खंड 2 सार्वजनिक स्वास्थ्य और प्रबंधन में मनोवैज्ञानिक, व्यवहारिक और सामाजिक मुद्दे

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 5 स्वास्थ्य और बीमारी पर सामाजिक कारकों का प्रभाव*

इकाई की रूपरेखा

5.0 परिचय

5.1 स्वास्थ्य को परिभाषित करना

5.2 स्वास्थ्य असमता, स्वास्थ्य परिणाम और स्वास्थ्य असमानता

5.3 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक

5.3.1 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों से संबंधित विभिन्न आयोग

5.4 स्वास्थ्य के सांस्कृतिक निर्धारक

5.5 लिंग और स्वास्थ्य

5.5.1 स्वास्थ्य के संबंध में लैंगिक असमानता

5.6 स्वास्थ्य के व्यवहार निर्धारक

5.7 स्वास्थ्य के आर्थिक निर्धारक

5.7.1 वैश्वीकरण और स्वास्थ्य पर इसका प्रभाव

5.8 सारांश

5.9 सन्दर्भ

5.10 आपकी प्रगति की जाँच करने के लिए उत्तर

अधिगम के उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद आप निम्न कार्य कर सकेंगे;

- स्वास्थ्य की व्यापक परिभाषा पर चर्चा कर सकेंगे;
- स्वास्थ्य निर्धारक, स्वास्थ्य परिणाम, स्वास्थ्य असमता, स्वास्थ्य असमानता और स्वास्थ्य समानता जैसे शब्दों को समझेंगे;
- स्वास्थ्य के सामाजिक, मनोवैज्ञानिक, सांस्कृतिक और आर्थिक निर्धारकों पर विशेष ध्यान देने के साथ स्वास्थ्य के निर्धारकों के बारे में समझेंगे; तथा
- आबादी में स्वास्थ्य या अस्वस्थता (बीमारी) को बढ़ावा देने में इन निर्धारकों की भूमिका की समझ सकेंगे।

5.0 परिचय

स्वास्थ्य एक व्यापक अवधारणा है जिसमें व्यापक अर्थ शामिल हैं। इसमें संकीर्ण तकनीकी परिभाषाओं से लेकर दार्शनिक परिभाषाएं तक शामिल हैं। स्वास्थ्य को अक्सर ''बीमारी से रहित'' और सुख की स्थिति के रूप में वर्णित किया जाता है। इन्हें कारकों के एक सेट द्वारा बनाया और बनाए रखा जाता है, जिन्हें स्वास्थ्य के निर्धारक के रूप में जाना जाता है। इस इकाई में हम स्वास्थ्य के विभिन्न निर्धारकों के बारे में विस्तार से चर्चा करेंगे।

* योगदानकर्ता – डॉ. लेखा डी भट, महामारी विज्ञान और सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग, केंद्रीय विश्वविद्यालय तमिलनाडु, नीलाकुडी.
अनुवादक – डॉ. निशीथ राय ,सहायक प्रोफेसर, मानवविज्ञान विभाग, महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिन्दी विश्वविद्यालय, वर्धा।

विभिन्न जनसंख्या समूह में अलग-अलग स्वास्थ्य की स्थिति है, उदाहरण के लिए अगर हम जीवन प्रत्याशा के मामले को स्वास्थ्य के संकेतक के रूप में लेते हैं, तो जापान में पैदा हुए व्यक्ति की औसत जीवन प्रत्याशा 88 वर्ष है जहां भारतीय औसत जीवन प्रत्याशा 68.56 वर्ष है। यदि आप केवल भारतीयों पर विचार करते हैं, तो पुरुषों के लिए यह 67.3 वर्ष और महिलाओं के लिए 69.6 वर्ष है। क्या आपने कभी सोचा है कि इन मतभेदों के लिए कौन से कारक जिम्मेदार हैं? इनके उत्तर आपको स्वास्थ्य के निर्धारक तक पहुचायेंगे।

5.1 स्वास्थ्य को परिभाषित करना

हम स्वास्थ्य की सकारात्मक और व्यापक परिभाषा के साथ चर्चा आरम्भ करेंगे। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO, 1948) के अनुसार ''स्वास्थ्य'' पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की अवस्था है, न कि केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति''। मेडिकल एंथ्रोपोलॉजी के संदर्भ में, डेविड लैंडी (1997) ने स्वास्थ्य को एक जीव की स्थिति के रूप में परिभाषित किया, जो इसे अपने पर्यावरणीय स्थिति के सापेक्ष न्यूनतम दर्द और परेशानी के साथ अनुकूलन करने में सहायता करता है, कम से कम कुछ शारीरिक और मानसिक संतुष्टि प्रदान करता है और एक अस्तित्व की उचित योग्यता रखता है।

स्वास्थ्य केवल एक व्यक्ति का शारीरिक सुख नहीं है, बल्कि पूरे देश की सामाजिक, भावनात्मक और सांस्कृतिक सुख है जिसमें प्रत्येक व्यक्ति एक इंसान के रूप में अपनी पूरी क्षमता प्राप्त करने में सक्षम है, जिससे उनके समुदाय की कुल भलाई हो सके (आदिवासी स्वास्थ्य और चिकित्सा अनुसंधान परिषद न्यू साउथ वेल्स, 2012)।

विभिन्न चिकित्सा प्रणालियाँ विभिन्न तरीकों से स्वास्थ्य की परिकल्पना करती हैं। उदाहरण के लिए, आयुर्वेद स्वास्थ्य को शरीर, मन, आत्मा और सामाजिक भलाई के बीच संतुलन मानता है।

यदि हम स्वास्थ्य की व्यापक परिभाषाओं पर विचार करते हैं, तो हम पहचान सकते हैं कि यह न केवल शारीरिक स्वास्थ्य को समाविष्ट (कवर) करता है, बल्कि इसमें मानसिक, सामाजिक और आध्यात्मिक कल्याण के आयाम भी शामिल हैं। इसलिए यह कई निर्धारकों द्वारा विकसित और अनुरक्षित है।

बॉक्स 5.1: स्वास्थ्य की परिभाषा

स्वास्थ्य की चयनात्मक परिभाषा	रोग की अनुपस्थिति के रूप में स्वास्थ्य. सामाजिक मनोवैज्ञानिक अनुकूलन या परिस्थितियों के समायोजन के रूप में स्वास्थ्य। आवश्यक जीवन कार्यों को पूरा करने के लिए एक कार्यात्मक क्षमता के रूप में स्वास्थ्य। रोग की अनुपस्थिति के रूप में स्वास्थ्य। सामाजिक मनोवैज्ञानिक अनुकूलन या परिस्थितियों के समायोजन के रूप में स्वास्थ्य। आवश्यक जीवन कार्यों को पूरा करने के लिए एक कार्यात्मक क्षमता के रूप में स्वास्थ्य।
स्वास्थ्य की सार्वभौमिक परिभाषा	वृद्धि के रूप में स्वास्थ्य । स्वाधीनता के रूप में स्वास्थ्य, साथ ही स्वायत्तता और आत्मनिर्णय की कवायद के रूप में स्वास्थ्य। क्षमता की प्राप्ति के रूप में स्वास्थ्य। स्वास्थ्य सशक्तिकरण के रूप में. स्वास्थ्य पूर्णता के रूप में।
(**स्रोतः** प्रॉक्टर एस, 2000, केयरिंग फॉर हेल्थ, मैकमिलन प्रेस, लंदन)	

5.2 स्वास्थ्य असमता, स्वास्थ्य परिणाम और स्वास्थ्य असमानता

एक स्वास्थ्य असमता वह अंतर है जो स्वास्थ्य या स्वास्थ्य परिणामों को प्राप्त करने में सामाजिक, आर्थिक और पर्यावरणीय असमता के साथ निकटता से जुड़ा हुआ है। स्वास्थ्य संबंधी असमता उन लोगों के समूह पर प्रतिकूल प्रभाव डालती है, जिन्होंने नस्लीय समूह, धर्म, आर्थिक, सांस्कृतिक, लिंग, आयु, यौन अभिविन्यास आदि के आधार पर स्वास्थ्य के लिए व्यवस्थित रूप से अधिक बाधाओं का अनुभव किया हो। एक स्वास्थ्य असमता नस्ल, लिंग, सामाजिक-आर्थिक स्थिति, विकलांगता स्थिति आदि के आधार पर समूहों के बीच स्वास्थ्य व्यापकता की स्थिति और स्वास्थ्य की घटना और प्रसार में अंतर है।

स्वास्थ्य परिणाम स्वास्थ्य में होने वाले परिवर्तन हैं जो कि उपायों या विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल में हुए खर्च या हस्तक्षेप के परिणामस्वरूप होते हैं। यह एक व्यक्ति, समूह या समुदाय के स्वास्थ्य में परिवर्तन है जो एक हस्तक्षेप या हस्तक्षेपों की एक श्रृंखला के लिए जिम्मेदार है। उदाहरण के लिए, टीकाकरण कार्यक्रम ने पिछले पंद्रह वर्षों में शिशु मृत्यु दर में काफी कमी लाई है। उदाहरण के लिए नीति अयोग (2020) के आंकड़ों से पता चलता है कि 2000 में, आई.एम.आर.(शिशु मृत्यु दर) 68 था और 2016 में यह 34 है। यहां टीकाकरण चिकित्सा हस्तक्षेप है और आईएमआर में कमी स्वास्थ्य का परिणाम है।

स्वास्थ्य असमानता किसी दिए गए जनसंख्या के भीतर उपसमूहों के बीच अवलोकन योग्य स्वास्थ्य अंतर है। इसे मापा और मॉनिटर किया जा सकता है। ये उपसमूह के बीच लोगों की स्वास्थ्य स्थिति में अन्यायपूर्ण और परिहार्य अंतर हैं। स्वास्थ्य असमानताएं सामाजिक न्याय के सिद्धांत के खिलाफ हैं, क्योंकि वे ज्यादातर परिहार्य हैं। अध्ययन के विभिन्न निष्कर्षों से पता चलता है कि स्वास्थ्य की असमानता की दर तब बढ़ जाती है जब बढ़ती आय असमानताओं के साथ जनसंख्या के आय स्तर के औसत तक बढ जाती हैं।

कुछ स्वास्थ्य असमानताएं जैविक विविधताओं या मुक्त विकल्प के लिए जिम्मेदार हैं जबकि अन्य बाहरी वातावरण और मुख्य रूप से संबंधित व्यक्तियों के नियंत्रण के बाहर की स्थितियों के लिए जिम्मेदार हैं। पहले मामले में यह स्वास्थ्य निर्धारकों को बदलने के लिए असंभव या नैतिक या वैचारिक रूप से अस्वीकार्य हो सकता है और इसलिए स्वास्थ्य असमानताएं अपरिहार्य हैं। दूसरे में, असमान वितरण अनावश्यक और परिहार्य होने के साथ-साथ अन्यायपूर्ण और अनुचित भी हो सकता है, जिससे कि स्वास्थ्य असमानताएं भी स्वास्थ्य में असमानता पैदा करती हैं (WHO, 2018)।

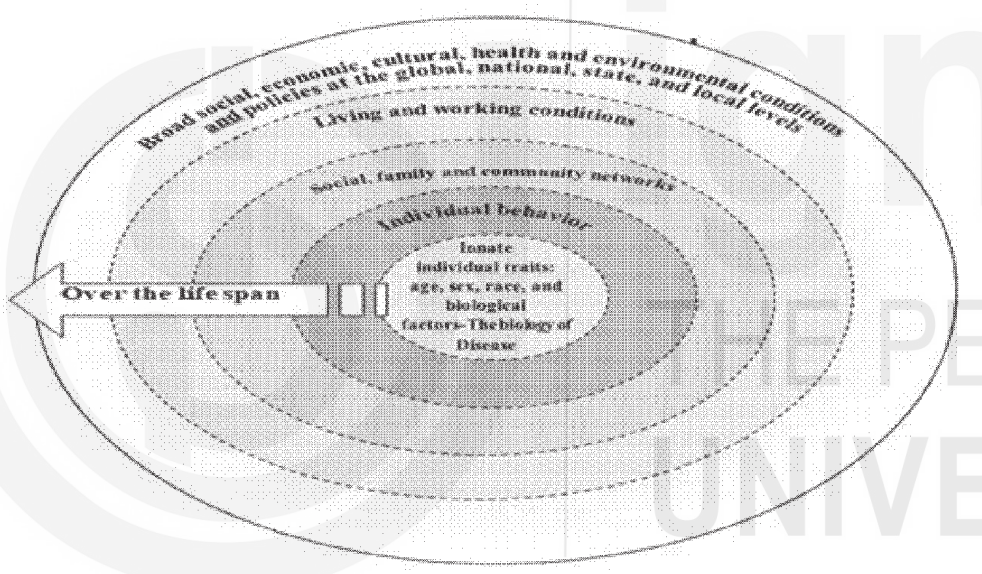
5.3 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को सामाजिक, भौतिक और आर्थिक वातावरण में उन स्थितियों के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिनमें लोग पैदा होते हैं, रहते हैं, काम करते हैं और इसमें स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच भी शामिल है। वे नीतियों, कार्यक्रमों, संस्थानों, सरकारी और निजी क्षेत्रों के साथ-साथ सामुदायिक कारकों सहित सामाजिक संरचना के अन्य पहलुओं से मिलकर बनते हैं। सामाजिक निर्धारक सामाजिक और भौतिक वातावरण के माध्यम से जनसंख्या के स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं (हेल्दी पीपल, 2000)। उन्हें खाद्य आपूर्ति, आवास, आर्थिक और सामाजिक संबंधों, परिवहन, शिक्षा और स्वास्थ्य देखभाल जैसे जीवन-वृद्धि वाले संसाधनों के रूप में माना जाता है, जिनका आबादी में वितरण प्रभावी रूप से जीवन प्रत्याशा और गुणवत्ता निर्धारित करता है। आइए, हम कुछ उदाहरण देखते हैं कि स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक किस प्रकार स्वास्थ्य असमानता को बढ़ाते या घटाते हैं:

शिक्षाः भारत में बाल स्वास्थ्य देखभाल उपयोग के एकल सबसे महत्वपूर्ण निर्धारक के रूप में मातृ शिक्षा है जबकी अन्य हस्तक्षेप करने वाले कारकों के प्रभाव को नियंत्रित किया जाता है (गोविंदसामी और रमेश, 1997)। अनुभवजन्य परिणाम बताते हैं कि मातृ शिक्षा के उच्च स्तर के परिणामस्वरूप बच्चे के जीवन में सुधार होता है क्योंकि बचपन की घातक बीमारियों से जुड़ी स्वास्थ्य सेवाओं को प्रभावी बनाने हेतु उन माताओं का अधिक उपयोग किया जाता है जो की शिक्षित हों नाकि अशिक्षित या कम शिक्षित।

लिंग अनुपातः नीति आयोग के डेटा के अनुसार हरियाणा में प्रति 1000 पुरुषों पर महिलाओं की संख्या 831 है जबकि केरल के लिए यह 967 है। इस बड़े अंतर का कारण महिलाओं की शिक्षा, महिलाओं के रोजगार, पितृसत्तात्मक स्थिति को माना जाता है जिसका समाज में पालन किया जाता है। भारत के लिंगानुपात में गिरावट आई है, जहां पिछले कुछ दशकों में महिलाओं में कमी आयी है।

चित्र 5.1 व्यापक रूप से स्वास्थ्य के विभिन्न निर्धारकों के बारे में बताता है। यह मॉडल व्हाइटहेड एम और डहलग्रेन जी द्वारा विकसित किया गया है और पहली बार 1991 में लैंसेट में "What can be done about inequalities in Health" शीर्षक लेख में दिखाई दिया।



चित्र 5.1 : स्वास्थ्य के निर्धारक (स्रोतः डाहलग्रेन, जी.(1995) यूरोपियन हेल्थ पॉलिसी कांफ्रेंसः आपर्चुनिटीज फॉर द फ्यूचरः वॉल्यूम 11–इंटरसेक्शलन एक्शन फॉर हेल्थ. कोपेनहेगनः डब्ल्यूएचओ रिजनल आफिस फॉर यूरोप।

हम इस खंड में स्वास्थ्य के आठ सामाजिक निर्धारकों पर विस्तार से चर्चा करेंगे।

क) **परिवार, दोस्त और समुदायः** अध्ययन बताते हैं कि सामाजिक अलगाव और अकेलापन हृदय रोग और स्ट्रोक के जोखिम में वृद्धि के साथ जुड़ा हुआ है। जो लोग सामाजिक रूप से अपने परिवार, दोस्तों और समुदाय से जुड़े होते हैं, वे आम तौर पर अधिक खुश रहते हैं, जो कम से कम अच्छी तरह से जुड़े लोगों की तुलना में कम शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के साथ स्वस्थ जीवन जीते हैं।

ख) **धन और संसाधनः** अपर्याप्त आय खराब स्वास्थ्य का कारण बन सकती है क्योंकि संसाधनों की खराब पहुंच तनाव में लाती है और यह शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है। अच्छे भोजन, पानी, टीकाकरण आदि के लिए धन आवश्यक है, गरीबी स्वास्थ्य को नुकसान पहुंचाती है।

ग) **आवासः** अध्ययन से पता चलता है कि भीड़भाड़ वाले कमरों और घरों में रहने वाले बच्चों को विशाल, हवादार घरों में रहने वाले बच्चों की बजाय श्वसन संबंधी समस्याओं से पीड़ित होने की संभावना दोगुनी है।

घ) **शिक्षा और कौशलः** अच्छी शिक्षा और कौशल, स्वास्थ्य के लिए मजबूत नींव बनाने में मदद कर सकते हैं। अच्छे काम, आजीवन समस्या को सुलझाने की क्षमता तक पहुँचना, आजीवन स्वस्थ आदतें विकसित करना, जीवन की अच्छी गुणवत्ता, जीना और स्वस्थ वातावरण में काम करना, यह सब तभी संभव है जब लोगों को अच्छी शिक्षा सुनिश्चित की जाए।

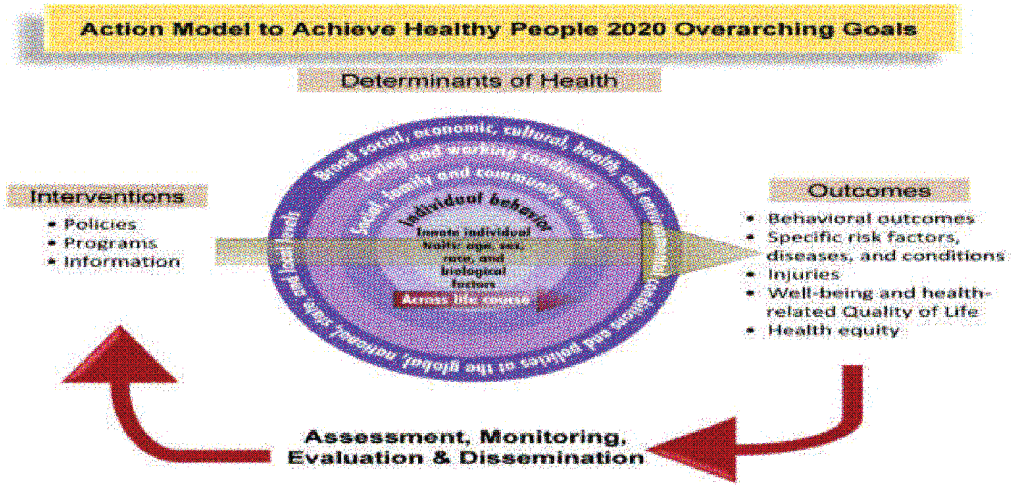
च) **अच्छा कार्यः** रोजगारः रोजगार स्थिरता, सुरक्षा और नियमित आय प्रदान करता है। यह अच्छी मजदूरी प्रदान करता है और बदले में गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली तक पहुंच सुनिश्चित करता है। अच्छा रोजगार यह सुनिश्चित करता है कि व्यक्ति बुनियादी जीवन स्तर का वहन कर सकता है, आत्मसम्मान और मूल्य की भावना सुनिश्चित कर सकता है, जिसका सभी व्यक्ति के स्वास्थ्य पर प्रभाव पड़ता है।

छ) **परिवहनः** एक स्वस्थ परिवहन प्रणाली हवा की गुणवत्ता में सुधार करने के अवसर प्रदान कर सकती है। अस्पतालों की तरह स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की यात्रा करने और उन तक पहुँचने में लोगों की मदद करना।

ज) **भौतिक परिवेशः** स्वच्छ परिवेश, स्थान और भवन लोगों के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य के लिए आवश्यक हैं। उदाहरण के लिए, एक शहर में अच्छी तरह से बने अस्पताल और हरे भरे स्थानों तक पहुंचना आसान है, जिससे लोगों के लिए शारीरिक रूप से सक्रिय होना आसान हो जाता है।

झ) **भोजन तक पहुंचः** खराब आहार बीमार स्वास्थ्य के लिए सबसे बड़े जोखिमों में से एक है। निपटान में उपलब्ध संसाधनों के भीतर स्वस्थ और सस्ता भोजन, उपलब्ध और सुलभ होना चाहिए।

चित्र 5.2 विभिन्न सामाजिक निर्धारकों के बीच संबंधों को बताता है और कैसे नीति निर्माण, हस्तक्षेप और स्वास्थ्य परिणामों को लगातार निगरानी और मूल्यांकन स्वास्थ्य प्रणाली में एक-दूसरे के साथ जोड़ा जाता है।



चित्र 5.2: स्वस्थ लोगों को प्राप्त करने के लिए एक्शन मॉडल (स्रोतः हैल्थी कैंपस, 2020: डिटर्मनन्ट ऑफ हेल्थ एंड एविडेंस-बेस्ड एक्शन्स)

5.3.1 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों से संबंधित विभिन्न आयोग

2003 में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर आयोग का गठन किया गया था। आयोग ने 2008 में अपनी अंतिम रिपोर्ट जारी की, और यह दस्तावेज भारत जैसे विकासशील देशों में नीति निर्माताओं और भूमिका को स्वीकार करने वाले कार्यक्रमों को निर्देशित करने के लिए एक मार्गदर्शक सिद्धांत के रूप में कार्य करता है। स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को इसने स्वीकार किया और पहचाना कि स्वास्थ्य देखभाल में चिन्हित असमानताएँ क) संरचनात्मक निर्धारकों (उदाहरण के लिए: विश्व, राष्ट्रीय और स्थानीय स्तर पर बिजली, धन, वस्तुओं और सेवाओं में असमान वितरण) और ख) दैनिक जीवन की परिस्थितियाँ (उदाहरण के लिए-परिणामस्वरूप अनुचितता लोगों के जीवन में तात्कालिक स्थितियां- स्कूल, शिक्षा, स्वास्थ्य देखभाल, कार्य की स्थिति, अवकाश समय आदि तक पहुँच।)

आयोग की तीन प्रमुख सिफारिशें इस प्रकार की हैं:

1) दैनिक जीवन की स्थिति में सुधार।

2) बिजली, धन और संसाधनों के असमान वितरण से निपटना।

3) स्वास्थ्य असमानता की समस्या को मापें और समझें और लगातार हस्तक्षेप के प्रभाव का आकलन करें।

मिचेल मर्मोट और उनकी टीम (2010) द्वारा इस क्षेत्र में एक और महत्वपूर्ण कार्य यह सुझाव देता है कि स्वास्थ्य असमानताओं को कम करने के लिए कुछ उद्देश्यों की पूर्ति की आवश्यकता है और वे इस प्रकार हैं:

क) हर बच्चे को जीवन में सबसे अच्छी शुरुआत देना।

ख) सभी के लिए रोजगार के अवसर और उचित कार्य की स्थिति बनाना।

ग) पूरी आबादी के लिए स्वस्थ जीवन स्तर सुनिश्चित करना।

घ) स्वस्थ शारीरिक वातावरण का विकास करता है।

च) समुदायों को सशक्त बनाना।

छ) रोग की रोकथाम को मजबूत बनाना।

अभ्यास 5.1

1) पहचानें कि खाद्य दुकानें, आवास, अस्पताल, नर्सिंग होम जैसे संसाधन आपके इलाके में कैसे वितरित किए जाते हैं?

2) आसपास के समुदायों के साथ इसकी तुलना करें और देखें कि क्या स्वास्थ्य के परिणामों में भिन्नताएं हैं?

अपनी प्रगति जांचें

1) स्वास्थ्य परिणाम, स्वास्थ्य असमता और स्वास्थ्य असमानता के बीच अंतर कीजिए ।

.....

.....

.....

.....

.....

2) स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को परिभाषित करें और उन आठ सामाजिक निर्धारकों पर चर्चा करें जिनका भारतीय संदर्भ में स्वास्थ्य पर प्रभाव पड़ता है।

.....

.....

.....

.....

.....

