ISSN-0971-8397

યોજના

ફેબ્રુઆરી-૨૦૧૬ | વિકાસને સમર્પિત માસિક | ₹ ૧૦

સૌના માટે આરોગ્ય અને સુખાકારી

ભારતમાં સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્રની સમસ્યાઓ અને પડકારો

ભારતમાં રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિનું મૂલ્યાંકન

આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારનું મહત્ત્વ

ફોક્સ લેખ

આદિવાસી વિસ્તારોમાં આરોગ્ય સંભાળ

વિશેષ લેખ

વિકાસ અને આરોગ્ય : એકબીજાના પૂરક

વિકાસગાથા

પલ્સ પોલીયો કાર્યક્રમ ૨૦૧૬

રાષ્ટ્રપતિ દ્વારા તાજેતરમાં પલ્સ પોલિયો કાર્યક્રમ-૨૦૧૬ શરૂ કરાયો હતો જે અંતર્ગત રાષ્ટ્રપતિ ભવનમાં પાંચ વર્ષથી નીચેની વયનાં બાળકોને પોલિયોની રસી પીવડાવવામાં આવી હતી. ૧૭ જાન્યુઆરીના રોજ રાષ્ટ્રીય રસીકરણ દિને આ કાર્યક્રમ શરૂ કરાયો હતો. દેશભરમાં પાંચ વર્ષની વય સુધીના બાળકોની અંદાજિત સંખ્યા ૧૭.૪ કરોડ છે જેઓને પોલિયોનાં ટીપાં પીવડાવવાનું લક્ષ્યાંક છે. દેશમાંથી પોલીયોને નાબૂદ કરવાની સરકારની નેમ છે જે અંતર્ગત આ ઝુંબેશ ચલાવવામાં આવે છે. અત્રે એ નોંધવું જરૂરી છે કે ભારતમાંથી મે-૨૦૧૫માં માતા અને નવજાત શિશુને થતા ધનુરના રોગની નાબૂદી થઈ ગઈ છે. આ માટેનો વૈશ્વિક લક્ષ્યાંક ડિસેમ્બર-૨૦૧૫નો હતો. જેના સાત મહિના પહેલાં જ આપણા દેશે આ લક્ષ્ય સિદ્ધ કરી દીધું છે. સાર્વત્રિક આરોગ્ય સંભાળ અને આરોગ્યલક્ષી અસમાનતા સામેની આપણી લડાઈમાં આ ઉલ્લેખનીય સિદ્ધિ છે

રસી આયાત કરવાના જોખમોને ધ્યાનમાં લઈને પોલિયો ઈન્ફેકશન સામે રક્ષણ મળી રહે તે માટે ઉચ્ચ ગુણવત્તાની રસી સાથેના રાષ્ટ્રીય અને પેટા-રાષ્ટ્રીય પોલિયો રાઉન્ડ હાથ ધરાયા છે. ભારત અને અન્ય આઠ દેશો વચ્ચે પ્રવાસ કરનારા પ્રવાસીઓ માટે, વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાની માર્ગદર્શિકા અનુસાર રસીકરણ માટેની એક એડવાઈઝરી બહાર પાડવામાં આવી છે. આ આઠ દેશો છે : પાકિસ્તાન, અફઘાનિસ્તાન, નાઈજીરીયા, કેમરૂન, સિરિયા, ઈથોપિયા, સોમાલિયા અને કેન્યા. આ ઉપરાંત એક તાત્કાલિક કરાતી તૈયારી અને રિસ્પોન્સ પ્લાન પણ અમલમાં છે જે અંતર્ગત દરેક રાજ્યો/કેન્દ્રશાસિત પ્રદેશોમાં રેપીડ રિસ્પોન્સ ટીમ કાર્યરત છે, જે પોલિયો વાયરસ અંગે ત્વરિત એક્શન લે છે.

પોલિયોની નાબૂદી માટે અને બાળકોને બેવડી સુરક્ષા મળી રહે તે માટે આપણા દેશે ઈન્જેક્શનથી અપાતી ઈનએક્ટીવેટેડ પોલિયો વેક્સીન શરૂ કરેલ છે. જેને રૂટીન રસીકરણ કાર્યક્રમ(ઓરલ ડ્રોપ્સ) સાથે ૩૦ નવેમ્બર-૨૦૧૫થી અમલી બનાવેલ છે. પ્રથમ તબક્કામાં આ કાર્યક્રમ આસામ, ગુજરાત, પંજાબ, બિહાર, મધ્યપ્રદેશ અને ઉત્તરપ્રદેશ – આ છ રાજ્યોમાં અમલી બનાવાયો છે. વૈશ્વિક ધોરણે અમલમાં છે તે રીતે ઓરલ પોલિયો વેક્સીન પ્રણાલી જે હાલમાં ત્રિસ્તરીય છે ટૂંકમાં જ દ્વિસ્તરીય બનાવવામાં આવનાર છે.

સ્ટાર્ટ-અપ ઈન્ડિયા

પ્રધાનમંત્રીએ તાજેતરમાં સ્ટાર્ટ-અપ ઈન્ડિયા પહેલની શરૂઆત કરી હતી. સ્ટાર્ટ-અપ એક્શન પ્લાનની રૂપરેખા આપતાં આ પ્રસંગે તેઓએ જણાવ્યું હતું કે આ કાર્યક્રમ માટે સમર્પિત એવું રૂ. ૧૦ હજાર કરોડનું સ્ટાર્ટ-અપ ભંડોળ ઊભું કરવામાં આવશે. સ્ટાર્ટ-અપ હેઠળના એકમોએ પહેલાં ત્રણ વર્ષ સુધી તેઓનાં નફાની રકમમાંથી આવકવેરો ભરવો નહિ પડે. આ યોજના હેઠળના બિઝનેસ માટેની પેટન્ટ ફીમાં ૮૦ ટકાની મુક્તિ આપવામાં આવશે. તેમજ નવ જેટલા શ્રમ અને પર્યાવરણ કાયદાઓ સબંધમાં એક સ્વ-પ્રમાણિકરણ આધારિત પાલન પ્રણાલિ અમલમાં મૂકવામાં આવશે.

આઈ-ટી આધારિત ચાર આરોગ્ય સેવાઓ

“કિલકારી” નામની સૌ પ્રથમ એવી એક ઓડિયો આધારિત મોબાઈલ સેવા શરૂ કરવામાં આવી છે, જેમાં સગર્ભાવસ્થા, બાળજન્મ અને બાળસંભાળ અંગે સાપ્તાહિક ધોરણે ઓડિયો સંદેશ આપવામાં આવશે. મધર એન્ડ ચાઈલ્ડ ટ્રેકિંગ પ્રણાલિ હેઠળ નોંધાયેલ સગર્ભા સ્ત્રીઓ અને માતાઓ સંબંધમાં એક નામ-આધારિત વેબપ્રણાલી શરૂ કરાઈ છે જેથી ડિલીવરીનાં ગાળા દરમ્યાન માતા અને બાળક સંબંધમાં સાપ્તાહિક ધોરણે સંદેશા આપીને આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવામાં આવશે. ગર્ભાવસ્થાના ચોથા મહિનાથી શરૂ કરીને બાળક એક વર્ષનું થાય ત્યાં સુધી લાભાર્થીને ૭૨ જેટલા સંદેશ મળી રહે તેવું લક્ષ્યાંક છે. સરેરાશ દરેક સંદેશો બે મિનિટનો રહેશે. આ સંદેશા દ્વારા કુટુંબીજનોને તથા માતાઓને સગર્ભાવસ્થા અને બાળજન્મ/આરોગ્યને લગતી જાણકારી આપવામાં આવશે. લાભાર્થીઓને આ સેવા વિનામૂલ્યે અપાશે. પહેલા તબક્કામાં ઉત્તરપ્રદેશ, મધ્યપ્રદેશ સહિતના છ રાજ્યોને આવરી લેવાશે. શરૂઆતમાં આ સંદેશ હિન્દી, અંગ્રેજી તથા ઉડિયા ભાષામાં અપાશે અને આ પછી અન્ય ભાષાઓમાં પણ આપવામાં આવશે. વર્ષે બે કરોડ સગર્ભા માતાઓ/બાળશિશુને આવરી લેવાની યોજના છે.

(અનુસંધાન ટા. ૩ ઉપર)

આયોજન અને વિકાસને સમર્પિત

ફેબ્રુઆરી-૨૦૧૬

વર્ષ : ૪૩ અંક : ૧૧ સળંગ અંક : ૭૮૨

યોજના

મુખ્યતંત્રી : દીપિકા કચ્છલ
નાયબ નિયામક : અમિતા મારુ
તંત્રી : અજય ઇન્દ્રેકર

યોજના કાર્યાલય
લોંગ લાઈફ હોસ્પિટલ બિલ્ડિંગ, યુ.કો. બેંક ઉપર,
પાલડી ચાર રસ્તા પાસે, અમદાવાદ-૩૮૦ ૦૦૭.
ફોન : ૨૬૫૮૮૬૬૯, ૨૬૫૮૧૪૫૦
E-mail Address : yojanagujarati@gmail.com
Website : www.yojana.gov.in

વિષયસૂચિ

ભારતમાં સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્રની સમસ્યાઓ અને પડકારો : ઉજ્જવળ ભવિષ્ય માટે ઉકેલ
ટી. સુંદરરામન ૫

સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ અને સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો
ચંદ્રકાંત લહરિયા ૧૧

એઇડ્સને નિયંત્રણમાં લેવા અસરકારક ઉકેલ માટે એચઆઇવી કાર્યક્રમોથી મળેલા બોધપાઠો
અલ્કા નારંગ, એન્જલા ચૌધરી ૧૭

ભારતમાં રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિનું મૂલ્યાંકન
જે.વી.આર. પ્રસાદ રાવ ૨૦

આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારનું મહત્ત્વ અને વચનો સમજવા માટેની રૂપરેખા
ડૉ. સંજીવકુમાર........ ૨૪

વિકાસ અને આરોગ્ય : એકબીજાના પૂરક
કે. શ્રીનાથ રેડ્ડી........ ૨૮

આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થકેર : વર્તમાન અને ભવિષ્ય
ડૉ. અભય બાંગ ૩૧

માનસિક આરોગ્ય અને તેની સારવાર
અર્પણ એ. નાયક ૩૫

ગુજરાત સરકારની આરોગ્યલક્ષી મહત્ત્વની યોજનાઓ
પરેશ દવે ૪૧

કુપોષણ સામેના જંગમાં મહિલાઓના આરોગ્યનું વિશિષ્ટ મહત્ત્વ
મીરા મિશ્રા ૪૪

આરોગ્ય અને માહિતી ટેક્નોલોજી
જીત દિપક ધોળકિયા ૪૮

ટાઇટલ

• આવરણ ડિઝાઇન	:	–	૧
• પલ્સ પોલિયો કાર્યક્રમ	:	–	૨
• દક્ષિણ એશિયાઈ રમતોત્સવ : ૨૦૧૬	:	આપ જાણો છો	૩
• યોજનાના નવા દર	:	–	૪

છૂટક નકલ : રૂ. ૨૦-૦૦, વાર્ષિક લવાજમ : રૂ. ૧૦૦-૦૦, બે વર્ષ : રૂ. ૧૮૦-૦૦, ત્રણ વર્ષ : રૂ. ૨૫૦-૦૦
લવાજમની રકમ "S.B.I. A/c. No. ૫૧૫-૦૮-૧૦ Yojana (Guj.)"ના નામે મનીઓર્ડર/ચેક/બેંક ડ્રાફ્ટથી ઉપરના સરનામે મોકલી શકાશે.

આયોજન અને વિકાસને વાચા આપતું આ માસિક ગુજરાતી, અંગ્રેજી, મરાઠી, આસામી, તામિલ, તેલુગુ, બંગાળી, મલયાલમ, ઉર્દૂ, હિંદી, કન્નડ, પંજાબી અને ઉડિયા ભાષામાં પ્રકાશિત થાય છે.
યોજનામાં પ્રગટ થતાં લેખોમાંના મંતવ્યો લેખકોના પોતાનાં છે. તેની સાથે તંત્રી સહમત છે એમ માની લેવું નહીં.

તંત્રીલેખ

યોજના

સ્વાસ્થ્ય : રાષ્ટ્રીય વિકાસ લક્ષ્યાંકોમાં પ્રાથમિકતા

ભારત સરકારે રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય નીતિ ૧૯૮૩ અપનાવીને તમામ નાગરિકો માટે સ્વાસ્થ્યની દિશાઓમાં નીતિ બનાવી હતી. સરકારનો ઉદ્દેશ તમામ નાગરિકોને વાજબી ખર્ચે અસરકારક હેલ્થકેર સેવા પ્રદાન કરવાનો હતો. સરકાર દેશને સ્વસ્થ રાષ્ટ્ર બનાવવા ઇચ્છે છે અને આ દિશામાં ઇચ્છિત પરિણામો મેળવવા દર વર્ષે સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર પાછળના અંદાજપત્રીય ખર્ચમાં વધારો કરવામાં આવે છે. તેમ છતાં આ ક્ષેત્ર સરકારના નીતિનિર્માતાઓ માટે હંમેશા પડકારજનક રહ્યું છે. નિષ્ણાતો એ હકીકતનો સ્વીકાર કરે છે કે આર્થિક વૃદ્ધિ અને સ્વાસ્થ્ય વચ્ચે સીધો સંબંધ છે. જે દેશની મોટાભાગની વસતિ સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત સમસ્યાઓથી પીડિત હોય તે દેશની વૃદ્ધિ પ્રક્રિયામાં સામેલ થઈ શકતી નથી. બીજી તરફ, દેશમાં સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત સમસ્યાઓ દેશના વિકાસ લક્ષ્યાંકો પર નુકસાનકારક અસર પણ કરે છે.

મિલેનિયમ ડેવલપમેન્ટ ગોલ્સ (સહસ્ત્રાબ્દી વિકાસ લક્ષ્યાંકો-એસડીજી) અને પછી સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો એમ બંનેમાં આ હકીકતની પ્રશંસા કરવામાં આવી હતી અને તેમની કામગીરીમાં સ્વાસ્થ્ય લક્ષ્યાંકોને સંકલિત કરવામાં આવ્યાં હતાં. એસડીજીના સભ્ય તરીકે ભારતને અત્યારે આ લક્ષ્યાંકોને પાર પાડવા તેની સ્વાસ્થ્યલક્ષી પ્રાથમિકતાઓ પર કામ કરવાની અને તેની નીતિઓને આગળ ધપાવવાની જરૂર છે. સાથે સાથે અન્ય ક્ષેત્રોમાં તેના વિકાસલક્ષી કાર્યક્રમોમાં સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્રમાં તેની નીતિઓ અને કાર્યોને સંકલિત કરવા વધુને વધુ સુસંગતતા સ્થાપિત કરવાની જરૂર છે.

અમારા નીતિનિર્માતાઓએ આ હકીકતની પ્રશંસા કરી હતી અને કેટલાંક સ્વાસ્થ્યલક્ષી કાર્યક્રમો શરૂ કર્યા હતા, જેને છેલ્લાં થોડાં વર્ષોમાં સારી એવી સફળતા મળી હતી. આપણા રસીકરણ કાર્યક્રમોના કારણે શિશુ અને માતૃમૃત્યુ દરમાં સફળતાપૂર્વક ઘટાડો થયો છે, ખાસ કરીને પલ્સ પોલિયોમાં, જેની સમગ્ર દુનિયાએ પ્રશંસા કરી છે અને આપણે મોટાભાગે શીતળા સામેની લડાઈ જીતી લીધી છે, જે એક સમયે જીવલેણ રોગ ગણાતો હતો. આપણી ચિકિત્સા પ્રણાલી દુનિયામાં શ્રેષ્ઠ ગણાતી પ્રણાલીઓ સામે સ્પર્ધા કરી શકે છે.

હેલ્થકેરમાં ઉચ્ચ ગુણવત્તાયુક્ત સેવા પ્રદાન કરવા માટે આ ક્ષેત્રને પર્યાપ્ત ધિરાણ કરવું આવશ્યક છે. ભારતમાં કુલ હેલ્થકેર પાછળ જીડીપીની આશરે ૪ ટકા રકમનો ખર્ચ થાય છે અને સરકારે મોટા પાયે સરકારી હેલ્થકેર સર્વિસ સિસ્ટમ ઊભી કરી છે. તેમ છતાં વસતિના મોટાભાગને સિસ્ટમની બહાર ખાનગી હેલ્થકેર ક્ષેત્રમાંથી હેલ્થકેર સેવા મેળવવાની ફરજ પડે છે. અત્યારે મધ્યમ અને ઓછી આવક ધરાવતા વર્ગ માટે હેલ્થકેર સેવા અતિ ખર્ચાળ બની ગઈ છે. એટલે સરકાર પ્રાથમિક હેલ્થકેર સેવાઓ સુધારવા સતત પ્રયાસરત છે, ત્યારે તેણે ખાનગી ક્ષેત્રની અવગણના ન કરવી જોઈએ. સંયુક્ત હેલ્થકેર સિસ્ટમની નીતિ ભારતની જંગી વસતિને હેલ્થકેર સેવા વાજબી દરે સુલભ કરવા વધુ ઉત્તમ અને વ્યાવહારિક વિકલ્પ હોઈ શકે છે. હેલ્થકેર વ્યવસ્થાને વધુ અસરકારક બનાવવા અને સરકારના સ્વાસ્થ્ય લક્ષ્યાંકોને પૂર્ણ કરવા ખાનગી કંપનીઓની ભાગીદારી સુનિશ્ચિત કરવાના શ્રેષ્ઠ માર્ગો પૈકીનો એક માર્ગ હેલ્થ વીમો છે. ચોક્કસ, સરકારે એવી નિયમનકારી વ્યવસ્થા સુનિશ્ચિત કરવી જોઈએ કે સરકારી હેલ્થ વીમો પર્યાપ્ત નાણાકીય કવચ અને હેલ્થકેર પ્રદાન કરે. સ્વાસ્થ્ય નીતિ ૨૦૧૫ની રૂપરેખામાં જાહેર જનતા પાસેથી પ્રતિભાવ મેળવવાની વ્યવસ્થા કરીને અગાઉની નીતિઓમાં રહેલી કેટલીક ખામીઓ સુધારવાનો અને વિવિધ ક્ષેત્રોમાં હેલ્થકેર માટે સંદર્ભ બદલવાની સમજણ મેળવવાનો પ્રયાસ પણ કર્યો છે. તેમાં જાણકારી મળી છે કે હેલ્થકેર પાછળ મોટો ખર્ચ થવાથી ઘણા કુટુંબોની આર્થિક સ્થિતિને ફટકો પડે છે અને હેલ્થકેર પાછળનો ખર્ચ ગરીબી માટે જવાબદાર મહત્ત્વપૂર્ણ પરિબળ છે. આ નીતિમાં સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય સુવિધાની જોગવાઈ પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવું જોઈએ, જેમાં ગરીબો અને વંચિત લોકો માટે દવાઓ અને નિદાનની જોગવાઈ, નાણાકીય કવચ વગેરે બાબતો સામેલ છે.

આદિવાસીઓ, કિશોરો અને યુવાન લોકો, મહિલાઓ અને ઉત્તર પૂર્વ પ્રદેશના લોકો માટે હેલ્થકેરના પડકારો દેશના અન્ય વિસ્તારોથી અલગ છે. આદિવાસી ક્ષેત્રોમાં હેલ્થકેર સેવાઓ માટે અલગ અભિગમ અપનાવવાની જરૂર છે, ખાસ કરીને આ સેવાઓ કોઈ વિસ્તારલક્ષી અને જનજાતિ સંબંધિત હોઈ શકે છે. આ માટે જ્ઞાન અને વર્તણૂંકમાં ખામીઓ દૂર કરવા વ્યૂહાત્મક રીતે સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત જાણકારી અને સંચાર વ્યવસ્થા હાથ ધરી શકાશે.

તે જ રીતે જાતિ કે લિંગ આધારિત સ્વાસ્થ્ય દેશની સુખાકારી માટે મહત્ત્વપૂર્ણ છે. મહિલાઓમાં કુપોષણ, ખાસ કરીને ગર્ભવતી માતાઓ અને બાળકોમાં. બીજું દેશમાં જાતિ આધારિત ન્યાય સુનિશ્ચિત કરવો જરૂરી છે. જ્યારે વસતિનો મોટો ભાગ કુપોષણથી પીડાતો હોય, ત્યારે દેશના આર્થિક વિકાસને ચોક્કસ અસર થાય છે.

ભારતમાં સ્વાસ્થ્ય જાળવવા માટેની સદીઓ જૂની પરંપરા છે, જેમાં ધનવંતરી, જીવિકા, ચરક અને સુશ્રુત જેવા જગપ્રસિદ્ધ આયુર્વેદાચાર્ય સામેલ છે. આ પરંપરા વર્ષોથી વિવિધ સરકારી યોજનાઓ અને કાર્યક્રમો મારફતે હાથ ધરવામાં આવે છે. અત્યારે સ્વાસ્થ્ય સંરક્ષણ સંબંધિત પ્રાથમિક સેવાઓને વધારવાની અને આ ક્ષેત્રમાં કુશળ લોકોની સંખ્યા વધારવાની જરૂર છે. વળી, દેશમાં સુખાકારી વધારવા હેલ્થકેર ક્ષેત્રમાં ખાનગી ક્ષેત્રને મોટા પાયે ભાગીદાર બનાવવાની જરૂર છે અને સાથે સાથે લોકોને તેમના હિતો પ્રત્યે સજાગ કરવા અને યોગ્ય પસંદગીઓ કરવા સશક્ત કરવા મજબૂત નિયમનકારી વ્યવસ્થા સ્થાપિત કરવાની જરૂર છે.

કહેવાય છે કે "સ્વાસ્થ્ય જ ખરી સંપત્તિ" છે, પણ સાથે સાથે જેમ સ્વસ્થ વ્યક્તિ પોતાની અને પોતાના કુટુંબની સારસંભાળ રાખી શકે છે તેમ સ્વસ્થ વ્યક્તિઓનો સમાજ દેશના આર્થિક વિકાસ માટે મહત્ત્વપૂર્ણ છે. સ્વસ્થ સમુદાય ધરાવતો કોઈ પણ દેશ પોતાના વિકાસ લક્ષ્યાંકો હાંસલ કરવા અને ભારતને વાઈબ્રન્ટ બનાવવા વધારે સક્ષમ છે.

ભારતમાં સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્રની સમસ્યાઓ અને પડકારો : ઉજ્જવળ ભવિષ્ય માટે ઉકેલ

ટી. સુંદરરામન

જો આપણે દેશને સ્વસ્થ બનાવવાના અભિયાને જાળવી રાખતા હોય, તો રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય અભિયાન હેઠળ ઝડપથી સાતત્યપૂર્ણ પ્રયાસોને વધારવાની જરૂર છે. ખાસ કરીને આપણે શહેરી પ્રાથમિક સારસંભાળ અને ચાર હિંદી ભાષી રાજ્યો એમ બંને આ પ્રકારના વિસ્તરણ પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવાની આવશ્યકતા છે. સરકારી આરોગ્ય તંત્રને મજબૂત કરવા કુશળ કર્મચારીઓ વધારવાનો, રોકાણમાં વૃદ્ધિ કરવાનો અને શાસનની ગુણવત્તા સુધારવાનો પડકાર છે, જેથી બિનચેપી રોગોના પડકારોને અસરકારક રીતે ઝીલી શકાશે.

ભારતમાં હેલ્થ સેક્ટર મહત્ત્વપૂર્ણ વળાંક પર છે. આ માટે વિકાસ અને સ્વાસ્થ્ય વચ્ચેનો રસપ્રદ સંબંધ આંશિક રીતે જવાબદાર છે, જે પ્રિસ્ટન કર્વ તરીકે ઓળખાય છે. ૧૯૭૫માં સેમ્યુઅલ પ્રિસ્ટને દર્શાવ્યું હતું કે જો સરેરાશ આયુષ્ય દ્વારા માપવામાં આવતા રાષ્ટ્રોના સ્વાસ્થ્યને માથાદીઠ જીડીપી દ્વારા માપવામાં આવતી રાષ્ટ્રોની સંપત્તિ સામે ગોઠવવામાં આવે, તો એક તબક્કે માથાદીઠ જીડીપીમાં થોડો સુધારો થાય તો પણ સરેરાશ આયુષ્યમાં સારો એવો વધારો થાય છે. પછી કર્વ એકાએક સપાટ થઈ જાય છે અને ત્યારબાદ આ તબક્કે સરેરાશ આયુષ્યમાં થોડો વધારો કરવા સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્રમાં સરકારને જંગી ખર્ચ કરવો પડે છે (ડીટન ૨૦૧૩).

નોબલ પારિતોષિક વિજેતા અર્થશાસ્ત્રી એન્ગસ ડીટોને તેમના પુસ્તક "ધ ગ્રેટ એસ્કેપ"માં સમજાવ્યું છે કે પ્રિસ્ટન કર્વ પછી પણ વૃદ્ધિ અને સ્વાસ્થ્યના પરિણામો વચ્ચે સહસંબંધ જળવાઈ રહે છે અને સમાન વૃદ્ધિ કરવા કોઈ પણ દેશને માથાદીઠ જીડીપીમાં ચાર ગણો વધારો કરવો પડશે. તેમણે ધ્યાન દોર્યું હતું કે, તે દ્વિમાર્ગીય સંબંધ છે - એટલે કે આર્થિક વૃદ્ધિ સાથે સારું સ્વાસ્થ્ય જ સંકળાયેલું નથી, પણ સારાં સ્વાસ્થ્ય સાથે દેશની પ્રગતિ પણ જોડાયેલી છે. કર્વમાં આ પટ્ટો રોગના પ્રકારમાં ફેરફારનું પ્રતિનિધિત્વ પણ કરે છે. તે સૂચવે છે કે જ્યારે બિનચેપી રોગો મૃત્યુનું મુખ્ય કારણ બને છે, ત્યારે માતૃત્વ અને બાળ મૃત્યુદરમાં ઘટાડો થાય છે.

પ્રિસ્ટન કર્વના વર્ષ ૨૦૧૦ના વર્ઝનમાં ભારત અત્યારે આ કર્વ પર રોગચાળામાં ઉપરોક્ત ફેરફારની નજીક છે. ભારતમાં અત્યારે બિનચેપી રોગોને કારણે મૃત્યુનું પ્રમાણ વધી રહ્યું છે અને માતૃત્વ અને બાળ મૃત્યુ દરમાં ઘટાડો થઈ રહ્યો છે. એટલે નીતિમાં મોટો ફેરફાર થઈ રહ્યો છે અને તે આવશ્યક પણ છે. બિનચેપી રોગોના કારણે મૃત્યુમાં વધારો થવાથી નવી સમસ્યાઓ દેખાઈ છે. જો હેલ્થકેરમાં સરકારી રોકાણ વધશે નહીં તો ખાનગી રોકાણ વધશે અને તેનાથી સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત સારાં પરિણામ મળશે.

વસતિ નિયંત્રણ અને બાળકોના સ્વાસ્થ્યમાં સુધારો

અગાઉના દાયકાઓમાં મૃત્યુદરમાં સૌથી વધુ હિસ્સો બાળકો - ખાસ કરીને પાંચ વર્ષથી ઓછી વયના બાળકોના મૃત્યુનો હતો. ગર્ભાવસ્થા સંબંધિત મૃત્યુનું

પ્રમાણ પણ વધારે હતું. પણ જન્મ સાથે માતા અને બાળક એમ બંનેના મૃત્યુની સંખ્યામાં મોટા ઘટાડો થવાથી ગર્ભવતી માતાઓ અને નવજાત બાળકોના મૃત્યુમાં ઘટાડો થયો છે.

ભારતમાં મૃત્યુદરમાં આટલો ઘટાડો થવા માટે ઘણાં કારણો જવાબદાર છે. એક મહત્ત્વપૂર્ણ કારણ છેલ્લાં ૨૫ વર્ષમાં નવજાત બાળકોના મૃત્યુદરમાં ઘટાડો કરવા માટે ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું છે. પ્રથમ આપણે નેવુંના દાયકાની શરૂઆતમાં બાળકને બચાવવા અને સુરક્ષિત પ્રસૂતિ માટે કાર્યક્રમ ચલાવ્યો હતો અને નેવુંના દાયકાના અંતે વસતિ નિયંત્રણ અને બાળકોના આરોગ્યના સંરક્ષણ માટેના કાર્યક્રમોનો અમલ કર્યો હતો. પછી વર્ષ ૨૦૦૫માં આ જ કાર્યક્રમનો બીજો તબક્કો શરૂ થયો હતો અને આ વખતે તેને રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ સ્વાસ્થ્ય અભિયાન સાથે જોડવામાં આવ્યો હતો. નેવુંના દાયકામાં આ કાર્યક્રમોને નાણાકીય ખેંચ અને અપર્યાપ્ત માળખાની સમસ્યા હોવા છતાં તેને સારી એવી સફળતા મળી હતી.

સહસ્રાબ્દી વિકાસ લક્ષ્યાંકોની જાહેરાત અને ભારતની આ લક્ષ્યાંકો હાંસલ કરવાની દોટથી આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં સારી એવી સફળતા હાંસલ થઈ છે. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિનો મુસદ્દો જણાવે છે કેઃ "માતૃત્વ મૃત્યુ દર (એમએમઆર) માટે એમડીજી લક્ષ્યાંક દર ૧,૦૦,૦૦૦ જન્મ દીઠ ૧૪૦ હતો. ૧૯૯૦માં આ દર ૫૬૦ હતો, પણ વર્ષ ૨૦૧૦-૧૨ સુધીમાં તે ઘટીને ૧૭૮ થઈ ગયો હતો અને આ રીતે વર્ષ ૨૦૧૫ સુધીમાં ઘટીને ૧૪૧ થઈ જવાનો અંદાજ છે. પાંચ વર્ષથી ઓછી વય ધરાવતા બાળકોના મૃત્યુદરનો એમડીઆર લક્ષ્યાંક ૪૨ છે. ૧૯૯૦માં આ દર ૧૨૬ હતો, જે વર્ષ ૨૦૧૨માં ઘટીને ૫૨ થયો છે અને આ જ દર વર્ષ ૨૦૧૫માં ૪૨ થવાની ધારણા છે." વર્ષ ૨૦૧૫ માટેના આંકડા આગામી વર્ષે ઉપલબ્ધ થશે એટલે આપણે લક્ષ્યાંક હાંસલ કરી શક્યાં છીએ કે નહીં તેની જાણકારી મળશે, પણ એક હકીકત છે કે આપણે આ લક્ષ્યાંકો હાંસલ કરવાની નજીક પહોંચી ગયા છીએ. વર્ષ ૧૯૯૦માં ભારતમાં પ્રસૂતિ સમયે માતૃત્વ અને બાળ મૃત્યુ દરમાં વૈશ્વિક સરેરાશથી ઘણા પાછળ હતા એટલે કે અનુક્રમે ૪૭ ટકા અને ૪૦ ટકા હતા. વર્ષ ૨૦૧૫ સુધીમાં ભારતીય આંકડાઓ વૈશ્વિક સરેરાશથી થોડા વધારે સારાં છે.

મહત્ત્વપૂર્ણ બાબત એ છે કે આ સિદ્ધિઓ સાફસફાઈ કે બાળકોના પોષણમાં નોંધપાત્ર સુધારો કર્યા વિના મેળવવામાં આવી છે. ગંદકી અને કુપોષણને સમાજનું સ્વાસ્થ્ય કથળવા માટે બે મહત્ત્વપૂર્ણ જવાબદાર પરિબળો ગણવામાં આવે છે. આ બંને પરિબળોમાં સંતોષકારક બાબત એ છે કે ભારતે પીવાનું સ્વચ્છ પાણી પૂરું પાડવાની દિશામાં સારી એવી કામગીરી કરી છે અને અત્યારે ભારતના ૯૪ ટકા ગામડાઓમાં પીવાના સ્વચ્છ પાણીની વ્યવસ્થા છે. બીજું, મહિલાઓની સાક્ષરતામાં નોંધપાત્ર વધારો થયો છે. વર્ષ ૨૦૧૧માં થયેલી વસતિગણતરી મુજબ, દેશમાં ૬૫.૦૪ ટકા મહિલાઓ સાક્ષર છે.

મહિલા સાક્ષરતાઓમાં સુધારાને વસતિમાં ફેરફાર સાથે સાંકળવામાં આવે છે. વસતિ વૃદ્ધિ દરમાં ઘટાડો થઈ રહ્યો છે. દેશમાં અત્યારે યુવાન મહિલાઓની સંખ્યા વધારે હોવાથી હજુ થોડા વર્ષ જન્મદર થોડો વધારે રહેશે અને વધુ બાળકોનો જન્મ થશે. અત્યારે દેશમાં ફક્ત સાત રાજ્યોમાં જ વસતિમાં ઊંચો વધારો જોવા મળે છે - ઉત્તરપ્રદેશ, બિહાર, મધ્યપ્રદેશ, રાજસ્થાન, ઝારખંડ, છત્તિસગઢ અને મેઘાલય. આ સ્થિતિમાં પણ વસતિ વૃદ્ધિમાં ઘટાડો પ્રોત્સાહક છે. આ માટેનો ઘણો બધો શ્રેય મજબૂત આરોગ્ય વ્યવસ્થા અને જેએસવાય, જેએસએસકે, આશા, ડાયલ ૧૦૮ અને ૧૦૪ એમ્બ્યુલન્સ સેવાઓ જેવા માતૃત્વ કેન્દ્રિત કાર્યક્રમો તેમજ વધારાની નર્સો અને એએનએમની નિમણૂંકને જાય છે. આ તમામ કામગીરી રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ સ્વાસ્થ્ય અભિયાન હેઠળ થયા હતા.

ચેપી રોગોના નિયંત્રણ સાથે મિશ્ર પ્રગતિ

ચેપી રોગોના નિયંત્રણ પર રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ સ્વાસ્થ્ય અભિયાન અને અગાઉના બે દાયકાઓમાં જાહેર આરોગ્ય વ્યવસ્થાઓની દરમિયાનગીરીની અસર મિશ્ર થઈ છે. એક કાર્યક્રમ રાષ્ટ્રીય એઇડ્સ નિયંત્રણ કાર્યક્રમ પ્રમાણમાં વધારે પ્રસ્તુત હતો. એક વ્યવસ્થિત અભિયાન ચલાવીને નિવારક અને રોગનિવારક પાસાં પ્રત્યે ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું હતું અને સાથે સાથે ઉચ્ચ ગુણવત્તાયુક્ત આરોગ્ય માહિતી આપવામાં આવી હતી. તેના પગલે વિવિધ રોગચાળાને સારી રીતે નિયંત્રણમાં લેવામાં સફળતા મળી છે. આ ગાળામાં પોલિયોને નાબૂદ કરવામાં મોટી સફળતા મળી છે, પણ સૌથી મોટો પડકાર આ અભિયાનનો અમલ બંધ કરવાનો અને ફાયદા જાળવવા માટે ખર્ચમાં વધારાને નિયંત્રણમાં રાખવાનો

છે. પોલિયોની જેમ રક્તપિત્તને ઘટાડાવામાં પણ મોટી સફળતા મળી છે, પણ કમનસીબે તેની જોઈએ તેટલી નોંધ લેવાઈ નથી. અત્યારે રક્તપિત્ત પણ નાબૂદ થવાની અણી પર છે. આ રોગમાં પણ નવા કેસોને સંચાલિત કરવાની વ્યૂહરચના બનાવવાનો પડકાર છે.

રોગવાહકોને નિયંત્રણમાં લેવામાં મિશ્ર પ્રગતિ થઈ છે. ફિલારિયામાં મોટો ઘટાડો થયો છે અને હાથીપગાના નવા કેસ નગણ્ય છે. મેલેરિયામાં પણ નોંધપાત્ર ઘટાડો થયો છે અને મેલેરિયાને નાબૂદ કરવા નવા અનેક માધ્યમો ઉપલબ્ધ થયા છે. દરમિયાન ડેંગ્યુ અને ચિકનગુનિયા જેવા નવા રોગો બહાર આવ્યાં છે. રાહતની વાત એ છે કે તેમાં મૃત્યુની સંખ્યા ઓછી છે. રાષ્ટ્રીય રોગ નિયંત્રણ કાર્યક્રમોમાં સૌથી મોટી ચિંતા ક્ષયરોગ (ટીબી)ને લઈને છે. તેમાં પણ મૃત્યુની સંખ્યામાં ઘણો ઘટાડો થયો છે, પણ નવા કેસમાં ઘટાડો જોઈએ તેટલો ઓછો થયો નથી અને વધુને વધુ રાજ્યોમાં આ રોગે માથું ઊંચક્યું છે. જોકે આ રાષ્ટ્રીય રોગ નિયંત્રણ કાર્યક્રમોમાં તમામ રોગોને કારણે થતા મૃત્યુનું પ્રમાણ તમામ મૃત્યુમાં છ ટકાથી ઓછું છે. વધુ મૃત્યુ ડાયરિયા જેવા ચેપી રોગો અને બાળકોમાં શ્વાસોશ્વાસની સમસ્યાના કારણે થાય છે. દેશમાં થતાં તમામ મૃત્યુમાં ચેપી રોગોને કારણે થતાં મૃત્યુનું પ્રમાણ ૩૦ ટકાથી ઓછું છે.

સરકારી સ્વાસ્થ્ય તરીકે બિનચેપી રોગોનો વધારો સૌથી મોટો પડકાર

દેશમાં કુલ મૃત્યુમાં સૌથી મોટો હિસ્સો બિનચેપી રોગોનો છે. અત્યારે દેશમાં થતાં તમામ મૃત્યુમાં બિનચેપી રોગોને કારણે થતાં મૃત્યુનો હિસ્સો ૬૦ ટકા છે અને ઈજાને કારણે થતા મૃત્યુનો હિસ્સો ૧૨ ટકા છે. સૌથી વધુ ઉત્પાદક વર્ષો (૩૦થી ૭૦ વર્ષ) દરમિયાન મૃત્યુ થવા માટે ચાર મુખ્ય બિનચેપી રોગોમાંથી કોઈ પણ એક બિનચેપી રોગ જવાબદાર હોય છે. આ પ્રકારના મૃત્યુનું પ્રમાણ ૨૬ ટકા જેટલું ઊંચું છે. સ્વીડનમાં આ પ્રમાણ ૧૦ ટકા, બ્રિટનમાં ૧૨ ટકા, થાઈલેન્ડમાં આ પ્રમાણ ૧૭ ટકા છે. આ આંકડાને જોઈએ ત્યારે ભારતમાં બિનચેપી રોગોના કારણે વધી રહેલાં મૃત્યુની ભયાનકતા સમજાય છે. બીજી રીતે કહીએ તો ભારતમાં ૬૨ ટકા પુરુષો ૭૦ વર્ષથી ઓછી વયે ચાર મુખ્ય બિનચેપી રોગોને કારણે મૃત્યુ પામે છે, જ્યારે સ્વીડનમાં ૨૪ ટકા, બ્રિટનમાં ૨૯ ટકા અને થાઈલેન્ડમાં ૪૫ ટકા પુરુષો ૭૦ વર્ષથી ઓછી વયે આ કારણે મૃત્યુ પામે છે. મહિલાઓમાં પણ આ પ્રમાણ બાવન ટકા જેટલું ઊંચું છે, જ્યારે સ્વીડનમાં ફક્ત ૧૫ ટકા મહિલાઓ ચાર મુખ્ય બિનચેપી રોગોને કારણે મૃત્યુ પામે છે.

તે જ રીતે ભારતમાં દર ૧૦૦,૦૦૦ પુરુષોએ ૭૮૫ પુરુષો ચાર મુખ્ય બિનચેપી રોગોને કારણે મૃત્યુ પામે છે, જેમાં ૮૦નું મૃત્યુ કેન્સર, ૩૦નું ડાયાબીટિસ, ૧૮૯નું મૃત્યુ શ્વાસોશ્વાસની ગંભીર સમસ્યા અને ૩૪૯નું મૃત્યુ કાર્ડિયો વાસ્ક્યુલવર રોગને કારણે થાય છે. સ્વીડનમાં કેન્સરના કારણે મૃત્યુનો દર ભારત કરતાં ૫૦ ટકા વધારે છે. પણ ભારતની સરખામણીમાં ત્યાં શ્વાસોશ્વાસની ગંભીર બિમારીને કારણે ફક્ત ૧૮ લોકો, ડાયાબીટિસને કારણે ફક્ત ૧૦ લોકો અને કાર્ડિયો વાસ્ક્યુલર રોગના કારણે ૧૭૦ જેટલા મૃત્યુ થાય છે. સાર્વત્રિક હેલ્થ કેર સિસ્ટમ ધરાવતા મોટા ભાગના ઔદ્યોગિકરણ પામેલા દેશો અને વિકાસશીલ રાષ્ટ્રો સ્વીડન અને ભારત વચ્ચેનો દર ધરાવે છે.

એટલે ચેપી રોગો સાથે ગંભીર સાતત્યપૂર્ણ સમસ્યાઓ ધરાવવા ઉપરાંત ભારતમાં બિનચેપી રોગોને કારણે અકાળે મૃત્યુ થવાનો દર ઊંચો છે અને પડકારજનક છે.

ભારતમાં બિનચેપી રોગોની સમસ્યાના સમાધાનનો પડકાર

ભારતની બિનચેપી રોગોને નિયંત્રણમાં લેવાની અને ચેપી રોગો તેમજ વસતિનિયંત્રણ અને બાળકના સ્વાસ્થ્ય સાથે સંબંધિત ક્ષમતાને અંકુશમાં લેવાની ક્ષમતા વચ્ચે પણ ફરક છે. નાણાકીય અને માનવીય સંસાધનો તેમજ સારસંભાળના વ્યવસ્થાપનની દૃષ્ટિએ જરૂરિયાતો ઘણી વધારે છે. વધુ મહત્ત્વપૂર્ણ બાબત એ છે કે છેલ્લાં બે દાયકાથી પ્રાથમિક સારસંભાળની તમામ સરકારી જોગવાઈઓમાંથી આ રોગોને સભાનતાપૂર્વક બાકાત રાખવામાં આવી છે અને પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રમાં આ સમસ્યાઓનું સમાધાન કેવી રીતે કરવું તેની જાણકારી પણ બહુ ઓછી છે. પ્રાથમિક સારસંભાળ વિશે મોટા ભાગની ચર્ચાઓ આઈએમઆર, એમએમઆર, રસીકરણના દર અને કુટુંબ આયોજન પૂરતી મર્યાદિત છે.

