

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

5.1 प्रस्तावना

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम में व्यापक रूप से उन पहलों को एकीकृत किया जाता है जो बाल स्वास्थ्य में सुधार करती हैं और पांच वर्ष से कम आयु की बाल मौतों के लिए उत्तरदायी कारणों को दूर करती हैं। शिशु और बाल मृत्यु में कमी भारत सरकार का मूल सिद्धान्त रहा है और इसने सुनियोजित विकास के प्राथमिक स्तरों से इन मुद्दों पर ध्यान देने की कोशिश की है। बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के प्रमुख घटक (i) नवजात परिचर्या सुविधा केन्द्रों की व्यापक तथा सुविधा आधारित नवजात शिशु संबंधी बाल्यवस्था रोग का समेकित प्रबंधन (एफआईएमएनसीआई) (ii) नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (iii) नवजात तथा बाल्यवस्था रोग और पूर्व आईएमसीआई का प्रबंधन (iv) गृह आधारित नवजात परिचर्या (v) व्यापक राग प्रतिरक्षण (vi) गंभीर श्वसनीय संक्रमणों, अतिसार तथा अन्य संक्रमणों का शीघ्र पता लगाना और उनका समुचित प्रबंधन करना (vii) स्तनपान को विकास देने सहित शिशु तथा बाल आहार (viii) कुपोषण ग्रस्त बच्चों का प्रबंधन (ix) विटामिन ए संपूरक तथा लौह तथा फोलिक एसिड संपूरण।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 और 11वीं पंचवर्षीय योजना (2007-2012) और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम-2005-2012) में बाल स्वास्थ्य के लिए लक्ष्य निर्धारित किए गए हैं।

आरसीएच II/एनआरएचएम के अंतर्गत बाल स्वास्थ्य के लक्ष्य

बाल स्वास्थ्य संकेतक	वर्तमान स्थिति (1000 जीवित जन्मों पर)	आरसीएच-II/ एमडीजी 2010/2012	2015
आईएमआर (शिशु मृत्यु दर)	50	< 30	28
नवजात मृत्यु दर	34	< 20	20
5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर	64	.	38

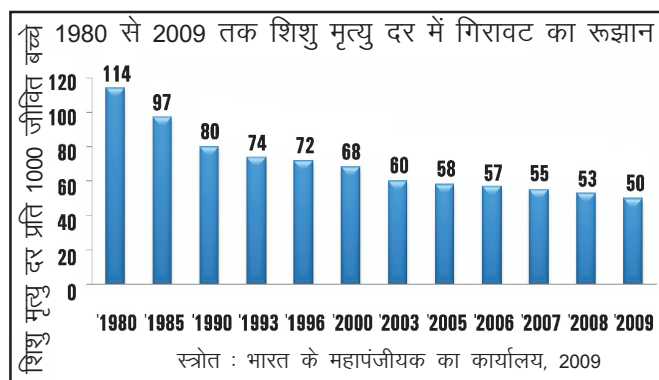
स्रोत: नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) 2009

बाल स्वास्थ्य मध्यस्थता अंतर्क्षण की कार्यनीतियों में स्वास्थ्य परिचर्या कार्यकर्ताओं के कौशलों में सुधार करना, स्वास्थ्य परिचर्या बुनियादी सेवाओं को सुदृढ़ बनाना और व्यवहार परिवर्तन के जरिए समुदाय का समावेश आदि पर ध्यान केन्द्रित करना होता है।

5.2 बाल स्वास्थ्य संकेतकों का रुझान

5.2.1 शिशु मृत्यु दर

शिशु मृत्यु को प्रथम जन्म दिवस से पूर्व मृत्यु की संभाव्यता के रूप में परिभाषित किया जाता है। नमूना पंजीकरण प्रणाली 2009 के अनुसार देश में शिशु मृत्यु दर प्रति जीवित 1000 जन्मों पर 50 है।



5.2.2 शिशु मौतों का कारण

भारत के महापंजीयक, गृह मंत्रालय द्वारा दिए गए आंकड़ों के अनुसार भारत में शिशु मौतों 2001-03 का चिकित्सीय कारण इस प्रकार हैं— प्रसवकालीन देशों (46 प्रतिशत), श्वसन संक्रमण (22 प्रतिशत), अतिसार रोग (10 प्रतिशत), अन्य संक्रमणीय और परजीवी रोग (8 प्रतिशत) और जन्मजात अनियमितताएं (3.1 प्रतिशत)

5.2.3 पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु दर

पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों को पांचवें जन्म दिन से पूर्व मरने की संभाव्यता के रूप में परिभाषित किया जाता है। राष्ट्रीय स्तर

पर पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु दर पिछले दशक के दौरान कम हुई है। यह प्रति हजार पर 109 (एनएफएचएस-I 1992-93) से कम होकर वर्ष (एनएफएचएस-III 2005-06) की अवधि के दौरान प्रति हजार पर 74 हुई है। नमूना पंजीकरण प्रणाली 2009 के अनुसार पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु दर प्रति हजार जीवित जन्मों पर 64 है।

5.2.4 5 वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु के कारण

डब्ल्यू एच ओ के अनुमानों के अनुसार भारत में 0 से 5 वर्ष की आयु वाले बच्चों में बाल मृत्यु के कारण इस प्रकार हैं:

- (क) नवजात कारण (55%)
- (ख) न्यूमोनिया (11%)
- (ग) अतिसार रोग (11%)
- (घ) खसरा (4%)
- (ङ) चोट (3%)
- (च) अन्य (16%)

5.3 बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के विभिन्न संघटकों की प्रगति निम्न प्रकार से बताई गई है:-

5.3.1 सुविधा आधारित नवजात और बाल परिचर्या:

नवजात मृत्यु शिशु मृत्यु का एक मुख्य कारक (2/3) है। उच्चतर और शीघ्र नवजात मृत्यु के मामले के समाधान के लिए स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में सुविधा आधारित नवजात परिचर्या सेवाओं पर जोर दिया गया है! एनआरएचएम के अंतर्गत विभिन्न स्तरों पर रूग्ण नवजात की परिचर्या के लिए सुविधा केन्द्रों की स्थापना जैसे विशेष नवजात परिचर्या एकक, नवजात स्थिरीकरण एकक और नवजात शिशु कर्नर विशेष ध्यान दिए जाने वाला क्षेत्र है।

