

## बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

### 5.1 परिचय

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम में व्यापक रूप से उन पहलों को एकीकृत किया जाता है जो बाल उत्तर जीविता में सुधार करती हैं और पांच वर्ष से कम आयु की बाल मौतों के लिए उत्तरदायी कारणों को दूर करती हैं। अब यह सुविदित है कि बाल उत्तर जीविता पर अलग से ध्यान नहीं दिया जा सकता है क्योंकि यह अंतर्निहित रूप से माता के स्वास्थ्य से जुड़ा हुआ है जिसका निर्धारण उसके स्वास्थ्य तथा किशोर के रूप में विकास द्वारा किया जाता है। अतः सतत रूप से देखरेख की यह संकल्पना, जो बाल उत्तर जीविता के उन्नयन हेतु महत्वपूर्ण जीवन चक्र के दौरान परिचर्या पर बल देती है, को राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत अंगीकार किया जा रहा है। इस एप्रोच का अन्य आयाम यह सुनिश्चित करना है कि विभिन्न स्तरों पर (प्राथमिक, प्रथम रेफरल एकक, तृतीयक स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा केंद्र) पर स्वास्थ्य सुविधाओं के जरिए और सामुदायिक आउटरीच के जरिए घर पर ही महत्वपूर्ण सेवाएं उपलब्ध करवाई जाएं। नवजात शिशु और बाल स्वास्थ्य प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु, बाल और किशोर स्वास्थ्य (आरएमएनसीएच+ए) कार्यनीति, एप्रोच, 2013 के दो मुख्य स्तंभ हैं।

### 5.2 बाल स्वास्थ्य संकेतकों का रुझान

#### 5.2.1 नवजात शिशु मृत्यु दर (आईएमआर)

नवजात मृत्यु दर (आईएमआर) प्रति हजार जीवित जन्मों पर 0-1 वर्ष के आयु के बच्चों की मौतों की संख्या इंगित करता है। वर्ष 2013 में अखिल भारतीय आईएमआर 40 थी। वर्ष 2005-12 के दौरान 3.1% की गिरावट की वार्षिक चक्रवृद्धि दर की प्रतिशतता वर्ष 2000-05 के दौरान देखी गई गिरावट की तुलना में उच्चतर (4.5%) रही है। वर्ष 2013 के

वर्ष	आईएमआर			पूर्ववर्ती अवधि के दौरान परिवर्तन की औसत वार्षिक चक्र वृद्धि दर (%)		
	कुल	ग्रामीण	शहरी	कुल	ग्रामीण	शहरी
2000	68	74	44	-	-	-
2005	58	64	40	-3.1	-2.9	-1.9
2012	42	46	28	-4.5	-4.6	-5.0
2013	40	40	27	-4.8	-13.0	-3.6

लिए आईएमआर ग्रामीण भारत में 40 तथा शहरी क्षेत्रों में 27 थी (शहरी क्षेत्रों की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में लगभग 48% उच्चतर)। विगत पांच वर्षों के दौरान राष्ट्रीय स्तर पर आईएमआर में तीन बिंदुओं का सतत लिंग अंतर है।

#### 5.2.2 पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु दर

पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों को पांचवें वर्ष के जन्म दिन से पूर्व मरने की संभाव्यता के रूप में परिभाषित किया जाता है। नमूना पंजीकरण प्रणाली 2013 के अनुसार, पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु दर प्रति हजार जीवित जन्मों पर 49 है।

बाल मृत्यु दर को कम करने के संदर्भ में देश में प्रोत्साहक प्रगति रही है। वर्ष 1990 में, जब यू 5एम आर दर प्रति 1000 जीवित जन्म दर 90 थी, भारत ने प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 126 की बाल मृत्यु दर का उच्चतर भार वहन किया। वर्ष 2013 में भारत में पांच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों की मृत्यु दर (49/1000 जीवित जन्मों) 48 के वैश्विक औसत के अत्यंत करीब है।

#### 5.2.3 पांच वर्ष से कम आयु में मृत्यु होने के कारण

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ), 2012 के प्राक्कलनों के अनुसार भारत में 0-5 वर्ष के आयु-समूह में मौतों की वजह

नवजात कारण (53%), निमोनिया (15%), अतिसारीय रोग (12%), खसरा (3%), चोटे लगना (3%) और अन्य (14%) हैं।

#### 5.2.4 नवजात मृत्यु दर (एनएमआर)

नवजात मृत्यु दर प्रति हजार जीवित जन्मों पर 0–28 दिन की अवधि के दौरान बच्चों की मौतों की संख्या की ओर इंगित करती है। एनएमआर वर्ष 2013 में भारत में प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 28 है। अतः नवजात मृत्यु दर बाल्यावस्था (5 वर्ष की आयु तक) में सभी मौतों के 57 % तक योगदान देती है।

#### नवजात शिशु मृत्यु दर में वर्षवार प्रगति

वर्ष	एनएमआर (प्रति 1000 जीवित जन्म पर)	पिछले वर्ष की तुलना में औसत वार्षिक परिवर्तन (%)
2008	35	0
2009	34	-2.9
2010	33	-3.03
2011	31	-6.1
2012	29	-6.5
2013	28	-3.4

स्रोत: नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) आरजीआई, भारत

#### 5.2.5 नवजात मृत्यु दर के कारण:

नवजात मृत्यु दर के मुख्य कारण निमोनिया, सेप्टीसीमिया और अम्बीलिकल कॉर्ड संक्रमण (33%) जैसे संक्रमण; अपरिपक्वता (35%) अर्थात् गर्भधारण के 37 सप्ताह से पहले नवजात बच्चे का जन्म होना तथा एफाइक्सिया (20%) अर्थात् जन्म के तत्काल बाद सांस लेने में दिक्कत होना और ऑक्सीजन की कमी होना है।

### 5.3 नवजात और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

#### 5.3.1 सुविधा आधारित नवजात शिशु परिचर्या (एफबीएनसी)

सुविधा आधारित नवजात शिशु परिचर्या (एफबीएनसी) देश में नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य की स्थिति के उन्नयनार्थ राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत मुख्य घटकों में से एक है। गृह आधारित और सुविधा आधारित नवजात शिशु परिचर्या घटकों की शुरुआत से नवजात परिचर्या संबंधी अविच्छिन्नक स्थापित किया गया है जो यह सुनिश्चित करता है कि प्रत्येक नवजात शिशु को ठीक जन्म के समय से और सुविधा केंद्र में पहले 48 घंटों तक तथा तदुपरांत अपने

जीवन काल के पहले 42 दिनों तक अनिवार्य परिचर्या मिले। जन्म के तुरंत बाद या गृह दौरे के दौरान, बीमार या प्री-टर्म/निम्न वजन वाले शिशुओं के रूप में पहचाने गए शिशुओं को आगे भी उपचार और डिस्चार्ज के बाद लंबे उपचार हेतु विशेष नवजात परिचर्या सुविधा केन्द्र में रेफर किए जाते हैं।

नवजात परिचर्या कार्नेर (एनबीसीसी) अनिवार्य नवजात परिचर्या प्रदान करने हेतु प्रत्येक प्रसव स्थल पर स्थापित किए जाते हैं, जबकि विशेष नवजात परिचर्या एकक (एसएनसीयू) तथा नवजात स्थिरीकरण यूनिट (एनबीएसयू) रूग्ण नवजात शिशुओं को परिचर्या प्रदान करती हैं। सितंबर, 2014 तक, पूरे देश में कुल 14,135 एनबीसीसी, 1810 एनबीएसयू तथा 548 एसएनसीयू को प्रचालनात्मक बनाया गया है।