કોઈ પણે જોખમી પરિબળોના સંબંધમાં ચેપી રોગો અને બિનચેપી રોગો વચ્ચેનો વિરોધાભાસ પણ નોંધવો જોઈએ. ગરીબી, પોષણ અને સ્વચ્છતામાં નોંધપાત્ર સુધારો થયા વિના ભારતે ચેપી રોગોને સારી રીતે નિયંત્રણમાં લીધા છે. હકીકતમાં મોટા ભાગના વિકસિત અને વિકાસશીલ

દેશોની સરખામણીમાં ભારતે ગરીબી, પોષણ અને સ્વચ્છતામાં સારી કામગીરી કરી નથી. પણ જ્યારે બિનચેપી રોગો માટે મુખ્ય જવાબદાર પરિબળોની વાત આવે ત્યારે મેદસ્વીપણું, વધુ પડતું વજન, શારીરિક નિષ્ક્રિયતા, આલ્કોહોલ કે ધુમ્રપાનનું સેવન વિકસિત દેશોમાં વધારે છે. એટલે અહીં પ્રશ્ન એ થાય છે કે તો પછી બિનચેપી રોગોનું પ્રમાણ ભારતમાં વધારે કેમ છે? તેનો જવાબ વિકાસશીલ દુનિયામાં બિનચેપી રોગોના સંબંધમાં મહત્ત્વપૂર્ણ ભૂમિકા ભજવતાં સામાજિક પરિબળોને ઓળખવામાં રહેલો છે. પણ તેની સાથે સાથે આ રોગોનું સમાધાન કરવામાં પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રોમાં કુશળતાનો સંપૂર્ણ અભાવ પણ એટલો જ જવાબદાર છે. આ સમસ્યાનું સમાધાન કરવામાં ખાનગી ક્ષેત્રનું વિસ્તરણ થઈ રહ્યું છે, પણ બજારના પરિબળો મુખ્યત્વે રોગનિવારણ તંત્રને પ્રોત્સાહન આપે છે. બજાર સંચાલિત વૃદ્ધિ પ્રાથમિક અને ગૌણ નિવારણની જરૂરિયાતો અર્થસભર રીતે પૂર્ણ કરવા સક્ષમ નથી. આ જવાબદારી સરકારને નિભાવવાની ફરજ પડી છે.

સરકારે બિનચેપી રોગો સામે અભિયાન ચલાવવા રાષ્ટ્રીય રોગ નિયંત્રણ કાર્યક્રમ શરૂ કર્યો છે, પણ આ કાર્યક્રમ સાર્વત્રિક નથી. તેનાથી વિપરીત આરસીએક કાર્યક્રમ અને ટીબી, એચઆઈવી, રક્તપિત વગેરે સામે રાષ્ટ્રીય રોગ નિયંત્રણ કાર્યક્રમો સાર્વત્રિક છે. સરકારી આરોગ્ય વ્યવસ્થાઓમાં દરેક ગર્ભવતી મહિલાને આવરી લે છે અને યોગ્ય સારસંભાળને ખાતરી આપે છે. તેઓ દરેક નવજાત બાળકને રસી આપવા ઈચ્છે છે. તેઓ દરેક ટીબીના કેસને સફળતાપૂર્વક નિકાલ કરવામાં આવે છે.

બિનચેપી રોગો સામે વ્યૂહરચના બનાવવાની થોડી સમસ્યા એ છે કે આ રોગોની યાદી લાંબી છે અને મુખ્ય ચેપી રોગોની જેમ આ દરેક રોગોને દૂર કરવા અલગ-અલગ અભિયાન ચલાવવા સરળ નથી. પણ સામાન્ય મુખ્ય ચેપી રોગો સામે અસરકારક રીતે લડવા તમામ રોગો માટે એક સામાન્ય વ્યવસ્થા ઊભી કરવા આવશ્યક છે. આપણે જિલ્લા આરોગ્ય વ્યવસ્થાને મજબૂત કરી શકીશું. આ સંબંધે રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ સ્વાસ્થ્ય અભિયાનમાંથી ઘણું શીખવા મળશે.

૧૧મી પંચવર્ષીય યોજના હેઠળ આરોગ્ય વ્યવસ્થાઓને મજબૂત કરવી

આરોગ્ય વ્યવસ્થા મજબૂત કરવાનું સૌથી મહત્ત્વપૂર્ણ માધ્યમ રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ સ્વાસ્થ્ય અભિયાન હતું, જેને અત્યારે રાષ્ટ્રીય શહેરી સ્વાસ્થ્ય અભિયાનમાં જોડી દેવામાં આવ્યું છે. રાષ્ટ્રીય શહેરી સ્વાસ્થ્ય અભિયાનનું નામ બદલીને રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય અભિયાન કરવામાં આવ્યું છે. આરોગ્ય રાજ્ય સરકારનો વિષય છે, તેમ છતાં આ ક્ષેત્રમાં રહેલી સમસ્યાઓ દૂર કરવા કેન્દ્રનું નાણાકીય અને વૈચારિક સહાય પ્રદાન આવશ્યક છે. રાજ્ય સરકારો આ સહાયનો ઉપયોગ કરીને તેમના રાજ્યોમાં આરોગ્ય વ્યવસ્થાઓને મજબૂત કરે છે. સંઘીય કે સમવાય રાજ્ય વ્યવસ્થા ધરાવતા દેશોમાં વાર્ષિક પ્રોજેક્ટ અમલીકરણ યોજનાઓ બનાવવી જરૂરી છે, જેને કેન્દ્ર-રાજ્ય સંયુક્ત સંકલન સમિતિ હેઠળ મંજૂર કરવામાં આવે છે. આઝાદી પછી સમયની સાથે નિયમો વધારેને વધારે કડક બનવા છતાં રાજ્ય સરકારોએ તેમની યોજનાઓ ઘડવામાં નોંધપાત્ર છૂટછાટ આપી છે.

મોટા ભાગના રાજ્યોએ ૯૦૦,૦૦૦ સામુદાયિક સ્વાસ્થ્ય સ્વયંસેવકો એટલે આશા ઊભા કર્યા છે. તેમણે સરકારી સ્વાસ્થ્ય સેવાઓને સમુદાયની નજીક લઈ જવા નોંધપાત્ર પ્રદાન કર્યું છે અને સ્વાસ્થ્ય શિક્ષણમાં તેમનો ઉપયોગ વધાર્યો છે. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય અભિયાન (એનએચએમ)નું અન્ય એક પ્રદાન સરકારી તંત્રમાં ૧,૭૮,૦૦૦ સ્વાસ્થ્ય કાર્યકર્તાઓનો ઉમેરો છે. એનએચએમમાં ફ્રી ઈમરજન્સી રિસપોન્સ અને પેશન્ટ ટ્રાન્સપોર્ટ સર્વિસીસ માટે ૧૮,૦૦૦થી વધારે એમ્બ્યુલન્સ ગોઠવવામાં આવી છે.

તમામ રાજ્યોમાં આઉટપેશન્ટ દર્દીઓ, પથારીની સંખ્યા અને સંસ્થાકીય ડિલિવરીમાં મોટો વધારો થયો છે. જોકે આ વિકાસ અસંતુલિત છે અને સેવાઓમાં ૮૦ ટકાથી વધારે વૃદ્ધિમાં ૨૦ ટકાથી ઓછી સરકારી આરોગ્ય સુવિધાઓએ ફાળો આપ્યો છે - અને તેઓ મોટા ભાગે આરસીએચ સેવાઓ પર મોટા ભાગે ધ્યાન કેન્દ્રિત કરે છે.

૧૨મી પંચવર્ષીય યોજનામાં રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય અભિયાન

વર્ષ ૨૦૧૨થી જરૂરિયાત પ્રમાણે ભંડોળ મળ્યું નથી. તેના પગલે ફંડના ઉપયોગમાં બિનકાર્યદક્ષતા, નબળો વહીવટ અને ખામીઓ જન્મી છે, જેણે નીતિગત વર્તુળોમાં રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય અભિયાનની છબી ખરડાઈ છે. આ અભિયાન કેટલીક સમસ્યાઓનો સામનો કરી રહ્યું છે, પણ તે નવી નથી અને સરકારી નબળાઈઓનું પરિણામ છે. આ અભિયાનને અર્થસભર બનાવવા સરકારી તંત્રોને બદલે ખાનગી ક્ષેત્રના ઝડપથી

ઉદયને પ્રોત્સાહન આપવા પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું છે. હકીકતમાં રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય અભિયાને ભંડોળ ગુમાવ્યું નહોતું, પણ તેનો અસરકારક રીતે અમલ ન થવાથી સરકારનું સમર્થન ગુમાવ્યું હતું.

વર્ષ ૨૦૧૩માં રાષ્ટ્રીય શહેરી આરોગ્ય અભિયાનને મંજૂરી આપવામાં આવી હતી. પણ તેના પગલે પણ કેન્દ્રિય ભંડોળમાં કોઈ વધારો થયો નહોતો. આ માટે રાજકીય ઇચ્છાશક્તિ ઉપરાંત અન્ય ત્રણ પરિબળો મુખ્યત્વે જવાબદાર છે. એક, ભંડોળ કેન્દ્રમાંથી સીધો પ્રાદેશિક આરોગ્ય સમિતિને ટ્રાન્સફર કરવામાં આવ્યું છે. હકીકતમાં આ વિચાર સારો છે, પણ જ્યાં સુધી વહીવટીતંત્ર સજ્જ ન હોય ત્યાં સુધી આ પ્રકારનો આધુનિક માર્ગ વ્યવહારિક રીતે સફળ નીવડતો નથી. બીજી સમસ્યા એ છે કે સરકારી આરોગ્ય સુવિધાઓને સહાય ચીજવસ્તુઓના પુરવઠા પર આધારિત છે, જેમાં વ્યવહારના ખર્ચ અને બિનકાર્યદક્ષતા સૌથી મોટા અવરોધો છે. થાઈલેન્ડમાં માગ આધારિત પુરવઠાને અસરકારક રીતે ફાળવવા માટે પગલાં લેવામાં આવ્યાં છે, જેનાથી ભંડોળના અસરકારક ઉપયોગમાં મોટો સુધારો થઈ શક્યો છે. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિમાં આ વિચાર રજૂ કરવામાં આવ્યો છે, પણ તેનો અમલ હજુ શરૂ થયો નથી. ત્રીજું અને સૌથી મોટો અવરોધ નિયમિત અને વિશ્વસનિય રોજગારી પ્રદાન કરવા કુશળ સરકારી સ્વાસ્થ્ય કર્મચારીઓની સંખ્યામાં વધારો કરવાની છે. જે રાષ્ટ્રોમાં સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય સારસંભાળ નીતિનો અમલ થાય છે, તે તમામમાં એક ખાસિયત સામાન્ય છે - પર્યાપ્ત સંખ્યામાં કુશળ કર્મચારીઓ ઉપલબ્ધ છે.

હેલ્થકેર ઉદ્યોગનો ઉદય અને આરોગ્ય પાછળના ખર્ચના કારણે ગરીબીમાં વધારો

રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ, ૨૦૧૫ વધુમાં જણાવે છે કે, "સરકાર આરોગ્ય ક્ષેત્રની જરૂરિયાતો પૂર્ણ કરવામાં નિષ્ફળ નીવડી છે. આ બાબત આરોગ્ય પાછળ વધતાં જતાં ખર્ચ અને તેના કારણે ગરીબીમાં થઈ રહેલા વધારામાં પ્રતિબિંબિત થાય છે." સમાજમાં ધીમે ધીમે બિનચેપી પણ ગંભીર રોગોનું પ્રમાણ વધ્યું છે અને આ રોગોની સારવાર સરકારી સ્વાસ્થ્ય વ્યવસ્થાઓમાં મોટા ભાગે થતી નથી એટલે લોકોને ખાનગી ક્ષેત્ર તરફ વળવાની ફરજ પડી છે. શહેરી વિસ્તારોમાં અને ગંભીર રોગોમાં આ બાબત વધારે જોવા મળે છે. કેરળ અને તામિલનાડુ જેવા રાજ્યોએ આરોગ્યમાં સારી સરકારી સુવિધાઓ ઊભી કરી છે, તેમ છતાં આવા રાજ્યોમાં પણ હેલ્થકેર પાછળ ખર્ચમાં મોટા પાયે વધારો થયો છે.

આ કારણે હેલ્થકેરમાં ખાનગી ક્ષેત્રની ઝડપથી વૃદ્ધિ થઈ છે અને તેણે ઉદ્યોગનું સ્વરૂપ ધારણ કર્યું છે. ખાનગી આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં કાર્યરત કોર્પોરેટ હોસ્પિટલમાં ડૉક્ટર્સનું પોતાનું દવાખાનું હોતું નથી, પણ રોકાણકારો અને મેનેજર્સ મૂળ માલિકો હોય છે અને ડૉક્ટર તગડી ફી લઈને તેમાં સેવા આપે છે. આ રીતે ખાનગી હેલ્થકેરમાં કોર્પોરેટ કલ્ચર પ્રવેશી ગયું છે, જેમાં નફો જ મહત્ત્વપૂર્ણ છે. તેમાં રોકાણકારો રોકાણ કરે છે, જેને મુખ્ય ચિંતા મહત્તમ વળતર મેળવવાની હોય છે. ખાનગી હેલ્થકેર ઉદ્યોગ ૧૫ ટકાના વાર્ષિક ચક્રવૃદ્ધિ વ્યાજે વૃદ્ધિ કરી રહ્યો છે, જે સેવા ક્ષેત્રના વૃદ્ધિ દરથી બમણી છે અને સંપૂર્ણ રાષ્ટ્રીય વૃદ્ધિદરથી ત્રણ ગણી છે. તે નોંધપાત્ર પ્રમાણમાં વેન્ચર કેપિટલ પણ આકર્ષે છે. અત્યારે ખાનગી હેલ્થકેર ઉદ્યોગનું મૂલ્ય ૪૦ અબજ ડોલર છે અને વર્ષ ૨૦૨૦ સુધીમાં ૨૮૦ અબજ ડોલરનું થઈ જશે તેવો અંદાજ બજારના સ્રોતો વ્યક્ત કરે છે.

ખાનગી હેલ્થકેર ઉદ્યોગમાં અત્યારે એક સેગમેન્ટ વસતિના અતિ ધનિક ૫ થી ૧૦ ટકા લોકોને વૈશ્વિક સ્તરની સુવિધા પ્રદાન કરે છે. તેઓ તગડી ફી વસૂલે છે. પણ તેનું સૌથી મોટું નુકસાન કુશળ તબીબોનું કોર્પોરેટ હેલ્થકેર સાથેનું વધી રહેલું જોડાણ છે. કોર્પોરેટ હેલ્થકેર સેગેમેન્ટ વિદેશી ક્લાયન્ટ કે દર્દીઓ મેળવે છે. ઊંચું વળતર, વિવિધ ક્ષેત્રના ટોચના દર્દીઓ અને સમાજમાં ઊંચા તબક્કામાં સ્થાન મેળવવું જેવા પરિબળોને કારણે કુશળ તબીબો કોર્પોરેટ ક્ષેત્રમાં આકર્ષાય છે. તેના પગલે સરકારી ક્ષેત્રમાં કુશળ તબીબોની ખેંચ સર્જાઈ રહી છે.

આ ઉપરાંત તેમનું બિઝનેસ મોડલ સમાજ માટે વધારે ખતરનાક છે. તેમાં ડૉક્ટર્સને રેફરિંગ કે અમુક દવાઓ કે ટેસ્ટ કરાવવા માટે ઇન્સેન્ટિવ આપવામાં આવે છે, જેના કારણે સામાન્ય જનતા પર દવા અને રોગના નિદાનનું ભારણ વધી ગયું છે અને લોકોમાં તબીબી ક્ષેત્ર માટેની મૂળભૂત વિભાવના જ બદલાઈ રહી છે.

નાણાકીય સંરક્ષણ પર સરકારી પ્રયાસો

આરોગ્ય પરના ખર્ચના કારણે ગરીબીની સમસ્યા દૂર કરવા સરકાર કેવા પ્રયાસ કરે છે?

આ દિશામાં સરકારના મુખ્ય પ્રયાસો તમામ લોકોને ઓછા ખર્ચે વીમા કવચ પ્રદાન કરતા રાષ્ટ્રીય કાર્યક્રમો હાથ ધરવા સાથે સંબંધિત છે. એટલે રાષ્ટ્રીય નીતિનો મુસદ્દો જણાવે છે કે, ભારતનો એચઆઈવી માટે સરકારી એઆરટી દવાઓ પ્રદાન કરવાનો કાર્યક્રમ દુનિયાભરમાં સૌથી મોટો છે. ટીબી, રક્તપિત્ત જેવા તમામ રોગવાહક રોગનું નિવારણ કરવા માટે દવાઓ અને નિદાનો મફત છે. આ વાત રસીકરણ માટે અને ગર્ભાવસ્થા સંબંધિત સારસંભાળ માટે એટલી જ સાચી છે. ખાનગી બજારો આ તમામ ક્ષેત્રોમાં બહુ ઓછું પ્રદાન કરે છે.

કેન્દ્ર સરકારે તાજેતરમાં રાજ્યોને સરકારી દવાખાનાઓમાં મફત દવાઓ અને નિદાનની સુવિધા પ્રદાન કરવા સાથસહકાર આપતી યોજના શરૂ કરી છે. આ યોજના ગરીબોને સરકારી હોસ્પિટલમાં થતાં ખર્ચમાં વધારે ઘટાડો કરશે. સરકારી હોસ્પિટલોમાં ઓઓપીઈમાં ખાનગી સારસંભાળ કરતાં ત્રીજા ભાગનો કે દસમા ભાગનો ખર્ચ આવે છે તેમ છતાં આટલી નજીવી રકમ મોટા ભાગના ભારતીયો માટે વધારે પડતી છે. ગરીબોને મોટી સુવિધા અને નાણાકીય સુરક્ષા પ્રદાન કરવાનો સૌથી વધુ અસરકારક માર્ગ યુઝર ફી દૂર કરવાનો અને સરકારી હોસ્પિટલોમાં દવાઓ મફતમાં આપવાનો તેમજ નિદાન સુવિધા માટે કોઈ પણ ફી ન લેવાનો છે. આ અંગે નીતિનિર્માતાઓમાં સર્વસંમતિ વધી રહી છે.

સરકારી વીમા યોજનાઓ

સરકારનું ત્રીજું પગલું સરકારી સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજનાઓ છે, જે ગરીબોને હોસ્પિટલમાં ભરતી થઈને સારવાર મેળવવાના ખર્ચને આવરી લે છે. આ સંબંધમાં કેન્દ્ર સરકારની મુખ્ય યોજના રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજના છે. આ ઉપરાંત આઠથી વધારે રાજ્યોએ વીમા યોજનાઓ શરૂ કરી છે. આ વિવિધ યોજનાઓ હેઠળ વર્ષ ૨૦૧૪માં આશરે ૩૭ કરોડ લોકોને આવરી લેવામાં આવ્યાં હતાં. તેમાંથી લગભગ બે તૃતિયાંશ (૧૮ કરોડ) ગરીબી રેખા નીચે જીવન જીવે છે.

ખાનગી ક્ષેત્રની ભાગીદારી

ખાનગી ક્ષેત્રના કદને જોતાં તેને સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજનામાં સાંકળવાની જરૂર છે અને તે સરકારી સ્વાસ્થ્ય લક્ષ્યાંકો પૂર્ણ કરવામાં પ્રદાન કરે છે એ સુનિશ્ચિત કરવાની જરૂર છે. આવું કરવામાં વીમો એક શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિ છે. પણ આ માટે વધુ નિયમનકારી પ્રયાસો હાથ ધરવાની જરૂર છે. જે રાષ્ટ્રો ખાનગી પ્રદાતાઓ પાસેથી હેલ્થકેર ખરીદવા પર આધારિત સ્વાસ્થ્ય વ્યવસ્થા ધરાવે છે તે વિસ્તૃત નિયમનકારી માળખું ધરાવે છે. ભારતમાં આ પ્રકારનું માળખું ઊભું કરવું પડકારજનક છે. તબીબી સંસ્થાઓના કાયદાએ અતિ ધીમી શરૂઆત કરી છે - પણ તેનો અમલ કરવા તબીબી વ્યાવસાયિકોનો વિશ્વાસ જીતવાની જરૂર છે. ખાનગી પ્રદાતા અને સરકાર વચ્ચે વિશ્વાસ અને સહકાર સ્થાપિત કરવાની જરૂર પડશે, જેથી સરકારી સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજનાઓને અર્થસભર રીતે નાણાકીય કવચમાં પરિવર્તિત કરશે અને તેની સુલભતા સરળ બનાવશે.

વીમા અને નિયમન ઉપરાંત ખાનગી ક્ષેત્રની વૃદ્ધિને દોરતાં અન્ય માર્ગો છે. ખાનગી ક્ષેત્ર માટે ફરિયાદ નિવારણ વ્યવસ્થા મદદરૂપ થઈ શકે છે. એટલે નાના પ્રદાતાઓ અને નર્સિંગ હોમ્સ માટે તાલીમ અને કુશળતાને અદ્યતન કરવાની જોગવાઈ પણ કરવામાં આવશે.

ઉપસંહાર

જો આપણે દેશને સ્વસ્થ બનાવવાના અભિયાને જાળવી રાખતા હોય, તો રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય અભિયાન હેઠળ ઝડપથી સાતત્યપૂર્ણ પ્રયાસોને વધારવાની જરૂર છે. ખાસ કરીને આપણે શહેરી પ્રાથમિક સારસંભાળ અને ચાર હિંદી ભાષી રાજ્યો એમ બંને આ પ્રકારના વિસ્તરણ પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવાની આવશ્યકતા છે.

જ્યારે હેલ્થકેરમાં ખાનગી ક્ષેત્રને સાંકળવા મોટો પ્રયાસ કરવો પડશે, ત્યારે માહિતીની અસમાનતાના વિવિધ સ્વરૂપો અને હિતોના ઘર્ષણને દૂર કરવા તેમજ લોકોને યોગ્ય પસંદગીઓ કરવા સશક્ત કરવા સુવિધા વધારવા માટેની દિશામાં પ્રયાસો કરવા જરૂરી છે. નિયમનકારી માળખું ઊભું કર્યા વિના સારસંભાળ ખરીદવાનો અપરિપક્વ અને અધકચરો પ્રયાસ તેમજ રાજકીય ઇચ્છાશક્તિ વિના સરકારી રોકાણનું વધારે ઊંચું સ્તર નિષ્ફળ નિવડશે તેવું જોખમ વધારે છે.

સરકારી આરોગ્ય તંત્રને મજબૂત કરવા કુશળ કર્મચારીઓ વધારવાનો, રોકાણમાં વૃદ્ધિ કરવાનો અને શાસનની ગુણવત્તા સુધારવાનો પડકાર છે, જેથી બિનચેપી રોગોના પડકારોને અસરકારક રીતે ઝીલી શકાશે.

લેખકશ્રી મુંબઈની ટાટા ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઑફ સોશ્યલ સાયન્સ ખાતે સ્કૂલ ઑફ હેલ્થ સિસ્ટમ્સના ડીન અને પ્રોફેસર છે. તેઓ જાહેર આરોગ્ય ચળવળ સાથે સક્રિય રીતે સંકળાયેલા છે.

સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ અને સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો

ચંદ્રકાંત લહરિયા

વિકાસની પ્રક્રિયામાં સ્વાસ્થ્ય કેન્દ્રસ્થાને છે અને કોઈ પણ રાષ્ટ્રની આર્થિક વૃદ્ધિનો પાયો છે, જે ગરીબી નાબૂદ કરવામાં અને વધુ ઉત્પાદકીય દેશ તરીકે પ્રદાન કરી શકે છે. એસડીજી અને યુએચસી સામાજિક અને આર્થિક વિકાસના પાસાં એકબીજા સાથે જોડાયેલા છે. યુએચસી સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર માટે નવું એકીકૃત બળ છે, જે વિકાસના સંપૂર્ણ એજન્ડા સાથે જોડાયેલ છે. યુએચસી અગાઉના અનુભવો પર બનેલ છે અને હેલ્થકેર એજન્ડાને આગળ ધપાવે છે, જેમાં પ્રાથમિક હેલ્થકેર અને એમડીજીના ગાળા દરમિયાન પહેલોની પરિકલ્પના સામેલ છે. વૈશ્વિક નેતાઓ અને સંસ્થાઓની કામગીરી એસડીજી હાંસલ કરવા માટે હોવી જોઈએ એટલે રાષ્ટ્રીય સરકારોએ મહત્તમ લોકોને નાણાકીય મુશ્કેલી વિના ગુણવત્તાયુક્ત સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ સુલભ થાય તેવી સુનિશ્ચિતતા કરવા હેલ્થ ક્ષેત્રમાં અસમાનતા દૂર કરવા નક્કર નીતિગત પગલાં લેવાની જરૂર છે.

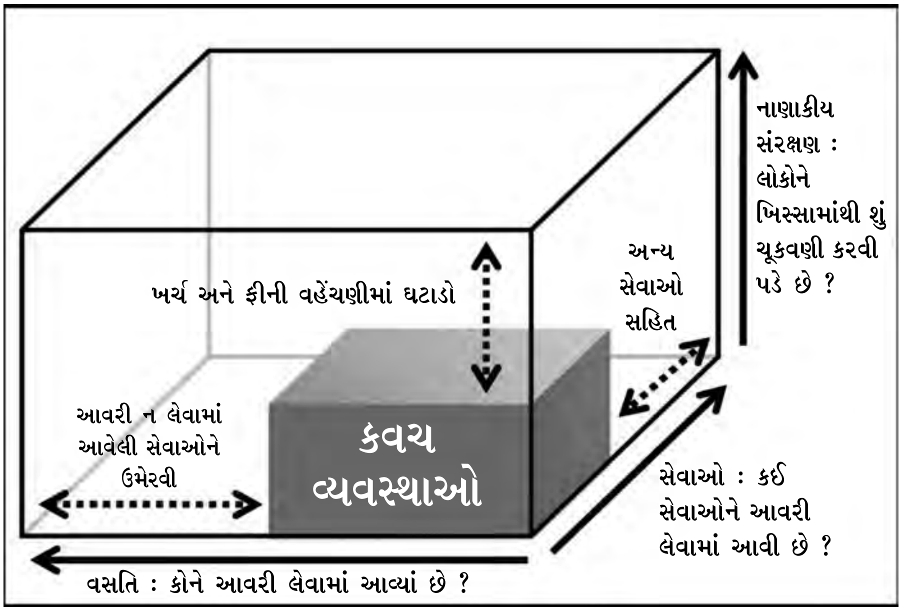
સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ (યુએચસી)નો ઉદ્દેશ 'તમામ લોકોને જરૂરી નિવારક, ઉપચારક અને પુનર્વસન સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ ગુણવત્તાયુક્ત રીતે અને વાજબી ખર્ચે મળે તેવી વ્યવસ્થા ઊભી કરવાનો છે તેમજ જ્યારે લોકો આ સેવાઓના ખર્ચની ચૂકવણી કરે ત્યારે તેમને નાણાકીય મુશ્કેલી ન પડે એ બાબત સુનિશ્ચિત કરવાનો છે.' યુએચસીએ એક વિચાર તરીકે વૈશ્વિક સ્તરે ધ્યાન ખેંચ્યું છે અને વિશ્વ સ્વાસ્થ્ય સભા ૨૦૦૫ના ઠરાવ (ડબલ્યુએચએ૫૮.૩૩) પ્રમાણે સભ્ય રાષ્ટ્રોને યુએચસીનો અસરકારક રીતે અમલ કરવા સ્વાસ્થ્ય નાણાકીય વ્યવસ્થાઓ વિકસાવવા પ્રોત્સાહન આપે છે. તેના પરિણામે વર્ષ ૨૦૦૮માં પ્રાથમિક સ્વાસ્થ્ય સારસંભાળઃ અગાઉ કરતાં સૌથી વધારે પ્રાથમિકતા' અને પછી વર્ષ ૨૦૧૦માં વિશ્વ સ્વાસ્થ્ય અહેવાલ 'સ્વાસ્થ્ય વ્યવસ્થામાં નાણાકીય સુલભતાઃ સાર્વત્રિક કવચ તરફનો માર્ગ'થી યુએચસી પર વધારે ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું છે. આ સમયગાળામાં અનેક દેશો (એટલે કે બ્રાઝિલ, મેક્સિકો, કીર્ગિસ્તાન, થાઈલેન્ડ અને ચીન)એ નાગરિકોને સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત નાણાકીય સુવિધા પ્રદાન કરવા સુધારણા કરવા ઉપરાંત ગુણવત્તાયુક્ત સ્વાસ્થ્ય સુવિધાઓ સરળતાથી પ્રદાન કરવાની દિશામાં ઘણી પ્રગતિ કરી છે.

વૈશ્વિક સ્તરે યુએચસીએ સતત ધ્યાન કેન્દ્રિત કર્યું છે અને વર્ષ ૨૦૧૧માં ડબલ્યુએચએ દ્વારા (ડબલ્યુએચએ ૬૪.૯) દ્વારા યુએચસી પર વધારાના ઠરાવને સારો આવકાર મળ્યો હતો તેમજ પછી સંયુક્ત રાષ્ટ્રની મહાસભાએ યુએચસી વિશે ચર્ચા કરી હતી અને ૧૨મી ડિસેમ્બર, ૨૦૧૨ના રોજ ઠરાવ પસાર કર્યો હતો (એ/૬૭/એલ.૩૬). યુએનજીએનો ઠરાવ અભૂતપૂર્વ પગલું હતું, કારણ કે તેણે યુએચસીના કાર્યક્ષેત્રના વ્યાપને વધાર્યો હતો અને સ્વાસ્થ્ય પ્રધાનો (વિશ્વ સ્વાસ્થ્ય સભામાં હાજરી આપે છે)થી રાષ્ટ્રના વડાઓ અને વિદેશ મંત્રાલયોના પ્રધાનો (યુએનજીએમાં હાજર રહેતા લોકો)ને સામેલ કર્યા છે. યુએચસી પર યુએનજીએની ઉજવણી કરવા વર્ષ ૨૦૧૪થી ૧૨ ડિસેમ્બરના રોજ યુએચસી પર ઉજવણીના કાર્યક્રમોનું આયોજન થાય છે અને ૧૨ ડિસેમ્બર, ૨૦૧૪ને પ્રથમ સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ દિવસ કે યુએચસી દિવસ તરીકે ઉજવાય છે. છેલ્લાં ૧૦ વર્ષમાં યુએચસીની કામગીરી વિવિધ મંચ (ડબલ્યુએચએ, યુએનજીએ, પ્રાદેશિક અને રાષ્ટ્રીય સ્તરે) પર જળવાઈ રહી છે, જે યુએચસીની જરૂરિયાત અને મહત્ત્વ

સંબંધિત સર્વસંમતિ તરીકે બહાર આવી છે. વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાના ડિરેક્ટર જનરલ ડો. માર્ગારિટ ચાને કહ્યું છે કે, "સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ સૌથી શક્તિશાળી પરિકલ્પના છે, જે સરકારી સ્વાસ્થ્યે ઓફર કરવી પડશે."

યુએચસી ત્રણ પાસાં ધરાવે છે - વસતિજન્ય કવચ, સ્વાસ્થ્ય સેવાનું કવચ અને નાણાકીય સુરક્ષા કવચ. તેનો અવારનવાર 'યુએચસી ક્યુબ' કે 'યુએચસી કવરેજ બોક્સ' (આકૃતિ ૧) તરીકે ઉલ્લેખ કરવામાં આવે છે.

આકૃતિ-૧ : સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ (યુએચસી) કવરેજ બોક્સ



'ઇનસાઇડ ક્યુબ' દેશોમાં વર્તમાન સ્થિતિ સૂચવે છે, જ્યાં વસતિના એક ભાગને જ સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ સુલભ છે, બહુ થોડી સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે અને તમામને વાજબી ખર્ચે સેવા મળી શકતી નથી. 'આઉટર ક્યુબ' દેશો માટે મહત્ત્વાકાંક્ષી લક્ષ્યાંકો છે, જેને યુએચસી દ્વારા પારિભાષિત કરવામાં આવ્યાં છે અને તમામ દેશોએ વાજબી ખર્ચે ગુણવત્તાયુક્ત સેવાઓ પ્રદાન કરીને બોક્સને ભરવાનો પ્રયાસ કરવો જોઈએ. રસપ્રદ બાબત એ છે કે, જેમ સ્વાસ્થ્ય સેવાઓમાં સુધારા થાય છે, તેમ દેશોમાં રોગની પેટર્નમાં ફેરફાર થાય છે અને નવી ટેકનોલોજીની ઉપલબ્ધતા સેવાની જરૂરિયાત અને વપરાશને અસર કરશે. એટલે વસતિજન્ય વાસ્તવિકતાઓને હંમેશા ધ્યાનમાં રાખવાની જરૂર છે અને ઇનર અને આઉટર બોક્સમાં હંમેશા થોડો ફરક રહેશે. યુએચસીને 'મુકામ' નહીં, પણ 'સફર' ગણવામાં આવે છે તેના કેટલાંક કારણો છે. વિવિધ દેશોમાં થયેલા અનુભવો દર્શાવે છે કે આ દિશામાં સ્થિતિમાં સુધારો હાંસલ થવામાં ૧૦થી ૧૫ વર્ષ લાગે છે અને યુએચસી એકથી બે વર્ષમાં શક્ય નથી. જ્યારે યુએચસી લક્ષ્યાંક છે, ત્યારે સ્વાસ્થ્ય વ્યવસ્થાના સુધારણા પાયો અને માધ્યમો છે, જેના પર યુએચસીની દિશામાં પ્રગતિ થઈ શકશે.

યુએચસી અને ભારત

વર્ષ ૨૦૦૫માં વિશ્વ સ્વાસ્થ્ય સભા યોજાઈ હતી, જેમાં યુએચસી પર ઠરાવ પસાર થયો હતો. આ સભાના સભ્ય દેશ તરીકે ભારત પણ ઠરાવનો એક ભાગ હતો. એ સમયે દેશમાં યુએચસી પર ચર્ચા થઈ નહોતી, તેમ છતાં ભારતે ૧૨ એપ્રિલ, ૨૦૦૫ના રોજ રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ સ્વાસ્થ્ય અભિયાન (એનઆરએચએમ) શરૂ કર્યું હતું, જેનો આશય ભારતમાં સ્વાસ્થ્ય વ્યવસ્થા અને લોકોના સ્વાસ્થ્યની સ્થિતિને સુધારવાનો હતો. રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજના (આરએસબીવાય) નો હેતુ દ્વિતીય સ્તરના હોસ્પિટલાઇઝેશનના ખર્ચે ગરીબી રેખા નીચે જીવતા લોકોને નાણાકીય સુરક્ષા કવચ પ્રદાન કરવાનો છે. ત્યારબાદ આવા જ ઉદ્દેશ સાથે વર્ષ ૨૦૦૭-૦૮માં સરકારે અન્ય કેટલીક નાણાકીય સુરક્ષા આપતી યોજનાઓ લોંચ કરી હતી. વિશ્વ સ્વાસ્થ્ય અહેવાલ, ૨૦૧૦ લોંચ થયા પછી તરત જ ભારતમાં આયોજન પંચે (અત્યારે નીતિ આયોગ) સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ પર ઉચ્ચસ્તરીય નિષ્ણાત જૂથ (એચએલઇજી)ની રચના કરી હતી. એચએલઇજીએ ઑક્ટોબર, ૨૦૧૧માં વિસ્તૃત ભલામણો અને રિપોર્ટ રજૂ કર્યો હતો, જેનો ઉપયોગ ભારતની ૧૨મી પંચવર્ષીય યોજના (૨૦૧૨-૧૭) બનાવવા માટે થયો હતો. ૧૨મી પંચવર્ષીય યોજનાએ ભારતના દરેક રાજ્યના ૨ જિલ્લાઓમાં યુએચસી પાયલોટ્સની દરખાસ્ત રજૂ કરી હતી અને દેશમાં રાષ્ટ્રીય સ્તરે યુએચસી લોંચ કરવા પ્રસ્તાવિત પાયલોટ પ્રોજેક્ટ શરૂ કરવા કામગીરીનો પ્રારંભ થયો હતો. મે, ૨૦૧૩માં શહેરી વિસ્તારોમાં સ્વાસ્થ્ય

સંબંધિત સેવાઓ પ્રદાન કરવા રાષ્ટ્રીય શહેરી સ્વાસ્થ્ય અભિયાન (એનયુએચએમ) શરૂ કરવામાં આવ્યા હતા અને બે પેટા અભિયાનો (એનઆરએચએમ અને એનએચએમ)ને રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય અભિયાન (એનએચએમ)માં ભેળવી દેવામાં આવ્યા હતા. રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય અભિયાનનો ઉદ્દેશ "સ્વાસ્થ્યના વ્યાપક સામાજિક માપદંડને પૂર્ણ કરવા અસરકારક આંતરક્ષેત્રીય સંકલન પ્રક્રિયા સાથે લોકોની જરૂરિયાતને જવાબદારી સાથે વાજબી અને ગુણવત્તાયુક્ત હેલ્થકેર સેવાઓ તમામ લોકોને પ્રદાન કરવાનો છે" જે યુએચસીના લક્ષ્યાંકને અનુરૂપ છે. વર્ષ ૨૦૧૪ની મધ્યમાં શરૂ થયેલા આ અભિયાનમાં યુએચસીના ઘટકો અને ઇરાદા પૂર્ણ કરી સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય ખાતરી (યુએચએ) પ્રદાન કરવા ઘણી પૂર્વ તૈયારી કરવામાં આવી છે. ભારતમાં રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય ખાતરી અભિયાન (એનએચએએમ) મારફતે યુએચએનો અમલ કરવાની તૈયારી થઈ હતી. રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજના (આરએસબીવાય)ની જવાબદારી શ્રમ અને રોજગાર મંત્રાલય પાસેથી એપ્રિલ, ૨૦૧૫માં સ્વાસ્થ્ય અને કુટુંબ કલ્યાણ મંત્રાલયને સુપરત કરવામાં આવી છે. રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય નીતિ પર નવા ખરડાની રૂપરેખા અંતિમ તબક્કામાં છે અને નીતિગત દસ્તાવેજમાં યુએચસીના તમામ મહત્ત્વપૂર્ણ પાસાં ધરાવે છે. હકીકતમાં ભારતમાં યુએચસીને આગળ ધપાવવા પ્રાથમિક વાસ્તવિક કામગીરી થઈ ગઈ છે. જોકે તે મંજૂરી અને અમલીકરણની રાહ જુએ છે.

સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો (એસડીજી) અને યુએચસી

સંયુક્ત રાષ્ટ્ર સ્થાયી વિકાસ સમિટ ૨૫ સપ્ટેમ્બર, ૨૦૧૧ના રોજ યોજાઈ હતી, જેમાં સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો (એસડીજી)નો સ્વીકાર કરવામાં આવ્યો હતો. આ સમિટમાં વિવિધ દેશ અને સરકારના વડા ઉપસ્થિત રહ્યાં હતાં. તેમણે સહસ્ત્રાબ્દી વિકાસ લક્ષ્યાંકો (એમડીજી) હેઠળ હાથ ધરવામાં આવેલા કાર્યોને આગળ ધપાવવાનો અને આગામી ૧૫ વર્ષ વૈશ્વિક વિકાસને માર્ગદર્શન આપવાનો એકબીજાને સહકાર આપવાનો નિર્ધાર વ્યક્ત કર્યો હતો. યુએનજીએએ ૧૭ સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો અને ૧૬૯ સંકલિત લક્ષ્યાંકોના સેટ ઉપરાંત સ્થાયી વિકાસ માટે સાર્વત્રિક, સંકલિત અને પરિવર્તિનશીલ ૨૦૩૦ એજન્ડાને ઔપચારિક રીતે અપનાવ્યો હતો.આ ૧૭ સહસ્ત્રાબ્દી વિકાસ લક્ષ્યાંકો છે - ગરીબી, ભૂખમરો, સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત શિક્ષણ, લૈંગિક સમાનતા, પાણી અને સ્વચ્છતા, ઊર્જા, કાર્ય અને આર્થિક વૃદ્ધિ, ઉદ્યોગ અને માળખું, અસમાનતા, શહેરો, જવાબદાર ઉપભોગ, આબોહવા, જળસૃષ્ટિ, જમીન પરનું જીવન, શાંતિ અને મજબૂત સંસ્થાઓ તેમજ ભાગીદારી.

સ્થાયી વિકાસ માટે ૨૦૩૦ એજન્ડાની પ્રસ્તાવનામાં આ નિર્ધાર વ્યક્ત કરવામાં આવ્યો છેઃ "શારીરિક અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય તેમજ સુખાકારીને પ્રોત્સાહન આપવા અને તમામના સરેરાશ આયુષ્યમાં વધારો કરવા આપણે સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ હાંસલ કરવું જોઈએ અને ગુણવત્તાયુક્ત હેલ્થકેરની સુવિધા સુલભ કરવી જોઈએ. આ સુવિધાથી છેવાડાનો માનવી પણ વંચિત ન રહેવો જોઈએ. એસડીજીનો એક લક્ષ્યાંક, લક્ષ્યાંક ૩ (કે એસડીજી-૩) સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત પડકારો સાથે સંબંધિત છે અને તેનો ઉદ્દેશ "તમામ વયના લોકો માટે સ્વસ્થ જીવન સુનિશ્ચિત કરવાનો અને સુખાકારીને પ્રોત્સાહન આપવાનો છે." લક્ષ્યાંક ૩.૮ સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચને હાંસલ કરવાનો છે, જેમાં "તમામ લોકોને નાણાકીય જોખમ સામે સુરક્ષા પ્રદાન કરવાનો, ગુણવત્તાયુક્ત આવશ્યક હેલ્થકેર સેવાઓ સુલભ કરવાનો, દવાઓ અને રસીઓ પ્રદાન કરવાનો છે." યુએચસી સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત એસડીજી-૩નું હાર્દ છે અને એસડીજી૩ હેઠળ ૧૩ લક્ષ્યાંકોમાં ત્રણ લક્ષ્યાંકો (લક્ષ્યાંક ૩.૮, ૩.બી અને ૩.સી) યુએચસીની પ્રગતિ સાથે વિશેષપણે સંબંધિત છે.