(क) विशेष नवजात परिचर्या एकक

राज्यों को प्रत्येक जिले में कम से कम एक एसएनसीयू स्थापित करने के लिए कहा गया है। एसएनसीयू 12-20 बिस्तरों वाला एकक है और उसमें चौबीस घंटे सेवाएं प्रदान करने के लिए 10-12 नर्सों और 4 प्रशिक्षित चिकित्सकों की आवश्यकता है। अब तक देश में 293 एसएनसीयू कार्यशील हैं। स्थापित किए गए एसएनसीयू के राज्यवार ब्यौरे परिशिष्ट- 1 में दिए गए हैं।

(ख) नवजात स्थिरीकरण एकक

एनबीएसयू सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/एफआरयू में स्थापित किए जाते हैं। यह रूग्ण नवजातों के स्थिरीकरण के लिए प्रशिक्षित चिकित्सकों और नर्सों सहित चार बिस्तरों वाला एकक है। देश में इस समय 1134 एनबीएसयू हैं।

(ग) नवजात परिचर्या कर्नर

अनिवार्य नवजात परिचर्या की व्यवस्था के लिए प्रसव कक्ष और आपरेशन थिएटर से सम्बद्ध 1 बिस्तर वाला सुविधा केन्द्र है। प्रत्येक सुविधा केन्द्र, जहां प्रसव कराए जाते हैं में एनबीसीसी स्थापित किए जाने चाहिए। अब तक देश में 8582 एनबीसीसी कार्यशील हैं।

एक व्यापक "सुविधा आधारित नवजात परिचर्या प्रचालन दिशा-निर्देश-2011, योजना और कार्यान्वयन के लिए दिशा-निर्देश" राज्यों को संदर्भ उपकरण के रूप में कार्य करने के लिए उसके कार्यान्वयन में आवश्यक कदम उठाने के लिए बाल स्वास्थ्य प्रभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा वर्ष 2011 में प्रकाशित किए गए हैं और प्रसारित किए गए हैं।

5.3.2 नवजात और बाल्यावस्था रोगों का सुविधा आधारित एकीकृत उपचार:

नवजात और बाल्यावस्था रोगों का सुविधा आधारित एकीकृत उपचार, सामुदायिक स्तर पर तथा सुविधा केन्द्र में नवजात और बाल्यावस्था रोगों के उपचार के लिए कुशल स्वास्थ्य कार्मिक को सशक्त बनाने के लिए आईएमएनसीआई सहित सुविधा आधारित परिचर्या पैकेज का एकीकरण है। सुविधा आधारित आईएमएनसीआई के अंतर्गत नवजात और बच्चों की बाल्यवस्था मृत्यु के प्रमुख कारकों जैसे श्वासरोध पूतिता, जन्म के समय कम वजन और न्यूमोनिया, अतिसार, मलेरिया, तंत्रिका-शोथ, गंभीर कुपोषण के अंतर्गत नियंत्रण के लिए उपयुक्त कौशल प्रदान करने हेतु ध्यान दिया जाता है। यह प्रशिक्षण सीएचसी/एफआरयू और 24 घंटे कार्यशील पीएचसी में चिकित्सा अधिकारियों, स्टाफ नर्सों और एएनएम को दिया जा रहा है जहाँ प्रसव कराए जाते हैं। यह प्रशिक्षण 11 दिन का होता है। अक्टूबर, 2011 तक एफआईएमएनसीआई में कुल 2970 चिकित्सा कार्मिक प्रशिक्षित किए गए हैं।

5.3.3. नवजात और बाल्यावस्था रोग का एकीकृत उपचार:

इसमें प्रदाताओं को सेवा पूर्व और सेवारत प्रशिक्षण, स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार (अर्थात सुविधा केन्द्र का उन्नयन, संभार तंत्र की

उपलब्धता, रेफरल प्रणालियों), समुदाय और परिवार स्तरीय परिचर्या शामिल है। पूरे देश के 433 जिलों में आईएमएनसीआई कार्यन्वित किया जा रहा है और अब तक आईएमएनसीआई में 492611 स्वास्थ्य कार्मिकों को प्रशिक्षित किया गया है।

5.3.4. गृह आधारित नवजात परिचर्या:

गृह आधारित नवजात परिचर्या प्रदान करने के लिए आशा को प्रोत्साहित करने हेतु एक नई योजना शुरू की गई है। आशा जन्म के बाद सभी नवजातों की 42वें दिन तक विशेष समय के अनुसार देखरेख करेगी। एक घंटे की अवधि हेतु गृह दौरे के लिए प्रस्तावित प्रोत्साहन 50 रूपए है, इस प्रकार पांच दौरों के लिए कुल राशि 250/- रूपए है। यह राशि प्रसव के 45 दिन के बाद एक बारगी भुगतान के रूप में प्रदान की जाएगी, बशर्ते कि:-

- क. एमसीपी कार्ड में नवजात के वजन को दर्ज किया गया हो
- ख. बीसीजी, ओपीवी की प्रथम खुराक और डीपीटी का टीका दिया गया हो
- ग. प्रसव के 42 दिन के बाद तक माता और नवजात दोनों सुरक्षित हों, और
- घ. उनका पंजीकरण किया गया हो,

सुसंगत गृह आधारित नवजात परिचर्या कार्यनीति को सक्षम बनाने के लिए कार्यढांचा और मार्गदर्शन प्रदान करने तथा आवश्यक क्रियाकलाप की योजना बनाने के लिए राज्यों को संदर्भ साधन के रूप में कार्य करने हेतु बाल स्वास्थ्य प्रभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा वर्ष 2011 में एक व्यापक "गृह आधारित नवजात परिचर्या प्रचालन दिशानिर्देश-2011" बनाया गया है, उसे प्रकाशित किया गया है और उसे प्रसारित किया गया है।

5.4 नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (एन.एस.एस.के.)

