2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ

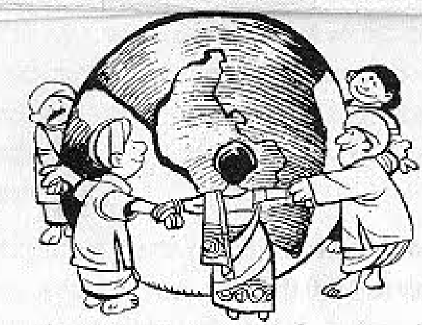
ನಿರ್ಧಾರವೇನಾಯಿತು

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲಿಕೆ - 2

06705

Community Health Cell
Library and Documentation Unit
367, "Srinivasa Nilaya"
Jakkasandra 1st Main,
1st Block, Koramangala,
BANGALORE-560 034.
Phone : 5531518

'ಕ್ರಿ.ಶ. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' – ನಿರ್ಧಾರವೇನಾಯಿತು?



ತಯಾರಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಕಟಣೆ
'ಜನಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಭಾ' ದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮನ್ವಯ ಸಮಿತಿ
ಕನ್ನಡಾನುವಾದ : ಪ್ರೊ. ಎಂ.ಆರ್. ನಾಗರಾಜು

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯತ್ತ - ಪುಸ್ತಕ 2

kri.Sha.2000da Velege Ellarigu Arogya - Nirdharavenayithu, a book prepared by NCC, PHA and translated by Prof. M.R. Nagaraju.

First edition : 2000

Pages : 76 + IV

Rate : Rs. 20/-

Published by
E. Basavaraju
Secretary,
Bharath Gyan Vigyan Samithi
IISC Campus, Bangalore - 560 012
Ph: 3600384
email : bgvs_kar@hotmail.com

DTP :
Ankita Graphics, S.R.Nagar, Bangalore-27

Printed at :
Kanteerava Offset,
No. 6, 7th Main, S.R.Nagar,
Bangalore-27 Ph. 2273380

COMMUNITY HEALTH CELL
LIBRARY AND DOCUMENTATION UNIT
BANGALO
Com H 3
06705 Ooo

ಮುನ್ನುಡಿ

'2000ದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಗುರಿಯನ್ನು ಸರಕಾರಗಳು ಮರೆತಂತಿದೆ. ಐವತ್ತು ಮೂರು ವರ್ಷಗಳ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ನಂತರವೂ, ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿಲ್ಲ. ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ರೋಗಗಳು ಇಂದಿಗೂ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸದೇ ಇರುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಇತ್ತೀಚೆಗಿನ ಹೊಸ ಧಾಳಿಯಾದ ಖಾಸಗೀಕರಣ, ಉದಾರೀಕರಣ ಹಾಗೂ ಜಾಗತೀಕರಣ ನೀತಿಯಿಂದಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಿಲ್ಲ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಜನರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಒಂದು ಆದ್ಯತೆಯ ವಿಷಯ.

ಭಾರತೀಯರೆಲ್ಲರಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗಬಹುದಾದ ಇತ್ತೀಚೆಗಿನ ಐತಿಹಾಸಿಕ ಘಟನೆ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಹೋರಾಟ, ಎಲ್ಲ ವರ್ಗಗಳ ಜನರು ಭಾಗಿಯಾಗಿ ಹೋರಾಡಿದ್ದುದರಿಂದ ಆ ಮಹಾನ್ ಜನಾಂದೋಲನ ಸಾಫಲ್ಯವಾಯಿತು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಎರಡು ಮಾತಿಲ್ಲ. ಇಂದಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ನಾವು ಜನಾಂದೋಲನವನ್ನೇ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜನರು ನಿರುತ್ಸಾಹ ಹಾಗೂ ತಮ್ಮೊಳಗಿನ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ತೊರೆದು, ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಲು ಮುಂದಡಿ ಇಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಜನಾಂದೋಲನದ ಮುಂದಾಳತ್ವವನ್ನು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಗಳು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿವೆ. ಭಾರತವರ್ಷವೇ ಏಕೆ, ಇಡೀ ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ನಾವು ಅದರ ಭಾಗವಾಗಿ ಹೋರಾಟ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಇಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣವನ್ನು ಹುಡುಕಿ, ಜನರ ಸಹಾಯದಿಂದ ಅದನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಸರಕಾರವನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಸಬೇಕಾದ ಧ್ಯೇಯ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ್ದಾಗಿದೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಈ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲೆ ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾವು ನಂಬಿದ್ದೇವೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಭಾಷಾಂತರಿಸಿಕೊಟ್ಟ ಪ್ರೊ. ಎಂ.ಆರ್. ನಾಗರಾಜುರವರಿಗೆ, ಡಿಟಿಪಿ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟ ಶ್ರೀ ರಾಜಶೇಖರ್ ಅವರಿಗೆ, ಮುಖಪುಟ ವಿನ್ಯಾಸ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟ ಶ್ರೀ ಗುಜ್ಜಾರ್, ಶ್ರೀ ರವಿಶಂಕರ್ ಅವರಿಗೆ, ಅಂದವಾಗಿ ಮುದ್ರಿಸಿಕೊಟ್ಟ ಶ್ರೀ ಕಂಠೀರವ ಆಫ್‌ಸೆಟ್‌ನವರಿಗೂ, ಪುಸ್ತಕ ಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಧನ ಸಹಾಯ ನೀಡಿದ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಗೆ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೂ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಯ ಪರವಾಗಿ ಅಭಿನಂದನೆಗಳನ್ನು ಕೋರುತ್ತೇವೆ.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ - ಕರ್ನಾಟಕ

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ - ಈಗ ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಜನಾಂದೋಲನ

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು	ಡಾ|| ಹೆಚ್. ಸುದರ್ಶನ್
ಉಪಾಧ್ಯಕ್ಷರು	ಶ್ರೀಮತಿ ರೂತ್ ಮನೋರಮ
ಸಂಚಾಲಕರು(ತಾಂತ್ರಿಕ)	ಡಾ|| ಪ್ರಕಾಶ್ ಸಿ.ರಾವ್
ಸಂಚಾಲಕರು(ಸಂಘಟನೆ)	ಈ. ಬಸವರಾಜು
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕಾರಿ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರು	ಡಾ|| ರವಿ ನಾರಾಯಣ್

ಸಂಘಟನಾ ಸಮಿತಿ

ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಜನವಾದಿ ಮಹಿಳಾ ಸಂಘಟನೆ (AIDWA)
ಭಾರತ ಜ್ಞಾನ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಮಿತಿ(BGVS)
ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ(CHC)
ಕ್ಯಾಥೋಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ(CHAI-KA) ಕರ್ನಾಟಕ
ಕ್ಯಾಂಪೇನ್ ಎಗೆನೆಸ್ಟ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಲೇಬರ್ (CACL)
ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ (CMAI) ಕರ್ನಾಟಕ
ಔಷಧಿ ಕ್ರಿಯಾ ವೇದಿಕೆ (DAF-K) ಕರ್ನಾಟಕ
ದಲಿತ ಸಂಘರ್ಷ ಸಮಿತಿ (DSS)
ಭಾರತ ಪ್ರಜಾಸತ್ತಾತ್ಮಕ ಯುವಜನ ಫೆಡರೇಶನ್(DYFI)
ಫೋರಮ್ ಫಾರ್ ಸ್ಟ್ರೀಟ್ ಚಿಲ್ಡ್ರನ್
ಭಾರತೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಂಘ(FPAI)
ಕರ್ನಾಟಕ ಗ್ರಾಮಾಭ್ಯುದಯ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಒಕ್ಕೂಟ(FEVORD-K) ಕರ್ನಾಟಕ
ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಂಪರೆಗಳ ಪುನರುತ್ಥಾನ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ (FRLHT)
ಜಾಯಿಂಟ್ ವುಮೆನ್ಸ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ (JWP) ಕರ್ನಾಟಕ
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಮಾರಾಟ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ಸಂಘ(KSMSRA)
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ರೈತ ಸಂಘ(KRRS)
ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಾಂತ ರೈತ ಸಂಘ(AIKS)
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಪರಿಷತ್ (KRVP)
ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆ (VHAK)
ಮಹಿಳಾ ಸಾಮಖ್ಯ-ಕರ್ನಾಟಕ (MS-K)
ನ್ಯಾಷನಲ್ ಅಲಿಯನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಪೀಪಲ್ಸ್ ಮೂವ್‌ಮೆಂಟ್ (NAPM) ಕರ್ನಾಟಕ
ನ್ಯೂ ಎಂಟಿಟಿ ಫಾರ್ ಸೋಶಿಯಲ್ ಆಕ್ಷನ್ (NESA)
ಸೊಸೈಟಿ ಫಾರ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಟು ವಾಲಂಟರಿ ಏಜೆನ್ಸೀಸ್ (SOSVA)

ಭಾಗವಹಿಸುವ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು

ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಳಕಳಿಯುಳ್ಳ ಮೇಲಿನ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಜಾಲದಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತು ಹೊರಗಿರುವ ಅನೇಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ :

ಭಾರತ ಜ್ಞಾನ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಮಿತಿ, ಭಾರತೀಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಮಂದಿರದ ಆವರಣ, ಬೆಂಗಳೂರು- 560 012
ದೂರವಾಣಿ: 3600384, ಇ-ಮೇಲ್ : bgvs_kar@hotmail.com
ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ, ನಂ. 367, ಶ್ರೀನಿವಾಸ ನಿಲಯ, ಜಕ್ಕಸಂದ್ರ ಮೊದಲ ಮುಖ್ಯ ರಸ್ತೆ,
ಮೊದಲನೇ ಬ್ಲಾಕ್, ಕೋರಮಂಗಲ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 034
ದೂರವಾಣಿ: 5531518, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: 5525372 ಇ-ಮೇಲ್: sochara@vsnl.com

ಪರಿವಿಡಿ

ಅಧ್ಯಾಯ 1: ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅರಿವು -------------------- 1-5

ಅಧ್ಯಾಯ 2: ಅಲ್ಮಾಆಟಾ ಘೋಷಣೆಯತ್ತ -------------------------------- 6-13

ಅಧ್ಯಾಯ 3: ಎರಡು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕಥೆ ------------ 14-31

ಅಧ್ಯಾಯ 4: ಮಾಡಬೇಕೇನು? -- 32-39

ಅಧ್ಯಾಯ 5: ಒಂದೇ ಗ್ರಹದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಲೋಕ ------------------------ 40-48

ಅಧ್ಯಾಯ 6: ಮಲೇರಿಯಾ ವಿರುದ್ಧ ಸಮರ ---------------------------- 49-57

ಅಧ್ಯಾಯ 7: ಕ್ಷಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕುರಿತು ಧೋರಣೆಗಳು ---------------- 58-68

ಅಧ್ಯಾಯ - 1

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅರಿವು

> ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸುಸ್ಥಿತಿಯು ಆರೋಗ್ಯವೇ ಹೊರತು ಕಾಯಿಲೆ ಇಲ್ಲದ ಸ್ಥಿತಿ ಅಲ್ಲ.
>
> - ಅಲ್ಮಾಅಟಾದ ಘೋಷಣೆ, 1978

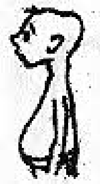
ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೇನು ಕಾರಣ?

1. ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶ

ಪ್ರಮುಖ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯೆಂದರೆ ಹಸಿವು

ಹಸಿವೆಗೆ ಬಡತನವೇ ಕಾರಣ
(ಆಹಾರದ ಕೊರತೆಯಿಲ್ಲ. ಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿಲ್ಲದ್ದೇ ಸಮಸ್ಯೆ)

ಪದೇ ಪದೇ ಸೋಂಕು
ರೋಗದಿಂದ ನ್ಯೂನ
ಪೋಷಣೆ

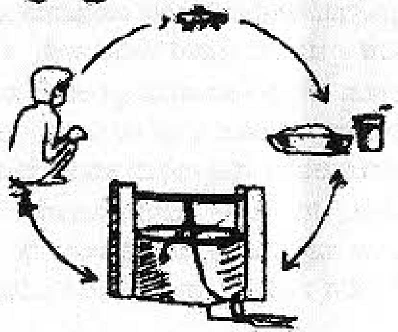


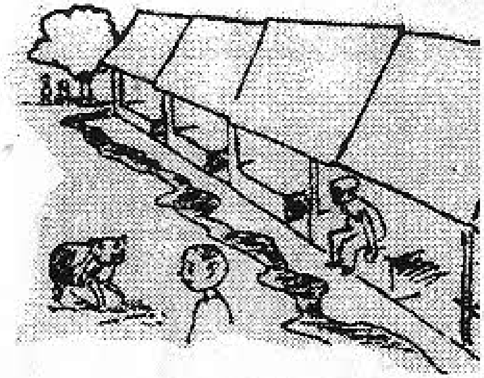
ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯಿಂದ
ಸೋಂಕು ರೋಗ

2. ಕುಡಿಯಲು ಯೋಗ್ಯ ನೀರು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಇನ್ನೊಂದು ಕಾರಣ.

ಅನೇಕ ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳು ನೀರಿನಿಂದ ಹರಡುತ್ತವೆ.

ಅಸಮರ್ಪಕ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ನೀರು ಸೋಂಕುಕಾರಕವಾಗುವುದು.





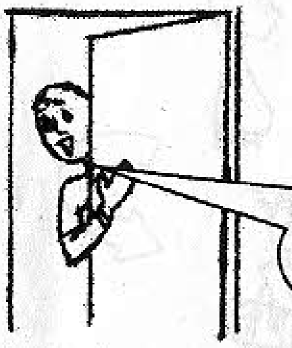
3. ದಾರಿದ್ರ್ಯ ಹಾಗೂ ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕೆಡಿಸುತ್ತವೆ.

ಜನನಿಬಿಡ ಮನೆಗಳು, ಸೋರುವ, ತೇವ ಭರಿತ ಮನೆಗಳು, ಹೊಗೆಯ ಪರಿಸರ-ಕ್ಷಯ ರೋಗಕ್ಕೆ, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆಗೆ ದಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ವಲಸೆ ಹಾಗೂ ಅಭದ್ರ ವಾಸಸ್ಥಳಗಳು ರೋಗದ ಪ್ರಮುಖ ತಾಣಗಳು. ಅಸಮರ್ಪಕ ವಿನ್ಯಾಸದ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದಾಗಿ ನೀರು ನಿಂತು ಮಲೇರಿಯಾ ವ್ಯಾಪಕಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

4. ದುಡಿಮೆಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಅಸಮರ್ಪಕತೆ

ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಲ ದುಡಿದ ಆಯಾಸ, ಧೂಳು ಹಾಗೂ ಹಾನಿಕಾರಕ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳಿಗೆ ಒಡ್ಡಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ಅಸುರಕ್ಷಿತ ಯಂತ್ರಗಳು ಅಲ್ಲದೆ ಜನನಿಬಿಡತೆ, ಗಾಳಿಯಾಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಲ್ಲದ ಕಟ್ಟಡಗಳು-ಎಲ್ಲವೂ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ.

5. ಕೌಟುಂಬಿಕತೆ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ

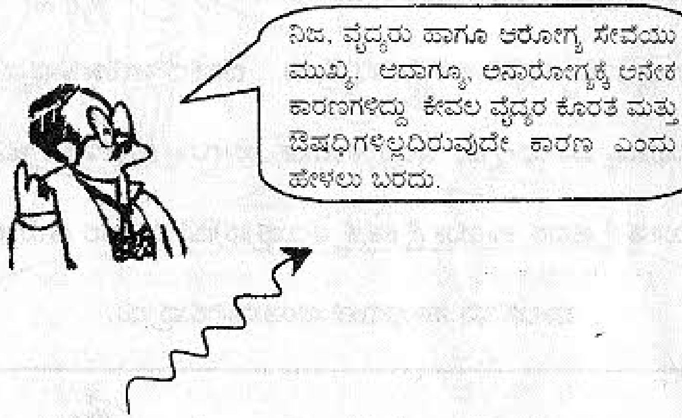


ಮಹಿಳೆಯು ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಊಟ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುತ್ತಾಳೆ. ತನ್ನ ದೇಹದ ಬಗ್ಗೆಯೇ ಜಿಗುಪ್ಸೆ ಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಪರಿಸರ ಆಕೆಯದು. ಮೂಕವಾಗಿ ಆಕೆ ನರಳುವಳು. ಆಕೆಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕೊನೆಯ ಆದ್ಯತೆ. ಹೆಚ್ಚು ದುಡಿದು ಕಡಿಮೆ ಪಡೆಯುವಳು. ಅವಳನ್ನು ನಿಂದಿಸಿ, ಬೈದು, ಲೈಂಗಿಕ ಹಿಂಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗುವುದು. ಭ್ರೂಣ ಹತ್ಯೆ, ಶಿಶು ಹತ್ಯೆ, ವರದಕ್ಷಿಣೆಗಾಗಿ ಹತ್ಯೆ, ಅಲ್ಲದೆ ವಿಚ್ಛೇದನ ಮತ್ತು ಬಹಿಷ್ಕಾರಗಳಿಗೆ ಆಕೆ ಬಲಿಪಶು.

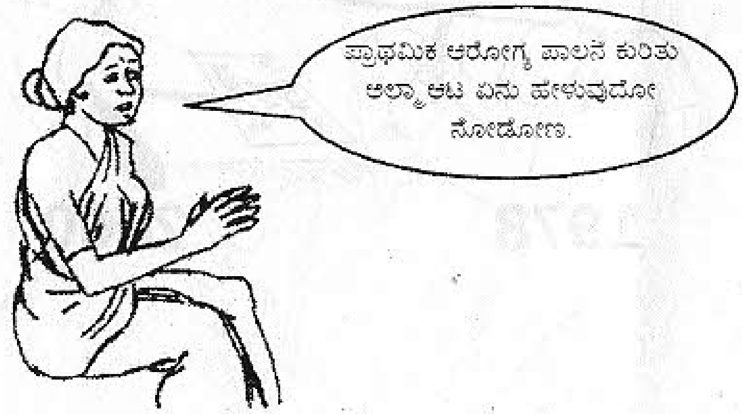
6. ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡವೂ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣ:

ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕವಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಶಕ್ತವಾದಾಗ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಇಲ್ಲವಾಗುತ್ತಿರುವುದು, ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಬಿಡುವಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ಅಭದ್ರತೆ, ಗ್ರಾಹಕ ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಮತ್ತು ಸ್ಪರ್ಧಾತ್ಮಕತೆ - ಇವುಗಳಿಂದಾಗಿ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆ ಹಾಗೂ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ.

7. ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಇಲ್ಲದಿರುವುದೂ ಸಮಸ್ಯೆಯೆ:

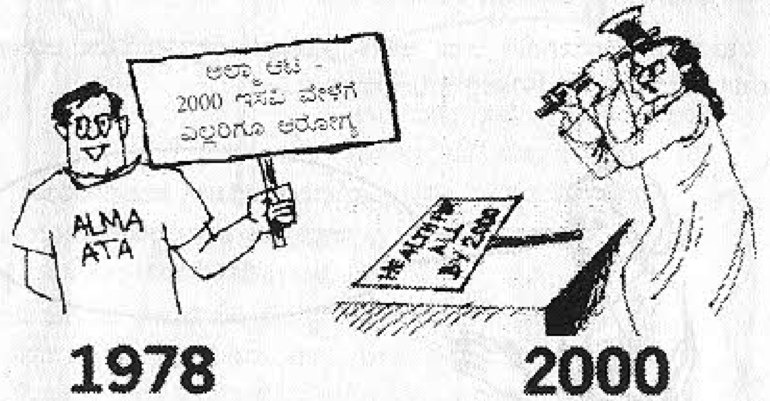


ಈ ವಿಶಾಲ ಅರಿವಿನಿಂದಾಗಿಯೇ ಅಲ್ಮಾ ಆಟದ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 1978ರಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು.

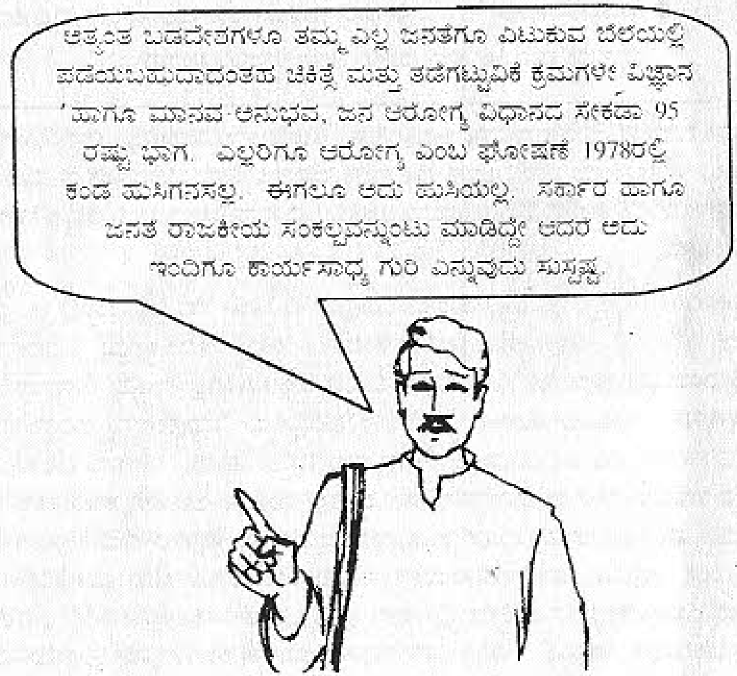


ಅಲ್ಮಾ ಆಟ ಘೋಷಣೆ

ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ..... ಸಮುದಾಯದ ಎಲ್ಲ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೂ, ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ತಂತ್ರ ಮತ್ತು ವಿಧಾನಗಳ ಬಳಕೆ ಆಧಾರಿತವಾಗಿ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಸ್ವಾವಲಂಬನೆ ಹಾಗೂ ಸ್ವನಿರ್ಧಾರದ ಮೂಲಕ ಮುನ್ನಡೆಯ ಪ್ರತಿ ಹಂತದಲ್ಲೂ ಜನರು ಭರಿಸಬಲ್ಲ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೇ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಭಾಗವಲ್ಲದೆ, ಇದರ ಕಾರ್ಯ ಹಾಗೂ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಜನರ ಸಮೀಪಕ್ಕೆ ಅವರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ತಲುಪುವುದು ನಿರಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅಂಶವಾಗಿರುವುದು.



ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಒದಗಿಸುವುದು; ಆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಭರಿಸಲಾರದವರಿಗೂ ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ನೀಡುವುದು. ಘೋಷಣೆಯು ಈ ರೀತಿ ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿದೆ...... ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆಹಾರ ಪೂರೈಕೆಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ, ಮೂಲ ನೈರ್ಮಲ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ನೀರು ಪೂರೈಕೆ, ಮಗು ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಪ್ರಮುಖ ಸೋಂಕು ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ನೀಡಿಕೆ, ಸ್ಥಳೀಯ ವ್ಯಾಪಕತೆಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಪೂರೈಕೆ - ಇವೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

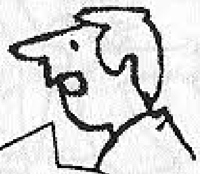


ಅಧ್ಯಾಯ 2

ಅಲ್ಮಾಆಟಾ ಘೋಷಣೆಯತ್ತ

'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬಂಶವು ತಂತಾನೆ ಕಾರ್ಯಗತವಾಗುವುದೆಂದು ಅಲ್ಮಾಆಟಾದಲ್ಲಿ ಹೇಳಲಾಗಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕೆಂದು ಅದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಅಸಮಾನತೆಯು ಒಪ್ಪತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲವೆಂದು ಅದು ಘೋಷಿಸಿತು. ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ಚರ್ಚೆ, ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ ಎಂದು ಅದು ಘೋಷಿಸಿತು.

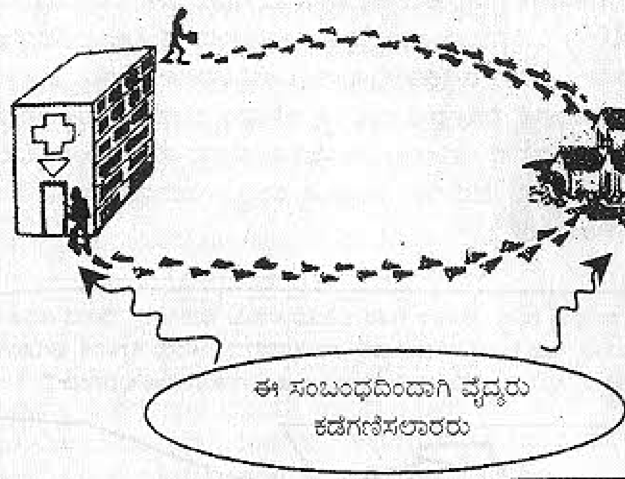
ಇದನ್ನು 1978ರಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹೇಳಿದ್ದೇನೂ ಅಲ್ಲ. ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವವಿರಲಿ- ನಿರಂಕುಶ ಆಳ್ವಿಕೆ ಇರಲಿ, ಸಮಾಜವಾದಿ ಇರಲಿ - ಬಂಡವಾಳಶಾಹಿ ಇರಲಿ - ಜಗತ್ತಿನ ಎಲ್ಲ ಸರಕಾರಗಳು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ಈ ತತ್ವಗಳನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮಾಡಿ 22 ವರ್ಷಗಳೊಳಗೆ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ತರಲು ಒಪ್ಪಿದವು.

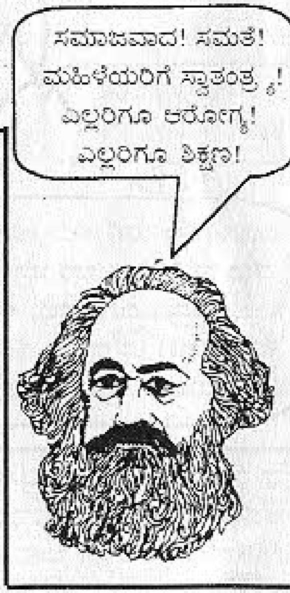


ಅಲ್ಮಾಆಟ ಘೋಷಣೆಗೆ ನಾಲ್ಕು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಮೊದಲ ಕಾರಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜ್ಞಾನದ್ದು ಮತ್ತು ಉಳಿದ ಮೂರು ರಾಜಕೀಯ ಕಾರಣಗಳು.

ಬಡತನ ಮತ್ತು ತತ್ಸಂಬಂಧಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು - ಅನೈರ್ಮಲ್ಯದಂತಹವು - ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮೂಲ ಕಾರಣವೆಂದು ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿತು. ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲ ಅಗತ್ಯಗಳು ಪೂರೈಕೆಯಾದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯದ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಯಿಲ್ಲದೆ ಸುಧಾರಿಸುವುವೆಂದು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಸೂಚಿಸಿದವು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಪ್ರಮುಖ ತಾಂತ್ರಿಕ ಮುನ್ನಡೆಗಳು 1950-70ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆದವು. ಅನೇಕ ಪ್ರಮುಖ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದು ಇದಕ್ಕೊಂದು ನಿದರ್ಶನ. ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಾಧಾರಿತ ಹಾಗೂ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಬರುವ ರೋಗಗಳಿಗೆಲ್ಲ ಉತ್ತಮ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿವೆ. ಪ್ರಮುಖ ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳ ಹರಡಿಕೆಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅರಿತಾಗಿದೆ. ಈಗಿನ ಸವಾಲೆಂದರೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವುದು. ಚೀನಾದ ಬರಿಕಾಲು ವೈದ್ಯರ ಮಾದರಿ, ಡೇವಿಡ್ ವರ್ನರ್‌ನ ನಾಯಕತ್ವದಲ್ಲಿ ಮೆಕ್ಸಿಕನ್ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮಾದರಿ. ಭಾರತದ ಜಾಮ್‌ಖೇಡ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮಾದರಿ. ಪ್ರಚಾರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜನಪರಗೊಳಿಸುವ ಮಾದರಿಗಳು. ಸಾಕಷ್ಟು ರಾಜಕೀಯ ಸಂಕಲ್ಪವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವನ್ನು ಜನರು ಭರಿಸಬಹುದಾದ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸಬಹುದೆಂದು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸಾಧಿಸಿವೆ.

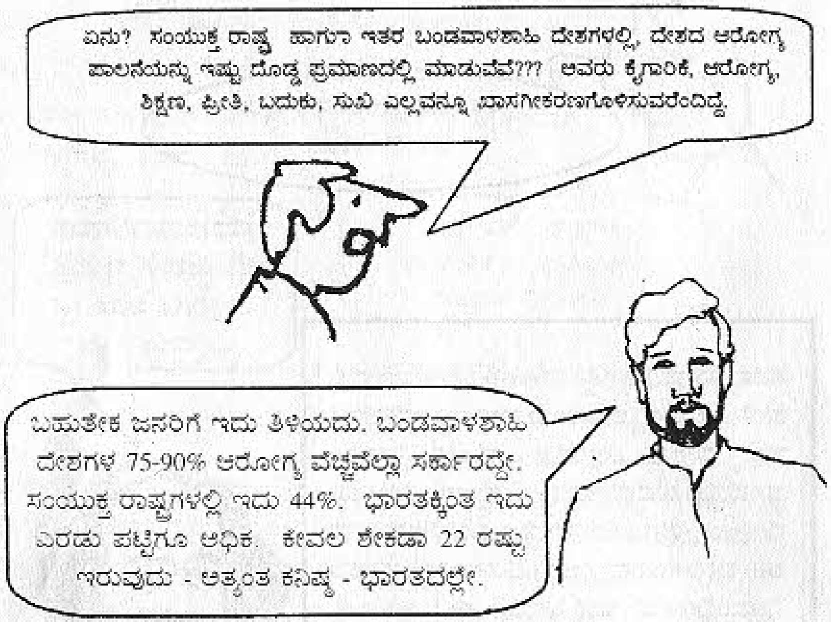




ಸಮಾಜವಾದವು ಜಗತ್ತಿನ ಮೂರನೆ ಒಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ರಾಜಕೀಯ ಅಂಶ. ಈ ದೇಶಗಳು ತಮ್ಮ ದೇಶದ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ನೀಡಲು ಧನವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಬದ್ಧವಾಗಿದ್ದವು. ಫ್ರೆಂಚ್ ಕ್ರಾಂತಿಯ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿಪರರಾಗಿದ್ದ ಜಕೋಬಿಯನ್‌ಗಳು ಈ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದಾಗಿನಿಂದಲೂ ಎಡಪಂಥೀಯರು ಇದಕ್ಕೆ ಬದ್ಧರು. ಈ ಬದ್ಧತೆ ಎಷ್ಟು ಆಳವಾಗಿ ಬೇರೂರಿತ್ತೆಂದರೆ ರಾಜ್ಯ ಬೆಂಬಲಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಮಾಜವಾದಿ ದೇಶಗಳು ಪ್ರಥಮ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದವು. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಥಮ ಆದ್ಯತೆ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ, ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ಸುಧಾರಿಸಿದವು.

ಸಮಾಜವಾದಿ ದೇಶಗಳು ಕೈಗೊಂಡ ಸಾಧನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿಭಿನ್ನ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿವೆ. ಕಟು ವಿಮರ್ಶಕರು ಕೂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವ ಸಾಧನೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿದ್ದಾರೆ. ವ್ಯಾಪಾರದಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕಗೊಂಡ ಕ್ಯೂಬಾ, ಇಲ್ಲವೆ ಯುದ್ಧದಿಂದ ಕಂಗಾಲಾದ ವಿಯೆಟ್ನಾಂ ಆಗಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ತಳ ರಚನೆಯೇ ಇಲ್ಲದ ಚೀನಾವೇ ಆಗಲಿ, ಸ್ವತಂತ್ರವಾದ ಕೂಡಲೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸಾಧನೆ ಆರೋಗ್ಯವೂ ಕಾರ್ಯಸಾಧ್ಯ ಗುರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ಸಾಧಿಸಿವೆ.