વૈશ્વિક લખાણો અને ભાષણોમાં યુએચસી પર લક્ષ્યાંક ૩.૮ને વ્યાપક કે સાર્વત્રિક ગણવામાં આવે છે અને એસડીજીમાં સ્વાસ્થ્ય સંબધિત લક્ષ્યાંકો હાંસલ કરવાના માધ્યમ તરીકે જોવામાં આવે છે. એસડીજી૩માં લક્ષ્યાંકોને ત્રણ વિસ્તૃત જૂથો તરીકે લેવામાં આવે છેઃ એમડીજીનો અધૂરો અને વિસ્તૃત એજન્ડા; નવા એસડીજી૩ના લક્ષ્યાંકો અને અમલીકરણ લક્ષ્યાંકોના એસડીજી૩ માધ્યમો. સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત લક્ષ્યાંક અને ઉદ્દેશો હાંસલ થવાનો આધાર અન્ય ૧૭ લક્ષ્યાંકો હેઠળ હાથ ધરવામાં આવતી કાર્યવાહી પર છે (ટેબલ ૧).

ટેબલ ૧: સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકોમાં સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત મુખ્ય લક્ષ્યાંકો તરીકે સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ

સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો ૩ (એસડીજી૩) અને તેના લક્ષ્યાંકો	એસડીજી૩: તમામ ઉંમરના લોકો માટે સ્વસ્થ જીવન અને સુખાકારીને પ્રોત્સાહન સુનિશ્ચિત કરવું.	
લક્ષ્યાંક ૩.૮: સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ હાંસલ કરવું. **સાર્વત્રિક સ્વાસ્થ્ય કવચ હાંસલ કરવું, જેમાં નાણાકીય જોખમ સામે સંરક્ષણ, ગુણવત્તાયુક્ત આવશ્યક હેલ્થકેર સેવાઓની સુલભતા અને સલામત, અસરકારક, ગુણવત્તાયુક્ત અને વાજબી આવશ્યક સેવાઓ અને રસીઓ તમામને સુલભ કરવાની બાબતો સામેલ છે.**		
એમડીજીનો અધૂરો અને વિસ્તરિત એજન્ડા	**એસડીજી૩ના નવા લક્ષ્યાંકો**	**એસડીજી૩ના અમલીકરણ લક્ષ્યાંકોના માધ્યમો**
૩.૧: માતૃત્વ મૃત્યુદરમાં ઘટાડો વર્ષ ૨૦૩૦ સુધીમાં વૈશ્વિક સ્તરે માતૃત્વ મૃત્યુદરનો દર ઘટાડી ૧૦૦,૦૦૦ જીવિત જન્મો દીઠ ૭૦થી ઓછો કરવાનો છે. **૩.૨: નવજાત અને બાળકોના મૃત્યુ અટકાવવા** વર્ષ ૨૦૩૦ સુધીમાં ૫ વર્ષથી ઓછી વયના બાળકો અને નવજાત બાળકોના મૃત્યુ અટકાવવા, જેમાં તમામ દેશો નવજાત મૃત્યુદર ૧૦૦૦ બાળકોના જન્મદીઠ ૧૨ જેટલો લાવશે અને પાંચ વર્ષથી નીચે મૃત્યુદર ૧૦૦૦ બાળકોના જન્મદીઠ ૨૫ જેટલો ઓછો કરશે. **૩.૩: એચઆઈવી, ટીબી, મેલેરિયા અને અન્ય રોગચાળા નાબૂદ કરવા** વર્ષ ૨૦૩૦ સુધીમાં એઇડ્સ, ટીબી, મેલેરિયા અને ઉપેક્ષિત ઉષ્ણકટિબંધીય રોગો અને હેપિટાઇટિસ, પાણીજન્ય રોગો અને અન્ય ચેપી રોગો	**૩.૪: એનસીડીમાંથી મૃત્યુદરમાં ઘટાડો અને માનસિક સ્વાસ્થ્યને પ્રોત્સાહન** વર્ષ ૨૦૩૦ સુધીમાં નિવારણ અને સારવાર મારફતે બિનચેપી રોગોથી થતા મૃત્યુમાં ૩૩ ટકાનો ઘટાડો કરવો અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય અને સુખાકારીને પ્રોત્સાહન આપવું. **૩.૫: નશીલા દ્રવ્યોનું સેવન અટકાવવું અને તેની સારવાર** નશીલા દ્રવ્યોનું નિવારણ કરવું અને તેની સારવાર વ્યવસ્થા મજબૂત કરવી, જેમાં નાર્કોટિક દ્રવ્યોનું સેવન અને આલ્કોહોલનો નુકસાનકારક ઉપયોગ **૩.૬: રોડ ટ્રાફિક અકસ્માતોના કારણે મૃત્યુ અને ઈજામાં અડધોઅડધો ઘટાડો** વર્ષ ૨૦૨૦ સુધીમાં રોડ ટ્રાફિક અકસ્માતોથી વિશ્વમાં થતા મૃત્યુ અને ઈજાની સંખ્યા ઘટાડીને અડધી કરવી.	**૩.એ.: એફસીટીસીનો મજબૂત અમલ** તમામ દેશોમાં તમાકુ નિયંત્રણ પર વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા માળખાકીય સંમેલનના અમલને મજબૂત કરવો. **૩.બી: તમામને દવાઓ અને રસીઓની સુલભતા પ્રદાન કરવી, સંશોધન અને વિકાસને સહકાર આપવો.** ચેપી અને બિનચેપી રોગો માટે રસીઓ અને દવાઓના વિકાસ અને સંશોધનને સહકાર આપવો, જે મુખ્યત્વે વિકાસશીલ દેશોને અસર કરે છે, ટ્રિપ્સ સમજૂતિ અને જાહેર સ્વાસ્થ્ય પર દોહા ઘોષણા મુજબ આવશ્યક દવાઓ અને રસીઓને વાજબી ખર્ચે સુલભ કરાવવી, જે જાહેર સ્વાસ્થ્યનું સંરક્ષણ કરવા અનુકૂળતાના સંબંધમાં બૌદ્ધિક સંપત્તિના વેપાર સંબંધિત પાસાં પર સમજૂતિમાં જોગવાઈઓનો ઉપયોગ કરવા વિકાસશીલ દેશોના અધિકારની પુષ્ટિ કરે છે, ખાસ કરીને તમામ માટે દવાઓ સુલભ કરવી. **૩.સી: વિકાસશીલ દેશોમાં સ્વાસ્થ્ય ધિરાણ અને સ્વાસ્થ્ય કાર્યબળ વધારવું.** વિકાસશીલ દેશોમાં, ખાસ કરીને ઓછા વિકસિત દેશો અને નાના ટાપુ વિકાસશીલ દેશોમાં નોંધપાત્ર પ્રમાણમાં સ્વાસ્થ્ય ધિરાણ વધારવું અને સ્વાસ્થ્ય કાર્યબળની ભરતી, વિકાસ, તાલીમ અને જાળવણી કરવી.

૩.૭: જાતિય અને પુનઃઉત્પાદકીય હેલ્થકેર સેવાઓ સુનિશ્ચિત કરવી. વર્ષ ૨૦૩૦ સુધીમાં જાતિય અને પુનઃઉત્પાદકીય હેલ્થકેર સેવાઓની સુલભતા સુનિશ્ચિત કરવી, જેમાં કુટુંબ આયોજન, માહિતી અને શિક્ષણ, અને રાષ્ટ્રીય વ્યૂહરચનાઓ અને કાર્યક્રમોમાં પુનઃઉત્પાદકીય સ્વાસ્થ્યનું સંકલન.	**૩.૯: નુકસાનકારક રસાયણો, પ્રદૂષણ અને દૂષણથી થતા મૃત્યુ અને રોગો ઘટાડવા.** વર્ષ ૨૦૩૦ સુધીમાં નુકસાનકારક રસાયણો અને હવા, પાણી અને જમીનના પ્રદૂષણ તથા દૂષણમાંથી મૃત્યુ અને બિમારીઓની સંખ્યામાં નોંધપાત્ર ઘટાડો કરવો.	**૩.ડી: પૂર્વ ચેતવણી, જોખમમાં ઘટાડો અને સ્વાસ્થ્ય જોખમોનું વ્યવસ્થાપન** તમામ દેશો, ખાસ કરીને વિકાસશીલ દેશોમાં પૂર્વ ચેતવણી, જોખમમાં ઘટાડો અને રાષ્ટ્રીય અને વૈશ્વિક સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત જોખમો માટે ક્ષમતા વધારવી.
આર્થિક, સામાજિક અને પર્યાવરણીય એસડીજી અને એસડીજી ૧૭ના અમલીકરણના માધ્યમો સાથે આદાનપ્રદાન		
	લક્ષ્યાંક ૧: ગરીબી નાબૂદી **લક્ષ્યાંક ૧.૩:** તમામ માટે સામાજિક સંરક્ષણ વ્યવસ્થાઓનો અમલ	
	લક્ષ્યાંક ૨: ભૂખમરાનો અંત, ખાદ્ય સુરક્ષા અને પોષણમાં સુધારો કરવો. **લક્ષ્યાંક ૨.૨:** કુપોષણનો અંત, બાળકના વિકાસને કુંઠિત અને બગડતો અટકાવવા લક્ષ્યાંકો હાંસલ કરવા.	
	લક્ષ્યાંક ૪: સર્વસમાવેશકતા અને તમામને શિક્ષણ સુનિશ્ચિત કરવું. **લક્ષ્યાંક ૪.૨:** પ્રાથમિક બાળપણ વિકાસ, સારસંભાળ અને બાલમંદિરના શિક્ષણની સુલભતા સુનિશ્ચિતત કરવી.	
	લક્ષ્યાંક ૫: જાતિય સમાનતા હાંસલ કરવી અને તમામ મહિલા અને છોકરીઓને સશક્ત કરવી. **લક્ષ્યાંક ૫.૨:** તમામ મહિલાઓ અને છોકરીઓ સામે હિંસાના તમામ સ્વરૂપોનો અંત.	
	લક્ષ્યાંક ૬: તમામ માટે પાણીની ઉપલબ્ધતા સુનિશ્ચિત કરવી અને સ્થાયી વ્યવસ્થા કરવી. **લક્ષ્યાંક ૬.૧:** સુરક્ષિત અને વાજબી પીવાનું પાણી તમામ માટે સુલભ કરવું.	
	લક્ષ્યાંક ૭: વાજબી અને સ્વચ્છ ઊર્જા તમામ માટે વાજબી, વિશ્વસનિય, સ્થાયી અને આધુનિક ઊર્જાની સુલભતા સુનિશ્ચિત કરવી.	
	લક્ષ્યાંક ૮: સુંદર કાર્ય અને આર્થિક વૃદ્ધિ સ્વાસ્થ્ય (અને અન્ય સામાજિક ક્ષેત્રો)માં શ્રમ બજારો આર્થિક વૃદ્ધિ, ઉત્પાદકીય રોજગાર, યુવા રોજગારી અને સુંદર કાર્યને પ્રોત્સાહન આપી શકે.	
	લક્ષ્યાંક ૧૦: અસમાનતામાં ઘટાડો	
	લક્ષ્યાંક ૧૧: સ્થાયી શહેરો અને સમુદાયો	
	લક્ષ્યાંક ૧૩: આબોહવાના કાર્યા	
	લક્ષ્યાંક ૧૬: સ્થાયી વિકાસ માટે શાંતિપૂર્ણ અને સર્વસમાવેશક સમાજને પ્રોત્સાહન **લક્ષ્યાંક ૧૬.૧:** દરેક જગ્યાએ તમામ સ્વરૂપની હિંસા અને મૃત્યુદરમાં ઘટાડો કરવો.	
	લક્ષ્યાંક ૧૭: ભાગીદારી અમલીકરણના માધ્યમો સાથે ક્ષમતા નિર્માણ માટે સંસ્થાકીય ભાગીદારીનો ઉપયોગ કરવો.	

ઉપસંહાર

વિકાસની પ્રક્રિયામાં સ્વાસ્થ્ય કેન્દ્રસ્થાને છે અને કોઈ પણ રાષ્ટ્રની આર્થિક વૃદ્ધિનો પાયો છે, જે ગરીબી નાબૂદ કરવામાં અને વધુ ઉત્પાદકીય દેશ તરીકે પ્રદાન કરી શકે છે. એસડીજી અને યુએચસી સામાજિક અને આર્થિક વિકાસના પાસાં એકબીજા સાથે જોડાયેલા છે. યુએચસી સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર માટે નવું એકીકૃત બળ છે, જે વિકાસના સંપૂર્ણ એજન્ડા સાથે જોડાયેલ છે. યુએચસી અગાઉના અનુભવો પર બનેલ છે અને હેલ્થકેર એજન્ડાને આગળ ધપાવે છે, જેમાં પ્રાથમિક હેલ્થકેર અને એમડીજીના ગાળા દરમિયાન પહેલોની પરિકલ્પના સામેલ છે. વૈશ્વિક નેતાઓ અને સંસ્થાઓની કામગીરી એસડીજી હાંસલ કરવા માટે હોવી જોઈએ એટલે રાષ્ટ્રીય સરકારોએ મહત્તમ લોકોને નાણાકીય મુશ્કેલી વિના ગુણવત્તાયુક્ત સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ સુલભ થાય તેવી સુનિશ્ચિતતા કરવા હેલ્થ ક્ષેત્રમાં અસમાનતા દૂર કરવા નક્કર નીતિગત પગલાં લેવાની જરૂર છે. આ ક્ષેત્રમાં ૧૦૦ જેટલાં દેશોએ યુએચસી તરફ વધતાઓછા અંશે કામગીરી કરી છે. ભારત નીતિગત દૃષ્ટિએ મોખરે છે અને થોડું પાયાનું કામ કર્યું છે તેમજ યુએચસીની તરફ હરણફાળ ભરવા અને રાષ્ટ્રીય અને વૈશ્વિક સ્તરે એસડીજી૩ અને અન્ય એસડીજી હાંસલ કરવા પ્રદાન આપવા તૈયાર હોય તેવું જણાય છે.

એસડીજી અને યુએચસી સંયુક્તપણે સ્વાસ્થ્ય વ્યવસ્થાના સુધારણાને વેગ આપવા જનતા સ્તરે ચર્ચા કરવાથી લઈને મહત્ત્વપૂર્ણ સ્તરે અન્ય અને કદાચ અગાઉ કરતાં મોટી તક પ્રદાન કરે છે. એસડીજીના ગાળામાં અને જ્યારે વૈશ્વિક નેતાઓ ૨૦૩૦માં એસડીજીની સિદ્ધિઓની સમીક્ષા કરવા પુનઃબેઠક યોજે ત્યારે યુએચસી ચમકી ઊઠે તેવું શક્ય છે.

સંદર્ભ :

- સંયુક્ત રાષ્ટ્ર. સ્થાયી વિકાસ લક્ષ્યાંકો પર કાર્યકારી જૂથની દરખાસ્તો અહીં hkkps://suskainabledevelopmenk.un.org/conkenk/documenks/1579SDGs%20Proposal.pdf પ્રાપ્ય છે.
- વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા. વિશ્વ આરોગ્ય અહેવાલ ૨૦૧૦ : સાર્વત્રિક કવચઃ સ્વાસ્થ્ય ધિરાણ. ડબલ્યુએચઓ, જિનીવા, ૨૦૧૦.
- વિશ્વ આરોગ્ય અહેવાલ ૨૦૧૦. સ્વાસ્થ્ય વ્યવસ્થાને ધિરાણ : સાર્વત્રિક કવચ તરફનો માર્ગ. જિનીવા : વિશ્વ આરોગ સંસ્થા, ૨૦૧૦
- વિશ્વ આરોગ્ય અહેવાલ ૨૦૦૮. પ્રાથમિક હેલ્થકેર : અગાઉ કરતાં વધારે. જિનીવાઃ વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા, ૨૦૦૮
- સંયુક્ત રાષ્ટ્ર. આપણી દુનિયામાં પરિવર્તનઃ સ્થાયી વિકાસ માટે ૨૦૩૦ એજન્ડા. ન્યૂયોર્ક (એનવાય): સંયુક્ત રાષ્ટ્ર, ૨૦૧૫
- (hkkps://suskainabledevelopmenk.un.org/posk2015/kransformingourworld

લેખક જાહેર સ્વાસ્થ્ય અને નીતિગત વિશ્લેષણમાં આધુનિક તાલીમ સાથે તબીબી ડૉક્ટર છે. તેમણે શૈક્ષણિક અને વિકાસ ક્ષેત્રમાં વિસ્તૃત કામગીરી કરી છે. ડૉ. લહરિયા અત્યારે નવી દિલ્હીમાં વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા સાથે નેશનલ પ્રોફેશનલ ઓફિસર - યુનિવર્સલ હેલ્થ કવરેજ તરીકે કાર્ય કરે છે.

અગત્યની સૂચના

યોજનાના લેખકો/વાચકો નોંધ લે.

યોજના મેગેઝિનના લવાજમ/છૂટક કિંમતમાં ૧ માર્ચ, ૨૦૧૬થી અમલમાં આવે તે રીતે વધારો કરવામાં આવ્યો છે. આ અંગેની વિગતો કવર પેજ-૪ પર પ્રસિદ્ધ કરવામાં આવી છે. ૧ માર્ચ, ૨૦૧૬થી નવા દરે લવાજમ સ્વીકારવામાં આવશે.

યોજનામાં પ્રગટ થતા લેખો સંબંધમાં ખાસ નોંધ લેશો કે, જે તે વિષયના નિષ્ણાતો/તજજ્ઞો દ્વારા લખાયેલ લેખને પ્રાધાન્ય આપવામાં આવશે. અંકના વિષય અંગે વિશ્વસનિય વિગતો મળી રહે એવો આ પાછળનો આશય છે. લેખકોએ શક્ય હોય ત્યાં સુધી તેમનું લખાણ ગુજરાતીમાં ઈ-મેઈલ દ્વારા જ મોકલવું. ઈ-મેઈલ એડ્રેસ છે :

yojanagujarati@gmail.com

એઇડ્સને નિયંત્રણમાં લેવા અસરકારક ઉકેલ માટે એચઆઇવી કાર્યક્રમોથી મળેલા બોધપાઠો

અલ્કા નારંગ, એન્જલા ચૌધરી

National AIDS Control Organisation

India's Voice against AIDS

એચઆઈવીને નિયંત્રણમાં લેવા માટેની પ્રચંડ કામગીરીને ગ્લોબલ ફંડ, ગેટ્સ ફાઉન્ડેશન, વર્લ્ડ બેંક, સંયુક્ત રાષ્ટ્ર, ડીએફઆઈડી અને યુએસએઆઈડી જેવા કેટલાંક દાતાઓ પાસેથી જંગી દાન મળે છે. એઈડ્સ અસાધારણ રોગચાળો છે અને તેને વધારે પ્રતિસાદ આપવાની જરૂર છે. એચઆઈવી પાસેથી પ્રાપ્ત થયેલ બોધપાઠો ઘણાં વિકાસલક્ષી ક્ષેત્રો માટે પ્રસ્તુત છે. જ્યાં સુધી સફળતા મળે છે, ત્યાં સુધી ઘણા ક્ષેત્રોમાં ખાસ કરીને કાયદેસર સ્વરૂપોમાં કામગીરી કરવાની જરૂર છે અને ઘણી ખામીઓ દૂર કરવાની આવશ્યકતા છે. ભારતે સતત નવીનીકરણ કરવું જોઈએ અને જો વર્ષ ૨૦૨૦ના અંત સુધીમાં ૯૦-૯૦-૯૦ના લક્ષ્યાંકને પૂર્ણ કરવો હોય તો સંશોધનાત્મક અભિગમ જાળવી રાખવો પડશે.

વર્ષ ૨૦૧૫ના રાષ્ટ્રીય એચઆઈવી અંદાજ મુજબ ૨૧.૧૭ લાખ ભારતીયો એચઆઈવી સાથે જીવે છે. દુનિયામાં સૌથી વધુ એચઆઈવી દર્દીઓ ધરાવતા દેશ તરીકે ભારતનું સ્થાન ત્રીજું છે. વર્ષ ૧૯૮૭માં ચેન્નાઈમાં એચઆઈવીનો પ્રથમ કેસ નોંધાયો હતો. ત્યારથી અત્યાર સુધી ભારતે આ ગંભીર સમસ્યાને ઉકેલવા અભૂતપૂર્વ રાજકીય ઈચ્છાશક્તિ અને તત્પરતા દાખવી છે. ભારતે એઈડ્સ પ્રત્યે દાખવેલી એકાગ્રતા અને પ્રતિબદ્ધતા દુનિયાભરમાં સૌથી વિસ્તૃત પ્રતિસાદ પૈકીનો એક છે. ટીબી, મેલેરિયા અને રક્તપિત જેવા અન્ય રોગચાળાની સરખામણીમાં એચઆઈવી રોગચાળાનું પ્રમાણ ઓછું છે તેમ છતાં ભારતમાં સરકાર અને નેતૃત્વમાં પરિવર્તન થવા છતાં તેને નિયંત્રણમાં લેવાની રાજકીય ઈચ્છાશક્તિ જળવાઈ રહી છે, જેનાથી આ જીવલેણ સમસ્યાને ઉકેલવામાં ઘણો ફાયદો થયો છે.

તેના પરિણામે તેના પ્રસાર અને ચેપમાં સતત ઘટાડો થઈ રહ્યો છે. છેલ્લાં દાયકામાં તેનો વધારાનો દર ૦.૪૧ ટકાથી ઘટીને ૦.૨૬ ટકા થયો છે.

અત્યાર સુધી ભારતે રાષ્ટ્રીય એઈડ્સ કાર્યક્રમના પાંચ વર્ષના ત્રણ તબક્કા પૂર્ણ કર્યા છે. ચોથા તબક્કાનો અમલ થઈ રહ્યો છે. રાષ્ટ્રીય કાર્યક્રમના દરેક સફળ તબક્કા સાથે વર્તમાન સંદર્ભમાં તેને ઉકેલવા માટે ઉચિત ફેરફાર કરવામાં આવ્યાં છે.

ભારતમાં એચઆઈવીને નિયંત્રણમાં લેવા અમલમાં મૂકવામાં આવેલા કાર્યક્રમોમાંથી કેટલાંક બોધપાઠ શીખવામાં આવ્યાં છે, ખાસ કરીને રાષ્ટ્રીય એઈડ્સ નિયંત્રણ કાર્યક્રમની સફળતામાંથી. આ કાર્યક્રમે વિવિધતા અને મુશ્કેલીઓ હોવા છતાં રોગચાળાની વૃદ્ધિને નિયંત્રણમાં રાખી શકાયો છે. એચઆઈવી અમલીકરણની સફળતા પાછળ કેટલાંક પરિબળો જવાબદાર છે. ભારતના રાષ્ટ્રીય એઈડ્સ નિયંત્રણ કાર્યક્રમ (એનએસીપી)એ તેના માર્ગદર્શિક સિદ્ધાંતો સ્પષ્ટ કરીને તેની આ રોગચાળાને નિયંત્રણમાં લેવા વહેલાસર અમલ કરીને તેનો પાયો નાંખ્યો છે. આ સિદ્ધાંતો વર્ષોથી આ કામગીરી માટે સંસ્થાગત મૂળભૂત મૂલ્યોને વર્ષોથી રાષ્ટ્રીય સ્તરે માર્ગદર્શન આપે છે. આ સિદ્ધાંત અધિકારો, જાતિ, સર્વસમાવેશકતા, બહુક્ષેત્રીય પ્રતિસાદ તેમજ ગરિમા

સુનિશ્ચિત કરવા અને અતિ વંચિત અને મતાધિકારથી વંચિત લોકો આ મોડલને મૂલ્યવાન બનાવે છે.

એચઆઇવીની સમસ્યાને ઉકેલવા વિકેન્દ્રિકૃત અભિગમની જરૂર છે. અગાઉ રાજ્ય એઇડ્સ નિયંત્રણ સોસાયટી (એસએસીએસ) સ્થાપિત કરવામાં આવી હતી. એચઆઇવી ચેપ શહેરથી ગ્રામીણ વિસ્તારોમાં ફેલાતા જિલ્લા એઇડ્સ નિવારણ અને નિયંત્રણ એકમો દ્વારા વધારે વિકેન્દ્રિકરણ કરવામાં આવ્યું છે. નોર્થ ઇસ્ટ રિજનલ ઓફિસ (એનઇઆરઓ)ની સ્થાપના ઉત્તર પૂર્વમાં સમસ્યાના ઉકેલ માટે સ્થાપિત કરવામાં આવી હતી, જેમાં અભૂતપૂર્વ માળખું અને સંસાધનોના પડકારો સામેલ છે.

એચઆઇવીનો એક મજબૂત પોઇન્ટ્સ એ છે કે ભારતમાં તે સેક્સ ફિમેલ વર્કર્સ, સજાતીય સંબંધ ધરાવતા પુરુષો, સમલૈંગિકો અને મુખ્ય વસતિ તરીકે ટેકનિકલ રીતે દવાઓ લેતા લોકો પર ખાસ ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું છે. દેશમાં રાષ્ટ્રીય સ્તરે કાયદેસર માળખું પ્રવર્તમાન હોવા છતાં મુખ્ય વસતિને સારવાર પ્રદાન કરવા ઉપરાંત સમાન અધિકાર ધરાવતા અન્ય સમુદાયના સભ્યોને લાભ પ્રદાન કરવામાં મહત્ત્વપૂર્ણ કામગીરી કરવામાં આવી છે. સમુદાયને પોતાની નિયતિના માલિકો છે અને તેની સાથે વહેંચતા કાર્યક્રમમાં મહત્ત્વપૂર્ણ ભૂમિકા ભજવે છે. અસરગ્રસ્ત સમુદાયોની ભાગીદારી સુનિશ્ચિત કરે છે કે સેવાઓ અને હસ્તક્ષેપો જરૂરિયાત ધરાવતા લોકોનો સુધી પહોંચે છે. સામુદાયિક ભાગીદારીનો મંત્ર "અમારા માટે, અમારા વિના કશું નહીં" બની ગયો છે. કેન્દ્રિત પ્રયાસો સામુદાયિક ક્ષમતા ઊભી કરવા માટે અને તેમને સશક્ત બનાવવા માટે કરવામાં આવે છે તેમજ તેમને નિર્ણય લેવાની પ્રક્રિયાનો સંકલિત ભાગ બનાવે છે. સરકારના સામુદાયિક વ્યવસ્થાને મજબૂત કરવાનો વ્યૂહાત્મક અભિગમ મહત્ત્વપૂર્ણ પરિબળ છે, જે એચઆઇવી જેવા જટિલ અને બહુક્ષેત્રીય કાર્યક્રમને મોટા પાયે લઈ જાય છે.

બહુક્ષેત્રીય અભિગમ સૌથી જટિલ વિકાસલક્ષી પડકારોને ઉકેલવાની ચાવી છે. રાષ્ટ્રીય એઇડ્સ કાર્યક્રમ દ્વારા અને સરકારના ઉચ્ચસ્તર દ્વારા આ બાબત સારી રીતે સમજાઈ હતી. આ બાબતને રાષ્ટ્રીય એઇડ્સ નિવારણ અને નિયંત્રણ નીતિમાં સ્પષ્ટ કહેવામાં આવી છે અને સાથે સાથે ગ્રામીણ વિકાસ, શ્રમ અને રોજગાર, મહિલા અને બાળ વિકાસ, માનવ સંસાધન વિકાસ, સામાજિક ન્યાય અને સશક્તિકરણ જેવા મંત્રાલયો સહિત ૨૦ મંત્રાલયોને કાળજીપૂર્વક સાંકળીને તેનો અમલ કરવામાં આવ્યો છે. એઇડ્સ રાષ્ટ્રીય પરિષદ ૨૦૦૫માં સ્થાપિત કરવામાં આવી હતી, જેમાં રોગચાળા સામે બહુક્ષેત્રીય અભિગમ સુનિશ્ચિત કરવા કેટલાંક મંત્રાલયોને પ્રતિનિધિત્વ આપવામાં આવ્યું છે. એઇડ્સ કાર્યક્રમના ચોથા તબક્કામાં એચઆઇવી સામેની કામગીરીને વધારે સઘન બનાવવા વ્યૂહરચનાના ભાગરૂપે મુખ્ય પ્રવાહમાં સામેલ કરવામાં આવ્યા હતા. આ વ્યૂહરચના ખાનગી ક્ષેત્ર અને અન્ય સરકારી વિભાગો જેવા અન્ય ક્ષેત્રોના કાર્યક્રમોની અંદર મુખ્ય પ્રવાહના એચઆઇવીને મદદ કરે છે. ઉદાહરણ તરીકે વિવિધ મંત્રાલયો મારફતે એચઆઇવી ધરાવતા લોકોને સામાજિક સુરક્ષા યોજનાઓને પ્રોત્સાહન આપવામાં આવ્યું છે. સ્વાસ્થ્ય મંત્રાલયે એચઆઇવી સામેની કામગીરીને મુખ્ય પ્રવાહમાં લાવવા ૧૪ બિનસ્વાસ્થ્ય મંત્રાલયો સાથે સમજૂતી કરાર પણ કર્યા છે.

સ્થિર રાજકીય પ્રયાસો વિકાસલક્ષી મુદ્દાઓને રાજકીય સાથ સહકાર ઊભો કરવામાં અને રસ કેળવવા માટે આવશ્યક છે. એચઆઇવીને નાથવા ભારતમાં તમામ સ્તરે રાજકીય નેતૃત્વ અને નીતિ નિર્માતાઓએ વિસ્તૃત અને સાતત્યપૂર્ણ સાથ સહકાર આપ્યો છે. એનએસીપીને તમામ રાજકીય પક્ષોએ અભૂતપૂર્વ સાથ સહકાર આપ્યો છે. એચઆઇવી પર નીતિ નિર્માતાઓને સંવેદનશીલ બનાવવા એઇડ્સ પર રાષ્ટ્રીય પરિષદ જેવા માળખાની સ્થાપના, સંસદીય મંચની રચના, સરકાર એચઆઇવી કે એઇડ્સને પ્રાથમિકતા આપે તે માટે પંચવર્ષીય યોજનાને સામેલ કરવા જેવી પહેલો હાથ ધરવામાં આવી છે. ઘણી રીતે આ કામગીરીની સહભાગીતાએ અસરકારક પહેલો માટે સ્પષ્ટ દિશાદર્શન પ્રદાન કર્યું છે.

વ્યૂહાત્મક માહિતીમાં રાષ્ટ્રીય કાર્યક્રમ માટે નિરીક્ષણ, મૂલ્યાંકનો, દેખરેખ અને સંશોધનને હંમેશા પ્રાથમિકતા આપવામાં આવે છે, કારણ કે પુરાવા આધારિત પ્રોગ્રામિક મહત્ત્વપૂર્ણ છે. એનએસીપી

તેની એચઆઈવી સેન્ટિનેલ સર્વિલન્સ (એચએસએસ) સિસ્ટમ માટે જાણીતો છે, જે વિશ્વમાં સૌથી મોટી સર્વિલન્સ સિસ્ટમ છે. એચએસએસ રાષ્ટ્રીય કાર્યક્રમ પર નજર રાખવા વિવિધ ભૌગોલિક વિસ્તારો અને વસતિ જૂથોમાં એચઆઈવી રોગચાળાના સ્તર અને પ્રવાહો પર નજર રાખવામાં મદદ કરે છે. વર્તણૂંક સેન્ટિનેલ સર્વિલન્સ (બીએસએસ) અને સંકલિત જૈવિક અને વર્તણૂંક નિરીક્ષણ પુરાવા આધારિત કાર્યક્રમને મજબૂત કરવા અન્ય પ્રયાસો છે.

રાષ્ટ્રીય એઈડ્સ નિયંત્રણ સંસ્થા દઢપણે પ્રાયોગિક મોડેલ્સ વિકસાવવામાં અને સફળતા અને નિષ્ફળતામાંથી બોધપાઠો શીખવામાં માને છે. આ માટે તેમનું નોલેજ મેનેજમેન્ટ અને શીખવાની ક્ષમતા કેળવવા પર ધ્યાન કેન્દ્રિત છે, જેણે મહત્ત્વપૂર્ણ કાર્યક્રમ અને નીતિગત ડિઝાઈનમાં સારી એવી કામગીરી કરી છે. સંસ્થાએ સમગ્ર દેશમાં તાલીમ કેન્દ્રો અને સારી કામગીરીના કેન્દ્રો સ્થાપિત કર્યા છે તેમજ કોન્ફરન્સ, કાર્યશાળાઓ, ઈ-ફોરમ, સેમિનાર વગેરે જેવા મંચ ઊભા કર્યા છે, જેના પરથી નિયમિતપણે માહિતી વહેંચવામાં આવી હતી. આ રીતે વ્યવસ્થિત અને આયોજનબદ્ધ પ્રયાસોથી સંયુક્તપણે શિક્ષણ પ્રદાન કરવાથી એક પાયો તૈયાર થયો છે, જેણે ડિઝાઈનમાં સુધારો કરવા અને હસ્તક્ષેપની ગુણવત્તા સુધારવામાં સારું એવું પ્રદાન કર્યું છે.

એચઆઈવીને નિયંત્રણમાં લેવા પારદર્શકતા અને જવાબદારીપૂર્ણ અભિગમ સાથે અસાધારણ પગલાં લેવામાં આવ્યાં છે, જેમાં ટેકનિકલ ભાગીદારો અને દાતાઓ, રાષ્ટ્રીય સંકલન વ્યવસ્થાઓ અને ટેકનિકલ કાર્યકારી જૂથ સાથે સંયુક્ત સમીક્ષા સામેલ છે, જે એકથી વધારે ક્ષેત્રોમાં છે અને ટેકનિકલ નિષ્ણાતો, સંશોધન અને શૈક્ષણિક સંસ્થાઓ, ધાર્મિક જૂથો સહિત નાગરિક સમાજ જેવા જુદાં જુદાં વર્ગો સામેલ છે. આ બાબત વધુ સારી કામગીરી માટે કાર્યક્રમને વેગ આપે છે.

એચઆઈવીને નિયંત્રણમાં લેવા માટેની પ્રચંડ કામગીરીને ગ્લોબલ ફંડ, ગેટ્સ ફાઉન્ડેશન, વર્લ્ડ બેંક, સંયુક્ત રાષ્ટ્ર, ડીએફઆઈડી અને યુએસએઆઈડી જેવા કેટલાંક દાતાઓ પાસેથી જંગી દાન મળે છે.

એઈડ્સ અસાધારણ રોગચાળો છે અને તેને વધારે પ્રતિસાદ આપવાની જરૂર છે. એચઆઈવી પાસેથી પ્રાપ્ત થયેલ બોધપાઠો ઘણાં વિકાસલક્ષી ક્ષેત્રો માટે પ્રસ્તુત છે. જ્યાં સુધી સફળતા મળે છે, ત્યાં સુધી ઘણા ક્ષેત્રોમાં ખાસ કરીને કાયદેસર સ્વરૂપોમાં કામગીરી કરવાની જરૂર છે અને ઘણી ખામીઓ દૂર કરવાની આવશ્યકતા છે. ભારતે સતત નવીનીકરણ કરવું જોઈએ અને જો વર્ષ ૨૦૨૦ના અંત સુધીમાં ૯૦-૯૦-૯૦ના લક્ષ્યાંકને પૂર્ણ કરવો હોય તો સંશોધનાત્મક અભિગમ જાળવી રાખવો પડશે.

લેખિકા અલ્કા નારંગ યુ.એન. વિકાસ પ્રોજેક્ટ-ભારતના આસિ. કન્ટ્રી ડાયરેક્ટર (ગરીબી) છે. તેઓએ અમેરિકા, સ્વિટ્ઝર્લેન્ડ સહિત વિવિધ દેશોમાં આંતરરાષ્ટ્રીય કામગીરી સંભાળેલ છે તેમજ એજન્લા ચૌધરી સ્વસ્તિ સંસ્થા સાથે સંકળાયેલ છે.

અગત્યની સૂચના

યોજનાના લેખકો/વાચકો

યોજના મેગેઝિનના વાર્ષિક લવાજમ / છૂટક નકલના દરમાં ૧ માર્ચ, ૨૦૧૬થી અમલમાં આવે તે રીતે વધારો કરવામાં આવ્યો છે. લવાજમના દર નીચે મુજબ છે :

વાર્ષિક લવાજમ	:	રૂ. ૨૩૦
દ્વિવાર્ષિક લવાજમ	:	રૂ. ૪૩૦
ત્રિવાર્ષિક લવાજમ	:	રૂ. ૬૧૦
છૂટક નકલ	:	રૂ. ૨૨
વિશેષાંક	:	રૂ. ૩૦

ભારતમાં રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિનું મૂલ્યાંકન

જે.વી.આર. પ્રસાદ રાવ

નવી રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ ૨૦૧૪ સંખ્યાબંધ બાબતોમાં વૈવિધ્યપૂર્ણ છે. સરકારે નીતિમાં પારદર્શિકતા લાવવા નીતિ નિર્ધારણ પહેલાં તેને સાર્વજનિક રીતે ઘોષિત કરવામાં આવી જેથી સંબંધિત નિષ્ણાતો અને સામાન્ય લોકો તે અંગે પોતાના મહત્ત્વના અભિપ્રાયો, સૂચનો અને ભલામણો કરી શકે. મુસદ્દા નીતિમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં ફેરફાર માટે ઘણી બધી બાબતોમાં પરિવર્તન કરવામાં આવ્યું છે, બદલાવ કરવામાં આવ્યું છે. સૌથી અગત્યનું એ જણાયું કે આકસ્મિક આરોગ્ય ખર્ચને કારણે આરોગ્ય કાળજી પાછળનો ખર્ચ વધી રહ્યો છે અને ગરીબી પાછળનું તે એક મુખ્ય કારણ બની રહ્યું છે. ગરીબી માટે તેનો મોટો ફાળો રહ્યો છે. જો પરિવારમાં આરોગ્ય પાછળ કરાતાં ખર્ચને નિયંત્રિત કરી શકાય, સમતુલિત કરવામાં આવે તો આવક વધી શકે અને આમ પણ દરેક સરકારી યોજનાનો હેતુ તો છેવટે ગરીબી ઘટાડવાનો જ રહ્યો છે, એમ નીતિમાં ઉલ્લેખ કરાયો છે.

ભારત સરકાર દ્વારા જાહેર રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ ૨૦૧૪નો મુસદ્દો એ દેશમાં છેલ્લાં ૬ દાયકામાં આરોગ્ય ક્ષેત્રની કામગીરીનો ત્રીજો મુસદ્દો છે. એલ્મા આટા ઘોષણાના ભાગરૂપે ૧૯૮૩માં જાહેર કરાયેલી રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ ૨૦૦૦ સુધીમાં તમામને આરોગ્ય એવા વૈશ્વિક દૃષ્ટિકોણ સાથે ઘડાયેલી હતી. આ નીતિમાં આંતરમાળખાકીય વિકાસ, પ્રાથમિક આરોગ્ય કાળજી અને સૌને આરોગ્યના લક્ષ્યને પ્રાપ્ત કરવા તાલીમબદ્ધ કર્મચારીઓની ફોજ તૈયાર કરવા પર ભાર મુકાયો હતો. જો કે આ નીતિ તેના જરૂરના સંસાધનોના અભાવે નિર્ધારિત લક્ષ્યાંકો સિદ્ધ નહીં કરી શકતા તે માટે એક દસ્તાવેજ બની રહ્યો હતો. અને ૨૦૦૦ની સાલમાં સૌને માટે આરોગ્યનો હેતુ સિધ્ધ થઇ શક્યો ન હતો.

મિલેનિયમ ઘોષણા - ૨૦૦૦ અને આરોગ્ય સંબંધિત મિલેનિયમ વિકાસ લક્ષ્યાંકો (એમડીજી)ને વૈશ્વિક સ્તરે અપનાવાતા નેશનલ હેલ્થ પોલિસી (રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ) ૨૦૦૨ની રચનામાં તે પ્રોત્સાહનરૂપ બન્યા હતા. રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ - ૨૦૦૨માં તમામ આરોગ્યના લક્ષ્યાંકો માટેના પડકારો, મુશ્કેલીઓ વગેરેને અલગ તારવવામાં આવ્યાં હતાં. અને લોકોના આરોગ્યના ધોરણોમાં સુધારો કરવા માટે વ્યવહાર, અભિગમ અપનાવવામાં આવ્યો હતો. લોકોના આરોગ્ય માટેની લઘુતમ સુવિધાઓને સુનિશ્ચિત કરવા માટે સંસાધનો આધારિત કામગીરીનો એક નવો અભિગમ જોવા મળ્યો છે. તેમાં એવી ભલામણ કરવામાં આવી હતી કે આરોગ્ય પાછળ જે ખર્ચ થાય છે તે ૧૦ વર્ષમાં જીડીપીના એક ટકાને બદલે બે ટકા એટલે કે બમણો કરવો જોઈએ. તેમાં પ્રાથમિક આરોગ્ય કાળજી ઉપર ભાર મુકીને સૂચવવામાં આવ્યું હતું કે આરોગ્ય પાછળ જે ખર્ચ થાય છે, જે નાણાં ફાળવાય છે તેના ૫૦ ટકા નાણાં પ્રાથમિક આરોગ્ય કાળજી પાછળ ખર્ચાવા જોઈએ. આગામી ૧૦ વર્ષમાં કયા કયા લક્ષ્યાંકો મેળવવાના છે તે દર્શાવતી યાદી સૌ પ્રથમવાર બહાર પાડવામાં આવી હતી.