5.4 स्वास्थ्य के सांस्कृतिक निर्धारक

संस्कृति विचारों और लोगों के एक समूह के आकार की एक प्रणाली है। हमारे सांस्कृतिक पृष्ठभूमि का हमारे जीवन पर विशेष रूप से हमारे स्वास्थ्य पर जबरदस्त प्रभाव पड़ता है। संस्कृति एक स्थानीय समूह से दूसरे में भिन्न होती है। यह समाप्त होती है और विकसित होती है और साथ ही अपने लिए मूल्यवान होती है।

मानवविज्ञानीयों ने कलात्मक और साथ ही व्यवहार आयामों पर ध्यान केंद्रित किया है। हर्सकोविट्स (1948) हमें बताता है कि, ''संस्कृति पर्यावरण का मानव निर्मित हिस्सा है,'' और मार्गरेट मीड (1953) का कहना है कि संस्कृति एक समाज या उपसमूह का कुल साझा, सीखा व्यवहार है। ''इन आयामों को मलिनोवस्की (1931) के सूत्रीकरण में संयोजित किया गया है; संस्कृति एक अच्छी तरह से संगठित एकता है जिसे दो मूल पहलुओं में विभाजित किया गया है- कलाकृतियों का एक निकाय और रीति-रिवाजों की एक प्रणाली।''

स्वास्थ्य के सांस्कृतिक निर्धारक सांस्कृतिक पहलुओं को शामिल करते हैं जो लचीलेपन को बढ़ावा देते हैं, पहचान की भावना की अनुमति देते हैं और व्यक्तियों, परिवारों और समुदायों के लिए अच्छे मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य का समर्थन करते हैं। इन मानदंडों, मूल्यों, विश्वासों, रीति-रिवाजों को पारंपरिक सांस्कृतिक अभ्यास, कला, गीत, नृत्य, पारंपरिक परंपरा आदि के माध्यम से आकार, समर्थन और संरक्षित किया जाता है।

स्वदेशी के अधिकारों पर संयुक्त राष्ट्र की घोषणा निम्नलिखित सांस्कृतिक निर्धारक तत्वों को समुदाय की स्वास्थ्य संस्कृति को आकार देने के लिए बहुत महत्वपूर्ण मानती है।

क) स्वनिर्धारण
ख) भेदभाव से मुक्ति
ग) व्यक्तिगत और सामूहिक अधिकार
घ) संस्कृति के आत्मसात और विनाश से मुक्ति
च) स्थानांतरण से संरक्षण
छ) पारंपरिक ज्ञान और स्वदेशी बौद्धिक संपदा अधिकारों का संरक्षण और संवर्धन।

एक समुदाय की सांस्कृतिक मान्यताएं स्वास्थ्य देखभाल प्रथाओं को आकार देती हैं और बीमारी के बारे में स्थानीय रूप से माना जाने वाला विचार विकसित करती हैं। समुदाय के सदस्यों के लिए किसी भी स्वास्थ्य हस्तक्षेप को स्थानीय मान्यताओं और प्रथाओं के संदर्भ में समझकर बनाया जाना चाहिए। लोगों के समूहों के बीच मतभेदों को स्वीकार करने और उनकी सराहना करने के लिए एक समुदाय की मान्यताओं और रीति-रिवाजों को समझना महत्वपूर्ण है। उदाहरण के लिए, भारतीय महिलाएं गर्भावस्था को कैसे समझती और संभालती हैं और नवजात शिशु की देखभाल पश्चिमी विकसित देशों की महिलाओं से पूरी तरह से अलग है।

हर संस्कृति के अपने रीति-रिवाज होते हैं जो बीमारी के पैटर्न को प्रभावित करते हैं। यह

व्यक्तिगत स्वच्छता, परिवार नियोजन के मामलों में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है, प्रारंभिक चिकित्सा देखभाल, टीकाकरण आदि की मांग करता है, संक्षेप में इसका लोगों के जीवन के रास्ते में मजबूत प्रभाव है। सभी रीति–रिवाज और मान्यताएं बुरी नहीं हैं। कुछ साक्ष्य पर आधारित हैं (जैसे बच्चे के जन्म के बाद आराम) जहां कुछ हानिकारक होते हैं (जैसे महिला जननांग विकृति)।

बॉक्स 5.2: जहां तक स्वास्थ्य का संबंध है, संस्कृति का निम्नलिखित सभी क्षेत्रों पर प्रभाव पड़ता है।

1) हेतुविज्ञान (एटियलजि) और उपचार (क्योर) की अवधारणा (उदाहरण, चेचक/देवी शीतला की पूजा पर विचार करना)

2) पर्यावरण संरक्षण और स्वच्छता (विश्वास जो शहर के लोगों के लिए शौचालय हैं, जहां खुले मैदान नहीं हैं, धार्मिक विश्वासों के हिस्से के रूप में जल निकायों की रक्षा करना हो सकता है)

3) यौनिकता और परिवार नियोजन

4) खाद्य आदतें (धार्मिक कारणों से शाकाहारी-मांसाहारी, कुछ खाद्य पदार्थों को गर्म/ठंडा मानना, विशेष अवसरों पर उपवास करनाय बीमारियों में कुछ खाद्य पदार्थों का सेवन/सेवन निषेध)

5) माँ और बच्चे (लंबे समय तक स्तनपान, तेल स्नान और नवजात का सूर्य से संपर्क)

6) व्यक्तिगत स्वच्छता (निश्चित दिनों पर बाल कटवाने या नाखून नहीं काटना, कुछ दिनों तक हेयरकेयर का निषेध)।

अभ्यास 5.2

अपने समुदाय में प्रसव से संबंधित मान्यताओं और प्रथाओं को पहचानें? और निम्नलिखित प्रश्नों के बारे में अपने विचारों को प्रतिबिंबित करें।

- एक महिला के लिए माँ बनना किस उम्र में उचित है?
- बच्चे किसके हैं?
- एक परिवार में कितने बच्चे होने चाहिए?
- महिलाओं को कहां प्रसव करना चाहिए और कौन शामिल होना चाहिए?
- उसके बाद बच्चे के पालन-पोषण में कौन शामिल होना चाहिए?

अपने साथी सहपाठियों के साथ अपने विचारों पर चर्चा करेंय और विश्लेषण करें कि जिस सांस्कृतिक पृष्ठभूमि में आपको गर्भावस्था और प्रसव पर अपने विचार/विचारों को लाया गया है, वह कैसे साथी छात्रों के विचारों से अलग है।

5.5 लिंग और स्वास्थ्य

जेंडर (लिंग) सामाजिक रूप से (साथ ही सांस्कृतिक रूप से) पुरुषों और महिलाओं की परिभाषित भूमिकाओं और जिम्मेदारियों को संदर्भित करता है। विभिन्न सामाजिक संस्थाओं में समाजीकरण के माध्यम से लैंगिक भूमिकाएं सीखी जाती हैं। लैंगिक असमानता

संसाधनों/लाभों के आवंटन या सेवाओं तक पहुंच में अवसरों के मामले में व्यक्ति के लिंग पर आधारित भेदभाव है।

लैंगिक समानता का अर्थ है, किसी व्यक्ति के लिंग के आधार पर अवसरों में, संसाधनों या लाभों के आवंटन में या सेवाओं तक पहुंच में भेदभाव की अनुपस्थिति।

लिंग समानता का मतलब महिलाओं और पुरुषों के बीच लाभों और जिम्मेदारियों के वितरण में निष्पक्षता और न्याय है। मौजूदा असमानताओं को समाप्त करने के लिए अक्सर महिलाओं-विशिष्ट परियोजनाओं और कार्यक्रमों की आवश्यकता होती है।

कई समाजों में, महिलाएं पुरुषों के अनुसार कुछ बुनियादी मानवाधिकारों का उपयोग करने के लिए व्यवस्थित रूप से असफल होती हैं। अधिकांश समय यह आवश्यकताएं महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति और मृत्यु दर, रुग्णता और विकलांगता दर को प्रभावित करने से संबंधित होती हैं ।

आइए तीन उदाहरणों पर चर्चा करें।

1) समाज में महिलाओं की अधीनस्थ स्थिति का अर्थ है कि वे अक्सर ऐसे हिंसक रिश्तों में होते हैं जो शारीरिक और भावनात्मक रूप से अपमानजनक होते हैं। यह उनके मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है (शर्मा एंड टीम 2019)।

2) महिलाएं बार-बार पुरुषों के अवसाद से पीड़ित होने की संभावना रखती हैं-मोटे तौर पर खराब आत्मसम्मान के कारण (ऑर्थर एंड टीम 2008)।

3) भारतीय महिलाओं को उनके पुरुष समकक्षों की तुलना में एनीमिक होने का खतरा है, यह मुख्य रूप से उनके खराब खाने की आदतों (सभी खाने को छोड़ दिया गया) और पौष्टिक संतुलित आहार तक कम पहुंच के कारण है (इमराना कैदर, 1998)।

विशिष्ट लिंग बाधाएं हैं जो महिलाओं को पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंचने के दौरान सामना करती हैं। वो हैं:

1) सेक्स और प्रजनन पर सीमित नियंत्रणः भारत में पारंपरिक रूप से, महिलाओं को यह तय करने का अधिकार नहीं है कि शादी कब करेंय कितने बच्चे हों य बच्चों के बीच अंतर आदि। इन स्थितियों में, निर्णय लेने में महिलाओं की भागीदारी लगभग अनुपस्थित है, जिसके परिणामस्वरूप महिलाओं के शरीर और दिमाग पर जबरदस्त प्रभाव पड़ता है।

2) समय की कमीः भारतीय समाजों के सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भों में, सबसे अधिक बार, महिलाएं अपने स्वास्थ्य और कल्याण के लिए कम समय देती हैं क्योंकि घरेलू कामकाजी और बच्चे के पालन-पोषण को कामकाजी या गैर-कामकाजी महिलाओं दोनों को मुख्य प्राथमिकता मिलती है। इस प्रकार आहार, व्यक्तिगत व्यायाम, ध्यान या खुद के स्वास्थ्य का ख्याल रखना ज्यादातर महिलाओं के जीवन के सबसे कम महत्वपूर्ण पहलू हैं। इसी तरह, स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की मांग करना (जैसे डॉक्टर से परामर्श करना) जब तक लक्षण असहनीय नहीं हो जाते, तब तक के लिए स्थगित कर दिया जाता है । इसलिए महिलाओं में विभिन्न बीमारियों की शुरुआती पहचान की संभावना खराब है।

3) स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों से सहायता का अभावः स्वास्थ्य देखभाल कर्मियों को लिंग संबंधी असमानताओं के बारे में समझ की कमी और स्वास्थ्य में लिंग नाटकों की

भूमिका सुनिश्चित करती है कि वे महिलाओं को उनके प्रजनन और यौन अधिकारों के लिए सचेत नहीं करते हैं; ये लिंग असंवेदनशील दृष्टिकोण कई महिलाओं को विशिष्ट उपचार प्राप्त करने से हतोत्साहित करते हैं।

5.5.1 स्वास्थ्य के संबंध में लैंगिक असमानता

भारतीय महिलाओं के लिए घर में निम्न स्थिति/सामाजिक मूल्य उनके स्वास्थ्य परिणामों को प्रभावित करते हैं। सामुदायिक और स्वास्थ्य सुविधाओं में महिला स्वास्थ्य प्रदाताओं की कमी जैसे सांस्कृतिक कारक अस्पतालों और नर्सिंग होम में उनकी शारीरिक पहुंच में बाधा डालते हैं। कम साक्षरता दर और सूचना तक कम पहुंच महिलाओं की स्थिति को बदतर बना देती है। श्रम का सामाजिक विभाजन महिलाओं को घर पर अनौपचारिक देखभाल प्रदाता के रूप में मानता है इसलिए यह उनके शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य पर भारी पड़ता है। हिंसा, शराब, धूम्रपान और जीवन शैली से संबंधित समस्याओं के सार्वजनिक स्वास्थ्य निहितार्थ हैं और इससे भारतीय संदर्भ में लिंग आधारित स्वास्थ्य असमानता बहुत जटिल हो जाती है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन टेक्निकल पेपर ऑन जेंडर एंड हेल्थ (1998) महिला सशक्तीकरण नीतियों की मुख्य आलोचना का हवाला देते हुए कहता है कि वे महिलाओं को समस्या के रूप में परिभाषित करना जारी रखती हैं, जिन्हें कल्याण और विशेष उपचार की आवश्यकता होती है अगर उनकी परिस्थितियों में सुधार किया जाए। महिलाओं के अंतर्निहित कारणों को बड़े पैमाने पर अस्पष्टीकृत किया गया है और उनके काम के व्यवस्थित अवमूल्यन या संसाधनों तक उनकी पहुंच पर निरंतर बाधाओं के लिए कोई स्पष्टीकरण नहीं दिया गया है।

तालिका 5.1: भारतीय महिलाओं के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली समस्याएं

बचपन	किशोरावस्था और वयस्कता बुढ़ापा	बुढ़ापा
• लिंग चयनात्मक गर्भपात • महिला विकृति • पोषण की समस्याएं	• अवांछित गर्भधारण, एसटीडी • यौन उत्पीड़न/दुर्व्यवहार • जबरदस्ती यौन संबंध बनाना • धूम्रपान और मादक द्रव्यों का सेवन	• जीवन की गुणवत्ता पर रुग्णता/समस्याओं में वृद्धि • प्रारंभिक वर्षों में स्वास्थ्य पर ध्यान नहीं दिया जाता है, इसलिए कम पोषणयुक्त स्वास्थ्य की स्थिति जैसे मधुमेह

(स्रोतः विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2009)

डब्ल्यूएचओ की सिफारिशों के अनुसार, महिलाओं को चाहिएः (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2009)।

- सूचना स्रोतों को जानने में सक्षम हो और अपनी प्रजनन क्षमता को नियंत्रित करने के लिए कई तरीकों का चयन करने में सक्षम हो (उदाहरणः गर्भनिरोधक, गर्भपात आदि जैसी सेवाओं का उपयोग)।

- स्तन और गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर की रोकथाम सहित विभिन्न गैर-संचारी रोगों की जांच का उपयोग करें।
- यह तय करने में सक्षम हो कि यौन संबंध कब और किसके साथ बनाए।
- एसटीआई और एचआईवी से खुद को बचाने में सक्षम हो।
- महिला जननांग विकृति (अफ्रीकी महाद्वीप के संदर्भ) जैसी हानिकारक पारंपरिक प्रथाओं से सुरक्षित रहें।
- घरेलू हिंसा, यौन शोषण आदि के मामले में एक समर्थन के रूप में मनो-सामाजिक परामर्श का उपयोग करने में सक्षम हो।

अभ्यास 5.3: निम्नलिखित प्रश्नों पर विचार करें और अपने मार्गदर्शक के साथ चर्चा करें

- भारत में पिछले कुछ दशकों में लिंग अनुपात और बाल लिंग अनुपात महिलाओं के लिए अधिक प्रतिकूल क्यों हो रहा है?
- सामाजिक असमानता की स्थिति, नस्ल और सामाजिक स्थिति के अन्य आयाम लिंग असमानता और उसके स्वास्थ्य परिणामों में भिन्नता पैदा करने के लिए लिंग के साथ कैसे प्रभावित करते हैं?

5.6 स्वास्थ्य के व्यवहार निर्धारक

व्यवहार स्वास्थ्य और बीमारी से जुड़ा हुआ है। किसी व्यक्ति का स्वास्थ्य संबंधी व्यवहार उसके लिए अच्छा स्वास्थ्य सुनिश्चित करने के लिए बहुत महत्वपूर्ण है। उदाहरण के लिए व्यक्तिगत स्वच्छता बनाए रखने वाला व्यक्ति स्वास्थ्य संबंधी व्यवहार है और यह उसके स्वास्थ्य को प्रभावित करता है। एक व्यक्ति का व्यवहार दूसरे व्यक्ति के स्वास्थ्य पर प्रभाव डालता है (उदाहरण के लिए अप्रत्यक्ष अथवा निष्क्रिय धूम्रपान का प्रभाव)। समूहों का व्यवहार शारीरिक और सामाजिक वातावरण को प्रभावित करता है जो अंततः स्वास्थ्य पर प्रभाव डालता है। उदाहरण के लिए, जब कोई समुदाय कार्यस्थल की यात्रा करने के लिए कार पूलिंग प्रणाली का उपयोग करने का निर्णय लेता है तो इसका पर्यावरण प्रदूषण पर प्रभाव पड़ता है और प्रदूषण के स्तर में कमी आती है जो अंततः हमारे स्वास्थ्य में सुधार करता है।

स्वास्थ्य व्यवहार ऐसा व्यवहार है जो किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य के लिए निहितार्थ हो सकता है। किसी स्थिति के लिए किसी व्यक्ति की क्रिया या प्रतिक्रिया और यह सचेत या अचेतन, स्वैच्छिक या अनैच्छिक हो सकती है (वारविक मेडिकल स्कूल, 2016)।

गोचमैन (1988) का मानना है कि व्यक्तिगत विशेषताएं जैसे विश्वास, अपेक्षाएं, उद्देश्य, मूल्य, धारणाएं किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य व्यवहार को प्रभावित करती हैं। व्यक्तित्व की विशेषताएँ, कार्य और आदतें भी व्यक्ति के स्वास्थ्य व्यवहार को प्रभावित करती हैं। भारत में जीवनशैली की बीमारियाँ बढ़ रही हैं, जिसका स्वास्थ्य के व्यवहार निर्धारकों के साथ मजबूत संबंध है। जीवन शैली में "जिस तरह से लोग सामाजिक मूल्यों, दृष्टिकोणों और गतिविधियों को दर्शाते हैं, उसे शामिल करते हैं। यह सांस्कृतिक और व्यवहारिक पैटर्न और आजीवन व्यक्तिगत आदतों (उदाहरण के लिए, शराब) का गठन किया जाता है जो कि समाजीकरण की प्रक्रिया के माध्यम से विकसित होते हैं। जीवन शैली सामाजिक बातचीत और जनसंचार माध्यमों से सीखी जाती है। वर्तमान स्वास्थ्य समस्याएं/कैंसर, मोटापा आदि जैसी कई स्वास्थ्य समस्याएं जीवन शैली से जुड़ी हुई हैं, जिनका व्यक्ति अनुसरण करता है। हमें

रोग के अप्रत्यक्ष व्यवहार मार्ग पर ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि नियाउरा और अब्राहम (2002) के अध्ययन के अनुसार व्यवहार का रोग के प्रमुख कारण होने में 50% का योगदान है जबकि पर्यावरण से 20%, जीवविज्ञान (आनुवंशिकी) से 20% कारणों और बाकी 10% स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की खराब पहुंच के कारण है।

बॉक्स 5.2: व्यवहार का वर्गीकरण

1) स्वास्थ्य व्यवहार और बीमारी का व्यवहार।

2) अनुकूली व्यवहार और गैर-अनुकूलित व्यवहार।

3) रोकथाम व्यवहार और जांच व्यवहार।

4) सार्वजनिक व्यवहार और निजी व्यवहार।

5) सेवा उपयोग का व्यवहार और आत्म देखभाल का व्यवहार।

व्यक्तिगत व्यवहार तीन कारकों के आधार पर भिन्न होते हैं:

1) भावनात्मक विकार: वे मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाएं हैं जो अनुभव और अभिव्यक्ति दोनों में शामिल हैं।

2) सामान्यीकृत अपेक्षाएँ: मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाएँ भविष्य के परिणामों (नियंत्रण का नियंत्रण, आत्म-प्रभावकारिता आदि) के संबंध में प्रत्याशा तैयार करने में शामिल होती हैं।

3) व्याख्यात्मक शैली: नकारात्मक घटनाओं (आशावाद, अटेंशन स्टाइल आदि) के कारणों को समझाने में शामिल मनोवैज्ञानिक प्रक्रियाएं।

प्रमुख स्वास्थ्य व्यवहार: कई अध्ययनों ने स्वास्थ्य व्यवहार और स्वास्थ्य परिणामों के बीच संबंधों की जांच की है और रुग्णता और मृत्यु दर दोनों में अपनी भूमिका का प्रदर्शन किया है। इस तरह के पहले अध्ययनों में जीवनशैली की सात विशेषताओं की पहचान की गई थी, जो कम रुग्णता और उत्तरजीविता से जुड़ी थीं: धूम्रपान, मध्यम शराब का सेवन, प्रति रात 7-8 घंटे सोना, नियमित रूप से व्यायाम करना, एक वांछनीय शरीर के वजन को बनाए रखना, स्नैक्स से परहेज करना, और नियमित रूप से नाश्ते का सेवन (बेलोक और ब्रेस्लो, 1972)। धूम्रपान लंबे समय तक नकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों के साथ जुड़ा हुआ स्वास्थ्य व्यवहार है। कोरोनरी हृदय रोग (सीएचडी) से रुग्णता और मृत्यु दर धूम्रपान करने वालों के बीच बढ़ जाती है। रुग्णता और मृत्यु दर पर आहार का प्रभाव अच्छी तरह से स्थापित है। तीसरी दुनिया में, आहार और स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याएं कम पोषण की हैं, प्रथम विश्व में, समस्याएं मुख्य रूप से भोजन के अतिरेक से जुड़ी हुई हैं। नियमित व्यायाम में संलग्न होने के संभावित स्वास्थ्य लाभों में हृदय की रुग्णता और मृत्यु दर, निम्न रक्तचाप और कार्बोहाइड्रेट और वसा का बढ़ता हुआ चयापचय शामिल है, साथ ही साथ आत्म-सम्मान, सकारात्मक मनोदशा में सुधार, जीवन में कम तनाव और चिंता जैसे मनोवैज्ञानिक लाभों की एक श्रृंखला शामिल है। व्यक्ति विभिन्न स्क्रीनिंग कार्यक्रमों में भाग लेकर अपने स्वास्थ्य की रक्षा करने की कोशिश कर सकते हैं, जो कि जल्दी, या स्पर्शोन्मुख, स्तर पर बीमारी का पता लगाने का प्रयास करते हैं। इस प्रकार, स्वास्थ्य जांच भी स्वास्थ्य व्यवहार का एक महत्वपूर्ण पहलू है।

बॉक्स 5.3: केस स्टडी

32 साल की एक महिला जो तीन बच्चों की मां है, उसके हाल के बच्चे के जन्म के बाद एक मनोरोग क्लिनिक में देखी जाती है क्योंकि वह उदासी महसूस करती है। मरीज दवाइयाँ लेने से मना कर देता है क्योंकि उसे लगता है कि लोग उसे 'पागल' कहेंगे। वह माँ और एक बैंक कर्मचारी की भूमिका के दोहरे बोझ से थका हुआ महसूस करती है। वह अपने पति के निर्दयी व्यवहार और ससुराल वालों के प्रति उदासीन व्यवहार से दुखी है। वह काउंसलर से कहती है कि उसका एकमात्र आराम भगवान और 'संतों' की प्रार्थनाओं तक है।

एक अस्पताल में एक बहु-अनुशासनात्मक टीम के हिस्से के रूप में, आप स्वास्थ्य ढांचे के निर्धारकों पर विचार करके इस रोगी के अवसाद का प्रबंधन करने में कैसे मदद करेंगे? महिला को निम्नलिखित सवालों के जवाब देने की कोशिश करने में मदद करने से पहले:

1) अवसाद के संभावित कारण क्या हैं?

2) सामाजिक और मनोवैज्ञानिक कारक उसकी वर्तमान स्थिति को कैसे प्रभावित करते हैं?

3) क्या आप मनोचिकित्सक को एक योजना सुझा सकते हैं ताकि उपचार में सामाजिक-सांस्कृतिक प्रभावों को समायोजित किया जा सके?

