

एनएचएम के अंतर्गत राष्ट्रीय कार्यक्रम

6.1 परिचय

अनेक राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम जैसे राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण, कुष्ठ रोग उन्मूलन, क्षयरोग नियंत्रण, दृष्टिहीनता नियंत्रण तथा आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम अब राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के क्षेत्राधिकार के अंतर्गत आ गए हैं।

6.2 राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एन.वी.बी.डी.सी.पी)

राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत शामिल वेक्टर जनित रोग नामतः मलेरिया, जापानी एन्सेफेलिटीज (जे.ई.), डेंगू, चिकुनगुनिया, कालाजार और लिम्फेटिक फाइलेरिया के निवारण तथा नियंत्रण के लिए एक व्यापक कार्यक्रम है। इन छः रोगों में से दो रोग नामतः कालाजार और लिम्फेटिक फाइलेरिसिस को 2015 तक समाप्त करने का लक्ष्य है। राज्य इसके क्रियान्वयन के लिए उत्तरदायी हैं, जबकि एनवीबीडीसीपी निदेशालय, दिल्ली अनुमोदित पैटर्न के अनुसार नकद तथा मद के रूप में राज्यों को तकनीकी सहायता, नीतियां एवं सहायता प्रदान करता है। मलेरिया, फाइलेरिया, जापानी एन्सेफेलिटीज, डेंगू तथा चिकुनगुनिया के रोग मच्छरों द्वारा फैलते हैं जबकि कालाजार सैंडफ्लाई द्वारा फैलता है। किसी भी क्षेत्र में वेक्टर जनित रोगों का संचरण संक्रमित वेक्टर की व्याप्तता तथा मानव-वेक्टर के संपर्क पर निर्भर है जो आगे और विभिन्न कारकों द्वारा प्रभावित होता है जैसे जलवायु, मानव की सोने की आदतों, वेक्टर की सघनता और काटना इत्यादि।

एन.वी.बी.डी.सी.पी के अन्तर्गत वेक्टर जनित रोगों के निवारण तथा नियंत्रण के लिए सामान्य नीति का वर्णन नीचे किया गया है:-

(i) **एकीकृत वेक्टर प्रबंधन** जिसमें चयनित उच्च जोखिम क्षेत्रों में घर के भीतर अवशिष्ट छिड़काव (आईआरएस), कीटनाशी उपचारित मच्छरदानी का प्रयोग (एलएलआईएल), लार्वाभक्षी मछली का प्रयोग,

शहरी क्षेत्रों में बायो-लार्वानाशक सहित लार्वारोधी उपाय और स्रोत में कमी लाने सहित लघु पर्यावरणीय इंजीनियरी शामिल हैं।

(ii) **रोग प्रबंधन** जिसमें प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष और प्रहरी पर्यवेक्षण सहित शीघ्र मामला अभिज्ञान तथा संपूर्ण प्रभावी उपचार रेफरल सेवाओं का सुदृढीकरण, महामारी के लिए तैयारी तथा त्वरित अनुक्रिया शामिल है।

(iii) **सहायक उपाय** जिनमें व्यवहार परिवर्तन संचार, अंतर क्षेत्रक समाभिरूपता, क्षमता निर्माण के माध्यम से मानव संसाधन विकास शामिल हैं।

(iv) जेई के लिए सिर्फ **टीकाकरण**।

(v) **प्रति वर्ष व्यापक स्तर पर औषधि पिलाना** (सिर्फ लिम्फेटिक फाइलेरिसिस के लिए)।

6.2.1 मलेरिया

क) मलेरिया एक तीव्र परजीवी रोग है जो भारत में *प्लास्मोडियम फाल्सीपेरम* या *प्लासमोडियम विवेक्स* द्वारा होती है। इसके प्रमुख नैदानिक लक्षण कंपकपी के साथ बुखार होना है, तथापि, मितली और सिर दर्द भी हो सकता है। निदान की पुष्टि रक्त की बूंद की सूक्ष्मदर्शी जांच तथा रैपिड डायग्नोस्टिक किट्स जांच द्वारा की जाती है। अधिकांश रोगी उत्कट स्थिति से एक सप्ताह के भीतर स्वस्थ हो जाते हैं। मलेरिया विशेषकर प्लाज्मोडियम फाल्सीपेरम के कारण देश के विभिन्न भागों में एक गंभीर जन स्वास्थ्य खतरा बना हुआ है क्योंकि कई बार इसमें तब जटिलताएं उत्पन्न हो सकती हैं यदि इसका शीघ्र उपचार न किया जाए।

ख) भारत में मलेरिया वेक्टर की 9 प्रजातियां हैं जिनमें से ग्रामीण मलेरिया के लिए प्रमुख रोगाणु मच्छर अर्थात् *एनॉफिलिज क्यूलिसीफेसीज* संपूर्ण देश में व्याप्त है तथा यह स्वच्छ भूजल संग्रहणों में पनपता है। अन्य

महत्वपूर्ण एनमिनिमस और एनॉफिलिज प्रजातियां नामतः और एन. फ्लूविटेलिस बहते झरनों, साफ जल की धाराओं में पनपती हैं। कुछेक रोगाणु प्रजातियां वन क्षेत्रों में ग्रीव, लैगून इत्यादि में भी पनपती हैं चाहे उनमें जैव प्रदूषण हो।

- ग) शहरी क्षेत्रों में मलेरिया मुख्यतः एनोफिलिज स्टीफेंसी द्वारा फैलता है जो घरेलू तथा अर्ध-घरेलू स्थितियों में मानव निर्मित जल पात्रों जैसे टैंक, कुएं, सिस्टर्न इत्यादि में पनपते हैं जो कम या अधिक स्थायी स्वरूप के होते हैं तथा इसलिए उनमें संपूर्ण वर्ष मलेरिया पोषण के लिए सघनता अनुरक्षित रहती है। मानव क्रियाकलाप के बढ़ने जैसे शहरीकरण,

औद्योगिकीकरण तथा निर्माण परियोजनाएं जिनके कारण परिणामी प्रवसन, जल एवं ठोस अपशिष्ट प्रबंधन का अभाव तथा बिना छांटे वस्तुओं का प्रयोग तथा उनका निपटान (टायर, पात्र, जंक सामग्री, कप इत्यादि) मच्छर अनुकूल स्थितियां उत्पन्न करते हैं तथा इस प्रकार वेक्टर जनित रोगों के विस्तार में योगदान देते हैं।

जानपदिक रोग विज्ञानी स्थिति: वर्ष 2005 से 2014 तक कुल रोगियों, पीएफ रोगियों, मौतों और एपीआई की स्थिति तालिका और रेखाचित्र में दी गई है। वर्ष 2010 तक मलेरिया रोगियों और उससे हुई मौतों का राज्य-वार ब्यौरा परिशिष्ट-1 में दिया गया है।

वर्ष 2005-2014* के दौरान देश में मलेरिया की स्थिति*

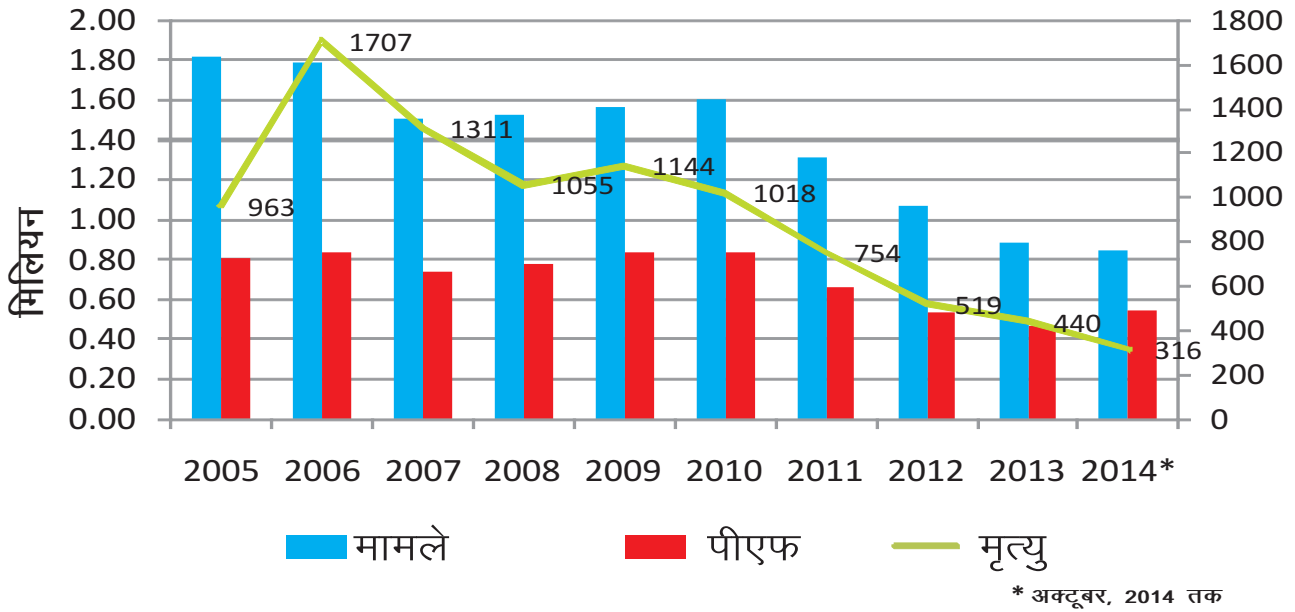
वर्ष	रोगी (मिलियन में)		मृत्यु	एपीआई
	कुल	पीएफ		
2005	1.82	0.81	963	1.68
2006	1.79	0.84	1707	1.66
2007	1.50	0.74	1311	1.39
2008	1.53	0.78	1055	1.36
2009	1.56	0.84	1144	1.36
2010	1.60	0.83	1018	1.37
2011	1.31	0.67	754	1.10
2012	1.01	0.53	519	0.88
2013	0.88	0.46	440	0.72
2014* (अक्तूबर तक)	0.85	0.54	316	0.70

मलेरिया के स्वतंत्रता-पूर्व अनुमान प्रतिवर्ष लगभग 75 मिलियन मामले तथा 0.8 मिलियन मृत्यु के थे। साठ के दशक के मध्य के वर्षों में यह समस्या वस्तुतः समाप्त हो गई थी किन्तु पुनः उभरने के कारण 1976 में 6.47 मिलियन मामलों की वार्षिक सूचना प्राप्त हुई। संशोधित प्रचालन योजना वर्ष 1977 में शुरू की गई तथा मलेरिया की वार्षिक घटनाओं में कमी आनी शुरू हो गई। वर्ष 2001 तक ये मामले 2 से 3 मिलियन मामलों के बीच नियंत्रित रहे जिसके पश्चात मामलों की संख्या में कमी आनी शुरू हो गई है।

वर्ष 2011 के दौरान, मलेरिया के लगभग 1.31 मिलियन मामले, 0.67 मिलियन पीएफ मामले तथा 754 मृत्यु की रही

जबकि वर्ष 2012 के दौरान 1.01 मिलियन मामलों, 0.53 पीएफ मामले और 519 मौतों की सूचना मिली है। लगभग 91 प्रतिशत मलेरिया के मामलों तथा 99 प्रतिशत मृत्यु की सूचना पूर्वोत्तर राज्यों आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखंड, कर्नाटक, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा, राजस्थान तथा पश्चिम बंगाल से प्राप्त हुई। तथापि, अन्य राज्य भी संवेदनशील रहे तथा उनमें स्थानीय तथा संकेन्द्रक रोगों की घटनाएं घटती हैं। वर्ष, 2013 के दौरान, 0.88 मिलियन मामलों, 0.46 मिलियन पीएफ मामलों तथा 440 मौतों की सूचना प्राप्त हुई थी। वर्ष, 2014 (अक्तूबर तक) के दौरान, 0.85 मिलियन मामलों, 0.54 मिलियन पीएफ मामलों तथा 316 मौतों की सूचना प्राप्त हुई थी।

वर्ष 2005 से 2014* तक देश में मलेरिया की स्थिति



वर्ष 2001 के बाद किए गए अध्ययनों में अत्यधिक उच्च और बारम्बार प्लाज्मोडियम फाल्सीपेरम से क्लोरोक्विन में प्रतिरोध का पता चल रहा है। अतः आर्टेमिसिन कम्बिनेशन उपचार (एसीटी) को अब पूरे देश में पीएफ मामलों के लिए फर्स्ट लाइन उपचार के रूप में इस्तेमाल किया गया है। तथापि, पूर्वोत्तर राज्यों में वर्तमान में प्रयोग की जा रही एसपी-एसीटी के प्रतिरोध के शुरुआती लक्षण नजर आ रहे हैं और इसलिए तकनीकी सलाहकार समिति की सलाह पर पूर्वोत्तर राज्यों में पीएफके मामलों के उपचार के लिए ओर्टमेथेर-लूमेफैन्ट्राइन (एसी-एएल) के प्रभावी योग की सिफारिश की गई है। निगरानी को सुदृढ़ करने के लिए पी. फाल्सीपेरम के कारण मलेरिया के निदान के लिए तीव्र नैदानिक परीक्षण (आरडीटी) की शुरुआत उच्च स्थानिक क्षेत्रों में की गई है और इनका संवर्धन किया जा रहा है। इसे देखते हुए कि 50 प्रतिशत मलेरिया के मामले देश में पी विवैक्स के कारण हैं, इस वर्ष जमीनी स्तर पर देश में बाइवैलेंट आरडीटी (पीवी और पीएफ संक्रमण दोनों का पता लगाने के लिए) आरंभ किया है। इन क्षेत्रों में आशाओं को मलेरिया रोगियों के निदान और उपचार में प्रशिक्षित किया गया है और इस प्रकार वे रोगियों की शीघ्र पहचान और उपचार में शामिल हैं। भारत सरकार राष्ट्रीय वेक्टरजन्य रोग नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत तकनीकी सहायता और संभार-तंत्र सहायता प्रदान करती है जिसमें मलेरिया रोधी औषधियां, डीडीटी, लार्वीसाइड्स आदि शामिल हैं। राज्य

सरकारों को कार्यक्रम का क्रियान्वयन करना है तथा अपेक्षित मानव संसाधन तथा अन्य संभार-तंत्र सुनिश्चित करना है।

बाह्य सहायता प्राप्त परियोजनाएं: मलेरिया से निपटने के लिए कुछ मलेरिया जोखिम क्षेत्रों में बाहरी सहायता के माध्यम से अतिरिक्त सहायता प्रदान की जाती है। i) वर्तमान में, मलेरिया नियंत्रण हेतु विश्व निधि सहायता-प्राप्त गहन मलेरिया नियंत्रण परियोजना (आईएमसीपी-II) को कार्यान्वित किया जा रहा है। ii) दिनांक 31.12.2013 को विश्व बैंक समर्थित मलेरिया नियंत्रण और कालाजार उन्मूलन परियोजना बंद कर दी गई थी।

इन परियोजनाओं के अंतर्गत निम्नलिखित क्षेत्र शामिल हैं:

(i) विश्व निधि सहायता प्राप्त 'गहन मलेरिया नियंत्रण' (आईएमसीपी-II):

पूर्वोत्तर के 7 राज्यों में पांच वर्ष की अवधि के लिए अक्टूबर, 2010 से वैश्विक निधि चरण 9 समर्थित त्वरित मलेरिया नियंत्रण परियोजना (आईएमसीपी-II) का कार्यान्वयन किया जा रहा है। इस परियोजना क्षेत्र में 89 जिलों में 46 मिलियन जनसंख्या कवर की जाती है। इस परियोजना की कार्यनीतियां गहन आईईसी तथा स्वास्थ्य कर्मियों एवं सामुदायिक स्वयं सेवियों के क्षमता निर्माण तथा प्रशिक्षण के जरिए मच्छरदानी (टिकाऊ कीटनाशक मच्छरदानी) सहित शीघ्र निदान और पूरा उपचार, समेकित वेक्टर नियंत्रण हैं।

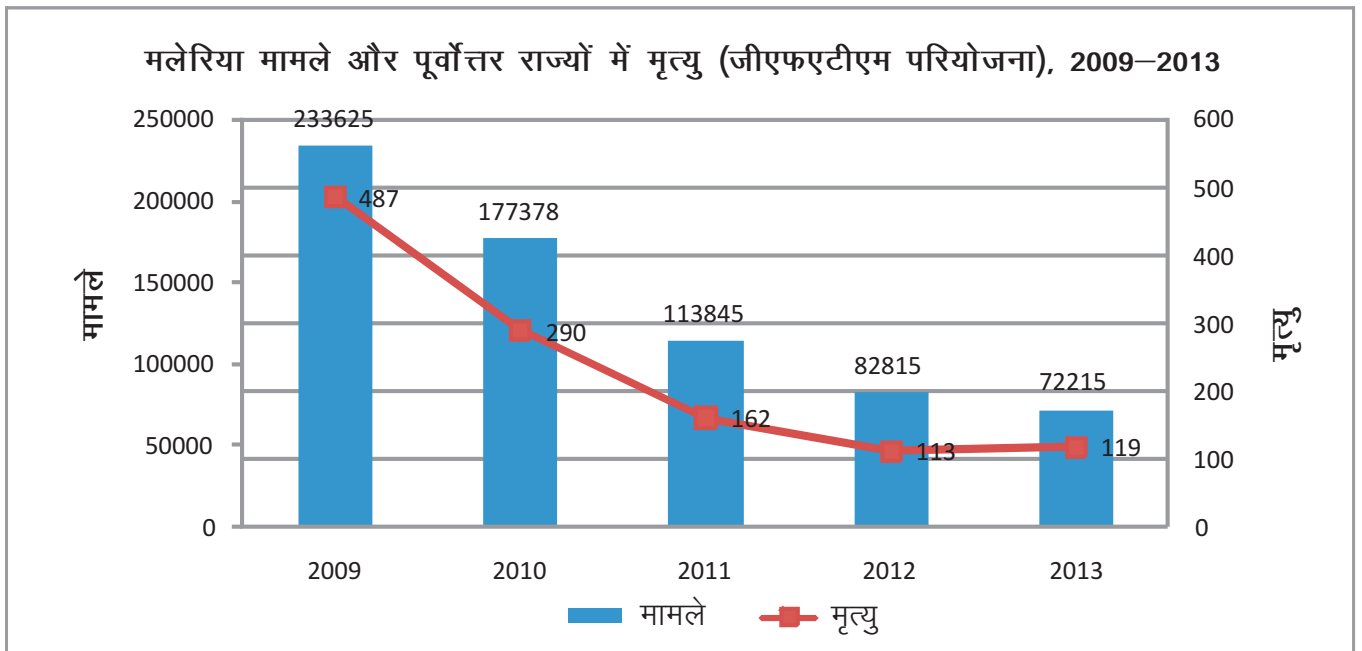
मानव शक्ति, आरडीटी, औषधों तथा एलएलआईएन के रूप में इन परियोजना क्षेत्रों को विशिष्ट इन्पुट दिए जाते हैं। पहले चरण की अवधि दो वर्ष है जो अक्टूबर, 2010 से शुरू होकर सितम्बर 2012 तक है। चरण-II की अवधि तीन वर्ष अर्थात् अक्टूबर, 2012 से सितंबर, 2015 तक है। केरिंटॉस इंडिया इस परियोजना में पूरक भागीदार और मुख्य ग्राही 2 (पीआर 2) है।



