4
अध्याय

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

4-1 çLrkouk

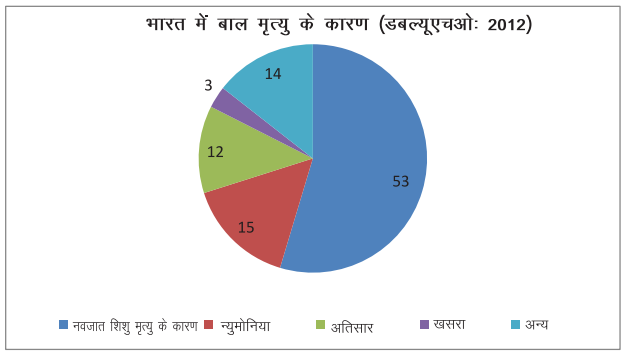
भारत सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (एमडीजी) में किए गए वादे के अनुसार वर्ष 1990 और 2015 के बीच बाल मृत्यु दर को दो–तिहाई तक कम करने के लिए प्रतिबद्ध है। इसका अर्थ यह है कि 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर (यू–5एमआर) को वर्ष 1990 के 125/1000 जीवित शिशु जन्मों से घटाकर वर्ष 2015 में 42/1000 तक कम करना है। इस प्रतिबद्धता को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) में भी प्रतिबिम्बित किया गया है।

4-1-1 Hkkjr esa cky eR;q nj dh fLFkfr

एसआरएस 2013 के अनुसार वर्तमान में, भारत में 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों में मृत्यु दर 49/1000 जीवित शिशु जन्म, शिशु मृत्यु दर (आईएमआर) 40/1000 जीवित शिशु जन्म और नवजात शिशु मृत्यु दर 28/1000 जीवित शिशु जन्म है। इस प्रकार प्रति वर्ष 12.7 लाख 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु होने का अनुमान है।वर्ष 2008–2013 की अवधि में यू5एमआर में तेजी से गिरावट आई है। वर्ष 1990–2007 में पाई गई 3.3% की चक्रवृद्धि वार्षिक गिरावट की तुलना में इस अवधि में 6.6% चक्रवृद्धि वार्षिक गिरावट दर्ज हुई है। फिर भी, वर्ष 2015 तक 42/1000 जीवित शिशु जन्मों के एमडीजी को हासिल करने के लिए प्रयास तेज करने की आवश्यकता है। देश के चार राज्य नामतः उत्तर प्रदेश (3.5 लाख), बिहार (1.5 लाख), मध्य प्रदेश (1.3 लाख), और राजस्थान (1.0 लाख), कुल मिलाकर 58% बाल मृत्यु के लिए जिम्मेदार हैं। पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में लगभग 45% शिशुओं की मृत्यु जन्म के 7 दिनों के भीतर, लगभग 57% की मृत्यु जन्म के पहले एक माह के भीतर और लगभग 81% की मृत्यु जन्म के एक वर्ष के भीतर होती है।

4-1-2 Hkkjr esa cky eR;q ds dkj.k

(डब्ल्यूएचओ, 2012 के अनुसार) भारत में बाल मृत्यु के प्रमुख कारण हैंः नवजात संबंधी कारण (53%), न्युमोनिया (15%), डायरिया संबंधी रोग (12%), खसरा (3%) और अन्य। इनके अलावा, 33% मृत्यु के लिए कुपोषण उत्तरदायी है।



4-1-3 cky LokLF; ds vrxZr xfrfof/k;k

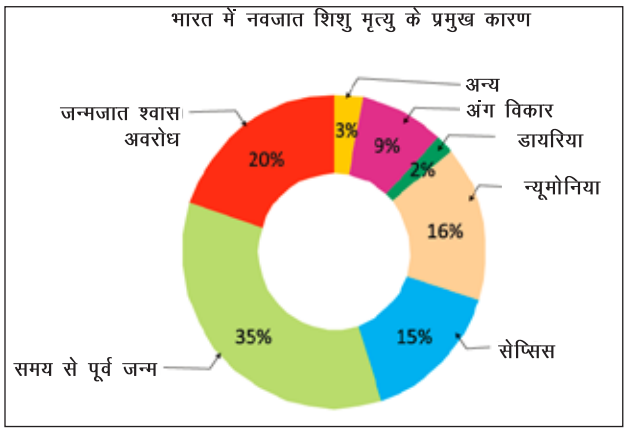
मृत्यु के अभिज्ञात कारणों के आधार पर, बाल स्वास्थ्य के क्षेत्र में होने वाले परिणामों में सुधार लाने के लिए पांच प्रमुख कार्यनीतिक क्षेत्रों की पहचान की गई है। ये क्षेत्र हैंः

इसके अलावा, मातृ स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन संबंधी गतिविधियों को भी बाल स्वास्थ्य के परिणामों से अभिन्न

रूप से जोड़ा गया है। अतः आरएमएनसीएच+ए दृष्टिकोण के तहत जीवन की सभी अवस्थाओं में सतत् देखभाल की व्यापक कार्यनीति तैयार की गई है, जिसके अंतर्गत बाल स्वास्थ्य संबंधी इन गतिविधियों को समाविष्ट किया गया है।

4-2 uotkr f'k'k LokLF;

- भारत में नवजात शिशु–दर 28/1000 जीवित शिशु जन्म है (एसआरएस 2013) जिससे प्रति वर्ष लगभग 7.3 लाख नवजात शिशुओं की मृत्यु होती है।
- नवजात शिशु मृत्यु के कारण देश में 5 वर्ष से कम आयु के 57% बच्चों की मृत्यु होती है।
- ठहराव की अवधि (2003 से 2007 तक) के बाद नवजात शिशु मृत्यु दर में तेजी से गिरावट आई और गत 5 वर्षों (2008 से 2012 तक) में 17% की गिरावट दर्ज हुई है। पिछले दो वर्षों में प्रति वर्ष लगातार 6% (अब तक सबसे अधिक) गिरावट हुई।
- भारत में नवजात शिशु मृत्यु के प्रमुख कारण हैं: संक्रमण (31%), समय से पूर्व जन्म (35%), जन्मजात श्वास अवरोध (20%), अंग विकार (9%) और डायरिया (2%)।



4.2.1 वर्ष 2030 तक "एकल डिजिट नवजात शिशु मृत्यु दर" और "एकल डिजिट मृत शिशु जन्म दर" के लक्ष्यों को हासिल करने की दिशा में सामूहिक प्रयास करने हेतु वर्ष 2014 में Hkkjr uotkr f'k'k dk;Z ;kstuk ¼vkbZ,u,i½ की शुरुआत की गई।

4-2-2 uotkr f'k'k LokLF; d rgr dk;Zuhfrd xfrfofèk;k fuEufyf[kr g%

- अस्पताल में प्रसव को बढ़ावा और अनिवार्य नवजात शिशु देखभाल – चूंकि प्रसव पूर्व एवं प्रसवकालीन घटनाओं का प्रभाव नवजात शिशु के स्वास्थ्य पर पड़ता है, अतः जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) के रूप में नकद प्रोत्साहन प्रदान करके अस्पताल में प्रसव को बढ़ावा दिया जा रहा है। जन्म के समय अत्यावश्यक नवजात शिशु देखभाल उपलब्ध कराने हेतु प्रसव केंद्रों पर नवजात शिशु देखभाल कॉर्नर (एनबीसीसी) संचालित किए गए हैं। मरीज द्वारा किए जाने वाले फुटकर व्यय को कम करने के लिए, गर्भवती महिला तथा उसके एक वर्ष तक के बच्चे को सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्रों में जननी शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम (जेएसएसके) के तहत नकद भुगतान के बिना उपचार प्राप्त करने का अधिकार प्रदान किया गया है। इसके तहत रेफरल परिवहन भी शामिल है।
- आशा कार्यकर्ता द्वारा स्तनपान की परिपाटियों, नवजात शिशु को होने वाली बीमारियों का शुरू में निदान और अस्पताल में रेफरल सहित आवश्यक नवजात शिशु देखभाल को बढ़ावा देने के लिए xg vk/kkfjr uotkr f'k'k n[kHkky ¼,pch,u,l½ की शुरूआत की गई है, जिसके अंतर्गत आशा कार्यकर्ताओं को निर्धारित समय–सूची के अनुसार जन्म के प्रथम छः माह तक प्रत्येक नवजात शिशु और प्रसव के उपरांत माता की देखभाल उसके घर पर जाकर करने हेतु प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया जाता है। वर्ष 2014–15 में आशा कार्यकर्ताओं द्वारा 58 लाख से अधिक नवजात शिशुओं की घर पर देखभाल की गई है, जबकि वर्ष 2015–16 की पहली तिमाही (अप्रैल–जून, 2015) में लगभग 18 लाख नवजात शिशुओं को आशा कार्यकर्ताओं द्वारा घर पर देखभाल उपलब्ध कराई गई है।
- छोटे और बीमार नवजात शिशुओं की देखभाल के लिए स्वास्थ्य dsUnz vk/kkfjr uotkr f'k'k n[kHkky ¼,Qch,u,l½ का विस्तार किया जा रहा है। बीमार नवजात शिशुओं को 24 घंटे

सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु जिला अस्पतालों एवं मेडिकल कॉलेजों में 602 विशेष नवजात शिशु देखभाल इकाइयों (एएएनसीयू) में 7.5 लाख से अधिक नवजात शिशुओं का इलाज किया गया। सतत् देखभाल उपलब्ध कराने हेतु एफआरयू के स्तर पर 2,228 नवजात शिशु स्थिरीकरण इकाइयों (एनबीएसयू) और प्रसव केंद्रों पर 16,968 नवजात शिशु देखभाल कॉर्नरों को संचालित किया गया है। 16 राज्यों में एसएनसीयू ऑनलाइन रिपोर्टिंग प्रणाली (ओआरएस) स्थापित की गई है और 400 से अधिक केंद्र ऑनलाइन रिपोर्ट भेज रहे हैं।

- uotkr f'k'kq eR;q nj dks de djus ds fy, ubZ xfrfof/k;ka भी कार्यान्वित की गई हैं, जिनमें जन्म के समय विटामिन–के का इंजेक्शन, समय से पहले प्रसव की स्थिति में प्रसवपूर्व कोर्टिकोस्टीरॉयड, कंगारू मातृ देखभाल (केएमसी) और शिशुओं को संभावित गंभीर जीवाणु संक्रमण से बचाने हेतु एएनएम को जेंटामाइसिन इंजेक्शन लगाने का अधिकार प्रदान करना शामिल है।

4-3 iks"k.k lac/kh xfrfof/k;ka

- कुपोषण को 33% बाल मृत्यु का आंतरिक कारण माना जाता है।
- 5 वर्ष से कम आयु के 29.4% बच्च कम वजन के हैं, 38.7% बच्चों का विकास अवरूद्ध है और 15.1% बच्चे तीव्र कुपोषण के शिकार (दुर्बल) हैं। इससे भी महत्वपूर्ण बात यह है कि अद्यतन राष्ट्रीय सर्वेक्षण के उपलब्ध आंकड़ों के अनुसार, 4.6% बच्चे गंभीर तीव्र कुपोषण से पीड़ित हैं।
- 100 सबसे अधिक प्रभावित जिलों में किए गए सबसे हाल के सर्वेक्षण (बाल विकास सूचकांक के अनुसार) से पता चला कि सात वर्ष की अवधि (2004–2011) के दौरान प्रति वर्ष 2.9% की कमी के साथ कम वजन के मामलों की व्याप्ति में 20.3% की गिरावट आई। इन 100 सबसे अधिक प्रभावित जिलों में गंभीर तीव्र कुपोषण के मामलों में भी 3.4% की कमी आई है।
- केवल 44.6% नवजात शिशुओं को जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान कराया गया, जबकि 64.9% बच्चों को 6 माह की आयु तक केवल स्तनपान कराया गया।
- केवल 50.5% बच्चों को समय पर (6 माह के बाद) पूरक आहार शुरू किया गया।
- 6 माह–5 वर्ष की आयु समूह के 69.5% बच्चे और 2.9% बच्चे गंभीर रक्ताल्पता से पीड़ित हैं।

4-3-1 iks"k.k lac/kh dk;Zuhfrd xfrfof/k;ka fuEufyf[kr gSa%

- f'k'kq ,oa cky vkgkj ifjikfV;ksa ¼vkbZokbZlh,Q½ dks c<+kok% महिला एवं बाल विकास मंत्रालय के साथ समन्वय स्थापित करके जन्म से छः माह तक केवल स्तनपान, छः माह के बाद से पूरक आहार तथा शिशु एवं बाल आहार की उपयुक्त परिपाटियों (आईवाईसीएफ) को बढ़ावा दिया जा रहा है।
- iks"k.k iquokZl dsanzksa ¼,uvkjlh½ dh LFkkiuk% गंभीर तीव्र कुपोषण (एसएएम) के शिकार 5 वर्ष से कम आयु के जिन बच्चों में चिकित्सीय जटिलताएं पाई जाती हैं उन्हें चिकित्सा एवं पोषण संबंधी देखभाल उपलब्ध कराने के लिए स्वास्थ्य केंद्र के स्तर पर 891 पोषण पुनर्वास केंद्र (एनआरसी) स्थापित किए गए हैं। इसके अलावा, माताओं को भी शिशु देखभाल तथा आहार परिपाटियों के संबंध में कौशल प्रशिक्षण दिया जाता है ताकि बच्चे को घर पर पर्याप्त देखभाल जारी रह सके।
- jk"Vªh; vk;ju Iyl iVy ¼,uvkbZihvkbZ½% बाल स्वास्थ्य घटक रक्ताल्पता के समाधान के लिए एनआईपीआई की शुरुआत की गई है, जिसमें आशा कार्यकर्ता को निगरानी में 6 से 59 माह के बच्चों को सप्ताह में दो बार आयरन फोलिक एसिड (आईएफए) संपूरण और 5 से 10 वर्ष के बच्चों (जो डब्ल्यूआईएफएस–जूनियर के रूप में जाने जाते हैं) को साप्ताहिक आयरन फोलिक एसिड संपूरण (डब्ल्यूआईएफएस) उपलब्ध कराना शामिल है। तेरह राज्यों में 6 से 59 माह के बच्चों के लिए सप्ताह में दो बार आईएएफ संपूरण शुरू किया गया है

और दस राज्यों में 5 से 10 वर्ष के बच्चों के लिए डब्ल्यूआईएफएस जूनियर शुरू किया गया है।

- jk"Vªh; d`feuk'kd fnol ¼,uMhMh½ राष्ट्रीय कृमिनाशक दिवस, फरवरी 2015: 11 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में लिंफैटिक फाइलेरिएसिस स्थानिक मारी वाले जिलों को छोड़कर 303 जिलों में से 277 जिलों में एक निर्धारित दिवस को यह कार्यनीति लागू की गई। 1–19 वर्ष की आयु के 10.31 करोड़ बच्चों के लक्ष्य की तुलना में कुल 8.98 करोड़ बच्चों को राष्ट्रीय कृमिनाशक दिवस के दौरान कृमिनाशक गोली (अलबेंडाजोल) दी गईं। कृमिनाशक गतिविधि का राष्ट्रीय कवरेज 85% रहा। दादरा और नगर हवेली और महाराष्ट्र में प्रतिशत कवरेज 95% रहा जो अधिकतम था तथा असम में प्रतिशत कवरेज सबसे कम (58%) रहा। असम और त्रिपुरा राज्यों को छोड़कर शेष सभी राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों से 80% से अधिक कवरेज की रिपोर्ट प्राप्त हुई। एनडीडी को 4.70 लाख स्कूलों एवं 3.67 लाख आंगनवाड़ी केंद्रों में कार्यान्वित किया गया।

फरवरी, 2016 में राष्ट्रीय कृमिनाशक दिवस आयोजित करने का निर्णय लिया गया है और एनडीडी के दिशा–निर्देशों को अद्यतन बनाया जा रहा है।

