



महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय, वर्धा  
(संसद द्वारा पारित अधिनियम 1997, क्रमांक 3 के अंतर्गत स्थापित केंद्रीय विश्वविद्यालय)  
Mahatma Gandhi Antarrashtriya Hindi Vishwavidyalaya, Wardha  
(A Central University Established by Parliament by Act No.3 of 1997)

## एमएसडब्ल्यू पाठ्यक्रम (80 क्रेडिट) तृतीय सेमेस्टर



### दूर शिक्षा निदेशालय

महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिंदी विश्वविद्यालय, वर्धा  
पोस्ट - हिंदी विश्वविद्यालय, गांधी हिल्स, वर्धा - 442001 (महाराष्ट्र)

### मार्ग निर्देशन समिति

प्रो. गिरीश्वर मिश्र  
कुलपति, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

प्रो. आनंद वर्धन शर्मा  
प्रतिकुलपति, म.गां.अं.हिं.वि.,  
वर्धा

प्रो. अरविंद कुमार झा  
निदेशक, दूर शिक्षा निदेशालय,  
म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

### पाठ्यचर्या निर्माण समिति

प्रो. मनोज कुमार

निदेशक – म.गां.फ्यू. गु. समाज कार्य अध्ययन  
केंद्र, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

श्री अमोद गुर्जर

असिस्टेंट प्रोफेसर, म.गां.फ्यू. गु. समाज कार्य  
अध्ययन केंद्र, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

डॉ. मिथिलेश कुमार

असिस्टेंट प्रोफेसर, म.गां.फ्यू. गु. समाज  
कार्य अध्ययन केंद्र, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

डॉ. शंभू जोशी

असिस्टेंट प्रोफेसर एवं पाठ्यक्रम संयोजक,  
दूर शिक्षा निदेशालय, म.गां.अं.हिं.वि.,  
वर्धा

डॉ. शिवसिंह बघेल

असिस्टेंट प्रोफेसर, म.गां.फ्यू. गु. समाज कार्य  
अध्ययन केंद्र, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

### संपादन मंडल

प्रो. मनोज कुमार

निदेशक – म.गां.फ्यू. गु. समाज कार्य अध्ययन  
केंद्र, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

डॉ. मिथिलेश कुमार

असिस्टेंट प्रोफेसर, म.गां.फ्यू. गु. समाज  
कार्य अध्ययन केंद्र, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

डॉ. शंभू जोशी

असिस्टेंट प्रोफेसर एवं पाठ्यक्रम संयोजक, दूर  
शिक्षा निदेशालय, म.गां.अं.हिं.वि., वर्धा

### इकाई लेखन

खंड -1

सुश्री नूरीश परवीन

खंड -2

इकाई 1 श्री श्याम सिंह  
इकाई 2-5 डॉ.शंभू जोशी

खंड -3

डॉ.शंभू जोशी

खंड -4

डॉ.मिथिलेश कुमार

### कार्यालयीन एवं मुद्रण सहयोग

श्री विनोद वैद्य

सहायक कुलसचिव, दू.शि. निदेशालय

श्री महेन्द्र प्रसाद

सहायक संपादक, दू.शि. निदेशालय

सुश्री मेघा आचार्य

प्रूफ रीडर, दू.शि. निदेशालय

सुश्री राधा

टंकक, दू.शि. निदेशालय

आवरण पृष्ठ

सुश्री मेघा आचार्य

## अनुक्रम

क्र.सं.	खंड का नाम	पृष्ठ संख्या
1	<b>खण्ड - 1 सामुदायिक स्वास्थ्य की संकल्पना</b>	5
	इकाई - 1 स्वास्थ्य एवं बीमारी की संकल्पनाएं	6-12
	इकाई - 2 स्वास्थ्य का समाजशास्त्र	13-20
	इकाई - 3 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक	21-26
	इकाई - 4 समुदाय की स्वास्थ्य देखभाल	27-33
2	<b>खण्ड - 2 भारत में स्वास्थ्य सेवा प्रदाय व्यवस्था</b>	34
	इकाई - 1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम	35-50
	इकाई - 2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति	51-61
	इकाई - 3 जनसंख्या नीति	62-69
	इकाई - 4 सभी के लिए स्वास्थ्य	70-76
	इकाई - 5 सहस्राब्दि विकास लक्ष्य	77-84
3	<b>खण्ड - 3 स्वास्थ्य शोध, संचार एवं समाज कार्य</b>	85
	इकाई - 1 स्वास्थ्य सूचना एवं सांख्यिकी	86-92
	इकाई - 2 स्वास्थ्य व्यवस्था एवं शोध	93-100
	इकाई - 3 व्यवहार बदलाव संप्रेषण - सिद्धांत एवं रणनीति	101-108
	इकाई - 4 स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक भागीदारी (पंचायतों की भूमिका)	109-115
4	<b>खण्ड - 4 सामुदायिक स्वास्थ्य की गांधीय संकल्पना</b>	116
	इकाई - 1 स्वास्थ्य एवं सामुदायिक स्वास्थ्य की गांधी संकल्पना	117-121
	इकाई - 2 प्राकृतिक चिकित्सा	122-126
	इकाई - 3 स्वास्थ्य संबंधी विभिन्न प्रयोग	127-131

## MSW 13 सामुदायिक स्वास्थ्य

### खंड परिचय

प्रिय विद्यार्थियों,

एमएसडब्ल्यू पाठ्यक्रम (तृतीय सत्र) के प्रश्नपत्र MSW 13 सामुदायिक स्वास्थ्य में आपका स्वागत है। इस प्रश्नपत्र को चार खंडों में विभाजित किया गया है।

**पहले खंड** में यह बताया गया है कि सामुदायिक स्वास्थ्य की संकल्पना क्या है? स्वास्थ्य के समाजशास्त्र को किस प्रकार समझा जा सकता है, समाज में स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक कौन-कौन से हैं और समुदाय की स्वास्थ्य देखभाल किस प्रकार की जा सकती है? यह खंड इन्हीं मुद्दों को स्पष्ट करता है।

**दूसरे खंड** में यह बताया गया है कि भारत में स्वास्थ्य सेवाओं को किस प्रकार उपलब्ध कराया जाता है? इन सेवाओं को प्रदान करते समय संस्थागत प्रारूप क्या है और किस प्रकार की नीतियों का निर्माण किया जाता है? भारत में मौजूद विभिन्न कार्यक्रमों एवं नीतियों का उल्लेख इस खंड में किया गया है।

**तीसरे खंड** में स्वास्थ्य शोध, संचार एवं समाज कार्य को स्पष्ट किया गया है। समाज कार्य के परिप्रेक्ष्य से स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं, सांख्यिकी, व्यवस्थाएं और शोध में किन संस्थानों और कार्यक्रमों का योगदान है, इसे बताया गया है। समाज में स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता लाने में व्यवहार को बदलने वाले सिद्धांत किस प्रकार समाज कार्य की सहायता करते हैं, समुदाय में स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता लाने में पंचायतों की भूमिका को भी समझाया गया है।

**चौथे खंड** में स्वास्थ्य की गांधीय संकल्पना को प्रस्तुत किया गया है। स्वास्थ्य एवं सामुदायिक स्वास्थ्य की गांधीय संकल्पना क्या है? उनके प्राकृतिक चिकित्सा संबंधी प्रयोग क्या थे? स्वास्थ्य संबंधी प्रयोगों के बारे में उनका क्या मत था आदि मुद्दों पर प्रकाश डाला गया है।

खंड – 1

सामुदायिक स्वास्थ्य की संकल्पना

ज्ञान शांति मैत्री

## इकाई-1 स्वास्थ्य एवं बीमारी की संकल्पना

### इकाई की रूपरेखा

- 1.0 उद्देश्य
- 1.1 प्रस्तावना
- 1.2 स्वास्थ्य की परिभाषा
- 1.3 समग्र स्वास्थ्य की परिभाषा
- 1.4 स्वास्थ्य के मापदंड
- 1.5 बीमारी की परिभाषा
- 1.6 रोग के सिद्धांत
- 1.7 सारांश
- 1.8 बोध प्रश्न
- 1.9 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 1.0 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद आप-

- स्वास्थ्य की परिभाषा से रूबरू होंगे।
- बीमारी की संकल्पना को समझ सकेंगे।
- रोगों के सिद्धांत को परिभाषित कर सकेंगे।

### 1.1 प्रस्तावना

स्वास्थ्य मानव जीवन की एक ऐसी कुंजी है जो जीवन को सरल बना देती है। अस्वस्थ अथवा बीमार व्यक्ति न ही अपना विकास कर पाता है और न ही समाज का। अतः एक स्वास्थ्य समाज निर्माण के लिए स्वस्थ व्यक्ति का होना बहुत ही जरूरी है। प्रस्तुत इकाई में स्वास्थ्य संबन्धित परिभाषाओं, समग्र स्वास्थ्य की संकल्पनाओं, रोगों की संकल्पनाओं को शामिल किया गया है ताकि स्वास्थ्य संबन्धित जानकारी को बेहतर ढंग से समझा जा सके। क्योंकि स्वास्थ्य सिर्फ बीमारियों की अनुपस्थिति का नाम नहीं है। हमें सर्वांगीण स्वास्थ्य के बारे में अवश्य जानकारी होनी चाहिए। स्वास्थ्य का अर्थ विभिन्न लोगों के लिए अलग-अलग होता है। लेकिन अगर हम एक सार्वभौमिक दृष्टिकोण की बात करें तो अपने आपको स्वस्थ कहने का यह अर्थ होता है कि हम अपने जीवन में आनेवाली सभी सामाजिक, शारीरिक और भावनात्मक चुनौतियों का प्रबंधन करने में सफलतापूर्वक सक्षम हों।

## 1.2 स्वास्थ्य की परिभाषा

एक आम कहावत है-“स्वास्थ्य ही धन है”। इसका अर्थ है कि, हमारा अच्छा स्वास्थ्य ही हमारी वास्तविक दौलत या धन है, जो हमें अच्छा स्वास्थ्य और मन देता है और हमें जीवन की सभी चुनौतियों का सामना करने के लिए सक्षम बनाता है। अच्छा स्वास्थ्य अच्छे शारीरिक, मानसिक और सामाजिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देता है। स्वास्थ्य अच्छा नहीं होने से हमारे मन, परिवार एवं समाज पर भी इसका बुरा असर दिखता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (W.H.O.) ने सन् 1948 में स्वास्थ्य को परिभाषित करते हुए कहा कि दैहिक, मानसिक और सामाजिक रूप से पूर्णतः स्वस्थ होना (समस्या-विहीन होना) ही अच्छे स्वास्थ्य का मानक है। स्वास्थ्य सिर्फ बीमारियों की अनुपस्थिति का नाम नहीं है। हमें सर्वांगीण स्वास्थ्य के बारे में अवश्य जानकारी होनी चाहिए। स्वास्थ्य का अर्थ विभिन्न लोगों के लिए अलग-अलग होता है। लेकिन अगर हम एक सार्वभौमिक दृष्टिकोण की बात करें तो अपने आपको स्वस्थ कहने का यह अर्थ होता है कि हम अपने जीवन में आनेवाली सभी सामाजिक, शारीरिक और भावनात्मक चुनौतियों का प्रबंधन करने में सफलतापूर्वक सक्षम हों। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार स्वास्थ्य रोग का न होना या अशक्तता मात्रा नहीं, बल्कि पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक तन्दुरुस्ती की स्थिति है।

## 1.3 समग्र स्वास्थ्य की परिभाषा

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, स्वास्थ्य सिर्फ रोग या दुर्बलता की अनुपस्थिति ही नहीं बल्कि एक पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक खुशहाली की स्थिति है। स्वस्थ लोग रोजमर्रा की गतिविधियों से निपटने के लिए और किसी भी परिवेश के मुताबिक अपना अनुकूलन करने में सक्षम होते हैं। रोग की अनुपस्थिति एक वांछनीय स्थिति है लेकिन यह स्वास्थ्य को पूर्णतया परिभाषित नहीं करता है। यह स्वास्थ्य के लिए एक कसौटी नहीं है और इसे अकेले स्वास्थ्य निर्माण के लिए पर्याप्त भी नहीं माना जा सकता है। लेकिन स्वस्थ होने का वास्तविक अर्थ अपने आप पर ध्यान केंद्रित करते हुए जीवन जीने के स्वस्थ तरीकों को अपनाया जाना है। यदि हम एक अभिन्न व्यक्तित्व की इच्छा रखते हैं तो हमें हर हमेशा खुश रहना चाहिए और मन में इस बात का भी ध्यान रखना चाहिए कि स्वास्थ्य के आयाम अलग अलग टुकड़ों की तरह है। अतः अगर हम अपने जीवन को कोई अर्थ प्रदान करना चाहते हैं तो हमें स्वास्थ्य के इन विभिन्न आयामों को एक साथ फिट करना पड़ेगा। वास्तव में, अच्छे स्वास्थ्य की कल्पना समग्र स्वास्थ्य का नाम है जिसमें शारीरिक स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, आध्यात्मिक स्वास्थ्य और सामाजिक स्वास्थ्य भी शामिल है।

## 1.4 स्वास्थ्य के मापदंड

पिछले कई वर्षों से इस परिभाषा का विस्तार हुआ जिसमें सामाजिक व आर्थिक रूप से गुणकारी जीवन व्यतीत करने की क्षमता को सम्मिलित किया गया है। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने प्रमुख तीन मापदण्डों पर विचार किया है और बहुत से मापदण्डों पर विचार कर सकते हैं जैसे आत्मिक, भावात्मक, राजनीतिक व व्यवसायिक मापदंड।

**1. शारीरिक मापदंड** - यह समझना बहुत सरल है कि शारीरिक स्वास्थ्य की स्थिति सम्पूर्ण क्रिया के विचार में निहित है। व्यक्ति में अच्छे स्वास्थ्य के संकेत हैं - अच्छा रंग, अच्छे बाल, चमकती आंखें, स्वच्छ त्वचा,

अच्छी सांस, तन्दुरुस्त शरीर, गाढ़ी नींद, अच्छी भूख, अच्छी पाचन शक्ति, सरल सहायक, शारीरिक गतिविधियाँ, शरीर के सभी अव्यव जो कि सामान्य आकार कार्य वाले हैं - सम्पूर्ण चेतना, नाड़ी की गति, रक्तचाप व सहनशीलता; ये सभी व्यक्ति की आयु व लिंग के अनुसार सामान्यता की स्थिति में आते हैं। यह सामान्यता की स्थिति एक विस्तृत सीमा लिए हुए है। यह सामान्य स्थिति अप्रभावित स्वस्थ लोगों के (जो कि किसी भी बीमारी से पीड़ित नहीं हैं) निरीक्षण के पश्चात स्थापित की गई है।

**2. मानसिक मापदंड** - मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य एक दूसरे से जुड़े हैं। यह केवल मानसिक बीमारी की अनुपस्थिति नहीं है। मानसिक स्वास्थ्य का अर्थ हमारे भावनात्मक और आध्यात्मिक लचीलेपन से है जो हमें अपने जीवन में दर्द, निराशा और उदासी की स्थितियों में जीवित रहने के लिए सक्षम बनाती है। मानसिक स्वास्थ्य हमारी भावनाओं को व्यक्त करने और जीवन की ढेर सारी माँगों के प्रति अनुकूलन की क्षमता है। इसे अच्छा बनाए रखने के निम्नलिखित कुछ तरीके हैं-

- प्रसन्नता, शांति व व्यवहार में प्रफुल्लता
- आत्म-संतुष्टि (आत्म-भर्त्सना या आत्म-दया की स्थिति न हो।)
- भीतर ही भीतर कोई भावात्मक संघर्ष न हो (सदैव स्वयं से युद्धरत होने का भाव न हो।)
- मन की संतुलित अवस्था।

**3. सामाजिक मापदंड** - अच्छी व्यवहारकुशलता निहित है एकरूपता और एकीकृत व्यक्ति में, व्यक्ति और समाज में, व्यक्ति और विश्व में, जिसमें कि वह रहता है। एक समुदाय का सामाजिक स्वास्थ्य उन्नति, चिंतन, विचारों और दूसरों के प्रति सहानुभूति जैसे कारकों पर निर्भर करता है। इसके अलावा यह शिक्षा, उत्पादन, स्वास्थ्य व व्यक्तियों की सामाजिक सुरक्षा पर भी निर्भर करता है।

**4. आध्यात्मिक मापदंड** - आधुनिक जीवन पर तनाव व दबाव होने से स्वास्थ्य के मापदंड पर विचार करना अनिवार्य है। विश्व के साथ शांति सम्बन्ध बनाने से पहले यह अनिवार्य है कि व्यक्ति स्वयं आत्मिक शांति को प्राप्त हो। आध्यात्मिक स्वास्थ्य नैतिक मूल्यों, संहिताओं, अभ्यासों व चिंतन इत्यादि के माध्यम से प्राप्त किया जा सकता है।

**5. व्यवसायिक मापदंड** - व्यवसायिक मापदंड स्वास्थ्य का नया मापदंड है। इसका महत्त्व ज्यादा तब है, जब अचानक किसी व्यक्ति की नौकरी छूट जाती है या उसे सेवा-निवृत्ति लेनी पड़ती है। हो सकता है कुछ व्यक्तियों के लिए ये केवल आय का एक जरिया हो, लेकिन कुछ के लिए जिन्दगी के सभी मापदण्डों के द्वारा जो सफलता मिलती है, यह उसे प्रदर्शित करता है।

### 1.5 बीमारी की परिभाषा

बीमारी एक ऐसी स्थिति है जिसमें व्यक्ति अपने आप को स्वस्थ महसूस नहीं कर पाता है। बीमारी को मूल रूप से समझना थोड़ा कठिन है। इसको हम ऐसे समझ सकते हैं कि कब व्यक्ति पूरी तरह से स्वस्थ है और कब बीमार है। इसका एक सामान्य सा जवाब है। एक व्यक्ति तब स्वस्थ है जब उसे कोई बीमारी नहीं है और वो व्यक्ति बीमार है मतलब उसको कोई न कोई रोग है। जब कोई व्यक्ति रोगग्रस्त होता है तब वह किसी भी एक रोग से परेशान होता है।

लेकिन यह कहा जा सकता है कि जब हम किसी चीज़ को लगातार अपने शरीर में महसूस कर रहे हो और उसके कारण लगातार समस्या पैदा हो रही हो तब उसे रोग के रूप में देखा जा सकता है। मानव रोगों के संबंध में अलग अलग अवधारणाएं मिलती हैं। और मानव की विभिन्न सांस्कृतिक विभिन्नताओं के कारण उसके संदर्भ भी बदल जाते हैं। चिकित्सा मानवविज्ञान और समाजशास्त्र के अध्ययन दर्शाते हैं कि बीमारियों का संदर्भ विश्वास के साथ साथ विभिन्न वर्ग, लिंग, जातीय समूह के आधार पर बदल जाता है। देखा जाए तो स्वास्थ्य और बीमारी के मतलब समय के अनुसार भी बदलते हुए नज़र आते हैं। जिसमें परिवर्तन सामाजिक और आर्थिक कारणों से होता है। बीमारी कभी-कभी रूग्ण-स्वास्थ्य या व्याधि के रूप में भी जाना जाता है। बीमारी स्वास्थ्य की खराब अवस्था होती है। बीमारी को कभी-कभी रोग के पर्याय के रूप में भी देखा जाता है। कुछ लोग बीमारी को व्यक्तिपरक रूप से परिभाषित रोग के रोगी की स्वानुभूत धारणा के रूप में वर्णित करते हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा दी गई परिभाषा के अनुसार स्वस्थ होने का जो अर्थ है। इनमें से किसी भी एक अवस्था का शिकार होने पर, व्यक्ति को अस्वस्थ या बीमार माना जा सकता है। यानि सामाजिक, मानसिक एवं शारीरिक रूप से किसी भी एक अवस्था में व्यक्ति स्वस्थ नहीं पाया जाता है तो उसे बीमार मान लिया जाता है।

### 1.6 रोग के सिद्धान्त

रोग के कुछ सिद्धान्त हैं जिनके द्वारा रोग को समझा जा सकता है। आयुर्वेद के अनुसार “त्रिदोष” के असंतुलन पर व्यक्ति व्यक्ति बीमार होता है। वह त्रिदोष वात, पित्त और कफ है। इसी प्रकार आगे अलग अलग सिद्धान्तों द्वारा रोग को परिभाषित किया गया है।

- **रोगों का जीवाणु सिद्धान्त:** 18वीं शताब्दी किटाणु विज्ञान कि खोज कि गयी। इस खोज के बाद बीमारी को समझने के सफर में एक नया मोड़ आया। Louis pastuer (1860) ने बताया कि हवा में बेक्टीरिया का दबाव होता है। इसी प्रकार Robert Koch (1877) ने बताया कि बिसहरिया रोग हवा में बेक्टीरिया के कारण होता है। चिकित्सा विज्ञान में इन खोजों के बाद बीमारियों को समझना आसान हो गया। कोच का मानना है कि किसी भी तत्व को पूरा करने के लिए सबसे पहले सूक्ष्म जीवों को ‘आवश्यक तत्व’ के रूप में देखा जाता है। जिस कारण से कोई बीमारी होती है।
- **बहुकरणीय संबंध का सिद्धान्त:** इसको द्वारा यह मान लिया गया है कि बीमारी सिर्फ एक जीव के कारण से नहीं होती है बल्कि कुछ अतिसंवेदनशील कारकों का इसमें योगदान होता है। जिससे बीमारियाँ होती हैं। आज के समय में कुछ आधुनिक रोग होने लगे हैं जैसे- फेफड़ों का कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग, मानसिक रोग आदि। इन रोगों के होने के सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक, आनुवांशिक और मनोवैज्ञानिक कारक हैं। जिसमें गरीबी को भी शामिल करें तो निरक्षरता, अज्ञानता, गरीबी में जीवन स्थिति और अधिक भीड़भाड़ वाली जगह में रहना आदि भी बीमारी का कारण हैं। बहु करणीय संबंध का यह सिद्धान्त pettenkofer of munich (1819) द्वारा दिया गया। यह अब ज्ञात हो चुका है कि अधिकांश कारक जीवनशैली और मानव व्यवहार से घनिष्ठ रूप से जुड़े हुए हैं। इन सभी ‘risk factor’ को रोगों के करणीय संबंध के जाल के रूप में माना जा सकता है। रिस्क फेक्टर एक विशेषता है जिसमें व्यक्ति के प्रतिकूल प्रभावों जैसे बीमारी, विकलांगता या मृत्यु के रूप में सामने आता है। करणीय संबंध के जाल में

कई कारक ऐसे हैं जिसमें हृदय रोग का कारण अतिरिक्त धूम्रपान, अधिक वसा का सेवन, शारीरिक व्यायाम की कमी, मोटापा आदि। कोई भी रिस्क फेक्टर संशोधन योग्य या अयोग्य भी हो सकता है। बहु-कारणीय संबंध सिद्धान्त रोगों के नियंत्रण या रोकथाम के लिए दृष्टिकोण प्रदान करता है।

- **रोग का प्राकृतिक इतिहास:** रोगों की प्रक्रिया का विकास व्यक्ति में रोग के प्रारम्भिक चरण से अंतिम चरण तक देखा जाता है। इसी प्रकार रोग में हस्तक्षेप के बाद रोकथाम या उपचार के रूप में देखा जाता है। यह एक पूरी प्रक्रिया है व्यक्ति से व्यक्ति तक जाते जाते भिन्न भिन्न होती चली गयी। रोग के प्राकृतिक इतिहास को समझना बहुत आवश्यक है। रोगों के रोकथाम के ज्ञान को रोगों की प्रक्रिया के अलग अलग चरणों में लागू किया जा सकता है। रोगों के प्राकृतिक इतिहास में रोगों के दो चरण माने गये हैं- prepathogenesis और pathogenesis।

- **Prepathogenesisphase**

यह चरण रोगों की शुरुआत से पहले की अवधि को संदर्भित करता है इस चरण के तीन घटक हैं। जिसे epidemiological triads के अनुसार agent, host और environment के नाम से जानते हैं।

- Agent factor- इसको एक पदार्थ के रूप में परिभाषित किया गया है। जिससे संबंधित कारकों की कमी के कारण रोग की प्रक्रिया शुरू होती है। रोग एजेंट को मोटे तौर पर भौतिक, रसायनिक, जैविक, यांत्रिक और पोषण के रूप में समझा जा सकता है।
- Host factor- यह व्यक्ति के तीन कारकों को रोगों का कारण मानता है। जो इस प्रकार हैं।
  - उम्र- कुछ रोग एक निश्चित आयु वर्ग के लोगों में ही होते हैं। जैसे खसरा और डिप्थेरिया बच्चों में होता है। उच्च रक्तचाप और मधुमेह मध्यम आयु वर्ग के लोगों में होता है।
  - लिंग- कुछ रोग जैसे फेफड़ों का कैंसर और क्रोनरी हृदय रोग का होना पुरुषों में आम बात होती है। इसी तरह गठिया, मधुमेह और मोटापा ज्यादातर महिलाओं में पाया जाता है।
  - जातीयता- जातीयता के आधार पर भी रोगों का निर्धारण किया जा सकता है।
  - व्यवसाय- व्यवसाय न केवल व्यक्ति की आय निर्धारित करता है। बल्कि व्यक्ति के व्यवसाय से उसके स्वास्थ्य के खतरों का निर्धारण होता है।
  - साक्षरता स्तर- ऐसा माना जाता है कि उच्च साक्षरता स्तर से बीमारी की घटनाएँ कम होती हैं।
  - आय- किसी भी रोग के विकास और जीवन स्तर को व्यक्ति की आय प्रभावित करती है। निम्न आर्थिक सामाजिक स्थिति में संक्रामक रोग होते हैं। और उच्च जीवन स्तर वाले व्यक्तियों में असंचारी रोग होते हैं।
  - वैवाहिक स्थिति- व्यक्ति की वैवाहिक स्थिति भी रोगों का कारण होती है। गर्भाशय ग्रीवा कैंसर अविवाहित महिलाओं से ज्यादा विवाहित महिलाओं में आम होता है। इसी तरह यौन संचारित रोग और एचआईवी भी विवाहित लोगों में पाया जाता है।
  - पोषण की स्थिति- पोषण की बुरी स्थिति में व्यक्ति को संक्रामक रोग होने का खतरा रहता है।

- जीवनशैली- धूम्रपान, शराब, नशीले पदार्थों की लत, व्यायाम की कमी और अधिक लोगों से यौन संबंध आदि कारण रोगों के विकास को बढ़ावा देते हैं।
- Environmentfactor-  
इसको भौतिक, जैविक तथा सामाजिक-आर्थिक वातावरण में वर्गीकृत किया जा सकता है। भौतिक पर्यावरण में हवा, पानी, मिट्टी, भोजन आदि शामिल हैं। जैविक वातावरण में पौधे, पशु, कीड़े, रोगाणु आदि शामिल हैं। मनोसामाजिक वातावरण में तनावपूर्ण स्थिति के कारक शामिल होते हैं। जैसे मृत्यु, माता पिता का तलाक, परित्याग, रोजगार का खोना, विकलांग बच्चों का पैदा होना आदि। जिसके कारण निराशा, चिंता, तनाव, क्रोध, अवसाद जैसी भावनाएं पैदा होती हैं। जिसके परिणामस्वरूप उच्च रक्तचाप, सरदर्द, अल्सर, दमा, मानसिक बीमारियाँ जन्म लेती हैं।
- Riskfactor-  
यह एजेंट फेक्टर से संबन्धित है। यह बीमारियों के विकास के साथ जुड़ा हुआ है। विशेष रूप से असंचारी रोगों जैसे धमनी की बीमारी, मोटापा, कैंसर, पेटिक अल्सर, मानसिक बीमारी, मधुमेह आदि। इसको वातावरण के रूप में भी समझा जा सकता है। जैसे वायु प्रदूषण, जल प्रदूषण, निम्न निवास स्थान आदि।
- **PathogenesisPhase:** जब रोगजनन की अवधि का चरण शुरू होता है तब रोग एजेंट सफलतापूर्वक इंसान के शरीर में प्रवेश करता है। सबसे पहले जब कोई भी जीव सफलतापूर्वक शरीर में प्रवेश करता है तो शुरुआत का पहला लक्षण दिखाई देता है तो उस अवस्था को ऊष्मायत अवधि कहा जाता है। नैदानिक सुविधाओं की शुरुआत के अंतिम परिणाम के रूप में या तो व्यक्ति पूरी तरह से ठीक हो जाता है या उसकी मृत्यु हो सकती है।

### 1.7 सारांश

हमारा अच्छा स्वास्थ्य ही हमारी वास्तविक दौलत या धन है, जो हमें अच्छा स्वास्थ्य और मन देता है और हमें जीवन की सभी चुनौतियों का सामना करने के लिए सक्षम बनाता है। अच्छा स्वास्थ्य अच्छे शारीरिक, मानसिक और सामाजिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (W.H.O.) ने सन् 1948 में स्वास्थ्य को परिभाषित करते हुए कहा कि दैहिक, मानसिक और सामाजिक रूप से पूर्णतः स्वस्थ होना (समस्या-विहीन होना) ही अच्छे स्वास्थ्य का मानक है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, स्वास्थ्य सिर्फ रोग या दुर्बलता की अनुपस्थिति ही नहीं बल्कि एक पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक खुशहाली की स्थिति है। स्वास्थ्य के मानदंडों के तहत हमने जाना की शारीरिक मापदंड, मानसिक मापदंड, सामाजिक मापदंड, आध्यात्मिक मापदंड, व्यवसायिक मापदंड आदि तमाम तरह के मापदंड हैं जिसके आधार पर एक स्वस्थ व्यक्ति की कल्पना की जाती है। साथ ही हमने बीमारी की संकलपा के तहत जाना की बीमारी एक ऐसी स्थिति है जिसमें व्यक्ति अपने आप को स्वस्थ महसूस नहीं कर पाता है। बीमारी को मूल रूप से समझना थोड़ा कठिन है। इसको हम ऐसे समझ सकते हैं कि कब व्यक्ति पूरी तरह से स्वस्थ है और कब बीमार है। रोगों के सिद्धांत के अंतर्गत हमने कई सिद्धांतों पर चर्चा की है जिनमें रोगों का जीवाणु सिद्धान्त, बहुकरणीय संबंध का सिद्धान्त, तथा रोग का प्राकृतिक इतिहास आदि शामिल हैं।

## 1.8 बोध प्रश्न

- स्वास्थ्य की संकल्पना को परिभाषित करें।
- स्वास्थ्य के मापदण्डों को सभी व्यक्ति के लिए कैसे लागू किया जा सकता है? चर्चा करें।
- बीमार को कैसे समझा जा सकता है?
- रोगों के सिद्धांतों पर चर्चा करें।

## 1.9 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- Hugges, B. B. (2011). *Improving global health: fore casting the next 50 years patterns of potential human progress*. New delhi: Oxford university press India.
- Kumari, D. (2006). *Community Health*. New Delhi: Discovery Publishing House.
- *समाजमेंस्वास्थ्यएवंपोषणकीधारणा*. (n.d.). Retrieved 02 05, 2017, from vikaspedia: <http://hi.vikaspedia.in/health/nutrition/92a94b937915-92492494d92494d93594b902-91593e-91c94d91e93e928/93892e93e91c-92e947902-93894d93593e93894d92594d92f-90f935902-92a94b937923-915940-92793e93092393e>
- *स्वास्थ्य*. (n.d.). Retrieved 02 05, 2017, from Wikipaedia: <https://hi.wikipedia.org/wiki/%E0%A4%B8%E0%A5%8D%E0%A4%B5%E0%A4%BE%E0%A4%B8%E0%A5%8D%E0%A4%A5%E0%A5%8D%E0%A4%AF>

ज्ञान शांति मैत्री

## इकाई-2 स्वास्थ्य का समाजशास्त्र

### इकाई की रूपरेखा

- 1.0 उद्देश्य
- 1.1 प्रस्तावना
- 1.2 स्वास्थ्य का समाजशास्त्र
- 1.3 स्वास्थ्य, बीमारी और चिकित्सा का सामाजिक आधार
- 1.4 समाज एवं व्यक्ति के बीच संबंध
- 1.5 वर्ग और स्वास्थ्य असमानता
- 1.6 जातीयता, वर्ग और स्वास्थ्य
- 1.7 लिंग और स्वास्थ्य
- 1.8 स्वास्थ्य के लिए समाजशास्त्र का योगदान
- 1.9 स्वास्थ्य संवर्धन का समाजशास्त्रीय विश्लेषण
- 1.10 स्वास्थ्य व बीमारी के लिए समाजशास्त्र के कुछ प्रमुख योगदान
- 1.11 स्वास्थ्य का सामाजिक परिप्रेक्ष्य
- 1.12 सारांश
- 1.13 बोध प्रश्न
- 1.14 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 1.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के पश्चात आप-

- स्वास्थ्य एवं बीमारी के समाजशास्त्र को समझ सकेंगे।
- स्वास्थ्य के लिए समाजशास्त्र किस तरह का योगदान प्रदान करता है को समझ सकेंगे।
- जाति, वर्ग और लिंग के बीच स्वास्थ्य कैसे काम करता है को समझ सकेंगे।
- स्वास्थ्य के सामाजिक परिप्रेक्ष्य को समझ सकेंगे।

### 1.1 प्रस्तावना

अक्सर स्वास्थ्य को हम पूर्ण रूप से ठीक होने के रूप में देखते हैं। जिसमें शारीरिक, मानसिक और भावनात्मक पहलू आते हैं। इसमें सबसे ज्यादा जोर व्यक्ति की रोगमुक्ति पर दिया जाता है। और यह पहचान करता है कि स्वास्थ्य शरीर का आधार स्वस्थ वातावरण और स्थिर मन होता है। सामाजिक संस्थाओं की चिकित्सा, निदान करना, व्यवहार करना और रोगों से बचना होता है। इसी क्रम में स्वास्थ्य का समाजशास्त्र की चर्चा करना इसीलिए जरूरी है कि स्वास्थ्य का संबंध सिर्फ चिकित्सा से न होकर सामाजिक व्यवस्था पर भी निर्भर है। मनुष्य जिस समाज में भी रहता है वहाँ का वातावरण, नियम-कानून, सामाजिक पूंजी सहित

सामाजिक समरसता का स्वास्थ्य से सीधा संबंध देखा जा सकता है। अगर समाज अपने सामाजिक तानेबाने में स्वास्थ्य हो तो उस समाज के व्यक्ति भी मानसिक और शारीरिक रूप से स्वास्थ्य होंगे। इस इकाई में हमने स्वास्थ्य का समाजशास्त्र के अंतर्गत स्वास्थ्य के सामाजिक परिप्रेक्ष्य को समझने की कोशिश करेंगे।

## 1.2 स्वास्थ्य का समाजशास्त्र

पिछले कई दशकों के दौरान विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा स्वास्थ्य के संवर्धन में केंद्रीय, स्थानीय, राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति व सुविधाओं के द्वारा एक वैश्विक स्वास्थ्य पहल का समर्थन किया गया है। एक ही समय में अति व्यस्तता वाले जीवन में लोगों के लिए हमेशा 'स्वस्थ रहना' चिंता का विषय बना गया है। आधुनिक काल में स्वास्थ्य संवर्धन के समाजशास्त्र की महत्वपूर्ण प्रतिक्रिया के द्वारा पाया गया कि स्वास्थ्य के समाजशास्त्र में सामाजिक-सांस्कृतिक देखने को मिलते हैं। स्वास्थ्य का समाजशास्त्र समकालीन जन स्वास्थ्य नीति, जीवनशैली, उपभोग, जोखिम और स्वास्थ्य का एक विश्लेषण प्रदान करता है। यह स्वास्थ्य की सामाजिक-राजनीतिक पदोन्नति और नीति के अभ्यास तथा उसके प्रभावों को दर्शाता है। इसके साथ साथ सामाजिक जीवन पर रुग्णता के तथा रुग्णता के सामाजिक जीवन पर उसके प्रभावों को भी दर्शाता है। बीमारी और स्थितियों के लिए अधिक और वैश्विक रूप से देखा जाए तो परिवार, शिक्षा, धर्म और आर्थिक स्थिति जैसे कारक मिलकर इस मुद्दे को समझने के लिए महत्वपूर्ण भूमिका अदा करते हैं। जिसमें आनुवंशिकता को मुख्य रूप से जिम्मेदार ठहराया जाता है। HIV/AIDS के इतिहास को हम प्रमुख उदाहरण के रूप में देख सकते हैं कि कैसे सामाजिक कारक स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। रोगों पर सामाजिक कारकों के प्रभावों कि खोज करने के लिए एक सकारात्मक पक्ष यह है कि यह हमें मानवता की मूल समस्याओं और बाधाओं के लिए एक अतिदृष्टि प्रदान करता है। जब हम एक समाज के रूप में प्रगति करते हैं और उनसे निपटने के संबन्धित ज्ञान के प्रसार के फैलाने में संयुक्त रूप से प्रयास करते हैं।

स्वास्थ्य को हम पूर्ण रूप से ठीक होने के रूप में देखते हैं। जिसमें शारीरिक, मानसिक और भावनात्मक पहलू आते हैं। इसमें सबसे ज्यादा जोर व्यक्ति की रोगमुक्ति पर दिया जाता है। और यह पहचान करता है कि स्वास्थ्य शरीर का आधार स्वस्थ वातावरण और स्थिर मन होता है। सामाजिक संस्थाओं की चिकित्सा, निदान करना, व्यवहार करना और रोगों से बचना होता है। इन कार्यों को पूरा करने के लिए चिकित्सा विज्ञान अन्य विज्ञान पर निर्भर करता है जिसमें जीव और पृथ्वी विज्ञान, रसायन विज्ञान, भौतिक विज्ञान और इंजीनियरिंग आदि। चिकित्सा निवारण हाल ही का दृष्टिकोण है जिसमें स्वस्थ रखने वाली आदतों से रोगों को रोका जा सकता है। स्वस्थ आहार और प्रयाप्त व्यायाम भी शामिल है। बीमारी और स्वास्थ्य का समाजशास्त्र समाज और स्वास्थ्य के संबंध का अध्ययन करता है। इसमें विशेष रूप से देखा जाता है कि कैसे रुग्णता का प्रभाव सामाजिक जीवन पर पड़ता है और मृत्युदर व रुग्णता पर कैसे समाज का प्रभाव पड़ता है। इस विषय में सामाजिक संस्था से स्वास्थ्य और बीमारी के संबंध को भी देखने का प्रयास किया गया है। जैसे परिवार, व्यवसायिक कार्य, स्कूल और धर्म के साथ बीमारियों के कारणों को भी देखा गया है। स्वास्थ्य या स्वास्थ्य कि कमी के लिए जैविक या प्राकृतिक स्थितियों को जिम्मेदार ठहराया जाता है। समाजशास्त्रियों द्वारा यह प्रदर्शित किया जा चुका है कि महत्वपूर्ण रूप से रोगों के प्रसार में व्यक्तियों कि

सामाजिक, आर्थिक स्थिति, जातीय परम्पराओं या मान्यताओं और अन्य सांस्कृतिक कारक जिम्मेदार होते हैं।

बीमारी और स्वास्थ्य के समाजशास्त्र को वैश्विक दृष्टिकोण पर विश्लेषक कि आवश्यकता है क्योंकि दुनिया भर में सामाजिक कारकों के प्रभाव बदलते जाते हैं। रोगों कि पारंपरिक चिकित्सा, अर्थशास्त्र, धर्म और संस्कृति यानि हर क्षेत्र के आधार पर जांच और तुलना विशिष्ट होती है। समाजशास्त्रीय कारक व्याख्या करने में मदद करते हैं कि मौजूदा विसंगतियाँ क्यों हैं।

इसके अलावा समाज, समय और विशेष रूप से समाज के भीतर स्वास्थ्य और बीमारी के पैटर्न में स्पष्ट अंतर होता है। स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में वैश्विक परिवर्तन को अनुसंधान और बीमारी और स्वास्थ्य के समाजशास्त्र को समझना ज्यादा जरूरी समझा जाता है। अर्थव्यवस्था चिकित्सा और बीमों का निरंतर परिवर्तन अलग अलग समुदायों के देखने के तरीकों को प्रभावित कर सकता है और उपलब्ध चिकित्सा सेवा को भी सुधार सकता है। सामाजिक जीवन में स्वास्थ्य और बीमारी के तेजी से उतार चढ़ाव कि समस्या अपनी परिभाषा में गतिशील है। जानकारी को आगे बढ़ाना महत्वपूर्ण है इसके विकसित रूप में स्वास्थ्य और बीमारी के समाजशास्त्र का लगातार अध्ययन करने उसको विकसित करने कि जरूरत है।

### 1.3 स्वास्थ्य, बीमारी और चिकित्सा का सामाजिक आधार

निश्चित रूप से स्वास्थ्य और रोग शरीर की अवस्थाओं का केवल जैविक विवरण है। जब हम बीमार होते हैं तब हमारा शरीर बीमार होता है इसको हम इस प्रकार समझ सकते हैं।

- रोग एक जैविक स्थिति है। गैर जैविक कारक मानव मन से जुड़े होते हैं जिन्हें महत्वहीन माना जाता है या रोगों के लक्षणों के जैविकीय कारणों कि खोज करने में पूरी तरह से ध्यान नहीं दिया जाता है।
- रोग एक अस्थायी जैविक स्थिति है। जिसको चिकित्सा हस्तक्षेप के द्वारा ठीक करके खत्म किया जा सकता है।
- रोग एक व्यक्ति द्वारा अनुभव किया जाता है। जो बाद में उपचार के लिए एक वस्तु बन जाता है।
- रोग के लक्षण दिखाई देने के बाद उसका उपचार किया जाता है। जिसके बाद प्रतिक्रियाशील उपचार प्रक्रिया शुरू होती है।
- रोग का उपचार एक चिकित्सा वातावरण में होता है जहां सबसे पहले रोगों के लक्षणों को दूर करने का प्रयास किया जाता है।

सबसे पहले इस सवाल की तरफ मुड़ना चाहिए कि स्वास्थ्य और बीमारी का सामाजिक आधार क्या है। समाजशास्त्री, मानवविज्ञानी और इतिहासकारों द्वारा अध्ययन की एक विस्तृत श्रृंखला में विशिष्ट समुदायों सहित स्वास्थ्य और बीमारी के सामाजिक आधार का वर्णन किया गया है। इन्होंने स्वास्थ्य देखभाल की समस्याओं का पता लगाया, बीमारी की भूमिका को प्रदर्शित किया मानसिक बीमारी को एक रोग के रूप में निर्माण को बताया। व्यापक रूप में चिकित्सा प्रणाली के निर्माण और सामाजिक नियंत्रण और सत्ता के बीच संबंधों के निर्माण को भी देखा गया।

स्वास्थ्य और बीमारी के समाजशास्त्र का सामाजिक उद्गम और रोगों के प्रभाव के साथ संबंध है। इसके अलावा यह अलग अलग निकायों की जैविक अभिव्यक्ति के साथ भी संबंध रखता है। चिकित्सा समाजशास्त्र का संबंध सामाजिक, ऐतिहासिक व सांस्कृतिक कारणों की खोज करने से है जिसमें चिकित्सा प्रभुत्व विशेष रूप से जैव चिकित्सा मॉडल, परिभाषा और बीमारी के उपचार में वृद्धि करना है। यह क्षेत्र घनिष्ठ रूप से संबन्धित है। रूढ़िवादी चिकित्सा से लेकर पेशेवर चिकित्सा तक इस क्षेत्र में घनिष्ठ संबंध है। जो रोगों के अनुभव और धारणाओं की एक व्यापक सामाजिक गतिशीलता को दर्शाता है।

#### 1.4 समाज और व्यक्ति के बीच संबंध

व्यक्ति और समाज या संरचना के बीच रिश्ता है जिसमें वे विशिष्ट और अलग तरीके से जीते हैं। इसका एक उदाहरण है जो Giddens द्वारा प्रदान किया गया। वह भाषा के सौदेश्य का उपयोग व्यक्ति के व्यापक सामाजिक संरचना के साथ वर्णन करता है। हम में से किसी ने भाषा का आविष्कार किया है कि हम उसका उपयोग करें, लेकिन इसके बिना सामाजिक गतिविधियों को बनाए रखना तथा उसे सांझा करना असंभव होगा। उसी तरह मानव व्यवहार को समाज की संरचना में यांत्रिक रूप में निर्धारित नहीं किया जा सकता है। समाज और व्यक्ति की संरचना और एजेंसी की अवधारणा समाज की सराहना करने की अनुमति देता है क्योंकि समाज द्वारा हमें जो आकार मिलता है बदले में हम समाज को आकार देते हैं।

समाजशास्त्र की विषयवस्तु में 'संरचना' शब्द में मुख्य रूप से मानव समाज और व्यवहार को समझाया जाता है। इसमें अनुशासन की व्याख्यात्मक रूपरेखा में तार्किक रूप से विशिष्ट कारकों को दर्शाता है। समाजशास्त्रीय व्याख्या के अनुसार हमारे स्वास्थ्य की स्थिति को कौन सी जरूरी चीज अलग करती है उदाहरण के लिए जैविक स्पष्टीकरण, स्पष्ट रूप से शरीर के माध्यम से जैविक और भौतिक इकाइयों द्वारा रोग का अनुभव किया जाता है। किसी भी रोग का कारण जबकि जैविक ही होता है लेकिन सामाजिक और संरचनात्मक कारकों के रूप में भी माना जा सकता है। किसी भी रोग का तत्काल कारण संक्रामण हो सकता है। लेकिन जो इस कारक का नेतृत्व करता है वह बहुत सारे और विविध रूप में हो सकते हैं। इसको हम स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक के रूप में सामझ सकते हैं। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक वह होता है जिस स्थितियों में व्यक्ति पैदा होता है, रहता है, काम करता है तथा जीवन जीते हैं। इन परिस्थितियों का धन, शक्ति और वैश्विक संसाधनों राष्ट्रीय और स्थानीय स्तरों द्वारा आकार प्राप्त होता है।

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक ज्यादातर स्वास्थ्य विषमताओं के लिए जिम्मेदार हैं। स्वास्थ्य स्थितियों में अनुचित तथा परिहार्य अंतर देखा जाता है और यह देशों के बीच भी देखने को मिलता है। स्वास्थ्य के समाजशास्त्र में कुछ पर्यावरणीय कारकों जैसे उम्र, सामाजिक वर्ग, जातीयता, वर्ण और लिंग आदि के दायरे भी पाये जाते हैं।

#### 1.5 वर्ग और स्वास्थ्य असमानता

वर्ग समाज के आधार पर शक्ति, स्थिति और आर्थिक संसाधनों कि पहुँच और नियंत्रण का एक जटिल स्तरीकरण संदर्भित करता है। यह लोगों के बीच जटिल और गतिशील शक्ति संबंध है। वर्ग समाज को अन्य समाजों से भी अलग करता है और स्तरीकृत भी करता है।

लोगों की जीवन प्रत्याशा लोगों के वर्ग पर भी निर्भर करती है। जिसके बीच एक बड़ा अंतर होता है। इसका मनोसामाजिक परिप्रेक्ष्य भी है। जो एक समाज में स्वस्थ असमानताओं के कारण नकारात्मक भावनात्मक अनुभव पर जोर देता है विशेष रूप से इसके कारण तनाव और बेबसी की भावना का विकास होता है। Wlinkinson's(1996) द्वारा काम किया गया जिसमें उन्होंने दिखाया कि आय स्वास्थ्य को प्रभावित करती है। जो समाज में ही स्थित है। इसका तर्क था कि समाज के वंचित समूहों द्वारा अलगाव और असुरक्षा का अनुभव किया जाता रहा है। और यह असमानता समाज द्वारा दिया गया है। इस असुरक्षा और अलगाव के कारण लोगों में अधिक से अधिक तनाव के परिणाम मिलते हैं। इन तनावों के कारण मानव शरीर में जैविक प्रक्रिया में नुकसान देखने को मिलता है।

Neo-metrialपरिप्रेक्ष्य स्वास्थ्य असमानता और वर्ग स्पष्टीकरण का उल्लेख करता है। संसाधनों के असमान वितरण घर, आय और शिक्षा जैसे दृष्टिकोण पर जोर देता है। इस प्रकार समकालीन समाज में वर्ग और स्वास्थ्य में लगातार मतभेद और असमानता पाई जाती है। इस तरह धन आय और अन्य संसाधनों में असमानता ही सबसे बड़ी गलती है। शायद स्वास्थ्य ही है जो वर्ग के सामाजिक विभाजन को सबसे ज्यादा ज़हिर करता है। जिसमें लोगों के शरीर पर प्रभाव और समाज में उनके स्थान के आधार को भी दर्शाता है।

### 1.6 जातीयता, वर्ग और स्वास्थ्य

वर्ण लोगों के बीच त्वचा के रंग और अन्य भौतिक सुविधाओं के बीच जैविक अंतर को संदर्भित करता है। हालांकि वास्तविक मतभेद आनुवांशिक रूप से अत्यंत छोटा होता है। जातीयता लोगों के एक समूह की सांस्कृतिक विरासत और पहचान को संदर्भित करता है। जिसमें सांस्कृतिक विरासत को सामाजिक रूप से सिखाया और उनका निर्माण किया जाता है। वर्ण को जैविक या आनुवांशिक लक्षणों पर आधारित ही माना जाता है। जहां जातीयता स्पष्ट रूप से सामाजिक घटना है। कई जातीय अल्पसंख्यक समूहों के द्वारा खराब स्वास्थ्य और लंबे समय से हो रही बीमारी की रिपोर्ट सामने आती है। पहले यह निहितार्थ था कि जातीय समूह के जीव विज्ञान के साथ कुछ गलत था। जिसमें अधिक संवेदनशील बीमार स्वास्थ्य और उस समूह कि संस्कृति को दोषी ठहराया जाता है। बाद में बहुत से शोध करने पर निष्कर्ष निकाला गया कि चिकित्सा और स्वास्थ्य सुविधाएं अल्पसंख्यकों और जनजातीय लोगों के लिए समस्याग्रस्त है। इन लोगों के अनुभव स्वास्थ्य सुविधाओं के लिए नकारात्मक ही रहे। स्वास्थ्य किसी जाति, वर्ण के आधार पर भी भेदभाव किया जाता है।

### 1.7 लिंग और स्वास्थ्य

लिंग पुरुषों और महिलाओं के बीच सामाजिक, सांस्कृतिक और मनोवैज्ञानिक अंतर को संदर्भित करता है। पुरुष और महिलाओं के रूप में भूमिका और जिम्मेदारियाँ समाज द्वारा निर्मित कि गयी है। इसको संस्कृति, स्थानीयता और समाज संरचना द्वारा समर्थन मिलता है। लिंग भूमिका और उनसे उम्मीदें समाज द्वारा सिखाई जाती है। लिंग और स्वास्थ्य के अध्ययन में हाल ही में संक्रामण कि अवधि तथा बदलाव देखने में आया है। लिंग के आधार पर भी स्वास्थ्य में भेदभाव देखने को मिलता है।

### 1.8 स्वास्थ्य के लिए समाजशास्त्र का योगदान

विश्वस्वास्थ्य संगठन के अनुसार “स्वास्थ्य संवर्धन स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए लोगों को सक्षम करने कि एक सामाजिक और पर्यावरणीय उपायों की एक विस्तृत श्रंखला की ओर ध्यान ले जाता है।

समाजशास्त्र स्वास्थ्य के योगदान और शोध करने के साथ साथ ऑब्जेक्ट के रूप में विश्लेषण करता है। इसके द्वारा सर्वेक्षण सकारात्मक और स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए जानकारी प्रदान करने के लिए कार्य किया जाता है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में बढ़ावा देना किसी व्यक्ति को नहीं बल्कि सामाजिक आर्थिक संरचना और स्वास्थ्य की सार्वजनिक नीतियों को भी बढ़ावा देना है।

### 1.9 स्वास्थ्य संवर्धन का समाजशास्त्रीय विश्लेषण

यह स्वास्थ्य से संबन्धित विषयों व मामलों का विश्लेषण करता है जो समकालीन समाजशास्त्र, खतरे, शरीर और निगरानी व सामान्यीकरण की प्रक्रिया से संबन्धित होता है। वह स्वास्थ्य से संबन्धित विषयों की आलोचना भी करता है। इस विश्लेषण में लिंग और वर्ग आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रमों के कार्यान्वयन सांस्कृतिक आयामों, जीवनशैली, स्वास्थ्य व्यवहार तथा स्वास्थ्य बाजार व इससे संबन्धित गतिविधियों को भी शामिल किया जाता है।

