

Origin and Development of Nursing in India (ORIGIN AND DEVELOPMENT OF NURSING IN INDIA)

डॉ. सीमा शर्मा*

I kj

भारत में आज से लगभग 4000 वर्ष पूर्व वेदों में चिकित्सा विज्ञान का उल्लेख मिलता है। चिकित्सा की भारतीय व्यवस्था का उल्लेख आयुर्वेद में किया गया जिसे 'जीवन का विज्ञान' कह कर पुकारा गया। प्राचीन समय में इस व्यवस्था के प्रणेता चरक व सुश्रुत थे। चरक ईसा से 200 वर्ष बाद बौद्ध धर्म के अनुयायी राजा कनिष्क के सरकारी चिकित्सक थे। उन्होंने सर्वप्रथम भारतीय चिकित्सा का संग्रह किया जो 'चरक संहिता' के नाम से जाना जाता है। इसी प्रकार सुश्रुत ने भारतीय चिकित्सा विज्ञान में शल्य चिकित्सा से संबंधित ज्ञान का संकलन किया। नर्सिंग की प्रेरणा प्राचीन काल में भी विद्यमान थी। हिन्दु धर्म ग्रंथों यजुर्वेद में (2000 बी.सी.) यह भावना विशेष रूप से दृष्टि है चरक और सुश्रुत संहिता में नर्सिंग सेवा पर विशेष बल दिया गया है। मध्य काल में पवित्रता और चारित्रिक बिगाड़ के नाम पर नर्सिंग का विकास बहुत कुछ रुक गया। आधुनिक नर्सिंग का श्रीगणेश भारत में अंग्रेजी शासन के साथ आई उनकी चिकित्सा पद्धति के साथ हुआ। जिसका मुख्य उद्देश्य बीमार अंग्रेज सैनिकों की देखभाल करना था। हम यहां प्राचीन भारत, अंग्रेजों के समय भारत में आजादी के बाद भारत के चिकित्सा विज्ञान एवं नर्सिंग के इतिहास का उल्लेख करेंगे।

*नर्सिंग, परिचर्या, ए.एन.एम., सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, परिचारिका।

प्रस्तावना

i kphu dky

चरक एवं सुश्रुत दोनों ही रोगी की देखभाल व चिकित्सा में नर्सों की भूमिका का विस्तार से उल्लेख किया। सुश्रुत ने रोगी, डॉक्टर, नर्स तथा चिकित्सा के परस्पर आदर्श संबंधों का उल्लेख किया है, जिस पर रोगी का इलाज आधारित रहा है।¹ चरक संहिता में नर्सों की योग्यता का उल्लेख करते हुए कहा गया है कि वह शरीर और मस्तिष्क से पवित्र होना चाहिए तथा रोगी के प्रति चातुर्य बरतने वाली तथा समर्पित होनी चाहिए।² बौद्ध राजाओं के समय आयुर्वेद का आश्चर्यजनक रूप से विकास एवं समृद्धि हुई। अशोक तथा अन्य बौद्ध राजाओं ने आयुर्वेद को राज्य चिकित्सा का दर्जा प्रदान किया तथा चिकित्सा की कई स्कूलें खोलीं उन्होंने जनता के लिए अस्पताल और यहाँ तक की जानवरों के लिए भी चिकित्सा की व्यवस्था की। भारतीय चिकित्सा विज्ञान के लिए ईसा से 800 वर्ष पूर्व से ईसा के 600 वर्ष बाद तक का काल स्वर्णिम काल माना जाता है।³ उस समय स्त्री रोगियों की चिकित्सा पुरुष लोगों के लिए घूमते फिरते चिकित्सकों की बहुत मांग थी। हिन्दु, रोग की रोकथाम के बजाय रोग के इलाज पर अधिक जोर देते थे। विल्किन्सन कहते हैं कि प्राचीन भारतीय रिकॉर्ड में दुनिया के दूसरे देशों की तुलना में नर्सिंग का विस्तृत उल्लेख मिलता है।⁴

e/; dky

बौद्ध धर्म के ह्रास तथा ब्राह्मणवाद के प्रभाव के कारण बुद्ध राजाओं द्वारा स्थापित अस्पताल और चिकित्सा पशु चिकित्सा स्कूलें व्यवहारिक रूप से बन्द हो गयीं। इसका कारण था कि जाति व्यवस्था बहुत कठोर थी और उसमें लोगों के साथ भौतिक संपर्क करने को धार्मिक दृष्टि से अनुचित माना गया क्योंकि यह

* असिस्टेंट प्रोफेसर, समाजशास्त्र विभाग, सनातन धर्म राजकीय महाविद्यालय, ब्यावर, राजस्थान।

“पवित्रता” को समाप्त करता है। चिकित्सा का ह्रास मुस्लिम काल में भी बहुत हुआ क्योंकि वे आक्रांता थे और भारत विजय के लिए आये थे ये युग ईसा के बाद 1200 का था। चिकित्सा पद्धति के ह्रास का एक कारण यह भी था कि उसे राज्य का सहयोग प्राप्त नहीं हुआ।

vk/kfud dky

भारत में नर्सिंग व्यवसाय जिससे आज हम परिचित हैं का उदय अंग्रेजों द्वारा स्थापित सैनिक संगठन के साथ हुआ तथा वर्तमान काल के अस्पतालों की स्थापना की गई। नर्सिंग जैसा कि अन्यत्र था मिलिट्री अस्पतालों में भी 1888 तक इनका कोई अस्तित्व नहीं था और जो कुछ अस्पताल में थे, वे गुणवत्ता की दृष्टि से दुखद स्थिति में थे। अंग्रेजों द्वारा सिख सिपाहियों की चिकित्सा व देखरेख के लिए मद्रास में 1664 में सर्वप्रथम अस्पताल स्थापित किया गया। 21 फरवरी 1888 वह सुनहरा दिन था जब अंग्रेज सरकार ने मिलिट्री अस्पतालों में नर्सिंग सिस्टर्स को भेजा, मार्च 28, 1888 को दस योग्य तथा प्रमाणित नर्सों बोम्बे में उतरी तथा उन्होंने भारतीय सेना नर्सिंग सेवा की स्थापना की और ये सेवा विश्व में एक उच्च श्रेणी की सेवा के रूप में विकसित है। आधुनिक काल को दो भाग में बांटा गया स्वतंत्रता के पूर्व तथा स्वतंत्रता के बाद हम यहां दोनों का उल्लेख करेंगे।

Lora=rk l siwL

स्पष्ट है कि ब्रिटेन में नर्सिंग का कार्य फ्लोरेंसनाइटएंगल से प्रभावित था ये मजेदार तथ्य है कि बंगाल के सेनेट्री कमीशन के आग्रह पर 1865 में नाइटएंगल ने भारत में अस्पतालों के लिए कुछ सुझाव दिये। प्रथम महिला सुपरिन्टेंड कुमारी लॉक थी जो लंदन के संत बार्थोलोम्यू अस्पताल से प्रशिक्षित थी उसकी सहायक कुमारी फाक्सले थी। कुमारी लॉक अपनी पांच सिस्टर्स के साथ रावल पिंडी में ठहरी जबकि कुमारी फाक्सले अपनी तीन सहायक नर्सों के साथ बंगलोर में 1902 में कुमारी लॉक ने स्वास्थ्य के कारणों से अपना त्याग पत्र दे दिया तथा 1904 में लंदन में उसकी मृत्यु हो गई।