एनसीडीसी द्वारा अन्य तकनीक एजेंसियों के सहयोग से एसटीएच की व्याप्ति का सर्वेक्षण पहले ही शुरू किया जा चुका है।

- 9 से 59 माह के सभी बच्चों को वर्ष में दो बार विटामिन ए का संपूरण दिया जा रहा है। वर्ष में दो बार विटामिन–ए संपूरण के राउंड 15 राज्यों में संचालित किए जाते हैं।
- ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस (वीएचएनडी) भी आयोजित किए जा रहे हैं, जिसका उद्देश्य माताओं को पोषण संबंधी परामर्श देना और बाल देखभाल परिपाटियों में सुधार लाना है।

4-4 U;qeksfu;k vkSj Mk;fj;k l aca/kh xfrfofèk;ka

- न्युमोनिया और डायरिया बाल्यावस्था में मृत्यु होने के प्रमुख कारण हैं– इनके कारण क्रमशः 15% और 12% बच्चों (0–5 वर्ष) की मृत्यु होती है।
- उपलब्ध सर्वेक्षण डाटा के अनुसार पिछले 2 सप्ताहों में डायरिया से पीड़ित केवल 54.4% बच्चों को ओआरएस दिया गया।
- उपलब्ध सर्वेक्षण डाटा के अनुसार पिछले 2 सप्ताहों में सूचित तौर पर 8.6% बच्चे तीव्र सांस की बीमारी (एआरआई) से पीड़ित पाए गए और केवल 76.9% बच्चों का इलाज कराया गया।
- न्युमोनिया एवं डायरिया के लिए एकीकृत कार्य योजना (आईएपीपीडी) को सबसे अधिक बाल मृत्यु दर वाले चार राज्यों (उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, बिहार और राजस्थान) के लिए बच्चों के दो सबसे बड़े प्राणघातक रोगों, नामतः न्युमोनिया और डायरिया के समाधान के लिए किया गया है।

4-4-1 U;qeksfu;k vkSj Mk;fj;k dks fu;a=.k djus dh fy, dk;Zuhfrd xfrfof/k;ka fuEufyf[kr gSa%

- समुदाय एवं स्वास्थ्य केंद्र के स्तर पर बच्चों की देखभाल के लिए न्युमोनिया, डायरिया एवं कुपोषण पर विशेष जोर देते हुए बच्चों की सामान्य बीमारियों के शुरू में निदान और मरीजों के उपचार हेतु uotkr f'k'kq lac/kh vkSj ckY;koLFkk dh chekfj;ksa dk ,dhd`r izca/ku ¼vkbZ,e,ulhvkbZ½ dks c<+kok fn;k tk jgk gSA
- vk'kk dk;ZdrkZ }kjk U;qeksfu;k ,oa Mk;fj;k tSlh lkekU; chekfj;ksa ls ihfMr cPpksa esa 'kh"k esa funku vkSj rqjar jQjy dks c<+kok% डायरिया, न्युमोनिया जैसी बाल्यावस्था की सामान्य बीमारियों की पहचान करने में मदद करने तथा प्राथमिक स्तर की देखभाल उपलब्ध कराने और बच्चे को उपयुक्त स्वास्थ्य केंद्र पर रेफर करने हेतु आशा कार्यकर्ताओं को मॉड्यूल 6 एवं 7 में प्रशिक्षित किया जा रहा है।
- Mk;fj;k esa vkvkj,l rFkk ftad ds ç;ksx ds ckjs esa tx:drk c<+kuk% डायरिया में ओआरएस एवं जिंक के प्रयोग के बारे में जागरूकता बढ़ाने के लिए जुलाई–अगस्त 2014 के दौरान गहन डायरिया नियंत्रण पखवाड़े का आयोजन किया गया जिसका

अंतिम लक्ष्य बाल्यावस्था् की डायरिया के कारण होने वाली बाल–मृत्यु को शून्य करना था। पखवाड़े के दौरान स्वास्थ्य कार्यकर्ता पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों के परिवारों से मिले, सामुदायिक स्तर पर जागरूकता सृजन क्रियाकलाप संचालित किए और जिस परिवारों में पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों पाए गए उन्हें ओआरएस के पैकेट वितरित किए गए।

4-5 tUetkr fodkjk] fodykxrkvk] fodkl e nsjh vkj dfe;k d lek/kku d fy, xfrfof/k;k&

जन्मजात विकारों के कारण कुल 9.6 प्रतिशत नवजात शिशुओं की और 4 प्रतिशत पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मौत हो जाती है। विकास में विलम्ब से कम से कम 10 प्रतिशत बच्चे प्रभावित हैं और इन विलंबों का अगर समय पर समाधान न किया जाए तो उनसे स्थायी विकलांगता भी हो सकती है।

4-5-1 jk"Vh; cky LokLF; dk;Øe ¼vkjch,ld½ की शुरुआत ब्लॉक स्तर पर मोबाइल स्वास्थ्य दलों की पहुंच बढ़ाकर बाल स्वास्थ्य जांच और शीघ्र उपचार सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु की पंजीकृत 0–6 वर्ष की आयु समूह के सभी बच्चों की कम से कम वर्ष में दो बार जांच की जाएगी। आरबीएस के तहत 30 सामान्य स्वास्थ्य दशाओं की शामिल किया गया है। राज्य केंद्र शासित प्रदेश किसी दशा की अधिक व्याप्ति/स्थानिक विस्तार के आधार पर कुछ और स्वास्थ्य दशाओं को शामिल कर सकते हैं। शून्य से अठारह (0–18) वर्ष के आयु समूह में लगभग 27 करोड़ बच्चों को चरणबद्ध ढंग से शामिल किए जाने की संभावना है।

4-5-2 tUetkr fodkjk] fodykxrkvk] fodkl lca/kh foyEck vkj dfe;k d lek/kku grq dk;uhfrd xfrfof/k;k fuEufyf[kr g&

- vkjch,ld d rgr cPpk dh tkp¼ जन्मजात विकारों, रोगों, कमियों एवं विकलांगता सहित विकास में विलंबों (4डी) के शीघ्र निदान करके और परिवारों के लिए स्वास्थ्य पर किए जाने वाले विविध व्यय को कम करके बच्चों के स्वास्थ्य की जांच की जाती है और शीघ्र उपचार सेवाएं उपलब्ध कराई जाती हैं। ब्लॉक स्तर पर समर्पित मोबाइल चिकित्सा स्वास्थ्य की दलों का (जांच के उद्देश्य से) गठन किया गया है, जिनमें चार स्वास्थ्य कार्मिक, अर्थात् दो आयुष डॉक्टर (एक पुरुष एक महिला), एएनएमएसएन और एक फार्मासिस्ट शामिल है। इस गतिविधि के तहत, अब तक 9774 दलों द्वारा 10.66 करोड़ बच्चों की जांच की गई है, (वित्त वर्ष 2014–15), 51.78 लाख बच्चों को 4 प्रकार के विकारों के उपचार हेतु रेफर किया गया है और 30 स्वास्थ्य दशाओं के लिए 22.18 लाख बच्चों का उपचार किया गया है।
- जिला शीघ्र उपचार केंद्रों (डीईआईसी) की स्थापना देश के जिलों में ब्लॉकों से रेफर किए गए मरीजों को उपचार मुहैया कराने तथा सर्जिकल उपचार की आवश्यकता पड़ने पर इन बच्चों को तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने हेतु की गई है। अभी तक 92 डीईआईसी स्थापित की गई हैं।
- जन्मजात विकासों की पहचान करने के एक उपकरण के रूप में जन्मजात विकास निगरानी प्रणाली (बीडीएसएस) स्थापित की जा रही है। यह प्रयास स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय (एमओएचएफडब्लयू) भारत सरकार (जीओआई), विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्यूएचओ) और सीडीसी के परस्पर सहयोग से किया गया है। प्रत्येक राज्य में कम से कम एक निगरानी केंद्र स्थापित करने पर विचार किया गया है जिसमें मेडिकल कॉलेजों को वरीयता दी जाएगी। इस समय जन्मजात विकासों की निगरानी के लिए 41 कॉलेजों को प्रशिक्षित किया गया है।

