शासकीय उपयोग हेतु

आदिवासी क्षेत्रों में संचालित टीकाकरण कार्यक्रम का मूल्यांकन अध्ययन

(जिला–बिलासपुर / कोरबा के संदर्भ में)

मार्गदर्शन	–	डॉ. टी.राधाकृष्णन
निर्देशन एवं संपादन	–	श्री पी.एल. चौधरी
क्षेत्रीय कार्य एवं प्रतिवेदन	–	श्रीमती उषा शर्मा
		श्री एल.चौहान
		श्रीमती उषा लकड़ा
सहयोग	–	श्री रूपेश्वर सिंह
		श्री नान्हू राजपूत
		श्री ओम प्रकाश भास्कर
		कु. अर्चना वर्मा

आदिमजाति अनुसंधान एवं प्रशिक्षण संस्थान

क्षेत्रीय इकाई, बिलासपुर 2015

अनुक्रमणिका

		पृष्ठ
अध्याय-1	**प्रस्तावना**	**01-10**
1.1	प्रस्तावना	
1.2	टीकाकरण के उद्देश्य	
1.3	टीकाकरण अध्ययन के उद्देश्य	
1.4	अध्ययन प्रविधि	
1.5	तथ्यों का संकलन एवं साक्षात्कार	
1.6	सर्वेक्षित परिवारों में कुल जनसंख्या	
1.7	सामान्य जानकारी एवं विभिन्न स्वास्थ्य सूचकांक	
अध्याय-2	**टीकाकरण**	**11-19**
2.1	गर्भवती महिलाओं का टीकाकरण	
2.2	शिशुओं को टीकाकरण	
2.3	बच्चों को टीकाकरण	
2.4	विटामिन ए खुराक	
2.5	बी. सी. जी. का टीका	
2.6	पोलियों का टीका	
2.7	खसरे का टीका	
2.8	हिपेटाईटिस बी का टीका	
2.9	टायफॉइट का टीका	
अध्याय-3	**सात प्राणघातक रोग तथा उनसे सुरक्षा के उपाय**	**20-25**
3.1	टेटनस (अनुस्तम्भ या धनुष-टंकार)	
3.2	डिप्थीरिया	
3.3	काली खांसी या कुकर खांसी	
3.4	क्षय रोग या तपैदिक	
3.5	पोलियो	
3.6	खसरा	
3.7	हिपैटाइटिस	

अध्याय-4	**शिशु संरक्षण**	**26-30**
4.1	शिशु संरक्षण माह	
4.2	शिशु संरक्षण माह के दौरान सेवाओं का पैकेज	
4.3	शिशु संरक्षण माह में ए.एन.एम. की जिम्मेदारियां	
4.4	शिशु संरक्षण माह में आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की जिम्मेदारियां	
4.5	शिशु संरक्षण माह में मितानिन की जिम्मेदारियां	
अध्याय-5	**नियमित प्रतिरक्षण (टीकाकरण उपलब्धियां)**	**31-41**
अध्याय-6	**सर्वेक्षित परिवारों की स्थिति**	**42-47**
6.1	साक्षरता	
6.2	शिक्षा का स्तर	
6.3	विवाहितों का प्रतिशत	
6.4	विवाहितों की स्थिति	
6.5	विकासखण्डवार विवाहितों की स्थिति	
6.6	सर्वेक्षित परिवारों में व्यवसाय की स्थिति	
6.7	उपलब्ध सुविधाएं	
अध्याय-7	**सर्वेक्षित ग्रामों में टीकाकरण**	**48-52**
7.1	ग्राम में उपलब्ध चिकित्सा से संबंधित व्यक्ति	
7.2	घर से टीकाकरण स्थल/केन्द्रों की दूरी	
7.3	गर्भवती स्त्रियों का टीकाकरण	
7.4	सर्वेक्षित परिवारों में 00 से 01 वर्ष तक के बच्चों का टीकाकरण	
7.5	01 से 05 वर्ष तक बच्चों का टीकाकरण	
7.6	पल्स पोलियो टीकाकरण	
7.7	टीकाकरण का प्रचार-प्रसार	
7.8	टीकाकरण से वंचित सदस्य	
7.9	सर्वेक्षण की अन्य बातें	
अध्याय-8	**निष्कर्ष समस्याएं एवं सुझाव**	**53-58**
8.1	निष्कर्ष	
8.2	समस्याएं एवं सुझाव	

अध्याय–एक

प्रस्तावना

1.1 प्रस्तावना

सन् 1974 में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने विश्व स्तर पर संचालित होने वाले टीकाकरण कार्यक्रम का प्रारंभ किया। इसका उद्देश्य सन् 2000 तक सात जानलेवा बीमारियों (टिटनस, डिप्थीरिया, काली खांसी, पोलियो, क्षय रोग, खसरा एवं हेपेटाइटिस) से बचाव हेतु समस्त बच्चों को टीकाकरण कार्यक्रम के अन्तर्गत सुरक्षा प्रदान करने का रखा गया। विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा प्रारंभ इस कार्यक्रम को ही विस्तारित टीकाकरण या ई.पी.आई. (Expanded Programme of Immunization) कहते है। हमारे देश ने यह कार्यक्रम सन् 1978 में अंगीकार किया।

वर्तमान में यही कार्यक्रम "व्यापक प्रतिरक्षण कार्यक्रम " या यू.पी.आई. (Universal Programme of Immunization) कहा जाता है। 19 नवम्बर 1985 को भारत की पूर्व प्रधानमंत्री श्रीमती इंदिरा गांधी के जन्मदिन की स्मृति में भारत सरकार ने व्यापक प्रतिरक्षण कार्यक्रम (UPI) का शुभारंभ किया तथा इस कार्यक्रम को राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में सर्वोच्च महत्व प्रदान कर सन् 1990 तक समस्त योग्य जनसंख्या (गर्भवती महिलाएं, बच्चे इत्यादि) को टीकाकरण प्रदान करने का लक्ष्य रखा गया। 1992 में यह सी.एस.एस.एम. (Child Survival and Safe Motherhood) का भाग बना जबकि 1997 से टीकाकरण गतिविधियां आर.सी.एच. (RCH) के अन्तर्गत चलाई जा रही है।

टीके बीमारियों से बचाने में सहायक होते है। अमेरिका में पैदा हुए बच्चों को पहला टीका, उनके जन्म के तुरंत बाद लगाया जा सकता है बाद के टीके स्वस्थ बच्चा जॉचों के समय, आपके शिशु चिकित्सक द्वारा अथवा स्थानीय स्वास्थ्य विभाग में लगवाए जा सकते है। औरतों, शिशु और बच्चों (WIC) मुलाकातों या बच्चे को स्कूल में दाखिला दिलाने के लिए टीकों का लगना आवश्यक है।

टीकों को प्रतिरक्षण (Immunization) भी कहा जाता है। इन्हें अक्सर इंजेक्शन द्वारा अथवा सुई चुभो कर (शॉट्स द्वारा) भी दिया जाता है। टीकों को या तो एक खुराक में या

समयांतर पर एक से ज्यादा खुराकों में दिया जाता है। प्रत्येक टीके के लिए खुराकों की पूरी संख्या आवश्यक रूप से पूरी की जाए जिससे टीका आपके बच्चे की पूरी सुरक्षा कर सके।

टीकाकारण मानव शरीर को संक्रामक रोगो से बचाने का सबसे प्रभावशाली तरीका है। विश्व के प्रत्येक देश में स्वास्थ्य संबंधी गतिविधियों में टीकाकरण कार्यक्रम एक मुख्य गतिविधि होता है। टीकाकरण को निम्न प्रकार से परिभाषित कर सकते है :–

1. व्यक्ति को विशिष्ट निर्मित पदार्थो (टीके) की सहायता से, कुछ रोगो के विरूद्ध प्रतिरक्षा शक्ति प्रदान करना ''टीकाकरण'' है।
2. कृत्रिम उपायों द्वारा रोग प्रतिरोधकता निर्माण करने की क्रिया को टीकाकरण कहते है।
3. टीकों के द्वारा कुछ रोगो के प्रति निरोधन क्षमता प्रदान करना अथवा उत्पन्न करना टीकाकरण है।

शिशु स्वास्थ्य संवर्धन कार्यक्रम के अंतर्गत टीकाकरण संचालित है साथ ही विटामिन ''ए'' पूरक खुराक, कृमिनाशक दवा, आयरन गोली तथा बच्चों का कुपोषण से बचाव आदि से संबंधित काम किए जाते है।

नियमित टीकाकरण अभियान के जरिए बच्चों की जिंदगी को बचाया जा सकता है जागरूकता के अभाव में आज भी कई मासूम जिंदगियां काल के ग्रास में समा जाती हैं। हर टीका का एक निर्धारित समय होता है ओरल पोलियो ड्रॉप बच्चों को तब दिया जाता है जब बच्चे के शरीर के अंदर प्रतिरोधक क्षमता बढ़ जाती है, इसका कारण यह है कि टीका के अंदर बैक्टीरिया होता है जिससे लड़ने के लिए शिशु के अंदर इम्यून सिस्टम का बेहतर होना जरूरी है, जन्म के 4–6 सप्ताह के अंदर बच्चों में प्रतिरोध क्षमता बढ़ जाती है शिशु मृत्युदर बढ़ने की सबसे मुख्य वजह डायरिया व निमोनिया है, भारत में प्रतिवर्ष 2 लाख 45 हजार मौते केवल निमोनिया से होती है वहीं प्रतिदिन इसका आंकड़ा 1100 है इसमें बैक्टीरिया जनित निमोनिया सबसे खतरनाक है, वहीं 20 प्रतिशत से अधिक मौते डायरिया से होती है। बच्चों के लिए बी.सी. जी., टिटनेस, डिप्थीरिया, काली खासी, पीत ज्वर के लिए टीकाकरण किया जाता था पर अभी रोटा वायरस के बचने के लिए टीकाकरण करने पर जोर दिया जा रहा है।

संचालनालय आदिम जाति अनुसंधान एवं प्रशिक्षण संस्थान रायपुर (छ.ग.) के पत्र क्रमांक/मूल्यांकन/2014/3040 रायपुर दिनांक 29.11.2014 के द्वारा आदिवासी क्षेत्रों में संचालित टीकाकरण कार्यक्रम का मूल्यांकन अध्ययन कार्य आदिम जाति अनुसंधान एवं प्रशिक्षण संस्थान क्षेत्रीय इकाई बिलासपुर को सौंपा गया तद्नुसार मूल्यांकन अध्ययन प्रतिवेदन प्रस्तुत है।

1.2 टीकाकरण के उद्देश्य (Objectives of Immunization)

1. शिशु मृत्यु दर (Infant Mortality Rate) कम करना – बच्चों को टेटनस, पोलियो, डिप्थीरिया, काली खांसी, क्षयरोग, हेपेटाइटिस एवं खसरा जैसी जानलेवा बीमारियों से बचाव के टीके लगाकर इस उद्देश्य की प्राप्ति की जा सकती है।
2. मातृ मृत्यु दर (Maternal Mortality Rate) में कमी करना – गर्भावस्था में माताओं को प्रतिरक्षित कर प्रसव उपरांत होने वाली मृत्युओं को काफी कम किया जा सकता है।
3. रोगों के संक्रमण तथा इनके वाहको पर नियंत्रण पाना।
4. रोग प्रतिरोधकता उत्पन्न कर, नागरिकों के स्वास्थ्य स्तर तथा जीवन प्रत्याशा में वृद्धि करना।
5. टीकों के निर्माण में पर्याप्त क्षमता अनुसंधान एवं तकनीक का विकास करना।
6. बच्चों को बचपन में होने वाली कई जानलेवा बीमारियों से बचाव करना।

1.3 अध्ययन के उद्देश्य :– प्रस्तुत अध्ययन का निम्न उद्देश्य है –

1. टीकाकरण के उद्देश्यों की प्राप्ति कहां तक सफल हुई ज्ञात करना।
2. संचालित टीकाकरण कार्यक्रम की स्थिति के बारे में जानना।
3. टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत प्राप्त सुविधाओं के बारे में जानना।
4. ए.एन.एम., आंगनबाड़ी कार्यकर्ता तथा मितानिन का टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत दिये जा रहे योगदान के बारे में जानना।

5. आदिवासी परिवार में टीकाकरण को लेकर क्या जागरूकता है पता लगाना।

1.4 अध्ययन प्रविधि :–

प्रस्तुत अध्ययन हेतु सर्वेक्षण कार्यकर्ताओं द्वारा बिलासपुर तथा कोरबा जिले के ग्रामों में जाकर क्षेत्र अध्ययन प्रविधि द्वारा अध्ययन किया गया।

1.5 तथ्यों का संकलन एवं साक्षात्कार :–

प्राथमिक तथ्यों का संकलन निरीक्षण तथा साक्षात्कार प्रविधि द्वारा किया गया। टीकाकरण के अध्ययन हेतु अनुसूची विधि का उपयोग करते हुए 2 जिलों में 4 आदिवासी बाहुल्य विकासखण्डों के 40 आदिवासी बाहुल्य आंगनबाड़ी संचालित ग्रामों में निवासरत 400 आदिवासी परिवारों का अध्ययन साक्षात्कार लेकर किया गया है। जिसमें प्रत्येक ग्राम में 10 आदिवासी परिवार जिनके घर में 5 वर्ष से कम उम्र वाले बच्चें हो उसी परिवार का चयन किया गया है। वि.ख. के चयनित ग्रामों में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/उप स्वास्थ्य केन्द्र स्तर के ग्राम/नगर को भी शामिल किया गया है।

द्वितीयक तथ्यों के संकलन के लिये प्रदेश में संचालित राज्य स्तर एवं राष्ट्रीय टीकाकरण योजनाओं की जानकारी ली गई है। आंगनबाड़ी के रजिस्टर से प्राप्त जानकारी मातृ एवं बाल सुरक्षा कार्ड, महिला बहुउद्देशीय कार्यकर्ता से प्राप्त जानकारी का उपयोग किया गया तत्पश्चात् प्राप्त तथ्यों का विश्लेषण, सारणीयन कर प्रतिवेदन लेखन का कार्य किया गया।

1.6 सर्वेक्षित परिवारों में कुल जनसंख्या :—

तालिका—01

सर्वेक्षित परिवारों में कुल जनसंख्या

क्र.	वि.ख. का नाम	सर्वेक्षित ग्रामों की संख्या	कुल			प्रतिशत		
			पुरूष	महिला	योग	पुरूष	महिला	योग
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	जिला—बिलासपुर							
1	गौरेला	10	202	218	420	23.57	23.85	23.72
2	पेण्ड्रा	10	210	211	421	24.50	23.09	23.77
2	जिला—कोरबा							
1	कटघोरा	10	244	268	512	28.47	29.32	28.91
2	पोड़ी उपरोड़ा	10	201	217	418	23.45	23.74	23.60
	योग	**40**	**857**	**914**	**1771**	**100.00**	**100.00**	**100.00**
	कुल सर्वेक्षित परिवार — 400							

उपरोक्त सर्वेक्षण छत्तीसगढ़ राज्य के 2 जिलों बिलासपुर और कोरबा के 4 विकासखण्ड गौरेला, पेण्ड्रा, कटघोरा तथा पोड़ी उपरोड़ा के 40 ग्रामों के 400 अनुसूचित जनजाति परिवारों का अध्ययन किया गया है। सर्वेक्षित परिवारों में पुरूषों की कुल जनसंख्या 857 (100 प्रतिशत) तथा महिलाओं की कुल जनसंख्या 914 (100 प्रतिशत) है। जिसमें सर्वाधिक पुरूष जनसंख्या कोरबा जिले के कटघोरा विकासखण्ड में 244 (28.47 प्रतिशत), बिलासपुर जिलें के पेण्ड्रा विकासखण्ड में 210 (24.50 प्रतिशत), बिलासपुर जिले के गौरेला विकासखण्ड में 202 (23.57 प्रतिशत) तथा कोरबा जिले के पोड़ी उपरोड़ा विकासखण्ड में 201 (23.45 प्रतिशत) पाये गये। उसी प्रकार सर्वाधिक महिला जनसंख्या कोरबा जिले के कटघोरा विकासखण्ड में 268 (29.32 प्रतिशत), बिलासपुर जिले के गौरेला विकासखण्ड में 218 (23.85 प्रतिशत), कोरबा जिले के पोड़ी उपरोड़ा विकासखण्ड में 217 (23.74 प्रतिशत) तथा बिलासपुर जिले के पेण्ड्रा विकासखण्ड में 211 (23.09 प्रतिशत) पाई गई।

तालिका–02

सर्वेक्षित परिवारों की ग्रामवार जनसंख्या

क्र.	ग्राम का नाम	सर्वेक्षित परिवारों की संख्या	कुल			प्रतिशत		
			पुरूष	महिला	योग	पुरूष	महिला	योग
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	जिला–बिलासपुर (विकासखण्ड–गौरेला)							
1	खोडरी	10	22	20	42	2.57	2.19	2.37
2	सारबहरा	10	20	14	34	2.33	1.53	1.92
3	सधवानी	10	18	20	38	2.10	2.19	2.15
4	केवची	10	21	23	44	2.45	2.52	2.48
5	नेवसा	10	15	21	36	1.75	2.30	2.03
6	तराइगांव	10	18	26	44	2.10	2.84	2.48
7	देवरगांव	10	26	22	48	3.03	2.41	2.71
8	बांधामुड़ा	10	27	27	54	3.15	2.95	3.05
9	आमाडोब	10	16	22	38	1.87	2.41	2.15
10	पीपरखुटी	10	19	23	42	2.22	2.52	2.37
	जिला–बिलासपुर (विकासखण्ड–पेण्ड्रा)							
1	बसंतपुर	10	25	18	43	2.92	1.97	2.43
2	जमनीखुर्द	10	19	22	41	2.22	2.41	2.32
3	नवागांव	10	17	21	38	1.98	2.30	2.15
4	कुडकई	10	17	20	37	1.98	2.19	2.09
5	बचरवार	10	23	19	42	2.68	2.08	2.37
6	कोटमीकला	10	24	23	47	2.80	2.52	2.65
7	आमाडाड	10	16	21	37	1.87	2.30	2.09
8	गिरारी	10	21	21	42	2.45	2.30	2.37
9	पेन्ड्रा	10	20	23	43	2.33	2.52	2.43
10	कुदरी	10	28	23	51	3.27	2.52	2.88
	जिला–कोरबा (विकासखण्ड–कटघोरा)							
1	राल	10	27	25	52	3.15	2.74	2.94
2	बसंतपुर	10	18	19	37	2.10	2.08	2.09
3	तिलवारी	10	26	33	59	3.03	3.61	3.33
4	डोकरीखार	10	28	28	56	3.27	3.06	3.16
5	रंजना	10	33	38	71	3.85	4.16	4.01
6	मोहनपुर	10	31	28	59	3.62	3.06	3.33
7	चाकाबुड़ा	10	16	25	41	1.87	2.74	2.32
8	मुढ़ाली	10	25	22	47	2.92	2.41	2.65
9	जवाली	10	22	27	49	2.57	2.95	2.77
10	कटघोरा	10	18	23	41	2.10	2.52	2.32