भारत में रहने के दौरान कुमारी लॉक ने पूरे समर्पित भाव से कार्य किया। इन पांच वर्षों में उसने सभी मिलिट्री अस्पतालों में नर्सिंग के स्तर को उच्च स्तर तक सुधारा और शासकों को यह महसूस करवा दिया कि अच्छी नर्सिंग सेवाओं का बहुत अधिक महत्व होता है और यह बहुत अधिक लाभ दे सकती हैं।

जब कुमारी लॉक और नर्सों के साथ उसका छोटा सा जल्था भारत पहुँचा उस समय नर्सिंग नाम से कोई परिचित नहीं था। जिन महिलाओं ने उसके साथ नर्सिंग का कार्य किया वे किसी संगठन का अंग नहीं थी। उन्होंने अपनी सामान्य सेवा ड्युटी से सिर्फ परिवर्तन के उद्देश्य से स्वैच्छिक सहयोग दिया जिसे वह जब चाहती छोड़ सकती थी। व्यवहारिक रूप से इन नर्सों पर किसी का कोई नियंत्रण नहीं था। वे एक समय में चार घंटे ही ड्युटी करती थी व उसके बाद ड्युटी करने वाला बदल जाता था वार्डों में काम करने वाले नौकर भी नर्सों लिए सिरदर्द थे। वे गंदे, आलसी, झूठे तथा चोर थे। यहां तक कि वे रोगी का भोजन भी चुरा कर खा जाते थे।

जो लोग नर्सिंग अरदली का कार्य करते थे वे पूरी तरह अप्रशिक्षित थे तथा रोगी को साफ सुथरा एवं आरामदायक स्थिति में रखने से अनभिज्ञ थे, यहां तक कि वे छोटी छोटी सावधानियों तक से अपरिचित थे।

कुमारी लॉक के उपरोक्त निष्कर्षों के आधार पर कई बातों का ज्ञान दिया गया। रोगी के स्वास्थ्य के संदर्भ में उपर्युक्त कठिनाई के अतिरिक्त भी और कठिनाईयों का सामना नर्सों को करना पड़ता था। उसने यह देखा कि नर्सों के अधिकांश नर्सिंग अधिकारी सेना में महिला नर्सों के कार्य करने के विरुद्ध थे, उन्होंने कई आपत्तियां उठाई तथा अपना सहयोग देने से मना कर दिया। ये कठिनाईयां लगभग वैसी ही थी जिनका उल्लेख फ्लोरेंसनाइटएंगल ने क्रिमिया के युद्ध के दौरान किया था। सिस्टर नर्सों ने अपने अस्तित्व व योग्यता को सिद्ध कर दिया जिसके फलस्वरूप धीरे-धीरे चिकित्सा अधिकारियों का उनके प्रति दृष्टिकोण भी बदला, उन्होंने 1890 में फैले हैजा रोग में भी अपनी उत्तम सेवाएं प्रदान की। 1853 में कुमारी लॉक ने इस बात पर बल दिया कि अस्पताल अरदलीयों की निरन्तर रूप से ट्रेनिंग होनी चाहिए। उसके एक वर्ष बाद अस्पतालों में काम करने वाले अरदलीयों को प्रशिक्षण देने की व्यवस्था का उद्घाटन हुआ और अब ये लोग गंभीर रूप से अपने कार्य करने लगे। 1914 में भारत में सर्व प्रथम नर्सों की भर्ती की गई, उन्होंने अंग्रेज मिलिट्री अस्पतालों और भारतीय

अस्पतालों दोनों की सेवाएं की। 1927 में प्रथम विश्व युद्ध के बाद और यह 'इण्डियन मिलिट्री नर्सिंग सर्विस' के नाम से पहचानी गई। प्रारम्भ में बारह मेट्रन 18 सिस्टर और 25 स्टाफ नर्स भर्ती की गई। द्वितीय विश्व युद्ध के दौरान भारतीय मिलिट्री नर्सिंग सेवा का बहुत अधिक विस्तार हुआ। आज इसे विश्व के सेना नर्सिंग सेवा में उच्च स्थान प्राप्त है।

जहाँ तक उनके प्रशिक्षण का इतिहास का प्रश्न है फ्लोरेंस नाइटिंगेल व्यवस्था इंग्लैण्ड से भारत में आयातित हुई। 1871 में मद्रास सरकार ने नर्सों की ट्रेनिंग शुरू की। 1814-80 के दौरान भारत में आई मिशनरी अस्पतालों ने उनका ट्रेनिंग कोर्स प्रारम्भ किया। रोमन कैथोलिक नन्स ने नर्सों के रूप में भारत में कई राजकीय अस्पतालों तथा धार्मिक समूहों द्वारा संचालित अस्पतालों में अपनी सेवाएं दी।

1942 में द्वितीय विश्व युद्ध के कारण एक महत्वपूर्ण विकास हुआ जिसे सहायक नर्सिंग सेवा के रूप में जानी जाती है। जिसने ट्रेड नर्सों की कमी को पूरा करने का प्रयास किया। इसके बाद सरकार ने नर्सिंग की ट्रेनिंग के लिए छोटा कोर्स प्रारम्भ किया। इस ट्रेनिंग में सभी जातियों और धर्मों के लोगों को भर्ती किया गया। विल्किन्सन 6 बाद में इसमें योग्य नर्सों को भर्ती किया गया। विल्किन्सन और पेटर्सन के प्रयासों से पूर्व ट्रेनिंग स्कूल स्थापित किये गये जिन्हें बाद में मिलिट्री अस्पतालों से जोड़ा गया।

नागरिक अस्पतालों में नर्सिंग के कार्य के लिए लोगों को मिलिट्री अस्पतालों से प्रेरणा मिली इस संदर्भ में ईसाई मिशनरी अस्पतालों की भूमिका भी सराहनीय रही। एक लंबे समय तक नर्सिंग की ट्रेनिंग एंग्लोइण्डियन और यूरोपीय लोगों को दी गई। मिशन अस्पतालों में भारतीयों को भी नर्सिंग की ट्रेनिंग देना शुरू किया। 1872 में सर्वप्रथम दिल्ली में मिशनरी अस्पतालों के द्वारा भारतीय नर्सों के लिए ट्रेनिंग प्रारम्भ की गई। 1893 में डॉक्टर्स और नर्सिंग सुपरिन्टेंड द्वारा मिल कर नर्सों की ट्रेनिंग के लिए तीन वर्ष का पाठ्यक्रम और नियम बनाये गये। ये योजना लखनऊ, पटना और बनारस में भी बनाई गयी। उत्तरी भारत के लिए एक युनाइटेड बोर्ड स्थापित किया गया जिससे बाद में कई अस्पताल जुड़ गये। 1946 में भोर समिति ने पुरुषों के लिये भी मेल नर्स की ट्रेनिंग की सिफारिश की और अब नर्सिंग का कार्य महिला पुरुष दोनों के द्वारा किया जाने लगा। 1926 में प्रथम नर्सिंग रजिस्ट्रेशन अधिनियम मद्रास में तथा 1935 में मुंबई में और 1939 में कई अन्य प्रान्तों में प्रारम्भ किया गया। भोर समिति ने डॉक्टर्स, नर्स, हेल्थ विजिटर्स का एक अनुपात भी तय किया।