જાહેર આરોગ્ય પાછળ વધુ નાણાં ફાળવવા પર ભાર મૂકાયો હોવા છતાં આરોગ્ય પાછળ સાર્વજનિક ખર્ચ ૧૦ વર્ષમાં જીડીપીના એક ટકા જેટલો જ રહ્યો. આ નીતિમાં રોગનિયંત્રણ અને માતા-શિશુ આરોગ્ય પાછળ સમગ્ર દેશમાં

સારી કામગીરી થઈ હતી જો કે બિન ચેપી રોગો, ગરીબો માટે આરોગ્ય વગેરે ક્ષેત્રોમાં નોંધપાત્ર કામગીરી થઈ શકી નહોતી. વસ્તીના સિમાંત ક્ષેત્રને પણ યોગ્ય માત્રામાં આરોગ્ય વિષયક સેવાઓ પહોંચી શકી નહોતી. દેશમાં યોગ્ય લાયકાત ધરાવતા આરોગ્ય વિષયક વ્યવસાયીઓ, કર્મચારીઓ કે લોકોની તંગી પણ તેનું એક કારણ હતું.

નવી રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ ૨૦૧૪ સંખ્યાબંધ બાબતોમાં વૈવિધ્યપૂર્ણ છે. સરકારે નીતિમાં પારદર્શિકતા લાવવા નીતિ નિર્ધારણ પહેલાં તેને સાર્વજનિક રીતે ઘોષિત કરવામાં આવી જેથી સંબંધિત નિષ્ણાતો અને સામાન્ય લોકો તે અંગે પોતાના મહત્ત્વના અભિપ્રાયો, સૂચનો અને ભલામણો કરી શકે. મુસદ્દા નીતિમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં ફેરફાર માટે ઘણી બધી બાબતોમાં પરિવર્તન કરવામાં આવ્યું છે, બદલાવ કરવામાં આવ્યું છે. સૌથી અગત્યનું એ જણાયું કે આકસ્મિક આરોગ્ય ખર્ચને કારણે આરોગ્ય કાળજી પાછળનો ખર્ચ વધી રહ્યો છે અને ગરીબી પાછળનું તે એક મુખ્ય કારણ બની રહ્યું છે. ગરીબી માટે તેનો મોટો ફાળો રહ્યો છે. જો પરિવારમાં આરોગ્ય પાછળ કરાતાં ખર્ચને નિયંત્રિત કરી શકાય, સમતુલિત કરવામાં આવે તો આવક વધી શકે અને આમ પણ દરેક સરકારી યોજનાનો હેતુ તો છેવટે ગરીબી ઘટાડવાનો જ રહ્યો છે, એમ નીતિમાં ઉલ્લેખ કરાયો છે. એવું જોવામાં આવ્યું છે કે આકસ્મિક આરોગ્ય ખર્ચને કારણે વધુમાં વધુ લોકોને સહન કરવું પડ્યું છે. ૨૦૦૪-૦૫માં આવા પ્રભાવિત ઘરોની સંખ્યા ૧૫ ટકા હતી જે ૨૦૧૧-૧૨માં વધીને ૧૮ ટકા થઈ હતી. એવું પણ અલગ તારવવામાં આવ્યું હતું કે જે આરોગ્ય સેવામાં વધારો નોંધાયો તે પસંદગીનું પ્રજનન અને બાળ આરોગ્ય સેવાઓ અને રાષ્ટ્રીય રોગ નિયંત્રણ કાર્યક્રમ છે. જો કે સામાન્ય વસ્તીના આરોગ્ય પાછળ જે ખર્ચ થવો જોઈતો હતો તેમાં કોઈ વધારો થઈ શક્યો નહોતો. નવી મુસદ્દારૂપ નીતિમાં ચેપી રોગો અને માતૃત્વ તથા નવજાત શિશુની સારવારને બદલે બિન ચેપી રોગો અને ઈજાઓને યોગ્ય મહત્ત્વ આપવામાં આવ્યું છે જેથી આ બે વચ્ચે યોગ્ય સમતુલિત ભાર આપી શકાય.

નવી આરોગ્ય નીતિના મુસદ્દાનો પ્રાથમિક હેતુ આરોગ્ય પદ્ધતિ અંગેની માહિતી, સ્પષ્ટતા, મજબૂતિકરણ અને સરકારની ભૂમિકાની અગ્રતાનો રહેલો છે. ત્યાર બાદ હિસ્સો, વૈવિધ્યપૂર્ણ અને સંકલિત જનભાગીદારી જેવા ચાવીરૂપ સિદ્ધાંતોનો સમાવેશ થાય છે.

એક વિઝન ડોક્યુમેન્ટ (સૂચિત કામગીરી દસ્તાવેજ) અને રાષ્ટ્રીય નીતિની વચ્ચે મૂળભૂત પાયાનો તફાવત રહેલો છે. એક રાષ્ટ્રીય નીતિ પરિણામ આધારિત હોવી જોઈએ અને જે સંસાધનોની જરૂર છે તેના ઉલ્લેખ સાથે ચોક્કસ સમય માળખું હોવું જોઈએ. તેમાં એવો પણ ઉલ્લેખ હોવો જોઈએ કે સરકાર નિયમિત રૂપમાં અને વિકાસકાર્યો સંબંધિત શું કરવા માંગે છે તેના પર ધ્યાન કેન્દ્રિત હોવું જોઈએ.

વર્તમાન મુસદ્દાના જે હેતુઓનો ઉલ્લેખ કરાયો છે તે એક વિઝન ડોક્યુમેન્ટ આશાસ્પદ છે. જે ત્યારબાદ નીતિમાં પરિવર્તિત થાય જેમાં સ્પષ્ટરૂપ હેતુઓ અને જે સિદ્ધ કરવા માગે છે તેનો ઉલ્લેખ એક સમય માળખુ કે જેમાં આરોગ્ય સેવાઓ માટેનું સંસાધન - નાણાકીય અને ટેકનિકલ બાબતો વગેરેનો સુસ્પષ્ટ ઉલ્લેખ હોવો જરૂરી છે.

આરોગ્ય નીતિનો હેતુ એટલે કે તેના લક્ષ્યાંકો મેળવવા માટે ૧૦થી ૧૫ વર્ષનું સમય માળખું હોવું જોઈએ. સપ્ટેમ્બર ૨૦૧૫માં સંયુક્ત રાષ્ટ્રસંઘની સામાન્ય સભામાં અન્ય દેશોની સાથે ભારતે આરોગ્ય અંગે જે ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્યાંકો (એસડીજી-૩) અપનાવ્યા છે તેના ઉદ્દેશ્યો પાર પડવા જોઈએ. આ એસડીજી-૩ ૨૦૩૦ સુધીમાં આરોગ્ય સેવા સંબંધિત જે લક્ષ્યાંકો નક્કી કરાયા છે તે પૂરા કરવાનો મક્કમ નિર્ધાર હોવો જોઈએ. આ નીતિમાં સૌને આરોગ્યની બાબત ન્યાય સંગતતાના મૂળ સિદ્ધાંત ઉપર ભાર હોવો જોઈએ. આજનો વૈશ્વિક સિદ્ધાંત કે કોઈપણ પાછળ રહી જવો જોઈએ નહીં કે જે ૨૦૧૫ પછીના વિકાસલક્ષી એજન્ડા તરીકે સ્વીકારવામાં આવ્યો છે તેનો પડઘો રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિના માળખામાં પડવો જોઈએ.

૨૦૦૨ની રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિમાં સૌપ્રથમવાર એ નિર્દેશ કરાયો કે મૂડી રોકાણની કક્ષા કેવી હોવી જોઇએ જેથી જીડીપી (ઘરગથ્થુ ઉત્પાદન)ના ટકા પ્રમાણે આરોગ્ય સેવા પાછળ એ કક્ષાએ ખર્ચ કરી શકાય. જો તે લક્ષ્યાંકો પ્રાપ્ત કરવામાં આવે તો ભારત એવા દેશોની હરોળમાં સ્થાન મેળવશે કે જે દેશો પોતાની જીડીપીના બે ટકા આરોગ્ય સેવા પાછળ ખર્ચે છે. આ દેશોમાં બ્રાઝિલ અને શ્રીલંકાનો સમાવેશ થાય છે. વર્તમાન નીતિ આ અસમતુલનને સુધારવાની તક પૂરી પાડી શકે તેમ છે. વાસ્તવમાં નીતિમાં પુનરોચ્ચાર કરાયો છે કે કુલ જીડીપીના અઢી ટકા જેટલી માતબર રકમ આરોગ્ય સેવા પાછળ ખર્ચવામાં આવશે પરંતુ તે

લક્ષ્યાંક માટે કોઈ ચોક્કસ સમય માળખું તેમાં દર્શાવાયું નથી. તેમાં રાજ્ય સરકારો પોતાના રાજ્યના લોકો માટે આરોગ્ય સેવા પાછળ કેટલો ખર્ચ કરશે તેના લક્ષ્યાંકો હોવા જોઈએ તેની સાથે કુલ સરકારી ખર્ચના ટકા પણ દર્શાવવા જોઈએ. વિકસિત અર્થતંત્રમાં અને આપણા પડોશી શ્રીલંકા દેશમાં અને આપણા કેરળ રાજ્યમાં ૧૧ ટકા જેટલો સરકારી ખર્ચ સર્વોત્તમ માની શકાય છે.

એક અસરકારક આરોગ્ય નીતિમાં આધુનિક વહીવટીતંત્ર અને કાયદાકીય માળખું હોવું જોઈએ કે આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવા માટેનું યોગ્ય વાતાવરણ પૂરું પાડે અને તે એક મહત્ત્વનું અંગભૂત હોવું જોઈએ.

બંધારણ હેઠળ આરોગ્યની બાબતનો રાજ્યોએ કરવાના કામોની યાદીમાં સમાવેશ કરાયો છે તેમ છતાં કેન્દ્ર સરકારને પણ એ જવાબદારી સોંપવામાં આવી છે કે તે રોગ નિયંત્રણ અને રોગ નિર્મૂલનની કામગીરીનો અમલ કરે અને વસ્તીને નિરામય બનાવે. કેન્દ્ર અને રાજ્ય સરકારોની જવાબદારીઓને વધુ સ્પષ્ટ બનાવવાની અને કોણ કેવી કામગીરી કરશે તેની જવાબદારી નક્કી કરવાની જરૂર છે. કેન્દ્રમાં સરકાર રાજ્યો માટે સામાજિક ક્ષેત્રના કાર્યક્રમો માટે વધુ નાણાકીય સંસાધનો વિકસાવે છે ત્યારે લોકોના આરોગ્ય સેવા પાછળ વધુ ધ્યાન આપવાની મોટી જવાબદારી પણ રાજ્યો પર રહેલી છે. જો કે આ હજુ સ્પષ્ટ નથી અને ખૂબ સારી રીતે સમજી શકાયું નથી. અલગ અલગ રાજ્યોમાં વસતા લોકોના આરોગ્ય અંગેની વિવિધ પરિસ્થિતિને કારણે લોકોને લઘુતમ આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવાની રાજ્યોની જવાબદારીમાં કંઈક ખામી જોવા મળી છે. જો નવી વર્તમાન નીતિમાં કેન્દ્ર સરકાર અને રાજ્યોની આ પ્રકારની લઘુતમ આરોગ્ય સેવા અંગેની જવાબદારી નક્કી કરવામાં આવે તો તે એક નવો ચીલો ચાતરે તેમ છે અને એસડીજી-૩ હેઠળ આરોગ્ય સેવાના જે લક્ષ્યાંકો સુનિશ્ચિત કરાયા છે તે તેને નાણાકીય અને શારીરિક રીતે પહોંચી વળવામાં ઉપયોગી નિવડે તેમ છે.

નવી રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિમાં છેક નીચલા સ્તરે અસરકારક આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવા કાર્યક્રમ અમલીકરણનું વિકેન્દ્રીકરણ એક મહત્ત્વનું પરિબળ હોવું જોઈએ. વૈશ્વિક આરોગ્ય સેવા માટે રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય મિશન (એનએચએમ) એક વિશાળ અને મહત્ત્વનું પગલું છે અને તેમાં જો વિકેન્દ્રીકરણ મોડેલ મુજબ કામ કરવામાં આવે તો તે સંસાધનોના થતા ગેરઉપયોગને જ તો અટકાવશે જ તેની સાથે સાથે ક્ષેત્રિય કક્ષાએ કામ કરનાર સંસ્થાને વિકેન્દ્રીકરણ રીતે અસરકારક કામગીરી કરવામાં ઉપયોગી થશે અને કામગીરી દેખાવની જવાબદારી પણ સુનિશ્ચિત કરશે.

કેન્દ્ર અને રાજ્યો દ્વારા આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં વિવિધ કક્ષાએ જે કામગીરી થાય છે તેમાં કાયદાની આંટીઘૂંટીને કારણે આરોગ્યક્ષેત્રની આસપાસ એક કાયદાકીય વાતાવરણ સર્જાયું છે. તેમાં સૌહાર્દપૂર્ણ રીતે કામગીરીની રૂપરેખા અને કઈ કામગીરી રાજ્ય કરશે કે કેન્દ્ર કરશે તેની ચોક્કસ જવાબદારી નક્કી કરવામાં આવે તો આરોગ્ય સેવાને અસરકારક બનાવી શકાય. ખાસ કરીને ગરીબો અને સમાજના સામાજિક રીતે તરછોડાયેલા વર્ગોને તેનો ભરપૂર લાભ મળી શકે તેમ છે. દેશમાં દરેક નાગરિકને પોષાય તેવી આરોગ્ય સેવા મેળવવાનો મૂળભૂત અધિકાર મળવો જોઈએ. વર્તમાન મુસદ્દાનીતિમાં આરોગ્યને એક મૂળભૂત બંધારણીય અધિકાર તરીકે સ્વીકારવાનો લક્ષ્ય રાખવામાં આવ્યો છે અને રાજ્યોને તેને સ્વીકારવાનો વિકલ્પ પણ આપવામાં આવ્યો છે. આરોગ્ય નીતિની આ બાબત અંગે રાજ્ય સરકારો સાથે જ વ્યાપક ચર્ચા અને ચિંતન-મંથન થવું જોઈએ એવું નથી પરંતુ સમાજના આગેવાનો અને કાયદાકીય નિષ્ણાતો સાથે પણ વ્યાપક ચર્ચા કરીને તેમના બહુમૂલ્ય સૂચનો મેળવવા જોઈએ. તેમાંથી અમલીકરણ અંગેના પડકારોની જે મહત્ત્વપૂર્ણ જવાબદારી ઊભી થશે તેને અમલમાં મુકવાના હિંમતભર્યા પગલાં પહેલાં કેન્દ્ર અને રાજ્ય સરકારોએ કાળજીપૂર્વક તેનું મૂલ્યાંકન કરીને તેને સમજવું પડશે.

આરોગ્યના એસડીજીના ભાગરૂપે પોલીસી કે આરોગ્ય નીતિમાં વૈશ્વિક આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવી (યુએચસી)ની માર્ગદર્શિકા એ યુએસસીના નક્કી કરાયેલા લક્ષ્યાંક મુજબના હોવા જરૂરી છે. ભારત સરકારે યુએચસીને એક રાષ્ટ્રીય લક્ષ્યાંક તરીકે સ્વીકારવા સૈદ્ધાંતિક રીતે તૈયારી દર્શાવી છે પરંતુ તેના વાસ્તવિક અમલ માટે એટલે કે છેક છેવાડાના માનવીને વૈશ્વિક કક્ષાની આરોગ્ય સેવા માટે જે નાણાકીય સંસાધનો પૂરા પાડવા જોઈએ તેમાં એટલી કામગીરી થઈ નથી. વૈશ્વિક સ્તરે એવી વ્યવસ્થા છે કે વસ્તીના તમામ લોકોને ખાસ કરીને નીચલા અને મધ્યમવર્ગના જૂથોને મેડિકલ વીમા કવચ હેઠળ આવરી લેવા અને તેમને વિનામૂલ્યે (સરકારી ખર્ચે) દવા અને નિદાનની સુવિધા પૂરી પાડવી અને જો આ વ્યવસ્થાનો ભારતમાં અમલ થાય તો સમગ્ર વસ્તીને

વૈશ્વિક કક્ષાની આરોગ્ય સુવિધાનો લાભ મળી શકે તેમ છે.

નવી નીતિના માળખામાં આંતરરાષ્ટ્રીય આરોગ્ય અને આરોગ્ય કામગીરીને સંકલિત કરવા પર જે ભાર મુકવામાં આવ્યો છે તેને ફરીથી સુનિશ્ચિત કરવું અનિવાર્ય છે. ભારત જ્યારે આફ્રિકા અને એશિયાના દેશોમાં દવાના ઉત્પાદનમાં અગ્રણી છે તથા જીવનરક્ષક દવાઓ પૂરી પાડવામાં પણ મોખરે છે ત્યારે ભારતે આ અંગે પોતાની ભૂમિકાનું પુનઃમૂલ્યાંકન કરીને આ ક્ષેત્રમાં વ્યાપાર વિકસાવવા અને બૌદ્ધિક સંપત્તિનું હિમાયતી રાષ્ટ્ર છે ત્યારે રાષ્ટ્રીય આર્થિક વૃદ્ધિ અને આરોગ્યના ધોરણો સુધારવા માટે પણ એટલી જ આગેવાની લેવી જોઈએ. ભારત હવે બીજા દેશો પાસેથી આર્થિક સહાય લેનાર દેશમાંથી દક્ષિણના દેશોને આર્થિક સહાય આપનાર દેશ તરીકે ધીમે ધીમે પ્રસ્થાપિત થઈ રહ્યો છે ત્યારે ઘરઆંગણે આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં પણ તેના પડઘારૂપે નવી જવાબદારી નિભાવવી જોઈએ. જો નવી આરોગ્ય નીતિમાં તેનો સમાવેશ કરવામાં આવે અને તેને દસ્તાવેજના એક સંકલિત ભાગ તરીકે આમેજ કરાવાય તો તે સમયસરનું ગણાશે.

ભારત આજે એક સંક્રાતિકાળમાંથી પસાર થઈ રહ્યું છે કેમ કે તે પોતાના વિકાસપથ પર ચાલી રહ્યું છે જે આર્થિક વિકાસ, સામાજિક સર્વસમાવેશક અને ટકાઉ પર્યાવરણીય બાબતોરૂપી ત્રણ થાંભલા પર તેનું નિર્માણ થઈ રહ્યું છે. નવી રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ આ હેતુઓને સિદ્ધ કરવા માટે મહત્ત્વની હોવી જોઈએ અને સાથે સાથે આ લક્ષ્યાંકો મેળવવા માટે નાણાકીય, ટેકનિકલ અને વહીવટીય મદદ પૂરી પાડવામાં વ્યવહારુ બનવું પડશે.

લેખક ભારત સરકારના પૂર્વ આરોગ્ય સચિવ છે અને હાલમાં એશિયા પેસિફિક માટેના યુએન સેક્રેટરી જનરલ છે.

ગુજરાત : આરોગ્ય વિષયક આંકડાકીય વિગતો

રાજ્યનો કુલ ફર્ટિલિટી દર ૨.૫ છે. બાળક મૃત્યુનું પ્રમાણ ૪૧ અને સગર્ભા માતાના મૃત્યુનું પ્રમાણ ૧૪૮ (SRS ૨૦૦૭-૨૦૦૯) છે. જે રાષ્ટ્રીય સરેરાશની સરખામણીએ ઓછામાં ઓછું છે. રાજ્યમાં જાતિ પ્રમાણ ૯૧૮ છે જ્યારે રાષ્ટ્રનું જાતિ પ્રમાણ ૯૪૦ છે. આરોગ્યને લગતા અન્ય આંકડાઓ આ પ્રમાણે છે :

સૂચકાંક	ગુજરાત	ભારત
કુલ વસતિ (કરોડમાં) (વસતિ ગણતરી ૨૦૧૧)	૬.૦૩	૧૨૧.૦૧
દાયકાનો વૃદ્ધિદર (વસતિ ગણતરી ૨૦૧૧)	૧૯.૧૭	૧૭.૬૪
બાળ મૃત્યુ દર (SRS ૨૦૧૩)	૩૬	૪૦
સગર્ભા માતા મૃત્યુ દર (SRS ૨૦૧૦-૨૦૧૨)	૧૨૨	૧૭૮
કુલ ફર્ટિલિટી દર (SRS ૨૦૧૩)	૨.૩	૨.૪
ક્રુડ જન્મ દર (SRS ૨૦૧૩)	૨૦.૮	૨૧.૪
ક્રુડ મૃત્યુ દર (SRS ૨૦૧૩)	૬.૫	૭
કુદરતી મૃત્યુ દર (SRS ૨૦૧૩)	૧૪.૩	૧૪.૪
જાતિ પ્રમાણ (વસતિ ગણતરી ૨૦૧૧)	૯૧૮	૯૪૦
બાળ જાતિ પ્રમાણ (વસતિ ગણતરી ૨૦૧૧)	૮૮૬	૯૧૪
અનુસૂચિત જાતિ વસતિ (કરોડમાં) (વસતિ ગણતરી ૨૦૦૧)	૦.૩૫	૧૬.૬
અનુસૂચિત જનજાતિ વસતિ (કરોડમાં) (વસતિ ગણતરી ૨૦૦૧)	૦.૭૪	૮.૪
કુલ સાક્ષરતા દર (વસતિ ગણતરી ૨૦૧૧)	૭૯.૩૧	૭૪.૦૪
પુરુષ સાક્ષરતા દર (વસતિ ગણતરી ૨૦૧૧)	૮૭.૨૩	૮૨.૧૪
સ્ત્રી સાક્ષરતા દર (વસતિ ગણતરી ૨૦૧૧)	૭૦.૭૩	૬૫.૪૬

સ્રોત : RHS બુલેટિન માર્ચ-૨૦૧૨ આરોગ્ય મંત્રાલય, ભારત સરકાર

આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારનું મહત્ત્વ અને વચનો સમજવા માટેની રૂપરેખા

ડૉ. સંજીવકુમાર

આરોગ્ય મિશન પગલાંને અસરકારક બનાવવા ભારતમાં આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારોને વધુ મજબૂત બનાવવાની જરૂર છે. ચેપી રોગ, બિન ચેપી રોગોનો આર્થિક બોજો દૂર કરવા રોગ પ્રતિકાત્મક પગલાં ભરવાની જરૂર છે. જેથી લોકોની સુખાકારી સારી રહે અને તેથી ૧૨મા આયોજનના હેતુઓ અને એસડીજીની સફળતા માટે આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારની સત્તા, અસરકારકતાને માત્ર મર્યાદિત ન રાખતા તેમને વાસ્તવિક રીતે સમજી વિચારીને અમલમાં મુકવામાં આવે તે અત્યંત જરૂરી છે.

નાગરિકોના આરોગ્ય માટેના કલ્યાણકારી કાર્યક્રમોના ઉત્કૃષ્ટ દેખાવ અને આરોગ્ય દરજ્જાને વધુ સુધારાત્મક બનાવવા માટે સામાજિક અને વર્તણૂક પરિવર્તન માટેના સંદેશાવ્યવહારને એક વ્યૂહાત્મક રણનીતિ તરીકે સ્વીકારવામાં આવી છે. સંદેશાવ્યવહાર કે સંપર્ક બાબતની અગત્યતા અને તેમાં રહેલી ક્ષમતાને આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ મંત્રાલયમાં આરોગ્ય અંગેના આયોજન અને કામગીરી માટે અગાઉથી જ સમજી લેવામાં આવી છે. આરોગ્ય કાર્યક્રમના અમલીકરણના વર્ષોમાં તેના અમલથી ઘણી બધી બાબતોમાં સફળતા મેળવવામાં આવી છે (જેમ કે પોલિયો, શીતળા-ઓરી, અછબડા નિર્મૂલન કામગીરી) એટલું જ નહીં આ આરોગ્ય કામગીરીમાં તેની દરમ્યાનગીરી કરવા છતાં ભારતમાં આરોગ્ય દરજ્જા અને તેની કામગીરીને સંબંધ છે ત્યાં સુધી તેમાં મોટા પડકારોનો સામનો કરવો પડી રહ્યો છે. વર્તમાન સ્થિતિમાં કેટલાક એવા પરિબળો છે કે જે પુરવઠા બાજુ સાથે સંકળાયેલા છે જેમાં અપૂરતું આંતરમાળખું, માનવ સંસાધનની અછત, નાણાકીય ફાળવણી અને તેના ઉપયોગના પડકારો, સેવાની ગુણવત્તા, સુવિધા મેળવવી, વ્યવસ્થાપન અને કામગીરી સામેના પડકારો અંગેનો સમાવેશ થાય છે એટલું જ નહીં આરોગ્ય સેવા એ બંધારણની દૃષ્ટિએ રાજ્યોની જવાબદારી નક્કી કરવામાં આવી છે. ઉપરાંત માંગ બાજુને સંબંધ છે ત્યાં સુધી તેમાં પણ અનેક પડકારો રહેલા છે. જેમાં સૌથી મોટી અને વૈવિધ્યપૂર્ણ વસતિ, પરંપરા અને રિવાજો, દંતકથાઓ-લોકકથાઓ, માન્યતાઓ અને ટેવો અને વર્તણૂકો મૂલ્યો, ધારાધોરણો અને ખાસ કરીને આરોગ્ય સંબંધિત બાબતે માહિતી - જ્ઞાન અને જાગૃતિમાં અભાવ વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. અત્યારે જ્યારે નવી આરોગ્ય નીતિ અને એસડીજી બાબતો વિચારણા હેઠળ છે ત્યારે જાગૃતિ, સમાનતાથી લઈ વર્તણૂક ફેરફારોને આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહાર કે સંપર્કો માટે તેનો ઉપયોગ કરવાના પ્રયાસો ઉપયોગી નિવડી શકે છે અને એટલું જ નહીં પુરવઠા બાજુ અને તેની સાથે માંગ બાજુ એમ બંને તરફે ચાવીરૂપ પડકારોને શોધી કાઢવાના પ્રયાસો પણ થવા જોઈએ. જેથી એક એવી રૂપરેખાનો પ્રસ્તાવ તૈયાર થાય કે કે જે વાસ્તવિક હોય, મોટા બદલાવવાળો અને વાસ્તવિક ઝડપ ધરાવતો હોય જેથી તેમાં ઝડપથી આગળ વધી શકાય. ખૂબ પહેલાં ૫૦ના દાયકામાં જે આરોગ્ય સંદેશા વ્યવહારો કે સંપર્કોનો

આરોગ્ય કાર્યક્રમો માટે અપનાવવામાં આવ્યાં તેમાં જાગૃતિ કે સમાનતાની બાબત પર ભાર મુકવામાં આવ્યો હતો, જેમ કે હું જાણું છું તેના કરતાં વધુ મજબૂત પરિબળોને સમજવાને બદલે કે તે તરફ દૃષ્ટિ નાખવાને બદલે જ્ઞાન, માહિતી અને શિક્ષણમાં વધારો કરવામાં આવ્યો હતો. જ્યારે વાસ્તવમાં તેના કરતાં પણ વધુ મહત્ત્વના પરિબળો હતા કે જેમણે લોકોને કરવા કે તેમની વર્તણૂકમાં પરિવર્તન કરતાં અટકાવવા કે તેના પર પ્રતિબંધ મૂક્યો હતો. સામાજિક વર્તણૂક પરિવર્તન માટે સંદેશાવ્યવહારમાં આ જાણવાની અને કરવાની મુસાફરીનો મૂળ મર્મ છે. આ લેખક માને છે કે આરોગ્ય સંપર્કના નિવેદનમાં જોકે તેની સમસ્યા સમજાઈ ગઇ છે પરંતુ ભારતીય વાતાવરણના સંદર્ભમાં તેના પરિણામોને યોગ્ય સમજી શકાયા નહીં અને તેના કારણે તેમાં ગેરસમજ કે ગેરમાર્ગે દોરાયા કેમ કે આપણે જે પરિવર્તનના જે સિદ્ધાંતો અમલમાં મૂક્યા જે પશ્ચિમના રાષ્ટ્રો કે વિકસિત અર્થતંત્ર ધરાવતા રાષ્ટ્રોમાંથી આપ્યા હતા. અગાઉના નમૂનાઓ અને માળખાઓ કે જે આરોગ્ય શિક્ષણ અને આરોગ્ય પ્રોત્સાહન નિર્માણ તરફ કેન્દ્રિત હતા તેમાં વ્યક્તિવાદ વિરુદ્ધ સમાજ વચ્ચેના મૂળભૂત ભેદભાવો એવા પરિબળો નહોતા. અને લોકોને ખબર નહોતી તેથી તંત્રથી લોકો તરફ સંદેશાવ્યવહારનો પ્રવાહ એક તરફી હતો. એક સાદી માન્યતા એવી હતી કે લોકો જાણશે અને તે તેમના કલ્યાણ માટે છે અને તાર્કિક તથા સરળીકરણ બાબતો તેમને નવી વર્તણૂકો અને નવી સેવાને અપનાવવામાં મદદ કરશે. તે સમયગાળામાં દરમ્યાન જે પ્રયાસો થયા તેને અપજશ આપી શકાય નહીં કેમ કે વાસ્તવમાં આરોગ્ય પ્રોત્સાહક કાર્યક્રમો અને લોકો તે પ્રત્યે ખૂબ જ ગંભીર અને ઉત્સાહી તથા પરિશ્રમ કરનારા હતા. બીજી નામાવલી, માહિતી શિક્ષણ અને સંદેશાવ્યવહાર (આઈઈસી)નો કંઈક વિસ્તાર થયો, પરંતુ મોટા ભાગનો આધાર માહિતી ઉપર જ રહ્યો અને સપ્લાય સાઈડનો એ અનુમાનિત અભિગમ જોવા મળ્યો કે લોકો જે તે બાબતો કે વસ્તુઓને પોતાની રીતે જોશે અથવા અન્ય જે કોઈ વર્તણૂક કરી રહ્યાં છે તેમાંથી દાખલો મેળવશે કે તેમાંથી કંઈક શીખશે કે પછી તેનું અનુકરણ કરશે. આ પડકારોના પગલે તેમાંથી શીખવાની સફળતા મેળવી શકાય અને કેટલીક ગંભીર આરોગ્ય વર્તણૂક (જેમ કે પરિવાર નિયોજન અને પોષણક્ષમ સંબંધિત વર્તણૂકો) પ્રાપ્ત કરી શકાય તે પહેલાં તેના કાર્યક્રમો વર્તણૂક પરિવર્તન સંદેશાવ્યવહારના માળખા તરફ ખસેડાઈ ગયા હતા. જો કે તેમાં કેટલાક લાભો અને સિદ્ધિઓ પણ આ અભિગમના પગલે મેળવાઈ કે જેમાં વર્તણૂકના ચોક્કસ એકમને ચોક્કસ પરિવર્તન સાથે કેન્દ્રિત કરવામાં આવી અને તે વર્તણૂક પર્યાવરણીય સંદર્ભના પુરાવા ઉપર આધારિત હતી આ અભિગમને તરત જ વિસ્તારીને સામાજિકમાં લઈ જવાયું અને સામાજિક તથા વર્તણૂક પરિવર્તન સંદેશાવ્યવહાર (એસબીસીસી) માળખાં તરફ લઈ જવાયું હતું. આ એસબીસીસી - સોશ્યલ એન્ડ બીહેવિયર ચેન્જ કોમ્યુનિકેશન માળખાને ધારા-ધોરણો અને મૂલ્યોની અગત્યતા સાથે સાથે વૈવિધ્યપૂર્ણ પર્યાવરણને પણ ધ્યાનમાં લેવામાં આવ્યું છે.

તેથી માળખાઓ, નમૂનાઓ અભિગમો, સિદ્ધાંતો વગેરેના નામો, આકારો અને રૂપરેખાઓ બદલાઈ પરંતુ આપણે હજુ સુધી મહત્ત્વનો પ્રશ્ન ઉકેલવામાં કોઈ સફળતા મેળવી ખરી. શું આપણે ઓજારો અને સંદેશાવ્યવહારોના રોકાણોને સમજવામાં કોઈ બદલાવ લાવ્યા છીએ ખરા.. શું આપણે એવું નિદર્શન કર્યું કે કેન્દ્રરૂપ મહત્ત્વની રણનીતિ તરીકે સંદેશાવ્યવહારમાં મૂડીરોકાણ કરવા તે મહત્ત્વનું છે નહીં કે સહાય રણનીતિ. તેની ઝૂંબેશમાં કઈ સામગ્રીનો ઉપયોગ કરવો યોગ્ય હશે તેવું પુરવાર કર્યું છે ખરું. લોકોના જીવનધોરણોમાં જે ફેરફારો થયા છે તેને સમજવામાં સક્ષમ થયા છીએ. લોકોની ઊંડી વિશાળ સમજવાની ક્ષમતા મુજબ આપણે નવા ઓજારો અને ટેકનિક મુજબ સંદેશાવ્યવહારની ડિઝાઈન તૈયાર કરી છે તેને અમલમાં મૂકવાની પદ્ધતિ અપનાવી છે ખરી. કેમ કે સમયની સાથે લોકોમાં, પરિવારોમાં અને સમુદાયોમાં તે પદ્ધતિને સારી રીતે સમજવાની ક્ષમતા વિકસી છે. શું આપણે લોકોને પરિવર્તન કરનારા લોકો (ચેન્જ મેકર્સ) તરીકે ઉછેરી શક્યા છીએ. શું આપણે શબ્દજાળને ભેદવામાં સફળ થયાં છીએ. શું આપણે ક્ષેત્રીય કક્ષાની કામગીરી કરનારા આરોગ્ય કાર્યકરોને એવી ક્ષમતા આપી શક્યા છીએ કે જેઓ વિશ્વમાં બદલાવ લાવી શકે. દેખીતી રીતે નીતિ સ્તરે તેમાં ફેરફારો થયાં પરંતુ તે સંસ્થાઓ સુધી પહોંચી શક્યા નહીં અને ક્ષેત્રીય કક્ષાના કામ કરનારાઓના પગ તળેથી પ્રવાહ વહી ગયો. સંદેશાવ્યવહારની સત્તા કે તેના પ્રભાવ કે તેની ક્ષમતાને

સંપૂર્ણ રીતે ત્યારે જ સમજી શકાય કે જ્યારે તે છેક નીચલા સ્તર સુધી પહોંચે અને આરોગ્ય ક્ષેત્ર પણ કામ કરનારાઓને સક્ષમ બનાવે, બળ આપે અને તેઓ નાગરિકોને એ બાબતથી માહિતગાર રાખે કે જે લોકો સમજે છે કે આરોગ્ય સેવા તેમને આકસ્મિક ઘટનાઓ કે કોઈ ઈમરજન્સી સ્થિતિમાં ખૂબ જ ઉપયોગી નીવડશે અને તેમને બચાવશે.

રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિમાં આવનારા વર્ષોમાં આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહાર માટેની રૂપરેખા ૬ જેટલા સ્પષ્ટ માર્ગે ગંભીર, સૂચક બનશે. એક, એક એવી રણનીતિ એ અર્થમાં હોવી જોઈએ કે કેન્દ્ર અને રાજ્યકક્ષાએ સંદેશાવ્યવહારો પ્રયાસો માટે કેટલીક અંદાજપત્રીય જોગવાઈ કરવામાં આવે છે. સંદેશાવ્યવહારો માટેની નાણાકીય જોગવાઈ ખૂબ જ અપૂરતી છે. આયોજનકર્તાઓને ક્યારેક એ મુશ્કેલીનો સામનો કરવો, રાજ્યોને બજેટ આરોગ્ય સેવા માટે આપવામાં આવ્યું હોય તેને ઉપયોગ કરવા માટે પણ શક્તિમાન ન હોય ત્યારે તેમને વધુ નાણાં ફાળવવાની માંગણી કે તે અંગેની જોગવાઈ કેટલી ન્યાયસંગત છે. તે બાબત કોઈ એક હદ સુધી સાચી હોઈ શકે પરંતુ વાસ્તવમાં રાજ્ય કે સંસ્થાને જે નાણાં આરોગ્ય માટે ફાળવવામાં આવ્યાં તેનો યોગ્ય ઉપયોગ તેઓ કેમ ના કરી શક્યા તેની તપાસ કરવા માટે પદ્ધતિ અને તંત્રને સાવચેત તો કરે જ છે. અત્રે આ અંગે બે બાબતો છે - એક કે જે નાણાં આરોગ્ય સેવા માટે ફાળવવામાં આવ્યાં તે કયા આધારે કરવામાં આવ્યાં, તે જરૂરિયાત આધારે હતા કે તેની કામગીરી - દેખાવ આધારિત હતા. જો કામગીરી દેખાવ આધારિતને સંદેશાવ્યવહાર તરફ વાળવામાં આવે તો તે બે ખામીઓનો ઉકેલ લાવશે - એક તો જે કોઈની જવાબદારી અને બીજું સંદેશાવ્યવહાર પ્રયાસોની ગુણવત્તા નક્કી કરશે. સમગ્ર કામગીરીનું ધ્યાન માત્ર નાણાં ખર્ચવા માટે નહીં પરંતુ તે સુસ્પષ્ટ રીતે પરિણામ મેળવવા માટે ખર્ચાવા જોઈએ અથવા એવી અસર ઊભી કરે કે જે સંપર્ક સૂત્રોના પ્રયાસોને ઉપયોગી નીવડી શકે. આરોગ્ય નીતિ, કાર્યક્રમોથી લઈને ક્ષેત્રિય સ્તરના કામ કરનારાઓ સુધીના તમામ કક્ષાએ સંદેશાવ્યવહાર વિભાગ અને લોકોમાં કામગીરી દેખાવ સંબંધિત પ્રોત્સાહનો હોવા જોઈએ.

બીજું, સંદેશાવ્યવહાર વિભાગના કર્મચારીઓ અને સંસ્થાઓની ક્ષમતામાં છેક નીચેથી લઈને ઉપર સુધી વધારો થવો જોઈએ. તેઓ પરિવર્તન-બદલાવના ચાલકો છે અને જો તેઓ નવા, નાવિન્યપૂર્ણ ઓજારો અને તરકીબ કે પદ્ધતિથી સંપૂર્ણપણે વાકેફ ના હોય, તેનાથી સુસજ્જ ના હોય તથા તેના ઉપયોગ થકી ઝડપથી અને વધુ સારી રીતે કામગીરી ના કરી શકે તો તેનો કોઈ મતલબ સરતો નથી. આ એક મોટા પાયાનું પરંતુ તાત્કાલિક થાય તેવું કાર્ય છે કે જે સંદેશાવ્યવહાર નિષ્ણાતોના મતે સંદેશાવ્યવહાર અભ્યાસક્રમોમાં ફેરફાર માંગે છે. આ અંગે જે સંસ્થાઓ જેવી કે એનઆઈએચએફડબલ્યુ, એસઆઈએચએફડબલ્યુ, એએનટીસી અને એડબલ્યુટીસી જેવી સંસ્થાના અભ્યાસક્રમોમાં ફેરફાર ઈચ્છે છે. સંદેશાવ્યવહાર ક્ષમતા ઉપર ધ્યાન કેન્દ્રિત થાય તે મુજબ આ પ્રકારની તાલીમી સંસ્થાઓમાં એક નવી ઉર્જાનો સંચાર અને નવી ગતિ આપવાની તાકીદની જરૂરિયાત છે. આ તાલીમને દેખાવ પર ભાર મુકવાની સાથે પરિણામલક્ષી બનાવવી જોઈએ. આંતરિક વ્યક્તિગત સંપર્ક (આઈપીસી) જેવી સાદી બાબતથી આગળ વધીને તેમાં સમજાવવાની ચોક્કસ ક્ષમતા, મંત્રણા અને પ્રભાવ પાડવાની રણનીતિ જેવી બાબતોનો સમાવેશ કરવાની જરૂર છે કે જે માત્ર સમજાવવાની અને તેમને પ્રેરિત કરવાની કામગીરીથી આગળ વધીને હોય. માહિતી અને પ્રસારણ મંત્રાલયના ભાગીદાર એકમો જેવા કે ડીએફપી, ગીત અને નાટક વિભાગ, દૂરદર્શન, આકાશવાણી અને ડીએવીપી તેમાં સામેલ કરીને વધુ સક્રિયતા લાવી શકાય તેમ છે. ત્રીજું આરોગ્ય સંબંધિત જાણકારી આપવા, સંદેશાવ્યવહારને વધુ જવાબદાર અને વધુ પરિણામલક્ષી બનાવવા તેની કામગીરીની દેખરેખ, મૂલ્યાંકન અને સંશોધનના પ્રયાસોમાં સુધારા લાવવાની જરૂર છે. આ બાબતોને ગંભીરતાથી ન લેતાં કામગીરીના પુરાવા તરીકે ઉપયોગમાં લેવાયાના પ્રણાણપત્ર અને તસવીરો તથા અખબારી અહેવાલોના દસ્તાવેજોનો ઉપયોગ કરવામાં આવે છે. આ અંગે જે સંશોધન થવું જોઈએ તેમાં ખૂબ જ વિસંગતતા રહેલી છે. કાર્યક્રમોના આયોજક અને અધિકારીઓને આ કૌશલ્યથી સુસજ્જ કરવાની જરૂર છે તથા આ કામમાં રોકાયેલી કોઈ એજન્સી કે સહભાગી સંસ્થાને ઝડપથી અને ગુણવત્તાયુક્ત સંશોધન અને મૂલ્યાંકન માટે સક્રિય કરવી પડશે. આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહાર પ્રવૃત્તિ પર દેખરેખ રાખવાની બાબત પણ એટલી જ અગત્યની છે. હાલમાં જે આવી સામગ્રી કે પ્રક્રિયા

કામગીરીના નિર્દેશો તેને ''હોતી હૈ ચલતી હૈ''ની ઘરેડમાંથી બહાર લાવવાની જરૂર છે. આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહાર પ્રવૃત્તિ માટેનું તંત્ર અને મળતી વળતી માહિતી (ફીડબેક)માં જે ક્ષતિઓ છે તેને મજબૂત કરવાની પણ જરૂર છે.