	जिला–कोरबा (विकासखण्ड–पोड़ीउपरोड़ा)							
1	पोड़ीउपरोड़ा	10	24	18	42	2.80	1.97	2.37
2	गुरसिया	10	17	23	40	1.98	2.52	2.26
3	कोनकोना	10	21	17	38	2.45	1.86	2.15
4	बांगो	10	23	19	42	2.68	2.08	2.37
5	बरतरई	10	20	24	44	2.33	2.63	2.48
6	कर्रा	10	16	16	32	1.87	1.75	1.81
7	बिंझरा	10	28	35	63	3.27	3.83	3.56
8	मल्दा	10	19	25	44	2.22	2.74	2.48
9	सिंधिया	10	17	20	37	1.98	2.19	2.09
10	महोरा	10	16	20	36	1.87	2.19	2.03
	योग	**400**	**857**	**914**	**1771**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

उपरोक्त तालिका में सर्वेक्षित परिवारों की ग्रामवार जनसंख्या दर्शित है। जिसमें बिलासपुर जिले के गौरेला विकासखण्ड के सर्वेक्षित 10 ग्रामों में से सर्वाधिक पुरूष जनसंख्या बांधामुड़ा ग्राम में 27 (3.15 प्रतिशत), देवरगांव में 26 (3.03 प्रतिशत), खोडरी में 22 (2.57 प्रतिशत), सधवानी 18 (2.10 प्रतिशत), तराइगांव 18 (2.10 प्रतिशत), आमाडोब 16 (1.87 प्रतिशत) तथा नेवसा ग्राम में 15 (1.75 प्रतिशत) पाये गए। उसी प्रकार सर्वाधिक महिला जनसंख्या बांधामुडा ग्राम में 27 (2.95 प्रतिशत), तराइगांव 26 (2.84 प्रतिशत), केवची 23 (2.52 प्रतिशत), पीपरखुटी 23 (2.52 प्रतिशत), देवरगांव 22 (2.41 प्रतिशत), आमाडोब 22 (2.42 प्रतिशत), नेवसा 21 (2.30 प्रतिशत), खोडरी 20 (2.19 प्रतिशत), सधवानी 20 (2.19 प्रतिशत) तथा सारबहरा ग्राम में 14 (1.53 प्रतिशत) महिलाएं पाई गई।

बिलासपुर जिले के पेण्ड्रा विकासखण्ड में सर्वेक्षित 10 ग्रामों में से सर्वाधिक पुरूष जनसंख्या कुदरी ग्राम में 28 (3.27 प्रतिशत), बसंतपुर में 25 (2.92 प्रतिशत), कोटमीकला में 24 (2.80 प्रतिशत), बचरवार में 23 (2.68 प्रतिशत), गिरारी में 21 (2.45 प्रतिशत), पेण्ड्रा में 20 (2.33 प्रतिशत), जमनीखुर्द में 19 (2.22 प्रतिशत), नवांगांव में 17 (1.98 प्रतिशत), कुडकई में 17 (1.98 प्रतिशत) तथा आमाडाड में 16 (1.87 प्रतिशत) पुरूष पाये गये उसी प्रकार सर्वाधिक महिला जनसंख्या कोटमीकला ग्राम में 23 (2.52 प्रतिशत), पेण्ड्रा में 23 (2.52 प्रतिशत), कुदरी में 23 (2.52 प्रतिशत), जमनीखुर्द में 22 (2.41 प्रतिशत), नवागांव में 21 (2.30 प्रतिशत), आमाडाड में 21 (2.30 प्रतिशत) बसंतपुर ग्राम में 18 (1.97 प्रतिशत) महिलाए पाई गई।

कोरबा जिले के कटघोरा विकासखण्ड में सर्वेक्षित 10 ग्रामों में से सर्वाधिक पुरूष जनसंख्या रंजना ग्राम में 33 (3.85 प्रतिशत), मोहनपुर 32 (3.62 प्रतिशत), डोकरीखार 28 (3.27 प्रतिशत), राल 27 (3.15 प्रतिशत), तिलवारी 26 (3.03 प्रतिशत), मुढ़ाली 25 (2.92 प्रतिशत), जवाली 22 (2.57 प्रतिशत), बसंतपुर 18 (2.10 प्रतिशत), कटघोरा 18 (2.10 प्रतिशत) तथा चाकाबुड़ा ग्राम में 16 (1.87 प्रतिशत) पुरूष पाये गये। उसी प्रकार सर्वाधिक महिला जनसंख्या रंजना ग्राम में 38 (4.16 प्रतिशत), तिलवारी में 33 (3.61 प्रतिशत) डोकरीखार में 28 (3.06 प्रतिशत), मोहनपुर में 28 (3.06 प्रतिशत), जवाली 27 (2.95 प्रतिशत), राल में 25 (2.74 प्रतिशत), चाकाबुडा में 25 (2.74 प्रतिशत), कटघोरा 23 (2.52 प्रतिशत), मुढ़ाली 22 (2.41 प्रतिशत) तथा बसंतपुर में ग्राम 19 (2.08 प्रतिशत) महिलाये पाई गयी।

कोरबा जिले के पोड़ी उपरोड़ा विकासखण्ड में सर्वेक्षित 10 ग्रामों में से सर्वाधिक पुरूष जनसंख्या बिंझरा ग्राम में 28 (3.27 प्रतिशत), पोड़ी उपरोड़ा में 24 (2.80 प्रतिशत), बांगो में 23 (2.68 प्रतिशत), कोनकोना में 21 (2.45 प्रतिशत), बरतराई में 20 (2.33 प्रतिशत), मल्दा में 19 (2.22 प्रतिशत), गुरसिया में 17 (1.98 प्रतिशत), सिंधिंया में 17 (1.98 प्रतिशत), कर्रा में 16 (1.87 प्रतिशत) तथा महोरा में 16 (1.87 प्रतिशत) में पाये गये उसी प्रकार सर्वाधिक महिला जनसंख्या बिंझरा ग्राम में 35 (3.83 प्रतिशत), मल्दा में 25 (2.74 प्रतिशत), बरतरई 24 (2.63 प्रतिशत), गुरसिया में 23 (2.52 प्रतिशत), सिंधिया में 20 (2.19 प्रतिशत), महोरा में 20 (2.19 प्रतिशत), बांगो में 19 (2.08 प्रतिशत), पोड़ी उपरोड़ा 18 (1.97 प्रतिशत), कोनकोना 17 (1.86 प्रतिशत) तथा कर्रा ग्राम में 16 (1.75 प्रतिशत) पायी गई।

तालिका–03

सर्वेक्षित परिवारों में उम्र लिंग अनुसार जनसंख्या

क्र.	वर्ग	कुल			प्रतिशत		
		पुरूष	महिला	योग	पुरूष	महिला	योग
1	2	3	4	5	6	7	8
1	01 से कम	94	98	192	10.97	10.72	10.84
2	01–05	154	179	333	17.97	19.58	18.80
3	06–14	86	112	198	10.04	12.25	11.18
4	15–21	17	46	63	1.98	5.03	3.56
5	22–35	358	372	730	41.77	40.70	41.22
6	36–50	82	53	135	9.57	5.80	7.62
7	50 से अधिक	66	54	120	7.70	5.91	6.78
	योग	**857**	**914**	**1771**	**100.00**	**100.00**	**100.00**
	कुल सर्वेक्षित परिवार–400						

उपरोक्त तालिका में सर्वेक्षित परिवारों की वर्गवार जनसंख्या दर्शित है, जिसमें सर्वाधिक 358 (41.77 प्रतिशत) पुरूष 22–35 वर्ष उम्र समूह के, 154 (17.97 प्रतिशत) पुरूष 01–05 वर्ष उम्र समूह के 94 (10.97 प्रतिशत) पुरूष 01 से कम वर्ष के उम्र समूह, 86 (10.04) पुरूष 06–14 वर्ष उम्र समूह, 82 (9.57 प्रतिशत) पुरूष 36–50 वर्ष उम्र समूह 66 (7.70 प्रतिशत) पुरूष 50 से अधिक वर्ष के उम्र समूह तथा 17 (1.98 प्रतिशत) पुरूष 15–21 वर्ष उम्र समूह के है। उसी प्रकार सर्वाधिक 372 (40.70 प्रतिशत) महिलाये 22–35 वर्ष उम्र समूह 179 (19.58 प्रतिशत) महिलाये 01–05 वर्ष उम्र समूह, 112 (12.25 प्रतिशत) महिलाये 06–14 वर्ष उम्र समूह, 98 (10.72 प्रतिशत) महिलाये 01 से कम वर्ष के उम्र समूह, 54 (5.91 प्रतिशत) महिलाये 50 से अधिक वर्ष के उम्र समूह, 53 (5.80 प्रतिशत) महिलाये 36–50 वर्ष उम्र समूह तथा 46 (5.03 प्रतिशत) महिलाये 15–21 वर्ष उम्र समूह के है।

1.7 सामान्य जानकारी एवं विभिन्न स्वास्थ्य सूचकांक :–

विषय विवरण	भारत	छत्तीसगढ़
क्षेत्रफल (वर्ग लाख कि.मी.) जनगणना 2011	3287422	135192
जनसंख्या (जनगणना 2011)	1210193422	25540196
पुरूष (जनगणना 2011)	623724248	12827915
महिला (जनगणना 2011)	586469174	12712181
प्रतिशत दशकीय वृद्धि दर (प्रतिशत) (जनगणना 2011)	7.64	22.6
जनसंख्या घनत्व (प्रतिवर्ग कि.मी.) (जनगणना 2011)	382	189
लिंग अनुपात (महिला/1000 पुरूष) (जनगणना 2011)	940	991
जन्मदर (प्रति हजार जनसंख्या दर) (SRS–2013)	21.6	24.5
मृत्यु दर (प्रति हजार जनसंख्या दर) (SRS–2013)	7.0	7.9
शिशु मृत्यु दर (प्रति हजार जीवित जन्म पर) (SRS–2013)	42	47
पूर्ण टीकाकरण हुये बच्चे	AHS 2010-11	74.1
बी.सी.जी. टीकाकरण हुये बच्चे		96.8
पोलियो की तीन डोज पूर्ण किये बच्चे		82.3
डी.पी.टी. तीन डोज पूर्ण किये बच्चे		81.6
3 ए.एन.सी.		57.1
मीजल्स		87.9
विटामिन – ए पहला डोज		71.7

****

अध्याय–दो

टीकाकरण

2.1 गर्भवती महिलाओं को टीकाकरण

1. टी.टी.–1

यह टीका गर्भवती महिलाओं को गर्भावस्था में प्रारंभिक महीनों में पंजीयन के तत्काल बाद लगाया जाता है। महिलाओं की ऊपर बांह पर मांसपेशी में 0.5 मि.ली. के मात्रा में लगाया जाता है।

2. टी.टी.–2

यह गर्भवती महिलाओं की टी.टी.–1 के 04 सप्ताह बाद ऊपर बांह पर मांसपेशियों में 0.5 मि.ली.की मात्रा में लगाया जाता है।

3. टी.टी.बूस्टर

टी.टी.बूस्टर का टीका तभी लगाया जाता है जब गर्भधारण पिछले टी.टी. टीकाकरण के तीन वर्ष के भीतर किया गया हो। यह टीका ऊपर बांह पर मांसपेशियों में 0.5 मि.ली. की मात्रा में लगाया जाता है।

2.2 शिशुओं को टीकाकरण

1. बी.सी.जी.

यह टीका बच्चे के जन्म के समय या जितना जल्दी हो सके एक साल के अंदर लगाया जाता है। बच्चे के बायी ऊपरी बांह पर त्वचा के अंदर (इंट्राडरमल) 0.1 मि.ली. की मात्रा में लगाया जाता है।

2. हिपेटाईटिस–बी

यह टीका बच्चे के जन्म से 24 घंटे के भीतर मध्य जांघ पर बाहरी हिस्सा (मध्य जांघ) के आगे के पार्श्व भाग में मांसपेशी में 0.5 मि.ली. मात्रा में लगाया जाता है।

3. <u>ओ.पी.वी.–0</u>

यदि बच्चा प्रसव संस्था में हुआ हो तो इसे जन्म के पश्चात (जीरो डोज) में 2 बूंद मुंह से पिलाई जाती है।

4. <u>ओ.पी.वी.–1, 2, 3</u>

इसे बच्चे को क्रमशः 6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में 2 बूंद मुंह से पिलाई जाती है।

5. <u>डी.पी.टी.–1, 2, 3</u>

इसे बच्चे को क्रमशः 6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में बच्चों के मध्य जांघ का बाहरी हिस्सा (मध्य जांघ के आगे के पार्श्व भाग) में मांसपेशी में 0.5 मि.ली. मात्रा में लगाया जाता है।

6. <u>हिपेटाईटिस–बी</u>

यह बच्चे की 6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में 0.5 मि.ली. मात्रा में लगाया जाता है।

7. <u>खसरा (मीजल्स)</u>

यह पूरे 9 माह से एक साल तक बच्चे के दाई ऊपरी बांह पर त्वचा और मांसपेशियों के बीच 0.5 मि.ली. मात्रा में लगाया जाता है यदि पूर्व में नहीं दिया हो तो इसे 05 साल तक दे सकते है।

8. <u>विटामिन–ए प्रथम खुराक</u>

बच्चे के 9 माह पर खसरे के साथ (बोतल के साथ दी हुई चम्मच से) 01 मि.ली. मुंह से पिलाई जाती है।

2.3 बच्चों को टीकाकरण

1. **डी.पी.टी. बूस्टर**

   यह 16–24 माह के बच्चे को मध्य जांघ का बाहरी हिस्सा (मध्य जांघ के आगे के पार्श्व भाग) में मांसपेशियों में 0.5 मि.ली. मात्रा में लगाया जाता है।

2. **ओ.पी.वी. बूस्टर**

   यह 16–24 माह के बच्चे को 02 बूंद मुंह से पिलाई जाती है।

3. **मीजल्स द्वितीय डोज**

   यह 16–24 माह के बच्चे को दाई ऊपरी बांह पर सबक्यूटेनियस त्वचा और मांसपेशी के बीच 0.5 मि.ली. मात्रा में लगाया जाता है।

4. **विटामिन–ए दूसरी खुराक**

   यह 16–18 माह के बच्चे को 2 मि.ली. मुंह से पिलाई जाती है।

2.4 विटामिन ए खुराक

1. यह 18–24 माह के बच्चे को 2 मि.ली. मात्रा में विटामिन ए तीसरे खुराक के रूप में मुंह में पिलाई जाती है।
2. यह 24–30 माह के बच्चे को 2 मि.ली. मात्रा में विटामिन ए चौथी खुराक के रूप में मुंह में पिलाई जाती है।
3. यह 30–36 माह के बच्चे को 2 मि.ली. मात्रा में विटामिन ए पांचवी खुराक के रूप में मुंह में पिलाई जाती है।
4. यह 36–42 माह के बच्चे को 2 मि.ली. मात्रा में विटामिन ए छठी खुराक के रूप में मुंह में पिलाई जाती है।
5. यह 42–48 माह के बच्चे को 2 मि.ली. मात्रा में विटामिन ए सातवी खुराक के रूप में मुंह में पिलाई जाती है।

6. यह 48–54 माह के बच्चें को 2 मि.ली. मात्रा में विटामिन ए आठवी खुराक के रूप में मुंह में पिलाई जाती है।

7. यह 54–60 माह के बच्चे को 2 मि.ली. मात्रा में विटामिन ए नवमी खुराक के रूप में मुंह में पिलाई जाती है।

8. <u>डी.पी.टी.</u>

यह 5 वर्ष के बच्चे को ऊपरी बांह पर मांशपेशी में 0.5 मि.ली. मात्रा में लगायी जाती है।

9. <u>टी.टी.</u>

यह टीका 10 वर्ष से 16 वर्ष की उम्र के बच्चे को ऊपरी बांह पर मांसपेशी में 0.5 मि.ली. की मात्रा में लगाया जाता है।

विभिन्न रोगो से बचाव में प्रयुक्त प्रत्येक टीके का प्राप्ति स्त्रोत, लगाने अथवा देने का तरीका, जटिलताएं इत्यादि का अलग–अलग वर्णन निम्न प्रकार से है :–

2.5 <u>बी.सी.जी. का टीका (BCG Vaccine)</u> :–

लक्ष्य (Purpose) :– तपेदिक (**TB**) से बचाव यह कुष्ठ रोग से सुरक्षा तथा टी.बी. की जांच हेतु भी प्रयोग में आता है। एक वर्ष से कम आयु के सभी बच्चों को बी.सी.जी. का टीका लगाना आवश्यक है। यह जन्म के तुरंत बाद लगाया जा सकता है।

प्राप्ति स्त्रोत (Source) :– यह एम.ट्यूबरकल बेसिकल (वोवाइन) का जीवित तनुकृत (**Attenuated**) है। यह वायलों (शीशियों) में मिलता है तथा 2°C से 8°C के मध्य रखा जाता है, परिवहन में सावधानी तथा प्रकाश से बचाना आवश्यक है।

