

भारत के सार्वजनिक स्वास्थ्य की कार्यात्मक प्रकृति का अध्ययन

प्रा. कु. व्हि. एम. दे वकर

गृह अर्थशास्त्र विभाग प्रमुख

कला वा णज्य महिला महा विद्यालय, बल्लारपूर

प्रस्तावना:

भारतीय आबादी का स्वास्थ्य अन्य देशों के लोगों के स्वास्थ्य से बहुत कम है। भारतीय समाज में कई बीमारियां हैं जो लोगों के स्वास्थ्य को हमेशा खराब करती हैं। कैंसर, मलेरिया, तपेदिक, फाइलेरिया, कुष्ठ, एड्स आदि भयानक रोग मुख्य रूप से भारतीय समाज में पाए जाते हैं। इसके अलावा, प्राकृतिक आपदाएँ जैसे सूखा, भारी बारिश, बाढ़, भूकंप आदि भी कई संक्रामक रोग फैलाते हैं और इससे भारतीय लोगों की स्वास्थ्य स्थिति भी खराब होती है। ग्रामीण क्षेत्रों में, स्वास्थ्य की स्थिति गंभीर है। अस्पतालों और दवाओं की कमी, स्वच्छता की कमी, गंदगी, सीवेज, आदि ने ग्रामीण क्षेत्रों में कई संक्रामक रोगों का प्रसार किया है। संक्षेप में, भारत की ग्रामीण स्वास्थ्य समस्याएं भी बहुत बड़ी हैं।

प्रत्येक गांव के लोगों को च कत्सा सहायता के लिए आने और उपयोग करने में सक्षम बनाने के लिए च कत्सा सेवाएं शुरू की गईं। च कत्सा क्षेत्र के भ्रष्टाचार को कम करने के लिए, कुछ देशों ने सार्वजनिक क्षेत्र की च कत्सा सहायता का सहारा लिया है। 1853 में, जर्मनी और बाद में 1911 में, इंग्लैंड ने सार्वजनिक सेवा शुरू की। सरकारी स्तर पर, इसी प्रयोग को 1928 में फ्रांस ने शुरू किया था। भारत की स्वतंत्रता के बाद, 1948 में, श्रीमत् राज्य बीमा योजना और 1954 में, केंद्र सरकार ने बीमारियों के इलाज के संदर्भ में जनता को राहत देने के लिए एक स्वास्थ्य योजना शुरू की। च कत्सा के माध्यम से लोगों के स्वास्थ्य को संतुलित करने के कार्यक्रम को न केवल 'सार्वजनिक स्वास्थ्य' कहा जाता है, बल्कि इसमें सार्वजनिक शिक्षा भी शामिल है। स्वास्थ्य के बारे में लोगों को शिक्षित करके ही सार्वजनिक स्वास्थ्य की अवधारणा को पूरा किया जा सकता है। सार्वजनिक स्वास्थ्य की गुणवत्ता में सुधार के लिए प्रयास चल रहे हैं। इस शोध पत्र का उद्देश्य भारत में सार्वजनिक स्वास्थ्य की कार्यात्मक प्रकृति का अध्ययन करना है।

अनुसंधान निबंध के लिए प्रयुक्त अनुसंधान विधियाँ:

वर्तमान शोध विधियों के लिए उपयोग की जाने वाली जानकारी और तथ्यों को विषय से संबंधित विभिन्न पुस्तकों, पत्रिकाओं, लेखों, समाचार पत्रों से संकलित किया गया है।

अनुसंधान के उद्देश्य:

प्रस्तुत शोध के मुख्य उद्देश्य इस प्रकार हैं।

- 1) भारत के सार्वजनिक स्वास्थ्य की कार्यात्मक प्रकृति का अध्ययन करना।
- 2) भारत में स्वास्थ्य सेवा की स्थिति का अध्ययन करना।
- 3) सार्वजनिक स्वास्थ्य में सुधार की दिशा में सरकार के प्रयासों की जानकारी प्राप्त करना।

4) महत्वपूर्ण स्वास्थ्य योजनाओं की जानकारी प्राप्त करना।

5) अनुसंधान से प्राप्त निष्कर्षों के आधार पर सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र के विकास हेतु उपाय सुझाना।

सार्वजनिक स्वास्थ्य का अर्थ:

सार्वजनिक स्वास्थ्य के संदर्भ में, समाज और समुदाय शब्द का परस्पर उपयोग किया जाता है। समाजशास्त्रीय अवधारणा के अनुसार, समाज और समुदाय अलग-अलग अर्थपूर्ण शब्द हैं और उनकी संरचनात्मक विशेषताएं अलग हैं। निम्न लखत बुनियादी सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के पहलू हैं। बीमारी और इसकी रोकथाम के मामले में चकत्सा देखभाल करना। संक्रामक रोगों के प्रति एहतियाती कदम उठाना ताक लोग बड़े पैमाने पर इस बीमारी से ग्रसत न हों। स्वस्थ सामाजिक जीवन को बनाए रखने और माताओं और बच्चों के स्वास्थ्य का ध्यान रखने के लिए परिवार नियोजन। लोगों के स्वास्थ्य के बारे में जानकारी संकलित और रिकॉर्ड करना। स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का प्रसार करके और आवश्यक देखभाल करके लोगों में जागरूकता पैदा करना। अंध विश्वास के दुष्प्रभाव सहित हर परिवार को स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करना, आदि।

स्वास्थ्य के अधिकार की अवधारणा:

जीवन का अधिकार हमारे संवधान के अनुच्छेद 21 में निहित भारतीय नागरिकों का एक मौलिक अधिकार है। स्वस्थ जीवन जीने के लिए अच्छा भोजन, पानी, आश्रय के साथ-साथ एक स्वस्थ वातावरण, पर्याप्त और नियमित स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता होती है। ये वे मामले हैं जिनमें व्यापक अर्थों में स्वास्थ्य का अधिकार शामिल है। इस लिए स्वास्थ्य के अधिकार को स्वाभाविक रूप से एक मौलिक अधिकार माना जाना चाहिए। स्वास्थ्य का अधिकार उन सभी के लिए मूलभूत चीजों का अधिकार है जिन पर स्वास्थ्य निर्भर करता है, जैसे कि भोजन, कपड़े, आश्रय, रोजगार, पर्यावरण, सांस्कृतिक वातावरण, स्वास्थ्य देखभाल, आदि। इन चीजों को प्राप्त करने का मतलब यह नहीं है कि हर कोई ठीक हो जाएगा।

भारत के सार्वजनिक स्वास्थ्य की कार्यात्मक प्रकृति:

भारत में, स्वास्थ्य योजना सामाजिक-आर्थिक नियोजन का एक अभिन्न अंग है। 1967 में, जुगलवाला समिति ने विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के एकीकरण के लिए निर्देशित किया था। मुख्य सुझाव एक 'सहायक नर्स दाई' के बजाय एक महिला नर्स बनाने का था। पुरुषों को स्वास्थ्य कार्यकर्ता के रूप में नियुक्त किया जाना चाहिए। उन्हें मलेरिया, परिवार नियोजन और अन्य सामान्य बीमारियों के लिए सेवाएं प्रदान करनी चाहिए। यह भी सुझाव था।

जिन विभिन्न स्तरों पर सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम आयोजित किए जा रहे हैं वे राष्ट्रीय स्तर, राज्य स्तर और जिला स्तर और अर्ध-सरकारी सार्वजनिक निकायों में हैं। इसका क्रियात्मक रूप निम्न प्रकार है।

(१) राष्ट्रीय स्तर: भारत की स्वतंत्रता के बाद, सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को सफल बनाने के लिए पंचवर्षीय योजना के माध्यम से प्रयास किए गए। लोगों के स्वास्थ्य को सुनिश्चित करने के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र में विभिन्न पहलुओं पर जोर दिया गया। चकत्सा शिक्षा और परिवार नियोजन की सफलता के लिए और अधिक सहायता

प्रदान की जाने लगी। पंचवर्षीय योजना के हिस्से के रूप में, जन स्वास्थ्य वभाग ने कई बीमारियों को नियंत्रण में लाया है। रोगों की घटनाओं में कमी आने लगी, हालाँकि, रोगों पर नियंत्रण और संक्रामक रोगों रोकथाम के लिए अनेक अस्पतालों की स्थापना हुई। आज भी ग्रामीण क्षेत्रों में ग्रामीण अस्पताल स्थापित किए जा रहे हैं, लेकिन यह प्रणाली अव्यवस्थित रूप से अपूर्ण है। दवाओं, सर्जरी, उपकरण, विशेषज्ञ डॉक्टरों, नर्सों आदि की भारी कमी है।

