

अन्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

एनआरएचएम के अधीन कई राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम हैं। इस अध्याय में अन्य राष्ट्रीय कार्यक्रमों का ब्यौरा दिया गया है।

11.1 राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और अभिघात रोकथाम एवं नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीडीसीएस)

क. एनपीसीडीसीएस के अंतर्गत मधुमेह, हृदवाहिका रोग और अभिघात (डीसीएस) घटक

11.1.1 भारत सरकार ने कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग मधुमेह, हृदवाहिका रोग जैसे गैर-संचारी रोग (एनसीडी) के भार को कम करने के लिए “ राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग और अभिघात रोकथाम एवं नियंत्रण कार्यक्रम” की शुरुआत की है जो मानव जीवन के संभाव्य रूप से उत्पादक वर्षों को कम करने में एक प्रमुख कारक है जिससे अत्यधिक आर्थिक नुकसान होता है। 11 वीं योजना विधि के दौरान, 21 राज्यों में 100 अभिज्ञात जिलों को इस कार्यक्रम के लिए लिया और कवर किया गया है।

11.1.2 उद्देश्य

- व्यवहार तथा जीवन शैलियों में परिवर्तनों के जरिए सामान्य गैर संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण।
- आम गैर संचारी रोगों को शीघ्र निदान और प्रबंधन की व्यवस्था करना।
- आम गैर संचारी रोगों की रोकथाम, निदान और उपचार के लिए स्वास्थ्य परिचर्या के विभिन्न स्तरों पर क्षमता निर्माण।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य संरचना में मानव संसाधन अर्थात् चिकित्सकों पराचिकित्सकों और नर्सिंग स्टाफ को गैर संचारी रोगों के बढ़ते हुए भार का सामना करने के लिए प्रशिक्षित करना।
- प्रशासन तथा पुनः स्थापना परिचर्या की स्थापना और क्षमता का विकास।

11.1.3 कार्यनीतियां

कार्यनीतियों में देश में व्यापक स्वास्थ्य शिक्षा के जरिए स्वस्थ जीवन शैली को प्रोत्साहन देना, 30 वर्ष की आयु से अधिक व्यक्तियों की समय-समय पर जांच, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) और जिला स्तर पर गैर संचारी रोग (एनसीडी) क्लीनिक की स्थापना, प्रशिक्षित कार्मिक शक्ति तैयार करना तथा तृतीयक स्तरीय स्वास्थ्य सुविधाओं का सुदृढ़ीकरण शामिल है। कार्यक्रम की दीर्घावधिक उत्तरजीविता के लिए मौजूदा जन स्वास्थ्य अवसंरचना और प्रणालियों के जरिए सेवा प्रदायगी की जाएगी। मास मीडिया, सामुदायिक शिक्षा और अंतर वैयक्तिक संप्रेषण जैसी विभिन्न एप्रोचों का इस्तेमाल व्यावहारिक परिवर्तन के लिए निम्नलिखित पांच संदेशों पर फोकस करने हेतु किया जाएगा :

- स्वस्थ खाद्य पदार्थ अधिक से अधिक खाना
- अधिक से अधिक व्यायाम करना
- तंबाकू और अलकोहल से बचना
- तनाव प्रबंधन

11.1.4 उप-केन्द्र पर कार्यकलाप

विभिन्न शिविर लगाकर अंतरवैयक्तिक संप्रेषण करके, पोस्टर एवं बैनर इत्यादि लगाकर व्यावहारिक और जीवन शैली परिवर्तन संबंधी स्वास्थ्य संवर्द्धन किया जाएगा। 30 वर्ष से अधिक आयु की जनसंख्या की बी पी उपकरण और स्ट्रिप प्रणाली द्वारा रक्त ग्लूकोज इस्तेमाल करके समय-समय पर जांच की जाएगी। मधुमेह और हाइपरटेंशन के संदिग्ध मामलों को और निदान तथा उपचार के लिए उच्च स्वास्थ्य सुविधायुक्त सी एच सी में रेफर किया जाएगा। ग्लूकोमीटर ऑप्टियम एक्सीड, ऑप्टियम टेस्ट स्ट्रिप्स तथा आटो डिसेबल्ल लासेट्स का मधुमेह की जांच के लिए केन्द्रीय स्तर पर प्रापण किया जा रहा है और इन्हें संबद्ध राज्यों को समय-समय पर उनकी आवश्यकताओं के अनुसार प्रदान किया जा रहा है।

11.1.5 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) पर कार्यकलाप

सीएचसी में एन सी डी क्लीनिक आम सी वी डी, मधुमेह तथा आघात रोगियों (बहिरंग और अंतरंग रोगी) की रक्त शर्करा मापन, लिपिड प्रोफाइल, अल्ट्रासाउंड, एक्स-रे और ई सी जी इत्यादि जैसी अपेक्षित जांचों/परीक्षणों, उपचार द्वारा निदान करेंगे और इनका स्थिरीकरण करेंगे। कार्यक्रम के अंतर्गत नियुक्त नर्सों में से एक शैयाग्रस्त रोगियों के घर का दौरा करेगी, स्वास्थ्य कर्मियों के कार्य पर्यवेक्षण करेगी और गांव में आयोजित होने वाले मासिक क्लीनिकों में यादृच्छिक आधार पर भाग लेगी। मधुमेह, उच्च रक्त चाप इत्यादि के जटिल मामलों को आगे और जांच और उपचार के लिए सीएससी से जिला अस्पताल को रेफर किया जाएगा।

11.1.6 जिला अस्पतालों में कार्यकलाप

जिला अस्पतालों में एनसीडी क्लीनिक मधुमेह, हाइपरटेंशन और सी वी डी के आगे और परीक्षण/कार्रवाई वाले उच्च जोखिम वाले व्यक्तियों का पता लगाने के लिए 30 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों की मधुमेह, हाइपरटेंशन, हृदवाहिका रोग इत्यादि के संबंध में जांच करेगा। जांच पर एन सी डी होने के उच्च जोखिम पर पाए जाने वाले व्यक्तियों तथा सी एच सी को रेफर किए गए व्यक्तियों के संबंध में विस्तृत जांच की जाएगी। वे कैंसर, मधुमेह और हाइपरटेंशन से पीड़ित व्यक्तियों का नियमित उपचार और वार्षिक मूल्यांकन करेंगे। पुष्ट हृदवाहिका रोग वाले व्यक्तियों का उपचार भी जिला अस्पताल में किया जाएगा। वे चिरकालिक, क्षीण हुए तथा प्राणामी रोगियों के लिए गृह आधारित उपशामक परिचर्या प्रदान करेंगे। नैदानिक सेवाओं के अलावा जिला अस्पताल रोगियों और उनके परिचारकों को स्वास्थ्य शिक्षा और परामर्श के जरिए स्वस्थ जीवन शैली को प्रोत्साहन देने में भी शामिल होंगे।

19 राज्यों अर्थात आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू और कश्मीर, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, कर्नाटक, सिक्किम, केरल, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल से समझौता ज्ञापन (एमओयू) प्राप्त हुए हैं। झारखंड और उत्तर प्रदेश द्वारा अभी समझौता ज्ञापन प्रस्तुत किए जाने हैं।

वर्ष 2011-12 के दौरान, इस कार्यक्रम के अंतर्गत जिला स्तरीय कार्यकलापों के लिए एम ओ यू प्राप्त होने पर 16 राज्यों को 57.97 करोड़ रूपए की धनराशि की निधि जारी की गई है।

केन्द्र, राज्य और जिला स्तर पर एन सी डी प्रकोष्ठ विभिन्न राज्यों में राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, सी वी डी, आघात रोकथाम और

नियंत्रण कार्यक्रम (एन पी सी डी सी एस) का क्रियान्वयन और मॉनीटरिंग करेंगे। राष्ट्रीय एन सी डी प्रकोष्ठ केन्द्र स्तर पर भी स्थापित की गई है। दिनांक 17 नवम्बर, 2011 को माननीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में राज्य स्वास्थ्य सचिवों के साथ बैठक में राज्यों में इस कार्यक्रम के क्रियान्वयन की स्थिति की समीक्षा की गई है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के प्रभारी राज्य सचिवों, क्षेत्रीय निदेशकों, राज्य कार्यक्रम अधिकारियों तथा जिला कार्यक्रम प्रबंधकों ने इस बैठक में भाग लिया।

ख. एनपीसीडीसीएस के अन्तर्गत कैंसर घटक

भारत गैर संचारी रोगों (एन सी डी) के वृद्धिशील भार से एक द्रुत स्वास्थ्य पारगमन का अनुभव कर रहा है। डब्ल्यू एच ओ रिपोर्ट (2002) के अनुसार हृदवाहिका रोग (सी वी डी) वर्ष 2020 तक भारत में मृत्यु और अक्षमता का सबसे बड़ा कारण होगा। कुल मिलाकर एन सी डी भारत में मौतों के सबसे बड़े कारण के रूप में उभर रहा है जो सभी मौतों के 42 प्रतिशत से अधिक है (भारत का महापंजीयक)। एन सी डी शहरी और ग्रामीण, दोनों जनसंख्या में मृत्यु और रुग्णता का महत्वपूर्ण कारण है जिसे संभाव्य उत्पादक जीवन वर्षों (35-64 वर्ष का आयु-समूह) में पर्याप्त हानि होती है।

किसी भी समय कैंसर के 28 लाख रोगी होते हैं। 10 लाख नए कैंसर रोगी प्रति वर्ष हो जाते हैं और प्रति वर्ष कैंसर से 5 लाख मौतें होती हैं। महिलाओं में होने वाला आम कैंसर स्तन, सर्विक्स और मुख (ओरल) कैंसर है। पुरुषों में होने वाले आम कैंसर मुख (ओरल) फेफड़े और ग्रसिका (ओसोफागस) का कैंसर है। मंत्रालय ने 21 राज्यों के 100 जिलों में राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, हृदवाहिका रोग एवं आघात रोकथाम एवं नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम क्रियान्वित किया है। यह कार्यक्रम मानव संसाधन विकास, शीघ्र निदान और इन रोगों के उपचार सहित स्वास्थ्य संवर्द्धन, क्षमता निर्माण पर फोकस करता है।

11.1.7 एन पी सी डी सी एस के अंतर्गत कैंसर सेवाएं

- 100 जिला अस्पतालों में कैंसर रोगियों के लिए सामान्य नैदानिक सेवायें, आधारभूत शल्य-चिकित्सा, कीमोथैरेपी एवं उपशामक परिचर्या।
- प्रत्येक जिले को निम्नलिखित के लिए प्रतिवर्ष 1.66 करोड़ रूपए की सहायता प्रदान की जा रही है :