विधि (Method) :– यह ट्यूबरक्लीन सिरिंज (**Tubercline Syringe**) के द्वारा सामान्यतया बांयी भुजा में डेल्टाइड मांसपेशी के स्थल पर 0.1 मि.ली. की मात्रा में त्वचा के अंदर (**Intra dermal**) लगाया जाता है। टीका स्थल पर त्वचा में गोल चकता या उभरा हुआ हिस्सा बनाना चाहिए। यह शरीर में ही सोख लिया जाता है तथा 30 मिनट के पश्चात्

दिखाई नहीं देता है। 3–4 हफ्तों के बाद टीके के स्थल पर लालिमा तथा सूजन आ जाती है तथा एक पिंड (उभार) दिखाई देता है। 6–8 हफ्तों के उपरांत यह 6 से 8 मि.मी. व्यास का हो जाता है जिसमें मवाद या पपड़ी पड़ सकती है। 12 हफ्ते के बाद टीका स्थल पर घाव के भरने का निशान (व्रण चिन्ह) दिखना चाहिये। गहराई में फोड़ा बनना गलत इंजेक्शन विधि का परिचायक है। टीका निर्मात्री कम्पनी के पत्रक एवं निर्देशों को पढ़ना आवश्यक है। बालिकाओं में यह जांघ पर लगाया जा सकता है ताकि भुजा पर पड़ने वाले निशान से बचा जा सके।

जटिलताएं (Complications) :– (1) ज्वर (2) घाव बनना (3) क्षतचिन्ह (**Scan**) (4) शीत व्रण (**Cold Abscess**) (5) कभी–कभी विकीर्णन तपेदिक (**DIsseminated TB**) हो जाना।

2.6 पोलियो का टीका (Polio Vaccine) :–

लक्ष्य (Purpose) :– बच्चों के पोलियो रोग तथा उससे होने वाली विकलांगता से बचाना।

प्राप्ति स्त्रोत (Source) :– यह दो प्रकार का होता है :–

- मुखीय या ओरल पोलियो टीका (**oral polio vaccine**)
- साक या पेशीय पोलियो टीका (**Salk polio vaccine**)

ओरल पोलियो वैक्सीन (**opv**) – जीवित तनुकृत विवाकओं से बनाया जाता है। सेविन के द्वारा आविष्कार किये जाने के कारण इसे सेविन पोलियो वैक्सीन भी कहते है। यह सुख के द्वारा दिया जाता है।

साक (**Salk**) पोलियो टीका, मृत विषाणुओं (**Killed Viruses**) से बनाया जाता है तथा विशिष्ट परिस्थितियों में इंजेक्शन के द्वारा दिया जाता है इसे **IPV** (**Inactivated Polio Vaccine**) भी कहते है।

विधि (Method) :– राष्ट्रीय टीकाकरण सूची के अनुसार ओरल पोलियों वैक्सीन ही टीकाकरण में प्रयुक्त किया जाता है। ड्रापर लगी वायल के द्वारा बच्चे के मुख में, जीभ पर 2–3 बूंदे (अथवा निर्देशानुसार) सीधे ही टपकाई जानी चाहिए। यदि बच्चा खुराक को बाहर निकाल दे या

थूक दे, तो खुराक पुनः पिलानी चाहिये। एक–एक माह के अन्तराल पर कुल 3 खुराके तथा 16 से 18 माह के बाद एक अनुवर्धक या बूस्टर खुराक दी जाती है। पोलियो की खुराक पिलाने के पश्चात् कम से कम आधा घंटे तक बच्चे को गर्म वस्तु या गर्म पेय पदार्थ नही दें। आधा घंटे पूर्व भी इसका ध्यान रखना चाहिये। मां का दूध पिलाना प्रतिबंधित नही है।

जटिलताएं (Complications) :– सामान्यतया इसकी कोई जटिलताएं नही है किन्तु कुछ बच्चों को जी मितलाना, भूख न लगना अथवा दस्त होने की शिकायत हो सकती है जो स्वतः ठीक हो जाती है। कुछ शिशु विशेषज्ञ 3 खुराकों की असफलता के कारण 5 खुराकों को पिलाने की अनुशंसा करते है।

पल्स पोलियो टीकाकरण (PPI) :– भारत में सन 1955 से पल्स पोलियों टीकाकरण अभियान शुरू है। अभियान के चलते 66 पोलियों के मामले सामने आए तथा देश के 35 राज्य केन्द्रशासित प्रदेशों में से 32 राज्यों में पोलियों का उन्मूलन हो गया था। किन्तु सन 2006 में उत्तरप्रदेश के कुछ जिलों (मुरादाबाद एवं जे.पी.नगर) में पोलियों फैलने के कारण आसपास के जिलों तथा कुछ निकटवर्ती प्रदेशों में भी फैल गया। सन् 2006 में पोलियों के कुल 641 मामले सामने आए है तथा 2007 में जुलाई तक देश में 118 केस सामने आये है। (पोलियों पल्स जून 2007) भारतीय विशेषज्ञ सलाह समूह (**IEAG**) के निर्देशानुसार देश पोलियो उन्मूलन की ओर प्रयासरत है।

डी.पी.टी. (ट्रिपल वैक्सीन) डी.टी. एवं टी.टी.का टीका
(Vaccines of DPT.DT & TT)

लक्ष्य (Purpose) :– डिफ्थीरिया, काली खांसी (**Pertusis/Whooping Cough**) एवं टेटनस से बचाव हेतु बच्चों को डी.पी.टी. (**Diphtheria, Pertusis, Tetanus**) या ट्रिपल वैक्सीन लगाया जाता है। डी.टी. का टीका डिफ्थीरिया एवं टेटनस से बचाव हेतु, जबकि टी.टी. (**Tetanus Toxoid**) का टीका टेटनस से सुरक्षा करता है।

स्त्रोत (Source) :– डी.पी.टी.एक मिश्रित प्रतिरक्षक कारक है जिसमें डिफ्थीरिया, काली खांसी तथा टेटनस का जीव विष का टाक्साइड होता है, डी.टी. में डिफ्थीरिया एवं टेटनस का जबकि नाम के अनुरूप **TT** में टेटनस टॉक्साइड होता है।

विधि (Method) :– टीकाकरण हेतु आयु वर्ग

डी.पी.टी.	–	6 सप्ताह से 12 माह के बच्चे
डी.टी.	–	5 से 6 वर्ष के बच्चे (इन्हें काली खांसी का टीका लगाने की जरूरत नहीं होती।)
टी.टी.	–	गर्भावस्था (गर्भ का पता लगने पर जितनी जल्दी हो सके टी.टी.1 का टीका तथा 1 माह बाद टी.टी.2 का टीका)

खुराक एवं मार्ग :– उपरोक्त सभी टीके 0.5 मि.ली. की मात्रा में तथा अन्तःपेशीय (**Intramuscular**) लगाये जाते है। जांघ, कूल्हे अथवा भुजा की पेशियों (**IM**) में इन्हें लगाया जा सकता है।

- टीके, अतिज्वर, ऐंठना तथा तंत्रिका क्षीणता वाले बच्चों में स्थगित कर देने चाहिए। हल्का जुकाम, बुखार निषोधित नहीं है।

जटिलताएं (Complications) :– सामान्य प्रतिक्रियाओं में हल्का ज्वर स्थानीय सूजन की शिकायत हो सकती है जबकि गंभीर जटिलताओं के रूप में कभी–कभी ऐंठन, मस्तिष्क शोध अथवा मस्तिष्क क्षति भी हो सकती है। सामान्य लक्षणों का उपचार पैरासिटामोल (**Paracetamol**) की गोली से किया जा सकता है।

2.7 खसरे का टीका (Measles Vaccine) :–

लक्ष्य (Purpose) :– खसरे या मीजल्स (**Measles**) से बचाव हेतु खसरे का टीका लगाया जाता है।

स्त्रोत (Source) :– यह जीवित तनुकृत टीका (**Live attenualed Vaccine**) है यह शीत शुष्क अथवा जमी हुई अवस्था में 4.**c** के तापमान पर संग्रहित किया जा सकता है।

विधि (Method) :– यह टीका 0.5 मि.ली. मात्रा में त्वचा के नीचे अथवा अधस्त्वचीय **(Subcutancous)** लगाया जाता है तथा इसे 9 से 12 माह की उम्र पर लगाते है। टीके का घोल तैयार करने के कुछ घंटो के भीतर ही उपयोग में लेना चाहिये। शीत शुष्क टीके के साथ, घोल या विलायक की आपूर्ति भी की जाती है।

जटिलताएं (Complications) :– इस टीके की कोई गंभीर प्रतिक्रियाएं परिलक्षित नही होती है किन्तु हल्का ज्वर तथा त्वचा पर दाने पाये जा सकते है। दोनों ही, 1 से 3 दिनों के बाद स्वतः अदृश्य हो जाते है। सामान्यतः ज्वर एवं त्वचा पर दाने, इंजेक्शन लगाने के 5–10 दिन के भीतर प्रकट हो सकते है। इंजेक्शन स्थल पर दर्द अथवा जलन भी हो सकती है।

इस प्रकार टेटनस, डिफ्थीरिया, काली खांसी, पोलियो, तपेदिक, खसरा एवं हेपेटाईटिस के विरूद्ध टीकाकरण से इनके द्वारा उत्पन्न जटिलताओं, मृत्युओं पर काफी सीमा तक नियंत्रण पाया जा सकता है। इनके अतिरिक्त टाइफाइड, यकृत शोध–**B** (सीरम हेपेटाइटिस), हैजा **(Cholera)** इत्यादि के खिलाफ भी टीकाकरण प्रभावी रहता है। टीको का उपयोग कर प्राणघातक रोगो के आक्रमण से बचाव किया जा सकता है। इस प्रकार संक्रामक तथा जानलेवा बीमारियों के विरूद्ध, टीकाकरण की अत्यन्त प्रभावी भूमिका है।

2.8 हिपेटाइटिस बी का टीका (Vaccine of Hepatitis B) :–

हेपैटाइटिस बी (यकृत शोध बी) के बचाव के लिए हेपैटाइटिस बी का टीका लगाया जाता है। इसके लिये प्लाज्मा से निकाला गया टीका **(Hbsag-Hepatitis B Surface Antigen)** अथवा यीस्ट से उत्पन्न टीका **(RDNA-Yeast Derivecl Vaccine)** काम में ले सकते है। हेपैटाइटिस बी का टीका, हैपेटाइटिस बी के संक्रमण से ग्रस्त रही माताओं के नवजात शिशुओं तथा उन व्यक्तियों में लगाया जाता है जिन्हे रक्ताधान (ब्लड ट्रांसफ्यूजन) कटने, चोट लगने अथवा नीडल के द्वारा यकायक संक्रमण के संपर्क में आने का खतरा हो। इसकी महंगी कीमत, टीकाकरण के लक्ष्य में सबसे बड़ी बाधा है। भारत में इस टीके का निर्माण प्रारंभ हो गया हैं जो अपेक्षाकृत कम कीमत में उपलब्ध हो सकता है तथा यह कुछ जिलों एवं बड़े शहरों में सरकार द्वारा लगाया जा रहा है।

चिकित्सकों, नर्सिंग स्टाफ तथा प्रयोगशाला तकनीशियनों को सुरक्षा प्रदान करने हेतु हेपैटाइटिस बी इम्यूनोग्लोबुलिन (**HBIG**) का उपयोग किया जाता है।

संक्रमित सुई के चुभने अथवा संक्रमण की आशंका होने के तत्काल बाद (6 घंटे से 48 घंटे), स्टाक को हेपैटाइटिस बी इम्यूनोग्लोबिन से प्रतिरक्षित किया जाना आवश्यक है।

हेपैटाइटिस बी का टीका अन्तः पेशीय (**IM**) लगाया जाता है तथा 1 मि.ली. की तीन खुराक के इंजेक्शन लगाते है। सामान्यतः इनकी कोई गंभीर प्रतिक्रियाएं नहीं होती है।

2.9 टाइफॉइड का टीका (Vaccine of Typhoid) :–

टाइफॉइड का टीका, टाइफॉइड के संक्रमण से बचाता है। विद्यार्थी बच्चों में टाइफॉइड के विरूद्ध प्रतिरक्षण का यह कारगर तरीका है। जिस क्षेत्र में यह स्थानिक रोग हो वहां पर 5, 10, 16 वर्ष के सभी स्कूली बच्चों में इसे लगाना वांछनीय है। महामारी की अवस्था में, समुदाय के व्यक्तियों को टाइफॉइड से बचाने हेतु इस टीके का व्यापक प्रयोग किया जाता है।

वर्तमान में यह टीका 3 स्वरूपों में मिलता है :

1. एकल संयोजी टाइफॉइड का टीका – यह एस.टाइफी (**S.Typhi**) संक्रमण के विरूद्ध बचाव करता है।
2. द्वि संयोजी टाइफॉइड का टीका – यह एस.टाइफी तथा एस.पैरा टायफी **A** दोनों संक्रमणों के विरूद्ध बचाव करता है।

   इन दोनों ही प्रकार के टीकों को ए.के.डी. एन्टि टाइफाइड वैक्सीन कहते है।
3. टी.ए.बी. टीका (**TAB Vaccine**) – यह टीका एस.टाइफी, एस.पैराटाइफी **A** तथा एस. पैराटायफी **B** (**S Typhi, S-Paratyphi A & S-Paratyp W-B**) संक्रमणों के विरूद्ध रोग से बचाव करता है। (विश्व स्वास्थ्य संगठन इस टीके के प्रयोग के विरूद्ध है)

टाइफॉइड का टीका अन्तः पेशीय (**I.M.**) लगाते है। रोग से पूर्ण बचाव करने हेतु 0.5 मिली की मात्रा के 2 इंजेक्शन (लगातार 2 माह) लगाना आवश्यक है। यह बहुखुराक वायलों (मल्टीडोज वायलों) में मिलता है। अतः वायल खोलने से पूर्व वांछित संख्या में लाभार्थियों को एकत्रित करना आवश्यक है। स्थानिक रोग होने पर हर वर्ष टीका लगाने की सलाह दी जाती है। टीका लगाने के पश्चात् टीका स्थल पर दर्द–सूजन प्रकट हो सकते है। बुखार तथा सिरदर्द की शिकायत भी हो सकती है। सभी लक्षण 2–3 दिन में स्वतः समाप्त हो जाते है। दर्द निवारकों का प्रयोग लाभदायक रहता है।

****

अध्याय–तीन

सात प्राणघातक रोग तथा उनसे सुरक्षा के उपाय

(7 Killer Diseases and Prevention)

हमारे देश में 7 ऐसी प्राणधातक अथवा जानलेवा बीमारियॉ है जो कि हर वर्ष लाखों शिशुओं एवं बच्चों के लिये घातक सिद्ध होती है। बड़ी संख्या में बच्चें इन रोगो से ग्रस्त होकर असमय ही कालकवलित या मृत्यु के शिकार हो जाते है। यह खतरनाक 7 बीमारियां है :–

1. टेटनस (**Tetanus**)
2. गलघोंटू या डिप्थीरिया (**Diphtheria**)
3. काली खांसी (**Whooping Cough/Perfusis**)
4. तपेदिक (**TB**)
5. पोलियो (**Polio**)
6. खसरा (**Measles**)
7. हिपेटाइटिस (**Hepatitis**)

बच्चों की प्रतिरोधक क्षमता वयस्कों की तुलना में कम होती है, अतः बच्चों तथा गर्भवती महिलाओं को इन प्राणधातक रोगो से बचाने के लिये भारत सरकार ने 1985 में राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम आरंभ किया। इन रोगो से सुरक्षा प्रदान करने हेतु प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अन्तर्गत इनके विरूद्ध टीकाकरण कार्यक्रम चलाया जा रहा है। सात जानलेवा बीमारियों के अतिरिक्त टाइफाईड, मस्तिष्क शोध (**Encephalitis**) इत्यादि के खिलाफ भी टीकाकरण की सुविधाएं उपलब्ध है।

3.1 टेटनस (अनुस्तम्भ या धनुष–टंकार) (Tetanus)

यह एक बहुत ही खतरनाक मृत्युकारक बीमारी है जो क्लॉसट्रिडियम टिटैनी (**Clostridium Tetani**) नामक जीवाणु के संक्रमण के कारण होती है। जब हमारे शरीर में चोटे लग जाती है और घाव बन जाता है तब इस रोग के जीवाणु जो कि धूल तथा गोबर में सामान्य रूप से पाये जाते है। इस घाव के माध्यम से शरीर में प्रवेश कर जाते है और आंत में बिना किसी नुकसान पहुंचाये तेजी से बढ़ते है। इस रोग में मुख्यतः पेशियों का संकुचन होता है और गर्दन तथा जबड़े की पेशियां तेजी से संकुचित हो जाती है। रोग की अंतिम अवस्था में सम्पूर्ण शरीर में ऐंठन होती है और तीव्र दर्द का आभास होता है। इस रोग में अन्य पेशियों के साथ श्वसन पेशियॉ भी संकुचित हो जाती है जिससे श्वसन क्रिया बंद हो जाती है और रोगी मर जाता है। इस रोग के जीवाणु घोड़े तथा दूसरे पशुओं की आंतो में सामान्य रूप से पाये जाते है।

इसकी रोकथाम के लिए चोट लगने पर अनिवार्य रूप से **A.T.S.** (**Anti Toxin serum**) का इन्जेक्शन लगवाना चाहिए। बच्चो में इसकी रोकथाम के लिए **D.P.T.** का टीका अनिवार्य रूप से लगवाना चाहिए। इसकी चिकित्सा के लिए भी एन्टीसीरम के उच्च शक्ति के इन्जेक्शन लगाये जाते हैं।

3.2 डिप्थीरिया (Diptheria)

यह छोटे बच्चों में फैलने वाला सामान्य रोग है जो तीन से पांच वर्ष के बच्चों में अधिक होता है लेकिन वयस्कों में भी यह रोग हो सकता है। यह रोग छड़ाकार जीवाणु कोरीनी बैक्टीरिया डिप्थीरीई (**Corvne Bacterium diptheria**) के कारण होता है। इस रोग के जीवाणु गले में एक सफेद मटमैले रंग की झिल्ली बना देते है जो आगे चलकर इतनी बढ़ जाती है कि वायु मार्ग बन्द हो जाता है और फेफड़े में वायु नहीं पहुॅच पाती। ऐसी स्थिति में रोगी खींच–खींचकर सांस लेता है इस रोग में गले की नसें फूल जाती है। स्वर यंत्र, नेत्र तथा योनि मार्ग में भी इस रोग की झिल्ली बन सकती है। इस रोग के प्रारंभिक लक्षण के रूप में हल्का बुखार आता है तथा सांस लेने में असुविधा होती है रोग की प्रगाढ़ता में उच्च ज्वर रहता है तथा हृदय व तन्त्रिका तन्त्र प्रभावित होते है।

इस रोग से बचने के लिए रोगी का पृथक–करण कर देना चाहिए तथा रोगी को एन्टीसीरम का इन्जेक्शन दिलवाना चाहिए। इस रोग की रोकथाम के लिए आजकल बच्चों को तीन रोगो के एक साथ टीके लगाये जाते है, जिसे डी.पी.टी. के नाम से जानते है। यह टीका बच्चों को तीन रोगों – डिफ्थीरिया, टिटनेस, कुकर खांसी (**Whoping Cough**) से बचाता है।

3.3 काली खांसी या कुकर खांसी (Whooping Cough)

यह सामान्यतः छोटे बच्चों में होने वाली अत्यन्त कष्टदायक बीमारी है जो बोर्डेटेला परटूसिस (**Bordetella Pertussis**) नामक जीवाणु के कारण होती है। इस बीमारी में बच्चे तेजी से बहुत देर तक खांसते है और खांसते–खांसते ये मल मूत्र तक त्याग देते है। खांसने के अन्त में थोड़ा सा स्त्राव निकलता है तब खांसना समाप्त होता है। इस रोग की प्रारंभिक अवस्था में छींक आती है गले में दर्द होता है, शरीर का ताप बढ़ जाता है, नाड़ी तेज चलती है तथा सांस लेने में कठिनाई होती है। यह रोग वायु द्वारा तथा बच्चों में एक–दूसरे के सम्पर्क द्वारा फैलता है। इस रोग से पहले साल के 10 प्रतिशत शिशुओं की मृत्यु हो जाती है। इस रोग के लिए डी.पी. टी. का टीका लगवाकर बच्चों को रोग प्रतिरोधी बनाया जा सकता है।

3.4 क्षय रोग या तपैदिक (Tuberculosis T.B.)

