



International Journal of Advanced Academic Studies

E-ISSN: 2706-8927
P-ISSN: 2706-8919
IJAAS 2019; 1(2): 226-228
Received: 23-08-2019
Accepted: 27-09-2019

रंजीता कुमारी

शोध छात्रा, गृहविज्ञान विभाग,
ल. ना. मि. वि., दरभंगा, बिहार,
भारत

बिहार में मातृ-शिशु कल्याण कार्यक्रम में स्वास्थ्य सेवाओं की वर्तमान स्थिति

रंजीता कुमारी

सारांश

बच्चे राष्ट्र के धरोहर हैं। प्यार एवं सहानुभूति उनके जीवन का आधार हैं। आज बच्चों में कुपोषण की समस्या बहुत ही गंभीर है। भारत में अल्प पोषित बच्चों की संख्या विश्व में सर्वाधिक है। कुपोषण का मुख्य कारण संतुलित एवं पौष्टिक आहार का अभाव है। बच्चों के पोषण में माँ का दूध एवं पूरक पोषाहार स्वास्थ्य की धूरी है। इससे बच्चों में समग्र शारीरिक, मानसिक एवं बौद्धिक विकास होता है। प्रत्येक माता-पिता की इच्छा होती है कि उनके बच्चे स्वस्थ व हट्ट-पुष्ट रहें जो शारीरिक रूप से निरोग, मानसिक तौर पर चौकन्ने तथा नैतिक दृष्टि से स्वस्थ हो और जो दक्षताओं तथा प्रेरणाओं से संपन्न हो जिसकी समाज को आवश्यकता है। इसके लिए हमें बच्चों के प्रति संवेदनशील होना जरूरी है बच्चों के पोषण में सुधार के लिए अत्यधिक प्रयास की आवश्यकता है एवं आँगनबाड़ी केन्द्र को अधिक सक्रिय करना होगा क्योंकि बच्चों का लालन-पालन और संतुलित पोषण आज की आवश्यकता है एवं यह बच्चों का जन्म सिद्ध अधिकार है।

प्रस्तावना

भारत सरकार द्वारा हाल ही में जननी सुरक्षा योजना के स्वरूप में महत्वपूर्ण परिवर्तन किये हैं। अतः यह आवश्यक हो गया है कि सर्वसंबंधित को पुनः एक बार योजना के पुनरीक्षित प्रावधानों से अवगत कराया जाये। जननी सुरक्षा योजना, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत एक सुरक्षित मातृत्व हस्तक्षेप है, जिसमें संस्थागत प्रसव को प्रोत्साहित कर गरीब गर्भवती महिलाओं में मातृ-मृत्यु तथा नवजात शिशु मृत्यु दर को कम करने का प्रयास किया जा रहा है। भारत सरकार द्वारा शतप्रतिशत वित्त पोषित यह योजना बिहार में 15 अगस्त 2005 से लागू की गई है। जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत आशा कार्यकर्ता की पहचान एक ऐसी कड़ी के रूप में की गई है, जो शासकीय तंत्र तथा गरीब गर्भवती महिलाओं के बीच समन्वय स्थापित कर उन्हें आवश्यक स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध करा सके। जिन ग्रामों में आशा का चयन नहीं हुआ है उनमें आशा का चयन होने तक आँगनबाड़ी कार्यकर्ता उसके कर्तव्यों का निर्वहन करेगी। यदि आँगनबाड़ी कार्यकर्ता किसी कारण से ऐसा नहीं करती है तो सेक्टर मेडिकल आफिसर द्वारा ऐसे कार्यकर्ता का चिन्हांकन किया जायेगा जो यह कार्य कर सके – यह कार्यकर्ता महिला जन स्वास्थ्य रक्षक अथवा प्रशिक्षित दाई भी हो सकती है परन्तु यह सुनिश्चित किया जायेगा कि वह आशा के समस्त उत्तरदायित्वों का निर्वहन करे। योजनान्तर्गत आशा के निम्नलिखित उत्तरदायित्व हैं—