- 1.00 करोड़ रूपए प्रति वर्ष की लागत से प्रत्येक जिला अस्पताल में 100 रोगियों के लिए कीमोथैरेपी औषधियां प्रदान की जाती है।
- 100 जिला अस्पतालों में दिवस परिचर्या कीमोथैरेपी सुविधा –केन्द्र स्थापित किए जा रहे हैं।
- 100 जिला अस्पतालों में मैमोग्राफी सहित प्रयोगशाला/जांचों की सुविधा प्रदान की जा रही है और यदि यह उपलब्ध नहीं है तो इसे सरकारी दरों पर आउटसोर्स किया जा सकता है।
- 100 जिलों में चिरकारी, दुर्बल करने वाली एवं प्रगतिशील कैंसर रोगियों के लिए घरेलू उपशामक परिचर्या प्रदान की जा रही है।
- 1 चिकित्सा आंकोलॉजिस्ट, 1 साइटोपैथोलॉजिस्ट, 1 साइटोपैथोलॉजी तकनीशियन, दिवस परिचर्या के लिए 2 नर्सों के जरिए संविदात्मक कार्मिक शक्ति के लिए सहायता प्रदान की जा रही है।
- व्यापक कैंसर परिचर्या सेवाएं प्रदान करने के लिए तृतीयक कैंसर केन्द्रों (टी सी सी) के रूप में वर्ष 2011–12 के दौरान 6.00 करोड़ रूपए की लागत से 45 केन्द्रों का सुदृढीकरण किया जाएगा।
- एन पी सी डी सी एस के मॉनीटरन के लिए जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तर पर प्रकोष्ठ स्थापित किए जा रहे हैं। प्रत्येक जिले को 1 जिला कार्यक्रम समन्वयक, 1 कार्यक्रम सहायक, 1 वित्त सह संभारतंत्र अधिकारी, 1 डाटा एंट्री ऑपरेटर और जिला दलों के प्रशिक्षण के जरिए संविदात्मक कार्मिक शक्ति के लिए जिला एनसीडी की स्थापना के लिए 21.44 लाख रूपए/वर्ष से सहायता की जा रही है। प्रत्येक राज्य को 1 कार्यक्रम समन्वयक, 1 कार्यक्रम सहायक, 1 वित्त सह संभारतंत्र अधिकारी, 2 डाटा एंट्री ऑपरेटर के जरिए संविदात्मक कार्मिक शक्ति और अन्य विविध के कार्यकलापों के लिए राज्य एन सी डी की स्थापना के लिए 23.48 लाख रूपए की सहायता प्रदान की जा रही है।

11.1.8 प्रगतिरत कार्यकलाप

11.1.8. क. राष्ट्रीय कैंसर जागरूकता दिवस –कैंसर के बारे में अधिकाधिक जागरूकता पैदा करने के लिए वर्ष 2001 से ही नोबल पुरस्कार विजेता मैडम क्यूरी की जन्म दिवस जयंती, 7

नवम्बर को राष्ट्रीय कैंसर जागरूकता दिवस के रूप में मनाया जाता है।

11.1.8. ख 'कल्याणी' एक स्वास्थ्य कार्यक्रम है जो प्रसार भारती द्वारा 9 प्रमुख दूरदर्शन केन्द्रों और 12 उप क्षेत्रीय केन्द्रों से प्रसारित होता है और इसमें जनसंख्या बहुल सहित राज्यों में रहे व्यक्तियों को विशेष रूप से लक्षित किया जाता है। यह एक अंतक्रियात्मक (परस्पर व्यवहारात्मक) कार्यक्रम है।



पिछले वर्ष की भांति इस वर्ष भी देश के राष्ट्रीय और क्षेत्रीय दैनिक समाचार पत्रों के जरिए जागरूकता पैदा दी गई।

11.1.9 बजट आबंटन :

वर्ष 2010–11 के दौरान कैंसर कार्यकलापों के लिए बजट आबंटन 200.00 करोड़ रूपए है।

11.2 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

11.2.1 मानसिक स्वास्थ्य विकारों का भार

विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट (2001) के अनुसार मानसिक विकारों की व्याप्तता लगभग 10 प्रतिशत है और पूर्वानुमान है कि 2020 तक विकारों का भार 15 प्रतिशत तक बढ़ने की संभावना है। विभिन्न समुदाय आधारित सर्वेक्षणों के अनुसार भारत में मानसिक विकारों की व्याप्तता सामान्य मानसिक विकारों के लिए 6.7 प्रतिशत और गंभीर मानसिक विकारों के लिए 1.2 प्रतिशत है। मानसिक विकारों की इतनी व्यापकता के कारण मानसिक बीमारियों के लिए उपचार प्रदान करने के अलावा, सामान्य जनसमुदाय के हित के लिए मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का संवर्धन करना आवश्यक है। गंभीर मानसिक विकारों में भी उपचार अंतराल लगभग 50 प्रतिशत है और सामान्य मानसिक विकारों के मामले में यह 90 प्रतिशत से अधिक है।

मानसिक स्वास्थ्य की जानकारी एवं दक्षताओं को प्रोत्साहित करने तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा विकास में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देने तथा समुदाय में स्वसहायता को प्रेरित करने के लिए सभी के लिए न्यूनतम मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या की उपलब्धता एवं सुगमता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया था क्योंकि अधिकांश मानसिक विकारों में अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं होती है और इनका उपचार सामुदायिक स्तर पर किया जा सकता है। धीरे-धीरे मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं का दृष्टिकोण अस्पताल आधारित परिचर्या (संस्थागत) से बदलकर समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या हो गया है।

वर्ष 2008 में किए गए राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (एमएमएचपी) के मूल्यांकन में इसके कार्यान्वयन के दौरान आने वाली निम्नलिखित कठिनाईयों की पहचान की गई :-

- कार्यक्रम के लिए एक अंतर्निमित्त एवं समर्पित अनुवीक्षण एवं कार्यान्वयन तंत्र का अभाव।
- मनश्चिकित्सक नैदानिक-मनोवैज्ञानिक, मनोविकृति सम्बंधी सामाजिक कार्यकर्ता और मनोविकृति सम्बंधी नर्सों नामक मानसिक स्वास्थ्य में कुशल जनशक्ति अभाव। यह मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने में तथा सामुदायिक स्तर पर अधिक मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध कराने में प्रमुख बाधक हैं। मानसिक स्वास्थ्य जनशक्ति के अभाव के कारण पिछले वर्ष डीएमएचपी के क्रियान्वयन में प्रतिकूल प्रभाव पड़ा।
- मानसिक स्वास्थ्य के बारे में जागरूकता का अभाव/कलंक।
- मानसिक रूप से बीमार लोगों के उपचार के लिए सुविधाओं की कमी।
- राज्यों में डी एम एच पी के कार्यान्वयन विभागों अर्थात् चिकित्सा शिक्षा एवं स्वास्थ्य के बीच समन्वय का अभाव।
- सामुदायिक भागीदारी का अभाव।

इन अड़चनों पर विचार करते हुए संबद्ध पणधारियों के साथ परामर्श किए गए और एन एम एच पी के घटकों को 11 वीं पंचवर्षीय योजना के लिए संशोधित किया गया।

11.2.2 जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

नवीं पंचवर्षीय योजना के दौरान निम्हांस, बंगलौर द्वारा बनाए गए बेल्लारी मॉडल के आधार पर जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (1996) शुरू किया गया था। योजना अवधि के दौरान 27 जिलों को डीएमएचपी कवर किया गया था। फिलहाल 30 राज्यों और

संघ राज्य क्षेत्रों में डीएमएचपी कवर हो रही है। मानसिक रूप से बीमार होने की शीघ्र पहचान के अतिरिक्त जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में अब जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में अब प्रोत्साहन वर्धक और रोकथाम संबंधी क्रियाकलापों को शामिल किया गया है जिनमें शामिल हैं :-

- विद्यालय मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं : परामर्शी सेवाओं में जीवन कौशल शिक्षा।
- कॉलेज परामर्शी सेवाएं प्रशिक्षित शिक्षक/परामर्शदाता के जरिए।
- कार्य स्थल तनाव प्रबंधन- औपचारिक तथा अनौपचारिक क्षेत्र जिनमें कृषक, महिलाएं आदि शामिल हैं।
- आत्महत्या रोकथाम सेवाएं – जिला स्तर पर परामर्शी केन्द्र, सुग्राही कार्यशालाएं, आईईसी, हेल्पलाइन्स आदि।

11.2.3 जनशक्ति विकास योजनाएं :

क. मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में उत्कृष्टता केन्द्र की स्थापना – दीर्घावधि में जनशक्ति की अत्यधिक कमी को दूर करने तथा अत्याधुनिक मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधाओं की व्यवस्था के लिए अभिज्ञात मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य अस्पतालों/संस्थानों के उन्नयन एवं सुदृढीकरण के द्वारा स्थापित किए जा रहे हैं। योजनावधि के दौरान पूंजीगत कार्य, उपस्करों एवं साज-समान, संकाय अधिष्ठापन एवं प्रतिधारण के लिए प्रति केन्द्र 30 करोड़ रुपए की बजटीय सहायता प्रदान की जाएगी। यह परिकल्पना की गई है कि पूंजीगत कार्य, उपस्कर, पुस्तकालय, संकाय-अधिष्ठापन एवं प्रतिधारण कार्य के लिए इस प्रकार के 11 उत्कृष्टता केन्द्रों के लिए योजना अवधि में 338 करोड़ रुपए की कुल (प्रति केन्द्र 30 करोड़ रुपए) बजटीय सहायता दी जाएगी। अभी तक मानसिक स्वास्थ्य में उत्कृष्टता केन्द्रों के रूप में बनाए जाने के लिए 11 मानसिक स्वास्थ्य संस्थाओं को वित्त पोषित किया गया था।

ख. स्नातकोत्तर प्रशिक्षण विभागों की स्थापना/उन्नयन – मानसिक स्वास्थ्य में जनशक्ति के विकास को प्रोत्साहन देने के लिए अन्य प्रशिक्षण केन्द्र (सरकारी मेडिकल कॉलेज, सरकारी सामान्य अस्पताल/राज्य द्वारा चलाए जाने वाले मानसिक स्वास्थ्य संस्थान) को मानसिक स्वास्थ्य में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम हेतु दाखिले की क्षमता बढ़ाने के लिए भी सहायता दी जाएगी। मनश्चिकित्सा में 30 इकाईयों, क्लिनिक मनोविज्ञान में 30 विभागों पी एस डब्ल्यू के 30 विभागों और मनश्चिकित्सीय नर्सिंग के 30 विभाग योजना अवधि के दौरान प्रति पीजी विभाग के लिए 51 लाख से 1 करोड़ की सीमा सहित इस योजना के 70 करोड़ रुपए का आबंटित किया गया था। अभी तक XI वीं योजना अवधि के दौरान 23 पीजी विभाग शुरू किए गए हैं।

11.2.4 10 वीं योजना की स्कीमों के शेष भाग (स्पिल ओवर)

- (क) कुछ राज्यों में चलाए जाने वाले मानसिक अस्पतालों का आधुनिकीकरण योजना के अंतर्गत पुराने अभिरक्षित पैटर्न के मानसिक अस्पताल के आधुनिकीकरण के लिए एक समय में 3 करोड़ रूपए का अनुदान उपलब्ध है। इस योजना के तहत कुल 29 मानसिक अस्पताल/संस्थानों का सहायता मुहैया करवाई गई है।
- (ख) सरकारी मेडिकल कॉलेजों/जनरल अस्पतालों में मनोचिकित्सा विंग का उन्नयन। ऐसे कुछ पात्र क्षेत्रों में से कुछ में जहां पर कोई अच्छा सरकारी मेडिकल कॉलेज, जनरल अस्पताल/जिला अस्पताल स्थापित नहीं किया गया है वहां पर मनोचिकित्सा विंग की स्थापना के लिए निधियाँ मुहैया करवाई जा सकती है। प्रति कॉलेज सुविधाओं के उन्नयन और उपकरणों हेतु 50 लाख रूपए की समय-समय अनुदान राशि उपलब्ध हो सकती है। उन कॉलेजों और अस्पतालों को इसमें प्राथमिकता दी जाएगी जो मनोचिकित्सा में पीजी पाठ्यक्रम शुरू करने या इनकी सीटों में वृद्धि करने के संबंध में योजना बना रहे हैं। इस योजना के अंतर्गत कुल 88 मनोचिकित्सा विंग ने अनुदान प्राप्त किए हैं।