4-6 Vhdkdj.k lca/kh xfrfof/k;k

- भारत सरकार द्वारा देश भर में टीका द्वारा रोकथाम किए जाने वाले नौ रोगों, अर्थात डिप्थीरिया, कुकुरखांसी टिटनस, पोलियो, खसरा, बाल्यावस्था में गंभीर क्षयरोग हेपेटाइटिस बी और चयनित जिलों में जापानी एनसेफलाइटिस तथा चयनित राज्यों जिलों में हीमोफाइलस इंफ्लुएंजा टाइप बी के कारण होने वाले में मेनिनजाइटिस एवं न्युमोनिया से बचाव

के लिए निःशुल्क टीकाकरण उपलब्ध कराया जा रहा है।

- राष्ट्रीय कोल्ड चेन प्रबंधन सूचना प्रणाली (एनसीसीएमआईएस) के तहत अद्यतन आंकड़े एकत्र करने हेतु वेब समर्थित सॉफ्टवेयर के माध्यम से सभी कोल्ड चेन उपकरणों एवं उनकी कार्य–प्रणाली का प्रबंधन किया जाता है।
- संपूर्ण टीकाकरण (एफआई) की मूल्यांकित कवरेज 65.3 प्रतिशत है।

4-6-1 Vhdkdj.k d rgr çe[k xfrfof/k;k fuEufyf[kr g%&

- fu;fer Vhdkdj.k dk;dze ¼vkjvkbZih½ dk l–<hdj.k% प्रति वर्ष 9 मिलियन से अधिक टीकाकरण सत्र आयोजित किए गए। वर्ष 2020 तक भारत में 90 प्रतिशत संपूर्ण टीकाकरण कवरेज हेतु अभियान चलाने के लिए मिशन इंद्रधनुष का शुभारंभ किया गया है। इसका उद्देश्य 201 चयनित जिलों पर अधिक ध्यान केंद्रित करते हुए अधिक से अधिक बच्चों में सभी प्रकार का टीकाकरण सुनिश्चित करना है।
- ikfy;k mUeyu fØ;kdyki% क्षेत्रीय पोलियो उन्मूलन प्रमाणन आयोग द्वारा दिनांक 27 मार्च, 2014 को डब्लयूएचओ के दक्षिण पूर्व एशियाई क्षेत्र (एसईएआर) के साथ भारत को पोलियो मुक्त प्रमाणित किया गया है। सब नेशनल टीकाकरण नवंबर, 2015 में संपूर्ण देश में पोलियो उन्मूलन कार्यनीति के रूप में डीपीटी की तीसरी खुराक के साथ अतिरिक्त खुराक के रूप में इंजेक्टेबल निष्क्रिय पोलियो टीके (आईपीवी)की शुरुआत की गई है।
- u, Vhdk dh 'k#vkr% आठ राज्यों (केरल, तमिलनाडु, हरियाणा, गोवा, पुद्दुचेरी, जम्मू और कश्मीर, गुजरात एवं कर्नाटक) में पेंटावैलेंट टीके (पीवी) की शुरूआत की गई हैं और अक्तूबर, 2014 से उसे 12 और राज्यों (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, मध्य प्रदेश, पंजाब, तेलंगाना, राजस्थान, पश्चिम बंगाल, दिल्ली एवं उत्तर खंड) में विस्तारित किया गया है। 9 माह से लेकर 15 वर्ष तक की आयु के बच्चों को लक्षित करके तीन वर्षों की अवधि में चरणबद्ध तरीके से खसरा रुबेला (एमआर) अभियान के रूप में रुबेला टीके की शुरुआत की जाएगी। कुछ राज्यों में युआईपी के तहत चरणबद्ध तरीके से डीवीटी की पहली, दूसरी एवं तीसरी खुराक के साथ 3 खुराकों के टीके के रूप में रोटावायरस टीका लगाने का प्रस्ताव है।

4-7 0;kid jkx çfrj{k.k dk;Øe ¼;wvkbZih½

प्रतिरक्षण कार्यक्रम (आईपी) बच्चों के जीवन को जोखिम में डालने वाली स्थितियों से सुरक्षा करने के लिए एक मुख्य क्रियाकलाप है जो निवार्य है। रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम को विस्तारित रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के रूप में वर्ष 1978 में शुरू किया गया। इसे व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के रूप में 1985 में गति मिली और वर्ष 1989–90 तक पूरे देश में सभी जिलों को कवर करने के लिए चरणवार ढंग से कार्यान्वित किया गया। यूआईपी वर्ष 1992 में शिशु उत्तरजीविता और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का एक भाग हो गया। 1997 से, रोग प्रतिरक्षण 2005 में शुरू किए गए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत एक मुख्य क्षेत्र है तथा अब यह राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के संरक्षणाधीन है।

व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत भारत सरकार नौ वैक्सीन निवार्य रोगों से बचाव के लिए टीकाकरण प्रदान कर रही है जो निम्नलिखित हैः–

- डिप्थीरिया, कुकुरखांस, टिटनस, पोलियो, खसरा, बाल्यावस्था क्षयरोग और हेपेटाइटिस–बी। इसके अलावा, देश में हिब संक्रमण की रोकथाम के लिए भी टीकाकरण किया जाता है। तीन राज्यों (उत्तर प्रदेश, महाराष्ट्र और अरुणाचल प्रदेश) को छोड़कर पूरे देश में पेंटावैलेंट, टीके का विस्तार किया गया है। इन राज्यों मे पेंटावैलेंट टीके की शुरुआत दिसंबर, 2015 के अंत तक की जाएगी।
- जापानी एनसेफलाइटिस (जेई) के टीके चयनित स्थानिक भारी वाले जिलों में उपलब्धत कराए जाते हैं।

4-7-1 çfrj{k.k dk;Øe

Ø-l	oDlhu	cpko	[kjkdk dh l[;k	Vhdkdj.k dk;Øe
1	chlhth ¼cfly l dyeV xfju½	क्षयरोग	1	जन्म के समय (यदि पहले न दिया गया हो 1 वर्ष तक)
2	vkihoh ¼vkjy ikfy;k Vhdk½	पोलियो	5	सांस्थानिक प्रसव के लिए 15 दिनों के अंदर जन्म की खुराक, 6, 10 और 14 सप्ताह में तीन प्राथमिक खुराक और 16–24 माह की आयु में 1 बूस्टर खुराक पिलाई जाती है।
3	gikVkbfVl ch	हेपाटाइटिस	4	सांस्थानिक प्रसवों के लिए जन्म से 24 घंटे के भीतर और 6–10 और 14 सप्ताह की आयु में तीन प्राथमिक खुराक।
4	MhihVh ¼fMIFkhfj;k] ijVfll vkj VVul VkDlkbM½	डिफ्थीसरिया, काली खांसी और टिटनेस	5	6,10,14 सप्ताह में तीन खुराक और 16–24 माह और 5 वर्ष की आयु में दो बूस्टर खुराक
5	iVkoyV Vhdk fgc okyk ¼fgcMh$MhihVh$gik $ch½	डिफ्थीरिया, काली खांसी, टिटनेस, हेपाटाइटिस बी और हीमोफिलिज इंफ्लुएंजा टाइप बी से संबद्ध न्युमोनिया मेनिनजाइटिस	3	6,10 और 14 सप्ताह की आयु में
6	[kljk	खसरा	2	9 से 12 माह में और दूसरी खुराक 16 से 24 माह की आयु में।
7	VhVh ¼VVul V,V,DlkbM½	टिटनेस	2	*बच्चे:* 10 वर्ष और 16 वर्ष की आयु में
			2	*गर्भवती महिलाएं:* दो खुराक दी जाए (यदि पहले 3 सालों में दी हो तो एक खुराक)
8	tbl oDlhu'ku ¼19 jkT;k e 177 pfunk tbl LFkkfudekjh oky ftyk e½	जापानी एंसेफाइलाइटिस (दिमागी रोग)	2	अभियान के समापन उपरांत जेई स्थानिकमारी वाले जिलों में 16–24 माह की आयु में दूसरी खुराक तथा 9–12 माह की आयु में पहली खुराक

