर एक डॉक्टर, एक सहायक नर्स दाई (एएनएम) या किसी अन्य स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा प्रदान किया जाता है। आदर्श रूप से, एएनसी को जटिलताओं के संकेतों के लिए गर्भावस्था की निगरानी करनी चाहिए, गर्भावस्था की पहले से मौजूद और समवर्ती समस्याओं का पता लगाना और उनका इलाज करना चाहिए, और निवारक देखभाल, गर्भावस्था के दौरान आहार, प्रसव देखभाल, प्रसवोत्तर देखभाल और संबंधित मुद्दों पर सलाह और परामर्श प्रदान करना चाहिए। एएनसी का मुख्य उद्देश्य कुछ जटिलताओं को रोकना है, जैसे कि एनीमिया, और उपचार या हस्तांतरण के लिए स्थापित गर्भावस्था जटिलताओं वाली महिलाओं की पहचान करना। प्रसवोत्तर जांच, प्रसव के बाद पहले कुछ हफ्तों के दौरान मां और शिशु को मिलने वाली स्वास्थ्य सेवा, गैर-संस्थागत सेटिंग्स में होने वाले जन्मों के लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण हैं। प्रसवोत्तर जांच के महत्व को पहचानते हुए, आमतौर पर तीन प्रसवोत्तर यात्राओं की सिफारिश की जाती है।

8.3.4 एनीमिया की रोकथाम और उपचार के लिए गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं को आयरन और फोलिक एसिड पूरकता

गर्भावस्था की पहली तिमाही के बाद, गर्भावस्था के दौरान और प्रसवोत्तर छह महीने के बाद छह महीने के लिए आयरन और फोलिक एसिड (आईएफए) की गोलियां भी दी जाती हैं। गर्भवती महिलाएं, जो नैदानिक रूप से एनीमिक पाई जाती हैं, उन्हें आयरन और फोलिक एसिड की दोगुनी खुराक दी जाती है। गर्भवती महिलाओं (15-49 वर्ष) में एनीमिया की व्यापकता के संदर्भ में, एनएफएचएस 4 के अनुसार, झारखंड सबसे खराब प्रदर्शन करने वाला राज्य है, जहां इस तरह की व्यापकता का उच्चतम प्रतिशत (62.6) है, इसके बाद बिहार (58.3%), हरियाणा (55.0%), मध्य प्रदेश (54.6%), त्रिपुरा (54.4%) और पश्चिम बंगाल (53.6%) का स्थान है।

8.3.5 व्यापक गर्भपात देखभाल

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की वार्षिक रिपोर्ट 2018-19 के अनुसार, व्यापक गर्भपात देखभाल प्रदान की जा रही है क्योंकि यह आरएमएनसीएच + ए रणनीति के प्रजनन स्वास्थ्य घटक में एक महत्वपूर्ण तत्व है क्योंकि भारत में मातृ मृत्यु का 8 प्रतिशत (2001-03 एसआरएस) असुरक्षित गर्भपात के लिए जिम्मेदार है। 2019 में भारत में सेवा वितरण के लिए संशोधित दिशानिर्देश जारी किए गए हैं।

8.3.6 एसटीआई और आरटीआई के लिए स्क्रीनिंग और देखभाल

यौन संचारित संक्रमण (एसटीआई) और प्रजनन पथ संक्रमण (आरटीआई) के लिए स्क्रीनिंग और देखभाल स्वास्थ्य सुविधाओं में प्रदान की जा रही है क्योंकि वे भारत में एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या का गठन करते हैं। गर्भवती महिलाओं में एचआईवी और सिफलिस के सार्वभौमिक परीक्षण के लिए एक नीतिगत निर्णय लिया गया है। वित्त वर्ष 2018-19 के लिए एचएमआईएस रिपोर्ट के अनुसार, 80 लाख से अधिक गर्भवती महिलाओं की सिफलिस के लिए जांच की गई है और लगभग 1.86 करोड़ गर्भवती महिलाओं की एचआईवी के लिए जांच की गई है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 2

1) भारत में मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) से संबंधित स्थिति को विस्तृत करें।

.....

.....

.....

.....

.....

8.4 भारत में महिलाओं की स्वास्थ्य सेवा: कुछ महत्वपूर्ण सरकारी कार्यक्रम

8.4.1 जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई)

जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत एक सुरक्षित मातृत्व हस्तक्षेप है। इसे गर्भवती महिलाओं में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर मातृ और नवजात मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य से लागू किया गया है। जननी सुरक्षा योजना एक केंद्र प्रायोजित योजना है, जो डिलीवरी और पोस्ट-डिलीवरी देखभाल के साथ नकद सहायता को एकीकृत करती है। इस स्कीम में प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) की पहचान सरकार और गर्भवती महिलाओं के बीच एक प्रभावी कड़ी के रूप में की गई है।

8.4.2 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके)

जननी सुरक्षा योजना योजना की अभूतपूर्व प्रगति के आधार पर, भारत सरकार ने 2011 में जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके) शुरू किया। यह पहल सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में प्रसव कराने वाली सभी गर्भवती महिलाओं को सीजेरियन सेक्शन सहित बिल्कुल मुफ्त और बिना किसी खर्च के प्रसव कराने का अधिकार देती है। पात्रता में मुफ्त दवाएं, उपभोग्य सामग्रियां, प्रवास के दौरान मुफ्त आहार, मुफ्त निदान और यदि आवश्यक हो तो मुफ्त रक्त आधान शामिल हैं। यह पहल रेफरल के मामले में सुविधाओं सहित घर से संस्थान तक मुफ्त परिवहन और घर वापस छोड़ने की सुविधा भी प्रदान करती है। जन्म के 30 दिन बाद तक इलाज के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों तक पहुंचने वाले सभी बीमार नवजात शिशुओं के लिए इसी तरह की पात्रताएं रखी गई थीं। 2013 में, प्रसव पूर्व और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान जटिलताओं और 1 वर्ष तक के बीमार शिशुओं को कवर करने के लिए इस योजना का विस्तार किया गया था।