#### 5.3.2 विशेष नवजात परिचर्या यूनिट (एसएनसीयू)

वास्तविक समय डाटा सृजित करने के लिए 7 राज्यों में 245 एसएनसीयू के साथ विशेष नवजात परिचर्या यूनिट (एसएनसीयू) ऑनलाइन रिपोर्टिंग नेटवर्क स्थापित किया जा रहा है। लगभग 2.5 लाख नवजात शिशुओं को डाटा बेस में पंजीकृत किया गया है।

#### 5.3.3 जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (जेएसएसके):

देश में निःशुल्क परिवहन, औषधों, निदान तथा सभी रूग्ण नवजात शिशुओं को आहार के प्रावधान से सामर्थ्य से अधिक व्यय को पूरी तरह से खत्म करना सुनिश्चित किया जा रहा है। लगभग 8 लाख रूग्ण नवजात शिशुओं ने वर्ष 2014–15 के दौरान सितंबर, 2014 तक जेएसएसके के अंतर्गत सेवाओं का लाभ उठाया।

नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम (एनएसएसके) के अंतर्गत अनिवार्य नवजात परिचर्या तथा पुनरुज्जीवन में 1.3 लाख स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों को प्रशिक्षित किया गया है जो जिन्हें प्रसव स्थलों पर नियुक्त किया जाता है।

#### 5.3.4 सभी जन्मों में विटामिन के का इंजेक्शन सुनिश्चित करना

सभी सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों को उप-केंद्रों पर एनएम द्वारा जन्म के समय विटामिन के प्रोफाइलेक्सिस के इंजेक्शन के एकल खुराक सुनिश्चित करनी चाहिए। राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों को सुई नं. 26 से 1

मिली डिस्पोजेबल सिरिंज से 1 मिग्रा/मिली का विटामिन के 1 के इंजेक्शन की आपूर्ति सुनिश्चित करनी चाहिए। राज्य को अनिवार्य प्रापण करना चाहिए। सितंबर, 2014 में विस्तृत प्रचालनात्मक दिशा-निर्देश तैयार किए गए हैं और इनका प्रचार-प्रसार किया गया है।

### 5.3.5 स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में कंगारू मातृ परिचर्या (केएमसी) का संवर्धन:

यदि हर जगह कंगारू परिचर्या को बढ़ावा दिया जाता है तो प्रत्येक वर्ष आधे मिलियन नवजात शिशुओं की जान बचाई जा सकती थी। प्रत्येक राज्य के पास प्रशिक्षण स्थल के लिए एक मॉडल यूनिट होनी चाहिए तथा बाकी सभी यूनिट कुछ संशोधनों तथा नवीकरण करके शुरू की जा सकती हैं। सितंबर, 2014 में विस्तृत प्रचालनात्मक दिशा-निर्देश तैयार किए गए हैं और इनका प्रचार-प्रसार किया गया है।

### 5.3.6 फ्रंटलाइन स्वास्थ्य सेवा प्रदायक को सशक्त बनाना:

एएनएम को अब मियादपूर्ण प्रसव में गर्भवती महिलाओं को प्रसवपूर्व कोर्टिकोस्टेरायड (इंजेक्शन डेक्सामेथासोन) की प्रीरेफरल डोज तथा छोटे नवजात शिशुओं (2 माह की आयु के) में सेप्सिस के उपचार के लिए नवजात शिशुओं को जेंटामाइसिन इंजेक्शन और अमाक्सिलिन सिरप की प्री-रेफरल डोज देने का अधिकार प्राप्त है।

भारत सरकार ने 24-34 सप्ताह में मियाद पूर्व प्रसव वाली सभी गर्भवती महिलाओं के लिए इंजेक्शन डेक्सामेथासोन (4 डोज) के सिंगल कोर्स की सिफारिश की है। एएनएम को 24-34 सप्ताह में मियाद पूर्व प्रसव वाली सभी गर्भवती महिलाओं को रेफर करते समय कॉर्टिकोस्टेरायड इंजेक्शन की प्रसव-पूर्व-रेफरल डोज सुनिश्चित करने का भी अधिकार प्राप्त है। यदि रेफरल संभव नहीं है अथवा इंकार कर दिया जाता है तो वह कोर्स पूरा करेगी। सितम्बर, 2014 में विस्तृत संचालन संबंधी दिशा निर्देश तैयार एवं प्रसारित किए जाते हैं।

5.3.7 देश में राष्ट्रीय नवजात विशेषज्ञों की सहभागिता से सुविधा आधारित नवजात परिचर्या संबंधी राष्ट्रीय प्रशिक्षण पैकेज तैयार किया गया है। यह पैकेज गुणवत्तायुक्त नवजात परिचर्या प्रदान करने के लिए इन एककों में तैनात चिकित्सा अधिकारियों और स्टाफ नर्सों की संज्ञानात्मक जानकारी का उन्नयन करेगा तथा

साइकोमीटर दक्षताओं का निर्माण करेगा। इस प्रशिक्षण में छोटे बैचों में 4 दिवसीय कक्षा प्रशिक्षण और 14 दिवसीय ऑब्जर्वरशिप प्रशिक्षण शामिल हैं।

### 5.3.8 संसाधन (सहयोगात्मक) केंद्रों के नेटवर्क की स्थापना करना:

फिलहाल एफबीएनसी के लिए ऑब्जर्वरशिप प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए केवल एक राष्ट्रीय सहयोगात्मक केंद्र और 4 क्षेत्रीय सहयोगात्मक केंद्र हैं। शुरूआती चरण में 6 राज्य पेरीनटल संसाधन केंद्र स्थापित करने तथा तत्पश्चात इसे राज्य में अपना सहयोगात्मक केंद्र वाले कम से कम प्रत्येक राज्य में इसके संवर्धन की योजना है ताकि प्रशिक्षण, मेंटरिंग, सहायक पर्यवेक्षण और डाटा संग्रहण द्वारा किया जा सके।

### 5.3.9 भारतीय नवजात शिशु कार्य योजना

(आईएनएपी): 18 सितंबर, 2014 को वैश्विक नवजात शिशु कार्य योजना के प्रत्युत्तर में भारतीय नवजात कार्य योजना शुरू की थी। आईएनएपी में निवार्य नवजात मौतों का उन्मूलन, प्रगति में तेजी लाने तथा लागत प्रभावी अपितु उच्च-प्रभाव संवर्धन के लिए विजन और योजना निर्धारित है। आईएनएपी का लक्ष्यों द्वारा समर्थित स्पष्ट विजन, कार्यनीतिगत कार्यकलाप पैकेज, प्राथमिकतापूर्ण कार्य और मॉनीटरिंग फ्रेमवर्क है। पहली बार आईएनएपी में मृत बच्चों की रोकथाम पर भारत सरकार द्वारा विशेष ध्यान दिए जाने को रेखांकित किया गया है। प्रस्तावित कार्यकलापों के कार्यान्वयन, मानीटरिंग और मूल्यांकन तथा संवर्धन के लिए स्पष्ट समय-सीमा के साथ यह अपेक्षित है कि सभी भारत में नवजात स्वास्थ्य के उन्नयन के लिए कार्यरत सभी पणधारी "वर्ष 2030 तक एकल डिजिट एनएमआर" तथा "वर्ष 2030 तक सिंगल डिजिट एसबीआर" के लक्ष्य की ओर अत्यधिक कार्य करें।