ಜೊತೆ ಜೊತೆಗೆ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳು ಬಡವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಭರವಸೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡವು. ನಿರಂಕುಶ ಆಳ್ವಿಕೆ ಸೋಲಿಸಲು ಅವರಿಗೆ ಜನ ಬೆಂಬಲ ಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಸಮಾಜವಾದಿ ಸರ್ಕಾರವು ಬಲಗೊಂಡ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ದೇಶದ ಕಾರ್ಮಿಕರ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಗತ್ಯ ಉಂಟಾಯಿತು. 1920ರ ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದ ಆರ್ಥಿಕ ಮುಗ್ಗಟ್ಟು ಕಿನೀಸಿಯೆನ್ ಆರ್ಥಿಕತೆಯು ಜನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸರ್ಕಾರದ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಯಿತು. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಂಡ ದೇಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ದೇಶದ ಹೊಣೆಯೆಂದು ಒಪ್ಪಿದವು. ಕೊನೆಗೆ ಒಪ್ಪಿದ ದೇಶವೆಂದರೆ ಅಮೆರಿಕಾ ಸಂಯುಕ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರ. ಆದಾಗ್ಯೂ ಇಲ್ಲಿನ ಬಡವರ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಣೆ ಸರ್ಕಾರದ್ದು.

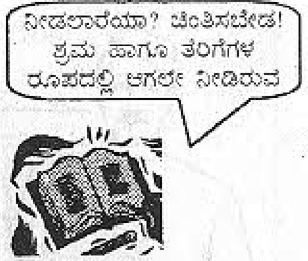


ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶಗಳು ವಸಾಹತು ಶಾಹಿ ಸಂಕೋಲೆಯನ್ನು ತೊರೆದು 1950-60ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಎರಡು ಮಾದರಿಗಳಿಂದ ಸ್ಫೂರ್ತಿ ಪಡೆದವು. ವಸಾಹತು ವಿರೋಧಿ ಚಳುವಳಿಯಿಂದ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂದ ಈ ದೇಶಗಳು ಲಕ್ಷಾಂತರ ಜನರ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯಿಂದ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗಳಿಸಿದ ಕಾರಣ ಜನರಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ನೀಡಲು ಒಪ್ಪಿದವು.

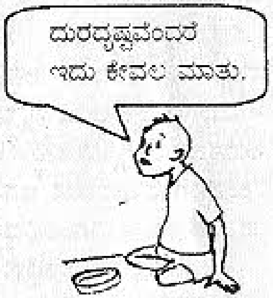
ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳೂ ಒಗ್ಗೂಡಿ ಅಲ್ಮಾಅಟ ಘೋಷಣೆಗೆ ಬುನಾದಿಯಾಯಿತು. ಅದು ಜನಕಲ್ಯಾಣಕಾರಿಯಾಗಲಿ, ಸಮಾಜವಾದಿಯಾಗಲಿ, ವಸಾಹತು ಆಳ್ವಿಕೆಯ ಅನಂತರದ ಬಡದೇಶವಾಗಲಿ, ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಗೆ ಬೆಂಬಲ ನೀಡಿತು. ಈ ಸಂದರ್ಭದಿಂದಾಗಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕ್ರಿ.ಶ. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಘೋಷಿಸಿತು. ಜಗತ್ತಿನ ಎಲ್ಲ ಸರ್ಕಾರಗಳೂ ಇದನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮಾಡಿದವು.

“ಅಲ್ಮಾ ಅಟ ಹಾಗೂ 1983ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ”

ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಭಾರತದ ಬದ್ಧತೆ ಅಲ್ಮಾ ಅಟದ ಘೋಷಣೆಗೂ ಮೂರು ದಶಕ ಮುಂಚಿನದು. ಸ್ವತಂತ್ರ ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಾದ ಮೊದಲ ಸಮಿತಿ ಬೋರ್ ಸಮಿತಿ. ಅದರ ಮೊದಲ ಸಾಲು ಹೀಗಿದೆ : “ವೆಚ್ಚ ಭರಿಸಲಾರೆನೆಂಬ ಏಕೈಕ ಕಾರಣದಿಂದಲೇ ಸಾಕಷ್ಟು ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯಪಾಲನೆಯಿಂದ ಯಾರನ್ನೂ ವಂಚಿಸುವಂತಿಲ್ಲ”.

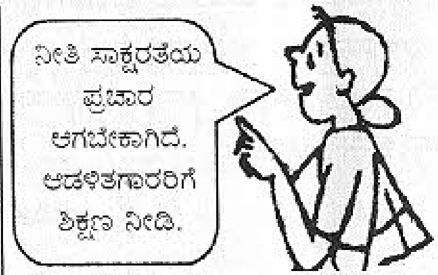


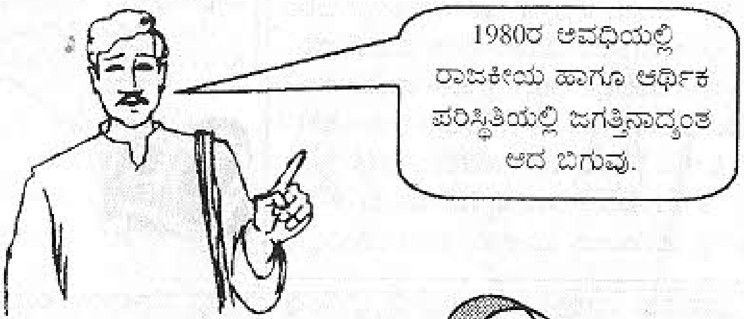
ಇತರ ವಸಾಹತು ದೇಶಗಳ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಸಂಪತ್ತಿನ ಮರುವಿತರಣೆಗೆ ಸಮಾಜವಾದಿ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಕ್ರಮಗಳಿಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಬಹುತೇಕ ಕ್ರಮಗಳು ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳ ಮಾದರಿಯ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ಭಾರತವು ಬಡದೇಶ. ತನ್ನದೇ ಕೈಗಾರಿಕಾ ನೆಲೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಕೈಗೊಂಡ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಕೊನೆಯ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದ್ದು ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕೈಗೊಂಡ ವೆಚ್ಚ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ.
ಆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಗರಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗೆ ಅಲ್ಮಾ ಅಟ ಘೋಷಣೆಯ ಅನುಷ್ಠಾನ ನವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಯತ್ನವಷ್ಟೇ.



ಇದಾದ ಮೇಲೆ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ 1983ರಲ್ಲಿ ‘ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಲೋಕಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಮೋದನೆ ಪಡೆದು ಪ್ರಕಟಿಸಿತು. ಅಲ್ಮಾ ಅಟದಲ್ಲಿದ್ದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನೂ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಅಗಾಧ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ರಾಷ್ಟ್ರವ್ಯಾಪಿಯಾಗಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಹಾಗೂ ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸರಪಳಿ ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಬಗೆಗೂ ಪ್ರಸ್ತಾಪವಿತ್ತು. ವಿಕೇಂದ್ರಿಕೃತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ನಿರ್ದೇಶಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಬಗೆಗೂ ಅದು ತಿಳಿಸಿತ್ತು. ಅಂತರವಲಯ ನಿಗಮಗಳು ಹಾಗೂ ರೂಢಿಗತ ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಬಗೆಗೂ ಅದರಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿತ್ತು. ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರು ಖಾಸಗಿಯಾಗಿ ರೋಗಿಗಳ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ತೊಡೆದು ಹಾಕಲು ಭರವಸೆ ನೀಡಿತ್ತು.

ದುರದೃಷ್ಟವೆಂದರೆ - ಆಡಳಿತಜ್ಞರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ತಿಳಿಯದಿರುವುದು. ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ಅಲ್ಮಾ ಅಟ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮರೆಮಾಚಲಾಗಿದೆ ಇಲ್ಲವೇ ಮರೆಯಲಾಗಿದೆ.





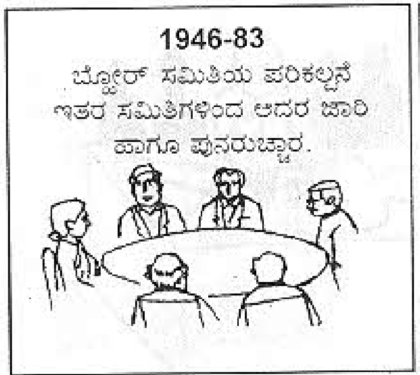
ಸಂಯುಕ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರದ ನಾಯಕರಾದ ರೇಗನ್ ಹಾಗೂ ಬ್ರಿಟನ್ನಿನ ಆಗಿನ ಪ್ರಧಾನಿ ಶ್ರೀಮತಿ ಥ್ಯಾಚರ್ ಸುಖೀ ರಾಜ್ಯದ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದರು. ಈ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯೇ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ಈ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದು - ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ವೆಚ್ಚವನ್ನೂ ಸೇರಿದಂತೆ- ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿತ್ತು, ಈ ವೆಚ್ಚಗಳ ಪೈಕಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನವರು ತಗ್ಗಿಸಬೇಕಿತ್ತು. ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಂಪೆನಿಗಳು ಮೂರನೆ ಜಗತ್ತಿನ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಲು ತುದಿಗಾಲಲ್ಲಿದ್ದವು. ಆ ದೇಶಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಿಂದ ಅಧಿಕ ಲಾಭಗಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶ ಆ ಕಂಪನಿಗಳದು.

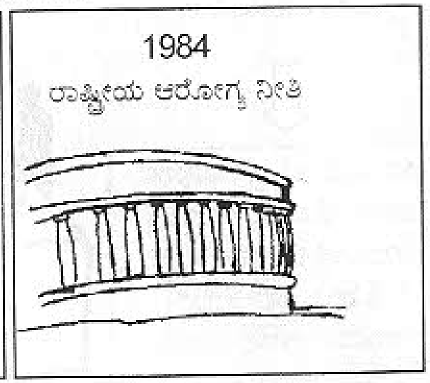
ಈ ಮಧ್ಯೆ ಸೋವಿಯತ್ ಯೂನಿಯನ್ ಮತ್ತು ಸಮಾಜವಾದ ಒಕ್ಕೂಟ ನಾಶವಾದವು. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ವಹಿಸಿಕೊಂಡ ದೇಶದ ಮಾದರಿ ಇಲ್ಲವಾಯಿತು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಒತ್ತಡ ಹೇರುವ ಬೇಡಿಕೆ ನಿಲ್ಲಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ದಮನ ಮಾಡಲು ಪಶ್ಚಿಮ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಿ ಪರಿಣಾಮಿಸಿತು.

ಸಂಯುಕ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರ ಮತ್ತು ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳು ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹಾಗೂ ಐ.ಎಮ್.ಎಫ್. ನೆರವಿನಿಂದ ತಮ್ಮ ಹಿತಾಸಕ್ತಿ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳತೊಡಗಿದವು. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಂತೆ ಇವು ರಾಜಕೀಯ ವೇದಿಕೆಗಳಲ್ಲ. ಅವು ಸಂಯುಕ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಅಧೀನದಲ್ಲಿರುವ ಅಧಿಕಾರಿಶಾಹಿಗಳು. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಣ ಒದಗಿಸುವ ಬದಲು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂಬುದು ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಒತ್ತಾಯ. ಅಲ್ಮಾ ಆಟ ಘೋಷಣೆಗೆ ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ಬದ್ಧವಾಗಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಕಾರ್ಯನೀತಿಯಿದೆ.

ಫಲಿತಾಂಶ

ದೇಶವು ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬದ್ಧತೆಯಿಂದ ಹಿಂದೆ ಸರಿಯಿತು.

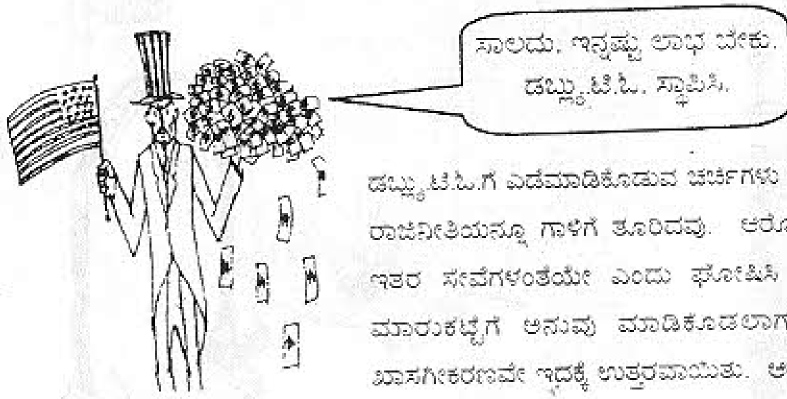




ಈ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸೂತ್ರವು ಈಗ ಆಶಯ ಸೂತ್ರವಾಗಿ ಕೂಡ ಉಳಿದಿಲ್ಲ.

1993ರ ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮಾಹಿತಿ "ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ವೆಚ್ಚ" ಹೊಸ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿತು.

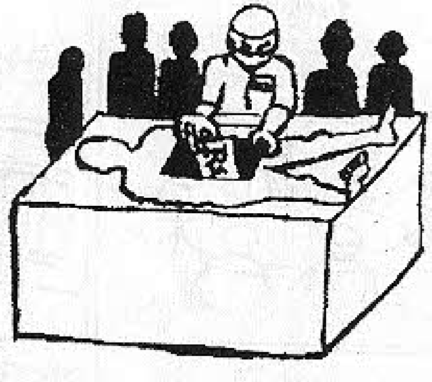
ಅದೀಗ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯೂ ಆಗಿದೆ. ಈ ಹೊಸ ನೀತಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದ ಕನಿಷ್ಠ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶದಿಂದ ತಂತ್ರಾಡಳಿತರು ಕನಿಷ್ಠ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಗರಿಷ್ಠ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚ್ಯಂಕದ ಹೆಚ್ಚಳ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಉಳಿದಿದ್ದು ಖಾಸಗಿ ವಲಯಕ್ಕೆ ಬಿಟ್ಟಿದ್ದು.



ಡಬ್ಲ್ಯು.ಟಿ.ಓ.ಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುವ ಚರ್ಚೆಗಳು ಈಗಿನ ರಾಜನೀತಿಯನ್ನೂ ಗಾಳಿಗೆ ತೂರಿದವು. ಆರೋಗ್ಯವು ಇತರ ಸೇವೆಗಳಂತೆಯೇ ಎಂದು ಘೋಷಿಸಿ ಮುಕ್ತ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಖಾಸಗೀಕರಣವೇ ಇದಕ್ಕೆ ಉತ್ತರವಾಯಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ತತ್ಸಂಬಂಧಿ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳ ಲಾಭ ಹೆಚ್ಚಳವೇ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿತು.

ಇತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳು

ಪರವಾನಗಿ ಮುಕ್ತ ಔಷಧಿಗಳು ಹಾಗೂ ಔಷಧ ಬೆಲೆ ಹೆಚ್ಚಳ, ಸಂಯುಕ್ತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸ್ಥಗಿತ ಹಾಗೂ ವಿದೇಶಿಯರ ಆಗಮನ, ಇದೆಲ್ಲ ವಿದೇಶಿ ವಿನಿಮಯಗಳಿಕೆಗಾಗಿ.

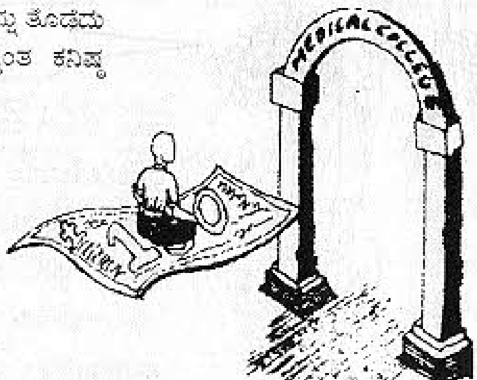


ಅಲ್ಮಾಅಟಾ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ನಿರರ್ಥಕ ಗೊಳಿಸಿದ್ದೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯುವಂತಿಲ್ಲ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕವಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ನೀತಿಯಿಂದ ಇದೊಂದು ಹಿನ್ನಡೆ. ರಾಚನಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಎಸ್.ಎ.ಪಿ.) ಮತ್ತು ಜಾಗತೀಕರಣದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಪರಿಣಾಮ ಇದು.

ಈ ಹಿನ್ನಡೆಯ ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆ ಯೆಂದರೆ ಬಜೆಟ್ ನೀಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುವ ಖೋತಾ, ಇದಕ್ಕೂ ಗಂಭೀರ ಪರಿಣಾಮವೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಜನರ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕೆಂಬುದನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಮಾನ್ಯಮಾಡದೆ ಇರುವ ಮೌಲ್ಯವಿಮುಖತೆ.

ಸರ್ಕಾರದ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಯ ಉದ್ದೇಶವು ಈ ಮೊದಲು ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕುವುದಾಗಿದ್ದಿತು. ಹಾಗೂ ಅತ್ಯಂತ ಕನಿಷ್ಠ ಆದಾಯದವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಾಗಿತ್ತು. ಆರೋಗ್ಯ ಉದ್ದಿಮೆಯಿಂದ ಲಾಭಗಳಿಸುವ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡುವ ಕೇಂದ್ರ ಆಶಯದ ಹೊಸ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಈಗ ಕಾಣಬರುತ್ತಿವೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಶುಲ್ಕ



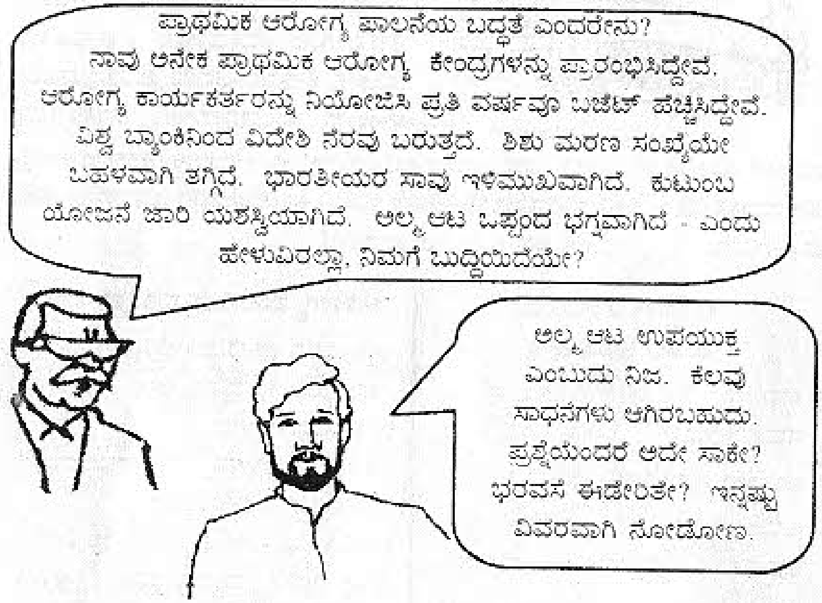
ದಿಢೀರನೇ ತಲಾ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗೆ 30 ಲಕ್ಷಕ್ಕೇರಿರುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಸುರಕ್ಷತಾ ಜಾಲವಾಗಿ ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಅವರು ಸೂಚಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಸುಧಾರಣೆಗಳು ಬಡತನ, ರೋಗರುಜಿನ ಮತ್ತು ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವುದು, ಅಂತಹ ಪ್ರತಿ ಘಾತಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಸುಧಾರಣೆಗೂ ಮಾರಕವಾಗಬಲ್ಲವು. ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚವಾಗುವ ಮಾದರಿಯ ಹಣಹೂಡಿಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆದದ್ದೇ ಆದರೆ ಬಡವರು ಸಾಯದೆ ಸುಧಾರಣೆಗಳು ಹಾಳಾಗದೇ ಇರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದೇ ವಿನಾ ಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯವಲ್ಲ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಜಾಲದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರವು ಸೀಮಿತವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ಅವಕಾಶವಿದೆ. ಈ ಕ್ರಾಂತಿಕಾರಿ ಬದಲಾವಣೆಯು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕಾಗಿಸಲು ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಮೂಲ ಭೂತ ಹಕ್ಕು	ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸುರಕ್ಷತಾ ಜಾಲ
ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಅಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾರಕ, ಚಿಕಿತ್ಸಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪುನರ್ವಸತಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತದೆ.	ಆಯ್ಕೆಯಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ - ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಆರು ಕ್ಷೇತ್ರಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಮಕ್ಕಳ ಬಳಿಗೊಯ್ಯುತ್ತದೆ.	ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀವಲಯವೇ ಬಹುಮಟ್ಟಿಗೆ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.
ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಒತ್ತು - ಅಂತರವಲಯ ಸಂಬಂಧ, ಸಮಾನತೆ, ಮೂಲ ಅಗತ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ.	ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಕಾಯಿಲೆಯ ವಿಲೇಗೆ ಮಾತ್ರ ಪ್ರಯತ್ನ, ದಕ್ಷತೆಯ ಮಾಪನ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಇಳಿಮುಖ.
ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಕರ್ತವ್ಯಗಳಿವೆ.	ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಿಂದ ವಾಸಿ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸರಕಾರ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ ಅದರತ್ತ ಲಕ್ಷ್ಯ ವಹಿಸುತ್ತದೆ.
ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ.	ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಗುರಿ ಕನಿಷ್ಠ ವೆಚ್ಚ ಕೈಗೊಂಡು ಬದುಕುಳಿಯಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುವುದು. ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಕುರಿತ ಪ್ರಶ್ನೆಯೇ ಇಲ್ಲ.
ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಅವರನ್ನು ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖಗೊಳಿಸುವುದು ಉದ್ದೇಶ.	ಹೆಚ್ಚು ಸಾವುಗಳಾದಾಗ ಜನರು ಆದಾಯ ಗಳಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಜನರು ರಾಚನಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದಂತೆ ಮಾಡುವುದೇ ಉದ್ದೇಶ.

ಅಧ್ಯಾಯ 3

ಎರಡು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕಥೆ

ಈಗಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ (P.H.C.) ಜಾಲಕ್ಕೂ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೂ ವಿಶಾಲ ಕಂದರವಿದೆ. ಈ ಅಂತರವೇ ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕುರಿತು ಈ ಪುಸ್ತಕ ರಚನೆಗೆ ಕಾರಣ. ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನಾವು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.



ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾಗೆ ಧನ್ಯವಾದಗಳು.
P.H.C.ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿದೆ.

	ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳು	P.H.C. ಗಳು
1980	47,112	5,484
1998	1,36,818	22,997
	ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು	1985-90 ರಲ್ಲಿ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು. ಅನಂತರದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲ.

P.H.C. ಜಾಲದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಪ್ರಗತಿಯಾಗಿರುವುದು ನಿಜ.
ಆರೋಗ್ಯ ಬಜೆಟ್ ಹೇಗೆ? ಅದೂ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿದೆಯೇ?

ಆರೋಗ್ಯ ಬಜೆಟ್‌ನ ಹೆಚ್ಚಳ : ಸರಿ. ಆರೋಗ್ಯ ಬಜೆಟ್ ಹೆಚ್ಚಳಗೊಂಡಿದೆ. ಹಣದುಬ್ಬರಕ್ಕೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿ ನೋಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಕ್ಕೆ ಸೇಕಡಾವಾರು ಹಣ ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸೋಣ. 1980ರಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ 11.8 ಮಿಲಿಯ ರೂಗಳಿಂದ 1994-95ರ ವೇಳೆಗೆ 78.67 ಬಿಲಿಯನ್‌ಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಳಗೊಂಡಿತು. ಶೇಕಡಾವಾರು ವೆಚ್ಚ ಮಾತ್ರ 3.2% ನಿಂದ 2.6%ಗೆ ಇಳಿಮುಖವಾಯಿತು. ಶಿಫಾರಸು ಆಗಿರುವ ಕನಿಷ್ಠ ವೆಚ್ಚ 5% ವಾರ್ಷಿಕ ತಲಾವಾರು ಬೆಳವಣಿಗೆ ದರವು ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಕುರಿತಂತೆ 1980-81ರಲ್ಲಿ 15% ಇದ್ದಿದ್ದು, 7% ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದೆ. ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇಳಿದಿದೆ. ಬಂಡವಾಳ ವೆಚ್ಚವು ಉಳಿದದ್ದಕ್ಕಿಂತ ಇನ್ನೂ ಕಡಿಮೆ ಆಗಿದೆ. (ಆಕರ : ದುಗ್ಗಲ್ ಇತ್ಯಾದಿ, CEHAT database special statistics. Health expenditure across states, Part 1 - EPW.

ಕೆಲವು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸೋಣ

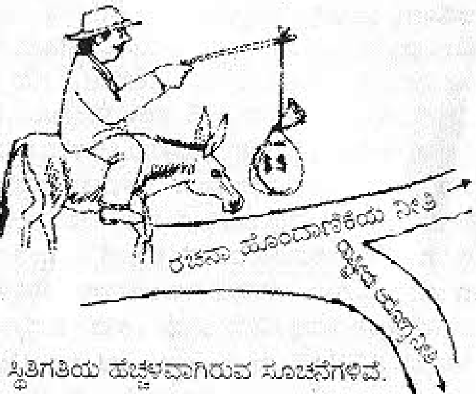
ಆರೋಗ್ಯ ತಳರಚನೆ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ - ಭರಿಸಿದ್ದು ಹಾಗೂ ಬಾಕಿ ಉಳಿದಿದ್ದು

	ಉದ್ದಿಷ್ಟ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಇರುವ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯ	100%ಗೆ ತಲುಪಲು ಬೇಕಾಗುವ ಸಂಖ್ಯೆ 2002 ಜನಸಂಖ್ಯೆ	% ಶೇಕಡಾವಾರು ಬಾಕಿ
ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು	5000	136818	23190	14.91%
ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.	30000	22991	4212	16.25%
ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ.	100000	2712	3776	58.28%
ಎ.ಎನ್.ಎಮ್.	5000	133567	27501	5.12%
ಎಂ.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯು.ಎಂ	5000	72869	64860	16.39%
ಎಲ್.ಹೆಚ್.ವಿ.	30000	19364	4224	13.76%
ವೈದ್ಯರು	30000	24648	1531	-15.11%

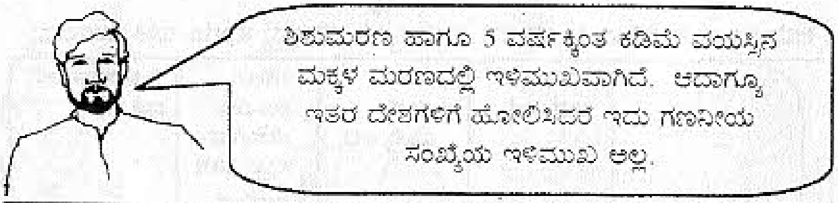
ಎಎನ್‌ಎಂಗಳು, ಎಂ.ಪಿ.ಎಂ.ಡಬ್ಲ್ಯುಗಳು ಸಂಖ್ಯೆಯ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಲೆಕ್ಕ ಮಾಡುವಾಗ ಇರುವ ಅಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಬೇಕಾದ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿರಬೇಕಾದ ಪ್ರದೇಶ, ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಮತ್ತು ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗಳು ತಳರಚನೆಗೆ ಬೇಕಾದ 2002ರ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದವು. ಈ ಮೂರು ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಕೊರತೆ ರಾಜ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯದೂ ಅಲ್ಲ. ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ಜಮ್ಮು ಕಾಶ್ಮೀರ, ಕರ್ನಾಟಕ, ಕೇರಳ, ಒರಿಸ್ಸಾ, ರಾಜಾಸ್ಥಾನ, ಸಿಕ್ಕಿಂ, ತಮಿಳುನಾಡು ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಇಲ್ಲವೇ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೂ ಮೀರಿ ಇವೆ. ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ ಬಿಹಾರ ಮತ್ತು ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 1649 ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗಳು ಕೊರತೆಯಲ್ಲಿವೆ. ಕೊರತೆ 39% ನಷ್ಟು. ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ, ಮಧ್ಯ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳಗಳಲ್ಲಿ ತಲಾ12%, ಅಸ್ಸಾಂ ಮತ್ತು ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತಲಾ 6% ಕೊರತೆ ಇದೆ. ತ್ರಿಪುರಾದಲ್ಲಿ 75 ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿಗಳ ಕೊರತೆ ಇದ್ದು, ಇದು 56.39% ಕೊರತೆ. ಬಿಹಾರದ ಕೊರತೆ 30% ಮತ್ತು ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ 25% ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆಯ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ 774 ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗಳು ಬೇಕಿದ್ದು ಕೊರತೆಯು ಅದರ ಅಗತ್ಯದ 17%.

ಆಕರ : Bulletin of Rural Health Statistics in India, JUne 1998, Rural Health Division, DGHS, MOHFW, GOI.

ವಿದೇಶಿ ಸಹಾಯ : ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ 9% ಮಾತ್ರ ವಿದೇಶ ಸಹಾಯದ್ದು. ಈ ಸಹಾಯುವನ್ನು ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ದಿಕ್ಕುಗೆಡಿಸಲು, ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಬದಲಾಯಿಸಲು ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕಿನ ನಿರ್ದೇಶನದಂತೆ ನಡೆಸಲು ಒತ್ತಡ ತರಲಾಗುತ್ತಿದೆ.



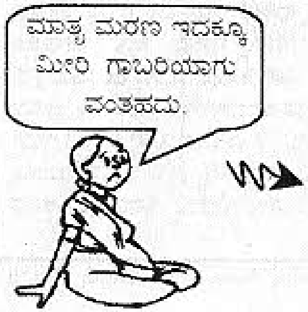
ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಹೆಚ್ಚಳ : ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿರುವ ಸೂಚನೆಗಳಿವೆ. ಈ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆಗಳು ಉಪಯುಕ್ತ. ಈ ಸಾಧನೆಗಳು ಸಾಧಿಸಬಹುದಾದ್ದಕ್ಕಿಂತ ಅಥವಾ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಿಂತ ಕಡಿಮೆಯೇ.



1980ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಿದ ಗುರಿಯ ಐದು ವರ್ಷ ಹಾಗೂ ಅದಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳು ಮೃತರಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಅಂಕಿ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ 1960ರಲ್ಲಿ 236 ಇದ್ದದ್ದು 1998ರಲ್ಲಿ 105ಕ್ಕೆ ಇಳಿಮುಖವಾಯಿತು. 180 ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಪೈಕಿ ಕೆಳಗಿನಿಂದ ಭಾರತವು 49ನಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಆಫ್ರಿಕಾ ಹಾಗೂ ಬಡ ಏಷಿಯಾ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಇದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕೆಳಗಿವೆ. ಭಾರತದ ಸಂಖ್ಯೆ 105 ಇರುವಾಗಲೇ ಶ್ರೀಲಂಕಾದ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ 18. ಮಲೇಷಿಯಾ 10. ಚೀನಾ 47. ವಿಯಟ್ನಾಂನಲ್ಲಿ 42. ಮೆಕ್ಸಿಕೋ 34 ಇದೆ. ನಮೀಬಿಯಾ. ಗಯಾನದಂತಹ ಬಡದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಬೆಲೆ ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ 74 ಮತ್ತು 79 ಇದೆ.

ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವೂ ಈ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು 70ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವ ಗುರಿ ಇರಿಸಿಕೊಂಡಿತ್ತಾದರೂ, ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಅಂಕಿ ಅಂಶವು 25,90,000.00 ಶಿಶು ಮರಣಕ್ಕೆ ಸಮನಾದೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯಬಾರದು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕವು ತಪ್ಪಿಸಬಹುದಾದ ಮರಣಗಳು.

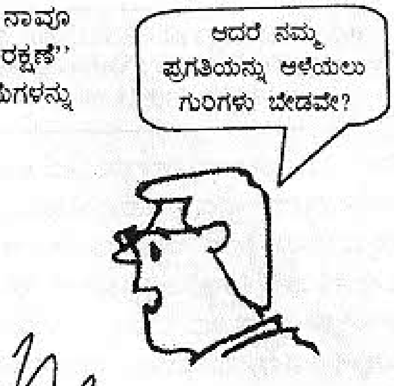
(ಆಕರ: State of World Children Unicef 2000 ಇದು 1998ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶ)



ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ 200ಕ್ಕೆ ಮೀರದಂತೆ ಮಾತ್ರ ಮರಣವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಬೇಕೆಂಬುದು ಸರ್ಕಾರದ ಇರಾದೆ. 1976ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ 450. ಈಗ ಇದು 410ಕ್ಕೆ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಂಡ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ 25 ಮಾತ್ರ

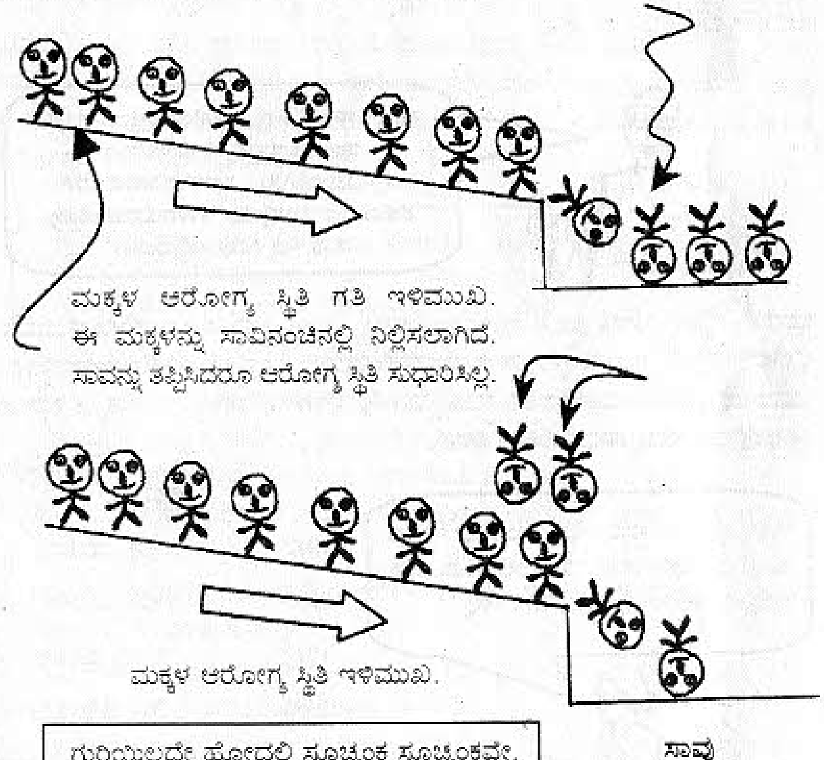
ಆಕರ: State of the Worlds Children, Unicef 2000. 1998ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶ

ಸರ್ಕಾರ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಗುರಿಗಳಿಗೇ ನಾವೂ ಸೀಮಿತವಾಗಬೇಕೇ? ''ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ'' ಎಂಬುದು ಗುರಿ ಮುಟ್ಟುವುದಲ್ಲ, ಅದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆ.

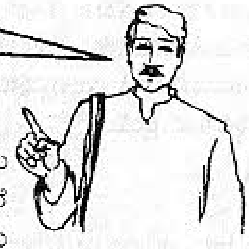


ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಕೆಲಸ. ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಫಲವನ್ನು ಅಳೆಯಲು ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು ಬೇಕೇ ವಿನಾ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ದೇಶಿಸಲು ಗುರಿಯಲ್ಲ. ವ್ಯತ್ಯಾಸವೇನೆಂದರೆ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ಗುರಿಗಳಾದರೆ ಪ್ರಗತಿಯ ಹುಸಿಭಾವನೆ ಮೂಡುತ್ತದೆ.

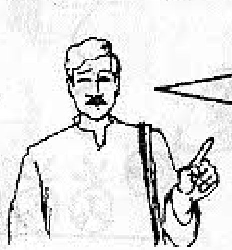
ಮಕ್ಕಳ ಮರಣವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಸೂಚ್ಯಂಕವಾಗಿ ನೆನೆದರೆ ನೀವು ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಿದ್ದೀರಿ.



ಗುರಿಯಿಲ್ಲದೇ ಹೋದಲ್ಲಿ ಸೂಚ್ಯಂಕ ಸೂಚ್ಯಂಕವೇ. ಸೂಚ್ಯಂಕವನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿಸಿದರೆ ಹುಸಿ ಚಿತ್ರ ಮೂಡುತ್ತದೆ.



ರೋಗ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಕಠಿಣ. ವಿದ್ಯಾವಂತನು ದಡಾರವಾದಾಗ ವೈದ್ಯರ ಸಹಾಯ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣರು ಹಾಗೆ ಮಾಡುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಬಿಳಿ ಸೆರಗು ವಿಸರ್ಜನೆಯನ್ನು ಕೆಲವು ಸಂಸ್ಕೃತಿಯವರು ರೋಗವೆಂದು ಭಾವಿಸುವರು. ಆದರೆ ಇನ್ನು ಕೆಲವರು ಆ ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಲಾರರೆಂದು ಸಮೀಕ್ಷೆ ತಿಳಿಸುವುದು. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಬೇರೊಂದು ಸೂಚ್ಯಂಕವೇ ಬೇಕು. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಮತ್ತೊಂದು ಒಳ್ಳೆಯ ಸೂಚ್ಯಂಕ. ಇದರ ಮಾಪನ ಸುಲಭ. ಮಗುವಿನ ತೂಕವನ್ನು ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದರಾಯಿತು. ಆಹಾರದ ಕೊರತೆಯೇ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಗೆ ಕಾರಣ. ಇದರಿಂದಾಗಿಯೇ ಖಾಯಿಲೆಯು ಮರುಕಳಿಸುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ತನ್ನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳದೇ ಕುಂಠಿತಗೊಳ್ಳುವುದು. ಆರೋಗ್ಯದ ವ್ಯಾಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಬೌದ್ಧಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸುಸ್ಥಿತಿ ಅಡಕವಾಗಿರುವ ಕಾರಣ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಸೂಚಿ ಆಗಬಲ್ಲದು.



ಭಾರತ : 53% ಮಂದಿ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯವರು. 22% ತೀವ್ರ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯವರು.
ಬ್ರೆಜಿಲ್ : ಕೇವಲ 6% ಮಕ್ಕಳು ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯವರು. ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯನ್ನು ತಲಾವಾರು ಆದಾಯಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಭಾರತ ಮತ್ತು ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶಗಳು ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲೇ ಅತ್ಯಂತ ದಾರುಣ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿವೆ. **ನಮ್ಮ ಸಾಧನೆ ತೀರಾ ಕಳಪೆ.**

ಕ್ಷಯ

1947	-	5 ಲಕ್ಷ ಮರಣ
2000	-	5 ಲಕ್ಷ ಮರಣ
1947	-	20 ಲಕ್ಷ ಪ್ರಕರಣ
2000	-	120 ಲಕ್ಷ ಪ್ರಕರಣ

ಕ್ಷಯಕ್ಕೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಧೋರಣೆ ಬೇಕಿಲ್ಲ. ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಬೇಕು. ಅದು ಲಭ್ಯವೇ ಇಲ್ಲ.

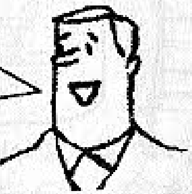
ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರಕರಣ ವರ್ಷಕ್ಕೆ 700 ಲಕ್ಷ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. 1960ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಡಿ.ಡಿ.ಟಿ. ಸಿಂಪಡಿಕೆಯಿಂದಲೇ 1 ಲಕ್ಷಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಿತ್ತು. 90ರ ದಶಕದ ವೇಳೆಗೆ ಇದು 70 ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಏರಿತು. ಅನಂತರ ಸ್ಥಿರವಾಗಿ 20 ಲಕ್ಷ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಆದವು. ಈಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಿರೋಧಕ ಮಲೇರಿಯಾ ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೂ ಈಗ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೇ ಬೇಕು.

ಇದು ಭಾಗಶಃ ನಿಜ ಅಷ್ಟೇ

ಬಹಳಷ್ಟು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹುದ್ದೆ ಭರ್ತಿ 15%ಗೂ ಕಡಿಮೆ. ಸರ್ಕಾರದ ವರದಿಯನ್ನೇ ಮಾನ್ಯ ಮಾಡಿದರೂ 1/3 ಭಾಗ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿಗೆ ತುಂಬಬೇಕು.

ಔಷಧಿ ಪೂರೈಕೆ ಅಸಮರ್ಪಕ ಮತ್ತು ಯದ್ವಾತದ್ವಾ ಆಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕ್ಷಯದ ಏರಿಕೆ ಅರ್ಥವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಆರೈಕೆ, ಅತಿಸಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೊದಲಾದವುದಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯಿಸದು.

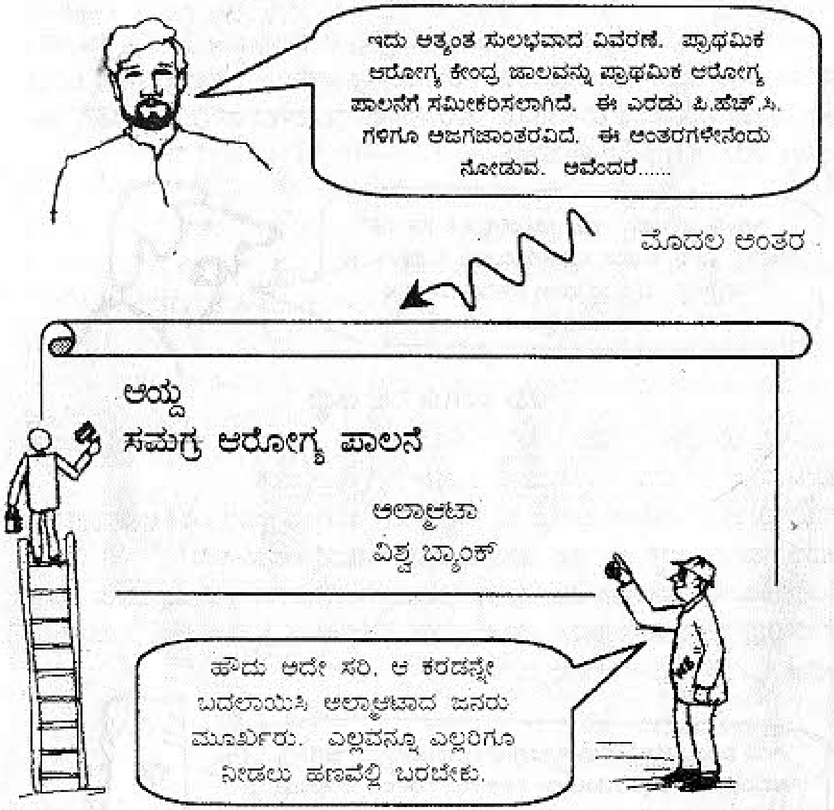
ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಕಾರ್ಯಶೀಲವಾಗಿರುವೆಡೆಗಳಲ್ಲೂ ಕೆಲವು ಜನರು ಮಾತ್ರ ಆ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವರು. ಸಾಕಷ್ಟು ತಳ ರಚನೆ ಉಳ್ಳ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ.



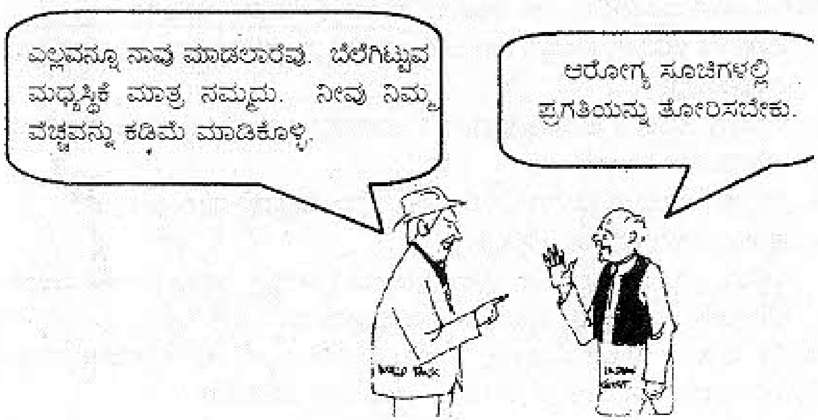
ಇದು ಅತ್ಯಂತ ಸುಲಭವಾದ ವಿವರಣೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಜಾಲವನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಮೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಎರಡು ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಗಳಿಗೂ ಅಜಗಜಾಂತರವಿದೆ. ಈ ಅಂತರಗಳೇನೆಂದು ನೋಡುವ. ಅವೆಂದರೆ......

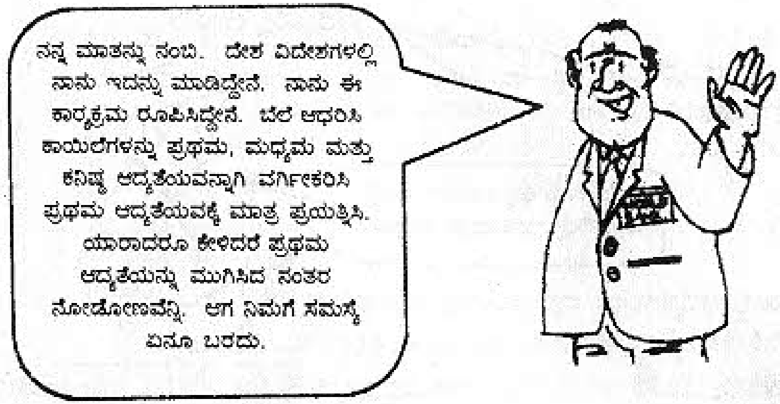
1. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಗುರಿ ಆಯ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೇ ವಿನಾ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲ.
2. ಆರೋಗ್ಯ ಆದ್ಯತೆಗಳ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ದೂರದ ಆಡಳಿತಶಾಹಿಗಳು ಕೈಗೊಳ್ಳುವರೇ ವಿನಾ ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಅಲ್ಲ.
3. ಇಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಇಲ್ಲ. ಭಾಗವಹಿಸಿದರೆ ಹೇಗೆಂಬ ಅಂಜಿಕೆ.
4. ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ನಿರ್ದೇಶ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಲ್ಲ.
5. ಲಕ್ಷವೂ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಖಂಡ ಪೂರೈಕೆಯತ್ತ, ಸಮಗ್ರ ಹಾಗೂ ಅಂತರ ವಲಯ ಧೋರಣೆ ಅಲ್ಲ. ಲಕ್ಷವೂ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾದದ್ದು.

ಮೇಲಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ. ಎರಡು ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಗಳ ಅಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ರೋಗದ ಅಂತರ. ಈ ಐದು ಅಂತರಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ತಿಳಿಯೋಣ.



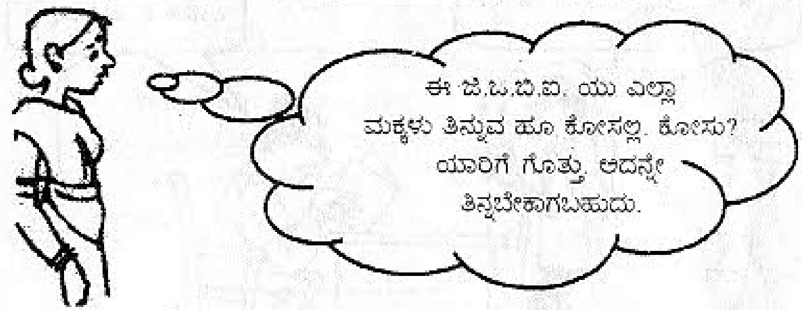
ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆಯ ಸಹಿಯ ಮಸಿಯು ಆರುವ ಮೊದಲೇ ಶ್ರೀಮಂತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾದ ರಾಕ್ ಫೆಲ್ಲರ್ ಸಂಸ್ಥೆಯಂತಹವುಗಳ ಬೆಂಬಲದೊಂದಿಗೆ ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ಕಾರ್‍ಯ ಪ್ರವೃತ್ತವಾಯಿತು. 1985ರ ವೇಳೆಗೆ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಕೈಬಿಟ್ಟು ಆಯ್ದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯತ್ತ ವಾಲಿದರು.



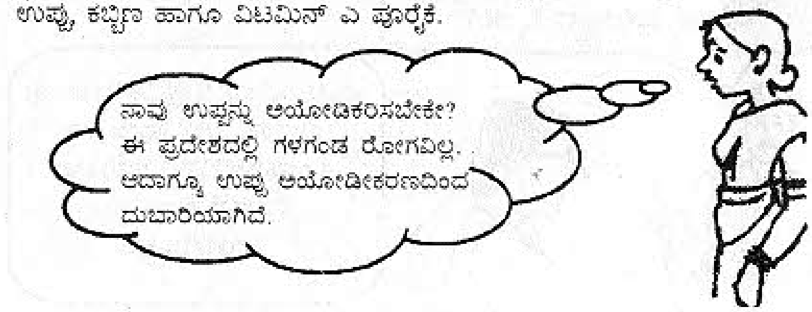


ಅನಂತರ ಅವರು ಭಾರತದ ಆದ್ಯತಾ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸಿದರು. ಅನಂತರದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೋಷಕ ಆಹಾರ, ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳು, ಅದರಲ್ಲಿ ಅವರು ಲಕ್ಷ್ಯವನ್ನು ಹುಡುಕತೊಡಗಿದರು.

ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ → ಜಿ.ಓ.ಬಿ.ಐ. ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಓ.ಆರ್.ಎಸ್. ಪೊಟ್ಟಣಗಳನ್ನು ವಿತರಿಸುವ ಮತ್ತು ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು.

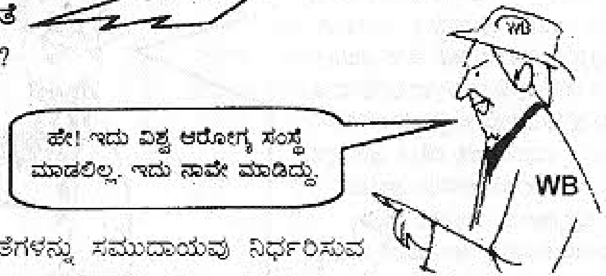


ಜಿ.ಓ.ಬಿ.ಐ. ಧೋರಣೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ನಿಯಂತ್ರಣ ಓ.ಆರ್.ಎಸ್. ಮೊಲೆಯೂಡುವಿಕೆ ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿರೋಧಕತೆ. ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಪಾಲನೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ. ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಪಾಲನೆ. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ ಇದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗಿತ್ತು, ಅಯೋಡಿಕರಿಸಿದ ಉಪ್ಪು, ಕಬ್ಬಿಣ ಹಾಗೂ ವಿಟಮಿನ್ ಎ ಪೂರೈಕೆ.

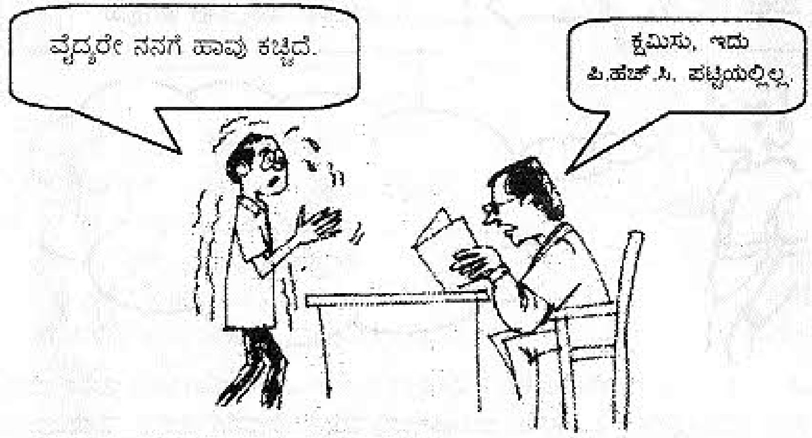


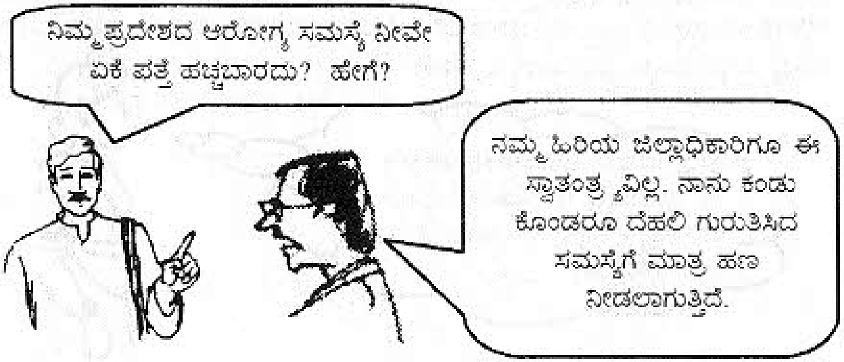
ಎರಡನೇ ಅಂತರ.

ಯಾರು ಆದ್ಯತೆ ನಿರ್ಧರಿಸುವರು?



ಆರೋಗ್ಯ ಆದ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಸಮುದಾಯವು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಬದಲಿಗೆ - ಅಲ್ಮಾಅಟಾ ಘೋಷಣೆ ಸಮುದಾಯವೇ ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿತ್ತು. ಆದ್ಯತೆಗಳನ್ನು ದೂರದ ರಾಜಧಾನಿಯಲ್ಲಿಯೋ, ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿಯೋ ನಿರ್ಧರಿಸಿ, ಇಡೀ ಜನತೆಯ ಮೇಲೆ ಹೇರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಕೇವಲ ಆಯ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲ. ದೂರದ ಆರೋಗ್ಯ ಆಡಳಿತಶಾಹಿ ನಿರ್ಧರಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಆದ್ಯತೆ. ಜನಗಳಿರಲಿ, ಈ ಆಯ್ಕೆ ಕೈಗೊಳ್ಳುವವರು ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೂ ಅಲ್ಲ. ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಾವು ಕಡಿತ ಪದೇ ಪದೇ ಆದರೆ, ಅಥವಾ ಕಾಮಾಲೆಯಂತಹ ರೋಗವಿದ್ದರೆ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಇವುಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಲು ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲ. ಅವರಿಗೆ ಈ ಅರಿವೂ ಇಲ್ಲ.





ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಕೇಂದ್ರ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಬೇಕು.

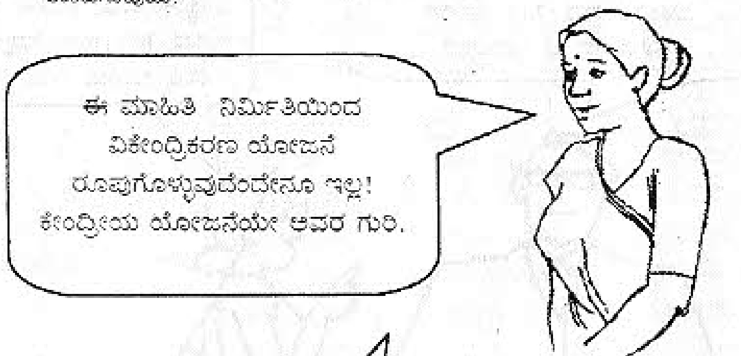
ಅನೇಕ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡಿರುವದಾಗಿ ಹೇಳುವವು. ಕೇವಲ 14% ರೋಗಿಗಳು ಸರ್ಕಾರಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೂ ಹೋಗುವರು. ಹೀಗಾಗಿ ದಡಾರ, ನಾಯಿ ಕೆಮ್ಮುಗಳಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಗೆ ಹೇಳಲು ಸಾಧ್ಯ? ಯಾವ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲೂ ಕಾಮಾಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಕಠಿಣ. ಜಿಲ್ಲಾ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಎಚ್ಚೆತ್ತುಕೊಳ್ಳದೆ ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹಾಗೆಯೇ ಉಳಿಯುವವು.

ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಯೋಜನಾರಹಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಏಕೆ ಬೇಕು?

→ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಯ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣವನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆಯೇ? ಇಲ್ಲ. ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ರೂಪಿಸಬಲ್ಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಒತ್ತಡ ಹಾಕಬೇಕಾಗಿದೆ.

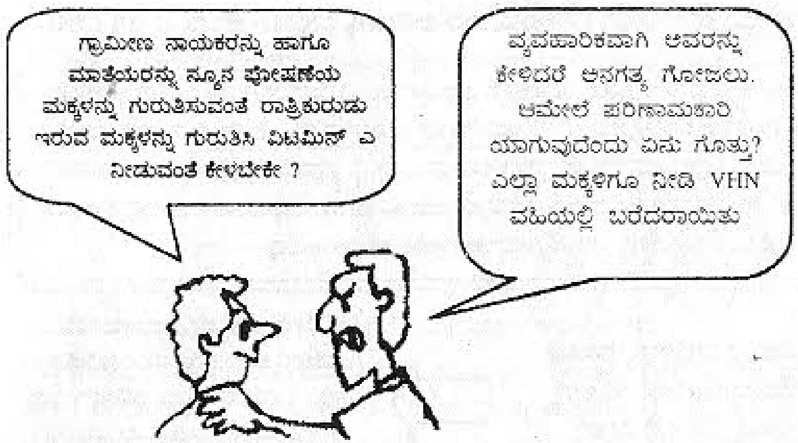
→ ಅದರ ಬದಲು ಅವರೇನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ

← ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಿಯತಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ನಡೆಸಿ ಅದರ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸುವುದು.

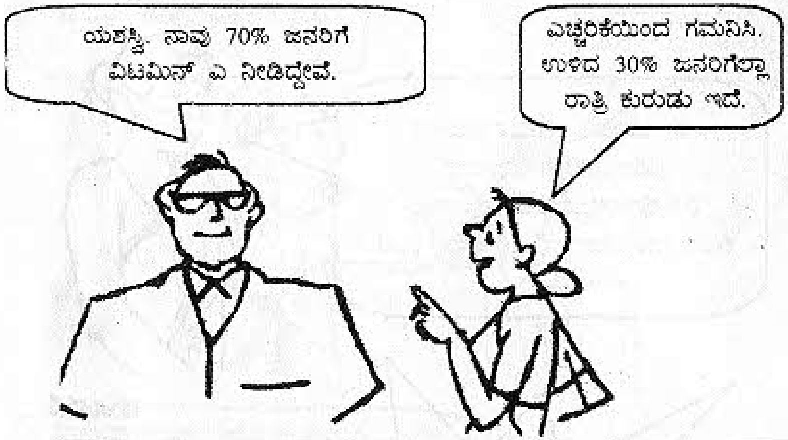


ಮೂರನೇ ಅಂತರ.

ಸಮುದಾಯದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಇಲ್ಲ

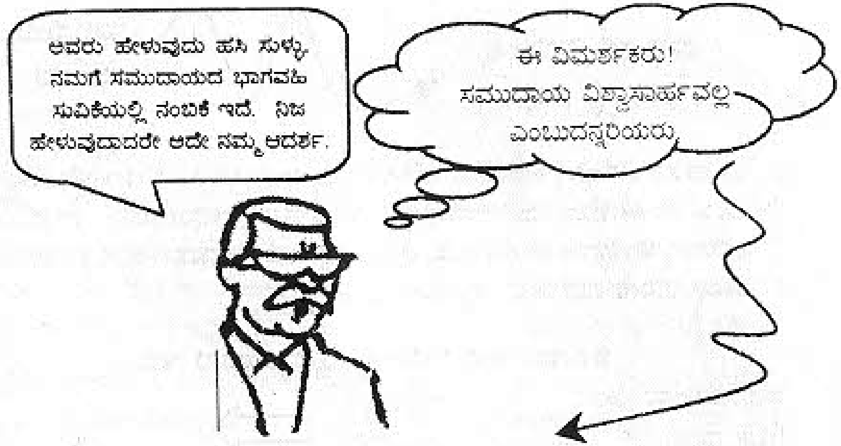


ಎಲ್ಲ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಆಡಳಿತಶಾಹಿಯ ಕಿರಿಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಬಳಕೆಗೆ ಯೋಗ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಸಮುದಾಯದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ಅಲಕ್ಷಿಸಿದೆ. ಈ ರೀತಿ ಆಡಳಿತ ಕೇಂದ್ರಿತ ವಿಧಾನ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗದು.



ಡಿ.ಟಿ.ಓ.ಎಸ್. : ನೇರ ವೀಕ್ಷಣೆ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಲ್ಪಾವಧಿ ಕ್ರಮ!

ಈಗಿನ ಡಿ.ಟಿ.ಓ.ಎಸ್. ಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ ಕ್ಷಯದ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕೈಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಉದಾಹರಣೆಯಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಿ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ರೋಗಿಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಬಳಿಗೆ ಕರೆಸಿ ಆತ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ವ್ಯವಹಾರ ಯೋಗ್ಯವೂ ಅಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೇ ಅದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಕಡೆಗಾಣಿಸಲಾಗಿದೆಯಲ್ಲದೆ ಹಾಗೆಯೇ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಘೋಷಿಸಲಾಗಿದೆ.



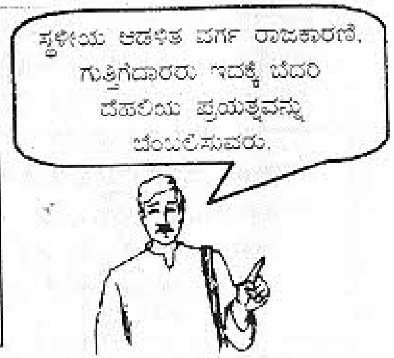
ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಕಡಿಮೆ ಇರಲು ಮೂರು ಕಾರಣಗಳಿವೆ.

ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ → ಪೂರ್ವನಿರ್ಧಾರಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಜಾರಿಗೆ ಸಮುದಾಯದ ಸಹಾಯ ಬೇಕು. ಇದು ಸಮುದಾಯದ ಪರಿವರ್ತನೆ; ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಅಲ್ಲ.

ಎರಡನೆಯದಾಗಿ → ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಲೀ, ಯೋಜನೆ ಆಗಲೀ ಇಲ್ಲ. ಇದಿಲ್ಲದ ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಸಮುದಾಯ ನಿಂದನೆಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುವುದು. ಪಂಚಾಯ್ತಿ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಇದು ನಿಜ.