Lorark dsckn

vk/kfud ufl k dk i kjEHk

पुराने समय में भारत में अनेक कठिनाईयों के कारण नर्सिंग के विकास में बाधा आई जैसे महिलाओं की पिछड़ी दशा, मुस्लिम महिलाओं में पर्दा प्रथा और हिन्दुओं में जाति प्रथा, अशिक्षा, गरीबी, राजनीतिक अशान्ति, भाषा की विभिन्नता और नर्सिंग को नीचा काम समझा जाना। स्वतंत्रता दिवस 15 अगस्त 1947 के बाद कई परिवर्तन आ चुके हैं और नर्सिंग के प्रति व्यवहार बदल रहा है, अधिक संख्या में महिलाओं को शिक्षा दी जा रही है और अनेक नर्सिंग को व्यवसाय के रूप में अपना रही है।

हाल ही के कुछ वर्षों में जैसे-जैसे विश्व में नर्सों के लिए उच्च शिक्षा का विकास हुआ, भारत में भी पाठ्यक्रमों में प्रगति हुई और अब नर्स लगभग हर एक विषय में विशिष्टता प्राप्त कर सकती है और स्नातकोत्तर उपाधि तक शिक्षा जारी रख सकती है। पहला स्नातकोत्तर उपाधि पाठ्यक्रम, 1960 में दिल्ली के नर्सिंग महाविद्यालय में शुरू हुआ।

Hkkjrh; ufl k i fj"kn-

भारतीय नर्सिंग परिषद् अधिनियम भारत की संविधान सभा में नवंबर 1947 में प्रस्तुत किया गया, वह पारित हुआ और 31 दिसम्बर 1947 को लागू कर दिया गया। इस नियम के अनुसार भारतीय नर्सिंग परिषद् का गठन किया गया जिसके 32 सदस्यों में 18 नर्स थीं। परिषद् का उद्देश्य विभिन्न राज्यों का पंजीकरण परिषदों में सामंजस्य स्थापित करना, नर्सिंग शिक्षा के लिए स्तर निर्धारण करना और ध्यान रखना कि यह स्तर कायम रखे जा रहे हैं।

Lkkekfk; d LokLF; ufl k

भारत में मृत्यु दर ऊँचे होने के कारण बच्चे के जन्म के समय की भयंकर हालत है, यह पता लगने पर भारत में स्वास्थ्य नर्सिंग की शुरुआत हुई। यह अनुभव किया गया कि बच्चे के जन्म के समय महिला की देखरेख करने वाली दाई को प्रशिक्षण देना आवश्यक है यह एक बहुत मुश्किल कार्य था दाईयों प्रशिक्षण लेने की इच्छुक नहीं थी और उन्हें परिवर्तन की कोई आवश्यकता नजर नहीं आती थी। दाईयों को प्रशिक्षण देने का यह पहला प्रयास 1886 में मिशनरियों ने किया। 1900 में लेडी कर्जन ने बच्चों के जन्म के समय की स्थिति के सुधार के उद्देश्य से विक्टोरिया स्मृति छात्रवृत्ति की स्थापना की। मिडवाइफ को बेहतर प्रशिक्षण देने की आवश्यकता अनुभव की गई। इस क्षेत्र में मद्रास राज्य सबसे आगे हो गया जब उसने मद्रास नर्स और मिडवाइफ पंजीकरण अधिनियम 1926 पारित किया। धीरे-धीरे सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिंग के अंग के रूप में माता और शिशु स्वास्थ्य के लिये प्रशिक्षित कर्मचारियों की जरूरत महसूस हुई। इस आवश्यकता की पूर्ति के लिये 1918 में दिल्ली में हेल्थ विजिटर्स के प्रशिक्षण के लिये एक हायर स्कूल खोला गया। अब वह 'लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल' बन गया है। (देखो हेन्ड बुक ऑफ टी.आर.ए.आई.पृष्ठ 67) 1946 में एक और कदम आगे बढ़ाया गया, जबकि नवीन स्नातक पाठ्यक्रम के बुनियादी कार्यक्रम में सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिंग का एकीकरण किया गया, जो कि मद्रास विश्वविद्यालय के अन्तर्गत नर्सिंग विद्यालय, सी.एम.सी.अस्पताल, वेलोर और नर्सिंग महाविद्यालय, दिल्ली में प्रारम्भ किया गया था।

कलकत्ता में 'ऑल इंडिया' इंस्टीट्यूट ऑफ हाईजिन एण्ड पब्लिक हेल्थ में 1953 में प्रशिक्षण सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिंग का एक प्रमाण पत्रोत्तर पाठ्यक्रम प्रारम्भ किया गया। 1960 में एक पाठ्यक्रम लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल दिल्ली में प्रारम्भ किया गया। अब और भी कई स्कूलों में यह पाठ्यक्रम चलाया जाता है। अधिक सामुदायिक नर्स तैयार करने के लिये भारत सरकार ने 1957 में नर्सिंग के 10 स्कूलों को चुना और उन्हें सहायता दी, ताकि वे अपने बुनियादी पाठ्यक्रम में सामुदायिक नर्सिंग को भी शामिल कर सकें। उस समय यह आवश्यक हो गया है कि बुनियादी नर्सिंग शिक्षा की मान्यता के लिये बुनियादी पाठ्यक्रम में सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिंग शामिल हो। इस प्रकार सभी व्यवसायी नर्स आज समुदाय में और अस्पताल में एक कर्मचारी स्तर पर कार्य कर सकती हैं। अनेक अन्तरराष्ट्रीय संगठनों जैसे डबल्यू.एच.ओ., टी.सी.एम., और कोलंबो योजना द्वारा ग्रामीण क्षेत्र, मातृत्व कार्य, और बाल चिकित्सा में विद्यार्थियों को प्रशिक्षण देने में मदद करने के लिये प्रशिक्षित कर्मचारी और उपकरण भेजे हैं।

ufl k | kBu

20वीं सदी के प्रारम्भ में कई देशों ने राष्ट्रीय नर्सिंग संगठनों की स्थापना की। भारत के नर्सिंग और उसके सहायक संघों की रूपरेखा निम्नलिखित है—

Hkkjrh; if'kf{kr ul l l k

जैसे-जैसे अस्पतालों और नर्सिंग विद्यालयों का विकास हुआ, अधीक्षिकाओं ने आपस में मिलकर एक संघ बनाने की आवश्यकता अनुभव की, जहां कि वे मिल सकें और अपनी समस्याओं पर बहस कर सकें। साथ ही उन्होंने यह भी अनुभव किया कि एक साथ मिलकर वे इस देश में नर्सिंग का स्तर ऊँचा उठा सकती हैं और इसलिये 1950 में यूरोपीय मेट्रनों ने 'एसोसियेशन ऑफ नर्सिंग सुप्रिन्टेन्डेन्ट' का निर्माण किया।