परियोजना क्षेत्र में दी जा रही अतिरिक्त सहायता निम्नानुसार है:-

- राज्य और जिला स्तर पर परियोजना निगरानी एककों के लिए परामर्शदाताओं और सहायक कर्मचारियों के रूप में मानव संसाधन सहायता और उप-जिला स्तर पर मलेरिया तकनीकी पर्यवेक्षण एवं प्रयोगशाला तकनीकीशियन।
- जिला वीबीडी परामर्शदाताओं, चिकित्सा अधिकारी/प्रयोगशाला तकनीशियनों/आशा, सीएचवी के रूप में स्वैच्छिक कार्यकर्ताओं आदि का क्षमता निर्माण।
- मलेरिया के गंभीर रोगियों के उपचार हेतु दीर्घावधि तक चलने वाली कीटनाशी मच्छरदानियां (एलएलएनएस), मलेरिया के तुरन्त निदान के लिए त्वरित नैदानिक परीक्षण, वैकल्पिक औषधियां अर्थात् आर्टेमिसिनिन आधारित काम्बिनेशन थेरेपी और इंजेक्शन आर्टेसुनेट जैसी वस्तुओं की व्यवस्था।
- सचल सहायता, मॉनीटरिंग, मूल्यांकन और प्रचालनात्मक अनुसंधान (औषध रोधी और कीट विज्ञानी पहलुओं संबंधी अध्ययन) सहित नियोजन और प्रशासन।

परियोजना कार्यकलापों का प्रभाव, परियोजना वाले राज्यों (7) में मलेरिया के मामलों और मलेरिया के कारण होने वाली मौतों में कमी के रूप में नज़र आता है जैसा कि ग्राफ में दर्शाया गया है।



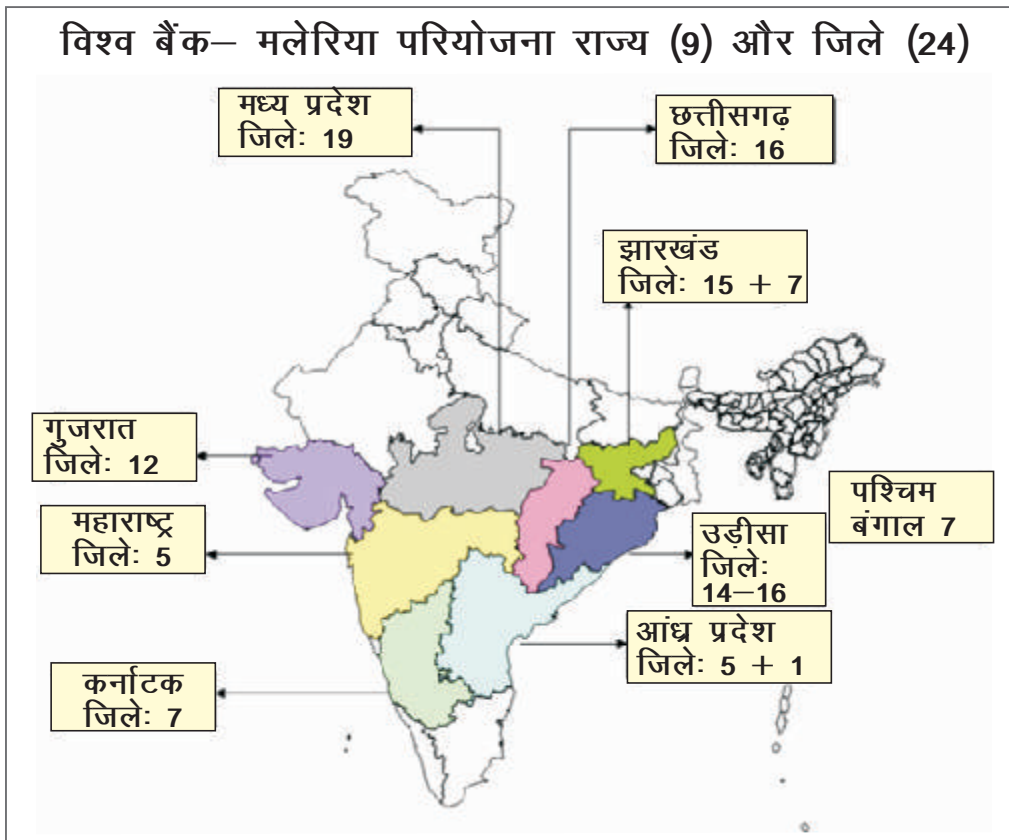
(ii) विश्व बैंक समर्थित मलेरिया नियंत्रण और कालाजार को समाप्त करने की परियोजना

इस परियोजना को 2009 से दिसम्बर, 2013 तक पांच वर्ष की प्रभावी अवधि के लिए अनुमोदित किया गया है। इस परियोजना का कुल वित्तीय परिव्यय 1000 करोड़ रुपए है। इस परियोजना को 9 राज्यों नामतः आंध्र प्रदेश, छत्तीसगढ़, गुजरात, झारखंड, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, ओडिशा और कर्नाटक तथा पश्चिम बंगाल के 124 मलेरिया से प्रभावित जिलों में तथा 3 राज्यों नामतः बिहार, झारखंड और प. बंगाल के 46 कालाजार प्रभावित जिलों में शामिल किया गया। अब, आंध्र प्रदेश को दो राज्यों में बांटा गया है नामतः, आंध्र प्रदेश और तेलंगाना तथा परियोजना के तहत जिलों को भी दो राज्यों में बांटा गया है। 31 दिसम्बर 2013 को विश्व बैंक परियोजना के समापन के बाद, सभी परियोजना गतिविधियों को घरेलू बजटीय सहायता अर्थात् 31 मार्च 2017 तक चलाया जा रहा है।

इन राज्यों/जिलों को प्रदान की गई अतिरिक्त सहायता निम्नलिखित हैं:-

- निगरानी एवं मॉनीटरिंग के लिए राष्ट्रीय, राज्य, जिला एवं उप-जिला स्तर पर परामर्शदाताओं एवं सहायक स्टाफ जैसे मानव संसाधन की व्यवस्था।

- उच्च मलेरिया स्थानिकमारी क्षेत्रों में लंबे समय तक चलने वाले कीटनाशक युक्त मच्छरदानियों (एलएलआईएन) के प्रयोग को बढ़ावा देना।
- उपेक्षित वर्ग के लोगों की समस्याओं के निराकरण के लिए सामाजिक प्रयास एवं असुरक्षित समुदाय के संबंध में योजना।
- पहचान की गई एजेंसियों के जरिए उप जिला स्तर पर सुदृढ़ बीसीसी/आईईसी कार्यकलाप।
- परियोजना में सुरक्षित निपटान एवं पर्यावरण खतरों के बारे में पर्यावरण प्रबंधक योजना द्वारा सुरक्षोपाय नीतियों की भी परिकल्पना की गई है।
- मेडिकल अधिकारियों/प्रयोगशाला तकनीशियनों/बुखार उपचार डिपो/स्वयं-सेवियों आदि का क्षमता निर्माण।
- पीएफ रोगियों के उपचार के लिए मलेरिया एवं आर्टेमिसिनिन कॉम्बिनेशन थेरेपी (एसीटी) हेतु त्वरित किटों की आपूर्ति।

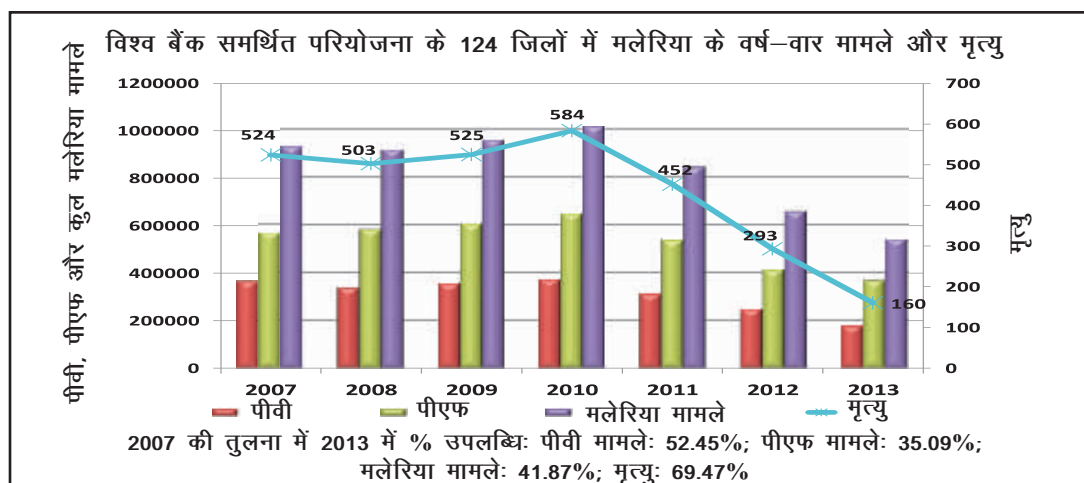


प्रभाव: इस अतिरिक्त सहयोग से मलेरिया के मामलों और 124 जिलों में हुई मौतों से यह पता चलता है कि मलेरिया के

मामलों में निम्नानुसार 41.87% की कमी हुई है और मलेरिया से हुई मौतों के मामलों में 69.47% की कमी दर्ज की गई है:

संख्या	उद्देश्य	मूल वर्ष	वर्ष 2013 तक लक्षित	उपलब्धियां
1.	मलेरिया रुग्णता में कमी (मामले)	2007	25% तक	41.87%
2.	मलेरिया से हुई मृत्यु में कमी (मृत्यु)	2007	50% तक	69.47%

परियोजना के दौरान कवर किए गए 124 जिलों में मलेरिया की स्थिति निम्नलिखित ग्राफ में दर्शाई गई हैं:



6.2.2 शहरी वीबीडी (वेक्टर जनित रोग) योजना

मलेरिया के कारण होने वाली मौतों को रोकने तथा उसके संचरण और रुग्णता में कमी लाने के प्रमुख उद्देश्यों के साथ 1971 में भारत सरकार द्वारा एनवीबीडीसीपी के अंतर्गत शहरी मलेरिया योजना (यूएमएस) को मंजूरी दी गई थी। यह योजना 19 राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों के 131 कस्बों में क्रियान्वित की जा रही है जिसमें लगभग 130 मिलियन लोगों का बचाव किया जा रहा है। इस योजना के अंतर्गत नकद सहायता के माध्यम से भारत सरकार लार्वीसाइड का समर्थन कर रही है, तथापि, क्रियान्वयन हेतु

कर्मचारियों तथा प्रचालन लागत का इंतजाम राज्य/निगम/नगरपालिका द्वारा किया जाना है।

जानपदिक रोग विज्ञानी स्थिति: मलेरिया के कुल मामलों में से 10 प्रतिशत शहरी क्षेत्रों से रिपोर्ट किए जाते हैं। अहमदाबाद, चेन्नई, कोलकाता, मुम्बई, वडोदरा, विशाखापट्टनम, विजयवाड़ा आदि से अधिकांश संख्या में मलेरिया रोगियों की सूचना प्राप्त हुई थी। वर्ष 2008–2013 के दौरान देश के सभी शहरों में मलेरिया की तुलनात्मक जानपदिक रोग विज्ञानी रूपरेखा इस प्रकार है:—

वर्ष 2008–2013 के दौरान 19 राज्यों में मलेरिया की तुलनात्मक जानपदिक रोग विज्ञानी रूपरेखा							
वर्ष	जनसंख्या	कुल रोगी	पीएफ	पीएफ प्रतिशत	एसपीआर	एसएफ आर	मौतें
2008	113334073	115424	18971	16.44	2.48	0.41	102
2009	114699850	166075	31132	18.75	2.99	0.56	213
2010	116136978	220062	33174	15.08	3.79	0.58	149
2011	130316971	142502	13910	9.77	2.07	0.21	147
2012	130329138	82554	8236	9.98	1.35	0.14	61
2013	131279000	65568	5463	8.33	1.04	0.09	43

पीएफ = प्लाजडियम फाल्सीपेरम, एसपीआर = स्लाइड पॉजिटिविटी दर, एसएफआर = स्लाइड फाल्सीपेरम दर।

नियंत्रण कार्यनीति: शहरी मलेरिया योजना के तहत मलेरिया नियंत्रण कार्यनीतियां हैं (i) परजीवी नियंत्रण और (ii) वेक्टर नियंत्रण।

- (i) **परजीवी नियंत्रण:** इसके तहत अप्रत्यक्ष अभिकरणों जैसे अस्पतालों, औषधालयों निजी एवं सरकारी क्षेत्र के अस्पतालों के माध्यम से उपचार किया जाता है। प्रत्येक स्वास्थ्य क्षेत्र/मलेरिया नियंत्रण एजेंसियों जैसे नगर-निगम, रेलवे, रक्षा सेवाओं द्वारा बड़े शहरों में मलेरिया क्लीनिक स्थापित किए जाते हैं।
- (ii) **वेक्टर नियंत्रण:** में स्रोत की कमी, लार्वाभक्षी का उपयोग, लार्वाभक्षी मछली का उपयोग, स्थान पर छिड़काव, लघु इंजीनियरिंग और विधायी उपाय शामिल हैं।

शहरी मलेरिया का नियंत्रण मुख्य रूप से घरेलू और अर्द्ध घरेलू क्षेत्रों या आवासीय खंडों और सरकारी/व्यावसायिक भवनों, निर्माण स्थलों में मच्छरों के प्रजनन से बचाने के लिए शहरी उप-नियमों के कार्यान्वयन पर आधारित है। उपनियम बनाए गए हैं और दिल्ली, चेन्नई, मुंबई, चंडीगढ़, अहमदाबाद, भावनगर, सूरत, राजकोट, भोपाल, अगरतला व गोवा में इन उपनियमों को कार्यान्वित किया जाता है।

इसके अलावा, डेंगू की समस्या की शहरी क्षेत्रों से भी काफी सूचना प्राप्त की जा रही है। इसलिए 12वीं योजनावधि के दौरान, शहरी वीबीडी योजना शुरू की गई है।

6.2.3 लिम्फैटिक फाइलेरियासिस का उन्मूलन:

लिम्फैटिक फाइलेरियासिस, जो एक परजीवी रोग है, का मुख्य कारण वुचेरिया बैंक्राफटी है तथा यह गंदगी और प्रदूषित पानी में पनपने वाले *क्यूलेक्स विनक्वेफारिसिटस* मच्छर द्वारा मुख्यतः संचारित होता है। तथापि प्रदूषित पानी की अनुपस्थिति में यह साफ पानी में भी पनप सकता है। यह संक्रमण ग्रामीण और शहरी दोनों क्षेत्रों में मौजूद रहता है। यह एक चिरकालिक रोग है और मुख्यतः लिम्फोडेमा और हाईड्रोसेल के रूप में व्याप्त होता है। यह रोग *ब्रुजिया मालायी* नामक एक अन्य परजीवी से भी उत्पन्न होता है जो मुख्यतः *मेनसोनिया एन्युलिफेरा* द्वारा संचारित होता है जोकि इस परजीवी का मुख्य वेक्टर है। *एम. यूनिफोर्मिस* भी इस रोग के संचरण में भूमिका निभाता है और इसलिए यह

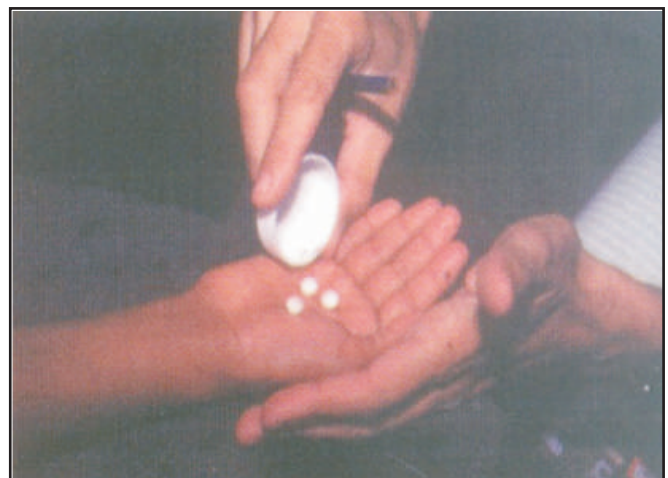
ब्रुजिया संक्रमण के लिए द्वितीयक वेक्टर है। उपलब्ध रिपोर्टों के अनुसार, ब्रुजिया संक्रमण की व्याप्तता केरल के छोटे क्षेत्र तक सीमित है।

यह रोग 21 राज्यों तथा संघ राज्य क्षेत्रों में लगभग 255 जिलों में स्थानिकमारी है। इन जिलों के लगभग 650 मिलियन जनसंख्या को लिम्फैटिक फाइलेरियासिस का खतरा है। विकलांगता के अलावा, यह रोग प्रभावित व्यक्तियों को व्यक्तिगत अभिघात पहुंचाता है तथा सामाजिक कलंक से भी जुड़ा है, यद्यपि यह घातक नहीं है।

भारत सरकार लिम्फैटिक फाइलेरियासिस के वैश्विक उन्मूलन के लिए वर्ष 1997 में विश्व स्वास्थ्य संघ संकल्प की भी हस्ताक्षरकर्ता है। इस रोग के वैश्विक उन्मूलन का लक्ष्य वर्ष 2020 रखा गया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) ने वर्ष 2015 तक भारत में लिम्फैटिक फाइलेरियासिस के उन्मूलन की परिकल्पना की है।

लिम्फैटिक फाइलेरियासिस उन्मूलन की कार्यनीति निम्न प्रकार है :

- रोग के पारेषण को अवरुद्ध करने के लिए पात्र जनसंख्या (गर्भवती महिलाओं, 2 वर्ष की आयु से कम के बच्चों तथा गंभीर रूप से बीमार व्यक्तियों को छोड़कर) को पांच या इससे अधिक समय के लिए फाइलेरिया रोगी गोलियां अर्थात् डीईसी + अलबेंडाजॉन की एकल खुराक का वार्षिक व्यापक औषध परिदाय (एमडीए)।
- लिम्फोडेमा मामलों का गृह आधारित उपचार तथा अभिज्ञात सीएचसी/जिला अस्पतालों/चिकित्सा महाविद्यालयों में हाइड्रोसेल प्रचालनों का उन्नयन।