11.2.5 अनुसंधान और प्रशिक्षण

देश में मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में अनुसंधान में कमी है। मूलभूत, अनुप्रयुक्त और प्रचालनात्मक अनुसंधान करने के लिए संस्थानों/संगठनों को मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में धनराशि प्रदान की जाएगी। कुशल मानसिक स्वास्थ्य जनशक्ति की कमी को दूर करने के लिए अभिज्ञात संस्थाओं में डीएमएचपी टीम को एक लघु अवधि का कौशल आधारित प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा। मानक उपचार दिशानिर्देश, प्रशिक्षण मॉड्यूल्स, सीएमई, मानसिक स्वास्थ्य में दूरस्थ शिक्षा ज्ञान पाठ्यक्रम, सर्वेक्षण आदि को भी सहायता दी जाएगी। योजना अवधि के लिए कुल आबंटन 6.5 करोड़ रूपए है।

11.2.6 सूचना, शिक्षा और सम्प्रेषण (आई ई सी)

यह देखा गया है कि मानसिक रोगों और इसके उपचार के विषय में कम जागरूकता है। मानसिक रोगों से डेर सारे कलंक जुड़े हुए हैं, जिससे उपलब्ध मानसिक स्वास्थ्य संसाधनों का कम उपयोग हो पाता है। मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम (1987) के उपबंधों के संबंध में सार्वजनिक एवं कार्यान्वयन प्राधिकारियों में जागरूकता

भी बहुत कम है। जिला स्तर पर जिला स्वास्थ्य कार्यक्रम द्वारा सूचना शिक्षा और सम्प्रेषण के क्रियाकलापों के जरिए इन मुद्दों को हल किया जाता है। जिला स्तरीय क्रियाकलापों के अतिरिक्त राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रभाग, श्रव्य-दृश्य और प्रिंट मीडिया के जरिए राष्ट्र व्यापी जन प्रचार मीडिया अभियानों को संचालित करता है। विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस, 10 अक्टूबर, 2011 के दौरान जागरूकता क्रियाकलाप भी आयोजित किए गए।

मानसिक विकृतियों संबंधी मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं तथा कलंक में कमी लाने के संबंध में जागरूकता पैदा करने संबंधी एक गहन राष्ट्रीय स्तरीय मास मीडिया अभियान एनएमएचपी के अंतर्गत शुरू किया गया था। विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस, 2011 के थीम “ दी ग्रेट पुश: इन्वेस्टिंग इन मेंटल हैल्थ” के सहयोग से दिल्ली विश्वविद्यालय और जमिया मिलिया इस्लामिया में विश्वविद्यालय के छात्रों के नेतृत्व में जागरूकता कार्यक्रमों सहित तीन राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थाओं तथा देश के चुनिंदा जिलों में जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के गहन सहयोग से अनेक कार्यक्रम आयोजित किए गए थे। इसके अतिरिक्त, इंडिया इंटरनेशनल सेंटर, नई दिल्ली में 10-11 अक्टूबर, 2011 तक ‘यूनाइटींग हार्ट्स एंड माइंड्स’ नामक एक मानसिक स्वास्थ्य संबंधी रचनात्मक अभिव्यक्ति वाला एक समारोह आयोजित किया गया। इस दो-दिवसीय समारोह का लक्ष्य फिल्म स्क्रीनिंगों के अद्भुत संयोजनों, विशेषज्ञों के साथ चर्चाओं तथा छात्रों द्वारा निष्पादित प्रदर्शनों के जरिए विविध कला रूपों का इस्तेमाल करके मानसिक स्वास्थ्य के विविध मुद्दों की ओर लोगों का ध्यान आकृष्ट करना था। फिल्म निर्माताओं और प्रदर्शन करने वाले कलाकारों के सहयोग से इस समारोह ने मानसिक स्वास्थ्य में संवर्द्धन करने के लिए हमारे सामूहिक प्रयास में लोक-संवाद शुरू करने में छाप छोड़ी।

11.2.7 केन्द्र तथा राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरणों के लिए सहायता

मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 के अनुसार केन्द्र स्तर पर केन्द्रीय मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण और राज्य स्तर पर राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण का प्रावधान है। इन सांविधिक शासी निकायों को एक राज्य/संघ राज्य क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास, विनियमन और समन्वय सेवाओं के कार्य सौंपे जाते हैं और वे अपने संबंधित राज्यों तथा संघ (राज्य क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य) अधिनियम, 1987 के कार्यान्वयन के लिए भी उत्तरदायी होते हैं। राज्यों में प्रदर्यात्मक एसएमएचए होने चाहिए ताकि मानसिक स्वास्थ्य क्रियाकलाप शुरू किए जा सकें। तथापि, अधिकांश राज्यों में इन निकायों के लिए कोई वित्तीय सहायता

नहीं मिलती है और क्योंकि वे एक तदर्थ ढंग से कार्य करते हैं और मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 के कार्यान्वयन और मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम, 1987 और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के कार्यान्वयन किए जाने की अपनी सांविधिक भूमिका के साथ न्याय नहीं कर सकते हैं। 11 वीं योजना अवधि के दौरान एनएमएचपी के अंतर्गत सहायता का अनुमोदन किया गया है। कुल आबंटन 5 करोड़ रूपए है। मौजूदा वित्त वर्ष के दौरान 31 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में 31 राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकारियों को निधियां प्रदान की गई हैं।

11.2.8 निगरानी तथा मूल्यांकन

राज्यों में मौजूदा एनएमएचपी योजनाओं के कार्यान्वयन में सुधार लाने और निगरानी को सुदृढ़ बनाए जाने के लिए XIवीं योजना अवधि के दौरान कार्यक्रम के तहत सहायता को अनुमोदित किया गया है। योजना अवधि हेतु कुल आबंटन 8.0 करोड़ रूपए है।

11.2.9 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की मुख्य धारा में लाना

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के घटकों को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की समग्र मुख्य धारा में लाने के लिए प्रयास किए जा रहे हैं जिससे कि राज्य अपनी पी आई पी के भाग के रूप में संबद्ध मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकताओं की योजना बनाने में समर्थ हो सके।

11.2.10 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के तहत व्यय विवरण

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के लिए 11 वीं योजना परिव्ययों हेतु 623.445 करोड़ रूपए अनुमोदित किए गए हैं। एनएमएचपी के लिए वर्षवार वित्तीय आबंटन और होने वाला व्यय निम्न तालिका में दिया गया है :-

वित्तीय वर्ष	आबंटन (करोड़ रूपए में)	व्यय (करोड़ रूपए में)
2007-08	38	14.57
2008-09	70	23.45
2009-10	55	52.27
2010-11	101	90.90
2011-12	130 (जिसमें जीआईए के लिए 98.90 करोड़ और पूर्वोत्तर के लिए 20 करोड़ रूपए शामिल हैं।)	40.53 (आज की तारीख तक जिसमें जीआईए के लिए 35.48 करोड़ रूपए शामिल हैं।)

मानसिक स्वास्थ्य के संबंध में प्रिंट मीडिया अभियान

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

मानसिक रोग किसी को भी हो सकता है उनकी सहायता करें!



यदि रोग कोई भेद भाव नहीं करता है तो हम क्यों करें?

मानसिक रोग से पीड़ित व्यक्ति उपचार तथा परिवार एवं मित्रों के प्यार एवं सहायता से शांति पूर्ण एवं उत्पादक जीवन जी सकते हैं।

आपको कब डाक्टर से सहायता लेनी चाहिए ?

- ✓ स्पष्ट रूप से सोचने और दैनिक कार्यों को करने में कठिनाई,
- ✓ बार-बार एवं अतार्किक (गलत) विचारों का आना,
- ✓ आवृत्त, मन (इच्छा) एवं एकाग्रता में अचानक परिवर्तन,
- ✓ वैसी चीजों को देखना और सुनना जो आप पास मौजूद नहीं हैं,
- ✓ आत्म हत्या का विचार बार-बार आना एवं आत्म हत्या से संबंधित आचरण करना,
- ✓ क्रोध, भय, चिंता, अपराध बोध या उदासी या खुशी की लगातार अनुभूति,
- ✓ डाक्टर कि सलाह बिना औषधों, शराब या तम्बाकू का अत्यधिक सेवन,
- ✓ व्यक्ति के समग्र व्यक्तित्व में परिवर्तन,
- ✓ सामाजिक मेल-मेल में परिवर्तन और व्यवसायिक कार्य में समस्याएं,

अज्ञेयता लक्षणों के दिखाई देने पर किन्हीं किसी वेंदी के नजदीक स्थित स्वास्थ्य केन्द्र या मनस्विकित्वा विभाग में जाएं।



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, निर्माण भवन, नई दिल्ली - 110108 द्वारा जनहित में जारी अधिक जानकारी के लिए www.mohfw.nic.in पर देख सकते हैं।

Poster Size 17" X 22"

11.3 राष्ट्रीय तंबाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी)

11.3.1 तम्बाकू आज विश्व में मृत्यु और रोग का सबसे महत्वपूर्ण निवार्य कारण है। विश्व में तम्बाकू के उपयोग से होने वाले रोगों से हर वर्ष लगभग 5.4 मिलियन लोग मर जाते हैं। इन मौतों में से 80 प्रतिशत से अधिक मौतें विकासशील देशों में होती हैं। तम्बाकू मौत के 8 प्रमुख कारणों में से 6 के लिए एक जोखिम कारक हैं। भारत में हर वर्ष तम्बाकू के इस्तेमाल से संबद्ध रोगों के कारण लगभग 8-9 लाख लोग मरते हैं। भारत में लगभग 30 प्रतिशत कैसर तम्बाकू के इस्तेमाल से संबद्ध हैं। अधिसंख्य कार्डियोवास्कुलर रोग और फेफड़ा विकार सीधे तौर पर तम्बाकू के उपयोग के लिए उत्तरदायी हैं।

भारत विश्व में तम्बाकू उत्पादों का दूसरा सबसे बड़ा (चीन के बाद) उपभोक्ता है। वैश्विक वयस्क तम्बाकू सर्वेक्षण (जीएटीएस) 2009-10 के अनुसार 47.8 प्रतिशत पुरुष और 20.3 प्रतिशत

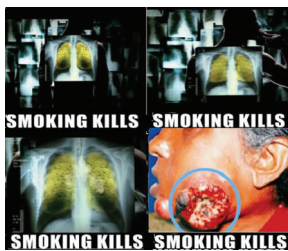
महिलाएं किसी न किसी रूप में तम्बाकू का उपभोग करते हैं। वैश्विक युवा तम्बाकू सर्वेक्षण (जीवाईटीएस भारत), 2009 भी बताता है कि 13–15 वर्ष की आयु समूह के 14.6 प्रतिशत बच्चे किसी रूप में तम्बाकू का इस्तेमाल करते हैं और तम्बाकू का इस्तेमाल शुरू करने की आयु घटी है।