### 5.4 गृह आधारित नवजात शिशु परिचर्या (एचबीएनसी) स्कीम

सतत परिचर्या स्थापित करने के लिए गृह आधारित नवजात परिचर्या से जोड़ा जाता है जो खतरे के लक्षण के शीघ्र निदान, नवजात परिचर्या सुविधा, जानें बचाने के लिए प्रावधानयुक्त उपयुक्त स्वास्थ्य सुविधा केंद्र को शीघ्र रेफर करने के अवसर प्रदान करता है। सभी ग्रामीण जीवित जन्मों की आशाओं द्वारा गृह विजिट की श्रृंखला के जरिए गृह आधारित नवजात परिचर्या प्राप्त करने हेतु लक्ष्य बनाया

जाता है और परिणामस्वरूप आशा की विजिट पूरी होने पर 250/- रूपए दिए जा रहे हैं। रूग्ण और कम वजन वाले शिशुओं को अतिरिक्त विजिट की जरूरत पड़ेगी। सितंबर, 2014 की स्थिति के अनुसार दस (10) लाख से अधिक नवजात शिशुओं के घर पर विजिट की गई है।

इसके अतिरिक्त, आशा अब विशेष नवजात परिचर्या एककों से उपचार के उपरांत छुट्टी दिए गए नवजात शिशुओं तथा कम वजन वाले शिशुओं का मासिक अनुवर्ती उपचार सुनिश्चित करने के लिए 50/-रूपए की प्रोत्साहन राशि मिलती है।

### 5.5 बाल मृत्यु समीक्षा (सीडीआर)

बाल स्वास्थ्य प्रभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने बाल मृत्यु समीक्षा (सीडीआर) के प्रचालनात्मक दिशा-निर्देश तैयार किए हैं और 18 सितंबर, 2014 को इनका प्रचार-प्रसार किया है। सीडीआर को नवजात, शिशु और बच्चों की मौतों के कारण, यदि कोई हों, और मौत के कारणों की विस्तृत समीक्षा के अनुसार बाल स्वास्थ्य कार्यकलापों कार्यान्वयन के लिए सुधारात्मक कार्यवाही करने हेतु पूरे देश में क्रियान्वित किया जा रहा है।

### 5.6 नवजात और छोटे बच्चे को स्तनपान (आईवाईसीएफ)

न्यासंगत आईवाईसीएफ तरीको का संवर्धन और गृह आधारित नवजात परिचर्या विसिटेसन के जरिए स्तनपान में कठिनाई/स्तन संबंधी स्थितियों का उपचार, वीएचएनडी, नेमी प्रतिरक्षण हेतु आउटरीच सत्र, सुविधा केन्द्रों में आरआई सत्र, समुदाय स्तर पर नवजात और बाल्यावस्था बीमारियों का उपचार। स्वास्थ्य सुविधा केंद्र के प्रत्येक स्तर पर विषय के संबंध में चिकित्सा अधिकारियों, फ्रंटलाइन कामगारों के प्रशिक्षण, उच्च बोझग्रस्त सुविधा केंद्रों में पौषणिक काउंसलर, सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण तथा व्यवहार परिवर्तन संबंधी संप्रेषण (आईईसी और बीसीसी) तथा कार्यक्रम के मानीटरिंग के प्रावधान किए गए हैं।

### 5.7 पोषण पुनर्वास केंद्र (एनआरसी)

पोषण पुनर्वास केंद्र सुविधा आधारित ऐसी इकाइयां हैं जो 5 वर्ष से कम आयु के उन बच्चों को गंभीर तीव्र कुपोषण (एसएएम) हेतु चिकित्सीय और पोषणिक परिचर्या प्रदान कर रही हैं जिनमें चिकित्सीय जटिलताएं हैं। इसके अतिरिक्त बाल परिचर्या और आहार संबंधी परिपाटियों पर विशेष बल

हैं ताकि बच्चे को घर पर ही उचित परिचर्या मिलती रहे। ऐसे जनजातीय ब्लॉकों के उच्च आवश्यकता वाले क्षेत्रों में एनआरसी का विस्तार सुनिश्चित किया गया है। सितंबर, 2014 के अनुसार देश में कुल 875 एनआरसी स्थापित किए गए हैं।

बच्चों में गंभीर तीव्र कुपोषण (एसएएम) की सुविधा आधारित परिचर्या के लिए प्रशिक्षण पैकेज तैयार किया गया है ताकि पोषण पुनर्वास केंद्र के स्टाफ को निदान तथा उपचार संबंधी प्रोटोकालों के संबंध में प्रशिक्षण प्रदान किया जा सके। इस पैकेज का उद्देश्य विशेष तौर पर एसएएम से ग्रस्त बच्चों के प्रबंधन के लिए चिकित्सा अधिकारियों और एनआरसीके नर्सिंग स्टाफ की नैदानिक दक्षताओं का उन्नयन करना है।

इसके अतिरिक्त, आशा अब बच्चे को सुविधा केंद्र से छुट्टी देने अथवा सामुदायिक आधारित एसएएम प्रबंधन तथा मध्यवर्ती ऊपरी स्कंध परिधि 125 मिमी के बराबर अथवा अधिक होने पर अनुवर्ती उपचार हेतु विजिट के लिए 150/- रूपए की प्रोत्साहन राशि हेतु पात्र हैं।

### 5.8 माइक्रोन्यूट्रिएंट संपूरण

- **आईरन फोलिक एसिड (आईएफए) संपूरण तथा बच्चों (6 माह से 59 माह) और बच्चों (6-10 वर्ष) के लिए कृमि निवारण:** 6 माह से 5 वर्ष तक के बच्चों को सप्ताह में दो बार आईएफए सिरप तथा बच्चों (6-10 वर्ष) को आईएफए साप्ताहिक गोलियां और 1-10 वर्ष के बच्चों को वर्ष में दो बार कीड़े मारने की दवाई (डि-वार्मिंग) **नेशनल आयरन प्लस पहल** का एक हिस्सा है जो व्यापक रूप से सभी आयु समूहों ने रक्ताल्पता की उच्च प्रतिशतता की रोकथाम पर जोर देती है। जनवरी, 2013 में स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा राष्ट्रीय दिशा-निदेश जारी किए गए हैं इन दिशा-निदेशों को अनुपालनार्थ सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों को परिचालित किया गया है। सितंबर, 2014 के अनुसार 15.63 लाख बच्चों को आईएफए सिरप दिया गया है।

**5 वर्ष से कम आयु के बच्चों को विटामिन ए संपूरण:** राष्ट्रीय कार्यक्रम के अंतर्गत विटामिन-ए, (1 लाख आईयू) की पहली खुराक 9 माह के आयु के बच्चों को प्रतिरक्षित करते समय बच्चों को दी जा रही है और तत्पश्चात बच्चे को 6 माह के अंतराल पर विटामिन ए (विटामिन ए का 2 लाख आईयू) की खुराकें दी जाती हैं

