

دیہی طبی خدمات کا انتظام و انصرام:
اترپردیش میں کمیونٹی شراکت کا ایک مطالعہ

مقالہ برائے ڈیگری ایوارڈ
ڈاکٹر آف فلاسفی
سماجی اخراج و شمولیتی پالیسی

مقالہ نگار

امتیاز احمد

زیر نگرانی

ڈاکٹر ایس عبدالطہ



اسکول برائے فنون و سماجی علوم
البیرونی مرکز برائے مطالعہ سماجی اخراج و شمولیتی پالیسی
مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی

حیدرآباد، انڈیا

ستمبر 2017

مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی

Maulana Azad National Urdu University

(A Central University Established by an Act of the Parliament in 1998)

Gachibowli, Hyderabad - 500 032

Al Beruni Centre for the Study of Social Exclusion & Inclusive Policy



CERTIFICATE

This is to certify that the thesis entitled “**Management of Rural Healthcare Services: A Study of Community Participation in Uttar Pradesh**” submitted for the award of the Degree of Doctor of Philosophy to the School of Arts and Social Sciences, Al Beruni Centre for the Study of Social Exclusion and Inclusive Policy, Maulana Azad National Urdu University, Hyderabad is the result of the original research work carried out by Mr. Imteyaz Ahmad under my supervision and to the best of my knowledge and belief, the work embodied in this thesis does not form part of any thesis/dissertation/project already submitted to any University/Institute for the award of any Degree/Diploma.

Supervisor

Dr. S. Abdul Thaha

Director

Prof. Kancha Ilaiah

Dean

Prof. S. M. Rahmatullah

Place: Hyderabad

Date:

دیہی طبی خدمات کا انتظام و انصرام:
اتر پردیش میں کمیونٹی شراکت کا ایک مطالعہ

تلخیص برائے ڈیگری ایوارڈ
ڈاکٹر آف سائنس
سماجی اخراج و شمولیتی پالیسی

مقالہ نگار

امتیاز احمد

زیر نگرانی

ڈاکٹر ایں عبد الطحہ



اسکول برائے فنون و سماجی علوم
البیرونی مرکز برائے مطالعہ سماجی اخراج و شمولیتی پالیسی
مولانا آزاد نیشنل اردو یونیورسٹی

حیدرآباد، انڈیا

ستمبر 2017

عالمی ادارہ صحت کے مطابق، "صحت صرف بیماری یا کمزوری کی غیر موجودگی ہی نہیں بلکہ ایک مکمل جسمانی، ذہنی اور سماجی خوشحالی کی صورت حال ہے" (WHO, 1948)۔ صحت مند لوگ روزمرہ کی سرگرمیوں سے نمٹنے کے لئے اور کسی بھی ماحول کے مطابق اپنی اصلاح کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ بیماری کی غیر موجودگی ایک مطلوبہ صورت حال ہے لیکن یہ صحت کی پوری وضاحت نہیں کرتا ہے۔ یہ صحت کے لئے ایک کسوٹی نہیں ہے اور اسے اکیلے صحت کی تعمیر کے لئے کافی نہیں سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن صحت مند ہونے کا حقیقی معنی اپنے آپ پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے زندگی بسر کرنے کے صحت مند طریقوں کو اپنایا جانا ہے۔ بعد میں اضافہ کرتے ہوئے اس میں 'یہ ایک سماجی اور اقتصادی پیداواری زندگی کی قیادت کرنے کی صلاحیت کو شامل کیا گیا تھا۔ اس تعریف کے ذریعہ عالمی ادارہ صحت نے حیاتیاتی، میڈیکل اور پیتھالوجی کی بنیاد پر محدود نقطہ نظر سے باہر صحت کی سوچ کے لئے مدد کی ہے۔ علاوہ ازیں صحت کے ذہنی اور سماجی عوامل کو بھی شامل کیا گیا ہے، عالمی ادارہ صحت نے بنیادی طور پر صحت کے فروغ کے لئے طبی پیشہ وروں کے رول اور ذمہ داری اور ان کے سماج کے ساتھ تعلقات کے دائرہ کو وسیع کیا ہے (Kumar, 2007)۔ ہمیں صحت کے تمام پہلوؤں کے بارے میں ضرور علم ہونا چاہیے۔ صحت کا مطلب مختلف لوگوں کے لئے مختلف ہوتا ہے۔ لیکن اگر ہم ایک عالمی نقطہ نظر کی بات کریں تو اپنے آپ کو صحت مند کہنے کا یہ مطلب ہوتا ہے کہ ہم اپنی زندگی میں آنے والی تمام سماجی، جسمانی اور ذہنی چیلنجوں کا کامیاب انتظام و انصرام کرنے میں قابل ہوں۔ ویسے تو اپنے آپ کو صحت مند رکھنے کے لیے ڈھیر ساری جدید ٹیکنالوجی موجود ہیں، لیکن یہ سارے اتنے زیادہ کارگر نہیں ہیں۔

ایک عوامی صحت کی سہولت کے طور پر نامزد ایک سادہ عمارت کی دستیابی سے اس بات کی کوئی ضمانت نہیں ہے کہ یہ کام کر رہی ہے۔ اگر یہ کام کر بھی رہی تو اس تک رسائی سماجی و اقتصادی رکاوٹوں، معیاری طبی خدمات کی ترسیل، بنیادی ڈھانچے کا ناقص معیار، اور یہاں تک کہ بنیادی ادویات اور آلات کی شدید کمی، فراہم خدمات کو قبول کرنے اور استعمال کرنے میں اہم عوامل ہیں۔ یہ خاص طور پر دیہی علاقوں اور غریب عوام کی صحت کے حوالے سے سچ ہے۔ زچہ، شیر خوار اور بچوں کی بیماری اور شرح اموت بھارت میں بہت زیادہ ہیں۔ بھارت اپنی مستقبل کی نسلوں کی صحت اور بہبود کی

حفاظت کے لئے بہت ہی کم کوشش کر رہا ہے جس کی وجہ سے نہ صرف سماجی انصاف بلکہ اقتصادی مہارت کے ساتھ سمجھوتہ کیا جا رہا ہے۔

کیونٹی شراکت (Community Participation)

بین الاقوامی کانفرنس المائٹا کے منشور میں کیونٹی شراکت کو پرائمری ہیلتھ کیئر کے تین مرکزی توجہ دی گئی تھی۔ کیونٹی شراکت عام طور پر مقامی افراد کا ان کی ضروریات کو دریافت کرنا اور ان ضروریات کی تکمیل کے لیے حکمت عملی تیار کرنے کے لیے مجموعی طور پر شراکت کے عمل کو کہتے ہیں۔ کیونٹی شراکت میں افراد مقاصد کے حصول کے لیے پروگرام میں منصوبہ بندی، فیصلہ سازی اور اس کے نفاذ کے عمل میں شریک ہوتے ہیں۔ اس عمل سے ان کے اندر خود اعتمادی کا جذبہ پیدا ہوتا ہے اور باختیار ہوتے ہیں، مسائل کو حل کرنے کی صلاحیت پیدا ہوتی ہے۔ کیونٹی شراکت کی وجہ سے پروگرام کی قبولیت میں اضافہ ہوتا ہے، کیونکہ مقامی سطح پر اس پروگرام کے ذریعہ لوگوں کی ضروریات پوری ہوتی ہیں، مقامی وسائل کو استعمال ہونے سے لاگت میں کمی آتی ہے اور مقامی تنظیمیں مسائل کو موثر طریقے سے حل کر سکتی ہیں۔ ابتدائی صحت دیکھ بھال کے لیے کیونٹی افراد کو موجودہ صحت مسائل، اس کی روک تھام کے طریقوں اور اسے قابو کرنے کے بارے میں تعلیم مہیا کرائی جانی چاہیے تاکہ کیونٹی افراد سماج سے بیماری کی شرح کو کم کرنے میں مددگار ثابت ہو سکیں۔ کھانا و غذا کا فروغ اور سپلائی کرنا تاکہ سہی وقت پر لوگ استفادہ کریں۔ زچگی اور بچہ صحت کی دیکھ بھال اور خاندانی منصوبہ بندی بھی بہت ہی اہم ہے اور خاص بیماریوں سے متعلق ٹیکہ کاری کا نفاذ ہو۔ مقامی سطح پر بیماریوں کی روک تھام اور قابو پانے کے لیے نفاذ ہو۔

دیہی طبی خدمات کا انتظام و انصرام (Management of Rural Healthcare Services)

کیونٹی افراد کو بہتر اور معیاری خدمات فراہم کرنے کے لیے موثر انتظام و انصرام ہونا چاہئے۔ تاکہ المائٹا کے سب کے لیے صحت کے مقاصد کا حصول ہو سکے۔ طبی خدمات کی رسائی کو آسان، سستی، مساوی اور کیونٹی افراد تک دستیابی کے لیے موثر طریقے سے منصوبہ بندی، تنظیم کاری، عملہ کاری، ہدایت کاری اور قابو کاری کی ضرورت پڑتی ہے۔ طبی نظام کے استحکام کا مطلب ہے کہ صحت خدمات کی سہولیات، استعمال، معیار اور قوت کی پائیداری میں اضافہ ہو رہا ہے (UNICEF, 2015)۔ اس لیے طبی خدمات کے انتظام کے عزم کے حصول کے لیے حکومت کو اپنے میکنزم کو مستحکم

کرنا چاہئے۔ مکھرجی کمیٹی نے بنیادی طبی خدمات کی وضاحت کی ہے جو بلاک سطح پر مہیا ہونی چاہیے اور کچھ مستحکم نتائج کے لیے اعلیٰ سطح کا نظم و نسق ہونا چاہیے (MoHFW, 1966)۔ بھارت کے تبدیل ہوتے ہوئے حالات کی وجہ سے اس کی اہمیت بڑھ جاتی ہے۔ اگرچہ حکومت ابتدائی صحت پر اخراجات میں اضافہ کر رہی ہے، تاہم، موثر انتظام و انصرام نہ ہونے کی وجہ سے لوگوں کو اس کا فائدہ حاصل نہیں ہو رہا ہے۔ اس کے لیے جانچ ایجنسی کا نظام ہو اور کام کی جانچ کو یقینی بنایا جائے۔ موثر انتظام کی مدد سے محدود وسائل ہونے پر بھی کس طرح عملہ، بجٹ، ادویات اور دیگر وسائل کا بہترین استعمال ہو، اس کے لیے حکمتانہ منصوبہ بندی کر کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکتا ہے۔

کسی بھی تنظیم کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے انسانی وسائل ایک اہم اثاثہ کے طور پر اپنا رول ادا کرتا ہے۔ بالخصوص معیاری طبی سہولیات کی رسائی کے لیے تربیت یافتہ اور ہنرمند انسانی وسائل کی ضرورت پڑتی ہے۔ عمومی طور پر بھارت میں اور بالخصوص اتر پردیش میں ڈاکٹر اور اور صحتی عملہ کی عدم دستیابی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں عوامی طبی مراکز پر ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی عدم دستیابی ہے اور اگر جہاں پر عملہ کی دستیابی ہے وہاں پر عملہ کے رویہ اور ذمہ داری میں کمی دیکھنے کو ملتی ہے۔ متعدد کمیونٹی افراد سے عملی کام کے دوران بات چیت میں پایا گیا کہ صحتی عملہ وقت مقررہ پر موجود نہیں ہوتے، وہ اکثر دیر سے آتے ہیں، آنے کے بعد اسٹاف کے ساتھ بات چیت میں وقت ضائع کرتے ہیں، جو اب وہی نام کی چیز نہیں ہے۔

بھارت میں دیہی طبی خدمات (Rural Healthcare Services in India)

المائیکے منشور میں اس بات پر روشنی ڈالی گئی ہے کہ تمام حکومتوں اور غیر سرکاری تنظیموں کی پالیسی، پروگرام اور کارکردگی میں صحت کو ایک بنیادی حق کے طور پر زور دیا جانا ضروری ہے۔ اس بین الاقوامی کانفرنس میں ایک انقلابی حکمت عملی کی بنیاد پر بنیادی طبی خدمات کے ذریعہ سبھی کے لیے صحت کے مقاصد کو حاصل کرنے کی بنیاد پر رکھا گیا تھا۔ بھارت میں دیہی طبی خدمات عمومی طور پر بنیادی صحت پر مبنی ہے جس کا مقصد ملک کے سبھی لوگوں کے لیے اچھی صحت کا حصول ہے۔ ملک کی مختلف صحت پالیسیوں اور پروگرامز کا مقصد ملک کے لوگوں کے لئے قابل قبول معیار کی صحت کا حصول ہے۔ اس کا وسیع مقصد اور جامع نقطہ نظر کے ذریعہ انفرادی صحت کی دیکھ بھال میں بہتری اور صحت مند رہنا شامل ہے۔ سبھی جغرافیائی خطوں میں صحت میں تفاوت کو کم کرنے اور سماج میں کمیونٹی کے لیے خصوصی طور پر پسماندہ

اور غریب لوگوں کے لیے سستی طبی سہولیات فراہم کرنے کے لیے بات چیت کرنی چاہیے۔ چند اہم کامیابیاں حاصل کی گئی ہیں، لیکن اب بھی ملک کے مختلف خطوں میں طبی سہولیات کی فراہمی کے فرق کو کم کرنے کی ضرورت ہے۔

اتر پردیش میں دیہی طبی خدمات (Rural Healthcare Services in Uttar Pradesh)

اتر پردیش میں غریب آبادی، بچوں اور نوجوانوں، خواتین، بزرگ اور معذورین کے طبی چیلنج عام آدمی کے مسائل سے مختلف ہیں۔ ایسے افراد کے لیے طبی سہولیات فراہم کرنے کے لیے مختلف نقطہائے نظر کی ضرورت ہے، خصوصی طور پر کمیونٹی شراکت و بااختیاری کو یقینی بنایا جائے اور تعلیم صحت اور مواصلات کے لیے ایک ٹھوس قدم اور حکمت عملی کے ذریعہ تعلیم اور برتاؤ میں تبدیلی کے خلاء کو پُر کیا جاسکتا ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش میں صحت کے اشاریہ مجموعی طور پر بھارت کے مقابلہ میں بہت ہی خراب ہیں، اس کے علاوہ درحقیقت بھارت کی کئی ریاستوں کے مقابلہ میں بھی بدتر ہیں۔ اس طرح کا انکشاف نیشنل فیملی ہلپتھ سروے 4 سے بھی دریافت ہوتا ہے

-(National Family Health Survey-NFHS-4, 2015-16)

اتر پردیش حکومت نے عوام کو اعلیٰ معیار، مناسب قیمت، آسان دستیابی، اور قابل علاج طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے کوشاں ہے۔ لیکن ریاست کی کارکردگی مختلف صحت کے معیار پر اطمینان بخش اور حوصلہ افزا نہیں ہے۔ حکومت کو طبی نظام مستحکم اور مضبوط بنانا چاہیے، مالیاتی اور مادی کمی، طبی عملہ کے مسائل اور صحت پالیسی کا نفاذ ایک تکثیری ماحول میں طبی نظام کے اہم مسائل ہیں۔ انسانی وسائل کی ترقی اور صلاحیت کی تعمیر طبی خدمات کی بہتری میں ایک اہم رول ادا کرتے ہیں۔

متعلقہ مواد کا جائزہ (Review of Literature)

طبی خدمات کے مسائل اور چیلنج کی اہمیت و افادیت کو سمجھتے ہوئے مجوزہ مطالعہ سے متعلق مواد کا تجزیہ کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ اگرچہ متعدد محققین نے دیہی سماج میں طبی خدمات کی رسائی میں حائل رکاوٹوں کے لئے ذمہ دار عوامل کی شناخت کی ہے، پھر بھی یہ ہمیشہ محسوس کیا جاتا ہے کہ کچھ پہلوؤں اور طول و عرض پر ابھی مطالعہ کی ضرورت ہے۔ ایک محقق موثر عوامل کی کھوج کرتا ہے اور پھر اس کی جانچ کرتا ہے، معلومات کا خلاصہ، قلم بندی اور پیش کرتا ہے تاکہ

طویل مدت تک موثر اور مستحکم طبی نظام تجویز کیا جاسکے۔ یہ مطالعہ غریبوں کے لیے موجودہ طبی ماڈل کی جانچ کرتا ہے۔ ہدف آبادی کے صحت کے حالات کو دریافت کرتا ہے اور طبی ماڈل میں تبدیلی کی افادیت کو پیش کرتا ہے۔

Kamble N. D. (1984) نے اپنی تحقیق میں دریافت کیا کہ ریاستی مشینری کے ذریعہ دیہی علاقوں میں مہیا کردہ صحت کی خدمات شہری علاقوں کے مقابلے میں معیار کے مطابق بہت ہی کم ہے۔ اس کے علاوہ محقق نے اپنی تحقیق میں اس بات کا بھی تجزیہ کیا ہے کہ دیہی کمیونٹی اپنے سماجی و اقتصادی حالات کے مطابق طبی خدمات حاصل کرتے ہیں۔ Rajiv Balakrishnan (2014) نے اپنے معالجہ میں طبی عملہ کے کام کے فرائض، جواب دہی، اخلاق و عزم، لڑائی جھگڑے اور نقل و حمل کا تجزیہ کیا ہے۔ یہ مطالعہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں کیا گیا ہے۔ محقق نے دریافت کیا کہ اے این ایم اپنے کام کے فرائض کو بخوبی انجام نہیں دیتی ہیں۔ وہ اپنا کام میں لاپرواہی سے انجام دیتی ہیں۔ Khan et al (1986) نے اپنے مطالعہ میں تجزیہ کیا کہ خواتین کی بہتر خوراک کی حالت کا اثر اس کے حاملہ ہونے کے حالات اور اس کے نتائج کے لئے اہم عنصر ہے۔ اتر پردیش میں اس مطالعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ خواتین غربت اور مجبوری کی وجہ سے غذائی قلت کا سامنا کرتی ہیں۔ اس کے علاوہ اہل خانہ کے اقتصادی حالت خراب ہونے کی وجہ سے انہیں ضروریات زندگی کو پورا کرنے کے لئے کام بھی کرنا پڑتا ہے۔ Mehta S.R. (1992) نے اپنی تحقیق میں صحت سے متعلق رویے کے بارے میں تبادلہ خیال کیا۔ محقق نے اس بات کا تجزیہ کیا کہ صحت سے متعلق معاملات میں اہل خانہ کا اہم کردار اور ذمہ داری ہے۔ شیر خوار، بچوں اور ماں کی صحت کے لئے گھریلو سطح پر توجہ اور دیکھ بھال کی شدید ضرورت ہے۔ غذائی قلت اور ناکافی غذائی مرکبات خواتین کی صحت کے مسائل کا سبب بنتی ہے۔ Sujay Joshi and Mathew George (2012) نے اپنی تحقیق میں دریافت کیا کہ کمیونٹی شراکت پر انٹری ہیلتھ کیئر کا خاص اصول ہے جس کا متعدد طریقوں سے حصول ہو سکتا ہے۔ قومی دیہی صحت مشن کے تحت آشاپروگرام متعدد کمیونٹی صحت کارکن اسکیم کے تجربات پر مبنی ہے جو اپنے نفاذ کے ذریعہ کمیونٹی شراکت کو مستحکم کر سکتا ہے۔ یہ مطالعہ کمیونٹی میں آشا کی صلاحیت کی اور ان کی سرگرمیوں کی قبولیت کی جانچ کرتا ہے۔ تحقیق سے یہ اخذ نکلتا ہے کہ آشا کو جو کام کے بدلے حوصلہ افزائی کے طور پر اجرت ملتی ہے اس کی اہمیت ہے۔

پس منظر (Background)

متعدد تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ صحت کی خدمات، بالخصوص آمدنی اور روزگار کے تناظر میں، بھارت کے تمام شعبوں میں سے ایک بڑا شعبہ ہے۔ ملک کی دیہی اور نیم شہری آبادی کے لیے معیاری طبی خدمات کی دستیابی، قابل اعتماد اور مناسب رسائی ایک اہم چیلنج ہے۔ اس تناظر میں، دیہی طبی خدمات کو بھی اہمیت حاصل ہے اور اس کی بہتری کے لیے کمیونٹی شراکت ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ جب ہم طبی سہولیات کی دستیابی دیکھتے ہیں، تب بھارتی دیہی طبی خدمات میں حکومت کے رول کے مسائل کو اجاگر کرنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ چھ دہائیوں سے زیادہ وقت گزر جانے کے بعد اب وقت ہے کہ تنقیدی طور پر اس کی جانچ کی جائے کہ بھارت ایک ملک کے طور پر لوگوں کے لیے طبی خدمات فراہم کرانے میں کس مقام پر کھڑا ہے۔ طبی خدمات سے متعلق تمام مسائل کو اہمیت کے ساتھ سمجھنا ہو گا جیسے کہ لوگوں کی صحت ایک بنیادی عنصر ہے جس پر تمام خوشیاں اور تمام ان کی قوتیں ایک ملک کے طور پر منحصر ہوتی ہیں۔

مطالعہ کی اہمیت (Rationale of the Study)

ترقی پذیر ممالک میں افراد کے لیے معیاری زندگی کے تناظر میں زیادہ تر ممالک میں صحت ایک اہم مسئلہ بن گیا ہے، تاہم یہ تمام کمیونٹی کے لیے ایک نفع بخش سمجھا جاتا ہے کیونکہ اقتصادی ترقی کے لیے صحت ایک انجن کے طور پر کام کرتا ہے۔ اس تناظر میں صحت کو ایک مضبوط اور قابل عمل ترقی کے لیے اہم جزو سمجھا جاتا ہے۔ یہ بھارت کی اقتصادی ترقی اور داخلی استحکام کے لیے بھی ایک اہم جزو سمجھا جاتا ہے۔ اس سلسلے میں باشندوں کو مناسب سطح کی طبی سہولیات کی یقینی ملک کی ترقی کے عمل میں ایک اہم سنگ میل کے طور پر ثابت ہو سکتے ہیں۔ عالمی معیار کی دیہی طبی خدمات کی رسائی مناسب قیمت پر جاری رکھنے کے لیے حکومت کی صحت پالیسی میں سمجھوتہ نہیں کیا جاسکتا۔ مندرجہ بالا کو خیال میں رکھتے ہوئے اتر پردیش کے دیہی اور دور دراز کے علاقوں میں کمیونٹی شراکت، مسائل اور چیلنج، حکومت کا رول بالخصوص بیداری پیدا کرنے میں، کمیونٹی نیٹ ورک کو قائم کرنے اور بالخصوص دیہی طبی خدمات کا انتظام و انصرام کی جانچ کے لیے اس مطالعہ کا ڈیزائن کیا گیا ہے۔

مطالعہ کے مقاصد (Objectives of the Study)

مطالعہ کے مندرجہ ذیل مقاصد ہیں:

- 1 دیہی طبی خدمات اور سہولیات کی دستیابی اور اس کی رسائی میں دیہی کمیونٹی کے مسائل اور چیلنجوں کا تجزیہ کرنا
- 2 دیہی طبی خدمات کی رسائی میں سماجی تفرقات کی اقسام کا جائزہ لینا
- 3 دیہی طبی خدمات میں انتظام و انصرام کے طریقوں کا تجزیہ کرنا
- 4 دیہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت اور اس کو موثر بنانے میں حکومت کے رول کا جائزہ لینا
- 5 طبی نظام کی بہتری اور مستحکم بنانے میں نئے تکنیکی آلات کے استعمال کا تجزیہ کرنا

مطالعہ کے تحقیقی سوالات (Research Questions of the Study)

دیہی طبی خدمات اور سہولیات کی کس طرح کی دستیابی ہے اور اس کی رسائی میں کمیونٹی کو درپیش مسائل اور چیلنجوں کا کس طرح سے سامنا کرنا پڑتا ہے۔ دیہی طبی خدمات کی رسائی میں کمیونٹی کو کس قسم کے سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ طبی نظام میں کس سطح کا انتظام و انصرام ہے۔ دیہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت کی سطح اور اس کو موثر بنانے میں حکومت کا کیا رول ہے اور طبی نظام میں کس طرح کے نئے تکنیکی آلات کا استعمال ہوتا ہے؟

تحقیق کا طریقہ کار (Research Methodology)

مطالعہ کے اغراض و مقاصد کو دیکھتے ہوئے اور مواد کی نوعیت کو سمجھتے ہوئے معیاری اور مقداری (Quantitative and Qualitative) دونوں طریقہ کار کے ذریعہ سے مواد کو جمع کیا گیا۔ مقداری طریقہ میں منتخب گاؤں میں گھروں کا سروے سوالنامہ اور انٹرویو شیڈول کے ذریعہ کیا گیا۔ معیاری طریقہ میں کمیونٹی اور اہم لوگوں کے باریکی سے انٹرویو لیے گئے، اکائی مطالعہ، فوکس گروپ ڈسکشن اور مشاہدہ کا طریقہ استعمال کیا گیا۔ اس کے علاوہ گاؤں میں عوامی طبی مراکز پر طبی خدمات اور سہولیات کا مشاہدہ کیا گیا اور بہت ہی احتیاط اور باریکی سے ریکارڈ بھی کیا گیا۔ اس تحقیق میں تحقیق کا طریقہ کار بیانیہ سروے ہے۔ موجودہ تحقیق اتر پردیش صوبہ کے اعظم گڑھ کمشنری کے دو اضلاع منو اور بلیا سے منتخب کئے گئے چار گاؤں (ادری دیہات، علی نگر، گڑوار اور رتسر کلاں) طبی خدمات کے اہم

پہلوؤں سے متعلق ہے۔ نمائندگی کرنے والے نمونہ کو حاصل کرنے کے لیے درجہ واری اتفاقی نمونہ بندی (Stratified Random Sampling) تکنیک کا استعمال کیا گیا ہے۔ بنیادی مواد حاصل کرنے کے لیے سوالنامہ بنایا گیا، سوالنامہ کے ڈیزائن اور ترقی کے عمل میں محقق کے ساتھ عملی میدان کے ماہرین اور ساتھ ہی ریسرچ سپروائزر کی مدد شامل ہے۔ محقق نے ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور کمیونٹی ہیلتھ سنٹر میں کام کر رہے ڈاکٹروں اور شعبہ کے فیکلٹی سے مشورہ کیا۔ اچھی طرح سے مشورہ اور صلاح لینے کے بعد سوالنامہ کی نظر ثانی کی گئی، ترمیم کیا گیا اور حتمی شکل دی گئی۔ سوال نامہ کو حتمی شکل دینے سے پہلے آلہ کی موزونیت، درستگی اور قابل اعتمادی جانچ کے لیے ایک پائلٹ اسٹڈی کی گئی تھی۔

ثانوی مواد کو حاصل کرنے کے لیے تحقیق سے متعلق کتب، میگزین، جرنلس وغیرہ کا تجزیہ کیا گیا۔ اس کے علاوہ صوبائی اور مرکزی سطح پر متعلق مواد جیسے نیشنل فیملی ہیلتھ سروے 1، 2 اور 3 رپورٹ، سالانہ صحت سروے (Annual Health Survey)، ڈسٹرکٹ لیول ہاؤس ہولڈ اینڈ فیملی سروے (District Level Health Survey) 1,2,3,4 اور سیمپل رجسٹریشن سروے (Sample Registration System) وغیرہ کا استعمال کیا گیا۔ مواد کو ضلع اور صوبائی سطح پر وزارت صحت اور خاندانی فلاح و بہبود سے ساتھ منسلک Health Management Information Systems کے ذریعہ سے بھی حاصل کیا گیا۔ علاوہ ازیں متعدد یونیورسٹی کے کتب خانہ سے بھی استفادہ کیا گیا۔ مواد کا جدول، فیصد، اوسط وغیرہ کے طور پر شماریاتی تجزیہ کیا گیا اور مناسب شماریاتی تکنیک اور طریقہ کار استعمال کیا گیا۔ شماریاتی تجزیہ کے لیے مائیکروسافٹ آفس ایکسل اور ایس پی ایس پیکیج کا استعمال کیا گیا تھا۔

ریسرچ ڈیزائن (Research Design)

اس تحقیق کے لیے تجزیاتی، تفنیشی و انکشافی تکنیک اپنائی گئی ہے۔ موجودہ تحقیق کا مقصد اتر پردیش صوبہ کے دواضلاع منو اور بلیا کے منتخب چار گاؤں میں طبی خدمات کے مسائل اور چیلنجوں کی جانچ کرنا، اس کی دستیابی، رسائی، سماجی تفریق، انتظام و انصرام، بیدار کی سطح، کمیونٹی شراکت، دیہی طبی خدمات اور سہولیات فراہم کرنے میں حکومت کارول، بنیادی ڈھانچہ اور طبی رسائی نظام سے استفادہ کرنے والے لوگوں کے مطمئن ہونے کی سطح کا تجزیہ کرنا تھا۔

مطالعہ کا حلقہ (Setting of the Study)

اتر پردیش صوبہ میں مختلف اضلاع کے تعلق سے طبی رسائی کے نظام میں بہت زیادہ تفریق ہے۔ محقق نے مٹوا اور بلیا کے دو اضلاع میں چار گاؤں کو مطالعہ حلقہ کے طور پر منتخب کیا، کیونکہ ان گاؤں میں لوگوں کے صحت اشاریہ بہت ہی خراب ہیں اور ان گاؤں میں انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کے ضوابط کے مطابق طبی مراکز و طبی سہولیات کی عدم دستیابی ہے۔

آبادی (Population)

اتر پردیش صوبہ کے مٹوا اور بلیا اضلاع سے منتخب چار گاؤں (ادری دیہات، علی نگر، گڑوار اور رتسٹ کلاں) کے گھروں، ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ان گاؤں سے منسلک کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ان سے منسلک طبی عملہ اس مطالعہ کی آبادی ہے۔

مطالعہ کا نمونہ (Sample of the Study)

گاؤں سطح پر جتنے بھی ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ان سے منسلک کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کام کر رہے ہیں اور عوامی طبی مراکز سے استفادہ کر چکے منتخب گاؤں کے لوگ اس مطالعہ کی اکائی ہیں۔

نمونہ کا انتخاب (Sample Selection)

ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ان سے منسلک کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ان سے استفادہ حاصل کر چکے دو اضلاع کے چار گاؤں کے چار کمیونٹی سے نمونہ کو منتخب کیا گیا ہے۔ تحقیق کے نمونہ کو منتخب کرنے کے لیے درجہ داری اتفاقی نمونہ بندی (Stratified Random Sampling) تکنیک کا استعمال کیا گیا۔

نمونہ کا سائز (Sample Size)

منتخب گاؤں میں موجودہ عوامی صحت مراکز اور متعلق کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ان سے استفادہ کر رہے یا کر چکے لوگوں کو نمونہ کے طور پر مندرجہ بالا درج آبادی میں سے منتخب کیا گیا تھا۔ محقق نے چار گاؤں میں چار کمیونٹی (ہندو کمیونٹی کے عام زمرہ، دیگر پسماندہ طبقہ اور درج فہرست ذات اور مسلم کمیونٹی) کے گھروں کو منتخب کیا۔ ایک گاؤں میں ہر کمیونٹی سے 25 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے، اس طرح مجموعی طور پر چار گاؤں میں ہر کمیونٹی سے 100 گھروں کو منتخب کیا

گیا ہے۔ اس طرح چار گاؤں سے کل 400 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے۔ منتخب گاؤں میں کمیونٹی کے رہن سہن، سماجی و اقتصادی حالات کا ان کے صحت کے حالات پر اثر پڑتا ہے۔ اس لیے ان کمیونٹی کو منتخب کیا گیا۔

مطالعہ کی محدودیت (Limitations of the Study)

یہ مطالعہ بھارت میں اتر پردیش صوبہ کے دو اضلاع کے منتخب چار گاؤں سے متعلق ہے، اس لیے تحقیقی محاسبات پورے ملک یا پورے صوبہ کو عام نہیں کرتے۔ اس تحقیق کے نتائج جواب دہندگان کے ذریعہ دئے گئے جوابوں پر مبنی ہیں۔

ابواب بندی (Chapterisation)

موجودہ تحقیق کو کل چھ ابواب میں تقسیم کیا گیا ہے جو مندرجہ ذیل ہیں:

باب اول

اس باب کا آغاز موضوع کے تعارف اور مطالعہ کی اہمیت سے ہوتا ہے۔ بھارت میں عمومی طور پر بالخصوص اتر پردیش میں طبی خدمات کی رسائی کے حوالے سے مسائل اور چیلنجوں کے بارے میں ذکر کیا گیا ہے۔ کمیونٹی شراکت اور طبی خدمات پر اس کا اثر بھی بیان کیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں طبی خدمات میں انتظام کی سطح کا بھی جائزہ کیا گیا ہے۔ تعارفی نوٹ مطالعہ کے متعدد پہلوؤں پر روشنی ڈالتا ہے۔ صحت کے نظریات پر سمجھ، مسائل کا تعارف، مطالعہ کی اہمیت، حلقہ کا انتخاب، مقاصد اور تحقیق کا طریقہ کار، مواد کو جمع کرنے کے ذرائع اور محدودیت کی مطالعہ کے مقاصد کے تحت احاطہ بندی کرتا ہے۔

باب دوم

اس باب میں طبی خدمات کے مسائل اور چیلنجوں کی اہمیت کو مد نظر رکھتے ہوئے متعلقہ مواد کا جائزہ لینے کی کوشش کی گئی ہے۔ صحت خدمات کی رسائی اور دستیابی گاؤں کے باشندوں کے لیے سب سے زیادہ اہم عوامل میں سے ایک ہے۔ باہم، طبی خدمات اور اس کے نظام میں کمیونٹی شراکت اور انتظام و انصرام کی بھی زیادہ اہمیت ہے۔ لہذا طبی خدمات اور اس کے نظام پر موجود متعلقہ مواد کا جائزہ کافی اہم ہے اس لیے اس باب کو تصوراتی اور نظریاتی پس منظر میں تقسیم کیا گیا ہے۔ اس کی ابتدا اتر پردیش صوبہ میں طبی خدمات کی رسائی، دستیابی، مسائل وغیرہ کے بارے میں جائزہ لینے سے ہوتی ہے۔ اس کے بعد طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت کی اہمیت کو دیکھتے ہوئے کمیونٹی شراکت کے اہم نقطہ نظر کا تجزیہ

کیا گیا ہے۔ طبی نظام کو مستحکم بنانے اور خدمات و سہولیات کی مناسب رسائی کے لیے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت ہوتی ہے اس لیے اس کی اہمیت کو دیکھتے ہوئے انتظام و انصرام کا بھی جائزہ لیا گیا ہے۔ طبی خدمات کی رسائی اور دستیابی کا کمیونٹی افراد کے طرز استعمال پر گہرا اثر پڑتا ہے اس لیے طبی خدمات کے تیس کمیونٹی افراد کے طرز استعمال کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ طبی خدمات میں عدم مساوات ایک اہم مسئلہ ہے اس لیے اس کی اہمیت و افادیت کو دیکھتے ہوئے طبی سہولیات میں عدم مساوات کا جائزہ لینے کی کوشش کی گئی ہے۔ سہولیات کے حصول کے لیے کمیونٹی کو متعدد مسائل اور چیلنج کا سامنا کرنا پڑتا ہے، اس نقطہ نظر کو سمجھنے کے لئے طبی خدمات کے مسائل اور چیلنج کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ جدید دور میں ٹیکنالوجی کی اہمیت کو دیکھتے ہوئے طبی خدمات میں ٹیکنالوجی کے استعمال کا بھی تجزیہ کیا گیا ہے۔

باب سوم

اس باب میں دیہی طبی خدمات کی رسائی اور بہتری کے لیے کمیونٹی شراکت کے رول کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ طبی نظام کو مستحکم بنانے کے لیے کمیونٹی کو جو ابدہ بنانے اور منصوبہ بندی میں شامل کرنے کے بارے میں جائزہ لیا گیا ہے۔ عمومی طور پر ملک میں اور بالخصوص اتر پردیش کے طبی ادائیگی نظام اور طبی خدمات کے طریقہ استعمال کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس باب میں کمیونٹی شراکت کے تصور کو ترقی صحت کے حصول کے لیے ایک حکمت عملی کے طور پر پیش کیا گیا ہے۔ کمیونٹی شراکت کو ایک خود متحرک عمل بنانے سے پہلے کمیونٹی بیداری، شراکت، شمولیت اور باختیاری کے لیے یقین دہانی کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ اس میں تجزیہ کیا گیا ہے کہ کمیونٹی شراکت کے ذریعہ بہتر صحت کے نتائج سامنے آتے ہیں بہ نسبت اس حالت میں جن میں کمیونٹی شراکت نہیں ہوتی ہے۔ ترقیاتی نقطہ نظر کا استعمال کمیونٹی کو طبی نظام کے ساتھ کام کرنے کو راغب کرتا ہے۔ اگرچہ صحت ترقی کو طویل مدت اور سرمایہ کاری کی ضرورت ہے اور ساتھ ہی طبی نظام کی اصلاح کے عمل اور تعمیر نو کا اس طرح سے نظم ہو کہ وہ اس عمل پر نفی اثرات نہ چھوڑیں۔ اگر اس عمل میں ہم کامیاب ہوتے ہیں تو کمیونٹی صحت میں بہتری ہو سکتی ہے۔ حال ہی میں بھارت میں عوامی صحت کی ترقی کے لیے بہت سے اہم اقدامات اور پہل کیے گئے جس میں قومی صحت مشن شامل ہے۔ رسائی کی یقین دہانی دیہی علاقوں کے لیے پرائمری طبی خدمات کی دستیابی اور استعمال کے لیے طبی بنیادی ڈھانچہ کو مستحکم بنانے کی ضرورت کو ترجیح دی جانی چاہیے۔

ہیے۔ اترپردیش کے دیہی علاقوں میں طبی خدمات کی ادائیگی کی بری حالت کی خاص وجوہات میں سے ایک یہ ہے کہ باشندوں میں بیداری کی کمی ہے۔ اس لیے یہ وقت کی ضرورت ہے کہ لوگوں کو جدید تصورات کے ذریعہ سے بیدار کیا جائے اور شمولیتی پالیسی کے ذریعہ سے ان کی حوصلہ افزائی کی جائے تاکہ وہ صحت سے متعلق سرگرمیوں میں اپنی اشتراکیت درج کرا سکیں۔

باب چہارم

اس باب میں طبی خدمات کے انتظام و انصرام کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ طبی خدمات کو مساوات پر مبنی بنانے کے لیے طبی نظام کے انتظام و انصرام کی سطح کا جائزہ لیا گیا ہے کہ طبی خدمات میں بہتری کے لیے طبی نظام کو مستحکم کرنے کی ضرورت ہے اس کے لیے صحت بنیادی ڈھانچہ، صحتی عملہ، سرمایہ کاری کے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت درکار ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ موثر انتظام کی ناکامی کے سبب طبی نظام کمزور نظر آتے ہیں جس کے نتائج میں معیاری طبی خدمات کی عدم دستیابی اور خراب رسائی سے کمیونٹی افراد استفادہ نہیں کر پاتے۔ ایسے حالات میں موثر طبی خدمات کی دستیابی اور مساوی رسائی مناسب قیمت پر فراہم کرانے کے لیے طبی خدمات کے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت بہت ہی اہم ہے تاکہ تمام وسائل کا بہترین طریقے سے استعمال ہو سکے۔

باہم، صحت منصوبہ بندی میں حکومت کے رول کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ حکومت کی صحت سے متعلق اسکیم، پالیسی اور پروگرام کا جائزہ لیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں، طبی خدمات مہیا کرانے میں حکومت کے رول اور اس کے اثرات کا تجزیہ اس باب میں کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ حکومت کی طرف سے صحت کمیٹیاں، پالیسیاں، پروگرام، اسکیم، متعدد صحت پالیسی اور اسکیم کے ذریعہ طبی خدمات فراہم کرانے میں حکومت کی کوشش کا جائزہ لیا گیا ہے۔ غیر مساوات اور غربت خراب صحت کی وجوہات ہیں۔ مناسب دام اور مساوات پر مبنی اعلیٰ معیار کی طبی خدمات ملک کے بہت سے حصوں میں مایوسی کا سبب ہے۔ طبی خدمات میں غیر مساوات زندگی کے حقوق کے ساتھ سمجھوتہ ہے۔ طبی خدمات میں شمولیت کے لیے یہ بہت ہی اہم ہے کہ بنیادی طبی خدمات کی وضاحت کی جائے، جو ملک کے سبھی شہریوں کے لیے دستیاب ہو۔

باب پنجم

اس باب میں کمیونٹی افراد کے لیے حکومت کی طرف سے فراہم کردہ سہولیات کی دستیابی، رسائی اور اس کا طریقہ استعمال کا تجزیہ کیا گیا ہے، ساتھ ہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت اور انتظام و انصرام کا بھی تجزیہ کیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں، کمیونٹی افراد کے سماجی و اقتصادی حالات رہن سہن اور ان کے صحت کے حالات اور طبی خدمات کی رسائی میں درپیش مسائل کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ کمیونٹی میں طبی خدمات اور صحتی پروگرام کے متعلق بیداری کا بھی تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس باب میں انکشاف کیا گیا ہے کہ کم آمدنی، تعلیم میں کمی اور عدم بیداری کی وجہ سے افراد بالخصوص غریب اور محرومیت کا شکار طبقات صحت سے متعلق مسائل کا زیادہ سامنا کرتے ہیں۔ یہ بات افسوس ناک ہے کہ غریب اور محرومیت کا شکار افراد طبی خدمات تک اپنی رسائی کو دشوار پاتے ہیں۔ بنیادی ڈھانچہ میں کمی، صحتی عملہ کی عدم دستیابی، ادویات کی عدم دستیابی اور ادنیٰ معیار کی طبی خدمات خراب انتظام کے افعال کا نتیجہ ہے۔ طبی سہولیات کا استعمال طبی عملہ اور طبی خدمات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ باہم سہولیات کا استعمال ڈاکٹر اور ادویات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ علاوہ ازیں، طبی سہولیات کا استعمال صحتی سہولیات کی دوری پر بھی منحصر ہوتا ہے۔ بیماری سے بچنے کے لیے روک تھام کے طریقوں جیسے صفائی اور حفظان صحت کو فروغ نہیں دیا جاتا ہے، جو بیماری پیدا کرنے کی اہم وجوہات بنتی ہیں۔ دیہی علاقوں میں طبی خدمات کی رسائی کی سہولت، موجودہ بنیادی ڈھانچے کا غیر موثر انتظام اور طبی پیشہ وروں کی نامناسب معیار اور ان کی تعداد صحت شعبہ کے لیے اہم چیلنج ہیں۔

باب ششم

اس باب میں تحقیقی محاسلات کو مختصر طور پر نتائج کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں اعلیٰ معیار کی سہولیات کو یقینی بنانے کے لیے دیہی طبی خدمات میں موثر کمیونٹی شراکت کو بہتر بنانے اور طبی نظام کے انتظام و انصرام کو مستحکم بنانے کے لیے ممکنہ تجاویز کا ذکر کیا گیا ہے۔ اس باب کی ابتدا کمیونٹی شراکت کی اہمیت سے ہوتی ہے۔ اس میں کمیونٹی شراکت کو ایک خود متحرک عمل بناتے ہوئے کمیونٹی بیداری، جانچ، شراکت، شمولیت، دلچسپی اور باختیاری کے لیے یقین دہانی کی ضرورت بیان کی گئی ہے۔ کمیونٹی شراکت سے افراد میں جو ابدہی اور باختیاری پیدا ہوتی ہے اور صحت

پروگرام کے کامیابی کے زیادہ مواقع ہوتے ہیں۔ طبی خدمات کی مناسب رسائی کے لیے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس لیے اس اہم پہلو کا بھی اس میں جائزہ لیا گیا ہے۔ تحقیق محاصلات سے انکشاف ہوتا ہے کہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں انتظام و انصرام کی سطح بہت ہی خراب ہے جس کے نتائج بنیادی ڈھانچہ میں کمی، تربیت یافتہ ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی عدم دستیابی، ادویات کی عدم دستیابی اور خراب رسائی کے مسائل پیدا ہوتے ہیں۔

نتائج (Conclusion)

اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں طبی خدمات کی ادائیگی کی بری حالت کی خاص وجوہات میں سے ایک یہ ہے کہ باشندوں میں بیداری کی کمی ہے۔ ناکافی اور نامناسب بنیادی ڈھانچہ، تربیت یافتہ صحتی عملہ کی عدم دستیابی، پیرامیڈیکل اسٹاف کی کمی اور ادنیٰ معیار کی وجہ سے لوگ عوامی طبی خدمات سے استفادہ نہیں کرتے۔ اس کے علاوہ کمیونٹی افراد کی سماجی حیثیت معیاری طبی خدمات کے حصول میں حائل رکاوٹیں ہیں۔

عدم مساوات اور غربت خراب صحت کی وجہ بنتی ہیں۔ مساوی اور مناسب قیمت پر مبنی اعلیٰ معیار کی طبی خدمات کی کوشش اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں ناکام رہی ہے۔ طبی خدمات میں غیر مساوات کا مطلب زندگی کے حق میں سمجھوتہ کرنا ہے۔ اس لیے اس بات کی اہمیت بڑھ جاتی ہے کہ بنیادی طبی خدمات کی وضاحت کی جائے جو سبھی شہریوں کے لیے طبی خدمات میں شمولیت کے لیے دستیاب ہو سکے۔

تحقیق کے مشاہدہ سے دریافت ہوتا ہے کہ محرومیت، صحت اور صحت کے طریقہ استعمال میں وسیع روابط ہیں۔ گاؤں میں مختلف محرومیت کا شکار کمیونٹی کے تعلق سے تحقیق کے مواد کی جانچ کی گئی جس میں طبی خدمات کی رسائی اور دستیابی، بیماریوں کا علاج، طبی خدمات سے متعلق مسائل اور اس کے چیلنج اور طبی خدمات کا طریقہ استعمال اس بات کے پختہ ثبوت ہیں کہ متعدد صحتی پروگرام کے کامیابی کے لیے کمیونٹی افراد کو باختیار بنانا ہوگا۔ اس کے لیے ان کے اندر بیداری کی ضرورت ہے جس کے لیے معلومات، تعلیم اور ترسیل کے ذریعہ ان کے اندر بیداری پیدا کی جائے۔ اس کے نتائج میں ہم کہہ سکتے ہیں کہ صحت پروگرام کی کامیابی میں کمیونٹی شراکت ایک اہم رول ادا کرتی ہے۔ کمیونٹی کے گاؤں سطح پر صحت منصوبہ بندی میں حصہ لینے کے لئے ان کی حوصلہ افزائی کرنی چاہئے۔

اس لیے یہ وقت کی ضرورت ہے کہ لوگوں کو جدید تصورات کے ذریعہ سے بیدار کیا جائے اور شمولیتی پالیسی کے ذریعہ سے ان کی حوصلہ افزائی کی جائے تاکہ وہ صحت سے متعلق سرگرمیوں میں اپنی اشتراکیت درج کرا سکیں۔

صحت کے اشاریہ مناسب سے بہت دور ہیں۔ ایسے وقت میں جب کہ صحت سیاحت کو فروغ مل رہا ہے طبی خدمات میں غیر مساوات ابھی بھی جاری ہے۔ حالانکہ پرائمری ہیلتھ سینٹر کے خراب کارکردگی کی بہت سی وجوہات ہیں، جس میں دستیابی اور رسائی خاص چیلنج ہیں۔ آبادی کی اکثریت کے پاس وسائل کی کمی ہے جس کی وجہ سے وہ نجی شعبہ کی بنیادی معیاری خدمات حاصل نہیں کر سکتے، جبکہ عوامی شعبہ میں ان وسائل کی کمی ہے۔ اس لیے ان حالات کا فائدہ اٹھانے کے لئے ایک کثیر تعداد ناقابل صحت پریکٹس جیسے جھولا چھاپ ڈاکٹر اور جھاڑ پھونک کرنے والوں کی موجود ہے جو کمیونٹی افراد کی زندگیوں سے کھیلتے ہیں۔

کم آمدنی، تعلیم میں کمی اور عدم بیداری کی وجہ سے افراد بالخصوص غریب اور محرومیت کا شکار طبقات صحت سے متعلق مسائل کا زیادہ سامنا کرتے ہیں۔ یہ بات افسوس ناک ہے کہ غریب اور محرومیت کا شکار افراد طبی خدمات تک اپنی رسائی کو دشوار پاتے ہیں۔ ان افراد کے لیے صحت ایک اثاثہ ہے، ان کے لیے بیمار پڑنے کا مطلب ہے کہ آمدنی کا خاتمہ اور علاج پر خرچ۔

اس کے علاوہ طبی نظام کی تبدیلی کے عمل میں تعمیر نو عمل کا انتظام و انصرام ہوتا کہ ان کا نئی اثر عمل پر نہ پڑے۔ اگر اسے حاصل کر لیا جائے تو کمیونٹی صحت میں اضافہ اور بہتری ہو سکتی ہے۔ طبی صحت کے نظام میں انتظام و انصرام اچھی طریقہ سے کام نہیں کر رہا ہے۔ بنیادی ڈھانچہ میں کمی، صحتی عملہ کی عدم دستیابی، ادویات کی عدم دستیابی اور ادنیٰ معیار کی طبی خدمات خراب انتظام کے افعال کا نتیجہ ہے۔ اس لیے طبی صحت نظام کو مستحکم کرنے کے لیے اس کے انتظام و انصرام میں تبدیلی کی ضرورت ہے۔ صحتی عملہ اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی صلاحیت کی تعمیر کے لیے منظم طریقہ سے تربیت کی ضرورت ہے۔ جس کے ذریعہ سے یونیورسل رسائی کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکے۔

طبی سہولیات کا استعمال طبی عملہ اور طبی خدمات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ باہم سہولیات کا استعمال ڈاکٹر اور ادویات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ علاوہ ازیں، طبی سہولیات کا استعمال صحتی سہولیات کی دوری پر بھی منحصر ہوتا ہے۔ بیماری سے بچنے کے لیے روک تھام کے طریقوں جیسے صفائی اور حفظان صحت کو فروغ نہیں دیا جاتا ہے، جو بیماری پیدا کرنے کی اہم

وجوہات بنتی ہیں۔ بیماری سے نجات کا مطلب صرف ڈاکٹر، ادویات اور تکنیکی آلات کا استعمال نہیں ہے، بلکہ اس کے لیے بنیادی ضرورتوں جیسے غذائیت کا معقول انتظام، صاف پانی کی دستیابی، آلودگی سے پاک گھر اور باہر کا ماحول کی رسائی شامل ہے۔ دیہی علاقوں میں طبی خدمات کی رسائی کی سہولت، موجودہ بنیادی ڈھانچے کا غیر موثر انتظام اور طبی پیشہ وروں کی نامناسب معیار اور ان کی تعداد صحت شعبہ کے لیے اہم چیلنج ہیں۔

Select Bibliography

- Anthonia Adindu (2013): "The Need for Effective Management in African Health Systems", *Journal of Health Management*, Vol. 15, No. 1.
- Balagopal, G. (2009): Access to Health Care among Poor Elderly Women in India: How far do Policies Respond to Women's Realities, *Gender and Development*, Vol.17, No.3, pp-481-491.
- Balakrishnan Rajiv (2014): "State Sponsored Healthcare in Rural Uttar Pradesh: Grassroots Encounters of a Survey Researcher", in Madhu Nagla (ed.) *Sociology of Health*, New Delhi: Sage Publications.
- GOI (1946): *Report of the Health Survey and Development Committee- Bhole Committee*, Volume I to IV, Delhi: The Manager of Publications.
- GOI (1946): *Report of the Health Survey and Development Committee- Vol. I*, Delhi: The Manager of Publications.
- GOI (1961): *Report of the Survey and Planning Committee, Mudaliar Committee, Vol. I*, New Delhi: Ministry of Health.
- GOI (2015): *Rural Health Statistics 2014-15*, Ministry of Health and Family Welfare Statistics Division, Government of India.
- GoUP (2016): *Uttar Pradesh Budget For 2016-2017 highlights & Salient Features* Press Information Bureau, Information And Public Relations Department, Uttar Pradesh.
- Gwatkin DR (2001): "The need for equity-oriented health sector reforms", *International journal Epidemiology*, Vol. 30, No. 4, pp. 720–723.
- IIPS (2000): *National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99*, International Institute for Population Sciences and ORC Macro.
- Kamble, N.D. (1984): *Rural Health*, New Delhi: Ashish Publication House.
- Khan, M.E, S.K.Ghosh and R Singh (1986): "Nutrition and Health Practices among Rural Women-A Case Study of Uttar Pradesh, India", *Journal of Family Welfare*, Vol. 33, No. 1.
- Kopparty SNM (1994): *Social Inequality and Health Care- A Study in Health Behaviour in Rural Andhra Pradesh*, New Delhi: Northern Book Centre.
- Mehta, S.R (1992): *Society and Health- A Sociological Perspective*, New Delhi: Vikas Publishing.
- MoHFW (2002): *National Health Policy 2002*, New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- Planning Commission (2011): *Evaluation Study of National Rural Health Mission (NRHM) in 7 States*, New Delhi: Programme Evaluation Organisation, Planning Commission, Government of India.

Pradeep S Salve, Dhananjay W Bansod and Hemangi Kadlak (2017): Safai Karamcharis in a Vicious Cycle- A Study in the Perspective of Caste, Economic & Political Weekly, Vol. LII, No. 13.

Rifkin S (1986): Lessons from community participation in health programs, *Health Policy and Planning*, Vol. 1, No. 3, pp. 240-249.

SEKN (2008): *Understanding and Tackling Social Exclusion- Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*, WHO Social Exclusion Knowledge Network.

SRS Bulletin (2016): Sample Registration System, New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India, Volume 50, No. 2.

Sujay R Joshi, Mathew George (2012): "Healthcare through Community Participation- Role of ASHAs", *Economic & Political Weekly*, Vol. XLVII, No. 10.

Sule SS (2004): Community Participation in Health and Development, *Nigerian Journal of Medicine*, Vol. 13, No. 3, pp. 276-81.

UNFPA (2009): Concurrent Assessment of Janani Suraksha Yojana (JSY) in Selected States-Bihar, Madhya Pradesh, Orissa, Rajasthan, Uttar Pradesh, New Delhi: United Nations Population Fund – India.

UNICEF (2015): UNICEF's Strategy For Health (2016-2030), UNICEF. Programme Division, New York: UNICEF.

WHO (1978): *Declaration of Alma-Ata, "Health for All" Series no. 1*. Geneva: World Health Organization.

WHO (1986): Constitution. In: *Basic Documents* . 36th ed. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002): *25 Questions and Answers on Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series. Issue No. 1*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2006): *Working together for Health, World Health Report 2006*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2008): Community Involvement in Tuberculosis care and prevention: towards Partnerships for Health: Guiding Principles and recommendations based on a WHO review, Geneva: World Health Organization.

WHO and UNICEF (1978): *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978*, Geneva: World Health Organization.

Zakus J and Lysack C (1998): Revisiting community participation, *Health Policy and Planning*, Vol. 13, No. 1, pp. 1-12.

Research Scholar

Supervisor

Director

Dean (SA&SS)

باب اول: تعارف

Chapter One: Introduction

تمہید

کیونٹی کی معیاری صحت کے حصول میں طبی نظام مناسب معیار اور مقدار کی خدمات کی فراہمی میں مدد کرتا ہے۔ تاہم دیہی طبی نظام کی کچھ تحدید بھی ہے۔ طبی خدمات کی رسائی میں اضافہ کرنا اور طبی مسائل کے انتظام و انصرام میں تکنیکی ترقی کے بارے میں بیداری کے لیے راغب کرنا، لوگوں کی توقعات کی قدر کرنا اور طبی دیکھ بھال کی لاگت میں اضافہ کرنا، یہ تمام طبی نظام کے لیے چیلنج ہیں اور ان پر قابو پانے کے لیے کوشش کرنی چاہئے۔ اعلیٰ سطح کی صحت اور بیماری و قبل از وقت موت کے درمیان صحت ایک متحرک حالت ہے۔ صحت دماغ، جسم اور روح، کے اندر ایک ہم آہنگی اور اتحاد ہے، جو ہر شخص میں نمایاں اور مخصوص ہے، اور جو اس شخص کی طرف سے بیان کیا جاتا ہے۔ صحت کی سطح اور معیار جسمانی، نفسیاتی، سماجی و ثقافتی، روحانی، اور ترقیاتی مرحلوں کے عوامل سے مقرر کیا جاتا ہے اور طبی مسائل سے نمٹنے کے لیے عمل کیا جاتا ہے۔ صحت ذہنی، جذباتی اور جسمانی عناصر کے ساتھ مکمل طور پر ایک نیٹ ورک نظام کے طور پر دیکھا جاتا ہے۔ ہم بھی اپنی روزمرہ کی زندگی میں صحت کو ایک بنیادی اور متحرک عوامل کے طور پر سوچتے ہیں، جو ہمارے حالات، عقائد، ثقافت اور سماجی، اقتصادی اور جسمانی ماحول سے متاثر ہوتے ہیں۔ صحت کو بیماری کی غیر موجودگی کے طور پر، روزمرہ کی سرگرمیوں سے نمٹنے کی صلاحیت، یا مثبت طریقے سے صحت کے حالات پر قابو پانے کے لیے بھی دیکھا جاسکتا ہے۔ لوگوں کی صحت کے حالات ملک کی اقتصادی ترقی کے تین اہم وجوہات سے متعلق ہیں۔ اول، اقتصادی ترقی کے پیمانے کے طور پر، یہ لوگوں کی اہم بنیادی ضروریات خوراک، لباس، رہائش اور مناسب صفائی کے حالات کو فراہم کرانے کے لیے ملک کی صلاحیت اور کامیابی یا ناکامی کو ظاہر کرتا ہے، اس کی اقتصادی مواد میں بہت ہی قوی اور اچھی طرح سے دستاویزی ہے۔ دوم، صحت انسانی سرمایہ کے طور پر ملک کی مزید ترقی کے لیے ایک آلہ ہے۔ اس بات کے متعدد ثبوت ہیں کہ صحت بچوں کے اسکول اندراج اور اسکول

کارکردگی، اور بالغوں کی آمدنی، لیبر کی فراہمی اور پیداواری میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ لہذا، بہتر صحت یا صحت میں بہتری سے تعلیم اور علم کو فروغ ملے گا، غیر حاضری میں کمی، صلاحیت کو بہتر بنانے اور غریبوں کی اقتصادی حالت کو بہتر بنانے میں اہم کردار ادا کرے گا۔ سوم، نومولود اور بچوں کی اموات کی شرح اعلیٰ شرح پیدائش سے متعلق اہم ترین عوامل میں سے ہے، جو ترقی میں ایک اہم کردار ادا کرتی ہے۔ 1974 میں آبادی پر بخار سٹ کانفرنس میں ممالک کی اکثریت نے شرکت کی تھی سبھی نے پختہ نظریہ سے اس بات کی توثیق کی کہ اقتصادی ترقی اور صحت میں بہتری شرح پیدائش میں کمی کی بنیادی شرط ہے۔

عالمی ادارہ صحت کے مطابق، "صحت صرف بیماری یا کمزوری کی غیر موجودگی ہی نہیں بلکہ ایک مکمل جسمانی، ذہنی اور سماجی خوشحالی کی صورت حال ہے" (WHO, 1948)۔ صحت مند لوگ روزمرہ کی سرگرمیوں سے نمٹنے کے لیے اور کسی بھی ماحول کے مطابق اپنی اصلاح کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ بیماری کی غیر موجودگی ایک مطلوبہ صورت حال ہے لیکن یہ صحت کی پوری وضاحت نہیں کرتا ہے۔ یہ صحت کے لیے ایک کسوٹی نہیں ہے اور اسے اکیلے صحت کی تعمیر کے لیے کافی نہیں سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن صحت مند ہونے کا حقیقی معنی اپنے آپ پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے زندگی بسر کرنے کے صحت مند طریقوں کو اپنایا جانا ہے۔ بعد میں اضافہ کرتے ہوئے اس میں 'یہ ایک سماجی اور اقتصادی پیداواری زندگی کی قیادت کرنے کی صلاحیت' کو شامل کیا گیا تھا۔ اس تعریف کے ذریعہ WHO نے حیاتیاتی، میڈیکل اور پیچھا لوجی کی بنیاد پر محدود نقطہ نظر سے باہر صحت کی سوچ کے لیے مدد کی ہے۔ علاوہ ازیں صحت کے ذہنی اور سماجی عوامل کو بھی شامل کیا گیا ہے، WHO نے بنیادی طور پر صحت کے فروغ کے لیے طبعی پیشہ وروں کے رول اور ذمہ داری اور ان کے سماج کے ساتھ تعلقات کے دائرہ کو وسیع کیا ہے (Kumar, 2007)۔ یہ تعریف صحت کی پالیسی، منصوبہ بندی اور پروگرامنگ کے لیے WHO کے تمام ارکان ممالک کی طرف سے منظور اور تسلیم شدہ ہے۔ تاہم ایک بڑی تعداد میں اس کو تنقید کا نشانہ بنایا گیا۔ کچھ لوگوں کا یہ ماننا ہے کہ اس میں روحانی طول و عرض کو خارج کیا گیا ہے۔ متعدد لوگوں کا کہنا ہے کہ صحت ایک حالت نہیں ہے، یہ ہمارے وجود کے

لیے زندگی کے مطالبات کو تبدیل کرنے کے لیے ایک مسلسل عمل ہے (Misra, 2007)۔ صحت بنیادی صلاحیتوں میں سے ایک ہے جو انسانی زندگی کو قدر دیتی ہے (Amartya Sen, 1999)۔ انسانی ترقی تین اہم طول و عرض کا افعال ہے: طویل زندگی: صحت مند اور طویل عمر کو جینے کی صلاحیت؛ تعلیم: پڑھنے، لکھنے اور علم حاصل کرنے کی صلاحیت؛ اور وسائل پر قابو: ایک مہذب معیاری اور با معنی زندگی سے لطف اندوز ہونے کی صلاحیت (Mahbub ul Haq, 1995)۔ صحت صرف بیماریوں کی غیر موجودگی کا نام نہیں ہے۔ ہمیں صحت کے تمام پہلوؤں کے بارے میں ضرور علم ہونا چاہیے۔ صحت کا مطلب مختلف لوگوں کے لیے مختلف ہوتا ہے۔ لیکن اگر ہم ایک عالمی نقطہ نظر کی بات کریں تو اپنے آپ کو صحت مند کہنے کا یہ مطلب ہوتا ہے کہ ہم اپنی زندگی میں آنے والی تمام سماجی، جسمانی اور ذہنی چیلنجوں کا کامیاب انتظام و انصرام کرنے میں قابل ہوں۔ ویسے تو اپنے آپ کو صحت مند رکھنے کے لیے ڈھیر ساری جدید ٹیکنالوجی موجود ہیں، لیکن یہ سارے اتنے زیادہ کارگر نہیں ہیں۔

WHO تعریف صحت کے فروغ کی اہمیت پر روشنی ڈالتی ہے، اس کے مطابق، "لوگوں کی صحت بہتر بنانے اور قابو پانے کے لیے ممکن عمل ہے"۔ اوٹاوا چارٹر برائے صحت فروغ، 1986 کے مطابق، "ایک فرد یا گروپ کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے، اور ماحول کے ساتھ تبدیلی یا نمٹنے کے لیے، مقاصد کے شناخت اور احساس کرنے کے قابل ہونا چاہئے" (WHO, 2009)۔ اس کوشش کا سماجی پہلوؤں پر الما اٹا 1978 کے اعلانہ میں زور دیا گیا تھا، جو صحت کی تعریف بیان کرتا ہے، "سماجی مقصد جس کی بیداری طبی حلقہ کے ساتھ، بہت سی دوسری سماجی اور اقتصادی حلقوں کی کارروائی کی ضرورت ہے (WHO: 1978, Declaration of Alma-Ata)۔

طبی خدمات کی دیکھ بھال سے مراد جسمانی اور ذہنی صحت کی بحالی اور بہتری کرنا ہے، بالخصوص میڈیکل خدمات کی فراہمی کے ذریعہ اس کی ترقی اور بہتری کرنا ہے۔ اس عمل میں افراد، خاندان یا کمیونٹی کے صحت خدمات کے لیے ایجنٹ یا پروفیشنل کے ذریعہ اچھی صحت کے فروغ کے مقصد سے مہیا کرائی جاتی ہے۔ اس طرح کی

خدمات کے لیے عملہ کاری، تنظیم کاری، منظم اور مالیاتی حکمت عملی اپنائی جاتی ہے تاکہ لوگوں کی خدمات کی جاسکے، جیسے صحتی عملہ کے ذریعہ لوگوں کا علاج، مدد، معلومات کی فراہمی کرنا وغیرہ شامل ہے (Park K, 2010)۔

بھارت میں 1943 میں صحت منصوبہ بندی کی ابتدا ہو چکی تھی، جب بھورے کمیٹی کو بھارت کے صحت اور طبی ضروریات کے لیے مقرر کیا گیا تھا۔ 1947ء میں آزادی کے وقت طبی ڈھانچہ خصوصی طور پر شہری اور کلینک پر مبنی تھا، جو صرف علاج کی خدمات فراہم کرتا تھا۔ 2 اکتوبر، 1953 کو ہر بلاک میں جہاں کی آبادی 66000 تھی پرائمری ہیلتھ سنٹر کے ذریعہ دیہی طبی خدمات کا آغاز ہو چکا تھا (National Health Portal, 2016)۔

مزید طبی مراکز کی عمارت، متعدد بیماریوں کی روک تھام کے پروگرام دیہی طبی خدمات کے ذریعہ عمل میں آئے۔ متعدد بعد کی تحقیق صحت کی افادیت کے تصور کو قائم مقام رکھتی ہے۔ مثال کے طور پر ورلڈ ڈویلپمنٹ رپورٹ 1993، اچھی صحت کو پیداواری میں اضافہ کے لیے آلہ جو اقتصادی ترقی کے لیے ضروری ہے تسلیم کرتی ہے۔ نیشنل کونسل آف ایپلائڈ آکنامک ریسرچ صحت کی حالت کو، "اقتصادی ترقی کی سطح کا ایک اہم پیمانہ" اور اس میں خصوصی طور پر اموات شرح اور بیماری شامل ہے (NCAER, 1992)۔ عالم میں اجتماعی طور پر طبی خدمات کی تقسیم میں مساوات پر مبنی حق کا فقدان ہے۔ عالمی پیمانے پر طبی خدمات میں تفاوت طبی اداروں کے لیے چیلنج ہے۔ نیلسن منڈیلانے کہا تھا، "ہمارے عالم کے لیے درپیش سب سے بڑا واحد چیلنج تفاوت سے نمٹنا اور اس کا خاتمہ ہے" (Mandela, 1998)۔ طبی خدمات کی ترسیل ایک پیچیدہ کوشش ہے (Sheffield, 2008)۔ طبی خدمات کی فراہمی کے لیے بنیادی تنظیمیں طبی خدمات فراہم کنندگان ہیں، اگرچہ دوسری تنظیموں کے ساتھ بین تنظیمی تعلقات ایک بنیاد فراہم کراتے ہیں۔

عالمی ادارہ صحت کی رپورٹ (WHO, 2003) کے مطابق صحت تفاوت کو کم کرنا حکومت کے طبی نظام کی ایک اہم ذمہ داری ہے۔ اکثریت آبادی کے لیے سیاسی طاقت اور بنیادی تعلیم کی کمی طبی نظام کی رسائی میں حائل رکاوٹیں ہیں۔ آبادی کی اکثریت کے پاس طبی نظام کی غیر مساوی رسائی ہے، پھر بھی کچھ اعلیٰ گروپ جدید طبی نظام

سے استفادہ حاصل کر رہا ہے۔ اقلیتوں، بچوں، خواتین اور معذور افراد کے لیے طبی خدمات کے چیلنج عام آبادی کے لوگوں سے بہت حد تک مختلف ہیں۔ ان علاقوں میں طبی خدمات کے لیے مختلف حکمت عملی اپنانی ہوگی، یہ علاقہ مخصوص، مقامی آبادی کی شراکت اور باختیار بنانے کے عمل کو مکمل طور پر یقینی بنائے جانے کے لیے اور صحت خواندگی اور مواصلات کے علم اور طرز عمل میں تبدیلی کو پُر کرنے کے لیے ایک اہم منصوبہ بندی اور حکمت عملی اپنانے کی ضرورت ہے۔

یہ طبی خدمات کی دستیابی ہے جو قابل رسائی فاصلے پر موثر اور مکمل طبی خدمات کے استعمال کے ساتھ ملک کے صحت کے حصول میں نمایاں عنصر کے طور پر رول ادا کرتی ہے۔ طبی خدمات تک رسائی اہم ہے، لوگوں کے تجربات کہ کس طرح کی سہولیات پیش کی جا رہی ہیں اور کتنی قابل استعمال ہیں، طبی سہولیات کے استعمال میں یکساں طور پر اہم ہیں۔ لوگوں کا نظریہ مفت طبی سہولیات کے تئیں یہ ہے کہ یہ ادنیٰ معیار کی ہے اور اس وجہ سے موجود ڈھانچہ مجموعی طور پر کم استعمال کیا جاتا ہے، جیسے کہ ہمارے ملک میں عوامی طبی سہولیات کا نظام مجموعی سپلائی تحریف کا شکار ہے جو موجود دستیابی سے پرے ہے۔

ایک عوامی صحت کی سہولت کے طور پر نامزد ایک سادہ عمارت کی دستیابی سے اس بات کی کوئی ضمانت نہیں ہے کہ یہ کام کر رہی ہے۔ اگر یہ کام کر بھی رہی تو اس تک رسائی سماجی و اقتصادی رکاوٹوں، معیاری طبی خدمات کی ترسیل، بنیادی ڈھانچے کا ناقص معیار، اور یہاں تک کہ بنیادی ادویات اور آلات کی شدید کمی، فراہم خدمات کو قبول کرنے اور استعمال کرنے میں اہم عوامل ہیں۔ یہ خاص طور پر دیہی علاقوں اور غریب عوام کی صحت کے حوالے سے سچ ہے۔ زچہ، شیر خوار اور بچوں کی بیماری اور شرح اموت بھارت میں بہت زیادہ ہیں۔ بھارت اپنی مستقبل کی نسلوں کی صحت اور بہبود کی حفاظت کے لیے بہت ہی کم کوشش کر رہا ہے جس کی وجہ سے نہ صرف سماجی انصاف بلکہ اقتصادی مہارت کے ساتھ سمجھوتہ کیا جا رہا ہے۔

1.1 کمیونٹی شراکت (Community Participation)

عالمی کانفرنس المائٹا کے اعلانیہ میں کمیونٹی شراکت کو پرائمری ہیلتھ کیئر میں مرکزی توجہ دی گئی تھی۔ کمیونٹی شراکت عام طور پر مقامی افراد کا ان کی ضروریات کو دریافت کرنا اور ان ضروریات کی تکمیل کے لیے حکمت عملی تیار کرنے کے لیے مجموعی طور پر شراکت کے عمل کو کہتے ہیں (Zakus and Lysack 1998)۔ کمیونٹی شراکت میں لوگ مقاصد کے حصول کے لیے پروگرام میں منصوبہ بندی، ترتیب دینا، فیصلہ سازی اور اس کے نفاذ کے عمل میں شامل ہوتے ہیں۔ اس عمل سے ان کے اندر خود اعتمادی کا جذبہ پیدا ہوتا ہے، مسائل کو حل کرنے کی صلاحیت پیدا ہوتی ہے اور وہ باختیار بنتے ہیں۔ کمیونٹی شراکت کی وجہ سے پروگرام کی قبولیت میں اضافہ ہوتا ہے، کیونکہ مقامی سطح پر اس پروگرام کے ذریعہ لوگوں کی ضروریات پوری ہوتی ہیں، مقامی وسائل کو استعمال ہونے سے لاگت میں کمی آتی ہے اور مقامی تنظیمیں مسائل کو موثر طریقے سے حل کر سکتی ہیں۔ قومی صحت پالیسی 2002 میں بھی طبی خدمات کے معیار میں بہتری اور پرائمری ہیلتھ کیئر حصول کے لیے غیر مرکزیت اور کمیونٹی شراکت پر توجہ مرکوز کی گئی تھی (MoHFW 2002)۔ کمیونٹی شراکت سے صحت میں اضافہ اور ترقی کے متعدد فوائد ہیں جس سے کمیونٹی افراد میں ان کی صحت اور فلاح کے تئیں ذمے داری آتی ہے۔ کمیونٹی مسائل کو حل کرنے کے لیے جو طریقہ کار اور حکمت عملی اپنائی جائے وہ ثقافتی اور سماجی طور پر مناسب اور قابل قبول ہو جس سے پائیداری میں اضافہ ہو سکے۔ یہ حکومت، غیر سرکاری تنظیمیں، بین الاقوامی تنظیمیں اور صحت پروگرام منصوبہ ساز اور سہولیات فراہم کرانے والوں کی متعدد سطح پر ذمے داری ہے کہ کمیونٹی افراد کو ان کی صحت میں اضافہ و ترقی میں مددگار ثابت ہوں (Sule SS, 2004)۔

1.2 دیہی طبی خدمات کا انتظام و انصرام (Management of Rural Healthcare Services)

دیہی طبی خدمات کے انتظام و انصرام میں ملک کا طبی نظام ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ کمیونٹی افراد کو بہتر اور معیاری خدمات فراہم کرنے کے لیے موثر انتظام و انصرام ہونا چاہئے۔ تاکہ المائٹا کے سب کے لیے صحت کے مقاصد کا حصول

ہوسکے۔ طبی خدمات کی رسائی کو آسان، سستی، مساوی اور کمیونٹی افراد تک دستیابی کے لیے موثر طریقے سے منصوبہ بندی، تنظیم کاری، عملہ کاری، ہدایت کاری اور قابو کاری کی ضرورت پڑتی ہے۔ طبی نظام کے استحکام کا مطلب ہے کہ صحت خدمات کی سہولیات، استعمال، معیار اور قوت کی پائیداری میں اضافہ ہو رہا ہے (UNICEF, 2015)۔ اس لیے طبی خدمات کے انتظام کے عزم کے حصول کے لیے حکومت کو اپنے میکزم کو مستحکم کرنا چاہئے۔ مکھرجی کمیٹی نے بنیادی طبی خدمات کی وضاحت کی ہے جو بلاک سطح پر مہیا ہونی چاہیے اور کچھ مستحکم نتائج کے لیے اعلیٰ سطح کا نظم و نسق ہونا چاہیے (MoHFW, 1966)۔ بھارت کے تبدیل ہوتے ہوئے حالات کی وجہ سے اس کی اہمیت بڑھ جاتی ہے۔ اگرچہ حکومت ابتدائی صحت پر اخراجات میں اضافہ کر رہی ہے، تاہم، موثر انتظام و انصرام نہ ہونے کی وجہ سے لوگوں کو اس کا فائدہ حاصل نہیں ہو رہا ہے۔ اس کے لیے جانچ ایجنسی کا نظام ہو اور کام کی جانچ کو یقینی بنایا جائے۔ موثر انتظام کی مدد سے محدود وسائل ہونے پر بھی کس طرح عملہ، بجٹ، ادویات اور دیگر وسائل کا بہترین استعمال ہو، اس کے لیے حکمتانہ منصوبہ بندی کر کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکتا ہے۔

1.3 بھارت میں دیہی طبی خدمات (Rural Healthcare Services in India)

الماتا 1978 (Alma Ata) کے منشور میں اس بات پر روشنی ڈالی گئی ہے کہ تمام حکومتوں اور غیر سرکاری تنظیموں کی پالیسی، پروگرام اور کارکردگی میں صحت کو ایک بنیادی حق کے طور پر زور دیا جانا ضروری ہے۔ اس عالمی کانفرنس میں جو WHO اور UNICEF کی طرف سے الماتا میں ایک انقلابی حکمت عملی کی بنیاد پر بنیادی طبی خدمات کے ذریعہ سن 2000 تک سبھی کے لیے صحت کے مقاصد کو حاصل کرنے کی بنیاد پر رکھا گیا تھا۔

ڈاکٹر حلفڈان ٹی مالہر ڈائریکٹر جنرل عالمی صحت تنظیم (1973 - 1988) کا کہنا تھا کہ ہمیں سماجی ترقی کی شراکت کے وسیع تر تناظر میں صحت کے بارے میں غور کرنا ہوگا اور ایک سماجی اور اقتصادی پیداواری زندگی کی قیادت کرنے کی صلاحیت شامل کرنے کے لیے صحت کی تعریف اور تصورات میں توسیع ضروری ہے۔

الماتا منشور کے مطابق سن 2000ء تک سبھی کے لیے صحت کے مقاصد کے تحت بھارت 1983 میں اپنی پہلی قومی صحت پالیسی کے ذریعہ صحت کو یقینی بنانے کے لیے مصروف عمل تھا (Duggal Ravi, 2001)۔ اگرچہ بھارت آزادی کے 69 سال بعد بھی سبھی کے لیے صحت کو یقینی بنانے کے لیے عزم پیراں ہے، لیکن اس کے نفاذ کی حکمت عملی سے زیادہ فائدہ نہیں ہوا ہے۔ موجودہ حالات میں طبی خدمات کو تیز رفتاری کی ضرورت ہے۔ قومی صحت پالیسی 2002 بھی ملک کے عوام کے درمیان صحت کے قابل قبول یقینی کے لیے ارتکاب کر رہی تھی۔ مارچ 2017 میں قومی صحت پالیسی 2017 کا ارتقاء عوامی صحت کو فروغ دینے کے لیے ہوا جس کے نتائج ہمیں آئندہ دریافت ہوں گے۔

بھارت میں دیہی طبی خدمات عمومی طور پر بنیادی صحت پر مبنی ہے جس کا مقصد ملک کے سبھی لوگوں کے لیے اچھی صحت کا حصول ہے۔ ملک کی مختلف صحت پالیسیوں اور پروگرامز کا مقصد ملک کے لوگوں کے لیے قابل قبول معیار کی صحت کا حصول ہے۔ اس کا وسیع مقصد اور جامع نقطہ نظر کے ذریعہ انفرادی صحت کی دیکھ بھال میں بہتری اور صحت مندر ہنا شامل ہے۔ سبھی جغرافیائی خطوں میں صحت میں تفاوت کو کم کرنے اور سماج میں کمیونٹی کے لیے خصوصی طور پر پسماندہ اور غریب لوگوں کے لیے سستی طبی سہولیات فراہم کرنے کے لیے بات چیت کرنی چاہیے۔ چند اہم کامیابیاں حاصل کی گئی ہیں، لیکن اب بھی ملک کے مختلف خطوں میں طبی سہولیات کی فراہمی کے فرق کو کم کرنے کی ضرورت ہے۔ اس کے لیے دیہی طبی نظام کو سمجھنے کی اشد ضرورت ہے۔ ملک میں ایک ڈھانچہ اور طریقہ کار شہریوں کو دیہی طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے بنانا ہوگا۔ ملک کے دیہی علاقوں میں طبی بنیادی ڈھانچہ مندرجہ ذیل آبادی کے ضوابط کے مطابق تین درجہ پر مبنی ہے۔

Table 1.1

Population's norms of Public Health Centers

Centres	Population Norms		Population Status in the year 2015
	Plain Area	Hilly/Tribal/ Difficult Area	
Sub-Centre	5,000	3,000	5426
Primary Health Centre	30,000	20,000	32944
Community Health Centre	1,20,000	80,000	154512

Source: Rural Health Statistics 2014-15

دیہی صحت شماریات (Rural Health Statistics 2014-15) کے مطابق 31 مارچ، 2015 تک ملک میں 153655 سب سنٹرز (SCs)، 25308 پرائمری ہیلتھ سنٹرز (PHCs) اور 5396 کمیونٹی ہیلتھ سنٹرز (CHCs) کام کر رہے تھے۔ اگرچہ 2014-15 میں ان مراکز کی تعداد میں اضافہ ہوا ہے، پھر بھی، موجودہ اعداد ان کی آبادی کے ضوابط کے مطابق معیار کو پورا کرنے کے لیے کافی نہیں ہیں (GOI, 2015)۔ دیہی علاقوں میں بنیادی طبی خدمات تین طرح کی طبی تنظیموں کے ذریعہ رسائی ہے۔ 3000-5000 کی آبادی کے لیے ایک سب سنٹر، 20,000-30,000 آبادی کے لیے پرائمری ہیلتھ سنٹر اور 80,000-1,20,000 آبادی کے لیے کمیونٹی ہیلتھ سنٹر جو کہ چار پرائمری ہیلتھ سنٹر کے لیے ریفرل سنٹر کے طور پر مشتمل ہے مہیا کرائی جاتی ہے۔

بھارت نے انسانی ترقی کے عوامل میں کافی بہتری حاصل کی ہے۔ یو این ڈی پی کی انسانی ترقی رپورٹ (Human Development Report 2011) کے مطابق بھارت کا 2011ء میں رینک 0.547 تھا، باہم، 187 ممالک میں مجموعی درجہ بندی کے ساتھ 134 مقام پر تھا۔ جب کہ 2016 کی رپورٹ کے مطابق بھارت کا HDI رینک 0.624 تھا، باہم 188 ملکوں کی رینکنگ میں بھارت کا مقام 131 تھا (UNDP, 2016)۔ سن 2011ء میں پیدائش کے وقت متوقع عمر 65.4 سال ہے جو کہ 1980ء میں

55.1 سال تھی۔ نوزائیدہ بچوں کی شرح اموات میں کافی کمی آئی ہے۔ یہ 1997 میں 1000 زندہ پیدائش میں 71 تھی اور یہ 2010 میں 1000 زندہ پیدائش میں 47 پر پہنچ گئی تھی، لیکن دیہی علاقوں میں 1997 میں 77 اور 2010 میں 51 اور شہری علاقوں میں 1997 میں 45 اور 2010 میں 31 تھا، جس سے معلوم ہوتا ہے کہ دیہی اور شہری علاقوں میں فرق ابھی بھی بہت زیادہ ہے۔

1.4 اترپردیش میں دیہی طبی خدمات (Rural Healthcare Services in Uttar Pradesh)

اترپردیش حکومت نے عوام کو اعلیٰ معیار، مناسب قیمت، آسان دستیابی، اور قابل علاج طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے کوشاں ہے۔ لیکن ریاست کی کارکردگی مختلف صحت کے معیار پر اطمینان بخش اور حوصلہ افزا نہیں ہے۔ حکومت کو طبی نظام مستحکم اور مضبوط بنانا چاہیے، مالیاتی اور مادی کمی، طبی عملہ کے مسائل اور صحت پالیسی کا نفاذ ایک تکثیری ماحول میں طبی نظام کے اہم مسائل ہیں۔ انسانی وسائل کی ترقی اور صلاحیت کی تعمیر طبی خدمات کی بہتری میں ایک اہم رول ادا کرتے ہیں۔

اترپردیش میں غریب آبادی، بچوں اور نوجوانوں، خواتین، بزرگ اور معذورین کے طبی چیلنج عام آدمی کے مسائل سے مختلف ہیں۔ ایسے افراد کے لیے طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے مختلف نقطہ ماے نظر کی ضرورت ہے۔ خصوصی طور پر کمیونٹی شراکت و باختیاری کو یقینی بنایا جائے اور تعلیم صحت اور مواصلات کے لیے ایک ٹھوس قدم اور حکمت عملی کے ذریعہ تعلیم اور برتاؤ میں تبدیلی کے خلاء کو پُر کیا جاسکتا ہے۔ مواد (جدول 2.1) سے دریافت ہوتا ہے کہ NFHS-4, 2015-16 کے مطابق اترپردیش میں صحت کے اشاریہ مجموعی طور پر بھارت کے مقابلہ میں بہت ہی خراب ہیں، اس کے علاوہ درحقیقت بھارت کی کئی ریاستوں کے مقابلہ میں بھی بدتر ہیں۔

Table 1.2

Health indicators in UP and India

Health Indicators	Uttar Pradesh			India		
	Rural Area	Urban Area	Total	Rural Area	Urban Area	Total
Infant Mortality Rate	67.0	52.0	64.0	46.0	29.0	41.0
Child Mortality rate	82	62.0	78.0	56	34	50.0
Total Fertility rate	3.0	2.1	2.7	2.4	1.8	2.2

Source: National Family Health Survey (NFHS-4), 2015-16

1.5 طبی خدمات میں حکومت کا رول (Role of Government in Healthcare Services)

کیونٹی کے لیے طبی خدمات فراہم کرنے میں حکومت کا رول بہت سے چیلنجوں کے ساتھ ایک پیچیدہ مسئلہ ہے۔ ہمارے ملک جیسے جمہوری نظام میں کیونٹی کے لیے طبی خدمات کی یقین دہانی میں حکومت کا ایک اہم رول ہے۔ ریاستی حکومت غیر منافع بخش تنظیم کے طور پر کام کرتی ہے جو کیونٹی کے صحت کی دیکھ بھال کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے صحت عامہ کے ماہرین کی بھرتی کرتی ہے۔ متبادل طور پر حکومت شہریوں کے لیے صرف پالیسیوں، پروگراموں اور بجٹ کی تقسیم کو مہیا نہیں کرتی، بلکہ منظم، جانچ و نگرانی اور انتظام و انصرام کے لیے ضروری قیادت کے رول کو نبھاتی ہے۔

قومی دیہی صحت مشن (NRHM) کی ابتدا معزز وزیراعظم کی طرف سے خصوصی طور پر 18 صوبوں پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے ملک بھر میں 12 اپریل، 2005 کو ہوئی تھی۔ قومی دیہی صحت مشن کی ابتدا کا مقصد بھارت کے شہریوں خصوصاً دیہی آبادی کے لیے قابل رسائی، سستی اور معیاری طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے تھا۔ سن 1978ء میں المائیا میں منعقد ہونے والی عالمی کانفرنس میں تجویز شدہ ”سب کے لیے صحت“ کی پیش کش کے بعد، بھارت کے لیے قومی دیہی صحت مشن (این آر ایچ ایم) کے اولو العزم پروگرام کے ذریعہ سے سماج کی دیہی کیونٹی خصوصی طور پر خواتین، بچوں اور کمزور طبقوں کے صحت کے حالات اور معیاری زندگی کو بہتر بنانے کے

مقصد سے یہ ایک بڑا چیلنج تھا۔ قومی دیہی صحت مشن بچوں کی شرح اموات اور ماؤں کی شرح اموات کو کم کرنے اور آیور ویدک، یوگا، یونانی، سدھ اور ہومیوپیتھ (AYUSH) کے فروغ کے لیے توجہ مرکوز کی۔ اس کے علاوہ بنیادی ڈھانچے کی تعمیر اور سبھی سطح کی طبی رسائی کے مراکز جیسے پرائمری ہیلتھ سنٹر، ذیلی مراکز کے عملہ کو بہتر بنانے کے لیے بنیادی حکمت عملی کے طور پر بھی فیصلہ لیا گیا۔ اس کے علاوہ ہر گاؤں کے لیے صحت کارکن کی ضرورت پر زور دیا گیا اور اس طرح ہر 1000 آبادی والے گاؤں میں آشنا کو متعارف کروایا گیا۔ اس کے علاوہ، تعلیمی صحت اور مختلف صحت کی دیکھ بھال کے پروگراموں کے ذریعے خاص طور پر ماں اور بچے کی صحت کی دیکھ بھال کے بارے میں بیداری پیدا کرنے میں کمیونٹی شراکت اور پرائیویٹ وغیر سرکاری تنظیموں کے ساتھ حصے داری پر زور دیا گیا۔

مرکزی حکومت کی اسکیم پردھان منتری صحت سرکھشایوجنا (PMSSY) عام طور پر ملک کے مختلف حصوں میں سستی طبی سہولیات کی رسائی میں تفاوت کو درست کرنا، اور بالخصوص پسماندہ ریاستوں میں معیاری طبی تعلیم کی سہولیات میں بہتری لانا اس کے مقاصد ہیں۔ اس اسکیم کو مارچ 2006 میں منظوری ملی اور اس کے بعد شروع کی گئی۔ امید ہے کہ PMSSY کے کامیاب نفاذ کے عمل کے نتیجے میں، بہتر، قابل رسائی اور مناسب طبی سہولیات ملک میں ہر کسی کو ہر جگہ آسانی سے دستیاب ہوں۔

خواتین کے لیے سب سے زیادہ اہم اور مرکزی حکومت معاونت والی اسکیم جننی سورکھشایوجنا (JSY) ہے۔ JSY قومی دیہی صحت مشن کے تحت ایک محفوظ زچگی میں مدد کرتی ہے، جس کا نفاذ غریب حاملہ خواتین کو ادارہ جاتی زچگی کے فروغ دے کر زچہ و نونہال کی شرح اموات کو کم کرنے کے مقصد کے ساتھ کیا جا رہا ہے۔ یہ اسکیم معزز وزیراعظم کی طرف سے 12 اپریل 2005ء کو سبھی صوبوں اور مرکزی حکومت کے علاقوں اور کم کارکردگی والے صوبوں پر خصوصی توجہ دی گئی (MoHFW, 2006)۔ اس اسکیم کے تحت جن صوبوں میں ادارہ جاتی زچگی کی شرح کم ہے اسے لوپرفارمنگ اسٹیٹ (LPS) (اتر پردیش، اترکھنڈ، بہار، جھارکھنڈ، مدھیہ پردیش،

چھتیس گڑھ، آسام، راجستھان، اڑیسہ اور جموں و کشمیر) اور باقی صوبوں کو ہائی پرفارمنگ اسٹیٹ (HPS) کے طور پر جانا جاتا ہے۔