एनएसएसके कार्यक्रम इस उद्देश्य से शुरू किया गया है कि मूलभूत नवजात परिचर्या और पुनरुज्जीवन में स्वास्थ्य कार्मिकों को प्रशिक्षित किया जाए ताकि जन्म से संबंधित मुद्दों अर्थात् हाइपोथर्मिया से बचाव, संक्रमण से बचाव, स्तनपान और मूलभूत नवजात पुनरुज्जीवन की शीघ्र शुरुआत इत्यादि पर ध्यान दिया जा सके। नवजात परिचर्या और पुनरुज्जीवन किसी नवजात कार्यक्रम के लिए एक महत्वपूर्ण शुरुआती बिन्दु है और जीवन में बेहतर संभावित शुरुआत सुनिश्चित करने की आवश्यकता है। इस नई पहल का उद्देश्य प्रत्येक प्रसव केन्द्र में मूलभूत नवजात परिचर्या और पुनरुज्जीवन प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्मिक होना चाहिए।

इसके लिए 2 दिन का प्रशिक्षण होता है और इससे देश में व्यापक नवजात मृत्यु कम होने की प्रत्याशा है। एनएसएसके केन्द्र में कुल 44,977 स्वास्थ्य कार्मिक प्रशिक्षित किए गए हैं। एनएसएसके में प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्मिकों का राज्यवार ब्यौरा परिशिष्ट 2 में दिया गया है।

5.5 नवजात एवं छोटे बच्चों से संबंधित आहार

नवजात एवं छोटे बच्चों के आहार कार्यक्रम के अंतर्गत स्तनपान (प्रसव के 1 घंटे के भीतर) को शीघ्र शुरू करने को बढ़ावा देने तथा 6 माह तक अनन्य रूप से स्तनपान और निरन्तर स्तनपान सहित समयपूर्वक सम्पूरित आहार पर बल दिया जाता है।

- 6 माह की आयु तक शीघ्र और अनन्य रूप से स्तनपान और 2 वर्ष के लिए स्तनपान सहित समयपूर्वक सम्पूरण आहार शिशु उत्तर जीविता के लिए एकल प्रमुख निवारक क्रियाकलाप है।
- नवजात एवं छोटे बच्चे का आहार निम्नलिखित को समर्थित करता है:-
- स्तनपान की शीघ्र शुरुआत (जन्म के एक घंटे में) और अनन्य रूप से 6 माह तक स्तनपान।
- 2 वर्ष की आयु तक निरन्तर स्तनपान सहित 6 माह के बाद समयपूर्वक सम्पूरक आहार।

बाल आहार पद्धतियों के सूचकों की तुलना:

सूचक	सीइएस (2009)	डीएलएचएस-3 (2007-08)	एनएफएच एस-3 (2005-06)
जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान कराए गए तीन वर्ष से कम उम्र की बच्चे	33.5 प्रतिशत	42.2 प्रतिशत	24.5 प्रतिशत
केवल स्तनपान कराए गए 0-5 माह के बच्चे	56.8 प्रतिशत	46.4 प्रतिशत	46.3 प्रतिशत
कम से कम 6 माह में स्तनपान कराए गए 6-35 माह की उम्र के बच्चे	—	24.9 प्रतिशत	—

5.6 पौषणिक पुनर्वास केन्द्र (बच्चों में गंभीर कुपोषण का उपचार)

गंभीर तीव्र कुपोषण सामान्य बाल्यावस्था रोगों जैसे कि अतिसार और न्यूमोनिया से ग्रस्त बच्चों में होने वाली अधिकांश मौतों का एक प्रमुख सहयोगी कारक है। गंभीर तीव्र कुपोषण वाले बच्चों का मृत्यु से बचाव किया जा सकता है बशर्ते कि समय पर और उचित कार्रवाई की जा सके।

- उचित स्तनपान के लिए माताओं को परामर्श देने सहित गंभीर रूप से कुपोषित बच्चों के अंतरंग उपचार के लिए स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में पौषणिक पुनर्वास केन्द्रों की स्थापना की जा रही है और एक बार स्वास्थ्य लाभ प्राप्त होने पर उन्हें नियमित देखभाल के साथ घर वापस भेज दिया जाता है।
- आरसीएच-2/एनआरएचएम कार्यक्रम के अंतर्गत एसएएम बच्चों के उपचार और प्रबंधन के लिए 14 राज्यों में लगभग 650 पौषण पुनर्वास केन्द्र बनाए गए हैं। देश में अक्टूबर, 2011 तक 480 पौषण पुनर्वास केन्द्र संचालित किए गए हैं।

बाल स्वास्थ्य प्रभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा वर्ष 2011 में गंभीर तीव्र कुपोषण वाले बच्चों के सुविधा आधारित उपचार संबंधी प्रचालनात्मक दिशानिर्देश-2011 तैयार किया जा रहा है और उसे प्रकाशित किया जा रहा है।

5.7 तीव्र श्वसनावरोध संक्रमण और अतिसारीय रोगों से होने वाली रूग्णता तथा मृत्यु में कमी

जिंक और ओआरएस आपूर्तियों का संवर्धन सुनिश्चित किया जाता है।

(क) बाल्यावस्था अतिसार

अतिसारीय रोगों का नियंत्रण करने के लिए भारत सरकार ने डब्ल्यूएचओ के अतिसार प्रबंधन संबंधी दिशा-निर्देशों को अपनाया है।

- भारत में अतिसार के उपचार के लिए डब्ल्यूएचओ द्वारा अनुशंसित अल्प ओस्मोलोरिटी ओरल रिहाइड्रेशन साल्यूशन (ओआरएस) शुरू किया है।
- अतिसार के उपचार के लिए जिंक को ओआरएस के सहायक के रूप में अनुमोदित किया गया है। जिंक को मिलाने के परिणामस्वरूप घटना की संख्या और गंभीरता तथा अतिसार की अवधि में कमी आई।

- अद्यतन उपलब्ध वैज्ञानिक साक्ष्य के आधार पर अतिसार उपचार संबंधी नए दिशा-निर्देशों को संशोधित किया गया है।