ताकि बच्चे को 9 खुराकें 59 माह की आयु तक मिल सकें। स्वास्थ्य और आईसीडीएस प्राधिकारियों के बीच समन्वय स्थापित करके सभी राज्यों और एक संघ राज्य क्षेत्र में विटामिन-ए संपूरण के लिए द्वि-वार्षिक चरण आयोजित किए जा रहे हैं। सितंबर 2014 तक, एचएमआईएस 2014-15 की स्थिति के अनुसार 37%, 32% और 29% बच्चों को विटामिन ए की क्रमशः पहली, पांचवीं और नौवीं खुराक दी गई।

## 5.9 तीव्र श्वसनी संक्रमण (एआरआई) और अतिसारी रोगों की वजह से रुग्णता और मृत्यु दर में कमी

### 5.9.1 बाल्यावस्था अतिसारी रोग

ओआरएस पैकेटों तथा जिंक गोलियों के ग्राम स्तरीय डिपोधारी आशा के साथ-साथ प्रत्येक सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केंद्र में ओआरएस तथा जिंक का प्रापण एवं इसकी आपूर्तियों के लिए राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों का निरीक्षण किया गया था। यह अनिवार्य है कि प्रोटोकॉल के अनुसार डीएच/सीएचसी/पीएचसी/अतिरिक्त पीएचसी/उप-केंद्रों में बाल्यावस्था अतिसार संबंधी परिचर्या के सभी मामलों में जिंक और ओआरएस प्रदान किया जाए जिसमें यह निर्धारित है कि अतिसार के लिए उपचारित प्रत्येक बच्चे को जिंक की 14 गोलियों और एक/दो ओआरएस पैकेट तथा थिरेपी शुरू होने पर आहार संबंधी परामर्श एवं सतत प्रशासन के लिए उपयुक्ततः परामर्श मिलना चाहिए।

अतिसार से होने वाली मौतों को रोकने तथा समुदाय में जागरूकता पैदा करने के लिए 'बाल्यावस्था अतिसार की वजह से शून्य बाल मृत्यु' के अंतिम लक्ष्य के साथ पूरे देश में 28 जुलाई से 8 अगस्त, 2014 तक एक तीव्रीकृत अतिसार नियंत्रण पखवाड़ा (आईडीसीएफ) कार्यान्वित किया गया था। प्रति जिला 10 लाख रूपए की दर से इन कार्यकलापों के लिए समर्पित वित्तपोषण प्रदान किया जाता है। पखवाड़ा के दौरान, पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों के घर का दौरा करेंगे, समुदाय स्तरीय जागरूकता पैदा करने संबंधी कार्यकलाप करेंगे, पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों वाले परिवारों को ओआरएस के पैकेट बांटेंगे, स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों तथा आंगनवाड़ी केंद्रों में ओआरएस कॉर्नर स्थापित किए गए थे। स्वास्थ्य कर्मियों ने नवजात और छोटे बच्चों के

आहार संबंधी परिपाटियों, स्वच्छता और साफ-सफाई की उपयुक्त पद्धतियों के संबंध में परामर्शी सेशन आयोजित किए। चूंकि इस अभियान को पहले ही कार्यान्वित किया जा चुका है, अतः आशा कर्मियों द्वारा पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में ओआरएस घर-घर प्रदान करने के लिए लगभग 2 करोड़ परिवारों तक पहुंच स्थापित की गई। 1.1 लाख स्कूलों ने भाग लिए और स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में 1.9 लाख ओआरएस जिंक कॉर्नर स्थापित किए गए। 36.08 लाख बच्चों के वजन में वृद्धि तथा रुग्णता के संबंध में जांच की गई।

### 5.9.2 तीव्र श्वसनी संक्रमण (एआरआई)

हालांकि तीव्र ऊपरी श्वसन नली में संक्रमण बच्चों में बारंबार होते हैं तथापि पांच वर्ष से कम आयु में होने वाली मौतों के अग्रणी कारणों में से एक निमोनिया है। निमोनिया की शीघ्र पहचान तथा उपचार जीवन रक्षक हो सकता है। गैर-गंभीर निमोनिया वाले बच्चों के लिए एआरआई नियंत्रण कार्यक्रम फर्स्ट लाइन औषधि के रूप में ओरल काट्रिमोक्साजोल की सिफारिश करता है। इसकी आपूर्ति उप-केंद्र स्तर पर की जाती है तथा फ्रंट लाइन स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा निमोनिया के समुदाय आधारित उपचार के हेतु औषध के रूप में इसकी सिफारिश की जाती है।

अमोक्सिलिन को डॉक्टरों द्वारा सुविधा केंद्र स्तर पर गैर-गंभीर निमोनिया के उपचारार्थ एक प्राथमिकता प्राप्त औषध के रूप में सिफारिश की जाती है। यह अनुमान किया गया है कि निमोनिया से पीड़ित 10 बच्चों के लिए अस्पताल में उपचार प्रदान करने हेतु रेफर करने की आवश्यकता हो सकती है। गंभीर मरीजों के अंतरंग उपचार के लिए ऑक्सीजन एवं इंजेक्शन वाले एंटीबायोटिक दवाइयों की सिफारिश की जाती है और संस्तुत एंटीबायोटिक को आवश्यक औषधि की सूची में शामिल किया गया है। प्रत्येक स्तर पर नेबुलाइजर, पल्स ऑक्सीमीटर तथा संबद्ध एंटीबायोटिक्स जैसे अपेक्षित उपस्करों के प्रापण के लिए प्रावधान किए गए हैं। राज्यों को सहायता प्रदान करने के लिए मानक उपचारात्मक प्रोटोकॉलों तथा प्रचालनात्मक कार्यनीतियों के साथ एक विस्तृत निमोनिया और एआरआई दिशा-निर्देश भी तैयार किए जा रहे हैं ताकि निवारक और उपचारात्मक सेवाओं का उन्नयन किया जा सके।

### 5.9.3 एकीकृत नवजात शिशु और बाल्यावस्था रोग प्रबंधन (आईएमएनसीआई):

सीएचसी/एफआरयू में रूग्ण बच्चों तथा नवजात शिशुओं को परिचर्या प्रदान करने के लिए सुविधा आधारित आईएमएनसीआई में चिकित्सा अधिकारियों तथा स्टाफ नर्सों को प्रशिक्षित किया जाएगा। प्रशिक्षण की प्रभावी कवरेज के लिए विभिन्न प्रशिक्षण पैकेजों में सामंजस्य किया जा रहा है।

### 5.10 राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके)

**राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके):** यह पहल फरवरी, 2013 को आरंभ की गई थी, जिसमें 4 डी अर्थात् जन्म दोष, विकृतियां, अशक्तता सहित विकास में विलंब की आरंभिक जांच तथा प्रबंधन के माध्यम से बाल स्वास्थ्य जांच एवं शीघ्र कार्यकलाप सेवाओं हेतु प्रावधान शामिल हैं। चल स्वास्थ्य दल 11422 (केरल को छोड़कर, यहां 1500 जेपीएचएन कार्यरत हैं), 266 जिला तत्काल कार्यकलाप केंद्र अनुमोदित किए गए हैं। वर्ष 2013-14 में 7.99 करोड़ रूपए बच्चों की जांच की गई, 43.1 लाख बच्चों को स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों में रेफर किया गया और 10.9 लाख बच्चों ने इन सेवाओं का लाभ उठाया। वर्ष 2014-15 (मार्च से जून, 2014 तक) की पहली तिमाही में लगभग 1.33 करोड़ बच्चों की जांच की गई है, 8.44 लाख बच्चों की उपचारार्थ स्वास्थ्य सुविधा केंद्रों को रेफर किया गया है। लगभग 4.36 लाख बच्चों को द्वितीयक तृतीयक परिचर्या मिली है।

