



वार्षिक रिपोर्ट 2012-13



एड्स नियंत्रण विभाग

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय





एड्स नियंत्रण विभाग

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय

वार्षिक रिपोर्ट 2012-13

विषय सूची

परिदृश्य	v
अध्याय 1: प्रस्तावना	1
अध्याय 2: एच.आई.वी / एड्स महामारी की वर्तमान स्थिति	6
अध्याय 3: लक्षित हस्तक्षेप	10
अध्याय 4: लिंक कार्यकर्ता योजना	23
अध्याय 5: यौन संचरित संक्रमणों / जननमार्गी संक्रमणों का प्रबंधन	26
अध्याय 6: कंडोम प्रमोशन	31
अध्याय 7: रक्त सुरक्षा	36
अध्याय 8: मूलभूत सेवाएं	41
अध्याय 9: देखभाल, सहयोग एवं उपचार	50
अध्याय 10: प्रयोगशाला सेवाएं	59
अध्याय 11: सूचना, शिक्षा एवं संचार तथा मुख्य धारा में लाना	64
अध्याय 12: पूर्वोत्तर राज्यों में क्रियाकलाप	70
अध्याय 13: क्षमता निर्माण	76
अध्याय 14: अधिप्राप्ति	80
अध्याय 15: प्रशासन	81
अध्याय 16: कार्यनीति सूचना प्रबंधन	84
अध्याय 17: परिणाम कार्यढांचा दस्तावेज	98
अध्याय 18: वित्तीय प्रबंधन	99
अनुलग्नक-1: एड्स नियंत्रण विभाग का संगठनात्मक चार्ट	103
अनुलग्नक-2: राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी / म्यूनिसिपल एड्स नियंत्रण सोसायटी का संपर्क विवरण	104
अनुलग्नक-3: अद्यतन एवं महत्वपूर्ण लेखा प्रेक्षण	105

परिदृश्य

भारत में एच. आई. वी. संक्रमण और एडस की रोकथाम और नियंत्रण के लिए पहला राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम वर्ष 1992 में शुरू किया गया। एच. आई. वी./एडस महामारी के विकसित रुझानों को देखते हुए एच. आई. वी./एडस जागरूकता बढ़ाने की ओर से ध्यान हटाकर व्यवहार परिवर्तन और अधिक राष्ट्रीय प्रतिक्रिया की ओर से ध्यान हटाकर विकेन्द्रित प्रतिक्रिया तथा गैर सरकारी संगठनों और एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों के नेटवर्क की भागीदारी बढ़ाने की ओर ध्यान दिया गया। तथा बाद में एन. ए. सी. पी. के बाद के चरण शुरू एवं कार्यान्वित किए गए अर्थात् एन. ए. सी. पी. – 2 वर्ष 1999 में तथा एन. ए. सी. पी. – 3 वर्ष 2007 में शुरू एवं कार्यान्वित किए गए।

एन.ए.सी.पी.–3 की उत्तम पद्धतियों, नवान्वेषणों एवं प्रभावों को दिखाते हुए एक प्रचार–प्रसार सम्मेलन 25–27 अप्रैल, 2012 के दौरान आयोजित किया गया था जिसमें नीति निर्माताओं, अंतर्राष्ट्रीय एवं राष्ट्रीय विशेषज्ञों, कार्यक्रम विशेषज्ञों तथा सामुदायिक प्रतिनिधियों सहित 500 से अधिक प्रतिनिधि मंडल सदस्यों में माग लिया। एन.ए.सी.पी. के पहले के चरणों से सीखी गई बातों के आधार पर सरकार ने एन. ए. सी. पी. के चौथे चरण की रूपरेखा तैयार की।

एन. ए. सी. पी. – 4 का उद्देश्य वर्ष 2012–17 तक 5 वर्षों की अवधि में एक सचेत और सुपरिभाषित एकीकरण प्रक्रिया के जरिए महामारी को पलटने तथा इससे निपटने की कार्रवाई को सुदृढ़ करने की प्रक्रिया को तेज करना है। एन. ए. सी. पी. – 4 का मुख्य उद्देश्य नये संक्रमणों को कम करना तथा एच. आई. वी. पीडित सभी व्यक्तियों को व्यापक देखभाल एवं सहायता प्रदान करना तथा सभी जरूरतमंद व्यक्तियों को उपचार सेवाएं प्रदान करना है। मुख्य रणनीतियों में रोकथाम सेवाओं

को गहन एवं सुदृढ़ करना, व्यापक देखभाल, सहायता और उपचार की पहुंच को बढ़ाना और इनको प्रोत्साहित करना, आई. ई. सी. सेवाओं का विस्तार करना, राष्ट्रीय, राज्य, जिला और सुविधा केन्द्र स्थलों पर क्षमता निर्मित करना तथा रणनीतिक सूचना प्रबंधन प्रणालियों को सुदृढ़ करना शामिल है।

एच. आई. वी. अनुमान 2012 के आधार पर भारत में वार्षिक नए एच. आई. वी. संक्रमणों (वयस्क आबादी में) में 57 प्रतिशत की समग्र कमी दिखाई दी है अर्थात् वर्ष 2000 में संक्रमणों की व्याप्तता 2.74 लाख थी जो वर्ष 2011 में घटकर 1.16 लाख हो गई है जिससे राष्ट्रीय एडस कार्यक्रम के अंतर्गत विभिन्न कार्यकलापों तथा बढ़ाई गई रोकथाम रणनीतियों का प्रभाव दिखाई देता है। वयस्क एच. आई. वी. व्याप्तता वर्ष 2001 में 0.4 प्रतिशत थी जो वर्ष 2011 में घटकर 0.27 हो गई है। साथ ही एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों की अनुमानित संख्या वर्ष 2000 में 24.1 लाख से घटकर वर्ष 2011 में 20.9 लाख हो गई है। ए. आर. टी. की व्यापक पहुंच के परिणामस्वरूप एडस संबंधी कारणों से होने वाली मौतों में काफी कमी आई है। वार्षिक एडस मौतों के रुझान में भी वर्ष 2004 में निःशुल्क ए. आर. टी. कार्यक्रम को शुरू किए जाने के बाद से लगातार कमी दिखाई दे रही है। अनुमान है कि वर्ष 2011 तक लगभग 1.5 लाख लोगों की जिन्दगियां बचाई गई हैं।

राष्ट्रीय स्तर पर (वर्ष 2007 में 5.06 प्रतिशत से घटकर वर्ष 2011 में 2.67 प्रतिशत) तथा ऐसे अधिकतर राज्यों में जहां लंबे समय से किए जा रहे लक्षित हस्तक्षेपों में व्यवहार परिवर्तन और कण्डोम के प्रयोग को बढ़ाने पर ध्यान केन्द्रित किया गया है, वहां महिला यौन कर्मियों में एच. आई. वी. व्याप्तता में काफी कमी दर्ज की गई है। पुरुष के साथ यौन संबंध करने वाले पुरुषों में भी कमियां हासिल की गई हैं (वर्ष 2007 में 7.41 प्रतिशत से घटकर वर्ष 2011 में 4.43 प्रतिशत), यद्यपि देश के कई पॉकेटों में मिश्रित

रुझानों के साथ उनमें एच.आई.वी. की अधिक व्याप्तता देखी गई है। ट्रान्सजेंडर भी एच.आई.वी. की उच्च संवेदनशीलता तथा उच्च स्तरों के साथ जोखिम वाले समूह के रूप में उभर रहे हैं। राष्ट्रीय स्तर पर झग की सुई लेने वाले व्यक्तियों में स्थाई रुझान दर्ज किए गए हैं (वर्ष 2007 में 7.23 प्रतिशत से वर्ष 2011 में 7.14 प्रतिशत)। इसके अतिरिक्त, पूर्वोत्तर राज्यों में जहां कमियां हासिल की गई हैं वहां झग की सुई लेने वाले व्यक्तियों में उच्च एच.आई.वी. व्याप्तता के नये पॉकेट्स उभर कर सामने आए हैं। उत्तर और मध्य भारत के कतिपय राज्यों में प्रमाण से एच.आई.वी. महामारी को बढ़ाने में प्रवासन की संभावित भूमिका का पता चलता है। उच्च जोखिम वाले प्रवासियों के अतिरिक्त लंबी दूरी की यात्रा करने वाले ट्रकर्स में भी उच्च स्तरीय संवेदनशीलता दिखाई दी है तथा वे ब्रिज आबादी के महत्वपूर्ण भाग हैं।

वर्ष 2012-13 के दौरान प्रमुख उपलब्धियां

अधिक जोखिम वाले आचरण समूह के लिए लक्षित हस्तक्षेप: लक्षित उपायों का मुख्य उद्देश्य उच्च जोखिम वाले समूहों की पहुंच एच.आई.वी. की रोकथाम सेवाओं तक बढ़ाना और चिकित्सा कराने के आचरण में सुधार लाना और इस प्रकार एस.टी.आई एंवम एच.आई.वी. संक्रमण होने के खतरे और जोखिम को कम करना है। लक्षित उपायों में झग की सुई लेने वाले व्यक्तियों के लिए सुरक्षित सुई एंवम सिरिज, व्यवहार परिवर्तन संबंधी संम्प्रेषण, कंडोम सम्बर्धन, एच.आई.वी. एंवम सिफिलिस जांच के लिए रेफरल तथा एंटी रेट्रोवायरल उपचार जैसी सुविधाएं प्रदान की जाती हैं।

एन.ए.सी.पी. के तीसरे चरण के दौरान उच्च जोखिम वाले समूहों तथा ब्रिज आबादी के लिए 1705 कार्यकलापों के जरिए महिला यौन कर्मी (84.5 प्रतिशत), झग की सुई लेने वाले व्यक्तियों (80.7 प्रतिशत), पुरुषों के साथ यौन संबंध करने वाले पुरुष तथा ट्रान्सजेंडर (70.6 प्रतिशत), ट्रकर्स (48.4 प्रतिशत) और प्रवासियों (41.3 प्रतिशत) के कवरेज में व्यापक वृद्धि हुई है। वर्ष 2012-13 के दौरान दिसंबर 2012 तक 218 नये लक्षित हस्तक्षेप शुरू किए गए हैं जो कि 180 के लक्ष्य से अधिक है। सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थानों में ओ.एस.टी.स्थलों को बढ़ाकर 52 केन्द्रों में किया गया है। एम.एस.एम. और आई.डी.यू. के लिए ग्लोबल फंड के दौर 9 के दूसरे चरण हेतु प्रस्तावों को अनुमोदित कर दिया गया है।

एच.आई.वी. के लिए संशोधित प्रवासी रणनीति शुरू की गई है। लक्षित हस्तक्षेपों में आउटरिच एंव लिंकेज के माध्यम से गंतव्य स्थानों पर प्रवासियों को एच.आई.वी. रोकथाम सेवाएं प्रदान की गई है। वापस घर आने वाले प्रवासियों और प्रवासियों के पति/पत्नियों में असुरक्षा से निपटने के लिए स्रोत गांवों तथा प्रमुख मार्गस्थ स्थलों में जागरूकता अभियान और स्वास्थ्य शिविर कार्यान्वयन किए गए हैं जहां प्रवासन करने वाले व्यक्तियों की संख्या अधिक होती है। नियोजक के नेतृत्व वाले मॉडल तथा प्रवासी ट्रैकिंग प्रणाली भी शुरू की जा रही है।

लिंक कार्यकर्ता योजना: लिंक कार्यकर्ताओं के जरिए समुदाय आधारित कार्यकलाप में एच.आई.वी. संबंधी सूचना, कंडोम के प्रयोग को बढ़ावा, इसके वितरण तथा परामर्श, जांच एंव एसटीआई सेवाओं के लिए रेफरल की सुविधा प्रदान करके ग्रामीण क्षेत्रों में उच्च जोखिम वाले एवं अतिसंवेदनशील समूहों की एच.आई.वी. रोकथाम एंव परिचर्या संबंधी आवश्यकताओं को पूरा किया जाता है। विभिन्न विकास सहभागियों की भागीदारी से लिंक कार्यकर्ता योजना दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार 139 जिलों में कार्यशील है तथा ग्रामीण एच.आर.जी. और उनके पार्टनर और असुरक्षित समूहों तक यह योजना पहुंचती है।

यौन संचरित संक्रमणों (एस.टी.आई.) का प्रबंधन: व्यापक सिंड्रोमिक रोगी प्रबंधन के आधार पर एसटीआई/आरटीआई सेवाएं इस समय वर्ष 2012-13 के दौरान 1,112 निर्धारित एस.टी.आई./आरटीआई विलनिकों के जरिए प्रदान की जा रही है। वर्ष 2012-13 के लिए 64 लाख रोगियों के लक्ष्य के मुकाबले दिसंबर 2012 तक राष्ट्रीय प्रोटोकॉल के अनुसार लगभग 42 लाख एस.टी.आई./आर.टी.आई. रोगियों के प्रबंधन किया गया है। 7 क्षेत्रीय एसटीआई प्रशिक्षण, संदर्भ और अनुसंधान केंद्रों को सुदृढ़ किया गया है। नाकों ने एसटीआई/आरटीआई सेवाओं को “सुरक्षा क्लिनिक” का नाम दिया है तथा इन सेवाओं के लिए मैंग सृजित करने के लिए संप्रेषण कार्यनीति बनाई है। लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाओं के अंतर्गत अधिक जोखिम वाले लोगों के लिए एस.टी.आई./आर.टी.आई. सेवाओं में वृद्धि करने के लिए अधिमान प्राइवेट प्रदाता नीति चलाई गयी है।

कण्डोम संवर्धन: नाकों ने तकनीकी विशेषज्ञों वाले तकनीकी सहायता समूह के माध्यम से 13 राज्यों में कण्डोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम के 4 चरणों को सफलतापूर्वक कार्यान्वयन किया। वर्ष 2012-13 के दौरान नाकों ने 44.47 करोड़ के लक्ष्य के मुकाबले दिसंबर 2012 तक 29.5 करोड़ निःशुल्क कण्डोम वितरित किए हैं। वर्ष 2012-13 के लिए 35 करोड़ कण्डोम नगों के लक्ष्य के मुकाबले नाकों द्वारा अनुबंधित सामाजिक विपणन संबंधनों द्वारा दिसंबर 2012 तक समाजिक विपणन के माध्यम से लगभग 22.83 करोड़ कण्डोम के नग वितरित किए गए हैं। टी.आई. परियोजना क्षेत्रों में ग्रामीण आउटलेटों, गैर पारंपरिक आउटलेटों, लक्षित हस्तक्षेप वाले क्षेत्रों एंव ट्रक रुकने के स्थानों में आउटलेटों को स्थापित करने पर विशेष जोर दिया गया है। अन्य पहलों में महिला कण्डोम वर्धन कार्यक्रम का कार्यान्वयन तथा सभी कार्यक्रम राज्यों में वर्धित मिड मिडिया क्रियाकलापों के जरिए कण्डोम के प्रयोग को व्यापक रूप से बढ़ावा देना शामिल है।

रक्तसुरक्षा: देश भर में 1118 रक्त बैंकों के नेटवर्क के माध्यम से सुरक्षित रक्त की पहुंच सुनिश्चित की गई है जिनमें 175 घटक पृथक्करण यूनिट एंव 34 मॉडल रक्त बैंक, 167 प्रमुख रक्त बैंक और 742 जिला स्तरीय रक्त बैंक शामिल हैं। वर्ष 2012-13 के दौरान दिसंबर, 2012 तक लगभग 67.56 लाख रक्त यूनिटों का संग्रह किया गया। नाकों समर्थित रक्त बैंकों ने 38.68

लाख यूनिट रक्त संग्रह किए जिनमें से 83.2 प्रतिशत स्वैच्छिक रक्तदान के जरिए संग्रह किया गया। अन्य पहलों में रक्ताधान चिकित्सा में उत्कृष्ट केन्द्रों के रूप में चार मेट्रो रक्त बैंकों तथा 1,50,000 लीटर से अधिक के प्लाज्मा की प्रसंस्करण क्षमता वाले एक प्लाज्मा प्रभाजन केन्द्र की स्थापना शामिल है।

एच. आई. वी. परामर्श एवं जांच सेवाएँ: आई. सी. टी. सी. कार्यक्रम एचआईवी के लिए परामर्श एवं जांच सेवाएं प्रदान कर रहा है जिसमें तीन मुख्य घटक शामिल हैं – एकीकृत परामर्श एवं जांच केंद्र, माता पिता से बच्चे में संचरण की रोकथाम और एच. आई. वी. – क्षय रोग सहयोगात्मक कार्यकलाप। एच. आई. वी. परामर्श और जांच सेवाएं 4508 स्टैंड एलॉन एकीकृत परामर्श एवं जांच केन्द्रों, 8389 सुविधा एकीकृत परामर्श एवं जांच केन्द्रों तथा सरकारी–निजी भागीदारी मॉडल के अंतर्गत आई. सी. टी. सी. के जरिए तेजी से बढ़ाई गई। वर्ष 2012–2013 के दौरान (दिसंबर 2012 तक) के दौरान 73.25 लाख सामान्य व्यक्तियों तथा 57.1 लाख गर्भवती महिलाओं की जांच की गई, 96.4 प्रतिशत एच. आई. वी. पॉजीटिव गर्भवती महिलाओं और बच्चों को माँ – पिता से एच. आई. वी. का बच्चे में संचरण रोकने के लिए नेविरापाइन प्रोफाइलैक्सिस दिया गया। अप्रैल – दिसंबर, 2012 के दौरान एच.आई. वी. – क्षय रोग समन्वय कार्यक्रम के अंतर्गत लगभग 9,72 लाख क्रॉस रेफरल एन. ए. सी. पी. एवं संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम के बीच किये गये, जिनमें से 32,141 सह–संक्रमित पाए गए।

एच. आई. वी. संक्रमित व्यक्तियों की परिचर्या, सहायता एवं उपचार (सी. एस. टी.) : सी. एस. टी. कार्यक्रम में एच. आई. वी. पीड़ित व्यक्तियों को व्यापक प्रबंधन प्रदान किया जाता है जिसमें एन्टीरेट्रोवायरल थेरेपी, मनोसामाजिक सहायता, क्षय रोग सहित अवसरवादी संक्रमणों की रोकथाम और उपचार शामिल हैं तथा इसमें गृह आधारित देखभाल को सुगम बनाया जाता है। 10 उत्कृष्ट केन्द्र और 7 उत्कृष्ट बाल चिकित्सा केन्द्र तृतीयक स्तरीय विशेषज्ञ परिचर्या एवं उपचार, (द्वितीय लाइन एवं वैकल्पिक प्रथम लाइन ए. आर. टी., जटिल अवसरवादी संक्रमणों का उपचार और विशेष प्रयोगशाला सेवाएं) प्रदान करते हैं। दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार 380 ए. आर. टी. केन्द्रों में लगभग 17.36 लाख एच. आई. वी. पीड़ित व्यक्तियों का पंजीकरण किया गया है जिनमें से 6,04,987 नैदानिक रूप से पात्र माता–पिता (34,367 बच्चों सहित) सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में निःशुल्क ए. आर. टी. प्राप्त कर रहे हैं। 239 सामुदायिक देखभाल केन्द्र मनोसामाजिक सहायता प्रदान करते हैं, औषध अनुपालन सुनिश्चित करते हैं, अवसरवादी संक्रमण का उपचार करते हैं और रोगियों के अनुवर्ती कार्याबाही करते हैं। प्रथम लाइन और द्वितीय लाइन उपचार सेवाओं के विकेन्द्रीकरण के लिए लिंक ए. आर. टी. केन्द्रों और ए. आर. टी. प्लस केन्द्रों की स्थापना की गई हैं।

प्रयोगशाला सेवाएं

264 सीडी–4 मशीनों के साथ सीडी–4 जांच के लिए प्रयोगशालाओं की क्षमता सुदृढ़ की गई है और ये कार्य कर रहे

हैं। बाह्य गुणवत्ता मूल्यांकन योजना के कार्यान्वयन के माध्यम से एचआईवी जांच सेवाओं के मूल्यांकन और किट मूल्यांकन में गुणवत्ता के आश्वासन पर जोर दिया गया है। एच.आई.वी.–2 की पुष्टि के लिए कार्यक्रम 13 रेफरल प्रयोगशालाओं में 1 फरवरी, 2013 से शुरू किया गया है। राष्ट्रीय एवं राज्य संदर्भ प्रयोगशालाओं के अधिकारियों के लिए आईएसओ 15189:2007 पर प्रशिक्षण आयोजित किया गया है।

आरंभिक शिशु निदान : पहले नवजात बच्चों में एच. आई. वी. का निदान 18 महीने की आयु के बाद ही संभव था जिसके परिणामस्वरूप आवश्यक उपचार एवं देखभाल देरी से शुरू होती थी। इस मुद्दें का निराकरण करने तथा शुरू में ही उपचार को बढ़ावा देने के लिए 18 महीने से कम आयु वाले शिशुओं और बच्चों के लिए एच. आई. वी. का आरंभिक शिशु निदान 1 मार्च 2010 से शुरू किया गया है। यह कार्यक्रम 31 राज्यों में 1157 आई. सी. टी. सी. तथा 217 ए. आर. टी. केन्द्रों के जरिए चलाया जा रहा है। आरंभिक शिशु निदान के लिए 7 रेफरल प्रोगशालाएं डी. एन. ए. – पी. सी. आर. जांच कर रही हैं। वर्ष 2012–13 के दौरान 18 महीने से कम आयु के एच. आई. वी. एक्सपोज्ड 12,169 शिशुओं और बच्चों की जांच दिसंबर 2012 तक इस कार्यक्रम के अंतर्गत की गई है।

सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण (आई. ई. सी.) : सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण कार्यकलापों का जोर सुरक्षित व्यवहार को बढ़ावा देने, कलंक एवं भेदभाव को कम करने एवं एचआईवी/एड्स सेवाओं और कंडोम को बढ़ावा देने के लिए मांग सृजित करने पर है। लोक मीडिया अभियानों को अन्य क्रियाकलापों के साथ मिलाया गया। लोक मीडिया अभियान को वर्ष 2012–13 में 56,090 प्रदर्शनियों तक बढ़ाया गया। किशोर शिक्षा कार्यक्रम में 23 राज्यों में 85,000 स्कूलों को कवर किया जा रहा है। रेडरिबन क्लब वर्ष 2012–13 में गठित 396 नए क्लबों सहित 12,300 कॉलेजों में कार्य कर रहे हैं। मनो–सामाजिक सहायता के साथ एच.आई.वी. पीड़ित व्यक्तियों तक पहुँचने के लिए 246 ड्रॉप–इन सेंटर्स को सहायता प्रदान की गई। अपने तीसरे चरण में रेड रिबन एक्सप्रेस 23 राज्यों के 162 स्टेशनों से होती हुई 1.14 करोड़ लोगों तक पहुँची। यह दूसरे चरण (2009–10) में 80 लाख लोगों के कवरेज से अधिक था। यह ऐसे अभियानों के लिए मॉडल बन गया है क्योंकि यह पूरे विश्व में अपने प्रकार की सबसे बड़ी परियोजना के रूप में देखी जाती है। इस विशेष ट्रेन पर एक लाख से अधिक जिला संसाधन व्यक्तियों को प्रशिक्षित किया गया। 90 हजार से अधिक व्यक्तियों को एच. आई. वी. के लिए परामर्श दिया गया जिनमें से 70 हजार से अधिक व्यक्तियों की एच. आई. वी. की जांच की गई। 11 हजार से अधिक व्यक्तियों का एस. टी. आई. उपचार किया गया तथा 80 हजार से अधिक व्यक्तियों ने सामान्य स्वास्थ्य जांच सुविधा का लाभ उठाया। इस परियोजना की सफलता में राजनैतिक व्यक्तियों की सहभागिता तथा राज्य सरकारों एवं जिला प्रशासनों की महत्वपूर्ण भूमिका रही है।

मुख्य धारा में लाना : मुख्य धारा में लाने संबंधी सुविधाओं में एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों तथा एच. आर. जी. की सामाजिक सुरक्षा जरूरतों को पूरा करने के लिए विभिन्न स्टेकहोल्डरों की स्वास्थ्य प्रणालियों तथा डिजाइन नीतियों, कार्यक्रमों और योजनाओं के एकीकरण के माध्यम से प्रमुख एच. आई. वी. /एडस सेवाओं का विस्तार किया गया है। एन. ए. सी. पी. का राष्ट्रीय ग्रामीण मिशन के साथ समाभिरूपता को सुदृढ़ करने के लिए पहलें की जा रही हैं। पहला "भारत में एच. आई. वी. को मुख्य धारा में लाने के लिए अंतर - मंत्रालयी सम्मेलन एडस नियंत्रण विभाग तथा संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (भारत) द्वारा 18-19 दिसंबर 2012 के दौरान आयोजित किया गया। इसने सभी संबंधित मंत्रालयों और विभागों को एक मंच पर लाया तथा एच. आई. वी. को मुख्य धारा में लाने से संबंधित महत्वपूर्ण विषयों पर व्यापक चर्चा के माध्यम से अधिकाधिक समझ और समन्वय पैदा किया। एडस नियंत्रण विभाग और जहाजरानी मंत्रालय ने 12 प्रमुख पत्तनों में एच.आई. वी./एडस की रोकथाम, देखभाल, सहायता एवं उपचार सेवाओं की व्यवस्था के बारे में 14 फरवरी, 2013 को एक समझोते ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए हैं। मुख्य धारा में लाने संबंधी प्रशिक्षण कार्यक्रमों के अंतर्गत लगभग 3.1 लाख व्यक्तियों को प्रशिक्षित किया गया।

कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन : कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन प्रणाली देश के 15000 से अधिक रिपोर्टिंग यूनिटों में शुरू और सुदृढ़ की गई है। मॉडलिंग के बारे में व्यापक और गहन कार्य के बाद एच. आई. वी. अनुमान 2012 को अंतिम रूप दिया गया है और जारी किया गया है। एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी का 13वां दौर देश भर में 763 ए. एन. सी. और एस. टी. डी. स्थलों में 1 जनवरी 2013 से चालू किया गया है। एच. आर. जी. और ब्रिज आबादी में राष्ट्रीय एकीकृत जैविक और व्यवहार संबंधी निगरानी को शुरू करने के लिए दिशा निर्देश तैयार किये जा रहे हैं।

एच. आई. वी./एडस अनुसंधान के लिए प्रमाण प्राथमिकता वाले क्षेत्रों के लिए कार्यक्रम की अपेक्षाओं को परामर्शी प्रक्रिया के जरिए अंतिम रूप दिया गया है। उपलब्ध आंकड़े के विश्लेषण

तथा एच. आई. वी./एडस अनुसंधान के जरिए नए प्रमाण के सृजन के माध्यम से कार्यक्रम में प्रणाण संबंधी कमियों को पूरा करने के लिए एन. ए. सी. पी. - 4 हेतु सुगठित विश्लेषण और अनुसंधान योजना बनाई गई है। प्रचालन अनुसंधान और आचार शास्त्र में क्षमता निर्माण सहित एच. आई. वी./एडस में अनुसंधान को सुदृढ़ किया गया है।

परिणाम कार्यदांचा प्रलेख: परिणाम कार्यदांचा प्रलेख 2011-12 के संबंध में विभिन्न कार्यकलापों के कार्यनिष्ठादान हेतु एडस नियंत्रण विभाग ने मन्त्रिमण्डल सचिवालय के कार्यनिष्ठादान प्रबंधन प्रभाग से 87.72 प्रतिशत अंक एवं 'बहुत अच्छा' की रेटिंग प्राप्त की।

वित्त : संसाधन जुटाने और निधियों के उपयोग का प्रभावी ढंग से प्रबंधन करने हेतु नाको एवं राज्य एडस नियंत्रण सोसाइटियों के स्तर पर प्रणालियां निर्मित करने हेतु विशेष प्रयास किए गए। राज्यों को निधियों के अंतरण में मार्ग में होने वाली देरी से बचने के लिए ई-अंतरण सुविधा कार्यान्वित की गई है। जिला एवं परिधीय यूनिटों में स्टाफ को वेतन का भुगतान पूर्णरूप से ई-अंतरण के माध्यम से किया गया है। एन. ए. सी. पी. - 3 के अवधि के दौरान जनवरी 2013 तक बजटीय स्रोतों के माध्यम से 6,237.48 करोड़ रुपये का व्यय हुआ था।

राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम के चौथे चरण में नाको ने उभर रही चुनौतियों का संज्ञान लिया है तथा क्षेत्र विशिष्ट कार्यनीतियों तथा निवारण एवं उपचार कार्यकलापों में प्रमाण आधारित वृद्धि पर ध्यान केन्द्रित कर रहा है। बढ़ते रुझान वाले राज्यों में उभर रही महामारियों से कारगर ढंग से निपटने के लिए एडस नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत नई कार्यनीतियां बनाई जा रही हैं। ऐसे क्षेत्रों में रोकथाम तथा कार्यक्रम की गहनता को बनाए रखा जाएगा, जहां एच. आई. वी. में काफी कमी लाई गई है क्योंकि यह हासिल की गई प्रगतियों को सुदृढ़ करने के लिए आवश्यक है। यह कार्यक्रम सुनिश्चित करेगा कि रोकथाम की जरूरतों का त्याग किए बगैर उपचार की बढ़ती आवश्यकताओं को पूरा किया जाता है।

लक्ष वाम

yo oelz

सचिव, एडस नियंत्रण विभाग,
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय,
भारत सरकार

तारीख: मार्च, 2012
नई दिल्ली

प्रस्तावना

एच. आई. वी. अनुमान 2012 के अनुसार भारत में 20.89 लाख लोग 2011 में एच.आई.वी./एड्स के साथ जी रहे हैं। वयस्कों (15–49 वर्ष आयु वर्ग) में एच.आई.वी की व्यापतता में राष्ट्रीय स्तर पर निरंतर गिराव 2001 के अनुमानित 0.41% से 2012 के अनुमानित 0.27% तक जारी है। परंतु अभी भी दक्षिण अफ्रीका और नाइजीरिया के बाद भारत अनुमानित रूप से एच.आई.वी./एड्स से पीड़ित लोगों की संख्या में दुनिया में तीसरे स्थान पर है।

भारत में पहले एड्स रोगी का पता वर्ष 1986 में चला था और तब से एच. आई. वी. संक्रमण की सूचना सभी राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों से प्राप्त हुई है। एड्स की चुनौती पर भारत की शुरूआती प्रतिक्रिया भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (आई. सी. एम. आर.) द्वारा एक टास्क फोर्स और स्वास्थ्य मंत्रालय के सचिव की अध्यक्षता में राष्ट्रीय एड्स समिति के गठन के रूप में हुई। वर्ष 1990 में चार राज्यों, तमिलनाडु, महाराष्ट्र, पश्चिम बंगाल और मणिपुर एवं चार महानगरों – चेन्नई, कोलकाता, मुंबई और दिल्ली में एक मध्यम अवधि योजना (1990 – 1992) शुरू की गई। योजना ने लक्षित आई. ई. सी. अभियान, निगरानी प्रणाली की स्थापना और सुरक्षित रक्त की आपूर्ति में मदद की।

वर्ष 1992 में सरकार ने 8.4 करोड़ अमरीकी डालर के आई.डी. ए. क्रेडिट के साथ पहला राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एन. ए. सी. पी.-I) शुरू किया और इस रोग से निपटने की अपनी प्रतिबद्धता प्रदर्शित की। एन. ए. सी. पी.-I, एच. आई. वी. संक्रमण का प्रसार धीमा करने के उद्देश्य से 1992 – 1999 के दौरान लागू किया गया, ताकि रुग्णता, मृत्यु दर और देश में एड्स के प्रभाव को कम किया जा सके। प्रबंधन क्षमता मजबूत करने के लिए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण बोर्ड गठित किया गया और

परियोजना को लगू करने के लिए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन (नाको) स्थापित किया गया।

भारत में एच. आई. वी./एड्स की रोकथाम एवं नियंत्रण के लिए एक व्यापक कार्यक्रम के रूप में नवम्बर 1999 में द्वितीय राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एन. ए. सी. पी.-II) विश्व बैंक की तरफ से 19.1 करोड़ अमरीकी डॉलर की ऋण सहायता से शुरू किया गया। एच. आई. वी./एड्स के रूज्ञानों और तमिलनाडु एवं अन्य कुल राज्यों से प्राप्त हुए अनुभवों के आधार पर इस बार सिर्फ जागरूकता फैलाने की बजाय व्यवहार परिवर्तन, राज्य स्तर तक कार्यक्रम कार्यान्वयन के विकेन्द्रीकरण और गैर सरकारी संस्थानों की अधिकाधिक भागीदारी पर ध्यान केंद्रित किया गया।

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम (एन. ए. सी. पी.-III) का तीसरा चरण, जिसे 2007–12 के दौरान कार्यान्वित किया गया, एक वैज्ञानिक रूप से सुविकसित कार्यक्रम है जिसका आधार नीतियों, कार्यक्रमों, स्कीमों, कार्यात्मक दिशा निर्देशों, नियमों और मानकों की एक मजबूत संरचना पर रखा गया है। एन. ए. सी. पी.-III का उद्देश्य उच्च जोखिम वाले समूह तथा जन सामान्य के बीच रोकथाम संबंधी प्रयासों को बढ़ाकर तथा उनको देखभाल, सहायता एवं उपचार (सी. एस. टी.) सेवाओं के साथ जोड़कर भारत में एच. आई. वी. महामारी को रोकना तथा उसके बढ़ने की प्रवृत्ति को पलटना था। इस प्रकार ऐसे व्यक्तियों के लिए निवारक उपाय जो संक्रमित नहीं है, और संक्रमित एवं प्रभावित व्यक्तियों के लिए देखभाल, सहायता और उपचार सेवाएं भारत में सभी एड्स नियंत्रण प्रयासों के दो प्रमुख स्तंभ थे। रणनीतिक सूचना प्रबंधन तथा संस्थागत सुदृकरण क्रिया कलापों से राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर एन. ए. सी. पी.-III के अंतर्गत प्रमुख क्रिया कलापों को कार्यान्वित करने हेतु अपेक्षित तकनीकी, प्रबंधकीय तथा प्रशासनिक सहायता प्रदान की गई।

राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम, चरण-4 के लिए रणनीति और योजना वर्ष 2012-17 की अवधि के लिए व्यापक मल्टी-स्टेक होल्डर परामर्शी आयोजना प्रक्रिया के माध्यम से तैयार की गई है। इस प्रक्रिया में 15 कार्य समूहों तथा 30 उप समूहों के साथ एक समावेशी, प्रतिभागी एवं व्यापक परामर्शी नीति अपनाई गई है जिसमें केन्द्र और राज्य सरकारों, उच्च जोखिम वाले समूह समुदायों, एच.आई.वी./एडस के साथ जी रहे लोगों, सिविल सोसाइटी, विषय विशेषज्ञों, एन.आर.एच.एम.विशेषज्ञों तथा अन्य सरकारी विभागों, विकास सहभागियों तथा अन्य स्टेकहोल्डरों के लगभग 1000 प्रतिनिधियों को शामिल करते हुए सभी विषयक (थीमेटिक) क्षेत्रों को कवर किया गया है। रणनीतिक योजना तैयार करने के लिए क्षेत्रीय एवं राज्यस्तरीय परामर्श, ई-परामर्श और विशेष अध्ययन और मूल्यांकन भी किए गए। योजना आयोग की विषय निर्वचन समिति भी इस संपूर्ण प्रक्रिया की गहनता से निगरानी कर रही है।

इस प्रक्रिया के दौरान एन.ए.सी.पी.-4 के लिए अभिज्ञात प्रमुख चुनौतियों में जोखिम अर्थात् प्रवासन एवं झग की सुई लेना, उपचार की बढ़ती आवश्यकताओं तथा कलंक और भेदभाव को जारी रहने के कारण बढ़ने वाले महामारी शामिल हैं। ऐसे क्षेत्रों में जहाँ इस महामारी में कमी हासिल की गई है, के कवरेज और गहनता को बनाए रखना लाभ को कायम रखने के लिए महत्वपूर्ण है। उभर रही महामारियों से निपटने के लिए नई रणनीतियां बनाई जानी चाहिए और सुदृढ़ की जानी चाहिए।

वृहत स्वास्थ्य प्रणाली के साथ एकीकरण प्राप्त करने के लिए कलंक और भेदभाव के बगैर गुणवत्ता युक्त एच.आई.वी./एडस सेवाओं तक पहुँच बनाए रखने हेतु विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य प्रणालियों की विभिन्न क्षमताओं की चुनौती से निपटने की जरूरत है। अन्य सरकारी मंत्रालयों और विभागों के साथ एच.आई.वी./एडस को मुख्य धारा में लाकर एच.आई.वी. से संक्रमित एवं प्रभावित लोगों के लिए सामाजिक सुरक्षा स्कीमों की सुलभता सुनिश्चित करना एक महत्पूर्ण विषय है। एच.आई.वी./एडस के लिए घटती अंतरराष्ट्रीय दाता सहायता, कुछ राज्यों में अपेक्षाकृत कमजोर स्वास्थ्य आधारभूत ढाँचा तथा कार्यान्वयन तंत्र और एच.आई.वी. उपचार से संबंधित वस्तुओं के लिए आपूर्ति चैन संबंधी प्रबंधन कुछ ऐसे व्याप्त चुनौतियाँ हैं जिनका सामना इस कार्यक्रम को करना पड़ा है।

अब तक लाभों को सुदृढ़ करते हुए एन.ए.सी.पी.-4 का उद्देश्य महामारी को पलटने की प्रक्रिया को तेज करना तथा आगे के 5 वर्षों की अवधि में एक सतर्कता पूर्ण और सुपरिभाषित एकीकरण प्रक्रिया के माध्यम से भारत में महामारी से निपटने की कार्रवाई को सुदृढ़ करना है। एन.ए.सी.पी.-4 का उद्देश्य नए संक्रमणों को कम करना तथा एच.आई.वी. से पीड़ित व्यक्तियों को व्यापक देखभाल तथा सहायता प्रदान करना और सभी जरूरतमंद एच.आई.वी./एडस के साथ जी रहे व्यक्तियों को उपचार सेवाएं प्रदान करना है।

एन.ए.सी.पी.-4 के अंतर्गत प्रमुख रणनीतियाँ

- उच्च जोखिम वाले समूहों तथा अन्य जोखिम व्यवहार वाले लोगों पर ध्यान केन्द्रित करते हुए रोकथाम संबंधी सेवाओं को गहन एवं सुदृढ़ करना।
- व्यापक देखभाल, सहायता और उपचार की सुलभता बढ़ाना और इनको बढ़ावा देना।
- व्यवहार परिवर्तन तथा मांग सृजन पर जोर देते हुए
 - सामान्य लोगों और
 - उच्च जोखिम वाले समूहों के लिए आई.ई.सी.सेवाओं का विस्तार करना।
- राष्ट्रीय, राज्य, जिला और सेवा केन्द्र स्तरों पर क्षमता निर्माण
- रणनीतिक सूचना प्रबंधन प्रणालियों को सुदृढ़ करना।

एन.ए.सी.पी.-4 के मार्गदर्शक सिद्धांत निम्नलिखित होंगे

- तीन घटकों : एक सहमति प्राप्त कार्य कार्यालय, एक राष्ट्रीय एच.आई.वी./एडस समन्वय प्राधिकरण तथा एक सहमति प्राप्त राष्ट्रीय निगरानी एवं मूल्यांकन प्रणाली पर लगातार जोर देते रहना।
- समाजता
- जेन्डर
- एडस से पीड़ित व्यक्तियों के अधिकारों के लिए सम्मान।
- सिविल सोसाइटी का प्रतिनिधित्व और भागीदारी।
- बेहतर सार्वजनिक – निजी भागीदारी।
- प्रमाण आधारित और परिणामोनुखी कार्यक्रम कार्यान्वयन।
- एन.ए.सी.पी.-4 के अंतर्गत जिन 5 विभिन्न विषयों पर ध्यान केन्द्रित किया जा रहा है, वे हैं, गुणवत्ता, अभिनवीकरण, एकीकरण, प्रभावकारी भागीदारी तथा कलंक एवं भेदभाव।

एन.ए.सी.पी.-4 के अंतर्गत प्रमुख प्राथमिकताएं

- मौजूदा उपायों की पहुँच को लगातार बनाए रखकर तथा सामने आ रही महामारियों से कारगर ढंग से निपटकर नये संक्रमणों की रोकथाम करना।
- माता-पिता से बच्चों में रोग के संचरण की रोकथाम करना।
- उच्च जोखिम वाले समूह में व्यवहार परिवर्तन, सामान्य लोगों में जागरूकता तथा एच.आई.वी. सेवाओं के लिए मांग सृजन हेतु सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण रणनीतियों पर ध्यान केन्द्रित करना।
- एच.आई.वी. से पीड़ित पात्र व्यक्तियों को व्यापक देखभाल, सहायता और उपचार प्रदान करना।
- एच.आई.वी./एडस से पीड़ित लोगों की अधिकाधिक सहभागिता के जरिए कलंक और भेदभाव को कम करना।
- तकनीकी सहायता सहित सेवाएं शुरू करने के कार्य को विकेन्द्रीकृत करना।
- कार्यक्रम के सभी स्तरों पर रणनीतिक सूचना का प्रभावी उपयोग सुनिश्चित करना।
- विशेषकर ऐसे राज्यों में, जहाँ महामारी सामने आ रही है, गैर सरकारी संगठन तथा सिविल सोसाइटी सहभागियों की क्षमता विकसित करना।

- एच. आई. वी. सेवाओं को चरणबद्ध तरीके से स्वास्थ्य प्रणालियों के साथ जोड़ना।
- एच. आई. वी./एडस क्रियाकलापों को सभी प्रमुख केन्द्रीय/राज्य स्तरीय मंत्रालयों/विभागों के साथ मुख्य धारा में लाने के कार्य को उच्च प्राथमिकता दी जाएगी तथा संबंधित विभागों के संसाधनों का लाभ उठाया जाएगा। एच. आई. वी. से पीड़ित व्यक्तियों के लिए समाजिक संरक्षण तथा बीमा तंत्रों को सुदृढ़ किया जाएगा।

एन. ए. सी. पी. - 4 के अंतर्गत नई पहलें

- जोखिमों को उचित महत्व देते हुए डाटा ट्रायऐंगुलेशन के आधार पर जिलों के लिए विभिन्न रणनीतियाँ।
- प्रमुख जोखिमों को लक्ष्य में रखते हुए कार्यक्रमों का विस्तार करना।
(क) आई. डी. यू. के लिए ओ. एस. टी. को बढ़ाना।
(ख) स्रोत स्थल, मार्गस्थ स्थल तथा गणतव्य स्थलों पर प्रवासी उपायों को बढ़ाना और सुदृढ़ीकरण।
(ग) महिला काण्डोम कार्यक्रम।
- अंतरराष्ट्रीय प्रोटोकॉलों के अनुरूप पी. पी. टी. सी. टी. के लिए मल्टी ड्रग रेजिमेन।
- संबंधित सरकारी विभागों में एच. आई. वी. हेतु बजट निर्धारित करके उपेक्षित लोगों हेतु सामाजिक सुरक्षा।
- मेट्रो रक्त बैंकों तथा प्लाजमा प्रभाजन केन्द्र की स्थापना।
- विशेषकर मिड – मिडिया अर्थात् राष्ट्रीय लोक मिडिया अभियान एवं रेड रिबन एक्सप्रेस तथा बसों का उपयोग करके मांग बढ़ाने संबंधी रणनीतियाँ (एन. एच. आर. एम. के साथ तालिमेल से)।
- सेकेण्ड लाइन ए. आर. टी. को बढ़ाना।

एन. ए. सी. पी. - 4 के अंतर्गत उपलब्ध करायी जाने वाली सेवाओं के पैकेज में निम्नलिखित शामिल हैं

1. रोकथाम संबंधित सेवाएं

- अधिक खतरा वाले समूहों तथा अंतरवर्ती (ब्रिज) जनसंख्या (महिला सेक्स वर्कर, पुरुष समलैंगी, ट्रांसजेंडर, सुई से ड्रग्स लेने वाले लोग (आई. डी. यू.) ट्रक चालक और प्रवासी) के लिए लक्षित हस्तक्षेप।
- आई. डी. यू. के लिए निडल सिरिज विनिमय कार्यक्रम (एन. एस. ई. पी.) तथा ॲपिओड प्रतिस्थापन थीरैपी (ओ. एस. टी.)।
- प्रवासी जनों के लिए उनके मूल स्थान पर, यात्रा के स्थानों पर तथा लक्ष्य स्थानों पर रोकथाम संबंधी पहलें
- ग्रामीण क्षेत्रों में खतरे के समक्ष लाचार जनसंख्या के लिए सम्पर्क श्रमिक स्कीम (एल. डब्ल्यू. एस.)।
- लैंगिक रूप से होने वाले संक्रमण/जनन अंग संक्रमण (एस. टी. आई./आर. टी. आई.) की रोकथाम और नियन्त्रण
- रक्त संबंधी सुरक्षा।
- एच. आई. वी. संबंधी परामर्श और जाँच सेवाएं।
- माता पिता से बच्चे में रोग के संचरण की रोकथाम।
- कण्डोम को बढ़ावा देना।

- सूचना, शिक्षा और संचार और व्यवहारगत परिवर्तन संचार (बी. सी. सी.)।
- सामाजिक भागीदारी बढ़ाना, युवाओं की पहलें तथा किशोर शिक्षा कार्यक्रम
- एच. आई. वी./एडस रिस्पांस को मुख्य धारा में लाना।
- कार्यस्थल पर की जाने वाली पहलें।

2- n~~क्ष~~ 1 gk rk v~~k~~ fpfdR k l ~~ok~~ a

- सी.डी. 4 जाँच और अन्य परीक्षणों के लिए प्रयोगशाला सेवाएं।
- एंटी रेट्रो वायरल चिकित्सा (ए. आर. टी.) केन्द्रों और लिंक ए. आर. टी. केन्द्रों, सेन्टर ऑफ एक्सीलेंस और ए. आर. टी. प्लस केन्द्रों के माध्यम से निःशुल्क फर्स्ट लाइन और सेकंड लाइन एंटी रेट्रो वायरल चिकित्सा (ए. आर. टी.)।
- बच्चों के लिए बाल ए. आर. टी.।
- एच. आई. वी. से संक्रमण के आसन्न खतरे में रहने वाले 18 माह के कम उम्र के बच्चों के लिए आरंभिक शिशु निदान
- सामुदायिक देखभाल केन्द्रों के माध्यम से पोषण संबंधी तथा मनोवैज्ञानिक सहायता।
- एच. आई. वी. – टी. बी. समन्वय (कॉस रेफरल, सहसंक्रमनों का पता लगाना एवं उनका उपचार)।
- अवसरवादी संक्रमण का उपचार।
- पी. एल. एच. आई. वी. संजालों के लिए ड्राप-इन केंद्र।

एडस नियन्त्रण विभाग के मुख्य कार्य निम्नानुसार हैं

- एच. आई. वी./एडस के बारे में रोकथाम और नियन्त्रण के लिए नीति बनाना।
- कार्यक्रम के कार्यान्वयन के लिए मानकों, दिशा निर्देशों एवं मानदंडों का विकास।
- राज्य स्तरीय कार्य योजनाओं की रणनीति का विकास और इन्हें अंतिम रूप देना।
- देश और राज्यों के स्तरों पर वित्तीय नियोजन और प्रबंधन, बजटिंग, निधियों का निकास तथा व्यय की देखरेख।
- कार्यक्रम की निगरानी, एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी तथा एच. आई. वी./एडस पर अनुसंधान समेत रणनीति सूचना प्रबंधन।
- संस्थागत सुदृढ़ीकरण तथा मानव संसाधन प्रबंधन।
- क्षमता निर्माण।
- कार्यक्रम कार्यान्वयन के संबंध में राज्य एडस नियन्त्रण सोसाइटियों को तकनीकी और प्रशासनिक सहायता और परामर्श।

चालू वित्तीय वर्ष (2012–13) के दौरान एन. ए. सी. पी. – 4 के अंतर्गत प्राप्त प्रमुख उपलब्धियों का सारांश तालिका 1.1 में दिया गया है। कार्यक्रम के प्रमुख प्रभावों को उजागर करते हुए देश में एच. आई. वी. के महामारी संबंधी परिदृश्य की व्याख्या अगले अध्याय में की गई है। कार्यक्रम के विभिन्न घटकों के अंतर्गत रणनीतियों एवं उपलब्धियों का व्यौरा आगे के अध्यायों में दिया गया है।

तालिका 1.1 – 2011-12 और 2012-13 के दौरान वास्तविक लक्ष्यों की प्राप्ति की दिशा में प्रगति

सूचक	2011-12		2012-13	
	लक्ष्य	उपलब्धि	लक्ष्य	उपलब्धि, दिसंबर 2012 तक
स्थापित नई लक्षित हस्तक्षेप	170	220	180	218
राष्ट्रीय प्रोटोकोल के अनुसार प्रबंधित एस.टी.आई./आर.टी.आई. रोगी	47.5 लाख	56.32 लाख	64.2 लाख	35.33 लाख
स्थापित नये रक्तघटक पृथक्करण इकाई	7	4	3	3
नाको से सहायता प्राप्त रक्त बैंकों में स्वैच्छिक रक्तदान के जरिए संग्रह की गई रक्त यूनिटों को अनुपात	90%	84.3	90%	83.5%
समर्पक कार्यकर्ता परियोजना के अंतर्गत आने वाले जिले (संचयी)	163	160	163	139
एच.आई.वी. के लिए जाँच किए गए व्यक्ति (सामान्य व्यक्ति)	120 लाख	109.31 लाख	130 लाख	73.25 लाख
एच.आई.वी. के लिए जाँच की गई गर्भवती महिलाएँ	90 लाख	85.63 लाख	90 लाख	57.10 लाख
एच.आई.वी. गर्भवती महिला और बच्चे जिन्हें ए.आर.वी. प्रोफिलैक्सस मिल रहा है	.	84%	75%	96%
एच.आई.वी. – टी.बी.क्रॉस रैफरल	9.5 लाख	13.52 लाख	11 लाख	9.72 लाख
गठित ए.आर.टी.केन्द्र (संचयी)	340	355	400	380
ए.आर.टी. के संबंध में पी.एल.एच.आई.वी. (संचयी)	4.50 लाख	5.16 लाख	6.40 लाख	6,04,987
अवसरवादी संक्रमण जिसका इलाज किया गया	3.1 लाख	6.38 लाख	4.3 लाख	4,84,925
जनसंचार मीडिया—टी.वी./रेडियो पर जारी अभियान	9	6	9	4
कॉलेजों में गठित नए रेड रिबन क्लब	1,000	675	500	396
मुख्य धारा प्रशिक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत प्रशिक्षित व्यक्ति	1,50,000	6,48,557	6.5 लाख	3.11 लाख
नाको द्वारा निविदित सामाजिक विपणन संगठनों द्वारा कण्डोम का विपणन	34.9 करोड़ पीस	50.6 करोड़ पीस	35 करोड़ पीस	22.83 करोड़ पीस
कण्डोमों का निःशुल्क वितरण	.	.	44.5 करोड़ पीस	29.5 करोड़ पीस

द्वितीय ब्रिक्स स्वास्थ्य मंत्रियों की बैठक के दिल्ली विज्ञप्ति में एच. आई. वी. द्वारा पैदा की गई निर्दंतर चुनौती का सामना करने के लिए प्रयासों में और तेजी लाने का आह्वान किया गया

एडस नियंत्रण विभाग के सचिव और अपर सचिव ने नई दिल्ली में 10-11 जनवरी, 2013 को आयोजित ब्रिक्स स्वास्थ्य मंत्रियों की दूसरी बैठक के परामर्श में सक्रिय रूप से भाग लिया। सहयोगी कार्यवाई के लिए ब्रिक्स स्वास्थ्य मंच के अंतर्गत मई, 2012 में कार्य के पाँच विशिष्ट विषयक (थिमेटिक) क्षेत्रों की पहचान की गई थी – स्वास्थ्य निगरानी, असंचारी रोग और सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज, रणनीतिक स्वास्थ्य प्रौद्योगिकियाँ, चिकित्सा प्रौद्योगिकियाँ, औषध की खोज एवं विकास। भारत ने स्वास्थ्य निगरानी को सुदृढ़ करने के बारे में विषयक (थिमेटिक) क्षेत्र का नेतृत्व किया है।