ಮೂರನೆಯದಾಗಿ → ಆಯ್ಕೆಗೊಂಡ ಪಂಚಾಯ್ತಿ, ಜನ ಚಳುವಳಿ, ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು – ಇವನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿ ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಳಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಇದು ಅಧಿಕಾರೀ ಧೋರಣೆಯಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದ್ದು. ಆದರೆ, ಆಡಳಿತಾರೂಢರು ಒಂದು ಸಮಿತಿಯನ್ನು ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ನೇಮಿಸಿ ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯೆಂದು ಹೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿಜವಾದ ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಸಮುದಾಯ ಸಂಘಟನೆಯಿಂದ. ಇಂತಹ ಸಂಘಟನೆ ಆಡಳಿತ ವರ್ಗದ ಒತ್ತಾಯದಿಂದ ಅಲ್ಲ. ಅದು ತನ್ನ ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ರೂಪಿಸುವುದು. ಇದೇ ನಿಜವಾದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ.



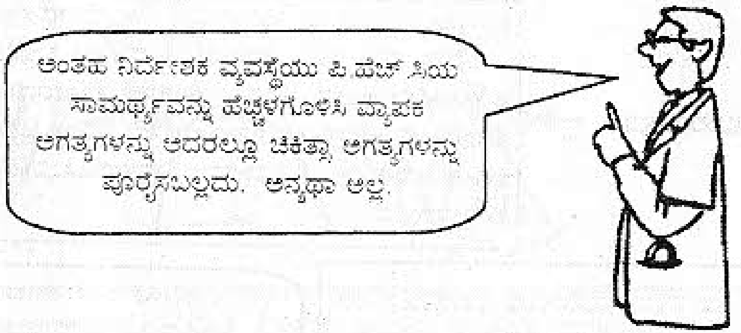
ನೆನಪಿರಲಿ ನಿರ್ದೇಶ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲ ← **ನಾಲ್ಕನೆಯ ಅಂತರ**

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನಿರ್ದೇಶಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದು ಈಗಲೂ ನಿಜ. ಅಂದಾಕ್ಷಣ ನಿರ್ದೇಶ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇದೆಯೆಂದಲ್ಲ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಒಂದೇ ತಂಡವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಬಲ್ಲವು.

ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ನಿರ್ದೇಶ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೆಂದರೆ ಇದು.

ಅತ್ಯಂತ ಗಂಡಾಂತರದ ಗರ್ಭ ಧರಿಸುವಿಕೆ ⇒ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಪಾಸಣೆ ⇒ ದ್ವಿತೀಯ ತಪಾಸಣೆ ⇒ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ.ಗಳಿಗೆ ನಿರ್ದೇಶನ ⇒ ಹೆರಿಗೆಯಾಗುವರೆಗೆ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಣೆ ⇒ ದ್ವಿತೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ

ಹಾಗೆಯೇ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ತಪಾಸಣೆಗೊಳಗಾದ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆಯ ವ್ಯಕ್ತಿ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ. ಯಿಂದ ದ್ವಿತೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೂ ಆನಂತರ ಮುಂದುವರಿಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮತ್ತೆ ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿಗೂ ನಿರ್ದೇಶ್ಯನಾಗುವನು. ಹೀಗಾಗಿ ಅದು ಒಂದೇ ಘಟಕವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುವುದು.



100,000 ಜನರಿಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಇರಬೇಕಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಈ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಬಲ್ಲದು. ಮೊದಲ ನಿರ್ದೇಶನ ಘಟಕವು ಮಾತೃಮರಣ ತಪ್ಪಿಸಲು ಅಗತ್ಯ. ಈ ಪೈಕಿ 50% ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಸ್ಥಾಪಿತವಾಗಿರುವ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಮೂಲ ಅಗತ್ಯಗಳು ಪೂರೈಕೆ ಆಗಿಲ್ಲ.

⇒ ವಿರುದ್ಧ ಆಶಿಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಆಗದಂತಹವು ಮತ್ತು ಎರಡನೇ ಹಂತದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇವೆಯ ಖಾಸಗೀಕರಣ.

ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ನೀಡಬೇಕಾದ ಪಾಲನೆಯ ಅವಕಾಶವಿದ್ದಾಗ್ಯೂ ಎ.ಎನ್.ಎಂ.ಗಳಿದ್ದಾಗ್ಯೂ ವಿಶೇಷ ಗಂಡಾಂತರ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಏನೂ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ನಿರ್ದೇಶ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇಲ್ಲದಿದ್ದಾಗ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಉದ್ದೇಶವೇ ನಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತ ಹೀನತೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಧನುರ್ವಾಯು ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸೇವೆಗೈಯುತ್ತಿವೆ!

ಹೆರಿಗೆಯ ತೊಂದರೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಾಗ ಖಾಸಗೀ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿನ ಸೇವೆಯೇ ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ. ದ್ವಿತೀಯ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಇಲ್ಲದೇ ಹೋಗಿರುವುದರಿಂದ ಖಾಸಗೀ ವಲಯಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ದೊರೆತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೇ ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಮಾಹಿತಿಯಲ್ಲೂ ಈ ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆ ಇದೆ.

ಆದಾಗ್ಯೂ ಅಪೂರ್ಣ ಮಧ್ಯವರ್ತನೆಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ವಿಶ್ವಾಸವಿದೆ. ← **ಐದನೆಯ ಅಂತರ**

ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆ ತಪ್ಪಿಸದೆ ಅತಿಸಾರವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲಾಗದು. ಅತಿಸಾರ ತಡೆಗಟ್ಟದೆ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆ ನಿರ್ಮೂಲನವಾಗದು. ಒಂದನ್ನು ಬೇರೆ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ-ಕಾರ್ಯ ಸಾಧ್ಯ ಎಂದು ಹೇಳಿ ಇನ್ನೊಂದನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುವುದು ಅರ್ಥಹೀನವಾದದ್ದು.

ಇನ್ನೊಂದು ಉದಾ: ಮಲೇರಿಯಾ ಹಾಗೂ ಆನೆ ಕಾಲು ರೋಗಕ್ಕೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅರ್ಥಹೀನ. ಈ ಎರಡಕ್ಕೂ ಸೊಳ್ಳೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣವೇ ಪರಿಹಾರ! ಸೊಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಅನೇಕ ವಲಯಗಳು ಸಹಕರಿಸಬೇಕೇ ವಿನಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯವೊಂದೇ ಸಾಲದು. ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ ಅನೇಕ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಅರೆ ಬರೆಮಧ್ಯ ಪ್ರವೇಶವನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ.

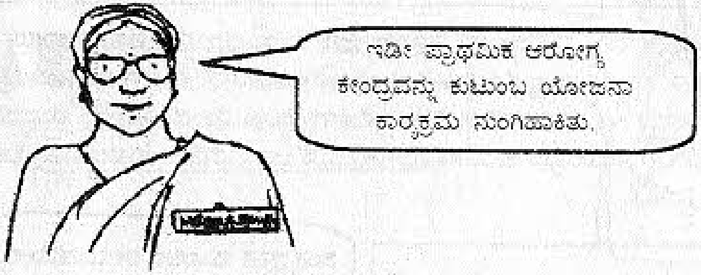
ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣದ 16 ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿವೆ. ಪ್ರತಿ ಖಾಯಿಲೆಗೂ ತನ್ನದೇ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಪರಿಹಾರವಿದೆಯೆಂದು ಊಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸಿದರೆ ಸಮಸ್ಯೆ ಪರಿಹಾರವಾಗುವುದು.

ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳೆರಡೂ 10 ವಲಯಗಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ್ ಸಹಕಾರವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿವೆ. ಆದರೆ ವ್ಯಾವಹಾರಿಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸುವ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಈ ಸಹಕಾರವನ್ನು ಕೈ ಬಿಡಲಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗೆ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರು ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶ ಬಲ್ಲರೇ ವಿನಾ ಬಹುವಲಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಅನುಭವ ಉಳ್ಳವರಲ್ಲ.

ಮಾರಾಟ ಸಾಮಗ್ರಿಯ ಬಗ್ಗೆ ವರ್ಚಸ್ಸು ಬೀರುವ ಗುಂಪು ಇದೆಯೇ ವಿನಾ ಬಹುವಲಯ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಇಲ್ಲ. (ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹೆಪ ಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಲಸಿಕೆ ನೀಡಿಕೆಗೆ ಉತ್ತೇಜನವೇ ಉದಾಹರಣೆ). ಸರ್ಕಾರಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿ ಇದು ಇನ್ನೂ ರೂಪುಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಒಮ್ಮೆ ರೂಪುಗೊಂಡರೆ ಉಪ್ಪಿನ ಆಯೋಡೀಕರಣದಂತೆ ಇಲ್ಲವೇ ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಂತೆ ಅಥವಾ ವಿಟಮಿನ್ ನೀಡಿಕೆಯಂತೆ ಮುಂದುವರಿಯುವುದನ್ನು ಯಾರೂ ತಡೆಯಲಾರರು.

ಬಹುಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು PHC ಮೂಲಕ ಕಾರ್ಯಗತವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ MPW ಮಾತ್ರ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೂ ಅವರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಅಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪ ಗರ್ಭಿಣಿ ಆರೈಕೆ, ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೇ ಅಗ್ರಸ್ಥಾನ. ಹೀಗಾಗಿ ಇತರೆ ರೋಗನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ವ್ಯರ್ಥವೇ ಸರಿ.

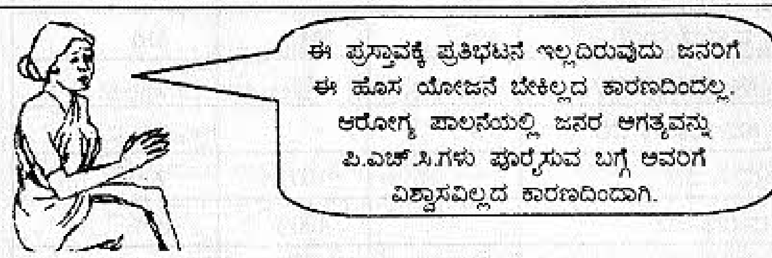


ಒಟ್ಟು ಪರಿಣಾಮ

ಈಗಿರುವಂತೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಜನರ ಉತ್ಸಾಹವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸವು. ಅವರ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಅಪ್ರಸ್ತುತವೆನಿಸುವುವು. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬೇಡಿಕೆಯೂ ಮೂಲೆ ಗುಂಪಾಗುವುದು.

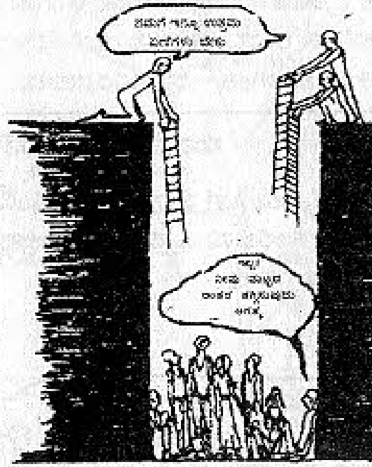
ಇದು ಸುಲಭ ನೆಪವಾಗುವ ಮೂಲಕ

1. ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ವಿಸ್ತಾರಗೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಮೊಟಕಾಗುವುದು.
2. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಉದ್ದಿಮೆ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ವಹಿಸಿಕೊಡುವುದು.
3. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಸರ್ಕಾರ ವಹಿಸಿಕೊಂಡು ಮೇಲಿನ ಹಂತಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿಯವರಿಗೆ ವಹಿಸಿಕೊಡುವ ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಹೊಸ ಪ್ರಸ್ತಾವಗಳಿಗೆ ನಾಂದಿಯಾಗುತ್ತದೆ.



'ಸರ್ಕಾರ ಬೆಂಬಲಿತ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸೋತಿರುವ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಮೊರೆ ಹೋಗಬೇಕಾಗಿದೆ'. ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಜನಜನಿತವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ವಲಯವನ್ನು ರದ್ದುಪಡಿಸಲು ಇದೊಂದು ಬಗೆಯ ಸಮರ್ಥನೆ. ಅಪೇಕ್ಷಣೀಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸಂದರ್ಭವೇ ಒದಗಿ ಬರಲಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಉದ್ದಿಮೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸಲುವಾಗಿಯೇನೋ ಎಂಬಂತೆ ಆರಂಭದಿಂದಲೇ ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಸರಿಯ ತೊಡಗಿತು. ಈ ವಾದವು ತಪ್ಪು ದಾರಿಗೆ ಎಳೆಯುವಂತಹ ಸುಳ್ಳು.

ಆಯ್ದ ಆಡಳಿತದಿಂದ ಪಾಲನೆ ಪಡೆದ ಸರ್ಕಾರದ ಅರೆ ಬರೆ ಮಧ್ಯ ಪ್ರವೇಶ ಜನರ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸದಿರುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಆಯ್ದ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪಲು ವಿಫಲನಾಗುವುದು.



ವಿಟಮಿನ್ ಎ ಆಗಿರಲಿ, ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಆಗಿರಲಿ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಆಗಿರಲಿ ಜನರ ವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಗಳಿಸದ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿಗಳು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜನರ ಮೇಲೆ ಹೇರುವುವು. ತಟಸ್ಥ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಮೇಲೆ ಹೇರುವುದು ಹೀಗೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುವುದು.

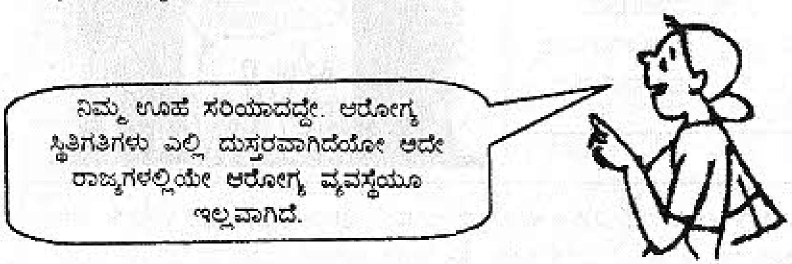
ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುರಿಗೂ ವಾಸ್ತವ ಸಾಧನೆಗೂ ಅಂತರ

ಸೂಚಿ	1983 ಸ್ಥಿತಿ	ಗುರಿ	1998ರ ಸ್ಥಿತಿ
ಶಿಶು ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ	104	60	69
5 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮರಣ	140	70	105
ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ ಸುಮಾರು	12.5	9.0	9.0
ಜೀವಿತಾವಧಿ	54	64	63
ಮಾತೃ ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ	450	200	410
ಜನನ ಸಂಖ್ಯೆ(ಸುಮಾರು)	33.8	21.0	25
ಒಟ್ಟು ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ದರ	3.8	-	3.1
ಲಸಿಕೆ (ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ.)		100%	79%
ಗರ್ಭಧಾರಣೆ-ಟಿಟಿ		100%	80%
ಲಸಿಕೆ - ಡಿಪಿಟಿ		100%	73%
ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಸಾಂಪ್ರಿಕ ಹೆರಿಗೆ		100%	34%

ಗಮನಿಸಿ: 1983ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಗುರಿಯನ್ನು ಪಾರ್ಕರ Text Book of Preventive and Social Medicine ಇಂದ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ಯೂನಿಸೇಫನ ಪ್ರಕಟಣೆ: "Status of the Worlds children 2000", ಇದರಿಂದ ಉದ್ಧರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಆಕರದ ಅಂಶಗಳು ಯುನಿಸೆಫ್ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಆಧಾರಿತ. ಹೀಗಾಗಿ ಸರಕಾರಿ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿರಬಹುದು.

ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕೊರತೆ

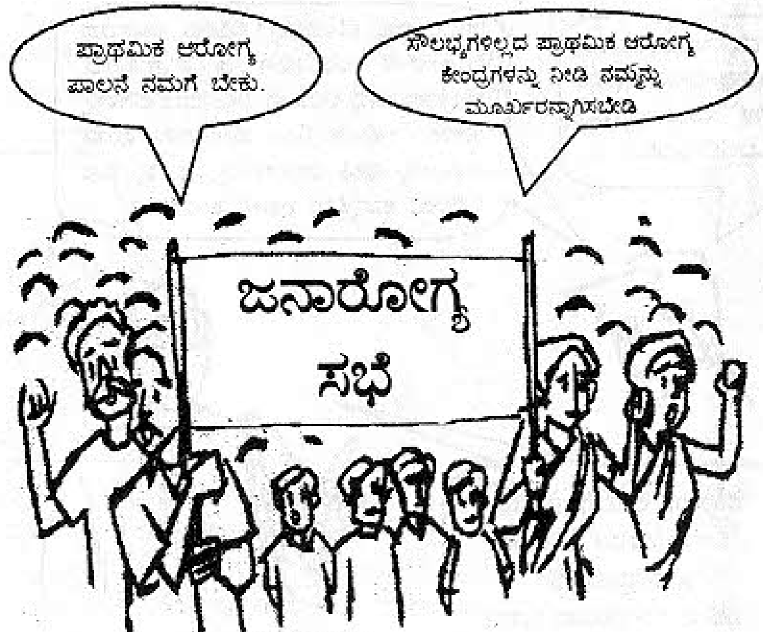
ಜನರ ಉತ್ಸಾಹ ಪಿಎಚ್.ಸಿ.ಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಡಿಮೆ ಆಗಲು ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣಗಳ ಪೈಕಿ ಅಗತ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹಾಗೂ ಧನ ಸಹಾಯದ ಕೊರತೆ ಮುಖ್ಯವಾದವು. ಸರಿಯಾದ ಕ್ರಮಗಳು ಜಾರಿಯಾಗಬೇಕಾದರೆ ಈ ಅಗತ್ಯಗಳು ಪೂರೈಕೆ ಆಗಬೇಕು.



ಕನಿಷ್ಠ ಅಗತ್ಯಗಳು

1. **ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ ಇಬ್ಬರು ವೈದ್ಯರು** - ಕನಿಷ್ಠ ಒಬ್ಬರು ಅಲ್ಲೇ ಇರಬೇಕು. ಅನೇಕ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಏಕ ವೈದ್ಯ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗಳಿವೆ.
2. **ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು:** ತಲಾ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗೆ. ಇಬ್ಬರು ಬಹು ಉದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, 12 ಎಂ.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯು. ಅನೇಕ ಕಡೆ ಪುರುಷ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮಂಜೂರಾತಿ ಇಲ್ಲ. ಇಲ್ಲವೇ ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತರಲ್ಲ.
3. **ಸೌಲಭ್ಯಗಳು:** ದಿನದ ಯಾವ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿಯಾಗಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಎಲ್ಲ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ.
4. **ಔಷಧಿಗಳು:** ಪ್ರತಿ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗೆ 50 ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಉಪ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ 25 ಔಷಧಿಗಳು.
5. **ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು:** ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದು ಜಿಲ್ಲಾ ತಂಡದ ನಿರಂತರ ಸಂಪರ್ಕ ಸಾಧಿತವಾಬೇಕು.

ಈ ಮೂಲ ಅಗತ್ಯ ಪೂರೈಕೆ ಇಲ್ಲದೇ ಅವುಗಳನ್ನು ನಿಷ್ಕ್ರಿಯವೆಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಕಲ್ಪನೆ ತಳ್ಳಿ ಹಾಕುವುದು ಒಪ್ಪತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ.



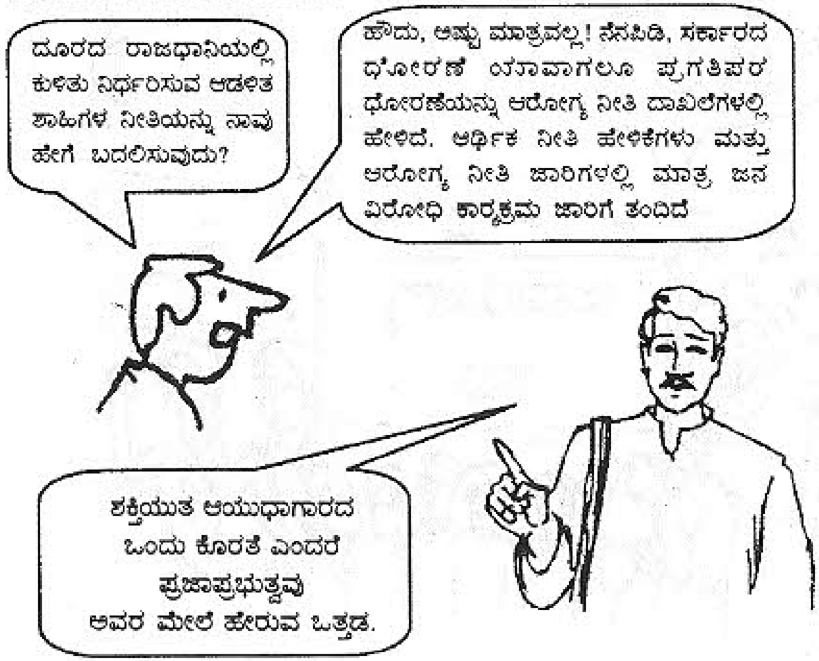
COMMUNITY HEALTH CELL
LIBRARY AND DOCUMENTATION
COM H 340
06705

ಅಧ್ಯಾಯ - 4

ಮಾಡಬೇಕೇನು?

ಆರೋಗ್ಯವು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕು - ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಬದುಕಿನಷ್ಟೇ ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾದದ್ದು ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಈ ಆಧಾರದಿಂದಲೇ ರೂಪುಗೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಆರ್ಥಿಕತೆ ಪೂರೈಸುತ್ತಿದೆಯೆಂದರೆ, ಇದು ಅಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಹಾಗೂ ಬಹುತೇಕ ಜನರ ಬದುಕನ್ನು ಕೆಲವೇ ಜನರು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಜಗತ್ತು ಇರುವುದೇ ಕಾರಣ. ಜನರು ತಮ್ಮನ್ನು ತಾವೇ ಸಮರ್ಥಿಸಿಕೊಂಡು ಬಹಳ ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ನಿರ್ಣಯಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಂಬಿತವಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. **ಕ್ರಿಶ. 2000ಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ** ಕೆಲವು ಕಾಲದ ನಂತರ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಮರೆಯುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಲ್ಲ. ಸರ್ಕಾರವು ಮರೆತರೂ ಜನರು ಹಾಗೆ ಮರೆಯಗೊಡಬಾರದು.

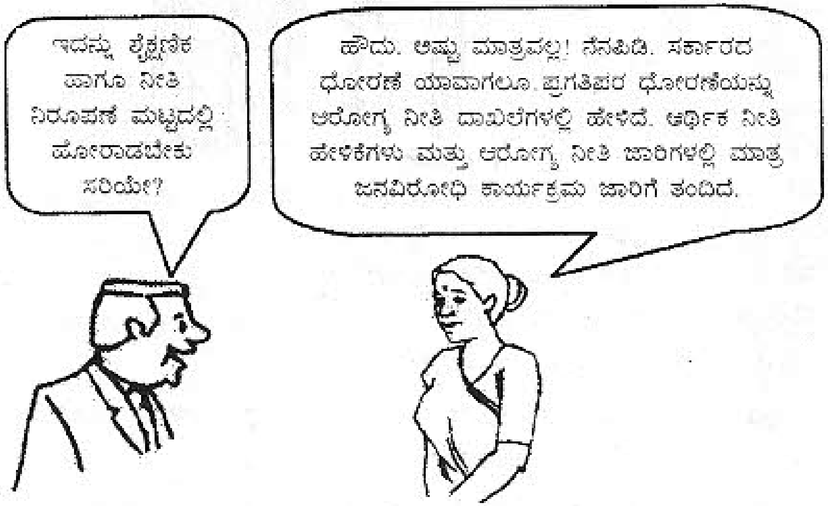


ಈ ಒತ್ತಡವೇನು?

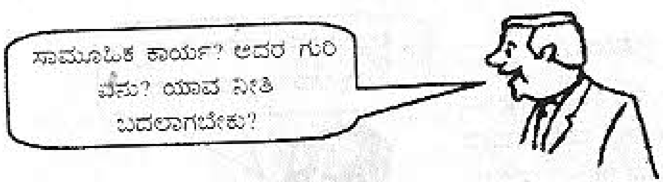
ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವದಲ್ಲಿ ಆಳುವವರು ತಾವುರೂಪಿಸಿದ ನೀತಿಗೆ ಜನರ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯ - ಬಹುತೇಕ ದೇಶಗಳು ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವ ಮಾದರಿಯಾದವು. ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಂಡಳಿಗಳೂ ಕೆಲವು ಮಿತಿಯಿಂದಾಚೆಗೆ ಸರ್ಕಾರವು ಹೋಗದಂತೆ ತಡೆಯುವವು.

ಅವರೇನು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ? ⇨ ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾವನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ನೆನಪಿನಿಂದ ಅಳಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ನಾವೇನು ಮಾಡಬೇಕು? ⇨ ಈ ರೀತಿ ಮರೆಸುತ್ತಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಚರ್ಚೆ ಮಾಡಿ ಜನರು ಮರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಮೋಸಗಳನ್ನು ಬಯಲಿಗೆಳೆಯುವುದು.

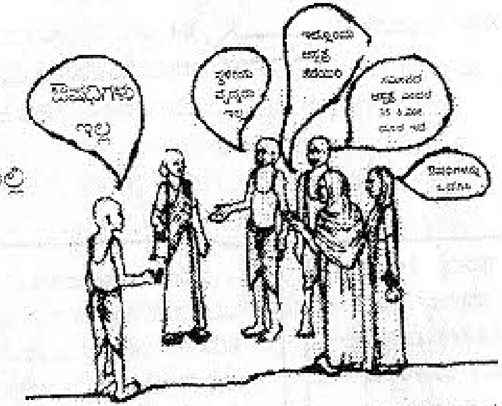


ಜನ ಜಾಗೃತಿಯೆಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಶೀಘ್ರವೇ ತರುವಂತೆ ಸಾಮೂಹಿಕ ಕಾರ್ಯ ಮತ್ತು ಬಡವರ ತುರ್ತು ಹಾಗೂ ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬುದನ್ನು ಮನಗಾಣಿಸುವುದು. ಈ ಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಂಡಾಗಲೇ ಬಡವರು ನಿರ್ಧಾರ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಬಲ್ಲರು. ಈ ಕಾರ್ಯಗಳಿಂದಲೇ ನ್ಯಾಯಯುತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಿ ಖಾಸಗೀಕರಣ ಕುರಿತಂತೆ ಆಗಿರುವ ಒಮ್ಮತವನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.



ನಾವು ಬೇಡುವ ನೀತಿ ಬದಲಾವಣೆ

ಕನಿಷ್ಠ ತಳರಚನೆ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು



ಸಾಮಗ್ರಿ : ಗ್ರಾಮೀಣವಾಗಲಿ, ನಗರವಾಗಲಿ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿ, ಬದಲಾಯಿಸಿಬೇಕಾದವೆಂದರೆ

√ ಎಲ್ಲಿ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿಗಳಿಲ್ಲವೋ ಅಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ತೆರೆಯುವುದು.

√ ಕೈ ಬಿಟ್ಟು ಹೋಗಿರುವ ಗ್ರಾಮಗಳನ್ನು ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ತರುವುದು.

√ ಕೊಳೆಗೇರಿ ಮತ್ತು ಗುಡಿಸಿಲುಗಳನ್ನು -ಸಕ್ರಮವಾಗಿರಲಿ, ಅಕ್ರಮವಾಗಿರಲಿ, ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ತರುವುದು.

ಸಿಬ್ಬಂದಿ : ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಇಬ್ಬರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಇರುವಂತೆ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ, ಸಿಬ್ಬಂದಿ ದೊರೆಯದಿದ್ದರೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಂಡಳಿಗಳು ಪ್ರಯತ್ನ ಪಟ್ಟು ಸ್ಥಾನಭರ್ತಿ ಮೂಡಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡಿ - ಕರಾರು ಅವಧಿ ಮುಗಿಯುವವರೆಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ಸರ್ಕಾರ ವೇತನ ನೀಡುವುದು.

√ ಪ್ರತಿ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗೆ ಇಬ್ಬರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಇರುವುದು ಕಡ್ಡಾಯ. ಅನೇಕ ರಾಜ್ಯಗಳು ಈಗಲೂ ಒಬ್ಬ ಅಧಿಕಾರಿಯನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

√ ಎಲ್ಲ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಇಬ್ಬರು ಎಂ.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯುಗಳಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಸಮುದಾಯವು ಸಂಘಟಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ಸಮುದಾಯವು ಸಂಘಟಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ಅವರನ್ನು ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿ. ಇಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಸರ್ಕಾರದ ನಿಧಿಯಿಂದ ವೇತನ ನೀಡಬಹುದು.

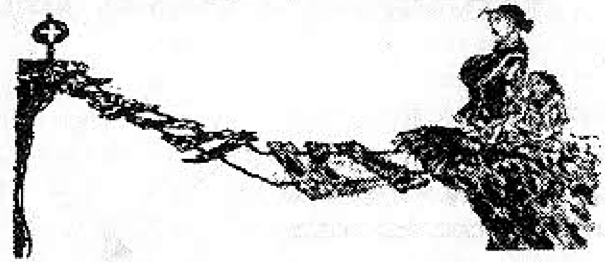
√ ಕನಿಷ್ಠ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ನೆರವಾಗಿ - ನಗರ ಭತ್ಯೆಯ ನಷ್ಟ ಭರಿಸಲು ವಿಶೇಷ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭತ್ಯೆ ನೀಡುವುದಪೇಕ್ಷಣೀಯ.

ಔಷಧಿಗಳು : 60 ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು ಕನಿಷ್ಠ ಪರಿಮಾಣದಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಿ - 25 -60 ಔಷಧಿಗಳು ಇರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಸರ್ಕಾರದ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

ಲಭ್ಯತೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆ : ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಸಮೀಪ ಇರಬೇಕಾದದ್ದು ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶ. ಇದರಲ್ಲಿ ಈ ಅಂಶಗಳಿರಬೇಕು:

√ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ತಲುಪಲು ಎಲ್ಲ ಹವಾಮಾನಗಳಲ್ಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದಾದ ರಸ್ತೆ ಸೌಲಭ್ಯ.

√ ಎಲ್ಲಿ ವಾಹನ ಸೌಲಭ್ಯ ಇದೆಯೋ ಅಂತಹ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಯ ಮರುಸ್ಥಾಪನೆ. ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಜಮೀನು ನೀಡಬೇಕೆಂಬ ಕಾರಣದಿಂದ ಕಳಪೆ



ಜಮೀನನ್ನೊ, ಸ್ಮಶಾನವನ್ನೋ, ಮುಖ್ಯರಸ್ತೆ ಹಾಗೂ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗಳಿಂದ ದೂರವಿರುವ ಜಮೀನನ್ನೋ ನೀಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ನಿತ್ಯ ಇಲ್ಲವೆ ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಸಂತೆ ನಡೆಯುವ ಜಾಗವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದು ಉತ್ತಮ. ಬಸ್ ಸೌಕರ್ಯವೂ ಇರಬೇಕು.

√ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಯನ್ನು ನೀಡುವಾಗ ಗ್ರಾಮಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭೌಗೋಳಿಕ ಸಾಮೀಪ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೆರಡನ್ನೂ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

√ ಎಂ.ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯುಗಳಿಗೆ ದ್ವಿಚಕ್ರವಾಹನಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ನೆರವಾಗುವುದು.