### 5.11 व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम (यूआईपी)

प्रतिरक्षण कार्यक्रम (आईपी) बच्चों के जीवन को जोखिम में

डालने वाली स्थितियों से सुरक्षा करने के लिए एक मुख्य क्रियाकलाप है जो निवार्य है। रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम को विस्तारित रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के रूप में वर्ष 1978 में शुरू किया गया। इसे व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के रूप में 1985 में गति मिली और वर्ष 1989-90 तक पूरे देश में सभी जिलों को कवर करने के लिए चरणवार ढंग से कार्यान्वित किया गया। यूआईपी वर्ष 1992 में शिशु उत्तरजीविता और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का एक भाग हो गया। वर्ष 1997 से, रोग प्रतिरक्षण क्रियाकलाप राष्ट्रीय प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का एक महत्वपूर्ण कार्यक्रम रहा है। रोग प्रतिरक्षण 2005 में शुरू किए गए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के अंतर्गत एक मुख्य क्षेत्र है तथा अब यह राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के संरक्षणाधीन है।

व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत भारत सरकार नौ वैक्सीन निवार्य रोगों से गंभीर रूप से बचाव के लिए टीकाकरण प्रदान कर रही है, अर्थात्:

- डिप्थीरिया, कुकुरखांसी, टेटनस, पोलियो, खसरा, बाल्यावस्था क्षयरोग और हेपाटाइटिस-बी। मेनिंगगाइटिस/निमोनिया के कारण हीमोफिलस इंप्लुएंजा बी (हिब) और जापानी एंसेफेलाइटिस
- इसके अतिरिक्त, चुनिंदा राज्यों में हिब संक्रमण की रोकथाम के लिए वैक्सीनेशन दी जाती है तथा चुनिंदा जिलों में जापानी एंसेफाइटिस हेतु वैक्सीनेशन प्रदान की जाती है।

#### 5.11.1 प्रतिरक्षण कार्यक्रम

क्र.सं.	वैक्सीन	बचाव	खुराकों की संख्या	टीकाकरण कार्यक्रम
1	बीसीजी (बैसिलस कलमेट गुरिन)	क्षयरोग	1	जन्म के समय (यदि पहले न दिया गया हो तो 1 वर्ष तक)
2	ओपीवी (ओरल पोलियो टीका)	पोलियो	5	सांस्थानिक प्रसव के लिए 15 दिनों के अंदर जन्म की खुराक, 6, 10 और 14 सप्ताह में तीन प्राथमिक खुराक और 16-24 माह की आयु में 1 बूस्टर खुराक पिलाई जाती है।

क्र.सं.	वैक्सीन	बचाव	खुराकों की संख्या	टीकाकरण कार्यक्रम
3	हेपाटाइटिस बी	हेपाटाइटिस	4	सांस्थानिक प्रसवों के लिए जन्म से 24 घंटे के भीतर और 6-10 और 14 सप्ताह की आयु में तीन प्राथमिक खुराक।
4	डीपीटी (डिप्थीरिया, परटुसिस और टेटनस टाक्साइड)	डिप्थीरिया, काली खांसी और टिटनेस	5	6,10,14 सप्ताह में तीन खुराक और 16-24 माह और 5 वर्ष की आयु में दो बूस्टर खुराक
5	खसरा	खसरा	2	9 से 12 माह में और दूसरी खुराक 16 से 24 माह की आयु में।
6.	टीटी (टेटनस टॉटॉक्साइड)	टिटनेस	2	<b>बच्चे:</b> 10 वर्ष और 16 वर्ष की आयु में
			2	<b>गर्भवती महिलाएं:</b> दो खुराक दी जाए (यदि पहले 3 सालों में दी हो तो एक खुराक)
7.	जेई वैक्सीनेशन (19 राज्यों में 177 चुनिंदा जेई स्थानिक मारी वाले जिलों में)	जापानी एंसेफालाइटिस (दिमागी रोग)	2	अभियान के समापन उपरांत जेई स्थानिक मारी वाले जिलों में 16-24 माह की आयु में दूसरी खुराक तथा 9-12 माह की आयु में पहली खुराक
8.	(हिब+डीपीटी+हेपा+बी) फिलहाल आठ राज्यों (तमिलनाडु और केरल, हरियाणा,कर्नाटक, गोवा, जम्मू व कश्मीर तथा पुदुच्चेरी)	डिप्थीरिया, काली खांसी, टिटनेस, हेपाटाइटिस बी और हीमोफिलिज इंप्लुएंजा टाइप बी से संबद्ध न्यूमोनिया मेनिनजाइटिस	3	6,10 और 14 सप्ताह की आयु में

### 5.11.2 व्यापक रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम (यूआईपी) की स्थिति

पिछले वर्षों से रोग प्रतिरक्षण कवरेज के संदर्भ में उपलब्धियां में सुधार हो रहा है तथापि, डीपीटी 3 और ओपीवी3 कवरेज में विशेष सुधार तथा ड्रापआउट में कमी लाने की और आवश्यकता है। मूल्यांकित कवरेज के अनुसार उपलब्धियां निम्नलिखित तालिका में दर्शाई गई हैं:

(आकड़े प्रतिशत में हैं)

स्रोत	बच्चों संबंधी द्रुत सर्वेक्षण (आरएसओसी)	कवरेज मूल्यांकन सर्वेक्षण (सीईएस)		जिला स्तरीय घरेलू सर्वेक्षण (डीएलएचएस)	
		2006	2009	डीएलएचएस 2 (2002-04)	डीएलएचएस 3 (2007-08)
समय अवधि	2013-14	2006	2009	डीएलएचएस 2 (2002-04)	डीएलएचएस 3 (2007-08)
पूर्ण रोग प्रतिरक्षण	65.2	62.4	61.0	45.8	54.0
बीसीजी	एनए	87.4	86.9	75.0	86.7
ओपीवी3	एनए	67.5	70.4	57.7	66.0
डीपीटी3	74.7	68.4	71.5	58.2	63.5
खसरा	78.8	70.9	74.1	56.1	69.5
रोग प्रतिरक्षण नहीं	6.7	-	7.6	19.8	4.5

9 राज्यों में हालिया किए गए वार्षिक सर्वेक्षण (एएचएस 2012-13) ने 9 राज्यों में प्रतिरक्षण में सुधार दर्शाया।

भारत में प्रतिरक्षण कवरेज में विगत 21 वर्षों में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस) 92-93 के अनुसार 35.5% से बच्चों संबंधी द्रुत सर्वेक्षण (आरएसओसी)

2013-14 के अनुसार 65.2% तक बढ़ोत्तरी हुई है।

सभी राज्य/संघ राज्य क्षेत्र विशेष आवश्यकताओं पर ध्यान देने के लिए वर्ष 2005-06 से एनआरएचएम पीआईपी के भाग 'ग' के रूप में प्रतिरक्षण हेतु अपनी स्वयं की राज्य कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना तैयार करते हैं।

वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2012-13)							
राज्य	बीसीजी	ओपीवी3	डीपीटी3	खसरा	एफआई	पोलियो (जन्म के समय खुराक)	कोई प्रतिरक्षण नहीं
उत्तराखंड	93.3	85.8	85.2	85.2	79.6	76.1	4.9
छत्तीसगढ़	96.6	83.3	81.8	90.0	74.9	87.8	2.9
राजस्थान	91.5	80.8	79.6	83.5	74.2	80.9	5.8
बिहार	94.7	82.7	81.6	80.3	69.9	69.0	3.7
झारखंड	94.8	80.0	80.0	82.9	69.9	77.2	3.1
असम	93.8	78.1	77.6	80.9	64.4	79.3	3.4
ओडिशा	98.2	82.0	82.8	89.2	68.8	83.6	0.8
मध्य प्रदेश	95.7	77.1	76.3	85.4	66.4	87.1	3.6
उत्तर प्रदेश	86.3	64.1	63.2	65.8	52.7	70.7	7.6

### 5.11.3 वर्ष 2012: नेमी प्रतिरक्षण के तीव्रीकरण का वर्ष

शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों दोनों में अल्प कवरेज के क्षेत्रों के साथ भारत में प्रतिरक्षण कवरेज विभिन्न रही है। देश में प्रतिरक्षण रूप रेखा की वृद्धि के प्रयास में भारत सरकार ने वर्ष 2012 को "नेमी प्रतिरक्षण के तीव्रीकरण के वर्ष" के रूप में घोषित किया।

- नेमी प्रतिरक्षण के तीव्रीकरण के वर्ष 2012-13 में यूआईपी के अंतर्गत विभिन्न एंटीजनों की 160 लाख से अधिक प्रत्येक लाभार्थियों को पिलाई गई है।
- 10 लाख से अधिक बच्चे पहली बार वैक्सीन लेने वाले थे। यदि उन बच्चों तक प्रतिरक्षण कार्यक्रमों के जरिए कार्यनीतिगत एप्रोच हेतु योजना नहीं बनाई गई होती तो उन बच्चों का वैक्सीनेशन नहीं हो पाता।

### 5.11.4 विशेष प्रतिरक्षण सप्ताह (एसआईडब्ल्यू) 2014-15: अगम तक पहुंच हेतु अभियान

आरआई के तीव्रीकरण की कार्यनीति के क्रम में पोलियो

उन्मूलन कार्यक्रम के जरिए अभिज्ञात लगभग 400, 000 उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों और कम कवरेज वाले पैकेटों में 2 वर्ष की आयु तक के बच्चों तथा गर्भवती महिलाओं को लक्षित करते हुए विश्व प्रतिरक्षण सप्ताह के अनुसरण में चार एसआईडब्ल्यू आयोजित किए गए हैं। एंटीजन वार कवरेज निम्नानुसार है:

(लाख रुपए में)

बीसीजी	डीपीटी	खसरा	जेई	पेंटा	हेपा.बी.	ओपीवी	टीटी
1.85	9.4	4.81	0.91	1.29	6.35	11.10	3.03

### 5.11.5 पेंटावैलेंट वैक्सीन (डीपीटी + हेप-बी + हिब) शुरू करना

भारत ने नेमी प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत दिसंबर, 2011 से दो राज्यों अर्थात् केरल और तमिलनाडु में डीपीटी, हेपाटाइटिस-बी और हिब वैक्सीन युक्त पेंटावैलेंट वैक्सीन शुरू की और छह और राज्यों अर्थात् हरियाणा, गोवा,



पुदुच्चेरी, जम्मू एवं कश्मीर तथा गुजरात एवं कर्नाटक में वर्ष 2012–13 में पेंटावैलेंट वैक्सीन शुरू की गई। इस कार्यक्रम के अंतर्गत डीपीटी और हेपाटाइटिस बी प्रतिरक्षण कार्यक्रम के भाग थे और प्राथमिक खुराक देने के लिए 6 इंजेक्शनों की आवश्यकता थी। पेंटावैलेंट वैक्सीन की शुरुआत को एंटीजन अर्थात् हिब से जोड़ा गया है, जो हीमोफिलिज इंफ्लुएंजा टाइप बी से संबद्ध निमोनिया और मेनिनजाइटिस से बचाव करता है तथा इंजेक्शनों की संख्या 3 तक कम कर दी गई है। इसकी शुरुआत होने से अब तक इन 8 राज्यों में बच्चों को 23 मिलियन लाख से अधिक पेंटावैलेंट वैक्सीन की खुराकें पिलाई गई हैं। अक्टूबर, 2014 से 12 राज्यों में पेंटावैलेंट वैक्सीन का विस्तार किया गया है (आंध्र प्रदेश, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, झारखंड, मध्य प्रदेश, पंजाब, तेलंगाना, राजस्थान, पश्चिम बंगाल, दिल्ली और उत्तराखंड)

#### 5.11.6 हेपाटाइटिस बी वैक्सीन

भारत सरकार द्वारा वर्ष 2010–2011 में हेपाटाइटिस बी का विस्तार पूरे देश में सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में किया गया है। डीपीटी और पोलियो वैक्सीन की प्राथमिक श्रृंखला सहित 6वें, 10वें और 14वें सप्ताह में शिशुओं का इन्ट्रा-मास्क्यूलर (आईएम) इंजेक्शन के रूप में मोनोवैलेंट हेपाटाइटिस बी वैक्सीन दी गई है। सांस्थानिक प्रसवों में जन्म लेने वाले बच्चों को जन्म के 24 घंटों के अंदर हेपाटाइटिस बी की एक अतिरिक्त खुराक दी जाती है।

#### 5.11.7 खसरे की दूसरी खुराक की शुरुआत:

पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में होने वाली मौतों में प्रत्यक्ष रूप से कमी में और सहस्राब्दी विकास लक्ष्य संख्या-4 के लक्ष्य को पूरा करने में खसरा रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम का योगदान है। प्रतिरक्षण संबंधी राष्ट्रीय तकनीकी सलाहकार समूह (एनटीएजीआई) की सिफारिश पर खसरे संबंधी रूग्णता और मृत्यु में तेजी से कमी करने के लिए खसरे के टीकाकरण के लिए, द्वितीयअवसर को वर्ष 2010–11 से शुरू किया गया है। इसकी कार्यनीति एनटीएजीआई ने उन 14 राज्यों के लिए जहां पर खसरे की वैक्सीन की मूल्यांकित



कवरेज 80 प्रतिशत से कम है, वहां पर खसरा अनुपूरक रोग प्रतिरक्षण क्रियाकलापों की एक और अन्य खुराक शामिल करने की थी उसके बाद 6 माह के उपरांत इसे नेमी प्रतिरक्षण कार्यक्रम के साथ एकीकृत करने की कार्यनीति थी। जबकि अन्य शेष 21 राज्यों में जहां पर कवरेज 80 प्रतिशत से अधिक थी, वहां पर खसरे की रोग प्रतिरक्षण कार्यक्रम के जरिए सिवाय दिल्ली पुदुच्चेरी, सिक्किम और गोवा राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के, जहां उन्होंने राज्य की पहल के रूप में अपनी खुद की दूसरी खुराक के रूप में दूसरी खसरे युक्त वैक्सीन (गलगण्ड-खसरा-रुबेला वैक्सीन) शुरू की गई।