4-7-2 0;kid jkx çfrj{k.k dk;Øe ¼;vkbih½ dh fLFkfr

पिछले वर्षों से रोग प्रतिरक्षण कवरेज के संदर्भ में उपलब्धियों में सुधार हो रहा है, तथापि, डीपीटी 3 और ओपीवी3 कवरेज में विशेष सुधार तथा ड्रापआउट में कमी लाने की और आवश्यकता है। मूल्यांकित कवरेज के अनुसार उपलब्धियां निम्नलिखित तालिका में दर्शाई गई हैं:

(आकड़े प्रतिशत में है)

lkr	cPpk lc/kh æjr lo{k.k ¼vkj,lvklh½	dojt eY;kdu lo{k.k ¼lhbZ,l½		ftyk Lrjh; ?kjyw lo{k.k ¼Mh,y,p,l½	
le; vof/k	2013-14	2006	2009	Mh,y,p,l 2 ¼2002&04½	Mh,y,p,l 3 ¼2007&08½
पूर्ण रोग प्रतिरक्षण	65.2	62.4	61.0	45.8	54.0
बीसीजी	एनए	87.4	86.9	75.0	86.7
टोपीवी3	एनए	67.5	70.4	57.7	66.0
डीपीटी3	74.7	68.4	71.5	58.2	63.5
खसरा	78.8	70.9	74.1	56.1	69.5
रोग प्रतिरक्षण नहीं	6.7	-	7.6	19.8	4.5

भारत में प्रतिरक्षण कवरेज में विगत 21 वर्षों में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस) 92–93 के अनुसार 35.5 प्रतिशत से बच्चों संबंधी द्रुत सर्वेक्षण (आरएसओसी) 2013–14 के अनुसार 65.2 प्रतिशत बढ़ोत्तरी हुई है। 9 राज्यों में हालिया किए गए वार्षिक सर्वेक्षण (एएचएस 2012–13) ने 9 राज्यों में प्रतिरक्षण में सुधार दर्शाया।

okf"kd LokLF; lo{k.k&3 ¼2012&13½

jkT;	chlhth	vkihoh3	MhihVh3	[kljk	,Qvkbl	ikfy;k ¼tUe dk le; [kjkd½	dkbl çfrj{k.k ugh
उत्तराखंड	93.3	85.8	85.2	85.2	79.6	76.1	4.9
छत्तीसगढ़	96.6	83.3	81.8	90.0	74.9	87.8	2.9
राजस्थान	91.5	80.8	79.6	83.5	74.2	80.9	5.8
बिहार	94.7	82.7	81.6	80.3	69.9	69.0	3.7
झारखंड	94.8	80.0	80.0	82.9	69.9	77.2	3.1
असम	93.8	78.1	77.6	80.9	64.4	79.3	3.4
ओडिशा	98.2	82.0	82.8	89.2	68.8	83.6	0.8
मध्य प्रदेश	95.7	77.1	76.3	85.4	66.4	87.1	3.6
उत्तर प्रदेश	86.3	64.1	63.2	65.8	52.7	70.7	7.6

विशेष जरूरतों को पूरा करने के लिए वर्ष 2005–6 से सभी राज्यों केंद्र शासित प्रदेश टीकाकरण हेतु एनआरएचएम (अब एनएचएम) के भाग 'ग' के रूप में अपनी राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना तैयार करते हैं।

4-7-3 fe'ku bUnz/kuq"k

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा 89 लाख से अधिक उन बच्चों, जिन्हें या तो टीके नहीं लगाए गए हैं या आंशिक रूप से लगाए गए हैं; जिन्हें विभिन्न कारणों से नियमित टीकाकरण के चरणों के दौरान शामिल नहीं किया गया है, के संपूर्ण टीकाकरण के लिए इंद्रधनुष के सात रंगों को चित्रित करते हुए "मिशन इंद्रधनुष" की शुरुआत की गई है। उन्हें टीके द्वारा रोकथाम किए जाने वाले सात जानलेवा रोगों, जिनमें डिफ्थीरिया, कुकुरखांसी, टिटनस, पोलियो, क्षयरोग, खसरा और हेपेटाइटिस–बी शामिल है; से बचाव के लिए संपूर्ण टीकाकरण किया जाएगा। इसके अलावा, देश के चयनित जिलों/राज्यों में जापानी एनसेफलाइटिस और हीमोफाइलस इंफ्लुएंजा टाईप बी के टीके भी उपलब्ध कराए जाएंगे। गर्भवती महिलाओं को भी टिटनस के टीके लगाए जाएंगे।

प्रथम चरण का पहला खंड दिनांक 7 अप्रैल, 2015 विश्व स्वास्थ्य दिवस को 28 राज्यों में 201 उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में शुरू हुआ और एक सप्ताह से अधिक समय तक चला। इसके बाद, माह अप्रैल, मई, जून और जुलाई, 2015 में प्रत्येक माह की 7 तारीख से एक सप्ताह से अधिक अवधि के तीन राउंड चलाए गए। 201 उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में देश के लगभग 25 प्रतिशत बच्चे है; जिन्हें टीके बिल्कुल ही नहीं लगाए गए हैं या आंशिक रूप से लगाए गए हैं।

दूसरा चरण देश भर के 352 चयनित जिलों में दिनांक 7 अक्तूबर, 2015 को शुरू किया गया (279 मध्यम प्राथमिकता वाले जिले और पूर्वोत्तर राज्यों के 33 जिले तथा 40 जिले जहां मिशन इंद्रधनुष के प्रथम चरण के दौरान बड़ी संख्या में ऐसे बच्चों का पता लगाया गया जिन्हें टीके नहीं लगाए जा सके थे)। दूसरे चरण के दौरान, दिनांक 7 अक्तूबर से 7 दिनों के लिए चार विशेष गहन टीकाकरण अभियान चलाए गए हैं और लगातार चार महीने तक उन्हीं तिथियों अर्थात् 7 नवंबर, 7 दिसंबर और 7 जनवरी, 2016 को उन अभियानों को दोहराया गया है, जिनके तहत दो वर्ष तक की आयु के सभी बच्चों को गर्भवती महिलाओं को टिटनस टॉक्सायड के टीके के लिए शामिल किया गया है।

4-7-4 miyfC/k;k¡

- **pj.k I%** मिशन इंद्रधनुष के प्रथम चरण के चार राउंडों के दौरान 9.4 लाख टीकाकरण सत्र आयोजित किए गए जिनमें बच्चों एवं गर्भवती महिलाओं को 1.89 करोड़ टीके (एंटीजन) लगाए गए। टीकाकरण के इन राउंडों में 75.5 लाख बच्चों को टीके लगाए गए और लगभग 20 लाख बच्चों का संपूर्ण टीकाकरण किया गया। साथ ही, इन चार राउंडों के दौरान कुल 20.8 लाख गर्भवती महिलाओं को टेटनस टॉक्साइड के टीके लगाए गए। इसके अलावा, बच्चों को ओआरएस के कुल 16.7 पैकेट और 56.8 लाख जिंक की गोलियां वितरित की गईं।
- **pj.k II%** पहला राउंड पूरा कर लिया गया है और उपलब्ध अनंतिम डाटा के अनुसार, 15.7 लाख बच्चों को टीके लगाए गए, जिनमें 4.9 लाख बच्चों का संपूर्ण टीकाकरण किया गया और कुल 3.6 लाख गर्भवती महिलाओं को टेटनस टॉक्साइड के टीके लगाए गए।

4-7-5 gsikVkbfVl ch oSDlhu

भारत सरकार द्वारा वर्ष 2010–2011 में हेपाटाइटिस बी का विस्तार पूरे देश में सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में किया गया है। डीपीटी और पोलियो वैक्सीन की प्राथमिक श्रृंखला सहित 6वें, 10वें और 14वें सप्ताह में शिशुओं का इन्ट्रा–मास्क्यूलर (आईएम) इंजेक्शन के रूप में मोनोवेलेंट हेपेटाइटिस बी वैक्सीन दी गई है। सांस्थानिक प्रसवों में जन्म लेने वाले बच्चों को जन्म के 24 घंटों के अंदर हेपाटाइटिस बी की एक अतिरिक्त खुराक दी जाती है। टीकाकरण की क्रम सूची में हेपेटाइटिस बी टीके के स्थान पर पेंटावैलेंट टीका लाया गया है। फिर भी, जन्म के समय हेपेटाइटिस बी का टीकाकरण जारी रहेगा।