8.4.3 प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए)

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा 2016 में प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान (पीएमएसएमए) शुरू किया गया है। प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान के अंतर्गत, देश में सभी गर्भवती महिलाओं को निश्चित दिन, निःशुल्क सुनिश्चित और गुणवत्तापूर्ण प्रसवपूर्व परिचर्या प्रदान की जाती है। अभियान के हिस्से के रूप में, प्रत्येक महीने की 9 तारीख को

लाभार्थियों को प्रसवपूर्व देखभाल सेवाओं (जांच और दवाओं सहित) का न्यूनतम पैकेज प्रदान किया जा रहा है। इस अभियान में सरकारी सुविधाओं में विशेषज्ञ देखभाल प्रदान करने के लिए स्वयंसेवकों के रूप में निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को भी शामिल किया गया है।

8.4.4 ग्रामीण भारत में किशोरियों के बीच मासिक धर्म स्वच्छता को बढ़ावा देने के लिए योजना

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा आरसीएच II में किशोर प्रजनन यौन स्वास्थ्य (एआरएसएच) के हिस्से के रूप में ग्रामीण क्षेत्रों में 10-19 वर्ष की आयु वर्ग की किशोरियों के बीच मासिक धर्म स्वच्छता को बढ़ावा देने की योजना शुरू की गई थी। इस योजना के मुख्य उद्देश्य मासिक धर्म स्वच्छता के बारे में किशोरियों में जागरूकता बढ़ाना; ग्रामीण क्षेत्रों में किशोरियों तक उच्च गुणवत्ता वाले सैनिटरी नैपकिन तक पहुंच बढ़ाना और उनका उपयोग बढ़ाना; और पर्यावरण के अनुकूल तरीके से सैनिटरी नैपकिन का सुरक्षित निपटान सुनिश्चित करना है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 3	
1)	भारत में महिलाओं के स्वास्थ्य में सुधार के लिए की गई सरकारी पहलों का आकलन करें।

8.5 बच्चों का स्वास्थ्य: वैश्विक और राष्ट्रीय ढांचे

डब्ल्यूएचओ ने “प्रारंभिक बाल विकास — बाल स्वास्थ्य और विकास” शीर्षक वाले एक पेपर में कहा है: बचपन के वर्ष न केवल महान अवसर की अवधि हैं, बल्कि महान भेद्यता का भी समय हैं? पोषण देखभाल फ्रेमवर्क (डब्ल्यूएचओ, यूनिसेफ और विश्व बैंक समूह, 2018) को कार्रवाई के लिए एक रोडमैप प्रदान करने के लिए 2018 में विश्व स्वास्थ्य सभा द्वारा तैयार किया गया था। यह ढांचा अत्याधुनिक साक्ष्यों पर आधारित है कि बाल विकास के परिणाम कैसे प्रभावित होते हैं और नीतियों और हस्तक्षेपों से उन्हें कैसे सुधारा जा सकता है। पोषण देखभाल एक स्थिर वातावरण की विशेषता है जो स्वास्थ्य और इष्टतम पोषण को बढ़ावा देता है, बच्चों को खतरों से बचाता है, और उन्हें स्नेही बातचीत और रिश्तों के माध्यम से प्रारंभिक सीखने के अवसर देता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के दिशा-निर्देशों के अनुसार देखभाल के पोषण के मुख्य घटक निम्नलिखित हैं: अच्छा स्वास्थ्य; पर्याप्त पोषण; उत्तरदायी देखभाल प्रदान करना; प्रारंभिक शिक्षा के अवसर; और और सुरक्षा। सहस्राब्दी का लक्ष्य संख्या 4 बाल मृत्यु दर को कम करने की बात करता है। इसके अलावा, 2030 तक प्राप्त किए जाने वाले

सतत विकास लक्ष्य के 17 चिन्हित लक्ष्यों में से पहले तीन लक्ष्य क्रमशः गरीबी समाप्त करने, भूख को समाप्त करने और सभी के लिए स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के बारे में बात करते हैं और निश्चित रूप से बच्चों पर भी ध्यान केंद्रित किया जाता है।

भारत की जनगणना 2011 के अनुसार देश की कुल जनसंख्या में बच्चों (0-6 वर्ष) की हिस्सेदारी 13 प्रतिशत है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के अंतर्गत बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम उन हस्तक्षेपों को व्यापक रूप से एकीकृत करता है जो बाल अस्तित्व में सुधार करते हैं और शिशु और पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर में योगदान करने वाले कारकों को संबोधित करते हैं। अब यह अच्छी तरह से मान्यता प्राप्त है कि बच्चे के अस्तित्व को अलगाव में संबोधित नहीं किया जा सकता है क्योंकि यह जटिल रूप से मां के स्वास्थ्य से जुड़ा हुआ है, जो आगे एक किशोर के रूप में उसके स्वास्थ्य और विकास से निर्धारित होता है। इसलिए, देखभाल की निरंतरता की अवधारणा, जो बाल अस्तित्व में सुधार के लिए महत्वपूर्ण जीवन चरणों के दौरान देखभाल पर जोर देती है, का पालन राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत किया जा रहा है। नवजात और बाल स्वास्थ्य अब प्रजनन, मातृत्व, नवजात शिशु, बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच + ए) रणनीतिक दृष्टिकोण, 2013 के दो प्रमुख स्तंभ हैं। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 और एसडीजी 2030 द्वारा परिकल्पित भारत में बाल स्वास्थ्य के लक्ष्यों को तालिका 8.1 में प्रस्तुत किया गया है।

तालिका 8.1: एनएचपी-2017 और एसडीजी-2030 के तहत बाल स्वास्थ्य लक्ष्य

एनएचपी-2017 और एसडीजी-2030 के तहत बाल स्वास्थ्य लक्ष्य			
बाल स्वास्थ्य संकेतक	वर्तमान स्थिति	एनएचपी 2017	एसडीजी 2030
नवजात मृत्यु दर (एनएमआर)	24	2025 तक 16	<12
शिशु मृत्यु दर (आईएमआर)	34	2019 तक 28	—
5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर (यू5एमआर)	39	2025 तक 23	डी "25

स्रोत: नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) 2016, एनएचपी 2017 और एसडीजी 2030

अपनी प्रगति की जाँच करें 4

- हमें भारत में बच्चों के स्वास्थ्य से संबंधित स्थितियों का अध्ययन करने की आवश्यकता क्यों है?