### 1.10 स्वास्थ्य व बीमारी के लिए समाजशास्त्र के कुछ प्रमुख योगदान

सामाजिक मनोवैज्ञानिक स्तर पर बीमारी की भूमिका पर विचार किया गया तथा बीमारी के व्यवहार पर भी विचार किया गया। parsons(1951) का मुख्य योगदान बीमारी की भूमिका के घटकों की पहचान करने में रहा कि किसी बीमार व्यक्ति से क्या उम्मीद की जाती है। बाद में इस मॉडल कि आलोचना भी कि गयी। mechanic (1962) का योगदान रहा कि बीमार होने का मतलब क्या है और एक बीमार व्यक्ति द्वारा उसका अनुभव कैसा रहता है। और वह उसको कैसे व्यक्त करता है। इस कार्य ने डाक्टर व मरीज के रिश्ते पर पुनर्विचार करने के लिए नेतृत्व किया और अधिक बड़े स्तर पर समाज में बीमारी का क्या मतलब है। अनुसंधान की इस धारा में वैचारिक इमारतों और सैद्धान्तिक नीव ने विश्वास के विचार विमर्श और सामाजिक न्याय को अधिक परिष्कृत किया गया। इस तरह समुदाय और सामाजिक स्तर पर निदान तथा उपचार करना संभव बनता गया।

- संगठनात्मक स्तर पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का अध्ययन, अस्पताल सिस्टम, सहायता प्राप्त देखभाल और गुणवत्ता पर सीधे प्रभाव डालता है। इस कार्य को विस्तार से करने की आवश्यकता है। विभिन्न संगठनों के कार्य का अध्ययन करके उनके परिणामों की तुलना करने की भी आवश्यकता है। इसी प्रकार स्वास्थ्य देखभाल करने वाले संगठनों का कार्य जनसंख्या की आवश्यकता, पर्यावरण व स्थानीय संस्कृति के अनुसार कार्य करना चाहिए।
- स्वास्थ्य में असमानता स्वास्थ्य के समाजशास्त्र का प्रमुख विषय रहा है। जिसमें व्यवहारों के अंतर और सामाग्री परिस्थितियों पर विचार किया जाता है। व्यक्तिगत और सामुदायिक स्तर पर परिस्थिति, स्वास्थ्य व्यवहार और सामाग्री में कैसे अंतर पाया जाता है इसपर भी विचार किया जाता है।

शोधकर्ताओं द्वारा निष्कर्ष निकाला गया कि स्वास्थ्य समस्याओं के लिए सामाजिक पूंजी का अधिक महत्त्व है।

- सामाजिक पूंजी व्यक्तियों के लिए सामाजिक संसाधनों और संचार की उपलब्धता को संदर्भित करता है। जिससे स्वास्थ्य समस्याओं को परिभाषित तथा निपटाने का कार्य किया जाता है।
- सामाजिक समानता पर शोध विभिन्न स्तरों के विश्लेषण की जरूरतों पर भी प्रकाश डालता है। जो व्यक्ति के अपने वातावरण और किसी राष्ट्र या समुदाय के सदस्यों के रूप में विचार करने के लिए किया जाता है। यह हर स्तर पर स्वास्थ्य के परिणामों और अलग अलग संदर्भों में व्यक्तियों पर विचार करने की अनुमति देता है। इससे स्वास्थ्य व बीमारी की वास्तविकता पर विश्लेषण करने की संभावना रहती है।
- जीवन गुणवत्ता की जांच अच्छे स्वास्थ्य के उद्देश्य और व्यक्तिपरक संकेतकों के बीच महत्वपूर्ण भेद करने के लिए नेतृत्व किया जाता है।
- स्वास्थ्य कि समाजशास्त्रीय समझ संरचनात्मक और सामाजिक कारकों को मानता है। बल्कि स्वास्थ्य और रोगों के जैविक स्पष्टीकरण को भी मानता है। यह संरचनात्मक कारक और स्वास्थ्य के संबंध में व्यक्तिगत पसंद के बीच के सम्बन्धों का वर्णन करता है।

### 1.11 स्वास्थ्य का सामाजिक परिप्रेक्ष्य

समाजशास्त्र का मानना है कि क्रियान्वित समाज स्वस्थ लोगों और बीमारी के नियंत्रण करने पर निर्भर करता है। हालांकि कई लोगों का मानना है कि विज्ञान केवल बीमारी को निर्धारित करता है। समाजशास्त्रीय दृष्टि से मानना है कि समाज बीमारी को भी निर्धारित करता है। उदाहरण के रूप में संस्कृति रोगों को वैध रूप में परिभाषित करता है। इसी के साथ साथ समाज रसायनिक निर्भरता पर भी विचार करता है। जिसमें नशे की लत के कारण होने वाली बीमारियों पर भी विचार करता है। आज नाशा मुक्ति कार्यक्रमों और व्यापक संस्कृति आम तौर पर नशे की आदत को बीमारी के रूप में और इसे रोग समझा जाने लगा है आज कि संस्कृति में नशेड़ी बीमार को इस भूमिका से बाहर लाया जा सकता है।

यदि हम स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को एक सामाजिक प्रणाली के रूप में देखें तो यह समाजशास्त्रीय विश्लेषण के लिए महत्वपूर्ण हो जाता है। समाजशास्त्र मुख्य रूप से सामाजिक समूहों के व्यवहार संगठन और संस्थानों से ताल्लुक रखता है लेकिन यह सामाजिक प्रक्रिया तथा सामाजिक परिवर्तन की घटना से भी ताल्लुक रखता है। यह किसी सामाजिक समूह के घटकों और प्रकृति व व्यवहारों का विश्लेषण करने के लिए विशेष रूप से मूल्यवान है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में समाजशास्त्र का अधिक योगदान रहा है। जो चिकित्सा विज्ञान को व्यवहारिक बनाने में अधिक महत्वपूर्ण है।

### 1.12 सारांश

हमने देखा कि पिछले कई दशकों के दौरान विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा स्वास्थ्य के संवर्धन में केंद्रीय, स्थानीय, राष्ट्रिय और अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति व सुविधाओं के द्वारा एक वैश्विक स्वास्थ्य पहल का समर्थन

किया गया है। साथ ही स्वास्थ्य के समाजशास्त्र पर पुनः विचार भी किया गया है। जिसके तहत हम समझ सकते हैं कि स्वास्थ्य का समाजशास्त्र समकालीन जन स्वास्थ्य नीति, जीवनशैली, उपभोग, जोखिम और स्वास्थ्य का एक विश्लेषण प्रदान करता है। यह स्वास्थ्य की सामाजिक-राजनीतिक पदोन्नति और नीति के अभ्यास तथा उसके प्रभावों को दर्शाता है। स्वास्थ्य और बीमारी के समाजशास्त्र का सामाजिक उद्गम और रोगों के प्रभाव के साथ संबंध है। इसके अलावा यह अलग अलग निकायों की जैविक अभिव्यक्ति के साथ भी संबंध रखता है। समाजशास्त्र की विषयवस्तु में 'संरचना' शब्द में मुख्य रूप से मानव समाज और व्यवहार को समझाया जाता है। इसमें अनुशासन की व्याख्यात्मक रूपरेखा में तार्किक रूप से विशिष्ट कारकों को दर्शाता है। लेकिन जो इस कारक का नेतृत्व करता है। वह बहुत सारे और विविध रूप में हो सकते हैं। इसको हम स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक के रूप में सामझ सकते हैं। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक वह होता है। जिस स्थितियों में व्यक्ति पैदा होता है, रहता है, काम करता है तथा जीवन जीते है। इन परिस्थितियों का धन, शक्ति और वैश्विक संसाधनों राष्ट्रिय और स्थानीय स्तरों द्वारा आकार प्राप्त होता है। शायद स्वास्थ्य ही है जो वर्ग के सामाजिक विभाजन को सबसे ज्यादा ज़हीर करता है। जिसमें लोगों के शरीर पर प्रभाव और समाज में उनके स्थान के आधार को भी दर्शाता है। वर्ण लोगों के बीच त्वचा के रंग और अन्य भौतिक सुविधाओं के बीच जैविक अंतर को संदर्भित करता है। लिंग पुरुषों और महिलाओं के बीच सामाजिक, सांस्कृतिक और मनोवैज्ञानिक अंतर को संदर्भित करता है। स्वास्थ्य के सामाजिक परिप्रेक्ष्य में हमने देखा कि स्वास्थ्य के क्षेत्र में समाजशास्त्र का अधिक योगदान रहा है। जो चिकित्सा विज्ञान को व्यवहारिक बनाने में अधिक महत्वपूर्ण है।

### 1.13 बोध प्रश्न

- स्वास्थ्य का समाजशास्त्र को परिभाषित करें।
- स्वास्थ्य के सामाजिक परिप्रेक्ष्य पर चर्चा करें।
- स्वास्थ्य का जाति, वर्ग और लिंग पर कैसे प्रभाव पड़ता है? चर्चा करें।

### 1.14 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- Matter, B. (n.d.). *journal of health and social behavior*. J STOR.
- Nettleton, S. (2006). *the sociology of health and illness*. Malden, UK: Polity Press.
- Stacey, M. (1988). *the sociology of health and healing*. London and Newyork: Routledge.

## इकाई-3 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक

### इकाई की रूपरेखा

#### 1.0 उद्देश्य

#### 1.1 प्रस्तावना

#### 1.2 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक

#### 1.3 स्वास्थ्य के सामाजिक, सांस्कृतिक और आर्थिक निर्धारक एवं स्वास्थ्य असमानता से उनका संबंध

#### 1.4 सारांश

#### 1.5 बोध प्रश्न

#### 1.6 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

#### 1.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद आप-

- स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक को समझ सकेंगे।
- स्वास्थ्य के सांस्कृतिक और आर्थिक निर्धारक को समझ सकेंगे।
- स्वास्थ्य की असमानता को परिभाषित कर सकेंगे।

#### 1.1 प्रस्तावना

स्वास्थ्य का सामाजिक ढांचा हमारी सामाजिक संरचना पर बहुत निर्भर करती है। हम जैसे समाज की स्थापना करते हैं सामाजिक निर्धारक भी वैसे ही बनते हैं। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक जाति, वर्ग, आय तथा सांस्कृतिक के अनुरूप होते हैं। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक ज्यादातर स्वास्थ्य विषमताओं के लिए जिम्मेदार माने जाते हैं। दुनियाभर में स्वास्थ्य के सामान्य व्यवस्था को लेकर प्रारम्भ से अंतर्द्वंद्व देखने को मिलता है। ऐसे में स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक और उसके पहलुओंको समझना जरूरी हो जाता है। इस इकाई में स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक के पहलुओं पर चर्चा की गई है साथ ही स्वास्थ्य जातिगत और सांस्कृतिक स्तर पर कैसे काम करता है को भी समझने की कोशिश की गई है।

#### 1.2 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक में वह स्थिति होती है जिसमें लोग पैदा होते हैं, विकसित होते हैं, रहते हैं, काम करते हैं, तथा जीते हैं। यह परिस्थितियाँ वैश्विक, राष्ट्रीय व स्थानीय स्तर पर होने वाले धन, शक्ति व संसाधनों के वितरण के बाद होती है। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक ज्यादातर स्वास्थ्य विषमताओं के लिए जिम्मेदार है। देशों के बीच अनुचित और परिहार्य स्वास्थ्य स्थितियों में अंतर को भी देखा जा सकता है।

स्वास्थ्य हमारे घरों, स्कूलों, कार्यस्थलों, पड़ोस और समुदाय में ही शुरू होता है। हम जानते हैं कि खुद देखभाल अच्छी तरह से खाने और सक्रिय रहने, धूम्रपान से बचने, डाक्टर द्वारा की जाने वाली देखभाल

सभी चीजें हमारे स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं। हमारा स्वास्थ्य सामाजिक व आर्थिक अवसरों की सुलभता के द्वारा निर्धारित किया जाता है। हमारे घरों, पड़ोस और समुदायों द्वारा उपलब्ध संसाधनों व सहयोग से हमारी शिक्षा की गुणवत्ता, हमारे कार्यस्थल की सुरक्षा, हमारे पानी की सफाई, खाना और हवा, और हमारे सामाजिक सम्बन्धों और रिश्तों की प्रकृति सभी चीजें मिलकर हमारे स्वास्थ्य का निर्धारण करते हैं। हमारे रहने की स्थिति हमारे स्वास्थ्य का निर्धारण करती है। क्या वजह है कि एक ही देश में कुछ लोग अच्छे स्वास्थ्य में जीते हैं, और कुछ लोग अस्वस्थ होते हैं। सभी मनुष्यों को स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए समान अवसर मिलना चाहिए। इसके साथ साथ जरूरी नहीं की स्वास्थ्य सुविधाओं में ही बल्कि शिक्षा, बच्चों की देखभाल, आवास, व्यापार, कानून, मीडिया, सामुदायिक योजना, यातायात और कृषि इन सभी चीजों में अवसर सुनिश्चित करने चाहिए। इन सभी चीजों को शामिल करने पर प्रोग्राम, प्रेक्टिस और नीतियों द्वारा व्यक्तियों, परिवारों और समुदायों के स्वास्थ्य को बढ़ाया जा सकता है।

इसके अलावा अधिक सामाजिक विशेषताओं द्वारा “जगह” सामाजिक सम्बन्धों के पैटर्न और भावनात्मक सुरक्षा और भलाई की भावना भी मनुष्यों को प्रभावित करती है। संसाधनों के द्वारा जीवन की गुणवत्ता में वृद्धि जनसंख्या के स्वास्थ्य परिणामों का एक महत्वपूर्ण प्रभाव हो सकता है। स्वास्थ्य पर ‘स्थान’ का प्रभाव स्वास्थ्य के मौलिक सामाजिक और भौतिक निर्धारक है।

❖ सामाजिक निर्धारकों के उदाहरणों में शामिल हैं:-

- दैनिक जरूरतों से संबंधित संसाधनों की उपलब्धता
- उपयोग के लिए आर्थिक, शैक्षिक और रोजगार के अवसर
- स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की पहुँच
- शिक्षा की गुणवत्ता और नौकरी के लिए प्रशिक्षण
- समुदाय के जीवनस्तर के लिए समर्थन के लिए समुदाय आधारित संसाधनों और मनोरंजन व खाली समय के लिए गतिविधियों के अवसर की उपलब्धता होनी चाहिए।
- परिवहन विकल्प
- सार्वजनिक सुरक्षा
- सार्वजनिक समर्थन
- सामाजिक मानदंड और व्यवहार
- अपराध के खतरे, हिंसा और सामाजिक विकार (सामुदायिक सहयोग की कमी)
- सामाजिक-आर्थिक स्थिति (गरीबी, तनावपूर्ण स्थिति)
- आवासीय प्रथक्करण
- भाषा/ साक्षरता
- उभरती हुई मास मीडिया और प्रौद्योगिकी
- संस्कृति

❖ भौतिक निर्धारकों के उदाहरणों में शामिल हैं:-

- प्रकृतिक वातावरण, जहां पूरी हरियाली हो (पेड़, घास), और मौसम(जलवायु परिवर्तन)
- बनाया गया माहौल, जैसे इमारत, चलने के रास्ते, गलियाँ और सड़क
- स्वस्थ कार्यस्थल- स्कूल व मनोरंजन स्थान
- आवास और सामुदायिक डिजाइन
- विषम पदार्थ और अन्य भौतिक खतरों के जोखिम
- शारीरिक बाधाओं विशेष रूप से विकलांग लोग
- सौन्दर्य तत्व(अच्छी प्रकाश व्यवस्था, पेड़, बैठने कि व्यवस्था)

स्थापित नीतियों के कार्य जो सामाजिक व आर्थिक स्थितियों और व्यक्तियों के व्यवहार को सकारात्मक रूप से प्रभावित करते है। बड़ी संख्या में लोगों की स्वास्थ्य स्थितियों में सुधार किया जा सकता है। जनसंख्या की स्वस्थ स्थिति में सुधार लाने और स्वास्थ्य असमानताओं को कम करने के लिए स्वास्थ्य के क्षेत्र में रक्षा और बढ़ावा देने के लिए महत्वपूर्ण कारकों की पहचान करने की आवश्यकता है। इन सभी कारकों को स्वास्थ्य के निर्धारक के रूप में जाना जाता है। खराब स्वास्थ्य के कारण बहुत ही जटिल है। समाज स्वास्थ्य के निर्धारकों को महत्वपूर्ण प्रभावों के रूप में देखता है। क्योंकि वह स्वास्थ्य स्थितियों में सुधार और उसको सही बनाने के लिए महत्वपूर्ण होता है। उम्र, लिंग और वंशानुगत कारक केन्द्रीय होते है। लेकिन यह कारक परिवर्तनीय नहीं होते है। अन्य चरम पर यह एक वैश्विक कारक है जो हमारे स्वास्थ्य को प्रभावित करता है।

जनसंखिकीय परिवर्तन भी जनसंख्या के स्वास्थ्य केपी प्रभावित करते है। व्यक्तिगत जीवनशैली के कारक जैसे आहार, धूम्रपान और शराब, शारीरिक गतिविधि और यौन कारक भी महत्वपूर्ण होते है। बड़ी जनसंख्या के स्वास्थ्य हस्तक्षेप का लक्ष्य जीवनशैली कारक और स्वास्थ्य लाभ को परिणाम के रूप में देखा गया है। किफायती और उचित स्वास्थ्य और विकलांगता समर्थन सेवाएँ भी किसी स्थापित स्वास्थ्य बीमारी के उपचार के लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण होता है।

हालांकि स्वास्थ्य सामाजिक और समुदाय द्वारा रहने और कार्य करने की शर्तों और व्यापक सामाजिक-आर्थिक, सांस्कृतिक और पर्यावरणीय शर्तें सभी प्रभावित करते है। एक स्वच्छ और सुरक्षित परिवेश, पर्याप्त आय, समाज में सार्थक भूमिका, अच्छा आवास, जनसंख्या आधारित सेवाएँ और उपयोगिताएं, सस्ता पौष्टिक भोजन, शिक्षा और समुदाय में सामाजिक समर्थन सभी चीजें मिलकर अच्छे स्वास्थ्य के लिए योगदान करते है। स्वास्थ्य के यह व्यापक सामाजिक निर्धारक किसी एक व्यक्ति के नियंत्रण से बाहर है। लेकिन समाज तथा सामुदायिक स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए समूहिक रूप से कार्य करता है। हमें स्वास्थ्य के सामाजिक, सांस्कृतिक और आर्थिक निर्धारकों को समझने की आवश्यकता है।

### 1.3 स्वास्थ्य के सामाजिक, सांस्कृतिक और आर्थिक निर्धारक एवं स्वास्थ्य असमानता से उनका संबंध

कई सामाजिक, सांस्कृतिक और आर्थिक कारक स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। यह स्वास्थ्य पर पड़ने वाले सबसे बड़े प्रभाव हैं; आय, गरीबी, रोजगार और व्यवसाय, शिक्षा, आवास, जनसंख्या आधारित सेवाएँ, सामाजिक एकता और संस्कृति व जातीयता।

#### ❖ स्वास्थ्यकेनिर्धारक

##### ■ आय :-

आयस्वास्थ्यकाएकसबसेमहत्वपूर्णकारकहै।कमआयऔरखराबस्वास्थ्यकेबीचगहरासंबंधहै।कुछअपवादोंकोछोड़करआर्थिकरूपसेबुरीस्थितिकाअनुभवउच्चस्तरपरबीमारीऔरमृत्यु का रहा है। यह तब लागू होता है जब मृत्यु दर, रोग दर, उपयोग की स्वास्थ्य सेवाओं और अस्पताल प्रवेश, और स्वतः मूल्यांकित स्वास्थ्य के मुख्य उपाय माने जाते हैं। स्वास्थ्य के अन्य निर्धारकों के लिए पर्याप्त आय एक शर्त है। उदाहरण के लिए पर्याप्त आवास, पौष्टिक आहार और शिक्षा के अवसर।

- गरीबी :- गरीबी को लंबे समय से बीमार स्वास्थ्य के एक महत्वपूर्ण निर्धारक के रूप में मान्यता दी गयी है। जो लोग गरीब होते हैं। उनकी विकलांगता दर उच्च होती है, मृत्यु दर ज्यादा होती है, बीमारी व अन्य दुर्घटनाओं की संख्या भी ज्यादा होती है। गरीबी के यह मुद्दे हमेशा से सार्वजनिक चर्चा व बहस का विषय रहा है। कुछ लोगों को लगता है कि विकासशील देशों में अत्यधिक गरीबी की स्थिति होती है। यह गरीब देश का मामला माना जाता है। हालांकि अगर लोग अपेक्षाकृत धनी देशों में रहें, हर रोज की बुनियादी जरूरतों, आहार, आश्रय किसी गरीब देश की तुलना में ज्यादा महंगे होते हैं। इससे भी परे वहाँ के गरीब लोग गरीबी की स्थिति में जीने के लिये मजबूर होते हैं। क्योंकि इतनी महंगाई में भी वह जी नहीं सकते हैं और वह अपने निम्न जीवनस्तर में जीने के लिए मजबूर होते हैं। तो एक विकसित देश में रहना संभव है लेकिन अभी भी वहाँ लोग पूर्ण गरीबी की स्थिति अनुभव करते हैं।

हालांकि विकसित देशों में गरीबी को शायद सापेक्ष संदर्भों में समझा जाता है। सापेक्ष गरीबी, निरपेक्ष गरीबी से अलग रूप में तुलना करने पर समूहों, कुछ आदर्शों से संबन्धित, स्थानीय स्तर पर परिभाषित करने, राष्ट्रीय व अंतरराष्ट्रीय स्तर पर मापा जाता है। यह इस अंतर की पहचान करता है कि क्या है और क्या हो सकता है। इसी तरह यह क्षमता और सुधार की बात करता है। निरपेक्ष गरीबी की तरह निरपेक्ष गरीबी का गरीबी के स्वास्थ्य के साथ संबंध है। इसे व्यापक रूप से स्वीकार किया गया है कि सापेक्ष गरीबी सभी विकसित देशों में मौजूद है। सभी देशों में लोग सामाजिक और भौतिक रूप से सामुदायिक जीवन में पूर्ण रूप से गरीबी शामिल नहीं हैं। गरीबी का स्वास्थ्य पर प्रभाव गरीबी को ही कम करके किया जा सकता है।

- आयवितरण:- किसीभीदेशमेंआसमानताऔर धन वितरण एक हद तक सापेक्ष गरीबी से परिलक्षित होती है। कई शोध द्वारा भी पता चलता है कि अधिक आय असमानता बढ़ती हुई बढ़ती हुई मृत्यु दर से जुड़ा हुआ है। आय स्वास्थ्य का सबसे महत्वपूर्ण संसाधन योग्य कारक है। जो दृढ़ता से स्वास्थ्य और कुशलता से संबन्धित है।

- रोजगार और व्यवसाय:- प्रयाप्त आय का मुख्य निर्धारक भुगतान निर्धारण में भागीदारी है। इस प्रकार रोजगार स्वास्थ्य का एक महत्वपूर्ण निर्धारक है। आय प्रदान करने के अलावा स्वास्थ्य सामाजिक स्थिति और आत्मसम्मान को बढ़ाता है। सामाजिक संपर्क और सामुदायिक जीवन में भाग लेने के तरीके प्रदान करता है। और नियमित गतिविधियों के अवसर को बढ़ाता है। यह सब व्यक्तिगत स्वास्थ्य और कुशलता को बढ़ाने में मदद करता है। यह एक अच्छा सबूत है कि भौतिक और मानसिक स्वास्थ्य के लिए बेरोजगारी हानिकारक निर्धारक है।
- शिक्षा:-शिक्षा के साथ-साथ आय और रोजगार की स्थिति लोगों की सामाजिक, आर्थिक और उनके स्वास्थ्य का निर्धारण करने में अधिक महत्वपूर्ण है। इसका एक अच्छा सबूत है कि कम शिक्षा का स्तर खराब स्वास्थ्य स्थिति से जुड़ा हुआ है। शैक्षिक उपलब्धि व्यवसाय और आय के स्तर से संबन्धित है और प्रारम्भिक जीवन में निम्न सामाजिक स्थिति महत्वपूर्ण रूप से शिक्षा की बुरी उपलब्धियों से जुड़ा हुआ है। शैक्षिक उपलब्धि किसी की व्यक्तिगत क्षमताओं और आकांक्षाओं का कोई समारोह नहीं है। लेकिन यह मजबूती से सामाजिक-आर्थिक हालातों से प्रभावित होता है। शिक्षा स्तर की एक मुख्य विशेषता यह है कि इसको आय, व्यवसाय और अन्य सामाजिक-आर्थिक स्थिति के सूचकांकों द्वारा आसानी से सुधारा जा सकता है। इसके अलावा दूसरे के विपरीत सामाजिक-आर्थिक निर्धारक, शैक्षिक उपलब्धि एक बार हासिल होने के बाद इसको खोया नहीं जा सकता है। एक बच्चा जो अच्छे से शिक्षा प्राप्त करता है। उसके वयस्क जीवन में स्वास्थ्य से संबन्धित आदतों में स्वास्थ्य विकल्प, धूम्रपान से बचने, शराब और व्यायाम आदि की अधिक ज्यादा संभावना रहती है। शैक्षिक भागीदारी और उपलब्धि के उपाय उच्चतम योग्यता के लिए माध्यमिक स्कूल प्राप्त करना है।
- आवास:- आवास में निवास स्थान और एक स्थिति (पड़ोस) शामिल है। स्थान, भौतिक गुणवत्ता, भीड़भाड़ का स्तर और आवास की लागत सभी चीजें स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं। भीड़भाड़, नमी और ठंड प्रत्यक्ष रूप से भौतिक और मानसिक स्वास्थ्य पर हानिकारक प्रभाव डालते हैं। आमतौर पर परिवार के लिए आवास की कीमत एक निश्चित खर्च के रूप में होती है। कुछ क्षेत्रों में गरीबी आवास गुणवत्ता पड़ोस की समस्याओं से संबन्धित है जैसे घटिया सामुदायिक सेवाएँ, उच्च स्तर की बेरोजगारी, अप्रयाप्त सार्वजनिक परिवहन, मनोरंजन सुविधाएँ, पर्यावरणीय खतरे और हिंसा।
- संस्कृति और जातीयता:- संस्कृति की अवधारणा को एक दिशानिर्देश और किसी व्यक्ति के विशेष समान या समूह के वारिस के रूप में वर्णित किया जाता है। संस्कृति को इसके व्यापक अर्थों में समाज किसी समूह के भीतर किसी स्वीकृत पैटर्न और व्यवहार के मानदंड के लिए संदर्भित किया जाता है। इसके सामान्य रूप में संस्कृति की अवधारणा स्वास्थ्य के निर्धारक के रूप में हमारी समझ के अनुसार वैसे विकसित नहीं है जैसे हम कई सामाजिक आर्थिक कारकों को समझते हैं। हालांकि संस्कृति पर अलग से एक सामाजिक निर्धारक के रूप में विचार किया जाना चाहिए। कई समूह, विशेष रूप से जातीय समूह में संस्कृति उनके स्वास्थ्य का केंद्र होती है। जिसे सामाजिक आर्थिक कारकों से अलग करके देखा जाता है। विश्लेषण और स्वास्थ्य की समझ संस्कृति को एक केंद्र

निर्धारक के रूप में और स्वास्थ्य में सुधार करने की रणनीति के रूप में संस्कृति के प्रभावों का पता होना चाहिए।

#### 1.4 सारांश

स्वास्थ्यहमारेघरों, स्कूलों, कार्यस्थलों, पड़ोस और समुदाय में ही शुरू होता है। हम जानते हैं कि खुद देखभाल अच्छी तरह से खाने और सक्रिय रहने, धूम्रपान से बचने, डाक्टर द्वारा की जाने वाली देखभाल सभी चीजें हमारे स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं। इसकेसाथसाथजरूरीनहींकीस्वास्थ्यसुविधाओंमें ही बल्कि शिक्षा, बच्चों की देखभाल, आवास, व्यापार, कानून, मीडिया, सामुदायिक योजना, यातायात और कृषि इन सभी चीजों में अवसर सुनिश्चित करने चाहिए। इन सभी चीजों को शामिल करने पर प्रोग्राम, प्रेक्टिस और नीतियों द्वारा व्यक्तियों, परिवारों और समुदायों के स्वास्थ्य को बढ़ाया जा सकता है। स्थापितनीतियोंकेकार्यजोसामाजिकवार्थिकस्थितियोंऔरव्यक्तियोंकेव्यवहारकोसकारात्मकरूपसेप्रभावितकरतेहैं।बड़ीसंख्यामेंलोगोंकीस्वास्थ्यस्थितियोंमेंसुधारकियाजासकताहै।व्यक्तिगतजीवनशैलीकेकारकजैसेआहार, धूम्रपान और शराब, शारीरिक गतिविधि और यौन कारक भी महत्वपूर्ण होते हैं। बड़ी जनसंख्या के स्वास्थ्य हस्तक्षेप का लक्ष्य जीवनशैली कारक और स्वास्थ्य लाभ को परिणाम के रूप में देखा गया है।हालांकिविकसितदेशोंमेंगरीबीकोशायदसापेक्षसंदर्भोंमेंसमझाजाताहै।सापेक्षगरीबी, निरपेक्ष गरीबी से अलग रूप में तुलना करने पर समूहों, कुछ आदर्शों से संबन्धित, स्थानीय स्तर पर परिभाषित करने, राष्ट्रीय व अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर मापा जाता है।

#### 1.5 बोध प्रश्न

- स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक को कैसे समझेंगे?
- स्वास्थ्य सामाजिक-सांस्कृतिक स्तर पर कैसे काम करता है?
- स्वास्थ्य व्यवस्था के सामाजिक असमानताओं को कैसे कम किया जा सकता है? चर्चा करें।

#### 1.6 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- *bharat swasthy* . (n.d.). Retrieved 02 02, 2017, from <http://bharatswasthya.net/>: <http://bharatswasthya.net/helth-services>
- Griffiths, G. (june 1988). *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health*. Wellington, New Zealand: the National Advisory Committee on Health and Disability.
- Sarka, s. (jan-March 2016). Research on social determinants of health necessary for health equity in India. *International Journal of Medicine and Public Health*.
- *social determinants of health*. (n.d.). Retrieved 02 24, 2017, from health people: <https://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives/>
- *समाजमेंस्वास्थ्यएवंपोषणकीधारणा*. (n.d.). Retrieved 02 05, 2017, from vikaspedia: <http://hi.vikaspedia.in/health/nutrition/92a94b937915-92492494d92494d93594b902-91593e-91c94d91e93e928/93892e93e91c-92e947902-93894d93593e93894d92594d92f-90f935902-92a94b937923-915940-92793e93092393e>

## इकाई -4. समुदाय की स्वास्थ्य देखभाल

### इकाई की रूपरेखा

#### 1.0 उद्देश्य

#### 1.1 प्रस्तावना

#### 1.2 सामुदायिक स्वास्थ्य की परिभाषा

#### 1.3 सामुदायिक स्वास्थ्य का प्रत्यय

#### 1.4 सामुदायिक स्वास्थ्य की देखभाल

#### 1.5 सारांश

#### 1.6 बोध प्रश्न

#### 1.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

#### 1.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के पश्चात आप-

- सामुदायिक स्वास्थ्य की संकल्पना को समझ सकेंगे।
- सामुदायिक स्वास्थ्य क्यों जरूरी हैं? की महत्ता का बोध होगा।
- सामुदायिक स्वास्थ्य की देखभाल की पहल को समझ सकेंगे।

#### 1.1 प्रस्तावना

सामुदायिक स्वास्थ्य सामूहिक स्वास्थ्य की संकल्पना है। क्योंकि हम जब भी स्वस्थ की बात करते हैं तो व्यक्ति केंद्र में होता है। वह व्यक्ति एक परिवार के स्वास्थ्य की देखभाल के साथ-साथ आसपास के वातावरण का भी देखभाल करता है। सामूहिक रूप से पर्यावरण की सुरक्षा हमारी सांस्कृतिक पहलुओं का हिस्सा रहा है। इसी भावना के साथ-साथ सामुदायिक स्वास्थ्य की संकल्पना को भी बल मिला है। सामुदायिक स्वास्थ्य को लेकर राज्य व सरकारें विभिन्न योजनाओं को लागू किए हैं। बावजूद इसके स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं को सही व सुचारु रूप से क्रियान्वित करने का जिम्मा समुदाय के लोगों को ही जाता है। अतः ऐसे में यह समझना जरूरी हो जाता है की सामुदायिक स्वास्थ्य की देखभाल सामूहिक स्तर पर कैसे की जाए? प्रस्तुत इकाई में सामुदायिक स्वास्थ्य की परिभाषा के साथ-साथ सामुदायिक स्वास्थ्य की देखभाल के लिए महत्वपूर्ण बिन्दुओं पर चर्चा की गई है।

#### 1.2 सामुदायिक स्वास्थ्य की परिभाषा

सामुदायिक स्वास्थ्य चिकित्सा और नैदानिक विज्ञान का प्रमुख क्षेत्र है जो देखभाल, सुरक्षा और जनसंख्या समूहों और अलग-अलग रोगियों के स्वास्थ्य स्थिति में सुधार पर ध्यान केंद्रित है। यह सार्वजनिक स्वास्थ्य या पर्यावरण स्वास्थ्य की एक अलग स्कूल के भीतर अध्ययन के एक अलग क्षेत्र के रूप में सिखाया जा सकता है। यह सार्वजनिक स्वास्थ्य या पर्यावरण स्वास्थ्य के अंतर्गत अलग क्षेत्र के अध्ययन के रूप में देखा जा सकता है। किसी भी समुदाय में विभिन्न प्रकार की समस्याएँ होती हैं जो समुदाय की विकास में बाधाएँ उत्पन्न करती हैं। उन समस्याओं के कारण समुदाय में निहित सभी व्यक्ति प्रभावित होते हैं। किसी समुदाय का

स्वास्थ्य उस समुदाय के वातावरण और सहभागिता पर विशेष निर्भर करता है। साथ ही उस समुदाय की सामाजिक, आर्थिक व सांस्कृतिक पहलुओं पर भी स्वास्थ्य निर्भर करता है। सामुदायिक स्वास्थ्य सिर्फ बीमारी के इलाज तक सीमित नहीं रहता। परन्तु इसमें असल में समुदाय के स्वास्थ्य के प्रबन्धन, बीमारी से बचाव और अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा देने जैसे पहलू भी शामिल रहते हैं। सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कुछ उदाहरण हैं, आंगनवाड़ियाँ, स्कूलों में दोपहर का पोषक भोजन दिया जाना, टीकाकरण अभियान, संक्रामक रोगों की रोकथाम, पीने के शुद्ध पानी की व्यवस्था और भोजन में सफाई के लिए बढ़ावा दिया जाना। व्यक्तिगत और सार्वजनिक स्वच्छता पर ध्यान, पोषण में सुधार, टीकाकरण, रोगाणुनाशन की कोशिशों और जीवन के बेहतर हालात इस क्रान्ति के प्रमुख कारण हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य के इन मुद्दों से समुदायों के स्वास्थ्य में सुधार लाया जा सकता है।

समुदाय मुख्यतः दो स्तर पर देखा जाता है। पहला ग्रामीण समुदाय एवं दूसरा नगरीय समुदाय। ग्रामीण समुदाय और नगरीय समुदाय में रहन-सहन, व्यवसाय, जनसंख्या, संस्कृति आदि में खास अंतर पाये जाते हैं। जिसकी वजह से दोनों समुदायों में बीमारियों का अलग-अलग स्वरूप देखने को मिलता है। पिछली योजनावधियों में पूरे देश में ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के मूलभूत ढाँचे का निर्माण किया गया है। पर्याप्त मात्रा में उपकेन्द्र तथा प्राथमिक चिकित्सा केन्द्र बनाए गए हैं। पर्याप्त मात्रा में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित करने के प्रयास किए जा रहे हैं ताकि ग्रामीणों को प्रभावपूर्ण आपात सेवाएँ उपलब्ध हो सकें। लेकिन इन मूलभूत सेवाओं में प्रायः कर्मचारियों की कम संख्या एक बड़ी बाधा रही है और प्रमुख कर्मचारियों की कमी से स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण सेवाओं एवं प्रमुख राष्ट्रीय कार्यक्रमों को प्रभावशाली तरीके से लागू करने में कठिनाई उत्पन्न हुई है। कर्मचारियों की संख्या को निर्धारित करने की आवश्यकता है और इसका निर्धारण केवल जनसंख्या के आधार पर नहीं बल्कि काम के बोझ, तय किये जाने वाले मार्ग, और स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में होने वाली कठिनाई के आधार पर होना चाहिए। प्रमुख कर्मचारियों की कमी की वजह से कार्यक्रमों पर विपरीत प्रभाव न पड़े, यह सुनिश्चित करने के लिए कर्मचारियों की भर्ती में लचीला रवैया अपनाए जाने की आवश्यकता है। 1991 में इस बात का अनुमान लगाया गया था कि भारत की जनसंख्या का लगभग 30 प्रतिशत हिस्सा शहरों में रहता है। पिछले दो दशकों में शहरों में लोगों के स्थानांतरण से शहरी तंग बस्तियों की आबादी में तेजी से वृद्धि हुई है। हालाँकि आरम्भ में स्वास्थ्य देखभाल की सेवाएँ मुख्य रूप से शहरों में थी लेकिन बढ़ती हुई जनसंख्या के कारण ये सेवाएँ अब अपर्याप्त हो गई हैं। स्वास्थ्य सेवाओं की कमी महसूस होने पर नगरपालिकाओं, राज्य सरकारों, गैर-सरकारी संगठनों सहित अनेक संगठनों और विदेशी सहायता से चलने वाली परियोजनाओं ने आवश्यक मूलभूत सुविधाओं के सृजन तथा आवश्यक कर्मचारियों की व्यवस्था का प्रयास किया। ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं की तरह शहरी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रों को प्राथमिक, माध्यमिक तथा तृतीय प्रकार की श्रेणी में विभाजित करने की कोई स्पष्ट तथा संगठित कोशिश नहीं की गई। परिणामस्वरूप कुछ केन्द्रों में सुविधाओं का पर्याप्त उपयोग नहीं हो रहा है और अन्य केन्द्रों में अत्यधिक भीड़भाड़ है। एक ही क्षेत्र में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा देना वाले केन्द्रों तथा जो केन्द्र सहायक अथवा अन्य प्रकार की सेवाएँ देते हैं उनमें उचित सम्पर्क स्थापित करने के प्रयास किए गए हैं ताकि उपलब्ध स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं का अधिकतम उपयोग हो सके।

### 1.3 सामुदायिक स्वास्थ्य का प्रत्यय

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुरूप उस व्यक्ति में विधायक स्वास्थ्य विद्यमान है जिसके अंतर्गत सम्पूर्ण शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक कुशलता पाई जाती है। इस संगठन का यह भी विचार है कि वह व्यक्ति विधायक रूप से स्वास्थ्य है जो अपने परंपरागत प्रपट आनुवांशिक संपत्ति के छिपे हुए गुणों को यथासंभव रूप से अभिव्यक्त करने का प्रयास करता है। यह स्थिति तभी संभव हो पता है जब व्यक्ति के लिए ऐसा वातावरण उपस्थित हो जिनकी सहायता से वह अपने आनुवांशिक गुणों को वास्तविकता का रूप दे सके। स्वास्थ्यपूर्ण सफल जीवन के लिए यह आवश्यक है कि सभी व्यक्ति विधायक स्वास्थ्य पाने के लिए हर संभव प्रयत्न करें। व्यक्ति और परिवार के स्वास्थ्य का सुधार व्यक्तिगत मामला है। यह प्राचीन प्राचीन सहमति थी लेकिन बदलते समय के अनुसार यह दृष्टिकोण बादल चुका है अब सभी व्यक्ति और परिवार को समूह की संपत्ति माना जाता है। इससे कई सामाजिक सेवा संस्थानों का उदभव हुआ है जो जन्म से मृत्यु तक सभी व्यक्तियों के स्वास्थ्य के लिए कार्यरत है जैसे- मातृ-शिशु कल्याण केंद्र, बाल सलहकर समिति, विद्यालय स्वास्थ्य सेवाएँ आदि।

आदर्श स्वास्थ्य को एक कल्पना और लक्ष्य के रूप में भी देखा जाता है क्योंकि जीवन परिवर्तन का एक लंबा सिलसिला होता है। इसके अनुरूप व्यक्ति को एक निरंतर समायोजन करना होता है जिससे वह न केवल वर्तमान में सुचारु रूप से कार्य कर सके बल्कि भविष्य के लिए भी तैयार रह सके। विधायक स्वास्थ्य की प्राप्ति के लिए चिकित्सक व समूहिक स्वास्थ्य दक्ष समूह हर समय प्रयास कर रहे हैं। दरअसल स्वास्थ्य को लेकर कोई एक पैमाना नहीं है हर राष्ट्र में स्वास्थ्य का अपना अलग-अलग पैमाना है जैसे भारत में नवजात शिशु का वजन अगर 2.8 किलोग्राम हो तो उसे सामान्य माना जाता है लेकिन विकसित देशों में नवजात शिशु का वजन 3.5 किलोग्राम माना जाता है। इस तरह यह स्पष्ट होता है कि स्वास्थ्य एक सापेक्ष प्रत्यय है जो अलग-अलग जाति, राष्ट्र आदि में पृथक हो सकता है।

व्यक्ति का स्वास्थ्य गत्यात्मक होता है। वह सदैव बदलता रहता है। इसका निम्नतम बिन्दु मृत्यु है तथा महत्तम बिन्दु ही विधायक स्वास्थ्य है। पार्किंस के अनुसार स्वास्थ्य वह स्थिति है जिसमें शारीरिक सापेक्ष संतुलन रहता है तथा शरीर विभिन्न असंतुलित बनाने वाले दबाओं के साथ सफलतापूर्वक सक्रिय समायोजन करता रहता है। यह बाह्य दबाव के साथ एक निष्क्रिय अन्तःसंबंध न होकर समायोजन के लिए शरीर द्वारा अभिव्यक्त सक्रिय प्रतिक्रिया है। मनुष्य अपने आस-पास के वातावरण के साथ सदैव सक्रिय समायोजन करता है जिससे उसके स्वास्थ्य का स्तर घटता बढ़ता रहता है। लिंग, उम्र, आय, जाति, ग्रामीण अथवा शहरी वातावरण, स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धि, पोषण स्तर, जीने का तरीका, वातावरण, आनुवंशिकता, बीमारियों अथवा चोटों का खतरा, पुनर्वास की व्यवस्था, व्यावसायिक खतरे आदि ऐसे प्रमुख तत्व हैं जो स्वास्थ्य पर प्रभाव डालते हैं।

### 1.4 सामुदायिक स्वास्थ्य की देखभाल

सामुदायिक स्वास्थ्य की जिम्मेदारी समुदाय में निहित सभी व्यक्तियों की होती है साथ ही राज्य व सरकार की भी जिम्मेदारी होती है। समुदाय, व्यक्ति व सरकार के संयुक्त तत्वधान में सामुदायिक स्वास्थ्य की देखभाल निम्नलिखित स्तर पर की जा सकती हैं-

- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पी.एच.सी) ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल की आधारशिला हैं। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और उनके उपकेंद्रों से ग्रामीण जनता की स्वास्थ्य जरूरतों की देखभाल करने की अपेक्षा की जाती है। प्रत्येक प्राथमिक केन्द्र द्वारा 1,00,000 जनता की देखभाल की जाती है और यह लगभग 100 गावों में फैला हुआ है। वर्तमान में एक चिकित्सा अधिकारी की सहायता 14 पैरा मेडीकल कार्मिकों द्वारा की जाती है। ऐसे में यह देखने की जरूरत है की गाँव में मौजूद प्राथमिक केंद्र सुचारु रूप से कार्य कर रहे हैं या नहीं? अगर प्राथमिक केंद्र सुचारु रूप से कार्य नहीं कर रहे हैं तो हमें एक प्रतिवेदन ग्राम पंचायत या नगर निगम द्वारा संबंधित स्वास्थ्य अधिकारी को देनी चाहिए और समय-समय पर स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं की जानकारी व उसके प्रति जागरूकता के लिए स्वास्थ्य केंद्र द्वारा विशेष आयोजन की जानी चाहिए। इससे समुदाय की देखभाल में काफी मदद मिल सकती है।
- सामुदायिक स्वास्थ्य कर्मचारी-कुछ समुदायों में अच्छी तरह से प्रशिक्षित व दक्ष कर्मचारी होते हैं। वे स्वास्थ्य कर्मचारी अकसर स्वास्थ्य पोस्ट या केंद्र पर कार्य करते हैं। समुदाय स्तर पर स्वास्थ्य सेवाओं को आवश्यकता पड़ने पर महिलाएं पारम्परिक प्रसव सहायक या दाई या सामुदायिक स्वास्थ्य कर्मचारी से ही सर्प्रथम सम्पर्क करती हैं। अतः सामुदायिक स्वास्थ्य कर्मचारियों को बेहतर ट्रेनिंग दी जानी चाहिए। समुदाय के लोगों में साथ नजदीकी रूप से कार्य करके वे उन स्थानीय परम्पराओं तथा रिवाजों के बारे में सीख सकते हैं जो उनके सामान्य स्वास्थ्य समस्याओं की रोकथाम तथा उसके गंभीर रूप धारण करने से पहले ही उनका उपचार कर सकते हैं।
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र आम तौर पर बड़े कस्बों में होते हैं। प्रा०स्वा० केन्द्रों द्वारा दी जाने वाली सेवाएं देने के साथ-साथ यहां लोगों के उपचार के लिए 30 बिस्तर भी होते हैं। प्रा०स्वा०केन्द्रों की तुलना में यहां डॉक्टर व प्रशिक्षित नर्सों की संख्या अधिक होती है और ये महिलाओं व बच्चों के लिए विशेष सेवाएं भी प्रदान करते हैं। अतः समुदाय की जनसंख्या अधिक हैं तो सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की स्थापना की जा सकती है। अन्यथा सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र तक रोगियों की पहुँच को सरल बनाकर सुविधाएं दी जा सकती हैं।
- दवाओं की गुणवत्ता पर नियंत्रण- रोगों को नियन्त्रित करने के कार्यक्रमों की सफलता के लिए उचित मूल्य पर अच्छी किस्म की दवाइयों का प्रावधान आवश्यक है। अनावश्यक दवाओं तथा निश्चित मिश्रणवाली खुराक की दवाओं को नियन्त्रित करने और अगर सम्भव हो तो उन्हें समाप्त करने की भी उतनी ही आवश्यकता है। दवाओं की गुणवत्ता को लेकर हमेशा से सवाल रहा है। चुकी समुदाय नगरों का भी होता है और गाँवों का भी होता है। परंतु नगरों की अपेक्षा ग्रामीण इलाकों में दवाओं को लेकर ज्यादा ध्यान नहीं दिया जाता है। अतः ग्रामीण इलाकों में भी दवाओं की गुणवत्ता पर ध्यान देने की जरूरत है।
- स्वास्थ्य सेवा कर्मचारियों की गुणवत्ता- कोई भी स्वास्थ्य कार्यक्रम और उस स्वास्थ्य प्रणाली के साथ संलग्न कर्मचारी कम महत्वपूर्ण नहीं होते। राज्यों तथा केन्द्रीय क्षेत्र, दोनों के बजट का 75 प्रतिशत हिस्सा कर्मचारियों के वेतन पर खर्च होता है। स्वास्थ्य सेवा योजनाओं की ही तरह भारत में स्वास्थ्य कर्मचारियों की योजना पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया गया है। देश में अर्द्ध-प्रशिक्षित कर्मचारियों की कमी और डाक्टरों तथा अन्य विशेषज्ञों की अधिकता जैसी विसंगतियाँ अब भी विद्यमान हैं। यह अत्यधिक आवश्यक है

कि लोगों को स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकताओं के अनुकूल प्रशिक्षित कर्मचारी पर्याप्त संख्या में उपलब्ध हों। वर्तमान संस्थागत प्रणाली के अलावा राज्यों में खुला विश्वविद्यालय प्रणाली तथा रोजगार से जुड़े पाठ्यक्रमों की मदद से पर्याप्त संख्या में स्वास्थ्य सेवाओं के अनुकूल अर्द्ध-पेशेवर लोग मिल सकेंगे और सेवा-पूर्व प्रशिक्षण से जिस कुशलता की हम इच्छा करते हैं, उसकी पूर्ति सुनिश्चित हो सकेगी। तेजी से बदलते स्वास्थ्य सेवा परिदृश्य में यह आवश्यक है कि सभी कुशल तथा अर्द्ध-कुशल कर्मचारी समय-समय पर पुनः प्रशिक्षण प्राप्त करें जिससे उनका ज्ञान तथा निपुणता बढ़े।

- जैव- चिकित्सा तथा स्वास्थ्य सेवा अनुसंधान- भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद देश में जैव-चिकित्सा अनुसंधान की प्रमुख संस्था है। जैव-चिकित्सा तथा स्वास्थ्य प्रणाली अनुसंधान का कार्य अनुसंधान संस्थानों, विश्वविद्यालयों, चिकित्सा महाविद्यालयों और अन्य गैर-सरकारी संगठनों द्वारा किया जाता है तथा इस समय अनेक एजेंसियाँ उन्हें धन प्रदान करती हैं जिनमें आई.सी.एम.आर., डी.सी.टी., डी.बी.टी., सी.एस.आई.आर. तथा सम्बद्ध मन्त्रालय शामिल हैं। देश की प्रमुख स्वास्थ्य तथा जनसंख्या से जुड़ी समस्याओं के लिए बुनियादी, चिकित्सा से सम्बद्ध, व्यावहारिक एवं परिचालक अनुसंधान पर इन कार्यक्रमों में विशेष ध्यान दिया जाता है। गौर करने की बात है कि देश के अधिकांश राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम उन व्यावहारिक तथा परिचालक अनुसंधान-अध्ययनों पर आधारित होते हैं जिन पर आई.सी.एम.आर. ने काम किया होता है। अनुसंधान गतिविधियों में डियो-टेलीविजन का अधिकतम सहयोग लेने और अगर आवश्यक हुआ तो महत्वपूर्ण परियोजनाओं के लिए अन्य अनेक एजेंसियों से आर्थिक मदद लेने के भी प्रयास किए जा रहे हैं। इससे समुदाय का स्वास्थ्य खास तौर बेहतर हो सकता है। संक्रामक रोगों पर नियंत्रण- स्वतन्त्रता के समय संक्रामक रोग देश में रुग्णता तथा मृत्यु का प्रमुख कारण थे। यद्यपि स्वास्थ्य राज्य का विषय है लेकिन पिछले चार दशकों में संक्रामक रोगों को नियंत्रित करने के लिए केन्द्र सरकार द्वारा प्रायोजित अनेक कार्यक्रम आरम्भ किए गए। इनमें मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम सबसे पुराना है। इसकी शुरुआत 1953 में की थी और मलेरिया से होने वाली रुग्णता तथा मृत्यु दर को कम करने में इससे विशेष सफलता प्राप्त हुई है। स्वतन्त्रता प्राप्ति के समय मलेरिया के कारण रुग्णता के मामलों में अनुमानित रूप से 7 करोड़ 50 लाख 80 हजार लोगों की मृत्यु होती थी जब कि 1965 में रोग के मामलों की संख्या 10 हजार और मृतकों की संख्या शून्य थी। दुर्भाग्य से उसके बाद देश के अनेक भागों में मलेरिया फिर से उभर आया है। फासोफार्म मलेरिया का निरन्तर बढ़ना और सामान्य रूप से इस्तेमाल की जाने वाली मलेरिया निरोधी दवाओं का मलेरिया जीवाणु समाप्त करने में बेअसर हो जाना चिन्ता की बात है। संशोधित योजना को लागू किया जा रहा है। पूर्वोत्तर राज्यों में प्रायः होने वाली इस बीमारी की रोकथाम के लिए शत-प्रतिशत सहायता प्रदान की जा रही है। अन्य रोगवाहक बीमारियों पर भी उचित ध्यान दिया जा रहा है। काला-अजर जैसे रोगों का फिर उभरना भी चिन्ता का विषय है। शहरी और ग्रामीण सफाई की निरन्तर बिगड़ती स्थिति, पानी तथा कचरे के प्रबंध की उचित देखभाल का अभाव और निरन्तर बढ़ती भीड़ के कारण संक्रामक रोग फैलते हैं। और उसी के कारण देश में मृत्यु-दर बढ़ती है। एच.आई.वी. जैसे नये संक्रामक रोग के उभरने से छूट से फैलने वाले रोगों का बोझ और बढ़ गया है। अनेक जीवाणुओं की दवा प्रतिरोधी क्षमता बढ़ने से और कीटनाशी दवाओं के रोगवाहक जीवाणुओं पर बेअसर हो जाने से रोग-नियंत्रण की समस्या और गम्भीर हो गयी है। जिसके लिए अभी

भी प्रयास जारी है। साथ ही स्वास्थ्य शिक्षा के माध्यम से इस बात का प्रयास करना होगा कि ग्राहक और समुदाय वर्तमान सेवाओं के बारे में और उनका अधिक से अधिक इस्तेमाल कैसे किया जाए, इस बारे में जागरूक हों जिससे उपलब्ध सेवाओं का अधिकतम उपयोग हो तथा कार्यक्रम समुदाय की भागीदारी में वृद्धि की जा सके।

- पर्यावरण- निरन्तर बढ़ती जनसंख्या, शहरीकरण, कृषि, औद्योगीकरण तथा जल-संसाधन के प्रबंध का बदलता स्वरूप, उर्वरकों और खाना पकाने के लिए जलाने की लकड़ी के बढ़ते इस्तेमाल आदि के कारण पर्यावरण और स्वास्थ्य पर विपरीत प्रभाव पड़ा है। आठवीं योजनावधि में इस समस्या के समाधान तथा वास्तविक तरीकों की खोज के लिए प्रमुख परियोजनाएँ आरम्भ की गईं। वातावरण प्रदूषण की समस्या और आबादी के स्वास्थ्य-स्तर पर पड़ने वाले प्रभाव से सम्बन्धित आँकड़े एकत्र करने के उपाय भी आरम्भ किए गए। पर्यावरण की बिगड़ती स्थिति के परिणामस्वरूप स्वास्थ्य पर पड़ने वाले विपरीत प्रभाव को रोकने तथा उसका उचित प्रबंध करने की ओर अधिक ध्यान दिया जा रहा है। सामुदायिक भागीदारी के प्रयासों के माध्यम से पेड़ लगाकर, स्वच्छता अभियान चलाकर, कूड़े-कचरों पर नियंत्रण कर तथा व्यक्तिगत सफाई पर भी विशेष ध्यान देकर पर्यावरण पर ध्यान दिया जा सकता है।

### 1.5 सारांश

सामुदायिक स्वास्थ्य चिकित्सा और नैदानिक विज्ञान का प्रमुख क्षेत्र है जो देखभाल, सुरक्षा और जनसंख्या समूहों और अलग-अलग रोगियों के स्वास्थ्य स्थिति में सुधार पर ध्यान केंद्रित है। किसी भी समुदाय में विभिन्न प्रकार की समस्याएँ होती हैं जो समुदाय की विकास में बाधाएँ उत्पन्न करती हैं। उन समस्याओं के कारण समुदाय में निहित सभी व्यक्ति प्रभावित होते हैं। किसी समुदाय का स्वास्थ्य उस समुदाय के वातावरण और सहभागिता पर विशेष निर्भर करता है। साथ ही उस समुदाय की सामाजिक, आर्थिक व सांस्कृतिक पहलुओं पर भी स्वास्थ्य निर्भर करता है। समुदाय मुख्यतः दो स्तर पर देखा जाता है। पहला ग्रामीण समुदाय एवं दूसरा नगरीय समुदाय। ग्रामीण समुदाय और नगरीय समुदाय में रहन-सहन, व्यवसाय, जनसंख्या, संस्कृति आदि में खास अंतर पाये जाते हैं। जिसकी वजह से दोनों समुदायों में बीमारियों का अलग-अलग स्वरूप देखने को मिलता है। आदर्श स्वास्थ्य को एक कल्पना और लक्ष्य के रूप में भी देखा जाता है क्योंकि जीवन परिवर्तन का एक लंबा सिलसिला होता है। इसके अनुरूप व्यक्ति को एक निरंतर समायोजन करना होता है जिससे वह न केवल वर्तमान में सुचारु रूप से कार्य कर सके बल्कि भविष्य के लिए भी तैयार रह सके। क्योंकि जबतक व्यक्ति स्वास्थ्य नहीं होगा तबतक स्वस्थ समुदाय की कल्पना नहीं की जा सकती है। प्रस्तुत इकाई में हमने देखा की सामुदायिक स्वस्थ की देखभाल विभिन्न स्तरों पर व्यक्ति, समाज, समूह व राज्य अथवा सरकार के संयुक्त प्रयासों से सही ढंग से की जा सकती है।

### 1.6 बोध प्रश्न

- सामुदायिक स्वास्थ्य के लिए व्यक्ति की भूमिका का वर्णन करें।
- सामुदायिक स्वास्थ्य के प्रत्यय को समझाएँ।

- सामुदायिक स्वास्थ्य की देखभाल सामाजिक कार्य की दृष्टि से कैसे की जा सकती है?