ચોથું, આરોગ્ય અંગેની માહિતી આપતા સંદેશાઓ, વ્યવહારો અંગેની જે સામગ્રીઓ છે જે પ્રવૃત્તિઓ થાય છે તેમાં સર્જનાત્મક ફેરફારો લાવવાની ખૂબ જ જરૂર છે. જો કે સંદેશાવ્યવહારના ઉત્પાદનોમાં ઘરઆંગણે ડિઝાઇન (ઈનહાઉસ) માટે વ્યક્તિગત રીતે અને સંસ્થાકીય રીતે એક મર્યાદિત ક્ષમતા રહેલી છે. આ ક્ષેત્રમાં સંદેશાઓ, ડિઝાઇન, રૂપરેખાઓ વગેરેની ગુણવત્તાઓ અને તેના બ્રાન્ડિંગમાં ફેરફારો એ એક પ્રકારનો પડકાર છે. સંદેશાવ્યવહાર ઉત્પાદનોની ડિઝાઇન અને તેના પૂરા પાડવા અંગે બે રસ્તા છે. એક ઘરઆંગણે જ તૈયાર કરવા અને બીજું બહારથી કામગીરી સોંપવી, બહાર બીજાને કામગીરી સોંપવા સંદર્ભે તેની પોતાની બાબતો-મુદ્દાઓ અને પડકારો છે. ઉપરાંત તેના વ્યવસ્થાપનની સાથે તેના ખર્ચની બાબત પણ તેમાં જોડાયેલી છે. સૌથી વધુ બાબત એ પણ હોય છે કે તે શ્રોતાઓની સાથે જોડાયેલી છે કે કેમ અને તેમની આશાઓ તથા જરૂરિયાતોને પણ સાંકળે છે કે નહીં, ક્યારેક વધારાના આ પડકારોની જાહેરાત કે પ્રચાર કરવામાં આવે છે. વાણિજ્ય સંદેશાવ્યવહારની સાથે સામાજિક સરકારી સંદેશાવ્યવહાર સાથે તુલના કરીએ તો તો સરકારી સંદેશાવ્યવહાર વધુ પ્રમાણમાં કંટાળાજનક અને રોજિંદું લાગે છે.

પાંચમું, કેન્દ્ર અને રાજ્યોમાં આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારોનું જે માળખું છે તેમાં ફેરફારો કરવાની જરૂર છે. દાયકાઓ પહેલા સ્થપાયેલા સંદેશાવ્યવહાર એકમોના માળખામાં ત્યારબાદ કોઈ ફેરફારો કરવામાં આવ્યાં નથી. પરિણામે લોકોમાં એવી છાપ છે કે આરોગ્યના આ એકમો વિવિધ સામગ્રીઓનું વિતરણ કરવા માટેના કેન્દ્રો જ છે. તેની કામગીરીને એક અખબારી યાદી તૈયાર કરવી, અખબારોમાં કામગીરી અહેવાલો પ્રસિદ્ધ કરાવવા વગેરે પૂરતી રહી છે.

છઠ્ઠું, આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારના પ્રયાસોને તમામ કક્ષાએ જનભાગીદારી સુધી લઈ જવાની જરૂર છે. આ જનભાગીદારી કોઈ બિનસરકારી સંસ્થાઓ (એનજીઓ) અને સીબીઓ સાથે હોઈ શકે કેમ કે આ સંસ્થાઓ વગેરે સમાજ સાથે જોડાયેલા હોય છે અને લોકોને તેમના પર ખૂબ જ વિશ્વાસ હોય છે. તેથી તેમનો ઉપયોગ થઈ શકે. ઉપરાંત વિવિધ માધ્યમો સાથે પણ ભાગીદારી હોવી જોઈએ જેથી અખબારોમાં, માધ્યમોમાં હકારાત્મક અને રચનાત્મક લેખો, સમાચારો પ્રસિદ્ધ થઈ શકે, અખબારો માધ્યમોનો એક મહત્ત્વના હિમાયતી ભાગીદારી તરીકે ઉપયોગ થાય તો વસ્તીના મોટા ભાગ સુધી પહોંચવામાં સફળતા મળી શકશે. ખાનગી ક્ષેત્ર સાથે ભાગીદારી કરવામાં આવે તો વ્યવસ્થાપન નિષ્ણાતો, ટેક્નિકલ નિષ્ણાતોની સાથે સામાજિક જવાબદારી નાણાં ભંડોળનો પણ સંદેશાવ્યવહારમાં ઉપયોગ થઈ શકે. સંસ્થાઓ લોકમત કેળવતા નેતાઓ, શિક્ષણશાસ્ત્રીઓ, સંશોધન સંસ્થાઓ, આંતરરાષ્ટ્રીય સંસ્થાઓ, સંયુક્ત રાષ્ટ્રસંઘ અને બહુસ્તરીય સંસ્થાઓ, સખાવતો, મંડળોનો પ્રજા સાથેનો સીધો સંવાદ કેળવવામાં અને વર્તણૂક પરિવર્તન માટેનો ઉપયોગ થઈ શકે.

ઉપસંહારમાં જોઈએ તો આરોગ્ય મિશન પગલાંને અસરકારક બનાવવા ભારતમાં આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારોને વધુ મજબૂત બનાવવાની જરૂર છે. ચેપી રોગ, બિન ચેપી રોગોનો આર્થિક બોજો દૂર કરવા રોગ પ્રતિકાત્મક પગલાં ભરવાની જરૂર છે. જેથી લોકોની સુખાકારી સારી રહે અને તેથી ૧૨મા આયોજનના હેતુઓ અને એસડીજીની સફળતા માટે આરોગ્ય સંદેશાવ્યવહારની સત્તા, અસરકારકતાને માત્ર મર્યાદિત ન રાખતા તેમને વાસ્તવિક રીતે સમજી વિચારીને અમલમાં મુકવામાં આવે તે અત્યંત જરૂરી છે.

લેખકશ્રી વરિષ્ઠ સંચાર વિશેષજ્ઞ છે. તેઓ દિલ્હીની માસ કમ્યુનિકેશન ઈન્સ્ટિટ્યૂટ ખાતે ફેકલ્ટી અતિથિ છે.

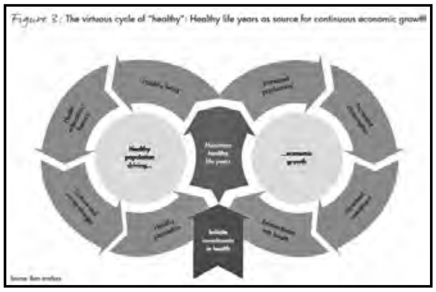
અગત્યની સૂચના

યોજનાના લેખકો/વાચકો

યોજના મેગેઝિન માટેના લેખ મોકલનારે શક્ય હોય ત્યાં સુધી ગુજરાતી લેખ સોફ્ટ કોપીમાં જ મોકલવા. યોજનાના કેન્દ્રીય વિષય અનુસાર નિષ્ણાતોએ લખેલ લેખ પર વિશેષ ધ્યાન અપાશે જેની નોંધ લેવા વિનંતી.

વિકાસ અને આરોગ્ય : એકબીજાના પૂરક

કે. શ્રીનાથ રેડ્ડી



ભારતે ટકાઉ વિકાસ માટેના લક્ષ્યાંક સિદ્ધ કરવાની સમજૂતિ ઉપર ૨૦૧૫માં સંયુક્ત રાષ્ટ્રસંઘને સહી કરી આપી છે. પરિણામે આપણા દેશમાં આરોગ્ય સવલતનું માળખું ગમે તે ભોગે સુદૃઢ બનાવવાનો પડકાર ઝીલવાનો છે. વિકાસ માટેની દરેક નીતિ ઘડતી વખતે આ બાબત ધ્યાનમાં રાખી પ્રજાના આરોગ્યની ચિંતા પહેલી કરવાની છે, જે માટે ૨૦૧૬માં ઢગલાબંધ નિર્ણય અને તેનો અમલ શરૂ કરવો પડશે જેથી આર્થિક પ્રગતિ માટે મહેનત કરવામાં વધુને વધુ તંદુરસ્ત યોગદાન પ્રજા ખુદ આપી શકે. પૈસેટકે સુખી થયા પછી જો તેને ભોગવવા જેટલી તબિયત સારી હોય નહિ તો શું કરવાનું ?

દેશના આર્થિક વિકાસ માટે થતી તમામ ગોઠવણમાં શું આરોગ્ય એ આગાહી સંભવ હોય તેવી બાબત છે ખરી ? વિકાસના પરિબળ સાથે આરોગ્યને કેવો સંબંધ છે ? ભંડોળ ફાળવણીમાં તેને અગ્રતા મળે ખરી ? જનતાની જિંદગી નિરામય બનાવવા પાછળ થતો ખર્ચ કેટલે અંશે મૂડીરોકાણ ગણી શકાય ? વિશ્વના વિકાસ લક્ષ્યાંકમાં ભારત ક્યાં ઊભું છે? છેલ્લા થોડા દાયકાથી આ સવાલ ચર્ચાની એરણે ચડ્યાં છે. સંયુક્ત રાષ્ટ્રસંઘ દ્વારા નિર્ધારિત થયેલા સહસ્ત્રાબ્દિ વિકાસ લક્ષ્યાંક (૨૦૦૦-૨૦૧૫) અને ટકાઉ વિકાસ લક્ષ્યાંક (૨૦૧૬-૨૦૩૦) જો સાર્થક કરવા હોય તો કોઈપણ દેશ માટે તેની પ્રજાની તંદુરસ્તી ટકોરાબંધ બનાવ્યા વગર છુટકો નથી. રોગમુક્ત સમાજ હંમેશાં મજબૂત પ્રગતિ કરી શકે છે.

દેશના આર્થિક વિકાસમાં પ્રજાનું આરોગ્ય ઉત્તમ હોવાની વાત ફાયદાકારક જ હોય તેવું કદાચ હંમેશાં બનતું નથી. માથાદિઠ આવકમાં વધારો થતા સરેરાશ મનુષ્ય આયુષ્ય પણ વધે છે, પરંતુ આવકમાં વધારાની ટકાવારી જેટલું આયુષ્ય તો વધારી શકાતું નથી. કેટ પિકેટ તથા વિલ્કીન્સન જેવા અર્થશાસ્ત્રીએ નોંધ્યું છે કે સમાન માથાદિઠ આવક ધરાવતા બે દેશમાં પ્રજાની હાલત અલગ અલગ હોઈ શકે છે. સમાજના તમામ વર્ગની આવક વચ્ચે જેમ તફાવત ઓછો તેમ સારું ગણાય, પરંતુ આવકની સમાનતા જેમ વધુ તેમ ગરીબ વર્ગનું આયુષ્ય ઓછું રહેવાનું. "ધ સ્પિરીટ લેવલ" જેવા પુસ્તકમાં બંનેએ સાબિત કરી આપ્યું છે કે ધનવાન દેશમાં આવકની અસમાનતાને લીધે તેમની પ્રજાના આરોગ્યની હાલત ગરીબ દેશથી પણ વધારે ખરાબ હોય.

૨૦મી સદીના પૂર્વાર્ધ સુધી અર્થશાસ્ત્રનું જ્ઞાન એવું માનતું હતું કે આર્થિક પ્રગતિને લીધે જનતાનું આરોગ્ય તથા પોષણનું સ્તર સુધરે છે, પરંતુ ઊતરાર્ધમાં નવો વિચાર એવો સ્થાપિત થયો કે પોષણ અને આરોગ્ય બંને બહેતર હોય તો આર્થિક પ્રગતિમાં ઝડપ લાવી શકાય છે. ૧૯૯૩માં નોબેલ પારિતોષિક પ્રવચન આપતી વખતે અર્થશાસ્ત્રી રોબર્ટ ફોજેલ દ્વારા સાબિત કરાયું હતું કે બ્રિટને ૧૭૯૦ થી ૧૯૮૦ દરમ્યાન કરેલી પ્રગતિ પોષણ સ્તરમાં સુધારાને આભારી હતી. ૧૯૯૩ના વર્લ્ડ ડેવલપમેન્ટ રિપોર્ટમાં સ્પષ્ટ કહેવાયું હતું કે આર્થિક વિકાસના ફાયદા માણવા હોય તો આરોગ્ય ક્ષેત્રમાં ધરખમ મૂડીરોકાણ કરો. ૧૯૯૦માં વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાએ રચેલા અભ્યાસ પંચ દ્વારા પણ આર્થિક પ્રગતિમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રના ગુણગાન ગાવામાં

આવેલા. ૨૦૧૩માં રચાયેલું લાન્સેટ પંચ ત્યાં સુધી કહે છે કે ઓછી આવક ધરાવતા દેશમાં આરોગ્ય પાછળ થયેલા ખર્ચ સામે ૯ થી ૨૦ ટકા જેટલો ફાયદો વિકાસમાં થાય છે.

અલબત્ત, આરોગ્ય અને આવક વચ્ચેના સીધા સંબંધ કરતા ગરીબી અને આરોગ્ય તથા શિક્ષણ અને આરોગ્ય વચ્ચે બહુ સીધો અને સૂક્ષ્મ સંબંધ છે. પૈસેટકે સુખી વર્ગ કરતા ગરીબ લોકો માંદગીમાં પટકાવાની વધુ શક્યતા ધરાવે છે, કારણ કે માતા અને બાળ મૃત્યુદરનું ઊંચું પ્રમાણ, કુપોષણ, ચેપીરોગ, માનસિક તાણ, હવાનું પ્રદૂષણ અને તમાકુ સેવન જેવી બાબત તેમને વધુ લાગુ પડતી જણાઈ છે. માથાદિઠ આવકમાં થોડોઘણો વધારો નોંધાતા ગરીબની આર્થિક હાલત જ્યાં જ્યાં સુધરી છે ત્યાં ડાયાબિટીસ, કેન્સર અને હૃદયરોગ જેવી સુખીવર્ગમાં જોવા મળતી બિમારી તેમને પણ લાગુ પડવા માંડી છે. અમેરિકા, ઓસ્ટ્રેલિયા, પશ્ચિમ યુરોપ તથા ચીનના શહેરી વિસ્તારમાં આવકવૃદ્ધિ સાથે ગરીબમાં રોગવૃદ્ધિ નોંધાઈ છે. ભારતના શહેરી વિસ્તારમાં વસતા ગરીબો આવકની દૃષ્ટિએ બીજા કરતા ભલે આગળ હોય પરંતુ તમાકુ સેવન, પ્રદૂષિત પાણી, કુપોષણ અને ગંદકી જેવા પરિબળને લીધે માંદગીમાં પટકાતા જણાયા છે. આરોગ્ય સેવાનો ખર્ચ સામાન્ય માણસની પહોંચ બહાર મોંઘો બનતો જાય છે તે પણ એક ચેતવણી ગણવી રહી, તો શિક્ષણના અભાવે શહેરી ગરીબ તબિયત સાચવવા પ્રત્યે સભાન હોતો નથી તે પણ હવે સમજાયું છે.

મધ્યમવર્ગ માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ ક્ષમતા બહાર હોવાથી આવા પરિવાર સારવાર કરાવી લીધા બાદ મૂડી ગુમાવે છે અથવા કરજ કરે છે. પરિણામે ફરીથી ગરીબીમાં ધકેલાય છે. વિશ્વમાં દર વર્ષે ૧૦ કરોડ લોકો તબીબી ખર્ચ ભોગવી ગરીબીમાં ધકેલાય છે, જેમાંથી ભારતવાસીઓનું પ્રમાણ અડધું છે. માંદો માણસ આવક ગુમાવે છે, બચત ગુમાવે છે, સોનું ઘરેણાં વેચવા પડે તો એ પણ ગુમાવે છે, પરિણામે તેના પરિવારના શિક્ષણ ઉપર પહેલી અસર પડે છે. માંદુ બાળક જો યોગ્ય શિક્ષણ પ્રાપ્ત કરવામાં નિષ્ફળ જાય તો તેની આવક અને રોજગારીને મોટી અસર પહોંચે છે.

આરોગ્યનું સ્તર નક્કી કરતા સામાજિક માપદંડ બહુ વિસ્તૃત બાબત છે, તેમાં શિક્ષણ અને આવક ઉપરાંત પાણી, સ્વચ્છતા, પૌષ્ટિક આહાર, પર્યાવરણ, લિંગભેદ, સામાજિક દરજ્જો અને અસ્થિરતા જેવી ઢગલાબંધ બાબતો સામેલ માલૂમ પડી છે. ખેતીવાડી અને પરિવહન નીતિની આડઅસર આરોગ્ય ઉપર જોવાઈ છે. ભારત જેવા દેશમાં ઊર્જા સલામતિના અભાવે ચૂલા ઉપર છાણાં લાકડા વડે રસોઈ બનાવવી અનિવાર્ય હોવાથી સ્ત્રી અને બાળકો પોતાના ઘરમાં જ ધુમાડાના પ્રદૂષણનો ભોગ બની રહ્યાં છે.

આરોગ્યનું સ્તર નિર્ધારિત કરતા સામાજિક માપદંડ ઠરાવવા માટે વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા દ્વારા રચાયેલા પંચ દ્વારા છેક ૨૦૦૫માં કહેવાયું હતું કે, સમાજના દરેક વર્ગને તબીબી સેવાની ઉપલબ્ધિમાં જો તફાવત હોય તો સત્વરે ઘટાડવો જોઈએ અને દરેક પેઢીને તબિયત સાચવવાની સેવામાં ત્રુટિથી બચાવવી જોઈએ. આરોગ્ય સવલત ઊભી કરવાથી કામ ચાલી જતું નથી, તેથી ઉપલબ્ધિમાં સમાનતા રહે તેવો ચૂસ્ત બંદોબસ્ત કરવો રહ્યો. બ્રિટિશ અર્થશાસ્ત્રી ટાઉનીએ છેક ૮૦ વર્ષ પહેલા લખ્યું હતું કે, “દરેકને ખુલ્લી સડક નહીં, ચાલવાની સમાન તક મળવી જોઈએ.”

વિશ્વના વિકાસ લક્ષ્યાંક આ સંદર્ભમાં ઘડાયા છે છતાં ક્યાંક વિઝન અને વેલ્યુમાં કાળક્રમે થોડો ફરક જોવા મળી શકે છે. ટેક્નોક્રેટ દ્વારા નિર્ધારિત થયેલા વિકાસ લક્ષ્યાંક સંયુક્ત રાષ્ટ્રસંઘની જહેમત અને આગેવાની હેઠળ લગભગ બધા રાષ્ટ્રએ ૨૦૦૦ની સાલના ઉદય સમયે સ્વીકાર્યા હતા. અલબત્ત, વિકસિત દેશોની વિચારધારાના પ્રભાવ હેઠળ આ વિકાસ લક્ષ્યાંક નિર્ધારિત થયા હોવાનું માનવું રહ્યું, કારણ કે સુખી દેશોની તમન્ના દુનિયામાંથી ભૂખમરો, રોગચાળો અને ગરીબીનું નિવારણ કરવાનો રહ્યો છે. પરિણામે વિકાસ લક્ષ્યાંકનો અમલ ઓછી માથાદિઠ આવક ધરાવતા ગરીબ અને વિકાસશીલ દેશમાં કરવાનો વૈશ્વિક નિર્ણય થયો છે.

જે કુલ નવ સહસ્ત્રાબ્દિ વિકાસ લક્ષ્યાંક નિર્ધારિત થયા છે તે પૈકી ત્રણ સીધેસીધા આરોગ્યને લાગુ પડે છે. પ્રસૂતા માતા મૃત્યુદર, બાળમૃત્યુદર અને એઈડ્સ, ટીબી અને મેલેરિયા જેવા ત્રણ રોગને તેમાં લક્ષ્ય તરીકે લેવાયા છે, કારણ કે ગરીબ અને વિકાસશીલ દેશના આરોગ્ય ક્ષેત્ર માટે આ ત્રણ બિંદુ મૃત્યુ પડકાર જણાયા છે. ૨૦મી સદીમાં ૧૦ કરોડ લોકો તમાકુ સેવનને લીધે માર્યા ગયા હોવા છતાં તેનો સમાવેશ આમાં એટલા માટે નથી કરાયો કે આ દૂષણ ગરીબ અને અમીર બંને વર્ગમાં ફેલાયેલું છે.

સહસ્ત્રાબ્દિ વિકાસ લક્ષ્યાંકનું ઘડતર થતા દરેક દેશને આગળ વધવાની દિશા

આપોઆપ નિર્ધારિત થઈ છે તો મેલેરિયા, ટીબી અને એઈડ્સની નાબૂદી માટે વિશ્વ નાણાકોષની રચના સંભવ બની છે. છતાં આરોગ્ય સામે ખતરો બની ચૂકેલી ઘણી બાબતો તેમાં સમાવેશ કોણ જાણે પામી નથી. જેમ કે માનસિક બિમારી, બાળકોનો મંદબુદ્ધિ વિકાસ તથા ગર્ભવતી નથી તેવી બહેનોના આરોગ્ય પ્રશ્નો તેમાં નથી. વિકાસ લક્ષ્યાંકમાં મૃત્યુદર ઘટાડવાની વાત છે, પરંતુ ધીમેધીમે મૃત્યુ ભણી લઈ જતી ખરાબ ટેવનું પ્રચલન સમાજમાંથી દૂર કરવાની વાત તેમાં નથી. તબીબી સેવાની સમાન ઉપલબ્ધિ આદર્શ વાત હોવા છતાં પ્રજાને સમાનતાનો હક્ક અને લાભ શી રીતે પ્રદાન કરવો તે વાત સંબંધિત દેશ ઉપર છોડી દેવામાં આવી છે.

આમ છતાં સહસ્ત્રાબ્દિ વિકાસ લક્ષ્યાંકનું ઘડતર થવાની ઘટના માનવજાત માટે ઉમદા નવી શરૂઆત ગણવી રહી. તમામ લક્ષ્યાંક પરામર્શ બાદ અંગિકાર થયા હોવાથી સૌ દેશ તેમાં સંમત ગણાય, તો બીજી બાજું તેમાં પ્રત્યેક દેશની વર્તમાન દશા ક્યાં કેટલી સુધારણા માંગે છે તેનું પ્રતિબિંબ ધરાવે છે એટલે દરેકને ઉપયોગી ઠરે છે.

વિશ્વવ્યાપ્ત લક્ષ્યાંક નિર્ધારિત થયા બાદ મોટો ફાયદો એ થયો કે નાનામોટા દેશ પ્રદૂષણ ઘટાડવા અને પર્યાવરણ બચાવવા પ્રત્યે સભાન થયા. આર્થિક વિકાસ પણ સ્વચ્છ માધ્યમ વડે હાંસલ કરવાની સમજ આવી અને છેલ્લે કહીએ તો દરેક દેશને સમજાયું કે પોતાની પ્રજા ઉપર નાણાકીય બોજ પડે નહીં તેવી તબીબી સારવાર સૌ કોઈને કોઈ પ્રકારના ભેદભાવ વગર પ્રદાન કરવાની જવાબદારી સમજાઈ. વ્યક્તિગત ખર્ચબોજ વગર તબિયત જાળવવા માટે સરકારે મદદરૂપ થવાની આમાં વાત છે.

દુનિયામાં દરેક નાગરિકની તબિયત ટકોરાબંધ રહે તેવી ઉમદા ભાવનાથી ઘડાયેલા વિકાસ લક્ષ્યાંકમાં માણસને દરેક ઉંમરે નિરોગી રાખવાની સૂક્ષ્મ વાત છે. પરિણામે ૧ લાખ પ્રસૂતિદિઠ પ્રસૂતા માતાનો મૃત્યુદર ૭૦ ટકા જેટલા સ્તરે ઘટાડવાનું નક્કી થયું છે, જ્યારે એક હજાર બાળકોના જન્મદિઠ તેમનો મરણ દર ૨૫ સુધી ઘટાડવાનો લક્ષ્યાંક ૨૦૩૦ સુધીમાં હાંસલ કરવાનો છે. એઈડ્સ, મેલેરિયા અને ટીબીનો પ્રકોપ ઘટાડવા સાથોસાથ માર્ગ અકસ્માત તથા પ્રદૂષણને લીધે થતા મરણ ઘટાડવાની વાત છે. ૩૦ થી ૭૦ વર્ષની વ્યક્તિઓને કેન્દ્રસ્થાને રાખી તબીબી સારવાર વ્યવસ્થા ગોઠવાય તો માનવ જિંદગી કસમયે બુઝતી અટકાવી શકાય.

આરોગ્યને લગતા સહસ્ત્રાબ્દિ વિકાસ લક્ષ્યાંક જો સાર્થક થાય તો તેમનો ફાયદો અન્ય લક્ષ્યાંક સિદ્ધ કરવાની પ્રક્રિયાને આપોઆપ મળવા લાગે છે. શિક્ષણ, લિંગભેદ સમાપ્તિ, ગરીબી નિવારણ, પર્યાવરણ જમીન, દરિયા અને જંગલની બહેતર સુરક્ષા, સામાજિક શાંતિ સૌહાર્દ વગેરેનો સંચાર આપોઆપ થવા લાગે છે. પર્યાવરણની ખાનાખરાબી દુનિયાભરમાં આરોગ્ય જોખમ બની ચૂકી હોવાથી તેના ઉપર વિશેષ ધ્યાન કેન્દ્રિત થાય તેવી તજજ્ઞોની અપેક્ષા છે.

દુનિયાભરમાં હવા અને રસાયણનું પ્રદૂષણ એટલી હદે વકરી ચૂક્યું છે કે ઋતુચક્ર ખોરવી નાંખવા સાથે જળ, જમીન અને જંગલની દશા બગડી ગઈ છે. અસહ્ય ગરમી, ભારે કમોસમી વરસાદ, પૂરપ્રકોપ, ઋતુબહારની ગરમી ઠંડીમાં અચાનક વધારો-ઘટાડો જેવી વિષમતા લગભગ દરેક દેશ ભોગવી રહ્યો છે ત્યારે પ્રજાના આરોગ્ય ઉપર આબોહવા પરિવર્તનની અસરનો અભ્યાસ અને ઉપચાર બિલકુલ નવી ચિંતાનો વિષય બન્યો છે. ખેતપેદાશમાંથી પૌષ્ટિક સત્વ ઘટતા જાય છે તો ગમે તેટલી ઊંચાઈએ પણ હવે મચ્છર ઉત્પન્ન થવા માંડ્યા છે. પરિણામે પ્રકૃતિમાં પેદા થયેલી પ્રત્યેક વિષમતાની માનવ આરોગ્ય ઉપર થનાર સંભવિત અસરનો અભ્યાસ કરવો દરેક દેશ માટે અનિવાર્ય બન્યો છે.

ભારતે ટકાઉ વિકાસ માટેના લક્ષ્યાંક સિદ્ધ કરવાની સમજૂતિ ઉપર ૨૦૧૫માં સંયુક્ત રાષ્ટ્રસંઘને સહી કરી આપી છે. પરિણામે આપણા દેશમાં આરોગ્ય સવલતનું માળખું ગમે તે ભોગે સુદૃઢ બનાવવાનો પડકાર ઝીલવાનો છે. વિકાસ માટેની દરેક નીતિ ઘડતી વખતે આ બાબત ધ્યાનમાં રાખી પ્રજાના આરોગ્યની ચિંતા પહેલી કરવાની છે, જે માટે ૨૦૧૬માં ઢગલાબંધ નિર્ણય અને તેનો અમલ શરૂ કરવો પડશે જેથી આર્થિક પ્રગતિ માટે મહેનત કરવામાં વધુને વધુ તંદુરસ્ત યોગદાન પ્રજા ખુદ આપી શકે. પૈસેટકે સુખી થયા પછી જો તેને ભોગવવા જેટલી તબિયત સારી હોય નહિ તો શું કરવાનું ?

લેખક શ્રી ભારતીય જાહેર આરોગ્ય ફાઉન્ડેશનના પ્રેસિડેન્ટ છે. તેઓએ રાષ્ટ્રીય ભારતીય તબીબી જર્નલનું સંપાદન ૧૦ વર્ષ સુધી સંભાળેલ છે તથા કેટલાંક આંતરરાષ્ટ્રીય અને રાષ્ટ્રીય જર્નલ્સના તંત્રી બોર્ડમાં છે. જાહેર આરોગ્યનાં લખાણ માટે તેઓને પદ્મભૂષણ-૨૦૦૫ સહિત વિવિધ એવોર્ડ મળેલ છે.

આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થકેર : વર્તમાન અને ભવિષ્ય

ડૉ. અભય બાંગ

ભારત સરકારના આરોગ્ય અને કુટુંબ કલ્યાણ મંત્રાલય અને આદિવાસી બાબતોના મંત્રાલય આદિવાસીઓના સ્વાસ્થ્ય અને હેલ્થકેરની વર્તમાન સ્થિતિથી સંતુષ્ટ નથી. આ બંને મંત્રાલયોએ આદિવાસીઓના સ્વાસ્થ્ય પર નિષ્ણાતોની સમિતિ રચી છે. ગ્રૂપને રાજ્યોમાં આદિવાસી વિસ્તારોમાં આદિવાસીઓના સ્વાસ્થ્યની સ્થિતિની સમીક્ષા કરવાની અને આદિવાસી વિસ્તારોમાં જિલ્લા સ્વાસ્થ્ય યોજના માટે માળખું બનાવવા સહિત યોગ્ય સોલ્યુશન્સની ભલામણ કરવાની જવાબદારી ફાળવવામાં આવી છે. નિષ્ણાતોની સમિતિએ વર્તમાન સ્થિતિની સમીક્ષા કરી છે, અને સંભવિત સોલ્યુશન્સ ચકાસ્યાં છે. આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થકેરની શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિઓ પર તાજેતરમાં સર્ચ, ગડચિરોલીમાં કાર્યશાળા યોજાઈ હતી, જે દેશમાં કદાચ પ્રથમ હતી. તેમાં ૨૩ શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિઓ રજૂ કરવામાં આવી હતી અને તેના પર ચર્ચા કરવામાં આવી હતી.

વર્ષ ૨૦૧૧માં થયેલી વસતિ ગણતરી મુજબ ભારતની કુલ વસતિમાં અનુસૂચિત જનજાતિઓ (એસટી)નું પ્રમાણ ૮.૬ ટકા છે એટલે કે એક અબજથી વધારે ભારતીયોમાં આશરે ૧૦ કરોડ અનુસૂચિત જનજાતિની વસતિ છે[૧]. આ ઉપેક્ષિત, વંચિત અને આર્થિક રીતે નબળા લોકોના સ્વાસ્થ્યનો મુદ્દો મહત્ત્વપૂર્ણ રાષ્ટ્રીય ચિંતા બનવો જોઈએ. તેમની સામાજિક-આર્થિક સ્થિતિ નબળી છે અને શૈક્ષણિક રીતે તેઓ પછાત છે એ આપણે જાણીએ છીએ[૨]. પણ તેમના સ્વાસ્થ્યની સ્થિતિ શું છે ?

૧. છેલ્લાં દાયકાઓ દરમિયાન અનુસૂચિત જનજાતિની વસતિમાં મૃત્યુદરના સૂચકાંકોમાં ચોક્કસ વધારો થયો છે. જોકે સાધારણ વસતિના મૃત્યુ દરની સરખામણીમાં એસટીમાં મૃત્યુ દરનું પ્રમાણ ચોક્કસ વધારે છે. અહીં તમને બાળ મૃત્યુદરના થોડા સૂચકાંકો આપ્યાં છે, જે નીચે મુજબ છે[૩] -

	એસટી	અન્ય	ટકાવારીમાં તફાવત
૧. બાળ મૃત્યુદર	૬૨	૪૯	૨૭%
૨. પાંચ વર્ષથી ઓછી વય ધરાવતા બાળકોમાં મૃત્યુદર	૯૬	૫૯	૩૯%

વસતિના અન્ય વર્ગોની સરખામણીમાં અનુસૂચિત જનજાતિમાં નવજાત અને બાળ મૃત્યુદર (મોટા ભાગે નજરઅંદાજ કરવામાં આવે છે)નું પ્રમાણ ૩૩ ટકા વધારે છે. ઉપરાંત વિવિધ રાજ્યોમાં આ દરમાં મોટો ફરક છે, ખાસ કરીને ૭ રાજ્યોમાં વધારે છે.

૨. અનુસૂચિત જનજાતિના બાળકો અને પુખ્ત વયના લોકોના પોષણની સ્થિતિ નબળું ચિત્ર રજૂ કરે છે[૪].

ક. બાલમંદિરમાં જતાં ૫૩ ટકા છોકરા અને ૫૦ ટકા છોકરીઓનું વજન સામાન્ય કરતાં ઓછું છે અને ૫૭ ટકા છોકરા અને ૫૨ ટકા છોકરીઓની ઊંચાઈ ઓછી છે.

ખ. ૪૯ ટકા અનુસૂચિત જનજાતિની મહિલાઓનો બોડી માસ ઈન્ડેક્સ (બીએમઆઇ) ૧૮.૫થી ઓછો છે, જે ઊર્જાની તીવ્ર ખામી દર્શાવે છે.

ગ. આદિવાસી કુટુંબોના ભોજનમાં પ્રોટિન, ઊર્જા, ફેટ્સ, આયર્ન, વિટામિન એ અને રિબોફ્લેવિનની ઊણપ છે.

૧૯૮૫-૮૭થી ૨૦૦૭-૦૮ના સમયગાળામાં અનુસૂચિત જનજાતિની વસતિમાં બાળકો અને પુખ્ત વયના લોકોમાં પોષણની ઊણપમાં ચોક્કસ ઘટાડો થયો હતો, તેમ છતાં ભોજન લેવાની ઊણપ અને પોષણનું ઓછું સ્તર હજુ પણ અસ્વીકાર્ય છે.

૩. આદિવાસી વિસ્તારોમાં પ્રવર્તમાન રોગોને મુખ્યત્વે બે કેટેગરીમાં વર્ગીકૃત કરી શકાશે.

ક. ઓછા વિકાસના રોગો (કુપોષણ, ચેપી રોગો, માતા અને બાળકની સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત સમસ્યાઓ), ખ) એસટીમાં સામાન્ય રોગો (કોષનો રોગ, પ્રાણીઓનું કરડવું, અકસ્માતો) અને સી) આધુનિક રોગો (હાયપરટેન્શન, વ્યસન, માનસિક તણાવ).

એસટી વસતિને પ્રદાન કરવામાં આવતી સરકારી સ્વાસ્થ્ય સેવા સૌથી નબળી કડી છે. તે કેટલીક ગંભીર ખામીઓ છે.

૧. બિનઆદિવાસી વિસ્તારો માટે બનાવવામાં આવેલા રાષ્ટ્રીય મોડલનું અનુસાર અનુસૂચિત જનજાતિના વિસ્તારો માટે કરવું અયોગ્ય છે. તેમાં આદિવાસી વિસ્તારોની માન્યતા, વિવિધ રોગનું પ્રમાણ ધ્યાનમાં લેવામાં આવતું નથી અને ભૌગોલિક રીતે છૂટાંછવાયાં વિસ્તારોમાં, જંગલ અને અન્ય કુદરતી બળો ધરાવતા વિસ્તારોમાં જુદી રીતભાત ધરાવતા જૂથોને હેલ્થકેર જરૂરિયાતો પૂરી પાડવામાં મુશ્કેલી પડે છે. અગાઉ આદિવાસી વિસ્તારો માટે અલગ સરકારી હેલ્થકેર યોજના બનાવવામાં આવી નહોતી તે આશ્ચર્યજનક વાત છે.

૨. આદિવાસી લોકોને સરકારી હેલ્થકેર સેવા પ્રદાન કરવામાં અન્ય એક મોટી મુશ્કેલી હેલ્થકેર માનવીય સંસાધનની ઈચ્છાશક્તિનો અભાવ છે. આ તાલીમબદ્ધ લોકો આદિવાસી વિસ્તારોમાં કામ કરવા બહુ તૈયાર નથી. આદિવાસી વિસ્તારોમાં સરકારી હેલ્થકેર વ્યવસ્થામાં ડૉક્ટર્સ, નર્સ, ટેકનિશિયન્સ અને મેનેજર્સની ખેંચ છે.

૩. હેલ્થ સબ-સેન્ટર્સ, પીએચસી (પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો) અને સીએચસી સ્વરૂપે બિલ્ડિંગ્સનું નિર્માણ કરવામાં આવ્યું છે અને હેલ્થકેર સંસ્થાઓ ઊભી કરવામાં આવી છે, તેમ છતાં હેલ્થકેરની નબળી સેવાના પરિણામે તે મોટા ભાગે નિષ્ક્રિય રહી છે. તેમાં અપૂરતા નિરીક્ષણ, રિપોર્ટિંગની નબળી ગુણવત્તા અને જવાબદારીની ભાવનાના અભાવે વધારો કર્યો છે.

૪. સ્ટાફનો ઉદાસીન વ્યવહાર, ભાષાનો અવરોધ, મોટું અંતર, નબળી પરિવહન વ્યવસ્થા, ઓછી સાક્ષરતા અને હેલ્થકેર મેળવવાની ઓછી ઈચ્છા - આ તમામ પરિબળ આદિવાસી વિસ્તારોમાં વર્તમાન હેલ્થકેર સંસ્થાઓના ઓછા વપરાશ તરફ દોરી જાય છે.

૫. આદિવાસી વિસ્તારોમાં ગંભીર કેસો માટે હોસ્પિટલમાં સારસંભાળની સુવિધા હજુ પણ અતિ ઓછી છે.

એટલે આદિવાસી વિસ્તારોમાં સરકારી હેલ્થકેર વ્યવસ્થામાં ઓછી ઉત્પાદકતા, નબળી ગુણવત્તા અને નીચી ડિલિવરી સિસ્ટમ પ્રવર્તે છે, જે ઘણી વખત ખોટી પ્રાથમિકતા તરફ દોરી જાય છે. અત્યારે કેન્દ્ર અને રાજ્યોમાં સ્વાસ્થ્ય મંત્રાલયો અને એફડબલ્યુ માટે આ વ્યવસ્થાને પુનર્ગઠિત અને મજબૂત કરવાની પ્રાથમિકતા હોવી જોઈએ.

આદિવાસી વિસ્તારોમાં અયોગ્ય રીતે ઊભા કરવામાં આવેલા અને નબળી રીતે સંચાલિત હેલ્થકેર વ્યવસ્થા માટેનું એક કારણ નીતિનિર્માણમાં, યોજના ઘડવામાં કે સેવાઓના અમલીકરણમાં આદિવાસીઓ કે તેમના પ્રતિનિધિઓની સંપૂર્ણપણે ગેરહાજરી છે. આ બાબત ગ્રામીણ સ્તરેથી રાષ્ટ્રીય સ્તરે લાગુ પડે છે.

ઉપર ઉલ્લેખિત વિવિધ ખામીઓ ઉપરાંત એક સાધારણ વિભાવના અને ફરિયાદ એ છે કે આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થકેર માટે ભંડોળનો પૂરતો ઉપયોગ થતો નથી, અન્ય વિસ્તારોમાં ડાયવર્ટ કરવામાં આવે છે કે બિનજરૂરી રીતે વાપરવામાં આવે છે અને સૌથી વધુ ખરાબ બાબત એ છે કે તેમાંથી મોટા પાયે ભ્રષ્ટાચાર થાય છે.

આ વ્યવસ્થાને ફરી કેવી રીતે બનાવવી ?

૧. આદિવાસી લોકો માટે કોઈ પણ નીતિ કે કાર્યક્રમનો પ્રથમ સિદ્ધાંત તેમની સીધી ભાગીદારી છે. વસતિના ભાગરૂપે આદિવાસી લોકો રાજકીય રીતે અતિ સ્થાનિક નથી, એકજૂથ નથી. તેઓ વિવિધ વિસ્તારોમાં જુદી જુદી સામાજિક, આર્થિક અને સાંસ્કૃતિક સ્થિતિમાં રહે છે. આ કારણે તેમના માટે કોઈ પણ હેલ્થકેર પ્રોગ્રામમાં અભિપ્રાયો અને પ્રાથમિકતાઓને ધ્યાનમાં લેવી જોઈએ.

૨. ભારતમાં આશરે ૭૦૦ જેટલી વિવિધ જનજાતિઓને ધ્યાનમાં લઈએ તો વિસ્તાર કેન્દ્રિત અને આદિવાસીઓને સ્પર્શે તેવા સ્થાનિક આયોજનના સિદ્ધાંતને અનુસરવો જરૂરી છે. આ માટે પેસા સંસ્થાકીય આધાર પ્રદાન કરે છે. સ્થાનિક આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય સમિતિઓ, જિલ્લા સ્તરીય આદિવાસી પરિષદો અને પ્રાદેશિક સ્તરે આદિવાસી સલાહકાર પરિષદો સંસ્થાકીય વ્યવસ્થાઓ બની શકશે અને સ્થાનિક યોજના મુજબ કાર્યરત કરવામાં આવશે.

૩. સ્વાસ્થ્યનો સામાજિક નિર્ણાયક - સાક્ષરતા, આવક, પાણી, સ્વચ્છતા, ઈંધણ, ખાદ્ય સુરક્ષા અને ભોજન વિવિધતા, લિંગ સંવેદનશીલતા, પરિવહન અને જોડાણ - સ્વાસ્થ્યના પરિણામો નક્કી કરવામાં અતિ મહત્ત્વપૂર્ણ

ભૂમિકા ભજવે છે. આ કારણે અન્ય ક્ષેત્રોમાં આંતરક્ષેત્રીય સંકલનમાં સુધારો મહત્ત્વપૂર્ણ છે, ઓછામાં ઓછા હેલ્થકેરમાં.

સ્વાસ્થ્ય સુધારવા માટે કેટલાંક ચોક્કસ સૂચનો આ મુજબ છે -

૧. નકામા પાણીના નિકાલની વ્યવસ્થાનું નિર્માણ, ગામમાં સાફસફાઈનું માળખું, અંગત શૌચાલયો અને પર્યાવરણીય પગલાંને મચ્છરના પ્રસારને નિયંત્રણમાં લેવા મનેરગા યોજનામાં સામેલ કરી શકાશે અને આદિવાસી વિસ્તારોમાં પ્રાથમિકતાના ધોરણે પૂર્ણ કરવા જોઈએ.