(ख) तीव्र श्वसन संक्रमण

- भारत में तीव्र श्वसनावरोध से 5 वर्ष की आयु से कम वाले (डब्ल्यू एच ओ 2007 रिपोर्ट) सभी बच्चों की होने वाली मृत्यु की प्रतिशतता 19 प्रतिशत है और पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की अतिसार सहित दो प्रमुख घातक बीमारियां हैं।
- विश्व में प्रतिवर्ष लगभग 44,00,000 न्यूमोनिया रोगियों की संख्या भारत में होती है। जीवाणुरोधी के युक्तमूलक उपयोग द्वारा शीघ्र निदान और उपयुक्त रोगी उपचार ही अतिसार से होने वाली मौतों के निवारण का एक अधिक प्रभावी कार्यकलाप है। एआरआई दिशा-निर्देशों को उपलब्ध अद्यतन वैश्विक साक्ष्य के समावेशन सहित संशोधित किया जा रहा है।

5.8 सूक्ष्मपोषक तत्वों से अनुपूरक:

विटामिन ए और आयरन अनुपूरण की आपूर्ति के माध्यम से

(क) विटामिन ए

- विटामिन ए की कमी की व्याप्तता 5 प्रतिशत से नीचे के स्तरों तक को कम करने के उद्देश्य से नीति संशोधित की गई है, निम्नलिखित कार्यनीति कार्यान्वित की जा रही है:—
 - विटामिन ए की 1,00,000 आईयू खुराक नौ माह में दी जा रही है
 - पांच वर्ष तक की आयु वाले बच्चों को (9 माह के बाद) 6 माह के अंतराल में 2,00,000 आईयू का विटामिन ए खुराक
 - सभी गंभीर कुपोषित रोगियों को विटामिन ए की अतिरिक्त खुराक दी जाएगी।

विटामिन ए सहित कवरेज	सीईएस (2009)	डीएलएच एस-3 (2007-08)	एनएफएच एस-3 (2005-06)
9 माह की आयु वाले एवं उससे ऊपर के बच्चे जिन्होंने विटामिन ए की कम से कम एक खुराक ली है।	65.4 प्रतिशत	55 प्रतिशत	24.8 प्रतिशत

(ख) लौह एवं फोलिक एसिड संपूरण

- देश में रक्ताल्पता की व्याप्तता के प्रबंधन के लिए नीति संशोधित की गई है।
- 6 माह और उससे ऊपर 5 वर्ष तक की आयु वाले शिशु एक वर्ष में 100 दिन के लिए प्रतिदिन 20 एमजी तात्विक आयरन और 100 एमजी फोलिक एसिड की खुराकों में लिक्विड फार्मूलेशन में लौह संपूरण प्राप्त करेंगे।
- 6 से 10 वर्ष की आयु वाले बच्चे एक वर्ष में 100 दिन के लिए 30 एमजी तात्विक आयरन और 250 एमजी फोलिक एसिड की खुराक में आयरन प्राप्त करेंगे।
- इस आयु समूह से उपर वाले बच्चे वयस्क खुराक में आयरन संपूरण प्राप्त करेंगे।

5.9 नई पहलें

5.9.1. जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम

- जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम 1 जून, 2011 में शुरू किया गया था और गर्भवती महिला और जन्म के 30 दिन बाद तक रुग्ण नवजात दोनों के लिए निम्नलिखित प्रावधान किया गया है:-
 - निःशुल्क और व्यय रहित उपचार
 - निःशुल्क औषधियां और उपभोज्य
 - निःशुल्क निदान सामग्री
 - रक्त का निःशुल्क प्रावधान
 - घर से संस्थान तक निःशुल्क परिवहन
 - रेफरल के मामले में सुविधा केन्द्रों के बीच निःशुल्क परिवहन
 - संस्थान से घर तक वापस छोड़ना
 - सभी प्रकार के उपभोक्ता प्रभार से छूट
- इस पहल के अंतर्गत हकदारी के लिए एनआरएचएम पीआईपी 2011-12 के अंतर्गत राज्यों को 1170 करोड़ रूपए की राशि प्रदान की गई है।
- इस पहल से संस्थागत प्रसव को बढ़ावा मिलेगा, पाकेट व्यय का उन्मूलन होगा, जो माताओं और रुग्ण नवजातों

के लिए संस्थागत परिचर्या की मांग कम करने में अवरोध के रूप में काम करेगा और निःशुल्क परिवहन के माध्यम से तात्कालिक रेफरल को सुकर बनाएगा।

5.9.2 माता और शिशु के पता रखने की प्रणाली:

नाम आधारित माता और शिशु के पता रखने की एक प्रणाली बनाई गई है जो वेब आधारित है जिससे कि सभी गर्भवती महिलाओं और नवजात शिशुओं के पंजीकरण और उनके पता रखने को सुनिश्चित किया जा सके।

5.10 स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम

सरकारी सहायता प्राप्त स्कूलों में स्कूल जाने वाले बच्चों और 6 से 18 वर्ष तक की आयु समूहों वाले बच्चों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया था। यह केवल सार्वजनिक क्षेत्र का कार्यक्रम है जिसमें विशेषकर स्कूल जाने वाले बच्चों पर ध्यान दिया जाता है। इसका मुख्य फोकस बच्चों की स्वास्थ्य आवश्यकताएं, भौतिक एवं मानसिक दोनों समस्याओं का समाधान करना है और इसके अतिरिक्त इसमें पौषणिक क्रियाकलापों के लिए प्रावधान है, भौतिक क्रियाकलापों एवं परामर्श का संवर्द्धन किया जाता है। इस निवारक और उपचारात्मक सेवा प्रावधान से भविष्य में एमसीएच और आरसीएच प्रोफाईल से दूरगामी लाभ होगा।

स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम के घटक में रोग की जांच और शीघ्र उपचार, अपंगता और सामान्य कमी, अनुपूरण, स्वास्थ्य शिक्षा और स्कूल स्वास्थ्य संवर्द्धन शामिल हैं। जांच स्वास्थ्य परिचर्या और सामान्य स्वास्थ्य के लिए रेफरल विशिष्टता, रक्ताल्पता / पौषणिक स्थिति का मूल्यांकन और अनुवर्ती देखभाल दृष्टिक्षीणता, श्रवण समस्या, दांतों की जांच, सामान्य चर्म स्थिति, हृदय दोष, शारीरिक अपंगता, शिक्षा प्राप्ति विकार, व्यवहार समस्या, इत्यादि के माध्यम से स्वास्थ्य सेवा प्रावधान। इस आयु ब्रेकेट में सामान्य रोग व्याप्तता के लिए मूलभूत औषधियां उपलब्ध करवाई जा रही हैं। राष्ट्रीय दिशा-निर्देशों के अनुसार डी वार्मिंग के लिए द्विवार्षिक पर्यवेक्षण कार्यक्रम का अनुरक्षण किया जा रहा है। सेवा के पैकेज से राष्ट्रीय कार्यक्रम के अनुसार मामले से संबंधित शिक्षा में दोहरा नियत दिवस रोग प्रतिरक्षण शामिल किया गया है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र से रेफरल सेवा संयोजकता को अतिविशिष्ट स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों तक शुरू किया गया है।