ब्रिक्स राष्ट्रों के स्वास्थ्य सचिव तथा स्वास्थ्य के वरिष्ठ सलाहकार पहले दिन मिले तथा साझा स्थिति पर चर्चा की तथा पाँचों थिमेटिक क्षेत्रों के लिए एक कार्ययोजना तैयार की। इसके बाद विश्व स्वास्थ्य संगठन के सुधारों, बाल स्वास्थ्य और एच. आई. वी./एडस के बारे में साझा स्थिति पर चर्चा की गई। नाको ने 'एच. आई. वी./एडस पर साझा स्थित संबंधी दस्तावेज' तैयार किया था जिसको प्रस्तुत किया गया तथा जिसपर चर्चा की गई। इसके अतिरिक्त, भारत के राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम के उपलब्धियों को भी प्रस्तुत किया गया। नाको ने दिल्ली विज्ञप्ति का प्रारूप तैयार करने तथा इसको अंतिम रूप देने के लिए वार्ताओं में सक्रिय रूप से योगदान दिया।

दिल्ली विज्ञप्ति को ब्रिक्स देशों के स्वास्थ्य मंत्री की बैठक में अपनाया गया जिसकी अध्यक्षता श्री गुलाम नवी आजाद, माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री, भारत सरकार ने की। उन्होंने इस बात को भी उजागर किया कि ब्रिक्स मंच सहयोग की विशिष्ट कार्यवाई योग्य योजनाओं के जरिए विशेषकर सार्वजनिक क्षेत्र में स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ करने की दिशा में वैशिक प्रयास में अत्यधिक योगदान देगा। उन्होंने ब्रिक्स देशों से अनुरोध किया कि

वे यह सुनिश्चित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते रहें कि कोई अंतरराष्ट्रीय एवं क्षेत्रीय व्यापार करारों से सार्वजनिक स्वास्थ्य चिंताओं के पक्ष में ट्रिप्स लचीलेपन की अनदेखी न हो।

दिनांक 11 जनवरी, 2013 को ब्रिक्स स्वास्थ्य मंत्रियों की द्वितीय बैठक में अपनाई गई दिल्ली विज्ञप्ति से एच. आई. वी./एडस के बारे में एक उद्धरण निम्नलिखित है :

"मंत्रियों ने एच. आई. वी. से उत्पन्न चुनौतियों का सामना करने के लिए नए सिरे से प्रयासों में तेजी लाने का आह्वान किया। उन्होंने विभिन्न नीतियों अर्थात् निवारक सेवाओं, प्रभावकारी औषधों एवं नैदानिक समाग्री के साथ लोगों तक पहुँच बनाने के लिए अभिनव रास्ते, नये उपचार पद्धतियों के बारे में सूचना का अदान – प्रदान, हाल के संक्रमणों तथा एच. आई. वी. – क्षय रोग सह – संक्रमणों का निर्धारण के जरिए एच. आई. वी./एडस पर काबू पाने में सहयोग पर ध्यान केन्द्रित करने के बारे में प्रतिबद्धता व्यक्त की। सभी मंत्री निगरानी, एच. आई. वी. के प्रसार को रोकने के लिए मौजूदा एवं नई रणनीतियों तथा वहनीय उपचार को तेजी से आगे बढ़ाने के क्षेत्रों में अनुभव और जानकारी आदान – प्रदान करने के लिए सहमत हुए। उन्होंने यह सुनिश्चित करने के लिए अपनी प्रतिबद्धता दोहराई कि द्विपक्षीय एवं क्षेत्रीय व्यापार करारों से ट्रिप्स के लचीलेपन की उपेक्षा न हो ताकि विकासशील देशों के लिए वहनीय जेनरिक ए. आर. वी. औषधों की उपलब्धता सुनिश्चित हो सके।

नाको ने ब्रिक्स बैठक के साथ साथ आयोजित ब्राजील और दक्षिण अफ्रिका के प्रतिनिधिमंडलों के साथ आई. वी. एस. ए. त्रिपक्षीय बैठक में भी भाग लिया। भारत में राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम की प्रमुख रणनीतियों और उपलब्धियों को प्रस्तुत किया गया तथा एच. आई. वी./एडस में सहयोग के प्रस्तावित क्षेत्रों के बारे में चर्चा की गई।

एच.आई.वी./एड्स महामारी की वर्तमान स्थिति

भारत में एच. आई. वी. महामारी उच्च जोखिम वाले समूहों में केन्द्रित है तथा इसका वितरण विषम है। इस महामारी को तेजी प्रदान करने वाली संवेदनशीलताएं देश के विभिन्न भागों में अलग — अलग हैं। एच. आई. वी. के समग्र रुझानों से राष्ट्रीय स्तर पर इस महामारी में कमी होने का पता चलता है, हालांकि राज्यों के बीच इस बारे में भिन्नताएं मौजूद हैं। निवारण और उपचार दोनों रणनीतियों से अच्छे परिणाम प्राप्त हुए हैं, जैसा कि देश में नये संक्रमणों में कमी तथा एड्स से जुड़ी मौतों में कमी से परिलक्षित होता है।

राष्ट्रीय स्तर पर वयस्क एच. आई. वी. व्याप्तता में लगातार कमी हुई है। यह वर्ष 2001 में 0.41 प्रतिशत के अनुमानित स्तर से घटकर वर्ष 2006 में 0.35 प्रतिशत और फिर वर्ष 2011 में 0.27 प्रतिशत हो गई है। ऐसी ही लगातार गिरावट राष्ट्रीय स्तर पर पुरुषों एवं महिलाओं दोनों में देखी गई है। वयस्क एच. आई. वी. व्याप्तता में कमी के रुझान सभी उच्च व्याप्तता वाले राज्यों (आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, मणिपुर, नागालैण्ड और तमिलनाडु) तथा अन्य राज्यों जैसे कि मिजोरम और गोवा में बरकरार है, हालांकि उत्तर के कुछ राज्यों अर्थात् ओडिशा, छत्तीसगढ़, झारखण्ड तथा उत्तराखण्ड, उत्तर पश्चिम क्षेत्र के कुछ राज्यों, जिनमें पंजाब, चंडीगढ़ और दिल्ली शामिल हैं, और असम सहित पूर्वतर के कुछ कम व्याप्तता वाले राज्यों में वयस्क एच. आई. वी. व्याप्तता में बढ़ने का रुझान देखा गया है।

राष्ट्रीय स्तर पर युव जनों (15 – 24 वर्ष की आयु) में भी एच. आई. वी. की व्याप्तता में स्पष्ट कमी दिखाई दी है, वर्ष 2000 में यह व्याप्तता 0.30 प्रतिशत थी जो कि पिछले चार से पाँच वर्षों में 0.11 प्रतिशत के आस-पास स्थिर है। अधिकतर राज्यों में युव जनों (15 – 24 वर्ष) में एच. आई. वी. व्याप्ता में गिरावट या स्थिर रुझान देखा गया है।

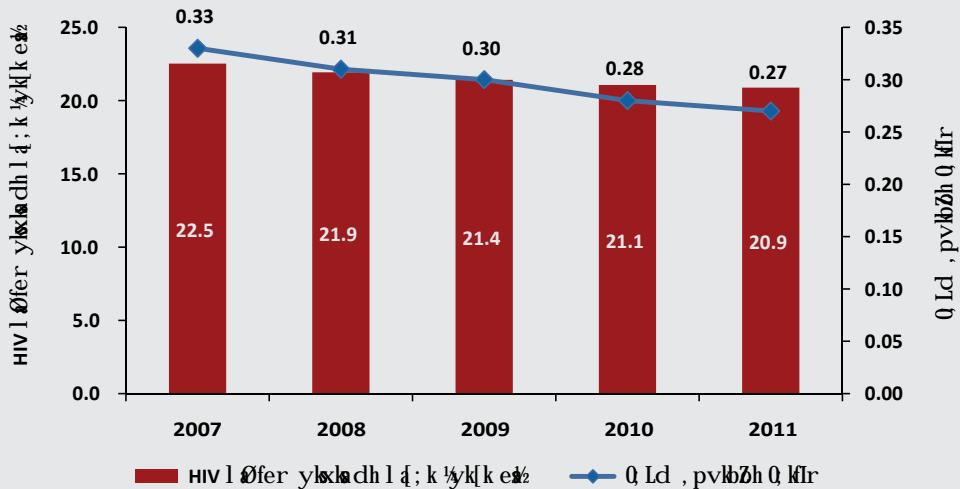
भारत में एच. आई. वी./एड्स से पीड़ित लोगों की कुल संख्या वर्ष 2011 में 20.9 लाख अनुमानित है। 15 वर्ष से कम आयु के बच्चों में कुल संक्रमणों का 7 प्रतिशत (1.45 लाख) संक्रमण है जबकि 86 प्रतिशत संक्रमण 15–49 वर्ष के आयु वर्ग में है। सभी एच. आई. वी. संक्रमणों में से 39 प्रतिशत (8.16 लाख) महिलाओं में हैं। भारत में एच. आई. वी. पीड़ित व्यक्तियों की अनुमानित संख्या में लगातार कमी जारी है, वर्ष 2006 में इसकी संख्या 23.2 लाख थी जो कम होकर 2011 में 20.9 लाख हो गई है। दक्षिण भारत के चार उच्च व्याप्तता वाले राज्यों (आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, कर्नाटक, तमिलनाडु) में देश के कुल एच. आई. वी. संक्रमणों का 53 प्रतिशत संक्रमण है।

भारत में वर्ष 2011 में वयस्कों में लगभग 1.16 लाख वार्षिक नये एच. आई. वी. संक्रमण तथा बच्चों में लगभग 14,500 नये एच. आई. वी. संक्रमण होने का अनुमान है। वयस्कों में 2011 में अनुमानित 1.16 लाख नये संक्रमणों में से आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, तमिलनाडु, मणिपुर और नागालैण्ड जैसे पहले के उच्च एच. आई. वी. व्याप्तता वाले राज्यों में कुल संक्रमणों के 31 प्रतिशत संक्रमण हुए हैं जबकि कुछ कम व्याप्तता वाले राज्यों (ओडिशा, झारखण्ड, बिहार, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, गुजरात, छत्तीसगढ़, राजस्थान, पंजाब एवं उत्तराखण्ड) में कुल मिलाकर नये संक्रमणों के लगभग 57 प्रतिशत संक्रमण हुए हैं।

भारत ने पिछले दशक के दौरान अनुमानित वार्षिक नए एच. आई. वी. संक्रमणों (वयस्क लोगों में) में 57 प्रतिशत की समग्र कमी दिखाई है अर्थात् वर्ष 2000 में नये संक्रमण 2.74 लाख थी जो घटकर 2011 में 1.16 लाख हो गई है। यह राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम तथा बढ़ाई गई निवारक रणनीतियों के अंतर्गत विभिन्न उपायों के प्रभाव के बारे में सर्वाधिक महत्वपूर्ण प्रमाणों में से एक है। इस कमी में प्रमुख रूप से योगदान उच्च व्याप्तता

चार्ट 2.1 : भारत में एच. आई. वी. महामारी के घटते लक्षण

vuqfur Q Ld HIV Q kfr vlg HIV l Øfer ykskdh l q; H Mj r] 2007&11



efgyk dly i h, y-, p-vlbZoh dk 39% i fr' kr; cPps dly i h, y-, p-vlbZoh dk 7% i fr' kr

स्रोत: टेक्नीकल रिपोर्ट इंडिया एचआईवी एस्टीमेट 2012, नाको एण्ड एनआईएमएस

वाले राज्यों से मिला है जहां इस अवधि के दौरान 76 प्रतिशत की कमी देखी गई है।

एन. ए. सी. पी. – 3 के दौरान वयस्कों में नये एच. आई. वी. संक्रमणों में उच्च व्याप्तता वाले राज्यों में वर्ष 2007 से 2011 में 28 प्रतिशत तक की कमी आई है, हालांकि कुछ कम व्याप्तता वाले राज्यों में नए संक्रमणों की बढ़ती प्रवृत्तियां देखी गई हैं।

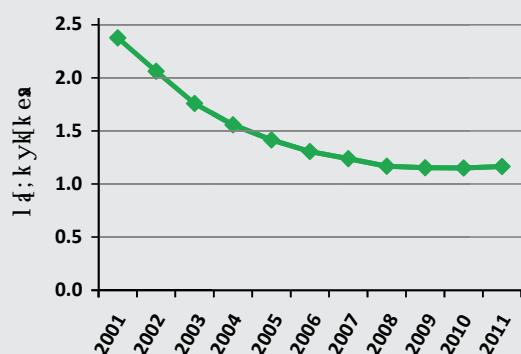
इस कार्यक्रम ने इन उभर रही संवेदनशीलताओं से निपटने के लिए संकेन्द्रित निवारण रणनीतियां विकसित की हैं।

भारत ने संकेन्द्रित महामारी की स्थिति को बनाये रखा है। राष्ट्रीय स्तर पर तथा अधिकतर राज्यों में, जहाँ लम्बे समय से लक्षित उपायों के द्वारा व्यवहार परिवर्तन तथा कण्डोम के प्रयोग को बढ़ाने पर ध्यान केन्द्रित किया गया है, महिला यौन कर्मियों

चार्ट 2.2 : कार्यक्रम प्रभाव का प्रमाण: नए एच. आई. वी. संक्रमणों एवं एड्स संबंधी मौतों के घटते लक्षण

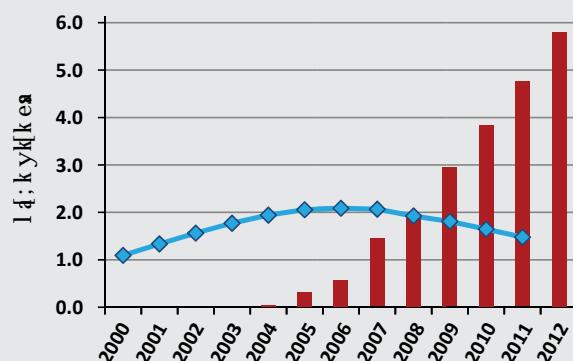
u; s l Øe. k ea 57% deh 1/2000&11½ jkdlfke j. klf r ea c< k j h dh ot g l s

o; Ldkl 15+½ l svuqfur u; s l Øe. k



, M l xf/kr eR k ea 29% deh 1/2000&11½ , vlg Vh mi plj ea c< k j h dh ot g l s

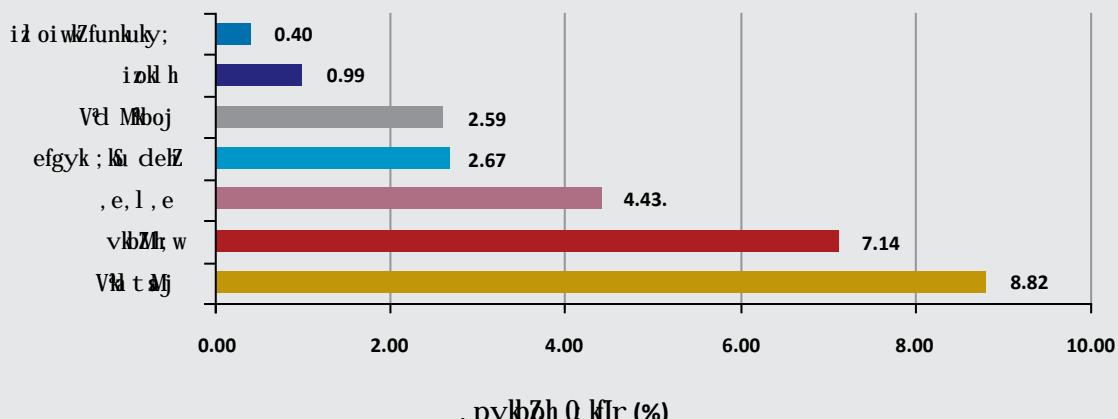
■ ART ij ejlt + □ ok'kl , M l xf/kr eR q



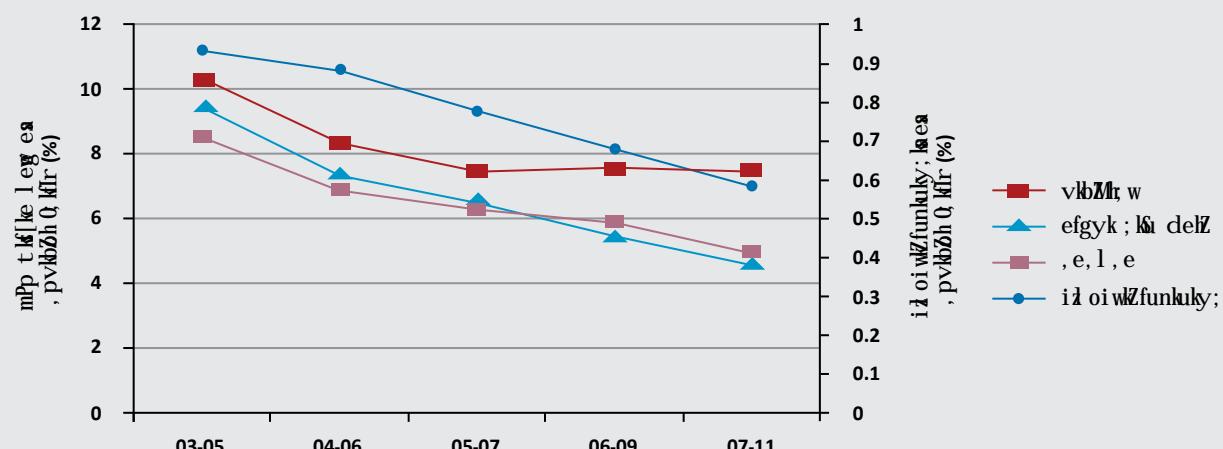
में एच.आई.वी. व्यापत्ता में अच्छी खासी कमी दर्ज की गई है (2007 में 5.06% से वर्ष 2011 में 2.67%)। यह कमियां पुरुषों के साथ यौन संबंध स्थापित करने वाले पुरुषों में भी हासिल की गई हैं (2007 में 7.41% से वर्ष 2011 में 4.43%), हालांकि देश के कई हिस्सों में मिश्रित रुझानों के साथ उनके बीच उच्च एच.आई.वी. व्यापत्ता देखी गई है। वर्ष 2010-11 में राष्ट्रीय स्तर पर आम लोगों (ए.एन.सी. के लिए आने वाले गर्भवती महिलाओं) के लिए एच.आई.वी. की व्यापत्ता तथा विभिन्न जोखिम समूहों में एच.आई.वी. की व्यापत्ता का व्यौरा चार्ट 2.3 में तथा निम्नतर एच.आई.वी. प्रहरी स्थलों पर आधारित तीन वर्ष के औसतों का रुझान चार्ट 2.4 में दिए गए हैं।

कुछ उत्तर पश्चिमी राज्यों में ड्रग की सुई लेने की प्रवृत्ति की पहचान प्रमुख जोखिम के रूप में की गई है जिसने महामारी के प्रसार को बढ़ाया है। राष्ट्रीय स्तर पर ड्रग की सुई लेने वाले व्यक्तियों में स्थाई रुझान दर्ज किए गए हैं (वर्ष 2007 में 7.23% से वर्ष 2011 में 7.14%)। पूर्वांतर राज्यों के अलावा जहां कमियां हासिल की गई हैं, पंजाब, चंडीगढ़, दिल्ली, मुम्बई, केरल, उड़ीसा, मध्य प्रदेश, उत्तर प्रदेश और बिहार राज्यों में ड्रग की सुई लेने वाले व्यक्तियों में उच्च एच.आई.वी. व्यापत्ता के नए पॉकेट्स विगत कुछ वर्षों में सामने आए हैं। नये क्षेत्रों में ड्रग की सुई लेने वाले व्यक्तियों के लिए निवारण रणनीतियां हाल ही में शुरू की गई हैं तथा अगले पांच वर्षों

चार्ट 2.3 : विभिन्न जोखिम समूहों में ए.एन.सी. के लिए राष्ट्रीय एच.आई.वी. व्यापत्ता, वर्ष 2010-11



चार्ट 2.4 : राष्ट्रीय स्तर पर सामान्य आबादी एवं उच्च जोखिम समूहों में एच.आई.वी. व्यापत्ता रुझान



(नोट : सतत स्थलों पर आधारित संचाल औसत : ए.एन.सी.- 385, एफ.एस.डब्ल्यू - 89 स्थल, एम.एस.एम. - 22 स्थल, एच.डी.यू. - 38 स्थल)

के दौरान उनको आगे और बढ़ाने हेतु प्राथमिकता तय की गई है।

कम व्याप्तता वाले राज्यों में उभर रही महामारियों के प्रेरक कारकों के विश्लेषण से कुछ उत्तर भारतीय राज्यों में महामारी पैदा होने में ग्रामीण क्षेत्रों से लोगों के उच्च व्याप्तता वाले गणताव्य स्थानों की ओर पलायन करने की संभावित भूमिका की ओर इशारा होता है। उच्च जोखिम वाले समूहों में एच. आई. वी. के उच्च स्तर, ग्रामीण क्षेत्रों से उच्च व्याप्तता वाले क्षेत्रों में पलायन की अत्यधिक मात्रा शहरी आबादी की तुलना में ग्रामीण आबादी में प्रसव पूर्व जाँच कराने के लिए आने वाली महिलाओं में उच्च एच. आई. वी. व्याप्तता तथा प्रवासी परियों वाली गर्भवती महिलाओं में उच्चतर एच.आई.वी. व्याप्तता इन राज्यों में देखी गई जिससे इस टिप्पणी की पुष्टि होती है। अन्य व्यवहार संबंधी अडचनों और कोरिडोर अध्ययनों से उजागर हुए प्रवासियों में संवेदनशीलताओं संबंधी प्रमाण से इस संभावना की आगे और पुष्टि होती है। इसके अतिरिक्त, लंबी दूरी की यात्रा करने वाले ट्रकर्स में भी उच्च स्तरीय संवेदनशीलता का पता चलता है तथा वे ब्रिज आबादी के प्रमुख भाग हैं।

उपचार सहित या उपचार के बिना एच. आई. वी. के साथ जी रहे व्यक्तियों के बारे में वैशिक रूप से स्वीकार्य क्रिया विधियों और अद्यतन प्रमाण का उपयोग करते हुए यह अनुमान लगाया गया है कि लगभग 1.48 लाख लोगों की मृत्यु भारत में वर्ष 2011 में एड्स से जुड़े कारणों से हुई। एच. आई. वी. संक्रमित बच्चों में हुई मौतें एड्स से जुड़ी सभी मौतों के 7 प्रतिशत हैं। एन. ए. सी. पी. – 3 की अवधि (2007–11) के दौरान ए. आर. टी. की व्यापक सुलभता के परिणामस्वरूप वार्षिक एड्स संबंधी मौतों की

अनुमानित संख्या में 29 प्रतिशत की कमी आई है। ऐसे राज्यों में अनुमानित वार्षिक मौतों में अत्यधिक कमी देखी गई है जहाँ ए. आर. टी. सेवाओं में काफी वृद्धि की गई है। उच्च व्याप्तता वाले राज्यों में वर्ष 2007 से 2011 के दौरान एड्स से जुड़ी अनुमानित मौतों में लगभग 42 प्रतिशत की कमी आई है।

यह अनुमान है कि वर्ष 2004 से निःशुल्क ए. आर. टी. में वृद्धि के कारण ए. आर. टी. से जुड़े कारणों से होने वाले मौतों को रोककर 2011 तक देश में 1.5 लाख से अधिक जिन्दगियाँ बचाई गई हैं। ए. आर. टी. सेवाओं की वृद्धि की मौजूदा गति से अगल पाँच वर्ष में प्रति वर्ष लगभग 50,000 – 60,000 मौतों को रोके जाने का अनुमान है।

उपर्युक्त प्रमाणों से यह पता चलता है कि भारत 'शून्य नये संक्रमण, शून्य एड्स संबंधी मौतों एवं शून्य भेदभाव' के वैशिक लक्ष्यों को प्राप्त करने के राह पर है, तथापि जहाँ काफी कमियाँ प्राप्त की गई हैं वहाँ रोकथाम संबंधी फोकस और गहनता को बनाए रखना उभर रही महामारियों से कारगर ढंग से निपटते हुए लाभों को सुदृढ़ करने के लिए काफी महत्वपूर्ण है। उपचार के बढ़ते कवरेज और एड्स से जुड़ी मौतों में कमी से बड़ी संख्या में लोगों द्वारा आगामी वर्षों में फर्स्ट और सेकेण्ड लाइन ए. आर. टी. उपचार प्राप्त किये जाने की संभावना है। इस कार्यक्रम के लिए प्रमुख चुनौती यह सुनिश्चित करना होगा कि निवारण की आवश्यकताओं का त्याग किए बगैर उपचार की आवश्यकताओं को पूरी तरह पूरा किया जाता है। नाको ने इन उभरती चुनौतियों का संज्ञान लिया है तथा क्षेत्र विशिष्ट रणनीतियों एवं निवारण में प्रमाण आधारित वृद्धि और साथ ही उपचार उपायों पर ध्यान केन्द्रित किया है।

लक्षित हस्तक्षेप

भारत की HIV महामारी अन्य एशियाई महामारियों की तरह उच्च जोखिम व्यवहारों जैसे असुरक्षित यौन संबंध (विषम लैंगिक एवं समलैंगिक) और सुई द्वारा नशा लेने से मुख्य रूप से प्रेरित है। इसके परिणामस्वरूप यह महामारी जनसंख्या के उन उपसमूहों में मुख्य रूप से केन्द्रित है जिनके ऐसे उच्च जोखिम वाले क्रियाकलापों में लिप्त होने की संभावना अधिक रहती है। एच. आई. वी. संक्रमणों के प्रति उनकी उच्च संवेदनशीलता के कारण जनसंख्या के इन उपसमूहों को उच्च जोखिम वाले समूह (एच. आर. जी.) या अधिकतर जोखिम वाली आबादियों (एम. ए. आर. पी.) के रूप में जाना जाता है।

भारत में महिला यौन कर्मियों (एफ. एस. डब्ल्यू), पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले पुरुषों (एम. एस. एम.), ट्रान्सजेंडरों/हिजरा तथा सुई द्वारा नशा लेने वाले व्यक्तियों (आई. डी. यू.) की पहचान मूल एच. आर. जी. के रूप में की गई है। ये आबादी

लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रम के अंतर्गत कवर किए गए प्रमुख जोखिम वाले समूह

- **ew mPp t k[le okysl eg**
 - महिला यौन कर्मी
 - पुरुषों के साथ यौन संबंध स्थापित करने वाले पुरुष
 - ट्रान्सजेंडर और हिजड़ा
 - सुई से नशा लेने वाले व्यक्ति और उनके पति/पत्नि
- **fctz l eg**
 - लंबी यात्रा करने वाले ट्रककर्मी
 - उच्च जोखिम वाले प्रवासी श्रमिक

एच. आई. वी. संक्रमण के उच्च जोखिम में होती हैं तथा यौन नेटवर्कों के जरिए आम आबादी में एच. आई. वी. संक्रमण को फैलाने में इसकी प्रमुख भूमिका होती है। इसलिए उच्च जोखिम वाले समूहों तथा उनके यौन सहभागियों के बीच संकेन्द्रित कार्यकलापों (उपायों) के जरिए रोकथाम करना देश में एच. आई. वी. महामारी को रोकने के लिए अत्यधिक महत्वपूर्ण है।

यह पाया गया है कि एच. आर. जी. से आम आबादी में एच. आई. वी. संक्रमण को फैलाने में दो अन्य आबादी समूहों की महत्वपूर्ण भूमिका होती है। इन आबादियों की, अपने कार्य और आवाजाही की प्रकृति के कारण एच. आर. जी. के संपर्क में आने की अधिक संभावना रहती है तथा ये यौन कर्मियों के ग्राहकों में से अधिकतर हिस्से होते हैं। इन जोखित वाले समूहों में लंबी यात्रा करने वाले ट्रककर्मी और प्रवासी श्रमिक शामिल हैं। चूँकि ये समूह एच. आर. जी. से आम आबादी में संक्रमण के फैलाने के लिए गुप्त माध्यम होते हैं इसलिए उनको ब्रिज समूह के रूप में भी जाना जाता है। इन समूहों की उच्च व्याप्तता वाले क्षेत्रों से अबतक के कम संक्रमण वाले क्षेत्रों में संक्रमण के संचरण में भी महत्वपूर्ण भूमिका होती है। एच. एस. के हाल के परिणामों से प्रवासन से संबंधित केन्द्रीय भारत के कम व्याप्तता वाले राज्यों में नये क्षेत्रों में संक्रमणों के बढ़ने का पता चला है।

महामारी के संचरण के इस मोडल को देखते हुए एच. आर. जी. की एच आई. वी. व्याप्तता को यथासंभव कम रखने के लिए उनपर रोकथाम संबंधी प्रयासों को लक्षित करना तथा ब्रिज आबादी में उनसे संचरण को कम करना सर्वाधिक प्रभावकारी और सक्षम रणनीति है। इसलिए एच. आर. जी. और ब्रिज आबादियों में संकेन्द्रित रोकथाम कार्यकलाप परियोजनाओं को राष्ट्रीय एड्स कार्यक्रम के अंतर्गत सहायता प्रदान की जाती है। इन कार्यकलाप परियोजनाओं को लक्षित हस्तक्षेप (टी. आई.) के रूप में जाना जाता है।

लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाएं

लक्षित हस्तक्षेप रोकथाम संबंधी परियोजनायें हैं जो एक परिभाषित भौगोलिक क्षेत्र में उच्च जोखिम वाले समूहों के साथ काम करती हैं। लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाएं (टी. आई.) जो गैर सरकारी संगठनों/समुदाय अधारित संगठनों द्वारा कार्यान्वित की जाती हैं, मूल एच. आर. जी. (एफ. एस. डब्ल्यू., एम. एस., टी. जी. और आई. डी. यू.) तथा ब्रिज समूह दोनों के साथ काम करती हैं। लक्षित हस्तक्षेप में एच. आर. जी. को एच. आई. वी. संचरण को रोकने तथा देखभाल, सहायता और उपचार सेवाओं तक अपनी पहुँच बढ़ाने के लिए आवश्यक सूचना, साधन और कौशल प्रदान किया जाता है। इन कार्यक्रमों में एच. आर. जी. व्यक्तियों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (एस. आर. एच.) और सामान्य स्वास्थ्य पर भी ध्यान दिया जाता है।

लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य एच. आर. जी. में एच. आई. वी. महामारी को रोकना तथा इसके बढ़ाने के रुझान को पलटना है। कार्यक्रम में गुणवत्ता युक्त एच. आई. वी. सेवाओं से एच. आर. जी. और ब्रिज समूह के कम से कम 80 प्रतिशत लोगों को कवर करने की योजना है।

लक्षित हस्तक्षेप परियोजना (टी. आई.) की प्रमुख विशेषताएं

- सहकर्मी अधारित नीति – उच्च जोखिम वाले समुदाय के लोगों को सेवाएं प्रदान करने तथा परिवर्तन के प्रतिनिधियों के रूप में कार्य करने के लिए नियुक्त करना।
- उच्च जोखिम वाले व्यवहारों को लक्षित करना न कि पहचान अथवा व्यक्तिगत चुनावों को।
- सेवाओं एवं वस्तुओं की व्यवस्था के साथ जोड़ना।
- व्यवहारों से जोखिम अर्थात् एस. टी. आई. और एच. आई. वी. संक्रमण के जोखिम को यौन कार्य से अलग करना।
- कार्यकलापों के व्यापक कार्यान्वयन के भीतर समुदायों और उनके मुद्रों को शामिल करना।
- लक्षित समुदाय के सांस्कृतिक और सामाजिक परिवेश के अनुकूल बनाना।
- सीमित संसाधनों का सर्वाधिक सक्षम उपयोग करने पर ध्यान देना।
- यह मानना कि जो लोग एच. आई. वी. संक्रमण के जोखिम में हैं, उनकी अधिकतर लोगों द्वारा प्रायः उपेक्षा की जाती है, उनको कलंकित माना जाता है और उनसे भेदभाव किया जाता है तथा उनको स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्राप्त करने में गंभीर समस्याओं का सामना करना पड़ता है।

एन. ए. सी. पी. का उद्देश्य संख्या (लक्षित हस्तक्षेप का कवरेज, संख्या) तथा सेवाओं की गुणवत्ता दोनों संदर्भों में उच्च जोखिम वाले समूहों के लिए कार्यकलाप बढ़ाना है।

इन परियोजनाओं को राज्य एडस नियंत्रण समितियों द्वारा अनुबंधित, वित्त पोषित और अनुश्रवण किया जाता है। परामर्श देने तथा लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने में राज्य एडस नियंत्रण समितियों को तकनीकी सहायता प्रदान करने के लिए तकनीकी सहायता इकाईयों की (टी. एस. यू.) की सेवा ली गई है। इसके अतिरिक्त, लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रम के लिए क्षमता निर्माण क्रियाकलाप करने हेतु राज्य प्रशिक्षण और संसाधन केन्द्रों के रूप में विभिन्न प्रतिष्ठित संगठनों/संस्थानों को प्रतियोगी निविदा प्रक्रिया के बाद सेवा में लगाया गया है। लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाओं को कार्यान्वित करने वाले एन. जी. ओ./सी. वी. ओ. नाको द्वारा तैयार मानक मासिक प्रतिवेदन प्रपत्र में राज्य एडस नियंत्रण समितियों को रिपोर्ट भेजते हैं जो राष्ट्रीय अनुश्रवण कार्यान्वयन का हिस्सा होता है।

लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रम के अंतर्गत प्रदान की गई सेवाएं

लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाएं आउटरीच अधारित सेवा प्रदानगी मॉडल के जरिए एच. आर. जी. को रोकथाम, सहायता और जुड़ाव सेवाओं का पैकेज प्रदान करती है।

लक्षित हस्तक्षेप के जरिए प्रदान की गई सेवाओं में निम्नलिखित शामिल हैं :

- यौन संचरित संक्रमणों (एस. टी. आई.) का पता लगाना और उनका उपचार।
- कण्डोम वितरण।
- सामाजिक विपणन के जरिए कण्डोम के उपयोग को बढ़ावा देना।
- व्यवहार परिवर्तन संप्रेषण।
- समुदाय की भागीदारी और सहभागिता से एक अनुकूल माहौल बनाना।
- एकीकृत परामर्श तथा जाँच केन्द्रों से परामर्श।
- एच. आई. वी. पॉजीटिव एच. आर. जी. के लिए देखभाल और सहयोग सेवाओं के साथ जोड़ना।
- समुदाय संगठन और स्वामित्व निर्माण।
- आई. डी. यू. के लिए विशिष्ट कार्यकलाप।
 - साफ सूझायों एवं सिरिजों का वितरण।
 - घाव निवारण एवं प्रबंधन।
 - ओपिओड सब्सटीच्यूशन थेरेपी (ओ. एस. टी.)।
 - व्यसन उपचार/पुनर्वास सेवाओं के साथ जोड़ना।
- एम. एस. एम. /टी. जी. के लिए विशिष्ट कार्यकलाप।
 - सामग्री की व्यवस्था।
- एफ. एस. डब्ल्यू. के लिए विशिष्ट कार्यकलाप।
 - महिला कण्डोमों की व्यवस्था (प्रायोगिक आधार पर)।

लक्षित हस्तक्षेपों के प्रकार

(i) उच्च जोखिम वाले समूहों के लिए कार्यकलाप
efgyk ; k dfeZ k ¼ Q- , l - MCV; w2dsfy,
dk Zlyki

यह अनुमान किया गया था कि देश के विभिन्न राज्यों में फैली हुई महिला यौनकर्मियों की संख्या 8.68 लाख है। इनमें से 7.34 लाख महिला यौनकर्मी (84.5 प्रतिशत) को 508 टी. आई. योजनाओं के माध्यम से सेवा प्रदान की जा रही है। टी. आई. परियोजनाओं के अंतर्गत यौनकर्मी की विभिन्न श्रेणियों को शामिल किया जा रहा है। यौनकर्मियों की विभिन्न श्रेणियों अर्थात् गणिकागृह आधारित यौनकर्मी, पथ-आधारित यौनकर्मी, गृहआधारित यौनकर्मी, लॉज आधारित, डाबा आधारित, मधुशाला बालाएँ आदि, जिनके लिए कार्यकलापों के विशिष्ट रणनीति की आवश्यकता होती है। समुदाय आधारित संगठनों के माध्यम से 50 परियोजनाएँ कार्यान्वित की जा रही हैं।

i q "k ft uds i q "k ds l kf yfxd l eak gks ¼ e- , l - , e-½dsfy, yf{kr gLr{ki dk ZDe

नाको ने एम. एस. एम. और टी. जी. के लिए कार्यकलापों पर विशेष जोर दिया है क्योंकि इनके मध्य एच. आई. वी. का पाया जाना तुलनात्मक दृष्टि से अधिक है। अधिक जोखिम वाले एम. एस. एम. और विषम लैंगिक जनसंख्या का पूरे देश में आकलन 4.12 लाख किया गया है। टी. आई. परियोजनाओं के माध्यम से 2.91 लाख (70.6 प्रतिशत) एम. एस. एम. और टी. जी. को 201 टी. आई. के जरिए सेवाओं के साथ शामिल किया जा रहा है। देश में 37 ऐसे लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाएं उन सी. बी. ओ. के माध्यमों से कार्यान्वित की जा रही हैं जिनका प्रबंधन समुदाय के द्वारा किया जाता है।

ग्लोबल फंड राउंड-9 एच. आई. वी. कार्यक्रम, 'पहचान' द्वारा भी राष्ट्रीय कार्यक्रम को सहायता प्रदान की जाती है जो इंडिया एच. आई. वी./एडस एलायंस द्वारा इन एस. एस. किन्नरों और विषम लैंगिक कार्यकलापों के लिए समुदायी संस्थाओं और प्रणालियों को मजबूत करने पर जोर देते हुए कार्यान्वित किया जाता है ताकि संबंधित सेवाओं की पहुँच और गुणवत्ता को और बेहतर बनाया जा सके।

fgt Ma & Vll t Mjksdfy, dk Zlyki

यह लगातार माना गया है कि हिजरों और ट्रान्सजेंडरों के लिए विशिष्ट आवश्यकताएँ हैं तथा उनको एक ऐसे पृथक समूह के रूप में देखना बेहतर है जो एस. एम. एस. की श्रेणी में नहीं आता। भारत में एच. आई. वी. महामारी को रोकने और उसको पलटने में योगदान देने के लिए अडिग प्रतिबद्धता दिखाते हुए राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम ने हिजरों - ट्रान्स जेंडरों के लिए अलग कार्यकलाप शुरू किए हैं। हिजरों/ट्रान्स जेंडरों के लिए कार्यक्रम को पर्याप्त गुणवत्ता के साथ आगे बढ़ाए जाने की जरूरत है ताकि एच. आई. वी. व्याप्तता को कम किया जा सके तथा रोकथाम एवं देखभाल सेवाएं उनको उपलब्ध कराई जा सकें। फिलहाल ट्रान्स जेंडर की आबादी के बारे में कोई

वैध राष्ट्रीय स्तर के अनुमान उपलब्ध नहीं है : इसलिए नाको ने यू. एन. डी. पी. की सहायता से हिजरो - ट्रान्स जेंडरों की मैपिंग शुरू की है। उनकी जरूरतों के लिए विशिष्ट आई. इ. सी. सामग्री तैयार करने के साथ - साथ नाको में हिजरों और ट्रान्सजेंडरों के बीच कार्यान्वित किए जा रहे लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रमों हेतु प्रचालन संबंधी दिशा निर्देश भी तैयार कर लिए गए हैं। दिसंबर 2012 तक ट्रान्स जेंडर/हिजरा आबादी के लिए विशिष्ट रूप से 20 लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रम चल रहे थे।

1 fZ}jk u'lk yus okys Q fDr; k dsfy, dk Zlyki

सुई द्वारा नशा लेने वाले व्यक्तियों उनके यौन साथियों में एच. आई. वी. के प्रति उच्च संवेदनशीलता होती है। एच. एस. एस. 2010 के अनुसार आई. डी. यू. में एच. आई. वी. की व्याप्तता 7.14 प्रतिशत है। यद्यपि व्याप्तता में पिछले वर्ष के एच. एस. एस. (एच. एस. 2009 में 9.2 प्रतिशत) से कमी आई है, तथापि यह किसी भी आबादी उपसमूह में सर्वाधिक व्याप्तताओं में से एक है। भारत में आमतौर से ओपीओड्स (हेरोइन, बुप्रेनॉरफाइन, प्रोपोक्रिसफीन आदि) को नॉन - ऑपियाड श्रेणी (अर्थात् डायजेपाम, प्रोमिथाजाइन, कलोरफेनीरेमाइन आदि) के किन्हीं अन्य नशों के साथ मिलाकर सुई से लिया जाता है। तथापि, देश में आई. डी. यू. व्यवहार विभिन्न क्षेत्रों में काफी अलग - अलग हैं।

देश में आई. डी. यू. की संख्या लगभग 1.77 लाख है। इसमें से लगभग 30 प्रतिशत पूर्वोत्तर राज्यों से होने का अनुमान है। दिसंबर 2012 तक लगभग 1.43 लाख आई. डी. यू. (अनुमानित संख्या का 81 प्रतिशत) को 264 विशिष्ट आई. डी. यू. टी. आई. और कुछ मिश्रत टी. आई. के जरिए सेवा प्रदान की जा रही है। इसके अतिरिक्त, यूनाइटेड नेशन्स ऑफिस ऑन ड्रग एण्ड क्राइम, दक्षिण एशिया (UNODC-ROSA) की सहायता से महिला आई. डी. यू. और पुरुष आई. डी. यू. के नियमित यौन सहयोगी हेतु 4 विशिष्ट कार्यकलाप पूर्वोत्तर राज्यों (मणिपुर, मिजोरम, नागालैण्ड और मेघालय में एक - एक) कार्यान्वित किए जा रहे हैं। दिसंबर 2012 तक 369 महिला आई. डी. यू. और 700 से अधिक पुरुष आई. डी. यू. के नियमित यौन सहयोगी इन कार्यकलापों से रोकथाम सेवाएँ प्राप्त कर रहे थे।

नाको ने सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए अनेक उपाय किए हैं जिनमें क्षति स्थिति नयनीकरण कार्यक्रम का विश्लेषण शामिल है जो कि डी. एफ. आई. डी. - टी. ए. एस. टी. के समर्थन के साथ किया गया था। ग्लोबल फंड राउंड-9 के अंतर्गत, एमसैनुअल हॉस्पिटल एसेसियेशन (झ. एच. ए.) प्रमुख प्राप्तकर्ता है वह नाको को आई. डी. यू. कार्यकलापों को मजबूत बनाने तथा आई. डी. यू. और उनके साथियों को क्षति न्यूनीकरण सेवाएं पहुँचाने के लिए राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर कार्यक्रम को सहयोग मिलता है। सुई द्वारा नशा लेने संबंधी व्यवहारों और आदतों की समझ बढ़ाने तथा आई. डी. यू. और उनके यौन साथियों द्वारा उपलब्ध सेवाओं को प्राप्त करने का मूल्यांकन करने के लिए कई अध्ययन किए गए हैं। इन

अनुसंधानों में अध्ययन के क्षेत्रों में शामिल हैं : आई. डी. यू. तथा सुई द्वारा नशा लेने की आदतों की संवेदनशीलता, एच. आई. वी. पोजिटिव आई. डी. यू. के बीच सी. एस. टी. सेवाओं की पहुँच और उपयोग तथा सुई द्वारा नशा लेने वाले व्यक्तियों में अधिक मात्रा के संबंध में रिस्पॉन्स और संदर्भ, आदि।

ओ. एस. टी. को 2007–08 में आई. डी. यू. कार्यक्रम में समाविष्ट किया गया था और तब से नाको गैर सरकारी संस्थाओं में 50 से अधिक ओ. एस. टी. केन्द्रों को सहायता प्रदान कर रही है जिनके द्वारा लगभग 4800 आई. डी. यू. सुविधा प्राप्त कर रहे हैं। वर्तमान में उन्हीं ओ. एस. टी., एन. जी. ओ. केन्द्रों को संबंधित राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा अनुबंधित किया गया है जो कि स्वतंत्र रूप से मान्यता प्राप्त करने के उपरान्त ओ. एस. टी. का कार्यान्वयन कर रहे हैं।

नाको ने सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में ओ. एस. टी. सेवाओं का कार्यान्वयन भी शुरू किया है। ओ. एस. टी. सेवाओं से अनुमानित आई. डी. यू. आबादी के कम से कम 20 प्रतिशत को सेवा प्रदान के लिए 300 से अधिक ओ. एस. टी. केन्द्रों की स्थापना करने के उद्देश्य से ओ. एस. टी. सेवाओं के विस्तार हेतु एक राष्ट्रीय योजना 32 राज्यों/संघ शासित राज्य क्षेत्रों में इस समय कार्यान्वयन की जा रही है। वर्ष 2012–13 के दौरान (दिसंबर 2012 तक) 45 नए ओ. एस. टी. केन्द्र स्थापित किए गए थे जिसके परिणामस्वरूप देश में ओ. एस. टी. कवरेज लगभग दोगुना हो गया। नाको 25 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में फैले 107 ओ. एस. टी. केन्द्रों के जरिए ओ. एस. टी. सेवाएँ प्रदान करने के कार्य को सहायता प्रदान कर रहा है, तथा दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार लगभग 1,500 आई. डी. यू. को निःशुल्क दवाईयाँ प्रदान करता है।

(ii) सेतु आबादी के लिए कार्यकलाप

mPp t kf[ke okyis izkfl ; kadsfy, dk Zlyki

नाको ने प्रवासियों के लिए कार्यक्रमों की रणनीति तय की है, जिसमें इस बात पर जोर दिया गया है कि प्रवासियों को एच. आई. वी. की रोकथाम, देखभाल और समर्थन सेवाएं, स्रोत (यानि उनके गाँव), आवागमन के मार्ग (जैसे रेल और बस स्टेशन जहाँ से बड़ी संख्या में प्रवासी रेल या बस में चढ़ते हैं और अपने काम की जगहों पर जाते हैं), तथा उनके लक्ष्य स्थानों (अर्थात् कार्य के स्थानों) पर प्रदान की जाए। नाको ने ऐसे 122 जिलों की पहचान की है जिनमें पलायन का औसत ऊँचा है (जनगणना 2001 के आधार पर)। ये जिले 11 राज्यों में फैले हैं जिन्हें समुदाय स्थल के प्रवासी कार्यकलापों को शुरू करने के लिए प्राथमिकता दी गई है।

वर्ष 2012–13 के दौरान नाको ने ऐसे प्रमुख क्षेत्रों की पहचान की जो स्रोत स्थल, मार्गस्थ स्थल और गंतव्य स्थल में संशोधित प्रवासी कार्यकलाप को सुदृढ़ कर सकते हैं। इस उद्देश्य के लिए दो महत्वपूर्ण गलियारों – थाने – उत्तर प्रदेश (आजमगढ़, इलाहाबाद, जौनपुर, महाराजगंज) और गंजाम (ओडिशा)–सूरत

(गुजरात) के बीच प्रवासी कार्यकलापों की मॉडलिंग की जा रही है। इसमें प्रवासियों और उनके जीवन साथियों के लिए सेवाओं की निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए इंटरनेट आधारित ट्रैकिंग प्रणाली को प्रायोजित आधार पर शुरू करना शामिल होगा।

गंतव्य स्थल पर कार्यक्रमों को राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा बेहतर अनुश्रवण एवं प्रतिवेदन से सुदृढ़ किया गया है। दिसंबर 2012 तक प्रवासी गंतव्य स्थलों पर राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा चलाए गए 215 लक्षित हस्तक्षेपों से 29.7 लाख उच्च जोखिम वाले प्रवासियों तक पहुँचा जा रहा है। एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी आंकड़े से भी प्रवासियों में व्याप्तता में कमी का पता चला है अर्थात् वर्ष 2008–09 में व्याप्तता 2.35 प्रतिशत थी जो घटकर वर्ष 2010–11 में घटकर 0.99 प्रतिशत हो गई है।

त्योहारों (दशहरा, छठ पूजा, क्रिसमस, दिवाली, ईद) के दौरान जब प्रवासी अपने गांव लौटते हैं तो उस समय प्रखण्ड स्तर पर स्वास्थ्य शिविर लगाए गए। इस शिविरों में आने वाले व्यक्तियों में चिकित्सा प्राप्त करने संबंधी व्यवहार तथा एच. आई. वी. जांच एवं परामर्श को बढ़ावा दिया गया। त्योहार के मौसम के दौरान (13 अक्टूबर – 17 दिसंबर 2012), बिहार, छत्तीसगढ़, झारखण्ड, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान और पश्चिम बंगाल राज्यों में 90 जिलों के 375 प्रखण्डों में 641 गहन संप्रेषण और स्वास्थ्य शिविर आयोजित किए गए। इन जिलों के डी. ए. पी. सी. यू. और एन. आर. एच. एम. के बीच घनिष्ठ समन्वय से आयोजित इन शिवरों में 2.5 लाख के अधिक व्यक्तियों को एच. आई. वी./एड्स के बारे में शिक्षित किया गया तथा एस. टी. आई. और सामान्य बीमारियों के लिए उनका उपचार किया गया। शिविरों के दौरान शिविर में आने वाले व्यक्तियों में से 29.6 प्रतिशत व्यक्तियों ने खैच्छक परामर्श और जाँच की सुविधा का लाभ उठाया। एच. आई. वी. पॉजिटिव व्यक्तियों को ए. आर. टी. केन्द्रों से जोड़ दिया गया। इन स्वास्थ्य शिविरों ने प्रशिक्षित लोक नाट्य कलाकारों द्वारा लोक नाट्य अभियानों तथा सामाजिक विपणन संगठनों द्वारा कण्डोम अभियानों के लिए भी एक मंच प्रदान किया। शिविर में आने वाले व्यक्तियों में से लगभग 56 प्रतिशत व्यक्ति प्रवासी या उनके जीवन साथी थे। इस प्रकार लक्षित आबादी तक इस रणनीति के द्वारा कारगर ढंग से पहुँचा जा सका।

इसके साथ ही 122 जिलों में निर्धारित किए गए चुनिंदा मार्गस्थ स्थलों में 37 कार्यकलाप चल रहे हैं जहाँ से प्रवासी अपने गंतव्य स्थलों (सामान्यतया कार्य स्थल) तक पहुँचने के लिए लंबी दूरी की ट्रेनों/बसों पर सवार होते हैं। इन स्थलों पर मौजूदा कार्यकलापों से संबंधित अंशकालिक आउटरीच कार्यकर्ता एच. आई. वी. की रोकथाम के बारे में सामूहिक सत्र करते हैं। इसके अतिरिक्त प्रमुख गंतव्य स्थलों (विशिष्ट स्रोत – गंतव्य कॉरिडोर के लिए यथा निर्धारित) में उपलब्ध सेवाओं पर सूचना संबंधी बुकलेट, कण्डोम, दैनिक उपयोग में आने

वाली वस्तुओं जैसे कि छोटे नोटबुक, बॉलपेन, कंधी आदि वाली प्रवासन किटें प्रवासन कामगारों को निःशुल्क वितरित की जाती हैं। इस रणनीति का उद्देश्य एच.आई.वी. की रोकथाम संबंधी संदेशों का प्रसार करना तथा प्रवासियों को गंतव्य स्थल पर एच.आई.वी. संबंधी सेवाएं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहित करना है। वर्ष 2012-13 के दौरान 5,50,163 प्रवासियों और उनके पति/पत्नियों तक दिसंबर 2012 तक 61,550 आउटरिच सत्रों के माध्यम से पहुँचा गया।

लंबी यात्रा करने वाले ट्रक्कर्मी के लिए कार्यक्रम

फिलहाल, राज्य एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा 75 ट्रक चालक कार्यक्रमों द्वारा 9.67 लाख ट्रक तक पहुँचा जा रहा है और उनको एस. टी. आई. स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ, जोखिम न्यूनीकरण परामर्श, और कण्डोम उपलब्ध कराए जा रहे हैं। लठाई के स्थानों में दवाखाने को [k] & l j {k Dylfud ब्राण्ड नाम दिया गया है। स्वसम्मान, जोखिम अवधारणा और ट्रक में वितरण हेतु सेवा अद्यतन संबंधी आई. ई. सी. सामग्री तैयार की गई है। इसके अतिरिक्त 46 ऐसे स्थान हैं, जहाँ जोखिम को कम करने के लिए कण्डोम सामाजिक विपणन पहल लागू की गई है। कार्यकलाप में प्रभाव की संवृद्धि करने के लिए व्यवहार परिवर्तन संप्रेषण (बी. सी. सी.) सामग्री, प्रशिक्षण किट और लघु स्तरीय योजना को हर स्थान की जरूरतों के अनुसार संशोधित किया गया है।

लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रमों के लिए क्षमता निर्माण क्रियाकलाप

क्षमता निर्माण क्रियाकलाप लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रम का निरंतर एवं अभिन्न भाग है और इनका उद्देश्य टी. आई. कर्मियों को पर्याप्त समझ, कौशल और सूचना प्रदान करना और इस प्रकार उनको अपने कार्य प्रभावी और सक्षम तरीके से करने में योग्य बनाना है। इस प्रयोजनार्थ कई राज्यों में राज्य प्रशिक्षण और संसाधन केन्द्रों को अनुबंधित किया गया है जिनसे प्रशिक्षण, मौके पर सहायता और अनुसंधान क्रियाकलापों के जरिए टी. आई. की प्रचालन संबंधी क्षमता सुदृढ़ होने और सेवा प्रदानगी की गुणवत्ता बेहतर होने की आशा है।

एस. टी. आर. सी. को प्रशिक्षण और परामर्श क्रिया कलापों के लिए स्थानीय संसाधन पूल विकसित करने की जिम्मेदारी भी सौंपी गई है।

इस समय 21 राज्यों और 4 संघ राज्य क्षेत्रों में 16 एस. टी. आर. सी. काम कर रहे हैं तथा 8 और एस. टी. आर. सी. के स्थापित किए जाने की आशा है। एस. टी. आर. सी. राज्य एड्स नियंत्रण समितियों तथा टी. एस. यू. के साथ समन्वय से टी. आई. स्टाफ की क्षमता निर्मित करने के लिए कार्य करते हैं। यद्यपि नये स्टाफ को मानकीकृत मॉड्यूलों पर आरंभिक प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है वहीं पुराने स्टाफ को एस. टी. आर. सी. द्वारा किए गए आवश्यकता मूल्यांकन के आधार पर आवश्यकतानुसार प्रशिक्षण प्रदान किए जाते हैं।

एस. टी. आर. सी. के माध्यम से टी. आई. स्टाफ के मानकीकृत प्रशिक्षण को सुगम बनाने तथा अन्य राज्यों में संदेशों की एकरूपता सुनिश्चित करने के लिए कई प्रशिक्षण मॉड्यूल्स तैयार किए गए हैं। इनमें सभी टी. आई. के प्रशिक्षण में उपयोग में आने वाले सामान्य प्रशिक्षण मॉड्यूल्स तथा विशिष्ट थिमेटिक क्षेत्र में कार्य कर रहे टी. आई. स्टाफ के प्रशिक्षण के लिए विकसित कुछ विशिष्ट मॉड्यूल शामिल हैं। आई. डी. यू. के लिए जी. एफ. ए.टी. एम. राऊंड 9 परियोजना के अंतर्गत विशिष्ट स्टाफ के लिए मॉड्यूल तैयार किए गए हैं जिनमें कार्यक्रम प्रबंधन, आउटरीच कामगार, संगी साथी प्रशिक्षक तथा कलीनीकल स्टाफ (डाक्टर एवं नर्स) शामिल हैं।

सामान्य टी. आई. प्रशिक्षण मॉड्यूल की सूची

1. पीयर प्रशिक्षक मॉड्यूल
2. आउटरीच कामगार मॉड्यूल
3. परामर्श मॉड्यूल
4. कार्यक्रम प्रबंधन मॉड्यूल
5. लेखाकार/अनुश्रवण एवं मूल्यांकन

थिमैटिक टी. आई. प्रशिक्षण मॉड्यूल की सूची

कई थिमैटिक मॉड्यूल टी. आई. कार्यक्रम के विशिष्ट घटकों के लिए तैयार किए गए हैं। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं :

1. ट्रकर्स कार्यकलापों के ओ. आर. डब्ल्यू. एवं पी. ई. के प्रशिक्षण के लिए मॉड्यूल
2. स्टेइंग सेफ : आई. डी. यू. टी. आई. के पी. ई. को प्रशिक्षित करने के लिए एक मैनुअल
3. स्टेइंग सेफ : आई. डी. यू. टी. आई. के ओ. आर. डब्ल्यू को प्रशिक्षित करने के लिए एक मैनुअल
4. स्टेइंग सेफ : आई. डी. यू. टी. आई. के पी. एम. को प्रशिक्षित करने के लिए एक मैनुअल
5. स्टेइंग सेफ : आई. डी. यू. टी. आई. के वलीनिकल स्टाफ (डाक्टर और नर्स) को प्रशिक्षित करने के लिए एक मैनुअल
6. आई. डी. यू. टी. आई. के पी. डी., पी. एम. और परामर्शदाताओं के लिए प्रचार प्रसार, सामुदायिक गतिशीलता रेफरल-नेटवर्किंग मॉड्यूल
7. सह-रुग्नता मॉड्यूल – आई. डी. यू. टी. आई. के वलीनिकल स्टाफ को प्रशिक्षित करने के लिए मॉड्यूल
8. आई. डी. यू. टी. आई. के परामर्शदाताओं को प्रशिक्षित करने के लिए मॉड्यूल
9. ओ. एस. टी. को कार्यान्वित करना – ओ. एस. टी. केन्द्रों तथा आई. डी. यू. टी. आई. के स्टाफ को प्रशिक्षित करने के लिए मॉड्यूल
10. आई. डी. यू. के साथ काम करने के बारे में मॉड्यूल (नुकसान कम करने संबंधी मॉड्यूल)

* आई. डी. यू. विशिष्ट मॉड्यूल ई. एच. ए. (प्रमुख प्राप्तकर्ता, ग्लोबल फंड राऊंड 9) तथा यू. एन. ओ. डी. सी. – आर. ओ. एस. ए. की सहायता से तैयार किए गए हैं।

क्षमता निर्माण संबंधी क्रियाकलापों के लिए तैयार की गई अन्य सामग्री की सूची

उपर्युक्त प्रशिक्षण मॉड्यूल्स के आलावा, प्रशिक्षण और संदर्भ के लिए अन्य आई. डी. यू. विशिष्ट समाग्री ई. एच. ए. (प्रमुख प्राप्तकर्ता, ग्लोबल फंड राउंड 9) तथा यू. एन. ओ. डी. सी. – आर. ओ. एस. ए. की सहायता से आई. डी. यू. कार्यकलापों के स्टाफ के लिए तैयार की गई है। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं :

मानक प्रचालन प्रक्रिया (एस. ओ. पी.)