1908 में भारतीय प्रशिक्षित नर्स संघ की स्थापना हुई और यह अनुभव किया गया कि नर्सिंग व्यवसाय की प्रतिष्ठा और सम्मान को ऊँचा उठाने के लिये अन्य स्नातक नर्सों की आवश्यकता होगी। सम्माननीय फ्लोरेन्स मेकनाटन संघ की पहली अध्यक्षा बनीं। टी.एन.ए.आई.सन् 1912 में आई.सी.एन. से सम्बद्ध हो गया। 1917 में उसे 1860 के संस्था कानून एक्स एक्स आई के अन्तर्गत अधिकृत रूप से पंजीकृत किया गया। दोनों संगठनों ने 1922 तक साथ काम किया। इसके बाद दोनों भारतीय प्रशिक्षित नर्स संघ के नाम के अन्तर्गत सम्मिलित हो गये। इसका मुख्य कार्यालय नई दिल्ली में है। टी.एन.ए.आई. का अधिकृत मुख्य पत्र 'द नर्सिंग जनरल ऑफ इंडिया' है जो पहली बार 1909 में प्रकाशित हुआ।

Lkgk; d l xBu

मान्य स्कूलों में शिक्षा प्राप्त हेल्थ विजिटर्स को एक मंच पर लाने के लिये 1922 में हेल्थ विजिटर्स लीग का निर्माण किया गया।

Hkkjrh; jMØkl

प्रथम विश्व युद्ध के दौरान घायलों और बीमारों को चिकित्सा की मदद देने के उद्देश्य से भेंट और धन प्राप्त हुआ। इस निधि के संचालक का उत्तरदायित्व ग्रहण करने तथा पीड़ितों को राहत, रोगों की रोकथाम व स्वास्थ्य सुधार जैसे शांतकालीन कार्यों को जारी रखने के लिये भारत सरकार कानून एक्सवी 1920 के अन्तर्गत भारतीय रेडक्रास संगठन की स्थापना की गई।

भारतीय रेडक्रास की, युद्ध के सेवानिवृत्त सैनिकों की देखभाल में, मातृत्व और शिशु कल्याण में, संकटकालीन राहत में, जनता को स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करने में, और शिशु कल्याण में, रुचि है। उन्हीं विद्यालयों और महाविद्यालयों में एक कनिष्ठ रेडक्रास की भी स्थापना की है।

fo'o LokLF; l xBu

डब्ल्यू.एच.ओ. विश्व संगठन संयुक्त राष्ट्र की एक विशिष्ट संस्था है और सभी लोगों को 'स्वास्थ्य का सर्वोच्च संभावित स्तर' दिलाने के लिए कार्य करती है। सभी अन्तर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यों के निर्देशन के उद्देश्य से 1948 में इसे अधिकृत रूप से संगठित क्षेत्रों में जन स्वास्थ्य की उन्नति, नर्सिंग शिक्षा और नर्सिंग संचालन सहित इसकी विविध प्रकार की अनेक गतिविधियाँ हैं। भारत में इसकी गतिविधि, पुनश्चर्या पाठ्यक्रमों स्नातक कर्मचारियों के लिये सेवाकालीन शिक्षा कार्यक्रम तथा सहायक नर्सिंग कर्मचारियों के प्रशिक्षण पर केन्द्रित है।

jk'V^a l xk vUrg'k'Vh; f'k'kq l dVdky fuf/kk; fu l Ω½

यूनिसेफ द्वारा भारत को दिये जाने वाले सहयोग में नर्सिंग शिक्षा के लिये पढाने के उपकरण की व्यवस्था, नर्सिंग स्कूलों के लिये नर्सिंग पाठ्य-पुस्तकों की खरीदी, पढाई के लिये दृश्य उपकरण की व्यवस्था, और माताओं तथा बच्चों से संबंधित कार्यक्रमों को चलाने के लिये व्यक्तियों को प्रशिक्षण सम्मिलित है।

ufl x , oa LokLF; dk; drkl

समय व्यर्थ गंवाने के लिये नहीं है। हमारे सामने है 'ई.स.2000 तक सभी के लिये स्वास्थ्य'। यह नारा है, विश्व स्वास्थ्य संगठन का एवं भारत ने यह आह्वान किया है।

पहले, स्वास्थ्य रक्षा उन लोगों तक सिमित थी, जो अस्पताल या चिकित्सक के पास आवश्यकता पड़ने पर पहुँच सकते थे वे जो दवाई या इलाज के लिये पैसा खर्च कर सकते थे। बहुतायत में लोग बीमार पड़ने पर भी गांव में ही रहते और इलाज कराते और आज भी बहुत से लोग पीड़ित रहते हैं एवं उचित सहायता के अभाव में अपने प्राण त्याग देते हैं।

भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों, उपकेन्द्रों एवं ए.एन.एम. के प्रशिक्षण लोगों के घरों तक पहुँच कर उनकी स्वास्थ्य आवश्यकताओं की पूर्ति करने के भरसक प्रयत्न किये जा रहे हैं। प्रशिक्षित ए.एन.एम. की संख्या कभी भी पर्याप्त नहीं रही एवं प्रशिक्षण प्राप्त करने वाली नर्स प्रशिक्षण पश्चात् अस्पतालों में कार्य करने चली जाती है। नगरों में उनका प्रशिक्षण भी मुख्यतः अस्पताल के वातावरण में होता है इसलिये नगरीय लोगों की स्वास्थ्य आवश्यकता, ग्रामीण परिवार एवं ग्रामीण समुदाय के बारे में बहुत कम जानकारी होती है।

1977 में इंडियन नर्सिंग काउन्सिल ने ए.एन.एम. पाठ्यक्रम की जगह नया पाठ्यक्रम जारी किया जिससे हाई स्कूल प्रमाण-पत्र के पश्चात् पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता एवं महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता, सामुदायिक स्वास्थ्य रक्षा हेतु, बहुउद्देशीय कार्यकर्ता योजना के तहत तैयार किये जाये। भारत सरकार की योजना है कि हर 5000 की आबादी के पीछे एक पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता एवं एक महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता होनी चाहिये। जबकि महिला कार्यकर्ता मुख्यतः माताओं, बच्चों एवं महिलाओं कार्य करेंगी तथा पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता का कार्य रोगों की रोकथाम करना है।

महिला एवं पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता एक ही उद्देश्य में कार्यरत रहते थे जैसे कि माता के टीके लगाना, मलेरिया, कुष्ठ एवं निवारण, स्वच्छता तथा सुरक्षित जल प्रदाय, गृह प्रसूति, शिशु पालन, नियोजन परिवार इत्यादि। प्रस्तुत योजना में ये सब कार्य विशेष रूप से बहुउद्देशीय पुरुष एवं महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा किये जायेंगे।

LokLF; vkj ufl l okvka dk l xBu
Ukhfr ifjorU

भारत के लिये स्वास्थ्य योजना बनाने वालों की समझ में यह वास्तविकता आ गई है कि अब तक की स्वास्थ्य रक्षा प्रणाली असफल रही है निम्न प्रकार से है—