.....

.....

.....

.....

.....

8.6 भारत में बच्चों की स्वास्थ्य सेवा: मुख्य समस्याएं और सरकारी कार्यक्रम

8.6.1 बाल मृत्यु दर की मुख्य समस्याएं और कारण

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की वार्षिक रिपोर्ट 2018-19 भारत में बाल मृत्यु दर और नवजात स्वास्थ्य की मुख्य समस्याओं और कारणों के बारे में बात करती है। एसआरएस रिपोर्टों (2010-13) के अनुसार भारत में बाल मृत्यु दर के प्रमुख कारण हैं समय से पहले और जन्म के समय कम वजन (29.8%); निमोनिया (17.1%); अतिसार रोग (8.6%); अन्य गैर-संचारी रोग (8.3%); जन्म श्वासावरोध और जन्म आघात (8.2%); चोटें (4.6%); जन्मजात विसंगतियां (4.4%); बीमार परिभाषित या अज्ञात कारण (4.4%); तीव्र जीवाणु सेप्सिस और गंभीर संक्रमण (3.6%); अज्ञात मूल का बुखार (2.5%); और, अन्य सभी शेष कारण (8.4%)। इन कारणों के अलावा, कुपोषण 45 प्रतिशत बच्चों की मृत्यु में एक योगदानकारक कारक है।

8.6.2 पोषण संबंधी हस्तक्षेप

कुपोषण को 45 प्रतिशत बाल मृत्यु का अंतर्निहित कारण माना जाता है: 5 वर्ष से कम आयु के 35.7 प्रतिशत बच्चे अल्पवजनी हैं, 38.4 प्रतिशत बच्चे अविकसित हैं और 21.0 प्रति ईएनटी तीव्र रूप से कुपोषित (बर्बाद) हैं। इससे भी महत्वपूर्ण बात यह है कि अंतिम उपलब्ध राष्ट्रीय सर्वेक्षण (एनएफएचएस 4, 2015-16) के अनुसार, 7.5 प्रतिशत बच्चे गंभीर कुपोषण से पीड़ित हैं। इसके अलावा, जन्म के एक घंटे के भीतर 41.6 प्रतिशत नवजात शिशुओं को ही स्तनपान शुरू की गयी, जबकि 54.9 प्रतिशत बच्चों ने विशेष रूप से 6 महीने की उम्र तक स्तनपान कराया (एनएफएचएस 4, 2015-16)। समय पर केवल 42.7% बच्चों (6 महीने से अधिक उम्र) के लिए पूरक आहार शुरू हुआ और 6 से 59 महीने के आयु वर्ग के 58.4 प्रतिशत बच्चे एनीमिक हैं (एनएफएचएस 4, 2015-16)।

8.6.3 राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके)

वार्षिक रिपोर्ट 2018-19, एमओएचएफडब्ल्यू (पृष्ठ 436) के अनुसार, राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम खंड स्तर पर समर्पित मोबाइल स्वास्थ्य टीमों की पहुंच का विस्तार करके बाल स्वास्थ्य स्क्रीनिंग और प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं प्रदान करता है। ये टीमें साल में दो बार आंगनबाड़ी केंद्रों में नामांकित 0-6 वर्ष के सभी बच्चों और सरकारी स्कूलों और सरकारी सहायता प्राप्त स्कूलों में 6-18 वर्ष की आयु वर्ग के सभी बच्चों की वर्ष में एक बार स्क्रीनिंग भी करती हैं। राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम में स्क्रीनिंग, पुष्टि और प्रबंधन सहित 30 सामान्य स्वास्थ्य स्थितियां शामिल हैं। इनमें से कई स्थितियां बहुत गंभीर हैं और यदि उन्हें अनदेखा छोड़ दिया जाता है, तो वे बच्चे के मस्तिष्क के विकास की महत्वपूर्ण अवधि को स्थायी रूप से नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकते हैं जैसे जन्मजात हृदय रोग, जन्मजात बहरापन, जन्मजात मोतियाबिंद, शैशवावस्था के दौरान विकास में देरी का इलाज करना। राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम जन्म दोषों के लिए सभी प्रसव बिंदुओं पर सभी नवजात शिशुओं की स्क्रीनिंग भी प्रदान करता है। राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम विकलांगता को रोकने या कम करने के लिए सभी जिलों में प्रारंभिक हस्तक्षेप केंद्र प्रदान करता है। जन्म दोषों, बीमारियों, देरी

और कमियों को दूर करने के लिए रणनीतिक हस्तक्षेप हैं: राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के तहत बच्चों की स्क्रीनिंग; जिला प्रारंभिक हस्तक्षेप केन्द्रों (डीईआईसी) की स्थापना; और जन्म दोष निगरानी प्रणाली (बीडीएसएस) की स्थापना की जा रही है।