5.7 स्वास्थ्य के आर्थिक निर्धारक

दुनिया के विभिन्न देश/महाद्वीप समान रूप से विकसित नहीं हैं; इसका कारण संसाधनों में अंतर, संस्कृति में अंतर और देश की राजनीतिक और आर्थिक प्रणालियों में अंतर है। किसी व्यक्ति का स्वास्थ्य मुख्य रूप से सामाजिक-आर्थिक विकास के स्तर पर निर्भर करता है। उदाहरण प्रति व्यक्ति आय, सकल राष्ट्रीय उत्पाद, रोजगार और आवास की स्थितियों का एक व्यक्ति के जीवन पर जबरदस्त प्रभाव है। कई देशों की आर्थिक प्रगति मृत्यु दर, रुग्णता दर को कम करने का एक प्रमुख कारक रहा है; इसने जीवन प्रत्याशा में भी वृद्धि की, परिवार का आकार काफी कम हो गया और संचारी रोग दर में कमी आई।

स्वास्थ्य किसी देश की आर्थिक प्रणाली के साथ निकटता से जुड़ा हुआ है। अक्सर किसी देश में स्वास्थ्य देखभाल में बेहतर प्रौद्योगिकी के कार्यान्वयन के लिए मुख्य बाधाएं तकनीकी नहीं हैं, बल्कि आर्थिक और राजनीतिक बाधाएं हैं।

किसी देश की आर्थिक प्रणाली और आर्थिक स्थिरता यह तय करती है कि सभी के लिए स्वास्थ्य देखभाल मुफ्त की जाए या इसके लिए शुल्क लिया जाए। सकल घरेलू उत्पाद का कितना प्रतिशत सार्वजनिक स्वास्थ्य पर खर्च किया जाना है, यह उस देश की आर्थिक प्रणाली और आर्थिक संभावनाओं पर भी निर्भर करता है। उदाहरण के लिए, संयुक्त राज्य अमेरिका में स्वास्थ्य देखभाल मुख्य रूप से स्वास्थ्य बीमा कवरेज पर आधारित है। इसलिए उस देश में स्वास्थ्य देखभाल बहुत महंगी है। भारत, हालांकि हमारे पास सकल घरेलू उत्पाद का केवल 1.5% स्वास्थ्य में समर्पित है, दोनों सरकारी और निजी स्वास्थ्य देखभाल सह-अस्तित्व में हैं और लोग इन उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों में से चुनने के लिए स्वतंत्र हैं। इसलिए स्वास्थ्य देखभाल अधिक सुलभ और सस्ती लगती है, हालांकि प्रौद्योगिकी के लिहाज से यह यूएसए की तुलना में बेहतर नहीं है।

5.7.1 वैश्वीकरण और स्वास्थ्य पर इसका प्रभाव

वैश्वीकरण ने देशों के बीच व्यापार संबंधों और आंदोलनों पर प्रभाव डाला है। अंतर्राष्ट्रीय संगठनों (वर्ल्ड ट्रेड ऑर्गनाइजेशन, वर्ल्ड बैंक) की मध्यस्थता के माध्यम से नए बाजारों, तकनीकी विकास और समझौतों और देशों के बीच सहयोग की खोज इस प्रक्रिया को एक वास्तविकता बनाते हैं।

वैश्वीकरण को उन प्रक्रियाओं के रूप में परिभाषित किया जाता है जो उन तरीकों को बदल रहे हैं जिनमें लोग सीमाओं के पार बातचीत करते हैं, विशेष रूप से भौतिक (जैसे कि राष्ट्र-राज्य), लौकिक (जैसे तात्कालिक संचार) और संज्ञानात्मक (जैसे सांस्कृतिक पहचान)। इसके परिणाम कई क्षेत्रों, आर्थिक, राजनीतिक, सांस्कृतिक, तकनीकी में मानव समाज के पुनर्परिभाषित कर रहें हैं।

स्वास्थ्य उपलब्धियां महत्वपूर्ण अंतर्राष्ट्रीय विकास लक्ष्य हैं। वैश्वीकरण नए ज्ञान और कौशल विकसित करने में मदद कर रहा है, नीति सुसंगतता को बढ़ावा देना। यह स्वास्थ्य के लिए वैश्विक सार्वजनिक वस्तुओं में भी योगदान देता है, स्वास्थ्य के लिए वैश्विक स्वास्थ्य कोष, अंतर्राष्ट्रीय मानक/नियम विकसित किए जाते हैं।

हालाँकि, वैश्विक दुनिया में कुछ विशिष्ट चिंताएँ जिनका स्वास्थ्य पर प्रत्यक्ष/अप्रत्यक्ष प्रभाव पड़ता है:

1) खाद्य सुरक्षा

2) पर्यावरणीय गिरावट और स्वास्थ्य पर इसका प्रभाव

3) ड्रग्स तक पहुंच

4) स्वास्थ्य देखभाल सेवा उपलब्धता

5) स्वास्थ्य पर आनुवंशिक रूप से संशोधित खाद्य प्रभाव जैसे उभरते मुद्दे

6) लाइफ स्टाइल जनित बीमारियों का बोझ बढ़ना।

वैश्वीकरण ने स्थानीय ज्ञान, स्थानीय संसाधनों और पारंपरिक ज्ञान जिससे वैश्विक ज्ञान पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है और संसाधन व्यवस्था में आधिपत्य जमाते हैं। मैकडॉनल्ड्स, केएफसी जैसी खाद्य श्रृंखलाओं में वृद्धि और किशोरों/शहरी लोगों के बीच भारतीय भोजन पर इसकी लोकप्रियता का उल्लेख करना एक उदाहरण है। यह फास्ट फूड कल्चर पीसीओडी जैसे स्वास्थ्य और जीवन शैली की बीमारियों पर प्रभाव छोड़ता है और इस आयु वर्ग में मोटापा बढ़ता जा रहा है।

अपनी प्रगति जांचें

3) उपयुक्त उदाहरण देते हुए एक समुदाय के स्वास्थ्य पर सांस्कृतिक निर्धारकों की भूमिका पर चर्चा करें।

.....

.....

.....

.....

.....

4) ''वैश्वीकरण का स्वास्थ्य पर सकारात्मक और नकारात्मक दोनों प्रभाव है''। इस कथन का औचित्य सिद्ध करें।

.....

.....

.....

.....

.....

5.8 सारांश

कई कारक एक साथ मिलकर व्यक्तियों और समुदायों के स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। इनमें स्वास्थ्य और उसके जैविक/आनुवंशिक विशेषताओं के निर्धारक शामिल हैं। लोग स्वस्थ हैं या नहीं, उनकी परिस्थितियों और वातावरण से निर्धारित होता है। स्वास्थ्य के निर्धारकों में सामाजिक और आर्थिक वातावरण, भौतिक वातावरण और व्यक्ति की व्यक्तिगत विशेषताएं और व्यवहार शामिल हैं।

लोगों के जीवन का संदर्भ उनके स्वास्थ्य को निर्धारित करता है, और इसलिए खराब स्वास्थ्य के लिए व्यक्तियों को दोष देना या अच्छे स्वास्थ्य के लिए उन्हें श्रेय देना अनुचित है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2019)। व्यक्तियों को स्वास्थ्य के निर्धारकों में से कई को सीधे नियंत्रित करने में सक्षम होने की संभावना नहीं है और इसलिए यह समाज, राज्य और स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ताओं की जिम्मेदारी है कि वे स्वास्थ्य के निर्धारकों को इस स्तर तक विकसित करें कि वे लोगों के जीवन को सकारात्मक तरीके से प्रभावित करें, स्वास्थ्य को बढ़ावा दें।

5.9 संदर्भ

डाहलग्रेन, जी.(1995). यूरोपीयन हेल्थ पॉलिसी कांफ्रेंसः आपर्चुनिटीज फॉर द फ्यूचर. *इंटरसेक्टोरल एक्शन फॉर हेल्थ*, 11, कोपेनहेगन,

गोविंदसामी, पी एंड रमेश, बी. एम. (1997). मैटरनल एजुकेशन एंड युटिलाइजेशन ऑफ मैटरनल एंड चाइल्ड हेल्थ सर्विसेज इन इंडिया.

हेल्दी कैम्पस (2020) डिटर्मिनेंट ऑफ हेल्थ एंड एविडेंस-बेस्ड एक्शन,जेनेवा. 12 सितंबर 2019 को https://www-acha-org/HealthyCampus/HealthyCampus/Action_Model-aspÛ के रूप में एक्सेस किया गया।

क्लेनमैन, ए. (2004). *कल्चर एंड साइकैट्रिक डायग्नोसिस एंड ट्रीटमेंट*. द ट्रिंबोस लेक्चर. हार्वर्ड यूनिवर्सिटी.

क्लेनमैन, ए एंड बेन्सन, पी. (2006). एंथ्रोपोलॉजी इन द क्लिनिकः द प्रॉब्लम ऑफ कल्चरल कम्पटीशन एंड हाउ टू फिक्स इट. *पीएलओएस मेडिसिन*, 3(10), म294.

लवेल, एन,एंड बिब्बी, जे.(2018). व्हाट मेक्स अस हैल्थी ? एन इंट्रोडक्शन टू द सोशल डिटर्मिनेशन ऑफ *हेल्थ.हेल्थ फाउंडेशन*, न्यूयॉर्क.

मर्मोट, एम. एलेन, जे, गोल्डब्लट, पी. बॉयस, टी. मैकनीश, डी. ग्रैडी, एम. एंड गेड्स, आई.(2010). द मर्मोट रिव्यू: फेयर सोसाइटी, हेल्दी लाइव्स. *द स्ट्रैटजिक रिव्यू ऑफ हेल्थ इनइक्वालिटीज इन इंग्लैंड पोस्ट*-2010, लंदन.

प्रॉक्टर, एस. (2000). *केयरिंग फॉर हेल्थ.लंदन:* मैकमिलन प्रेस.

स्मिथ, आर. डी., बीगलहोल, आर., वुडवर्ड, डी.एंड ड्रेजर, एन.(2003). *ग्लोबल पब्लिक गुड्स फॉर हेल्थ : हेल्थ इकोनॉमिक एंड पब्लिक हेल्थ प्रस्पेक्टिव.* ऑक्सफोर्ड यूनिवर्सिटी प्रेस.

के के शर्मा एंड अदर्स (2019). ए मेंटल हेल्थ इफैक्ट्स ऑफ डोमैस्टिक वायलेंस अगेंस्ट वुमेन इन डेल्हीः ए कम्युनिटी बेस्ड स्टडी. *जर्नल ऑफ फैमिली मेडिसिन एंड प्राइमरी केयर.* जुलाई, 8(7): 2522-2527.

ऑर्थ, यू. रॉबिन्स, आर. डब्ल्यू. एंड रॉबर्ट्स, बी.डब्ल्यू. (2008). लो सेल्फ-इस्टीम प्रास्पैक्टिवली प्रिडिक्ट्स डिप्रैशन इन एडोल्टसेंस एंड यंग एडल्टहुड. *जर्नल ऑफ पर्सनाल्टी एंड सोशल साइकोलॉजी,* 95 (3), 695. DOI: https://doi-org/10.1037/0022–3514.95.3.695.

कादिर, इमराना (1998), रिप्रोडक्टिव हेल्थः ए पब्लिक हेल्थ पर्सपेक्टिव. *इकोनॉमिक एंड पोलटिकल वीकली.* अक्टूबर 10, 1998.33 (41). च.2675-2684.

वर्ल्ड हेल्थ आर्गेनाइजेशन (2009). *वुमेन एंड हेल्थ : टूडेज एविडेंस एंड टूमारोज् एजेंडा.*जेनेवा. https://www.who.int/gender/women_health_report/full_report_20091104_en.pdf. 16 अगस्त 2019 को एक्सेस.

नियुरा आर एंड अब्राहम डीबी. (2002).स्मोकिंग सेसेशनः प्रोग्रेस, प्राइआरिटीज, एंड प्रस्पेक्टस. *जर्नल ऑफ कंसल्टिंग एंड क्लिनिकल साइकोलॉजी.* 70 (3). 494–509.

5.10 आपकी प्रगति की जाँच के लिए उत्तर

1) स्वास्थ्य असमता एक विशेष प्रकार का स्वास्थ्य अंतर है जो सामाजिक, आर्थिक और पर्यावरणीय नुकसान के साथ निकटता से जुड़ा हुआ है। स्वास्थ्य परिणाम, स्वास्थ्य में होने वाले परिवर्तन हैं जो कि उपायों या विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल निवेश या हस्तक्षेप के परिणामस्वरूप होते हैं। स्वास्थ्य असमानता किसी दिए गए जनसंख्या के भीतर उपसमूहों के बीच अवलोकन योग्य स्वास्थ्य अंतर है, इसे मापा और मॉनिटर किया जा सकता है। विवरण के लिए अनुभाग 5.2 देखें।

2) स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को सामाजिक, भौतिक और आर्थिक परिवेश में उन स्थितियों के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिनमें लोग जन्म लेते हैं, काम करते हैं, उम्र और काम करते हैं और इसमें स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच शामिल है। भारतीय संदर्भ में स्वास्थ्य पर प्रभाव डालने वाले आठ सामाजिक निर्धारक हैं: क) परिवार, मित्र और समुदाय, ख) धन और संसाधन, ग) आवास, घ) शिक्षा और कौशल, च) अच्छा काम/रोजगार, छ) परिवहन, ज) भौतिक परिवेश, झ) भोजन तक पहुंच। विवरण के लिए अनुभाग 5.3 का संदर्भ लें।

3) स्वास्थ्य के सांस्कृतिक निर्धारक सांस्कृतिक पहलुओं को शामिल करते हैं जो लचीलापन को बढ़ावा देते हैं, पहचान की भावना की अनुमति देते हैं और व्यक्तियों, परिवारों और समुदायों के लिए अच्छे मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य का समर्थन करते हैं। विवरण के लिए अनुभाग 5.4 देखें।

4) वैश्वीकरण नए ज्ञान और कौशल विकसित करने में मदद करता है, नीति सुसंगतता को बढ़ावा देना और यह स्वास्थ्य के लिए वैश्विक सार्वजनिक वस्तुओं, वैश्विक स्वास्थ्य कोषों और स्वास्थ्य के लिए अंतरराष्ट्रीय मानकों/नियमों को विकसित करने में भी योगदान देता है। दूसरी ओर, वैश्वीकरण ने स्थानीय ज्ञान, स्थानीय संसाधनों और पारंपरिक जिससे वैश्विक ज्ञान पर नकारात्मक प्रभाव छोड़ा है, संसाधन व्यवस्था में आधिपत्य जमाते हैं। विस्तृत विवरण के लिए अनुभाग 5.7 देखें।

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY

इकाई 6 सार्वजनिक स्वास्थ्य के सिद्धांत और पद्धति*

इकाई की रूपरेखा

6.0 परिचय

6.1 स्वास्थ्य व्यवहार और वर्गीकरण

- 6.1.1 परिभाषा
- 6.1.2 स्वास्थ्य व्यवहार का वर्गीकरण
- 6.1.3 स्वास्थ्य व्यवहार के लक्षण
- 6.1.4 स्वास्थ्य व्यवहार के ज्ञान, मूल्य, दृष्टिकोण और विश्वासों के बीच संबंध
- 6.1.5 स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांतों और मॉडल का परिचय

6.2 व्यक्तिगत स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांत और मॉडल

- 6.2.1 स्वास्थ्य विश्वास मॉडल
- 6.2.2 तर्कपूर्ण कार्य का सिद्धांत, नियोजित व्यवहार का सिद्धांत और एकीकृत व्यवहार मॉडल
- 6.2.3 परा-सैद्धांतिक मॉडल और परिवर्तन के चरण

6.3 पारस्परिक स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांत और मॉडल

- 6.3.1 सामाजिक संज्ञानात्मक सिद्धांत (Social Cognitive Theory)
- 6.3.2 सामाजिक नेटवर्क और सामाजिक समर्थन मॉडल
- 6.3.3 तनाव, मुकाबला और स्वास्थ्य व्यवहार मॉडल

6.4 स्वास्थ्य व्यवहार परिवर्तन के समुदाय और समूह मॉडल

- 6.4.1 नवाचारों का प्रसार

6.5 स्वास्थ्य हस्तक्षेप की योजना बनाते समय सिद्धांत का चयन

6.6 सारांश

6.7 संदर्भ

6.8 आपकी प्रगति की जाँच करने के लिए उत्तर

अधिगम के उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप निम्न कार्य करने में सक्षम होंगेः

- जनसंख्या के स्वास्थ्य परिणामों को बेहतर बनाने के लिए स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांतों और हस्तक्षेपों के महत्व पर चर्चा करने में;
- स्वास्थ्य व्यवहार सिद्धांतों, मॉडल के विभिन्न व्यापक वर्गीकरणों की पहचान करने और परिभाषित करने में;
- नौ प्रमुख सिद्धांतों पर चर्चा करने में और उनका वर्णन करने में जो आमतौर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप में उपयोग किए जाते हैं;
- सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्याओं को दूर करने के लिए विभिन्न स्वास्थ्य व्यवहार सिद्धांतों और मॉडलों की प्रासंगिकता की पहचान और मूल्याकंन करने में; तथा
- किसी दिए गए सामाजिक संदर्भ में एक सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या को संबोधित करने के लिए सही सिद्धांत को चुनने में सबसे महत्वपूर्ण विचारों को पहचानने में।

* योगदानकर्ता – डॉ. लेखा डी भट, महामारी विज्ञान और सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग, केंद्रीय विश्वविद्यालय तमिलनाडु,
अनुवादक – डॉ. निशीथ राय, सहायक प्रोफेसर, मानवविज्ञान विभाग, महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिन्दी विश्वविद्यालय, वर्धा.

6.0 परिचय

सार्वजनिक स्वास्थ्य, सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दों को संबोधित करने के लिए विभिन्न तरीकों और दृष्टिकोणों का उपयोग करता है। स्वास्थ्य व्यवहार संशोधन, स्वास्थ्य संवर्धन, प्रकोप जांच, स्वास्थ्य अनुसंधान आदि, सार्वजनिक स्वास्थ्य विधियों और रणनीतियों के महत्वपूर्ण घटक हैं।

यह इकाई विशेष रूप से स्वास्थ्य व्यवहार सिद्धांतों और कैसे इन सिद्धांतों का उपयोग आबादी की स्वास्थ्य स्थिति को बेहतर बनाने के लिए किया जाता है से संबंधित है। दुनिया भर में मृत्यु का सबसे आम कारण गैर-संचारी बीमारियां हैं जिनमें हृदय रोग, फेफड़े के रोग और कैंसर शामिल हैं (याच और अन्य 2004)। इस मृत्यु दर के प्रमुख योगदानकर्ताओं में तंबाकू के उपयोग, आहार, शराब की खपत और परिहार्य चोटों जैसे व्यवहारिक कारक हैं (श्रोएडेड, 2007)। ठीक इसी समय, भारत सहित दुनिया के कई हिस्सों में संक्रामक बीमारियाँ गंभीर खतरे पैदा करती हैं। मलेरिया, डायरिया रोग, तपेदिक, एचआईवी/एड्स दुनिया भर के सबसे गरीब लोगों के लिए बड़े खतरे हैं (PLoS मेडिसिन एडिटर्स, 2007)। दोनों संचारी (संक्रामक) और गैर-संचारी रोग के बोझ लोगों के महत्वपूर्ण स्वास्थ्य व्यवहार को बदलकर प्रभावित कर सकते हैं। किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य व्यवहार में सकारात्मक परिवर्तन से समय से पहले मृत्यु, मृत्यु-दर और चिकित्सा लागत में कमी लाने में मदद मिलेगी। भारत सरकार की रिपोर्ट और नीति दस्तावेज स्वास्थ्य समस्याओं और स्वास्थ्य समस्याओं से निपटने की रणनीति के रूप में प्रचार पर जोर देते हैं। स्वास्थ्य शिक्षा और स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए, सबसे पहले, हमें स्वास्थ्य व्यवहार, विभिन्न सिद्धांतों, इसकी प्रयोज्यता और इसकी सीमाओं के बारे में समझ विकसित करने की आवश्यकता है।

6.1 स्वास्थ्य देखभाल और वर्गीकरण

सरलतम अर्थों में, स्वास्थ्य व्यवहार में बीमारी को रोकने या बीमारी का पता लगाने या स्वास्थ्य में सुधार और कल्याण के उद्देश्य से की गई कोई भी गतिविधि शामिल है।

6.1.1 परिभाषा

गोचमैन (1997) ने स्वास्थ्य व्यवहार को उन व्यक्तिगत विशेषताओं के रूप में परिभाषित किया जैसे कि विश्वास, अपेक्षाएं, उद्देश्य, मूल्य, धारणाएं और अन्य संज्ञानात्मक तत्वय व्यक्तित्व की विशेषताएं, जिसमें भावात्मक और भावनात्मक अवस्थाएं और लक्षण शामिल हैं। और स्वास्थ्य के रखरखाव और स्वास्थ्य सुधार के लिए स्वास्थ्य के रखरखाव से संबंधित व्यवहार पैटर्न, कार्यों और आदतें। व्यापक अर्थों में स्वास्थ्य व्यवहार व्यक्तियों, समूहों और संगठनों के कार्यों के साथ-साथ उनके निर्धारकों, सहसंबंधों और परिणामों को संदर्भित करता है, जिसमें सामाजिक परिवर्तन, नीति विकास और कार्यान्वयन, बेहतर कौशल और जीवन की गुणवत्ता में सुधार शामिल हैं (पार्करसन और अन्य, 1993)।

बॉक्स 6.1: प्रमुख स्वास्थ्य व्यवहार के कुछ उदाहरण

1) फेफड़े के कैंसर के खतरे को कम करने के लिए एक आदमी धूम्रपान से बचता है।
2) एक किशोर शारीरिक रूप से फिट रहने के लिए रोजाना व्यायाम करता है।
3) एक मध्यम आयु वर्ग की महिला थायराइड को नियंत्रित करने के लिए एक सही आहार लेती है ।

4) उम्र के अनुसार उचित स्वास्थ्य जांच करने वाली बुजुर्ग महिला।

5) एक वाणिज्यिक यौनकर्मी एचआईवी/एड्स और अन्य यौन संचारित संक्रमणों के जोखिम से बचने के लिए संरक्षित यौन व्यवहार/कार्य सुनिश्चित करती है।

6.1.2 स्वास्थ्य व्यवहार का वर्गीकरण

कासल और कोब (1966) स्वास्थ्य व्यवहार की तीन श्रेणियों के बारे में चर्चा करते हैं। वो हैं:

क) निवारक स्वास्थ्य व्यवहारः किसी व्यक्ति द्वारा स्वयं को (स्वयं को) स्वस्थ मानने वाली किसी भी गतिविधि को प्रारंभिक अवस्था में बीमारी को रोकने या पता लगाने के उद्देश्य से किया जाता है। (उदाहरण के लिए, एक माँ अपनी बेटी को एक निवारक के रूप में गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर से प्रतिरक्षित करती है।) या बच्चों को बचपन में होने वाली बीमारियों (डिप्थीरिया, खसरा, काली खांसी, तपेदिक, एन्सेफलाइटिस, चेचक, आदि) के खिलाफ टीकाकरण का एक सरल उदाहरण है। वर्तमान संदर्भ में कोविड-19, इस बीमारी को रोकने के लिए हमें निर्देशित किया जाता है, चेहरे को ढंकने के लिए, सामाजिक दूरी बनाए रखें और हाथों को बार-बार धोने के लिए। यह निवारक स्वास्थ्य व्यवहार का एक उदाहरण है।

ख) बीमारी का व्यवहारः किसी व्यक्ति द्वारा की गई कोई भी गतिविधि जो खुद को बीमार समझता है, स्वास्थ्य की स्थिति को परिभाषित करता है और एक उपयुक्त उपाय की खोज करता है (उदाहरण के लिए, एक व्यक्ति जो बुखार के साथ एक डॉक्टर से परामर्श करता है उसे तपेदिक के लक्षण के रूप में लेता है। डॉक्टर के निर्देशों के अनुसार आगे के निदान से गुजरना)।

ग) बीमार भूमिका व्यवहारः एक व्यक्ति द्वारा की गई कोई भी गतिविधि जो अच्छी तरह से प्राप्त करने के उद्देश्य से खुद को बीमार मानती है (उदाहरण के लिए- वायरल बुखार से पीड़ित होने के बाद दवाओं और बिस्तर पर आराम करने वाले एक चिकित्सक और रोगी इसका अनुसरण करता है)।

अपनी प्रगति जांचें

1) स्वास्थ्य व्यवहार को परिभाषित करें। विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य व्यवहारों के बीच अंतर करें।

.....

.....

.....

.....

.....

6.1.3 स्वास्थ्य व्यवहार के लक्षण

स्वास्थ्य व्यवहार प्रकृति में जटिल है। ऐसा इसलिए है क्योंकि यह मान्यताओं, पर्यावरण और भावनात्मक स्थिति/लक्षणों से प्रभावित है। इसके अलावा, स्वास्थ्य व्यवहार मनोवैज्ञानिक, सांस्कृतिक, सामाजिक और पर्यावरणीय कारकों से काफी प्रभावित होता है।

स्वास्थ्य व्यवहार की दूसरी विशेषता इसकी गतिशील प्रकृति है। इसका मतलब है कि समय, स्थान, उम्र, सामाजिक-भौतिक वातावरण के साथ-साथ यह परिवर्तन से गुजरता है। उदाहरण के लिए, एक व्यक्ति धूम्रपान नहीं करता है जब वह घर में होता है या जहां उसको आँका जाएगा, लेकिन वह तब धूम्रपान करता है जब वह नौकरी के लिए शहर से बाहर जाता है।

अगला, असतत इकाई या निश्चित विशेषता के बजाय स्वास्थ्य व्यवहार को एक प्रक्रिया के रूप में माना जाता है। जैसे-जैसे समय और परिस्थितियाँ बदलेंगी, यह विकसित होगा। उदाहरण के लिए, एक व्यक्ति अचानक शराब का आदी नहीं हो जाता है। लेकिन यह एक क्रमिक प्रक्रिया है जिसके तहत उसे शराब से परिचित कराया जाता है, धीरे-धीरे विभिन्न कारणों से इसकी खपत को बढ़ाता है और धीरे-धीरे नशे की स्थिति में पहुंच जाता है।

अंत में, किसी भी स्वास्थ्य व्यवहार को एक उत्तेजना से प्रेरित किया जाता है। इसका मतलब है, किसी भी स्वास्थ्य व्यवहार को होने के लिए ट्रिगर की जरूरत होती है और यह ट्रिगर उसके प्रकट होने की ओर जाता है।

6.1.4 स्वास्थ्य व्यवहार के लिए ज्ञान, मूल्य, दृष्टिकोण और विश्वासों के बीच संबंध

जैसा कि हमने पहले ही चर्चा की है, किसी भी स्वास्थ्य व्यवहार को चार कारकों- ज्ञान, दृष्टिकोण, विश्वास और मूल्यों द्वारा आकार दिया जाता है। उचित या सही ज्ञान होना स्वास्थ्य व्यवहार के विकास की एक महत्वपूर्ण शर्त है। यह लोगों को स्वास्थ्य से संबंधित मुद्दों के बारे में ज्ञान को संदर्भित करता है। व्यक्ति हमेशा स्वास्थ्य व्यवहार के अच्छे या बुरे परिणामों के बारे में जानकार नहीं होते हैं। लेकिन, अकेले सही ज्ञान प्रदान करना हमेशा किसी व्यक्ति के व्यवहार में बदलाव की गारंटी नहीं देता। ऐसा इसलिए है क्योंकि कार्रवाई में ज्ञान का परिवर्तन आंतरिक और बाहरी कारकों की एक विस्तृत श्रृंखला पर निर्भर है, जिसमें दृष्टिकोण विश्वास और मूल्य शामिल हैं।

मूल्यों को समाजीकरण के माध्यम से हासिल किया जाता है और वे भावनात्मक रूप से चार्ज किए गए विश्वास हैं जिससे एक व्यक्ति को लगता है कि वह महत्वपूर्ण हैं। एक विश्वास एक व्यक्ति या वस्तु के बारे में जानकारी को दर्शाता है। यह वस्तु को किसी विशेषता से जोड़ता है। दृष्टिकोण मूल्य-युक्त सामाजिक निर्णय हैं जो एक मजबूत मूल्यांकन घटक हैं। कभी-कभी, लोग सही ज्ञान होने के बावजूद एक अच्छे स्वस्थ व्यवहार का पालन नहीं करते हैं। इस ज्ञान-क्रिया अंतर को उन दृष्टिकोणों और मूल्यों द्वारा समझाया जा सकता है जो वह करते हैं।

उदाहरण के लिए, भारत में ज्यादातर वयस्क जो धूम्रपान करते हैं, वे धूम्रपान के खतरों से अवगत हैं, लेकिन धूम्रपान करना जारी रखते हैं। इसका कारण यह है कि या तो उनके दृष्टिकोण, मूल्य या विश्वास उनके ज्ञान घटक की तुलना में व्यवहार पर अधिक प्रभाव डाल रहे हैं।

निहितार्थ

जब स्वास्थ्य हस्तक्षेप रणनीतियों की योजना बनाई जाती है, तो सबसे पहले और सबसे महत्वपूर्ण बात सही ज्ञान प्रदान करना है। हस्तक्षेप विषय में वांछित परिवर्तन लाने के लिए विश्वास, दृष्टिकोण और मूल्यों जैसे कारकों पर भी ध्यान केंद्रित करना चाहिए।

6.1.5 स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांतों और मॉडल का परिचय

मानव व्यवहार के सिद्धांत और मॉडल सामाजिक विज्ञान के सभी विषयों से उत्पन्न होते हैं। मानवविज्ञान, मनोविज्ञान और समाजशास्त्र जैसे अनुशासन, खासतौर पर स्वास्थ्य पर प्रभाव डालने वाले आदतों और अनुष्ठानों जैसे कारकों के संबंध में काफी अंतर्दृष्टि प्रदान करते हैं।

क्या व्यवहार के सिद्धांत बदलते हैं?