(2) राज्य स्तर: यह भारत के लगभग हर राज्य में स्वास्थ्य देखभाल वभाग के रूप में शुरू किया गया है। हालाँकि स्वास्थ्य कार्यक्रमों को राष्ट्रीय स्तर पर लागू किया जा रहा है, लेकिन कुछ मुद्दों को सरकार के दायरे में लाया गया है। सार्वजनिक निकायों के माध्यम से राज्य मंत्रालयों के स्तर पर सभी प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं के निर्माण को पूरा करने का प्रयास किया जा रहा है। चूंकि प्रत्येक राज्य का विशिष्ट क्षेत्र और जनसंख्या निर्धारित है, इसलिए राज्य सरकार वहाँ के सभी लोगों के स्वास्थ्य को सुनिश्चित करने का प्रयास करती है। वृद्ध महामारियों और संक्रामक रोगों के मामले में, रोग को ठीक करने और दूसरों को इसे प्राप्त करने से रोकने के लिए राज्य स्तर पर उपचार शुरू करना आवश्यक है।

(3) जिला स्तर: जिला स्तर के स्वास्थ्य वभाग के सभी अधिकारी राज्य के अधिकार क्षेत्र में आते हैं। राज्य के स्वतंत्र स्वास्थ्य मंत्रालय के कार्यक्रम का शाब्दिक रूप से जिला स्तर पर क्रियान्वयन किया जाता है। प्रत्येक जिले के लिए स्वास्थ्य कलेक्टर का एक पद होता है। उनकी सहायता के लिए प्रत्येक तालुका स्तर पर चिकित्सा अधिकारी, डॉक्टर, नर्स, अन्य सेवक, और औषधालय स्थापित किए गए हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य का सुचारु क्रियान्वयन तालुका स्तर से शुरू होता है। यदि अंतिम स्तर पर सही तरीके से व्यवस्थित किया जाए तो राज्य का विकास जिले के बाद दिखाई देगा। किसी देश का विकास राज्य-वार विकास पर निर्भर करता है। सेवा कार्यक्रमों को लागू करने की सारी जिम्मेदारी तालुका स्तर पर आती है।

(4) अर्ध-सरकारी संस्थाएँ: यद्यपि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं सरकार द्वारा कार्यान्वित की जा रही हैं, फिर भी सरकार के ये प्रयास अपर्याप्त हैं। इसलिए अर्ध-सरकारी या सरकारी अनुदान पर आधारित कुछ निजी संस्थान भी लोगों के स्वास्थ्य का ध्यान रखने की कोशिश कर रहे हैं। ब्रिटिश शासन के दौरान, मशनरियों ने लगभग सभी राज्यों में अस्पताल शुरू किए हैं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य में केंद्र सरकार की भूमिका:

भारत में स्वास्थ्य संवधान पर एक विषय है। केंद्र सरकार स्वास्थ्य के क्षेत्र में योजना, मार्गदर्शन, सहायता और समन्वय की भूमिका निभाती है।

परिवार कल्याण मंत्रालय -

यह स्वास्थ्य और परिवार नियोजन के मामले में देश का सर्वोच्च कार्यकारी निकाय है। मंत्रालय का प्रमुख एक कैबिनेट स्तर का मंत्री होता है, जिसके साथ एक राज्य मंत्री और एक उप मंत्री होता है। इसके अंतर्गत मंत्रालय निम्नलिखित वभाग आते हैं - स्वास्थ्य और परिवार कल्याण वभाग, स्वास्थ्य अनुसंधान वभाग, आयुष वभाग, एड्स नियंत्रण वभाग। सचिवों को इन सभी वभागों के प्रमुख के रूप में नियुक्त किया जाता है। इन सभी वभागों में केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय को समन्वय और तकनीकी सहायता प्रदान करने के लिए

स्वास्थ्य सेवा निदेशालय का गठन किया गया है। महानिदेशक स्वास्थ्य निदेशालय का प्रमुख होता है। राज्य स्तर पर, स्वास्थ्य की जिम्मेदारी राज्य के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के साथ रहती है। इसकी अध्यक्षता कैबिनेट स्तर के मंत्री करते हैं।