लिम्फैटिक फाइलेरियासिस का उन्मूलन करने के लिए 2004 के दौरान भारत सरकार ने गृह आधारित फुटकेयर तथा हाइड्रोसील के ऑपरेशन में वृद्धि के अतिरिक्त डीईसी गोलियों की वार्षिक एकल अनुशंसित खुराक के साथ वार्षिक व्यापक औषध परिदाय की शुरुआत की थी। डीईसी+ अल्बेंडाजोल के सह-परिदाय में वर्ष 2007 से इस कार्यक्रम में 2004 में 202 जिलों को कवर किया गया जबकि वर्ष 2007 तक सभी 250 एलएफ स्थानिकमारी वाले जिलों को कवर किया गया। एमडीए नवंबर में आरंभ किया गया था, तथापि, एमडीए के पर्यवेक्षण की तारीखें राज्यों की तैयारी के आधार पर अलग-अलग हैं। इस कवरेज में वर्ष 2004 में 72.4% से वर्ष 2013 में 81.5% तक उन्नयन हुआ है।



दमन व दीव में टीएएस करते हुए

- ईएलएफ गतिविधि की तात्कालिता पर बल देने के लिए, विशेष तौर पर एमडीए के संबंध में, एमडीए को मुख्य गतिविधि बनाने के साथ 14-20 दिसम्बर,

2014 को राष्ट्रीय फाइलेरिया दिवस के रूप में मनाया गया। तदनुसार, पूर्वएमडीए, एमडीए के दौरान और एमडीए गतिविधियों के बाद निगरानी और पर्यवेक्षण की जिम्मेदारी के साथ स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, डीजीएचएस और एनवीबीडीसीपी से कुछ अधिकारियों का चयन किया गया था।

- नवम्बर 2014 तक, छब्बीस जिलों (तमिलनाडु में 8, असम में 5, पश्चिम बंगाल में 4, गोवा में 2, महाराष्ट्र में 3, कर्नाटक, पुद्दुचेरी, ओडिशा, दमन और दीव में एक-एक) में अंतरण आकलन सर्वेक्षण (टीएएस) सफलतापूर्वक पूरा कर लिया गया है और एमडीए पर रोक लगा दी गई है। अन्य 62 जिले टीएएस तैयार कर रहे हैं और शेष 167 जिले एमडीए 2014 का निरीक्षण करेंगे। राज्य वार एमडीए 2013 की कवरेज को **परिशिष्ट-2** में दर्शाया गया है।

लिम्फोडेमा तथा हाइड्रोसेल मामलों का सूचीयन, इन फाइलेरिया स्थानिक जिलों में घर-घर जाकर सर्वेक्षण करके, वर्ष 2004 से शुरू किया गया था। सूचीबद्ध मामलों को राज्य स्वास्थ्य प्राधिकारियों द्वारा नियमित रूप से अद्यतन किया जा रहा है तथा मामले दर्ज किए जा रहे हैं। यह वृद्धि मुख्यतः आरंभिक वर्षों के दौरान अपूर्ण सर्वेक्षणों तथा समुदाय के पक्ष पर लिम्फोडेमा तथा हाइड्रोसेल की

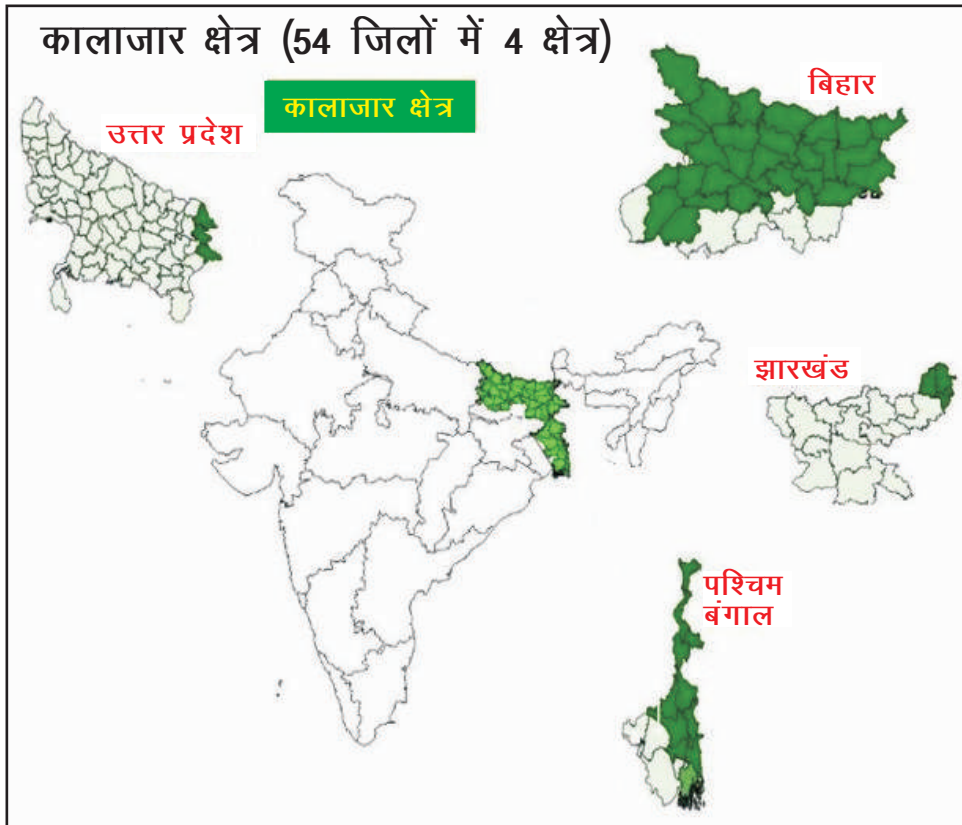


अपनी अभिव्यक्तियों को उद्धाटित करने में हिचकिचाहट के कारण है। अक्तूबर, 2014 तक के अद्यतन आंकड़े दर्शाते हैं कि लगभग 12 लाख नैदानिक लक्षणों वाले (8 लाख लिम्फोडेमा तथा 4 लाख हाइड्रोसेल के मामले) मामले सूचीबद्ध किए गए हैं। चिरकालिक लिम्फोडेमा के मामलों में द्वितीयक बैक्टीरियल तथा फंगल संक्रमण की रोकथाम के लिए साफ-सफाई रखने हेतु पैर धोने की पहल भी की गई है ताकि रोगियों को बारंबर तीव्र आघातों से राहत मिले। राज्य नियमित रूप से सूची को अद्यतन करते हैं तथा अपने संबंधित हाइड्रोसील ऑपरेशन्स में तीव्रता लाते हैं।

सभी क्रियान्वयन एककों (जिलों) में माइक्रो फाइलेरिया सर्वेक्षण एमडीए से पहले रात्रि रक्त सर्वेक्षण के माध्यम से किया जा रहा है। यह सर्वेक्षण दिशा-निर्देशों के अनुसार 4 सेंटिनल तथा 4 यादृच्छिक स्थलों पर किया जाता है, तथा कुल 4000 स्लाईड्स (प्रत्येक स्थल से 500) एकत्र की जाती हैं। राज्यों द्वारा उपलब्ध करवाए गए डाटा एमडीए जिलों में माइक्रो फाइलेरिया दर के कम होने को दर्शाते हैं (2004 में 1.24% से घटकर 2013 में 0.29% तक)।

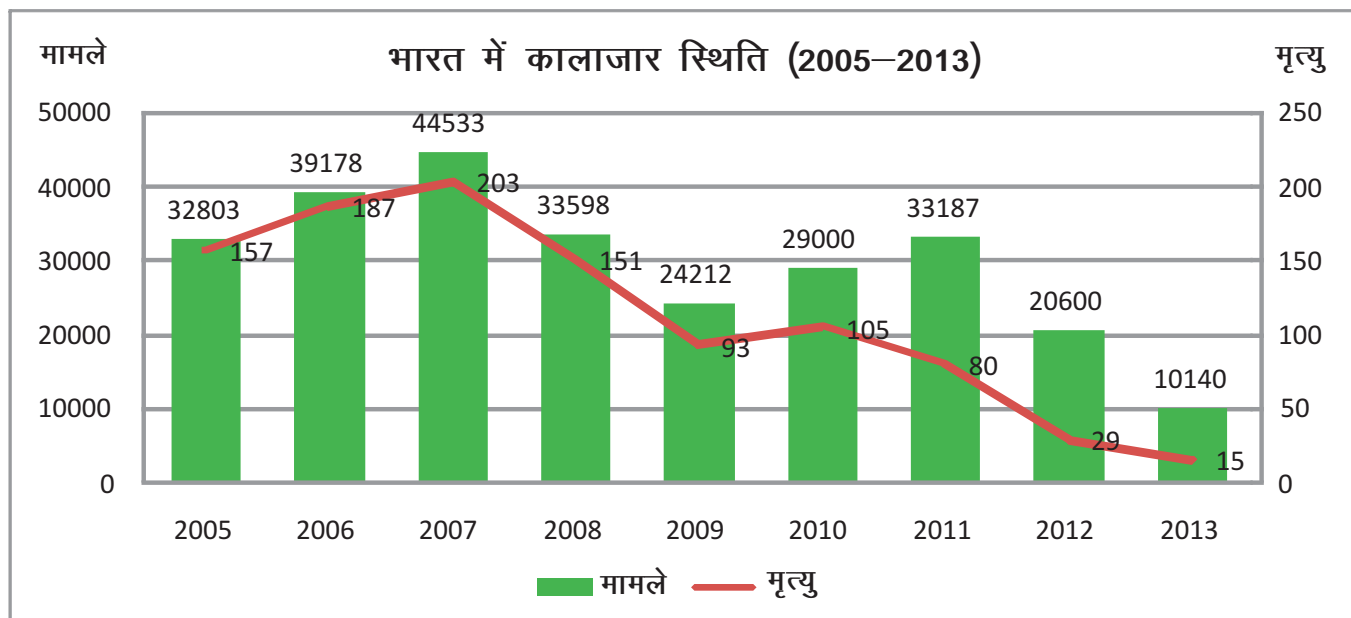
6.2.4 कालाजार

कालाजार प्रोटोजोआ परजीवी *लेइशमानिया डोनोवानी* के कारण होता है तथा सैंड फ्लाय (फेलबोटोमस अर्जेन्टिपस) के माध्यम से फैलता है जो छायादार, अंधेरे, नम तथा गर्म स्थलों पर, नर्म मृदा के दरारों तथा छिद्रों में, ईंटों तथा पत्थरों के ढेरों इत्यादि में पनपता है। सैंड फ्लाय प्रजनन की रोकथाम के लिए उचित साफ-सफाई तथा स्वच्छता महत्वपूर्ण है। इस रोग का राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (2002) के अनुसार वर्ष 2015 तक उन्मूलन करने का भी लक्ष्य है। उन्मूलन के लक्ष्य को हासिल करने के लिए मामले का पता लगाने और उपचार अनुपालन को सुदृढ़ किया गया है तथा कालाजार की शीघ्र नैदानिक परीक्षण किट तथा एकल खुराक लिपोसोमल एम्फोटेरिसिन बी इंजेक्शन तथा अल्पावधि की कंबिनेशन औषधि दी जाती है। कालाजार उन्मूलन पर राष्ट्रीय रूपरेखा अगस्त 2014 में बनाई गई थी जिसमें विशिष्ट समय-सीमा, राज्य और जिला स्तरीय वीबीडी परामर्शदाताओं की भूमिका और जवाबदेही, कालाजार तकनीकी पर्यवेक्षक (केटीएस), निगरानी एवं पर्यवेक्षण के लिए मोटर साइकिल सहित व्यवस्था की गई है।



कालाजार 54 जिलों (बिहार में 33, झारखंड में 4, प. बंगाल में 11 तथा उत्तर प्रदेश में 6) में विशेष रूप से व्याप्त है। कालाजार नियंत्रण कार्यक्रम वर्ष 1990-91 में शुरू किया गया था। रोग के सर्वाधिक मामले वर्ष 1992 में थे, जब स्थानिकमारी राज्यों से 77,102 मामले और 1419 मृत्यु की सूचना प्राप्त हुई थी। वर्ष 2007 में सूचित मामले 44533 से

घटकर वर्ष 2009 में 24212 मामले हो गए। वर्ष 2012 की तुलना में वर्ष 2013 में कालाजार मामले घटकर 32.67% रह गए तथा मृत्यु के मामले भी घटकर 31.03% रह गए। यही रुझान अक्तूबर 2014 तक दिखाई दिया जिसके दौरान 7856 मामले और 9 मृत्यु हुईं। वर्ष 2010 से मलेरिया मामलों और मृत्यु सम्बंधी राज्य-वार आंकड़े **परिशिष्ट-3** में दिए गए हैं।



कालाजार के उन्मूलन हेतु कार्यनीति :

- **परजीवी उन्मूलन और रोग प्रबंधन**
 - मामले की शीघ्र पहचान और पूरा उपचार;
 - रेफरल का सुदृढीकरण;
- **एकीकृत वेक्टर नियंत्रण;**
 - आंतरिक अवशिष्ट छिड़काव (आईआरएस);
 - साफ-सफाई और स्वच्छता के रख-रखाव द्वारा पर्यावरण प्रबंधन;
- **सहायक कार्यकलाप**
 - सामाजिक जुटाव के लिए व्यवहार परिवर्तन संबंधी संप्रेषण;
 - अंतर-क्षेत्रीय समाभिरूपण;
 - प्रशिक्षण और मॉनीटरन तथा मूल्यांकन द्वारा क्षमता निर्माण;

कालाजार के उन्मूलन के लक्ष्य को हासिल करने के लिए भारत सरकार दिसम्बर 2013 से 50% कालाजार रोधी दवाइयों, निदान और डीडीटी के अलावा, राज्य सरकारों को स्प्रे की 100 प्रतिशत संचालन लागत प्रदान कर रही है।

कालाजार उन्मूलन के लिए निम्नलिखित पहलें की गई हैं :

- उपयुक्त स्तर पर स्पष्ट लक्ष्यों, उद्देश्यों, कार्यनीतियों, गतिविधियों और कार्यों की समय-सीमा से कालाजार उन्मूलन (2014) हेतु राष्ट्रीय रूपरेखा तैयार की गई है। इस दस्तावेज को राष्ट्रीय, राज्य, जिला और उप-जिला स्तर पर केंद्रित प्रयासों हेतु तैयार किया जाता है।
- कालाजार रोगी हेतु 28 दिनों के लंबी अवधि के उपचार को एकल दिवस एकल खुराक उपचार तक घटा दिया गया है और उत्तम उपचार अनुपालन हेतु 10 दिनों का संयुक्त उपचार;

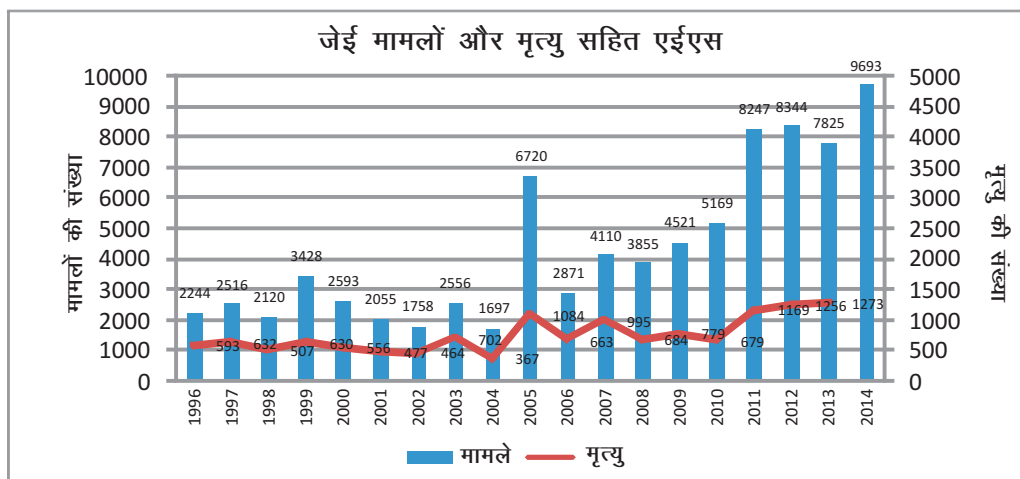
- संदिग्ध मामले को रेफर करने और पूरे उपचार को सुनिश्चित करने के लिए कालाजार कार्यकर्ता/स्वास्थ्य स्वयंसेवक/आशा को 300/- रुपए की प्रोत्साहन राशि;
- रोगी और रोगी के साथ आने वाले एक परिचर को निःशुल्क आहार सहायता;
- उपचार की अवधि के दौरान पारिश्रमिक की हानि के लिए कालाजार रोगी को 500/- रुपए और पोस्ट कालाजार डर्मल लेश्मेनियासिस (पीकेडीएल) मामलों को 2000/- रुपए की दर से प्रोत्साहन राशि;
- वाहनों और मोटरसाइकिल के साथ प्रभावी निगरानी और पर्यवेक्षण हेतु राज्य परामर्शकों, जिला वीबीडी परामर्शकों और कालाजार तकनीकी पर्यवेक्षक की तैनाती करके मानव संसाधन घटक का सुदृढीकरण।
- उपचार, सेवा प्रदानगी और पर्यवेक्षण के सम्बंध में हितधारकों जैसे आरएमआरआई (आईसीएमआर), केयर/बीएमजीएफ, डीएनडीआई (उपेक्षित पहल हेतु दवाएं), एमएसएफ, केए कनसोर्टियम, पाथ एवं राष्ट्रीय पोलियो निगरानी परियोजना (एनपीएसपी) से निगरानी चिकित्सा अधिकारी और अन्य भागीदारों को शामिल करना।
- भेषज सतर्कता, सम्बंधी संचालन अनुसंधान, सेंड फ्लार्ड के संबंध में देशांतर अध्ययन, वीएल की सेंटिनल निगरानी और नीति में परिवर्तन के सम्बंध में कार्यक्रम का मार्गदर्शन करने के लिए आरएमआरआई, पटना द्वारा आरडीके का गुणवत्ता आश्वासन, यदि कोई हो।
- विश्व स्वास्थ्य संगठन से सतत तकनीकी सहायता।

6.2.5 जापानी एन्सेफलाइटिस (जे.ई)

जापानी एन्सेफलाइटिस एक जूनोटिक रोग है जो मुख्यतः क्यूलेक्स विशनुई समूह से संबंधित रोगाणु मच्छर द्वारा पारेषित होता है। प्रकृति में पारेषण चक्र का अनुरक्षण सुअरों तथा जल पक्षियों जैसे जे.ई. वायरस के पशु जलाशयों द्वारा होता है। मनुष्य इसके लिए डेड एंड होस्ट है अर्थात् जे.ई. एक संक्रमित व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को नहीं फैलता। उन क्षेत्रों में यह रोग अधिक फैलता है जहां पशुओं/पक्षियों तथा मानवों के बीच सन्निकट अंतःक्रिया होती है। जे.ई. रोगाणु धान के खेतों जैसे विशाल जलाशयों में पनपते हैं। इस रोग का खतरा लगभग 375 मिलियन लोगों को है।

जेई को एक्यूट इन्सेफलाइटिस सिंड्रोम (ईईएस) के अंतर्गत दर्शाया जाता है। अतः राज्यों से प्रदान किए जाने वाले आंकड़े जेई मामलों सहित कुल ईईएस मामले हैं। ईईएस और जेई से हुई मृत्यु के राज्य-वार आंकड़ों को **परिशिष्ट-4** में दर्शाया गया है।