ವಿಶೇಷ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕ : ಎಲ್ಲ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗಳ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತ ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿಗಳಿರಬೇಕು. ಇವುಗಳ ನಡುವೆ ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಮತ್ತು ದೂರಸಂಪರ್ಕ ಸೌಕರ್ಯ ನಿರಂತರವಾಗಿರುವ ಮೂಲಕ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿಶೇಷಜ್ಞರ ಸೇವೆ ದೊರೆಯುವಂತಾಗಬೇಕು. ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಮತ್ತು ಸಿಹೆಚ್‌ಸಿಗಳ ನಡುವೆ ದ್ವಿಮುಖ ಸಂಬಂಧ ಏರ್ಪಟ್ಟು 3-4 ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಮತ್ತು 18-24 ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಒಂದೇ ತಂಡದಲ್ಲಿರಬೇಕು. (ಅಂದರೆ ಪ್ರತಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಒಂದು ತಂಡ).

ವ್ಯಾಪಕ ಆಧಾರಿತ ದ್ವಿತೀಯಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ : ಪೂರ್ಣ ಕಾರ್ಯಗತ ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ ಎಂದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಂಡಾಂತರದ ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಧ್ಯ ಪ್ರವೇಶಿಸಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಅಪೂರ್ಣ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಶಿಶು ಜನನಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶವಿರಬೇಕು. ದ್ವಿತೀಯಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನೂ ಆಡಳಿತ ರಚನೆಯು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅವಕಾಶವಿರಬೇಕು. ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಕೇಂದ್ರ ಇರುವುದು ಕಡ್ಡಾಯ ಆಗಬೇಕು.

ವಿಕೇಂದ್ರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ

ತುದಿಯಿಂದ ತಳದವರೆಗಿನ ಕ್ರಮದ ಮೊದಲು ತಳದಿಂದ ಮೇಲುಗತಿಯ ಕ್ರಮದ ಯೋಜನೆ

ಸಮುದಾಯ, ಪಂಚಾಯ್ತಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಹಾಗೂ ತೃಣಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹ ಮಾಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ವರದಿ ತಯಾರಿಸುವರು.

ಇಡೀ ಕ್ಷೇತ್ರ ಘಟಕವು ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ವರದಿ ತಯಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಆದ್ಯತೆ ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವರು.

ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯ್ತಿ ಮತ್ತು ನಗರಸಭೆಗಳು ಸಮಗ್ರ ಅಂತರ್ ವಲಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಿ ಅವುಗಳ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರ ಘಟಕದ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆಯುವರು.

ಸಮುದಾಯ ಯೋಜನೆಗೆ **ತಾಂತ್ರಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ನೀಡಲು** ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ ಗೂ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ವಿಶೇಷಜ್ಞರಿಗೂ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವುದು. (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಕೋರಿದಾಗ ತಜ್ಞರನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು).

ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಯೋಜನೆಗೆ **ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ** ಏಕಸೂತ್ರ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅಗತ್ಯಗಳ ಆದ್ಯತೆ ಪರಿಗಣಿಸಿ ಆಯಾ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ನೀಡಬಹುದು.

ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪರಿಣಾಮಕಾರತೆಯನ್ನು ಉಸ್ತುವಾರಿ ಮಾಡುವ ಕೆಲಸವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಬಿಂಬಿಸುವ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳಿಂದ ಆಗಬೇಕೇ ವಿನಾ ಖಂಡವಾದ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಯಿಂದಲ್ಲ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆ, ಜನಿಸಿದ ಮಕ್ಕಳ ತೂಕ, ಸಂಶಯಿತ ಕ್ಷಯದ ಪ್ರಕರಣಗಳು - ಈ ಬಗೆಯ ಸೂಚಿಗಳು - ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಅಂದಾಜು ಖಾಸಗಿ ವಲಯ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

ಪಂಚಾಯ್ತಿಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಗೊಳಿಸಿ ಸಮುದಾಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದಂತಹ ಸಂಬಂಧಿತ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಪೂರೈಕೆ.

ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಪಂಚಾಯ್ತಿಗೆ ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಒದಗಿಸುವುದು

ಪಂಚಾಯ್ತಿ, ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ., ಗ್ರಾಮ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಜಂಟಿ ಯೋಜನೆ.

ಪಂಚಾಯ್ತಿ ರಚನೆಯನ್ನು ಪ್ರಬಲ ಗೊಳಿಸುವುದು

ಮಹಿಳಾ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿ ಪಂಚಾಯ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಹಯೋಗ ನೀಡಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

ಸಮುದಾಯದ ಆಯ್ಕೆಗೊಂಡ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಪಂಚಾಯ್ತಿಯಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಪ್ರಥಮೋಪಚಾರ ಕಲಿಸುವುದು.

ದುರ್ಬಲವರ್ಗದವರನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಜನರನ್ನು ಜಾಗೃತಗೊಳಿಸುವುದು.

ಮಹಿಳೆ, ದಲಿತರು, ಆದಿವಾಸಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ ಜನರನ್ನು ಸಮುದಾಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಾಗಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು.

ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗದವರಿಗೆ ವಹಿಸುವ ಪಾತ್ರ.

ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗದವರಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಲಕ್ಷ್ಯ

ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ರಚನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ, ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗದವರ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ತಂಡ ರಚಿಸುವುದು.

ಶಿಕ್ಷಣ, ಜೀವನೋಪಾಯ ಮತ್ತು ಇತರ ಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವುದು.

ನೀತಿ ಬದಲಾವಣೆ ಆಗ ಬೇಕಾದ ಇತರ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳು

1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಬದಲಾವಣೆ.
2. ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಮೂಲ ಅಗತ್ಯ ಪೂರೈಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು
3. ಖಾಸಗಿ ವಲಯವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿ ಅದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಅತಿಕ್ರಮಿಸದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
4. ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಆಧುನಿಕ ಔಷಧಿ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನೂ ಬಲಪಡಿಸಿ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ರೋಗಗಳಿಗೂ ಕೇವಲ ಔಷಧಿ ನೀಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಲೌಕಿಕತೆಯೇ ಪರಿಹಾರವೆಂಬ ಧೋರಣೆಯ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಡುವುದು. ಅನಭ್ಯಾಸಿಗಳು ಔಷಧಿ ಜ್ಞಾನದ ಅತಾರ್ಕಿಕತೆ ಜನರನ್ನೂ ಕಾಡದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
5. ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಹಾಗೂ ತುರ್ತು ಸಂಶೋಧನೆ ಕೈಗೊಂಡು ರೂಢಿಗತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿಸುವುದು.
6. ಔಷಧ ತಯಾರಿಕಾ ಕ್ಷೇತ್ರದ ನೀತಿಯೊಂದನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದು ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಸ್ವಾವಲಂಬಿತ ಉತ್ಪಾದನೆ ಹಾಗೂ ಭರಿಸಬಲ್ಲ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅದರ ಪೂರೈಕೆ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ಅನಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಔಷಧಿಗಳ ಮಾರಾಟ ನಿಷೇಧಿಸುವುದು.

ಸ್ಥಳೀಯ ರೂಢಿಗತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪ್ರದಾಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ

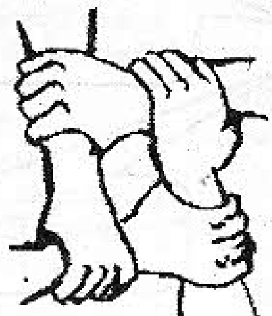
ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜನಪದ ಔಷಧಿ ಕ್ರಮ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ ಹಾಗೂ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾದ ಅಲೋಪತಿಕೇತರ ಔಷಧಿ ಕ್ರಮಗಳಾದ ಆಯುರ್ವೇದ, ಸಿದ್ಧ ಹಾಗೂ ಯುನಾನಿ ಕ್ರಮಗಳು. ಈ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಈ ಪದ್ಧತಿಗಳ ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಈ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗೆ ಪೂರಕಗೊಳಿಸಿ ಸಮಗ್ರೀಕೃತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ ಸಾಧ್ಯ ಹಾಗೂ ಇದರ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಅಳವಡಿಸಬೇಕಾದ ತುರ್ತು ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಅನೇಕ ಸರಳ ಬೇನೆಗಳಿಗೆ ಬಳಕೆ ಮಾಡುವುದು. ಅನೇಕ ಜಡ್ಡುಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರವನ್ನೂ ಸ್ಥಳೀಯ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಒದಗಿಸೀತು. ಆಗ ಅಲೋಪತಿಗಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಪರಿಹಾರ ಒದಗಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾದೀತು. ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಜನರನ್ನೂ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳಲು ಅವಕಾಶವಿದೆ.

ಜನರ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು

ದೇಶದ ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈಗಿರುವ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗಳು ನಿಷ್ಕ್ರಿಯವಾಗಿವೆ. ಎಲ್ಲ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಜಾಲ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೂ ಅಂತರವಿದೆ. ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜದ ಅಂಗವಾದ ನಾವು ಏನು ಮಾಡಬಹುದು? ಸ್ಥಳೀಯ ಸಮುದಾಯ ಹಾಗೂ ಜನ ಚಳುವಳಿಗಳು ಏನು ಮಾಡಬಹುದು?

ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳನ್ನೂ ಈ ಕೆಳಗೆ ಸೂಚಿಸಿದೆ.

1. ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಗ್ರತಿ ಮತ್ತು ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಬಗ್ಗೆ ಜನಜಾಗ್ರತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು.
2. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಅದ್ಯತೆಯನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಒತ್ತಡ ಹೇರುವ ಗುಂಪು ರಚಿಸುವುದು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಶಸ್ತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ವಲಯ ನೈತಿಕವಾಗಿ ವ್ಯವಹರಿಸುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
3. ಇರುವ ಸರಕಾರಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು - ಜನಜಾಗ್ರತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದು.
4. ಪಂಚಾಯ್ತಿಗಳು ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ನಿರ್ಮಾಣ ಕೈಗೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿ, ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ನೆರವಾಗುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಸಾಧನೆ ಕೈ ಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಸ್ವಯಂ ಸಹಾಯ ಪದ್ಧತಿ ಸಂಘಟಿಸುವುದು.
5. ಸಾಮೂಹಿಕ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಕೌಶಲ ವರ್ಗಾವಣೆ ಸಂಘಟಿಸುವುದು. ಕೌಶಲದ ಈ ಬಗೆಯ ವರ್ಗಾವಣೆ ಅತ್ಯಂತ ದಕ್ಷ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪಾಲನೆಗಳ ಸ್ಥಳೀಯ ಲಭ್ಯತೆ ಸಾಧಿಸುವುದು.
6. ಮಹಿಳೆಯರ ಹಾಗೂ ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗದವರ ಸಂಘಟನೆ ರೂಪಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಅವರು ಕಡೆಗಣಿಸಿದ ಅಂತಸ್ತು ಬದಲಾಗಲು ಇದು ಪ್ರಾರಂಭ ಬಿಂದುವಾಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.



ಅಧ್ಯಾಯ - 5

ಒಂದೇ ಗ್ರಹದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಲೋಕ

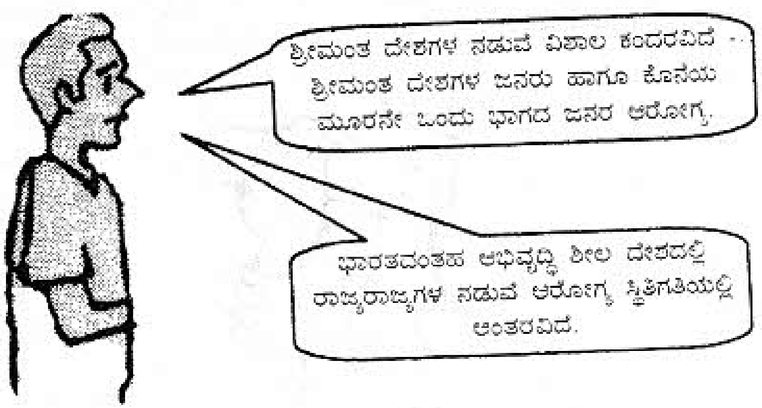
ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ

ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಏರುಪೇರು ಒಪ್ಪತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ, ಕಾರಣ ಏನೇ ಇರಲಿ! ಅಂತರ ತಗ್ಗಿಸುವುದೇ ನಮ್ಮ ಮುಖ್ಯಗುರಿ!

ಪಶ್ಚಿಮದ ಶ್ರೀಮಂತ ದೇಶಗಳ ಮತ್ತು ಇತರ ದೇಶಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯಲ್ಲಿ ಅಂತರವಿದೆ! ಅಗ್ರಸ್ಥಾನದ 25 ದೇಶಗಳು ಯೂರೋಪಿನವು ಅಥವಾ ಉತ್ತರ ಅಮೇರಿಕೆಯವು, ಜಪಾನ್ ಇದಕ್ಕೆ ಅಪವಾದ.

	ಮೊದಲ 25 ಶ್ರೀಮಂತ ದೇಶಗಳು	ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು	ಕೊನೆಯ 43 ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು
ಜೀವಿತಾವಧಿ	76	62.2	51.2
ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ	98.6%	70.4%	49.2%
ಮಾತೃ ಮರಣ (ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷ ಜನನಗಳಿಗೆ)	30	488	1100
ಐದಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರು	16	65	171

ಆಕರ: Human Development Report 1998, a UNDP document.



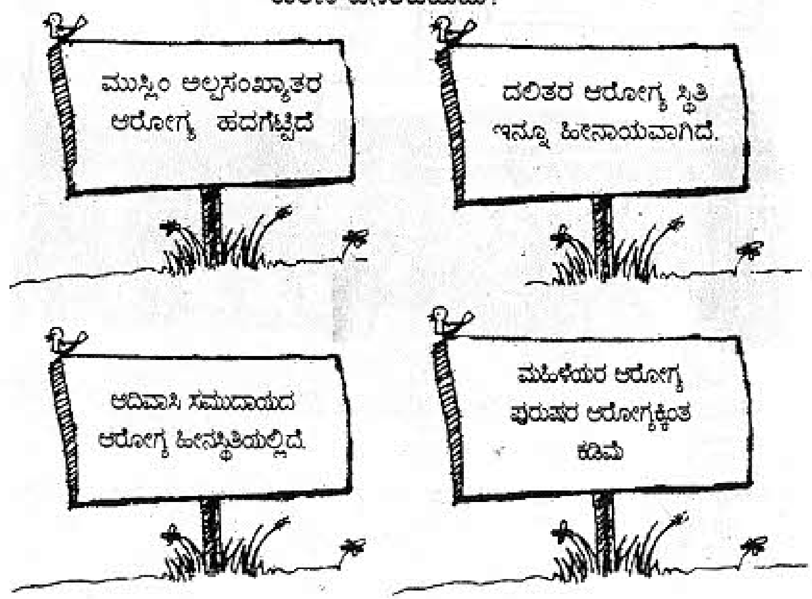
ರಾಜ್ಯ	5 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವು	ಮಾತೃ ಮರಣ	ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ	ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು	ಶೌಚಾಲಯ ಲಭ್ಯತೆ	ಪ್ರತಿ ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳು	ತಲಾವಾರು ಆದಾಯ
ಕೇರಳ	32	< 200	89.6	79.2	63.1	504	5778
ಮಧ್ಯ ಪ್ರದೇಶ	130	>1500	43.9	65.9	11.0	686	4166
ಬಿಹಾರ	127	>1500	43.8	68.8	7.3	496	3691
ತಮಿಳುನಾಡು	87	400	64.1	71.6	11.1	583	5122
ಪಂಜಾಬ್	68	500	60.2	96.1	19.8	230	638.
ಭಾರತ	109	500	53.5	72.0	15.3	423	4485

ಆಕರ : India Human Development Report, Abusaleh Sharif, NCAER, OUP

ಅತ್ಯಂತ ಉತ್ತಮ ಸೂಚ್ಯಂಕದ ದೇಶ ಕೇರಳ. ಆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿನ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ (5 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ) ಮತ್ತು ಮಾತೃ ಮರಣ ಕೈಗಾರಿಕಾ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲುವಂತಹದು. ಬಿಹಾರ್ ಇಲ್ಲವೇ ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ ಇನ್ನೂ ಕಡಿಮೆ, ಪಂಜಾಬ್ ಇಲ್ಲವೇ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತಲಾವಾರು ಆದಾಯ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಹೀನಾಯವಾಗಿದೆ.

ದೇಶದ ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯದ ಅನೇಕ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಅಂತರವಿದೆ.

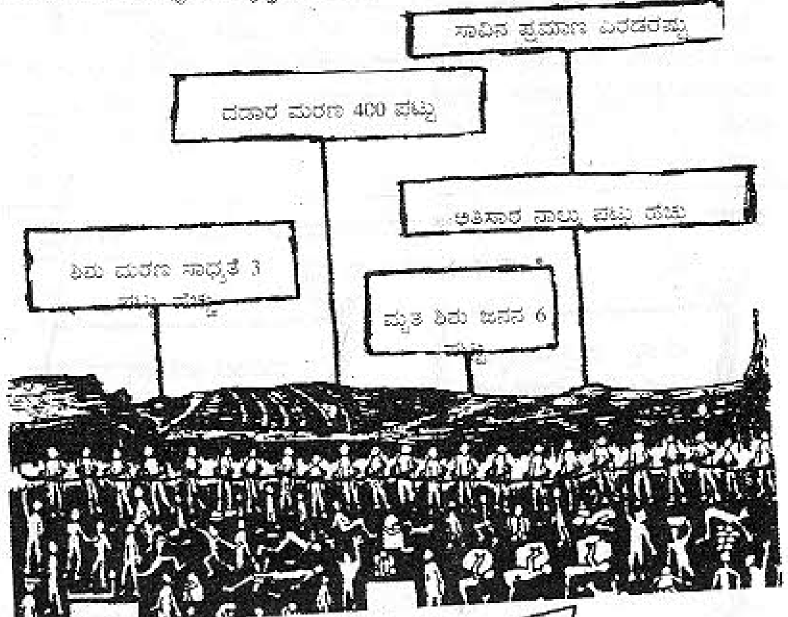
• ಕಾರಣ ಏನಿರಬಹುದು?



ಬಡವರಿದ್ದಷ್ಟೂ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಜಡ್ಡು ಹೆಚ್ಚು

ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಂಪು	ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ	5 ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಚಿಕ್ಕವರ ಮರಣ ಸಂಖ್ಯೆ
ಆದಿವಾಸಿಗಳು	9	129
ದಲಿತರು	13	140
ಭೂರಹಿತ ಕೂಲಿಗಳು	14	135
80,000ಕ್ಕೂ ಮೀರಿದ ಆದಾಯ ಉಳ್ಳವರು	7	71
ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದಾಯದವರು ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಸರಾಸರಿ	11	117

ಆಕರ: ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಭಾರತ, ವರದಿ ಅಬುಲೇಶ್ ಷರೀಫ್, NCAER, OUP



ಈ ಅಂತರ ಏಕೆ?

ಅಧಿಕಾರ ಮತ್ತು ಆಸ್ತಿಯ ವಿತರಣೆಯ ಅಂತರವೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಅಂತರಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ಆಸ್ತಿ, ಅಂತಸ್ತುಗಳು ಕೇವಲ ಕೆಲವರ ಪಾಲಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಇವೆ. ದೀನದಲಿತರ ಆದಾಯ ಕಡಿಮೆ, ಆಹಾರ ಸಾಲದು: ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳಿಲ್ಲ. ಅತ್ಯಂತ ಹೀನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವರು. ಶ್ರೀಮಂತರು ಅದ್ದೂರಿ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿ ಅಪವ್ಯಯ ಮಾಡುವರು.

ನಾವು ಚರ್ಚಿಸುತ್ತಿರುವ ಅಸಮಾನತೆ ಯಾವ ಮಟ್ಟದ್ದು?

ಯೂರೋಪು ಮತ್ತು ಯುಎಸ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಸುಗಂಧಗಳಿಗಾಗಿ ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ವೆಚ್ಚವು (ಡಾಲರ್ 12 ಬಿಲಿಯನ್) ಜಗತ್ತಿನ ಎಲ್ಲ ಮಹಿಳೆಯರ ಹೆರಿಗೆ ವೈದ್ಯಸೌಲಭ್ಯ ಕಲ್ಪಿಸಲು ಸಾಕು.

ಯುಎಸ್‌ಎಯಲ್ಲಿ ಸೌಂದರ್ಯ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳಿಗೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿದ ಹಣವು ಜಗತ್ತಿನ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಅಥವಾ ಮೂಲ ಶಿಕ್ಷಣ ಸೌಲಭ್ಯ ಕಲ್ಪಿಸಲು ಸಾಕು.

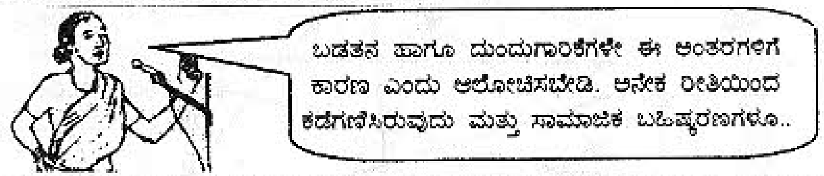
ಯೂರೋಪಿನಲ್ಲಿ ಮದ್ಯಪಾನಕ್ಕೆ ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ವೆಚ್ಚ 105 ಬಿಲಿಯನ್ ಡಾಲರ್. ಜಗತ್ತಿಗೆ ಮೂಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನ (ಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ, ಹೆರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ) ಒದಗಿಸಲು ಸಾಕು. (ಈ ಅಗತ್ಯ 40 ಬಿಲಿಯನ್ ಡಾಲರ್).

ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಸೇನಾ ವೆಚ್ಚವು 780 ಬಿಲಿಯ ಡಾಲರ್ ಆಗಿದ್ದು, ಇದು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪೋಷಕ ಆಹಾರ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಕುಡಿವ ನೀರು ಒದಗಿಸಲು ಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತದ 20 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು.

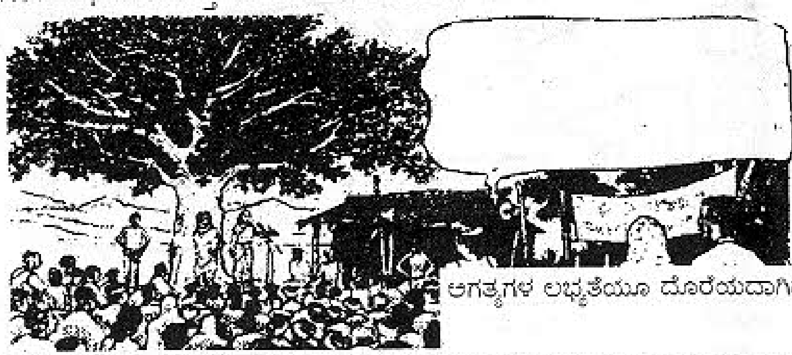
ಬಡ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 48 ಅತಿ ಬಡ ದೇಶಗಳ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿಗಿಂತ ಹಾಗೂ ಇಡೀ ಏಷಿಯಾದ ಅತಿ ಶ್ರೀಮಂತ 32 ಶ್ರೀಮಂತರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಹಣ 3 ಶ್ರೀಮಂತರ ಬಳಿ ಇದೆ.

ಅತಿ ಶ್ರೀಮಂತರ ಪೈಕಿ 225 ಜನರು ತಮ್ಮ ಐಶ್ವರ್ಯದ 4% ನೀಡಿದರೆ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಮೂಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲು ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ.

Source : Human Development Report 1998 - A UNDP document



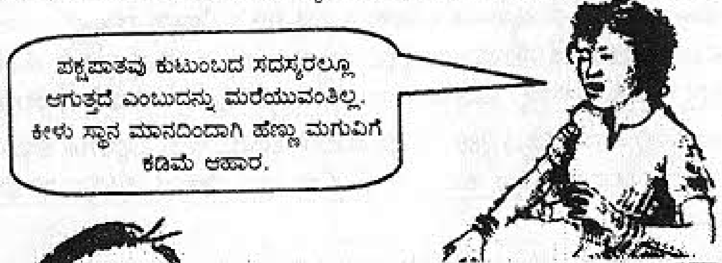
ದೀನ ದುರ್ಬಲರನ್ನು ಪ್ರಜ್ಞಾಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಕಡೆಗಣಿಸಿ ಪಕ್ಷಪಾತ ತೋರುವುದರ ಮೂಲಕ, ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದಿಂದ ದೂರವಿರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವರಿಗೆ ಬದುಕಿನ ಮೂಲ

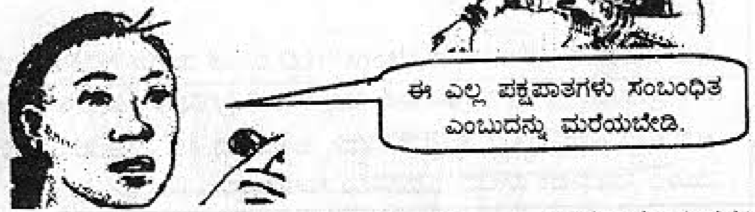


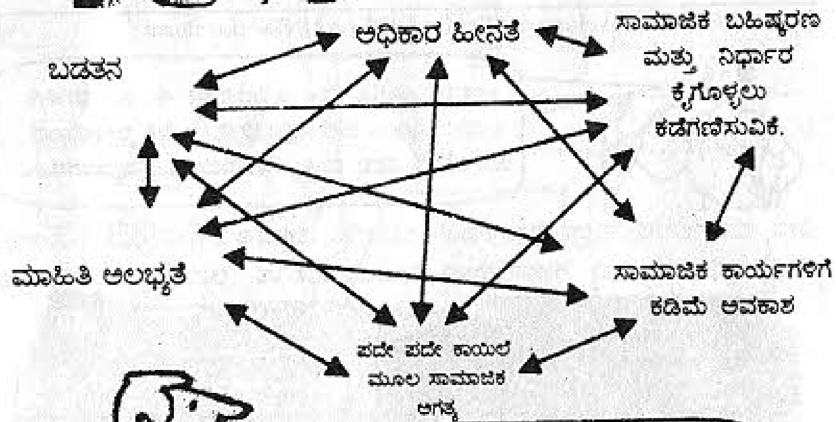
ಅಗತ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯೂ ದೊರೆಯದಾಗಿದೆ.

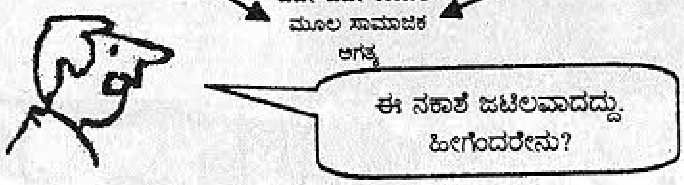
ಒಂದು ಬೃಹತ್ ಅಣೆಕಟ್ಟು ನಿರ್ಮಿಸಿದಾಗ ಜಲಾವೃತವಾಗುವ ಪ್ರದೇಶದ ಆದಿವಾಸಿಗಳನ್ನು ವರ್ಗಾಯಿಸಲಾಗುವುದು. ಅರಣ್ಯದಿಂದ ದೊರೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಆಹಾರ ಹಾಗೂ ಇಂಧನ ಅವರಿಗೆ ಇಲ್ಲವಾಗುವುದು. ಇದನ್ನು ಯಾರು ನಿರ್ಧರಿಸುವರು? ಏಕೆ?

ನಿರ್ಣಯ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಶಕ್ತಿಶಾಲಿಗಳಾದವರು ಶ್ರೀಮಂತ ರೈತರ ಹಿತಾಶಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಅಣೆಕಟ್ಟು ಮುಖ್ಯವೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸುವರೇ ವಿನಾ ಆದಿವಾಸಿಗಳ ಬದುಕಿನ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಅವರ ಆಲೋಚನೆಗಳೇನು ಎಂದು ಆದಿವಾಸಿಗಳನ್ನು ಕೇಳುವವರು ಯಾರು!
ಅನೇಕ ಹಳ್ಳಿಗಳ ದಲಿತರು ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಆಕರವನ್ನು ಬಳಸಲು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಅವರು ಬಹುದೂರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ನೀರು ತರಬೇಕು. ಇಲ್ಲವೇ ಕಲುಷಿತ ನೀರು ಕುಡಿಯಬೇಕು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬಹಿಷ್ಕರಣವಾದಂತೆ. ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಕಠಿಣ.



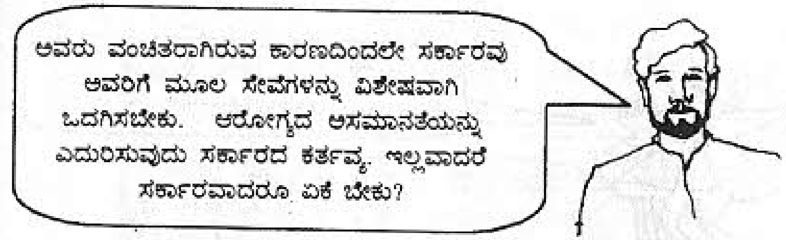






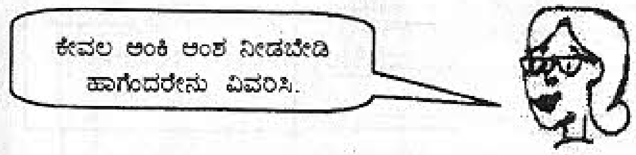
ಇದು ಗೋಜು. ಏಕೆಂದರೆ, ಪಕ್ಷಪಾತವೇ ಜಟಿಲ

ಬಡವರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರಹೀನರಾಗಿರುವುದರಿಂದಲೇ ಬಡವರು, ಆದಿವಾಸಿಗಳು, ದಲಿತರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ನಿರ್ಣಯ ಕೈಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸದೆ ಇರುವುದರಿಂದಲೇ ಮೂಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ಅವರು ವಂಚಿತರು. ಆದಾಯವಾಗಲಿ, ಆರೋಗ್ಯವಾಗಲಿ ಅವರಿಗೆ ಇರದು. ಮಾಹಿತಿ ಅವರಿಗೆ ಇಲ್ಲದೇ ಇರುವ ಕಾರಣ ಅವರು ನಿಸ್ಸಹಾಯಕರು.

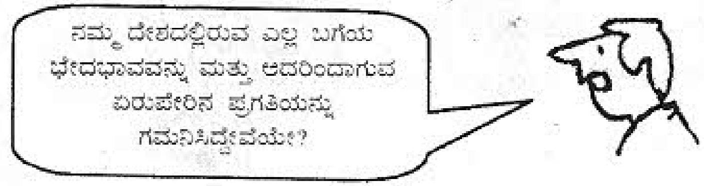


ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಹಾಗೂ ಐಶ್ವರ್ಯ ಇರುವರಿಗೂ ಇಲ್ಲದವರಿಗೂ ಒಂದೇ ಮಟ್ಟದ ಹಣ ಹೂಡಿ ಅದೇ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. **ಅಸಮಾನರನ್ನೂ ಸಮಾನರೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವುದು ಅಷ್ಟೇ ತಪ್ಪು.** ಅಸಮಾನರನ್ನು ಅಸಮಾನರಾಗಿಯೇ ಕಾಣಬೇಕು. ಸರ್ಕಾರ ಒದಗಿಸಿದ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದು ಕೊಳ್ಳಲೂ ಈ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಆಗಿಲ್ಲ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಮಿಕರು					
ಭೂಹೀನ ಕಾರ್ಮಿಕರು	36.6	58.4%	54.7	44.3	2308
ಆದಿವಾಸಿಗಳು	38.7	46.6%	68.1	37.5	3504
ಪರಿಶಿಷ್ಟ ವರ್ಗ	41.1	53.6%	62.4	32.1	3237
ಹೆಚ್ಚು ಆದಾಯ	74.3	77.1	43.4	28.0	17865
ಭಾರತ		57.5	60.0	33.2	4485

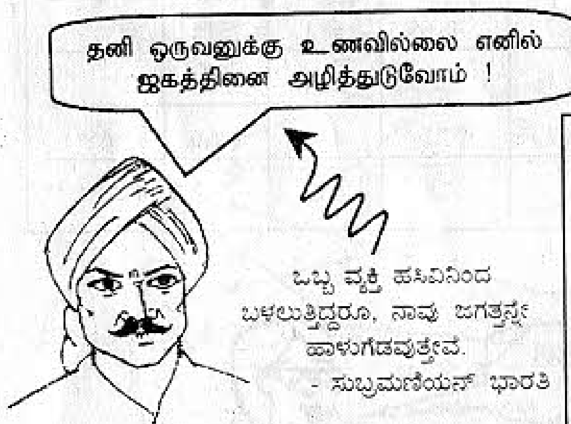


ಸರ್ಕಾರವು ದೀನದಲಿತರ 100% ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ತುರ್ತಾಗಿ ಇತರರಿಗಿಂತ ಮೊದಲು ಪೂರೈಸಬೇಕು. ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ರೂ 17,600ಕ್ಕೂ ಮೀರಿರುವವರಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಉಪಯುಕ್ತ, ಆದರೆ 28% ಮಂದಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಇದು ಲಭ್ಯ. ವಾರ್ಷಿಕ ತಲಾ ಆದಾಯ ರೂ. 2,308 ಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ, ಆದರೂ 56% ಮೀರಿದ ಜನರಿಗೆ ಇದೂ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ!