मे डकल काउंसिल ऑफ इंडिया (MCI) -

मे डकल काउंसिल ऑफ इंडिया एक्ट 1933 के अनुसार, भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद (Medical Council of India) की स्थापना हुई और बाद में 1956 में मे डकल काउंसिल ऑफ इंडिया को वैधानिक दर्जा दिया गया। इसका मुख्य कार्य मान्यता प्राप्त चिकित्सा योग्यता के डॉक्टरों के अस्थायी और नियमित पंजीकरण को मंजूरी देना है, साथ ही चिकित्सा मानदंडों की मान्यता के संदर्भ में विदेशी देशों के साथ समन्वय स्थापित करना है।

महाराष्ट्र मे डकल काउंसिल (MMC) -

इस निकाय की स्थापना महाराष्ट्र मे डकल काउंसिल एक्ट, 1965 द्वारा की गई थी। इस परिषद का कार्य लोकतांत्रिक आधार पर किया जाता है। उसका मुख्य कार्य आधुनिक चिकित्सा में स्नातकों का नामांकन करना है। इसका महाराष्ट्र स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालय - नासिक में मुख्यालय है, यह 3 जून 1958 को स्थापित किया गया था।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन -

सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र में खर्च की जाने वाली राशि को प्रति व्यक्ति आय में दो से तीन प्रतिशत तक बढ़ाना मुख्य उद्देश्य था। कार्यक्रम का उद्देश्य देश भर में ग्रामीण आबादी के लिए प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना है, खासकर उन राज्यों में जहां स्वास्थ्य सेवाओं की कमी है। अभियान के प्रमुख घटक हैं: परिवार कल्याण कार्यक्रम, मातृ सुरक्षा योजना, सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम, प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, बेहतर राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय दृष्टिहीनता नियंत्रण कार्यक्रम, राष्ट्रीय कुष्ठ रोग कार्यक्रम और साथ ही मलेरिया, एलफेंटियासिस, मेनिंगजाइटिस, चकनगुनिया आदि बीमारियों के उपचार और नियंत्रण के लिए देश में कार्यक्रम लागू करना। इस कार्यक्रम के तहत आशा (आशा) स्वयंसेवक योजनाएँ कार्यान्वित की जाती हैं।

महत्वपूर्ण स्वास्थ्य योजनाएं:

• जीवनदायी आरोग्य योजना -

1997-98 से बीपीएल परिवारों के लिए लागू की गई। इस योजना के तहत रोगियों को मस्तिष्क रोग, मूत्र पथ के रोग और रीढ़ की हड्डी की चोट के लिए वित्तीय सहायता दी जाती है। शुरुआती दिनों में, इस योजना के तहत, प्रत्येक रोगी को 50,000 रुपये की वित्तीय सहायता दी गई थी। हालांकि, यह राशि 2006-07 से बढ़ाकर एक लाख 50 हजार कर दी गई है। हाल ही में, सरकार ने कैंसर को शामिल किया है। राज्य सरकार ने मौजूदा जीवन रक्षक संरचना का पुनर्गठन किया है और एक व्यापक राजीव गांधी जीवनदायी योजना बनाई है।

गांधी राजीव गांधी जीवनदायी योजना -

यह संशोधित योजना 2 जून 2012 को महाराष्ट्र सरकार द्वारा शुरू की गई थी। राज्य के आर्थिक रूप से कमजोर लोगों को पुरानी और गंभीर बीमारियों के लिए उपचार और सर्जरी से गुजरने के लिए इस योजना

की शुरुआत की गई थी। इस योजना के तहत, पीले कार्ड धारक गरीबी रेखा से नीचे हैं और नारंगी राशन कार्ड धारक गरीबी रेखा से ऊपर हैं, लेकिन जिनकी वार्षिक आय एक लाख से कम है, इस योजना से लाभान्वित होंगे। इस योजना के तहत, डेढ़ लाख लाभार्थियों को चकत्सा सेवाएं उपलब्ध होंगी। इस योजना के तहत पात्र लाभार्थियों को स्वास्थ्य कार्ड जारी किए जाएंगे। यह परिवार के प्रमुखों और सदस्यों के नाम और फोटो से युक्त होंगे। राज्य सरकार लाभार्थी के नाम पर बीमा लेगी और प्रीमियम का भुगतान राज्य सरकार द्वारा किया जाएगा। लाभार्थी परिवार से कोई राशि स्वीकार नहीं की जाएगी।