भारत में क्षय रोग का आविष्कार 2000 वर्ष पूर्व में ही हो चुका था। औषधि विज्ञान के जनक हिप्पोक्रेट्स (460 बी.सी.) ने इस रोग को **Phthisis** या सुखाना कहा था। इस रोग को महान सफेद प्लेग भी कहा जाता है। प्रभावित होने वाले अंगो के आधार पर इसे फेफड़े, आंत, अस्थियों तथा त्वचा की टी.बी. के नाम से जानते है। इनमें से फेफड़े की टी.बी. अधिक प्रचलित है। यह रोग एक पतले, सीधे, मुड़े हुए, अचल जीवाणु, मायकोबैक्टीरियम ट्यूबर कुलोसिस (**Mycobacterium Tuberculosis**) के द्वारा होता है। यह रोग निम्नलिखित साधनों के द्वारा स्वस्थ व्यक्ति में फैलता है :–

1. दूषित हवा के साथ इस रोग के रोगाणु शरीर में प्रवेश करते है।

2. दूषित भोजन को ग्रहण करने पर ये रोगाणु हमारे शरीर में प्रवेश कर जाते है। कई जानवरों में भी यह रोग होता है और जब इन जानवरों के मांस अथवा दूध को जीवाणु–विहीन किये बिना ग्रहण किया जाता है तब भी यह रोग होता है।
3. रोगी के थूक, मल, भोजन, बर्तन तथा कपड़ा इत्यादि से भी इस रोग का संक्रमण होता है।

यदि किसी व्यक्ति को बहुत दिनों से निमोनिया, खसरा इत्यादि बीमारी हो या वह शरीर की क्षमता से अधिक कार्य करता हो तब ऐसी स्थिति में इस रोग के लगने की सम्भावना और अधिक बढ़ जाती है। युवा वर्ग खासतौर से औरतें जिनकी उम्र 17–25 वर्ष के बीच हो, इस रोग के प्रति ज्यादा सुग्राह्य होते है।

लक्षण :–

1. रोग के आरंभ में थकान का अनुभव होता है। भूख ठीक से नही लगती तथा वजन घटने लगता है।
2. प्रातः रोगी को 90–100F तक बुखार रहता है, खांसी आती है जो सामान्य खांसी की अपेक्षा अधिक समय तक लगी रहती है।
3. बार–बार जुकाम होता है तथा खखार के साथ रक्त आता है।
4. आंत (आहारनाल) के क्षय रोग में पेट कड़ा हो जाता है और पतली दस्त होती है।
5. अस्थियों के क्षय रोग में व्यक्ति अपंग हो जाता है।
6. इस रोग का सबसे घातक पहलू यह है कि जीवाणु रोगी के प्रभावित अंग में छोटे–छोटे फोडे या ग्रन्थिकाएं बनाकर रहते है। ये जीवाणु एक विषैला पदार्थ ट्यूबरकुलीन स्त्रावित करते है। जिसके कारण ही बीमारी के लक्षण दिखाई देते है।

बचने के उपाय :–

1. रोगी को अलग स्वच्छ हवादार कमरे में रखना चाहिए।
2. रोगी के मल मूत्र इत्यादि को नष्ट कर देना चाहिए और उसके रहने के स्थान को कीटनाशक दवाओं से युक्त पानी से धोना चाहिए।
3. रोगी को खांसते तथा छींकते समय मुंह पर रूमाल रखना चाहिए जिससे रोगाणु हवा में न फैलने पाये।

4. इस रोग मे रोगी को भूख नहीं लगती, इस कारण इसे बढ़ाने के लिए रोगी को विटामिन बी.काम्पलेक्स देना चाहिए। रोगी को भोजन में पर्याप्त दूध, फल, मांस, मछली तथा अण्डे देना चाहिए।
5. रोग को ठीक करने के लिए डाक्टर की सलाह पर स्ट्रेप्टोमाइसिन व अन्य दवाओं का प्रयोग करना चाहिए।
6. रोगी को टी.बी. अस्पतालों, जिसे टी.बी. सैनीटोरियम कहते है, भेजना चाहिए।
7. रोगी के कपड़ों को गर्म पानी में उबालकर धोना चाहिए।
8. इस रोग से बचने के लिए बच्चों को बी.सी.जी. (बैसिलस कैलेमेटि गुएरिन) का टीका अवश्य लगवाना चाहिए।

3.5 पोलियो (Polio or Poliomyelitir)

यह एक प्राचीनतम संक्रमण बीमारी है जो विश्व के सबसे छोटे विषाणु पोलियो विषाणु के कारण होती है जिनका व्यास केवल 10mm (10 मिली माइक्रान) होता है। यह विषाणु शरीर में भोजन तथा जल के द्वारा प्रवेश करते है और आंत की कोशिकाओं की दीवार में तेजी से विभाजित होते है तथा रूधिर और लसिका के द्वारा सम्पूर्ण शरीर में फैल जाते है। केन्द्रीय तन्त्रिका तन्त्र में पहुंचने के बाद ये विषाणु मेरूरज्जू के पृष्ठ श्रृंग की कोशिकाओं को नष्ट कर देते है। ये कोशिकाएं शरीर की पेशियों पर नियंत्रण रखती है। जिसके कारण पेशियॉ कार्य करना बन्द कर देती है। पेशियों के कार्य के बंद करने के कारण शरीर के विभिन्न अंगो में लकवा मार देता है और रोगी बिना किसी सहारे के नही चल सकता कभी–कभी इस रोग के विषाणु मस्तिष्क के श्वास केन्द्र को नष्ट कर देते है और रोगी सांस नही ले पाता। ऐसी स्थिति में उसे कृत्रिम सांस दी जाती है। यह एक कभी न ठीक होने वाला रोग है। इस कारण केवल रोकथाम के द्वारा ही इस रोग से बचा जा सकता है। इस रोग की रोकथाम के लिए बच्चों को पोलियों ड्राप नामक टीका पिलाया जाता है।

3.6 खसरा (Measles)

यह भी विषाणुओं से फैलने वाला प्रमुख संक्रामक रोग है जो कम उम्र के बच्चों में अधिक होता है। यह रोग पालीनोसा मार्बिलोरम विषाणु के कारण होता है। इस रोग में रोगी के सम्पूर्ण शरीर पर छोटे–छोटे लाल रंग के दाने निकल आते है, मुख लाल दिखायी देता है, गले और नाक में सूजन के कारण स्त्राव निकलता है और छींके तथा खांसी आती है। शरीर में 102–103°C बुखार रहता है। यह रोग छोटे बच्चों में कभी–कभी इतने भयंकर रूप में हो जाता है कि उनकी मृत्यु भी हो जाती है। यह रोग भी सम्पर्क के कारण फैलता है। जब कभी किसी व्यक्ति में यह रोग एक बार हो जाता है तो प्रतिरोधकता के विकसित हो जाने के कारण उसे यह रोग दुबारा नहीं होता। छोटे बच्चों को खसरे का टीका लगाकर इस रोग से बचाया जा सकता है। यह टीका बच्चों को 9 माह की उम्र में एक बार लगाया जाता है।

3.7 हिपैटाइटिस (Hepatitis)

यह एक यकृत शोध की बीमारी है जो एक प्रकार के विषाणु, कई प्रकार की दवाओं, रासायनिक पदार्थो और ऐल्कोहॉल के सेवन से होती है। हिपैटाइटिस कई प्रकार की होती है। हिपैटाइटिस–A एक संक्रामक बीमारी है जो हिपैटाइटिस विषाणु A के कारण होती है और यह मल, भोजन, जल, कपड़ों और दूसरी वस्तुओं के द्वारा संक्रमण से फैलती है। इस बीमारी में ज्वर, डायरिया, ठण्ड और जी मिचलाने के लक्षण दिखाई देते है। इसमें यकृत कोशिकाओं को नुकसान नहीं पहुंचता है। हिपैटाइटिस–,B हिपैटाइटिस वाइरस B के कारण होती है, कुछ दूसरे प्रकार की हिपैटाइटिस बीमारियों की भी खोज की जा चुकी है लेकिन इनका वर्गीकरण नहीं हो सका है।

हिपैटाइटिस की रोकथाम के लिए रूधिर का अच्छी तरह से परीक्षण करने के बाद ही रक्ताधान किया जाना चाहिए। उपचार के लिए रोगी को पूर्ण आराम तथा प्रोटीन रहित भोजन देना चाहिए। गाक्तग्लोबुलीन का इन्जेक्शन 6 माह के लिए इस रोग से सुरक्षा प्रदान करता है।

****

अध्याय–चार

शिशु संरक्षण

4.1 शिशु संरक्षण माह

शिशु संरक्षण माह कोई अलग कार्यक्रम नही है, बल्कि क्षेत्र के संदर्भ में यह बाल उत्तरजीविता बढ़ाने के लिए आवश्यक अनुकूलतम पैकेज के साथ एकीकृत किया गया कार्यक्रम है। चूकि टीकाकरण कार्यक्रम की सूक्ष्म योजना एक विशेष उप स्वास्थ्य केन्द्र के अन्तर्गत आने वाली सभी बसाहटो (बस्तियों) को शामिल करती हैं, इसलिए शिशु संरक्षण माह के अंतर्गत ग्रामीण/शहरी स्वास्थ्य पोषण पर्यावरण दिवस सत्र के दिवसों में सूक्ष्म योजना के अनुसार सेवा पैकेज प्रदान किया जाता है।

4.2 शिशु संरक्षण माह के दौरान सेवाओं का पैकेज

1. 9 माह से 5 वर्ष की उम्र के सभी बच्चों को विटामिन ''ए'' पिलाना जिन्हे पिछले 6 माह से विटामिन 'ए' की खुराक नही मिली।
2. नये और आंशिक रूप से टीका लगे बच्चों को ध्यान में रखते हुए पात्र (योग्य) हितग्राहियों को टीका लगाना। एक वर्ष तक के बच्चों का पूर्ण टीकाकरण किया जाना।
3. 6 माह से 5 वर्ष की उम्र के सभी बच्चों के लिए आवश्यकतानुसार आयरन फोलिक एसिड (छोटी) की 50 गोलियां/सिरप का वितरण करना तथा गर्भवती महिलाओं की जांच एवं आयरन फोलिक एसिड (बड़ी) की 30 गोलियों का वितरण करना।
4. 1 से 5 वर्ष की उम्र के सभी बच्चों को एलबेण्डाजॉल की गोली निर्धारित डोज में देना।
5. बच्चों में कुपोषण के लक्षणों हेतु जांच तथा कुपोषित पाये जाने पर परामर्श व उपचार की सुविधा।

शिशु संरक्षण माह में निम्नलिखित कार्यकर्ता अहम भूमिका निभाते है :–

1. ए.एन.एम.
2. आंगनबाड़ी कार्यकर्ता
3. मितानिन

4.3 शिशु संरक्षण माह में ए.एन.एम. की जिम्मेदारियाँ :–

राष्ट्रीय टीकाकरण समय सारिणी से भली भांति परिचित होना चाहिए।

योजना :–

1. निर्धारित समय सीमा के आधार पर सूक्ष्म कार्ययोजना पूर्ण रूप से तैयार करें।
2. सीडीपीओ/पर्यवेक्षकों के साथ सूक्ष्म कार्ययोजना के विषय पर चर्चा करना।
3. दुर्गम क्षेत्रों और अल्पसेवित आबादी की पहचान करना (हाई रिस्क एरिया)
4. विटामिन ए और टीकाकरण हेतु माता–पिता को शिक्षित करने के लिए गृह भ्रमण।
5. छूटे हुये एवं अपेक्षित लाभार्थियों की सूची बनाना।
6. प्रदर्शन हेतु आंगनबाड़ी कार्यकर्ता को पोस्टर और अन्य आईईसी सामग्री देना।
7. आंगनबाड़ी केन्द्र पर प्रदर्शन हेतु आंगनबाड़ी कार्यकर्ता को टीकाकरण दिन/दिनांक के विषय में जानकारी देना।
8. आंगनबाड़ी केन्द्र पर टीकाकरण दिवसों VHND/UHND में टीकों की उपलब्धता सुनिश्चित करना।

टीकाकरण स्थल पर शीत श्रृंखला कायम रखना :–

वैक्सीन कैरियर और विटामिन "ए" की बोतल को छाया में रखने के लिए उपयुक्त स्थान की व्यवस्था करना।

सत्र का संचालन :–

1. यह सुनिश्चित करना की आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं की सूची के अनुसार पूर्व सत्रों में छूट गए सभी बच्चों को टीकाकरण के लिए लाया गया है।
2. सुनिश्चित करना कि आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की सूची के अनुसार पिछले सत्र के पश्चात पैदा हुए सभी बच्चों की पहचान कर ली गई है और नवजात शिशुओं को सत्र में लाया गया है।
3. सुनिश्चित करना कि उस सत्र के लिए योग्य सभी हितग्राहियों को पूर्व में सूचीबद्ध कर सूचित किया गया।

4. हितग्राहियों का अभिवादन करें।
5. सत्र के दौरान हर स्वास्थ्य कार्यकर्ता विटामिन ''ए'' की कम से कम 2–3 बोतले अपने साथ रखें।
6. आंगनबाड़ी कार्यकर्ता के द्वारा बनाई गई सूची के अनुसार विटामिन ''ए'' की खुराक दें। विटामिन ''ए'' देने के बाद उसे ए.एन.एम./स्वास्थ्य कार्यकर्ता जच्चा बच्चा स्वास्थ्य रजिस्टर में दर्ज करेंगें और जहां लागू हो वहां मातृ बाल सुरक्षा कार्ड जारी करेंगें।
7. बच्चें की मां को ए.एन.एम. सूचित करेगी कि उससे बच्चे को विटामिन ''ए'' मिल रहा है और यदि आवश्यकता हुई तो 6 महिनों के पश्चात पुनः बच्चें को विटामिन ''ए'' दिया जायेगा।
8. विटामिन ''ए'' देने के पहले ए.एन.एम. यह जांच पड़ताल करेगी कि पिछले पांच महिनों में बच्चें को विटामिन ''ए'' नही दिया गया है।
9. 1 से 5 वर्ष के सभी बच्चों को कृमिनाशक दवा देवें।
10. 6 माह से 5 वर्ष तक की उम्र के बच्चों को सिरप/50 आयरन फोलिक एसिड की छोटी गोलियॉ देने का प्रावधान भी शिशु संरक्षण माह की प्रमुख सेवाओं में शामिल है।
11. गर्भवती माताओं को आयरन फोलिक एसिड गोलियां देने का प्रावधान।
12. बुखार ग्रसित माताओं को आयरन फोलिक एसिड गोलियां देने का प्रावधान बुखार से पीड़ित गर्भवती माताओं तथा बच्चों को R.D.T. से जांच उपरान्त उपयुक्त उपचार अथवा रेफर करना।

4.4 शिशु संरक्षण माह में आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की जिम्मेदारियॉ :–

1. गांव में सभी माताओं और बच्चों की संख्या का सूची से मिलान करें (नवजात शिशुओं और गर्भवती माताओं सहित) और इस सूची में छूट गए या वंचित रह गए बच्चों की सूची पर ए.एन.एम. से बातचीत करें।
2. दुर्गम क्षेत्रों और अल्प सेवित अनियोजित बसाहटों की पहचान करने में ए.एन.एम. की मदद करें।
3. विटामिन ''ए'' और टीकाकरण हेतु माता–पिता को शिक्षित करने के लिए गृह भ्रमण करें।
4. सेवाओं की प्रदायगी की दिनांक, समय और स्थान के बारे में हितग्राहियों को सूचना दें।