जानपदिक रोग विज्ञानी स्थिति— जे.ई. की सूचना देश के विभिन्न भागों से प्राप्त हुई है। यह रोग 21 राज्यों के 179 जिलों में स्थानिकमारी है जिनमें से असम, बिहार, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल में रोग भार की 80% से अधिक सूचना मिलती रही है। वर्ष 2011 में 8249 मामले तथा 1169 मृत्यु के मामले की सूचना दी गई और वर्ष 2012 के दौरान, जेई सहित तीव्र एंसेफालाइटिस सिंड्रोम के कारण 8344 मामले तथा 1256 मृत्यु की सूचना मिली है। वर्ष 2013 के दौरान जेई सहित तीव्र एंसेफालाइटिस सिंड्रोम के कारण 7825 मामले तथा 1273 मृत्यु के मामले सूचित किए गए। वर्ष 2014 (11.12.2014 तक) के दौरान जेई सहित ई.ई.एस के 9693 मामले तथा 1490 मृत्यु के मामले सूचित किए गए।



इस रोग का कोई विशिष्ट उपचार नहीं है। लाक्षणिक तथा शीघ्र रोगों उपचार, मृत्यु तथा जटिलताओं के जोखिम को न्यूनतम करने के लिए अत्यंत आवश्यक है। भारत सरकार ने वर्ष 2006 में 1 से 15 वर्ष की आयु के बीच के बच्चों के लिए एकल खुराक लाइव एटेन्यूएटिड जे.ई. (एस.ए.14-14-2) के साथ जे.ई. टीकाकरण कार्यक्रम की शुरुआत की जिसे नए रोगियों को कवर करने के लिए 16-24 माह की आयु वाले बच्चों को नेमी टीकाकरण के तहत एक खुराक दी जाएगी। इसके अलावा, अप्रैल 2013 से आरआई के अंतर्गत विशेषज्ञ समूह की सिफारिशों के बाद, सबसे पहले 9 माह की आयु वाले बच्चे को जेई टीके की दो खुराक और दूसरी बार 16-24 माह की आयु में खुराक को शामिल किया गया है। हालांकि, जेई प्रतिरक्षण के तहत 152 जिलों को तक) कवर किया गया (दिसम्बर 2014 तक)।

इसके अतिरिक्त, समुदाय में समुचित संदेशों का प्रसार करने के लिए मिडिया, अंतर वैयक्तिक संचार इत्यादि जैसे विभिन्न माध्यमों के जरिए सामाजिक एकजुटता जैसे जन स्वास्थ्य उपायों का क्रियान्वयन महत्वपूर्ण है। विशेषतः सुबह से संध्या तक, सुअरों को मानव बस्तियों से दूर अथवा सुअर बाड़ों में, जो रोगाणु मच्छरों को काटने का समय होता है, रखने पर जोर दिया जाता है। मच्छरदानियों का प्रयोग करके तथा शरीर को पूरी तरह ढक कर मानव मच्छर संपर्क से बचाव के संबंध में समुदाय का सुग्राहीकरण का भी प्रचार किया जाता है। चूंकि मामलों की शीघ्र रिपोर्टिंग किसी जटिलता तथा मृत्यु दर से बचाव के लिए महत्वपूर्ण है, समुदाय को लक्षणों तथा चिह्नों के बारे में तथा साथ ही स्वास्थ्य केन्द्रों/अस्पतालों में स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता के बारे में पूर्ण जानकारी दी जाती है। इसके अतिरिक्त, राज्यों को सलाह दी जाती है कि वे प्रभावित क्षेत्रों में रोग फैलने पर नियंत्रण के रूप में मैलाथियोन (तकनीकी) से धूमिकरण करें।

मुख्यतः उत्तर प्रदेश में गैर-जापानी एन्सेफलाइटिस के कारण स्थिति की गंभीरता को देखते हुए दिनांक 4.11.11 मंत्री समूह गठित की गई थी जिन्होंने एन्सेफलाइटिस के प्रकोप से रोकथाम के लिए बहु आयामी कार्यनीति का सुझाव दिया था। मंत्री समूह की चार बैठकें हुईं (21 नवम्बर, 25 नवम्बर, 9 दिसम्बर, 2011 और 2 फरवरी 2012) मंत्री समूह की सिफारिशें दिनांक 18.10.2012 को मंत्रिमंडल द्वारा

अनुमोदित की गई। निम्नलिखित मंत्रालयों की भागीदारी के साथ असम, बिहार, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल और तमिलनाडु राज्यों में 60 उच्च प्राथमिक जिलों में रोकथाम और नियंत्रण संबंधी प्रयासों को मजबूत बनाने के लिए एकीकृत दृष्टिकोण मुख्य था।

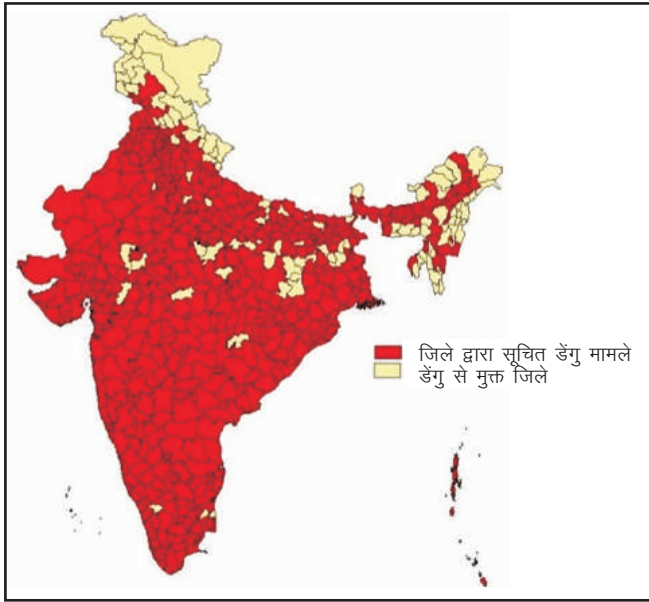
1. नोडल मंत्रालय के रूप में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
2. पेयजल आपूर्ति एवं स्वच्छता मंत्रालय
3. आवास एवं गरीबी उपशमन मंत्रालय
4. महिला एवं बाल विकास मंत्रालय
5. सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता मंत्रालय

मुख्य कार्यनीतिक क्षेत्र निम्नलिखित हैं:

- जनस्वास्थ्य प्रयासों का सुदृढीकरण
- 60 जिला अस्पतालों में शिशु रोग आईसीयू की स्थापना
- 62 अतिरिक्त जिलों में जेई टीकाकरण
- 5 राज्यों के 10 विभिन्न चिकित्सा महाविद्यालयों के पीएमआर की स्थापना
- ग्रामीण और बस्तियों में शुद्ध पेयजल, स्वच्छता प्रदान करना
- 60 अभिज्ञात जिलों में जिला पुर्नवास और परामर्श केंद्रों की स्थापना
- महामारी वाले क्षेत्रों में बच्चों की पोषणिक स्थिति में सुधार करना
- इनसेफलाइटिस मामलों के पूर्व रेफरल में सहायता के लिए आशा की भागीदारी

6.2.6 डेंगू ज्वर/डेंगू रक्तस्रावी ज्वर

डेंगू ज्वर एक फैलने वाला वायरस रोग है, यह मच्छरों के कारण होता है। एडीज एजिप्टी और एई. अल्बोपिक्टस दोनों ही संचरण में शामिल हैं। एडीज एजिप्टी मच्छर मानव निर्मित पात्रों में पनपना पसंद करते हैं जैसे सीमेंट की टंकियों, ओवरहेड टंकियों, भूमिगत टंकियों, टायरों, डेजर्ट कूलरों, पिचरों, फेंके गए पात्रों, जंक सामग्री इत्यादि जिनमें पानी एक सप्ताह से अधिक समय तक सड़ता रहता है। यह दिन में काटने वाला मच्छर होता है तथा यह घरों के अंदर



डेंगू एक स्वतः सीमित होने वाला उत्कृष्ट मच्छर पारेषित रोग है जिसके लक्षण ज्वर, सिर दर्द, मांसपेशियों, जोड़ों में दर्द, त्वचा पर एलर्जी, मतली तथा उबकाई आना है। कुछ संक्रमण डेंगू रक्त स्रावी ज्वर (डीएचएफ) में सहायक होते हैं तथा अपने अति उत्कृष्ट रूप में डेंगू आघात लक्षण (डीएसएस) से रोगी की जान को मुख्यतः वर्धित परिमेयता तथा आघात के कारण खतरा हो सकता है। हालांकि 2013 के दौरान, मामलों की उच्चतम संख्या ने सूचित किया कि मौतें कम हुई हैं (75808)। मामले की मृत्यु दर, जो 1996 में 3.3 प्रतिशत थी, वर्ष 2010 में घटकर 0.4 प्रतिशत और 2013 में 0.3 प्रतिशत रह गई थी। यह रोग प्रतिवर्ष नए भौगोलिक क्षेत्रों में फैल रहा है।

कठिनाई से मिलने वाले अंधेरे क्षेत्रों में आराम करना पसंद करता है। एडीज अल्बोपिक्टस मच्छर प्राकृतिक स्थानों जैसे पेड़ों के कोटरों के अंदर, प्रतिरोपण इत्यादि में पनपते हैं। तीव्र शहरीकरण, त्रुटिपूर्ण जल प्रबंधन सहित शहरी, अर्ध शहरी तथा ग्रामीण क्षेत्रों में अनुपयुक्त जल भंडारण पद्धतियों के कारण, जो मच्छर स्थलों की प्रचुरता में सहायक होती है, हाल के वर्षों में डेंगू के जोखिम में वृद्धि दिखाई दी है। डेंगू के मामलों की संख्या मानसून के पश्चात् चरम शिखर पर होती है तथा यह समान रूप से नहीं फैलता। तथापि, दक्षिणी राज्यों और गुजरात में यह संचरण बारहमासी है।



त्यागे गए टायर



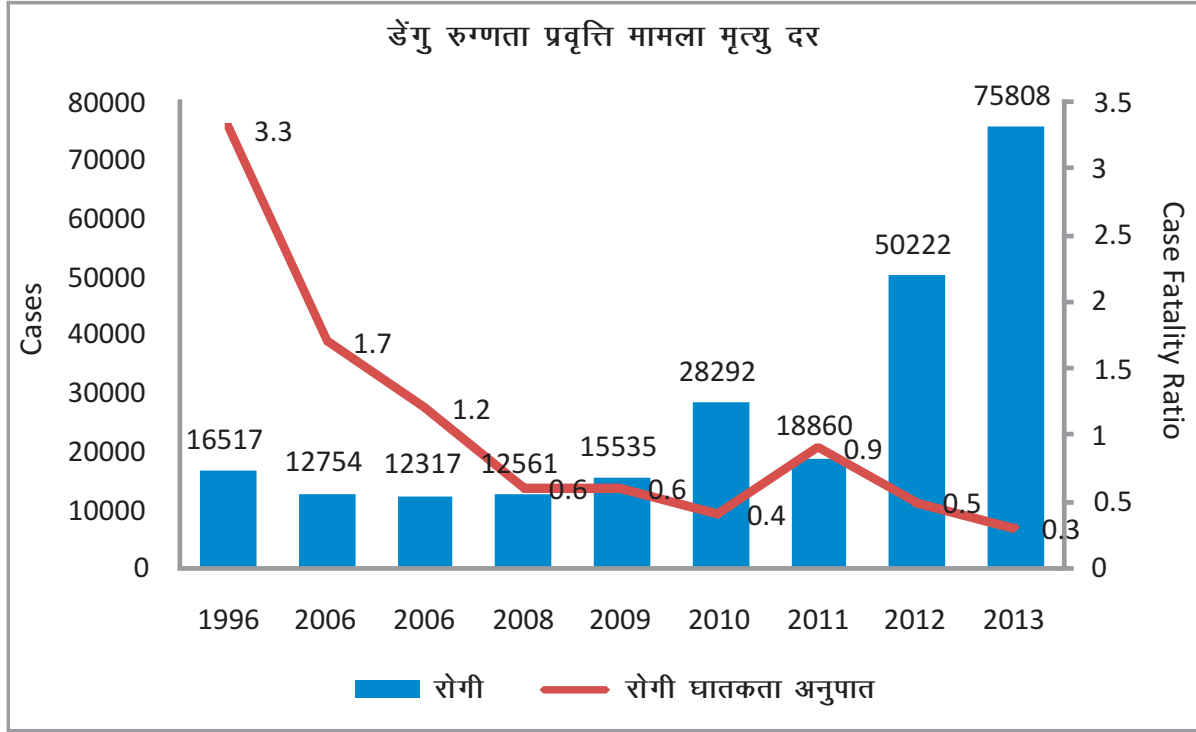
खुला ओवरहेड टैंक



जंग लगी सामग्री

जानपदिक रोग विज्ञानी स्थिति— डेंगू 35 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में स्थानिकमारी के रूप में है। वर्ष 1996 के पश्चात 16517 मामले (संदिग्ध) तथा 545 मृत्यु के मामले वर्ष 2003, 2005 2008, 2010, 2012 एवं 2013 सूचित किए गए थे। वर्ष 2010 में 28292 मामले तथा 110 मृत्यु के मामलों की सूचना प्राप्त हुई। वर्ष 2012 में, कुल 50222 मामलों तथा

242 मृत्यु के मामलों की सूचना प्राप्त हुई हैं, और वर्ष 2013 के दौरान 75808 मामलों और 193 मौतों की सूचना मिली थी। महाराष्ट्र (48) से सबसे ज्यादा मौतों की सूचना मिली और इसके बाद केरल (29) और पंजाब (25) का स्थान था। वर्ष 2014 (नवम्बर तक) के दौरान कुल 33320 मामलों और 86 मौतों की सूचना प्राप्त हुई है **(परिशिष्ट-5)**।



डेंगू के लिए कोई विशिष्ट वायरल रोधी औषध या टीका नहीं है। मृत्यु दर को केवल आरंभिक निदान तथा मामलों के त्वरित लाक्षणिक प्रबंधन द्वारा ही न्यूनतम किया जा सकता है। डेंगू ज्वर/डेंगू रक्त स्रावी ज्वर तथा डेंगू शॉक सिन्ड्रोम के नैदानिक प्रबंधन के लिए दिशानिर्देश तैयार किए गए हैं तथा उन्हें व्यापक परिचालन हेतु राज्यों को भेजा जाता है। डेंगू की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए दिनांक 26/5/2011 को सचिवों की समिति द्वारा एक मध्यावधिक योजना को मंजूरी दी गई थी जिसे क्रियान्वयन हेतु राज्यों के साथ साझा किया गया है। डेंगू की रोकथाम और नियंत्रण संबंधी मध्यावधि योजना ('ओक्टालोग' के रूप में प्रसिद्ध) के मुख्य घटक निम्नलिखित हैं:—

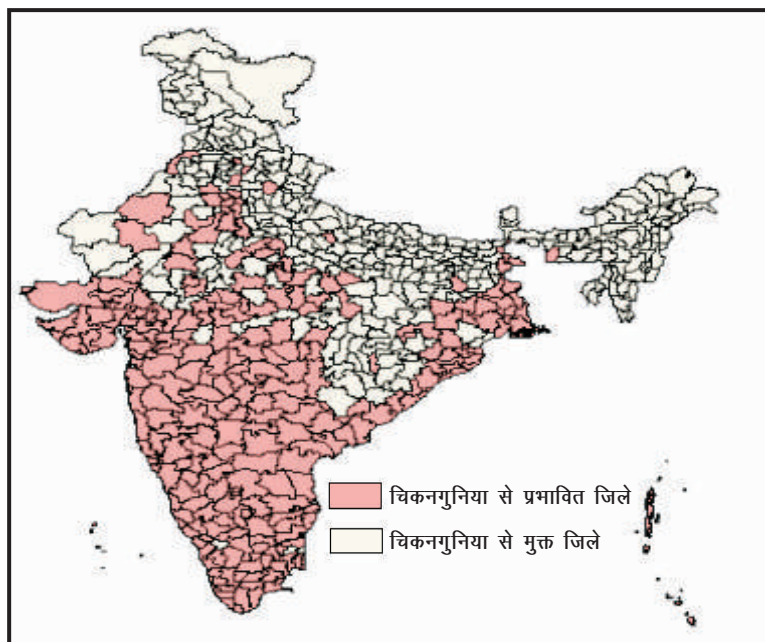
- **निगरानी** — रोग और कीट विज्ञानी निगरानी।
- **रोगी प्रबंधन** — प्रयोगशाला निदान और नैदानिक प्रबंधन।

- **वेक्टर प्रबंधन** — स्रोत हास, रसायन नियंत्रण, व्यक्तिगत रक्षा और विधान के लिए पर्यावरणिक प्रबंधन।
- **प्रकोप अनुक्रिया** — स्थानिकमारी तैयारी और मीडिया प्रबंधन।
- **क्षमता निर्माण** — प्रशिक्षण, मानव संसाधन और ऑपरेशन रिसर्च का सुदृढीकरण।
- **व्यावहारिक परिवर्तन संप्रेषण** — सामाजिक जुटाव और सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण (आईईसी)।
- **अंतर-क्षेत्रीय समन्वय**— शहरी विकास, ग्रामीण विकास, पंचायती राज, सड़क परिवहन मंत्रालय और शिक्षा क्षेत्र के साथ।
- **मॉनीटरिंग और पर्यवेक्षण** — रिपोर्टों, समीक्षा, फील्ड दौरों और फीडबैक का विश्लेषण।

मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक तथा अंतर-वैयक्तिक माध्यम, बाह्य प्रचार के साथ-साथ सिविल समाज संगठन (एनजीओ/सीबीओ/स्व-सहायता समूह), पीआरआई तथा नगर निगम निकायों के साथ अंतर क्षेत्रक सहयोग के जरिए गहन स्वास्थ्य शिक्षा क्रियाकलापों पर जोर दिया गया है। जुलाई माह को डेंगू रोधी माह के रूप में माना जाता है जब राज्य नियमित आईईसी/बीसीसी गतिविधियों के अलावा सामुदायिक जागरूकता और जुटाव अंतर-वैयक्तिक संचार हेतु व्यापक अभियान शुरू किए गए हैं। कार्यक्रम द्वारा नियमित पर्यवेक्षण तथा अनुवीक्षण किया जाता है। भारत सरकार ने राज्यों के साथ परामर्श करके स्थानिकमारी वाले राज्यों में नैदानिक सुविधाओं के वर्धन के लिए प्रयोगशाला सहायता वाले 439 सेनटेनरी निगरानी अस्पतालों का पता लगाया गया है। डेंगू हेतु अधिक नैदानिक सेवाएं देने के लिए इन स्थलों की संख्या बढ़ रही है। इसके अतिरिक्त, तुरन्त निदान तथा समर्थन सहायता के लिए, 15 (शीर्ष एसेक्स) रेफरल प्रयोगशालाओं (परिशिष्ट-7) का पता लगाया गया है जिन्हें प्रहरी निगरानी अस्पतालों से जोड़ा गया है। शीघ्र निदान के लिए इलिसा आधारित एनएस1 किटें इस कार्यक्रम के अंतर्गत शुरू की गई हैं जो संक्रमण के पहले दिन से रोग का पता लगा सकते हैं। आईजीएम कैप्चर एलिसा जांच संक्रमण के 5वें दिन के बाद मामले का पता लगा सकती है