स्कूल स्वास्थ्य संवर्द्धन के अंतर्गत, सुरक्षित पेयजल और स्वच्छ प्रसाधन सुविधा केन्द्रों (लडकों और लडकियों के लिए) प्रथम चिकित्सा कक्ष / कार्नर / क्लीनिक की स्थापना और रख-रखाव,

भौतिक शिक्षा/ क्रियाकलापों का नियमित संव्यवहार, छात्रों और माता-पिता के साथ नियमित स्वास्थ्य शिक्षा और संप्रेषण, स्वास्थ्य केबिनेट, स्वास्थ्य शिक्षकों और परामर्शी सेवाओं के रूप में संगत नेताओं को प्रोत्साहित किया जा रहा है। स्कूल प्रणाली में क्षमता-निर्माण मास्टर प्रशिक्षुओं, शिक्षक के लिए सतत पहल है।

स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत वर्ष 2010-11 में 4.93 लाख स्कूलों में 705.9 लाख छात्रों (30 प्रतिशत) को शामिल किया गया जिसमें 4,618.93 लाख रुपए का व्यय था। 33 राज्यों के लिए वर्ष 2011-12 में 13,650.83 लाख रुपए का आबंटन था।

5.11 व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम:

रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम बच्चों के जीवन को जोखिम में डालने वाली निवारण योग्य स्थितियों से सुरक्षा करने के लिए एक मुख्य क्रियाकलाप है। रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम को विस्तारित रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के रूप में वर्ष 1978 में शुरू किया गया। इसे व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के रूप में 1985 में गति मिली और वर्ष 1989-90 तक पूरे देश में सभी जिलों को कवर करने के लिए चरणवार ढंग से कार्यान्वित किया गया। यूआईपी वर्ष 1992 में शिशु उत्तरजीविता और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का एक भाग हो गया। वर्ष 1997 से रोग प्रतिरक्षण क्रियाकलाप राष्ट्रीय प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का एक महत्वपूर्ण कार्यक्रम रहा है। रोग प्रतिरक्षण वर्ष 2005 में शुरू किए गए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत एक मुख्य क्षेत्र है।

व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत भारत सरकार वैक्सीन निवारक रोगों अर्थात् डीप्थीरिया, कुकुरखांसी, टेटनस, पोलियो, खसरा, बाल्यावस्था क्षयरोग और हेपाटाइटिस-बी के गंभीर रूप से बचाव के लिए टीकाकरण प्रदान कर रही है। टीकाकरण कार्यक्रम इस प्रकार हैं:-

- जन्म के समय (यदि पहले न दिया गया हो तो 1 वर्ष तक) बीसीजी (बैसिलस कलमेट गुरिन) 1 खुराक।
- डीपीटी (डिप्थीरिया, परटुसिस और टेटनस टाक्साइड) 5 खुराक; 6, 10, 14 सप्ताह में तीन प्राथमिक खुराक और 16-24 माह ओर 5 वर्ष की आयु में दो बूस्टर खुराक।
- ओपीवी (पिलाई जाने वाली पोलियो वैक्सीन) 5 खुराक; जन्म के समय खुराक, 6,10 और 14 सप्ताह में तीन प्राथमिक खुराक और 16-24 माह की आयु में 1 बूस्टर खुराक।
- हेपाटाइटिस बी वैक्सीन 4 खुराक; जन्म से 24 घंटे के भीतर शून्य खुराक और 6,10 और 14 सप्ताह की आयु में तीन खुराक।
- खसरा के लिए 2 खुराकें, प्रथम खुराक 9 से 12 माह में और दूसरी खुराक 16 से 24 माह की आयु में।
- टीटी (टेटनस टॉक्साइड) 10 वर्ष और 16 वर्ष की आयु में 10 खुराक।
- टीटी- गर्भवती महिलाओं को दो खुराक या 1 खुराक यदि 3 वर्ष के भीतर पूर्व में उनका टीकाकरण किया गया हो।

वर्ष 2006 से, अधिक भार वाले जिलों में रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत चरणबद्ध ढंग से एसए-14-14-2 जेई वैक्सीन शुरू की गई है।

विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए वर्ष 2005-06 से सभी एनआरएचएम पीआईपी के भाग 'ग' के रूप में रोग प्रतिरक्षण के लिए सभी राज्यों को उनके अपने राज्य कार्यक्रम क्रियान्वयन योजना को तैयार करने के लिए कहा गया है।

(आकड़े में)

स्रोत समय अवधि	कवरेज मूल्यांकन सर्वेक्षण		जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण (डीएलएचएस)	
	सीईएस 2006	2009	डीएलएचएस 2 (2002-04)	डीएचएचएस 3 (2007-08)
पूर्ण रोग प्रतिरक्षण	62.4	61.0	45.9	53.5
बीसीजी	87.4	86.9	75.0	86.7
ओपीवी3	67.5	70.4	57.3	65.8
डीपीटी3	68.4	71.5	58.3	63.4
खसरा	70.9	74.1	56.1	69.1
रोग प्रतिरक्षण नहीं	—	7.6	19.8	4.6

5.11.1. व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम की स्थिति

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

नेमी रोग प्रतिरक्षण को सुदृढ़ बनाने के लिए एनआरएचएम के अंतर्गत भारत सरकार ने राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना पीआईपी के एक भाग के रूप में न्यूनतम पहले शुरू की हैं, कुछ पहले इस प्रकार हैं:-