- शहरी अस्पताल अपने अधिकांश वित्त एवं कार्मिकों का उपयोग उपचारार्थ सेवाओं के लिये करते हैं।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, ग्रामीण भारत के एक छोटे से हिस्से तक ही पहुँच पाये हैं।
- चिकित्सक, नर्सस और पेरा मेडिकल कार्यकर्ता, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्य के लिये तैयार नहीं होते और शहरी इलाकों में ही रहते हैं।
- स्वास्थ्य रक्षा केन्द्रों को मुख्यतः राज्य सरकारों पर निर्भर रहना पड़ता है और समाज सेवी संस्थाओं को बहुत कम प्रोत्साहन दिया गया है।
- अच्छे स्वास्थ्य के लिये योजना बनाने में लोगों का सहयोग नहीं लिया गया है।
- छठी पंचवर्षीय योजना में स्वास्थ्य सेवाओं में निम्नलिखित रूप से परिवर्तन किया गया है—
- गाँव को आधार बना कर ग्रामीण स्वास्थ्य कार्यक्रम की रचना की जाये।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की सेवा परिधि 30000 की आबादी तक और उप केन्द्र की प्रति 5000 आबादी तक निश्चित की गई है। कोई भी गाँव अथवा 1000 तक की आबादी तक आधार ईकाई मानी गई है जिसमें समुदाय से चुने गये प्रशिक्षित ग्राम स्वास्थ्य मार्गदर्शक एवं दाई रहेगी।
- प्रत्येक खण्ड सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र रहेगा जिसके अन्तर्गत तीस बिस्तर का एक अस्पताल रहेगा, जो जिला चिकित्सालय से परामर्श पद्धति द्वारा सम्बद्ध रहेगा।
- शिक्षा, जल-प्रदाय और स्वच्छता संक्रामक रोगों का नियंत्रण, माता और शिशु की रक्षा करना है।
- कार्यक्रम की आवश्यकतानुरूप समुचित संख्या में मेडिकल तथा पेरा-मेडिकल कर्मचारियों को प्रशिक्षण दिया जायेगा।
- समुदाय को स्वास्थ्य कार्यक्रमों में सम्मिलित होने हेतु प्रोत्साहित किया जायेगा, जिसका उद्देश्य समुदाय द्वारा अपने स्वास्थ्य की देखभाल के कार्यक्रम को संचालित करना रहेगा।

LokLF; l ok, W/or'eku : i ½

अस्पताल, अधिकांश चिकित्सक और अन्य कार्यकर्ता कुल आबादी के सिर्फ 20 प्रतिशत और प्रायः शहरी आबादी को अपनी सेवाएँ प्रदान करते हैं

इने गिने प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जिनमें अल्प संख्या में चिकित्सक एवं ए.एन.एम. रहते हैं 80 प्रतिशत ग्रामीण आबादी की सेवाएँ देने का प्रयत्न करते हैं।
स्वास्थ्य सेवाएँ (भविष्य की) जैसी कि होनी चाहिये
विशेषज्ञ केन्द्र

जिला स्वास्थ्य केन्द्र

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र
तीस बिस्तर वाला

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र
प्रति 30000 आबादी वाले क्षेत्र के लिये

उप केन्द्र प्रति 5000 आबादी वाले क्षेत्र के लिये

एक ग्राम स्वास्थ्य मार्ग दर्शक (वी एच जी) और
एक दाई प्रति गाँव अथवा 1000 आबादी के लिये

“ई.स.2000 तक सबके लिये स्वास्थ्य” के उद्देश्यको ध्यान में रखते हुए स्वास्थ्य सेवा को इस तरह संगठित करना चाहिये कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र भारतवर्ष में एक वास्तविकता बन जाएँ। स्वास्थ्य सेवाएँ निम्नलिखित रूप से अवश्य होनी चाहिये –

- प्रत्येक व्यक्ति को उपलब्ध, तथा कमजोर वर्ग एवं जिन्हें सबसे ज्यादा खतरा हो, ऐसे लोगों को उपलब्ध कराया जाय।
- अभावग्रस्त लोगों के यथा संभव समीप हो (ग्राम स्वास्थ्य मार्ग दर्शक एवं दाई प्रशिक्षण योजनाओं का यही उद्देश्य है)
- लोगों के स्वयं के सहयोग से संचालित हो (समुदाय आधारित)

भारत में स्वास्थ्य सेवाएँ

भारत में स्वास्थ्य सेवाएँ अठारवीं शताब्दी के मध्य में प्रारंभ हुई। अपनी आरंभिक दशा में सेवाओं का विकास सन् 1921 में शुरू हुआ। भारत सरकार ने उन दिनों के प्रदेश सरकारों को (इस समय राज्य सरकारें) समुदाय के स्वास्थ्य की देखभाल एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिये अधिकार दिये इसके कारण पृथक वैद्यकीय एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग अस्तित्व में आये। स्वतंत्रता के पश्चात् ही राष्ट्र की आवश्यकताओं के आधार पर यथार्थ में स्वास्थ्य सेवाओं ने विकास करना प्रारम्भ किया। निम्नलिखित रिपोर्टों से देश में स्वास्थ्य सेवाओं को संगठित करने के मार्गदर्शक तत्व प्रशस्त हुए।

भारत में स्वास्थ्य सेवाएँ

सन् 1943 में भारत सरकार ने, भोर कमेटी के नाम से प्रसिद्ध एक समिति नियुक्त की। यह स्वास्थ्य सर्वेक्षण एवं विकास समिति के नाम से भी जाना जाता है। इस समिति की नियुक्ति का उद्देश्य उस समय स्थित स्वास्थ्य की परिस्थितियों एवं संगठन का सर्वेक्षण करके भविष्य के विकास के लिये आवश्यक सिफारिशें करना था। समिति ने अपनी रिपोर्ट जो कि चार जिल्दों में है—प्रस्तुत की। समिति की मुख्य सिफारिशें हैं—

- सभी स्तरों में शमनात्मक एवं रोगहर सेवाओं का एकीकरण (2) 10000 से 20000 तक की आबादी के क्षेत्र के लिये 75 बिस्तर वाले अस्पताल के साथ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की इकाईयाँ 650 बिस्तर वाले अस्पताल के साथ पूरक स्वास्थ्य इकाईयाँ एवं 2500 बिस्तर के साथ जिला अस्पताल स्थापित करने की दीर्घकालीन योजना। वैद्यकीय एवं परिचर्या शिक्षण के साथ वैद्यकीय और स्वास्थ्य देखभाल के अनेक पहलुओं पर समिति ने अपनी सिफारिशें दी।

भारत में स्वास्थ्य सेवाएँ

सन् 1965 में भारत सरकार ने एक और समिति की नियुक्ति की जो कि मुदलियार समिति या स्वास्थ्य सर्वेक्षण या योजना समिति के नाम से जाना जाता है। देश की पंचवर्षीय योजनाओं के संदर्भ में देश की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं एवं स्रोतों पर एक नई दृष्टि एवं भोर समिति की रिपोर्ट की प्रस्तुति के बाद स्वास्थ्य के क्षेत्र में हुई प्रगति का पुनरावलोकन इस समिति का मुख्य उद्देश्य था। मुदलियार समिति की मुख्य सिफारिशें थी:—

- जिला अस्पतालों की क्षमता बढ़ानी चाहिये।
- कोई भी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 40000 से अधिक आबादी की जिम्मेदारी न ले।