૨. આદિવાસી વિસ્તારોમાં ઘરગથ્થુ ઉપયોગ માટે અસ્વચ્છ અને બાયોમાસના દહનમાં ઘટાડો કરવા સૌર ઊર્જા, ખાસ કરીને સોલર કૂકર, વોટર હિટર્સનો ઉપયોગ કરવો અને લાઇટ્સનો ઉપયોગ વધારવો. તેનાથી વૃક્ષોનું સંરક્ષણ કરવામાં મદદ પણ મળશે.

૩. બાળકો, પુખ્તો અને ગર્ભવતી મહિલાઓના પોષણ સ્તરમાં વધારો કરવો આદિવાસી વસતિ માટે મહત્ત્વપૂર્ણ છે. આદિવાસી વિસ્તારોમાં પોષણની જાગૃતિ અને સ્તનપાનના કાર્યક્રમોને રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ આજીવિકા અભિયાન સાથે જોડીને અને ગામડાઓમાં મહિલાઓના બચત જૂથો સાથે સારી રીતે અમલ કરી શકાશે.

૪. આલ્કોહોલ (શરાબ) અને તમાકુના વ્યસનને નિયંત્રણમાં લેવાથી ઘર માટે સ્વાસ્થ્ય અને આવકની ઉપલબ્ધતામાં વધારો થશે.

૪. આદિવાસી લોકોનું સશક્તિકરણ અન્ય એક મુખ્ય સિદ્ધાંત છે. તેમના સ્વાસ્થ્યની સારસંભાળ રાખવા સરકાર કે સમાજ પર નિર્ભર રહેવાની બદલે તેમની ક્ષમતાનું નિર્માણ કરવું લાંબાગાળાનું સમાધાન છે. જોકે તેનો અર્થ એ નથી કે સરકાર કે સમાજે આદિવાસી લોકોની જવાબદારીમાંથી હાથ ઊંચા કરી દેવા. પણ સ્થાનિક લોકોની ક્ષમતાનું નિર્માણ કરીને આ જવાબદારીનું વહન લાંબા સમય સુધી કરી શકાશે. બીજા શબ્દોમાં કહીએ તો, હેલ્થકેર સેવાઓ પ્રદાન કરવાને બદલે સ્વાસ્થ્યની સારસંભાળ માટે ક્ષમતાનું નિર્માણ કરવા નીતિ બનાવવી જોઈએ. આ સિદ્ધાંત હેલ્થકેરના આયોજનમાં માર્ગદર્શન આપવો જોઈએ - ખાસ કરીને ક્યાં, ક્યારે અને કેવી રીતે હેલ્થકેર પ્રદાન કરવામાં આવશે તેની પસંદગીમાં.

૫. સદીઓથી વૈજ્ઞાનિક અને તર્કબદ્ધ અભિગમની ખોટ પૂરી કરવા આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થકેરને સર્વોચ્ચ પ્રાથમિકતા આપવી મહત્ત્વપૂર્ણ છે અને આ માટે સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત સાક્ષરતા લાવવી જોઈએ, જે માટે સામૂહિક શૈક્ષણિક પદ્ધતિઓ, પરંપરાગત માધ્યમો અને શાળાના અભ્યાસક્રમનો ઉપયોગ કરવો જોઈએ. સ્થાનિક બોલીમાં સંચાર માટે અને ટેકનોલોજીનો ઉપયોગ કરવા ઘણી તક રહેલી છે.

૬. મોટી સંખ્યામાં અનુસૂચિત જનજાતિના બાળકો અને યુવાનો - એક કરોડથી વધારે - અત્યારે શાળાઓમાં છે. આ તેમનું સ્વાસ્થ્ય સુધારવા અને તેમનામાં સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત જાણકારી પ્રદાન કરવા માટે મોટી તક પ્રદાન કરે છે. પ્રાથમિક શાળાઓ, માધ્યમિક શાળાઓ, આશ્રમ શાળાઓ અને આંગણવાડીઓ સહિત તમામ શૈક્ષણિક કેન્દ્રો પ્રાથમિક સ્વાસ્થ્ય માહિતી કેન્દ્રો બનવા જોઈએ.

૭. પરંપરાગત ઉપચારકો અને દાયણો સ્વદેશી હેલ્થકેરમાં મહત્ત્વપૂર્ણ ભૂમિકા ભજવે છે. તેમને દૂર રાખવાને બદલે હેલ્થેકરમાં તેમનો સહકાર મેળવવાનો વિકલ્પ ચકાસવો જોઈએ.

૮. ભૌતિક અંતર ઉપરાંત સાંસ્કૃતિક તફાવત આદિવાસી લોકોને અન્યથી અલગ કરે છે. આદિવાસી વસતિને હેલ્થકેર સેવા સ્થાનિક ભાષામાં પ્રદાન કરવી જોઈએ, જેથી આ અંતર ઘટાડી શકાય.

૯. આદિવાસી વિસ્તારો માટે હેલ્થકેર ડિલિવરી સિસ્ટમ નજીકમાં પ્રદાન કરવી જોઈએ. એક ચાઈનીઝ કહેવત છે - માંદા બાળકને લઈને કોઈ માતા કેટલું અંતર કાપી શકે? હેલ્થકેર આદિવાસી વિસ્તારોમાં ઊભી કરવી જોઈએ. આદિવાસીઓ જંગલોમાં રહે છે એટલે હેલ્થકેર સુવિધાઓ તેમના ગામમાં ઊભી કરવી જોઈએ. ૬૦ વર્ષની નિષ્ફળતામાંથી આપણે શીખવું જોઈએ કે જે તે વિસ્તારની બહાર હેલ્થકેર સુવિધા એ વિસ્તારના લોકો માટે વ્યવહારિક સમાધાન નથી. આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થકેર એવી રીતે ઊભી કરવી જોઈએ કે સ્વાસ્થ્ય પ્રોત્સાહન અને નિવારણ તેમજ પ્રાથમિક સારસંભાળનો નોંધપાત્ર હિસ્સો ગામની અંદર જ પ્રદાન કરવો જોઈએ.

૧૦. આદિવાસી લોકોમાં વ્યસને બહુ મોટું નુકસાન કર્યું છે. તે સ્વાસ્થ્યની સાથે સાથે ઉત્પાદકતા, કુટુંબની આવક, સામાજિક સંવાદિતા અને છેવટે

વિકાસને પણ અસર કરે છે. આ કારણે ૧) ભારત સરકારના ગૃહ મંત્રાલયે ૧૯૭૬માં આદિવાસી વિસ્તારો માટે માન્ય કરેલી એક્સાઈઝ પોલિસીનો અમલ અસરકાર રીતે થવો જોઈએ. ૨) ઉપરાંત તમાકુ અને દવાઓની ઉપલબ્ધતા અને વપરાશ અતિ નિયંત્રિત હોવો જોઈએ. આ પ્રયાસો આદિવાસી પેટાયોજનાનો મહત્ત્વપૂર્ણ ભાગ હોવો જોઈએ. ૩) આદિવાસી વસતિમાં આલ્કોહોલ અને તમાકુ ઉત્પાદનોની ઉપલબ્ધતા અને ઉપયોગ તેમજ રાજ્યો દ્વારા નિયંત્રણ નીતિઓના અમલીકરણ પર પસંદગીના માપદંડો પર નજર રાખવી જોઈએ.

૧૧. આદિવાસી વસતિના પ્રમાણમાં આદિવાસી પેટા યોજના (ટીએસપી) બજેટ વધારાનું ઈનપુટ બનવું જોઈએ અને આદિવાસી વિસ્તારોમાં સ્વાસ્થ્ય વિભાગની નિયમિત પ્રવૃત્તિઓ માટે નિયમિત બજેટનો વિકલ્પ ન બનવો જોઈએ. આદિવાસી વિસ્તારોમાં નિયમિત હેલ્થ બજેટ ઉપરાંત કુલ ટીએસપી બજેટના ઓછામાં ઓછો ૧૫ ટકા હિસ્સો સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર, આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય યોજના માટે ફાળવવા જોઈએ.

૧૨. આદિવાસી વસતિ પરનો ડેટા આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થ કાર્યક્રમોના આયોજન, નિરીક્ષણ અને મૂલ્યાંકન માટે મૂળભૂત બાબત છે. તમામ રાષ્ટ્રીય ડેટા વ્યવસ્થા - વસતિગણતરી, એસઆરએસ, એનએફએચએસ, એનએસએસઓ, ડીએલએચને જિલ્લા સ્તરે સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત ચોક્કસ માપદંડો પર આદિવાસી કેન્દ્રિત અંદાજો મેળવવા અને યોજના બનાવવા કહેવું જોઈએ. આદિવાસી વસતિ માટે કુલ બજેટનો એક ટકા હિસ્સો સ્થાનિકથી રાષ્ટ્રીય સ્તરે આદિવાસી વસતિ પર વિશ્વસનિય, સમયસર, પ્રસ્તુત ડેટા ઊભા કરવા માટે ફાળવવો જોઈએ. આ મહત્ત્વપૂર્ણ માધ્યમ - હકીકતો પ્રદાન કરશે - જે પ્રોગ્રામ મેનેજર્સ, નીતિનિર્માતાઓ અને અનુસૂચિત જનજાતિની વસતિને માર્ગદર્શન પ્રદાન કરવા જરૂરી છે.

ભવિષ્યનો માર્ગ

ભારત સરકારના આરોગ્ય અને કુટુંબ કલ્યાણ મંત્રાલય અને આદિવાસી બાબતોના મંત્રાલય આદિવાસીઓના સ્વાસ્થ્ય અને હેલ્થકેરની વર્તમાન સ્થિતિથી સંતુષ્ટ નથી. આ બંને મંત્રાલયોએ આદિવાસીઓના સ્વાસ્થ્ય પર નિષ્ણાતોની સમિતિ રચી છે. ગ્રૂપને રાજ્યોમાં આદિવાસી વિસ્તારોમાં આદિવાસીઓના સ્વાસ્થ્યની સ્થિતિની સમીક્ષા કરવાની અને આદિવાસી વિસ્તારોમાં જિલ્લા સ્વાસ્થ્ય યોજના માટે માળખું બનાવવા સહિત યોગ્ય સોલ્યુશન્સની ભલામણ કરવાની જવાબદારી ફાળવવામાં આવી છે[૫]. નિષ્ણાતોની સમિતિએ વર્તમાન સ્થિતિની સમીક્ષા કરી છે, અને સંભવિત સોલ્યુશન્સ ચકાસ્યાં છે. આદિવાસી વિસ્તારોમાં હેલ્થકેરની શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિઓ પર તાજેતરમાં સર્ચ, ગડચિરોલીમાં કાર્યશાળા યોજાઈ હતી, જે દેશમાં કદાચ પ્રથમ હતી. તેમાં ૨૩ શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિઓ રજૂ કરવામાં આવી હતી અને તેના પર ચર્ચા કરવામાં આવી હતી.

આપણે આ નિષ્ણાત જૂથના રિપોર્ટ પર વિચાર કરવો જોઈએ. તેમાંથી ભવિષ્યનો માર્ગ મળશે તેવી આશા છે.

સંદર્ભ :

૧. ભારતની વસતિગણતરી (૨૦૧૧)
૨. આદિવાસી લોકોની સામાજિક-આર્થિક સ્થિતિ પર ઉચ્ચસ્તરીય સમિતિનો રિપોર્ટ, આદિવાસી મંત્રાલય, ભારત સરકાર. (૨૦૧૪)
૩. વસતિગણતરી (૨૦૦૧ અને ૨૦૧૧)
૪. નેશનલ ન્યૂટ્રિશન મોનિટરિંગ બ્યૂરો, ટેકનિકલ રિપોર્ટ ૨૫, નેશનલ ઈન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ ન્યૂટ્રિશન, હૈદરાબાદ.
૫. આરોગ્ય અને કુટુંબ કલ્યાણ મંત્રાલય, ભારત સરકાર, આદિવાસીઓના સ્વાસ્થ્ય પર નિષ્ણાત સમિતિની રચના (૨૦૧૩)

લેખક ડૉ. અભય બાંગ, એમડી, એમપીએચ, ડી. એસસી (માનદ) છે. છેલ્લાં ૩૦ વર્ષથી આદિવાસી જિલ્લા મહારાષ્ટ્રના ગડચિરોલીમાં રહે છે અને કામ કરે છે, જ્યાં તેઓ બિનસરકારી સંસ્થા સર્ચના સ્થાપક ડિરેક્ટર છે. તેઓ અત્યારે ભારત સરકારની આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય પર નિષ્ણાત સમિતિના ચેરમેન છે. તેમણે લાન્સેટ સહિત રાષ્ટ્રીય અને આંતરરાષ્ટ્રીય જર્નલ્સમાં વિસ્તૃતપણે લખ્યું છે. તેઓ અને તેમની સંસ્થાને 'મહારાષ્ટ્ર ભૂષણ' અને ટાઈમ મેગેઝિનનો 'ગ્લોબલ હેલ્થ હીરો' સહિત ૬૦થી વધારે એવોર્ડ મળ્યાં છે.

યોજના વાંચો
યોજના વંચાવો
યોજના વસાવો

માનસિક આરોગ્ય અને તેની સારવાર

અર્પણ એ. નાયક

માનસિક બીમારી એ એવી બીમારી છે જેનાથી વ્યક્તિ વાણી-વ્યવહારમાં મુશ્કેલી અનુભવે છે. જેનાથી રોજબરોજની જરૂરિયાતો અને કાર્યો બજાવવામાં અક્ષમતા અનુભવે છે. માનસિક બીમારી માટે ભારતમાં સામાન્ય રીતે આ પ્રમાણે સમજવામાં આવે છે. ડબલ્યુ.એચ.ઓ.ના જણાવ્યા મુજબ માનસિક બીમારી એ એક એવી તબીબી પરિસ્થિતિ છે જેનાથી વ્યક્તિના સામાજિક, ભાવાત્મક,બોધાત્મક શક્તિમાં રોજિંદી અક્ષમતા સાબિત થાય છે. આવી ઘણી બધી અલગ અલગ માનસિક સ્થિતિને માનસિક બીમારી તરીકે ઓળખવામાં આવે છે.

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા એ ૭ એપ્રિલ ૧૯૪૮માં આરોગ્યની વિભાવના સમજાવતા સ્પષ્ટ કર્યું છે કે સ્વસ્થ આરોગ્ય એટલે માત્ર રોગની ગેરહાજરી જ નહીં, પરંતુ શારીરિક, માનસિક, સામાજિક અને આધ્યાત્મિક રીતે સર્વાંગી સુગ્રથિત માળખું.

ઉપરોક્ત વ્યાખ્યામાં વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાએ નીચેના સ્વસ્થતા માટેના પાસાઓ ઉપર પ્રકાશ પાડ્યો છે. જેમાં વ્યક્તિનું તંદુરસ્ત શારીરિક માળખું, માનસિક સમાયોજન, સામાજિક સમન્વય અને આધ્યાત્મિકતા થકી વ્યક્તિના જીવનને સ્પર્શતા અગત્યનાં પાસાંઓ પર પ્રકાશ ફેંકવાનો પ્રયત્ન કરવામાં આવેલ છે.

આજની પરિસ્થિતિમાં વ્યક્તિના દરેક પાસાઓમાં ઊંડાણથી ડોકિયું કરીએ તો જાણવા મળશે કે વ્યક્તિ ખરેખર કોઈના કોઈ પરિણામથી દુઃખ ભોગવી રહેલ છે. જે માત્ર શારીરિક કે માનસિક જ નહીં પરંતુ સામાજિક કે આર્થિક રીતે ગંભીર અસમતોલનની સ્થિતિનો અનુભવ કરી રહેલ છે.

તેવી જ મહત્ત્વની સમસ્યા એ માનસિક આરોગ્ય અને માનસિક સમસ્યાની છે. એ માત્ર ગરીબીનો સામનો કરતા દેશો જ અનુભવે છે તેવું નથી. પરંતુ સાધન સંપન્ન દેશો પણ ગંભીર રીતે સામનો કરી રહેલ છે.

માનસિક આરોગ્ય એ વિજ્ઞાનની અગત્યની શાખા છે. જે કેવી રીતે માનસિક રીતે સ્વસ્થ રહી શકાય તેનો અને માનસિક અસ્વસ્થતાનો અભ્યાસ કરે છે. જ્યારે માનસિક સ્વાસ્થ્ય એટલે માનસિક પ્રક્રિયાઓની સફળ કામગીરી કે જે સ્થિર મન અને વર્તણૂકને કારણે છે, જેના પરિણામે તે ઉત્પાદક ક્રિયાઓ કરે છે. સુમેળ સંબંધો જાળવે છે, પરિવર્તનને અનુકૂળ થાય છે, બદલાય છે અને પ્રતિકૂળ પરિસ્થિતિનો સામનો કરે છે. (સેડોક એન્ડ સેડોક, ૨૦૦૩)

માનસિક બીમારી એટલે શું ?

માનસિક બીમારી એ એવી બીમારી છે જેનાથી વ્યક્તિ વાણી-વ્યવહારમાં મુશ્કેલી અનુભવે છે. જેનાથી રોજબરોજની જરૂરિયાતો અને કાર્યો બજાવવામાં અક્ષમતા અનુભવે છે.

માનસિક બીમારી માટે ભારતમાં સામાન્ય રીતે આ પ્રમાણે સમજવામાં આવે છે.

ડબલ્યુ.એચ.ઓ.ના જણાવ્યા મુજબ માનસિક બીમારી એ એક એવી તબીબી પરિસ્થિતિ છે જેનાથી વ્યક્તિના સામાજિક, ભાવાત્મક,બોધાત્મક શક્તિમાં રોજિંદી અક્ષમતા સાબિત થાય છે. આવી ઘણી બધી અલગ અલગ માનસિક સ્થિતિને માનસિક બીમારી તરીકે ઓળખવામાં આવે છે.

ડી.એસ.એમ.-ફોરથ ટી.આર

મુજબ માનસિક બીમારી એ વાર્તનિક અથવા મનોવૈજ્ઞાનિક લક્ષણો અથવા રચના છે જેને તનાવ કે વિકલાંગતા સાથે સંકળાયેલ છે, જેમાં અમુક લક્ષણો કે રચનાનો સમાવેશ થતો નથી. જેમ કે સામાજિક અને સાંસ્કૃતિક રીતે સ્વીકાર્ય એવા વર્તનનો સમાવેશ થવો જેવા કે નજીકના વ્યક્તિના મૃત્યુ દરમ્યાન જે લક્ષણો ઊભા થાય છે તેવા તેમજ તેના જેવા બીજા કેટલાય.

સામાન્ય રીતે માનસિક બીમારી ખાસ કરીને વ્યકિત જયારે કોઈ પરિસ્થિતિનો વાસ્તવિકતાના ધોરણે સામનો કરતા નથી અને જે લક્ષણો ઊભા થાય છે અને અલગ અલગ બચાવ કરવાની યુક્તિનો ઉપયોગ કરે છે ત્યારે માનસિક બીમારીની અવસ્થામાં હોઈ શકે છે.

અસાધારણ વર્તન સમજતા પહેલાં આપણે સામાન્ય વર્તનના કેવા લક્ષણો હોય તેની સમજણ મેળવવી આવશ્યક છે.

- અંગત સમસ્યા, મુશ્કેલી સાથે સમાયોજિત વર્તન.
- સામાજિકતા.
- પરિસ્થિતિ અનુરૂપ વર્તન
- રોજિંદી ક્રિયાનું પાલન
- સ્વયંસ્ફૂર્તિ
- અનુભવમાંથી શીખવાની શક્તિ
- વાસ્તવિકતા સાથે સંપર્ક
- સલામતિની પર્યાપ્ત લાગણી
- વાસ્તવિક રીતે બીજાનું અને પોતાના મૂલ્યાંકનની આવડત
- પોતાની અને કુટુંબની કાળજી લેવાની ભાવના.
- વાણી-વર્તનમાં સામ્યતા.

માનસિક બીમારીનું સમાજમાં પ્રમાણ :

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાએ ૨૦૦૧ના વર્ષમાં બહાર પાડેલ એક સંદેશમાં જણાવ્યું છે કે, સમગ્ર વિશ્વમાં દર ચાર વ્યક્તિએ એક વ્યક્તિ જિંદગીમાં ક્યારેકને ક્યારેક માનસિક અથવા ચેતાતંતુ સંબધિત માનસિક તકલીફનો અનુભવ કરે છે.

ભારત સરકારના આર્થિક અને આરોગ્ય રાષ્ટ્રીય આયોગના ૨૦૦૫ના અહેવાલમાં જણાવ્યા અનુસાર ભારતમાં ૬.૫ ટકાના દરે લોકો ગંભીર પ્રકારની માનસિક તકલીફ અનુભવી રહ્યા છે. જે અનુસાર ભારતમાં ૭૧૦ લાખ લોકો માનસિક બીમારીનો સામાનો કરી રહ્યા છે.

એચ.સી. ગાંગુલીના જણાવ્યા અનુસાર ભારતમાં ૧૦૦૦ની વસ્તી દીઠ ૭૩ લોકો ગંભીર માનસિક બીમારી અનુભવતા હોય છે. જેમાં ગામડામાં ૧૦૦૦માંથી ૭૦.૫ અને શહેરમાં ૭૩ ટકાના દરે માનસિક તકલીફ અનુભવતા હોય છે.

ભારતમાં સામાન્ય રીતે માનસિક બીમારીનું પ્રમાણ ૧૦૦૦ની વસ્તીએ ૭૩ ટકાના ધોરણે ગંભીર પ્રકારની માનસિક બીમારી જોવા મળે છે. જેમાં નીચે મુજબ અલગ અલગ બીમારીનું પ્રમાણ જોવા મળી રહ્યું છે.

- સ્કિઝોફ્રેનિયા બીમારીનું પ્રમાણ ૧૦૦૦ની વસ્તીએ ૨.૫ ટકાના ધોરણે.
- અફેક્ટીવ ડિસઑર્ડર બીમારીનું પ્રમાણ ૧૦૦૦ની વસ્તીએ ૩૪ ટકાના ધોરણે.
- ચિંતાલક્ષી બીમારીનું ૧૦૦૦ની વસ્તીએ ૧૬.૫ ટકાના ધોરણે.
- હિસ્ટેરીયા બીમારીનું ૧૦૦૦ની વસ્તીએ ૩૩ ટકાના ધોરણે.
- મંદબુદ્ધિ સામાન્ય રીતે ૧૦૦૦ની વસ્તીએ ૫.૩ ટકાના ધોરણે.

ગુજરાત સરકારના ૨૦૦૩ના મિશન રિપોર્ટ ૨૦૦૩ના પ્રાયોરિટીઝ ઑફ મેન્ટલ હેલ્થ સેક્ટર ડેવલપમેન્ટ ઈન ગુજરાત, ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ હેલ્થ એન્ડ ફેમિલી વેલ્ફેર, ગુજરાત સરકાર, ભારત દ્વારા નીચે મુજબ માનસિક તકલીફોનું પ્રમાણ દર્શાવવામાં આવેલ છે.

	પ્રમાણ શ્રેણી		
	સમુદાય	પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દો/સમુદાય આરોગ્ય કેન્દ્ર	કોને સૌથી વધુ થાય છે.
સી.એમ.ડી (સામાન્ય મનોવિકાર	૩.૨૩% થી ૧૩.૯%	૧૧% થી ૪૬.૫%	સ્ત્રીઓ, નિરીક્ષર લોકો, આર્થિક અને સામાજિક રીતે પછાત વર્ગના લોકો, આપત્તિ ગ્રસ્ત/હિંસાનો ભોગ બનેલ
માદક પદાર્થોનું વ્યસન	૧૭.૩% થી ૩૮.૬%		પુરુષો, વૃદ્ધોનિવૃત પુરુષો, બેરોજગાર, આર્થિક અને સામાજિક રીતે પછાત વર્ગના લોકો, યુવાન મજૂર વર્ગ
એસ.એમ.ડી (તીવ્ર મનોવિકાર)	૧૬૧% થી ૧૪.૨%		સ્થળતાંરિત લોકો, સામાજિક રીતે એકલા પડી જવું, નિરક્ષરતા, આર્થિક અને સામાજિક રીતે પછાત વર્ગના
સમગ્રતયા મનોવિકાર	૪.૮% થી ૨૬.૯%	૧૮.૪% થી ૫૩.૭%	આર્થિક અને સામાજિક રીતે પછાત વર્ગના

માનસિક બીમારી માટેના કારણો :

(૧) મગજના આકાર અને મગજમાં રહેલ રાસાયણિક બંધારણમાં ફેરફારો : મગજમાં આવેલ અલગ અલગ ભાગોના બંધારણમાં કોઈ સંજોગોમાં ફેરફાર થવાના લીધે જેવા કે તેના આકારમાં ફેરફાર કે બાયોકેમિકલ ફેરફારના લીધે માનસિક બીમારી જન્મી શકે છે. મગજનો તાવ, કોઈ જાતનું ગંભીર ઈન્ફેક્શન થવાથી, મગજમાં લોહી નહીં પહોંચવાના લીધે, હેમરેજ થવાના લીધે, મગજના કોઈ ભાગમાં ગાંઠ થવાના લીધે, લાબા સમયથી આલ્કોહોલ કે કેફી પ્રદાર્થોનું સેવન કરવાના લીધે, પોષણની ખામીના લીધે તેમજ સારવાર ન કરાવેલ ખેંચની બીમારીના લીધે અલગ અલગ માનસિક બીમારી થઈ શકે છે.

(૨) વારસાગત પરિબળના લીધે પણ માનસિક બીમારી થઈ શકે છે : ઘણા ઓછા કેસોમાં વારસાગત પરિબળોના લીધે માનસિક બીમારી જોવા મળે છે. પણ મોટા ભાગના કેસોમાં ઘરમાં કોઈપણ વ્યક્તિને ન હોય છતાં પણ આ બીમારી જોવા મળે છે. વારસાગત કારણો ઉપરાંત પણ બીજા કારણો સંકળાઈને માનસિક બીમારી થઈ શકે છે. વારસાગત પરિબળો ચોક્કસથી વ્યક્તિની સમસ્યા સમાધાનની શક્તિ પર તેમજ નક્કી કરવાની પદ્ધતિ પર અસર કરે છે તેના લીધે પણ સમાયોજન શક્તિ તે પ્રમાણે વિકસવાના લીધે પણ માનસિક બીમારી થઈ શકે છે.

(૩) બાળપણના અનુભવોના લીધે માનસિક તકલીફ : યોગ્ય રીતે પ્રેમભાવના અભાવના લીધે, આવેગોની અભિવ્યક્તિની ખામી, યોગ્ય માર્ગદર્શનના અભાવથી માનસિક તકલીફ થઈ શકે છે. બાળકોમાં પ્રેરણા અને શિસ્તનું માર્ગદર્શન મળવાથી તંદુરસ્ત અને પરિપક્વ વિકાસ થઈ શકે છે. તેમજ માર્ગદર્શન ન મળવાના લીધે અને નકારાત્મક અનુભવોનો વારંવાર અનુભવ તે માનસિક બીમારી જન્માવી શકે છે. અને આવા વાતાવરણથી માત્ર બાળપણમાં જ નહીં પણ પુખ્ત થયા પછી પણ માનસિક બીમારી થઈ શકે છે.

(૪) ઘરનું વાતાવરણ : વારંવાર આકાર પામતા ઝઘડાવાળી પરિસ્થિતિ, કુટુંબના સભ્યોમાં ગેરસમજ, હુંફાળા વાતાવરણનો અભાવ, એકબીજા માટે વિશ્વાસનો અભાવ, જે બધા પરિબળો વ્યક્તિઓ પર બિનઆનંદિત અસરો ઊભી કરે છે અને તેમજ આવા વાતાવરણમાં રહેતા તનાવ ધરાવતા વ્યક્તિઓ વધુ માનસિક પીડા અનુભવે છે અને તેઓ આવેગોની અભિવ્યક્તિમાં તકલીફ અનુભવે છે. કારણ કે તેમની સમાયોજન શક્તિ વિકાસ પામી હોતી નથી અને આવેગોનું નિયંત્રણ કરી શકતા નથી.

(૫) સામાજિક કારણો : સારો વિકાસ પ્રાપ્ત કરવા માટે યોગ્ય તક ન મળવાના લીધે પણ માનસિક બીમારી થઈ શકે છે એ માનસિક બીમારી વિકાસ પામે છે. ગરીબી, બેરોજગારી, અન્યાય, અસુરક્ષા અને ગંભીર હરિફાઈ તેમજ કુદરતી આફતના અનુભવો પણ માનસિક બીમારી જન્માવી શકે છે.

(૬) વ્યક્તિગત ઘટકો : પોતાના વિશે ખરાબ માન્યતા, ખૂબ જ વિશાળ માત્રામાં સંઘર્ષો, વાસ્તવિકતા અને ખ્યાલો વચ્ચે મોટું અંતર, જીવનની ઘટનાઓ પ્રત્યે તનાવકારી બાબતો તરીકે જોવી, ખૂબ જ કથળેલા નૈતિક મૂલ્યો અને જીવનસ્તર, ખૂબ જ આત્મશ્લાઘા એટલે કે પોતે ખરાબ હોવાનો ભાવ વગેરે માનસિક બીમારી જન્માવી શકે છે.

માનસિક બીમારીના પ્રકારો :

(૧) ચિંતાલક્ષી બીમારી : જીવનમાં આવતા તનાવો, મુશ્કેલીઓ સાથે સમાયોજન સાધવામાં ખામીભર્યાં પ્રયત્નોમાંથી ચિંતાલક્ષી બીમારી જન્મી શકે છે. સામાન્ય રીતે પરિસ્થિતિ દુ:ખકારક કે ધાર્યા કરતા અવળી હોય ત્યારે તમામના વર્તનમાં તે સહન કરવા કરતા તે પરિસ્થિતિ સામે નથી અથવા બન્યું નથી તેવું વર્તન ઉદ્ભવે છે. જે વ્યક્તિઓને આ પ્રકારની તકલીફ હોય તેઓ અમુક ચોક્કસ વસ્તુઓ કે પરિસ્થિતિથી ભય, હતાશા અનુભવે છે. જેનાથી તેમના હૃદયના ધબકારા વધી જવા, પરસેવો છૂટવો, અંજપો, થાકની લાગણી, શાંતિથી બેસવામાં તકલીફ, શારીરિક સ્નાયુમાં તાણ અનુભવવી, વિચારોમાં અને બેચેનીમાં ઊંઘ ન આવવી વગેરે લક્ષણો સાથે વિવિધ ચિંતાલક્ષી બીમારીઓ ઊભી થાય છે. જેમાં સામાન્યકૃત ચિંતા, વિકૃત ભય, અનિવાર્ય મનોક્રિયા દબાણ, આઘાતજન્ય ઘટના બાદની માનસિક વિકૃતિઓ, તીવ્ર ગભરાટ જેવી બીમારીનો સમાવેશ થાય છે.

(૨) શારીરિક અને રૂપાંતરિત વિકૃતિઓ : શારીરિક ફરિયાદો સતત બે વર્ષ કે છ મહિનાથી અનુભવતા હોય અને જેમાં નીચેની શારીરિક ફરિયાદો જોવા મળતી હોય છે.

આંતરડા અને પેટ સંબંધી ફરિયાદો: પેટમાં દુખાવો, ઉલટી કે ઉબકા આવવા, પેટમાં ગેસ ભરાયો છે તેમ માનવું, મોઢાનો સ્વાદ બદલાઈ ગયો છે અને કોઈ સ્વાદ લાગતો નથી, ખાવાનું પચતું નથી, ઝાડાની વારંવાર ફરિયાદ કરવી.

શ્વાસ સાથે સંકળાયેલ બાબતોની ફરિયાદ : સરળતાથી શ્વાસ લેવામાં તકલીફ અનુભવવી, હૃદયમાં દુખાવો, ધબકારા વધી જવા વગેરે.

જાતીય અવયવો સાથે સંકળાયેલ બાબતોની ફરિયાદો : જનીન અવયવોમાં દુખાવો અથવા કોઈ તકલીફ ઊભી થઈ

છે તેમ માનવું, જાતીય અવયવોની આસપાસ દર્દ જેવી લાગણી થવી વગેરે તકલીફો.

ચામડી એન દર્દ સાથે સંકળાયેલ ફરિયાદો : ચામડીના આકાર અને રંગમાં ફેરફાર લાગવો, ચામડીમાં દુખાવો થતો હોય કે સાંધામાં દુખાવો થતો હોય તેમ લાગવું, સતત દુખાવા દર્દનો અનુભવ થવો.

આવી બીમારીઓ વધુ પડતા અંકુશવાળા વાતાવરણ અને સતત ડરવાળા વાતાવરણમાં રહેવાથી ફરિયાદો અનુભવાય છે.

બાળકોનો પરિપક્વ રીતે વિકાસ ન થવાના લીધે પણ આવી બીમારી આવી શકે છે. ભારત જેવા દેશમાં જ્યાં શારીરિક બીમારી માટે દવા આપવાનું વલણ છે જ્યારે માનસિક તકલીફમાં ઢોંગ કરે છે કે નાટક કરે છે તેવા પ્રતિસાદથી માનસિક તકલીફ ને શારીરિક માળખામાં રજૂ કરે છે જેથી આડકતરી રીતે વ્યક્તિ જણાવે છે કે મને મદદની જરૂરિયાત છે.

(૩) **મુડ ડીસઓર્ડર :** આ બીમારીને મનોચિકિત્સકો બાયપોલર મુડ ડીસઓર્ડર તરીકે પણ ઓળખે છે. જેમાં મેનીક અને ડિપ્રેશીવ બીમારી તરીકે બે પ્રકારનો પરિસ્થિતિ પ્રત્યેનો દેખાવ (મુડ) ઊભો થાય છે. આ બીમારીમાં સામાન્ય રીતે મુડ, શક્તિ અને કાર્ય કરવાની શક્તિમાં પરિવર્તન આવે છે. અને જે બીજાની સરખામણીએ અલગ હોય છે. જેમાં બીજાની સરખામણીમાં કાં તો મુડ તીવ્રતમ રીતે ઉચ્ચકક્ષાનો હોય છે. જેનો દેખાવમાં કે વાતચીતમાં અંદાજ આવી જતો હોય છે. બીજા પ્રકારનો મુડ એ ખૂબ જ હતાશાવાળો હોય છે. જેનાથી આત્મહત્યા કે નકારાત્મક વિચારો ઘર કરતા હોય છે. મેનીયા અને ડિપ્રેશનની બીમારીમાં મુડ અને વિચારોને તોડી નાખે છે. અને અયોગ્ય વર્તન કરે છે. અને પ્રવર્તમાન વિચારસરણીથી વિમુખ વર્તન થઈ જાય છે. અને ખામીભર્યું જીવન જીવે છે. આવું વર્તન કાં તો જૈવિક પરિબળોથી અથવા તો પછી મનોવૈજ્ઞાનિક ઘટકોના લીધે થાય છે. (બે અઠવાડિયા કે વધુ સમયથી જોવા મળતા હોય છે.)

મેનીક એપિસોડ : જેમાં કેટલીક વખતે ખૂબ જ ઉત્સાહી વર્તન હોય છે. પોતાના વ્યક્તિત્વમાં ખૂબ જ અભૂતપૂર્વ શક્તિનો અનુભવ અને દેખાવ કરે છે. જે કેટલીક વખતે પોતે સંપૂર્ણ રીતે સક્ષમ હોય તેવું વર્તન પ્રદર્શિત કરે છે. અને કોઈની ખલેલ પસંદ કરતો નથી. અને ખલેલથી છંછેડાય છે. અને ગુસ્સે થાય છે. અને મારઝૂડ કરતા ખચકાટ અનુભવતા નથી.

ડિપ્રેશિવ એપિસોડ : જેમાં દુઃખી અને નિરૂત્સાહી વલણ અને વર્તન જોવા મળે છે. જેનાથી કોઈ બાબતમાં નિર્ણય શક્તિનો અભાવ જોવા મળે છે. કેટલીક વખતે અપરાધભાવ કે કોઈ મદદરૂપ થઈ શકતા નથી. તેવી ભાવના મનમાં સતત અનુભવતા હોય છે. કાર્યો કરવામાં રસનો અભાવ, આનંદનો અભાવ, જાતીય સંબધોમાં પણ રસ ઊડી જાય છે. અશક્તિ મહેસૂસ કરતા હોય છે. આત્મહત્યાના વિચારો પણ આવતા હોય તેવું વર્તન પ્રદર્શિત કરતા હોય છે.

(૪) **સ્કિઝોફ્રેનીયા :** આ બીમારી યુવાન અને વયસ્કોમાં થતી વધુ ગંભીર પ્રકારની માનસિક તકલીફ છે. દર સો વ્યક્તિઓમાંથી એક વ્યક્તિને થતી બીમારી છે. ભારતમાં ૧ કરોડથી વધુ લોકો આ બીમારીથી પીડાય છે. જેમાં ચિત્તભ્રમ અને મતિભ્રમ જેવા લક્ષણો જોવા મળે છે.

વિચારો, વાણી, વર્તણૂક અને ભાવના બદલાય છે. વિચાર, વાણી અને વર્તનના સાતત્યનો અભાવ જોવા મળે છે. અજીબ વિચારો અને ખોટી માન્યતાઓ કે જે ગમે તેટલું સમજાવા છતાં બદલી શકાતી નથી. વ્યક્તિનું શંકાશીલ બનવું, લોકો મારા વિચારો વાંચી શકે છે તેવી ભ્રમણામાં રહે છે. અજીબ વર્તણૂક અને હાવભાવ વ્યક્ત કરે છે. કાલ્પનિક દુનિયા સાથે વાતચીત અને હાવભાવ વ્યક્ત કરે છે. ઘરની બહાર વિચરતા રહેવું, દૈનિક કાર્યો જેવા કે ન્હાવાનું, દાઢી કરવી, જમવું, કપડા બદલવા વગેરેનો ખ્યાલ ન આવવો. કારણ વિના હસ્યા કરવું, અરીસામાં જોઈ વાતો કરવી અને હસ્યા કરવું.

ભાવનાત્મક પાસાંઓમાં ફેરફાર જેવા કે એકબીજા સાથે સંપર્ક જાળવી રાખવામાં મુશ્કેલી અનુભવે છે. આત્મહત્યાના વિચારો અને પ્રયત્નો કરવામાં આવે છે. જેના પાછળ તાર્કિક કારણ ન હોવું, કાર્યમાં એકાગ્રતા ન હોવી, કાર્યોમાં ભૂલ થવી, કાર્યક્ષમતામાં ધરખમ ઘટાડો જોવા મળે છે. નોકરીમાં ગેરહાજરી અને જવાબદારીનો અભાવ કે નોકરી વારંવાર બદલવી, કેટાટોનિક સ્કિઝોફ્રેનીયા, પેરાનોઇડ, સ્કિઝોઅફેક્ટિવ, એક્યુટ અનડ્રીફ્ટાઇડ, ક્રોનિક અનડ્રીફ્ટાઇડ વગેરે સ્કિઝોફ્રેનીયાના પેટા પ્રકારોનો સમાવેશ થાય છે.

(૫) **આત્મહત્યા :** સમગ્ર વિશ્વમાં દરરોજ દોઢ હજાર લોકો આત્મહત્યા કરે છે. દર ચાલીસ સેકન્ડે એક વ્યક્તિ આત્મહત્યાના લીધે મુત્યુ પામે છે. જેની બીજા છ વ્યક્તિ પર હકારાત્મક અસર ઊભી થાય છે. આત્મહત્યાની વાત સાથે તેના વિશે સમાજમાં ખૂબ જ ગેરમાન્યતા પ્રવર્તે છે કે આત્મહત્યાની વાત કરવી તે બીજાને આત્મહત્યા વિશે પ્રેરવા જેવું છે. પરંતુ આત્મહત્યાની વાત કરવાથી ખરેખર જે વ્યક્તિ તેના વિચારોથી ઘેરાયેલ છે, તેને મદદ મળી રહેશે. તેવું અનુભવે

સાચું ઠરેલ છે. માનસિક અંશાતિ, અંજપો, હરણફાળ, હરિફાઈ, વૈશ્વિક મંદી, સમાજ વ્યવસ્થામાં તૂટ, ભગ્ન કુંટુંબ, ભણતરનો ભાર, સમાયોજનના પ્રશ્નો વગેરે આત્મહત્યા માટે પ્રેરી શકે છે. આત્મહત્યા કરનાર વ્યક્તિ મોટા ભાગે હતાશા નામની માનસિક બીમારીનો સામનો કરતા હોય છે.

બીજી ગેરમાન્યતા એ પણ છે કે આત્મહત્યાની વાતો કરનાર વ્યક્તિ ખરેખર મરતા નથી. વાસ્તવમાં તેઓ મદદ ઝંખી રહ્યા છે ત્યારે કોઈ સમક્ષ વાત કરતા હોય છે અને મદદ ન મળતા આત્મહત્યાના વિચારોને અમલમાં મૂકે છે.

આત્મહત્યા માટે એવી પણ ગેરમાન્યતા છે કે નબળા મનના માણસો આત્મહત્યા કરતા હોય છે. વાસ્તવમાં વિપરીત પરિસ્થિતિમાં હરહંમેશ દરેક વ્યક્તિ નિરાશાનો અનુભવ કરતા હોય છે. પરંતુ કોઈને મદદ મળે છે. સામાજિક હૂંફ મળી રહેતી હોય છે તો કોઈને મદદ નથી મળતી આવા કિસ્સામાં આત્મહત્યા થતી હોય છે.

આત્મહત્યા ખાસ એવા જૂથોમાં વધુ જોવા મળે છે જેમ કે લાંબા સમયથી બીમારી સાથે જીવન જીવતા લોકો આત્મહત્યાના પ્રયાસો કરતા હોય છે. તેમજ સમાજ ન સ્વીકારે તેવી બીમારી થવાથી પણ આત્મહત્યાના વિચારો આવતા હોય છે. સમાજ કે કુંટુબ નહીં સ્વીકારે તેવી તમામ ઘટનાઓ કે પરિસ્થિતિમાં વ્યક્તિને આત્મહત્યાના વિચારો આવતા હોય છે.