JSY کے ذریعہ ادارہ جاتی زچگی میں اضافہ کے لیے حکومت ہند کی طرف سے 2011ء میں شش سو کشا کاریکرم (JSSK) کی شروعات حاملہ خاتون اور بیمار نومولود کی دوا، غذا، علاج، صارف اخراجات، ریفریل ٹرانسپورٹ وغیرہ کے اخراجات کو کم کرنے کے لیے کی گئی تھی۔ اس اسکیم کے تحت حاملہ خواتین عوامی صحت تنظیم میں اپنے بچے کو جنم دے سکتی ہے جو بالکل مفت اور کوئی زچگی اخراجات آپریشن کو لے کر نہیں دینا ہوگا۔ اس اسکیم کے ذریعہ حاملہ خواتین کو مفت ادویات اور لائق استعمال اشیاء، مفت علاج، ضرورت پڑنے پر مفت خون اور 3 دنوں تک مفت غذا عام حالت میں اور 7 دنوں تک آپریشن کی حالت میں مہیا کرائی جاتی ہے۔ اس پہل کے ذریعہ گھر سے ادارہ تک جانے، ریفریل کی صورت میں سہولیات اور گھر کے درمیان مفت ٹرانسپورٹ مہیا کرایا جاتا ہے۔ اسی طرح کی سہولیات سبھی بیمار نونہالوں کے علاج کے لیے عوامی صحت کی تنظیموں سے رسائی پیدا ہونے کے 30 دن بعد تک حاصل کی جاسکتی ہے۔ قبل از پیدائش دیکھ بھال (ANC) اور بعد پیدائش دیکھ بھال (PNC) اور بیمار شیر خوار بچوں کی پیچیدگیوں کے احاطہ کے لیے اس کی توسیع کی گئی ہے۔

حکومت کی قیادت میں فراہم کردہ سہولیات کے معیار کی جانچ و نگرانی کے لیے ان مداخلتوں کے اختیارات حاصل ہونگے۔ بچوں کی صحت کے لیے، بچوں کی غذائی قلت کے خلاف انٹرسیکٹرل مداخلت کو خاص حکمت عملی تجویز کیا گیا ہے۔ نئے پیدا ہونے والے اور بیمار بچوں کے لیے کمیونٹی سطح پر دیکھ بھال مہیا کرائی جاتی ہے اور بیمار بچوں کے لیے تنظیمی دیکھ بھال کی سہولیات کو مستحکم بنانے پر زور دیا جاتا ہے۔

متعدد محققین کی طرف سے دریافت کیا گیا ہے کہ طبی شعبے میں ہنرمند انسانی وسائل کی عدم دستیابی کا خاص بحران ہے، جو ملک میں طبی تعلیم کی تیزی سے توسیع کے ذریعے خطاب کیا گیا ہے، لیکن اب بھی بہت کچھ اس سمت میں کرنے کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ، ایک پرائمری ہیلتھ کیئر ماڈل کی ضرورت ہے، جہاں پر مقامی طور پر منتخب اور

مناسب تربیت یافتہ طبی سہولیات فراہم کرنے والے ڈاکٹروں کے ساتھ بڑی حد تک تعاون کریں گے۔ اسی طرح انسانی وسائل کی بہتری اور اضافہ کے لیے بہت سے ضوابط میں چھوٹ دی جانی چاہئے جو فراہمی کو محدود کرتے ہیں۔ تاہم، انسانی وسائل کی دستیابی کے معیار سے متعلق مسائل کو حل کرنے کی بھی ضرورت ہے۔

1.6 قومی صحت پالیسی (National Health Policy)

وزارت صحت و خاندانی فلاح و بہبود نے قومی عزم کو دیکھتے ہوئے سب کے لیے صحت کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے 1983 میں ایک قومی صحت پالیسی تیار کی گئی تھی۔ پالیسی عوامی صحت کے علاج اور فروغ کے پہلوؤں پر زور دیتی ہے۔ اس پالیسی کا مقصد صحت کے بنیادی ڈھانچے کی تعمیر نو، طبی عملہ کی ترقی، تحقیق اور ترقی صحت کی حکمت عملیوں کا حصول شامل ہیں۔ صحت کے شعبہ سے متعلق متعین عوامل میں اہم تبدیلیاں اور پالیسی کی نظر ثانی کی ضرورت کے تحت قومی صحت پالیسی 2002 کا ارتقاء ہوا۔ پالیسی کا بنیادی مقصد عام آبادی کے درمیان ایک معیاری اور اچھی صحت حاصل کرنا ہے۔ موجودہ اداروں میں نئے بنیادی ڈھانچے کی تعمیر کے ذریعہ رسائی میں اضافہ کے لیے عوامی صحت نظام کی غیر مرکزیت کا نقطہ نظر ہونا چاہئے۔ پالیسی کا مقصد ان بیماریوں کی طرف خاص توجہ دینا ہے جو بنیادی طور پر مرض کی پریشانی میں مددگار ثابت ہوتے ہیں جیسے تپ دق، ملیریا، اندھاپن، اور ایچ آئی وی / ایڈز پر مرکز ہیں۔ ایک نئی قومی صحت پالیسی 2017 کا خاص مقصد تمام ترقیاتی پالیسیوں میں حفاظتی اور قابل فروغ طبی سماعت کے ذریعہ اعلیٰ ممکنہ سطح کی اچھی صحت اور صحت مندی حاصل کرنا ہے۔ یہ پالیسی معیاری طبی خدمات کی یونیورسل رسائی کے لیے بغیر کسی مالیاتی مشکلات کے سبھی کو حاصل کرنے کی وکالت کرتی ہے (GOI, 2017)۔

1.7 قومی صحت مشن (National Health Mission)

قومی صحت مشن (NHM) کے دو ذیلی مشن ہیں۔ قومی دیہی صحت مشن (NRHM) اور قومی شہری صحت مشن (NUHM)۔ قومی صحت مشن کو مئی 2013 میں کابینہ کے ذریعہ منظور کیا گیا۔ قومی صحت مشن

کاویژن مساوی، مناسب اور معیاری طبی خدمات کے عالمی حصول کے لیے لوگوں کی ضرورتوں کے لیے جوابدہ اور ذمے داری، موثر بین علاقائی مرکزی کارروائی کے ساتھ وسیع صحت کے سماجی عوامل کو مخاطب کرنا ہے، (GOI, 2011)۔ اہم پروگرام اجزاء کے ساتھ دیہی اور شہری علاقوں میں صحت نظام کو مضبوط بنانے کے لیے تولیدی، زچگی، نوزائیدہ، بچے اور عنفوان شباب صحت (RMNCH + A) اور متعدی وغیر متعدی بیماریوں وغیرہ کے کنٹرول شامل ہیں (MoHFW, 2015)۔

1.8 قومی دیہی صحت مشن (National Rural Health Mission)

سماجی اور اقتصادی ترقی میں صحت کی اہمیت کو تسلیم کرتے ہوئے اور اس کے شہریوں کی زندگی کے معیار کو بہتر بنانے کی غرض سے حکومت ہند نے 5 اپریل 2005 کو قومی دیہی صحت مشن (NRHM) قائم کیا۔ اس مشن کا مقصد دیہی طبی رسائی نظام کو بہتر بنانا ہے۔ اس کی خاص کوشش ہے کہ طبی خدمات کی رسائی، مناسب، جوابدہ، موثر اور قابل اعتماد پرائمری ہیلتھ کیئر فراہم کرنا اور نئے تربیت یافتہ طبی کارکنوں کے ایک نئے کیڈر کی تخلیق کے ذریعے دیہی طبی فرق کو دور کرنا ہے (MoHFW, 2015)۔

1.9 قومی شہری صحت مشن (National Urban Health Mission)

یہ مشن قومی صحت مشن (NHM) کا ایک ذیلی مشن ہے جس کو یکم مئی 2013ء کاہینہ کی طرف سے منظور کیا گیا۔ اس کا مقصد عام طور پر شہری آبادی کے صحت کے حالات میں بہتری لانا ہے اور شہر کے غریب اور بہت ہی پسماندہ طبقات کے لیے معیاری طبی سہولیات کی مساوی رسائی کو عوامی صحت نظام، شراکت، کمیونٹی پر مبنی طریقہ کار اور ساتھ میں شہری مقامی اداروں کی سرگرم شراکت کے ذریعے بہتر بنا کر یہ سہولیات فراہم کرنا ہے (MoHFW, 2015)۔

1.10 انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ (Indian Public Health Standards)

کیونٹی کے لیے معیاری طبی خدمات ذیلی مراکز، بنیادی صحت مراکز اور کمیونٹی صحت مراکز کے ذریعہ سے فراہم کی غرض سے حکومت ہند نے 2006ء میں انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کی شروعات کی تھی (GOI, 2012)۔ ان معیارات کی بنیاد پر طبی مراکز کے انفعال اور نگرانی میں مدد ملتی ہے۔ حکومت معیار کے مطابق سہولیات اور عملہ کی ضرورت کو نافذ کرے اور ان طبی مراکز کے کارکردگی کی جانچ اور محاسبہ کرائے تاکہ لوگوں کے لیے معیاری طبی خدمات فراہم کرائی جاسکے۔ IPHS ضوابط کے ہونے کے باوجود، اتر پردیش کے طبی مراکز حکومت ہند کے IPHS اصول کے مطابق مکمل طور پر نہیں ہیں (MoHFW, 2007)۔

1.11 پس منظر (Background)

متعدد تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ صحت کی خدمات، بالخصوص آمدنی اور روزگار کے تناظر میں، بھارت کے تمام شعبوں میں سے ایک بڑا شعبہ ہے۔ ملک کی دیہی اور نیم شہری آبادی کے لیے معیاری طبی خدمات کی دستیابی، قابل اعتماد اور مناسب رسائی ایک اہم چیلنج ہے۔ اس تناظر میں، دیہی طبی خدمات کو بھی اہمیت حاصل ہے اور اس کی بہتری کے لیے کمیونٹی شراکت ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ جب ہم طبی سہولیات کی دستیابی دیکھتے ہیں، تب بھارتی دیہی طبی خدمات میں حکومت کے رول کے مسائل کو اجاگر کرنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ چھ دہائیوں سے زیادہ وقت گزر جانے کے بعد اب وقت ہے کہ تنقیدی طور پر اس کی جانچ کی جائے کہ بھارت ایک ملک کے طور پر لوگوں کے لیے طبی خدمات فراہم کرانے میں کس مقام پر کھڑا ہے۔ طبی خدمات سے متعلق تمام مسائل کو اہمیت کے ساتھ سمجھنا ہوگا جیسے کہ لوگوں کی صحت ایک بنیادی عنصر ہے جس پر تمام خوشیاں اور تمام ان کی قوتیں ایک ملک کے طور پر منحصر ہوتی ہیں۔

1.12 مطالعہ کی اہمیت (Rationale of the Study)

ایک طویل اور صحت مند زندگی کو جینے کی صلاحیت انسانی ترقی کے اہم عوامل میں سے ایک ہے۔ ترقی پذیر ممالک میں افراد کے لیے معیاری زندگی کے تناظر میں زیادہ تر ممالک میں صحت ایک اہم مسئلہ بن گیا ہے، تاہم یہ تمام کمیونٹی

کے لیے ایک نفع بخش سمجھا جاتا ہے کیونکہ اقتصادی ترقی کے لیے صحت ایک انجن کے طور پر کام کرتا ہے۔ اس تناظر میں صحت کو ایک مضبوط اور قابل عمل ترقی کے لیے اہم جزو سمجھا جاتا ہے۔ یہ بھارت کی اقتصادی ترقی اور داخلی استحکام کے لیے بھی ایک اہم جزو سمجھا جاتا ہے۔ اس سلسلے میں شہریوں کو مناسب سطح کی طبی سہولیات کی یقینی ملک کی ترقی کے عمل میں ایک اہم سنگ میل کے طور پر ثابت ہو سکتے ہیں۔ عالمی معیار کی دیہی طبی خدمات کی رسائی مناسب قیمت پر جاری رکھنے کے لیے حکومت کی صحت پالیسی میں سمجھوتہ نہیں کیا جاسکتا۔ مندرجہ بالا کو خیال میں رکھتے ہوئے اترپردیش کے دیہی اور درواز کے علاقوں میں کمیونٹی شراکت، مسائل اور چیلنج، حکومت کارول بالخصوص بیداری پیدا کرنے میں، کمیونٹی نیٹ ورک کو قائم کرنے اور بالخصوص دیہی طبی خدمات کا انتظام و انصرام کی جانچ کے لیے اس مطالعہ کا ڈیزائن کیا گیا ہے۔ اترپردیش کی آبادی 19,95,81,477 ہے۔ اس کے لحاظ سے یہ ملک کا سب سے بڑا صوبہ ہے (Census of India, 2011)۔ انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کے آبادی کے ضوابط کے مطابق عوامی طبی مراکز اور طبی بنیادی ڈھانچہ میں بہت ہی کمی ہے، اس لیے اترپردیش کے باشندوں کے صحتی حالات ملک میں بہت ہی خراب ہیں (Annual Health Report 2012-13)۔ اس لیے اس صوبہ میں مطالعہ کی ضرورت ہے۔

1.13 مسئلہ کا بیان (Statement of the Problem)

تحقیقی مسئلہ ”دیہی طبی خدمات کا انتظام و انصرام: اترپردیش میں کمیونٹی شراکت کا ایک مطالعہ“ میں بیان کیا گیا ہے۔ جس میں طبی خدمات کے مسائل پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے غربت کے حالات کے نتائج، اس کے اہم اجزاء رسائی، مناسب قیمت، معیار کو دریافت کرنے کے لیے شریک ہونا اور کمیونٹی، گھریلو یا انفرادی مستقبل کی کارکردگی کا تجرباتی تجزیہ کے ذریعہ جانچ کرنا۔ تاہم آبادی متغیر کے طور پر صرف رسائی کو بیان کیا جاتا ہے، جہاں باقی اجزاء کو متنوع عوامل سماجی، اقتصادی اور ثقافتی وغیرہ کے مطالعہ پر غور کرنے کی ضرورت ہے۔ مواد کی ضرورت کے متعلق سوالات قائم کرنا کہ محفوظ رسائی کا کیا مطلب ہے۔ مثال کے طور پر کیا طبی مراکز طبی خدمات کی محفوظ

رسائی فراہم کراتے ہیں۔ ایک طبی مرکز کے ذریعہ کتنے لوگوں کو خدمات فراہم کرائی جاتی ہے اور کتنی دوری طے کر کے لوگ آتے ہیں۔ ان کی بیماریوں کو دور کرنے میں طبی عملہ کتنا قابل ہے؟ ضروری ادویات کی اسٹاک کی سطح کا جائزہ لینا کہ کیا وہ مریضوں کی ضرورتوں پر مہیا کرائی جاتی ہیں؟ طبی عملہ کی ترقی میں تبدیلی اور جدت طرازی کا ایک متحرک عمل کی ضرورت ہے، ساتھ ہی صحت ٹیم نقطہ نظر کے ساتھ کارکنوں کے گروپ کے افعال کو یقینی بنایا جائے اور کمیونٹی شراکت کو مستحکم کیا جائے۔ کیا ہم حکومت پر بہت زیادہ منحصر ہو گئے ہیں؟ کیا یہ کہ صوبے لگاتار اپنی شرکت کے تعاون کے بغیر صرف حکومت کے سرمایہ پر مسلسل منحصر ہیں یا یہ کہ کمیونٹی اپنا تعاون کیے بغیر صرف حکومت پر منحصر ہیں۔ وہ کون ہیں جو سماجی اقدار سے باہر صرف پیچھے بیٹھ کر حکومت کی کوشش یا کمی کو دیکھتے ہیں اور تنقید کرنے کے لیے پہلا موقع ڈھونڈتے ہیں۔ دیہی اور شہری آبادی کے درمیان ایک بڑھتی ہوئی سماجی و اقتصادی عدم مساوات موجود ہے۔ دیہی اور شہری کے درمیان طبی فوائد میں بنیادی عدم مساوات تیزی سے بڑھ رہا ہے۔ عمومی طور پر ضروریات کی محرومی اور خصوصی طور پر طبی خدمات میں محرومی غریب لوگوں میں جیسے مسلم اقلیت، درج فہرست ذات، درج فہرست قبائل اور دیگر پسماندہ کمیونٹی کے لوگ محرومی کا شکار ہو رہے ہیں۔

حالانکہ متعدد محققین دیہی سماج میں طبی رسائی میں درپیش مسائل کے لیے ذمہ دار عوامل کو دریافت کرنے کی کوشش کی ہے اور بہت حد تک کامیاب بھی ہوئے ہیں، پھر بھی، یہ محسوس ہوتا ہے کہ ابھی بھی کچھ پہلوؤں پر تجزیہ کرنے کی ضرورت ہے۔ حقیقت میں صحت دیکھ بھال کی ضرورتوں کو مناسب طور پر سمجھنا بہت ہی اہم ہو گیا ہے۔ ایک محقق کو چھان بین کی ضرورت ہوتی ہے اور وہ موثر عوامل کی جانچ کرتا ہے، معلومات کا تجزیہ کر کے پیش کرتا ہے تاکہ پائیدار اور موثر طبی رسائی نظام قائم کیا جاسکے۔ یہ مطالعہ غریب اور محروم لوگوں کے لیے موجودہ طبی ماڈل کی جانچ کرتا ہے، اور ہدف آبادی کے مجموعہ کے ساتھ دریافت کرتا ہے طویل مدت کی پائیداری پر زور دینا اور طبی رسائی ماڈل کا نفاذ کرنا، تنظیمی ساخت اور اس کا افعالی انتظام و انصرام، کمیونٹی شراکت، افعالی مسائل کے تصورات پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے منتخب پچھڑے علاقوں میں طبی ضرورتوں کے لیے عملی کام کرنا۔

1.14 مطالعہ کے مقاصد (Objectives of the Study)

مطالعہ کے مندرجہ ذیل مقاصد ہیں:

- 1 دیہی طبی خدمات اور سہولیات کی دستیابی اور اس کی رسائی میں دیہی کمیونٹی کے مسائل اور چیلنجوں کا تجزیہ کرنا
- 2 دیہی طبی خدمات کی رسائی میں سماجی تفرقات کی اقسام کا جائزہ لینا
- 3 دیہی طبی خدمات میں انتظام و انصرام کے طریقوں کا تجزیہ کرنا
- 4 دیہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت اور اس کو موثر بنانے میں حکومت کے رول کا جائزہ لینا
- 5 طبی نظام کی بہتری اور مستحکم بنانے میں نئے تکنیکی آلات کے استعمال کا تجزیہ کرنا

1.15 مطالعہ کے تحقیقی سوالات (Research Questions of the Study)

تحقیقی سوالات مندرجہ ذیل ہیں:

- 1 دیہی طبی خدمات اور سہولیات کی کس طرح کی دستیابی ہے اور اس کی رسائی میں کمیونٹی کو درپیش مسائل اور چیلنجوں کا کس طرح سے سامنا کرنا پڑتا ہے؟
- 2 دیہی طبی خدمات کی رسائی میں کمیونٹی کو کس قسم کے سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے؟
- 3 طبی نظام میں کس سطح کا انتظام و انصرام ہے؟
- 4 دیہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت کی سطح اور اس کو موثر بنانے میں حکومت کا کیا رول ہے؟
- 5 طبی نظام میں کس طرح کے نئے تکنیکی آلات کا استعمال ہوتا ہے؟

1.16 مطالعہ کے مفروضات (Hypotheses of the Study)

مطالعہ کے مفروضات مندرجہ ذیل ہیں:

- 1 طبی مراکز پر دیہی طبی خدمات مناسب طور پر دستیاب نہیں ہے اور اس کی رسائی میں کمیونٹی کو متعدد مسائل اور چیلنج کا سامنا کرنا پڑتا ہے
- 2 دیہی طبی خدمات کی رسائی میں کمیونٹی کو سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے

1.17 تحقیق کا طریقہ کار (Research Methodology)

مطالعہ کے اغراض و مقاصد کو دیکھتے ہوئے اور مواد کی نوعیت کو سمجھتے ہوئے معیاری اور مقداری (Qualitative and Quantitative) دونوں طریقہ کار کے ذریعہ سے مواد کو جمع کیا گیا۔ مقداری طریقہ میں منتخب گاؤں میں گھروں کا سروے سوالنامہ اور انٹرویو شیڈول کے ذریعہ کیا گیا۔ معیاری طریقہ میں کمیونٹی اور اہم لوگوں کے باریکی سے انٹرویو لیے گئے، اکائی مطالعہ، فوکس گروپ ڈسکشن اور مشاہدہ کا طریقہ استعمال کیا گیا۔ اس کے علاوہ گاؤں میں عوامی طبی مراکز پر طبی خدمات اور سہولیات کا مشاہدہ کیا گیا اور بہت ہی احتیاط اور باریکی بنی سے ریکارڈ بھی کیا گیا۔

موجودہ تحقیق اتر پردیش صوبہ کے اعظم گڈھ کمشنری کے دو اضلاع منو اور بلیا سے منتخب کئے گئے چار گاؤں (ادری دیہات، علی نگر، گڑوار اور رتسر کلاں) کے طبی خدمات کے اہم پہلوؤں سے متعلق ہے۔ نمائندگی کرنے والے نمونہ کو حاصل کرنے کے لیے درجہ واری اتفاقی نمونہ بندی (Stratified Random Sampling) تکنیک کا استعمال کیا گیا ہے۔ بنیادی مواد حاصل کرنے کے لیے سوالنامہ بنایا گیا، سوالنامہ کے ڈیزائن اور ترقی کے عمل میں محقق کے ساتھ عملی میدان کے ماہرین اور ساتھ ہی ریسرچ سپروائزر کی مدد شامل ہے۔ محقق نے ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور کمیونٹی ہیلتھ سنٹر میں کام کر رہے ڈاکٹروں اور شعبہ کے فیکلٹی سے مشورہ کیا۔ اچھی طرح سے

مشورہ اور صلاح لینے کے بعد سوالنامہ کی نظر ثانی کی گئی، ترمیم کیا گیا اور حتمی شکل دی گئی۔ سوال نامہ کو حتمی شکل دینے سے پہلے آلہ کی موزونیت، درستگی اور قابل اعتمادی کی جانچ کے لیے ایک پائلٹ اسٹڈی کی گئی تھی۔

ثانوی مواد کو حاصل کرنے کے لیے تحقیق سے متعلق کتب، میگزین، جرنلس وغیرہ کا تجزیہ کیا گیا۔ اس کے علاوہ صوبائی اور مرکزی سطح پر متعلقہ مواد جیسے نیشنل فیملی ہیلتھ سروے 1، 2 اور 3 رپورٹ، سالانہ صحت سروے (Annual Health Survey)، ڈسٹرکٹ لیول ہاؤس ہولڈ اینڈ فیملی سروے (District Level Health Survey) 1,2,3,4 اور سیپل رجسٹریشن سروے (Sample Registration System) وغیرہ کا استعمال کیا گیا۔ مواد کو ضلع اور صوبائی سطح پر وزارت صحت اور خاندانی فلاح و بہبود سے ساتھ منسلک Health Management Information Systems کے ذریعہ سے بھی حاصل کیا گیا۔ علاوہ ازیں متعدد یونیورسٹی کے کتب خانہ سے بھی استفادہ کیا گیا۔ مواد کا جدول، فیصد، اوسط وغیرہ کے طور پر شماریاتی تجزیہ کیا گیا اور مناسب شماریاتی تکنیک اور طریقہ کار استعمال کیا گیا۔ شماریاتی تجزیہ کے لیے مائیکروسافٹ آفس ایکسل اور ایس پی ایس ایس پیکیج کا استعمال کیا گیا تھا۔

1.18 ریسرچ ڈیزائن (Research Design)

اس تحقیق کے لیے تجزیاتی، تفتیشی و انکشافی تکنیک اپنائی گئی ہے۔ موجودہ تحقیق کا مقصد اتر پردیش صوبہ کے دو اضلاع منو اور بلیا کے منتخب چار گاؤں میں طبی خدمات کے مسائل اور چیلنجوں کی جانچ کرنا، اس کی دستیابی، رسائی، سماجی تفریق، انتظام و انصرام، بیدار کی سطح، کمیونٹی شراکت، دیہی طبی خدمات اور سہولیات فراہم کرنے میں حکومت کا رول، بنیادی ڈھانچہ اور طبی رسائی نظام سے استفادہ کرنے والے لوگوں کے مطمئن ہونے کی سطح کا تجزیہ کرنا تھا۔

1.19 مطالعہ کا حلقہ (Setting of the Study)

اتر پردیش صوبہ میں مختلف اضلاع کے تعلق سے طبی رسائی کے نظام میں بہت زیادہ تفریق ہے۔ محقق نے مٹوا اور بلیا کے دو اضلاع میں چار گاؤں اداری دیہات، علی نگر، گڑوار اور رتسڑکلاں) کو مطالعہ حلقہ کے طور پر منتخب کیا، کیونکہ ان گاؤں میں لوگوں کے صحت اشاریہ (health indicator) بہت ہی خراب ہیں اور ان گاؤں میں انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کے ضوابط کے مطابق طبی مراکز و طبی سہولیات کی عدم دستیابی ہے جن کا آگے ذکر کیا گیا ہے۔

آبادی (Population)

اتر پردیش صوبہ کے مٹوا اور بلیا اضلاع سے منتخب چار گاؤں (اداری دیہات، علی نگر، گڑوار اور رتسڑکلاں) کے گھروں، ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ان گاؤں سے منسلک کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ان سے منسلک طبی عملہ اس مطالعہ کی آبادی ہے۔ منتخب اضلاع کے چار گاؤں کی آبادی کا تفصیلی بیان آگے کیا گیا ہے۔

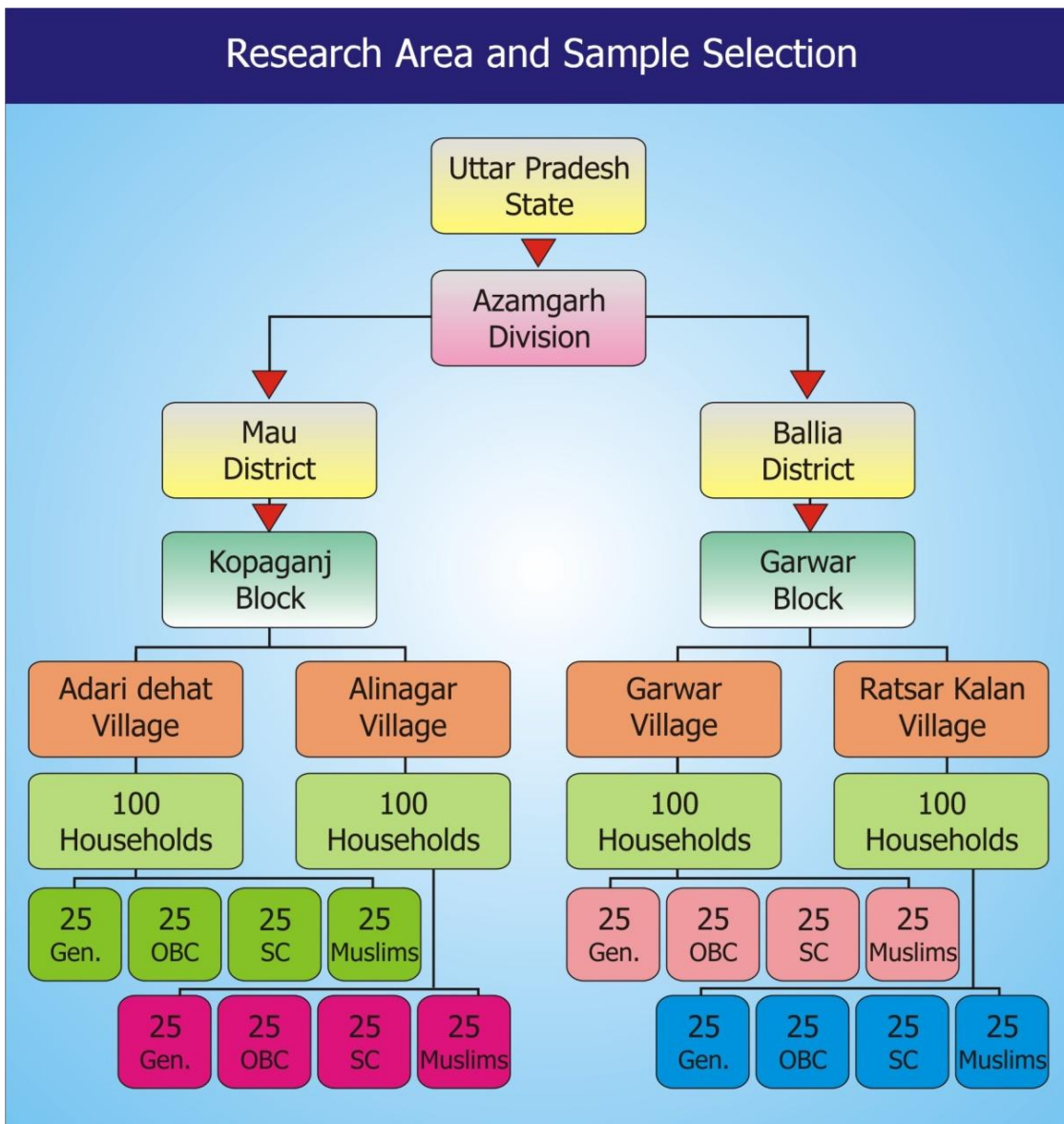
مطالعہ کا نمونہ (Sample of the Study)

گاؤں سطح پر جتنے بھی ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ان سے منسلک کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کام کر رہے ہیں اور عوامی طبی مراکز سے استفادہ کر چکے منتخب گاؤں کے لوگ اس مطالعہ کی اکائی ہیں۔

نمونہ کا انتخاب (Sample Selection)

ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ان سے منسلک کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ان سے استفادہ حاصل کر چکے دو اضلاع کے چار گاؤں کے چار کمیونٹی سے نمونہ کو منتخب کیا گیا ہے۔ تحقیق کے نمونہ کو منتخب کرنے کے لیے درجہ واری اتفاقی نمونہ بندی (Stratified Random Sampling) تکنیک کا استعمال کیا گیا (Figure 1.1)۔

Figure 1.1



نمونہ کا سائز (Sample Size)

منتخب گاؤں میں موجودہ عوامی صحت مراکز اور متعلق کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور اس سے استفادہ کر رہے یا کر چکے لوگوں کو نمونہ کے طور پر مندرجہ بالا درج آبادی میں سے منتخب کیا گیا تھا۔ محقق نے چار گاؤں میں چار کمیونٹی (ہندو کمیونٹی کے عام زمرہ، دیگر پسماندہ طبقہ اور درج فہرست ذات اور مسلم کمیونٹی) کے گھروں کو منتخب کیا۔ ایک گاؤں میں ہر کمیونٹی سے 25 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے، اس طرح مجموعی طور پر چار گاؤں میں ہر کمیونٹی سے 100 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے۔ اس طرح چار گاؤں سے کل 400 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے۔ منتخب گاؤں میں کمیونٹی کے رہن سہن، سماجی و اقتصادی حالات کا ان کے صحت کے حالات پر اثر پڑتا ہے۔ اس لیے ان کمیونٹی کو منتخب کیا گیا۔

مطالعہ کی محدودیت (Limitations of the Study)

یہ مطالعہ بھارت میں اتر پردیش صوبہ کے دو اضلاع کے منتخب چار گاؤں سے متعلق ہے، اس لیے تحقیقی محاسلات پورے ملک یا پورے صوبہ کو عام (generalized) نہیں کرتے۔ اس تحقیق کے نتائج جواب دہندگان کے ذریعہ دئے گئے جوابوں پر مبنی ہیں۔

1.20 تحقیقی حلقہ (Research Area)

اتر پردیش (Uttar Pradesh)

موجودہ تحقیق اتر پردیش کے دیہی علاقوں پر توجہ مرکوز کرتی ہے۔ بھارت کی دیہی آبادی کا 18.6 فیصد اتر پردیش میں شامل ہے (GOI, 2011)۔ یہاں پر سماجی و اقتصادی، آبادی، جغرافیائی اور ثقافتی لحاظ سے بہت ہی تفریق ہے (IIPS, 2007)۔ انسانی ترقی اشاریہ میں ملک کے 15 بڑے صوبوں میں 13 ویں درجہ پر ہے (Planning Commission, 2011: 568)۔ اگر ہم اتر پردیش کے صحت اشاریہ کا بھارت سے موازنہ کرتے ہیں تو صوبہ کے حالات بہت ہی خراب نظر آتے ہیں بھارت میں شرح پیدائش 21 فیصد ہے جب کہ اتر پردیش میں اس کا تناسب 27 فیصد ہے۔ باہم ملک سطح پر شرح اموات کی 6.7 فیصد ہے جب کہ صوبہ میں 7.4 فیصد ہے۔ اسی طرح

ملک میں نوزائیدہ بچوں کی شرح اموات 39 فیصد ہے جب کہ اترپردیش میں اس کا تناسب 48 فیصد ہے۔ اسی طرح جدول کا شماریاتی تجزیہ کرنے سے دریافت ہوتا ہے کہ اترپردیش میں دیگر صوبوں کی بہ نسبت صحت کے حالات بہت ہی زیادہ خراب ہیں (Table 1.3)۔

Table 1.3
Health Indicators in India, States and Union Territories, 2014

India/States/ Union Territories	Birth Rate	Death Rate	Natural growth Rate	Infant Mortality Rate
India	21.0	6.7	14.3	39
Andhra Pradesh	17.0	7.3	9.7	39
Assam	22.4	7.2	15.2	49
Bihar	25.9	6.2	19.7	42
Chandigarh	23.4	7.7	15.7	43
Delhi	16.8	3.8	12.9	20
Gujarat	20.6	6.2	14.5	35
Haryana	21.2	6.1	15.0	36
Jammu & Kashmir	16.8	5.1	11.7	34
Jharkhand	23.8	5.9	17.9	34
Karnataka	18.1	6.8	11.3	29
Kerala	14.8	6.6	8.2	12
Madhya Pradesh	25.7	7.8	17.9	52
Maharashtra	16.5	6.0	10.5	22
Odisha	19.4	7.9	11.5	49
Punjab	15.5	6.4	9.1	24
Rajasthan	25.0	6.4	18.6	46
Tamil Nadu	15.4	7.0	8.4	20
Telangana	18.0	6.7	11.3	35
Uttar Pradesh	27	7.4	19.6	48
Uttarakhand	18.2	6.0	12.2	33
West Bengal	15.6	6.1	9.5	28
Arunachal Pradesh	19.2	6.6	12.6	30
Goa	12.9	6.6	6.4	10
Himachal Pradesh	16.4	6.7	9.7	32
Manipur	14.6	4.3	10.3	11
Meghalaya	24.1	7.5	16.6	46
Mizoram	16.4	4.3	12.1	32
Nagaland	15.3	3.1	12.2	14
Sikkim	17.1	5.1	12.0	19
Tripura	14.9	4.7	10.2	21
Andaman & Nicobar	14.7	4.6	10.1	22
Chandigarh	14.3	4.0	10.3	23
Dadra & Nagar Haveli	25.6	4.2	21.4	26
Daman & Diu	17.3	4.6	12.7	18
Lakshadweep	14.0	6.1	7.9	20
Puducherry	14.6	6.6	8.0	14

Source: Sample Registration System, 2016

اترپردیش صوبہ میں 2005ء میں 20521 ذیلی مراکز، 3660 پرائمری ہیلتھ سنٹر اور 386 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کام کر رہے تھے، جب کہ 2015 میں ان کی تعداد 20521 ذیلی مراکز، 3497 پرائمری ہیلتھ سنٹر اور 773 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کی درج کی گئی تھی (Rural Health Statistics 2014-15)۔ شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ ذیلی مراکز میں آبادی کے ضوابط کے مطابق کوئی اضافہ نہیں ہوا۔ 2015 کے اعداد و شمار کے مطابق، اترپردیش میں پرائمری ہیلتھ سنٹر میں 3497 ڈاکٹروں کی ضرورت ہے، جس میں 4509 کی منظوری ملی ہے، 2209 عہدہ پر فائز ہیں، 2300 نشست خالی ہیں اور 1288 کی کمی ہے (Rural Health Statistics 2014-15)۔ اسی طرح کمیونٹی ہیلتھ سنٹر میں 2608 ڈاکٹروں کی کمی ہے۔ اترپردیش میں 3497 انفعالی پرائمری ہیلتھ سنٹروں میں صرف 170 پرائمری ہیلتھ سنٹر IPHS ضوابط کے مطابق کام کر رہے ہیں۔ اسی طرح 773 کمیونٹی ہیلتھ سنٹروں میں صرف 85 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر چار اسپیشلسٹ کے ساتھ اور 134 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر IPHS ضوابط کے مطابق کام کر رہے ہیں۔ (Rural Health Statistics 2014-15)

ملک میں اترپردیش صوبہ چوتھا سب سے بڑا صوبہ ہے۔ آبادی کا خاص پیشہ کھیتی ہے۔ اترپردیش کا حلقہ 243286 اسکوائر کلومیٹر اور آبادی 199,581,477 ہے، جس میں مؤضلع کی آبادی 2,205,968 اور بلیا ضلع کی آبادی 3,239,774 ہے۔ علاقہ کی کثافت 828 افراد فی اسکوائر کلومیٹر (Census of India, 2011)۔ دیہی خواتین کی آبادی 7,40,66,367 اور مرد کی آبادی 8,1044,655۔ اس کے بہ نسبت شہری آبادی صرف 4,44,70,455 ہے (SRS Bulletin: 2011)۔

صوبہ کا جنسی تناسب 1000 مرد پر 918 خواتین ہیں، جس میں 906 خواتین 0 سے 6 سال کی عمر کی ہیں۔ 2011 کی مردم شماری کے مطابق خواندگی کی شرح 70.69 فیصد ہے، جس میں مرد کی شرح خواندگی 79.20 فیصد ہے جب کہ خواتین کی شرح خواندگی 59.30 ہے۔ جو کہ قومی اوسط 74.04 فیصد (82.14 مرد

اور 65.16 فیصد خواتین) سے کم ہے۔ 2011 کی مردم شماری کے مطابق مذہب دار آباہی میں ہندو 78.29 فیصد، مسلم 20.31 فیصد، سکھ 0.30 فیصد، جین 0.11 فیصد، بدھ 0.10 فیصد اور دیگر 0.30 فیصد ہے (Census of India, 2011)۔

اتر پردیش صوبہ میں 18 ڈیویژن (کمشنریٹ) ہیں، کل 75 اضلاع ہیں، پنچایتوں کی تعداد 52021 ہے، بلاکوں کی کل تعداد 822 اور گاؤں کی تعداد 107452 ہے۔ ضلع کا نظم و نسق ضلع مجسٹریٹ کے ذریعہ کیا جاتا ہے اور کمشنری کا نظم و نسق ڈیویژنل کمشنر کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ ضلعوں کو ڈیویژنل کمشنریٹوں میں تقسیم کیا گیا ہے جیسے تحصیل اور بلاک، ان کا ایس ڈی اور بی ڈی او کے ذریعہ نظم و نسق ہوتا ہے۔ صوبہ میں پنچایت راج 3 درجہ ساخت ہے، ایٹمی یونٹ کو گرام پنچایت کہتے ہیں جو گاؤں کے مجموعہ کی پنچایت تنظیم ہوتی ہے۔ بلاک سطح کی تنظیم کو پنچایت سمیتی کہتے ہیں اور ضلع سطح کی تنظیم کو ضلع پریشد کہتے ہیں۔

اتر پردیش کی سرکاری زبان ہندی اور اردو ہے۔ اتر پردیش کی کثیر آبادی ہندوستانی زبان بولتی ہے، جو ان کے تحریری شکلوں کے لحاظ سے ہندی یا اردو کہتے ہیں، یہ اس کے تحریر پر منحصر ہوتا ہے۔ اتر پردیش کے لوگ اپنی زبان کے تعلق اور ان کے ثقافتی پہچان کا بہت ہی اہم حصہ ہے۔ ہندی اور اردو زبان ہندو اور مسل دونوں کے ذریعہ بولی جاتی ہے، اس کے علاوہ بہت سی دیگر بولیوں کی موجودگی بھی دیکھنے کو ملتی ہے۔ پانچ خصوصی بولیوں کے علاقوں کی پہچان ہو چکی ہے، صوبہ کا مغربی حصہ، روہل کھنڈ اور اوپری دوآب کھڑی بولی بولنے والوں کا گھر ہے، اس میں معیاری ہندی اور معیاری اردو زبان کا استعمال ہوتا ہے۔ نچلا دوآب جسے برج بھومی، یا برج کی سرزمین برج بھاشا بولنے والوں کا گھر ہے۔ اس کے علاوہ دکھن، بندیل کھنڈ علاقہ کے لوگ بندیل کھنڈی بولتے ہیں۔ مرکزی اتر پردیش میں لوگ اودھی زبان بولتے ہیں اور مشرقی اتر پردیش میں لوگ بھوج پوری بولتے ہیں۔ بھارت میں صوبوں کی پہچان ان کے ذریعہ بولی جانے والی زبانوں سے ہوتی ہے۔

2011 کی مردم شماری کے مطابق اتر پردیش میں ضلعوں کی درجہ بندی رقبہ کے لحاظ سے لکھیم پوکھیری 7,680، سون بھدر 6,999، ہردوئی 5,986، بہرائچ 5,745، سینتاپور 5,743۔ جنسی تناسب کے لحاظ سے جو پور 1024، اعظم گڑھ 1018، دیوریا 1003، متو 984، پرتاپ گڑھ 982۔ آبادی کے لحاظ سے الہ آباد 59,54,391، مراد آباد 47,72,006، غازی آباد 46,81,645، اعظم گڑھ 46,13,913، لکھنؤ 45,89,838 درج کی گئی۔ آبادی کی کثافت کے لحاظ سے غازی آباد 1995، وارانسی 1954، لکھنؤ 1456، سنت روی داس نگر (بھدوہی) 1409، کانپور نگر 1366۔ شرح خواندگی کے لحاظ سے نوبیڈا 80.12 فیصد، کانپور نگر 79.65 فیصد، اوریا 78.95 فیصد، اٹوا 78.41 فیصد، غازی آباد 78.07 فیصد ہے۔

اعظم گڑھ کمشنری (Azamgarh Division)

اعظم گڑھ کمشنری اتر پردیش کے بھارتی ریاست کا ایک انتظامی یونٹ ہے۔ اعظم گڑھ کمشنری میں ضلع اعظم گڑھ، ضلع بلیا اور ضلع منوشال ہیں۔ 15 نومبر 1994 کو چودھویں کمشنری کے طور پر اعظم گڑھ کمشنری کی تخلیق کی گئی۔ اعظم گڑھ ضلع میں آٹھ تحصیل ہیں۔ جولال گنج، صدر، سگرٹی، بیجھ نگر، بوڑھن پور، نظام آباد، مارننگ اور پھول پور ہے جس میں سب سے بڑی تحصیل نظام آباد ہے۔ 2011 کی مردم شماری کے مطابق اعظم گڑھ ضلع کی آبادی 4613913 ہے (Census of India, 2011)۔ یہ بھارت میں 30 ویں مقام پر ہے (کل 640 میں سے)، ضلع میں آبادی کی کثافت 1139 باشندوں فی مربع کلومیٹر (2950 / مربع میل) ہے 2001-2011 دہائی میں اس کی آبادی میں اضافے کی شرح 17.11 فیصد تھی اعظم گڑھ میں ہر 1000 مردوں کے لیے 101 9 خواتین کی جنس تناسب ہے۔ کل شرح خواندگی 70.9 فیصد، مرد 81.3 فیصد اور عورتوں کی تعداد 60.9 فیصد تھی (District Sankhyiki Magazine, 2014)۔

Table 1.4
Health care facilities in the division

Items	Year	District			Division
		Mau	Azamgarh	Ballia	Azamgarh
Number of Allopathic hospitals and PHC per lakh population	2000-01	3.1	3.2	2.0	2.8
	2014-15	2.8	2.8	3.3	3.0
	2015-16	2.6	2.8	3.1	2.9
Number of primary health centres per lakh population	2000-01	2.8	3.1	1.9	2.6
	2014-15	2.3	2.2	2.6	2.3
	2015-16	2.2	2.2	2.7	2.4
Number of beds available in Allopathic hospitals and PHC per lakh population	2000-01	14.8	18.7	10.6	14.7
	2014-15	20.1	25.5	17.4	21.8
	2015-16	14.6	30.2	17.4	23.0

Source: Divisional Sankhyikiya Patrika, 2015

جدول کے تجزیہ سے اعظم گڈھ کمشنری کے طبی خدمات کی سہولیات کے بارے میں دریافت ہوتا ہے کہ آبادی کے لحاظ سے طبی مراکز کی کمی ہے۔ انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کے مطابق اتر پردیش میں ایک بھی ذیلی مراکز کام نہیں کر رہے ہیں۔ اس لیے حکومت کو چاہئے کہ ان ضوابط کے مطابق بنیادی ڈھانچہ کو مستحکم بنانے کی یقین دہانی کرے۔

ضلع مٹو (Mau District)

ضلع مٹو اتر پردیش کے مشرقی حصہ میں واقع ہے۔ مٹو گنگا-گھاگھرادو آب ذرخیزی علاقہ میں واقع ہے۔ یہ 83° اور $17'$ اور $84^{\circ} 52'$ کے درمیان مشرق میں اور $24^{\circ} 47'$ سے $26^{\circ} 17'$ شمال میں واقع ہے۔ اس کے شمال میں گھاگھرانندی کی سرحد ہے، جنوب میں ضلع غازی پور ہے، مشرق میں ضلع بلیا اور مغرب میں اعظم گڈھ واقع ہے۔ یہاں پر ٹونس ندی ہے اور اس کے معاون چھوٹی سر جو ندی ہے۔ ضلع کی شمالی سرحد گھاگھرانندی کے ذریعہ بنتی ہے۔ یہ اعظم گڈھ ضلع کو جدا کرتی ہے۔ ضلع مٹو 14 نومبر 1988 کو قائم کیا گیا، اس کا صدر دفتر مٹو میں ہے۔

موثر نظم و نسق فراہم کرنے کے لیے اس ضلع کی 4 تحصیل گھوسی، مدھوبن، منونا تھہ بھنجن اور محمد آباد گوہنہ کے طور پر انتظامی تقسیم کی گئی ہے۔ ترقی کی اسکیم کے نفاذ اور نگرانی کے لیے 9 ڈیولپمنٹ بلاک دوہری گھاٹ، رانی پور، گھوسی، بڈراؤں، فتح پور ڈراؤں، کوپانگج، پردہاں، رتن پور اور محمد آباد گوہنہ میں تقسیم کیا گیا ہے۔ ضلع کا کل رقبہ 1713.0 اسکوائر کلومیٹر ہے۔ کل دیہی رقبہ 1619.8 اسکوائر کلومیٹر کا احاطہ کرتا ہے اور شہری رقبہ 93.2 اسکوائر کلومیٹر ریکارڈ کیا گیا (District Census Handbook Mau, 2011)۔ ضلع میں 598 گرام پنچایت اور 1610 ریونیو گاؤں اور ساتھ میں 1499 آباد گاؤں اور 111 غیر آباد گاؤں ہیں۔ ضلع میں چودہ قصبے ہیں، جس میں سات قانونی قصبے اور سات مردم شماری قصبے ہیں۔ قانونی قصبے ایک نگر پالیکا پریشد اور چھ نگر پنچایت پر مشتمل ہے۔ ضلع منو کا صوبہ میں آبادی کے تناظر میں 44 واں مقام ہے۔ ضلع میں شہری آبادی کا فیصد حصہ 22.6 ہے، جب کہ اس کے برعکس صوبہ میں شہری آبادی کا فیصد حصہ 22.3 ریکارڈ کیا گیا ہے۔ ضلع منو کی آبادی کثافت 1,288 افراد فی اسکوائر کلومیٹر، جو کہ صوبہ کے اوسط 829 افراد فی اسکوائر کلومیٹر سے زیادہ ہے۔ ضلع منو کا جنسی تناسب (979) کی وجہ چھٹا مقام ہے، جو کہ صوبہ کے اوسط جنسی تناسب 912 خواتین ایک ہزار مرد افراد سے زیادہ ہے (Census of India, 2011)۔

ضلع منو کی شرح خواندگی 73.1 فیصد کی وجہ سے صوبہ میں 12 واں مقام ہے، جو صوبہ کے اوسط (67.7) فیصد سے زیادہ ہے۔ ضلع کی دیہائی ترقی کی شرح 18.9 فیصد ہے جو صوبہ کے 20.2 فیصد سے کم ہے۔ محمد آباد گوہنہ تحصیل میں آبادی والے گاؤں 445 سب سے زیادہ ہیں، جب کہ مدھوبن تحصیل میں آباد گاؤں 322 سب سے کم ہیں۔ ضلع منو میں 3,24,424 گھر ہیں، جو کہ صوبہ کے تمام گھروں کا لگ بھگ ایک فیصد ہے۔ ضلع میں گھروں کا اوسط سائز 6.8 افراد ہے (Census of India, 2011)۔

ضلع منو میں صحت سہولیات اور صحت کے حالات

ضلع منو میں 2 ضلع اسپتال، 8 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر، 45 پرائمری ہیلتھ سنٹر اور 34 ذیلی مراکز ہیں۔ اس کے علاوہ خاندان وزچہ بچہ فلاح و بہبود مراکز کی تعداد 12 اور خاندان وزچہ بچہ فلاح و بہبود ذیلی مراکز کی تعداد 240 ہیں۔ باہم ڈاکٹروں کی تعداد 145، پیرامیڈیکل اسٹاف کی تعداد 175 اور دیگر عملہ کی تعداد 333 درج کی گئی ہے۔ ضلع کی کچھ صحت سہولیات خدمات کی رسائی میں اضافہ کے لیے ایمر جنسی وقت میں 24 گھنٹے کام کرتی ہیں (District Sankhyikiya Patrika, 2014)۔ ضلع منو میں پیدائش کی شرح 21.4 فیصد تھی، جس میں دیہی علاقہ میں شرح 21.7 فیصد اور شہری علاقہ میں شرح 20.4 فیصد تھی۔ باہم، ضلع میں اموات کی شرح 8.5 فیصد تھی، جس میں دیہی علاقہ میں 8.7 فیصد اور شہری علاقہ میں 7.5 فیصد تھی۔ اس کے علاوہ ضلع میں فرٹیلیٹی کی شرح 2.9 فیصد تھی (Annual Health Survey, 2012-13)۔

کوپانج بلاک (Kopaganj Block)

کوپانج بلاک کا کل رقبہ 20,337.35 ہیکٹرس ہے جس میں 20,078.35 ہیکٹرس دیہی رقبہ اور 259.00 شہری رقبہ ہے۔ یہاں پر گھروں کی کل تعداد 34,061 ہے جس میں 322، 31 گھر دیہی حلقہ سے اور 2,739 گھر شہری حلقہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ کوپانج بلاک کی کل آبادی 237,954 ہے جس میں 121,882 افراد مرد اور 116,072 افراد خواتین کی آبادی ہے (District Census Handbook Mau, 2011)۔ جس میں دیہی آبادی 217,370 ہے اور شہری آبادی 20,584 ہے۔ کوپانج بلاک میں ایک کمیونٹی ہیلتھ سنٹر ہے اور چار پرائمری ہیلتھ سنٹر ہیں۔ اس کے علاوہ خاندان وزچہ بچہ فلاح و بہبود مراکز کی تعداد 1 اور خاندان وزچہ بچہ فلاح و بہبود ذیلی مراکز کی تعداد 27 ہیں، جس میں 46 بستر، 13 ڈاکٹر، 11 پیرامیڈیکل اسٹاف اور 31 دیگر طبی کارکن ہیں (District Sankhyikiya Patrika, 2014)۔

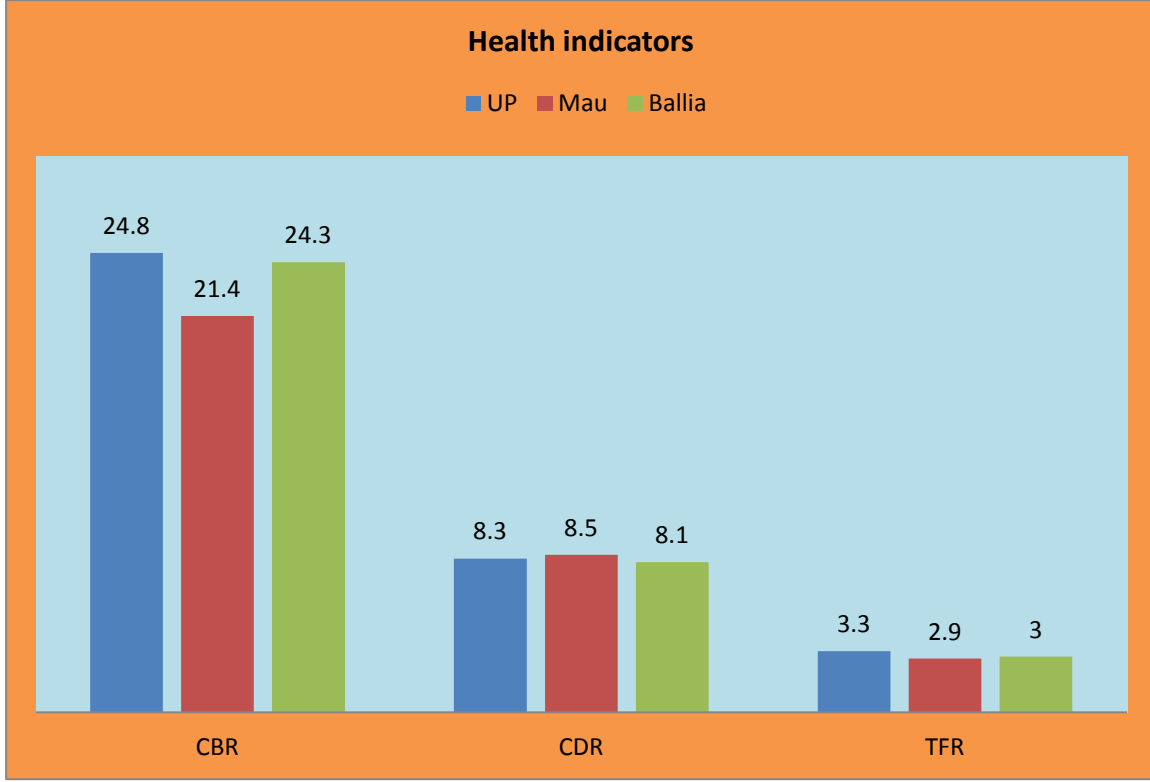
ادری دیہات (Adari dehat)

ضلع منو کے منوناتھ بھنجن تحصیل میں کوپانچ بلاک میں ادری دیہات ایک گاؤں ہے۔ ادری دیہات اور ادری نگر پنچایت دو الگ حصے ہیں۔ اس کا کل رقبہ 4.50 ہیکٹر ہے۔ ادری دیہات میں گھروں کی تعداد 385 ہے۔ ادری دیہات کی کل آبادی 1,746 ہے، جس میں 917 افراد مرد اور 829 افراد خواتین ہیں۔ ادری نگر پنچایت کی کل آبادی 13717 ہے جس میں 7008 مرد اور 6709 خواتین شامل ہیں (Census of India, 2011)۔ ادری میں ایک پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ایک ذیلی مرکز ہے۔ جو ادری دیہات اور ادری نگر پنچایت دونوں کا احاطہ کرتا ہے۔

علی نگر (Alinagar)

علی نگر ضلع منو کے منوناتھ بھنجن تحصیل میں کوپانچ بلاک میں ایک گاؤں ہے۔ یہاں 803 گھروں میں کل 5,360 لوگ رہتے ہیں، جس میں 2,770 افراد مرد اور 2,590 افراد خواتین ہیں۔ علی نگر کا رقبہ 296.94 ہیکٹر ہے۔ یہاں پر 3,244 افراد خواندہ ہیں جس میں 1,867 افراد مرد اور 1,377 افراد خواتین ہیں (District Census Handbook Mau, 2011)۔ علی نگر میں صرف ایک زچہ بچہ فلاح و بہبود ذیلی مرکز ہے۔ حالانکہ 2011 کی مردم شماری کے مطابق یہاں کی آبادی 5000 سے زیادہ ہے۔ IPHS ضوابط کے مطابق 5000 سے زیادہ آبادی والے دیہی علاقوں میں ایک ذیلی مرکز ہونا چاہیے۔

Figure 1.2



Source: Annual Health Survey 2012-13

1.24 ضلع بلیا (Ballia District)

ضلع بلیا اتر پردیش صوبہ کے مشرقی حصہ پر اور بہار صوبہ کی سرحد پر واقع ہے۔ ضلع بلیا اعظم گڈھ کمشنری کا حصہ ہے، جو اتر پردیش کے مشرقی حصہ پر واقع ہے۔ جنوب میں گنگاندی اس کو بہار سے الگ کرتی ہے اور شمال میں گھاگھرا دیواریا سے یہ مغرب میں منوسے گھری ہوئی ہے، شمال میں دیواریا سے، شمالی مشرق اور جنوب مشرق میں بہار سے اور جنوب مغرب میں غازپور سے۔ ضلع بلیا کا خاص پیشہ کھیتی ہے۔ اس ضلع کا صدر دفتر اور تجارت کا بازار بلیا شہر ہے۔ اس ضلع میں چھ تحصیل بلیا، بانس ڈیہہ، رسڑا، بیڑیا، سکندر پور اور بلیتھرا روڈ ہیں۔ اس ضلع میں سترہ بلاک سیمیر، نگر، رسڑا، چلکسر، نوانگر، پانڈا، منیسیر، بیرواڑی، بانس ڈیہہ، ریواتی، گڑوار، رسوہانوا، ہنومان گنج، دو بھر، بیلاری، بیریا اور مرلی چھپرا ہیں۔ حالانکہ بلیا کا خاص پیشہ کھیتی ہے، لیکن یہاں پر چھوٹے پیمانے کی صنعت کی

موجودگی ہے۔ منییر بندی جو کہ بھارتی خواتین اپنے ماتھے پر لگاتی ہیں، کی صنعت اور مخصوص سپلاؤ کے طور پر مشہور ہے۔

2011 کی مردم شماری کے مطابق ضلع بلیا کی کل آبادی 32,39,774 ہے۔ یہ بھارت میں 108 ویں مقام پر ہے (کل اضلاع میں)۔ ضلع کی آبادی کی کثافت 1,087 باشندے فی اسکوئر کلومیٹر ہے۔ اس کی-2001 2011 دہائی کے درمیان آبادی کی ترقی کی شرح 16.73 فیصد ہے۔ بلیا کا جنسی تناسب 953 خواتین 1000 مردوں کی بہ نسبت ہے اور خواندگی کی شرح 70.90 فیصد ہے (District Census Handbook Ballia, 2011)۔ بلیا کا کل رقبہ 2,981 اسکوئر کلومیٹر ہے، جس میں 2,912.80 اسکوئر کلومیٹر دیہی رقبہ اور 68.20 اسکوئر کلومیٹر شہری رقبہ ہے۔ ضلع بلیا میں 2,361 گاؤں ہیں اور یہاں 4,80,268 گھروں میں لوگ رہائش پذیر ہیں۔ اتر پردیش صوبہ میں بلیا کا آبادی کے تناظر میں 29 واں مقام ہے۔ ضلع میں شہری آبادی کا فیصد حصہ 9.4 ہے، اس کے برعکس صوبہ میں شہری آبادی کا فیصد حصہ 22.3 ہے (Census of India, 2011)۔

ضلع بلیا میں صحت سہولیات اور صحت کے حالات

ضلع بلیا میں 2 ایلو پیتھک اسپتال / کلینک کی تعداد 7 ہے، کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کی تعداد 10 ہے، پرائمری ہیلتھ سنٹر کی تعداد 84 ہے، اور خاندان و زچہ بچہ فلاح و بہبود مراکز کی تعداد 69 ہے اور اور خاندان و زچہ بچہ فلاح و بہبود ذیلی مراکز کی تعداد 297 ہیں۔ باہم ڈاکٹروں کی تعداد 114، پیرامیڈیکل اسٹاف کی تعداد 102 اور دیگر عملہ کی تعداد 182 درج کی گئی ہے (District Sankhyikiya Patrika, 2014)۔ ضلع بلیا میں پیدائش کی شرح 24.3 فیصد تھی، جس میں دیہی علاقہ میں 25.2 فیصد اور شہری علاقہ میں 16.9 فیصد تھی۔ باہم، ضلع میں اموات کی شرح 8.1 فیصد تھی، جس میں دیہی علاقہ میں 8.4 فیصد اور شہری علاقہ میں 6.1 فیصد تھی۔ اس کے علاوہ ضلع میں فرٹیلیٹی کی شرح 3 فیصد تھی (Annual Health Survey, 2012-13)۔

Table 1.5

Demographic details of the districts

District	Mau			Ballia		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
Area	1,713	--	--	2,981.00	--	--
Population	22,05,968	11,14,709	10,91,259	32,39,774	16,72,902	15,66,872
Density	1,288	--	--	1,087	--	--
Sex Ratio	978	--	--	953	--	--
Literacy Rate (%)	73.1	82.50	63.60	70.9	81.50	59.80
No. of Household	3,24,424	--	--	4,80,268	--	--

Source: Census of India, 2011

بلیا کی خواندگی شرح 70.9 فیصد ہے جو صوبہ کے اوسط فیصد 67.7 سے زیادہ ہے، اس تناظر میں یہ 25 ویں مقام پر ہے۔ ضلع میں کل گاؤں کی تعداد 2,361 ہے جس میں سے 518 گاؤں غیر آباد ہیں۔ ضلع کی دہائی ترقی شرح 17.4 فیصد ہے جو صوبہ کے اوسط 20.2 فیصد سے کم ہے۔ بلیا تحصیل میں سب سے زیادہ آباد گاؤں 527 ہیں، جب کہ بیریا تحصیل میں 108 آباد گاؤں سب سے کم تعداد میں ہیں۔ ضلع میں 11 قصبے ہیں جس میں 9 قانونی قصبے اور 2 مردم شماری قصبے ہیں۔ ضلع میں گھروں کی تعداد 4,80,268 ہے، جو صوبہ کے کل گھروں کی تعداد کا 1.4 فیصد ہیں۔ ضلع میں گھروں کا اوسط سائز 6.7 افراد ہے۔

گڑوار بلاک (Garwar Block)

گڑوار بلاک اتر پردیش کے ضلع اور تحصیل بلیا میں واقع ہے۔ گڑوار بلاک کی مجموعی آبادی 1,66,774 تھی، جب کہ مرد کی آبادی 85,119 تھی اور خواتین کی آبادی 81,655 تھی (Census of India, 2011)۔ جب کہ 2016-17 میں آبادی بڑھ کر 1,81,880 ہو گئی ہے (HMIS Bulletin – Ballia)۔ بلاک کا کل رقبہ 142.17 اسکوائر کلومیٹر تھا۔ بلاک میں کل گھروں کی تعداد 25,599 تھی (District Census Handbook Ballia, 2011)۔ آبادی کے ضوابط کے مطابق 80,000 کی آبادی پر ایک

کمیونٹی ہیلتھ سنٹر ہونا چاہیے، تاہم، یہاں کوئی کمیونٹی ہیلتھ سنٹر نہیں ہے، یہاں پر صرف ایک APHC ہے۔ اس کے علاوہ خاندان وزچہ بچہ فلاح و بہبود مراکز کی تعداد 4 اور خاندان وزچہ بچہ فلاح و بہبود ذیلی مراکز کی تعداد 16 ہیں (District Sankhyikiya Patrika, 2014)۔ بلاک کی آبادی کے ضوابط کے مطابق ذیلی مراکز کی عدم دستیابی کی وجہ سے کمیونٹی افراد طبی خدمات کی رسائی میں مسائل کا سامنا کرتے ہیں۔ اس لیے تحقیق کے لیے اس بلاک کو منتخب کیا گیا۔

گڑوار گاؤں (Garwar village)

اتر پردیش صوبہ کے ضلع اور تحصیل بلیا کے گڑوار بلاک میں گڑوار گاؤں واقع ہے۔ یہ ضلع بلیا سے 15 کلومیٹر کی دوری پر واقع ہے، جو کہ گڑوار گاؤں کا تحصیل اور ہیڈ کوارٹر ہے۔ گڑوار کو بلاک اور گاؤں کا درجہ حاصل ہے۔ گڑوار کا کل جغرافیائی رقبہ 283.82 ہیکٹر ہے۔ اس گاؤں کی کل آبادی 7,104 افراد کی ہے۔ گڑوار گاؤں میں گھروں کی تعداد 1,029 ہیں۔ گڑوار سے سب سے قریب قصبہ شہر بلیا ہے (District Census Handbook Ballia, 2011)۔ اس گاؤں میں اضافی پرائمری ہیلتھ سنٹر ہے، جہاں پر اس گاؤں اور پورے بلاک کی آبادی عوامی سہولیات سے استفادہ کرتی ہے۔ گاؤں کے صحت اشاریہ بہت ہی خراب ہیں۔ اس کے علاوہ یہاں کے باشندے کی سماجی و اقتصادی حالت خراب ہے، جس کے نتائج ان کے صحت پر پڑتے ہیں۔

رتسڑ کلاں (Ratsar Kalan)

اتر پردیش کے بلیا ضلع میں گڑوار بلاک میں رتسڑ کلاں گاؤں واقع ہے۔ جس کی آبادی 12,658 افراد ہے جو کہ 1,883 گھروں میں رہتے ہیں، جس میں 6,565 مرد اور 6,093 خواتین ہیں۔ اس کا رقبہ 538.89 ہیکٹر ہے۔ یہاں پر 8,352 افراد خواندہ ہیں، جس میں 4,776 مرد اور 3,576 خواتین ہیں (District Census Handbook Ballia, 2011)۔ یہاں پر ایک پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ایک ذیلی مرکز ہے۔ عوامی سہولیات کو ترجیح دینے والی آبادی گاؤں کے اس طبی مرکز سے استفادہ کرتے ہیں۔ گاؤں کے باشندوں کے صحت کے

حالات بہتر نہیں ہیں، علاوہ ازیں، گاؤں کی آبادی سماجی و اقتصادی حلقوں میں بہت پکچھڑی ہوئی ہے۔ جس کے اثرات ان کی صحت پر پڑتے ہیں۔ اس لیے اس گاؤں کو منتخب کیا گیا ہے۔

ابواب بندی (Chapterisation)

موجودہ تحقیق کو کل چھ ابواب میں تقسیم کیا گیا ہے جو مندرجہ ذیل ہیں:

باب اول

اس باب کا آغاز موضوع کے تعارف اور مطالعہ کی اہمیت سے ہوتا ہے۔ بھارت میں عمومی طور پر بالخصوص اتر پردیش میں طبی خدمات کی رسائی کے حوالے سے مسائل اور چیلنجوں کے بارے میں ذکر کیا گیا ہے۔ کمیونٹی شراکت اور طبی خدمات پر اس کا اثر بھی بیان کیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں طبی خدمات میں انتظام کی سطح کا بھی جائزہ کیا گیا ہے۔ تعارفی نوٹ مطالعہ کے متعدد پہلوؤں پر روشنی ڈالتا ہے۔ صحت کے نظریات پر سمجھ، مسائل کا تعارف، مطالعہ کی اہمیت، حلقہ کا انتخاب، مقاصد اور تحقیق کا طریقہ کار، مواد کو جمع کرنے کے ذرائع اور محدودیت کی مطالعہ کے مقاصد کے تحت احاطہ بندی کرتا ہے۔

باب دوم

اس باب میں طبی خدمات کے مسائل اور چیلنجوں کی اہمیت کو مد نظر رکھتے ہوئے متعلقہ مواد کا جائزہ لینے کی کوشش کی گئی ہے۔ صحت خدمات کی رسائی اور دستیابی گاؤں کے باشندوں کے لیے سب سے زیادہ اہم عوامل میں سے ایک ہے۔ باہم، طبی خدمات اور اس کے نظام میں کمیونٹی شراکت اور انتظام و انصرام کا بھی تجزیہ کیا گیا ہے۔ لہذا طبی خدمات اور اس کے نظام پر موجود متعلقہ مواد کا جائزہ کافی اہم ہے۔

باب سوم

اس باب میں دیہی طبی خدمات کی رسائی اور بہتری کے لیے کمیونٹی شراکت کے رول کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ طبی نظام کو مستحکم بنانے کے لیے کمیونٹی کو جوابدہ بنانے اور منصوبہ بندی میں شامل کرنے کے بارے میں جائزہ لیا گیا ہے۔

عمومی طور پر ملک میں اور بالخصوص اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں طبی ادائیگی نظام اور طبی خدمات کے طریقہ استعمال کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ باہم، دیہی طبی خدمات کی رسائی میں سماجی تفریق اور اور غربت کے اثرات کا جائزہ لیا گیا ہے۔

باب چہارم

اس باب میں طبی خدمات کے انتظام و انصرام کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ طبی خدمات کو مساوات پر مبنی بنانے کے لیے طبی نظام کے انتظام و انصرام کی سطح کا جائزہ لیا گیا ہے۔ باہم، صحت منصوبہ بندی میں حکومت کے رول کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ حکومت کی صحت سے متعلق اسکیم، پالیسی اور پروگرام کا جائزہ لیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں، طبی خدمات مہیا کرانے میں حکومت کے رول اور اس کے اثرات کا تجزیہ اس باب میں کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔

باب پنجم

اس باب میں کمیونٹی افراد کے لیے حکومت کی طرف سے فراہم کردہ سہولیات کی دستیابی، رسائی اور اس کا طریقہ استعمال کا تجزیہ کیا گیا ہے، ساتھ ہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت اور انتظام و انصرام کا بھی تجزیہ کیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں، کمیونٹی افراد کے سماجی و اقتصادی حالات رہن سہن اور ان کے صحت کے حالات اور طبی خدمات کی رسائی میں درپیش مسائل کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ کمیونٹی میں طبی خدمات اور صحتی پروگرام کے متعلق بیداری کا بھی تجزیہ کیا گیا ہے۔

باب ششم

اس باب میں تحقیقی محاصلات کو مختصر طور پر نتائج کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔ علاوہ ازیں اعلیٰ معیار کی سہولیات کو یقینی بنانے کے لیے دیہی طبی خدمات میں موثر کمیونٹی شراکت کو بہتر بنانے اور طبی نظام کے انتظام و انصرام کو مستحکم بنانے کے لیے ممکنہ تجاویز کا ذکر کیا گیا ہے۔

References:

Census (2011): *Census of India 2011*, New Delhi: Registrar General of India, Ministry of Home Affairs, Government of India.

Directorate of Census Operations (2011): *Census of India, Uttar Pradesh, District Census Handbook Ballia, Village and Town Wise, Primary Census Abstract (PCA)*, Directorate of Census Operations, Uttar Pradesh.

Duggal Ravi (2001): *Evolution of Health Policy in India*, Mumbai: Centre for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT).

GOI (1946): *Report of the Health Survey and Development Committee- Vol. I*, Delhi: The Manager of Publications.

GOI (2011): *Census of India 2011: Provisional Population Totals, Paper 1 of 2011, India, Series 1*. New Delhi: Office of Registrar General and Census Commissioner, Government of India.

GOI (2011): *Framework for Implementation of National Health Mission 2012-17*, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

GOI (2012): *Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Primary Health Centres*.

GOI (2015): *Rural Health Statistics 2014-15*, Ministry of Health and Family Welfare Statistics Division, Government of India.

GoUP (2017): *HMIS Bulletin-Ballia, Volume 7, National Health Mission*, Government of Uttar Pradesh, MIS Division, State Program Management Unit, Uttar Pradesh.

Haq. Mahbub ul (1995): *Reflections on Human Development*, New York: Oxford University Press.

IIPS (2007): *National Family Health Survey-3 (NFHS III) 2005-2006*, Mumbai: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India and International Institute for Population Sciences.

K. Park. (2010): *Park's Text Book of Social and Preventive Medicine*, Jabalpur: Banarsidas Bhanol Publishers, p.25.

Mandela, N. (1998): Transcript of the speech at the special convocation of an honorary doctoral degree, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, September 18, 1998, Retrieved August 8, 2007, from http://www.cambridgeforum.org/cfmandela/13_nelson_mandela.html, quoted in the edited book Holtz Carol (2008): *Global Health Care-Issues and Policies*, Jones and Bartlett Publishers, USA pp. Xviii.

Misra, R.P. (2007): *Geography of Health: A Treatise on Geography of Life and Death in India*, New Delhi: Concept Publishing Company, pp. 2.

MoHFW (2006): *Janani Suraksha Yojana-Features & Frequently Asked Questions and Answers*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2007): *Indian Public Health Standards (IPHS) For Sub-Centres*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2015): *Five Years (2009-2014) Achievements & New Initiatives*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

NCAER (1992): *Household Survey of Medical Care*, New Delhi: National Council of Applied Economic Research.

Planning Commission (2011): *India Human Development Report 2011, Towards Social Inclusion*, New Delhi: Planning Commission, Government of India; p. 568.

Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Rifkin S (1986): "Lessons from community participation in health programs", *Health Policy and Planning*, Vol. 1, No. 3, pp. 240-249.

Sen, Amartya (1999): *Development as freedom*, New York: Alfred A. Knopf.

Sharma Vinay (2009): *Affordability for the Poor and Profitability for the Provider: Provision of Health for the Rural and the Poor Population of the world with special reference to Uttar Pradesh in India*, VDM Publishing.

Sheffield J. (2008): Inquiry in health knowledge management. *Journal of Knowledge Management*, Vol.12, pp. 160-72.

SRS Bulletin (2016): *Sample Registration System*, New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India, Volume 50, No. 2.

Sule SS (2004): "Community Participation in Health and Development", *Nigerian Journal of Medicine*, Vol. 13, No. 3, pp. 276-81.

UNDP (2016): *Human Development Report 2016- Human Development for Everyone*, New York: United Nations Development Programme.

UNICEF (2015): *UNICEF's Strategy For Health (2016-2030)*, UNICEF.

UPDES (2014): *District Sankhyikiya Patrika*, Economics and Statistics Division, Planning Department, Government of Uttar Pradesh.

- UPDES (2015): Divisional Sankhyikiya Patrika, Economics and Statistics Division, Planning Department, Government of Uttar Pradesh.
- UPDES (2015): Sankhyikiya Patrika Uttar Pradesh, Economics and Statistics Division, Planning Department, Government of Uttar Pradesh.
- WHO (1978): *Declaration of Alma-Ata, "Health for All" Series no. 1*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1986): Constitution. In: *Basic Documents* . 36th ed. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002): *25 Questions and Answers on Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series. Issue No. 1*, Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004): *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*, World Health Organization.
- WHO (2009): *Basic Document*, 47th ed. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2009): *Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences*, Geneva: World Health Organization.
- WHO and UNICEF (1978): *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978*, Geneva: World Health Organization.
- Zakus J and Lysack C (1998): "Revisiting community participation", *Health Policy and Planning*, Vol. 13, No. 1, pp. 1-12.

باب دوم

Chapter Two

متعلقہ مواد کا جائزہ

Review of Literature

طبی خدمات کے مسائل اور چیلنج کی اہمیت و افادیت کو سمجھتے ہوئے مجوزہ مطالعہ سے متعلق مواد کا تجزیہ کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ اس میں کوشش کی گئی ہے کہ محققین کی ان تحقیق کا مطالعہ کیا جائے جو مجوزہ تحقیق سے راست یا براہ راست منسلک ہوں۔ یہ جائزہ ابھی تک کئے گئے سبھی مطالعوں کا وسیع تجزیہ ہے۔ اس میں اس بات کی کوشش کی گئی ہے کہ بہترین محققین کے نتائج کو منتخب کیا جائے۔ وضاحت اور درستگی لانے کے لئے اور موجودہ مطالعہ کو مناسب اور قابل اعتماد بنانے کے لئے مختلف محققین کے نظریات کو ذہن میں رکھا گیا ہے۔

اگرچہ متعدد محققین نے دیہی سماج میں طبی خدمات کی رسائی میں حائل رکاوٹوں کے لئے ذمہ دار عوامل کی شناخت کی ہے، پھر بھی یہ ہمیشہ محسوس کیا جاتا ہے کہ کچھ پہلوؤں اور طول و عرض پر ابھی مطالعہ کی ضرورت ہے۔ ایک محقق موثر عوامل کی کھوج کرتا ہے اور پھر اس کی جانچ کرتا ہے، معلومات کا خلاصہ، قلم بندی اور پیش کرتا ہے تاکہ طویل مدت تک موثر اور مستحکم طبی نظام تجویز کیا جاسکے۔ یہ مطالعہ غریبوں کے لیے موجودہ طبی ماڈل کی جانچ کرتا ہے۔ ہدف آبادی کے صحت کے حالات کو دریافت کرتا ہے اور طبی ماڈل میں تبدیلی کی افادیت کو پیش کرتا ہے۔

موجودہ مطالعہ کا مقصد ہے کہ پسماندہ لوگوں کے انتظام کے لیے متعدد طبی خدمات کے پہلوؤں کا تجزیہ کیا جائے، تنظیمی ساخت، عملیاتی مسائل کے حل کے طبی ضروریات کے لیے عملی کام کیا جائے۔ متعدد تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ طبی خدمات دیہی علاقوں میں ناکام رہی ہے۔ غیر معیاری طبی خدمات اور اکثر دیہی علاقے محروم ہونے کی وجہ سے

کیونٹی کے غریب لوگ اس حالت میں نہیں ہیں کہ وہ اعلیٰ معیار کی مساوی طبی خدمات کی سہولیات تک رسائی کر سکیں۔ کیونٹی کے لیے طبی پروگرام خصوصی طور پر عنفوان شباب، بچوں، خواتین، معزوروں اور بزرگوں کے صحت کی بہتری کے لیے زور دیتے ہیں۔ طبی نظام کے اچھی طرح کام نہ کرنے کی وجہ سے بہتر نتائج حاصل نہیں ہوتے۔ کیونٹی کے لوگوں کی صحت کے حالات کو بہتر بنانے کے لیے طبی خدمات کے نظام کو مستحکم اور منضبط بنانے کی ضرورت ہے۔

2.1 اتر پردیش میں طبی خدمات کا جائزہ

(An Overview of Healthcare Services in Uttar Pradesh)

Kamble N. D. (1984) نے اپنی تحقیق میں دریافت کیا کہ ریاستی مشینری کے ذریعہ دیہی علاقوں میں مہیا کردہ صحت کی خدمات شہری علاقوں کے مقابلے میں معیار کے مطابق بہت ہی کم ہے۔ تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ ریاست کی طرف سے ایک ضلع میں بنیادی صحت کے مراکز یا کلینک کی تعداد کا 37 فی صد دیہی علاقوں میں پائے جاتے ہیں اور ان مہیا کردہ بنیادی صحت کے مراکز میں سے 70 فی صد سے اوپر سہولیات کی کمی جیسے بجلی، دوا، طبی آلات اور ڈاکٹروں اور طبی عملوں کی کمی وجہ سے کام نہیں کر رہے ہیں۔ اس کے علاوہ محقق نے اپنی تحقیق میں اس بات کا بھی تجزیہ کیا ہے کہ دیہی کمیونٹی اپنے سماجی و اقتصادی حالات کے مطابق طبی خدمات حاصل کرتے ہیں۔

Khan, M E (1979) نے اپنے مقالہ ”Family Planning among Muslims in India“ میں مسلمانوں کے درمیان خاندانی منصوبہ بندی اور فرٹیلیٹی رویے کی منظوری اور لچسی پیدا کرنے کے بارے میں تجزیہ کیا۔ تحقیق 330 مسلم جوڑوں پر مبنی ہے جو کانپور شہر کے مسلم تسلط علاقوں سے تصادفی طور پر منتخب کئے گئے۔ محقق نے پایا کہ اوسط مسلم خاتون نے 4.8 بچوں کو جنم دیا ہے اور جن میں 3.9 بچے زندہ رہ پائے۔

مصنف نے متعدد عوامل پر روشنی ڈالی جیسے موجودہ بچوں کی شرح اموات اور ان کے بچوں سے مہینہ اقتصادی فوائد جو مسلمانوں میں زیادہ فرٹیلیٹی کے اضافہ میں ایک اہم رول ادا کرتے ہیں۔

Rajiv Balakrishnan (2014) نے اپنے معاملہ میں طبی عملہ کے کام کے فرائض، جواب دہی، اخلاق و عزم، لڑائی جھگڑے اور نقل و حمل کا تجزیہ کیا ہے۔ یہ مطالعہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں کیا گیا ہے۔ محقق نے دریافت کیا کہ اے این ایم اپنے کام کے فرائض کو بخوبی انجام نہیں دیتی ہیں۔ وہ اپنا کام میں لاپرواہی سے انجام دیتی ہیں۔ اس کے علاوہ طبی مراکز پر بد عنوانی کا ماحول ہے طبی عملہ کا اگر لوگوں کے ذریعہ شکایت کرنے پر تبادلہ ہو جاتا ہے تو کچھ دنوں بعد وہ رشوت دے کر اپنی جگہ پر واپس آ جاتا ہے۔ تحقیق کے دوران یہ بھی دریافت ہوا کہ اے این ایم کی بھرتی میں رشوت کا چلن ہے جس کی وجہ سے یہ لوگ اپنے فرائض کو بخوبی انجام نہیں دیتے۔ تنخواہ میں دیری اور دیگر سہولیات کا موصول نہ ہونا صحیحی عملہ کے حوصلہ کو پست کرتا ہے جس کی وجہ سے وہ جوابدہی سے اپنے کام کو انجام نہیں دیتے۔ اگر میڈیکل آفیسر کسی غلطی کی وجہ سے اے این ایم کا تبادلہ کرتے ہیں تو دوسرا گروہ اسے بچانے آ جاتا ہے جس کے نتائج میں ان معاملات کو لے کر میڈیکل اسٹاف کے درمیان تنازعہ ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ طبی خدمات کے بہتر افعال کے لیے نقل و حمل کی اہمیت بہت زیادہ ہے۔ جو این ایم گاؤں کے باہر کے علاقے سے آتی ہیں انھیں نقل و حمل کی عدم دستیابی کی وجہ سے بہتر خدمات مہیا نہیں کر پاتی۔ مطالعہ کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ عملہ جوابدہی کی کمی کی وجہ سے اپنے ذمے داریوں نہیں سمجھتا ہے۔

Khan et al (1986) نے اپنے مطالعہ "Nutrition and Health Practices among Rural Women-A Case Study of Uttar Pradesh, India" میں تجزیہ کیا کہ خواتین کی بہتر خوراک کی حالت کا اثر اس کے حاملہ ہونے کے حالات اور اس کے نتائج کے لئے اہم عنصر ہے۔ اتر پردیش میں اس مطالعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ خواتین غربت اور مجبوری کی وجہ سے غذائی قلت کا سامنا کرتی ہیں۔ اس کے علاوہ اہل خانہ کے اقتصادی حالت خراب ہونے کی وجہ سے انہیں ضروریات زندگی کو پورا کرنے کے لئے

کام بھی کرنا پڑتا ہے۔ ان مشکلات کا سامنا کرنے اور اس کمی کو پورا کرنے کے لئے لئے حکومت ہند کی قومی صحت پالیسی کا مقصد تھا کہ سن ۲۰۰۰ء تک سبھی کے لئے اچھی صحت کا انتظام کیا جاسکے۔

“Society and Health- A Sociological Perspective” (1992) Mehta S.R. نے اپنی تحقیق میں صحت سے متعلق رویے کے بارے میں تبادلہ خیال کیا۔ محقق نے اس بات کا تجزیہ کیا کہ صحت سے متعلق معاملات میں اہل خانہ کا اہم کردار اور ذمہ داری ہے۔ شیر خوار، بچوں اور ماں کی صحت کے لئے گھریلو سطح پر توجہ اور دیکھ بھال کی شدید ضرورت ہے۔ غذائی قلت اور ناکافی غذائی مرکبات خواتین کی صحت کے مسائل کا سبب بنتی ہے۔

“Utilization of Healthcare services in Varanasi District, India-A geographical analysis” (1995) Rai and Nathawat نے اپنے مطالعہ میں دیہی لوگوں کے لیے پرائمری ہیلتھ سنٹر کے ذریعہ فراہم منتخب سہولیات جیسے ماؤں اور بچوں کی صحت کی دیکھ بھال، حفاظتی ٹیکوں اور خاندانی منصوبہ بندی وغیرہ کے طریقہ استعمال کے بارے میں تحقیق کی۔ اسی خدمات کو لوگوں کی جغرافیائی دوری اور سماجی و معاشی سطح پر بھی تجزیہ کیا گیا۔ مطالعہ سے اس بات کا خلاصہ ہوتا ہے کہ جواب دہندہ گان میں بیداری نسبتاً زیادہ ہے پھر بھی پرائمری ہیلتھ سنٹر کے ذریعہ فراہم خدمات کے طریقہ استعمال کافی کم ہے۔ غیر مناسب جگہ، کم سطح کی خواندگی، آمدنی، ایمر جنسی خدمات کی عدم دستیابی وغیرہ کی وجہ سے کافی کم ہے۔ موجودہ طبی سہولیات کو بہتر بنانے کے لیے اس میں مناسب ترمیم کی ضرورت ہے۔ اس کے لیے حکومت کے ذریعہ شروع کئے گئے قومی صحت پروگرام کے ذریعہ کمیونٹی شراکت میں اضافہ کر کے کیا جاسکتا ہے۔

Rajna P.N. et al (1998) نے تجزیہ کیا کہ بچوں کی شرح اموات پر زچگی تعلیم کا اثر پڑتا ہے، قبل ولادت دیکھ بھال اور خاندان کی تشکیل کے پیٹرن پر شرح اموات نوزائیدہ کاراست بالراست اثر دیکھنے کو ملتا ہے۔ زچگی تعلیم کا بعد کی بچوں کی شرح اموات پر کافی اثر پڑتا ہے۔ جبکہ زچگی تعلیم میں بہتری بچوں کی شرح اموات کو کم کرنے کا

ذریعہ ہے۔ موجودہ سماجی حالات میں بھی زچہ و بچہ صحت کی رسائی میں اضافہ و بہتری اور محفوظ پینے کے پانی کے ذریعہ بچوں کی شرح اموات میں فوری کمی ممکن ہے۔

“Spatial Planning for Medical Facilities in Rae-Bareli” (1996) Misra and Misra نے اپنے مطالعہ میں لکھا ہے کہ دیہی اور شہری غریب آبادی کی اکثریت اخراجیت، غربت، ناقص غذا، خراب صحت، وباء اور متعدد بیماریوں سے گھیری ہوئی ہے۔ اگر ان کی مناسب طریقے سے دیکھ بھال نہیں کی گئی تو اس کے نتائج میں ملک کی ترقی میں رکاوٹ پیدا ہوگی اور ملک کی خود مختاری کے لئے خطرہ پیدا ہو سکتا ہے۔ محقق نے نتیجہ اخذ کیا ہے کہ طبی سہولیات کے پہلوؤں اور ساخت پر سیاسی و انتظامی فیصلوں کا کافی اثر پڑتا ہے۔ متعدد دواخانہ عملہ کی کمی اور ڈاکٹروں کی غیر حاضری کی وجہ سے بہتر طریقے سے کام نہیں کر پارہے ہیں۔ ان مسائل کے حل کے لیے متعدد طبی سہولیات متعدد بلاکوں میں آبادی کے تناسب سے گورنمنٹ پالیسی کے مطابق ہونی چاہیے۔

مطالعہ سے اس بات کا انکشاف ہوتا ہے کہ اگرچہ جواب کنندگان میں طبی بیداری زیادہ ہے مگر غیر مناسب جگہوں، نچلی سطح کی خواندگی اور آمدنی، ایمر جینسی خدمات کی غیر موجودگی کی وجہ سے بنیادی صحت مراکز کے ذریعہ فراہم سہولیات کے استعمال کے پیٹرن میں کمی ہے۔ موجودہ طبی سہولیات میں ترمیم اور بہتری کی گنجائش ہو سکتی ہے اگر گورنمنٹ کے ذریعہ کمیونٹی کے لیے چلائے جا رہے متعدد قومی صحت پروگرام میں کمیونٹی شراکت میں اضافہ کیا جائے۔

(2017) Aparna Seth et al نے اپنے مطالعہ میں دریافت کیا کہ آشنا کمیونٹی میں بالخصوص محرومیت کا شکار اور غریب افراد کے درمیان دورہ کرنا زچگی صحت خدمات کے استعمال اور فروغ میں ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ آشنا کے دورہ کے دوران صحت کے استعمال میں عدم مساوات ملتی ہے۔ آشنا کا افراد خانہ کے گھروں کا دورہ کے دوران سماجی غیر مساوات طریقہ کا تعین کیا گیا ہے۔ اس تحقیقی میں یہ تجویز پیش کی گئی ہے کہ ان غیر مساوات کی پہچان کر کے آشنا کو تربیت فراہم کرنا تاکہ ان کی صلاحیت سازی ہو سکے علاوہ ازیں، سماجی اور دیگر مساوی اشاریہ کا صحت انفارمیشن سسٹم

میں مواد اکٹھا کر کے عدم مساوات کی جانچ کی جائے اور زچگی اور بچوں کی اموات کی زیادتی والے جغرافیائی علاقوں میں متعلقہ مدد کی کوشش کی معلومات فراہم کرائی جائے۔