- सार्वजनिक स्वास्थ्य परिचारिकाओं, महिला स्वास्थ्य निरीक्षिकाओं एवं सहायक परिचारिकाओं की संख्या बढ़ानी चाहिये।
- मातृशिशु स्वास्थ्य सेवाओं को समुचित रूप से संगठित करना चाहिये। देश में वैद्यकीय शिक्षा, अनुसंधान व स्वास्थ्य संगठन के विकास के लिये भी समिति ने अनेक सिफारिशें एवं सलाहें प्रस्तुत की

pM<k l fefr

सन् 1963 में चड्ढा समिति ने परामर्श दिया कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के उपकेन्द्र द्वारा आवृत जनसंख्या 10000 से अधिक नहीं होनी चाहिए और इसका अंतिम लक्ष्य 5000 की आबादी होना चाहिए। समिति ने यह भी सिफारिश की कि उपकेन्द्र के कार्यकर्ता वर्ग में एक सहायक निरीक्षिका होनी चाहिए, वहाँ घरेलू स्वास्थ्य सेवाओं का प्रावधान भी हो, प्रति 20000 से 25000 की आबादी के लिये एक स्वास्थ्य निरीक्षक होना चाहिए एवं जिला स्वास्थ्य संगठन को और मजबूत बनाना चाहिए।

e[kth l fefr

सन् 1966 में मुखर्जी समिति ने बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं के ब्यौरे तैयार किये – ये सेवाएँ खण्ड स्तर पर दी जानी थीं। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मलेरिया एवं चेचक के कार्य के अनुसरण के लिये इस समिति ने अतिविकृत कार्यकर्ताओं की सिफारिश की। इस समिति की मुख्य सिफारिशें थीं—

- मलेरिया अनुरक्षण क्षेत्र में 10000 की आबादी के लिए एक बुनियादी स्वास्थ्य कार्यकर्ता की नियुक्ति एवं चार बुनियादी स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के पर्यवेक्षण के लिए एक पुरुष पर्यवेक्षक की नियुक्ति।
- चार सहायक प्रसाविका के कार्य के पर्यवेक्षण के लिए एक स्वास्थ्य निरीक्षिका की नियुक्ति, और
- जिला स्तर पर एक “परिचर्या पर्यवेक्षक” की नियुक्ति। यह इसलिए कि मातृ शिशु स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन कार्यों में बढ़ी संख्या में स्वास्थ्य निरीक्षिकाएँ एवं सहायक परिचारिका प्रसाविकाएँ नियुक्त एवं कार्यशील हैं। केन्द्र से लेकर खण्ड स्तर तक एक सशक्त प्रशासन तंत्र के निर्माण की आवश्यकता पर भी कमेटी ने जोर दिया।

djrkl fl g l fefr

स्वास्थ्य और परिवार नियोजन के लिए बहुउद्देशीय कार्यकर्ताओं पर विचार करने के लिए सन् 1972 में भारत सरकार ने एक समिति की नियुक्ति की। श्री करतार सिंह, अवर सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार मंत्रालय, भारत सरकार इसके अध्यक्ष थे। समिति ने अपनी रिपोर्ट सितम्बर 1973 में पेश की। समिति की सिफारिशें मोटे तौर पर इस प्रकार हैं –

- ग्रामीण समुदायों को स्वास्थ्य, परिवार नियोजन और पोषण आहार की सेवाएँ प्रदान करने के लिए बहुउद्देशीय कार्यकर्ताओं का होना उचित एवं अपेक्षित है।
- वर्तमान सहायक परिचारिका प्रसाविकाओं के स्थान पर महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता को नियुक्त किया जाना चाहिए और बुनियादी स्वास्थ्य कार्यकर्ता, मलेरिया निगरानी कार्यकर्ता टीका लगाने वाले, स्वास्थ्य शिक्षण सहायक के स्थानों पर पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता नियुक्त हों।
- बहुउद्देशीय कार्यकर्ताओं के कार्यक्रमों को चरणों में प्रारम्भ करना चाहिए—प्रथम उन क्षेत्रों में जहाँ मलेरिया अनुरक्षण अवस्था में हो तथा चेचक नियंत्रित हो गया हो और उसके पश्चात् अन्य क्षेत्रों में।
- उपकेन्द्र स्तर में एक पुरुष एक महिला इस प्रकार दो स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का दल होना चाहिए।
- हर उपकेन्द्र के मातहत 3000 से 5000 की आबादी हो।
- वर्तमान के महिला स्वास्थ्य निरीक्षिका का नाम महिला स्वास्थ्य पर्यवेक्षक रखा जाय एवं चार महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के कार्य के सर्वेक्षण के लिए एक महिला निरीक्षिकाओं के स्थान पर एक योग्यता प्राप्त सार्वजनिक स्वास्थ्य परिचारिका की भर्ती हों।

JhokLro I fefr

सन् 1974 में भारत सरकार ने "वैद्यकीय शिक्षा एवं सहायक मनुष्य बल पर एक दल" स्थापित किया जो श्रीवास्तव समिति के नाम से जाना जाता है। इस दल ने अपनी रिपोर्ट 1975 में पेश की। उसने सिफारिश की—

- समुदाय के भीतर से ही (जैसे शाला शिक्षक, डाक मास्टर और ग्राम सेवक) सहव्यवसायी और अर्द्धव्यवसायी स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के एक समूह को तैयार करना जो समुदाय के लिए आवश्यक शमनात्मक एवं रोगहर सरल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करे।
- कार्यकर्ताओं के दो वर्ग की स्थापना करना— अर्थात् समुदाय के स्तर के कार्यकर्ताओं के मध्य में बहुउद्देशीय कार्यकर्ता (महिला एवं पुरुष) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में चिकित्सक।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, जिला अस्पताल एवं वैद्यकीय महाविद्यालयों के मध्य प्रेषणीय सेवा समूहों का विकास करना।
- स्वास्थ्य एवं वैद्यकीय शिक्षण के लिए आवश्यक सुधारों की योजना बनाने एवं उनके कार्यान्वयन के लिए एक वैद्यकीय तथा स्वास्थ्य शिक्षा आयोग की स्थापना करना।

LokLF; I okvka dh : i j s k k

भारत में स्वास्थ्य सेवाओं की प्रशासन पद्धति तीन निर्दिष्ट स्तरों में होती है— केन्द्रीय, राज्य की एवं स्थानीय या क्षेत्रीय।

dh n z ea i z k k l u

केंद्र स्तर के प्रशासन में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय का समावेश होता है जिसका नेतृत्व एक मंत्री, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री करता है। केंद्र स्वास्थ्य मंत्रालय में दो मुख्य विभाग होते हैं स्वास्थ्य विभाग एवं परिवार कल्याण विभाग। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में भारत सरकार का सचिव दोनों विभागों का पदभारी होता है। एक अवर सचिव एवं आयुक्त (समाज कल्याण) जो कि समाज कल्याण का मुख्य होता है सचिव की सहायता करते हैं। वैद्यकीय देखभाल एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य से संबंधित सभी विषयों में सरकार का मुख्य तकनीकी सलाहकार स्वास्थ्य सेवाओं का महानिदेशक होता है। इसी प्रकार परिवार नियोजन का आयुक्त परिवार नियोजन से संबंधित सभी विषयों के लिए जिम्मेवार होता है। मुख्यतः नीति निर्धारण करना, योजना बनाना, मार्गदर्शन करना, समन्वय स्थापित करना एवं मूल्यांकन, केन्द्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय की जिम्मेदारी में सम्मिलित है। भारतीय संविधान की धारा 246 अनुच्छेद सात के अन्तर्गत दो शीर्षकों में— केन्द्रीय सूची एवं सहकारी सूची के रूप में केन्द्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय के कार्य निर्धारित किये गये हैं। केन्द्रीय सूची में निर्धारित कार्य है अन्तर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य का प्रशासन, केन्द्रीय संस्थानों का प्रशासन, अनुसंधानों को बढ़ावा देना, औषधियों का नियंत्रण, जनगणना कार्य करना, श्रम को नियमित करना एवं राज्यों के साथ समन्वय स्थापित करना। सहकारी सूची में उल्लेखित कार्यों का निर्वहण केन्द्रीय एवं राज्य सरकारों का सम्मिलित दायित्व है। ये हैं :-