1. आई. डी. यू. कार्यकलापों में आउटरिच
2. सुई – सिरिज का आदान प्रदान
3. आई. डी. यू. टी. आई. के ड्रॉप-इन-केन्द्रों का प्रबंधन
4. अधिक मात्रा की रोकथाम एवं प्रबंधन
5. घाव रोकथाम एवं प्रबंधन
6. महिला आई. डी. यू. तक पहुंचना
7. आई. डी. यू. कार्यकलापों में सी. एस. टी. सेवाओं के साथ लिंकेज
8. एज. जी. ओ. व्यवस्था में ओ. एस. टी.

क्लीनिकल पद्धति संबंधी दिशा निर्देश

9. बूप्रेनॉर्फिन से ओ. एस. टी.

पद्धति संबंधी दिशा निर्देश और एस. ओ. पी.

10. आई. डी. यू. कार्यकलापों द्वारा सुईयों और सिरिजों का निपटान

वर्ष 2012–13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान किए गए प्रशिक्षण क्रियाकलाप

टी. आई. परियोजनाओं के लिए प्रशिक्षण : वर्ष 2012–13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान राज्यों में टी. आई. स्टाफ के लिए आयोजित प्रशिक्षणों का व्यौरा तालिका 3.1 में दिया गया है।

ओ. एस. टी. केन्द्रों के लिए प्रशिक्षण : वर्ष 2012–13 के दौरान, गैर सरकारी संगठन और सरकारी दोनों ओ. एस. टी. केन्द्रों के स्टाफ के लिए नाकों के राष्ट्रीय ओ. एस. टी. प्रशिक्षण मॉड्यूल पर कुल 10 आरभिक प्रशिक्षण आयोजित किए गए। ओ. एस. टी. प्रशिक्षणों की उपलब्धियाँ तालिका 3.2 में सारांश में दी गई हैं।

इसके अतिरिक्त ओ. एस. टी. केन्द्रों की मॉनिटरिंग और निगरानी सुदृढ़ करने के लिए ओ. एस. टी. कार्यान्वयन के बारे में टी. एस. यू./एन. ई. आर. ओ. के साथ काम कर रहे 30 परियोजना अधिकारियों को भी प्रशिक्षित किया गया। इन ओ. एस. टी. प्रशिक्षणों में कई राज्यों के संयुक्त निदेशक/उपनिदेशक/सहायक निदेशक – टी. आई. तथा दल नेताओं – टी. एस. यू./टी. आई./एस. पी. ने भी भाग लिया और इस प्रकार राज्य स्तर पर ओ. एस. टी. के कार्यान्वयन में क्षमता निर्माण में सहायता मिली।

कार्यकलापों की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए सहायता तंत्र

एन. ए. सी. पी. – 3 के शुरुआती दो सालों के दौरान खासतौर

तालिका 3.1 : टी. आई. कर्मचारियों के लिए आयोजित किए गए प्रारंभिकों का व्यौरा, 2012-13 (दिसंबर 2012 तक)

प्रशिक्षण का क्षेत्र	प्रतिभागियों की श्रेणी	संख्या
कार्यक्रम प्रबंधन	टी. आई. का कार्यक्रम प्रबंधन	961
आउटरीच योजना	आउटरीच कार्यकर्ता	3,762
परामर्श	परामर्शदाता	807
सहभागी शिक्षा	सहभागी शिक्षक	7,103
वित्तीय प्रबंध	लेखाकार	899

तालिका 3.2 : गैर सरकारी संगठन और सरकारी ओ. एस. टी. केन्द्रों के स्टाफ के लिए वर्ष 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान प्रारंभिक

श्रेणी	प्रशिक्षित स्टाफ की सं.
डाक्टर (नोडल अधिकारी एवं सहायक डाक्टर सहित)	76
नर्स/ए. एन. एम.	76
परामार्शदाता	44
डाटा प्रबंधक	30
कार्यक्रम प्रबंधक	42
ओ. आर. डब्ल्यू	49
कुल	317

* ई. एच. ए. (प्रमुख प्राप्तकर्ता, ग्लोबल फंड राउंड 9) तथा यू. एन. ओ. डी. सी. – आर. ओ. एस. ए. की सहायता से।

पर ध्यान इस बात पर था कि राज्य एडस नियंत्रण समितियों द्वारा अनुबंध, निधि विमोचन और मूल्यांकन की प्रणालियों का अनुसरण किया जाए। पिछले दो साल के दौरान टी. आई. परिपालन की गुणवत्ता में सुधार सुनिश्चित करने पर सबसे ज्यादा जोर रहा है। इस संबंध में कई कदम उठाए गए हैं :

- **आंकड़े संग्रहण के लिए टूल का मानकीकरण :** सेवाओं के प्रावधान और रेफरल के लिए आंकड़े संग्रहित करने के लिए टूल विकसित किए गये। एच. आर. जी. के क्षेत्र स्तरीय आंकड़े को कम्प्यूटरीकृत प्रबंधन सूचना प्रणाली में डाला जाता है।
- **टी. आई. के गुणवत्तापूर्ण मार्गनिर्देशिका विकसित करना :** मानकीकृत प्रक्रिया के अनुसरण सुनिश्चित करने के लिए मार्गनिर्देशिका विकसित की गई है जिसमें बताया गया है कि आउटरिच क्षेत्र से टी. आई. स्तर रिपोर्टिंग तक आंकड़ों का प्रवाह कैसे रहेगा और कम्प्यूटरीकृत सूचना प्रबंधन प्रणाली (सी. एम. आई. एस.) तक कैसे प्रवाहित होगा। इसके अतिरिक्त, सूचना की तथ्यप्रक्रिया जाँचने का तरीका, तात्कालिकता और आंकड़े संग्रहित करने में जुटे कर्मचारियों की भूमिका और जिम्मेदारियाँ भी इस मार्गनिर्देशिका में स्पष्ट की गई हैं।
- **टी. आई. से मिली सी. एम. आई. एस. रिपोर्ट :** इस बारे में नाको मासिक तौर पर निगरानी करता है और कितने टी. आई. रिपोर्ट भेज रहे हैं, इस बारे में राज्य एडस नियंत्रण समितियों को नियमित सूचना प्रदान करता है। राज्य एडस नियंत्रण समितियों को सी. एम. आई. एस. से संग्रहित आंकड़ों की जाँच करने और टी. आई. को प्रतिक्रिया प्रदान करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। रिपोर्ट करने वाली इकाई की संख्या बढ़ी है जिससे पता चलता है कि लक्षित हस्तक्षेप में सेवाओं के उपयोग में लगातार सुधार हुआ है।
- **तकनीकी सहायता इकाई (टी. एस. यू.):** टी. एस. यू. संबंधित राज्य में टी. आई. कार्यान्वयन में राज्य एडस नियंत्रण सोसायटियों की सहायत करती है। वे एन. ए. सी. पी. – 3 के दिशा निर्देशों का अनुसरण करते हैं और सहभागी संगठनों के साथ इसे लागू करते हैं। टी. एस. यू. राज्य में टी. आई. की रूपरेखा तैयार करने, योजना बनाने, अमल करने और इसकी निगरानी में सहायता करते हैं और राज्य एडस नियंत्रण समिति को प्रबंधन एवं तकनीकी सहायता उपलब्ध करवाते हैं। इस समय 15 टी. एस. यू. और पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय (NERD), जो पूर्वोत्तर राज्यों के लिए टी. एस. यू. के रूप में कार्य करती है, लक्षित हस्तक्षेपों के लिए सहायक निगरानी प्रदान करने हेतु 23 राज्यों के साथ काम कर रही हैं।
- **सहायक पर्यवेक्षण एवं निगरानी :** नाको के पास टी. आई. के लिए एक सुदृढ़ सकारात्मक ढाँचा है। इसके लिए परियोजना अधिकारियों को टी. आई. की सहायता के लिए रखा गया है। औसतन एक प्रोग्राम अधिकारी 10 टी. आई. को कवर करता है और एक प्रभावशाली तंत्र के रूप में काम करता है जो कि नियमित आधार पर टी. आई. को

तैयार करता है और उनका निरीक्षण करता है। सहायक निगरानी में टी. आई. की गुणवत्ता को सुनिश्चित करने के लिए एक दिन का मासिक दौरा और गहन दौरा शामिल हैं। दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार 129 परियोजना अधिकारी, जो टी. एस. यू. और एन. ई. आर. ओ. के साथ काम कर रहे हैं, 23 राज्यों में 1372 टी. आई. को परामर्श दे रहे हैं।

- **ओ. एस. टी. कार्यक्रम में गुणवत्ता आश्वासन :** सरकारी स्वास्थ्य संस्थानों में ओ. एस. टी. सेवाओं के कार्यान्वयन के साथ ही नाको ने आवधिक आधार पर ओ. एस. टी. विशेषज्ञों द्वारा क्षेत्रीय दौरों के माध्यम से कर्मचारियों की क्षमता निर्माण करने और मौके पर उन्हें सहायता उपलब्ध कराने की एक प्रक्रिया निर्धारित की है। विशेषज्ञ ओ. एस. टी. केन्द्रों में प्रक्रियाओं को सहायता उपलब्ध कराने के लिए एक मानक प्रोटोकॉल का पालन करते हैं जिससे कि समुदाय के लाभ को ध्यान में रखते हुए कार्यक्रम को और सुधारा जा सके।
- **ओ. एस. टी. एक्रेडिटेशन :** बाह्य मूल्यांकन के अतिरिक्त, ओ. एस. टी. सेवाएं चलाने वाली परियोजनाएं नेशनल एक्रीडिटेशन बोर्ड ऑफ हास्पिटल एण्ड हेल्थ केयर प्रोवाइडर्स (एन. ए. बी. एच.) द्वारा एक्रीडिटेशन हेतु वार्षिक आधार पर मूल्यांकित की जाती है। तकनीकी विशेषज्ञों की साहायता से नाको और एन. ए. बी. एच. ने इस उद्देश्य से एक विशिष्ट उपकरण का विकास किया है। मूल्यांकन उन बाह्य विशेषज्ञों द्वारा किया जाता है जिनके साथ एन. ए. बी. एच. ने अनुबंध किया है। इससे पहले कि पाये जाने वाले निष्कर्षों को अंतिम रूप दिया जाए, इनकी पुनरीक्षा ओ. एस. टी. के संबंध में तकनीकी विशेषज्ञों की समिति द्वारा की जाती है। ओ. एस. टी. एक्रीडिटेशन नाको समर्थित ओ. एस. टी. केन्द्रों में देखभाल की एक न्यूनतम गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए एक उपयोगी रणनीति के रूप में सामने आई है।

वर्ष 2012-13 में लक्षित हस्तक्षेप कार्यक्रम का कार्य निश्चालन

अप्रैल 2012 से दिसंबर 2012 तक की अवधि के लिए टी. आई. का प्रमुख कार्य निष्पादन प्रस्तुत आंकड़ा सी. एम. आई. एस. रिपोर्ट पर आधारित है।

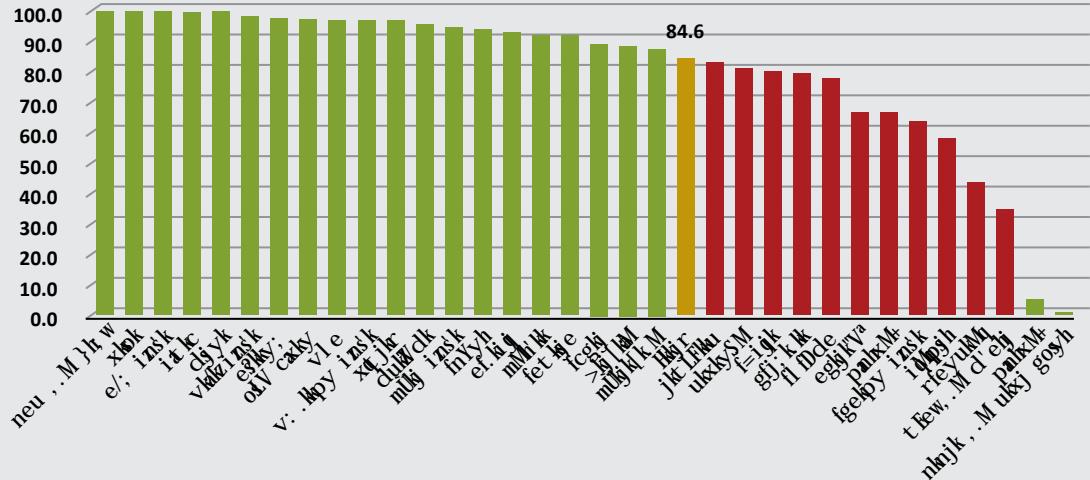
टी. आई. एन.जी.ओ. द्वारा मासिक रिपोर्टिंग

यह स्पष्ट है कि टी. आई. एन. जी. ओ. द्वारा सी. एम. आई. एस. में लगातार मासिक रिपोर्टिंग से अधिकतर राज्यों में काफी सुधार हुआ है। टी. आई. एन. जी. ओ. में से 85 प्रतिशत ने वर्ष 2012-13 के दौरान लगातार रिपोर्ट दी।

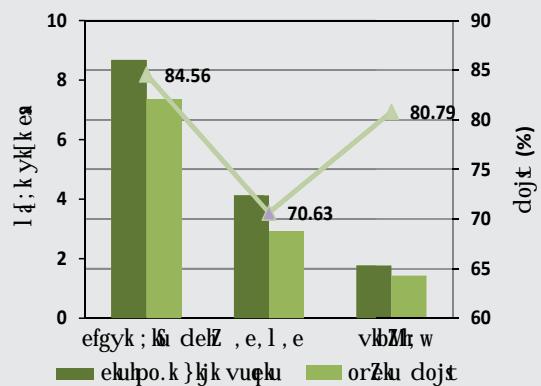
एच. आर. जी. और बिज आबादी का कवरेज

एफ. एस. डब्ल्यू. और आई. डी. यू. का कवरेज पहले ही 80 प्रतिशत से अधिक हो गया है एवम एम. एस. एम. आबादी का कवरेज भी पिछले वर्षों से बढ़ा है।

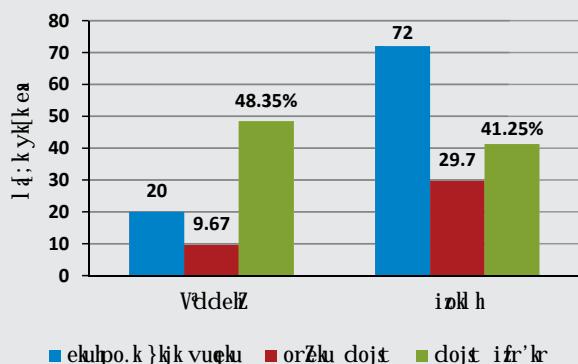
चार्ट 3.1 : सी. एम. आई. एस. में टी. आई. एन. जी. ओ. की रिपोर्टिंग प्रति'त



चार्ट 3.2 : मूल एच. आर. जी. (एफ. एस. डब्ल्यू, एम. एस. एम., आई. डी. यू. का कवरेज)



चार्ट 3.3 : ब्रिज आबादी का कवरेज (प्रवासी एवं द्रकर्मी)



ब्रिज आबादी में लक्षित हस्तक्षेपों में लगभग 50 प्रतिशत लंबी यात्रा करने वाले द्रकर्स 40 प्रतिशत से अधिक उच्च जोखिम वाले प्रवासी आबादी तक पहुँचा जा रहा है (आंकड़े 3.3).

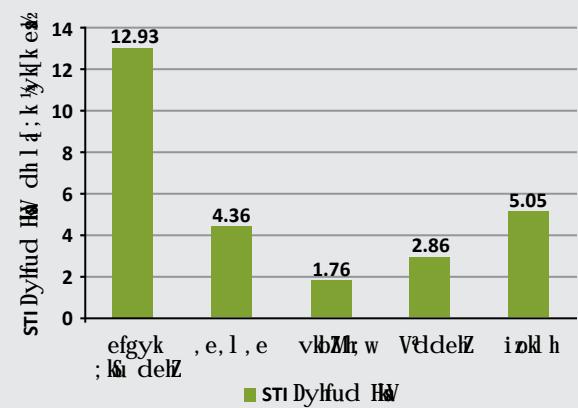
एस. टी. आई. क्लीनिक में आने वाले व्यक्ति

नियमित चिकित्सा जांच सहित क्लीनिकल सेवाएं टी. आई. परियोजना सेवाओं के प्रमुख घटकों में से एक है। नाको के दिशा निर्देश से पता चलता है कि विशेषकर एम. एस.एम. और एफ. एस. डब्ल्यू. के एच. आर. जी. को प्रत्येक तिमाही अर्थात् वर्ष में 4 बार एस. टी. आई./आर. टी. आई. के लिए नियमित रूप से चिकित्सा जांच हेतु एस. टी. आई. क्लीनिक में जाना अनिवार्य। आंकड़े 3.4 में वर्ष 2012–13 के दौरान एच. आर. जी. द्वारा किए गए क्लीनिक दौरों की संख्या दर्शाई गई है।

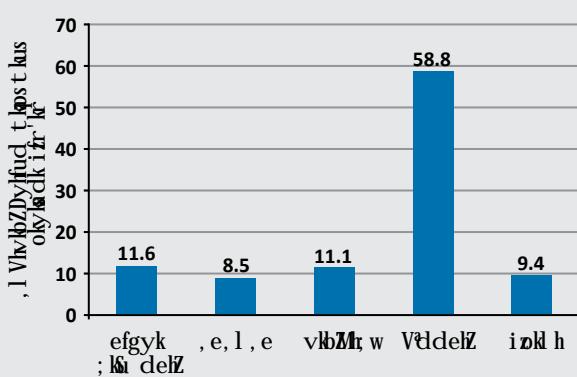
एस. टी. आई. मामलों का निदान और उपचार

कार्यक्रम संबंधी आंकड़े से यह पाया गया है कि लगभग 30

चार्ट 3.4 : वर्ष 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान एस. टी. आई. क्लीनिक में परामर्श



चार्ट 3.5 : वर्ष 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान एच. आर. जी. प्रकार के आधार पर एस. टी. आई./आर. टी. आई. के लिए एस. टी. आई. क्लीनिक में आने वाले और उपचार किए गए व्यक्तियों का वितरण



प्रतिशत एच. आर. जी. किसी भी वर्ष में कुछ यौन/प्रजनन संबंधी संक्रमण से ग्रसित हो सकते हैं। आंकड़े 3.5 में टी. आई. द्वारा वर्ष 2012-13 के दौरान एस. टी. आई./आर. टी. आई. के लिए एस. टी. आई. क्लीनिक में आने वाले लोगों के निदान और उपचार का अनुपात दिया गया है। ट्रकर्मी को छोड़कर सभी समूहों में एस. टी. आई./आर. टी. आई. मामलों की संख्या कम (लगभग 10 प्रतिशत) रही है।

एच. आर. जी. में एच. आई. वी. जांच और लिंकेज

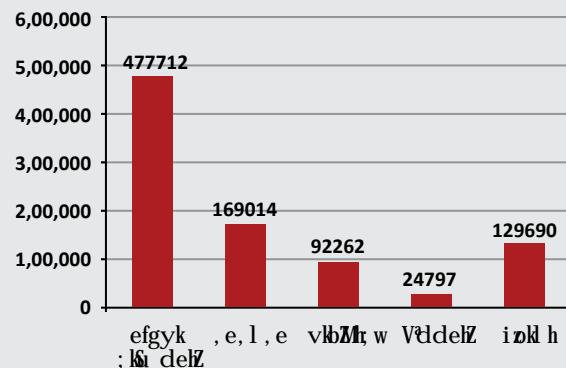
नाको के दिशा निर्देश में यह बताया गया है कि सभी प्रमुख समूह एच. आर. जी. की एच. आई. वी. के लिए जांच प्रत्येक छ: महीने में एक बार की जानी चाहिए। आंकड़े 3.6 में लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाओं से रेफरल के माध्यम से एच. आर. जी. में की गई एच. आई. वी. की संख्या दी गई है।

सभी एच. आई. वी. पोजिटिव पाए गए एच. आर. जी. को ए. आर. टी. पूर्व पंजीकरण के लिए किसी नजदीकी ए. आर. टी. केन्द्र में भेजा जाना आवश्यक है जिसके बाद नियमित अनुवर्ती उपचार के लिए ए. आर. टी. केन्द्र के स्टाफ उनकी ट्रेकिंग रखते हैं। जैसा कि आंकड़े 3.7 से देखा जा सकता है 90 प्रतिशत से अधिक एच. आई. वी. पोजिटिव एच. आर. जी. को वर्ष 2012-13 के दौरान ए. आर. टी. केन्द्रों से जोड़ा गया है। तथापि, प्रवासी और ट्रकर्स टी. आई. - ए. आई. टी. लिंकेज में सुधार की आशा है।

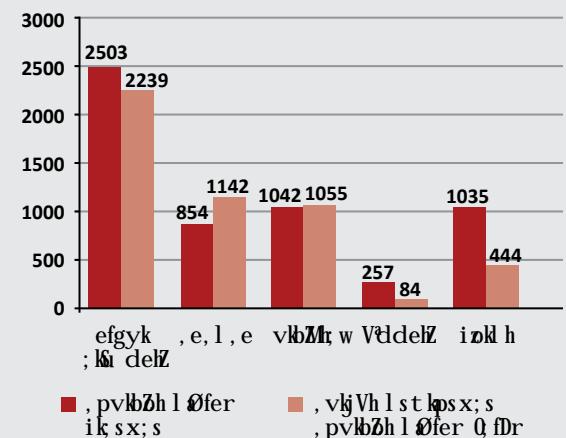
वस्तुओं का वितरण

एच. आर. जी. के बीच कण्डोम का वितरण : एन. ए. सी. पी. रणनीति के अनुसार एच.आर. जी. के हर यौन संबंध को कण्डोम के सही प्रयोग द्वारा सुरक्षित किया जाना चाहिए। यह सुनिश्चित करने के लिए यह आवश्यक है कि एच. आर. जी. की मांग के अनुसार उनको कण्डोम वितरित किए जाएं। आंकड़े 3.8 में वर्ष 2012-13 के दौरान 3 प्रमुख एच. आर. जी. को निःशुल्क वितरित किए गए कण्डोमों की संख्या दी गई है।

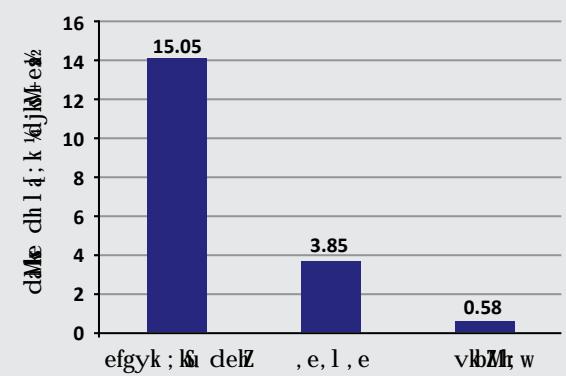
चार्ट 3.6 : वर्ष 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान आई. सी. टी. सी. में एच. आई. वी. के लिए जांच किए गए एच. आर. जी.



चार्ट 3.7 : वर्ष 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान एच. आई. वी. पोजिटिव पाए गए तथा ए. आर. टी. से जोड़े गए एच. आर. जी.



चार्ट 3.8 : वर्ष 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान एच. आर. जी. को वितरित किए गए निःशुल्क कण्डोम



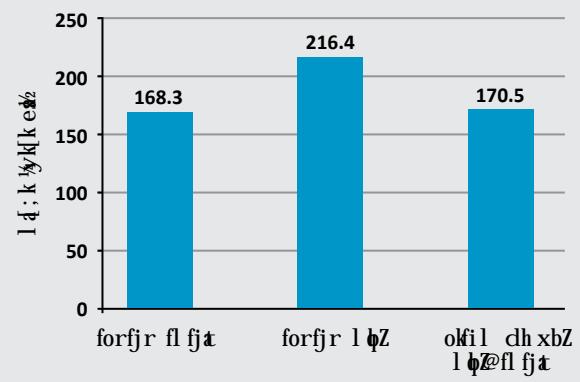
वितरण में व्यापक सेवाओं के भाग के रूप में, आई. डी. यू. के लिए कार्यकलापों में पीयर प्रशिक्षकों के जरिए सुई द्वारा लेने वाले व्यक्तियों को निःशुल्क सुझायां एवं सिरिज वितरित की जाती हैं। इससे आई. डी. यू. को नई सुझायां एवं सिरिजें उपलब्ध हो पाती हैं तथा इससे सुझायों एवं सिरिजों के आदान – प्रदान करने की जरूरत कम हो जाती है और एच. आई. बी. संचरण का खतरा भी कम हो जाता है। आंकड़े 3.9 में वर्ष 2012–13 में आई. डी. यू. को वितरित की गई सुझायों एवं सिरिजों की संख्या दी गई है। इस अवधि के दौरान वापसी दर लगभग 44 प्रतिशत था।

टी. आई. कार्यनिष्पादन थ्रेडिंग

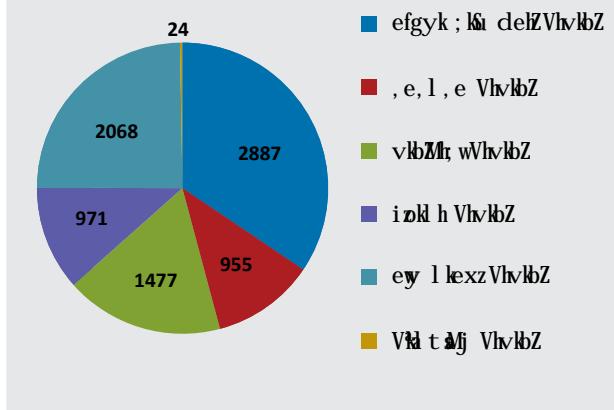
नाको ने टी. आई. के परामर्श और सहायक निगरानी के लिए परियोजना अधिकारियों (पी.ओ.) की नियुक्ति की है। नाको ने दिसंबर 2009 में पी.ओ. द्वारा टी. आई. का तिमाही मूल्यांकन शुरू किया। टी.एस. यू./एन.ई.आर.ओ. के पी.ओ. टी. आई. का तिमाही कार्यनिष्पादन मूल्यांकन करते हैं कि क्या वे निगरानी एवं परामर्श का काम करते हैं। मार्च 2012 तक मूल्यांकन के 10 दौर पूरे कर लिए गए हैं। दौर 1 के दौरान 11 राज्यों 338 टी. आई. का मूल्यांकन पी.ओ. द्वारा किया गया। दौर 10 के अंत तक 23 राज्यों में पी.ओ. द्वारा 1025 टी. आई. का मूल्यांकन किया गया। कुल 8,382 मूल्यांकन किए गए। मूल्यांकित टी. आई. का प्रकारवार वितरण आंकड़े 3.10 में दिए गए हैं। वर्ष 2012–13 के दौरान नाको ने बेहतर कार्यक्रम प्रबंधन के लिए इन दस दौरों में किए गए मूल्यांकनों के निष्कर्षों का विश्लेषण किया।

टी. आई. जिनका मूल्यांकन किया गया को विभिन्न दौरों के दौरान विविध सूचकों के आधार पर उनके कार्यनिष्पादन के लिए दी गई श्रेणी के आधार पर विभिन्न ग्रेडों में वर्गीकृत किया

चार्ट 3.9 : वर्ष 2012–13 (दिसंबर 2012 तक) के दौरान सुझायों एवं सिरिजों का वितरण और इनकी वापसी



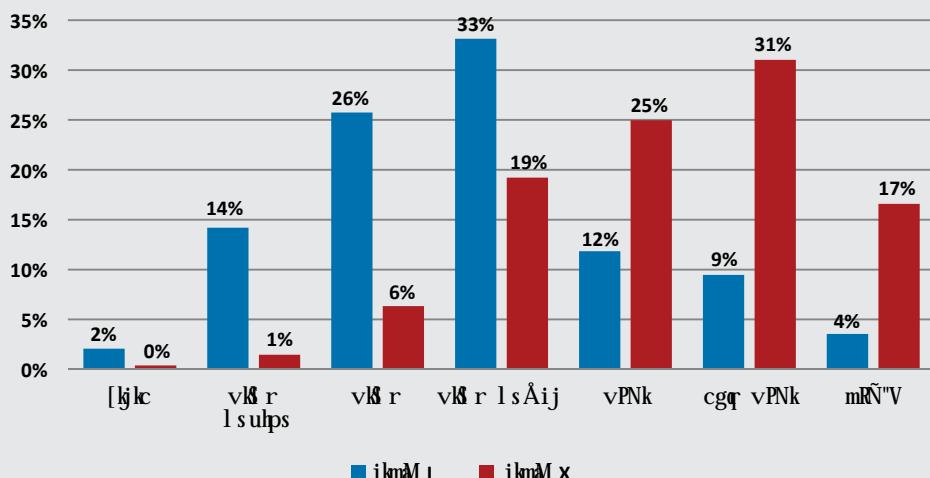
चार्ट 3.10 : किए गए 8382 मूल्यांकनों का प्रकारवार वितरण



तालिका 3.3 : दौर-वार थ्रेडों द्वारा टी. आई. मूल्यांकन कर वितरण

दौर	टी. आई. की संख्या							
	खराब	औसत से कम	औसत	औसत से अधिक	अच्छा	बहुतअच्छा	उत्कृश्ट	कुल
I	7	48	87	112	40	32	12	338
II	23	55	95	165	101	103	38	580
III	4	16	64	207	176	201	51	719
IV	5	22	64	183	212	181	95	762
V	2	45	63	214	213	218	119	874
VI	13	67	101	206	204	256	103	950
VII	3	42	99	229	228	247	132	980
VIII	16	39	102	227	246	266	161	1,057
IX	8	36	83	204	284	304	178	1,097
X	4	15	65	197	256	318	170	1,025

चार्ट 3.11 : कार्यनिष्पादन रेटिंग के आधार पर दौर-1 और दौर-10 में विभिन्न ग्रेडों टी. आई. आ अनुपात



गया है (तालिका 3.3)। इससे टी. आई. की गुणवत्ता का पता चलता है।

आंकड़े 3.11 में दिसंबर 2009 (दौर - 1) और मार्च 2012 (दौर - 10) के बीच टी. आई. की कार्यनिष्पादन रेटिंग के ग्रेड-वार वितरण की तुलना की गई है। खराब और औसत की श्रेणियों में टी. आई. का प्रतिशत दौर-1 से दौर-10 तक लगातार घटा

है एवं अच्छा और उससे ऊपर की श्रेणियों में प्रतिशत दौर एक से दौर 10 तक बढ़ा है इससे पिछले तीन वर्षों में टी. आई. की गुणवत्ता में प्रगति का पता चलता है।

टी. आई. कार्यक्रम की मौजूदा स्थिति

टी. आई. परियोजनाओं का जनसंख्या-वार वितरण तथा उनका कवरेज तालिका 3.4 में तथा विभिन्न राज्यों और संघ राज्य

तालिका 3.5 : 31 दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार टी. आई. परियोजनाओं तथा कवरेज का प्रकार-वार वितरण

प्रकार	एच. आर. जी. आवादी का अनुमान (लाख में)	मौजूदा कवरेज	टी. आई. कीसं. *	टी. आई. कवरेज
महिलो यौन कर्मी (एफ. एस. डब्ल्यू.)	8.68	7.34	508	84.5%
पुरुष के साथ यौन संबंध करने वाले पुरुष (एम. एस. एम.) ट्रान्स जेडर (टी. जी.)	4.27	2.91	201	70.6 %
ड्रग की सुई लेने वाले व्यक्ति (आई. डी. यू.)	1.77	1.43	264	80.7%
प्रवासी	72.0	29.7	252	41.3%
ट्रकर्स	20.0	9.67	75	48.4%
कोर कंपोजिट रु			365	
कुल			1,665	
दाता वित्त पोषित			40	
कार्यशील कुल टी. आई.			1,705	

एफ. एस. डब्ल्यू., आई. डी. यू. और एम. एस. एम. या एम. एस. एम. के साथ एफ. एस. डब्ल्यू. या आई. डी. यू. के साथ एफ. एस. एम. का मिश्रण

तालिका 3.5 : राज्य और प्रकार आधार पर नाको द्वारा सहायता किए गए लक्षित हस्तक्षेपों का वितरण
(दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार)

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	एफ. एस. डब्ल्यू.	एम. एस. एम.	आई. डी. यू.	ट्रान्स जेंडर/ हिंजरा	प्रवासी (मर्गस्थ)	प्रवासी गतव्य	ट्रकर्स	कोर कंपोजिट	कुल
अहमदाबाद	3	4	0	1	0	6	0	0	14
आंध्र प्रदेश	41	8	6	0	0	18	5	88	166
अरुणाचल प्रदेश	4	0	3	0	0	6	0	8	21
असम	36	5	8	0	0	6	3	4	62
बिहार	5	0	10	0	0	0	1	14	30
चंदीगढ़	4	2	2	0	0	3	0	1	12
छत्तीसगढ़	15	3	7	0	5	6	5	13	54
डी एण्ड एन हवेली						0	0	0	0
दमन एण्ड द्वीयू	0	0	0	0	0	4	1	2	7
दिल्ली	40	17	20	8	0	13	4	0	102
गोवा	6	3	2	0	0	2	2	1	16
गुजरात	13	14	1	1	0	16	5	42	92
हरियाणा	13	9	15	0	0	10	0	6	53
हिमाचल प्रदेश	14	0	2	0	0	4	0	3	23
जम्मू एण्ड कश्मीर	3	1	4	0	0	0	2	3	13
झारखण्ड	19	3	3	0	5	0	3	0	33
कर्णाटका	65	31	4	2	0	19	5	3	129
केरला	20	14	8	0	0	8	2	0	52
मध्य प्रदेश	7	3	2	0	0	1	1	11	25
महाराष्ट्र	55	20	3	0	0	32	10	2	122
मणिपुर	6	4	43	0	0	2	0	1	56
मेधालय	3	0	3	0	0	1	0	1	8
मिजोरम	2	1	22	0	0	4	0	8	37
मुम्बई*	18	8	4	5	0	14	2	0	51
नागालैंड	0	3	25	0	0	1	1	12	42
उडीशा	14	2	7	0	13	10	1	23	70
पुडुचेरी	1	1	0	0	0	1	0	2	5
पंजाब	9	0	24	0	0	3	4	18	58
राजस्थान	19	2	6	0	4	6	3	11	51
सिकिम	2	0	4	0	0	0	0	0	6
तमिलनाडू	20	16	1	2	0	7	5	41	92
त्रिपुरा	7	0	2	0	0	2	0	2	13
उत्तर प्रदेश	11	4	12	0	0	0	4	40	71
उत्तराखण्ड	11	3	7	0	0	6	2	5	34
वेस्ट बंगाल	22	0	4	1	10	4	4	0	45
कुल	508	181	264	20	37	215	75	365	1,665

*नगरपालिका एड्स नियंत्रण सोसाइटी

क्षेत्रों में प्रकार के आधार पर टी. आई. परियोजनाओं का वितरण तालिका 3.5 में दिया गया है।

अब्य दाताओं से कार्यकलापों का अन्तरण

एन. ए. सी. पी. – 3 के दौरान अन्य विकास सहभागियों द्वारा किए गए प्रयासों को समेकित करने के भाग के रूप में नाको ने तीन सिद्धांतों के आधार पर अन्य विकास सहभागियों द्वारा कार्यान्वित क्रियाकलापों के अन्तरण के लिए एक सामान्य कार्यनीतिक नीति विकसित की है। नाको समर्थित टी. आई. के अलावा यू. एस. ए. आई. डी. सहित विकास सहभागी और बिल एंड मेलिंडा गेट्स फाउण्डेशन (बी. एम. जी. एफ.) देश में 200 से अधिक एच. आर. जी. और ब्रिज आबादी क्रियाकलाप देश में एन. ए. सी. पी. – 3 की अवधि (2007–12) के दौरान कार्यान्वित कर रहे थे। ये टी. आई. मूल रूप से छ: उच्च प्रसार वाले राज्यों (आंध्र प्रदेश, कर्नाटक, महाराष्ट्र, मणिपुर, नागालैंड और तमिलनाडु) में कार्यान्वित किए गए।

वर्ष 2009 एवं वर्ष 2011 में आंध्र प्रदेश, मुम्बई, कर्नाटक एवं तमिलनाडु में उनकी अवस्थिति के अनुसार राज्य एडस नियंत्रण समितियों को 30 प्रतिशत क्रियाकलाप अंतरित कर दिए गए हैं। अंतरण का प्रतिशत वर्ष 2009 में 10 प्रतिशत, 2011 में 20 प्रतिशत तथा शेष (मणिपुर और नागालैंड के कुछ टी. आई. को छोड़कर) में वर्ष 2012 में। अंतरण से पहले प्रत्येक टी. आई. का मूल्यांकन कार्यक्रमों की स्थिति की ग्रेडिंग के लिए विशेषज्ञों के बाह्य समूह द्वारा किया गया। परिवर्तन के लिए पहचान किए गए विकास सहभागी वित्तपोषित टी. आई. को नाको द्वारा निर्धारित लागत एवं कार्यक्रम दिशा निर्देशों का अनुपालन करने के लिए अनुरूप बनाया गया है।

वित्तीय वर्ष 2012-13 में की गई नई पहल और अभिनवीकरण

अधिक प्रवासन वाले जिलों में लौटने वाले प्रवासियों हेतु कार्यकलाप

लौट कर आने वाले प्रवासियों के लिए सेवा के महत्व को देखते हुए नाको ने 8 राज्यों अर्थात् बिहार, छत्तीसगढ़, झारखण्ड, मध्यम प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल के 90 अधिक प्रवासन वाले जिलों में 375 खंडों में इस वर्ष गहन संप्रेषण और स्वास्थ्य क्रियाकलापों की योजना बनाई है। इन गहन क्रियाकलापों की योजना दशहरा, दिवाली, ईद, और छठ पूजा के त्योहार वाले समय के लिए बनाई गई थी जो कि लौटकर आने वाले प्रवासियों तथा उनके जीवनसाथियों पर ध्यान केन्द्रित करने के लिए सुविधाजनक समय है। अपर सचिव की अध्यक्षता में उपर्युक्त 8 राज्यों के परियोजना निदेशकों को शामिल करते हुए राज्य स्तरीय बैठक के दो दौर आयोजित किए गए। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, नई दिल्ली से एन. आर. एच. एम. के उपायुक्त ने भी इस बैठक में हिस्सा लिया। विशिष्ट दिशा निर्देश तैयार किए गए तथा इनके बारे में एस. ए. सी. एस. स्तरीय अधिकारियों को प्रशिक्षित किया गया। नाको के अधिकारियों

ने भी स्वास्थ्य शिविरों की योजना सुगम बनाने के लिए संबंधित जिलों का दौरा किया। प्रवासी परिवारों की सूची तैयार की गई तथा शिविरों में उनको लाने के लिए इसका उपयोग किया गया।

ओ. एस. टी. प्रदानगी का सहयोगात्मक मोडल

नाको ने सरकारी स्वास्थ्य देख भाल केन्द्रों और आई. डी. यू. के लिए लक्षित हस्तक्षेप कार्यान्वित करने वाले गैर सरकारी संगठनों के बीच संबंध के आधार पर ओ. एस. टी. सेवा प्रदानगी का एक नया मोडल विकसित किया तथा प्रायोगिक रूप से इसको पंजाब राज्य में चलाया। इस सहयोगात्मक मोडल में ओ. एस. टी. केन्द्र सरकारी अस्पताल (मेडिकल कॉलेज अस्पताल, जिला अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, आदि) में स्थित होता है और उसे चिकित्या संबंधी मूल्यांकन, निदान, सक्षिप्तिच्यूशन उपचार का पर्ची देने तथा दवाओं के वितरण का कार्य सौंपा जाता है। इन सरकारी ओ. एस. टी. केन्द्रों में से प्रत्येक को नजदीकी आई. डी. यू. टी. आई. के साथ जोड़ा गया है जो परियोजना क्षेत्र में आई. डी. यू. को प्रेरित करके सेवा प्राप्त करने के कार्य को सुगम बनाता है तथा उनको उपचार के लिए ओ. एस. टी. केन्द्र भेजता है। इसके अतिरिक्त, संबद्ध आई. डी. यू. टी. आई. बीच में उपचार छोड़ देने वाले व्यक्तियों का ट्रैक रखता है तथा ओ. एस. टी. कार्यक्रम के लिए सहायता सृजित करने हेतु स्थानीय प्रभावशाली व्यक्तियों के साथ नियमित प्रचार प्रसार करता है। इस मोडल की रूपरेखा उच्च गुणवत्ता की ओ. एस. टी. सेवाएं प्रदान करने के लिए सरकारी अस्पतालों (चिकित्सा कार्यकलापों के लिए तकनीकी एवं प्रशासनिक क्षमता) तथा गैर सरकारी संगठन क्षेत्र (आई. डी. यू. के लिए आउटटरीच, के लिए प्रचार प्रसार, समुदाय के साथ संबंध) की संबंधित शक्तियों का उपयोग करने के लिए बनाई गई है। सरकारी सुविधा केन्द्रों में ओ. एस. टी. सेवाओं की स्थापना से इस दीर्घकालिक उपचार का स्थायित्व सुनिश्चित होगा जो कि आई. डी. यू. व्यक्तियों को निर्वाध रूप से सेवाएं प्रदान करने के लिए आवश्यक है। यह सरकारी अस्पतालों में मौजूद अन्य चिकित्सा सेवाओं जैसे कि एच. आई. वी. जाँच, क्षय रोग के लिए डॉट्स और शल्यक्रिया / चिकित्सा परामर्श तक आई. डी. यू. की पहुंच को सुगम बनाती है। चूँकि ओ. एस. टी. की गणना आई. डी. यू. में सर्वाधिक कारगर एच. आई. वी. रोगथाम रणनीति के रूप में की जाती है इसलिए नाको की योजना कम से कम 20 प्रतिशत अनुमानित आई. डी. यू. आबादी को ओ. एस. टी. सेवाओं से जोड़ने की है। एन. जी. ओ. द्वारा चलाए जाने वाले ओ. एस. टी. केन्द्रों के स्थापित मोडल तथा सहायोगात्मक मोडल के प्रायोगिक शुरूआत के बारे में प्राप्त उत्साहजनक प्रतिक्रिया के आधार पर ओ. एस. टी. के राष्ट्र-व्यापी विस्तार हेतु एक योजना बनाई गई है तथा यह इस समय आई. डी. यू. की अधिक आबादी वाले 175 जिलों को कवर करते हुए देश के 32 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में कार्यान्वित की जा रही है। वर्ष 2012-13 के दौरान सरकारी स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्रों में 45 ओ. एस. टी. केन्द्र प्रचालित किए गए जिनमें लगभग 5000 व्यक्तियों तक ओ. एस. टी. सेवाओं का कवरेज बढ़ाया गया।

लिंक कार्यकर्ता योजना

लि

आरंभ किया गया था। लिंक कार्यकर्ता योजना में विशेष कर ग्रामीण क्षेत्रों में महामारी के विरुद्ध लड़ाई को सुदृढ़ करने पर ध्यान दिया गया है और इस रोग से जुड़े कलंक और भेदभाव को देखते हुए ये लड़ाई और अधिक आवश्यक हो गई है। इस योजना ने ग्रामीण क्षेत्रों के लिए समुदाय केन्द्रित मोड़ेल निर्मित करने के प्रयास किए हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में, अपर्याप्त अवसंरचना, कमजोर स्वास्थ्य प्रणाली और कमजोर आउटरीच प्रयासों के कारण कार्यकलाप करना एक चुनौती है।

देश में एच. आई. वी. संक्रमण का स्वरूप विषम और संकेन्द्रित है। एच. आई. वी. व्यापतता से संबंधित प्रमाण तथा एच. आई. वी. के प्रति संवेदनशीलता के आधार पर एच. आई. वी. निवारण और देखभाल सेवाओं के संतुष्ट कवरेज के लिए प्राथमिकता वाले जिलों के रूप में 163 जिलों की पहचान की गई है।

स्कीम का उद्देश्य “एस. टी. आई./एच. आई. वी. की रोकथाम और जोखिम को कम करने संबंधी सूचना, जानकारी और कौशल के साथ ग्रामीण क्षेत्रों तक पहुँचना” है।

योजना के अन्तर्गत शामिल जन संख्याएँ:

1. उच्च जोखिम समूह (एच. आर. जी.)

- क. महिला यौन कार्यकर्ता (एफ.एस.डब्ल्यू)
- ख. पुरुषों के साथ संबंध बनाने वाले पुरुष (एम.एस.एम.)
- ग. ड्रग की सूई लेने वाले व्यक्ति (आई.डी.यू.)