6.2.7 चिकुनगुनिया

चिकुनगुनिया एक दुर्बल करने वाली, गैर-घातक वायरल बीमारी है जो चिकुनगुनिया वायरस द्वारा फैलती है। यह रोग तीन दशकों के अंतराल के पश्चात् देश में पुनः उभरा है। भारत में चिकुनगुनिया ज्वर की वृहत महामारी के मामले 60 एवं 70 के दशक में सूचित हुए थे, 1963 (कोलकाता), 1965 (तमिलनाडु में चेन्नई तथा पुदुच्चेरी), आंध्र प्रदेश में सागर तथा महाराष्ट्र में नागपुर) तथा 1973 (महाराष्ट्र में बरसी) में सूचित की गई थी। यह रोग एडीज मच्छर द्वारा भी फैलता है। ए.ई. एजिटि तथा ए.ई. अल्बोपिक्टस, दोनों ही इस रोग को फैला सकते हैं। मानवों को चिकुनगुनिया वायरस का प्रमुख स्रोत या भंडार माना जाता है। अतः मच्छर सामान्यतः इस रोग को रोग संक्रमित व्यक्तियों को काटने के पश्चात् अन्य व्यक्तियों को काटकर फैलाते हैं। संक्रमित व्यक्ति संक्रमण को सीधे दूसरे व्यक्ति तक नहीं फैला सकता (अर्थात् यह छूत का रोग नहीं है)। चिकुनगुनिया ज्वर के लक्षण डेंगू ज्वर में अवलोकित लक्षणों से प्रायः नैदानिक रूप से समान ही होते हैं। तथापि, डेंगू से विपरीत रक्तस्रावी अभिव्यक्तियां विरले ही होती हैं तथा चिकुनगुनिया वायरस संक्रमण में आघात का अवलोकन नहीं होता। यह जोड़ों के अत्यंत दर्द (आथ्रालजिया) तथा चकत्तों के साथ-साथ ज्वर से अभिलक्षित होती है। चिकुनगुनिया महामारी प्रकोप से मामलों की भारी संख्या है किन्तु इसमें मृत्यु विरले ही होती है। कभी-कभी रोग का उपचार होने के काफी बाद भी जोड़ों का दर्द लंबे समय तक बना रहता है।



वर्ष 2006 के दौरान, देश में नैदानिक रूप से संदिग्ध चिकुनगुनिया के कुल 1.39 मिलियन मामले सूचित किए गए थे। 35 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में से 16 राज्य/संघ राज्य क्षेत्र प्रभावित हुए थे – आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, मध्य प्रदेश, गुजरात, केरल, अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, दिल्ली का राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, राजस्थान, पुदुच्चेरी, गोवा, ओडिशा प. बंगाल, लक्षद्वीप तथा उत्तर प्रदेश। चिकुनगुनिया से सीधे संबंधित मृत्यु का कोई मामला सूचित नहीं किया गया था। वर्ष 2007 में कुल 14 राज्य प्रभावित हुए थे और संदिग्ध चिकुनगुनिया ज्वर के 59535 मामले सूचित किए गए थे जिनमें मृत्यु का कोई मामला नहीं था। वर्ष 2008, 2009, 2010 2011 और 2012 में बाद में संदिग्ध चिकुनगुनिया ज्वर के 95091, 73288, 48176, 20402 और 15977 मामले सूचित किए गए और मृत्यु का कोई मामला सूचित नहीं किया गया। वर्ष 2013 में चिकुनगुनिया के कुल 18840 संदिग्ध मामलों सूचित किए गए थे जबकि वर्ष 2014 (नवंबर 2014 तक) 12694 संदिग्ध मामले सूचित किए गए थे **(परिशिष्ट-6)**।

जैसा कि पहले भी उल्लेख किया जा चुका है, एडीज मच्छर दिन के दौरान काटते हैं तथा वे मानव निर्मित विविध प्रकार के पात्रों में पनपते हैं जो मानव बस्तियों के आसपास आमतौर पर विद्यमान होते हैं। इन पात्रों जैसे फेंके गए टायर, फूलदान, पानी के पुराने ड्रम, पारिवारिक जल की नांद, जल भंडारण पात्र तथा प्लास्टिक के खाद्य पदार्थ रखने के पात्रों में वर्षों का जल एकत्र हो जाता है जो एडीज मच्छरों के प्रजनन का स्रोत बन जाता है। ए.ई. एजिटि ने केरल को छोड़कर सभी राज्यों में रोग फैलाने में प्रमुख भूमिका निभाई, जबकि ए.ई. अल्बोपिक्टस ने मुख्य निभाई है। ए.ई.



अल्बोपिक्टस का प्रजनन रबड़, बागानों के लेटेक्स संग्रहण कपों, अरेका पालम के पत्तों, फलों के छिलकों, पत्तों के एक्सिट, पेड़ों के कुटीरों इत्यादि में पाया गया।



चिकुनगुनिया संक्रमण का इलाज करने के लिए न तो कोई टीका और न ही कोई औषधि उपलब्ध है। सहायक उपचार, जिनसे संलक्षणों में आराम मिलता है जैसे गैर-स्टीरोयडल एंटी-इंफ्लेमेटरि औषध लेना तथा काफी आराम करना, को लाभप्रद पाया गया है।

भारत सरकार निरंतर स्थिति की निगरानी कर रही है तथा राज्यों को चिकुनगुनिया ज्वर की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए मार्गनिर्देश तथा परामर्श भेज रही है। चूंकि डेंगू तथा चिकुनगुनिया के संचरण में समान रोगाणु अंतग्रस्त होते हैं, रोगाणु नियंत्रण द्वारा संचरण जोखिम अपचयन के लिए कार्यनीतियां भी समान हैं। चिकुनगुनिया तथा डेंगू/डेंगू रक्तस्रावी ज्वर की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए एक व्यापक दीर्घकालिक कार्य योजना तैयार की गई है तथा उसे मार्गदर्शन हेतु राज्यों को भेजा गया है। राज्यों को संभार-तंत्र तथा निधियों के रूप में सहायता उपलब्ध कराई जाती है। राज्य स्वास्थ्य अधिकारियों के तकनीकी मार्गदर्शन के लिए प्रभावित राज्यों में केन्द्रीय दल भेजे जाते हैं। चूंकि अधिकांश संचरण घर में होता है, अतः चिकुनगुनिया की रोकथाम तथा नियंत्रण के लिए कार्यक्रम कार्यनीतियों के सफल क्रियान्वयन के लिए समुदाय भागीदारी एवं सहयोग अत्यंत महत्वपूर्ण है। समुदाय की कारगर भागीदारी के लिए लोगों को चिकुनगुनिया तथा इस तथ्य के बारे में बताया जाता है कि स्वयं समुदाय द्वारा ही प्रभावी निवारण उपाय करके बड़ी-बड़ी महामारियों से बचाव किया जा सकता है। इसलिए समुदाय शिक्षा और जागरूकता के लिए परामर्श

और सामाजिक एकत्रीकरण के माध्यम से पर्याप्त प्रयास किए गए हैं।



चिकुनगुनिया के लिए सक्रिय निगरानी करने तथा नैदानिक सुविधाओं का संवर्धन करने के लिए, प्रभावित राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में डेंगू के उपचार में लगे 439 सेंटिनल निगरानी अस्पताल चिकुनगुनिया परीक्षण भी करते हैं। इन संस्थानों के लिए डेंगू तथा चिकुनगुनिया नैदानिक किटों (आईजीएम कैप्सर एलिसा) दोनों की व्यवस्था राष्ट्रीय विषाणु विज्ञान संस्थान, पुणे के माध्यम से की जाती है तथा लागत की प्रतिपूर्ति भारत सरकार द्वारा की जाती है। इसके अतिरिक्त, रोग के आगामी विस्तार को रोकने के लिए प्रहरी निगरानी अस्पतालों से किसी संदिग्ध मामले की सूचना मिलने पर संबंधित स्वास्थ्य प्राधिकारियों द्वारा त्वरित प्रतिक्रिया की परिकल्पना की गई है।

प्रहरी निगरानी अस्पतालों (एसएसएच) की संख्या नीचे तालिका में दी गई है:

क्र.सं.	राज्य	एसएसएच संख्या
1	अंडमान व नि. द्वीप समूह	3
2	आंध्र प्रदेश	16
3	अरुणाचल प्रदेश	4
4	असम	13
5	बिहार	7
6	चंडीगढ़	1
7	छत्तीसगढ़	4
8	दिल्ली	33
9	दमन और दीव	2
10	दादरा एवं नागर हवेली	1
11	गोवा	3
12	गुजरात	23
13	हरियाणा	15
14	हिमाचल प्रदेश	5
15	जम्मू	10
16	झारखंड	4
17	कर्नाटक	32
18	केरल	26
19	लक्षद्वीप	1
20	मध्य प्रदेश	17

क्र.सं.	राज्य	एसएसएच संख्या
21	महाराष्ट्र	26
22	मणिपुर	2
23	मेघालय	3
24	मिजोरम	1
25	नगालैंड	2
26	ओडिशा	20
27	पुडुचेरी	5
28	पंजाब	20
29	राजस्थान	27
30	सिक्किम	2
31	तमिलनाडु	30
32	तेलंगाना*	16
33	त्रिपुरा	2
34	उत्तर प्रदेश	24
35	उत्तराखंड	7
36	पश्चिम बंगाल	32
	योग	439

*राज्य 2014 में सृजित

देश में राज्य-वार मलेरिया की स्थिति

क्र. सं.	राज्य/संघ शासित क्षेत्र	2011		2012		2013		2014(नवंबर तक)	
		मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
1	आंध्र प्रदेश	34949	5	24699	2	19787	0	21220	0
2	अरुणाचल प्रदेश	13950	17	8368	15	6398	21	5184	4
3	असम	47397	45	29999	13	19542	7	12415	3
4	बिहार	2643	0	2605	0	2693	1	1287	0
5	छत्तीसगढ़	136899	42	124006	90	110145	43	90900	4
6	गोवा	1187	3	1714	0	1530	0	665	0
7	गुजरात	89764	127	76246	29	58513	38	35138	2
8	हरियाणा	33401	1	26819	1	14471	3	3594	0
9	हिमाचल प्रदेश	247	0	216	0	141	0	97	0
10	जम्मू और कश्मीर	1091	0	864	0	698	0	263	0
11	झारखंड	160653	17	131476	10	97786	8	72428	6
12	कर्नाटक	24237	0	16466	0	13302	0	11131	2
13	केरल	1993	2	2036	3	1634	0	1509	4
14	मध्य प्रदेश	91851	109	76538	43	78260	49	68842	9
15	महाराष्ट्र	96577	118	58517	96	43677	80	32071	35
16	मणिपुर	714	1	255	0	120	0	118	0
17	मेघालय	25143	53	20834	52	24727	62	31202	62
18	मिजोरम	8861	30	9883	25	11747	21	20238	5
19	नगालैंड	3363	4	2891	1	2285	1	1729	2
20	ओडिशा	308968	99	262842	79	228858	67	316143	57
21	पंजाब	2693	3	1689	0	1760	0	984	0
22	राजस्थान	54294	45	45809	22	33139	15	12417	0
23	सिक्किम	51	0	77	0	39	0	39	0
24	तमिलनाडु	22171	0	18869	0	15081	0	7479	0
25	तेलंगाना'
26	त्रिपुरा	14417	12	11565	7	7396	7	44046	69
27	उत्तराखंड	1277	1	1948	0	1426	0	1120	0
28	उत्तर प्रदेश	56968	0	47400	0	48346	0	37413	0
29	पश्चिम बंगाल	66368	19	55793	30	34717	17	20220	51
30	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	1918	0	1539	0	1005	0	492	0
31	चंडीगढ़	582	0	201	0	150	0	109	0
32	दादरा व नगर हवेली	5150	0	4940	1	1778	0	664	1
33	दमन और दीव	262	0	186	0	91	0	46	0
34	दिल्ली	413	0	382	0	353	0	98	0
35	लक्षद्वीप	8	0	9	0	8	0	0	0
36	पुदुच्चेरी	196	1	143	0	127	0	71	0
	योग	1310656	754	1067824	519	881730	440	851372	316

*नवसृजित राज्य 2014 में तत्कालीन आंध्र प्रदेश से पृथक होकर बना। 2014 से पहले के आंकड़े आंध्र प्रदेश में जोड़ दिए गए हैं।

लिम्फैटिक फाइलेरियासिस उन्मूलन हेतु व्यापक औषध प्रदानगी
(एमडीए) के दौरान जनसंख्या कवरेज (प्रतिशत)

क्र.सं.	राज्य/संघ राज्य	2009	2010	2011	2012	2013
1	आंध्र प्रदेश*	91.85	92.50	92.74	93.30	92.59
2	असम	एनडी	82.72	78.10	81.19	78.67
3	बिहार	77.91	78.61	एनडी	86.38	एनडी
4	छत्तीसगढ़	91.53	92.99	90.06	एनडी	89.18
5	गोवा	95.37	94.63	96.21	एमडीए बंद कर दिया गया	एमडीए बंद कर दिया गया
6	गुजरात	97.63	98.33	97.66	99.04	99.38
7	झारखंड	85.99	63.64	86.53	84.36	एनडी
8	कर्नाटक	89.30	91.46	91.81	93.84	93.7
9	केरल	77.81	81.91	89.62	80.90	73.33
10	मध्य प्रदेश	87.59	90.74	89.27	87.88	रिपोर्ट प्रतीक्षित
11	महाराष्ट्र	89.51	89.38	89.28	75.33	91
12	ओडिशा	89.66	90.63	90.55	एनडी	91.1
13	तमिलनाडु	94.13	एनडी	93.58	94.76 (4 जिले)	एनडी
14	उत्तर प्रदेश	एनडी	80.68	80.45	83.15	70.69
15	पश्चिम बंगाल	86.93	एनडी	79.23	84.83	86.77
16	अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	91.40	77.12	90.15	90.06	88.93
17	डी एंड एन हवेली	95.84	96.20	98.51	96.88	95.83
18	दमन और दीव	91.56	92.04	90.89	एमडीए बंद कर दिया गया	एमडीए बंद कर दिया गया
19	लक्षद्वीप	83.86	80.09	73.94	एनडी	94.22
20	पुडुचेरी	96.02	96.92	97.14	एमडीए बंद कर दिया गया	एमडीए बंद कर दिया गया
	योग	86.69	84.44	87.97	85.94	81.5

एनडी: नहीं किया गया एनआर: (सूचित नहीं) *2014 में आंध्र प्रदेश को 2 राज्यों (आंध्र प्रदेश और तेलंगाना) में विभाजित कर दिया गया।

देश में राज्यवार कालाजार की स्थिति

(28.10.2014 के अनुसार)

क्र. सं.	प्रभावित राज्य / संघ शासित क्षेत्र	2010		2011		2012		2013 (पी)		2014 (पी)	
		मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
1	बिहार	23084	95	25222	76	16036	27	10730	17	6704	8
2	झारखंड	4305	5	5960	3	3535	1	2515	0	778	0
3	पश्चिम बंगाल	1482	4	1962	0	995	0	595	2	354	1
4	उत्तर प्रदेश	14	0	11	1	5	0	11	1	11	0
5	उत्तराखंड	1	0	0	0	7	1	0	0	4	0
6	दिल्ली*	92	0	19	0	11	0	6	0	0	0
7	असम	12	0	5	0	6	0	4	0	1	0
8	सिक्किम	3	0	7	0	5	0	8	0	4	0
9	मध्य प्रदेश	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	हिमाचल प्रदेश	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0
11	पंजाब*	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
योग		29000	105	33187	80	20600	29	13869	20	7856	9

टिप्पणी : सी =मामले डी =मौतें * = आयातित (पी) = अनंतिम

देश में जेई सहित राज्य-वार एईएस मामले

क्र. सं.	राज्य / संघ शासित क्षेत्र	2010		2011		2012		2013		2014 (पी) 11.12.2014	
		मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
1	आंध्र प्रदेश	139	7	73	1	64	0	345	3	2	0
2	अरुणाचल प्रदेश	0	0	0	0	0	0	0	0	88	9
3	असम	469	117	1319	250	1343	229	1388	272	2194	360
4	बिहार	50	7	821	197	745	275	417	143	866	162
5	दिल्ली	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0
6	गोवा	80	0	91	1	84	0	48	1	17	0
8	हरियाणा	1	1	90	14	5	0	2	0	1	0
7	झारखंड	18	2	303	19	16	0	270	5	273	2
9	कर्नाटक	143	1	397	0	189	1	162	0	75	0
10	केरल	19	5	88	6	29	6	53	6	6	2
11	मेघालय	0	0	0	0	0	0	0	0	212	3
12	महाराष्ट्र	34	17	35	9	37	20	0	0	0	0
13	मणिपुर	118	15	11	0	2	0	1	0	1	0
14	नगालैंड	11	6	44	6	21	2	20	0	6	0
15	पंजाब	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
16	तमिलनाडु	466	7	762	29	935	64	77	8	209	4
17	तेलंगाना*										
18	त्रिपुरा	0	0	0	0	0	0	211	0	107	0
19	उत्तराखंड	7	0	0	0	174	2	0	0	0	0
20	उत्तर प्रदेश	3540	494	3492	579	3484	557	3096	609	3264	599
21	पश्चिम बंगाल	70	0	714	58	1216	100	1735	226	2370	349
योग		5167	679	8249	1169	8344	1256	7825	1273	9693	1490

*2014 में सृजित राज्य

देश में राज्य-वार जेई स्थिति

क्र. सं.	राज्य/संघ शासित क्षेत्र	2010		2011		2012		2013		2014 (पी) 11.12.2014	
		मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
1	आंध्र प्रदेश	7	5	4	1	3	0	7	3	0	0
2	अरुणाचल प्रदेश	0	0	0	0	0	0	0	0	32	3
3	असम	142	40	489	113	463	100	495	134	761	165
4	बिहार	0	0	145	18	8	0	14	0	4	1
5	दिल्ली	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0
6	गोवा	9	0	1	0	9	0	3	1	0	0
7	हरियाणा	1	0	12	3	3	0	2	0	1	0
8	झारखंड	2	2	101	5	1	0	89	5	77	2
9	कर्नाटक	3	0	23	0	1	0	2	0	13	0
10	केरल	0	0	37	3	2	0	2	0	3	2
11	मेघालय	0	0	0	0	0	0	0	0	72	3
12	महाराष्ट्र	0	0	6	0	3	0	0	0	0	0
13	मणिपुर	45	5	9	0	0	0	0	0	1	0
14	नगालैंड	2	0	29	5	0	0	4	0	6	0
15	पंजाब	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	तमिलनाडु	11	1	24	3	25	4	33	0	25	2
17	तेलंगाना										
18	त्रिपुरा	0	0	0	0	0	0	14	0	9	0
19	उत्तराखंड	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0
20	उत्तर प्रदेश	325	59	224	27	139	23	281	47	175	32
21	पश्चिम बंगाल	1	0	101	3	87	13	140	12	389	76
योग		555	112	1214	181	745	140	1086	202	1568	286