### 1.8 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- Hugges, Barry B. (2011). *Improving global health: fore casting the next 50 years patterns of potential human progress*. New delhi: Oxford university press India.
- *bharat swasthy*. (दि.न.). <http://bharatswasthya.net/>:  
<http://bharatswasthya.net/helth-services> से, 02 02 2017 को पुनर्प्राप्त
- Kumari, Dr. Vimalesh. (2006). *Community Health*. New Delhi: Discovery Publishing House.
- Das, Sujata K. (2003). *Community participation in health management*. Delhi: Isha Books.
- रामचन्द्र, डॉ. प्रेमा. (जनवरी, 1997). स्वास्थ्य की देखभाल. योजना.



खंड - 2

भारत में स्वास्थ्य सेवा प्रदाय व्यवस्था

ज्ञान शांति मैत्री

## इकाई 1 राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

### इकाई रूपरेखा

- 1.0 उद्देश्य
- 1.1 प्रस्तावना
- 1.2 विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम
- 1.3 सारांश
- 1.4 बोध प्रश्न
- 1.5 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 1.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के उपरांत आप –

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों की संकल्पना को समझ सकेंगे।
- विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों से परिचित हो सकेंगे।

### 1.1 प्रस्तावना

स्वतंत्रता प्राप्ति के पश्चात से ही भारत सरकार द्वारा जनता के स्वास्थ्य स्तर को सुधारने हेतु अनेक उपाय किये जा रहे हैं। इसके साथ ही सरकार स्वास्थ्य स्तर, साफ-सफाई, रहन-सहन के स्तर एवं पोषण स्तर में सुधार हेतु प्रयासरत है। स्वास्थ्य समवर्ती सूची का विषय है। अतः केंद्र सरकार राज्य सरकारों के साथ मिलकर संक्रामक, असंक्रामक एवं अन्य प्रमुख रोगों का सामना करने हेतु समन्वित उपाय करती है। इन उपायों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम कहते हैं। स्वास्थ्य संबंधी बीमारियों पर नियंत्रण हेतु एक साथ सामुदायिक एवं गैर सामुदायिक स्तर पर कार्यक्रम चलाये गए हैं। ये समस्त कार्यक्रम विभिन्न वैश्विक संगठनों जैसे- WHO, UNICEF, WORDBANK तथा विभिन्न विदेशी एजेंसियों जैसे- SIDA, DANIDA, NORAD एवं USAID इत्यादि के वित्तीय एवं तकनीकी सहायता से चलाये गए।

पंचवर्षीय योजनाओं के दौरान स्वास्थ्य समस्याओं को दूर करने के लिए भारत सरकार ने भोर समिति (1946) की संस्तुतियों पर एक विशेष कार्यक्रम शुरू किया जिसे “राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम” नाम दिया गया।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम में मुख्य तीन बिंदु शामिल हैं :-

- (1) राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम शत-प्रतिशत केंद्र सरकार द्वारा प्रायोजित है लेकिन इनका क्रियान्वयन राज्य सरकारों द्वारा किया जाता है।
- (2) राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम के खर्च का वहन 50% केंद्र सरकार एवं 50% राज्य सरकार करती है।
- (3) वृहद् कार्यक्रमों का क्रियान्वयन एवं खर्च दोनों का वहन, केंद्र सरकार द्वारा किया जाता है जिसके लिए वैश्विक अनुदान भी मिलता रहता है।

इन कार्यक्रमों से मृत्यु दर एवं गुणवत्ता को सुधारने का प्रयास किया जाता है। ये कार्यक्रम देशभर में प्राथमिक द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्चा प्रदान करने पर भी जोर देते हैं। यद्यपि स्वास्थ्य राज्यों का विषय का है, किन्तु केंद्र पिछले 40-50 वर्षों से केंद्र द्वारा प्रवर्तित योजनाओं के अंतर्गत राज्यों को संक्रामक रोगों के नियंत्रण हेतु अतिरिक्त फण्ड प्रदान करता रहा है। अनेक राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम पूर्णतः केंद्र द्वारा ही प्रवर्तित हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम को प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों तक पहुंचाकर प्रभावी नियंत्रण के प्रयास भी किये जा रहे हैं। रोग निगरानी, सर्वेक्षण तथा अधिसूचना शिक्षा एवं संचार को भी राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम के क्रियान्वयन में पर्याप्त महत्त्व दिया गया है। चिकित्सालय संक्रमण पर रोक एवं कचरा प्रबंधन पर भी विशेष ध्यान दिया जा रहा है। कुछ राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को बंद भी कर दिया गया है तथा कुछ कार्यक्रमों को हाल ही में शुरू किया गया है एवं कुछ को दूसरे कार्यक्रमों में सम्मिलित कर दिया गया है जैसे – राष्ट्रीय चेचक नियंत्रण कार्यक्रम को सन 1962 में शुरू किया गया था, 24 मई 1975 तक चेचक का कोई नया मामला ना मिलने के कारण डब्ल्यूएचओ ने 1977 में भारत को चेचक से पूर्ण रूप से मुक्त घोषित कर दिया। इसी तरह एप्लाइड पोषण कार्यक्रम 1963 में शुरू किया गया था तथा छठी पंचवर्षीय योजना में बंद कर दिया गया।

कुछ राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के नामों में संशोधन किया गया है जैसे- राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रम को राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम, राष्ट्रीय गण्डमाला नियंत्रण कार्यक्रम को राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय कुष्ठ रोग नियंत्रण कार्यक्रम को राष्ट्रीय कुष्ठ रोग निवारण कार्यक्रम एवं टीकाकरण विस्तार कार्यक्रम को सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम इत्यादि।

## 1.2 विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को निम्नलिखित वर्गों में विभाजित किया गया है :-

### संक्रामक बीमारियों से सम्बंधित कार्यक्रम :

1. राष्ट्रीय एंटी मलेरिया कार्यक्रम (1999)
2. राष्ट्रीय फैलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम (1955)
3. राष्ट्रीय काला-ज्वर नियंत्रण कार्यक्रम (1991)
4. राष्ट्रीय जापानी इन्सेफिलेटिस (मस्तिस्क कोप ) नियंत्रण कार्यक्रम (2003-04)
5. राष्ट्रीय डेंगू बुखार नियंत्रण कार्यक्रम (2003-04)
6. राष्ट्रीय कुष्ठ निवारण कार्यक्रम (1983)
7. राष्ट्रीय पोलियो निवारण कार्यक्रम (1995)
8. सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम (1985)
9. राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम
10. राष्ट्रीय डायरिया नियंत्रण कार्यक्रम
11. राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम

**असंक्रामक बीमारियों से सम्बंधित कार्यक्रम :**

1. राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम
2. राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम (1975)
3. राष्ट्रीय मधुमेह, हृदय रोग, एवं आघात नियंत्रण कार्यक्रम
4. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम
5. जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम
6. राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम (1962)
7. व्यावसायिक रोगों के नियंत्रण एवं उपचार के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम
8. बहरेपन के रोकथाम एवं नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम

**पोषण से सम्बंधित कार्यक्रम :**

1. राष्ट्रीय विटामिन ए रोकथाम कार्यक्रम (1970)
2. राष्ट्रीय विशेष पोषण कार्यक्रम (1970)
3. मिड- डे मील योजना
4. राष्ट्रीय बालवाडी पोषाहार कार्यक्रम
5. एकीकृत बाल विकास कार्यक्रम (1975)
6. जननी सुरक्षा कार्यक्रम
7. जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम
8. नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम
9. व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम
10. मिशन इन्द्रधनुष
11. प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना
12. राष्ट्रीय आयुष मिशन
13. राष्ट्रीय वृद्ध स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम
14. साप्ताहिक आयरन और फोलिक एसिड पूरक कार्यक्रम

**अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रम :**

1. राष्ट्रीय तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम
2. राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम (1953)
3. प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम
4. राष्ट्रीय जलापूर्ति एवं सफाई कार्यक्रम (1954)
5. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन
6. राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम
7. राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन
8. इंदिरा गाँधी मातृत्व सहयोग योजना
9. न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम (1954)

**संक्रामक बीमारियों से सम्बंधित कार्यक्रम :**

### **1. राष्ट्रीय एंटी मलेरिया कार्यक्रम (1999)**

भारत सरकार ने 1953 में राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम (एनएमसीपी) शुरू किया। डी.डी.टी. के छिड़काव से मलेरिया के मामलों में तेजी से कमी आई। वर्ष 1958 में एनएमसीपी को राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम (एनएमईपी) में बदल दिया गया। इसमें भारी सफलता मिली। मलेरिया से होने वाली मौतों को रोकने और पीड़ितों की संख्या घटाने के तात्कालिक उद्देश्य से वर्ष 1977 में मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम को कुछ संशोधनों के साथ संशोधित कार्ययोजना के रूप में शुरू किया गया। इस कार्यक्रम को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली से जोड़ दिया गया।

### **2. राष्ट्रीय फैलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम (1955)**

राष्ट्रीय फैलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम वर्ष 1955 के दौरान फैलेरिया के नियंत्रण एवं रोकथाम हेतु शुरू किया गया। उस समय भारत में 20 राज्य एवं केन्द्रशासित प्रदेश फैलेरिया से प्रभावित थे। प्रभावित राज्यों में सर्वेक्षण कर राष्ट्रीय फैलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम चलाया गया। उपलब्ध संसाधनों के अधिकतम उपयोग हेतु जून 1978 में इस कार्यक्रम को शहरी मलेरिया स्कीम में शामिल कर लिया गया। राष्ट्रीय संक्रामक रोग संस्थान, नयी दिल्ली के अधीन क्षेत्रीय मलेरिया प्रशिक्षण एवं अनुसंधान केंद्र कोझिकोट (केरल), राजमुंदरी (आंध्रप्रदेश) तथा वाराणसी (उत्तर प्रदेश) में स्थापित किये गए हैं। 2002 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में फैलेरिया को 2015 तक पूर्णतः समाप्त करने का लक्ष्य निर्धारित किया गया था। वर्तमान में व्यवहार में फैलेरिया नियंत्रण के लिए कोई भी कार्यक्रम उपलब्ध नहीं है।

### **3. राष्ट्रीय कालाजार नियंत्रण कार्यक्रम (1991)**

सर्वप्रथम यह बीमारी बिहार, झारखंड, पश्चिम बंगाल तथा उत्तर प्रदेश के कुछ हिस्सों में प्रायः सामने आई थी। केंद्र सरकार ने वर्ष 1990-91 में कालाजार नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002 में सन 2010 तक कालाजार के उन्मूलन का लक्ष्य रखा गया है। 2010 तक कालाजार के उन्मूलन का लक्ष्य हासिल करने के लिए केंद्र सरकार महामारी वाले राज्यों को 100 प्रतिशत सहायता प्रदान कर रही है। तकनीकी निर्देशन अलग है। संक्रमण नियंत्रण के लिए समय पर घरों के भीतर डीडीटी का छिड़काव, मरीजों को संपूर्ण इलाज के अलावा गहन सामाजिक जागरूकता पर बल दिया जा रहा है। भारत सरकार ने कालाजार के उन्मूलन के लिए निम्नलिखित प्रयास शुरू किए हैं :

- कालाजार पखवाड़े के माध्यम से कालाजार के मरीजों की खोज।
- संपूर्ण इलाज सुनिश्चित करने के लिए सभी केंद्रों में मरीज कोडिंग योजना की पहल।
- शुरुआती दौर में ही कालाजार का पता लगाने और बेहतर इलाज के लिए त्वरित निदानात्मक परीक्षण (आरके 39) और दवा पिलाने का तरीका लागू किया गया।
- पीड़ित समुदाय को कालाजार के कार्यकर्ताओं की पहचान कर उनके माध्यम से लोगों को कालाजार की सूचना शीघ्र देने और इलाज कराने के लिए जागरूक करना।

#### 4. राष्ट्रीय जापानी इन्सेफिलेटिस (मस्तिष्क कोप ) नियंत्रण कार्यक्रम (2003-04)

राष्ट्रीय एंटी मलेरिया कार्यक्रम के अंतर्गत इस कार्यक्रम का क्रियान्वयन किया जाता है। राष्ट्रीय जापानी इन्सेफिलेटिस से संक्रमित राज्यों में आंध्रप्रदेश, पश्चिम बंगाल, असम, तमिलनाडु, हरियाणा, केरल एवं उत्तरप्रदेश है। इन राज्यों से इस बीमारी को दूर करने हेतु भारत सरकार ने वर्ष 2003-04 के दौरान राष्ट्रीय जापानी इन्सेफिलेटिस (मस्तिष्क कोप ) नियंत्रण कार्यक्रम की शुरुआत की तथा इस बीमारी से निपटने हेतु कुछ रणनीतियां बनार्यीं जैसे – नए मामलो का जल्दी पता लगाना तथा शीघ्र ही उपाय करना, प्रहरी निगरानी में नैदानिक निगरानी सहित संदिग्ध मामलो को शामिल करना , उच्च जोखिम वाले समूहों की पहचान, एक सुरक्षित और मानक स्वदेशी टीके का विकास करना इत्यादि।

#### 5. राष्ट्रीय डेंगू बुखार नियंत्रण कार्यक्रम (2003-04)

डेंगू (ब्रेक बोन फीवर– हड्डी तोड़ बुखार) मच्छरों से होने वाला वायरल संक्रमण है जिससे फ्लू जैसी गंभीर बीमारी होती है और कई बार तो यह जानलेवा भी हो जाती है जिसे सीवीयर डेंगू (रक्तसावी बुखार) कहते हैं। सन 1996 के दौरान दिल्ली में डेंगू बुखार को एक महामारी के रूप में बताया गया इसके पश्चात इस महामारी को भारत के अन्य भागो में भी पाया गया। डेंगू के प्रकोप के नियंत्रण, जाँच एवं रोकथाम के लिए तकनीकी सहायता एनएएमपी एवं एनआईसीडी , दिल्ली निदेशालय के माध्यम से राज्य सरकारे प्रदान करती है। वर्तमान मे भारत में डेंगू का प्रकोप निरंतर बढ़ रहा है। इसके नियंत्रण के लिए लगातार प्रयास किये जा रहे है। हाल ही में फिलीपींस ने डेंगू बुखार के लिए विश्व का सबसे पहला सार्वजनिक टीकाकरण कार्यक्रम 4 अप्रैल 2016 को शुरू किया। डब्ल्यूएचओ (WHO) के पश्चिमी प्रशांत क्षेत्र में फिलीपींस में 2013 से 2015 के अवधि के बीच में सबसे ज्यादा डेंगू के मामले दर्ज किए गए।

#### 6. राष्ट्रीय कुष्ठ निवारण कार्यक्रम (1983)

राष्ट्रीय कुष्ठ निवारण उन्मूलन कार्यक्रम शतप्रतिशत केंद्र प्रायोजित योजना है। इसका प्रमुख उद्देश्य भारत को कुष्ठ रोग से मुफ्त रखना है। राष्ट्रीय कुष्ठ निवारण उन्मूलन कार्यक्रम की शुरुआत वर्ष 1955 में भारत सरकार द्वारा की गयी थी। वर्ष 1982 से बहु – औषधि चिकित्सा का वृहद रूप में प्रयोग किया गया तथा वर्ष 1983 में राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम शुरू हुआ। तब से इस बीमारी में महत्वपूर्ण कमी आई है।

#### 7. राष्ट्रीय पोलियो निवारण कार्यक्रम (1995)

भारत सरकार द्वारा पोलियो के विरुद्ध 1978 में टीकाकरण का कार्यक्रम प्रारम्भ किया गया। नवजात शिशुओं को मुखवर्ती (ओरल) पोलियो वैक्सीन (ओ पी वी) की तीन खुराक पिलाकर इस अभियान में महत्वपूर्ण सफलता प्राप्त की गई। वर्तमान में देश के अधिकांश भाग पोलियो मुक्त हो गए हैं। दिसम्बर 1995 में भारत सरकार ने पोलियो के नियंत्रण हेतु पुनः एक रणनीति के रूप में राष्ट्रीय पोलियो निवारण कार्यक्रम शुरू किया। भारत से पोलियो उन्मूलन के उद्देश्य से राष्ट्रीय स्तर पर पोलियो प्रतिरक्षण गतिविधियों संबंधी योजना बनाने और उनका क्रियान्वयन करने में सहायता प्रदान करती है। केन्द्र द्वारा पोलियो प्रतिरक्षण के संबंध में सामान्य नीति का ढांचा तय किया जाता है। सरकार के अलावा, कई राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय एजेन्सियां विश्व भर से पोलियो उन्मूलन की प्रक्रिया में व्यस्त हैं। इनमें से प्रमुख हैं- यूनीसेफ , डब्ल्यूएचओ (WHO) इत्यादि। पूर्वकेंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री गुलाम नबी आज़ाद ने 13 जनवरी 2014 को भारत में

पिछले तीन वर्षों से लगातार पोलियो का एक भी रोगी न पाए जाने की घोषणा कर दी। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने 11 फरवरी, 2014 को भारत को पोलियो मुफ्त राष्ट्र होने की आधिकारिक घोषणा कर दी है।

### 8. सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम (1985)

इसकी शुरुआत भारत सरकार द्वारा वर्ष 1985 में की गयी। सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम का उद्देश्य विशेषकर बच्चों में टीका निवारणीय रोगों (टीके से रोकने योग्य) के कारण मृत्यु दर और रूग्णता को कम करना है। सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम प्रयुक्त टीकों की मात्रा, लाभार्थियों की संख्या, आयोजित टीकाकरण सत्रों की संख्या और कवर किए गए भौगोलिक क्षेत्र के संदर्भ में विश्व में सबसे बड़े कार्यक्रमों में से एक है। टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत बच्चों और महिलाओं से सम्बंधित छह बीमारियों से बचाव के लिए टीकों का उपयोग किया जाता है। वे हैं: ट्यूबरकुलोसिस (तपेदिक), डिप्थीरिया, कुकुर खांसी, पोलियो, खसरा, टेटनस इत्यादि। सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम में चरणबद्ध तरीके से हेपेटाइटिस के टीके को भी शामिल किया गया है। यह कार्यक्रम वर्ष 1992 में बाल जीवन रक्षा और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का भाग बना तथा वर्ष 2005 से अब तक राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का विशेष भाग है।

### 9. राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम

देश में वर्ष 1962 में राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (एनटीसीपी) शुरू किया गया था, लेकिन इसमें खास सफलता नहीं मिली। अतः कम से कम 85 प्रतिशत रोगियों के इलाज ओर 70 प्रतिशत रोगियों की पहचान करने के उद्देश्य से संशोधित राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीसीपी) डॉट्स प्रणाली के साथ 26 मार्च, 1997 को शुरू किया गया। इसका उद्देश्य है : (1) नए संक्रामक टीबी मामलों में उपचार दर 85 प्रतिशत बनाए रखना, (2) जनसंख्या में ऐसे मामलों की खोज दर 70 प्रतिशत हासिल करना। आरएनटीसीपी को चरणबद्ध रूप से लागू किया गया और 23 मार्च, 2006 तक यह पूरे देश में लागू हो गया। यह कार्यक्रम विश्व बैंक, डीएनआईडीए, डीएफआईडी, यूएसएआईडी, जीडीएफ और जीएफएटीएम की सहायता से देश में चरणबद्ध तरीके से क्रियान्वित किया जा रहा है। संशोधित क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम देश के लिए बहुत अच्छा रहा। इसमें इलाज का औसत 85 प्रतिशत रहा और मृत्यु दर घटकर पांच प्रतिशत से भी कम हो गई। 90 प्रतिशत नए स्मीयर पॉजीटिव रोगियों को डीओटीएस (डॉट्स) के तहत निगरानी में रखा गया है। संशोधित राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रम के तहत अब तक 86.4 लाख रोगियों का इलाज किया गया, जिससे 15.75 लाख से अधिक लोगों को मौत के मुंह से बचाया जा सका है। इस कार्यक्रम के तहत प्रतिमाह एक लाख से अधिक रोगियों का इलाज किया जाता है। यह कार्यक्रम एनजीओ, निजी चिकित्सकों, कार्पोरेट जगत आदि सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बाहर स्वास्थ्य सुविधा प्रदाताओं से प्रभावी भागीदारी चाहता है।

### 10. राष्ट्रीय डायरिया नियंत्रण कार्यक्रम

डायरिया के कारण होने वाली रूग्णता एवं मृत्यु दर को कम करने के उद्देश्य से वर्ष 1978 में राष्ट्रीय राष्ट्रीय डायरिया नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया गया। इस कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य मौखिक पुनर्जलीकरण चिकित्सा (Oral Rehydration Therapy) को बढ़ावा देना था। वर्तमान में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा 11 जुलाई 2016 को राष्ट्रव्यापी डायरिया नियंत्रण पखवाड़ा (आईडीसीएफ) आरंभ किया गया है। इस

कार्यक्रम का उद्देश्य देश में डायरिया के कारण होने वाली मृत्यु दर कम करना है। इसकी शुरुआत स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री जे पी नड्डा द्वारा की गयी। इसका देश भर में 1 जुलाई से 23 जुलाई तक पालन किया जाएगा।

### 11. राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम

1986 में भारत में पहली बार एड्स के मामले का पता चलते ही स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने राष्ट्रीय एड्स समिति का गठन किया। एड्स के विस्तार के साथ ही भारत में इसके प्रति जागरूकता लाने तथा रोकथाम के उपाय करने के लिए एक राष्ट्रव्यापी कार्यक्रम चलाने की जरूरत महसूस होने लगी। इसके साथ ही ऐसे कार्यक्रम चलाने के लिए एक संगठन की आवश्यकता भी महसूस की गई। 1992 में भारत का पहला राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (1992-1999) शुरू किया गया था और राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको) कार्यक्रम को लागू करने के लिए गठित किया गया था। प्रथम एनएसीपी (1992-1999) का उद्देश्य एचआईवी संक्रमण के प्रसार को नियंत्रित करना था। इस अवधि के दौरान रक्त बैंकों के बुनियादी ढांचे के एक प्रमुख विस्तार के तौर पर 685 ब्लड बैंक की स्थापना और 40 रक्त घटकों को अलग-अलग रूप से स्थापित किया गया। जिला अस्पतालों और मेडिकल कॉलेजों में यौन संचारित रोगों के उपचार के लिए इन्फ्रास्ट्रक्चर के तौर पर 504 एसटीडी क्लिनिक की स्थापना की गयी। एचआईवी प्रहरी निगरानी प्रणाली भी शुरू की गयी। एनएसीपी - द्वितीय (1999-2006) के दौरान कई नए कार्यक्रम शुरू किये गए और नए क्षेत्रों में कार्यक्रम का विस्तार किया गया। लक्षित हस्तक्षेप गैर - सरकारी संगठनों के माध्यम से शुरू किया गया, उच्च जोखिम समूह (HRGs) अर्थात् व्यापारिक यौन कामगार (CSWs), पुरुष जो पुरुषों के साथ यौन संबंध हैं (एमएसएम), इंजेक्शन-द्वारा नशीले-पदार्थ लेने वाले (आईयूडी) उपयोगकर्ताओं की कुल आबादी (ट्रक ड्राइवर्स और प्रवासियों) हैं। इन उपायों की सेवाओं के पैकेज में व्यवहार परिवर्तन, संचार, एसटीडी के प्रबंधन और कंडोम प्रसार शामिल है। राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन नाको (NACO) भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत संचालित विभाग है। यह भारत में एचआईवी / एड्स की रोकथाम के लिए 35 नियंत्रण समुदायों के माध्यम से कार्यक्रम का नियंत्रण तथा नेतृत्व प्रदान करता है।

### असंक्रामक बीमारियों से सम्बंधित कार्यक्रम :

#### 1. राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम वर्ष 1976 में आरम्भ किया गया था। इस कार्यक्रम के अंतर्गत विभिन्न गतिविधियाँ संचालित की जा रही है जैसे- क्षेत्रीय नेत्र विज्ञान संस्थान की स्थापना करना ,मेडिकल कालेज/ जिला चिकित्सालय/ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर नेत्र चिकित्सा की सुविधाओ का स्तर बढ़ाना ,नेत्र चल इकाइयो का विकास करना, नेत्र विज्ञान सेवाओ के लिए आवश्यकतानुसार नेत्र कर्मियों का प्रशिक्षण एवं नियुक्त करना इत्यादि। इस कार्यक्रम का उद्देश्य दृष्टिहीनता की व्याप्त दर को 1.4 % से घटाकर 0.3 % पर लाना है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत देश में 512 जिला दृष्टिहीनता नियंत्रण समितियां , 11 क्षेत्रीय नेत्र विज्ञान संस्थान ,19 राज्य नेत्र विज्ञान क्षेत्र तथा 166 सरकारी नेत्र बैंक कार्यशील है।

## 2. राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम (1975)

कैंसर भारत में एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या है। हर साल इसके 7-9 लाख मामले सामने आते हैं। इसे रोकने, शीघ्र पता लगाने और उपचार के उद्देश्य से वर्ष 1975-76 में राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया गया। इस समय देश में 25 क्षेत्रीय कैंसर केंद्र हैं जो व्यापक कैंसर देखभाल सेवा प्रदान करते हैं। 210 संस्थाओं में रेडियो थेरेपी सुविधा है। एक राष्ट्रीय रणनीतिक कार्य बल 11 वीं योजना में राष्ट्रीय कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम की रणनीति तय करने के लिए गठित किया गया है। राष्ट्रीय कैंसर जागरूकता दिवस 7 नवंबर को मैडम क्यूरी के जन्मदिन पर मनाया जाता है। बीमारी की बदलती आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए इसमें तीन संशोधन किए गए जिसमें तीसरा संशोधन दिसंबर 2004 में हुआ। समस्या की गंभीरता और देश में कैंसर के इलाज की सुविधाओं की उपलब्धता में भौगोलिक स्तर पर ध्यान केंद्रित किया गया। कार्यक्रम की संभावनाओं को देखते हुए विभिन्न योजनाओं के तहत सहायता राशि बढ़ा दी गई है। संशोधित कार्यक्रम के अंतर्गत 5 महत्वपूर्ण स्कीमों आती हैं:

1. नए क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों को मान्यता। इन केंद्रों को 5 करोड़ रुपए का एकबारगी अनुदान दिया जाता है।
2. पहले से विद्यमान क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों को मजबूत बनाना। इन केंद्रों को 3 करोड़ रुपए का एकबारगी अनुदान दिया जाता है।
3. ओकोलॉजी विभाग की स्थापना के लिए सरकारी संस्थानों (मेडिकल कालेजों और सरकारी अस्पतालों) को दिए जाने वाले अनुदान की राशि बढ़ाकर 3 करोड़ रुपए कर दी गई है।
4. जिला कैंसर नियंत्रण कार्यक्रम - इन्हें दिए जाने वाले अनुदान की रकम बढ़ाकर 90 लाख रुपए कर दी गई है जिसे 5 वर्षों में दिया जाएगा।
5. विकेंद्रीकृत गैर-सरकारी संगठन स्कीम - सूचना, शिक्षा और संपर्क गतिविधियों के लिए गैर-सरकारी संगठनों को प्रति शिविर 8 हजार रुपए का अनुदान दिया जाएगा।

## 3. राष्ट्रीय मधुमेह, हृदय रोग, एवं आघात नियंत्रण कार्यक्रम

इस कार्यक्रम की शुरुआत भारत सरकार ने कैंसर, मधुमेह हृदयरोग, और स्ट्रोक जैसे- गैर संचारी रोगों के प्रमुख कारकों के असर को कम करने तथा भारी आर्थिक नुकसान को कम करने के उद्देश्य से क्रियान्वित की है। 11वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 12 राज्यों के 100 जिलों की पहचान की गयी है तथा इस कार्यक्रम के तहत कवर किया गया है।

## 4. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

मानसिक स्वास्थ्य की जानकारी एवं दक्षताओं को प्रोत्साहित करने तथा मानसिक स्वास्थ्य- सेवा विकास में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा देने तथा समुदाय में स्व-सहायता को प्रेरित करने के लिए सभी के लिए न्यूनतम मानसिक स्वास्थ्य परिचर्या की उपलब्धता एवं सुगमता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से वर्ष 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया था।

## 5. जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

भारत सरकार ने पांचवी पंचवर्षीय योजना में जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को राष्ट्रीय स्तर पर पांच वर्ष के लिए एक 100 प्रतिशत केंद्र प्रायोजित योजना के रूप में शुरुआत की जिसका प्रमुख उद्देश्य समुदाय के लिए

स्थायी बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं को उपलब्ध कराना तथा अन्य स्वास्थ्य सेवाओं के साथ इन सेवाओं को एकीकृत करना है। साथ ही प्राथमिक स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराना एवं जन-जागरूकता के माध्यम से मानसिक बीमारियों को दूर करने का प्रयास करना इत्यादि।

### 6. राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम (1962)

राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता विकार नियंत्रण कार्यक्रम को केंद्र सरकार ने वर्ष 1962 में शुरू किया। इससे पहले इस कार्यक्रम को राष्ट्रीय गलगंड नियंत्रण कार्यक्रम कहा जाता था। इस कार्यक्रम में आयोडीन युक्त नमक उपलब्ध कराने, आयोडीन न्यूनता विकृति सर्वेक्षण/पुनर्सर्वेक्षण, आयोडीन वाले नमक पर प्रयोगशालाओं में नजर रखने, स्वास्थ्य शिक्षा और प्रचार पर ध्यान दिया जाता है। देश में आयोडीन युक्त नमक का वार्षिक उत्पादन 48 लाख मीट्रिक टन है। सरकार ने सरकार सन 1962 से राष्ट्रीय आयोडीन न्यूनता विकृति नियंत्रण कार्यक्रम के क्रियान्वयन हेतु खाद्य अपमिश्रण निवारण अधिनियम 1954 के अंतर्गत गैर-आयोडीन वाले नमक की पूरे देश में बिक्री 17 मई 2006 से प्रतिबंधित करने का फैसला किया है। राज्य स्तर पर कार्यक्रम के प्रभावी क्रियान्वयन के लिए स्वास्थ्य मंत्रालय सभी राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों, आईडीडी नियंत्रण प्रकोष्ठ और आईडीडी निगरानी प्रयोगशाला के अतिरिक्त सर्वे और स्वास्थ्य शिक्षा और लोगों द्वारा आयोडीन युक्त नमक के उपयोग हेतु प्रचार के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करता है।

### 7. व्यावसायिक रोगों के नियंत्रण एवं उपचार के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम

व्यावसायिक रोगों के नियंत्रण एवं उपचार के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम वर्ष 1998-99 के दौरान शुरू किया गया। इस योजना के तहत निम्नलिखित परियोजनाओं को व्यावसायिक सुरक्षा और स्वास्थ्य के लिए राष्ट्रीय संस्थान द्वारा शुरू किया गया है : क्षय रोग तथा तम्बाकू हार्वेस्टर एवं उनसे सम्बंधित व्यावसायिक स्वास्थ्य समस्याओं की रोकथाम, नियंत्रण एवं उपचार, व्यावसायिक स्वास्थ्य समस्याओं का मूल्यांकन रोकथाम एवं नियंत्रण, बालश्रम व्यावसायिक स्वास्थ्य समस्याओं का मूल्यांकन रोकथाम एवं नियंत्रण, अनुसंधान शिक्षा और प्रशिक्षण को बढ़ावा देने के लिए क्षमता निर्माण, गुजरात एवं राजस्थान के मरुस्थलों में कार्यरत नमक श्रमिकों में व्यावसायिक स्वास्थ्य खतरों का नियंत्रण एवं रोकथाम, कुटीर उद्योगों में स्वास्थ्य जोखिम और उच्च जोखिम के आंकलन के साथ हस्तक्षेप कार्यक्रमों का विकास करना इत्यादि।

### 8. बहरेपन के रोकथाम एवं नियंत्रण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम

बहरेपन के खिलाफ राष्ट्रीय कार्यक्रम का एक पायलट चरण जुलाई 2006 से शुरू किया गया था। जून 2008 में इस कार्यक्रम को ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में शामिल किया गया है। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा राष्ट्रीय बहरेपन के रोकथाम एवं नियंत्रण कार्यक्रम के पायलट चरण का शुभारंभ 10 राज्यों और 1 संघ शासित राज्य में किया गया। इस कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य कान के नुकसान के लिए जिम्मेदार कारकों की प्रारंभिक पहचान, निदान एवं उपचार करना है तथा सभी आयु वर्ग के व्यक्तियों का चिकित्सीय पुनर्वासन करना जो बहरेपन से पीड़ित है। साथ ही बहरेपन से पीड़ित लोगों के पुनर्वास की निरंतरता के लिए मौजूदा अन्तर-क्षेत्रीय संबंधों को मजबूत करना तथा कान देखभाल सेवाओं एवं संस्थागत क्षमता को विकसित करने के लिए उपकरण, सामग्री एवं कर्मियों को प्रशिक्षण प्रदान करना इत्यादि।

## पोषण से सम्बंधित कार्यक्रम :

### 1. राष्ट्रीय विटामिन 'ए' प्रोफिलैक्सिस रोकथाम कार्यक्रम (1970)

भारत सरकार द्वारा इस कार्यक्रम की शुरुआत वर्ष 1970 में की गयी और अंधत्व के नियंत्रण एवं रोकथाम के लिए इसे राष्ट्रीय कार्यक्रम के एक घटक के रूप में शामिल कर लिया गया। इस कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य बच्चों में पोषणीय अंधत्व को नियंत्रित करना है।

### 2. राष्ट्रीय विशेष पोषण कार्यक्रम (1970)

भारत सरकार द्वारा 6 वर्ष की आयु से नीचे के बालको के पोषण की स्थिति में सुधार लाने के लिए वर्ष 1970 में यह कार्यक्रम शुरू किया गया। इस कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य शहरी मलिन बस्तियों, जनजातीय क्षेत्रों, एवं ग्रामीण क्षेत्रों की गर्भवती महिलाओं एवं शिशुओं को अनुपूरक भोजन प्रदान करके उनकी पोषण की स्थिति में सुधार लाना है।

### 3. मिड- डे मील योजना

इसे मध्याह्न भोजन योजना भी कहते हैं, नामांकन बढ़ाने, उन्हें बनाए रखने और उपस्थिति के साथ-साथ बच्चों के बीच पोषण स्तर सुधारने के दृष्टिकोण के साथ प्राथमिक शिक्षा के लिए मध्याह्न भोजन कार्यक्रम 15 अगस्त, 1995 से शुरू किया गया। इस कार्यक्रम के अंतर्गत प्राथमिक स्तर के बच्चों को 450 कैलोरी और 12 ग्राम प्रोटीन का मध्याह्न भोजन मुहैया कराया जाता है तथा प्राथमिक स्तर से ऊपर के बच्चों के लिए 700 कैलोरी और 20 ग्राम प्रोटीन का पोषाहार निश्चित किया गया है। केंद्र द्वारा प्रायोजित इस योजना को पहले देश के 2408 ब्लॉकों में शुरू किया गया। वर्ष 1997-98 के अंत तक एनपी-एनएसपीई को देश के सभी ब्लॉकों में लागू कर दिया गया। 2002 में इसे बढ़ाकर न केवल सरकारी, सरकारी सहायता प्राप्त और स्थानीय निकायों के स्कूलों के कक्षा एक से पांच तक के बच्चों तक किया गया बल्कि ईजीएस और एआईई केंद्रों में पढ़ रहे बच्चों को भी इसके अंतर्गत शामिल कर लिया गया। इस योजना के अंतर्गत शामिल है : प्रत्येक स्कूल दिवस प्रति बालक 100 ग्राम खाद्यान्न तथा खाद्यान्न सामग्री को लाने-ले जाने के लिए प्रति क्विंटल 50 रुपये की अनुदान। वर्ष 1995 से प्रदेश के प्राथमिक विद्यालयों (कक्षा 1 से 5 तक) में बच्चों को मध्याह्न भोजन लिये जाने का निर्णय राज्य सरकार द्वारा लिया गया, जिसके अन्तर्गत पूर्वी जनपदों में से खाद्यान्न भेजा जायेगा उसमें चावल की मात्रा 2/3 तथा गेहूँ की मात्रा 1/3 रखी जाय। इसी प्रकार पश्चिमी जनपदों में गेहूँ की मात्रा 2/3 तथा चावल की मात्रा 1/3 की होगी। उक्त खाद्यान्न वर्ष के 10 माहों (मई तथा जून को छोड़कर) में प्रत्येक छात्र को 100 ग्राम प्रतिदिन अर्थात् प्रति माह 3 कि०ग्रा० की दर निःशुल्क उपलब्ध कराया जाता है।

### 4. राष्ट्रीय बालवाडी पोषाहार कार्यक्रम

बच्चों में व्याप्त कुपोषण की समस्या से निपटने हेतु सरकार ने 1970 में निम्न आय वर्ग के परिवारों से सम्बंधित 3 से 5 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों को पूरक पोषाहार उपलब्ध करवाने की योजना आरम्भ की। इस योजना में स्वास्थ्य सुविधाएं भी सम्मिलित होती हैं, जैसे-बच्चों का टीकाकरण, स्थानीय निकायों के सहयोग से बेहतर सफाई और पर्यावरण की व्यवस्था करना इत्यादि।

### 5. एकीकृत बाल विकास कार्यक्रम (1975)

एकीकृत बाल विकास सेवा वर्ष 1975 में केंद्र प्रायोजित योजना के तौर पर शुरू की गई। इसके निम्नलिखित उद्देश्य हैं-

1. छह वर्ष से कम उम्र के बच्चों और गर्भवती और स्तनपान कराने वाली माताओं के पौष्टिक आहार तथा स्वास्थ्य स्तर में सुधार
2. बच्चों के समुचित मनोवैज्ञानिक, शारीरिक और सामाजिक विकास की नींव डालना
3. बाल मृत्युदर, कुपोषण और स्कूली शिक्षा अधूरी छोड़ने वाले बच्चों की दर में कमी लाना
4. बाल विकास को बढ़ावा देने के लिए विभिन्न विभागों के बीच नीति तथा कार्यान्वयन में कारगर तालमेल बैठाना।
5. स्वास्थ्य तथा पोषाहार, शिक्षा की समुचित व्यवस्था करके, माताओं तथा बच्चों की स्वास्थ्य व पोषाहार संबंधी जरूरतों की देखरेख की क्षमता बढ़ाना।

### 6. जननी सुरक्षा योजना

जननी सुरक्षा योजना भारत सरकार के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा प्रायोजित योजना है जिसका प्रारंभ वर्ष 2005 में किया गया। इसके अंतर्गत गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाली महिलाओं को संस्थागत प्रसूति कराने के लिए एक हजार रुपये की आर्थिक सहायता प्रदान की जाती है। प्रसव अस्पताल में अथवा प्रशिक्षित दाई द्वारा कराया जाता है। शत प्रतिशत केंद्र प्रायोजित इस योजना का उद्देश्य गरीब गर्भवती महिलाओं को प्रसव की संस्थागत सुविधा प्रदान करना है। इस योजना के अंतर्गत पंजीकृत प्रत्येक लाभार्थी के पास एमसीएच कार्ड के साथ-साथ जननी सुरक्षा योजना कार्ड भी होना जरूरी है।

### 7. जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम

1 जून, 2011 को भारत सरकार ने जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम की शुरुआत की। इसका प्रारम्भिक लक्ष्य सभी गर्भवती महिलाओं को सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में पूर्णतः मुफ्त तथा ऑपरेशन के मामले में कोई खर्चीला प्रसव नहीं होने का अधिकार देना है। इसमें शामिल है -मुफ्त दवाइयां, उपभोज्य, सामान्य प्रसव होने पर तीन दिन तक मुफ्त भोजन तथा ऑपरेशन से होने पर सात दिन तक मुफ्त भोजन, मुफ्त उपचार तथा जरूरत पड़ने पर मुफ्त में खून इत्यादि की सुविधा दी जाती है तथा जरूरत हो तो इसमें घर से संस्थान तक मुफ्त परिवहन की सुविधा दी जाती है। इसमें 12 मिलियन से अधिक गर्भवती महिलाओं को लाभ देने की योजना का अनुमान है, जो उनके प्रसव के लिए सरकारी स्वस्थ सुविधाओं तक पहुंचाई जाएगी।

### 8. नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम

नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम की शुरुआत जन्म से सम्बंधित समस्याओं जैसे – हाइपोथर्मिया से बचाव, इन्फेक्शन से बचाव, स्तनपन के पूर्व देखभाल तथा नवजात पुनर्जीवन आधार के लिए स्वास्थ कार्यकर्ताओं को नवजातों की देखभाल और पुनर्जीवन के लिए प्रशिक्षित करने के लक्ष्य के साथ शुरू की गयी।

### 9. व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम

व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम बच्चों को घातक रोगों से बचाव के लिए रोकथाम करने के लिए एक महत्वपूर्ण क्रियाकलाप है। भारत में व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम को वर्ष 1978 में विस्तारित रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के रूप शुरू किया गया था। इस प्रकार वर्ष 1985 में व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम पर

विशेष बल दिया गया। व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम, बाल उत्तरजीविता और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का वर्ष 1992 में एक भाग बन गया है।

### 10. मिशन इन्द्रधनु

भारत सरकार के केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय ने सभी बच्चों को टीकाकरण के अंतर्गत लाने के लिये "मिशन इन्द्रधनुष" को सुशासन दिवस के अवसर पर 25 दिसंबर, 2014 को प्रारंभ किया गया। इन्द्रधनुष के सात रंगों को प्रदर्शित करने वाला मिशन इन्द्रधनुष का उद्देश्य उन बच्चों का 2020 तक टीकाकरण करना है जिन्हें टीके नहीं लगे हैं या डिफ्थीरिया, बलगम, टिटनस, पोलियो, तपेदिक, खसरा तथा हेपेटाइटिस-बी को रोकने हेतु सात टीके आंशिक रूप से लगे हैं। यह कार्यक्रम हर साल 5 प्रतिशत या उससे अधिक बच्चों के पूर्ण टीकाकरण में तेजी से वृद्धि के लिए विशेष अभियानों के जरिए चलाया जाएगा।

पहले चरण में देश में 221 जिलों की पहचान की गयी है, जिसमें 50 प्रतिशत बच्चों को टीके नहीं लगे हैं या उन्हें आंशिक रूप से टीके लगाए गए हैं। इन जिलों को नियमित रूप से टीकाकरण की स्थिति सुधारने के लिए लक्ष्य बनाया जाएगा। मिशन इन्द्रधनुष के तहत पहले चरण में 201 जिलों को सर्वोच्च प्राथमिकता देने का लक्ष्य तय किया है तथा 2015 में दूसरे चरण में 297 जिलों को लक्ष्य बनाया गया है। मिशन के पहले चरण का कार्यान्वयन 201 उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 7 अप्रैल, 2015 पर विश्व स्वास्थ्य दिवस से प्रारंभ हुआ।

### 11. प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना

प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना (PMSSY) का उद्देश्य सामान्य रूप में देश के विभिन्न भागों में सस्ती/विश्वसनीय स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता की विसंगतियों को दूर करना है और विशेष रूप से राज्यों में गुणवत्ता चिकित्सा शिक्षा को हासिल करने की सुविधाओं का विस्तार करना है। इस योजना को मार्च 2006 में मंजूरी दी गई थी। इस योजना का लक्ष्य किफायती एवं भरोसेमंद तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की उपलब्धता में क्षेत्रीय असंतुलन को ठीक करना और देश में गुणवत्ता चिकित्सा शिक्षा के लिए सुविधाओं में सुधार करना है। वर्ष 2012-13 के लिए पीएमएसएसवाई के तहत 1544.21 करोड़ रुपये आबंटित किये गए हैं जिसका लक्ष्य प्रथम चरण में भोपाल, भुवनेश्वर, जोधपुर, पटना रायपुर और ऋषिकेश तथा द्वितीय चरण में पश्चिम बंगाल और उत्तर प्रदेश में 6 एम्स जैसे संस्थानों का निर्माण करना है साथ ही पहले चरण में 13 और दूसरे चरण में 6 मेडिकल कालेजो का उन्नयन करना है

### 12. राष्ट्रीय आयुष मिशन (आयुर्वेद, योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध एवं समचिकित्सा)

भारत में सभी चिकित्सा पद्धतियों को एकीकृत कर एक आयुष (Ayurvedic, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy) प्रणाली प्रारंभ की गयी है। इसका उद्देश्य हमारी देशज एवं परम्परागत चिकित्सा एवं औषधि पद्धतियों को आधुनिक प्रणाली के साथ समेकित कर आम लोगों तक इनका लाभ पहुंचाना है। वर्ष 2012-13 में 110 करोड़ रु. के आवंटन के माध्यम से भारतीय औषधि प्रणालियों के तहत स्वास्थ्य सेवा सुविधा आयुष प्रणाली के सम्मलेन एवं एकीकरण द्वारा विकसित और संवर्धित की जा रही है। आयुष स्वास्थ्य सेवा को मुख्य एलीपैथिक स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकीकृत करने के लिए राज्यों की पीएचसी, सीएचसी और जिला अस्पतालों में आयुष सुविधाओं के सह-स्थापन और एकल आयुष अस्पतालों के लिए आवश्यक दवाओं की आपूर्ति हेतु वित्तीय सहायता प्रदान की गयी है।

### 13. राष्ट्रीय वृद्ध स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम

परिवार एवं स्वास्थ्य कल्याण मंत्रालय ने वर्ष 2010-2011 में वृद्धों की स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान के लिए एक नया कार्यक्रम 'राष्ट्रीय वृद्ध स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रम' की शुरुआत वृद्धजनों पर राष्ट्रीय नीति के साथ-साथ माता-पिता और वरिष्ठ नागरिकों की देख-रेख और कल्याण अधिनियम, 2007 को दृष्टि में रख कर की है। इस कार्यक्रम के मौलिक लक्ष्य वरिष्ठ नागरिकों को विभिन्न स्तरों पर राज्य स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के साथ बेहतर सेवाएं, पृथक और विशेषीकृत अनुपूरक स्वास्थ्य की देख-रेख करना है। 11वीं पंचवर्षीय योजना (2007-2012) के दौरान कार्यक्रम के प्रमुख घटक है - देश के विभिन्न क्षेत्रों में 8 चिन्हित क्षेत्रीय मेडिकल संस्थानों में 30 बिस्तरों वाले जरा रोग विभाग की स्थापना तथा 21 राज्यों के 100 चिन्हित जिलों में उपकेन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा जिला अस्पतालों में समर्पित स्वास्थ्य देख-रेख की सुविधा प्रदान करना है।

### 14. साप्ताहिक आयरन और फोलिक एसिड पूरक कार्यक्रम

इस योजना की शुरुआत स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा किशोर लड़कियों के लिए की गयी है। इस कार्यक्रम के तहत रक्ताल्पता के पीढ़ी-दर-पीढ़ी चक्र से निपटने के लिए आँगनबाड़ी केन्द्रों, निगम के विद्यालय तथा सरकारी/सरकार के अनुदान से संचालित विद्यालय के प्लेटफार्म के द्वारा 13 करोड़ ग्रामीण एवं शहरी किशोरियों तक साप्ताहिक अनुपूरण करना है। किशोरों में रक्ताल्पता को रोकने तथा घटनाओं को कम करने में 100 मिग्रा इलेमेन्टल आयरन तथा 500 मिग्रा फोलिक एसिड का साप्ताहिक अनुपूरण प्रभावी माना गया है।

#### अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रम :

##### 1. न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम (1954)

कुछ न्यूनतम आवश्यकताओं को उपलब्ध कराने एवं लोगों के जीवन स्तर में सुधारलेन के उद्देश्य से वर्ष 1974 में न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम आरम्भ किया गया। यह योजना समुदाय के विशेष रूप से वंचित और पिछड़ी आबादी के सामाजिक- आर्थिक विकास के लिए सरकार की प्रतिबद्धता के रूप में थी। न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम में वर्ष 1980 में संसोधन किया गया। राष्ट्रीय जल आपूर्ति और स्वच्छता कार्यक्रम को वर्ष 1987 में न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम में शामिल कर कर लिया गया। न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम के निम्नलिखित घटक है -ग्रामीण स्वास्थ्य,ग्रामीण जलापूर्ति,ग्रामीण विद्युतीकरण ,प्राथमिक शिक्षा प्रौढ़ शिक्षा,पोषण ,मलिन बस्तियों में पर्यावरणीय सुधार,भूमिहीन श्रमिकों के लिए आवास इत्यादि।

##### 2. राष्ट्रीय तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम

राष्ट्रीय तम्बाकू नियंत्रण कार्यक्रम का शुभारम्भ वर्ष 2007-08 में तम्बाकू सेवन के हानिकारक प्रभाव और तम्बाकू नियंत्रण कानून के बारे में अधिक से अधिक जागरूकता प्रसारित करने के साथ -साथ तम्बाकू नियंत्रण कानून के प्रभावी क्रियान्वयन की सुविधा के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय एवं भारत सरकार मंत्रालय द्वारा किया गया है। केंद्र द्वारा प्रायोजित यह योजना सभी राज्यों के लिए है।