2. असुरक्षित आबादी

- क. अनियमित साथी वाली महिलायाँ
- ख. उच्च जोखिम और असुरक्षित समूहों के साथी वाले
- ग. महिलाओं की अगुवाई वाले घरों में महिलायाँ
- घ. युवा

3. सेतु जनसंख्या

- क. प्रवासी (स्त्री और पुरुष)
- ख. ट्रकर्स

4. एच. आई. वी. संक्रमित लोग

इसका समुदाय आधारित मॉडल, लक्षित गाँवों में युवा – प्रेरित रेड रिबन क्लबों की स्थापना, पीआरआई तथा मौजूदा स्वास्थ्य प्रणालियों के साथ नेटवर्किंग और समुदाय स्तरीय स्वयंसेवकों और मौजूदा स्वास्थ्य का संवर्ग गठित करके स्थायित्व सुनिश्चित करता है। साथ ही उसके लक्षित आबादी के स्टेकहोल्डरों को कार्यक्रम का सदस्य बनाता है।

वर्ष 2012-13 में प्रगति

लिंक कार्यकर्ता योजना को एडस, क्षय रोग और मलेरिया राउंड – 7 के लिए ग्लोबल फण्ड से सहायता मिली है तथा इसको 163 उच्च व्यापतता वाले तथा अत्यधिक असुरक्षित जिलों में कार्यान्वयन हेतु अधिदेश प्राप्त है। इन जिलों का चयन इस तथ्य पर आधारित था कि ये जिले “झोत प्रवासी” जिले थे जहाँ एच. आई. वी. की असुरक्षा बढ़ रही है।

कवरेज एवं सेवा प्रदानी

एच. आई. वी./एडस संबंधी उपलब्ध सुविधाओं के साथ लक्षित आबादी तक पहुँचने के उद्देश्य को ध्यान में रखते हुए लक्षित आबादी की कवरेज और उन्हें प्रदान की गई सेवाओं के तहत

लिंक कार्यकर्ता योजना के अंतर्गत क्षमता निर्माण

वर्ष 2012– 13 के दौरान प्रशिक्षित स्टाफ की संख्या इस प्रकार है :

संवर्ग	मॉड्यूल	प्रशिक्षित व्यक्तियों की संख्या
जिला संसाधन व्यक्ति, प्रशिक्षण अधिकारी, मॉनिटरिंग एवं मूल्यांकन सह लेखा एवं पर्यवेक्षण	इन्डक्शन एवं मानचित्रण आउटरीच, समर्थन और सहायक पर्यवेक्षण पुनर्शर्चय	85 149 233
लिंक कार्यकर्ता	इन्डक्शन और स्थिति की आवश्यकता का मूल्यांकन आउटरीच समर्थन एवं सूक्ष्म योजना पुनर्शर्चय	466 1,035 1,480
स्वयंसेवी	स्वयंसेवी प्रशिक्षण मॉड्यूल	12,545

योजना के प्रमुख सूचकों को परिभाशित किया गया है। स्कीम के अन्तर्गत 1,48,745 उच्च जोखिम समूह (महिला यौन कार्यकर्ता, पुरुष द्वारा पुरुष से यौन संबंध बनाने वाले व्यक्ति और सूई द्वारा नशीली औषधि लेने वाले व्यक्ति), 18,98,420 से तु जनसंख्या, 18,76,046 असुरक्षित आबादी और 42,999 एच. आई. वी. पीड़ित व्यक्तियों का मानचित्रण किया गया है। कवरेज के संदर्भ में इस योजना में 100 प्रतिशत एच. आर. जी., 74 प्रतिशत असुरक्षित आबादी, 68 प्रतिशत ब्रिज आबादी तथा 74 प्रतिशत पी. एल. एच. आई. वी. को कवर किया गया है। इस कार्यकलाप के तहत आई. सी. टी. सी. पर लगभग 62 प्रतिशत उच्च जोखिम समूहों की जाँच की गई और 63 प्रतिशत उच्च जोखिम समूहों ने यौन संचरित संक्रमण के लक्षणों के लिए उपचार लिया। ऐसा वर्तमान में उपलब्ध सेवाओं से सम्पर्क स्थापित करके किया गया।

प्रभावी संप्रेषण और कंडोम की सुलभ उपलब्धता एच. आई. वी. /एड्स के विषयों में सही सूचना और रोग के निवारण का अभिन्न अंग है। समुदाय में स्वामित्व की भावना पैदा करने और एच. आई. वी. से जूझने के लिए युवाओं को शामिल करने हेतु



► लिंक समुदाय के साथ बातचीत के दौरान श्रमिक

ग्राम स्तर पर कंडोम डिपो, रेड रिबन क्लब और सूचना केन्द्र स्थापित किये गये हैं। 2012–13 में 12,391 रेड रिबन क्लब और 15,437 ग्राम सूचना केन्द्र कार्य कर रहे हैं। बुनियादी स्तर पर लक्षित आबादी को कंडोम की सुलभ उपलब्धता के लिए कुल 21,066 कंडोम डिपो कार्य कर रहे हैं।

लिंक कार्यकर्ता योजना के अन्तर्गत आई.ई.सी

एच. आई. वी. के विशय में सूचना देने के लिए मिड मीडिया ने इस स्कीम के अन्तर्गत महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है और इसके द्वारा ग्रामीण क्षेत्रों में सेवा लेने की क्षमता को बढ़ावा देने संबंधी क्रियाकलाप और आई. ई. सी. कार्यक्रम चलाए गए। मिड मीडिया कार्यक्रमों में भित्ति लेख, भित्ति चित्र लोक कार्यक्रम और पट विज्ञापन शामिल है। ये कार्यक्रम पंचायती राज पहलों, संबंधी विभागों और रेड रिबन क्लबों की सहायता से ग्रामीण स्तर पर आयोजित किए गये थे। ग्रामीण लोगों विशेषकर असुरक्षित एवं उच्च जोखिम वाली आबादी तक पहुंचने के लिए स्थान विशिष्ट और संस्कृति विशिष्ट आई.ई.सी कार्यक्रमों का आयोजन किया गया। वित्तीय वर्ष 2012–13 में, मिड मीडिया अभियान के अन्तर्गत गाँवों में कार्यकलापों पर आधारित कार्यक्रमों में लोक मिडिया पर विशेष ध्यान केन्द्रित किया गया। लिंक वर्कर योजना वाले सभी गाँवों में लोक कार्यक्रम किए गये। इसके लिए संबंधित राज्यों के एड्स नियंत्रण समितियों द्वारा लोक नाट्य दल का चयन किया गया और उन्हें प्रशिक्षित किया गया।

एन. ए. सी. पी. – 4 के अंतर्गत लिंक कार्यकर्ता योजना

ग्रामीण उपाय अपर्याप्त अवसंरचना, कमज़ोर स्वास्थ्य प्रणालियों तथा कमज़ोर आउटरीच पहलों के कारण चुनौती बने हुए हैं। चूंकि एच. आई. वी. से पीड़ित व्यक्तियों का अधिकांश प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में रह रहा है अतः लिंक कार्यकर्ता योजना, ग्रामीण क्षेत्रों में एच.आई.वी. पीड़ित व्यक्तियों की अधिकता एवं उन्हें दी जाने वाली देखभाल सहायता एवं सुविधाओं की कमी को ध्यान में रखते हुए शुरू की गई।

यह योजना एन. ए. सी. पी. – 4 के अंत तक जारी रहेगी, केवल ढाँचे में थोड़े बहुत परिवर्तन किए जाएँगे। नाको के भीतर योजना को मुख्य धारा में लाने की प्रक्रिया वर्ष 2013 के बाद शुरू होगी। यह कार्यक्रम क्रमिक रूप से मौजूदा वर्टिकल योजना को समाप्त करेगा तथा एन. ए. सी. पी. – 4 के अंत में ग्रामीण सेवाओं की प्रदानगी के लिए स्वास्थ्य प्रणाली के साथ जोड़ेगा।

मुख्य धारा में लाने संबंधी मॉडल के अंतर्गत नाको की विभिन्न इकाईयों के साथ समन्वय और जुड़ाव बहुत महत्वपूर्ण है। समन्वय में ग्रामीण एच. आर. जी. को सेवाएं प्रदान करने तथा लिंक कार्य योजना की गुणवत्ता बनाए रखने के लिए एन. ए. सी. पी. – 4 के अंतर्गत मौजूदा कार्यबल का उपयोग करने पर जोर दिया जाएगा। इससे निश्चित रूप से मौजूदा मॉडल में ढाँचागत परिवर्तन होंगे।

नाको के भीतर तालमेल

नाको की विभिन्न इकाईयों के साथ तालमेल एवं जुड़ाव बहुत महत्वपूर्ण है। ग्रामीण क्रियाकलापों में टी. आई. प्रभाग के साथ सुदृढ़ जुड़ाव विकसित किए जाने होंगे, ताकि ग्रामीण एच. आर. जी. के लिए एच. आर. जी. संबंधी सामग्री (विशेषकर एम. एस. एम. के लिए ल्यूब्स और आई. डी. यू. के लिए स्वच्छ सूईयाँ) उपलब्ध हो सके। संदेशों की एकरूपता तथा आई. ई. सी. सामग्री की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए नाको और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के आई. ई. सी. प्रभाग के साथ समन्वय भी आवश्यक है। राष्ट्रीय योजना में ग्रामीण एच. आर. जी. और वी. पी. के लिए कण्डोमों तथा एस. टी. आई. औषधियों के लिए बजट सुनिश्चित करने हेतु एस. टी. आई. प्रभाग के साथ संबंध आवश्यक है।

स्वास्थ्य विभाग के साथ तालमेल

ग्रामीण क्रियाकलापों के परिप्रेक्ष्य में एन. आर. एच. एम. के साथ तालमेल एवं संबंध आवश्यक होंगे। लिंक कार्यकर्ता इस समय अग्रणी कार्यकर्ताओं अर्थात् आशा, ए. एन. एम. और आंगनबाड़ी

कार्यकर्ताओं के साथ घनिष्ठ रूप से मिलकर कार्य कर रहे हैं।

गैर स्वास्थ्य एवं समाजिक सुरक्षा विभागों के साथ तालमेल

लक्षित समूहों की समाजिक जरूरतों को पूरा करने और लिंक कार्यकर्ता योजना का स्थायित्व सुनिश्चित करने के लिए विभिन्न गैर स्वास्थ्य विभागों एवं एजेंसियों के साथ ठोस संबंध स्थापित करने की जरूरत है। महिला और बाल विकास विभाग, सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता विभाग के साथ संभावित संबंध नशीली दवाओं के आदी व्यक्तियों के लिए उपचार एवं पुनर्वास संबंधी सहायता प्रदान किए जाने तथा नशीली दवा के सेवन के विरुद्ध अभियान चलाए जाने की आवश्यकता है। यह सुनिश्चित करने के लिए कि अनाथों और असुरक्षित बच्चों की समस्याओं का समुचित रूप से ध्यान रखा जाए, उनको किशोर न्याय बोर्ड और बाल कल्याण समिति, युवा कार्य विभाग, ग्रामीण विकास विभाग, पंचायती राज विभाग और शिक्षा विभाग आदि के साथ जोड़ा जाना चाहिए।



► विश्व एड्स दिवस पर रैली

यौन संचरित संक्रमणों/ जननमार्गी संक्रमणों का प्रबंधन

चूँ चूँ

कि यौन संचरित संक्रमित (एसटीआई) और जननमार्गी संक्रमण (आरटीआई) एचआईवी संक्रमण होने एवं इसके संचरण को 4–8 गुना बढ़ता है, इसलिए एसटीआई/आरटीआई सेवाएं प्रदान करने का उद्देश्य एचआईवी संचरण को रोकना और प्रजननता संबंधी रुग्णता को कम करना है। एसटीआई/आरटीआई के उपचार एवं नियंत्रण से एचआईवी संक्रमण में 40 प्रतिशत से अधिक की कमी आती है। एसटीआई/आरटीआई नए एचआईवी संक्रमण को रोकने के लिए सबसे कम खर्चोंला उपाय है। वर्धित लाक्षणिक प्रबंधन और न्यूनतम प्रयोगशाला जांच राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत एसटीआई/आरटीआई प्रबंधन का प्रमुख आधार है। अनुमान अनुसार देश में प्रत्येक वर्ष एसटीआई/आरटीआई के तीन करोड़ मामले आते हैं। नाको का लक्ष्य वर्ष 2012–13 में 64 लाख मामलों का प्रबंधन करना था। इस लक्ष्य में से दिसम्बर, 2012 तक 42 लाख एसटीआई/आरटीआई मामलों का प्रबंधन किया गया।

एसटीआई/आरटीआई सेवाओं की प्रगति

1 j dkjh LkLF; 1 विधा केन्द्रों में एसटीआई/आरटीआई सेवाओं का विस्तार

इस समय नाको देश के प्रत्येक जिले में कम से कम एक एसटीआई/आरटीआई विलनिक को सहायता करता है। यह विलनिक निर्धारित एसटीआई/आरटीआई विलनिक कहलाता है और मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल प्रदानगी प्रणाली से उनके स्थान, स्टाफ एवं अन्य संसाधनों का प्रयोग करके कार्य करता है। नाको ने ऑडियो-वीडियो निजता, फर्नीचर एवं आंतरिक जांच के लिए उपकरण, रंगीन एसटीआई/आरटीआई औषध किटों की केन्द्रीय आपूर्ति की व्यवस्था, आरपीआर किटों तथा बुनियादी प्रयोगशाला जांचों के लिए सामग्री की व्यवस्था के जरिए अन्य गुणवत्ता वाली एसटीआई/आरटीआई सेवाएं प्रदान करने हेतु इन विलनिकों को

सहायता प्रदान की है। इनमें से प्रत्येक विलनिक को प्रशिक्षित परामर्शदाता भी प्रदान किया जाता है। देश में कुल 1112 निर्धारित विलनिक कार्य कर रहे हैं। वर्ष 2012–13 में 26 नए विलनिक स्थापित किए गए।

एसएसीएस तकनीकी सहायता यूनिटों में 34 एसटीआई फोकल व्यक्ति तथा 10 कार्यक्रम अधिकारी संबंधित राज्यों में कार्यक्रम के कार्यान्वयन की मानीटरिंग करते हैं।

क्षेत्रीय एसटीआई/आरटीआई प्रशिक्षण एवं अनुसंधान केन्द्र नाको ने सात क्षेत्रीय एसटीआई प्रशिक्षण, संदर्भ एवं अनुसंधान केन्द्रों को सुदृढ़ किया है। ये केन्द्र ओसमानिया मेडिकल कालेज, हैदराबाद; मेडिकल कालेज, कोलकाता और सीरमविज्ञान संस्थान, गवर्नरमेंट मेडिकल कालेज, नागपुर, मेडिकल कालेज, बड़ौदा; विनरोलॉजी संस्थान, चेन्नई और मौलाना अजाद मेडिकल कालेज, नई दिल्ली में स्थित हैं। सफदरजंग अस्पताल, नई दिल्ली देश के शीर्ष केन्द्र के रूप में कार्य करता है।

इन केन्द्रों का कार्य एसटीआई/आरटीआई मामलों के लिए इटियोलॉजी निदान प्रदान करना, लाक्षणिक निदान को वैधता प्रदान करना, गोनोकोकि के प्रति औषध प्रतिरोधक की मानीटरिंग करना तथा सिफलिस जांच के लिए गुणवत्ता नियंत्रण का कार्यान्वयन करना है।

क्षेत्रीय केन्द्रों के कार्य का मूल्यांकन बाहरी दल द्वारा किया गया है। मूल्यांकन कर्ताओं ने इन केन्द्रों को जारी रखने की सिफारिश की तथा सक्षम कार्य के लिए उपायों का सुझाव दिया। इन केन्द्रों के कार्य को सुदृढ़ करने एवं निगरानी तथा एसटीआई के लिए प्रयोगशाला सहायता तथा निगरानी हेतु प्रणालियां स्थापित करने में मदद करने के लिए एक राष्ट्रीय परामर्श (मेनटोरिंग) समिति स्थापित की गई है।

क्षेत्रीय केन्द्रों से 45 राज्य संदर्भ केन्द्र जुड़े हुए हैं जो आगे राज्य में निर्धारित विलनिक; सीएचसी एवं पीएचसी से जुड़े हुए हैं जो कठिन एसटीआई मामलों के प्रबंधन के लिए प्रयोगशाला सहायता प्रदान करते हैं। राज्य संदर्भ केन्द्रों में कार्य कर रहे स्टाफ को एसटीआई के इंस्टियॉलौजिक निदान हेतु क्षेत्रीय केन्द्र द्वारा प्रशिक्षित किया जाता है और उसको परामर्श प्रदान किया जाता है।

i pkyu vuñ alu पर कार्यशाला

इन क्षेत्रीय केन्द्रों को कार्यक्रम कार्यान्वयन में इनपुट प्रदान करने के लिए एसटीआई कार्यक्रम हेतु प्रचालन अनुसंधान करने के लिए अधिदेशित किया गया है। अनुसंधान क्रियाविधि के बारे में एक कार्यशाला जुलाई माह में सीडीसी एवं एफएचआई की सहायता से आयोजित की गई जिसमें प्रचालन अनुसंधान के बारे में क्षेत्रीय केन्द्रों के स्टाफ को प्रशिक्षित किया गया। अनुसंधान अधिकारियों, सूक्ष्मजीव विज्ञानियों, सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों तथा एसएसीएस के एसटीआई फोकल व्यक्तियों, सात क्षेत्रीय केन्द्रों से, को प्रशिक्षित किया गया। कार्यशाला के बाद समीक्षा बैठक की गई तथा क्षेत्रीय केन्द्रों के लिए वार्षिक कार्य योजना तैयार की गई। कार्यशाला के बाद सभी क्षेत्रीय केन्द्रों ने प्रचालन अनुसंधान अनुमोदन हेतु नाकों के तकनीकी अनुसंधान प्रोटोकाल तैयार किया। अनुमोदन हेतु नाकों के तकनीकी अनुसंधान प्रोटोकाल तैयार किया। अनुमोदन हेतु नाकों के तकनीकी अनुसंधान प्रोटोकाल तैयार किया। अनुमोदन हेतु नाकों के तकनीकी अनुसंधान प्रोटोकाल तैयार किया।



► संक्रियात्मक अनुसंधान पर एक कार्यशाला



► एसटीआई पर एक प्रशिक्षण कार्यक्रम

गान समूह द्वारा इनकी समीक्षा की गई तथा प्रचालन अनुसंधान के लिए चार प्रस्ताव अनुमोदित किए गए हैं।

निर्धारित एसटीआई विलनिकों में परामर्शदाता

एसटीआई/आरटीआई रोगियों को व्यवहार परिवर्तन तथा भविष्य में संक्रमण की रोकथाम के लिए परामर्श सेवाओं की जरूरत होती है। परामर्श सेवाएं एसटीआई/आरटीआई प्रबंधन के अभिन्न हिस्से हैं। परामर्श सेवाओं को सुदृढ़त्र करने के लिए प्रत्येक निर्धारित विलनिक में एक परामर्शदाता प्रदान किया गया है। इस समय 974 एसटीआई परामर्शदाता है। ये परामर्शदाता यौन एवं प्रजनन सेवाएं प्रदान करने वाले अन्य विभागों के साथ भी अच्छे संबंध विकसित करते हैं। परामर्श के बारे में प्रशिक्षण सामग्री, पाठ्यचर्चा एवं कार्य संबंधी सहायक सामग्री, पोस्टर पिलप बुक एवं फिल्म तैयार किए गए हैं, परामर्शदाता के लिए पुनश्चर्या प्रशिक्षण मॉड्यूल तैयार किया गया। बंगलौर में अक्टूबर, 2012 में प्रशिक्षकों का एक प्रशिक्षण आयोजित किया गया; 14 निर्धारित प्रशिक्षण संस्थानों से प्रशिक्षक, मास्टर एसटीआई प्रशिक्षक तथा एसएसीएस एसटीआई फोकल व्यक्ति को मॉड्यूल के बारे में प्रशिक्षित किया गया। 495 एसटीआई परामर्शदाता ने 14 निर्धारित संस्थानों में जनवरी 2013 तक पुनश्चर्या प्रशिक्षण मॉड्यूल पर प्रशिक्षण प्राप्त कर लिया है।



► निर्धारित एसटीआई/आरटीआई विलनिक में एक डॉक्टर



► निर्धारित एसटीआई/आरटीआई विलनिक

एसटीआई / आरटीआई सेवा प्रदानगी पर संप्रेशण

निर्धारित विलनिक में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को “सुरक्षा विलनिक” (अर्थात् सुरक्षा) का ब्रांड नाम दिया गया है। यह ब्रांड नाम एसटीआई के जुड़े कलंक को दूर करने तथा यौन स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए दिया गया है। एसटीआई / आरटीआई सेवाओं के लिए मांग सृजित करने के लिए विशेष रूप से तैयार किए गए दूरदर्शन एवं रेडियो अभियानों के जरिए एक संप्रेषण रणनीति चल रही है। अभियान में उपचार प्राप्त करने में डर एवं अनिच्छा के मुद्दों का ध्यान रखा जाता है। उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, बिहार, उड़ीसा, मध्य प्रदेश, छत्तीसगढ़ एवं झारखण्ड में कार्यस्थल से लौटने वाले प्रवासियों में अक्टूबर एवं नवंबर 2012 में एसटीआई सेवाओं को बढ़ावा देने के लिए एक विशेष गहन बीसीसी एवं सेवा अभियान चलाया गया। एसटीआई संबंधी सभी आईईसी सामग्री तथा कार्य संबंधी सहायक सामग्री का संकलन किया गया है तथा अनुवाद एवं प्रयोग हेतु राज्यों को वितरित किए गए हैं।

एसटीआई / आरटीआई सेवा प्रदायकों का प्रशिक्षण एवं क्षमता निर्माण

डाक्टरों, स्टाफ नर्स, प्रयोगशाला तकनीशियनों तथा परामर्शदाता के लिए मानकीकृत प्रशिक्षा पाठ्यक्रम तैयार किया हुआ है। इन स्टाफ को राष्ट्रीय, राज्य एवं क्षेत्रीय संसाधन फेकल्टी के संवर्ग के माध्यम से प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है। सभी फेकल्टी सदस्यों को इसी प्रशिक्षण सामग्री का उपयोग करते हुए वयस्क शिक्षण विधियों द्वारा प्रशिक्षित किया गया है। राज्य एवं क्षेत्रीय संसाधन संकाय सदस्य ने बाद में फिर निर्धारित विलनिकों एवं टीआई एनजीओ के एसटीआई / आरटीआई विलनिक स्टाफ को प्रशिक्षण प्रदान किया है। 1146 डाक्टरों, 542 स्टाफ नर्सों, 470 प्रयोगशाला तकनीशियनों, 495 परामर्शदाताओं एवं 1112



► एसटीआई पर एक टीवी विज्ञापन

वरीयतन प्रदाताओं सहित कुल 3765 कार्मिकों को वर्ष 2012–13 में प्रशिक्षित किया गया।

एसटीआई पर चल रहा प्रशिक्षण सत्र

प्रत्येक जिले में उप जिला स्वास्थ्य सुलभ केन्द्रों (पीएचसी, सीएचसी और प्रमंडल अस्पताल) के लिए एसटीआई / आरटीआई प्रबंधन हेतु के बारे में डाक्टरों, नर्सों एवं प्रयोगशाला तकनीशियनों के लिए जिला संसाधन संकाय सदस्य भी है। उप जिला स्वास्थ्य केन्द्रों में 1026 डाक्टरों, 1776 स्टाफ नर्सों एवं 542 प्रयोगशाला तकनीशियनों सहित कुल 3414 व्यक्तियों को 2012–13 में प्रशिक्षित किया गया।

इसके अतिरिक्त, स्टाफ के विभिन्न संवर्गों के लिए एसटीआई / आरटीआई संबंधी प्रशिक्षण को संस्थागत रूप देने के लिए प्रत्येक राज्य में प्रशिक्षण संस्थान निर्धारित किए गए हैं।

एफआईसीटीसी एनएम तथा आईसीटीसी के प्रयोगशाला तकनीशियनों के प्रशिक्षण के लिए एसटीआई घटकों का एकीकरण किया गया है। जिसमें संकलित पाठ्यक्रम को उनके मौजूदा पाठ्यक्रम में शामिल किया गया है ताकि सेवा प्रदानगी को व्यापक किया जा सके। 2740 एफआईसीटीसी को वर्ष 2012–13 में प्रशिक्षित किया गया।

एनआरएचएम के साथ तालमेल

एसटीआई / आरटीआई सेवाएं पीएचसी / सीएचसी सहित सभी सरकारी स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में प्रदान की जाने वाली सेवाओं का अभिन्न अंग है। इनमें से प्रत्येक स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र में एक मानकीकृत सेवा प्रदानगी प्रोटोकॉल का अनुपालन किया जाता है। रोगियों को निःशुल्क एसटीआई औषध प्रदान किए जाते हैं, मेडिकल एवं पैरामेडिकल स्टाफ को प्रशिक्षित किया जाता है। तथा एसटीआई / आरटीआई संकेतकों के बारे में मासिक रिपोर्ट मौजूदा एचएमआईएस में इस सुविधा केन्द्रों से रिपोर्ट की जाती है।

एक संयुक्त कार्य समूह के गठन तथा उपजिला स्वास्थ्य केन्द्रों में एसटीआई / आरटीआई सेवा प्रदानगी के लिए राष्ट्रीय प्रचालन कार्यदांचा के विकास के जरिए राष्ट्रीय स्तर पर तालमेल को सुदृढ़ किया गया है। एसटीआई / आरटीआई सेवाओं के लिए मेडिकल एवं पैरामेडिकल स्टाफ के लिए राष्ट्रीय तकनीकी दिशा निर्देश तथा प्रशिक्षण मॉड्यूल्स संयुक्त रूप से तैयार किए गए हैं। नाको एवं एनआरएचएम के बीच एक संयुक्त बैठक प्रत्येक तिमाही में की जाती है। नाको में एसटीआई कार्यक्रम की संयुक्त समीक्षा अगस्त 2012 में की गई जिसमें एसएसीएस तथा एनआरएचएम के राज्य स्तरीय आरसीएच अधिकारी शामिल हुए थे। एनआरएचएम की परियोजना कार्यान्वयन योजना में एसटीआई / आरटीआई हेतु बजट रखा गया है जिसमें रंगीन कोड युक्त एसटीआई / आरटीआई औषधों का प्राप्तण, स्टाफ का प्रशिक्षण, सेवाओं के मांग सृजन के लिए आई.ई.सी तथा परामर्श कार्यक्रम की समीक्षा एवं सेवाओं की मानीटरिंग के लिए बजट शामिल है। एसटीआई घटकों को फेकल्टी एकीकृत आईसीटीसी

के ए.एन.एम हेतु प्रशिक्षण मॉड्यूल में शामिल किया गया है ताकि उनके लिए एसटीआई/आरटीआई की देखभाल का एकीकृत पैकेज बनाया जा सके। 2740 एएनएम को भारतीय उपचर्या परिषद की सहायता से इस पाठ्यक्रम के बारे में प्रशिक्षण दिया गया है।

सभी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में रंगीन कोड युक्त औषध किटें भी उपलब्ध कराई गई हैं। एक संयुक्त प्रशिक्षण योजना विकसित की गई है। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य में सेवा प्रदायकों को प्रशिक्षित करने हेतु प्रशिक्षकों के कार्यशालाओं के 6 क्षेत्रीय प्रशिक्षण के जरिए 245 संकाय का एक संसाधन विकसित किया गया जिसमें राज्य, क्षेत्रीय और जिला स्तरों के प्रशिक्षित प्रशिक्षकों द्वारा सभी सेवा स्थलों पर चिकित्सीय और परा-चिकित्सीय कर्मचारियों को गुणवत्ता प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सुविधाओं के कुल 1046 डॉक्टरों और 2445 परा-चिकित्सीय कर्मचारियों (स्टाफ नर्स और प्रयोगशाला तकनीशियन) को 2012–13 के दौरान एसटीआई प्रबंधन के बारे में प्रशिक्षित किया गया है। एचएमआईएस से प्राप्त एसटीआई/आरटीआई आधारित आंकड़ों का नाको में मिलान किया जा रहा है और समय-समय पर उन पर निगरानी रखी जा रही है। दिसम्बर, 2012 तक उप जिला स्वास्थ्य केन्द्रों में कुल 25.4 लाख एसटीआई/आरटीआई मामलों का उपचार किया गया।

पहले से पैक की हुई एसटीआई/आरटीआई रंग कोडिट किट

पहले से पैक हुई एसटीआई/आरटीआई औषध किटों ने उपचार को मानकीकृत करने में सहायता की है। पहले से पैक की गई रंग कोडिट एसटीआई/आरटीआई किटों को सभी निर्दिष्ट एसटीआई/आरटीआई विलनिकों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य एवं टीआई गैर सरकारी संगठनों में मुफ्त आपूर्ति के लिए मुहैया करवाया गया है। इन किटों की अद्य प्राप्ति केन्द्रीय स्तर पर की जाती है और उन्हें सभी राज्य एड्स नियंत्रण समितियों और जिला स्तरीय प्रसितियों को भेजा जाता है तथा उपयोग हेतु सुविधा केन्द्रों में वितरित किया जा रहा है। औषधों की प्रि-पैकेजिंग को एसटीआई कार्यक्रम प्रबंधन में एक वैशिक अभिनव पहल माना जा रहा है। राज्यों को उनकी ओर से प्राप्ति को सुगम बनाने के लिए इसको विनिर्देशन प्रदान किए जा रहे हैं।

उच्च जोखिम वाली जनसंख्या के लिए एसटीआई/आरटीआई सेवा प्रदान करने का प्रावधान

उच्च जोखिम समूह (एचआरजी) जनसंख्या के लिए एसटीआई/आरटीआई सेवाओं के एक मानकीकृत पैकेज का प्रावधान, लक्षित हस्तक्षेप परियोजनाओं का एक महत्वपूर्ण घटक है। सभी एचआरजी लोगों को सेवाओं का पैकेज मिलता है जिसमें निम्नलिखित शामिल है :

1. अपने लाक्षणिक एसटीआई शिकायतों के लिए निःशुल्क परामर्श एवं उपचार

2. त्रैमासिक चिकित्सा जांच
 3. बिना लक्षण वाले मामलों में उपचार (पूर्वानुमान उपचार)
 4. द्विवार्षिक उपदंश स्क्रीनिंग
 टीआई परियोजना के अंतर्गत एचआरजी आबादी के लिए एसटीआई/आरटीआई सेवाओं में वृद्धि किए जाने के लिए वरीयतन प्राइवेट प्रदाता नीति शुरू की गई है। इन प्रदाताओं का चयन सामूहिक परामर्श के जरिए सांप्रदायिक सदस्यों द्वारा किया जाता है। इस नीति के अंतर्गत एचआरजी के लिए सेवाओं की पहुंच बढ़ी है। इस नीति के अंतर्गत सभी एचआरजी को निःशुल्क एसटीआई/आरटीआई उपचार प्रदान किए जाते हैं तथा प्रदाताओं को प्रत्येक परामर्श के लिए सांकेतिक 50 रुपए की शुल्क प्राप्त होता है। कुल 3565 वरीयतन प्रदाता आरजी को एसटीआई/आरटीआई सेवाएं प्रदान कर रहे हैं। इस वरीयतन प्रदाताओं को लाक्षणिक मामला प्रबंधन के बारे में मानकीकृत पाठ्यक्रम का प्रयोग कराते हुए प्रशिक्षित किया जाता है। रंगीनकोड वाली एसटीआई/आरटीआई औषध किटें यौन कर्मियों एमएसएम एवं आईडीयू के निःशुल्क उपचार के लिए इनका प्रदाताओं को उपलब्ध कराए गए हैं तथा आंकड़ा संग्रहण टूल्स भी उनको प्रदान किए जाते हैं दिसम्बर, 2012 तक कुल 23.2 लाख दौरों एचआरजी द्वारा किए गए तथा 17 लाख नियमित चिकित्सा जांच किए गए। इतने व्यापक स्तर पर एचआरजी को एसटीआई सेवाएं प्रदान करने के लिए प्राइवेट प्रैविटेशनरों की सहभागिता सफल वैशिक पहलों में से एक है।

संगठित सार्वजनिक क्षेत्र, सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों तथा व्यावसायिक संगठनों के साथ भागीदारी

एसटीआई/आरटीआई से पीड़ित अधिकतर रोगी प्राइवेट स्वास्थ्य देखभाल प्रदानगी प्रणाली के व्यापक नेटवर्क से सेवाएं प्राप्त करते हैं। जिसमें फीलांस प्राइवेट प्रैविटेशनरों से लेकर बड़े सार्वजनिक अस्पताल शामिल हैं। साथ ही कई लोग रेलवे, ईएसआई, सशक्त बलों, सीजीएचएस, रेलवे, पत्तन अस्पतालों जैसे अन्य क्षेत्रों तथा कोल इंडिया लिमिटेड एवं सेल जैसे सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों की सुविधाओं के अंतर्गत स्वास्थ्य



देखभाल प्रणाली से सेवाएं प्राप्त कर रहे हैं। यह महसूस किया गया है कि एसटीआई/आरटीआई से पीड़ित अधिकतर लोगों तक पहुंचना बिना सार्वजनिक एवं संगठित क्षेत्रों की भागीदारी से संभव नहीं है। नाको ने सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदानगी प्रणाली द्वारा इस समय कवर नहीं किए गए लोगों तक पहुंचने के लिए एसटीआई/आरटीआई सेवाओं की प्रदानगी को सहायता प्रदान करने हेतु व्यावसायिक संघों के जरिए संगठित क्षेत्रों एवं प्राइवेट क्षेत्रों के साथ भागीदारी पुरा की है। रेलवे, ईएसआई, रक्षा, सीजीएचएस, फेमिली प्लानिंग आफ रेडियो, पोर्ट ट्रस्ट एवं कोल इंडिया के साथ एक बैठक आयोजित की गई। भागीदारी

के लिए रोड मैप तैयार कर लिया गया है। नाको भागीदारी विकसित करने में तकनीकी सहायता प्रदान करेगा। एसटीआई/आरटीआई सेवाओं के लिए बजट, प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का प्रस्ताव संबंधित मंत्रालयों में किया जा रहा है तथा सामान्य मासिक रिपोर्टिंग फॉर्मेट तैयार कर लिया गया है। उपर्युक्त एजेंडा दिसम्बर 2012 में संपन्न सभी मंत्रालयों के साथ मुख्य धारा में लाने संबंध बैठक का भी हिस्सा था। 11 बड़े पत्तन अस्पतालों में एसटीआई/आरटीआई सेवाएं शुरू की गई हैं। वर्ष 2012–13 (दिसम्बर, 2012 तक) के दौरान कुल 1.07 लाख रेगियों का प्रबंधन किए जाने की सूचना है।

उत्तम पद्धतियों, नवान्वेषणों तथा प्रभाव के बारे में एन.ए.सी.पी.-3 प्रचार-प्रसार सम्मेलन 2012

यद्यपि एन.ए.सी.पी-3 (2007–2012) में एचआईवी/एड्स महामारी को रोकने और इसके बढ़ने की गति को पलटने में काफी प्रगति दिखाई दी है, फिर भी इसकी रोकथाम के क्षेत्र में प्रमुख चुनौतियाँ बनी हुई हैं। नई दिल्ली में दिनांक 25–27 अप्रैल, 2012 के दौरान नाको ने विकास सहभागियों के साथ मिलकर एक सम्मेलन के माध्यम से पिछले पाँच वर्षों की उत्कृष्ट उपलब्धियों एवं गहन अनुभवों की समीक्षा की। इस सम्मेलन के दौरान एचआईवी रोकथाम, देखभाल एवं सहयोग कार्यक्रमों से जुड़ी प्रमुख सीखों, जोकि भविष्य की गतिविधियों को दिशा दे सकें उनकी समीक्षा करी। साथ ही साथ सम्मेलन के दौरान समकालीन अंतर्राष्ट्रीय प्रवृत्तियों का विश्लेषण किया कि वह कहाँ तक नीतिगत निर्णयों, कार्यनीतिक विकल्पों, शासन और कार्यक्रम प्रबंधन ढाँचे में ‘बढ़ती लहर के रूख को पलटना’ में सहायता प्रदान की है। तथा नई पहलों एवं एच आई वी के प्रति समुदाय केन्द्रित प्रतिक्रिया के प्रतिमान की भी समीक्षा की गई।

श्री ऑस्कर फर्नांडीस, एचआईवी एवं एड्स संबंधी सांसदों के फोरस का संयोजक, में उद्घाटन भाषण दिया जिसमें नाको के महानिदेशक—वर्तमान एवं विगत के—में विचारों का आदान—प्रदान किया। विचारों के आदान—प्रदान तथा स्थिति का जायजा लेने के इस सामूहिक क्रियाकलाप ने प्रसिद्ध नीति निर्माताओं, वैश्विक एवं राष्ट्रीय विशेषज्ञों, केंद्र एवं राज्यों के कार्यक्रम विशेषज्ञों, सामुदायिक समूहों तथा सिविल सोसाइटी संगठनों को एक साथ लाया। लगभग 500 प्रतिनिधि मंडल सदस्यों ने विविध विषयों पर पैनल चर्चा, प्रमुख प्रस्तुतियों एवं मौखिक एवं पोस्टर प्रस्तुतियों में भाग लिया। डॉ. सर्वेदा

हमीद, सदस्य, योजना आयोग ने विदाई सत्र में प्रतिबद्धता के विवरण को पढ़कर सुनाया जिन्होंने कार्यक्रम के लिए योजना आयोग से हर संभव सहायता का आश्वासन दिया।

सम्मेलन ने एन.ए.सी.पी-3 के विशिष्ट योगदानों का परिप्रेक्ष्य प्रदान किया जिससे एन.ए.सी.पी. चरण-4 के दौरान गुणवत्ता आश्वासन से उच्चतम जोखिम वाले समूह पर ध्यान केंद्रित करने का मार्ग प्रशस्त हुआ है। इस सम्मेलन में भारत ने एचआईवी एड्स जुड़ी चुनौतियों से लड़ने के लिए कैसे अनुकूल माहोल तैयार किया इस पर महत्वपूर्ण ज्ञान प्रदान किया और यह संभव हो पाया क्योंकि भारत ने पक्ष समर्थन, सतत राजनैतिक इच्छाशक्ति, उपेक्षित जनसंख्या को मान्यता, सामाजिक नीति, और उपलब्ध संसाधनों को जुटाकर उनका अनुकूल और प्रभावी उपयोग रोकथाम, देखभाल एवं सहयोग, आईईसी कार्यक्रमों के लिए किया।



कंडोम प्रमोशन

एचआईवी/एडस की रोकथाम के लिए राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत कंडोम प्रमोशन को बहुत महत्व दिया गया। चूंकि असुरक्षित यौन संबंध एचआईवी वायरस के संरचन का सबसे बड़ा कारण है, इसलिए नाको ने एडस के विरुद्ध अपनी लड़ाई में कंडोम के प्रयोग को सबसे महत्वपूर्ण निवारक उपाय के रूप में लिया। नाको ने एचआईवी संक्रमण की रोकथाम के लिए कंडोम के निरंतर प्रयोग को बढ़ावा देने के लिए काफी प्रयास किए हैं जो कंडोमों की उपलब्धता, सुलभता बढ़ाने, जागरूकता बढ़ाने एवं खुदरा बिक्री केन्द्रों से कंडोम की बिक्री बढ़ाने के रूप में है। एनएसीपी-III के तहत नाको द्वारा कंडोम प्रमोशन पर राष्ट्रीय स्तर पर सीएसएमपी के रूप में पहल की गई जिससे कंडोम की स्थिर हो चुकी बिक्री की वृद्धि बढ़ाने में बहुत सहायता मिली।

इस कार्यक्रम के अंतर्गत अधिक जोर दिए जाने वाले क्षेत्र हैं – उच्च एचआईवी प्रसार और/अथवा परिवार नियोजन की उच्च आवश्यकता की विशेषता वाले जिलों में कवरेज को संतुप्त करने के लिए सामाजिक विपणन कार्यक्रम का विस्तार करना तथा उच्च जोखिम, ब्रिज जनसंख्या तथा आम जनता के बीच कंडोम की मांग में वृद्धि करना। यह कंडोम की मुफ्त आपूर्ति में अपव्यय को न्यूनतम करने और इसकी पहुंच को उच्च जोखिम जनसंख्या में बढ़ाने का कार्य भी करता है।

yf{kr dMe l lekt d foi.ku dk Zde ¼ h l , ei h%
नाको ने राष्ट्रीय एवं राज्य स्तरों पर तैनात तकनीकी विशेषज्ञों वाले कंडोम संबंधी तकनीकी सहायता समूह के जरिए कंडोम सामाजिक वितरण कार्यक्रम के चार चरणों को सफलतापूर्वक कार्यान्वित किया है। इस समय नाको 16 राज्यों में इस कार्यक्रम को कार्यान्वित कर रहा है जिसे उड़ीसा, कर्नाटक एवं गुजरात में मई 2012, महाराष्ट्र में जून, 2012 से और अन्य बारह राज्यों में

दिसम्बर, 2012 से शुरू किया गया था। जबकि इस कार्यक्रम का पूर्व चरण 13 राज्यों में जून 2012 तक जारी रहा। सीएसएमपी के लिए, जिलों का चयन एचआईवी व्याप्तता एवं परिवार नियोजन आवश्यकता के आधार पर मानचित्रित एवं वर्गीकृत चार श्रेणियों – उच्च व्याप्तता उच्च जननता (एचपीएचएफ), उच्च व्याप्तता निम्न जननता (एचपीएलएफ) और निम्न व्याप्तता जननता (एलपीएचएफ) के अनुसार किया गया था। सीएसएमपी के अंतिम चरण अर्थात् चरण-4 के अंतर्गत 398 जिलों को तीन श्रेणियों में कवर किया गया अर्थात् 170 एचपीएचएफ, 50 एचपीएलएफ एवं 178 एलपीएचएफ जिले। इस वर्ष इस कार्यक्रम के अंतर्गत कवरेज को 18 राज्यों के 361 जिलों में प्रसारित किया गया अर्थात् 117 एचपीएचएफ, 80 एचपीएलएफ एवं 164 एलपीएचएफ जिलों में।

नाको कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम के अंतर्गत वर्ष 2012–13 के दौरान कुल कंडोम बिक्री दिसंबर 2012 तक 22.38 करोड़ दर्ज की गई। इस उपलब्धि को इस अवधि के दौरान 17 राज्यों में फैले 7.41 लाख से अधिक केन्द्रों के माध्यम से हासिल किया गया।

नाको लक्षित सीएसएमपी में सभी परिस्थितियों में कंडोम की आसान पहुंच सुनिश्चित करने के लिए इसे अपारम्परिक आउटलेट जैसे कि पेट्रोल पंपों, नाई की दुकानों, मदिरालयों, सार्वजनिक वितरण प्रणाली की दुकानों, ढाबे, होटल इत्यादि में उपलब्ध कराकर एक महत्वपूर्ण कदम उठाया है। गैर-पारंपरिक आउटलेटों का कवरेज एवं स्थायित्व लगातार बढ़ रहा है क्योंकि वे ग्रामीण एवं दूर दराज क्षेत्रों में कंडोमों की सुलभता बढ़ाते हैं।

कार्यक्रम में नाको कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम के जरिए टीआई स्थलों और हाल्ट स्थानों में कंडोम की सुलभता बढ़ाई गई। इन उच्च जोखिम वाले क्षेत्रों के आसपास स्थित सभी प्रकार

के कंडोम बिक्री आउटलेटों को सीएसएमपी के अंतर्गत चरणबद्ध तरीके से कार्यक्रम में शामिल किया गया है।

कंडोम की नि:शुल्क आपूर्ति का अनुकूलन

नाको के सामाजिक विपणन कार्यक्रम का अन्य प्रमुख उद्देश्य है जोखिम वाले लोगों को उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए कंडोम की नि:शुल्क आपूर्ति को सही स्तर पर रखना और नि:शुल्क कंडोम आपूर्ति के अपव्यय को न्यूनतम करना। नाको ने कंडोम टीएसजी की सहायता से वितरण चयन में विभिन्न स्तरों पर वितरण प्रणाली की दक्षता बढ़ाने के लिए बहुआयामी कार्यनीति अपनाई है जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं :

- राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों में स्टाक खत्म होने की स्थिति से बचने के लिए प्रत्येक महीने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय से राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी को प्राप्त नि:शुल्क कंडोम आपूर्ति का नियमित रूप से पता रखना।
- राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों से टीआई एनजीओ को नि:शुल्क कंडोम की आपूर्ति का विश्लेषण और विभिन्न टीआई एनजीओ से लक्षित समूह जनसंख्या के लिए नि:शुल्क कंडोमों का वितरण।
- पिछले आंकड़ों के विश्लेषण के आधार पर टीआईएनजीओ और राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों की तरह नि:शुल्क कंडोम की वार्षिक मांग का अनुमान करना।

कंडोम संबंधी तकनीकी सहायता समूह एचआरजी के कवरेज के आधार पर कंडोम की वार्षिक मांग, कंडोमों के प्रयोग के बारे में विगत का रूझान का आकलन करने और राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों द्वारा कवर किए गए सभी टीआई एनजीओ और राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों में नि:शुल्क कंडोमों की मौजूदा माल सूची की समीक्षा करने में संबंधित राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों को सहायता करते हैं। इसके परिणामस्वरूप संबंधित राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों से प्राप्त हुए अनुसार कंडोम की आवश्यकताओं की नि:शुल्क आपूर्ति के प्रक्षेपित अनुमानों

में काफी कमी आई है। साथ ही, नाको समर्पित सामाजिक विपणन संगठन द्वारा किए गए गहन सामाजिक विपणन प्रयासों के परिणामस्वरूप टीआई स्थलों में और उसके आसपास स्थित आउटलेटों में सामाजिक रूप से विपणन किए गए कंडोमों की उपलब्धता बढ़ी है।

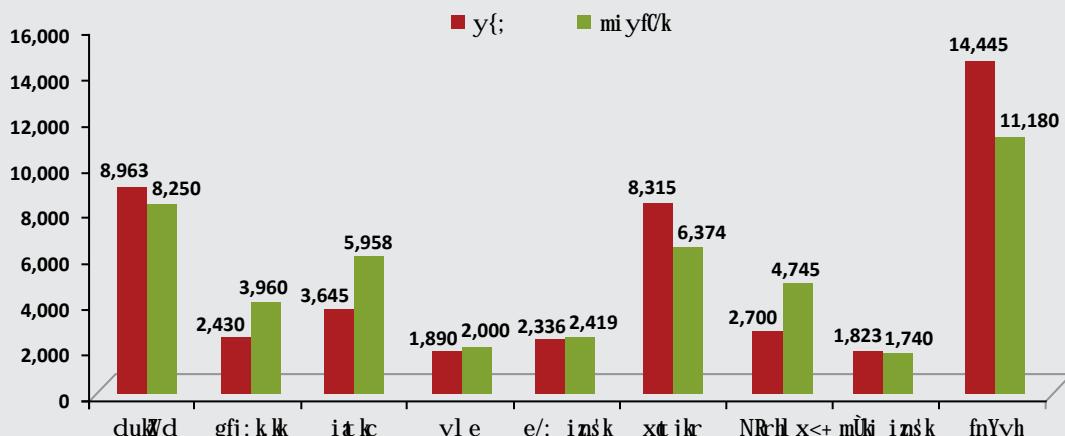
इस अनुशासित दृष्टिकोण के अंतर्गत कार्य करने से कंडोम की नि:शुल्क आपूर्ति का इष्टतम स्तर प्राप्त किया गया। इस वजह से राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों और टीआई में स्टाक खत्म होने की कोई बड़ी घटना सूचित नहीं हुई। 44.47 करोड़ नि:शुल्क कंडोमों के वितरण के वार्षिक लक्ष्य के मुकाबले राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों ने दिसम्बर 2012 तक 29.5 करोड़ नि:शुल्क कंडोमों का वितरण किया है।

महिला कंडोम वर्धक प्रायोगिक कार्यक्रम – कंडोम की उपलब्धता बढ़ाने के लिए एक अभिनव कार्यक्रम

नाको ने अगस्त 2012 में दिल्ली, हरियाणा, पंजाब, उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, असम, कर्नाटक, गुजरात एवं छत्तीसगढ़ सहित प्रायोगिक रूप में 9 राज्यों में प्रत्येक में 2 जिलों में वर्धक एफसी कार्यक्रम के कार्यान्वयन को सफलतापूर्वक पूरा किया। यह लगभग 35,758 महिला यौन कर्मियों तक पहुंचा है जिससे प्रत्येक जिले में निर्धारित टीआईएनजीओ का पूरा कवरेज सुनिश्चित हुआ है। कार्यदल में महिला कंडोमों का प्रयोग बढ़ाने के लिए क्षमता निर्माण, प्रशिक्षण एवं बीसीसी क्रियाकलापों पर ध्यान केंद्रित किया गया है। इस कार्यक्रम में, कुल बेचे गए एफसी हैं 46,626 जबकि लक्ष्य 46,545 नगों का था जिसे कार्यक्रम कार्यान्वयन करने वाले एसएमओ, हिंदुस्तान लैटेक्स फेमिली प्लानिंग प्रोमोशन द्रष्ट के माध्यम से किया गया।

14,445 ; 11,180 % नाको अपने अभियान के लिए कंडोम प्रयोग के माध्यम से सुरक्षित यौन संबंध को बढ़ावा देने हेतु व्यापक स्तर पर मास मीडिया का प्रयोग करता है। कंडोम

चार्ट 6.1 : वर्ष 2012-13 के दौरान 9 राज्यों में महिला कंडोम प्रायोगिक कार्यक्रम के अंतर्गत बेचे गए एफसी के लक्ष्य एवं उपलब्धियां



संवर्धन पर मास मीडिया अभियान को राष्ट्रीय नेटवर्क (दूरदर्शन एवं प्रमुख केबल एवं सेटेलाइट चैनलों) तथा रेडियो (आकाशवाणी एवं प्राइवेट एफएम चैनलों) पर शुरू किया गया। चार सप्ताह की अवधि का यह अभियान हिंदी एवं अन्य क्षेत्रीय भाषाओं में राष्ट्रीय स्तर पर जून 2012 में स्क्रीनिंग किया गया। छोटे शहरों में सिनेमा देखे जाने वाले व्यक्तियों तक पहुंच बनाने के लिए कंडोम अभियान हेतु डिजिटल सिनेमा स्क्रीनिंग प्लेटफार्म का भी उपयोग किया गया। नाकों में लक्षित दर्शकों श्रोताओं में जोखिम की धारणा को बढ़ाने के उद्देश्य से कंडोम संवर्धन अभियानों को प्रसारित करना जारी रखा। मास मीडिया अभियान में प्रयोग किए गए विषय का उपयोग कार्यक्रम राज्यों में सामाजिक विपणन संगठनों द्वारा आयोजित मिड मीडिया अभियानों सहित कंडोम संवर्धन स्प्रेषण के सभी रूपों में भी किया गया।

नाको सीएसएमपी के अंतर्गत मांग सृजन कार्यों के संदर्भ में 5,23,679 प्रचार कार्य आयोजित किए गए तथा दिसम्बर 2012 तक 1,06,91,006 लक्षित आबादी तक पहुंच गया। इन क्रियाकलापों का उद्देश्य लक्षित आबादी के बीच व्यवहार परिवर्तन करना तथा अनुकल माहौल सृजित करना था जिससे कंडोम के प्रयोग को बढ़ावा मिला। सभी क्रियाकलापों का उद्देश्य एचआईवी/एड्स, एसटीआई एवं अनचाहे गर्भ के विरुद्ध तीन सुरक्षा लाभों के लिए कंडोम के प्रयोग को बढ़ावा देना था। कंडोम संवर्धन क्रियाकलापों का आयोजन विभिन्न रूपों अर्थात्, नुक्कड़ नाटक, रोड शो, अन्तर वैयक्तिक संप्रेषण तथा कंडोम के प्रयोग संबंधी प्रदर्शनी आदि में किया गया ताकि एचआरजी, ब्रिज आबादी और आमलोगों विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में लक्षित आबादी को कंडोम के लगातार प्रयोग किए जाने तथा उसके द्वारा मांग सृजित किए जाने के लिए संपर्क किया जा सके तथा प्रोत्साहित किया जा सके।

नाको सीएसएमपी के अंतर्गत, खुदरा बिक्रेता को भी शामिल एवं प्रेरित किया गया व्यक्तिकि वे कंडोम की खरीद को सुगम बनाते हुए ग्राहक के साथ संपर्क की महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। कंडोम के प्रति सामान्य व्यवहार के बढ़ावा देते हुए कंडोम का स्टॉक रखने के लिए उनको प्रेरित करना भी मांग सृजन प्रक्रिया का अभिन्न भाग था। विभिन्न व्यापार संवर्धन क्रियाकलापों तथा योजनाओं को भी कंडोमों का स्टॉक रखने के लिए खुदरा विक्रेताओं को प्रोत्साहित करने के लिए कार्यान्वित किया गया। उनको ग्राहकों द्वारा कंडोम खरीद को सामान्य बनाने में सहायता करने के लिए प्रोत्साहित किया गया। कंडोम आपूर्ति एवं वितरण के संबंध में उनकी चिंताओं को समझने के लिए डीलरों के साथ बैठक एवं चर्चाएं भी आयोजित की गईं। नाको, सीएसएमपी के अंतर्गत 7.18 लाख खुदरा बिक्री केन्द्रों को शामिल किया गया तथा उनके परिसरों का उपयोग दृष्टिगोचरता सृजित करने के लिए कंडोम संवर्धन सामग्री को लगाने के लिए किया गया।

नाको अभियानों के साथ एकीकृत कंडोम संवर्धन संप्रेषण

नाको एचआईवी/एड्स की रोकथाम एवं उपचार के बारे में सूचना के प्रसार हेतु राष्ट्रीय स्तर के विभिन्न अभियान चल