(૬) દારૂના વ્યસનની બીમારી અને તેની સાથે સંકળાયેલ અન્ય વ્યસન : જીવનમાં આવતી મુશ્કેલીરૂપ પરિસ્થિતિનો સામનો કરવામાં અને રોજબરોજની જિંદગી બોજરૂપ લાગતી હોય તેઓ સહારો મેળવવા માટે આવા વ્યસનને સ્વીકારે છે. શરૂઆતમાં પાર્ટી કે પ્રસંગોપાત વ્યસન કરતા હોય છે પછી મહિને, અઠવાડિયે અને પછી દરરોજની ટેવ પડે છે. સામાજિક સહકારની ઉણપ અને વ્યક્તિત્વની ખામી અને સમાયોજનની ગંભીર તકલીફવાળા લોકો વ્યસન કરતા હોય છે.

વ્યસનની સમસ્યા એ પણ એક પ્રકારની માનસિક બીમારી છે. પરંતુ તેને બીમારીના સ્વરૂપમાં નહીં પરંતુ ટેવના સ્વરૂપમાં સ્વીકારવામાં આવે છે. ભારતમાં જ નહીં પરંતુ સમગ્ર વિશ્વમાં પુરુષો અને મહિલા પણ વ્યસનની ગંભીર સમસ્યાનો સામનો કરી રહેલ છે. સમાજમાં નાના બાળકો પણ વ્યસન કરવા લાગ્યા છે. દારૂ, અફીણ, ચરસ, ભાંગ તેમજ કેટલીક દવાને પણ વ્યસન તરીકે ઉપયોગમાં લેતા હોય છે.

(૭) પર્સનાલિટી ડિસઓર્ડર : આ પ્રકારની તકલીફ ધરાવતી વ્યક્તિઓ તીવ્ર અને જિદ્દી વ્યક્તિત્વના લક્ષણો ધરાવે છે. જે તેમને પોતાને તણાવની સ્થિતિમાં રાખે છે અને નોકરી, ભણતર, કે સામાજિક સંબધોમાં મુશ્કેલીઓ સર્જે છે. તેમજ વ્યક્તિની વિચારસરણી અને વર્તન, સમાજની અપેક્ષાઓથી વિપરીત હોય છે. એન્ટિસોશ્યલ પર્સનાલિટી ડીસઓર્ડર, ઓબ્સેસિવ કમ્પલસીવ પર્સનાલિટી ડિસઓર્ડર અને પેરાનોઇડ પર્સનાલિટી ડીસઓર્ડર વગેરે બીમારીઓનો આમાં સમાવેશ થાય છે.

(૮) એપીલેપ્સી : વાઇ એ મગજની કાર્યક્ષમતામાં થતી ખામીને કારણે ઊભી થતી તકલીફ છે, જેમાં દર્દીને અમુક પ્રકારના અણધાર્યા હુમલા કે જેને સામાન્ય ભાષામાં આંચકી, ખેંચ કે તાણ કહીએ છીએ તેનો અનુભવ થાય છે. વાઇ પહેલાના સમયમાં વીજળીના રોગ તરીકે ઓળખાતો હતો. વાઇ કે ખેંચ એ હુમલાના સ્વરૂપે આવતા હોય છે. જેમાં શરીરમાં આંચકી આવવી, શરીર અક્કડ થઈ જવું અથવા શારીરિક હલન-ચલન, વિચારશક્તિ કે ચેતનાશક્તિ પરથી વ્યક્તિ અચાનક કાબૂ ગુમાવી દે એવું બને છે.

ખેંચ કોઈને પણ કોઈ પણ ઉંમરે અને કોઈપણ જીવનશૈલીમાં થઈ શકે છે દુનિયામાં કરોડ લોકો વાઇથી પીડાય છે. અને ભારતમાં લાખ લોકોને વાઇની બીમારી છે.

બાળકોમાં જન્મ સમયે થતી મગજની ઈજા, પ્રાણવાયુની ઉણપ, મગજનો ચેપ, બેક્ટેરિયલ, વાઇરલ, ગ્લુકોઝ, કેલ્શિયમ, મેગ્નેશિયમ જેવા તત્ત્વોની ઊણપ, જેનિટિક કે જનીન દ્રવ્યની ખામી, ભારે તાવ જેવા કે મેલેરિયા, મગજનો તાવ, ન્યુમોનિયા, ટાઇફોઇડ વગેરે કારણે વાઇ કે ખેંચ આવે છે.

મોટી ઉંમરે મગજમાં ઈજા, મગજની ગાંઠ, મગજનો ચેપ, પક્ષાઘાત કે લકવા, દવાની આડઅસરો, મગજના કોષોને નુકસાન કરતા રોગોથી વાઇ કે ખેંચ આવે છે આ ઉપરાંત દારૂ અને અન્ય વ્યસન, ઉંઘની ઉણપ, તીવ્ર ઉશ્કેરાટ, અતિશય તાવ, ખૂબ ગરમી પણ વાઇનો એકાદ હુમલો લાવે છે. ઇલેક્ટ્રો એનસેફલો ગ્રાફ એ મગજની ક્રિયાનો ગ્રાફ છે જે વાઇના નિદાનમાં અને વાઇનો પ્રકાર નક્કી કરવામાં મદદરૂપ થાય છે મગજના ફોટા (સીટી સ્કેન બ્રેઈન એન્ડ એમ.આર.આઈ) વાઇના કારણો શોધવામાં મદદરૂપ થાય છે. આ બીમારીમાં મોટા ભાગે દર્દીનું આખું શરીર કડક લાકડા જેવું થઈ જાય, પછી બધા જ અંગો હાથપગ લયમાં ઉછળે કે ખેંચાય, આંખો ઉપર જતી રહે, મોઢામાંથી ફીણ નીકળે, જીભ પણ કપાય જાય કે દાંત વચ્ચે આવી જાય, ઘણી વાર સંડાસ કે પેશાબ પણ કપડામાં થઈ જાય, શરીર ભૂરું પડી જાય, ઠંડું પડી જાય,

શ્વાસોચ્છ્વાસની ક્રિયા બદલાઈ જાય. આ બધું થોડી મિનિટ સુધી જ ચાલે છે.

(૯) બાળકોની માનસિક તકલીફો :

(૧) ડિસલેક્ષીયા : એટલે તેમાં ભણવામાં વિશિષ્ટ તકલીફ. આ ખાસ પ્રકારની બીમારી છે. આમાં બાળકની મુખ્ય તકલીફ વાંચવામાં લખવામાં અને ગણિત જેવા વિષયમાં હોય છે. આવા બાળકોનો ભણવામાં દેખાવ તેમની આવડતની સરખામણીમાં ઓછો હોય છે. તેવા બાળકોમાં મુખ્યત્વે માહિતીનું યોગ્ય અર્થઘટન કરવાની, માહિતીનો યોગ્ય સંગ્રહ કરવાની, જરૂરી માહિતીને યાદ કરવાની તકલીફ અનુભવે છે.

(૨) વધુ પડતા ક્રિયાશીલની તકલીફ : (એડીએચડી) એક જગ્યાએ સ્થિર ન બેસી શકવું, વધુ પડતી ચંચળતા હોવી, ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં તકલીફ હોવી.

(૩) મંદબુદ્ધિ : આ બીમારી નહીં પરંતુ બુદ્ધિઆંક ઓછો હોવાની પરિસ્થિતિ છે. જેમાં વિકાસ ધીમો હોય છે કે વિકાસમાં ઉણપ હોય છે. શારીરીક વિકાસ, માનસિક વિકાસ, સામાજિક સમજણ અને ભાષાના વિકાસમાં ખામી હોય છે. મંદબુદ્ધિ એ વિકાસની તકલીફમાં જોવા મળતી અતિ સામાન્ય પરિસ્થિતિ છે. મંદબુદ્ધિ મોટાભાગે જન્મથી જ જોવા મળે છે. બહુ ઓછા સંજોગોમાં સામાન્ય વિકાસ પછી મગજને થયેલા નુકસાનને લીધે મંદબુદ્ધિ થઈ શકે છે. સામાન્ય રીતે મંદબુદ્ધિ એ જિંદગીભર રહે છે. આવા બાળકોની બુદ્ધિ ઉંમરની સરખામણીમાં હંમેશાં ઓછી હોય છે. સામાન્ય વ્યક્તિનો બુદ્ધિઆંક ૮૦-૧૨૦ વચ્ચે હોય છે. ૮૦થી નીચેના લોકોનો મંદબુદ્ધિ કહી શકાય.

કેટલીક વખતે મંદબુદ્ધિવાળા વ્યક્તિને વર્તનની મુશ્કેલીઓ સર્જાય છે. તેવા સંજોગોમાં માનસિક આરોગ્યની હોસ્પિટલ ખાતે દાખલ કરી સારવાર કરી શકાય છે. મંદબુદ્ધિની સારવાર નથી પરંતુ તાલીમ આપી શકાય છે. (તાલીમ દ્વારા મંદબુદ્ધિના વ્યક્તિઓને મદદરૂપ બની શકાય છે.)

(૪) વાતે વાતે વિરોધની સમસ્યા : બાળકનું વર્તન અમુક અંશે વાલીના કાબૂ બહાર થઈ જાય છે અને તે કહ્યામાં નથી તેવી ફરિયાદ હોય છે.

(૫) ઊંઘમાં પેશાબ થઈ જવો : બાળક સામાન્ય રીતે પાંચ વર્ષનું થાય ત્યાં સુધીમાં પેશાબ પર કાબૂ કરી શકે છે. પરંતુ ક્યારેક તેઓને આવો કાબૂ આવતો નથી અથવા તો એક વાર કાબૂ આવી ગયા પછી ફરીથી પેશાબ પર કાબૂ ગુમાવે છે.

માનસિક બીમારીની સારવાર :

સારવારની રીત-૧ : માનસિક બીમારીમાં આજે અદ્યતન સારવાર સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. દવાઓ અને ઈન્જેક્શન બહારના દેશોમાં ઉપલબ્ધ છે. તેવી સારવાર ઘરઆંગણે પણ ઉપલબ્ધ છે. ૬ થી ૧૨ મહિના સુધી દવાઓ ચાલુ રાખવી જરૂરી છે,

સારવારની રીત-૨ વીજળીક શેક સારવાર : ઈસીટી ઝડપથી અસર કરે છે. સલામત અને ફાયદાકારક છે, ગંભીર માનસિક રોગોમાં અપાય છે આશરે ૬થી ૧૨ ઈસીટી આપવામાં આવે છે.

સારવારની રીત-૩ સાયકોથેરાપી : કેટલાક લોકોને ફક્ત દવાઓથી પૂરતો ફાયદો થતો નથી. કેમ કે આપણાં જીવનની ઉપાધિઓ પણ માનસિક તકલીફો ઊભી કરે છે. સાયકોથેરાપીમાં દર્દી સાથે વાતચીત કરવામાં આવે છે. સાયકોથેરાપીમાં ટેન્શન, ચિંતા, સમસ્યાઓનો વાતચીતથી ઉકેલ લાવવામાં આવે છે. સારવાર માટે સારી ઊંઘ મહત્ત્વની છે. સારી ઊંઘ માટે દિવસે મહેનતવાળું કામ કરવું, દિવસે ઊંઘવાનું ટાળવું, રાતે સુવાના બે કલાક પહેલા જમવું જોઈએ. રાત્રે ચા, કૉફી, તમાકુનું સેવન ન કરવું. માનસિક રીતે સ્વસ્થ રહેવા માટે દરરોજ ઓછામાં ઓછી ૩૦ મિનિટ કસરત કરવી જોઈએ.

વધુ વિગત અને સારવાર માટે સંપર્ક સાધો : માનસિક આરોગ્યની હૉસ્પિટલ, દિલ્હી દરવાજા બહાર, શાહીબાગ રોડ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૪ ફોન : ૦૭૯-૨૫૬૨૨૪૮૫

સંદર્ભ ગ્રંથો :

- Ganguli HC. Epidemiological findings on prevalence of mental disorders in India. Indian J Psychiatry. 2000; 42:14–20.
- World Health Organization: Global burden of disease project. Department of Measurement and Health Information. 2004.
- NCMH Background Papers – Burden of diseases in India, National Commission of Macroeconomics and Health. 200…
- માનસિક રોગો, આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, ગુજરાત સરકાર ૨૦૦૮
- માનવ સેવાના ૧૫૦ વર્ષ, હૉસ્પિટલ ફોર મેન્ટલ હેલ્થ, અમદાવાદ ૨૦૧૪
- સામાન્ય મનોવિકારોની ઓળખ અને કાઉન્સેલિંગના કૌશલ્યો, સ્વાસ્થ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, ગુજરાત સરકાર, ભારત ૨૦૦૪

લેખક અમદાવાદ સ્થિત ગુજરાત રાજ્ય સરકાર સંચાલિત માનસિક આરોગ્યની હૉસ્પિટલમાં ૧૦ વર્ષથી સામાજિક કાર્યકર અને મનોચિકિત્સક તરીકે કાર્ય કરે છે.

ગુજરાત સરકારની આરોગ્યલક્ષી મહત્ત્વની યોજનાઓ

પરેશ દવે

ગરીબીરેખા હેઠળ જીવતા કુટુંબો અને મધ્યમવર્ગના કુટુંબો પોતાની આવકનો મોટો ભાગ ખર્ચી નાખતા હોય છે. જેથી ગરીબીરેખા હેઠળ જીવતા કુટુંબો અને મધ્યમવર્ગના કુટુંબોને ગંભીર પ્રકારની બિમારીના રોગોની સારવારમાં મદદ કરવાની સરકારની નૈતિક જવાબદારી છે. આમ, લાભાર્થીઓને ગંભીર પ્રકારની બિમારીઓમાં કેશલેસ સારવાર, એક ઉત્તમ પ્રકારની ગુણવત્તાસભર તબીબી સારવાર અને ઊંચા તબીબી ખર્ચ સામે નાણાકીય સુરક્ષા મળી રહે તે માટે ગુજરાત રાજ્યના તમામ જિલ્લાઓમાં ગરીબીરેખા હેઠળ જીવતા અંદાજે ૪૧.૪૭ લાખ કુટુંબો માટે મુખ્યમંત્રી અમૃતમ "મા" યોજના તા. ૪-૯-૨૦૧૨થી અમલમાં મુકેલ છે.

મુખ્યમંત્રી અમૃતમ "મા" યોજના અને "મા વાત્સલ્ય" યોજના

ગરીબીરેખા હેઠળ જીવતા કુટુંબો અને મધ્યમવર્ગના કુટુંબો પોતાની આવકનો મોટો ભાગ ખર્ચી નાખતા હોય છે. જેથી ગરીબીરેખા હેઠળ જીવતા કુટુંબો અને મધ્યમવર્ગના કુટુંબોને ગંભીર પ્રકારની બિમારીના રોગોની સારવારમાં મદદ કરવાની સરકારની નૈતિક જવાબદારી છે. આમ, લાભાર્થીઓને ગંભીર પ્રકારની બિમારીઓમાં કેશલેસ સારવાર, એક ઉત્તમ પ્રકારની ગુણવત્તાસભર તબીબી સારવાર અને ઊંચા તબીબી ખર્ચ સામે નાણાકીય સુરક્ષા મળી રહે તે માટે ગુજરાત રાજ્યના તમામ જિલ્લાઓમાં ગરીબીરેખા હેઠળ જીવતા અંદાજે ૪૧.૪૭ લાખ કુટુંબો માટે મુખ્યમંત્રી અમૃતમ "મા" યોજના તા. ૪-૯-૨૦૧૨થી અમલમાં મુકેલ છે. યોજનાની સફળતાને ધ્યાનમાં લઈ રાજ્ય સરકારે મુખ્યમંત્રી અમૃતમ "મા" યોજનાનો વ્યાપ વધારી વર્ષ ૨૦૧૪-૧૫માં "વાર્ષિક રૂ. ૧.૨૦ લાખ કે તેથી ઓછી આવક ધરાવતા મધ્યમ વર્ગના પરિવારો (કુટુંબના મહત્તમ પાંચ વ્યક્તિ) માટે મુખ્યમંત્રી અમૃતમ "મા વાત્સલ્ય" યોજના ૧૫-૦૮-૨૦૧૪થી અમલી કરેલ છે.

ગંભીર બિમારીઓ માટે કુટુંબદિઠ વાર્ષિક મહત્તમ રૂ. ૨,૦૦,૦૦૦/- (અંકે રૂપિયા બે લાખ) સુધીની કેશલેસ સારવાર ઉપલબ્ધ કરાવવામાં આવે છે. કુટુંબના મહત્તમ ૫ વ્યક્તિને (કુટુંબના વડા, પત્ની અને ૩ આશ્રિતો) લાભ મળવાપાત્ર છે. નવજાત શીશુને છઠ્ઠા સભ્ય તરીકે આ યોજનામાં આવરી લેવામાં આવે છે. યોજના અંતર્ગત લાભાર્થીઓને મળેલ નિયત સારવારનો નિયત ખર્ચ માન્ય હોસ્પિટલને સીધો સરકારશ્રી દ્વારા આપવામાં આવે છે. યોજના હેઠળ લાભાર્થીઓને હોસ્પિટલ ખાતે સારવાર હેતુ આવવા જવાના ભાડા પેટે રૂ. ૩૦૦/- ચૂકવવામાં આવે છે.

ગંભીર બિમારીઓ માટે લાભાર્થી કુટુંબોને "મા" તથા "મા વાત્સલ્ય" યોજના હેઠળ :

બર્ન્સ (દાઝેલા), હૃદયના ગંભીર રોગો, કીડનીના ગંભીર રોગો, મગજના ગંભીર રોગો, ગંભીર ઈજાઓ, નવજાત શિશુઓના ગંભીર રોગો, કેન્સર (કેન્સર સર્જરી, કેમોથેરાપી તથા રેડીઓથેરાપી)

"મા" અને "મા વાત્સલ્ય" યોજના (તા. ૧૬/૦૧/૨૦૧૬ સુધી)						
યોજનાની વિગત		વર્ષ ૨૦૧૨-૧૩	વર્ષ ૨૦૧૩-૧૪	વર્ષ ૨૦૧૪-૧૫	વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬	કુલ
"મા" યોજના	નોંધણી	૧૫,૩૪,૪૨૩	૬,૦૯,૩૮૫	૫૬,૮૮૭	૨૭,૧૮૭	૨૨,૨૭,૮૮૨
	લાભાર્થી દાવાઓ	૩,૬૪૬	૨૧,૫૬૩	૩૧,૦૧૦	૩૦,૨૧૪	૮૬,૪૩૩
	દાવાઓની રકમ (કરોડમાં)	૮.૬૭	૪૩.૭૯	૫૧.૩૬	૩૯.૪૬	૧૪૩.૨૮
"મા વાત્સલ્ય" યોજના	નોંધણી	૦	૦	૧,૫૬,૧૦૯	૪,૪૭,૨૩૮	૬,૦૩,૩૪૭
	લાભાર્થી દાવાઓ	૦	૦	૪,૭૯૭	૬૩,૫૪૨	૬૮,૩૩૯
	દાવાઓની રકમ (કરોડમાં)	૦	૦	૧૦.૦૩	૧૦૦.૯૬	૧૧૦.૯૯
કુલ	નોંધણી	૧૫,૩૪,૪૨૩	૬,૦૯,૩૮૫	૨,૧૨,૯૯૬	૪,૭૪,૪૨૫	૨૮,૩૧,૨૨૯
	લાભાર્થી દાવાઓ	૩,૬૪૬	૨૧,૫૬૩	૩૫,૮૦૭	૯૩,૭૫૬	૧,૫૪,૭૭૨
	દાવાઓની રકમ (કરોડમાં)	૮.૬૭	૪૩.૭૯	૬૧.૩૯	૧૪૦.૪૨	૨૫૪.૨૭

જેવી બિમારીઓની કુલ ૫૪૪ જેટલી પ્રોસીજર માટે ઉત્તમ પ્રકારની સારવાર આપવામાં આવે છે.

યોજના હેઠળ લાભાર્થીના કુટુંબના દરેક સભ્યના ફોટો, બાયોમેટ્રિક અંગુઠાના નિશાન લીધા પછી તેમને "મા" અને "મા વાત્સલ્ય" કાર્ડ આપવામાં આવે છે. "મા" કાર્ડ પર કુટુંબના વડાનો ફોટો તેમજ તેમના રહેઠાણને લગતી વિગતો હોય છે. જેથી "મા" કાર્ડ દ્વારા લાભાર્થીઓની યોગ્ય ઓળખ કરી શકાય અને ખોટા લાભાર્થીઓને ઓળખી તેને કાબૂમાં રાખી શકાય છે. "મા" તથા "મા વાત્સલ્ય" યોજનાનું કાર્ડ યોજના હેઠળ સ્થાપિત તાલુકા કિયોસ્ક/સિવિક સેન્ટર કિઓસ્ક પરથી મેળવી શકાય છે. નોંધણી માટે તાલુકા કક્ષાએ ૨૫૧ કિઓસ્ક તેમજ ૬૭ સિટી સિવિક કક્ષાએ સેન્ટર ઊભા કરવામાં આવ્યા છે અને તા. ૨૬-૦૧-૨૦૧૬થી ૩૩ જિલ્લાઓમાં મોબાઇલ કિયોસ્ક થકી ગામેગામ બાકી રહેલ ગયેલ લાભાર્થીઓની નોંધણી કરવાનું આયોજન કરેલ છે.

"મા" કાર્ડ ધરાવતો લાભાર્થી યોજના સાથે જોડાયેલ કુલ ૧૦૭ હોસ્પિટલો જેમાં ૬૪ ખાનગી, ૧૯ સરકારી તેમજ ૨૪ ડાયાલીસીસ સેન્ટરો જેવી સારી સુવિધા ધરાવતી હોસ્પિટલોમાં જઈને લાભ લઈ શકે છે.

રાજ્ય સરકાર થકી યોજનાની બહોળી પ્રસિદ્ધિ માટે પ્રચાર-પ્રસારની કામગીરી જેમ કે મેગા હેલ્થ કેમ્પ, હેલ્થ કેમ્પ, રેડીયો, ટી.વી., ન્યૂઝ પેપર દ્વારા કરવામાં આવે છે અને બી.પી.એલ. લાભાર્થીઓની નોંધણી માટે આશા બહેનોને કિયોસ્ક પર લાભાર્થીને લાવવા માટે રૂ. ૧૦૦/- રજિસ્ટ્રેશન દીઠ પ્રોત્સાહન રૂપે આપવામાં આવે છે.

યોજના અંતર્ગત કાર્ડ મેળવ્યા પછી હોસ્પિટલમાં લાભ લેતી વખતે લાભાર્થીને કોઈ પણ પ્રકારની મુશ્કેલી કે સમસ્યા ઊભી ના થાય તેના માટે દરેક યોજના સાથે સંકળાયેલ હોસ્પિટલોમાં આરોગ્ય મિત્રની નિમણૂક યોજના અંતર્ગત કરવામાં આવેલ છે. "મા" યોજના હેઠળ તકરાર નિવારણ હેતુ જિલ્લા અને તાલુકા કક્ષાએ જિલ્લા અને તાલુકા તકરાર નિવારણ સમિતિનું સગંઠન કરેલ છે.

મુખ્યમંત્રી અમૃતમ "મા" યોજનાની વધુ જાણકારી મળી રહે તે માટે ટોલ ફ્રી નં. ૧૮૦૦-૨૩૩-૧૦૨૨ તેમજ www.magujarat.com વેબસાઈટ ઉપલબ્ધ કરવામાં આવેલ છે.

શાળા આરોગ્ય-રાષ્ટ્રીય બાળ સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ

શાળા આરોગ્ય કાર્યક્રમ

શાળા આરોગ્ય કાર્યક્રમ એ રાજયની ભાવિ પેઢીને તંદુરસ્ત બનાવવાનો તેમજ તેઓમાં આરોગ્યપ્રદ ટેવોનું નિર્માણ કરવાનો આરોગ્ય વિભાગનો એક

સરાહનીય પ્રયાસ છે. જેમાં બાળકોની આરોગ્ય તપાસથી લઈને સુપર સ્પેશ્યાલીટી સુધીની સારવારનો સમાવેશ થાય છે. શાળા આરોગ્ય કાર્યક્રમ એક અતિ મહત્ત્વનો સમાજલક્ષી કાર્યક્રમ છે. જે અંતર્ગત પ્રતિ વર્ષે અંદાજે દોઢ કરોડથી વધુ બાળકોની આરોગ્યની તપાસ કરવામાં આવે છે.

રાષ્ટ્રીય બાળ સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ

ભારત સરકાર દ્વારા નવજાત શિશુથી ૬ વર્ષના આંગણવાડીના બાળકો અને ધો. ૧ થી ૧૨માં ભણતાં સરકારી અને ગ્રાન્ટ ઈન એઈડ શાળાના વિદ્યાર્થીઓની આરોગ્ય તપાસ અને સારવાર "4D" પ્રમાણે ડેડીકેટેડ મોબાઈલ હેલ્થ ટીમ દ્વારા રાષ્ટ્રીય બાળ સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ અંતર્ગત શરૂ કરવામાં આવેલ છે.

શાળા આરોગ્ય - રાષ્ટ્રીય બાળ સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ

ગુજરાતમાં શાળા આરોગ્ય અને રાષ્ટ્રીય બાળ સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમના સમન્વયથી શાળા આરોગ્ય - રાષ્ટ્રીય બાળ સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ શરૂ કરવામાં આવેલ છે. આ કાર્યક્રમ અંતર્ગત નવજાત શિશુથી ૧૮ વર્ષના તમામ બાળકો અને ધો. ૧ થી ૧૨માં ભણતાં તમામ શાળાના વિદ્યાર્થીઓ અને ચિલ્ડ્રન હોમ / મદ્રેશાના બાળકો, અનાથાશ્રમના બાળકોની "4D" પ્રમાણે આરોગ્ય તપાસ અને સારવાર કરવામાં આવેલ છે. જેમાં પ્રથમ ડી એટલે બર્થ ડિફેક્ટ (જન્મજાત ખામી) જેમાં બાળકોમાં જોવા મળતી નવ જન્મજાત ખામીઓનો સમાવેશ કરવામાં આવેલ છે. આ ખામીઓ ભારત સરકાર દ્વારા ખામીઓના પ્રિવેલન્સ રેટ અને તેની બાળકોમાં મૃત્યુદર પર અસર વગેરે જેવા પરિબળોને ધ્યાને લઈ નક્કી કરવામાં આવેલ છે.

મુખ્યમંત્રી દ્વારા **"૭ એપ્રિલ, ૨૦૧૫ના રોજ કલેફટલિપ/પેલેટ ફ્રી ગુજરાત"**નો કાર્યક્રમ શરૂ કરવામાં આવેલ છે. જેમાં જન્મજાત ખામી એવી કલેફટલિપ/પેલેટની સારવારનો સમાવેશ થાય છે. સાથે સાથે જન્મજાત ખામી એવી કલબફૂટ, જન્મજાત બધીરતા, જન્મજાત મોતિયો અને જન્મજાત હૃદયના રોગોની આરોગ્ય ચકાસણી અને સારવાર પણ શરૂ કરવામાં આવેલ છે. આમ, બાળકોમાં જોવા મળતી મોટાભાગની જન્મજાત ખામી આવરી લેવામાં આવી છે.

શાળા આરોગ્ય કાર્યક્રમ અંતર્ગત હૃદય, કિડની, કેન્સર જેવી ગંભીર બિમારીઓની સારવારની સાથે સાથે લીવર ટ્રાન્સપ્લાન્ટ, કોકલીયર ઈમ્પ્લાન્ટ, કિડની ટ્રાન્સપ્લાન્ટ અને બોનમેરો ટ્રાન્સપ્લાન્ટ જેવી ખર્ચાળ સારવાર પણ વિનામૂલ્યે પૂરી પાડવામાં આવે છે.

શાળા આરોગ્ય કાર્યક્રમ (૨૦૧૪-૧૫)

- ૧,૫૪,૬૬,૧૨૬ બાળકોની આરોગ્ય તપાસ.
- ૧૫,૯૮,૯૭૫ બાળકોને સ્થળ પર સારવાર.
- ૧,૨૫,૬૯૬ બાળકોને સંદર્ભ સેવાનો લાભ.
- જેમાં ૩૪૭૬૯ બાળકોને બાળરોગ નિષ્ણાત દ્વારા સારવાર.
- ૩૭,૬૦૦ બાળકોને બાળકોને આંખના નિષ્ણાત દ્વારા સારવાર.
- ૧૭,૫૫૧ બાળકોને ડેન્ટલ સર્જન દ્વારા સારવાર.
- ૧૪,૭૪૭ બાળકોને ચામડી રોગના નિષ્ણાત દ્વારા સારવાર.
- ૧૧,૬૯૦ બાળકોને કાન, નાક, ગળાના સર્જન દ્વારા સારવાર.
- ૧,૫૮,૯૮૬ બાળકોને વિનામૂલ્યે ચશ્મા વિતરણ.
- ૪,૨૪૯ બાળકોને હૃદયરોગની સારવાર.
- ૧,૧૭૭ બાળકોને કિડની રોગની સારવાર.
- ૭૮૧ બાળકોને કેન્સર રોગની સારવાર.
- ૦૯ બાળકોને કિડની પ્રત્યારોપણનો લાભ.
- ૦૨ બાળકોને લીવર પ્રત્યારોપણનો લાભ.

લેખક ગુજરાત સરકારના આરોગ્ય વિભાગમાં એડિશનલ ડાયરેક્ટર છે.

અગત્યની સૂચના

યોજનાના લેખકો/વાચકો

યોજના મેગેઝિનના નવા દરને ધ્યાનમાં લઈને એ મુજબ લવાજમ મોકલવા વિનંતી. નવા દરની વિગતો આ અંકમાં અંદરના પાને તેમજ છેલ્લા કવર પેજ પર આપવામાં આવી છે.

કુપોષણ સામેના જંગમાં મહિલાઓના આરોગ્યનું વિશિષ્ટ મહત્ત્વ

મીરા મિશ્રા

નાની ઉંમરમાં કુપોષણ, બાળપણ દરમ્યાન બાળકના શારીરિક અને માનસિક વિકાસને ઘટાડવાનું કામ કરે છે. દાખલા તરીકે, બાળકનું ગંઠાઈ જવું - વિકાસ વૃદ્ધિ અટકી જવાને કારણે, વિકસતા દેશોમાં, શાળાએ જવાની શરૂઆત પહેલા ૧૪.૭ કરોડ બાળકો ઉપર માઠી અસર થાય છે. વિશ્વભરમાં બાળકોનાં ૪૫ ટકા મૃત્યુ માટે સીધી કે આડકતરી રીતે અપૂરતું પોષણ જવાબદાર છે. સારું પોષણ મેળવનારાં બાળકોની સરખામણીએ, સાધારણ ઓછું વજન ધરાવતા બાળકો ઉપર મૃત્યુનું બમણું જોખમ છે.

મહિલાઓ પોષણ અને આરોગ્ય સંભાળથી વંચિત રહેતાં એના સમાજ ઉપર પ્રત્યાઘાત પડે છે. એનાં પરિણામે માતાનાં બાળકો-છોકરાં તેમજ છોકરીઓ બીમાર જન્મે છે - બીમાર રહે છે.

— સિદ્દીક ઓસમાની અને અમર્ત્યસેન

ગર્ભવતી સ્ત્રીના યોગ્ય પોષણના અનેક લાભ...

સગર્ભા સ્ત્રી માટે મહત્ત્વના ૧૦૦૦ દિવસોમાં એનું યોગ્ય પોષણ થાય તો એનાથી અનેક લાભ થાય છે.

- બાળકના મગજનો વિકાસ અને સુંદર શારીરિક વિકાસ
- શાળાએ જવાની રુચિ તેમજ ભણવામાં સુધારો
- આરોગ્ય, શિક્ષણ અને કમાણીની શક્તિમાં વિષમતામાં ઘટાડો
- જીવનનાં પાછલાં વર્ષોમાં ડાયાબિટીસ અને હૃદયરોગ જેવી બીમારી લાગુ પડવાના જોખમમાં ઘટાડો
- દર વર્ષે દસ લાખથી વધુ જિંદગી બચી જાય.
- દેશના જીડીપીમાં ૯૨ ટકા જેટલા વધારાની સંભાવના
- એક થી બીજી પેઢીમાં ગરીબીનું વિષચક્ર તૂટી પડે

રોગ અને કુપોષણ વચ્ચે ગાઢ સંબંધ રહેલો છે. વિશ્વસંસ્થા યુનોની પોષણ અંગેની સ્થાયી સમિતિના જણાવ્યા મુજબ, કુપોષણ ઘણી બધી રીતે વિશ્વમાં રોગનું મુખ્ય કારણ છે - સૌથી વધુ જવાબદાર છે. કેટલાક કિસ્સામાં તો અનારોગ્ય અથવા રોગ કુપોષણનું સીધું પરિણામ હોઈ શકે છે જ્યારે અન્ય કિસ્સાઓમાં એ એક મુખ્ય જવાબદાર પરિબળ હોઈ શકે છે.

કુપોષણનો પ્રભાવ

નાની ઉંમરમાં કુપોષણ, બાળપણ દરમ્યાન બાળકના શારીરિક અને માનસિક વિકાસને ઘટાડવાનું કામ કરે છે. દાખલા તરીકે, બાળકનું ગંઠાઈ જવું - વિકાસ વૃદ્ધિ અટકી જવાને કારણે, વિકસતા દેશોમાં, શાળાએ જવાની શરૂઆત પહેલા ૧૪.૭ કરોડ બાળકો ઉપર માઠી અસર થાય છે. વિશ્વભરમાં બાળકોનાં ૪૫ ટકા મૃત્યુ માટે સીધી કે આડકતરી રીતે અપૂરતું પોષણ જવાબદાર છે. સારું પોષણ મેળવનારાં બાળકોની સરખામણીએ, સાધારણ ઓછું વજન ધરાવતા બાળકો ઉપર મૃત્યુનું બમણું જોખમ છે. સૂક્ષ્મ પોષકતત્ત્વોમાં વિટામીન 'એ'ની ઉણપ બાળકોની રોગપ્રતિકારક શક્તિ ઘટાડે છે અને એના પરિણામે દર

વર્ષે અંદાજે ૧૦ લાખ બાળકો મૃત્યુ પામે છે. વૈશ્વિક રીતે જોઈએ તો લોહતત્ત્વની તીવ્ર ખામીને પરિણામે દર વર્ષે ૬૦,૦૦૦ સ્ત્રીઓ સગર્ભાવસ્થામાં મૃત્યુ પામે છે. આ જ પ્રમાણે સગર્ભાવસ્થામાં 'ફોલેટ'ની ખામીને કારણે અઢી લાખ બાળકો ગંભીર ખોડખાંપણ સાથે જન્મે છે અને આયોડિનની ખામીથી દર વર્ષે લગભગ ૧.૮ કરોડ બાળકો માનસિક ક્ષતિ સાથે જન્મે છે અને બાળકો શાળામાં ભણવા જાય ત્યારે એમનો બુદ્ધિનો આંક-આઈક્યુ ૧૦ થી ૧૫ પોઈન્ટ ઘટી જાય છે. લોહતત્ત્વની ઉણપથી સગર્ભા સ્ત્રી શરીર નિર્બળ થઈ જાય છે. ગર્ભમાં બાળકનો યોગ્ય વિકાસ થતો નથી અને બાળક જન્મે એ અગાઉ રોગિષ્ટ બને કે પછી પ્રસૂતિ દરમિયાન મૃત્યુ પામે એવું જોખમ વધી જાય છે. કુપોષણ વ્યાપક પ્રમાણમાં આર્થિક મુશ્કેલીઓ ઊભી કરે છે. ઉદાહરણ રૂપે જોઈએ તો, સગર્ભામાં લોહીના ઓછા પ્રમાણ - ફિક્કા પડી જવાને કારણે બાળકોના બૌદ્ધિક વિકાસ ઉપર થતી માઠી અસર અને પ્રૌઢોની ઓછી ઉત્પાદકતાને પરિણામે માત્ર દક્ષિણ એશિયામાં દર વર્ષે પાંચ અબજ ડોલરનો ખર્ચ થાય છે.

આરોગ્ય અને પોષણ

માતાનું નબળું આરોગ્ય કે કુપોષણ બાળકોના અપૂરતા વિકાસના ચક્ર તરફ દોરી જાય છે અને એની પેઢી દર પેઢી લાંબા સમયગાળા સુધી માઠી અસર વર્તાય છે. આ દર્શાવે છે કે મહિલાઓના કુપોષણની પરિસ્થિતિ સુધારવા માટે મહિલાઓના આરોગ્ય અને સુખાકારીની સમસ્યાઓ ઉકેલવાની જરૂર છે. કુપોષણથી પીડાતી છોકરીઓ પ્રતિકૂળ શારીરિક અવસ્થામાં જે કિશોરાવસ્થામાં પ્રવેશે એવી સંભાવના છે અને એનાથી એમના એકંદર આરોગ્ય ઉપર ખાસ કરીને તેઓ જ્યારે નાની ઉંમરે સગર્ભા બને ત્યારે ગંભીર અસર થવાની શક્યતા છે. પૂરતો શારીરિક વિકાસ ન પામેલી અને અથવા લોહીની ઉણપ ધરાવતી ફિક્કા શરીરની કિશોરાવસ્થાની માતાઓના કિસ્સામાં, બાળકના જન્મ દરમ્યાન અને પ્રસૂતિ પછીના સમયગાળામાં ગૂંચવણો ઊભી થવાની સંભાવના છે તેમજ આવી માતાઓ અપૂરતો વિકાસ પામેલાં અને ઓછાં વજનવાળા બાળકોને જન્મ આપે એવી શક્યતા છે. ઉપરાછાપરી પ્રસૂતિ અને વારંવાર બાળકોનો ઉછેર, ભારે શારીરિક કામકાજ નબળો-બિનપૌષ્ટિક આહાર, અપૂરતી આરોગ્ય સંભાળ, ભેદભાવભર્યું વર્તન ઘણી સ્ત્રીઓના પોષણને ગંભીરપણે જોખમાવે એવી સંભાવના છે. આનાથી માતાઓ તથા નવજાત શિશુના આરોગ્ય તેમજ પોષણ બંને કથળવાની શક્યતા રહેલી છે.

માતા માટે મહત્ત્વના ૧૦૦ દિવસ

એક મહિલાની સગર્ભાવસ્થા અને એનાં બાળકની બીજા જન્મદિવસ વચ્ચેના ૧૦૦ દિવસોના મહત્ત્વના સમયગાળામાં બાળકનું પોષણ એ પછીના સંપૂર્ણ સમયગાળા માટે આધારશિલા નાખવાનું કામ કરે છે. આ સમયગાળા દરમ્યાનના યોગ્ય પોષણનો, વિકાસ પામવા માટેની, ભણવાની અને સમૃદ્ધ થવાની બાળકની શક્તિ ઉપર ઘણો ઊંડો અને કાયમી પ્રભાવ પડે છે. અને આમ આ બાબત દેશનાં આરોગ્ય અને કલ્યાણમાં પણ ઘણો મોટો ફાળો આપે છે. સગર્ભાવસ્થા અને બાળકનાં જીવનનાં શરૂઆતનાં વર્ષો દરમ્યાનનું પોષણ બાળકના બૌદ્ધિક વિકાસ, તંદુરસ્ત વૃદ્ધિ અને મજબૂત રોગપ્રતિકારક શક્તિ માટેનું આવશ્યક ભાથું પૂરું પાડે છે. વાસ્તવમાં વધુને વધુ વૈજ્ઞાનિક પુરાવાઓ એવું દર્શાવે છે કે, એક વ્યક્તિના જીવનભરના આરોગ્ય, મેદસ્વિતા અને ચોક્કસ લાંબા સમયની માંદગી લાગુ પડવાની સંભાવના આધારશિલા મહદ્અંશે આ મહત્ત્વના ૧૦૦ દિવસના સમયગાળામાં નંખાય છે.

ભારત - પરિસ્થિતિ અને પ્રતિભાવ

કુપોષણની પ્રવર્તમાન સપાટી - એનું પ્રમાણ ઘટાડવાની પ્રતિબદ્ધતા અને એકધારા આર્થિક વિકાસ છતાં ભારત પોષણનું પ્રમાણ સૂચવતી તમામ મહત્ત્વની બાબતોમાં પાછળ રહ્યું છે. બાળકોમાં હાથ ધરાયેલી એક ઝડપી મોજણી એવું દર્શાવે છે કે, ૫ વર્ષથી ઓછી ઉંમરનાં ૩૮.૭ ટકા બાળકોનો વિકાસ રુંધાઈ ગયો છે, ગંઠાઈ ગયો છે. ૧૯.૮ ટકા બાળકોનાં પોષણનું પ્રમાણ ખૂબ જ ઓછું જણાયું છે જ્યારે ૪૨.૫ ટકા બાળકોનું વજન ઓછું જણાયું છે. બાળકોનો વિકાસ-વૃદ્ધિ રુંધાઈ જવી, એમનું હંમેશનું અપૂરતું પોષણ દર્શાવે છે, જ્યારે અપૂરતું પોષણ અને ઓછું વજન પૂરતી આરોગ્ય સંભાળનો અભાવ દર્શાવે છે. ૨૦૦૬ સુધી આ આંકડામાં ઘટાડાનો દર કંઈક ધીમો હતો. જોકે, એનએફએચએસ-૩ના અમલની શરૂઆત પછી આ દિશામાં પ્રગતિ ઝડપી બની છે. બાળકોની વૃદ્ધિ

ગંઠાઈ જવાના આંકડામાં ઘટાડાનો દર જે ૧૯૯૨-૨૦૦૬ના ગાળામાં વાર્ષિક સરેરાશ ૧.૨ ટકા હતો એની સરખામણીએ આ દર ૨૦૦૬-૧૪માં વધીને ૨.૩ ટકા થયો હતો.