*2014 में सृजित राज्य

देश में राज्य-वार डेगू की स्थिति

क्र. सं.	राज्य/संघ शासित क्षेत्र	2010		2011		2012		2013		2014 (30.11.14 तक अनंतिम)	
		मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु	मामले	मृत्यु
1	आंध्र प्रदेश	776	3	1209	6	2299	2	910	1	805	3
2	अरुणाचल प्रदेश	0	0	0	0	346	0	0	0	7	0
3	असम	237	2	0	0	1058	5	4526	2	75	0
4	बिहार	510	0	21	0	872	3	1246	5	289	0
5	छत्तीसगढ़	4	0	313	11	45	0	83	2	56	5
6	गोवा	242	0	26	0	39	0	198	2	140	1
7	गुजरात	2568	1	1693	9	3067	6	6272	15	1942	1
8	हरियाणा	866	20	267	3	768	2	1784	5	200	2
9	हिमाचल प्रदेश	3	0	0	0	73	0	89	2	0	0
10	जम्मू और कश्मीर	0	0	3	0	17	1	1837	3	0	0
11	झारखंड	27	0	36	0	42	0	161	0	26	0
12	कर्नाटक	2285	7	405	5	3924	21	6408	12	2842	0
13	केरल	2597	17	1304	10	4172	15	7938	29	2361	9
14	मध्य प्रदेश	175	1	50	0	239	6	1255	9	1991	12
15	मेघालय	1	0	0	0	27	2	43	0	8	0
16	महाराष्ट्र	1489	5	1138	25	2931	59	5610	48	6485	29
17	मणिपुर	7	0	220	0	6	0	9	0	0	0
18	मिजोरम	0	0	0	0	6	0	7	0	16	0
19	नगालैंड	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
20	ओडिशा	29	5	1816	33	2255	6	7132	6	6231	9
21	पंजाब	4012	15	3921	33	770	9	4117	25	437	2
22	राजस्थान	1823	9	1072	4	1295	10	4413	10	817	6
23	सिक्किम	0	0	2	0	2	0	38	0	5	0
24	तमिलनाडु	2051	8	2501	9	12826	66	6122	0	2074	0
25	त्रिपुरा	0	0	0	0	9	0	8	0	6	0
26	तेलंगाना	0	0	0	0	0	0	0	0	606	0
27	उत्तर प्रदेश	960	8	155	5	342	4	1414	5	119	0
28	उत्तराखंड	178	0	454	5	110	2	54	0	1	0
29	पश्चिम बंगाल	805	1	510	0	6456	11	5920	6	3388	3
30	अंडमान निकोबार द्वीप समूह	25	0	6	0	24	0	67	0	121	0
31	चंडीगढ़	221	0	73	0	351	2	107	0	11	0
32	दिल्ली	6259	8	1131	8	2093	4	5574	6	847	3
33	दादरा व नगर हवेली	46	0	68	0	156	1	190	0	483	1
34	दमन और दीव	0	0	0	0	96	0	61	0	0	0
35	पुडुचेरी	96	0	463	3	3506	5	2215	0	931	0
	योग	28292	110	18860	169	50222	242	75808	193	33320	86

*2014 में सृजित राज्य

देश में राज्य-वार नैदानिक रूप से संदिग्ध चिकनगुनिया के मामले

क्र. सं.	राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों के नाम	2010	2011	2012	2013	2014 (30.11.14 तक अनंतिम)
1	आंध्र प्रदेश	116	99	2827	4827	944
2	असम	0	0	0	742	0
3	बिहार	0	91	34	0	0
4	गोवा	1429	664	571	1049	979
5	गुजरात	1709	1042	1317	2890	574
6	हरियाणा	26	215	8	1	3
7	झारखंड	0	816	86	61	0
8	कर्नाटक	8740	1941	2382	5295	6219
9	केरल	1708	183	66	273	239
10	मध्य प्रदेश	113	280	20	139	142
11	मेघालय	16	168	0	0	0
12	महाराष्ट्र	7431	5113	1544	1578	1130
13	ओडिशा	544	236	129	35	10
14	पंजाब	1	0	1	0	1
15	राजस्थान	1326	608	172	76	22
16	तमिलनाडु	4319	4194	5018	859	466
17	तेलंगाना	0	0	0	0	518
18	त्रिपुरा	0	0	0	0	21
19	उत्तर प्रदेश	5	3	13	0	3
20	उत्तराखंड	0	18	0	0	0
21	पश्चिम बंगाल	20503	4482	1381	646	910
22	अंडमान निकोबार द्वीप समूह	59	96	256	202	156
23	चंडीगढ़	0	1	1	1	0
24	दिल्ली	120	110	6	18	8
25	दादरा व नगर हवेली	0	0	100	2	0
26	लक्षद्वीप	0	0	0	0	0
27	पुडुचेरी	11	42	45	146	349
	योग	48176	20402	15977	18840	12694

*2014 में सूचित राज्य

शीर्ष (अपेक्स) रेफरल प्रयोगशाला

1. राष्ट्रीय विषाणु विज्ञान संस्थान, पुणे ।
2. राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र (पूर्ववर्ती एनआईसीडी, दिल्ली)
3. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य एवं तंत्रिका विज्ञान संस्थान, बेंगलुरु ।
4. संजय गांधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ ।
5. स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, चंडीगढ़ ।
6. अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली ।
7. आईसीएमआर वायरस यूनिट, राष्ट्रीय हैजा और जठरांत्र रोग संस्थान, कोलकाता ।
8. क्षेत्रीय चिकित्सा अनुसंधान केंद्र, डिब्रूगढ़, असम ।
9. किंग इंस्टीट्यूट ऑफ प्रीवेंटिव मेडिसिन्स, चेन्नई ।
10. इंस्टीट्यूट ऑफ प्रीवेंटिव मेडिसिन्स, हैदराबाद ।
11. बी.जे. मेडिकल कॉलेज अहमदाबाद ।
12. राज्य जन स्वास्थ्य प्रयोगशाला, तिरुवनंतपुरम, केरल ।
13. रक्षा अनुसंधान विकास और स्थापना, ग्वालियर ।
14. क्षेत्रीय जनजातीय चिकित्सा अनुसंधान केंद्र (आईसीएमआर), जबलपुर, मध्य प्रदेश ।
15. क्षेत्रीय चिकित्सा अनुसंधान केन्द्र (आईसीएमआर), भुवनेश्वर, ओडिशा ।

6.3 राष्ट्रीय कुष्ठ रोग उन्मूलन कार्यक्रम (एनएलईपी)

राष्ट्रीय कुष्ठ रोग कार्यक्रम (एनएलईपी) ने वर्ष 1983 में अपने प्रारंभिक समय से कुष्ठ रोग के भार को कम करने में प्रभावशाली सफलता प्राप्त की है। देश ने कुष्ठ रोग उन्मूलन के उद्देश्य को एक जन-स्वास्थ्य समस्या के रूप में प्राप्त किया है, अर्थात् राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 द्वारा निर्धारित दिसम्बर, 2005 तक राष्ट्रीय स्तर पर 10000 की जनसंख्या पर व्याप्तता दर (पीआर) 1 से भी कम है। यद्यपि प्रसार राष्ट्रीय व राज्य स्तर पर कम हुआ है। लेकिन फिर भी नए मामले लगातार सामने आ रहे हैं और इन नए मामलों को जीएचसी प्रणाली के द्वारा गुणवत्तायुक्त कुष्ठ रोग सुविधाएं दी जाएगी।

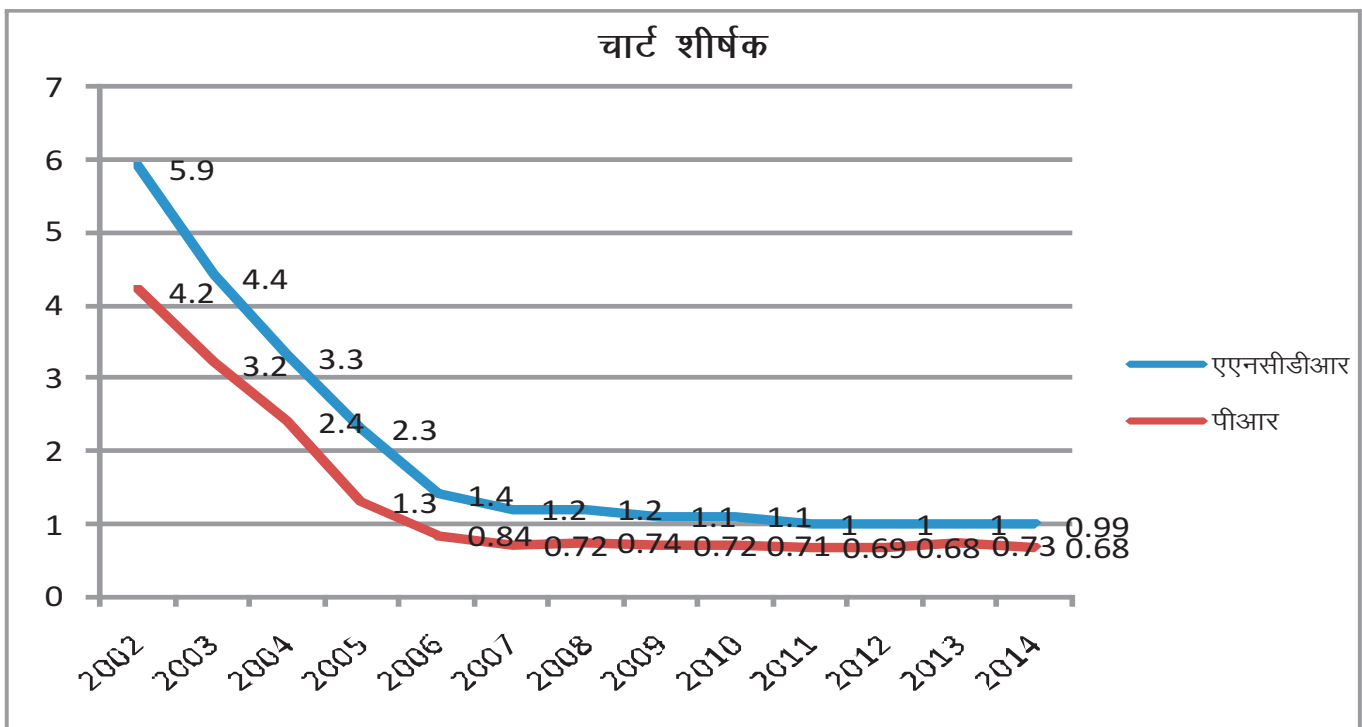
बजट 11वीं योजना में महत्वपूर्ण रूप से 219.00 करोड़ रुपए से बढ़कर 12वीं योजना में 500.00 करोड़ रुपए हो गया।

इस कार्यक्रम के निम्नलिखित संघटक हैं

- रोगी पहचान और प्रबंधन
- अक्षमता निवारण और चिकित्सा पुनर्वास
- सूचना, शिक्षा और संप्रेषण (आईईसी/व्यवहार परिवर्तन संचार सहित)
- मानव संसाधन और क्षमता निर्माण
- कार्यक्रम प्रबंधन

6.3.1 जानपदिक रोगी विज्ञानी स्थिति

- 36 राज्यों/संघशासित राज्यों में से 34 ने कुष्ठ उन्मूलन की स्थिति को प्राप्त कर लिया है। सिर्फ दो राज्यों (छत्तीसगढ़ व दादरा नगर हवेली) ने अभी तक उन्मूलन की स्थिति को प्राप्त नहीं किया है। एक राज्य (छत्तीसगढ़) व दूसरा केंद्र शासित राज्य (दादरा व नगर हवेली) में 10000 की जनसंख्या पर पीआर 2 से 4 के बीच में है। तीन अन्य राज्यों/केंद्र शासित राज्यों में उड़ीसा, लक्षद्वीप और चंडीगढ़, जिन्होंने पहले उन्मूलन की स्थिति को प्राप्त कर लिया था, उसमें वर्ष 2013-14 में व्याप्तता दर (पीआर) में वृद्धि हुई है। इसके अलावा, कुल 657 जिलों में से 542 जिलों (82.50%) में व्याप्तता दर <1/10,000 जनसंख्या थी। **(तालिका 1)**
- सितंबर 2014 के अंत तक 92269 कुष्ठ मामले दर्ज किए गए (उपचाराधीन)।
- वर्ष 2014-15 (सितंबर, 2014 तक) के दौरान कुल 61305 नए कुष्ठ रोग के मामले सामने आए और उनका राज्यों/संघ शासित क्षेत्रों द्वारा उपचार किया गया। **(तालिका 2)**।
- वर्ष 2014-15 (सितंबर, 2014 तक) के दौरान कुष्ठ रोग से प्रभावित व्यक्तियों की विसंगतियों को दूर करने के लिए 1130 पुनर्निर्माण सर्जरी की गई।
- 2002 तक की प्रसार स्थिति व वार्षिक पहचान किए गए नए मामले 10,000 प्रति दर पर निम्न ग्राफ में दिखाई गई है।



6.3.2 राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के अंतर्गत कार्यकलाप

- 1. कुष्ठ का निदान एवं उपचार:** कुष्ठ के निदान एवं उपचार के लिए सेवाएं सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं सरकारी औषधालय द्वारा देश भर में निशुल्क प्रदान की जाती हैं। ऐसे रोग जो निदान में कठिन होते हैं और जटिल होते हैं तथा उनके लिए पुनर्संरचनात्मक सर्जरी आवश्यक होती है, उनको आगे के उपचार के लिए जिला अस्पतालों में भेजा जाता है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत आशाओं को कुष्ठ रोगियों को गांवों से निदान के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में लाने और उपचार पूरा करवाने के लिए रोगियों से संपर्क बनाये रखने के कार्य में शामिल किया जा रहा है। आशाओं को कार्यक्रम बजट से इस कार्यकलाप हेतु प्रोत्साहन का भुगतान किया जा रहा है।
- 2. प्रशिक्षण:** कुष्ठ रोगियों के निदान एवं उपचार में पर्याप्त कौशल विकसित करने के लिए चिकित्सा अधिकारी, स्वास्थ्य कार्यकर्ता, स्वास्थ्य पर्यवेक्षक, प्रयोगशाला तकनीशियन और आशा जैसे समान स्वास्थ्य स्टाफ का प्रशिक्षण प्रत्येक वर्ष आयोजित किया जाता है। जिला कुष्ठ अधिकारी के अंतर्गत जिला केन्द्र स्टाफ पीएचसी के कार्यकलापों का अनुवीक्षण करता है तथा सामान्य स्वास्थ्य परिचर्या स्टाफ को यथापेक्षित ऑन-जॉब प्रशिक्षण देता है।
- 3. शहरी कुष्ठ रोग नियंत्रण कार्यक्रम:** शहरी क्षेत्रों में जटिल समस्याओं को दूर करने के लिए शहरी कुष्ठ रोग नियंत्रण कार्यक्रम एक लाख से अधिक की जनसंख्या वाले 524 शहरी क्षेत्रों में कार्यान्वित किया जा रहा है। इन कार्यकलापों में बहु औषधि थेरेपी (एमडीटी) सेवाएं एवं रोगियों का अनुवर्ती उपचार, सहायक दवाएं एवं ड्रेसिंग सामग्री एवं मॉनीटरिंग और पर्यवेक्षण शामिल है।
- 4. सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण:** कुष्ठ से प्रभावित व्यक्तियों के प्रति कलंक एवं भेदभाव में विशेष कमी लाने एवं जागरूकता पैदा करने के लिए गहन सूचना शिक्षा एवं संप्रेषण कार्यकलाप किए जाते हैं। ये कार्यकलाप मास मीडिया, बाह्य मीडिया, ग्रामीण मीडिया और

प्रचार-प्रसार बैठकों के जरिए किए जाते हैं। अन्तर वैयक्तिक पर अधिक ध्यान दिया जाता है। 30 जनवरी से 13 जनवरी तक कुष्ठ रोधी पखवाड़े का आयोजन किया गया, जिसमें आईईसी को ग्रामीण स्तर पर कुष्ठ रोग सेवाओं सहित प्रोत्साहित किया गया।

- 5. एनएलईपी के तहत गैर-सरकारी संगठनों की सेवाएं- पिछले वित्तीय वर्ष तक 43 गैर-सरकारी संगठन सर्वेक्षण, शिक्षा और उपचार योजना के तहत भारत सरकार से सहायतानुदान प्राप्त कर रहे थे। सूचना, शिक्षा व संप्रेषण, विकलांगता एवं अक्षमता रोकथाम रोगी का पता लगाना एवं रेफरल एवं उपचार पूरा करने के लिए फॉलोअप तथा एमडीटी प्रसव आदि ऐसे कुछ महत्वपूर्ण कार्यकलाप हैं जो गैर-सरकारी संगठनों द्वारा किए जाते हैं। वित्तीय वर्ष 2006 से गैर-सरकारी संगठनों को सहायता अनुदान राज्य कुष्ठ सोसाइटियों के जरिए दिया जा रहा है। एनएलईपी के अंतर्गत नई योजना को महत्वपूर्ण घटकों में शामिल किया गया है जिसमें एनजीओ भी कार्यक्रम में सहायता दे सकते हैं। एनईएलपी की आवश्यकताओं तथा एनजीओ की संख्या के आधार पर आठ योजनाएं लागू की गई हैं। इस योजना को अप्रैल 2014 से कार्यान्वित किया गया है।**

6. अपंगता निवारण और चिकित्सा पुनर्वास

- कुष्ठ प्रभावित व्यक्तियों में पुनर्संरचनात्मक सर्जरी के माध्यम से विकलांगता सही करने पर ध्यान दिया जा रहा है। आरसीएच सेवाओं को सुदृढ़ बनाने हेतु, भारत सरकार ने राज्य सरकार की सिफारिशों पर आरसीएस आधारित 111 साधनों का चयन किया है। जिसमें से 60 सरकारी संस्थान हैं और 51 गैर-सरकारी संस्थान हैं।
- असंवेदनशील हाथ और पैर वाले रोगियों में विकलांगता की रोकथाम के लिए उनको ड्रेसिंग सामग्री, सहायक दवाएं और माइक्रो सेलुलर रबड़, फुटवीयर प्रदान किए जाते हैं। 2013-14 में 69331 कुष्ठ रोग से प्रभावित व्यक्तियों को एमसीआर फुटवीयर दिए गए। रोगियों को स्वयं की देखभाल के लिए स्वयं की परिचर्या संबंधी