तम्बाकू सेवन के खतरनाक दुष्प्रभावों से युवकों और आमजन, अप्रत्यक्ष धूम्रपानकर्त्ता को बचाने, और तम्बाकू उपभोग को हतोत्साहित करने की मंशा से संसद ने सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पाद (विज्ञापन का प्रतिषेध और व्यापार और वाणिज्य, उत्पादन, आपूर्ति और वितरण का विनियमन) अधिनियम 2003 नामक तम्बाकू रोधी कानून बनाया है। यह अधिनियम तम्बाकू उत्पादों पर लागू है और इसके दायरे में सारा भारत आता है। तम्बाकू रोधी कानून के विशेष उपबंधों में निम्नलिखित शामिल हैं:



- 1) सार्वजनिक स्थानों पर धूम्रपान पर प्रतिबंध (धारा-4)।
- 2) तम्बाकू उत्पादों के प्रत्यक्ष/अप्रत्यक्ष विज्ञापन पर प्रतिबंध (धारा-5)।
- 3) 18 वर्ष से कम आयु के व्यक्तियों को तम्बाकू उत्पादों की बिक्री करने पर प्रतिबंध (धारा-6 क)।
- 4) शैक्षिक संस्थाओं के 100 गज के भीतर तम्बाकू उत्पादों की बिक्री करने पर प्रतिबंध (धारा-6 ख)।
- 5) तम्बाकू उत्पादों पर सचित्र विनिर्दिष्ट स्वास्थ्य चेतावनियों का अनिवार्य प्रदर्शन (धारा-7)।
- 6) तारकोल (टार) और निकोटीन के लिए तम्बाकू उत्पादों की जांच।

सार्वजनिक स्थानों में धूम्रपान प्रतिषेध संबंधी कानून 2 अक्टूबर 2008 से प्रवृत्त हुआ। नियमों के अनुसार सार्वजनिक स्थानों पर सामूहिक हस्ताक्षर से धूम्रपान मुक्त होने का प्रदर्शन करना अनिवार्य है। सभी तम्बाकू उत्पादों पर विशेष स्वास्थ्य



तम्बाकू उत्पाद के धूम्रपान रूपों, के पैकों के लिए



तम्बाकू उत्पादों के धुआंरहित रूपों के पैकेटों के लिए

चेतावनियों का सचित्र प्रदर्शन अनिवार्य करने वाले नियमों को लेबल और पैकेज पर प्रदर्शित करना 31 मई 2009 से लागू हुआ। सभी तम्बाकू उत्पादों पर नए दृश्यात्मक स्वास्थ्य चेतावनियों का एक सेट अधिसूचित कर दिया गया है और यह एक दिसम्बर, 2011 से लागू हो गया है। दृश्यात्मक स्वास्थ्य चेतावनियों का नया सेट निम्नानुसार है :

इसके अतिरिक्त, अठारह वर्ष की आयु से कम आयु वाले व्यक्ति को और द्वारा तम्बाकू उत्पादों की बिक्री पर प्रतिषेध से संबंधित नियमों को दिनांक 11 अगस्त, 2011 की सा का नि सं. 619 (अ) के तहत अधिसूचित किया गया है तथा फिल्मों और टेलीविजन में तम्बाकू सेवन के दृश्य दिखाने पर प्रतिबंध लगाने से संबंधित नियम दिनांक 27 अक्टूबर, 2011 की सा का नि सं. 786 (अ) के तहत अधिसूचित किए गए हैं।

भारत सरकार ने दिनांक 27-10-11 के सा का नि सं. 786 (अ) के तहत "सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पाद (विज्ञापन का प्रतिषेध और व्यापार एवं वाणिज्य, उत्पादन, संदाय तथा वितरण का विनियमन) (दूसरा संशोधन) नियम, 2011 अधिसूचित किया है जो दिनांक 14.11.2011 से प्रभावी हो गया है और इसमें फिल्मों तथा टी वी कार्यक्रमों में सिगरेट और अन्य तम्बाकू उत्पादों के सेवन को विनियमित करने संबंधी प्रावधान हैं।

11.3.2 तम्बाकू नियंत्रण संबंधी विष्व स्वास्थ्य संगठन ढांचागत अभिसमय (एफसीटीसी)

विश्व स्वास्थ्य संगठन के तत्वाधान के तहत की गई प्रथम वैश्विक स्वास्थ्य संधि है। दिनांक 5 फरवरी, 2004 को भारत ने एफसीटीसी का अनुसमर्थन किया और अब यह अभिसमय का एक पक्ष है और इसे अंतरराष्ट्रीय संधि के सभी प्रावधानों को लागू करना होता है। इसमें तम्बाकू की मांग और आपूर्ति में कमी करने संबंधी कुछ कार्यनीतियों में मूल्य निर्धारण और कर संबंधी उपाय और गैर-मूल्य निर्धारण उपाय (सांविधिक चेतावनियां विज्ञापन पर व्यापक प्रतिबंध को बढ़ावा देना, प्रयोज्यता, तम्बाकू उत्पाद विनियमन आदि) शामिल है। आपूर्ति में कमी करने संबंधी कार्यनीतियों में अवैध व्यापार का सामना करना, तम्बाकू कृषकों और कामगारों को वैकल्पिक आजीविका प्रदान करना और नाबालिगों को तथा उनके द्वारा बिक्री करने को विनियमित शामिल है।

11.3.3 राष्ट्रीय तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी)

तम्बाकू नियंत्रण कानूनों के कारगर कार्यान्वयन को सुकर बनाने, तम्बाकू के हानिकारक प्रभावों के बारे में अत्यधिक जागरूकता

लाने और डब्ल्यूएचओ-एफसीटीसी के अंतर्गत बाध्यताओं को पूरा करने के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने 11 वीं पंचवर्षीय योजना में एक नया राष्ट्रीय तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम प्रारंभ किया है। वर्ष 2007-08 में 9 राज्यों को शामिल करते हुए 18 जिलों में राष्ट्रीय तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम को शुरू किया गया था। वर्ष 2008-09 में 12 राज्यों को शामिल करते हुए 24 नए जिलों तक इसका विस्तार किया गया है। फिलहाल, देश में 21 राज्यों के 42 जिलों में यह कार्यक्रम कार्यान्वयन अधीन है। एनटीसीपी के प्रमुख घटक हैं :-

क. राष्ट्रीय स्तर

i. **राष्ट्रीय स्तरीय मास मीडिया अभियान** : तम्बाकू सेवन के जोखिमों के खतरों के संबंध विभिन्न तम्बाकू रोधी आई ई सी सामग्रियां तैयार की गई हैं और जन जागरूकता में बढ़ाने के लिए रेडियो, टी वी के जरिए इनका व्यापक रूप से प्रचार-प्रसार किया गया है। निम्नलिखित नए स्पॉट्स तैयार किए गए हैं और इन्हें सभी राष्ट्रीय स्तरीय इलैक्ट्रॉनिक माध्यमों (टी वी और रेडियो) में प्रसारित किया गया है :

- तम्बाकू चबाना —मुकेश
- बीड़ी पीना और सी वी डी
- शिशुओं पर तम्बाकू के हानिकारक प्रभाव के संबंध में बेवी अलाइव।

इसके अतिरिक्त देशभर में, प्रमुख राष्ट्रीय तथा क्षेत्रीय दैनिक समाचार पत्रों में तम्बाकू नियंत्रण पर अनेक सार्वजनिक सूचनाएं जारी की गई थीं। 31 मई, 2011 को विश्व तम्बाकू रहित 1 दिवस पर देश भर में प्रमुख राष्ट्रीय तथा क्षेत्रीय दैनिक समाचार पत्रों में एक अर्ध पृष्ठ रंगीन विज्ञापन भी जारी किया गया था।

- ii. सीओटीपीए, 2003 के अंतर्गत यथापेक्षित विनियामक क्षमता का निर्माण करने के लिए तम्बाकू उत्पाद जांच प्रयोगशालाओं की स्थापना।
- iii. एनआरएचएम कार्य ढांचे के अंतर्गत स्वास्थ्य प्रदाय तंत्र के भाग के रूप में कार्यक्रम घटकों को मुख्य धारा में लाना।
- iv. अन्य नोडल मंत्रालयों के साथ वैकल्पिक फसलों और आजीविकाओं पर अनुसंधान और प्रशिक्षण को मुख्य धारा में लाना।
- v. निगरानी सहित मॉनीटरिंग और मूल्यांकन अर्थात् वयस्क तम्बाकू सर्वेक्षण (एटीएस)।

ख. राज्य स्तर

i. तम्बाकू रोधी पहलों के कारगर कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग के लिए समर्पित तम्बाकू नियंत्रण सेल।

ग. जिला स्तर

- i. स्वास्थ्य और सामाजिक कार्यकर्ताओं, गैर सरकारी संगठनों, स्कूल अध्यापकों आदि का प्रशिक्षण।
- ii. स्थानीय आईईसी कार्यकलाप।
- iii. तम्बाकू मुक्ति सुविधाओं की व्यवस्था।
- iv. स्कूल कार्यक्रम
- v. तम्बाकू नियंत्रण कानूनों की निगरानी

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार (एम ओ एच एफ डब्ल्यू) ने भारतीय जन स्वास्थ्य प्रतिष्ठान (पी एच एफ आई) तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) के साथ दिनांक 4-5 अप्रैल, 2011 को राष्ट्रीय धुआंरहित तम्बाकू परामर्श का आयोजन किया। इस परामर्श का मुख्य उद्देश्य धूम्ररहित तम्बाकू सेवन और भारत में इसके सेवन को विनियमित/नियंत्रित करने हेतु संभावित नीतियों की समस्याओं के परिणाम को उजागर करना था। पूरे देश से 80 से ज्यादा तम्बाकू नियंत्रण विशेषज्ञों तथा चुनिंदा अंतरराष्ट्रीय विशेषज्ञों ने धुआंरहित तम्बाकू उत्पादों के अवयवों और हानिकारक प्रभावों संबंधी उपलब्ध वैज्ञानिक साक्ष्य तथा भारत में इसके उत्पादन, संदाय पर पूर्णतया प्रतिबंध लगाने की संभाव्यता अथवा विनियमन हेतु तर्क संगतता के बारे में इस परामर्श में भाग लिया। इस परामर्श की सिफारिशें देश में धुआंरहित तम्बाकू महामारी को नियंत्रित करने एक ढांचा (फ्रेम वर्क) प्रदान करता है तथा यह शीर्ष न्यायालय में न्यायिक/विधिक कार्यकलाप के लिए एक सहायक दस्तावेज भी है।



स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार (एम ओ एच एफ डब्ल्यू) ने सलाम बाम्बे फाउण्डेशन और विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यू एच ओ) के सहयोग से केन्द्रीय फिल्म प्रमाणन

बोर्ड (सी बी एफ सी) के सदस्यों के लिए संवेदीकरण कार्यशाला का आयोजन किया। यह कार्यशाला दिनांक 28 सितम्बर, 2011 को आयोजित की गई थी और यह फिल्मों और टेलीविजन के जरिए तम्बाकू उत्पादों को प्रोत्साहन देने संबंधी मुद्दों पर सूचना और प्रसारण मंत्रालय, केन्द्रीय फिल्म पणधारियों के विनियोजन में सहायक हुई है। डब्ल्यू एच ओ द्वारा तैयार की गई “ स्मोक फ्रॉम मूवीज :फ्रॉम एविडेन्स टू एक्शन” (द्वितीय संस्करण) जारी किया गया।

11.3.4 डब्ल्यू एच ओ/बीजीआई (ब्लूमबर्ग वैश्विक पहलें) के सहयोग से अन्य पहलें

I. परामर्शी (हिमायती) कार्यशालाएं

- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा भारत में डब्ल्यूएचओ के सहयोग से एक