### 3. राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम

जन्मदर में कमी करने एवं जनसंख्या को एक आवश्यक स्तर तक स्थिर रखने के उद्देश्य से वर्ष 1951 में राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम शुरू किया गया। भारत में परिवार कल्याण कार्यक्रम को एक प्राथमिक कार्यक्रम के रूप में मान्यता प्राप्त है और इसे 100 प्रतिशत केंद्रीय प्रायोजित कार्यक्रम के रूप में लागू किया जा रहा है। विभिन्न पंचवर्षीय योजनाओं में इस कार्यक्रम को शामिल किया गया तथा इसका प्रसार किया गया। भारत विश्व में प्रथम देश है जिसने सर्वप्रथम 1952 में परिवार नियोजन कार्यक्रम आरम्भ किया। यह कार्यक्रम कुछ क्लीनिक की स्थापना एवं शिक्षा, प्रशिक्षण और अनुसंधान की सामग्री के वितरण हेतु शुरू किया गया था। पांचवी पंचवर्षीय योजना के दौरान परिवार नियोजन कार्यक्रम को नियोजित विकास के एक केंद्र के रूप में घोषित किया गया तथा छोटे परिवार के आदर्श को अपनाने के लिए लोगों को प्रेरित करने के लिए शिक्षा के माध्यम से इस कार्यक्रम का व्यापक प्रचार- प्रसार किया गया।

### 4. प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का उद्देश्य कई उपायों के माध्यम से मातृ मृत्यु दर को 2010 तक 100 से कम करना है। गर्भवती महिलाओं के जल्दी पंजीयन द्वारा सभी गर्भवती महिलाओं को बुनियादी प्रसूति सुविधाएं उपलब्ध कराना प्रसूति देखभाल कार्यक्रम का मुख्य भाग है। जटिलताओं की समय रहते पहचान और उनकी रोकथाम पर कदम उठाने के लिए कम से कम तीन प्रसव पूर्व जांच और प्रसव उपरांत स्वास्थ्य में प्रगति की निगरानी के लिए भी कम से कम तीन जांच करके सुरक्षात्मक और सुधारात्मक कदम उठाए जा सकते हैं। आपातकालीन प्रसूति देखभाल के प्रावधान प्रथम रेफरल इकाइयों की स्थापना के माध्यम से होता है। संस्थागत प्रसव सेवाएं पीएचसी/सीएचसी में हर समय प्रदान की जाती हैं। अन्य उपायों में सुरक्षित गर्भपात सेवाओं के प्रावधान, आरटीआई/एसटीआई के प्रबंधन और रोकथाम, दूर-दराज के क्षेत्रों में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य शिविर के आयोजन और स्वच्छ एवं सुरक्षित प्रसव के लिए दाइयों को प्रशिक्षण के प्रावधान इत्यादि शामिल हैं।

### 5. राष्ट्रीय जलापूर्ति एवं स्वच्छता कार्यक्रम (1954)

वर्ष 1954 में राष्ट्रीय जलापूर्ति और स्वच्छता कार्यक्रम शुरू किया गया। इस कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य देश की संपूर्ण आबादी को सुरक्षित जल आपूर्ति एवं जल निकासी की पर्याप्त सुविधायें उपलब्ध कराना है। 1972 में एक विशेष त्वरित ग्रामीण जल आपूर्ति कार्यक्रम को राष्ट्रीय जल आपूर्ति और स्वच्छता कार्यक्रम के एक पूरक के रूप में शुरू किया गया। पांचवी पंचवर्षीय योजना के दौरान इस विशेष कार्यक्रम को राज्य की योजनाओं के अंतर्गत न्यूनतम आवश्यकता कार्यक्रम में शामिल कर लिया गया।

संयुक्त राष्ट्र संघ ने 1981-1990 को अंतरराष्ट्रीय पेयजल आपूर्ति और स्वच्छता दशक घोषित किया। इस दशक के लिए भारत सरकार द्वारा निम्नलिखित लक्ष्य निर्धारित किए गए थे: शत-प्रतिशत शहरी और ग्रामीण जल की पूर्ति, 50 प्रतिशत शहरी स्वच्छता तथा 25 प्रतिशत ग्रामीण स्वच्छता। गिनी-कृमि शिक्षा कार्यक्रम को इस दशक के साथ जोड़ा गया। 1986 में राष्ट्रीय पेयजल मिशन (एन डी डब्ल्यू एम) जिसे राजीव गांधी पेय जल मिशन (आर जी डी डब्ल्यू एम) के नाम से भी जाना जाता है, शुरू किया गया। इसका लक्ष्य केंद्रीय रूप से प्रायोजित त्वरित ग्रामीण जलापूर्ति कार्यक्रम को वैज्ञानिक और कम लागत पर सभी को उपलब्ध

करवाना था। सन 1990 में संयुक्त राष्ट्र की आम सभा ने जलापूर्ति और स्वच्छता के लिए नई दिल्ली में घोषणा में दिए गए निम्नलिखित दिशा-निर्देशों को स्वीकार किया:

1. जल संसाधन और ठोस अपशिष्ट के एकीकृत प्रबंधन के माध्यम से पर्यावरण का संरक्षण और स्वास्थ्य की सुरक्षा करना
2. संगठनात्मक सुधार, बदलती सोच, और व्यवहार तथा महिलाओं की पूर्ण भागीदारी।
3. सेवाओं का सामुदायिक प्रबंधन और स्थानीय संस्थाओं का सुदृढीकरण।
4. उपयुक्त वित्तीय व्यवहार और समुचित प्रौद्योगिकी का प्रयोजन

#### 6. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन(NRHM – National Rural Health Mission)

NRHM, ग्रामीण आबादी को उत्कृष्ट स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध करने, स्वास्थ्य सेवा में अंतरालों को भरने, स्वास्थ्य क्षेत्र में विकेन्द्रीकृत योजना को सुगम बनाने और अंतर-क्षेत्रीय समरूपता लाने के लिए 2005 में शुरू किया गया। बेहतर अवसंरचना, मानवशक्ति, दवाओं और उपकरणों की उपलब्धता और विभिन्न स्तरों में स्वास्थ्य सुविधाओं का विस्तार, स्वास्थ्य मानव संसाधन के संवर्धन, स्वास्थ्य सेवा सुपुर्दगी में सुधार और बहिरंग रोगी विभाग(OPD) और अंतः रोगी विभाग(IPD) सेवाओं में वृद्धि की गई है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की मूल अवधि 2012 तक थी जिसे 12 वीं योजनावधि के 5 वर्ष के लिए विस्तारित किया गया है। इस मिशन में प्रस्तावित लक्ष्यों- शिशु मृत्युदर (IMR) में कमी करके उसे प्रति हजार जीवित जन्म पर 30 से नीचे लाना तथा मातृत्व मृत्यु अनुपात को प्रति एक लाख जीवित जन्म पर 100 से नीचे लाना तथा सकल प्रजनन सकल दर (TFR) को 2.1 पर लाना शामिल है।

#### 7. राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (NCHP-National Child Health Programme)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत एक पहल के रूप में “राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम” का प्रारंभ किया गया है। इस कार्यक्रम का पूरा नाम ‘ Child Health Screening and Early Intervention Services Programme’ है जिसका प्राथमिक उद्देश्य बच्चों की सार्वभौमिक स्वास्थ्य जाँच के माध्यम से उनके भावी जीवन की गुणवत्ता में सुधार करना है महाराष्ट्र के ठाणे जिले के जनजातीय प्रखंड पालघर से 6 फरवरी 2013 को इस कार्यक्रम का शुभारंभ किया गया। “राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमके अंतर्गत देश के लगभग 27 करोड़ बच्चों को(0-18 वर्ष) चरणबद्ध रूप से आच्छादित किया जायेगा।

#### 8. राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन(NUHM-National Urban Health Mission)

वर्ष 2005 में प्रारंभ राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन(NUHM) की तर्ज पर केंद्रीय मंत्रिमंडल ने देश के शहरी क्षेत्रों के लिए राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (NUHM) को प्रारंभ किये जाने हेतु 1 मई, 2013 को स्वीकृति प्रदान की है। (NRHM) और (NUHM) दोनों महत्वाकांक्षी राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NUHM)के दो घटक या उप मिशन होंगे। राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन की 12 वीं योजनावधि के लिए कुल लगत 22.507 करोड़ रु (16,955 करोड़ रु के केंद्रीय आवंटन के साथ) आकलित है जिसमें केंद्र एवं राज्यों की भागीदारी 75:25 के अनुपात में( उत्तर पूर्वी राज्यों में तथा जम्मू एवं कश्मीर, उत्तराखंड और हिमाचल प्रदेश के लिए 90:10) होगी। शहरी निर्धन वर्ग हेतु प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं पर मूलतः केंद्रित करते हुए यह मिशन देश के 779 शहरों एवं कस्बों( जिनकी जनसंख्या 50 हजार से अधिक है) में क्रियान्वित किया जायेगा तथा इसकी पहुँच देश के लगभग 8 करोड़ लोगों तक होगी।

## 9. इंदिरा गाँधी मातृत्व सहयोग योजना(IGMSY)

(IGMSY) गर्भवती महिलाओं और स्तनपान कराने वाली माताओं के लिए सशर्त नकदी हस्तांतरण स्कीम है, जो प्रारंभ में अक्तूबर, 2010 से देश के 53 चुनिन्दा जिलों में प्रयोगिक आधार पर कियान्वित की गयी थी। अब इसे पूरे देश में लागू करने की योजना है।

### 1.3 सारांश

भारत सरकार द्वारा देश के नागरिकों के लिए स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने के लिए प्रतिबद्ध रही है। केंद्र सरकार राज्य सरकारों के साथ मिल कर स्वास्थ्य सेवाओं को बेहतर नेटवर्क बनाने का प्रयास कर रही है और इस कार्य में उसे सफलता भी प्राप्त हुई है। इतना अवश्य है कि देश की जनसंख्या के मुताबिक सेवाओं में कमी है फिर भी आजादी के समय से वर्तमान समय में काफी सुविधाएं उपलब्ध हुई है। सरकारों द्वारा विशिष्ट क्षेत्र, विशिष्ट रोगों और विशेष व्यक्तियों के लिए भी कार्यक्रम प्रारंभ किए है। सरकारों के साथ स्थानीय प्रशासन एवं समाज को भी अपना प्रयत्न करना होगा तभी सभी को स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराई जा सकेगी।

### 1.4 बोध प्रश्न

1. भारत में स्वास्थ्य सेवाओं पर प्रकाश डालिए।
2. असंक्रामक बीमारियों से संबंधित कार्यक्रमों का उल्लेख कीजिए।
3. संक्रामक बीमारियों से संबंधित कार्यक्रमों का उल्लेख कीजिए।

### 1.5 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

[http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health\\_family/index.php?id=8](http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health_family/index.php?id=8)

<https://hi.wikipedia.org/wiki>

[http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health\\_family/index.php?id=11](http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health_family/index.php?id=11)

[http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health\\_family/index.php?id=12](http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health_family/index.php?id=12)

<http://www.vivacepanorama.com/child-welfare-policies-and-programs/>

<http://archive.india.gov.in/hindi/citizen/health/health.php?id=56>

<http://hi.nhp.gov.in/%E0%A4%B8%E0%A5%8D%E0%A4%B5%E0%A4%BE%E0%A4%B8%E0%A5%8D%E0>

<http://hi.vikaspedia.in/health/nrhm/92e93f936928-90790292694d930927928941937>

[http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health\\_family/index.php?id=16](http://archive.india.gov.in/hindi/sectors/health_family/index.php?id=16)

[http://sulabhenvi.nic.in/Database/Hindi/data\\_hindi3\\_715.aspx](http://sulabhenvi.nic.in/Database/Hindi/data_hindi3_715.aspx)

Suryakantha, A. H. (2009). Community Medicine With Recent Advances. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher.

मणिशंकर, सत्य प्रकाश, अरुण कुमार, संजय कुमार (2015). समाज कार्य. मेरठ : अरिहंत पब्लिकेशन .

शर्मा, ज. ए. (2004). सामाजिक मुद्दे . बेंगलुरु: रावत पब्लिकेशन .

## इकाई 2 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति

### इकाई रूपरेखा

- 2.0 उद्देश्य
- 2.1 प्रस्तावना
- 2.2 भारत में स्वास्थ्य नीतियाँ
- 2.3 आलोचना
- 2.4 सारांश
- 2.5 बोध प्रश्न
- 2.6 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 2.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के उपरांत आप –

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की अवधारणा से परिचित हो सकेंगे
- विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों से अवगत हो सकेंगे
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की आलोचना को रेखांकित कर सकेंगे

### 2.1 प्रस्तावना

किसी भी राष्ट्र के लिए स्वस्थ, शिक्षित एवं कौशलपूर्ण जनसंख्या एक महत्वपूर्ण संसाधन है। राष्ट्र की जनसंख्या की बुनियादी जरूरतें पूरी होने पर विकास की गति तेज की जा सकती है। स्वास्थ्य एक बहुत महत्वपूर्ण घटक है जिसे नजरअंदाज नहीं किया जा सकता है। हर सरकार का प्रयास रहता है कि वह उचित एवं युक्तिपूर्ण तरीके से समस्त जनसंख्या को स्वास्थ्य की बुनियादी सेवाएँ उपलब्ध कराए। इसके लिए वह राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, हर वित्तीय वर्ष में बजट आवंटन, अंतरराष्ट्रीय सहयोग से स्वास्थ्य कार्यक्रम आदि प्रयास करती है। आधारभूत संरचना पर भी बल देती है ताकि अधिकाधिक लोगों तक इनकी पहुँच आसान बनाई जा सके।

### 2.2 भारत में स्वास्थ्य नीतियाँ

भारत में स्वास्थ्य नीति का इतिहास काफी पुराना है। मिश्रित अर्थव्यवस्था के मार्ग का चयन करने के उपरांत सरकार ने प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं एवं उससे जुड़ी आधारभूत संरचना के विकास पर बहुत जोर दिया। आजादी से पूर्व बनी भोर समिति(1946) ने अपनी रिपोर्ट में स्पष्ट किया था कि कोई भी व्यक्ति निवारक या उपचारात्मक ( प्रीवेंटिव या क्यूरेटिव ) चिकित्सा सुविधा से भुगतान क्षमता न होने के कारण वंचित नहीं होना चाहिये।

प्रथम दो पंचवर्षीय योजना की समीक्षा व भविष्य की योजना के लिये 1959 मे मुदालियर समिति गठित की गई थी, मुदालियर समिति ने ग्रामीण क्षेत्र मे डाक्टरों व चिकित्साकर्मियों को आकर्षित करने के लिये सेवाशर्तों मे सुधार के प्रस्ताव दिये थे। 1963 मे चट्टा कमेटी ने स्वास्थ्य व परिवार नियोजन सेवाओं को एकीकृत करने व प्रति 10000 की आबादी पर एक पुरुष व एक महिला बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों की नियुक्ति की अनुशंसा की थी। 1973 में करतारसिंह कमेटी ने भी एकउद्देशीय महिला व पुरुष स्वास्थ्यकर्मियों को बहुउद्देशीय में रूपांतरित कर व ग्रामीण प्राथमिक हेल्थ केअर से एकीकृत कर प्रति 10 से 12 हजार ग्रामीण आबादी पर एक बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्मियों की नियुक्ति की अनुशंसा की थी।

1977 मे श्रीवास्तव समिति ने ग्रामीण आधार वाले युवाओ को तीन माह का प्रशिक्षण देकर सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मियों के नये केडर बनाने की अनुशंसा की थी। 1978 की विश्व स्वास्थ्य असेम्बली की “ अल्मा अता घोषणा “ जिसमे सबके लिये वर्ष 2000 तक स्वास्थ्य का लक्ष्य निर्धारित किया गया था तथा विभिन्न समितियों की अनुशंसाओ के आधार पर 1983 मे देश की पहली स्वास्थ्य नीति घोषित की गई थी. विकेंद्रित हेल्थ केअर प्रणाली, कम खर्चीली स्वास्थ्य सेवाएं, गैरव्यवसायिक दृष्टिकोण व सामुदायिक भागीदारी पहली स्वास्थ्य नीति के आधार तत्व थे तथा प्रति 30000 की आबादी पर एक प्राथमिक चिकित्सा केंद्र व 5000 की आबादी पर एक उपकेंद्र का लक्ष्य रखा गया था। (उपाध्याय:2015)

### ● राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983

1983 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की घोषणा की गयी जिसमें ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं का सुदृढीकरण करके सबके लिए स्वास्थ्य का लक्ष्य प्राप्त करना निर्धारित किया गया। जिसके अंतर्गत स्वास्थ्य सेवाओं का विकेंद्रीकरण, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य तथा भारतीय चिकित्सा पद्धतियों के मध्य समन्वय, सर्वव्यापी टीकाकरण, मातृ शिशु तथा स्कूल स्वास्थ्य सेवाओं पर नियंत्रण तथा स्वास्थ्य शिक्षा को महत्वपूर्ण स्थान प्रदान किया गया। विगत 50 वर्षों में ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं के सुदृढ ढांचे के चलते अनेक स्वास्थ्य समस्याओं से मुक्ति मिली है जिसमें प्लेग, हैजा एवं चेचक का उन्मूलन तथा मलेरिया, इंप्लूएंजा, पोलियो एवं कुकर खांसी पर नियंत्रण प्रमुख हैं। इसके अलावा मृत्यु दर में कमी, औसत आयु में वृद्धि, स्वास्थ्य स्तर में उन्नति भी हुई है। वर्ष 1983 में निर्मित राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में भारतीय स्वास्थ्य क्षेत्र के संबंध में निर्धारक तत्वों में उल्लेखनीय परिवर्तन हुए। 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में वाणिर्णित कुछ नीतिगत पहलों से संतोषजनक परिणाम निकले हैं। किन्तु अन्य अनेक क्षेत्रों में परिणाम आशा के अनुरूप नहीं रहे। 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में कई नीतियां प्रतिपादित की गई थी।

इस नीति के अन्तर्गत महत्वपूर्ण पहल के विषय थे –

प्रथम, बृहत प्राथमिक स्वास्थ्य देखरेख सेवा के केन्द्र दूर-दूर तक स्थापित करने का एक चरणबद्ध, समयबद्ध कार्यक्रम, जो प्रसार और स्वास्थ्य शिक्षा से जुड़ा हो, इस जमीनी हकीकत के संदर्भ में तैयार किया जाए कि प्रारंभिक स्वास्थ्य समस्याएं स्वयं लोगों द्वारा हल की जा सकें।

दूसरे, समुचित ज्ञान, सादा कौशल और अपेक्षित प्रौद्योगिकी रखने वाले स्वास्थ्य स्वयंसेवियों के जरिए मध्यस्थता।

तीसरे, यह सुनिश्चित करने के लिए कि ऊंचे पदाधिकारियों पर रोगियों का भार उन लोगों द्वारा अनावश्यक रूप से न डाला जाए, जिनका इलाज छोटे स्तर पर किया जा सकता है, सुव्यवस्थित रूप से तैयार रेफरल तंत्र की स्थापना और अंत में, स्वास्थ्य सेवा में निजी।

### ● राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002

भारत सरकार ने 1983 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की घोषणा करने के 18 साल बाद राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की घोषणा वर्ष 2002 में की। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का मुख्य उद्देश्य सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था के विकेंद्रीकरण की पहुंच बढ़ाकर देश के जन-साधारण के बीच बेहतर स्वास्थ्य के स्वीकार्य मानक प्राप्त करना है। इस उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए कमी वाले क्षेत्रों में नयी सुविधाएं जुटाने और वर्तमान संस्थानों में उपलब्ध सुविधाओं के स्तर में सुधार लाने हेतु एक योजना बनाई गई है। इस नीति के अंतर्गत सभी को समान स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने पर बल दिया जाएगा। केंद्र सरकार के योगदान द्वारा कुल सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश में वृद्धि पर विशेष जोर दिया जाएगा। इस कदम से सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रशासन को राज्य स्तर पर प्रभावी सेवाएं प्रदान करने की क्षमता में दृढ़ता आयेगी। स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए निजी क्षेत्र से और अधिक सहयोग लिया जाएगा, विशेषकर उस आय वर्ग के लिए जो इन सेवाओं के लिए धन व्यय कर सकते हैं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश की अभिवृद्धि में केंद्र सरकार की मुख्य भूमिका रहेगी। स्वास्थ्य क्षेत्र व्यय में सकल घरेलू उत्पाद का 5.2 प्रतिशत से बढ़ाकर 6 प्रतिशत करने की योजना बनाई गई है, जिसमें वर्ष 2010 तक सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश द्वारा सकल घरेलू उत्पाद का 2 प्रतिशत (मौजूदा 0.9 प्रतिशत) योगदान रहेगा। केंद्र व राज्य सरकार का योगदान वर्ष 2010 तक कुल बजट का मौजूदा 15 प्रतिशत और 5.5 प्रतिशत से बढ़कर क्रमशः 25 प्रतिशत और 8 प्रतिशत होने की आशा व्यक्त की गई है।

राष्ट्रीय नीति में मौजूदा प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं को बढ़ाने और मजबूत करने के लिए एकरूप, न्याय संगत प्राथमिकता देने पर विशेष बल दिया गया है। इसका प्रस्ताव प्राथमिक स्वास्थ्य क्षेत्र में कुल सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश का 55 प्रतिशत बजट में वृद्धि के माध्यम से किया गया केंद्र द्वारा वित्तीय योगदान के माध्यम से आवश्यक दवाओं के व्यवस्थापन की नई अवधारणा भी शामिल की गई है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को राज्य स्तर से विकेंद्रीकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र और राज्य व जिला स्तरके स्वायत्त निकायों द्वारा क्रियान्वयन पर बल दिया गया है। इस संबंध में राष्ट्रीय नीति में देश के सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में केंद्र व राज्य सरकार की भूमिका को परिभाषित किया गया है। नीति में सार्वजनिक स्वास्थ्य ढांचे और प्राथमिक स्तर पर निर्दिष्ट सभी स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अधिक-से-अधिक उपयोग और धीरे-धीरे उन्हें एकल कार्यक्षेत्र प्रशासन में एकाकार करने पर बल दिया गया है।

इसके साथ ही नीति में विशेष आवश्यकता वाले क्षेत्रों और अनेक मुद्दों को जोड़ा गया है। इसमें स्वास्थ्य क्षेत्र में भागीदार तमाम समूहों की अपेक्षित भूमिका भी शामिल है, जिसमें-सरकार (केंद्र व राज्य दोनों), निजी क्षेत्र, स्वैचिठक संगठन और अन्य नागरिक सोसायटी के सदस्य, बीमारी की देख-रेख, स्वास्थ्य अधिकारी, उनके

सिद्धांत और शिक्षा, नसिंग स्वास्थ्य, राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखा की आवश्यकता, सूचना, शिक्षा और संचार की भूमिका, महिला स्वास्थ्य, स्वास्थ्य क्षेत्र पर वैश्वीकरण का प्रभाव, आदि सम्मिलित हैं।  
राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के अंतर्गत कुछ लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए समयसीमा निर्धारित कर दी गई। इनमें कुछ इस प्रकार हैं-

- 2003 चिकित्सा संस्थानों और चिकित्सालयों की स्थापना के लिए मानदंडों का निर्धारण और उसके नियमन के लिए विधेयक लाना।
- 2005 पोलियो उन्मूलन/कुष्ठ रोग उन्मूलन स्वास्थ्य के लिए बजट में 5.5 प्रतिशत से 7 प्रतिशत की वृद्धि।
- स्वास्थ्य के क्षेत्र में संपूर्ण बजट का एक प्रतिशत शोध कार्य के लिए खर्च करना, जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों का विकेंद्रीकरण करना।
- 2007 एच.आई.वी./एड्स की वृद्धि को शून्य स्तर पर लाना।
- 2010 कालाजार रोग का उन्मूलन।
- टी.बी., मलेरिया जैसे संक्रामक रोगों से होने वाली मृत्यु की दर में 50 प्रतिशत की कमी लाना।
- अंधापन की वर्तमान स्थिति में 0.5 प्रतिशत की कमी लाना।
- जन-स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग में 75 प्रतिशत तक की वृद्धि करना। अभी यह 20 प्रतिशत से भी कम है।
- बजट में स्वास्थ्य पर जी.डी.पी. का कुल दो प्रतिशत खर्च।
- 2015 लिम्फैटिक फाइलेरिया का उन्मूलन।

### राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017

15 मार्च, 2017 को केंद्रीय मंत्रिमंडल ने नई 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017' को अनुमोदित कर दिया है। यह देश के स्वास्थ्य क्षेत्र के इतिहास में बहुत बड़ी उपलब्धि है। स्वास्थ्य मंत्रालय ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 बनाई है। पिछली राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 में बनाई गई थी। इस प्रकार, यह नीति बदलते सामाजिक-आर्थिक, प्रौद्योगिकीय और महामारी-विज्ञान परिदृश्य में मौजूदा और उभरती चुनौतियों से निपटने के लिए 15 साल के अंतराल के बाद अस्तित्व में आई है।

भारत सरकार ने नीति निर्माण की प्रक्रिया में अत्यधिक सहभागितापूर्ण और परामर्शी दृष्टिकोण अपनाया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के प्रारूप को 30 दिसंबर, 2014 को पब्लिक डोमेन पर डाला गया था। इसके बाद नीति को और अधिक कारगर बनाने के लिए राज्य सरकारों और अन्य पणधारकों के साथ विचार-विमर्श किया गया। इस नीति को केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण परिषद, जो शीर्ष नीति निर्माण निकाय है, के समक्ष प्रस्तुत किया गया और इसकी एकमत से पुष्टि की गई।

नीति में इसके सभी आयामों - स्वास्थ्य के क्षेत्र में निवेश, स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का प्रबंधन और वित्त-पोषण करने, विभिन्न क्षेत्रीय कार्रवाई के जरिए रोगोंकी रोकथाम और अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा

देने, चिकित्सा प्रौद्योगिकियां उपलब्ध कराने, मानव संसाधन का विकास करने, चिकित्सा बहुलवाद को प्रोत्साहित करने, बेहतर स्वास्थ्य के लिए अपेक्षित ज्ञान आधार बनाने, वित्तीय सुरक्षा कार्यनीतियां बनाने तथा स्वास्थ्य के विनियमन और उत्तरोत्तर आश्वासन के संबंध में स्वास्थ्य प्रणालियों को आकार देने में सरकार की भूमिका और प्राथमिकताओं की जानकारी दी गई है। इस नीति का उद्देश्य सभी लोगों, विशेषकर अल्पसेवित और उपेक्षित लोगों को सुनिश्चित स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराना है।

नीति का लक्ष्य सभी विकास नीतियों में एक निवारक और प्रोत्साहक स्वास्थ्य देखभाल दिशानिर्देश के माध्यम से सभी वर्गों के लिए स्वास्थ्य और कल्याण का उच्चतम संभव स्तर प्राप्त करना, तथा इसके परिणामस्वरूप किसी को भी वित्तीय कठिनाई का सामना किए बिना बेहतरीन गुणवत्तापरक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करना है। इसे उपलब्धता का विस्तार करके, स्वास्थ्य देखभाल प्रदानगी की गुणवत्ता में सुधार करके तथा लागत को कम करके प्राप्त किया जा सकता है। नीति के व्यापक सिद्धांत व्यावसायिकता, सत्यनिष्ठा और नैतिकता, निष्पक्षता, सामर्थ्य, सार्वभौमिकता, रोगी केन्द्रित तथा परिचर्या गुणवत्ता, जवाबदेही और बहुलवाद पर आधारित हैं।

नीति में रोकथाम और स्वास्थ्य संवर्धन पर बल देते हुए रुग्णता-देखभाल की बजाय आरोग्यता पर ध्यान केन्द्रित करने की अपेक्षा की गई है। हालांकि नीति में जन स्वास्थ्य प्रणालियों की दिशा बदलने तथा उसे सुदृढ़ करने की मांग की गई है, इसमें निजी क्षेत्र से कार्यनीतिक खरीद पर विचार करने और राष्ट्रीय स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने में अपनी शक्तियों का इस्तेमाल करने की भी नए सिरे से अपेक्षा की गई है। नीति में निजी क्षेत्र के साथ सुदृढ़ भागीदारी करने की परिकल्पना की गई है।

एक महत्वपूर्ण घटक के रूप में, नीति में जन स्वास्थ्य व्यय को समयबद्ध ढंग से जीडीपी के 2.5% तक बढ़ाने का प्रस्ताव किया गया है। नीति में उत्तरोत्तर वृद्धिशील आश्वासन आधारित दृष्टिकोण की वकालत की गई है। इसमें 'स्वास्थ्य और आरोग्यता केन्द्रों' के माध्यम से सुनिश्चित व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का बड़ा पैकेज प्रदान करने की परिकल्पना की गई है तथा यह अत्यधिक चयनित से व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पैकेज में महत्वपूर्ण परिवर्तन को दर्शाता है, जिसमें प्रमुख एनसीडी, मानसिक स्वास्थ्य, जराचिकित्सा स्वास्थ्य देखभाल, उपशामक परिचर्या तथा पुनर्वास देखभाल सेवाएं शामिल हैं। इसमें प्राथमिक परिचर्या के लिए संसाधनों के व्यापक अनुपात (दो-तिहाई या अधिक) आवंटन करने की हिमायत की गई है। इसका उद्देश्य प्रति 1000 की आबादी के लिए 2 बिस्तरों की उपलब्धता इस तरह से सुनिश्चित करना है ताकि आपात स्थिति में जरूरत पड़ने पर इसे उपलब्ध कराया जा सके। इस नीति में उपलब्धता तथा वित्तीय सुरक्षा उपलब्ध कराने के लिए सभी सार्वजनिक अस्पतालों में निःशुल्क दवाएं, निःशुल्क निदान तथा निःशुल्क आपात तथा अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने का प्रस्ताव किया गया है।

नीति में विशिष्ट मात्रात्मक लक्ष्यों को भी निर्धारित किया गया है, जिनका उद्देश्य 3 व्यापक घटकों अर्थात् (क) स्वास्थ्य स्थिति और कार्यक्रम प्रभाव, (ख) स्वास्थ्य प्रणाली निष्पादन, तथा (ग) स्वास्थ्य प्रणाली का सुदृढ़ीकरण के द्वारा बीमारियों को कम करना है जो नीतिगत उद्देश्यों के अनुरूप हों। नीति में जिन कुछ प्रमुख लक्ष्यों को प्राप्त करने की अपेक्षा की गई है वे निम्नलिखित हैं:-

### 1. जीवन प्रत्याशा और स्वस्थ जीवन

- जन्म के समय आजीवन प्रत्याशा को 5 से बढ़ाकर 2025 तक 70 करना।
- 2022 तक प्रमुख वर्गों में रोगों की व्याप्तता तथा इसके रुझान को मापने के लिए विकलांगता समायोजित आयु वर्ष (डीएएलवाई) सूचकांक की नियमित निगरानी करना।
- 2025 तक राष्ट्रीय और उप-राष्ट्रीय स्तर पर टीएफआर को घटाकर 1 तक लाना।

### 2. आयु और/या कारणों द्वारा मृत्यु दर

- 2025 तक पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में मृत्यु दर को कम करके 23 करना तथा एमएमआर के वर्तमान स्तर को 2020 तक घटाकर 100 करना।
- नवजात शिशु मृत्यु दर को घटाकर 16 करना तथा मृत जन्म लेने वाले बच्चों की दर को 2025 तक घटाकर 'एक अंक' में लाना।

### 3. रोगों की व्याप्तता / घटनाओं में कमी लाना

- 2020 के वैश्विक लक्ष्य को प्राप्त करना, जिसे एचआईवी / एड्स के लिए 90:90:90 के लक्ष्य के रूप में भी परिभाषित किया गया है अर्थात् एचआईवी पीड़ित सभी 90% लोग अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में जानते हैं – एचआईवी संक्रमण से पीड़ित सभी 90% लोग स्थायी एंटीरोट्रोवाइरल चिकित्सा प्राप्त करते हैं तथा एंटीरोट्रोवाइरल चिकित्सा प्राप्त करने वाले सभी 90% लोगों में बॉयरल रोकथाम होगी।
- 2018 तक कुछ रोग, 2017 तक कालाजार तथा 2017 तक स्थानिकमारी वाले क्षेत्रों में लिम्फेटिक फिलारिएसिस का उन्मूलन करना तथा इस स्थिति को बनाए रखना।
- क्षयरोग के नए स्पुटम पाजिटिव रोगियों में 85% से अधिक की इलाज दर को प्राप्त करना और उसे बनाए रखना तथा नए मामलों की व्याप्तता में कमी लाना ताकि 2025 तक इसके उन्मूलन की स्थिति प्राप्त की जा सके।
- 2025 तक दृष्टिहीनता की व्याप्तता को घटाकर 25/1000 करना तथा रोगियों की संख्या को वर्तमान स्तर से घटाकर एक-तिहाई करना।
- हृदयवाहिका रोग, कैंसर, मधुमेह या सांस के पुराने रोगों से होने वाली अकाल मृत्यु को 2025 तक घटाकर 25% करना।

इस नीति में गैर-संचारी रोगों की उभरती चुनौतियों से निपटने पर ध्यान केन्द्रित किया गया है। यह समन्वित दृष्टिकोण का समर्थन करती है, जिसमें द्वितीयक स्तर पर रोकथाम सहित सर्वाधिक प्रचलित एनसीडी की जांच से रुग्णता को कम करने और रोकी जा सकने वाली मृत्यु दर पर पर्याप्त प्रभाव पड़ेगा।

नीति में आयुष प्रणाली के त्रि-आयामी एकीकरण की परिकल्पना की गई है जिसमें क्रॉस रेफरल, सह-स्थल और औषधियों की एकीकृत पद्धतियां शामिल हैं। इसमें प्रभावी रोकथाम तथा चिकित्सा करने की व्यापक क्षमता है, जो सुरक्षित और किफायती है। योग को अच्छे स्वास्थ्य के संवर्धन के भाग के रूप में स्कूलों और कार्यस्थलों में और अधिक व्यापक ढंग से लागू किया जाएगा।

विनियामक परिवेश में सुधार करने और उसे सुदृढ़ बनाने के लिए नीति में मानक तय करने के लिए प्रणालियां निर्धारित करने तथा स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता सुनिश्चित करनेकी परिकल्पना की गई है। यह नीति रोगी आधारित है और इसमें रोगियों को उनकी सभी समस्याओं का निदान करने का अधिकार प्रदान किया गया है। नीति में औषधियों और उपकरणों का सुलभता से विनिर्माण करने, मेक इन इंडिया को प्रोत्साहित करने तथा तथा चिकित्सा शिक्षा में सुधार करनेकी भी अपेक्षा की गई है। यह नीति व्यक्ति आधारित है, जो चिकित्सा परिचर्या चाहता है।

नीति में मध्य स्तरीयसेवा प्रदायक कैडर,नर्स प्रेक्टिशनरों,जन स्वास्थ्य कैडर का विकास करने की हिमायत की गई है ताकि उपयुक्त स्वास्थ्य मानव संसाधन की उपलब्धता में सुधार हो सके।

नीति में स्वास्थ्य सुरक्षा का समाधान करने तथा औषधियों और उपकरणों के लिए मेक इन इंडिया को लागू करने की परिकल्पना की गई है। इसमें जन स्वास्थ्य लक्ष्यों को ध्यान में रखते हुए चिकित्सा उपकरणों तथा उपस्करों के लिए अन्य नीतियों के साथ सामंजस्य स्थापित करने की भी परिकल्पना की गई है।

नीति में औषधियों तथा चिकित्सा शिक्षा में सुधार करने की अपेक्षा की गई है। नीति में स्वास्थ्य सुरक्षा का समाधान करने और औषधियों एवं उपकरणों के लिए मेक इन इंडिया को लागू करने की परिकल्पना की गई है। इसमें जन स्वास्थ्य लक्ष्यों को ध्यान में रखते हुए चिकित्सा उपकरणों तथा उपस्करों के लिए नीतियों के साथ सामंजस्य स्थापित करने की भी परिकल्पना की गई है।

योग को अच्छे स्वास्थ्य संवर्धन के भाग के रूप में स्कूलों एवं कार्यस्थलों में अधिक व्यापक ढंग से लागू किया जायेगा। उन्होंने कहा कि विनियामक परिवेश में सुधार करने और उसे सुदृढ़ बनाने के लिए नीति में मानक तय करने के लिए प्रणालियां निर्धारित करने तथा स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता सुनिश्चित करने की परिकल्पना की गई है। यह नीति रोगी आधारित है और रोगियों को उनकी सभी समस्याओं का निदान करने का अधिकार प्रदान किया गया है।

नीति में नीतिगत लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए स्पष्ट प्रदानगी तथा उपलब्धियों सहित एक समयबद्ध कार्यान्वयन ढांचा लागू करने की परिकल्पना की गई है।इस नीति में स्वच्छता, प्रदूषण को दूर करना इत्यादि तत्वों पर भी जोर दिया गया है।

इस नीति की मुख्य बातें निम्नलिखित हैं –

### लक्ष्य

इस स्वास्थ्य नीति में लक्ष्य के रूप में समग्र विकासात्मक नीतियों में एक निवारक और संवर्ध स्वास्थ्य सुविधा के माध्यम से सभी उम्र में सभी के लिए स्वास्थ्य एवं आरोग्यता के उच्चतम संभावित स्तर को हासिल करने तथा किसी के भी द्वारा वित्तीय कठिनाई का सामना किए बगैर उत्तम गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य परिचर्या

सेवाओं की उपलब्धता की संकल्पना की गई है। इसे स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच बढ़ाकर, उसकी गुणवत्ता में सुधार और स्वास्थ्य सेवाओं की प्रदानगी की लागत में कमी करके किया जाएगा।

### प्रमुख नीतिगत सिद्धांत

**व्यावसायिकता, सत्यनिष्ठा और नैतिकता :** स्वास्थ्य सेवा प्रणाली उच्चतम व्यावसायिकता, सत्यनिष्ठा और नैतिकता के आदर्शों से प्रतिबद्ध रहेगी तथा इसे एक विश्वसनीय, पारदर्शी, विनियामक परिवेश का सहयोग सुनिश्चित होगा।

**साम्य:** असमानता कम करने का अर्थ सबसे गरीब व्यक्ति तक पहुँचने हेतु सकारात्मक कार्रवाई करनी होगी। इसका अर्थ लिंग, गरीबी, जाति, अक्षमता, सामाजिक बहिष्कार और भौगोलिक बाधाओं के अन्य रूपों के कारण होने वाली विषमताओं को खत्म करना होगा। इससे उन गरीबों के लिए अधिकाधिक निवेश हो सकेगा तथा वित्तीय सुरक्षा प्रदान की जा सकेगी जो रोग के अधिक बोझ से पीड़ित हैं।

**वहनीयता(किफायत) :** जैसे-जैसे परिचर्या की लागत बढ़ती है, वैसे-वैसे वहनीयता, जो समानता से भिन्न है, पर बल देने की जरूरत होती है। जब किसी परिवार की स्वास्थ्य परिचर्या लागत यदि इसके कुल मासिक उपभोग संबंधी खर्चों के 10 प्रतिशत से अधिक होती है अथवा इसके खाद्य पदार्थों से इतर होने वाले खर्चों से 40 प्रतिशत से अधिक होती है तो वह 'आपाती व्यय' कहलाती है और स्वीकार्य नहीं होती है।

**व्यापकता :** सामाजिक, आर्थिक या वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति के आधार पर बहिष्कार को रोकना। इस पृष्ठभूमि में, विशेष समूहों सहित पूरी जनसंख्या की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए तंत्र और सेवाओं की संकल्पना की गई है।

**रोगी केंद्रित और गुणवत्तायुक्त देखभाल :** गरिमा और गोपनीयता के साथ लिंग संवेदनशील, प्रभावी और सुविधाजनक सेवाएं प्रदान करना। सभी स्तर के सुविधा केंद्रों के लिए मानकों और दिशा निर्देशों का विकास करने और उनका प्रसार करने तथा यह सुनिश्चित करने के लिए एक प्रणाली विकसित करने की आवश्यकता है जिससे स्वायत्त देखभाल की गुणवत्ता में कोई कमी न हो।

**जवाबदेही:** वित्तीय और कार्यनिष्पादन संबंधी जवाबदेही, निर्णयन में पारदर्शिता और सार्वजनिक तथा निजी जवाबदेही दोनों क्षेत्रों में स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली में भ्रष्टाचार का उन्मूलन।

**समावेशी भागीदारी :** सभी गैर-स्वास्थ्य मंत्रालयों और समुदायों की भागीदारी और सहभागिता के साथ एक बहुपणधारक दृष्टिकोण। इसके अंतर्गत शैक्षणिक संस्थानों, लाभ न कमाने वाली एजेंसियों और स्वास्थ्य परिचर्या उद्योग के साथ साझेदारी शामिल होगी।

**बहुलता :** यदि रोगी चुनें और उचित हो तो उन्हें समुचित आयुष सेवा प्रदान करने वाले ऐसे चिकित्सकों की सुविधा उपलब्ध हो जो कि प्रमाणित विकल्पों से व स्थानीय स्वास्थ्य परम्पराओं के अनुसार इस पद्धति का प्रयोग करते हैं। इस पद्धति को अन्य बातों के साथ-साथ एकीकृत प्रथाओं के माध्यम से राष्ट्रीय स्वास्थ्य लक्ष्यों और उद्देश्यों को पूरा करने के लिए और उनके योगदान को विकसित करने और समृद्ध करने के लिए अनुसंधान और पर्यवेक्षण में सरकार का सहयोग भी प्राप्त होगा।

**विकेंद्रीकरण :** किसी स्तर तक निर्णय लेने की प्रक्रिया का विकेंद्रीकरण करना जो व्यावहारिक दृष्टिकोण और संस्थागत क्षमता के अनुरूप हो। स्वास्थ्य नियोजन प्रक्रियाओं में समुदाय की भागीदारी को कंधे से कंधा मिलाकर आगे बढ़ाया जा सकता है।

**गतिशीलता और अनुकूलता :** समुदायों से और राष्ट्रीय तथा अंतरराष्ट्रीय ज्ञान भागीदारों से सीखने के साथ-साथ नई जानकारी और साक्ष्य पर आधारित स्वास्थ्य परिचर्या के गतिशील संगठन में निरंतर सुधार।

#### उद्देश्य:

- उत्तरोत्तर सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज को प्राप्त करना
- सार्वजनिक स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली में विश्वास को मजबूत करना
- सार्वजनिक स्वास्थ्य के लक्ष्य के साथ निजी स्वास्थ्य परिचर्या के क्षेत्र के विकास को समरूप करना (भारत सरकार,2017)

### 2.3 आलोचना

भारत में लागू विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियाँ और कार्यक्रम आलोचना से परे नहीं है। भारत जैसे विशाल देश में स्वास्थ्य सेवाओं का समान, गुणवत्तापूर्ण वितरण बहुत कठिन कार्य है। विभिन्न सरकारें इस दिशा में प्रयत्न करती हैं परन्तु आर्थिक पक्ष की कमजोरी के कारण उन्हें अपने आप को सीमित करना पड़ता है। प्राथमिकता वाले क्षेत्रों पर पहले ध्यान दिया जाता है। अनेक विद्वानों ने नीतियों पर अपने विचार प्रकट किए हैं (पाण्डेय,2017; इंडियन एक्सप्रेस,2017; सुंदरमन,2017; गांगुल,दुग्गल एवं शुक्ला, 2005)-

1. विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों में एक ठोस व्यावहारिक कार्ययोजना का अभाव नजर आता है जो नीति के बुनियादी उद्देश्यों को पूरा कर सके।
2. एक ओर विभिन्न दलों की सरकारें भारत में स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य सेवा प्रदाता प्रणाली की बदहाली को दुरुस्त करने का दावा करती है परंतु साथ ही यह भी कहती हैं कि इसके लिए एक मजबूत हेल्थ केयर इंडस्ट्री की जरूरत है। सवाल है कि अगर इस बुनियादी सेवा को इंडस्ट्री के तौर पर विकसित करने के रूप में देखा जा रहा है, तो इसमें देश के गरीब, वंचित तबकों और दुर्गम इलाकों के निवासियों की क्या जगह होगी।
3. केंद्र सरकार की ओर से बजट की कमी, राज्यों के अपने वित्तीय संकट और वित्तीय कुप्रबंधन, मानव संसाधन की किल्लत और उपलब्ध संसाधनों की शिथिलता और निष्क्रियता, उपकरणों की कमी या देखरेख में कोताही, प्रबंधकीय अयोग्यताओं, प्रशिक्षण और सामर्थ्य विकास की सुस्त कोशिशों के चलते सार्वजनिक स्वास्थ्य की मशीनरी एक तरह से चरमराई हुई हालत में हैं। जिसका असर देश के नागरिकों के कुल स्वास्थ्य पर पड़ रहा है, खासकर महिलाओं और बच्चों की स्थिति चिंताजनक है। सरकारी अस्पतालों के प्रति एक अविश्वास का भाव मौजूद है।
4. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों में संसाधन एवं सेवाओं की चर्चा तो की जाती है परंतु बहुत से ऐसे मुद्दे हैं जिन पर चर्चा की जानी चाहिए मसलन – लिंग आधारित हिंसा, अस्पताल में हिंसा, आपात सेवा और आपदा की तैयारियां आदि।

5. भारत एंटीबायोटिक दवाओं को एक बड़ा बाजार बनता जा रहा है। डॉक्टरों द्वारा एंटीबायोटिक दवाएं धडल्ले से दी जा रही है। ऐसे कई संवेदनशील मुद्दे हैं जिन पर गहन शोध की आवश्यकता है, इनका उल्लेख स्वास्थ्य नीतियों में नहीं है।
6. शिक्षा और खाद्य सुरक्षा की तरह स्वास्थ्य नागरिकों का अधिकार नहीं है यानि किसी वजह से कोई मरीज मुफ्त इलाज और दवा की सुविधा की सुविधा से वंचित होता है तो वह इसे पाने के लिए अदालत का रुख नहीं कर पाएगा। 2015 में जारी ड्राफ्ट में इसे अधिकार की तरह देने का प्रस्ताव था लेकिन, ऐसा नहीं हुआ है।
7. भारतीय परिवारों में घरेलू खर्च का लगभग आधा हिस्सा स्वास्थ्य सुविधाओं पर खर्च होता है। अतः गरीबी रेखा से नीचे निवास करने वाले लोगों की संख्या बढ़ जाती है। स्वास्थ्य सुविधाओं का महंगा होना बड़ी समस्या है।
8. सार्वजनिक स्वास्थ्य के साथ-साथ इस क्षेत्र में निजी क्षेत्र की भूमिका को बढ़ाने पर जोर दिया जा रहा है। यह अच्छा प्रयास है परंतु किसी एक नियामक संस्था को यह जवाबदेही दे देनी चाहिए कि वह निजी क्षेत्र के क्रियाकलापों पर नजर रखें।
9. जीडीपी में हिस्सेदारी के लिहाज से स्वास्थ्य क्षेत्र पर नहीं के बराबर बढ़ोतरी की जाती है।
10. सरकारें बीमार होने और तत्पश्चात सेवाएं देने पर जोर देती है जबकि उनका प्रयास रोग उत्पन्न न होने पावे, इस पर ज्यादा होना चाहिए। सुरक्षात्मक (प्रिवेन्टिव) उपचार के स्थान पर सरकारें चिकित्सीय (मेडिकल) उपचारों पर ज्यादा ध्यान देती हैं। बेहतर वातावरण, स्वच्छता एवं सही पोषण उपचार से कहीं ज्यादा प्रभावी हैं।

## 2.4 सारांश

हमने देखा कि किसी भी राष्ट्र के लिए स्वास्थ्य एक बहुत महत्वपूर्ण मुद्दा है। देश की जनसंख्या यदि स्वस्थ होगी तो राष्ट्र प्रगति के पथ पर अग्रसर होगा। भारत में हर सरकार ने प्रयत्न किया कि स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रचार-प्रसार किया जाए और ऐसा करते समय साम्यता एवं गुणवत्ता का ध्यान भी रखा जाए। इस दृष्टिकोण को ध्यान में रखकर भारतमें राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियां बनाई गईं। इनका उद्देश्य स्वास्थ्य योजनाओं और कार्यक्रमों को एकीकृत करते हुए विशिष्ट उद्देश्यों की प्राप्ति करना था। हर राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के कुछ तत्कालिक एवं कुछ दीर्घकालिक उद्देश्य रहे। हालांकि सिद्धांत रूप में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियाँ एक बेहतर तस्वीर प्रस्तुत करती है परंतु वास्तविकता में बहुत कुछ कार्य करने शेष हैं।

## 2.5 बोध प्रश्न

1. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की आवश्यकता क्यों होती है?
2. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 पर प्रकाश डालिए।
3. राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 की समालोचना कीजिए।
4. भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों के समक्ष क्या समस्याएं हैं? स्पष्ट कीजिए।

## 2.6 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- भारत सरकार(2017).राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति.स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय. नई दिल्ली : भारत सरकार.
- <http://pib.nic.in/newsite/hindirelease.aspx?relid=59991> (16 मार्च 2017 को पुनर्प्राप्त)
- पाण्डेय, हेमंत कुमार (2017). राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति : बीमार तंत्र से सबको स्वस्थ रखने का लक्ष्य कैसे हासिल होगा? <https://satyagrah.scroll.in/article/105603/national-health-policy-2017-modi-govt-challenges>
- Indian Express.(March22,2017). New Delhi Edition <http://indianexpress.com/article/what-is/what-is-national-health-policy-2017-4574585/>
- Sundararaman, T.( 28 Mar 2017). *National Health Policy 2017: The challenges of implementation.* <http://www.dnaindia.com/analysis/column-national-health-policy-2017-the-challenges-of-implementation-2371059>
- Gangolli, Leena V, Duggal ,Ravi and Shukla, Abhaya.(Eds.)(2005) *Review of Healthcare in India* . Mumbai :Cehat.