8.6.4 टीकाकरण और टीकाकरण

टीकाकरण का विस्तारित कार्यक्रम (ईपीआई) 1974 में विश्व स्तर पर पेश किया गया था। भारत में प्रारंभिक ईपीआई कार्यक्रम बेसिलस कैलमेट गुएरिन (बीसीजी) तक सीमित था, डिप्थीरिया, टेटनस टॉक्सोइड्स, पूरे सेल पर्टुसिस (डीटीडब्ल्यूपी), मौखिक पोलियोमाइलाइटिस और टाइफाइड टीके, और मुख्य रूप से शहरी क्षेत्रों को कवर करते हैं। 1985 में शुरू किए गए यूनिवर्सल इम्यूनाइजेशन प्रोग्राम (यूआईपी) ने टीकाकरण कवरेज में सुधार किया और शैशवावस्था से परे ध्यान केंद्रित किया। टाइफाइड वैक्सीन को शेड्यूल से बाहर रखा गया था, और खसरे के टीके को जोड़ा गया था। विटामिन ए पूरकता 1990 में जोड़ा गया था, और पोलियो राष्ट्रीय टीकाकरण दिवस 1995 में पेश किया गया था। कुछ राज्यों ने 2002 में हेपेटाइटिस बी वैक्सीन और 2011 में पेंटावैलेंट वैक्सीन पेश की। यूआईपी 1992 से बाल जीवन रक्षा और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम, 1997 से प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरसीएच -1) और 2005 से आरसीएच -2 और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928529/>) का एक अनिवार्य हिस्सा है।

सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के तहत, भारत सरकार सात वैक्सीन रोके जाने योग्य बीमारियों अर्थात् डिप्थीरिया, पर्टुसिस, टेटनस, पोलियो, खसरा, बचपन के तपेदिक और हेपेटाइटिस बी के गंभीर रूप, हाइमोफिलस इन्फ्लूएंजा टाइप बी (हिब) और डायरिया को रोकने के लिए टीकाकरण प्रदान कर रही है।

अपनी प्रगति की जाँच करें 5

- 1) भारत में बच्चों के स्वास्थ्य में सुधार के लिए पोषण संबंधी पहलों के महत्व को समझाएं।

.....

.....

.....

.....

.....

8.7 कमजोर समूहों का स्वास्थ्य

कमजोर समूहों में जनसंख्या के वे वर्ग शामिल हैं जिनके पास अपने जनसांख्यिकीय, शारीरिक, सामाजिक-आर्थिक, स्थानिक, भौगोलिक और अन्य प्रासंगिक रूप से परिभाषित सीमाओं के कारण समग्र विकास लाभों तक सीमित पहुंच है। जनसांख्यिकीय दृष्टि से बच्चों, वृद्धों और महिलाओं को असुरक्षित माना जाता है। शारीरिक दृष्टि से, किसी भी प्रकार की विकलांगता वाले लोगों को कमजोर माना जाता है। इसी प्रकार, सामाजिक-आर्थिक दृष्टि से गरीब और

विशेषकर जो लोग गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन कर रहे हैं, वे अधिक असुरक्षित हैं। शहरी आबादी की तुलना में ग्रामीण लोग अधिक असुरक्षित हैं। अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति और पिछड़े वर्ग संवैधानिक रूप से पहचाने जाने वाले वंचित लोग हैं जिन्हें बहुत कमजोर समूह माना जाता है। बहुत बार, पर्यावरण या नौकरी से संबंधित खतरों के संपर्क में आने वाले व्यवसायों में काम करने वाले लोगों को भी कमजोर समूहों के रूप में परिभाषित किया जाता है। कुछ जातीय और अल्पसंख्यक समूहों, झुग्गी वासियों, असंगठित श्रमिकों को भी विशिष्ट संदर्भों में कमजोर समूहों के रूप में परिभाषित किया गया है।

स्वास्थ्य आंकड़े बताते हैं कि भोजन और पोषण की कमी, सुरक्षित पेयजल की अनुपलब्धता, अस्वास्थ्यकर रहने की स्थिति, खराब पहुंच से संबंधित कई परस्पर संबंधित कारकों के कारण इन कमजोर समूहों के स्वास्थ्य परिणाम खराब हैं। स्वास्थ्य देखभाल और चिकित्सा सुविधाओं, निरक्षरता, जागरूकता की कमी, और संचारी रोगों विशेष रूप से मलेरिया, तपेदिक, दस्त आदि के प्रति अधिक संवेदनशीलता। हमने इस इकाई के पहले दो खंडों में महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य की जांच की है। आप अन्य पाठों में ग्रामीण लोगों के स्वास्थ्य के बारे में पढ़ेंगे। इसी तरह संचारी और गैर-संचारी रोगों पर एक पाठ ने वहां प्रभावित लोगों से संबंधित स्थितियों की विस्तार से जांच की है।

8.7.1 भारत में बुजुर्गों का स्वास्थ्य

भारत में बुजुर्ग आबादी (60 वर्ष या उससे अधिक आयु) 2001 में कुल जनसंख्या का 7.4 प्रतिशत थी और यह 2011 की जनगणना के अनुसार बढ़कर कुल जनसंख्या का 8.6 प्रतिशत हो गई। भारत की वृद्ध जनसंख्या की आगे की संरचना तालिका 2 में दी गई है। बुजुर्ग आबादी का हिस्सा और आकार दोनों समय के साथ बढ़ रहे हैं। 1961 में यह 5.6 प्रतिशत से बढ़कर वर्ष 2026 तक 12.4 प्रतिशत हो जाने का अनुमान है। जनगणना 2011 के अनुसार वृद्ध व्यक्तियों में सबसे आम विकलांगता लोकोमोटर विकलांगता और दृश्य विकलांगता थी। ग्रामीण क्षेत्रों की तुलना में शहरी क्षेत्रों में बुजुर्ग आबादी के बीच हृदय रोगों का प्रसार बहुत अधिक था।

तालिका 8.2: भारत में बुजुर्ग लोग

60+ आयु वर्ग की जनसंख्या (लाखों में)			
ग्रामीण/शहरी	नर	मादा	कुल
ग्रामीण	36.0	37.3	73.3
शहरी	15.1	15.5	30.6
कुल	51.1	52.8	103.9
कुल जनसंख्या में बुजुर्ग जनसंख्या का हिस्सा (%)			
ग्रामीण	8.4	9.2	8.8
शहरी	7.7	8.5	8.1
कुल	8.2	9.0	8.6