राष्ट्रीय कार्यशाला और देश के पश्चिमी, मध्य, दक्षिणी और उत्तरी क्षेत्र में पांच क्षेत्रीय परामर्शी कार्यशालाएं आयोजित की गई थी। ताकि तम्बाकू संबंधी नियंत्रण विधि नियम और विभिन्न स्टेकहोल्डर्स को सुग्राही बनाया जा सके। इन कार्यशालाओं का उद्देश्य मौजूदा विधानों सहित तम्बाकू नियंत्रण के मुद्दों के बारे में जागरूकता सृजन और सी ओ टी नी ए, 2003 के उपबंधों की प्रवर्तन क्षमता में सुधार करना था। इनका कार्यशालाओं के जरिए भारत सरकार में सिविल सोसाइटी ग्रुप के 800 प्रमुख कार्मिकों को तम्बाकू विरोधी कानूनों और इसकी संबंधित प्रवर्तन कार्यनीतियों के बारे में सुग्राही बनाया गया था।

- राष्ट्रीय और क्षेत्रीय स्तरीय सफलतापूर्ण के पश्चात आंध्र प्रदेश, उत्तर प्रदेश, बिहार, राजस्थान, जम्मू और कश्मीर, पंजाब तथा महाराष्ट्र में राज्य सलाहकारी कार्यशालाएं की गई थी और सरकारी (सरकारों) और सिविल सोसाइटी

ग्रुपों में लगभग 700 प्रमुख कार्मिकों को तम्बाकू विरोधी कानून और इसकी संबंधित प्रवर्तन कार्यनीतियों के बारे में सुग्राही बनाया गया था। जिला स्तर पर तम्बाकू नियंत्रण कानूनों के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए राष्ट्रीय तथा राज्यवार प्रवर्तन कार्रवाई योजनाएं तैयार करने के लिए अनुशंसाओं की व्यापक सूचियां तैयार की गई हैं।

- इन कार्यशालाओं के जरिए प्रमुख स्टेकहोल्डर मंत्रालय/विभाग जैसे कि पुलिस, शिक्षा, सीमा तथा उत्पाद शुल्क सूचना तथा प्रसारण, पर्यटन, परिवहन, श्रम, कृषि आदि को तम्बाकू नियंत्रण में उनकी भूमिका के लिए सुग्राही बनाया गया था। इसके अतिरिक्त विभिन्न परामर्शी सामग्रियों को तैयार किया गया था इन कार्यशालाओं के जरिए उनका प्रसार किया गया।
- राज्य तम्बाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ, आंध्र प्रदेश ने तम्बाकू उत्पादकों और संबद्ध प्राधिकारियों के लिए वैकल्पिक फसलों के संबंध में सुग्राहीकरण कार्यशाला का आयोजन किया था। इस कार्यशाला का मुख्य उद्देश्य तम्बाकू उत्पादक के स्वास्थ्य पर पड़ने वाले परिणामों के बारे में किसानों को सुग्राही बनाना तथा किसानों को वैकल्पिक फसलों की ओर रुख बदलने पर विचार करने हेतु प्रोत्साहित करना था। यह कार्यशाला गुंटुर में दिनांक 21 नवम्बर, 2011 को आयोजित की गई थी और इसमें आंध्र प्रदेश के 5 जिलों के तम्बाकू उत्पादक किसानों, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के वरिष्ठ प्राधिकारियों, गुंटुर जिले के सह-समाहर्ता, भारतीय तम्बाकू बोर्ड के कार्यकारी निदेशक, केन्द्रीय तम्बाकू अनुसंधान संस्थान के निदेशक, आंध्र प्रदेश कृषि विभाग के संयुक्त सचिव, वन विभाग के अधिकारियों, तमिलनाडु तम्बाकू विकास बोर्ड के निदेशक, गुंटुर के जिला चिकित्सा और स्वास्थ्य अधिकारी, जिला तम्बाकू नियंत्रण प्रकोष्ठ-गुंटुर, सिविल सोसाइटी और मीडिया सहित लगभग 150 लोगों ने भाग लिया। तम्बाकू के संबंध में वैकल्पिक फसलों पर विशेषज्ञों ने तकनीकी सत्रों का प्रस्तुतिकरण किया और उसके बाद किसानों के साथ विचारों का आदान-प्रदान किया गया।
- सलाम बांबे फाउंडेशन ने स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय और डब्ल्यू एच ओ के साथ सहयोग किया और 10 मई, 2011 मुम्बई में तम्बाकू सेवन के कुप्रभावों के प्रति युवाओं में जागरूकता पैदा करने के लिए प्रसिद्ध गायक-शान द्वारा गाए गए 'लाइफ से पंगा मत ले यार' संगीत

सार्वजनिक नोटिस

सावधान

तंबाकू उत्पादन के निर्माता,
वितरक और रिटेलर

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा दिनांक 26 जुलाई, 2011 के सा का नि 570 (अ) तथा दिनांक 27 मई, 2011 की सा का नि 417 (अ) की राजपत्र अधिसूचना के तहत नए दृश्यात्मक स्वास्थ्य चेतावनियां दिनांक 1 दिसम्बर, 2011 से लागू हो गई हैं

Every person engaged directly or indirectly in the production, supply, import or distribution of cigarettes or any other tobacco products shall ensure that all tobacco product packages shall have specified health warnings as prescribed in the aforesaid notification.

Cigarette pack



Bidi pack



Gutka/ other smokeless tobacco products pack



उपर्युक्त प्रावधानों का उल्लंघन एक दंडनीय अपराध है जिसमें सिगरेट और अन्य तंबाकू उत्पाद (विज्ञापन का प्रतिषेध और व्यापार एवं वाणिज्य, उत्पादन, संदाय और वितरण का विनियमन) अधिनियम, 2003 की धारा 20 में यथाविहित कारावास और जुर्माना अथवा दोनों किए जा सकते हैं।

The CD containing the pictorial health warning images, text warning and language combinations may be obtained from Room No 425, Wing - C, Nirman Bhawan, New Delhi - 110108. Telephone No: 011-23012735.



Ministry of Health & Family Welfare,
Govt. of India.

Issued in public interest by



National Tobacco Control Programme

The details of the specifications are available at www.mohfw.nic.in

विडियो लांच किया गया। शान के तंबाकू नियंत्रण के लिए राजदूत घोषित किया गया

11.4 पोषण

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय पोषण प्रकोष्ठ (न्यूट्रिशन सेल) द्वारा नीति निर्माण, कार्यक्रम कार्यान्वयन और मूल्यांकन तथा विभिन्न स्तरों के मेडिकल और परा मेडिकल कार्मिकों के लिए प्रशिक्षण पाठ्यक्रम से जुड़े सभी विषयों पर तकनीकी सलाह प्रदान करता है। यह प्रकोष्ठ खाद्य पदार्थों के मानकों और लेबलों, खाद्य पदार्थों का पुष्टिकरण, पोषण संबंधित प्रस्तावों, परियोजना मूल्यांकन, अनुसंधान परियोजनाओं की समीक्षा आदि की तकनीकी संवीक्षा भी करता है।

यह प्रकोष्ठ विभिन्न प्रकार की सामग्रियों के प्रचार-प्रसार सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी से होने वाले विकारों, भोजन संबंधी गंभीर विकारों और विभिन्न प्रकार की सूचना, शिक्षा व सम्प्रेषण सामग्री के प्रसार के जरिए स्वास्थ्य जीवन शैली को बढ़ावा देने के बारे

में जागरूकता उत्पन्न करने के प्रयास कर रहा है। अब तक उपर्युक्त मुद्दों पर पर्चे और पोस्टरों, आईडीडी संबंधी वीडियो स्पॉट्स के प्रसार द्वारा यह किया। विभिन्न क्षेत्रीय भाषाओं में माइक्रोन्यूट्रिशन की कमी सहित अल्प पोषण संबंधी रेडियो कार्यक्रम के साथ-साथ राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम, चिरकालिक गैर संचारी रोग संबंधी आहार तथा स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देने संबंधी वीडियो फिल्म भी हिन्दी में तैयार की गई थी। इस प्रकोष्ठ ने व्यापक मौजूदा पौषणिक थिरेपी-नैदानिक प्रथाओं में दिशानिर्देश शीर्षक नामक एक प्रकाशन भी तैयार किया है जो डॉक्टरों, आहारविदों तथा नर्सों के लिए एक पुस्तिका डॉक्टरों, स्वास्थ्य व्यावसायिकों को परिचालित किया गया है।

यह प्रकोष्ठ सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी, अस्पताल भोजन, फ्लोरोसिस, भोजन संबंधी गंभीर विकारों और स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देने, फास्ट/जंक फूड आदि पोषण से संबंधी केन्द्रीय मुद्दों पर (राष्ट्रीय और क्षेत्रीय स्तरीय) कार्यशालाएं और बैठकें आयोजित करता है।

केन्द्रीय स्तर पर पोषण प्रकोष्ठ देश में फ्लोरोसिस से संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं पर ध्यान देने/दूर करने के लिए वर्ष 2008-09 शुरू की गई स्वास्थ्य संबंधी एक नई पहल अर्थात " राष्ट्रीय फ्लोरोसिस निवारण और नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीपीसीएफ)" के कार्यान्वयन में सभी प्रशासनिक और तकनीकी मामलों का समन्वय और मॉनीटर करता है।

11.5 राष्ट्रीय राजमार्गों पर स्थित राज्य सरकार के अस्पतालों की अभिघात परिचर्या सुविधाओं की स्थापना

सड़क नेटवर्क (तंत्र) में विस्तार, आधुनिकीकरण और देश में शहरीकरण के साथ-साथ सड़क दुर्घटनाओं में वृद्धि हुई है और जिसके कारण सड़क यातायातों में चोटें और मौतों की संख्या प्रमुख सार्वजनिक स्वास्थ्य की चिंता के रूप में उभरी है। आज देश भर में सड़क यातायात में चोटें, गंभीर सामाजिक आर्थिक लागतों सहित मौतों अपंगताओं और अस्पताल में भर्ती होने के प्रमुख कारणों में से एक कारण हैं। सड़क सुरक्षा 2008 संबंधी डब्ल्यू एच ओ वैश्विक स्थिति रिपोर्ट के अनुसार प्रतिवर्ष 1.2 मिलियन से ज्यादा लोगों की विश्व की सड़कों पर मृत्यु होती और 50 मिलियन से ज्यादा लोग घायल होते हैं। वैश्विक स्तर पर सड़क दुर्घटना संबंधी मौतों का वर्ष 2004 में जीवन क्षति के अक्षमता समायोजित वर्षों के कारण के रूप में नौवां स्थान था और वर्ष 2030 तक इसका स्थान पांचवा होने की आशा है। राष्ट्रीय क्राइम रिकार्ड ब्यूरो -2008 की रिपोर्ट के अनुसार वर्ष 2008 के दौरान 4,15,855 यातायात संबंधी दुर्घटनाओं की सूचना मिली थी

जिसमें 1,18,239 लोगों की मृत्यु हुई थी तथा 4,69,100 लोगों को चोटें आई थी। रोड यातायात संबंधी चोटों और मौतों से विशेषतौर पर विकासशील अर्थव्यवस्थाओं पर अत्यधिक आर्थिक बोझ पड़ता है। भारत में सड़क दुर्घटनाओं के आधे से ज्यादा भुक्त-भोगियों का आयु-समूह 25-65 वर्ष होता है, जो पारिश्रमिक अर्जन करने वाला तथा बच्चों का पालन करने वाला मुख्य आयु-समूह होता है। मृत्यु अथवा अक्षमता की वजह से मुख्य जीविकोपार्जक तथा मुखिया की मौत घातक हो सकती है जो अत्यधिक शोकाकुल मानव जीवन के अलावा निम्नतर जीवन स्तर और गरीबी की ओर ले जाती है।