- इंजेक्शन सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए आटो डिसेबल सिरीज पूरे देश में शुरू किया गया।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र से उप केंद्रों और आउटरीच सत्रों तक वैकल्पिक वैक्सीन प्रदानगी के लिए सहायता।
- शहरी झुग्गी झोपड़ी और अल्प सेवित क्षेत्रों में, जहां सेवाएं कम उपलब्ध हैं, रोग प्रतिरक्षण क्रियाकलाप कार्यान्वित करने के लिए अतिरिक्त जनशक्ति नियुक्त करने का प्रावधान।
- मानीटरिंग और सहायक पर्यवेक्षण के लिए राज्य योजना के अनुसार राज्य रोग प्रतिरक्षण अधिकारी, जिला रोग प्रतिरक्षण अधिकारी को एकजुटता सहायता।
- तिमाही आधार पर जिलों सहित राज्य स्तर पर समीक्षा बैठक।
- एएनएम, कोल्ड चैन हैण्डलर्स, मिड स्तरीय मैनेजर्स, रेफ्रीजरेटर मैकेनिक इत्यादि को प्रशिक्षण।
- प्रत्यायित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा), महिला स्वयं सहायता समूहों इत्यादि द्वारा रोग प्रतिरक्षण सत्र स्थलों पर बच्चों को एकत्र करने के लिए सहायता।
- राज्य मुख्यालय और प्रत्येक जिले को एक कंप्यूटर सहायक।
- रोग प्रतिरक्षण कार्ड और अन्य साधन जैसे टिकलर बैग, टैली सीट, मॉनीटरिंग चार्ट, कोल्ड चैन तापमान मानीटरिंग चार्ट, वैक्सीन इन्वेन्टरी चार्ट इत्यादि का मुद्रण।
- एचएमआईएस में नेमी रोग प्रतिरक्षण प्रणाली का एकीकरण।
- अन्य विशिष्ट मुद्दों के लिए सहायता।

- प्रति जिले में कोल्ड चैन, रख-रखाव, वैक्सीनों की आपूर्ति और एक जिले की दर पर वैक्सीन वैन की आपूर्ति सहित राज्य में कोल्ड चैन प्रणाली को सुदृढ़ करने के लिए रोग प्रतिरक्षण के अंतर्गत अतिरिक्त केन्द्रीय सहायता चालू रहेगी।

5.11.2 हेपेटाइटिस बी वैक्सीन की शुरुआत

भारत सरकार ने वित्तीय वर्ष 2002-03 में 33 जिलों और 15 शहरों में एक प्रायोगिक आधार पर हेपेटाइटिस बी वैक्सीन की शुरुआत की। व्यापक वैक्सीन और रोग प्रतिरक्षण सहयोग द्वारा वैक्सीन और सीरीज उपलब्ध करवाए गए थे। घरेलू विधियों के माध्यम से सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण, प्रशिक्षण एवं मॉनीटरिंग के लिए व्यय किया जा रहा है। प्रायोगिक परियोजना की सफलता के बाद हेपेटाइटिस बी टीकाकरण कार्यक्रम का विस्तार 10 राज्यों नामतः आंध्र प्रदेश, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, पंजाब, तमिलनाडु और प. बंगाल के सभी जिलों में किया गया। इस विस्तार कार्यक्रम को आंशिक रूप से गावी द्वारा सहायता दी गई है। शेष 17 प्रायोजित क्षेत्रों को विस्तार कार्यक्रम के अंतर्गत शामिल नहीं किया गया है, उनको भी घरेलू सहायता से टीकाकरण जारी रखा गया है। वर्ष 2010 में हेपेटाइटिस बी का विस्तार पूरे देश में किया गया है।

डीपीटी और पोलियो वैक्सीन की प्राथमिक श्रृंखला सहित छठे, दसवें और चौहदवें सप्ताह में शिशुओं का इन्ट्रा-मास्क्यूलर (आईएम) इन्जेक्शन के रूप में मोनो वेलेन्ट हेपेटाइटिस बी वैक्सीन दी गई है।

5.11.3 खसरे के दूसरे अवसर की शुरुआत

पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में होने वाली मौतों में प्रत्यक्ष रूप से कमी में और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य संख्या-4 के लक्ष्य को पूरा करने में खसरा रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम का योगदान है। खसरे संबंधी रूग्णता और मृत्यु में तेजी से कमी करने के लिए खसरे के टीकाकरण के लिए द्वितीय अवसर का कार्यान्वयन किया जा रहा है। एनटीएजीआई ने उन राज्यों के लिए जहां पर खसरे की वैक्सीन की मूल्यांकित कवरेज 80 प्रतिशत से कम है, वहां पर खसरा अनुपूरक रोग प्रतिरक्षण क्रियाकलापों की एक और अन्य खुराक शामिल करने की अनुशंसा की है जबकि अन्य शेष राज्यों में जहां पर कवरेज 80 प्रतिशत से अधिक है, वहां पर एनटीएजीआई ने भी रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के जरिए एक दूसरी खुराक की अनुशंसा की है।

वर्ष 2007-08 में आयोजित डीएलएचएस-3 के अनुसार 21 राज्यों अर्थात् आंध्र प्रदेश, अंडमान और निकोबार द्वीप समूह, चंडीगढ़, दमन एवं दीव, दादरा एवं नगर हवेली, दिल्ली, गोवा, हिमाचल प्रदेश, जम्मू एवं कश्मीर, कर्नाटक, केरल, लक्षद्वीप, महाराष्ट्र, मिजोरम, ओडिशा, पुद्दुचेरी, पंजाब, सिक्किम, तमिलनाडु, उत्तराखंड, और प. बंगाल 80 प्रतिशत से अधिक खसरा वैक्सीन कवरेज वाले राज्य हैं जहां नेमी रोग प्रतिरक्षण के माध्यम से 16 से 24 माह में दूसरी खुराक दी जाएगी। 21 राज्यों में से 4 राज्य / संघ राज्य क्षेत्र दिल्ली, गोवा, पांडिचेरी और सिक्किम राज्य संसाधनों के माध्यम से अपने नेमी रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम (मम्मस-मीजिल्स रूबेला वैक्सीन) में खसरे की दूसरी खुराक पहले से उपयोग कर रहे हैं। 80 प्रतिशत से कम या समकक्ष खसरे की कवरेज वृद्धि 14 राज्यों अर्थात् अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, गुजरात, हरियाणा, झारखंड, मध्य प्रदेश, मणिपुर, मेघालय, नागालैंड, राजस्थान, त्रिपुरा और उत्तर प्रदेश को अनुपूरक रोग प्रतिरक्षण क्रियाकलाप के जरिए कवर किया जा रहा है जोकि 16-24 महीने के नेमी रोग प्रतिरक्षण में दूसरी खुराक भी शामिल करने के पश्चात एक चरणबद्ध ढंग से कवर किया जाएगा। पहले चरण में एसआईए के लिए 13 राज्यों में 45 जिलों को कवर किया गया था। 1.38 करोड़ (87 प्रतिशत) के लक्ष्य के प्रति 1.20 करोड़ बच्चों का कवरेज था।