**5.11.8 14 राज्यों में खसरा अनुपूरक प्रतिरक्षण कार्यक्रम (एसआईए):** एसआईए तीन चरणों में हुआ। चरण 1 के दौरान, 87.2 % कवरेज के साथ 13 राज्यों में 45 जिलों में खसरे की वैक्सीन से 1.2 करोड़ बच्चों को वैक्सीनेशन दिया गया। चरण-II के दौरान 14 राज्यों में 152 जिलों में 3.6 करोड़ बच्चों को वैक्सीनेशन दिया गया। इस अभियान के चरण III में 5 राज्य अर्थात् मध्य प्रदेश, उत्तर प्रदेश, गुजरात, राजस्थान तथा बिहार में 167 जिलों में 11.8 करोड़ बच्चों (85 %) को वैक्सीनेशन दिया गया।

भारत सरकार ने 11 सीरो (एसईएआरओ) देशों तथा सभी सहभागियों के साथ वर्ष 2020 की समाप्ति तक भारत तथा डब्ल्यूएचओ के दक्षिण-पूर्व एशियाई क्षेत्रों से खसरा और रुबेला (हल्का खसरा)के उन्मूलन हेतु संकल्प लिया है।

### 5.11.9 जापानी इंसेफलाइटिस (जेई) वैक्सीन शुरू करना:

जापानी इंसेफलाइटिस उच्च रोगी घातकता और दीर्घकालिक जटिलताओं वाला एक तीव्र वायरल रोग है। जेई वैक्सीनेशन की शुरुआत वर्ष 2006 में की गई थी। अब तक राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियंत्रण कार्यक्रम (एनवीबीडीसीपी) द्वारा यथाअभिज्ञात जेई स्थानिकमारी वाले 181 में से 154 जिलों को चेंगडू चीन द्वारा विनिर्मित जेई वैक्सीन (एसए 14-14-2) के एकल खुराक से जापानी एंसेफालाइटिस अभियान के अंतर्गत कवर किया गया है तथा जेई वैक्सीन की दो खुराकें (पहली 9-12 माह की आयु पर तथा दूसरी 16-24 माह के उम्र के बच्चों) के साथ नेमी प्रतिरक्षण में शुरू की गई हैं। इसके अतिरिक्त, शेष 27 जिलों को अगले वर्ष तक कवर करने की योजना है। अब तक जेई वैक्सीन की 108 मिलियन खुराकों को विभिन्न जेई अभियानों के तहत प्रदान किया जाता है।



आरआई के अंतर्गत जेई की दूसरी खुराक (16-24 माह की खुराक) का कवरेज डाटा

वर्ष	लक्ष्य (लाख में)	कुल वैक्सीनेटिड बच्चे (लाख में)	कुल कवरेज
2012-13	76.83 लाख	35.17 लाख	45.78 %
2013-14	40.44 लाख	17.75 लाख (सितम्बर, 2014 के अनुसार)	43.89%

(अप्रैल 2014 से अगस्त 2014 तक आनुपातिक लक्ष्य और कवरेज)

### 5.12 पल्स पोलियो प्रतिरक्षण (पीपीआई)

वर्ष 1988 में विश्व स्वास्थ्य संगठन के संकल्प के उपरांत वर्ष 1988 में पोलियो के उन्मूलन की वैश्विक पहल के साथ वर्ष 1995 में भारत में पल्स पोलियो प्रतिरक्षण कार्यक्रम की शुरुआत की गई। प्रत्येक वर्ष राष्ट्रीय और उप राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दौरों (उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों में) के दौरान 0-5 वर्ष के आयु-समूह के बच्चों को पोलियो की बूंदें पिलाई गई। प्रत्येक राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दिवस (एनआईडी) के दौरान लगभग 172 मिलियन बच्चों को प्रतिरक्षित किया जाता है।



#### प्रगति

डब्ल्यूएचओ के दक्षिण-पूर्व एशिया क्षेत्र को पोलियो मुक्त के रूप में प्रमाणित किया गया है। 27 मार्च, 2014 को क्षेत्रीय प्रत्यायन आयोग (आरसीसी) को प्रमाणपत्र जारी किया गया जिसमें लिखा है कि "11 सदस्यीय राज्यों की राष्ट्रीय प्रमाणपत्र समितियों द्वारा प्रदत्त साक्ष्यों के आधार पर आयोग का निष्कर्ष यह है कि स्वदेशी वाइल्ड पोलियो विषाणु संचरण इस क्षेत्र के सभी देशों में रुक गया है। भारत ने पोलियो उन्मूलन का लक्ष्य हासिल कर लिया है और 13

पोलियो के अंतिम सूचित मामले		
पोलियो विषाणु का प्रकार	अंतिम मामले की तारीख	स्थान
पी1	13 जनवरी, 2011	हावड़ा (पांचला), पश्चिम बंगाल
पी2	24 अक्टूबर, 1999	अलीगढ़, यूपी
पी3	22 अक्टूबर, 2010	पाकुर (पाकुर) झारखंड

जनवरी, 2011 को सूचित अंतिम मामले के उपरांत 3 वर्षों से ज्यादा समय तक पोलियो के किसी भी मामले की सूचना नहीं मिली है। डब्ल्यूएचओ ने 24 फरवरी, 2012 को भारत को सक्रिय स्थानिकमारी वाइल्ड पोलियो विषाणु संचरण की सूची से हटा दिया।

पल्स पोलियो कार्यक्रम के सफल कार्यान्वयन में 24 लाख वैक्सीन प्रदाता और 1.5 लाख पर्यवेक्षक शामिल हैं। विगत 10 वर्षों के दौरान प्रभावित जिलों की संख्या और मामलों की कुल संख्या नीचे दी गई है:

वर्ष	पोलियो के मामले	जिलों की संख्या
2005	66	35
2006	676	114
2007	874	99
2008	559	90
2009	741	56
2010	42	17
2011	01	1
2012	00	00
2013	00	00
2014	00	00*

\* 25 नवंबर, 2014 की स्थिति के अनुसार

### पोलियो उन्मूलन के लक्ष्य की प्राप्ति के लिए सरकार द्वारा उठाए गए कदम

- देश में सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों ने देश में पोलियो के किसी भी प्रकोप के प्रति अनुक्रिया के



लिए द्रुत अनुक्रिया दल (आरआरटी) तैयार किए हैं। सभी राज्यों द्वारा एक आपातकालीन तैयारी और अनुक्रिया योजना (ईपीआरपी) भी तैयार की गई है जिसमें पोलियो के मामले का पता लगने पर उठाए जाने वाले कदम निर्दिष्ट किए गए हैं।