5. केन्द्र पर बैनर, पोस्टर और अन्य आईईसी सामग्री को प्रदर्शित करें। प्रचार प्रसार की कितनी सामग्री केन्द्र से प्राप्त हुई कितने आई.ई.सी. मटेरियल का डिस्प्ले हुआ है। इसकी मानिटरिंग करें। आंगनबाड़ी केन्द्र टीकाकरण दिवसों व तिथियों को डिस्प्ले करें।

सत्र का संचालन :–

1. वंचित रह गए हितग्राहियों की सूची उपलब्ध करायें।
2. सुनिश्चित करें कि पूर्व सत्रों में वंचित रह गए सभी बच्चों की इस सत्र में टीकाकरण के लिए लाया गया है।
3. सुनिश्चित करें कि पिछले सत्र के बाद पैदा हुए सभी बच्चों की पहचान कर ली गई है और नवजात शिशुओं को भी सत्र में लाया गया है। सुनिश्चित करें कि उस सत्र के लिए योग्य सभी हितग्राहियों को पूर्व से सूचीबद्ध कर सूचित किया गया है।
4. हितग्राहियों का अभिवादन करें।
5. माताओं का पोषण शिक्षा/मातृ व शिशु स्वास्थ्य संबंधी परामर्श प्रदान किया जाना सुनिश्चत करें।
6. पीने के लिए पेयजल की व्यवस्था करें।
7. हाथ धोने के लिए पानी की व्यवस्था करें।
8. टीकाकरण गतिविधि हेतु उपयुक्त स्थान और हितग्राहियों के लिए प्रतीक्षा स्थल की व्यवस्था करें।

4.5 शिशु संरक्षण माह में मितानिन की जिम्मेदारियॉ :–

सभी योग्य शिशु हितग्राहियों के टीकाकरण (विटामिन ''ए'' सहित) हेतु उनके माता पिता को सत्र में आमंत्रित करना।

कार्य योजना तैयार करने में सहायता :–

1. गांव में छूट गए हितग्राहियों की सूची बनाने में आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की सहायता करें और इस सूची पर ए.एन.एम. से चर्चा करें।
2. विटामिन ''ए'' हेतु माता पिता को शिक्षित करने के लिए गृह भ्रमण और माताओं की बैठक आयोजित करें।
3. आईईसी सामग्री को प्रदर्शित करें।

सत्र संचालन :–

1. सुनिश्चित करें कि सभी हितग्राहियों की सत्र में उपस्थित रहने हेतु सहमति ली गई है।
2. हितग्राहियों का अभिवादन करें।
3. सुनिश्चित करें कि सभी योग्य हितग्राहियों को विटामिन "ए" दिया गया है।
4. सुनिश्चित करें कि सभी बच्चों को आवश्यकतानुसार कृमिनाशक दिया गया है।
5. सुनिश्चित करें कि पिछले सत्र के बाद पैदा हुए सभी शिशुओं की पहचान कर ली गई है और नवजात शिशुओं को सत्र में लाया गया है।
6. पीने के पानी और परीक्षण व सेवाओं की प्रदायगी हेतु स्थान की व्यवस्था करने में ए.एन. एम. की मदद करें।
7. कुपोषित बच्चों का परीक्षण कराया जाना तथा गंभीर कुपोषित बच्चों को पोषण पुनर्वास केन्द्रों में उपचार हेतु भेजे जाने की व्यवस्था में मदद करना।
8. पालकों को टीकाकरण में 4 प्रमुख संदेशों के विषयक ए.एन.एम. जानकारी प्रदान करें।

छूटे हुए बच्चे का अभिलेखन और उनकी पतासाजी :–

1. छूटे गए बच्चों के घरों में भेंट करने अवश्य जायें।
2. गर्भवती माताओं के घरों में भेंट करने अवश्य जायें।
3. महिलाओं को परामर्श देवें कि किस प्रकार :– शिशु को प्रथम 6 माह की उम्र तक केवल स्तनपान कराना, सातवें महीने से संपूरक आहार शुरू करना, विटामिन "ए" पूरक खुराक देना और टीकाकरण सुनिश्चित करके बच्चे के स्वास्थ्य की सुरक्षा की जा सकती है।
4. अगले नियोजित सत्र में इन हितग्राहियों का साथ देवें।
5. MCP कार्ड की काऊंटर फाईल का उपयोग अगले सत्र के हितग्राहियों की सूची तैयार करने हेतु उपयोग में लाये।

टीकाकरण से वंचित रह गये, अपूर्ण टीकाकृत तथा छूट गए बच्चों को ध्यान में रखते हुए तथा योग्य हितग्राहियों को टीका लगाने का कार्य महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा किया जाता है। यह सुनिश्चित किया जाता है कि वैक्सीन उसी दिन सुबह वितरित की जाये जिस दिन टीकाकरण सत्र आयोजित किया गया है। टीकाकरण के पश्चात इसके कचरे के निष्पादन संबंधी दिशा निर्देशों का पालन किया जाना सुनिश्चित किया जाता है।

****

अध्याय–पांच

नियमित प्रतिरक्षण (टीकाकरण) उपलब्धियां

चयनित विकासखण्डों में खण्ड चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्राप्त जानकारी अनुसार विगत तीन वर्षो में प्रतिरक्षण (टीकाकरण) की उपलब्धियां निम्नानुसार है :–

तालिका–04

(विकासखण्ड गौरेला, जिला–बिलासपुर)

विगत 3 वर्षो का नियमित प्रतिरक्षण (टीकाकरण) उपलब्धियां

क्र	वर्ष	लक्ष्य	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%
1	2011–12	3050	2909	87	2250	73	2204	72	2222	73	884	23	2373	78	58	2	2373	78
2	2012–13	3050	2608	78	3443	112	2137	71	2128	70	2150	71	2487	82	952	31	2481	82
3	2013–14	3050	2846	85	3751	122	2591	85	2589	85	2569	84	2469	84	1191	40	2469	84

वर्ष अप्रैल 2011 से मार्च 2012 तक गौरेला विकासखण्ड में 0 से 1 वर्ष के कुल 3050 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 2909 शिशुओं (87 प्रतिशत) को टी.टी0 का टीका, 2250 शिशुओं (73 प्रतिशत) को B.C.G. का टीका, 2204 शिशुओं (72 प्रतिशत) को D.P.T.–3 टीका, 2222 शिशुओं (73 प्रतिशत) को O.P.V.-3 का टीका, 884 शिशुओं (23 प्रतिशत) को HEP.B 3 का टीका, 2373 शिशुओं (78 प्रतिशत) को MCV 1 का टीका तथा मात्र 58 शिशु (2 प्रतिशत) ऐसे है जिनको MCV 2 का टीका लगा है अर्थात लक्ष्य से कम 2373 शिशुओं (78 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2011–12 में विकासखण्ड गौरेला में सर्वाधिक TT का टीकाकरण 87 प्रतिशत शिशुओं का किया गया जबकि MCV 2 का न्यूनतम मात्र 2 प्रतिशत शिशुओं का टीकाकरण किया गया, जो कि निर्धारित लक्ष्य से बहुत कम है।

वर्ष अप्रैल 2012 से मार्च 2013 तक गौरेला विकासखण्ड में 0 से 1 वर्ष के कुल 3050 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 2608 शिशुओं (78 प्रतिशत) को TT का टीका, 3443 शिशुओं (112 प्रतिशत) को B.C.G. का टीका, 2137 शिशुओं (71 प्रतिशत) को

D.P.T.–3 टीका, 2128 शिशुओं (70 प्रतिशत) को O.P.V.-3 का टीका, 2150 शिशुओं (71 प्रतिशत) को HEP.B 3 का टीका, 2487 शिशुओं (82 प्रतिशत) को MCV 1 का टीका तथा मात्र 952 शिशु (31 प्रतिशत) को MCV 2 का टीकाकरण हुआ है अर्थात लक्ष्य से कम 2481 शिशुओं (82 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2012–13 में सर्वाधिक B.C.G. का टीकाकरण 112 प्रतिशत (निर्धारित लक्ष्य से अधिक) शिशुओं का किया गया जबकि MCV 2 का न्यूनतम मात्र 31 प्रतिशत शिशुओं का टीकाकरण किया गया, जो कि निर्धारित लक्ष्य से कम है।

विकासखण्ड गौरेला में वर्ष अप्रैल 2013 से मार्च 2014 तक 0 से 1 वर्ष के कुल 3050 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 2846 शिशुओं (85 प्रतिशत) को TT का टीका B.C.G. का टीका 3751 शिशुओं (122 प्रतिशत) को, D.P.T.–3 टीका 2591 शिशुओं (85 प्रतिशत) को, O.P.V.-3 का टीका 2589 शिशुओं (85 प्रतिशत) को, HEP.B 3 का टीका 2569 शिशुओं अर्थात (84 प्रतिशत) शिशुओं को, 2469 शिशुओं (84 प्रतिशत) को MCV 1 का टीका एवं MCV 2 का 1191 शिशुओं अर्थात (40 प्रतिशत) शिशुओं को लगा है अर्थात लक्ष्य से कम 2469 शिशुओं (84 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2013–14 में सर्वाधिक B.C.G. का टीकाकरण 122 प्रतिशत (निर्धारित लक्ष्य से अधिक) शिशुओं का किया गया जबकि MCV 2 का न्यूनतम मात्र 40 प्रतिशत शिशुओं का टीकाकरण किया गया, जो कि निर्धारित लक्ष्य से कम है।

विकासखण्ड गौरेला में प्राप्त सूची के अनुसार चयनित 10 ग्रामों में सर्वाधिक टीके ग्राम पीपरखूंटी में लक्ष्य से कम 65 शिशुओं (93 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है वहीं न्यूनतम, ग्राम सारबहरा में लक्ष्य से कम 63 शिशुओं (39 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

इस प्रकार चयनित सभी 10 ग्रामों में लक्ष्य 1820 शिशुओं के विरूद्ध 893 शिशुओं (49 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है अर्थात लगभग 50 प्रतिशत शिशुओं को ही ये सारे टीके लगे है।

तालिका–05

(विकासखण्ड पेण्ड्रा, जिला–बिलासपुर)

विगत 3 वर्षो का नियमित प्रतिरक्षण (टीकाकरण) उपलब्धियां

क्र	वर्ष	लक्ष्य	T.T.		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%
1	2011–12	2361	844	36	1245	53	1456	62	1461	62	620	26	1332	56	857	36	1319	56
2	2012–13	2361	1512	64	1142	48	1562	66	1562	66	1523	65	1527	65	1520	64	1514	64
3	2013–14	2361	1586	67	1358	58	1323	56	1325	56	1323	56	1148	49	1155	49	1154	49

मुख्य चिकित्सा अधिकारी जिला बिलासपुर कार्यालय से प्राप्त जानकारी अनुसार वर्ष अप्रैल 2011 से मार्च 2012 तक बिलासपुर जिले के विकासखण्ड पेण्ड्रा में 0 से 1 वर्ष के कुल 2361 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 844 शिशुओं (36 प्रतिशत) को TT का टीका 1245 शिशुओं (53 प्रतिशत) को B.C.G. का टीका, 1456 शिशुओं (62 प्रतिशत) को D.P.T.–3 टीका, 1461 शिशुओं (62 प्रतिशत) को O.P.V.-3 का टीका, 620 शिशुओं (26 प्रतिशत) को HEP.B 3 का टीका, 1332 शिशुओं (56 प्रतिशत) को MCV 1 का टीका तथा 36 प्रतिशत अर्थात 857 शिशुओं को MCV 2 का टीका लगा है अर्थात लक्ष्य से कम 1319 शिशुओं (56 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2011–12 में सर्वाधिक D.P.T.-3 एवं O.P.V.-3 का टीकाकरण क्रमशः 62, 62 प्रतिशत शिशुओं का किया गया जबकि HEP.B 3 का न्यूनतम मात्र 26 प्रतिशत शिशुओं का टीकाकरण किया गया, जो कि निर्धारित लक्ष्य से कम है।

वर्ष अप्रैल 2012 से मार्च 2013 तक 0 से 1 वर्ष के कुल 2361 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 1512 शिशुओं (64 प्रतिशत) को TT का टीका, 1142 शिशुओं (48 प्रतिशत) को B.C.G. का टीका, 1562 शिशुओं (66 प्रतिशत) को D.P.T.–3 टीका एव O.P.V.-3 का टीका, 1523 शिशु (65 प्रतिशत) ऐसे है जिन्हे HEP.B 3 का टीका लगा है, 1527 शिशुओं (65 प्रतिशत) को MCV 1 का टीका तथा 64 प्रतिशत अर्थात 1520 शिशुओं को MCV 2 का टीका लगा है अर्थात लक्ष्य से कम 64 प्रतिशत अर्थात 1514 शिशु ऐसे है जिन्हे ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2012–13 में सर्वाधिक टीकाकरण 66–66 प्रतिशत शिशुओं का क्रमशः D.P.T.-3 एवं O.P.V.-3 का टीकाकरण किया गया जबकि न्यूनतम टीकाकरण B.C.G. का मात्र 48 प्रतिशत शिशुओं का किया गया जो कि निर्धारित लक्ष्य से कम है।

वर्ष अप्रैल 2013 से मार्च 2014 तक विकासखण्ड पेण्ड्रा में 0 से 1 वर्ष के कुल 2361 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 1586 शिशुओं (67 प्रतिशत) को TT का टीका, 1142 शिशुओं (48 प्रतिशत) को B.C.G. का टीका, 1358 शिशुओं (58 प्रतिशत) को D.P.T.–3 टीका 1323 शिशुओं अर्थात 56 प्रतिशत को, O.P.V.-3 का टीका 1325 शिशुओं (56 प्रतिशत) को HEP.B 3 का टीका, 1323 शिशुओं (56 प्रतिशत) को MCV 1 का टीका 1148 शिशुओं (49 प्रतिशत) को एवं 1155 शिशु (49 प्रतिशत) ऐसे है जिन्हें MCV 2 का टीका लगा है अर्थात लक्ष्य से कम 1154 शिशु अर्थात 49 प्रतिशत शिशु ऐसे है जिन्हे ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2013–14 में सर्वाधिक T.T. का टीकाकरण 67 प्रतिशत शिशुओं (लक्ष्य से कम) का किया गया जबकि न्यूनतम 49 प्रतिशत शिशु ऐसे है जिन्हे MCV 1 एवं MCV 2 का टीका लगा है जो कि लक्ष्य से कम है।

विकासखण्ड पेण्ड्रा में प्राप्त सूची के अनुसार चयनित सभी 10 ग्रामों में सर्वाधिक टीके ग्राम पेण्ड्रा में 98 प्रतिशत शिशुओं (365 शिशुओं) को ये सारे टीके लगे है जो कि निर्धारित लक्ष्य के करीब है, वहीं न्यूनतम ग्राम गिरारी में लक्ष्य से कम 48 शिशुओं (37 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

इस प्रकार विकासखण्ड पेण्ड्रा में चयनित सभी 10 ग्रामों में लक्ष्य 1698 शिशुओं के विरूद्ध 1017 शिशुओं (59 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है जो निर्धारित लक्ष्य से कम है।

तालिका–06

(विकासखण्ड पोड़ी उपरोड़ा, जिला–कोरबा)

विगत 3 वर्षो का नियमित प्रतिरक्षण (टीकाकरण) उपलब्धियां

क्र.	वर्ष	लक्ष्य	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%
1	2011–12	4400	3430	78	4486	102	4284	97	4284	97	1227	28	4160	95	4267	97	4160	95
2	2012–13	4400	3251	74	4605	105	4299	98	4299	98	4299	98	4285	97	4023	91	4285	97
3	2013–14	4400	4400	100	4593	104	4321	98	4321	98	4321	98	4313	98	4193	95	4313	98

मुख्य चिकित्सा अधिकारी जिला कोरबा से प्राप्त जानकारी अनुसार वर्ष अप्रैल 2011 से मार्च 2012 तक कोरबा जिले के पोड़ी उपरोड़ा विकासखण्ड में 0 से 1 वर्ष तक के कुल 4400 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 3430 शिशुओं (78 प्रतिशत) को TT का टीका, 4486 शिशुओं (102 प्रतिशत) को लक्ष्य से अधिक B.C.G. का टीका, 4284 शिशुओं (97 प्रतिशत) जो कि लक्ष्य से करीब है, को D.P.T.–3 एवं O.P.V.-3 का टीका, मात्र 1227 अर्थात 28 प्रतिशत शिशुओं को HEP.B 3 का टीका जो की लक्ष्य से बहुत कम है, MCV 1 का टीका 4160 शिशुओं (95 प्रतिशत) एवं MCV 2 का टीका 4267 शिशुओं अर्थात (97 प्रतिशत) शिशुओं को लगाया जा चुका है जो कि लक्ष्य के काफी करीब है। इस प्रकार वर्ष 2011–12 में कुल 4160 शिशुओं अर्थात 95 प्रतिशत (लगभग लक्ष्य से करीब) शिशु ऐसे है जिन्हे ये सारे टीके लगाए जा चुके है।

वर्ष 2011–12 में विकासखण्ड पोंड़ीउपरोड़ा में सर्वाधिक BCG का टीकाकरण 102 प्रतिशत शिशुओं का किया गया जो कि निर्धारित लक्ष्य से अधिक है जबकि HEP.B 3 का न्यूनतम मात्र 28 प्रतिशत शिशुओं का टीकाकरण किया गया, जो कि निर्धारित लक्ष्य से बहुत कम है।

वर्ष अप्रैल 2012 से मार्च 2013 तक कोरबा जिले के पोड़ीउपरोड़ा विकासखण्ड में 0 से 1 वर्ष के कुल 4400 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 3251 शिशुओं (74 प्रतिशत) को TT का टीका, 4605 शिशुओं (105 प्रतिशत) को लक्ष्य से अधिक B.C.G. का टीका, 4299 शिशुओं अर्थात (98 प्रतिशत) शिशु ऐसे है जिन्हे D.P.T.–3, O.P.V.-3 एवं HEP.B 3 के