Diwakar Yadav and Preeti Dhillon (2015) نے اپنی تحقیق میں دریافت کیا کہ زچگی صحت خدمات کا طریقہ استعمال بشمول خاندانی منصوبہ بندی کی صلاح کے ذریعہ روکنے کے طریقہ کے تناظر میں مدت بڑھانے کے طریقہ میں اضافہ ہوا ہے۔ اتر پردیش میں نتائج سے واضح ہوتا ہے کہ سماجی و اقتصادی حلقوں میں پچھڑی خواتین زچگی صحت خدمات کم حاصل کرتی پاتی ہیں، علاوہ ازیں انھیں قبل از وقت پیدائش اور بعد وقت پیدائش دورہ کے دوران خاندانی منصوبہ بندی سے متعلق صلاح مناسب طور پر حاصل نہیں ہو پاتی۔ اس لیے اس بات کی یقین دہانی کے لیے کوشش کی جائے کہ موجودہ وقت میں شادی شدہ خواتین جو سماجی و اقتصادی حلقوں میں پچھڑی ہیں مساوی مواقع فراہم کرائے جائیں تاکہ وہ زچگی صحت خدمات اور بچہ روکنے یا دیری کرنے کے طریقہ کار کے بارے میں معلومات فراہم کرائی جائے، تاکہ خاندانی منصوبہ بندی کے طریقہ کار کی طلب کو حاصل کیا جائے۔

Mehrotra, Santosh (2008) نے اتر پردیش میں حکومت کے ذریعہ مہیا کردہ طبی انفراسٹرکچر کے مسائل اور طبی مایوسی کے حل کے بارے میں انکشاف کیا ہے۔ اس مطالعہ میں قومی دیہی صحت میشن متعلق جو پالیسی کے مسائل ہیں اگر اسے کامیابی کے ساتھ لاگو کر دیا جائے۔ جو موثر گورنمنٹ طبی نظام کی کمی اور بنیادی ڈھانچہ اور انسانی وسائل کے خلاء کو دور کر سکتا ہے۔ پالیسی سازوں کو قومی دیہی صحت میشن کے نفاذ سے متعلق مسائل کو فوری طور پر توجہ مرکوز کرنی چاہیے۔ پھر بھی بیماریوں سے بچاؤ اور فروغ کے عوامی طبی طریقہ کار اور آبادی طبی طریقہ کار جو طبی رسائی کے نظام کی حمایت کرتا ہے۔ جو عارضی صحت کو نتائج اور مستقل صحت کے نتائج دونوں کی بہتری میں ضروری اقدامات ہیں۔

Park K (2000) نے دیہی بھارت کے بیماری کے خاکہ (پروفائل) کی جانچ کی ہے۔ محقق نے انکشاف کیا کہ دیہی اموات کی اکثریت، جو قابل علاج، انفیکشن کی وجہ سے متعدی بیماری، سانس کی بیماری، انفیکشن کے ذریعہ بیماری کا

غلبہ دیہی علاقوں میں 40 فیصد اور شہری علاقوں میں 23 فیصد درج کیا گیا ہے۔ بھارت میں پانی کی بنیاد پر انفیکشن سے ہونے والی بیماریوں کا تناسب 80 فیصد ہے۔ جس کی وجہ سے عالم میں ہر چوتھا آدمی ان بیماریوں کی وجہ سے مر جاتا ہے، وہ بھارتی ہے۔ سالانہ 1.5 ملین اموات اور 73 ملین کام کے دن کا نقصان پانی کی بنیاد پر بیماری کی وجہ سے ہوتا ہے۔

“Poverty and Health conditions of the Nats of Mirzapur” (2003) Upadhaya, PC نے اپنے مطالعہ میں تجزیہ کیا کہ جب نٹ کمیونٹی اپنی ضروریات کو پورا نہیں کر پاتے تو ایسی حالت میں بیماری انھیں غریب بنا دیتی ہے۔ نٹ کمیونٹی میں آج بھی روایتی پریکٹیشنرز موجود ہیں اور یہ لوگ طویل مدت سے روایتی علاج کے نظام جڑے ہوئے ہیں۔ اگرچہ، کچھ نٹ کمیونٹی افراد جدید میڈیکل نظام سے استفادہ کر رہے ہیں، بالخصوص جب وہ محسوس کرتے ہیں کہ روایتی طریقہ بیماری کے علاج میں موثر نہیں ہے۔ ایسی حالت میں یہ لوگ جدید ہاسپٹل جاتے ہیں لیکن یہ جدید ہاسپٹل سہولیات کے تعلق سے مطمئن نہیں کرتے۔ مرزاپور کے ہر بلاک میں طبی خدمات فراہم کرائی جاتی ہے۔ لیکن وہاں پر صرف چار ہاسپٹل ہیں، ہر ایک لاکھ کی آبادی پر PHC ہیں۔ باہم، بنیادی ڈھانچہ میں کمی ہے۔ ڈاکٹروں اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی عدم دستیابی، ادویات کی قلت بھی عوامی طبی اداروں تک کمیونٹی کی رسائی میں حائل رکاوٹیں ہیں۔

(2005) Bajpai Nirupam et al نے انکشاف کیا کہ بھارت کے لیے صحت کی حکمت عملی جو میلنیم ڈیولپمنٹ گول (MDG) پر مبنی ہے صرف قومی سطح پر نہیں بلکہ صوبوں اور ضلعوں سطح پر اس کی زیادہ اہمیت ہے۔ اس کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے صوبوں اور ضلعوں اور خاص طور پر پچھڑے ضلعوں میں جیسے شیرخوار بچوں کی شرح اموات کو کم کرنا، 5 سال کے بچوں کی اموات، ماؤں کی شرح اموات، مامونیت، محفوظ پینے کا پانی وغیرہ میں بہتری میں کوشش کرنی چاہئے۔ MDGs پر مبنی صوبائی حکومتوں کو 2015 تک صحت کے ہدف کو صوبہ اور ضلع سطح پر حاصل کرنے کا اعلان کرنا چاہئے۔ اس تحقیق میں دو خاص سوالات کے بارے میں تجزیہ کیا گیا ہے، اول، صوبائی سطح پر پرائمری ہیلتھ کیئر کے حلقہ میں اتر پردیش اور مدھیہ پردیش ان دونوں صوبوں کے سبھی دیہی علاقوں

میں دیہی طبی خدمات کی انسانی وسائل کے تناظر میں مالیاتی طور پر اس کی لاگت کی جانچ کرنا۔ دوم، مناسب خدمات کی رسائی کو یقینی بنانے کے لیے کس طرح کی پالیسی، تنظیمی اصلاحات اور طرز حکمرانی کی ضرورت ہے۔ طبی مراکز کی تعمیر کافی نہیں ہوگی بلکہ زیادہ عوامی سرمایہ کاری کے ذریعہ سے نظامی اصلاحات کے ذریعہ موجودہ خدمات کی رسائی کے نظام کو درست کیا جاسکتا ہے۔

Mohapatra et al (2011) نے اپنے مطالعہ میں دریافت کیا کہ بھارت کے اتر پردیش میں شیر خوار بچوں اور ماؤں کی شرح اموات سب سے زیادہ ہے۔ حکومت اتر پردیش نے Integrated Management of Neonatal and Childhood Illnesses (IMNCI) حکمت عملی اپنایا ہے۔ ضلع وارانسی کے چیرئی گاؤں کمیونٹی ڈیولپمنٹ بلاک میں دو سال سے Comprehensive Child Survival Programme (CCSP) کے تحت تربیت یافتہ ہو کر کام کر رہی ہیں۔ موجودہ تحقیق وارانسی کے چیرئی گاؤں کمیونٹی ڈیولپمنٹ بلاک میں CCSP سے متعلق ASHA کی کارکردگی کے تجزیہ سے ہے۔ تحقیق میں اس بات کا خصوصی تجزیہ کیا گیا ہے تربیت یافتہ آسٹریٹنگ کے مطابق کام کر رہی ہیں۔ حالانکہ مطالعہ آشنا کے کام کی ذمہ داریوں کے علم سے متعلق تھا، ان کے میدان کی کارکردگی کے بارے میں تحقیق میں کمی ہے۔ یہ تربیت کے طریقہ کار اہم حلقوں کو معلوم کرنے کے لیے کیا گیا ہے۔ ترغیب پر مبنی کارکردگی کا رجحان ہے اور صحت پروگرام جیسے CCSP اور JSY عام طور پر ایک دوسرے کو جدا کرتے ہیں۔ یہ ایک مشکل کام ہے کہ ایک خاص صلاحیت کو ایک خاص پروگرام کے لیے منسوب کرنا۔ پھر بھی زیادہ تر معاملات میں یہ پایا گیا ہے کہ آشنائے اچھی طرح سے تربیت حاصل کی ہے اور بہتر کارکردگی اور عمل کی اصلاح حمایت کا موضوع ہے۔

Kansal Sangeeta et al (2012) نے اپنے مطالعہ میں NRHM کے ایک خاص مقصد کہ ASHA کے ذریعہ گھروں کی سطح پر بہتر طبی خدمات کی رسائی فراہم کرانے کے تعلق سے تجزیہ کیا ہے۔ یہ مطالعہ وارانسی کے چیرئی گاؤں بلاک کے مختلف حلقوں میں کام کر رہی 135 آشنا سے تعلق رکھتا ہے۔ اس میں آشنا کی

کارکردگی میں ان کے تعلیم کارول کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس مطالعہ سے دریافت ہوتا ہے کہ جن آشا کی تعلیمی لیاقت آٹھویں پاس تھی انہیں ویلج ہیلتھ انڈیکس رجسٹر بھرنے میں پریشانی محسوس ہوتی تھی۔ مطالعہ میں یہ تجویز پیش کی گئی ہے کہ اگر آشا کی تقرری میں کم تعلیمی لیاقت کو بڑھانے میں پریشانی ہو رہی تو آشا کی باقاعدہ تربیت اور جانچ کا نظام قائم کیا جائے۔ رجسٹر کو آسان بنای جائے تاکہ وہ صحیح ڈھنگ سے ریکارڈ کر سکیں۔ اگر خواتین اچھی تعلیمی لیاقت کے ساتھ آشا کے طور پر کام کریں گی تو بہتر خدمات انجام دے سکتی ہیں۔

2.2 طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت

(Community Participation in Healthcare Services)

Sujay Joshi and Mathew George (2012) نے اپنی تحقیق میں دریافت کیا کہ کمیونٹی شراکت پر انٹری ہیلتھ کئیر کا خاص اصول ہے جس کا متعدد طریقوں سے حصول ہو سکتا ہے۔ قومی دیہی صحت مشن کے تحت آشا پروگرام متعدد کمیونٹی صحت کارکن اسکیم کے تجربات پر مبنی ہے جو اپنے نفاذ کے ذریعہ کمیونٹی شراکت کو مستحکم کر سکتا ہے۔ یہ مطالعہ کمیونٹی میں آشا کی صلاحیت کی اور ان کی سرگرمیوں کی قبولیت کی جانچ کرتا ہے۔ تحقیق سے یہ اخذ نکلتا ہے کہ آشا کو جو کام کے بدلے حوصلہ افزائی کے طور پر اجرت ملتی ہے اس کی اہمیت ہے۔

Mubyazi and Hutton (2012) نے اپنی تحقیق میں شائع اور پرانے مواد کا صحت منصوبہ بندی، وسائل کی تقسیم کاری اور خدمات کی ادائیگی کے تئیں تجزیہ کیا۔ انہوں نے تجزیہ کیا کہ کمیونٹی شراکت کے ذریعہ صحت میں بہتری لانا وسیع عوامل بشمول نظامی عوامل اور سماجی و ثقافتی عوامل پر منحصر ہے۔ انہوں نے یہ بھی دریافت کیا کہ زیادہ تر مصنف کمیونٹی شراکت کے ایک پہلو جیسے عوامی ترجیحات میں کمیونٹی کے رجحان کا طریقہ پر توجہ مرکوز کرتے ہیں۔ دیگر عام عوامل کے بغیر سوچے سمجھے ایک خاص صحت مسئلہ کے حل کے لیے شراکت کو اہمیت دینا اس کی جانچ کو محدود

کرتا ہے۔ محقق نے دریافت کیا کہ کمیونٹی شراکت کے واضح اور عام نقطہ نظر کے مواد میں کمی ہے، علاوہ ازیں کمیونٹی شراکت اور صحت کی بہتری کرنے کی رشتگی میں بھی کمی ہے۔

Abhay Bang (1986) نے اپنی رپورٹ میں تجزیہ کیا کہ کمیونٹی شراکت ایک حقیقت بن سکتی ہے جب معاشرے اور سماجی و ثقافتی ماحول کی سیاسی ساخت شراکت کے لیے مثبت ہو، اس کے علاوہ افراد کسی خاص مسئلہ کے تئیں اس چیز کی ضرورت محسوس کریں، کچھ کرنے کا جذبہ ہو اور وہ اپنا وقت دے سکیں۔ کمیونٹی شراکت صرف خاندانی منصوبہ بندی کے حدف کو حاصل کرنا نہیں ہے بلکہ یہ جمہوری اقدار اور سیاسی عمل ہے۔ یہ ایک طویل مقصد ہے اور اس کی جانچ کے لیے کمیونٹی شراکت کا ایک محدود نظریہ خاندانی منصوبہ بندی کی بہتری کے لیے ضروری ہے۔ اتر پردیش میں خاندانی منصوبہ بندی پروگرام سیاسی قیادت پر منحصر تھا۔ چھوٹے ذات اور درجہ کے افراد خاندان کو محدود کرنے کا کوئی معاشی یا تعلیمی نقطہ نظر نہیں رکھتے تھے۔ جس کے نتائج میں خاندانی منصوبہ بندی ان کی ترجیح یا ضرورت نہیں ہے بلکہ یہ حکومت کی ذمہ داری ہے کہ وہ اس کا نفاذ سہی ڈھنگ سے کرے اور کمیونٹی شراکت کو فروغ دے۔

Lahariya C. (2007) نے اپنے مطالعہ ”Community Medicine in India“ میں تجزیہ کیا کہ دیہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت کی بہت زیادہ اہمیت و افادیت ہے۔ انھوں نے اپنی تحقیق میں یہ نتیجہ اخذ کیا کہ قومی دیہی صحت مشن (NRHM) ایک اچھے ڈیزائن کردہ پروگرام اور ایک اہم اجزاء کے ساتھ کمیونٹی پر مبنی پروگرام ہے۔ جس میں موجودہ طبی نظام کمیونٹی شراکت اور حصے داری کا استعمال کرے اور اس کے فروغ میں کمیونٹی رضا کار کی مدد اور حمایت شامل ہونی چاہئے۔

Amrith, Sunil (2007) نے اپنے مطالعہ میں تجزیہ کیا کہ بھارت میں عوامی صحت پالیسی کی ناکامی کی وجہ حکومت میں جواب دہی کی کمی ہے۔ اس کے علاوہ مناسب منصوبہ بندی اور پالیسی میں کمی، عوام کی اشتراکیت اور چھوٹے پیمانے پر نتائج کار حجان و تکنیک پر مبنی پروگرام میں کمی کو بتاتے ہیں۔ اگرچہ حکومت اقتصادی ترقی اور اور صنعت کاری

میں آزادی کے بعد زیادہ توجہ مرکوز کی ہے اور عوامی صحت کی بہتری کے لیے معمولی کوشش کر رہی ہے۔ تاہم، حکومت کو صحت کی اہمیت غریبی، سماجی ریتی و رواج اور تنظیموں کے تعلق سے کوشش کرنی ہوگی۔

(2013) Amanda Kenny et al دریافت کیا کہ کمیونٹی کو مقامی جواب دہ طبی خدمات کی ترقی کے لیے کمیونٹی شراکت کو ایک حکمت عملی کے طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ متعدد ملک کی موجودہ پالیسی میں با معنی اور اعلیٰ سطح کے کمیونٹی شراکت کی جھلک دیکھنے کو ملتی ہے۔ دیہی علاقوں میں اعلیٰ سطح کے کمیونٹی شراکت کے بہترین نافر کے نتائج کو سمجھنے کے لیے ایک اہم خلاء ہے۔ مطالعہ کا اغراض و مقاصد بین الاقوامی ادب میں دیہی طبی خدمات میں اعلیٰ سطح کے کمیونٹی شراکت کا پتہ لگانا تھا۔ بہت سے ملکوں میں دیہی اور شہری آبادی کے درمیان خاص صحت عدم مساوات دیہی صحت میں ایک اصلاحات کے نتائج کے طور پر سامنے آتی ہے۔ تاہم ایسے ماحول میں جہاں طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت کی اضافہ پر زور دیا جاتا ہے، تحقیق، پالیسی اور طریقہ کار کو سمجھنے کے لیے مقاصد، عمل اور نتائج کو سمجھنے کی ضرورت ہے۔

2.3 طبی خدمات کا انتظام و انصرام

(Management of Healthcare Services)

(2005) Hanan Al-Ahmadi et al نے اپنے مطالعہ میں اعلیٰ معیار کی دیکھ بھال کے عوامل کا تجزیہ کیا۔ انھوں نے دریافت کیا کہ اعلیٰ معیار کی خدمات کے لیے انتظام و انصرام اور تنظیمی عوامل کا اثر پڑتا ہے۔ اس کے علاوہ مشاہدے پر مبنی طریقوں کا نفاذ، پیشہ وارانہ ترقی، ثانوی دیکھ بھال کے لیے منتقل کرنے کا استعمال اور تنظیمی ثقافت کے عوامل بھی طبی خدمات کی بہتری کے لیے ذمے دار ہیں۔ معیاری دیکھ بھال کی بہتری میں، دیگر عوامل میں عملہ کے علم اور صلاحیت کی درکار ہے۔

Loss J et al (2006) نے اپنی تحقیق میں معیاری انتظام میں اضافہ کرنے اور صحت فروغ کے پروگرام کی جانچ کے نتائج پیش کئے۔ جس میں ان لوگوں نے انکشاف کیا کہ سماجی مارکنگ تصور افعالی سطح پر فائدے مند ثابت ہو سکتا ہے۔ اس لیے منصوبہ بندی کے موثر پہلوؤں پر مباحثہ کی خاطر اسے شامل کیا جانا چاہئے۔

Jack (1999) نے اپنے مطالعہ میں انسانی وسائل کی پیداواری کے عوامل کا تجزیہ کیا ہے۔ انھوں نے دریافت کیا کہ عملہ کی پیداواری جسمانی اور دماغی صلاحیت کے عوامل پر منحصر ہوتی ہے۔ اس لیے انسانی سرمایہ کے لیے فنڈ مہیا کرانے کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ انسانی تنظیم اور انتظام کو موثر بنانے کے لیے بھی کوشش کرنی چاہئے تاکہ مطلوبہ مقاصد کا حصول ہو سکے۔

2.4 طبی خدمات کا طرز استعمال

(Utilization pattern of Healthcare Services)

Mahal, Ajay et al (2002) نے اپنی تحقیق میں عوامی صحت فنڈنگ کے تقسیم کاری کا تجزیہ مختلف سماجی و اقتصادی گروپ کے تعلق کیا ہے۔ مطالعہ میں صحت فنڈنگ کی مناسب طریقہ سے تقسیم پر زور دیا گیا ہے۔ دیہی علاقوں میں مریضوں کی دیکھ بھال کے لیے کوشش اور عوامی صحت سہولیات پر معیاری طبی خدمات کی دستیابی میں بہتری کرنا ہے۔ مطالعہ میں تنظیمی نظام کو بہتر طور عوامی طبی خدمات فراہم کرانے والوں کو جواب دہ بنانے، دیہی علاقوں میں صحت سہولیات سے متعلق معاہدہ پر مبنی خدمات کو غیر مرکزی بنانا اور ضوابط نظام کو بہتر بنانا اس میں شامل ہے۔ آمدنی میں ترقی اور بنیادی ڈھانچہ کی ترقی کے ذریعہ فنڈنگ کی تقسیم کاری کو بہتر بنایا جاسکتا ہے۔

Anita K et.al (2003) نے اپنے مطالعہ میں جو انھوں نے 2000-2002 کے درمیان دہلی کی جھوپڑ پٹیوں کی آبادی پر ڈائیریا، RTI/STI بیماری میں طبی خدمات کے استعمال کی جانچ کی جس میں دریافت ہوا کہ مرد اور عورت (32.9%) برابر تعداد میں RTI/STI بیماری کے علاج میں حکومت ایلو پیٹھک طبی سہولیات کو

ترجیح دیتے ہیں۔ اس کے برعکس انتہائی اہم اکثریت (82.9%) دست کی بیماری کے علاج کے لیے ترجیح دے رہے ہیں۔ حکومت کی طبی سہولیات کو ترجیح دینے کی خاص وجہ یہ ہے کہ اس کی لاگت کم ہے اور یہ آسانی سے دستیاب ہے۔ تحقیق میں اس بات کا بھی انکشاف کیا گیا ہے کہ طبی خدمات کا معیار اور طبی عملہ کا برتاؤ بھی اچھا ہے۔

“Health System Performance in Rural India” (2004) Sankar and Kathuria نے اپنے مطالعہ میں دیہی علاقوں میں صحت کے نتائج کی بہتری اور اضافہ میں دیہی عوامی طبی نظام کے اثر کا جائزہ لیا اور بھارت کے متعدد صوبوں میں متعلق کارکردگی کی جانچ کی۔ صوبوں کے درمیان متعلق مہارتیں جدا ہیں اور یہ صرف صحت شعبہ کے فنڈ کی وجہ سے نہیں ہیں بلکہ اس کے موثر استعمال کی وجہ سے بھی ہیں۔ اس تحقیق میں اس بات کا بھی انکشاف کیا گیا ہے کہ صوبے صحت کے شعبہ میں صرف سرمایہ کاری میں اضافہ نہ کریں، بلکہ ان سرمایہ کاری کا انتظام و انصرام بااثر طریقے سے کریں تاکہ بہتر نتائج کو حاصل کیا جاسکے۔

(2007) Nagla, Madhu بھارت میں آزادی کے بعد سے صحت پالیسی اور منصوبہ بندی کے کارکردگی کی جانچ کی۔ متعدد حکومت کمیٹیوں کی سفارشات کے تجزیہ پر مبنی اس تحقیق میں طبی ڈھانچہ اور عملہ اور آبادی کے لیے طبی خدمات حاصل کرنے میں درپیش مسائل سے متعلق طبی منصوبہ بندی کے کامیاب تبدیلی کے بارے میں مباحثہ کیا گیا ہے، اور حالیہ عالمی شراکت داری کا تعارف، طبی منصوبہ بندی سے بہتر نتائج حاصل نہیں ہوئے ہیں۔ محقق بیان کرتا ہے کہ متعدد مراحلوں میں کثیر شعبہ جاتی نقطہ نظر اپنا گیا ہے جو زمینی سطح پر اب تک شامل نہیں کیا گیا ہے، جہاں صحت اور خاندانی بہبود کے پراگرام کے پائیدار اثر کے لیے تربیت یافتہ اور ہنرمند عملہ درکار ہے۔ بھارت کی آئین میں صحت صوبہ کی ذمہ داری ہے اس لیے تمام صوبوں کو اس کی خود کی صحت پروگرام اور حکمت عملی بنانے کے لیے باختیار کرنا ہوگا۔ بھارت میں صحت پالیسی منصوبہ بندی کی کامیابی اور اعلیٰ معیار کی طرز حکمرانی کے لیے ضرورت ہے۔

(2009) Srivastava R.K. et al نے دریافت کیا کہ حکومت کے ذریعہ فراہم کردہ RCH خدمات کا استعمال پسماندہ طبقات میں عام طبقات کے بہ نسبت زیادہ ہے اور اعلیٰ تعلیم یافتہ لوگ حکومت کی سہولیات کا

استعمال کم کرتے ہیں۔ اس کے علاوہ حکومتی طبی سہولیات سے لوگ مطمئن نہیں تھے، میڈیکل آفیسر اور صحت عملہ کے برتاؤ اور رویے سے بھی لوگ مطمئن نہیں تھے اور درج فہرست ذات میں اس کا تناسب زیادہ دیکھنے کو ملتا ہے۔ تحقیق میں یہ نتیجہ اخذ کیا گیا کہ IPHS کے مطابق طبی خدمات کو کام کرنا چاہئے، حکومت کی طبی سہولیات کے ذریعہ طریقہ استعمال اور خدمات کے معیار میں اضافہ ہونا چاہئے۔ کمیونٹی سطح اور ضلع سطح پر ایک مستحکم اور منظوم عمل کی ضرورت ہے۔

Balagopal (2009) نے اپنی تحقیق "Access to Healthcare Among poor elderly women in India: How far do policies Respond to Women's Realities?" میں دریافت کیا کہ بھارت جیسے ترقی پزیر ملک میں خراب صحت اور طبی خدمات کی رسائی میں نااہلیت بزرگوں کے لیے ایک اہم چیلنج ہے۔ زیادہ تر غریب اور محرومیت کا شکار لوگ خصوصی طور پر بزرگ خواتین طبی خدمات سہولیات کی رسائی سے استفادہ حاصل نہیں کر پاتے ہیں۔ ایسے لوگوں کی طبی خدمات میں شراکت کے لیے پالیسی میں ترمیم کرنے کی ضرورت ہے۔

Kumar J. Ravi (2013) نے عوامی صحت نظام کے رول کا موجودہ پس منظر میں تجزیہ کیا ہے۔ بھارت خواتین اور بچوں کی صحت سے متعلق بہت سے چیلنج کا سامنا کر رہا ہے۔ بھارت کچھ ملکوں میں سے ایک ہے جہاں پر ماؤں کی شرح اموات میں کمی آئی ہے، پھر بھی MDGs کے مقررہ ہدف کو حاصل کرنے میں بھارت ابھی دور ہے۔ حالانکہ حکومت کی طرف سے متعدد پالیسیوں کا نفاذ ترقی کے لیے کیا گیا ہے۔ بڑھتی اقتصادی، حلقہ اور جنسی غیر مساوات صحت کے حلقہ کے لیے چیلنج ہیں۔ تقریباً 75 فیصد صحت کے ڈھانچے، طبی عملہ اور دیگر طبی وسائل شہری حلقوں میں ہوتے ہیں جہاں پر 27 فیصد آبادی رہتی ہے۔ بیماری کے دوہرے بوجھ کو کم کرنے کے لیے صحت کے سماجی عوامل کو دیکھتے ہوئے بیماریوں کو روکنے اور کنٹرول کرنے کے لیے نہیں بلکہ صحت کے فروغ کے لیے بھی عوامی صحت کی توجہ مرکوز ہونی چاہئے۔

S K Hooda (2017) نے اپنی تحقیق میں دریافت کیا کہ بھارت کو عالمی صحت رسائی کے حصول کے لیے واضح طبی سہولیات کے لیے انسورینس پر مبنی ماڈل کے بجائے ٹیکس پر مبنی مالیاتی طریقہ کار اپنانا چاہیے۔ اس نظام کے ذریعہ مساوی، قابل رسائی اور سستی طبی خدمات کی یقین دہانی کی جاسکتی ہے اور افراد خانہ کو جیب کے خرچ کے برے نتائج سے بچایا جاسکتا ہے۔ انسورینس پر مبنی سرمایہ کاری جو پرائیویٹ شعبہ کو فروغ دیتی ہے، بھارت کے تناظر میں ناپائیدار ہے۔ عالمی صحت رسائی کے حصول کے لیے خدمات کی سہولیات سے عدم مساوات کا خاتمہ کرنا ہوگا اور حکومت اخراجات میں اضافہ کو ترجیح دینی ہوگی۔

2.5 طبی خدمات میں عدم مساوات

(Social Inequity in Healthcare Services)

Koparty SNM (1994) نے اپنی تحقیق میں واضح طور پر دیہی کمیونٹی میں بیماری کے اطوار، صحت کی کارکردگی، طبی وسائل کا استعمال اور طبی پیکٹس کا سماجی درجہ بندی کی نوعیت اور اثر کی سطح کی جانچ کی ہے۔ متعدد تحقیق سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ صرف طبی مدد سے متعدد صحت پر وگرام کی کامیابی کا مطلوبہ نتائج حاصل نہیں کیا جاسکتا، بلکہ اس کی ناکامی یا کامیابی ایک بڑے پیمانے پر متعدد غیر طبی عوامل جیسے سماجی، ثقافتی، سیاسی، اقتصادی اور نفسیاتی پر مبنی ہے۔ صحت اور سماجی حلقوں میں ہم رشتگی کو شرح اموات کے واقعہ، تفریقی واقعات، بیماری کا وجود، علامات اور ان کی تشریح میں تصوراتی فرق، صحت پر یکیشنرز اور صحت کی سہولیات کا تفریقی استعمال، صحت وسائل اور صحت خدمات کی تفریقی رسائی، ان سبھی پہلوؤں کا ذات، طبقہ، نسل، عمر جنس وغیرہ سے تعلق ہے۔ یہ اکثر دیکھا جاتا ہے کہ صحت اور صحت برتاؤ ایک آدمی یا گروپ کے پوزیشن سے نظم و نسق کیا جاتا ہے جو سماج میں سماجی تفرقات کے نظام کی وجہ سے اسے حاصل ہے۔ سماجی درجہ بندی طبی وسائل اور طبی معلومات کی رسائی میں تفریقی حدود بندی کرتا ہے۔ یہ بھی تعین کرتا ہے کہ حالات زندگی، مراعات اور ذمہ داریوں اور ثقافتی روایات کو جو ایک شخص کی زندگی کے ارد گرد گھومتی ہے۔

Dash Purna Chandra (1999) نے اپنے مطالعہ میں آندھرا پردیش کے ثانوی اسپتالوں کے استعداد اور کارکردگی کا تجزیہ پیش کیا۔ جس میں عمومی طور پر ترقی پذیر ممالک اور خصوصی طور پر آندھرا پردیش کے صحتی معاملات کے مسائل کو اجاگر کیا گیا۔ اس کے دو اہم نتائج سامنے آئے پہلا یہ کہ اسپتالوں میں اضافی رقم ہونا چاہیے خصوصاً ادویات کی دستیابی، غذا اور لیبارٹری میں استعمال ہونے والے آلات کے لئے اور دوسرا اسپتال بنیادی طور پر کم آمدنی والے لوگ استعمال کرتے ہیں اس لئے علاج و معالجہ مفت میں ہونا چاہیے۔ حکومت کے پاس اور کوئی متبادل نہیں کہ وہ میزانیہ تقسیم کو ٹیکس یا مالی ذرائع کے ذریعہ پورا کرے۔ اس لئے باوجود اس کے ماحول کو سازگار رکھنے کے لئے اسپتال کے استعمال کو صرف کم آمدنی والے گروپ تک ہی محدود نہ رکھا جائے بلکہ ان اسپتالوں کی کارکردگی کی صلاحیت میں بہتری لانے کے اقدامات اٹھانے کی ضرورت ہے۔

Dasgupta Purnamita and Gupta Indrani (2000) نے دہلی کے باشندوں پر صحت کے رویہ پر خاص عوامل کا تجزیہ کیا۔ انھوں نے واضح کیا کہ سرکاری اسپتال کا استعمال خاص طور پر اعلیٰ اور درمیانی آمدنی والے لوگ کرتے ہیں۔ اعلیٰ آمدنی والے 26 فیصد اور درمیانی آمدنی والے 22 فیصد گھروں اور 17 فیصد کم آمدنی والے گھروں کے لوگ کرتے ہیں۔ انھوں نے دریافت کیا کہ کم آمدنی والے گھروں خاص طور پر پرائیویٹ کلینک کا استعمال کرتے ہیں اور یہاں تک بہت غریب افراد دیہی علاقوں میں روایتی علاج یا رفاہی سہولیات پر زیادہ بھروسہ نہیں کرتے۔ حقیقت میں اس کی مڈل کلاس طبقہ ہی رسائی کرتا ہے۔ انھوں نے تمام سماجی و اقتصادی زمرے میں الو پیٹھک علاج و معالجہ کے ترجیح پر تجزیہ کیا۔ ہو میو پیٹھک اور آیور ویدک دونوں ہی ادویات کا نظام مڈل اور اعلیٰ آمدنی والے گھروں کے لیے بہت ہی اہمیت رکھتا ہے۔ انھوں نے وضاحت کی کہ افراد کے کام کی حالت، ازدواجی حیثیت، ماہانہ گھریلو آمدنی اور تعلیمی لیاقت صحت کے علاج و معالجہ کے رویے میں اہم عوامل ہیں۔

Dhnigra Reeta (2001) نے اپنی تحقیق سے اس بات کا انکشاف کیا کہ ہندوستان میں بہت ساری غیر سرکاری تنظیمیں ہیں جو لوگوں کو امتناعی اور طبی خدمات فراہم کرتی ہے۔ ایسے غیر نفع بخش کیونٹی غریب لوگوں کی طبی

صحت کے دیکھ بھال کرنے کے علاوہ انہیں اعلیٰ معیار کی سہولیات بہم پہنچانے کی امید پیدا کرتی ہے۔ ہندوستان میں غریب لوگوں کے لئے دستیاب طبی خدمات کی کوالٹی ناکافی اور ناخوشگوار ہے۔ طبی خدمات جو عوامی طبی سہولیات کے ذریعہ مفت میں ہوتی ہے وہ بھی پیسوں میں مہیا کی جاتی ہے۔ یہاں تک کہ دستیاب طبی خدمات بھی اچھے معیار کی نہیں ہوتی۔ غیر سرکاری سیکٹر ہیلتھ انشورنس اسکیم کے ذریعہ طبی مطب کی سرمایہ کاری کے لئے اہم کردار ادا کر رہی ہے۔ یہ طبی مطب کے نظام اور ادائیگی کے طریقہ کار میں بھی تبدیلیاں لائے گی۔ اس صورتحال میں سماج کے غریب اور پچھڑے طبقے کے لوگوں کی ضرورت کا تحفظ کرنے کے لئے ایک منظم ریگولیشننگ میکانزم کی ضرورت ہے تاکہ طبی خدمات کے میدان میں برابری اور استعداد لائی جاسکے۔

Gupta Indrani and Arindam Datta (2003) نے بھارت میں صحت اور طبی عدم مساوات کی جانچ کے لیے NSSO کے 52 راؤنڈ معطیات کا استعمال کرتے ہوئے تحقیق کیا۔ تحقیق سے اس بات کا خلاصہ ہوا کہ غریب لوگوں میں شرح اموات، غذائی قلت، زچگی شرح امیروں کے مقابلہ غریبوں میں بہت زیادہ ہے۔ انہوں نے اپنے مطالعہ میں دریافت کیا کہ غریب گھروں کے لوگ خصوصاً وہی علاقوں میں زیادہ بیماریوں میں ملوث ہیں، اور امیر گھروں کے مقابلہ شدید بیماری پر زیادہ خرچ کرتے ہیں۔ سہولیات کو منتخب کرنے کے سلسلے میں معلوم ہوا کہ کمزور طبقات جیسے درج فہرست ذات اور درج فہرست قبائل اور مزدور طبقہ خاص طور پر قیمت میں بھاری فرق کی وجہ سے حکومت کی فراہم کردہ سہولیات کی طرف جانے کے زیادہ امکانات ہیں۔ غریب اور ناخواندہ لوگ غیر رجسٹرڈ پریکٹیشنریا ڈاکٹر کو ترجیح دیتے ہیں۔ آبادی کا کثیر فیصد خود سے دیکھ بھال کی اہمیت کو پسند کرتا ہے۔ محققین نے واضح کیا کہ لوگوں کی اقتصادی حالت حکومت کی سہولیات کو حاصل کرنے کے امکانات نفی سے متعلق تھی۔ یہ بھی واضح ہوا کہ جوان اور بزرگ لوگوں پر بچوں کی بہ نسبت زیادہ صحت پر خرچ ہوتا ہے، آمدنی کا اثر صحت کے خرچ پر مثبت ہے۔

Immunization) Datar Ashlesha et al (2005) نے دیہی بھارت میں مامونیت کی رسائی (coverage) کی توسیع کے لئے صحتی بنیادی ڈھانچہ کے کردار کا مشاہدہ کیا۔ 1993 میں دیہی بھارت میں 45 فیصد بچوں کو پولیو اور نان پولیو ٹیکوں کے لئے کوئی بھی مامونیت رسائی نہیں تھی اور گاؤں کے 43 فیصد بچے بغیر صحتی سہولیات کے رہ رہے تھے۔ عمل مراجعت کے تخمینے سے پتہ چلتا ہے کہ گاؤں میں دستیاب صحتی سہولیات سے نان پولیو ویکسین کے ٹیکہ کاری کے عمل میں بہتری آئی ہے۔ اس تخمینے سے یہ بات بھی سامنے آئی کہ اچھے اور مناسب سہولیات جیسے پرائمری ہیلتھ سنٹر یا اسپتال کے ویکسین کور تاج پر برا اثر پڑتا ہے۔ گاؤں میں دستیاب اچھی صحتی سہولیات اور پولیو ویکسین کور تاج میں ربط کم پایا گیا۔

A Venkat Raman et al (2009) نے اپنی تحقیق میں پایا کہ پبلک سیکٹر صحت کے نظام میں خامیوں پر منظم اصلاحات (reforms) کے ذریعہ قابو پایا جاسکتا ہے۔ بھارت کے صحت کے شعبے میں اصلاحات کی ضرورت پر قومی صحت پالیسی (2000) کی طرف سے اور بین الاقوامی ڈونر ایجنسیوں کی طرف سے 1992 کے آٹھویں پانچ سالہ منصوبہ بندی کے بعد سے مسلسل منصوبہ بندی دستاویزات کے ذریعہ زور دیا گیا۔ آبادی کو صحت کی سہولیات فراہم کرنے میں پبلک سیکٹر صحت کے نظام کی خامیوں کے ساتھ ساتھ منسلک شدہ ہیں۔ صحت عامہ کے شعبے میں صلاحیت کی کمی کی وجہ سے صحت کی خدمات حاصل کرنے کے لئے آبادی کے غریب اور محروم طبقوں کو نجی شعبے کی جانب رخ کرنے پر مجبور کیا گیا۔ ثبوت اس بات کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ بھارت کے مختلف حصوں میں نجی شعبے صحتی خدمات کی بڑی مقدار فراہم کرتا ہے لیکن بغیر قواعد و ضوابط کے۔ نظام صحت میں نااہلی اور عدم مساوات کو حل کرنے کے لئے بہت سے ریاستی حکومتوں نے صحت کے شعبے میں اصلاحات شروع کی ہیں ان میں پبلک پرائیوٹ شراکت کے ذریعہ نجی شعبہ کے ساتھ بھی شامل ہیں۔ بھارت میں ریاستی حکومتیں نجی شعبوں کے ساتھ شراکت داری کے ذریعہ آبادی کے غرب اور محروم طبقوں تک پہنچنے کے لئے کوشاں ہیں۔

Gill, Kaveri (2009) نے اپنے مطالعہ سے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ قومی دیہی مشن ادارہ نے صحت کے نظام کے ذریعہ دیہی صحت کی دیکھ بھال میں ادارہ جاتی تبدیلیاں لانے کے لئے صحیح راستے کا انتخاب کیا ہے۔ لیکن یہاں انجام دہی میں مسائل درپیش ہیں اس لئے کہ ترسیل جو طبی بنیادی ڈھانچہ، ادویات اور مالیات کے لئے ہونا چاہیے بہت دور ہے۔ جبکہ انسانی وسائل کے حوالے سے اور دستیاب خدمات کے حقیقی اثرات کے حد تک، پیچیدگیوں کے کچھ کچھ ساختیاتی (structural) مسائل کو طویل مدتی سرمایہ کاری، تعلیم و تربیت اور پیرامیڈیکل اور طبی عملے کے ذریعہ حل کیا جانا ضروری ہے۔

2.6 طبی خدمات کے مسائل اور چیلنج

(Problems and Challenges in Healthcare Services)

P. Rama Devi (1994) نے اپنے مطالعہ میں پایا کہ صحت کی ہم آہنگی اور تمام صحت سے متعلق محکموں میں ربط کی کمی ہے اگر کچھ ربط ہے بھی تو وہ صرف خاندانی منصوبہ بندی کے پراگرام تک ہی محدود ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ خاندانی فلاحی پروگراموں پر حد سے زیادہ زور اور کچھ حد تک گاؤں پنچایت اور ضلع پریشڈ کا طبی اور صحت کے محکموں کو جوابدہ نہ بنانا ہے۔ اس مطالعہ سے یہ بھی انکشاف ہوا کہ پی۔ ایچ۔ سی اچھی کارکردگی کا مظاہرہ کرنے اور تنظیم کے ڈھانچے کے مختلف سطحوں پر سمتوں اور انضمام (integration) کے مسائل سے دور چار ہیں۔ جب تک نظام کی کوتاہیوں کو دور کرنے کے لئے ٹھوس اقدامات نہیں اٹھائے جائے گے تب تک سب کے لئے صحت کا مقصد حاصل نہیں کیا جاسکتا۔

National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99 اس سروے میں پایا

گیا کہ صحت کے دیکھ بھال کے فائدے سے محرومیت میں غربت ایک اہم کردار ادا کرتی ہے۔ ایک اقتصادی پست معیار گروپ کے بچے کو بچپن میں چار مرتبہ اعلیٰ اقتصادی معیار گروپ کے بچے کے مقابلے میں مرنے کا امکان زیادہ رہتا ہے۔ اسی طرح قبائلی پٹی میں پیدا ہونے والے بچے دوسرے گروپوں کے بچوں کے مقابلے میں پانچویں ساگرہ سے

پہلے مرنے کا امکان زیادہ رہتا ہے۔ اور خواتون بچے (female child) کو ایک مرد بچے کے مقابلے میں اپنی پانچویں سالگرہ تک پہنچنے سے پہلے مرنے کا ۱۵ گنا زیادہ امکان ہے۔

Kapilashrami M.C (2000) نے اپنی تحقیق میں ملکی صحت اور نظام کے نظام اور ابھرتے ہوئے مسائل اور چیلنجوں کی موجودہ حیثیت کے بارے میں بحث کی۔ ملک کے صحت کے نظام کے مسائل سے نمٹنے کے لئے مستقبل کی منصوبہ سازی پر تفصیل سے روشنی ڈالی گئی۔ ملک میں صحت کے منظر نامے کا جائزہ لینے کے بعد، محقق نے یہ مشورہ لوگوں کی زندگی کے معیار کو بہتر بنانے کے لئے حکومت اور کمیونٹی کو مخلصانہ کوشش کرنی چاہیے۔ اس کے علاوہ محقق نے میڈیکل پروفیشنل ایسوسی ایشن جیسے IAP, IMA, ASPSM کے کردار پر صحیح حیثیت کی بہتری کے لئے زور دیا۔

Patel Tulsi (2006) نے اپنے مطالعہ میں Fertility behavior کے سماجی علم کو آگے بڑھانے کی کوشش کی ہے۔ یہ مطالعہ راجھستان کے موگراگاؤں کے وسیع فیلڈ ورک پر مبنی ہے۔ یہ تحقیق نہ صرف Fertility behavior کا مشاہدہ دیگر ڈیموگرافک عناصر جیسے جنس، عمر اور شرح اموات بلکہ عمومی طور پر سماجی نظام کے ذریعہ بھی خلا کو پُر کرنے کی کوشش کرتا ہے۔ محقق نے Fertility behavior کو سماجی ساخت، لوگوں کا طرز عمل، معی اور تصورات اور ادارہ جاتی میکانزم جیسے رواج، رسومات اور تقریبات کے تناظر میں تجزیہ کیا ہے۔ جو لوگ کم عمری میں شادی کرتے ہیں ان کی ازدواجی مدت طویل اور اعلیٰ Fertility کی وسعت کی حامل ہیں۔ اسی طرح اس بات کا انکشاف ہوا کہ وہ عورتیں جن کی شادی 15 سال سے کم عمر میں اور وہ عورتیں جن کی شادی 16 تا 20 سال تک کی عمر میں ہوئی بچے پیدا ہونے کے تعداد میں کوئی خاص فرق نہیں پایا گیا۔ مزید دیگر آبادیاتی مطالعہ منافع روزگار کو خواتین کی حیثیت میں بہتری اور ان کے Fertility کو گھٹانے کے طور پر دیکھا جاتا ہے۔ شادی، مادریت (ممتا) اور بچوں کی پیدائش خصوصاً بیٹوں کی خواتین کو سماجی حیثیت عطا کرتا ہے۔ بے ثمری (barrenness) کے تئیں منفی جواز

مادریت کے اعلیٰ سماجی اقدار کی حمایت کرتا ہے۔ محقق نے اس تحقیق میں پایا کہ بچہ رکھنے سے پہلے موگر کے لوگ شاذ و نادر ہی صرف معاشی لحاظ سے دیکھتے ہیں بلکہ ہر پہلو سے تخمینہ لگاتے ہیں۔

Hammer Jeffery et al (2007) نے بھارت میں عوامی طبی خدمات کی ناکامی کو سمجھنے کے لیے ایک تجزیاتی خاکہ تیار کیا۔ جس میں انھوں نے عوامی شعبہ کی جوابدہی کا ماڈل تیار کیا، جس میں انھوں نے دریافت کیا کہ طبی شعبہ میں ایک کمزور آواز اور کم جوابدہی عوامی شعبہ کے عملہ اور شہریوں کے درمیان موثر ادائیگی میں خاص رکاوٹیں ہیں۔ اس کے لیے انھوں نے نیشنل فیملی ہیلتھ سروے اور 52 ویں نیشنل سپیل سروے کے مواد کا تجزیہ کیا۔ اگرچہ، طبی خدمات وسیع پیمانے پر اپنی سرگرمیاں انجام دیتی ہے، پھر بھی یہ بہتر خدمات مہیا کرانے میں ناکام ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ پالیسی بنانے والے افراد لوگوں کی آواز نہیں سنتے اور خدمات مہیا کرانے والے کے لیے متحرکانہ اجرت کا انتظام نہیں کرتے کہ جس سے یہ اپنے کام کو بہتر طریقے سے کریں۔ جس کے نتائج میں جوابدہی کی کمی کی وجہ سے عوامی، دیہی اور پرائمری ہیلتھ سنٹر میں نامناسب صحتی عملہ، غیر حاضری، صلاحیت کی کمی، نامناسب رویہ اور رشوت وغیرہ دیکھنے کو ملتا ہے، جس کی وجہ سے لوگ پرائیویٹ شعبہ کی خدمات کو ترجیح دیتے ہیں۔

Jeremy Shiffman (2009) نے اپنے مضمون میں یہ ظاہر کیا ہے کہ کیوں کچھ عالمی صحت کے مسائل جیسے ایچ۔آئی۔وی ایڈس قومی اور بین الاقوامی رہنماؤں کی توجہ میں زیادہ رہتے ہیں جبکہ دیگر مسائل جیسے نمونیا اور غذائی قلت جو کہ شرح اموات میں اضافے کے باعث بنتے ہیں کو نظر انداز کیا جاتا ہے۔ عالمی صحت کے مسئلے کا عروج و زوال اور ثابت قدمی کو یوں بیان کیا جاسکتا ہے جیسے اس کے افراد اور تنظیموں کی پالیسی نیٹ ورک اور مسئلے کو سمجھنے کے لئے اور اسے حقیقی صورتحال میں بیان کرنے کے علاوہ ایسے اداروں کو فروغ دیتے ہیں جو اس کی تصویر کشی کرتے ہیں۔ یہ وضاحت خیالات کی دسترس اور ان مسائل کے عروج و زوال کی تشریحات کا مقابلہ کرتی ہیں۔ بنیادی طور پر جو مادی، معروضی عناصر جیسے شرح اموات، روگ کی سطح اور موثر مدد پر زور دیتی ہیں۔ اسی طرح یہ ہمیں عوامی صحت ترسیل کے حکمت عملیوں کو سمجھنے میں بھی مدد دیتی ہیں۔ اگر خیالات مسائل کی صورت میں مرکزی ہوں، تب ترسیلی حکمت عملی

ثانوی پبلک ہیلتھ کی سرگرمی سے دور ہوگی۔ یہ نوعیت میں ویسے ہی ہے جیسے کہ عالمی صحت پالیسی کمیونٹی اپنا کام انجام دے رہی ہے۔

پرانی سطح پر Reproductive and Child Health (RCH) پروگرام میں انتظامی صلاحیت کی کارکردگی پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے تحقیق کی ہے۔ محقق نے وسیع مواد کے تجزیہ اور RCH پروگرام کے سینیئر عہدیداران سے مرکزی اور صوبائی سطح پر انٹرویو لے کر انتظامی صلاحیت کارکردگی کے لیے تصوراتی فریم ورک کی ساخت کی۔ اس کی مدد سے پروگرام کی سرگرمیوں کی منصوبہ بندی اور جانچ میں مدد ملے گی، انسانی وسائل کے انتظام اور مختلف شعبوں کے درمیان باہمی ترسیل میں مدد ملے گی۔ وزارت صحت اور خاندان فلاح و بہبود، حکومت ہند نے اس انتظامی آلہ کو منظوری دے کر تمام صوبوں سے لاگو کرنے کو کہا ہے۔ سفارشی انتظامی ساخت ہدایت کے طور پر تمام صوبوں کے ذریعہ صلاحیت کی خلاء کو پہچاننے اور انتظامی صلاحیت میں اضافہ کے لیے ضروری اقدام کے لیے استعمال کی جائے گی۔

Saxena Vartika et al (2012) نے اپنی تحقیق میں قومی دیہی صحت مشن اٹراکھنڈ (2007) پر کام کیا جس کا مقصد دیہی آبادی کی صحت کی ضروریات (خصوصاً معاشرے کے کمزور گروپ) کا جائزہ لینا تھا۔ NRHM کی ترقی کے تحت ASHA کو وسیع تر خدمات کی حکمت عملی میں ایک اہم رکن کے طور پر جانا جاتا ہے۔ آبادی کے غریب طبقے خصوصاً خواتین اور بچے جن کو صحت کی خدمات تک رسائی میں مشکلات درپیش آتی ہیں۔ ان مسائل سے نمٹنے کے لئے پہلی آماجگاہ ASHA کو تصور کیا جاتا ہے۔ اس مطالعہ کے ماحصلات سے پتہ چلا کہ زیادہ تر آشا ورکر اپنی ذمہ داریوں کو بحسن و خوبی انجام دی رہی ہیں۔ موجودہ تعیناتی عمل کے تجزیہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ASHA کی تعیناتی مخصوص معیار کی بنیاد پر منظم نگرانی کے ذریعہ ہونا چاہیے۔ جن علاقوں میں ناخواندہ ASHA کا بدل نہ ہو وہاں زیادہ سے زیادہ کوشش کے ذریعہ ان کو Orientation دینا چاہیے۔ پیشہ سے متعلق مسائل جیسے دور دراز علاقوں میں ٹرانسپورٹ کا فقدان اور معاوضہ دینے میں دیری وغیرہ انتظامی کوششوں کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

ASHA کو اپنے کردار میں سرگرم اور محرک بنانے کے لیے حساسیت کی ضرورت ہے تاکہ سماج میں ضرورت کے حساب سے آگہی و بیداری پھیل سکے، یعنی ان کو اچھی تربیت کی ضرورت ہے تاکہ وہ ایک سماجی بدلاؤ کی ایجنٹ بن سکیں۔

K Gayithri (2012) نے اپنی تحقیق میں چھوٹے اور زوال پذیر صحت کے شعبے کے مسائل کی جانچ پڑتال کی جن کی فنڈنگ مرکزی اور ریاستی حکومت کرتی ہے۔ جو کہ (2005-2006) NRHM کے تحت قائم کئے گئے تھے۔ موثر اور معیاری صحت کی خدمات کی فراہمی خصوصاً پسماندہ اضلاع کے کمزور انسانی ترقی این۔آر۔ ایچ۔ ایم کا ایک اہم مقصد شمار کیا جاتا ہے۔ کرنائک میں ضلعی سطح پر این۔آر۔ ایچ۔ ایم کے فنڈ کے بہاؤ اور اخراجات کا تجزیہ، موجودہ مطالعہ میں ضلع وار تقسیم کاری کا کمزور اخراجات کی منصوبہ کے ساتھ بحث کیا گیا۔ پروگرام کے اطلاق کی منصوبہ سازی اور تقسیم کاری معنی خیز طریقے سے ایک دوسرے سے انحراف کرتی ہیں۔ یہ اختلافات یعنی منصوبہ بند فنڈ کی تقسیم کاری سخت نیچے سے اوپر کی منصوبہ بندی جس میں افرادی قوت اور مالی وسائل کی کمی شامل ہیں۔ زمینی سطح پر ضروریات کو محسوس کرتی ہیں۔ اس کے علاوہ اس طرح کی بے ضابطگیاں حکومت کو نتائج کے حصول میں مدد نہیں کرتی۔ یہاں NRHM کے اطلاق میں سنگین خامیاں دیکھنے کو ملتی ہیں اور یہ عوامی اخراجات کی تاثیر کو بگاڑ سکتی ہے جس کا مستقبل میں خیال رکھنا ضروری ہے۔

Patil Ashok Vikhe et al نے اپنے تحقیق “Current health scenario in rural India” میں پایا کہ بھارتیوں کی صحت کی حیثیت خصوصاً دیہی آبادی والے علاقوں کی اب بھی تشویش کا باعث ہے۔ یہ انکشاف متوقع زندگی (63 سال)، شیر خوار بچوں کی شرح اموات (زندہ پیدائشوں 80/1000)، زچگی کے دوران اموات کی شرح (438/10000 زندہ پیدائشوں) سے ظاہر ہوتا ہے۔ بہر حال وقت کی کچھ مدت کے مقابلے میں اب بہتر پیش رفت ہوئی ہے۔ موجودہ صورتحال میں بہتری لانے کے لئے دیہی صحت کے مسائل کو دونوں چھوٹے پیمانے پر (علاقائی اور فعلی سطح) اور بڑے پیمانے (ریاستی اور قومی سطح) پر مخلصانہ کوششوں کے ساتھ ایک لچکدار انداز میں توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ موجودہ بائیو میڈیکل ماڈل سے ایک سماجی و ثقافتی ماڈل کی طرف جانا ضروری

ہے۔ جو دیہی آبادی کی ضروریات کو پورا کر سکے۔ ایک جامع قومی صحت پالیسی کی ضرورت ہے جو موجودہ نابرابریوں اور ایک طویل مدتی نقطہ نظر کی منصوبہ بندی کو فروغ دے سکے۔

Prasad Suranjeen et al (2012) نے اپنے مطالعہ میں پایا کہ قومی دیہی صحت مشن (NRHM) ریاستوں اور ضلعوں میں ضلع، بلاک اور گاؤں کی سطح پر صحت کے بنیادی ڈھانچے اور خدمات کی فراہمی کی بحالی کے لیے فلکیسی فنڈ (مقامی ضروریات کے حساب سے مقررہ بجٹ ہیڈس سے رقم کی گروہ بندی کو جاری کرنے کے لئے ایک فنانسنگ میکانزم) فراہم کرتا ہے۔ اسی طرح فلکیسی فنڈ کے موثر استعمال میں پائے جانے والے رکاوٹوں میں فنڈ کا دیر سے آنا، فیصلہ سازی کے عمل میں اور عملی ہدایات میں وضاحت کا نہ ہونا ہے۔ دیگر مسائل میں غیر تسلی بخش آڈیٹنگ کے ساتھ ساتھ نگرانی اور مانیٹر کے نظام اور فنڈ منتظمین میں تشریح (orientation) کی کمی شامل ہیں۔

Victoria Fan (2012) نے اپنی تحقیق میں “Healthcare in India- A Call for Innovative Reform” میں کھوج کی کہ انڈیا عالمی طاقت بننے کی کوشش کر رہا ہے۔ اس کے شہریوں کے لیے صحت اور تندرستی سے زیادہ اہمیت شاید کسی اور چیز کی نہیں ہے۔ اس کی یقین دہانی موثر اور واضح صحت نظام کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ تاہم، بھارت کے طبی نظام کی جانچ رسائی اور خرچ کرنے کی قوت کے تئیں نامناسب ہے۔ باہم، ایک نئی کوشش بھارت کی صحت اصلاح اور عالمی رسائی کے لیے کی جا رہی ہے۔

Yeravdekar et al (2013) نے بھارت کے موجودہ طبی خدمات کے حالات کے پس منظر میں شمولیتی پیمانے کے اضافہ کی تحقیق کی ہے۔ عدم مساوات اور غربت خراب صحت کی وجوہات بنتی ہیں۔ مناسب قیمت اور مساوات پر مبنی معیاری صحت خدمات کی رسائی ملک کے زیادہ تر حصوں میں ناکام رہی ہیں۔ صحت خدمات میں تفریق زندگی کے حقوق سے سمجھوتہ ہے۔ یہ بہت ہی اہم ہے کہ ضروری صحت دیکھ بھال کو واضح کیا جائے، جو سبھی شہریوں کے لیے آسانی سے دستیاب ہو۔ اس کے لیے مجوزہ طریقہ یہ ہے کہ عوامی وسائل کا مناسب استعمال اور طبی خدمات پر

عوامی اخراجات میں اضافہ کیا جائے۔ تربیت کے ذریعہ صلاحیت کی تعمیر کی جائے بالخصوص پیرامیڈیکل اسٹاف کی تربیت کی جائے۔ جس کی مدد سے لاگت میں کمی کی جاسکتی ہے، اس کے علاوہ طبی خدمات کی ادائیگی کی بہتری کرنا بھی بہت ہی اہم ہے۔ اس کے ذریعہ سے پرائمری صحت ماڈل کو صحت خدمات کی ادائیگی میں بہترین رسائی مہیا کرائی جاسکتی ہے۔

“Healthcare in India-Vision 2020: R. Srinivasan (2014) نے اپنے مقالہ “Issues & Prospects” میں اس بات کی وضاحت کی ہے کہ صحت کا مطلب محض بیماریوں کی غیر موجودگی نہیں ہے۔ اچھی صحت ایک فرد یا گروپ کو بیماری سے آزادی اور اپنی صلاحیتوں کو محسوس کرنے کی قابلیت بھی فراہم کرتی ہے۔ آبادی کی صحت ہر بالغ سماج کے پبلک پالیسی کی بحث کا ایک اہم مسئلہ ہے۔ اس میں ثقافتی تفہیم کے بیمار صحت اور بہبود، سماجی و اقتصادی عدم مساوات کی سطح، صحت کی دیکھ بھال کی لاگت اور معیاری صحت کی خدمات تک رسائی شامل ہیں۔

Sharma AK (2014) قومی صحت دیہی صحت مشن کو صحت کے میدان ایک واضح اور جمہوری مشن قرار دیا ہے۔ یہ جدید اور شمولیتی حکمت عملی کے ذریعہ صحت کی بہتری کے لیے سرمایہ کو فراہم کرانے، نئے تنظیموں کی ساخت اور غیر مرکزیت اور نئے تصورات اور وسائل فراہم کرانے پر مبنی ہے۔ قومی دیہی صحت مشن کی اہمیت کو عام صحت حالات، نوزائیدہ شرح اموات اور زچگی شرح اموات میں خصوصی بہتری کے لیے اس کی مدت میں 2017 تک اضافہ کیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ بارہویں پنج سالہ منصوبہ کے تحت شہری غریب لوگوں کی صحت کی بہتری کے لیے بھی قومی شہری مشن کا قیام کیا گیا ہے۔ اس مطالعہ میں قومی دیہی صحت مشن کی قوت اور کمزوری کو بیان کیا گیا ہے۔ متعدد ترجیحات اور ذمے داریوں کو پرائیویٹ شعبہ میں منتقل کرنے سے پرائمری طبی نظام ناکام ہو رہا ہے۔ یہ مطالعہ صحت شمولیت کو موثر بنانے میں پرائمری طبی نظام کو دیہی اور شہری علاقوں میں مستحکم کرنے کی ضرورت کی وکالت کرتا ہے۔

2.7 طبی خدمات میں ٹیکنالوجی کا استعمال

(Uses of Health Technology in Healthcare)

“Rural Healthcare: Towards a healthy Gramvaani (2003) نے اپنی تحقیق ”rural India میں پایا کہ صحت کی دیکھ بھال ہر بنی نوع انسان کا بنیادی حق ہے۔ لیکن معیاری انفراسٹرکچر کی کمی، تربیت یافتہ کارکنوں کا فقدان اور بنیادی ادویات اور طبی سہولیات تک عدم دستیابی کی وجہ سے 60 فیصد آبادی اس حق سے محروم ہے۔ 700 ملین لوگوں کی اکثریت دیہی علاقوں میں رہ رہے ہیں جہاں کی طبی سہولیات ناقابل قبول ہے۔ تاہم گورنمنٹ بہت ساری پالیسیوں اور پروگراموں کو چلا رہی ہے لیکن ان پروگراموں کی کامیابی اور تاثیر کے اطلاق میں خلا ہونے کی وجہ سے یہ ایک سوال بن کے رہ گیا ہے۔ گورنمنٹ اور غیر سرکاری تنظیموں کے علاوہ کئی تنظیمیں صحت عامہ کے نظام پر بوجھ کم کرنے کے لئے مابوٹیل ٹیکنالوجی کا استعمال کر رہے ہیں۔ ہندوستان میں تقریباً 900 ملین موبائل صارفین ہیں اور اس حقیقت سے دور دراز علاقوں میں بھی بہتر مشق کے ذریعہ اطلاق کیا جاسکتا ہے۔ صحت دیکھ بھال کی صنعت کے معروف عالمی تنظیمیں دیکھ بھال کے معیار کو بڑھانے کے لئے اور صحت عامہ کی خدمات میں فرق کو کم کرنے کے لئے موبائل ٹیکنالوجی کا استعمال کرتے ہیں۔

Ramani et al (2008) نے اپنے مقالے میں پایا کہ صحت کے دیکھ بھال کے منتظمین کو بہت ساری دشواریاں اور مواقع موجود ہیں جنہیں کام کے لئے آمادگی، غور و فکر، انعکاسی مشق (reflective practices) اور خدمات کی فراہمی کے لئے استعمال کیا جانا چاہیے۔ صحت کے نظام کو انتظامی مسائل (انتظام سے متعلق مسائل) کا جواب دینا چاہیے۔ احتمالی طور پر اس میں نئے صحت کے نظام کی تعمیر کے علاوہ اس کی معیاریت اور انتظام کی کارکردگی پر زور دینا چاہیے۔ معلوماتی انبار (information explosion) کی وجہ سے اب معلومات کا انتظام کرنا بہت ہی ضروری امر بن گیا ہے۔

Indira Chakrvarthi (2013) نے اپنے تحقیقی مضمون میں اس بات کا جائزہ لیا کہ طبی آلات اور سامان جدید طب کے پیشہ کا اہم حصہ بن گئی ہے۔ تاہم یہ طبی ٹیکنالوجی ہندوستانی تناظر میں (صحت کے پالیسی کی سطح پر اور تحقیق کے اعتبار سے بھی محدود توجہ کی حامل ہیں۔ یہاں پر سامان مبنی طبی ٹیکنالوجی کے مسئلے کو حل کرنے اور ان کے استعمال کو منظم طریقے سے ریگولیٹ کیسے کریں یہ بہت کم کوششیں کی جا رہی ہیں۔ یہاں پر طبی آلات اور ٹکنیک کی اقسام پر بنیادی مواد، اس کی ضرورت اور متعلقہ افادیت، معتبریت، استعمال کے نمونے، ان کی پیداوار، حصول (procurement)، تقسیم بندی، قیمت اور رسائی کی کمی دیکھنے کو ملتی ہے۔ اس مطالعہ میں سامان پہ مبنی طبی ٹیکنالوجی سے متعلق پالیسی کے معاملات کا نوآبادیاتی دور کے دوران اور بعد میں جدید طبی ٹیکنالوجی پہ مبنی صحت کے نظام کے حق میں مخصوص انتخابات اور پالیسیوں کا جائزہ لیا گیا ہے، جو ہمیں بین الاقوامی ماحول کے حوالے سے طبی سامان اور صحت کے دیکھ بھال کی صنعت میں خود صلاحیت کار بنادیں۔

2.8 عالمی پیمانے پر طبی خدمات

(Healthcare Services in the World)

WHO (2000) کے رپورٹ "The world Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance" سے اس بات کا انکشاف ہوا کہ ترقی پذیر ممالک میں صحت کی خدمات کا ایک اہم چیلنج صحت دیکھ بھال گاہوں کو منحرف المرکز بنانے کے لئے راہیں تلاش کرنا ہے۔ اس کے علاوہ مریضوں کے ساتھ بے اعتنا سلوک اور ادویات کی ناکافی سپلائی یہاں عام طور پر پائی جاتی ہے۔ مریضوں کے نقطہ نظر کی پیمائش صارفین کو ایک آواز دیتی ہے، اگر اس پہ منظم توجہ دی جائے تو ایسی صلاحیت کا فروغ ہوگا جو خدمات کو لوگوں کی ضروریات اور توقعات کے مطابق انجام دے جائے گی جس سے صحت کا نظام موثر بن جائے گا۔

Robyn Presto Hilary Waugh et al (2010) نے اپنے مطالعہ میں پایا کہ کمیونٹی شراکت پر انٹری ہیلتھ کیئر ڈیولپمنٹ میں ایک اہم رول ادا کرتی ہے اور اس بات کے ثبوت ملتے ہیں کہ یہ مثبت صحت کے نتائج میں بہتری لاتے ہیں۔ اس مطالعہ میں یہ بھی پایا گیا کہ تصوراتی فرق کو علیحدہ کرنا اور کمیونٹی کے شراکت کے مشترکہ تفہیم کو واضح کیا جائے۔ اگرچہ یہاں صحت کے نتائج کے سلسلے میں کمیونٹی شراکت کے ثبوت ملتے ہیں، لیکن بہت کم مطالعوں میں اعلیٰ سطح مظاہراتی ثبوت ملے ہیں۔

Pat M Neuwelt (2012) اپنے مطالعہ میں کمیونٹی شراکت کی اہمیت کا تجزیہ کیا۔ انھوں نے دریافت کیا کہ کیوں پر انٹری دیکھ بھال میں کمیونٹی شراکت پالیسی اور پریکٹس سے ختم نہیں ہونی چاہیے۔ نیوزیلینڈ میں موثر دیکھ بھال کے مراکز قائم کئے گئے ہیں۔ صارفین اور کمیونٹی کی سنوائی کو یقینی بنانے کے لیے خاندان صحت مراکز غیر محرومیت کا شکار افراد کی صحت سے متعلق ضرورتوں کو پورا کریں گے۔

WHO (2013) رپورٹ یونیورسل صحت رسائی کی تحقیق کی اہمیت کو بیان کرتی ہے۔ ہر افراد کو صحت خدمات کی رسائی کی مناسب قیمت پر ضرورت ہے۔ عالمی صحت رپورٹ 2013 "ریسرچ فار یونیورسل ہیلتھ کوریج" کے مطابق یونیورسل صحت کوریج کو بیماری کی روک تھام اور علاج و معالجہ کے لیے معیاری خدمات کی مکمل طور پر رسائی اور مالیاتی نقصان کی حفاظت کے ساتھ بغیر سائنٹیفک تحقیق کے ثبوت کے فراہم نہیں ہو سکتا ہے۔

Tanweer Fazal (2013) نے اپنے مطالعہ میں بھارت کی مسلم آبادی کی کارکردگی کی سماجی ترقی کے اشاریہ پر جانچ کی۔ مطالعہ میں تعلیم میں عدم مساوات، آمدنی اور صحت کی حالت کے بارے میں تجزیہ کیا گیا ہے۔ MDG مقاصد کے حصول کے تعلق سے بھارتی مسلم کے کارکردگی جانچ کے مطابق یہ اچھی حالت پیش نہیں کرتا ہے۔ جب کہ بھارت میں غربی کمی، داخلہ میں بہتری، جنسی خلا میں کمی، زچگی اموات میں کمی، نومولود اور بچوں کی اموات میں کمی وغیرہ میں کمی ہے۔ لیکن اب بھی 2015 تک MDG کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے بہت کچھ حاصل کرنا باقی ہے۔

نتائج (Conclusion)

موجودہ مطالعہ کے ذریعہ طبی خدمات کی ادائیگی کے نظام میں خامیوں اور کمیوں کا تجزیہ کرنا ہے۔ اس مواد کے تجزیہ میں عمومی طور پر بھارت کے اور خصوصی طور پر اتر پردیش کے دیہی طبی خدمات کے پہلوؤں کا وسیع طور پر احاطہ کیا گیا ہے۔ متعلقہ مواد کا تجزیہ کرنے پر یہ دریافت ہوتا ہے کہ بھارت اور اتر پردیش میں عام طور پر طبی خدمات غیر افعلی ہے۔ یہ ناقابل اعتماد، غیر موثر ہے اور خراب بنیادی ڈھانچے، ڈاکٹروں کی کمی اور صلاحیتی و تربیت یافتہ پیرامیڈیکل اسٹاف کی کمی اور اس کے علاوہ ادویات اور آلات کی شدید کمی کی وجہ سے بہت ہی ادنیٰ معیار کی طبی خدمات کی ادائیگی کر رہا ہے۔ متعدد مطالعہ دیہی صحت کے مسائل کے دریافت کرنے کے لیے ہوئے ہیں، تاہم، بہت ہی کم مطالعہ پرائمری ہیلتھ کیئر میں کمیونٹی شراکت کے مسائل اور چیلنج کی تحقیق کے لیے بالخصوص اتر پردیش کے تناظر میں عمل میں آئے ہیں، علاوہ ازیں، طبی خدمات میں انتظام و انصرام بہت ہی غیر موثر نظر آتے ہیں جس کے نتائج میں صحت پروگرام کی کامیابی متاثر ہوتی ہے۔ اس لیے اس مطالعہ میں دیہی طبی خدمات کے نظام میں کمیونٹی شراکت اور اس کے انتظام میں درپیش مسائل کے لیے رجحانات کا تجزیہ کیا گیا ہے۔

پرائمری ہیلتھ کیئر خدمات مادی اور مقداری دستیابی حکومت کی طرف سے مقرر کردہ ہدایات کے مقابلے بہت ہی کم ہے۔ یہ بات واضح ہوتی ہے کہ اگر طبی سہولیات بالخصوص دیہی علاقوں میں گھر سے قریب ہوتی ہے تو کمیونٹی افراد کے استعمال کرنے کے امکان بڑھ جاتے ہیں۔ طبی خدمات کی رسائی ایک اہم رول ادا کرتی ہے، لیکن کمیونٹی افراد کے تجربات کہ میڈیکل دیکھ بھال کے تعلق سے کس طرح کی خدمات مہیا کرائی جاتی ہے یہ بھی معنی رکھتا ہے۔

References

Amanda Kenny, Nerida Hyett, John Sawtell, Virginia Dickson-Swift, Jane Farmer and Peter O'Meara (2013): Community participation in rural health: a scoping review, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/64> (Access and retrieved on 10/07/2014)

Amrith, Sunil (2007): "Political Culture of Health in India: A Historical Perspective", *Economic and Political Weekly*, Vol. 42, No. 2, pp. 114-121.

Anita K et.al (2003): "Healthcare Service Utilisation for RTIs/STIs and Diarrhoeal Diseases– A study amongst Slum Dwellers in Delhi" *Health and Population Perspectives and Issues*. Vol. 25, No. 2, pp. 59-66.

Aparna Seth, Shweta Tomar, Kultar Singh, Dharmendra Chandurkar, Amit Chakraverty, Arnab Dey, Arup K. Das, Katherine Hay, Niranjana Saggurti, Sabrina Boyce, Anita Raj, and Jay G. Silverman (2017): "Differential effects of community health worker visits across social and economic groups in Uttar Pradesh, India: a link between social inequities and health disparities", *International journal for Equity in Health*, Vol. 16, No.46.

Bajpai Nirupam, Ravindra H. Dholakia and Sachs Jeffrey D. (2005): Scaling up Primary Health Services in Rural India: Public Investment Requirements and Health Sector Reform- Case Studies of Uttar Pradesh and Madhya Pradesh, CGSD Working Paper No. 29, Columbia University.

Balagopal, G. (2009): "Access to Healthcare among Poor Elderly Women in India: How far do Policies Respond to Women's Realities", *Gender and Development*, Vol.17, No.3, pp-481-491.

Balakrishnan Rajiv (2014): "State Sponsored Healthcare in Rural Uttar Pradesh: Grassroots Encounters of a Survey Researcher", in Madhu Nagla (ed.) *Sociology of Health*, New Delhi: Sage Publications.

Bang Abhay (1986): Community Participation in FP Programme- A Report, *Economic and Political Weekly*, Vol. 21, No. 32, pp. 1394-1396.

Dasgupta, Purnamita and Gupta, Indrani (2000): "Health Seeking Behaviour in Urban Delhi: An Exploratory Study", *Journal of Health and Population in Developing Countries*, Vol. 3, No. 2, Winter 2000.

Dash Purna Chandra (1999): *Efficiency and Financing of Health Sector: A Study of Secondary Level Health Services in A.P.*, Unpublished Ph.D. thesis, HCU, Hyderabad.

Datar Ashlesha, Arnab Mukherji & Neeraj Sood (2005): Health Infrastructure and Immunization Coverage in Rural India, Working Paper Series No. 294, *RAND Corporation, Santa Monica, CA, USA*.

Dhingra Reeta (2001): “NGOs and Health Insurance Schemes in India”, *Health and Population-Perspectives and Issues*, Vol. 24, No. 4, pp. 206-217, medind.nic.in/hab/t01/i4/habt01i4p206.pdf (Access and retrieved on 06/07/2014).

Gill Kaveri (2009): *A Primary Evaluation of Service Delivery under the National Rural Health Mission (NRHM): Findings from a study in Andhra Pradesh, Uttar Pradesh, Bihar and Rajasthan*, Working Paper 1/2009-PEO, Planning Commission of India.

Gramvaani (2003): *Rural Healthcare: Towards a Healthy Rural India*, <http://www.gramvaani.org/?p=1629> (Access and Retrieved on 05/07/2014).

Gupta Indrani and Arindam Datta (2003): *Inequities in Health and Healthcare in India: Can the Poor Hope for a Respite*, New Delhi: Institute of Economic Growth.

Hammer, Jeffrey, Yamini Aiyar and Salimah Samji (2007): “Understanding Government Failure in Public Health Services”, *Economic and Political Weekly*, Vol. 42, No. 40, pp. 4049-59.

Hanan ALAhmadi and Martin Roland (2005): “Quality of primary health care in Saudi Arabia: a comprehensive view”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 17, No. 4, pp. 331-46.

Hooda Shailender Kumar (2017): “Health Payments and Household Well-being: How Effective Are Health Policy Interventions?” *Economic & Political Weekly*, Vol. LII, No. 16.

IIPS (2000): *National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99*, Mumbai: International Institute for Population Sciences and ORC Macro.

Indira Chakravarthi (2013): “Medical Technology in India: Tracing Policy Approaches Indian”, *Journal of Public Health*, Vol. 57, No. 4.

J Loss, K Lang, S Ultsch, C Eichhorn, E Nagel (2006): “The concept of social marketing potential and limitations for health promotion and prevention in Germany”, *Gesundheitswesen (Germany)*, Vol. 68, No. 7, pp. 395 – 402.

Jack William (1999): *Principles of Health Economics for Developing Countries*. Washington, D.C : World Bank Institute Development Studies.

Jeremy Shiffman (2009): A social explanation for the rise and fall of global health issues, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 87, No. 8, pp. 608–13.

K Gayithri (2012): *District Level NRHM Funds Flow and Expenditure: Sub National Evidence from the State of Karnataka*, Bangalore: The Institute for Social and Economic Change, www.isec.ac.in/WP%20278_K%20Gayithri.pdf (Access and retrieved on 16/07/2014).

Kamble, N.D. (1984): *Rural Health*, New Delhi: Ashish Publication House.

Kansal Sangeeta, Santosh Kumar & Kumar Alok (2012): "Is educational level of ASHA matters for their effective functioning?" A cross-sectional study in eastern Uttar Pradesh", *Indian Journal of Community Health*, Vol. 24, No. 1.

Kapilashrami M.C. (2000): *Review of the Present Health Status of India, Emerging Health Problems and their Solutions*, medind.nic.in/hab/t00/i1/habt00i1p1.pdf (Access and retrieved on 09/07/2014).

Khan, M E (1979): *Family Planning among Muslims in India*, Delhi: Manohar Publications.

Khan, M.E, S.K.Ghosh and R Singh (1986): "Nutrition and Health Practices among Rural Women-A Case Study of Uttar Pradesh, India", *Journal of Family Welfare*, Vol. 33, No. 1.

Kopparty SNM (1994): *Social Inequality and Healthcare- A Study in Health Behaviour in Rural Andhra Pradesh*, New Delhi: Northern Book Centre.

Kumar J. Ravi (2013): "Role of Public Health Systems in the Present Health Scenario: Key Challenges", *Indian Journal of Public Health*, Vol. 57, No. 3.

Lahariya C. (2007): *Community Medicine in India*, New Delhi: Jaypee Publications.

Mahal, Ajay, J.Singh, F. Afridi, V. Lamba, A.Lumber and V. Selvaraju (2002): *Who Benefits from Public Sector Spending in India?* New Delhi: National Council of Applied Economic Research.

Mehrotra, Santosh (2008): "Public Health System in UP: What Can Be Done?" *Economic and Political Weekly*, Vol. 43, pp. 46-53.

Mehta, S.R (1992): *Society and Health- A Sociological Perspective*, New Delhi: Vikas Publishing.

Misra, B.N. and M. Misra (1996): "Spatial Planning for Medical Facilities in Rae Bareli District, U.P.", *Geographical Review India*, Vol. 58, No. 3, pp. 231-42.

Mohapatra et al (2011): "Situational analysis of ASHAs with respect to Comprehensive Child Survival Programme: A study from Chiraigaon block of district Varanasi", *Indian Journal of Community Health*, Vol. 22 No. 2, Vol. 23 No.

Mubyazi G and Hutton G. (2012): Rhetoric and reality of community participation in health planning, resource allocation and service delivery: a review of the reviews, primary publications and grey literature, *Rwanda Journal of Health Sciences*, Vol. 1, pp. 51-65.

Nagla, Madhu (2007): "Health Policy in India: Retrospect and Prospect", *Guru Nanak Journal of Sociology* Vol. 28, No. 1 & 2, pp. 111-27.

P. Rama Devi (1994): *Health for All- A view from below (A study of primary health centre as an instrument of the National Health Policy)*, unpublished PhD Thesis, Department of Sociology, University of Hyderabad.

Park K (2000): Communicable Diseases. In Banot B (ed) Park's Text Book of Preventive and Social Medicine, 16th edition. Jabalpur: Banarsidas Bhanot, 172–5.

Pat M Neuwelt (2012): Journal of Primary Healthcare, <https://www.rnzcgp.org.nz/assets/documents/Publications/JPHC/March2012/JPHCOS/PNeuweltMarch2012>. (Access and retrieved on 17/07/2014).

Patel, Tulsi (2006): *Fertility Behaviour: Population and Society in Rajasthan Village*, New Delhi: Oxford University Press.

Patil Ashok Vikhe, Somasundaram K. V. and Goyal R. C., “Current Health Scenario in Rural India”, www.sas.upenn.edu/~dludden/WaterborneDisease3.pdf (Access and retrieved on 08/07/2014).

Prasad Suranjeen et al (2012) Effective utilisation of National Rural Health Mission flexi-fund in Jharkhand: facilitators, barriers and options, <http://www.biomedcentral.com/1753-6561/6/S1/P7> (Access and retrieved on 17/07/2014).

Praveen Kumar Rai, Mahendra Singh Nathawat (2014): “Utilization of Healthcare services in Varanasi District, India-A geographical analysis”, *Geografia Malaysian Journal of Society and Space*, Vol. 10 No. 2, pp. 14 – 33.

R. Srinivasan (2014): “Healthcare in India – Vision 2020; Issues and Prospects”, <http://www.slideshare.net/anupsoans/health-care-in-india-vision-2020> (Retrieved on 03/07/2014).

Rajna PN, Mishra AK, and Krishnamoorthy S (1998): Impact of maternal education and health services on child mortality in Uttar Pradesh, India, United Nations: *Asia-Pacific Population Journal*, Vol. 13, No. 2, pp. 27-38.

Raman, A Venkat and James Warner Bjorkman, (2009): *Public-Private Partnership in Healthcare Services in India- Lessons for developing countries*, New York: Routledge.

Ramani K.V. and Mavalankar Dileep (2009): "Management capacity assessment for national health programs: A study of RCH program in India", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 23, No. 1, pp.133 – 142.

Ramani, K.V, Mavalankar, Dileep and Govil, Dipti (2008): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*, New Delhi: SAGE Publications.

Reddy Sunita and Immaculate Mary (2013): “Aarogyasri Scheme in Andhra Pradesh, India: Some Critical Reflections”, New Delhi: *Social Change*, Sage Publication, Vol. 43, No. 2.

Robyn Presto Hilary Waugh, Sarah Larkins, and Judy Taylor (2010): "Community Participation in Rural Primary Healthcare: intervention or approach?" *Australian Journal of Primary Health*, Vol.16, No. 1 pp. 4-16.

Sankar, D. and V. Kathuria, (2004): "Health System Performance in Rural India", *Economic and Political Weekly*, Vol. XXX VII, No. 15, pp. 12-18.

SaxenaVartika, Kakkar Rakesh and Semwal V D (2012): "A study on ASHA –A Change Agent of the Society", *Indian Journal of Community Health*, Vol. 24, No.1.

Sharma A. K. (2014): *The National Rural Health Mission: A Critique*, New Delhi: *Sociological Bulletin*, Vol. 63, No.2, pp. 287-301.

Srivastava RK, Kansal S, Tiwari VK, Piang L, Chand R, Nandan D (2009): *Assessment of utilization of RCH services and Client Satisfaction at different levels of Health facilities in Varanasi District*, *Indian Journal of Public Health*, Vol. 53, No. 3, pp. 183 -189.

Sujay R Joshi, Mathew George (2012): "Healthcare through Community Participation- Role of ASHAs", *Economic & Political Weekly*, Vol. XLVII, No. 10.

Tanweer, Fazal (2013): *Millennium Development Goals and Muslims of India*, New Delhi: Oxfam India. www.oxfamindia.org/.../13%20Millennium%20Development%20Goals (Access and retrieved on 12/07/2014).

Upadhaya, Purna Chandra (2003): "Poverty and Health Condition of the Nats of Mirzapur", *Man In India*, Vol.83, No-3&4, pp.349.

Victoria Fan, (2012) *Healthcare in India- A Call for Innovative Reform* <http://www.nbr.org/research/activity.aspx?id=298> (Access and retrieved on 14/07/2014).

WHO (2000): *The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2008): *The World Health Report 2008- Primary Healthcare- Now More Than Ever*, Geneva: World Health Organization.

Yadav Diwakar and Preeti Dhillon (2015): "Assessing the Impact of Family Planning Advice on Unmet Need and Contraceptive Use among Currently Married Women in Uttar Pradesh", *India, Plos One*, Vol. 10, No. 3.

Yeravdekar R, Yeravdekar VR, Tutakne MA, Bhatia NP and Tambe M. (2013): "Strengthening of Primary Healthcare: Key to Deliver Inclusive Healthcare", *Indian Journal of Public Health*, Vol. 57, No. 2.

باب سوم

Chapter Three

دیہی طبی خدمات اور کمیونٹی شراکت

Rural Healthcare Services and Community Participation

اس باب میں کمیونٹی شراکت کے تصور کو ترقی صحت کے حصول کے لیے ایک حکمت عملی کے طور پر پیش کیا گیا ہے۔ کمیونٹی شراکت کو ایک خود متحرک عمل بنانے سے پہلے کمیونٹی بیداری، جانچ، شراکت، شمولیت، دلچسپی اور بااختیاری کے لیے یقین دہانی کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ کمیونٹی شراکت کی اہمیت اقوام متحدہ کے خصوصی اداروں میں ستر کے دہائی میں ترقی پائی۔ سن 2000 تک سبھی کے لیے صحت کا مطلب ضروری طبی خدمات تمام افراد اور خاندانوں کے لیے رسائی قابل قبول اور مناسب طریقے پر ہو اور ساتھ ہی ان کی پوری شراکت بھی ہونی چاہیے (WHO, 1981)۔ حالانکہ کمیونٹی شراکت ایک پیچیدہ اور کثیر سطح عمل ہے۔ تاہم اس کی پیمائش اور آزمائش ایک صحت پروگرام کے طور پر صحت کے نتائج پر اس کا اثر دیکھنے کے لیے کیا جاتا ہے۔

3.1 کمیونٹی شراکت (Community Participation)

کمیونٹی ایک سماجی گروہ ہے جو افراد یا خاندان سے مل کر بنتا ہے جس کی کچھ خصوصیات ہوتی ہیں جیسے وہ ایک ہی جغرافیائی علاقہ میں رہائش پذیر ہوتے ہیں، ان کے مقاصد یا مسائل ایک طرح کے ہوتے ہیں، ترقی کے لیے ایک طرح کی کوشش کرتے ہیں، مقامی سطح پر ایک جیسی دلچسپی یا سماجی نظام سے منسلک ہوتے ہیں، عام قیادت اور روایت رکھتے ہیں اور ترسیل کے لیے ایک جیسا نظام رکھتے ہیں۔ کمیونٹی شراکت سے مراد ہے کہ کمیونٹی سے لوگوں کے کسی پروگرام میں منصوبہ بندی، فیصلہ سازی، تجزیہ اور پروگرام کے نفاذ میں متحرک اشتراکیت سے ہے۔ کمیونٹی شراکت کی مدد سے ہم کسی پروگرام کو کامیاب بنا سکتے ہیں اس کے ذریعہ سے لوگوں میں بیداری کا جذبہ پیدا ہوتا ہے۔ صحت کے شعبہ میں

کیونٹی شراکت کی بہت ہی اہمیت ہے کیونکہ صحت خدمات تک رسائی اور اس کے درپیش مسائل بہت ہیں اور اس کی وجہ کیونٹی شراکت میں کمی کا ہونا ہے۔ کیونٹی شراکت حکمت عملی کی ایسی منصوبہ بندی سے ہے جس میں کیونٹی افراد مقامی طور پر جوابدہ صحت دیکھ بھال کی ترقی کے لیے شامل ہوتے ہیں (Amanda Kenny et al, 2014)۔ شراکت ایک کوشش ہے جس میں مختلف تنظیموں کے افراد مسائل کے حل اور فیصلہ سازی کے مقاصد کے لیے ایک ساتھ جمع ہوتے ہیں (Williams L and Labonte R, 2003)۔ کیونٹی شراکت کے ذریعہ

Community Participation is a social process whereby specific groups with shared needs living in a defined geographic area actively pursue identification of their needs, take decisions and establish mechanisms to meet these needs (Rifkin, 1988: 933).