દેશમાં કુપોષણની સમસ્યા હલ કરવા અનેક પગલાં લેવાઈ રહ્યાં છે. આમાં કેન્દ્ર સરકાર મોખરે રહી છે અને એનાં વિવિધ મંત્રાલયો તથા વિભાગો દ્વારા પોષણ વધારવા સાથે સીધો અને પરોક્ષ સંબંધ ધરાવતા શ્રેણીબદ્ધ કાર્યક્રમો અને યોજનાઓનો અમલ થઈ રહ્યો છે. કેન્દ્રીય મહિલાઓ અને બાળવિકાસ મંત્રાલયના શિરમોર સમાન, સંકલિત બાળ વિકાસ યોજના - આઈસીડીએસ કાર્યક્રમ દ્વારા બાળકો અને ગર્ભવતી સ્ત્રીઓનાં પોષણ અને આરોગ્યનું ધોરણ સુધારવા વિવિધ સેવાઓનું એક પેકેજ અમલમાં મૂકાયું છે. આમાં, દેશભરમાં પથરાયેલાં આંગણવાડી કેન્દ્રોમાં મોખરાના કાર્યકરોની એક કેડર દ્વારા પૂરક પોષણ, રોગપ્રતિકારક શક્તિ વધારવાનાં પગલાં, આરોગ્યની તપાસ, રેફરલ સેવાઓ વગેરે પૂરી પાડવામાં આવી રહી છે.

કેન્દ્રીય અન્ન અને નાગરિક પુરવઠા મંત્રાલય દ્વારા વિશાળ જાહેર વિતરણ પદ્ધતિ અમલમાં છે. જેની હેઠળ પરિવારોને એમને પરવડી શકે એવા દામે અનાજ વગેરે પૂરું પાડવામાં આવે છે. કેન્દ્રીય ગ્રામીણ વિકાસ મંત્રાલય દ્વારા મહાત્મા ગાંધી રાષ્ટ્રીય ગ્રામીણ રોજગાર બાંહેધરી યોજના અમલી બનાવાઈ છે, જેનો ઉદ્દેશ ગ્રામીણ પરિવારોની આવકનું પ્રમાણ વધારવાનો છે, કે જેથી તેઓ વધુ સારા પ્રમાણમાં અનાજ વગેરે લઈ શકે. કેન્દ્રી માનવ સંસાધન વિકાસ મંત્રાલય દ્વારા અમલમાં મૂકાયેલી મધ્યાહ્ન ભોજન યોજના, શાળામાં ભણતાં બાળકોને ભોજન પૂરું પાડવાની વિશ્વની સૌથી મોટી યોજના છે. કેન્દ્રીય આદિવાસીઓની બાબતના મંત્રાલયે આદિવાસીઓનાં પોષણ તેમજ ભૂખમરો નિવારવાનાં પગલાં સહિત આદિવાસી વસ્તીની અનેક જરૂરિયાતો સંતોષવાની પહેલ કરી છે. દેશમાં આ ક્ષેત્રે યુનોની સંસ્થાઓ સહિત ખાનગી સંસ્થાઓ, સેવાભાવી સંસ્થાઓ અને વિકાસમાં સહભાગી અન્ય સંગઠનો દ્વારા સંખ્યાબંધ પહેલ કરવામાં આવી છે.

ઉત્તરાખંડનું ઉદાહરણ

ઉત્તરાખંડનાં ત્રણ જિલ્લાઓમાં મહિલા મહામંડળો દ્વારા આંગણવાડી કેન્દ્રો મારફત પરિવારોને પેકેજના રૂપમાં મંડુઆ (જુવાર-બાજરી), અન્ય પરંપરાગત અનાજ તથા કઠોળ પૂરું પાડવામાં આવે છે. મહિલા મંડળોના સભ્યો અનાજ-કઠોળ વગેરેના પેકેટ તૈયાર કરે છે, જે એમને આર્થિક રીતે મદદરૂપ થાય છે, જ્યારે મહિલા મંડળો પણ ૧૦ ટકાના નફાને કારણે આર્થિક રીતે સદ્ધર બને છે. ખેડૂતોને અગાઉ મંડુઆ નામનું અનાજ પૂરું પાડવા કિલોદીઠ રૂ. ૮/- ચૂકવાતા હતા, જેને બદલે મહિલા મહામંડળો હવે રૂ. ૧૦ થી ૧૫ ચૂકવે છે, જેને પરિણામે આ પરંપરાગત અનાજનો વધુ પાક લેવા માટે ખેડૂતોનો ઉત્સાહ વધ્યો છે. આંગણવાડીઓ અને મહિલા મહામંડળો વચ્ચે ૨૦૧૪-૧૫માં થયેલી એક સમજૂતિ મુજબ, અનાજના પેકેજના પુરવઠામાં કુલ રૂ. ૨.૫ થી ૩ કરોડનો કારોબાર થયો હતો, જેમાં મહામંડળોને રૂ. ૨૩ લાખનો નફો થયો હતો. એપ્રિલ ૨૦૧૪થી ડિસેમ્બર ૨૦૧૪ના ગાળામાં મહામંડળોએ પોષણયુક્ત અનાજના પેકેટ પૂરા પાડી લગભગ ૭૫૦૦ ગર્ભવતી સ્ત્રીઓ/સ્તનપાન કરાવતી માતાઓ અને ૨૨૪૩૦ બાળકોને એનો લાભ પૂરો પાડ્યો હતો. આ કાર્યક્રમનો અમલ ઉત્તરાખંડ સરકારના ઇન્ટિગ્રેટેડ લાઈવલીહૂડ સપોર્ટ પ્રોગ્રામ હેઠળ થઈ રહ્યો છે અને એ માટેનાં નાણાં કૃષિ વિકાસ માટેના આંતરરાષ્ટ્રીય ફંડની એક લોનના રૂપમાં પૂરા પાડવામાં આવે છે.

ઉપસંહાર

કુપોષણ સામેના આ જંગના પ્રભાવ અંગે 'પોષણ અંગે ભારતનાં આરોગ્ય'ના તાજેતરમાં બહાર પાડવામાં આવેલા અહેવાલમાં નીચે મુજબની છ મહત્ત્વની બાબતો જણાવાઈ છે :

૧. ભારતનાં બાળકોનો વિકાસ રુંધાઈ જવો, અપૂરતું પોષણ અને ઓછાં વજનનું પ્રમાણ કે એના દર ઘટ્યા છે. ખાસ કરીને છેલ્લા એક દાયકામાં. આમ છતાં ભારત જેટલી જ આવક ધરાવતા દેશોમાંના આવા દર કરતાં આપણા દર હજી ઊંચા છે.

૨. પોષણના પ્રમાણમાં સુધારાનો દર તાજેતરના દાયકાઓમાં ભારતની આર્થિક આબાદી અને કૃષિવિષયક ઉત્પાદકતામાં થયેલા સૂચક વધારા સાથે તાલ નથી મિલાવી શક્યો. બાળકોનો વિકાસ રુંધાઈ જવાના દર આર્થિક પ્રગતિની સાથોસાથ

ઘટી શકે છે, પણ આર્થિક વિકાસ માત્રથી અપૂરતું પોષણમાં ઘટાડો થવો શક્ય નથી અને સંભવતઃ એનાથી વજનમાં વધારો થાય અને મેદસ્વિતા વધે એ શક્ય છે.

૩. પોષણવિષયક ધોરણ ઊંચું લઈ જવામાં તથા બાળકોનો વિકાસ રુંધાવાના દરમાં ઘટાડવામાં ઘટાડાની બાબતમાં દેશનાં વિવિધ રાજ્યો વચ્ચે નોંધપાત્ર તફાવત જણાય છે, જે એવું સૂચવે છે કે બાળકોનો વિકાસ રુંધાવાનો દર વધુ ઘટાડવા માટે જે તે રાજ્યોનો, રાજ્યની પરિસ્થિતિ મુજબનો ચોક્કસ અભિગમ જરૂરી છે.

૪. બાળકોનો વિકાસ રુંધાવાના ભારતના ઊંચા દર તથા આ ક્ષેત્રે પ્રગતિમાં વધઘટનાં કારણો જટિલ તેમજ એકબીજા સાથે સંકળાયેલા છે. આ ક્ષેત્રના મુખ્ય પડકારોમાં પૂરક આહાર, મહિલાઓની પરિસ્થિતિ-હાલત અને આરોગ્ય સફાઈ-સેનિટેશન અને સામાજિક/જ્ઞાતિગત અસમાનતાનો સમાવેશ થાય છે.

૫. અપૂરતાં પોષણ અને બાળકોના વિકાસ ઉપર એના પ્રભાવની સમસ્યાની ભારત જો અવગણના કરશે તો એનાથી મોટું સંકટ ઊભું થશે અને ભવિષ્યની પેઢીઓ માટે વિશાળ આર્થિક, સામાજિક અને આરોગ્યવિષયક જોખમો સર્જાશે.

૬. ભારતની અપૂરતાં પોષણની સમસ્યા બાળ વિકાસ માટે એક ગંભીર ભયરૂપ છે. ભારતનાં બાળકોના ભાવિ માટેનો રાહ બદલવા, આ પરિસ્થિતિ સુધારવા રાજ્યોની સપાટીએ આ દિશામાં ઝડપી પગલાં ભરવાનું આવશ્યક છે.

માતૃત્વ પ્રાપ્ત કરતી મોટીભાગની સ્ત્રીઓની ઓછી ઊંચાઈ, નીચો 'બોડી માસ ઈન્ડેક્,' અને લોહીનો અભાવ-ફિક્કાં શરીરને કારણે ભારતની સ્ત્રીઓ ઉપર, નાનાં કદનાં - ઓછાં વજનનાં બાળકોને જન્મ આપવાનું તથા જાતે કુપોષણથી પીડાતાં રહેવાનો મોટો ભય રહેલો છે. છેલ્લા દાયકા ઉપરાંતના સમયથી આરોગ્ય સેવા પૂરી પાડવામાં પ્રસૂતિ દરમ્યાન માતા અને બાળકો માટે જાનનું જોખમ ઊભું ન થાય એના ઉપર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું છે. જ્યાં આ પ્રયાસો સફળ રહ્યા છે ત્યાં, ગર્ભવતી સ્ત્રીઓનાં પોષણ સંબંધમાં જે વિસ્તારોની ઉપેક્ષા કરવામાં આવી હોય ત્યાં ખાસ કરીને સગર્ભાવસ્થા અગાઉ અને એ દરમ્યાન ગર્ભવતી સ્ત્રીઓનું વજન વધારવા માટેનાં પગલાં, નવજાત શિશુનું વજન વધે એ હેતુથી ભરવાની આવશ્યકતા છે.

લેખિકા આરોગ્ય અને સામાજિક વિકાસ ક્ષેત્રે વૈશ્વિક સ્તરે ૨૫ વર્ષથી ઉપરાંતનો અનુભવ ધરાવે છે. ભારતમાં કૃષિવિષયક વિકાસ માટેના યુનોના આંતરરાષ્ટ્રીય ફંડના દેશ માટેના સંયોજક તરીકે ૨૦૧૧થી કાર્ય કરવા દરમ્યાન લેખિકા કૃષિ, અન્ન અને પોષણ સલામતિના પ્રશ્નો સાથે સંકળાયેલાં રહ્યાં છે.

અગત્યની સૂચના

યોજનાના લેખકો/વાચકો નોંધ લે.

યોજના મેગેઝિનના લવાજમ/છૂટક કિંમતમાં ૧ માર્ચ, ૨૦૧૬થી અમલમાં આવે તે રીતે વધારો કરવામાં આવ્યો છે. આ અંગેની વિગતો કવર પેજ-૪ પર પ્રસિદ્ધ કરવામાં આવી છે. ૧ માર્ચ, ૨૦૧૬થી નવા દરે લવાજમ સ્વીકારવામાં આવશે.

યોજનામાં પ્રગટ થતા લેખો સંબંધમાં ખાસ નોંધ લેશો કે, જે તે વિષયના નિષ્ણાતો/તજજ્ઞો દ્વારા લખાયેલ લેખને પ્રાધાન્ય આપવામાં આવશે. અંકના વિષય અંગે વિશ્વસનિય વિગતો મળી રહે એવો આ પાછળનો આશય છે. લેખકોએ શક્ય હોય ત્યાં સુધી તેમનું લખાણ ગુજરાતીમાં ઈ-મેઈલ દ્વારા જ મોકલવું. ઈ-મેઈલ એડ્રેસ છે :

yojanagujarati@gmail.com

આરોગ્ય અને માહિતી ટેક્નોલોજી

જીત દિપક ધોળકિયા

દેશમાં ટેક્નોલોજીની દષ્ટિએ થયેલી પ્રગતિ તેમજ ઓછી ખર્ચાળ અને સરળતાથી મેળવી શકાય તેવી આરોગ્યને લગતી નવીનતમ ટેક્નોલોજીના ઉપયોગ અને અમલને કારણે વર્ષ ૧૯૫૦ થી ૧૯૯૫ સુધીના ગાળામાં મૃત્યુદરમાં મોટો ઘટાડો જોવા મળ્યો છે. ૧૯૯૫ બાદ પણ ટેક્નોલોજીનો જેટલો ઝડપી વિકાસ થયો તેટલી જ મદદ આરોગ્યક્ષેત્રે ઉપલબ્ધ બનતી ગઈ અને તેને પરિણામે લોકોનું જીવન પણ સરળ બનતું ગયું. ટેક્નોલોજીને આરોગ્ય સેવા સાથે જોડવા માટે તેમજ દેશમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે વિકાસ માટે નવેમ્બર ૨૦૦૩માં Department of Indian Medicine & Homeopathyનું નામ બદલીને તે વિભાગનું નામ રાખવામાં આવ્યું ***'આયુષ'.***

ક્યારેય એવો વિચાર આવ્યો છે કે બ્લડપ્રેશર માપવા માટે હવે ડૉક્ટર પાસે નહીં જવું પડે અને મોબાઈલની એક એપ્લીકેશન પરથી જ ગમે ત્યારે બ્લડપ્રેશર માપી શકાશે ? આવા વિચારો થોડા આઉટ ઓફ ધ બોક્સ હોઈ શકે પરંતુ અત્યારના સંજોગોમાં જે વિચાર આઉટ ઓફ ધ બોક્સ હોય છે તે જ સફળ થઈ શકે છે. હેલ્થકેર ક્ષેત્રની જો વાત કરીએ તો આજે ૨.૮ ટ્રિલિયન ડોલરની વૈશ્વિક આવક ધરાવતું મેડિકલ ક્ષેત્ર દુનિયાનો સૌથી મોટો ઉદ્યોગ બન્યો છે. તો બીજી તરફ વૈશ્વિક સ્તરે ઋતુચક્ર બદલાયું છે અને તેને કારણે કેટલાય નવાનવા રોગોનું નામ સાંભળવામાં આવે છે. જો ભારતની વાત કરીએ તો ચોમાસામાં તેમજ વગર મોસમના વરસાદ બાદ જે રીતે વિચિત્ર રોગોનો રોગચાળો ફેલાય છે તે તો હાલ સરકાર સામેનો મોટો પડકાર કહી શકાય. વિવિધ રોગો સામે લડવા માટે સરકાર દ્વારા હંમેશા પૂરતા પ્રયાસો થતા રહે છે. જેમાં સફળતા પણ મળી રહી છે. બાળકોના આરોગ્ય માટે કાર્યરત સંસ્થા યુનિસેફ દ્વારા કેટલાય વર્કશોપ, લોક જાગૃતિના કાર્યક્રમો કરવામાં આવે છે. તેમજ બાળ આરોગ્યની દિશામાં સતત સફળતાપૂર્વક કાર્ય કરતાં યુનિસેફ સામે પણ બાળકોના આરોગ્યનો બહુ મોટો પડકાર છે. ગત વર્ષે ઑક્ટોબરમાં નવી દિલ્હી ખાતે યુનિસેફ દ્વારા ખાસ મૂલ્યાંકન કૌશલ્ય કાર્યક્રમનું આયોજન કરવામાં આવ્યું હતું. જેમાં વર્તમાન પત્રકારત્વમાં લોકોના આરોગ્ય વિશે તેમજ બાળકોના આરોગ્યના સમાચારને કેટલું સ્થાન આપવામાં આવે છે તેના વિશે સમગ્ર દેશના વિવિધ માધ્યમોમાં કાર્યરત પત્રકારોની ઉપસ્થિતિમાં ચર્ચાવિચારણા કરવામાં આવી હતી. ટેક્નોલોજીની જો વાત આવે તો આજે આપણી પાસે ઈન્ટરનેટ હાથવગું થઈ ગયું છે. તેથી જ જો તેનો મહત્તમ અને સદ્ઉપયોગ કરવામાં આવે તો ગમે તે સ્થળે, ગમે તે ગામમાં અને ગમે તે દેશના લોકો સુધી પહોંચવું બહુ સરળ બની ગયું છે. બસ માત્ર થોડી જ ક્લીક કરો અને પહોંચી જાવ લોકો સુધી. તેવી જ રીતે જો આવા માધ્યમોનો ઉપયોગ આરોગ્ય ક્ષેત્રે વધુને વધુ કરવામાં આવે તો આરોગ્ય સેવાને વધુ સરળ અને આધુનિક બનાવીને તેનો લાભ લોકો સુધી પહોંચાડવામાં સફળતા મળી શકે. આજે આપણી પરંપરાગત તબીબી પદ્ધતિઓ જેવી કે આયુર્વેદિક, હોમિયોપેથિક તેમજ યોગ જેવી પદ્ધતિઓનો આધુનિક માધ્યમો સાથે તાલમેલ કરીને છેવાડાના માનવીને આરોગ્ય સેવા પરવડે તે રીતે ઉપલબ્ધ કરાવવા માટે એક માળખું રચવાની જરૂરિયાત છે. ત્યારે આવી પદ્ધતિઓમાં જે મહત્ત્વના તત્ત્વો છે તેને વૈજ્ઞાનિક રીતે પ્રસ્તુત કરીને અને તેની સાથે આજની

નવી ટેક્નોલોજીને જોડી દેવામાં આવે તો ચોક્કસ લોક આરોગ્ય અને બાળ આરોગ્યની દિશામાં એક નવા સૂરજનો ઉદય થઈ શકે. આપણા બંધારણમાં પણ જણાવ્યું છે કે રાજ્ય તેની જનતાના આરોગ્યની સંભાળને પોતાની ફરજ ગણશે. ત્યારે આજે તો સરકારની સાથે સ્વૈચ્છિક સંસ્થાઓ પણ સતત કાર્યરત છે લોકોના આરોગ્યની સંભાળ રાખવા માટે. દેશના લોકોનું આરોગ્ય જો સચવાશે તો દેશના વિકાસની ગતિને પણ થોડો વેગ મળી શકશે. કારણ કે આરોગ્યને કાર્યક્ષમતા સાથે ચોક્કસ સંબંધ છે. આપણા દેશમાં જે વિવિધ યોજનાઓ તૈયાર કરવામાં આવે છે તેમાં આરોગ્યના ક્ષેત્રને વિશેષ મહત્ત્વ આપવામાં આવે છે અને એટલે જ દેશની આરોગ્યને લગતી યોજનાઓને લોકોપયોગી બનાવીને તેમજ દેશની દરેક વ્યક્તિને પરવડે તેવી આરોગ્યસેવા અંગે લગભગ દરેક પંચવર્ષીય યોજનામાં પ્રયોજન કરવામાં આવે છે. આ ઉપરાંત હવે તો ટેક્નોલોજીનો યુગ છે ત્યારે નવી અને આધુનિક ટેક્નોલોજીના ઉપયોગ થકી વિવિધ આરોગ્ય સેવાઓને સુધારીને તેને વધુ સરળ બનાવવાની પણ કોશીશ હાથ ધરવામાં આવી રહી છે.

દેશમાં ટેક્નોલોજીની દૃષ્ટિએ થયેલી પ્રગતિ તેમજ ઓછી ખર્ચાળ અને સરળતાથી મેળવી શકાય તેવી આરોગ્યને લગતી નવીનતમ ટેક્નોલોજીના ઉપયોગ અને અમલને કારણે વર્ષ ૧૯૫૦ થી ૧૯૯૫ સુધીના ગાળામાં મૃત્યુદરમાં મોટો ઘટાડો જોવા મળ્યો છે.

૧૯૯૫ બાદ પણ ટેક્નોલોજીનો જેટલો ઝડપી વિકાસ થયો તેટલી જ મદદ આરોગ્યક્ષેત્રે ઉપલબ્ધ બનતી ગઈ અને તેને પરિણામે લોકોનું જીવન પણ સરળ બનતું ગયું. ટેક્નોલોજીને આરોગ્ય સેવા સાથે જોડવા માટે તેમજ દેશમાં આરોગ્ય ક્ષેત્રે વિકાસ માટે નવેમ્બર ૨૦૦૩માં Department of Indian Medicine & Homeopathyનું નામ બદલીને તે વિભાગનું નામ રાખવામાં આવ્યું **આયુષ (AYUSH).**

A – AYURVEDA

Y – YOGA & NATUROPATHY

U – UNANI

S – SIDDHA

H – HOMEOPATHY

આરોગ્ય સેવામાં ટેક્નોલોજીની વર્તમાન સ્થિતિ

ટેક્નોલોજીના આવવાથી આજે ડૉક્ટર્સ અને દર્દી વચ્ચેની વાતચીતને પણ અનોખું રૂપ મળ્યું છે. અગાઉની પરિસ્થિતિ કંઈક એવી હતી કે કોઈ નવો રોગ આવે તો લોકોમાં તેના વિશે ડર પણ રહેતો હતો કારણ કે તેના વિશે લોકોને પૂરતી માહિતી મળી શકતી નહોતી. અને ડૉક્ટર પણ ટેક્નિકલ શબ્દો વાપરે જે લગભગ સામાન્ય માણસની સમજની સાવ બહાર હોય એટલે વધુ મુશ્કેલી. પણ હવે સમય બદલાયો છે. લોકોની માનસિકતા પણ બદલાઈ છે અને એટલે જ આજે વિવિધ રોગ વિશે લોકોમાં થોડી થોડી જાગૃતિ આવી રહી છે અને તે માત્ર અને માત્ર ટેક્નોલોજીને આભારી છે તેમ કહીએ તો જરા પણ ખોટું નથી. અને આ ટેક્નોલોજી એટલે આપણું હાથવગો મિત્ર ઈન્ટરનેટ.

ફ્રોસ્ટ અને સુવિલીયનના એક અહેવાલ અનુસાર ભારતમાં હેલ્થકેર ઈન્ફર્મેશન ટેક્નોલોજીનું જે માર્કેટ છે તે વર્ષ ૨૦૧૨માં ૩૮૧.૩ મિલિયન ડોલર હતું, જે વર્ષ ૨૦૧૮માં ૧.૪૫ બિલિયન ડોલર સુધી પહોંચી શકે છે.

ભારતમાં હેલ્થકેરમાં આવેલી ટેક્નોલોજીએ આખા હેલ્થ ક્ષેત્રને મોર્ડન બનાવી દીધું છે તેમ કહેવું જરા પણ વધુ પડતું નહીં કહેવાય. આજે આપણી પાસે એક્ટિવ સોશિયલ મીડિયા છે જેણે દુનિયાને તો નાની કરી જ દીધી છે પરંતુ લોકોને પણ વિવિધ અજાણી અને નવી વાતો શીખવાડી છે. એટલે આમ જોઈએ તો આ સોશિયલ નેટવર્કિંગ સાઈટ્સના પૂરેપૂરા આશીર્વાદથી લોકોમાં નવી આશા જાગી છે અને હવે લોકો પણ અગાઉની માફક કોઈ નવા રોગના નામથી ગભરાઈ નથી જતાં પરંતુ તેની સારવાર શું છે અને તેને દૂર કરવાના ઉપાયો કમ્પ્યૂટરની મદદથી જ જાણી લે છે જેથી રોગની દવા શું છે અને તે કેટલો ગંભીર છે તેની પણ તેમને જાણકારી મળી જાય છે. કેન્સરની જો વાત કરીએ તો કેન્સરમાં અગાઉ ડૉક્ટરો માટે દર્દીના પ્રોગ્રેસ રિપોર્ટની જાણકારી સાચવવી ઘણી અઘરી હતી જેને પરિણામે દર્દીને વારંવાર ડૉક્ટરની મુલાકાત લેવી પડતી હતી. પરંતુ ટેક્નોલોજીના ઉપયોગથી હવે ડૉક્ટરો પણ દર્દીના એકવારના સ્કેન ફોટો તેમજ વિવિધ ટેસ્ટના રિપોર્ટને કમ્પ્યૂટરમાં સાચવી રાખે છે જેથી દર્દીને વારંવાર ડૉક્ટરની મુલાકાત લેવી ન પડે અને ડૉક્ટરનું કાર્ય પણ સરળ બની ગયું છે. આજકાલ દેશમાં ટેલીમેડિસીન, HIS, ઈલેક્ટ્રોનિક હેલ્થ રેકોર્ડ્સ, m-health તેમજ વેબ મીડિયાને પરિણામે મેડિકલ સેવા વધુ સુવિધાવાળી બની છે જેથી

લોકોમાં પણ હવે નવા જીવનની એક નવી આશાનો સૂરજ ઊગ્યો છે. હેલ્થકેર ક્ષેત્રે હવે માહિતીના આદાનપ્રદાનમાં સહયોગ, ગતિશીલતા અને વધુ સારી નાણાકીય વ્યવસ્થાપન માટેના જરૂરી સુધારા ટેક્નોલોજિકલ ઉત્ક્રાંતિના આગળના તબક્કામાં છે. સાથે જ મોબાઈલ ઉપકરણો, વાયરલેસ ટેક્નોલોજી અને ક્લાઉડ કોમ્પ્યુટિંગ જેવી સુવિધાઓ ખર્ચાઓ ઘટાડવા તેમજ ગતિશીલતા સુધારવામાં ભારે મદદરૂપ બનશે. આજે મોટાભાગની તબીબી સંસ્થાઓ મેડિકલ ટેક્નોલોજીના વિકાસ તેમજ તેના ઉપયોગને વધારવા માટે સતત સક્રિય છે જેના કેટલાય પરિણામો આપણે જોઈએ પણ છીએ. આ બધાની વચ્ચે એવું માનવું પણ પડે કે ભારતીય હેલ્થકેર ક્ષેત્રમાં ટેક્નોલોજીને લોકોપયોગી બનાવવામાં ખાનગી ક્ષેત્રનું મોટું યોગદાન રહેલું છે. હૉસ્પિટલોમાં ખર્ચમાં ઘટાડો, અસરકારક કામગીરી, દર્દીની સારસંભાળ માટે મેનેજમેન્ટ ઈન્ફર્મેશન સિસ્ટમ (MIS) વધુ અસરકાર બન્યું છે. આજે માનવશક્તિ એટલે કે મેનપાવરની ભારે અછત જોવા મળતી હોય છે પછી તે હેલ્થ ક્ષેત્ર હોય કે અન્ય કોઈ ક્ષેત્ર, પણ ટેક્નોલોજીની મદદથી આજે ત્રણ વ્યક્તિનું કાર્ય એક વ્યક્તિ સરળતાથી સંભાળી શકે છે. ટેક્નોલોજીના ફાયદાઓની જો વાત કરીએ તો સરળ ઉપલબ્ધતા, દર્દીઓની સુવિધા, કટોકટીના સમયે ઝડપી નિદાન અને દર્દીઓની વિશેષ સારસંભાળ મુખ્યત્વે ગણી શકાય.

હાલના સંજોગોમાં હેલ્થકેર ક્ષેત્ર એ દેશની અર્થવ્યવસ્થામાં મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે અને તેમાં પણ જો ટેક્નોલોજી અને હેલ્થકેરનો સમન્વય થવાથી દેશમાં ટેક્નોલોજીને તો વેગ મળશે જ પરંતુ સાથે સરળ, ઝડપી સુવિધા પણ લોકો માટે ઉપસ્થિત બનશે. દેશમાં વસતિ સતતને સતત વધતી રહે છે ત્યારે હેલ્થ ક્ષેત્રને વસતિની સાથે જોડીએ તો પણ આજે જેમ બને તેટલી ઝડપી સુવિધા લોકો સુધી પહોંચશે તે અતિ ફાયદાકારક સાબિત થશે અને કોઈપણ સુવિધાને ઝડપી બનાવવી હોય તો ટેક્નોલોજી જ એકમાત્ર વિકલ્પ છે જે હાલ તો હેલ્થકેર ક્ષેત્રમાં અમલી છે. તેથી જ હેલ્થકેર ક્ષેત્રમાં ટેક્નોલોજીના ઉપયોગથી દર્દીઓનું નિદાન, ડેટા વ્યવસ્થાપન, ઈપ્રિસ્ક્રીપ્શન, લેબોરેટરી વ્યવસ્થાપન જેવા કાર્યો સાવ સરળ અને ઝડપી બની ગયા છે. હવે તો ઈ-હેલ્થકેરના એક વિભાગ તરીકે એમ-હેલ્થ ધીરેધીરે વિકાસ પામી રહ્યું છે. એમ-હેલ્થ ક્ષેત્રમાં કેટલીયે એપ્લીકેશન એવી છે જેના થકી આરોગ્યને લગતું તમામ માર્ગદર્શન ઉપરાંત દવાઓની માહિતી તેમજ વિવિધ નિષ્ણાંત ડૉક્ટરોની માહિતી પણ માત્ર થોડી ક્લીકમાં ઉપલબ્ધ થઈ જાય છે જેથી સમયની પણ બચત થાય છે અને ખરેખર જરૂરિયાતવાળા લોકોને તેનાથી પૂરતો ફાયદો પણ થાય છે.

ટેક્નોલોજીના ઉપયોગ માટે અને ઉપયોગ બાદ જરૂરી સુધારા

આરોગ્યક્ષેત્રે અદ્યતન ટેક્નોલોજી તો વિકસાવી પરંતુ તેની પણ સંભાળ રાખવી એ પણ એક પડકારરૂપ કાર્ય છે. કારણ કે અદ્યતન સાધનો જ જો બરાબર કાર્ય નહીં કરતા હોય તો તેને અન્ય આધુનિક ઉપકરણો સાથે જોડીને પણ કોઈ ફાયદો નહીં થાય. એટલે દર્દીની સાથે ટેક્નોલોજીને પણ સાચવવી અત્યંત જરૂરી છે. સ્વચ્છતાનો પણ સીધો સંબંધ આરોગ્ય સાથે છે ત્યારે એક તરફ સ્વચ્છ ભારતનું અભિયાન દેશભરમાં ચલાવવામાં આવી રહ્યું છે જે લોકોના આરોગ્ય માટે પણ અત્યંત મહત્ત્વનું છે. ત્યારે સ્વચ્છતાનો સંદેશો પણ લોકો સુધી વહેતો કરવામાં સોશિયલ મીડિયા એટલે કે આજની નવી ટેક્નોલોજીનો મહત્ત્વનો ફાળો રહેલો છે. ટેક્નોલોજીનો ઉપયોગ કરનારા લોકોને પણ આગળ લાવવા પડશે કારણ કે જો નવી અને અદ્યતન ટેક્નોલોજીથી લોકો માહિતગાર હશે તો જ તેઓ તેનો સંપૂર્ણ અને સરળતાથી ઉપયોગ કરી શકશે. લોકોની કાર્યક્ષમતા અને અસરકારકતા પણ વધારવી પડશે તેમજ વિવિધ જગ્યાએ આરોગ્ય સેવાની વચ્ચે નડતા અવરોધોને પણ દૂર કરવા માટે પણ ટેક્નોલોજીનો મહત્તમ ઉપયોગ અતિ આવશ્યક છે. હેલ્થકેર ક્ષેત્રની ગુણવત્તાના મૂલ્યાંકનની પદ્ધતિઓ પણ દાખલ કરવી જોઈએ. દેશમાં કેટલાય ગામડાંઓ એવા છે જ્યાં હાલ ટેક્નોલોજી પહોંચી શકી નથી પરંતુ ફોન લાઈન આજે દરેક ઘરેઘરે જોવા મળે છે જેથી સ્થાનિક સરકાર દ્વારા આરોગ્યને લગતી સેવાઓ માટે મફત ટેલિફોનિક સલાહ પણ શરૂ કરવામાં આવી છે જેનો લોકો મોટાપાયે લાભ લઈ રહ્યા છે અને લોકોમાં આ સરળ અને સુવિધાસભર પદ્ધતિ પ્રચલિત પણ બનતી જાય છે. અગાઉ ડૉક્ટર ઓન કોલ નામની સુવિધા હતી જેની સફળતા બાદ હવે આધુનિક ટેક્નોલૉજીના જમાનામાં ડૉક્ટર ઓન ક્લીકની સુવિધા ધીરેધીરે વિકસી રહી છે અને ડૉક્ટરો પણ તેને અપનાવતા થયા છે જેથી તેનો પૂરતો લાભ લોકોને પહોંચાડી શકાય અને લોકોના આરોગ્યની કાળજી પણ સારી રીતે લઈ શકાય. હેલ્થ અને ઈન્ફર્મેશન ટેક્નોલોજી (HIT) ખરેખર આવનારા સમય માટે વિવિધ રોગોને હિટ કરીને લોકોને સારું આરોગ્ય પૂરું પાડશે અને દેશની વ્યવસ્થામાં પણ તે હિટ થઈ જશે.

લેખક મીડિયા પ્રોફેશનલ, પત્રકાર અને એજ્યુકેટર છે.

(અનુસંધાન ટા. ૨ પરથી ચાલુ)

એક નવી મોબાઈલ આધારિત એપ્લીકેશન-**મોબાઈલ એકેડમી** પણ શરૂ કરાઈ રહી છે. જે દ્વારા મોટી સંખ્યામાં 'આશા' વર્કર્સને મોબાઈલ સેવાના ઉપયોગની તાલીમ આપવામાં આવશે. 'આશા' વર્કર્સના કૌશલ્યમાં વધારો કરવામાં આ એપ સહાયકારક બનશે. આ એપ અંતર્ગત નોંધણી કરાવ્યા બાદ આશા વર્કર્સ તેના મોબાઈલ ફોન દ્વારા ૨૪૦ મિનિટનો એક અભ્યાસક્રમ શીખી શકશે. આ પછી તેઓ પોતાની સગવડ મુજબ નિયત ધોરણનો કોર્સ પૂરો કરી શકે છે. ડિજિટલ બુકમાર્ક ટેક્નોલૉજીની મદદથી તેઓ પોતાના સમયે કોર્સ પૂરો કરી શકે છે. આ કોર્સમાં દરેકમાં ચાર ટીચિંગ સેશનવાળા અગિયાર ચેપ્ટર છે. દરેક ચેપ્ટરના અંતે ક્વીઝ હોય છે. લઘુત્તમ માર્ક્સ મેળવીને આ કોર્સ પૂર્ણ કરનાર વર્કર્સને સરકાર તરફથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે.

સુધારેલ રાષ્ટ્રીય ક્ષય નિયંત્રણ કાર્યક્રમને વધુ દર્દીલક્ષી બનાવવામાં આવેલ છે. કોલ સેન્ટર સાથેનો એક સમર્પિત ટોલ-ફ્રી નંબર ૧૮૦૦-૧૧-૬૬૬૬ શરૂ કરાયો છે. જે દ્વારા દર્દીને સમજણ અને સારવાર સહાય આપતી સેવા ચોવીસે કલાક અપાશે. આ કોલ સેન્ટરમાં તાલીમબદ્ધ કર્મચારીઓ હશે જે દર્દીને યોગ્ય સમજ આપશે અને આગળની સારવાર માટેની લીંક/વ્યકિતનો સંપર્ક કરાવી આપશે. આ સેવા હેઠળ વિનામૂલ્યે કોલ કરી શકાશે અથવા મિસ્ડ કોલ આપવાનો રહેશે. દર્દીને નિદાનથી માંડીને સારવાર અને સારવાર પૂર્ણ થવા સુધીનો સપોર્ટ આ સેવા દ્વારા મળી રહેશે. દિલ્હી સહિત ચાર રાજ્યોમાં આ સેવા શરૂ કરાઈ રહી છે.

અન્ય એક આઈ-ટી આધારિત ટૂલ છે : **"એમ-સિસેશન"** (M-Cessation), જે તમાકુના વ્યસનીઓને વ્યસન છોડાવવામાં મદદરૂપ થાય છે. હેલ્પલાઈનના કોન્સેપ્ટથી આ ટૂલ રચાયેલ છે. મિસ્ડ કોલના આધારે લાભાર્થીની તે નોંધણી કરે છે અને તે બાદ બંને તરફથી એસ.એમ.એસ. પ્રક્રિયા દ્વારા કાઉન્સેલિંગ કરવામાં આવે છે.

આપ જાણો છો ?

દક્ષિણ-એશિયાઈ રમતોત્સવ-૨૦૧૬

- દક્ષિણ એશિયાઈ રમતોત્સવ એ બહુરાષ્ટ્રીય અને વિવિધ રમતોને આવરી લેતો ઈવેન્ટ છે જે દર બે વર્ષે યોજાય છે, જેમાં દક્ષિણ-એશિયાઈ દેશોના ખેલાડીઓ ભાગ લે છે.
- આ ઈવેન્ટ એશિયાની ઓલિમ્પિક કાઉન્સિલનો પ્રાદેશિક રમતોત્સવ છે જેનું સંચાલન ૧૯૮૩માં રચાયેલ દક્ષિણ એશિયાઈ ઓલિમ્પિક કાઉન્સિલ દ્વારા થાય છે. આ રમતોને ઓલિમ્પિક ગેમ્સની દક્ષિણ-એશિયાઈ આવૃત્તિ ગણવામાં આવે છે.
- પ્રથમ દક્ષિણ-એશિયાઈ રમતોત્સવ ૧૯૮૪માં નેપાળના કાઠમંડુ ખાતે યોજાયો હતો. ૨૦૦૪માં કાઉન્સિલની ૩૨મી બેઠકમાં તેનું નામ દક્ષિણ-એશિયાઈ ફેડરેશન ગેમ્સથી બદલીને દક્ષિણ એશિયાઈ ગેમ્સ રાખવામાં આવ્યું.
- હાલમાં આ ગેમ્સના આઠ સભ્ય રાષ્ટો છે : અફઘાનિસ્તાન, બાંગ્લાદેશ, ભુતાન, ભારત, માલદિવ્ઝ, નેપાળ, પાકિસ્તાન અને શ્રીલંકા. ૧૨મો આવો રમતોત્સવ ૬ થી ૧૬ ફેબ્રુઆરી દરમિયાન ગૌહતી અને શિલોંગ ખાતે યોજાશે.
- ૧૨મા રમતોત્સવનું થીમસોંગ આસામના જાણીતા ગાયક, કવિ અને ફિલ્મ નિર્માતા સ્વ. શ્રી ભુપેન હઝારિકાએ ગાયું છે. આ રમતોના માસ્કોટનું નામ'તિખોર' (ખેલદિલ, સ્માર્ટ અને આધુનિક) છે. તેના લોગોમાં આઠ પાંખડીઓ છે જે ભાગ લેનાર દેશોનું પ્રતિનિધિત્વ કરે છે. આ પાંખડીઓ ક્લોકવાઇઝ દિશામાં ફરે છે જે ગેમ્સના હકારાત્મક જુસ્સાને પ્રતિબિંબિત કરે છે.
- આ રમતોના આયોજન, સંચાલન અને અન્ય કાર્ય માટે ભારત સરકારે એક સમિતિની રચના કરી છે. ભારત સરકારના ખેલકૂદ મંત્રીશ્રીની અધ્યક્ષતા હેઠળની આ સમિતિ રમતમાં સંચાલન માટેની મધ્યવર્તી બોડી રહેશે. આ રમતોત્સવના ૪૩ જેટલા ઈવેન્ટ્સમાં ભાગ લેનાર ખેલાડીઓ તથા અન્યોની સંખ્યા આશરે ૪૫૦૦ની હશે.

(સંપાદન : વાટિકા ચન્દ્રા, ઉપતંત્રી)

R.N.I. 48778/90
REGD. NO. GAMC 222/2015-2017
VALID UPTO 31-12-2017 ISSUED BY SSP AHMEDABAD
PERMITTED TO POST AT PSO AHMEDABAD ON 1ST OF EVERY MONTH
Licence to Post Without Prepayment No. CPMG/GJ/71/2014-15 VALID UPTO 31-12-2017

પ્રકાશન તા. ૨૫ જાન્યુઆરી, ૨૦૧૬
પોસ્ટિંગ તા. ૧ ફેબ્રુઆરી, ૨૦૧૬

YOJANA (GUJARATI), February 2016	O.I.G.S.

પ્રતિશ્રી,

પ્રેષક :
તંત્રીશ્રી,
'યોજના' કાર્યાલય
પ્રકાશન વિભાગ, ભારત સરકાર
અંબિકા કોમ્પલેક્ષ, યુ.કો. બૅન્કની ઉપર, પાલડી,
અમદાવાદ-૩૮૦ ૦૦૭

યોજના તથા અન્ય જર્નલ્સના લવાજમના નવા દર

અનુ.	જર્નલ	પ્રતિ નકલની કિંમત	એક વર્ષનું લવાજમ	બે વર્ષનું લવાજમ	ત્રણ વર્ષનું લવાજમ	વિશેષાંકના દર
૧.	યોજના•	૨૨	૨૩૦	૪૩૦	૬૧૦	૩૦
૨.	કુરૂક્ષેત્ર•	૨૨	૨૩૦	૪૩૦	૬૧૦	૩૦
૩.	આજકાલ•	૨૨	૨૩૦	૪૩૦	૬૧૦	૩૦
૪.	બાલભારતી•	૧૫	૧૬૦	૩૦૦	૪૨૦	૨૦
૫.	એમ્પલોયમેન્ટ ન્યૂઝ*	૧૨	૫૩૦	૧૦૦૦	૧૪૦૦	–

• લવાજમનાં નવા દર માર્ચ-૨૦૧૬થી લાગુ પડશે.
* એમ્પલોયમેન્ટ ન્યૂઝના નવા દર ૬ ફેબ્રુઆરી-૨૦૧૬ના અંકથી લાગુ પડશે.

Printed & Published by Dr. (Ms) Sadhana Rout, A.D.G. and Head on behalf of Publication Division, Soochna Bhawan, C.G.O. Complex, New Delhi-110 003.
Printed by Sahitya Mudrnalaya Pvt. Ltd., 55/15, City Mill Compound, Kankaria Road, Ahmedabad-380022. Phone : (079) 25469101
Director & Chief Editor : Deepika Kachhal **Dy. Director : Amita Maru**
For business queries/subsciption, please email at **pdjucir@gmail.com or call on (011) 24367260 / 24365609 / 24365610**