- योजना के हितग्राही के रूप में गर्भवती महिला की पहचान तथा गर्भ पंजीयन हेतु उसकी सहायता करना
- आवश्यकता अनुसार प्रमाण-पत्र प्राप्त करने में गर्भवती महिला की सहायता करना
- गर्भावस्था के दौरान तीन प्रसव पूर्व जाँच हेतु गर्भवती महिला को सेवायें उपलब्ध कराना अथवा ऐसी सेवाओं तक उसकी पहुँच सुनिश्चित करना।
- ऐसे शासकीय स्वास्थ्य केन्द्र अथवा मान्यता प्राप्त निजी स्वास्थ्य संस्थान की पहचान करना जहाँ गर्भवती महिला को प्रसव की सुविधा उपलब्ध कराई जा सके तथा आवश्यकता पड़ने पर रेफर किया जा सके।
- संस्थागत प्रसव कराने हेतु गर्भवती महिला को परामर्श देना
- पूर्व निर्धारित स्वास्थ्य केन्द्र तक हितग्राही महिला का लेकर जाना तथा अस्पताल से डिस्चार्ज होने तक महिला के साथ अस्पताल में रहना।
- जन्म के 14 सप्ताह के भीतर नवजात शिशु के टीकाकरण की व्यवस्था करना।
- शिशु जन्म अथवा मृत्यु की सूचना ए.एन.एम./चिकित्सा अधिकारी को देना।
- प्रसव के 07 दिवस के भीतर माता को प्रसव पश्चात् जाँच हेतु स्वास्थ्य केन्द्र ले जाना अथवा प्रसव पश्चात् जाँच हेतु व्यवस्था सुनिश्चित करना।

Corresponding Author:

रंजीता कुमारी

शोध छात्रा, गृहविज्ञान विभाग,
ल. ना. मि. वि., दरभंगा, बिहार,
भारत

- प्रसव के 01 घण्टे के भीतर नवजात शिशु को स्तनपान प्रारंभ कराने हेतु माता को परामर्श देना तथा परिवार नियोजन के प्रभावी साधन के रूप में 3-6 माह तक स्तनपान जारी रखने हेतु माता को प्रोत्साहित करना।

जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत प्रत्येक हितग्राही गर्भवती महिला को जच्चा-बच्चा रक्षा कार्ड उपलब्ध कराया जायेगा। आशा/आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/अन्य समतुल्य कार्यकर्ता का यह दायित्व होगा की वह ए. एन. एम. के परिवेक्षण में प्रत्येक गर्भवती महिला के लिये अनिवार्यतः प्रसव की सूक्ष्म कार्ययोजना तैयार करे। इस कार्ययोजना में निम्नलिखित जानकारी अनिवार्यतः संधारित की जायेगी-

(क) प्रसव पूर्व तीन जाँच तथा टेनस टॉक्साइड टीकाकरण की दिनांक तथास्थान।

(ख) रेफरल हेतु स्वास्थ्य केन्द्र का नाम।

(ग) प्रसव हेतु संस्था का नाम।

(घ) प्रसव की सम्भावित तिथि।

इसके अतिरिक्त इस सूक्ष्म कार्ययोजना में आवश्यक प्रमाण-पत्र एकत्र करने, जच्चा-बच्चा रक्षा कार्ड जमा करने, परिवहन हेतु साधन की उपलब्धता तथा आवश्यक धन की उपलब्धता के संबंध में जानकारी भी होना आवश्यक है।

विश्व में बच्चों की सर्वाधिक संख्या भारत में है। "देश के विकास की कार्यसूची में बच्चों का विकास पहली प्राथमिकता है, ऐसा इसलिये नहीं है कि ये सबसे अधिक असुरक्षित हैं बल्कि इसलिए कि ये हमारी सर्वोत्तम परिसंपत्ति हैं तथा हमारे देश के भविष्य की मानव संसाधन शक्ति हैं।" इन शब्दों के साथ हमारी दसवीं पंचवर्षीय योजना (2002-07) में इस तथ्य पर बल दिया गया है कि भिन्न-भिन्न आय वर्गों, भौगोलिक स्थानों, लिंग और समुदायों के बीच भारत का भविष्य उसके बच्चों के भविष्य में निहित है। इस परिप्रेक्ष्य में किसी के भी मन में यह प्रश्न उठ सकता है कि "हम भारत के भविष्य के निर्माण के लिये सबसे अच्छा निवेश क्या कर सकते हैं?"