لوگوں کو باختیار کیا جاسکتا ہے ان کی آواز کے ذریعہ صحت خدمات کی بد عنوانیوں کو دور کر کے صحت خدمات کو بہتر بنایا جاسکتا ہے کیونکہ ایک مطالعہ میں دریافت کیا گیا کہ طبی شعبہ میں ایک کمزور آواز اور کم جوابدہ عوامی شعبہ کے عملہ اور شہریوں کے درمیان موثر ادائیگی میں خاص رکاوٹیں ہیں (Hammer Jeffery

et al, 2007)۔ کیونٹی اور صحتی عملہ کے درمیان موثر ترسیل کی کمی بھی نامناسب خدمات کی وجہ بنتی ہے۔

1978 میں عالمی کانفرنس المائٹا کے اعلانیہ میں صحت نظام میں افراد کی شراکت اور تعاون کے ذریعہ پرائمری ہیلتھ کیئر پر توجہ مرکوز کی گئی تھی اور اسے متعدد صحت مددگار کے لیے ضروری عناصر قبول کیا گیا تھا۔ 1990 کی دہائی کے صحت اصلاح میں کیونٹی شراکت، سماجی اقدار پر کم توجہ مرکوز کرتے ہوئے صحت کے تکنیکی، معاشی اور انتظامی عوامل پر زیادہ توجہ مرکوز کی گئی تھی (WHO, 2008: 6)۔ ایک رپورٹ میں تجزیہ کیا کہ کیونٹی شراکت ایک حقیقت بن سکتی ہے جب معاشرے اور سماجی و ثقافتی ماحول کی سیاسی ساخت شراکت کے لیے مثبت ہو، اس کے علاوہ افراد کسی خاص مسئلہ کے تئیں اس چیز کی ضرورت محسوس کریں، کچھ کرنے کا جذبہ ہو اور وہ اپنا وقت دے سکیں (Abhay Bang, 1986:1394)۔ پرائمری ہیلتھ کیئر کے تئیں المائٹا کے اعلانیہ میں کیونٹی شراکت کو بنیادی اصول کے

طور پر شامل کیا گیا تھا۔ کمیونٹی شراکت کی ترقی اور پائیداری دونوں فیصلہ سازی اور متعدد صحت پروجیکٹ افعال میں تحقیق اور حکومتی کنٹرول پروگرام کے ذریعہ کوشش میں اضافہ ہونا چاہیے (WHO, 1978:2)۔

بھورے کمیٹی کی رپورٹ کے مطابق مقامی صحت پروگرام میں لوگوں کی شراکت کے بغیر عوامی صحت میں مستقل بہتری حاصل نہیں کی جاسکتی ہے۔ ہم سوچتے ہیں کہ مقامی کوشش کی ترقی اور کمیونٹی میں خود کی مدد کے جذبہ کو فروغ دینا صحت پروگرام کی کامیابی میں اتنی ہی اہم ہیں جتنی مخصوص خدمات جو ڈاکٹر لوگوں کے اختیار میں جگہ لے سکتی ہیں (Report of the Health Survey and Development Committee, 1946)۔ یہ عام طور پر مانا جاتا ہے کہ پرائمری ہیلتھ کیئر میں بہتری طبی خدمات کی ادائیگی میں کمیونٹی شراکت کے ذریعہ سے ہی ممکن ہے۔ تاہم کمیونٹی شراکت کے بارے میں مختلف لوگوں کا مختلف خیال ہے۔ اس عمل میں لوگ مکمل طور پر صحت پروگرام کی منصوبہ بندی، نفاذ کا عمل، جانچ اور تجزیہ کے عمل میں جڑے ہوتے ہیں۔ کمیونٹی شراکت کا مطلب ہے کہ صحت دیکھ بھال سے متعلق فیصلہ سازی کرنا اور خود کی صحت بہتر بنانے میں سرگرم شریک ہونے کی صلاحیت رکھنا۔ اس کا یہ بھی مطلب ہے کہ صحت اور صحت کے شعبہ میں کمیونٹی اور قومی سطح پر بہتر پالیسی بنانے کے لیے عوام کی رائے کو متاثر کرنے اور متحرک کرنے کے لیے سرگرم طور پر شریک ہونا۔

کچھ لوگوں کے لیے کمیونٹی شراکت کا مطلب ہے کہ لوگوں کے ذریعہ حکومتی اسکیم کو تہہ دل سے قبول کرنا۔ ان کا ماننا ہے کہ حکومت لوگوں کی بہتری کے بارے میں جانتی ہے اور اس کے مطابق لوگوں کی بھلائی کے لیے پالیسی اور پروگرام بناتی ہے۔ اگر افراد اس سے استفادہ نہیں کرتے تو یہ ان کی غلطی ہے کیونکہ وہ مکمل طور پر اپنی اشتراکیت حکومتی اسکیم میں درج نہیں کر پاتے۔

کچھ لوگوں کا کہنا ہے کہ کمیونٹی شراکت کا مطلب حکومت کے ذریعہ فراہم کردہ سہولیات کی طلب میں اضافہ کرنا ہے۔ کچھ لوگوں کا کہنا ہے کہ کمیونٹی شراکت کا مطلب حکومت کے کاموں میں مقامی سطح پر شریک ہونا تاکہ حکومت کے پروگراموں سے لوگ استفادہ کریں۔ کچھ لوگوں کا کہنا ہے کہ کمیونٹی شراکت کا مطلب مقامی لوگوں کا حکومت کے

کاموں میں مدد کرنا ہے۔ کچھ لوگوں کے مطابق حکومت کا میکنزیم سہی نہیں ہے اس لیے لوگوں تک خدمات کی رسائی نہیں ہو پاتی، اس لیے یہ لوگ محسوس کرتے ہیں کہ کمیونٹی حکومت کے خدمات کی ادائیگی میں مدد کر سکتی ہے۔ لوگوں کی کچھ جماعت ایسی بھی ہے جو کمیونٹی کی صلاحیت اور قوت پر بھروسہ رکھتی ہے۔ ان لوگوں کے لیے کمیونٹی شراکت کا مطلب کمیونٹی کو خود کی ترقی اور منصوبہ بندی کے لیے باختیار بنانا ہے۔ صحت کے حقوق لوگوں کے غیر متنازع حقوق ہیں اور یہ حکومت کی ذمہ داری ہے کہ لوگوں تک تمام ضروری سہولیات مہیا کرائے اور ساتھ ہی کمیونٹی کو باختیار بنائے تاکہ وہ اپنی ضرورتوں کی مانگ کر سکیں اور اسے حاصل کر سکیں (WHO, Alma Ata Declaration, 1978)

3.2 کمیونٹی شراکت کے مقاصد (Aims of community participation)

کمیونٹی شراکت کی مدد سے کمیونٹی افراد میں باختیاری کا جذبہ پیدا ہوتا ہے۔ باہم، کمیونٹی میں ضروری بیداری میں اضافہ ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ مسائل کو حل کرنے کی صلاحیت میں ترقی ہوتی ہے۔ کمیونٹی کو صحت اور فلاحی کاموں کی ذمہ داری سنبھالنے کے لیے راغب کرنا۔

3.3 کمیونٹی کا کردار (Role of Community)

صحت پروگرام کو اچھی طریقہ نفاذ کے لیے کمیونٹی کے رول کی بہت ہی اہمیت ہے۔ مقامی سطح پر کمیونٹی میں طبی خدمات کی فراہمی کے لیے حکمت عملی بنانے میں کمیونٹی کو شامل کیا جانا، مناسب سہولیات کی فراہمی کو آسان بنانا ہے۔ اس کے ذریعہ سے کمیونٹی کو معلومات فراہم ہوتی ہے جس کے نتائج میں وہ من پسند خدمات حاصل کر سکتے ہیں۔ کمیونٹی کی ترجیحات کو باہری مقاصد کے ساتھ منسلک کیا جاسکتا ہے۔ ان خدمات اور سہولیات کے نفاذ میں کمیونٹی کو ذمہ داریوں اور فیصلوں کے ذریعہ باختیار بنایا جاسکتا ہے۔

3.4 کمیونٹی شراکت یا حصے داری (Community Participation and Involvement)

اس طرح کی شراکت میں کمیونٹی ایک پروگرام کے سبھی پہلوؤں میں ملوث رہتی ہے۔ اس طرح کا نظریہ کمیونٹی کو اپنی رضامندی سے خود کی صحت میں بہتری کے لیے شراکت کے لیے متحرک کرتا ہے۔ یہ کمیونٹی کے لیے اہم ہے کہ وہ صحت پروگرام کے تمام مراحل جیسے منصوبہ بندی، انفعالی اور جانچ کرنے کے عمل میں اپنی شراکت کو یقینی بنائے۔ کمیونٹی شراکت یا حصے داری کمیونٹی کو صحت یا ان کی ترقی کی فیصلہ سازی کے تئیں باختیار بناتی ہے۔

حصے داری کے عمل میں کمیونٹی صحت پروگرام کے منصوبہ بندی، نفاذ، انتظام اور جانچ میں شریک ہوتی ہے۔ اس عمل میں پروگرام کے تئیں جوابدہی اور شراکت کا احساس ہونے کی وجہ سے اس کی اہمیت بڑھ جاتی ہے۔ دیگر لفظوں میں ہم عمل کو منتقل کرتے ہیں جس میں ترقیاتی پروگرام اور کمیونٹی کے درمیان شراکت قائم ہو سکے۔ اس طرح کمیونٹی شراکت اور حصے داری تمام ترقیاتی پروگراموں میں کمیونٹی کی ذمہ داری جوابدہی کے حصول میں تعاون کرتی ہے۔

3.5 کمیونٹی شراکت کے پہلو (Dimensions of Community Participation)

کمیونٹی شراکت کے تین اہم پہلو ہیں: فیصلہ سازی کے اثر میں ان لوگوں کی شراکت کہ کیا اور کس طرح کرنا ہے، ترقی کی کوشش میں بڑے پیمانے پر تعاون جیسے فیصلہ کا نفاذ کرنا اور پروگرام کے فوائد میں تعاون کرنا (World Bank, 1978)۔ کمیونٹی شراکت کی وجہ سے پروگرام کی قبولیت میں اضافہ ہوتا ہے، کیونکہ مقامی سطح پر اس پروگرام کے ذریعہ لوگوں کی ضروریات پوری ہوتی ہیں، مقامی وسائل کو استعمال ہونے سے لاگت میں کمی آتی ہے اور مقامی تنظیمیں مسائل کو موثر طریقے سے حل کر سکتی ہیں۔ کمیونٹی پر مبنی خدمات کو ترتیب دے کر وسیع اور آسان رسائی کے ذریعہ لوگوں تک سہولیات فراہم کرائی جاسکتی ہے۔ کمیونٹی کو خدمات کے افعال اور رکھ رکھاؤ میں تعاون کرنا چاہیے۔

3.6 مختلف حالات میں کمیونٹی شراکت

(Community Participation in different situations)

روایتی نقطہ نظر میں صحت کی دیکھ بھال کی منصوبہ بندی میں طبی عملہ کے سینئر افراد کے ذریعہ فیصلہ کیا جاتا ہے انہیں ماہرین کہا جاتا ہے۔ سروے کے ذریعہ تحقیق کی جاتی ہے کہ کمیونٹی مسائل کے بارے میں کیا سوچتی ہے۔ آخر میں صحتی کارکن طبی ضرورت کے مطابق پروگرام کے لیے فیصلہ کرتے ہیں۔ دیگر نقطہ نظر میں کمیونٹی ممبران صحت پروگرام کے تئیں فیصلہ کرتے ہیں۔

3.7 کمیونٹی شراکت کو متاثر کرنے والے عوامل

(Factors influence Community Participation)

اہمیت، نتائج اور جوابدہی کمیونٹی شراکت کی سطح کو متاثر کرتے ہیں، باہم، کمیونٹی کے تعلیم کی سطح، کمیونٹی کے بنیادی ڈھانچہ، اقتصادی حالات، سماجی و ثقافتی حالات بھی اس کو متاثر کرتے ہیں، علاوہ ازیں بین شعبہ تعاون بھی اس کو متاثر کرتے ہیں۔ شراکت کی وجہ سے کنٹرول اور پروگرام کے لیے پہلے با اختیار کرنے کا عمل ہے، سیاسی استحکام، اچھی قیادت اور مقامی طور پر دستیاب وسائل کی بہتری میں یہ اہم رول ادا کرتے ہیں۔ بغیر مناسب کمیونٹی شراکت کے پروگرام کے کامیاب ہونے کے کم مواقع ہیں (Campbell, 2003)۔ اگر مقامی سطح پر کمیونٹی افراد کی اہمیت کو سمجھا جائے اور انہیں صحت پروگرام کے منصوبہ بندی اور نفاذ میں جوابدہ بنایا جائے تو اس سے پروگرام کے افعال کو بہتر بنایا جاسکتا ہے، جس کے بہتر نتائج کے امکان ہوں گے، پروگرام کے بہتر نتائج میں زیادہ لوگ استفادہ حاصل کریں گے اور ان کی اقتصادی حالت بہتر بنے گی۔ کمیونٹی کے اندر خود اعتمادی میں اضافہ ہوگا اور وہ با اختیار ہوں گے۔

3.8 کمیونٹی نقطہ نظر کی ضرورت (The Need for Community Approach)

کمیونٹی کو مقامی طور پر اپنے اطراف کی وسیع معلومات ہوتی ہے۔ اس لیے کمیونٹی کے منصوبہ بندی کے عمل میں شریک ہونے کی اہمیت ہے کیونکہ انہیں مقامی حالت اور تبدیلی کے امکانات کی جانکاری ہوتی ہے۔ وہ مقامی لوگوں کی ضروریات اور مسائل کو سمجھتے ہیں اور اس کے مطابق پروگرام کی منصوبہ بندی کے لیے حکمت عملی اپنائیں گے، جس کے نتائج میں آبادی کی اکثریت استفادہ کرے گی۔ کمیونٹی شراکت کے نتائج میں ان کے حوصلے بلند ہوں گے اور ان کے اندر خود اعتمادی کا جذبہ پیدا ہوگا، جس سے وہ آئندہ کے پروگراموں بڑھ چڑھ کر حصہ لیں گے کیونکہ انہیں فوائد نظر آئیں گے۔ کمیونٹی شراکت کی وجہ سے صحتی کارکن اور کمیونٹی کے درمیان بہتر تعلقات قائم ہوں گے۔ اعتماد اور شراکت کی وجہ سے طبی خدمات میں اضافہ اور بہتری ہوگی۔

یہ حکومت کی ذمہ داری ہے کہ کمیونٹی کے صحت دیکھ بھال اور ترقی میں مدد کریں اور اس کے علاوہ غیر سرکاری تنظیمیں، بین الاقوامی صحت ایجنسی اور صحت پروگرام منصوبہ کار اور سہولیات فراہم کرانے والے کی بھی ذمہ داری ہے کہ صحتی ترقی میں کمیونٹی شراکت کو مستحکم کریں۔

قومی صحت پالیسی 2002 میں بھی طبی خدمات کے معیار میں بہتری اور پرائمری ہیلتھ کیئر حصول کے لیے غیر مرکزیت اور کمیونٹی شراکت پر توجہ مرکوز کی گئی تھی (MoHFW 2002)۔ کمیونٹی شراکت سے صحت میں اضافہ اور ترقی کے متعدد فوائد ہیں جس سے کمیونٹی افراد میں ان کی صحت اور فلاح کے تئیں ذمہ داری آتی ہے۔ کمیونٹی مسائل کو حل کرنے کے لیے جو طریقہ کار اور حکمت عملی اپنائی جائے وہ ثقافتی اور سماجی طور پر مناسب اور قابل قبول ہو جس سے پائیداری میں اضافہ ہو سکے۔ یہ حکومت، غیر سرکاری تنظیمیں، بین الاقوامی تنظیمیں اور صحت پروگرام منصوبہ ساز اور سہولیات فراہم کرانے والوں کی متعدد سطح پر ذمہ داری ہے کہ کمیونٹی افراد کو ان کی صحت میں اضافہ و ترقی میں مددگار ثابت ہوں (Sule SS, 2004)۔

3.9 پرائمری ہیلتھ کیئر میں کمیونٹی شراکت

(Community Participation in Primary Healthcare)

کمیونٹی افراد جو مجموعی ضروریات اور ترجیحات کے لیے ایک عام نظریہ رکھتے ہیں اور شراکت کے لیے اپنی ذمہ داری سمجھتے ہیں۔ صحت کے مقاصد کے حصول کے لیے پرائمری ہیلتھ کیئر میں کامیاب نفاذ کے لیے کمیونٹی شراکت بہت ہی اہم سرگرمی ہے (Somnath Roy and B.B.L. Sharma, 2002)۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ تمام ممالک میں اور بھارت میں بھی کمیونٹی شراکت تمام حلقوں میں بہتر ترقی کے حصول کے لیے ایک اہم تعاون فراہم کرتی ہے۔ اس کے ذریعہ صحت کے انتظام میں صارفین کے نظریات کو سمجھنے میں مدد ملتی ہے۔ اگر کمیونٹی ممبران کو مناسب تربیت دے کر رضا کارانہ صحت کارکن کے طور پر استعمال کیا جائے تو اس سے خدمات تک لوگوں کی زیادہ رسائی ہوگی اور اس کی قبولیت میں اضافہ ہوگا۔ صحت خدمات کی ادائیگی کے تعلق سے خود مختاری کو مستحکم اور فروغ ملتا ہے۔ پرائمری ہیلتھ کیئر کے روک تھام اور فروغ نظریات کے تئیں کمیونٹی افراد خاص عوامل ہیں۔ صحت میں کمیونٹی شراکت ترقیاتی کوشش کے لیے ایک ذریعہ ہو سکتا ہے جس کی مدد سے ہم ترقیاتی پروگراموں بالخصوص صحت پروگراموں کے ذریعہ کمیونٹی افراد کی صحت میں بہتری اور اضافہ کر سکتے ہیں۔

صحت پروگرام اور خدمات کی منصوبہ بندی میں کمیونٹی شراکت ایک بنیادی عوامل کے طور پر موثر اور قابل رسائی

“Primary Healthcare is essential healthcare made universally accessible to individuals and acceptable to them, through their full participation at and the cost the community and country can afford”. (WHO, Alma Ata Declaration, 1978).

پرائمری ہیلتھ کیئر کے لیے کام کرتی ہے۔ دیہی علاقوں میں کچھ افراد سمجھتے ہیں کہ کمیونٹی شراکت ایک سماجی رابطہ ہے جس کی مدد سے کمیونٹی میں بہتری کی جاسکتی ہے۔ کمیونٹی شراکت کے اس تصورات کے ذریعہ ہم دیہی علاقوں میں صحت سرگرمیوں کو بخوبی انجام دے سکتے ہیں۔ کمیونٹی افراد کی صحت مقامی سطح پر

پرائمری ہیلتھ کیئر کی بہتری اور نفاذ کے لیے شامل کر کے ترقی پاسکتے ہیں۔ کمیونٹی شراکت کی اقدار کو فروغ دے کر ہم اس عمل کو کامیاب بنا سکتے ہیں کیونکہ کمیونٹی اقدار اور نظریات کمیونٹی شراکت پر منحصر ہوتے ہیں۔

منتخب گاؤں کے پردھان سے انٹرویو کے دوران انکشاف ہوا کہ بہت سے افراد پروگرام سے منسلک ہونے کے لیے راضی نہیں ہوتے وہ سمجھتے ہیں کہ اگر وہ پروگرام میں شراکت کریں اور کوئی خراب بات ہو جائے جیسے پروگرام کی ناکامیابی پر انھیں پریشانیوں کا سامنا کرنا پڑے گا، جس کی وجہ سے وہ ذمہ داری قبول نہیں کرتے۔ صحیحی عملہ سے بھی انٹرویو کے دوران واضح ہوا کہ کچھ افراد ذمہ داری نہیں لینا چاہتے انھیں لگتا ہے کہ یہ حکومت کی ذمہ داری ہے۔ اس سے یہ واضح ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد میں شراکت کی اہمیت کی جانکاری نہ ہونے کی وجہ سے اور بیداری میں کمی کی وجہ سے وہ ایسا سوچتے ہیں۔ اس لیے حکومت کو چاہیے کہ وہ صحیحی عملہ اور حکومتی نظم و نسق کے عملہ کی صلاحیت سازی کرے تاکہ کمیونٹی افراد کو اس کی اہمیت کے تئیں بیداری پیدا کی جائے تاکہ کمیونٹی شراکت کو مستحکم کیا جاسکے۔

منتخب گاؤں میں فوکس گروپ ڈسکشن سے دریافت ہوا کہ زیادہ تر افراد کو اپنے علاقے کی صحت کی بہتری کی فکر ہے اور صحت پروگرام کے افعال میں اپنی ذمہ داری درج کرنا چاہتے ہیں لیکن انھیں اس کے افعال کا علم نہیں ہے۔ زیادہ تر کمیونٹی افراد کو اس بات کا علم نہیں ہے کہ گاؤں میں صحت اور حفظان صحت کمیٹی موجود ہے جو صحت کے مسائل اور صفائی ستھرائی کو فروغ دینے کے لیے کام کر رہی ہے۔ عملی کام کے دوران مشاہدہ سے یہ بھی دریافت ہوا کہ بہت سے کمیونٹی افراد کو اگر ذمہ داری سونپ دی جائے تو انھیں فخر ہوگا کہ وہ صحت اور سماجی مسائل کے حل کا حصہ بنیں گے۔

تحقیقی علاقوں میں تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ دیہی علاقوں میں کمیونٹی شراکت بہت ہی کمزور ہے، جس کی وجہ سے لوگوں کے اندر صحت پروگرام کے تئیں عدم جانکاری ہے۔ صحت پروگرام کی عدم جانکاری کے سبب افراد صحت پروگرام سے استفادہ نہیں کر پاتے جس کے نتائج میں صحت حالات اچھے نہیں ہے۔ صحت حالات بہتر نہ ہونے کی وجہ سے لوگوں کے اقتصادی حالات خراب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سے بہت سے افراد غربت اور محرومیت کا شکار ہو جاتے ہیں، لوگوں میں خود اعتمادی کی کمی پیدا ہوتی ہے، لوگ ناخوش رہتے ہیں، جس کے نتائج میں سماجی و اقتصادی، ثقافتی اور

سیاسی ترقی کی رفتار دھیمی پڑ جاتی ہے جس سے ملک کی ترقی پر بھی اثر پڑتا ہے۔ اس لیے حکومت کو چاہیے کہ کمیونٹی کی اہمیت کو سمجھے اور انہیں صحت پر دو گرام کی ترقی کے تئیں شراکت کے افعال میں ذمے داری نبھانے کے لیے راغب کرے اور ان کی تربیت کے ذریعہ صلاحیت سازی کرے تاکہ کمیونٹی کو اختیارات دے کر انہیں ذمے دار بنایا جائے تاکہ کمیونٹی افراد باختیار ہو سکیں۔

ابتدائی صحت دیکھ بھال کے لیے کمیونٹی افراد کو موجودہ صحت مسائل، اس کی روک تھام کے طریقوں اور اسے قابو کرنے کے بارے میں تعلیم مہیا کرائی جانی چاہیے تاکہ کمیونٹی افراد سماج سے بیماری کی شرح کو کم کرنے میں مددگار ثابت ہو سکیں۔ کھانہ و غذا کا فروغ اور سپلائی کرنا تاکہ سہی وقت پر لوگ استفادہ کریں۔ زچگی اور بچہ صحت کی دیکھ بھال اور خاندانی منصوبہ بندی بھی بہت ہی اہم ہے اور خاص بیماریوں سے متعلق ٹیکہ کاری کا نفاذ ہو۔ مقامی سطح پر بیماریوں کی روک تھام اور قابو پانے کے لیے نفاذ ہو۔ عام بیماریوں اور چوٹ کے مناسب علاج کا انتظام ہو اور ضروری ادویات مہیا ہو۔ ان عناصر کے نفاذ کے لیے متعدد سرگرمیاں تنظیموں کے ذریعہ درکار ہے۔ جس میں کمیونٹی شراکت اور حصے داری بہت ہی اہم ہے۔ تمام شعبوں کے درمیان شراکت اور تعاون ضروری ہے۔ وسائل کی ترقی میں اضافہ، انتظامی افعال کی شراکت، صحتی عملہ کی ترقی، طبی خدمات سے متعلق تحقیق و جدید نقطہ نظر اور مناسب تکنیک کا اطلاق اور ترقی کے ذریعہ ہم مقامی سطح پر صحت خدمات کی رسائی اور بہتری میں اضافہ کر کے دیہی علاقوں کے افراد کی صحت بہتر بنا سکتے ہیں۔

اس کے علاوہ صحتی کمیونٹی افراد اور صحتی عملہ کو کمیونٹی افعال اور کمیونٹی شراکت کے رشتگی کے بارے میں سمجھ ہونی چاہیے جس سے دیگر حلقوں جیسے سماجی دیکھ بھال اور ماحولیاتی مینجمنٹ کے تئیں کمیونٹی پر منحصر پہل کی جاسکے۔ گاؤں میں پنچایتی راج کا نظام ہے اور بہتر صحت کے نتائج کے حصول کے لیے ضلع، بلاک اور گاؤں سطح پر حکومت کی طرف سے تنظیمیں قائم کی گئی ہیں اور کمیونٹی افراد کی شراکت کے لیے بھی ضوابط ہیں۔ لیکن لوگوں سے بات چیت اور مشاہدہ

کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ ان تنظیموں میں کمیونٹی شراکت کی حالت بہت ہی خراب ہے صرف نام کے لیے کچھ افراد کو شامل کر لیا جاتا ہے۔

3.10 کمیونٹی شراکت اور طبی خدمات کی ادائیگی

(Community Participation and Healthcare Service Delivery)

کمیونٹی افراد جو مجموعی ضروریات اور ترجیحات کے لیے ایک عام نظریہ رکھتے ہیں اور شراکت کے لیے اپنی ذمہ داری سمجھتے ہیں۔ کمیونٹی افراد کی صحت اور تندرستی بنیادی خدمات جیسے صحت، تعلیم، صاف پانی اور حفظان صحت کی موثر ادائیگی ضروری و اہم ہے۔ معیاری خدمات کی رسائی کے ذریعہ سے ہم زندگی کے حقوق اور عالمی صحت رسائی کے مقاصد کو حاصل کر سکتے ہیں۔ خراب صحت کی سماجی وجوہات اور کمیونٹی شراکت و باختیاری کی ضرورت بشمول بین شعبہ تعاون خراب صحت کے مسائل کو حل کیا جاسکتا ہے (CSDH, 2008)۔ اگرچہ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ ملک میں غریب افراد کے لیے بنیادی ضرورتوں کی سہولیات کی کمی ہے، جس کا انسانی ترقی پر نفی اثر پڑتا ہے۔ ان خدمات کی ناکامی کی وجہ عوامی، نجی اور غیر سرکاری تنظیموں کی غریبوں کے تئیں جوابدہی میں کمی ہے۔

3.11 کمیونٹی شراکت اور قومی دیہی صحت مشن (Community Participation and NHRM)

حکومت ہند نے کمیونٹی شراکت کو فروغ دینے کے لیے قومی دیہی صحت مشن کے تحت متعدد پروگرام اور اسکیم عمل میں لائے، جس میں موجودہ دور میں آشا اور آنگن واڈی کے ذریعہ کمیونٹی کو منسلک کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ اس میں صحت دیکھ بھال کا نقطہ نظر لوگوں کے ذریعہ طبی سہولیات پر زور دیتا ہے۔ اس میں لوگوں کی شراکت ان کی خود کی سرگرمیوں میں مرکوز ہے۔ بھارت میں متعدد پہلوؤں کے ذریعہ صحت پروگرام میں کمیونٹی شراکت کی کوشش کی جاتی رہی ہے۔ ملک میں طبی نظام سے کمیونٹی کو جوڑنے کے لیے وقتاً فوقتاً کمیونٹی رضاکار کو طبی رسائی کے نظام میں استعمال کیا جاتا رہا ہے۔ حکومت ہند کی طرف سے 1977 میں پورے ملک میں کمیونٹی ہیلتھ ورکر (CHW) اسکیم کا تعارف کرایا گیا تھا۔ جس کا مقصد گاؤں کے لوگوں کے دروازے پر صحت خدمات کی سہولیات پہنچانا تھا

(Chatterjee, 1993)۔ تاہم وقت گزرنے کے ساتھ کارکن اور اسکیم کا نام تبدیل ہوتا گیا۔ 1977 کے کمیونٹی ہیلتھ ورکر سے 1980 میں کمیونٹی صحت رضاکار اور 1981 میں ویلج ہلتھ گائڈ نام رکھا گیا۔ ویلج ہیلتھ صحت گائڈ (VGH) اسکیم مرکزی حکومت کے 100 فیصد تعاون سے 2002 تک خاندان بہبود پروگرام کے تحت چلائی گئی تھی۔ 2005 میں قومی دیہی صحت مشن کے تحت آشا پروگرام کی حکمت عملی عمل میں آئی، جس کا مقصد دیہی علاقوں کے افراد بالخصوص غریب اور خواتین کے لیے صحت سے متعلق خدمات فراہم کرانا تھا۔ مشاہدہ سے دریافت ہوتا ہے کہ آشا کے کچھ اپنے مسائل ہیں جیسے ان کی اجرت مقرر نہیں ہے جس کی وجہ سے وہ اپنا کام پوری ذمہ داری کے ساتھ نہیں کر پاتی۔

سہولیات کی جانچ اور عوامی شکایت کو دور کرنے کے مقصد سے کمیونٹی شراکت کو یقینی بنانے کے لیے مجموعی طور پر 31358 روگی کلیان سمیتی (RKS) اور 511670 گاؤں صحت صفائی غذائیت کمیٹی (VHSNCs) کا قیام قومی دیہی صحت مشن کے تحت کیا گیا۔ اس کے علاوہ پچھلے سالوں کے دوران RKS کو روپے 6005.43 کروڑ متحد فنڈ سالانہ رکھ رکھاؤ کے طور پر منظور کئے گئے۔ کمیونٹی شراکت کو فروغ دینے کے لیے معیاری خدمات اور مریضوں کے مطمئن ہونے میں اضافہ و ترقی ضروری ہے (MoHFW, 2009)۔ لیکن منتخب دیہی علاقوں میں فوکس گروپ ڈسکشن سے یہ انکشاف ہوتا ہے کہ طبی مراکز پر سہولیات کی عدم دستیابی ہے۔ بنیادی ڈھانچہ کی کمی اور کمیونٹی شراکت کو فروغ نہ دینے کی وجہ سے طبی مراکز کے تیس کمیونٹی افراد میں اعتماد کی کمی ہے، اس لیے بہت سے افراد بیداری کی کمی کی وجہ سے طبی مراکز سے استفادہ نہیں کرتے۔ اگر دیہی علاقوں میں لوگوں کے صحت حالات میں بہتری لانی ہے تو ان کی بیداری کے لیے متحرک حکمت عملی اپنانی ہوگی اور کمیونٹی شراکت کے ذریعہ ان کی شرکت، جو اب وہی اور بااختیاری کو یقینی بنانا ہوگا تبھی ہم الما اٹا کے سب کے لیے صحت کے مقصد کے حصول میں کامیابی حاصل کر سکتے ہیں۔

3.12 آنگن واڈی ور کرو آشا اور کمیونٹی کے درمیان رابطہ

(Coordination with Community by ASHA/AWWs)

موجودہ آنگن واڈی ور کر ICDS کے تحت کام کرتی ہیں جن کا مقصد غذائیت پر و گرام اور دیگر مددگار سرگرمیوں کو فروغ دینا ہے۔ ان کی ذمہ داری ہے کہ غذا کا انتظام کریں اور چھوٹے بچوں کی تعلیم اور کھیل کود کو فروغ دیں۔ اس کے علاوہ آشا کی تعیناتی معاشرے میں محرومیت کا شکار طبقوں بالخصوص خواتین اور بچے جن تک صحت خدمات رسائی مشکل ہے، ان کے صحت سے متعلق مسائل کے لیے پہلے رابطہ کے طور پر کی گئی تھی۔ آشا کمیونٹی میں ایک صحت کارکن کے طور پر کام کرتی ہیں جو صحت اور اس کے سماجی عوامل کے بارے میں بیداری پیدا کرتی ہیں اور کمیونٹی کو مقامی صحت منصوبہ بندی صحت خدمات کے استعمال اور ذمہ داری کے تئیں راغب کرتی ہیں۔ اس کے علاوہ آشا غذائیت، بنیادی حفظان صحت اور صفائی ستھرائی کے طریقہ کار، صحت مندر بہن سہن و کام کرنے کے حالات، موجودہ صحت خدمات اور وقت پر صحت اور خاندانی بہبود خدمات کے استعمال کے بارے میں معلومات فراہم کرتی ہیں۔ خواتین کو ادارہ جاتی زچگی کے لیے صلاح و مشورہ دینا، اور زچہ بچہ خدمات سے متعلق معلومات فراہم کرانے میں آشا اہم رول ادا کرتی ہیں۔ کمیونٹی افراد کو گاؤں، ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور کمیونٹی ہیلتھ سنٹر پر صحت اور صحت سے متعلق خدمات کی دستیابی کے بارے میں بھی معلومات فراہم کرتی ہیں۔ اس کے علاوہ گرام پنچایت کی گاؤں صحت اور صفائی کمیٹی کے ساتھ واضح صحت منصوبہ بندی کے لیے مل کر کام کرتی ہیں۔ آشا افراد خانہ کے لیے مجموعی حفظان صحت مہم کے تحت بیت الخلاء کی تعمیر کو فروغ دیتی ہیں۔ آشا کے یہ سب افعال کمیونٹی شراکت کے بغیر موثر ثابت نہیں ہو سکتے۔ اس لیے حکومت کو چاہیے کہ دیہی علاقوں میں صحت و تندرستی سے متعلق مسائل کے حل کے لیے اور دیگر سماجی مسائل کے حل کے لیے کمیونٹی شراکت کو مستحکم کرنے کے لیے پالیسی تیار کرے اور اس کا صحیح طریقہ سے نفاذ کرے تاکہ عالمی صحت مقاصد کا حصول ہو سکے۔

3.13 گاؤں صحت صفائی اور غذائیت کمیٹی

(Village Health Sanitation and Nutrition Committee-VHSNC)

یہ کمیٹی کمیونٹی کو باختیار بنانے اور اشتراکیت میں زمینی سطح پر ماحولیاتی مسائل اور سماجی عوامل کے مسائل کے لیے ایک اہم آلہ کے طور پر کام کر رہی ہے۔ اس کمیٹی کے ممبران میں پنچایتی راج نمائندہ، آشا اور دیگر فرنٹ لائن کارکن شامل ہوتے ہیں اور اس کے علاوہ پسماندہ کمیونٹی سے بھی ممبران کو شامل کیا جاتا ہے۔ اس طرح کی سبھی کمیٹی کو سالانہ 10000 کا مشترکہ تعاون مہیا کرایا جاتا ہے۔ ملک بھر میں اب تک 5.01 لاکھ کمیٹیاں تعمیر کئے جا چکے ہیں۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ قومی صحت مشن نے گاؤں کی صحت اور صفائی ستھرائی کی کمیٹیوں کے ذریعے عوام کو باختیار بنایا ہے کہ وہ گاؤں کے لیے صحت منصوبے تیار کریں اور آشا کارکن کی مدد سے ان پر عمل درآمد کیا جائے۔ لیکن عملی کام کے دوران بہت سے لوگوں نے بتایا کہ انھیں اس منصوبہ بندی میں شامل نہیں کیا جاتا ہے۔ بہت سے افراد کو اس کمیٹی کے بارے میں معلومات نہیں ہے۔ فوکس گروپ ڈسکشن کے دوران دریافت ہوا کہ صحت منصوبہ بندی کے لیے اس کی میٹنگ وقت پر نہیں ہوتی ہے، جس کی وجہ سے افعالی کام میں تاخیر ہوتی ہے۔ صلاحیت یافتہ افراد کو اس میں شامل نہیں کیا جاتا۔ حکومت کو چاہیے کہ اس کے شراکت کے افعال کو آسان بنائے تاکہ زیادہ افراد رضا کار کے طور پر شامل ہو سکیں اور صحت منصوبہ بندی میں کمیونٹی افراد کو شامل کیا جائے تاکہ ان کے اندر جو ابدی کا جذبہ پیدا ہو اور خود اعتماد بن سکیں۔ اسی طرز پر شراکت کو یقینی بنانے کے لیے ایک اور کمیٹی قائم کی گئی ہے جو اسپتال میں مریضوں کی فلاح کے لیے عمل میں آئی ہے جس کا تعارف آگے کیا جا رہا ہے۔

3.14 روگی کلیان سمیتی (Rogi Kalyan Samiti)

یہ کمیٹی رجسٹرڈ سوسائٹی ہے جس کے ممبران ٹرسٹی کے طور پر کام کرتے ہیں جو اسپتال معاملات کا انتظام و انصرام کرتے ہیں اور اسپتال میں مریضوں کو بہتر سہولیات فراہم کرنے کی یقین دہانی کرتے ہیں۔ مریضوں کی فلاح و بہبود کی سرگرمیوں کے لیے ان کمیٹیوں کو مشترکہ فنڈ مالیاتی مدد کے طور پر فراہم کرایا جاتا ہے۔ تقریباً تمام ضلع اسپتال، تحصیل سطح

کے اسپتال، کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور پرائمری ہیلتھ سنٹر میں اب تک 31,763 روگی کلیان سمیتی کمیونٹی ممبران کی شراکت کے ساتھ قائم کی جا چکی ہے۔ عملی کام کے دوران مشاہدہ کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیٹیاں تو بہت ہیں لیکن ان کے ممبران میں جوابدہی کی کمی ہے۔ ان کمیٹیوں کا کوئی عمل درآمد نہیں ہے یہ کمیٹیاں صرف کاغذ میں ہی اچھی لگتی ہیں۔ کمیٹیوں سے منسلک افراد کی تربیت کے ذریعہ صلاحیت سازی کی جائے تاکہ اس کے افعال کو مناسب طریقے سے لاگو کیا جاسکے۔

3.15 کمیونٹی شراکت کے چیلنج اور حدود

(Community Participation – Challenges and Limitations)

یہ سمجھنا بہت ہی اہم ہے کہ کمیونٹی شراکت ایک متحرک عمل ہے اور اس کے موثر عوامل ہیں جو ترقی یا صحت پروگرام اور دیگر پائیداری کے نتائج کی نوعیت کو بیان کرتے ہیں۔ کمیونٹی کا موجودہ سماجی و ثقافتی اور سیاسی و اقتصادی ماحول شراکت کی سطح کو متاثر کرتا ہے۔ کمیونٹی کی ذات، درجہ اور جنس کے نام پر ساخت صحت میں خواتین کی شراکت کو محدود کرتی ہے۔ غربت ایک الگ مسئلہ ہے جو لوگوں کو فیصلہ میں شراکت محدود کرتی ہے۔ ان مسائل کی سمجھ و جانکاری منصوبہ ساز کو ترجیحات اور منصوبہ بندی کے عمل میں بہتری کے لیے فائدہ پہنچائے گی۔ کمیونٹی شراکت میں تصادم کا بھی خطرہ ہے اگر کمیونٹی کی امیدوں کا سرکاری ساخت کے پیشہ وارانہ نظریات اور رویہ سے ٹکراؤ ہو جائے، جس کے نتائج میں کمیونٹی اختیارات ایک اہم مسئلہ بن سکتا ہے، جس کی غیر موجودگی پروگرام کے مقاصد کا حصول نہیں کر سکتی یا پروگرام کی ناکامی کا سبب بن سکتی ہے۔ کمیونٹی اختیارات کا مطلب مقامی افراد کو پروگرام کے فروغ کے لیے ذمہ داری سونپی جائے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ کمیونٹی صحت رضاکار کے خراب صحتی معلومات اور صلاحیتوں کو تربیت اور صلاحیت سازی کے ذریعہ سے دور کیا جاسکتا ہے، لیکن کمزور طبی نظام ترقی کی سطح کو روکتا ہے۔

کمیونٹی شراکت کے ذریعہ بہتر صحت کے نتائج سامنے آتے ہیں بہ نسبت اس حالت میں جن میں کمیونٹی شراکت نہیں ہوتی ہے۔ طبی ادائیگی کے نظام میں کمیونٹی شراکت کو یقینی بنانے کی ضرورت ہے تاکہ طبی نظام کو مستحکم کیا جاسکے۔ طبی

نظام کی بہتر ادائیگی سے کمیونٹی کے طریقہ استعمال میں تبدیلی آئے گی۔ طبی خدمات کے طریقہ استعمال میں طبی مراکز کا اہم رول ہوتا ہے۔ دیہی کمیونٹی کے لیے طبی خدمات کی ترقی میں اصل کمیونٹی اور صحت شعبہ کی حصے داری کی قدر کی بھی ضرورت ہے۔ ترقیاتی نقطہ نظر کا استعمال کمیونٹی کو طبی نظام کے ساتھ شراکت کے کام میں راغب کرے گا اور طبی وسائل کے استعمال و صحت سے متعلق مسائل کے حل میں مددگار ثابت ہوگا، تاہم، حکومتیں، پریکٹیشنرز اور صحت نظام کو متفاوت کرنا ہوگا اور اس بات کو قبول کرنا ہوگا کہ کمیونٹی صحت ترقی کو ایک طویل مدت اور باقاعدہ سرمایہ کاری کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ طبی نظام کی تبدیلی کے عمل میں تعمیر نو عمل کا انتظام و انصرام ہوتا کہ ان کا نفی اثر عمل پر نہ پڑے۔ اگر اسے حاصل کر لیا جائے تو کمیونٹی صحت میں اضافہ اور بہتری ہو سکتی ہے۔

3.16 طبی ادائیگی کا نظام اور طبی خدمات کا طریقہ استعمال

(Healthcare Delivery Systems and Utilization Pattern of Healthcare Services)

اس حصے میں دیہی طبی خدمات کے نظریاتی اور تصوراتی نقطہ نظر کو بیان کیا گیا ہے۔ 1986 کے اوٹاوا کانفرنس میں

Health Services must be shared equally by all people irrespective of their socio-economic background and all communities must have access to the healthcare services (Rakesh Verma, 2015).

صحت کی تعریف یہ اپنائی گئی تھی کہ، "صحت تمام انسانوں کے لیے اپنی خواہشات کو پہچاننے اور محسوس کرنے کی ایک صلاحیت ہے، ان کی ضروریات کو مطمئن کرنے کی اور ان کے ماحول کو تبدیل کرنے یا قابو پانے کی، جس میں رہائش، تعلیم

تک عام رسائی، صحتی غذا، باقاعدہ آمدنی کے ساتھ مستحکم روزگار اور مناسب سماجی تحفظ شامل ہیں" (WHO, 1986)۔ صحت کی اس تعریف کا مطلب صرف روایتی طبی اصطلاحات نہیں ہے جیسے صحت واضح طور پر صرف بیماری کی غیر موجودگی نہیں ہے۔ صحت کا مطلب افراد یا گروپ کے بیماری سے آزادی اور خود کی طاقت کو محسوس کرنے کی صلاحیت ہے اس لیے صحت کو افراد کے صحت مند ہونے کے احساس لازمی بنیاد پر وضاحت کرنے کے لیے بہتر سمجھا

جاتا ہے۔ عوامی پالیسی مباحثہ میں آبادی کی صحت ایک بہت ہی خاص اہم مسئلہ ہے۔ ہر ایک سماج اکثر بڑے معاشرے کی تعیناتی کا تعین کرتے ہیں۔ ان میں بیمار صحت اور خوشحالی کی ثقافتی تفہیم شامل ہے سماجی اقتصادی تفاوت کی حد، صحت کی خدمات تک رسائی اور معیار و دیکھ بھال کی لاگت شامل ہے۔

صحت مرکز کا تصور سب سے پہلے 1920 کے دوران لارڈ ڈاسن نے انگلینڈ میں دیا تھا۔ 1928 کے دور میں حکومت میسور نے ملک میں پہلی صحت اکائی منڈیا میں قائم کی تھی۔ صحت مراکز کی تعمیر نظف گڈھ، سنگور، پونا میلی، ترووندرم، لکھنؤ اور دیگر علاقوں میں راکفیلر فاؤنڈیشن اور حکومت ہند کے تعاون سے 1931 سے 1939 کے درمیان طبی ادائیگی نظام کی تاریخ میں ایک اہم تاریخی اہمیت حاصل تھی (Mukherjee PK, 1987)۔ صحت مرکز کا تصور عمل میں آئے تقریباً ایک صدی ہونے کو کچھ سال باقی ہے۔ اگر ہم موجودہ طبی بنیادی ڈھانچے کی جانچ کرتے ہیں تو حالات بہت ہی خراب نظر آتے ہیں۔ بھارت میں بالخصوص اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں آبادی کے ضوابط کے مطابق طبی مراکز کی دستیابی نہیں ہے۔ ایک بھی ذیلی مراکز انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کے مطابق نہیں ہیں۔ جس کے اثرات اتر پردیش کے دیہی علاقوں کے افراد پر صاف نظر آتے ہیں۔ صوبائی حکومت کو چاہیے کہ وہ بھی صحت بجٹ کے لیے مناسب تقسیم کاری کرے تاکہ صحت اشریہ میں بہتری لائی جاسکے۔ جس کے نتائج میں بھارت کے صحت حالات میں بہتری ہو اور بھارت کے باشندے سماجی اور اقتصادی طور پر مستحکم ہو سکیں۔

3.17 بھارت میں صحت کے حالات (Status of Health in India)

حالانکہ یہ دیکھا جا رہا ہے کہ خام شرح اموات لگاتار کم ہو رہی ہے، پھر بھی خام شرح پیدائش مطلوبہ سطح تک نیچے نہیں آرہی ہے۔ اس کے علاوہ ترقی کی شرح میں معمولی کمی، آبادی میں لگاتار زیادہ شرح سے اضافہ ہو رہا ہے۔ تاہم، ملک کے تمام صوبوں میں پیدائش اور موت کی شرح میں گراوٹ آئی ہے، لیکن اتر پردیش اور بہار میں گراوٹ کی شرح ان صوبوں سے کم ہے۔ یہاں تک کہ ایک ہی صوبہ میں اضلاع کے درمیان کافی فرق دیکھنے کو ملتا ہے۔ جب ہم ملک کی شرح اموات کا جائزہ لیتے ہیں تو ہمیں پتہ چلتا ہے کہ شرح اموات بالخصوص خام اموات شرح، نوزائیدہ اموات شرح اور

کچھ سطح پر زچگی اموات شرح میں گراوٹ کارجان دیکھنے کو ملتا ہے۔ آزادی کے وقت سے نوزائیدہ اموات شرح 200 سے بھی زیادہ کم ہو کر 73 پر پہنچ گئی تھی۔ خام اموات شرح 27 سے کم ہو کر 9 پر آگئی ہے اور زچگی اموات شرح 4.5 پر پہنچ گئی ہے (M.C. Kapilashram 2000)۔ موجودہ صحت کی حالت میں نوزائیدہ اموات شرح 37 ہے، خام اموات شرح 6.5 ہے، اور زچگی اموات شرح 167 ہے (SRS Bulletin, 2016)۔ مواد کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ صحت اشاریہ میں کچھ سدھار ہو رہا ہے۔ پیدائش کے وقت متوقع عمر میں اضافہ ہوا ہے، موجودہ وقت میں یہ 67.46 سال مرد میں اور 72.61 سال خواتین کی درج کی گئی ہے (Census of India, 2011)۔

پرائمری ہیلتھ کیئر جس کا تصور المائا میں کیا گیا ایک مضبوط سماجی و سیاسی اثرات رکھتا ہے۔ یہ واضح طور پر ایک حکمت عملی کو بیان کرتا ہے کہ بنیادی صحت کی ضروریات کو مساوی، مناسب اور موثر انداز میں اور مزید خراب صحت کی سماجی، اقتصادی اور سیاسی وجوہات کو مخاطب کرتا ہے۔ عالمی رسائی اور پہنچ، ضرورت کی بنیاد پر، ساتھ میں مرض کی روک تھام اور صحت کے لیے فروغ، کمیونٹی شراکت، خود اعتمادی اور مختلف شعبوں کے تعاون پر زور دیتا ہے۔ یہ خراب صحت کے لیے غربت، سماجی اضطراب، عدم استحکام، ماحول اور بنیادی وسائل کی کمی کو ذمہ دار سمجھتا ہے۔

ملک کی صحت کی ترقی کے لیے، ملک کی اقتصادی ترقی اور اندرونی استحکام ایک اہم اور ضروری آلہ ہے (Planning Commission, 2008)۔ آبادی کے لیے بہتر صحت کو تسلیم کرنا ترقی کے عمل میں اہم جزو آلہ ہے۔ بہت سے ممالک ترقی کے لیے وبائیات کے علم کے بارے میں تجزیہ کرتے ہیں۔ جہاں ضروری بیماری کے مسائل اور اموات متعدد بیماری اور زچگی و بچوں کی اموات کے ذریعہ ہوتے ہیں۔ غیر متعدی بیماریوں میں کمی اور چوٹ کے مسائل بیماریوں کے خاص مسائل ہیں۔

بھارت کی آبادی ایک بلین سے بھی زیادہ لوگوں کی ہے، یہ اپنے شہریوں کی صحت اور غذائیت میں بہتری کے چیلنج سے جو جھ رہا ہے۔ حالانکہ فرٹیلائٹی، زچگی، شیر خوار اور بچوں کی اموات اور غذائیت کی قلت میں کافی کمی آئی ہے، تاہم کمی کی

رفتار دھیمی ہے اور ملک کے طے شدہ ہدف کو حاصل نہیں کیا جاسکا ہے۔ شہریت اور آبادی کے منتقل ہونے کے نتائج میں سماجی تفرقات، صوبوں میں اور ان کے درمیان طبی نظام میں تفرقات ہے۔ سن 2005 میں انڈیا نے قومی دیہی صحت مشن کو قائم کیا۔ دیہی طبی ادائیگی کے نظام کو مستحکم کرنے لیے یہ ایک غیر معمولی کوشش تھی، تاہم ترجیحی مداخلت ناکافی ہے اور موجودہ مداخلت کے نتائج مطمئن نہیں کرتے۔

زچگی اور شیر خوار کی اموات شرح بھارت کے خراب ضلعوں میں سب سہارا افریقہ سے بھی بدتر ہے۔ انڈیا 21 فیصد عالمی بیماری کے مسائل کو رکھتا ہے۔ جو دنیا کے متعدد بیماریوں کا سب سے زیادہ حصہ ہے۔ بھارت کے لیے قومی آمدنی کا متوقع مجموعی نقصان غیر متعددی بیماریوں کی وجہ سے اموات سے 2006-2015 امیریکن ڈالر 237 بلین تھا (Taylor DY, 2010)۔ انڈیا، ایچ آئی وی متاثر لوگوں کی اعلیٰ شرح میں تیسرے نمبر پر ہے۔ ڈائریا کی بیماری بچوں کی اموات کی ابتدائی وجوہات بنتی ہیں۔ بھارت میں ان بیماریوں کی اہم وجوہات خراب صفائی اور نامناسب پینے کے پانی ہیں۔ خراب صفائی اور بنیادی رسائی کی کمی کی وجہ سے ملک میں صحت کے مسائل پیدا ہو رہے ہیں۔ 122 ملین سے زیادہ گھروں میں بیت الخلاء نہیں ہیں۔ اور 33 فیصد بیت الخلاء کی رسائی میں کمی موجود ہے۔ 50 فیصد سے زائد آبادی 368 ملین کھلے میں رفع حاجت کرتے ہیں۔ بھارت 5 سال سے بڑے بچوں کی اموات کو کم کرنے میں کامیاب ہوا ہے۔ 2001 میں 2.5 ملین اموات تھی جو کم ہو کر 2012، میں 1.5 ملین تھی۔ (Bhan M 2013)۔ ڈائریا بیماری کے بارے میں معلومات، بھارت میں اس کی وجوہات اور روک تھام و کنٹرول کی حکمت عملی موجودہ ترقی کی روشنی میں کمیونٹی کے اندر بہتر منصوبہ بندی اور صحت کی تنظیموں کے تجزیہ کی ضرورت ہے۔ اگر حکومت صحت بجٹ میں اضافہ کر کے بنیادی ڈھانچے کو مستحکم بنائے اور صحتی عملہ کی تربیت کر کے صلاحیت سازی کی جائے اور کمیونٹی افراد کو صحت منصوبہ بندی میں ذمے داری سونپی جائے تو صحت پر وگرام کامیاب ہونے کے زیادہ مواقع ہیں۔ جس کے نتائج میں باشندوں کے صحت حالات بہتر ہونے سے اقتصادی ترقی ہوگی جو ملک کی اقتصادی حالت کو مستحکم کریں گے۔

الما انا کے سب کے لیے صحت کے مقاصد کے حصول کے لیے پرائمری ہیلتھ کیئر میں ترقی اور اضافہ کے لیے کمیونٹی شراکت کو یقینی بنانا بہت ہی اہم ہے، کیونکہ اس کی مدد سے صحت عوامل بہتر ہوں گے جو صحت کی حالت پر اثر ڈالتے ہیں۔ شراکت کے ذریعہ لوگوں میں بیداری آئے گی، صحت پر وگرام کامیاب ہونے کے زیادہ مواقع ہوں گے۔ صحت عوامل کے بارے میں بہتر جانکاری کے سبب کمیونٹی افراد اس میں بہتری کر سکیں گے۔

3.18 صحت کے عوامل (Determinants of Health)

کمیونٹی اور افراد کی صحت کو بہت سے عوامل ایک ساتھ مل کر متاثر کرتے ہیں۔ اگر ایک فرد صحت مند ہے یا نہیں یہ اس کے ماحول اور حالات تعین کرتے ہیں۔ سماجی اور اقتصادی ماحول، طبعی ماحول، لوگوں کی انفرادی خصوصیات اور برتاؤ، طبی خدمات کی رسائی اور طریقہ استعمال صحت پر ایک اہم اثر رکھتے ہیں۔ اس تحقیق کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ آمدنی اور سماجی حیثیت کمزور طبقات کی صحت کے حالات پر اثر رکھتے ہیں۔ انٹرویو کے مشاہدہ سے اس بات کا انکشاف ہوا کہ یہ لوگ کم آمدنی کی وجہ سے بہتر علاج حاصل نہیں کر پاتے اور خراب صحت کی وجہ خراب غذا بھی ہے۔ امیر اور غریب آدمی کے درمیان جتنی خلاء ہے اتنا ہی فرق ان کی صحت کی حالت میں بھی ہے۔ اس کے علاوہ کم سطح کی تعلیم بھی خراب صحت کی وجوہات بنتی ہے، زیادہ تناؤ اور خود اعتمادی میں کمی احساس کمتری کی وجوہات بنتی ہے۔ تحقیق سے یہ بھی پتہ چلتا ہے کہ اگر اہل خانہ، دوست و احباب اور کمیونٹی کے لوگ بیماری کے دوران حوصلہ افزائی کریں تو ان کی صحت بہتر ہو سکتی ہے۔ اس کے علاوہ اہل خانہ اور کمیونٹی افراد کے عقائد، ریتی و رواج صحت کے حالات کو متاثر کرتے ہیں۔

FGD سے اس بات کا انکشاف ہوا ہے کہ صاف پانی اور ہوا، کام کرنے کی مناسب جگہ، صاف ستھرا گھر، کمیونٹی اور سڑکیں تمام اچھی صحت میں مددگار ثابت ہوتے ہیں۔ کمیونٹی کے لوگ جو اچھے روزگار اور کام کاج سے منسلک ہیں زیادہ صحت مند ہیں ان لوگوں کے مقابلے میں جن کا کام اچھا نہیں یا جو نقصان دہ پیشہ سے جڑے ہوئے ہیں۔ گیر میٹر ممبئی میں میونسپل اسپتال کے ایک مطالعہ سے دریافت ہوتا ہے کہ صفائی کارکن کے کام کی نوعیت ان کی صحت کو متاثر کرتی ہے (Pradeep et al 2017)۔ طبی خدمات کی دستیابی، رسائی اور طریقہ استعمال جو بیماریوں کی روک تھام اور

علاج کرتا ہے، اس کا بھی صحت پر اثر پڑتا ہے۔ کنچن، نرملا اور افسانہ نے انٹرویو کے دوران بتایا کہ گھر کے ارد گرد صفائی ستھرائی نہیں رہتی، لوگ گائے، بھینس، بکری اور مرغی وغیرہ پالتے ہیں لیکن صفائی نہیں رکھتے جس کی وجہ سے بچے بیمار پڑتے ہیں۔ بزرگ لوگ کو بھی آنے جانے میں دقت کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

صحت کے عوامل جو کمیونٹی افراد کی صحت کے حالات کا تعین کرتے ہیں، جس کے سبب کمیونٹی کے طریقہ استعمال کا بھی تعین ہوتا ہے۔ طبی خدمات کا طریقہ استعمال، طبی خدمات کی رسائی اور اس کی دستیابی، صحتی عملہ کی دستیابی اور بنیادی ڈھانچے کی دستیابی پر منحصر ہوتی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ بھارت میں بنیادی ڈھانچے کی عدم دستیابی ہے۔ اس لیے بنیادی ڈھانچے میں اضافہ اور اس کو مستحکم کرنے کے لیے بجٹ میں اضافہ کے ذریعہ دیہی علاقوں کے باشندوں کے صحت اشاریہ میں بہتری لائی جاسکتی ہے۔

3.19 بھارت میں طبی بنیادی ڈھانچہ (Healthcare infrastructure in India)

بنیادی ڈھانچہ میں شامل ہیں اسپتال کی عمارتیں، وسیع پیمانے پر خراب ہونے والے اور متبادل عوامل تکنیک کے انتخاب سے شروع ہوتے ہیں۔ پھر کمپنی کا انتخاب، برانڈ، ڈیزائن، لاگت، بناوٹ رکھ رکھاؤ، نقل و حمل وغیرہ پر ختم ہوتے ہیں۔ اسپتال، کلینک، نرسنگ ہوم، تعلیمی ادارے، لیباریٹریز وغیرہ بنیادی ڈھانچہ ہیں اور ڈاکٹر، نرس اور دیگر مددگار عملہ انسانی انفراسٹرکچر ہیں۔ طبی رسائی نظام ٹھیک طرح سے سمجھی کام کر سکتے ہیں جب طبی مراکز پر مناسب تعداد میں ڈاکٹروں، نرسوں اور دیگر مددگار عملہ کی دستیابی ہو۔ بھارت کی موجودہ صحت پالیسی میں آزادی کے وقت ملک کی ترقی سے متعلق سرگرمیوں اور بھورے کمیٹی کی رپورٹ کے تصور اور سوچ کی جھلک ملتی ہے (Bhore et al, 1948)۔

کامیاب طبی رسائی خدمات کے لیے وسیع پیمانے پر ان عناصر جیسے مینٹنگ کے لیے معیاری کمرے، رسائی، نقطہ نظر، ماحول، آلات، جوابدہی، برتاؤ اور لچک کی ضرورت پڑتی ہے۔ خصوصی اور حسب ضرورت مقاصد کو دھیان میں رکھ کر

پالیسی تیار کی جائے تو یہ بھی نظام کے لیے موثر ہوگی۔ جیسا کہ ہم جانتے ہیں کہ گھر سے طبی مراکز کی دوری گاؤں کے لوگوں کے لیے طبی رسائی میں حائل رکاوٹ ہے۔ پرائمری ہیلتھ سنٹر کو تمام اسٹاف کے ساتھ منظم طریقے سے دستیاب ہونی چاہئے۔ ذیلی مراکز کے لیے ایک مرد اور خاتون ہیلتھ کثیر مقصد کارکن ضوابط کے مطابق ہونے چاہیے اور قبائلی علاقہ میں ایک خاتون کارکن 6 ذیلی مراکز کے لیے ضوابط کے مطابق ہونی چاہیے۔ لیکن ان حکمت عملیوں کا نفاذ صحیح طریقے سے نہیں ہو پارہا ہے، اس کے لیے عزم اور جواہد ہی کی ضرورت ہے۔ بھارت کے مقابلے اتر پردیش کے صحت اشاریہ اوسط سے بھی خراب ہیں، جس کی وجہ مناسب بنیادی ڈھانچے میں کمی کا ہونا خصوصی طور پر شامل ہے۔

3.20 اتر پردیش میں صحت کے حالات (Status of Health in Uttar Pradesh)

اتر پردیش بھارت کے سب سے گنجان آبادی والے صوبوں میں سے ایک ہے۔ جس کی سماجی اور اقتصادی حالت اچھی نہ ہونے کی وجہ سے صحت سے متعلق مسائل غریبوں اور محروموں اور پسماندہ کے لیے چیلنج ہیں۔ اتر پردیش کے اصل چیلنج کو سمجھنے کے لیے مائیکرو سطح کے سماجیاتی مطالعہ کی فوری ضرورت ہے۔ اس تحقیق میں صحت اور اس سے متعلق مسائل اور چیلنج کا اتر پردیش کے پچھڑے اضلاع کے منتخب گاؤں کا تجزیہ کیا گیا ہے۔

حکومت اتر پردیش اعلیٰ معیار، مناسب، دستیاب اور قابل علاج طبی خدمات آبادی کو فراہم کرانے کے لیے پر عزم ہے۔ لیکن صوبہ کی کارکردگی مختلف صحت پیرامیٹرز پر حوصلہ افزا نہیں ہے۔ حکومت طبی نظام کی بہتری، اس کے اضافہ اور اسے مستحکم بنانے میں کوشاں ہے، لیکن مالیاتی اور مادی وسائل کی کمی ہے، صحتی عملہ کے مسائل اور صحت پالیسی کے کثرت پسند ماحول میں طبی نظام کا خاص مسئلہ ہے۔ انسانی وسائل کی ترقی اور صلاحیت سازی طبی نظام کے اضافہ اور اس کو مستحکم بنانے میں اہم رول ادا کرتی ہے۔

فوکس گروپ ڈسکشن سے یہ انکشاف ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد میں صحت سے متعلق مسائل کے تئیں عدم بیداری ہے۔ بالخصوص دیہی علاقوں کے غریب، محرومیت کا شکار طبقات، خواتین، بچوں، بوڑھوں اور معزورین کے درمیان صحت پروگرام کے بارے میں معلومات نہیں ہے۔ اس لیے پکنج، ممتا، سمن، رضوان اور منور نے بتایا کہ متعلقہ عملہ کو صحت فروغ کے پروگرام اور اسکیم کو حذف آبادی میں بیداری میں اضافہ کی یقین دہانی کرنی ہوگی تاکہ زیادہ افراد اس سے استفادہ حاصل کریں۔ صحت ترسیل اس کے لیے بہترین ذریعہ ہے۔ عملی کام کے دوران تجزیہ سے دریافت ہوا کہ اگر صحت ترسیل کو مستحکم بنایا جائے تو زیادہ افراد کے بیداری میں اضافہ ہوگا، جس سے انھیں صحت پروگراموں کے تئیں بیداری کا جذبہ پیدا ہوگا اور ان کے صحت برتاؤ میں تبدیلی آئے گی۔ جس کے نتائج میں اترپردیش کے دیہی علاقوں کے صحت حالات میں بہتری آئے گی۔

اترپردیش میں طبی خدمات کے چیلنج محرومیت آبادی، بچوں، نوجوانوں، خواتین، بزرگ اور معزورین کے لیے عام آبادی سے مختلف ہیں۔ ان لوگوں کے لیے طبی خدمات میں مختلف خاص نقطہ نظر کی ضرورت ہے۔ کمیونٹی شراکت اور باختیار ی کو پوری طرح سے یقینی بنایا جائے۔ معلومات اور برتاؤ میں تبدیلی کی خلاء کو پر کرنے کے لیے صحتی تعلیم اور صحتی ترسیل وسیع پیمانے اور حکمتانہ طریقہ سے اپنائی جائے تو اترپردیش میں صحت کے حالات کو بہتر کیا جاسکتا ہے

3.21 اترپردیش میں صحت کے حالات بھارت کے تناظر میں

(Health condition in UP compared to India)

سمپل رجسٹریشن سروے کے مطابق اترپردیش میں کل شرح پیدائش (TFR) 3.3، نوزائیدہ بچوں کی شرح اموات (IMR) 50 اور زچگی کے دوران شرح اموات (MMR) 392 ہے، جب کہ انڈیا کی سطح پر شرح 178 ہے (SRS 2014)۔ جبکہ سمپل رجسٹریشن سروے 2007-2009 کے مطابق کل شرح پیدائش (TFR) 3.5 فیصد، نوزائیدہ بچوں کی اموات (IMR) 61 فیصد اور زچگی کے دوران شرح اموات

(MMR) 359 تھی (SRS 2007-2009) جو کہ قومی اوسط سے زیادہ تھی۔ صوبہ کا جنسی تناسب 908 تھا جبکہ ملک میں جنسی تناسب 940 تھا۔

پچھلے کچھ سالوں میں اترپردیش نے متعدد صحتی ترقی پیرامیٹرس میں ترقی کی ہے۔ جیسے بچوں کی شرح اموات میں کمی آئی ہے۔ زچگی کے دوران شرح اموات اور روک تھام کی بیماریوں کے واقع میں کمی آئی ہے۔ تاہم دیگر صوبوں اور ترقی پذیر ممالک کے موازنہ میں اترپردیش میں بہتری کے لیے ابھی بہت کام کیا جانا باقی ہے۔ مثل کے طور پر پچھلے دہائی میں بنگلہ دیش اور نیپال میں بچوں کی شرح اموات میں کمی پائی جاتی ہے، اور اترپردیش میں قومی سطح کے اوسط سے کم کا کر دگی ریکارڈ کی گئی۔ موجودہ سبھی حجابات اور امکانات کے مقاصد کو حاصل کرنا مشکل ہو گیا تھا۔

علاوہ ازیں بھارت MDG کے مقاصد کو حاصل کرنے میں اپنی اشتراکیت درج کرائی تھی۔ 2030 تک SDG عالم کے تمام ممالک کی ترقی کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے پیش کیا گیا ہے۔ MDG میں طبی خدمات کی اہمیت اس بات سے پتہ چلتی ہے کہ سبھی کو طبی خدمات مہیا کرانا مرکزی اور صوبائی حکومت کی ذمہ داری ہے۔ بد قسمتی سے انڈیا عالمی طبی رسائی فراہم کرانے سے بہت دور ہے۔ صحتی اشاریہ میں بہتری دھیمی رفتار سے ہو رہی ہے۔ اس لیے انڈیا عالمی پیمانے پر ساتھ ہی زیادہ تر ترقی پذیر ممالک اور کچھ ترقی یافتہ ممالک سے صحتی اشاریہ کے تعلق سے بہت ہی پیچھے ہو گیا ہے۔ علاوہ ازیں، بھارت کے صوبوں میں صحتی نتائج حاصل کرنے کے تعلق سے بڑے پیمانے پر تفریقات ہے۔

اترپردیش صوبہ میں اور علاقوں اور آمدنی گروپ میں صحتی مسائل کے تعلق سے اہم تفریق دیکھنے کو ملتی ہے۔ امیر اور غریب دونوں طبقات بہت ہی زیادہ صحت سے تعلق تفریق کا سامنا کرتے ہیں۔ تاہم غریب اور خواتین زیادہ نقصان کا سامنا کرتے ہیں۔ نوزائیدہ بچوں کی شرح اموات کے مواقع غریبوں میں ڈھائی گنا زیادہ پائے جا رہے ہیں۔ ایک ہی وقت میں عوامی وسائل کا بہت ہی کم حصہ اوپری سطح کے 20 فیصد خرچ کے مقابلے میں نچلی سطح سے 20 فیصد کی آبادی پر خرچ ہوتے ہیں۔

اترپردیش میں طبی خدمات کی ادائیگی میں پبلک سیکٹر کا رول بہت ہی اہم ہے۔ پچھلے کچھ دہائیوں سے حکومت کی کوششیں اموات کی کمی کو بالخصوص حفاظتی مہم کے ذریعہ اور خصوصی چیلنج جیسے ٹی بی وغیرہ پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے دریافت کر رہی ہیں ہے۔ اس مہم کے لیے ایسے کچھ اختیار دینا جس سے صوبے کے انسانی اور مالی وسائل کا اچھی طرح سے استعمال ہو سکے۔ واضح طور پر علاج کی دیکھ بھال اگلی سطح پر اس کو ترجیح نہیں دی جاتی جس کی یہ مستحق ہے۔ تاہم صوبہ میں پرائیویٹ سیکٹر کے طبی خدمات فراہم کرنے والوں کی ایک بڑی تعداد موجود ہے۔

اترپردیش میں طبی خدمات کی رسائی، معیار اور طلب کے جامع چیلنج کو یکجا کیا جاسکتا ہے۔ بڑے پیمانے پر عوامی شعبہ کے پاس مناسب رسائی نہیں ہے، اس کے علاوہ پرائمری ہیلتھ سینٹر اور ذیلی مراکز میں معیار کی کمی ہے۔ نجی شعبہ بڑے پیمانے پر رسائی رکھتا ہے، مگر اس شعبہ کی اکثریت معیار کو برقرار رکھنے میں ناکام رہی ہے، جس کی وجہ سے لوگوں کی صحت کے لیے خطرہ پیدا ہو گیا ہے۔ اترپردیش میں صحت حکمت عملی کے لیے دوبارہ غور و خوض کرنے کی ضرورت محسوس ہوتی ہے۔ جہاں موجود ساخت کے افعال میں اضافہ پر توجہ دی جانی چاہئے۔ پبلک پرائیویٹ پارٹنرشپ کے ذریعہ مطابقت ضروری ہے تاکہ غریب اور غیر محرومیت کا شکار طبقہ تک پہنچا جاسکے اور اس کے علاوہ جدید مداخلت کے ذریعہ حل ڈھونڈنا تاکہ اترپردیش میں صحت کے چیلنج کا سامنا کیا جاسکے۔

3.22 اترپردیش میں صحت بنیادی ڈھانچہ اور خدمات کی حالت

(Status of Health Infrastructure and services in state of Uttar Pradesh)

اترپردیش میں آبادی کے لیے دستیاب صحتی بنیادی ڈھانچہ اسپتال بستر جس کا تناسب 2003 لوگوں پر ایک بستر ہے اور 3660 لوگوں پر ایک ڈاکٹر تھا۔ ایک سال میں صوبہ کے ذریعہ روپے 18.46 فی کس خرچ تھا۔ حالانکہ حکومت کے صحتی بنیادی ڈھانچہ کی موجودگی کافی وسیع ہے۔ تاہم، یہ معیار اور اعداد نہیں بلکہ آبادی کی خدمات فراہم کرنے اور دوری کے ضوابط کے مطابق نامناسب ہیں۔ کمیونٹی میں صحت سے متعلق رویہ عام طور پر خراب ہے۔ تقریباً 80 فیصد زچگی گھروں میں ہی ہوتی ہے اور مامون نظام کی سطح بھی نچلی سطح پر پائی جاتی ہے۔

اثر پردیش میں تقریباً آبادی کا 40 فیصد غریبی لائن سے نیچے زندگی گزار رہے ہیں (UPSACS, 2012)۔ آبادی کی اکثریت کے پاس وسائل کی کمی ہے جس کی وجہ سے وہ پرائیویٹ سیکٹر کی بنیادی معیاری خدمات حاصل نہیں کر سکتے، جبکہ پبلک سیکٹر میں ان وسائل کی کمی ہے۔ اس لیے ایک کثیر تعداد نا اہل صحت پر یکشر جیسے نیم حکیم، جھولا چھاپ ڈاکٹر اور جھاڑ پھونک کرنے والوں کی موجود ہے جو ان حالات کا فائدہ اٹھانے کے لیے موجود ہے۔ کیشن نے بتایا کہ وہ موچی کا کام کرتے ہیں ان کی معاشی حالت اچھی نہیں ہے، اگر گھر میں کوئی افراد بیمار پڑ جاتا ہے تو وہ کسی اوجھاکے پاس جھاڑ پھونک کرانے چلے جاتے ہیں۔ انٹرویو کے دوران سنیل نے کہا اگر انھیں سردرد، بدن درد یا کوبخار ہوتا ہے تو وہ کئی دنوں تک کوئی علاج نہیں کرتے، یا کوئی گھریلو نسخہ آزما تے ہیں۔ طبی مراکز جانے کا مطلب اس دن کی مزدوری چلی گئی، جس سے ہمارے گھر کا خرچ چلتا ہے۔

اثر پردیش میں بنیادی ڈھانچہ کے تحت 71 ضلع اسپتال 515 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر، 3690 پرائمری ہیلتھ سنٹر اور 20521 ذیلی مراکز شامل ہیں (Rural Health Statistics, 2014-15)۔ اثر پردیش کے طبی خدمات میں قومی دیہی صحت مشن کے قیام کے بعد 582 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر، 700 پرائمری ہیلتھ سنٹر اور 5823 ذیلی مراکز میں اضافہ ہوا ہے۔ اس طرح 71 ضلع اسپتال میں صرف 156 اسپتال فرسٹ ریفرل یونٹ کے طور پر کام کر رہے ہیں (Planning Commission, 2011)۔ کمیونٹی ہیلتھ سینٹر میں IPHS سہولیت سروے نے 100 کمیونٹی ہیلتھ سینٹر کے تعمیر نو کی سفارش کی ہے۔ جس میں 100 کمیونٹی ہیلتھ سینٹر میں تعمیر نو کا کام جاری ہے۔ تاہم ابتدا میں قومی دیہی صحت مشن کے تحت صرف 12 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر 24x7 پر مبنی کام کر رہے تھے، جس میں اضافہ ہو کر ان کی تعداد 262 ہو گئی ہے۔ IPHS ضوابط کے مطابق اثر پردیش میں بنیادی ڈھانچہ کی کافی کمی ہے۔

قومی دیہی صحت مشن کے تحت بنیادی ڈھانچہ کو مستحکم اور مضبوط بنانے کے لیے 13 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کی مزید ضرورت ہے۔ 24x7 پرائمری ہیلتھ سنٹر میں مارچ 2008 میں 312 سے 648 میں اضافہ بنیادی ڈھانچہ اور

انسانی وسائل میں بہتری دیکھنے کو ملتی ہے۔ اسی طرح 24x7 کیونٹی ہیلتھ سنٹر میں 23 سے 62 کیونٹی ہیلتھ سنٹر ایک ہی مدت پائے گئے۔ فرسٹ ریفرل یونٹ میں بھی اسی طرح اضافہ ہوا ہے۔ مارچ 2005 میں 42 سے 31 مارچ 2008 تک اس کی تعداد 121 تک پہنچ گئی تھی۔ اس سے اترپردیش میں طبی سہولیات کی بہتری کی جھلک دیکھنے کو ملتی ہے۔

اترپردیش میں طبی انسانی وسائل، اسپیشلسٹ، ماہر نسانی، اسٹاف نرس اور دیگر فہرست میں کمی طبی خدمات کی رسائی کو سنجیدہ طور پر متاثر کرتی ہے۔ قومی دیہی صحت مشن کے تحت معاہدہ بھرتی زیادہ تعداد میں اسپیشلسٹ، ڈاکٹر اور اسٹاف نرس کے تعلق سے بہتری ہوئی ہے۔ مگر پھر بھی کیونٹی ہیلتھ سنٹر، پرائمری ہیلتھ سنٹر، اور ذیلی مراکز میں طبی اور پیرا میڈیکل اسٹاف کی کمی معیاری دیکھ بھال کی فراہمی کو روکتا ہے۔ کیونٹی ہیلتھ سنٹر کے ضوابط کے مطابق مجموعی بھرتی 2060 ان میں سے اسپیشلسٹ کے برعکس صرف 1460 منظور ہوئی تھی اور ان میں سے صرف 618 کام کر رہے ہیں۔ تاہم، قومی دیہی صحت مشن کے تحت 189 اسپیشلسٹ کو معاہدہ کی بنیاد پر شامل کیا گیا ہے۔ اسی طرح کیونٹی ہیلتھ سنٹر میں 2250 اسٹاف نرس کو شامل کیا گیا ہے۔ جو کہ اس سطح پر قومی دیہی صحت مشن کے ابتدا میں ان کی تعداد 615 تھی۔

اترپردیش میں کیس کا بوجھ، OPDs کی حاضری، بیڈ اور ادارہ جاتی زچگی کی خصوصیات کے تحت اضافہ ہوا ہے۔ ادارہ جاتی زچگی میں 2005-06 میں 19.5 لاکھ سے 2007-08 میں 23.25 لاکھ اضافہ کے رجحانات دیکھنے کو ملتے ہیں۔ تاہم، JSY سے استفادہ حاصل کر چکے لوگوں کے تناسب میں بہت زیادہ اضافہ ہوا ہے۔ جس میں 2005-06 میں 0.12 لاکھ سے بڑھ کر 2008-09 میں 15.64 لاکھ، 2005-09 کے درمیان JSY اسکیم کے تحت ادارہ جاتی زچگی سے استفادہ خواتین کے تناسب میں ایک ترقیاتی اضافہ دیکھنے کو ملتا ہے۔ ضلع اسپتال اور تحقیقی سطح کے اسپتال میں ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور کیونٹی ہیلتھ سنٹر سے ریفرل کیس کی وجہ سے زیادہ کیس کا بوجھ ہے۔ جو صرف انسانی وسائل اور بنیادی سہولیات کی کمی کی وجہ سے صرف نچلے سطح کے ہی اداروں میں ہے۔

NDPCP کا افعال الگ سے کام کر رہا تھا اور اس کے یکجا کرنے کی ضرورت محسوس ہو رہی تھی اور بیماریوں کے قابو کے لیے اسپیشل پروگرام جیسے ملیریا، ٹی بی، کوڑھ اور دیگر عام بیماریاں جیسے فیلیریا، ڈینگو، کالا بخار، اندھاپن، پولیو اور ایوڈین کی کمی کے پروگرام چلائے جا رہے ہیں، تاہم، 09-2008 کے دوران ملیریا 98522، کوڑھ 16206، اور ٹی بی 64104 درج کیا گیا تھا۔ دیگر بیماریوں میں دماغ کی سوزش کے واقعات 3012، ڈینگو 51، کالا بخار 25 درج کیا گیا تھا۔ تاہم ملیریا، کالا بخار، اور ڈینگو سے اموات صفر درج کی گئی تھی۔ صوبہ میں ریفرل اور ایمر جنسی ٹرانسپورٹ نظام کو مستحکم بنانے کی ضرورت ہے۔ اتر پردیش میں ایبوی لینس اور موبائل صحت یونٹ کی کمی طبی خدمات کی رسائی میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے۔ سبھی سطح کی سہولیات میں اسٹاف نرس کی کمی معیاری خدمات فراہم کرنے میں اثر رکھتی ہے۔ وہ خواتین بچے کو جنم دیتی ہے۔ 48 گھنٹے سے زیادہ نہیں ٹھہرتی، جسکی وجہ بنیادی سہولیات کی کمی ہے جیسے صفائی، بجلی، صاف پانی، وغیرہ۔ زیادہ تر سہولیات میں bio waste کا انتظام و انصرام بھی بہت خراب ہے۔ زیادہ تر ضلع اسپتالوں اور کمیونٹی ہیلتھ سینٹروں میں یہ خدمات بیرونی ذرائع سے ٹھیکے سے حاصل کی جاتی ہیں دیگر نچلے سطح کی سہولیات میں جیسے پرائمری ہیلتھ سنٹر اور کمیونٹی ہیلتھ سنٹر میں Kits کا ٹھیک طرح سے رکھ رکھاؤ نہیں کیا جاتا۔

اتر پردیش کے 107452 گاؤں میں لگ بھگ 134434 آشا کام کر رہی ہیں۔ زیادہ تر آشانے تربیت حاصل کی ہے۔ تاہم، ان کی باقاعدہ تربیت کو مستحکم کرنے کی ضرورت ہے۔ وہ کمیونٹی میں زیادہ دکھائی پڑتی ہیں، راغب ہیں، اور بااثر ہیں۔ وہ کمیونٹی میں طبی خدمات کی دستیابی کی بیداری میں اہم رول ادا کرتی ہیں۔ ان کے معاوضہ کی ادائیگی ہمیشہ دیر سے ہوتی ہے۔ فوکس گروپ ڈسکشن میں آشانے بتایا کہ وہ اپنی کمیونٹی کے لیے کام کرنا چاہتی ہیں اور کرتی بھی ہیں۔ لیکن ہمیں معاوضہ وقت پر نہیں ملتا جس سے ہمارے گھروں میں پریشانی ہوتی ہے، اور ہمارا معاوضہ بھی بہت ہی کم ہے، ہم معاہدہ کے طور پر کام کرتے ہیں۔ ہماری تقرری عارضی ہے، جس کے بارے میں ہم فکر مند رہتے ہیں۔ آشا کی باقاعدہ تربیت کی ضرورت ہے تاکہ ان کی صلاحیت سازی ہو سکے، اور اچھی کارکردگی کے نتائج میں آشا کو ترقی کی بھی ضرورت ہے۔ آشا، آنگن واڈی اور کراور اے این ایم کے درمیان ہم رشتگی کو مستحکم بنانے کی ضرورت ہے۔ صوبہ میں آشا کی عام

مانگ اے این ایم کی طرح بنیادی تنخواہ کی سہولیات ہے۔ جو آشنا حاملہ خواتین کے ساتھ کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع اسپتال پر آتی ہیں ان کے لیے انتظار کا کمرہ اور ٹھہرنے کے لیے کمرہ کا انتظام ہونا چاہئے۔ معاوضہ کی رقم میں اضافہ ہونا چاہئے۔ آشا کے kits کو عام طور باقاعدگی کے ساتھ بدلتے رہنا چاہئے۔

آشا طبی مراکز اور کمیونٹی کے درمیان ابتدائی رابطہ کے طور پر کام کرتی ہیں۔ آشا کی کارکردگی پر کمیونٹی بالخصوص خواتین کے صحت کے حالات منحصر ہوتے ہیں کیونکہ وہ خواتین میں زچگی کے تئیں بیداری میں اضافہ اور خدمات فراہم کراتی ہیں۔ دیہی علاقوں سے بیماریوں کا خاتمہ کرنا ایک اہم چیلنج ہے۔ جس کے خاتمہ کے لیے حکومت کو متحرک حکمت عملی اپنانی ہوگی۔

3.23 بھارت میں طبی اداہنگی نظام (Healthcare Delivery System in India)

بھارت میں طبی نظام کی ساخت تین سطح پر منحصر ہے۔ جیسے ابتدائی، ثانوی اور ثلاثی متعدد خصوصی طبی نظام کی اداہنگی کی موجودگی اس کی خصوصیات ہیں جیسے عوامی صحت مراکز، غیر سرکاری تنظیمیں، کارپوریٹ اسپتال اور چھوٹے پرائیویٹ کلینک اس کی خصوصیات ہیں۔ عالمی صحت رپورٹ 2000 صحت نظام کے تین مقاصد کو بیان کرتی ہے۔ آبادی کی صحت میں بہتری کرنا، لوگوں کی امیدوں پر جوابدہ ہونا، اور خراب صحت کے لیے مالیاتی تحفظ فراہم کرنا (WHO, 2000)۔ اس کے علاوہ آبادی میں دئے گئے مقاصد اور تقسیم کاری کے تحت اوسط سطح کی کامیابی کی جانچ کے لیے کوشش کرنا۔ اس کے علاوہ مساوات میں دلچسپی کا بڑھانا، کارکردگی کے لیے ضروری اور اہم عناصر کو بنانا بھی شامل ہیں (Gwatkin, 2001)۔

کسی بھی طبی نظام کا مقصد کمیونٹی کے لیے مناسب سطح کی طبی خدمات کا حصول مناسب معیار اور اعداد کی خدمات کی رسائی کے ذریعہ سے ہی ممکن ہے۔ طبی خدمات کے تئیں بیداری میں بہتری اور اضافہ کرنا، طبی خدمات کی رسائی اور

دستیابی، صحت مسائل کے انتظام اور انصرام کے لیے تکنیکی ترقی، کمیونٹی کے لوگوں کی بڑھتی امیدیں اور طبی خدمات کی بڑھتی ہوئی لاگت طبی نظام کے لیے چیلنج ہیں، جن پر قابو پانے کی ضرورت ہے۔

دیہی طبی خدمات کی ساخت کے لیے چیلنج یہ ہے کہ صوبے کی ذمہ داری ہے کہ یہ خدمات فراہم کرائے اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی تربیت کی جائے جس سے کہ وہ قابل علاج و روک تھام سے متعلق ذمہ داریوں کو بخوبی نبھاسکیں۔ طبی خدمات کے صارفین کی بڑھتی ہوئی امیدوں کا مطلب خدمات کو سلیقہ سے ترتیب دینا چاہیے اور اس کی رسائی کی اہمیت پر توجہ مرکوز کرنی چاہئے۔

پرائمری ہیلتھ کیئر (Primary Health Care)

پرائمری ہیلتھ کیئر افراد و خاندان اور طبی نظام کے درمیان پہلے سطح کا رابطہ مرکز ہے، جو بھارت کے صوبوں کے ذریعہ طبی خدمات کی رسائی اور ادائیگی میں ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ پرائمری ہیلتھ کیئر ایک مستحکم حکمت عملی ہے جو طبی خدمات کی رسائی میں ایک اہمیت رکھتی ہے۔ یہ بھارت میں حکومتی تعاون کے ذریعہ عوامی صحت نظام ہے اور طبی نظام کی یہ ابتدائی اکائی ہے۔

سیکنڈری ہیلتھ کیئر (Secondary Health Care)

سیکنڈری ہیلتھ کیئر طبی نظام میں دوسرے درجہ کو بیان کرتی ہے۔ جس میں پرائمری ہیلتھ کیئر سے مریض کو اونچے اسپتال کے ماہرین کے پاس علاج کے لیے بھیجا جاتا ہے۔ بھارت میں سیکنڈری ہیلتھ کیئر کے لیے صحت مراکز ضلع اسپتال اور کمیونٹی ہیلتھ سینٹر بلاک سطح پر ہوتے ہیں۔ مخصوص ایمبولنس طبی خدمات اور اسپتال کی دیکھ بھال اس میں شامل ہیں۔

ثلاثی ہیلتھ کیئر (Tertiary Health Care)

طبی نظام کے تیسرے سطح میں ثلاثی ہیلتھ کیئر شامل ہے، جس میں عام طور پر پرائمری اور سیکنڈری طبی خدمات کے ریفرل کے طور پر خصوصی صلاح فراہم کرائی جاتی ہے۔ خصوصی ICU اور ایڈوانس علاج میں مدد کے لیے خدمات اور خصوصی طبی عملہ کی خدمات ٹریٹری ہیلتھ کیئر کی اہم خصوصیات ہیں۔ بھارت میں عوامی طبی نظام کے تحت، ٹریٹری ہیلتھ کیئر خدمات میڈیکل کالج اور ایڈوانس طبی تحقیقی اداروں کے ذریعہ فراہم کرائی جاتی ہے۔

بھارت اور تمام صوبوں میں طبی نظام کے ذریعہ سے طبی خدمات فراہم کرائی جاتی ہے۔ اگر طبی نظام کو مستحکم بنایا جائے تو سبھی تک طبی خدمات مہیا کرائی جاسکتی ہے۔

3.24 بھارت میں طبی خدمات (Health care Services in India)

بھارت کے دیہی علاقوں میں ابتدائی طبی خدمات کی ادائیگی تین قسم کے طبی اداروں ذیلی مراکز (SCs) - 3,000، 5,000 کی آبادی پر، پرائمری ہیلتھ سینٹر (PHCs) 20,000-30,000 آبادی پر اور کمیونٹی ہیلتھ سینٹر (CHCs) 1,20,000-80,000 آبادی پر ریفرل سینٹر کے طور پر کام کرتے ہیں (Planning Commission, 2001)۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش صوبہ میں طبی مراکز آبادی کے ضوابط کے مطابق نہیں پائے جاتے۔ اس لیے حکومت کو ایسی حکمت عملی اپنای ہوگی جس سے ہر مقام پر آبادی کے تناسب میں طبی مراکز قائم کئے جاسکیں۔

ذیلی مراکز (Sub Centres)

ذیلی مراکز ایک اہم مرکز ہے جو پرائمری طبی نظام اور کمیونٹی کا پہلا رابطہ مرکز ہے اور متعدد صحت اور خاندان فلاح و بہبود کے پروگرام کے نفاذ میں ایک اہم رول نبھاتا ہے۔ آبادی کے ضوابط کے مطابق 5000 کی آبادی عام علاقہ میں اور 3000 کی آبادی پہاڑی، قبائلی اور ریگیستانی علاقہ میں ایک ذیلی مرکز کا قیام ہونا چاہیے۔ دیہی صحت شماریات

Facilities at Sub Centre
• Immunization
• Antenatal, natal and postnatal care
• Prevention of malnutrition
• Common Childhood Diseases
• Family Welfare Services
• Counseling
• Elementary drugs for minor ailments
• Community Needs Assessment
• Various National Health Programmes

Source: (MoHFW, 2007)

2014-15 کے مطابق 31 مارچ 2015 تک ملک میں

153655 ذیلی مراکز کام کر رہے تھے (Rural Health

Statistics 2014-15)۔ ان ذیلی مراکز میں معیاری دیکھ بھال

مہیا کرانے اور کمیونٹی کے لیے طبی خدمات فراہم کرانے اور قابل قبول

دیکھ بھال کے معیار کے حصول اور رکھ رکھاؤ کے لیے IPHS نے

کچھ معیار تعین کیے ہیں۔ یہ معیار ذیلی مراکز کی جانچ اور انفعال کی بہتری

میں مددگار ثابت ہو سکتے ہیں، اگر ان کا نفاذ اچھی طریقہ سے ہو۔ معیار کو ترتیب دینا ایک متحرک عمل ہے۔ موجودہ

دستیاب وسائل کو دھیان میں رکھتے ہوئے ذیلی مراکز کی ضروریات کے انفعال کے تعلق سے بلڈنگ، عملہ، آلات،

ادویات اور دیگر سہولیات وغیرہ کے معیار سے متعلق IPHS ضوابط تیار کیا گیا تھا۔ IPHS کا جامع مقصد کمیونٹی کی

ضروریات کے لیے معیار پر مبنی طبی سہولیات مہیا کرانا ہے (MoHFW, 2007)۔

پرائمری ہیلتھ سینٹر (Primary Health Centre)

بھورے کمیٹی نے 1946 میں پرائمری ہیلتھ سینٹر کا تصور بنیادی صحت یونٹ کے طور پر دیا تھا۔ دیہی آبادی کے لیے یکجا

Objectives of IPHS for PHCs

To provide comprehensive primary health care to the community through the primary health centre,

To achieve & maintain an acceptable standard of quality of care,

To make the services more responsive and sensitive to the needs of the community.