स्रोत: केंद्रीय सांख्यिकी कार्यालय, सांख्यिकी और कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय (एमएसपीआई), भारत सरकार (www.mospi.gov.in) http://mospi.nic.in/sites/default/files/publication_reports/ElderlyinIndia_2016.pdf

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने वृद्धजनों की स्वास्थ्य संबंधी विभिन्न समस्याओं के समाधान के लिए वर्ष 2010-11 के दौरान 11वीं योजना अवधि में राष्ट्रीय वृद्धजन स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम (एनपीएचई) शुरू किया था। इसमें देश के सभी बुजुर्ग (60 वर्ष से अधिक) शामिल हैं। इसका उद्देश्य राज्य स्वास्थ्य वितरण प्रणाली के माध्यम से विशेष रूप से बुजुर्ग लोगों के लिए मुफ्त, विशेष स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं प्रदान करना है। राज्य सरकार/संघ राज्य क्षेत्र दिशा-निर्देशों और निबंधनों और शर्तों के अनुसार कार्यक्रम के कार्यान्वयन की सुविधा का लाभ उठाने के लिए निर्धारित प्रारूप में कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना प्रस्तुत करते हैं। भारत में बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल की मुख्य रणनीतियाँ:

- i) **निवारक और प्रोत्साहक देखभाल:** निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं जैसे नियमित शारीरिक व्यायाम, संतुलित आहार, शाकाहार, तनाव प्रबंधन, धूम्रपान या तंबाकू उत्पादों से बचना और की रोकथाम, आदि स्वास्थ्य प्रथाओं तक पहुंच का विस्तार करके प्रदान की जाती है। प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा अधिवास यात्राओं के माध्यम से। वे वृद्ध व्यक्तियों के साथ-साथ उनके परिवार के सदस्यों को वृद्ध व्यक्तियों की देखभाल पर स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करेंगे। इसके अलावा, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर साप्ताहिक क्लिनिक का आयोजन करके किसी दुर्बलता या बीमारी के लिए वृद्ध व्यक्तियों की नियमित मानीटरिंग और मूल्यांकन किया जाता है।
- ii) **बीमारी का प्रबंधन:** राज्य सरकारों को केंद्रीय सहायता प्रदान करके पुरानी और अक्षम बीमारियों के प्रबंधन के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, सीएचसी, जिला अस्पतालों और क्षेत्रीय जराचिकित्सा केंद्रों में समर्पित आउटडोर और घरेलू रोगी सेवाएं विकसित की जाएंगी।
- iii) **जराचिकित्सा सेवाओं के लिए हेल्थ मैन पावर डेवलपमेंट:** जेरियाट्रिक मेडिसिन में प्रशिक्षित चिकित्सा और पैरा-मेडिकल पेशेवरों की कमी को दूर करने के लिए, मेडिकल कॉलेजों और क्षेत्रीय संस्थानों की मदद से तैयार मानक प्रशिक्षण मॉड्यूल का उपयोग करके स्वास्थ्य जनशक्ति को सेवा में प्रशिक्षण दिया जाएगा। जराचिकित्सा चिकित्सा में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम क्षेत्रीय जराचिकित्सा केंद्रों में शुरू किए जाएंगे, जिसके लिए इन संस्थानों को अतिरिक्त शिक्षण और सहायक संकाय प्रदान किए जाते हैं।
- iv) **चिकित्सा पुनर्वास और चिकित्सीय हस्तक्षेप:** चिकित्सीय अभ्यास, दैनिक जीवन की गतिविधियों में प्रशिक्षण (एडीएल) और सीएचसी, जिला अस्पताल और क्षेत्रीय जराचिकित्सा केंद्र स्तरों पर फिजियोथेरेपी इकाई के माध्यम से दर्द और सूजन के उपचार जैसे चिकित्सीय तौर-तरीकों की व्यवस्था करके, जिसके लिए इन पहचान की गई इकाइयों को आवश्यक बुनियादी ढांचा, दवा और उपकरण प्रदान किए जाते हैं।
- v) **सूचना, शिक्षा और संचार (आईईसी):** स्वस्थ वृद्धावस्था, शारीरिक व्यायाम के महत्व, स्वस्थ आदतों और तनाव को कम करने की अवधारणा को बढ़ावा देने के लिए लक्षित समुदाय तक पहुंचने के लिए मास मीडिया, लोक मीडिया और अन्य संचार चैनलों का उपयोग करके स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों को बढ़ावा दिया जा रहा है। विभिन्न स्तरों पर नियमित चिकित्सा जांच के लिए शिविर आयोजित किए जा रहे हैं जहां आईईसी गतिविधियों को भी विशेष रूप से बढ़ावा दिया जाता है।

8.7.2 भारत में विकलांग व्यक्तियों की स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं

विकलांगता सेवाओं की आवश्यक श्रृंखला प्राप्त करने में अधिक चुनौतियां पैदा करती है। विकलांग व्यक्तियों को कई प्रकार के भेदभाव का सामना करना पड़ता है। जैसे— शिक्षा, अच्छे स्वास्थ्य रोजगार और अन्य सामाजिक-आर्थिक अवसरों तक पहुंच कम हो जाती है। वे शारीरिक, यौन, मनोवैज्ञानिक और भावनात्मक शोषण, उपेक्षा और वित्तीय शोषण का शिकार हैं, विकलांग महिलाएं यौन हिंसा सहित कई समस्याओं के संपर्क में हैं। विकलांग व्यक्तियों को स्वास्थ्य के अपने अधिकार के आनंद के लिए विभिन्न चुनौतियों का सामना करना पड़ता है। उदाहरण के लिए, शारीरिक विकलांग व्यक्तियों को अक्सर स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने में कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है, विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों, मलिन बस्तियों और उप-शहरी सेटिंग्स में; मनोवैज्ञानिक विकलांग व्यक्तियों को सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से किफायती उपचार तक पहुंच नहीं हो सकती है; विकलांग महिलाओं को लिंग-संवेदनशील स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त नहीं हो सकती हैं।