ಅಂತಹ ಪಕ್ಷಪಾತಗಳು ಒಪ್ಪತಕ್ಕದ್ದೇ?

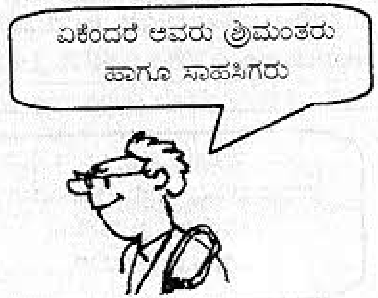
ಖಂಡಿತಾ ಇಲ್ಲ!



ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ಹಸಿವಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದರೂ, ನಾವು ಜಗತ್ತನ್ನೇ ಹಾಳುಗೆಡವುತ್ತೇವೆ.
- ಸುಬ್ರಮಣಿಯನ್ ಭಾರತಿ

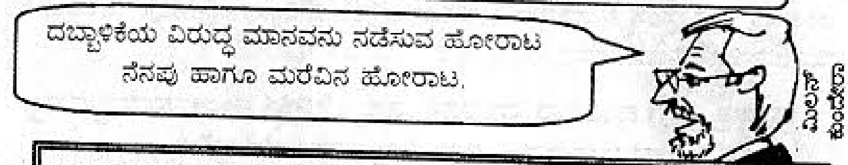
ನಮಗೂ ಕರ್ತವ್ಯವಿದೆ. ಮಾನವ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಕನಿಷ್ಠಾಂಶಗಳು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಇರಬೇಕು. ಇದನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗದ ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರ ಇಲ್ಲವೇ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಕ್ಷಮೆ ಇಲ್ಲ!

ಶ್ರೀಮಂತ ದೇಶಗಳು ಶ್ರೀಮಂತವೇಕೆ ಮತ್ತು ಬಡದೇಶಗಳು ಬಡದೇಶಗಳೇಕೆಂದು ನಿಮಗೆ ಗೊತ್ತಿದೆಯೇ!



ಎಷ್ಟು ಬೇಗ ನಾವು ಮರೆಯುತ್ತೇವೆ? ನಾವು ಗಣತಂತ್ರ ದೇಶವಾಗಿ ಕೇವಲ 50 ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದಿವೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಹೋರಾಟ ಅಷ್ಟೊಂದು ಧೀಮಂತರ ಪ್ರಯತ್ನ ಮರೆಯುವುದೇ?

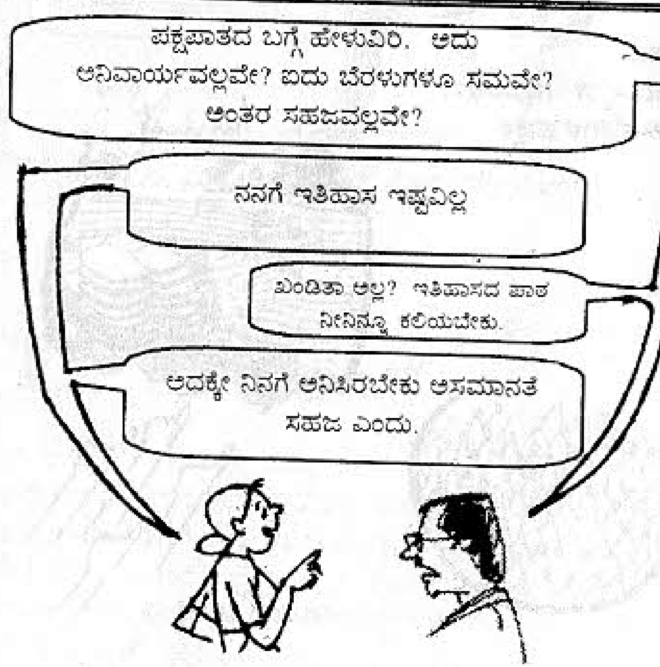
ಎಲ್ಲ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳೂ, ವಸಾಹತು ಒಡೆಯರು ಇಡೀ ಬಡ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೀನ ದೇಶಗಳು ವಸಾಹತುದಾರದಿಂದಲೂ ಲೂಟಿಗೊಂಡವು.



ಸ್ವೀಡನ್ ಮತ್ತು ಸ್ವಿಟ್ಜರ್‌ಲೇಂಡ್ ದೇಶಗಳು ಯಾವಾಗಲೂ ವಸಾಹತುದಾರರಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಅದೇ ವಸಾಹತುದಾರರ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಭಾಗ - ಅಂದರೆ ಬ್ಯಾಂಕರ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪಾರಗಾರರಾಗಿದ್ದವು.

ಜಪಾನು ಏಷಿಯಾದ ಒಂದು ಭಾಗವಾದರೂ ಅದು ಕೈಗಾರಿಕೀಕೃತ ದೇಶ. ಆ ದೇಶವು ಎಂದೂ ಯಾರ ಅಧೀನವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಇತರ ದೇಶಗಳನ್ನು ಅಧೀನಪಡಿಸಿಕೊಂಡ ಏಷಿಯಾದ ದೇಶ ಅದೊಂದೇ

ಬಡವರನ್ನು ಲೂಟಿ ಮಾಡಿಯೇ ಶ್ರೀಮಂತರು ಶ್ರೀಮಂತರೆನಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

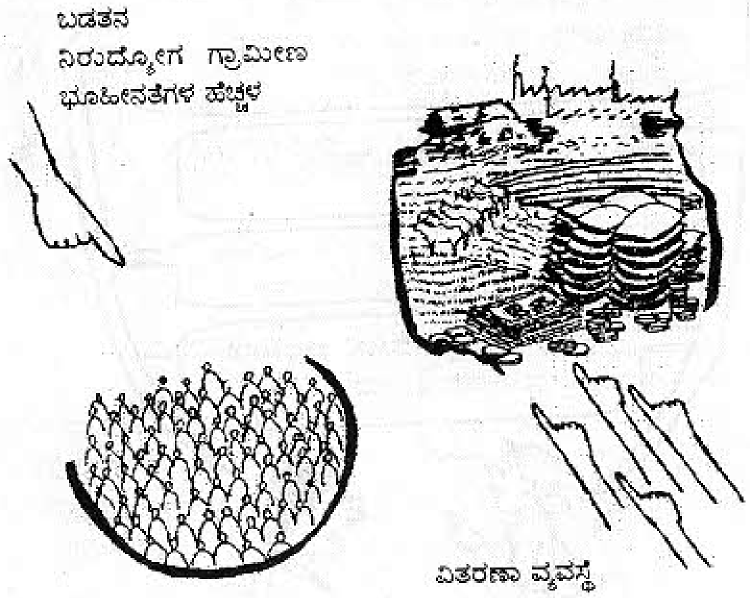


ಇತಿಹಾಸದ ಒಂದು ಹಂತದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರ ಸ್ವತ್ತಾಗಿದ್ದ ನೈಸರ್ಗಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಕೆಲವರ ಖಾಸಗಿ ಸ್ವತ್ತಾಯಿತು! ಅಂತೆಯೇ ದುಡಿಯುವ ವರ್ಗದವರು ಸೃಷ್ಟಿಸಿದ ಸಂಪತ್ತು ಕೇವಲ ಕೆಲವರ ಕೈಸೇರಿತು. ಬಲಾತ್ಕಾರದಿಂದ ಹೀಗೆ ಕಸಿದುಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಕೆಲವರು ಮಾನವರೇ ಅಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಿ ಅವರ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕಿತ್ತು ಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಅಮೇರಿಕಾದ ಆದಿವಾಸಿಗಳ ಆಸ್ತಿಯನ್ನು ಅಲ್ಲಿ ಹೋಗಿ ನೆಲೆಸಿದವರು ಕಸಿದು ಕೊಂಡಿದ್ದು ಹೀಗೆಯೇ. ಗ್ರಾಮದ ಆಸ್ತಿ ಜಮೀನುದಾರರ ಆಸ್ತಿಯಾದದ್ದೂ ಇದೇ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ. ಶಾಶ್ವತ ನೆಲೆ ಕಾಯ್ದೆಗೆ ಇದು ಜಾರಿ ಮಾಡಿ ಕೊಟ್ಟಿತು! ಶಕ್ತಿ ಪೂರೈಸಿದ ಕೊಳವೆ ಬಾವಿ ಮತ್ತು ನೀರಾವರಿ ನೀರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ತಿಯಾದದ್ದೂ ಹೀಗೆಯೇ. ಅಧಿಕಾರ ಹಾಗೂ ಅಂತಸ್ತುಳ್ಳ ಜನ ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಹಾಗೂ ನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ನಷ್ಟದ ನೆನಪೂ ಕಾಲಕ್ರಮೇಣ ಮರೆಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಅದು ಮರೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ....

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಹಂಬಲವು ಮಾನವನ ಹಕ್ಕು ಬೇಡಿಕೆಗೆ ಮೂಲವಾದದ್ದು ಮತ್ತು ಅದಮ್ಯವಾದದ್ದು! ಅದು ಎಲ್ಲ ಸಮಾಜಗಳ ಮೌಲ್ಯ.

ಸಾಕಷ್ಟು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಯ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಹೋರಾಟವು ಅಸಮಾನತೆ ಹಾಗೂ ಪಕ್ಷಪಾತದ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಟ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣವು ಈ ಎಲ್ಲ ವರ್ಗಗಳು ಪಕ್ಷಪಾತವನ್ನು ಬದುಕಿನ ಎಲ್ಲ ರಂಗಗಳಲ್ಲೂ ಪ್ರತಿಭಟಿಸುವ ಶಕ್ತಿ ನೀಡುವುದು.

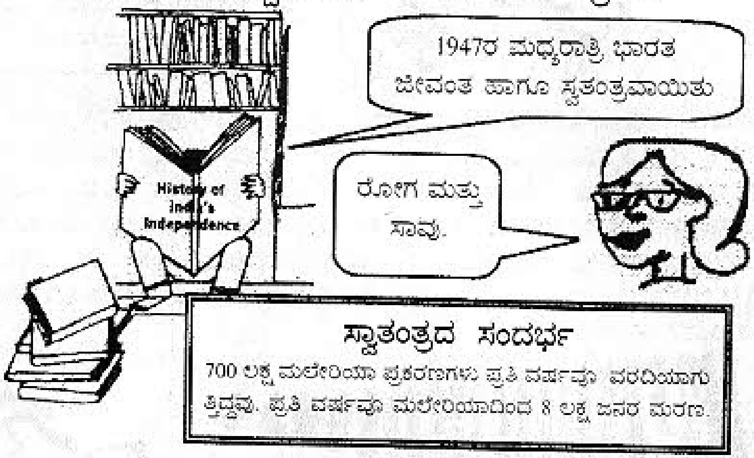
ಕೇವಲ ತುಳಿತಕ್ಕೊಳಗಾದವರೇ ಅಲ್ಲದೆ - ಎಲ್ಲ ಚಿಂತನಕಾರ ಪುರುಷ / ಮಹಿಳೆಯರೂ ಈ ಹೋರಾಟಕ್ಕೆ ಒಂದಾಗಬೇಕು.

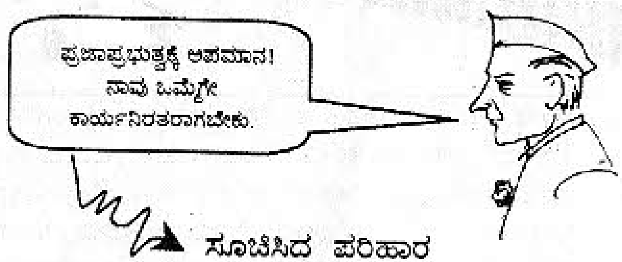


ಅಧ್ಯಾಯ 6

ಮಲೇರಿಯಾ ವಿರುದ್ಧ ಸಮರ

ವಿಜಯಿಯಾಗಿದ್ದ ಸಮರ ಅನಂತರ ಸೋತ ಪ್ರಸಂಗ



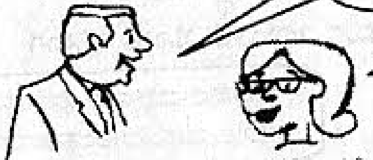


ಸೂಚಿಸಿದ ಪರಿಹಾರ

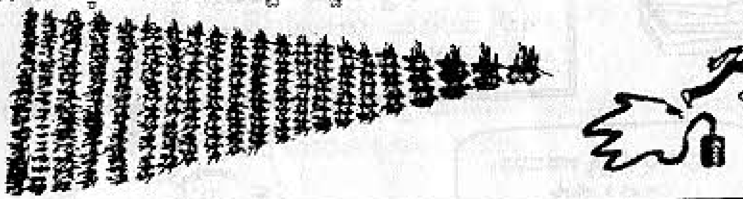
ಡಿಡಿಟಿ ಸಿಂಪಡಿಸಿ ಅನಾಫಿಲಿಸ್ ಸೊಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ತೊಲಗಿಸಿ

ಬೇರೆ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಇದ್ದಾಗ್ಯೂ ಡಿಡಿಟಿ ಸಿಂಪಡಿಕೆಯೊಂದಿಗೆ ಆಗಲಿ, ಇಲ್ಲ ಕ್ಲೋರೋಕ್ವಿನ್ ನೊಂದಿಗೆಯಾಗಲಿ, ಮಲೇರಿಯಾ ಜ್ವರವನ್ನು ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಆಲೋಚಿಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರತಿ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಮಲೇರಿಯಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ನೇಮಕಗೊಂಡು ಅವರಿಗೆ ಡಿಡಿಟಿ ಸಿಂಪಡಿಕೆ ಹಾಗೂ ರಕ್ತದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಕೆಲಸ ಒದಗಿಸಲಾಯಿತು. ಅವರ ಉಸ್ತುವಾರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಒಂದು ಶ್ರೇಣಿಯನ್ನೇ ರಚಿಸಿ ದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣಾ ಕಚೇರಿ ಸ್ಥಾಪಿತವಾಯಿತು.

ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಮಲೇರಿಯಾ ಶೀಘ್ರವೇ ನಿಯಂತ್ರಿತವಾಯಿತು. 1960ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಕೆಲವೇ ಲಕ್ಷ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಪತ್ತೆ ಆದವು.

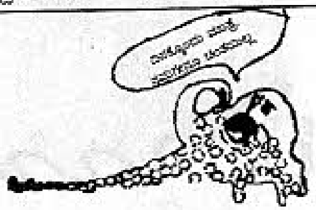


ಉಳಿಯಲಿಲ್ಲ. ಮಲೇರಿಯಾ ಮತ್ತೆ ವ್ಯಾಪಕವಾಗತೊಡಗಿತು. 1972ರ ವೇಳೆಗೆ ಪ್ರಕರಣಗಳು ವಾರ್ಷಿಕ 70 ಲಕ್ಷ ಮುಟ್ಟಿದವು. ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪರಿಷ್ಕರಿಸಲಾಯಿತು. ಯುದ್ಧ ಮತ್ತೆ ಆರಂಭವಾಯಿತು. 1985ರ ವೇಳೆಗೆ ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ 20 ಲಕ್ಷಕ್ಕೂ ವಾರ್ಷಿಕ ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗಿಗಳ ಸಾವು 3000 ಕ್ಕೂ ತಲುಪಿತು. ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಳಿಮುಖವಾಗಲೇ ಇಲ್ಲ, ಮತ್ತೆ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗತೊಡಗಿದವು. ಶಿಕ್ಷಣ ತಜ್ಞರು ಕೈಗೊಂಡ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅಂದಾಜು ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರತಿವರ್ಷ 200-300 ಲಕ್ಷ ಪ್ರಕರಣಗಳು ದಾಖಲಾಗುತ್ತಿವೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಕ್ಕಿಂತ ಇದು 10 ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು.



ಸರ್ಕಾರದ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳು ಅವರಿಗೆ ದೊರೆತ ರೋಗಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಪ್ರಸಂಗಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದವು. ಸ್ವತಂತ್ರ ಅಂದಾಜುಗಳು ಮಲೇರಿಯಾ ಔಷಧಿಗಳ ಮಾರಾಟದಿಂದ ಮತ್ತು ಜ್ವರ ಪ್ರಕರಣಗಳ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದವು. ಸರ್ಕಾರದ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಳಗೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಸರಿಯಾದ ಅಂಕಿ-ಅಂಶ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವುದು (70%ಗೂ ಮೀರಿ ಜ್ವರ ಪ್ರಕರಣಗಳು ವರದಿ ಆಗಿವೆ). ಸಕಲ ಜ್ವರ ರೋಗಿಗಳ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಮಾತ್ರ ಕೈಗೊಂಡರೆ ಈ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹವಾಗುವುದು.

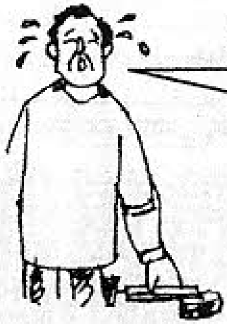
ಇದಕ್ಕೂ ವಿಚಿತ್ರವೆಂದರೆ - ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ಪ್ಲಾಸ್ಮೋಡಿಯಂ ಫಾಲ್ಸಿಪಾರಂ ಪರೋಪಜೀವಿಯಿಂದ. ಇದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ರೋಗ ಮತ್ತು ಸಾವಿನ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಆಗಿವೆ. ಈ ಮಲೇರಿಯ ಪ್ರಸಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯ ಔಷಧ ನಿರೋಧಕ ಗುಣ ಉಂಟಾಗಿದೆ.



ಫಲಿತಾಂಶ : 1987ರಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾದಿಂದಾದ ಸಾವಿನ ಪ್ರಕರಣಗಳು 75000 ಎಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರ ಕೇವಲ 188 ಸಾವುಗಳು ಎಂದು ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ.

ಮಲೇರಿಯಾ ಈಗ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ವ್ಯಾಪಿಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ಮೊದಲು ಇದು ನಗರಗಳಲ್ಲಿರಲಿಲ್ಲ.

ಮಲೇರಿಯಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸೋತಿದೆಯೆಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಂತೆ!



ಅನೇಕ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಸೋಲಿಗೆ ಕಾರಣಗಳು!

ಡಾಕ್ಟರ್: ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಡಿಡಿಟಿ ನಿರೋಧಕತೆ ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡವು.

ಆಡಳಿತಜ್ಞರು: ಅಜಾಗರೂಕತೆ ಮತ್ತು ಅನಾದರಗಳನ್ನು ಸಿಂಪಡನೆ ಹಾಗೂ ಇತರ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾಯಿತು. ರೋಗಕಾರಕಗಳ ಮೇಲೆ ನಿರಂತರ ದಾಳಿ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ.

ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು : ಔಷಧಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣ ಇಲ್ಲ. ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಹಣವಿನಿಯೋಗ ಇಲ್ಲ.

ಆರೋಗ್ಯ ಆಡಳಿತಜ್ಞರು : ಇಲ್ಲ! ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿಗೆ ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ರತಿರೋಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ವಹಿಸಿದ್ದೇ ತಪ್ಪಾಯಿತು. ಏಕೋದ್ದೇಶ ಮಲೇರಿಯಾ ಸಿಂಪಡನೆಯೇ ಇದ್ದರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿತ್ತು.

ಮಲೇರಿಯಾ ಹರಡಿಕೆಯು - ಪರೋಪಜೀವಿಗೂ, ಸೊಳ್ಳೆಗೂ ಮಾನವನಿಗೂ ಇರುವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ - ನೈಸರ್ಗಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸರ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಖಚಿತ ಕಾರಣಗಳು ಹಾಗೂ ಹರಡಿಕೆಯ ಕಾರ್ಯ, ವಿಧಾನ ಒಂದೆಡೆಯಿಂದ ಮತ್ತೊಂದೆಡೆಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿಯೇ ಇರುತ್ತದೆ.

HEALTH LIBRARY AND COM H 340 705

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಐದು ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿ

ರಾಜಾಸ್ಥಾನ

ಇಂದಿರಾಗಾಂಧಿ ನಾಲಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಳಿ ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಬಿಹಾರದ ರೋಗ ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರದೇಶದ ಅಲೆಮಾರಿ ಕೂಲಿಗಳಿಂದ ಈ ರೋಗ ಇಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಯಿತು. ನೀರು ಸ್ಥಗಿತಗೊಂಡ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನೀರು ಜಿನುಗುವಿಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಇರುವೆಡೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಇತ್ತು. 4000 ಮಂದಿ ಮರಣವನ್ನಪ್ಪಿದ ಅಂದಾಜು ಕೆಲವು ರೋಗನಿರೋಧಕಗಳೂ ಇದ್ದುದು ಅದೃಷ್ಟ. ಜ್ವರದಿಂದಲೇ ಮರಣವನ್ನಪ್ಪಿದ ಜನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅತ್ಯಧಿಕ.

ದಕ್ಷಿಣ ಚೆನ್ನೈ ನಗರ ವಲಯ

ತಮಿಳುನಾಡಿನ ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಈ ಭಾಗದಲ್ಲೇ ಇದೆ. ರೋಗಕಾರಕಗಳು ಕುಡಿವ ನೀರಿನ ಬಾವಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮಾಡುವವು. ಸೂರು ಟ್ಯಾಂಕುಗಳಲ್ಲಿ, ಟೈರುಗಳಲ್ಲಿ, ಡಬ್ಬಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ವರ್ಧಿಸುವುದು. ಬಹಳಷ್ಟು ಪರೋಪಜೀವಿಗಳೆಂದರೆ - ಪ್ಲಾಸ್ಮೋಡಿಯಂ ವಿವಾಕ್ಸ್. ಇದು ಕ್ಲೋರೋಕ್ವಿನ್‌ಗೆ ಸಂವೇದಿಯಾದರೂ ಅದಕ್ಕೆ ಒಗ್ಗಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗೆಯೂ ಇದೆ. ಈ ಪ್ರದೇಶವು ಸಿರಿವಂತರ ಬೀಡು. ಕೆಲವೊಂದು ಕೊಳೆಗೇರಿಗಳಲ್ಲೂ ಜ್ವರದ ಪ್ರಕರಣಗಳಿವೆ.

ಉತ್ತರ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ

ಇಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಕ್ರಮೇಣ ಹೆಚ್ಚಾಗತೊಡಗಿವೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ರೋಗಕಾರಕ ಡಿಡಿಟಿ. ಬಿಎಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಮ್ಯಾಲಥಿಯಾನ್ ಕ್ರಿಮಿನಾಶಕ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯದಾಗಿದೆ. ಫಾಲ್ಸಿಪಾರಂ ಮಲೇರಿಯ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಅದೃಷ್ಟ.

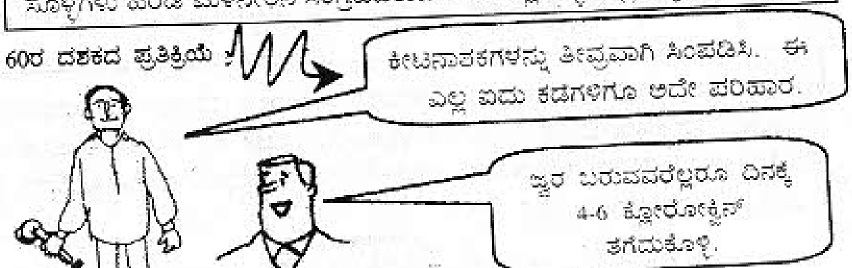
ಅಸ್ಸಾಂ

ಪ್ರತಿಬಾರಿ ಮಳೆಬಂದಾಗಲೂ ಮಲೇರಿಯಾ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಕೀಟನಾಶಕ ಸಿಂಪಡನೆ ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಲ್ಲ. ಪ್ರತಿ ವರ್ಷವೂ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಜೀವಿಗಳ ಕೀಟನಾಶಕ ನಿರೋಧಕತೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ.

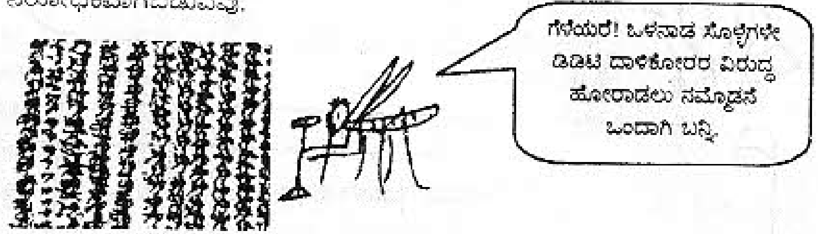
ಒರಿಸ್ಸಾದ - ಆದಿವಾಸಿ ಜಿಲ್ಲೆ

ಮಲೇರಿಯಾದ ಪ್ರಧಾನ ಸ್ಥಾನ. 30%ಗೂ ಮೀರಿದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹಿಗ್ಗಲಿಸಿದ ಗುಲ್ಮ (ಸ್ಪ್ಲೀನ್) ಇದೆ. ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯಿಂದಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ರೋಗ ಹರಡುತ್ತಿದ್ದು, ಅನೇಕ ಪರೋಪಜೀವಿಗಳು ಫಾಲ್ಸಿಪಾರಂ ಬಗೆಯವು ಮತ್ತು ಕ್ಲೋರೋಕ್ವಿನ್ ನಿರೋಧಕತೆಯವು. ಕಾಡಿನ ಹೊಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಹರಡಿ ಮಳೆನೀರಿನ ಸಂಗ್ರಹವಿರುವ ಮರಗಳಲ್ಲಿ ಪಳ್ಳಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

60ರ ದಶಕದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ :



1960ರಲ್ಲಿ ಈ ಐದೂ ವರದಿಗಳು ಒಂದೇ ತಾಂತ್ರಿಕ ಪರಿಹಾರವಿತ್ತು. ಈ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ ಎಂದು ಬೇರೆ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಕೀಟನಾಶಕ್ಕೆ ಸಂವೇದಕವಾಗಿರುವೆಡೆ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ವಿಧಾನ ಉಪಯುಕ್ತ. ಅನಂತರ ಅವು ನಿರೋಧಕವಾಗಿಬಿಡುವವು.



90ರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ → ಈಗಲೂ ಅದೇ! ಹೆಚ್ಚು ನಿಯತವಾಗಿ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಕೀಟನಾಶಕವನ್ನಾಗಲೀ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲ.

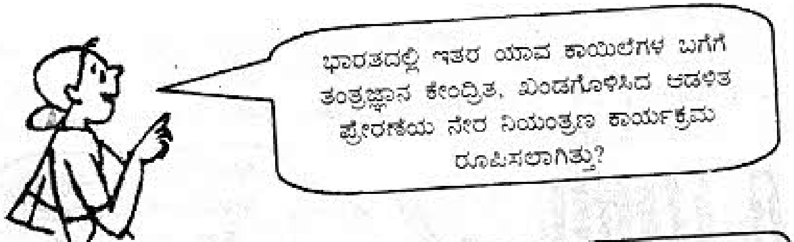
ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಕೇಂದ್ರಿತ, ಖಂಡಗೊಳಿಸಿದ. ಆಡಳಿತ ಯಂತ್ರದಿಂದ ಪ್ರೇರಿತ ದಾಳಿ. ಈ ದಾಳಿಗೆ ರೋಗಕಾರಕಗಳು ಜಗ್ಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ. ಕಾಲಕ್ರಮೇಣ ಈ ವಿಧಾನಗಳು ನಿರುಪಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತವೆ.

ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಕೇಂದ್ರಿತ → ಪರೋಪಜೀವಿಗಳಿಂದ ಕಾಯಿಲೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವುದು. ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಧೋರಣೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸದು. ಪರೋಪಜೀವಿಯ ಇಲ್ಲವೇ ರೋಗಕಾರಕದ ವಿರುದ್ಧ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನೀಯ ದಾಳಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುದು.

ಖಂಡಗೊಳಿಸಿದ್ದು → ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ಒಂದೆರಡು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅದಕ್ಕೆ ಪರಿಹಾರ ಹುಡುಕುವುದು.

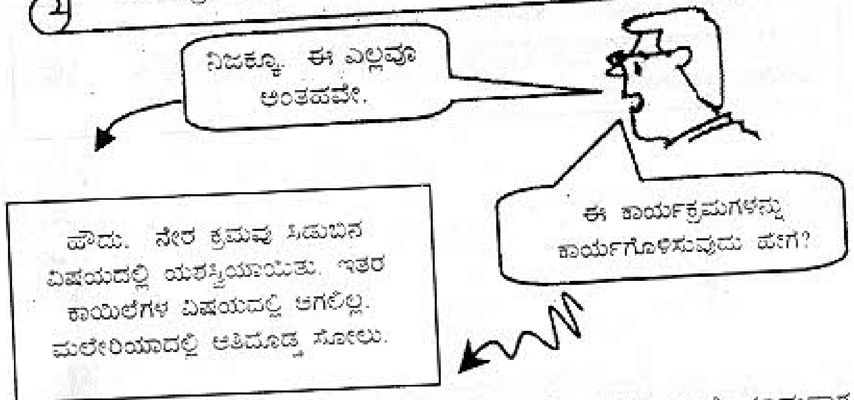
ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಪ್ರೇರಣೆ → ಇಡೀ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಸೂತ್ರವನ್ನು ದೆಹಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧರಿತವಾಗುವುದು. ಅನ್ವಯ ಮಾತ್ರ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಆಗುವಂತಹದು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ತಯಾರಿಸಿದ್ದಲ್ಲ. ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಆಯ್ಕೆ ಅಲ್ಲ.

ಫಲಿತಾಂಶ → ಅಸಮಂಜಸವಾದ ಕಾರ್ಯಸೂತ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಸೂಚಿಸುವುದು. ಕೊನೆಗೆ ಆಡಳಿತವು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದತ್ತಲೇ ಲಕ್ಷ್ಯವಹಿಸಲಾರದು.

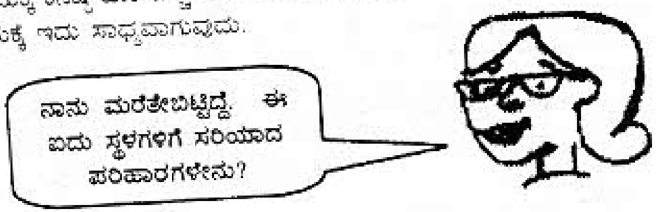


ಬಲಿಪಶುವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಆನೆಕಾಲು ರೋಗ, ಕಾಲಾ ಅಜಾರ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಕುಷ್ಠ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ವಿಟಮಿನ್ ಎ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಅತಿಸಾರ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ. ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ.......



- ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಿ. ಹೀಗೆ ಮಾಡುವಾಗ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ.
- ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯವನ್ನು ತೊಡಗಿಸಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕೈಗೊಂಡು ಸಮುದಾಯವು ಭಾಗವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಿ.
- ಜನರಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದು ನಿರಂತರ ಜಾಗೃತಿಗೆ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿ-ಸಮುದಾಯ ಮಾಹಿತಿ, ಖಾಸಗಿ ವಲಯ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರ ಆರೋಗ್ಯವಲಯದ ಮಾಹಿತಿ ಪರಿಗಣಿಸಿ.
- ಈ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಕನಿಷ್ಠ ಹಣ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿ (ನೇರ ಕ್ರಮಕ್ಕಿಂತ ಇದು ಅಗ್ಗ ಕೂಡಾ). ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಕ್ಕೆ ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದು.



ನಾನಾ ಆಯ್ಕೆಗಳಿವೆ ಮತ್ತು ಆ ಪೈಕಿ ಯುಕ್ತವಾದದ್ದನ್ನು ದೇಶ ಮತ್ತು ಸಂದರ್ಭವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ತಾಂತ್ರಿಕ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನೂ ಪರಿಶೀಲಿಸೋಣ.

ವ್ಯಕ್ತಿಮಟ್ಟದವು:

- ಔಷಧಿಯುತ ಎಳೆಯ ಇಲ್ಲವೇ ಸಾಧಾರಣ ಎಳೆಯ ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆಗಳು.
- ವಾಣಿಜ್ಯವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಕೀಟವಿಕರ್ಷಕಗಳು.
- ಸ್ಥಳೀಯ ಸಸ್ಯಧೂಮಕಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಸ್ಯಜನ್ಯ ವಿಕರ್ಷಕಗಳು.
- ರಾಸಾಯನಿಕ ಪರಿಹಾರ - ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಮಲೇರಿಯಾ ಹಾರಿ ಔಷಧಿ ಸೇವನೆ.

ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ನಿರ್ವಹಣೆ

- ಹಳ್ಳ ಕೊರಕಲುಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚುವುದು ಹಾಗೂ ನೀರು ನಿಂತಿರುವೆಡೆ ಸೀಮೆಎಣ್ಣೆ ಸುರಿಯುವುದು. ನೀರು ನಿಲ್ಲುವೆಡೆಗಳಾದ - ಡಬ್ಬದ ಚೂರು, ಮರದ ಪೊಟರೆ, ರಬ್ಬರ್ ಟೈರು, ಮುಂತಾದೆಡೆ ನೀರನ್ನು ಹೊರಚೆಲ್ಲುವುದು. ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಈ ರೀತಿ ತೆರವು ಮಾಡಿದರೆ ನಿಂತ ನೀರು 7 ದಿನಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಅವಧಿ ನಿಲ್ಲುವ ಅಪಾಯವೇನೂ ಇಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಮಲೇರಿಯಾ ಹರಡದು.
- ನೀರು ಶೇಖರಿಸುವ ತೊಟ್ಟಿಗಳಿಗೆ ಸೊಳ್ಳೆ ಬರದಂತೆ ಮುಚ್ಚುವುದು.
- ಕೆರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನೀರಾವರಿ ಜಲಾಶಯಗಳಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆ ಸಂತಾನವನ್ನು ತಿನ್ನುವ ಮೀನುಗಳನ್ನು ಸಾಕುವುದು.
- ಗದ್ದೆ ಮುಂತಾದೆಡೆ ನೀರನ್ನು 5-7 ದಿನಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಬದಲಾಯಿಸಿ ಸೊಳ್ಳೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆಗದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು.
- ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಮಾಣ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ (ರಸ್ತೆ, ಕಾಲುವೆ ಮತ್ತು ಕಟ್ಟಡ) ಸಾಕಷ್ಟು ಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ನೀರು ನಿಲ್ಲದ ಸ್ಥಿತಿ ಏರ್ಪಡಿಸುವುದು.

ಕೀಟನಾಶಕಗಳ ಸಿಂಪಡನೆ

- ಗೋಡೆಯ ಮೇಲೆ ವಿರಮಿಸುವ ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಎಲ್ಲಿ ವಿರಮಿಸುವವೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಆ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಕೀಟನಾಶಕಗಳನ್ನು ಸಿಂಪಡಿಸುವುದು.
- ಹಾರುವ ಸೊಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಕೃತಕವಾಗಿ ಕಾವಳ ಉಂಟುಮಾಡುವುದು. ಜನಸಂದಣಿ ಇರುವೆಡೆ ಹಾಗೂ ವಿಮಾನ ನಿಲ್ದಾಣ ಮತ್ತು ರೇಲ್ವೆ ನಿಲ್ದಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಇದರ ಅಗತ್ಯವಿರಬಹುದು.

ಔಷಧಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

- ಜ್ವರದ ಪ್ರಸಂಗಗಳನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿ ಚುರುಕಾಗಿ ಹಾಗೂ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು.
- ಮಲೇರಿಯಾಹಾರಿ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಗೆ ನೀಡುವುದು.

ಆಲೋಚಿಸಿ......

ಈ ಪೈಕಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ತರು ಮಾಡಲಾಗದ ಕ್ರಮಗಳು ಯಾವುವು? ಜನರ ಸಕ್ರಿಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಯಾವಾಗ ಅಗತ್ಯ? ಈ ದಿನ ಸಮುದಾಯದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಎಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ - ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಹಾಗೂ ಇಲಾಖೆಗಳು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗದ್ದು ಯಾವುದು? ಯಾವುದಕ್ಕೆ ಇಲಾಖೆಯ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶ ಅಗತ್ಯ?

ಆ ಐದು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಏನು ಮಾಡಬಹುದೆಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೋಚಿಸೋಣ.

ಬಸ್ತಾರ್ : ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳು ಹಾಗೂ ಆಯ್ಕೆಗೊಂಡ ಪಂಚಾಯಿತಿ ಸದಸ್ಯರು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡರು. ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಕಾಯಿಲೆಯ ವ್ಯಾಪಕತೆ ಹೆಚ್ಚು ಇದ್ದ ಕಾರಣ - ಔಷಧಿಯುತ ಸೊಳ್ಳೆ ಪರದೆ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿದರಲ್ಲದೆ ಜ್ವರ ಬಂದವರಿಗೆ ಕ್ಲೋರೋಕ್ವಿನ್ ನೀಡಿದರು. ಒಳಾಂಗಣ ಸಿಂಪಡನೆ ಮಾಡಲಾಯಿತಾದರೂ ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಗೋಡೆಯ ಮೇಲೆ ಕೂಡುವ ಜಾತಿಯವಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಕೀಟ ತಜ್ಞರು ಹೇಳಿದ್ದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಕೈಬಿಡಲಾಯಿತು.

ದಕ್ಷಿಣ ಚೆನ್ನೈ : ಒಳಾಂಗಣ ಸಿಂಪಡನೆಯಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನವಿಲ್ಲ. ಸಾಮೂಹಿಕ ವಲಸೆ ಹೋಗುವ ಮೂಲಕ ಅಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಸ್ವಯಂಸೇವಕ ತಂಡಗಳು ಈ ಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಸೊಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ತೆರೆದ ಬಾವಿ ಹಾಗೂ ಸಮುದ್ರ ತೀರಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಬಗೆ ಹೇಗೆಂದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲ.

ರಾಜಾಸ್ಥಾನ : ಕಾಲುವೆಯಲ್ಲಿ ಸುಗಮವಾಗಿ ನೀರು ಹರಿಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದೇ ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆ. ಸುಧಾರಿತ ಜಾಗ್ರತೆ, ಸಕಾಲಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ವಲಸೆ ಕೂಲಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ, ಗಮನ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಈ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಿತು. ನಿರಂತರ ಸಿಂಪಡನೆಯು ಕೀಟನಾಶಕ ನಿರೋಧಕತೆ ಹೆಚ್ಚಿರುವೆಡೆ ಈ ಪರಿಹಾರಗಳು ಉಪಯುಕ್ತವಾದವು.

ಗ್ರಹಿಕೆ : ಏಕಸೂತ್ರ ಅರ್ಥಾತ್ ನೇರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರದಿಂದಿರಿ. ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆ, ಸಾಕಷ್ಟು ಜಾಗೃತಿ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ಇರಬೇಕು.

ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ನೀತಿಯ ಸ್ವರೂಪ

ರೋಗ ವ್ಯಾಪಕತೆಯ ಅಂದಾಜು

ಮಲೇರಿಯಾದ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಿ. ವಿವಿಧ ಆಕರಗಳಿಂದ ಬಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಿ ಹಿಮ್ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯಿರಿ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಂತ್ರಜ್ಞರು ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಖ್ಯೆಯ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವಂತೆ ಉಸ್ತುವಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಿ.

ಯೋಜನೆಯ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ

- ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಂದರ್ಭಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಮಗ್ರ ರೂಪದ್ದಿರಬೇಕು. ಇದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಮೊದಲು ಈ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಬೇಕು.
- ಸ್ಥಳೀಯ ರೋಗವಾಹಕಗಳ ಆಹಾರ ಕ್ರಮ, ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ.
- ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಸ್ಥಾನಗಳು ಹೆಚ್ಚುಗೊಳ್ಳಲು ಕಾರಣಗಳು.
- ಪರೋಪಜೀವಿಯ ಬಗೆ ಹಾಗೂ ಅದು ಔಷಧ ನಿರೋಧಿಯೇ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಸೊಳ್ಳೆಯ ಕೀಟನಾಶಕ ನಿರೋಧತೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕ ಅಂಶಗಳು.
- ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಇತರೆ ರೋಗವಾಹಕ ಪ್ರಸಾರಿತ ಕಾಯಿಲೆಗಳು.

ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ

ಯೋಜನೆಯ ತಯಾರಿ ಹಾಗೂ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸಬೇಕು. ಅಂದ ಮೇಲೆ

- ಸ್ಥಳೀಯ ಚುನಾಯಿತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಭಾಗವಹಿಸಲು ಅವಕಾಶವಾಗುವಂತಹ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು.
- ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸಿ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಬೇಕು.

ಸಂಪನ್ಮೂಲ

ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಾಗೂ ತಳರಚನೆಯು ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಪೈಕಿ

- ಮಲೇರಿಯಾಹಾರಿ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಸೊಳ್ಳೆ ನಾಶಕಗಳು.
- ವಾಹನ ಸೌಲಭ್ಯ ಇರುವ ಇಬ್ಬರು ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು.
- ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಹಾಗೂ ಸಿಂಪಡನಾ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವಷ್ಟು ಉಪಕರಣ
- ಯೋಗ್ಯ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಯುತ ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆಗಳು ಹಾಗೂ ಮೀನುಮರಿಗಳನ್ನು ಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಮರ್ಥ್ಯ.
- ಮೂಲ ಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಮುಂತಾದ ಇತರ ಲೋಕೋಪಯೋಗಿ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಹಣ ನೀಡಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಿಸಲು ಸಹಾಯ ಲಭ್ಯತೆ.

ಸಮುದಾಯ ಸಂಘಟನೆಯನ್ನಾಗಲಿ, ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆಯನ್ನಾಗಲಿ ಸರ್ಕಾರ ತಾತ್ವಿಕವಾಗಿ ಒಪ್ಪುತ್ತದೆ. ಕಾಗದದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಅಂಶಗಳು ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಮೂಡುವಂತೆ ಪ್ರಯತ್ನ ಕೈ ಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ.

ಮಲೇರಿಯಾ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಜನರ ಭಾಗವಹಿಸಿಕೆ

ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ನೀತಿಯ ಜಾರಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಮನವಿ ಸಲ್ಲಿಸಿಯೋ, ಒತ್ತಾಯ ಹೇರಿಯೋ, ಪ್ರಚಾರ ನೀತಿಯಿಂದಲೋ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬಹುದು. ಇದರ ಸಲುವಾಗಿ ಚಳುವಳಿಯನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಬಹುದು. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಕೇವಲ ತೋರಿಕೆ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದೀತು. ಅನೇಕ ವೇಳೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವಂತೆ ಢಾಳಾಗಿದ್ದರೂ ನಿಷ್ಪ್ರಯೋಜಕವಾಗಬಹುದು. ಮಿದುಳು ಜ್ವರ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ಕೂಡಲೇ ಹಂದಿಗಳನ್ನು ಸಾಯಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಕೃತಕ ಕಾವಳಿ ಉಂಟುಮಾಡುವುದು - ಇದಕ್ಕೆ ಉದಾಹರಣೆ. ಇದರ ಬದಲು ಜನರನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ ಅವರ ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಿ ಸಮುದಾಯ ಪ್ರಯತ್ನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ವಾಸಿ. ತಾಂತ್ರಿಕ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಸಮುದಾಯವೇ ಸರಾಗವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಬಹುದು. ಈ ಪ್ರಯತ್ನ ಕೈಗೊಂಡಾಗ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಇಲಾಖೆಗಳ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಹೀಗೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯನೀತಿ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಪ್ರಚಾರವೂ ಆಗಬಹುದು. ಸತ್ಯಾಗ್ರಹದ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ರಾಜಕೀಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಇದು ಗಳಿಸಬಹುದು. ಹೌದು, ಇದು ಸ್ವಯಂ ಅರ್ಥಪೂರ್ಣವೂ ಆಗಬಹುದು! ಕನಿಷ್ಠ ಕೊಂಚ ಜಾಗೃತಿ ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆ ತುರ್ತಾದ ಫಲಶ್ರುತಿ ಆಗಬಹುದು!

ಆ ಐದು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಏನು ಮಾಡಬಹುದೆಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಆಲೋಚಿಸೋಣ.

ಬಸ್ತಾರ್ : ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳು ಹಾಗೂ ಆಯ್ಕೆಗೊಂಡ ಪಂಚಾಯಿತಿ ಸದಸ್ಯರು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡರು. ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಕಾಯಿಲೆಯ ವ್ಯಾಪಕತೆ ಹೆಚ್ಚು ಇದ್ದ ಕಾರಣ - ಔಷಧಿಯುತ ಸೊಳ್ಳೆ ಪರದೆ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿದರಲ್ಲದೆ ಜ್ವರ ಬಂದವರಿಗೆ ಕ್ಲೋರೋಕ್ವಿನ್ ನೀಡಿದರು. ಒಳಾಂಗಣ ಸಿಂಪಡನೆ ಮಾಡಲಾಯಿತಾದರೂ ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಗೋಡೆಯ ಮೇಲೆ ಕೂಡುವ ಜಾತಿಯವಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಕೀಟ ತಜ್ಞರು ಹೇಳಿದ್ದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಕೈಬಿಡಲಾಯಿತು.

ದಕ್ಷಿಣ ಚೆನ್ನೈ : ಒಳಾಂಗಣ ಸಿಂಪಡನೆಯಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನವಿಲ್ಲ. ಸಾಮೂಹಿಕ ವಲಸೆ ಹೋಗುವ ಮೂಲಕ ಅಲ್ಲಿ ಸೊಳ್ಳೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಸ್ವಯಂಸೇವಕ ತಂಡಗಳು ಈ ಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಸೊಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ತೆರೆದ ಬಾವಿ ಹಾಗೂ ಸಮುದ್ರ ತೀರಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಬಗೆ ಹೇಗೆಂದು ತಿಳಿದಿಲ್ಲ.

ರಾಜಾಸ್ಥಾನ : ಕಾಲುವೆಯಲ್ಲಿ ಸುಗಮವಾಗಿ ನೀರು ಹರಿಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದೇ ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆ. ಸುಧಾರಿತ ಜಾಗ್ರತೆ, ಸಕಾಲಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ವಲಸೆ ಕೂಲಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ; ಗಮನ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಈ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಿತು. ನಿರಂತರ ಸಿಂಪಡನೆಯು ಕೀಟನಾಶಕ ನಿರೋಧಕತೆ ಹೆಚ್ಚಿರುವೆಡೆ ಈ ಪರಿಹಾರಗಳು ಉಪಯುಕ್ತವಾದವು.

ಗ್ರಹಿಕೆ : ಏಕಸೂತ್ರ ಅರ್ಥಾತ್ ನೇರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರದಿಂದಿರಿ. ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆ, ಸಾಕಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತಿ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ಇರಬೇಕು.

ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ನೀತಿಯ ಸ್ವರೂಪ

ರೋಗ ವ್ಯಾಪಕತೆಯ ಅಂದಾಜು

ಮಲೇರಿಯಾದ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಿ. ವಿವಿಧ ಆಕರಗಳಿಂದ ಬಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಿ ಹಿಮ್ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯಿರಿ. ಪಿಎಚ್‌ಸಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಂತ್ರಜ್ಞರು ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಖ್ಯೆಯ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವಂತೆ ಉಸ್ತುವಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಿ.

ಯೋಜನೆಯ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ

- ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಂದರ್ಭಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಮಗ್ರ ರೂಪದ್ದಿರಬೇಕು. ಇದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಮೊದಲು ಈ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಬೇಕು.
- ಸ್ಥಳೀಯ ರೋಗವಾಹಕಗಳ ಆಹಾರ ಕ್ರಮ, ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ.
- ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಸ್ಥಾನಗಳು ಹೆಚ್ಚುಗೊಳ್ಳಲು ಕಾರಣಗಳು.
- ಪರೋಪಜೀವಿಯ ಬಗೆ ಹಾಗೂ ಅದು ಔಷಧ ನಿರೋಧಿಯೇ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಸೊಳ್ಳೆಯ ಕೀಟನಾಶಕ ನಿರೋಧತೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕ ಅಂಶಗಳು.
- ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಇತರೆ ರೋಗವಾಹಕ ಪ್ರಸಾರಿತ ಕಾಯಿಲೆಗಳು.

ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ

ಯೋಜನೆಯ ತಯಾರಿ ಹಾಗೂ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಭಾಗವಹಿಸಬೇಕು. ಅಂದ ಮೇಲೆ

- ಸ್ಥಳೀಯ ಚುನಾಯಿತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಭಾಗವಹಿಸಲು ಅವಕಾಶವಾಗುವಂತಹ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ವಿನ್ಯಾಸವನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು.
- ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸಿ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಬೇಕು.

ಸಂಪನ್ಮೂಲ

ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಾಗೂ ತಳರಚನೆಯು ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಪೈಕಿ

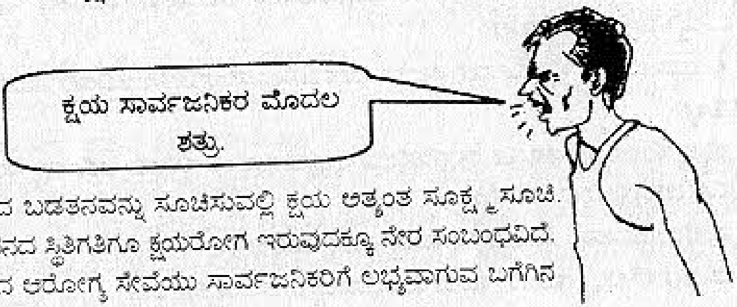
- ಮಲೇರಿಯಾಹಾರಿ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಸೊಳ್ಳೆ ನಾಶಕಗಳು.
- ವಾಹನ ಸೌಲಭ್ಯ ಇರುವ ಇಬ್ಬರು ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು.
- ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಹಾಗೂ ಸಿಂಪಡನಾ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವಷ್ಟು ಉಪಕರಣ
- ಯೋಗ್ಯ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಯುತ ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆಗಳು ಹಾಗೂ ಮೀನುಮರಿಗಳನ್ನು ಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಮರ್ಥ್ಯ.
- ಮೂಲ ಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಮುಂತಾದ ಇತರ ಲೋಕೋಪಯೋಗಿ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಹಣ ನೀಡಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಿಸಲು ಸಹಾಯ ಲಭ್ಯತೆ.

ಸಮುದಾಯ ಸಂಘಟನೆಯನ್ನಾಗಲಿ, ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆಯನ್ನಾಗಲಿ ಸರ್ಕಾರ ತಾತ್ವಿಕವಾಗಿ ಒಪ್ಪುತ್ತದೆ. ಕಾಗದದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಅಂಶಗಳು ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಮೂಡುವಂತೆ ಪ್ರಯತ್ನ ಕೈ ಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ.

ಮಲೇರಿಯಾ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಜನರ ಭಾಗವಹಿಸಿಕೆ

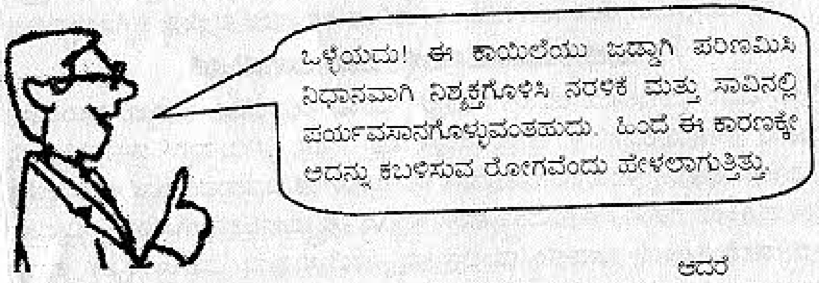
ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ನೀತಿಯ ಜಾರಿಗೆ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಮನವಿ ಸಲ್ಲಿಸಿಯೋ, ಒತ್ತಾಯ ಹೇರಿಯೋ, ಪ್ರಚಾರ ನೀತಿಯಿಂದಲೋ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬಹುದು. ಇದರ ಸಲುವಾಗಿ ಚಳುವಳಿಯನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಬಹುದು. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಕೇವಲ ತೋರಿಕೆ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದೀತು. ಅನೇಕ ವೇಳೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವಂತೆ ಧಾಳಾಗಿದ್ದರೂ ನಿಷ್ಪ್ರಯೋಜಕವಾಗಬಹುದು. ಮಿದುಳು ಜ್ವರ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ಕೂಡಲೇ ಹಂದಿಗಳನ್ನು ಸಾಯಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಕೃತಕ ಕಾವಳಿ ಉಂಟುಮಾಡುವುದು - ಇದಕ್ಕೆ ಉದಾಹರಣೆ. ಇದರ ಬದಲು ಜನರನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ ಅವರ ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಯೋಜನೆ ತಯಾರಿಸಿ ಸಮುದಾಯ ಪ್ರಯತ್ನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ವಾಸಿ. ತಾಂತ್ರಿಕ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಸಮುದಾಯವೇ ಸರಾಗವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಬಹುದು. ಈ ಪ್ರಯತ್ನ ಕೈಗೊಂಡಾಗ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಇಲಾಖೆಗಳ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಹೀಗೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯನೀತಿ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಪ್ರಚಾರವೂ ಆಗಬಹುದು. ಸತ್ಯಾಗ್ರಹದ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ರಾಜಕೀಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಇದು ಗಳಿಸಬಹುದು. ಹೌದು, ಇದು ಸ್ವಯಂ ಅರ್ಥಪೂರ್ಣವೂ ಆಗಬಹುದು! ಕನಿಷ್ಠ ಕೊಂಚ ಜಾಗೃತಿ ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆ ತುರ್ತಾದ ಫಲಶ್ರುತಿ ಆಗಬಹುದು!

ಕ್ಷಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕುರಿತು ಧೋರಣೆಗಳು



ದೇಶದ ಬಡತನವನ್ನು ಸೂಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಸೂಚಿ. ಬಡತನದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗೂ ಕ್ಷಯರೋಗ ಇರುವುದಕ್ಕೂ ನೇರ ಸಂಬಂಧವಿದೆ. ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ಬಗೆಗಿನ ಸೂಚಿಯೂ ಅದೇ.

ಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮಾಡದ ಸರಕಾರಗಳು ಕೂಡಾ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಕನಿಷ್ಠ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿವೆ.



1947 ಜನಸಂಖ್ಯೆ : 300 ಮಿಲಿಯನ್ ಶಂಕಿತ
ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳು : 200 ಮಿಲಿಯನ್

1947 ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳು : 2 ಮಿಲಿಯನ್
ಕ್ಷಯದಿಂದ ಸತ್ತವರು : 5 ಲಕ್ಷ(ವಾರ್ಷಿಕ)

ಆದರೆ ಕ್ಷಯಕಾರಕವಿರುವವರೆಲ್ಲರಿಗೂ ಕ್ಷಯ ತಗಲದು

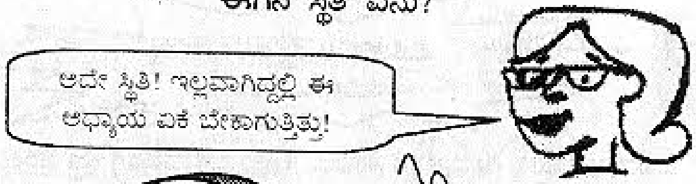
ದೇಹ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕುಗ್ಗಿದವರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಇದು ಕಾಣಬಹುತ್ತದೆ.

ರೋಗನಿರೋಧಕತೆ ತಗ್ಗಲು ಕಾರಣವೆಂದರೆ - ನ್ಯೂನಪೋಷಣೆ, ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಅತಿ ದುಡಿಮೆ, ಅರಕ್ಷಿತ ದುಡಿಮೆ ಹಾಗೂ ಬಾಳುವೆಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ.

ಬಡವರಿಗೇ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಹೆಚ್ಚು ತಗಲುತ್ತದೆ.

ಅದಕ್ಕೆಂದೇ ಕ್ಷಯ ಬಡತನದ ಸೂಚಿ

ಈಗಿನ ಸ್ಥಿತಿ ಏನು?



ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆ ಆಗಲು ಔಷಧಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಕಾರಣ.

ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲೇ ಗರಿಷ್ಠ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಿರುವ ದೇಶ ನಮ್ಮದು.

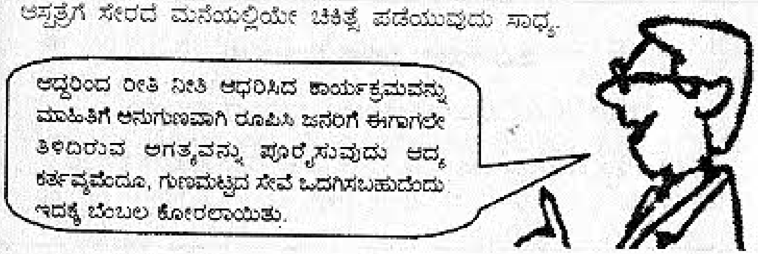
50 ವರ್ಷಗಳ ತರುವಾಯ
ರೋಗಗ್ರಸ್ಥರು : 13 ಮಿಲಿಯನ್.
(ಆರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು)
ಸೋಂಕು ಹಂತ : 2.5 ಮಿಲಿಯನ್
ಕ್ಷಯ ಮರಣ : ವಾರ್ಷಿಕ 5 ಲಕ್ಷ

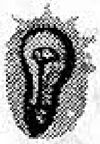
ಇದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕೈಗೊಂಡ ಕ್ರಮಗಳು ಹಾಗೂ ಅವು ವಿಫಲಗೊಂಡ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಯೋಣ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಡಿ.ಟಿ.ಪಿ)

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ ಕ್ಷಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಸರ್ಕಾರ ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕೈಗೊಂಡ ಎಚ್ಚರದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನಾಧರಿಸಿ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳು

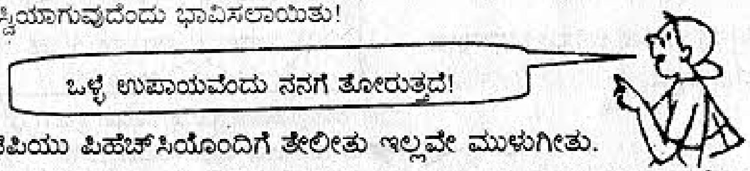
- ಪ್ರತಿಸಾವಿರ ಮಂದಿಯಲ್ಲಿ 3-5 ಮಂದಿಗೆ ಸಕ್ರಿಯ ಕ್ಷಯ ಇದೆ.
- ದೇಶದ ಉದ್ದಗಲಕ್ಕೂ ಸಮಾನ ವಿತರಣೆ- ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇದೆ.
- 10% ಗೂ ಕಡಿಮೆ ಮಂದಿಗೆ ರೋಗ ನಿದಾನ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ದೊರಕುತ್ತಿದೆ.
- 50%ಗೂ ಮೀರಿದ ಜನರು ವೈದ್ಯರ ಬಳಿಗೆ ಬಂದಾಗ ಆ ಪೈಕಿ 90% ಜನರಿಗೆ ಕೆಮ್ಮು ನಿವಾರಕ ಔಷಧಿ ನೀಡಿ ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉಳಿದವರಿಗೂ ರೋಗವಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದಿದೆಯಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯರ ಸಹಾಯ ಬಯಸಿದ್ದಾರೆ.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅಗ್ಗವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹವಾಗಿ ಮಾಡಿದರೆ ರೋಗಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಕಾಯಿಲೆ ನಿವಾರಿಸಬಹುದು.
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರದೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದು ಸಾಧ್ಯ.





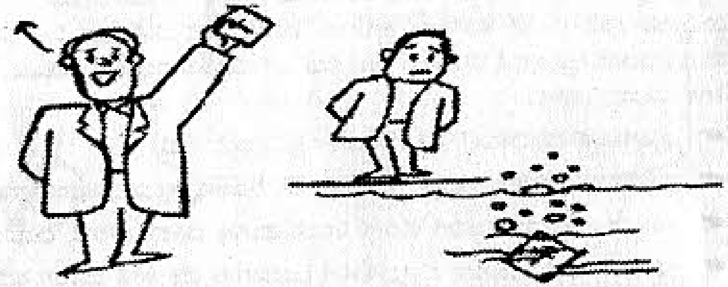
ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿ ಮತ್ತು ಡಿಟಿಪಿಗಳನ್ನು ಸಮಗ್ರಗೊಳಿಸೋಣ!

ಹಾಗೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು! ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸಹಾಯ ಕೋರಿ ಬರುವವರಿಗೆ ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ ಕೈಗೊಂಡು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದಾಗಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿ ಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಂತ್ರಜ್ಞರನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ನಿದಾನ ಕೈಗೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸುವರು. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಹಾಗೂ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಂತ್ರಜ್ಞರು ಇರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವವೆಂದು ಭಾವಿಸಲಾಯಿತು. ಒಂದು (ಪಿಎಚ್‌ಸಿ) ಯಶಸ್ವಿಯಾದರೆ ಇನ್ನೊಂದು (ಡಿಟಿಪಿ) ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುವುದೆಂದು ಭಾವಿಸಲಾಯಿತು!



ಡಿಟಿಪಿಯು ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿಯೊಂದಿಗೆ ತೇಲೀತು ಇಲ್ಲವೇ ಮುಳುಗೀತು.

80ರ ದಶಕದವರೆಗೆ ಪಿಹೆಚ್‌ಸಿಗಳು 50%ಗೂ ಮೀರಿ ಗ್ರಾಮ ಹಾಗೂ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರಲಿಲ್ಲ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಂತ್ರಜ್ಞ ಮತ್ತು ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಪುರುಷ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಹುದ್ದೆ ಖಾಲಿ ಇರುವುದು ಗಾಬರಿ ಹುಟ್ಟಿಸುವಂತಹದು.