ज्ञान शांति मैत्री

## इकाई -3 जनसंख्या नीति

### इकाई की रूपरेखा

- 3.0 उद्देश्य
- 3.1 प्रस्तावना
- 3.2 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 1976
- 3.3 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000
- 3.4 राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग
- 3.5 जनसंख्या स्थिरता कोष
- 3.6 सारांश
- 3.7 बोधप्रश्न
- 3.8 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 3.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद आप -

- 1) जनसंख्या नीति की अवधारणा को समझ सकेंगे
- 2) विभिन्न जनसंख्या नीतियों का परिचय प्राप्त कर सकेंगे
- 3) विभिन्न जनसंख्या नीति की कार्यनीतियों एवं रणनीतियों का विश्लेषण कर सकेंगे

### 3.1 प्रस्तावना

जनसंख्या किसी भी राष्ट्र के लिए महत्वपूर्ण संसाधन होती है। जनसंख्या राष्ट्र के सर्वांगीण विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। वह राष्ट्र ज्यादा तरक्की करता है जो अपनी जनसंख्या को बेहतर सुविधाओं के माध्यम से विकास कार्य में जोड़ पाता है। इसके लिए आवश्यक है कि जनसंख्या और विकास की दर में सामंजस्य बिठाया जाए। अनेक विद्वान भारत की जनसंख्या वृद्धि को जनसंख्या विस्फोट की संज्ञा देकर उस पर प्रभावी रणनीति को प्रस्ताव करते हैं जबकि कुछ विद्वान जनसंख्या के स्थान पर आर्थिक विकास को ज्यादा प्राथमिकता प्रदान करते हैं। वस्तुतः जनसंख्या और विकास दर में सामंजस्य अत्यन्त आवश्यक है। आजादी के बाद भारत में जनसंख्या नियंत्रण को एक महत्वपूर्ण मुद्दा माना गया। पंचवर्षीय योजनाओं में भी जनसंख्या वृद्धि दर को नियंत्रित करने के लिए, इससे संबंधित जागरूकता बढ़ाने के लिए वित्तीय प्रावधान भी किए गए। राष्ट्रीय जनसंख्या नीतियां बनाई गयीं।

जनसंख्या स्थिरता सदैव सरकार का प्राथमिक एजेंडा रहा है जिसे पूरा करने के लिए परिवार नियोजन सरकार के उपायों में से एक है। वर्ष 1952 में भारत विश्व का पहला देश था जिसने जनसंख्या स्थिरता के लिए एक राष्ट्रीय कार्यक्रम शुरू किया था। इस कार्यक्रम के तहत परिवार नियोजन पर जोर देकर जन्म दर को कम करना था ताकि 'आबादी को एक ऐसे स्तर पर स्थिर किया जा सके जो राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था के तकाजों के अनुरूप हो।' कार्यक्रम बहुत समय से जारी है और इस समय परिवार नियोजन कार्यक्रम पर दोबारा ध्यान दिया जा रहा है ताकि जनसंख्या स्थिरता के साथ-साथ मातृ मृत्यु दर और शिशु मृत्यु दर को कम किया जा सके।

### 3.2 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 1976

इस नीति में सरकार का लक्ष्य विभिन्न कार्यक्रमों के माध्यम से सुनियोजित प्रयास द्वारा जनसंख्या नियंत्रित करना ही था। इस नीति के प्रमुख बिंदु निम्नलिखित हैं –

1. 1984 तक जनसंख्या वृद्धि दर को 2.2 प्रतिशत से कम कर 1.7 तक लाना।
2. लड़कों के लिये विवाह की न्यूनतम आयु 21 वर्ष तथा लड़कियों की 18 वर्ष करना।
3. केंद्रीय संसाधनों का 8 प्रतिशत धन परिवार नियोजन वाले राज्यों के लिए सुरक्षित रखना।
4. जनसंख्या शिक्षा नीति में शिक्षा प्रणाली एवं स्त्री शिक्षा के विकास पर ध्यान केंद्रित करना।
5. परिवार नियोजन की अवधारणा का जनता के बीच प्रचार-प्रसार करना।
6. परिवार नियोजन के लिए प्रोत्साहन राशि में वृद्धि करना।

सरकार ने परिवार नियोजन कार्यक्रम में जिला परिषदों, पंचायत समितियों, सहकारी संगठनों, अध्यापकों, श्रमिक संघों और स्त्रियों एवं युवकों के स्वैच्छिक संगठनों का सहयोग लिया। जनसंख्या नीति में तो नसबंदी कार्यक्रम को ऐच्छिक रखा गया था, लेकिन व्यवहार में इसे अनिवार्य बना दिया गया। क्योंकि इसको स्वीकार नहीं करने पर कई प्रकार की सुविधाओं से हाथ धोना पड़ सकता था। निष्कर्षतः राष्ट्रीय जनसंख्या नीति का उद्देश्य लघु परिवारों के पक्ष में एक जन आन्दोलन का निर्माण करना था, लेकिन नसबन्दी कार्यक्रम को त्रुटिपूर्ण ढंग से एवं अपर्याप्त तैयारी के साथ लागू करने के कारण देशवासियों पर इसका उल्टा असर पड़ा।

1977 में आई जनता सरकार ने परिवार नियोजन के स्थान पर परिवार कल्याण की अवधारणा को स्वीकार किया और जनसंख्या नीति में भी परिवर्तन किया। 1980 में योजना आयोग ने जनसंख्या नीति पर एक कार्यदल का गठन किया। इसने जनसंख्या एवं विकास मापकों के बीच दो-तरफा संबंधों की पहचान करने की आवश्यकता पर बल दिया।

### 3.3 राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000

वर्ष 1991 में सरकार ने केरल के मुख्यमंत्री श्री करुणाकरण की अध्यक्षता में जनसंख्या के बारे में एक समिति नियुक्ति की। वर्ष 1993 में इस समिति ने राष्ट्रीय विकास परिषद को सौंपी अपनी रिपोर्ट में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति बनाए जाने की सिफारिश की। 1993 में सरकार ने राष्ट्रीय जनसंख्या नीति निर्धारित करने के लिए डॉ. स्वामीनाथन की अध्यक्षता में एक विशेषज्ञ दल का गठन किया। मई 1994 में जनसंख्या नीति का मसौदा प्राप्त हुआ जिसे संसद में पेश किया गया। वर्ष 1994 से 2000 तक केंद्र की अस्थिर नीतियों की वजह से जनसंख्या नीति का यह मसौदा निष्क्रिय पड़ा रहा। वर्ष 1999 में मंत्रियों के एक दल ने परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा तैयार किए गए मसौदे की जांच की। फरवरी 2000 में सरकार ने **राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000** की घोषणा की। यह नीति डॉ. एम.एस. स्वामीनाथन की अध्यक्षता में गठित एक विशेष दल की रिपोर्ट पर आधारित है। इस नीति के मुख्य उद्देश्य निम्नलिखित थे –

1. सन् 2045 तक जनसंख्या वृद्धि को स्थिर रखना।
2. गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाले लोगों को 5000 रुपये की स्वास्थ्य बीमा सुविधा उपलब्ध करायी जाएगी जिनके सिर्फ दो संतान हो तथा इसके बाद उन्होंने नसबंदी करा ली हो।

3. गरीबी रेखा से नीचे जीवनयापन करने वाले उन लोगों को पुरस्कृत किया जाएगा जो निर्धारित आयु में विवाह करने के उपरांत 3 वर्ष बाद संतान को जन्म दें और छोटे परिवार के सिद्धांत को अपनाएं।
4. बाल-विवाह निरोधक अधिनियम तथा प्रसवपूर्व लिंग परीक्षण तकनीकी निरोधक अधिनियम सख्ती से लागू हो।
5. ग्रामीण क्षेत्रों में एम्बुलेंस की सुविधा।
6. 14 वर्ष तक बुनियादी शिक्षा निःशुल्क एवं अनिवार्य करना।
7. केंद्रीय सरकार उन स्थानीय एवं स्वशासी निकायों को पुरस्कृत करेगी जो अपने परिवार नियोजन एवं कल्याण के उपायों को अपनाने हेतु लोगों को प्रेरित करेगी।
8. गर्भावस्था, प्रसव एवं जन्म-मृत्यु का पंजीकरण।
9. गैर-सरकारी संस्थाओं को परिवार नियोजन एवं कल्याण कार्य में जुड़ने हेतु प्रोत्साहित करना।
10. राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग का गठन करना।
11. स्कूलों में बीच में ही पढ़ाई छोड़ देने वाले लड़के-लड़कियों की संख्या 20 प्रतिशत से नीचे लाना।
12. शिशु मृत्यु दर प्रति एक हजार जीवित बच्चों में 30 से कम करना।
13. जच्चा मृत्यु अनुपात प्रति एक लाख संतानों में एक सौ से कम करना।
14. टीकों से रोके जाने वाले रोगों से सभी बच्चों को प्रतिरक्षित करना।
15. लड़कियों के देर से विवाह को बढ़ावा देना। विवाह 18 वर्ष से पहले न हो, बेहतर होगा अगर यह 20 वर्ष की आयु के बाद हो।
16. अस्सी प्रतिशत प्रसव अस्पतालों, नर्सिंग होमों आदि में और 100 प्रतिशत प्रशिक्षित लोगों से कराना।
17. सभी को सूचना, परामर्श तथा जनन क्षमता नियमन की सेवाएं और गर्भनिरोध के विभिन्न विकल्प उपलब्ध कराना।
18. एड्स का प्रसार रोकना तथा प्रजनन अंग रोगों के प्रबंध तथा राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन के बीच अधिक समन्वय स्थापित करना।
19. संक्रामक रोगों को रोकना और उन पर काबू पाना। प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य सुविधाओं को घर-घर तक पहुंचाने के लिए भारतीय चिकित्सा प्रणालियों की समेकित करना।

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के अंतर्गत एक ऐसा नीतिगत ढांचा बनाना है जो लक्ष्य प्राप्ति और रणनीति कार्यान्वयन में सहायक हो ताकि प्रजनन संबंधी और बाल स्वास्थ्य की आवश्यकताएं पूरी की जा सकें तथा प्रजनन स्तरों के बदलाव (टीएफआर 2.1) को 2010 तक प्राप्त किया जा सके। राष्ट्रीय सामाजिक-जनसांख्यिकीय लक्ष्य तय किए गए हैं ताकि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के उद्देश्यों को पूरा किया जा सके।

राष्ट्रीय स्तर पर कुल प्रजनन दर अब भी 2.6 है और यह स्थिति राज्यों में अलग-अलग है। नौ राज्य प्रजनन दर बदलाव स्तर (टीएफआर >3) से काफी ऊपर है, 12 राज्य/केंद्र शासित प्रदेश प्रजनन दर बदलाव स्तर (टीएफआर – 2.1-3) को प्राप्त करने के नजदीक है जबकि 11 राज्यों और तीन केंद्र शासित प्रदेशों ने <2.1 का स्तर प्राप्त कर लिया है।

स्वास्थ्य संकेतकों, पोषण स्थिति और सामाजिक-आर्थिक परिस्थिति के मामले में भी राज्यों में विभिन्नताएं मौजूद हैं। जिन राज्यों में अन्य संकेतक कमजोर हैं, वहां परिवार नियोजन गतिविधि भी धीमी है। अतः जिन राज्यों में प्रजनन दर ऊंची है, उन राज्यों में जनसंख्या वृद्धि को रोकने के लिए सामाजिक व आर्थिक विकास तथा जीवन स्तर में सुधार के आधार पर जनसंख्या स्थिरता के लिए समग्र प्रयास किए जाने चाहिए।

सरकार जनपद वार ध्यान दे रही है। इस विषय में 264 जिलों को चुना गया है। इन जनपदों और संबंधित राज्यों को सरकार समर्थन भी दे रही है ताकि परिवार नियोजन और अन्य कार्यक्रमों का बेहतर कार्यान्वयन हो सके।

सरकार इस लक्ष्य के प्रति प्रतिबद्ध है कि 2012 तक वह मातृ मृत्यु दर को 100/100,000 जीवित बच्चों के जन्म दर तक, शिशु मृत्यु दर को 30/1000 जीवित बच्चों के जन्म दर तक तथा प्रजनन दर बदलाव स्तर को कुल प्रजनन दर – 2.1 तक लाएगी।

### जनसंख्या स्थिरता के लिए रणनीतिक विकल्प

कुल प्रजनन दर >3.0 वाले राज्य (बिहार, मध्यप्रदेश, राजस्थान, झारखण्ड, छत्तीसगढ़ और मेघालय) : आने वाले समय में देश की कुल आबादी में इन राज्यों का 50 प्रतिशत हिस्सा हो जाएगा। इन राज्यों में सबसे पहले जो कार्य किया जाना चाहिए, वह यह है कि अपूर्ण आवश्यकताओं को तुरंत पूरा किया जाए और इच्छित प्रजनन (दो से अधिक बच्चे पैदा करने की कामना) पर आधारित दर को कम करने के लिए सामाजिक-आर्थिक विकास पर ध्यान दिया जाए। इसी के साथ भावी जनसंख्या वृद्धि को रोकने के लिए विवाह कम आयु में न करने को प्रोत्साहन दिया जाए और बच्चों के पैदा होने की अवधि के बीच पर्याप्त फासला सुनिश्चित किया जाए।

जिन राज्यों (उत्तराखण्ड, गुजरात, हरियाणा, जम्मू-कश्मीर, उड़ीसा) में कुल प्रजनन दर 2.1 से <3 के बीच है : इन राज्यों में सबसे पहले यह कार्य किया जाना चाहिए कि दम्पतियों को मदद की जाए कि वे परिवार नियोजन कार्यक्रम को मजबूत बनाएं ताकि प्रजनन लक्ष्य को प्राप्त किया जा सके।

कुल प्रजनन दर <2.1 वाले राज्य (दिल्ली और हिमाचल प्रदेश) : इन राज्यों में सबसे पहले यह कार्य किया जाना चाहिए कि जनसंख्या वृद्धि को रोकने के लिए विवाह कम आयु में न करने को प्रोत्साहन दिया जाए और बच्चों के पैदा होने की अवधि के बीच पर्याप्त फासला सुनिश्चित किया जाए।

### ध्यान देने योग्य प्रमुख क्षेत्र – 12वीं पंचवर्षीय योजना : परिवार नियोजन

- नए गर्भनिरोधकों के माध्यम से गर्भनिरोध की अपूर्ण आवश्यकताओं को पूरा करना।
- परिवार नियोजन सेवा खासतौर से उन स्थानों पर जहां इस तरह के मामले सबसे ज्यादा आते हैं, वहां नसबंदी/नलबंदी को प्रोत्साहित करना।
- परिवार नियोजन सेवाओं के प्रदाता आधार को सुधारने के लिए निजी/गैर सरकारी संगठनों की सेवाओं को सूचीबद्ध करना।
- आशा स्वास्थ्यकर्मियों के माध्यम से गर्भनिरोधकों का समुदाय आधारित वितरण।
- परिवार नियोजन के लिए हर स्तर पर और खासतौर से उच्चतम राजनैतिक स्तर पर जोरदार हिमायत करना।
- लक्ष्य को प्राप्त करने की रणनीति
- प्रत्येक स्तर (राष्ट्रीय, राज्य और जिला) पर मानव संसाधन (कार्यक्रम प्रबंधन के लिए) संरचना को मजबूत करना।
- जिला अस्पतालों और जहां परिवार नियोजन संबंधी मामले सबसे ज्यादा आते हैं, वहां समर्पित परामर्शक की नियुक्ति करना।
- आशा स्वास्थ्यकर्मियों के माध्यम से कम दरों पर गर्भनिरोधकों के विपणन को घरों तक पहुंचाना।
- नसबंदी/नलबंदी सेवाओं के लिए सेवा प्रदाताओं और सेवा प्राप्तकर्ता के लिए क्षतिपूर्ति पैकेज में सुधार करना।
- गर्भाशय में गर्भनिरोधक (मल्टी लोड आईयूडी - 375) लगाने को प्रोत्साहन देना। इसे कम समय के लिए शरीर में लगाना ताकि शरीर धीरे-धीरे इसे स्वीकार कर ले।
- गर्भाशय आधारित गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल और उसे धारण करने को प्रोत्साहन देने के लिए आशा स्वास्थ्यकर्मियों के वास्ते प्रदर्शन आधारित भुगतान योजना।
- सेवाओं के लिए और अधिक निजी सेवा प्रदाताओं/गैर सरकारी संगठनों को सूचीबद्ध करना।
- जोरदार समर्थन को सुनिश्चित करना।

### 3.4 राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग

इसका गठन प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में मई 2000 को किया गया। इस आयोग का उद्देश्य राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के अंतर्गत लक्षित उद्देश्यों को प्राप्त करने की प्रक्रिया में केंद्र व राज्य के अभिकरणों द्वारा नागरिक संस्थाओं व निजी क्षेत्रों के मध्य समन्वयन करना तथा अंतरराष्ट्रीय सहयोग की संभावनाओं की गवेषणा करना था। प्रारंभ में यह योजना आयोग के अधीन गठित किया गया था किंतु मई 2005 में इसे पुनर्गठित किया

गया तथा प्रधानमंत्री इसके अध्यक्ष बने तथा केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्री व योजना आयोग के उपाध्यक्ष को इसका उपाध्यक्ष बनाया गया।

आयोग के अधिदेश में शामिल है:

1. नीति में निर्धारित लक्ष्यों की प्राप्ति के दृष्टिगत राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के क्रियान्वयन के लिए पुनरीक्षा, निगरानी करना और निर्देश देना।
2. स्वास्थ्य, शैक्षिक पर्यावरणीय एवं विकासपरक कार्यक्रमों के बीच समन्वय एवं ऊर्जा प्रोत्साहित करना ताकि यथाशीघ्र जनसंख्या स्थिरीकरण किया जा सके।
3. केंद्र एवं राज्यों में विभिन्न क्षेत्रों में एजेंसियों के माध्यम से कार्यक्रमों के नियोजन एवं कार्यक्रमों में अंतरक्षेत्रीय समन्वय को प्रोत्साहित करना।
4. इस राष्ट्रीय प्रयास के समर्थन के लिए एक शक्तिशाली जन कार्यक्रम तैयार करना।

### 3.5 जनसंख्या स्थिरता कोष

राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग के अधीन गठित राष्ट्रीय जनसंख्या स्थिरीकरण कोष अप्रैल 2002 में परिवार कल्याण विभाग को स्थानांतरित कर दिया गया तथा जून 2003 में इसे जनसंख्या स्थिरता कोष नाम प्रदान किया गया।

जून 2005 में इसे पुनर्गठित किया गया तथा स्वास्थ्य मंत्री को अध्यक्ष तथा स्वास्थ्य सचिव को प्रबंधक समिति का प्रमुख बनाया गया। इसके कार्यकारी अधिकारी की नियुक्ति बाह्य क्षेत्र से करने का प्रावधान किया गया है जो समस्त कार्यों के प्रति जवाबदेह होगा।

जनसंख्या स्थिरता कोष (जे.एस.के.) को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की एक स्वायत्त सोसाइटी के रूप में पंजीकृत किया गया है। सरकार ने इसके लिए 100 करोड़ रुपये की समग्र निधि की व्यवस्था की है ताकि कोष के कार्यकलापों के प्रति अपनी प्रतिबद्धता को यह पूरा कर सके।

जनसंख्या स्थिरता कोष को यह अधिदेश प्राप्त है कि वह ऐसी गति विधियों को उत्प्रेरित करे जो जनसंख्या स्थिर करने और इसे आम जनता के कार्यक्रम में परिवर्तित करने में सहायक हों।

अब जे.एस.के. के जनसंख्या अध्ययनों और सम्बद्ध क्षेत्रों में विशेषज्ञों, चिकित्सा एसोसिएशनों, उद्योग और व्यापार एसोसिएशन, बैंक, गैर सरकारी संगठनों, परा चिकित्सा और आम नागरिकों से सदस्य बनाने के लिए एक अभियान चला रहा है। इसका मुख्य उद्देश्य जनसंख्या स्थिरीकरण की आवश्यकता पर ध्यान केन्द्रित करना है। यह कार्य उस शासी बोर्ड द्वारा लिए गए निर्णयों के अनुसार किया जा रहा है जिसमें सरकारी एवं गैर-सरकारी सदस्य सम्मिलित हैं।

जे.एस.के. की वार्षिक रिपोर्ट संसद के समक्ष रखी जाएगी और भारत के नियंत्रक एवं महा-लेखा परीक्षक द्वारा इसके लेखाओं की लेखा परीक्षा की जाएगी।

### जे.एस.के. के लक्ष्य और उद्देश्य

- क) 1) ऐसे कार्यकलापों की व्यवस्था करना या उन्हें करना जिनका लक्ष्य धारणीय आर्थिक विकास या सामाजिक विकास और पर्यावरण संरक्षण की आवश्यकताओं अनुरूप स्तर पर सन् 2045 तक जनसंख्या स्थिर करना हो।
  - 2) ऐसी योजनाओं कार्यक्रमों, परियोजनाओं और पहलुओं को प्रोत्साहित करना और उन्हें सहायता पहुंचाना जिनसे गर्भ निरोध और जनन बाल स्वास्थ्य देखरेख के लिए अनापूर्ति आवश्यकताओं को प्राप्त किया जा सके।
  - 3) सरकारी निजी एवं स्वैच्छिक क्षेत्र में नए विचारों को प्रोत्साहित करना एवं सहायता पहुंचाना ताकि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 2000 के उद्देश्यों को प्राप्त किया जा सके।
  - 4) जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए किए जाने वाले राष्ट्रीय प्रयासों के पक्ष में उत्साहों लोगों के आंदोलन को सुविधाएं प्राप्त कराना।
  - 5) जनसंख्या स्थिरीकरण के राष्ट्रीय कारण को बढ़ावा देने के लिए देश और विदेशों में व्यक्तियों, व्यापार संगठनों और अन्य से प्राप्त अंशदनों को सरणीबद्ध करने की सुविधा उपलब्ध कराना,
- ख) कोष के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए किए जा रहे प्रयासों में धर्म, समुदाय, जाति या वर्ग के आधार पर कोई भेद भाव नहीं किया जाएगा।
- ग) कोष की समस्त आय, उपार्जन, चल और अचल संपत्तियों का उपयोग इसके लक्ष्यों और उद्देश्यों को बढ़ावा देने के लिए ही किया जाएगा जैसा कि संगम ज्ञापन में निर्धारित किया गया है और कोष की आय और संपत्ति के किसी भी भाग की अदायगी या उसका अंतरण, लाभांश बोनस या लाभ के रूप में कोष के किसी भी वर्तमान या पूर्व सदस्यों को किसी अन्य व्यक्ति को किसी भी व्यक्ति या कोष के वर्तमान या पूर्व सदस्यों के माध्यम से किसी भी प्रकार से नहीं किया जाएगा। कोष का कोई भी सदस्य या कोई व्यक्ति अपनी सदस्यता के कारण संपत्ति पर या उसके किसी भी लाभ पर अपना कोई दावा नहीं कर सकता/सकती। कोष के लेखाओं की लेखापरीक्षा नियमानुसार की जाएगी।

## नियम एवं विनियम

इन नियमों, इसके आगे जब तक अन्यथा अपेक्षित न हो, तब तक:

1. अधिनियम से आशय होगा 1860 का सोसाइटी पंजीकरण अधिनियम;
2. अध्यक्ष से आशय कोष के शासी बोर्ड के उस अध्यक्ष से होगा जो इसके साथ-साथ कोष का भी अध्यक्ष होगा।
3. सामान्य निकाय से आशय कोष के सामान्य निकाय से होगा।
4. शासी बोर्ड से आशय कोष के शासी बोर्ड से होगा।
5. कार्यपालक निदेशक से आशय बोर्ड के कार्यपालक निदेशक और कोष के सदस्य सचिव से होगा।
6. प्रायोजक (कों) से आशय सरकारी और सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त गैर-सरकारी संस्थाओं से होगा।

### 3.6 सारांश

किसी भी देश के लिए जनसंख्या एक महत्वपूर्ण संसाधन होती है। जनसंख्या का स्वस्थ, शिक्षित एवं कौशलपूर्ण होना किसी भी देश के लिए आवश्यक होता है। अंतरराष्ट्रीय स्तर पर देश के प्रदर्शन को जनसंख्या का स्तर काफी हद तक प्रभावित करता है। अतः हर देश अपनी जनसंख्या को नियोजित करने के लिए नीतियां बनाता है। इन नीतियों का उद्देश्य विद्यमान एवं भविष्य की जनसंख्या की बेहतरी के लिए सुनियोजित कार्यक्रमों को प्रारंभ करना है ताकि सभी लोग एक बेहतर जीवन को प्राप्त कर सकें तथा देश के प्रति अपने योगदान को पूरा कर सकें।

हमने देखा कि भारत में जनसंख्या नीति को लेकर चेतना आजादी के समय से ही मौजूद थी। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति से पूर्व भी विभिन्न पंचवर्षीय योजनाओं में परिवार कल्याण कार्यक्रमों पर जोर दिया गया। विभिन्न राष्ट्रीय नीतियों में यह प्रयास किया गया कि जनसंख्या के स्वास्थ्य को बेहतर किया जा सके। विश्व में एक मजबूत एवं बेहतर आर्थिक शक्ति के रूप में स्थापित होते हुए भारत देश के लिए आवश्यक है कि उसकी जनसंख्या भी स्वस्थ हो। विभिन्न जनसंख्या नीतियां इसी का परिणाम है।

### 3.7 बोध प्रश्न

1. जनसंख्या नीति की आवश्यकता क्यों होती है?
2. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति 1976 पर प्रकाश डालिए।
3. जनसंख्या स्थिरता कोष का परिचय दीजिए।

### 3.8 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- <http://pib.nic.in/newsite/hindifeature.aspx?relid=10063>
- <http://www.jsk.gov.in/>
- <http://sandeep-malhan.blogspot.in/2012/07/blog-post.html>
- <http://www.vivacepanorama.com/national-population-policy/>

## इकाई 4- सभी के लिए स्वास्थ्य

### इकाई की रूपरेखा

- 4.0 उद्देश्य
- 4.1 प्रस्तावना
- 4.2 अर्थ एवं परिभाषा
- 4.3 अल्मा-अट्टा घोषणा
- 4.4 स्वास्थ्य मूल्यांकन हेतु वैश्विक सूचकांक
- 4.5 सारांश
- 4.6 बोध प्रश्न
- 4.7 संदर्भ एवं उपयोगी पुस्तकें

### 4.0 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद आप -

- सभी के लिए स्वास्थ्य के बारे में जानकारी प्राप्त कर सकेंगे।
- अल्मा-अट्टा घोषणा को रेखांकित कर सकेंगे।
- स्वास्थ्य मूल्यांकन हेतु वैश्विक सूचकांकों को व्याख्यायित कर सकेंगे।

### 4.1 प्रस्तावना

आधुनिक विज्ञान के युग में जहां एक ओर चिकित्सा के क्षेत्र में मानव ने अपार तरक्की की है, वहीं दूसरी ओर विकसित और विकासशील देशों के बीच स्वास्थ्य के मामले में असमानता बढ़ी है। विकसित और विकासशील देशों के सभ्रान्त लोग स्वस्थ जीवन व्यतीत करने हेतु आवश्यक स्थिति, यथा- पर्याप्त आय, पोषण, शिक्षा, स्वच्छ वातावरण, स्वच्छ जल एवं देखभाल और चिकित्सा की समुचित व्यवस्था पाने में सक्षम हैं वहीं विकासशील देशों के 10 से 20 प्रतिशत लोगों तक ही यह मुश्किल से पहुँच पा रहा है। विकासशील देशों में प्रति 1000 जीवित जन्म लेने वाले शिशुओं में से 60-250 अपने जीवन के प्रथम वर्ष के भीतर ही मृत्यु के शिकार हो जाते हैं और जीवितों की भी जीवन प्रत्याशा विकासशील देशों की तुलना में 30 प्रतिशत से कम होती है। जॉन ब्र्यांट अपने महत्वपूर्ण पुस्तक 'हेल्थ एंड द डेवलपिंग वर्ल्ड' के प्रस्तावना में इस स्थिति का वर्णन करते हुए कहते हैं कि विश्व के एक बड़ी संख्या के लोगों को, लगभग आधे से अधिक को स्वास्थ्य देखभाल बिल्कुल भी नहीं मिल पाता है और बाकियों को जो मिलता भी है वह उनकी जरूरतों को पूरा नहीं करता।

वैश्विक स्तर पर 1960 और 1970 का दशक दुनिया भर के अधिकांश देशों के लिए अपने उपनिवेशों से आजादी का समय था। आजादी के साथ ही स्वास्थ्य, शिक्षा, आवास आदि क्षेत्रों में सुधार लाने का उमंग भी आया था। आजादी के बाद से ही लगभग सभी सरकारों ने इन क्षेत्रों में सुधार लाने की पहल शुरू कर दी।

हालांकि, पहले से ही आर्थिक रूप से पिछड़े देशों का धन जल्द ही खत्म होने लगा और अंत में यह सिर्फ शहरी क्षेत्रों में सीमित होकर रह गया। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाएँ मुख्य रूप से मिशनरियों और पारंपरिक हकीमों पर निर्भर थी। 1970 के दशक के अंत तक ग्रामीण क्षेत्रों में मृत्यु दर अत्यधिक हो गई थी और कई मामलों में स्वास्थ्य की स्थिति अत्यधिक बिगड़ने लगी थी। इस स्थिति से दुनिया भर के नेताओं की चेतना जागी। यह समझा गया कि विश्व के 80 प्रतिशत लोगों को भी उचित स्वास्थ्य देखभाल, जानलेवा बीमारियों से सुरक्षा, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएँ आदि मिलनी चाहिए। यह तय हुआ कि अमीर और गरीब व्यक्तियों एवं विकसित और विकासशील देशों के बीच के स्वास्थ्य असमानता को कम किया जाना चाहिए और धीरे-धीरे इसे पूरी तरह से खत्म किया जाना चाहिए। इसी पृष्ठभूमि में डब्ल्यूएचओ ने 1977 में अपने 30वें विश्व स्वास्थ्य सम्मेलन में यह घोषणा की कि आने वाले वर्षों में सरकारों के लिए प्रमुख सामाजिक लक्ष्य वर्ष 2000 तक अपने नागरिकों का स्वास्थ्य सुनिश्चित करना होना चाहिए जिससे वह सामाजिक और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन जी सकें।

#### 4.2 अर्थ एवं परिभाषा

सभी के लिए स्वास्थ्य का अर्थ सभी व्यक्तियों तक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की पहुँच का होना है। इसके अंतर्गत वर्ष 2000 तक सभी नागरिकों के स्वास्थ्य को सुनिश्चित करना था जिससे वह सामाजिक और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन जी सकें। तभी से यह वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य के नारे में बदल गया।

1981 में डब्ल्यूएचओ के तत्कालीन डायरेक्टर जनरल हल्फदन थियोडोर माहलर ने हैल्थ फॉर ऑल का निम्नलिखित आशय बताया:

सभी के लिए स्वास्थ्य का अर्थ यह है कि उत्तम स्वास्थ्य एक देश के सभी लोगों को प्राप्त होना चाहिए। स्वास्थ्य व्यक्तिगत खुशहाली की एक स्थिति है जिसका अर्थ सिर्फ स्वास्थ्य सुविधाओं की प्राप्ति ही नहीं है बल्कि एक ऐसी स्थिति है जिसमें व्यक्ति सामाजिक और आर्थिक रूप से उत्पादक जिंदगी व्यतीत करने में सक्षम हो। सभी के लिए स्वास्थ्य का मतलब अच्छा स्वास्थ्य पाने में आ रही बाधाओं जैसे-कुपोषण, अज्ञानता, दूषित जल, अस्वच्छ आवास के साथ-साथ विशुद्ध रूप से चिकित्सकीय समस्याओं जैसे-चिकित्सकों, बिस्तरों, दवाइयों, टीकों की कमी को दूर करना है।

डब्ल्यूएचओ डायरेक्टर जनरल ली जोंग वूक ने वर्ल्ड हेल्थ रिपोर्ट-2003 को उद्धरित करते हुए कहा:

सबके लिए स्वास्थ्य एक आंदोलन के लिए नारा बन गया था। यह सिर्फ एक आदर्श नहीं था बल्कि एक आयोजन सिद्धांत था। स्वास्थ्य सभी की जरूरत है और सभी संभव सर्वोच्च मानक को प्राप्त करने के हकदार हैं। यह सिद्धान्त वैश्विक स्वास्थ्य के एक सुसंगत दृष्टिकोण के लिए अनिवार्य हैं। इस दृष्टिकोण को यथार्थ में बदलने के लिए संभावनाओं के साथ-साथ उन बाधाओं के प्रति स्पष्टता आवश्यक है जिसने वैश्विक स्वास्थ्य के इस दृष्टिकोण को धीमा और कई मामलों में विपरीत प्रभाव डाला है। विकास का हमारे पास वास्तविक अवसर है जो करोड़ों लोगों के लिए स्वस्थ माहौल, निराशा को वास्तविक आशा में बदलने वाला और आने वाली पीढ़ियों को अच्छा स्वास्थ्य देने की नींव बनेगा।

### 4.3 अल्मा-अट्टा घोषणा

6-12 सितंबर 1978 तक चले प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर अंतरराष्ट्रीय सम्मेलन में अल्मा-अट्टा घोषणा अथवा वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य को अंगीकार किया गया। (अल्मा-अट्टा कज़ाकिस्तान का सबसे बड़ा शहर है जो 1929 से 1991 तक संयुक्त सोवियत सोशलिस्ट रिपब्लिक का अंग था। चूंकि यह सम्मेलन अल्मा-अट्टा में हुआ था इस कारण इसके घोषणा को आल्मा-अट्टा घोषणा कहा जाता है।) इसमें 30वें विश्व स्वास्थ्य सम्मेलन में पहली बार उद्धोषित प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र की संकल्पना को विस्तार दिया गया और वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य सुनिश्चित करने हेतु इसकी उपयोगिता पर प्रकाश डाला गया। इस घोषणा ने सभी सरकारों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और दुनिया भर के समुदायों से सभी लोगों के स्वास्थ्य को सुरक्षा और बढ़ावा देने की अपील की।

अल्मा-अट्टा घोषणा में 10 बिन्दु हैं जो घोषणा के रूप में वर्णित हैं। ये निम्नलिखित हैं-

1. यह सम्मेलन दृढ़तापूर्वक घोषणा करता है कि स्वास्थ्य जो कि सिर्फ बीमारियों की अनुपस्थिति नहीं बल्कि सम्पूर्ण रूप से शारीरिक, मानसिक और सामाजिक खुशहाली है, एक मौलिक अधिकार है जिसकी पूर्ति हेतु स्वास्थ्य क्षेत्र प्रयासों के अतिरिक्त सामाजिक और आर्थिक क्षेत्रों में भी प्रयास आवश्यक हैं।
2. एक ही देश के अलग-अलग व्यक्तियों एवं विकसित और विकासशील देशों के बीच स्वास्थ्य की असमान स्थिति राजनैतिक, सामाजिक और आर्थिक रूप से अस्वीकार्य है अतः सभी देशों के चिंता का विषय है।
3. सभी व्यक्तियों का उत्तम स्वास्थ्य सुनिश्चित करने और विकसित एवं विकासशील देशों के मध्य असमानता को कम करने में नए अंतरराष्ट्रीय आर्थिक संबंध (New International Economic Order) महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है। व्यक्ति स्वास्थ्य का संरक्षण और परिवर्धन सतत आर्थिक और सामाजिक विकास एवं गुणवत्तापूर्ण जीवन और वैश्विक शांति के लिए आवश्यक है।
4. अपने स्वास्थ्य विषयक नियोजन और क्रियान्वयन में भाग लेने का व्यक्ति को अधिकार है और यह उनका कर्तव्य है।
5. व्यक्ति के स्वास्थ्य को सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी सरकारों की है जिसके लिए सामाजिक और स्वास्थ्य संबंधी उपाय किए जा सकते हैं। आने वाले वर्षों में सरकारों, अंतरराष्ट्रीय संगठनों और सभी समुदायों का यह प्रमुख लक्ष्य होना चाहिए कि व्यक्ति सामाजिक और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन जीने योग्य स्वास्थ्य प्राप्त कर सके।
6. आत्मनिर्भरता और आत्मनिर्धारण की भावना से प्रेरित कोई भी समुदाय या देश अपने विकास के प्रत्येक चरण में जितना खर्च कर सकता है उस दृष्टिकोण से और व्यक्ति, परिवार और समुदाय तक पहुँच की वजह से उनकी सहभागिता सुनिश्चित करने के कारण प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र व्यावहारिक और वैज्ञानिक रूप से उत्तम है। यह सम्पूर्ण रूप से समुदाय के सामाजिक और आर्थिक विकास में योगदान देने के साथ किसी भी देश के स्वास्थ्य व्यवस्था का प्रमुख अंग है। व्यक्ति, परिवार और समुदाय का राष्ट्रीय स्वास्थ्य व्यवस्था से संपर्क का यह पहला स्तर है। निवास और कार्य स्थल से निकट होने के कारण यह स्वास्थ्य व्यवस्था को व्यक्ति के जितना निकट ले जाया जा सकता है ले जाता है।

7. प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा:

- सामाजिक, बायोमेडिकल, और स्वास्थ्य सेवाओं पर आधारित अनुसन्धानों और अनुभवों पर आधारित एवं आर्थिक, सामाजिक-सांस्कृतिक और राजनैतिक परिस्थितियों से उपजता है एवं उसे प्रतिबिम्बित करता है।
- आवश्यकतानुसार प्रोत्साहक, निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास सेवाएं उपलब्ध करा कर देश की मुख्य स्वास्थ्य समस्याओं का निवारण करता है।
- में कम से कम शामिल हैं- मौजूदा स्वास्थ्य समस्याओं और उन्हें रोकने और नियंत्रित करने संबन्धित शिक्षा, खाद्य आपूर्ति और पोषण को बढ़ावा दिया जाना, स्वच्छ जल और स्वच्छ वातावरण, मातृत्व और शिशु स्वास्थ्य देखभाल के अंतर्गत परिवार नियोजन; प्रमुख संक्रामक रोग के खिलाफ प्रतिरक्षण; स्थानीय स्तर पर स्थानीय रोगों का रोकथाम और नियंत्रण; सामान्य रोगों दुर्घटनाओं का उपचार और दवाइयों के वितरण का प्रावधान।
- स्वास्थ्य क्षेत्र के अतिरिक्त अन्य सभी क्षेत्रों जैसे- कृषि, पशुपालन, भोजन उद्योग, शिक्षा, आवास, सार्वजनिक कार्य, संचार आदि के सहभागिता पर बल देता है और इन सब में समन्वय की वकालत करता है।
- समुदाय और व्यक्ति की आत्म-निर्भरता के लिए आवश्यक है। इसके लिए स्थानीय, राष्ट्रीय और अन्य संसाधनों के अतिरिक्त उनकी सहभागिता नियोजन, संगठन, संचालन और नियंत्रण हेतु आवश्यक है।
- का निर्वाहन एकीकृत, कार्यात्मक और पारस्परिक रूप से सहायक रेफरल व्यवस्था द्वारा होना चाहिए जिससे कि सभी के स्वास्थ्य में प्रगतिशील सुधार के साथ जरूरतमंदों को प्राथमिकता दी जा सके।
- स्थानीय और रेफरल स्तरों, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के अंतर्गत चिकित्सकों, नर्सों, दाईयों, सहायक और सामुदायिक कार्यकर्ताओं के साथ-साथ सामाजिक और तकनीकी रूप से प्रशिक्षित पारंपरिक चिकित्सकों के सहयोग पर निर्भर करता है जो समुदाय की जरूरतों के अनुरूप सेवाएं उपलब्ध करा सकें।

8. अन्य क्षेत्रों के समन्वय और व्यापक राष्ट्रीय स्वास्थ्य व्यवस्था के एक अंग के रूप में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा को शुरू और उसका निर्वहन करने हेतु सभी सरकारों को राष्ट्रीय नीतियों, रणनीतियों और

- कार्ययोजनाओं का निर्माण करना चाहिए। इस उद्देश्य की प्राप्ति हेतु राजनैतिक इच्छा शक्ति, देश के भीतर के और बाहरी संसाधनों का तार्किक उपयोग आवश्यक है।
9. सभी लोगों को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने हेतु सभी देशों को साझेदारी और सेवा भावना से प्रेरित होकर एक दूसरे का सहयोग करना चाहिए क्योंकि किसी एक देश के व्यक्तियों का अच्छा स्वास्थ्य दूसरे देश को लाभ पहुंचाता है।
  10. वर्ष 2000 तक सभी का स्वास्थ्य स्वीकार्य स्तर तक विश्व के संसाधनों का समुचित और बेहतर उपयोग करके बनाया जा सकता है जिसे अभी तक हथियारों और सैन्य लड़ाइयों में खर्च किया जा रहा है। स्वतन्त्रता, शांति, अमन और निरस्त्रीकरण की वास्तविक नीति अतिरिक्त संसाधनों को उपलब्ध करा सकती है जिसे शांतिपूर्ण लक्ष्यों विशिष्ट रूप से सामाजिक और अर्थिक विकास के लिए आवश्यक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा हेतु उपयोग किया जाना चाहिए।

#### 4.4 स्वास्थ्य मूल्यांकन हेतु वैश्विक सूचकांक

- जीवन प्रत्याशा और मृत्यु दर
- कारण-विशिष्ट मृत्यु दर और रुग्णता
- चयनित संक्रामक रोग
- स्वास्थ्य सेवा कवरेज
- जोखिम के कारण
- स्वास्थ्य कार्यबल, अवसंरचना और आवश्यक दवाइयां
- स्वास्थ्य व्यय
- स्वास्थ्य असमानता
- जनसांख्यिकीय और सामाजिक आर्थिक आंकड़े
- स्वास्थ्य सूचना प्रणाली और डेटा उपलब्धता

डब्ल्यूएचओ ने सभी के लिए स्वास्थ्य के मूल्यांकन करने के लिए 12 वैश्विक सूचकांकों (12 Global Indicators) का निर्धारण किया है जैसे- न्यूनतम जीवन प्रत्याशा 60 वर्ष और अधिकतम शिशु मृत्यु दर 50 प्रति 1000 जीवित जन्म दर। मई 1979 में 31वें विश्व स्वास्थ्य सम्मेलन में डब्ल्यूएचओ ने अल्मा-अट्टा घोषणा को पुनः दुहराया और सदस्य देशों से वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य सुनिश्चित करने हेतु राष्ट्रीय नीति, योजना और कार्यक्रम बनाने को कहा। इसका प्रमुख दिशा-निर्देश यह था सभी सदस्य देशों की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति होनी चाहिए। 1970 के दशक में सभी के लिए स्वास्थ्य अथवा हेल्थ फॉर ऑल एक आंदोलन के रूप में देखा गया। 1998 में प्रकाशित डब्ल्यूएचओ की वर्ल्ड हेल्थ रिपोर्ट वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य की समीक्षा पर केन्द्रित थी। 1997 में वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य के तीसरे मूल्यांकन में यह पाया गया कि वैश्विक स्तर पर न सिर्फ प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच बल्कि व्यक्तियों की स्वास्थ्य स्थिति में भी सुधार हुआ है। अधिक से अधिक सदस्य देश सबके लिए स्वास्थ्य सुनिश्चित करने

के लिए प्रयासरत हैं। विकासशील देशों में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न पक्षों में सुधार हुआ है। इन देशों में 65 गर्भवती महिलाओं को प्रसव से पूर्व स्वास्थ्य सेवाएँ मिल पा रही हैं वहीं 53 प्रतिशत को प्रशिक्षित कार्यकर्ताओं के द्वारा प्रसव का लाभ मिल रहा है। ग्रामीण क्षेत्रों में 73 प्रतिशत लोगों को शुद्ध पीने का जल मिल पा रहा है वहीं 34 प्रतिशत को स्वच्छ वातावरण उपलब्ध है। टीकाकरण की दर 1970 में 5 प्रतिशत से बढ़कर 1996 में 80 प्रतिशत से ज्यादा हो गई है जिसने बच्चों के स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव डाला है।

वास्तव में, आज तीन दशक बाद भी विकासशील के अधिकांश लोग न्यूनतम बुनियादी सुविधाओं की पहुँच से वंचित हैं। कई देशों में यह खाई अधिक चौड़ी है। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर आधारित यह मॉडल कई कारणों से विफल रहा है। अल्मा-अट्टा घोषण पत्र के लागू होने बाद से ही प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा की संकल्पना कड़ी आलोचना के घेरे में रही है। विकसित और विकासशील देशों के राजनेता प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के अंतर्गत समुदाय को स्वयं योजना बनाने और निर्णय लेने देने के पक्ष में नहीं थे जिस कारण उनका कार्य ऊपर से बनाए गए योजनाओं और कार्यक्रमों को स्वीकार करने तक सीमित रह गया। इसके अतिरिक्त कई अन्य कारणों से प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा की संकल्पना अधिक सफल नहीं हो पाई-

1. अधिक से अधिक लोगों को यह लगने लगा कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा सस्ती सेवा है जिस कारण यह ज्यादा कारगर नहीं है अतः यदि वो सक्षम हैं तो उन्हें अन्य दूसरी सेवाएँ लेनी चाहिए।
2. गृह युद्ध, प्राकृतिक आपदाओं के समय और वर्तमान समय में कई गंभीर समस्याओं को रोकने में ये सक्षम नहीं हैं।
3. इसके निर्वहन में राजनीतिक इच्छा-शक्ति की कमी रही।
4. ऊपरी स्तर के अतिरिक्त इस स्तर पर भी भ्रष्टाचार के कारण यह कमजोर हुआ।

1980 और 1990 के दशक में वैश्विक स्तर पर आर्थिक और राजनैतिक दृष्टिकोण में व्यापक परिवर्तन आया। इस समय न्यूनतम सरकारी हस्तक्षेप पर बल दिया गया और सभी क्षेत्रों में बाजार की प्रमुखता को स्वीकार किया गया। विकासशील देशों के लिए यह स्थिति अत्यधिक नुकसानदायक साबित हुई। एक तरफ स्वास्थ्य के क्षेत्र में उनका खर्च पहले से ही कम था, दूसरे उन्हें अब नए उभरे अंतरराष्ट्रीय एजेंसियों के दबाव में उन्हें भी बाजार के अनुरूप संचालित होने के लिए बाध्य होना पड़ा। इसका परिणाम यह हुआ कि स्वास्थ्य क्षेत्र निजी क्षेत्रों के दायरे में धीरे-धीरे जाता रहा और बाजार के उतार-चढ़ाव से स्वास्थ्य क्षेत्र प्रभावित होता रहा।

डब्ल्यूएचओ की वर्ष 2000 की रिपोर्ट 'हैल्थ सिस्टम्स: इम्प्रोविंग परफॉर्मेंस' इस विषय पर आखिरी रिपोर्ट थी। इस रिपोर्ट में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के असफल होने का कारण अपर्याप्त फंड, सभी स्तरों पर उपकरणों और स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के प्रशिक्षण में कमी बताया गया है जिस कारण प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा समुदाय की जरूरतों को पूरा करने में विफल रहा अथवा जो सेवाएँ उपलब्ध करा पाया वो निम्न गुणवत्ता की थीं।

#### 4.5 सारांश

वर्ष 2000 तक सभी व्यक्तियों को स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध कराने को लक्ष्य के रूप में देखा जाए तो निश्चित ही यह विफल प्रतीत होता है। हालांकि, एक आंदोलन के रूप में निस्संदेह इसने वैश्विक चेतना में स्वास्थ्य के विषय को प्राथमिकता दिलाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। स्वास्थ्य का विषय अत्यधिक

जटिल विषय है जिसकी पूर्ति कई कारकों और सभी क्षेत्रों के सामूहिक प्रयास पर निर्भर करती है। यह कोई ऐसा विषय भी नहीं है जिसकी पूर्ति सम्पूर्ण रूप से एक निश्चित समय-सीमा के भीतर की जा सके, इसके विपरीत यह निरंतर चलने वाली प्रक्रिया है जो समय और स्थिति के अनुसार संचालित होने की मांग करता है। यदि दिशा सही और सोच सकारात्मक हो तो यह आने वाले समय में अवश्य ही यथार्थ में बदल सकता है। वैश्विक स्तर पर इसी दिशा में एक कदम वर्ष 2000 में शुरू सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (मिलेनियम डेवलपमेंट गोल) और 2015 में शुरू सतत विकास लक्ष्य (सस्टेनेबल डेवलपमेंट गोल) है।

#### 4.6 बोध प्रश्न

- प्रश्न: 1 सभी के लिए स्वास्थ्य का अर्थ स्पष्ट करें।  
 प्रश्न: 2 अल्मा-अट्टा घोषणा के महत्वपूर्ण बिंदुओं की चर्चा कीजिए।  
 प्रश्न: 3 स्वास्थ्य मूल्यांकन हेतु वैश्विक सूचकांक कौन-कौन हैं? विस्तारपूर्वक बताइए।

#### 4.7 संदर्भ एवं उपयोगी पुस्तकें

- World Health Organization, & World Health Organization. (1978). *Alma Ata Declaration*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *the world health report 2003: shaping the future*. Geneva: World Health Organization.
- TO, A. (2003). Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *The Medical Journal of Australia*, 178(1), 17-20.
- Park, K. (2007). *Park's textbook of preventive and social medicine*.