एक सिद्धांत परस्पर संबंधित अवधारणाओं, परिभाषाओं और प्रस्तावों का एक सेट है जो घटनाओं या स्थितियों के बारे में समझाने और भविष्यवाणी करने के लिए, चर के बीच संबंधों को निर्दिष्ट करके घटनाओं या स्थितियों का एक व्यवस्थित दृश्य प्रस्तुत करता है। सामान्यता (व्यापक अनुप्रयोग) की धारणा महत्वपूर्ण है क्योंकि परीक्षणनीयता इसी से आती है (कर्लिंगर, 1986)।

व्यवहार परिवर्तन के सिद्धांत प्रश्न के व्यापक उत्तर हैं 'व्यवहार में परिवर्तन क्यों होता है'। वे रिश्तों या कारणों को समझाने के लिए विभिन्न प्रकार के निर्माण, हस्तक्षेप और तरीकों को शामिल करते हैं जो व्यवहार को प्रभावित करते हैं (मिक्सी और अन्य, 2008)।

व्यापक वर्गीकरण

स्वास्थ्य व्यवहार के विभिन्न सिद्धांत विभिन्न पहलुओं पर जोर देते हैं और ध्यान केंद्रित करते हैं। जिस तरह से स्वास्थ्य व्यवहार की अवधारणा को मोटे तौर पर तीन श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है उसी प्रकार सिद्धांतों को भी विभाजित किया जा सकता है।

क) व्यक्तिगत व्यवहार और व्यवहार परिवर्तन के सिद्धांत

स्वास्थ्य पेशेवरों की एक विस्तृत समूह, व्यक्तियों के स्वास्थ्य व्यवहार को बदलने पर उनके सभी या अधिकांश प्रयासों पर ध्यान केंद्रित करती है। प्राथमिक फोकस व्यक्ति पर है। ये सिद्धांत व्यवहार को प्रतिस्पर्धा के प्रभावों के परिणामस्वरूप संतुलित मानते हैं और व्यक्ति द्वारा तय किए जाते हैं। 'स्वास्थ्य विश्वास मॉडल', 'द थ्योरी ऑफ रीजिस्ड एक्शन 'और 'थ्योरी ऑफ प्लान्ड बिहेवियर' कुछ ऐसे सिद्धांत हैं जो व्यक्ति या स्वयं पर ध्यान केंद्रित करते हैं।

ख) पारस्परिक स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांत और मॉडल

ये मॉडल इस बात पर जोर देते हैं कि पारस्परिक सहभागिता व्यक्ति की अनुभूति, विश्वास और व्यवहार को प्रभावित करती है। अन्य लोग अपने विचारों/भावनाओं को साझा करके और भावनात्मक और सामाजिक समर्थन प्रदान करके हमारे व्यवहार को प्रभावित करते हैं। सामाजिक संज्ञानात्मक सिद्धांत, सामुदायिक स्तर के सिद्धांत इस श्रेणी में कुछ लोकप्रिय और व्यापक रूप से स्वीकृत सिद्धांत हैं। इनोवेशन सिद्धांत का प्रसार सामुदायिक स्तर के सिद्धांत का एक उदाहरण है। व्यक्तिगत व्यवहार के सिद्धांतों के विपरीत, सिद्धांतों की दूसरी श्रेणी व्यक्तिगत से ध्यान को व्यवहार की ओर स्थानांतरित कर देती है। ये सिद्धांत व्यवहार और व्यक्तिगत और सामाजिक/भौतिक वातावरण के बीच संबंधों पर भी जोर देते हैं।

ग) सिद्धांत और मॉडल जो परिणाम के रूप में व्यवहार पर केंद्रित होते हैं

सिद्धांतों का तीसरा सेट जटिल अंतर-संबंधों और साझा सामाजिक प्रथाओं के परिणामस्वरूप होने वाले व्यवहार पर केंद्रित है। इन सिद्धांतों में, पर्यावरण और वस्तु दोनों विशेष व्यवहार के उत्पादन में सक्रिय हो जाते हैं। 'सोशल प्रैक्टिस थ्योरी' सबसे उद्धृत उदाहरण है।

6.2 व्यक्तिगत स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांत और मॉडल

1940-50 के दशक के दौरान, अनुसंधान इस बात पर केंद्रित था कि कैसे व्यक्ति स्वास्थ्य के बारे में निर्णय लेते हैं और क्या स्वास्थ्य व्यवहार निर्धारित करते हैं। 1950 में यूएसए अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन ने अध्ययन किया कि व्यक्तियों ने टीबी के लिए स्क्रीनिंग कार्यक्रम में भाग क्यों लिया या नहीं लिया। इस कार्य के कारण स्वास्थ्य विश्वास मॉडल का विकास हुआ। पिछले बीस वर्षों में मूल्य प्रत्याशा सिद्धांतों को प्रस्ताव किया गया था जिसमें स्वास्थ्य विश्वास मॉडल और नियोजित व्यवहार के सिद्धांत और तर्कपूर्ण कार्रवाई के सिद्धांत दोनों शामिल हैं। ट्रांस सैद्धांतिक मॉडल जिसे स्टैज ऑफ चेंज मॉडल के रूप में भी जाना जाता है, शुरू में 1970-90 की अवधि के दौरान प्रोचस्का, ड्रेक्लेमेंट और शोधकर्ताओं की उनकी टीम के काम से आगे बढ़ा।

6.2.1 स्वास्थ्य विश्वास मॉडल

स्वास्थ्य विश्वास मॉडल एक बीमारी की गंभीरता और इसके प्रति संवेदनशीलता के बारे में लोगों के विश्वासों की व्याख्या करता है। यह विश्वास निवारक कार्रवाई करने की उनकी इच्छा को प्रभावित करता है। उदाहरणः सामाजिक मनोवैज्ञानिकों का एक समूह यह समझाने की कोशिश कर रहा है कि लोग टीकाकरण जैसी स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग क्यों नहीं करते हैं हालांकि यह निःशुल्क प्रदान की जाती है और सुलभ है। 1974 में रोसेनस्टॉक और बेकर द्वारा प्रस्तावित स्वास्थ्य विश्वास मॉडल, व्यवहार को कथित संवेदनशीलता, कथित गंभीरता, कथित बाधाओं, कथित लाभों, कार्रवाई के संकेत और आत्म-प्रभावकारिता के परिणाम के रूप में मानता है। बॉक्स 6.2 इन निर्माणों के बारे में विस्तार से बताया गया है और चित्र 6.1 इन निर्माणों के बीच के संबंध को बताता है। इस सिद्धांत का प्रमुख लाभ यह है कि यह सबसे पुराने सिद्धांतों में से एक है जो स्वास्थ्य व्यवहार को समझने में मदद करता है। इसकी सादगी ने शोधकर्ताओं को कई स्वास्थ्य समस्याओं के कारणों की पहचान करने में सक्षम बनाया जैसे लोग सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों का पालन या स्वीकार क्यों नहीं करते हैं।

बॉक्स 6.2: स्वास्थ्य विश्वास मॉडल के प्रमुख निर्माण

परिकल्पित (कथित) संवेदनशीलताः किसी व्यक्ति को स्वास्थ्य समस्या के जोखिम को महसूस करने की डिग्री।

परिकल्पित (कथित) गंभीरताः वह डिग्री जिसके लिए किसी व्यक्ति की यह धारणा कि स्वास्थ्य हानि के परिणाम स्वास्थ्य और सामाजिक परिणामों (जैसे नौकरी आदि के नुकसान) दोनों के संदर्भ में गंभीर होंगे।

कथित गंभीरता के साथ एक साथ अतिसंवेदनशीलता को परिकल्पित खतरा कहा जाता है।

परिकल्पित (कथित) लाभः समय पर बीमारी को रोकने या उसका इलाज करने या उससे मिलने वाले लाभों के बारे में व्यक्ति का विश्वास।

परिकल्पित (कथित) बैरियरः एक स्वास्थ्य कार्रवाई के नकारात्मक पहलू

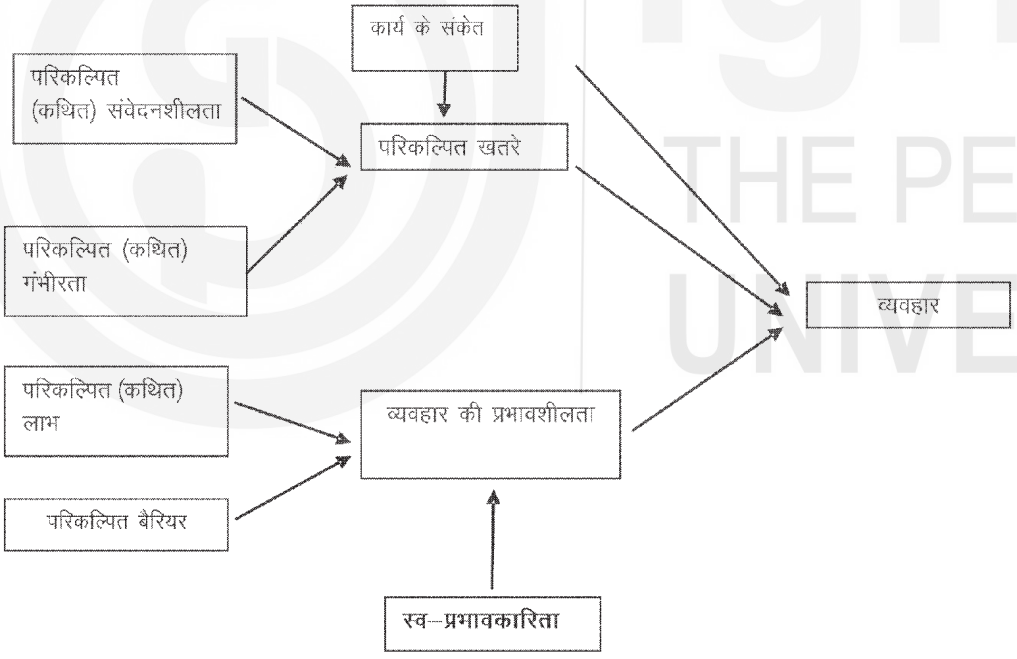
स्व-प्रभावकारिताः यह विश्वास कि परिणाम का उत्पादन करने के लिए आवश्यक व्यवहार को सफलतापूर्वक निष्पादित कर सकते हैं (बंडुरा, 1997)

कार्य के संकेतः यह एक निश्चित (निवारक) व्यवहार को अपनाने को ट्रिगर करता है। यह एक व्यक्ति या एक घटना हो सकती है।

बॉक्स 6.3: केस स्टडी

स्तन कैंसर स्क्रीनिंग में स्वास्थ्य विश्वास मॉडल (एचबीएम): एचबीएम ने भविष्यवाणी की है कि महिला को मैमोग्राफी जैसे स्क्रीनिंग परीक्षणों का पालन करने की अधिक संभावना होगी, अगर उन्हें स्तन कैंसर के लिए उच्च और कथित बाधाओं (जैसे खर्च, सेवा की पहुंच, भय) के रूप में माना जाता है । अनुमानित लाभ (जैसे अच्छे स्वास्थ्य में निरंतरता, वसूली की संभावना में वृद्धि का पता लगाना), आदि को भी स्पष्ट रूप से समझाया जाना चाहिए। महिलाओं की आत्म-प्रभावकारिता भी व्यवहार/कार्रवाई को तय करने में एक प्रमुख भूमिका निभाती है। कार्रवाई का संकेत एक सामूहिक अभियान प्रदर्षन हो सकता है जहां महिलाएं स्क्रीनिंग से गुजरने की आवश्यकता के बारे में अचानक जागरूक हो गईं। जब कथित लाभ कथित बाधाओं से अधिक होते हैं तो व्यक्ति कदम उठाएगा और मैमोग्राफी/स्क्रीनिंग टेस्ट की तलाश करेगा।

कोविड-19 का उदाहरण लें। जब शुरू में चीन से मामले सामने आए थे तो भारत में कथित खतरा कम था; इसलिए, लोगों ने निवारक कदम नहीं उठाए जैसे कि चेहरे को नकाब से ढंकना। हालाँकि, जैसा कि भारत में या अपने राज्य/जिले में मामले सामने आते हैं, लोग अधिक सतर्क हो जाते हैं क्योंकि कथित जोखिम अधिक होता है। सरकार ने घोषणा की है कि सभी कोविड संक्रमित मामलों का इलाज सरकारी अस्पतालों द्वारा किया जाएगा। यह कथित बाधा स्तर को कम करने के लिए है ताकि संक्रमित व्यक्ति उपचार की तलाश करेगा और श्रृंखला को तोड़ने में सहयोग करेगा।



चित्र.6.1: स्वास्थ्य विश्वास मॉडल के विभिन्न निर्माणों के बीच संबंधों को दर्शाते हुए (स्रोत: बेकर, एमएच और मैमन, ला, (1975). सोशल बिहेवियर डिटर्मिनेंट ऑफ कम्प्लाइअन्स विद हेल्थ एंड मेडिकल केयर रिकमंडेशन. मेडिकल केयर, 134 (1)), 10-24. चित्र 1, पेज, 12.

शोधकर्ता एचबीएम के बारे में दो प्रमुख सीमाओं का हवाला देते हैं जो हैं: 1) यह मॉडल संज्ञानात्मक घटक पर आधारित है और यह पूरी तरह से व्यवहार के भावनात्मक घटक की उपेक्षा करता है, 2) ''कार्य के संकेत'' निर्माण के बारे में कोई बड़ा शोध नहीं हुआ है और यह स्पष्ट रूप से पता नहीं लगाया गया है।

अपनी प्रगति जांचें

2) शराबी (अल्कोहल एडिक्ट) व्यक्ति के स्वास्थ्य व्यवहार को बदलने के लिए स्वास्थ्य विश्वास मॉडल और इसकी प्रयोज्यता पर चर्चा करें।

.....

.....

.....

.....

.....

6.2.2 तर्कपूर्ण कार्य का सिद्धांत, नियोजित व्यवहार का सिद्धांत और एकीकृत व्यवहार मॉडल

तर्कपूर्ण कार्य का सिद्धांत सार्वजनिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में सबसे व्यापक रूप से उद्धृत और लागू व्यवहार सिद्धांत है। यह व्यवहार को समझाने के लिए एक संज्ञानात्मक दृष्टिकोण को अपनाया जाता है जो व्यक्तिगत दृष्टिकोण और मान्यताओं पर केंद्रित होता है। नियोजित व्यवहार का सिद्धांत (Theory of Planned Behaviour टी.पी.बी.) थ्योरी ऑफ रीजनेड एक्शन (टी.आर.ए.) का एक विस्तार है जिसमें एक अतिरिक्त निर्माण शामिल है जिसे 'व्यवहार के प्रदर्शन पर कथित नियंत्रण' कहा जाता है। प्लान्ड बिहेवियर का सिद्धांत 1985 में आइसक अजजेन द्वारा प्रस्तावित किया गया था और बाद में 1986 में आइसक अजजेन और मैडेन ने इसे परिष्कृत किया।

हाल के वर्षों में फिशबीन के नेतृत्व वाले मनोवैज्ञानिकों के एक समूह ने व्यवहार सिद्धांतों से अधिक घटकों को शामिल करने के लिए टी.आर.ए. और टी.पी.बी. का विस्तार किया है और एक एकीकृत व्यवहार मॉडल (Integrated Behaviour Model आई.बी.एम.) के उपयोग का प्रस्ताव दिया है।

तर्कपूर्ण कार्य का सिद्धांत और नियोजित व्यवहार का सिद्धांत दोनों का तर्क है कि व्यवहार का सबसे अच्छा भविष्यवक्ता व्यवहारिक धारणा है। इस व्यवहार की धारणा को व्यवहार के प्रति दृष्टिकोण और सामाजिक-आदर्शवादी धारणाओं द्वारा आकार दिया गया है। टी.आर.बी. ने इन दो निर्माणों का उपयोग किया और बाद में टी.पी.बी. ने कारकों के तीसरे सेट को जोड़ा, जो धारणा को नियंत्रित करने वाले व्यवहार को नियंत्रित करता है। यह कथित सहजता या कठिनाई है जिसके साथ व्यक्ति व्यवहार करने में सक्षम होगा।

व्यवहार के प्रति रवैया, कैसा है? यह प्रदर्शन के परिणामों या विशेषताओं के बारे में व्यक्ति की मान्यताओं से निर्धारित होता है। स्वास्थ्य निर्णय उस कार्रवाई के बारे में किसी व्यक्ति के दृष्टिकोण से प्रभावित होते हैं और क्या महत्वपूर्ण अन्य (जैसे परिवार और दोस्त) इसे अनुमोदित करेंगे।

ये मॉडल अध्ययन के लिए बहुत उपयोगी हैं कि कुछ लोग स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों के बाद स्वास्थ्य व्यवहार में बदलाव क्यों करते हैं और कुछ अन्य लोग क्यों नहीं बदलते हैं। चित्र 6.2 टी.आर.ए. और टी.पी.बी. का प्रतिनिधित्व करता है।

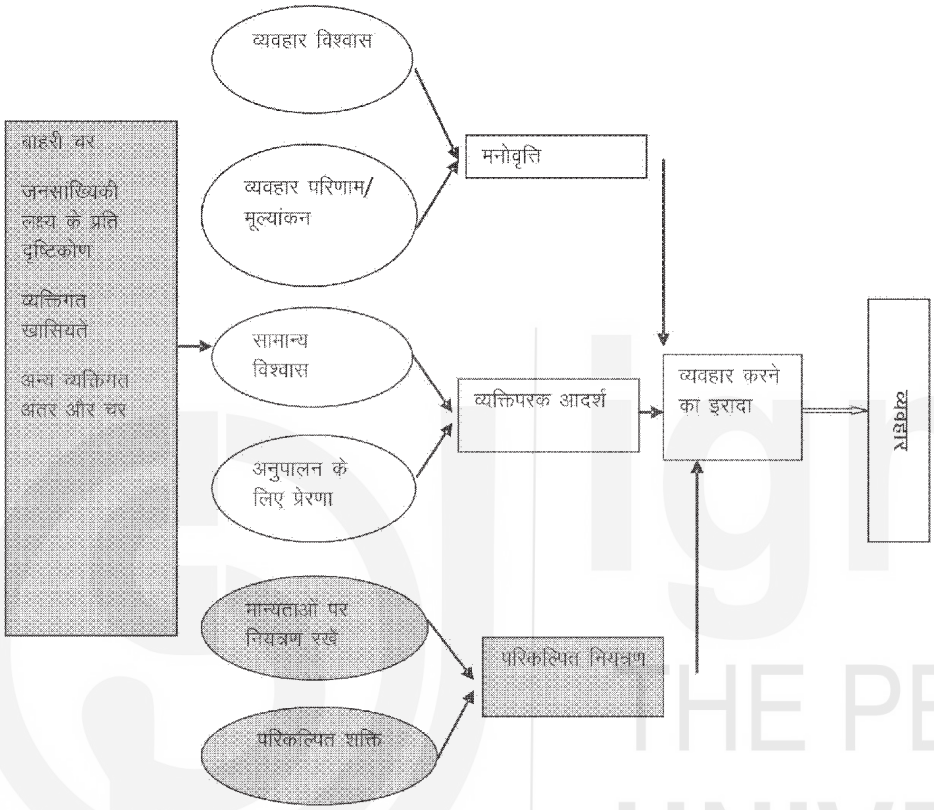
इसकी प्रमुख निर्मितियां हैं:

किसी विशिष्ट व्यवहार का अच्छा या बुरा होना, सकारात्मक या नकारात्मक, अनुकूल या अन्यथा, व्यक्तिगत दृष्टिकोण या व्यक्तिगत राय का रवैया विशिष्ट होना चाहिए, क्योंकि

यह विशिष्टता परिणामी व्यवहार में भविष्यवाणी की अनुमति देगा।

प्रचलित व्यक्तिपरक दृष्टिकोण या अन्य लोगों की अपेक्षाओं से उत्पन्न सामाजिक दबाव, जैसा कि व्यक्ति के दृष्टिकोण से देखा जाता है। इसके दो घटक हैं:

व्यक्ति की प्रामाणिक मान्यताओं, या वह वह मानता है जो अन्य लोग चाहते हैं या अपेक्षा करते हैं, तथा व्यक्ति की प्रेरणा, या आवश्यकता, अन्य लोगों के साथ अनुपालन या अपेक्षा करना। व्यक्ति का कथित व्यवहार नियंत्रण, या विशिष्ट व्यवहार करने की उसकी क्षमता के बारे में उसकी धारणा।



*** नोट: प्रकाश क्षेत्र टीआरबी दिखाता है और संपूर्ण आंकड़ा टीपीबी दिखाता है**

चित्र 6.2: टीआरए और टीपीबी का प्रतिनिधित्व (**स्रोत:** मोंटानो और काज़िप्के टीआर, टीपीबी एंड इंटग्रेटेड मॉडल इन द बुक हेल्थ बिहेवियर एंड हेल्थ एजुकेशन थ्योरी, रिसर्च एंड प्रैक्टिस, (संपा) ग्लान्ज. के, रिमेर, बी. एंड विश्वनाथ के, विली इमप्रिंट, 2008, सैन फ्रान्सिस्को, पृ.सं 70)

एकीकृत व्यवहार मॉडल

यह मॉडल टीआरए और टीपीबी के निर्माण के साथ-साथ कुछ अन्य व्यवहार सिद्धांतों के निर्माणों को एकीकृत करता है। इस व्यवहारिक इरादे 'के सबसे महत्वपूर्ण घटक के अलावा, एकीकृत मॉडल चार अन्य घटकों को इंगित करता है जो सीधे व्यवहार को प्रभावित करते हैं।

वे इस प्रकार सूचीबद्ध हैं:

1) भले ही किसी व्यक्ति का व्यवहार अच्छा हो, लेकिन उस व्यवहार को करने के लिए उसे ज्ञान और कौशल की आवश्यकता होती है।

2) कोई पर्यावरणीय या कोई बाधा नहीं होनी चाहिए।

3) किसी व्यक्ति के साथ व्यवहार में सामंजस्य होना चाहिए।

4) व्यवहार करने का अनुभव इसे अभ्यस्त बना सकता है ताकि इरादा कम महत्वपूर्ण हो जाए।

बॉक्स 6.4: केस स्टडी: एकीकृत व्यवहार मॉडल

अगर किसी महिला का मैमोग्राम कराने का पक्का इरादा है, तो यह सुनिश्चित करना जरूरी है, क) उसे स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के बारे में पर्याप्त जानकारी हो, ख) कोई भी वातावरण परिवहन या सीमित क्लिनिक घंटे की कमी जैसी बाधाएं नहीं हो जो उसे परीक्षण करवाने से रोकती हैं।, ग) एक ऐसी क्रिया के लिए जो लंबे अंतराल पर की जाती है (उदाहरण मैमोग्राफी आमतौर पर स्क्रीनिंग के उद्देश्य से वर्ष में एक बार की जाती है) व्यवहार को भी मुख्य (सॉलिड) बनाया जाना चाहिए ताकि महिला अपने व्यवहार के उद्देश्य को पूरा करना याद रखे।

6.2.3 परा-सैद्धांतिक मॉडल और परिवर्तन के चरण

परा-सैद्धांतिक मॉडल (ट्रांस थ्योरिटिकल मॉडल) को स्टैज ऑफ चेंज (SoC) मॉडल के रूप में भी जाना जाता है, जिसे पहली बार 1978 में जेम्स ओ प्रोचस्का द्वारा विकसित किया गया था। यह मॉडल पहली बार धूम्रपान पर स्वास्थ्य व्यवहार अध्ययनों के आधार पर विकसित किया गया था।