• जननी बाल (शशु) सुरक्षा योजना -

बाल सुरक्षा योजना को राष्ट्रीय स्वास्थ्य अभियान के एक महत्वपूर्ण घटक के रूप में लागू किया गया है। इसने महाराष्ट्र की जनसंख्या को नियंत्रित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। यह योजना 1 जून, 2011 को शुरू की गई थी। भारत में पहली बार, इस तरह की योजना के माध्यम से निम्नलिखित वैधानिक अधिकार प्रदान किए गए हैं।

माताओं के वैधानिक अधिकार

सभी सरकारी अस्पतालों में सजेरियन सेक्शन सहित शासकीय निःशुल्क वतरण सुवधाएं प्रदान की जाएंगी। प्रसव के समय तीन दिन तक और सजेरियन के समय सात दिन तक दूध पलाना निःशुल्क प्रदान किया जाएगा। सभी प्रकार की दवाएं, फोलिक एसिड की गो लयां, सभी प्रकार के परीक्षण-उदा। किसी भी समस्या की स्थिति में रक्त परीक्षण, मूत्र परीक्षण और सोनोग्राफी निःशुल्क किया जाएगा और निःशुल्क रक्त की आपूर्ति की जाएगी।

नवजात शशुओं के वैधानिक अधिकार

बीमार नवजात शशु को सभी आवश्यक उपचार, दवाइयां, आहार, चेक-अप मुफ्त प्रदान किया जाएगा - यानी 30 दिनों के भीतर बच्चा। निःशुल्क परिवहन सुवधा भी उपलब्ध होगी।

भारत में स्वास्थ्य सेवा की स्थिति:

शहरी क्षेत्रों में निजी अस्पतालों में उपचार की दर 70% है और ग्रामीण क्षेत्रों में यह 50% है। भारत में, 50% आबादी गरीबी रेखा से नीचे रहती है और अच्छी और आसानी से सुलभ स्वास्थ्य सेवा पाने के लिए संघर्ष करती है। शहरी क्षेत्रों में दस हजार की आबादी के लिए 13 एलोपैथिक डॉक्टर उपलब्ध हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में यह बहुत कम है और दस हजार की आबादी के लिए केवल 3 एलोपैथिक डॉक्टर उपलब्ध हैं। शहरी क्षेत्रों में एक वर्ष से कम उम्र के गरीब बच्चों को उनके पहले वर्ष में नियमित टीकाकरण सेवाएं नहीं मिलती हैं। एक नर्स के मामले में, शहरी क्षेत्रों में 10,000 में से 15 स्वास्थ्य कार्यकर्ता हैं और ग्रामीण क्षेत्रों में केवल चार हैं। भारत एक तरफ महाशक्ति का सपना देख रहा है लेकिन देश के अधिकांश लोग बुनियादी अधिकारों से वंचित हैं। यह ऊपर दी गई जानकारी से स्पष्ट है। गाँव में सरकारसे व भन्न स्वास्थ्य सेवाओं (टीकाकरण, गर्भावस्था परीक्षण, सामान्य बीमारियों के लिए दवा, आदि) प्राप्त करने की अपेक्षा की जाती है। बहुत कम लोग जानते हैं कि सरकारी स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करना उनका अधिकार है। यह सरकार का कर्तव्य है कि हम अपने गाँव में नर्स, स्वास्थ्य कार्यकर्ता,

गो लयाँ और दवाएँ उपलब्ध कराएँ। इस लए हमें मलने वाली सरकारी स्वास्थ्य सेवा एक एहसान नहीं है, एक मदद नहीं है, यह हमारा अ धकार है।

भारत में प्रति हजार पुरुषों पर 933 महिलाएं हैं। यानी महिलाओं का अनुपात कम है। भारतीय जनसंख्या में 15 वर्ष से कम आयु के बच्चों का अनुपात 35% है, जिसका अर्थ है क भारत में औसत आयु कम है। 60 वर्ष से अधिक आयु के लोगों का अनुपात भारत में 8%, जापान में 26% और कोरिया में 12% है। इसका मतलब है क भारत की जनसंख्या अपेक्षाकृत युवा है। भारत में जन्म दर 24 प्रति हजार के आसपास है, जर्मनी में यह केवल 8 है और थाईलैंड में यह लगभग 13 है। एक भारतीय महिला की औसत प्रजनन दर 2.7 बच्चों की है, जब क न्यूयॉर्क की प्रजनन दर केवल 1 है और थाईलैंड की प्रजनन दर 1.6 है। इसका मतलब है क भारतीय आबादी अभी भी बढ़ रही है। भारत में, केवल 56% गर्भ निरोधकों का उपयोग करते हैं। इसमें सर्जरी और अस्थायी दोनों तरह के उपकरण शामिल हैं। भारत में मृत्यु दर 7.6 प्रति हजार है, यूई में केवल 1 और मालदीव में केवल 3। भारत में कुपोषण बहुत अधिक है। कम वजन वाले बच्चों का अनुपात 46% है और इसे 2015 तक 27% तक लाने की योजना है।