टीके लगे है जो कि निर्धारित लक्ष्य के करीब है, MCV 1 का टीका 4285 शिशुओं 97 प्रतिशत को लगा है एवं MCV 2 का टीका 4023 शिशुओं (91 प्रतिशत) को लगा है इस प्रकार वर्ष 2012–13 में टीकाकरण उपलब्धि लक्ष्य के काफी करीब है अर्थात वर्ष 2012–13 में 4285 शिशुओं (97 प्रतिशत लगभग लक्ष्य के करीब) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2012–13 में विकासखण्ड पोड़ी उपरोड़ा में सर्वाधिक B.C.G. का टीकाकरण लक्ष्य से अधिक 105 प्रतिशत शिशुओं का किया गया जबकि T.T. का न्यूनतम 74 प्रतिशत शिशुओं का टीकाकरण किया गया।

विकासखण्ड पोड़ीउपरोड़ा वर्ष अप्रैल 2013 से मार्च 2014 में 0 से 1 वर्ष के तक के कुल 4400 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 4400 अर्थात सत्र प्रतिशत शिशुओं को TT का टीका, 4593 शिशुओं (104 प्रतिशत) को लक्ष्य से अधिक B.C.G. का टीका, 4321 अर्थात (98 प्रतिशत) शिशु ऐसे है जिन्हे D.P.T.–3, O.P.V.-3, HEP.B 3 एवं MCV 1 का टीका लगा है MCV 2 का टीका 4193 शिशुओं (95 प्रतिशत) को लगाया जा चुका है अर्थात 2013–14 में भी टीकाकरण उपलब्धि लगभग लक्ष्य के काफी निकट है। इस प्रकार वर्ष 2013–14 में 4313 शिशुओं को (98 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगाए जा चुके है। जो कि निर्धारित लक्ष्य से काफी करीब है।

वर्ष 2013–14 में विकासखण्ड पोड़ी उपरोडा में सर्वाधिक टीकाकरण BCG का 104 प्रतिशत शिशुओं का किया गया है जबकि MCV 2 का न्यूनतम 95 प्रतिशत शिशुओं टीकाकरण किया गया है।

विकासखण्ड पोड़ी उपरोड़ा में प्राप्त सूची के अनुसार चयनित 10 ग्रामों में ग्राम बिंझरा में सर्वाधिक 97 प्रतिशत शिशुओं को ये सारे टीके लगाए जा चुके है वही ग्राम महोरा एवं ग्राम कर्रा में न्यूनतम 76 प्रतिशत शिशुओं को ये सारे टीके लगे है।

इस प्रकार चयनित सभी 10 ग्रामों में लक्ष्य 297 शिशुओं के विरूद्ध 267 शिशुओं (90 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

तालिका–07

(विकासखण्ड कटघोरा, जिला–कोरबा)

विगत 3 वर्षो का नियमित प्रतिरक्षण (टीकाकरण) उपलब्धियां

क्र	वर्ष	लक्ष्य	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%
1	2011–12	6892	5313	69	5545	80	5746	83	5731	83	1975	29	5535	80	351	6	5719	83
2	2012–13	6669	6239	85	5754	86	5858	88	5855	88	5862	87	5975	90	4809	72	5975	90
3	2013–14	6848	5152	68	6730	98	6077	89	6077	89	6077	89	6154	90	5277	77	6154	90

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कोरबा से प्राप्त जानकारी अनुसार वर्ष अप्रैल 2011 से मार्च 2012 तक कोरबा जिले के कटघोरा विकासखण्ड में 0 से 1 वर्ष तक के कुल 6892 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 5313 शिशुओं (69 प्रतिशत) को TT का टीका, 5545 शिशुओं (80 प्रतिशत) को B.C.G. का टीका, 5746 शिशुओं (83 प्रतिशत) को D.P.T.–3 टीका, 5731 शिशुओं (83 प्रतिशत) को O.P.V.-3 का टीका, 1975 शिशुओं (29 प्रतिशत) को HEP.B 3 का टीका, 5535 शिशुओं (80 प्रतिशत) को MCV 1 का टीका तथा मात्र 351 शिशु (6 प्रतिशत) ऐसे है जिन्हे MCV 2 का टीका लगा है अर्थात लक्ष्य से कम 5791 शिशुओं (83 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2011–12 विकासखण्ड कटघोरा में सर्वाधिक D.P.T.-3 का टीकाकरण क्रमशः 83 प्रतिशत शिशुओं का किया गया जबकि MCV 2 का न्यूनतम मात्र 6 प्रतिशत शिशुओं का टीकाकरण किया गया, जो कि निर्धारित लक्ष्य से बहुत कम है।

वर्ष अप्रैल 2012 से मार्च 2013 तक कोरबा जिले के कटघोरा विकासखण्ड में 0 से 1 वर्ष के कुल 6669 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 6239 शिशुओं (85 प्रतिशत) को TT का टीका, 5754 शिशुओं (86 प्रतिशत) को B.C.G. का टीका, 5858 शिशुओं (88 प्रतिशत) को D.P.T.–3 टीका, 5855 शिशुओं (88 प्रतिशत) को O.P.V.-3 का टीका, 5862 शिशुओं (87 प्रतिशत) HEP.B 3 का टीका, 90 प्रतिशत शिशु अर्थात 5975 शिशुओं को MCV 1 का टीका तथा 4809 शिशुओं अर्थात 72 प्रतिशत शिशुओं को MCV 2 का टीका लगा है अर्थात लक्ष्य से कम 5975 शिशुओं (90 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2012–13 में सर्वाधिक टीकाकरण MCV 1 का टीकाकरण 90 प्रतिशत शिशुओं का किया गया जबकि MCV 2 का न्यूनतम 72 प्रतिशत शिशुओ का टीकाकरण किया गया जो कि निर्धारित लक्ष्य से कम है।

विकासखण्ड कटघोरा में वर्ष अप्रैल 2013 से मार्च 2014 तक 0 से 1 वर्ष के कुल 6848 शिशुओं का लक्ष्य टीकाकरण हेतु रखा गया जिसमें से 5152 शिशुओं (68 प्रतिशत) को TT का टीका, B.C.G. का टीका 6730 शिशुओं (98 प्रतिशत) को लगा है, 6077 शिशु अर्थात 89 प्रतिशत शिशु ऐसे है जिन्हे D.P.T.–3, O.P.V.-3 एवं HEP.B 3 ये तीनों टीके लगे है। 6154 शिशुओं (90 प्रतिशत) को MCV 1 एवं 5277 शिशुओं (77 प्रतिशत) शिशुओं को MCV 2 का टीका लगा है इस प्रकार लक्ष्य से कम अर्थात 6154 शिशुओं (90 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है।

वर्ष 2013–14 में सर्वाधिक BCG का टीकाकरण लक्ष्य के करीब अर्थात 98 प्रतिशत शिशुओं का किया गया है वहीं न्यूनतम T.T. का टीकाकरण 68 प्रतिशत शिशुओं का किया गया है।

विकासखण्ड कटघोरा में प्राप्त सूची के अनुसार चयनित 10 ग्रामों में सर्वाधिक टीके ग्राम चाकाबुड़ा में लक्ष्य के करीब 96 प्रतिशत शिशुओं को ये सारे टीके लगे हैं, वही न्यूनतम ग्राम रंजना में मात्र 6 प्रतिशत शिशुओं को ये सारे टीके लगे है जो कि निर्धारित लक्ष्य से बहुत कम है।

इस प्रकार चयनित सभी 10 ग्रामों में लक्ष्य 826 शिशुओं के विरूद्ध 617 शिशुओं (75 प्रतिशत) को ये सारे टीके लगे है जो कि निधारित लक्ष्य से कम है।

तालिका–08

सर्वेक्षित ग्रामों में (आंगनबाड़ी केन्द्र) खण्ड चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्राप्त जानकारी अनुसार वर्ष 2013–14 में प्रतिरक्षण (टीकाकरण) की उपलब्धियां निम्नानुसार है :–

क्र.	वर्ष	कुल चयनित ग्राम	लक्ष्य	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
				उपलब्ध	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्ध	%
1	गौरेला	10	1820	922	51	838	46	932	51	870	48	935	51	893	49	378	21	893	49
2	पेण्ड्रा	10	1698	1285	76	935	55	1095	64	1095	64	1087	64	1009	59	1037	61	1017	59
3	पोड़ी उपरोड़ा	10	297	278	93	288	97	276	93	276	93	276	93	266	89	250	84	267	90
4	कटघोरा	10	826	788	95	699	85	673	81	673	81	673	81	618	75	397	48	617	75
	योग	**40**	**4641**	**3273**	**71**	**2760**	**59**	**2976**	**64**	**2914**	**63**	**2971**	**64**	**2786**	**60**	**2062**	**44**	**2794**	**60**

उपरोक्त तालिका अनुसार सर्वेक्षण हेतु चयनित ग्रामों में वर्ष 2013–14 अनुसार निर्धारित लक्ष्य के विरूद्ध **TT** के टीकाकरण में 71 प्रतिशत उपलब्धि, **DPT-3** एवं हिपेटाईटिस बी–3 टीकाकरण में 64–64 प्रतिशत उपलब्धियां हासिल की गई जबकि **OPV-3** , **BCG** में टीकाकरण का प्रतिशत क्रमशः 63 एवं 59 प्रतिशत रहा। इसी प्रकार **MCV 1, MCV-2** में टीकाकरण का प्रतिशत क्रमशः 60 एवं 44 प्रतिशत रहा है जो कि लक्ष्य से काफी कम है।

तालिका–09

चयनित ग्राम (आंगनबाड़ी केन्द्र) विकासखण्ड गौरेला वर्ष 2013–14 की जानकारी

क्र	वर्ष	लक्ष्य	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्ध	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्ध	%
1	गौरेला	303	174	57	134	44	151	50	152	56	151	50	195	64	50	17	195	64
2	नेवसा	167	89	532	71	43	99	59	96	57	99	59	85	51	30	179	85	51
3	केंवची	102	88	682	80	78	81	79	81	80	81	80	72	71	63	62	72	71
4	सधवानी	192	145	76	105	55	115	60	115	60	115	60	102	53	38	20	102	534
5	सोनछिरया																	
6	खोडरी	194	137	72	134	69	126	65	126	65	126	65	117	60	45	28	117	60
7	सारबहरा	165	84	51	60	36	74	45	14	45	75	45	63	38	36	22	63	39
8	देवरगांव	157	96	61	84	54	106	68	106	68	106	68	76	48	10	63	76	48
9	लराई गांव	470	70	41	105	62	113	66	113	66	115	68	118	69	42	25	118	69
10	पीपरखूंटी	70	39	56	65	93	67	96	67	96	67	96	65	93	64	91	65	93
	योग	**1820**	**922**	**51**	**838**	**46**	**932**	**51**	**870**	**48**	**935**	**51**	**893**	**49**	**378**	**21**	**893**	**49**

तालिका–10

चयनित ग्राम (आंगनबाड़ी केन्द्र) विकासखण्ड पेण्ड्रा वर्ष 2013–14 की जानकारी

क्र	वर्ष	लक्ष्य	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%
1	पेण्ड्रा	372	316	85	387	104	394	106	394	464	394	106	365	98	365	98	365	98
2	बसंतपुर	141	140	99	66	47	106	75	106	107	106	75	76	53	76	53	76	53
3	गिरारी	127	72	57	58	46	52	41	52	92	46	36	48	37	48	38	48	37
4	बचरवार	170	73	43	44	26	87	51	87	203	83	49	69	40	74	43	74	43
5	कुडकई	136	83	61	77	57	58	43	58	95	68	50	66	49	86	63	66	48
6	कुदरी	113	96	85	72	64	55	49	55	65	55	49	46	40	52	46	52	46
7	नवागांव	171	145	85	88	51	100	58	100	118	99	58	88	51	88	51	88	51
8	आमाड़ार	189	157	83	39	21	72	38	72	87	95	50	105	55	105	55	105	55
9	जमडीखुर्द	152	131	86	59	39	115	76	115	133	87	57	92	60	92	60	92	60
10	कोटमी	127	72	57	45	35	56	44	56	99	54	43	54	42	51	40	51	40
	योग	**1698**	**1285**	**76**	**935**	**55**	**1095**	**64**	**1095**	**64**	**1087**	**64**	**1009**	**59**	**1037**	**61**	**1017**	**59**

तालिका–11

चयनित ग्राम (आंगनबाड़ी केन्द्र) विकासखण्ड पोड़ीउपरोड़ा वर्ष 2013–14 की जानकारी

क्र.	वर्ष	लक्षय	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%
1	पोडी उपरोडा	56	50	88	58	103	54	96	54	96	54	96	53	94	51	90	53	94
2	कोनकोना	37	36	98	36	98	35	96	35	96	35	96	34	93	32	88	34	93
3	गुरसिया	47	45	95	45	95	45	95	45	95	45	95	44	93	42	89	44	93
4	बांगो	18	17	97	16	91	16	91	16	91	16	91	15	85	13	74	15	85
5	मल्दा	28	26	92	24	85	25	89	25	89	25	89	24	85	23	82	24	85
6	महोरा	10	9	86	9	86	8	76	8	76	8	76	7	67	6	57	8	76
7	सिंधिया	15	14	92	13	86	13	86	13	86	13	86	12	79	11	73	12	79
8	बिंझरा	54	52	97	58	108	53	99	53	99	53	99	52	97	50	93	52	97
9	कर्रा	12	11	93	10	84	10	84	10	84	10	84	9	76	8	67	9	76
10	बरतरई	20	18	88	19	93	17	83	17	83	17	83	16	78	14	69	16	78
	योग	**297**	**278**	**93**	**288**	**97**	**276**	**93**	**276**	**93**	**276**	**93**	**266**	**89**	**250**	**84**	**267**	**90**

तालिका–12

चयनित ग्राम (आंगनबाड़ी केन्द्र) विकासखण्ड कटघोरा वर्ष 2013–14 की जानकारी

क्र.	वर्ष	लक्ष्य	TT		BCG		DPT-3		OPV-3		Hepatitis B3		MCV 1		MCV 2		Fully Immunization	
			उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%	उपलब्धि	%
1	कटघोरा	496	496	100	448	90	442	89	442	89	412	89	442	89	311	66	442	89
2	रंजना	81	116	141	53	65	38	47	38	47	38	47	5	6	5	6	5	6
3	राल	25	24	83	21	84	21	84	21	84	21	84	15	60	15	60	15	60
4	जवाली	106	35	83	73	70	73	67	73	67	73	67	65	50	15	50	65	50
5	मोहनपुर	30	34	89	26	87	21	70	21	70	21	70	22	73	22	73	22	73
6	चाकाबुडा	47	52	93	46	98	48	102	48	102	48	102	45	96	5	11	45	96
7	बसंतपुर	19	10	50	14	74	14	74	14	74	14	74	9	47	9	47	9	47
8	डोकरीखार	7	7	78	6	86	6	86	6	86	6	86	6	86	6	86	6	86
9	तिलवारी (डोंगरी)	8	8	100	7	88	6	75	6	75	6	75	5	63	5	63	5	63
10	तिलवारी (डोंगरी)	7	6	86	5	71	4	57	4	57	4	57	4	57	4	57	3	43
	योग	**826**	**788**	**95**	**699**	**85**	**673**	**81**	**673**	**81**	**673**	**81**	**618**	**75**	**397**	**48**	**617**	**75**

****

अध्याय–छः

सर्वेक्षित परिवारों की स्थिति

6.1 साक्षरता

सर्वेक्षित 400 परिवारों में साक्षरता का प्रतिशत निम्नानुसार है :–

तालिका–13

(6 वर्ष से कम आयु के बच्चों को छोड़कर)

क्र.	विवरण	व्यक्ति			प्रतिशत		
		पुरूष	महिला	योग	पुरूष	महिला	योग
1	साक्षर व्यक्ति	532	485	1017	87.36	76.14	81.62
2	निरक्षर व्यक्ति	77	152	229	12.64	23.86	18.38
	योग	**609**	**637**	**1246**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

कुल सर्वेक्षित परिवारों में 81.62 प्रतिशत व्यक्ति साक्षर तथा 18.38 प्रतिशत व्यक्ति निरक्षर पाये गए। कुल 1017 साक्षर व्यक्ति में 52.31 प्रतिशत पुरूष एवं 47.69 प्रतिशत महिलाएं है इसी प्रकार कुल 609 पुरूषों में 87.36 प्रतिशत साक्षर तथा कुल 637 महिलाओं में 76.14 प्रतिशत साक्षर महिलाएं है।

6.2 शिक्षा का स्तर

सर्वेक्षित परिवारों में शिक्षा का स्तर निम्नानुसार है :–

तालिका–14

शिक्षा का स्तर

क्र.	विवरण	संख्या			प्रतिशत		
		पुरूष	महिला	योग	पुरूष	महिला	योग
1	2	3	4	5	6	7	8
1	आंगनबाड़ी	100	108	208	15.82	18.21	16.98
2	प्राथमिक	189	237	426	29.91	39.97	34.78
3	माध्यमिक	181	144	325	28.64	24.28	26.53
4	हाईस्कूल	81	60	141	12.82	10.12	11.51
5	उ.मा.वि.	62	37	99	9.81	6.24	8.08
6	स्नातक	9	7	16	1.42	1.18	1.31

7	स्नातकोत्तर	9	—	9	1.42	—	0.73
8	तकनीकी शिक्षा	1	0	1	0.16	0.00	0.08
9	अन्य	—	—	—	—	—	—
	योग	**632**	**593**	**1225**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

उक्त तालिका अनुसार सर्वेक्षित परिवारों में सर्वाधिक प्राथमिक स्तर तक शिक्षा पाने वाले व्यक्तियों की संख्या 34.78 प्रतिशत है माध्यमिक स्तर तक शिक्षा पाने वाले व्यक्तियों की संख्या 26.53 प्रतिशत है। 16.98 प्रतिशत व्यक्ति आंगनबाड़ी तक अध्ययनरत है। हाईस्कूल एवं उ.मा.वि. तक अध्ययन करने वाले व्यक्तियों का प्रतिशत क्रमशः 11.51 एवं 8.08 प्रतिशत है। बहुत कम व्यक्ति ही स्नातक एवं स्नातकोत्तर स्तर तक की शिक्षा ग्रहण करते है।