Source: (MoHFW, 2012:4)

علاج اور روک تھام کی طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے، لوگوں کو قریب لانے کے لیے اور ساتھ ہی طبی خدمات کی روک تھام اور فروغ کے نقطہ نظر پر زور دیتے ہوئے یہ قومی صحت نظام اور لوگوں، خاندان اور کمیونٹی کے درمیان اول سطح کا رابطہ مرکز ہے۔ طبی خدمات کو لوگوں تک اتنا قریب پہنچانا جتنا ممکن ہو سکے جہاں پر وہ رہتے ہیں اور کام کرتے ہیں۔ پرائمری ہیلتھ سینٹر گاؤں، کمیونٹی اور میڈیکل آفیسر کے درمیان اول سطح کا رابطہ مرکز ہے۔ اکتوبر 1952 میں پہلا پرائمری ہیلتھ سینٹر کا قیام بھارت میں

صحت خدمات کی ترقی میں ایک اہم میل کا پتھر تھا (Dutt, 1965)۔ بھارت میں، حالانکہ پرائمری ہیلتھ سینٹر کے خراب کارکردگی کی بہت سی وجوہات ہیں، جس میں دستیابی اور رسائی خاص چیلنج ہیں۔ عوامی صحت نظام کی ضلع صحت آفیسر کے ذریعہ منظم اور نگرانی کی جاتی ہے۔ حالانکہ قابل ڈاکٹر ہیں مگر موبائل رسائی اور صحت ٹیکنیک کا استعمال نہ ہونے کی وجہ سے پرائمری ہیلتھ سینٹر کا استعمال اچھی طرح سے نہیں ہو پا رہا ہے۔ پچھلے آزادی کے پچاس سالوں میں دیہی ابتدائی عوامی صحت ڈھانچے میں مندرجہ موثر ترقی ہوئی ہے۔ دیہی صحت شماریات 2014-15 کے مطابق 31 مارچ 2015 کو 153655 ذیلی مراکز، 25308 پرائمری ہیلتھ سینٹر اور 5396 کمیونٹی ہیلتھ سینٹر ملک میں کام کر رہے تھے (Rural Health Statistics 2014-15)۔ ہر ایک پرائمری ہیلتھ سینٹر لگ بھگ 25000 کی آبادی تک رسائی کے لیے ہدف کیا جاتا ہے اور علاج، روک تھام اور فروغ کی طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے پر عزم ہے۔ اس کی ذمہ داری ہے کہ وسیع طور پر صحت تعلیم، غذائیت کا فروغ، بنیادی صفائی، ماں اور بچہ خاندان بہبود خدمات کی سہولیات، امتناع، بیماری پر قابو پانا اور زخم اور بیماری کے لیے مناسب علاج فراہم کرانا۔ پرائمری ہیلتھ

سنٹر 5 سے 6 ذیلی مراکز کا مرکز ہوتا ہے جو 3 سے 4 گاؤں کا احاطہ کرتا ہے۔ یہ ذیلی مراکز اے این ایم کے ذریعہ چلائے جاتے ہیں، یہ سہولیات طبی نظام کے تین درجہ کا ایک حصہ ہیں۔ تحصیل یا علاقہ سطح پر کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کے لیے پرائمری ہیلتھ سنٹر ریفرل سنٹر کے طور پر کام کرتا ہے۔

کمیونٹی ہیلتھ سینٹر (Community Health Centre)

کمیونٹی ہیلتھ سینٹر کا قیام اور رکھ رکھاؤ ریاستی حکومت کے / Minimum Needs Programme/

Objectives of IPHS for CHCs
To provide optimal expert care to the community.
To achieve and maintain an acceptable standard of quality of care.
To ensure that services at CHC are commensurate with universal best practices and are responsive and sensitive to the client needs/expectations.
Source: (MoHFW, 2012:3)

Basic Minimum Services (MNP/BMS)

پروگرام کے تحت کیا جاتا ہے۔ کمیونٹی ہیلتھ سینٹر چار طبی ماہرین (میڈیکل اسپیشلسٹ) جیسے سرجن، فیڈیشن، نسائی ماہر اور ماہر اطفال، 21 پیرا میڈیکل اور دیگر اسٹاف کے تعاون کے ذریعہ سے چلایا جاتا ہے۔ یہاں پر 30 بستر اور ساتھ میں ایک آپریشن تھیٹر، ایکس رے، زچگی روم اور لیبارٹری سہولیات مہیا ہوتی ہے۔ یہ چار پرائمری ہیلتھ سینٹر کے لیے ریفرل سینٹر کے طور پر کام کرتا ہے اور مزید زچگی دیکھ بھال اور متخصص صلاح کی

سہولیات فراہم کرتا ہے۔ 31 مارچ 2015 کو ملک میں 5,396 کمیونٹی ہیلتھ سینٹر اپنی خدمات انجام دے رہے تھے

-(Rural Health Statistics 2014-15)

اگرچہ قومی دیہی صحت مشن کا مقصد ہے کہ سبھی افراد کو بالخصوص غریب، محرومیت کا شکار طبقات اور خواتین و بچوں کو مساوی خدمات بغیر کسی تفریق کے مہیا کرائی جائے، پھر بھی متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ طبی خدمات کی رسائی میں غریب، محرومیت کا شکار افراد، خواتین، بچے، بزرگ، معذورین اور سماجی حیثیت سے پچھڑے طبقات کو طبی خدمات کی رسائی میں سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ اگر ہم SDG کے مقاصد کا حصول چاہتے ہیں تو ہمیں طبی

خدمات کی مساوی رسائی کی دستیابی سستی قیمت پر ملک کے سبھی باشندوں کو بالخصوص سماجی تفرقات کا شکار افراد کو بغیر کسی بھید بھاؤ کے فراہم کرانی ہوگی۔

3.25 دیہی طبی خدمات میں سماجی اخراج

(Social Exclusion in Rural Healthcare Services)

سماجی اخراج سے مراد ہے کہ یہ ایک ایسا عمل ہے جس میں افراد یا جماعت کو مکمل طور پر یا نامکمل طور پر جس معاشرے میں وہ رہتے ہیں پوری حصے داری سے اخراج کر دیا جاتا ہے۔ یہ کسی بھی معاشرے میں غربت یا آمدنی میں عدم مساوات کی وجوہات کے باہر محرومیت کے تصورات کو سمجھنے کے لیے بہت ہی اہم و ضروری ہے (Dehaan and Dubey, 2004)۔ جب کچھ جماعت کے افراد کو معاشرے کے حاشیے پالا دیا جاتا ہے تب طاقت میں عدم مساوات کے نتائج میں ان جماعتوں کو محرومیت کا شکار ہونا پڑتا ہے جس کی وجہ سے جان بوجھ کر ان کی شراکت کے حوصلہ کو پست کیا جاتا ہے اور خدمات کی رسائی سے روکا جاتا ہے۔ سماجی اخراج جنس، درجہ، طبقہ، ذات، اقلیت، سماجی حیثیت اور دیگر عوامل کی بنیاد پر ہوتا ہے۔ بھارت میں بالخصوص اتر پردیش میں ذات کے نام پر صحت اور صحت کی دیکھ بھال سے متعلق سہولیات میں تفرقات دیکھنے کو ملتا ہے۔ اتر پردیش میں تحقیقی نتائج سے دریافت ہوتا ہے کہ دیہی لوگوں کے صحت کی خراب حالت تفریق کی وجہ سے ہے۔ زندگی کے تفرقات کے تجربات صحتی خدمات کے خراب استعمال، طبی خدمات کے حصول میں تاخیر کرنا اور میڈیکل علاج و معالجہ کے بھروسہ میں کمی کرنے سے بھی جڑے ہوئے ہیں (Casagrande et al., 2007)۔

اس کے علاوہ متعدد تحقیق سماجی تفرقات پر کے رول پر توجہ مرکوز کرتی ہے جس میں صحتی عملہ اور رویہ کے اثر کی وجہ سے صحت کے نتائج پر اثر پڑتا ہے۔ نتائج سے دریافت ہوتا ہے کہ غریب اور محرومیت کا شکار افراد متعدی بیماریوں اور

انفکشن کے ذریعہ پھیلنے والی بیماریوں کے لیے ادنیٰ معیار کا علاج حاصل کرتے ہیں۔ جس کی وجہ سے ان تفرقات کے نتائج میں ان افراد میں اموات اور بیماری کی شرح میں اضافہ ہو رہا ہے۔ علی نگر فوکس گروپ ڈسکسن سے یہ انکشاف ہوتا ہے کہ جن مریض کی سماجی حیثیت خراب ہے وہ طبی خدمات کی رسائی میں مسائل کا سامنا کرتے ہیں جیسے کہ ڈاکٹر وقت نہیں دیتے ہیں، پیرامیڈیکل اسٹاف کے رویہ سے وہ نامطمئن ہوتے ہیں۔ بچوں نے بھی بتایا کہ صحتی عملہ اور ڈاکٹر کا رویہ ان کے تئیں اچھا نہیں تھا (FGD, Alinagar, 2016)۔

3.26 طبی خدمات کی رسائی میں سماجی تفریق اور غربت

(Poverty and social discrimination in access to health care services)

سماجی تفریق متحرک، متعدد پہلوؤں کے عمل کے طور پر مشتمل ہے۔ جو غیر مساوی طاقت رشتگی کے ذریعہ چار خاص پہلوؤں سیاسی، سماجی، ثقافتی اور اس کے علاوہ متعدد سطح پر جن میں انفرادی گھر، جماعت، کمیونٹی، ملک اور عالمی سطح پر شامل ہیں پر اثر ڈالتا ہے۔ یہ شمولیت اور اخراجیت کے مسلسل نتائج اخذ کرتا ہے۔ جس کی خصوصیت وسائل کی غیر مساوی رسائی صلاحیتیں اور حقوق جو صحت غیر مساوات کی خصوصیت ہیں (WHO, SEKN, 2008)۔

2- NFHS 1998-99 کے مطابق غربت طبی فوائد کی محرومیت میں ایک اہم رول ادا کرتی ہے۔ ایک کم سطح کے معیار کے اقتصادی گروپ میں بچے کے بچپن میں مرنے کے چار گنا مواقع ہیں بہ نسبت اس بچے کے جو اعلیٰ معیار کے گروپ میں زندگی بسر کر رہا ہے۔ دیگر جماعتوں کے بچوں کی بہ نسبت ایک بچے جو قبائلی علاقہ میں پیدا ہوتا ہے اس کے پانچویں یوم پیدائش سے پہلے دیرھ گنا مرنے کے زیادہ مواقع ہیں۔ اسی طرح female child کو اس کے پانچویں یوم پیدائش سے پہلے دیرھ گنا مرنے کے زیادہ مواقع ہیں بہ نسبت male Child کے (IIPS, 2000)۔ سماجی اخراج کے لیے جنس، ذات، نسل، عمر اور معذور ہونا بنیادی وجوہات ہیں۔ جو ترقی میں رکاوٹیں بنتی ہیں۔ طبی خدمات میں اخراجیت اور غیر مساوات یا مواقع بشمول صاف پانی اور حفظان صحت ایک اہم مسئلہ بن گیا ہے، ان تمام تنظیموں کے لیے جو انسانی ترقی چاہتے ہیں۔

عالمی بینک کی ورلڈ ڈیولپمنٹ رپورٹ 2006، مساوات اور ترقی سے یہ اخذ ہوتا ہے کہ، مواقع میں غیر مساوات، ملکوں کے اندر میں اور ملکوں کے درمیان انتہائی محرومیت برقرار ہے جس کے نتائج میں انسانی قوت اور اقدار کا نقصان ہوتا ہے۔ اور اس کے علاوہ زیادہ تر اقتصادی ترقی اور خوشحالی کے نقطہ نظر کو نقصان پہنچاتی ہے۔ عدم مساوات اور غربت خراب صحت کی وجہ بنتی ہیں۔ اعلیٰ معیار کی طبی خدمات مساوی اور مناسب دام پر مبنی اعلیٰ معیار کی طبی خدمات کی کوشش ملک کے بیشتر حصوں میں ناکام رہی ہے۔ طبی خدمات میں غیر مساوات کا مطلب زندگی کے حق میں سمجھوتہ کرنا ہے۔ اس لیے اس بات کی اہمیت بڑھ جاتی ہے کہ بنیادی طبی خدمات کی وضاحت کی جائے جو سبھی شہریوں کے لیے طبی خدمات میں شمولیت کے لیے دستیاب ہو سکے۔

غربت اور سماجی اخراج مخصوص سماجی اقتصادی متغیرات ہیں جو خراب صحت کے لیے وجوہات بنتے ہیں۔ سماجی اخراج خصوصاً ہمارے سماج کی نااہلیت سے ہے۔ زیادہ تر سماج میں بالخصوص دیہی علاقوں میں کچھ گروپ اور طبقات کو اخراجیت کا شکار ہونا پڑتا ہے۔ بھارت کے تناظر میں، سماجی اقتصادی حالت اور غربت کے لحاظ سے ذات کو وسیع پیمانے پر قائم مقام سمجھا جاتا ہے۔ صحت اور سماجی درجہ بندی کے درمیان تعلق کو اموات کی موجودگی، متفرق واقعات اور مرض کی موجودگی، علامات کے متفرق خیالات اور ان کی تشریح، صحت خدمات اور صحت پریکٹسز کے متفرق استعمال، صحت کے وسائل اور صحت خدمات کی تغیر رسائی کے لحاظ سے سمجھا جاتا ہے۔ ان تمام پہلوؤں کا تعلق ذات، طبقہ، نسل، عمر اور جنس وغیرہ سے ہے (Kopparty, 1994)۔ اقلیت، درج فہرست ذات، درج فہرست قبائل، دیگر پسماندہ طبقات، خواتین، معذورین اور غریب کو سماجی محروم گروپ کے طور پر سمجھا جاتا ہے۔ اور ان گروپ کے منفی حالات اور غربت میں زندگی گزارنے کے زیادہ امکانات ہوتے ہیں۔ ایسے گروپ کے صحت کے حالات اور اس کا طریقہ استعمال ان کی سماجی اخراج کا اشاریہ دیتا ہے۔ اس کے علاوہ صحت اور غربت کے درمیان ایک تصورات کا روابط بنادیتا ہے۔ معتد تحقیق کے مشاہدہ سے دریافت ہوتا ہے کہ غیر محرومیت اور منتخب صحت اور صحت کے طریقہ استعمال میں وسیع روابط ہیں۔ گاؤں میں مختلف غیر محرومیت کا شکار کمیونٹی کے تعلق سے تحقیق کے مواد کی جانچ کی گئی جس میں

طبی خدمات کی دستیابی، بیماریوں کا علاج، طبی خدمات سے متعلق مسائل اور اس کے چیلنج اور طبی خدمات کا طریقہ استعمال اس بات کے پختہ ثبوت ہیں کہ متعدد صحتی پروگرام کے کامیابی کے لیے صرف طبی آلات سے مطلوبہ نتائج حاصل نہیں کیا جاسکتا، اس کی ناکامی یا کامیابی میں متعدد غیر طبی عوامل جیسے سماجی، ثقافتی، سیاسی، اقتصادی اور نفسیات پر بہت زیادہ حد تک منحصر ہوتے ہیں۔ ان اہم عوامل کا رول طبی خدمات کی سرگرمیوں کے حلقہ میں سماجی سائنسدانوں کے ذریعہ پورے عالم میں تسلیم کیا گیا ہے (Kopparty, 1994)۔ اس کے نتائج میں ہم کہہ سکتے ہیں کہ صحت پروگرام کی کامیابی میں کمیونٹی شراکت ایک اہم رول ادا کرتی ہے۔ کمیونٹی کے گاؤں سطح پر صحت منصوبہ بندی میں حصہ لینے کے لیے ان کی حوصلہ افزائی کرنی چاہئے۔

غیر محرومیت اور کچھ صحت اشاریہ کے درمیان روابط کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ غربت ایک اہم مسئلہ ہے جب کہ کثیر مقاصد ماڈل کے نظریات کو پہچانا ہوگا جو صحت کی حالت کے حصول کے لیے تکنیکی پہلوؤں کے لیے چیلنج ثابت ہو سکتے ہیں۔ اکثر معاشرہ میں یہ دیکھا گیا ہے کہ صحت اور صحت برتاؤ کسی فرد یا گروپ کے مقام کی وجہ سے عمل میں آتے ہیں۔ جو معاشرے میں سماجی متفرقات کی وجہ سے حاصل ہیں۔ سماجی درجہ بندی کی وجہ سے صحت وسائل کی دستیابی اور طبی خدمات کی معلومات کی احاطہ بندی کرتے ہیں۔ تاہم، ایک فرد کے زندگی کے ارد گرد کے جینے کے حالات، استحکام، ذمہ داری اور ثقافتی روایات کا تعین کرتے ہیں (Kopparty, 1994)۔ محقق نے عملی کام کے ذریعہ بھی یہ دریافت کیا کہ ذات، برادری، مذہب، جنس، عمر اور معذوری کی بنیاد پر سماجی تفرقات ہیں۔ انٹرویو اور مشاہدہ کے ذریعہ دریافت کیا گیا کہ طبی خدمات سے استفادہ کر چکے لوگ اس بات سے متفق تھے کہ طبی مراکز پر انھیں خصوصی توجہ نہیں دی جاتی، ان کو اچھی طرح سے صلاح نہیں دی جاتی، مہنگی ادویات فراہم نہیں کی جاتیں اور ڈاکٹر وقت نہیں دیتے۔ ان سب کی وجوہات لوگوں کے غیر محرومی حالات ہیں۔ اس لیے اس بات پر زور دیا جانا چاہئے کہ طبی عملہ اپنے برتاؤ اور رویہ میں تبدیلی لائے اور یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ منصوبہ کے نفاذ میں سماجی اور ثقافتی عوامل میں سمجھ کی کمی ہے۔

اس کے لیے مجوزہ طریقہ کار یہ ہے کہ عوامی وسائل کا مناسب استعمال ہو اور طبی خدمات پر عوامی اخراجات میں اضافہ کیا جائے۔ طبی عملہ کی صلاحیت کی تعمیر کے ذریعہ تربیت دینا لاگت کو کم کرنے کے لیے ایک اہم عوامل ہے۔ طبی رسائی نظام میں بہتری لانا بھی بہت ہی اہم ہے۔ یہ مشاہدے پر انٹرنی ہیلتھ کیئر کے رول اور مطابقت کے لیے بنیاد ہیں اس کے ذریعہ شمولیتی طبی خدمات کی ادائیگی میں مدد مل سکتی ہے۔ طبی خدمات کی ادائیگی میں پر انٹرنی ہیلتھ کیئر ماڈل کے طور پر ضروری خدمات کے لیے زیادہ رسائی، بہتر معیار کی دیکھ بھال، روک تھام پر توجہ مرکوز کرنا، صحت مسائل کا انتظام و انصرام، اور مجموعی طور پر صحت میں بہتری اور کم بیماری، پر انٹرنی ہیلتھ کیئر کے نتائج ہونے چاہیے۔

طبی خدمات کی مساوی رسائی کی دستیابی فراہم کرانے کے لیے ایک مستحکم طبی نظام کی ضرورت ہے۔ جہاں موثر بنیادی ڈھانچے کی دستیابی ہو، تربیت یافتہ اور باصلاحیت ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی دستیابی ہو، ادویات کا معقول انتظام ہو۔ ان سب افعال کے لیے صحت اخراجات کی ضرورت پڑتی ہے۔ بھارت کا صحت بہت ہی کم ہے، اس لیے نیشنل ہیلتھ پالیسی 2017 میں صحت بجٹ کے اضافہ پر توجہ مرکوز کی گئی ہے۔

3.27 صحت اخراجات (Health Expenditure)

بھارت کا کم صحت بجٹ صحت عدم مساوات، نامناسب دستیابی اور رسائی، غیر مساوی رسائی، ادنیٰ معیار، اور مہنگے طبی خدمات کی وجوہات اور برے حالات کے لیے ذمے دار عوامل ہیں۔ حکومت ہند نے ایک عزم لیا ہے کہ وہ صحت کے لیے عوامی اخراجات میں GDP کا 1 فیصد سے 2.5 فیصد اگلے 5 سالوں میں اضافہ کرے گی، جس میں پانی، حفظان صحت اور دیگر عوامی صحتی سہولیات شامل ہیں (GOI, 2012)۔ مالیاتی تحفظ میں طبی اخراجات یونیورسل کوریج سے بہت دور ہے کیونکہ صرف 10 فیصد آبادی کے پاس ہی طبی انسورنس ہے۔ لوگوں کی جیب سے خرچ افراد خانہ کی خراب اقتصادی حالت کی وجوہات بنتا ہے۔ حکومت صحت مالیاتی میکانزم نفاذ کے لیے تعاون کر رہی ہے، جس کی وجہ سے شہریوں کو بیماریوں کے اثر سے مالیاتی نقصان میں تحفظ ملے گا (GOI 2006)۔ بھارت میں

صحت اخراجات پر پرائیویٹ اخراجات کا غلبہ ہے، جو نامناسب عوامی اخراجات کی واضح عکاسی کرتا ہے۔ صحتی خدمات کی بہتری کے عزم کے تئیں بھارت کی کارکردگی بہت موثر نہیں ہے۔

حکومت اتر پردیش کا دعویٰ ہے کہ 2016-2017 بجٹ کے مطابق، قومی صحت مشن کے لیے 4576 کروڑ روپے کا انتظام کیا گیا ہے، دیہی علاقوں میں 50 بیڈ اسپتالوں کے قائم کرنے کے لیے 10 کروڑ روپے مختص کئے گئے تھے، حاملہ خواتین کے کھانے کے پروگرام کے لیے 400 کروڑ روپے مقرر کئے گئے تھے، 125 کروڑ روپے انتہائی غذائی قلت کا شکار بچوں کے لیے مختص کئے گئے تھے۔ اور اطفال غذائیت پروگرام کے لیے مجوزہ 3220 کروڑ کا بجٹ مختص کیا گیا تھا (GoUP, 2016)۔ حکومت اتر پردیش کو بھی اپنے بجٹ میں اضافہ کرنا چاہیے اور ان بجٹ کے سرمایہ کا موثر انتظام کیا جائے تو اتر پردیش بالخصوص دیہی علاقوں میں افراد کے صحت اشاریہ میں بہتری آئے گی۔

نتائج (Conclusions)

کمیونٹی شراکت کے ذریعہ بہتر صحت کے نتائج سامنے آتے ہیں بہ نسبت اس حالت میں جن میں کمیونٹی شراکت نہیں ہوتی ہے۔ ترقیاتی نقطہ نظر کا استعمال کمیونٹی کو طبی نظام کے ساتھ کام کرنے کو راغب کرتا ہے۔ اگرچہ صحت ترقی کو طویل مدت اور سرمایہ کاری کی ضرورت ہے اور ساتھ ہی طبی نظام کی اصلاح کے عمل اور تعمیر نو کا اس طرح سے نظم ہو کہ وہ اس عمل پر نفی اثرات نہ چھوڑیں۔ اگر اس عمل میں ہم کامیاب ہوتے ہیں تو کمیونٹی صحت میں بہتری ہو سکتی ہے۔

اتر پردیش کے گاؤں میں کمیونٹی کے تجربات یہ بتاتے ہیں کہ صحت پالیسی میں تبدیلی کے لیے کمیونٹی کے افعال کی پائیداری میں بہت مدت لگتی ہے۔ تاہم، محقق کی سوچ ہے کہ کمیونٹی شراکت کے ذریعہ صحت میں بہتری کے لیے اضافی وسائل کا جواز پیش کرنا اور اس کا تعاون و تجزیہ کرنا۔ دیہی کمیونٹی کے لیے طبی خدمات کی ترقی میں اصل کمیونٹی اور صحت شعبہ کی حصے داری کی قدر کی بھی ضرورت ہے۔ ترقیاتی نقطہ نظر کا استعمال کمیونٹی کو طبی نظام کے ساتھ شراکت کے کام میں راغب کرے گا اور طبی وسائل کے استعمال و صحت سے متعلق مسائل کے حل میں مددگار ثابت ہوگا، تاہم، حکومتیں، پریکٹیشنرز اور صحت نظام کو متفاوت کرنا ہوگا اور اس بات کو قبول کرنا ہوگا کہ کمیونٹی صحت ترقی کو ایک طویل مدت اور باقاعدہ سرمایہ کاری کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ طبی نظام کی تبدیلی کے عمل میں تعمیر نو عمل کا انتظام و انصرام ہوتا کہ ان کا نفی اثر عمل پر نہ پڑے۔ اگر اسے حاصل کر لیا جائے تو کمیونٹی صحت میں اضافہ اور بہتری ہو سکتی ہے۔

حال ہی میں بھارت میں عوامی صحت کی ترقی کے لیے بہت سے اہم اقدامات اور پہل کیے گئے جس میں قومی صحت مشن شامل ہے۔ رسائی کی یقین دہانی دیہی علاقوں کے لیے پرائمری طبی خدمات کی دستیابی اور استعمال کے لیے طبی بنیادی ڈھانچہ کو مستحکم بنانے کی ضرورت کو ترجیح دی جانی چاہیے۔ عوامی طبی عملہ میں اضافہ کرنے کے ساتھ پبلک پرائیویٹ شراکت کو بڑھانے کی ضرورت ہے۔ موجودہ طبی شعبہ میں جو مسائل اور چیلنجز ہیں بہت ہی زیادہ پیچیدہ ہیں۔ ثقافت کی پیچیدگی، اقتصادی حالات، جغرافیائی، نسل اور سیاسی حالات متعلقہ عوامی صحت کو اتر پردیش بھارت میں متعدد بیماریوں

کی زیادتی کے واقعات، زچگی اور بچوں کی صحت کے اشاریہ کی کم کارکردگی اور غذائیت کے مسائل بالخصوص خواتین اور بچوں میں یہ مسائل دیکھنے کو ملتے ہیں، باہم، دیگر اقتصادی اور سماجی عوامل کے علاوہ پرانی اور غیر متعدی بیماریوں کے بوجھ کے مسائل ملک کے زیادہ تر حصوں میں دیکھنے کو ملتے ہیں۔

اثر پر دیش کے دیہی علاقوں میں طبی خدمات کی ادائیگی کی بری حالت کی خاص وجوہات میں سے ایک یہ ہے کہ باشندوں میں بیداری کی کمی ہے۔ اس لیے یہ وقت کی ضرورت ہے کہ لوگوں کو جدید تصورات کے ذریعہ سے بیدار کیا جائے اور شمولیتی پالیسی کے ذریعہ سے ان کی حوصلہ افزائی کی جائے تاکہ وہ صحت سے متعلق سرگرمیوں میں اپنی اشتراکیت درج کرا سکیں۔

References

- Amanda Kenny, Nerida Hyett, John Sawtell, Virginia Dickson-Swift, Jane Farmer and Peter O'Meara, Community participation in rural health: a scoping review, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/64> (Access and retrieved on 10/07/2014).
- Bang Abhay (1986): "Community Participation in FP Programme- A Report", *Economic and Political Weekly*, Vol. 21, No. 32, pp. 1394-1396.
- Bhan MK (2013): "Accelerated progress to reduce under-5 mortality in India", *Lancet Glob Health*, Vol. 1, No. 4, pp. 172-73.
- Campbell, C. (2003): *Letting Them Die: Why HIV Interventions Fail*, Oxford: James Currey.
- Casagrande, S S, Gary, T L, LaVeist, T A, Gaskin, D J and Cooper L A (2007): "Perceived Discrimination and Adherence to Medical Care in a Racially Integrated Community", *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 22, No. 3, pp. 389-395.
- Chatterjee M (1993): Health for too many: India's experiments with truth. In: Rohde J, Chatterjee M, Morley D, (eds.) *Reaching health for all*. New Delhi: Oxford University Press, pp. 343-77.
- Clark, J. (1985): "A Multiple Paradigm Approach to the Sociology of Medicine: Health and Illness", *Sociology of Health and Illness*, Vol. 3, No. 1, pp. 89-103.
- CSDH (2008): *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva: World Health Organization.
- Davis, Kingsley (1951): *The Population of India and Pakistan, Population Research*, New York: Russell and Russell.
- Dehaan A and Dubey A (2004): Conceptualising social exclusion in the context of India's poorest regions. http://www.utoronto.ca/mcis/q2/papers/II_deHann_Dubey_Qual-Quant-AdH-21m.pdf ((access and retrieved on 29/06/2014).
- Dutt, P.R. (1965): *Rural Health Services in India: Primary Health Centres, 2nd Edition*, New Delhi: Central Health Education Bureau.
- GOI (1946): *Report of the Health Survey and Development Committee- Vol. I*, Delhi: The Manager of Publications.
- GOI (1961): *Report of the Survey and Planning Committee, Mudaliar Committee, Vol. I*, New Delhi: Ministry of Health.

GOI (1963): *Report of the Health Survey and Planning Committee, Chadha Committee*, New Delhi: Ministry of Health.

GOI (1967): *Report of Committee on Integration of Health Services, Jungawalla Committee*, New Delhi: Ministry of Health.

GOI (1973): *Report of Committee on Multipurpose Workers, Kartar Singh Committee*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.

GOI (1975): *Health Services and Medical Education: A Programme for Immediate Action Report, Srivastava Committee*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.

GOI (2015): *Rural Health Statistics 2014-15*, Ministry of Health and Family Welfare Statistics Division, Government of India.

GoUP (2016): *Uttar Pradesh Budget For 2016-2017 highlights & Salient Features* Press Information Bureau, Information And Public Relations Department, Uttar Pradesh.

Gwatkin DR (2001): “The need for equity-oriented health sector reforms”, *International journal Epidemiology*, Vol. 30, No. 4, pp. 720–723.

IIPS (2000): *National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99*, International Institute for Population Sciences and ORC Macro.

Kopparty SNM (1994): *Social Inequality and Health Care- A Study in Health Behaviour in Rural Andhra Pradesh*, New Delhi: Northern Book Centre.

M.C. Kapilashram (2000): “Review of the Present Health Status of India, Emerging Health Problems and their Solutions”, *Health And Population-Perspectives And Issues*, Vol. 23, No. 1, pp. 1-10.

MoHFP (2005): *National Rural Health Mission, Frame work for implementation, 2005-12*, New Delhi: Ministry of Health and Family Planning.

MoHFW (1966): *Committee to Review Staffing Pattern and Financial Provision under Family Planning Programme (Mukherjee Committee)*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2007): *Indian Public Health Standards (IPHS) For Sub-Centres*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2009): *Five Years (2009-2014) Achievements & New Initiatives*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2012): *Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Primary Health Centers, Revised 2012*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. p.4.

MoHFW (2012): *Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Sub-Centres, Revised 2012*, New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2012): *Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Community Health Centers, Revised 2012*, New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. p.3.

MoHFW Bangladesh (2015): *Success Factors for Women's and Children's Health: Bangladesh, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health*, WHO, World Bank and Alliance for Health Policy and Systems Research, Bangladesh: Ministry of Health and Family Welfare.

MoHP Nepal & WHO (2014): *Success factors for women's and children's health: Nepal*, Ministry of Health and Population Nepal, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, WHO, World Bank and Alliance for Health Policy and Systems Research, Geneva: World Health Organisation.

Mukherjee PK (1987): *Public Health Administration in India*. In: Dr. BN Ghosh's a treatise on Preventive and Social Medicine, Calcutta: Academic Publisher; pp 7-20.

Oakley P. (1989): *Community involvement in community development. An examination of critical issues*, Geneva: World Health Organization.

Planning Commission (2001): *Evaluation Study on Functioning of Primary Health Centres (PHCs) Assisted under Social Safety Net Programme (SSNP)*, New Delhi: Programme Evaluation Organisation, Planning Commission, Government of India, p. 1.

Planning Commission (2011): *Evaluation Study of National Rural Health Mission (NRHM) in 7 States*, New Delhi: Programme Evaluation Organisation, Planning Commission, Government of India.

Prasad H.A.C., N.K. Sinha and Riyaz A. Khan (2013): *Performance of Major Social Sector Schemes: A Sample Survey Report*, New Delhi: Department of Economic Affairs, Ministry of Finance, Government of India.

Rifkin S (1986) "Lessons from community participation in health programs", *Health Policy and Planning*, Vol. 1, No. 3, pp. 240-249.

Rifkin Susan B., T Frits Muller and Wolfgang Bichmann (1988): “Primary Health Care: On Measuring Participation”, *Social Science Medecine* Vol. 26, No. 9. pp. 931-940.

SEKN (2008): *Understanding and Tackling Social Exclusion- Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*, WHO Social Exclusion Knowledge Network.

Somnath Roy and B.B.L. Sharma (1986): “Community Participation in Primary Health care”, *Health and Population - Perspectives & Issues*, Vol. 9, No. 4. pp. 165-191.

SRS Bulletin (2011): Sample Registration System, New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India, Volume 46, No. 1.

SRS Bulletin (2012): Sample Registration System, New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India, Volume 47, No. 2.

SRS Bulletin (2013): Sample Registration System, New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India, Volume 48, No. 2.

SRS Bulletin (2014): Sample Registration System, New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India, Volume 49, No. 1.

SRS Bulletin (2016): Sample Registration System, New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs, Govt. of India, Volume 50, No. 2.

Sule SS (2004): Community Participation in Health and Development, *Nigerian Journal of Medicine*, Vol. 13, No. 3, pp. 276-81.

Taylor DY (2010): *The Burden of Non-Communicable Diseases in India*, Hamilton, Ontario: The Cameron Institute.

The World Bank (2005): World Development Report 2006-Equity and Development, Washington: The World Bank and Oxford University Press.

Tinker, I. (1990): *Persistent Inequalities: Women and World Development*, New York: Oxford University Press.

UNICEF (2013): UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, Levels and trends in child mortality: report 2013, New York: United Nations Children’s Fund.

UPSACS (2012): Annual Report 2010-2011, Lucknow: Uttar Pradesh State Aids Control Society (UPSACS).

Verma Rakesh (2015): Primary health care in India, Health & Medicine, <https://www.slideshare.net/RakeshVermatheboss/joshi-sir-phc> (Access & retrieved on 12/07/2016).

WHO (1981): *Global strategy for Health for all by the year 2000, "Health for All"* Ser. No 3, Geneva: World Health Organization.

WHO (1986): *The move towards a new public health, Ottawa Conference*, Geneva: World Health Organization.

WHO (1988): *Education for Health. A Manual on Health Education in Primary Health care*, Geneva: World Health Organization.

WHO (1991): *Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services*, WHO Techn Rep Ser 809, Geneva: World Health Organization.

WHO (2000): *The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2002): *25 Questions and Answers on Health and Human Rights, Health and Human Rights, Publication Series. Issue No. 1, p. 4*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2002): *Community Participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques*, WHO Regional Office for Europe.

WHO (2006): *Working together for Health, World Health Report 2006*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2008): *Community Involvement in Tuberculosis care and prevention: towards Partnerships for Health: Guiding Principles and recommendations based on a WHO review*, Geneva: World Health Organization.

Williams L and Labonte R (2003): "Changing Health determinants through Community Action: Power, Participation and Policy", *IUHPE – Promotion and Education*, Vol. X, No. 2, pp. 65-71.

باب چہارم

Chapter Four

طبی خدمات کا انتظام و انصرام اور صحت منصوبہ بندی

Healthcare Management and Health Planning

الملائکے منشور میں سب کے لیے صحت کے مقاصد کے حصول کے لیے پرائمری ہیلتھ کیئر اور کمیونٹی شراکت پر زور دیا گیا تھا۔ طبی خدمات میں بہتری اور اضافہ کے لیے کمیونٹی شراکت کو مستحکم کرنے کی ضرورت ہے۔ کمیونٹی شراکت کے ذریعہ لوگوں میں جو ابد ہی آتی ہے، خود اعتمادی کا جذبہ پیدا ہوتا ہے جس کے نتائج میں کمیونٹی باختیار ہوتی ہے۔ اس عمل سے کمیونٹی افراد کے صحت حالات میں بہتری آتی ہے۔ باہم، طبی خدمات میں بہتری کے لیے طبی نظام کو مستحکم کرنے کی ضرورت ہے اس کے لیے صحت بنیادی ڈھانچہ، صحیح عملہ، سرمایہ کاری کے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت درکار ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ موثر انتظام کی ناکامی کے سبب طبی نظام کمزور نظر آتے ہیں جس کے نتائج میں معیاری طبی خدمات کی عدم دستیابی اور خراب رسائی سے کمیونٹی افراد استفادہ نہیں کر پاتے۔ ایسے حالات میں موثر طبی خدمات کی دستیابی اور مساوی رسائی مناسب قیمت پر فراہم کرانے کے لیے طبی خدمات کے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت بہت ہی اہم ہے تاکہ تمام وسائل کا بہترین طریقے سے استعمال ہو سکے۔

4.1 انتظام وانصرام برائے طبی خدمات

Management and Healthcare Services

محدود وسائل کے ساتھ لوگوں کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے طبی خدمات میں اضافہ اور بہتری کیسے کی جائے، یہ ملک کے لیے ایک بڑا چیلنج ہے۔ صرف وسائل میں اضافہ کرنے سے خدمات بہتر نہیں ہوتی بلکہ ان وسائل کا انتظام وانصرام سہی طریقے سے کرنے سے خدمات میں بہتری کی جاسکتی ہے اور اس کے لیے تربیت یافتہ صحیح عملے کی ضرورت پڑتی ہے جو صحت نظام کا انتظام موثر طریقے سے کر کے صحت خدمات کی رسائی کو آسان اور قابل دستیاب بنا سکتے

Management is the art of knowing what you want to do and then seeing that it is done in the best and cheapest way (F.W. Taylor, 1911).

ہیں۔ طبی سہولیات یا طبی نظام کے انتظام وانصرام میں انسانی وسائل کی قیادت کے لیے اور پروگرام مینجمنٹ کے لیے مہارتیں اور صلاحیتیں درکار ہوتی ہیں۔ مینجمنٹ ایک ایسا عمل ہے جس میں ایک ایسے ماحول کا

ڈیزائن اور رکھ رکھاؤ کرتے ہیں جس میں افراد ایک گروپ میں منتخب مقاصد کے حصول کے لیے کام کرتے ہیں (Koontz and Wehrich, 1990)۔ امریکن مینجمنٹ ایسوسی ایشن کے مطابق، "مینجمنٹ انسانی وسائل اور مادی وسائل کو متحرک تنظیمی اکائی میں تبدیل کرنے کے لیے ہدایت کاری ہے، جس کے ذریعہ سے صارفین کو مطمئن کرنے کے مقاصد کو حاصل کیا جاتا ہے اور ساتھ ہی اعلیٰ درجہ کی خود اعتمادی اور کامیابی کی سوچ کے ساتھ خدمات فراہم کرانے والے کے بھی مقاصد کو حاصل کیا جاتا ہے۔ مینجمنٹ ایک ایسا عمل ہے جس میں اشیاء یا افراد کا یا ان کے ساتھ انتظام وانصرام کیا جاتا ہے (Oxford Dictionary, 2017)۔ مینجمنٹ ایک دوسرے سے جڑے ہوئے کارپوریٹ پالیسی کی تعمیر اور ایک تنظیم کے وسائل کی ترتیب، منصوبہ بندی، قابو کاری اور ہدایت کاری کے افعال کے ذریعہ پالیسی کے مقاصد کا حصول کیا جاتا ہے (Business Dictionary 2015)۔

اچھی قیادت اور انتظام وانصرام کا مطلب ہے کہ ہنرمند، متحرک اور ذمے دار افراد اور دیگر وسائل کا موثر استعمال کے ذریعہ سے ہدایت فراہم کرانا، پارٹنر اور اسٹاف سے عزم کا حاصل کرنا، تبدیلی کو آسان بنانا تاکہ بہتر صحت خدمات کی رسائی حاصل ہو سکے۔ جب کہ قائد حکمت عملی بناتے ہیں اور تصورات کی منصوبہ بندی کرتے ہیں اور کوشش کو متحرک

کر کے حقیقت میں تبدیل کرتے ہیں، اچھے بیخبر موثر تنظیم اور وسائل کا استعمال نتائج کے حصول اور مقاصد کے پورا کرنے کی یقین دہانی کرتے ہیں (WHO, 2007)۔ طبی خدمات کی ترقی کے عمل کا تجزیہ کرنا مینجمنٹ کا مقصد ہے، جیسے طبی خدمات کی ڈیزائن، اس کا نفاذ اور استعمال اور کارکردگی کی جانچ کا نظام شامل ہے۔ صحت کے انتظام و انصرام میں تکنیکی اور سماجی افعال شامل ہیں۔ سماجی، اقتصادی، سیاسی اور ثقافتی حقائق کے تناظر میں صحت مقاصد کے حصول کے لیے موثر اور قابل قبول صحت وسائل کے استعمال کے ذریعہ حاصل کیا جاسکتا ہے (Anthonia Adindu, 2013)۔ طبی خدمات کی ترقی کے لیے منصوبہ بندی، تنظیم کاری، رسائی، نفاذ اور جانچ ضروری ہے۔ اس میں تمام طرح کے کمیونٹی پر مبنی صحت پروگرام اور صحت فروغ، صحت منصوبہ بندی، ترجیحات اور کمیونٹی کی صلاحیت کی تعمیر شامل ہیں۔

4.2 طبی نظام کا انتظام و انصرام (Management of Healthcare Systems)

طبی خدمات کے انتظام و انصرام میں ملک کا طبی نظام ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ کمیونٹی افراد کو بہتر اور اعلیٰ معیار کی سہولیات فراہم کرنے کے لیے موثر انتظام و انصرام ہونا چاہئے۔ تاکہ سب کے لیے صحت کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکے۔ طبی خدمات کی رسائی کو آسان، سستی، مساوی اور کمیونٹی افراد تک دستیابی کے لیے کچھ افعال مندرجہ ذیل بیان کئے جا رہے ہیں۔

منصوبہ بندی (Planning)

منصوبہ بندی کے اس پہلے مرحلہ میں اغراض و مقاصد طے کئے جاتے ہیں، صحت مسائل کی شناخت کی جاتی ہے، ترجیحات کو واضح کیا جاتا ہے۔ منصوبہ بندی کو انتظام کے عمل کا بہت ہی اہم حصہ سمجھا جاتا ہے۔ ایک اچھی منصوبہ بندی کسی بھی کامیاب صحتی پروگرام، پالیسی اور اسکیم کی بنیاد ہوتی ہے۔ آئندہ کی ضرورتوں کے مد نظر پیش قیاسی کی جاتی ہے، حکمت عملی تیار کی جاتی ہے اور مقاصد کے حصول کے لیے منصوبہ تیار کئے جاتے ہیں۔ طبی نظام کا مناسب استعمال کیسے ہو، صحتی خدمات کی بہتری اور اضافہ اور بجٹ کی تقسیم کاری میں منصوبہ بندی کی بہت اہمیت ہے۔ المائٹا کے منشور

میں پرائمری ہیلتھ کیئر کو کمیونٹی شراکت کے ذریعہ بہتر بنانے پر توجہ مرکوز کی گئی تھی۔ اگر اس نقطہ نظر کو مقامی سطح پر کمیونٹی افراد کو شامل کر کے صحت پروگرام کی منصوبہ بندی کی جائے تو پروگرام کی قبولیت میں اضافہ ہوگا، لوگوں کے اندر بیداری اور دلچسپی پیدا ہوگی جس کی وجہ سے پروگرام کامیاب ہوگا اور امراض واموات کی شرح میں کمی آئے گی۔ لیکن ایسا مقامی سطح پر نہیں ہو رہا ہے، کمیونٹی کو منصوبہ بندی کے عمل میں شامل نہیں کیا جا رہا ہے۔

تنظیم کاری (Organizing)

تنظیم کاری تنظیمی ساخت اور خصوصی کام کی تفصیل جو واضح طور پر ذمے داریوں، تعلقات اور اتھارٹی کا عمل ہے۔ یہ فعل صحت منصوبہ کے موثر نفاذ کے لیے بہت ہی اہم ہے۔ اگر اس عمل کے لیے اچھی طرح سے حکمت عملی بنائی جائے اور نفاذ کے لیے جانچ کی جائے تو صحت مقاصد کو حاصل کیا جاسکتا ہے۔ سہولیات کی معیاری رسائی کے لیے تنظیم میں بنیادی ڈھانچے کی ضرورت پڑتی ہے، جس کی عدم دستیابی سے صحت خدمات پر اثر پڑتا ہے۔ اس لیے تنظیم کاری کے وقت مستحکم بنیادی ڈھانچے پر توجہ مرکوز کرنی چاہیے۔

عملہ کاری (Staffing)

عملہ کاری ایک ایسا فعل ہے جس میں صحتی عملہ کا مقاصد کے حصول کے تحت کام کرنے کے لیے انتخاب کیا جاتا ہے اور انھیں ان کی صلاحیت اور علم کی بنیاد پر عہدہ پر فائز کیا جاتا ہے۔ ضرورت کے مطابق ان کو تربیت دی جاتی ہے، کام کے لیے ہدایت دی جاتی ہے اور ان کے کارکردگی جانچ کی جاتی ہے۔ معیاری دیکھ بھال کی بہتری میں، دیگر عوامل میں عملہ کے علم اور صلاحیت کی درکار ہے (Hanan Al-Ahmadi et al, 2005)۔ صحتی عملہ کو صحت تعلیم فراہم کرانا، صحت کے لیے روک تھام اور بنیادی علاج کی خدمات کے لیے گاؤں سطح پر تربیت ضروری ہے۔ مقامی سطح پر آسٹا کی باقاعدہ تربیت کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ یہ طبی مراکز اور کمیونٹی افراد کے درمیان رابطہ کا اہم ذریعہ ہیں، اس لیے ان کی صلاحیت سازی کی جائے تاکہ یہ بہتر سہولیات فراہم کرا سکیں۔ علاوہ ازیں ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کا مناسب طور پر انتخاب ہوتا کہ ان عملہ کی عدم دستیابی نہ ہو سکے۔

ہدایت کاری (Directing)

یہ ایک ایسا فعل ہے جس میں احکام اور ہدایت جاری کئے جاتے ہیں، جو نیر عہدیداران کو متحرک کیا جاتا ہے، ان کی رہنمائی کی جاتی ہے، موثر ترسیل چینل کا انتخاب کیا جاتا ہے اور کسی بھی طرح کی نا اتفاقی کے مسائل کو حل کیا جاتا ہے۔ صحت کے مقاصد حصول کے لیے ہدایت کاری بہت ہی مددگار فعل ہے۔

قابو کاری (Controlling)

یہ ایک ایسا فعل ہے جس میں ممبران کی سرگرمیوں کے معیار کو طے شدہ کارکردگی کے معیار کے مطابق جانچ کی جاتی ہے۔ اس عمل میں منصوبہ بندی کے مطابق کارکردگی کی جانچ کو یقینی بنایا جاتا ہے، کسی اہم فرق کو درست کیا جاتا ہے اور عملہ کو اچھے کام کے لیے انعام و اکرام سے نوازا جاتا ہے۔

رپورٹنگ (Reporting)

اعلیٰ عہدیداران کو کام کی کارکردگی کے تعلق سے رپورٹ پیش کرنا بہت ہی اہم ہے، اس سے جواب دہی کا احساس ہوتا ہے اور کام کے تئیں ایمانداری میں اضافہ ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ مالیاتی رپورٹ کو بنانا اور پیش کرنا تاکہ وقت مقررہ پر مالیاتی وسائل کی فراہمی ہو سکے جس سے انفعال کو اچھی طریقہ سے چلانے میں دشواری نہ ہو سکے۔

بجٹ (Budgeting)

اس فعل میں مالیاتی وسائل کی تقسیم کاری پروگرام یا پروجیکٹ کی مدد کے لیے ایک خصوصی مدت کے لیے کی جاتی ہے۔ بجٹ اخراجات کا متعین مدت کے لیے ایک واضح اندازہ ہوتا ہے۔ قومی صحت مشن کے تحت مالیاتی انتظامیہ کے ذریعہ سے مرکزی، صوبائی، ضلع، بلاک اور سہولیتی سطح پر ایک موثر بجٹ، فنڈ جاری کرنا، اس کا استعمال اور اس کی جانچ کی جاسکتی ہے۔ متعدد تحقیق سے یہ اخذ نکلتا ہے کہ حکومت کو صحتی پروگرام کے لیے فنڈ کی تقسیم کاری اور اس کا جاری کرنا وقت پر کرنا ہوگا اور اس کا انتظام و انصرام موثر طریقہ سے کرے تاکہ سہولیات کی فراہمی میں پریشانی نہ ہو سکے۔

جانچ (Monitoring)

طبی خدمات سے متعلق تمام پہلوؤں کی جانچ ہونی چاہیے۔ پہلے سے متعین پیرامیٹر پر وقت مقررہ پر اس کی جانچ افعال کی بہتری کے لیے ضروری ہے۔ جانچ کے بعد آڈٹ کے ذریعہ مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ مکمل طور پر سرگرمیوں کی معلومات کو اکٹھا کرنا، پروگرام کی خصوصیات اور نتائج کی جانکاری، عملہ کی کارکردگی اور طبی خدمات کی رسائی، مقبولیت اور اس کا لوگوں پر اثر کی جانچ کر کے سہولیات میں بہتری اور اضافہ کیا جاسکتا ہے۔

متعدد تحقیق سے انکشاف ہوتا ہے کہ طبی خدمات کے انتظام کے عزم کے حصول کے لیے حکومت کو اپنے میکنزم کو مستحکم کرنا چاہئے۔ بھارت کے تبدیل ہوتے ہوئے حالات کی وجہ سے اس کی اہمیت بڑھ جاتی ہے۔ تاہم، حکومت متعدد عوامل کے تحت بنیادی ڈھانچہ میں اضافہ نہیں کر پارہی ہے۔ اگرچہ حکومت ابتدائی صحت پر اخراجات میں اضافہ کر رہی ہے، تاہم، لوگوں کو اس کا فائدہ حاصل نہیں ہو رہا ہے۔ اس کے لیے جانچ ایجنسی کا نظام ہو اور کام کی جانچ کو یقینی بنایا جائے۔

کیونٹی افراد کو اعلیٰ معیار کی طبی خدمات فراہم کرانے کے لیے طبی نظام کو مستحکم بنانا ہوگا اس کے لیے طبی نظام کے انتظام و انصرام میں تبدیلی کی ضرورت ہے۔ طبی نظام کے انتظام سے مراد با مقصد اور اچھی ترتیب کے ساتھ صحتی نظام کے وسائل کا استعمال ہے اور صحت ٹیم کے ممبران کے ذریعہ اغراض و مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے ایک ساتھ کام کرنا ہے۔ ایک اچھے طور پر کام کر رہے طبی نظام کو مستحکم سرمایہ کاری میکنزم، معیاری ادویات اور ٹیکنالوجی کی ادائیگی، تربیت یافتہ اور اچھی تنخواہ والے عملہ، پالیسی اور فیصلہ پر مبنی بھروسہ مند معلومات اور معیاری سہولیات اور انتظام کی ضرورت ہوتی ہے (WHO, 2012)۔ طبی نظام کے استحکام کا مطلب ہے کہ صحت خدمات کی سہولیات، استعمال، معیار اور قوت کی پائیداری میں اضافہ ہو رہا ہے (UNICEF, 2015)۔ اس لیے عالمی صحت رسائی کے حصول کے لیے طبی نظام کو مستحکم کرنے پر توجہ مرکوز کرنی چاہیے۔

4.3 طبی خدمات کا انتظام و انصرام (Management of Healthcare Services)

طبی خدمات کے انتظام کے لیے آبادی کی صحت کے حالات، خدمات و سہولیات کی رسائی، ادویات کا اسٹاک اور طریقہ استعمال، آلات کی دستیابی، سرمایہ اور عملہ کی باقاعدہ جانچ اہمیت رکھتی ہے۔ اس عمل کے لیے متعدد وسائل سے وقت پر اور صحیح معلومات کی ضرورت پڑتی ہے۔ اگر عملہ کو صحت خدمات کی سہولیات میں کچھ کمی کی پہچان ہوتی ہے تو خدمات کی ادائیگی کی بہتری کے لیے، انہیں صحیح، متعلق اور جدید معلومات کی ضرورت پڑتی ہے۔ اس لیے موثر معلوماتی نظام پر وینٹیل بہتری کے لیے ضروری ہے (Richard E. et al)۔ موثر انتظام کی مدد سے محدود وسائل ہونے پر بھی کس طرح عملہ، بجٹ، ادویات اور دیگر وسائل کا بہترین استعمال ہو، اس کے لیے حکمتانہ منصوبہ بندی کر کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکتا ہے۔

4.4 انسانی وسائل کا انتظام و انصرام (Management of Human resources)

کسی بھی تنظیم کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے انسانی وسائل ایک اہم اثاثہ کے طور پر اپنا رول ادا کرتا ہے۔ بالخصوص معیاری طبی سہولیات کی رسائی کے لیے تربیت یافتہ اور ہنرمند انسانی وسائل کی ضرورت پڑتی ہے۔ عمومی طور پر بھارت میں اور بالخصوص اتر پردیش میں ڈاکٹر اور اور صحتی عملہ کی عدم دستیابی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں عوامی طبی مراکز پر ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی عدم دستیابی ہے اور اگر جہاں پر عملہ کی دستیابی ہے وہاں پر عملہ کے رویہ اور ذمے داری میں کمی دیکھنے کو ملتی ہے۔ متعدد کمیونٹی افراد سے عملی کام کے دوران بات چیت میں پایا گیا کہ صحتی عملہ وقت مقررہ پر موجود نہیں ہوتے، وہ اکثر دیر سے آتے ہیں، آنے کے بعد اسٹاف کے ساتھ بات چیت میں وقت ضائع کرتے ہیں، جو اب وہی نام کی چیز نہیں ہے۔ اسی طرح ایک اور تحقیق سے واضح ہوتا ہے کہ صفائی کارکن علاج کے لیے میونسپل اسپتال جاتے ہیں، لیکن ڈاکٹر ان مریضوں پر توجہ نہیں دیتے، کیونکہ ڈاکٹر سوچتے ہیں کہ ان کے پاس کوئی اور متبادل یا موقع نہیں ہے (Pradeep et al 2017)۔ گڑوار میں فوکس گروپ ڈسکشن میں کمیونٹی افراد نے بتایا کہ موجودہ صحتی عملہ کے کارکردگی کی جانچ ہونی چاہئے اور اس کے علاوہ موجودہ عملہ کی

صلاحیت سازی کے لیے تربیت کی ضرورت ہے تاکہ وہ اپنی ذمے داری بخوبی نبھاسکیں۔ اس کے علاوہ حکومت کو چاہیے کہ طبی سہولیات کی رسائی کو آسان بنانے کے لیے وہ تربیت یافتہ صحتی عملہ کی بھرتی کرے۔ اگر حکومت اس حکمت عملی کو اپناتی ہے تو عالمی صحت رسائی کے مقاصد کو حاصل کیا سکتا ہے۔

4.5 ادویات کی دستیابی کا انتظام و انصرام (Management of Availability of Medicines)

کیونٹی افراد کے ذریعہ طبی خدمات کی رسائی میں حائل رکاوٹوں میں ادویات کی عدم دستیابی بھی ایک اہم مسئلہ ہے، کیونکہ مریضوں کے علاج میں ادویات کا اہم رول ہوتا ہے۔ لوگوں کی یہ شکایت ہوتی ہے کہ عوامی طبی مراکز پر معیاری ادویات موجود نہیں ہوتی ہے، صرف انہیں عام امراض کی ادویات موصول ہوتی ہے۔ طبی مراکز پر ادویات کے ریکارڈ کے لیے رجسٹر کا نظم ہوتا ہے اور ادویات کے رجسٹر کارکھ رکھاؤ اچھی طرح سے نہیں کیا جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے پرانی بیماریوں کی ادویات کا نظم بالخصوص مہنگی ادویات کا نظم اچھی طرح سے نہیں ہو پاتا ہے۔

عملی کام کے دوران کیونٹی افراد سے بات چیت کے ذریعہ یہ انکشاف ہوا کہ انہیں طبی مراکز پر پوری ادویات موصول نہیں ہوتی ہے، مہنگی ادویات باہر سے خریدنے کی صلاح دی جاتی ہے۔ اسی طرح کی ایک تحقیق جو گریٹ ممبئی کے میونسپل اسپتال میں ہوئی تھی سے انکشاف ہوتا ہے کہ صفائی کارکنوں کو باہر کے دواخانوں سے ادویات خریدنی پڑتی ہے اور علاج کے لیے میڈیکل جانچ بھی باہر سے کرانی پڑتی ہے، وہ صرف ڈاکٹر کی فیس بچانے جاتے ہیں (Pradeep et al 2017)۔ غریب اور محرومیت کا شکار طبقوں سے انٹرویو کے دوران دریافت ہوا کہ انہیں باہر سے مہنگی ادویات خریدنے پر قرض لینا پڑتا ہے جس کی وجہ سے ان کی سماجی اقتصادی پہلوؤں میں مسائل کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

ادری کے پردھان نے انکشاف کیا کہ حکومت کو چاہیے کہ ایسی پالیسی نافذ کرے جس کی وجہ سے ان پریشانیوں سے بچا جاسکے اور غریب و ضرورت مند افراد کو عوامی سہولیات سے استفادہ ہو سکے۔ اس کے علاوہ موجود ادویات کا انتظام و انصرام منظم طریقہ سے ہونا چاہیے تاکہ ادویات کا ریکارڈ اچھی طرح سے کیا جاسکے اور جن ادویات کی کمی ہو اسے وقت مقررہ پر مددگار مریضوں میں تقسیم کیا جاسکے۔

4.6 بنیادی ڈھانچہ کا انتظام و انصرام (Management of Infrastructure)

کسی بھی خدمات کی فراہمی میں بنیادی ڈھانچہ ایک اہم رول ادا کرتا ہے، بالخصوص دیہی طبی خدمات کی فراہمی میں بنیادی ڈھانچہ نہایت ہی اہم اور ضروری ہے۔ لیکن، حکومت کی پالیسی اور انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کی موجودگی کے باوجود عوامی طبی مراکز میں بنیادی ڈھانچہ کی عدم دستیابی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ عمومی طور پر بھارت میں بالخصوص اتر پردیش میں صحت کے شعبہ میں بنیادی ڈھانچہ کی عدم دستیابی ہے۔ عملی کام کے دوران بھی یہ پایا گیا کہ اگر کہیں بلڈنگ ہیں تو وہاں پر لیباریٹری نہیں ہے، اگر کہیں لیباریٹری ہے تو وہاں پر ضروری آلات کی عدم دستیابی ہے۔ صحتی عملہ سے صلاح و مشورہ کے لیے کمرہ نہیں ہے، انتظار کے لیے کمرہ موجود نہیں ہے، پینے کے لیے صاف پانی کی سہولیات موجود نہیں ہے اور طہارت خانہ بھی موجود نہیں ہے۔ کچھ جگہوں پر یہ سہولیات موجود ہیں لیکن وہاں صفائی نہیں ہے یا تو وہ صحیح طریقے سے کام نہیں کر رہے ہیں۔ ان بنیادی ڈھانچہ کے رکھ رکھاؤ کا نظام صحیح ڈھنگ سے نہ ہونے کی وجہ سے مسائل کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ صحتی عملہ کی تربیت کے ذریعہ اس کے نظام کو درست کیا جاسکتا ہے۔

اعلیٰ معیار کی خدمات کے لیے انتظام و انصرام اور تنظیمی عوامل کا اثر پڑتا ہے (Hanan Al-Ahmadi et al, 2005)۔ گڑوار کے پردھان نے انٹرویو کے دوران انکشاف کیا کہ حکومت کو چاہیے کہ بنیادی ڈھانچہ کی تعمیر اور اس کو مستحکم بنانے کے لیے سرمایہ کاری میں اضافہ کرے اور اس کے انتظام و انصرام کے لیے حکمت عملی بنا کر نافذ کرے تاکہ لوگوں کو معیاری طبی خدمات سہولیات فراہم ہو سکیں۔ اتر پردیش کے دیہی اور پچھڑے علاقوں میں بہت سے افراد معیاری خدمات کے تئیں بیداری نہیں رکھتے ہیں۔ عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ حالات بہت خراب ہیں۔ اس لیے حکومت کی ذمہ داری بنتی ہے کہ وہ مثبت اور متحرک قدم اٹھائے تاکہ طبی خدمات کے انتظام کو مستحکم کیا جاسکے۔

طبی خدمات کی عالمی رسائی کے حصول کے لیے موثر انتظام و انصرام کے تحت صحت منصوبہ بندی کی بھی ضرورت پڑتی ہے۔ اس کے لیے حکومت کی طرف سے صحت کمیٹیاں، پالیسیاں، پروگرام، اسکیم، متعدد صحت پالیسی اور اسکیم کے

ذریعہ طبی خدمات فراہم کرانے میں حکومت کو شاں ہے۔ اس تحقیق میں دیہی طبی خدمات سے متعلق صحت منصوبہ بندی کی متعدد حکومت کی صحت اسکیم اور پروگرام کے اثر کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ غیر مساوات اور غربت خراب صحت کی وجوہات ہیں۔ مناسب دام اور مساوات پر مبنی اعلیٰ معیار کی طبی خدمات ملک کے بہت سے حصوں میں مایوسی کا سبب ہے۔ طبی خدمات میں غیر مساوات زندگی کے حقوق کے ساتھ سمجھوتہ ہے۔ طبی خدمات میں شمولیت کے لیے یہ بہت ہی اہم ہے کہ بنیادی طبی خدمات کی وضاحت کی جائے، جو ملک کے سبھی شہریوں کے لیے دستیاب ہو۔

بھارت میں طبی خدمات خصوصی طور سے پرائمری ہیلتھ کیئر پر مبنی ہے جو سب کے لیے صحت مند حالت کے حصول پر زور دیتی ہے۔ مزید اس کی نوعیت نظریہ کلیت سے متعلق (holistic) ہے۔ اس کا مقصد قابل علاج، فروغ، روک تھام کی دیکھ بھال کی خدمات کی فراہمی کرانا ہے۔ ملک کے متعدد صحت پالیسیاں اور پروگراموں کا مقصد قابل قبول صحت کے معیار کو ملک کی عوام کے لیے حاصل کرنا ہے۔ اس کے سبب ہم حکومت کے صحت منصوبہ بندی سے متعلق افعال کا جائزہ لیں گے کیا حکومت کی طرف سے بھورے کمیٹی سے لے کر آج تک صحت کے فروغ کے لیے کیا حاصل کیا ہے اور کتنی خلاء ابھی باقی ہے۔

حکومت ہند کے ذریعہ آزادی کے بعد صحت منصوبہ بندی کے تحت، متعدد کمٹیاں طبی خدمات میں مزید ترقی اور اضافہ کے لیے عمل میں آئیں۔ علاوہ ازیں بھارت اور اتر پردیش میں پرائمری ہیلتھ کیئر میں بنیادی ڈھانچہ ترقی، حکومت کی صحت پالیسیاں، پروگرام اور اسکیم میں ترقی اور اضافہ کے لیے حکمت عملی کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ اس میں روک تھام اور فروغ کے لیے کیا پیمائش اپنائی جائے اس پر بھی توجہ مرکوز کی گئی ہے۔

4.7 بھارت میں قومی صحت منصوبہ بندی (National Health Planning in India)

بھارت میں صحت منصوبہ بندی قومی و سماجی اور اقتصادی منصوبہ بندی کا ایک اہم حصہ ہے۔ پرائمری ہیلتھ کیئر پر الماٹا کا منشور اور حکومت کی قومی صحت پالیسی نے بھارت میں صحت منصوبہ بندی کو ایک نئی سمت دی ہے۔ اس کے ذریعہ سے پرائمری ہیلتھ کیئر کو مرکزی افعال اور قومی صحت نظام پر خاص توجہ دی ہے۔ پرائمری ہیلتھ کیئر پر توجہ مرکوز کرنے کے

ساتھ بھارت صحت منصوبہ بندی میں رہنمائی کرنے والا تھا۔ بھورے کمیٹی سے پہلے قومی صحت منصوبہ بندی کے لیے گائڈ لائنس اور سفارشات متعدد کمیٹیوں کے ذریعہ سے فراہم کئے گئے تھے۔ یہاں پر ان کمیٹیوں کے اغراض و مقاصد کو مختصر طور پر بیان کیا گیا ہے۔

4.8 قومی صحت کمیٹیاں (National Health Committees)

بھورے کمیٹی (Bhore Committee (1946)

بھارت میں اکتوبر 1943 میں حکومت ہند کی طرف سے ہلتھ سروے اینڈ ڈیولپمنٹ کمیٹی کا قیام ہوا۔ برطانوی بھارت میں صحت سے متعلق اور طبی تنظیم کی موجودہ حالت اور آئندہ کی ترقی کے لیے سفارشات کے لیے ایک اہم اور مشکل سروے تھا (GOI, 1946)۔ بھارت کے صحت کی حالت کی جانچ کرنے کے لیے، کمیٹی کے چیئرمین سرجو سیف بھورے تھے۔ رپورٹ 1946 میں جمع کی گئی، جس میں کچھ خاص سفارشات کی گئی تھیں، جیسے تمام نظم و نسق سطح کی روک تھام اور قابل علاج خدمات کو یکجا کیا جائے۔ پرائمری ہیلتھ سنٹر کو دو مراحل میں ترقی، پہلا مختصر مدت کے اقدام کے طور پر کہ 40000 آبادی پر ایک پرائمری ہیلتھ سنٹر کا مشورہ دیا گیا۔ ہر ایک پرائمری ہیلتھ سنٹر میں دو ڈاکٹر، ایک نرس، چار عوامی صحت نرس، چار دائیاں، چار تربیت یافتہ دائیاں، دو صحت و سفائی انسپکٹر، دو صحت اسٹنٹ، ایک فارماسٹ اور پندرہ دیگر کلاس چہارم درجہ کے عملہ کے ساتھ ہونا چاہیے۔ سکنڈری ہیلتھ سنٹر بھی پرائمری ہیلتھ سنٹر کو مدد فراہم کرے گا اور اس کے افعال معاون بنے گا اور نگرانی کرے گا۔ دو طویل مدت کے پروگرام جسے 3 ملین منصوبہ بھی کہا جاتا ہے۔ اس کے تحت 10000 سے 20000 کی آبادی میں 75 بستروں کا اسپتال پرائمری صحت اکائی کے طور پر قائم کرنا، اور سکنڈری اکائی کے طور پر 650 بستروں کا اسپتال قائم کرنا۔ اس کے علاوہ ضلع اسپتال کو 2500 بستروں کے ساتھ مستحکم کرنا۔ طبی تعلیم میں ایک اہم تبدیلی کرتے ہوئے جس کے تحت 3 مہینے کی سماجی میڈیسیں اور روک تھام میں تربیت کے ذریعہ سماجی ڈاکٹر بنانا شامل تھا (NHP India, Bhore

(Committee, 1946) - آج ستر سال گزرنے کے بعد بھی طبی نظام کے بنیادی ڈھانچے میں کمی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے بھارت میں بالخصوص اتر پردیش میں معیاری طبی سہولیات کی عدم دستیابی ہے۔ تحقیق حلقہ میں مواد کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ طبی مراکز پر بنیادی سہولیات کی عدم دستیابی ہے۔ آج بھی آبادی کے ضوابط کے مطابق تحقیق حلقہ میں طبی مراکز کی عدم دستیابی ہے، باہم، طبی مراکز پر صحتی عملہ کی عدم دستیابی ہے۔ متعدد نشستیں خالی ہیں لیکن ان کی جگہ عملہ کی بھرتی نہیں کی جا رہی ہے۔

سوکھے کمیٹی (Sokhey committee (1948)

انڈین نیشنل کانگریس کے ذریعہ 1948 میں کرنل ایس، سوکھے کی صدارت میں نیشنل پلاننگ کمیٹی (NPC) قائم کی گئی، اس میں بتایا گیا کہ لوگوں کی صحت کے رکھ رکھاؤ کی ذمہ داری ریاست کی ہے، اور روک تھام و علاج کے افعال کو یکجا کرنے کے عمل کے لیے ایک ریاست ایجنسی پر زور دیا جائے (Banerji D., 1985, Sokhey Committee, 1948)۔ سوکھے کمیٹی رپورٹ بھورے کمیٹی رپورٹ کی طرح نہیں ہے بلکہ مختصر ہے، لیکن بھورے کمیٹی کے مشورات اور سفارشات کو منظوری دیتی ہے اور اس رپورٹ کی بہت زیادہ اہمیت پر زور دیتی ہے۔

مدالیر کمیٹی (Mudaliar Committee (1962)

حکومت ہند نے 1959 میں ایک اور کمیٹی جسے ہیلتھ سروے اینڈ پلاننگ کمیٹی کے نام سے جانا جاتا ہے طبی خدمات کی ترقی اور اضافہ کی بہتری میں سفارشات کے لیے قائم کی۔ اس کمیٹی نے دریافت کیا کہ پرائمری ہیلتھ سنٹر کے ذریعہ فراہم خدمات کا معیار نامناسب ہے اور نئے سنٹر تعمیر کرنے سے پہلے موجودہ پرائمری ہیلتھ سنٹر کو مستحکم کرنے کی صلاح دی۔ ضلع اسپتال اور سب ڈیویژنل سنٹر کو بھی مستحکم کرنے کی صلاح دی تاکہ وہ ریفرل سنٹر کے طور پر کام کر سکیں (Government of India: 1961)۔ اس کمیٹی کی خاص سفارش تھی کہ پرائمری ہیلتھ سنٹر کے ذریعہ خدمت کرنے والی آبادی کی حدود کو 40,000 مقرر کیا جائے، ساتھ ہی ان سنٹروں کے ذریعہ فراہم کردہ طبی خدمات کے معیار کو بہتر بنایا جائے۔ 10,000 آبادی پر ایک بنیادی صحت کارکن فراہم کرنے کی بھی سفارش کی گئی۔

چڈھا کمیٹی (Chadah Committee (1963)

چڈھا کمیٹی حکومت ہند کے ذریعہ 1963 میں قائم کی گئی، ڈاکٹر ایم ایس چڈھا کی صدارت میں قومی ملیریا خاتمہ پروگرام کے رکھ رکھاؤ مرحلہ کی تیاری کے مطالعہ کے لیے کی گئی تھی۔ اس کمیٹی نے سفارش کی کہ قومی ملیریا خاتمہ پروگرام سے متعلق جانچ اور دیکھ بھال کے افعال کی عام صحت خدمات کی ذمہ داری ہوگی جیسے پرائمری ہیلتھ سنٹر، تمام طبی تنظیمیں، سرکاری یا غیر سرکاری، پرائیویٹ میڈیکل پریکٹیشنرز، ادویات کے کسی بھی نظام میں وہ پریکٹس کرتے ہوں اور تمام پیشہ ور اور دیگر کارکن کو منسلک ہونا چاہیے۔ پنچایت، ترقی کمیٹی، مہیلا منڈل، نوجوان کلب، دیگر رضاکارانہ ایجنسیوں کے ممبران، اساتذہ وغیرہ شریک ہوں اور یہ کوشش ہو کہ ہر ایک گاؤں، دیہی کمیونٹی یا مقامی رضاکارانہ طور پر شریک ہوں۔ موجودہ منصوبہ کے وقت کے فراہم کردہ سبھی کوششیں پرائمری ہیلتھ سنٹروں کو قائم کرنے کے لیے ہوں۔ خاص طور پر ان حلقوں کے لیے جو رکھ رکھاؤ مراحل میں داخل ہو رہے ہوں۔ وہ صوبے جو زچگی اور بچوں کی صحت کے کچھ مراکز کے تعمیر کے لیے منصوبہ بند پروگرام رکھتے ہیں، ان حلقوں میں تعمیر کریں جہاں پر طبی فراہمی نامناسب ہے (MoHFW, 1963)۔ تمام ویکٹر سے پیدا ہونے والی بیماریوں میں ملیریا اب بھی خاص مسئلہ ہے، حالانکہ صوبوں کی رپورٹ میں کمی بتائی جا رہی ہے۔ عالمی صحت ادارہ اس سے منسلک تمام تنظیموں کے ساتھ مل کر تعلیم فراہم کرانے اور بیداری میں اضافہ کے لیے کام کر رہا ہے، تاکہ لوگ جان جائیں کہ کیسے مچھروں، بیکٹیریا، وائرس، مکھیوں اور دیگر ویکٹر سے خود کو اور اپنی کمیونٹی کی حفاظت کی جاسکتی ہے (WHO, 2016)۔ پانچ دہائی سے زیادہ کا عرصہ گزرنے کے بعد بھی ملیریا بیماری کا خاتمہ نہیں ہو سکا ہے اور کمیونٹی شراکت کو بھی فروغ نہیں مل رہا ہے۔

مکھرجی کمیٹی (Mukherjee Committee (1966)

حکومت ہند کے اس وقت کے صحت سیکریٹری شری مکھرجی کی صدارت میں 'مکھرجی کمیٹی' جانی جاتی ہے۔ ان کو خاندانی منصوبہ بندی پروگرام کی حکمت عملی کے جائزہ کے لیے تعینات کیا گیا تھا۔ کمیٹی نے خاندانی منصوبہ بندی پروگرام کے لیے الگ اسٹاف کی سفارش کی تھی۔ خاندانی منصوبہ بندی کی مدد صرف خاندانی منصوبہ بندی ذمے داریوں

کو لینا تھا۔ بنیادی صحت کارکن خاندانی منصوبہ بندی کے علاوہ دیگر مقاصد سے استعمال ہونے چاہیے (MoHFW, 1966)۔ کمیٹی نے بنیادی طبی خدمات کی وضاحت کی ہے جو بلاک سطح پر مہیا ہونی چاہیے اور کچھ نتیجے میں منظوری کے لیے اعلیٰ سطح کا نظم و نسق ہونا چاہیے۔

جین کمیٹی رپورٹ (Jain Committee Report)

شری اے پی جین کی صدارت میں 1966 میں ایک کمیٹی عمل میں آئی جس کا مقصد طبی خدمات کا تجزیہ کرنا تھا، اس کے تحت پرائمری ہیلتھ سنٹر اور بلاک سطح پر طبی مراکز کو مستحکم بنانا اور باہم ضلع اسپتال کی سہولیات کو بھی مستحکم بنانا اس کی کوشش تھی۔ جین کمیٹی نے تجاویز پیش کی کہ میڈیکل اور صحت خدمات کو ضلع سطح پر یکجا کیا جائے، ساتھ ہی سول سرجن اور چیف میڈیکل آفیسر کے ذمے داریوں کو یکجا کیا جائے (MoHFW, 1967)۔ یہ آزادی کے بعد ایسی کمیٹی تھی جس کی سفارشات نے میڈیکل خدمات کے بارے میں تجاویز پیش کی تھی اور مزید یہی علاقوں میں علاج کی خدمات کو مستحکم کرنے کے بارے میں پہلی بار بات کی تھی، سنجیدہ طور پر غور نہیں کیا گیا۔

جنگل والا کمیٹی (Jungalwalla Committee (1967)

یہ کمیٹی ڈاکٹر این جنگل والا کی صدارت میں 1964 میں قائم کی گئی تھی۔ اس کمیٹی سے طبی خدمات کے متعدد مسائل کو یکجا کرنے سے متعلق تجزیہ کرنے کو کہا گیا تھا، باہم حکومتی خدمات کے ڈاکٹروں کی پرائیویٹ پریکٹس کو ختم کرنے کے بارے میں اور ڈاکٹروں کے حالات کے بارے میں تجزیہ کرنے کو کہا گیا تھا۔ اس کمیٹی نے تمام سطح کے طبی اداروں کے یکجا کرنے کی سفارش کی تھی (Directorate General of Health Services, 1967)۔ اس کی سفارشات میں عام سنیر ایٹی، الگ لیاقت کی پہچان، مساوی کام مساوی اجرت، خاص کام کے لیے خاص اجرت، سرکاری ڈاکٹروں کی پرائیویٹ پریکٹس پر روک اور اچھی خدمات کی شرط شامل تھی۔

کرتار سنگھ کمیٹی (1973) Kartar Sing Committee

صحت اور میڈیکل خدمات کی ساخت کو پرائمری سطح اور سپروائیزری سطح پر یکجا کرنے کے لیے کرتار سنگھ کمیٹی 1973 میں قائم کی گئی تھی۔ اس کمیٹی نے سفارش کی کہ 3 سے 4 مرد اور عورت کثیر مقاصد کارکن کے کام کی جانچ ایک صحت سپروائیزر کے ذریعہ کی جائے گی۔ ایک پرائمری ہیلتھ سنٹر 50000 کی آبادی کا احاطہ کرے گا اور اسے 16 ذیلی مراکز میں تقسیم کیا جائے گا۔ ہر ایک ذیلی مراکز 3000 سے 5000 آبادی کے لیے ہوگا اور ہر ایک میں 1 مرد اور 1 عورت صحت کارکن ہونگے۔ پرائمری کارکن کے متعدد درجہ کو ایک عملہ کے کثیر مقاصد میں ملا دیا جائے گا (MoHFW, 1973)۔

شری واستو کمیٹی (1975) Shrivastav Committee

شری واستو کمیٹی 1974 میں میڈیکل تعلیم اور عملہ کے تعاون کے گروپ کے طور پر عمل میں آئی۔ اس کا مقصد صحت اسسٹنٹ کے لیے نصاب تیار کرنا تھا، جو میڈیکل آفیسر اور کثیر مقاصد کارکن کے درمیان ایک روابط کے طور پر کام کرتے ہیں اور طبی خدمات، خاندان بہبود اور غذائی خدمات مہیا کرتے ہیں۔ اس کمیٹی نے سفارش کی کہ سیمی پیشہ ور کا ایک عملہ گاؤں سطح پر کمیونٹی کے اندر فروغ پانا چاہیے۔ ریفرل نظام کے فروغ کے لیے پرائمری ہیلتھ سنٹر تحصیل سطح کے اسپتال، ضلع و صوبائی سطح اور میڈیکل کالج سطح پر اقدام اٹھانا چاہیے۔ یوجی سی کی طرز پر میڈیکل اور صحت کمیشن کی تعمیر ہونی چاہیے (Government of India: 1975)۔ شری واستو کمیٹی کی سفارشات کو قبول کرتے ہوئے 1977 میں دیہی صحت اسکیم عمل میں آئی (Shrivastav Committee, 1975)۔

دیہی صحت اسکیم (1977) Rural Health Scheme

حکومت ہند کے ذریعہ 1977 میں دیہی صحت اسکیم عمل میں آئی، یہ لوگوں کی صحت لوگوں کے ہاتھ میں اصول پر مبنی تھی۔ شری واستو کمیٹی 1975 کی سفارشات پر مبنی دیہی علاقوں میں 3 سطح کے طبی خدمات کی ادائیگی کے لیے عمل میں آیا۔ اس کی سفارشات کی طرز پر 1978 میں المائیاں ایک بین الاقوامی کانفرنس منعقد ہوئی، جس کا مقصد پرائمری

ہیلتھ کیئر نقطہ نظر کے ذریعہ پوری دنیا کے لوگوں کے لیے 2000ء تک قابل قبول سطح تک "سب کے لیے صحت" کا مقصد طے پایا تھا۔ الماٹا منشور کے مطابق، حکومت ہند نے پرائمری ہیلتھ نقطہ نظر کے ذریعہ سب کے لیے صحت کے مقاصد کے حصول کے لیے وقف کر دیا، جو مناسب اور مساوی قیمت پر یونیورسل صحت مہیا کرانے کے لیے وقف ہے۔ اگرچہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں کی صورت حال کا جائزہ لیا جائے تو یہاں کے باشندوں کے صحت کے مسائل بہت ہی پیچیدہ ہیں۔ معیاری سہولیات غریب اور محرومیت کا شکار افراد، خواتین اور بچوں کی پہنچ سے بہت دور ہیں۔ بنیادی صحت خدمات کی سستی قیمت پر عدم دستیابی ہے۔ غریب بیماری کے علاج میں اور غریب ہوتا جا رہا ہے۔ بیماری کے دوران اس کے ذریعہ معاش پر اثر پڑتا ہے۔ مہنگا علاج، بیمار پڑنے پر مزدوری نہ کر پانے کی وجہ سے اجرت کا حاصل نہ ہونا اسے اور غریب بنا دیتا ہے۔ الماٹا کے مقاصد سب کے لیے صحت کے حصول کے لیے حکومت نے ملک کے تمام باشندوں کے لیے مناسب قیمت پر مساوی خدمات کی فراہمی کے لیے متعدد صحت پالیسی عمل میں آئی۔

بھورے کمیٹی کی سفارشات میں آبادی کے ضوابط کے مطابق پرائمری ہیلتھ سنٹر کا قیام اور صحت عملہ کی تعداد کا تعین کیا گیا۔ اس کے علاوہ بنیادی ڈھانچے کو مستحکم کرنے پر بھی زور دیا گیا۔ آج سات دہائی گزرنے کے بعد بھی طبی نظام کے بنیادی ڈھانچے میں کمی ہے۔ اسی طرح سوکھے کمیٹی رپورٹ نے بھورے کمیٹی رپورٹ کے مشاورات اور سفارشات کو منظوری دی تھی۔ مدالیر کمیٹی نے دریافت کیا کہ پرائمری ہیلتھ سنٹر کے ذریعہ فراہم خدمات کا معیار نامناسب ہے اور نئے سنٹر تعمیر کرنے سے پہلے موجودہ پرائمری ہیلتھ سنٹر کو مستحکم کرنے کی صلاح دی۔ چڈھا کمیٹی نے سفارش کی کہ قومی ملیئر یا خاتمہ پروگرام کے لیے تمام شعبوں کے ادارہ جارانہ کی شراکت کو یقینی بنانا ہوگا لیکن پانچ دہائی سے زیادہ کا عرصہ گزرنے کے بعد بھی ملیئر یا بیماری کا خاتمہ نہیں ہو سکا ہے اور کمیونٹی شراکت کو بھی فروغ نہیں مل رہا ہے۔ مکھرجی کمیٹی نے خاندانی منصوبہ بندی پروگرام کے لیے الگ اسٹاف کی سفارش کی تھی اور کچھ نتیجے میں منظوری کے لیے اعلیٰ سطح کا نظم و نسق ہونے کی سفارش کی تھی۔ جین کمیٹی کا مقصد پرائمری ہیلتھ سنٹر اور بلاک سطح پر طبی مراکز کو مستحکم بنانا اور باہم ضلع اسپتال کی سہولیات کو بھی مستحکم بنانا تھا۔ جین کمیٹی نے تجاویز پیش کی کہ میڈیکل اور صحت خدمات کو ضلع سطح پر یکجا کیا جائے۔ ان سب سفارشات کے باوجود عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی

افراد میں بیداری کی بہت زیادہ کمی ہے۔ اس کی بہت سی وجوہات ہیں جیسے صحت عملہ کی عدم دستیابی سے موجودہ عملہ پر کام کا زیادہ بوجھ ہوتا ہے، باہم صحت عملہ میں جو ابدا ہی کمی ہے۔ کمیونٹی شراکت کی کمی کی وجہ سے افراد میں دلچسپی کم ہے۔ اس کے علاوہ کمیونٹی افراد کی سماجی و اقتصادی حالت اچھی نہ ہونے کی وجہ سے وہ اپنے ذریعہ معاش کے لیے پریشان رہتے ہیں۔

4.9 قومی صحت پالیسی (NHP) National Health Policy

وزارت صحت و خاندانی فلاح و بہبود، حکومت ہند نے قومی عزم کو دیکھتے ہوئے سب کے لیے صحت کے مقاصد کے حصول کے لیے متعدد قومی صحت پالیسی تیار کرتی رہی ہے۔ یہ پالیسی عوامی صحت کے علاج اور فروغ کے پہلوؤں پر زور دیتی ہے۔ ان پالیسی کے ذریعہ صحت کے بنیادی ڈھانچے کی تعمیر نو، طبی عملہ کی ترقی، تحقیق اور ترقی صحت کی حکمت عملیوں کا حصول شامل ہیں۔ پالیسی کا بنیادی مقصد عام آبادی کے درمیان ایک معیاری اور اچھی صحت حاصل کرنا ہے۔

قومی صحت پالیسی (1983) National Health Policy

بھارت کی پہلی قومی صحت پالیسی 1983 میں پچھلی تین خاص کمیٹیوں بھورے کمیٹی 1946، مدالیر کمیٹی 1962 اور شری واستو کمیٹی 1975 کی سفارشات پر عمل میں آئی۔ الماناکے عزم 2000ء تک سب کے لیے صحت کے حصول کے لیے حکومت ہند نے 1983 میں قومی صحت پالیسی قائم کی گئی۔ اس نے مانا کہ صحت کا فروغ مرکزی ہے اور طبی خدمات کی رسائی پر توجہ مرکوز کی۔ طبی خدمات کمیونٹی کو مہیا کرانے کا پختہ ارادہ کیا اور لوگوں کے تعاون کی یقین دہانی کی گئی۔ اس میں بہتر صحت کے لیے غذائیت، کھانے میں ملاوٹ پر روک، ادویات کے معیار کا رکھ رکھاؤ، ماحولیاتی حفاظت، صاف پانی و حفظان صحت، امتنائی پروگرام، زچگی اور بچوں کی صحت خدمات، اسکول صحت پروگرام اور پیشہ وارانہ صحت خدمات پر خصوصی توجہ دی گئی (MoHFW, 1983)۔ موجودہ صحت عملہ کی دوبارہ تربیت اور متعدد ادویات نظام کی شمولیت اور اچھی سطح پر صحت کی دیکھ بھال، خاص حلقوں کی ذمے داری اور افعال، مکمل طور پر طبی رسائی

نظام، خصوصی طور پر روک تھام، فروغ اور عوامی صحت کے مقاصد سے متعلق دوبارہ تربیت دینے پر توجہ مرکوز کی گئی۔ پھر بھی طبی خدمات کی رسائی عام لوگوں کی پہنچ سے دور ہے، کہیں دوری کے مسائل ہیں تو کہیں مناسب دستیابی کے اور مساوی خدمات کی عدم دستیابی ہے۔ کمیونٹی شراکت کے فروغ میں کمی بھی طبی خدمات کے اضافہ میں حائل رکاوٹ ہے۔ حکومت ہند نے شہریوں کی صحت کو فروغ دینے کے لیے طبی سہولیات کو بہتر بنانے کی غرض سے 2002 میں ایک نئی پالیسی کا قیام عمل میں آیا۔

قومی صحت پالیسی (2002) National Health Policy

قومی صحت پالیسی 2002 موجودہ پس منظر کے تجزیہ کو منظوری دیتی ہے، جب کہ 1981 سے 2000 کے درمیان آبادی کے رجحان، انفیکشن بیماری اور بنیادی ڈھانچہ میں بہتری ہوئی ہے۔ صحت کے اشاریہ مناسب پیمانے سے بہت دور ہیں۔ ایسے وقت میں جب کہ صحت سیاحت کو فروغ مل رہا ہے طبی خدمات میں عدم مساوات پھر بھی جاری ہے۔ صحت شعبہ میں عوامی سرمایہ کاری اب بھی بہت کم ہے، حقیقت میں کم ہو رہی ہے۔ 1990 میں 1.3 فیصد، جو 1999 میں 0.9 فیصد GDP کا رہ گیا تھا۔ صرف 1 فیصد صحت بجٹ کا صحت تحقیق پر خرچ ہوتا ہے۔ قومی صحت پالیسی 2002 کا نظریہ تھا کہ 2010 تک عوامی سرمایہ کاری، GDP کا 2 فیصد ہو جائے گا۔ اگر تمام ممکنہ 2 فیصد عوامی صحت کا بجٹ تحقیق میں صرف کر دیا جائے تو صحت تحقیق میں مالیاتی تعاون اور عوامی فنڈنگ کے ذریعہ ایک پبلک پرائیویٹ پارٹنرشپ مستحکم ہو جائے۔ اس لیے ایک ایسی صحت تحقیق پالیسی عمل میں آئے جس کے ذریعہ سے صحت کے مقاصد کا حصول ہو سکے۔ اس پالیسی کا یہ بھی مقصد تھا کہ 2010 تک ملیریا اور دیگر ویکٹر سے پیدا بیماریوں کے ذریعہ اموات کی شرح میں 50 فیصد تک کمی کرنا اور کالا ازرا کا خاتمہ بھی 2010 تک کرنے کا فیصلہ لیا گیا تھا۔ باہم، فائلیریا کو 2015 تک خاتمہ کے لیے عزم لیا گیا تھا (MoHFW, 2002)۔ لیکن متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتنی مدت گزرنے کے بعد بھی ان بیماریوں کا خاتمہ نہیں ہوا ہے۔ حکومت بجٹ میں اضافہ کا عزم کرتی ہے لیکن عمل درآمد نہیں ہوتا ہے، اس لیے پروگرام کا نفاذ سہی طریقے سے نہیں ہو پاتا ہے۔ اگر حکومت چاہتی ہے کہ بیماری اور

اموات شرح میں کمی آئے تو پالیسی کے مقاصد کے مطابق بجٹ میں اضافہ کرے۔ باہم، حکومت ہند ایک نئی قومی صحت پالیسی کے ارتقاء کے لیے ڈرافٹ نیشنل ہیلتھ پالیسی کا منشور عوام سے تجاویز کے لیے پیش کیا تھا جس کے رد عمل میں مارچ 2017 میں ایک نئی قومی صحت پالیسی کا وجود ہوا جس کا آگے تفصیلی جائزہ کیا گیا ہے۔

قومی دماغی صحت پالیسی (National Mental Health Policy 2014)

یہ پالیسی اکتوبر 2014 میں عمل میں آئی تھی، دماغی صحت کے لیے مساوات، انصاف، یکجہایت اور مشاہدہ پر مبنی دیکھ بھال، معیار، اشتراکیت اور مجموعی نقطہ نظر کے اصول و اقدار پر مبنی تھی۔ اس کے خاص اغراض و مقاصد آدمی کی پوری زندگی میں تکلیف کو کم کرنا، معذورین، اخراجیت، بیماری اور قبل از وقت موت جو دماغی صحت کے مسائل سے متعلق ہو کو دور کرنا ہے۔ ان کو یونیورسل رسائی فراہم کرنا، غریب اخراجیت کا شکار گروپ کے لیے دماغی صحت کی رسائی میں اضافہ کرنا، دماغی صحت کے مسائل سے جڑے ہوئے کلینک کو کم کرنا یا ختم کرنا اور دماغی صحت کے فروغ کے لیے ہر مند انسانی وسائل کی دستیابی اور رسائی میں اضافہ اور بہتری کرنا ہے (MoHFW, 2014)۔ حکومت نے بارہویں پنج سالہ منصوبہ بندی میں قومی دماغی صحت پروگرام کے نفاذ کو جاری رکھنے کے لیے خاص میکنزم کے ساتھ منظوری دے دی ہے۔ دماغی صحت کے فروغ کے لیے سنٹر آف ایکسلنس کے قائم کرنے کے لیے مالیاتی مدد 30 کروڑ سے اضافہ کر کے 33.70 کروڑ کر دیا ہے (PIB, 2016)۔ گیارہویں پنج سالہ منصوبہ کے 123 ضلعوں کے علاوہ پنج سالہ منصوبہ میں 118 نئے اضلاع کو شامل کیا گیا ہے۔ موجودہ پنج سالہ منصوبہ بندی میں ضلع دماغ صحت پروگرام (DMHP) کی توسیع کی گئی ہے۔ جس میں DMHP کے تحت مالیاتی مدد میں اضافہ کیا گیا ہے، جس کے ذریعہ دماغی بیماریوں کا انتظام و انصرام اور علاج، اس کے علاوہ خودکشی کو روکنے کے لیے خدمات، کام کی جگہ کے تناؤ کا انتظام و انصرام، زندگی کی مہارتوں کی تربیت اور اسکول و کالجوں میں صلاح وغیرہ کے انتظامات کئے گئے ہیں۔ مزید ہر اضلاع کے لیے سالانہ مالیاتی امداد 46.37 لاکھ سے 83.70 لاکھ کر دی گئی ہے۔ ان مالیاتی امداد کا انتظام و انصرام اچھی طرح سے کر کے ان بیماریوں سے متاثر مریضوں کا علاج کیا جاسکتا ہے۔