मान्यताएं:

1) व्यवहार परिवर्तन के चरण: यह स्वास्थ्य व्यवहार का एक संज्ञानात्मक मॉडल है जो पहले ''अलग-अलग प्रेरक तत्परता के स्तरों'' का प्रतिनिधित्व करने वाली श्रेणियों के बीच व्यक्तिगत विभाजन करता है। व्यवहार परिवर्तन एक ऐसी प्रक्रिया है जो छह चरणों की श्रृंखला के माध्यम से प्रगति के साथ, समय के साथ प्रकट होती है। ये छह चरण हैं (i) पूर्व-चिंतन, (ii) विचार, (iii) तैयारी, (iv) कार्य, (v) रखरखाव, और (vi) समाप्ति।

2) SoC मॉडल में बदलाव की प्रक्रिया महत्वपूर्ण है। ये गुप्त और खुली गतिविधियां हैं जिनका उपयोग लोग चरणों के माध्यम से प्रगति के लिए करते हैं। (i) चेतना में वृद्धि, (ii) नाटकीय राहत (जैसे मीडिया अभियान), (iii) आत्म-पुनर्मूल्यांकन, (iv) आत्म-मुक्ति, (v) उत्तेजना नियंत्रण परिवर्तन की कुछ महत्वपूर्ण प्रक्रिया है।

3) निर्णायक संतुलन: एक व्यक्ति व्यवहार परिवर्तन की शुरुआत से पहले व्यवस्थित और तार्किक रूप से बदलाव के पक्ष और विपक्ष को तौलता है। आत्म-प्रभावकारिता भी वह कारक है जो व्यवहार परिवर्तन का निर्णय करता है। यह स्थिति विशिष्ट विश्वास है कि व्यक्ति के पास यह है कि वह बिना किसी बाधा के स्थिति का सामना कर सकता है।

4) एक ही चरण में व्यक्तियों को समान समस्याओं और बाधाओं का सामना करना चाहिए और इस प्रकार एक ही प्रकार के हस्तक्षेप से मदद मिल सकती है।

5) इन चरणों के बीच आंदोलन या संक्रमण दो प्रमुख कारकों, आत्म प्रभावकारिता और निर्णायक संतुलन द्वारा संचालित होता है।

6) रिलैप्स: चरणों के माध्यम से पीछे की ओर बढ़ना आम और स्वीकार्य है।

ट्रांस-थ्योरिटिकल मॉडल मादक द्रव्यों के सेवन नियंत्रण कार्यक्रमों जैसे हस्तक्षेपों के लिए लागू होने पर अच्छे परिणाम दिखा रहा है। बड़ी संख्या में टी.टी.एम. संबंधित हस्तक्षेप अध्ययन ने धूम्रपान बंद करने पर ध्यान केंद्रित किया है। इस मॉडल की प्रमुख सीमाएं

यह स्वयं पर पूरा ध्यान केंद्रित करती हैं और संरचनात्मक, आर्थिक, सामाजिक और पर्यावरणीय कारकों को ध्यान में रखती हैं जो व्यवहार को बदलने के लिए किसी व्यक्ति की क्षमता को प्रभावित करती हैं। एक और सीमा यह है कि इस मॉडल ने बच्चों और किशोरों के साथ आशाजनक परिणाम नहीं दिखाए हैं क्योंकि संस्कृति विशिष्ट पहलुओं को स्वीकार नहीं किया जाता है/ध्यान नहीं दिया जाता है।

बॉक्स 6.5: बिहेवियरल चेंजेस-ट्रांस थियोरेटिकल मॉडल के चरण

पूर्वचिंतन वह चरण है जिसमें व्यक्ति निकट अवधि में, आमतौर पर अगले छह महीनों में कोई कार्रवाई करने का इरादा नहीं करता है।

चिंतन व्यक्ति अगले छह महीनों के भीतर आमतौर पर जल्द ही कार्रवाई करने का इरादा रखता है।

धारणा: व्यक्ति अगले एक महीने के भीतर जल्द ही कार्रवाई करने का इरादा रखता है।

पिछले छह महीनों के भीतर व्यक्ति ने अपनी जीवन शैली में विशिष्ट, ओवरटाइट संशोधनों को लिया है।

रखरखाव वह चरण है जिसमें व्यक्ति ने अपनी जीवन शैली में विशिष्ट ओवरट संशोधन किए हैं और परिवर्तन को रोकने के लिए काम कर रहे हैं।

इस अवस्था की समाप्ति से व्यक्ति को तनाव से मुक्ति मिलती है और इस बारे में 100% आत्मविश्वास होता है।

बॉक्स 6.6: केस स्टडी टी.टी.एम (ट्रांस थ्यसेरिटिकल मॉडल)

आइए टीटीएम लागू करें ताकि धूम्रपान करने वालों जैसे कार्डियो-संवहनी रोगों के लिए एक पूरे उच्च-जोखिम वाले समूह के लिए एक हस्तक्षेप विकसित किया जा सके। हस्तक्षेप की पहचान करनी चाहिए कि व्यक्ति वर्तमान में व्यवहार के चरणों में कहां पर स्थित है। कार्यक्रम को सुव्यवस्थित तरीके से परिवर्तन के चरणों के माध्यम से प्रतिभागी की प्रगति में मदद करनी चाहिए। एक चरण से दूसरे चरण में संक्रमण प्रगतिशील और सुचारू होना चाहिए। पिछले चरण के संबंध में आमतौर पर देखा जाता है और इसे स्वीकार किया जाना चाहिए। हर किसी की रुचि के आधार पर परिवर्तन की एक मिलान प्रक्रिया का चयन किया जाना चाहिए।

6.3 पारस्परिक स्वास्थ्य व्यवहार के सिद्धांत और मॉडल

ये मॉडल सामान्य रूप से इस बात पर जोर देते हैं कि पारस्परिक संबंध और अंतःक्रियाएं व्यक्ति की अनुभूति, विश्वास और बदले में व्यवहार को तय करते हैं। पिछले सिद्धांतों (इकाई 3 में चर्चा की गई है) के विपरीत व्यक्ति को स्वयं व्यवहार और व्यवहार पर पारस्परिक संबंधों के प्रभाव से स्थानांतरित कर दिया गया है। हम यहां तीन महत्वपूर्ण सिद्धांतों पर चर्चा करेंगे:

1) सामाजिक संज्ञानात्मक सिद्धांत (SCT)

2) सामाजिक नेटवर्क और सामाजिक सहायता मॉडल

3) तनाव, नकल और स्वास्थ्य व्यवहार मॉडल

6.3.1 सामाजिक संज्ञानात्मक सिद्धांत (SCT)

इस सिद्धांत को अल्बर्ट बंडुरा ने 1960 के दशक में प्रस्तावित किया था और 1986 में सोशल कॉग्निटिव थ्योरी के रूप में विकसित किया गया था और प्रस्तावित प्रमुख शब्द पारस्परिक निर्धारण है। सिद्धांत का तर्क है कि, दोनों व्यक्ति और उनका पर्यावरण परस्पर क्रिया करते हैं और एक-दूसरे को प्रभावित करते हैं जिसे उन्होंने पारस्परिक निर्धारणवाद कहा है। इससे व्यक्तिगत और सामाजिक दोनों स्तरों पर बदलाव होते हैं। SCT को पहले सामाजिक शिक्षण सिद्धांत (SLT) के रूप में जाना जाता था, बाद में इसका नाम बदलकर SCT कर दिया गया जब संज्ञानात्मक मनोविज्ञान से अवधारणाओं को मानव सूचना प्रसंस्करण के बारे में बढ़ती समझ को समायोजित करने के लिए एकीकृत किया गया। आगे के घटनाक्रम के साथ, एस.सी.टी. ने समाजशास्त्र और राजनीति विज्ञान से अवधारणाओं को अपनाया है।

इस सिद्धांत ने निम्नलिखित पांच आधारों का उपयोग किया:

1) व्यवहार के मनोवैज्ञानिक निर्धारक: इसमें परिणाम अपेक्षाएं और आत्म-प्रभावकारिता शामिल हैं। लोग लाभ को अधिकतम करने और लागत को कम करने के लिए एक तरह से कार्य करते हैं (या व्यवहार करते हैं)। आत्म-प्रभावकारिता अपने जीवन को प्रभावित करने वाली घटनाओं को प्रभावित करने की उसकी क्षमता के बारे में व्यक्ति का विश्वास है।

2) प्रेक्षण अधिगम (ऑब्जर्वेशनल लर्निंग): यह किसी व्यक्ति की किसी चीज को देखने और उस व्यवहार को सीखने-दोहराने की क्षमता है। उदाहरण के लिए, पारिवारिक सहकर्मी और मीडिया मॉडल तक पहुंच यह निर्धारित करती है कि कोई व्यक्ति किस व्यवहार को देखने और सीखने में सक्षम है।

3) व्यवहार के पर्यावरण निर्धारक: जब तक पर्यवेक्षकों के सामाजिक और भौतिक वातावरण नए व्यवहार का समर्थन नहीं करते हैं, तब तक अवलोकन संबंधी सीखने की मात्रा में परिवर्तन नहीं होगा।

4) स्व-विनियमन: SCT महत्वपूर्ण दीर्घकालिक सकारात्मक परिणामों की प्रत्याशा में अल्पकालिक नकारात्मक परिणामों को सहन करने की मानवीय क्षमता पर जोर देता है। स्व-नियमन किसी व्यक्ति की इच्छाशक्ति पर निर्भर नहीं करता है, बल्कि उसके स्वयं के अपने प्रबंधन के लिए ठोस कौशल के अधिग्रहण पर निर्भर करता है।

5) नैतिक विघटन: जब लोग आत्म-नियमन के लिए नैतिक मानकों को सीखते हैं तो इससे उन्हें दूसरों के लिए हिंसा और क्रूरता से बचना होगा।

अनुप्रयोग

सामाजिक संज्ञानात्मक सिद्धांत कई स्वास्थ्य व्यवहारों को समझने और स्वास्थ्य व्यवहारों में परिवर्तन करने के लिए एक व्यापक और अच्छी तरह से समर्थित वैचारिक ढांचा प्रदान करता है। एससीटी आधारित हस्तक्षेप आत्म-प्रभावकारिता, सामाजिक मॉडलिंग, मौखिक अनुनय आदि को बढ़ाकर व्यवहार को बदलने पर केंद्रित है, ऐसे तरीके हैं जिनसे आत्म-प्रभावकारिता में सुधार किया जा सकता है। हस्तक्षेप कार्यक्रमों को डिजाइन करते समय महत्व स्व-निगरानी, स्व-इनाम, लक्ष्य निर्धारण, प्रतिक्रिया और सामाजिक समर्थन जैसे पहलुओं को दिया जाता है। लाभ यह है कि एससीटी बहुत व्यापक और महत्वाकांक्षी है कि यह लगभग सभी मानवीय घटनाओं के लिए स्पष्टीकरण प्रदान करना चाहता है। यह सिद्धांत को व्यापक प्रकृति भी सीमा में लाता है, चूंकि यह बहुत व्यापक है इसलिए इसका व्यापक परीक्षण नहीं किया गया है। SCT आधारित हस्तक्षेप के साथ एक और समस्या यह है कि निर्माण को मापना और हेरफेर करना मुश्किल लें।

6.3.2 सामाजिक नेटवर्क और सामाजिक समर्थन मॉडल

सामाजिक (सोशल) नेटवर्क और सामाजिक समर्थन-आधारित मॉडल मानते हैं कि सामाजिक रिश्तों का स्वास्थ्य व्यवहार, स्वास्थ्य की स्थिति और स्वास्थ्य के निर्णय लेने में शक्तिशाली प्रभाव है।

सोशल नेटवर्क सामाजिक रिश्तों के जाल को संदर्भित करता है जो व्यक्तियों को घेरता है। सामाजिक नेटवर्क सामाजिक प्रभाव, सामाजिक नियंत्रण, सामाजिक साहचर्य और सबसे महत्वपूर्ण सामाजिक समर्थन जैसे विभिन्न सामाजिक कार्यों को जन्म देते हैं। ये सामाजिक नेटवर्क सामाजिक सहायता प्रदान कर सकते हैं या नहीं भी कर सकते हैं। सामाजिक नेटवर्क, सामाजिक समर्थन के माध्यम से भावनात्मक समर्थन, वाद्य समर्थन, सूचना समर्थन और मूल्यांकन सहायता प्रदान करते हैं।

1990 के दशक तक, एक नई अवधारणा, सामाजिक पूंजी शुरू की गई है। जेन जैकब्स ने अपने लेखन में इस शब्द का उपयोग नेटवर्क के मूल्य के बारे में बताया। 1990 के दशक के उत्तरार्ध में इस अवधारणा को लोकप्रियता प्राप्त हुई, जो विश्व बैंक के अनुसंधान कार्यक्रम के फोकस के रूप में कार्य कर रही थी। यह कुछ संसाधनों और मानदंडों को संदर्भित करता है जो सामाजिक नेटवर्क से उत्पन्न होते हैं। सामाजिक समर्थन सचेत रूप से प्रदान किया जाता है। यह हमेशा मददगार होने का इरादा रखता है और इसे जानबूझकर नकारात्मक बातचीत से अलग करता है। मौजूदा सामाजिक लिंकेज (जैसे कौशल विकास के लिए प्रशिक्षण सदस्य) को बढ़ाना, नए सोशल नेटवर्क लिंकेज विकसित करना (जैसे स्वयं सहायता समूह, सहकर्मी समूह विकसित करना) और स्वदेशी प्राकृतिक सहायकों और सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का उपयोग कर नेटवर्क को बढ़ाना सामाजिक नेटवर्क के आधार पर स्वास्थ्य हस्तक्षेप के उदाहरण हैं ।

उदाहरणः ऐसे अनुसंधान प्रमाण हैं जो दिखाता है, नकारात्मक पारस्परिक संपर्क जैसे कि अविश्वास, झंझट, आलोचना और वर्चस्व की विशेषता वाले लोग नकारात्मक मूड और अवसाद जैसे कारकों से अधिक दृढ़ता से संबंधित हैं। यह मादक द्रव्यों के सेवन जैसे जोखिम भरे स्वास्थ्य व्यवहार को भी गति देता है।

अपनी प्रगति जांचें

3) किशोरों के व्यवहार को बदलने में सामाजिक नेटवर्क और सामाजिक समर्थन मॉडल की प्रासंगिकता की जांच करें।

.....

.....

.....

.....

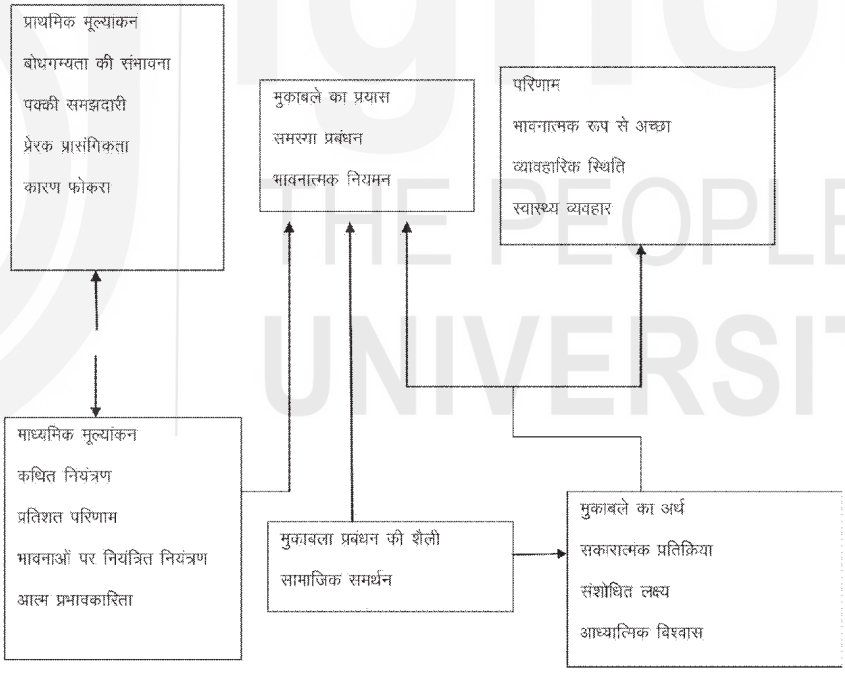
6.3.3 तनाव, मुकाबला और स्वास्थ्य व्यवहार मॉडल

यह मॉडल तनाव और मुकाबला कौशल को स्वास्थ्य व्यवहार का सबसे महत्वपूर्ण निर्धारक मानता है। तनाव का स्वास्थ्य पर नकारात्मक शारीरिक प्रभाव हो सकता है या व्यवहार में अप्रत्यक्ष रूप से योगदान कर सकते हैं जो अच्छे स्वास्थ्य के लिए अनुकूल नहीं हैं। उदाहरण के लिए, धूम्रपान व्यक्ति के लिए तनाव से निपटने का एक तरीका हो सकता है। पारस्परिक संपर्क और संचार सामाजिक समर्थन प्रदान करके लोगों को तनाव से निपटने में मदद करने में

महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं और तनाव के प्रभाव को कम करने या इसके साथ सामना करने के तरीके प्रदान करते हैं।

तनाव और मुकाबला/सहनशीलता का लेन-देन मॉडल तनावपूर्ण घटनाओं से मुकाबला करने की प्रक्रिया का मूल्यांकन करने के लिए एक रूपरेखा है। तनावपूर्ण अनुभवों का निर्माण व्यक्ति-पर्यावरण लेनदेन के रूप में किया जाता है। जब एक तनाव के साथ सामना किया जाता है, तो एक व्यक्ति संभावित खतरों या हानि (यह प्राथमिक मूल्यांकन के रूप में कहा जाता है) का मूल्यांकन करता है, साथ ही स्थिति को बदलने और *नकारात्मक भावनात्मक प्रतिक्रियाओं* (माध्यमिक मूल्यांकन) का प्रबंधन करने की उसकी क्षमता। समस्या प्रबंधन और भावनात्मक विनियमन के उद्देश्य से वास्तविक मुकाबले के प्रयास, मुकाबला प्रक्रिया के परिणामों को जन्म देते हैं। चित्र 6.3 तनाव और अधिक विस्तार से मुकाबला करने के लेन-देन के मॉडल का प्रतिनिधित्व करता है।

संव्यवहार मॉडल की प्रयोज्यता: ट्रांजैक्शनल मॉडल को स्वास्थ्य असमानताओं पर नस्लवाद के प्रभाव जैसे सार्वजनिक स्वास्थ्य मुद्दों पर लागू किया गया है। कथित नस्लवाद और उच्च रक्तचाप के बीच संबंधों की जांच करने वाले अध्ययनों में सकारात्मक संघों का पता चला है। तनाव को प्रबंधित करने, स्वास्थ्य को बेहतर बनाने और तनाव को कम करने के लिए विभिन्न प्रकार की तकनीकों का विकास किया गया है। विश्राम रणनीतियों, संज्ञानात्मक व्यवहार तनाव प्रबंधन इत्यादि, वे दृष्टिकोण हैं जो कि संव्यवहार (ट्रांसेक्शनल) मॉडल से विकसित किए जाते हैं।



चित्र 6.3: तनाव और मुकाबला करने के लेनदेन मॉडल का प्रतिनिधित्व करता है (स्रोत: प्रोचस्का, जे., रेडिंग, सी एंड एवर्स, के. द ट्रांस थियोरेटिकल मॉडल एंड स्टेज ऑफ चेंज. हेल्थ बिहेवियर एंड हेल्थ एजुकेशन थियरी पुस्तक में, रिसर्च प्रैक्टिस, (संपा), ग्लेज.के, रिमेर, बी. एंड विश्वनाथ के, विली इंप्रिट, 2008, सैन फ्रान्सिस्को, पृं सं.112)

6.4 स्वास्थ्य व्यवहार परिवर्तन के समुदाय और समूह मॉडल

समूह, संगठन और बड़े पैमाने पर व्यापक स्तर के संगठन और समुदाय स्वास्थ्य सुधार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। स्वस्थ जीवन शैली का समर्थन करने और स्वास्थ्य खतरों को कम करने या समाप्त करने के लिए संरचनाओं और नीतियों का निर्माण करके समुदायों की सामूहिक भलाई को बढ़ावा दिया जा सकता है। मादक द्रव्यों के सेवन,

एचआईवी/एड्स, मोटापे जैसी स्वास्थ्य चिंताओं को अकेले या छोटे समूह के हस्तक्षेप के माध्यम से पर्याप्त रूप से संबोधित नहीं किया जा सकता है। बल्कि, स्वास्थ्य पेशेवरों को बड़े समुदायों और सामाजिक संस्थानों के संदर्भ में स्वास्थ्य व्यवहार की समीक्षा करने की आवश्यकता होती है।

'सामुदायिक संगठन और सामुदायिक भवन' के माध्यम से स्वास्थ्य में सुधार, और 'नवाचारों का प्रसार' इस श्रेणी के मुख्य दो मॉडल हैं।

6.4.1 नवाचारों का प्रसार

प्रसार अध्ययनों का विकास रोजर्स (1995) के कार्यों से उभरा है जिसे बाद में वेजर्ट (2002) द्वारा विकसित किया गया था।

नवाचारों की प्रसार की प्रमुख अवधारणाएँ निम्नलिखित हैं:

1) प्रसार को एक नवाचार के समग्र प्रसार के रूप में परिभाषित किया गया है। वह प्रक्रिया जिसके द्वारा समय के साथ कुछ चैनलों के माध्यम से एक नवाचार का संचार किया जाता है।

2) प्रसार (डिफ्यूजन) के पांच चरण हैं। किसी भी नवाचार को समाज में पाँच चरणों में फैलाया जाता है। अभिग्रहण, कार्यान्वयन, रखरखाव, स्थिरता और संस्थागतकरण।

3) नवाचारों की निम्नलिखित विशेषताएं प्रसार को प्रभावित करती हैं: सापेक्ष लाभ, संगतता, जटिलता, स्थिरता, अवलोकन।

4) किसी भी समुदाय में पाँच प्रकार के लोग होते हैं। नवप्रवर्तक, शुरुआती अभिग्रहणकर्ता, प्रारंभिक बहुमत, देर से बहुमत, और फिसड्डी (लैगार्ड)। विचारों को अपनाने और व्यक्ति में इसका प्रसार समुदाय में भिन्न होता है, जिसके आधार पर वह किस श्रेणी में आता है का निर्धारण होता है।

अपनी प्रगति जांचें

4) प्रसार सिद्धांत के विभिन्न चरण कौन से हैं? चर्चा करें।

.....

.....

.....

.....

.....