वर्ष 2011 की जनगणना के अनुसार भारत में 121 करोड़ की आबादी में से लगभग 2.68 करोड़ लोग 'विकलांग' हैं, जो कुल जनसंख्या का 2.21 प्रतिशत है। सांख्यिकी और कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय (एमओएसपीआई), भारत सरकार ने "भारत में विकलांग व्यक्ति: एक सांख्यिकीय प्रोफाइल 2016" शीर्षक के साथ विकलांग व्यक्तियों पर एक बहुत ही व्यापक रिपोर्ट तैयार की है और यहां प्रस्तुत डेटा लिया गया है। इस रिपोर्ट से विकलांग आबादी में 56 प्रतिशत (1.5 करोड़) पुरुष हैं और 44 प्रतिशत (1.18 करोड़) महिलाएं हैं। कुल जनसंख्या में, पुरुष और महिला जनसंख्या क्रमशः 51 प्रतिशत और 49 प्रतिशत है। कुल जनसंख्या के मामले में, 69 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों से हैं, जबकि शेष 31 प्रतिशत शहरी क्षेत्रों में रहते हैं। 2011 की जनगणना से पता चला है कि, भारत में, 20 प्रतिशत विकलांग व्यक्तियों को आवाजाही में विकलांगता है, 19 प्रतिशत देखने में विकलांगता के साथ हैं, 19 प्रतिशत श्रवण में विकलांगता के साथ हैं, 6 प्रतिशत मानसिक मंदता से संबंधित विकलांगता है, 18 प्रतिशत में कोई अन्य विकलांगता है, 7 प्रतिशत भाषण में विकलांगता के साथ हैं, 3 प्रतिशत मानसिक बीमारी और 8 प्रतिशत मल्टीपल डिसेबिलिटी से पीड़ित हैं। इसके अतिरिक्त, जनगणना 2011 में यह भी सूचित किया गया है कि सबसे अधिक निशक्त व्यक्ति उत्तर प्रदेश राज्य से हैं। लगभग 50 प्रतिशत विकलांग व्यक्ति पांच राज्यों में से एक उत्तर प्रदेश (15.5%), महाराष्ट्र (11.05%), बिहार (8.69%), आंध्र प्रदेश (8.45%) और पश्चिम बंगाल (7.52%) से संबंधित थे।

ऐसे युग में जहां सतत विकास की दिशा में सही मार्ग के रूप में 'समावेशी विकास' पर जोर दिया जा रहा है, विकलांग व्यक्तियों के कल्याण के लिए केंद्रित पहल आवश्यक है। विकलांग व्यक्तियों के लिए राष्ट्रीय नीति (2006) यह मानती है कि विकलांग व्यक्ति देश के लिए मूल्यवान मानव संसाधन हैं और एक ऐसा वातावरण बनाना चाहते हैं जो समान अवसर, उनके अधिकारों की सुरक्षा और समाज में पूर्ण भागीदारी प्रदान करता है। हाल ही में विकलांग व्यक्तियों के कल्याण को लक्षित करते हुए कई अंतरराष्ट्रीय प्रतिबद्धताएं और दिशानिर्देश लागू हुए हैं। भारत ने 'एशिया प्रशांत क्षेत्र में विकलांग लोगों की पूर्ण भागीदारी और समानता पर घोषणा' (2000) पर हस्ताक्षर किए हैं। भारत ने 'विकलांग व्यक्तियों के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र कन्वेंशन' (2008) की पुष्टि की है। भारत ने समावेशी, बाधा मुक्त और अधिकार

आधारित समाज की दिशा में कार्रवाई के लिए 'बिवाको मिलेनियम फ्रेमवर्क' (2002) पर भी हस्ताक्षर किए हैं।

विकलांग व्यक्तियों की जरूरतों को पूरा करने के लिए कई अधिनियम और विधान हैं : (i) विकलांग व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों का संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995; (ii) भारतीय पुनर्वास परिषद अधिनियम, 1992; (iii) ऑटिज्म, प्रमस्तिष्क पक्षाघात, मानसिक मंदता और बहुविकलांगता वाले व्यक्तियों के कल्याण के लिए राष्ट्रीय न्यास अधिनियम, 1999; (iv) मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987; और, (v) विकलांग व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम, 2016 (पीडब्ल्यूडी अधिनियम, 2016 के अधिकारों ने पीडब्ल्यूडी अधिनियम 1995 का स्थान लिया)।

दिव्यांगजनों के पुनर्वास, सशक्तिकरण और समग्र विकास को सुनिश्चित करने के लिए सरकार ने वर्ष 2006 में राष्ट्रीय नीति वक्तव्य अपनाया। राष्ट्रीय नीति यह स्वीकार करती है कि दिव्यांगजन देश के लिए मूल्यवान मानव संसाधन हैं और इसका उद्देश्य ऐसा वातावरण तैयार करना है जो उन्हें समान अवसर, उनके अधिकारों का संरक्षण और समाज में पूर्ण भागीदारी प्रदान करे। नीति का फोकस निम्नलिखित पर है:

- i) **विकलांगता की रोकथाम:** चूंकि विकलांगता, बड़ी संख्या में मामलों में, रोकथाम योग्य है, इसलिए विकलांगता की रोकथाम पर जोर दिया जाएगा।
- ii) **पुनर्वास उपाय:** पुनर्वास उपायों को तीन अलग-अलग समूहों में वर्गीकृत किया जा सकता है:
 - क) शारीरिक पुनर्वास, जिसमें प्रारंभिक पहचान और हस्तक्षेप, परामर्श और चिकित्सा हस्तक्षेप और एड्स और उपकरणों का प्रावधान शामिल है। इसमें पुनर्वास पेशेवरों का विकास भी शामिल होगा।
 - ख) शैक्षिक बहाली सहित व्यावसायिक शिक्षा; और
 - ग) समाज में एक गरिमापूर्ण जीवन के लिए आर्थिक पुनर्वास।
- iii) विकलांग महिलाओं को शोषण और दुर्व्यवहार के खिलाफ सुरक्षा की आवश्यकता होती है। विकलांग महिलाओं की विशेष आवश्यकताओं को ध्यान में रखते हुए शिक्षा, रोजगार और अन्य पुनर्वास सेवाएं प्रदान करने के लिए विशेष कार्यक्रम विकसित किए गए हैं।
- iv) **विकलांग बच्चे:** विकलांग बच्चे सबसे कमजोर समूह हैं और विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है। सरकार विकलांग बच्चों की देखभाल, सुरक्षा और सुरक्षा का अधिकार सुनिश्चित करने का प्रयास करेगी; गरिमा और समानता के साथ विकास के अधिकार को सुनिश्चित करना एक सक्षम वातावरण का निर्माण करना जहां बच्चे अपने अधिकारों का प्रयोग कर सकें, विभिन्न विधियों के अनुसार समान अवसरों और पूर्ण भागीदारी का आनंद ले सकें; और, विकलांग बच्चों के लिए विशेष पुनर्वास सेवाओं के साथ शिक्षा, स्वास्थ्य, व्यावसायिक प्रशिक्षण के लिए समावेश और प्रभावी पहुंच सुनिश्चित करें। विकास के अधिकार के साथ-साथ विशेष आवश्यकताओं और देखभाल की मान्यता और गंभीर विकलांग बच्चों की सुरक्षा सुनिश्चित करें।

- v) **सामाजिक सुरक्षा:** विकलांग व्यक्ति, उनके परिवार और देखभाल करने वाले दैनिक जीवन, चिकित्सा देखभाल, परिवहन, सहायक उपकरणों आदि की गतिविधियों को सुविधाजनक बनाने के लिए पर्याप्त अतिरिक्त व्यय करते हैं।

दिव्यांगजन सशक्तिकरण विभाग दिव्यांगजनों को लाभ प्रदान करने के लिए विभिन्न स्कीमें कार्यान्वित करता है। कुछ विशिष्ट चालू योजनाएं हैं: दीन दयाल विकलांग पुनर्वास योजना (डीडीआरएस); सहायक उपकरणों की खरीद/फिटिंग के लिए विकलांग व्यक्तियों को सहायता (एडीआईपी); जिला विकलांगता पुनर्वास केंद्र (डीडीआरसी); विकलांग छात्रों के लिए राष्ट्रीय फैलोशिप (आरजीएमएफ); विकलांग छात्रों के लिए प्री मीट्रिक छात्रवृत्ति और पोस्ट मीट्रिक छात्रवृत्ति; विकलांग छात्रों के लिए राष्ट्रीय विदेशी छात्रवृत्ति; और, विकलांग व्यक्तियों के सशक्तिकरण के लिए ट्रस्ट फंड।

अपनी प्रगति की जाँच करें 6

- 1) हमें भारत में कमजोर समूहों के स्वास्थ्य के बारे में बात करने की आवश्यकता क्यों है?

.....
.....
.....
.....
.....

- 2) भारत में बुजुर्ग आबादी की स्वास्थ्य समस्याओं को स्पष्ट कीजिए।

.....
.....
.....
.....
.....

- 3) भारत में विकलांग व्यक्तियों के जीवन स्तर में सुधार के लिए सरकार द्वारा क्या पहल की गई है?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8.8 सारांश

इस पाठ ने हमें महिलाओं, बच्चों और भारत में बुजुर्ग लोगों और विकलांग व्यक्तियों जैसे कुछ कमजोर समूहों की बुनियादी स्वास्थ्य समस्याओं को समझने में मदद की है। स्वास्थ्य मानव आबादी के सभी वर्गों का एक आवश्यक और बुनियादी मानव अधिकार है। समाज के विभिन्न वर्ग विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य मुद्दों को देखते हैं और इसलिए उनकी समस्याओं को प्रासंगिक तरीके से समझना आवश्यक है। महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य मुद्दों ने पिछले कुछ दशकों में वैश्विक एजेंसियों का ध्यान आकर्षित किया है। उपयुक्त नीतिगत हस्तक्षेप शुरू करने के लिए समाज के विभिन्न वर्गों की विशिष्ट स्वास्थ्य समस्याओं को समझना बहुत महत्वपूर्ण है। महिलाओं की मातृ और प्रजनन स्वास्थ्य स्थिति में सुधार न केवल महिलाओं के लिए अच्छा स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के लिए बल्कि स्वस्थ भविष्य की पीढ़ियों को प्राप्त करने के लिए भी आवश्यक है। सरकार की पहल से देश को समाज के सभी वर्गों की स्वास्थ्य स्थितियों को मजबूत करने में मदद मिल रही है। बुजुर्ग आबादी के स्वास्थ्य संबंधी और अन्य जरूरतों को अक्सर नजरअंदाज कर दिया जाता है। ऐसी स्थितियों के कारण उन्हें काफी नुकसान उठाना पड़ता है। एक उचित नीति दिशानिर्देश हमें यह समझने में मदद करता है कि अक्सर निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य देखभाल विशेष रूप से बुजुर्ग आबादी के संदर्भ में नैदानिक देखभाल की तुलना में अधिक उत्पादक होती है। किसी भी प्रकार की विकलांगता मानव जीवन में बड़ी बाधाएं पैदा करती है और विकलांग व्यक्तियों की समस्याओं का ध्यान रखना समाज की सामूहिक जिम्मेदारी है। इस दुनिया को सभी कमजोर समूहों के रहने के अनुभवों के लिए एक बेहतर स्थान बनाने के लिए सरकारी और नागरिक समाज सहयोग बहुत आवश्यक है। इस पाठ ने आपको विभिन्न श्रेणियों के लोगों के स्वास्थ्य और स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दों पर बहुत अद्यतन जानकारी प्रदान की है और यह आपको अपने व्यावहारिक जीवन में अधिक संवेदनशील व्यक्ति बनने में भी मदद करेगा।