ڈرافٹ قومی صحت پالیسی (2015) Draft National Health Policy

حکومت ہند نے قومی صحت پالیسی 2017 کے عمل میں ڈرافٹ قومی صحت پالیسی کا منشور عوام میں تجاویز کے لیے پیش کیا گیا۔ ڈرافٹ قومی صحت پالیسی کی خاص سفارشات اس کے مقصد کو بیان کرتی ہیں۔ اعلیٰ امکانی سطح کی اچھی صحت اور صحت مندی کا حصول، سبھی ترقیاتی پالیسیوں میں طبی روک تھام اور فروغ پر زور دینا، یونیورسل رسائی، اعلیٰ معیاری طبی خدمات کسی مالیاتی مشکلات کے فراہم کرانا (MoHFW, 2014)۔ ڈرافٹ قومی صحت پالیسی پبلک اور پرائیویٹ دونوں شعبوں سے علاج کے لیے طبی خدمات کی خریداری کی تجویز پر زور دیتی ہے، جس کے ذریعہ سے بھارت یونیورسل صحت کے مقاصد کو حاصل کر سکتا ہے (Rao, Mohan et al, 2015)۔ ڈرافٹ پالیسی دو مفروضات پر مبنی ہے۔ اول، پالیسی مداخلت، جب سے قومی صحت پالیسی 2002 بڑے پیمانے پر کامیاب رہی ہے اور دوم، پبلک اور پرائیویٹ طبی خدمات کی ادائیگی کے درمیان مقاصد میں ہم آہنگی ہے، جو عوامی صحت کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے پرائیویٹ شعبہ کے استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہے۔

قومی صحت پالیسی (2017) National Health Policy

حکومت ہند نے قومی صحت پالیسی (NHP 2017) شروع کی۔ قومی صحت پالیسی 2017 کا خاص مقصد تمام ترقیاتی پالیسیوں میں حفاظتی اور قابل فروغ طبی سماعت کے ذریعہ اعلیٰ ممکنہ سطح کی اچھی صحت اور صحت مندی حاصل کرنا ہے۔ یہ پالیسی معیاری طبی خدمات کی یونیورسل رسائی کے لیے بغیر کسی مالیاتی مشکلات کے سبھی کو حاصل کرنے کی وکالت کرتی ہے (GOI, 2017)۔ یہ پالیسی صحت کے تئیں وسیع اور یکجا طور پر سبھی تک پہنچنے کی کوشش میں ہے۔ اس کا مقصد یہ بھی ہے کہ آبادی کو یونیورسل صحت کی رسائی اور معیاری طبی خدمات کی ادائیگی مناسب قیمت پر مہیا کرانا۔ حکومت صحتی اخراجات میں اضافہ کرنا اور GDP کے تناسب سے موجودہ 1.15 فیصد سے 2.5 فیصد کا اضافہ 2025 تک کرنا (PIB, 2017)۔ پبلک پرائیویٹ پارٹنرشپ (PPPs) کے ذریعہ طبی لاگت کی وجہ سے جیب کے اخراجات میں کمی کرنا، عوامی طبی نظام میں اعتماد کو مستحکم کرنا، اور عوامی صحت مقاصد کے تحت

پرائیویٹ طبی صنعت اور میڈیکل ٹیکنالوجی کو ترقی دینا۔ موجودہ دور میں بھارت میں بالخصوص اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں طبی بنیادی ڈھانچہ کی کمی ہے۔ انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کے ضوابط کے مطابق پورے صوبہ میں ایک بھی ذیلی مراکز کام نہیں کر رہے ہیں، اس لیے بنیادی ڈھانچہ کو مستحکم بنانے کے لیے فنڈ میں اضافہ کرنا ہوگا، صحتی عملہ کی بھرتی کرنی ہوگی، مناسب ادویات کا نظم سہی طریقے سے کرنا ہوگا، ڈاکٹروں اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی جو ابدہی کو یقینی بنانا ہوگا تاکہ صحت خدمات میں بہتری کر کے صحت کے مقاصد کا حصول ہو سکے۔

قومی آبادی پالیسی (2000) National Population Policy

ڈاکٹر سوامیناتھن کی سرپرستی میں ایک ماہرین گروپ کو 1993 میں یہ ذمہ داری دی گئی تھی کہ قومی آبادی پالیسی کے لیے ایک ڈرافٹ بنائیں جس میں کابینہ اور پارلیمنٹ میں اس پر بحث ہوئی۔ آخر میں قومی آبادی پالیسی 2000 میں عمل میں آئی۔ اس پالیسی میں بیان کیا گیا کہ اس کا فوری مقصد حمل کے لیے ناخواہش ضروریات پر توجہ دینا، طبی بنیادی ڈھانچہ، طبی عملہ، اور بنیادی تولیدی اطفال صحت کی یکجائی خدمات فراہم کرنا (MoHFW, 2002)۔ درمیانی مدت کے مقصد کے تحت بین شعبہ انفعالی حکمت عملی کو تحریر کی نفاذ کے ذریعہ مجموعی شرح پیدائش کو متبادل سطح تک لانا تھا۔ طویل مدت مقصد کے تحت 2045 تک ایک مستحکم آبادی حاصل کرنا جو متواتر سطح کے ساتھ پائیدار اقتصادی ترقی، سماجی ترقی، ماحولیاتی حفاظت کی ضرورتوں کے ساتھ حاصل ہو۔

یہ وقت کی ضرورت ہے کہ صحت اور انسانی ترقی کو ایک مستحکم مجموعی یکجائی قومی سماجی و اقتصادی ترقی، طبی خدمات کا غیر مرکوزی نظام جزو کے طور پر دیکھا جانا چاہیے (Goel, 2005)۔ یہ پالیسی آبادی کے سبھی حلقوں میں حفظان صحت کی بہتری پر زور دیتی ہے۔ تاہم، طبی خدمات کے بنیادی ڈھانچہ کی ترقی میں اضافہ ہوا ہے، باہم، طبی خدمات کی رسائی اور معیار میں عدم مساوات جاری ہے۔ 1983 سے خراب حالت میں کام کر رہا طبی نظام میں تبدیلی آئی ہے، جو کارپوریٹ طبی نظام کے فائدے کے طور پر ابھر رہا ہے جس کے نتائج میں عوامی نظام کی ترقی حاشیہ پر آرہی ہے۔

ایسے میں حکومت کی ذمہ داری ہے کہ وہ عوامی صحت نظام کو مستحکم بنانے میں اپنے رول کی بخوبی نبھائے تاکہ لوگوں کو معیاری صحت خدمات فراہم کرائی جاسکے۔

4.10 دیہی طبی خدمات میں حکومت کا رول

Role of Government in Rural Health care Services

حکومت کا رول ہے کہ وہ اس بات کی یقین دہانی پر زیادہ زور دے کہ اس کے ملک کا طبی نظام اس کی آبادی کو مناسب خدمات فراہم کرائے (The World Health Report, 2000)۔ وزارت صحت اور خاندانی بہبود اعلیٰ معیار کی طبی خدمات کے یونیورسل رسائی کے لیے متعدد اسکیموں، پروگراموں اور قومی پہل کے ذریعہ سے نافذ کرتا ہے۔ اس کا نقطہ نظر یہ ہے کہ کمی والی جگہوں پر نئے بنیادی ڈھانچہ اور موجودہ تنظیموں میں بنیادی ڈھانچہ کے اضافہ کی ترقی کر کے غیر مرکزیت عوامی صحت نظام کی رسائی میں اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ ان تمام منصوبوں کی ترقی کے لیے بہت سے مختلف پروگرام قومی صحت مشن کے تحت قومی دیہی صحت مشن اور قومی شہری صحت مشن اس کے دو ذیلی مشن ہیں کے ساتھ مل کر ایک ساتھ کام کر رہے ہیں۔

4.11 قومی صحت مشن (NHM) The National Health Mission

قومی صحت مشن (NHM) میں دو ذیلی مشن ہیں، قومی دیہی صحت مشن (NRHM) اور قومی شہری صحت مشن (NUHM)۔ اس کے اہم پروگراماتی اجزا طبی نظام کو دیہی اور شہری علاقوں میں مستحکم بنانا ہے، RMNCH+A، متعدی اور غیر متعدی بیماریوں کی روک تھام کے لیے یہ مشن کام کرتا ہے۔ قومی صحت مشن کا مقصد ہے کہ مساوی، مناسب اور معیاری طبی خدمات کی یونیورسل رسائی کے حصول کے لیے حکمت عملی بنائے، جو لوگوں کی ضرورتوں کے لیے ذمہ دار اور جوابدہ ہو۔ قومی صحت مشن میں چار عناصر شامل ہیں، جن میں قومی دیہی صحت مشن، قومی شہری مشن، سہ رخی حفظان صحت پروگرام یاٹی سی پی اور صحت اور طبی تعلیم کے لئے انسانی وسائل شامل ہیں۔

قومی صحت مشن افزائش نسل اور بچوں کی صحت کے علاوہ صحت کی خدمات کو وسیع کرنے پر توجہ مرکوز کرتا ہے، تاکہ متعدی اور غیر متعدی بیماریوں سے لڑا جاسکے اور ذیلی ضلع سطحوں پر صحت کے بنیادی ڈھانچے کو بہتر بنایا جاسکے۔ قومی صحت مشن کو قومی دیہی صحت مشن اور قومی شہری صحت مشن کے بہتر نفاذ کے ذریعے تقویت ملتی ہے۔ قومی صحت مشن کو 2017-18 کے بجٹ میں 26690 کروڑ روپے مختص کئے گئے ہیں، جو حکومت ہند کے ذریعے چلائی جانے والی سب سے بڑی اسکیموں میں سے ایک ہے۔

قومی صحت مشن نے صحت اور خاندانی بہبود کے دو محکموں کو قومی سطح پر یکجا کیا ہے۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ ان دونوں کے یکجا ہونے سے بھارت کے دیہی صحت نظام میں نئی جان پڑی ہے، جس کی وجہ سے صحت کے شعبہ میں پروگراموں کا نفاذ بہتر ہوا ہے۔ یہی ارتباط ریاستی سطحوں پر بھی نظر آتا ہے۔ اس کے علاوہ قومی صحت مشن نے ریاستی مالیاتی محکموں کے دائرہ اختیار سے باہر ریاستی صحت سوسائٹیوں کے لیے مرکز سے فنڈ کی فراہمی میں بھی ایک انقلاب پیدا کیا ہے۔ ایک دوسری بڑی تبدیلی قومی صحت مشن کے دائرہ کار میں بیماریوں کے کنٹرول کے مربوط پروگرام میں نظر آتی ہے۔ قومی صحت مشن نے بھارت میں صحت شعبہ کے پروگراموں کے نفاذ میں کافی اختراعات متعارف کرائے ہیں۔ ان میں لچکدار فنڈنگ، بھارتی عوامی صحت معیارات کے خلاف اداروں کی نگرانی، ریاستی سطح پر صلاحیت سازی، پروگرام کا انتظام اکائی میں بندوبست کے ماہرین کے ذریعے ریاستی ضلع اور پانچائیت سمیٹی کی سطح پر صلاحیت میں اضافہ اور صحت اور خاندانی بہبود کے ریاستی اداروں کے ذریعے بروقت بھرتی اور انسانی وسائل کا آسان بندوبست ہے۔ اس کے علاوہ مختلف اقدامات کا ڈیزائن اور ان کی تیاری میں مدد کے لئے قومی صحت سسٹم ریسورس سنٹر (این ایچ ایس آر سی) کا قیام ایک اہم اختراع ہے۔ کچھ ریاستوں میں ریاستی صحت سسٹم ریسورس سنٹر بھی قائم کئے گئے ہیں۔

4.12 قومی دیہی صحت مشن (NRHM) National Rural Health Mission

قومی دیہی صحت مشن، قومی صحت پالیسی 2002 کے نفاذ کے لیے حکمتانہ ساخت ہے۔ اس مشن نے قومی صحت پالیسی 2002 میں بیان خاص گائیڈ لائنس کو اپنایا ہے، جیسے مساوات، غیر مرکزیت، پنجاتی راج تنظیموں کی اشتراکیت اور مقامی اداروں کی پرائمری ہیلتھ کیئر منجمنٹ، پرائمری ہیلتھ کیئر تنظیموں کو مستحکم بنانا اور متبادل مالیاتی وسائل کو بڑھانے کے لیے تجاویز پیش کرنا۔

قومی دیہی صحت مشن کا مقصد دیہی آبادی، خصوصی طور پر غیر یوں کو معیاری طبی خدمات فراہم کرنا ہے۔ اس مشن کے تحت ایمپاورڈ اکشن گروپ (EAG) صوبوں اور شمالی مشرقی صوبے، جمو اور کشمیر اور ہماچل پردیش کو خصوصی توجہ دی گئی ہے (MoHFW, 2015)۔ یہ مشن غیر مرکزیت، مکمل طور پر افغانی، کمیونٹی پر مبنی طبی نظام پر زور دیتا ہے، جس کے ذریعہ صحت کا تعین کرنے والے عوامل جیسے پانی، حفظان صحت، تعلیم، غذائیت، سماجی اور جنسی مساوات کو دور کرنے کی یقین دہانی کے لیے کام کرتا ہے۔

قومی دیہی صحت مشن کا ان 18 صوبوں میں آغاز کیا گیا تھا جہاں پر صحت کے اشاریہ اچھے نہیں تھے، دیہی غریب لوگوں کے لیے طبی خدمات پر زور دیا گیا تھا۔ اس مشن کا خاص مقصد یہ تھا کہ دیہی آبادی کو موثر طبی خدمات اور یونیورسل رسائی مہیا کرائی جائے۔ تین سطح کے دیہی طبی مراکز سب سنٹر (SCs)، پرائمری ہیلتھ سنٹر (PHCs) اور کمیونٹی ہیلتھ سنٹر (CHCs) ہوتے ہیں۔ اس میں سبھی یقینی خدمات بشمول عام خدمات اور ایمر جینسی خدمات جیسے سرجری، ادویات، زچگی، ماہر امراض نسوان، ماہر امراض اطفال اور دیگر قومی صحت پروگرام کی خدمات کمیونٹی سطح پر فراہم کرائی جاتی ہیں۔ نیا صحت مالیاتی میکانزم دیگر وسائل کی تقسیم کاری اور سہولیات ترقی کے لیے ہونا چاہیے۔ اس کے علاوہ دیہی سطح پر آشا کی تقرری کو بھی یقینی بنایا جائے۔

پروگرام کے دستاویز اس بات کی نشاندہی کرتے ہیں کہ متعدد صحت پروگرام کے ذریعہ رشتگی پیدا کرنی چاہیے اور وسیع پیمانے پر پرائمری ہیلتھ کیئر مہیا کرانے چاہیے۔ لیکن عمی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ سبھی کے لیے صحت

خدمات مہیا کرنے میں ناکام ہے۔ قومی دیہی صحت مشن کے تحت اضافی صحت بجٹ کا مار جینل تناسب دیہی طبی نظام کی بہتری میں جاتا ہے اور حقیقت میں تمام خاندان بہبود کی سرگرمیاں اور تولیدی و اطفال صحت دوم مرحلہ کے بجٹ کو شامل کرتے ہوئے، سبھی کو ایک میں ملا کر قومی دیہی صحت مشن کا بجٹ بنا دیا جاتا ہے۔ اس طرح کے دوبارہ بجٹ کی تقسیم کاری سے قومی دیہی صحت مشن کی سرگرمیوں کو خطرہ ہے۔

آشاکے فوکس گروپ ڈسکسن سے انکشاف ہوتا ہے کہ آشاکے کارکردگی کے اشاریہ اور ان کے معاوضہ تولیدی و اطفال صحت سے متعلق ہوتے ہیں اور اس بات کے زیادہ امکانات ہیں کہ خاندانی منصوبہ بندی اور تولیدی و اطفال صحت پر نامناسب زور دیکر پرائمری ہیلتھ کنیر اجزا کے اثرات پر اثر پڑے گا۔ اس لیے ان کے معاوضہ میں ترمیم کی ضرورت ہے تاکہ وہ اپنا کام متحرک اور راغب ہو کر انجام دیں۔

4.13 قومی شہری مشن (NUHM) National Urban Health Mission

قومی شہری مشن، قوم صحت مشن کا ایک ذیلی مشن ہے۔ جسے کابینہ کے ذریعہ یکم مئی 2013ء کو منظوری ملی اور 20 جنوری 2014 سے عمل میں آیا، جو شہر کی آبادی کی صحت سے متعلق ضرورتوں کو پورا کرنے بالخصوص شہروں کے غریب اور بہت ہی چھڑے طبقات کی آبادی پر مرکوز تھی۔ قومی شہری مشن سبھی صوبوں کی راجدھانیاں، اضلاع ہیڈ آفس اور 50000 سے زیادہ آبادی والے شہروں اور قصبوں کا احاطہ کرتا ہے۔ جھوپڑ پٹی میں رہنے والے باشندے، اور دیگر بہت ہی غریب گروپ جیسے رکشا چلانے والے، نکلڑوں پر سامان بیچنے والے، ریلوے اور بس اسٹیشن قلی، بے گھر لوگ، گلیوں کے بچے، عمارتوں کے بنانے کا کام کرنے والے مزدور وغیرہ پر بنیادی توجہ مرکوز کرتا ہے۔ اس مشن کے تحت 2013-14 میں روپے 1000 کروڑ کا بجٹ تھا (MoHFW, 2009)۔ اس مشن کی 5 سال مدت کے لیے تخمینہ لاگت روپے 22,507 کروڑ، جس میں مرکزی حکومت کی حصے داری روپے 16,955 کروڑ، مرکز اور صوبے کا فنڈنگ پیٹرن 75:25 ہوگا، شمالی مشرقی صوبے اور دیگر خصوصی درجے کے صوبے جموں و کشمیر، ہماچل پردیش اور اترکھنڈ، جن کے لیے فنڈنگ پیٹرن 90:10 ہوگا۔

4.14 قومی صحت مشن اور قومی دیہی صحت مشن کے تحت اہم پروگرام

The key programme under NRHM/NHM

آشا (ASHA): ملک بھر میں 9.15 لاکھ آشا ہیں جو کمیونٹی سطح پر اپنی خدمات انجام دے رہی ہیں۔ کمیونٹی میں خصوصاً آبادی کے پچھڑے طبقات کے ذریعہ آشا پہلا رابطہ کا ذریعہ ہے، جو خصوصی طور پر خواتین اور بچوں پر توجہ مرکوز رکھتی ہیں۔ 2013 میں جس سے قومی شہری مشن عمل میں آیا ہے تب سے آشا کا شہری حلقوں میں بھی انتخاب ہوتا ہے۔ متعدد کارکردگی کی جانچ رپورٹ سے دریافت ہوتا ہے کہ آشا ادارہ جاتی زچگی کے اضافہ میں مثبت نتائج، امتناع، بیماریوں کے کنٹرول پروگرام اہم رول اور بچوں کو دودھ پلانا اور غذائیت کے طریقوں میں بہتری میں بہت ہی اہم رول ادا کرتی ہیں۔ اس لیے آشا کے کارکردگی جانچ، صلاح اور صلاحیت کی تعمیر کے لیے مسلسل تربیت کی ضرورت پڑتی ہے اس لیے ان کے لیے تربیتی مراکز قائم کئے جانے چاہیے۔

اس کے علاوہ حکومت ہند نے روگی کلیان سمیٹی کا قیام کیا جو اسپتال معاملات کا انتظام و انصرام کرتے ہیں اور اسپتال میں مریضوں کو معیاری خدمات فراہمی کی یقین دہانی کرتے ہیں۔ مریضوں کی فلاح کے عمل کے لیے ان کمیٹیوں کو مشترکہ فنڈ مالیاتی مدد کے طور پر فراہم کرایا جاتا ہے اس کمیٹی کا تفصیلی بیان پچھلے باب میں کیا گیا ہے۔ باہم، گاؤں صحت صفائی اور غذائیت کمیٹی کا بھی قیام عمل میں آیا۔ یہ کمیٹی کمیونٹی کو باختیار بنانے اور اشتراکیت میں زمینی سطح پر ماحولیاتی مسائل اور سماجی عوامل کے مسائل کے لیے ایک اہم آلہ کے طور پر کام کر رہی ہے۔ جن کا تفصیلی ذکر پچھلے باب میں کیا ہے۔

ذیلی مراکز کے لیے متحدہ فنڈ کی منظوری (The United Grants to Sub-Centres)

ذیلی مراکز کو مشترکہ فنڈ کی مدد سے اے این ایم میں ایک نیا جذبہ دیکھنے کو ملتا ہے۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ ذیلی مراکز اب پہلے سے بہتر ہوئے ہیں، خون کے دباؤ چیک کرنے کے آلات، ہیملوگوبین چیک کرنے کے آلات، تولنے کی مشین، سٹیٹو سکوپ (صدر ہیں) وغیرہ کے آلات موجود ہیں۔ اس کی مدد سے قبل از پیدائش دیکھ بھال اور طبی خدمات کے اعلیٰ معیار میں اضافہ ہوا ہے۔

جننی سورکشایوجنا (JSY) Janani Suraksha Yojana

جننی سورکشایوجنا کا آغاز 2005 میں ہوا، جس نے عوامی صحت کے ادارے میں خدمات کی طلب میں اضافہ کیا ہے اور ساتھ ہی ادارہ جاتی زچگی کی خدمات میں بھی اضافہ کیا ہے۔ اس کا مقصد یہ ہے کہ ماؤں کی شرح اموات میں کمی کے لیے حاملہ خواتین کی حوصلہ افزائی کی جائے کہ وہ حکومت کے طبی سہولیات مراکز پر ہی زچگی کے لیے جائیں۔ اس اسکیم کے تحت حکومتی طبی مراکز پر بچے کو جنم دینے پر نقد مدد حوصلی افزائی کے لیے دی جاتی ہے (UNFPA, 2009)۔

قومی دیہی صحت مشن کے قیام کے بعد سے 8.55 کروڑ خواتین اس اسکیم سے استفادہ کر چکی ہیں۔ اس اسکیم سے استفادہ کر چکی خواتین کی 2005-06 میں تعداد 7.3 لاکھ سے بڑھ کر 2013-14 میں 105.48 لاکھ ہو گئی ہے۔ JSY کے ذریعہ ادارہ جاتی زچگی میں سرمایہ کاری طبی سہولیات فراہم کرانے میں مدد کرتا ہے۔ ادارہ جاتی زچگی کو فروغ دینے اور اس اسکیم کو مستحکم کرنے کے کی غرض سے اس کے خدمات کو وسیع کرنے کے لیے اس کے نام میں تبدیلی کر کے جننی ششو سورکشایوجنا کر دیا گیا، جس کا ذکر آگے کیا جا رہا ہے۔

جننی ششو سورکشایوجنا (Janani Shishu Suraksha Karyakram)

حکومت ہند نے جننی ششو سورکشایوجنا کی جون 2011 کو شروع کی تھی۔ اس اسکیم کا مقصد یہ ہے کہ حاملہ خواتین اور پیدا ہوئے بیمار بچوں کے ادویات، غذا، علاج و معالجہ، صارف چارج، ریفرل ٹرانسپورٹ، وغیرہ کے خرچ کو کم کرنا۔ قبل از پیدائش اور بعد پیدائش کی پیچیدگیوں کے احاطہ کے لیے اس کی توسیع کی گئی۔ عملی کام کے تجزیہ سے انکشاف ہوتا ہے کہ منتخب گاؤں میں خواتین کی تعداد کا نصف حصہ اس اسکیم سے بیداری رکھتا ہے۔ سالانہ صحت سروے-2012 کے مطابق مہاراشٹر اور بلیا ضلع میں کل 63.6 فیصد اور 57.5 فیصد خواتین ادارہ جاتی زچگی سے استفادہ کر چکی تھیں (Annual Health survey 2012-13) باہم، اتر پردیش میں ادارہ جاتی زچگی کا تناسب 56.7 فیصد ہے۔ اس تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ اب بھی تقریباً نصف حصہ استفادہ نہیں کر رہا ہے۔ اس کے لیے خواتین میں بیداری

کے اضافہ کی ضرورت ہے اور مزید سہولیات اور اس کے افعال کو آسان کیا جائے تاکہ زیادہ حاملہ خواتین استفادہ حاصل کر سکیں۔

سہولیات کی بنیاد پر نوزائیدہ کی دیکھ بھال (Facility Based Newborn Care)

نوزائیدہ بچوں کی دیکھ بھال گھروں پر مبنی اور سہولیات پر مبنی نوزائیدہ دیکھ بھال کے اجزاء کے مطابق قائم کیا گیا تھا، جس میں تمام نوزائیدہ بچوں کی ضروری دیکھ بھال پیدائش کے وقت سے 48 گھنٹے تک طبی مراکز پر اور اس کے بعد گھر پر زندگی کے پہلے 42 دنوں تک ضروری دیکھ بھال مہیا کرائی جائے گی۔ زچگی مراکز پر ضروری نومولود دیکھ بھال جنم کے وقت فراہم کرانے کے لیے NBCCs قائم کئے گئے، جب کہ SNCUs ضلع اسپتال، میڈیکل کالج اور NBSUs فرسٹ ریفرل یونٹ بیمار نومولود کے لیے سہولیات مہیا کراتے ہیں۔ 2015 تک 14441 NBCCs، NBSUs 2020، اور SNCUs 575 پورے ملک میں اپنی خدمات مہیا کر رہے ہیں۔

نیشنل موبائل میڈیکل یونٹ (National Mobile Medical Units)

قومی صحت مشن کے تحت 1107 موبائل میڈیکل یونٹ ملک کے 672 اضلاع میں سے 333 اضلاع میں فراہم کرائی جا رہی ہیں۔ نمائش، بیداری اور جوابدہی میں اضافہ کے لیے تمام نیشنل موبائل میڈیکل یونٹ سروس کو دوبارہ یونیورسل رنگ اور ڈیزائن دیا گیا ہے۔ عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی شراکت میں کمی، صحتی عملہ کا جوابدہ نہ ہونا، نامناسب طبی سہولیات اور کمیونٹی افراد میں بیداری کی کمی کی وجہ سے طبی خدمات کی رسائی نامعقول ہے۔ اگر اس حکمت عملی کا نفاذ بہتر طریقے سے کیا جائے اور صحتی عملہ کی تربیت کر کے ان کی صلاحیت سازی کی جائے تو اس کا فائدہ لوگوں تک پہنچ سکتا ہے۔

نیشنل ایمبولینس سروس (National Ambulance Services)

اب تک 31 صوبوں اور متحدہ علاقوں کے پاس نیشنل ایمبولینس سہولیات موجود ہیں۔ لوگ 108 اور 102 ٹیلی فون نمبر ڈائل کر کے یہ سہولیات حاصل کر سکتے ہیں۔ ڈائل 108 نمبر عام طور پر ایمر جینسی نمبر ہے جس میں مریضوں کے سنجیدہ امراض اور حادثات وغیرہ کی وجہ سے اسپتال پہنچایا جاسکتا ہے۔ ڈائل 102 نمبر بنیادی طور پر مریضوں کے ٹرانسپورٹ بالخصوص حاملہ خواتین اور بچوں کو مد نظر رکھ کر شروع کی گئی، اگرچہ دیگر زمرہ کے لوگ بھی اس سے استفادہ کر سکتے ہیں اور انھیں اس سے الگ نہیں رکھا گیا ہے۔ JSSK استحقاق جیسے گھر سے خدمات تک مفت ٹرانسپورٹ، ریفرل کیس میں ایک مرکز سے دوسرے مرکز ٹرانسفر اور پھر واپسی ماں اور بچے کے لیے 102 خدمات کی اہم توجہ ہے۔ یہ خدمات کال سنٹر کو فون کر کے حاصل کی جاسکتی ہیں۔ منتخب گاؤں میں فوکس گروپ ڈسکسن کے دوران یہ انکشاف ہوا کہ بہت سے افراد کو یہ معلوم نہیں ہے کہ یہ ایمبولینس مفت طبی خدمات فراہم کرنے کے لیے ہے۔ وہ گاؤں میں اس کو دیکھتے تھے لیکن انھیں اس کا مقصد معلوم نہیں تھا۔ کچھ افراد کو یہ پتہ نہیں تھا کہ یہ ایمبولینس حکومت کی طرف سے ہیں یا کسی غیر سرکاری تنظیم کی طرف سے مہیا کردہ ہیں۔ علی نگر کے پردھان نے بتایا کہ لوگوں میں بیداری کی کمی ہے، اس لیے حکومت کو چاہیے کہ متعلقہ عملہ کو باقاعدہ تربیت دے کر ان افراد کی بیداری میں اضافہ کرے تاکہ انھیں صحت سہولیات کی جانکاری حاصل ہو سکے اور وہ اس سے استفادہ کر سکیں۔

قومی صحت مشن کے تحت حال میں ڈائل 108 خدمات کی تعداد 7358، ڈائل 104 خدمات کی تعداد 400، ڈائل 102 خدمات کی تعداد 7836 ایمر جینسی خدمات کام کر رہی ہیں۔ باہم، 6290 مریضوں کے نقل و حمل کے لیے، بالخصوص حاملہ خواتین اور بیمار نومولود بچوں کو گھر سے عوامی سہولیات اور واپسی تک کام کرتے ہیں۔

قومی صحت مشن کے تحت 33 فیصد فنڈ ہائی فوکس اسٹیٹ ڈھانچہ ترقی کے لیے استعمال ہوتے ہیں۔ ملک بھر میں قومی دیہی مشن کے تحت طبی خدمات کی سہولیات کے فروغ اور ترقی کے لیے جیسے مفت علاج و معالجہ، طبی اداروں میں ٹھہرنے کے دوران مفت غذا، مفت خون کی سہولیات، گھر سے طبی ادارہ تک مفت ٹرانسپورٹ سہولیات، مزید ریفرل

کیس میں گھر سے طبی اداروں کے درمیان مفت ٹرانسپورٹ سہولیات فراہم کرانا اور تمام طرح کے صارف اخراجات سے چھوٹ مہیا کرنا۔ اسی طرح کے سبھی اخراجات سے چھوٹ بیمار شیر خوار ایک سال تک عمر کے لیے جو عوامی اداروں سے رسائی حاصل کر رہے ہیں۔ تمام صوبے اور متحدہ علاقے اس اسکیم کو نافذ کر رہے ہیں۔ صوبوں اور متحدہ علاقوں سے دستیاب تازہ ترین رپورٹ کے مطابق 89 فیصد حاملہ خواتین مفت ادویات حاصل کر چکی ہیں، 82 فیصد مفت علاج و معلاجہ سہولیات حاصل کر چکی ہیں، اسی طرح 75 فیصد مفت غذا، 49 فیصد مفت ٹرانسپورٹ اور 56.03 فیصد گھرتک واپسی مفت ٹرانسپورٹ سہولیات سے استفادہ کر چکی ہیں۔ اسی طرح بیمار شیر خوار بچوں کے لیے، 73 فیصد بیمار شیر خوار مفت ادویات حاصل کر چکے ہیں، 40 فیصد مفت علاج و معلاجہ کی سہولیات حاصل کر چکے ہیں، 10 فیصد گھر سے مفت ٹرانسپورٹ سہولیات اور 28 فیصد گھرتک واپسی کی سہولیات مفت ٹرانسپورٹ کے ذریعہ حاصل کر رہی ہیں۔

4.15 طبی خدمات میں تکنیک کا استعمال (Uses of Technology in Healthcare)

بھارت میں بنیادی ڈھانچہ اور صلاحیت یافتہ عملہ کی کمی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ تقریباً 70 فیصد بھارتی آبادی بہت ہی کم طبی رسائی کا حصول کر پاتی ہے اور دیہی علاقوں کے افراد کو ابتدائی صحت خدمات کے لیے لمبی دوری طے کرنی پڑتی ہے۔ جس کے نتائج میں بہت سے افراد طبی خدمات کی رسائی سفر خرچ اور مزدوری کے نقصان کے خوف سے وقت پر نہیں کر پاتے۔ ان عوامل کی وجہ سے امراض اور اموات کی شرح میں اضافہ ہو رہا ہے۔ میڈیکل آلات جدید میڈیکل طریقہ کار کا ایک اہم حصہ بن رہے ہیں۔ بھارت کے تناظر میں اگرچہ ان میڈیکل تکنیک کو صحت پالیسی اور تحقیقی حلقہ کی سطح پر مکمل طور پر تعاون نہیں مل پارہا ہے (Indira Chakravarthi, 2103)۔ حکومت روایتی طبی بنیادی ڈھانچہ 70 فیصد دیہی آبادی کو فراہم کرانے کے لیے طویل مدت لے رہی ہے، لیکن موبائل صحت تکنیک کے ذریعہ سے اس خلا کو دور کیا جاسکتا ہے۔ موبائل فون، انٹرنیٹ اور موبائل پیغام کے ذریعہ طبی خدمات فراہم کرانے والے کے ساتھ رابطہ قائم کر کے صلاح و مشورہ، بیماری کا علاج اور دیگر معلومات کسی وقت اور کہیں سے بھی

حاصل کی جاسکتی ہے۔ اس کی مدد سے آبادی کی خصوصاً دیہی علاقوں میں رہائش پذیر افراد کی صحت کے حالات میں اضافہ اور بہتری کی جاسکتی ہے۔ اس کے لیے لوگوں کے اندر بیداری کی ضرورت ہے۔

طبی خدمات کی قدر پیمائی اور جانچ

(Monitoring and Evaluation of Healthcare Services)

وزارت کے تحت بڑے پیمانے پر سروے وقتاً فوقتاً متعدد صحت اور خاندان بہبود پروگرام کے کارکردگی کی جانچ کے لیے کرائے جاتے رہے ہیں۔ سالانہ صحت سروے (AHS) 284 اضلاع کے 9 صوبوں میں جیسے آسام، بہار، جھارکھنڈ، مدھیہ پردیش، چھتیس گڈھ، راجستھان، اڑیسہ، اتر پردیش اور اتر اتر کھنڈ کا احاطہ کیا گیا تھا۔ AHS کا پہلا اور دوسرا مرحلہ 2010-11 اور 2011-12 کے دوران کیا گیا تھا، اور اس کے نتائج کو شائع کیا گیا تھا۔ تیسرے مرحلہ کا بھی عملی کام 2012-13 میں مکمل کر کے اس کے نتائج کو شائع کیا گیا تھا۔ اس کے علاوہ سالانہ صحت سروے کے تحت (CAB) Clinical, Anthropometric and Bio-chemical ایک الگ اجزا کا ٹیسٹ کا تعارف کرایا گیا جس میں افراد خانہ کے اونچائی اور وزن کی پیمائش کے اعداد و شمار، نیند کی کمی اور شوگر کے لئے خون کی جانچ، بلڈ پریشر کی پیمائش اور نمک میں آئیوڈین کی جانچ سے متعلق مواد کو حاصل کرنا تھا۔ چوتھے راؤنڈ کے ڈسٹرکٹ لیول ہاؤس ہولڈ سروے (DLHS-4) 26 صوبوں اور متحدہ علاقوں جہاں پر AHS سروے نہیں ہوئے تھے عمل میں آئے۔ 1992-93 میں پہلا نیشنل فیملی ہیلتھ سروے (NFHS) (1) عمل میں آیا۔ 1998-99 میں دوسرا نیشنل فیملی ہیلتھ سروے (NFHS-2) عمل میں آیا۔ 2005 میں نیشنل فیملی ہیلتھ سروے (NFHS-3) عمل میں آیا۔ نیشنل فیملی ہیلتھ سروے حکومت ہند کے وزارت صحت اور خاندانی بہبود نے انٹرنیشنل انسٹی ٹیوٹ فار پاپولیشن سائنس ممبئی (IIPS) کو نوڈل ایجنسی کے طور پر سروے کرانے کے لیے منتخب کیا ہے۔

ان تمام سروے کا مقصد بھارت کے شہریوں کی صحت اور صحت سے متعلق مسائل کا تجزیہ کرنا ہے۔ جس کی مدد سے ان کو مناسب قیمت پر مساوی خدمات فراہم کرنا، امراض و اموات کی شرح میں کمی کرنا اور طبی خدمات کی بہتری اور اضافہ کے لیے حکمت عملی بنا کر نفاذ کرنے میں مدد ملتی ہے۔ لیکن اتنے سروے ہونے کے باوجود اتر پردیش کے منتخب دیہی علاقوں میں صحت اشاریہ بہت ہی خراب ہیں۔ گروار گاؤں میں فوکس گروپ ڈسکسن کے دوران یہ انکشاف ہوا کہ حکومت کو چاہیے کہ ان علاقوں میں صحتی ترقی کے لیے پروگرام کا انتظام اور اس کا نفاذ سختی سے کرے تاکہ لوگوں کی صحت کے حالات میں بہتری ہو سکے اور غریبوں اور محرومیت کا شکار کمیونٹی افراد کو مساوی خدمات فراہم ہو سکے جس کے نتائج میں ان کی سماجی و اقتصادی حیثیت بہتر ہو سکے اور خود مختار بن سکیں۔

ہیلتھ مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم (Health Management Information System)

ہیلتھ مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم (HMIS) ویب پر مبنی قدر پیمائی اور جانچ کا نظام ہے جو وزارت صحت اور خاندانی فلاح و بہبود کے ذریعہ صحت پروگرام کی جانچ کرنے، پالیسی بنانے اور مدد کرنے میں اہم معلومات فراہم کرتا ہے۔ اگر ان مواد کا صحیح طریقے سے استعمال ہو تو حکومت منصوبہ سازی کر کے حکمت عملیوں کے ذریعہ صحت بہتری میں اس کا استعمال کر سکتی ہے۔ علاوہ ازیں صحتی عملہ بھی ان معلومات کی بنیاد پر بہتر خدمات مہیا کر سکتے ہیں۔ کمیونٹی افراد کو اس کے بارے میں بہت ہی کم بیداری ہے کمیونٹی شراکت کا کمزور ہونا اور عملہ کی جوابدہی میں کمی اس کی وجوہات ہیں، لہذا اسے دور کیا جانا چاہیے۔

اسی طرح مدر اینڈ چائلڈ ٹریکنگ سسٹم (MCTS) انسان پر مبنی ٹریکنگ سسٹم ہے، جو حکومت ہند کے ذریعہ انفارمیشن ٹیکنالوجی کے جدید اطلاق کے طور پر طبی خدمات کی ادائیگی کے نظام میں بہتری اور میکزم کی جانچ اور مستحکم بنانے کے لیے عمل میں آیا۔ اس سسٹم کی مدد سے سبھی حاملہ خواتین اور 5 سال تک کی عمر کے بچوں کے ریکارڈ درج ہوں گے جس کی مدد سے صارفین زچگی اور اطفالی خدمات سے استفادہ کریں گے۔ اس کی مدد سے ماؤں، نومولود اور بچوں کی بیماریوں اور اموات شرح میں کمی آئے گی، جو قومی صحت مشن کا مقصد بھی ہے۔ تحقیق حلقہ کے کمیونٹی افراد

میں اس کے تئیں بیداری نہیں ہے۔ صحتی عملہ اگر ان معلومات کا صحیح استعمال کریں تو متعلقہ خدمات میں بہتری لائی جاسکتی ہے اور زچگی و بچوں کی شرح اموات کی آئے گی۔

نیشنل ہیلتھ پورٹل (National Health Portal)

قومی علمی کمیشن کی سفارش پر وزارت نے نیشنل ہیلتھ پورٹل قائم کرنے اور اس کے افعالی کارکردگی کے لیے فیصلہ کیا۔ جو متعدد شراکت دار جیسے عام آدمی، صحت پیشہ ور، ایکڈمیا، حکومتی شعبے وغیرہ کی صحت سے متعلق معلومات متعدد زبانوں میں جیسے ہندی، انگریزی اور دیگر خاص علاقائی زبانوں میں آسانی سے رسائی کی فراہمی کے لیے قائم کیا گیا تھا (MoHFW, 2009)۔ اگرچہ دیکھا جائے تو یہ حکومت کی اچھی کوشش ہے کہ وہ صحت سے متعلق معلومات فراہم کرانے کے لیے عمل پراں ہیں۔ لیکن اس میں جو ابدہی اور ایمانداری کی ضرورت ہے۔ اس کے لیے صحت عملہ کی تربیت کے ذریعہ صلاحیت سازی کی جائے تاکہ وہ اپنی جو بدہی سمجھ سکیں اور کمیونٹی افراد اور دیگر شراکت دار کو اس سے استفادہ ہو سکے۔

نتائج (Conclusions)

عالمی صحت رسائی کے مقاصد کے حصول کے لیے پرائمری ہیلتھ کیئر اور کمیونٹی شراکت پر توجہ مرکوز کرنی چاہیے۔ طبی خدمات میں بہتری اور اضافہ کے لیے طبی نظام کا انتظام و انصرام موثر ہونا چاہیے۔ حکومت صحت منصوبہ بندی کے ذریعہ اسے فروغ مل سکتا ہے۔ موثر انتظام کی ناکامی کے سبب طبی نظام کمزور نظر آتے ہیں جس کے نتائج میں معیاری طبی خدمات کی عدم دستیابی اور خراب رسائی سے کمیونٹی افراد استفادہ نہیں کر پاتے۔ ایسے حالات میں موثر طبی خدمات کی دستیابی اور رسائی مناسب قیمت پر فراہم کرانے کے لیے طبی خدمات کے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت بہت ہی اہم ہے تاکہ تمام وسائل کا بہترین طریقے سے استعمال ہو سکے۔ طبی خدمات کے انتظام و انصرام میں ملک کا طبی نظام ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ کمیونٹی افراد کو بہتر اور اعلیٰ معیار کی سہولیات فراہم کرنے کے لیے موثر انتظام و انصرام ہونا چاہئے، تاکہ سب کے لیے صحت کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکے۔ طبی خدمات کی رسائی کو آسان، سستی، مساوی اور کمیونٹی افراد تک دستیابی کے لیے منصوبہ بندی کی ضرورت پڑتی ہے۔ ایک اچھی منصوبہ بندی کسی بھی کامیاب صحتی پروگرام، پالیسی اور اسکیم کی بنیاد ہوتی ہے۔

طبی خدمات کے انتظام کے لیے آبادی کی صحت کے حالات، خدمات و سہولیات کی رسائی، ادویات کا اسٹاک اور طریقہ استعمال، آلات کی دستیابی، سرمایہ اور عملہ کی باقاعدہ جانچ اہمیت رکھتی ہے۔ اس عمل کے لیے متعدد وسائل سے وقت پر اور سہی معلومات کی ضرورت پڑتی ہے۔ موثر انتظام کی مدد سے محدود وسائل ہونے پر بھی کس طرح عملہ، بجٹ، ادویات اور دیگر وسائل کا بہترین استعمال ہو، اس کے لیے حکمتانہ منصوبہ بندی کر کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکتا ہے۔

متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں عوامی طبی مراکز پر ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی عدم دستیابی ہے اور اگر جہاں پر عملہ کی دستیابی ہے وہاں پر عملہ کے رویہ اور ذمے داری میں کمی دیکھنے کو ملتی ہے اس لیے موجودہ صحتی عملہ کے کارکردگی کی جانچ ہونی چاہئے اور اس کے علاوہ موجود عملہ کی صلاحیت سازی کے لیے تربیت

کی ضرورت ہے تاکہ وہ اپنی ذمے داری بخوبی نبھاسکیں۔ اس کے علاوہ حکومت کو چاہیے کہ طبی سہولیات کی رسائی کو آسان بنانے کے لیے وہ تربیت یافتہ صحتی عملہ کی بھرتی کرے تاکہ عالمی صحت رسائی کے مقاصد کو حاصل کیا سکے۔

غریب اور محرومیت کا شکار طبقوں سے انٹرویو کے دوران دریافت ہوا کہ انھیں باہر سے مہنگی ادویات خریدنے پر قرض لینا پڑتا ہے جس کی وجہ سے ان کی سماجی اقتصادی پہلوؤں میں مسائل کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ ان طبقات کا کہنا ہے کہ حکومت کو چاہیے کہ ایسی پالیسی نافذ کرے جس کی وجہ سے ان پریشانیوں سے بچا جاسکے اور غریب و ضرورت مند افراد کو عوامی سہولیات سے استفادہ ہو سکے۔ کسی بھی خدمات کی فراہمی میں بنیادی ڈھانچہ ایک اہم رول ادا کرتا ہے، بالخصوص دیہی طبی خدمات کی فراہمی میں بنیادی ڈھانچہ نہایت ہی اہم اور ضروری ہے۔ لیکن، حکومت کی پالیسی اور انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کی موجودگی کے باوجود عوامی طبی مراکز میں بنیادی ڈھانچہ کی عدم دستیابی ہے۔ حکومت کو چاہیے کہ بنیادی ڈھانچہ کی تعمیر اور اس کو مستحکم بنانے کے لیے سرمایہ کاری میں اضافہ کرے اور اس کے انتظام و انصرام کے لیے حکمت عملی بنا کر نافذ کرے تاکہ لوگوں کو معیاری طبی خدمات سہولیات فراہم ہو سکیں۔ اتر پردیش کے دیہی اور پچھڑے علاقوں میں بہت سے افراد معیاری خدمات کے تئیں بیداری نہیں رکھتے ہیں۔ عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ حالات بہت خراب ہیں۔ اس لیے حکومت کی ذمے داری بنتی ہے کہ وہ مثبت اور متحرک قدم اٹھائے تاکہ طبی خدمات کے نظام کو مستحکم کیا جاسکے۔

References

Anthonia Adindu (2013): "The Need for Effective Management in African Health Systems", *Journal of Health Management*, Vol. 15, No. 1.

Banerji D.(1985): *Health and family planning services in India: An epidemiological, socio-cultural and political analysis and a perspective*, New Delhi Lok Paksh.

Business Dictionary (2015): Management, <http://www.businessdictionary.com/definition/management.html> (Access and retrieved on 12/08/2015).

DGHS (1967): Report of the Committee on Integration of Health Services (Jungalwalla Committee), New Delhi: Directorate General of Health Services (DGHS).

Dutt, P.R. (1965): *Rural Health Services in India: Primary Health Centres, 2nd Edition*, New Delhi: Central Health Education Bureau.

Frederick W Taylor (1911): *Scientific Management*, New York: Harper Brothers.

Goel, S.L. (2005): *Public Health Policy and Administration*, New Delhi: Deep and Deep Publication.

GOI (1946): *Report of the Health Survey and Development Committee- Bhone Committee*, Volume I to IV, Delhi: The Manager of Publications.

GOI (1948): Report of National Planning Committee – Sub Committee on National Health, Government of India.

GOI (1975): Health Services and Medical Education: A Programme for immediate action-Report of the Group on Medical Education and Support Manpower (Shrivastava Committee Report), New Delhi: Ministry of Health and Family Planning, Government of India.

Hanan ALAhmadi and Martin Roland (2005): "Quality of primary health care in Saudi Arabia: a comprehensive view", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 17, No. 4, pp. 331-46.

MoHFW (1961): Health Survey and Planning Committee (Mudaliar Committee), New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare Government of India.

MoHFW (1963): Special Committee for NMEP Maintenance Phase (Chadha Committee), New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (1966): Committee to Review Staffing Pattern and Financial Provision under Family Planning Programme (Mukherjee Committee), New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (1967): Report of the Study Group on Medical Care Services (Jain Committee), New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (1973): Committee on Multipurpose Worker under Health and Family Planning (Kartar Singh Committee), New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (1975): Report of the Group on Medical Education and Support Manpower (Shrivastava Committee), New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (1983): *National Health Policy*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare Government of India.

MoHFW (2000): National Population Policy 2000, New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2002): National Health Policy 2002, New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2014): National Health Policy 2015, Draft, New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2014): *New Pathways New Hope-National Mental Health Policy of India*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2015): *Five Years (2009-2014) Achievements & New Initiatives*, New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2017): *National Health Policy 2017*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

NHP India, National Health Portal, http://www.nhp.gov.in/bhore-committee-1946_pg Bhore Committee, (1946) (Access and retrieved on 14/12/2016).

NHP India, National Health Portal, https://www.nhp.gov.in/shrivastav-committee-1975_pg (Access and retrieved on 14/12/2016).

NIRD (1989): Health Care Delivery system in Rural Areas - A Study of MPW Scheme, National Institute of Rural Development, Hyderabad.

NPC (1948): National Health sub-committee (Sokhey Committee) ed. K.T. Shah, National Planning Committee, Bombay, Vora & Co.

Oxford Dictionary (2015): Management, Oxford Dictionary, <https://en.oxforddictionaries.com/definition/management> (Access and retrieved on 12/08/2015).

PIB (2016): *Mental Health Policy*, New Delhi: Press Information Bureau, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

PIB (2017): *National Health Policy 2017 approved by Cabinet Focus on Preventive and Promotive Health Care and Universal access to good quality health care services*, Press Information Bureau, Government of India.

Rao, Mohan et al (2015): Draft National Health Policy 2015- A Public Health Analysis, *Economic & Political Weekly*, Vol. 1 No 17.

Richard E. Cibulskis, Paul R, Crouch-Dhivers, Enoch Posonai, Coleman Moni and Jane A Thomason (1993): A knowledge based system for monitoring immunization coverage in Papua new Guinea, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 8, pp. 59-69.

Simon Committee (1960): National Water Supply and Sanitation Committee, New Delhi: Government of India.

UNFPA (2009): Concurrent Assessment of Janani Suraksha Yojana (JSY) in Selected States-Bihar, Madhya Pradesh, Orissa, Rajasthan, Uttar Pradesh, New Delhi: United Nations Population Fund – India.

UNICEF (2015): UNICEF's Strategy For Health (2016-2030), UNICEF Programme Division, New York: UNICEF.

WHO (2000): *The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2006): *Working together for Health, World Health Report 2006*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2007): *Making Health Systems Work*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2016): Vector-borne diseases, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/en/> (Access and retrieved on 07/01/2017).

باب پنجم

Chapter Five

طبی خدمات تک رسائی اور اس کا طریقہ استعمال

(Access and Utilization of Health care Services)

موجودہ باب میں اتر پردیش کے منتخب گاؤں میں کمیونٹی افراد کے لیے حکومت کی طرف سے فراہم کردہ سہولیات کی دستیابی، رسائی اور اس کا طریقہ استعمال، طبی خدمات میں انتظام و انصرام اور طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ عملی کام کے ذریعہ گھروں کا سروے کر کے کمیونٹی افراد کے سماجی و اقتصادی حالات، رہن سہن اور ان کے صحت کے حالات اور طبی خدمات کی رسائی میں درپیش مسائل کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ کمیونٹی میں طبی خدمات اور صحتی پروگرام کے تئیں بیداری کا بھی تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس کے لیے 4 منتخب گاؤں کے 4 کمیونٹی کے لوگوں سے 400 گھروں کو منتخب کیا گیا تھا۔ جس کا تفصیلی ذکر تحقیقی طریقہ کار میں کیا گیا ہے۔

Table 5.1
Gender of Respondents

Gender	Community				Total	
	Muslims	SC	OBC	General	Numbers	Percentage
Male	69	58	60	56	243	61
Female	31	42	40	44	157	39
Total	100	100	100	100	400	100

Source: Field Survey

شہریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ منتخب 4 گاؤں کے 400 گھروں سے نمونہ لیا گیا تھا۔ جس میں سے زیادہ تر جواب دہندگان مرد تھے۔ جن کا فیصد مختلف کمیونٹی میں مختلف تھا، جیسے کہ 58 فیصد اور 69 فیصد کے درمیان۔ باہم،

خواتین کا تناسب 31 فیصد سے لے کر 44 فیصد کے درمیان تھا (Table 5.1)۔

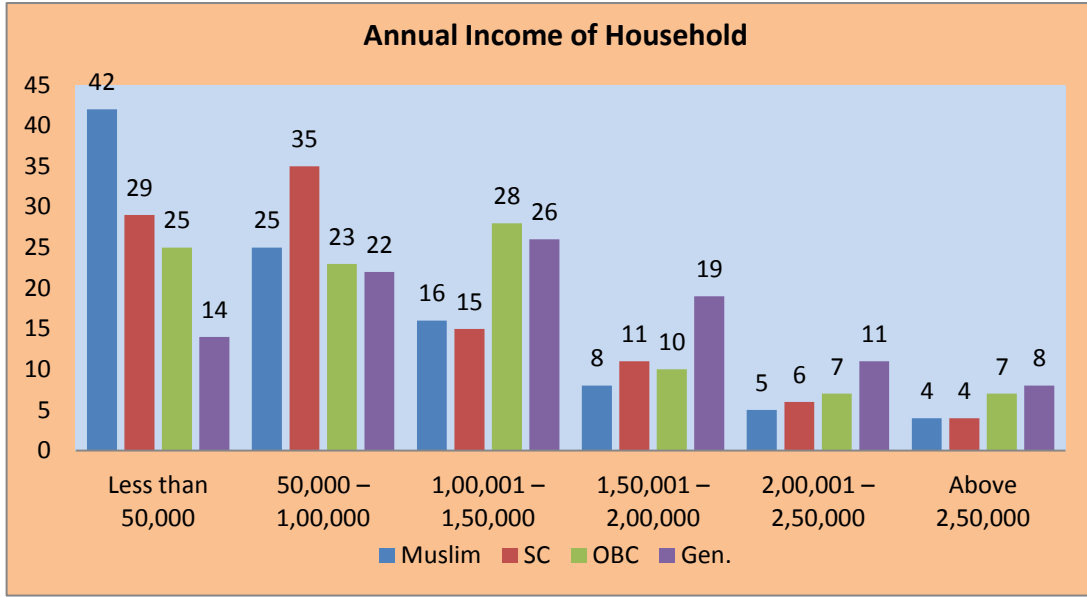
Table 5.2
Age group of Household Respondents

Age	Community				Total	
	Muslims	SC	OBC	General	Numbers	Percentage
18-30	31	28	33	39	131	33
31-45	39	36	34	32	141	35
46-60	25	30	28	22	105	26
Above 60	5	6	5	7	23	6
Total	100	100	100	100	400	100

Source: Field Survey

جدول 5.2 میں مسلم کمیونٹی اور ہندو کمیونٹی میں درج فہرست ذات، دیگر پسماندہ طبقہ اور اعلیٰ ذات کے جواب دہندگان کی عمر 31 فیصد، 28 فیصد، 33 فیصد اور 39 فیصد درج کی گئی تھی۔ اسی طرح 31-45 عمر کے زمرہ میں مسلم کمیونٹی اور ہندو کمیونٹی میں درج فہرست ذات، دیگر پسماندہ طبقہ اور اعلیٰ ذات کے جواب دہندگان 39 فیصد، 36 فیصد، 34 فیصد اور 32 فیصد تھا۔ اسی طرح 46-60 عمر کے زمرہ میں 25 فیصد، 30 فیصد، 28 فیصد اور 22 فیصد جواب دہندگان مسلم کمیونٹی سے اور ہندو کمیونٹی میں درج فہرست ذات، دیگر پسماندہ طبقہ اور عام زمرہ زمرہ سے تعلق رکھتے تھے۔ باہم، 5 فیصد، 6 فیصد، 5 فیصد اور 7 فیصد مسلم کمیونٹی اور ہندو کمیونٹی میں درج فہرست ذات، دیگر پسماندہ طبقہ اور عام زمرہ کے جواب دہندگان 60 سال سے اوپر کے زمرہ سے تعلق رکھتے تھے (Table 5.2)۔ انٹرویو اور مشاہدہ سے پتہ چلتا ہے کہ زیادہ عمر کے لوگوں کے بیمار پڑنے کے مواقع زیادہ ہیں بالخصوص بزرگ لوگوں کو متعدد بیماریوں کا سامنا کر پڑتا ہے۔

Figure 5.1



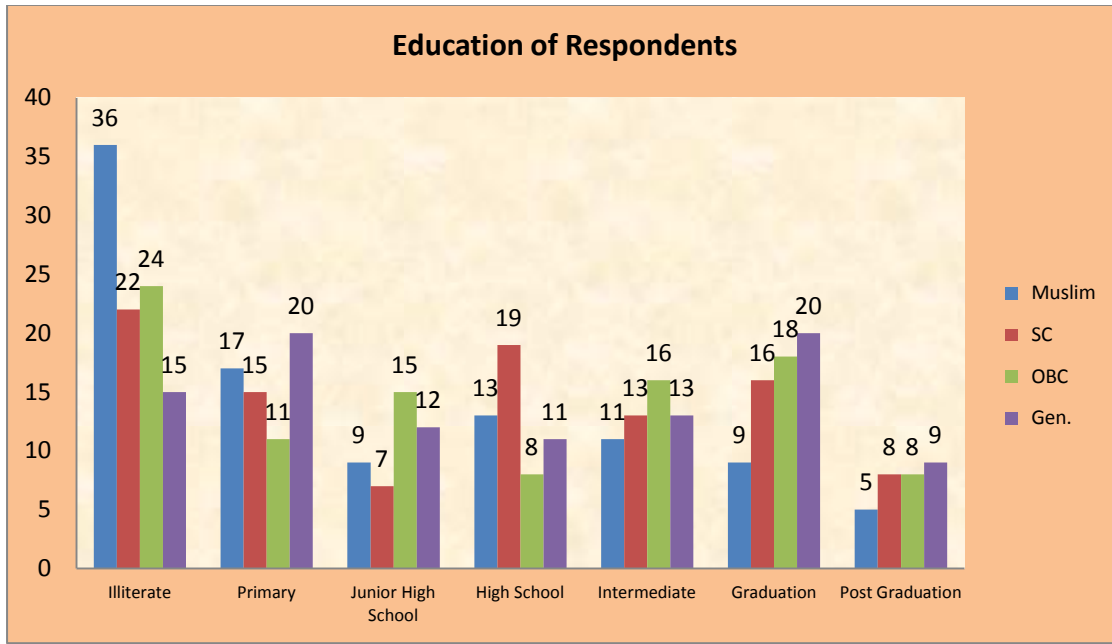
Source: Field Survey

شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ افراد خانہ کی سالانہ آمدنی کے بارے میں تجزیہ کیا گیا ہے۔ مواد کے تجزیہ سے یہ پتہ چلتا ہے کہ آمدنی یا تو کھیتی اور اس سے متعلق کاموں کے ذریعہ سے حاصل ہوئی یا غیر کھیتی کاموں کے ذریعہ سے حاصل ہوئی ہے۔ کھیتی اور اس سے متعلق کاموں کے ذریعہ آمدنی کھیتی، پولٹری (poultry) اور دودھ (dairy) وغیرہ کے ذریعہ سے حاصل ہوئی ہے۔ جبکہ غیر کھیتی آمدنی میں کاروبار، تنخواہ، پنشن، مزدوری وغیرہ شامل ہیں۔ مواد کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ اکثریت افراد خانہ کی تعداد کم آمدنی کے زمرہ سے تعلق رکھتی ہے۔ کم آمدنی زمرہ میں (50000) سے تعلق رکھنے والے گھروں میں مسلم کمیونٹی کا تناسب سب سے زیادہ 42 فیصد ہے، جبکہ درج فہرست ذات میں 29 فیصد، دیگر پسماندہ طبقہ میں 25 فیصد اور اعلیٰ ذات کے لوگ 14 فیصد شامل ہیں۔ باہم، زیادہ آمدنی کے زمرہ میں مسلم کمیونٹی کی حصہ داری بہت ہی کم ہے (4 فیصد)۔ اس کے علاوہ درج فہرست ذات میں بھی 4 فیصد، دیگر پسماندہ طبقہ میں 7 فیصد اور اعلیٰ ذات میں 8 فیصد کا تناسب ہے (Figure 5.1)۔

مواد کے تجزیہ سے یہ پتہ چلتا ہے کہ مسلم کمیونٹی آمدنی کے تناظر میں دیگر کمیونٹی سے اچھی حالت میں نہیں ہے۔ انٹرویو کے دوران مشاہدہ سے پتہ چلتا ہے کہ اہل خانہ کی آمدنی کا اثر طبی سہولیات کے طریقہ استعمال پر بہت گہرا ہوتا ہے۔ متعدد مطالعہ سے بھی دریافت ہوتا ہے کہ آمدنی اور طبی خدمات کے استعمال میں مضبوط رشتگی ہے۔ دیہی کمیونٹی اپنے سماجی و

اقتصادی حالات کے مطابق طبی خدمات حاصل کرتے ہیں (Kamble N.D. 1984)۔ اس لیے کم آمدنی کی وجہ سے یہ بہتر خدمات حاصل نہیں کر سکتے جس کی وجہ سے ان کے صحت پر مضر اثرات پڑتے ہیں۔ ہر سال تقریباً ساٹھ ملین افراد صحتی اخراجات کی وجہ سے غریبی لائن کے نیچے آجاتے ہیں (Rao K. Sujatha, 2017)۔ اس لیے حکومت کا یہ فرض بنتا ہے کہ وہ کمیونٹی افراد کو مناسب قیمت پر مساوی طبی خدمات مہیا کرائے۔

Figure 5.2



Source: Field Survey

جواب دہندگان کی تعلیمی سطح کا مختلف کمیونٹی سے موازنہ کرنے پر ایک واضح فرق دیکھنے کو ملتا ہے۔ مسلم کمیونٹی میں 36 فیصد لوگ ناخواندہ ہیں۔ جبکہ ہندو کمیونٹی کے درج فہرست ذات میں 22 فیصد، دیگر پسماندہ طبقہ میں 24 فیصد اور 15 فیصد اعلیٰ ذات زمرہ میں شامل ہیں۔ افراد خانہ کے جواب دہندگان کی ہائی اسکول سطح کی تعلیم مسلم کمیونٹی میں 13 فیصد، درج فہرست ذات میں 19 فیصد، دیگر پسماندہ طبقہ میں 8 فیصد اور اعلیٰ ذات کمیونٹی میں 11 فیصد درج کی گئی۔ باہم انٹرمیڈیٹ سطح کی تعلیم 11 فیصد، 13 فیصد، 16 فیصد اور 13 فیصد مسلم کمیونٹی اور ہندو کمیونٹی میں درج فہرست ذات، دیگر پسماندہ طبقہ اور اعلیٰ ذات کے زمرہ میں درج کی گئی۔ جبکہ گریجویٹ سطح کی تعلیم سب سے کم مسلم کمیونٹی میں درج کی گئی (9 فیصد)، دیگر کمیونٹی جیسے درج فہرست ذات میں 16 فیصد، دیگر پسماندہ طبقہ میں 18 فیصد اور اعلیٰ

ذات میں 20 فیصد ریکارڈ کی گئی۔ باہم، پوسٹ گریجویٹ سطح کی تعلیمی لیاقت رکھنے والے مسلم کمیونٹی میں 5 فیصد، درج فہرست ذات و دیگر پسماندہ طبقہ میں 8 فیصد اور اعلیٰ ذات میں 9 فیصد پائی گئی (Figure 5.2)۔ کمیونٹی افراد سے انٹرویو کے دوران اور مواد کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوا کہ کم سطح کی تعلیم خراب سطح کی وجوہات بنتی ہے اس کے علاوہ فکر و کشیدگی اور خود اعتمادی میں کمی کی وجوہات بنتی ہے۔ باہم، اس بات کا بھی مشاہدہ کیا گیا کہ کم سطح کی تعلیم سے خراب سطح کی خواندگی، خدمات اور اسکیم اور استحقاق (entitlement) کے بارے میں بیداری میں کمی کی وجوہات بنتی ہے۔ افراد خانہ کی کم سطح کی آمدنی، ناخواندگی اور غیر محرومیت اور روایتی عوامل کو پکڑے رہنا خدمات کے خراب استعمال کی وجہ بنتی ہے (Sharrif and Singh, 2002)۔ اس لیے حکومت کو چاہیے کہ پرائمری ہیلتھ کیئر کی بہتری کے لیے کمیونٹی افراد کو با اختیار بنایا جائے اور ان کی شراکت کو صحت پروگرام میں یقینی بناتے ہوئے ان کی حوصلہ افزائی کی جائے، جس سے ان کے صحت حالات میں بہتری آئے گی اور ان کی اقتصادی صورتحال بہتر ہوگی۔

Table 5.3
Occupations of the Respondents

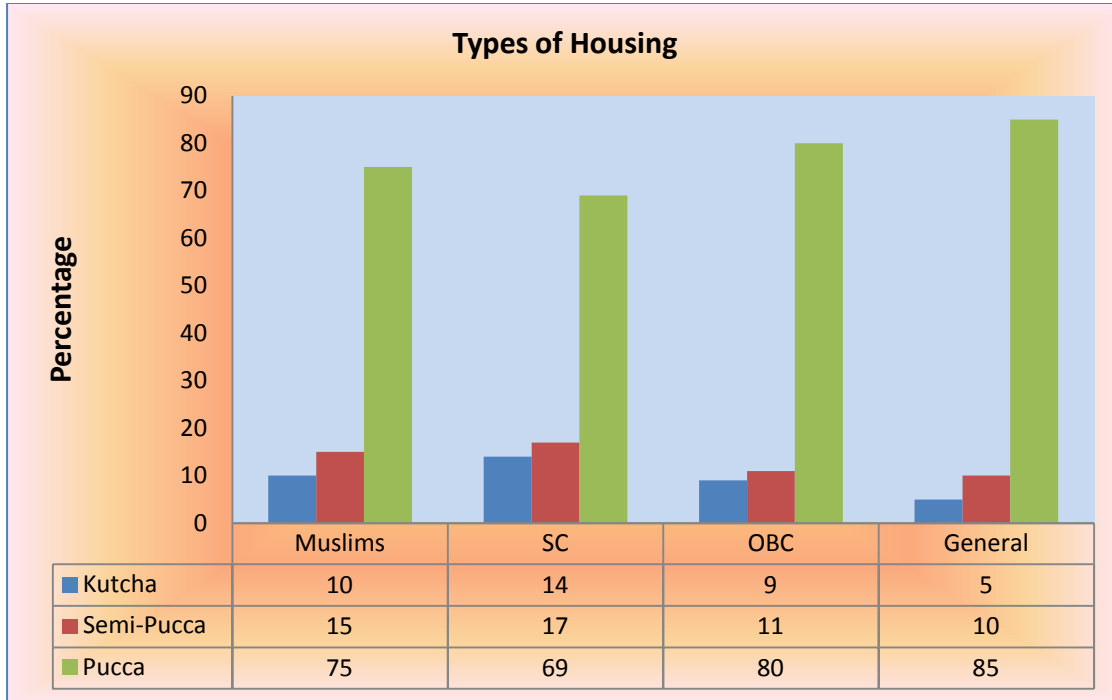
Occupations	Community				Total	
	Muslims	SC	OBC	General	Numbers	Percentage
Farmer	7	4	16	18	45	11.25
Self Employed	9	6	10	13	38	9.5
Agriculture labour	5	12	8	4	29	7.25
Skilled labour	24	8	4	5	41	10.25
Unskilled labour	13	17	9	4	43	10.75
Household works	28	35	34	37	134	33.5
Govt. Service	6	10	13	15	44	11
Any other	8	8	6	4	26	6.5
Total	100	100	100	100	400	100

Source: Field Survey

مسلم کمیونٹی میں اکثریت جو اب دہندگان صلاحیتی مزدور، غیر صلاحیتی مزدور، خود کاروبار کرنے والے، کسان، سرکاری ملازمت اور دیگر پیشہ (بے روزگار، طالب علم اور ریٹائرڈ پیشہ) سے تعلق رکھنے والے شامل تھے۔ باہم، درج فہرست ذات کے افراد غیر ہنر مند مزدور، زراعتی مزدور، سرکاری ملازمت، دیگر پیشہ، خود کاروبار اور کسان پیشہ سے تعلق رکھتے تھے۔ اسی طرح دیگر پسماندہ طبقات کی اکثریت کسان، سرکاری ملازمت، خود کاروبار، غیر ہنر مند مزدور، دیگر پیشہ اور ہنر مند مزدور کے پیشہ سے تعلق رکھتے تھے۔ اسی طرح عام زمرہ طبقات کے جو اب دہندگان کسان، سرکاری ملازمت، خود کاروبار، ہنر مند مزدور، زراعتی مزدور، غیر ہنر مند مزدور اور دیگر پیشہ سے تعلق رکھتے تھے۔ صلاحیتی مزدور میں بنکر، پلمبر، الیکٹریشن، میکنک، بڑھئی وغیرہ شامل ہیں، جبکہ غیر صلاحیتی مزدور میں تعمیری کام کرنے والے مزدور، سبزی فروش، ٹھیلہ لگانے والے، موچی وغیرہ شامل ہیں۔

روزگار اور کام کرنے کے حالات کمیونٹی افراد کی صحت کو متاثر کرتے ہیں۔ وہ افراد جو اچھے ماحول میں کام کرتے ہیں زیادہ صحت مند ہیں بہ نسبت ان کے جو اپنے کام کی حالت پر قابو نہیں رکھتے (WHO, 2016)۔ صفائی کارکن کے کام کی نوعیت ان کی صحت کو متاثر کرتی ہے (Pradeep et al 2017)۔ کمیونٹی افراد کے ساتھ انٹرویو کے مشاہدہ سے دریافت ہوا ہے کہ بیماریوں کے واقعات جیسے کی بخار، ڈائیریا، معدہ کے امراض، دمہ وغیرہ غیر ہنر مند، زراعتی مزدور اور ہنر مند مزدور میں زیادہ دیکھنے کو ملتے ہیں۔

Figure 5.3



Source: Field Survey

شہاریات کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ تمام کمیونٹی کے گھروں میں 38 گھروں (9.5) فیصد کچا گھر میں رہائش ہے۔ باہم 53 گھروں (13.25) ادھ پکا گھروں میں رہائش کرتے ہیں۔ اسی طرح 309 گھروں میں (77.25) فیصد کمیونٹی کے لوگ پکا گھروں میں رہائش پذیر ہیں۔ اگر ہم مختلف کمیونٹی کا تجزیہ کرتے ہیں تو مسلم کمیونٹی کے 10 فیصد، 15 فیصد اور 75 فیصد افراد بالترتیب کچا، ادھ پکا اور پکا گھروں میں رہائش پذیر ہیں۔ باہم، درج فہرست کمیونٹی کے لوگ 16 فیصد، 17 فیصد اور 69 فیصد لوگ کچا، ادھ پکا اور پکا گھروں میں رہائش پذیر ہیں۔ تمام کمیونٹی کے لوگوں کا ذاتی گھر ہے۔ نمونہ میں کوئی بھی لوگ کرایہ کے گھر میں نہیں رہتے۔ انٹرویو اور مشاہدہ سے دریافت ہوتا ہے کہ گھروں کی اقسام سے افراد خانہ کی سماجی اور اقتصادی حالت کا پتہ چلتا ہے۔ اور اس کے اثرات صحت پر بھی پڑتے ہیں۔

افراد خانہ کی سہولیات (Household Amenities)

کمیونٹی کے لوگ تین طرح کے گھروں میں رہتے ہیں۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے (کچا، ادھ پکا اور پکا) زیادہ تر گھروں میں 2 اور 4 کے درمیان کمرہ موجود تھے، کچھ لوگوں کے پاس صرف 1 کمرہ تھا۔ بہت سے گھروں میں علیحدہ پکین روم موجود تھے۔ کمیونٹی کے لوگ کیروسین، لکڑی، گوبر کا گونٹھا (dung)، کونلہ اور ایل پی جی گیس کو کھانا

بنانے کے وسائل کے طور پر استعمال کرتے ہیں۔ افراد خانہ کے لیے پینے کے پانی کے طور پر خود کائل، سرکاری نل، کمیونٹی نل، ہنڈ پمپ، بورویل، ذاتی کنواں اور کمیونٹی کے کنویں کا استعمال کرتے ہیں۔ کچھ لوگ حسب ضرورت جیسے بیماری یادگیر مواقع پر پانی خرید کر بھی پیتے ہیں۔ بیت الخلاء کے لیے وہ سپینٹک ٹینک، پٹ ٹینک اور نالہ سے جڑے ہوئے بیت الخلاء کا استعمال کرتے ہیں۔ باہم، کچھ لوگ کھلے میں بھی رفع حاجت کرتے ہیں۔

کچھ آشنا اور اے این ایم کے ساتھ پانی اور صفائی ستھرائی کے حالات کے بارے میں جانکاری کے لیے انٹرویو لیا گیا۔ انھوں نے واضح کیا کہ زیادہ تر کمیونٹی کے لوگوں کے پاس ذاتی ہنڈ پمپ اور سرکاری پانی کائل موجود ہے۔ کچھ لوگ سرکاری ہنڈ پمپ اور سرکاری نل کا استعمال پانی پینے کے طور پر کرتے ہیں۔ باہم، کمیونٹی کے لوگ سپینٹک ٹینک، پٹ ٹینک اور نالہ سے جڑے ہوئے بیت الخلاء کا استعمال کرتے ہیں۔

حکومت اتر پردیش کو ایسی صحت پالیسی عمل میں لانی چاہئے جس سے طبی عملہ اور وسائل کا بہترین استعمال ہو سکے، پرائمری ہیلتھ کیئر کی دستیابی میں اضافہ اور پیرامیڈیکل اسٹاف کو مستحکم بنانا اور ثلاثی درجہ (tertiary) کی طبی تنظیموں کے درپیش مسائل سے مقابلہ کرنے کے لیے حکمت عملی تیار کی جائے اور معیاری طبی خدمات کے لیے جیسے پیشہ ورانہ صحت، پینے کے پانی کی مناسب دستیابی، صفائی ستھرائی سے رہنے کی حالت، غذائیت و خوراک اور دیگر صحتی نقصان سے متعلق جانکاری کے لیے لوگوں کے اندر بیداری پیدا کی جائے۔

عملی کام کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ طبی سہولیات کا استعمال طبی عملہ اور طبی خدمات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ باہم سہولیات کا استعمال ڈاکٹر اور ادویات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ علاوہ ازیں، طبی سہولیات کا استعمال صحتی سہولیات کی دوری پر بھی منحصر ہوتا ہے۔

بیماری کے وقت طبی سہولیات کی ترجیحات

(Preference of Healthcare facilities at the time of illness)

بیماری کے وقت افراد خانہ کے طبی سہولیات کے حصول کی ترجیح کے تجزیہ کی اہمیت بڑھ جاتی ہے۔ اتر پردیش کے دو اضلاع کے چار منتخب گاؤں میں کمیونٹی کے افراد خانہ کے متعدد سہولیات کا استعمال کرنا یہ ان کے سماجی و اقتصادی حالات

پر منحصر ہوتا ہے۔ زیادہ تر غریب لوگ عوامی صحت سہولیات کا استعمال کرتے ہیں۔ کچھ لوگ گھریلو نسخے کا استعمال بیماری کے شروع میں کرتے ہیں۔ کچھ لوگ بیماری ہونے جیسے سردی، بدن درد، پیٹ درد اور دست وغیرہ ہونے پر ابتدا میں کوئی علاج نہیں کرتے اور انٹرویو کے مشاہدہ سے یہ دریافت ہوا ہے کہ کچھ لوگ ان بیماریوں میں جھاڑ پھونک بھی کراتے ہیں۔ بچھو کے کاٹنے پر بھی کچھ لوگ جھاڑ پھونک کراتے ہیں۔ سانپ کے کاٹنے پر پرائیویٹ ڈاکٹر کو ترجیح دیتے ہیں کیونکہ لوگوں کا کہنا ہے کہ پرائمری ہیلتھ سنٹر اور ذیلی مراکز میں معیاری سہولیات اس کے لیے مہیا نہیں ہیں اسی لیے وہ اس معاملے میں پرائیویٹ ڈاکٹر پر منحصر ہوتے ہیں۔ کچھ لوگ معمولی بیماری ہونے پر جھولا چھاپ ڈاکٹر کے پاس بھی جاتے ہیں۔ ماہر امراض نسواں اور خواتین ڈاکٹر کی عدم دستیابی کی وجہ سے کمیونٹی افراد قریب کے پرائیویٹ اسپتال سے رجوع کرتے ہیں، یا پرائیویٹ ڈاکٹر سے مشورہ لیتے ہیں، جہاں پر خواتین ڈاکٹر بھی موجود ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی کمیونٹی افراد اپنے بچوں اور نوزائیدہ بچوں کے سخت بیمار ہونے پر بچوں کے امراض کے ماہرین سے رجوع کرتے ہیں۔

حکومتی طبی مراکز پر سہولیات کی دستیابی

(Services available at Government Health Centre)

ادری دیہات اور رتسر ٹکلاں گاؤں میں SCs اور PHCs موجود ہیں۔ گڑوار گاؤں میں صرف APHC موجود ہے۔ علی نگر گاؤں میں صرف زچگی و اطفال فلاح و بہبود ذیلی مرکز موجود ہے۔ PHC اور APHC پر ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی دستیابی ہے اور OPD خدمات بھی موجود ہے۔ زچگی کمرہ سبھی طبی مراکز پر الگ سے موجود ہے۔ سبھی گاؤں میں حکومتی ایسولینس خدمات کی دستیابی ہے۔ کمیونٹی افراد کے انٹرویو کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی میں حکومتی ایسولینس خدمات کے تئیں بیداری کم ہے، بالخصوص مسلم اور درج فہرست ذات طبقہ میں ایسولینس خدمات کے تئیں بیداری زیادہ کم ہے۔ طبی مراکز پر پینے کے پانی کا نظم ہے۔ طبی مراکز کی دیواروں پر عوامی صحتی سہولیات کی جانکاری شائع کی گئی تھی لیکن وہ بہت صاف نہیں تھی۔

بیماری کے علاج کی سہولیات جیسے ایکسرے، الٹراساؤنڈ اور آپریشن تھیسٹرز ذیلی مراکز اور پرائمری ہیلتھ سنٹر پر موجود نہیں تھے۔ صرف اداری پرائمری ہیلتھ سنٹر پر آپریشن تھیسٹرز اور لیباریٹری کی سہولیات موجود تھی، مگر ضروری آلات کی عدم دستیابی تھی۔ باہم، یہ تمام سہولیات متعلقہ کمیونٹی ہیلتھ سنٹر پر دستیاب تھیں۔

Table 5.4
Awareness level regarding Health Programs/Schemes

Statements	Always				Sometimes				Never			
	M	S	O	G	M	S	O	G	M	S	O	G
School Health Programme benefits the children	40	32	24	24	52	40	32	44	8	28	44	32
Timely immunize / vaccinate of children	82	76	79	84	12	16	15	8	6	8	6	8
Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) (TB control strategy) benefitted	20	24	36	32	48	58	52	44	32	18	12	24
ICDS Scheme improve the nutritional and health status of children below the age of six years and women in 18-45 years age group	12	40	32	64	40	48	52	24	48	12	16	12

Source: Field Survey

M=Muslims, S=SC, O=OBC, G=General.