4-7-6 iSUVkoSyaV Vhds ¼MhihVh+gsi+ch+fgc½ [kljs dh nwljh [kqjkd dh 'kq#vkr

पेंटावैलेंट टीके में ये पांच एंटीजन होते हैं– हेपाटाइटिस बी, डिफ्थीरिया+कुकुरखांसी+टिटनस (डीपीटी–मौजूदा

ट्राइवैलेंट टीका) और हीमोफाइलस इंफ्लुएंजा बी (हिब) टीका। पैंटावैलेंट टीका बच्चों को 6, 10 और 14 सप्ताह की आयु में प्राथमिक खुराक के रूप में लगाया जाता है। टीकाकरण क्रम सूची में पेंटावैलेंट टीके को डीपीटी और हेपाटाइटिस बी टीके के स्थान पर लाया गया है। फिर भी, जन्म के समय हेपटाइटिस बी की खुराक और डीपीटी की बूस्टर खुराकें (16–24 माह और 5 वर्ष की आयु में) जारी रहेंगी।

भारत में पेंटावैलेंट टीके की शुरुआत दिसंबर, 2011 में आरंभ में दो राज्यों नामतः केरल और तमिलनाडु में नियमित टीकाकरण के तहत एक पायलट परियोजना के रूप में की गई। छः और राज्यों, नामतः पुद्दुचेरी, गुजरात, जम्मू एवं कश्मीर, हरियाणा, कर्नाटक और गोवा में भी वर्ष 2012–13 में पेंटावैलेंट टीके की शुरूआत की गई। दिल्ली सरकार ने अपने बजट से पेंटावैलेंट टीके की शुरुआत की।

पेंटावैलेंट टीके को तीन राज्यों (उत्तर प्रदेश, महाराष्ट्र और अरुणाचल प्रदेश) को छोड़कर लगभग पूरे देश में विस्तारित किया गयाा है। इन राज्यों में दिसंबर, 2015 के अंत तक पेंटावैलेंट टीका शुरू किया जाएगा। अक्तूबर, 2015 तक देश में पेंटावैलेंट टीके की 513.7 लाख खुराकें दी गई हैं।

4-7-7 [kljk

पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में होने वाली मौतों में प्रत्यक्ष रूप से कमी में और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य संख्या–4 के लक्ष्य को पूरा करने में खसरा रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम का योगदान है। खसरे के टीके को सबसे पहले वर्ष 1978 में एकल खुरक के रूप में टीकाकरण कार्यक्रम में शुरू किया गया। प्रतिरक्षण संबंधी राष्ट्रीय तकनीकी सलाहकार समूह (एनटीएजीआई) की सिफारिश पर खसरे संबंधी रुग्णता और मृत्यु में तेजी से कमी करने के लिए खसरे के टीकाकरण के लिए, द्वितीय अवसर को वर्ष 2010–11 से शुरू किया गया है।

इसकी कार्यनीति पूरक टीकाकरण कियाकलाप (एसआईए) के जरिए 14 राज्यों के लिए जहां पर खसरे की वैक्सीन की मूल्यांकित कवरेज 80 प्रतिशत से कम थी, वहां पर 9 माह–10 वर्ष तक की आयु समूह के बच्चों को चरणबद्ध तरीके से शामिल करते हुए खसरे की दूसरी खुराक उपलब्ध कराने की थी उसके बाद 6 माह के उपरांत इसे नेमी प्रतिरक्षण कार्यक्रम के साथ एकीकृत करने की कार्यनीति थी। शेष 21 राज्यों में जहां पर कवरेज 80 प्रतिशत से अधिक थी, वहां पर सिवाय दिल्ली पुदुच्चेरी, सिक्किम और गोवा राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के, जहां उन्होंने राज्य की पहल के रूप में अपनी खुद की दूसरी खुराक के रूप में दूसरी खसरे युक्त वैक्सीन (गलगण्ड–खसरा–रूबेला वैक्सीन) शुरू की गई थी, खसरे की दूसरी खुराक की सीधे तौर पर उनके द्वारा 16–24 माह के बच्चों के लिए चलाए जाने वाले नियमित टीकाकरण में शुरू किया गया।

4-7-8 [kljk vuiijd ifrj{k.k dk;Zdyki ¼[kljk ,lvkbZ, 2010&13½

- एसआईए 14 राज्यों में तीन चरणों में हुआ, 9 माह–10 वर्ष तक की आयु समूह के 11.88 करोड़ बच्चों का टीकाकरण किया गया और टीकाकरण का कवरेज 90.89 प्रतिशत तक पहुंच गया।

भारत सरकार ने 11 सीरो (एसईएआरओ) देशों तथा सभी सहभागियों के साथ वर्ष 2013 की समाप्ति तक भारत तथा डब्ल्यूएचओ के दक्षिण–पूर्व एशियाई क्षेत्रों से खसरा और रूबेला (हल्का खसरा)के उन्मूलन हेतु संकल्प लिया है।

4-7-9 [kljk &:cyk fuxjkuh

डब्ल्यूएचओ द्वार मान्यताप्राप्त, एएफपी–लिंक्ड प्रयोगशाला आधारित खसरा–रूबेला निगरानी प्रणाली को वर्ष 2005 में शुरू किया गया और डब्ल्यूएचओ राष्ट्रीय पोलियो निगरानी

प्राथमिक विद्यालय, झापड़िया

परियोजना (एनपीएसपी) के सहयोग से सभी 36 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों में उसका विस्तार किया गया है। बुखार एवं चकते के लक्षण वाले खसरे के संदिग्ध मामले' की यह निगरानी रोग के प्रकोप पर आधारित निगरानी प्रणाली है जिसके नेटवर्क में डब्ल्यूएचओ द्वारा मान्यताप्राप्त 13 प्रयोगशालाएं हैं। सीरम विज्ञान संबंधी पुष्टि के आधार पर इसमें प्रकोपों को 'खसरा', 'रूबेला', मिश्रित' और 'गैर–खसरा, के रूप में वर्गीकृत किया जाता है।

खसरा एसआईए के दौरान प्रतिरक्षित बच्चे

4-7-10 tkikuh bl¶ykbfVl ¼tb½ oSDlhu 'kq: djuk

जापानी इंसेफ्लाइटिस उच्च रोगी घातकता और दीर्घकालिक जटिलताओं वाला एक तीव्र वायरल रोग है। जेई वैक्सीनेशन की शुरुआत वर्ष 2006 में की गई थी। टीकों की सीमित उपलब्धता के कारण शुरू में राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एनवीबीडीसीपी) द्वारा 15 राज्यों में 113 स्थानिकमारी वाले जिलों की पहचान की गई। वर्ष 2006 से 2011 तक अभिज्ञात 113 जिलों में चरणबद्ध तरीके से जेई अभियान चलाए गए। बाद में जेई अभियान के लिए देश भर के 20 राज्यों के 204 जिलों की पहचान की गई।

जेई अभियान के लिए कार्यनीतिः देश के स्थानिकमारी वाले जिलों में 1–15 वर्ष की आयु समूह के बच्चों के लिए लाइव एटेन्युएटिड जेई टीके की एकल खुराक देने का एक–बारगी अभियान। अभियानों के तुरंत बाद जिले में उस नियमित टीकाकरण कार्यक्रम के साथ एकीकरण– 9–12 माह के लक्षित शिशुओं में पहली खुराक और 16–24 माह के शिशुओं में दूसरी खुराक।