6.3 विवाहितों का प्रतिशत :–

सर्वेक्षित परिवारों में विवाहित स्त्री–पुरूषों का प्रतिशत निम्नानुसार है :–

तालिका–15

विवाहितों का प्रतिशत

क्र.	विवरण	संख्या			प्रतिशत		
		पुरूष	महिला	योग	पुरूष	महिला	योग
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1	विवाहित	497	508	1005	57.99	55.58	56.75
2	अविवाहित	360	406	766	42.01	44.42	43.25
	योग	**857**	**914**	**1771**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

सर्वेक्षण के अनुसार कुल जनसंख्या में 56.75 प्रतिशत व्यक्ति विवाहित तथा 43.25 प्रतिशत व्यक्ति अविवाहित है तालिका के अनुसार सर्वेक्षित परिवारों में 497 (57.99 प्रतिशत) पुरूष तथा 508 (55.58 प्रतिशत) महिलाएं विवाहित है। उसी प्रकार 360 (42.01 प्रतिशत) पुरूष तथा 406 (44.42 प्रतिशत) महिलाएं अविवाहित है।

6.4 विवाहितों की स्थिति :-

तालिका-16

विवाहितों की स्थिति

क्र.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
1	2	3	4
1	विवाहित पुरूष	485	48.26
2	विवाहित स्त्री	488	48.56
3	विधवा	20	1.99
4	विधुर	12	1.19
	कुल	1005	100.00

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि कुल 1005 विवाहितों में से 485 (48.26 प्रतिशत) विवाहित पुरूष तथा 488 (48.56 प्रतिशत) विवाहित महिलाएं है। उसी प्रकार 20 (1.99 प्रतिशत) विधवा तथा 12 (1.79 प्रतिशत) विधुर शामिल है।

6.5 विकासखण्डवार विवाहितों की स्थिति:-

सर्वेक्षित 400 परिवारों में विकासखण्डवार विवाहितों की संख्या निम्नानुसार है :-

तालिका-17

क्र.	वि.ख.का नाम	जनसंख्या			विवाहितों की संख्या			विवाहितों का प्रतिशत		
		पु.	म.	योग	पु.	म.	योग	पु.	म.	योग
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	गौरेला	202	218	420	117	123	240	57.9	56.4	57.1
2	पेण्ड्रा	210	211	421	113	114	227	53.8	54.0	53.9
3	कटघोरा	244	268	512	147	147	294	60.2	54.9	57.4
4	पोड़ी उपरोड़ा	201	217	418	120	124	244	59.7	57.1	58.4
	योग	**857**	**914**	**1771**	**497**	**508**	**1005**	**58.0**	**55.6**	**56.7**

उपरोक्त तालिका से स्पष्ट है कि सर्वेक्षित परिवारों में कुल 56.7 प्रतिशत व्यक्ति विवाहित हैं सर्वाधिक विवाहितों का प्रतिशत वि.ख. पोड़ी उपरोड़ा में 58.4 प्रतिशत एवं सबसे कम विवाहितों का प्रतिशत वि.ख. पेण्ड्रा 53.9 है। कुल सर्वेक्षित परिवारों में 58.0 प्रतिशत पुरूष तथा 55.6 प्रतिशत महिलाये विवाहित है।

6.6 सर्वेक्षित परिवारों में व्यवसाय की स्थिति:–

तालिका–18

व्यवसाय

क्र.	विवरण	मुख्य व्यवसाय	प्रतिशत	गौण व्यवसाय	प्रतिशत
1	2	3	4	5	6
1	कृषि	539	90.44	5	01.12
2	नौकरी	21	03.52	489	98.98
3	मजदूरी	36	06.04	—	—
4	वनोपज	—	—	—	—
5	अन्य	—	—	—	—
	योग	596	100.00	494	100.00

सर्वेक्षण से ज्ञात हुआ है कि सर्वेक्षित परिवारों में 90.44 प्रतिशत व्यक्ति कृषि को अपना मुख्य व्यवसाय मानते है मजदूरी तथा नौकरी को मुख्य व्यवसाय के रूप में मानने वाले व्यक्तियों का प्रतिशत क्रमशः 06.04 तथा 03.52 प्रतिशत है। इसी प्रकार 98.98 प्रतिशत व्यक्ति नौकरी (शासकीय/अर्द्धशासकीय) को अपना गौण व्यवसाय मानते है मात्र 01.12 प्रतिशत व्यक्ति कृषि को अपना गौण व्यवसाय के रूप में मानते है।

6.7 उपलब्ध सुविधाएं :–

1. आवास :– सर्वेक्षित परिवारों में आवास की स्थिति निम्नानुसार है :–

तालिका–19

आवास की स्थिति

क्र.	विवरण	परिवार संख्या	प्रतिशत
1	2	3	4
1	कच्चा	358	89.50
2	पक्का	30	07.50
3	अर्धपक्का	12	03.00
	योग	400	100.00
1	स्वयं का	393	98.25
2	किराए का	7	01.75
3	शासकीय	—	—
	योग	400	100.00

उपरोक्त तालिका में सर्वेक्षित 400 परिवारों के आवास की स्थिति की जानकारी दर्शित है। जिसमें सर्वाधिक 358 (89.50 प्रतिशत) परिवारों का आवास कच्चा, 30 (07.50 प्रतिशत) परिवारों का आवास पक्का तथा 12 (03.00 प्रतिशत) परिवारों का आवास अर्धपक्का है। उसी प्रकार 393 (98.25 प्रतिशत) परिवारों आवास का स्वयं का तथा 7 (01.75 प्रतिशत) परिवारों का आवास किराए का है।

2. आवास में उपलब्ध सुविधा तालिका–20

क्र.	विवरण	परिवार संख्या			कुल सर्वेक्षित परिवार से प्रतिशत		
		पर्याप्त सुविधा	अपर्याप्त सुविधा	सुविधा नही	पर्याप्त सुविधा	अपर्याप्त सुविधा	सुविधा नही
1	2	3	4	5	6	7	8
1	बिजली	375	—	25	93.75	—	06.25
2	पानी	93	—	307	23.25	—	76.75
3	शौचालय	39	—	361	09.75	—	90.25
	कुल सर्वेक्षित परिवार– 400						

उपरोक्त तालिका में सर्वेक्षित 400 परिवारों के आवास में उपलब्ध सुविधा दर्शित है। जिसमें सर्वाधिक 375 (93.75 प्रतिशत) परिवारों के घरों में बिजली की सुविधा है और 25 (06.25 प्रतिशत) परिवारों के घरों में बिजली की सुविधा नहीं है, 93 (23.25 प्रतिशत) घरों में पानी की सुविधा है तथा 307 (76.75 प्रतिशत) घरों में पानी की सुविधा नहीं है, उसी प्रकार 39 (09.75 प्रतिशत) घरों में शौचालय की सुविधा है जबकि 361 (90.25 प्रतिशत) घरों में शौचालय की सुविधा नही है।

3. पेयजल के स्त्रोत तालिका–21

सर्वेक्षित परिवारों के घरों में पेयजल सुविधा न होने पर अन्य स्त्रोत निम्न है।

क्र.	स्त्रोत	उपयोग करने वाले परिवार संख्या	प्रतिशत
1	2	3	4
1	सार्वजनिक कुंआ	16	05.21
2	सार्वजनिक नल	40	13.02
3	हेण्डपंप	251	81.76
4	नदी	—	—
5	तालाब	—	—
6	अन्य	—	—
	कुल सर्वे.परिवार	307	100.00
	कुल सर्वेक्षित परिवार– 400		

उपरोक्त तालिका में सर्वेक्षित परिवारों में घरों में पेयजल के अन्य स्त्रोत की जानकारी दर्शित है, 400 सर्वेक्षित परिवारों में जिसमें 307 (76.75 प्रतिशत) परिवारों के घरों में पेयजल की सुविधा नही है। पेयजल के अन्य स्त्रोतों से पानी लाने वालों में सर्वाधिक 251 (81.76 प्रतिशत) परिवार जो हैण्डपंप से, 40 (13.02 प्रतिशत) परिवार सार्वजनिक नल से तथा 16 (05.21 प्रतिशत) परिवार सार्वजनिक कुंआ से पेयजल लाते है।

तालिका-22

घरों में पानी की सुविधा नहीं होने वाले परिवारों में पेयजल स्त्रोत की दूरी

क्र.	दूरी (मीटर में)	परिवार संख्या	प्रतिशत
1	2	3	4
1	100 मीटर तक	159	51.79
2	101-200	63	20.52
3	201-300	37	12.05
4	301-400	31	10.10
5	401-500	17	05.54
6	501-600	-	-
7	601-700	-	-
8	701-800	-	-
9	801-900	-	-
10	901-1000	-	-
11	1001 मीटर से अधिक	-	-
	योग	307	100.00

सर्वेक्षित 400 परिवारों में से 307 परिवार ऐसे है जिनके घरों में पेयजल की सुविधा नही है एवं परिवारों के द्वारा पेयजल स्त्रोंतो की दूरी उक्त तालिका में दर्शित है। 307 परिवार में से सर्वाधिक 159 (51.79 प्रतिशत) परिवार जिनका घर से पेयजल स्त्रोत की दूरी 100 मीटर, 63 (20.52 प्रतिशत) परिवारों का 101-200 मीटर, 37 (12.05 प्रतिशत) परिवारों का 201-300 मीटर, 31 (10.10 प्रतिशत) परिवारों का 301-400 मीटर तथा 17 (05.54 प्रतिशत) परिवारों का 401--500 मीटर में पेयजल स्त्रोत की दूरी है।

****

अध्याय–सात

सर्वेक्षित ग्रामों में टीकाकरण

7.1 ग्राम में उपलब्ध चिकित्सा से संबंधित व्यक्ति

तालिका–23

क्र.	उपलब्ध व्यक्ति	ग्रामों की संख्या		प्रतिशत	
		हां	नहीं	हां	नहीं
1	2	3	4	5	6
1	मितानिन	39	1	97.50	2.50
2	म. स्वास्थ्य कार्यकर्ता	20	20	50.00	50.00
3	ब. स्वास्थ्य कार्यकर्ता	3	37	07.50	92.50
4	चिकित्सक	9	31	22.50	77.50
	कुल सर्वेक्षित ग्राम – 40				

उपरोक्त तालिका में सर्वेक्षित 40 ग्रामों में उपलब्ध चिकित्सा से संबंधित व्यक्तियों की जानकारी दर्शित है। जिसमें सर्वाधिक 39 (97.50 प्रतिशत) ग्रामों में मितानिन है जबकि 1 (2.50 प्रतिशत) ग्राम में नहीं है। 20 (50 प्रतिशत) ग्रामों में महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता है जबकि 20 (50. 00 प्रतिशत) ग्रामों में नही है। 9 (22.50 प्रतिशत) ग्रामों में चिकित्सक उपलब्ध है और 31 (77.50 प्रतिशत) ग्रामों में नही है तथा 3 (7.50 प्रतिशत) ग्रामों में ब.स्वा.कार्यकर्ता उपलब्ध है तथा 37 (92.50 प्रतिशत) ग्रामों में नही है।

सर्वेक्षित 40 ग्रामों में शामिल सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र वाले ग्राम 05, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र वाले ग्राम 10, एवं उप स्वास्थ्य केन्द्र वाले ग्राम 14 है शेष अन्य ग्राम है जहां कम से कम आंगनबाड़ी केन्द्र अवश्य है।

7.2 घर से टीकाकरण स्थल/केन्द्रों की दूरी

तालिका–24

दूरी (कि.मी.)	सामुदायिक केन्द्र		उपस्वास्थ्य केन्द्र		प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	
	परिवार संख्या	प्रतिशत	परिवार संख्या	प्रतिशत	परिवार संख्या	प्रतिशत
0–01	20	05.00	80	20.00	30	07.50
01–02	10	02.50	70	17.50	30	07.50
02–03	10	02.50	70	17.50	40	10.00
03–04	40	10.00	30	07.50	40	10.00
04–05	20	05.00	50	12.50	50	12.50
05 से अधिक	300	75.00	100	25.00	210	52.50
योग	400	100.00	400	100.00	400	100.00

तालिका अनुसार सर्वेक्षित 400 परिवारों में 75.00 प्रतिशत परिवार ऐसे है जिन्हे सामुदायिक केन्द्र जाने के लिए 05 से अधिक कि.मी. की दूरी तय करनी पड़ती है। 10 प्रतिशत परिवारों को 03 से 04 कि.मी. की दूरी तय करनी पडती है।

उप स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिये 25 प्रतिशत परिवार को 5 से अधिक एवं 20 प्रतिशत परिवारों को 0 से 01 कि.मी. की दूरी तय करनी पड़ती है इसी प्रकार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिये सबसे अधिक 52.50 प्रतिशत परिवारों को 05 से अधिक कि.मी. की दूरी तय करनी पड़ती है तथा 7.50 प्रतिशत परिवार 0 से 01 कि.मी. की दूरी तय करनी पड़ती है।

7.3 गर्भवती स्त्रियों का टीकाकरण

तालिका–25

क्र.	विवरण	टीकाकृत स्त्रियों की संख्या	प्रतिशत
1	2	3	4
1	टी.टी. 1	208	100.00
2	टी.टी. 2	192	92.31
3	टी.टी. बुस्टर	63	30.29
4	अन्य	—	—
	कुल गर्भवती स्त्रियां	208	100.00

उक्त तालिका अनुसार कुल सर्वेक्षित 208 गर्भवती स्त्रियों में से शतप्रतिशत महिलाओं में टी.टी.–1 का टीका लगाया गया है। टी.टी.–2 टीकाकृत महिलाओं की संख्या 92.31 एवं टी.टी. बूस्टर टीकाकृत महिलाओं की संख्या 30.29 प्रतिशत है। टी.टी. बूस्टर का टीका पुनः गर्भवती महिलाओं को लगाया जाता है।

उक्त टीकाकरण कार्यक्रम ग्राम के आंगनबाड़ी केन्द्रों में किया गया है प्रत्येक आंगनबाड़ी केन्द्रों की दूरी घर से लगभग 500 मीटर के अंदर है टीकाकरण निर्धारित समय पर ए.एन.एम. के द्वारा लगाया गया है। टीकाकरण हेतु ग्राम के मितानित, सहायिका तथा आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा प्रेरित किया जाना पाया है।

7.4 सर्वेक्षित परिवारों में 00 से 01 वर्ष तक के बच्चों का टीकाकरण :–

तालिका–26

00 से 01 वर्ष के बच्चों का टीकाकरण

क्र.	विवरण	टीकाकृत बच्चों की संख्या	प्रतिशत
1	बी.सी.जी.	192	100.00
2	डी.पी.टी.	168	87.50
3	ओ.पी.व्ही.–3	131	68.22
4	एच.ई.पी.बी.–3	103	53.64
5	एम.सी.व्ही.–1	48	25.00
6	एम.सी.व्ही.–2	09	04.68
	कुल सर्वेक्षित बच्चे	**192**	**100.00**

उक्त तालिका अनुसार शत प्रतिशत सर्वेक्षित बच्चों को बी.सी.जी. का टीका लगा है। 87.50 प्रतिशत बच्चों को डी.पी.टी., 68.22 प्रतिशत बच्चों को ओ.पी.व्ही.–3 का टीका, 53.64 प्रतिशत बच्चों को एच.ई.पी.बी.–3 का टीका, 25 प्रतिशत बच्चों को एम.सी.व्ही.–1 का टीका एवं मात्र 04.68 प्रतिशत बच्चों को एम.सी.व्ही.–2 का टीका लगाया गया है स्पष्ट है कि एम.सी.व्ही. –1 एवं 2 का टीका लगाने वाले बच्चों की संख्या बहुत कम है।

उक्त टीकाकरण कार्यक्रम ग्राम के आंगनबाड़ी केन्द्र है जिसमें सभी सर्वेक्षित बच्चों का टीकाकरण हुआ है प्रत्येक आंगनबाड़ी केन्द्र की दूरी घर से लगभग 500 मीटर के अंदर है। टीकाकरण निर्धारित समय पर ए.एन.एम. के द्वारा लगाया गया है। टीकाकरण हेतु ग्राम के मितानिन, सहायिका तथा आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा प्रेरित किया जाना पाया गया।

7.5 01 से 05 वर्ष तक बच्चों का टीकाकरण :–

सर्वेक्षित परिवारों के 01 से 05 वर्ष तक के बच्चों का टीकाकरण निम्न तालिका में दर्शित है।

तालिका–27

क्र.	विवरण	टीकाकृत बच्चों की संख्या	प्रतिशत
1	डी.पी.टी. बूस्टर	312	93.69
2	ओ.पी.व्ही. बूस्टर	284	85.28
3	मीजल्स	308	92.49
4	विटा.ए–2 खुराक	300	90.09
5	डी.पी.डी.	231	69.36
6	विटा.ए.–3 से 9वीं खुराक	82	24.62
	कुल सर्वेक्षित बच्चों की संख्या	**333**	**100.00**

कुल सर्वेक्षित 333 बच्चों में डी.पी.टी. बूस्टर का टीका लगने वाले बच्चों का प्रतिशत सर्वाधिक 93.69 है तथा सबसे कम 24.62 प्रतिशत बच्चों को विटा.ए.–3 से 9वी खुराक प्राप्त हुई है। ओ.पी.व्ही. बूस्टर का टीका लगने वाले बच्चों की संख्या 85.28 प्रतिशत जबकि मीजल्स का टीका लगने वाले बच्चों की संख्या 92.49 प्रतिशत है डी.पी.डी. एवं विटा.ए–2 खुराक प्राप्त करने वाले बच्चों की संख्या का प्रतिशत क्रमशः 69.36 एवं 90.09 प्रतिशत है।

उक्त टीकाकरण कार्यक्रम स्थान ग्राम के समस्त आंगनबाडी केन्द्र है जिसमें सर्वेक्षित बच्चों का टीकाकरण हुआ है घर से आंगनबाडी केन्द्रों की दूरी लगभग 500 मीटर के अंदर है निर्धारित समय पर ए.एन.एम. के द्वारा टीका लगाया गया है। टीकाकरण हेतु ग्राम के आंगनबाड़ी कार्यकर्ता, मितानिन एवं सहायिका द्वारा ग्राम के लोगों को प्रेरित किया जाना पाया गया।