इसी पृष्ठभूमि में 9 और 10 वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान सड़क दुर्घटना में पीड़ित व्यक्ति को तत्काल उपचार प्रदान करने की दृष्टि से स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय दामता निर्माण हेतु सहायता (असिस्टेंस फॉर केपिसिटी बिल्डिंग) की स्कीम के तहत राष्ट्रीय राजमार्गों पर स्थित राज्य सरकार के अस्पतालों में आपाती अभिघात परिचर्या सुविधा का उन्नयन और सुदृढीकरण करने के लिए एक परियोजना को कार्यान्वित कर रहा है जिसके अंतर्गत अधिकतम 1.5 करोड़ रूपए प्रति अस्पताल या अस्पताल की वास्तविक जरूरत इनमें से जो भी कम हो, की कुल वित्तीय सहायता प्रदान की गई थी। 9 वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान, 13 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में 18 अस्पतालों/चिकित्सा संस्थानों को राष्ट्रीय राजमार्गों पर नगरों के राज्यीय अस्पतालों की आपाती सुविधाओं के सुदृढीकरण के लिए प्रत्येक की 1.5 करोड़ रूपए की दर से अनुदान मिला। 10 वीं अवधि के दौरान 110 करोड़ रूपए का योजनागत आबंटन किया गया है। 10 वीं योजना के दौरान 30 राज्यों में 85 अस्पतालों/संस्थाओं को अनुदान मिला। कुल मिलाकर, 9 वीं और 10 वीं योजना के दौरान 103 संस्थाओं को लगभग 139.00 करोड़ रूपए जारी किए गए।

बाद में इस स्कीम का मूल्यांकन मंत्रालय द्वारा किया गया और इसमें अपेक्षित वार्षिक शक्ति की कमी, सिविल निर्माण कार्य का अपर्याप्त वित्तपोषण इत्यादि जैसे कतिपय कमियां देखी गईं। इन तथ्यों के आलोक में 11 वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान राष्ट्रीय राजमार्गों पर दिल्ली से कोलकाता, चेन्नई से मुंबई से दिल्ली को जोड़ने वाले 5846 किमी. उत्तर-दक्षिण कोरीडोर और कश्मीर से कन्याकुमारी और सिल्वर से पोरबन्दर को जोड़ने वाले 7716 किमी. पूर्व-पश्चिम कोरीडोर के तहत कवर होने वाले मार्ग सहित स्वर्णचतुर्भुज के साथ 140 अभिघात केन्द्रों का एक नेटवर्क बनाने के लिए 732.75 करोड़ रूपए के कुल परिव्यय से एक संशोधित नई योजना अनुमोदित की गई है। गलियारों के आस-पास अभिघात परिचर्या सुविधाओं ने नेटवर्क से स्वर्णिम घड़ी संकल्पना का पालन करके भारत में सड़कों पर दुर्घटना संबंधी अभिघात के कारण होने वाली मौतों और रूग्णता में कमी आएगी।

इस योजना में अभिघात परिचर्या केन्द्रों अर्थात् एल-III एल-II तथा एल-I की 3 श्रेणी के लिए प्रावधान हैं। स्तर-III अभिघात केन्द्र इस प्रकार डिजायन किया गया है कि मरीज की दशा को स्थिर किया जाए और अभिघात पीड़ित को संभाला जाए और आगे और प्रबंधन के लिए आवश्यकताओं यथानुसार अभिघात पीड़ित व्यक्तियों को निश्चित परिचर्या मुहैया करवाई जाएगी जबकि एल-I में जटिल चोटों सहित मरीजों को उत्कृष्ट स्तर की निश्चित और व्यापक परिचर्या प्रदान हो सकेगी।

स्तर-III स्तर-II तथा स्तर-I के लिए क्रमशः 4.8 करोड़ रु. 9.65 करोड़ रु. तथा 16 करोड़ रु. की धनराशि की वित्तीय सहायता मुहैया करवाई जाती है ताकि मौजूदा राज्य सरकार के अस्पतालों की जनशक्ति, बिल्डिंग, उपकरणों, संप्रेषण नेटवर्क तथा विधिक सेवाओं तथा डाटा एंट्री ऑपरेटर को सुदृढ बनाया जा सके।

प्रत्येक अभिघात केन्द्रों पर, भूतल परिवहन मंत्रालय द्वारा एक उन्नत जीवन सहायक एम्बुलेंस का संवर्धन किया जात है जबकि एनएचएआई प्रत्येक 50 किमी. के राजमार्ग पर एक बुनियादी जीवन सहायक एम्बुलेंस मुहैया करवा रहा है। विभिन्न राज्यों में 70 चुनिंदा सरकारी अस्पतालों की एक उन्नत जीवन सहायक एम्बुलेंस प्रदान की गई है।

140 चुनिंदा सरकारी अस्पतालों में से अब तक 15 राज्यों में 113 अभिघात परिचर्या केन्द्रों को चरणवार वित्तीय सहायता प्रदान की गई है जो प्रगति के विभिन्न चरणों में है। 113 में से 26 अभिघात परिचर्या केन्द्र (ए पी-6, असम-1, गुजरात-4, हरियाणा-1, कर्नाटक-6, मध्य प्रदेश-2, महाराष्ट्र-1, पंजाब-2, तमिलनाडु-1, उत्तर प्रदेश-2) कार्यात्मक है।

11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान योजना के लिए वर्षवार बजट आबंटन की तुलना में जारी निधियां इस प्रकार हैं :

वर्ष	आबंटित निधियां (करोड़ रु.)	जारी निधियां (करोड़ रु.)
2007-08	42	37
2008-09	120	110.34 (पूर्वोत्तर राज्यों के लिए 10 करोड़ रु. सहित)
2009-10	55	55
2010-11	79	79
2011-12	45	30

तत्पश्चात और परियोजना के मूल्यांकन के पश्चात (स्वर्ण चतुर्भुज उत्तर दक्षिण तथा पूर्व-पश्चिम कोरिडोर) अधिकांश दुर्घटनाओं सहित राष्ट्रीय राजमार्ग और निम्नलिखित मापदंडों पर विचार करते हुए 12 वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान अभिघात केन्द्रों के नेटवर्क में 160 और अन्य अभिघात परिचर्या केन्द्रों को शामिल किया जाएगा :

- ❖ दो प्रमुख शहरों को जोड़ने के लिए।
- ❖ प्रमुख शहरों के अलावा मुख्य शहरों को जोड़ना।
- ❖ पत्तनों को प्रमुख शहरों से जोड़ना।
- ❖ औद्योगिक नगरों के साथ प्रमुख शहरों को जोड़ना।

11.6 राष्ट्रीय बधिरता निवारण एवं नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीपीसीडी)

11.6.1 आज मनुष्यों में श्रवण हानि सर्वाधिक सामान्य संवेदी क्षति है। भारत में विश्व स्वास्थ्य संगठन के आकलनों के अनुसार 63 मिलियन लोग हैं जो अत्याधिक श्रवण हानि से पीड़ित हैं; इससे अनुमानित व्याप्तता भारतीय जनसंख्या की 6.3 प्रतिशत हो जाती है। एन एस एस ओ के अनुसार इस समय प्रति एक लाख की जनसंख्या पर 291 व्यक्ति हैं जो तीव्रता से गंभीर श्रव्य हानि से पीड़ित हैं (एन एस एस ओ, 2009)। इनमें से एक बड़ी प्रतिशतता 0 से 14 वर्ष के बीच के बच्चों की है। इतनी बड़ी संख्या में बधिर युवाओं के होने से उत्पादकता, शारीरिक एवं आर्थिक दोनों की गहन क्षति होती है। हमारी जनसंख्या की इससे भी बड़ी प्रतिशतता मध्यम श्रेणी की श्रव्य हानि एवं एक पार्श्विक (एक पक्षीय) श्रव्य हानि से पीड़ित है।

11.6.2 कार्यक्रम के उद्देश्य

- (i) रोग अथवा चोट के कारण होने वाली परिहार्य बधिरता की रोकथाम करना।
- (ii) श्रव्य हानि एवं बहरेपन के लिए उत्तरदायी कर्ण समस्याओं की शुरु में ही पहचान, निदान एवं उपचार।
- (iii) बहरेपन से पीड़ित सभी आयु वर्गों के व्यक्तियों का चिकित्सीय रूप से पुनर्वास करना।
- (iv) बहरेपन वाले व्यक्तियों के लिए पुनर्वास कार्यक्रम की निरंतरता के लिए मौजूदा अंतर-क्षेत्रीय संयोजनों को सुदृढ़ करना।

- (v) उपस्कर एवं सामग्री तथा प्रशिक्षण कार्मिकों के लिए सहायता की प्रदानगी के जरिए कर्ण परिचर्या सेवाओं के लिए संस्थागत क्षमता को विकसित करना।

11.6.3 कार्यक्रम के घटक:

- (i) जनशक्ति प्रशिक्षण एवं विकास
- (ii) क्षमता निर्माण
- (iii) पुनर्वास सहित सेवा की व्यवस्था
- (iv) सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण कार्यकलापों के जरिए जागरूकता सृजन
- (v) अनुवीक्षण एवं मूल्यांकन

11.6.4 कार्यक्रम निष्पादन एवं विस्तार

यह कार्यक्रम 10 राज्यों के 25 जिलों और एक संघ राज्य क्षेत्र में जनवरी, 2007 से मार्च, 2008 तक प्रायोगिक आधार पर शुरू किया गया है। वर्ष (2008-09) में इस कार्यक्रम का विस्तार अन्य 35 जिलों में वर्ष (2009-10) में 41 जिलों में वर्ष (2010-11) में 75 जिलों में किया गया था और इसका कुल योग 16 राज्यों के 176 जिलों और 3 संघ राज्य क्षेत्र हो गया। 11 वीं पंचवर्षीय योजना के अंत तक 203 जिलों तक इस कार्यक्रम का विस्तार किए जाने का प्रस्ताव है।

11.6.5 एनपीपीसीडी की कार्यकलाप वार प्रगति

यह कार्यक्रम वर्ष 2011-12 में अपने क्रियान्वयन के पांचवें वर्ष में प्रवेश कर गया है।

क. एनपीपीसीडी के अंतर्गत प्रशिक्षण संबंधी कार्यकलाप-

मौजूदा वर्ष (2011-12) में राज्यों में कार्यक्रम के अंतर्गत विहित प्रशिक्षणों को आयोजित करने की प्रक्रिया चल रही है।

- (i) राज्य चिकित्सा कॉलेजों के ईएनटी सर्जनों/ऑडियोलॉजिस्टों का सुग्राहीकरण प्रशिक्षण।
- (ii) जिला अस्पताल स्तर के ईएनटी सर्जनों तथा ऑडियोलॉजिस्टों का दक्षता आधारित प्रशिक्षण।
- (iii) सीएचसी/जिला अस्पताल के प्रसूति रोग विज्ञानी/बाल रोग विज्ञानियों का प्रशिक्षण।
- (iv) पीएचसी और सीएचसी के चिकित्सा अधिकारियों का प्रशिक्षण।