प्रसार सिद्धांत की सीमा यह है कि इसने प्रो-इनोवेशन ओरिएंटेशन पर बहुत जोर दिया है। व्यक्तिगत दोष पूर्वाग्रह इस सिद्धांत की एक और समस्या है जहां व्यक्ति को समाज या समुदाय के बजाय समस्या के लिए जिम्मेदार ठहराया जाता है। सिद्धांत का आवेदन अथवा अनुप्रयोग स्तर यह है कि जब सार्वजनिक स्वास्थ्य पेशेवर कुछ हस्तक्षेपों की योजना बनाते हैं, जहां व्यक्ति इन पांच चरणों में स्थित होता है। इसी तरह, सामुदायिक स्तर के स्वास्थ्य हस्तक्षेप के लिए हमें इनोवेटरों और शुरुआती एडेप्टरों की पहचान करने और उनके माध्यम से संचार को चैनलाइज करने की आवश्यकता होती है।

बॉक्स 6.7: एक समुदाय में पांच प्रकार के लोग

इनोवेटर्स : एक नए विचार का परिचय हमेशा इस समूह द्वारा सबसे पहले लिया जाता है। उनके पास स्वतंत्र, साहसिक और जोखिम लेने जैसी विषेशताएं हैं। वे किसी भी नए स्वास्थ्य व्यवहार को स्वीकार करने के लिए आगे आएंगे जो सार्वजनिक स्वास्थ्य पेशेवर पेश करता है।

प्रारंभिक एडॉप्टर: वे नवाचार में बहुत रुचि रखते हैं, लेकिन वे साइन अप करने वाले पहले नहीं हैं। वे तब तक प्रतीक्षा करते हैं जब तक कि नवप्रवर्तक सुनिश्चित करने के लिए नवप्रवर्तक पहले से ही शामिल न हो जाएं। वे ज्यादातर उस समुदाय के सम्मानित लोग होंगे।

प्रारंभिक बहुसंख्य: वे नवाचार में रुचि रखते हैं, लेकिन इसमें शामिल होने के लिए बाहरी प्रेरणा की आवश्यकता होगी।

लेट बहुसंख्य: अगले हैं और उन्हें इसमें शामिल होने में अधिक समय लगेगा क्योंकि वे संदेहवादी हैं और तब तक एक नवाचार नहीं अपनाएंगे जब तक कि समुदाय के अधिकांश लोगों ने ऐसा नहीं किया हो।

लैगार्ड: नवाचार में बहुत रुचि नहीं रखते हैं और इसमें शामिल होने वाले अंतिम होंगे। वे बहुत पारंपरिक हैं और नवाचारों पर संदेह करते हैं।

स्वास्थ्य से संबंधित किसी भी विचार के प्रसार के पांच चरण:

अभिग्रहण: कार्यक्रम की नवीनता या लक्ष्य दर्शकों द्वारा नवाचार।

कार्यान्वयन: एक परिभाषित सेटिंग के भीतर एक नवाचार को लागू करने के लिए सक्रिय, नियोजित प्रयास।

रखरखाव: समय के साथ एक नवाचार का उपयोग जारी है।

स्थिरता: वह डिग्री जिसके लिए एक नवाचार या परिवर्तन के कार्यक्रमों को जारी रखा जाता है।

संस्थागतकरण: एक संगठन या व्यापक नीति और कानून की दिनचर्या में कार्यक्रम का समावेश।

6.5 स्वास्थ्य हस्तक्षेप की योजना बनाते समय सिद्धांत का चयन

स्वास्थ्य हस्तक्षेपों के विभिन्न सिद्धांतों और मॉडल के बारे में जानने के बाद, आपके मन में यह सवाल आ सकता है कि ''एक सिद्धांत को दूसरे पर कैसे लादें''? इस प्रश्न का सरल उत्तर यह है कि कोई श्रेष्ठ या हीन सिद्धांत नहीं है। कुछ सिद्धांत सहज रूप से दूसरों की तुलना में अपील करते हैं और स्वास्थ्य व्यवहार में प्रेरकों के विचारों से मेल खाते हैं। अन्य सिद्धांत काफी जटिल हैं और विशेष रूप से स्वास्थ्य डोमेन पर लागू होते हैं। एक अच्छे शोध में आधारित साक्ष्य के अभाव में, जिस पर सिद्धांत निर्मित है, शोधकर्ता और चिकित्सकों को लक्षित समूह/समुदाय के सांस्कृतिक और सामाजिक संदर्भ में सिद्धांतों के मूल्यांकन, योग्यता और उपयुक्तता के आधार पर सिद्धांतों का चयन करना चाहिए। पाठकों को एक से अधिक स्तरों से सिद्धांतों को एकीकृत करने और डिजाइन एवं मूल्यांकन (और यह भी समझना) करने और स्वास्थ्य व्यवहार के हस्तक्षेप का उपयोग करने पर भी विचार करना चाहिए।

6.6 सारांश

व्यक्तिगत स्वास्थ्य व्यवहार पर जोर देने वाले सिद्धांतों की हमारी समझ में महत्वपूर्ण भूमिका यह है कि मानव स्वास्थ्य को कैसे बेहतर बनाया जाए। सामाजिक और सामुदायिक संदर्भ को समझने के लिए हमेशा विश्वास करना चाहिए कि मान्यताएं कहां से आती हैं और विश्वास और बाहरी बाधाओं को बदलने के तरीके खोजने के लिए हमें क्या करना है। स्वास्थ्य पेशेवर स्वास्थ्य समस्या या स्थिति की प्रकृति पर विचार करते हैं और जिसमें वे हस्तक्षेप करना चाहते हैं जिसके लिए वे उपयुक्त सिद्धांत का चयन करते हैं, और कभी-कभी कई स्तरों पर हस्तक्षेप की अनुमति देने के लिए कई सिद्धांतों को साथ में नियोजित करते हैं।

6.7 संदर्भ

बेकर, एम. एच., एंड मैमन, एल.ए.(1975). सोशल बिहेवियरल डिटरमिनेंट्स ऑफ कम्प्लाइअन्स विद हेल्थ एंड मेडिकल केयर रेकमन्डैशन्स. *मेडिकल केयर*, 10-24.10-24.

गोचमैन, डी. एस.(1997)" हेल्थ बिहेवियर रिसर्चः डिफिनेशन्स एंड डायवर्सिटी." इन डी. एस. गोचमैन (संपा),'' *हैंडबुक ऑफ हेल्थ बिहेवियर रिसर्च, वॉल्यूम. I. पर्सनल एंड सोशल डिटरमिनेंट्स*, न्यूयॉर्कः प्लेनम प्रेस.

कासल, एस. वी., एंड कॉब, एस.(1966). हेल्थ बिहेवियर, इलनेस बिहेवियर एंड सिक रोल बिहेवियररू I- हेल्थ एंड इलनेस बिहेवियर. *अर्काइव ऑफ इनवायमेंटल हेल्थ : एन इंटरनेशनल जर्नल*, 12(2), 246-266.

कर्लिंगर, एफ. एन.(1986). *फाउंडेशन ऑफ बिहेवियर रिसर्च.* (तीसरा संस्करण.) न्यूयॉर्क : होल्ट, राइनहार्ट एंड विंस्टन.

मोंटानो, डी. ई. एंड कजप्रेजी, डी.(2008).''टीआरए, टीपीबी एंड इंटीग्रेटेड मॉडल'' इन ग्लान्ज, के., रिमर, बी. के.,एंड विश्वनाथ, के. (संमा). *हेल्थ बिहेवियर एंड हेल्थ एजुकेशन थियरी, रिसर्च एंड प्रैक्टिस*, (पृसं. 70). सैन फ्रांसिस्को : विली इंप्रिट.

पार्करसन, जी. आर., कोन्निस, आर. टी., ब्रॉडहेड, डब्ल्यू. ई., पैट्रिक, डी. एल., टेलर, टी. आर.,एंड त्से, सी. के. जे.(1993). डिजीज- स्पेसफिक वर्सेस जेनरिक मेजरमेंट ऑफ हेल्थ-रिलेटेड क्वालिटी ऑफ लाइफ इन इंसुलिन-डिपेंडेट डायबटिक पेशेंट. *मेडिकल केयर.*

च्स्वै मेडिसिन एडिटर्स. (2007). थर्टी वेज टू इंप्रूव द हेल्थ ऑफ द वर्ल्ड्स पूअरेस्ट पीपल.

प्रोचस्का, जे. ओ., रेडिंग, सी. ए., एंड एवर्स, के. ई.(2015).द ट्रांसथियोरेटिकल मॉडल एंड स्टेज ऑफ चेंज. इन ग्लांज, के.रिमर,बी.के.,एंड विश्वनाथ,के.(संपा.). *हेल्थ बिहेवियर एंड हेल्थ एजुकेशन थियरी, रिसर्च एंड प्रैक्टिस*,(पृसं. 125-148). सैन फ्रांसिस्को : विले इंप्रिट.

रोजर्स एवरेट, एम.(1995) *डिफ्यूजन ऑफ इनोवेशन्स* (4वां संस्करण). न्यूयॉर्क : फ्री प्रेस.

श्रोएडर, एस. ए.(2007). वी कैन डू बेटर- इंप्रूविंग द हेल्थ ऑफ द अमेरिकन पीपल. *न्यू इंग्लैंड जर्नल ऑफ मेडिसिन*, 357(12), 1221-1228.

वेजनर्ट, बी. (2002). इन्टग्रैटिंग मॉडल्स ऑफ डिफ्यूजन ऑफ इनोवेशन : ए कांसेप्चुअल फ्रेमवर्क. *एनुअल रिव्यू ऑफ सोशियोलॉजी*, 28(1), 297-326.

याच, डी., हॉक्स, सी., गोल्ड, सी. एल. एंड हॉफमैन, के. जे.(2004). द ग्लोबल बर्डेन ऑफ

क्रोनिक डिजीजः ओवरकमिंग इम्पेडमन्ट्स टू प्रिवेंशन एंड कंट्रोल. *जर्नल ऑफ द अमेरिकन मेडिकल असोसीएशन*, 291(21), 2616-2622.

6.8 आपकी प्रगति की जाँच करने के लिए उत्तर

1) स्वास्थ्य व्यवहार व्यक्तियों, समूहों और संगठनों के कार्यों के साथ-साथ उनके निर्धारकों, सहसंबंधों और परिणामों को संदर्भित करता है, जिसमें सामाजिक परिवर्तन, नीति विकास और कार्यान्वयन, बेहतर कौशल और जीवन की गुणवत्ता में सुधार शामिल हैं। अधिक जानकारी के लिए अनुभाग 6.1.2 देखें।

2) स्वास्थ्य विश्वास मॉडल किसी बीमारी की गंभीरता और इसके प्रति संवेदनशीलता के बारे में लोगों के विश्वासों की व्याख्या करता है। यह विश्वास एक रोकथाम कार्रवाई करने की उनकी इच्छा को प्रभावित करेगा। अधिक जानकारी के लिए अनुभाग 6.2.1 देखें।

3) सामाजिक नेटवर्क, सामाजिक समर्थन के माध्यम से भावनात्मक समर्थन, वाद्य समर्थन, सूचना समर्थन और मूल्यांकन सहायता प्रदान करते हैं। अधिक जानकारी के लिए अनुभाग 6.3.2 देखें।

4) किसी भी नवाचार को पांच चरणों के माध्यम से समाज में विस्तारित जाता है। अभिग्रहण, कार्यान्वयन, रखरखाव, स्थिरता और संस्थागतकरण। विस्तृत जानकारी के लिए अनुभाग 6.4.1 देखें।

इकाई 7 भारत सरकार और गैर सरकारी संगठनों द्वारा स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों का प्रबंधन*

इकाई की रूपरेखा

7.0 परिचयः भारत में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

7.1 स्वास्थ्य देखभालः बुनियादी अवधारणाएं

- 7.1.1 स्वास्थ्य देखभाल और सार्वजनिक स्वास्थ्य
- 7.1.2 स्वास्थ्य देखभाल के मुख्य लक्षण
- 7.1.3 स्वास्थ्य देखभाल के स्तर
- 7.1.4 एक न्यायसंगत और कुशल स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के घटक

7.2 भारत की स्वास्थ्य देखभाल प्रणालीः एक नजर में

7.3 भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

- 7.3.1 राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एन.वी.बी.डी.सी.पी)
- 7.3.2 राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम
- 7.3.3 संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (RNTCP)
- 7.3.4 राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम
- 7.3.5 सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम
- 7.3.6 कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और स्ट्रोक के रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम, (NPCDCS)
- 7.3.7 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम
- 7.3.8 प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल स्वास्थ्य और किशोर कार्यक्रम (RMNCH + A)
- 7.3.9 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (NHM)

7.4 भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र में गैर-सरकारी संगठनों की भूमिका

- 7.4.1 गैर-सरकारी संगठनों की समझ
- 7.4.2 स्वास्थ्य प्रणाली में गैर सरकारी संगठनों के कार्य
- 7.4.3 भारत में गैर-सरकारी संगठनों की स्वास्थ्य गतिविधियाँ
- 7.4.4 गैर-सरकारी संगठन और स्वास्थ्य क्षेत्रः भविष्य

7.5 भारतीय स्वास्थ्य प्रणाली की समस्याएं, उपलब्धियां और संभावनाएं

7.6 सारांश

7.7 संदर्भ

7.8 आपकी प्रगति की जाँच करने के लिए उत्तर

अधिगम के उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के बाद, आप निम्न कार्य कर सकेंगेः

➢ भारत में स्वास्थ्य देखभाल वितरण की संरचना, संगठन और कार्य के बारे में समझ सकेंगे;

* योगदानकर्ता – डॉ. लेखा डी भट, महामारी विज्ञान और सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग, केंद्रीय विश्वविद्यालय तमिलनाडु, अनुवादक – डॉ. निशीथ राय, सहायक प्रोफेसर, मानवविज्ञान विभाग, महात्मा गांधी अंतरराष्ट्रीय हिन्दी विश्वविद्यालय, वर्धा.

- स्वतंत्रता के बाद के काल में भारत सरकार द्वारा कार्यान्वित विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों और नीतियों पर चर्चा कर सकेंगे;
- भारतीय संदर्भ में स्वास्थ्य क्षेत्र में गैर-सरकारी संगठनों की भूमिका को जान पायेंगे, तथा
- सार्वजनिक स्वास्थ्य में भारत की प्रमुख उपलब्धियों और प्रमुख चुनौतियों को जानेंगे।

7.0 परिचयः भारत में स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली

स्वास्थ्य, स्पष्ट रूप से बीमारी की अनुपस्थिति नहीं है। अच्छी स्वास्थ्य स्थिति यह सुनिश्चित करती है कि व्यक्ति किसी भी बीमारी से मुक्त है और इससे उसे काम करने और अपनी पूरी क्षमता का एहसास करने की क्षमता मिलती है। अच्छा स्वास्थ्य किसी व्यक्ति या समूहों की बीमारी से मुक्ति और किसी की पूरी क्षमता का एहसास करने की क्षमता पर निर्भर करता है। किसी व्यक्ति के कल्याण की भावना को परिभाषित करने के लिए स्वास्थ्य को अनिवार्य आधार के रूप में समझा जाता है। देश के अच्छे स्वास्थ्य को सुनिश्चित करने में स्वास्थ्य देखभाल एक प्रमुख भूमिका निभाती है। स्वास्थ्य देखभाल न केवल चिकित्सा देखभाल का आच्छादन करती है बल्कि निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास संबंधी देखभाल जैसे सभी पहलुओं को उचित महत्व भी देती है। इसमें सार्वजनिक और निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य देखभाल संस्थान दोनों शामिल हैं, स्वास्थ्य संवर्धन-रोग की रोकथाम-उपचारात्मक-पुनर्वास तत्वों को एक आदर्श स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में प्रतिनिधित्व दिया जाता है।

भारतीय संविधान के अंतर्गत, स्वास्थ्य राज्य का एक विषय है। इसलिए प्रत्येक राज्य की अपनी स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली है जिसमें सार्वजनिक और निजी दोनों तरह के संस्थान काम करते हैं। जबकि राज्य अपने संबंधित स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के कामकाज के लिए जिम्मेदार हैं, कुछ जिम्मेदारियां संघीय (केंद्रीय) सरकार पर आती हैं, अर्थात् नीति निर्माण, योजना, मार्गदर्शन, मूल्यांकन, विश्लेषण, संबंधित राज्य सरकारों की सहायता करना और राष्ट्रीय निति लागू करने के लिए धन उपलब्ध कराना। भारत की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली में चिकित्सा की कई प्रणालियों की विशेषता है, जिसमें न केवल एलोपैथी (पश्चिमी चिकित्सा) बल्कि आयुर्वेद, सिद्ध, यूनानी, योग और सोवा रिग्पा प्रकार की चिकित्सा प्रणालियाँ शामिल हैं। भारत में, विभिन्न रोगों को लक्षित करने वाले विभिन्न राष्ट्रीय कार्यक्रमों के अलावा, हमारे पास पब्लिक (सरकारी) अस्पताल और निजी अस्पताल और क्लीनिक दोनों हैं।

अपनी प्रगति जाँचें

1) भारत की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की संरचना पर विशेष जोर देते हुए चर्चा करें।

.....

.....

.....

.....

.....

7.1 स्वास्थ्य देखभालः बुनियादी अवधारणाएं

स्वास्थ्य सेवा को बढ़ावा देने, बनाए रखने, निगरानी करने या बहाल करने के उद्देश्य से स्वास्थ्य सेवाओं या व्यवसायी एजेंसियों द्वारा व्यक्तियों, परिवारों या समुदायों को प्रदान की गई सेवाओं को एक समुच्चय के रूप में स्वास्थ्य देखभाल के रूप में परिभाषित किया गया है।(पार्क और पार्क, 2015)

7.1.1 स्वास्थ्य देखभाल और सार्वजनिक स्वास्थ्य

स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं पर्याप्त अवसंरचना वाले संस्थानों का समूह हैं। कार्य बल और फंडिंग जो देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं/कार्यक्रमों के वितरण को सुनिश्चित करते हैं। मोनिका दास गुप्ता (2006) के अनुसार सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं वैचारिक रूप से चिकित्सा सेवाओं से भिन्न हैं। जनसंख्या में रोगों के जोखिम को कम करने में उनका एक महत्वपूर्ण लक्ष्य है। उदाहरण के लिए, खाद्य सुरक्षा, वेक्टर नियंत्रण, अपशिष्ट प्रबंधन, स्वास्थ्य शिक्षा आदि का आश्वासन, चिकित्सा (उपचारात्मक) उन्मुख सुविधाओं के साथ स्वास्थ्य देखभाल के महत्वपूर्ण तत्व हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं आर्थिक विकास और गरीबी में कमी के सुविधा के लिए असाध्य लाभ के 'सार्वजनिक सामान' का उत्पादन करती हैं।

7.1.2 स्वास्थ्य देखभाल के मुख्य लक्षण

स्वास्थ्य देखभाल की मुख्य विशेषताओं को संक्षेप में प्रस्तुत किया जा सकता हैः

- उपयुक्तता (प्रासंगिकता) यानी कि आवश्यक मानव आवश्यकताओं के संबंध में सेवा की आवश्यकता है या नहीं।
- व्यापकता यानि कि निवारक, उपचारात्मक और प्रचार सेवाओं का एक इष्टतम मिश्रण है या नहीं।
- पर्याप्तता अर्थात् सेवा, डॉक्टर-रोगी अनुपात जैसी आवश्यकताओं के लिए आनुपातिक है।
- उपलब्धता यानी जनसंख्या और स्वास्थ्य सुविधा के बीच का अनुपात।
- पहुँच यानी भौगोलिक, आर्थिक और सांस्कृतिक पहुँच।
- अफोर्डेबिलिटी यानी स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का लाभ उठाने में शामिल खर्च।

7.1.3 स्वास्थ्य देखभाल के स्तर

भारतीय स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ आमतौर पर तीन स्तरों पर आयोजित की जाती हैंः

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभालः यह व्यक्ति/समुदाय और स्वास्थ्य प्रणाली के बीच संपर्क का पहला स्तर है, जहाँ ''आवश्यक'' स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की जाती है। प्रचलित स्वास्थ्य शिकायतों, मामूली बीमारियों और निवारक सेवाओं के साथ आम संक्रमणों के बहुमत को इस स्तर के साथ संतोषजनक ढंग से निपटा जा सकता है। भारत में, ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शिकाएँ, आशा कार्यकर्ता उप-केंद्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के साथ मिलकर प्राथमिक स्तर के स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं का गठन करती हैं। उप-केंद्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र बच्चों के लिए टीकाकरण के साथ प्रजनन स्वास्थ्य/परिवार नियोजन सेवाएं भी प्रदान करते हैं। अधिकांश ऊर्ध्वाधर कार्यक्रम इस स्तर का उपयोग सेवा प्रावधान के आधार के रूप में करते हैं।

पी.एच.सी. में, ए.एन.एम. के साथ एक डॉक्टर को तैनात किया जाता है जहां वे एक सामान्य प्रसव को संभाल सकते हैं। जबकि सिजेरियन सेक्शन की आवश्यकता वाले मामलों को जिला अस्पताल की तरह सी.एच.सी. या माध्यमिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधा के लिए भेजा जाता है, जहां एक प्रसूति और स्त्री रोग विशेषज्ञ तैनात होते हैं और रक्त आधान जैसी अन्य सुविधाएं उपलब्ध हैं।

माध्यमिक स्वास्थ्य देखभालः इस स्तर पर, अधिक जटिल स्वास्थ्य समस्याओं से निपटा जाता है जो प्राथमिक स्तर पर प्रभावी ढंग से निपटाया नहीं जाता है। यह अनिवार्य रूप से क्यूरेटिव सर्विस ओरिएंटेड है। यह जिला अस्पतालों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों द्वारा प्रदान किया जाता है। वे स्वास्थ्य प्रणाली में पहला रेफरल स्तर भी है। एक्स-रे, सीटी स्कैन/एमआरआई, ब्लड बैंक आदि जैसी सुविधाएं उपलब्ध होती हैं और विशेषज्ञ डॉक्टर यहां तैनात किए जाते हैं। विभिन्न विभाग जैसे, प्रसूति और स्त्री रोग, नेत्र विज्ञान, ईएनटी, ऑन्कोलॉजी आदि, इन अस्पतालों में कार्य करते हैं ।

तृतीयक स्वास्थ्य देखभालः यह स्तर विशेषज्ञ और सुपर स्पेशलिटी देखभाल प्रदान करता है। ये संस्थान मेडिकल/पैरामेडिकल स्टाफ की योजना, विकासशील प्रबंधकीय कौशल और शिक्षण / प्रशिक्षण भी करते हैं। मेडिकल कॉलेज और सुपर स्पेशलिटी अस्पताल इस श्रेणी में शामिल हैं। वे आम तौर पर रेफरल अस्पताल हैं जहां अत्यधिक विशिष्ट उपचार उपलब्ध हैं।

7.1.4 एक न्यायसंगत और कुशल स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के घटक

स्वास्थ्य देखभाल का एक अच्छा नेटवर्क होना पर्याप्त नहीं है। लेकिन यह प्रणाली न्यायसंगत और कुशल 'जस्ट एंड एफिशिएंट' होनी चाहिए ताकि समाज के सबसे अधिक हाशिये पर और गरीब लोगों तक यह सेवा पहुंचे।

मानव अधिकार के रूप में स्वास्थ्य को समझना राज्यों पर एक कानूनी दायित्व बनाता है, ताकि स्वास्थ्य के अंतर्निहित निर्धारकों, जैसे सुरक्षित और पीने योग्य पानी, स्वच्छता, भोजन, समय पर स्वीकार्य और सस्ती स्वास्थ्य देखभाल की पहुंच सुनिश्चित की जा सके। आवास, स्वास्थ्य संबंधी जानकारी और शिक्षा, और लिंग समानता। नस्ल, आयु, जातीयता या किसी अन्य स्थिति के आधार पर भेदभाव के बिना स्वास्थ्य के अधिकार का आनंद लिया जाना चाहिए।

स्वास्थ्य और घटकों का अधिकार

स्वास्थ्य का अधिकार (अनुच्छेद 12) आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों की समिति की सामान्य टिप्पणी 14 में परिभाषित किया गया था-स्वतंत्र विशेषज्ञों की एक समिति, जो वचन के पालन की देखरेख के लिए जिम्मेदार है। स्वास्थ्य के अधिकार के घटक निम्नलिखित हैं।

1) **उपलब्धताः** स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं, भुगतान करने की क्षमता, जाति, वर्ग, धर्म, लिंग आदि की परवाह किए बिना सभी के लिए उपलब्ध हैं।

2) **अभिगम्यताः** स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं शारीरिक और आर्थिक रूप से सभी के लिए सुलभ हैं।

3) **स्वीकार्यताः** चिकित्सा नैतिकता, सांस्कृतिक रूप से उचित और लिंग के प्रति संवेदनशीलता के संबंध में है। स्वीकार्यता की आवश्यकता है कि स्वास्थ्य सुविधाएं, सामान, सेवाएं और कार्यक्रम लोग-केंद्रित हों और विभिन्न जनसंख्या

समूहों की विशिष्ट आवश्यकताओं के लिए गोपनीय और सूचित सहमति के लिए चिकित्सा नैतिकता के अंतरराष्ट्रीय मानकों के अनुसार हों।

4) **गुणवत्ता:** प्रदान की गई सेवाओं को वैज्ञानिक और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर स्वीकार किया जाना चाहिए। सुरक्षा, प्रभावशीलता, दक्षता और सेवाओं की समय पर प्रकृति इस पहलू में शामिल हैं।

श्रीनिवासन (2006) के अनुसार, स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को 'जस्ट एंड एफिशिएंट' न्यायसंगत और कुशल मानने/मूल्यांकन करने के लिए निम्नलिखित चार मानदंड महत्वपूर्ण हैं।

क) सार्वभौमिक पहुंच, पर्याप्त स्तर तक पहुंच और अत्यधिक बोझ के बिना पहुंच।

ख) पहुँच के लिए वित्तीय लागतों का उचित वितरण और अधिक कुशल प्रणाली में सुधार के लिए एक निरंतर खोज।

ग) सक्षमता, सहानुभूति, जवाबदेही, संसाधनों के लागत प्रभावी उपयोग आदि के लिए प्रशिक्षण प्रदाता।

घ) विकलांग, वृद्ध और बच्चों जैसे कमजोर समूहों पर विशेष ध्यान दें।

फ्रीडेन थॉमस (2014) ने अपने काम में छह घटकों को सूचीबद्ध किया है जो सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल में दक्षता और सफलता सुनिश्चित करेंगे। वो हैं:

ए) कार्रवाई के लिए तात्विक आधार विकसित करने के लिए नवाचार।

बी) उच्च प्राथमिकताओं की सीमित संख्या का एक तकनीकी पैकेज, साक्ष्य-आधारित हस्तक्षेप जो एक साथ एक बड़ा प्रभाव डालेंगे।

सी) प्रभावी प्रदर्शन प्रबंधन, विशेष रूप से कठोर, वास्तविक समय की निगरानी और मूल्यांकन के माध्यम से।

डी) साझेदारी और गठबंधन।

ई) स्वास्थ्य समुदाय और नागरिक समाज के लिए सटीक और समय पर जानकारी का संचार।

एफ) प्रभावी कार्रवाई के लिए संसाधन और समर्थन प्राप्त करने के लिए राजनीतिक प्रतिबद्धता।

अपनी प्रगति जांचें

2) एक न्यायसंगत और कुशल स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के महत्वपूर्ण घटकों की सूची बनाएं।

.....

.....

.....

.....

.....