شہریات کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ 40 فیصد مسلم، 32 فیصد درج فہرست ذات، 24 فیصد دیگر پسماندہ طبقہ اور اعلیٰ ذات طبقہ کے لوگوں کے بچے اسکول صحت پروگرام سے استفادہ کرتے ہیں۔ باہم، جو اب دہندگان کی اکثریت اس پروگرام سے بہت زیادہ استفادہ نہیں کرتے۔ علاوہ ازیں بہت سے افراد نے اس پروگرام سے کبھی بھی استفادہ نہیں کیا۔ بچوں کے صحت کو مد نظر رکھتے ہوئے اسکولی بچوں اور ان کے سرپرست کو بیدار کرنے کی ضرورت ہے۔ اس پروگرام کو مستحکم بنانے کے لیے اس میں مزید ترمیم کی ضرورت ہے تاکہ زیادہ سے زیادہ افراد اس پروگرام سے استفادہ کر

سکیں۔ قومی صحت پالیسی (NHP 2017) کا نقطہ نظر ہے کہ اسکول ہیلتھ پروگرام پر خاص توجہ مرکوز کی جائے اور مزید صحت اور حفظان صحت کو اسکول نصاب کا حصہ بنایا جائے (GOI, 2017 and PIB, 2017)۔

جواب دہندگان کی اکثریت انتہائی اسکیم کے بارے میں جانکاری رکھتی ہے اس لیے وہ اپنے بچوں کو وقت مقررہ پر ٹیکے وغیرہ لگواتے ہیں۔ اس کے علاوہ کچھ افراد میں بیداری کم ہونے کی وجہ سے وہ کبھی بھی ٹیکے نہیں لگواتے۔ جیسے کہ انہیں ڈر ہوتا ہے کہ بچہ کو ٹیکہ لگوانے پر انھیں بخار آجاتا ہے جس کی وجہ سے وہ پریشان ہو جاتے ہیں۔ ایک مطالعہ سے یہ انکشاف ہوتا ہے کہ بھارت میں پولیو کا خاتمہ ہو گیا اور ایچ آئی وی ایڈس کی شرح ایک متاثرہ مارجن سے بالکل الٹ گئی ہے (Rao K. Sujatha, 2017)۔ اسی طرح Rapid Survey on Children (RSOC) نیشنل رپورٹ ڈاٹا سے انکشاف ہوتا ہے کہ بھارت میں 89 لاکھ بچے ایسے ہیں جنہیں ابھی تک ٹیکہ نہیں لگا ہے (MWCD, 2015)۔ بچوں کے ویکسین کے لیے بیداری اور صحیح تعلیم کی ضرورت ہے۔ زچگی صحت خواندگی آزادانہ طور پر بچوں کی ویکسین سے متعلق ہے۔ صحت خواندگی کی پہلی ویکسین رسائی میں اضافہ کرے گی (Johri et al, 2015)۔

نیشنل فیملی ہیلتھ سروے 4 سے انکشاف ہوتا ہے کہ 2015-16 سروے کے مطابق میں 12 سے 23 مہینے کے بچوں میں پوری طرح سے مامونیت (fully immunized) کا تناسب 51.1 فیصد، دیہی علاقوں میں 50.4 فیصد اور شہری علاقوں میں 53.6 فیصد تھا (NFHS 4, 2015-16)۔ اسی طرح کے نتائج، سالانہ ہیلتھ سروے 13-2012 کے مطابق اتر پریش میں 12 سے 23 مہینے کے بچوں میں پوری طرح سے مامونیت کا تناسب 52.7 فیصد، دیہی علاقوں میں 51.6 فیصد اور شہری علاقوں میں 57.8 فیصد تھا۔ جبکہ مَنو ضلع میں اس کا کل تناسب 53.8 فیصد، دیہی علاقوں میں 53.7 فیصد اور شہری علاقوں میں 54.4 فیصد تھا۔ بلایا ضلع میں اس کا کل تناسب 71.0 فیصد، دیہی علاقوں میں 71.5 فیصد اور شہری علاقوں میں 65.5 فیصد تھا (Annual Health Survey 2012-13)۔ شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ مَنو ضلع کا تناسب صوبہ سے تھوڑا زیادہ ہے، جب کہ بلایا ضلع کا تناسب صوبہ سے بہتر ہے۔ صحت اور خاندانی بہبود کی وزارت نے قومی صحت مشن

کے تحت ٹیکہ کاری کے فروغ کے لیے مشن اندر دھنشن پروگرام شروع کئے ہیں۔ منتخب گاؤں میں کمیونٹی افراد میں اس پروگرام کے تئیں بیداری پائی گئی۔ فوکس گروپ ڈسکشن کے دوران کمیونٹی افراد نے کہا جتنا زیادہ ٹیکہ کاری کے بارے میں بتایا جاتا ہے اتنا کسی اور پروگرام کے بارے میں ترسیل نہیں ہوتی۔ اگر دیگر پروگرام کے بارے میں بھی زیادہ جانکاری فراہم کرائی جائے تو اس ہم لوگ استفادہ کر سکتے ہیں۔

ٹی بی کنٹرول حکمت عملی DOTS کے بارے میں لوگوں میں بیداری کم ہے۔ دیگر پسماندہ طبقہ کے افراد سب سے زیادہ استفادہ کرتے ہیں۔ باہم، درج فہرست ذات کبھی کبھی کے زمرہ میں اکثریت رکھتی ہے۔ کچھ لوگوں میں اس کے تئیں بیداری نہ ہونے کی وجہ سے وہ اس کی اہمیت کو نہیں سمجھتے۔ مستقیم نے بتایا کہ وہ بیڑی کا استعمال بہت زیادہ کرتے تھے، بہت دنوں بعد ان کے سینے میں درد ہوتا تھا لیکن وہ اسے سنجیدہ طور پر نہیں لیتے تھے۔ کچھ دنوں بعد وہ طبی مراکز جا کر ڈاکٹر سے مشورہ کیا تو ڈاکٹر نے بتا کہ پھیڑے میں انفکشن ہو رہا ہے۔ ڈاکٹر کے مشورہ سے علاج کیا اور صحت مند ہو گئے۔

عملی کام کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ جو اب دہندگان کی اکثریت ICDS اسکیم کے بارے میں بیداری رکھتی ہے اور اس سے استفادہ بھی کرتی ہے۔ اتر پردیش میں ایک مطالعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ خواتین غربت اور مجبوری کی وجہ سے غذائی قلت کا سامنا کرتی ہیں (Khan et al, 1986)۔ جدول کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ مسلم کمیونٹی میں سب سے کم بیداری ہے۔ آشنا اور اے این ایم کے انٹرویو سے دریافت ہوتا ہے کہ کم خواندگی اور خدمات و اسکیم کے بارے میں جانکاری کی کمی کی وجہ سے کمیونٹی افراد ان اسکیموں سے استفادہ نہیں کر پاتے ہیں۔

Table 5.5
Awareness level regarding Health Schemes

Statements	Always				Sometimes				Never			
	M	S	O	G	M	S	O	G	M	S	O	G
Mother benefits from JSY/JSSK scheme in last 5 years (Janani Shishu Suraksha Karyakaram)	22	46	34	28	34	30	26	38	44	24	40	34
Have any health insurance policy	4	2	6	8	8	4	2	6	88	94	92	86
Getting benefit from Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)?	8	12	8	4	14	22	16	8	74	66	70	88

Source: Field Survey

کیونٹی افراد سے حاصل شدہ مواد کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ جو اب دہندگان کی اکثریت JSY اسکیم سے استفادہ کر رہی ہے۔ درج فہرست ذات اس اسکیم کے تحت سب سے زیادہ استفادہ کر رہی ہے۔ دوسرے نمبر پر دیگر پسماندہ طبقات، تیسرے نمبر پر اعلیٰ ذات اور سب سے کم استفادہ کرنے والوں میں مسلم کیونٹی شامل ہے۔ زیادہ تر لوگ اس اسکیم کے بارے میں جانکاری نہیں رکھتے ہیں۔ UNFPA کے ایک مطالعہ سے واضح ہوا تھا کہ 75.9 فیصد خواتین اس اسکیم کے بارے میں بیداری رکھتی ہیں، اور 57 فیصد کو ادارہ جاتی زچگی کے لیے صلاح حاصل ہوئی تھی (UNFPA, 2009)۔ رنجودیوی، کنچن، سمن اور نجمہ نے بتایا کہ انھیں اس اسکیم کے تئیں بیداری نہیں ہے۔ اگر آشا بہن ہمیں اس اسکیم کے بارے میں جانکاری فراہم کراتی تو ہم اس سے ضرور استفادہ کرتے۔ ان کا کہنا تھا کہ آشا ان کے گھروں کو نہیں آتی، اس لیے اس اسکیم کے بارے میں معلومات نہیں ہے۔ آشا کی باقاعدہ تربیت کی ضرورت ہے جس سے ان کی صلاحیت سازی ہو سکے تاکہ وہ غریب اور محرومیت کا شکار طبقات کے ساتھ تفریق کا برتاؤ نہ کریں۔ حکومت کو چاہیے کہ صحت ترسیل کے لیے ایک منظم حکمت عملی نافذ کرے تاکہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں صحت پروگرام کے تئیں کیونٹی افراد میں بیداری پیدا ہو سکے۔

صحت انسورنش رکھنے والوں کی تعداد کیونٹی افراد میں بہت ہی کم ہے۔ مسلم کیونٹی میں 4 فیصد، درج فہرست ذات 2 فیصد، دیگر پسماندہ طبقات 6 فیصد اور اعلیٰ ذات 8 فیصد شامل ہے۔ باہم، کچھ لوگوں کے پاس ابتدا میں پالیسی تھی مگر ناواقفیت اور صحیح جانکاری نہ ہونے کی وجہ سے وہ خراب ہو گئی۔ روزنامہ ہندی اخبار ہندوستان کے 14 اپریل 2016

میں شائع نیشنل سیمپل سروے کی ایک رپورٹ کے مطابق صرف 16 فیصد لوگوں کے پاس صحت انسورنس پالیسی ہے۔ سروے کے مطابق دیہی علاقے کے 86 فیصد لوگوں کے پاس صحت انسورنس یا ایسی کوئی اسکیم کے تحت مدد نہیں ملتی، جس سے ان کی بیماری کے تھوڑے یا پورے اخراجات میں کچھ مدد مل سکے۔ شہروں میں یہ تناسب 82 فیصد ہے (Hindustan Daily Hindi, Varanasi, 2016)۔ منتخب گاؤں میں کمیونٹی افراد میں بیداری کی کمی اور ان کی سماجی و اقتصادی حالت کی وجہ سے ان کے پاس صحت انسورنس پالیسی نہیں ہے۔

IRDAI کی انسورنس بیداری سے متعلق پوسٹ لانچ سروے رپورٹ (2010-2015) کے مطابق آل انڈیا سطح پر 70 فیصد لوگ ہیلتھ انسورنس کے بارے میں سنا ہے (NCAER, 2017)۔ ملک کے تناسب کے لحاظ سے منتخب گاؤں میں بیداری میں بہت زیادہ کمی ہے۔ کمیونٹی افراد کو اس کے فوائد کے بارے میں جانکاری مہیا کرائی جائے اور اس اسکیم کا صحیح ڈھنگ سے انتظام و انصرام کیا جائے تاکہ کمیونٹی افراد اس سے استفادہ کر سکیں۔

راشٹریہ سواستھیہ بہا یوجنا (RSBY) 2008 کے ابتدا میں شروع کی گئی جس کا مقصد افراد خانہ کی صحت انسورنس کے ذریعہ امداد کرنا تھا۔ باہم، غیر منظم مزدور جیسے بلڈنگ اور کنسٹرکشن کے مزدور، پھیری والے، بیڑی کارگر، صفائی کارکن، رکشا چلانے والے، کچڑا چھننے والے وغیرہ کو بھی اس زمرہ میں شامل کیا گیا۔ روزنامہ ہندی اخبار ہندوستان کے 14 اپریل 2016 میں نیشنل سیمپل سروے کے مطابق کچھ سال پہلے شروع ہوئی RSBY اسکیم سے 13 فیصد دیہی آبادی اور 12 فیصد شہری آبادی نے استفادہ کیا۔ حالانکہ اس اسکیم کے تحت اہل خانہ کو صرف 30 ہزار کا علاج خرچ ملتا تھا، لیکن پھر بھی اس سے کافی لوگوں کو فائدہ پہونچا ہے (Hindustan Daily Hindi, Varanasi, 2016)۔ فوکس گروپ ڈسکشن میں کمیونٹی افراد نے بتایا کہ انھیں اس اسکیم کا فائدہ نہیں مل پارہا ہے کیونکہ اس کا عمل بہت ہی پیچیدہ ہے۔ زیادہ تر افراد اس اسکیم کے تئیں بیداری نہیں رکھتے، اس لیے متعلقہ عملہ کو اس کے فوائد کے بارے میں بیداری پیدا کرنے کے لیے حکم عملی اپنانی ہوگی تاکہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں کے باشندے اس اسکیم سے استفادہ کریں۔

حالانکہ حکومت اس اسکیم کو بہتر بنانے کا دعویٰ کر رہی ہے۔ اور عوامی طبی مراکز پر معیاری سستی ادویات فراہم کرانے کے لیے کوشاں ہے۔ تاہم، اس پروگرام کے نتائج بہتر نہیں ہیں۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ کمزور اور اقلیتی طبقہ کے پاس اکثریت آبادی کے تناسب میں صحت انورنس پالیسی کی کمی ہے۔ اس لیے یہ افراد طبی خدمات کی رسائی میں دیری کرتے ہیں اور ضروری طبی خدمات سے استفادہ نہیں کر پاتے یا ڈاکٹر جو مشورہ دیتے ہیں ان تک ان کی رسائی نہیں ہوتی۔

Table 5.6
Awareness level regarding utilization pattern of health

Statements	Always				Sometimes				Never			
	M	S	O	G	M	S	O	G	M	S	O	G
Going for Institutional Delivery	29	52	48	40	23	17	28	32	48	31	24	28
Agree with small family is happy one	54	67	72	79	23	14	13	9	23	19	15	12
Awareness of methods to delay or avoid pregnancy	48	53	60	68	36	32	19	18	16	15	21	14

Source: Field Survey

منتخب گاؤں میں خواتین کی تعداد کا نصف حصہ ادارہ جاتی زچگی اسکیم سے بیداری رکھتی ہے۔ سالانہ صحت سروے 2012-13 کے مطابق منو اور بلیا ضلع میں کل 63.6 فیصد اور 57.5 فیصد خواتین ادارہ جاتی زچگی سے استفادہ کر چکی تھیں (Annual Health survey 2012-13)۔ باہم، اتر پردیش میں ادارہ جاتی زچگی کا تناسب 56.7 فیصد ہے۔ ڈسٹرکٹ لیول ہیلتھ سروے (DLHS) کے مطابق ادارہ جاتی زچگی میں اضافہ ہوا ہے۔ 2002-03 میں ادارہ جاتی زچگی شرح 40.5 فیصد سے 2007-08 میں 47 فیصد ہو گئی تھی (GOI, 2011)۔ جدول کے تجزیہ سے یہ بات واضح ہوتی ہے کہ افراد خانہ کے زیادہ تر لوگ ادارہ جاتی زچگی کو ترجیح دیتے ہیں، تاہم، مسلم کمیونٹی میں بیداری سب سے کم دیکھنے کو ملتی ہے۔

شہریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ تمام کمیونٹی افراد کے جواب دہندگان کی رائے تھی کہ چھوٹا خاندان خوشحال ہوتا ہے۔ چھوٹے خاندان میں بچوں کی اچھی طرح سے پرورش ہو جاتی ہے۔ خاندان میں کم افراد ہونے پر ان کے اخراجات

بھی کم ہوتے ہیں بہ نسبت ان خاندان کے جن میں افراد زیادہ تعداد میں ہوتے ہیں۔ بچوں کی تعلیم کے حصول میں بھی آسانی ہو جاتی ہے اور ان کی اچھی طریقے سے پرورش اور تربیت ہو جاتی ہے۔

جدول کے تجزیہ سے یہ واضح ہوتا ہے کہ جواب دہندگان کی اکثریت حمل کے ٹھہرنے کے عمل کو روکنے یا دیر کرنے کے بارے میں بیداری رکھتی ہے۔ آشنا اور اے این ایم سے فوکس گروپ ڈسکشن کے ذریعہ یہ دریافت ہوا کہ بہت سے کمیونٹی افراد خاندانی منصوبہ بندی کے بارے میں علم نہیں رکھتے۔ خواندگی میں کمی اور عدم بیداری خراب خاندانی منصوبہ بندی کی وجوہات بنتی ہیں۔ سالانہ ہیلتھ سروے 2012-13 کی رپورٹ کے مطابق اتر پردیش میں خاندانی منصوبہ بندی کے کسی بھی طریقوں کا استعمال کا تناسب 59 فیصد، جس میں دیہی علاقوں میں 57.1 فیصد، شہری علاقوں میں 65.4 فیصد تھا، اور جدید طریقوں کے استعمال کا تناسب 37.6 فیصد تھا، جس میں دیہی علاقوں میں 35 فیصد اور شہری علاقوں میں 46.5 فیصد تھا۔ اسی طرح ضلع منو میں خاندان منصوبہ بندی کے کسی بھی طریقوں کا استعمال کا تناسب 57 فیصد، جس میں دیہی علاقوں میں 56.1 فیصد، شہری علاقوں میں 60.3 فیصد تھا، اور جدید طریقوں کے استعمال کا تناسب 32.2 فیصد تھا، جس میں دیہی علاقوں میں بھی 32.2 فیصد اور شہری علاقوں میں 32.3 فیصد تھا۔ باہم، ضلع بلیا میں خاندان منصوبہ بندی کے کسی بھی طریقوں کا استعمال کا تناسب 57.2 فیصد، جس میں دیہی علاقوں میں 56.8 فیصد، شہری علاقوں میں 60.6 فیصد تھا، اور جدید طریقوں کے استعمال کا تناسب 32.1 فیصد تھا، جس میں دیہی علاقوں میں 30.8 فیصد اور شہری علاقوں میں 43.9 فیصد تھا۔

Table 5.7
Awareness level regarding Health care Services

Statements	Always				Sometimes				Never			
	M	S	O	G	M	S	O	G	M	S	O	G
Health Centre show sincerity in treatment of the patient	20	24	48	32	32	40	32	40	48	36	20	28
Receive proper guidance regarding disease from health centre	8	24	32	32	60	68	60	48	32	8	8	20
Health Communication plays vital role in community awareness	40	32	40	40	52	40	28	28	8	28	32	32

Source: Field Survey

جدول کے تجزیہ سے یہ واضح ہوتا ہے کہ طبی مراکز کے اسٹاف ایمانداری اور جوابدہی نہیں دکھاتے ہیں، تاہم نصف جواب دہندگان اس بات سے متفق ہیں کہ طبی مراکز ایمانداری دکھاتے ہیں۔ شماریاتی تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ افراد خانہ کو طبی مراکز سے کبھی کبھی صحیح صلاح و مشورہ حاصل کر پاتے ہیں، تاہم زیادہ تر لوگوں کا کہنا ہے کہ انھیں طبی مراکز سے صحیح صلاح مشورہ نہیں مل پاتا، وہ ان کی صلاح سے مطمئن نہیں ہوتے۔ اسی طرح کے رویہ کا ایک مطالعہ میں انکشاف ہوتا ہے کہ جب مریض اسپتال جاتے ہیں تو ڈاکٹران مریضوں پر توجہ نہیں دیتے، کیونکہ ڈاکٹر سوچتے ہیں کہ ان کے پاس کوئی اور متبادل یا موقع نہیں ہے (Pradeep et al 2017)۔

جدول سے واضح ہوتا ہے کہ اکثریت افراد خانہ اس بات سے متفق تھے کہ صحت ترسیل ان کی بیداری میں ایک اہم رول ادا کرتی ہے۔ بیداری کی کمی اور صحت کے بارے میں عدم جانکاری کی وجہ سے کمیونٹی افراد بالخصوص بوڑھے، معذورین، خواتین بچے اور نوجوان کمزور اور غریب افراد صحت سے متعلق مسائل کا سامنا کرتے ہیں۔ اس کے علاوہ طبی نظام تبدیلی کے در عمل اور تعمیر نو کا انتظام و انصرام ہوتا کہ ان کا نفی اثر در عمل پر نہ پڑے۔ اگر اسے حاصل کر لیا جائے تو کمیونٹی صحت میں اضافہ اور بہتری ہو سکتی ہے۔

صحت پروگرام کے تئیں بیداری

Awareness of the Health Programmes

یونیورسل انتنائی پروگرام (Universal Immunization Programme)

یونیورسل انتنائی پروگرام ایک ٹیکہ کاری کا پروگرام ہے جس کی ابتدا حکومت ہند کے ذریعہ 1985 میں کی گئی تھی۔ یہ 1992 میں بچوں کے بچانے اور محفوظ زچگی کا پروگرام قرار دیا گیا تھا، اور موجودہ دور میں قومی دیہی صحت مشن کے تحت ایک اہم پروگرام ہے (PIB, 2016)۔ موجودہ وقت میں یہ پروگرام 12 بیماریوں کی روک تھام کے لیے ٹیکہ کاری کا عمل ہے۔ جس میں ٹی بی، ڈیپتھیریا، کالی کھانسی، ٹیٹنس، کھسرا، ہیپٹائٹس بی، ڈائیریا، جاپانی انسیف لائٹس، روبیلا، نیونیا اور Pneumococcal بیماری شامل ہیں۔ ہیپٹائٹس بی اور Pneumococcal بیماری کے ٹیکے کو UIP میں 2007 اور 2012 میں شامل کیا گیا تھا (PIB, 2017)۔ یونیورسل انتنائی پروگرام کے تحت HMIS کے مطابق بھارت میں 87.13 فیصد اور اتر پردیش میں 80.10 فیصد مکمل طور پر انتنائی کو حاصل کیا جا چکا ہے (PIB, 2016)۔ دیہی علاقوں میں زیادہ تر افراد اس پروگرام کے تئیں بیداری رکھتے ہیں۔ حکومت ہند نے یونیورسل انتنائی پروگرام کے تحت Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) کا تعارف کرایا ہے۔ 2017 سے یہ ٹیکہ بہار، اتر پردیش اور ہماچل پردیش صوبوں میں PCV کے ماہرین گروپ کی سفارش پر شروع کر دئے گئے ہیں۔ منتخب گاؤں میں فوکس گروپ ڈسکن سے انکشاف ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد اس پروگرام کے تئیں بیداری رکھتے ہیں اور وہ اپنے بچوں کو وقت پر ٹیکہ لگواتے ہیں۔ وہ سمجھتے ہیں کہ اگر ٹیکہ نہیں لگوایا جائے گا تو ان کے بچے بیمار پڑ جائیں گے اور بیماری کے ڈر سے وہ وقت پر ٹیکہ لگواتے ہیں۔

منظم اطفال ترقی خدمات (Integrated Child Development Services-ICDS)

حکومت ہند کی طرف سے یہ منصوبہ 6 سال تک کے عمر کے بچوں، حاملہ خواتین اور دودھ پلانے والی خواتین کے صحت، غذائیت اور تعلیم خدمات کو یکجا کر کے مہیا کرانے کی مہم ہے۔ وزارت خواتین اور اطفال ترقی کے تحت 1975 میں شروع کئے گئے اس پروگرام کے ذریعہ آنگن باڑی عمارتوں، سی ڈی پی او آفس اور گودام کے لیے قرض مہیا کرایا جاتا ہے۔ حال میں حکومت کے ذریعہ اس پروگرام کو موثر بنانے میں کچھ نئے اقدام اٹھائے گئے ہیں۔ اس کے تحت 11 سے 18 سال کے نوجوان عمر کی بچیوں کے لیے خدمات، غیر سرکاری تنظیموں کی موثر حصے داری اور نگرانی کو مستحکم بنایا گیا ہے۔ 10-2009 کے مرکزی بجٹ کے مطابق اس پروگرام کے تحت سبھی مہیا خدمات سبھی 6 سال سے کم عمر کے بچوں کو معیار کے ساتھ یقینی کرانے کا وعدہ کیا گیا تھا، لیکن اس میں حکومت مکمل طور پر کامیاب نہیں ہو سکی۔ اسی طرح 13-2012 کے مرکزی بجٹ میں اس پروگرام کے لیے 15850 کروڑ روپے کی رقم منظور کی گئی تھی۔ کمیونٹی افراد کا کہنا تھا کہ اگر جو بھی بجٹ حکومت کی طرف سے پاس ہوتے ہیں اگر ان کا صحیح طریقے سے استعمال ہو اور لوگوں کے انداز بیداری کا جذبہ پیدا کیا جائے تو سبھی لوگ اس سے استفادہ کر سکتے ہیں۔ رگھو، کشن، منور، سروری، کنچن اور فرزانہ نے بتایا کہ ہم لوگوں کو سرکاری نمائندہ کی طرف سے اسکیموں کے بارے میں جانکاری فراہم نہیں کی جاتی جس کی وجہ سے ہمیں ان پروگرام کے بارے میں جانکاری حاصل نہیں ہو پاتی ہے، جس کی وجہ سے ہم حکومت کی یوجنا سے فائدہ حاصل نہیں کر پاتے ہیں۔

راشٹریہ بال سورکشا کاریمہ کرم (Rashtriya Bal Suraksha Karyakram-RBSK)

وزارت صحت اور خاندانی فلاح و بہبود، حکومت ہند نے قومی صحت مشن کے تحت یہ پروگرام شروع کیا تھا۔ یہ بچوں کی صحت سے متعلق دیکھ بھال، تعاون اور علاج سے منسلک تھا۔ اس پروگرام کے تحت اس کا مقصد 18 سال سے کم عمر کے بچوں میں 30 صحت کی حالات کا پتہ لگانا اور اس کی روک تھام کے لیے انتظام کرنا تھا۔ یہ حالات عام طور پر جیسے پیدائش کے وقت کچھ کمی کا ہونا، بچوں میں بیماریاں، کمی کی حالت اور ترقیاتی دیریاں بشمول معدویاں ہیں (RBSK website)۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ اس پروگرام کے تحت پیدائش سے 18 سال تک عمر کے 270 ملین اطفال بشمول

نوزائیدہ اور جو آنگن واڈی اور حکومتی اسکول جاتے ہیں استفادہ کر چکے ہیں (MoHFW, 2013)۔ حکومت مزید دعویٰ کرتی ہے کہ اس اسکیم کے تحت لوگوں کے اخراجات میں کمی آئے گی۔ اس خدمات کے ذریعہ معذوری کی سطح کو بھی کم کرنے کا مقصد ہے، جس کے لیے تمام لوگوں کی زندگی کے معیار کو بہتر بنانا اور انہیں مکمل قوت حاصل کرنے میں سہولیات فراہم کرانا۔ ہیرا، سیوک رام، نرمل اور اکرم نے بتایا کہ ان کے بچوں کو اس اسکیم کے تحت کوئی فائدہ حاصل نہیں ہوا ہے۔ آنگن واڈی کارکن اپنے کام میں ایمانداری نہیں دکھاتی ہیں، پوچھنے پر صحیح جواب نہیں ملتا ہے۔ شمشاد نے بتایا کہ سب لوگ ملے ہوئے ہیں اس لیے کچھ نہیں ہو سکتا ہے۔ حکومت کو چاہیے کہ ایسی حکمت عملی بنائے جس سے پروگرام کا نفاذ صحیح طریقے سے ہو سکے تاکہ سبھی کمیونٹی افراد کو بغیر کسی تفریق کے مساوی فائدہ حاصل ہو سکے۔

راشٹریہ کشور سواستھیہ کاریہ کرم (Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram-RKSK)

وزارت صحت اور خاندانی فلاح و بہبود، حکومت ہند نے 7 جنوری 2014 کو اس پروگرام کا آغاز کیا۔ یہ 10 سے 19 سال کے عمر کے عنفوان شباب بچوں کے لیے صحت پروگرام ہے جو ان کے غذائیت، اس عمر کے خاص صحت کے مسائل اور دیگر مسائل جیسے مساوات اور شمولیت، جنسی مساوات اور دیگر شعبے و تنظیم کے ساتھ حکمتانہ حصے داری پر مرکوز ہے۔ بھارت میں اس پروگرام کا مقصد ان بچوں کو صحت اور تندرستی کے تئیں معومات فراہم کرنا اور ذمے داری کے ساتھ فیصلہ سازی کے ذریعہ ان کی مکمل قوت کو محسوس کرانا ہے۔ علاوہ ازیں ان کو سہولیات کی رسائی اور حسب ضرورت تعان مہیا کرنا بھی اس پروگرام کا مقصد ہے۔ مالیاتی سال 2016-17 میں 3688 کروڑ روپے منظور کئے گئے تھے (PIB, 2017)۔ اس پروگرام کے نفاذ کی صلاح کے لیے وزارت صحت و فلاح بہبود نے UNFPA کے ساتھ قومی سطح پر عنفوان شباب صحت حکمت عملی کے لیے حصے داری کی ہے۔ یہ پروگرام 243 ملین عنفوان شباب کے صحت ضروریات کو وسیع پیمانے پر فائدہ پہنچائے گا۔ ان بچوں کو فائدہ پہنچانے کے مقصد سے تعلیم، صحت، ترقی اور دیگر شعبوں میں سرمایہ کاری کی ضرورت ہے (MoHFW, 2014)۔ فوکس گروپ ڈسکن سے انکشاف ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد میں بیداری کی کمی کی وجہ سے وہ اس پروگرام سے استفادہ نہیں کر پاتے ہیں۔ منتخب گاؤں کی تقریباً نصف

آبادی اس پروگرام سے استفادہ کر چکی ہے۔ صحت پروگرام کے فروغ کے لیے گاؤں میں ضروری اقدامات اٹھائیں جائیں جس سے کیونٹی افراد کی بیداری میں اضافہ ہو سکے۔

تولیدی اور طفل صحت دوم مرحلہ (Reproductive and Child Health II Phase)

یہ وسیع پروگرام تین خصوصی مقصد کے ساتھ تین اہم صحت اشاریہ کی بہتری کے لیے قومی دیہی صحت مشن کے تحت شروع کیا گیا جیسے پیدائش کی شرح، نوزائیدہ کی شرح اموات اور زچگی شرح اموات میں کمی کرنا۔ یہ پروگرام MDG، قومی آبادی پالیسی 2000، قومی صحت پالیسی 2002، 10 ویں منصوبہ دستاویز اور ویزن 2020 انڈیا پر منحصر تھا۔ اس پروگرام کا مقصد پیدائش کرانے والی عمر گروپ کی خواتین اور 5 سال تک کے عمر کے بچوں کو فائدہ پہنچانا

ہے (National Mission for Empowerment of Women, 21017)۔

اتر پردیش میں پیدائش اور بچوں کی صحت کے حالات قومی اوسط سے بہت ہی خراب ہیں۔ اس کے علاوہ اتر پردیش کے اضلاع میں سماجی ترقی، پیدائش و بچوں کی صحت اور خدمات کے استعمال اور معیار میں بہت زیادہ فرق ہے (Manju et al)۔ اسی طرح سالانہ صحت سروے کے مطابق ضلع منو میں ادارہ جاتی زچگی کی شرح 63.6 فیصد اور ضلع بلیا میں

57.5 فیصد ہے (Annual Health Survey 2012-13)۔

Table 5.8
Institutional delivery in Uttar Pradesh

State / District	Institutional Delivery (%)			Delivery at Government Institution (%)			Delivery at Private Institution (%)		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
U.P.	56.7	54.8	64.9	39	40.7	31.3	17.6	14	33.4
Mau	63.6	63.1	65.6	38.7	42.9	23.9	24.7	19.9	41.7
Ballia	57.5	56.3	69.7	38.1	38.6	32.1	19.2	17.6	36.9

Source: Annual Health Survey 2012-13

عوامی صحت نظام کی طلب کے لیے ادارہ جاتی زچگی ایک اہم اشاریہ ہے۔ جدول کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ بہت ہی کم فیصد میں مائیں بچوں کو ادارہ میں پیدا کرتی ہیں۔ بھارت کی تقریباً نصف خواتین اپنے پچھلے پیدائش کے وقت کم سے کم تین قبل از پیدائش دیکھ بھال کے لیے جاتی ہیں۔ لیکن اتر پردیش میں اس کا تناسب بھارت کے اوسط کا نصف حصہ

ہے۔ ضلع منو میں ادارہ جاتی زچگی کا تناسب اترپردیش کے مقابلہ میں تھوڑا بہتر ہے۔ ضلع بلیا میں ادارہ جاتی زچگی کا تناسب اترپردیش کے مقابلہ میں تقریباً برابر ہے۔

ترمیم شدہ قومی تپ دق کنٹرول پروگرام

(Revised National Tuberculosis Control Programme RNTCP)

اس پروگرام کا آغاز حکومت ہند کی طرف سے کیا گیا تھا۔ اس پروگرام کا مقصد کم از کم 70 فیصد کیس کا پتہ لگانا اور ان مریضوں میں کم از کم 85 فیصد کی علاج شرح کو حاصل کرنا (RNTCP Status in UP)۔ ایک رپورٹ کے مطابق ہر سال 480,000 اور ہر روز 1,400 بھارتی ٹی بی کی وجہ سے موت کا شکار ہوتے ہیں (MoHFW, 2012)۔ اس کے علاوہ بھارت میں ہر سال پرائیویٹ شعبہ میں ایک ملین سے زائد غم شدہ کیس جس میں زیادہ تر کا علاج نہیں ہوتا یا غیر جوابدہی اور نامناسب علاج کی وجہ سے درج نہیں کئے جاتے۔ یہ زندگی کا بھاری نقصان غریبی اور پریشانی جھیل رہا ہے اور یہ ہم لوگوں کی ملی جلی کوشش سے ختم کیا جاسکتا ہے۔

اس پروگرام کے تحت اہم جانچ حکمت عملی کے ذریعہ مطلوبہ مقاصد کے حصول کے لیے صوبہ کی پہل جاری ہے۔ عالمی صحت ادارہ اور صحتی مشیر کار کی ٹیم کے ذریعہ صوبائی سطح پر 48 اضلاع میں پچھلے 6 مہینے میں صوبائی ضوابط کے مطابق گہری جانچ کی گئی۔ کمیونٹی میں بیداری پیدا کرنے کے لیے ٹی بی بیداری ہفتہ پروگرام صوبائی آفیسر اور عالم صحت ادارہ صلاح کار کے ذریعہ چلایا گیا۔ آشنا کی تربیت، ٹی بی مریضوں کے منتقل کرنے میں بہتری اور سبھی سطح پر پروگرام کی باقاعدہ نظر ثانی کرنا شامل ہے۔ ضلع سطح پر میڈیکل آفیسر اور DOTS سہولیات فراہم کرنے والوں کی باقاعدہ تربیت ہونی چاہئے جس سے اس پروگرام کی کارکردگی میں بہتری آسکے (Gupta Sanjay, 2013)۔ ٹی بی کنٹرول ڈیویژن، وزارت صحت اور خاندانی فلاح و بہبود کی ٹی بی حالات کی سالانہ رپورٹ کے مطابق بھارت میں 15.22 لاکھ مریض ٹی بی علاج کے لیے رجسٹرڈ ہیں جس میں اترپردیش میں ان کی تعداد 2.77 لاکھ ہے (MoHFW 2017)۔ جب کہ ٹی بی کے امراض کی کھوج ایک لاکھ آبادی میں بلیا میں 84 اور منو میں 113 موصول ہوئی ہے۔ قومی حکمتانہ منصوبہ (NSP)

کی شرح کے مطابق بلیا میں 40 فیصد اور منو میں 42 فیصد پائے گئے تھے (RNTCP Status in UP)۔ اسی طرح قومی صحت پالیسی 2017 کا مقصد ہے کہ نئے کیس میں کمی لانا اور 2025 تک ٹی بی کو ختم کیا جائے (NHP, 2017)۔ میڈیکل آفیسر سے انٹرویو کے دوران یہ انکشاف ہوا کہ تین ہفتوں سے زیادہ کھانسی ٹی بی ہو سکتی ہے۔ لوگوں کو چاہیے کہ جب ایسا ہو تو وہ بلغم کی جانچ کرائیں۔ اگر جانچ میں ٹی بی کی پہچان ہوتی ہے تو 6 سے 8 مہینے تک لگاتار دو ایسا لینی چاہیے ایسا کرنے پر ٹی بی مرض کا علاج ہوتا ہے۔

قومی آیوڈین کمی انتشار کنٹرول پروگرام

(National Iodine Deficiency Disorder Control Programme-NIDDCP)

اس پروگرام کا آغاز حکومت ہند کی طرف سے کیا گیا تھا۔ اس پروگرام کا مقصد اور اجزا سروے کے ذریعہ آیوڈین کمی کی سطح کی جانچ کرنا ہے۔ عام نمک کی جگہ آیوڈین نمک فراہم کرنا، ہر 5 سال پر دوبارہ سروے کر کے آیوڈین کمی کی سطح اور آیوڈین نمک کے اثرات کا جائزہ لینا کرنا۔ اس کے علاوہ آیوڈین نمک کی لیباریٹری میں جانچ کرنا اور تعلیم صحت اور اس کے فروغ کا تجربہ کرنا بھی شامل ہے (National Health Portal, 2017)۔

عملی کام کے دوران نجمہ نے بتایا کہ انھیں آیوڈین کی اہمیت کے بارے میں پتہ نہیں ہے۔ اسی طرح دیگر افراد سے بات چیت کے دوران یہ دریافت ہوا کہ انھیں آیوڈین اجزا کے بارے میں جانکاری نہیں ہے کہ اس کا استعمال مناسب دماغی اور جسمانی ترقی اور جسم کے افعال کے لیے ضروری ہے۔ کھانے یا غذا میں آیوڈین کی کمی دماغی کمزوری کا سبب بنتی ہے جسے ہم Iodine Deficiency Disorders (IDD) کہتے ہیں۔ تاہم، ایک تخمینہ طور پر 350 ملین افراد مناسب طور پر آیوڈین نمک کا استعمال نہیں کرتے، جس کی وجہ سے انھیں IDD ہونے کا خطرہ ہے۔ بھارت کے 325 اضلاع میں سروے کیا گیا جس میں سے 263 اضلاع میں IDD بیماری عام ہے۔ بھارت میں موجودہ 91 فیصد افراد خانہ میں آیوڈین نمک کی رسائی ہے لیکن صرف 71 فیصد افراد خانہ ہی مناسب طور پر آیوڈین نمک کا استعمال کرتے ہیں۔ بھارت میں IDD کنٹرول کا مقصد 2012 تک پورے ملک میں 10 فیصد سے نیچے IDD کے واقعات میں کمی کرنا تھا (Chandrakant, 2013)۔

قومی جذام خاتمہ پروگرام (National Leprosy Eradication Programme-NLEP)

حکومت ہند نے 1955 میں قومی کوڑھ بیماری کنٹرول پروگرام کی شروعات کی تھی۔ اس بیماری کے مکمل طور پر خاتمہ کے لیے 1983 میں اسے قومی کوڑھ خاتمہ پروگرام کے طور پر تبدیل کر دیا گیا۔ یہ وزارت صحت اور خاندان فلاح و بہبود کے ذریعہ مرکزی حکومت کے تعاون سے چلائی جاتی رہی صحت اسکیم ہے۔ اس پروگرام کا نفاذ عالمی صحت ادارہ اور دیگر بین الاقوامی ادارہ اور کچھ غیر سرکاری تنظیموں کی شراکت اور تعاون کے ذریعہ بھی کیا جا رہا ہے۔ اس بیماری کی دو ملٹی ڈرگ تھیراپی (MDT) سبھی ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر، عوامی اسپتالوں اور کلینک پر مفت مہیا کرائی گئی ہیں۔ سنٹوش نے بتایا کہ انھیں یہ دو کمینونٹی ہیلتھ سنٹر سے موصول ہوئی تھی جب وہ اس بیماری کا شکار تھے۔ قومی دیہی صحت مشن کی شروعات کے بعد یہ پروگرام بھی مشن کا ضروری حصہ رہا ہے۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ قومی دیہی صحت مشن کے تحت موجود تنظیمی ڈھانچہ جیسے روگی کلیان سمیتی، گاؤں صحت اور صفائی سمیتی اور پنچایت راج سمیتی کا استعمال ان مریضوں کو خدمات فراہم کرنے کے لیے کیا جا رہا ہے۔ لیکن کمیونٹی افراد کا کہنا ہے کہ یہ تنظیمیں اپنا رول بخوبی نہیں نبھاتی ہیں۔ سنٹوش، دینیش اور اجیت نے بتایا کہ ہیں پتہ بھی نہیں ہے کہ یہ تنظیمیں کہاں واقع ہیں اس کے بارے میں ہمیں جانکاری نہیں ہے۔ اگر ایسی تنظیمیں ہیں تو اس کی جانکاری فراہم کرانی چاہئے۔ بھارت نے قومی صحت پالیسی 2002 میں عام صحت کے مسائل طور پر قومی سطح پر دسمبر 2005 تک کوڑھ ختم کرنے کا مقصد طے کیا تھا۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ اپریل 2012 تک 0.83 لاکھ کوڑھ کے کیس شرح واقعہ 0.68/10,000 کے ساتھ درج کئے گئے تھے۔ اب تک 33 صوبے/مرکزی حکومت کے تحت علاقے کوڑھ کے خاتمہ کی سطح کو حاصل کر چکے ہیں۔ مارچ 2012 تک 640 اضلاع جس میں سے 542 اضلاع (84.7 فیصد) بھی اس مرض کا خاتمہ حاصل کر چکے تھے (NLEP- Progress Report for the year 2012-13)۔ مارچ 2015 میں اتر پردیش کی تخمینہ آبادی 214765425 تھی۔ جس میں کوڑھ کے واقعہ ہونے کی شرح آبادی کی 0.65/10000 تھی

- (NLEP website 2017)

انٹرویو کے دوران کیشن نے بتایا کہ اسے اس بیماری جیسی پہچان کی کوئی بیماری ہو گئی تھی جس کی وجہ سے لوگ اس کے ساتھ رہنا پسند نہیں کرتے تھے، کچھ عرصہ بعد وہ بیماری ٹھیک ہو گئی تب بھی بہت سے لوگ اس سے بات چیت نہیں کرتے۔ حالانکہ قومی صحت پالیسی 2017 کے مقصد میں بھی 2018 تک کوڑھ کا خاتمہ کرنا ہے (NHP, 2017)۔

حکومت اپنے عزم میں کب تک کامیاب ہوتی ہے یہ آئندہ پتہ چلے گا۔

قومی بصری حفاظتی پروگرام

(National Programme for Control of Blindness- NPCB)

اس پروگرام کا آغاز 1976 میں ہوا تھا۔ یہ مرکزی حکومت کی طرف سے مکمل طور پر تعاون کردہ پروگرام ہے جس کا مقصد اندھے پن کے واقعات میں 1.4 فیصد سے 0.3 فیصد کمی کرنا ہے (Directorate General of Health Services, 2009)۔ خدمات کی ادائیگی کو مستحکم کرنا، آنکھ کی دیکھ بھال کے لیے انسانی وسائل کی ترقی کرنا، کامیاب کارکردگی کو فروغ دینا اور عوام میں بیداری و تنظیمی صلاحیت کو ترقی دینا پروگرام کی چار حکمت عملی ہیں۔

پنچ سالہ منصوبہ میں بھی متعدد سرگرمیوں اور پہل کے ذریعہ اندھے پن کے واقعات میں کمی کے مقاصد کو 2020 تک 0.3 فیصد کرنا ہے۔ اس کے علاوہ تخمینہ طور پر قومی سطح پر بچپن میں اندھے پن / کم دکھائی دینے کے واقعات ایک ہزار میں 0.80 ہیں۔ حکومت نے اپنی قومی صحت پالیسی 2017 کے ذریعہ طے کیا ہے کہ 2025 تک اندھے پن کے واقعہ میں ایک ہزار میں کمی 0.25 کرنا اور مریضوں کی تعداد موجودہ سطح سے گھٹا کر ایک تہائی کرنا شامل ہے (NHP, 2017)۔ منتخب گاؤں میں اس بیماری کے بہت کم واقعات پائے گئے۔ کچھ افراد کو کھیتوں میں کام کرنے پر ان کی آنکھ میں مٹی، کچھ یاد دیگر چیزیں پڑ جاتی ہیں یا ان چیزوں سے چوٹ لگ جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے ان کی بینائی پر اثر پڑتا ہے۔

پر مود نے بتایا کہ کھیت میں کام کرنے کے دوران آنکھ میں چوٹ لگ گئی تھی، کچھ دنوں بعد درد ہونے پر ڈاکٹر کو دکھایا تو معاملہ پیچیدہ ہو گیا تھا۔ کئی مہینے علاج کرنے کے بعد آنکھ ٹھیک ہوئی۔ کمیونٹی افراد اس کے تئیں بیداری نہیں رکھتے کہ آنکھ بہت قیمتی ہے اور اس کی حفاظت کرنی چاہیے۔ حکومت کو چاہیے کہ صحت ترسیل کے ذریعہ اس پروگرام

کے تئیں کمیونٹی میں بیداری کرے تاکہ لوگوں کو اس کے نقصانات سے واقفیت ہو اور وہ کسی مصیبت میں مبتلا ہونے سے بچ جائیں۔

قومی ویکٹر سے پیدا مرض کنٹرول پروگرام

(National Vector Borne Disease Control Programme-NVBDCP)

اس پروگرام کی ابتدا ویکٹر سے پیدا ہوئی بیماری جیسے ملیریا، جاپانی انسی پھلٹیس (JE)، ڈینگو، چکن گنیا، کالا ازور اور فائلیریا کی روک تھام اور قابو پانے کے لیے ہوئی تھی۔ تمام صوبوں کی ذمہ داری ہے کہ وہ اس پروگرام کا نفاذ اپنے صوبوں میں کریں، جب کہ مرکزی حکومت کی ذمہ داری ہے کہ وہ تکنیکی تعاون، اور صوبوں کو پالیسی اور امداد کے طور پر مالیاتی تعاون فراہم کریں گے۔ ملیریا، فائلیریا، جاپانی انسی پھلٹیس (JE)، ڈینگو اور چکن گنیا مچھروں کی وجہ سے ہوتی ہیں جب کہ کالا ازور مکھیوں سے ہوتی ہے۔ ویکٹر سے پیدا بیماری پھیلنے کی وجہ غیر موثر ویکٹر اور انسانی ویکٹر کے رابطہ سے ہوتی ہے۔ جو بہت سے عوامل جیسے آب و ہوا، ماحول، انسان کے سونے کی عادتیں، کثافت اور ویکٹر کے کاٹنے سے متاثر ہوتی ہیں۔ یہ بیماریاں خاص عوامی صحت سے تعلق رکھتی ہیں جو سماجی و اقتصادی ترقی میں حائل رکاوٹیں ہیں (NVBDCP (2011)۔ قومی صحت پالیسی 2017 کا مقصد 2017 تک کالا ازور اور فائلیریا کا خاتمہ کرنا اور اس حالت کو بنائے رکھنا ہے (NHP, 2017)۔ تمام ویکٹر سے پیدا بیماریوں میں ملیریا اب بھی خاص مسئلہ ہے، حالانکہ صوبوں کی رپورٹ میں کمی بتائی جا رہی ہے۔ عالمی صحت ادارہ اس سے منسلک تمام تنظیموں کے ساتھ مل کر تعلیم فراہم کرانے اور بیداری میں اضافہ کے لیے کام کر رہا ہے، تاکہ لوگ جان جائیں کہ کیسے مچھروں، بیکٹیریا، وائرس، مکھیوں اور دیگر ویکٹر سے خود کو اور اپنی کمیونٹی کی حفاظت کی جاسکتی ہے (WHO, 2016)۔

عملی کے دوران یہ انکشاف ہوا کہ یہ بیماریاں کمیونٹی افراد کے سماجی اور اقتصادی ترقی سے جڑی ہوئی ہیں۔ کیونکہ بیماری کے علاج کی وجہ سے کمیونٹی افراد کی جیب سے پیسہ خرچ ہوتا ہے۔ اودھیش نے بتایا کہ جب ان کے بچے کو ڈینگو اور ٹائفائیڈ ایک ساتھ ہوا تھا تو ڈاکٹر لوگ سمجھ نہیں پائے تھے اس لیے دیری میں پتہ چلنے پر علاج میں زیادہ پیسے خرچ ہو گئے

تھے۔ میڈیکل آفیسر نے انٹریو کے دوران انکشاف کیا کہ لوگ بیمار پڑنے پر لا پرواہی کرتے ہیں اور دیر سے طبی مراکز سے رجوع کرتے ہیں، جس کے نتائج میں معاملہ پیچیدہ ہو جاتا ہے۔

Table 5.9
Health Programmes awareness

Health Programs	Aware (%)		Benefitted (%)	
	Yes	No	Yes	No
Universal Immunization Programme	97	3	64	36
Integrated Child Development Services (ICDS)	84	16	72	28
Family Planning	94	6	67	33
Rashtriya Bal Suraksha Karyakram (RBSK)	82	18	53	47
Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram	88	12	61	39
Reproductive and Child Health II Phase	91	9	57	43
Revised National Tuberculosis Control Programme (RNTCP)	93	7	27	73
National Iodine Deficiency Disorder Control Programme (NIDDCP)	89	11	32	68
National Leprosy Eradication Programme (NLEP)	75	25	8	92
National Programme for Control of Blindness (NPCB)	78	22	6	94
National Vector Borne Disease Control Programme (NVBDCP). Deals with diseases: Malaria, Dengue, Filariasis, Japanese Encephalitis, Kala-azar, Chikungunya	94	6	68	32
School Health Programme	92	8	87	13
Prevention & Control of Non Communicable Diseases	76	24	13	87
Pilot Programme on Prevention and Control of Diabetes, CVD and Stroke	74	26	21	79
National Programme for Prevention and Control of Deafness	78	22	17	83
National Cancer Control Programme	72	28	3	97
National Aids Control Programme (NACO)	87	13	0	100
National Mental Health Programme	71	29	7	93
National Filariasis Control Programme	68	32	24	76
National Tobacco Control Program	85	15	43	57
Integrated Disease Surveillance Project (IDSP)(strengthening surveillance system with various Diseases)	63	37	8	92

Source: Filed Survey

قومی پروگرام برائے قابو اور روک تھام کینسر، ذیابیطس، سی وی ڈی اور اسٹروک

(National Program for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, CVD and Stroke- NPCDCS)

11 ویں پانچ سالہ منصوبہ کے دوران حکومت ہند نے کینسر، ذیابیطس، دل سے متعلق بیماریوں اور فالج کی روک تھام اور کنٹرول کے لیے قومی پروگرام شروع کیا تھا۔ اس پروگرام کو 21 ریاستوں کے 100 اضلاع میں ان بیماریوں کے تئیں مکمل طور پر بیداری پیدا کرنے، رویے اور طرز زندگی میں تبدیلی، زیادہ سطح کے خطرے والے عوامل کے لوگوں کے لیے ابتدائی تشخیص کو روکنے اور کنٹرول کرنے کے مقصد سے شروع کیا گیا تھا۔ ذیابیطس اور ہائی بلڈ پریشر کے لیے اب تک کل 5.33 کروڑ افراد کی جانچ کی گئی ہے جس میں سے 6.13 فیصد اور 5.41 فیصد ذیابیطس اور ہائی بلڈ پریشر کے لیے مشتبہ پائے گئے ہیں۔ 2010-14 کی مدت کے لیے 280.25 کروڑ روپے کی رقم اس پروگرام کے تحت ریاستوں / یونین علاقوں کے لیے جاری کیا گیا ہے (PIB, 2013)۔ غیر سنجاری بیماری جسے دائمی یا پرانی بیماریوں کے نام سے بھی جانا جاتا ہے، میں دل کی بیماری، ذیابیطس، دل کے دورے، زیادہ تر قسم کے کینسر اور چوٹ وغیرہ شامل ہیں۔ ایسی بیماریاں بنیادی طور پر زندگی کے متعلق عوامل سے پیدا ہوتی ہیں جیسے خراب غذا، جسمانی کام و سرگرمی کی کمی اور تمباکو کا استعمال، زندگی جینے کے ڈھنگ میں تبدیلی، رویے سے متعلق ماڈل، سماجی و ثقافتی اور تکنیکی ترقی میں تبدیلی ان بیماریوں کے پھیلاؤ میں تیزی سے اضافہ کر رہی ہیں (MoHFW, 2009: 1)۔ زندگی جینے کے ڈھنگ میں تبدیلی کر کے یا طرز زندگی کو تبدیل کر کے ان بیماریوں کی روک تھام کی جاسکتی ہے۔ 2025 تک ان بیماریوں کی وجہ سے اچانک موت کو 25 فیصد تک کم کرنے کے لیے قومی صحت پالیسی 2017 میں توجہ مرکوز کی گئی ہے (NHP, 2017)۔

قومی پروگرام برائے بہرا پن قابو اور روک تھام

(National Programme for Prevention and Control of Deafness)

اس پروگرام کا آغاز حکومت ہند کے وزارت صحت و خاندانی بہبود کی طرف سے کیا گیا تھا۔ بھارت میں بڑی تعداد میں سماعت کمزور نوجوان لوگ ہیں جس کی وجہ سے جسمانی اور اقتصادی دونوں طرح کی پیداواری کے شدید نقصان ہوتا ہے۔ حکومت نے اس پروگرام کے لیے 2006 سے 2008 تک 10 صوبوں اور ایک یونین علاقہ میں بہرے پن

کے زیادہ واقعہ کے حل کے لیے شروع کیا گیا تھا۔ اس پروگرام کا 192 اضلاع اور 20 صوبوں و یونین علاقوں میں اضافہ کیا گیا۔ 12 ویں پنج سالہ منصوبہ میں 200 اضلاع میں اور مارچ 2017 تک تمام صوبوں اور یونین علاقوں میں اس کی رسائی کا مجوزہ پیش کیا گیا ہے۔ اس پروگرام کا مقصد بیماری یا چوٹ کی وجہ سے سماعت نقصان کو روکنے کے لئے، سماعت نقصان اور بہرے پن کے لیے ذمہ دار کان کے مسائل کی نشاندہی، تشخیص اور علاج کرنا، بہرے پن والے افراد کے لیے بحالی پروگرام کے تسلسل کے لیے موجودہ بین شعبہ تعلقات کو مستحکم کرنا، کان دیکھ بھال خدمات کے لیے آلات اور مواد اور عملہ کی تربیت کے ذریعہ ادارہ صلاحیت کی ترقی میں اضافہ کرنا ہے۔ پروگرام کے اجزاء میں عملہ کی تربیت و ترقی کر کے اس بیماری کی روک تھام کی جاسکتی ہے۔ لوگوں کے اندر اس پروگرام کے تئیں بیداری پیدا کر کے خاص طور پر بچوں میں اس بیماری کی شناخت کے بارے میں لوگوں کو آگاہی کر کے اس بیماری کی روک تھام کی جا سکتی ہے۔

قومی ایڈس کنٹرول پروگرام (National Aids Control Programme-NACO)

دیگر ریاستوں کی طرح اتر پردیش ایڈز کنٹرول سوسائٹی بھی بھارت کی ریاست اتر پردیش میں ریاستی حکومت کے ایڈس کنٹرول کے ضمن میں عوامی بیداری کا کام کرتی ہے۔ ریاست کے تمام اضلاع میں ایڈس کو روکنے کے لیے اور اعلیٰ خطرے والے گروپوں اور عوام میں ایچ آئی وی / ایڈس کے پھیلاؤ کو روکنے میں ضلع اسپتال سطح پر کلینک قائم کئے گئے ہیں۔ وہاں بھی اعلیٰ خطرے والے معاملات میں مشاورت کی سہولت دستیاب رہتی ہے۔

سال 2020 تک عالمی ہدف حاصل کرنا جسے ایچ آئی وی / ایڈس کے لیے 90:90:90 کے مقصد کے طور پر بیان کیا جاتا ہے، یعنی ایچ آئی وی کا شکار تمام 90 فیصد لوگ اپنی ایچ آئی وی کی حیثیت کے بارے میں جانتے ہیں، تمام 90 فیصد ایچ آئی وی انفیکشن میں مبتلا لوگ مستقل اینٹی ریٹرو وائرل طبی علاج حاصل کرتے ہیں اور اینٹی ریٹرو وائرل طبی علاج حاصل کرنے والے تمام 90 فیصد لوگوں میں وائرل روک تھام ہوگی (NHP, 2017)۔

قومی کینسر کنٹرول پروگرام

(National Cancer Control Programme)

کینسر بھارت میں ایک اہم عوامی صحت مسئلہ ہے۔ ہر سال اس کے 7 سے 9 لاکھ معاملے سامنے آتے ہیں۔ یہ تخمینہ ہے کہ تقریباً 25 لاکھ کینسر مریض موجود ہیں۔ ملک میں ہر سال کینسر سے چار لاکھ موتیں ہوتی ہیں۔ ملک میں 40 فیصد کینسر کی وجہ تمباکو ہے۔ لہذا تمباکو سے پیدا ہونے والا کینسر انسانوں میں عام ہے جیسے کہ پھیپھڑوں، منہ کا کینسر۔ خواتین میں پیٹ اور چھاتی کینسر عام سی بات ہے۔ اسے روکنے اور فوری طور پر پتہ لگانے اور علاج کے مقصد سے 1975-76 میں قومی کینسر کنٹرول پروگرام شروع کیا گیا۔ بیماریوں کی بدلتی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے تین ترمیم کئے گئے جن میں تیسرا ترمیم دسمبر 2004 میں ہوا تھا۔ مسائل کی سنجیدگی اور ملک میں کینسر کے علاج کی سہولیات کی دستیابی میں جغرافیائی سطح پر توجہ مرکوز کی گئی تھی۔ پروگرام کے امکانات کو دیکھ کر مختلف منصوبوں کے تحت تعاون رقم بڑھا دی گئی ہے۔ ایڈز کے مرض کا باعث بننے والے HIV وائرس کا پتہ چلنے کے بعد متعلقہ مریض کی اگر ادویات کے ذریعے فوری دیکھ بھال شروع کر دی جائے تو کم از کم کچھ مریضوں میں کسی حد تک اس وائرس کا علاج ممکن ہو سکتا ہے۔

منتخب علاقوں میں اس بیماری کے تین لوگوں کو جانکاری ہے بہت سے لوگ اس سے متعلق بات نہیں کرنا چاہتے، وہ اسے بہت ہی خراب سمجھتے ہیں۔ کمیونٹی کے کسی فرد نے اس بیماری میں مبتلا ہونے کی بات نہیں بتائی۔

قومی دماغی صحت پروگرام (National Mental Health Programme)

بھارت میں دماغی بیماری کی شدت عام آبادی کا تقریباً 5.8 فیصد اور 7.3 فیصد کے درمیان ہونے کا تخمینہ ہے (Reddy and Chandrasekhar 1998)۔ معاشرے پر دماغی بیماری کے انتہائی بوجھ اور دماغی صحت کے ناکام بنیادی ڈھانچہ کو ذہن میں رکھتے ہوئے حکومت ہند نے 1982 میں قومی دماغی صحت پروگرام (NMHP) شروع کیا۔ اس پروگرام کے تین مقاصد ہیں: دماغی و نفسیاتی بیماریوں اور ان سے متعلق بیماریوں کی روک تھام اور علاج، عام صحت خدمات میں بہتری کیلئے دماغی صحت تکنیک کا استعمال اور زندگی کے معیار میں اضافہ کی خاطر مجموعی قومی ترقی دماغی

صحت اصولوں کا اطلاق ہونا۔ 1993 کی ورلڈ بینک کی رپورٹ کے مطابق انفرادی سطح پر نفسیاتی بے اعتدالی (بیماری) کے سبب Disability Adjusted Life Year (DALY) کی شرح ڈائریہ، ملییریا جراثیم سے انفیکشن اور ٹی بی وغیرہ کے مقابلہ میں کافی زیادہ ہے۔ ایک تخمینہ کے مطابق 2020 تک دماغی بے اعتدالی کے باعث ڈیلی لاس کی شرح عالمی پیمانہ پر 15 فیصد ہو جائیگی۔

حکومت ہند کی طرف سے اکتوبر 2014 میں دماغی صحت کے فروغ کے لیے ایک پالیسی عمل میں آئی تھی جو مساوات، انصاف، یکجہانیت اور مشاہدہ پر مبنی دیکھ بھال، معیار، اشتراکیت اور مجموعی نقطہ نظر کے اصول و اقدار پر مبنی تھی۔ اس کے خاص اغراض و مقاصد آدمی کی پوری زندگی میں تکلیف کو کم کرنا، معذورین، اخراجیت، بیماری اور قبل از وقت موت جو دماغی صحت کے مسائل سے متعلق ہو کو دور کرنا ہے (MoHFW, 2014)۔ ذہنی صحت کی دیکھ بھال کے لیے ذہنی فساد (افسردہ دلی) کو ذہنی صحت اور علاج میں ترمیم کرنے کی ضرورت ہے۔ اس کے لیے ضلع سطح پر پروگرام منعقد کئے جا رہے ہیں۔ اس کے ذریعہ دماغی صحت کارکن کے تربیتی پروگرام چلائے جا رہے ہیں، بیداری میں اضافہ اور خوف کو کم کرنے کی غرض سے اس پروگرام کے متعلق تعلیمی پروگرام، جلد تشخیص اور علاج کے لیے خدمات فراہمی اور خدمات میں بہتری اور تحقیق کے لیے ریاست اور مرکزی کمیونٹی سطح پر قیمتی معلومات اور تجربات کی فراہمی کے لیے مستقبل کی منصوبہ سازی کرنا شامل ہے۔ قومی انسانی حقوق کمیشن بھی دماغی اسپتالوں کی حالت کی نگرانی کرتا ہے اسکے ساتھ ساتھ حکومت ہند اور ریاستیں فی الحال مشترکہ مطالعہ کی سفارشات کے مطابق سرگرم ہیں تاکہ دماغی صحت کی دیکھ بھال کے معیار کو یقینی بنایا جاسکے۔

قومی فائلیریا کنٹرول پروگرام (National Filaria Control Programme-NFCP)

قومی فائلیریا کنٹرول پروگرام کی ابتدا 1955 میں ہوئی تھی جس میں افعالی، تربیت اور تحقیق کے اجزائی شامل کئے گئے تھے۔ ویکٹر قابو کاری، فائلیریا معاملات کی تشخیص کرنا اور اس کا علاج کرنا اور متاثر علاقوں میں اس کے واقعہ میں کمی کرنا اس کی حکمت عملیوں میں شامل ہیں۔ لیمفٹیک فائلیریا ایک ایسی سخت بیماری ہے جو جسم کے حصوں کو کافی کمزور اور غیر قابل بنادیتی ہے۔ یہ بیماری چھڑ کے وائرس کے ذریعہ ہوتی ہے۔ اس سے متاثر افراد کو پوشیدہ جگہ پر سوجن ہو جاتا

ہے اور اس کو بخار اور درد بھی رہتا ہے۔ فالحال اس بیماری کا کوئی علاج نہیں ہے۔ اس سے بیماری بڑھنے کا بھی خطرہ بنا رہتا ہے۔ ملک میں 20 صوبوں اور یونین علاقوں کے 250 سے زائد اضلاع میں اس کے معاملات سامنے آئے ہیں۔ قومی صحت پالیسی 2002 میں 2015 تک اس کے خاتمہ کا حدف رکھا گیا تھا، اس کے مد نظر بھارت نے ایک خوراک پلانے کی مہم شروع کی تھی۔ اب اس کے خاتمہ کا حدف ترمیم کر کے 2017 تک کر دیا گیا ہے، حالانکہ عالمی حدف 2020 تک ہے (PIB, 2017)۔

قومی تمباکو کنٹرول پروگرام (National Tobacco Control Programme)

اس پروگرام کا مقصد تمباکو کنٹرول قانون اور تمباکو کے استعمال سے ہونے والے نقصان کے اثر کو زیادہ سے زیادہ لوگوں میں بیداری پیدا کرنا اور اس کے استعمال سے ہونے والی اموات شرح میں کمی کرنا شامل ہے۔ تمباکو کا استعمال بہت ساری بیماریوں جیسے کینسر، پھیپھڑوں کی بیماری اور دل کے امراض کے علاوہ اور بھی دیگر صحت سے متعلق بیماریوں کی وجوہات بنتا ہے۔ بھارت دنیا میں تمباکو استعمال اور پیداواری میں دوسرے نمبر پر درج ہے۔ بھارت میں تمباکو کا استعمال سگریٹ، بیڑی اور سگار کے طور پر کیا جاتا ہے۔ حکومت ہند نے 2003 میں قومی تمباکو کنٹرول قانون نافذ کیا تھا۔ بھارت نے 2004 میں تمباکو کنٹرول کے لیے عالمی صحت ادارہ کے ساتھ سمجھوتے کی وضاحت کی ہے (National Health Portal, 2017)۔ اس کے علاوہ وزارت صحت و خاندان فلاح و بہبود، حکمت ہند نے تمباکو کنٹرول قانون کو موثرانفعال کو آسان بنانے کے لیے تمباکو کے نقصان دہ اثر کے بارے میں بیداری کی تشہیر کے لیے کوشاں ہیں۔ تمباکو کنٹرول کے لیے عملہ کو تربیت دے کر ان کی صلاحیت سازی کرنا تاکہ وہ کمیونٹی افراد کو اس کے بارے میں جانکاری فراہم کر سکیں۔ اتر پردیش کے اسکول میں بچوں کو بھی تمباکو کے استعمال کے خطرات کے بارے میں بیداری کی کوشش جاری ہے (Dwiti Bajpayee, 2017)۔ اسی طرح راجستھان کے ایک مطالعہ میں یہ انکشاف ہوا کہ تمباکو کے استعمال میں 13 فیصدی کمی کے باوجود کینسر کی شرح میں 70 فیصد اضافہ ہوا (News 18, Rajasthan, 2017)۔

مربوط بیماری نگرانی پروجیکٹ (Integrated Disease Surveillance Project-IDSP)

اس پروگرام کی ابتدا نومبر 2004 کو وزارت صحت و خاندان فلاح و بہبود کے ذریعہ عمل میں آئی۔ یہ ویب پورٹل تمام ریاستوں اور مرکز کے زیر انتظام علاقوں کے لیے قومی صحت مشن کے تحت ایک اہم قومی صحت پروگرام ہے۔ یہ مربوط بیماری نگرانی پروگرام کے تحت آن لائن رپورٹنگ کے لیے تیار کیا گیا ہے۔ اس پروگرام کا بنیادی مقصد بیماریوں کے لیے لیبارٹری کی بنیاد پر مبنی آئی ٹی سے منسلب بیماری نگرانی کے نظام کو مستحکم کرنے اور برقرار رکھنے کے لیے کیا گیا تھا، تاکہ بیماری رجحانات کی نگرانی کی جاسکے اور تربیت ریپڈ رسپانس ٹیم کے ذریعے ابتدائی مرحلے میں پھیلنے کا پتہ لگایا جاسکے۔ یہ صحت عملہ کے لیے بہت ہی مفید پروجیکٹ ہے اس کی مدد سے وقت پر بیماریوں کے رجحانات دریافت کر کے علاج کیا جاسکتا ہے۔

Table 5.10

Number of visits to the Health Centre during the sickness

Number of visits	Community				Total	
	Muslims	SC	OBC	General	Numbers	Percentage
1 time	28	42	43	47	160	40
2-3 times	33	28	32	31	124	31
4-5 times	20	13	10	11	54	13.5
6-7 times	12	10	9	7	38	9.5
more than 7 times	7	7	6	4	24	6
Total	100	100	100	100	400	100

Source: Field Survey

جدول کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ مختلف کمیونٹی بیماری کے دوران طبی مراکز جاتے ہیں۔ بیماری کے دوران صرف ایک مرتبہ جانا مسلم کمیونٹی میں سب سے کم 28 فیصد ہے، باہم 42 فیصد درج فہرست ذات، 43 فیصد دیگر پسماندہ طبقہ اور 47 فیصد اعلیٰ ذات کے طبقہ میں درج کیا گیا۔ اسی طرح 3-2 مرتبہ جانا مسلم کمیونٹی میں 33 فیصد، درج فہرست ذات میں 28 فیصد، دیگر پسماندہ طبقہ میں 32 فیصد اور اعلیٰ ذات میں 31 فیصد درج کیا گیا۔ اس طرح بیماری کے دوران مختلف مرتبہ طبی مراکز جانے کا ذکر جدول کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے۔

Table 5.11
Time spending during visit to health centre

Utilization of times	Duration in Minutes								Total Respondents
	5	10	20	30	40	50	60	>60	
Waiting time for consultation of doctor	24	65	70	69	59	56	37	20	400
	6	16	18	17	15	14	9	5	100 %
Time given by the doctor for consultation	275	66	35	18	6	0	0	0	400
	68.75	16.5	8.75	4.5	1.5	0	0	0	100 %
Waiting time for getting drugs	24	52	71	74	64	64	26	25	400
	6	13	18	18.5	16	16	6.5	6	100 %

Source: field survey

جدول کے تجزیہ سے یہ پتہ چلتا ہے کہ کمیونٹی افراد بیماریوں کے دوران طبی مراکز جاتے ہیں۔ اور ان کے وقت کا استعمال کس طرح سے ہوتا ہے۔ ڈاکٹر سے مشورہ لینے کے لیے انتظار میں کھڑے رہنے میں 18 فیصد جواب دہندگان کا کہنا ہے کہ وہ 20 منٹ تک انتظار کیے، باہم، 17 فیصد افراد 30 منٹ تک انتظار کیے، 16 فیصد افراد 10 منٹ تک انتظار کیے اور 15 فیصد جواب دہندگان 40 منٹ تک ڈاکٹر سے ملنے کے لیے انتظار کیے۔

جواب دہندگان کی اکثریت کا کہنا ہے کہ ڈاکٹر زیادہ وقت نہیں دیتے۔ جب جواب دہندگان ڈاکٹر سے صلاح و مشورہ کے لیے طبی مراکز جاتے ہیں تو اکثریت 68.75 فیصد کا کہنا ہے کہ ڈاکٹر صرف 5 منٹ کے اندر ہی ہم لوگوں کو دیکھ لیتے ہیں، کچھ لوگوں کا کہنا ہے کہ 1 سے 2 منٹ کے اندر دیکھ لیتے ہیں اور کچھ 2 سے 3 منٹ کے درمیان دیکھنے کی بات کرتے ہیں۔ 16.5 فیصد جواب دہندگان 10 منٹ تک ڈاکٹر سے مشورہ کرتے ہیں۔ باہم 8.75 فیصد جواب دہندگان 20 منٹ تک ڈاکٹر سے بیماری کے علاج کے بارے میں زیادہ صلاح و مشورہ کرتے ہیں۔ میڈیکل آفیسر کے انٹرویو سے دریافت ہوتا ہے کہ وہ مریضوں کی بیماری کے مطابق وقت دیتے ہیں۔ اگر ہلکا سردرد، بدن درد، اور بخار وغیرہ ہوتا ہے تو ہم پھر بھی بہت اچھی طرح سے ان سے بات کرتے ہیں، اور سنجیدہ مسائل ہونے پر مناسب وقت دیتے ہیں۔

جواب دہندگان سے جب ادویات لینے کے بارے میں سوالات کیے گئے تو ان کا کہنا تھا کہ کبھی کبھی بھیڑ بہت زیادہ ہوتی ہے جس کی وجہ سے زیادہ وقت لگ جاتا ہے۔ خصوصی طور پر گرمی کے دنوں میں ڈائیریا، ملیریا وغیرہ کی بیماری کی وجہ

سے ہمیں زیادہ وقت لگتا ہے۔ 18.5 فیصد افراد کا کہنا تھا کہ انہیں 30 منٹ تک کا وقت ادویات کو حاصل کرنے میں گزارنا پڑتا ہے۔ باہم، 18 فیصد افراد 20 منٹ وقت کا انتظار کی بات کرتے ہیں۔

دیہی کمیونٹی کے طبی خدمات کی رسائی میں درپیش مسائل اور چیلنج

Problems and Challenges in access to Health care Services of Rural Community

Table 5.12
Absence of Doctors

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	5	6	7	20	62	100
SC	6	10	8	24	52	100
OBC	4	7	9	23	57	100
Gen.	4	8	8	34	46	100
Total	19 (5%)	31 (8%)	32 (8%)	101 (25%)	217 (54%)	400 (100%)

Source: Field Survey

ڈاکٹروں کی غیر موجودگی ایک اہم عوامل ہے جو طبی تنظیم کی خدمات کے حصول میں کمیونٹی افراد پر اثر رکھتی ہے۔ ان طبی تنظیموں کے ذریعہ جتنے افراد خدمات حاصل کرتے ہیں ان کے ادراک ڈاکٹروں کی غیر موجودگی کے متعلق تنظیموں کے موثر ہونے کا ثبوت دیتے ہیں۔ مختلف کمیونٹی افراد اس بات سے متفق ہیں کہ وہ جب طبی مراکز بیماری کے علاج کے لیے جاتے ہیں تو وہ کبھی کبھی ڈاکٹروں کو موجود نہیں پاتے۔

فوکس گروپ ڈسکشن (FGD) سے یہ دریافت ہوا کہ، حالانکہ طبی مراکز پر ANM موجود ہوتی ہیں، تاہم کمیونٹی افراد کو زچگی اور دیگر علاج و معالجہ کے لیے خواتین ڈاکٹر یا ماہر امراض نسواں کی ضرورت پڑتی ہے، باہم، بچوں کے امراض کے ماہرین کی بھی ضرورت محسوس ہوتی ہے۔ اس لیے کچھ لوگ جو معاشی اعتبار سے مستحکم ہیں۔ پرائیویٹ اسپتال کو ترجیح دیتے ہیں۔ اس کے علاوہ وہ لوگ بھی جن کی سماجی و اقتصادی حالت خراب ہوتی ہے سخت بیماری کی حالت میں ان ڈاکٹروں سے رجوع کرتے ہیں۔ میڈیکل آفیسر اور ڈاکٹروں سے انٹرویو سے یہ انکشاف ہوتا ہے کہ ڈاکٹر افراد متعلقہ PHC کے ذیلی مراکز پر بھی دورہ کے لیے جاتے ہیں اس دوران وہ PHC پر موجود نہیں ہوتے، علاوہ

ازیں کچھ آفس کے کاموں کی وجہ سے بھی مصروفیت رہتی ہے۔ دیہی چھتیس گڑھ میں ایک تحقیق کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ طبی عملہ حفاظت، اچھی تنخواہ اور اپنے کام اور نظم و نسق کی تعریف چاہتا ہے، اور اس طرح سے ان کی کارکردگی کو بہتر بنایا جاسکتا ہے (Sheik K. et.al, 2016)۔ لیکن کمیونٹی افراد کی شکایت ہوتی ہے کہ صحتی عملہ اپنی جوابدہی نہیں سمجھتا ہے۔

Table 5.13
Absence of Paramedical personnel

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	9	14	7	30	40	100
SC	7	23	8	43	19	100
OBC	6	20	10	33	31	100
Gen.	5	15	8	39	33	100
Total	27 (7%)	72 (18%)	33 (8%)	145 (36%)	123 (31%)	400 (100%)

Source: Field Survey

عملی کام کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوا کہ پیرامیڈیکل کی غیر حاضری کمیونٹی افراد کے طریقہ استعمال کو اثر انداز کرتی ہے۔ جدول کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ مختلف کمیونٹی کے افراد دعویٰ کرتے ہیں کہ جب وہ لوگ طبی مراکز پر خدمات کے حصول کے لیے جاتے ہیں تو پیرامیڈیکل عملہ طبی مراکز پر موجود نہیں رہتے۔ متعدد دواخانہ عملہ کی کمی اور ڈاکٹروں کی غیر حاضری کی وجہ سے بہتر طریقے سے کام نہیں کر پارہے ہیں۔ ان مسائل کے حل کے لیے متعدد طبی سہولیات متعدد بلاکوں میں آبادی کے تناسب سے گورنمنٹ پالیسی کے مطابق ہونی چاہیے (Misra and Misra, 1996)۔ مختلف کمیونٹی کے لوگ اس بات سے متفق تھے کہ پیرامیڈیکل اسٹاف کی غیر حاضری کی وجہ سے انھیں طبی خدمات کی رسائی میں درپیش مسائل آتے ہیں۔ ان کا انتظار کرنے میں پورا دن نکل جاتا ہے جس سے وہ اپنی مزدوری کا کام بھی نہیں کر پاتے۔

Table 5.14
Non-availability of medicines

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	7	36	6	24	27	100
SC	9	28	9	32	22	100
OBC	8	24	7	38	23	100
Gen.	6	26	5	37	26	100
Total	30 (7.5%)	114 (28.5%)	27 (6.75%)	131 (32.75%)	98 (24.5%)	400 (100%)

Source: Field Survey

ادویات کی عدم دستیابی کے متعلق جواب دہندگان سے رائے مانگی گئی تھی جس میں یہ بات واضح ہوتی ہے کہ طبی مراکز پر صرف عام ادویات موجود ہوتی ہیں۔ جواب دہندگان موجودہ ادویات کی دستیابی سے مطمئن نہیں تھے۔ جواب دہندگان مہنگی ادویات کے بارے میں بتاتے ہوئے کہتے ہیں کہ ان سے درخواست کی جاتی ہے کہ وہ ان ادویات کو باہر سے خرید لیں، جس کے لیے انھیں موٹی رقم چکانی پڑتی ہے۔ یہ ایک اہم مسئلہ ہے جس کی وجہ سے بہت سے کمیونٹی افراد طبی مراکز کی سہولیات حاصل کرنے سے گریز کرتے ہیں۔ FDG سے یہ بات واضح ہوتی ہے کہ کمیونٹی افراد ادویات کے معیار سے مطمئن نہیں تھے۔ کچھ PHC ضروری ادویات کی سپلائی کے مسائل سے پریشان ہیں۔ تاہم، IPHS ضوابط کے مطابق تمام PHC پر ایک لیب ٹیکنیشن ہونا چاہئے (MOHFW, 2013) پھر بھی زیادہ تر PHC اس ضوابط کو پورا نہیں کرتے۔ اسی طرح کے ایک مطالعہ سے انکشاف ہوتا ہے کہ صفائی کارکنوں کو باہر کے دواخانوں سے ادویات خریدنی پڑتی ہے اور علاج کے لیے میڈیکل جانچ بھی باہر سے کرانی پڑتی ہے، وہ صرف ڈاکٹر کی فیس بچانے جاتے ہیں (Pradeep et al 2017)۔

Table 5.15
Unsatisfactory behaviour of doctors

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	17	36	11	20	16	100
SC	8	29	10	39	14	100
OBC	4	21	8	32	35	100
Gen.	5	9	6	29	51	100
Total	34 (8.5%)	95 (23.75%)	35 (8.75%)	120 (30%)	116 (29%)	400 (100%)

Source: Field Survey

جدول کے تجزیہ سے یہ پتہ چلتا ہے کہ مختلف کمیونٹی افراد ڈاکٹر کے برتاؤ اور رویہ سے متفق نہیں تھے۔ ان کا کہنا تھا کہ ڈاکٹر وقت نہیں دیتے۔ باہم، کچھ حد تک 23.75 فیصد کا کہنا تھا کہ وہ ڈاکٹر کے برتاؤ سے مطمئن نہیں تھے۔ کمیونٹی افراد سے انٹرویو کے دوران دریافت ہوا کہ ڈاکٹروں کا برتاؤ بالخصوص بچوں کے ساتھ اچھا نہیں ہے، کچھ بچوں کا کہنا ہے کہ ڈاکٹر کے آلات چھونے پر وہ انہیں ڈانٹتے ہیں، بزرگوں اور خواتین کا کہنا ہے کہ ڈاکٹر معقول وقت نہیں دیتے۔ مسلم کمیونٹی میں اس کا تناسب زیادہ ہے، باہم درج فہرست ذات بھی اس مسئلہ کا تجربہ کر چکی ہے۔ اس کے علاوہ ایک مطالعہ میں حکومتی طبی سہولیات سے لوگ مطمئن نہیں تھے، میڈیکل آفیسر اور صحت عملہ کے برتاؤ اور رویے سے بھی لوگ مطمئن نہیں تھے اور درج فہرست ذات میں اس کا تناسب زیادہ دیکھنے کو ملتا ہے (Srivastava R.K. et al, 2009)۔ صفائی کارکن علاج کے لیے میونسپل اسپتال جاتے ہیں، لیکن ڈاکٹر ان مریضوں پر توجہ نہیں دیتے، کیونکہ ڈاکٹر سوچتے ہیں کہ ان کے پاس کوئی اور متبادل یا موقع نہیں ہے (Pradeep et al 2017)۔

Table 5.16
Unsatisfactory behaviour of paramedical personnel

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	23	31	7	26	13	100
SC	18	34	8	18	22	100
OBC	14	26	7	37	16	100
Gen.	8	22	6	34	30	100
Total	63 (16%)	113 (28%)	28 (7%)	115 (29%)	81 (20%)	400 (100%)

Source: Field Survey

شماریاتی تجزیہ سے یہ پتہ چلتا ہے کہ پیرامیڈیکل عملہ کا غیر مطمئن برتاؤ طبی خدمات کی رسائی میں کمیونٹی افراد پر اثر رکھتا ہے۔ تمام کمیونٹی افراد زیادہ حد تک اس بات سے متفق تھے کہ پیرامیڈیکل اسٹاف ان کے ساتھ اچھے برتاؤ کے ساتھ پیش نہیں آتے۔ کچھ لوگوں کا ماننا ہے کہ پیٹھالوجی ٹسٹ اور ادویات کی ادائیگی میں ان کا برتاؤ اچھا نہیں رہتا۔ وہ سخت الفاظ میں باتیں کرتے ہیں۔ اور ان کا برتاؤ بھی سخت ہوتا ہے۔ عملی کام کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ عمومی طور پر تمام کمیونٹی افراد کو خصوصی طور پر مسلم کمیونٹی اور درج فہرست ذات کو طبی خدمات میں رسائی کے لیے ان کا غیر مطمئن برتاؤ روکتا ہے (Table 5.16)۔ حکومت کو چاہیے کہ صحتی عملہ کی باقاعدہ تربیت کر کے ان کی صلاحیت سازی کرے تاکہ وہ سماجی و اقتصادی حلقوں میں پچھڑے طبقات کے ساتھ اچھا برتاؤ کریں۔

Table 5.17
Poor Infrastructural Facilities

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	14	25	9	29	23	100
SC	11	27	11	35	16	100
OBC	12	21	8	40	19	100
Gen.	16	23	6	33	22	100
Total	53 (13%)	96 (24%)	34 (9%)	137 (34%)	80 (20%)	400 (100)

Source: Field Survey

تمام کمیونٹی کے افراد اس بات سے متفق تھے کہ طبی مراکز میں بنیادی ڈھانچے کی سہولیات بہت ہی خراب ہے۔ اداری PHC میں آپریشن تھیٹر ہے لیکن اس میں ضروری آلات موجود نہیں تھے۔ باہم، لیبارٹری بھی موجود ہے۔ لیکن وہاں بھی ضروری آلات موجود نہیں تھے۔ اسی طرح گڑوار APHC پر بنیادی ڈھانچہ موجود نہیں ہے۔ رتسرٹکلاں PHC میں بنیادی سہولیات موجود تھی۔ علی نگر گاؤں میں 5000 کی آبادی ہونے کو باوجود ذیلی مرکز نہیں ہے۔ اگر چہ علی نگر گاؤں میں زچگی واطفالی فلاح ذیلی مرکز ہے جہاں پر بنیادی ڈھانچے اور بنیادی سہولیات کی عدم دستیابی ہے۔ تمام طبی مراکز IPHS ضوابط کے مطابق نہیں پائے گئے۔ ان تمام طبی مراکز پر ایکسرے مشین، الٹراساؤنڈ اور پیتھالوجی کے نظام کی عدم دستیابی ہے۔ صاف پینے کے پانی کا نظم بھی بہت خراب ہے۔ Water, sanitation, and hygiene (WASH) سہولیات کی طبی تنظیموں پر اکثر غیر موجودگی رہتی ہے، حالانکہ سہولیات پر پانی دستیاب ہوتا ہے، لیکن پانی کی کوالٹی اور اس کے بھروسہ پر اعتراض ہے (WHO and UNICEF, 2015)۔ حکومت اتر پردیش کو چاہیے کہ وہ عوامی صحت بنیادی ڈھانچے کے موثر استعمال کے فروغ کے لیے توجہ مرکوز کرے۔ یہ وقت کی اہم ضرورت ہے کہ صحت کے شعبہ میں عوامی سرمایہ کاری میں اضافہ اور بہتری کی جائے اور صحت سرمایہ کاری منصوبہ بندی پچھڑے حلقوں اور پچھڑے طبقوں میں غیر جانب دار ہونی چاہیے۔

Table 5.18

In-sufficient time given by doctors

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	16	40	5	23	16	100
SC	18	31	7	20	24	100
OBC	13	30	8	24	25	100
Gen.	10	23	8	27	32	100
Total	57 (14.25%)	124 (31%)	28 (7%)	94 (23.5%)	97 (24.25%)	400 (100%)

Source: Field Survey

شہاریات کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ کمیونٹی کے جواب دہندگان زیادہ حد تک اس بات سے متفق تھے کہ ڈاکٹر انہیں علاج و معالجہ کے لیے کافی وقت نہیں دیتے۔ کبھی کبھی وہ کمیونٹی ہیلتھ سنٹر یا ضلع اسپتال کو علاج کے لیے منتقل کر دیتے ہیں۔ انٹرویو کے دوران ڈاکٹروں نے کہا کہ ہم سخت بیماری یا ہمارے کنٹرول میں نہ ہونے کی وجہ سے ریفر (منتقل) کرتے ہیں۔

Table 5.19

Overcrowding in the Health Centre

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	15	37	9	25	14	100
SC	18	27	11	26	18	100
OBC	10	28	10	30	22	100
Gen.	12	23	8	28	29	100
Total	55 (14)	115 (29)	38 (9)	109 (27)	83 (21)	400 (100)

Source: Field Survey

جدول کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ تمام کمیونٹی کے افراد کی اکثریت اس بات سے متفق تھی کہ طبی مراکز پر بھیڑ کی زیادتی سہولیات حاصل کرنے میں رکاوٹ بنتی ہے۔ کمیونٹی افراد زیادہ حد تک متفق تھے کہ طبی مراکز پر بھیڑ کی زیادتی کی وجہ سے انہیں طبی خدمات کے حصول میں دشواری پیش آتی ہے اور ڈاکٹر توجہ نہیں دیتے ہیں۔ انٹرویو کے مشاہدہ سے دریافت ہوتا ہے کہ افراد خانہ کو طبی سہولیات حاصل کرتے وقت بھیڑ کی زیادتی کی وجہ سے ان کے اہل خانہ کو بالخصوص بچوں، خواتین، معذورین اور بوڑھے لوگوں کو زیادہ پریشانی کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ بالخصوص جب انہیں کمیونٹی ہیلتھ سنٹر یا ضلع اسپتال سے سہولیات حاصل کرنی ہوتی ہے تو زیادہ دقت کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

Table 5.20
Distance from home to Health Centre

Community	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all	Total
Muslims	23	31	8	22	16	100
SC	31	38	6	16	9	100
OBC	22	27	7	30	14	100
Gen.	14	26	9	32	19	100
Total	90 (22.5)	122 (30.5)	30 (7.5)	100 (25)	58 (14.5)	400 (100)

Source: Field Survey

شہریاتی تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد اس بات سے متفق تھے کہ طبی مراکز سے گھر تک کی دوری سہولیات کے حصول میں رکاوٹ بنتی ہے۔ گاؤں کے اندر ذیلی مراکز اور پرائمری ہیلتھ سنٹر کی دوری 3 کلومیٹر سے 5 کلومیٹر کے درمیان ہے۔ کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع اسپتال کی دوری 10 کلومیٹر سے 15 کلومیٹر کے درمیان ہے۔ اتر پردیش کے بہت سے گاؤں میں گھر سے طبی مراکز کی دوری کم ہونے پر بھی پبلک ٹرانسپورٹ سہولیات کی عدم دستیابی کی وجہ سے یہ دوری ایک چیلنج ہے۔ کچھ جواب دہندگان مراکز سے قریب ہونے کی وجہ سے انھیں دوری کے مسائل نہیں ہیں۔ طبی سہولیات کا طریقہ استعمال بھی مراکز سے دوری پر منحصر ہوتا ہے۔ طبی خدمات کے استعمال کے لیے رسائی اہمیت رکھتی ہے (Table 5.20)۔

متعدی اور غیر متعدی بیماریوں میں مبتلا ہونا

(Suffer from Communicable and Non-Communicable Diseases)

کیونٹی افراد سے پوچھے گئے سوالات کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کیونٹی افراد متعدد بیماریوں کا سامنا کر چکے ہیں۔ ماہرین سے دریافت ہوتا ہے کہ ٹی بی، ملیریا، بخار، ٹائفائڈ، کالا بخار، سوائن پھلو، پیٹائٹس جیسی بیماریوں سے کیونٹی افراد سامنا کر چکے ہیں۔ انٹرویو کے دوران یہ بات بھی واضح ہوئی کہ کیونٹی افراد غیر متعدی بیماریوں کو بھی جھیل چکے ہیں اور ان بیماریوں میں گھٹیا، دل کی بیماری، سانس پھولنا اور ذیابیطیس وغیرہ سرفہرست ہیں۔ ناخواندگی اور کم تعلیمی لیاقت ٹی بی کے ساتھ منسلک اہم خطرے کے عوامل ہیں (Kapoor AK, 2016)۔ بھارت میں تمام اموات کا تقریباً آدھی اموات غیر متعدی بیماریوں کی وجہ سے ہوتی ہے کارڈیوسکولر بیماریوں کی وجہ سے 52 فیصد اموات ہوتی ہے، اس کے بعد پھیپڑے سے متعلق بیماریاں، کینسر، ذیابیطیس اور چوٹ وغیرہ شامل ہیں۔ 20 فیصد سے زیادہ آبادی کے پاس کم سے کم ایک پرانی بیماری ہے اور 10 فیصد سے زیادہ آبادی کے پاس ایک سے زیادہ پرانی بیماری ہے (Planning

-Commission, 2011)

Table 5.21
Factors affecting on Health

Factors	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all
Low income is cause of ill health	153 (38)	99 (25)	32 (8)	67 (17)	49 (12)
Hazardous occupation, like welding etc causes bad health	124 (31)	92 (23)	30 (8)	89 (22)	65 (16)
Lack of Information, Education and Communication on Health causes ill health	151 (38)	98 (25)	29 (7)	80 (20)	42 (10)
Unhygienic habits (not washing hands with soap, smoking, tobacco chewing, STDs, etc.) causes bad health	131 (33)	107 (27)	31 (8)	81 (20)	50 (12)
Unhygienic surroundings (open drainage, open defecation, unsafe drinking water, air pollution etc.) causes bad health	107 (27)	122 (30)	35 (9)	81 (20)	55 (14)

Source: Field Survey

صحت پر ماحولیاتی عوامل کا اثر پڑتا ہے، جیسے صاف پانی اور صفائی، غذائیت، غریبی، کام کرنے کے حالات، ماحول اور طبی خدمات تک رسائی بنیادی اور خصوصی طبی خدمات کی رسائی کے مسائل اور چیلنج کا سامنا لوگوں کو کرنا پڑتا ہے۔ عالمی صحت ادارہ کے صحت کے سماجی متعین عوامل کمیشن نے تجزیہ کیا کہ عدم مساوات خراب صحت کی اہم وجہ ہے۔

شہریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ سماجی و اقتصادی اور ماحولیاتی عوامل اثر پر دیش کے دیہی علاقوں میں لوگوں کی صحت کو متاثر کرتے ہیں۔ باہم، کم آمدنی، خطرناک پیشہ، بیداری میں کمی، نامناسب معلومات، تعلیم اور ترسیل (IEC) کا سیدھا اثر صحت مند حالت پر پڑتا ہے۔ شہریاتی تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد صاف پینے کا پانی، نامناسب صفائی، اور اندرونی ہوا آلودگی جیسے عوامل کے تئیں مثبت سوچ رکھتے ہیں اور انہیں پتہ ہے کہ یہ خراب صحت کی وجوہات بنتے ہیں۔ بچوں کی شرح اموات پر زچگی تعلیم کا اثر پڑتا ہے موجودہ سماجی حالات میں بھی زچہ و بچہ صحت کی رسائی میں اضافہ و بہتری اور صاف پینے کے پانی کے ذریعہ بچوں کی شرح اموات میں فوری کمی ممکن ہے (Rajna et al, 1998)

بہت حد تک کمیونٹی افراد اس بات سے متفق تھے کہ ناقص عادتیں جیسے صابن سے ہاتھ نہیں دھونا، سگریٹ و تمباکو نوشی، جنسی طور پر منتقل بیماری، ناقص و گنداماحول، کھلے نالے، کھلے میں تزکیہ کرنا وغیرہ خراب صحت کی وجوہات

نبتی ہیں۔ قومی صحت مشن کے تحت 2016 میں شروع کیا گیا پروگرام کا یا کلپ ہے، جس کا مقصد صفائی ستھرائی کے رویے کو فروغ دینا، کچرے کے مؤثر بندوبست اور عوامی صحت اداروں میں انفلکشن کو کنٹرول کرنا شامل ہے۔

صحت مند اور تندرست رہنا انسان کا پیدائشی حق ہے اور صحت و تندرستی بیماریوں سے نجات کی صورت میں ہی ممکن ہے اور بہت سی بیماریوں سے ہم ذاتی اور نجی قسم کی صفائی ستھرائی کی بنیاد پر محفوظ رہ سکتے ہیں۔ عملی کام کے دوران مشاہدہ سے پتہ چلتا ہے کہ صحت اور صفائی کے رویے کے بارے میں کم جانکاری خراب صحت کی وجوہات بنتی ہے۔ بھارتی لوگ اپنی غربت سے منسلک متعدی بیماریوں سے موت کا شکار ہو رہے ہیں۔

(Michael Marmot, 2015) - Water, sanitation, and hygiene (WASH) بیماری کی روک تھام اور اچھی صحت کو برقرار رکھنے کے لیے بنیادی عوامل ہیں۔ WASH سہولیات کی ناکافی رسائی صحت پر اثر ڈالتی ہیں اور اس کے نتائج میں بیماریوں کا جنم ہوتا ہے، جس کے منفی نتائج ہوتے ہیں (WaterAid, 2016)۔ وزارت صحت اور فلاح و بہبود نے 2009-10 میں عالمی بالغ تمباکو سروے (GATS-India) 15 سال اور زیادہ عمر کے لوگوں کے گھریلو سروے کے طور پر پیش کیا۔ اس سروے سے یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ صحت اور حفظان صحت کے بارے میں ناکافی علم بیمار صحت کو متاثر کرتا ہے (IIPS & MoHFW, 2010)۔

طبی خدمات کی رسائی میں کمیونٹی کے ساتھ تفریق

(Discrimination of Community in access to Health care Services)

Table 5.22

Discrimination in access to Health care services

Items	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all
Caste	31	28	8	21	12
Religion	46	21	7	16	10
Gender (Male or Female)	37	22	9	24	8
Ageing	26	36	8	17	13
Income	39	25	6	18	12
Disability	27	29	8	20	16
Social Status	43	28	7	13	9
Location (geographical area)	29	33	6	14	18

Source: Field Survey

Muslim Community

جدول کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد کا طبی سہولیات کی رسائی میں ذات، مذہب، جنس، عمر، آمدنی، معذورین، سماجی حیثیت اور جغرافیائی علاقہ کے بنیاد پر تفریق ہوتی ہے۔ شماریاتی تجزیہ سے اس بات کا بھی مشاہدہ کیا گیا کہ مسلم کمیونٹی کے ساتھ تفرقات مذہب اور ان کی سماجی حیثیت کے نام پر بہت زیادہ ہے۔ باہم کم آمدنی کی وجہ سے بھی انہیں سماجی تفرقات کا سامنا کر پڑتا ہے (Table 5.22) دیہی کمیونٹی اپنے سماجی و اقتصادی حالات کے مطابق طبی خدمات حاصل کرتے ہیں (Kamble N.D. 1984)۔ 1998-99 NHFS-2 کے مطابق غربت طبی فوائد کی محرومیت میں ایک اہم رول ادا کرتی ہے (IIPS, 2000)۔ سماجی تفریق ایک عالمی ظہور ہے جو متعدد علاقوں میں متعدد لوگوں کے درمیان مختلف شکلوں میں جھلکتی ہے۔ ذات، اگرچہ، برصغیر میں سماجی تفریق کا ایک منفرد عنصر ہے (Sanghmitra S Acharya, 2010)۔ انٹرویو کے مشاہدہ سے دریافت ہوتا ہے کہ علاج کے دوران سب سے زیادہ تفریق ادویات کے تقسیم کے وقت ہوتی ہے، محمود بتاتے ہیں کہ

پیرامیڈیکل اسٹاف کا رویہ ٹھیک نہیں ہوتا، ان کے لہجہ میں سختی ہوتی ہو ہے، وہ اچھی طرح سے بات نہیں کرتے۔ ڈاکٹر بھی زیادہ وقت نہیں دیتے۔ بہت سے لوگوں نے تا یا کہ پیٹھالوجی ٹیسٹ کے دوران بھی ان کے ساتھ تفریق کی جاتی ہے۔

سماجی تفرقات کو ختم کرنے کے لیے طبی عملہ کی تربیت بالخصوص پیرامیڈیکل اسٹاف کی تربیت کی ذریعہ ان کی صلاحیت سازی کی جائے۔ خصوصی طور پر حکومت کے ذریعہ فراہم کردہ ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور کمیونٹی ہیلتھ سنٹر پر تعینات طبی عملہ اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی تربیت کی جائے۔

Table 5.23
Discrimination in access to Health care services

Items	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all
Caste	37	28	7	19	9
Religion	32	20	12	24	12
Gender (Male or Female)	33	24	5	24	14
Ageing	18	27	8	30	17
Income	34	29	6	23	8
Disability	26	26	7	26	15
Social Status	36	31	8	17	8
Location (geographical area)	41	27	7	15	10

Source: Field Survey
SC Community

شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ درج فہرست ذات بھی ذات، مذہب، جنس، عمر، آمدنی، معذورین، سماجی حیثیت اور جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ جدول کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ درج فہرست ذات سب سے زیادہ جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر سماجی تفرقات کا سامنا کرتی ہے کیونکہ زیادہ تر اس کمیونٹی کے افراد ایک خاص بستی میں رہتے ہیں۔ باہم انھیں ذات کی بنیاد پر بھی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے (Table 5.23)۔ مختلف حلقوں میں دلتوں کے ساتھ سماجی تفریق کے واقعات مختلف اہلکاروں کے ذریعہ سامنے آتے ہیں۔ صحت بھی ایک ایسا شعبہ ہے جہاں ذات پر مبنی تعصب کا تجربہ کیا گیا ہے۔ ادویات کی تقسیم کے وقت سب سے زیادہ تفریق کے طور پر 'ٹچ' کا معاملہ سامنے آیا تھا اور سب سے زیادہ تفریق عوامی شعبہ میں زمینی سطح پر ANM کے ذریعہ اور نجی شعبہ میں روایتی صحتی دیکھ بھال کرنے والوں کے ذریعہ واقعات سامنے آئے۔ اسی طرح زمینی سطح کے کارکن سرکاری اور نجی شعبے دونوں میں سب سے زیادہ تفریق کرتے تھے؛ اور اعلیٰ سطح پر یہ تفریق کم پائی گئی (Sanghmitra S Acharya, 2010)۔ انٹرویو کے دوران کمیونٹی افراد نے بتایا کہ ASHA اور ANM جب ان کے گھروں کا دورہ کرتی ہیں تو وہ زیادہ دیر تک نہیں ٹھہرتی۔ ANM اور ASHA کے برتاؤ سے وہ مطمئن نہیں تھے، اور وہ ناشائستگی سے باتیں کرتی ہیں۔