रहे हैं। सीएसएमपी के अंतर्गत सामाजिक विपणन संगठनों द्वारा आयोजित मिड-मीडिया क्रिया कलापों को नाको अभियानों के साथ जोड़ा गया। कंडोम के नियमित प्रयोग को नाको लोक मीडिया अभियान, रेड रिबन एक्सप्रेस अभियान, प्रवासी अभियानों तथा विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य शिविरों के माध्यम से बढ़ावा दिया गया। इसी प्रकार कंडोम संवर्धन क्रियाकलापों को राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटियों द्वारा विश्व एड्स दिवस, विश्व रक्तदान दिवस, राष्ट्रीय युवा दिवस आदि के अवसर पर विशेष आयोजनों में शामिल किया गया है।

क्षमता निर्माण

नाको सीएसएमपी कार्यान्वयन एजेंसी को केवल निर्धारित अवधि के लिए निर्बंधित किया जाता है और इसलिए उनके स्टाफ को क्षमता निर्माण की आवश्यकता होती है। बिक्री, डाटा प्रबंधन से लेकर संप्रेषण संबंधी विभिन्न कार्यक्रम पहलुओं के लिए विशिष्ट कौशल विकास की जरूरत होती है। नाको टीएसजी साझेदारों के बीच कंडोम को बढ़ावा देने के क्षेत्र में ज्ञान, सूचना तथा सर्वोत्तम पद्धतियों के लिए लगातार प्रयास करता रहा है। इसमें आरंभिक एवं अभिमुखीकरण सत्र, पुनर्शर्चर्या प्रशिक्षण, कौशल विकास कार्यक्रम आदि शामिल थे। इन क्षमता निर्माण क्रियाकलाप का उद्देश्य निचले स्तर के कार्मिकों, विभिन्न टीआई एवं एसएमओ के कार्यकर्ताओं एवं प्रबंधकों तक पहुंचाना है। कंडोम संवर्धन के लिए कार्यान्वित सर्वोत्तम संप्रेषण प्रद्धतियों के बारे में नाको तकनीकी सहायता समूह द्वारा एसएमओ के संप्रेषण प्रबंधकों के लिए एक कार्यशाला भी आयोजित की गई।

कार्यक्रम मानीटरिंग

पिछले चार वर्षों में तकनीकी सहायता समूह – कंडोम संवर्धन में राष्ट्रीय कंडोम सामाजिक विपणन कार्यक्रम की मानीटरिंग के लिए एक ठोस प्रणाली विकसित की गई है अर्थात् :

- सेंट्रल बेब आधारित ऑनलाइन मानीटरिंग प्रणाली
- कंडोम बाजार डायनेमिक्स का लगातार ट्रैकिंग
- सामाजिक विपणन संगठनों की आवधिक समीक्षा तथा मूल्यांकन

1. **व्यक्तिगत विभिन्न स्तरों पर कार्यक्रम की मानीटरिंग**
तकनीकी सहायता समूह कंडोम संवर्धन ने सीएसएमपी-III के दौरान कार्यक्रम की प्रगति की मानीटरिंग के लिए वेब आधारित ऑनलाइन रिपोर्टिंग प्रणाली शुरू की थी। इस प्रयोजनार्थ एक विशिष्ट साफ्टवेयर तैयार किया गया था। इसके जरिए टीएसजी ने डाटा प्रबंधन प्लेटफार्म को मैनुअल से पूरी तरह कम्प्यूटराइज्ड प्रणाली में बदल दिया। इस प्रणाली को सीएसएमपी-4 एवं 5 में क्षेत्र स्तरीय क्रिया कलापों की प्रगति की मानीटरिंग के लिए प्रयोग में लाया जाना जारी रखा था। डाटा संकलन का कार्य विभिन्न स्तरों पर सावधानी पूर्वक किया जा रहा है जो जटिल था, समय लगने वाला था तथा डाटा एन्ट्री में गलतियां होने की गुंजाइस भी काफी थी। साफ्टवेयर मासिक रिपोर्टों का उपयोग दिल्ली कार्यालय से केंद्रीय रूप से सृजित किया जाना है तथा इसे मानीटरिंग एवं जरूरत पड़ने



► पुरुषों की सभा को कंडोम प्रयोग पर संदेशों के साथ संबोधित करना



► महाराष्ट्र में ब्रांडेड वैन की मदद से नुक़द़ नाटक



► बिहार के एक बस स्टॉप पर कंडोम बेचने की दुकाने



► उड़ीसा के एक बस स्टॉप पर नुक़द़ नाटक का प्रदर्शन

पर सुधारात्मक उपाय के लिए राज्य स्तर पर कार्यक्रम दलों द्वारा शेयर किया जाता है। प्रबंधन सूचना प्रणाली साफ्टवेयर से निम्नलिखित लाभ है :

- सातों दिन चौबीसों घंटे भारत में किसी भी स्थान पर लक्ष्य के मुकाबले एसएमओ के कार्यनिष्पादन की मानीटरिंग
- साफ्टवेयर से यूजर प्रत्येक दिन/सप्ताह/महीने के अंत में सभी संगत व्यौरे के साथ ऑनलाइन आउटलेट-अनुसार बिक्री डाटा को भर सकते हैं।
- साफ्टवेयर को डाटा विश्लेषण, प्रि-डिजाइन्ड रिपोर्ट तैयार करने तथा सभी प्रकार के आउटपुट सृजित करने की सभी जरूरतों को पूरा करने के लिए तैयार किया गया है।
- इससे त्रुटिरहित रिपोर्ट तैयार करने में समय की बचत होती है, समय पर डाटा लेने तथा डाटा पंचिंग संबंधी समस्याओं पर नियंत्रण रखने में एसएमओ के साथ बने रहने में सहायता मिलती है। इससे अधिक स्टीक डाटाबेस तैयार होता है।

- इस साफ्टवेयर में क्षेत्र स्तरीय यूजरों द्वारा प्रविष्टि किए गए या अपलोड किए गए आंकड़ों को वैध करने की विशिष्टता है। अपलोड किया गया डाटा किसी रिपोर्ट को तैयार करने के लिए तब तक उपलब्ध नहीं होता जब तक कि एम एं ई फोकल व्यक्ति अपलोड किए गए डाटे की वैधता की पुष्टि नहीं कर देता।

साफ्टवेयर द्वारा सृजित आउटपुट रणनीतिक सूचना प्रबंधन साफ्टवेयर में सक्षम ढंग से एकीकृत हो जाता है।

कंडोम बाजार के डायनामिक्स का लगातार पता रखना

एसी नेल्सन कंडोम रिटेल ऑफटेक डाटा में तिमाही आधार पर राज्य स्तर पर तथा मासिक आधार पर राष्ट्रीय स्तर पर मात्रा एवं आउटलेट कवरेज के बारे में सूचना प्रदान करता है।

इस आंकडे का नियमित विश्लेषण समस्त कंडोम बिक्री केंद्रों का अध्ययन करने, ब्रांड की पैढ़ जानने, बाजार में हिस्सेदारी का मूल्यांकन करने तथा कार्यान्वयन की मानीटरिंग करने तथा आवश्यकतानुसार सुधार करने के लिए किया जाता है।

एसएमओ कार्यान्वयन कर रहे सीएसएमपी के कार्यान्वयन की आवधिक समीक्षाएं

एसएमओ के कार्यनिष्पादन की समीक्षा करने के लिए एसएमओ की आवधिक समीक्षाओं की जाती है। समीक्षाओं के विशिष्ट लाभ

निम्नलिखित हैं :

- सही समय पर कार्यान्वयन की मानीटरिंग और प्रतिक्रिया एवं कार्रवाई में शीघ्रता लाना
- मूल्यांकन मानदंडों पर लक्ष्यों के मुकाबले कार्यनिष्पादन की मानीटरिंग
- एसएमओ में सर्वोत्तम पद्धतियों तथा सफल विचारों का आदान-प्रदान
- राज्य एवं राष्ट्रीय कार्यक्रम के बीच बेहतर समन्वय एवं तालमेल के लिए एसएसीएस के साथ कार्यनिष्पादन समीक्षा।



रक्त सुरक्षा

रक्त, स्वास्थ्य देखभाल तथा स्वास्थ्य प्रणाली के समुचित कार्यकरण के लिए मूलभूत आवश्यकता है। नाको देश के लिए सुरक्षित रक्त की व्यवस्था सुनिश्चित करने के लिए जिम्मेदार रहा है। एनएसीपी-III के दौरान सुरक्षित रक्त की उपलब्धता वर्ष 2007 में 44 लाख यूनिटों से बढ़कर 2012 तक 93 लाख यूनिटें हो गई हैं। इस अवधि के दौरान नाको समर्थित बैंकों में एचआईवी सीरम प्रतिक्रिया भी 1.2 से घटकर 0.2 हो गई है। नाको समर्थित रक्त बैंक 600 से अधिक जिलों में कार्यशील हैं तथा बहुत कम जिले ऐसे रह गए हैं जहां नाको समर्थित रक्त बैंक नहीं है। स्वैच्छिक रक्तदान को समेकित कार्यक्रम प्रयासों के जरिए बढ़ाया गया है।

देश के लिए रक्त की वार्षिक आवश्यकता वर्ष 2012–13 में 8 मिलियन यूनिट अनुमानित है। जिनमें से 55 लाख यूनिटें नाको समर्थित रक्त बैंकों से प्राप्त किए जाने का लक्ष्य है। नाको स्वैच्छिक, बिना पारिश्रमिक के रक्तदान से एक संचालित रक्त बैंकिंग कार्यक्रम के माध्यम से देश में रक्त की जरूरतों को पूरा करने का प्रयास करता है।

कार्यक्रम की प्रमुख रणनीतियां निम्नलिखित हैं

- देश में सुरक्षित रक्त की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए नियमित रूप से स्वैच्छिक बिना पारिश्रमिक रक्त दान को बढ़ाना
- इस उददेश्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्रों में रक्त के युक्ति संगत उपयोग सहित घटक को तैयार करना और उसकी उपलब्धता बढ़ाना तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं का क्षमता निर्माण करना
- क्षेत्रीय रूप से समन्वित रक्ताधान सेवाओं के जरिए रक्त की पहुंच को बढ़ाना
- सुरक्षित और गुणवत्ता युक्त रक्त सुनिश्चित करने के लिए

गुणवत्ता प्रबंधन प्रणालियां स्थापित करना।

- कार्यचयन ढांचा और रेफरल लिंकेज निर्मित करना।

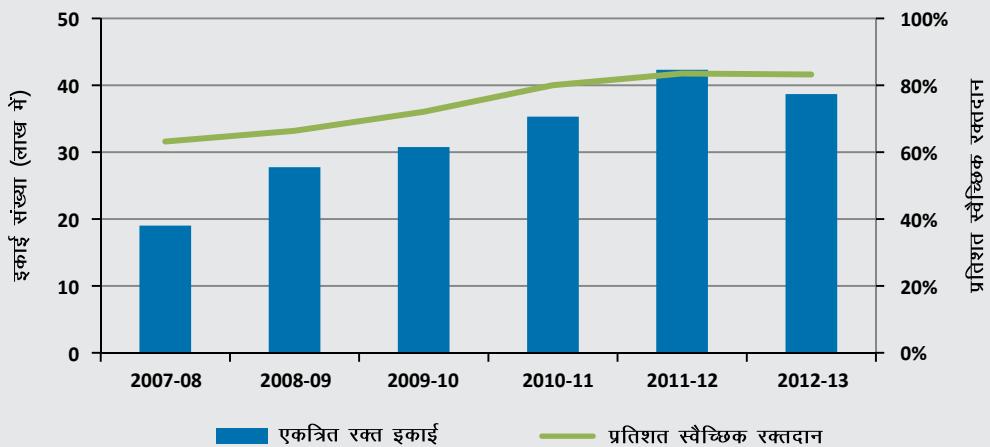
वर्तमान परिदृश्य

नाको द्वारा सहायता प्राप्त रक्ताधान सेवाओं में 175 रक्त घटक पृथक्करण यूनिटों (बीसीएसयू) तथा 34 मॉडल रक्त बैंकों सहित 1,118 रक्त बैंकों का नेटवर्क है। नाको ने रक्त संघटक पृथक्करण इकाइयों (बीसीएसयू) की स्थापना में सहायता की है और राज्य तथा जिला स्तरों पर सभी प्रमुख रक्त बैंकों के आधुनिकीकरण संबंधी सहायता प्रदान की है। सुरक्षित रक्त और रक्त उत्पादों पर पहुंच की आवश्यकता के बारे में अभिज्ञता बढ़ाने के अलावा, नाको ने उपकरण परीक्षण किट और अभिकर्मकां के क्रय में भी सहायता दी है और सरकारी रक्त बैंकों के आवर्ती व्यय तथा ऐसे रक्त बैंक जो स्वैच्छिक/धमार्थ संगठनों द्वारा चलाए जा रहे हैं उनका आधुनिकीकरण किया।

वर्ष 2012–13 के दौरान (दिसम्बर, 2012 तक) 67.56 लाख यूनिट का संग्रह देशभर में किया गया था। इसमें से 38.68 लाख यूनिटों का संग्रह नाको समर्थित रक्त बैंकों में किया गया। इसमें से 83.5 प्रतिशत रक्त स्वैच्छिक रक्तदान के जरिए संग्रह किया गया। (आंकड़े 7.1)

डेन्गू महामारी और रक्त के उचित नैकेनिक उपयोग पर प्रशिक्षण की वजह से चिकित्सकों के रक्त उचित नैदानिक उपयोग में निश्चित रूप से वृद्धि हुई है। इस समय यह देश में 60 प्रतिशत है। देश में रक्ताधान सेवाओं को कारगर बनाने के लिए, राष्ट्रीय और राज्य रक्ताधान परिषदों को पंजीकृत समितियों के रूप में स्थापित किया गया है। इन परिषदों को नाको के माध्यम से आवश्यक धनराशि प्रदान की जाती है। राष्ट्रीय रक्तदान परीषद राष्ट्रीय मुद्रों पर नीतिगत दिशा प्रदान करता और इसके निर्णय राज्य रक्ताधान परिषद द्वारा कार्यान्वित किए जाते हैं।

चार्ट 7.1: नाको समर्थित ब्लड बैंकों में रक्त संग्रह और स्वैच्छिक रक्त दान का स्फ़ान, 2007-08 से 2012-13 (दिसंबर तक)



स्रोत: रक्त बैंकों की मासिक रिपोर्ट

संग्रहण

स्वैच्छिक रक्त दान कार्यक्रम

सम्पूर्ण विश्व में यह मान्यता है कि नियमित (पुनरावृति) स्वैच्छिक गैर-वैतनिक रक्त दाताओं के माध्यम से रक्त संग्रह रक्त आपूर्ति का प्रमुख स्रोत होना चाहिए। तदनुसार, स्वैच्छिक रक्त दान के आवर्धन के लिए “स्वैच्छिक रक्तदान पर संचालन दिशा निर्देश” स्वैच्छिक रक्त दान के बारे में प्रचालनात्मक दिशानिर्देश के अनुसार गतिविधियां की जा रही हैं।

वर्ष 2006-07 में स्वैच्छिक रक्त दान 54.4 प्रतिशत था जो एनएसीपी-III के लिए आधार-रेखा थी। वर्ष 2007-08 में यह 59.1 प्रतिशत था, वर्ष 2008-09 में 66.9 प्रतिशत और 2009-10 में यह एनएसीपी-III के 90 प्रतिशत लक्ष्य की तुलना में 72.9 प्रतिशत पर पहुंच चुका है। साल 2011-12 के दौरान स्वैच्छिक रक्तदान का प्रतिशत 79.4 प्रतिशत था जबकि लक्ष्य 80 प्रतिशत का था वर्तमान परिदृश्य में यह 84.3 प्रतिशत हो गया है। जनता में स्वैच्छिक रक्त दान अभिज्ञता की आवश्यकता को बढ़ावा देने के लिए रेड क्रॉस और विभिन्न रक्त दाता संगठनों के सहयोग से कई गतिविधियां आरम्भ की गई हैं। प्रेरकों को प्रशिक्षित करने और उनको सुग्राही बनाने के लिए राज्यों में जिला वार प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाये जा रहे हैं। देश में स्वैच्छिक रक्तदान को बढ़ाने के लिए सम्पूर्ण देश के लिए विशिष्ट कार्यनितियां बनाई गई हैं। ये कार्यकलाप इन संगठनों, स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों के सहयोग से किए जा रहे हैं और अन्य कार्यकलाप देश में रक्त संग्रह में वृद्धि करने के लिए नियमित रूप में किए जाते हैं।

स्वैच्छिक रक्तदान अभियान के लिए देश के चार क्षेत्रों में चार क्षेत्रीय स्तर के प्रशिक्षण सह कार्यशालाएं आयोजित की गईं।

नाको द्वारा प्रशिक्षण मॉड्यूल तैयार किए गए तथा इनक पुनरीक्षण नाको में टीआरजी द्वारा हुआ। इस प्रशिक्षण मॉड्यूल में रक्त की जरूरतों का अनुमान, भर्ती दाता एवं उनको बनाए रखना, रक्त दान शिविरों की योजना, दाता देखभाल आदि शामिल है।

आंध्र प्रदेश, महाराष्ट्र, तमिलनाडू, गुजरात, गोवा, त्रिपुरा मिजोरम, चंडीगढ़, हरियाणा, केरल, मध्य प्रदेश, पुडुचेरी एवं सिक्किम राज्यों में राष्ट्रीय लक्ष्य को पाटकर लिया है तथा स्वैच्छिक रक्तदान में अच्छे कार्य निष्पादन वाले राज्य हैं। असम, दिल्ली, मणिपुर और मेघालय राज्य स्वैच्छिक रक्त संग्रह में कम कार्यनिष्पादन वाले राज्य हैं। इन राज्यों में रक्त दान आवर्धन के लिए विभिन्न हितधारकों, जैसे कि भारतीय रेड क्रॉस सोसाइटी, नेहरू युवा केन्द्र संगठन (एनवाइकेएस), राष्ट्रीय स्काउट्स सेवा (एनएसएस) राष्ट्रीय कैडेट कोर (एनसीसी) और सरकार-गैर-सरकारी संगठन की सहभागिता के माध्यम से सुनिश्चित कदम उठाए जा रहे हैं।

कुछ गैर सरकारी संगठन को केंद्रीय स्तर जैसे कि तेरापंत, एचडीएफसी बैंक, रिलायंस और समर्थ जीवन फाउंडेशन के साथ नाको समर्थित रक्त बैंकों के लिए शिविर संपर्क स्थापित किया गया। नाको समर्थित 1118 रक्त बैंकों में एक दिन में तेरापंत द्वारा 96,600 यूनिट, एचडीएफसी बैंक द्वारा 24,000 यूनिट तथा समरथ जीवन फाउंडेशन द्वारा 32,000 यूनिट संग्रह किए गए।

रक्त संग्रह के लिए दिशा निर्देश एसएसीएस और राज्यों को जारी किए गए कोई भी रक्त बैंक एक दिन में 500 यूनिट से अधिक रक्त संग्रह नहीं कर सकता है। रक्ताधान के द्वारा संचरित संक्रमणों की सीरम प्रतिक्रिया को नियंत्रित करने के लिए सभी रक्त बैंकों के लिए यह अनिवार्य कर दिया गया।



► रक्त मोबाइल में स्वैच्छिक रक्तदाता रक्तदान करते हुए



► दिल्ली में 14 जून 2012 को विष्व रक्तदाता दिवस पर युवकों का सुग्राहीकरण



► माननीय विदेश राज्य मंत्री और मानव संसाधन राज्य मंत्री श्री ई अहमद त्रिवनंतपुरम में 1 अक्टूबर 2012 को केरल एसएसीएस द्वारा आयोजित राष्ट्रीय स्वैच्छिक रक्तदान दिवस को संबोधित करते हुए

“प्रत्येक रक्त दाता हीरो है” के थीम से दिनांक 14 जून, 2012 को देष भर में बड़े उत्साह से विष्व रक्तदाता दिवस मनाया गया। एसएसीएस दिल्ली द्वारा समन्वित कार्यक्रम में राष्ट्रीय रक्ताधान परिष्व द्वारा लगभग 25 सेंचुरियन दाताओं का अभिवादन किया गया। एक महीना चले अभियान के जरिय सुरक्षित रक्तदान से 4.67 लाख रक्त यूनिटें संग्रह की गई।

राष्ट्रीय स्वैच्छिक रक्त दान दिवस 1 अक्टूबर 2012 को आयोजित किया गया जिसका विशय था – “कहीं किसी को आपकी जरूरत है आपका रक्तदान मूल्यवान है।”

विवेक रैली 12 जनवरी 2013 को राष्ट्रीय युवा दिवस के अवसर पर असम से शुरू हुआ तथा कम कार्यनिष्ठादान वाले राज्यों की ओर बढ़ा जिसका उद्देश्य देश में स्वैच्छिक रक्तदान को बढ़ाना था। युवा के लिए एक महीना लम्बा अभियान 12 जनवरी 2013 को शुरू हुआ तथा 12 फरवरी 2013 को समाप्त हुआ।

आधुनिकीकरण के लिए योजना

रक्त बैंकों के आधुनिकीकरण के लिए नाको एनएसीपी, परीक्षण और भंडारण के लिए एक बार उपकरण, साथ ही साथ मानव शक्ति, किट और उपभोग्य सामग्रियों की सहायता के लिए वार्षिक आवर्ती अनुदान उपलब्ध कराने की एक योजना कार्यान्वित कर रहा है।

आद'f (मॉडल) रक्त बैंक

एनएसीपी-II के अन्तर्गत, रक्ताधान सेवाओं के स्तर में सुधार के लिए 8 कम-सेवा प्रदत्त राज्यों में 10 आदर्श रक्त बैंक विकसित किए गए हैं। इन आदर्श रक्त बैंकों से जिन राज्यों में वे स्थापित किए जाएंगे उन राज्यों के लिए प्रदर्शन केन्द्रों के रूप में कार्य करने तथा रक्ताधान सेवाओं के मानकों में सुधार किए जाने की अपेक्षा की जाती है।

एनएसीपी-III का लक्ष्य शेष 24 राज्यों/केन्द्र शासित प्रदेशों में मौजूदा 10 रक्त बैंक का आदर्श रक्त बैंकों में उन्नयन है, जिसके लिए राज्य की राजधानी को प्राथमिकता दी जाएगी। जहाँ सभी आधारभूत ढाँचे की सुविधाएं, जनशक्ति एवं रक्त घटक को तैयार करने के लिए लाइसेंस होंगे। इससे केन्द्र 34 मॉडल रक्त बैंक देश भर में कार्य कर रहे हैं।

एक रक्त मोबाइल (अत्याधुनिक) इन सभी माडल बैंकों को जारी किया गया है ताकि राज्यों में स्वैच्छिक रक्त संग्रह में बढ़ोतारी हो सके। रक्त बैंक रक्त एकत्र करने के लिए जिलों के आसपास चलते हैं रक्त एकत्र करने के लिए स्वैच्छिक रक्त दाताओं के घर तक जाते हैं।

रक्त घटक पृथक्करण यूनिट

रक्त के युक्ति संगत उपयोग को बढ़ावा देने के लिए एनएसीपी के पहले दो चरणों के दौरान अनिवार्य उपकरण, जनशक्ति और उपभोज सहायता के जरिए 82 बीसीएसयू स्थापित किए गए इस समय नाको समर्थित 175 बीसीएसयू हैं जिनको घटक पृथक्करण यूनिटों के रूप में कार्य करने के लिए लाइसेंस प्राप्त हैं। इन बीसीएसयू ने अपने संबंधित राज्यों में कार्य करने शुरू कर दिए हैं तथा घटक पृथक्करण के लिए प्रसंस्कृत रक्त यूनिटों का अनुपात चालू वित्तीय वर्ष 2012-13 में 47 प्रतिष्ठत से बढ़कर 51 प्रतिष्ठत हो गया है। बीसीएसयू में रक्त घटक पृथक्करण को बढ़ाने के लिए तकनीकी संसाधन दल द्वारा गुणवत्ता प्रबंधन मॉड्यूल्स तैयार किए गए।

प्रमुख रक्त बैंक और जिला स्तरीय रक्त बैंक

एनएसीपी-।।। तथा ॥ के दौरान देश के सभी जिलों में सरकारी एवं चेरीटेबल रक्त बैंकों का आधुनिकीकरण हेतु इस योजना के अन्तर्गत लिया गया है। इस समय देश में 909 नाको सहायता प्राप्त रक्त बैंक है।

एनएसीपी-॥॥ में, ऐसे 39 नवगठित जिले, जिनमें रक्त बैंक नहीं हैं, की पहचान की जा चुकी है। नाको ने इन जिलों में एक-एक रक्त बैंक स्थापित करने के लिए संबंधित राज्य स्वास्थ्य विभाग के साथ पहल की है। इन नवसृजित जिलों में 27 रक्त बैंकों को संचालित कर दिया गया है, और 8 जिलों में भवन निर्माण पूर्ण हो चुका है तथा अनुज्ञाप्ति के लिए आवश्यकताओं को पूरा किया जा रहा है। 4 जिलों में एक रक्त बैंक के लिए एक भवन का निर्माण चल रहा है। नाको द्वारा संबंधित राज्य एड़स नियंत्रण समितियों को जब तक इन जिलों में नए रक्त बैंक संचालित नहीं हो जाते तब तक रक्त संग्रहण केन्द्र स्थापित करने के निर्देश दिए जा चुके हैं।

वितरण

रक्त संग्रहण केन्द्र

प्रथम रेफरल इकाई (एफआरयू) में सुरक्षित और गुणवत्ता वाला रक्त उपलब्ध करने के लिए जहां लाइसेंससुदा पूर्ण रक्त बैंक सुसंगत नहीं है, वहां सरकार ने रक्त भंडारण इकाइयों की स्थापना की पहल की है। (राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) एनआरएचएम और नाको ने प्रथम रेफरल इकाई में रक्त भंडारण इकाइयों रखने का एक संयुक्त कार्यक्रम शुरू किया है। एनआरएचएम आवश्यक बुनियादी ढांचा, मानव शक्ति और भंडारण और रक्त जारी करने के लिए आवश्यक उपकरणों की खरीद प्रदान करेगा। नाको में जांच किए हुए रक्त की एक नियमित आधार पर आपूर्ति के लिए केंद्रों को निकटतम क्षेत्रीय रक्ताधान केन्द्र (आरबीटीसी) के साथ जोड़ दिया है तथा भंडारण केन्द्रों से जुड़े कर्मचारियों को प्रशिक्षण प्रदान कर रहा है। इस समय 745 रक्त भंडार केन्द्र कार्य कर रहे हैं। एफआरयू को सुगम बनाने के लिए संबंधित एसएसीएस द्वारा एक लिंकेज योजना तैयार की गई है। उनके उपमार्ग के अनुसार केन्द्रों में कम से कम 10–15 यूनिटें उपलब्ध रहती हैं।

रक्त परिवहन वैन

संबंधित आरबीटीसी से रक्त भंडारण केन्द्र (बीएससी) तक रक्त का परिवहन एक उचित शीत श्रंखला अनुरक्षण (कोल्ड चेन मैटिनेंस) के अधीन होना चाहिए। प्रत्येक आरबीटीसी 6–8 बीएससी से जुड़ा होगा। उचित शर्तों और भंडारण के तहत रक्त इकाइयों की आपूर्ति करने के लिए नाको ने एनएसीपी-3 के दौरान आरबीटीसी/जिला रक्त बैंकों को 500 प्रशिक्षित रक्त परिवहन वैन प्रदान करने की पहल की है। ये वैन बीएससी को नियमित आधार पर और मांग पर आपातकालीन स्थितियों में रक्त इकाइयां स्थानांतरित करेंगी।

रक्त परिवहन वैन अच्छी तरह कार्य कर रहे हैं। रक्त का संग्रह वीबीडी शिविरों से इन वैनों में किया जाता है और मदर

रक्त बैंक में लाया जाता है तथा प्रसंस्करण के लिए और रक्त के प्रसंस्करण के बाद इसे इन वैनों में मदर रक्त बैंकों से प्रथम रेफरल एककों के भंडारण केन्द्रों में लाया जाता है ताकि दूरदराज क्षेत्रों में उपलब्ध हो सके।

क्षमता निर्माण

रक्त सुरक्षा प्रशिक्षण कार्यक्रम

रक्त सुरक्षा सेवा के हर पहलू के लिए शिक्षा एवं प्रशिक्षण आवश्यक है। रक्त सुरक्षा प्रशिक्षण कार्यक्रम का उद्देश्य है :

- रक्ताधान के सभी पहलुओं में शिक्षा और प्रशिक्षण में राष्ट्रीय क्षमता को मजबूत बनाना;
- रक्ताधान में दीर्घकालिक राष्ट्रीय शिक्षा और प्रशिक्षण कार्यक्रमों की स्थापना का समर्थन;
- नाको और उसके सहयोगी केन्द्रों, राष्ट्रीय रक्ताधान सेवाओं, शिक्षा और प्रशिक्षण संस्थाओं, तथा एनजीओ के बीच रक्ताधान प्रशिक्षण में और अंतर-क्षेत्रीय सहयोग को सशक्त करना।

रक्ताधान के सभी पहलुओं के लिए नाको ने एक समान प्रशिक्षण पाठ्यक्रम विकसित किया है। रक्त सुरक्षा के सभी पहलुओं पर प्रशिक्षण देने के लिए जिसमें रक्त बैंक चिकित्सा अधिकारियों, तकनीशियनों, परामर्शदाताओं, नर्सों, नैदामिकों, दाता अभिप्रेरकों तथा राज्य एड़स नियंत्रण समितियों के योजना अधिकारियों को शामिल किया गया है। वर्ष 2012–13 के दौरान 12 गुणवत्ता प्रबंधन प्रशिक्षण आयोजित किए गए जिसमें नाको में तैयार किए गए गुणवत्ता प्रबंधन प्रशिक्षण मॉड्यूल का उपयोग किया गया। देश में रक्त दान को बढ़ावा देने के लिए चार क्षेत्रों में स्वैच्छिक रक्तदान प्रशिक्षण आयोजित किए गए।

कार्यक्रम प्रबंधन

निगरानी और मूल्यांकन प्रणाली को मजबूत करके रक्त बैंक गतिविधियों में गुणवत्ता प्रथाओं को सुधारा जा सकता है। देश में रक्त बैंकों और रक्त संघटक पृथक्करण सुविधाओं के एक बड़े नेटवर्क के साथ, यह आवश्यक है कि रक्त बैंकों में तथा स्वैच्छिक रक्त दान के विभिन्न स्तरों, दोनों में, विभिन्न गतिविधियों की निगरानी की जानी चाहिए। विभिन्न श्रेणियों के रक्त बैंकों में किए गए पर्यवेक्षी दौरों को 8.1 तालिका में दिखाया गया है।

नाको से सहायता प्राप्त बैंकों का पर्यवेक्षी दौरा

सभी रक्त बैंकों और स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों का निरीक्षण करने के लिए हर राज्य में एक कोर टीम गठित की गई है। यह कोर दल 4 सदस्यों का है, जिसमें राज्य एड़स नियंत्रण समिति का एक रक्त सुरक्षा अधिकारी, राज्य रक्ताधान परिषद (एसबीटीसी) का निदेशक, रक्ताधान चिकित्सा क्षेत्र से नामित एक विशेषज्ञ और राज्य औषध नियंत्रण का एक सदस्य शामिल है। दल अपने राज्य में रक्त बैंकों, उनकी कार्यात्मक स्थिति का आकलन करने और विभिन्न बाधाओं की पहचान करने और उन्हें दूर करने के उपायों पर प्रतिवेदन देने के लिए, आवधिक पर्यवेक्षी दौरा करते हैं। नाको के अधिकारी भी प्रत्येक राज्य में गुणवत्ता नियंत्रण, कार्यात्मक दक्षता, संकट की पहचान और प्रतिवेदित

किए गए तथ्यों की पुष्टि (अनुरक्षित अभिलेखों की जांच) के लिए रक्त बैंकों का पर्यवेक्षी दौरा करते हैं।

इन रक्त बैंकों का मूल्यांकन के दौरान, पहचान की गई खामियाँ और कमियाँ निम्न प्रकार हैं :

- समुचित बुनियादी ढांचा और सुविधाओं की कमी
- जनशक्ति की कमी
- अक्सर प्रशिक्षित जनशक्ति का अन्य विभागों को सीनांतरण
- पहुँच, पर्याप्तता, सुरक्षा और गुणवत्ता संतोषजनक नहीं
- गुणवत्ता प्रबंधन प्रणाली की अनुपस्थिति
- मानकीकरण के अभाव—उपकरण, किट और उपभोग्य सामग्रियों की समुचित सूची नहीं रखी गई
- अनुचित अभिलेखन और प्रलेखन

नई पहलें

रक्ताधान चिकित्सा में उत्कृष्टता के केन्द्र के रूप में मेट्रो रक्त बैंकों की स्थापना

देश में रक्त आधान सेवाओं के सुधार के लिए, रक्ताधान चिकित्सा में उत्कृष्टता के केन्द्रों के रूप में नई दिल्ली, मुम्बई, कोलकाता और चेन्नई के शहरों में चार मेट्रो रक्त बैंकों की स्थापना का एक प्रस्ताव अनुमोदित किया गया है। ये बैंक स्टेट ऑफ आर्ट सुविधाओं के साथ 100 स्वैच्छिक रक्तदान, 100 रक्त संघटक तैयारी और वार्षिक रक्त की कमी 100,000 इकाईयों से अधिक की प्रसंस्करण क्षमता से युक्त होंगे। दिल्ली, महाराष्ट्र, पश्चिम बंगाल और तमिलनाडू के राज्य की सरकारों ने इन केन्द्रों के निर्माण के लिए भूमि की पहचान कर ली है। इन सीलों के लिए डिजाइन डीपीआर कंसल्टेंट्स की पहचान कर ली गई है और काम की पहल कर दी गई है। लेआउट प्लांस एवं विस्तृत परियोजना रिपोर्ट सभी चार स्थलों के लिए प्राप्त हो गई है। उपकरण की आवश्यकता की योजना बना ली गई है। द्विपक्षीय करार का प्रारूप तैयार कर लिया गया है और नगर पालिका अनुमोदन

हेतु दस्तावेज प्राप्त कर किए जा रहे हैं। संचालन समिति ने सभी स्थलों के लिए डीपीआर-एवं || अनुमोदित हो गई है। इस योजना को वित्तीय मंजूरी मिलने का इंतजार है।

प्लाज्मा पृथक्करण केन्द्र

एनएसीपी-III के अन्तर्गत 1,50,000 लीटर से अधिक प्रसंस्करण क्षमता वाला एक प्लाज्मा पृथक्करण केन्द्र, जो देश की मांग को पूरा कर सकता है, का प्रस्ताव किया गया है। देश में अतिरिक्त प्लाज्मा की एक बड़ी मात्रा फेंक दी जाती है, क्योंकि देश में सार्वजनिक क्षेत्र में ऐसा कोई केन्द्र नहीं है। भारत सरकार ने 8 अक्टूबर, 2008 को इस परियोजना को स्वीकृति दे दी है। और राज्य तमिलनाडु की सरकार ने इस प्रयोजन के लिए नाको को भूमि प्रदान कर दी है।

एनआरएचएम के साथ संबंध

- स्वैच्छिक रक्त कार्यक्रम को रक्ताल्पता कार्यक्रम के साथ जोड़ना
- रक्त संग्रह केन्द्रों और रक्त संग्रह केन्द्रों के प्रषिक्षण के बीच संबंध

प्रकाशन

- स्वैच्छिक रक्तदान कार्यक्रम — एक प्रचालन दिशानिर्देश
- रक्त बैंकों और रक्ताधान सेवाओं के लिए मानक
- रक्त भंडारण केन्द्रों की स्थापना के लिए दिशा निर्देश
- राष्ट्रीय रक्त नीति (रिप्रिन्ट)
- रक्त सुरक्षा के बारे में कार्य योजना (रिप्रिन्ट)
- गुणवत्ता प्रबंधन प्रणाली के कार्यनवयन के लिए हैंडबुक
- तकनीकी प्रशिक्षण मॉड्यूल्स
- वीबीडी के लिए प्रशिक्षण मॉड्यूल्स
- रक्तदाता चयन एवं भर्ती और उनको बनाए रखने के लिए दिशा निर्देश

मूलभूत सेवाएं

एकीकृत परामर्श और परीक्षण सेवाएं

एन. ए. सी. पी.-३ के रोकथाम, देखभाल और चिकित्सा संबंधी लक्ष्यों का प्राप्त करने की दृष्टि से एच.आई.वी. परामर्श और परीक्षण का गुणवत्तायुक्त होना महत्वपूर्ण है। एच.आई.वी./एडस के लक्षण देर से उभरते हैं, इसलिए यह आवश्यक है कि अधिक जोखिम वाले समूहों में संक्रमण को जल्दी पहचानने तथा एच.आई.वी. देखभाल और उपचार सेवाओं से जल्दी जोड़ने के लिए नियमित आधार पर एच.आई.वी. परीक्षण का प्रोत्साहित किया जाए। इससे एच.आई.वी. संक्रमण को फैलने से रोकने में मदद मिलती है। एच.आई.वी. की जांच करवाने वाले लोगों की संख्या बढ़ाने के प्रयास के अतिरिक्त, एच.आई.वी. परीक्षण रिपोर्ट के साथ ही एन.ए.सी.पी. व्यापक परीक्षण—पूर्व और परीक्षण उपरांत परामर्श सुनिश्चित करता है। एच.आई.वी. परीक्षण सेवाएं उन ग्राहकों को जो परामर्श और जांच के लिए स्वैच्छिक रूप से सामने आते हैं, माता—पिता से बच्चे में संक्रमण को रोकने के लिए गर्भवती महिलाओं को, टीबी रोगियों को तथा सेवा प्रदाता द्वारा अन्य लक्षण दर्शाने वाले रोगियों को प्रदान की जाती है। कुल मिला कर एकीकृत परामर्श और परीक्षण केन्द्र एक ऐसे केन्द्र की तरह काम करते हैं जो कि जरुरतमंदों को देखभाल और सहायता सेवाएं तथा व्यापक रूप से जारी रखने के साथ ही जांच सेवाओं के मध्य परस्पर सहयोग उपलब्ध कराते हैं।

सुविधाओं के प्रकार

स्टैंड अलोन एकीकृत परामर्श और परीक्षण केन्द्र (एस.ए.आई.सी.टी.सी.) : यह ऐसी एच.आई.वी. परामर्श और परीक्षण सुविधाएं हैं, जिनमें कर्मचारियों और आवश्यक व्यवहारिक सहायताएं एन.ए.सी.पी. से प्रदान की जाती हैं। एन.ए.सी.पी.-३ के दौरान एसए-आई.सी.टी.सी. की संख्या व्यापक रूप से बढ़ा दी गई है। एच.आई.वी. उच्च व्याप्ति वाले राज्यों और जिलों में खण्ड स्तरों के स्वास्थ्य सुविधाओं तक संतुष्टअवस्था

में हैं। ऐसे कुछ जिलों में एसए-आई.सी.टी.सी. की सुविधाएं ब्लाक से भी निचले स्तर पर स्थापित की गयी हैं।

सुविधा एकीकृत परामर्श और परीक्षण केन्द्र (एफ.-आई.सी.टी.सी.) : एच.आई.वी. परामर्श और परीक्षण सेवाओं को तेजी से बढ़ाने तथा निरंतरता की दृष्टि से अधिक व्यापकता वाले राज्यों में खण्ड स्तर से नीचे तथा कम व्यापकता वाले क्षेत्रों में उप-जिला स्तर से नीचे सुविधा एकीकृत परामर्श और परीक्षण केन्द्रों की स्थापना की गई। इस मॉडल के अंतर्गत, वर्तमान स्वास्थ्य सुविधाओं के कर्मचारियों को परामर्श और परीक्षण दिया गया, तथा एन.ए.सी.पी. से व्यवहारिक सहायता के माध्यम से सेवा-प्रदान को सुनिश्चित किया गया।

सार्वजनिक – निजी भागीदारी-एकीकृत परामर्श और परीक्षण केन्द्र (पी.पी.पी. – आई.सी.टी.सी.) : सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में एफ.आई.सी.टी.सी. की ही तरह संकल्पना से प्राइवेट क्षेत्रों में एकीकृत पी.पी.पी. – आई.सी.टी.सी. की स्थापना की गई।

मोबाइल आई.सी.टी.सी. : अधिक जोखिम वाले या भेद लोगों के पास कम संभावना है कि वे नियत-सुविधा आई.सी.टी.सी. तक पहुंच सकें जिनमें प्रमुख है दूरी और समय। मोबाइल आई.सी.टी.सी. स्वास्थ्य सेवा के पैकेज को समुदाय तक ले जाने का एक माध्यम है। मोबाइल आई.सी.टी.सी. एक ऐसी वैन होती है जिसमें सामान्य परीक्षण और परामर्श करने के लिए एक कमरा तथा रक्त नमूना लेने और प्रक्रिया के लिए जगह होती है।

सामान्य व्यक्तियों के लिए परामर्श और जांच: वर्ष 2012-13 के दौरान परामर्श और परीक्षण के वार्षिक लक्ष्य 1.30 लाख व्यक्तियों के विरुद्ध 73,25,363 (56 प्रतिशत) को दिसंबर 2012 तक परामर्श और परीक्षण दिया गया। इस में 1,79,617 एच.

आई. वी.-सीरो पाजिटिव मामले सामने आए, जिसमें 2.5 प्रतिशत पाजिटिविटी रही, मुंबई में सामान्य व्यक्तियों में सबसे अधिक सीरो पाजिटिविटी 4.79 प्रतिशत रही, जिसके बाद आंध्र प्रदेश (4.25 प्रतिशत) और बिहार (3.76 प्रतिशत) का क्रम है। अटिक व्यापकता वाले राज्यों में अभी भी कुल एच. आई. वी. के पाए गए मामलों का बड़ा भाग आता है, जैसे आंध्र-प्रदेश में 23 प्रतिशत, महाराष्ट्र में 22 प्रतिशत, कर्नाटक में 14 प्रतिशत और तमिलनाडु में 6 प्रतिशत। अधिक भेद्य वाले राज्य अर्थात् आंध्र प्रदेश, बिहार एवं पश्चिम बंगाल जहाँ व्याप्तता एन. ए. सी. पी. के लिए उभरती हुई चुनौती हैं क्रमशः कुल 5 प्रतिशत, 4 प्रतिशत और 3 प्रतिशत है जिसमें सामान्य मरीजों में 2.4 प्रतिशत, 3.8 प्रतिशत, और 2.2 प्रतिशत की पाजिटिविटी है। चित्र 8.2 पिछले पांच वर्षों के दौरान सामान्य ग्राहकों में 2007-08 से 2012-13 तक की उपलब्धि की प्रवृत्ति दर्शाता है।

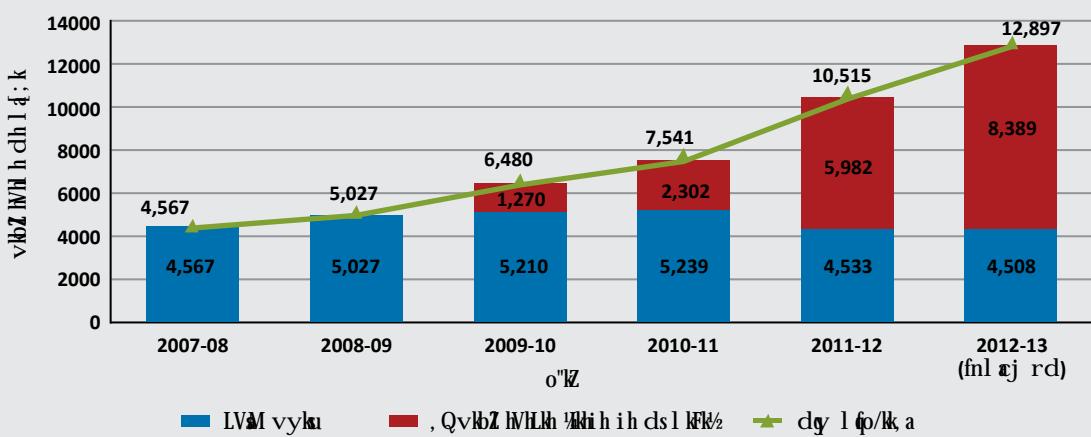
माता-पिता से बच्चे में एच. आई. वी. संक्रमण की दोकथाम का कार्यक्रम (पी. पी. टी. सी. टी.)

पी.पी.टी.सी.टी. कार्यक्रम के अंतर्गत गर्भवती महिलाओं की

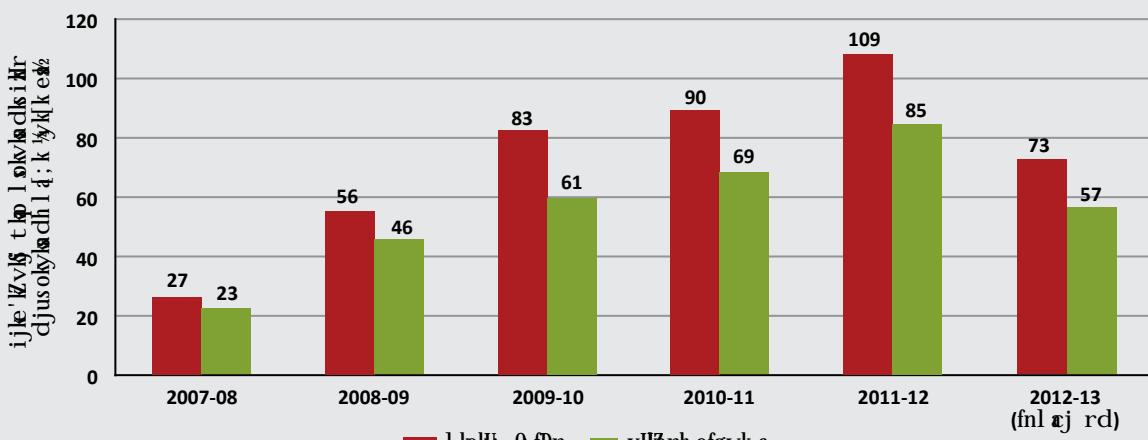
परामर्श एवं जांच, उनमें एच. आई. वी. पाजिटिव गर्भवती महिलाओं का पता लगाना और एच. आई. वी. पाजिटिव गर्भवती महिलाओं और उनके नवजात शिशुओं को एआरवी प्रोफाइलोक्सिस देना शामिल है जिसमें मां से बच्चे में होने वाले संक्रमण की रोकथाम की जा सके। वर्ष 2012-13 में, वार्षिक लक्ष्य 90 लाख के समक्ष लगभग 57,09,691 (63 प्रतिशत) गर्भवती महिलाओं को दिसंबर 2012 तक परामर्श दिया गया और परीक्षण किया गया, जिसमें 9,451 एच. आई. वी.-सीरो पाजिटिव(पाजिटिविटी 0.17 प्रतिशत) मामले थे। नागालैड राज्य में सीरो पाजिटिविटी (0.84 प्रतिशत) का मामला गर्भवती महिलाओं में सबसे अधिक है, जिसके बाद मिजोरम (0.59 प्रतिशत) है। चित्र 8.2 पिछले पांच वर्षों के दौरान सामान्य ग्राहकों में 2007-08 से 2012-13 तक की उपलब्धि की प्रवृत्ति दर्शाता है।

अधिक व्यापकता वाले राज्यों का एच. आई. वी. पाजिटिव गर्भवती महिलाओं का पता लगाने से सर्वाधिक योगदान रहा। जैसे आंध्र-प्रदेश 22 प्रतिशत, महाराष्ट्र 20 प्रतिशत, कर्नाटक 15 प्रतिशत, तमिलनाडु 5 प्रतिशत और गुजरात 5 प्रतिशत।

चार्ट 8.1 : वर्ष 2007-08 से 2012-13 तक की अवधि के दौरान आई. सी. टी. सी. में बढ़ोतरी



चार्ट 8.2 : वर्ष 2007-08 से वर्ष 2012-13 तक पदाम्भ और जांच सेवाओं में वृद्धि



तालिका 8.1 : 2012-13 के दौरान पाए गए एच. आई. बी. और सीरो पाजिटिविटी के लिए परामर्श दिए गए और परीक्षण किए गए सामान्य ग्राहकों (मरीजों) की राज्यवार संख्या (दिसंबर 2012 तक)।

सम्पूर्ण भारत	एच. आई. बी. के लिए परीक्षण किए गए सामान्य ग्राहकों (मरीजों) की संख्या	सीरो पाजिटिव जांच की संख्या
अण्डमान और निकोबार द्वीपसमूह	4,005	7 (0.17 %)
आन्ध्र प्रदेश	9,19,755	41,588 (4.52 %)
अरुणाचल प्रदेश	11,065	12 (0.11 %)
असम	75,385	772 (1.02 %)
बिहार	1,95,529	7,353 (3.76 %)
चंडीगढ़	30,190	638 (2.11 %)
छत्तीसगढ़	57,908	989 (1.71 %)
दादर एवं नगर हवेली	4,772	58 (1.22 %)
दमन और दीव	2,006	48 (2.39 %)
दिल्ली	2,24,322	5,253 (2.34 %)
गोवा	23,262	369 (1.59 %)
गुजरात	3,88,523	6,849 (1.76 %)
हरियाणा	1,90,965	3,074 (1.61 %)
हिमाचल प्रदेश	79,929	480 (0.60 %)
जम्मू और कश्मीर	22,506	215 (0.96 %)
झारखण्ड	1,04,785	1,649 (1.57 %)
कर्नाटक	8,37,806	25,549 (3.05 %)
केरल	2,28,028	1,336 (0.59 %)
मध्य प्रदेश	2,76,121	3,582 (1.30 %)
महाराष्ट्र	9,49,862	30,438 (3.20 %)
मणिपुर	42,548	1,380 (3.24 %)
मेघालय	10,733	229 (2.13 %)
मिजोरम	28,683	803 (2.80 %)
मुम्बई	1,72,652	8,267 (4.79 %)
नागालैण्ड	55,038	1,166 (2.12 %)
उड़ीसा	1,98,268	2,413 (1.22 %)
पांडिचेरी	31,597	532 (1.68 %)
पंजाब	1,59,868	3,493 (2.18 %)
राजस्थान	2,41,845	4,597 (1.90 %)
सिक्किम	14,471	40 (0.28 %)
तमिलनाडु	9,83,799	10,600 (1.08 %)
त्रिपुरा	30,306	130 (0.43 %)
उत्तर प्रदेश	4,07,937	9,675 (2.37 %)
उत्तराखण्ड	1,04,391	1,201 (1.15 %)
पश्चिम बंगाल	2,165,03	4,832 (2.23 %)
दृष्टि	73,25,363	1, 79,617 (2.45 %)



▲ आईसीटीसी में गर्भवती महिला को सलाह देते हुए परामर्शदाता



▲ सचिव डी. ए. सी. एवं महानिदेशक, नाको, आंध्र प्रदेश द्वारा 14 सितंबर 2012 को और अधिक प्रभावकारी पी. पी. टी. सी. टी. पद्धति का उद्घाटन

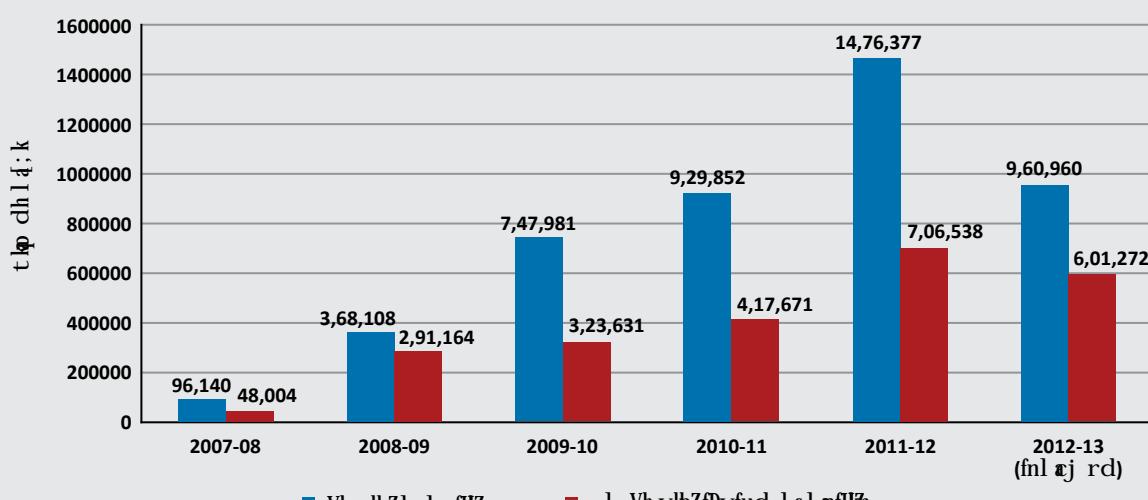
माता और शिशु जोड़ों की कवरेज

जो गर्भवती महिलाएं एच.आई.वी.पाजिटिव पायी गयी उन्हें एआरवी प्रोफाइलोकिस्स दिया गया ताकि मां से बच्चे में एच.आई.वी. के संक्रमण की रोकथाम की जा सके। अपैल 2012 से दिसंबर 2012 के बीच, 9,451 एच.आई.वी.पाजिटिव गर्भवती महिलाएं पाई गयी जिनमें से 9,108 (96 प्रतिशत) मां और बच्चों को, मां से बच्चे में एच.आई.वी. के संक्रमण की रोकथाम के लिए नेवीरापीन (एनवीपी) दवाई दी गई।