7.2 भारत की स्वास्थ्य देखभाल प्रणालीः एक नजर में

भारत की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को विभिन्न मापदंडों के आधार पर कई श्रेणियों में वर्गीकृत किया जा सकता है।

प्रकार्य के आधार पर यह भारत में हेल्थ केयर सिस्टम को संबोधित करता है जिसमें चार घटक होते हैं। वो हैं:

- प्राथमिक, माध्यमिक, तृतीयक संस्थानों द्वारा चिकित्सा और अर्ध-चिकित्सा कर्मियों द्वारा संचालित,
- मेडिकल कॉलेज और पैरा-पेशेवर प्रशिक्षण संस्थानों की आवश्यक श्रमशक्ति को प्रशिक्षित करने और आवश्यक शैक्षणिक इनपुट देने के लिए,
- कार्यक्रम प्रबंधक, केंद्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर चल रहे कार्यक्रमों का प्रबंधन, तथा
- स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली जिसमें डेटा संग्रह, टकराव, विश्लेषण और प्रतिक्रिया की दो-तरफा प्रणाली शामिल है।

संचालन और स्वास्थ्य संसाधनों (प्रौद्योगिकी/कार्य बल) के लिए धन के स्रोत के आधार पर, स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को पांच क्षेत्रों में विभाजित किया गया है:

सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र – प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (उप-केंद्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र), अस्पताल (सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, ग्रामीण अस्पताल, जिला अस्पताल, मेडिकल कॉलेज, विशेषज्ञ अस्पताल), स्वास्थ्य बीमा योजना (ई.एस.आई., केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना) और अन्य स्वास्थ्य सेवा एजेंसियाँ शामिल हैं (जैसे रक्षा अस्पताल, रेलवे अस्पताल)।

निजी स्वास्थ्य क्षेत्र – इसमें निजी अस्पताल, नर्सिंग होम, डिस्पेंसरी, क्लीनिक आदि शामिल हैं।

स्वैच्छिक स्वास्थ्य एजेंसियां – जो स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम करने वाले लाभ के संगठन नहीं हैं

चिकित्सा प्रणालियों के प्रकार पर निर्भर करता है:

- एलोपैथी और आयुष सेवाएं दो व्यापक श्रेणियां हैं। स्वदेशी चिकित्सा पद्धति में आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्ध, होम्योपैथी, सोवा-रिग्पा को ही आयुष कहा जाता है। इसके पास फंड, सहायता अनुसंधान और विकास प्रदान करने के लिए एक अलग मंत्रालय है। सार्वजनिक अस्पताल, क्लीनिक और निजी अस्पताल/क्लीनिक इस नेटवर्क का हिस्सा हैं।

विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम वे वर्टिकल प्रोग्राम हैं जो संघीय (केंद्रीय) सरकार ने मलेरिया/कुष्ठ रोग आदि जैसे विशेष रोगों से निपटने के लिए योजनाबद्ध, विकसित, कार्यान्वित और वित्त पोषित कियें हैं । हम इन राष्ट्रीय कार्यक्रमों के बारे में और अधिक विस्तार से अध्ययन करेंगे।

क) भारत में सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य देखभाल

भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल विशेष रूप से ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य प्रणाली की रीढ़ है। ग्राम स्तर पर, इसमें ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शिकाएँ, प्रशिक्षित दाई और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता (एकीकृत बाल विकास योजना से) शामिल हैं। यह उप-केंद्रों और प्राथमिक

स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों द्वारा समर्थित और पर्यवेक्षण/समन्वित है।

मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) एक महिला है जिसे गांव से ही चुना जाता है और उसे समुदाय और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के बीच इंटरफेस के रूप में काम करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है। आशा, समुदाय में एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता होगी जो स्वास्थ्य और उसके सामाजिक निर्धारकों के बारे में जागरूकता पैदा करेगी और समुदाय को स्थानीय स्वास्थ्य योजना और मौजूदा स्वास्थ्य सेवाओं की उपयोगिता और जवाबदेही को बढ़ाएगी। वह अच्छी स्वास्थ्य प्रथाओं की प्रमोटर होंगी और उस स्तर के लिए उपयुक्त और व्यवहार्य देखभाल का न्यूनतम पैकेज भी प्रदान करेंगी और समय पर रेफरल करेंगी।

ग्राम स्वास्थ्य गाइड: एक ऐसा व्यक्ति है जो समाज सेवा की योग्यता रखता है और वह पूर्णकालिक सरकारी कर्मचारी नहीं है। वह समुदाय और सरकारी स्वास्थ्य ढांचे के बीच एक कड़ी के रूप में कार्य करता है। वह या वह गांव के स्तर पर चुना जाता है (प्रत्येक 1000 ग्रामीण आबादी के लिए 1) और तीन महीने के लिए निकटतम प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र में प्रशिक्षण से गुजरता है। गाँव के स्वास्थ्य मार्गदर्शक की प्राथमिक जिम्मेदारी में शामिल है, समुदाय को मामूली चिकित्सा समस्याओं से मदद करना, प्राथमिक चिकित्सा, मातृ-शिशु स्वास्थ्य देखभाल, स्वास्थ्य शिक्षा और स्वच्छता सुनिश्चित करना।

प्रशिक्षित जन्म सहायिका (अटेंडेंट): गांव की ही एक महिला का चयन किया जाता है और वह प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र या मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य केंद्र में तीस कार्य दिवसों का प्रशिक्षण लेती है। प्रशिक्षण के बाद उसे प्रसव किट प्रदान की जाती है, उसकी मुख्य जिम्मेदारी सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करना और परिवार के छोटे मानदंडों को बढ़ावा देना है।

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता: एकीकृत बाल विकास योजना (ICDS) के तहत 1000 जनसंख्या के लिए एक आंगनवाड़ी कार्यकर्ता कार्यरत है। उसे स्वास्थ्य, पोषण, प्राथमिक शिक्षा आदि के विभिन्न पहलुओं में प्रशिक्षित किया जाता है और वह गर्भवती महिलाओं, 0-6 वर्ष के बच्चों, स्तनपान कराने वाली माताओं और किशोरों को स्वास्थ्य पहुंच और स्वास्थ्य/पोषण /स्वास्थ्य की खुराक सुनिश्चित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है।

उपकेंद्र/सबसेंटर (एससी): भारत सरकार सामान्य रूप से 5000 आबादी के लिए एक एससी को मंजूरी देती है और पहाड़ी/आदिवासी क्षेत्रों में यह 3000 की आबादी में से एक है। दो बहुउद्देश्यीय श्रमिकों (जिसे एम.पी.डब्ल्यू.-एक पुरुष और एक महिला के रूप में कहा जाता है) यहां कार्यरत हैं। वे उस क्षेत्र में सभी स्वास्थ्य सेवा और स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार हैं। आमतौर पर पुरुष एमपीडब्ल्यू मलेरिया, तपेदिक आदि जैसे कार्यक्रमों की देखभाल करता है, जबकि महिला एमपीडब्ल्यू मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य /परिवार नियोजन सेवाओं की देखभाल करेगी।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (PHC): ग्रामीण/मैदानी इलाकों में 30000 आबादी के लिए एक PHC स्वीकृत है जबकि आदिवासी/पहाड़ी क्षेत्रों में प्रत्येक 20000 आबादी के लिए यह एक पीएचसी है। पीएचसी के प्रमुख कार्यों में स्वास्थ्य शिक्षा, पोषण को बढ़ावा देना, स्वच्छता, टीकाकरण, एमसीएच देखभाल, सामान्य बीमारियों/चोटों का उचित उपचार, आवश्यक दवा की आपूर्ति, विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को लागू करना और पर्यवेक्षण करना और रेफरल सेवाएं शामिल हैं। पीएचसी में चिकित्सा अधिकारी, स्टाफ नर्स, नर्सिंग सहायक, फार्मासिस्ट और अन्य सहायक कर्मचारी होंगे।

आंगनवाड़ी केंद्र (महिला और बाल विकास विभाग): गर्भवती महिला की पोषण संबंधी आवश्यकताएं, 0-6 वर्ष के बच्चों और किशोरियों की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं की पूर्ति आंगनवाड़ी केंद्रों के माध्यम से की जाती है, जहां खाद्यान्न और दवाएं वितरित की जाती हैं।

स्वास्थ्य देखभाल के माध्यमिक स्तर में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, ग्रामीण अस्पताल, जिला अस्पताल और विशेष अस्पताल शामिल हैं।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी): एक ब्लॉक में चार पीएचसी में से एक को आमतौर पर अपग्रेड किया जाता है और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) के रूप में मान्यता दी जाती है। इसमें सर्जरी, चिकित्सा, स्त्री रोग/प्रसूति और बाल चिकित्सा के विशेषज्ञों के साथ 30 बेड होने चाहिए। इसमें एक्स रे और प्रयोगशाला सुविधाओं जैसी नैदानिक सुविधाएं भी होनी चाहिए। एक सीएचसी आमतौर पर 80000-120000 की आबादी को कवर करता है।

स्वास्थ्य बीमा: हमारे देश में कोई सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा अनिवार्य नहीं है। हालांकि, दो बीमा-आधारित कार्यक्रम भारत में अच्छी तरह से लागू और प्रबंधित हैं। वे ईएसआई और केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना हैं। उद्योगों में काम करने वाले लोगों के लिए चिकित्सा देखभाल प्रदान करने के लिए 1948 में ESI की शुरुआत की गई थी। केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना 1954 में शुरू की गई थी और इसमें स्वायत्त संगठनों के कर्मचारी, सेवानिवृत्त केंद्रीय सरकारी कर्मचारी, सेवानिवृत्त न्यायाधीश, संसद के सांसद और उनके परिवार शामिल हैं। आयुष्मान भारत एक नई योजना है जिसे हाल ही में लॉन्च किया गया था, और इसका उद्देश्य इस देश के नागरिकों को सार्वभौमिक बीमा कवरेज प्रदान करना है।

अन्य एजेंसियां: इसमें उनके अस्पतालों/मेडिकल कॉलेजों के माध्यम से रक्षा बलों द्वारा प्रदान की जाने वाली चिकित्सा सेवाएं शामिल हैं। इसी तरह, भारतीय रेलवे अपने कर्मचारियों और परिवार के सदस्यों के लिए स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा भी प्रदान करता है।

ख) भारत में निजी स्वास्थ्य देखभाल

इसमें मुख्य रूप से निजी अस्पताल, स्वतंत्र क्लीनिक, नर्सिंग होम आदि शामिल हैं। यह क्षेत्र अत्यधिक असंगठित है और शहरी क्षेत्रों में केंद्रित है। यह मुख्य रूप से उपचारात्मक और टीकाकरण सेवाएं प्रदान करता है। मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया और इंडियन मेडिकल एसोसिएशन निजी स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र के कुछ पहलुओं को विनियमित और नियंत्रित करते हैं।

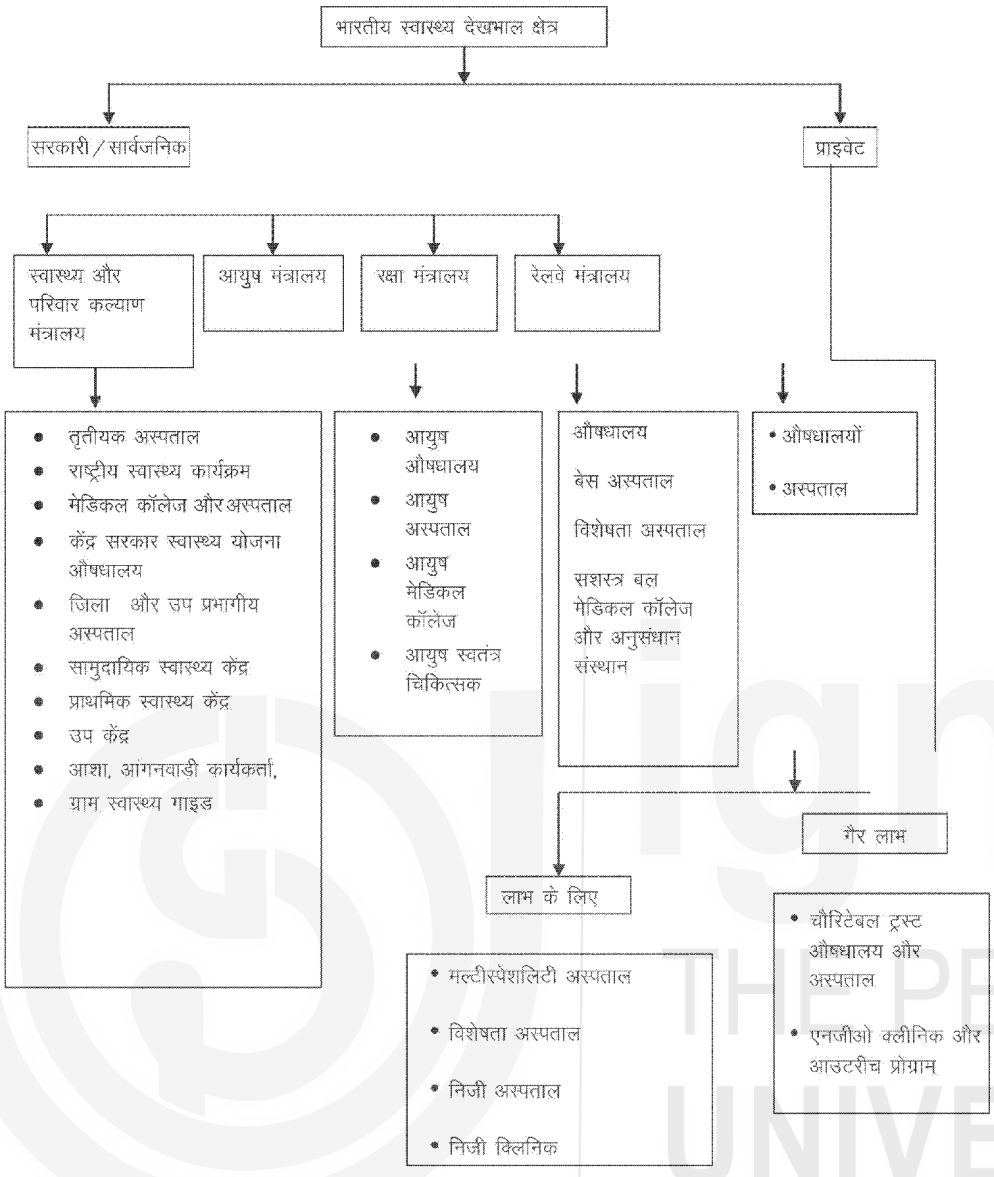
ग) आयुष मंत्रालय और उसके स्वास्थ्य देखभाल संस्थान

आयुष मंत्रालय (जो शुरू में आयुष विभाग था), आयुष प्रणालियों (आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्ध, होम्योपैथी और सोवा-रिग्पा) के लिए जनशक्ति, बुनियादी ढांचे, अनुसंधान और विकास, ड्रग्स आदि का विनियमन, रखरखाव और विकास करता है। दोनों सार्वजनिक क्षेत्र के संस्थान (प्राथमिक स्तर के क्लीनिक, आयुर्वेद अस्पताल, आयुर्वेद/होम्योपैथी मेडिकल कॉलेज) और निजी अस्पताल/क्लीनिक/कॉलेज आयुष मंत्रालय के नियंत्रण और पर्यवेक्षण के अधीन हैं।

घ) स्वैच्छिक स्वास्थ्य एजेंसियां

स्वैच्छिक स्वास्थ्य संस्थान आमतौर पर सोसायटी पंजीकरण अधिनियम या ट्रस्ट अधिनियम के तहत पंजीकृत लाभ के संगठन नहीं हैं। अंतर्राष्ट्रीय स्तर के संगठन जैसे रेड क्रॉस सोसाइटी, विश्व स्वास्थ्य संगठन आदि भी इस नेटवर्क का हिस्सा हैं, जो संघीय (केंद्रीय) सरकार को विशेष प्रशिक्षण, कौशल विकास, शोध एवं विकास (रिसर्च एंड डेवलपमेंट) का समर्थन प्रदान करता है। इंडियन काउंसिल फॉर चाइल्ड वेलफेयर, वॉलंटरी हेल्थ एसोसिएशन ऑफ इंडिया, ऑल इंडिया ब्लाइंड रिलीफ सोसाइटी आदि, कुछ अन्य महत्वपूर्ण संगठन हैं जो स्वास्थ्य के क्षेत्र में अपनी सेवाएं प्रदान करते हैं।

भारतीय स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र का विषयगत आरेख



चित्र 7.1: भारतीय स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र (स्वीडिश एजेंसी फार ग्रोथ पॉलसी एनलॉसिस (2014). *इंडियाज हेल्थ केयर सिस्टम.ओवरव्यू एंड क्वालिटी इंप्रूवमेंट्स. डायरेक्ट रिस्पांस* रिपोर्ट, पृ..13).

7.3 भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम

संघीय (केंद्रीय) सरकार ने लोगों के स्वास्थ्य में सुधार के लिए कई उपाय किए हैं। इन उपायों में प्रमुख हैं राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम। डब्ल्यू.एच.ओ., यूनिसेफ, यू.एन.एफ.पी.ए. आदि जैसी विभिन्न अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियां भी इन कार्यक्रमों के कार्यान्वयन में तकनीकी-सामग्री सहायता प्रदान कर रही हैं। स्वतंत्रता के बाद भारत ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम लागू किए हैं और इन कार्यक्रमों ने देश को स्वास्थ्य की स्थिति में जबरदस्त सुधार लाने में मदद की है।

राष्ट्रीय कार्यक्रमों में निम्नलिखित विशेषताएं हैं:

- एक बीमारी को लक्षित करना – आमतौर पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम एक बीमारी को लक्षित करता है। उदाहरण के लिए, राष्ट्रीय मलेरिया कार्यक्रम ने विशेष रूप से मलेरिया पर ध्यान केंद्रित किया।

- क्षैतिज कार्यक्षेत्र – अर्थात प्रत्येक राष्ट्रीय कार्यक्रम में अलग-अलग कार्य बल, फंड आवंटन और अनुसंधान संस्थान आदि होते हैं, और कार्यक्रम आमतौर पर सामान्य स्वास्थ्य प्रणाली के साथ एकीकृत नहीं होता है। हालाँकि, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (NHM) के तत्वावधान में लगभग सभी राष्ट्रीय कार्यक्रम सामान्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकीकृत हैं।
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रभाव की निगरानी तंत्र के माध्यम से लगातार की जाती है। यह रोग के बोझ और प्रभाव की जांच करता है।
- वे निवारक और उपचारात्मक दोनों पहलुओं पर ध्यान केंद्रित करते हैं। कार्यक्रम में प्रणाली में एकीकृत दोनों क्यूरेटिव और निवारक तत्व होते हैं ।

निम्नलिखित अनुभाग में, हम कुछ महत्वपूर्ण राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बारे में संक्षेप में चर्चा करेंगे।

7.3.1 राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एन.वी.बी.डी.सी.पी.)

एन.वी.बी.डी.सी.पी. राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों में मलेरिया, फाइलेरिया, काला-अजार, जापानी इंसेफेलाइटिस (जेई), चिकनगुनिया और डेंगू की रोकथाम और नियंत्रण के लिए लागू किया जाता है। NVBDCP निदेशालय कार्यक्रम को लागू करने के लिए नोडल एजेंसी है। अब कार्यक्रम राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के साथ एकीकृत है। एनवीबीडीसीपी के तहत तीन रणनीतियां हैं: क) रोग प्रबंधन जिसमें प्रारंभिक मामले का पता लगाना, पूर्ण उपचार, रेफरल सेवाओं और तैयारियों को मजबूत करना, ख) एकीकृत वेक्टर प्रबंधन, ग) व्यवहार में परिवर्तन और संचार क्षमता जैसे सहायक हस्तक्षेप।

राष्ट्रीय मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम 1953 में शुरू किया गया था। 1958 में, उद्देश्य मलेरिया उन्मूलन का था। लेकिन 1970 के दशक में मलेरिया का पुनरुत्थान हुआ था, और 1999 में कार्यक्रम का नाम बदलकर नेशनल एंटी मलेरिया प्रोग्राम कर दिया गया और 2002 में इस राष्ट्रीय कार्यक्रम को एनवीबीडीसीपी के साथ जोड़ दिया गया।

राष्ट्रीय फाइलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम 1955 से परिचालन में है। भारत में, 1978 में इस कार्यक्रम के संचालन घटक को शहरी मलेरिया योजना में मिला दिया गया था।

काला-अजार जो अब देश के 31 जिलों विशेषकर पश्चिम बंगाल, बिहार और उत्तर प्रदेश के लिए स्थानिक है, पर विशेष ध्यान दिया गया, जब 1990-91 में एक केन्द्र प्रायोजित योजना शुरू की गई थी। विश्व स्वास्थ्य संगठन भी इस कार्यक्रम को मुफ्त में दवाएं प्रदान करके समर्थन कर रहा है।

जापानी एन्सेफलाइटिस (जेई) उच्च मृत्यु दर के साथ एक बीमारी है और जो लोग जीवित रहते हैं वे न्यूरोलॉजिकल जटिलताओं के विभिन्न डिग्री के साथ ऐसा करते हैं। 1 से 15 वर्ष की आयु के बच्चों के लिए जे.ई. टीकाकरण की सिफारिश की जाती है।

डेंगू – 1996 के बाद अक्सर राज्यों में डेंगू का प्रकोप होता है। इस बीमारी से निपटने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली रणनीतियों में पहचान और नियंत्रण का प्रकोप, प्रभावित क्षेत्र का सीमांकन, केस प्रबंधन, वेक्टर नियंत्रण और सूचना शिक्षा संचार (आईईसी) गतिविधियां शामिल हैं।

चिकनगुनिया एक गैर-घातक वायरल बीमारी है, जो तीन दशकों के अंतराल के बाद देश में फिर से उभर रही है। डायग्नोस्टिक किट पुणे के इंस्टीट्यूट ऑफ वायरोलॉजी द्वारा विकसित और प्रदान किए जाते हैं। वेक्टर नियंत्रण और सूचना शिक्षा संचार (आईईसी) रणनीतियों का उपयोग किया जाता है।

उपर्युक्त सभी छः रोग वेक्टर जनित हैं और एनवीबीडीसीपी में एकीकृत हैं, जो वर्तमान में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के तहत राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से कार्यान्वित किया जाता है।

7.3.2 राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम

कुष्ठ रोग से निपटने का कार्यक्रम शुरू में 1955 में शुरू किया गया था और रणनीति मामलों का जल्द पता लगाने की थी। 1980 तक केंद्र सरकार वर्ष 2000 तक कुष्ठ उन्मूलन का संकल्प लेती है। 1983 में, इस कार्यक्रम का नाम बदलकर राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम कर दिया गया वर्ष 1993 से विश्व बैंक इस कार्यक्रम का समर्थन कर रहा है। सामान्य स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली, क्षमता निर्माण, आईईसी का उपयोग, चिकित्सा पुनर्वास के माध्यम से विकेंद्रीकृत, एकीकृत कुष्ठ सेवाएं कार्यक्रम के घटक हैं।

7.3.3 संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम (RNTCP)

राष्ट्रीय क्षय रोग कार्यक्रम (NTP) 1962 से चल रहा है। हालांकि, उपचार की सफलता दर अस्वीकार्य रूप से कम थी, और मृत्यु और डिफॉल्ट दर उच्च बनी हुई थी। 1993 में, कार्यक्रम को संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम के रूप में नामित किया गया था और रणनीति ने डॉट्स (प्रत्यक्ष रूप से अवलोकन उपचार शॉर्ट-कोर्स) रणनीति को अपनाया। डॉट्स की रणनीति ने उच्च उपचार पूर्णता दर सुनिश्चित की। संगठन संरचना में राज्य स्तर के कार्यालय, जिला क्षय रोग केंद्र, डॉट्स प्रदाता और माइक्रोस्कोपी केंद्र शामिल थे।

7.3.4 राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम

चेन्नई में 1986 में पहली बार मामले का पता लगाने के तुरंत बाद, 1987 में भारत में राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम शुरू किया गया था। राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (NACO) को कार्यक्रम के घटकों की योजना, कार्यान्वयन और निगरानी और संशोधित करने के लिए एक अलग संगठन के रूप में स्थापित किया गया था। राज्य स्तर पर, कार्यक्रम को लागू करने के लिए राज्य एड्स नियंत्रण समितियों की स्थापना की जाती है। राष्ट्रीय रणनीति में निम्नलिखित घटक हैं: क) पूरे देश को कवर करने के लिए निगरानी केंद्रों की स्थापना, ख) उच्च जोखिम समूह और उनकी स्क्रीनिंग की पहचान, ग) रक्त बैंकों के लिए विशिष्ट दिशानिर्देश जारी करना, घ) मास मीडिया के माध्यम से आईईसी। निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास सेवाएं प्रदान की जाती हैं। ICTC (एकीकृत परामर्श और परीक्षण केंद्र) और ART केंद्र (एंटी रेट्रो वायरल थेरेपी) देश की सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकीकृत हैं।

7.3.5 सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के समर्थन से भारत सरकार ने 1974 में टीकाकरण पर कार्यक्रम का विस्तार किया किया। यह छह सबसे आम, रोके जाने वाले बचपन के रोगों के खिलाफ, अर्थात-डिप्थीरिया, काली खांसी, टेटनस, पोलियो, तपेदिक और खसरा के प्रतिरोधन में था। अब यूनिसेफ भी कार्यक्रम का समर्थन कर रहा है। इसके अलावा जापानी बुखार, रोटावायरस, मीजल्स-रूबेला, चिकेनपॉक्स टीकाकरण भी वैकल्पिक-भुगतान के आधार पर उपलब्ध हैं। अब, सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तत्वावधान में सामान्य स्वास्थ्य प्रणाली के साथ एकीकृत है और इसे प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर सार्वभौमिक कवरेज को प्राप्त करने के लिए विशेष जोर दिया जाता है।

7.3.6 कैंसर, मधुमेह, हृदय रोग और स्ट्रोक के रोकथाम और नियंत्रण के लिए राष्ट्रीय कार्यक्रम, (NPCDCS)