5.11.4 जापानी इंसेफ्लाइटिस (जेई) वैक्सीन शुरू करना:

जापानी इंसेफ्लाइटिस उच्च रोगी फेटालिटी और दीर्घकालिक जटिलताओं वाला एक तीव्र वायरल रोग है। वर्ष 2006 में चरणबद्ध तरीके से 104 स्थानिकमारी वाले जिलों को कवर करने के लिए एसए 14-14-2 वैक्सीन का प्रयोग करते हुए जापानी इंसेफ्लाइटिस जेई वैक्सीन शुरू की गई थी जो कि चीन से आयातित की जाती थी। जापानी इंसेफ्लाइटिस (जेई वैक्सीन) की एक खुराक अभियानों के माध्यम से 1-15 वर्ष के बीच की आयु के सभी बच्चों को दी गई थी जिसके पश्चात और नए समूहों को कवर करने के लिए नेमी रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के तहत 16-24 महीने के बच्चों को एक खुराक दी गई थी।

वर्ष 2009-10 के अंत तक 90 जिलों को जेई टीकाकरण कार्यक्रम के तहत कवर कर लिया गया है और शेष 19 जिले वर्ष 2010-11 तक कवर किए जा रहे हैं। इसके अतिरिक्त, वर्ष 2008 में किए गए मूल्यांकन सर्वेक्षण के अनुसार कम कवरेज के परिप्रेक्ष्य में वर्ष 2010-11 में 9 जिलों में पुनः अभियान की योजना बनाई गई है जिनमें से 7 उत्तर प्रदेश और 2 असम में हैं।

जापानी इंसेफ्लाइटिस जेई वैक्सीन को ऐसे जिलों में नेमी रोग प्रतिरक्षण में एकीकृत किया जा रहा है जहां 16-24 महीनों के बच्चों को एकल खुराक पिलाकर बच्चों के नए दस्ते को रोग प्रतिरक्षित करने के पहले से ही ऐसा अभियान चलाया गया है।

5.12 पल्स पोलियो रोग प्रतिरक्षण

विश्व स्वास्थ्य सभा के वर्ष 1988 के संकल्प के अनुसरण में भारत में पोलियो को समाप्त करने के लिए वर्ष 1995 से राष्ट्र व्यापी पल्स पोलियो रोग प्रतिरक्षण पीपीआई कार्यक्रम शुरू किया गया था जिसमें 0-3 वर्ष की आयु समूह के बच्चों को शामिल किया गया था। पोलियो उन्मूलन की गति तेज करने के लिए वर्ष 1996-97 से 5 वर्ष की आयु के सभी बच्चों को शामिल करने का लक्ष्य बनाया गया था। वर्ष 1998-99 तक प्रत्येक वर्ष दिसम्बर और जनवरी में किए जाने वाले दो दौरों का उपयोग किया गया। वर्ष 1999-2000 से बच्चों के नियत बूथ आधारित टीकाकरण के दौरान छूटे हुए बच्चों को टीका लगाने के लिए घर-घर जाकर टीकाकरण भी शुरू किया गया था। इसके परिणामस्वरूप 2-3 करोड़ अतिरिक्त बच्चों के कवरेज में वृद्धि हुई।

भारतीय विशेषज्ञों और विश्व स्वास्थ्य संगठन, संयुक्त राष्ट्र शिशु निधि और रोग नियंत्रण केन्द्र, अटलांटा के अंतरराष्ट्रीय विशेषज्ञों से गठित भारतीय परामर्शदात्री समूह (आईईएजी) की सिफारिश के आधार पर पोलियो उन्मूलन संबंधी वार्षिक कार्यनीति बनाने का निर्णय लिया जाता है। आईईए वर्ष में दो बार पोलियो जानपदिक रोग स्थिति की समीक्षा करता है और देश के लिए उपयुक्त कार्यनीतियों की अनुशंसा करता है। राष्ट्रीय पोलियो निगरानी परियोजना (एनपीएसपी) उच्च गुणवत्तायुक्त जटिल प्लैसिड पैरालिसिस (एएफपी) निगरानी को तकनीकी सहायता प्रदान करता है तथा सरकार को पोलियो रोग प्रतिरक्षण योजना की वृहत् योजना बनाने, प्रशिक्षण देने और मॉनीटरिंग करने में सहायता देता है।

वर्ष 1995 से पल्स पोलियो उन्मूलन रोग प्रतिरक्षण की पहल से देश में पोलियो के रोगियों की संख्या कम करने में उल्लेखनीय सफलता प्राप्त हुई है और कुल रोगियों की संख्या धीरे-धीरे कम हो रही है। वायरस पैदा करने वाले टाइप 3 के पोलियो में से वर्ष 1999 में टाइप-2 डब्ल्यू पीवी2 वायरस का पहले से ही उन्मूलन कर दिया गया है। नवम्बर, 2009 में आयोजित बैठक में भारतीय विशेषज्ञ सलाहकार समूह के उत्तर प्रदेश में टाइप-1 और टाइप-3 दोनों किस्म के वायरसों के उपयोग के बदले प्रभावी विवलैंड ओपीवी वैक्सीन की अनुशंसा की थी। देश में पहली बार बाइवैलेंट वैक्सीन (बीओपीवी) को वर्ष 2010 में शुरू किया गया