अधिक प्रभावकारी पी. पी. टी. सी. टी. पद्धति का कार्यान्वयन

विश्व स्वास्थ्य संगठन की सिफारिश के अनुरूप, भारत ने सितंबर, 2012 से दो राज्यों अर्थात् आंध्र प्रदेश एवं कर्नाटक में और अटिक प्रभावकारी पी. पी. टी. सी. टी. पद्धति का सफलतापूर्वक शुभारंभ किया है और चरणबद्ध तरीके से संपूर्ण देश में इसे शुरू करने की योजना है। देश ने तकनीकी संसाधन समूह (टी.आर.जी.) की सिफारिश के अनुसार मल्टी ड्रग पद्धतियों के विकल्प बी को चुना है। इसके अतिरिक्त, उन कार्मिकों को प्रशिक्षित करने के लिए राष्ट्रीय दिशा निर्देश तैयार किए गए हैं जिनको वर्ष 2010 के विश्व स्वास्थ्य संगठन के दिशा निर्देशों के आधार पर और अधिक प्रभावकारी पी.पी.टी.सी.टी.पद्धति को कार्यान्वयित करने में शामिल किया जाएगा। आंध्रप्रदेश, कर्नाटक एवं तमिलनाडु में कुल क्रमशः 948, 9285 एवं 277 मेडिकल, पारा-मेडिकल स्टाफ को और अधिक प्रभावकारी पी.पी.टी.सी.टी.पद्धति में प्रशिक्षित किया गया है। माता – पिता से बच्चों में एच.आई.वी. के संचरण को समाप्त करने के वैशिक लक्ष्य की दिशा आगे बढ़ने के लिए और अधिक प्रभावकारी पद्धति के कार्यान्वयन के दौरान एक सुदृढ़ एन.ए.सी.पी. – एन.आर.एच.एम.लिंकेज की परिकल्पना की गई है।

चार्ट 8.3 : वर्ष 2007-08 से वर्ष 2012-13 तक टी.आई.द्वारा कवर किए गए एच.आर.जी.और एस.टी.आई.किलनीक में आगे वाले व्यक्तियों के ऐफएल में वृद्धि



तालिका 8.2 : 2012-13 पी. पी. टी. सी. टी. कार्यक्रम का राज्यानुसार प्रदान (दिसंबर 2012 तक)

सम्पूर्ण भारत	एच. आई. वी. जांच की गई गर्भवती महिलाओं की संख्या	कुल जांच की गई सीरो-पॉजिटिव गर्भवती महिलाओं की संख्या	नेवीराषीन प्राप्त कर रहे एमबी जोड़ी की संख्या
अण्डमान और निकोबार आइसलैण्ड	1,793	0	0
आन्ध्र प्रदेश	7,03,928	2,120 (0.30 %)	1,979 (93.35 %)
अरुणाचल प्रदेश	5,954	1 (0.02 %)	0 (0.00 %)
असम	1,39,233	85 (0.06 %)	65 (76.47 %)
बिहार	1,68,214	261 (0.16 %)	178 (68.20 %)
चंडीगढ़	16,142	35 (0.22 %)	36 (102.86 %)
छत्तीसगढ़	44,002	83 (0.19 %)	53 (63.86 %)
दादर एवं नगर हवेली	4,404	3 (0.07 %)	1 (33.33 %)
दमन और दीव	2,107	3 (0.14 %)	3 (100 %)
दिल्ली	1,54,431	250 (0.16 %)	234 (93.60 %)
गोवा	10,350	17 (0.16 %)	19 (111.76 %)
गुजरात	2,77,609	440 (0.16 %)	430 (97.73 %)
हरियाणा	1,25,794	178 (0.14 %)	70 (39.33 %)
हिमाचल प्रदेश	33,519	21 (0.06 %)	3 (14.29 %)
जम्मू और कश्मीर	31,598	6 (0.02 %)	3 (50.00 %)
झारखण्ड	66,288	62 (0.09 %)	36 (58.06 %)
कर्नाटक	6,12,916	1,388 (0.23 %)	1,385 (99.78 %)
केरल	96,199	50 (0.05 %)	63 (126 %)
मध्य प्रदेश	3,28,304	229 (0.07 %)	162 (70.74 %)
महाराष्ट्र	7,42,641	1,600 (0.22 %)	1,782 (111.38 %)
मणिपुर	35,446	126 (0.36 %)	163 (129.37 %)
मेघालय	11,938	40 (0.34 %)	15 (37.50 %)
मिजोरम	14,966	89 (0.59 %)	109 (122.47 %)
मुम्बई	90,572	300 (0.33 %)	333 (111.00 %)
नागालैण्ड	13,844	116 (0.84 %)	112 (96.55 %)
उड़ीसा	1,82,293	202 (0.11 %)	147 (72.77 %)
पांडिचेरी	22,311	11 (0.05 %)	18 (163.64 %)
पंजाब	1,56,068	203 (0.13 %)	156 (76.85 %)
राजस्थान	2,67,804	257 (0.10 %)	248 (96.5 %)
सिविकम	6,277	5 (0.08 %)	1 (20.00 %)
तमिलनाडु	5,92,821	510 (0.09 %)	784 (153.73 %)
त्रिपुरा	17,041	13 (0.08 %)	9 (69.23 %)
उत्तर प्रदेश (प्रवासी मार्गस्थ)	3,23,996	336 (0.10 %)	264 (78.57 %)
उत्तराखण्ड	89,205	74 (0.08 %)	19 (25.68 %)
पश्चिम बंगाल	3,19,683	337 (0.11 %)	228 (67.66 %)
दृष्टि	57,09,691	9,451 (0.17 %)	9,108 (96.37 %)

तालिका 8.3 : राज्यानुसार आई. सी. टी. सी. का इक्यूएस 2012-13 में सहभागिता

jkt;	, l vkj, y dh l q; k	rduhdh vf/kdkfj; ka fu; Dr dh l q; k	LVW, y kW vkbZ l h Vh l h dh l q; k	, l - vkj, y dks bZ D; w, - , l - Ht us okys, l - , & vkbZ l h Vh l h l q; k	i fr'kr
अण्डमान और निकोबार आइसलैण्ड	1	0	13	13	100
आन्ध्र प्रदेश	10	10	406	406	100
अरुणाचल प्रदेश	1	0	36	13	36
असम	3	3	83	75	90
बिहार	2	2	208	61	29
चंडीगढ़	1	1	12	11	92
छत्तीसगढ़	1	0	104	66	63
दादर एवं नगर हवेली	0	0	1	0	0
दमन और दीव	0	0	4	4	100
दिल्ली	4	4	95	89	94
गोवा	1	1	14	14	100
गुजरात	5	5	308	289	94
हरियाणा	1	1	88	75	85
हिमाचल प्रदेश	1	1	47	36	77
जम्मू और कश्मीर	2	1	35	17	49
झारखण्ड	3	1	67	60	90
कर्नाटक	10	10	444	444	100
केरल	5	5	164	147	90
मध्य प्रदेश	4	4	143	127	89
महाराष्ट्र	12	11	589	560	95
मणिपुर	1	1	60	54	90
मेघालय	1	1	12	12	100
मिजोरम	1	1	36	30	83
मुम्बई	4	4	72	63	88
नागालैण्ड	2	2	70	64	91
उड़ीसा	3	2	185	132	71
पांडिचेरी	1	1	12	12	100
पंजाब	2	2	73	66	90
राजस्थान	6	4	182	166	91
सिविकम	1	1	13	13	100
तमिलनाडु	12	12	393	393	100
त्रिपुरा	1	1	18	17	94
उत्तर प्रदेश	9	9	217	209	96
उत्तराखण्ड	1	1	48	46	96
पश्चिम बंगाल	5	5	256	238	93
dy	117	107	4,508	4,022	89

एच. आर. जी. और एस. टी. आई. किलनिक में आने वालों की परामर्श और जांच

एच. आर. जी. और एस. टी. आई. किलनिक में आने वाले व्यक्ति वह प्राथमिकता समूह हैं जो कि संक्रमित होने के जोखिम में हैं और इसलिए आई. सी. टी. सी. कार्यक्रम का केन्द्र टी.आई. परियोजनाओं और एस. टी. आई. किलनिकों के

साथ मजबूत संपर्क स्थापित करना है। विशेष प्रयास जैसे – कि आई.सी.टी. सी. के द्वारा आउटरीच गतिविधियों से आई. सी. टी. सी. सेवाओं को बढ़ावा दिया जा सके। इससे एच. आर. जी. और एस. टी. आई. किलनिक आने वालों के लिए सेवाओं के कवरेज में नियमित सुधार हुआ है जैसाकि चित्र 8.3 से स्पष्ट है।

बाह्य गुणवत्ता मूल्यांकन योजना (स्कीम)

एसए—आई. सी. टी. सी. एक बाह्य गुणवत्ता मूल्यांकन योजना (स्कीम) में भाग लेता है जिससे कि वह पहचाने गए राज्य रिफरेंस प्रयोगशालाओं के माध्यम से प्रयोगशाला सेवाओं का ऊँचा मानक बनाए रख सके। इक्यूएम में जांच के लिए वर्ष में दो बार एसआरएल से आई. सी. टी. सी. 'कोडेड' नमूना भेजा जाता है। इसके अतिरिक्त, आई. सी. टी. सी. एसआरएल को प्रत्येक तिमाही में एक बार क्रॉस-चेंकिंग के लिए नमूना भेजता है, जिसमें प्रत्येक तिमाही के पहले सप्ताह में सभी पाजिटिव मामलों का 20 प्रतिशत तथा सभी नेगटिव मामलों का 5 प्रतिशत शामिल है। सारणी 8.3 ईक्यूएस के अंतर्गत राज्य—वार उपलब्धि दर्शाता है।

एच. आई. वी. क्षय रोग सहयोगी क्रियाकलाप

यह विदित है कि एच. आई. वी. संक्रमित व्यक्तियों में होने वाली कुल मौतों में से लगभग 25 प्रतिशत मौतों के लिए क्षय रोग जिम्मेदार है। यह भी ज्ञात है कि क्षय रोग के संक्रमण से एच. आई. वी. संक्रमण का एड्स की ओर बढ़ने की गति बढ़ जाती है तथा इससे शीघ्र मौत हो जाती है। इसलिए, मृत्यु में कमी को सुनिश्चित करने के लिए क्षय रोग की रोकथाम तथा एच. आई. वी./क्षय रोग को शीघ्र पता लगाना तथा उपचार करना दोनों महत्वपूर्ण हैं।

किन्तु भारतीयों में क्षय रोग की रोकथाम हेतु कार्यकलाप चुनौतिपूर्ण हैं क्योंकि यहां विश्व में सर्वाधिक क्षय रोग के मामले होते हैं। एच. आई. वी. देखभाल व्यवस्था में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा सिफारिश किए गए प्रमुख क्षय रोग रोकथाम कार्यकलापों में एच. आई. वी. देखभाल व्यवस्था में वायु जनित संक्रमण नियंत्रण तथा आइसोनियाइज्ड निवारक थेरापी (आई. पी. टी.) शामिल हैं। इस समय एन. ए. सी. पी. ए.आर.टी. सेंटर पर वायु जन्य संक्रमण नियंत्रण उपायों जैसे कि बलगम के लक्षण वाले रोगियों का तुरंत पता लगाना, बलगम की साफ – सफाई को बढ़ावा देना आदि को कार्यान्वित कर रहा है। इसके अतिरिक्त, नाकों में क्षय रोग/एच. आई. वी. सहयोग संबंधी राष्ट्रीय तकनीकी कार्यदल ने (एन. टी. डब्ल्यू. जी.) ने आई. पी. टी. का एक रणनीतिक रूप में समर्थन किया तथा देश के सभी ए. आर. टी. केन्द्रों में इसके कार्यान्वयन की सिफारिश की, इस क्रियाकलाप की योजना वर्ष 2013–14 में कार्यान्वयन हेतु बनाई गई है।

क्षय रोग की रोकथाम के साथ – साथ एच. आई. वी./क्षय रोग का शुरू में ही पता लगाना एवं उपचार करना मृत्यु को कम करने के लिए आवश्यक है। एन. ए. सी. पी. और संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियंत्रण कार्यक्रम शुरू में ही पता लगाने एवं उपचार करने के लिए विभिन्न क्रियाकलापों को संयुक्त रूप से कार्यान्वित करते हैं। इनमें निम्नलिखित हैं :

- एच. आई. वी. से जुड़े क्षय रोग का शुरू में ही पता लगाने के लिए क्रियाकलाप
- पूर्वानुमानित क्षय रोगों की एच. आई. वी. जांच
- निदान किए गए क्षय रोगियों की एच. आई. वी. जांच
- आई. सी. टी. सी. में क्षय रोग के मामले का पता लगाने के

लिए गहन क्रियाकलाप

- ए. आर. टी. केन्द्रों में आई. सी. एफ.
- एच. आई. वी. का शुरू में ही उपचार सुनिश्चित करने के लिए क्रियाकलाप
- ए. आर. टी. से एच. आई. वी./क्षय रोगी को जोड़ना
- ए. आर. टी. पर एच. आई. वी./क्षय रोग का उपचार शुरू करना

पूर्वानुमान क्षय रोगियों की एच. आई. वी. जांच

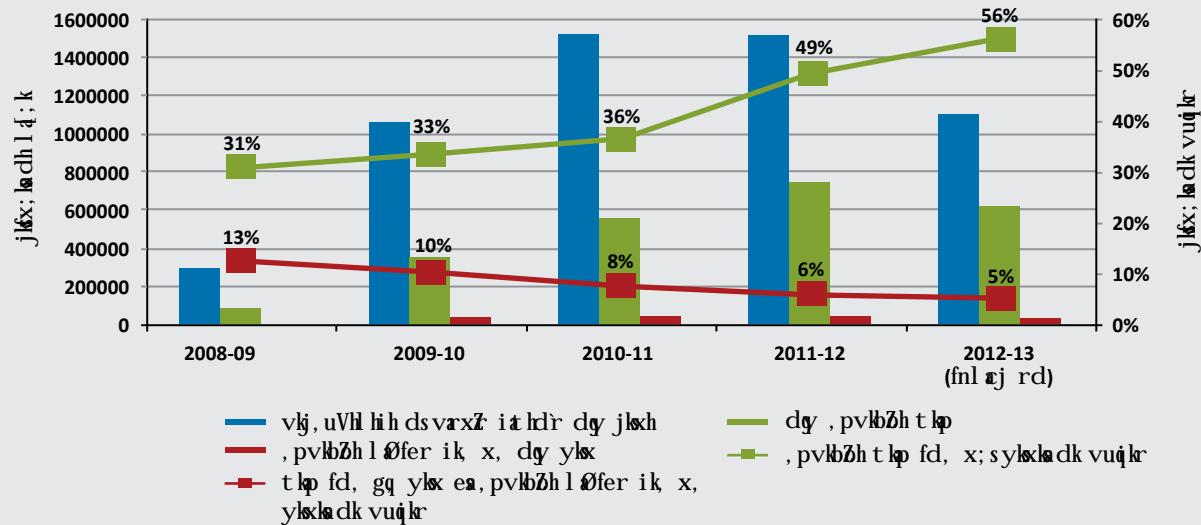
निदान किए गए क्षय रोगियों को एच. आई. वी. जांच की सुविधा प्रदान करके एच. आई. वी. का पता लगाने के कार्यक्रम को एन. ए. सी. पी. एवं आर. एन. टी. सी. पी. द्वारा वर्ष 2007–08 से संयुक्त रूप से कार्यान्वित किया जा रहा है। उच्च एच. आई. वी. व्याप्तता वाले राज्यों में अब लगभग 90 प्रतिशत क्षय रोगियों को कवर किया जाता है। किंतु एच. आई. वी. संक्रमित क्षय रोगियों में मृत्यु दर अभी भी 13–14 प्रतिशत बनी हुई है जबकि एच. आई. वी. निगेटिव क्षय रोगियों में 4 प्रतिशत से कम है जिससे अच्छे कवरेज के बावजूद एच. आई. वी./क्षय रोग का पता लगाने में देरी का पता चलता है। इसलिए, एन. ए. सी. पी. एवं आर. एन. टी. सी. पी. ने रोगियों का क्षय रोग के लिए मूल्यांकन के दौरान ही एच. आई. वी. जांच करने का निर्णय लिया जब उनमें क्षय रोग के लक्षण दिखाई देते हैं। इस क्रियाकलाप से 2–4 सप्ताह तक एच. आई. वी. का पता लगाए जाने की आशा है। इससे उपचार तुरंत शुरू किया जा सकेगा तथा मृत्यु में भी कमी आएगी।

पूर्वानुमान क्षय रोगियों में एच. आई. वी. जांच को अक्टूबर 2012 में कर्नाटक में शुरू की गई तथा आरंभिक क्रियाकलाप महाराष्ट्र, आंध्रप्रदेश एवं तमिलनाडु में किए जा रहे हैं। इसे उच्च व्याप्तता वाले जिलों अर्थात् ए एवं बी श्रेणी के जिले में शुरू करने की योजना है। इसके साथ ही, एन. टी. डब्ल्यू. जी. ने शेष भारत में 25–54 वर्ष के आयु वर्ग में इस रणनीति को कार्यान्वित करने की सिफारिश की है। वर्ष 2013–14 के दौरान कार्यान्वयन हेतु कार्यकलाप की योजना बनाई गई है।

निदान किए गए क्षय रोगियों की एच. आई. वी. जांच

यह क्रियाकलाप एन. ए. सी. पी. और आर. एन. टी. सी. पी. द्वारा संयुक्त रूप से कार्यान्वित किए गए गहन एच. आई. वी.—क्षय रोग पैकेज का भाग है। राष्ट्रीय स्तर पर ज्ञात एच. आई. वी. स्थिति वाले क्षय रोगियों के अनुपात में पिछले 5 वर्षों में लगातार वृद्धि हुई है। यह एच. आई. वी. जांच सुविधाओं एवं सह-अवास्थित एच. आई. वी. जांच सेवाओं की बढ़ती पहुंच से इसमें सहायता मिली है। दोनों राष्ट्रीय कार्यक्रमों द्वारा एच. आई. वी. एवं क्षय रोग जांच के साथ – साथ किए जाने को प्राथमिकता देने को ध्यान में रखते हुए इस रुझान को जारी रहने की संभावना है। केवल वर्ष 2012–13 में ही (दिसंबर 2012 तक) 11 लाख अधिसूचित क्षय रोगियों में से 6.18 लाख से अधिक क्षय रोगियों को अपना एच.आई.वी. स्थिति का ज्ञान हुआ। आंकड़े 8.4 में वर्ष 2008–09 से 2012–13 (दिसंबर 2012 तक)

चार्ट 8.4 : आर. एन. टी. सी. पी. के अंतर्गत अधिसूचित क्षय रोगियों में एच. आई. वी. जांच का रुझान



तक आर. एन. टी. सी. पी. के अंतर्गत अधिसूचित क्षय रोगियों में एच. आई. वी. जांच के रुझान का पता चलता है।

आई. सी. टी. सी. में क्षय रोग का पता लगाने के लिए गहन क्रियाकलाप

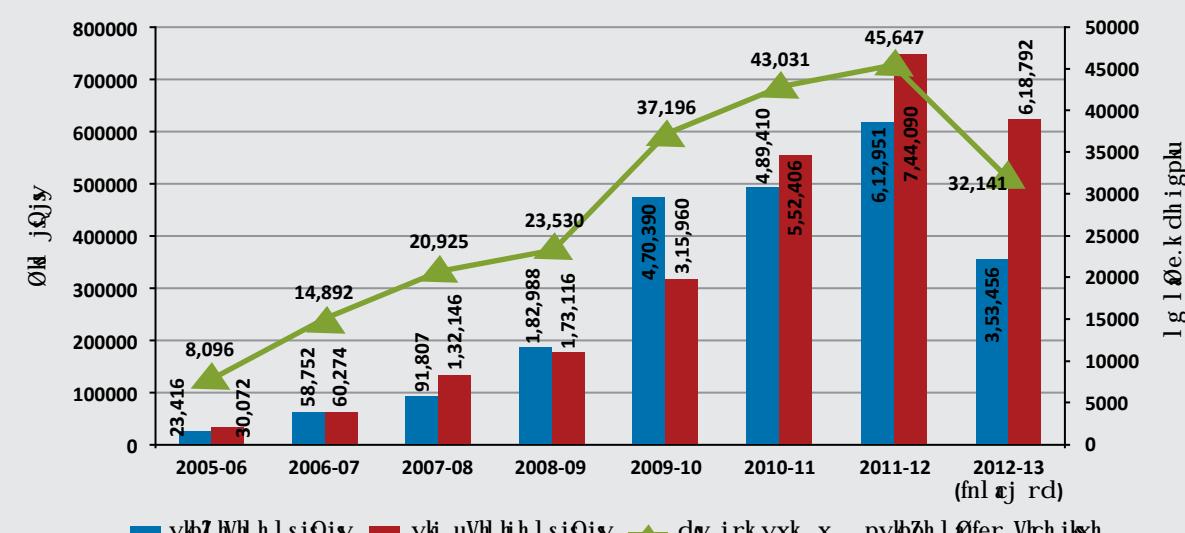
आंकड़े 8.5 से पिछले कुछ वर्षों में एच. आई. वी./क्षय रोग – क्रॉस रेफरल में हुई प्रगति का पता चलता है। एन. ए. सी. पी. एवं आर. एन. टी. सी. पी. के बीच क्रॉस रेफरल में लगातार वृद्धि का पता चलता है। वर्ष 2012–13 (दिसंबर 2012 तक) में 9.7 लाख क्रॉस रेफरल किए गए और लगभग 32,141 एच. आई. वी. संक्रमित क्षय रोगियों का पता चला। जहां आर. एन. टी. सी. पी.

से आई. सी. टी. सी. में रेफरल में लगातार वृद्धि का पता चलता है, वहीं आई. सी. टी. सी. से आई. सी. एफ. के लिए रेफरल वर्ष 2012–13 (दिसंबर 2012 तक) में 3.53 लाख के आसपास रहे। इसलिए, आई. सी. टी. सी. में आई. सी. एफ. को सुदृढ़ करना एन. ए. सी.पी. के लिए एक प्राथमिकता वाला क्रियाकलाप है।

ए. आर. टी. केन्द्रों में क्षय रोग का पता लगाने के लिए गहन क्रियाकलाप

ए. आर. टी. केन्द्रों में आई. सी. एफ. वर्ष 2010 से कार्यान्वयित किया गया है और अब यह सभी ए. आर. टी. केन्द्रों में कार्यान्वयित किया गया है। किन्तु समय पर रिपोर्टिंग अभी भी चुनौती बनी

चार्ट 8.5 : पता लगाए गए एच. आई. वी./क्षय रोग संक्रमणों का रुझान, 2005 – 2012



तालिका 8.5 : वर्ष 2010-11 से 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) ए. आर. टी. केन्द्रों में प्रगति' गिराई. सी. एफ. क्रियाकलाप

वर्ष	एन. ए. सी. पी. आई. सी. एफ. क्रियाकलाप	एन. ए. सी. पी. आई. वी. क्रियाकलाप	एन. ए. सी. पी. आई. वी. क्रियाकलाप	एन. ए. सी. पी. आई. वी. क्रियाकलाप
2010-11	80,837	22,382	28%	18,978 (85%)
2011-12	1,23,339	30,080	24%	24,799 (82%)
(दिसंबर 2012 तक)	1,03,426	20,393	20%	18,278 (90%)

(स्रोत : ए. आर. टी. रिपोर्ट में एन. ए. सी. पी. आई. सी. एफ.)

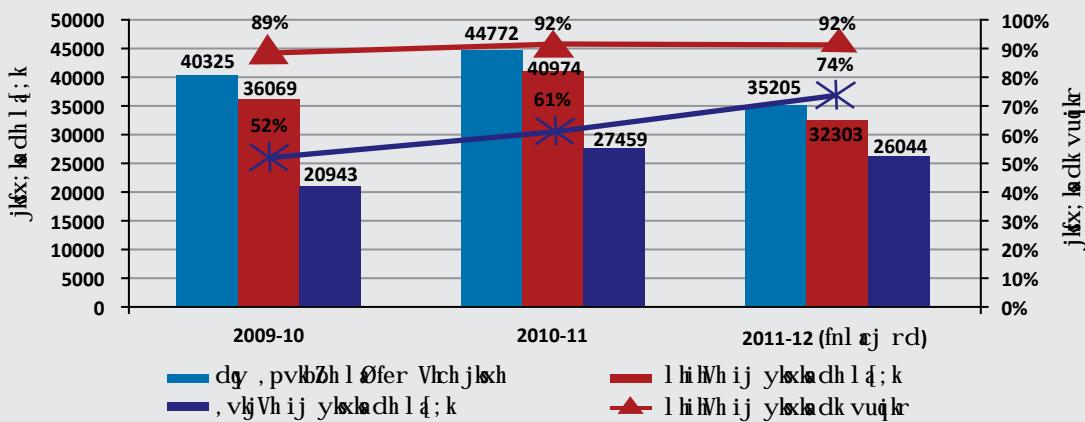
हुई है। वर्ष 2012 में लगभग 300 केन्द्र नियमित रूप से रिपोर्टिंग कर रहे हैं। आई. सी. एफ. क्रियाकलाप के महत्व को देखते हुए, रिपोर्टिंग को अब ए. आर. टी. मासिक रिपोर्टिंग सुनिश्चित होने की आशा है। तालिका 8.5 से ए. आर. टी. केन्द्रों में आई. सी. एफ. क्रियाकलापों में प्रगति का पता चलता है।

वर्ष 2012-13 (दिसंबर 2012 तक) में ए. आर. टी. में आने वाले व्यक्तियों में 1.03 लाख से अधिक पूर्वनुमान योग्य क्षय रोगियों का पता लगाया गया तथा उनमें से 20 प्रतिशत से अधिक क्षय रोगी पाए गए। 90 प्रतिशत से अधिक एच. आई. वी./क्षय रोगियों का डॉट्स उपचार भी शुरू किया गया। क्षय रोग की जांच, यथापि सभी ए. आर. टी. केन्द्रों में कार्यान्वयन है, यह इष्टतम स्तर से कम है। एल. ए. सी. प्लस केन्द्रों तथा एल. ए. सी. में आई. सी. एफ. के कार्यान्वयन को भी और अधिक सुदृढ़ करने की जरूरत है।

एच. आई. वी./क्षय रोगियों का उपचार

ये क्रियाकलाप सेवाओं के गहन क्षय रोग/एच. आई. वी. पैकेज के भी भाग हैं। एन. ए. सी. पी. एवं आर. एन. टी. सी. पी. ने लगातार 90 प्रतिशत से अधिक एच. आई. वी./क्षय रोगियों को को-ट्रिमोक्साजॉल प्रोफाइलैक्सिस से लिंकेज को प्राप्त किया। क्षय रोग के उपचार केन्द्रों की तुलना में ए. आर. टी. केन्द्रों की संख्या कम होने को ध्यान में रखते हुए ए. आर. टी. से लिंकेज और अधिक चुनौतिपूर्ण है। किन्तु दोनों कार्यक्रमों के स्टाफ के संयुक्त प्रयासों तथा क्रियाकलाप की गहन निगरानी से लगातार सुधार हुआ है और लगभग 75 प्रतिशत एच. आई. वी. संक्रमित क्षय रोगी वर्ष 2011-12 में ए. आर. टी. प्राप्त कर रहे थे (आंकड़े 8.6)। ये लिंकेज चार उच्च व्याप्तता वाले राज्यों अर्थात् कर्नाटक, आंध्रप्रदेश, महाराष्ट्र एवं तमिलनाडु में बेहतर हैं जहां प्रत्येक जिले में कम से कम एक आर. टी. केन्द्र है।

चार्ट 8.6 : एच. आई. वी. संक्रमित क्षय रोगियों को सी. पी. टी. एवं ए. आर. टी. से लिंकेज का रुझान



(स्रोत : आर. एन. टी. सी. पी.)

देखभाल, सहयोग एवं उपचार

एन. ए. सी. पी. — ३ के देखभाल, सहायता और उपचार घटक का मुख्य उद्देश्य एच. आई. वी. के साथ जी रहे व्यक्तियों को व्यापक प्रबधन उपलब्ध करवाना है। इसमें एन्टीरेट्रोवायरल उपचार, मानसिक और सामाजिक सहारा और अवसरवादी संक्रमण, जैसे टीबी, का उपचार भी शामिल है।

देखभाल सहायता और उपचार का सेवा प्रदानगी तंत्र

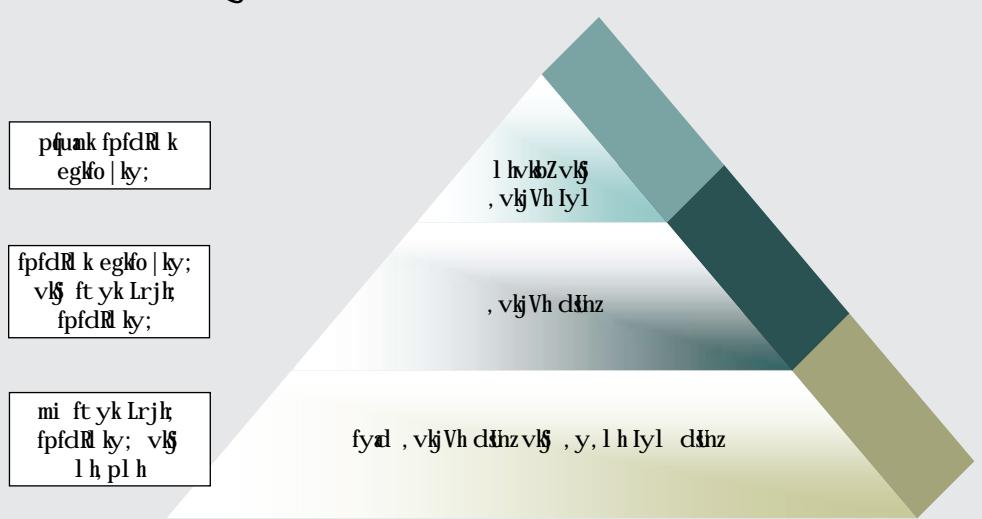
देखभाल, सहयोग एवं उपचार (सी. एस. टी.) सेवाएं देशभर में स्वास्थ्य सुविधा केन्द्रों में नाको द्वारा स्थापित किए गए ए. आर. टी. केन्द्रों के ज़रिए प्रदान की जाती हैं। ये चुनिंदा

शिक्षण संस्थानों में उत्कृष्टता केन्द्रों (सी. ओ. ई.) एवं ए. आर. टी. प्लस केन्द्रों से भी जुड़ी हुई हैं और कुछ चुनिंदा सेवाओं का विकेन्द्रीकरण लिंक ए. आर. टी. केन्द्रों द्वारा किया जाता है। ए. आर. टी. केन्द्र आई. सी. टी. सी. केन्द्रों, एस. टी. आई. क्लीनिकों, पी. पी. टी. सी. टी. सेवाओं तथा उनके अवस्थानों के संरथानों के अन्य नैदानिक विभागों तथा आर. एन. टी. सी. पी. कार्यक्रम के साथ जुड़े हुए हैं ताकि क्षय रोग एच. आई. वी. सह-संक्रमित रोगियों का समुचित प्रबंधन किया जा सके। आंकड़े 11.1 में इस सेवा प्रदानगी मॉडल की ग्राफिक झलक दी गई है।

एंटी रेट्रोवायरल उपचार केंद्र

एच. आई. वी./एड्स के साथ जी रहे लोगों के लिए एंटीरेट्रोवाइरल थेरेपी (ए. आर. टी.) को छह उच्च

चार्ट 9.1: एचआईवी उपचार सुविधा का मॉडल





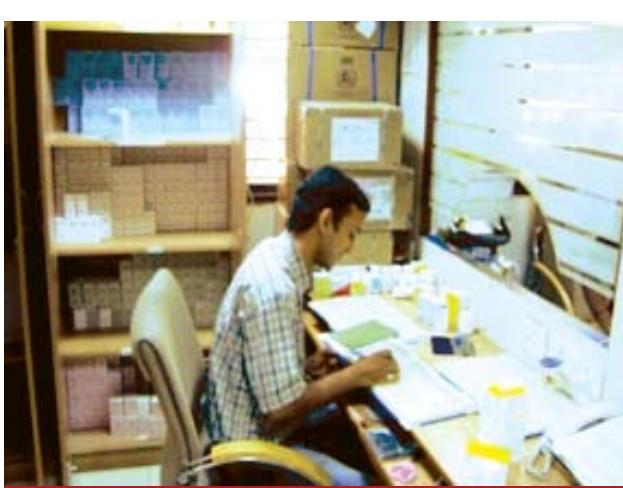
► वेनलॉक अस्पताल, मंगलोर, कर्नाटक में ए. आर. टी. केन्द्र



► ए. आर. टी. केन्द्र, जिला अस्पताल, बीजापुर, कर्नाटक में परामर्श कक्ष



► एम. आई. एम. एस., मांड्या, कर्नाटक में ए. आर. टी. केन्द्र



► ए. आर. टी. केन्द्र, डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल नई दिल्ली में फार्मसी

व्याप्ति राज्यों में स्थित आठ सरकारी अस्पतालों में 1 अप्रैल 2004 को शुरू किया गया। तब से यह कार्यक्रम उपचार केन्द्रों, और ए. आर. टी. पा रहे लाभार्थियों की संख्या, दोनों ही के संबंध में निरन्तर आगे बढ़ रहा है। एंटी-रिट्रोवायरल थेरेपी (ए. आर. टी.) केंद्र सरकारी अयुर्विज्ञान विद्यालयों के मेडिसिन विभागों और जिला अस्पतालों में स्थित है। तथापि, कुछ एंटीरिट्रोवाइरल थेरेपी केंद्र, उप जिले में और मुख्य रूप से उच्च व्याप्ति सहित राज्यों में कार्यचालन कर रहे हैं। किसी भी जिला/क्षेत्र में ए. आर. टी. केन्द्रों की स्थापना वहाँ पर एच. आई. वी. की व्याप्तता, एच. आई. वी. के साथ जी रहे व्यक्तियों की पता लगाई गई संख्या और ए. आर. टी. संबद्धित सेवा प्रदान करने में संस्थान की क्षमता के आधार पर की जाती है। दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार 380 ए. आर. टी. केन्द्र पूरी तरह कार्य कर रहे हैं।

लिंक ए. आर. टी. केंद्र

एल. ए. सी. से केन्द्र तक पहुँचने में खर्च, एवं वहाँ खर्च होने वाला समय बचता है और इसलिए यह ए. आर. टी. के पालन को बढ़ावा देती है। वर्तमान में 840 लिंक ए. आर. टी. सेंटर कार्यशील हैं और ये केन्द्र लगभग 51,847 एच. आई. वी. के साथ जी रहे लोगों को सहायता प्रदान कर रहे हैं।

लिंक ए. आर. टी. प्लस केन्द्र

एआरटी सेवाओं को लाभार्थियों के नजदीक लाने के लिए, व सेवाओं को सरल बनाने के लक्ष्य से लिंक सेंटर की स्थापना की गई। यह केन्द्र मुख्यतः मरीजों के घर के पास जिला/उपजिला स्तर पर स्थित ICTC केन्द्रों में स्थित है और नोडल एआरटी केन्द्रों से जुड़े हुए हैं। यह देखा गया है कि आईसीटीसी में लगाए गए एच. आई. वी. पाजिटिव व्यक्तियों में एक बड़ा वर्ग देखभाल, सहायता एवं उपचार सेवाओं से नहीं जुड़ पाता है। इसके कारणों में अन्य बातों के साथ-साथ व्यक्तियों के

एच. आई. वी. पाजिटिव पता लगने के समय अलक्षणात्मक होने तथा पंजीकरण एवं बुनियादी जांचों के लिए ए. आर. टी. केन्द्रों तक पहुँचने के लिए लंबी दूरी तय करना शामिल था जिसके परिणामस्वरूप वे तब तक ए. आर. टी. केन्द्र में जाने को टालते हैं ये जबतक कि वे लक्षणात्मक नहीं हो जाते। यह भी देखा गया कि लगभग 20 प्रतिशत रोगी बहुत ही बाद के चरण में (सी डी-4 काउन्ट 50 से अधिक) ए. आर. टी. केन्द्र जाते हैं। जब मृत्यु का खतरा लगभग 2 से 3 गुना बढ़ जाता है।

उपयुक्त तथ्यों के मद्देनजर चुनिदा लिंक ए. आर. टी. केन्द्र के कार्यक्षेत्र एवं कार्यों का विस्तार करके ए. आर. टी. – पूर्व पंजीकरण एवं एल. ए. सी. में ही एच. आई. वी. देखभाल करना शामिल किया गया। केंद्र एल. ए. सी. प्लस जो ए. आर. टी. – पूर्व उपचार प्रबंधन करते हैं, को भी "एल. ए. सी. प्लस" बनाया गया। इससे आई. सी. टी. सी. और सी. एस. टी. के बीच अंतराल को समाप्त करने में सहायता मिलती है। तथा एच. आई. वी. पीडित लोगों का ए. आर. टी. केन्द्र तक पहुँचने में होने वाले खर्च एवं समय में भी कमी आती है। इन रोगियों को एल. ए. सी. में से तब जुड़े रहते हैं जब तक की वे ए. आर. टी. के लिए पात्र नहीं हो जाते हैं या किसी अन्य कारण से ए. आर. टी. केन्द्र में उनको रेफर नहीं कर दिया जाता है।

उत्कृष्टता केंद्र (सी.ओ.ई)

तृतीय स्तर की विशेषज्ञ देखभाल और उपचार, दूसरी पंक्ति तथा वैकल्पिक प्रथम पंक्ति ए. आर. टी., प्रशिक्षण और परामर्श और प्रचालनात्मक अनुसंधान, के प्रावधान को सुलभ बनाए जाने के लिए 10 उत्कृष्टता केन्द्रों की स्थापना देश के विभिन्न मंडलों में की गई है। यह बोवरिंग एवं लेडी कर्जन अस्पताल बंगलौर, बी. जे. मेडिकल कालेज, अहमदाबाद, गांधी अस्पताल, सिकंदराबाद, पी.जी.आई. चंडीगढ़, स्कूल ऑफ ट्रायिकल मेडिसन, कोलकाता, इन्स्टीट्यूट आफ मेडिकल साइंस, बीएचयू वाराणसी, मौलानाआजाद मेडिकल कालेज, नई दिल्ली, सर जे.जे. अस्पताल, मुंबई, क्षेत्रीय आर्योग्निकान संस्थान, इम्फाल और जी. एच. टी. एम., ताम्बरम, चेन्नई में स्थित है।

उत्कृष्ट बाल चिकित्सा केंद्र (पी.सी.ओ.ई)

एन. ए. सी. पी. - 3 के अन्तर्गत स्थापित सभी क्षेत्रीय बाल ए. आर. टी. केन्द्रों को उत्कृष्ट बाल चिकित्सा केन्द्रों के रूप में उन्नत किया गया। ताकि यह बाल चिकित्सय देखभाल कर सकें जिसमें जटिल अवसरवादी संक्रमणों के प्रावधान, प्रशिक्षण और शोध भी शामिल है। विशेषज्ञता प्राप्त प्रयोगशाला सेवाओं, शीघ्र बालकाल में निदान, एच. आई. वी. संक्रमित बच्चों के लिए ए. आर. टी., अनुपालन और पोषण आदि के बारे में परामर्श सहित संक्रमित बच्चों के लिए परिचर्या और सहायता मुहैया करवाने हेतु इन केन्द्रों की विभिन्न भूमिकाएं और उत्तरदायित्व होते हैं। ये केंद्र बाल परिचर्या में अन्य ए. आर. टी. केन्द्रों को भी तकनीकी सहायता मुहैया कराते हैं। फिलहाल देश में 7 क्षेत्रीय बाल रोग केंद्र हैं जो निलोफर अस्पताल, हैदराबाद; आई. जी. आई. सी. एच., बैंगलूरु; एल. टी. एम. जी., सियॉन-

अस्पताल, मुम्बई; जे. एन. अस्पताल, इम्फाल; आई. सी. एच., चेन्नई; जी. एम. सी. एच., कोलकाता; और के. एस. सी. एच., नई दिल्ली में स्थापित हैं।

ए. आर. टी. प्लस योजना

सेकेंड लाइन ए. आर. टी. तक पहुँच आसान बनाने के लिए नाको ने कुछ ए. आर. टी. केन्द्रों को ए. आर. टी. प्लस के रूप में उन्नत करके सेकेंड लाइन ए. आर. टी. प्रदान किए जाने के लिए कई केन्द्रों का विस्तार किया। इस समय देश में 24 'ए. आर. टी. प्लस' केन्द्र कार्य कर रहे हैं। कम रोगी भार वाले राज्यों को छोड़कर अधिकतर राज्यों को इस योजना के अंतर्गत कवर किया गया है।

सामुदायिक देखभाल केंद्र (सी.सी.सी.)

सी. एस. टी. सेवाओं का एक व्यापक पैकेज प्रदान करने के लिए मनो-सामाजिक सहायता प्रदान करने, औषध अनुपालन सुनिष्ठित करने और घर पर देखभाल प्रदान करने के उद्देश्य से सामुदायिक देखभाल केन्द्रों की स्थापना की गई है। सीसीएस को ए. आर. टी. केन्द्रों से सबंद्ध किया गया है और यह सुनिष्ठित किया गया है कि एच. आई. वी. पीडित को एआरवी उपचार की तैयारी और औषध अनुपालन, पोषण एवं निवारण, अवसरवादी संक्रमणों के उपचार, अनुवर्ती उपचार के लिए रेफरल एवं आउटरीच सेवाओं, सामाजिक सहायता और अनुवर्ती उपचार के लिए पता नहीं लग पा रहे रोगियों का पता लगाने और उनको निर्धारित समय एवं खुराक के अनुसार एआरवी औषध प्रदान करने से संबंधित परामर्श प्रदान किए जाते हैं। वर्तमान में 239 सी. सी. सी. पूर्ण रूप से क्रियाशील हैं।

दिसंबर 2012 तक देखभाल, सहायता एवं उपचार सेवाओं का विस्तार में प्राप्त प्रगति का सारांश तालिका 11.1 में दिया गया है।

तालिका 9.1 : देखभाल, सहायता एवं उपचार सेवाओं के अंतर्गत आधारभूत ढांचे में वृद्धि

1 h , 1 - Vh ds fy, 1 fo/kk dJhz	elkpZ2007 dh fLFkr ds vuq kj	fnl ej 2012 dh fLFkr ds vuq kj
ए. आर. टी. केन्द्र	107	380
लिंक ए. आर. टी. केन्द्र	0	840
उत्कृष्टता वाले केन्द्र	0	10
बाल चिकित्सा के उत्कृष्टता वाले केन्द्र	0	7
ए. आर. टी. प्लस केन्द्र	0	24
सामुदायिक देखभाल केन्द्र	122	239

प्रदान की गई सेवाएं

फस्ट लाइन ए. आर. टी.

ए. आर. टी. केन्द्रों के माध्यम से सभी पात्र एच. आई. वी. पीडितों को फस्ट लाइन ए. आर. टी. निःशुल्क प्रदान की जाती है। आई. सी. टी. सी. द्वारा भेजे गए पॉजिटीव रोगियों को ए. आर. टी. पूर्व एवं ए. आर. टी. सेवाओं के लिए ए. आर. टी. केन्द्र में पंजीकृत किया जाता है। ए. आर. टी. हेतु पात्रता का मूल्यांकन नैदानिक जांच सी.डी. 4 काउंट के जरिए की जाती है। रोगियों को उपचार के अनुपालन, पोषण, सकारात्मक निवारण तथा सकारात्मक जीवन के बारे में भी परामर्श प्रदान किया जाता है। ए. आर. टी. पर रोगियों का अनुवर्ती उपचार औषध अनुपालन, रोगियों के आने की नियमितता, आवधिक जांच तथा सी.डी. 4 काउंट (प्रत्येक 6 महीने) का मूल्यांकन करके किया जाता है। अवसरावादी संक्रमणों के लिए उपचार भी ए. आर. टी. केन्द्रों के माध्यम से प्रदान किया जाता है। 31 दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार, 6,04,987 एच. आई. वी. पीडित व्यक्ति फस्ट लाइन ए. आर. टी. पर हैं।

वैकल्पिक फस्ट लाइन ए. आर. टी.

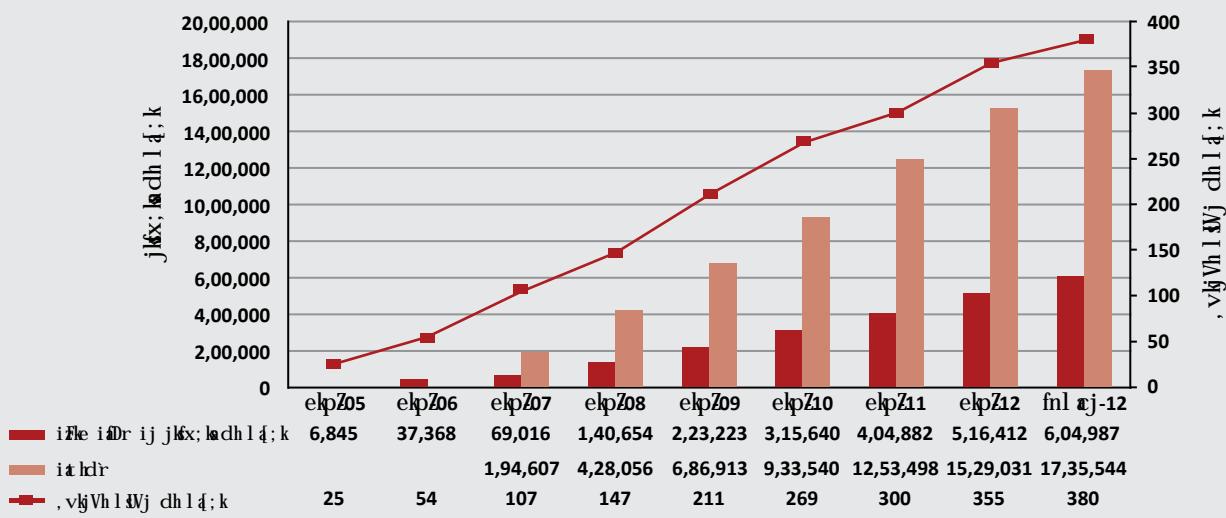
यह देखा गया है कि फस्ट लाइन ए. आर. टी. पर उपचार शुरू किए गए कुछ रोगियों को फस्ट लाइन ए. आर. वी. औषधों के प्रति गंभीर/क्रॉनिक विषाक्तता/असहनशीलता का अनुभव होता है जिसके लिए ए. आर. वी. औषधों को बदलकर वैकल्पिक फस्ट लाइन औषधों से उपचार करना आवश्यक हो जाता है। इस समय वैकल्पिक फस्ट लाइन ए. आर. टी. देश भर के उत्कृष्टता वाले केन्द्रों तथा ए. आर. टी. प्लस केन्द्रों के माध्यम से प्रदान की जाती है। दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार, 3702 एच. आई. वी. पीडित व्यक्ति वैकल्पिक फस्ट लाइन ए. आर. टी. पर हैं।

सेकेंड लाइन ए. आर. टी.

ए. आर. टी. उपचार प्राप्त कर रहे रोगी यदि उपचार सही ढंग से कराते हैं तो वे कई वर्षों तक फस्ट लाइन ए. आर. टी. पर बने रह सकते हैं। तथापि, वर्ष बितने के साथ फस्ट लाइन ए. आर. टी. पर कुछ एच. आई. वी. पीडित व्यक्ति वाइरस में वृद्धि होने के कारण इन औषधों के प्रति प्रतिरोधक क्षमता विकसित कर लेते हैं। सेकेंड लाइन ए. आर. टी. को प्रायोगिक आधार पर दो स्थलों – जी. एच. टी. एम., ताम्बरम और जे. जे. अस्पताल, मुम्बई में जनवरी 2008 में शुरू किया गया और उसके बाद इसे जनवरी 2009 में अन्य सी.ओ.ई. में शुरू किया गया। सेकेंड लाइन ए. आर. टी. का आगे और विकेन्द्रीकरण कुछ अच्छे कार्य कर रहे ए. आर. टी. केन्द्रों को ए. आर. टी. प्लस केन्द्रों के रूप में उन्नत करके उनका क्षमता वर्धन करके किया गया है। दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार 5503 रोगी सी.ओ.ई. और ए. आर. टी. प्लस केन्द्रों द्वारा सेकेंड लाइन औषध प्राप्त कर रहे हैं। सभी ए. आर. टी. केन्द्रों को सी.ओ.ई./ए.आर. टी. प्लस केन्द्रों से जोड़ा गया है। सेकेंड लाइन और वैकल्पिक फस्ट लाइन ए. आर. टी. पर उपचार शुरू करने के लिए रोगियों के मूल्यांकन हेतु नाकों ने सभी सी.ई.ओ. तथा ए.आर. टी. प्लस केन्द्रों में राज्य एड्स क्लीनिकल विशेषज्ञ पैनल गठित किया है। यह पैनल उपचार की विफलता/बड़े दुष्प्रभावों के कारण उनको भेजे गए रोगियों पर निर्णय लेने के लिए सप्ताह में एक बार बैठक करता है।

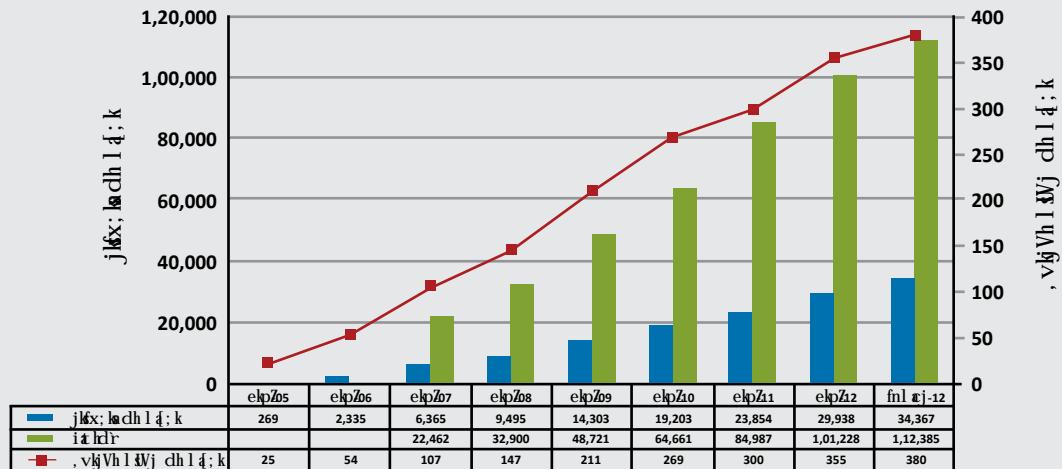
आंकड़े 11.2 में मार्च 2005 से सी.एस.टी.घटक के अंतर्गत सेवा की व्यवस्था में वृद्धि को दर्शाया गया है। सेवा की व्यवस्था के सभी उपायों अर्थात् ए.आर.टी. केन्द्रों की संख्या, एच.आई.वी.पीडित व्यक्तियों के पंजीकरण तथा फस्ट लाइन उपचार वाले एच.आई.वी.पीडित व्यक्तियों में अत्यधिक वृद्धि हुई है।

चार्ट 9.2 : भारत में एच.आई.वी.पीडित व्यक्तियों के लिए ए.आर.टी. में वृद्धि, 2005-12



(स्रोत : नाको ए.आर.टी.सी.एम.आई.एस.)

चार्ट 9.3 में वर्ष 2005 – 12 के दौरान भारत में एच. आई. वी./एड्स पीड़ित बच्चों के लिए ए. आर. टी. में वृद्धि



(स्रोत : नाको ए. आर. टी. सी. एम. आई. एस.)