भारत की शशु मृत्यु दर 57 प्रति 1000 जी वत जन्म (श्रीलंका में 11) है और हम इसे सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों के अनुसार 2015 तक 27 तक लाना चाहते हैं। भारत में अंडर-फाइव मृत्यु दर 85 प्रति हजार जन्म है और हम इसे 2015 तक आधा करना चाहते हैं। यह आंकड़ा श्रीलंका में 16 और मालदीव में केवल 3 है। खसरा टीकाकरण की दर समग्र टीकाकरण का एक अच्छा सूचकांक है। भारत में बच्चों का अनुपात केवल 60% है और हम 2015 तक इसे 90% तक बढ़ाना चाहते हैं। भारत में मातृ मृत्यु दर 3 प्रति हजार जन्म है और 2015 तक हम इसे 1 से नीचे लाना चाहते हैं। इसके लए, सुरक्षित प्रसव का अनुपात 54% से बढ़कर 84% हो गया है। पड़ोसी श्रीलंका में, मातृ मृत्यु दर 0.24 है। थाईलैंड में, दर केवल 0.14 है। HIV (15 से 50 आयु वर्ग) का अनुपात भारत में लगभग 900 प्रति लाख जनसंख्या है। मलेरिया - मलेरिया की घटना प्रति लाख जनसंख्या पर 169 है। टीबी की घटना 312 है।

भारत में, सुरक्षित - जल आपूर्ति के साथ जनसंख्या का अनुपात 2001 में 85% था। हालां क, यह आंकड़ा वशवसनीय नहीं है क्योंकि कई गांवों में पानी की कमी है और भूजल प्रदूषित है। भारत में, स्वच्छता सुवधाएं आम जनता के 52% तक उपलब्ध हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में यह केवल 32% है। भारत में, शहरी क्षेत्रों में यह अनुपात केवल 63% है। भारत में, इंडोनेशिया में 6% की तुलना में 23% शशुओं का वजन 2.5 किलोग्राम से कम है। भारत में दो साल बाद भी 66% शशु स्तनपान कर रहे हैं। केवल 6 महीने की उम्र तक के शशुओं को स्तनपान कराना - 37%। तीन साल से कम उम्र के बच्चों का अनुपात भारत में 46% और थाईलैंड में 9% है। पूरी दुनिया में, यह क्रोएशिया और यूक्रेन की तुलना में केवल 1% कम है। भारत में बाल रोग की एक उच्च घटना है। भारत में हर हजार बच्चों में 9 बच्चों को दस्त और 22 बच्चों को निमोनिया हो जाता है। भारत में, 6-35 महीने के आयु वर्ग के प्रत्येक 1000 बच्चों में से 792 को ल्यूकेमिया है। भारत में शशु मृत्यु दर 37 प्रति हजार जी वत जन्म है, उसके बाद सिंगापुर में 1 और मालदीव 8 पर है। इसका मतलब है क भारत में डलीवरी सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं। इसमें कोई संदेह नहीं है क संपूर्ण रूप से भारत प्रजनन स्वास्थ्य के मामले में अत्यंत पछड़ा हुआ है।

भारत में औसत जीवन प्रत्याशा केवल 65, जापान में 82 और मालदीव और श्रीलंका में 73 है। इसका मतलब है कि इस एक सत देश में मृत्यु दर कम है। भारत में बाल मृत्यु दर भारत में सभी मौतों में 24% (5 वर्ष से कम आयु) की है, जब कि थाईलैंड में केवल 4% है। भारत में कुछ प्रमुख बीमारियों के लिए प्रति लाख की दर इस प्रकार है। भारत में प्रत्येक म लयन लोगों के लिए, 33 लोग टीबी से और 49 कैंसर से मरते हैं। हालांकि, यह दर हृदय रोग के मामले में सबसे अधिक है और प्रति लाख आबादी में 188 लोग इस अकेले कारण से पीड़ित हैं। गैर-संचारी रोग सभी मौतों का 53% हिस्सा हैं। (हृदय रोग और कैंसर)। टीबी-तपेदिक में इसकी तुलना में केवल 4% मौतें होती हैं। पक्षाघात (मस्तिष्क में रक्त का थक्का या रक्तस्राव) भी 7% मौतों का कारण है।