इसका उत्तर उपर्युक्त तथ्य में ही निहित है कि एक ऐसा लाभकारी निवेश जिसके तहत यह सुनिश्चित करना कि प्रत्येक भारतीय बच्चे का ऐसे वातावरण में लालन-पालन हो जो उसके विकास के अनुकूल है।

स्कूल-पूर्व बच्चों में प्रोटीन, ऊर्जा कुपोषण (पीईएम) या अल्पपोषण संबंधी आंकड़ों, के बारे में आकलन बच्चों की आयु के अनुसार उनका कम वजन होने को लेकर किया गया है। ये हमारे समाज में पोषण की अतिसंवेदनशील स्थिति की ओर इशारा करते हैं। यह तथ्य बच्चों की आयु के अनुरूप उनका वजन कम पाए जाने की स्थिति का अध्ययन करने पर उजागर हुआ है। पिछले तीन दशकों के दौरान बच्चों में अल्पपोषण की स्थिति में महत्वपूर्ण कमी आई है। वर्तमान में कुपोषण की स्थिति यह है कि बड़ी संख्या में बच्चे भारी कुपोषण के कारण नहीं मरते बल्कि वे तो संक्रामक रोगों से अत्यधिक असुरक्षित हैं, क्योंकि वे मध्यम और सामान्य कुपोषण से ग्रस्त होते हैं। उनका पूर्ण शारीरिक और ज्ञानात्मक विकास भी नहीं हो पाता तथा बाद में वे विद्यालयी शिक्षा का भी पूर्ण लाभ प्राप्त नहीं कर पाते। बच्चों में मध्यम और सामान्य किस्म के इस अल्पपोषण से कुपोषण सार्वजनिक स्वास्थ्य का एक अदृश्य मुद्दा बन गया है। कुपोषण की गंभीर स्थिति काफी हद तक स्पष्ट है लेकिन बच्चों के विकास और वृद्धि पर इसका प्रभाव पहले ही दिखाई देने लगता है। स्कूल पूर्व बच्चों में कुपोषण की खराब स्थिति भी उनके अवरुद्ध विकास के लिये जिम्मेदार है। एनएफएचएस 2 ने यह पता लगाया है कि तीन वर्ष से कम आयु वर्ग के 45.5 प्रतिशत बच्चे औसत से कम वजन के हैं (आईएमआर) में महत्वपूर्ण

गिरावट आई है और 1951 में जहां यह दर प्रति 1000 जिंदा जन्मे बच्चों पर 146 थी वहीं 2004 में घटकर प्रति 1000 बच्चों 58 रह गई (एसआरएस 2006) लेकिन शिशु मृत्युदर में यह गिरावट पिछले दशक में सर्वाधिक रही है। राज्यों, जिलों और यहां तक कि समुदाय, समूहों के बीच अत्यधिक असमानताएं देखने को मिलती हैं। उदाहरण के लिये वर्ष 2004 में एक ओर जहां केरल में शिशु मृत्युदर 12 रही वहीं मध्य प्रदेश में यह दर 79 थी। 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्युदर में भी कुछ सुधार हुआ है, लेकिन अब भी यह काफी ऊँची, अर्थात् प्रति 1000 जिंदा जन्में शिशुओं पर 77 बनी हुई है।

शिशु मृत्युदर में धीमी गिरावट की स्थिति में तभी सुधार हो सकता है जब एक बहु उद्देशीय रणनीति बनाकर कुपोषण की समस्या से पिटा जाएगा क्योंकि 50 से 55 प्रतिशत मामलों में ऐसी मौतों का कारण कुपोषण होता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन की एक रिपोर्ट के अनुसार 55 प्रतिशत शिशुओं की मृत्यु का कारण प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप में कुपोषण है।

आईसीडीसी कार्यक्रम वयस्क होते बच्चों के कुपोषण, दुर्बलता, रुग्णता और मृत्यु के दोषपूर्ण चक्र को तोड़ने की भारत की चुनौती है। समन्वित बाल विकास योजना निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ 1975 में शुरू की गई थी-