राष्ट्रीय बाल एच. आई. वी. एड्स पहल

राष्ट्रीय बाल एच. आई. वी. पहल 30 नवंबर 2006 को शुरू की गई है। दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार एच. आई. वी./एड्स पीड़ित लगभग 1,12,385 बच्चों को ए. आर. टी. केन्द्रों में एच. आई. वी. देखभाल के लिए पंजीकृत किया गया है जिनमें से 34,367 बच्चे निःशुल्क ए. आर. टी. प्राप्त कर रहे हैं। ए. आर. वी. औषधों के बच्चों के अनुकूल फार्मूलेशन सभी ए. आर. टी. केन्द्रों में उपलब्ध हैं।

बाल सेकेंड लाइन ए. आर. टी.

इस समय बच्चों के लिए सेकेंड लाइन ए. आर. टी. की व्यवस्था सभी सी. ओ. ई., बाल सी. ओ. ई. तथा ए. आर. टी. प्लस केन्द्रों में उपलब्ध कराई गई है।

तालिका 11.2 : दिसंबर 2012 तक देखभाल, सहायता एवं उपचार सेवाओं के लाभार्थी

सेवा / लाभार्थी	दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार उपलब्धि
जीवित वयस्क जो ए. आर. टी. पर हैं	5,70,620
जीवित बच्चे जो ए. आर. टी. पर हैं	34,367
वर्ष 2012–13 के दौरान (दिसंबर 2012 तक) उपचार किए गए अवसरवादी संक्रमण	4,84,925
जीवित व्यक्ति जो सेकेंड लाइन पर हैं	5,503

'क्षेत्रीय विभिन्न सेवाएँ एवं उपलब्धि'

एच. आई. वी. एक्सपोज्ड बच्चों के लिए पुष्टिकारक निदान को बढ़ावा देने के लिए नाको द्वारा ई. आई. टी. के बारे में एक कार्यक्रम शुरू किया गया। ई. आई. टी. के माध्यम से पुष्टि किए गए एच. आई. वी. संक्रमित सभी बच्चों को ए. आर. टी. सेवाओं से जोड़ा गया।

तालिका 11.2 और 11.3 में सी. एस. टी. घटक के अंतर्गत विभिन्न सेवाप्रदानगी केन्द्रों में सेवा प्राप्त करने वाले रोगियों की एक झलक दी गई है।

सी. एस. टी. के लिए क्षमता निर्माण

प्रक्षिण कार्यक्रम

सेवाओं का समान मानक सुनिश्चित करने के लिये, परिचालन निर्देशों और उपचार प्रोटोकॉल का पालन करने के लिए, मानक पाठ्यक्रम का उपयोग करके विभिन्न कर्मियों को अनुगम प्रशिक्षण उपलब्ध कराया जाता है। सी. एस. टी. के तहत आयोजित विभिन्न प्रशिक्षण कार्यक्रमों को नीचे संक्षेप में दिया गया है

- मेडिकल कालेजों के शिक्षकों का उन्मुखीकरण/जिला अस्पताल (4 दिन)
- चिकित्सा अधिकारियों का प्रशिक्षण (एसएमओ/एमओ): ए. आर. टी. केंद्र: (12 दिन)
- सीसीसी के चिकित्सा अधिकारी का प्रशिक्षण (4 दिन)/
- लिंक ए. आर. टी. केंद्र (एलएसी) (3 दिन)
- परामर्शदाता का प्रशिक्षण (12 दिन)
- ए. आर. टी. केन्द्रों के डाटा प्रबंधकों का प्रशिक्षण (3 दिन)
- सीडी4 गिनती के लिए प्रयोगशाला तकनीशियनों का प्रशिक्षण (2 दिन)
- फार्मासिस्टों का प्रशिक्षण (प्रक्रिया के तहत) (3 दिन)
- नर्सों का प्रशिक्षण (6 दिन)

तालिका 9.3 : ए. आर. टी. केन्द्रों और ए. आर. टी. पर शेगियों का राज्यवार ब्यौदा (दिसंबर, 2012)

राज्य/संघ राज्यक्षेत्र	कार्यशील ए. आर. टी. केन्द्रों की संख्या	जीवित रोगी जो ए. आर. टी. पर हैं		
		वयस्क	शिशु	कुल
आंध्र प्रदेश	51	1,23,432	5,978	1,29,410
अरुणाचल प्रदेश	1	41	1	42
असम	3	2,077	101	2,178
बिहार	13	13,426	699	14,125
चंडीगढ़	1	2,521	248	2,769
छत्तीसगढ़	5	3,380	293	3,673
दिल्ली	9	11,642	837	12,479
गोवा	1	1,537	115	1,652
गुजरात	25	29,234	1,702	30,936
हरियाणा	1	3,058	177	3,235
हिमाचल प्रदेश	3	1,928	189	2,117
जम्मू और कश्मीर	2	1,042	66	1,108
झारखण्ड	6	3,595	235	3,830
कर्नाटक	55	82,999	5,759	88,758
केरल	8	7,280	391	7,671
मध्यप्रदेश	10	7,968	585	8,553
महाराष्ट्र	59	1,29,331	8,627	1,37,958
मणिपुर	9	7,616	534	8,150
मेघालय	1	269	9	278
मिजोरम	3	1,784	134	1,918
नागालैंड	6	3,515	172	3,687
उड़ीसा	9	5,412	231	5,643
पुडुचेरी	1	810	72	882
पंजाब	7	9,905	568	10,473
राजस्थान	11	13,970	934	14,904
सिक्किम	1	67	6	73
तमिलनाडु	44	64,064	3,443	67,507
त्रिपुरा	1	292	8	300
उत्तर प्रदेश	22	23,804	1,402	25,206
उत्तराखण्ड	2	1,339	110	1,449
पश्चिम बंगाल	10	13,282	741	14,023
कुल	380	5,70,620	34,367	6,04,987

स्रोत: नाको एआरटी सीएमआईएस

ये प्रशिक्षण उत्कृष्टता वाले केन्द्रों तथा देश के अन्य निर्धारित प्रशिक्षण केन्द्रों में आयोजित किए जाते हैं।

वर्ष 2012–13 (दिसंबर 2012) के दौरान 131 ए. आर. टी. अधिकारियों, 220 ए. आर. टी. विशेषज्ञों, 204 एल. ए. सी. चिकित्सा अधिकारियों, 369 ए. आर. टी. स्टाफ नर्स एवं 292 परामर्शदाताओं को प्रशिक्षित किया गया है।

दिशा निर्देश एवं मैनुअल

देश भर में देखभाल, सहायता एवं उपचार सेवाओं तथा स्वास्थ्य देखभाल प्रदायकों के ढाँचे को मानकीकृत करने के लिए तकनीकी दिशा निर्देश एवं प्रशिक्षण मॉड्यूल तैयार किए गए हैं जो उपयोग हेतु विभिन्न सुविधा केन्द्रों एवं एस. ए. सी. एस. में उपलब्ध हैं। इनमें निम्नलिखित शामिल हैं :

- वयस्कों और किशोरों में ए. आर. टी. के लिए दिशानिर्देश—मार्च 2007, (अद्यतन: अप्रैल 2009, नवंबर 2011 एवं जुलाई 2012)
- बच्चों में ए. आर. टी. के लिए दिशानिर्देश—नवम्बर 2006, (अद्यतन सितम्बर 2009 और अक्टूबर 2012)।
- रोकथाम और आम अवसरवादी संक्रमण और वयस्कों और किशोरों के बीच सांघातिकता के प्रबंधन के लिए दिशानिर्देश—मार्च 2007
- ए. आर. टी. केन्द्रों के लिए परिचालनात्मक दिशानिर्देश—जुलाई 2007
- लिंक ए. आर. टी. केन्द्रों के लिए परिचालनात्मक दिशानिर्देश—जनवरी 2012
- वयस्कों और किशोरों के लिए दूसरी पंक्ति ए. आर. टी. तकनीकी दिशानिर्देश—नवम्बर 2008 (अद्यतन दिसंबर 2012)
- बच्चों में दूसरी पंक्ति ए. आर. टी. रोल—आउट के लिए तकनीकी दिशानिर्देशों शुरू अक्टूबर 2009
- चिकित्सा अधिकारियों ए. आर. टी. विशेषज्ञों, सी. सी. सी. चिकित्सा अधिकारियों एवं एल. ए. सी. चिकित्सा अधिकारियों के लिए नियमावली मई 2007, (अद्यतन दिसम्बर, 2012)
- एच. आई. वी. एवं एड्स से पीड़ित वयस्कों के लिए पोषनिक देखभाल एवं सहायता प्रदान करने के लिए दिशा निर्देश : जुलाई 2012
- एच. आई. वाई. एक्सपोज्ड एवं संक्रमित बच्चों (0–14 वर्ष की आयु) के लिए दिशा निर्देश : जुलाई, 2012

यह नाको वेबसाइट www.naco.gov.in पर भी उपलब्ध है और तकनीकी संसाधन समूहों सलाह के अनुसार इन्हें समय—समय पर संशोधित किया गया है।

उच्च गुणवलायुक्त सेवाओं को मुहैया करवाए जाने के लिए प्रयास

सी. एस. टी. पर तकनीकी संसाधन समूह

विशेषज्ञों को शामिल करते हुए ए. आर. टी., बाल ए. आर. टी., सामुदायिक देखभाल केन्द्रों एवं प्रयोगशालाओं पर तकनीकी

संसाधन समूहों का गठन किया गया है। इन समूहों में राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय विशेषज्ञ एवं विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO), सी. डी. सी., विलंटन हेल्थ टैक्सेस इनिशियेटिव जैसे संगठनों के प्रतिनिधि तथा पॉजीटिव लोगों के नेटवर्क शामिल हैं। ये समूह प्रगति की समीक्षा करते हैं और कार्यक्रम के विभिन्न तकनीकी तथा प्रचालनात्मक मुद्दों के संबंध में बहुमूल्य सुझाव प्रदान करते हैं। टीआरजी की बैठकें, स्पष्ट रूप से बनाए गई कार्यसूची और विचार विमर्श के मुद्दों सहित आवधिक रूप से की जाती हैं।

सीडी4 परीक्षण के लिए प्रयोगशालाओं की क्षमता को सशक्त करना

फिलहाल इस समय 264 सीडी-4 मशीने स्थापित की गई हैं जो 380 ए. आर. टी. केन्द्रों में कार्य कर रही हैं। नाको द्वारा प्राप्त की गई सभी मशीने व्यापक अनुरक्षण अथवा वारंटी के तहत हैं।

पर्यवेक्षण /निगरानी तंत्र

नाको में देखभाल सहायता और उपचार प्रभाग योजना, वित्त प्रबंधन, कार्यान्वयन, आपूर्ति श्रंखला, प्रबंधन, प्रशिक्षण, समन्वय, निगरानी के लिए और देश में देखभाल सहायता उपचार सेवाओं के मूल्यांकन के लिए उत्तरदायी हैं।

राज्य स्तर पर कार्यान्वयन और निगरानी का उत्तरदायित्व संबंधित राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों (एसएसीएस) का होता है जिसमें संयुक्त निदेशक (सी. एस. टी.), उप निदेशक/सहायक निदेशक (सी एंड एस) सहायक निदेशक (नर्सिंग) और कन्सलटेन्ट सी. एस. टी. का होता है।

नजदीकी निगरानी, सलाह और ए. आर. टी. केन्द्रों के निरीक्षण के लिए, विभिन्न राज्यों को क्षेत्रों में वर्गीकृत किया गया है और उनके क्षेत्रों में कार्यक्रम की निगरानी के लिये क्षेत्रीय समन्वयक नियुक्त किये गये हैं और एस.ए.सी.एस. अधिकारी और क्षेत्रीय समन्वयक प्रत्येक आबंटित ए. आर. टी. केन्द्र में कम से कम दो महीनों में एक बार अवश्य जाते हैं और वे नाको को नियमित रूप से साप्ताहिक और मासिक रिपोर्ट भेजते हैं। क्षेत्रीय समन्वयकों की आवधिक बैठकें नाको में विभिन्न मुद्दों की समीक्षा के लिये आयोजित की जाती हैं। इसके अलावा नाको अधिकारी भी विशेष रूप से उन केन्द्रों का दौरा करते हैं जिनका कार्यानिष्ठादान, संतोषजनक नहीं है अथवा उन्हें कार्यक्रम के कार्यान्वयन में समस्याओं का सामना करना पड़ रहा है। राज्य के सभी सी. एस. टी. अधिकारियों और सभी नाको क्षेत्रीय समन्वयकों की समीक्षा बैठक नियमित रूप से आयोजित की जाती हैं। इन बैठकों के दौरान, राज्य अधिकारी उनके राज्य की सी. एस. टी. से संबंधित गतिविधियों के बारे में अद्यतन जानकारी देते हैं और जहां आवश्यक हो सुधारात्मक उपाय किए जाते हैं।

नियमित सी. एस. टी. समीक्षा बैठकें

राज्य के सभी सी. एस. टी. अधिकारियों तथा सभी नाको क्षेत्रीय समन्वयकर्ताओं की समीक्षा बैठकें मानक फॉर्मेट के आधार पर समीक्षा बैठकें की जाती हैं। इन बैठकों के दौरान,

राज्य अधिकारियों को उनके राज्य में विभिन्न सी. एस. टी. क्रियाकलापों के बारे में अद्यतन किया जाता है और जहाँ आवश्यक होता है, वहाँ सुधारात्मक उपाय किए जाते हैं।

नियमित राज्य स्तरीय समीक्षा बैठके

कार्यक्रम की नियमित राज्य स्तरीय समीक्षा बैठकें एस. ए. सी. एस. स्तर पर होती हैं। इन बैठकों में नाको, एस. ए. सी. एस. के प्रतिनिधि, क्षेत्रीय समन्वयकर्ता, ए. आर. टी. केन्द्रों और अन्य सुविधा केन्द्रों के चिकित्सा अधिकारी और स्टाफ भाग लेते हैं। ऐसी बैठकों के दौरान प्रत्येक केन्द्र के कार्यनिष्ठादान की समीक्षा की जाती है। ऐसी बैठकों के दौरान प्रतिभागियों को पुनर्शर्चर्या / पुर्णअर्थमुखीकरण सत्र भी प्रदान किए जाते हैं।

राज्य शिकायत निवारण समिति (एस. जी. आर. सी.)

राज्य स्तर पर शिकायत निवारण समितियों का गठन किया जाता है ताकि ए. आर. टी. केन्द्रों के कार्यचालन की सामान्य रूप से समीक्षा की जा सकें। इस समिति की अध्यक्षता राज्य के स्वास्थ्य सचिव द्वारा की जाती है और इसमें एस.ए.सी.एस. के परियोजना निदेशक, निदेशक, मेडिकल, शिक्षा, निदेशक स्वास्थ्य सेवाएँ और ए. आर. टी. केन्द्र के नोडल अधिकारी, सिविल सोसाइटी के प्रतिनिधि/पोजिटिव नेटवर्क तथा नाको शामिल हैं। इस प्रणाली से यह सुनिश्चित हो जाता है कि एच. आई. वी. के साथ जी रहे व्यक्तियों द्वारा की गई शिकायतों से संबंधित मुद्दों को समय से उत्तर हेतु एक सुव्यवस्थित ढंग से राज्य प्राधिकारियों और राज्य एड्स नियंत्रण समितियों के नोटिस में लाया जाता है।

छूटे हुए/निरंतर उपचार से छूटे हुए लोगों को ढूँढने की प्रणाली (एल. एफ. यू.)

नियमित रूप से दवा न लेने वाले मरीजों के संबंध में कार्यवाही की जानकारी ए. आर. टी. केन्द्रों से मासिक रिपोर्ट के माध्यम से सी. एम. आई. एस. में अधिकृत कर ली जाती है इस जानकारी की बहुत बारीकी से निगरानी की जाती है और उच्च दर वाले एल. एफ. यू. का नाको के विष्ट अधिकारियों द्वारा दौरा किया जाता है। वर्तमान में संचयी एल. एफ. यू. करीब 6 प्रतिशत रह गया है। एल. एफ. यू. रोगियों पर नजर रखने का कार्य सी. सी. सी. के आजटरीच कार्यकर्ताओं द्वारा होता है, कुछ स्थानों में पी. एल. एच. ए. नेटवर्क और आई. सी. टी. सी. के सलाहकारों के माध्यम से यह होता है।

पूर्व ए. आर. टी. एल. एफ. यू. की अनुवर्ती (फोलो-अप)
पूर्व ए. आर. टी. और ए. आर. टी. में पंजीकृत सभी मरीजों को प्रत्येक सभी मरीजों की प्रत्येक छह महीने में एक सीडी4 परीक्षण से गुजरना होता है। ए. आर. टी. केन्द्र के प्रयोगशाला तकनीशियन उन मरीजों की 'प्राप्य सूची' का रखरखाव करते हैं जो सीडी4 परीक्षण के लिए बाकी है। सीडी4 प्रयोगशाला रजिस्टर से सूची तैयार की जाती है। यह सूची एसएमओ/एमओ और ए. आर. टी. लेने के लिए उस विशेष महीने के दौरान आने वाले मरीजों के लिए उपलब्ध है जो सीडी4 परीक्षण के अधीन है। वे अधिकारी जो अपने प्राप्य तारीख से एक सप्ताह के भीतर सीडी4

परीक्षण नहीं करवाते हैं। उनकी आवश्यकता का अनुपालन फोन संपर्क द्वारा किया जाता है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि अगले दौरे में सीडी4 परीक्षण किया जा सके।

ए. आर. वी. दवाइयों की आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन का विकेन्द्रीकरण

दिनांक 18 मई, 2011 के दिशानिर्देश के माध्यम से नाको ने ए. आर. टी. केन्द्रों में वितरित की जाने वाली एआरवी दवाइयों के तरीके में बदलाव किया है। वित्त वर्ष 2011–12 के प्राप्त चक्र से शुरू कर एआरवी वितरण अब एक केन्द्र एवं स्पेक मॉडल का अनुसरण करता है जहाँ पर आपूर्तिकर्ता राज्य द्वारा आवश्यक सम्पूर्ण मात्रा को एसएसीएस में डिलीवर करता है जो ए. आर. टी. केन्द्रों के लिए दवाओं की आवश्यक मात्रा के वितरण हेतु केन्द्र का कार्य करता है। प्राप्त की गई दवाइयों के कुल स्टॉक में से 80 प्रतिशत प्राप्ति पर तुरंत ए. आर. टी. केन्द्रों में पहुंचा दिया जाता है और 20 प्रतिशत को एसएसीएस में बफर स्टॉक के रूप में रखा जाता है ताकि केन्द्रों के आगे की आवश्यकता को पूरा किया जा सकें।

**मूल्यांकन तथा प्रचालनात्मक अनुसंधान: सी. एस. टी. के संबंध में किए गए विभिन्न अध्ययन नीचे दिए गए हैं
पूरे कर लिए गए अध्ययन**

- भारत में ए. आर. टी. केन्द्रों का मूल्यांकन: ग्राहक तथा 'प्रदाताओं' का परिप्रेक्ष्य।
- भारत में ए. आर. टी. की सूची में डाले गए पीएलएचएवी आधारेखा सीडी-4 की गणना।
- भारत में लिंक ए. आर. टी. केन्द्रों का मूल्यांकन।
- भारत में उत्कृष्टता केन्द्रों (सीआई) का मूल्यांकन।
- भारत के सामुदायिक देखरेख केन्द्रों का मूल्यांकन।
- ए. आर. टी. केन्द्रों में पीएलएच. आई. वी. के नामांकन को प्रभावित करने वाले कारक।
- स्वास्थ्य वयस्क जनसंख्या की बेसलाईन सीडी4 की गणना।

चल रहे अध्ययन

- 10 सीओई में शुरू किए गए प्रथम और द्वितीय पंक्ति की ए. आर. टी. के कोहोर्ट विश्लेषण और परिणाम
- 10 सीओई पर एसएसीईपी का विश्लेषण
- नाको ए. आर. टी. विलनीक पर एच. आई. वी. की रोकथाम का एकीकरण' पर एक बहु केन्द्रित अध्ययन

देखभाल, सहायता और उपचार में अन्य पहलें

एच. आई. वी. मेडिसिन में स्नातकोत्तर डिप्लोमा (पी. जी. डी. एच. आई. वी.)

इन्हूं के सहयोग से नाको ने एच. आई. वी. मेडिसिन में एक वर्षीय पीजी डिप्लोमा कार्यक्रम शुरू किया है। इस कार्यक्रम से ए. आर. टी. केन्द्र के लिए प्रशिक्षित जनसाधन में अंतराल पाठने की उम्मीद की गई है।

कार्यक्रम के उद्देश्य

- तृतीय देखभाल व्यवस्था में एच.आई.वी./एड्स के प्रबंधन ब्यौरों से संबंधित एच.आई.वी. की मूल बातों के संबंध में व्यापक ज्ञान को आत्मसात् करना,
- सभी जटिलताओं को संभालना तथा इसके साथ-साथ आवश्यकता के समय एच.आई.वी./एड्स के कारण अवसरिक संक्रमण तथा
- एच.आई.वी./एड्स और इसकी जटिलताओं से संबंधित आपात स्थितियों की पहचान करना और उन्हें संभालना और जब भी आवश्यक हो प्रबंधन निर्णय लेना।

इस कार्यक्रम का कार्यान्वयन पूरे देश में कार्यक्रम अध्ययन केन्द्रों (पी.एस.सी.) किया जाता है। पी.एस.सी.ज चयनित उत्कृष्टता केन्द्रों में स्थापित हैं।

भारत में सामुदायिक देखभाल केन्द्रों का एण्ड-लाइन मूल्यांकन

इस समय 239 सी.सी.सी. कार्य कर रहे हैं। ये केन्द्र एन.जी.ओ./मत आधारित संगठनों/एच.आई.वी. पीड़ित व्यक्तियों

के नेटवर्कों द्वारा चलाए जाते हैं जिनको वित्तीय एवं तकनीकी सहायता नाको, एस.ए.सी.एस. तथा पी.एफ.आई.से प्रदान की जाती है तथा इनको कर्नाटक हेल्थ प्रमोशन ट्रस्ट, सी.बी.सी.आई. हेल्थ और हिन्दुस्तान लेटेक्स फैमिली प्लानिंग एण्ड प्रोमोशन ट्रस्ट सहित पार्टनर एजेंसियों द्वारा कार्यान्वित किया जाता है।

अक्टूबर 2012 के दौरान सी.सी.सी. परियोजना का मूल्यांकन किया गया। यह एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन था जो प्रचालन संबंधी दिशा निर्देशों के अनुसार उनके कार्य को समझने तथा प्रदान की गई सेवाओं के संबंध में रोगियों की प्रत्याशा को समझने के उद्देश्य से देश भर के सी.सी.सी. में आयोजित किया गया था। क्षेत्र अध्ययन में लगे दल के सदस्य भी प्रमुख क्षेत्र स्तरीय स्टाफ और लाभार्थियों के साथ विचार विमर्श करके एन.जी.ओ.यूनिटों से कुछ महत्वपूर्ण सूचना एकत्र करते हैं। क्षेत्र दौरों के लिए 49 दलें गठित किए गए हैं। प्रत्येक दल में तीन सदस्य – नाको द्वारा नामित विशेषज्ञ, एस.ए.सी.एस. अधिकारी और वित्त विशेषज्ञ शामिल थे।

प्रयोगशाला सेवाएं

प्रयोगशाला सेवाएं सभी अन्य प्रभागों के क्रासकटिंग इन्टरफ़ेस पर कार्य करती है। यह माना गया है कि प्रयोगशाला सेवाओं से संबंधित कार्य केवल एचआईवी की जांच तक सीमित नहीं है बल्कि इसका आकार व्यापक है एवं इसका प्रभाव अन्य कार्यकलापों परभी पड़ता है जिनमें रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार, एसटीआई प्रबंधन, रक्त सुरक्षा, प्राप्तन एवं आपूर्ति श्रंखला प्रबंधन शामिल है। गुणवत्ता युक्त सेवा सुनिश्चित करने वाली प्रयोगशालों पर जोर देना कार्यक्रम की सफलता के लिए आवश्यक है। गुणवत्ता युक्त एचआईवी संबंधी सेवाओं की व्यापक उपलब्धता और नियमित पहुंच इस प्रभाग के माध्यम से सभी प्रदानगी केन्द्रों में सुनिश्चित किया जाता है।

किट मूल्यांकन द्वारा गुणवत्ता आश्वस्त करना, बाह्य गुणवत्ता आकलन योजना द्वारा एचआईवी परीक्षण सेवाओं का मूल्यांकन करना एवं सीडी 4 कोशिका परीक्षण जैसी गतिविधियों को एनएसीपी-III में मुख्य रूप से संबोधित किया गया है। नाकों ने कार्यक्रम में किए जा रहे एचआईवी परीक्षणों की गुणवत्ता के मानक सुनिश्चित करने के लिए वर्ष 2000 में “राष्ट्रीय वाह्य गुणवत्ता आकलन योजना” (एनईक्यूएएस) की शुरूआत की। एनईक्यूएएस के उद्देश्य है :

- प्रयोगशाला के निष्पादन की निगरानी करना तथा गुणवत्ता नियंत्रण के उपायों का मूल्यांकन करना
- अंतः प्रयोगशाला तुलनीयता स्थापित करना तथा प्रयोगशाला की विश्वसनीयता सुनिश्चित करना
- प्रयोगशाला की अच्छी परिपाठियों के उच्च मानकों को बढ़ावा देना
- मानक अभिकर्मकों/कार्य पद्धति तथा प्रशिक्षित कर्मचारियों को प्रोत्साहित काना
- कार्य निष्पादन में सुधार को प्रेरित करना
- भावी परीक्षण की विश्वसनीयता प्रभावित करना

- आम त्रुटि की पहचान करना?
- जानकारी के आदान-प्रदान को सुगम बनाना
- अधिकारिक श्रेय का समर्थन करना
- विभिन्न गतिविधियां जैसे – अभ्यास, रिपोर्ट और बैठकों के माध्यम से शिक्षित करना,
- विभिन्न प्रयोगशालाओं, जो कि एचआईवी की जांच करती है, के कार्यनिष्पादन का आंकलन करना जिसका उपयोग भारत के विशिष्ट प्रोटोकॉल को अंतिम रूप देने के लिए किया जाएगा।

तकनीकी संसाधन समूह (टीआरजी) तथा सेवाओं का मानकीकरण

प्रयोगशाला सेवाओं के लिए दिसम्बर, 2006 में तकनीकी संसाधन समूह का गठन किया गया था। विशेषज्ञों ने सहायता का संशोधित प्रतिमान सुझाया तथा 2007–08 के लिए कार्य-योजना बनायी गई। जून 2007 में आयोजित पहली बैठक में कार्यक्रम के महत्वपूर्ण क्षेत्रों पर चर्चा की गई। टीआरजी का पुर्णगठन 2010 में किया गया और इसमें प्रयोगशाला सेवाओं जैसे की जांच की गुणवत्ता, आरंभिक शिशु निदान दिशा निर्देश, एचआईवी वायरल लोड जांच प्लेटफॉर्म, राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशाला राज्य संदर्भ चर्चा की गई तथा नियोजित प्रचालन अनुसंधान के परिणामों को देखते हुए औपचारिक दिशा निर्देश जारी किए जाने तक एचआईवी-2 जांच के लिए अन्तर्रिम दिशा निर्देश तैयार करने और जांच की कार्यनीति पर भी चर्चा की गई है।

क्षमता निर्माण

प्रयोगशाला सेवा प्रभाग ने टेक्निकल ऑफिसर प्रशिक्षण कार्यशालाएं आयोजित की है और एनएबीएल प्रत्यायन की दिशा में गुणवत्ता मेन्युअल तैयार करने और मानक प्रचालन प्रक्रियाओं के व्यौरे तथा गुणवत्ता मुद्दों पर चर्चा की गई। नाकों ने गुणवत्ता



► जून 2012 दिल्ली में एन.ए.बी.एल. द्वारा आयोजित प्रयोगशाला मूल्यांकन कर्ताओं के प्रशिक्षण के प्रतिभागी



► एस.आर.एल. प्रयोगशाला प्रभारी बैंगलोर, 2012 में 15189:2007 आंतरिक लेखा परीक्षा कार्यशाला में भाग लेते हुए



► आईएसओ 15189:2007 पर क्षेत्रीय परीक्षण कार्यशाला, कलकत्ता, सितंबर 2012 में भाग लेते हुए एसआरएल और एनआरएल के तकनीकी अधिकारी

के प्रभारियों को आईएसओ 15189:2007 की अपेक्षाओं के अनुसार मेडिकल प्रयोगशालाओं के लिए प्रयोगशाला गुणवत्ता प्रबंधन प्रणाली तथा आंतरिक लेखा परीक्षा में 5 दिवसीय प्रशिक्षण आयोजित किया गया है। 5 दिवसीय आवासीय लीड एसेस प्रशिक्षण में एसआरएल तथा एनआरएल के 19 सूक्ष्म जीव विज्ञानियों के प्रशिक्षणको सुगम बनाया गया तथा उनमें से 17 एसेस के रूप में योग्य साबित हुए।

उपर्युक्त क्रियाकलापों के परिणामस्वरूप एनएबीएल ने एचआईवी जांच के लिए 10 एनआरएल और 10 एसबीएल को मान्यता प्रदान की है। तथा 9 एसआरएल मान्यता प्राप्त करने की प्रक्रिया में है।

प्रभाग के कार्यक्रम अधिकारी ने एकीकृत प्रयोगशाला जांच संबंधी अपिफ्कन सेंटर के सहयोग से राष्ट्रीय संचारी रोग संस्थान, एसए द्वारा प्रदान किए गए आरम्भ में ही शिशु निदान हेतु कोबास एम्प्लीप्रेट / कोबासटाक मेन एचआईवी – 1 क्वेल जांच प्रशिक्षण पर हुए एक व्यवहारिक पाठ्यक्रम में हिस्सा लिया इसमें ऐसे वेलीडेशन, प्रयोगशाला गुणवत्ता आश्वासन, सही समय पर पीसीआर और आपूर्ति चयन के बारे में जानकारी हासिल की गई।

आईसीटीसी/सीडी4 प्रशिक्षण

प्रशिक्षण विभाग नाको के मानदण्डों के अनुसार प्रयोगशाला तकनीशियन के प्रशिक्षणों के स्थल पर्यवेक्षण में शामिल हैं और उसके लिए माड्यूल्स की लगातार मानीटरिंग की जा रही है।

सीडी4 परीक्षण

इस समय कार्यरत 380 एआरटी केन्द्रों में 264 सीडी4 मशीन लगी हुई है। इनमें 16 एफएसीएस काउंट मशीन, 29 कालीबर मशीन, 67 पारटेक मशीन और 6 गुआवा मशीन शामिल हैं। सभी मशीनें नाको द्वारा खरीदी गई हैं तथा ये वारंटी या अनुरक्षण सुविधा के अधीन हैं। वर्ष 2012–13 के दौरान 9,75,725 सीडी4 जांच दिसम्बर, 2012 तक कर ली गई है।

एआरटी केन्द्रों में प्रयोगशाला तकनीशियन के प्रशिक्षण को सुव्यवस्थित करने के लिए 2009 में सीडी4 प्रशिक्षण संस्थानों की पहचान की गई थी। सीडी4 मशीनों के तकनीशियनों तथा प्रभारियों के लिए मई और जून 2009 में प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण (टीओटी) आयोजित किया गया है। केलीबर मशीनों के लिए 4 संस्थानों (जीएचटीएम, तांबरम, एसटीएम, कोलकाता, एनएआरआई, पुणे, पीजीआई, चंडीगढ़), काउंट मशीनों के लिए 5 संस्थानों (विशाखापटनम, नारी एमएमसी, आरआईएमएस, सीएमसी) तथा पारटेक मशीनों के लिए 6 संस्थानों (सूरत, त्रिची,

मैनुअल लेखन के लिए तीन दिवसीय कार्यशाला में एसएसीएस के कुल 119 टीओ और गुणवत्ता प्रबंधकों को प्रशिक्षित किया है। एचआईवी कार्य देखने वाले देश के विभिन्न सूक्ष्म जीव विज्ञान विभागों के 87 संकाय सदस्यों तथा एसटीआई प्रयोगशालाओं

काकीनाडा, दावनगेरी, लखनऊ, मिदनापुर) की क्षेत्रीय क्षमता बढ़ाने का प्रस्ताव है। इन संस्थानों के संकाय को प्रशिक्षित कर दिया गया है तथा वे आगे प्रशिक्षण दे रहे हैं। एआरटी केन्द्रों के सभी तकनीशियनों को इन संस्थानों में प्रतिवर्ष प्रशिक्षित किया जाता है। संबंधित निर्माता तथा तकनीकी विशेषज्ञता एवं इसके लिए प्रशिक्षक उपलब्ध कराने वाले नारी, पुणे के साथ विचार-विमर्श करके प्रशिक्षण योजना तैयार कर ली है। 5 दिवसीय प्रशिक्षकों के लिए प्रशिक्षण कार्यक्रम क्षेत्रीय स्तर पर आयोजित किया गया तथा एफएसीएस केलीबल और पारटेक के लिए 3 दिवसीय क्षेत्रीय प्रशिक्षण दिया गया है तथा एफएसीएस काउंट के लिए 2 दिवसीय प्रशिक्षण आयोजित किया गया। लगभग 230 एआरटी प्रयोगशाला तकनीशियनों को इन मशीन को चलाने के लिए अप्रैल से दिसम्बर, 2011 तक प्रशिक्षित किया गया है।

सीडी4 ईक्यूएएस

नाको ने किलंटन प्रतिष्ठान के समर्थन से 2005 में भारतीय सीडी4 परीक्षण प्रयोगशालाओं के लिए राष्ट्रीय सीडी4 ईक्यूएएस के विकास को शुरू करने का निश्चय किया था। राष्ट्रीय सीडी4 आकलन दिशानिर्देश 2005 में तैयार किए गए थे। एनएआरआई (नारी, पुणे) ईक्यूएएस करने के लिए शीर्ष प्रयोगशाला के रूप में कार्य करती है। एचआईवी/एडस के लिए संगत प्रतिरक्षा विज्ञान उपायों के लिए गुणवत्ता मूल्यांकन एवं मानकीकरण के लिए एक अन्तर्राष्ट्रीय कार्यक्रम क्यूएएसआईटी लिम्फोसाइट सबसेट गणणा के लिए एक कार्यनिष्पादन मूल्यांकन कार्यक्रम है। सितम्बर 2009 में 4 क्षेत्रीय केन्द्रों के लिए नारी में तकनीक स्थानांतरण कार्यशाला आयोजित की गई थी। एक भारतीय डाटाबेस, इंडिया क्वासी लिम्फोसाइट को तैयार किया गया था तथा डेटा प्रविष्टि, ऑनलाइन प्रस्तुतीकरण विश्लेषण एवं रिपोर्ट की तैयारी के लिए आने वाले निपुणता दौर (सितम्बर-अक्टूबर 2009) में प्रायोगिक तौर पर शुरू किया गया।

गुणवत्ता आण्वासन

कार्यक्रम ने क्षेत्रीय कार्यशालाओं में गुणवत्ता की कार्यप्रणालियों तथा ईक्यूएएस के दस्तावेजीकरण पर जोर दिया है। एम एंड ई प्रभाग के परामर्श से रिपोर्ट करने का प्रारूप तैयार किया गया है तथा जांच प्रयोगशालाएं अपनी मासिक रिपोर्ट अपलोड कर रही है।

आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण प्रक्रियाएं

कार्यक्रम सही रिकार्ड के रखरखाव तथा दैनिक आधार पर सकारात्मक और ऋणात्मक दोनों प्रकार के नियंत्रणों के इष्टतम उपयोग को सुनिश्चित करने के लिए एनआरएल तथा एसआरएल की कार्यशालाओं का समर्थन कर रहा है। सभी संबंधित प्रयोगशालाओं को गुणवत्ता नियंत्रण नमूने तैयार करने के लिए निर्देश दोहरा दिए गए हैं। एनआरएल दिशानिर्देशों के अनुसार नमूने तैयार कर रहे हैं तथा एसआरएल को भेज रहे हैं जिन्हें आगे गौण परीक्षण साइटों पर प्रयोग के लिए उदृत किया जाएगा।

बाह्य गुणवत्ता आकलन योजना (ईक्यूएएस)

- एनईक्यूएएस ने प्रयोगशालाओं को निम्न प्रकार से 4 स्तरों में श्रेणीबद्ध किया है।
- शीर्ष प्रयोगशाला (प्रथम स्तर) – राष्ट्रीय एडस शोध संस्थान, पुणे
- भारत भर में स्थित 13 राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाएं शीर्ष सहित अपने क्षेत्र में ईक्यूएएस करती हैं (द्वितीय स्तर) शीर्ष सहित अपने संबंधित भौगोलिक क्षेत्र में ईक्यूएएस शुरू करने के लिए भारत के सभी भागों में तेरह राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाएं (एनआरएल) स्थित (द्वितीय स्तर) हैं।
- राज्य स्तर पर 117 राज्य संदर्भ प्रयोगशालाएं (एसआरएल) (तृतीय स्तर)
- जिला स्तर अर्थात् सभी आईसीटीसी एवं रक्त बैंक।
- इस प्रकार देशभर में प्रयोगशालाओं का एक पूर्ण नेटवर्क स्थापित किया गया है।
- एपेक्स एवं एनआरएल का प्रशिक्षण प्रथम चरण में पूर्ण हो गया था। बाद में एसआरएल का द्वितीय चरण में और अब तृतीय चरण में आईसीटीसी तथा रक्त बैंक के लिए प्रशिक्षण जारी है।
- एसआरएल तक प्रत्येक स्तर पर वार्षिक तौर पर 2 कार्यशालाएं आयोजित की जानी हैं।

इस समय एनईक्यूएएस कार्यक्रम के तहत शीर्ष एपेक्स प्रयोगशाला को 24.48 लाख रु. अनुदान प्रति वर्ष दिया जाता है। एपेक्स को छोड़कर अन्य 12 एनआरएल को 6.54 लाख रु. प्रति वर्ष प्रति एनआरएल एवं प्रत्येक एसआरएल को प्रति वर्ष 1.5 लाख रु. की तुलना में इस वर्ष से 4.74 लाख रु. का अनुदान दिया गया है।

प्रत्येक एनआरएल को निर्दिष्ट राज्य आवंटित किए गए हैं। जिनका इसके द्वारा सर्वेक्षण किया है और बाद में प्रत्येक एनआरएल के एसआरएल हैं जिनको प्रशिक्षण देना और पर्यवेक्षण करना भी इसकी जिम्मेदारी है। बाद में प्रत्येक एसआरएल के आईसीटीसी और रक्त बैंक है जिनको यह मॉनीटर करता है। वर्ष 1011–12 के लिए ईक्यूएएस कैलेंडर तैयार कर लिया गया था तथा संबंधित प्रयोगशालाओं के साथ इसकी साझेदारी की गई थी। प्रत्येक एसआरएल में एक तकनीकी अधिकारी को सभी एसआरएल और संबंध आईसीटीसी में निगरारी, प्रशिक्षण और सतत गुणवत्ता सुधार को सुगम बनाने के लिए नाकों की निधियों द्वारा सहायता दी जाती है।

उपरोक्त वित्तीय सहायता के अलावा, एनआईसीडी, दिल्ली, एनआईसीईडी कोलकाता तथा निम्हान्स, बंगलौर की पहचान, पैनल की तैयारी करने तथा शीर्ष प्रयोगशाला सहित किट के गुणवत्ता आकलन के लिए की गई है। इन्हें उपरोक्त गतिविधियों को लिए एनआरएल अनुदान के अलावा 36 लाख रु. का अतिरिक्त फंड दिया गया है। उपरोक्त प्रयोगशालाएं किट मूल्यांकन के लिए नाकों द्वारा बनाए गए संघ का हिस्सा है।

मानकों का मूल्यांकन

कार्यक्रम के उपयुक्त संशोधन करने के बाद सभी 118 एसआरएल के मूल्यांकन के लिए प्रयुक्त जांच सूची सीडीसी/डब्लूएचओ/सीएफ द्वारा तैयार की गई तथा जिसके आधार पर स्तर 2 की जांच सूची तैयार की गई। ऐसे मूल्यांकन का प्रथम चरण वर्ष 2009 में कार्यवाही को सीडीसी तथा अन्य दाता भागीदारों के सहयोग से अगस्त—सितम्बर 2009 में प्रयोगशाला की गुणवत्ता को देखने के लिए किया गया था। मूल्यांकन के परिणाम को संबंधित प्रयोगशाला को प्रसारित किया गया और उनके मानकों में सुधार लाने के लिए अनुवर्ती क्रियाकलाप किए जा रहे हैं। एनएबीएल मानकों के अनुसार मई, 2010 से जुलाई 2010 तक राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाओं का एक अतिरिक्त मूल्यांकन किया गया था। दिसम्बर 2011 में शुरू की गई सभी 118 प्रयोगशाला का एक पुनर्मूल्यांकन मार्च 2012 में पुरा होने की आशा है जिसके बाद अंतराल का विश्लेषण किया जाएगा। राष्ट्रीय एसएसी तथा एसआरएल स्तर पर व्यापक रिपोर्ट को सीडीसी—डीजीएचआई के साथ मिलकर नई दिल्ली में अगस्त 2012 में आयोजित बैठक में तैयार किया गया एवं उनका प्रसार किया गया।

द्वितीय स्तर के एआरटी के समर्थन के लिए वायरल लोड परीक्षण शुरू करना

प्रथम स्तरीय पूर्ववायरल प्रतिरोधि चिकित्सा विफल होने पर रोगियों की वायरल लोड (वीएल) जांच करायी जाती है। नाको ने जनवरी 2008 से 10 महीनों के लिए 2 केन्द्रों पर वायरल लोड परीक्षण प्रायोगिक तौर पर शरू किया। इस समय 17 सीओई (10 बाल रोग सीओई सहित) तथा 24 एआरटी प्लस केन्द्रों पर द्वितीय स्तर के उपचार के लिए संक्रमित होने वाले अनुमानित रोगियों के लिए चिकित्सीय निर्णय लेने में सहयोग करने के लिए 9 वायरल लोड प्रयोगशालाएं हैं। वायरल लोड परीक्षण के मौजूदा सज्जित प्रयोगशालाओं की पहचान कर ली गई थी तथा राष्ट्रीय कार्यक्रम में भागीदारी के लिए प्रयोगशाला की सहमति से ली गई थी। वायरल लोड प्रयोगशाला अनुभव प्रशिक्षण दिसम्बर 2007 में बैंकाक में किया गया था। वर्ष 2012–13 के दौरान लगभग 4,157 पीएलएचए का वायरल लोड जांच दिसम्बर 2012 तक की गई।

नवजोत शिशु /18 महीने से कम आयु के बच्चों के निदान पर राष्ट्रीय कार्यक्रम

बच्चों विशेषकर 18 महीने से कम आयु के शिशुओं में एचआईवी/एड्स से निपटना एकबड़ी वैशिक चुनौति है। एचआईवी संक्रमित बच्चों सर्वाधिक असुरक्षित होते हैं और उनमें बार बार जीवनके पहले वर्ष में नैदानिक लक्षण दिखाई देते हैं। जहां निदान, देखभाल और उपचार उपलब्ध नहीं होते हैं वहां अध्ययनों से पता चला है कि 35 प्रतिशत संक्रमित बच्चे पहले वर्ष में, 50 प्रतिशत दूसरे वर्ष और 60 प्रतिशत तीसरे वर्ष में मर जाते हैं। एचआईवी संक्रमित शिशुओं की देखभाल में प्रमुख रूप से ध्यान उसके एचआईवी के सही एवं शीघ्र निदान पर दिया जाता है। पीपीटीसीटी, आईसीटीसी, एआरटी (वयस्कों एवं बच्चों के लिए) में एचआईवी कार्यक्रम में अत्यधिक विस्तार होने

से जिसमें 12 महीने से कम के शिशुओं की एचआईवी जांच के लिए आरंभिक शिशु निदान की सुविधा शामिल है, यह सुनिश्चित करना अब संभव है कि एचआईवी एक्सपोज्ड एवं संक्रमित शिशुओं व बच्चों को देखभाल का आवश्यक पैकेज मिलता है।

एचआईवी एक्सपोज्ड शिशु एवं बच्चों के लिए देखभाल के उद्देश्य निम्नलिखित है।

1. एचआईवी संक्रमण के लक्षणों के लिए एचआईवी एक्सपोज्ड शिशु एवं बच्चों की घनिष्ठ मॉनिटरिंग करना
2. छह सप्ताह की आयु से ही सभी एचआईवी एक्सपोज्ड शिशुओं को—ट्रीमोक्साजोल प्राफाइलैक्सिस प्रदान करके अवसरवादी संक्रमण की रोकथाम करना।
3. एंटीजन जांच द्वारा शिशु/बच्चे के एचआईवी स्थिति का शीघ्र निदान और 18 महीने बाद अंतिम पुष्टि के लिए एंटीबोडी जांच
4. एआरटी सहित उपयुक्त उपचार यथाशीघ्र प्रदान करना
5. एचआईवी संबंधी रूग्णता मृत्यु को कम करना और जीवन रक्षा में सुधार लाना।

निम्नलिखित कार्यनितियों के जरिये इन उद्देश्यों को प्राप्त करने का प्रस्ताव है :

- देखभाल, सहायता और उपचार सेवाओं में एचआईवी-1 डीएनए पीसीआर जांच द्वारा आरंभिक शिशु निदान का एकीकरण
- सभी आईसीटीसी केन्द्रों में (सुखे रक्त धब्बे) तथा सभी एआरटी केन्द्रों में पूर्ण रक्त नमूने द्वारा 18 महीने से कम आयु के बच्चों के लिए डीएनए पीसीआर जांच द्वारा एचआईवी जांच की उपलब्धता एवं सुलभता। चरणबद्ध तरीके से राष्ट्रव्यापी कवरेज।
- शिशु एचआईवी जांच एलगोरिथम को व्यापक रूप से अनुपालन किया जाना है और प्रत्येक एचआईवी एक्सपोज्ड शिशु पर कार्यान्वित किया जाए है ताकि समान एवं नियमित सुलभता सुनिश्चित हो सके।
- एचआईवी संक्रमण के कारण शिशु रूग्णता एवं मृत्यु कम करने के लिए समय पर सुनिश्चित करने के लिए उपयुक्त रेफरल एवं देखभाल एवं उपचार सेवाओं से एक्सपोज्ड एवं संक्रमित शिशुओं को जोड़ना।

एचआईवी डीएनएपीसीआर परीक्षण द्वारा राष्ट्रीय शीघ्र नवजात रोग निदान (ईआईडी) की शुरुआत के लिए शुष्क रक्त स्पॉट (डीबीएस) तथा संपूर्ण रक्त (डब्ल्यूबी) के नमूने का संग्रह, संचय न लाना—ले जाना और पैकेजिंग पर प्रशिक्षण जून से सितम्बर 2009 में नाको द्वारा विकसित प्रशिक्षण सामग्री का उपयोग करते हुए पूर्ण हुआ था। प्रशिक्षण सामग्री नाको द्वारा तैयार की गई है। विलंटन प्रतिष्ठान के साथ नाको ने 1157 एकीकृत सलाह और जांच केन्द्र और 217 एआरटी केन्द्रों अर्थात् 31 राज्यों के लगभग 3000 डॉक्टरों, नर्सों और प्रयोगशाला तकनीशियनों को प्रशिक्षित किया। नाको ने एक व्यापक सैम्प्ल ट्रांसपोर्ट नेटवर्क डिजाइन किया जोकि 1157 नमूना संग्रह ICTC, 217 एआरटी



► नारी, पुणे में एचआईवी-2 पुष्टिकारक निदान के लिए मौके पर चल रहा प्रशिक्षण

संग्रह केन्द्रों तथा 7 परीक्षण प्रयोगशालाओं (पहले से ही मूलभूत पीसीआर सुविधाओं से सज्जित) के बीच समय पर नमूने लेने, परीक्षण करने और रिपोर्ट देने को सुनिश्चित करेगा। उपरोक्त के लिए प्रशिक्षण प्रदान किया गया है। नाको ने संपूर्ण रक्त संग्रह के लिए बाल संदर्भ हेतु आईसीटीसी-एआरटी केन्द्र संपर्क विकसित किए हैं। फरवरी से दिसम्बर, 2010 तक इन सभी केन्द्रों में पुनः प्रशिक्षण पूर्ण किया गया। उसे 31 राज्यों के 1157 आईसीटीसी और 217 एआरटी केन्द्रों में प्रचालित कर दिया गया है। वर्ष 2012-13 के दौरान दिसम्बर 2012 तक इन कार्यक्रम के तहत 18 माह से कम आयु वाले 12,169 एचआईवी एक्सपोज्ड शिशुओं और बच्चों की जांच की गई।

राष्ट्रीय कार्यक्रम में एचआईवी-2 का पुष्टिकारक निदान का प्रारम्भ

भारत ने एचआईवी महामारी के शुरू होने के बाद से ही एचआईवी-1 और एचआईवी-2 की मौजूदगी सूचित की है यद्यपि एचआईवी 2 की व्याप्तता बहुत कम है किन्तु रोगियों में पता लगाए गए एचआईवी के प्रकार 1 या 2 का एआरटी केन्द्रों में प्रदान किए जाने वाले उपचार पद्धति पर काफी असर पड़ता है। यद्यपि आईसीटीसी में भिन्न एचआईवी जांचों का उपयोग किया जाता है तथापि, एचआईवी 2 पाए जाने पर इसकी पुष्टि आईसीटीसी में की जा सकती है।

राष्ट्रीय कार्यक्रम में एचआईवी-2 पुष्टिकारक जांच शुरू करने का सर्वप्रथम प्रस्ताव टीआरजी द्वारा किया गया था और इसके परिणामस्वरूप एनएआरआई की एचआईवी को शीर्ष प्रयोगशाला के रूप में निर्धारित किया गया है। नाको ने शीर्ष प्रयोगशाला

के साथ मिलकर इसके लिए प्रचालन दिषा निर्देश तथा जांच एल्गोरिदम तैयार कर लिए हैं। इनकी बाद में समीक्षा की गई और टीआरजी द्वारा अनुमोदित किया गया। रेफरल प्रयोगशालाओं के प्रयोगशाला प्रभारी और तकनीकी अधिकारियों को नारी, पूणे में मौके पर प्रशिक्षण दिया गया। इस कार्यक्रम को देष के भीतर स्थिति के आधार पर इस समय निर्धारित किए गए 13 रेफरल प्रयोगशालाओं में 1 फरवरी 2013 से शुरू किया गया है।

'अपवाद' की रिपोर्ट करने तथा जांच करने के लिए प्रणालियों का विकास

पैनल के परिणामों की रिपोर्ट करने की प्रणाली विकसित की गई है जहां एसआरएल सुधारात्मक कार्यवाही के लिए परीक्षण करने वाली केन्द्र का नाम के साथ असंगत परीक्षण परिणामों को सूचित करते हैं तथा इसे संबंधित एनआरएल को भी सूचित किया जाता है। इस कार्य को एनआरएल में किया जाता है जहां एसआरएल का मूल्यांकन होता है और शीर्ष प्रयोगशाला में अंतिम रिपोर्ट संकलित की जाती है और इसकी साझेदारी वार्षिक रूप से नाको के साथ की जाती है। अपवादों की स्थिति में जहां किट का बैच कम अनुकूलतम् स्तर पर कार्य करते हुए पाया जाता है, आईसीटीसी का प्रभारी मामले की जांच पड़ताल करना है तथा विस्तृत रिपोर्ट भी तैयार है जिसे संबंधित राज्य एड्स नियंत्रण समिति को भी सूचित किया जाता है। नाको सहित निर्माता और लाइसेंस देने वाले प्राधिकारियों को भी आगामी आवश्यक कार्यवाही के लिए सूचित किया जाता है तथा जांच के बाद यदि आवश्यक हुआ तो बैच रद्द कर दिया जाता है और यदि आवश्यक हुआ तो केन्द्रीय स्तर पर विस्तृत जांच की जाती है।

सूचना, शिक्षा एवं संचार तथा मुख्य धारा में लाना

रणनीतिक संचार निवारण और उपचार से लेकर देखभाल तथा सहायता तक एच.आई.वी. कार्यक्रम के संपूर्ण परिदृश्य पर कार्रवाई करने में अहम भूमिका निभाती है। सीखी गई बातों के आधार पर एच.आई.वी. निवारण तथा सेवाओं के उपयोग में वृद्धि करने के उद्देश्य से सूचना, शिक्षा और संचार (आई.ई.सी.) को सभी कार्यक्रम घटकों के साथ एकीकृत कर दिया गया है। प्रमुख रणनीतियों में निम्नलिखित शामिल हैं :