अब तक राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एनवीबीडीसीपी) द्वारा यथाअभिज्ञात जेई स्थानिकमारी वाले 204 में से 184 जिलों को चेंगडू, चीन द्वारा विनिर्मित जेई वैक्सीन (एसए 14 14 2) के एकल खुराक से जापानी एंसेफालाइटिस अभियान के अंतर्गत कवर किया गया है। अब तक जेई वैक्सीन की 11 करोड़ से अधिक खुराक दी गई हैं।

tbZ dh nwljh [kqjkd ¼16&24 ekg dh [kqjkd½ dk dojst MkVk

o"kZ	y{; (लाख में)	dqy oSDlhufVM cPPks (लाख में)	dqy dojst
2014-15	95.06 लाख	48.33 लाख	50.84 %
2015-16	41.81 लाख	31.01 लाख (नवंबर, 2015 के अनुसार)	74.17 %

(अप्रैल से सितंबर 2015 तक आनुपातिक लक्ष्य और कवरेज)

4-8 iYl iksfy;ks izfrj{k.k ¼ihihvkbZ½

वर्ष 1988 में विश्व स्वास्थ्य संगठन के संकल्प के उपरांत पोलियो के उन्मूलन की वैश्विक पहल के साथ वर्ष 1995 में भारत में पल्स पोलियो प्रतिरक्षण कार्यक्रम की शुरुआत की गई। प्रत्येक वर्ष राष्ट्रीय और उप राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दौरों (उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों में) के दौरान 0–5 वर्ष के आयु–समूह के बच्चों को पोलियो की बूंदें पिलाई गईं।

प्रत्येक राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दिवस (एनआईडी) के दौरान लगभग 172 मिलियन बच्चों को प्रतिरक्षित किया जाता है।

4-8-1 izxfr

डब्ल्यूएचओ के दक्षिण–पूर्व एशिया क्षेत्र को पोलियो मुक्त के रूप में प्रमाणित किया गया है। डब्ल्यूएचओ ने 24 फरवरी, 2012 को भारत को सक्रिय स्थानिकमारी वाइल्ड पोलियो विषाणु संचरण की सूची से हटा दिया। 27 मार्च, 2014 को क्षेत्रीय प्रत्यायन आयोग (आरसीसी) को प्रमाणपत्र जारी किया गया जिसमें लिखा है कि ''11 सदस्यीय राज्यों की राष्ट्रीय प्रमाणपत्र समितियों द्वारा प्रदत्त साक्ष्यों के आधार पर आयोग का निष्कर्ष यह है कि स्वदेशी वाइल्ड पोलियो विषाणु संचरण इस क्षेत्र के सभी देशों में रूक गया है।

भारत ने पोलियो उन्मूलन का लक्ष्य हासिल कर लिया है और 13 जनवरी, 2011 को सूचित अंतिम मामले के उपरांत 3 वर्षों से ज्यादा समय तक पोलियो के किसी भी मामले की सूचना नहीं मिली है।

Ikkfy;k dk vfre lfpr ekeyk		
ikfy;k fo"kk.kq dk izdkj	vfre ekeyk dh rkfj[k	LFkku
पी 1	13 जनवारी, 2011	हावड़ा (पांचला), पश्चिम बंगाल
पी 2	24 अक्तूबर, 1999	अलीगढ़, उत्तर प्रदेश
पी 3	22 अक्तूबर, 2010	पकुर (पाकुर), झारखंड

पल्स पोलियो कार्यक्रम के सफल कार्यान्वयन में 24 लाख वैक्सीन प्रदाता और 1.5 लाख पर्यवेक्षक शामिल हैं।

विगत 9 वर्षों के दौरान प्रभावित जिलों की संख्या और मामलों की कुल संख्या नीचे दी गई है:

o"k	ikfy;k dk ekeyk	fty dh l[;k
2005	66	35
2006	676	114
2007	874	99
2008	559	90
2009	741	56
2010	42	17
2011	01	1
2012	00	00
2013	00	00
2014	00	00
2015	00	00*

**9 नवंबर, 2015 की स्थिति के अनुसार*

पोलियो टीकाकरण के दौरान पहचान किए गए अधिक खतरे वाले क्षेत्र

4-8-2 ikfy;k mUeyu dk y{; dh ikfIr dk fy, ljdkj }kjk mBk, x, dne

- देश में सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों ने देश में पोलियो के किसी भी प्रकोप के प्रति अनुक्रिया के लिए द्रुत अनुक्रिया दल (आरआरटी) तैयार किए हैं। सभी राज्यों द्वारा एक आपातकालीन तैयारी और अनुक्रिया योजना (ईपीआरपी) भी तैयार की गई है जिसमें पोलियो के मामले का पता लगने पर उठाए जाने वाले कदम निर्दिष्ट किए गए हैं।
- पड़ोसी देशों के समीपवर्ती क्षेत्रों जैसे पंजाब में वाघा बार्डर और अटारी ट्रेन स्टेशन तथा राजस्थान के

बाड़मेर जिले में मुनाबो ट्रेन स्टेशन में विशेष बूथ स्थापित किए गए हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सीमा पार से आने वाले 5 वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों को पोलियो की बूंदे पिलाई जाएं।

- भारत में पोलियो विषाणु को आने से रोकने के एक निवारक उपाय के रूप में, भारत सरकार ने सभी अंतर्राष्ट्रीय यात्रियों के लिए भारत से पोलियो प्रभावित देशों अर्थात् अफगानिस्तान, नाइजीरिया, पाकिस्तान, इथियोपिया, केन्या, सोमालिया, सीरिया और कैमरून में जाने के लिए इनके प्रस्थान से पहले ओरल पोलियो वैक्सीनेशन (ओपीवी) की अपेक्षा को अनिवार्य बना दिया है। यह अनिवार्य अपेक्षा दिनांक 01 मार्च, 2014 से सभी यात्रियों के लिए लागू है।
- पड़ोसी देशों से बाहर से आने वाले खतरे को कम करने के लिए अंतर्राष्ट्रीय सीमा पर वैक्सीनेशन चौबीसों घंटे सभी पात्र बच्चों को दिया जा रहा है। ये उन अंतरराष्ट्रीय सीमाओं पर स्थापित विशेष बूथों के जरिए प्रदान किए जा रहे हैं जहां पाकिस्तान, बांग्लादेश, भूटान, नेपाल और म्यांमार की सीमा भारत से लगती है।
- मुंबई, दिल्ली, पटना, कोलकाता, पंजाब और गुजरात में पर्यावरण निगरानी स्थापित की गई है जो पोलियो विषाणु संचरण के लिए एक सेरोगेट संकेतक के रूप में कार्य करता है तथा पर्यावरण में पोलियो विषाणु की शीघ्र पहचान के लिए एक संवेदनशील संकेतक है।
- पोलियो विषाणु और वैक्सीन व्युत्पन्न पोलियो विषाणु (वीडीपीवी) के देश में आने अथवा संचरण के लिए पूरे देश में निगरानी के जरिए अत्यंत उच्च सतर्कता स्तर बनाए जा रहे हैं।
- डब्ल्यूपीवी टाईप –2 के अंतिम वैश्विक मामले की सूचना वर्ष 1999 में भारत के अलीगढ़ से प्राप्त हुई थी, जबकि वीडीपीवी (97 प्रतिशत) और वीएपीवी (40 प्रतिशत) के अधिकांश वैश्विक मामले पाईप–2 वायरस के कारण हुए हैं। इसके टाईप–2 घटक के प्रयोग को ओपीवी से हटाने की आवश्यकता हुई है। इस प्रकार, पोलियो उन्मूलन कार्यनीतिक योजना के तहत टीओपीवी के स्थान पर बीओपीवी शुरू करने की सिफारिश की गई है। किंतु, एक टीके के स्थान पर दूसरे टीके को शुरू करते समय हाल में पैदा हुए शिशु समूहों में वीडीपीवी टाईप–2 के कारण होने वाले आंतरिक/मौजूदा संक्रमण से वीडीवीपी और वाइल्ड पोलियो/इरादतन प्रयोगशाला से वायरस के बाहर निकलने (लीकेज) की स्थिति में वाइल्ड पोलियो वायरस टाईप–2 के लीकेज की भी संभावना रहती है। इस खतरे को कम करने के लिए अप्रैल 2016 में टीओपीवी के स्थान पर बीओपीवी शुरू करने से पहले इनेक्टिवेटिड पोलियो वायरस टीके की शुरूआत की जा रही है। पोलियो उन्मूलन कार्यनीति के भाग के रूप में, भारत में 30 नवंबर, 2015 से इनेक्टिवेटिड पोलियो टीके (आईपीवी) की शुरूआत की गई है।
- वर्ष 2018 तक वैश्विक पोलियो उन्मूलन की तैयारी के हिस्से के रूप में पोलियो टीके की क्रमिक वापसी के तर्ज पर वाइल्ड पोलियो वायरस/पोलियो संक्रमक सामगी के सुरक्षित रख–रखाव के लिए दिशा–निर्देश देने और उसकी निगरानी के लिए आाईसीएमआर को नोडल एजेंसी बनाकर राष्ट्रीय कार्यबल का गठन किया गया है।
- टीकाकरण सप्ताह आयोजित करके नियमित टीकाकारण के सुदृढ़ीकरण के लिए पोलियो कार्यक्रम से प्राप्त अनुभवों को कार्यान्वित किया जा रहा है और ''मिशन इंद्रधनुष'' वर्ष 2020 तक भारत में 90 प्रतिशत संपूर्ण टीकाकरण कवरेज के लक्ष्य को हासिल करने के लिए चलाया गया अभियान के कार्यान्वयन में भी उन्हीं अनुभवों का प्रयोग किया जाएगा।
- वर्ष 2016 का अगला राष्ट्रीय टीकाकरण दिवस 17 जनवरी और 21 फरवरी, 2016 को आयोजित किया जाएगा।