- संचारी रोगी के प्रसार को रोकना।
- आहार की मिलावट को रोकना।
- औषधि एवं विषों को नियंत्रित करना।
- जीव संबंधी आंकड़े तैयार करना।
- श्रमिकों का कल्याण एवं अर्थ शास्त्र एवं योजना निर्माण।

LokLF; dh d n h ; i f j " k n -

राष्ट्रपति के आदेश से सन् 1952 में स्वास्थ्य की केन्द्रीय परिषद् की स्थापना की गई थी। केन्द्रीय स्वास्थ्य मंत्री इसके अध्यक्ष हैं और राज्यों के स्वास्थ्य मंत्री इसके सदस्य होते हैं। यह परिषद् सामान्यतः वर्ष में एक बार मिलती है एवं स्वास्थ्य से संबंधित नीति की मोटी रेखा की सिफारिश करती है। यह परिषद् आर्थिक अनुदान के वितरण के संबंध में भारत सरकार को अपनी सिफारिशें देती है, साथ ही समय समय पर इन अनुदानों के उपयोग के द्वारा किये गये कार्य का पुनरावलोकन करती है।

jkT; LokLF; izkkl u

इस समय भारत में अठारह राज्य हैं। अपने कार्य क्षेत्र के भीतर रहने वाले लोगों के स्वास्थ्य संबंध में सुविधाएं प्रदान करने के मामले में ये राज्य स्वतंत्र हैं। इसके परिणाम स्वरूप हर राज्य ने स्वास्थ्य प्रशासन की अपनी पद्धति को विकसित कर लिया है। लेकिन प्रत्येक राज्य में जनता द्वारा निर्वाचित एक स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन मंत्री होता है, साथ ही स्वास्थ्य सेवाओं का एक निदेशालय भी होता है। (कुछ राज्यों में यह स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन का निदेशालय कहलाता है।) राज्य स्वास्थ्य मंत्रालय का नेतृत्व स्वास्थ्य मंत्री एवं स्वास्थ्य उपमंत्री करते हैं। कुछ राज्यों में स्वास्थ्य मंत्री के जिम्मे अन्य विभाग भी होते हैं। स्वास्थ्य सचिव सामान्यतः भारतीय शासन सेवा का उच्च अधिकारी होता है।

स्वास्थ्य निदेशालय का नेतृत्व स्वास्थ्य सेवाओं के निदेशक करते हैं (कुछ राज्यों में ये वैद्यकीय एवं स्वास्थ्य सेवाओं के निदेशक के नाम से भी जाने जाते हैं।) जिसकी सहायता सह निदेशक, उपनिदेशक एवं सहायक निदेशक करते हैं। उपनिदेशक और सहायक निदेशक दो प्रकार के हो सकते हैं—प्रादेशिक, एवं कार्यात्मक प्रादेशिक अपनी विशेषज्ञता का ध्यान न रखते हुए अपने कार्य क्षेत्र के सार्वजनिक स्वास्थ्य की समस्त शाखाओं का निरीक्षण कर सकते हैं। कार्यात्मक निदेशक सामान्यतः सार्वजनिक क्षेत्र की किसी शाखा (जैसे कि परिचर्या, परिवार नियोजन, क्षय, कुष्ठ रोग, मलेरिया, मातृशिशु स्वास्थ्य इत्यादि) में विशेषज्ञ होते हैं। वैद्यकीय शिक्षक के निदेशक की नियुक्ति अनेक राज्यों में होने ही का परिचर्चा है। योजनाओं को मूर्त रूप देने एवं उनके मूल्यांकन के लिए मंजूर की गयी योजनाओं एवं कार्यक्रमों के कार्यान्वयन का निर्देशन के लिए राज्य स्वास्थ्य जिम्मेदार है।

ftys dk <kbk

भारत में जिला प्रशासनीय ढाँचे की धुरी है। कुछ राज्यों (जैसे कि पश्चिम बंगाल) में एक मात्र मुख्यस्थ जिला स्वास्थ्य संगठन का नेतृत्व करता है। स्वास्थ्य मुख्य वैद्यकीय अधिकारी जिले के समस्त सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए जिम्मेदार होता है। कुछ राज्यों (जैसे कि मध्य प्रदेश, आन्ध्र प्रदेश) में दो मुख्य अधिकारी होते हैं, जिला वैद्यकीय अधिकारी या सिविल सर्जन जो सेवाओं के लिए उत्तरदायी होता है, और जिला स्वास्थ्य अधिकारी या जिला स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन अधिकारी जो स्वास्थ्य एवं परिवार नियोजन के लिए उत्तरदायी होता है।

Ukxj i kfydk, W

शहरी क्षेत्रों में निम्नलिखित स्वायत्त संस्थाएँ पायी जाती हैं।

- शहरी क्षेत्र समितियाँ (उन क्षेत्रों में जहाँ की जनसंख्या 5000 एवं 10000 के बीच हो)
- नगरपालिका परिषदें (उन क्षेत्रों में जहाँ की आबादी 10000 और दो लाख के बीच हो)
- नगर निगम जहाँ जनसंख्या दो लाख से अधिक हो।

नगर निगम में स्वास्थ्य संगठन का नेतृत्व एक स्वास्थ्य अधिकारी करता है जिसकी सहायता उप एवं सहायक स्वास्थ्य अधिकारी, स्वच्छता निरीक्षक एवं स्वच्छता का विशाल कार्यकर्ता समूह करता है। इस संगठन के द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं में स्वच्छता और सार्वजनिक स्वास्थ्य, एवं मातृशिशु स्वास्थ्य आहार एवं आहार-स्वच्छता का नियंत्रण एवं जीव संबंधी आंकड़ों का संग्रह शामिल है। निर्वाचित अध्यक्ष नगरपालिका परिषदों का नेतृत्व करते हैं। सिमित आर्थिक स्रोतों के कारण इन परिषदों के द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएँ स्वच्छता एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य तक सिमित रहती हैं।

fodfUnr jkT; izkkl u

वर्तमान में स्वायत्त शासनों का ढाँचा राज्यों में तीन निःश्रेणीयों पर आधारित है। यह ढाँचा पंचायती राज के नाम से जाना जाता है। ये तीन स्तर हैं—