7.6 पल्स पोलियो टीकाकरण :–

तालिका–28

(06 वर्ष से कम आयु वर्ग हेतु)

क्र.	विवरण	टीकाकृत बच्चों की संख्या	प्रतिशत
1	पल्स पोलियो टीका	404	100.00
	कुल सर्वेक्षित बच्चों की संख्या	**404**	**100.00**

सर्वेक्षित 06 वर्ष से कम आयु वर्ग के शतप्रतिशत बच्चों को पल्स पोलियो का टीका लगा है। सर्वेक्षित समस्त ग्रामों में सर्वेक्षित बच्चों को आंगनबाड़ी केन्द्रों में पल्स पोलियों की खुराक दी गई है। पल्स पोलियों अभियान देश में राष्ट्रीय स्तर पर चलाया जाता है। आंगनबाड़ी कार्यकर्ता, मितानिन एवं ग्राम सहायिका द्वारा पल्स पोलियों टीका हेतु लोगों को प्रेरित किया जाता है।

7.7 टीकाकरण का प्रचार–प्रसार :–

सर्वेक्षित समस्त 40 ग्रामों में टीकाकरण के प्रचार–प्रसार के संबध में जानकारी ली गई जिसमें शत प्रतिशत लोगों ने माना कि टीकाकरण का प्रचार–प्रसार समय–समय पर स्वास्थ्य विभाग द्वारा किया जाता है एवं ग्रामीणों को इसकी जानकारी दी जाती है।

7.8 टीकाकरण से वंचित सदस्य :–

जिन 40 ग्रामों में 400 परिवारों का सर्वेक्षित किया गया है इन परिवारों में कोई भी सदस्य समय पर होने वाले टीकाकरण से वंचित नहीं रहा है। सर्वेक्षित परिवार में कोई भी व्यक्ति विकलांगता से ग्रसित नही पाया गया ना ही अन्य किसी बीमारी से ग्रसित पाया गया।

7.9 सर्वेक्षिण की अन्य बातें :–

सर्वेक्षित सभी 400 परिवारों में घर के नजदीक सभी आंगनबाड़ी केन्द्रों में बच्चों के नाम दर्ज पाये गये। आंगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा टीकाकरण से संबंधित आवश्यक सहायोग प्रदान किये जाने की जानकारी प्राप्त हुई तथा टीकाकरण हेतु ग्राम के सभी परिवार को प्रेरणा दिये जाने की बात कही गई।

सर्वेक्षित ग्रामों से कभी किसी महामारी के प्रकोप की जानकारी नहीं मिली है।

****

अध्याय—आठ

निष्कर्ष समस्याएं एवं सुझाव

8.1 निष्कर्ष :—

टीकाकरण का मुख्य उद्देश्य जानलेवा बीमारियों (टिटनेस, डिप्थीरिया, काली खांसी, पोलियो, क्षय रोग, खसरा एवं हिपेटाइटिस) से बचाव हेतु समस्त बच्चों को टीकाकरण कार्यक्रम के अन्तर्गत सुरक्षा प्रदान करना है। नियमित टीकाकरण अभियान के जरिए बच्चों की जिंदगी को बचाया जा सकता है जो कि जागरूकता के अभाव में आज भी कई मासूम जिंदगियां काल के ग्रास में समा जाती है।

टीकाकरण प्रस्तुत अध्ययन दो जिलों में 4 आदिवासी बाहुल्य विकासखण्डों में 40 आदिवासी बाहुल्य आंगनबाडी संचालित ग्रामों 400 आदिवासी परिवारों का साक्षात्कार लेकर किया गया है।

सर्वेक्षित 400 परिवारों में साक्षरता का प्रतिशत 81.62 पाया गया है जिसमें 87.36 प्रतिशत व्यक्ति पुरूष एवं 76.14 प्रतिशत महिलाएं साक्षर है। कुल साक्षर व्यक्तियों में सर्वाधिक प्राथमिक स्तर तक शिक्षा पाने वाले व्यक्तियों की संख्या 34.78 प्रतिशत है। माध्यमिक, हाईस्कूल एवं उ.मा. विद्यालय तक शिक्षा पाने वाले व्यक्तियों का प्रतिशत क्रमशः 26.53, 11.51 एवं 08.08 प्रतिशत है। बहुत कम व्यक्ति ही उच्च शिक्षा पाते है।

कुल सर्वेक्षित परिवारों में से 8950 प्रतिशत परिवारों का मकान कच्चा है। मात्र 07.50 प्रतिशत परिवारों के पास पक्के मकान है।

कुल सर्वेक्षित परिवारों में से 93.75 प्रतिशत परिवारों के घरों में बिजली की पर्याप्त सुविधा है 06.25 प्रतिशत परिवार आज भी बिजली की सुविधा से वंचित है। पानी की पर्याप्त सुविधा प्राप्त करने वाले परिवार की संख्या मात्र 23.25 प्रतिशत अर्थात 76.75 प्रतिशत परिवारों को शुद्ध पीने का पर्याप्त पानी उपलब्ध नहीं है। लगभग 50 प्रतिशत परिवारों को पीने के पानी के लिये अपने घर से आधे से एक कि.मी. की दूरी तय करनी पड़ती है। इसी प्रकार सर्वेक्षित कुल परिवारों में से 90.25 प्रतिशत परिवारों के यहां शौचालयों की सुविधा नहीं है। मात्र 09.75 परिवारों के यहां शौचालयों की सुविधा है।

सर्वेक्षित 40 ग्रामों में से 97.50 प्रतिशत ग्रामों में मितानिन, 50.00 प्रतिशत ग्रामों में महिला स्वास्थ्यकर्ता, 7.50 प्रतिशत ग्रामों में बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्ता एवं 22.50 प्रतिशत ग्रामों में चिकित्सक की व्यवस्था है।

सर्वेक्षित परिवारों में से 75.00 प्रतिशत ऐसे है जिन्हे सामुदायिक केन्द्र जाने हेतु 05 से अधिक कि.मी. की दूरी तय करनी पड़ती है। 25 प्रतिशत एवं 52.50 प्रतिशत परिवारों को क्रमशः उप स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जाने के लिये 05 के अधिक कि.मी. की दूरी तय करनी पड़ती है।

कुल सर्वेक्षित गर्भवती महिलाओं में से शतप्रतिशत महिलाओं को टी.टी.–1 का टीका लगा होना पाया गया। टी.टी.–2 टीकाकृत महिलाओं की संख्या 92.31 प्रतिशत एवं टी.टी. बूस्टर टीकाकृत महिलाओं की संख्या 30.29 प्रतिशत होना पाया गया।

सर्वेक्षित परिवारों में 00 से 01 वर्ष तक के बच्चों के टीकाकरण की स्थिति ज्ञात की गई जिसमें बी.सी.जी. का टीका शतप्रतिशत बच्चों में लगा पाया गया। इसी प्रकार 87.50 प्रतिशत बच्चों को डी.पी.टी. का टीका, 68.22 प्रतिशत बच्चों को ओ.पी.व्ही.–3 का टीका, 53.64 प्रतिशत बच्चों कों एच.ई.पी.बी.–3 का टीका, 25 प्रतिशत बच्चों को एम.सी.व्ही–1 का टीका एवं मात्र 04.68 प्रतिशत बच्चों को एम.सी.व्ही.–2 का टीका लगा होना पाया गया स्पष्ट है कि एम.सी.व्ही. –1 एवं 2 का टीका लगाने वाले बच्चों की संख्या बहुत कम पायी गई है।

सर्वेक्षित परिवारों में 01 से 05 वर्ष तक के बच्चों का टीकाकरण की स्थिति ज्ञात की गई जिसमें सर्वाधिक 93.69 प्रतिशत बच्चों को डी.पी.टी. बूस्टर का टीका लगना पाया गया। मीजल्स एवं विटामिन ए–2 खुराक पाने वाले बच्चों की संख्या क्रमशः 92.49 प्रतिशत एवं 90.09 प्रतिशत पायी गई। ओ.पी.व्ही. बूस्टर, पी.पी.डी. एवं विटामिन ए–3 से 9वीं खुराक पाने वाले बच्चों की संख्या क्रमशः 85.28 प्रतिशत, 69.36 प्रतिशत एवं 24.62 प्रतिशत पायी गई है। सर्वाधिक परिवारों में 06 वर्ष से कम आयु के शतप्रतिशत बच्चों को पल्स पोलियों टीका लगना पाया गया है।

सभी टीकाकरण कार्यक्रम ग्राम से आंगनबाड़ी केन्द्रों में सम्पन्न किये गये है। घर से आंगनबाड़ी केन्द्रों की लगभग दूरी 500 मीटर के अंदर पायी गई है, निर्धारित समय पर ए.एन. एम. के द्वारा टीका लगना पाया गया। टीकाकरण हेतु ग्राम के आंगनबाड़ी कार्यकर्ता/मितानिन एवं सहायिका द्वारा ग्राम के लोगों को प्रेरित किया जाना पाया गया।

8.2 समस्याएं एवं सुझाव :–

टीकाकरण बच्चों को होने वाली बीमारियों से बचाव की सबसे सुरक्षित एवं प्रभावकारी विधि है। पूरी तरह से प्रतिरक्षित बच्चा जीवनभर के लिये कई जानलेवा बीमारियों से सुरक्षित रहता है।

टीकाकरण में आने वाली कुछ समस्याएं एवं सुझाव निम्नानुसार है।

1. **जागरूकता की कमी :–**

नियमित टीकाकरण अभियान के जरिए बच्चों की जिंदगी को बचाया जा सकता है लेकिन आज भी जागरूकता के अभाव में कई मासूम जिंदगियां काल के ग्रास में समा जाती है। इस हेतु लोगों को और अधिक जागरूक करने की आवश्यकता है, अभिभावकों को टीकाकरण के बारे में संदेश दिया जाना चाहिये कि कौन सा टीका दिया गया और यह किस बीमारी से बचाव करता है। अगले टीके के लिए बच्चे को कब और कहां लेकर आये इसकी जानकारी देनी चाहिए।

2. **टीकाकरण के प्रतिकूल प्रभाव :–**

टीकाकरण के बाद मामूली प्रतिकूल प्रभाव हो सकते है इसकी पूर्ण जानकारी के अभाव में टीकाकरण कार्यक्रम सफल नहीं होता है। अतः टीकाकरण के मामूली प्रतिकूल प्रभाव से कैसे निपटा जाये इसकी विस्तृत जानकारी संबंधितों को देनी चाहिए, जिसमें इस कार्यक्रम के प्रति लोगो का विश्वास बढ़ेगा एवं टीकाकरण को सफल बनाने में सहायता मिलेगी।

3. **अभिभावकों को अधूरी जानकारी :–**

टीकाकरण के बारे में अभिभावक को अधूरी जानकारी होती है जिससे लोग इसके महत्व, उद्देश्य एवं आवश्यकता को नहीं समझते हैं। अतः इसके महत्व, उद्देश्य एवं आवश्यकता के बारे में विस्तृत जानकारी देनी चाहिए। अभिभावकों और प्रभावशाली व्यक्तियों को टीकाकरण के महत्व एवं प्रतिरक्षण योग्य बीमारियों के खतरे के बारे में समझाना चाहिए।

4. **भ्रांतियां, अफवाह या गलतफहमी :–**

टीकाकरण के बारे में लोगों को कई प्रकार की भ्रांतियां होती है कई प्रकार की अफवाहें फैलाई जाती है जिससे लोग गलतफहमी का शिकार हो जाते है अतः समय समय पर लोगो को

प्रशिक्षित किया जाना चाहिये। अपनी बातचीत में उनकी गलत--फहमियों, असुविधाओं व भय को दूर करने का प्रयास करना चाहिये जिससे वे अपना सहयोग प्रदान कर सके।

5. <u>टीकाकरण बीच में छोड़ देना</u> :–

वह बच्चे जिनका टीकाकरण आरंभ तो हुआ है परन्तु किसी कारण वश टीकाकरण पूरा नहीं हो पाता है ऐसी स्थिति में टीकाकरण से छूट गये (लैफ्ट आऊट) बच्चों के सामान्य कारणों का पता लगाकर उन्हें दूर करना चाहिए। उन्हे निकटतम टीकाकरण सत्र की तिथि, समय एवं स्थान के बारे में अवगत कराना चाहिये। जिन लोगों को अपने बच्चे का टीकाकरण करवा लिया है उन्हे अन्य लोगों को टीकाकरण के लिये समझाने एवं प्रोत्साहित करना चाहिए।

6. <u>प्रचार प्रसार का अभाव</u> :–

टीकाकरण का प्रचार–प्रसार समय पर नहीं होने के कारण भी टीकाकरण कार्यक्रम सफल नहीं होते। अतः समय पर प्रदर्शन किया जाना चाहिये। मंदिर/मस्जिद में ऐलान करवाना चाहिये। ग्राम प्रधान के सहयोग से मुनादी करवानी चाहिये। डुग्गी पिटवानी चाहिये। बुलावा टोली बनाकर गांव में घुमाना चाहिये। प्रत्येक आंगनबाड़ी केन्द्रों पर टीकाकरण का प्रदर्शन किया जाना चाहिये।

7. <u>टीकों की उपलब्धता का अभाव</u> :–

प्रायः यह देखा गया है कि टीकाकरण सत्र तो आयोजित कर लिया जाता है परन्तु टीकाकरण केन्द्रो पर टीकाकरण दिवसों में पर्याप्त टीके उपलब्ध नहीं होते है। अतः आयोजित टीकाकरण कार्यक्रम में पूर्व से ही पर्याप्त टीके एवं टीकाकर्मी उपलब्ध करा लिये जाने चाहिये जिससे कोई भी बच्चा टीकाकरण से वंचित न हो सके।

8. <u>प्रशिक्षित टीकाकर्मी का अभाव</u> :–

प्रायः देखा गया है कि टीकाकरण में जो टीकाकर्मी होते है वे प्रशिक्षित नहीं होते है अतः टीकाकरण हेतु ए.एन.एम. एवं बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता को इस हेतु समय–समय पर प्रशिक्षित किया जाना चाहिए।

9. अन्य समस्याएं एवं सुझाव :—

टीकाकरण केन्द्रों (आंगनबाड़ी, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आदि) में महिलाओं एवं बच्चों के बैठने की उचित व्यवस्था नहीं होती अतः बैठने की उचित व्यवस्था होनी चाहिये इस हेतु ग्राम के अभिभावकों, गणमान्य लोगों, पंच सरपंचों का सहयोग लेना चाहिए।

बच्चों, गर्भवती / शिशुवती महिलाओं को टीकाकरण केन्द्र तक लाने—ले जाने की उचित व्यवस्था नहीं होती। इस हेतु पर्याप्त मात्रा में साधन उपलब्ध कराये जाने चाहिये।

टीकाकरण कार्यक्रम अन्तर्गत पर्याप्त मानिटरिंग नहीं की जाती है अतः समय—समय पर मानिटरिंग किया जाना चाहिये।

टीकाकरण केन्द्रों में पर्याप्त पेयजल की व्यवस्था नहीं रहती अतः पर्याप्त पीने के पानी की व्यवस्था की जानी चाहिये। हाथ धाने के लिये पृथक से पानी की व्यवस्था भी की जानी चाहिये।

हितग्राहियों के लिये प्रतीक्षा स्थल की पर्याप्त व्यवस्था नहीं होती अतः पूर्व में ही पर्याप्त व्यवस्था की जानी चाहिये।

प्रायः देखा गया है कि महिला परामर्शदाता का अभाव होता है अतः पर्याप्त संख्या में महिला परामर्शदाता की नियुक्ति की जानी चाहिए।

माता—पिता के प्रशिक्षित नहीं होने के कारण आज भी 20 प्रतिशत लोग यह समझते हैं कि बच्चों के लिये वैक्सीन की जरूरत नहीं है। अतः उन्हे प्रशिक्षित कर बताना चाहिये कि कौन से टीके कब और क्यों लगने चाहिये और इनकी आवश्यकता क्यों है।

प्रायः देखा गया है कि स्वास्थ्य कार्यकर्ता का व्यवहार माता—पिता के साथ सम्मानजनक नहीं होता जिसके कारण बच्चों का टीकाकरण बीच में ही छूट जाता है अतः स्वास्थ्य कार्यकर्ता का व्यवहार माता—पिता के प्रति सम्मानजनक होना चाहिए। माता पिता से आदरपूर्वक व्यवहार करें और बच्चे को टीके के लिए लेकर आने के लिये प्रशंसा करें।

प्रत्येक ग्राम में ए.एन.एम. / बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्ता नहीं होने से निर्धारित समय पर बच्चों को टीके नहीं लगाये जाते अतः सुझाव है कि प्रत्येक ग्राम में कम से कम एक ए.एन.एम. या बहुउद्देशीय स्वास्थ्यकर्ता की नियुक्ति की जानी चाहिए।

आंगनबाड़ी केन्द्रों में पर्याप्त पोषण आहार का अभाव होता है अतः पर्याप्त पोषण आहार उपलब्ध कराने के साथ–साथ जननी सुरक्षा हेतु मच्छरदानी का वितरण भी किया जाना चाहिए।

आदिवासी ग्रामों में उनकी भाषा में उन्हे समझाने हेतु उचित व्यवस्था होनी चाहिए। अतः मितानीन, आंगनबाड़ी कार्यकर्ता एवं ए.एन.एम. को ग्रामीण बोली/भाषा का ज्ञान होना चाहिए।

उपसंहार – शिशु मृत्युदर और मातृ मृत्युदर को कम करना और बच्चों तथा माताओं को कुपोषण से बचाना हम सबकी सामाजिक जिम्मेदारी है यह हमारे लिये एक बड़ी चुनौती भी है छत्तीसगढ़ में पिछले 10 वर्षो से योजनाबद्ध रणनीति बनाकर अभियान चलाया जा रहा है। इसके फलस्वरूप राज्य में शिशु और मृत्युदर तथा कुपोषण में काफी कमी आयी है इस दिशा में और अधिक प्रयास करने की जरूरत है।

****

(पी.एल.चौधरी)
उप संचालक,
आदिम जाति अनुसंधान एवं प्रशिक्षण संस्थान,
क्षेत्रीय इकाई बिलासपुर (छ.ग.)