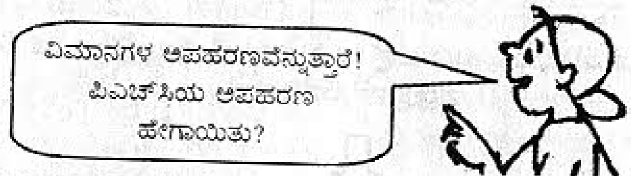
ಈ ಸೋಲಿಗೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆಂದರೆ

- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿ ಬೇರೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿದುದು

ಪಿಎಚ್‌ಸಿಯ ವಿಶೇಷ ವಿಮುಖತೆ

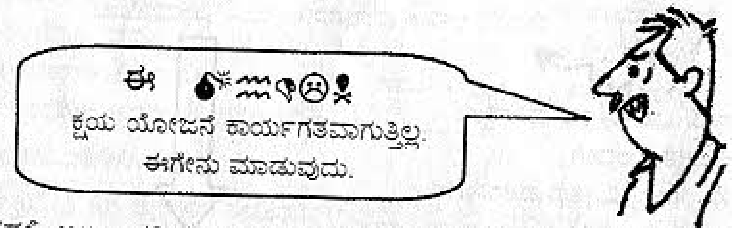
ದಶಕ 50-60: ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಮಲೇರಿಯಾ

ದಶಕ 70 - ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಲಸಿಕೆ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಪಾಲನೆ.

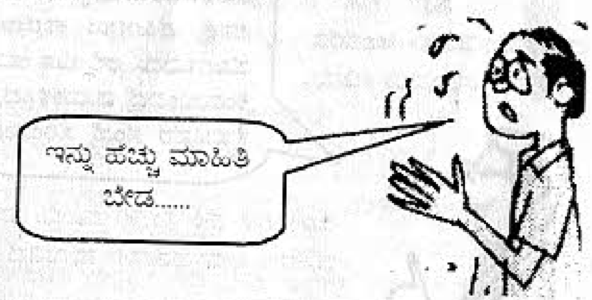


ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಇಲ್ಲವೇ ರೋಗ ನಿರೋಧಕತೆಯನ್ನು ಮೇಲಿನಿಂದ ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ಕೆಳಕ್ಕೆ ತರಲು ಆಯೋಜಿಸಿ ಇತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಯಿತು. ಕ್ಷಯ ನಿರ್ಮೂಲನೆಯೂ ಆ ಪೈಕಿ ಒಂದು. ಸಮುದಾಯವು ಒಳಗೊಳ್ಳಲೇ ಇಲ್ಲ.

80ರ ಉತ್ತರಾರ್ಧದ ವೇಳೆಗೆ........



80ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪ ಅವಧಿಯ ರಾಸಾಯನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ರಿಫಾಂಪಿಸಿನ್ ಬಳಕೆ ಮಾಡಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಡಿಟಿಪಿಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲಾಯಿತು. ಅದೇನೂ ಫಲಕಾರಿಯಾಗಲಿಲ್ಲ. ಯಾರಿಗೂ ಅಚ್ಚರಿ ಎನಿಸಲೂ ಇಲ್ಲ! ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಯ ದುಬಾರಿ ಬೆಲೆಯಿಂದಾಗಿ ಈ ಗುರಿ ಸಾಧಿಸಲು ಆಗಲೇ ಇಲ್ಲ.



1994

- 496 ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಪೈಕಿ 391 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಟಿಪಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿದೆ.
- 17381 ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ಪಿಎಚ್‌ಐ) ಇದ್ದು ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ 44 ಪಿಹೆಚ್‌ಐಗಳಿವೆ.
- 391 ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಪೈಕಿ 252 ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಎಸ್‌ಸಿಸಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು.
- ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಇದ್ದು ಅದು ಪಿಎಚ್‌ಐಗಳ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ನಿರ್ದೇಶನ ಬೆಂಬಲ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಈ ತಳರಚನೆ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ 1994 ರಲ್ಲಿನ ಸರಾಸರಿ

ಪ್ರತಿ ಡಿಟಿಪಿಯಲ್ಲಿ 6465 ಎಕ್ಸ್ ಕಿರಣ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು 11094 ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲಾಗುವುದು.

↓

ಈ ಪೈಕಿ 3788 ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಕ್ಷಯ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿ ಆ ಪೈಕಿ 770 (20%) ಮಂದಿಗೆ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲಾಗಿದೆ.

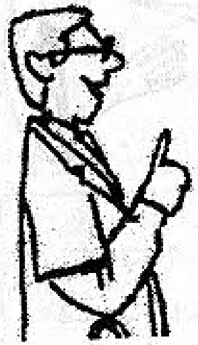
↓

ಎಕ್ಸ್‌ರೇ ನಿದಾನ 73.9% ರೋಗಲಕ್ಷಣ ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು.
ಅಂದರೆ ಅನೇಕ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹುಸಿ ಎಂದಾಯಿತು.

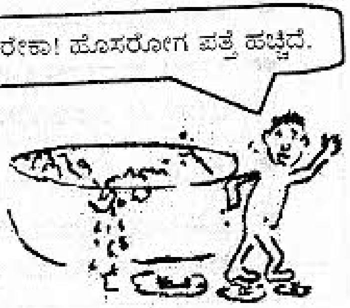
ಇದು ಭಾಗಶಃ ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಅದಕ್ಷತೆಯಿಂದಾಗಿ ಸೇ 50ಕ್ಕೂ ಮೀರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳು ದಾಖಲಾದವು.

ಪತ್ತೆಯಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದರೆ 35% ಮಾತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಹದಿನೈದು ದಿನಗಳ ಅಂತರದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಗಿಸುವವರು ಕಡಿಮೆ.



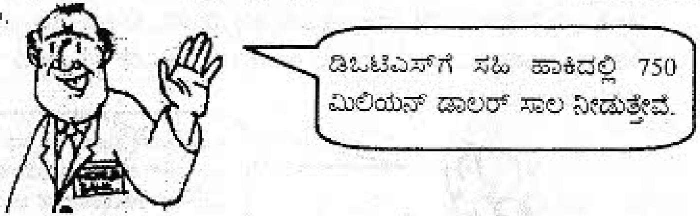
ರೋಗಿಗಳ ಪೈಕಿ ಸೇ.30 ಮಂದಿ ಮಾತ್ರ ನಿದಾನಿತರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಸರಣ ಅವ್ಯಾಹತವಾಗಿ ಸಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದಾಯಿತು.



ಕ್ಷಯದ ಮರು ಅನ್ವೇಷಣೆ

90ರ ದಶಕದ ಉತ್ತರಾರ್ಧದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯವು ಮತ್ತೆ ಚರ್ಚೆಯ ವಸ್ತು ಆಯಿತು. ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅನೇಕ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟ ಆದದ್ದು - ಜಾಗತಿಕ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಇಲ್ಲವೇ ಮರೆತ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ

ಮುಂತಾಗಿ. ಏಡ್ಸ್ ಸಂಬಂಧಿ ಕ್ಷಯವೂ ಹೆಚ್ಚಳವಾಗತೊಡಗಿತು. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲೂ ಇದಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ದೊರೆಯಿತು. 1997ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ 440 ಮಿಲಿಯ ಡಾಲರ್ ಸಾಲ ನೀಡಲು ಮುಂದಾಯಿತು.



ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಡಿಒಟಿಎಸ್‌ಗೆ ಸಹಿ ಹಾಕಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಒತ್ತಾಯ ಹೇರಿತು. ನೇರ ವೀಕ್ಷಣೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ - ಅಲ್ಪಾವಧಿಯದು ಎಂಬುದೇ ಡಿಒಟಿಎಸ್ (ಡೈರೆಕ್ಟ್ ಅಬ್ಸರ್ವೇಷನ್ ಟ್ರೀಟ್‌ಮೆಂಟ್ - ಷಾರ್ಟ್ ಕೋರ್ಸ್ - ಡಿಒಟಿಎಸ್). ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮರುಪರಿಶೀಲನೆಗೂ ಅದು ಕರೆ ನೀಡಿತು. ಹೊಸ ಯೋಜನೆಗೆ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಲಿ, ಸಮಾಲೋಚನೆಯಾಗಲಿ ಇರಲಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಈ ಪ್ರಯತ್ನದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಕೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿರಲಿಲ್ಲ.

ಪ್ರಮುಖ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಇವು:

(ಅ) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು 105 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತಗೊಳ್ಳುವುದು - ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ 41 ಎರಡನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ 40, ಮೂರನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ 24.

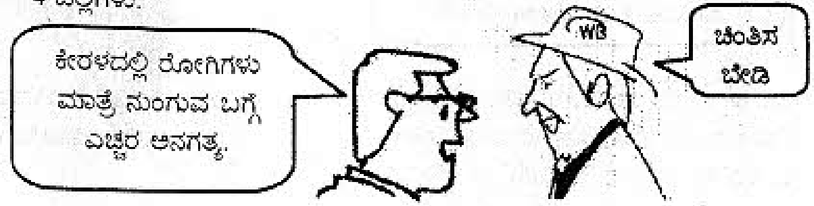
(ಆ) ಈ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮವನ್ನು ತೀಕ್ಷ್ಣಗೊಳಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುದಾನ; ದುಬಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ; ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಂತರ ಹೆಚ್ಚು

(ಇ) ರೋಗಿಯು ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸುವ ಬಗೆಗೆ ನಿಗಾವಹಿಸುವುದೇ ಮುಖ್ಯ ನೀತಿ. ಭಾರತೀಯ ರೋಗಿ ಔಷಧೋಪಚಾರವನ್ನೂ ಕಡೆಗಣಿಸುವವನಾದ ಕಾರಣ. ಡಿಒಟಿಎಸ್ ಮಾತ್ರವೇ ಏಕೈಕ ಪರಿಹಾರ.

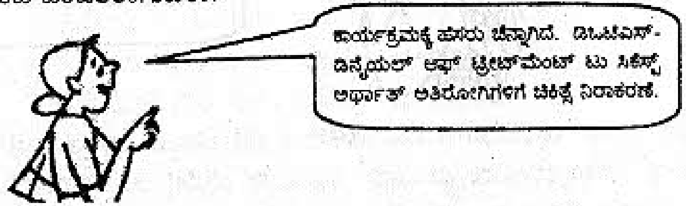
ಡಿಒಟಿಎಸ್‌ನ ಅಂತರ್ಗತ ಅಂಶಗಳು

ಡಿಒಟಿಎಸ್ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ಆಕ್ಷೇಪಗಳಿವೆ.

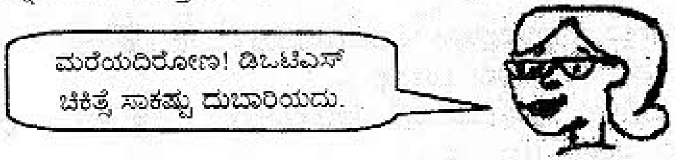
√ ಕೇವಲ ಮೂರರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯ ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹೀಗೆ ಮಾಡುವದರಿಂದ ರೋಗ ಪ್ರಸರಣದ ಗತಿ ನಿಧಾನ ಆಗಲಾರದು. ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ತರ್ಕಸಮಂಜಸತೆ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ. 105 ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಪೈಕಿ 14 ಕೇರಳದವು. ರಾಜಾಸ್ಥಾನ, ಬಿಹಾರ, ಉತ್ತರಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯ ಪ್ರದೇಶಗಳೆಲ್ಲಾ ಸೇರಿ ಕೇವಲ 16 ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದೆ! ರಾಜಾಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ 3 ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಧ್ಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ 4 ಜಿಲ್ಲೆಗಳು.



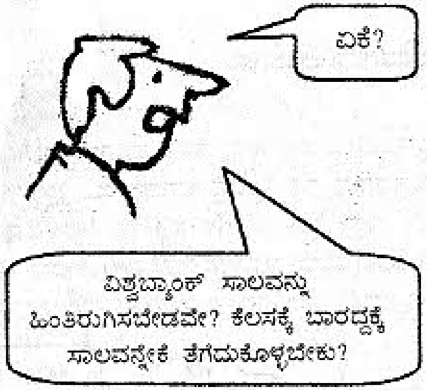
√ ನೇರವೀಕ್ಷಣೆಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡಿರುವ ಕಾರಣದಿಂದಲೇ 40%-70% ರೋಗಿಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗುವರು. ಯಾವ ರೋಗಿ ನಿಯತವಾಗಿ ಔಷಧಿ ಸೇವಿಸುವುದಿಲ್ಲವೋ ಆತನಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಿಂದ ಔಷಧಿ ಕೊಳ್ಳಲು ನಿರ್ದೇಶನ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಬಡವರು ಮತ್ತು ಅತಿರೋಗಿಗಳು ಪಿಎಚ್‌ಸಿಗೆ ಬರದೆ ಇರುವ ಕಾರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗುವರು.



√ ಡಿಒಟಿಎಸ್ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಂತರ ರೋಗ ಮರುಕಳಿಕೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಸಂಗಗಳಿಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡಬಹುದು. ಪುರಾವೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಿಲ್ಲ. ಪ್ರಸರಣ ವೇಗವೇನೂ ತಗ್ಗಿಲ್ಲವೆಂಬಂಶ ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ಅನೇಕರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದಾಗ್ಯೂ ರೋಗ ಪ್ರಸರಣ ಮುನ್ನಿನಂತೆಯೇ ಇರುತ್ತದೆ.



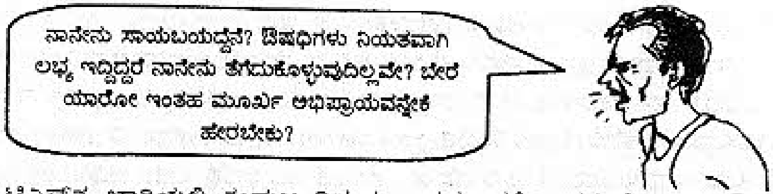
ಈ ಎಲ್ಲ ಕಾರಣಗಳಿದ್ದಾಗ್ಯೂ ಡಿಒಟಿಎಸ್ ಕ್ರಮವನ್ನು ವಿರೋಧಿಸಲು ಜನರು ಹೆದರುವರು!



ಡಿಟಿಪಿ ವಿಫಲಗೊಂಡಿರುವದಲ್ಲದೆ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಲು ಹಣವಿಲ್ಲ. ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ಹಣ ನೀಡಿದಾಗ ಕೊಂಚ ಮಂದಿಯು ಕಷ್ಟವಾದರೂ ತಪ್ಪೀತು. ಏಕಾಗಬಾರದು?

ನಿಜ! ಬೇರೆ ಕ್ರಮಗಳು ಸಾಧ್ಯವಿರುವಾಗ ಇದೇ ಪೂರಕವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದೇ ಆದರೆ ಮೂಲ ಡಿಟಿಪಿ ಧೋರಣೆಯಿಂದಲೇ ಹೆಚ್ಚಿನದನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಆದೀತು.

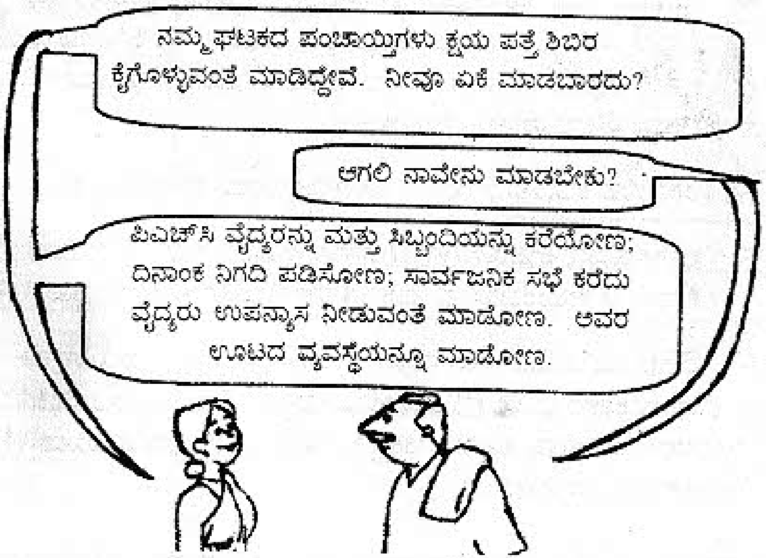
ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಪರ್ಯಾಯಗಳು ಭಾರತೀಯ ಅನುಭವ ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯ ಪರಿಣತಿ ಆಧರಿಸಿದವು. ಫಲಿತಾಂಶಗಳೂ ಉತ್ತಮವಾಗಿರುವವು. ಈ ಕ್ರಮಗಳು ಚರ್ಚಿತವಾದಂತಹವು. ಡಿಒಟಿಎಸ್ ಅನ್ನು ಆಡಳಿತಶಾಹಿಗಳು ಹೇರಿದ್ದು; ಆದರೆ ಉಳಿದವು ಹಾಗಲ್ಲ.



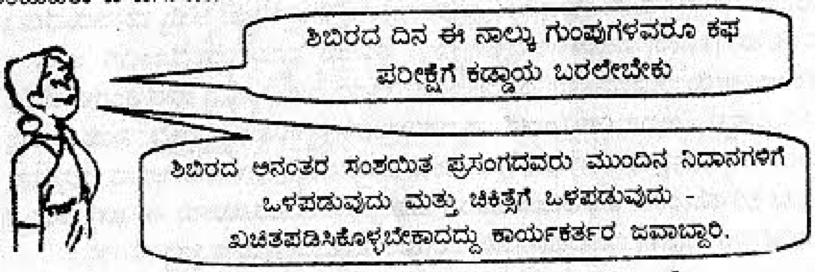
ಡಿಒಟಿಎಸ್‌ನ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ ಔಷಧಿ ಸರಬರಾಜು ಉತ್ತಮವಾಗಿರುವುದು. (ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಎಚ್ಚರದಿಂದ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುವುದು). ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ನೇರ ವೀಕ್ಷಣೆ ಸಾಧ್ಯವೇ ಇಲ್ಲ. ಸ್ಥಳೀಯ ಸಮುದಾಯದೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಅವರ ಬಳಿ ಒಂದು ವಾರ/ತಿಂಗಳ ಔಷಧಿ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಧಿಕಾರಿಗಳೊಡನೆ ವ್ಯವಹರಿಸುವಾಗ ಕಿರಿಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ನಿಯಮವನ್ನು ಸಡಿಲಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವರು. ಆಗ ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರು ವಾಸ್ತವವೆಂದು ಹೇಳುವರು. ಆಗುವ ಅಲ್ಪಾಯಸ್ಸು ಈ ನೀತಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ. ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರು ಈ ಬಗ್ಗೆ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿದ್ದಿದ್ದರೆ ಪರ್ಯಾಯ ವಿಧಾನಗಳೇ ಪರಿಹಾರ ಎಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಕ್ಷಯ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಪರ್ಯಾಯ ಕ್ರಮಗಳು

ಅನೇಕ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೆಂದರೆ - ಪ್ರಕರಣ ಪತ್ತೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರಕರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂದುವರಿಕೆಗೆ ಸಮುದಾಯದ ಬೆಂಬಲ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಸಂಸ್ಥಾ ರಚನೆಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು: - ಮುಂತಾಗಿ ಪ್ರಕರಣ ಪತ್ತೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರಕರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯ. ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಆಸ್ಪದವಿರುವ ಒಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೇ ಈ ಎಲ್ಲ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾದದ್ದು.
ಇತ್ತೀಚಿನ ತಮಿಳುನಾಡಿನಲ್ಲಿ 40 ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಐ.ಎನ್.ಎಸ್.ಎಫ್ ಸಮುದಾಯ ಕೇಂದ್ರಿತ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ನಿರ್ದೇಶಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿತು.



ಶಿಬಿರಕ್ಕೆ ಸ್ವಯಂಸೇವಕರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬೇಕು - ಅವರಿಗೆ ನಾವು ಅರ್ಧ ದಿನ ತರಬೇತಿ ನೀಡುತ್ತೇವೆ. ಅವರು ಪ್ರತಿ ಮನೆಗೂ ಹೋಗಿ ಕ್ಷಯದ ರೋಗಲಕ್ಷಣವಿರುವವರ ಬಗ್ಗೆ ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವರು. ಹಾಗೆ ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ, ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಅವರನ್ನು ನಾಲ್ಕು ವರ್ಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸುವರು. ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಖಚಿತ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳು, ಎ ಅಥವಾ ಬಿ ವರ್ಗದವರು. 50% ಕ್ಷಯ ಸಾಧ್ಯತೆಯವರು ಸಿ ವರ್ಗದವರು; ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ ಆದರೆ ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂಬುವರು ಡಿ ವರ್ಗದವರು.



ವಾಸ್ತವ ಅನುಭವ

- ⇨ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ ನಿದಾನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಕೆಲ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರತಿಭಟಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂದುವರಿಕೆ ಕಷ್ಟವಾಯಿತು. ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರು ಸಾಕ್ಷಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಒಪ್ಪಿದರು. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವರು ಪರೀಕ್ಷಾ ಶಿಬಿರಗಳಿಗೆ ಬರಲು ನಿರಾಕರಿಸಿದರು. ಆಗ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪಿ.ಹೆಚ್.ಸಿ ಗೆ ಒಯ್ಯಬೇಕಾಯಿತು.
- ⇨ ಕಫ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟ ಚೆನ್ನಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯಕೇಂದ್ರವು ಕೇವಲ ಸೀಮಿತ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಎಕ್ಸ್ ಕಿರಣ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿತು. ಅನೇಕ ರೋಗಿಗಳು ಮೃತರಾದರು. ಅವರಿಗೆ ನಿದಾನ ಸೌಲಭ್ಯವಾಗಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯವಾಗಲಿ ದೊರೆಯಲಿಲ್ಲ.
- ⇨ ರಕ್ತವಿರುವ ಕಫದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ರೋಗವಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಲಾಯಿತು.
- ⇨ ಅನೇಕ ವೃದ್ಧರು ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಾಗಿದ್ದಾಗ್ಯೂ ಅವರನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಯಿತು. ಕೇವಲ ಆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿದ್ದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಯಿತು.
- ⇨ ರೋಗಿಯು ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಗೆ ಹೋಗಿ ಔಷಧಿ ಪಡೆಯುವ ಬದಲು ಗ್ರಾಮ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮೂಲಕ ಔಷಧಿ ಕಳುಹಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಔಷಧಿ ಮುಂದುವರಿಕೆಗೆ ಸಹಾಯವಾಯಿತು. ಹೀಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೈಬಿಡುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಮುಖವಾಯಿತು.

ಕಲಿತ ಪ್ರಮುಖ ಪಾಠಗಳು

1. ತಮ್ಮ ಪ್ರದೇಶದ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ತಪ್ಪಿಸಲು ಪಂಚಾಯ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆಗೊಂಡ ಸದಸ್ಯರು ಸದಾ ಸಿದ್ಧರಿರುವರು.
2. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಎದುರಿಸಲು ರೂಪುಗೊಂಡ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೇ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳಲು ವಿರೋಧಿಸಿತು. ತಂತಾನೆ ಬಿಟ್ಟರೆ ಹೀಗಾಗಲಾರದು.
3. ಜನಗಳಿಂದ ಒತ್ತಡವಿರುವಾಗ ಸರ್ಕಾರವು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರಬೇಕು.
4. ಔಷಧಿ ಹಾಗೂ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ ಇಲ್ಲದಾಗ (ತಮಿಳುನಾಡಿನಲ್ಲಿ ಆದಂತೆ) ಗಣನೀಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಜನಾಭಿಪ್ರಾಯ ಒತ್ತಡದ ಮೂಲಕ ಸಾಧಿಸಬಹುದು.

ಡಿ.ಓ.ಟಿ.ಎಸ್. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಪ್ರದೇಶ

ರಾಜ್ಯ	ಮೊದಲ ವರ್ಷದ ಜಿಲ್ಲೆ	ಎರಡನೇ ವರ್ಷದ ಜಿಲ್ಲೆ	ಮೂರನೇ ವರ್ಷದ ಜಿಲ್ಲೆ	ಜನಸಂಖ್ಯಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಪ್ರದೇಶ (ಲಕ್ಷಗಳಲ್ಲಿ)
ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ	1	-	-	35.5
ಅಸ್ಸಾಂ	1	-	-	11.6
ಬಿಹಾರ	2	5	-	211.6
ದೆಹಲಿ	1	-	-	100.0
ಗುಜರಾತ್	5	8	6	451.4
ಹಿಮಾಚಲಪ್ರದೇಶ	3	3	6	68.5
ಕರ್ನಾಟಕ	2	4	1	198.2
ಕೇರಳ	7	5	2	311.7
ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ	1	1	2	26.0
ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ	3	-	-	176.4
ಮಣಿಪುರ	1	-	-	10.0
ರಾಜಸ್ಥಾನ	1	-	1	67.1
ತಮಿಳುನಾಡು	2	3	1	168.6
ಉತ್ತರಪ್ರದೇಶ	2	2	-	96.4
ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳ	6	7	5	642.0
ಒಟ್ಟು	38	38	24	2710

ಕ್ಷಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕುರಿತಂತೆ ಜನರ ಪ್ರಯತ್ನ ಮತ್ತು ನೀತಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳು

ವಿದೇಶಿ ಸಲಹೆಗಳಿಗೆ ಅಂಧ ಸಮ್ಮತಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸಾಲವಿದ್ದಾಗ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸುವುದಗತ್ಯ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ದಾನಿಗಳೇ ನೀಡುವರು. ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜನರಿಂದ ನಡೆಯುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಜನಾಂದೋಳನವನ್ನು ಕ್ಷಯದ ವಿರುದ್ಧ ರೂಪಿಸಬೇಕು. ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸಾವಿರಾರು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ರೋಗಿಗಳ ಸಾಮೂಹಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನಮ್ಮದೇ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ರೂಪಿಸಬೇಕು. ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ ಆವರಣದಲ್ಲೇ ಸತ್ಯಾಗ್ರಹೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ಶಿಬಿರವನ್ನೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕು.

ಗಮನಿಸಿ : ಕ್ಷಯರೋಗದ ವಿರುದ್ಧ ಜನಾಂದೋಲನವು ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಕ್ಷಯವನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭವನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡಬಹುದು.

ಕ್ಷಯದಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಎರಡೇ ಮಂತ್ರಗಳಿವೆ.

- ⇨ ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಪನ್ಮೂಲ - ತಳರಚನೆ, ಮಾನವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳು- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಅವಕಾಶ.
- ⇨ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲೂ ಸಮುದಾಯ ನೇತೃತ್ವ ಇರುವುದು. ಜನರಿಂದ ನಡೆಯುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾದ ಇದು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ ನಿರಂತರ ಒತ್ತಡ ಉಂಟು ಮಾಡಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಪ್ರಶಸ್ತ ಬಳಕೆಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುವುದು.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವ ಪುಸ್ತಕಗಳು

1.	ಜಾಗತೀಕರಣದಿಂದ ಜನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೇನಾದೀತು?	ರೂ. 15
2.	ಕ್ರಿ.ಶ. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರವೇನಾಯ್ತು?	ರೂ. 20
3.	ಬದುಕಲು ಯೋಗ್ಯವಾದ ಬದುಕಿಗಾಗಿ	ರೂ. 20
4.	ನಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವವೂ ಪ್ರಮುಖವಾಗುವ ಜಗತ್ತು	ರೂ. 20
5.	ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಾರೀಕರಣವನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು	ರೂ. 25

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆ - ಕರ್ನಾಟಕ

'ಕ್ರಿ. ಶ. 2000ದ ವೇಳೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಗುರಿಯನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮರೆತಿವೆ. ಆದರೆ ನಾವು ಅದನ್ನು ಮರೆಯಲಾರೆವು. ಜನಕೇಂದ್ರಿತ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಿ ವರ್ಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಈಗ ಸಕಾಲ. ಇದರಿಂದ ನವೀನ ಪರಿಹಾರಗಳು ಮೂಡಿ ನೀತಿ-ನಿರ್ಣಾಯಕರನ್ನು ಈಬಗ್ಗೆ ಒತ್ತಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದೀತು.

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದೆಂದರೆ ಜನರಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಕರ್ಯ, ಶುದ್ಧವಾದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಪೋಷಕಾಂಶಭರಿತ ಆಹಾರ, ಉಡುಪು, ವಸತಿ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು. ಜಾತಿ, ವರ್ಗ, ಜನಾಂಗ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಭೇದ ಭಾವ ಇರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಇದರ ಅಂಗವೇ. ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಹದಗೆಡುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೂ ಜಾಗತೀಕರಣಕ್ಕೂ ಸಂಬಂಧವಿದೆ ಎಂಬುದು ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿಯಬೇಕು. ರಾಚನಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ನೀತಿಗಳು ಅಲ್ಪಕಾಲಿಕ ದೂರದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಆಶಯದ ನವೀಕರಣ ಅನಿವಾರ್ಯ. ಈ ಸಲುವಾಗಿ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯೆಂಬ ಹೆಸರಿನಡಿ ಪ್ರಚಾರಾಂದೋಲನವನ್ನು ಅನೇಕ ಜನಪರ ಸಂಘಟನೆಗಳು ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಕೈಗೊಂಡಿವೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶಗಳೆಂದರೆ:

- ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಸಮಾನತೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಪ್ರಥಮಾದ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸುವಂತೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಮರುಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು.

- ಸ್ಥಳೀಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಾಗೂ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವ ಶಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ನಿರಂತರ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಕುರಿತಂತೆ ರೂಪಿಸುವುದು.

- ಅಂತರ ವಲಯದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ತತ್ವವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುವುದು.

ಈ ಆಂದೋಲನಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕು ಸ್ತರದ ರಚನೆಯಿದೆ. 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಈಗಲೇ' ಕುರಿತು ಜನರನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯುವುದು. ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೂ ಒಂದು ಜಿಲ್ಲಾಮಟ್ಟದ ಸಂಘಟನೆಯ ಮೂಲಕ ವಿಚಾರಸಂಕಿರಣ ಏರ್ಪಡಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ಎಲ್ಲವೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಾವೇಶದ ರೂಪದಲ್ಲಿ 2000ನೇ ನವೆಂಬರ್ 30 ಮತ್ತು ಡಿಸೆಂಬರ್ 1 ರಂದು ಕಲಕತ್ತಾದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವುದು. ಈ ಸಮಾವೇಶವು ರಾಚನಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳ ನೀತಿಯನ್ನು ಹಿಂದಕ್ಕೊಯ್ಯಲು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರತಿಜ್ಞೆಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಲು ಕರೆನೀಡುವುದು. 2000ನೇ ಡಿಸೆಂಬರ್ 4-8ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಢಾಕಾದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಮಾವೇಶಕ್ಕೆ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಕಳುಹಿಸಿಕೊಡುವುದು.

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಭೆಯನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರದ ಹದಿನೈದು ಪ್ರಮುಖ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮನ್ವಯ ಸಮಿತಿಯು ಆಯೋಜಿಸುವುದು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಉಪನ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಹೊರತರುತ್ತಿರುವ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಇದು ಎರಡನೆಯದು.