प्रक्रिया से भी अवगत कराया जाता है। इस वर्ष के दौरान 44412 कुष्ठ रोग से पीड़ित व्यक्तियों के लिए स्वयं देखभाल किट दी गई है।

7. **पर्यवेक्षण एवं निगरानी:** कार्यक्रम की मॉनीटरिंग मासिक प्रगति रिपोर्टों के विश्लेषण, पर्यवेक्षी अधिकारियों द्वारा क्षेत्रीय दौरों, केन्द्र, राज्य एवं जिला स्तर पर आयोजित कार्यक्रम समीक्षा बैठकों के माध्यम से विभिन्न स्तर पर की जा रही है। रोग की स्थिति का बेहतर जानपदिक विज्ञानी विश्लेषण करने के लिए नये रोगियों का पता लगाने और उसके उपचार को पूरा करने तथा नये रोगियों में ग्रेड-II की विकलांगता के अनुपात के मूल्यांकन पर जोर दिया जाता है। वर्ष 2012-13 से भारत सरकार, आईएलपी व डब्ल्यूएचओ के सदस्यों की संयुक्त निगरानी दल द्वारा दौरा किया गया और इसे 2014-15 के दौरान जारी रखा जा रहा है।

6.3.3 पहल

- i) **उच्च स्थानिकमारी वाले जिलों में विशेष कार्यकलाप:** 16 राज्यों / संघ शासित प्रदेशों के 209 जिलों ने 10 प्रति लाख जनसंख्या से अधिक एएनसीडीआर (वार्षिक नए रोगी पहचान दर) की सूचना दी थी। रोग भार को कम करने के लिए वर्ष 2012-13 व 2013-14 के दौरान उपर्युक्त जिलों में तत्काल पहचान और पूरा उपचार, क्षमता निर्माण एवं व्यापक आईईसी, एमडीटी की पर्याप्त उपलब्धता, जिला केन्द्र के सुदृढीकरण, नियमित अनुवीक्षण तथा पर्यवेक्षण एवं समीक्षा, न्यूरिटिस और प्रतिक्रिया के लिए नेमी अनुवर्ती कार्रवाई, आत्म परिचर्या कवायदें, पर्याप्त मात्रा में एमसीआर फुटवीयर की आपूर्ति तथा कैंप एप्रोच के जरिए आरसीएस निष्पादन में उन्नयन के लिए विशेष कार्यकलाप आयोजित किए गए।
- ii) **विकलांगता रोकथाम व चिकित्सा पुनर्वास:** 8000 /- रुपए की राशि कुष्ठ रोग प्रभावित व्यक्तियों

को उनके सरकारी / गैर सरकारी संस्थान संस्थानों में की गई पुनर्वास शल्य प्रक्रिया के दौरान उनके वेतन की क्षतिपूर्ति के लिए दी गई। सरकारी संस्थानों को 5000 /- रुपए प्रति की गई आरसीएस आपूर्ति की खरीद व अन्य सर्जरी के दौरान हुए सहायक प्रति व्यय के लिए दिया गया। कैम्पों में किए गए आरसीएस पर 5000 /- रुपए अतिरिक्त दिए गए।

- iii) **आशा की भागीदारी:** कुष्ठ रोगियों को निदान के लिए उनके गांवों से प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में लाने एवं उपचार पूरा करने के लिए रोगियों से संपर्क बनाए रखने के कार्य में आशा को शामिल करने की एक योजना बनाई गई। आशा की भागीदारी को सुगम करने के लिए उनको प्रोत्साहन के रूप में निम्नानुसार भुगतान दिया जा रहा है।

- उनके द्वारा लाए गए रोगी की पुष्टि होने पर – 250 /- रुपए।
- विनिर्दिष्ट समय-सीमा में रोगी के उपचार को पूरा करने पर पाउसीबैसिलरी (पीबी) कुष्ठ रोगी 400 /- रुपए और मल्टीबैसिलरी (एमबी) कुष्ठ रोगी 600 /- रुपए।

कुष्ठ रोग से संबंधित कानून: कानून/अधिनियमों के अधीन कुछ प्रावधान हैं जो कुष्ठ रोग प्रभावित व्यक्तियों के लिए भेदभावपूर्ण प्रकार के हैं। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने इस मामले को संबंधित मंत्रालयों/विभागों/राज्य सरकारों से इस प्रकार के विभिन्न भेदभावी कानून/अधिनियमों में परिवर्तन व प्रतिस्थापन के लिए लिया है।

बजट: राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के अंतर्गत वर्ष 2014-15 के लिए बजट आबंटन 51 करोड़ रुपए था और अक्टूबर, 2014 तक 30.75 करोड़ रुपए का व्यय हुआ।

तालिका- I: वर्ष 2014-15 (सितंबर 2014 तक) में राज्यों/संघ शासित क्षेत्र-वार कुष्ठ रोग के मामले और व्याप्तता दर (पीआर)

(सितंबर, 2014 तक)

क्र.सं.	राज्य/संघ शासित क्षेत्र	30.09.2014 को दर्ज मामले	पीआर
1	आंध्र प्रदेश	2788	0.55
2	अरुणाचल प्रदेश	20	0.13
3	असम	937	0.29
4	बिहार	11929	1.07
5	छत्तीसगढ़	6575	2.42
6	गोवा	64	0.43
7	गुजरात	4569	0.72
8	हरियाणा	706	0.26
9	हिमाचल प्रदेश	188	0.26
10	झारखंड	3018	0.86
11	जम्मू और कश्मीर	153	0.11
12	कर्नाटक	2877	0.45
13	केरल	808	0.24
14	मध्य प्रदेश	5847	0.76
15	महाराष्ट्र	10645	0.91
16	मणिपुर	9	0.03
17	मेघालय	25	0.08
18	मिजोरम	22	0.19
19	नगालैंड	103	0.52
20	ओडिशा	5402	1.24
21	पंजाब	562	0.20
22	राजस्थान	1283	0.18
23	सिक्किम	13	0.21
24	तमिलनाडु	3048	0.40
25	तेलंगाना*	1963	0.54
26	त्रिपुरा	50	0.13
27	उत्तर प्रदेश	17021	0.81
28	उत्तराखंड	377	0.35
29	पश्चिम बंगाल	8399	0.88
30	अंड.व निकद्वीप समूह	10	0.26
31	चंडीगढ़	183	1.65
32	दादरा व नगर हवेली	194	4.96
33	दमन और दीव	0	0.00
34	दिल्ली	2440	1.38
35	लक्षद्वीप	13	1.98
36	पुद्दुचेरी	28	0.29
	योग	92269	0.73

*2014 में सृजित राज्य

तालिका-2: वर्ष 2013-14 के लिए राज्यों/संघ शासित क्षेत्र-वार पता लगाए गए मामले तथा वार्षिक नया मामला दर (एएनसीडीआर) तथा 2014-15 के दौरान पता लगाए गए नए मामले

(सितंबर 2014 तक)

क्र.सं.	राज्य/संघ शासित क्षेत्र	वर्ष 2013-14 के दौरान पता लगाए गए नए मामले	2013-14 का एएनसीडीआर	2014-15 में सितंबर तक पता लगाए गए नए मामले
1	आंध्र प्रदेश	7108	8.13	1198
2	अरुणाचल प्रदेश	23	1.55	16
3	असम	1048	3.21	499
4	बिहार	18188	16.39	9329
5	छत्तीसगढ़	8519	31.38	4978
6	गोवा	72	4.82	27
7	गुजरात	9721	15.27	3630
8	हरियाणा	622	2.32	326
9	हिमाचल प्रदेश	161	2.26	113
10	झारखंड	4021	11.48	2337
11	जम्मू और कश्मीर	175	1.30	72
12	कर्नाटक	3466	5.43	1560
13	केरल	782	2.31	240
14	मध्य प्रदेश	6369	8.30	3607
15	महाराष्ट्र	16400	13.96	6604
16	मणिपुर	12	0.42	7
17	मेघालय	24	0.75	14
18	मिजोरम	30	2.59	7
19	नगालैंड	158	7.99	25
20	ओडिशा	10645	24.40	3868
21	पंजाब	648	2.25	179
22	राजस्थान	1079	1.48	596
23	सिक्किम	18	2.86	9
24	तमिलनाडु	3810	5.06	1957
25	तेलंगाना	--	--	645
26	त्रिपुरा	37	0.97	21
27	उत्तर प्रदेश	22565	10.70	12747
28	उत्तराखंड	376	3.53	304
29	पश्चिम बंगाल	9121	9.60	4965
30	अंड.व. निकोबरीप समूह	32	8.26	10
31	चंडीगढ़	144	13.02	124
32	दादरा व नगर हवेली	320	81.77	150
33	दमन और दीव	4	1.45	0
34	दिल्ली	1145	6.46	1118
35	लक्षद्वीप	13	19.81	0
36	पुडुचेरी	57	4.26	23
	योग	126913	9.98	61305

*2014 में सृजित राज्य

6.4 संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी)

अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर संस्तुत किए गए डायरेक्टली ओबसर्वड ट्रीटमेंट शार्ट कोर्स (डीओटीएस) की नीति पर आधारित हैं। जो वर्ष 1997 में आरंभ किया गया था जिसका विश्व बैंक तथा अन्य विकसित सहभागियों की सहायता से पूरे देश में विस्तार किया गया। पूरे देश को इस योजना के अंतर्गत लाया गया, जब मार्च 2006 में एक बिलियन जनसंख्या (1114 मिलियन) को शामिल किया गया जो 2013 की पहली तिमाही में बढ़कर 1247 मिलियन हो गई। हालांकि भारत दुनिया का दूसरा सबसे बड़ी आबादी वाला देश है, 2013 में यहां क्षय रोग के कुल 24% मामले थे।

6.4.1 भारत में क्षयरोग भार का अनुमान

- **मामले:** 2.1 मिलियन नए क्षयरोग के नए मामले प्रतिवर्ष – 1,00,000 जनसंख्या पर 171 मामले।
- **व्याप्तता:** 2.6 मिलियन मामले–1,00,000 जनसंख्या पर 211 मामले।
- **मृत्यु:** लगभग 2,40,000 मृत्यु प्रतिवर्ष – 1,00,000 जनसंख्या पर 19 मौतें।
- लगभग 5: क्षय रोगियों को एचआईवी पॉजिटिव है।
- **डीआर–टीबी (दवा–प्रतिरोधी टीबी):**–
 - 2.2% नए मामले और
 - 15% पहले इलाज किए गए मामले

9 मिलियन क्षयरोग मामलों की अनुमानित वैश्विक वार्षिक घटना में से भारत में 24: कुल मामले थे, जो 2–2.3 मिलियन मामलों का सही अनुमान है। विश्व स्वास्थ्य संगठन की रिपोर्ट 2014 के अनुसार भारत में लगभग 2.1% कुल वैश्विक मामलों की पहचान करने में योगदान दिया है।

6.4.2 कार्यक्रम का लक्ष्य

क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम का उद्देश्य क्षयरोग के कारण हुई मृत्यु व रुग्णता को कम करना और जब तक भारत में क्षयरोग के मामले महत्वपूर्ण जन–स्वास्थ्य समस्या न बन जाए तब तक संक्रमण के प्रसारण को कम करना है।

कार्यक्रम के उद्देश्य

- क्षयरोग के कारण होने वाली मृत्यु दरों को कम करना;
- औषध प्रतिरोध के पुनः उद्गमन को रोकना और क्षयरोग मामलों में प्रभावीपूर्ण तरीके से औषध प्रतिरोध का प्रबंध करना;
- एचआईवी प्रभावित क्षयरोग रोगियों के परिणामों में संशोधन करना;
- निजी क्षेत्रों को बड़े पैमाने पर उनकी स्वास्थ्य सेवाओं की महत्वपूर्ण भूमिका के आधार पर शामिल करना; और
- प्रभावी पर्यवेक्षण और निगरानी हेतु सामान्य स्वास्थ्य प्रणाली के अंतर्गत एनआरएचएम ब्लॉक स्तरीय एककों के साथ मूलभूत आरएनटीसीपी प्रबंधन एककों को पुनः विकेंद्रित और संशोधित करना।

कार्यक्रम की उपलब्धियां

- व्याप्तता और प्रसार के लिए प्राप्त सहस्राब्दि विकास लक्ष्य के लिए प्रगति;
 - क्षयरोग का प्रसार वर्ष 2005 में 209/लाख जनसंख्या से घटकर 2013 में 171/लाख जनसंख्या हो गया;
 - 2005 में व्याप्तता 365 /लाख जनसंख्या से घटकर 2013 में 211/लाख जनसंख्या रह गई; और
 - क्षयरोग की मृत्यु दर 2005 में 36 से घटकर 2012 में 19 रह गई है।
- आरएनटीसीपी ने पिछले पांच वर्षों के दौरान 7.1 मिलियन से अधिक मामलों का उपचार किया है और वर्ष 2013 में क्षयरोग के 8 मिलियन संदिग्ध रोगियों की पहली बार जांच की गई;
- पिछले पांच वर्षों के दौरान 1.3 मिलियन अतिरिक्त मौतें होने से रोकी गई;
- उपचार सफलता दर पूर्व–आरएनटीसीपी काल में 25 प्रतिशत से तीन गुणा होकर वर्तमान में (2013) 87 प्रतिशत हो गई है और इसी अवधि में क्षयरोग से मृत्यु दर 29 प्रतिशत से घटकर 4 प्रतिशत रह गई है;

- क्षयरोग के सभी मामलों की अधिसूचना को अनिवार्य बनाया गया है;
- क्षयरोग नैदानिक के लिए वाणिज्यिक सेरोलॉजी जांच पर प्रतिबंध लगाया गया है;
- गुणवत्ता आश्वासित निदान के लिए 13,000 से अधिक नामित माइक्रोस्कोपिक केंद्रों (डीएमसीएस) की स्थापना की गई है। इसके अलावा, पहली पंक्ति की औषध संदिग्धता जांच के लिए 59 प्रयोगशालाएं तथा दूसरी पंक्ति (सेकंड लाइन) के लिए 11 प्रयोगशालाएं स्थापित की गई हैं। रिफामपिसिन रोधी क्षयरोग के तीव्र निदान के लिए कुल 89 सीबीएनएएटी मशीनों का प्रयोग किया जा रहा है;
- मार्च 2013 से औषध रोधी क्षयरोग सेवाओं के कार्यात्मक प्रबंधन की राष्ट्रव्यापी कवरेज की जा रही है। वर्ष 2013 के अंत तक कार्यक्रम में 181021 एमडीआर संदिग्धों की जांच की गई और 23289 मामलों की पहचान की गई जिसमें से 20763 का उपचार प्रारंभ किया गया;
- एनएसीपी (राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम) और आरएनटीसीपी ने वर्ष 2007 में “राष्ट्रीय संयुक्त क्षयरोग / एचआईवी सहयोगात्मक कार्यकलाप ढांचा” विकसित किया, जिसमें 2009 में संशोधन किया गया था। ढांचे में देश के क्षयरोग / एचआईवी सहयोगात्मक कार्यकलापों की नीति दर्शाई गई है। आरएनटीसीपी के अंतर्गत एचआईवी सह-संक्रमित क्षयरोग सेवाएं अब देश भर में उपलब्ध हैं। वर्ष 2013 में एचआईवी के 887903 क्षयरोगियों की जांच की गई (कुल पंजीकृत क्षयरोगियों का 63%); 45,999 (जांच किए गए का 5%) रोगी एचआईवी पोजिटिव पाए गए और उनकी एचआईवी परिचर्या की गई। इन 91% रोगियों को सीपीटी पर रखा गया जबकि इनमें से 84% को एआरटी प्रदान की गई;
- इस कार्यक्रम ने जनजातीय एवं अन्य सीमांत समूहों तक पहुंच में विकास करने के लिए एक जनजातीय कार्य योजना तैयार की है जिसे जनजातीय / दुर्गम क्षेत्रों में अतिरिक्त क्षयरोग एककों एवं डीएमसी, अतिरिक्त स्टॉफ, जनजातीय क्षेत्रों में रोगी एवं परिचर के परिवहन के लिए क्षतिपूर्ति और संविदा स्टाफ को वेतन की अधिक दर आदि के प्रावधान से क्रियान्वित किया जा रहा है;
- सभी राज्य ‘पर्यवेक्षण और निगरानी कार्यनीति’-राष्ट्रीय

स्तर पर पीएचआई स्तर से निष्पादन की निगरानी के लिए विस्तृत दिशानिर्देश, साधन और संकेतक कार्यान्वित कर रहे हैं;

- निक्षय, मामला आधारित वेब आधारित क्षयरोग मामला प्रबंधन प्रणाली को ई-शासन 2013-14 के लिए स्वर्ण विशिष्ट क्षेत्रीय राष्ट्रीय पुरस्कार (2013-14 स्वास्थ्य परिचर्या के लिए ध्यान दिए जाने वाले क्षेत्र) प्रदान किया गया है;
- 16 राज्यों में इंडियन मेडिकल एसोसिएशन (आईएमए) के सहयोग से और 19 राज्यों में एक धर्म आधारित संगठन (एफबीओ) कैथेलिक विशेष क्रॉफ्रेंस ऑफ इंडिया (सीबीसीआई) के साथ वैश्विक समर्थित रोलिंग कंटिन्चूएशन चैनल (आरसीसी) परियोजना के अंतर्गत गहन सार्वजनिक निजी मिश्रित परियोजना चलाई जा रही है।
- कार्यक्रम के लिए जागरूकता और पहुंच बढ़ाने तथा क्षयरोग देखभाल और नियंत्रण में सुधार करने के लिए समुदायों और समुदाय आधारित सेवा प्रदाताओं को शामिल करने के लिए 23 राज्यों में 374 जिलों में वैश्विक निधि राउंड के अंतर्गत 9 परियोजना सिविल सोसाइटी संगठन कार्यकलाप चला रहे हैं।
- एसीएसएम कार्यकलाप, कार्यक्रम में ही अंतर्निहित है और इन्हें विशेषकर आरएनटीसीपी सेवाओं की मांग का सृजन करके; मानकीकृत क्षयरोग परिचर्या के लिए प्रदायकों को प्रेरित करके, प्रवृत्ति और आदतों में बदलाव लाकर तथा रोग के बारे में जागरूकता सृजन करके राष्ट्रीय स्तर से समुदाय के सबसे नजदीकी स्तर तक गहन रूप से कार्यान्वित किया जाता है।

6.4.3 कार्यक्रम का प्रभाव

व्यापकता और प्रसार की दृष्टि से सहस्राब्दि विकास लक्ष्य (एमडीजी) प्राप्त किया गया है।

संकेतक	1990	2013
व्यापकता	465	211
प्रसार	216	171
मृत्यु-दर	38	19

6.4.4 नई पहल:

- सूचना संचार प्रौद्योगिकी समर्थित क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (ई-निक्षय);
- “भारत में क्षयरोग परिचर्या के मानकों” की शुरुआत करना;
- राष्ट्रव्यापी क्षयरोग-रोधी औषध प्रतिरोध सर्वेक्षण;
- निःशुल्क गुणवत्ता आश्वसित क्षयरोग रोधी औषध के लिए सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करना (पटना, मेहसाणा);
- अभिनव गहन क्षयरोग मामलों का पता लगाना तथा भारत में एआरटी केन्द्र में बढ़ते रोगियों का उपयुक्त इलाज करना;
- फॉर्माकोविजिलेंस और एडीआर निगरानी।

6.4.5 बारहवीं पंचवर्षीय योजना – प्रस्तावित मुख्य क्रियाकलाप

12वीं पंचवर्षीय योजना में सर्वव्यापी पहुंच सहित आरएनटीसीपी के मुख्य उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए निम्नलिखित प्रमुख क्रियाकलाप प्रस्तावित हैं:

- आउटरीच में सुधार लाकर, संभावित लोगों में मामले का पता लगाने के प्रयासों में तेजी लाकर, बेहतर नैदानिक उपकरण स्थापित करके तथा निजी क्षेत्र में निदान किए गए एवं उपचार किए गए मरीजों तक सेवाओं का विस्तार करके सभी टीबी मरीजों का शीघ्र एवं उन्नत रोग निदान सुनिश्चित करना।
- देश भर में एमडीआर टीबी के उपचार के संवर्धन सहित निदान किए गए सभी टीबी मरीजों को उच्च गुणवत्ता के उपचार के लिए मरीज-हितैषी पहुंच में सुधार लाना।
- प्रखण्ड स्तर पर एनआरएचएम के साथ अभीष्ट समन्वय हेतु कार्यक्रम प्रणालियों को फिर से सुदृढ़ करना और सभी स्वास्थ्य कर्मचारियों के लिए मानव संसाधन विकास।
- विकास हेतु कार्यक्रम आधारित अनुसंधान एवं प्रभावी कार्यक्रम में अभिनव विचारों को शामिल करते हुए प्रत्येक टीबी मरीज के लिए सतत गुणवत्ता सुधार एवं

उत्तरदायित्व हेतु पर्यवेक्षण, मॉनिटरिंग, निगरानी एवं कार्यक्रम प्रचालन में वृद्धि करना।

6.4.6 आरएनटीसीपी हेतु वित्तीय आबंटन

12वीं योजना में आरएनटीसीपी के लिए प्रस्तावित बजट 4500.15 करोड़ रुपए है।

वर्ष	बजट परिव्यय (करोड़ रुपए)
2012-13	467.00
2013-14	516.76
2014-15	640.00
2015-16	1300.00
2016-17	1576.39
कुल	4500.15

6.5 राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी)

वर्ष 1976 में राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी) एक शत-प्रतिशत केंद्रीय प्रायोजित योजना के रूप में वर्ष 2020 तक दृष्टिहीनता की दर 0.3 प्रतिशत तक कम करने के लक्ष्य के साथ आरंभ किया गया था। 2006-07 के दौरान एनपीसीबी के तहत परिहार्य दृष्टिहीनता की व्याप्तता दर 1.1 प्रतिशत (2001-02) से कम होकर 1 प्रतिशत (2006-07) होने का पता चला है।

6.5.1 मुख्य उद्देश्य:

- एनपीसीबी के अंतर्गत चलाए जा रहे तीन हस्ताक्षर कार्यक्रमों को जारी रखना:
 - प्रतिवर्ष 66 लाख मोतियाबिंद शल्य चिकित्सा करना;
 - अपवर्तक दोष से पीड़ित स्कूली बच्चों की स्कूल में नेत्र जांच करना और प्रतिवर्ष 9 लाख निःशुल्क चश्मों का वितरण करना;
 - केराटोप्लास्टी के लिए प्रतिवर्ष 50,000 दान किए गए नेत्रों को एकत्र करना;
- देश में नेत्र रोग से पीड़ित लोगों की कुल संख्या के

आकलन के आधार पर प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्तरों पर साध्य दृष्टिहीनों का पता लगाकर तथा उनका उपचार करके परिहार्य दृष्टिहीनता के बैगलॉग को कम करना।

- व्यापक सार्वभौमिक नेत्र परिचर्या सेवाएं तथा उत्तम सेवा प्रदान उपलब्ध कराने के माध्यम से “सभी के लिए नेत्र स्वास्थ्य” हेतु एनपीसीबी की कार्यनीति तैयार करना और उसे सुदृढ़ करना तथा नेत्र रोग की रोकथाम करना।
- क्षेत्रीय नेत्र विज्ञान संस्थानों (आरआईओ) का सुदृढ़ीकरण एवं उन्नयन जिससे कि वे नेत्र विज्ञान के विभिन्न उप-स्पेशियलिटी तथा अन्य भागीदारों जैसे मेडिकल कॉलेज, जिला अस्पतालों, उप-जिला अस्पतालों, दृष्टि केंद्रों, एनजीओ नेत्र अस्पतालों में भी उत्कृष्टता केंद्र बन सकें।
- देश के सभी जिलों में उच्च गुणवत्ता की व्यापक नेत्र परिचर्या उपलब्ध कराने हेतु मौजूदा अवसंरचना सुविधाओं को सुदृढ़ करना और अतिरिक्त मानव संसाधन विकसित करना।
- नेत्र परिचर्या के संबंध में समुदाय में जागरूकता बढ़ाना और निवारक उपायों पर जोर देना।
- दृष्टिहीनता एवं नेत्र रोग की रोकथाम के लिए अनुसंधान को बढ़ाना और विस्तारित करना।
- नेत्र परिचर्या प्रदान करने में स्वैच्छिक संगठनों/निजी चिकित्सकों की भागीदारी सुनिश्चित करना।

6.5.2 मुख्य विशेषताएं/उद्देश्यों को प्राप्त के लिए अपनाई गई कार्यनीतियां:

- स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान प्रणाली के जरिए तथा गैर-सरकारी संगठनों एवं निजी चिकित्सकों की भागीदारी के माध्यम से निःशुल्क मोतियाबिंद सर्जरी पर सतत जोर देना;
- डायबेटिक रेटिनोपैथी और ग्लूकोमा का शीघ्र पता लगाने और उपचार करने के लिए राष्ट्रव्यापी जागरूकता सृजन करना। इन उभरती बीमारियों पर शीघ्र ध्यान दिए जाने की जरूरत है ताकि देश से उपचार की जाने वाली अंधता का उन्मूलन किया जा सके;

- मोतियाबिंद के अलावा अन्य रोगों जैसे कि समय-पूर्व रेटिनोपैथी (आरओपी), कार्नीयल ट्रांसप्लांटेशन, विट्रियो-रेटिनल सर्जरी, बाल्यकालीन दृष्टिहीनता के उपचार इत्यादि को शामिल करके व्यापक नेत्र परिचर्या कार्यक्रमों पर जोर देना;
- जांच नेत्र शिविरों के आयोजन द्वारा 50 वर्ष से अधिक आयु के लोगों की सक्रिय जांच (स्क्रीनिंग), तथा शल्य क्रिया योग्य मामलों को निर्धारित नेत्र परिचर्या केंद्रों में ले जाकर दृष्टिहीन व्यक्तियों के बैकलॉग में कमी लाना;
- अपवर्तक दोष परिहार्य दृष्टिहीनता का प्रमुख कारण है। अपवर्तक दोषों की पहचान एवं उपचार के लिए बच्चों की स्क्रीनिंग तथा पीड़ितों एवं सामाजिक-आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के बच्चों को मुफ्त चश्मों की व्यवस्था;
- सार्वजनिक निजी भागीदारी के जरिए नेत्र परिचर्या सेवाओं के लिए अल्पसेवित क्षेत्रों को शामिल करना;
- स्वास्थ्य कार्मिकों का उनकी दक्षता को बेहतर करने उच्च गुणवत्ता वाली नेत्र सेवाओं की प्रदानगी में उनके ज्ञान को बढ़ाने के लिए क्षमता निर्माण;
- समुदाय में नेत्र परिचर्या संबंधी जागरूकता सृजित करने के लिए सामुदायिक जागरूकता/सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण (आईईसी) कार्यकलाप;
- राज्यों के क्षेत्रीय नेत्र विज्ञान संस्थानों एवं मेडिकल कॉलेजों का चरणबद्ध ढंग से सुदृढ़ीकरण करके नवीनतम उपकरण उपलब्ध कराना तथा जनशक्ति को प्रशिक्षण प्रदान करना ताकि उन्हें इन क्षेत्रों में उत्कृष्टता केंद्रों के रूप में उन्नत किया जा सके;
- अवसंरचना एवं उपकरणों को उन्नत बनाकर तथा संविदा आधार पर नेत्र विज्ञानियों एवं पीएमओ यथेष्ट संख्या में उपलब्ध कराकर और मूलभूत दवाइयों के लिए निश्चित धनराशि उपलब्ध कराकर जिला अस्पतालों का सुदृढ़ीकरण;
- एक पीएमओ की तैनाती वाले सभी पीएचसी में दृष्टि केंद्र स्थापित करके प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या (नेत्र परिचर्या) पर सतत जोर देना; और
- बेहतर कवरेज के लिए बहुदेशीय जिला मोबाइल ओपथालमिक इकाइयां।

6.5.3 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान शुरु की गई नई पहलें:

12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 2800 करोड़ रुपए के कुल प्रस्तावित बजट में से अधिकार प्राप्त कार्यक्रम समिति (ईपीसी) द्वारा एनपीसीबी को जारी रखने हेतु 2506.90 करोड़ रुपए के प्रावधान को मंजूरी दी गई है। वर्ष 2013-14 तथा 2014-15 के दौरान एनपीसीबी के तहत तृतीयक स्तर की क्रियाकलापों को जारी रखने हेतु व्यय वित्त समिति (ईएफसी) द्वारा 130.00 करोड़ रुपए के प्रावधान को मंजूरी दी गई है। 12वीं पंचवर्षीय

योजना के दौरान इस कार्यक्रम के तहत निम्नलिखित नई पहलें शुरु की गई हैं:

6.5.4 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान नई पहलें

- राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों के जिला अस्पतालों में बहुदेशीय जिला चल नेत्र चिकित्सा इकाइयां स्थापित करने हेतु प्रावधान।
- प्रेसबायोपिया से पीड़ित वृद्ध व्यक्तियों को निःशुल्क चश्मे के वितरण हेतु प्रावधान।

6.5.5 मुख्य निष्पादन संकेतकों की वर्ष-वार प्रगति:

मोतियाबिंद के ऑपरेशन

वर्ष	लक्ष्य	निष्पादित मोतियाबिंद शल्य क्रियाएं	आईओएल के साथ % सर्जरी
2010-11	60,00,000	60,32,724	95
2011-12	70,00,000	63,49,205	95
2012-13	66,00,000	63,02,894	95
2013-14	66,00,000	62,63,150	95
2014-15*	66,00,000	23,43,573	95

*टिप्पणी: वर्ष 2014-15 के आंकड़े अनंतिम हैं।

स्कूल नेत्र जांच (स्क्रीनिंग) कार्यक्रम

वर्ष	अपवर्तक दोषों वाले स्कूली आयु वर्ग के बच्चों को प्रदत्त मुफ्त चश्मों की संख्या	
	लक्ष्य	उपलब्धि
2010-11	6,00,000	6,26,839
2011-12	6,00,000	6,58,061
2012-13	10,00,000	7,08,861
2013-14	9,00,000	6,24,942
2014-15*	9,00,000	1,21,262

*टिप्पणी: वर्ष 2014-15 के आंकड़े अनंतिम हैं।

कार्निजल प्रत्यारोपण के लिए दान किए गए नेत्रों का संग्रहण

वर्ष	दान किए गए नेत्रों का संग्रहण	
	लक्ष्य	उपलब्धि
2010-11	60,000	44,926
2011-12	60,000	49,410
2012-13	50,000	53,543
2013-14	50,000	49,559
2014-15*	50,000	25,254

*टिप्पणी: वर्ष 2014-15 के आंकड़े अनंतिम हैं।

6.6 राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम (एनआईडीडीसीपी)

आयोडीन एक आवश्यक सूक्ष्मपोषक तत्व है जो मनुष्य की सामान्य वृद्धि एवं विकास के लिए 100–150 माइक्रोग्राम प्रतिदिन आवश्यक होता है। आयोडीन की अल्पता से शारीरिक एवं मानसिक मन्दता, क्रैटिनिज्म, गर्भपात, मृत जन्म, बहरापन, मूकता, तिरछी नजर, बुद्धलब्धि की कमी, स्कूल की पढ़ाई में मंदता एवं विभिन्न प्रकार को घेंघा (गवाइटर) रोग हो सकता है। सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के 386 जिलों में किए गए नमूना सर्वेक्षणों के परिणामों से पता चला है कि 335 जिले स्थानिकमारी वाले हैं जहां आयोडीन अल्पता विकारों की व्याप्तता 5 प्रतिशत से अधिक है। कोई भी राज्य/संघ राज्य क्षेत्र आईडीडी से मुक्त नहीं है।

6.6.1 उद्देश्य

- आयोडीन अल्पता विकारों की मात्रा का मूल्यांकन करने के लिए सर्वेक्षण।
- साधारण नमक के स्थान पर आयोडीनयुक्त नमक की आपूर्ति।
- प्रत्येक 5 वर्ष के बाद आयोडीन अल्पताजन्य विकारों और आयोडीनयुक्त नमक के प्रभाव का मूल्यांकन करने के लिए पुनर्सर्वेक्षण।
- आयोडीनयुक्त नमक और पेशाब में आयोडीन की मात्रा की प्रयोगशाला में मॉनीटरिंग।
- स्वास्थ्य शिक्षा एवं प्रचार-प्रसार।

6.6.2 महत्वपूर्ण उपलब्धियां

- खाद्य सुरक्षा और मानक (बिक्री पर निषेध और प्रतिबंध) विनियम, 2011 का विनियम 2.3.12 प्रत्यक्ष मानव खपत के लिए सामान्य नमक की बिक्री को प्रतिबंधित करता है जब तक कि यह आयोडीनयुक्त न हो।
- आयोडीनयुक्त नमक के उत्पादन के उदारीकरण के फलस्वरूप अब तक आयोडीनयुक्त 777 नमक यूनिटों की स्थापना की गई है और आयोडीनयुक्त नमक की क्षमता 222 लाख टन है।

- अप्रैल, 2014 से जुलाई, 2014 की अवधि के दौरान 21.66 और 20.05 लाख टन आयोडीनयुक्त नमक का उत्पादन/आपूर्ति दर्ज की गई।
- राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम के प्रभावकारी कार्यान्वयन के लिए 33 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने अपने राज्य स्वास्थ्य निदेशालय में आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण प्रकोष्ठ स्थापित किया है।
- आयोडीनयुक्त नमक की गुणवत्ता और पेशाब में आयोडीन की मात्रा की मॉनीटरिंग के लिए 34 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों ने आयोडीन अल्पता विकार मॉनीटरिंग प्रयोगशाला पहले ही स्थापित कर ली है जबकि शेष राज्य इसको स्थापित करने की प्रक्रिया में हैं।
- आयोडीनीकृत नमक में आयोडीन की मात्रा के अनुमान के लिए वर्ष 2014–15 (अगस्त/सितंबर 2014) में नमक के कुल 78773 नमूनों का परीक्षण किया गया जिसमें से नमक के 62860 (80%) नमूनों को मानकों के अनुरूप पाया गया था (आयोडीन की मात्रा 15 पीपीएस से अधिक)।
- वर्ष 2014–15 (अगस्त/सितंबर 2014) में आयोडीन की जैव उपलब्धता के लिए मूत्रीय आयोडीन उत्सर्जन के अनुमानों के लिए मूत्र के कुल 6750 नमूनों का विश्लेषण किया गया था (अगस्त/सितंबर 2014) जिसमें से 5887 नमूनों (87%) को मानक के अनुरूप पाया गया।
- वर्ष 2014–15 (अगस्त/सितंबर 2014) में उपभोग स्तर पर आयोडीनीकृत नमक की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए कुल 65621 नमूनों का विश्लेषण किया गया था जिसमें से नमक के कुल 63350 (97%) नमूनों की गुणवत्ता सामान्य पाई गई (अर्थात् नमक में आयोडीन की मात्रा 15 पीपीएम से अधिक)।
- 21 अक्टूबर, 2014 को पूरे देश में वैश्विक आईडीडी निवारक दिवस आयोजित किए गए थे। आईडीडी के निवारण व नियंत्रण के लिए आयोडीनयुक्त नमक के उपभोग के लाभ संबंधी संदेश डीएवीपी के जरिए

वैश्विक आईडीडी निवारण दिवस की संध्या पर राष्ट्रीय और क्षेत्रीय समाचार-पत्रों में प्रकाशित किए गए थे।

- देश में दृष्टिगोचर घंघे में काफी कमी आई है।

6.6.3 सूचना शिक्षा एवं संप्रेषण कार्यकलाप

क) **दूरदर्शन के जरिए कार्यकलाप:** स्वस्थ भारत कार्यक्रम के अंतर्गत आयोडीन अल्पताजन्य विकारों के परिणामों और आयोडीनयुक्त नमक के सेवन के लाभों के बारे में संदेशों वाले आईडीडी स्पोर्ट प्रतिदिन दूरदर्शन के राष्ट्रीय नेटवर्क के जरिए प्रसारित किए जा रहे हैं। 21 अक्तूबर, 2014 को वैश्विक आयोडीन अल्पताजन्य विकार निवारण दिवस के अवसर पर दूरदर्शन ने 20 अक्तूबर, 2014 को आईडीडी पर एक पैनल चर्चा का प्रसारण किया।

ख) **आकाशवाणी के माध्यम से कार्यकलाप:** आयोडीन अल्पताजन्य विकारों के परिणामों और आयोडीनयुक्त

नमक के सेवन के लाभों के बारे में संदेश देने वाले आईडीडी स्पोर्ट आकाशवाणी द्वारा सभी 18 क्षेत्रीय भाषाओं में इसके 37 विविध भारती चैनलों के जरिए 6 क्षेत्रीय चैनलों, 112 प्राईमरी चैनलों और 24 एफएम चैनलों (4 एफएम गोल्ड चैनल सहित) के जरिए प्रसारित किए जाते हैं।

ग) **रेलवे के माध्यम से कार्यकलाप:** लगभग 16-18 राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों के 12 विभिन्न रेल मण्डलों में रेलवे के माध्यम तथा आयोडीकृत नमक के सेवन के बारे में संदेश दिए जा रहे हैं।

घ) **राज्य स्वास्थ्य निदेशालय के जरिए कार्य:** राज्य सरकारों को भी उनकी क्षेत्रीय भाषाओं में स्थानीय स्तर पर आईईसी कार्यकलाप करने के लिए अनुदान दिए गए हैं ताकि आईईसी कार्यकलापों का प्रभाव अधिक प्रभावी ढंग से हो सके जिसमें सभी जिलों में वैश्विक आयोडीन अल्पताजन्य विकार निवारण दिवस का आयोजन करना शामिल है।