8.9 मुख्य शब्द

मातृ स्वास्थ्य: मातृ स्वास्थ्य गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर अवधि के दौरान महिलाओं के स्वास्थ्य को संदर्भित करता है। इसका उद्देश्य गर्भावस्था से गुजरने वाली महिलाओं के स्वास्थ्य और रहने के अनुभव में सुधार करना और प्रक्रिया के दौरान होने वाली पीड़ा और जोखिम को कम करना है।

प्रजनन स्वास्थ्य: प्रजनन प्रणाली और उसके कार्यों और प्रक्रियाओं से संबंधित सभी मामलों में पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति और न केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति। यह सुरक्षित यौन जीवन, प्रजनन करने की क्षमता और यह तय करने की स्वतंत्रता से भी संबंधित है कि क्या, कब और कितनी बार ऐसा करना है।

मातृ मृत्यु अनुपात: यह उन महिलाओं की संख्या है जो गर्भावस्था या इसके प्रबंधन (आकस्मिक को छोड़कर) से संबंधित या बढ़ने वाले किसी भी कारण से मर जाती हैं या आकस्मिक कारण) गर्भावस्था और प्रसव के दौरान या गर्भावस्था की समाप्ति के 42 दिनों के भीतर, गर्भावस्था की अवधि और साइट की परवाह किए बिना, प्रति 100,000 जीवित जन्म।

प्रसवपूर्व देखभाल (एएनसी): यह गर्भावस्था से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल को संदर्भित करता है, जो आमतौर पर एक डॉक्टर, सहायक नर्स दाइयों (एएनएम) या किसी अन्य स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा प्रदान किया जाता है। आदर्श रूप से, एएनसी को जटिलताओं के संकेतों के लिए गर्भावस्था की निगरानी करनी चाहिए, गर्भावस्था की पहले से मौजूद और समवर्ती समस्याओं का पता लगाना और उनका इलाज करना चाहिए, और गर्भावस्था के दौरान निवारक देखभाल, आहार और प्रसव देखभाल पर सलाह और परामर्श प्रदान करना चाहिए।

कमजोर समूह: यह आम तौर पर जनसंख्या के उन वर्गों को संदर्भित करता है जिनके जनसांख्यिकीय, शारीरिक, सामाजिक-आर्थिक, स्थानिक, भौगोलिक और अन्य प्रासंगिक रूप से परिभाषित सीमाओं के कारण समग्र विकास लाभों तक सीमित पहुंच है।

बुजुर्ग आबादी: भारत में 60 वर्ष या उससे अधिक आयु के लोग।

8.10 संदर्भ और ग्रंथ सूची

Akram, M. (2014a). *Sociology of Health*, Jaipur: Rawat Publications

Akram, M. (2014b): “Maternal Health in India: An Overview,” in *Maternal Health in India: Contemporary Issues and Challenges*, Mohammad Akram (ed), Jaipur/Delhi: Rawat Publication, pp 19–44.

Cockerham, W.C. (2007). *Social Causes of Health and Disease*, Cambridge, UK: Polity Press.

Indian Academy of Pediatrics Committee on Immunization (IAPCOI). Consensus recommendations on immunization and IAP immunization timetable 2012. (2012) *Indian Pediatr.* ;49: 549–64.

McKenzie, J.F., Pinger, R.R. and Kotecki, J.E. (2005). *An Introduction to Community Health*, London: Jones and Bartlett Publishers.

Muzaffar, N. Akram, M. (2019), “Alarming Rise of Caesarean Section Deliveries: A Case Study of Kulgam”. *Economic and Political Weekly*, Vol. LIV No. 24, pp.55-59

Nagla, M. (2018). *Sociology of Health and Medicine*, Jaipur: Rawat Publications National Family Health Survey India, 1992–93 (NFHS-1),”

National Family Health Survey, 2015–16 (NFHS-4): (2017). International Institute for Population Sciences, Mumbai.

WHO. (2009). *Women and Health: Today’s Evidence Tomorrow’s Agenda*.

WHO report on “NURTURING CARE FOR EARLY CHILDHOOD

DEVELOPMENT”

https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1 file:///C:/Users/falcon5/Downloads/9789241514064-eng.pdf

WHO Report on “Early child development - Child health and development”
https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1

[/www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1)

Guidelines for vaccinations of a normal child in India <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928529/#ref1>

Government of India Reports and Website

- Annual Report 2018-19, Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), Government of India
- Elderly in India 2016, Central Statistics Office, Ministry of Statistics and Programme Implementation (MoSPI), Government of India
http://mospi.nic.in/sites/default/files/publication_reports/ElderlyinIndia_2016.pdf
- Situation Analysis of The Elderly in India (June 2011), Central Statistics Office, Ministry of Statistics & Programme Implementation, Government of India
http://mospi.nic.in/sites/default/files/publication_reports/elderly_in_india.pdf
- NATIONAL PROGRAMME FOR HEALTH CARE OF THE ELDERLY (NPHCE)
<https://main.mohfw.gov.in/major-programmes/other-national-health-programmes/national-programme-health-care-elderlynphce>
- Disabled Persons in India: A Statistical Profile 2016, Ministry of Statistics and Programme Implementation, Government of India
http://mospi.nic.in/sites/default/files/publication_reports/Disabled_persons_in_India_2016.pdf