Table 5.24
Discrimination in access to Health care services

Items	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all
Caste	28	24	9	29	10
Religion	25	22	10	27	16
Gender (Male or Female)	26	29	12	22	11
Ageing	25	24	7	28	16
Income	29	28	8	21	14
Disability	15	34	9	24	18
Social Status	27	30	10	23	10
Location (geographical area)	17	26	7	27	23

Source: Field Survey
OBC Community

جدول کے تجزیہ سے یہ انکشاف ہوتا ہے کہ دیگر پسماندہ طبقہ بھی ذات، مذہب، جنس، عمر، آمدنی، معذورین، سماجی حیثیت اور جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر طبی خدمات کی رسائی کے حصول کے لیے سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ شماریاتی تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ دیگر پسماندہ طبقہ کی اکثریت کو سب سے زیادہ آمدنی، ذات، سماجی حیثیت، جنس کی وجہ سے زیادہ سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے (Table 5.24)۔

Table 5.25
Discrimination in access to Health care services

Items	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all
Caste	16	23	11	25	25
Religion	17	21	10	33	19
Gender (Male or Female)	23	27	8	24	18
Ageing	21	31	6	16	26
Income	18	25	7	26	24
Disability	29	17	9	29	16
Social Status	12	32	11	23	22
Location (geographical area)	12	29	10	21	28

Source: Field Survey
General Community

شہریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ اعلیٰ ذات کے افراد بھی طبی مراکز سے سہولیات کے حصول میں تفریق محسوس کرتے ہیں۔ یہ لوگ معذورین، جنس، عمر اور آمدنی کی بنیاد پر زیادہ تفریق محسوس کرتے ہیں۔ جدول کے تجزیہ سے اس بات کا انکشاف ہوتا ہے کہ عام طور پر تمام کمیونٹی افراد خصوصی طور پر کمزور طبقات کے افراد سماجی تفریق کا زیادہ سامنا کرتے ہیں (Table 5.25)۔

سماجی درجہ بندی و وسائل اور طبی معلومات کی رسائی میں تفریقی حدود بندی کرتا ہے (Kopparty SNM, 1994)۔ مسلم اور درج فہرست ذات کے افراد بتاتے ہیں کہ پیرامیڈیکل اسٹاف ادویات کے تقسیم میں تفریق کرتے ہیں۔ وہ بے ادبی سے بات کرتے ہیں، علاج کے لیے ادویات کی ہدایت کو اچھی طرح نہیں سمجھتے، اس میں بہتری کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ دیگر پسماندہ طبقہ اور اعلیٰ ذات کے غریب اور کمزور طبقہ کے ساتھ بھی بھید بھاؤ کرتے تھے۔ عام طور پر سبھی طبقات کے پچھڑے اور کمزور افراد کو اور خصوصی طور پر مسلم کمیونٹی، درج فہرست ذات اور دیگر پسماندہ طبقات کے افراد بالخصوص معذورین، بچے، خواتین، بوڑھے اور غیر محرومیت کا شکار اور غریب افراد کے لیے طبی خدمات کی سہولیات کی فراہمی کو یقینی بنانے میں بہتری اور اضافہ کی ضرورت ہے۔ افراد جتنا سماج میں محرومیت کا شکار ہوتے ہیں اتنا ہی صحت کی محرومیت کا بھی شکار ہوتے ہیں، اس لیے سماج میں جتنی افراد کی حیثیت اعلیٰ ہوتی ہے اتنی ہی ان کی صحت بہتر ہوتی ہے (Michael Marmot, 2015)۔ تفریق کی مختلف اقسام ہیں جو مختلف

حلقوں میں پائی جاتی ہیں اور جو مختلف عملہ کی طرف سے عمل میں آتا ہے۔ ذات پر مبنی تفریق سماج کے ذریعہ فراہم کردہ خدمات کی رسائی میں کمی سے تعلق رکھتی ہے۔ خدمات کا استعمال تبھی ہو سکتا ہے جب مناسب وسائل موجود ہوں اور فراہم کرانے والے سنجیدہ ہوں (Sanghmitra S. Acharya, 2013)۔ زیادہ تر غریب اور محرومیت کا شکار لوگ خصوصی طور پر بزرگ خواتین طبی خدمات سہولیات کی رسائی سے استفادہ حاصل نہیں کر پاتے ہیں۔ ایسے لوگوں کی طبی خدمات میں شراکت کے لیے پالیسی میں ترمیم کرنے کی ضرورت ہے (Balagopal, 2009)۔

المائے منشور میں واضح صحت حکمت عملی کے ذریعہ صحتی خدمات مہیا کرانے اور ساتھ ہی ساتھ بنیادی سماجی اور اقتصادی اور سیاسی پہلوؤں کو بھی جو خراب صحت کی وجہ ہیں توجہ مرکوز کرنا ہوگا (WHO, 2012)۔ شہریاتی تجزیہ سے یہ نتیجہ اخذ کیا گیا ہے کہ طبی خدمات کی رسائی کے تعلق سے افراد کی صحت اور صحت مندی کے فروغ کے لیے مساوات کے تحفظ کی سطح میں اضافہ کے لیے حکمت عملی بنائی جائے۔

Table 5.26
Improvement of Health through Technology based Services/Training

Items	To greater extent	To some extent	Neutral	To little extent	Not at all
SEHAT (Social Endeavour for Health and Telemedicine) government's latest health and IT initiative	36 (9)	64 (16)	44 (11)	92 (23)	164 (41)
'mSehat', a mobile app that helps health workers to record maternal infant data in real time	42 (10.5)	72 (18)	44 (11)	92 (23)	150 (37.5)
Mobile Academy-Mobile based training course for upgrading the medical and health skills of ASHA	68 (17)	97 (24.25)	37 (9.25)	96 (24)	102 (25.5)
(m-Health) 'Kilkari' delivery of free and weekly 72 audio messages about pregnancy, child birth and child care	96 (24)	118 (29.5)	34 (8.5)	80 (20)	72 (18)
M-Cessation- to quit tobacco use through text messages sent via mobile phones	77 (19.25)	122 (30.5)	38 (9.5)	83 (20.75)	80 (20)
TB Missed Call initiative- a helpline with a toll free number provide information, counselling and treatment support services for TB.	83 (20.75)	94 (23.5)	34 (8.5)	93 (23.25)	96 (24)
Online appointment	28 (7)	49 (12.25)	47 (11.75)	83 (20.75)	193 (48.25)
Health Management Information Systems	46 (11.5)	85 (21.25)	44 (11)	87 (21.75)	138 (34.5)
Use of Social Media for Health services	95 (23.75)	109 (27.25)	33 (8.25)	90 (22.5)	73 (18.25)

Source: Field Survey

حکومت ہند نے 25 اگست 2015 کو حکومت کی نئی صحت اور آئی ٹی پہل SEHAT قائم کی۔ یہ اپولوبا سپیٹل کے ساتھ بھارت میں پہلا پروجیکٹ تھا جس میں 60000 کا من سروس سنٹر تمام ملک میں منسلک تھے جو لاکھوں شہریوں کو جغرافیائی مقام اور رابطہ کے بغیر طبی خدمات کی رسائی فراہم کر رہے ہیں (PIB, 2017)۔ بھارت میں 2000 میں پہلا ٹیلی میڈیسن سنٹر قائم کیا گیا (Kumar and SS Ali, 2013)۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ ہر ایک پنچایت میں کم سے کم ایک کا من سروس سنٹر ہوگا۔ بھارت میں تقریباً 250000 رسائی مرکز متعدد حکومتی خدمات شہریوں کو فراہم کرنے کے لیے ہونگے (PIB, 2017)۔

کیونٹی افراد کی اکثریت اس بات سے متفق تھی کہ یہ پروجیکٹ اچھی طرح سے کام نہیں کر سکتا کیونکہ بنیادی ڈھانچہ اور تربیت یافتہ صحتی عملہ کی کمی ہے (Table 5.26)۔ ڈاکٹروں اور پیرامیڈیکل اسٹاف کے انٹرویو کے مشاہدہ سے دریافت ہوتا ہے کہ یہ کوشش کیونٹی افراد کو فائدہ پہنچائے گی۔

حکومت اترپردیش نے اکتوبر 2015 میں صحتی عملہ کے لیے ایک موبائل اپ m-Sehat زچگی اور نوزائیدہ بچوں سے متعلق مواد کے صحیح وقت پر ریکارڈ کے لیے لانچ کیا تھا۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ یہ اطلاق صحت شعبہ کے عملہ جیسے آشا، اے این ایم اور میڈیکل آفیسر کو نئی تکنیک کے ذریعہ ان کی صلاحیت میں اضافہ کرے گا (mSehat, 2016)۔ یہ فائدہ اٹھانے والوں کے رجسٹریشن، ٹریکنگ، مشاورت، رپورٹنگ، اسکریننگ اور ریفرل میں بھی مدد گار ثابت ہوگا۔ ابتدائی طور پر یہ پروجیکٹ پانچ اضلاع سیتاپور، کنوج، فیض آباد، مرزاپور اور بریلی میں تین سال کی مدت کے لیے شروع کیا گیا ہے، بعد میں یہ اترپردیش کے تمام اضلاع میں لاگو کیا جائے گا۔

ڈاکٹر اور صحتی عملہ کے انٹرویو سے دریافت ہوا کہ اگر اس کا نفاذ اور نگرانی مؤثر ہو گا، تو اس اطلاق کے ذریعے ماں اور بچوں کی شرح اموات میں کمی کی جاسکتی ہے۔ دیہی علاقوں میں صحت ٹیکنالوجی کی ابتدائی خدمات میں بہتری لاسکتی ہے۔ شماریات کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کچھ جواب دہندگان اس بات سے متفق تھے کہ اس سے بہت حد تک فائدہ ہوگا۔ باہم، جواب دہندگان کی اکثریت اس بات سے متفق نہیں تھی کہ اس سے فائدہ ہوگا کیونکہ یہ اطلاق صحتی عملہ سے تعلق رکھتا ہے اور کیونٹی افراد کا ماننا ہے کہ صحتی کارکن اپنی ذمے داریوں کے تئیں سنجیدہ نہیں ہیں (Table 5.26)۔

موبائل اکیڈمی ایک مفت آڈیو تربیتی کورس ہے جو آشا کے علم کی بنیاد کو توسیع اور تازہ کرنے اور ان کے مواصلات کی مہارت کو بہتر بنانے کے لیے بنایا گیا ہے۔ موبائل اکیڈمی توقعات کو تربیت دیتی ہے۔ موبائل اکیڈمی آشا کو ان کے موبائل فون کے ذریعے ایک تربیت کا موقع فراہم کرتا ہے اور انہیں

اپنی سہولیات کے وقت کے مطابق سیکھنے کی ضرورت میں لچک کا موقع فراہم کرتا ہے موبائل اکیڈمی جھارکھنڈ، مدھیہ پردیش، راجستھان اور اترکھنڈ میں شروع کی جا چکی ہے (PIB, 2016)۔

آشاکے انٹرویو سے یہ واضح ہوتا ہے کہ اگر یہ اترپردیش میں لاگو کی جائے تو اس سے طبی خدمات کی بہتری میں مدد ملے گی۔ کمیونٹی افراد سے بات چیت کے مشاہدے سے بھی یہ دریافت ہوتا ہے کہ اس اطلاق سے آشاکے کی صلاحیت میں بہتری ہوگی جس سے لوگ استفادہ کریں گے (Table 5.26)۔

عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد 'Kilkari' اطلاق کا استعمال کرتے ہیں۔ بہت سے جواب دہندگان وضاحت کرتے ہیں کہ یہ بہت ہی معلوماتی اپلیکیشن ہے۔ وہ بتاتے ہیں کہ حاملہ خواتین کی دیکھ بھال، بچوں کی پیدائش اور بچوں کی دیکھ بھال سے متعلق آڈیو میسج وقت در وقت موصول کرتے ہیں (Table 5.26)۔ انٹرویو کے مشاہدے سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ مسلم کمیونٹی میں اس کے تین بیداری سب سے کم ہے، اس کے بعد درج فہرست ذات، دیگر پسماندہ طبقات اور عام زمرہ کے لوگ آتے ہیں۔

ایم۔ سیشن (M-Cessation) کا مقصد تمباکو کے استعمال سے نکلنے کے لیے تیار ہونے والوں تک پہنچانا اور انہیں موبائل فون کے ذریعہ بھیجنے والے ٹیکسٹ میسج کے ذریعہ تمباکو کا استعمال چھوڑنے میں کامیاب ہونے کے لیے مدد فراہم کرانا۔ M-Cessation کی لاگت بہت ہی کم ہے جب اس کا موازنہ روایتی خدمات کے ساتھ کرتے ہیں۔ یہ دنیا میں پہلی بار ہے کہ ایسی دو طرفہ خدمات m-Health پہلے کے ذریعہ مہیا کرائی جا رہی ہے۔

شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد کی اکثریت بہت حد تک اور کچھ حد تک اس بات سے متفق تھے کہ یہ تمباکو کے عادی لوگوں کو اس کے استعمال سے نجات میں مددگار ثابت ہونگے (Table 5.26)۔ انٹرویو کے مشاہدے سے یہ بات معلوم ہوتی ہے کہ مسلم کمیونٹی میں اس کے تین بیداری بہت ہی کم ہے، باہم، درج فہرست ذات بھی کم بیداری رکھتی ہے۔

ٹی بی میسڈ کال پہل (TB Missed Call initiative) کے تحت ایک ہیلپ لائن ٹول فری نمبر-1800 11-6666 کے ساتھ ٹی بی سے بچاؤ کے لیے معلومات، مشورہ اور علاج کی خدمات فراہم کرائی ہیں۔ اس افعال کے

تحت کالر کو ایک میسڈ کال دینی ہوتی ہے یا کالر مفت کال کر کے ٹی بی کے ہونے کی پہچان، دستیاب علاج کی خدمات، نزدیکی علاج سہولیات کا پتہ اور رابطہ کی تفصیلات حاصل کر سکتا ہے۔ ابتدا میں یہ خدمات پنجاب، ہریانہ، چنڈی گڈھ اور دہلی صوبوں میں دستیاب ہے۔

عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ جواب دہندگان کی اکثریت اس بات سے متفق تھی کہ یہ ٹی بی مریضوں کے لیے مددگار ثابت ہو سکتی ہے اور وہ لوگ بھی جو اس بیماری کے بارے میں بیداری چاہتے ہیں وہ بھی اس پہل سے استفادہ کر سکتے ہیں (Table 5.26)۔ صحتی عملہ کے انٹرویو سے بھی اس بات کا انکشاف ہوتا ہے کہ یہ پہل واضح طور پر ٹی بی مریضوں کے صحت کی حالت میں بہتری اور اضافہ کرے گی اور ٹی بی مرض کے خاتمہ میں مدد ملے گی۔

شمارتیاتی تجزیہ سے واضح ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد اس بات سے متفق تھے کہ اگر پرائمری اور سیکنڈری سطح پر طبی خدمات کی رسائی میں آن لائن سہولیات فراہم ہو جائے تو اس سے کمیونٹی افراد کے وقت اور پیسے میں بچت ہوگی۔ جواب دہندگان کی اکثریت اس بات سے متفق نہیں تھی کہ آن لائن سہولیات کامیاب ہوگی، کیونکہ حکومتی سہولیات میں فنڈ اور بنیادی ڈھانچہ کی کمی ہے (Table 5.26)۔

ہیلتھ مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم (HMIS) مریضوں، صحتی عملہ، میڈیکل آلات اور تمام صحت سے متعلق معلومات کے ریکارڈ کے رکھ رکھاؤ میں ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ HMIS سہولیات ذیلی مراکز اور پرائمری ہیلتھ سنٹر پر دستیاب نہیں ہے۔ اس کی سہولیات کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع اسپتال سطح پر دستیاب ہے۔ حکومت کا دعویٰ ہے کہ 2020ء تک عوامی صحت کی اہمیت کے لیے بیماریوں کی رجسٹریشن قائم کرے۔ ضلع سطح پر الیکٹرانک صحت نظام کے اجزا کی معلومات کا ریکارڈ تیار کرے اور صحتی جانچ کے نظام کو مستحکم بنائے (GOI, 2017)۔ کمیونٹی افراد کا کہنا ہے کہ اب دیکھنا یہ ہے کہ حکومت اپنی کوشش میں کتنی ایمانداری دکھاتی ہے۔ اگر حکومت کی کوشش کامیاب ہوئی تو طبی خدمات کی رسائی اور دستیابی کو مستحکم بنایا جاسکتا ہے۔

صحتی عملہ کے انٹرویو سے دریافت ہوتا ہے کہ اگر یہ سہولیات پرائمری سطح پر شروع ہو جائے تو اس سے مریضوں کو فائدہ ہوگا۔ ہم بیماری سے متعلق مریضوں کے پرانے ڈاٹا کی مدد سے ان کا علاج اچھی طرح سے کر سکتے ہیں۔ شمارتیاتی

تجزیہ سے واضح ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد بھی اس بات سے متفق تھے کہ اگر اس کی ابتدا پر ائمری سطح پر ہو جائے تو اس سے لوگ استفادہ کریں گے (Table 5.26)۔

جواب دہندگان کی اکثریت اس بات سے متفق تھی کہ سوشل میڈیا کا استعمال صحت اور صحت سے متعلق سرگرمیوں کی بیداری میں اضافہ کرے گا۔ ڈاکٹر اور صحتی کارکن کے انٹرویو سے یہ واضح ہوتا ہے کہ سوشل میڈیا کی مدد سے طبی خدمات کے فروغ اور اس کے تئیں بیداری میں اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ اس لیے اس کی مدد سے طبی خدمات کے فروغ کو مستحکم کیا جاسکتا ہے۔

NHP 2017 اس بات کی وکالت کرتی ہے کہ وسیع پیمانے پر ڈیجیٹل آلات کا استعمال طبی نظام کے اثرات اور نتائج میں بہتری کے لیے ہونا چاہئے اور نیشنل ڈیجیٹل ہیلتھ اتھارٹی (NDHA) کے قائم کرنے کا مجوزہ ڈیجیٹل ہیلتھ کے کنٹرول، ترقی اور استعمال کے لیے پیش کرتی ہے (GOI, 2017)۔ اگر ٹیکنالوجی کا استعمال طبی خدمات و سہولیات کی جانچ میں کیا جائے تو حالات کو بہتر بنایا جاسکتا ہے، جیسے ڈاکٹر یا صحتی عملہ غیر حاضر ہو یا لوگوں ادویات مہیا نہیں کرائی جا رہے تو اس کی شکایت متعلقہ اتھارٹی کو پیغام بھیج کر کی جاسکتی ہے۔

صحت ٹیکنالوجی کی مدد سے ہم ان حلقوں میں پہنچ سکتے ہیں جہاں طبی سہولیات کی رسائی مشکل ہے۔ اس کی مدد سے ہم گھروں تک پہنچ سکتے ہیں، اس سے بزرگوں، معزورین، خواتین اور بچوں کو بار بار اسپتال جانے کی ضرورت نہیں پڑے گی۔

Table 5.27
Management Practices in Rural Health Care Services

Statements	Always	Sometimes	Never
Updation of lists of equipment and essential drugs	74 (18.5)	118 (29.5)	208 (52)
Display boards mentioning services available at Health Centre	115 (28.75)	128 (32)	157 (39.25)
Mechanism for consultation and communication between health centre and community members	112 (28)	107 (26.75)	181 (45.25)
Timely redressal of grievances	88 (22)	142 (35.5)	170 (42.5)
Maintenance of Health Management Information Systems	66 (16.5)	125 (31.25)	209 (52.25)
Cases are referred in case of non-availability of specific services	172 (43)	129 (32.25)	99 (24.75)
Village Health Sanitation and Nutrition Committee (VHSNC) prepares Village Health Plan	88 (22)	131 (32.75)	181 (45.25)
Rogi Kalyan Samiti (RKS) contributes in the betterment of community health	89 (22.25)	141 (35.25)	170 (42.5)
Indian Public Health Standards (IPHS) monitors and improves the functioning of public health services	111 (27.75)	131 (32.75)	158 (39.5)
Possibility of re-visiting health centre for future health problems	165 (41.25)	110 (27.5)	125 (31.25)

Source: Field Survey

کیونٹی افراد سے آلات کے رجسٹر اور ضروری ادویات کے رکھ رکھاؤ کے بارے میں سوالات کئے گئے۔ جواب دہندگان کی اکثریت فیصد اس بات سے متفق تھی کہ طبی مراکز پر اس کا رکھ رکھاؤ ٹھیک طریقہ سے نہیں ہوتا ہے اس لیے ضروری ادویات کی عدم دستیابی ہوتی ہے، صرف روزانہ استعمال ہونے والی ادویات موجود ہوتی ہیں۔ ضروری اہم ادویات کے رجسٹر کا اچھی طریقہ سے رکھ رکھاؤ نہ ہونے کی وجہ سے ضروری ادویات کی قلت ہوتی ہے۔

کیونٹی کے لیے حکومت کی طرف سے فراہم کردہ سہولیات کی جانکاری ہونا بہت ہی اہم ہے۔ طبی مراکز صحتی خدمات، اسکیم پروگرام وغیرہ کے بارے میں ڈسپلے بورڈ پر جانکاری مہیا کرائی جاتی ہے۔ لوگ اس کو دیکھتے ہیں اور بیدار ہوتے ہیں اور جانکاری حاصل کرتے ہیں۔ 29 فیصد جواب دہندگان متفق تھے کہ ڈسپلے بورڈ پر جانکاری فراہم کرنے کا صحیح طریقہ ہے، باہم 32 فیصد افراد کا کہنا تھا کہ جانکاری کچھ ہی دنوں تک دکھتی ہے۔ اگر یہ پرانا پڑ جاتا ہے یا بارش وغیرہ کے نقصان سے دھیرے دھیرے مٹنے لگتا ہے، کچھ مدت کے بعد لکھائی پڑھنے میں نہیں آتی یا وقت گزرنے کے ساتھ لکھائی

مٹ جاتی ہے۔ (نوٹو ضمیمہ منسلک)۔ بہت سے جواب دہندگان کو اس بارے میں بیداری نہیں ہے، مشاہدہ سے دریافت ہوا ہے کہ وہ ناخواندگی اور بیداری میں کمی کی وجہ سے نہیں سمجھ پاتے کہ ڈسپلے بورڈ پر طبی خدمات کا ذکر ہے۔ کمیونٹی اور طبی مراکز کے درمیان شراکت کو مستحکم بنانے کے لیے ایک میکنزم ہونا چاہئے۔ کمیونٹی شراکت گاؤں کے لوگوں کی صحت میں بہتری کرنے میں ایک اہم رول ادا کرتا ہے۔ کیونکہ اس کی مدد سے حکومت کے ذریعہ فراہم کردہ سہولیات سے استفادہ ہوتا ہے۔ 28 فیصد جواب دہندگان متفق تھے کہ کمیونٹی افراد اور طبی مراکز کے درمیان میکنزم صحیح طریقہ سے کام کر رہا ہے، باہم 26.75 فیصد جواب دہندگان کا کہنا تھا کہ یہ میکنزم ہمیشہ کام نہیں کرتا ہے کیونکہ دونوں کے درمیان ایک خلاء ہے (Table 5.27)۔ جواب دہندگان کی اکثریت کا کہنا تھا کہ کمیونٹی افراد اور طبی مراکز کے درمیان ترسیل اور صلاح کے میکنزم کا کوئی انتظام و انصرام نہیں تھا۔ جس کے نتائج میں کمیونٹی افراد صحتی اسکیم، پروگرام کے تیئں بیداری نہیں رکھتے اور صحیح طریقہ سے استفادہ نہیں کر پاتے، میکنزم کے انتظام و انصرام میں تبدیلی کی ضرورت ہے۔

عوامی طبی خدمات کو بہتر بنانے کے لیے لوگوں کی شکایت کو حل کرنے پر توجہ دی جانی چاہئے۔ کمیونٹی افراد کی شکایت کے حل کے لیے حکمت عملی بنانی چاہئے۔ شاریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ 22 فیصد جواب دہندگان متفق تھے کہ شکایتوں کا حل وقت پر ہوتا ہے۔ باہم، 35.5 فیصد جواب دہندگان کا کہنا تھا کہ ان کی شکایتوں کا حل ہمیشہ نہیں ہوتا۔ تاہم، جواب دہندگان کی اکثریت 42.50 فیصد کا کہنا تھا کہ ان کی شکایتوں کا حل کبھی نہیں کیا جاتا۔

یہ وقت کی ضرورت ہے کہ گاؤں اور بلاک سطح پر ایک مستحکم فیصلہ لینے کی ضرورت ہے جس کے ذریعہ عوامی صحت کے طریقہ استعمال میں بہتری لائی جاسکے۔ باہم، طبی اسٹاف کے برتاؤ میں بھی تبدیلی کی ضرورت ہے۔

گاؤں سطح پر ذیلی مراکز اور پرائمری ہیلتھ سنٹر میں ہیلتھ مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم کے رکھ رکھاؤ کا صحیح میکنزم موجود نہیں تھا۔ اس کا رکھ رکھاؤ کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع اسپتال سطح پر کیا جاتا ہے۔ ہیلتھ مینجمنٹ انفارمیشن سسٹم کو قائم کرنے کے لیے صحت شعبہ میں سرمایہ کاری کی ضرورت ہے۔

کیونٹی افراد کا کہنا تھا کہ جب وہ سینڈری سطح کی طبی سہولیات کا استعمال کرتے ہیں، تو وہاں پر میکنزوم موجود ہے۔ جواب دہندگان کی اکثریت کا کہنا تھا کہ کیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع سطح کے کیونٹی اسپتال میں میکنزوم ٹھیک طریقہ سے کام نہیں کرتا ہے۔

جواب دہندگان کی اکثریت اس بات سے متفق تھی کہ پیچیدہ معاملوں یا خصوصی خدمات کے متعلق مریضوں کو کیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع سطح کے اسپتالوں میں منتقل یا حوالہ کیا جاتا ہے۔ باہم، 32.25 فیصد اس بات سے متفق تھے کہ مریضوں کو کبھی کبھی حسب ضرورت منتقل کیا جاتا ہے۔ تاہم، 24.75 فیصد کیونٹی افراد کا کہنا تھا کہ مریضوں کو منتقل نہیں کیا جاتا ہے (Table 5.27)۔

شہریات کے تجزیہ سے دریافت ہوا کہ طبی خدمات کی بہتری اور اضافہ کے لیے VHSNC میں کیونٹی شراکت پائی گئی۔ لیکن اس کا تناسب بہت ہی کم ہے۔ باہم، کچھ اکثریت کا کہنا تھا کہ کبھی کبھی صحت منصوبہ بندی پروگرام میں کمیٹی کے ذریعہ انہیں شامل کیا جاتا ہے، کیونکہ اس کی میٹنگ سال میں ایک بار یا دو بار ہوتی ہے۔ جواب دہندگان کی اکثریت کا کہنا تھا کہ یہ کمیٹی کچھ سیاسی وجوہات وغیرہ کی بنیاد پر اچھی طریقہ سے کام نہیں کر پاتی ہے۔

قومی صحت مشن کے تحت روگی کلیان سمیٹی قائم کی جاتی ہے۔ کیونٹی افراد کا کہنا تھا کہ یہ کمیٹی کیونٹی کی ترقی و بہتری میں اپنا رول اچھی طرح سے نہیں نبھا پارہی ہے۔ تاہم کچھ لوگ اس بات سے متفق تھے کہ یہ کمیٹی کیونٹی صحت کے فلاح و بہبود کے لیے کام کر رہی ہے۔ میڈیکل آفیسر نے یہ انکشاف کیا کہ یہ کمیٹی پرائمری ہیلتھ سنٹر سطح پر قائم کی جاتی ہے۔ باہم، یہ کمیٹی کیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع اسپتال سطح پر بھی قائم کی جاتی ہے۔ اس کے ممبر کو کمیٹی کے مقاصد اور ان کے رول اور ذمہ داریوں کے بارے میں تعارف کرایا جاتا ہے۔ اس کمیٹی کو مستحکم بنانے کی ضرورت ہے اور اس کو اختیارات دینے کی ضرورت ہے۔ تاکہ یہ کمیٹی کیونٹی صحت کی ترقی میں نمایاں خدمات انجام دے سکے۔

شہریات کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ IPHS ضوابط کے مطابق ذیلی مراکز، پرائمری ہیلتھ سنٹر اور کیونٹی ہیلتھ سنٹر کام نہیں کر رہے ہیں۔ جواب دہندگان سے اس سے متعلق رائے مانگی گئی تو انہوں نے واضح کیا کہ ذیلی مراکز اور

پرائمری ہیلتھ سنٹر پر بنیادی سہولیات کا فقدان ہے۔ حکومت کے ایک سروے کے مطابق اتر پردیش میں ایک بھی ذیلی مراکز ضوابط کو پورا نہیں کرتے۔ (AHS-2012-13)

اسی طرح سری واستونے اپنی تحقیق میں واضح کیا کہ قومی دیہی صحت مشن کے IPHS ضوابط کے مطابق تمام صحتی خدمات کو کام کرنا چاہیے تاکہ صحت کی ترقی میں اضافہ ہو سکے۔ (Srivastava R.K et al) کمیونٹی سطح اور ضلع سطح پر حکومتی صحت سہولیات کے ذریعہ سے معیاری خدمات اور طریقہ استعمال میں اضافہ کیا جانا چاہیے۔

کمیونٹی افراد سے طبی خدمات حاصل کرنے کے بعد ان کی رائے مانگی گئی کی کیا وہ دوبارہ عوامی طبی مراکز پر سہولیات حاصل کرنے جائیں گے۔ جواب دہندگان کی رائے تھی کہ جب انھیں صحت سے متعلق مسائل پیش آئیں گے تو وہ ہمیشہ طبی مراکز جائیں گے۔ کچھ افراد کا کہنا تھا کہ وہ اپنی سہولت، ضرورت اور رسائی کی بنیاد پر کبھی کبھی جاسکتے ہیں۔ تاہم، 31.25 فیصد جواب دہندگان کی رائے تھی کہ وہ طبی خدمات کی سہولیات سے مطمئن نہیں تھے اس لیے وہ طبی مراکز پر علاج کے لیے نہیں جانا چاہتے۔ جواب دہندگان کی رائے تھی کہ پیرامیڈیکل اسٹاف کا برتاؤ اچھا نہیں ہے۔ ڈاکٹر بھی وقت نہیں دیتے۔ کبھی کبھی ڈاکٹر طبی مراکز پر موجود نہیں رہتے۔ معیاری ادویات کی عدم دستیابی ہے۔ انھیں طبی مراکز سے مناسب صلاح نہیں ملتی اور طبی مراکز مریضوں کے علاج میں ایمانداری نہیں دکھاتے۔

نتائج (Conclusions)

شہریاتی تجزیہ اور متعلقہ مواد کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ بہت سے ایسے عوامل ہیں جو ترقی پر دیش میں صحت شعبہ کی ترقی میں رکاوٹ بنتے ہیں۔ جس میں خاص طور پر خراب بنیادی ڈھانچہ، عوامی طبی مراکز میں بنیادی سہولیات کی عدم دستیابی، طبی عملہ کی عدم دستیابی، ڈاکٹروں کی غیر موجودگی اور غیر حاضری، طبی تنظیموں کا نامعقول اور نامناسب کھلنے کے اوقات اور صحت شعبہ کے کم بجٹ شامل ہیں۔ باہم، کمیونٹی افراد میں صحت پروگرام کے تئیں بیداری میں کمی ہے، جس کی اہم وجہ کمیونٹی شراکت کا کمزور ہونا ہے۔ المائٹ منشور میں انٹرنیشنل کانفرنس برائے پرائمری ہیلتھ کیئر میں اس بات پر زور دیا گیا کہ تمام ملکوں میں چاہے وہ ترقی یافتہ ہوں یا ترقی پذیر صحت میں حکومت کے رول پر دوبارہ غور و خوض اور تعریف نو کرنی ہوگی اور تمام شعبوں کے درمیان افعال کو مستحکم بنانے سے بہتر صحت میں ترقی ملے گی۔

ریاست کا کام صرف صحت سرمایہ کاری میں اضافہ نہیں بلکہ سرمایہ کاری کا انتظام و انصرام موثر طریقے سے کر کے صحت کے بہترین نتائج کو حاصل کرنا ہے۔ طبی خدمات کی مساوی رسائی مناسب قیمت پر دستیابی کے لیے طبی نظام کو مستحکم کرنے کی ضرورت ہے۔ اس کے لیے پرائمری اور سکندری سطح کے طبی نظام کی منصوبہ بندی، جانچ اور حکومتی بندوبست میں کمیونٹی شراکت کو مستحکم کرنے کی ضرورت ہے۔

References

Balagopal, G. (2009): "Access to Health Care among Poor Elderly Women in India: How far do Policies Respond to Women's Realities", *Gender and Development*, Vol.17, No.3, pp-481-491.

Chandrakant S. Pandav, Kapil Yadav, Rahul Srivastava, Rijuta Panda & M.G. Karmarkar (2013): "Iodine deficiency disorders (IDD) control in India", *Indian Journal of Medical Research* Vol. 138, No. 3, pp 418-433.

Dwiti Bajpayee (2017) <https://www.gaonconnection.com/stories/up-72-districts-school-children-will-be-aware-of-tobacco> (Access and retrieved on 19/02/2017).

GOI (2011): Report of the Working Group on National Rural Health Mission (NRHM) for the Twelfth Five Year Plan (2012-2017), New Delhi: Government of India, Planning Commission.

GOI (2013): Annual Health Survey 2012-13 Fact Sheet Uttar Pradesh, New Delhi: Office of the Registrar General & Census Commissioner of India, Ministry of Home Affairs, Government of India.

GOI (2015): *Rural Health Statistics 2014-15*, Ministry of Health and Family Welfare Statistics Division, Government of India.

GOI (2017): *National Health Policy 2017*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

GoUp (2016): mSehat, Government of Uttar Pradesh, <http://msehat.in/About-us.html> (access and retrieved on 16/02/2016)

Gramvaani (2003): *Rural Health Care: Towards a Healthy Rural India*, <http://www.gramvaani.org/?p=1629> (Access and Retrieved on 05/07/2014)

Gupta Sanajy (2013): A Study of Efficiency of MCH Services in Rural Area of Ludhiana District, Punjab. *Indian Journal of Clinical Practice*, Vol. 24, No. 5.

Gupta Sanjay (2013): "A Quantitative Assessment of RNTCP in Meerut District of Uttar Pradesh", *Indian Journal of Clinical Practice*, Vol. 24, No. 6, pp. 580.

Hindustan Daily Hindi (2016): Health News, Varanasi: Hindustan Daily Hindi, pp. 15, Apr. 14, 2016.

<http://hindi.news18.com/rajasthan/jaipur-news-reducing-tobacco-use-in-rajasthan-but-new-cancer-cases-rise-957456.html> (Access and retrieved on 19/02/2017).

IIPS & MoHFW (2010): *Global Adult Tobacco Survey GATS India 2009-10*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India and Mumbai: International Institute for Population Sciences.

IIPS (2000): *National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99*, International Institute for Population Sciences and ORC Macro.

Jagdish Rai, *RNTCP Status in UP*, Uttar Pradesh, <http://uphealth.up.nic.in/Transfer/RNTCP.pdf>

Johri M, Subramanian SV, Sylvestre MP, Dudeja S, Chandra D, Koné GK, Sharma JK, Pahwa S (2015): Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Sep. Vol. 69, No. 9, pp. 849-57.

JSS (2016): *Chronicles from Central India: An Atlas of Rural Health*, Chhattisgarh: Jan Swasthya Sahyog.

K. Sujatha Rao (2017): *Do We Care: India's Health System*, Oxford University Press.

Kamble, N.D. (1984): *Rural Health*, New Delhi: Ashish Publication House.

Khan, M.E, S.K.Ghosh and R Singh (1986): "Nutrition and Health Practices among Rural Women-A Case Study of Uttar Pradesh", India, *Journal of Family Welfare*, Vol. 33, No. 1.

Kopparty SNM (1994): *Social Inequality and Health Care- A Study in Health Behaviour in Rural Andhra Pradesh*, New Delhi: Northern Book Centre.

Kumar BA Praveen and Syed Sadat Ali (2013): "Telemedicine in Primary Health Care: The Road Ahead", *International Journal of Preventive Medicine*, Vol. 4, No. 3, pp. 377-378.

Manju Rani, Ashok Kumar, Ravendra K. Sharma, Atvir Singh, *Utilization of Health Services and RCH Status in Uttar Pradesh*, https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/RCH_extendedAbs_IUSSP.pdf (Access and retrieved on 12/05/2017).

Manju Rani, Ashok Kumar, Ravendra K. Sharma, Atvir Singh, *Utilization of Health Services and RCH Status in Uttar Pradesh*, https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/RCH_extendedAbs_IUSSP.pdf (Access and retrieved on 12/05/2017)

Michael Marmot (2015): *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*, Bloomsbury Press.

Misra, B.N. and M. Misra (1996): "Spatial Planning for Medical Facilities in Rae Bareli District, U.P.", *Geographical Review India*, Vol. 58, No. 3, pp. 231-42.

MoHFW (2009): *National Programme for Prevention and Control of Diabetes, Cardiovascular Disease and Stroke: A Guide for Health Workers*, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2012): *Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Primary Health Centres Revised 2012*, Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2012): National Programme for Prevention and Control of Deafness (NPPCD): Operational Guidelines for 12th Five Year Plan, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

MoHFW (2012): *Revised National Tuberculosis Control Programme National Strategic Plan for Tuberculosis Control 2012–2017*, Central TB Division, New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India.

MoHFW (2013): Operational Guidelines: Rashtriya Bal Swasthya Karyakram (RBSK) ,Child Health Screening and Early Intervention Services under NRHM, Ministry of Health & Family Welfare Government of India .

MoHFW (2014): Strategy Handbook: Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram (RKSK), Ministry of Health and Family Welfare, Govt, of India.

MoHFW (2015): Guidelines for implementation of RKSK, Adolescent Health Division, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.

MoHFW (2017): *RNTCP National Strategic Plan for Tuberculosis Elimination 2017–2025*, Central TB Division, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India.

MWCD (2015): *Rapid Survey on Children (RSOC) 2013-14 National Report*, Ministry of Women and Child Development, Government of India.

National Cancer Control Programme,<http://pib.nic.in/feature/feyr2001/fnov2001/f121120011.html>

National Health Portal (2017): National Iodine Deficiency Disorders Control Programme, https://www.nhp.gov.in/national-iodine-deficiency-disorders-control-progr_pg (Access and retrieved on 12/02/2017)

National Health Portal (2017): National Tobacco Control Program, https://www.nhp.gov.in/National-Tobacco-Control-Programme1_pg (Access and retrieved on 19/02/2017).

National Leprosy Eradication Programme (NLEP) <http://nlep.nic.in/uttarpradesh.html>, (Access and retrieved on 12/03/2017)

National Mission for Empowerment of Women (2017): Reproductive & Child Health Programme, Ph.II (RCH II), National Mission for Empowerment of Women, Ministry of Women & Child Development, Government of India.<http://www.nmew.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=96&lid=125<ypeid=1&domid=6> (Access and retrieved on 25/08/2014)

National Mission for Empowerment of Women (2017): Reproductive & Child Health Programme, Ph.II (RCH II), National Mission for Empowerment of Women, Ministry of Women & Child Development, Government of India. <http://www.nmew.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=96&lid=125<ypeid=1&domid=6> (Access and retrieved on 25/08/2014)

National Programme for Control of Blindness (NPCB), Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

National Programme for Control of Blindness: Guidelines for State Health Society & District Health Society, Revised 11th Five Year Plan 2009, Ophthalmology/Health Division, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government Of India.

National Programme for Prevention and Control of Diabetes, Cardiovascular Disease and Stroke: A Manual for Medical Officer, Developed under the Government of India – WHO Collaborative Programme 2008-2009. http://www.searo.who.int/india/topics/cardiovascular_diseases/NCD_Resources_COMBINED_MANUAL_for_medical_officer.pdf (Access and retrieved on 26/02/2017)

National Vector Borne Disease Control Programme: Annual Report 2014-15, Government of India, National Vector Borne Disease Control Programme Directorate General of Health Services Ministry of Health & Family Welfare.

NCAER (2017): *Post-launch Survey Report of IRDAI's Insurance Awareness Campaigns (2010-2015)*, New Delhi: National Council of Applied Economic Research.

NHM (2017): Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram (RKSK), <http://nhm.gov.in/rashtriya-kishor-swasthya-karyakram.html> (Access and retrieved on 23/03/2017)

NLEP- Progress Report for the year 2012-13, Central Leprosy Division, New Delhi: Directorate General of Health Services. <http://nlep.nic.in/pdf/Progress%20report%2031st%20March%202012-13.pdf> (Access and retrieved on 07/02/2017)

PIB (2013): National Programme for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases and Stroke (NPCDCS), Press Information Bureau, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare.

PIB (2015): 'Sehat' Unique Initiative for Health Care Launched Press Information Bureau, Government of India, Ministry of Communications & Information Technology.

PIB (2016): Universal Immunization Programme, New Delhi: Press Information Bureau, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

PIB (2016): Will improve access, empower communities and enhance awareness about health services in the country, Press Information Bureau, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare.

PIB (2017): Filariasis Control Programmes, Press Information Bureau, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare.

PIB (2017): *National Health Policy 2017 approved by Cabinet Focus on Preventive and Promotive Health Care and Universal access to good quality health care services*, Press Information Bureau, Government of India.

PIB (2017): *Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram*, Press Information Bureau, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare.

PIB (2017): Shri J P Nadda launches Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) under Universal Immunization Programme (UIP), New Delhi: Press Information Bureau, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

Planning Commission (2011): Non Communicable Diseases, Report of the Working Group on Disease Burden for 12th Five Year Plan, New Delhi: Planning Commission, Government of India.

Pradeep S Salve, Dhananjay W Bansod and Hemangi Kadlak (2017): “Safai Karamcharis in a Vicious Cycle- A Study in the Perspective of Caste”, *Economic & Political Weekly*, Vol. LII, No. 13.

Rajna PN, Mishra AK, and Krishnamoorthy S (1998): Impact of maternal education and health services on child mortality in Uttar Pradesh, India, United Nations: *Asia-Pacific Population Journal*, Vol. 13, No. 2, pp. 27-38.

Raman, A Venkat and James Warner Bjorkman, (2009): *Public-Private Partnership in Health Care Services in India- Lessons for developing countries*, New York: Routledge.

Rashtriya Bal Swasthya Karyakram (RBSK) Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. <http://rbsk.gov.in/RBSKLive/> (Access and retrieved on 14/05/2017)

Reddy, V M and C R Chandrasekhar (1998): “Prevalence of Mental and Behavioural Disorders in India: A Meta-analysis”, *Indian Journal of Psychiatry*, Vol. 40, No. 2, pp 149–57.

Sanghmitra S Acharya (2010): Access to Health Care and Patterns of Discrimination: A Study of Dalit Children in Selected Villages of Gujarat and Rajasthan, Indian Institute of Dalit Studies and UNICEF.

Sanghmitra S. Acharya (2013): Universal Health Care: Pathways from Access to Utilization among Vulnerable Populations, *Indian Journal of Public Health*, Vol. 57, No.4.

Sankar, D. and V. Kathuria, (2004): Health System Performance in Rural India, *Economic and Political Weekly*, Vol. XXX VII, No. 15, pp. 12-18.

Shariff A, Singh G. (2002): Determinants of maternal health care utilization in India: Evidence from a recent household survey, Working Paper Series No. 85, New Delhi: National Council of Applied Economic Research.

Sheikh K, Mondal S, Patanwar P, Rajkumari B, Sundararaman T (2016): What rural doctors want: a qualitative study in Chhattisgarh state, *Indian Journal of Medical Ethics*, Jul-Sep;1(3):138-44.

Srivastava RK, Kansal S, Tiwari VK, Piang L, Chand R, Nandan D (2009): *Assessment of utilization of RCH services and Client Satisfaction at different levels of Health facilities in Varanasi District*, Indian Journal of Public Health, Vol. 53, No. 3, pp. 183 -189.

UNFPA (2009): Concurrent Assessment of Janani Suraksha Yojana (JSY) in Selected States-Bihar, Madhya Pradesh, Orissa, Rajasthan, Uttar Pradesh, New Delhi: United Nations Population Fund – India.

WaterAid (2016): Assessments of WASH in Healthcare Facilities in India A Snapshot, Access and retrieved on <http://wateraidindia.in/wp-content/uploads/2016/07/Introduction-1.pdf>

WHO (2010): *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*, Copenhagen: World Health Organization.

WHO (2012): Governance for health in the 21st century, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2016): Vector-borne diseases, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/en/> (Access and retrieved on 07/01/2017)

WHO (2017): Health Impact Assessment (HIA), World Health Organization, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> (accessed and retrieved on 12/03/2016).

WHO and UNICEF (2015): Water, sanitation and hygiene in health care facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward, Geneva: World Health Organization.

باب ششم

Chapter Six

خلاصہ، نتائج اور تجاویز

Summary, Conclusion and Suggestions

خلاصہ (Summary)

20 ویں صدی میں صنعت اقتصادی حالات کا انجن ہوا کرتی تھی اور 21 ویں صدی میں صحت دیکھ بھال اقتصادی حالات کا انجن بن گئی ہے۔ کسی بھی ملک کی ترقی کے لیے صحت ایک اہم عوامل ہے، صحت انسان کا ایک اہم اثاثہ ہے جس پر اس کی خوشی کی بنیاد رکھی جاتی ہے۔ صحت مند کمیونٹی اقتصادی طور پر بہتر معاشرے کی تعمیر میں ایک بنیادی ڈھانچہ کے طور پر کام کرتی ہے۔ اس لیے صحت کی اہمیت کو دیکھتے ہوئے اس کے مسائل کے حل کے لیے کثیر شعبہ جاتی ٹیم جیسے عوامی صحت اور نظم و نسق، ماہرین نفسیات، ماہرین سماجیات، ماہرین معاشیات وغیرہ کو شامل ہیں۔

کمیونٹی شراکت کو ایک خود متحرک عمل بنانے سے پہلے کمیونٹی بیداری، جانچ، شراکت، شمولیت، دلچسپی اور بااختیاری کے لیے یقین دہانی کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ کمیونٹی شراکت کی اہمیت اقوام متحدہ کے خصوصی اداروں میں ستر کے دہائی میں ترقی پائی۔ سب کے لیے صحت کے مقاصد کے حصول کے لیے ضروری طبی خدمات تمام افراد اور خاندانوں کے لیے رسائی قابل قبول اور مناسب طریقے پر ہو اور ساتھ ہی ان کی پوری شراکت بھی ہونی چاہیے۔ کمیونٹی شراکت کی مدد سے ہم کسی پروگرام کو کامیاب بنا سکتے ہیں اس کے ذریعہ سے لوگوں میں بیداری کا جذبہ پیدا ہوتا ہے۔ صحت کے شعبہ میں کمیونٹی شراکت کی بہت ہی اہمیت ہے کیونکہ صحت خدمات تک رسائی اور اس کے درپیش مسائل بہت ہیں اور اس کی وجہ کمیونٹی شراکت میں کمی کا ہونا ہے۔ کمیونٹی شراکت حکمت عملی کی ایسی منصوبہ بندی سے ہے جس میں کمیونٹی افراد مقامی طور پر جوابدہ صحت دیکھ بھال کی ترقی کے لیے شامل ہوتے ہیں۔

تحقیق کے باب کا آغاز موضوع کے تعارف اور مطالعہ کی اہمیت سے ہوتا ہے۔ عالمی ادارہ صحت کے مطابق صحت صرف بیماری یا کمزوری کی غیر موجودگی ہی نہیں بلکہ ایک مکمل جسمانی، ذہنی اور سماجی خوشحالی کی صورت حال ہے۔ صحت مند لوگ روزمرہ کی سرگرمیوں سے نمٹنے کے لیے اور کسی بھی ماحول کے مطابق اپنی اصلاح کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ بیماری کی غیر موجودگی ایک مطلوبہ صورت حال ہے لیکن یہ صحت کی پوری وضاحت نہیں کرتا ہے۔ یہ صحت کے لیے ایک کسوٹی نہیں ہے اور اسے اکیلے صحت کی تعمیر کے لیے کافی نہیں سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن صحت مند ہونے کا حقیقی معنی اپنے آپ پر توجہ مرکوز کرتے ہوئے زندگی بسر کرنے کے صحت مند طریقوں کو اپنایا جانا ہے۔ بعد میں اضافہ کرتے ہوئے اس میں 'یہ ایک سماجی اور اقتصادی پیداواری زندگی کی قیادت کرنے کی صلاحیت' کو شامل کیا گیا تھا۔ اس تعریف کے ذریعہ عالمی صحت ادارہ نے حیاتیاتی، میڈیکل اور پیتھالوجی کی بنیاد پر محدود نقطہ نظر سے باہر صحت کی سوچ کے لیے مدد کی ہے۔ علاوہ ازیں صحت کے ذہنی اور سماجی عوامل کو بھی شامل کیا گیا ہے۔ صحت صرف بیماریوں کی غیر موجودگی کا نام نہیں ہے۔ ہمیں صحت کے تمام پہلوؤں کے بارے میں ضرور علم ہونا چاہیے۔ صحت کا مطلب مختلف لوگوں کے لیے مختلف ہوتا ہے۔ لیکن اگر ہم ایک عالمی نقطہ نظر کی بات کریں تو اپنے آپ کو صحت مند کہنے کا یہ مطلب ہوتا ہے کہ ہم اپنی زندگی میں آنے والی تمام سماجی، جسمانی اور ذہنی چیلنجوں کا کامیاب انتظام و انصرام کرنے میں قابل ہوں۔ ویسے تو اپنے آپ کو صحت مند رکھنے کے لیے ڈھیر ساری جدید ٹیکنالوجی موجود ہیں، لیکن یہ سارے اتنے زیادہ کارگر نہیں ہیں۔ طبی خدمات کی دیکھ بھال سے مراد جسمانی اور ذہنی صحت کی بحالی اور بہتری کرنا ہے، بالخصوص میڈیکل خدمات کی فراہمی کے ذریعہ اس کی ترقی اور بہتری کرنا ہے۔ اس عمل میں افراد، خاندان یا کمیونٹی کے صحت خدمات کے لیے ایجنٹ یا پروفیشنل کے ذریعہ اچھی صحت کے فروغ کے مقصد سے مہیا کرائی جاتی ہے۔ اس طرح کی خدمات کے لیے عملہ کاری، تنظیم کاری، منظم اور مالیاتی حکمت عملی اپنائی جاتی ہے تاکہ لوگوں کی خدمات کی جاسکے، جیسے صحتی عملہ کے ذریعہ لوگوں کا علاج، مدد، معلومات کی فراہمی کرنا وغیرہ شامل ہے۔

مطالعہ کے مقاصد میں دیہی طبی خدمات اور سہولیات کی دستیابی اور اس کی رسائی میں دیہی کمیونٹی کے مسائل اور چیلنجوں کا تجزیہ کرنا، دیہی طبی خدمات کی رسائی میں سماجی تفرقات کی اقسام کا جائزہ لینا، دیہی طبی خدمات میں انتظام

وانصرام کے طریقوں کا تجزیہ کرنا، دیہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت اور اس کو موثر بنانے میں حکومت کے رول کا جائزہ لینا اور طبی نظام کی بہتری اور مستحکم بنانے میں نئے تکنیکی آلات کے استعمال کا تجزیہ کرنا شامل ہیں۔ موجودہ تحقیق اتر پردیش کے دیہی علاقوں پر توجہ مرکوز کرتی ہے۔ بھارت کی دیہی آبادی کا 18.6 فیصد اتر پردیش میں شامل ہے۔ یہاں پر سماجی و اقتصادی، آبادی، جغرافیائی اور ثقافتی لحاظ سے بہت ہی تفریق ہے۔ انسانی ترقی اشاریہ میں ملک کے 15 بڑے صوبوں میں 13 ویں درجہ پر ہے۔ موجودہ تحقیق اتر پردیش صوبہ کے اعظم گڈھ کمشنری کے دو اضلاع منو اور بلیا سے منتخب کئے گئے چار گاؤں (ادری دیہات، علی نگر، گڑوار اور رتسر کلاں) کے طبی خدمات کے اہم پہلوؤں سے متعلق ہے۔ مطالعہ حلقہ کے طور پر منتخب کئے گئے گاؤں میں لوگوں کے صحت اشاریہ بہت ہی خراب ہیں اور ان گاؤں میں انڈین پبلک ہیلتھ اسٹنڈرڈ کے ضوابط کے مطابق طبی مراکز و طبی سہولیات کی عدم دستیابی ہے۔ نمائندگی کرنے والے نمونہ کو حاصل کرنے کے لیے درجہ واری اتفاقی نمونہ بندی تکنیک کا استعمال کیا گیا ہے۔ نمونہ کے طور پر منتخب گاؤں میں موجودہ عوامی صحت مراکز اور متعلق کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور اس سے استفادہ کر رہے یا کر چکے لوگوں کو آبادی میں سے منتخب کیا گیا تھا۔ چار گاؤں میں چار کمیونٹی (ہندو کمیونٹی کے عام زمرہ، دیگر پسماندہ طبقہ اور درج فہرست ذات اور مسلم کمیونٹی) کے گھروں کو منتخب کیا گیا۔ ایک گاؤں میں ہر کمیونٹی سے 25 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے، اس طرح مجموعی طور پر چار گاؤں میں ہر کمیونٹی سے 100 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے۔ اس طرح چار گاؤں سے کل 400 گھروں کو منتخب کیا گیا ہے۔ منتخب گاؤں میں کمیونٹی کے رہن سہن، سماجی و اقتصادی حالات کا ان کے صحت کے حالات پر اثر پڑتا ہے۔ اس لیے ان کمیونٹی کو منتخب کیا گیا۔

کمیونٹی شراکت ایک متحرک عمل ہے اور اس کے موثر عوامل ہیں جو ترقی یا صحت پروگرام اور دیگر پائیداری کے نتائج کی نوعیت کو بیان کرتے ہیں۔ کمیونٹی کا موجودہ سماجی و ثقافتی اور سیاسی و اقتصادی ماحول شراکت کی سطح کو متاثر کرتا ہے۔ کمیونٹی کی ذات، درجہ اور جنس کے نام پر ساخت صحت میں خواتین کی شراکت کو محدود کرتی ہے۔ غربت ایک الگ مسئلہ ہے جو لوگوں کو فیصلہ میں شراکت محدود کرتی ہے۔ ان مسائل کی سمجھ و جانکاری منصوبہ ساز کو ترجیحات اور منصوبہ بندی کے عمل میں بہتری کے لیے فائدہ پہنچائے گی۔ کمیونٹی شراکت میں تصادم کا بھی خطرہ ہے اگر کمیونٹی کی

امیدوں کا سرکاری ساخت کے پیشہ وارانہ نظریات اور رویہ سے ٹکراؤ ہو جائے، جس کے نتائج میں کمیونٹی اختیارات ایک اہم مسئلہ بن سکتا ہے، جس کی غیر موجودگی پروگرام کے مقاصد کا حصول نہیں کر سکتی یا پروگرام کی ناکامی کا سبب بن سکتی ہے۔ کمیونٹی اختیارات کا مطلب مقامی افراد کو پروگرام کے فروغ کے لیے ذمے داری سونپی جائے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ کمیونٹی صحت رضاکار کے خراب صحتی معلومات اور صلاحیتوں کو تربیت اور صلاحیت سازی کے ذریعہ سے دور کیا جاسکتا ہے، لیکن کمزور طبی نظام ترقی کی سطح کو روکتا ہے۔

منتخب گاؤں میں کمیونٹی افراد کے فوکس گروپ ڈسکشن میں انکشاف ہوتا ہے کہ لوگوں میں صحت بیداری میں بہت ہی کمی ہے۔ جس کی وجہ صحت پروگرام کے منصوبہ بندی میں کمیونٹی شراکت کی عدم موجودگی ہے۔ لوگوں کا کہنا ہے کہ انھیں کبھی بھی صحت فروغ کے پروگرام میں شراکت کے لیے اطلاع نہیں ملتی۔ اگر ہماری شراکت کو یقینی بنایا جائے تو ہمیں صحت کے مسائل کے تئیں بیداری ہوگی جس کے نتائج میں ہم بیماریوں کی روک تھام کرنے میں کامیاب ہو سکیں گے۔ شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ طبی خدمات کی بہتری اور اضافہ کے لیے گاؤں صحت، حفظان صحت اور غذائیت کمیٹی میں کمیونٹی شراکت پائی گئی۔ لیکن اس کا تناسب بہت ہی کم ہے۔ باہم 22 فیصد جواب دہندگان کا کہنا ہے کہ یہ کمیٹی ہمیشہ صحت منصوبہ بندی کا کام انجام دیتی ہے، 32.75 فیصد جواب دہندگان کا کہنا ہے کہ کبھی کبھی صحت منصوبہ بندی پروگرام میں کمیٹی کے ذریعہ انھیں شامل کیا جاتا ہے، کیونکہ اس کی میٹنگ سال میں ایک بار یا دو بار ہوتی ہے۔ جواب دہندگان کی اکثریت کا کہنا تھا کہ یہ کمیٹی کچھ سیاسی وجوہات وغیرہ کی بنیاد پر اچھی طریقہ سے کام نہیں کر پاتی ہے (45.25 فیصد)۔ شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش کے منتخب گاؤں میں کمیونٹی شراکت کی شرح بہت ہی کم ہے جس کی وجہ سے افراد میں صحت پروگرام کے تئیں بیداری بہت ہی کم ہے۔ اداری دیہات کے پردھان نے انکشاف کیا کہ اگر مقامی افراد کو صحت پروگرام کے فروغ میں شامل کیا جائے تو اس سے بہتر نتائج سامنے آئیں گے۔ بہت سے لوگوں کا کہنا ہے کہ انھوں نے کبھی بھی صحت پروگرام میں حصہ نہیں لیا اور نہ ہی ان کے گاؤں میں صحت پروگرام منعقد ہوتے ہیں۔ جس کی وجہ سے انھیں صحت پروگرام کے تئیں بیداری نہیں ہے۔

عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی شراکت کے ذریعہ بہتر صحت کے نتائج سامنے آتے ہیں بہ نسبت اس حالت میں جن میں کمیونٹی شراکت نہیں ہوتی ہے۔ طبی ادائیگی کے نظام میں کمیونٹی شراکت کو یقینی بنانے کی ضرورت ہے تاکہ طبی نظام کو مستحکم کیا جاسکے۔ طبی نظام کی بہتر ادائیگی سے کمیونٹی کے طریقہ استعمال میں تبدیلی آئے گی۔ طبی خدمات کے طریقہ استعمال میں طبی مراکز کا اہم رول ہوتا ہے۔ دیہی کمیونٹی کے لیے طبی خدمات کی ترقی میں اصل کمیونٹی اور صحت شعبہ کی حصے داری کی قدر کی بھی ضرورت ہے۔

کمیونٹی اور افراد کی صحت کو بہت سے عوامل ایک ساتھ مل کر متاثر کرتے ہیں۔ اگر ایک فرد صحت مند ہے یا نہیں یہ اس کے ماحول اور حالات تعین کرتے ہیں۔ سماجی اور اقتصادی ماحول، طبعی ماحول، لوگوں کی انفرادی خصوصیات اور برتاؤ، طبی خدمات کی رسائی اور طریقہ استعمال صحت پر ایک اہم اثر رکھتے ہیں۔ اس تحقیق کے تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ آمدنی اور سماجی حیثیت کمزور طبقات کی صحت کے حالات پر اثر رکھتے ہیں۔ شماریاتی تجزیہ سے انکشاف ہوتا ہے کہ 38 فیصد جواب دہندگان اس بات سے متفق تھے کہ زیادہ سطح تک کم آمدنی کی وجہ سے بہتر علاج حاصل نہیں کر پاتے، باہم 25 فیصد جواب دہندگان اس بات سے متفق تھے کہ کچھ سطح تک کم آمدنی خراب صحت کی وجہ بنتی ہے۔ 31 فیصد جواب دہندگان اس بات سے متفق تھے کہ خطرناک پیشہ بھی خراب صحت کی وجہ بنتے ہیں۔ 38 فیصد جواب دہندگان کا کہنا تھا کہ نامناسب معلومات، تعلیم اور ترسیل خراب صحت کی وجہ بنتی ہے۔ غیر محفوظ پینے کا پانی، نامناسب صفائی، اور ہوا آلودگی بھی خراب صحت کی وجہ بنتے ہیں، 33 فیصد جواب دہندگان زیادہ سطح تک، باہم 27 فیصد کچھ سطح تک اس بات سے متفق تھے کہ یہ عوامل خراب صحت کی وجہ بنتے ہیں۔ خراب صحت کی وجہ خراب غذا بھی ہے۔ امیر اور غریب آدمی کے درمیان جتنی خلاء ہے اتنا ہی فرق ان کی صحت کی حالت میں بھی ہے۔ اس کے علاوہ کم سطح کی تعلیم بھی خراب صحت کی وجوہات بنتی ہے، زیادہ تناؤ اور خود اعتمادی میں کمی احساس کمتری کی وجوہات بنتی ہے۔

اٹرپرڈیش میں پیدائش اور بچوں کی صحت کے حالات قومی اوسط سے بہت ہی خراب ہیں۔ اس کے علاوہ اٹرپرڈیش کے اضلاع میں سماجی ترقی، پیدائش و بچوں کی صحت اور خدمات کے استعمال اور معیار میں بہت زیادہ فرق ہے۔ اسی طرح سالانہ صحت سروے 2012-13 کے مطابق ضلع منو میں ادارہ جاتی زچگی کی شرح 63.6 فیصد اور ضلع بلیا میں

57.5 فیصد ہے۔ عوامی صحت نظام کی طلب کے لیے ادارہ جاتی زچگی ایک اہم اشاریہ ہے۔ شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ بہت ہی کم فیصد میں مائیں بچوں کو ادارہ میں پیدا کرتی ہیں۔ بھارت کی تقریباً نصف خواتین اپنے پچھلے پیدائش کے وقت کم سے کم تین قبل از پیدائش دیکھ بھال کے لیے جاتی ہیں۔ لیکن اتر پردیش میں اس کا تناسب بھارت کے اوسط کا نصف حصہ ہے۔ ضلع مٹو میں ادارہ جاتی زچگی کا تناسب اتر پردیش کے مقابلہ میں تھوڑا بہتر ہے۔ ضلع بلایا میں ادارہ جاتی زچگی کا تناسب اتر پردیش کے مقابلہ میں تقریباً برابر ہے۔

صحت کے عوامل جو کمیونٹی افراد کی صحت کے حالات کا تعین کرتے ہیں، جس کے سبب کمیونٹی کے طریقہ استعمال کا بھی تعین ہوتا ہے۔ طبی خدمات کا طریقہ استعمال، طبی خدمات کی رسائی اور اس کی دستیابی، صحتی عملہ کی دستیابی اور بنیادی ڈھانچے کی دستیابی پر منحصر ہوتی ہے۔ عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ علی نگر گاؤں میں مردم شماری 2011 کے مطابق 5000 سے زیادہ آبادی ہے۔ آبادی کے ضوابط کے مطابق وہاں پر ایک ذیلی مرکز ہونا چاہیے لیکن وہاں پر زچہ بچہ فلاح ذیلی مرکز ہے۔ تاہم اس مرکز پر بنیادی ڈھانچے کی کمی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں بنیادی ڈھانچے کی عدم دستیابی ہے۔ اتر پردیش صوبہ میں دیہی صحت شماریات 2015 کے مطابق 20521 ذیلی مراکز، 3497 پرائمری ہیلتھ سنٹر اور 773 کمیونٹی ہیلتھ سنٹر کام کر رہے تھے۔ شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ ذیلی مراکز میں آبادی کے ضوابط کے مطابق کوئی اضافہ نہیں ہوا۔ ادویات کی عدم دستیابی کے متعلق جواب دہندگان سے رائے مانگی گئی تھی جس میں یہ بات واضح ہوتی ہے کہ طبی مراکز پر صرف عام ادویات موجود ہوتی ہیں۔ 7.5 فیصد جواب دہندگان زیادہ سطح تک اور 28.5 فیصد جواب دہندگان کچھ سطح تک اس بات سے متفق تھے کہ وہ موجودہ ادویات کی دستیابی سے مطمئن نہیں تھے۔ جواب دہندگان مہنگی ادویات کے بارے میں بتاتے ہوئے کہتے ہیں کہ ان سے درخواست کی جاتی ہے کہ وہ ان ادویات کو باہر سے خرید لیں۔ مختلف کمیونٹی افراد ڈاکٹر کے برتاؤ اور رویہ سے متفق نہیں تھے۔ ان کا کہنا تھا کہ ڈاکٹر وقت نہیں دیتے۔ باہم، کچھ حد تک 23.75 فیصد کا کہنا تھا کہ وہ ڈاکٹر کے برتاؤ سے مطمئن نہیں تھے۔ شماریاتی تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ پیرامیڈیکل عملہ کا غیر مطمئن برتاؤ طبی خدمات کی رسائی میں کمیونٹی افراد پر اثر رکھتا ہے۔ تمام کمیونٹی افراد 16 فیصد زیادہ حد تک اور 28 فیصد کچھ حد تک

اس بات سے متفق تھے کہ پیرامیڈیکل اسٹاف ان کے ساتھ اچھے برتاؤ کے ساتھ پیش نہیں آتے۔ کچھ لوگوں کا ماننا ہے کہ پیٹھالوجی ٹسٹ اور ادویات کی ادائیگی میں ان کا برتاؤ اچھا نہیں رہتا۔ وہ سخت الفاظ میں باتیں کرتے ہیں اور ان کا برتاؤ بھی سخت ہوتا ہے۔ عملی کام کے تجزیہ سے یہ دریافت ہوتا ہے کہ عمومی طور پر تمام کمیونٹی افراد کو خصوصی طور پر مسلم کمیونٹی اور درج فہرست ذات کو طبی خدمات میں رسائی کے لیے ان کا غیر مطمئن برتاؤ روکتا ہے۔ اس کے علاوہ 14.25 فیصد زیادہ حد تک اور 31 فیصد کچھ حد تک کمیونٹی کے جواب دہندگان اس بات سے متفق تھے کہ ڈاکٹر انھیں علاج و معالجہ کے لیے کافی وقت نہیں دیتے۔ کبھی کبھی وہ کمیونٹی ہیلتھ سنٹر یا ضلع اسپتال کو علاج کے لیے منتقل کر دیتے ہیں۔ 22.5 فیصد زیادہ حد تک اور 30.5 فیصد کچھ حد تک کمیونٹی افراد اس بات سے متفق تھے کہ طبی مراکز سے گھر تک کی دوری سہولیات کے حصول میں رکاوٹ بنتی ہے۔ گاؤں کے اندر ذیلی مراکز اور پرائمری ہیلتھ سنٹر کی دوری 3 کلومیٹر سے 5 کلومیٹر کے درمیان ہے۔ کمیونٹی ہیلتھ سنٹر اور ضلع اسپتال کی دوری 10 کلومیٹر سے 15 کلومیٹر کے درمیان ہے۔ اتر پردیش کے بہت سے گاؤں میں گھر سے طبی مراکز کی دوری کم ہونے پر بھی پبلک ٹرانسپورٹ سہولیات کی عدم دستیابی کی وجہ سے یہ دوری ایک چیلنج ہے۔

اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں کچھ گروپ اور طبقات کو تفرقات کا شکار ہونا پڑتا ہے۔ منتخب گاؤں کے تناظر میں، سماجی و اقتصادی حالت اور غربت کے لحاظ سے ذات کو وسیع پیمانے پر قائم مقام سمجھا جاتا ہے۔ صحت اور سماجی درجہ بندی کے درمیان تعلق کو اموات کی موجودگی، متفرق واقعات اور امراض کی موجودگی، علامات کے متفرق خیالات اور ان کی تشریح، صحت خدمات اور صحت پریکٹسز کے متفرق استعمال، صحت کے وسائل اور صحت خدمات کی تغیر رسائی کے لحاظ سے سمجھا جاتا ہے۔ ان تمام پہلوؤں کا تعلق ذات، طبقہ، نسل، عمر اور جنس وغیرہ سے ہے۔ اقلیت، درج فہرست ذات، درج فہرست قبائل، دیگر پسماندہ طبقات خواتین، معزورین اور غریب کو سماجی محروم گروپ کے طور پر سمجھا جاتا ہے۔ اور ان گروپ کے منفی حالات اور غربت میں زندگی گزارنے کے زیادہ امکانات ہوتے ہیں۔ ایسے گروپ کے صحت کے حالات اور اس کا طریقہ استعمال ان کی سماجی اخراج کا اشاریہ دیتا ہے۔

عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد کا طبی سہولیات کی رسائی میں ذات، مذہب، جنس، عمر، آمدنی، معذورین، سماجی حیثیت اور جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر تفریق ہوتی ہے۔ شماریاتی تجزیہ سے اس بات کا بھی مشاہدہ کیا گیا کہ مسلم کمیونٹی کے ساتھ تفرقات مذہب کی بنیاد پر 46 فیصد اور ان کی سماجی حیثیت کے نام پر 43 فیصد درج کیا گیا۔ باہم کم آمدنی کی وجہ سے بھی انھیں سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے (39 فیصد)۔ درج فہرست ذات بھی ذات، مذہب، جنس، عمر، آمدنی، معذورین، سماجی حیثیت اور جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ درج فہرست ذات سب سے زیادہ جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر 41 فیصد سماجی تفرقات کا سامنا کرتی ہے کیونکہ زیادہ تر اس کمیونٹی کے افراد ایک خاص بستی میں رہتے ہیں۔ باہم انھیں ذات کی بنیاد پر 37 فیصد تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ دیگر پسماندہ طبقہ بھی ذات، مذہب، جنس، عمر، آمدنی، معذورین، سماجی حیثیت اور جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر طبی خدمات کی رسائی کے حصول کے لیے سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ شماریاتی تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ دیگر پسماندہ طبقہ کی اکثریت کو سب سے زیادہ آمدنی کی بنیاد پر 29 فیصد، ذات کی بنیاد پر 28 فیصد سماجی تفرقات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

طبی خدمات میں بہتری کے لیے طبی نظام کو مستحکم کرنے کی ضرورت ہے اس کے لیے صحت بنیادی ڈھانچہ، صحتی عملہ، سرمایہ کاری کے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت درکار ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ موثر انتظام کی ناکامی کے سبب طبی نظام کمزور نظر آتے ہیں جس کے نتائج میں معیاری طبی خدمات کی عدم دستیابی اور خراب رسائی سے کمیونٹی افراد استفادہ نہیں کر پاتے۔ ایسے حالات میں موثر طبی خدمات کی دستیابی اور مساوی رسائی مناسب قیمت پر فراہم کرانے کے لیے طبی خدمات کے موثر انتظام و انصرام کی ضرورت بہت ہی اہم ہے تاکہ تمام وسائل کا بہترین طریقے سے استعمال ہو سکے۔ محدود وسائل کے ساتھ لوگوں کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے طبی خدمات میں اضافہ اور بہتری کیسے کی جائے، یہ ملک کے لیے ایک بڑا چیلنج ہے۔ صرف وسائل میں اضافہ کرنے سے خدمات بہتر نہیں ہوتی بلکہ ان وسائل کا انتظام و انصرام سہی طریقے سے کرنے سے خدمات میں بہتری کی جاسکتی ہے اور اس کے لیے تربیت یافتہ صحتی عملے کی ضرورت پڑتی ہے جو صحت نظام کا انتظام موثر طریقے سے کر کے صحت خدمات کی رسائی کو آسان اور قابل

دستیاب بنا سکتے ہیں۔ طبی سہولیات یا طبی نظام کے انتظام و انصرام میں انسانی وسائل کی قیادت کے لیے اور پروگرام مینجمنٹ کے لیے مہارتیں اور صلاحیتیں درکار ہوتی ہیں۔

سب کے لیے صحت کے مقاصد کے حصول کے لیے انسانی وسائل ایک اہم اثاثہ کے طور پر اپنا رول ادا کرتا ہے۔ بالخصوص معیاری طبی سہولیات کی رسائی کے لیے تربیت یافتہ اور ہنرمند انسانی وسائل کی ضرورت پڑتی ہے۔ عمومی طور پر بھارت میں اور بالخصوص اتر پردیش میں ڈاکٹر اور صحتی عملہ کی عدم دستیابی ہے۔ متعدد تحقیق سے دریافت ہوتا ہے کہ اتر پردیش کے دیہی علاقوں میں عوامی طبی مراکز پر ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی عدم دستیابی ہے اور اگر جہاں پر عملہ کی دستیابی ہے وہاں پر عملہ کے رویہ اور ذمے داری میں کمی دیکھنے کو ملتی ہے۔ 2015 کے اعداد و شمار کے مطابق، اتر پردیش میں پرائمری ہیلتھ سنٹر میں 3497 ڈاکٹروں کی ضرورت ہے، جس میں 4509 کی منظوری ملی ہے، 2209 عہدہ پر فائز ہیں، 2300 نشست خالی ہیں اور 1288 کی کمی ہے (Rural Health Statistics 2014-15)۔

متعدد کمیونٹی افراد سے عملی کام کے دوران بات چیت میں پایا گیا کہ صحتی عملہ وقت مقررہ پر موجود نہیں ہوتے، وہ اکثر دیر سے آتے ہیں، آنے کے بعد اسٹاف کے ساتھ بات چیت میں وقت ضائع کرتے ہیں، جو ابھی نام کی چیز نہیں ہے۔ عوامی طبی خدمات کو بہتر بنانے کے لیے لوگوں کی شکایت کو حل کرنے پر توجہ دی جانی چاہئے۔ شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ 22 فیصد جواب دہندگان متفق تھے کہ شکایتوں کا حل وقت پر ہوتا ہے۔ باہم، 35.5 فیصد جواب دہندگان کا کہنا تھا کہ ان کی شکایتوں کا حل ہمیشہ نہیں ہوتا۔ تاہم، جواب دہندگان کی اکثریت 42.50 فیصد کا کہنا تھا کہ ان کی شکایتوں کا حل کبھی نہیں کیا جاتا۔

طبی خدمات کی عالمی رسائی کے حصول کے لیے موثر انتظام و انصرام کے تحت صحت منصوبہ بندی کی بھی ضرورت پڑتی ہے۔ اس کے لیے حکومت کی طرف سے صحت کمیٹیاں، پالیسیاں اور پروگرام کے ذریعہ طبی خدمات فراہم کرانے کی اہمیت ہے۔ بھارت میں طبی خدمات خصوصی طور سے پرائمری ہیلتھ کیئر پر مبنی ہے جو سب کے لیے صحت مند حالت کے حصول پر زور دیتی ہے۔ اس کا مقصد قابل علاج، فروغ، روک تھام کی دیکھ بھال کی خدمات کی فراہمی کرانا ہے۔

ملک کے متعدد صحت پالیسیاں اور پروگراموں کا مقصد قابل قبول صحت کے معیار کو ملک کی عوام کے لیے حاصل کرنا ہے۔

شہریاتی تجزیہ اور متعلقہ مواد کے تجزیہ سے یہ انکشاف ہوتا ہے کہ بہت سے ایسے عوامل ہیں جو اثر پر دیش کے منتخب گاؤں میں صحت شعبہ کی ترقی میں رکاوٹ بنتے ہیں۔ جس میں خاص طور پر خراب بنیادی ڈھانچہ، عوامی طبی مراکز میں بنیادی سہولیات کی عدم دستیابی، طبی عملہ کی عدم دستیابی، ڈاکٹروں کی غیر موجودگی اور غیر حاضری، طبی تنظیموں کا نامعقول اور نامناسب کھلنے کے اوقات اور صحت شعبہ کے کم بجٹ شامل ہیں۔ باہم، کمیونٹی افراد میں صحت پروگرام کے تئیں بیداری میں کمی ہے، جس کی اہم وجہ کمیونٹی شراکت کا کمزور ہونا ہے۔ اس کے علاوہ طبی نظام کا غیر موثر انتظام و انصرام طبی خدمات کی مساوی رسائی کو اثر انداز کرتا ہے۔

1978 میں عالمی کانفرنس المائٹا کے اعلانیہ میں صحت نظام میں افراد کی شراکت اور تعاون کے ذریعہ پرائمری ہیلتھ کیئر پر توجہ مرکوز کی گئی تھی اور اسے متعدد صحت مددگار کے لیے ضروری عناصر قبول کیا گیا تھا۔ صحت پروگرام کو اچھی طریقہ سے نفاذ کے لیے کمیونٹی کے رول کی بہت ہی اہمیت ہے۔ مقامی سطح پر کمیونٹی میں طبی خدمات کی فراہمی کے لیے حکمت عملی بنانے میں کمیونٹی کو شامل کیا جانا، مناسب سہولیات کی فراہمی کو آسان بنانا ہے۔ اس کے ذریعہ سے کمیونٹی کو معلومات فراہم ہوتی ہے جس کے نتائج میں وہ من پسند خدمات حاصل کر سکتے ہیں۔ کمیونٹی کی ترجیحات کو باہری مقاصد کے ساتھ منسلک کیا جاسکتا ہے۔ ان خدمات اور سہولیات کے نفاذ میں کمیونٹی کو ذمے داریوں اور فیصلوں کے ذریعہ باختیار بنایا جاسکتا ہے۔ کمیونٹی شراکت کی سطح کو متاثر کرنے والے عوامل اہمیت، نتائج اور جوابدہی ہیں اس لیے ان کو نظر انداز نہیں کیا جاسکتا۔ باہم، کمیونٹی کے تعلیم کی سطح، کمیونٹی کے بنیادی ڈھانچہ، اقتصادی حالات، سماجی و ثقافتی حالات بھی اس کو متاثر کرتے ہیں، علاوہ ازیں بین شعبہ تعاون بھی اس کو متاثر کرتے ہیں۔ شراکت کی وجہ سے کنٹرول اور پروگرام کے لیے پہلے باختیار کرنے کا عمل ہے، سیاسی استحکام، اچھی قیادت اور مقامی طور پر دستیاب وسائل کی بہتری میں یہ اہم رول ادا کرتے ہیں۔ بغیر مناسب کمیونٹی شراکت کے پروگرام کے کامیاب ہونے کے کم مواقع ہیں۔ اگر مقامی سطح پر کمیونٹی افراد کی اہمیت کو سمجھا جائے اور انھیں صحت پروگرام کے منصوبہ بندی اور نفاذ میں جوابدہ بنایا

جائے تو اس سے پروگرام کے افعال کو بہتر بنایا جاسکتا ہے، جس کے بہتر نتائج کے امکان ہوں گے، پروگرام کے بہتر نتائج میں زیادہ لوگ استفادہ حاصل کریں گے اور ان کی اقتصادی حالت بہتر بنے گی۔ کمیونٹی کے اندر خود اعتمادی میں اضافہ ہوگا اور وہ باختیار ہوں گے۔

نتائج (Conclusion)

اترپردیش صوبہ میں دیہی طبی خدمات میں کمیونٹی شراکت کا نظام بہت ہی خراب ہے جس کی وجہ سے کمیونٹی افراد صحت منسوبہ بندی کے افعال میں شریک نہیں ہو پاتے، جس کے نتائج میں صحت پر وگرام ناکام ہو رہے ہیں۔ صحت ادویات، بیماری اور ڈاکٹر کا مسئلہ نہیں ہے۔ صحت کا مطلب غریبی اور خواتین کی حیثیت معنی رکھتی ہے، باہم، سماجی عوامل، ذریعہ معاش، آمدنی، رہن سہن، مکان، ماحول، بیت الخلاء اور صاف پانی کا بھی صحت پر بہت گہرا اثر پڑتا ہے۔ بنیادی ڈھانچہ کی کمی اور کمیونٹی شراکت کو فروغ نہ دینے کی وجہ سے طبی مراکز کے تین کمیونٹی افراد میں اعتماد کی کمی ہے، اس لیے بہت سے افراد بیداری کی کمی کی وجہ سے طبی مراکز سے استفادہ نہیں کرتے۔ اترپردیش کے دیہی علاقوں میں طبی خدمات کی ادائیگی کی بری حالت کی خاص وجوہات میں سے ایک یہ ہے کہ باشندوں میں بیداری کی کمی ہے۔ ناکافی اور نامناسب بنیادی ڈھانچہ، تربیت یافتہ صحتی عملہ کی عدم دستیابی، پیرامیڈیکل اسٹاف کی کمی اور ادنیٰ معیار کی وجہ سے لوگ عوامی طبی خدمات سے استفادہ نہیں کرتے۔ اس کے علاوہ کمیونٹی افراد کی سماجی حیثیت معیاری طبی خدمات کے حصول میں حائل رکاوٹیں ہیں۔

عدم مساوات اور غربت خراب صحت کی وجہ بنتی ہیں۔ مساوی اور مناسب قیمت پر مبنی اعلیٰ معیار کی طبی خدمات کی کوشش اترپردیش کے دیہی علاقوں میں ناکام رہی ہے۔ محرومیت، صحت اور صحت کے طریقہ استعمال میں وسیع روابط ہے۔ گاؤں میں مختلف محرومیت کا شکار کمیونٹی کے تعلق سے تحقیق کے مواد کی جانچ کی گئی جس میں طبی خدمات کی رسائی اور دستیابی، بیماریوں کا علاج، طبی خدمات سے متعلق مسائل اور اس کے چیلنج اور طبی خدمات کا طریقہ استعمال اس بات کے پختہ ثبوت ہیں کہ متعدد صحتی پروگرام کے کامیابی کے لیے کمیونٹی افراد کو باختیار بنانا ہوگا۔ اس کے لیے ان کے اندر بیداری کی ضرورت ہے جس کے لیے معلومات، تعلیم اور ترسیل کے ذریعہ ان کے اندر بیداری پیدا کی جائے۔ صحت کے اشاریہ مناسب سے بہت دور ہیں۔ ایسے وقت میں جب کہ صحت سیاحت کو فروغ مل رہا ہے طبی خدمات میں غیر مساوات ابھی بھی جاری ہے۔ حالانکہ پرائمری ہیلتھ سنٹر کے خراب کارکردگی کی بہت سی وجوہات ہیں، جس میں دستیابی اور رسائی خاص چیلنج ہیں۔ آبادی کی اکثریت کے پاس وسائل کی کمی ہے جس کی وجہ سے وہ نجی شعبہ کی بنیادی

معیاری خدمات حاصل نہیں کر سکتے، جبکہ عوامی شعبہ میں ان وسائل کی کمی ہے۔ اس لیے ان حالات کا فائدہ اٹھانے کے لئے ایک کثیر تعداد ناقابل صحت پریکٹس جیسے جھولا چھاپ ڈاکٹر اور جھاڑ پھونک کرنے والوں کی موجودگی جو کمیونٹی افراد کی زندگیوں سے کھیلتے ہیں۔ خدمات کی رسائی میں کمیونٹی کو متعدد مسائل اور چیلنج جیسے خراب بنیاد ہی ڈھانچہ، تربیت یافتہ عملہ کی عدم دستیابی، ادویات کی عدم دستیابی، طبی سہولیات تک رسائی کے لیے مراکز سے گھر کی دوری، ڈاکٹر اور پیرامیڈیکل اسٹاف کا برتاؤ اور رویہ کا سامنا کرنا پڑتا ہے، جو تحقیقی مفروضہ کو ثابت کرتے ہیں، اگرچہ اس کا مقصد ثابت کرنا نہیں تھا۔

کم آمدنی، تعلیم میں کمی اور عدم بیداری کی وجہ سے افراد بالخصوص غریب اور محرومیت کا شکار طبقات صحت سے متعلق مسائل کا زیادہ سامنا کرتے ہیں۔ یہ بات افسوس ناک ہے کہ غریب اور محرومیت کا شکار افراد طبی خدمات تک اپنی رسائی کو دشوار پاتے ہیں۔ ان افراد کے لیے صحت ایک اثاثہ ہے، ان کے لیے بیمار پڑنے کا مطلب ہے کہ آمدنی کا خاتمہ اور علاج پر خرچ۔ اس کے علاوہ طبی نظام کی تبدیلی کے عمل میں تعمیر نو عمل کا انتظام و انصرام ہوتا کہ ان کا نفی اثر عمل پر نہ پڑے۔ اگر اسے حاصل کر لیا جائے تو کمیونٹی صحت میں اضافہ اور بہتری ہو سکتی ہے۔ طبی صحت کے نظام میں انتظام و انصرام اچھی طریقہ سے کام نہیں کر رہا ہے۔ بنیادی ڈھانچہ میں کمی، صحتی عملہ کی عدم دستیابی، ادویات کی عدم دستیابی اور ادنیٰ معیار کی طبی خدمات خراب انتظام کے افعال کا نتیجہ ہے۔ اس لیے طبی صحت نظام کو مستحکم کرنے کے لیے اس کے انتظام و انصرام میں تبدیلی کی ضرورت ہے۔ صحتی عملہ اور پیرامیڈیکل اسٹاف کی صلاحیت کی تعمیر کے لیے منظم طریقہ سے تربیت کی ضرورت ہے۔ جس کے ذریعہ سے یونیورسل رسائی کے مقاصد کو حاصل کیا جاسکے۔ عملی کام کے دوران شماریاتی تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ طبی مراکز پر دیہی طبی خدمات مناسب طور پر دستیاب نہیں ہے اور طبی عملی کام کے تجزیہ سے دریافت ہوتا ہے کہ کمیونٹی افراد کا طبی سہولیات کی رسائی میں ذات، مذہب، جنس، عمر، آمدنی، معذورین، سماجی حیثیت اور جغرافیائی علاقہ کی بنیاد پر تفریق ہوتی ہے جو تحقیقی مفروضہ کو ثابت کرتے ہیں، اگرچہ اس کا مقصد ثابت کرنا نہیں تھا۔

طبی سہولیات کا استعمال طبی عملہ اور طبی خدمات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ باہم سہولیات کا استعمال ڈاکٹر اور ادویات کی دستیابی پر منحصر ہے۔ علاوہ ازیں، طبی سہولیات کا استعمال صحتی سہولیات کی دوری پر بھی منحصر ہوتا ہے۔ بیماری سے بچنے کے لیے روک تھام کے طریقوں جیسے صفائی اور حفظان صحت کو فروغ نہیں دیا جاتا ہے، جو بیماری پیدا کرنے کی اہم وجوہات بنتی ہیں۔ بیماری سے نجات کا مطلب صرف ڈاکٹر، ادویات اور تکنیکی آلات کا استعمال نہیں ہے، بلکہ اس کے لیے بنیادی ضرورتوں جیسے غذائیت کا معقول انتظام، صاف پانی کی دستیابی، آلودگی سے پاک گھر اور باہر کا ماحول کی رسائی شامل ہے۔ دیہی علاقوں میں طبی خدمات کی رسائی کی سہولت، موجودہ بنیادی ڈھانچے کا غیر موثر انتظام اور طبی پیشہ وروں کی نامناسب معیار اور ان کی تعداد صحت شعبہ کے لیے اہم چیلنج ہیں۔

تجاویز (Suggestions)

صحت ترسیل دہی کمیونٹی کے نظریات، ادراک، علم، معلومات اور رویہ پر اثر رکھتی ہے۔ اس لیے اس بات کی ضرورت ہے کہ صحت ترسیل میں اضافہ اور اس کو مستحکم کیا جائے، جس کے نتائج میں تمام صحت سے متعلق فروغ کے پروگرام میں یہ اہم رول ادا کر سکتا ہے۔

اعلیٰ سطح کے صحت نظام کی تعمیر پر زیادہ توجہ نہ دے کر ابتدائی اور ثانوی سطح کے طبی نظام کو مستحکم کیا جائے تو حالت میں بہتری آئے گی۔ دہی علاقوں میں طبی ادائیگی نظام میں بہتری کی ضرورت ہے۔

عالمی صحت رسائی کے حصول کے لیے صحت سہولیات سے عدم مساوات کا خاتمہ کرنا ہوگا اور حکومت اخراجات میں اضافہ کو ترجیح دینی ہوگی۔

اقتصادی ترقی کی پائیداری کے لیے، غربت کا خاتمہ اور افراد کی صحت اور تندرستی میں اضافہ کے لیے عوامی سرمایہ کاری میں اضافہ کی ضرورت ہے۔

تعلیم صحت اور صفائی ستھرائی کو فروغ دینے کی ضرورت ہے اس کے ذریعہ لوگوں میں صحت اور صفائی سے متعلق بیداری پیدا ہوتی ہے۔ تعلیم صفائی صحت کے ان حلقوں سے تعلق رکھتی ہے جو صاف پانی، حفظان صحت اور صفائی کے عمل سے متعلق ہوتے ہیں۔

بین الاقوامی تنظیموں کے ساتھ طبی خدمات کو مستحکم و مربوط کرنا

کمیونٹی افراد اور خدمات فراہم کرانے والوں کے درمیان اعتماد کا ماحول قائم کرنا

سبھی افعال اور میکنزم میں جو ابد ہی اور شفافیت قائم کرنا

طبی خدمات کو فروغ دینے کے لیے اور کمیونٹی افراد کے رویہ میں تبدیلی کے لیے صحت پروگرام کی صحت ترسیل کرنا۔