0-6 वर्ष की आयु वर्ग के बच्चों के पोषण और स्वास्थ्य संबंधी स्थिति में सुधार लाना।

- बच्चों के उचित मनोवैज्ञानिक, शारीरिक और सामाजिक विकास की नींव तैयार करना।
- मृत्यु, रुग्णता, कुपोषण और स्कूल छोड़े की प्रवृत्ति में कमी लाना।
- बाल विकास को बढ़ावा देने के वास्ते विभिन्न विभागों के बीच नीतियों और कार्यान्वयन का प्रभावी समन्वयन।
- उचित पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा के जरिये बच्चे की सामान्य स्वास्थ्य और पोषण आवश्यकताओं के प्रति जागरूक बनाने हेतु माताओं की क्षमताओं में वृद्धि करना।

इसके तहत निम्नलिखित समन्वित सेवाएँ उपलब्ध होती हैं- पूरक पोषाहार, टीकाकरण, स्वास्थ्य जांच, रेफरल सेवाएँ, स्कूल-पूर्व अनीपचारिक शिक्षा और पोषण तथा स्वास्थ्य शिक्षा।

युवा होते बच्चों की उत्तरजीविता, विकास और वृद्धि की चिंता के मद्देनजर संप्रग सरकार के न्यूनतम साझा कार्यक्रम में बच्चों को प्राथमिकता देने की आवश्यकता पर स्पष्ट जोर दिया गया है। इसमें प्रत्येक बस्ती में एक क्रियाशील आंगनवाड़ी उपलब्ध कराने व सभी बच्चों को इसका पूर्ण लाभ पहुँचाने के वास्ते समन्वित बाल विकास सेवा योजना को व्यापक बनाने का वायदा किया गया है। संप्रग सरकार का जोर संपूर्ण बाल विकास तथा ऐसे क्षेत्रों तक इसका लाभ पहुँचाने पर था जो अभी इसके दायरे के बाहर है।

निष्कर्ष

पोषाहार तथा बाल विकास विभाग बच्चों के कल्याण और विकास कार्यक्रमों को क्रियान्वित करने तथा बाल विकास की समग्र नीति निर्धारित करने के अलावा बाल विकास कार्यक्रमों में समन्वय के लिए भी उत्तरदायी है। महिला कल्याण और विकास विभाग देश में महिला कल्याण और विकास के कार्यक्रमों में समन्वय स्थापित करने के लिए उत्तरदायी हैं। इसके अलावा यह विभाग महिलाओं के कल्याण और आर्थिक विकास के कुछ कार्यक्रमों का क्रियान्वयन भी करती है।

संदर्भ

1. जेंडर बायस इन द एंफ्लायमेंट आफ विमेन इन द अर्बन एंड इंफोरमल सेक्टर, 2006, नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ अर्बन

- ऐफेयर्स, पृ. 16.
2. देवकी जैन एंड चांद मलानी, 1982, रिपोर्ट आन ए टाईम ऐलोकेशन स्टडी ईट्स मेथोडोलिजिकल इंप्लीकेशन इस्टीमेट ऑफ सोशल स्टडीज ट्रस्ट, पृ. 10.
3. सोमा किशोर पार्थसारथी, विमेन डोमेस्टिक वर्कर्स इन इंडिया, निपसेड/एन. सी. एस. ई. डब्ल्यू 1987 पर आधारित, पृ. 29.
4. सीमा यादव, 1997, बेसिक प्रिंसिपल्स ऑफ न्यूट्रीशन, अनमोल प्रकाशन न्यू देल्ही, पृ. 46.
5. मीरा वशिष्ठ, 1998, इनट्रोडक्शन टू फूड, न्यूट्रीशन एण्ड फूड प्रोजेसिन, अनमोल प्रकाशन, न्यू देल्ही, पृ. 30.
6. बी. के. बख्शी, 1991, आहार एवं पोषण विज्ञान, विनोद पुस्तक मंदिर, पृ. 105.
7. एस. आर. शर्मा, विजय कौशिक – चाइल्ड डेभलपमेंट अनमोल प्रकाशन, न्यू देल्ही, 1994, पृ. 41.