- पड़ोसी देशों के समीपवर्ती क्षेत्रों जैसे पंजाब में वाघा बार्डर और अटारी ट्रेन स्टेशन तथा राजस्थान के बाड़मेर जिले में मुनाबो ट्रेन स्टेशन में विशेष बूथ स्थापित किए गए हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सीमा पार से आने वाले 5 वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों को पोलियो की बूंदें पिलाई जाए।
- भारत में पोलियो विषाणु को आने से रोकने के एक निवारक उपाय के रूप में, भारत सरकार ने सभी अंतर्राष्ट्रीय यात्रियों के लिए भारत से पोलियो प्रभावित देशों अर्थात् अफगानिस्तान, नाइजीरिया, पाकिस्तान, इथियोपिया, केन्या, सोमालिया, सीरिया और कैमरून में जाने के लिए इनके प्रस्थान से पहले ओरल पोलियो वैक्सीनेशन (ओपीवी) की अपेक्षा को अनिवार्य बना दिया है। यह अनिवार्य अपेक्षा दिनांक 01 मार्च, 2014 से सभी यात्रियों के लिए लागू है।
- पड़ोसी देशों से बाहर से आने वाले खतरे को कम करने के लिए अंतर्राष्ट्रीय सीमा वैक्सीनेशन चौबीसो घंटे सभी पात्र बच्चों को दिया जा रहा है। ये उन अंतरराष्ट्रीय सीमाओं पर स्थापित विशेष बूथों के जरिए प्रदान किए जा रहे हैं जहां पाकिस्तान, बांग्लादेश, भूटान, नेपाल और म्यांमार की सीमा भारत से लगती है।
- मुंबई, दिल्ली, पटना, कोलकाता, पंजाब और गुजरात में पर्यावरण निगरानी स्थापित की गई है। जो पोलियो विषाणु संचरण के लिए एक सेरोगेट संकेतक के रूप में कार्य करता है तथा पर्यावरण में पोलियो विषाणु की शीघ्र पहचान के लिए एक संवेदनशील संकेतक है।
- पोलियो विषाणु और वैक्सीन व्युत्पन्न पोलियो विषाणु (वीडीपीवी) के देश में आने अथवा संचरण के लिए पूरे देश में निगरानी के जरिए अत्यंत उच्च सतर्कता स्तर बनाए जा रहे हैं।

- राष्ट्रीय प्रतिरक्षण तकनीकी सलाहकारी समूह (एनटीएजीआई) ने पोलियो के अंतिम उन्मूलन की कार्यनीति के एक भाग के रूप में वर्ष 2015 की अंतिम तिमाही में पूरे देश में डीपीटी की तीसरी खुराक के साथ एक अतिरिक्त खुराक के रूप में इंजेक्टिबल पोलियो विषाणु (आईपीवी) की सिफारिश की है।
- पल्स पोलियो दौर के दौरान प्रत्येक पात्र बच्चे तक पहुंचने के लिए नियत बच्चों एवं घर-घर दौरो करके बच्चों के वैक्सीनेशन की कार्यनीति के अलावा पूरे देश में मार्गस्थ, रेलवे स्टेशनों, लंबी दूरी की रेलगाड़ियों के अंदर, मुख्य बस स्टापों, बाजार स्थलों, धार्मिक मेलों, मुख्य रोड क्रॉसिंग इत्यादि में बच्चों के वैक्सीनेशन के प्रयासों को तेज किया गया है।
- सामुदायिक सहभागिता तथा पोलियो वैक्सीन की स्वीकार्यता में उन्नयन हेतु प्रभावशाली व्यक्तियों, समुदायों तथा धार्मिकों नेताओं को शामिल करके सामाजिक जुटाव संबंधी कार्यकलापों में तेजी लाई जा रही है।
- वाइल्ड पोलियो वैक्सीन (डब्ल्यूपीवी) अथवा संचरण होने वाले वैक्सीन व्युत्पन्न पोलियो विषाणु (सीवीडीपीवी) के प्रति अनुक्रिया हेतु मुख्यसेव्य पोलियो वैक्सीन (ओपीवी)का एक सतत आपातकालीन स्टाक रखा जा रहा है।

**मातृ और नवजात टिटनेस उन्मूलन (एमएनटीई):** भारत सरकार ने राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय एजेंसियों (डब्ल्यूएचओ, यूनिसेफ, अन्य) की सहायता से 26 राज्यों(2005-14) में मातृ और नवजात टिटनेस उन्मूलन (एमएनटीई) को वैद्यता प्रदान की। भारतवर्ष 2015 तक पूरे देश में एमएनटीई वैद्यता का लक्ष्य हासिल करने हेतु प्रतिबद्ध है।

**राष्ट्रीय कोल्ड चैन प्रबंधक सूचना प्रणाली:** राष्ट्रीय स्तर पर कोल्ड चैन उपस्करों की स्थिति का पता लगाने के लिए वर्ष 2011-13 में एक वेब अनुकूल राष्ट्रीय कोल्ड चैन प्रबंधन सूचना प्रणाली (एनसीसीएमआईएस) तैयार की गई है। इसका लक्ष्य पूरे देश में सभी स्तरों पर कोल्ड चैन उपस्करों की कार्यात्मकता का वास्तविक समय डाटा एकत्र करना है। सभी राज्यों ने इस डाटा को अपलोड कर लिया है।

### आईईसी / बीसीसी सुदृढीकरण

- अप्रैल 2013 में नया लोगो और टैग लाइन तैयार की

गई तथा शुरू की गई।

- रेडियो स्पोट्स और टीवी विज्ञापन बनाए गए।
- बैनरों और पोस्टरों के लिए मुद्रित प्रोटोटाइप तैयार किए गए।

भारत सरकार राष्ट्रीय प्रतिरक्षण तकनीकी सलाहकारी समूह (एनटीएजीआई) तथा पुनःस्थापित संबंधी कार्यनीति की सिफारिशों के अनुसार निम्नानुसार चार नई वैक्सीनें शुरू कर रही है:-

1. पोलियो के अंतिम उन्मूलन की कार्यनीति के एक भाग के रूप में वर्ष 2015 की अंतिम तिमाही में पूरे देश में डीपीटी की तीसरी खुराक के साथ एक अतिरिक्त खुराक के रूप में **इनएक्टिवेटिड पोलियो विषाणु (आईपीवी)** शुरू की गई तथा वैश्विक रूप से सामंजस्य तरीके से नेमी प्रतिरक्षण और पोलियो अभियानों दोनों के अंतर्गत टीओपीवी से बीओपीवी की ओर रुख किया है जिसके लिए 2015 के मध्य तक अनंतिम रूप से विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा घोषणा की जाएगी।
2. **रुबेला वैक्सीन** को दो से तीन वर्षों की अवधि के दौरान एक चरणबद्ध तरीके से 9 माह से 15 वर्ष तक के बच्चों को लक्षित करके एक खसरा रुबेला (एमआर) अभियान के रूप में शुरू किया जाना। बाद में, रुबेला वैक्सीन को खसरे के स्थान पर दो खुराकों में एमआर वैक्सीन के रूप में शुरू किया जाएगा जिसमें 9-12 माह तथा 16-24 माह पर 1 और 2 वैक्सीन शामिल होंगी।
3. **रोटावायरस वैक्सीन** उपलब्धता के अनुसार कुछेक राज्यों/जिलों में चरणबद्ध तरीके से डीपीटी की पहली, दूसरी तथा तीसरी खुराक के साथ 3 खुराक वाली वैक्सीन के रूप में यूआईपी के अंतर्गत दी जाएगी।
4. **वयस्क जेई वैक्सीन:** जापानी इंसेफालाइटिस (जेई) वैक्सीनेशन सतत है तथा यह जेई के स्थानिकमारी वाले जिलों में 1-15 वर्ष के आयु के बच्चों को दी जाती है।

एनटीएपीआई की सिफारिशों के अनुसार, भारत सरकार ने जेई के उच्च भार वाले जिलों में इस आयु को वयस्क आबादी तक बढ़ाने का निर्णय लिया है।