ज्ञान शांति मैत्री

## इकाई 5 सहस्राब्दि विकास लक्ष्य

### इकाई रूपरेखा

- 5.0 उद्देश्य
- 5.1 प्रस्तावना
- 5.2 सहस्राब्दि विकास लक्ष्य
- 5.3 आलोचना
- 5.4 सारांश
- 5.5 बोध प्रश्न
- 5.6 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 5.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद आप –

- सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों की पृष्ठभूमि से परिचित हो सकेंगे।
- सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों को रेखांकित कर सकेंगे।
- सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों की व्याख्या कर सकेंगे।

### 5.1 प्रस्तावना

द्वितीय विश्व युद्ध के समय से ही विश्व में यह अवधारणा जोर पकड़ने लगी कि वैश्विक स्तर पर ऐसी संस्था की जरूरत है जो विभिन्न देशों के बीच सहयोग को बढ़ावा दे और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर शांति और मानव कल्याण को दिशा दे सके। संयुक्त राष्ट्र संघ इस दिशा में एक महत्वपूर्ण संस्था बनी। द्वितीय विश्व युद्ध के बाद के परिदृश्य में विश्व लगभग दो ध्रुवों में तब्दील हो गया। पुराने शासकों ने गुलाम राष्ट्रों को आजाद तो किया परंतु नव स्वतंत्रता प्राप्त करने वाले राष्ट्रों को कई कठिन परिस्थितियों से गुजरना था। दो ध्रुवीय विश्व व्यवस्था में कई राष्ट्र अपने विकास के लिए किसी न किसी गुट के साथ जुड़े। भारत और कुछ अन्य देश थे जो गुटनिरपेक्षता के रास्ते पर चले। इस दौरान लगातार नवीन राष्ट्रों को अपने आधारभूत ढांचे और विकास के लिए काफी मशक्कत करनी पड़ी।

सोवियत रूस के पतन के पश्चात एकध्रुवीय विश्व में भी विकसित राष्ट्रों की तुलना में विकासशील एवं पिछड़े राष्ट्रों की बहस लगातार बनी रही। संयुक्त राष्ट्र संघ एवं उसकी इकाईयों ने देखा कि विकसित एवं विकासशील राष्ट्रों के बीच की खाई बढ़ती जा रही है। बहुत ऐसे राष्ट्र हैं जो गरीबी, हिंसा, बिमारियों, कुपोषण, पेयजल अभाव पर्यावरणीय क्षरण आदि से ग्रसित हैं। राष्ट्रों के बीच की यह असमानता दूर करने के लिए और मानव कल्याण के निहितार्थ सहस्राब्दि विकास लक्ष्य की अवधारणा हमारे सामने प्रस्तुत हुई। इसे

निर्धारित समय अवधि के भीतर प्राप्त करने का लक्ष्य रखा गया और नियमित समीक्षा का निर्धारण भी किया गया ताकि प्रयास केन्द्रित और सटीक किए जा सकें।

## 5.2 सहस्राब्दि विकास लक्ष्य

सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों को 8 सितम्बर 2000 को आयोजित सहस्राब्दि सम्मेलन में संयुक्त राष्ट्र संघ के 189 सदस्य राष्ट्रों ने स्वीकार किया तथा इन लक्ष्यों को वर्ष 2015 तक प्राप्त करने की समय सीमा निर्धारित की। वैश्विक स्तर पर भूमण्डलीकरण एवं सूचना प्रौद्योगिकी के कारण आर्थिक व सामाजिक विकास जैसे मुद्दे किसी एक का नहीं अपितु समस्त विश्व की चिंता बन चुके हैं। अतः यह चिंता व्यक्त की गयी कि कुछ मुद्दों पर वैश्विक सहमति बनें एवं उनके लिए वैश्विक कार्यक्रम बनाए जाएं। इसका परिणाम सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के रूप में सामने आया। वस्तुतः इन लक्ष्यों की पृष्ठभूमि संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा घोषित सहस्राब्दि घोषणा में मिलती है जिसमें स्वतंत्रता, समानता, एकता, सौहार्द, प्रकृति के लिए सम्मान, साझा उत्तरदायित्व इत्यादि का उल्लेख किया गया।



सहस्राब्दि विकास लक्ष्य

Source: <https://i1.wp.com/www.mdgmonitor.org/wp-content/uploads/2015/10/MDGs-notable-challenges.png?fit=719%2C277>

इन लक्ष्यों में 8 लक्ष्य, 21 क्षेत्र तथा 60 संकेतक हैं, इनका विवरण निम्नानुसार किया जा सकता है :

1	भयंकर गरीबी और भुखमरी का उन्मूलन	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1990-2015 के बीच एक डॉलर से कम आय वाले लोगों की संख्या आधी करना</li> <li>● स्त्रियों और युवाओं को शामिल करते हुए</li> </ul>
---	----------------------------------	--

		<p>सभी के लिए पूर्ण और उत्पादक रोजगार तथा सम्मानजनक कार्य उपलब्ध कराना</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1990-2015 के बीच भुखमरी से पीड़ित लोगों की संख्या आधी करना</li> </ul>
2	सार्वभौमिक प्राथमिक शिक्षा प्राप्ति	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2015 तक प्रत्येक लड़के/लड़की को प्राथमिक शिक्षा प्राप्त कराना</li> </ul>
3	जेंडर समानता एवं स्त्री शक्तिकरण को प्रोत्साहन	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2005 तक प्राथमिक व माध्यमिक स्तर तक तथा 2015 तक सभी स्तरों तक जेंडर विभाजन समाप्त करना</li> </ul>
4	बाल मृत्यु दर में कमी	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1990-2015 के बीच 0-5 वर्ष की बाल मृत्युदर में दो-तिहाई कमी लाना</li> </ul>
5	मातृ स्वास्थ्य में सुधार	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1990-2015 के बीच मातृ मृत्यु / मातृ मृत्युदर अनुपात में तीन-चौथाई कमी लाना</li> <li>● 2015 तक प्रजनन स्वास्थ्य तक सभी की पहुँच संभव बनाना</li> </ul>
6	एचआईवी/एड्स, मलेरिया और अन्य बिमारियों का मुकाबला	<ul style="list-style-type: none"> <li>● एचआईवी/एड्स के प्रसार को रोकने का कार्य करना</li> <li>● 2010 तक जरूरतमंदों को एचआईवी/एड्स के उपचार की सार्वभौमिक पहुँच उपलब्ध कराना</li> <li>● मलेरिया व अन्य बिमारियों के प्रसार को रोकने का कार्य करना</li> </ul>
7	टिकाऊ पर्यावरण को सुनिश्चित करना	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2010 तक देश की नीतियों और कार्यक्रमों में टिकाऊ विकास के सिद्धांतों को शामिल करना एवं पर्यावरणीय संसाधनों के नुकसान को कम करना</li> <li>● जैव विविधता नुकसान की दर में महत्वपूर्ण कमी लाना और नुकसान को कम करना</li> <li>● स्वच्छ पेयजल एवं स्वच्छता से वंचित लोगों की संख्या 2015 तक आधी करना</li> <li>● 2020 तक गंदी बस्तियों में रहने वाले 100</li> </ul>

		मिलियन लोगों की जिंदगी में महत्वपूर्ण सुधार करना
8	विकास के लिए वैश्विक साझेदारी विकसित करना	<ul style="list-style-type: none"> <li>● एक मुक्त व्यापार एवं वित्तीय व्यवस्था का विकास करना जो कानूनी, पूर्वानुमेय और अभेदकारी हो। इसमें अच्छा शासन, विकास और राष्ट्रीय – अंतरराष्ट्रीय निर्धनता उन्मूलन शामिल है।</li> <li>● बहुत कम विकसित राष्ट्रों की विशेष जरूरतों पर ध्यान केंद्रित करना। इसमें उनके निर्यातों के लिए कर और कोटा मुक्त प्रयास; अत्यधिक ऋणग्रस्त गरीब राष्ट्रों के लिए ऋणमाफी; आधिकारिक द्विपक्षीय ऋण की समाप्ति तथा निर्धनता उन्मूलन हेतु समर्पित राष्ट्रों के लिए ज्यादा उदार आधिकारिक सहायता अनुदान देना शामिल है।</li> <li>● स्थलरुद्ध (Landlocked) तथा छोटे प्रायद्वीपीय देशों की विशेष जरूरतों पर ध्यान देना।</li> <li>● दीर्घकाल में ऋण के उचित उपयोग को बनाए रखने के लिए राष्ट्रीय अंतरराष्ट्रीय मापक द्वारा विकासशील राष्ट्रों की ऋण समाप्ति पर विस्तृत चर्चा करना।</li> <li>● दवा कंपनियों के सहयोग से विकासशील देशों में सस्ती दवाओं पर अनिवार्य दवाईयां उपलब्ध कराना</li> <li>● निजी क्षेत्र के सहयोग से सूचना एवं संचार की नवीन तकनीकों का लाभ सभी को उपलब्ध कराना</li> </ul>

इन लक्ष्यों द्वारा विकासको मानवीय विकास के संदर्भ में देखा गया केवल आय के आधार पर नहीं। इसमें वैश्विक स्तर पर वैश्विक मुद्दों से संबंधित कार्यक्रम बना कर काम करने को संभव करने का प्रयास किया गया। 20-22 सितम्बर 2010 को इन लक्ष्यों की प्राप्ति की पुनर्समीक्षा बैठक सम्पन्न हुई जिसमें एक वैश्विक कार्य योजना को स्वीकार किया गया ताकि 2015 तक लक्ष्यों को प्राप्त किया जा सके।

संयुक्त राष्ट्र ने 6 जुलाई 2015 को सहस्राब्दि विकास लक्ष्य रिपोर्ट 2015 (Millennium Development Goals Report 2015) जारी की। संयुक्त राष्ट्र द्वारा जारी यह रिपोर्ट आर्थिक और सामाजिक मसलों में सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों की दिशा में वैश्विक और क्षेत्रीय प्रगति का आंकलन है। इससे संबंधित मुख्य विवरण निम्नानुसार है-

- 1990 के बाद से लगभग एक अरब से ज्यादा लोगों को गरीबी से बाहर निकाला गया है।
- इन लक्ष्यों ने विश्व इतिहास के सबसे बड़े निर्धनता उन्मूलन अभियान को क्रियान्वित किया है जिससे भूखमरी और शिक्षा के क्षेत्र में सुधार संभव हुआ।
- इस अंतिम रिपोर्ट में कहा गया है कि अभी निर्धनता उन्मूलन हेतु और अधिक प्रयास करने की जरूरत है।
- अत्यधिक गरीबी में रहने वालों का अनुपात आधा करने का लक्ष्य 2010 में ही प्राप्त कर लिया गया था।
- वैश्विक स्तर पर रोजाना 1.5 डॉलर से कम पर जीवन बसर करने वाले लोगों का अनुपात 1991 के 36 प्रतिशत से घटकर 15 प्रतिशत हुआ है।
- वैश्विक स्तर पर अत्यन्त गरीबी की दर में दो तिहाई से अधिक की गिरावट हुई है।

सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के बाद संधारणीय विकास लक्ष्य (Sustainable Development Goals-SDG) भविष्य के अंतरराष्ट्रीय विकास संबंधित लक्ष्यों के सेट हैं। इन्हें संयुक्त राष्ट्र द्वारा संधारणीय विकास के लिए बनाया गया है और इन्हें वैश्विक लक्ष्यों के तरह प्रचारित प्रसारित किया गया है। 2015 के अंत में सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के निरस्त हो जाने पर संधारणीय विकास लक्ष्य उनको प्रतिस्थापित कर रहे हैं। यह लक्ष्य 2015 से 2030 तक चलेगा। उन लक्ष्यों के लिए 17 लक्ष्य और 169 विशिष्ट लक्ष्य हैं।

अगस्त 2015 में 193 देश निम्नलिखित 17 लक्ष्यों पर सहमत हो गये:

1. पूरे विश्व से गरीबी के सभी रूपों की समाप्ति।
2. भूख की समाप्ति, खाद्य सुरक्षा और बेहतर पोषण और टिकाऊ कृषि को बढ़ावा।
3. सभी आयु के लोगों में स्वास्थ्य सुरक्षा और स्वस्थ जीवन को बढ़ावा।
4. समावेशी और न्यायसंगत गुणवत्ता युक्त शिक्षा सुनिश्चित करने के साथ ही सभी को सीखने का अवसर देना।
5. लैंगिक समानता प्राप्त करने के साथ ही महिलाओं और लड़कियों को सशक्त करना।
6. सभी के लिए स्वच्छता और पानी के सतत प्रबंधन की उपलब्धता सुनिश्चित करना।
7. सस्ती, विश्वसनीय, टिकाऊ और आधुनिक ऊर्जा तक पहुंच सुनिश्चित करना।
8. सभी के लिए निरंतर समावेशी और सतत आर्थिक विकास, पूर्ण और उत्पादक रोजगार, और बेहतर कार्य को बढ़ावा देना।
9. लचीले बुनियादी ढांचे, समावेशी और सतत औद्योगीकरण को बढ़ावा।
10. देशों के बीच और भीतर असमानता को कम करना।
11. सुरक्षित, लचीले और टिकाऊ शहर और मानव बस्तियों का निर्माण।

12. स्थायी खपत और उत्पादन पैटर्न को सुनिश्चित करना।
13. जलवायु परिवर्तन और उसके प्रभावों से निपटने के लिए तत्काल कार्रवाई करना।
14. स्थायी सतत विकास के लिए महासागरों, समुद्र और समुद्री संसाधनों का संरक्षण और उपयोग।
15. सतत उपयोग को बढ़ावा देने वाले स्थलीय पारिस्थितिकीय प्रणालियों, सुरक्षित जंगलों, भूमि क्षरण और जैव विविधता के बढ़ते नुकसान को रोकने का प्रयास करना।
16. सतत विकास के लिए शांतिपूर्ण और समावेशी समितियों को बढ़ावा देने के साथ ही सभी स्तरों पर इन्हें प्रभावी, जवाबदेह बनना ताकि सभी के लिए न्याय सुनिश्चित हो सके।
17. सतत विकास के लिए वैश्विक भागीदारी को पुनर्जीवित करने के अतिरिक्त कार्यान्वयन के साधनों को मजबूत बनाना

### 5.3 आलोचना

इन लक्ष्यों को निम्नलिखित आलोचना की जाती है :

1. अपने मूल प्रारूप में 2015 के बाद की कोई चर्चा नहीं की गयी है। यद्यपि संधारणीय विकास लक्ष्यों को प्रस्तुत किया गया है परंतु वह भी सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों की तरह परिभाषित किए गए हैं।
2. सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों को विकसित देशों के अनुकूल बनाया गया है।
3. इन लक्ष्यों को निर्धारित करने और प्राप्ति में राजनीतिक, सांस्कृतिक अधिकारों पर कम ध्यान दिया गया है।
4. इन पर काम करना राष्ट्रों के लिए स्वैच्छिक है।
5. अंतरराष्ट्रीय राजनीति के प्रभावों की उपेक्षा की गई है कि किस तरह विकसित राष्ट्र अपने आर्थिक, राजनीतिक और सैन्य हितों को बनाए रखने के लिए गरीब एवं कमजोर राष्ट्रों को आर्थिक सहायता प्रदान करते हैं।

फिर भी यह कहना अतिशयोक्ति नहीं होगा कि सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों ने सारे विश्व का ध्यान इस ओर खींचा कि वैश्विक स्तर पर ऐसे कई मुद्दे हैं जो मानव कल्याण हेतु जरूरी हैं और उन पर समयबद्ध कार्य करने की आवश्यकता है। अपनी तमाम आलोचनाओं के बावजूद हर राष्ट्र ने इन लक्ष्यों के मुताबिक काम करने का प्रयास किया और सरकारी नीतियों में इन्हें लक्ष्यों की तरह रख कर कार्यक्रम संचालित किए। इन्हीं प्रयासों के कारण बहुत सारे निर्देशांकों में बहुत अच्छा परिणाम भी आया है। यही इसकी सफलता भी कही जा सकती है।

### 5.4 सारांश

इस इकाई में हमने यह जाना कि द्वितीय विश्वयुद्धोत्तर परिदृश्य में अनेक नव स्वतंत्र राष्ट्रों को कई कठिनाईयों का सामना करना पड़ा। विकसित, विकासशील और पिछड़े राष्ट्रों के बीच असमानता की खाई काफी बढ़ती गई। संयुक्त राष्ट्र संघ जैसी संस्था को मानव कल्याण एवं शांति हेतु यह आवश्यक लगा कि वैश्विक सहयोग से भूखमरी, गरीबी, अशिक्षा, बीमारी, हिंसा से मुक्ति पाई जाए। इन्हीं प्रयासों का परिणाम सहस्राब्दि विकास

लक्ष्यों के रूप में सामने आया। इन विकास लक्ष्यों को प्रमुखतः 8 लक्ष्यों में विभाजित किया गया। इन लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु किए गए प्रयासों की निर्धारित समय अवधि पर समीक्षा की गई जिससे किए जा रहे प्रयासों को बेहतर किए जाने के सुझाव दिए गए। लगभग हर पांच वर्ष में समीक्षा तैयार की गई। वर्ष 2015 में संयुक्त राष्ट्र द्वारा जारी रिपोर्ट में इसके बेहतर परिणामों की चर्चा की गई। इस वर्ष 2015 में नवीन कार्ययोजना के अंतर्गत संधारणीय विकास लक्ष्यों को प्रस्तुत किया गया।

### 5.5 बोध प्रश्न

1. सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों की आवश्यकता क्यों हुई ?
2. सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों पर प्रकाश डालिए।
3. सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों की समालोचना कीजिए।
4. संधारणीय विकास लक्ष्यों का उल्लेख कीजिए।

### 5.6 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- गुसेन्स, यान्ने. (2007) अल्टरनेटिव प्रोग्रेस इंडिकेटर्स टू ग्रोस डोमेस्टिक प्राडक्ट्स एस ए मीन्स टूवर्ड्स सस्टेनेबल डवलपमेंट. ब्रूसेल्स :पॉलिसी डिपार्टमेंट.
- वर्ल्ड कमीशन ऑन एनवार्यनमेंट एंड डवलपमेंट.( 1987). आवर कॉमन फ्यूचर.ऑक्सफोर्ड: ऑक्सफोर्ड यूनिवर्सिटी प्रेस
- मोर्स,एस.( 2004), इंडिक्स एंड इंडीकेटर्स इन डवलपमेंट : एन अनहेल्थी ऑबसेशन विथ नंबर्स.लंदन : अर्थस्केन.
- रीड,डेविस(1995).सस्टेनेबल डवलपमेंट : एन इंट्रोडक्टरी गाइड. लंदन : अर्थस्केन.
- दुबे, श्यामाचरण (2000). विकास का समाजशास्त्र., नई दिल्ली : वाणी प्रकाशन (द्वितीय संस्करण )
- [http://hi.wikipedia.org/wiki/पारिस्थितिक\\_पदचिन्ह](http://hi.wikipedia.org/wiki/पारिस्थितिक_पदचिन्ह) access on May 4,2012
- United Nations. (2007) *The UN Millennium Development Goals*. New York: United Nations.  
Available at <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- UNRISD (United Nations Research Institute on Social Development)( 1970). *Contents and*
- *Measurement of Socioeconomic Development*. Geneva: UNRISD.
- <http://hdr.undp.org/en/humandev/>

- Stephen Morse, "Development indicators and indices". Encyclopedia of Earth. Eds. Cutler J. Cleveland (Washington, D.C.: Environmental Information Coalition, National Council for Science and the Environment). February 20, 2007
- Rahnama, M. and Bawtree, V. (eds). (1997). *The Post-Development Reader*. London: Zed.
- United Nations (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*  
[http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%2015%20summary%20web\\_english.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%2015%20summary%20web_english.pdf)



## खंड – 3

स्वास्थ्य शोध, संचार एवं समाज कार्य

ज्ञान शांति मैत्री

## इकाई – 1 स्वास्थ्य सूचना एवं सांख्यिकी

### इकाई रूपरेखा

#### 1.0 उद्देश्य

#### 1.1 प्रस्तावना

#### 1.2 स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के आयाम

#### 1.3 भारत में जन स्वास्थ्य सूचना के स्रोत

#### 1.4 जन स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था की कमियाँ

#### 1.5 सारांश

#### 1.6 बोध प्रश्न

#### 1.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

#### 1.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद आप –

- सामुदायिक स्वास्थ्य के अंतर्गत स्वास्थ्य सूचना एवं सांख्यिकी की अवधारणा को स्पष्ट कर सकेंगे।
- स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के आयामों को रेखांकित कर सकेंगे।
- जन स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के स्रोतों को व्याख्यायित कर सकेंगे।

#### 1.1 प्रस्तावना

स्वास्थ्य के क्षेत्र में नीति-निर्माण का आधार स्रोत महत्वपूर्ण एवं विश्वसनीय सूचना ही होती है। स्वास्थ्य नीति, क्रियान्वयन, संचालन, स्वास्थ्य शोध, मानव संसाधन विभाग, सेवा प्रदाय व्यवस्था, वित्तीय सहायता आदि कार्यों के लिए सूचना महत्वपूर्ण है। स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के अंतर्गत चार कार्य होते हैं –

- आँकड़ा इकट्ठा करना
- आँकड़ा संपादन
- विश्लेषण एवं रिपोर्ट
- इसका उपयोग एवं प्रचार-प्रसार

स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के अंतर्गत स्वास्थ्य क्षेत्र एवं इससे जुड़े क्षेत्रों से आँकड़ा इकट्ठा किया जाता है। इनकी गुणवत्ता व विश्वसनीयता परखे जाने के उपरांत विश्लेषण किया जाता है। इन विश्लेषणों से प्राप्त निष्कर्षों के आधार पर रिपोर्ट बनाई जाती है। ये रिपोर्ट ही आगे चलकर नीति-निर्माण में मददगार होती है। स्वास्थ्य सूचना प्रदाय व्यवस्था (Health Information Delivery System) का उद्देश्य स्वास्थ्य क्षेत्र संबंधी चेतावनी देना; स्वास्थ्य प्रबंधन करना; योजना बनाने में मदद करना; शोध को बढ़ावा देना; विश्लेषण एवं रिपोर्ट देना एवं स्वास्थ्य सूचनाओं का प्रचार-प्रसार करना है।

स्वास्थ्य सूचना में निम्नलिखित जानकारी शामिल होती है –

- स्वास्थ्य निर्धारक (सामाजिक, आर्थिक, पर्यावरणीय, व्यवहारगत, वंशानुगत तत्व आदि) एवं समकालीन परिवेश की जानकारी।
- स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था, मानव व वित्तीय संसाधन, लागत, सुविधाएँ एवं उपकरण स्वास्थ्य से जुड़ी आधारभूत संरचना, स्वास्थ्य से जुड़ी नीतियाँ और संगठन संबंधी सूचना।
- स्वास्थ्य सूचना और सुविधाओं का प्रयोग, गुणवत्ता, पहुँच तथा उपलब्धता; जरूरतमंदों के प्रति इसकी प्रतिक्रिया एवं वित्तीय जोखिम संबंधी सूचना।
- स्वास्थ्य परिणाम (मृत्युदर, महामारी, स्वास्थ्य स्थिति, विकलांगता आदि)
- स्वास्थ्य असमानता (Inequities) (निर्धारकों, सेवा क्षेत्रों की पहुँच के संदर्भ में)

स्वास्थ्य सूचना सुनिश्चित करती है कि वह सूचना विश्वसनीय, उपयोगी, सरल और तुलनीय हो।

## 1.2 स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के आयाम

स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था का कार्य है कि वह ऐसी सूचना प्रदान करे जिससे सभी स्तरों पर स्वास्थ्य से संबंधित समस्या को पहचानने तथा स्वास्थ्य नीति व संसाधनों के सर्वोत्तम प्रयोग हेतु निर्णय लिए जा सकें। स्वास्थ्य सूचना के चार आयाम सकते हैं :

1. व्यक्तिगत
2. स्वास्थ्य सुविधाएँ
3. जनसंख्या
4. सार्वजनिक/जन स्वास्थ्य

व्यक्तिगत स्तर से संबंधित आँकड़ों में व्यक्ति की जानकारी, स्वास्थ्य जरूरतें, उपचार आदि शामिल होते हैं जिससे उपचार संबंधी निर्णय में मदद मिल सके। इनके आधार पर व्यक्तिगत चिकित्सीय सहायता मिलती है। स्वास्थ्य सुविधाओं संबंधी आँकड़ों में प्रदत्त सुविधाएँ एवं प्रशासनिक प्रक्रियाओं संबंधी सूचनाएं शामिल है। इसमें दवाई रिकार्ड, संसाधन उपलब्धता, उपकरण एवं आपूर्ति तथा सामुदायिक कार्य संबंधी सूचनाएं शामिल की जाती है।

जनसंख्या संबंधी आँकड़े जन स्वास्थ्य नीति निर्माण एवं निर्णय हेतु अत्यंत महत्वपूर्ण है। घरेलू सर्वे बहुत से देशों में आँकड़ें इकट्ठा करने का मुख्य स्रोत है। इसके जरिए व्यक्तिगत विश्वास, व्यवहार एवं आदतों के बारे में अच्छी जानकारी मिलती है जो स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के प्रमुख निर्धारकों में से है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य निगरानी सूचनाओं के जरिए समस्या को पहचानने परिभाषित करने एवं समयबद्ध कार्यक्रम बनाने में मदद मिलती है। महामारी के समय यह बहुत महत्वपूर्ण है।

प्रत्येक देश में स्वास्थ्य सूचनाओं की सटीकता एवं विश्वसनीयता पर ध्यान दिया जाता है। प्रत्येक देश यह प्रयास करता है कि स्वास्थ्य सूचनाएं अच्छी तरह से प्राप्त हो ताकि विश्वसनीय रिपोर्ट, नीति निर्माण एवं क्रियान्वयन हो सके।

भारतीय जन स्वास्थ्य व्यवस्था से संबंधित महत्वपूर्ण परिवर्तन नौवीं पंचवर्षीय योजना (1997-2002) के अंतर्गत आए और आगे चलकर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत काफी महत्वपूर्ण बदलाव आए। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन ने परिवार कल्याण और स्वास्थ्य सेवाओं एवं सुविधाओं को एक साथ लाकर कार्य किया।

### स्वास्थ्य सूचना प्रणाली के लाभ –

- सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में हुई प्रगति का ब्यौरा उपलब्ध होता है।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रभावों और उपलब्धियों की जानकारी प्राप्त होती है।
- सामुदायिक सहभागिता जुड़े पहलुओं की जानकारी प्राप्त होती है।
- स्वास्थ्य नीति एवं कार्यक्रम के बारे में विश्वसनीय एवं आधारभूत सामग्री प्राप्त होती है।
- नियोजन हेतु चुनौतियों और उपलब्ध संसाधनों की जानकारी प्राप्त होती है।
- क्षेत्र विशेष/रोग विशेष से संबंधित निर्णय लेने के लिए प्रमाण प्राप्त होते हैं।
- भावी नियोजन, नीति और कार्यक्रमों हेतु दिशा मिलती है।
- स्वास्थ्य एवं अन्य विकास के क्षेत्रों के अंतर्संबंधों की पड़ताल करने में सहायता मिलती है।
- लागत कुशलता एवं बेहतर प्रदर्शन के बीच सामंजस्य हेतु जानकारी प्राप्त होती है।
- लोगों की स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के प्रति मनोवृत्ति का ज्ञान होता है।
- सफल कार्यान्वयन हेतु दिशा निर्देश प्राप्त होते हैं।

### 1.3 भारत में जन स्वास्थ्य सूचना के स्रोत

भारत में जन स्वास्थ्य सूचना के निम्नलिखित स्रोत हैं-

1. **जनगणना (Census)**- भारत में दस सालों में एक बार जनगणना की जाती है। इस वृहद प्रक्रिया से जनसंख्या के आकार एवं विभिन्न जनांकिकीय आँकड़ों की जानकारी प्राप्त होती है जिसमें लिंग, आयु जैसी जानकारी के साथ-साथ सामाजिक, आर्थिक और सांस्कृतिक पक्ष की जानकारी भी मिलती है।
2. **स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना व्यवस्था (Health Management Information System – HMIS)** – इस व्यवस्था के अंतर्गत भारत के हर जिले से प्रत्येक महीने सूचना प्राप्त की जाती है। एक वेब आधारित पोर्टल (<https://nhrm-mis.nic.in/>) के जरिए सूचना एकत्रित की जाती है।
3. **जन्म-मृत्यु पंजीकरण** – भारत में भी हर देश की भाँति जन्म-मरण एवं विवाह के आंकड़ों का रिकॉर्ड रखा जाता है। भारत में जन्म-मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 के अनुसार प्रत्येक पंजीकृत मृत्यु का रिकॉर्ड रखना अनिवार्य है ठीक इसी तरह जन्म की सूचना भी रिकॉर्ड कराना अनिवार्य है।
4. **नमूना पंजीकरण प्रणाली (Sample Registration System)** - भारत में ही दस साल में जनगणना की जाती है। इस बीच जनसंख्या से संबंधित महत्वपूर्ण आँकड़े नमूना पंजीकरण प्रणाली से प्राप्त किए जाते हैं। इस व्यवस्था द्वारा व्यापक स्तर पर जनसांख्यिकीय सर्वे आयोजित कर जन्म

दर, मृत्यु दर, प्रजनन दर आदि के आँकड़े एकत्रित किए जाते हैं। नमूना पंजीकरण प्रणाली द्वारा हर वर्ष इन आँकड़ों को प्रकाशित किया जाता है। भारत के महापंजीयक द्वारा वर्ष 1964-65 में इसकी शुरुआत की थी। उसका उद्देश्य शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में राष्ट्रीय एवं राज्य स्तर पर जन्म-मृत्यु के विश्वसनीय अनुमान प्रदान करना है। साथ स्वास्थ्य से जुड़े प्रजनन दर आदि मानकों का भी अध्ययन शामिल है।

5. **रोग निगरानी** – इंटीग्रेटेड डिजीज सर्वेलांस प्रोजेक्ट (IDSP) (2004) द्वारा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा संक्रामक रोगों के बारे में आँकड़े एकत्रित करने की सुविधा शुरू की। इस एकीकृत योजना द्वारा सभी आँकड़े एक साथ एकत्रित करने में सुविधा हुई। आगे चलकर गैर संक्रामक बीमारियों को भी इसमें शामिल किया गया।
6. **स्वास्थ्य सर्वेक्षण** – इसके अंतर्गत तीन महत्वपूर्ण स्वास्थ्य सर्वेक्षण आते हैं -

1. राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (National Family Health Survey – NFHS)
2. जिला स्तर घरेलू एवं सुविधा सर्वेक्षण (District level Household and facility survey – DLHS)
3. वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (Annual Health Survey)

एनएफएचएस भारत का वृहद, अनेक स्तरीय सर्वेक्षण है जो प्रतिनिधित्वपूर्ण है। इसे 6 वर्ष के अंतराल पर किया जाता है। इस सर्वेक्षण के आधार पर निम्नलिखित क्षेत्रों की राष्ट्रीय एवं राज्य स्तरीय सूचना प्राप्त होती है –

- प्रजनन
- शिशु एवं बाल मृत्यु दर
- परिवार नियोजन
- पुनरूत्पादन स्वास्थ्य
- पोषण
- रक्त अल्पता
- स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन सुविधाओं का उपयोग
- स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन सुविधाओं की गुणवत्ता

इन समस्त सूचनाओं के दो लक्ष्य होते हैं –

1. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण पर विश्वसनीय एवं महत्वपूर्ण आँकड़ें मंत्रालयों एवं अन्य एजेंसियों को प्रदान करना।
2. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के उभरते मुद्दों पर सूचना प्रदान करना।

डीएलएचएस भी जिला स्तर पर परिवार नियोजन, मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य, पुनरूत्पादन स्वास्थ्य, स्वास्थ्य सुविधाओं के उपयोग आदि से संबंधित आँकड़ों प्रदान करता है।

वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अंतर्गत वार्षिक आधार पर देश के लोगों के स्वास्थ्य से संबंधित महत्वपूर्ण रिपोर्ट एवं जानकारी प्रकाशित की जाती है। इसके अंतर्गत स्वास्थ्य की प्रमुख सुविधाओं एवं क्षेत्रों के महत्वपूर्ण निर्देशांक तय किए जाते हैं और यह जानने की कोशिश की जाती है कि सरकार द्वारा किए गए हस्तक्षेपों, नीति निर्माण आदि का क्या असर हुआ है।

7. **राष्ट्रीय रोग सूचना एवं शोध केंद्र** (National Centre for Disease Informatics and Research - NCDIR) – यह भारतीय चिकित्सा शोध परिषद (आईसीएमआर) की एक शाखा है जो भारत में विभिन्न रोग पंजीकरण के लिए उत्तरदायी है। यह स्वास्थ्य मंत्रालय, राज्य सरकारों चिकित्सा संस्थानों एवं अन्य समूहों के साथ मिलकर आँकड़े जुटाती है। निम्नलिखित विभिन्न संस्थाएं जन स्वास्थ्य सूचनाएं एकत्रित करती है –

➤ **सेंट्रल ब्यूरो ऑफ हेल्थ इंटेलिजेंस (सीबीएचआई)** – यह एक महत्वपूर्ण संस्था है। इसके उद्देश्य निम्नानुसार हैं-

- राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल को बनाना एवं प्रचार-प्रसार करना।
- स्वास्थ्य क्षेत्र से जुड़ी जानकारी रखना एवं अद्यतन करना।
- भारत में सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं की निगरानी।
- स्वास्थ्य क्षेत्र से जुड़े कार्यों में क्षमता एवं मानव संसाधन निर्माण।
- आवश्यकता आधारित संक्रियात्मक शोध करना।
- भारत में सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों के अंतर्गत स्वास्थ्य क्षेत्र की समीक्षा करना।

यह संस्था पूरे वर्ष आँकड़ें एकत्रित करती है। यह आँकड़ें राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रोफाइल में प्रकाशित किए जाते हैं जिन्हें छह क्षेत्रों के अंतर्गत बताया जाता है –

- जनसांख्यिकीय निर्देशांक
- सामाजिक-आर्थिक निर्देशांक
- स्वास्थ्य स्तर निर्देशांक
- स्वास्थ्य वित्त निर्देशांक
- स्वास्थ्य क्षेत्र में मानव संसाधन
- स्वास्थ्य क्षेत्र में आधारभूत संरचना

➤ **स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय का सांख्यिकी विभाग** – यह भारत में जन स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना व्यवस्था के लिए उत्तरदायी संस्थान है। यह वित्तीय एवं आधारभूत संरचना प्रदान करता एवं उसकी निगरानी करता है। यह स्वास्थ्य क्षेत्र से संबंधित सांख्यिकी को एकत्रित करता एवं नीतिगत प्रस्तावों के लिए प्रस्तुत करता है।

➤ **राष्ट्रीय प्रतिदर्श सर्वेक्षण कार्यालय (एनएसएसओ)** - इसके स्वास्थ्य संबंधी सामाजिक उपभोग सर्वेक्षण, स्वास्थ्य क्षेत्र से संबंधित प्राथमिक मात्रात्मक जानकारी जैसे रूग्णता, अस्पताल में भर्ती, महिलाओं द्वारा

प्रसव पूर्व और प्रसव उपरांत देखभाल की प्राप्ति, सार्वजनिक और निजी क्षेत्रों से प्राप्त उपचार पर किया गया स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय, आयुष्य द्वारा उपचार का उपयोग और लागत आदि के मुख्य स्रोत हैं। इनका उपयोग योजना, नीति-निर्माण, निर्णय लेने में सहायता हेतु और विभिन्न सरकारी संगठनों, शिक्षाविदों, शोधकर्ताओं तथा विद्वानों द्वारा आगे विश्लेषणात्मक अध्ययन में इनपुट के तौर पर किया जाता है। यह एक बहुआयामी, सतत एवं एकीकृत प्रतिदर्श के रूप में स्वीकारा जाता है।

#### 1.4 जन स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था की कमियाँ

जन स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के बारे में हमने जाना कि इसका प्रबंधन कितना महत्वपूर्ण है और नागरिकों के सर्वांगीण कल्याण में इसकी भूमिका कितनी महत्वपूर्ण है। इतनी महत्वपूर्ण भूमिका होते हुए भी यह क्षेत्र काफी समस्याओं का सामना कर रहा है। इनमें से कुछ समस्याओं/कमियों को निम्नानुसार बताया जा सकता है-

1. **मानव संसाधन की कमी** – स्वास्थ्य क्षेत्र जनसंख्या के हिसाब से कर्मचारियों की कमी से जूझ रहा है। इस क्षेत्र में चिकित्सकों, सहकर्मियों एवं अन्य कर्मचारियों की बहुत कमी है।
2. **आधारभूत संरचना की कमी** – बहुत सारे स्वास्थ्य केंद्रों में आधारभूत संरचना की कमी स्पष्ट रूप से दिखाई देती है। कहीं-कहीं जिला अस्पतालों में भी बुनियादी सुविधाओं का अभाव है। इसके अतिरिक्त कार्यरत कर्मचारियों के लिए आवास आदि की भी कमी है जिस कारण अच्छे चिकित्सक गाँवों में जाना पसंद नहीं करते हैं।
3. **वित्तीय संसाधन की कमी** – विभिन्न सरकारों द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र पर खर्च करने के बावजूद भी जनसंख्या के लिहाज से काफी कमी है।
4. **निजी क्षेत्र का फैलाव** – स्वास्थ्य क्षेत्र को निजी क्षेत्र के लिए खोलने के पश्चात यह आशा की जाती थी कि इससे प्रतिस्पर्धा बढ़ेगी और जनता को कम कीमत पर गुणवत्तापूर्ण सुविधाएं प्राप्त होगी जबकि हकीकत में लोगों को स्वास्थ्य सुविधाएं काफी महंगी प्राप्त हो रही हैं। साथ ही इनसे सूचना प्राप्त करना भी कठिन कार्य है।
5. **आँकड़ों की सुरक्षा का प्रश्न** – सरकार द्वारा विभिन्न सुविधाओं के लिए आधार कार्ड जैसे दस्तावेज अनिवार्य कर दिए गए हैं। ऐसे में यह बहुत महत्वपूर्ण सवाल है कि इसके जरिए व्यक्ति के बीमारी संबंधी आँकड़ों किन्हीं गलत हाथों में न जाएं।

#### 1.5 सारांश

इस इकाई में हमने जाना कि जन स्वास्थ्य सूचना का क्या अर्थ है? जन स्वास्थ्य सूचना कैसे कार्य करती है? इसके अंतर्गत किन क्षेत्रों/आयामों को ध्यान रखा जाता है? हमने यह भी जाना कि जन स्वास्थ्य सूचना में किन आयामों को शामिल किया जाता है। भारत में जन स्वास्थ्य सूचना के विभिन्न अंगों की जानकारी प्राप्त की। जिन संस्थानों के जरिए यह आँकड़ों एकत्रित किए जाते हैं, उनके बारे में हमने जाना। भारत में जन/सूचना व्यवस्था को लेकर कई समस्याएं हैं जिससे प्रभावी जन स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था के सुचारू सम्पादन में समस्याएं आती हैं।

## 1.6 बोध प्रश्न

1. स्वास्थ्य सूचना का आशय स्पष्ट कीजिए।
2. स्वास्थ्य सूचना के आयामों पर प्रकाश डालिए।
3. स्वास्थ्य सूचना के स्रोतों का उल्लेख कीजिए।
4. जन स्वास्थ्य सूचना व्यवस्था की कमियों पर प्रकाश डालिए।

## 1.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

Rodriguez, M., Singh, G & Setzer, J.(May 2014). *Synthesis Report of Health Information Systems in India*.Bethesds,MD : Health Finance & Governance Project, Bt Association Inc.

Suryakantha,AH(2014). *Community Medicine with Recent Advances*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.

Wennerholm,Peter,Muranyi,A. & Roy, Yasmin Zaveri(2013). *Overview and Quality Improvements*. Sweden:Swedish Agency for Growth Policy Analysis.

WHO(June 2008). *Toolkit on monitoring health systems strengthening Health Information System*.Geneva : World Health Organisation.

[www.nhrm-mis.nic.in](http://www.nhrm-mis.nic.in)

[www.censusindia.gov.in](http://www.censusindia.gov.in)



## इकाई 2 स्वास्थ्य व्यवस्था शोध

### इकाई की रूपरेखा

#### 2.0 उद्देश्य

##### 2.1 प्रस्तावना

##### 2.2 स्वास्थ्य व्यवस्था शोध के आवश्यक तत्व

##### 2.3 स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में प्रयुक्त विधियाँ

##### 2.4 स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की चुनौतियाँ और संभावनाएं

##### 2.5 सारांश

##### 2.6 बोध प्रश्न

##### 2.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

#### 2.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के बाद आप –

1. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध से परिचित हो सकेंगे।
2. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध के तत्वों की व्याख्या कर सकेंगे।
3. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में प्रयुक्त प्रविधियों को रेखांकित कर सकेंगे।

#### 2.1 प्रस्तावना

किसी भी समस्या/प्रश्न का समाधान/उत्तर खोजने के लिए आँकड़ों का संकलन, विश्लेषण एवं व्याख्या शोध कहलाता है। इसमें परिस्थिति से संबंधित सैद्धांतिक दृष्टि एवं प्रविधि के प्रश्न भी महत्वपूर्ण होते हैं। इस प्रक्रिया में समस्या कथन, उद्देश्य, परिकल्पना और व्यवस्थित शोध योजना की भूमिका अत्यंत महत्वपूर्ण है। शोध प्रक्रिया में गुणात्मक एवं मात्रात्मक शोध पद्धति का उल्लेख किया जाता है। पिछले कुछ वर्षों से मिश्रित शोध पद्धति का प्रयोग बढ़ता जा रहा है।

स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में क्षेत्र आँकड़ों के आधार पर निष्कर्ष निकालकर स्वास्थ्य व्यवस्था को बेहतर करने का प्रयास किया जाता है। पहले इसे स्वास्थ्य सेवा शोध के नाम से जाना जाता था बाद में 1980 के दशक में इसे स्वास्थ्य व्यवस्था शोध कहा जाने लगा। यह अपना ध्यान सम्पूर्ण स्वास्थ्य व्यवस्था पर केंद्रित करता है जिसमें व्यवस्था एवं शोध दोनों शामिल हैं।

स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की परिभाषा निम्नानुसार है-

यह महामारी विज्ञान, समाजशास्त्रीय, आर्थिक एवं अन्य विज्ञानों/अनुशासनों का स्वास्थ्य सेवाओं के अध्ययन हेतु संयुक्त प्रयास है। स्वास्थ्य व्यवस्था शोध स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता माँग, पूर्ति, उपयोग और परिणाम के बीच अन्तर्संबंधों से संबंधित अध्ययन है। सारतः इस शोध का उद्देश्य स्वास्थ्य संरचना, प्रक्रिया, परिणाम और संभावनाओं का अध्ययन करना है। (महामारी विज्ञान शब्दकोश)

स्वास्थ्य व्यवस्था शोध को एक बहु विषयी वैज्ञानिक अनुसंधान के रूप में बताया जा सकता है जिसमें यह देखा जाता है कि सामाजिक आयाम, वित्तीय संरचना, सांगठनिक ढाँचा और प्रक्रियाएं, स्वास्थ्य तकनीक और वैयक्तिक व्यवहार किस तरह से स्वास्थ्य देखभाल, स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता व लागत तथा स्वास्थ्य एवं मानव कल्याण को प्रभावित करते हैं। इसके शोध क्षेत्रों में व्यक्ति, परिवार, संगठन, संस्था, समुदाय और सम्पूर्ण जनसंख्या शामिल होती है।

इसके अंतर्गत यह देखा जाता है कि एक समाज अपने स्वास्थ्य की रक्षा किस प्रकार करता है; स्वास्थ्य की बेहतरी के लिए वह कैसे योजना बनाते और क्रियान्वित करते हैं; इस पूरी प्रक्रिया में विभिन्न भूमिका कौन-कौन से व्यक्ति/संस्थान निभाते हैं। स्वास्थ्य व्यवस्था शोध के माध्यम से ज्यादा प्रभावी, उचित और दूरगामी स्वास्थ्य नीतियों और व्यवस्था के लिए सशक्त सामाजिक रूप से उपयुक्त एवं नैतिकतापूर्ण निर्देश प्राप्त होते हैं।

यह कहा जा सकता है कि स्वास्थ्य व्यवस्था शोध सारांशतः निम्नलिखित बिंदुओं पर अपना ध्यान केंद्रित करता है –

1. स्वास्थ्य नीति और नियोजन
  2. स्वास्थ्य के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण एवं गतिविधियाँ
  3. स्वास्थ्य क्षेत्र संबंधी वित्तीय एवं मानव संसाधन उपलब्धता
  4. हस्तक्षेपीय कार्यक्रमों व्यापकता, प्रभाविता, समानता वितरण एवं मूल्यांकन
- स्वास्थ्य व्यवस्था शोध हमें बताता है कि (Gilson, p.31) –

- स्वास्थ्य व्यवस्था कैसे क्या है और कैसे कार्य करती है?
- स्वास्थ्य व्यवस्था को मजबूत करने के लिए क्या किया जाना चाहिए ताकि आनजन के स्वास्थ्य में सुधार हो सके।
- स्वास्थ्य व्यवस्था में सुधार करने एवं उसे सशक्त करने के लिए नीति में क्या बदलाव किए जाने चाहिए।
- बेहतर परिणाम प्राप्त करने के लिए श्रेष्ठ कार्यक्रम और क्रियान्वयन रणनीति क्या होनी चाहिए।

## 2.2 स्वास्थ्य व्यवस्था शोध के आवश्यक तत्व

हमने जाना कि स्वास्थ्य व्यवस्था शोध का उद्देश्य ऐसी सूचनाएं उपलब्ध कराना है जिससे स्वास्थ्य व्यवस्था की प्रक्रिया उन्नत हो सके तथा सभी का स्वास्थ्य बेहतर हो सके। इसके माध्यम से नीति-निर्माताओं को सटीक एवं प्रासंगिक जानकारी मिलती है। अतः स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की जानकारी सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में बहुत महत्वपूर्ण है। स्वास्थ्य व्यवस्था शोध के निम्नलिखित आवश्यक तत्व बताए जा सकते हैं –

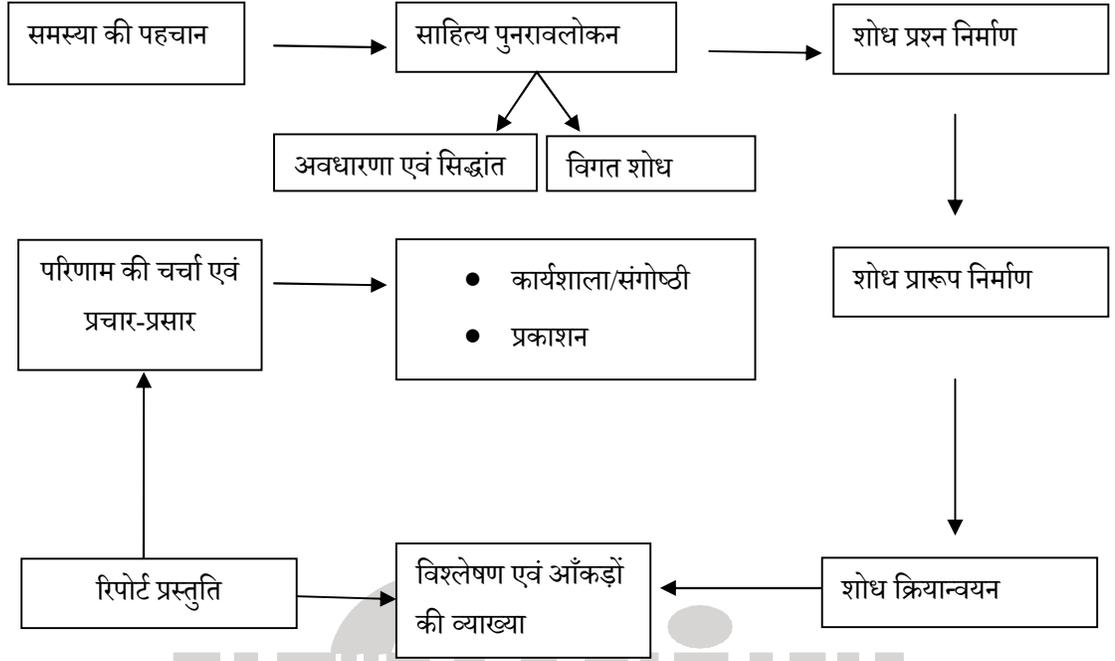
1. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध को मुख्यतः किसी समस्या पर अपना ध्यान केंद्रित करना चाहिए। स्वास्थ्य प्रदाय व्यवस्था के प्रत्येक स्तर पर अलग प्रकार की समस्या होती है। अतः स्वास्थ्य व्यवस्था शोध

के माध्यम से समस्या की जाँच-पड़ताल अच्छे तरीके से कर समस्या का समाधान प्रस्तुत किया जा सकता है।

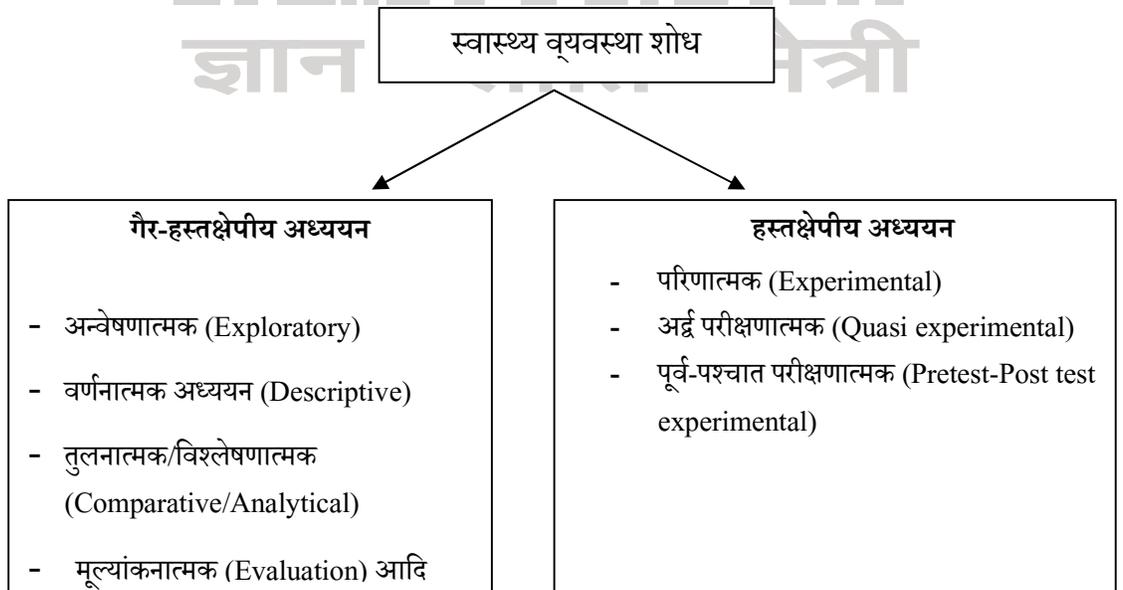
2. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध क्रियात्मक (एक्शन-ओरियन्टेड) होना चाहिए। इसका अर्थ है कि इसे समाधान प्रस्तुत करना चाहिए। यह एक प्रकार से सुझाव की तरह होता है। यह केवल बीमार लोगों की संख्या बताने के स्थान पर उनके गुणात्मक बदलाव पर ध्यान केंद्रित कर सुझाव प्रस्तुत करता है।
3. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में बहुअनुशासनिक (मल्टीडिसीप्लिनरी) दृष्टिकोण अपनाया जाना चाहिए। इस शोध में अनेक अनुशासनों के दृष्टिकोण की आवश्यकता होती है।
4. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध को सहभागीमूलक (पार्टिसिपेटरी) होना चाहिए। शोध के हर स्तर पर हितधारकों (स्टेकहोल्डर्स) को शामिल किया जाना चाहिए। अगर समुदाय को शोध में शामिल नहीं किया गया है तो समुदाय शोध द्वारा प्रस्तुत समाधान को अस्वीकृत कर सकता है।
5. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध समयबद्ध होता है। इसे निर्धारित समय में पूरा किया जाना चाहिए। नीति निर्माण के समय से पूर्व ही शोध पूरा होना चाहिए ताकि उसे शामिल किया जा सके।
6. शोध प्रारूप सरल एवं प्रभावी होना चाहिए।
7. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध को स्वीकृत एवं प्रभावी समाधान प्रस्तुत करने पर जोर देना चाहिए।
8. शोध के परिणाम सभी की पहुँच में तथा आसानी से समझ में आने योग्य होने चाहिए।
9. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में यह भी शामिल है कि शोध द्वारा नीति को कितना प्रभावित किया गया; व्यवस्था में कितना सुधार हुआ और व्यवस्था कितनी बेहतर हुई। इसमें यह भी शामिल है कि शोध के आधार पर क्या-क्या कदम उठाए गए और उनके क्या प्रभाव हुए।

### 2.3 स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में प्रयुक्त प्रविधियाँ

स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में कई चरण होते हैं। फिर भी एक सामान्य शोध में निम्नलिखित चरण शामिल होते हैं (भंडारी:पृ.70) –



स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में सामान्यतः जिन शोध प्रारूपों का प्रयोग किया जाता है, उन्हें निम्नानुसार बताया जा सकता है:



स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में नैतिक मुद्दे (Ethical Issues) भी बहुत महत्वपूर्ण होते हैं। हर शोध की तरह इस शोध में भी प्रतिभागियों/उत्तरदाताओं की लिखित सहमति, उत्तरदाता के शोध के लाभ-हानि (यदि कोई हो) (उत्तरदाता की स्वायत्तता के स्वीकार आदि की प्रक्रिया का पालन अनिवार्य है।

स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में प्रयुक्त पद्धतियों एवं उपकरण निम्नानुसार बताया जा सकता है (भंडारी:71)

पद्धति (Methods)	उपकरण (Tool)	
मात्रात्मक Quantitative	सर्वेक्षण/जनगणना	संरचित साक्षात्कार अनुसूची/प्रश्नावली
	सेवा सांख्यिकी/रिकार्ड समीक्षा	चेकलिस्ट
	व्यवस्थित/वृहद समीक्षा	संयुक्त प्रविधि (एक से अधिक प्रविधि का प्रयोग)
	अवलोकन	चेकलिस्ट
	प्रशासकीय प्रश्नावली	प्रश्नावली
	व्यवस्थित विश्लेषण/समीक्षा	संयुक्त प्रविधि
	द्वितीयक आँकड़ा प्रयोग/विश्लेषण	सांख्यिकीय सॉफ्टवेयर
	विषयवस्तु विश्लेषण	संयुक्त प्रविधि
	नीति विश्लेषण	संयुक्त प्रविधि
	मैपिंग (प्रक्रिया एवं सेवा)	जी आई एस मैप/स्कैच मैप
गुणात्मक	घटना-अध्ययन (केस स्टडी)	निर्देशिक/संरचित प्रारूप/अवधारणात्मक ढाँचा
	समूह केंद्रित विमर्श (फोकस ग्रुप डिस्कशन)	निर्देशिका (गाइडलाइन)
	गहन साक्षात्कार (इन-डेफ्ट इंटरव्यू)	निर्देशिका
	सहभागी अवलोकन	चेकलिस्ट/दैनिक डायरी
	संज्ञानात्मक मैपिंग	जी आई एस मैप/स्कैच मैप
मिश्रित प्रविधि	समूह केंद्रित विमर्श+गहन साक्षात्कार+संरचित साक्षात्कार	निर्देशिका + साक्षात्कार अनुसूची
	प्रक्षेपीय (प्रोजेक्टिव) तकनीक	अन्य प्रविधियों के साथ (समूह केंद्रित विमर्श, प्रश्नावली, साक्षात्कार निर्देशिका)

इसके अतिरिक्त स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में प्रयुक्त प्रविधियों को निम्नानुसार बताया जा सकता है (Benett:2007)

देखभाल वांछित व्यवहार के निर्धारकों की पहचान हेतु घरेलू सर्वेक्षण –

इसके अंतर्गत ऐसे व्यक्तियों/समूहों की पहचान की जाती है जिन्हें प्राथमिकता के आधार पर देखभाल की आवश्यकता होती है। सामाजिक स्तर, आय स्तर, शिक्षा, स्वास्थ्य बीमा आदि तत्व देखभाल को किस प्रकार प्रभावित करते हैं, इसे जानने हेतु घरेलू सर्वेक्षण पद्धति का प्रयोग किया जाता है।

- **हितधारक विश्लेषण**

इस पद्धति में हितधारकों (स्टेक हॉल्डर्स) का अध्ययन किया जाता है कि वे प्रस्तावित नीति में किस प्रकार सहयोगी या प्रभावित हो सकते हैं; स्वास्थ्य संबंधी सरकारी निर्णयों से सहमति या विरोध प्रकट कर सकते हैं या परिणाम को कैसे प्रभावित कर सकते हैं।

- **लागत विश्लेषण**

इस पद्धति की सहायता से स्वास्थ्य सेवाओं, आधारभूत संरचना प्रयोग एवं विभिन्न प्रक्रियाओं का विश्लेषण करने में मदद मिलती है। स्वास्थ्य सेवा के ढाँचे, प्रक्रियागत बदलाव एवं लागत के तुलनात्मक विश्लेषण से भी नीति निर्माण में मदद मिलती है।

- **ऑपरेशनल/हस्तक्षेपीय शोध**

यह वस्तुतः शोध प्रारूप कहा जा सकता है जिसके अंतर्गत किसी एक समस्या के समाधान हेतु सुझाव प्रस्तुत किया जाता है। इसमें यह भी देखा जाता है कि सुझाव से समाधान किस हद तक हुआ है और भविष्य में सुझाव को कैसे बेहतर किया जा सकता है।

## 2.5 स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की चुनौतियाँ एवं संभावनाएँ

जैसाकि हमने देखा कि स्वास्थ्य व्यवस्था शोध अपने आप में काफी नवीन विधा है। वैश्विक स्तर पर 1970 के दशक के उपरांत इस पर व्यापक एवं गहन विमर्श प्रारंभ हुआ। हर राष्ट्र अपने नागरिकों के स्वास्थ्य कल्याण के प्रति उत्तरदायी होता है अतः एव स्वास्थ्य क्षेत्र में नीति निर्माण, कार्यक्रम क्रियान्वयन व मूल्यांकन एक सर्वव्यापी प्रक्रिया है। स्वास्थ्य व्यवस्था शोध इस संदर्भ में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह स्वास्थ्य से जुड़े विभिन्न क्षेत्रों – बीमारी, उपचार, रोगी, औषधि संस्थागत ढाँचो, प्रशिक्षित मानव संसाधन, नीति निर्माण, वित्तीय उपलब्धता आदि – पर कार्य कर अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत करता है। इससे जुड़ी चुनौतियों और संभावनाएं निम्नानुसार हैं (अलाएंस फॉर हेल्थ पॉलिसी एंड सिस्टम रिसर्च : 2004) –

- मानव संसाधन इस क्षेत्र का महत्वपूर्ण तत्व है। प्रशिक्षित एवं सुयोग्य मानव संसाधन के बगैर स्वास्थ्य व्यवस्था चरमरा जाती है। अतएव मानव संसाधन इस क्षेत्र का चर्चित मुद्दा भी है। इनके उचित उपयोग; भर्ती एवं वेतन; कार्यदशाओं, परिणामों आदि पर गहन अध्ययन होना चाहिए। मानव संसाधन का बेहतर उपयोग कैसे किया जाए, नीतिकारों को इस पर ध्यान देना चाहिए। विकासशील देशों में ब्रेनडेन (बेहतर मानव संसाधनों का देश से बाहर जाने) की समस्या गंभीर है। इसके लिए अध्ययन होना चाहिए कि विकासशील देशों से ब्रेन डेन कैसे रूके और शोध व कार्यदशाएं कैसे बेहतर हों।
- पिछले कुछ वर्षों से सभी देशों में निजी क्षेत्र का दखल बढ़ा है। सरकार द्वारा लोक कल्याण के कार्यों से खुद को दूर कर इन्हें निजी क्षेत्र के लिए खोल देने से निजी क्षेत्र की पहुंच सार्वजनिक जीवन में

तेजी से बढ़ी है। विकासशील देशों में शिक्षा, स्वास्थ्य, आधारभूत संरचना, परिवहन आदि क्षेत्रों में निजीकरण तेजी से हुआ है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में सरकारों ने निजी उद्यमियों/निवेशकों को सार्वजनिक-निजी साझेदारी (पब्लिक-प्राइवेट पार्टनरशिप) के तहत अवसर दिया। साथ ही प्रोत्साहन नीतियां बनाकर स्वास्थ्य क्षेत्र की पहुंच बढ़ाने का कार्य किया। विकासशील देशों में निजी क्षेत्र का स्वास्थ्य संबंधी प्रयास बहुत हद तक जटिल है। मुनाफे के लिए बने स्वास्थ्य संस्थानों और जनकल्याण में तालमेल कठिनाई से बैठ रहा है। निजी संस्थान निर्धन वर्गों की पहुंच से दूर हैं। अतएव इस ओर अध्ययन अपेक्षित है।

- स्वास्थ्य व्यवस्था शोध के अंतर्गत इस बात पर अध्ययन किया जाना चाहिए कि बहुराष्ट्रीय दवा कंपनियां किस प्रकार अपने हित के लिए राष्ट्रीय एवं अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य नियमों को प्रभावित करती हैं। वह उन्हीं क्षेत्रों को अपना शोध विषय बनाती हैं जहां उन्हें मुनाफे की ज्यादा संभावनाएं दिखाई देती हैं। साथ ही न केवल राष्ट्रीय स्तर पर अपितु अंतरराष्ट्रीय स्तर पर कुछ दवा कंपनियों एक तरह का एकाधिकार दिखाई देता है। उनके द्वारा कई बार विशेष बीमारियों के लिए प्रयास किए जाते हैं और उनकी बनाई गई दवाइयों को ही प्रोत्साहित किया जाता है। साथ ही विकासशील देशों के मरीजों पर दवाइयों के ट्रायल का मुद्दा भी बहुत गंभीर है।

## 2.5 सारांश

स्वास्थ्य व्यवस्था शोध का उद्देश्य ऐसी सूचनाएं उपलब्ध कराना है जिससे स्वास्थ्य व्यवस्था की प्रक्रिया उन्नत हो सके तथा सभी का स्वास्थ्य बेहतर हो सके। इसके माध्यम से नीति-निर्माताओं को सटीक एवं प्रासंगिक जानकारी मिलती है। अतः स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की जानकारी सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में बहुत महत्वपूर्ण है। हमने जाना कि स्वास्थ्य व्यवस्था शोध को समस्या समाधान केंद्रित, बहुअनुशासनिक, क्रियात्मक, सहभागी, समयबद्ध, सरल, प्रभावी और आसान होना चाहिए। हमने इस शोध में शामिल किए जाने वाले चरणों की जानकारी प्राप्त की जिसमें शोध समस्या की पहचान, साहित्य पुनरावलोकन, शोध प्रश्न निर्माण, शोध प्रारूप निर्माण, शोध क्रियान्वयन, विश्लेषण एवं ऑकड़ों की व्याख्या, रिपोर्ट प्रस्तुति और उसका प्रचार-प्रसार शामिल है। शोध में प्रयुक्त की जाने वाली मात्रात्मक एवं गुणात्मक पद्धतियों और उनके उपकरणों की जानकारी प्राप्त की। स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की कमियों और संभावनाओं को भी जाना कि प्रशिक्षित मानव संसाधन, निजी क्षेत्र की उपस्थिति और दवा कंपनियों के हितों को तटस्थता और लोक हित के नजरिए से देखने की आवश्यकता है।

## 2.6 बोध प्रश्न

1. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की अवधारणा स्पष्ट कीजिए।
2. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध के आवश्यक तत्वों पर प्रकाश डालिए।
3. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध में प्रयुक्त पद्धतियों की चर्चा कीजिए।
4. स्वास्थ्य व्यवस्था शोध की संभावनाओं और चुनौतियों पर प्रकाश डालिए।

## 2.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

Alliance for Health Policy and Systems Research (2004). *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. Geneva : Alliance for Health Policy and Systems Research.