निष्कर्ष :

पछली शताब्दी में पश्चिमी चकत्सा का विकास देखा गया था। इसने रोग की रोकथाम के उपायों की एक वस्तुतः श्रृंखला का अध्ययन और कार्यान्वयन किया। जहां भी ये उपाय प्रभावी हुए हैं, सार्वजनिक स्वास्थ्य में महत्वपूर्ण सुधार हुए हैं। इनमें व्यक्तिगत और सार्वजनिक स्वच्छता, आहार में सुधार, स्वच्छ और प्रचुर मात्रा में पानी, टीकाकरण और एंटीबायोटिक कीटाणुशोधन के व भन्न तरीके शामिल हैं।

हमारे देश में चकत्सा सेवाओं का विकास बहुत ही अजीब तरीके से हुआ है। पारंपरिक उपचारों में गरावट आई है। पश्चिमी चकत्सा, केवल ब्रिटिश सैन्य ठिकानों के लिए लाई गई थी, यह एक सदी में पूरे देश में फैल गई है। हालांकि, इस तकनीक के साथ, सामाजिक स्वास्थ्य के पूर्वापेक्षाओं को पूरा नहीं किया गया है। जैसे अधिकांश लोगों के पास अभी भी स्वच्छ पानी, स्वच्छता और पर्याप्त पोषण तक पहुंच नहीं है। यही कारण है कि हमने 'बीमारियों के खिलाफ बीमारियों' के खिलाफ एकतरफा और महंगी लड़ाई लदनी पड़ती है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि जीवन स्तर में सुधार के बिना केवल दवा के साथ स्वास्थ्य की गुणवत्ता में सुधार करना असंभव है।

संदर्भ सूची :

- वृन्दा सिंह, मानव विकास एवं पारिवारिक सम्बन्ध, चतुर्थ संस्करण(2011)
- David H. DeJong, Plagues, Politics, and Policy: A Chronicle of the Indian Health Service, 1955-2008, Lexington Books; 1st edition (December 22, 2010)
- C.Chidambaranathan, Public Health in India, Aaviskar publishers (January 1, 2011)
- Karan Anandpara, Malaria - A Major Public Health Problem In India: Epidemiology, Prevention And Treatment Of Malaria, LAP LAMBERT Academic Publishing (July 12, 2012)
- Harrison, Mark, Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine 1859-1914 (Cambridge Studies in the History of Medicine), 1st Edition (1994)
- Devadas, R. P. The Meaning of Home Science, Coimbatore, 1958.

- Jennifer Mcknight Trontz, Home Economics: Vintage Advice and Practical Science for the 21st-Century Household, Quirk Books publisher, July 1, 2010
- International Institute for Population Sciences and Macro International (September 2007). "National Family Health Survey (NFHS-3), 2005 -06" (PDF).
- Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. December 2012 (PDF).
- L. Ahoua, A. Tamrat, F. Duroch, R. F. Grais , High mortality in an internally displaced population in Ituri, Democratic Republic of Congo, 2005: Results of a rapid assessment under difficult conditions, Global Public Health , An International Journal for Research, Policy and Practice Volume 1, 2006 - Issue 3: Humanitarian Crises: The Emergency Rooms of Global Health

वर्तमानपत्र : नवभारत, लोकमत, टाइम्स ऑफ इंडिया

वेबसाइट :

- <https://www.kisaanyard.com/include/info/health/index.html>
- <https://hi.wikipedia.org/wiki/>
- https://en.wikipedia.org/wiki/Public_health_system_in_India
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093249/>
- <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FRIND3/FRIND3-Vol1AndVol2.pdf>
- <https://web.archive.org/web/20121208112913/http://measuredhs.com/pubs/pdf/FRIND3/FRIND3-Vol1AndVol2.pdf>
- https://www.researchgate.net/publication/23723239_Public_Health_in_India_An_Overview/link/02e7e518aa67b7327f000000/download
- <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=2&sublinkid=971&lid=154>
-