हृदय रोगों और अन्य गैर-संचारी रोग भारत में संचारी रोगों के बोझ को पार कर रहे हैं। महामारी विज्ञान के इन जोखिम को ध्यान में रखते हुए यह कार्यक्रम शुरू किया गया था। कार्यक्रम स्वास्थ्य संवर्धन, मानव संसाधन प्रबंधन और विकास, प्रारंभिक निदान और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के साथ एकीकरण के साथ इन रोगों के प्रबंधन सहित क्षमता निर्माण पर केंद्रित है। कार्यक्रम सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं के साथ एकीकृत है और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों के माध्यम से कार्यान्वित किया जाता है। गैर-संचारी रोग क्लीनिक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में स्थापित किए जाते हैं। जिला स्तर पर, कार्यबल को प्रशिक्षित और तैनात किया जाता है।

7.3.7 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम 1982 में सभी के लिए मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से शुरू किया गया था, विशेष रूप से जोखिम समूहों और आबादी से वंचित वर्ग के लिए। राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के उद्देश्य हैंरू क) मानसिक और न्यूरोलॉजिकल विकारों और उनकी संबंधित विकलांगता की रोकथाम और उपचार, ख) सामान्य सेवाओं में सुधार के लिए मानसिक स्वास्थ्य प्रौद्योगिकी का उपयोग, ग) जीवन की गुणवत्ता में सुधार करने के लिए कुल राष्ट्रीय विकास में मानसिक स्वास्थ्य सिद्धांतों का अनुप्रयोग, घ) मानसिक अस्पतालों को सुव्यवस्थित/आधुनिक बनाना, च) मनोरोग विभाग अनुसंधान और विकास का उन्नयन।

7.3.8 प्रजनन, मातृ, नवजात, बाल स्वास्थ्य और किशोर कार्यक्रम (RMNCH + A)

यह देखभाल दृष्टिकोण की निरंतरता पर आधारित रणनीति है और जीवन के विभिन्न चरणों के लिए सेवाओं के एकीकृत पैकेज को परिभाषित करता है। इसका उद्देश्य नवजात अवस्था से लेकर बच्चे, किशोर समूह तक एक महिला के जीवन में प्रजनन-मातृ चरणों तक सेवाएं प्रदान करना है। आवश्यक प्रसूति संबंधी देखभाल, प्रसवोत्तर जांच, आवश्यक नवजात शिशु देखभाल, परिवार नियोजन सेवाओं और विकल्पों को बढ़ावा देना, एचआईवी/एड्स, यौन संचारित रोग (एसटीडी) का समर्थन, टीकाकरण, नवजात बच्चों और बच्चों के बीच रोग नियंत्रण, लौह-पोषण पोषण की आपूर्ति, पूरक पोषण। स्तनपान कराने वाली माताओं, सभी गर्भधारण, बच्चे के जन्म और मृत्यु दर, किशोर स्वास्थ्य देखभाल आदि के पंजीकरण, इस कार्यक्रम के प्रमुख घटक हैं। प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम को 1990 के दशक में शुरू किया गया था और 2013 में RMNCH + A के रूप में इसे फिर से बनाने और स्थानांतरित करने से पहले इसके अलग-अलग चरण थे।

7.3.9 राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (NHM)

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय अपने नागरिकों के लिए स्वास्थ्य देखभाल के लिए सार्वभौमिक पहुंच प्रदान करने के लिए विभिन्न योजनाओं और कार्यक्रमों को लागू कर रहा है। स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की दक्षता बढ़ाने की योजना के एक हिस्से के रूप में, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) और राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (NUHM) के साथ इसके दो उप- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की समग्र छतरी के तहत कई कार्यक्रमों

को एक साथ लाया गया है। मिशन एनएचएम को 2013 में मंजूरी दी गई थी। मुख्य कार्यक्रम घटकों में शामिल हैं: अ) ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत करना, ब) प्रजनन-मातृ-नवजात-बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच.ए), स) संचारी और गैर-संचारी रोगों का नियंत्रण।

7.4 भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र में गैर-सरकारी संगठनों का निर्माण

संघीय (केंद्रीय) और राज्य सरकारों के अलावा, अन्य हितधारक हैं जो लोगों की स्वास्थ्य स्थिति को बेहतर बनाने में काम कर रहे हैं। गैर-सरकारी संगठन समाज के सबसे वंचित वर्गों तक पहुँचने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। गैर-सरकारी संगठनों का मानव कल्याण के संवर्धन में सक्रिय भागीदारी का लंबा इतिहास है। विशेष रूप से, एनजीओ समुदाय और सरकार के बीच महत्वपूर्ण संबंध प्रदान करते हैं। उनके पास कुछ ताकत और विशेषताएं हैं जो उन्हें इस प्रक्रिया में प्रभावी और गतिशील एजेंटों के रूप में कार्य करने में सक्षम बनाती हैं। उनके कार्यक्रम अनुसंधान से लेकर समुदाय-आधारित परियोजनाओं तक मानवीय चिंताओं के व्यापक स्पेक्ट्रम को कवर करते हैं और अक्सर स्वास्थ्य और विकास के क्षेत्र में अग्रणी होते हैं।

7.4.1 गैर-सरकारी संगठनों की समझ

गैर-सरकारी संगठनों को दुनिया भर में विभिन्न नामों से बुलाया जाता है, जैसे कि तीसरे क्षेत्र के संगठन, गैर-लाभकारी संगठन, स्वैच्छिक संगठन, धर्मार्थ संगठन और समुदाय-आधारित संगठन। भारत में, उन्हें अक्सर लाभ के लिए संस्थानों के रूप में नहीं बुलाया जाता है और आधिकारिक तौर पर एक संगठन के रूप में परिभाषित किया जाता है - क) गैर-लाभ के लिए और, ख) कानून या रिवाज द्वारा उन लोगों के लिए कोई अधिशेष वितरित नहीं किया जाता जो उन्हें उत्पन्न या नियंत्रित करते हैं, ग) सरकार से संस्थागत रूप से अलग हैं, घ) स्वशासी हैं, च) प्रकृति में गैर-अनिवार्य हैं।

गैर-सरकारी संगठन विदेशी निधियों, सरकारी अनुदानों, कॉरपोरेट सामाजिक उत्तरदायित्व निधियों, गैर-सरकारी संगठनों के स्वयं के जनरेटिंग संसाधनों और अन्य परोपकारी /व्यक्तिगत धर्मार्थ दान से धन उत्पन्न करते हैं। हालांकि समय के साथ गतिविधियों का स्वरूप और फोकस बदल गया है, गैर-सरकारी संगठनों ने स्वास्थ्य देखभाल सहित सामाजिक जीवन के व्यापक स्पेक्ट्रम में प्रमुखता प्राप्त की है। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने सरकारी कार्यक्रमों को पूरक बनाने और स्वास्थ्य सेवा आवश्यकताओं और अपेक्षाओं के संबंध में प्रभावी लोगों की आवाज बनाने के लिए मान्यता बढ़ाने के मामले में गैर-सरकारी संगठनों को स्वीकार किया है।

अपनी प्रगति जांचें

3) गरीबों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में एनजीओ महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। टिप्पणी कीजिए।

.....

.....

.....

.....

.....

7.4.2 स्वास्थ्य प्रणाली में गैर-सरकारी संगठनों के कार्य

स्वास्थ्य क्षेत्र में गैर-सरकारी संगठनों का प्राथमिक ध्यान इस प्रकार सूचीबद्ध किया जा सकता है:

- स्वास्थ्य देखभाल संस्थानों की स्थापना;
- महिलाओं, बुजुर्गों और कमजोर स्थानीय समुदायों जैसे समूहों की स्वास्थ्य और सामाजिक आवश्यकताओं की पूर्ति;
- एड्स, शराब जैसे विशिष्ट स्वास्थ्य मुद्दों से निपटनाय
- स्वास्थ्य अधिकारों को बढ़ावा देना;
- निवारक स्वास्थ्य कार्यक्रम करना; तथा
- स्वास्थ्य वित्त/वित्त और प्रशासन का प्रबंधन।

कुछ एनजीओ अंतरराष्ट्रीय स्तर पर काम करते हैं और वैश्विक स्वास्थ्य मुद्दों से चिंतित हैं। भारत में कुछ गैर सरकारी संगठन भी आपात स्थिति/प्राकृतिक आपदाओं के समय स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

7.4.3 भारत में गैर-सरकारी संगठनों की स्वास्थ्य गतिविधियाँ

एनजीओ चलाने वाले अस्पताल विषम हैं और स्वामित्व, वित्तपोषण और लागत के मामले में भिन्न हैं। हाल के दिनों में, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की लगभग दस स्वास्थ्य उन्मुख परियोजनाओं में, एनजीओ ने स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के रूप में सक्रिय रूप से भाग लिया है। ये सभी एनजीओ योजनाएं अब राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के फ्लेक्सी पूल के प्रावधान के तहत हैं। इसके अलावा, कुछ गैर-सरकारी संगठनों (विशेषकर अंतर्राष्ट्रीय गैर-सरकारी संगठनों के राष्ट्रीय प्रतिस्थानी) की अपनी स्वास्थ्य वित्तपोषण योजनाएँ हैं।

भारत में, इन गैर-सरकारी संगठनों में से अधिकांश सोसायटी पंजीकरण अधिनियम या भारतीय ट्रस्ट अधिनियम के तहत आते हैं। इसके अलावा, कानूनी स्तर में पंजीकृत किए बिना जमीनी स्तर पर अनौपचारिक संघों की संख्या है। दास और कुमार (PHFI, 2016) द्वारा किए गए अध्ययन से पता चलता है कि स्वास्थ्य गतिविधियों में मुख्य रूप से अस्पताल शामिल है । सक्रिय (आउटरीच) गतिविधियों में लगभग 84% गैर-सरकारी संगठनों की संख्य है। आउटरीच गतिविधियां मुख्य स्वास्थ्य गतिविधि हैं जिसमें लक्षित आबादी के लिए जागरूकता पैदा करना भारतीय गैर-सरकारी संगठनों के लिए आउटरीच का प्रमुख उपसंयोजक है।

निवारक देखभाल भारत में एनजीओ क्षेत्र द्वारा प्रदान की जाने वाली सबसे आम गतिविधि है। ज्यादातर राज्यों में, केरल और मणिपुर के अलावा अन्य निधियों को निवारक देखभाल के लिए निर्देशित किया जाता है। केरल में अधिकतम निधियों को उपचारात्मक देखभाल के साथ निवारक देखभाल के लिए खर्च किया जाता है जो दूसरी सबसे अधिक है। मणिपुर में, प्रबंधन और वित्त के मामले में स्वास्थ्य प्रणाली सहायक सेवाएं अन्य खर्चों पर हावी हैं। कर्नाटक जैसे कुछ राज्यों को छोड़कर पुनर्वास देखभाल के लिए खर्च महत्वपूर्ण नहीं हैं।

मोनिका दास गुप्ता (PHFI, 2016) के अनुसार, भारत में गैर-सरकारी संगठनों की स्वास्थ्य गतिविधियों को मोटे तौर पर नौ समूहों में वर्गीकृत किया जा सकता है:

- चिकित्सीय शिक्षा
- अस्पताल की सेवाएं
- पुनर्वास क्लीनिक
- आउट पेशेंट क्लीनिक
- प्रयोगशाला और एक्स रे जैसी सहायक सेवाएं
- स्वास्थ्य प्रणाली प्रबंधन जैसे गैर-चिकित्सीय चिकित्सा सहायता
- लक्षित आबादी के लिए स्वास्थ्य बीमा
- निवारक देखभाल के लिए आउट-रीच गतिविधियां
- चिकित्सा अनुसंधान में व्यस्तता

7.4.4 गैर-सरकारी संगठन और स्वास्थ्य क्षेत्रः भविष्य

वर्ल्ड फेडरेशन ऑफ पब्लिक हेल्थ एसोसिएशंस (2015) द्वारा एक पत्र में यह कहा गया कि निम्नलिखित कुछ ऐसे क्षेत्र हैं जिनमें गैर सरकारी संगठन भारत के स्वास्थ्य देखभाल क्षेत्र में कुशलता से योगदान दे सकते हैंः

- सभी चरणों में, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों के विकास में एनजीओ अधिक प्रभावी हो सकते हैं।
- एनजीओ प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के प्रति अधिक समझ और सकारात्मक दृष्टिकोण के लिए काम कर सकते हैं।
- गैर सरकारी संगठन स्वास्थ्य देखभाल के क्षेत्रों में राष्ट्रीय नीति निर्माण में सहायता कर सकते हैं और मानव विकास को एकीकृत कर सकते हैं।
- गैर-सरकारी संगठन स्थानीय क्षमताओं को मजबूत करने के लिए सहायता प्रदान करके निम्न प्रकार से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में योगदान दे सकते हैं; गरीबों, वंचितों और दूरस्थ स्थित आबादी के साथ काम करने की उनकी क्षमता को और बढ़ाकर।

7.5 भारतीय स्वास्थ्य प्रणाली की समस्याएं, उपलब्धियां और संभावनाएं

स्वतंत्रता के बाद से, पिछले सत्तर वर्षों में भारत की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली एक प्रभावशाली दर से विकसित हुई है। हमारे पास एकीकृत प्राथमिक-माध्यमिक-तृतीयक स्तर सेवाओं का बड़ा नेटवर्क है जहां सार्वजनिक और निजी दोनों प्रदाता सह-अस्तित्व में हैं। दीर्घायु और अन्य प्रमुख संकेतकों के बारे में भारत की समग्र उपलब्धियां प्रभावशाली हैं, लेकिन यह विभिन्न राज्यों में असमान है। उदाहरण के लिए, केरल में मातृ- मृत्यु दर 64 है जबकि राष्ट्रीय औसत 165 है और उत्तर प्रदेश जैसे राज्यों में यह अभी भी 200 (NFHS IV डेटा, 2015) से ऊपर है।

पिछले सात दशकों में, जीवन प्रत्याशा 45 वर्ष से बढ़कर 68 वर्ष (2011 की जनगणना) हो गई है। 2017 में स्वतंत्रता के दौरान शिशु मृत्यु दर 230 से नीचे गिरकर 40 आ गई है। 2017 में अशोधित जन्म दर 26.1 और मृत्यु दर गिरकर 8.7 हो गई है। भारत ने 1950 के

बाद से परिवार नियोजन कार्यक्रम को प्रभावी ढंग से लागू करके जनसंख्या समस्या का सफलतापूर्वक प्रबंधन किया। आईएमआर में कमी, पिछले सात दशकों के दौरान पांच मृत्यु दर के तहत प्रभावशाली है। मातृ मृत्यु दर 560 प्रति 100,000 से घटकर 230 (जनगणना 2011) हुई है। सेवाओं के एक समूह (एंटी-नेटल केयर, टीकाकरण, डायरिया पर नियंत्रण और आंगनवाड़ी के माध्यम से प्रभावी पोषण आपूर्ति) के कारण यह हासिल किया गया था। भारत ने स्वास्थ्य देखभाल के लिए सार्वजनिक और निजी दोनों क्षेत्रों में एक प्रभावशाली कार्यबल और बुनियादी ढाँचा विकसित किया है। इसके अलावा, चेचक जैसे रोग मिटे हैं, जबकि पोलियो जैसी अन्य बीमारियाँ उन्मूलन अवस्था के निकट हैं। हैजा, कुष्ठ रोग जैसे रोग काफी कम हो गए हैं। तपेदिक, मलेरिया आदि संक्रामक रोगों के रोग भार में कमी आई है, जबकि गैर-संचारी रोग जैसे कैंसर, उच्च रक्तचाप, हृदय रोग, मोटापा आदि बढ़ रहे हैं। भारत महामारी संबंधी संक्रमण का सामना कर रहा है, जहां संचारी रोगों का बोझ कम हो रहा है, जबकि गैर-संचारी रोगों का बोझ बढ़ रहा है। हाल ही में, नई बीमारियां जैसे निपाह, जीका आदि भी भारत से रिपोर्ट की गई हैं जो हमारे देश के लिए नए सार्वजनिक स्वास्थ्य खतरे हैं।

हालाँकि, कुछ सीमाएँ और चुनौतियाँ हैं जिनका हमारे देश की स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को सामना करना पड़ रहा है। कुछ नीचे सूचीबद्ध हैं:

मोनिका दास गुप्ता (2016) के अनुसार यह लंबे समय से स्वीकार किया जाता है कि जनसंख्या की स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लिए सबसे प्रभावी दृष्टिकोण वे हैं जो किसी बीमारी का इलाज करने के बजाय इसे रोकते हैं। हालांकि, भारत में, सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतियों और कार्यक्रमों ने काफी हद तक उपचारात्मक देखभाल और प्रतिरक्षा जैसे व्यक्तिगत रोगनिरोधी हस्तक्षेपों के प्रावधान पर ध्यान केंद्रित किया है; जबकि स्वास्थ्य के अन्य सामाजिक निर्धारक (जैसे भोजन, पानी और स्वच्छता) अपेक्षाकृत उपेक्षित रहते हैं। यह समझाने में मदद करता है कि पूर्वी एशिया के कई अन्य देशों की तुलना में भारत के स्वास्थ्य संकेतक इतने खराब क्यों हैं।

भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं से दूर होने के कारण निम्नलिखित हैं (दास, 2016)।

- सार्वजनिक स्वास्थ्य नियमों और उनके कार्यान्वयन की उपेक्षा। सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिनियम जो सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रावधानों के लिए विधायी ढांचे का गठन करते हैं, औपनिवेशिक युग के बाद से अद्यतन और तर्कसंगत नहीं हैं।

- सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं से धन का विचलन और स्वास्थ्य देखभाल में सार्वजनिक क्षेत्र को आवंटित धन की सामान्य कमी।

- सार्वजनिक स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए संगठनात्मक परिवर्तन। केंद्र सरकार स्वास्थ्य नीतियों और कार्यक्रमों को डिजाइन करने में महत्वपूर्ण अभिनेता है क्योंकि, राज्य के बजट अत्यधिक विवश हैं। हालांकि, केंद्र सरकार विशिष्ट कार्यक्रमों की योजना बनाने पर ध्यान केंद्रित करती है। इसलिए, केंद्र सरकार द्वारा आवंटित धन का एक बड़ा हिस्सा विशिष्ट कार्यक्रम से जुड़ा है और राज्यों को स्थानीय प्राथमिकता के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दों के लिए धनराशि को फिर से जमा करने के लिए स्वतंत्र नहीं हैं।

- अंतर-क्षेत्रीय समन्वय भी अपर्याप्त है। उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य विभाग के पास सीमित संसाधन हैं, यदि सिंचाई विभाग एक नहर को आधे-अधूरे छोड़ कर जल जमाव करता है जिससे मलेरिया का खतरा बढ़ता है।

स्वास्थ्य स्थिति के ग्रामीण और शहरी संकेतकों के बीच अंतर और स्वास्थ्य स्थिति में व्यापक अंतर-राज्य असमानता पर और ध्यान देने की आवश्यकता है। विकसित बुनियादी ढाँचा और जनशक्ति पूरी तरह से बायोमेडिसिन (एलोपैथी) पर आधारित है और अन्य आयुष प्रणालियाँ हमारी स्वास्थ्य प्रणाली के लिए ठीक से एकीकृत नहीं हैं। वास्तव में, ग्रामीण और आदिवासी लोक आयुष चिकित्सा प्रणालियों में अधिक विश्वास रखते हैं, लेकिन यह ठीक से पंजीकृत नहीं है और आयुष धाराओं के लिए परिव्यय (खर्च) हमेशा नगण्य था।

हालाँकि, देश की स्वास्थ्य प्रणाली में कई उत्साहजनक रुझान देखे जा रहे हैं। उम्मीद करने के कई कारण हैं कि सार्वजनिक स्वास्थ्य को जल्द ही अधिक ध्यान मिल सकता है। जो बड़े वित्त कार्यक्रमों के माध्यम से उपलब्ध है। उदाहरण के लिए, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, स्वच्छ भारत मिशन इत्यादि में भारी धन आवंटन किया गया है। स्थानीय और राष्ट्रीय स्तर पर भी संस्थान बनाए जा रहे हैं, जो सार्वजनिक स्वास्थ्य में शक्तिशाली भूमिका निभा सकते हैं। उदाहरण के लिए, पंचायती राज अधिनियम स्थानीय सरकार के निर्माण और उनके लिए स्वास्थ्य गतिविधियों के विकास पर जोर देता है। आयुष के महत्व को और अधिक पहचानते हुए इन स्वदेशी चिकित्सा प्रणालियों के अनुसंधान एवं विकास और उपयोग को बढ़ावा देने के लिए एक नया मंत्रालय स्थापित किया गया है।

अपनी प्रगति जांचें

4) भारतीय स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की चुनौतियों और संभावनाओं का विश्लेषण करें ।

.....

.....

.....

.....

.....

7.6 सारांश

भारत में लगभग 400 मिलियन लोग प्रति दिन 1.25 डॉलर क्रय शक्ति क्षमता (पीपीपी) से कम पर रहते हैं और सभी बच्चों में से 44 प्रतिशत कुपोषित हैं। शिशु मृत्यु दर और मातृ-मृत्यु दर सरकार द्वारा किये जा रहे प्रयासों के बावजूद अभी भी अस्वीकार्य रूप से उच्च है। संक्रामक रोगों के साथ-साथ गैर-संक्रामक रोगों में वृद्धि हुई है। वहीं स्वास्थ्य पर भारत का सार्वजनिक खर्च बेहद कम है। 2009 में, यह सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) का मात्र 1.1 प्रतिशत था और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 ने राज्य को 2015 तक धीरे-धीरे जीडीपी का 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाने का निर्देश दिया। सिकुड़ती सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के साथ, लोग निजी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं पर निर्भर हो गए हैं, जो वर्तमान में 75 प्रतिशत आउट पेशेंट हैं। एक ऐसा देश जो एक विकसित होने की आकांक्षा रखता है, उसे सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल को मजबूत करने और निजी स्वास्थ्य देखभाल की निकट निगरानी और विनियमन की आवश्यकता है।

7.7 संदर्भ

दास गुप्ता, एम. (2016). *पब्लिक हेल्थ इन इंडियाः एन ओवरव्यू.* वर्किंग पेपर सीरीज 3787. डब्यू.एच.ओ.

दास, एन. (2016). रोल ऑफ नान-गवर्नमेंटल आर्गेनाइजेशन ऑफ इंडिया. टेक्निकल रिपोर्ट.यूएस एआईडी इंडिया एंड पब्लिक हेल्थ फेडरेशन इंडिया, दिल्ली.

फ्रीडेन, टी. आर. (2014). सिक्स कम्पोनेंट्स नेसेसरी फॉर इफेक्टिव पब्लिक हेल्थ प्रोग्राम इंप्लिमेंटेशन. *अमेरिकन जर्नल ऑफ पब्लिक हेल्थ,* 104 (1), 17-22.

पार्क, जे. ई.एंड पार्क, के. (2015). *टैक्स्टबुक ऑफ प्रिवेंटिव एंड सोशल मेडिसिन.* 23वां संस्करण. जबलपुरः भनोट पब्लिशर्स.

श्रीनिवासन, आर. (2006). *हेल्थकेयर इन इंडियाः विजन 2020, इश्यूज एंड प्रॉस्पेक्ट्स.* नई दिल्लीः प्लानिंग कमीशन.

स्वीडिश ऐजेंसी फॉर ग्रोथ पॉलिसी एनलॉसिस (2014). *इंडियाज हेल्थ केयर सिस्टम. ओवरव्यू एंड क्वालिटी इंप्रूवमेंट.* डायरेक्ट रिस्पांस रिपोर्ट.

वर्ल्ड फेडरेशन ऑफ पब्लिक हेल्थ एसोसिएशन (1978). नान-गवर्नमेंटल आर्गेनाइजेशन एंड प्राइमरी हेल्थ केयर. पोजीशन पेपर पास्ड बाय द वेफा (WFPHA) जनरल एसेंबली.

7.8 आपकी प्रगति की जाँच करने के लिए उत्तर

1) भारतीय संविधान के तहत, स्वास्थ्य राज्य का एक विषय है। इसलिए प्रत्येक राज्य की अपनी स्वास्थ्य देखभाल वितरण प्रणाली है जिसमें सार्वजनिक और निजी दोनों तरह के अभिनेता काम करते हैं। विवरण के लिए अनुभाग भाग 7.0 देखें।

2) श्रीनिवासन (2006) के अनुसार स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को जस्ट एंड एफिशिएंसी मानने / मूल्यांकन करने के लिए चार मापदंड महत्वपूर्ण हैं। (क) यूनिवर्सल एक्सेस (ख) वित्तीय लागतों का उचित वितरण (ग) प्रशिक्षण (घ) कमजोर समूहों पर विशेष ध्यान देना। विवरण के लिए अनुभाग 7.1.4 देखें।

3) गैर-सरकारी संगठन समाज के सबसे कमजोर वर्गों तक पहुँचने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। गैर-सरकारी संगठनों का मानव कल्याण के संवर्धन में सक्रिय भागीदारी का लंबा इतिहास है। अधिक विवरण के लिए भाग 7.4 देखें।

4) भारत में, सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतियों और कार्यक्रमों में काफी हद तक उपचारात्मक देखभाल और प्रतिरक्षण जैसे व्यक्तिगत रोगनिरोधी हस्तक्षेपों के प्रावधान पर ध्यान केंद्रित किया गया हैय जबकि स्वास्थ्य के अन्य सामाजिक निर्धारक (जैसे भोजन, पानी और स्वच्छता) अपेक्षाकृत उपेक्षित रहते हैं। अधिक जानकारी के लिए भाग 7.5 देखें ।