- | | |
|--------------|--|
| • ग्राम स्तर | ग्राम सभा, ग्राम प्रचायत और न्याय पंचायत |
| • खण्ड स्तर | पंचायत समिति |
| • जिला स्तर | जिला परिषद् |

xke Lrj

- ग्राम सभा पंचायती राज पद्धति की बुनियादी इकाई है। वह ग्राम के सभी व्यक्तियों की सभा है। ग्राम सभा की बैठकें वर्ष में दो बार होती हैं।
- ग्राम पंचायत ग्राम सभा का कार्यकारी मण्डल है। ग्राम पंचायत का नेतृत्व सरपंच का मुखिया करता है और ग्राम पंचायत के सदस्य 15 से 30 तक की संख्या में होते हैं। ग्राम पंचायत के सदस्य ग्राम सभा के व्यक्तियों के द्वारा निर्वाचित होते हैं और वे तीन से चार साल तक की अवधि के लिए अधिकार में रहते हैं। ग्राम पंचायत के कार्य नागरिक प्रशासन के सारे-समूचे क्षेत्र को आवरित कर लेते हैं जैसे-स्वच्छता, गलियों में प्रकाश व्यवस्था, बीमारियों पर नियंत्रण, प्रौढ शिक्षा, युवक मण्डल, महिला समिति इत्यादि। पंचायत सचिव पंचायत के अनेक कार्यकलापों के निर्वहन में पंचायत की सहायता करता है।
- न्याय पंचायत सभा का न्यायपीठ है। पाँच ग्राम पंचायतें होती हैं। पाँच ग्राम पंचायतों के एक समूह के लिये एक न्याय पंचायत होती है। न्याय पंचायतें दीवानी मामलों का फैसला करती हैं, साथ ही साधारण प्रकरण की फौजदारी मामलों में अपना फैसला दे सकती हैं। 100 रूपयों तक का आर्थिक दण्ड लगाने का अधिकार उनको है।

[k.M Lrj

खण्ड में लगभग 100 गांव एवं लगभग 80000 की आबादी होती है। खण्ड को एक पंचायत समिति का भी प्रावधान है। खण्ड के सभी ग्राम पंचायत के सरपंच, विधानसभा सदस्य, उस क्षेत्र में रहने वाले संसद सदस्य एवं पिछड़ी हुई जातियों तथा जनजातियों के प्रतिनिधि इस पंचायत समिति में होते हैं। खण्ड विकास अधिकारी पदेन पंचायत समिति का सचिव होता है। विकास के कार्यों में लगे ग्राम पंचायतों को पंचायत समिति तकनीकी सहायता एवं मार्ग दर्शन करती है तथा उनके कार्य का पर्यवेक्षण भी करती है। समिति राज्य सरकार के जो कि विकास के सभी कार्यों के लिए आर्थिक सहायता देती है- अभिकर्ता के रूप में भी काम करती है।

ftyk Lrj

जिला स्तर पर एक स्वायत्त शासन का माध्यम जिला परिषद् है। जिले की सारी पंचायत समितियों के प्रधान, संसद सदस्य, विधान सभा सदस्य, पिछड़ी जातियों, जनजातियों एवं सहकारी समितियों के प्रतिनिधि जिला परिषद् के सदस्य होते हैं। जिलाध्यक्ष मताधिकार रहित सदस्य होता है। जिला परिषद् पर्यवेक्षक एवं समन्वयी संस्था है। अलग अलग राज्यों में इनके कार्य एवं अधिकार में अंतर रखते हैं। गुजरात में जिला स्वास्थ्य अधिकारी के मार्फत प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों का नियंत्रण जिला परिषद् के द्वारा किया जाता है।

i fjp; k/ l okvka dk <kpk

dmz ea

केंद्र में इस समय भारत सरकार की एक परिचर्या सलाहकार है। परिचर्या की योजना तैयार करने, नीति निर्धारण करने एवं परिचर्या सेवाओं के स्तर निर्धारित करने के मामलों में वह सलाहकार भारत सरकार को सलाह देती है। समय समय पर राज्यों का दौरा करके वर्तमान परिस्थितियों का मूल्यांकन व्यक्तिगत रूप से करना एवं परिचर्या सेवाओं में सुधार के लिए भारत सरकार को सिफारिशें करना उसके कर्तव्यों के अन्तर्गत है। राज्य सरकारों को सलाह देने के लिए वह अधिकृत नहीं है। परिचर्या & सलाहकार सरकारी निधियों की सहायता से राष्ट्रीय स्तर पर अल्पकालीन पाठ्यक्रम एवं पुनश्चर्या पाठ्यक्रम का संगठन कर सकती है। ऐसे कार्यक्रमों के लिए वह विश्व स्वास्थ्य संगठन (डबल्यू.एच.ओ.), यूनिसेफ अन्तर्राष्ट्रीय जैसी संस्थाओं से सहायता भी प्राप्त कर सकती है। इस कार्य में उसकी सहायता करने के लिए एक परिचर्या अधिकारी होती है। केंद्र स्तर पर परिवार नियोजन के लिए भी एक परिचर्या अधिकारी होती है।

jkT; Lrj

कई राज्यों में स्वास्थ्य सेवा निदेशालयों से सम्बद्ध, परिचर्या की एक राज्य परिचर्या अधीक्षिका या सहायता निदेशिका-उपनिदेशिका होती है। भोर कमेटी की सिफारिशों के परिणाम स्वरूप इस पद का निर्माण किया। परिचर्या के मामले में ये अधिकारी राज्य सरकार को परामर्श देते हैं। नीति निर्धारण एवं राज्य में परिचर्या का स्तर निर्धारित करने के संबंध में भी वे अपना परामर्श प्रस्तुत करते हैं।

1. Introduction

“सामुदायिक विकास” शब्द की व्युत्पत्ति भारत में आधुनिक है। समुदाय के कुछ निश्चित पहलुओं के विकास को सूचित करने के लिए ग्रामीण विकास, गांव सुधार, गांव की उन्नति जैसे शब्द पहले से प्रचलित थे। दूसरे महायुद्ध के बाद “सामुदायिक विकास” शब्द व्यापक उपयोग में आया। सामुदायिक विकास शब्द की व्याख्या इस प्रकार की गयी है – “वह प्रक्रिया जिसका उद्देश्य समुदाय की सक्रिय भागीदारी एवं समुदाय के उपक्रम पर संभव संपूर्ण निर्भरता के साथ समुदाय की आर्थिक एवं सामाजिक प्रगति की परिस्थितियों का निर्माण करना। राष्ट्र की पंचवर्षीय योजनाओं के एक भाग के रूप में सामुदायिक विकास का चिन्तन भारत में किया गया है। इस कार्यक्रम का उद्देश्य है – लोगों की मदद करना एवं उनको इस दिशा में प्रेरित करना कि वे अत्याधुनिक वैज्ञानिक पद्धतियों का सहारा लेकर अपने जीवन को उन्नत बनायें। समुदाय के अनेक पहलुओं को यह कार्यक्रम आवरित करता है – जैसे खेती, सिंचाई, प्राणी संरक्षण, सार्वजनिक स्वास्थ्य, शिक्षा, संचार साधन आदि।

2. Literature Review

- ~ Susruta Sahita, Vol. I. chap. X, P 74
- ~ Wilkinson, A Brief History of India and Pakistan: The Trained Nurses Association of India 1968
- ~ Ibid
- ~ Ibid., P-4
- ~ A.F. Bradshaw, Catherine Grace Locke : A Memoir London : Macmillan & co. 1910, P-7
- ~ Op. Cit. P-12
- ~ Hand book of T.N.A.I. P-67