Barron,P., Buthelezi,G., Edwards,J., Makhanya,N. & Palmer,N.(1997). *Health Systems Research – A Manual*. Durban : Health Systems Trust.

Benett, Sara(2007). *What is Health Policy and System Research and Why does it matter?. Briefing note 1*. Geneva : Alliance for Health Policy and System Research and WHO.

Gilson, Lucy (ED.) (2012). *Health Policy and system Research : A Methodology Research*. Switzerland : WHO.

[https://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_services\\_research](https://en.wikipedia.org/wiki/Health_services_research)

भंडारी, टी.आर.(2013). हेल्थ सिस्टम रिसर्च:डेवलपमेंट,डिजाइन एंड मैथड्स. जेएचएस. वाल्यूम 3, नं. 1, पृ.68-72.



## इकाई – 3 व्यवहार बदलाव संप्रेषण-सिद्धांत एवं रणनीति

### इकाई की रूपरेखा

#### 3.0 उद्देश्य

#### 3.1 प्रस्तावना

#### 3.2 व्यवहार बदलाव संप्रेषण : अर्थ

#### 3.3 व्यवहार बदलाव संप्रेषण: सिद्धांत व रणनीति

#### 3.4 व्यवहार बदलाव संप्रेषण की चुनौतियां

#### 3.5 सारांश

#### 3.6 बोध प्रश्न

#### 3.7 संदर्भ व उपयोगी ग्रंथ

#### 3.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के उपरांत आप –

1. व्यवहार बदलाव संप्रेषण के अर्थ से परिचित हो सकेंगे।
2. व्यवहार बदलाव संप्रेषण के सिद्धांत व रणनीति को व्याख्यायित कर सकेंगे।

#### 3.1 प्रस्तावना

सामुदायिक स्वास्थ्य का संबंध व्यक्तिगत एवं सामूहिक स्वास्थ्य के उन्नयन से है। वैयक्तिक एवं सामुदायिक स्वास्थ्य को कैसे बेहतर किया जाए, उस प्रक्रिया में स्वास्थ्य सूचना सांख्यिकी एवं स्वास्थ्य व्यवस्था शोध हमारी सहायता करते हैं। यह दोनों तत्व हमें बताते हैं कि समाज में स्वास्थ्य के प्रति क्या दृष्टिकोण है; स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले तत्व कौन-कौन से हैं; बीमारी एवं उसका उपचार कैसे हो तथा उनसे कैसे बचा जाए; किसी विशिष्ट समुदाय में विशेष बीमारी के क्या कारण हैं; स्वास्थ्य नीति कैसे स्वास्थ्य परिदृश्य में बदलाव ला रही है; स्वास्थ्य व्यवस्था शोध द्वारा प्रस्तुत महत्वपूर्ण मुद्दे कौन से हैं? आदि।

सामुदायिक स्वास्थ्य के अंतर्गत इन्हीं से संबंधित एक महत्वपूर्ण बात है कि स्वास्थ्य के क्षेत्र में समाज को कैसे जोड़ा जाए? समाज में कई तरह के स्तरीकरण मौजूद होते हैं – धर्म, जाति, जेंडर, भाषा आदि। किसी भी स्वास्थ्य कार्यक्रम की सफलता तभी मानी जाती है जब वह समाज के लोगों को जोड़ सके। समाज के लोग भी विभिन्न स्तरीकरण के कारण एक ही समस्या को अलग-अलग नजरिए से देखते हैं। अतः सामुदायिक स्वास्थ्य में यह बहुत आवश्यक है कि समाज के लोगों का समस्या को देखने का नजरिए बदला जाए ताकि वे उस समस्या की गंभीरता तो समझ कर समाधान में तत्पर हो सके। व्यवहार बदलाव संप्रेषण (व्य.ब.स.) इस कार्य में काफी मददगार होता है। संप्रेषण विभिन्न समूहों के बीच मत निर्माण दृष्टिकोण निर्माण में महत्वपूर्ण उपकरण है। इस इकाई में हम इसकी चर्चा करेंगे।

### 3.2 व्यवहार बदलाव संप्रेषण : अर्थ

व्यवहार बदलाव संप्रेषण किसी भी दिए गए परिवेश में समाज के लोगों/विभिन्न समाजों/संस्थानों के बीच अन्तर्क्रिया की प्रक्रिया है जिसमें ऐसी संप्रेषणीय रणनीतियाँ बनाई जाती हैं जिससे लोग सकारात्मक व्यवहार की ओर उन्मुख हों। इसके अंतर्गत लोगों के वातावरण में ऐसी सहायक प्रक्रियाएं उत्पन्न की जाती हैं जिससे वे इच्छित परिणाम की प्राप्ति कर सकें। सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में इसका तात्पर्य व्यवहार बदलाव के प्रारूपों एवं सिद्धांतों की सहायता से संप्रेषण प्रक्रिया का संचालन इस प्रकार किया जाना है ताकि स्वास्थ्य के क्षेत्र में सकारात्मक प्रगति हो सके।

इस संप्रेषण प्रक्रिया में व्यवस्थित नियोजन शामिल है जिसमें शोध, संप्रेषण नियोजन, क्रियान्वयन, निरीक्षण एवं मूल्यांकन आदि शामिल हैं। इसमें लक्षित समूह की पहचान, उन्हें प्रदान करने वाले संसाधनों का निरीक्षण, संप्रेषण के साधनों की पहचान आदि चरण शामिल हैं।

हमें यह ध्यान में रखना होगा कि केवल यह बता देने से कि अमुक बीमारी में इन सावधानियों को बरता जाना चाहिए, व्यवहार बदलाव संप्रेषण पूरा नहीं हो जाता है बल्कि यह एक व्यापक प्रक्रिया है। इस प्रक्रिया में संप्रेषण के साथ ही अन्य प्रयासों से ऐसा सकारात्मक वातावरण निर्मित किया जाता है जिससे व्यवहार में वांछित बदलाव हो सके। दूसरे शब्दों में व्यवहार बदलाव संप्रेषण संप्रेषण का एक रणनीतिक एवं समाजोन्मुख स्वरूप है जिसका उद्देश्य लक्षित समूह के व्यवहार में वांछित बदलाव लाना है। यहाँ यह ध्यान में रखना होगा कि एक ही रणनीति सभी जगह एक समान रूप से उपयुक्त नहीं होती है। वस्तुतः रणनीति विशिष्ट संदर्भों से स्वरूप ग्रहण करती है। अतएव पर्यावरण, सामाजिक समूह की सांस्कृतिक पहचान, आर्थिक स्तर, शैक्षिक स्तर, जागरूकता का स्तर इत्यादि कई ऐसे तत्व हैं जो किसी भी जगह रणनीति निर्माण में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। व्यवहार बदलाव संप्रेषण का सर्वप्रथम प्रयोग एच.आई.वी. एवं टी.बी. बीमारियों के रोकने के लिए किया गया।

व्यवहार बदलाव संप्रेषण निम्नलिखित बिंदुओं पर अपना ध्यान केंद्रित करता है –

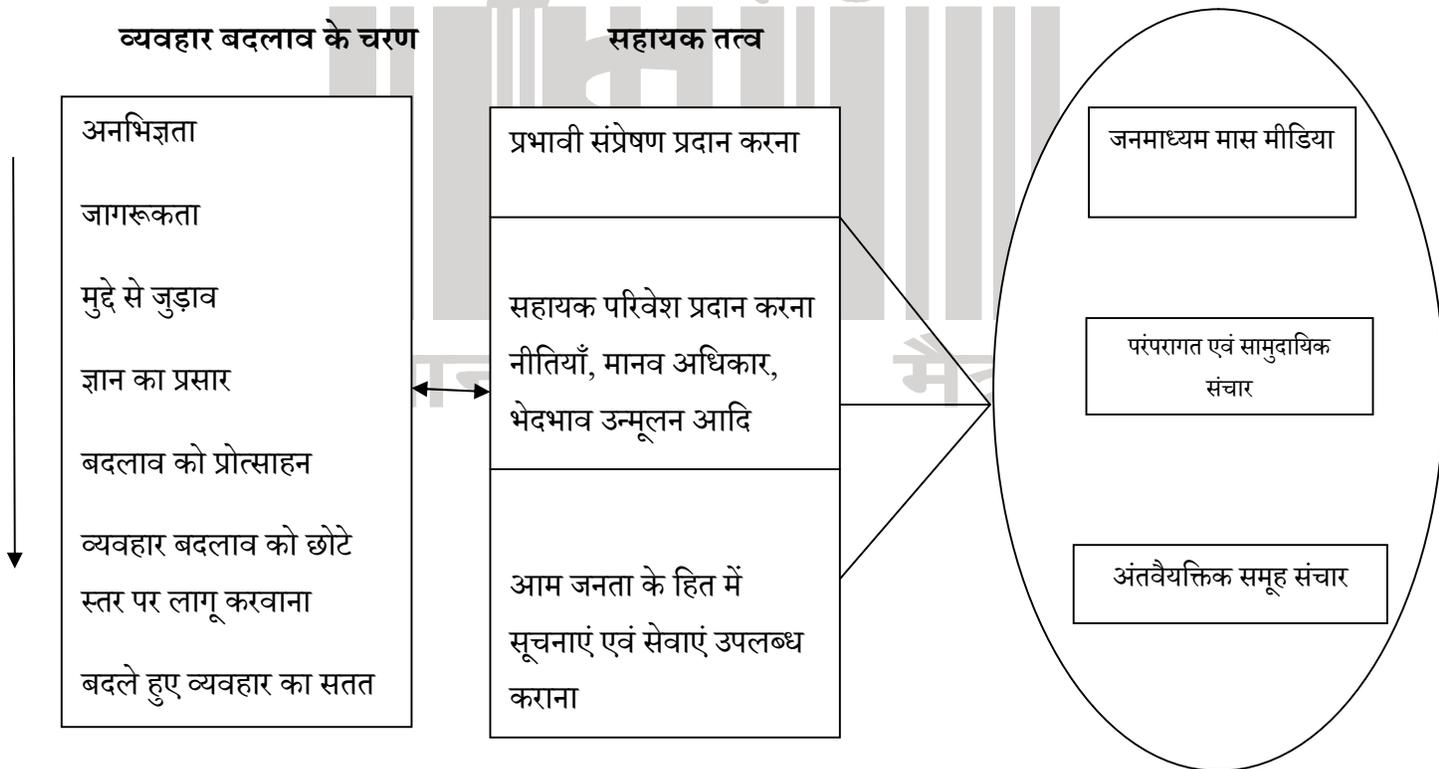
- सामुदायिक स्तर पर सामाजिक कायदों में सकारात्मक बदलाव।
- स्वास्थ्य सेवा प्रदाता व उपभोक्ता की अन्तर्क्रिया को बढ़ाना।
- स्वास्थ्य समस्याओं पर सामुदायिक प्रतिक्रिया को सशक्त करना।
- नीति निर्माताओं, परिवारों को जागरूक करना।
- गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं और उत्पादों की माँग बढ़ाना।
- नीति निर्माण को प्रभावित करना।
- गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं और उत्पादों के समुचित उपयोग को बढ़ावा देना।
- स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य को बढ़ावा देने वाले प्रयासों और नियोजन को प्रोत्साहित करना।

### व्यवहार बदलाव संप्रेषण की भूमिका

सामुदायिक स्वास्थ्य में व्यवहार बदलाव संप्रेषण की महत्वपूर्ण भूमिका को निम्नानुसार बताया जा सकता है—

- इस संप्रेषण के जरिए स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों के प्रति लोगों को यही जानकारी प्रदान की जाती है जिससे वह समस्या के प्रति ज्ञान में वृद्धि कर सकें।
- इसके माध्यम से समुदाय के भी संवाद को बढ़ावा मिलता है। समुदाय के लोग स्वास्थ्य से जुड़े किसी विशिष्ट मुद्दे पर अपनी राय प्रकट करने एवं सहमति बनाने का प्रयास करते हैं।
- यह लोगों को वांछित व्यवहार बदलाव के प्रति प्रोत्साहित करता है।
- इसके माध्यम से विभिन्न रूढ़ छवियों तथा भेदभाव कम किया जा सकता है।
- गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं और प्रक्रियाओं के प्रति लोगों को जागरूक करता है।
- इसके माध्यम से आत्मनिर्भरता, सावधानी और कौशल उन्नयन में मदद मिलती है।

### व्यवहार बदलाव संप्रेषण प्रारूप



### 3.3 व्यवहार बदलाव संप्रेषण : सिद्धांत व रणनीति

व्यवहार बदलाव सिद्धांत यह स्पष्ट करते हैं कि हमारा व्यवहार क्यों बदलता है? विभिन्न सिद्धांत समान रूप से पर्यावरणीय, वैयक्तिक, आनुवांशिक तत्वों को व्यवहार निर्धारण के आधार मानते हैं। विगत

कुछ वर्षों से इन सिद्धांतों का शिक्षा, ऊर्जा, स्वास्थ्य आदि क्षेत्रों में काफी प्रयोग किया जाने लगा है ताकि इन क्षेत्रों में किए जा रहे प्रयासों से वांछित परिणाम प्राप्त हो सके। इन सिद्धांतों को व्यक्तिगत स्तर एवं सामूहिक स्तर पर बाँट कर देख सकते हैं:

### व्यक्तिगत स्तर

- **स्वास्थ्य के प्रति विश्वास सिद्धांत** - यह एक मनोवैज्ञानिक सिद्धांत है जो यह प्रयास करता है कि लोगों के नजरिए एवं विश्वासों पर ध्यान केंद्रित करते हुए उनके स्वास्थ्य संबंधी व्यवहारों की व्याख्या एवं पूर्वानुमान किया जा सके। यह सिद्धांत मानता है कि व्यक्ति का नजरिया समझना उसके व्यवहार बदलाव की कुंजी है। इस सिद्धांत में अनुभूति, लाभ, कार्य करने की इच्छा, विनम्रता आदि प्रभावी तत्व होते हैं।
- **संरक्षित प्रोत्साहन सिद्धांत** - यह सिद्धांत इस बात पर ध्यान केंद्रित करता है कि लोगों को किस स्वास्थ्य खतरे के बारे में बताए जाने पर वह किस प्रकार स्थिति के साथ व्यवहार को कैसे बदलते हैं? वह नई स्थिति के साथ संतुलन कैसे बिठाते हैं? इस सिद्धांत में जोखिम का आंकलन, बीमारी की भेद्यता, प्रतिक्रिया आदि प्रभावी तत्व होते हैं।
- **परा-सैद्धांतिक सिद्धांत** - यह सिद्धांत 'बदलाव' को एक चरण के रूप में या एक स्थिति से दूसरी स्थिति में तत्काल परिवर्तन के रूप में नहीं देखता बल्कि इसे 'चरणों की श्रृंखला के रूप में देखता है। अतएव यह सिद्धांत व्यवहार बदलाव के विभिन्न सिद्धांतों की प्रक्रियाओं और नियमों के बीच पुल बनाकर व्यवहार बदलाव का अध्ययन करता है।
- **आत्म नियंत्रण सिद्धांत** - इस सिद्धांत की मूल प्रस्थापना है कि व्यक्ति का उसके व्यवहार पर पूरा नियंत्रण रहता है। यह व्यवहार लगातार बदलता रहता है। इस बदलाव में परिवेश और व्यक्ति की अपनी समझ महत्वपूर्ण निभाते हैं। इस सिद्धांत में यह माना जाता कि यदि व्यक्ति को उचित परिवेश एवं सूचना प्रदान की जाए तो व्यक्ति अपने नकारात्मक व्यवहार को कम कर सकता है।
- **सामाजिक संज्ञानात्मक सिद्धांत** - यह सिद्धांत स्पष्ट करता है कि व्यवहार बदलाव पर्यावरण, व्यक्तिगत एवं व्यवहार के तत्वों से निर्धारित होता है। हर तत्व दूसरे तत्व से निर्धारित भी होता है और यह दूसरे को प्रभावित भी करता है। इस सिद्धांत में व्यवहार की व्याख्या सामाजिक संदर्भों के परिप्रेक्ष्य में की जाती है। इसमें यह स्वीकार किया जाता है कि व्यवहार को एक परिवेश में मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाओं के संदर्भ में देखा जाना चाहिए। इस सिद्धांत में ज्ञान, व्यवहारात्मक क्षमता, पुनर्बलन आदि प्रमुख तत्व होते हैं।
- **आत्म निर्धारण सिद्धांत** - यह सिद्धांत व्यक्ति की वैयक्तिकता को बहुत सम्मान देता है। व्यक्ति में अन्तर्निहित नैसर्गिक गुणों/प्रवृत्तियों को बहुत महत्वपूर्ण मानता है। इसलिए इस सिद्धांत में वैयक्तिकता को सम्मान देते हुए एक स्वस्थ एवं प्रभावी परिवेश प्रदान किया जाता है ताकि वे वांछित लक्ष्य को प्राप्त कर सकें।

- **नियोजित व्यवहार सिद्धांत** – यह सिद्धांत स्पष्ट करता है कि व्यक्ति के व्यवहार प्रदर्शन में इरादे/नीयत (इंटेंशन) की भूमिका बहुत महत्वपूर्ण होती है। इसके साथ यह भी जुड़ा है कि इरादे/नीयत के बावजूद भी ऐसे अनेक तत्व होते हैं जो व्यक्ति के वास्तविक व्यवहार को प्रभावित करते हैं परन्तु व्यक्ति का उन पर नियंत्रण नहीं होता है। अतएव इस सिद्धांत में वास्तविक व्यवहार प्रदर्शन को इस बात से जाना जा सकता है कि एक व्यक्ति अपने व्यवहार पर कितना नियंत्रण रखता है और व्यवहार के पीछे उसके इरादे क्या हैं? इस सिद्धांत में व्यवहारगत इरादा, जोखिम मूल्यांकन आदि प्रमुख तत्व होते हैं।

### सामाजिक स्तर पर

- **समुदाय आधारिक सहभागी शोध** – इस प्रक्रिया में समुदाय में विद्यमान ज्ञान परंपरा एवं विशेषज्ञों की सहायता से कार्य किया जाता है। इस प्रक्रिया में शोधकर्ता के साथ-साथ समुदाय के लोग सक्रिय भूमिका निभाते हैं, अपने से जुड़े किसी मुद्दे को तथा खुद को शोध विषय बनाते हैं और अपनी सक्रिय भूमिका के माध्यम से वास्तविक व्यवहार प्रदर्शित करते हैं।

### रणनीति

व्यवहार बदलाव संप्रेषण की निम्नलिखित रणनीतियाँ बताई जा सकती हैं –

- कार्यक्रम लक्ष्य निर्धारण
- हितधारकों को शामिल करना
- लक्षित समूह की पहचान
- व्यवहार बदलाव संप्रेषण संबंधी मूल्यांकन
- लक्षित समूह का विभाजन
- व्यवहार बदलाव उद्देश्यों का निर्धारण
- व्यवहार बदलाव संप्रेषण की रणनीति, निरीक्षण एवं मूल्यांकन प्रक्रिया का निर्धारण।
- संप्रेषण माध्यम का विकास।
- संप्रेषण माध्यमों की उपयुक्तता की जाँच
- क्रियान्वयन एवं निरीक्षण
- मूल्यांकन
- प्रतिपृष्टि (फीडबैक) का विश्लेषण एवं पुनःसंशोधन

व्यवहार बदलाव संप्रेषण को लागू करने में निम्नलिखित प्रक्रिया भी अपनाई जाती है।

### चरण – 1 विश्लेषण

- स्वास्थ्य मुद्दे की गतिकी को समझना
  - इस मुद्दे को प्रभावित करने वाले तत्व
  - सा. आ, राजनैतिक तत्वों की स्थिति
- लक्षित समूह की पहचान एवं भागीदारी का आंकलन
  - लक्षित समूह की पहचान
  - भागीदारियों की सही पहचान
  - मौजूदा संप्रेषण माध्यमों की जानकारी एवं उनका मूल्यांकन

### चरण – 2 रणनीतिक प्रारूप

- संप्रेषण, व्यवहार बदलाव एवं कार्यक्रम उद्देश्यों का निर्धारण
- अवधारणात्मक ढाँचा बनाना कि कैसे लक्ष्यों की प्राप्ति (क्रियान्वयन) हो
- निर्देशांक (इंडिकेटर्स) तय करना
- संप्रेषण माध्यमों को प्राथमिक प्रदान करना (तय करना कि कौन-सा संप्रेषण माध्यम चुनना है)
- समुदाय व भागीदारों को संक्षेप में प्रक्रिया साझा करना
- निरीक्षण एवं मूल्यांकन प्रक्रिया निर्धारण

### चरण – 3 निर्माण एवं पूर्ण परीक्षण

- संदेश एवं सहायक सामग्री का निर्माण
- संदेश एवं सहायक सामग्री का समुदाय एवं भागीदारों में पूर्व परीक्षण
- संदेश एवं सहायक सामग्री का संशोधन

### चरण – 4 क्रियान्वयन एवं निरीक्षण

- कार्यक्रम का क्रियान्वयन
- गतिविधियों, व्यक्तियों, बजट आदि पर नजर रखना
- समयानुकूल, परिस्थिति अनुकूल बदलाव करना

### चरण – 5 मूल्यांकन

- परिणामों एवं प्रभावों का मापन एवं गणना
- परिणामों का प्रचार-प्रसार
- भविष्य के शोध हेतु मार्गदर्शी बिंदु प्रदान करना

### 3.4 व्यवहार बदलाव संप्रेषण की चुनौतियां

हमने पूर्व के बिंदुओं में जाना कि व्यवहार बदलाव संप्रेषण को किस प्रकार लागू किया जाता है। हमें यह ध्यान में रखना चाहिए कि इसे किसी आदर्श या तटस्थ समाज में लागू नहीं किया जाता है बल्कि विविधता से पूर्ण समाज में लागू किया जाता है अतएव इसके सामने काफी चुनौतियां भी रहती हैं –

- व्यवहार बदलाव संप्रेषण की विधा को पूरी तरह लागू करने (इसके सभी अवयवों एवं चरणों के साथ) पर ही इसके वांछित परिणाम प्राप्त होते हैं। एकायामी लागू किए जाने पर इसकी असफलता की भी गुंजाइश रहती है।
- व्यवहार बदलाव संप्रेषण से संबंधित प्रशिक्षण सामग्री एवं प्रशिक्षित मानव संसाधन की काफी कमी है। चूंकि यह विशेषज्ञता की मांग करती है अतएव बिना प्रशिक्षित कर्मियों एवं संसाधनों के इसकी प्रभावशीलता एवं सफलता संदिग्ध रहती है।
- विविधतापूर्ण परिवेश इसके सामने एक चुनौती प्रस्तुत करता है। समाज जितना विविधता पूर्ण होगा वहाँ व्यवहार बदलाव संप्रेषण का नियोजन उतना ही जटिल एवं चुनौतीपूर्ण होगा और यह एक बार फिर विशेषज्ञता की मांग करता है, जिनका अभाव रहता है।
- व्यवहार बदलाव संप्रेषण देखने में एक समयबद्ध प्रक्रिया लगती है परंतु बदले हुए व्यवहार को कायम रखने के लिए भी सतत प्रयास जरूरी होते हैं ताकि समुदाय पुराने ढर्रे पर व्यवहार न करने लगे। अतः यह प्रक्रिया निर्धारित समयबद्ध प्रक्रिया एवं बजट के आगे भी नियमित निरीक्षण एवं व्यय की मांग करती है।
- राजनीतिक हस्तक्षेप भी व्यवहार बदलाव संप्रेषण को प्रभावित करता है। व्यवहार बदलाव संप्रेषण से सामुदायिक स्तर पर पूर्व विद्यमान हितों, स्वार्थों को लाभ मिलता था, वह समाप्त होता है अतः वे इसका विरोध करते हैं।

इन समस्याओं के बावजूद भी सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में या सामुदायिक गतिविधियों के क्रियान्वयन में व्यवहार बदलाव संप्रेषण की भूमिका काफी महत्वपूर्ण मानी जाती है।

### 3.5 सारांश

सामुदायिक या समूह स्तर की समस्याओं के समाधान के रूप में व्यवहार बदलाव संप्रेषण एक महत्वपूर्ण उपकरण है। समय के साथ-साथ इस प्रक्रिया को सामुदायिक गोलबंदी, स्वास्थ्य शिक्षा आदि के क्षेत्र में भी अपनाया जा रहा है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में विद्यमान एवं भावी खतरों के प्रति समुदाय को सचेत करने, अपना बचाव करने में यह बहुत महत्वपूर्ण है। हमने देखा कि व्यवहार बदलाव संप्रेषण के तरीके क्या हैं और यह किन-किन सिद्धांतों से परिचालित होता है। इसे लागू करने वाली चुनौतियों का भी हमने अध्ययन किया और जाना कि व्यवहार बदलाव संप्रेषण को लागू करने में कौनसी दिक्कतें आती हैं।

### 3.6 बोध प्रश्न

1. व्यवहार बदलाव संप्रेषण का अर्थ स्पष्ट कीजिए।

2. व्यवहार बदलाव संप्रेषण के सिद्धांतों पर प्रकाश डालिए।
3. व्यवहार बदलाव संप्रेषण की रणनीतियाँ क्या हैं?
4. व्यवहार बदलाव संप्रेषण को किन चुनौतियाँ का सामना करना पड़ता है?

### 3.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (Eds.). (1990). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

UNICEF(2005). *Strategic communication- For Behaviour and Social Change in South Asia.Nepal:UNICEF*.

USAID(2002). *Behavior change Communication for HIV/AIDS – A Strategic Framework*. Arlington: Family Health International.

[www.en.wikipedia.org/wiki/Behavior\\_change\(public\\_health\)](http://www.en.wikipedia.org/wiki/Behavior_change(public_health))



## इकाई – 4 स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक भागीदारी(पंचायतों की भूमिका)

### इकाई की रूपरेखा

#### 4.0 उद्देश्य

##### 4.1 प्रस्तावना

##### 4.2 सामुदायिक भागीदारी का अर्थ

##### 4.3 सामुदायिक भागीदारी के सिद्धांत

##### 4.4 सामुदायिक स्वास्थ्य एवं पंचायत की भूमिका

##### 4.5 सारांश

##### 4.6 बोध प्रश्न

##### 4.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

#### 4.0 उद्देश्य

इस इकाई का अध्ययन करने के उपरांत आप –

- सामुदायिक भागीदारी का अर्थ स्पष्ट कर सकेंगे
- सामुदायिक भागीदारी के सिद्धांतों को रेखांकित कर सकेंगे
- सामुदायिक स्वास्थ्य में पंचायत की भूमिका को व्याख्यायित कर सकेंगे

#### 4.1 प्रस्तावना

स्वास्थ्य के क्षेत्र में सामुदायिक भागीदारी एक महत्वपूर्ण आयाम है। इसके जरिए समुदाय को बेहतर स्वास्थ्य सेवाएं, सेवाओं तक समान पहुँच और पारदर्शिता जैसे लाभ प्राप्त होते हैं। यह भी स्पष्ट है कि समुदाय की भागीदारी एक विकसित होती हुई विधा है। समुदाय के स्तर पर सबकी भागीदारी किसी भी नीति/कार्यक्रम को समाजोन्मुख बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। लोग जब अपने हितों/जन हितों को ध्यान में रखकर नियोजन की हर प्रक्रिया में भागीदार होते हैं तो क्रियान्वयन एवं उसका परिणाम कई गुणा बेहतर होता है। समुदाय की सोच सभी के कल्याण हेतु कार्य करने की हो जाती है।

केवल ऊपरी स्तर पर लागू किए जाने एवं ग्राम सभा जैसी संस्थाओं को क्रियान्वयन इकाई मात्र बना दिए जाने के कारण आज बहुत से कल्याणकारी कार्यक्रम एवं नीतियां अपने लक्ष्यों को प्राप्त करने एवं जन कल्याण में असफल हुए हैं। अतः आवश्यकता है कि समुदाय को नीति और कार्यक्रम में सहभागी बनाया जाए और जन कल्याण के लक्ष्य को प्राप्त किया जाए।

सामुदायिक भागीदारी का क्या अर्थ है, इसकी विशेषताएं क्या हैं, इसके सिद्धांत क्या हैं, स्वास्थ्य के क्षेत्र में पंचायत की भूमिका क्या हो सकती है आदि बातों की चर्चा इस इकाई में की गई है।

## 4.2 सामुदायिक भागीदारी का अर्थ

जन भागीदारी एक प्रक्रिया है जिसमें किसी संस्थान/व्यक्ति द्वारा जिस समुदाय के हित में काम किया जाने वाला है, उस समुदाय की पूरी प्रक्रिया में लगभग हर स्तर पर भागीदारी से है।

यह एक पक्षीय प्रक्रिया नहीं होती है बल्कि द्विपक्षीय प्रक्रिया होती है जिसमें नियोजन करने वाला संगठन/संस्था/व्यक्ति ही नहीं बल्कि प्रभावित होने वाला समुदाय भी अपनी प्रतिक्रिया व्यक्त करता है और नियोजन के विभिन्न स्तरों पर अपनी भूमिका का निर्वहन करते हैं। सामुदायिक भागीदारी को विभिन्न नामों यथा - जन भागीदारी, सार्वजनिक भागीदारी, सामुदायिक भागीदारी, हितधारक/पणधारी भागीदारी के नाम से भी पुकारा जाता है।

सामुदायिक भागीदारी एक प्रकार से लोकतांत्रिक विचार का ही स्थानीय स्तर पर व्यावहारिक क्रियान्वयन है। चूंकि लोकतंत्र में सभी समान है और भारतीय संविधान सभी को समान मानता है अतएव स्थानीय स्तर पर क्रियान्वित किए जाने वाले कार्यक्रमों में वास्तविक लोकतंत्र तभी लाया जा सकता है, जब प्रत्येक व्यक्ति ग्रामसभा के स्तर पर अपनी भागीदारी प्रदान करे।

दूसरे शब्दों में सामुदायिक भागीदारी का अर्थ किसी भी नीति और कार्यक्रम की संकल्पना एवं क्रियान्वयन के प्रत्येक स्तर पर सहभागिता करने एवं मत प्रकट करने का अधिकार है। इस अधिकार में यह दायित्व अपने आप शामिल हो जाता है कि वह अपने इस अधिकार का प्रयोग इस प्रकार करे कि समुदाय के हर व्यक्ति का सर्वांगीण विकास हो सके। यह किसी भी लक्ष्य को प्राप्त, क्रियान्वित करने और श्रेष्ठ परिणाम प्राप्त करने की एक वैध और स्वीकार्य पद्धति एवं नीति है।

### परिभाषा

ब्राजर, स्पेच और टोर्जेनर के अनुसार भागीदारी का तात्पर्य लोगों को शिक्षित करना और उनकी क्षमताओं में वृद्धि है। इसके माध्यम से उन निर्णयों को प्रभावित किया जा सकता है जो लोगों की जिंदगी को प्रभावित कर और राजनीतिक शक्ति को बदल सकते हैं।

विश्व बैंक के अनुसार सामुदायिक भागीदारी 'एक प्रक्रिया है जिसके जरिए हितधारक/प्रभावित समूह/लोग उनसे जुड़े विकास के मुद्दों, निर्णयों और संसाधनों को प्रभावित एवं नियंत्रित करते हैं।

इस प्रकार सामुदायिक भागीदारी समुदाय के लोगों द्वारा अपने से जुड़े मुद्दों पर निर्णय लेने और उन निर्णयों के क्रियान्वयन में लगभग हर स्तर पर भागीदारी से है। यह लोगों में आत्मविश्वास का निर्माण करता है। यह विश्वास जगाता है कि कार्यक्रम के निष्क्रिय उपभोक्ता मात्र बनने के स्थान पर समुदाय एक सक्रिय कार्यकर्ता भी है और अपने हितों और कल्याण के लिए तत्पर है।

### सामुदायिक भागीदारी की विशेषताएँ

- इसके जरिए सहभागितापूर्ण लोकतंत्र के विकास में सहायता मिलती है।
- सामुदायिक स्तर पर निर्णय लेने की प्रक्रिया में पारदर्शिता का विकास होता है।
- सामुदायिक में विद्यमान कौशल एवं ज्ञान को स्वीकृति प्राप्त होती है।
- सामुदायिक स्तर पर मानव संस्थान विकास करने से स्थानीय स्तर पर आजीविका के अवसर प्राप्त होते हैं।

- स्थानीय लोगों के नीति निर्माण, क्रियान्वयन में शामिल होने से स्वास्थ्य सेवाओं और उत्पादों की गुणवत्ता में सुधार होता है।
- सामुदायिक सहभागिता से एक जवाबदेह प्रक्रिया एवं क्रियान्वयन का विकास होता है जो स्थानीय लोगों का सरकार एवं प्रशासन में विश्वास दृढ़ करता है।
- इसके माध्यम से सामाजिक न्याय सुनिश्चित होता है। लोग समाज के वंचित तबकों के प्रति ज्यादा संसाधन और प्राथमिकता प्रदान कर समाज को सुदृढ़ करते हैं।

### स्वास्थ्य के क्षेत्र में सामुदायिक सहभागिता के लाभ

- यह लागत को कम करने में मददगार है क्योंकि कम लागत में ज्यादा लोगों तक पहुंचाने में प्रभावकारी है।
- सामुदायिक स्तर पर स्वास्थ्य के क्षेत्र में भागीदारी से समुदाय को गंभीर खतरों को सामना नहीं करना पड़ता है, वे पहले से ही सुरक्षात्मक प्रयासों से खुद को बचा सकते हैं।
- सामुदायिक स्तर पर जो समुदाय स्वास्थ्य से संबंधित चीजों में खुद को लगाता है वह अन्य महत्वपूर्ण आयामों मसलन –पेयजल, स्वच्छता आदि में भी बेहतर प्रदर्शन कर पाता है।
- स्वास्थ्य के क्षेत्र में सामुदायिक भागीदारी शिक्षा के प्रति जागरूकता को भी बढ़ाती है।
- स्वास्थ्य के क्षेत्र में सामुदायिक भागीदारी का लाभ समाज के लोगों का अनिवार्य रूप से मिलता है क्योंकि उन्हीं के बीच के लोग स्वास्थ्य कार्यकर्ता बनते हैं, वे अपनी सेवाएं समुदाय को किसी बाहरी व्यक्ति की तुलना में लंबे समय तक दे सकते हैं।

### जनता/समुदाय/हितधारक की सामुदायिक भागीदारी को बढ़ाने वाले पांच तत्व निम्नानुसार हैं-

- **सूचना (Information)** – समुदाय को कार्यक्रम या नीति के बारे में जानकारी प्रदान करना कि क्या किया जा रहा है ताकि वह तय कर सके कि किस प्रकार की और किस स्तर पर भूमिका वह निभा सकेगा।
- **सलाह लेना (Consultation)** – कार्यक्रम या नीति की सूचना पश्चात उसके प्रति समुदाय की सोच, उनकी प्रतिक्रिया, सुझाव और प्रतिपुष्टि को शामिल करना।
- **शामिल करना (Deciding together)**- कार्यक्रम या नीति के निर्धारण में समुदाय के रचनात्मक सुझावों को शामिल करना, वैकल्पिक योजनाओं पर निर्धारण और समुदाय से स्वीकृति प्राप्त करना।
- **सहयोग करना (Acting together)** – कार्यक्रम या नीति के निर्धारण में समुदाय को शामिल करने के पश्चात क्रियान्वयन के स्तर पर सीधे भागीदारी बनाना, क्रियान्वयन में विभिन्न भूमिका प्रदान करना ताकि वे पारदर्शी एवं प्रतिबद्ध कार्य के भागीदार हो सके और प्रक्रियाओं को सीख सकें।

- **सशक्त करना (Empower)** - समुदाय को अपने हितों एवं कल्याण हेतु नीति निर्माण एवं क्रियान्वयन हेतु सशक्त करना।

### 4.3 सामुदायिक भागीदारी के सिद्धांत

जैसा कि हमने देखा की सामुदायिक सहभागिता एक सशक्त अवधारणा है। भारत जैसे देश में ऐसे विचार और भी प्रासंगिक हो जाते हैं जहां समाज के स्तर पर बहुत भिन्नता है। समाज को एकरूपता के आधार पर मानने के कारण नीतियों के परिणाम ज्यादा कारगर साबित नहीं होते हैं अतएव सामुदायिक सहभागिता अवसर प्रदान करता है कि वे लोग नीति और कार्यक्रम क्रियान्वयन में भागीदारी हों।

सामुदायिक सहभागिता के सिद्धांत निम्नानुसार बताए जा सकते हैं-

- **जुड़ाव**

समुदाय से जुड़े विभिन्न मुद्दों पर किसी भी कार्यक्रम, नीति या विधि की रचना में समुदाय को जोड़ना आवश्यक है जिससे वह उस कार्यक्रम, नीति या विधि के प्रति अपना जुड़ाव महसूस कर उसका पालन करे।

- **पारदर्शिता**

सामुदायिक भागीदारी की प्रक्रिया अपने मूल स्वरूप में ही पारदर्शिता का पालन करती है और इसे एक मानक के रूप में प्रस्तुत भी करती है। पारदर्शिता समुदाय के सम्मुख अपने स्वीकृत वैध नियमों के पालन के प्रति विश्वास उत्पन्न करती है।

- **संयुक्त ज़िम्मेदारी**

सामुदायिक सहभागिता में क्रियान्वयन एजेंसी(सरकार या गैर-सरकारी संगठन) कार्यक्रम के निष्पादन के लिए संयुक्त ज़िम्मेदारी निर्धारित करते हैं जिससे कार्य के प्रति दोनों समर्पित हो और बेहतर परिणाम के लिए तत्पर रहे।

- **कुशलता**

सामुदायिक सहभागिता के संबंध में हमें यह जानना आवश्यक होता है कि कार्यक्रम क्रियान्वयन, निरीक्षण आदि एक कौशलपूर्ण कार्य है। अतएव सामुदायिक स्तर पर ऐसे लोगों की आवश्यकता होती है जो कौशलपूर्ण हो तथा अन्य लोगों को भी इसका प्रशिक्षण दे सके। इससे समुदाय के स्तर पर लोगों में आत्मविश्वास जागृत होता है।

- **समान अवसर**

सामुदायिक सहभागिता एक ऐसा अवसर है जब समाज के सभी तबकों को शामिल कर सर्वांगीण विकास का कार्य सम्पन्न किया जा सकता है। नीति निर्माण से लेकर क्रियान्वयन के स्तर पर वंचित तबके के लोगों को भी पर्याप्त अवसर मिलता है कि वे अपने हित और कौशलके बारे में विचार प्रस्तुत करे और अपनी सहभागिता प्रदान करें।

- **निष्पक्षता**

सामुदायिक सहभागिता में अवसर एवं अभिव्यक्ति के स्तर पर निष्पक्षता का पालन किया जाना चाहिए। किसी बात को इसलिए स्वीकार नहीं किया जाना चाहिए कि किसी विशेष तबके या अल्प मत के लोगों द्वारा

वह बात प्रस्तुत की गई है बल्कि क्या उस विचार से जन कल्याण होने की संभावना है, इसी आधार पर उसे स्वीकार या अस्वीकार किया जाना चाहिए। इस प्रक्रिया से सामुदायिक सहभागिता में एक निष्पक्षता का भाव उत्पन्न होता है जो अधिक भागीदारी को संभव बनाता है।

#### ● निर्णय एवं प्रतिपुष्टि(फीडबैक)

सामुदायिक सहभागिता के स्तर पर क्रियान्वयन एजेंसी को समुदाय के लोगों के अभिमत, सुझावों को बहुत गंभीरता से लेना चाहिए ताकि उन्हें ऐसा लगे कि उनके विचारों का सम्मान एवं क्रियान्वयन किया जा रहा है। ऐसा करने से अधिक लोगों की भागीदारी होगी साथ ही क्रियान्वयन के समय भी लोगों की प्रतिपुष्टि को बहुत गंभीरता से लेना चाहिए ताकि कार्यक्रम सफल हो सके साथ ही लोगों को अपने विचार एवं अभिमत स्पष्ट रूप से व्यक्त करने चाहिए और प्रतिपुष्टि प्रदान करनी चाहिए।

#### 4.4 सामुदायिक स्वास्थ्य एवं पंचायत की भूमिका

आजादी के बाद भारतीय संविधान में यह व्यवस्था की गई कि ग्राम पंचायतों को सशक्त किया जाए ताकि ग्रामीण पुनरूद्धार का काम तेजी से किया जा सके और इसके जरिए लोकतंत्र को मजबूत किया जाए। प्रथम पंचवर्षीय योजना में भी सामुदायिक विकास कार्यक्रम बड़े पैमाने पर जनकल्याण की भावना से प्रारंभ किए गए। परन्तु जनसहभागिता के अभाव एवं सरकारी कार्यों से जनता के अलगाव के कारण अपेक्षित परिणाम नहीं मिलने पर अध्ययन हेतु बलवन्त राय मेहता समिति बनाई गई और इसकी सिफारिशों पर सरकारी एवं विकास कार्यों में जनसहभागिता को संस्थागत स्वरूप देने, सामुदायिक सहभागिता को वास्तविक बनाने हेतु पंडित जवाहरलाल नेहरू ने 2 अक्टूबर, 1959 को राजस्थान के नागौर में त्रिस्तरीय पंचायती राज व्यवस्था का विधिवत् उदघाटन किया किन्तु इसे संवैधानिक स्वरूप 1993 में 73वें संविधान संशोधन में दिया गया जिसके तहत समूचे भारत में समान रूप से पंचायती राजव्यवस्था लागू हुई। ग्रामीण विकास की रीढ़ कही जाने वाली पंचायतों को स्थानीय स्वायत्तशासी संस्था के रूप में मान्यता देने का उद्देश्य था कि स्थानीय लोग अपनी जरूरतों के मुताबिक नीति नियोजन एवं क्रियान्वयन में सहभागी हो सके। इसलिए स्थानीय विकास से जुड़े विभिन्न क्षेत्रों में उनकी जिम्मेदारियां तय की गईं। इन जिम्मेदारियों में स्थानीय कल्याण हेतु आर्थिक नियोजन, सामाजिक न्याय आदि योजनाओं के निर्माण एवं क्रियान्वयन की बात कही गई। ग्रामसभा को महत्वपूर्ण स्थान प्रदान किया गया।

ग्राम सभा एक महत्वपूर्ण कड़ी है जिससे वास्तविक भागीदारी संभव हो पाती है। गांव के सभी वस्तुतः यह महसूस किया गया कि पंचायती राज की निम्नतम संस्था ग्राम पंचायत स्तर पर कार्यरत ग्रामसभा एक बड़ी संस्था है जो संबंधित ग्राम पंचायत के समस्त मतदाताओं की वह सभा है जो गांव की विकास योजनाओं के निर्धारण, सम्पन्न हुए कार्यों का अनुमोदन तथा ग्राम पंचायत के बजट सहित सामाजिक अंकेक्षण का दायित्व निर्वाह करती है किंतु इस संस्था को संवैधानिक मान्यता देने के उपरान्त भी ग्रामीण जनता की पंचायती राज में वांछित भागीदारी नहीं हुई।

73वे संविधान संशोधन के बाद पंचायती राज संस्थाओं को संविधान की ग्यारहवीं अनुसूची में सूचीबद्ध 29 विषयों के संबंध में आर्थिक विकास और सामाजिक न्याय के लिए योजना बनाने और क्रियान्वित करने का अधिकार दिया गया है जिसमें स्वास्थ्य से जुड़े महत्वपूर्ण मुद्दे हैं –

- पेयजल
- स्वास्थ्य और स्वच्छता( जिनके अंतर्गत अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और औषधालय भी हैं)
- परिवार कल्याण
- महिला और बाल विकास
- समाजकल्याण (जिसके अंतर्गत विकलांगों और मानसिक रूप से मंद व्यक्तियों का कल्याण भी है)
- दुर्बल वर्गों का और विशिष्टता, अनुसूचित जातियों और अनुसूचित जनजातियों का कल्याण

हम देख सकते हैं कि संविधान में हुए बदलाव के अनुसार स्थानीय स्तर पर पंचायतों/ग्राम सभाओं की भूमिका बहुत महत्वपूर्ण हो जाती है। इस बात की आवश्यकता है कि समुदाय के स्तर पर लोग अपनी स्वास्थ्य जरूरतों, नीतियों, कार्यक्रमों और क्रियान्वयन के प्रति जागरूक हो और क्रियान्वयन एजेंसी को अपने निर्णय के अनुसार कार्य करने को प्रेरित करें।

#### 4.5 सारांश

इस इकाई में हमने यह देखा कि सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में सामुदायिक भागीदारी एक महत्वपूर्ण आयाम है। इसके जरिए समुदाय को बेहतर स्वास्थ्य सेवाएं, सेवाओं तक समान पहुँच और पारदर्शिता जैसे लाभ प्राप्त होते हैं। समुदाय के स्तर पर सबकी भागीदारी किसी भी नीति/कार्यक्रम को समाजोन्मुख बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है। लोग जब अपने हितों/जन हितों को ध्यान में रखकर नियोजन की हर प्रक्रिया में भागीदार होते हैं तो क्रियान्वयन एवं उसका परिणाम कई गुणा बेहतर होता है। समुदाय की सोच सभी के कल्याण हेतु कार्य करने की हो जाती है।

केवल ऊपरी स्तर पर लागू किए जाने एवं ग्राम सभा जैसी संस्थाओं को क्रियान्वयन इकाई मात्र बना दिए जाने के कारण आज बहुत से कल्याणकारी कार्यक्रम एवं नीतियां अपने लक्ष्यों को प्राप्त करने एवं जन कल्याण में असफल हुए हैं। अतः आवश्यकता है कि समुदाय को नीति और कार्यक्रम में सहभागी बनाया जाए और जन कल्याण के लक्ष्य को प्राप्त किया जाए।

हमने सामुदायिक सहभागिता के अर्थ, परिभाषा, महत्वपूर्ण तत्वों को समझा और उन सिद्धांतों की भी जानकारी प्राप्त की जो सामुदायिक सहभागिता के नजरिए से काफी महत्वपूर्ण हैं। पंचायत राज की स्थापना के पीछे मुख्य उद्देश्य लोकतंत्र को वास्तविक बनाना था ताकि स्थानीय स्तर पर लोग अपने हितों और कल्याण के मुताबिक निर्णय ले सकें और क्रियान्वयन में भागीदार हो सकें। 73वें संविधान संशोधन के जरिए पंचायतों को स्वास्थ्य क्षेत्र में भी कार्य करने को स्वतंत्र किया गया है। अतएव यह स्पष्ट है कि सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में पंचायतों की भूमिका काफी महत्वपूर्ण है। यह अवश्य है कि वर्तमान में बहुत ऐसे मुद्दे हैं जिन पर कार्य नहीं हो पा रहा है परंतु पंचायतों के पास इस क्षेत्र में कार्य करने के बहुत संभावनाएं मौजूद हैं।

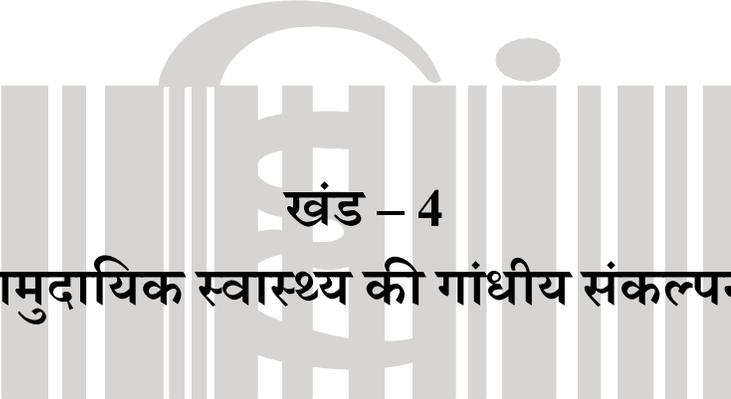
#### 4.6 बोध प्रश्न

1. सामुदायिक सहभागिता का अर्थ स्पष्ट कीजिए।
2. सामुदायिक सहभागिता के सिद्धांतों पर प्रकाश डालिए।
3. सामुदायिक सहभागिता की आवश्यकता क्यों होती है?
4. सामुदायिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में पंचायतों की भूमिका क्या होनी चाहिए?

#### 4.7 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

- Bhojani UM, Devadasan N. (2009). *Community-based monitoring in health: lessons from practice*. Bangalore: Institute of Public Health.
- Isaac TMT, Franke RW (2002). *Local Democracy and Development: The Kerala People's Campaign for Decentralized Planning*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Mchunu GG, Gwele NS (2005). The meaning of community involvement in health: the perspective of primary health care communities. *Curationis* 28(2): 30-37.
- David Wilcox (1994). Community participation and empowerment: putting theory into practice. *RRA Notes*, Issue 21. London: IIED. pp.78-82.