(v) सीडीपीओ/एडब्ल्यूएस/एमपीडब्ल्यू।

(vi) एडब्ल्यूडब्ल्यू/आशा (एएसएचए)।

(vii) अध्यापक/माता-पिता।

ख. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों/जिला अस्पतालों का क्षमता निर्माण

i) जनशक्ति क्षमता निर्माण –

नोडल केन्द्र एआईआईएसए, मैसूर के साथ-साथ देश में चार केन्द्रों अर्थात् जिपमेर, पुदुच्चेरी, एआईआईपीएमआर, मुम्बई, आरआईएमएस, इम्फाल एवं आरएमएल, नई दिल्ली, आईजीएमसी, शिमला, जेएलएनएमसी, अजमेर, केजीएमसी, लखनऊ, जीएमसी जबलपुर, एसआरबीएमसी, कटक, आरआईएमएस रांची में ऑडियोमेट्रिक जनशक्ति की कमी के मुद्दे को हल (दूर करने के लिए) करने के लिए वार्षिक रूप से 220 विद्यार्थियों की प्रवेश क्षमता सहित एक वर्षीय ई-डीएचएलएस (श्रवण भाषा तथा स्पीच में डिप्लोमा) कार्यक्रम शुरू किया गया। 25 अगस्त, 2007 को इस कार्यक्रम को अधिकारिक रूप से शुरू किया गया था।

ii) जिला अस्पतालों/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों का अवसंरचना क्षमता निर्माण–

ईएनटी/श्रव्य विज्ञान उपस्कर के प्रापण तथा श्रव्य विज्ञान के लिए ध्वनिरोध कक्ष के निर्माण (9.50 लाख प्रति जिला) तथा सीएचसी/पीएचसी किट (10000 रु. प्रति किट) के लिए जिला अस्पताल हेतु निधियां जारी की गईं।

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र अपने-अपने जिला अस्पतालों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के लिए उपर्युक्त उपस्कर का प्रापण कर रहे हैं। तमिलनाडु, कर्नाटक, पुदुच्चेरी, महाराष्ट्र, गुजरात, उत्तराखंड, असम और चंडीगढ़ राज्यों ने उपस्करों का प्रापण किया है।

ग. सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण तथा जागरूकता अभियान:

अंग्रेजी, हिन्दी तथा मणिपुरी, असमिया, गुजराती, कन्नड़, तमिल एवं तेलगू क्षेत्रीय भाषाओं में 6 भिन्न-भिन्न पोस्टरों के रूप में सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण सामग्री मुद्रित की गई है। ये जिलों को मास मेलिंग के जरिए विभिन्न स्वास्थ्य केन्द्रों, अस्पतालों में वितरित किए गए हैं।

कार्यक्रम की और अधिक व्यापक आउटरीच को सुकर बनाने के लिए 6 वीडियो स्पॉट एवं 3 ऑडियोस्पॉट तैयार किए गए और

इन्हें राष्ट्रीय टी वी एवं उपग्रह के जरिए दिखाया/प्रसारित किया गया।

घ. श्रव्य सहायक उपकरणों का वितरण

श्रव्य सहायक उपकरणों के वितरण के लिए 25 जिलों को निधियां दी गईं जिसके अंतर्गत 6500/-रु. प्रतिमाह से कम मासिक आय वाले परिवारों के बधिर बच्चों को लगभग 2484 श्रव्य सहायक उपकरण (बी टी ई) लगाए गए हैं।

ड. मॉनीटरन और पर्यवेक्षण

एनपीपीसीडी के अंतर्गत की गई प्रगति की समीक्षा के लिए सभी राज्यों और जिला नोडल अधिकारियों की क्षेत्रीय समीक्षा बैठक की गई।

11.6.6 11वीं पंचवर्षीय योजना के तहत एनपीपीसीडी का विकास समूचे देश के 203 जिलों में किए जाने का प्रस्ताव है।

11.7 राष्ट्रीय फ्लोरोसिस निवारण और नियंत्रण कार्यक्रम

फ्लोरोसिस एक जन स्वास्थ्य समस्या है जो लंबे समय तक पेयजल खाद्य पदार्थों/औद्योगिक प्रदूषकों के अधिक मात्रा में लेने से होने वाली एक बीमारी है। इसके परिणामस्वरूप वृद्धावस्था से प्रेरित फ्लोरोसिस और गैर-कंकाली फ्लोरोसिस, जैसे प्रमुख स्वास्थ्य विकारों से आता है। ये हानिकारक प्रभाव स्थाई और अनुत्क्रमणीय होने के कारण इनकी प्रकृति व्यक्ति और समुदाय के स्वास्थ्य के लिए प्रतिकूल होती है जिससे देश की वृद्धि विकास और अर्थव्यवस्था पर असर पड़ता है।

11 वीं पंचवर्षीय योजना में देश में फ्लोरोसिस की रोकथाम करने और नियंत्रण के लक्ष्य सहित “राष्ट्रीय फ्लोरोसिस रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम” शीर्षक नामक नई स्वास्थ्य पहल शुरू की गयी है। इस कार्यक्रम के उद्देश्य में परियोजना शुरू करने के लिए पेय जल और आपूर्ति विभाग के फ्लोरोसिस के आधारभूत सर्वेक्षण आंकड़ों का संकलन, आकलन और उपयोग करना, चुने गए क्षेत्रों में फ्लोरोसिस का व्यापक उपचार, फ्लोरोसिस के रोगियों के निवारण, निदान और उपचार के लिए क्षमता निर्माण करना शामिल है।

इस कार्यक्रम के तहत कार्यनीतियों में निवारण, स्वास्थ्य को बढ़ावा देने शीघ्र निदान और तत्काल उपचार और कार्रवाई करने के लिए स्वास्थ्य कर्मियों को प्रशिक्षण देना (विकार सुधार और पुनर्वास), जिला और मेडिकल कॉलेज के अस्पतालों में पुनः संरचनात्मक सर्जरी तथा पुनर्वास के लिए क्षमता निर्माण, जिला

अस्पतालों में नैदानिक सुविधाएं स्थापित करना, फ्लोरोसिस के रोगियों निवारण और नियंत्रण के लिए स्वास्थ्य शिक्षा देना शामिल हैं।

कार्यक्रम के कार्यकलापों को 11 वीं पंचवर्षीय योजना की समाप्ति तक देश के 100 फ्लूराइड प्रभावित जिलों में चरणबद्ध तरीके से कार्यान्वित किया जाना है।

राष्ट्रीय फ्लोरोसिस रोकथाम और नियंत्रण कार्यक्रम “ (एनपीपीसीएफ) की शुरुआत वर्ष 2008 में देश के 100 जिलों में क्रियान्वयन हेतु 68.00 करोड़ रूपए के वित्तीय आबंटन के साथ शुरू की गई थी। इस कार्यक्रम को अब तक 17 राज्यों के 60 जिलों में क्रियान्वित किया जा रहा है। (i) सामुदायिक स्तर पर फ्लोरोसिस निगरानी, (ii) प्रयोगशाला कार्मिक सहित चिकित्सीय और पराचिकित्सीय दोनों के प्रशिक्षण, (iii) फ्लोरोसिस मामलों के व्यापक प्रबंधन तथा (iv) व्यावहारिक परिवर्तन, संप्रेषण कार्यकलापों के लिए मीडिया योजना हेतु दिशानिर्देश तैयार किए थे।

मौजूदा वर्ष के दौरान एनपीपीसीएफ के क्रियान्वयन के लिए जिला परामर्शदाता, जिला सी एम ओ और राज्य के नोडल अधिकारी के लिए राष्ट्रीय पोषण संस्थान, हैदराबाद द्वारा दो दिवसीय प्रशिक्षक प्रशिक्षण (टी ओ टी) कार्यक्रम संचालित किया गया जिसमें 14 जिलों तथा 11 राज्यों को कवर किया गया। मौजूदा वित्तीय वर्ष (2011-12) में देश के अन्य 40 जिलों का इस कार्यक्रम के क्रियान्वयनार्थ चयन किया गया है।

11.8. राष्ट्रीय वृद्ध स्वास्थ्य परिचर्या कार्यक्रम (एनपीएचसीई):

भारत सरकार ने वृद्ध व्यक्तियों की विभिन्न स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं पर ध्यान देने के लिए “राष्ट्रीय वृद्धावस्था स्वास्थ्य परिचर्या कार्यक्रम” शुरू किया है। यह कार्यक्रम 11 वीं योजनावधि के दौरान 21 राज्यों के 100 अभिज्ञात जिलों में शुरू किया गया है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत आठ क्षेत्रीय चिकित्सा संस्थाओं (क्षेत्रीय पराचिकित्सा संस्थाएं) का चयन भी किया गया है।

एनपीएचसीई कार्यक्रम का मूल उद्देश्य आउटरीच सेवाओं सहित राज्य स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानगी के विभिन्न स्तर पर वरिष्ठ नागरिकों को पृथक और विशिष्ट व्यापक स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करना है। जराचिकित्सा में कार्मिक शक्ति विकास इस कार्यक्रम का अन्य मुख्य उद्देश्य है। निवारक और संवर्द्धक परिचर्या, बीमारी का उपचार, जराचिकित्सा सेवा के लिए स्वास्थ्य कार्मिक

शक्ति विकास, चिकित्सा पुनर्वास एवं थेराप्यूटिक कार्यकलाप और आई ई सी कुछ ऐसी कार्यनीतियाँ हैं जिनकी एनपीएचसीई में सकल्पना की गई है। विभिन्न स्वास्थ्य परिचर्या स्तर पर कार्यक्रम के अंतर्गत स्थापित जराचिकित्सा और कार्यकलापों का ब्यौरा इस प्रकार होगा :

8 सुपर विशिष्ट संस्थाओं में जरा चिकित्सा विभाग : देश के विभिन्न क्षेत्रों में स्थित 8 अभिज्ञात क्षेत्रीय चिकित्सा संस्थाओं में जराचिकित्सा विभाग तैयार किए जाएंगे। रेफरल उपचार, अनुसंधान और कार्मिक शक्ति विकास की व्यवस्था के अलावा, ये संस्थाएं स्वास्थ्य पदाधिकारियों के विभिन्न स्तरों के लिए प्रशिक्षण सामग्री तैयार करने तथा अद्यतन बनाने, आईईसी सामग्री, दिशानिर्देश इत्यादि तैयार करने में सक्रिय रूप से शामिल होंगी। कार्मिक शक्ति, उपस्करों, दवाइयों, भवन के विनिर्माण, प्रशिक्षण इत्यादि के लिए निधियां प्रदान की जाएंगी।

100 जिला अस्पतालों में जराचिकित्सा एकक : कार्यक्रम को 21 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को कवर करते हुए 100 जिलों में क्रियान्वित किया जाएगा। विशेष रूप से जराचिकित्सीय रोगियों के लिए 10 बिस्तर वाले जराचिकित्सा वार्ड और समर्पित ओपीडी सेवाएं स्थापित करने का प्रावधान है। संविदात्मक कार्मिक शक्ति, उपस्करों, दवाइयों, भवन के विनिर्माण, प्रशिक्षण इत्यादि के लिए अनुदान दिया जाएगा।