था। वर्ष 2011 में दो राष्ट्रीय रोग प्रतिरक्षण दिवस और 5 उप राष्ट्रीय रोग प्रतिरक्षण दिवसों का संचालन किया गया है। एनआईडी के चक्रों में लगभग 170 मिलियन बच्चे कवर होते हैं और एसएनआईडी दौर में 40-80 मिलियन बच्चे कवर होते हैं और एसएनआईडी में 40-80 मिलियन बच्चे कवर होते हैं। इसके अतिरिक्त, डब्ल्यूपीवी का पता लगाने की प्रतिक्रिया स्वरूप बृहत पैमाने के बहु-जिला में इसका सफाया करने के कार्य संचालित किए गए हैं।

परिणामस्वरूप वर्ष 2011 में जनवरी माह में पोलियो के केवल 1 मामले की सूचना मिली। अंतिम पी 3 मामला दिनांक 22.10.2011 की तारीख से पाकुर झारखंड में तथा पी 1 मामला दिनांक 13.01.2011 की तारीख से हावड़ा (प. बंगाल) में देखा गया। यह सबसे लंबी पोलियो मुक्त अवधि है।

5.13. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर कोल्ड चैन प्रणाली संबंधी वैक्सीन भंडारण

कोल्ड चैन प्रणाली में विनिर्माताओं से लाभार्थियों को संस्तुत तापमान पर वैक्सीनों के लिए अनेक दुलाई एवं भंडारण सुविधाएं शामिल हैं। विभिन्न स्तरों पर वैक्सीनों को भंडारित करने के लिए राज्यों में 90000 से अधिक एकक हैं जिनमें निम्नलिखित उपकरण हैं :-

1. *वाक-इन कूलर एवं वाक-इन फ्रीजर कक्ष*: इनकी आपूर्ति राज्य/क्षेत्रीय स्तर पर इसके आवाह क्षेत्र में 3 माह के लिए आवश्यक वैक्सीन भंडार रखने के लिए की जाती है।

वर्तमान में देश में राज्यों के विभिन्न स्थानों में संस्थापित 212 वाक इन कूलर एवं 47 वाक इन फ्रीजर हैं।

2. *जिला स्तर पर आइस लाइन्ड रेफ्रिजरेटर (बड़ा) और डीप फ्रीजर (बड़ा)*: 11000 आई एल आर (बड़ा) एवं डीप फ्रीजर (बड़ा) की आपूर्ति की गई है। जिला भंडारों में डीप फ्रीजर का इस्तेमाल पोलियो वैक्सीन को 15 सेंटीग्रेड के नीचे (-) भंडारित करने के लिए भी किया जाता है।
3. *आई एल आर/डीप फ्रीजर का दोहरा सेट*: इनकी आपूर्ति सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जोड़ों में की गई है जहां एक माह की वैक्सीनों की आवश्यकता का भंडार रखा गया है। ऐसी 79000 यूनिटों की आपूर्ति विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाओं को की गई है।
4. वैक्सीनों को लाने और ले जाने के लिए राज्यों को 366 इंसुलेटिड वैन प्रदान की गई हैं : चालू वर्ष 2011-12 के दौरान 380 इंसुलेटिड वैक्सीन वैनों का प्रापण भी किया गया है और इनकी आपूर्ति राज्यों को भी की जा रही है।
5. कोल्ड चैन से संबंधित तकनीशियनों को सीएफसी मुक्त उपकरणों के संबंध में मरम्मत संबंधी प्रबंधन कौशल से लैस करने के लिए दक्षता आधारित प्रशिक्षण प्रदान किया गया। राज्यों में उनकी आवश्यकताओं के अनुसार कोल्ड चैन भंडार नवीकरण भी शुरू किया गया है।

रूग्ण नवजात परिचर्या एककों (एसएनसीयू) की राज्यवार स्थिति (अक्टूबर 2011 की स्थिति के अनुसार)

राज्य	एसएनसीयू की संख्या
बिहार	8
छत्तीसगढ़	2
हिमाचल प्रदेश	2
जम्मू एवं कश्मीर	2
झारखंड	2
मध्य प्रदेश	28
उड़ीसा	16
राजस्थान	36
उत्तर प्रदेश	7
उत्तराखंड	1
अरुणाचल प्रदेश	0
असम	6
मणिपुर	1
मेघालय	0
मिजोरम	0
नागालैण्ड	0
सिक्किम	0
त्रिपुरा	0
आंध्र प्रदेश	14
गोवा	1
गुजरात	34
हरियाणा	6
कर्नाटक	25
केरल	16
महाराष्ट्र	34
पंजाब	0
तमिलनाडु	30
पश्चिम बंगाल	6
अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	1
चंडीगढ़	1
दादरा और नगर हवेली	1
दमण और दीव	1
दिल्ली	10
लक्षद्वीप	0
पुदुच्चेरी	2
कुल	293

भारत में एनएसएसके के प्रशिक्षित स्वास्थ्य व्यावसयिकों की राज्यवार स्थिति (अक्टूबर 2011 की स्थिति के अनुसार)

क.सं.	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र भारत	एनएसएसके में प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्मिकों की संख्या 44977
क. गैर-पूर्वोत्तर के उच्च फोकस वाले राज्य		
1	बिहार	3106
2	छत्तीसगढ़	73
3	हिमाचल प्रदेश	0
4	जम्मू एवं कश्मीर	272
5	झारखंड	1469
6	मध्य प्रदेश	3918
7	उड़ीसा	1648
8	राजस्थान	2297
9	उत्तर प्रदेश	1946
10	उत्तराखंड	881
	उप-योग	15610
ख. पूर्वोत्तर राज्य		
11	अरुणाचल प्रदेश	261
12	असम	1827
13	मणिपुर	80
14	मेघालय	496
15	मिजोरम	174
16	नागालैण्ड	123
17	सिक्किम	162
18	त्रिपुरा	95
	उप-योग	3218
ग. गैर उच्च फोकस वाले राज्य		
19	आंध्र प्रदेश	551
20	गोवा	एनआर
21	गुजरात	5561
22	हरियाणा	2176
23	कर्नाटक	40
24	केरल	861
25	महाराष्ट्र	4827
26	पंजाब	2066
27	तमिलनाडु	8231
28	पश्चिम बंगाल	1486
	उप-योग	25799
घ. संघ राज्य क्षेत्र		
29	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	121
30	चंडीगढ़	13
31	दादरा और नगर हवेली	0
32	दमण और दीव	121
33	दिल्ली	60
34	लक्षद्वीप	0
35	पुदुच्चेरी	35
	उप-योग	350