खंड – 4  
सामुदायिक स्वास्थ्य की गांधीय संकल्पना  
ज्ञान शांति मैत्री

## इकाई- 1 स्वास्थ्य एवं सामुदायिक स्वास्थ्य की गांधीय अवधारणा

### इकाई की रूपरेखा

- 1.0 उद्देश्य
- 1.1 प्रस्तावना
- 1.2 शरीर संरचना
- 1.3 स्वास्थ्य और जीवन चर्या
- 1.4 आहार एवं स्वास्थ्य
- 1.5 ब्रह्मचर्य एवं सुखी जीवन
- 1.6 प्राकृतिक चिकित्सा
- 1.7 सारांश
- 1.8 बोध प्रश्न
- 1.9 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 1.0 उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के उपरांत आप -

- स्वास्थ्य संबंधी गांधी की संकल्पनाओं से परिचित हो सकेंगे।
- गांधी की प्राकृतिक चिकित्सा संबंधी अवधारणाओं को रेखांकित कर सकेंगे।
- जीवनचर्या, आहार एवं ब्रह्मचर्य का स्वास्थ्य से कैसा संबंध है, इसे व्याख्याचित कर सकेंगे।

### 1.1 प्रस्तावना

महात्मा गांधी एक ऐसे व्यक्तित्व थे जिनके जीवन में ज्ञान, भक्ति एवं कर्मयोग का समान समन्वय था। इसलिए वे एक साथ विचारक, सन्त एवं राजनीतिज्ञ थे। गांधी जी के व्यवहार एवं विचार (कथनी एवं करनी) में कोई फर्क नहीं था। जो वे महसूस करते थे वही वास्तविक जीवन में जीते थे। उन्होंने अपने जीवन में मुख्यतः तीन पुस्तकें 'हिन्द स्वराज', 'सत्य के साथ मेरे प्रयोग' एवं 'दक्षिण अफ्रीका में सत्याग्रह का इतिहास' लिखी। शेष उनके विचार पत्र-पत्रिकाओं में लेख एवं भाषणों में प्रकट होते थे। जब वे दक्षिण अफ्रीका में थे तो 1906 में उन्होंने 'इंडियन ओपिनियन' नामक अपने पत्रिका में 'आरोग्य के जड़ विषय में सामान्य ज्ञान' नामक शीर्षक से कुछ प्रकरण लिखा। उनका यह प्रकरण प्राकृतिक चिकित्सा पर आधारित था। गांधीजी के यह प्राकृतिक चिकित्सा सम्बन्धित विचार यूरोपीय लेखक जुस्ट के 'रीटर्न टू नेचर' एवं लुइस क्यूने के 'साइंस ऑफ हीलिंग विदाउट मेडिसिन एण्ड विदाउट ऑपरेशन' तथा 'ए साइंस ऑफ फेसियल इस्प्रेसन' से प्रभावित था। इस बात को गांधी जी ने खुद अपने संदर्भित प्रकरणों में स्वीकारा है।

## 1.2 शरीर संरचना

मानव शरीर प्रकृति के ही विविध तत्वों से बना है। ये प्राकृतिक तत्व सबसे पहले रासायनिक स्तर पर शरीर की रचना करते हैं। फिर रासायनिक स्तर से क्रमशः कोशीकीय, ऊतक, अवयव, अवयवतंत्र स्तर का निर्माण होता है। सभी शारीरिक तंत्र (श्वसन तंत्र, पोषण तंत्र, रक्त परिसंचरण तंत्र, त्वचा तंत्र आदि) आपस में मिलकर पूर्ण शरीर का निर्माण करते हैं। गांधी जी कहते हैं कि एक पूर्ण मानव शरीर में दस इंद्रियाँ एवं एक मन होता है। इन इंद्रियों में पाँच ज्ञानेन्द्रियाँ (आँख, कान, नाक, जिह्वा एवं त्वचा) हैं वहीं पाँच कर्मेन्द्रियाँ (हाथ, पैर, मुख, गुदा, एवं उपस्थ) हैं। इसके अलावा कुछ लोग मन को भी इंद्रिय ही मानते हैं।

गांधीजी कहते हैं कि आरोग्य का अर्थ तदुरुस्त शरीर है। एक ऐसा शरीर जो व्याधि रहित हो। जिसके सभी अंग भली-भाँति कार्य कर रहे हों। व्यक्ति बगैर थकान के दस बारह मील चल सके। इसके अलावा गांधी जी आरोग्य का मतलब सिर्फ स्थूल शरीर को ही स्वस्थ नहीं बल्कि सूक्ष्म शरीर(मन) को भी स्वस्थ होने की बात करते हैं।

इस तरह से हमारा शरीर दो रूप में है। एक स्थूल शरीर एवं दूसरा सूक्ष्म शरीर। गांधीजी कहते हैं कि मानव शरीर अद्भुत है इसके प्रज्ञा रूप को कोई नहीं जान सका है। यह शरीर संपूर्ण ब्रह्माण्ड का प्रतिनिधित्व करता है। संपूर्ण ब्रह्माण्ड के तत्व इस शरीर में प्राप्त होते हैं और इस शरीर के तत्व इस असीमित ब्रह्माण्ड में प्राप्त होते हैं। जब शरीर में कोई ब्रह्माण्डीय तत्व की कमी हो जाती है तो शरीर रोग ग्रस्त हो जाता है। मुख्य रूप से यह ब्रह्माण्डीय तत्व पाँच तत्वों पृथ्वी, वायु, जल अग्नि एवं आकाश है। इन पाँच तत्वों से बने इस शरीर का प्रयोग व्यक्ति को दो तरह के कार्यों में करता है और कर सकता है। प्रथम सदुपयोग तथा दूसरा दुरुपयोग। जब व्यक्ति स्वार्थ, स्वेच्छाचार, दूसरों को नुकसान पहुँचाने एवं तामस आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए इस शरीर का प्रयोग करता है तो वह दुरुपयोग कहलाता है। इसी कारण व्यक्ति के अन्दर तनाव, चिन्ता, दुःख, क्रोध जैसे बीमारियाँ जगह बनाती हैं। जिसके कारण मानव शरीर नर्क जैसा बन जाता है। और जब इस शरीर का प्रयोग परमार्थ, आत्म-साक्षात्कार एवं वसुधैव कुटुम्बकम् हेतु करता है तो यह शरीर स्वर्ग या मंदिर बन जाता है और इसमें ईश्वर निवास करते हैं। गांधीजी कहते हैं कि मानव शरीर एवं जीवन इस जगह एवं समाज का ऋणी है। अतः उसे अपने जीवन का उपयोग सेवार्थ में लगाकर करना चाहिए। जो सेवार्थ का अभ्यासयोग करता है वह ईश्वर भय हो जाता है।

## 1.3 स्वास्थ्य और जीवन चर्या

गांधी जीवन के प्रति प्रकृतिवादी दृष्टिकोण अपनाने की सलाह देते हैं। गांधीजी का अटूट विश्वास है कि जब व्यक्ति अपना जीवन हवा, पानी, अग्नि, स्थल एवं आकाश से जोड़कर जिएगा तो वह आनन्दपूर्ण जीवन व्यतीत करेगा। वे कहते हैं कि जीवन के लिए हवा बहुत जरूरी है। यह प्राणवायु है। हवा लेते समय प्राणवायु संपूर्ण शरीर में पहुँचती है और छोड़ते समय कार्बन डाईऑक्साइड के रूप में विषाक्त हवा शरीर से बाहर निकलती है। इसलिए आवश्यक है कि व्यक्ति अपना घर खुले में बनाए तथा उसमें खिड़कियाँ लगवाए। तभी व्यक्ति स्वच्छ हवा (प्राणवायु) प्राप्त कर सकता है। व्यक्ति को प्राणायाम सीखना चाहिए जिसके माध्यम से व्यक्ति भरपूर प्राणवायु फेफ़ड़ों में ले सकता है। योगशास्त्र में हवा को लेने एवं छोड़ने की प्रक्रिया को रेचक एवं कुम्भक कहते हैं। इस रेचक एवं कुम्भक द्वारा शरीर को स्वस्थ रखा जा सकता है। गांधी जी यह भी कहते हैं

कि व्यक्ति को सदैव ढीले-ढाले कपड़े पहनने चाहिए। जिसके कारण व्यक्ति के शरीर को पर्याप्त हवा प्राप्त होगी और वह स्वस्थ होगा। व्यक्ति को स्वच्छतापूर्ण जीवन व्यतीत करना चाहिए। तन्दुरुस्त रहने के लिए व्यक्ति को प्रत्येक दिन में पाँच पौंड पानी पीना चाहिए। गांधीजी सदैव स्वच्छ पानी पीने के संदर्भ में सचेत करते हैं। गरम पानी स्वच्छ न हो तो उसे उबाल लेना चाहिए। हो सके तो पानी को उबालकर पीने से पहले स्वच्छ कपड़े से छान लेना चाहिए।

#### 1.4 आहार एवं स्वास्थ्य

गांधीजी का कहना है कि खुराक तीन प्रकार का होती है- मांसाहार, शाकाहार और मिश्राहार। मिश्राहारियों की संख्या ज्यादा है। गांधीजी दूध को मांसाहार में सम्मिलित करते हैं क्योंकि जो गुण मांस में होता है वही गुण बहुत कुछ दूध में भी होता है। डाक्टरी भाषा में भी दूध को प्राणिजनित भोजन का हिस्सा माना जाता है। इसलिए जो लोग दूध का सेवन कर सकते हैं उन्हें बेफिक्र होकर अंडे का सेवन करना चाहिए। गांधीजी कहते हैं कि मैं शाकाहारी का पक्षपाती हूँ क्योंकि बहुत से डॉक्टर भी कहते हैं कि मनुष्य जन्म से शाकाहारी रहा है क्योंकि मानव शरीर रचना इस बात की पुष्टि करती है। मांस एवं दूध दोनों को शाकाहार के पालन हेतु वर्जित माना जाना चाहिए क्योंकि मांस के लिए जीवों की हत्या होती है तथा मात्र अपनी माँ के दूध के अलावा और किसी प्रकार के दूध पर हमारा अधिकार नहीं हो सकता। गांधीजी कहते हैं कि पशुओं के अन्दर भी बीमारी होती है जो मांस एवं दूध के साथ मनुष्य में प्रवेश कर जाती है। अनाज के बारे में गांधीजी का कहना है कि यदि गेहूँ मिले तो चावल का प्रयोग उचित नहीं है। गेहूँ एवं चावल की भूसी को निकाल लेने के बाद केवल स्टार्च मात्र बचता है। अतः स्वास्थ्य की दृष्टि से चावल एवं गेहूँ की भूसी भी खानी चाहिए। गांधीजी खाने के तरीके के बारे में भी बताते हैं कि हमें भोजन को खास रूप में चबाकर खाना चाहिए। खास कर के स्टार्च वाले भोजन को चबाकर खाये तो बहुत ही अच्छा है। क्योंकि स्टार्च वाले पदार्थों को चबाकर खाने से भोजन में लार मिल जाती है जिसके कारण भोजन अधिक सुपाच्य एवं स्वास्थ्यकर होता है। फलों के सेवन के संदर्भ में गांधी जी का मत है कि इन्हें सवेरे ही खाए तो बहुत अच्छा है और यदि फल के साथ दूध का भी सेवन किया जाए तो सोने पर सुहाना होता है। गांधीजी के मत में केला, दूध और भाजी संपूर्ण खुराक है।

आधुनिक समय में बाजारू तेल एवं घी के संबंध में गांधीजी अपना स्पष्ट मत देते हुए कहते हैं कि सिर्फ देशी घानी का तेल ही खाने के लिए प्रयोग में लाना चाहिए। बाजार का तेल एवं वनस्पति घी कभी नहीं प्रयोग में लाना चाहिए। क्योंकि बाजार का तेल, घी अस्वास्थ्यकर होता है। यह दुःख की बात है कि बाजार में खाने-पीने वाली चीजों में मिलावट जैसी भ्रष्टाचारी स्थिति बढ़ रही है। गांधी जी कहते हैं कि इस भ्रष्टाचारी व्यापारिक स्थितियों को बदलने की आवश्यकता है। वे यह भी कहते हैं कि इस भ्रष्ट व्यापार को मात्र कानूनी नियमों एवं लोकशिक्षण के द्वारा व्यवहार में परिवर्तन लाकर सुधारा जा सकता है।

गांधीजी कहते हैं कि हम स्वाद के लिए अति मीठे एवं तीखी चीजों का प्रयोग करते हैं जबकि असली स्वाद तो भूख में होता है। भूख लगने पर भोजन स्वादिष्ट लगता है। स्वाद के लिए तले हुए चीजों का हम सेवन करते हैं यह बहुत ही गलत है। इससे पेट खराब हो जाता है। पाचन तंत्र कमजोर हो जाता है। गांधीजी कहते हैं कि गर्भवती माँ को तो कभी भी स्वाद के लिए भोजन नहीं करना चाहिए क्योंकि माँ जो भी खाती है

उसी से बच्चे का पोषण होता है और बच्चे का स्वास्थ्य बनता है। मसाले खाने के बारे में गांधीजी कहते हैं कि व्यक्ति बगैर मसाले के सेवन के भी स्वस्थ रह सकता है। जीभ का स्वाद पाने के लिए इसका प्रयोग किया जाता है जबकि मसाले के विविध तत्व हमारे पाचन तंत्र को नुकसान पहुँचाते हैं। नमक तो बहुत खाद्य पदार्थों में डालकर खाने पर उसमें रहने वाले तत्व को मार डालता है। गांधीजी मसाले के अनुपयोगिता के बारे में तर्क देते हुए कहते हैं कि अंग्रेज भी हमारे मसाले नहीं खाते हैं।

गांधीजी चाय, कोको और कॉफी के संदर्भ में कहते हैं कि इन तीनों प्रकार के पदार्थों का प्रयोग से सेहत को नुकसान जरूर होता है। चाय में 'केफीन' नामक एक ऐसी चीज होती है जो चमड़े को पकाने में काम आती है। चाय में मिलकर जब यह अमाशय में जाती है तो अमाशय के साथ भी वही व्यवहार करती है। जिसके कारण अमाशय की पाचन शक्ति कम हो जाती है। इन चाय, कोको एवं कॉफी जैसे पेय पदार्थों के जगह गरम पानी में एक चम्मच शहद और आधा चम्मच नीबू का रस डाला जाए तो सुंदर पेय पदार्थ बन जाता है। इसके अलावा उबली हुई सब्जियों के रस में भी पेय पदार्थ का स्वाद पाया जाता है।

गांधीजी नशा के बारे में कहते हैं कि यह व्यक्ति के व्यक्तित्व को खराब कर देता है। इसलिए शराब, तंबाकू आदि का सेवन मानव के लिए वर्जित है। जो लोग इन सब चीजों का प्रयोग करते हैं उनका पारिवारिक माहौल बेहद खराब हो जाता है।

### 1.5 ब्रह्मचर्य एवं सुखी जीवन

गांधीजी कहते हैं कि ब्रह्मचर्य का अर्थ है ब्रह्म को प्राप्त करने की दिनचर्या। ब्रह्म को प्राप्त करने के लिए सबसे बड़ी आवश्यकता है अपने इन्द्रियों पर संयम करना। सामान्यतः ब्रह्मचर्य का तात्पर्य वीर्य संग्रह को माना जाता है। यह ब्रह्मचर्य की संकीर्ण अवधारणा है। यदि देखा जाए तो ब्रह्मचर्य के कई फायदे हैं जैसे ब्रह्मचर्य के द्वारा शरीर निरोग होता है। मन प्रसन्न होता है। इस तरह से सुंदर आचार का व्यक्ति ही ब्रह्मचारी हो सकता है। ऐसे व्यक्ति की उर्जा अधोगामी दिशा से उर्ध्वगामी हो जाती है। जब प्राणऊर्जा उर्ध्वगामी हो जाती है तो व्यक्ति ब्रह्म की प्राप्ति के दिशा में बढ़ जाता है। वीर्य को यदि व्यक्ति मात्र सन्तति प्राप्ति का एक माध्यम मान ले तो कामवासना का भाग खत्म हो जाता है। गांधीजी कुछ नियम बताते हैं जैसे मन को सदैव काम में व्यस्त रखे, जब मन खाली नहीं होगा तो कामवासना पैदा ही नहीं होगी। जब कभी बुरे विचार आ भी जाए तो व्यक्ति को भगवान का ध्यान करना चाहिए। वासनायुक्त विचारों को नियंत्रित करने के लिए सद्ग्रंथ का अध्ययन करना चाहिए। वासनायुक्त विचारों का पोषण करने वाले पदार्थों का सेवन बन्द कर दिया जाए तो वासना का भाव नहीं पैदा होगा। गांधीजी युक्ताहार एवं अल्पाहारकी भी बात करते हैं। उनका कहना है कि जीवन भगवान दर्शन के लिए है खाने के लिए नहीं। व्यक्ति जब अल्पाहार एवं युक्ताहार का सेवन करता है तो खुद पर नियंत्रण रखता है जिसके कारण ब्रह्मचर्य का पालन करना आसान हो जाता है। व्यक्ति को पराई स्त्री को माँ, बहन, बेटी के रूप में देखना चाहिए।

### 1.6 प्राकृतिक चिकित्सा

महात्मा गांधी प्राकृतिक चिकित्सा के समर्थक एवं प्रयोगकर्ता थे। वे प्राकृतिक चिकित्सा के द्वारा अपने ही रोगों का नहीं बल्कि दूसरे लोगों के रोगों का भी इलाज करते थे। प्राकृतिक चिकित्सा में व्यक्ति के

बीमारी का इलाज पाँच पदार्थों पृथ्वी, हवा, अग्नि, जल एवं आकाश के द्वारा किया जाता है। गांधीजी खुद कहते हैं कि प्राकृतिक चिकित्सा कोई वर्तमान समय की खोजी गई पद्धति नहीं है। यह तो मनुष्य के साथ क्रमागत विकास द्वारा प्राचीन काल में ही विकसित कर दी गई थी। जो वर्तमान में अंग्रेजी चिकित्सा पद्धति के कारण अफवाहों का शिकार हो गई है।

### 1.7 सारांश

महात्मा गांधी मनुष्य को प्रकृति का एक पुष्पित एवं पल्लवित अंग मानते थे। उनके नजर में मनुष्य प्रकृति का न तो स्वामी है और न ही दास। पुत्र कभी माँ का न स्वामी होता है न तो माँ का दास होता है। वह तो माँ के अस्तित्व का विस्तार होता है। अतः महात्मा गांधी मनुष्य जीवन को प्रकृति का विस्तार भर मानते थे। जब तक मनुष्य प्रकृति के नियमों के साथ सामंजस्य बैठकर जीवन व्यतीत करता है तब तक वह शारीरिक एवं मानसिक रूप में स्वस्थ होता है। जैसे-जैसे मनुष्य नैसर्गिक प्रकृति से खुद को दूर करता जाता है वैसे-वैसे उसके जीवन में कृत्रिमता एवं आडंबर में बढ़ोत्तरी होती है। जिसके कारण मानव जीवन विविध प्रकार के शारीरिक एवं मानसिक बीमारियों का घरौंदा बन जाता है। सच्चे अर्थों में सभी जीव इस विश्वात्मा रुपी प्रकृति में ही जन्म लेते हैं, जीते हैं और अंत में इसी प्रकृति में विलीन हो जाते हैं। महात्मा गांधी कहते हैं कि जब जीवन एवं आकाश के बीच कोई भेद नहीं रह जाता अर्थात् जब हम खुद को आकाश में एवं आकाश को खुद में व्यक्त होने के भाव को महसूस करने लगते हैं तो हमारे स्व का इतना विस्तार हो जाता है कि शरीर के अस्तित्व का पता ही नहीं चलता है। जब जीवन में एक अनोखा आनन्द प्राप्त होता है। गांधीजी के इन सभी प्राकृतिक चिकित्सा सम्बन्धित विचार को एवं संश्लिष्ट रूप देते हुए 1942 में 'आरोग्य की कुंजी' नाम से एक पुस्तिका प्रकाशित की गई। जो दुनिया की कई भाषाओं में अनुवादित एवं प्रकाशित की गई है।

### 1.8 बोध प्रश्न

प्रश्न 1 : स्वास्थ्य संबंधी गांधी की संकल्पना क्या है?

प्रश्न 2 : शरीर रचना के प्रमुख अवयव क्या-क्या हैं?

प्रश्न 1 : स्वास्थ्य का ब्रह्मचर्य से क्या संबंध है?

### 1.9 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

गांधी, म. (1948). *आरोग्य की कुंजी*. अहमदाबाद: नवजीवन प्रकाशन मंदिर.

Nisal, R. V. (2012) *Gandhian Approach towards Health*, retrieved from

[http://www.mkgandhi.org/articles/gandhian\\_approach\\_towards\\_health.htm](http://www.mkgandhi.org/articles/gandhian_approach_towards_health.htm).

Gandhi.M. (1954). *Nature Cure* retrieved from [http://www.mkgandhi.org/ebks/nature\\_cure.pdf](http://www.mkgandhi.org/ebks/nature_cure.pdf)

## इकाई- 2 प्राकृतिक चिकित्सा

### इकाई की रूपरेखा

- 2.0 उद्देश्य
- 2.1 प्रस्तावना
- 2.2 प्राकृतिक चिकित्सा के अवयव
- 2.3 प्राकृतिक चिकित्सालय
- 2.4 रामनाम और प्राकृतिक चिकित्सा
- 2.5 प्रार्थना के उपरांत चर्चा
- 2.6 सारांश
- 2.7 बोध प्रश्न
- 2.8 उपयोगी एवं संदर्भ पुस्तकें

### 2.0 उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के उपरांत आप –

- स्वास्थ्य संबंधी गांधी की प्रयोगों से परिचित हो सकेंगे।
- गांधी की प्राकृतिक चिकित्सा पर आस्था से संबंधी विचारों को रेखांकित कर सकेंगे।

### 2.1 प्रस्तावना

महात्मा गांधी प्रकृति के अत्यंत करीब थे। उन्होंने बहुत संयमित जीवन व्यतीत किया। राजनैतिक कारणों के अतिरिक्त स्वास्थ्य के दृष्टिकोण से भी कई बार उपवास रखा। जीवन की आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु प्रकृति पर निर्भर गांधीजी यह मानते थे कि मनुष्य प्रकृति के जितना नजदीक होगा उतना ही सुखी होगा। जीवन के सभी पक्षों में परिलक्षित होने वाला उनका यह दर्शन, वास्तव में, प्रकृतिवादी है जो मनुष्य और प्रकृति में सामंजस्य पर बल देता है। धर्म ग्रंथों में अटूट आस्था रखने के कारण वह मानव शरीर को पाँच तत्वों यथा- क्षितिज, जल, पावक, गगन, समीर से बना मानते थे। अतः शरीर के इलाज में भी इन्हीं तत्वों को परम मानते थे। उनका यह विश्वास था कि शरीर को स्वयं संतुलन में रखने की शक्ति निहित है और साधारण नियमों के प्रयोग से शरीर, मन और आत्मा में सामंजस्य बैठाया जा सकता है।

वह यह मानते थे कि आधुनिक चिकित्सा रोग के कारणों का नहीं, सिर्फ रोग के लक्षणों का इलाज करती है। ऐसी चिकित्सा मनुष्य को मानसिक रूप से लापरवाह बनाने के लिए ज़िम्मेदार है। आधुनिक चिकित्सकों में सेवा भाव नहीं होता और वो अपने इलाज को 'बेचते' हैं अतः यह चिकित्सा जनकल्याण नहीं कर सकती। उनकी दृष्टि में ब्रह्मचर्य के पालन से ही निरोग रहा जा सकता है। एक ब्रह्मचारी का उसके सभी अंगों पर पूर्ण नियंत्रण होता है, उसका जीवन संयमित होता है, उसकी आत्मा पवित्र होती है। अतः वह बीमारियों से दूर रहता है।

गांधीजी सदैव सर्वोदय और अंत्योदय की संकल्पना को साकार करने का प्रयत्न करते रहे। उनका जीवन गरीबों और निराश्रितों की सेवा में समर्पित था। एक तरफ आधुनिक चिकित्सा पद्धति के शरीर पर दुष्प्रभाव के

कारण और अधिकांश गरीब जनता द्वारा इसका खर्च वहन करने में असमर्थता के कारण भी उन्होंने प्राकृतिक चिकित्सा का प्रयोग किया। इसे अपनाया और दूसरों को भी अपनाने की सलाह दी। प्राकृतिक चिकित्सा पर साप्ताहिक यंग इंडिया में लिखे अनेक लेख उनके इस विश्वास की दृढ़ता को दर्शाते हैं।

गांधीजी द्वारा बताई गई आधुनिक चिकित्सा पद्धति की बुराइयाँ वर्तमान समय में स्पष्ट रूप से दृष्टिगोचर होती हैं। आधुनिक चिकित्सा पद्धति के अत्यधिक खर्चीले होने के कारण यह अमीर और गरीब के बीच असमानता पैदा करने का कारण बन गया है। ऐसे में गांधीजी की प्राकृतिक चिकित्सा अधिक प्रासंगिक हो जाती है।

प्राकृतिक चिकित्सा नाम से प्रकाशित उनकी यह पुस्तक साप्ताहिक *हरिजन*, *यंग इंडिया* और हिन्द स्वराज, आत्म-कथा और 1942-44 में जेल में लिखी गई *स्वास्थ्य की कुंजी* में छपे लेखों का संकलन है जिसे पुस्तक के रूप में छापने का काम नवजीवन प्रेस ने 1954 में किया।

## 2.2 प्राकृतिक चिकित्सा के अवयव

प्राकृतिक चिकित्सा, यह एक ऐसी अनूठी प्रणाली है जिसमें जीवन के शारीरिक, मानसिक, नैतिक और आध्यात्मिक तत्वों के रचनात्मक सिद्धांतों के साथ व्यक्ति के सद्भाव का निर्माण होता है। इसमें स्वास्थ्य के प्रोत्साहन, रोग निवारक और उपचारात्मक के साथसाथ फिर से मजबूती प्रदान करने की भी अपार-संभावनाएं हैं।

ब्रिटिश नेचरोपैथिक एसोसिएशन के अनुसार, "प्राकृतिक चिकित्सा उपचार की एक ऐसी प्रणाली है जो शरीर के भीतर महत्वपूर्ण उपचारात्मक शक्ति के अस्तित्व को मान्यता देती है। अतः यह मानव प्रणाली से रोगों के कारण दूर करने के लिए अर्थात् रोग ठीक करने के लिए मानव शरीर से अवांछित और अप्रयुक्त तत्वों एवं विषाक्त पदार्थों को निकालकर मानव की सहायता की वकालत करती है।

प्राकृतिक चिकित्सीय विज्ञान, विज्ञान के उसी पांचों तत्वों के उपयोग पर आधारित है जो मानव शरीर का गठन करते हैं यथा-पृथ्वी, जल, आकाश, धूप और वायु। पुस्तक में गांधीजी इनका उपयोग बताते हैं। 1901 से पूर्व गांधीजी छोटी-मोटी बीमारियों के इलाज के लिए आधुनिक चिकित्सा पद्धति पर निर्भर रहा करते थे। परंतु इसके दुष्कर प्रभावों और समस्या के जड़ से न खत्म होने के कारण इससे उनका मोहभंग हो गया। यद्यपि प्राकृतिक उपचारों पर उनका विश्वास शुरू से था, तथापि इसके बारे में कोई व्यावहारिक ज्ञान न होने के कारण वह इसे अपनाने में असमर्थ रहे। दक्षिण अफ्रीका में मिस्टर पोलाक द्वारा 'रिटर्न टू नेचर' पुस्तक दिए जाने के पश्चात उनकी आस्था इसमें जग उठी और फिर प्राकृतिक चिकित्सा की उनकी यह यात्रा निरंतर चलती रही।

### ● पृथ्वी या मिट्टी द्वारा प्राकृतिक चिकित्सा

गांधीजी अपना अनुभव बताते हुए कहते हैं कि मिट्टी का प्रयोग चिकित्सा के लिए सर्वाधिक महत्वपूर्ण है। जब गांधीजी को भारी कब्ज की शिकायत थी तो उस समय उन्होंने अपने पेट पर मिट्टी की एक मोटी परत पानी में भिगोकर बांधी। मिट्टी बांधने का यह कार्य उन्हें रात को किया। सुबह उनकी कब्ज जाती रही तथा वे बहुत आराम महसूस कर रहे थे। गांधीजी कहते हैं कि सिर में कितना भी दर्द किसी कारण से हो रहा हो यदि मिट्टी को पानी में भिगोकर पट्टीनुमा सिर पर बाँधा जाए तो सिर दर्द कम हो जाता है और व्यक्ति को आराम

महसूस होता है। मिट्टी का प्रयोग फोड़े, फुन्सी को मिटाने के लिए भी किया जाता है। तेज बुखार हो या टायफाइड बुखार हो अगर मिट्टी का लेप पैर, पेट एवं सिर पर किया जाये तो बुखार जरूर कम हो जाता है। मिट्टी यदि बारीक एवं पीली स्वभाव की हो तो यह बहुत ही तीव्र असर डालती है। वे मिट्टी का अनुप्रयोग पेट साफ करने में भी करने के हिमायती है। उनका मानना है कि मिट्टी तो यह अवशेष भोज्य पदार्थों के साथ मिलकर बाहर निकल जाती है।

#### ● पानी एवं प्राकृतिक चिकित्सा

गांधीजी पानी द्वारा चिकित्सा के संदर्भ में क्यूने से प्रभावित थे। वे कहते हैं कि यदि व्यक्ति को तेज बुखार हो और उसे टब में बैठाकर स्नान कराया जाए तो दो-तीन डिग्री बुखार उतर जाता है। यह प्रक्रिया कब्ज में भी काम आती है। गांधीजी कहते हैं कि यह नैसर्गिक उपचार है। इसके उपयोग से मनुष्य बगैर किसी संदेह एवं संकोच के इसका प्रयोग कर सकता है गरम पानी के उपयोग के बारे में गांधी जी कहते हैं कि कान के दर्द में यदि गरम पानी का उपयोग किया जाये तो कान का दर्द बंद हो जाता है। बिच्छू के काटने पर डंक वाले स्थान को गरम पानी में रखने या धोने से तुरन्त आराम मिलता है। जिस व्यक्ति को पसीना नहीं आता है उस व्यक्ति को भाप देने से पसीना आने लगता है तथा वह उत्साह एवं स्वस्थ महसूस करता है। यदि गरम पानी में नीम जैसे वनस्पतियों को डालकर स्नान हेतु उपयोग में लाया जाए तो त्वचा रोग खत्म हो जाता है और व्यक्ति बेहतर महसूस करता है।

#### ● अग्नि द्वारा प्राकृतिक चिकित्सा

तेज या अग्नि से तात्पर्य सूर्य के प्रकाश से है। संपूर्ण उर्जा का स्रोत सूर्य ही है। सूर्य द्वारा प्राप्त प्रकाश द्वारा या सूर्य स्नान द्वारा भी व्यक्ति तन्दुरुस्त हो सकता है। सूर्य स्नान के द्वारा फोड़ों के घाव को भरने, त्वचा को स्वस्थ बनाने पसीने और के लिए उपयोग में लाया जा सकता है।

#### ● वायु, हवा तथा प्राकृतिक चिकित्सा

गांधीजी का विचार है कि हवा जो प्राणवायु होती है इसके द्वारा फेफ़ड़ों को स्वस्थ रखना जाता है। शरीर को भोजन पचाने में सहयोग मिलता है। इसलिए व्यक्तिको हवा से डरना नहीं चाहिए। व्यक्ति को सदैव स्वच्छ एवं शान्त हवा में बैठकर अपने अन्दर पर्याप्त मात्रा में हवा के रूप में प्राणवायु ग्रहण करना चाहिए।

#### ● आकाश द्वारा प्राकृतिक चिकित्सा

आकाश द्वारा प्राकृतिक चिकित्सा के बारे में गांधी जी का कहना है कि ज्यादातर हम न तो आकाश के बारे में बहुत कुछ जानते हैं और न ही आकाश का ज्ञानपूर्ण ढंग से उपयोग करते हैं। आकाश जितना ही हमसे दूर नजर आता है उतना ही हमारे नजदीक भी होता है। आकाश सर्वव्यापक है। यदि हम बगैर शरीर, कपडा, एवं घरबार के इस आकाश से सबन्ध जोड़ सके तो हम सदैव मन, शरीर एवं आत्मा से आरोग्य का अनुभव कर सकते हैं। हमें तो अपारिमित विस्तार या आकाश का अटूट अनुभव चाहिए। हो सके तो जीवन में सादगी को बढ़ाकर खालीपन को अपनाना चाहिए।

### 2.3 प्राकृतिक चिकित्सालय

गांधीजी ने पूना के श्री जहाँगीर पटेल एवं डॉ. दिनेश मेहता के साथ मिल कर पूना में ही एक प्राकृतिक चिकित्सालय की स्थापना एक न्यास सदस्य के रूप में की। यह स्थान डॉ. दिनेश मेहता के क्लीनिक के तौर पर चुना गया था। गांधीजी का स्वप्न था कि एक दिन उनका यह प्रयास सम्पूर्ण भारत में प्राकृतिक चिकित्सा के क्षेत्र में विश्वविद्यालयी रूप ले लेगा। गांधीजी का मानना था कि इस प्राकृतिक चिकित्सालय में गरीब एवं अमीर दोनों वर्ग के लोग एक समान रूप से समान परिस्थितियों में इलाज प्राप्त करेंगे। मनुष्य के शारीरिक, मानसिक, आध्यात्मिक, स्वरूप का विकास आवश्यक है जो सम्पूर्ण सामाजिक स्वास्थ्य पर निर्भर करता है। एक स्वस्थ समाज के निर्माण में यह प्राकृतिक चिकित्सा अहम भूमिका निभाएगी है और इस लक्ष्य की प्राप्ति में यह प्राकृतिक चिकित्सालय अहम कार्य करेगा।

### 2.4 रामनाम और प्राकृतिक चिकित्सा

गांधीजी रामनाम को शारीरिक, मानसिक एवं आध्यात्मिक विकास के लिए प्रमुख साधन मानते हैं। वे कहते हैं कि रामनाम कोई टोना-टोटका अथवा जादू-मंत्र का रूप नहीं है। यह पूरी तरह आस्था का विषय है जिसका प्रादुर्भाव अंतःमन से होता है। उनका मानना था कि जब व्यक्ति विकल्पों को त्याग कर पूर्ण रूप से निर्गुण/नैसर्गिक शक्तियों पर आश्रित हो जाता है तो उसके सभी कष्ट खत्म हो जाते हैं। इस रामनाम में डूब जाने पर शारीरिक रूप से बदलाव होता है। गांधीजी रामनाम के महत्व का वर्णन करते हुए कहते हैं कि पोरबंदर के राजा की कोढ़ जैसी असाध्य बीमारी रामनाम के जप से ही खत्म हुई। वह आगे कहते हैं कि इसका प्रभाव इस बात पर निर्भर करता है कि आप किस प्रकार इसको अपने जीवन में उतरते हैं। यदि आप क्रोध, निद्रा अथवा भोजन करते हुए इसका उच्चारण करते हैं तो शायद ही इसका प्रभाव महत्वपूर्ण हो। रामनाम अन्तःकरण के तान का नाम है। प्राकृतिक चिकित्सा में दो तत्व हैं- प्रथम, रामनाम तथा द्वितीय, प्रकृति के तत्वों के द्वारा इलाज। यदि ग्रामीण जन इन दोनों के वास्तविक रूप को समझ जाएँ तो उन्हें किसी डॉक्टर, हाकिम अथवा वैद्य की आवश्यकता नहीं पड़ेगी।

### 2.5 प्रार्थना के उपरांत चर्चा

गांधीजी उन स्थितियों की व्याख्या करते हैं जिनमें सिर्फ रामनाम ही प्रभावी चिकित्सा हो सकता है। इसमें पहली स्थिति यह है कि यह हृदय से निकलनी चाहिए। हृदय से निकलने के लिए यह आवश्यक है कि सत्य, ईमानदारी और शुद्धता को अपने भीतर समाहित किया जाए। सायं व्याख्यान देते हुए गांधीजी कहते हैं कि हर व्यक्ति स्थितिप्रज्ञ बन सकता है बशर्ते वह अपनी इंद्रियों को नियंत्रण में रखे, संयमित भोजन ले और आनंद अथवा भोग जीवन निर्वाह के लिए करे। दूसरे शब्दों में कहें तो वह ब्रह्मचर्य का पालन करे।

### 2.6 सारांश

महात्मा गांधी प्राकृतिक चिकित्सा के परमभक्त एवं अनुप्रयोग कर्ता थे। वे प्राकृतिक चिकित्सा के द्वारा अपने ही रोगों का नहीं बल्कि दूसरे लोगों के रोगों का भी इलाज करते थे। प्राकृतिक चिकित्सा में व्यक्ति के बीमारी का इलाज पाँच पदार्थों पृथ्वी, हवा, अग्नि, जल एवं आकाश द्वारा किया जाता है। गांधीजी खुद

कहते हैं कि प्राकृतिक चिकित्सा कोई वर्तमान समय की खोजी गई पद्धति नहीं है। यह तो मनुष्य के साथ क्रमागत विकास के द्वारा प्राचीन काल में ही विकसित कर दी गई थी। जो वर्तमान में अंग्रेजी चिकित्सा पद्धति के कारण अफवाहों का शिकार हो गई है।

## 2.7 बोध प्रश्न

प्रश्न 1 : प्राकृतिक चिकित्सा क्या है?

प्रश्न 2 : प्राकृतिक चिकित्सा के प्रमुख अवयव क्या-क्या हैं?

प्रश्न 1 : प्राकृतिक चिकित्सा कैसे लाभकारी है?

## 2.8 उपयोगी एवं संदर्भ पुस्तकें

गांधी, म. (1948). आरोग्य की कुंजी. अहमदाबाद: नवजीवन प्रकाशन मंदिर.

Nisal, R. V. (2012) *Gandhian Approach towards Health*, retrieved from

[http://www.mkgandhi.org/articles/gandhian\\_approach\\_towards\\_health.htm](http://www.mkgandhi.org/articles/gandhian_approach_towards_health.htm).

Gandhi.M. (1954). *Nature Cure* retrieved from [http://www.mkgandhi.org/ebks/nature\\_cure.pdf](http://www.mkgandhi.org/ebks/nature_cure.pdf)



## इकाई- 3 स्वास्थ्य संबंधी विभिन्न प्रयोग

### इकाई की रूपरेखा

- 3.0 उद्देश्य
- 3.1 प्रस्तावना
- 3.2 शरीर संरचना के अवयव
- 3.3 प्राकृतिक चिकित्सा प्रयोग
- 3.4 सारांश
- 3.5 बोध प्रश्न
- 3.6 संदर्भ एवं उपयोगी ग्रंथ

### 3.0 उद्देश्य

इस इकाई के अध्ययन के उपरांत आप -

- स्वास्थ्य संबंधी गांधीजी के प्रयोगों से परिचित हो सकेंगे।
- गांधी के प्राकृतिक चिकित्सा संबंधी विचारों को रेखांकित कर सकेंगे।

### 3.1 प्रस्तावना

महात्मा गांधी मनुष्य जीवन को प्रकृति का विस्तार भर मानते थे। जब तक मनुष्य प्रकृति के नियमों के साथ सामंजस्य बैठाकर जीवन व्यतीत करता है तब तक वह शारीरिक एवं मानसिक रूप से स्वस्थ होता है। जैसे-जैसे मनुष्य प्रकृति से खुद को दूर करता जाता है वैसे-वैसे उसके जीवन में कृत्रिमता एवं आडंबर में बढ़ोत्तरी होती है। जिसके कारण मानव जीवन विविध प्रकार की शारीरिक एवं मानसिक बीमारियों का घर बन जाता है। महात्मा गांधी मानते हैं कि जब जीवन एवं आकाश के बीच कोई भेद नहीं रह जाता अर्थात जब हम खुद को प्रकृति से एकरूप महसूस करने लगते हैं तो हमारे स्व का इतना विस्तार हो जाता है कि शरीर के अस्तित्व का पता ही नहीं चलता है। जब जीवन में एक अनोखा आनन्द प्राप्त होता है। गांधीजी के इन सभी प्राकृतिक चिकित्सा सम्बन्धित विचार को संश्लिष्ट रूप देते हुए 1942 में 'आरोग्य की कुंजी' नाम से एक पुस्तिका प्रकाशित की गई। जो दुनिया की कई भाषाओं में अनुवादित एवं प्रकाशित की गई। इसमें उन्होंने प्राकृतिक चिकित्सा संबंधी अपने विभिन्न प्रयोगों का भी उल्लेख किया है।

### 3.2 शरीर संरचना के अवयव

- मिट्टी

गांधीजी चिकित्सा में मिट्टी का प्रयोग बताते हैं जिसका उन्होंने स्वयं पर प्रयोग किया है। कब्ज के लिए वह पेट पर मिट्टी का लेप लगाने की सलाह देते हैं। साथ ही, उनके अनुसार, इसका प्रयोग सर्पदंश, बिच्छूदंश,

फोड़ा, सरदर्द में भी किया जा सकता है। बुखार के इलाज में वह मिट्टी के महत्व को रेखांकित करते हैं और इसका लेप सर और पेट पर लगाने की सलाह देते हैं।

#### ● जल

प्राचीन समय से ही जल चिकित्सा चिकित्सा की एक पद्धति रही है। इस विषय पर कई पुस्तकें लिखी गयी हैं। परंतु गांधीजी की दृष्टि में क्यूने द्वारा प्राकृतिक चिकित्सा पर लिखित पुस्तक में इसका सरलतम रूप प्रस्तुत किया गया है। वह ठंडे पानी के टब में 30-35 मिनट बैठ कर कटि-स्नान (Hip-bath) करने की सलाह देते हैं जो बुखार और कब्ज में उपयोगी है। इसके अतिरिक्त वह क्यूने द्वारा बताई गई पद्धति के अनुसार घर्षण स्नान (Sitz bath) का वर्णन प्रस्तुत करते हैं। गरम पानी और भाप के चिकित्सकीय उपयोग का भी गांधीजी ने इस पुस्तक में विस्तार से उल्लेख किया है। वह कहते हैं, “बिच्छूदंश में जब सभी उपचार असफल हो जाएं, वहाँ प्रभावित अंग को गरम पानी में डुबोना बहुत हद तक राहत देता है”। गरम भाप के संदर्भ में वह इसे गठिया और जोड़ों के रोगों में उपयोगी बताते हैं।

#### ● आकाश

आकाश से गांधीजी का तात्पर्य पृथ्वी के चारों ओर की खुली जगह, पर्यावरण है। उनकी यह मान्यता है कि यदि हमारे शरीर का स्पर्श बिना किसी बाधा- घर, छत के खुले आकाश से हो पाता है तो वह स्वास्थ्य के लिए अत्यंत लाभकर होगा। यद्यपि यह सभी व्यक्तियों के लिए संभव नहीं है, फिर भी यह आवश्यक है कि वह इस कथन की सत्यता को स्वीकार करें और जितना संभव हो उतना प्रयास करें। उनके इस प्रयास मात्र से ही उन्हें संतुष्टि और मानसिक शांति की प्राप्ति होगी।

#### ● धूप

अन्य तत्वों के समान धूप भी जीवन के लिए आवश्यक है। सूर्य ऊष्मा और प्रकाश का स्रोत है। सूर्य स्नान भी जल स्नान के समान उपयोगी है। हालांकि, कोई एक दूसरे का स्थान नहीं ले सकता। प्रातः सूर्य की किरणें रक्त परिसंचरण के साथ-साथ अल्सर और टीबी रोग में उपयोगी है।

#### ● वायु

शरीर के निर्माण में आवश्यक होने के कारण यह पांचवा तत्व भी समान रूप से महत्वपूर्ण है। यदि व्यक्ति बचपन से ही खुले में रहने की आदत डाल ले तो उसका शरीर कठोर बनेगा और सर्दी-जुखाम जैसी समस्याएँ नहीं होंगी।

### 3.3 प्राकृतिक चिकित्सा प्रयोग

#### 1. इसके प्रयोग पर विश्वास

गांधीजी को प्राकृतिक चिकित्सा पर पूरा विश्वास था। यह प्रसंग गांधीजी के दूसरे पुत्र मणिलाल का है। उस समय मणिलाल की उम्र 10 वर्ष थी। उन्हें रात में टाइफाइड के दौरों के साथ निमोनिया के लक्षण महसूस हुए। डॉक्टर ने उन्हें मांस खाने की सलाह दी, परंतु शाकाहारी होने के कारण गांधीजी ने इसका विचार त्याग दिया। उन्होंने प्राकृतिक चिकित्सा को अपनाया और इसका लाभ मिलने पर उनका इसपर विश्वास और दृढ़ हो गया।

## 2. मिट्टी और जल चिकित्सा में प्रयोग

गांधीजी प्राकृतिक चिकित्सा के साथ प्रयोग करते हुए कहते हैं कि जब वह जोहान्सबर्ग में थे उस समय उनके सर में बहुत तेजी से दर्द हो रहा था। प्रयोग के तौर पर उन्होंने सुबह का नाश्ता बंद कर दिया। नाश्ता बंद करने के कारण उनका सर दर्द ठीक हो गया। तत्पश्चात उन्हें अहसास हुआ कि वह आवश्यकता से अधिक भोजन करते थे। गांधीजी को कब्ज की बीमारी भी थी। इसके लिए उन्होंने प्रारम्भ में जल-चिकित्सा शुरू की पर अच्छा प्रभाव नहीं पड़ा। इसी समय उन्हें दोस्त के द्वारा 'रिटर्न टू नेचर' पुस्तक प्राप्त हुई। इस पुस्तक में मिट्टी द्वारा कब्ज ठीक करने की विधि बतलाई गई थी। गांधीजी ने गीली मिट्टी लेप अपने पेट पर लगाना प्रारम्भ किया। रात को मिट्टी का लेप पेट पर करते तथा सुबह को हटा देते। कुछ दिनों के बाद उनके पेट की समस्या खत्म हो गई। गांधीजी ने माना कि 99% बीमारियाँ हमारे गलत भोजन करने के कारण होती हैं।

## 3. दूध की अनिवार्यता

गांधीजी जब खेड़ा आंदोलन कर रहे थे तो गलत तरीके से भोजन लेने के कारण उनकी तबीयत खराब हो गई। उनको कई तरह के पेय पदार्थ दिये गए जिसमें गाय और भैंस का दूध भी शामिल था। परंतु गांधीजी ने बकरी का दूध लेना पसंद किया। कुछ दिन बाद से ही उनकी समस्या ठीक होने लगी। इसके बाद उन्होंने सदैव बकरी का दूध लेने का व्रत ले लिया। वे कहते हैं कि एक बीमार व्यक्ति के लिए दूध के जैसा पोषणयुक्त पदार्थ कुछ भी नहीं हो सकता।

## 4. टूटी बांह का इलाज

गांधीजी जब दक्षिण अफ्रीका से अपने परिवार के साथ वापस आ रहे थे तो उनके तीसरे बेटे रामदास ने जहाज के कैप्टन के साथ खेलते हुए अपनी बांह तोड़ ली। वह उस समय आठ वर्ष का था। कैप्टन रामदास को जहाज के डॉक्टर के पास लेकर गया। जहाज के डॉक्टर ने तुरंत घर वापस जाने और वहाँ डॉक्टर से इलाज करने की बात कही। लेकिन गांधीजी को अपने इलाज पर पूरा भरोसा था। उन्होंने मिट्टी को गीला कर के उसके घाव पर बंधा। यह प्रक्रिया हर रोज लगभग एक महीने तक चलती रही। वह ठीक हो गया। गांधीजी कहते हैं कि वह यह नहीं कह सकते कि वह अपने प्रयोग से सभी बीमारियों का इलाज कर सकते हैं। अंग्रेजी डॉक्टर भी अपने इलाज को पूर्ण सटीक नहीं मानते। फिर भी, सही प्रयोग के साथ ईश्वर सदैव साथ होता है और इसमें उनकी अटूट आस्था है।

## 5. नकसीर (Hemorrhage)

गांधीजी कहते हैं कि एक बार उनकी पत्नी कस्तूरबा नकसीर की बीमारी से ग्रसित हो गई। उनके सभी प्रयोग असफल रहे। अंततः उन्होंने कस्तूरबा से नमक और दाल भोजन में न लेने की बात कही। इस पर कस्तूरबा ने गुस्से में कहा कि नमक और दाल न लेना कैसे संभव है। यह कहना आसान है परंतु करना असंभव। गांधीजी ने उसी समय एक वर्ष के लिए नमक एवं दाल भोजन में न लेने का व्रत ले लिया। इससे कस्तूरबा विस्मित हुई तथा गांधीजी से क्षमा मांगते हुए नमक एवं दाल न लेने के व्रत को वापस लेने के लिए विनती करने लगीं। परंतु गांधीजी ने कहा कि यह उनके प्रति उनके प्रेम की परीक्षा है। अतः हार मान कर कस्तूरबा ने भी नमक और दाल लेना बंद कर दिया। कुछ ही दिनों में कस्तूरबा का नकसीर पूरी तरह से खत्म हो गया।

## 6. पार्श्वशूल (Pleurisy)

जब गांधीजी लंदन में थे तो पार्श्वशूल से ग्रसित हो गए थे। उनके सीने में अत्यधिक तेजी से दर्द हो रहा था। उन्होंने डॉ. एलिसन को दिखाया। उन्होंने उन्हें दूध न लेने की सलाह दी। उन्होंने कहा कि कुछ दिन तक उनको वसा रहित भोजन लेना होगा। डॉ. ने उन्हें सूखी सब्जियाँ और फल खाने की सलाह दी जिसमें अखरोट, संतरे, मूली एवं प्याज शामिल थे। इसके अतिरिक्त उन्हें चौबीसों घंटे कमरे की सभी खिड़कियाँ खोले रखने की बात कही। हालांकि, काफी दिन गुजर जाने के बाद भी जब वह ठीक नहीं हुए तो उन्हें भारत वापस लौट जाने की सलाह दी गई। गांधीजी लिखते हैं कि जैसे-जैसे वह भारत की ओर बढ़ते गए वह ठीक महसूस करने लगे। इस दौरान वह मात्र अखरोट और कुछ फल ही ले रहे थे। भारत आने पर शायद उनकी सेहत में सुधार अधिक तापमान के कारण हुआ था जिसके परिणामस्वरूप हवा की शुद्धता बढ़ती जाती है जो फेफड़ों के लिए लाभदायक होती है।

## 7. मौत की दहलीज पर

गांधीजी का प्राकृतिक चिकित्सा पर इतना अधिक विश्वास था कि एक बार उनको लगा कि मौत उनके करीब है पर उन्होंने किसी प्रकार की दवा अथवा डॉक्टर का सहारा नहीं लिया। हुआ यह कि एक त्यौहार पर कस्तूरबा ने मीठी पूड़ी घी में बनाई जो गांधीजी को बहुत पसंद थी। कस्तूरबा के आग्रह करने पर उन्होंने पूड़ी का भरपूर स्वाद लिया। इसके कुछ समय बाद उन्हें काफी तेजी से दस्त होना शुरू हो गया। स्थिति काफी बिगड़ गयी। एक ही घंटे में 10 बार दस्त की आवृत्ति होने लगी। बहुत सारे डॉक्टर बुलाए गए पर उन्होंने सभी को इलाज करने से मना कर दिया। एक डॉक्टर गांधीजी के पास गए। उन्होंने अपनी चिकित्सा का प्रयोग गांधीजी पर करने के लिए कहा। कुछ संकोच के बाद गांधीजी ने उस डॉक्टर को अनुमति दे दी। डॉक्टर ने गांधीजी के पूरे शरीर पर बर्फ का लेप किया। कुछ समय के बाद गांधीजी पूरी तरह से ठीक हो गए। इसके कारण गांधीजी उन्हें आइस डॉक्टर से संबोधित करने लगे।

### 3.4 सारांश

प्राकृतिक चिकित्सा प्रणाली चिकित्सा की एक रचनात्मक विधि है, जिसका लक्ष्य प्रकृति में प्रचुर मात्रा में उपलब्ध तत्वों के उचित इस्तेमाल द्वारा रोग का मूल कारण समाप्त करना है। यह न केवल एक चिकित्सा पद्धति है बल्कि मानव शरीर में उपस्थित आंतरिक महत्वपूर्ण शक्तियों या प्राकृतिक तत्वों के अनुरूप एक जीवन है। शैली-गांधी जी ने संपूर्ण जीवन प्राकृतिक चिकित्सा को अपनाया एवं इसका प्रसार-प्रसार करते रहे। उन्होंने अपने जीवन में प्राकृतिक चिकित्सा संबंधी कई प्रयोग किए जो प्रकृति एवं मानव में निहित अंतर्संबंधों पर आधारित थे।

### 3.6 बोध प्रश्न

प्रश्न 1 : प्राकृतिक चिकित्सा संबंधी गांधी के प्रयोग क्या हैं?

प्रश्न 2 : प्राकृतिक चिकित्सा के प्रमुख अवयव क्या-क्या हैं?

### 3.7 उपयोगी एवं संदर्भ पुस्तकें

गांधी, म. (1948). *आरोग्य की कुंजी*. अहमदाबाद: नवजीवन प्रकाशन मंदिर.

Nisal, R. V. (2012) *Gandhian Approach towards Health*, retrieved from

[http://www.mkgandhi.org/articles/gandhian\\_approach\\_towards\\_health.htm](http://www.mkgandhi.org/articles/gandhian_approach_towards_health.htm).

Gandhi.M. (1954). *Nature Cure* retrieved from [http://www.mkgandhi.org/ebks/nature\\_cure.pdf](http://www.mkgandhi.org/ebks/nature_cure.pdf)