100 अभिज्ञात जिलों के अंतर्गत आने वाले सीएचसी में पुनर्वास एकक: वृद्ध व्यक्तियों के लिए सप्ताह में दो बार समर्पित स्वास्थ्य क्लिनिकों का प्रावधान है। अभिज्ञात जिलों के अंतर्गत आने वाले सभी सीएचसी में पुनर्वास एकक की स्थापना भी की जाएगी। कार्मिक शक्ति, उपस्करों, प्रशिक्षण के लिए अनुदान प्रदान किया जाएगा। पुनर्वासकर्मी जरूरतमंद वृद्धों को फिजियोथेरेपी सेवा प्रदान करेगा।

100 अभिज्ञात जिलों के अंतर्गत पीएचसी कार्यकलाप : साप्ताहिक जराचिकित्सा क्लिनिकों पर प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी द्वारा अभिज्ञात पीएचसी की व्यवस्था की जाएगी। क्लिनिक पर आने वाले वृद्ध व्यक्तियों को उनके उपचार के लिए दवाइयां प्रदान की जाएंगी और जांच और उपचार की आवश्यकता वाले रोगों के लिए व्यक्ति को प्रथम रेफरल यूनिट अर्थात सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र अथवा आवश्यकतानुसार जिला अस्पताल को रेफर किया जाएगा। उपस्कर के प्रापण के लिए पीएचसी को एक बारगी अनुदान दिया जाएगा।

100 जिलों के अंतर्गत उप-केन्द्र पर कार्यकलाप : उप-केन्द्रों में तैनात एएनएम/पुरुष स्वास्थ्य कर्मी अपने-अपने क्षेत्राधिकार में आने वाले क्षेत्रों में वृद्धों के घर-घर दौरे करेंगे। वे पीएचसी से उपयुक्त केलिपर्स और सहायक युक्तियों की व्यवस्था करेंगे/करेंगी और इसे अक्षम वृद्धों को चलने-फिरने में सक्षम बनाने हेतु उन्हें प्रदान करेंगे/करेंगी। अभिज्ञात उप केन्द्रों पर छोटी-मोटी बीमारी के उपचार और पुनर्वास उपकरणों की व्यवस्था भी होगी। सहायक यंत्रों और उपस्कर खरीदने के लिए उप केन्द्रों को सहायता अनुदान दिया जाएगा।

19 राज्यों अर्थात् आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, कर्नाटक, सिक्किम, केरल, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तराखंड और पश्चिम बंगाल से समझौता ज्ञापन प्राप्त हुआ है। झारखंड और उत्तर प्रदेश को अभी एमओयू प्रस्तुत करना है।

जराचिकित्सा मेडिसिन में 6 माह का कोर्स तैयार करने तथा चिकित्सा अधिकारियों के प्रशिक्षण के लिए 6 घंटे का प्रशिक्षण मोड्यूल तैयार करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान (एनआईएचएफडब्ल्यू) 18-20 अगस्त, 2011 को एक कार्यशाला आयोजित की गई है।

वर्ष 2011-12 के दौरान 19 राज्यों को 61 नए जिलों में जिला अस्पतालों में 10 बिस्तर वाले जराचिकित्सा एकक की स्थापना के लिए एम ओ यू मिलने पर 31,00,68,000/-रु. की धनराशि की निधियां जारी की गई हैं। चार क्षेत्रीय जराचिकित्सा केन्द्रों अर्थात् अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली, शेर-ए-कश्मीर, आयुर्विज्ञान संस्थान, श्रीनगर, जम्मू एवं कश्मीर, मद्रास मेडीकल कॉलेज, चेन्नई, तमिलनाडु और ग्रांट्स मेडीकल कॉलेज एवं जे जे अस्पताल, मुंबई महाराष्ट्र को 8,37,50,400/-रु. की धनराशि की निधियां दी गई है। माननीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री ने दिनांक एक अक्टूबर, 2011 को अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, (एम्स) नई दिल्ली में जराचिकित्सा की एक नई ओपीडी खोली है।

राष्ट्रीय कैंसर, मधुमेह, सी वी डी और आघात रोकथाम एवं नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत केन्द्र, राज्य और जिला स्तर पर एनसीडी प्रकोष्ठें एन पी एच सी ई का कार्यान्वयन और मॉनीटरिंग करेंगी। राज्यों में इस कार्यक्रम के कार्यान्वयन की स्थिति की समीक्षा दिनांक 17 नवम्बर, 2011 को माननीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री की अध्यक्षता में राज्य स्वास्थ्य सचिवों के

साथ हुई बैठक में की गई है। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के प्रभारी राज्य सचिवों, क्षेत्रीय निदेशकों, राज्य कार्यक्रम प्रबंधकों ने इस बैठक में भाग लिया।

11.9 चिकित्सा कॉलेजों में भौतिक चिकित्सा और पुनर्वास विभाग में सुविधाओं के उन्नयन हेतु स्कीम

प्रगतिरत स्वास्थ्य, जनांकिकीय और सामाजिक आर्थिक बदलाव से चिरकालिक विकृतियों और संबद्ध रुग्णता तथा अक्षमता से पीड़ित लोगों में अक्षमता संबंधी रूपरेखा में तेजी से बदलाव आ रहा है। जनगणना (2001) के अनुसार भारत में दृश्य, श्रव्य, वाक, लोकोमोटर तथा मानसिक विकारों वाले 21.9 मिलियन (कुल जनसंख्या का 2.13 प्रतिशत) लोग थे और इनमें से 75 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में थे जिनके पास स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं की सीमित पहुंच थी। अक्षम जनसंख्या में लोकोमोटर अक्षम के 50 प्रतिशत, वाक और श्रव्य में 15 प्रतिशत, दृश्य में 14 प्रतिशत, मानसिक विकार में 14 प्रतिशत और मानसिक रूप से अस्वस्थ 9 प्रतिशत लोग थे और बहु अक्षमताओं वालों का योगदान 10 प्रतिशत था। 60 वर्ष की आयु से अधिक की जनसंख्या (7.5 प्रतिशत) में बहु प्रणालियों को प्रभावित करने वाली अक्षमताएं हैं।

राष्ट्रीय अक्षमता नीति में उजागर किए गए मुख्य मुद्दे अक्षमता निवारण में स्नातकपूर्व और स्नातकोत्तर स्तर पर चिकित्सा कार्मिकों को प्रशिक्षित करना, शीघ्र पहचान करना और प्रबंधन है। आज के अनुसार भारत में अधिकतर चिकित्सा कालेजों में भौतिक चिकित्सा और पुनर्वास (पीएमआर) विभाग नहीं है। यहां तक कि सरकार द्वारा संचालित चिकित्सा कालेजों में पूर्णरूपेण पीएमआर विभाग नहीं है। परिणामस्वरूप अधिकतर डाक्टरों और पराचिकित्सा कार्मिकों को अक्षमता के उपचार में प्रशिक्षण नहीं मिलता है। 5वीं और 6ठी केन्द्रीय स्वास्थ्य परिषद बैठकों में सभी चिकित्सा कालेजों में भौतिक चिकित्सा और पुनर्वास विभाग के गठन की सिफारिश की गई है। भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद अधिनियम में भी चिकित्सा कालेज शुरू करना अनिवार्य बना दिया है।

स्कीम

यह स्कीम मौजूदा चिकित्सा ढांचों में स्वतंत्र पीएमआर विभाग के गठन और व्यापक पुनर्वास सेवाओं के लिए अनिवार्य उपस्कर तथा कार्मिक शक्ति उपार्जित कराके विभाग के संवर्द्धन/सुदृढीकरण के उद्देश्य से वर्ष 2004 में अनुमोदित की गई थी और इसमें शुरू में 5 चिकित्सा कॉलेजों को कवर किया गया था।

स्कीम के उद्देश्य निम्नलिखित हैं:

1. अभिज्ञात चिकित्सा कालेजों में स्वतंत्र पीएमआर विभाग का गठन
2. प्रत्येक पीएमआर विभाग के अंतर्गत एक जिले, सीएचसी और पीएचसी में चिकित्सा पुनर्वास सेवा विकसित करना
3. गौण और तृतीयक पुनर्वास सेवाएं प्रदान करने के लिए चिकित्सीय और पराचिकित्सीय स्टाफ का प्रशिक्षण
4. व्यापक सेवा प्रदानगी प्रणाली युक्त मॉडल प्रशिक्षण केन्द्रों के रूप में 2 शीर्ष पीएमआर तैयार करना

इस स्कीम का विस्तार राज्य सरकार के 30 चिकित्सा कालेजों में एक स्वतंत्र पीएमआर के गठन के उद्देश्य के साथ 11वीं योजना में किया जाएगा। 29 चिकित्सा कालेजों का निरीक्षण किया गया और 28 को स्कीम के अंतर्गत शामिल करने के लिए सिफारिश की गई। तथापि, पीएमआर विभाग स्थापित करने के लिए वित्तीय सहायता केवल 21 राज्यों को प्रदान की गई। चूंकि 7 चिकित्सा कालेजों से एमओयू नहीं मिला था अतः उन्हें निधियां जारी नहीं की जा सकीं। स्कीम के अंतर्गत निधियां 4 घटकों के अंतर्गत प्रदान की जाती हैं अर्थात् (1) कार्मिक शक्ति की भर्ती (2) उपस्करों का प्रापण (3) उपस्कर और आपूर्तियां; तथा (4) कार्यालयी उपस्करों का अनुरक्षण।

सहायता प्रदान किए जाने वाले चिकित्सा कालेजों की सूची दर्शाने वाली तालिका:

क्रमांक	संस्थान का नाम
01	एलएचएमसी, दिल्ली
02	यूसीएमएस एंड जीटीबीएच, दिल्ली
03	आरएमएल अस्पताल, दिल्ली

04	जीएम मेडिकल कालेज, चंडीगढ़
05	जिपमेर, पुदुच्चेरी
06	सिल्वर मेडिकल कालेज, असम
07	एस वी मेडिकल कालेज, तिरुपति (आंध्र प्रदेश)
08	एस एन मेडिकल कालेज, आगरा (उत्तर प्रदेश)
09	एक के सी जी मेडिकल कालेज, बहरामपुर (उड़ीसा)
10	गांधी मेडिकल कालेज, भोपाल (मध्य प्रदेश)
11	आर एन टी मेडिकल कालेज, उदयपुर (राजस्थान)
12	जीबीपंत अस्पताल, अगरतल्ला (त्रिपुरा)
13	नीग्रीम्स, शिलांग (मेघालय)
14	सरकारी मेडिकल कालेज, श्रीनगर, पौड़ी गढ़वाल (उत्तराखंड)
15	सूरत म्युनिसिपैलिटी मेडिकल कालेज, सूरत (गुजरात)
16	एसएन मेडिकल कालेज, जोधपुर (राजस्थान)
17	बी जे मेडिकल कालेज, अहमदाबाद (गुजरात)
18	एल एल आर एम मेडिकल कालेज, मेरठ (उत्तर प्रदेश)
19	बी आर डी चिकित्सा कालेज, गोरखपुर (उत्तर प्रदेश)
20	गोवा मेडिकल कालेज, पणजी (गोवा)
21	सरकारी मेडिकल कालेज, अमृतसर (पंजाब)

बजट

11वीं योजना के अंतर्गत स्कीम के लिए बजट प्रावधान 35.85 करोड़ रूपए है जिसमें से वर्ष 2011-12 के लिए निम्नानुसार 8.00 करोड़ रूपए दिए गए हैं:

(करोड़ रु. में)

वर्ष	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	कुल
आबंटन	1.00	1.00	11.95	13.90	8.00	35.85
व्यय	1.04	0.99	1.85	4.82	0.65	9.35