4-8-3 ekr` vkj uo tkr fVVul mUeyu ¼,e,uVhb½ डब्ल्यूएचओ ने एमएनटीआई की वैधता के लिए पूरे विश्व में दिसंबर, 2015 का लक्ष्य निर्धारित किया है। किंतु भारत को निर्धारित समय से पहले ही मई 2015 में मातृ एवं नवजात टिटनेस उन्मूलन के लिए वैधता प्रदान की गई।

4-8-4 jk"Vh; dkYM pu ic/kd lpuk i.kkyh एक वेब आधारित प्रणाली है जिसे राष्ट्रीय स्तर पर कोल्ड चेन

उपस्करों की स्थिति का पता लगाने के लिए वर्ष 2011–13 में एक वेब अनुकूल राष्ट्रीय कोल्ड चेन प्रबंधन सूचना प्रणाली (एनसीसीएमआईएस) तैयार की गई है। इसका लक्ष्य पूरे देश में सभी स्तरों पर कोल्ड चेन उपस्करों की कार्यात्मकता का अद्यतन डाटा एकत्र करना है और केंद्रीय स्तर पर नीतिगत निर्णय लेना है।

4-8-5 jk"Vªh; dksYM psu vkdyu ¼,ulhlh,½ वर्ष 2014–15 में नए टीकों की शुरूआत पर विचार करते हुए कोल्ड चेन प्रणाली की कमियों पर ध्यान केंद्रीत करने हेतु संचालित किया गया।

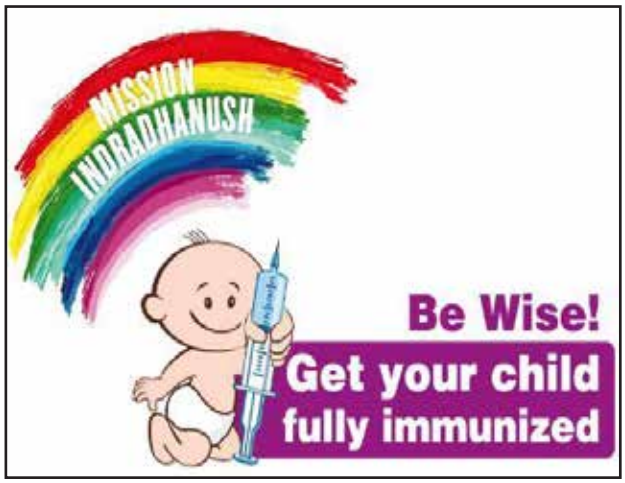
4-8-6 o"kZ 2013 esa nl jkT;ksa rFkk 4 th,e,lMh esa jk'Vªh; izHkkodkjh Vhdk izca/ku ¼bZoh,e½ vkdyu संचालित किया गया। आकलन से प्रभावकारी टीका प्रबंधन योजना तैयार करने, सुधारात्मक कार्रवाई के साथ प्रभावकारी टीका एवं कोल्ड चेन प्रबंधन की भावी आयोजन में मार्गदर्शन प्राप्त होता है।

4-8-7 vkbZbZlh@chlhlh lkexzh dk fodkl

- ➢ वर्ष 2015 में नया मिशन इंद्रधनुष लोगो और टैग लाइन तैयार की गई तथा शुरू की गई।
- ➢ रेडियो स्पोट्स और टीवी विज्ञापन बनाए गए।
- ➢ बैनरों और पोस्टरों के लिए मुद्रित प्रोटोटाइप तैयार किए गए।

भारत सरकार राष्ट्रीय प्रतिरक्षण तकनीकी सलाहकारी समूह (एनटीएजीआई) तथा पुनःस्थापित संबंधी कार्यनीति की सिफारिशों के अनुसार निम्नानुसार चार नई वैक्सीनें शुरू कर रही हैः–

1- bu,DVsoy buSfDVosfVM iksfy;ks Vhdk ¼vkbZihoh½



- वैश्विक पोलियो उन्मूलन कार्यनीति के एक भाग के रूप में वर्ष 2015 की अंतिम तिमाही में ओरल पोलियो ड्रॉप के अलावा इनएक्टिवेटिड पोलियो टीका (आईपीवी) शुरू करके वर्ष 2016 तक वैश्विक रूप से सामंजस्य तरीके से नेमी प्रतिरक्षण (आरआई) और पोलियो अभियानों दोनों के अंतर्गत टीओपीवी के स्थान पर बीओपीवी शुरू करना।
- पोलियो अन्मूलन की इस कार्यनीति के भाग के रूप में भारत में भावी के सहयोग से दिनांक 30 नवंबर, 2015 से इनेक्टिवेटिड पोलियो टीके की शुरूआत की गई है।

2- :csyk oSDlhu%

- इसे एनटीएजीआई की सिफारिशों के अनुसार दो से तीन वर्षों की अवधि के दौरान चरणबद्ध तरीके से 9 माह से 15 वर्ष तक के बच्चों को लक्षित करके एक खसरा रूबेला (एमआर) अभियान के रूप में शुरू किया जाएगा। बाद में, रूबेला वैक्सीन को खसरे के स्थान पर दो खुराकों में एमआर वैक्सीन के रूप में शुरू किया जाएगा जिसमें 9–12 माह तथा 16–24 माह पर 1 और 2 वैक्सीन शामिल होंगी।

3- jksVkok;jl oSDlhu%

- उपलब्धता के अनुसार कुछेक राज्यों/जिलों में चरणबद्ध तरीके से डीपीटी की पहली, दूसरी तथा तीसरी खुराक के साथ 3 खुराक वाली वैक्सीन के रूप में यूआईपी के अंतर्गत दी जाएगी। बाद में, इस टीके को पूरे देश में विस्तारित किया जाएगा।
- रोटावायरस टीके की शुरूआत वर्ष 2016 की पहली तिमाही में आरंभ में 4 राज्यों ओड़िशा, हिमाचल, हरियाणा और आंध्र प्रदेश में की जाएगी और निकट भविष्य में उसे पूरे देश में विस्तारित किया जाएगा।

4- o;Ld tkikuh ,uflQykbfVl Vhdk%

- एनवीबीडीसीपी ने जेई टीके के लिए 20 उच्च प्राथमिकता वाले जिलों को भी अभिज्ञात किया है असम के 5, उत्तर प्रदेश के 7 और पश्चिम बंगाल के 8 जिले। इनमें असम के 3 जिलों और पश्चिम बंगाल के 3 जिलों के चयनित ब्लॉकों में अभियान पूरा हो चुका है और उत्तर प्रदेश के 6 जिलों में अभियान चल रहा है।