- विशेषकर युवकों और महिलाओं पर ध्यान देते हुए सुरक्षित व्यवहार को बढ़ावा देने के लिए सामान्य लोगों में जागरूकता और ज्ञान के स्तरों को बढ़ाना,
- उच्च जोखिम वाले समूहों और ब्रिज आबादी सहित जोखिम आबादी के रूप में चिह्नित लोगों के बीच में व्यवहार परिवर्तन को प्रोत्साहित करना और उसे बनाए रखना,
- गुणवत्ता एवं सेवाओं की मांग सूजित करना, और
- सामाजिक मानडण्डों में उपयुक्त परिवर्तनों को सुगम बनाकर अनुकूल माहौल सुदृढ़ करना जो कि सकारात्मक दृष्टिकोणों, विश्वासों तथा कलंक और भेदभाव को दूर करने के लिए पद्धतियों को मजबूती प्रदान करना

वर्ष 2012 – 13 के दौरान आई.ई.सी. के अर्तर्गत किए गए प्रमुख क्रियाकलाप निम्नलिखित हैं :

मास-मीडिया अभियान: मास मीडिया अभियानों को आउटरीच क्रियाकलापों तथा मीड मीडिया क्रियाकलापों के साथ मुख्यधारा में शामिल करने, इनको रणनीतिक रूप देने तथा इनको सुचारू बनाने के लिए एक वार्षिक मीडिया कैलेण्डर तैयार किया गया। नाको ने स्वैच्छिक रक्तदान, कण्डोम के प्रयोग को बढ़ावा देने, यौन संक्रमित रोगों तथा भेदभाव एवं कलंक के संबंध में अभियान आकाशवाणी, दूरदर्शन, केबल एवं सैटेलाइट चैनलों तथा एफएम रेडियो नेटवर्कों के माध्यम से अभियान चलाए। मास-मीडिया अभियानों की पहुंच को बढ़ाने के लिए डिजीटल मीडिया के माध्यम

से सिनेमा थियेटरों के माध्यमों से विज्ञापनों के प्रचार-प्रसार जैसी नवीन प्रौद्योगिकीयों का भी प्रयोग किया गया।

दीर्घ फार्मेट वाले रेडियों एवं टी.वी. कार्यक्रम: राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों द्वारा आकाशवाणी एवं दूरदर्शन के क्षेत्रीय नेटवर्कों पर फोन-इन कार्यक्रम तथा पैनल विचार विमर्श जैसे दीर्घ फार्मेट वाले कार्यक्रमों का आयोजन किया गया। ये लाइव फोन-इन कार्यक्रम परस्परता वाले कार्यक्रम हैं जिनसे सूचना के प्रचार प्रसार तथा दर्शकों/श्रोताओं के संदेहों का निवारण करने में भी सहायता मिलती है।

रेड रिबन एक्सप्रेस परियोजना : रेड रिबन एक्सप्रेस परियोजना के दूसरे चरण (2009–10) के दौरान देश भर से सराहनीय प्रतिक्रियायें प्राप्त हुई। परिणामस्वरूप 12 जनवरी, 2012 को, राष्ट्रीय युवा दिवस के अवसर पर श्री गुलाम नबी आज़ाद, माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री ने रेड रिबन एक्सप्रेस के तीसरे चरण का शुभारंभ किया। इस चरण में परियोजना का मुख्य उद्देश्य एचआईवी/एड्स के संदेशों को युवाओं तक पहुंचाना था।

तीसरे चरण के दौरान एच.आई.वी./एड्स के संदेशों तथा अन्य स्वास्थ्य मुद्दों को दर्शाने वाली यह विशेष ट्रेन 23 राज्यों 162 स्टेशनों तक पहुंचा। यह अपनी वर्ष भर की यात्रा के दौरान 1.14 करोड़ लोगों तक पहुंची और इसकी यात्रा 12 जनवरी, 2013 को समाप्त हो गई। चार प्रदर्शनी कोचों के अतिरिक्त प्रशिक्षण कोच में 1,04,091 जिला स्तरीय संसाधन व्यक्तियों को प्रशिक्षण दिया गया तथा सेवा कोच में 11,514 लोगों को एस.टी.आई.उपचार प्रदान किया गया, एच.आई.वी. के लिए 90,730 लोगों को परामर्श दिया गया तथा सवार 76,411 लोगों की एच.आई.वी जांच की गई। सामान्य स्वास्थ्य जांच सुविधा का लाभ 79,938 आगंतुकों द्वारा उठाया गया।



► माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री, श्री गुलाम नबी आजाद, माननीय रेल मंत्री, श्री पवन कुमार बंसल, माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण राज्य मंत्री, श्री एस. गांधीसेत्यन्, श्री लव वर्मा, सचिव, एडस नियंत्रण विभाग, सुश्री अराधना जौहरी, अपर सचिव, एडस नियंत्रण विभाग, रेड रिबन एक्सप्रेस-3 के समापन समारोह के दौरान



► सातुलपुर, राजस्थान में आर आर ई पड़ाव के दौरान एक लोक कला प्रदर्शन

आउटरीच कार्यक्रम इस परियोजना का अभिन्न अंग है। इन्हें लोककला दल और मोबाइल आई. ई. सी. वैन जो कि ऑडियो – विडियो प्रणाली और प्रदर्शनी से लैस थी, के माध्यम से किया गया। ये कार्यक्रम रेड रिबन एक्सप्रेस के पड़ाव स्टेशनों के आस – पास के 15–20 कि. मी. की परीधि के क्षेत्रों में किए गए। कुछ राज्यों में एच. आई. वी./एडस के बारे में सूचना का प्रसार करने तथा उपचार सेवाओं सहित सामान्य स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए ग्रामीण क्षेत्रों में मोबाइल स्वास्थ्य यूनिटें भी सेवा में लगाई गईं।

पूर्वोत्तर राज्यों में मल्टी-मीडिया अभियान

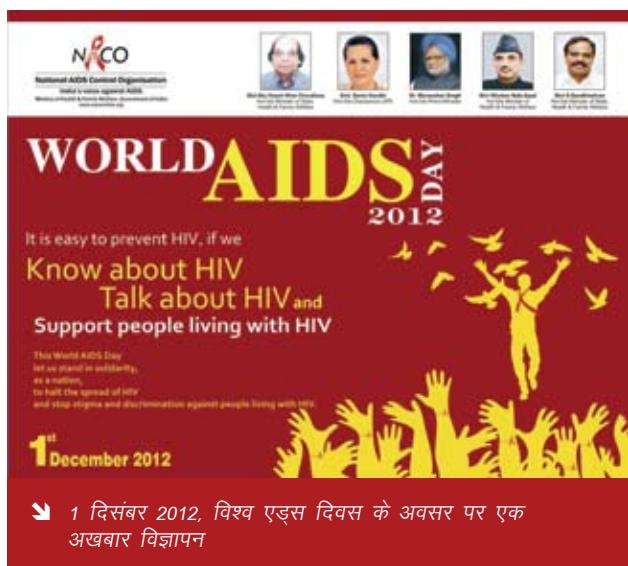
राज्य एडस कंट्रोल सोसायटियां जागरूकता पैदा करने, एच. आई. वी./एडस के मुद्दों पर युवाओं को शिक्षित करने तथा सुरक्षित व्यवहार को प्रोत्साहित करने हेतु सभी 8 पूर्वोत्तर राज्यों में नाको द्वारा शुरू किए गए विशेष मल्टी-मीडिया अभियानों

को आगे बढ़ा रही है। पूर्वोत्तर के युवाओं में संगीत एवं खेलकूद की लोकप्रियता को ध्यान में रखते हुए अभियान के दौरान संगीत शृंखला तथा खेलकूद प्रतियोगिताओं के माध्यम से एच. आई. वी./एडस के संदेशों का प्रचार-प्रसार किया गया। समुदायों की अधिक-से-अधिक भागीदारी सुनिश्चित करने के लिए प्रत्येक राज्य में परंपरागत उत्सवों तथा कार्यक्रमों का एक कलैण्डर तैयार किया गया तथा वर्ष भर इस कलैण्डर के आधार पर आई. ई. सी. कार्यक्रम जारी रखे गये। जिला, ब्लाक एवं गांव स्तरों पर युवा कलबों के माध्यम से राज्यों के स्कूल न जाने वाले युवाओं तक पहुंच बनाने के लिए विशेष प्रयास किए गए। प्रारंभ में जिला स्तर पर संगीत प्रतियोगिताएं एवं खेलकूद कार्यक्रम आयोजित किए गए जिनका समापन राज्य स्तरीय में गोकर्ण कार्यक्रमों के रूप में किया गया। इनमें काफी संख्या में युवाओं ने भाग लिया। संगीत प्रतियोगिताओं के विजेताओं को “यूथ आइकॉन” के रूप में बढ़ावा दिया गया। इन्होंने एच. आई. वी./एडस के संदेशों के साथ गांवों तथा दूर-दराज के क्षेत्रों में रोड शो के माध्यम से लोगों तक अपनी पहुंच बनाई।

प्रभावकारिता को समझने में अभियान की स्वतंत्र मूल्यांकन में सहायता की। एच. आई. वी./एडस के बारे में ज्ञान एवं दृष्टिकोणों के महत्वपूर्ण सूचक ऐसे भागीदार समूहों (89 प्रतिशत) में उन व्यक्तियों से काफी अधिक था जो भागीदार नहीं थे। भागीदार व्यक्तियों में से अधिकतर एन. टी. – रिट्रोवायरल थेरैपी (भागीदार – 51 प्रतिशत जबकि गैर भागीदार – 9 प्रतिशत), एच. आई. वी. परामर्श और जांच सेवाओं (64 प्रतिशत भागीदार तथा 10 प्रतिशत गैर भागीदार) तथा माता पिता से बच्चे में एच. आई. वी. के संचरण जैसी सुविधाओं के बारे में अवगत थे। अधिकतर भागीदार व्यक्ति (86 प्रतिशत) इस बात से सहमत थे कि एच. आई. वी. पोजिटिव मित्र या पड़ोसी के साथ सामान्य संबंध रखा जा सकता है। इसी प्रकार 84 प्रतिशत व्यक्तियों की राय थी कि एक सकारात्मक शिक्षक स्कूलों में पीड़ित छात्रों को पढ़ाना जारी रख सकते हैं। महत्वपूर्ण बात है कि अभियान से सामना हुए 97 प्रतिशत व्यक्तियों को एच. आई. वी. पोजिटिव विक्रेता से फल और सब्जी खरीदने में कोई परेशानी नहीं थी। स्वप्रभावकारिता सूचकों (भेदभाव की घटनों के प्रति प्रतिक्रिया करना) में मामूली वृद्धि भी देखी गई है।

समाचार पत्र के माध्यम से विज्ञापन

समाचार पत्रों की पहुंच शहरी एवं अर्ध शहरी दोनों क्षेत्रों में युवकों एवं आम आबादी के बीच काफी अधिक है, इसलिए उनकी भूमिका एच. आई. वी./एडस जैसे संवेदनशील मुद्दों पर लोगों को शिक्षित करने तथा उनके बीच सूचना के प्रसार करने में अहम है। नाको और राज्य एडस नियंत्रण विभाग ने उपयुक्त सूचना के प्रसार करने तथा जागरूकता पैदा करने के लिए समाचार पत्रों में विज्ञापन जारी किए। वर्ष 2012 – 13 के दौरान महत्वपूर्ण दिवसों जैसे कि औषध दुर्व्यशन रोधी दिवस, स्वैच्छिक रक्त दान दिवस, विश्व एडस दिवस और राष्ट्रीय युवा दिवस के अवसर पर सभी राज्यों में प्रमुख समाचार पत्रों में प्रेस विज्ञापन प्रकाशित किए गए।



मिड-मीडिया: आउटडोर (होर्डिंग्स, बस पैनल, क्योरेक्ट): राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों, नाको के कंडोम सोशल मार्केटिंग संगठनों (एस. एम. ओ), द्वारा तथा लिंक कार्यकर्ता के अंतर्गत बाह्य मीडिया क्रियाकलाप जैसे कि होर्डिंग्स, बस पैनल, पोल क्योरेक्ट, सूचना पैनल, वाल-राइटिंग, ट्रेनों एवं मेट्रो ट्रेनों में पैनल इत्यादि का कार्य किया जाता है। जिसका उद्देश्य एच. आई. वी. की रोकथाम और संबंधित सेवाओं के बारे में सूचना का प्रसार करना है। नाको ने क्रियाकलापों के दोहराव को रोकने के लिए विभिन्न एजेंसियों को शामिल करते हुए एक समन्वित योजना तैयार की है।

लोक मीडिया एवं **आईईसी** वाहन: ग्रामीण क्षेत्रों में मुश्किल सामाजिक संदेशों का प्रचार-प्रसार करने हेतु लोक मीडिया संचार का एक महत्वपूर्ण माध्यम है। 22 राज्यों को कवर करते हुए राष्ट्रीय लोक मीडिया अभियान की संकल्पनों वर्ष 2011–12 में की गई थी। लोक मीडिया अभियान के लिए आरंभिक तैयारी के रूप में नबंवर 2010 से अप्रैल 2011 तक दिल्ली में लोक मीडिया पर 3 राष्ट्रीय कार्यशालाएँ आयोजित की गई। कार्यशाल में शामिल होने वाले व्यक्तियों में संसाधन व्यक्ति और लोकप्रिय



► उड़ीसा के एक गांव में प्रवासियों और उनके परिवारों के लिए आयोजित स्वास्थ शिवरों के दौरान एक लोक कला प्रदर्शन

लोक आयोजनों की प्रैक्टिस करने वाले लोक कलाकार तथा राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों के आई. ई. सी. अधिकारी शामिल थे। कार्यशालाओं के दौरान 49 लोकप्रिय लोक कार्यक्रमों के लिए 7 थिमेटिक क्षेत्रों के बारे में 167 स्क्रिप्ट तैयार किए गए जिनकी जांच उनके सही होने और संदेश की उपयुक्तता के लिए नाको के तकनीकी दल द्वारा की गई। विभिन्न लोक प्रकारों से संबंधित कलाकारों को राज्यों में लोक मीडिया अभियानों के कार्यान्वयन हेतु प्रशिक्षित समूहों के एक व्यापक पूल को सृजित करने के लिए राज्य स्तर पर लोक कलाकारों को आगे प्रशिक्षित करने हेतु मास्टर प्रशिक्षकों के रूप में प्रशिक्षित किया गया।

इसके बाद राज्यों में इनके कार्यान्वयन हेतु संचालन दिशा-निर्देश एवं आयोजना तथा प्रबंधन प्रोटोकॉल्स तैयार किए गए। एच. आई. वी./एड्स के क्षेत्र में कार्य कर रहे संगठनों एवं संस्थाओं की जिला सहायता टीमें अभियान के प्रभावी कार्यान्वयन हेतु जिला स्तर पर तैयार की गई, जिन्होंने दर्शकों को एकत्रित करने के लिए प्रचार पूर्व कार्यकलाप, जमीन स्तर की सहायता तथा कार्य-निष्पादनों की मानीटरिंग हेतु कार्य किया। नाको, राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों के अधिकारियों तथा लोक संसाधन व्यक्तियों द्वारा आयोजित गुणवत्ता अनुश्रवण कार्यनिष्पादन में गुणवत्ता तथा संदेश के प्रभावी ढंग से पहुंचाने को सुनिश्चित करने में काफी कारगर रही।

वर्ष 2011 – 12 में कार्यान्वित अभियान के दौरान 22 राज्यों में दो चरणों में कुल 36,788 प्रदर्शनों का आयोजन किया गया। जिन्होंने ग्रामीण क्षेत्रों में 1.3 करोड़ लोगों तक अपनी पहुंच बनाई। इसके मुख्य संदेशों में सुरक्षित संभोग, स्थानांतरण, कलंक एवं भेदभाव, परामर्श एवं परीक्षण, पी.पी.टी.सी.टी. एवं महिलाओं से संबंधित मुद्दों, रक्त सुरक्षा तथा युवाओं की संवेदनशीलता से संबंधित संदेश शामिल थे। लोक अभियान के आगामी चरण को आगे बढ़ाने हेतु विचार-विमर्श करने के लिए अक्टूबर, 2011 में प्रथम चरण की राष्ट्रीय समीक्षा का आयोजन किया गया। अभियान के चरण- ।। के दौरान 21,684 लोक प्रदर्शनों का कार्यान्वयन किया जा रहा है। वर्ष 2011 – 12 में प्राप्त प्रतिक्रिया के आधार पर वर्ष 2012–13 में योजना बनाए गए अभियान को 34 राज्यों और संघ राज्य क्षेत्रों में 56,090 प्रदर्शनियों तक बढ़ाया गया।

निवारण के लिए एच. आई. वी./एड्स संदेशों के प्रसार में लोक मीडिया की प्रभाविकरिता का अध्ययन करने के लिए राष्ट्रीय स्तर पर लोक अभियान, 2011 – 12 का मूल्यांकन किया गया। प्राप्त परिणामों के अनुसार जिन लोगों ने प्रदर्शनी को देखा उनके बीच एच. आई. वी./एड्स से जुड़े मुद्दों के बारे में अद्वितीय जागरूकता देखी गई। लगभग 84 प्रतिशत व्यक्तियों ने प्रदर्शनियों परसंद किया, 74 पतिशत व्यक्तियों ने लोक प्रदर्शनियों को मनोरंजक पाया, 77 प्रतिशत व्यक्तियों को नई सूचना मिली, 68 प्रतिशत व्यक्तियों के लिए प्रदर्शनियां उपयुक्त एवं उपयोगी थीं। लोक अभियान एच. आई. वी./एड्स से पीड़ित व्यक्तियों के प्रति लोगों में सकारात्मक दृष्टिकोण पैदा करने में कारगर साबित हुआ।

लोक मीडिया को प्रमुख त्योहारों जैसे की नवरात्रा, दुर्गा पूजा, गणेश चतुर्थी, पांगल, राज्यों के विशेष बड़े मेलों तथा महत्वपूर्ण सांस्कृतिक अवसरों के दौरान भी आयोजित के दौरान कारगर ढंग से उपयोग किया गया जिसमें शहरी एवं अर्ध शहरी क्षेत्रों में पहले से ही उपलब्ध बड़ी भीरों तक पहुंचा जा सका।

8 राज्यों के अधिक आप्रवासन वाले जिलों में लौटने वाले प्रवासियों के लिए वर्ष 2012 में आयोजित स्वास्थ्य शिवरों के अवसर पर लोक मीडिया का व्यापक रूप से पूर्व प्रचार प्रसार, महिला लोक समूह का सुग्राहीकरण तथा स्वास्थ्य शिविरों में प्रवासी परिवारों को लाने के लिए उपयोग किया गया।

आई. ई. सी. समाग्री

नाको ने सभी कार्यक्रम घटकों के लिए आई. ई. सी. समाग्री तैयार की है तथा उपयोग हेतु इसकी सापट प्रतियां राज्य एड़स नियंत्रण सोसाइटियों को भेजी दें। सेवा केन्द्रों, मेलो, प्रदर्शनियों और रेड रिबन एक्सप्रेस जैसे आउटरीच क्रियाकलापों तथा आई. ई. सी. वैनों में उपयोग के लिए एस. ए. सी. एस. द्वारा पिलप चार्ट, सामान्य सूचना बुकलेट, ब्रोशर, फोल्डर तथा लघु फिल्म मुद्रित/तैयार किए गए। विशेषकर उच्च जोखिम वाले समूहों को ध्यान में रखते हुए समाग्री का उपयोग तथा उनका प्रचार प्रसार अधिकतर राज्य एड़स नियंत्रण सोसाइटियों द्वारा किया गया है। ट्रकर्स, प्रवासियों जैसे जनसंख्या समूहों, ओ. एस. टी. एवं एस. टी. आई. क्लीनिक के लिए विशिष्ट तथा कलंक एवं भेदभाव जैसे विषयों पर समाग्री भी बड़ी मात्रा में एस. ए. सी. एस. द्वारा विभिन्न जनसंख्या समूहों तक पहुंचने के लिए उपयोग में लाई गई।

विशेष आयोजन

राज्य एड़स नियंत्रण सोसाइटियों ने विश्व एड़स दिवस, विश्व रक्तदाता दिवस, राष्ट्रीय स्वैच्छिक रक्त दान दिवस, अंतर्राष्ट्रीय महिला दिवस, अंतर्राष्ट्रीय औषध दुर्व्यशन और अनैतिक व्यापार जोधी दिवस तथा राष्ट्रीय युवा दिवस के अवसर पर एच. आई. वी. रोकथाम, उपचार, देखभाल तथा सहायता के बारे में संदेशों के साथ लोगों तक पहुंच बनाने के लिए विशेष समारोह आयोजित किए।

नाको ने लोकप्रिय गेम शो, कौन बनेगा कड़ोरपति में दिनांक 01 दिसंबर 2012 को विश्व एड़स दिवस के अवसर पर एच. आई. वी./एड़स के मुद्रे को शामिल करने हेतु सोनी टेलिविजन के साथ गहन प्रचार प्रसार किया। शो के दौरान श्री अमिताभ बच्चन ने एच. आई. वी. से सुरक्षा और संरक्षा सुनिश्चित करने में जागरूकता की भूमिका पर जोर दिया। उन्होंने दर्शकों को सूचित किया कि सरकार यह सुनिश्चित करने के लिए कि निःशुल्क उपचार प्रदान कर रही है कि एच. आई. वी. और एड़स से पीड़ित लोग सामान्य जीवन जी सकें। उन्होंने इस रोग के संचरण और रोकथाम के 4 तरीकों के बारे में दर्शकों को जानकारी दी। उन्होंने देश से अनुरोध किया कि एच. आई. वी. से पीड़ित व्यक्तियों को सहयोग दिया जाए तथा

उनको कलंकित न किया जाए या उनके प्रति भेदभाव न किया जाए।

यू. एन. एड़स. इंटरनेशनल गुडविल एम्बेसेडर के रूप में श्रीमती ऐश्वर्या राय बच्चन ने विश्व एड़स दिवस के अवसर पर 01 दिसंबर 2012 को मुम्बई के लोक मान्य तिलक मेमोरियल जेनरल अस्पताल में बाल चिकित्सा ए. आर. टी. केन्द्र का दौरा किया। उन्होंने एच. आई. वी. पीड़ित गर्भवती महिलाओं को पी. पी. टी. सी. टी. सेवाओं के बारे में जानने के लिए ए. आर. टी. केन्द्र में एच. आई. वी. पॉजिटिव माताओं और बच्चों से बातचीत की।

युवाओं के लिए कार्यक्रम

किशोर शिक्षा कार्यक्रम (ए. ई. पी.): इस कार्यक्रम का संचालन किशोरों में उनकी वृद्धि के साथ होने वाले शारीरिक एवं मनोवैज्ञानिक बदलावों का सामना करने हेतु, जीवन कौशल निर्माण करने के लिए माध्यमिक और उच्चतर माध्यमिक विद्यालयों में किया जाता है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत कक्षा-9 एवं 10 में अकादमिक सत्र के दौरान 16 घण्टों का सत्र निर्धारित किया जाता है। राज्य एड़स कंट्रोल सोसायटियों द्वारा स्टेकहोल्डरों जैसे गैर सरकारी संगठनों, शिक्षाविदों, मनोचिकित्सकों तथा अभिभावक-अध्यापक निकायों के साथ परामर्श से नए मॉड्यूल्स स्थीकार किए गए हैं। इस कार्यक्रम का कार्यान्वयन 23 राज्यों में किया जा रहा है। इस कार्यक्रम के अंतर्गत लगभग 85,000 स्कूलों को अबतक शामिल किया गया। कुछ राज्यों में ईपी को स्थगित करने संबंधी अनुवर्ती कार्रवाई के रूप में टूलकिट तैयार किए गए तथा प्रशिक्षकों को प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए इन्हें राज्यों में भेजा गया। जिन राज्यों में इसे स्थगित किया गया था उनमें पुनः इस कार्यक्रम को शुरू करने के प्रयास किए जा रहे हैं।

रेड रिबन क्लब (आर. आर. सी.): कॉलेजों में रेड रिबन क्लब का गठन किए जाने का उद्देश्य एचआईवी रोकथाम तथा युवाओं को एचआईवी/एड़स के संबंध में शंकाओं तथा झूठी धारणाओं के बारे में स्पष्टीकरण प्राप्त करने हेतु संदेश प्रदान करने के लिए प्रोत्साहित करने हेतु किया गया है। आरआरसी द्वारा युवाओं में स्वैच्छिक रक्तदान के बारे में संवर्धन भी किया जाता है। लगभग 12,300 क्लब कार्य कर रहे हैं और इनको इन कार्यक्रमों हेतु सहायता प्रदान की जा रही है, इनमें वर्ष 2012-13 (दिसंबर, 2012 तक) शुरू किए गए 396 आर. आर. सी. शामिल हैं।

मुख्यधारा में लाने के लिए किए जाने वाले कार्यक्रम: मुख्यधारा में लाने का मुख्य उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि सभी स्टेकहोल्डर एवं एजेंसियां, राज्य एवं गैर राज्य, अपनी कार्यक्रमों एवं नीतियों को अपने संगठनों की सामान्य कार्यप्रणाली के संदर्भ में एच. आई. वी./एड़स के प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष पहलुओं का समाधान करने के लिए स्थीकार करें। इसका उद्देश्य नीतियों, कार्यक्रमों तथा संचार के माध्यम से



एक अनुकूल माहौल तैयार करना है। मुख्यधारा कार्यक्रमों द्वारा विभिन्न स्टेकहोल्डरों, अभिकल्पन नीतियों, कार्यक्रमों, पीएलएचआईवी तथा एच. आर. जी. की सामाजिक संरक्षण अवश्यकताओं हेतु सहायता प्रदान करने संबंधी स्कीमों को स्वास्थ्य प्रणाली के साथ समेकित करके मुख्य एच. आई. वी./एड्स सेवाओं का विस्तार करने की सुविधा प्रदान की जाती है। । वर्ष 2012–13 के दौरान एच. आई. वी./एड्स मेनस्ट्रीमिंग हेतु निम्नलिखित प्रयास किए गए।

vrj & e^{ak}y; dkW

पहला "भारत में एच. आई. वी. को मुख्य धारा में लाने के लिए अंतर – मंत्रालय सम्मेलन" एड्स नियंत्रण विभाग तथा संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम (भारत) द्वारा नई दिल्ली में 18 और 19 दिसंबर 2012 को आयोजित किया गया। इस सम्मेलन में एच. आई. वी. को मुख्य धारा में लाने से संबंधित प्रमुख मुद्दों के बारे में व्यापक विचार विमर्श के माध्यम से अधिकाधिक समझ और समन्वय को सुगम बनाने के लिए सभी संबंधित मंत्रालयों और विभागों को एक मंच पर लाया गया। इसमें 300 से अधिक प्रतिनिधि मंडल सदस्यों ने भाग लिया जिनमें 21 मंत्रालयों, 16 सार्वजनिक क्षेत्र के उपकरणों, 25 राज्य सरकारों, असुरक्षित आबादी समुदायों, एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों तथा विकास सहभागियों के प्रतिनिधि शामिल हैं। उद्घाटन सत्र की अध्यक्षता श्री गुलाम नबी आजाद, माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री द्वारा की गई "मुख्य धारा में लाना और भागीदारियां : भारत में एच. आई. वी./एड्स रेस्पान्स को सुदृढ़ करने के लिए एक बहुक्षेत्रीय नीति" पर

एक मोनोग्राम माननीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री द्वारा जारी किया गया तथा अपने भाषण में उन्होंने कहा कि एकल और साधारण एजेंसी नीतियों के बजाए बहुआयामी और बहुक्षेत्रीय नीतियों की जरूरत है। उन्होंने उल्लेख किया की चूंकि प्रभावित और संक्रमित लोग सामाजिक और आर्थिक रूप से भी उपेक्षित हैं इसलिए उनको विभिन्न सामाजिक कल्याण योजनाओं के लाभार्थियों के रूप में विचार करने की जरूरत है। उन्होंने एच. आई. वी. और एड्स को मुख्य धारा में लाने की दिशा में तेजी से कार्रवाई करने के लिए नीति निर्देशों तथा संसाधन आवंटनों के लिए विभिन्न मंत्रालयों से अनुरोध किया।

vxzkh dk; Zdrk; rFkk vU; ljdjh vf/kdkfj; k; dk if k;k l; qghdjk.k

बहुक्षेत्रीय रेस्पान्स को बढ़ाने के लिए, रणनीति के भाग के रूप में, जो नीचले स्तर पर प्रमुख स्टेकहोल्डरों की सार्थक सहभागिता सुनिश्चित करते हैं, एच. आई. वी. निवारण, उपचार, देखभाल, सहायता की सूचना के साथ प्रशिक्षण को नाको द्वारा प्राथमिकता दी गई। लगभग 3.2 लाख अग्रणी कार्यकर्ताओं (ए. डब्ल्यू. डब्ल्यू. ए. एन. एम., आशा), एस. एच. जी. कार्यकर्ता, पंचायती राज संस्था सदस्यों तथा विभिन्न सरकारी विभागों के कार्मिकों, सिविल सोसाइटी संगठन के प्रतिनिधियों और सार्वजनिक और नीजि क्षेत्र के सदस्यों को राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों के जरिए प्रशिक्षित किया गया है।

, p- vkbZ oh@, Ml l siifMr ykxkd dh vf/kdkf/ld l gHfxrk

नाको एच. आई. वी./एड्स से पीडित लोगों की अधिकाधिक सहभागिता का बढ़ावा देने के लिए कटिबद्ध है। इस उद्देश्य से राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण बोर्ड द्वारा जी. आई. पी. ए. नीति तथा प्रचालन संबंधी दिशा निर्देशों को सिद्धांत रूप में अनुमोदित किया गया। नाको अपने सभी प्रयासों तथा अभियानों में किसी भी प्रकार के भेदभाव नहीं किए जाने पर जोर दे रहा है।

l kleft d l j{lk

एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों और उच्च जोखिम आबादी वाले व्यक्तियों के लिए कई सामाजिक सुरक्षा जरूरते हैं – खाद्य सुरक्षा, पोषण सुरक्षा, स्वास्थ्य सुरक्षा, आवास सुरक्षा, रोजगार सुरक्षा, आय सुरक्षा, जीवन और दुर्घटना सुरक्षा और वृद्धा अवस्था सुरक्षा यह उनको सहायता प्रदान करता है तथा उनकी असुरक्षा कम करता है तथा उनकी दीर्घ कालिक जीविका प्रत्याशाओं को सुधारता है। इस पहल के अंतर्गत एच. आई. वी. से पीडित लगभग 3.5 लाख लोगों ने राज्यों में विभिन्न योनाओं से लाभ उठाया है।

MW&bu&l Sj

वर्ष 2012–13 के दौरान एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों तक मनो – समाजिक सहायता पहुंचाने के लिए नाको द्वारा 246 ड्रॉप – इन सेटरों को सहायता प्रदान की गई।



► माननीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री, श्री गुलाम नबी आजाद द्वारा 'एक बहु-क्षेत्रीय दृष्टिकोण भारत में एचआईवी/एड्स के रिस्पास को मजबूत बनाना मुख्यधारा और भागीदारी' पर मोनोग्राफ रिलीज



► जहाजरानी मंत्रालय और एड्स नियंत्रण विभाग के सचिव दिनांक 14 फरवरी 2013 को एच. आई. वी. क्रियाकलापों को मुख्य धारा में लाने से संबंधित समझौता ज्ञापन का आदान प्रदान करते हुए।

t gkt jkuh e=ky; ds l kfkl e>kfk Kki u

एड्स नियंत्रण विभाग तथा जहाजरानी मंत्रालय ने पत्तन कामगारों, मछुआरों, समुद्र में यात्रा करने वालों, ट्रकर्स, एकल पुरुष प्रवासियों, प्रमुख पत्तनों के आस पास के समुदायों तथा

अन्य असुरक्षित लोगों को कवर करते हुए 12 बड़े पत्तनों में एच. आई. वी. की रोकथाम, देखभाल, सहायता और उपचार सेवाएं प्रदान करने के लिए 14 फरवरी 2013 को समझौता ज्ञापन पर हस्ताक्षर किए हैं।

राष्ट्रीय एड्स कंट्रोल प्रोग्राम की उपलब्धियों को एड्स कॉन, 2012, वाशिंगटन में सराहा गया

अपर सचिव के नेतृत्व में एड्स नियंत्रण विभाग के एक प्रतिनिधि मंडल ने 22–27 जुलाई 2012 से वाशिंगटन डीसी में अंतर्राष्ट्रीय एड्स कॉन्फ्रेन्स 2012 में भाग लिया। इस कॉन्फ्रेन्स में लगभग 200 देशों के लगभग 30,000 हजार प्रतिनिधि मंडल सदस्यों ने भाग लिया। भारत से सरकार, गैर सरकारी संगठनों, सिविल सोसाइटी संगठनों, उच्च जोखिम वाले समूहों तथा एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों के नेटवर्कों से 100 से अधिक प्रतिनिधि मंडल सदस्यों ने इसमें भाग लिया। भारत की ओर से कुल 20 मौखिक प्रस्तुतियां और लगभग 110 पोस्टर प्रस्तुत किए गए।

'टर्निंग द टाइड' नामक एक विशेष सेटेलाइट सत्र नाको द्वारा कॉन्फ्रेस में आयोजित किया गया जिसका उद्देश्य भारत के राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम की उपलब्धियों

को विश्व के लोगों को दिखाना था। एच. आई. वी./एड्स सेवाओं में वृद्धि करने तथा नए एच. आई. वी. संक्रमणों को कम करने में प्राप्त प्रगति की व्यापक सराहना की गई।

भारत का अपनी क्षमता के माध्यम से जेनरिक एन्टीरिट्रोवायरल औषधों का निर्माण करने के बारे में वैशिष्ट्य एड्स रिस्पान्स के प्रति योगदान की भी बड़ी सराहना की गई। भारत ने ब्रिक्स राष्ट्रों तथा एशिया – पेशिफिक क्षेत्रों की पैनल चर्चाओं में भी भाग लिया जहां भारत की तकनीकी क्षमता तथा संस्थागत शक्ति को उच्च मानक का माना गया। भारत से कहा गया कि वह दक्षिण – दक्षिण सहयोगी तंत्रों के माध्यम से एशिया और अफ्रिका के अन्य विकासशील देशों को तकनीकी सहायता प्रदान करने के कार्य में नेतृत्व करें।

12

पूर्वोत्तर राज्यों में क्रियाकलाप

भारत के पूर्वोत्तर राज्यों में अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैंड, सिक्किम और त्रिपुरा शामिल हैं। इस क्षेत्र में पहाड़ी और मैदानी क्षेत्रों के बीच पारिस्थितिकीय एवं सांस्कृतिक भिन्नताएं देखी जाती हैं जिसमें 2.62 लाख वर्ग कि. मी. का क्षेत्र कवर है (भारत के कुल भौगोलिक क्षेत्र का 7.9 प्रतिशत)। यहां की कुल आबादी 4.5 करोड़ (जनगणना 2011) है जो कि भारत की कुल आबादी का 3.75 प्रतिशत है।

भारत के पूर्वोत्तर राज्यों में असुरक्षित यौन संबंध बनाने और सुई द्वारा नशीली दवाये लेने से दोहरी एच.आई.वी. महामारी काफी बढ़ रही है। इसके अतिरिक्त पूर्वोत्तर राज्यों में कई

नए क्षेत्र हैं जहां खासकर सुई द्वारा नशीली दवाईया लेने वालों के बीच एच.आई.वी. बढ़ रहा है। अतः इन राज्यों में एच.आई.वी.संक्रमण की ओर रोकथाम और नियन्त्रण संबंधी कार्यनीति में कार्यक्रम के अन्य घटकों के साथ-साथ इस उप आबादी में एच.आई.वी. की रोकथाम पर ज्यादाध्यान दिया जा रहा है। देश के पूर्वोत्तर राज्यों में एच.आई.वी. महामारी का कारण ज्यादातर सुई द्वारा नशीली दवाईया लेने वाले लोगों द्वारा एच.आई.वी. संक्रमित सीरिजों और सुइयों का प्रयोग है और क्षेत्रों में यौन मार्ग के जरिये एच.आई.वी. का संक्रमण बढ़ रहा है। पूर्वोत्तर में यह दोहरी एच.आई.वी. महामारी जोकि टीके द्वारा नशीली औषधियों लेने वाले व्यक्तियों और यौन कार्यकर्ताओं के कारण फैलती है, का उपशमन नहीं हो पाता है।

तालिका 12.1 : वर्ष 2011 में भारत के पूर्वोत्तर राज्यों में एच.आई.वी. के जानपरिक दोष विज्ञानीय सूचकों का अनुमान

राज्य	वयस्क (15–49) एच.आई.वी. व्याप्तता (प्रतिशत)	एच.आई.वी. संक्रमणों की कुलसं.	वयस्कों (15 वर्ष से अधिक आयु वाले) में नये संक्रमणों की सं.	एड्स संबंधी मौतें
अरुणालंग प्रदेश	0.13	1,156	257	42
असम	0.07	12,804	2,408	388
मणिपुर	1.22	25,369	1,354	1,905
मेघालय	0.13	2,381	460	88
मिजोरम	0.74	5,346	376	286
नागालैंड	0.73	9,716	560	581
सिक्किम	0.15	593	94	25
त्रिपुरा	0.24	5,684	951	279
i w ^l k ^l d ^y H ^l g r	-	63,049	6,460	3,594
	0.27	20,88,642	1,16,456	1,47,729

(स्रोत : एच.आई.वी. अनुमान, नाको)

पूर्वोत्तर राज्यों में मणिपुर में एचआईवी व्याप्तता सर्वाधिक है। यह अनुमानित है कि यहाँ वयस्क एच. आई. वी. व्याप्तता 1.2 प्रतिशत है जिसके बाद मिजोरम (0.74 प्रतिशत) और नागालैण्ड (0.73 प्रतिशत) का स्थान आता है। पूर्वोत्तर राज्यों में कुल 63,049 एच. आई. वी. संक्रमणों का अनुमान है जिनमें मणिपुर राज्य में सर्वाधिक संक्रमण (25,369) और सिक्कम में सबसे कम संक्रमण (593) हैं। पूर्वोत्तर राज्यों के संबंध में एच. आई. वी. अनुमान का व्यौरा तालिका 12.1 में दिया गया है।

पूर्वोत्तर राज्यों में कार्यक्रम और स्कीमों की प्रगति

पूर्वोत्तर राज्यों और उनकी विशेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत सेवाओं का व्यापक पैकेज दिया जाता है। सभी पूर्वोत्तर राज्यों में राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण सोसाइटी को कार्यक्रम के घटकों के प्रभावी कार्यान्वयन हेतु पर्याप्त वित्तिय एवं मानव संसाधन उपलब्ध कराकर सुदृढ़ किया गया है।

नाको द्वारा स्थापित पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय, 8 पूर्वोत्तर राज्यों में तकनीकी सहायता प्रदान करके एच. आई. वी. रोकथाम, उपचार और देखभाल सेवाओं के प्रयास को गहन करने के लिए राष्ट्रीय कार्रवाई का प्रतिफल है। कार्यक्रम की आयोजना, कार्यान्वयन, क्षमता निर्माण और मॉनिटरिंग तथा रिपोर्टिंग के क्वारेज और गुणवत्ता में सुधार लाकर महामारी से निपटने के लिए कार्रवाई को सुगम और सुदृढ़ करना पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय के कार्य के मुख्य क्षेत्र है।

जिला एड्स रोकथाम, नियंत्रण समिति बनाकर 25 जिलों में डी. ए. पी. सी. यू. संचालित किया गया है। डी. ए. पी. सी. यू. ने

तालिका 12.2 : पूर्वोत्तर राज्यों में राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत सुविधाओं का व्यौरा (दिसंबर 2012 की स्थिति के अनुसार)

राज्य	डी. ए. सी.यू.	टी.आई.	टो.एस.टी.केन्द्र	डी.एस.आर.सी.	स्टैण्ड एलाउन आई.टी.सी.	सुविधा एकीकृत आई.टी.सी.	एल.डब्ल्यू.एस.	इप केन्द्र	रक्त बैंक	ए.आर.टी.	सी.सी.सी.	कुल
अरुणाचल प्रदेश	1	21	1	17	34	11	0	0	4	1	1	91
অসম	1	62	2	28	83	50	0	1	25	3	2	257
मणिपुर	9	69	9	10	54	13	9	4	3	9	10	199
मेघालय	0	10	2	8	10	4	0	1	5	1	0	41
मिजोरम	3	37	7	9	27	29	3	7	8	3	3	136
নাগালैংড	10	53	7	11	60	0	0	14	8	6	4	173
सिक्किम	0	6	1	6	12	3	0	1	2	1	1	33
त्रिपुरा	1	14	0	14	18	38	2	0	6	1	2	96
कुल	25	272	29	103	298	148	14	28	61	25	23	1,026

অসম, মিজোরম ও নাগালেণ্ড মেঁ এক এ.আর.টী.প্লস কেন্দ্ৰ, মণিপুৰ মেঁ এক সী.আ.ই. তথা এক বাল সী.আ.ই.

कार्य शुरू कर दिया है। तथा राज्यों और जिला स्तर पर एन.आर.एच.एम. के साथ सम्मेलन की प्रक्रिया में अग्रसर है। सेवा की क्षमता को बढ़ाने के लिए विभिन्न स्वरूप के जिला पहल अभियान शुरू किए गए हैं और प्रलेखित किए गए हैं।

पूर्वोत्तर राज्यों में राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत उपलब्ध कराई गई सुविधाओं और सेवाओं का व्यौरा क्रमशः तालिका 12.2 और तालिका 12.3 में दिया गया है।

वार्षिक कार्य योजनाओं को तैयार करना

पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय के अधिकारियों ने मणिपुर, मिजोरम और नागालैংড के लिए वित्तीय वर्ष 2012 – 13 हेतु वार्षिक कार्य योजना तैयार करने के कार्य को सुगम बनाया। रेफरल और लिंकेज, बैठकों, रिपोर्टिंग, कार्यक्रम कार्य निष्पादन, एच.आई.वी.पीडित व्यक्तियों के साथ लिंकेज योजनाओं पर जिलों में प्रमुख मुद्दों पर आधारित प्रमुख कार्य योजना तैयार की गई तथा वर्ष के लिए लक्ष्य निर्धारित किया गया।

व्यापक आंकड़ा विश्लेषण

अসম, মণিপুৰ, মিজোৰম ও নাগালেণ্ড কে লিএ ব্যাপক আংকড়া বিশ্লেষণ পূরা কর লিয়া গয়া হৈ তথা ইসসে এস. এ. সী. এস. কো অবগত কৰা দিয় গয়া হৈ তাকি ইসকা আগে ওৱা বিশ্লেষণ কৰিয়া জা সকে আৰে ও ঵ৰ্ষ 2012 – 14 হেতু ঵ার্ষিক কার্যযোজনা তৈয়াৰ কৰন মেঁ ইসকা উপযোগ কৰিয়া জা সকে।

ডীএপিসীয়ু বার্ষিক কার্য যোজনাএ

25 ক এবং খ শ্রেণী কে জিলোঁ, জহাঁ সভী ডীএপিসীয়ু দল উপস্থিত হৈ, মেঁ অনুমোদিত বাৰ্ষিক কার্য যোজনা কা প্ৰভাৱী

तालिका 12.3 : वर्ष 2012-13 के दौरान (दिसंबर 2012 तक) पूर्वोत्तर राज्यों में कार्यक्रम क्रियाकलापों का ब्यौदा

राज्य	आई. डी. यू.	एम. एस. एम.	एफ. एस. डब्ल्यू	जीवित और आर. टी. पर	कुलरक्त संग्रह (यूनिट)	स्वैच्छिक रक्त संग्रह का अनुपात	आई. सी. टी. सी. में जांच किए गए सामान्य व्यक्तियों की सं.	पोजिटिव पाए गए व्यक्तियों की सं.	जांची गई गर्भवती महिलाओं की सं.	पोजिटिव पाई गई की सं.	उपचार किए गए एस. टी. आई./आर. टी. आई. मामलों की सं. (डी. एस. आर. सी. प्लस टी. आई. एस. टी. आई.)
अरुणाचल प्रदेश	2,025	300	3,860	42	3,223	69%	13,423	11	7099	2	5,573
असम	3,517	2,700	20,680	2178	1,45,432	60%	79,207	879	1,41,715	89	39,815
मणिपुर	25,100	1,900	6,950	8,150	13,994	47%	39,735	1,243	31,026	114	12,332
मेघालय	1,050	200	1,781	278	7,175	56%	10,165	227	11,594	40	2,773
मिजोरम	12,550	550	1,470	1917	15,216	94%	27,872	740	14,331	85	2,162
नागालैंड	19,429	1,320	3,127	3,687	6,845	80%	54,888	1,163	13,788	123	7,557
सिक्किम	1,500	0	761	73	2,928	85%	14,456	40	6,323	5	1,757
त्रिपुरा	643	600	7,600	300	18,615	93%	30,302	132	16,759	13	14,651
कुल	65,814	7,570	46,229	16,625	2,13,428		2,70,048	4,435	2,42,635	471	86,620

कार्यान्वयन सुनिश्चित करने के उद्देश्य से पूर्वोत्तर राज्यों ने डीएपीसीयू दलों को अनुमोदित कार्य योजनाएं पहुंचाने के लिए राज्य एड्स नियंत्रण समिति को सुविधा उपलब्ध कराई। सभी डीएपीसीयू वार्षिक कार्य योजनाएं विकसित की गई थीं। राज्य एड्स नियंत्रण समिति से डीएपीसीयू नोडल अधिकारी पूर्वोत्तर राज्यों के तकनीकी सहयोग से कार्यान्वयन की निगरानी की। इसके परिणामस्वरूप सभी डीएपीसीयू मासिक रिपोर्ट समय पर एवं ठीक-ठीक प्रस्तुत करने में सक्षम हो सके। इन रिपोर्टों का विश्लेषण राष्ट्रीय डीएपीसीयू सहायता समूह द्वारा किया जाता है और संबंधित राज्यों को सिफारिशों का दल इसकी निगरानी करता है और की गई कार्रवाई संबंधी रिपोर्ट नाको और एनटीएसयू को भेजता है।

बैठकें

पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय के अधिकारियों ने नई दिल्ली में 25 – 27, 2012 के दौरान एन. ए. सी. पी. – 3 प्रसार सम्मेलन में भाग लिया तथा शोध पत्र प्रस्तुत किए। इस कार्यक्रम का आयोजन नाको द्वारा राज्य सरकारों, विकास सहभागियों, सिविल सोसाइटी और सकारात्मक नोटवर्कों के सहायोग से किया गया। जिसका उद्देश्य देश भर से सर्वोत्तम पद्धतियों, अभिनवीकरण तथा कार्यक्रम की शिक्षा तथा अनुभवों को आदान प्रदान करना है।

प्रशिक्षण एवं क्षमता निर्माण

पूर्वोत्तर राज्यों ने निम्नलिखित क्रियाकलापों के लिए और प्रशिक्षण के लक्ष्यों को पूरा किया जाना सुनिश्चित करने के लिए एनएसीपी

के भिन्न-भिन्न कार्यक्रम घटकों के अंतर्गत विभिन्न प्रशिक्षण क्रियाकलाप करने हेतु राज्य एड्स नियंत्रण समिति और नाको द्वारा अभिज्ञात विभिन्न प्रशिक्षण संस्थानों के साथ समन्वय किया; वार्षिक प्रशिक्षण कैलेंडर को अंतिम रूप देना, राज्य एड्स नियंत्रण समिति द्वारा एसटीआरसी को निधि जारी किया जाना, प्रत्येक राज्य के लिए मास्टर प्रशिक्षक की पहचान करना और नाकार से अनुमोदन लेना, अनुमोदित प्रशिक्षण कैलेंडर के अनुसार प्रशिक्षण आयोजित करना और प्रशिक्षण संस्थानों द्वारा आयोजित किए गए प्रशिक्षण की निगरानी करके प्रशिक्षण गुणवत्ता आश्वासन का पर्यवेक्षण, प्रशिक्षण संस्थानों द्वारा राज्य एड्स नियंत्रण समितियां, पूर्वोत्तर राज्यों और



इम्फाल, मणिपुर में डापकू कार्यकर्ताओं की परामर्श बैठक

एसएसीओ को प्रशिक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत करना, प्रशिक्षण संस्थानों एवं गैर-सरकारी संगठनों के कर्मचारियों को प्रशिक्षण देने के लिए 8 पूर्वोत्तर राज्यों हेतु नाको द्वारा 3 राज्य प्रशिक्षण सहायता केन्द्र (एस. टी. आर. सी.) अभिज्ञात किए गए हैं। आइजॉल रिथ्ट एमएसडीआरबी, एसटीआरसी मिजोरम और अरुणाचल प्रदेश के लिए है, इममैनुअल हॉस्पिलत संगठन (ईएचए), दीमापुर, मणिपुर और नागालैंड के लिए हैं और इमानुअल हॉस्पिलत संगठन (ई. एच. ए.), गोहाटी, असम, त्रिपुरा और मेघालय के लिए हैं।

वर्ष 2012 – 13 के दौरान पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय द्वारा निम्नलिखित महत्वपूर्ण प्रशिक्षण आयोजित किए गए :

- एस. ए. सी. एस. अधिकारियों, डी. ए. पी. सी. यू. तथा सुविधा स्थल स्टाफ के लिए एस. आई. एम. एस. के बारे में पुनर्शर्चर्या प्रशिक्षण सभी पूर्वोत्तर राज्यों में पूरा किया गया।
- एस. ए. सी. एस. और एन. ई. आर. ओ. की सहायता से एस. टी. आर. सी. द्वारा प्रवासियों तथा ट्रकर्स के लिए प्रशिक्षण पूरे किए गए हैं।
- जिला आई. सी. टी. सी. पर्यवेक्षकों के लिए क्षेत्रीय स्तर का प्रशिक्षण पूरा किया गया। अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मिजोरम, नागालैण्ड और त्रिपुरा के पर्यवेक्षकों ने प्रशिक्षण में भाग लिया।
- असम, अरुणाचल प्रदेश, मेघालय, सिक्किम और त्रिपुरा के ए. आर. टी. केन्द्रों के स्टाफ के संशोधित मूल्यांकन एवं मॉनिटरिंग टूल्स के बारे में प्रशिक्षण आयोजित किया गया। कुल 25 प्रतिभागियों ने प्रशिक्षण में भाग लिया।
- एन. ई. आर. ओ. द्वारा पूर्वोत्तर राज्यों में एस. जी. आर. सी. तथा एस. ए. सी. ई. पी. बैठक को सुगम बनाया गया। सिक्किम में पूर्वोत्तर राज्यों के लिए क्षेत्रीय वी. बी. डी. कार्यशाला को साथ – साथ सुगम बनाया गया।
- दिनांक 10 – 14 जून, 2012 के दौरान गोहाटी में में असम, मिजोरम, मेघालय और सिक्किम के ओ. एस. टी. स्थलों की सरकारी स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था से संबंधित अधिकारियों के लिए “ओ. एस. टी.” के बारे में प्रशिक्षण आयोजित किया गया।



► दिसंबर 2012 में गुवाहाटी में जिला ICTC पर्यवेक्षकों का प्रशिक्षण

- दिनांक 18– 22 सितंबर, 2012 के दौरान नाको के टी. आई. प्रभाग के समन्वय से एन. ई. आर. ओ. द्वारा “पी. ओ. अनुभव आदान प्रदान सह-पूनरअभिमुखीकरण प्रशिक्षण” आयोजित किया गया। टी. आई. कार्यक्रम कार्यान्वयन में पहचान की गई कमियों को दूर करने के लिए प्रत्येक राज्य हेतु विशिष्ट अनुवर्ती कार्य बिन्दुओं पर चर्चा की गई और इनको तैयार किया गया।
- एन. ई. आर. ओ. ने 26 – 28 जुलाई, 2012 से गोहाटी में एच. आई. वी./एड्स अनुसंधान में आचार शास्त्र पर क्षमता निर्माण प्रशिक्षण कार्यशाला को सुगम बनाया।

सुविधा मूल्यांकन

- नाको के टी. आई. प्रभाग के अनुदेश पर, पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय के एक दल ने पूर्वोत्तर राज्यों में ओ. एस. टी. संभाव्यता मूल्यांकन किया है।
- दिल्ली में ए. ए. पी. चर्चा के अनुवर्ती कार्रवाई के रूप में एन. ई. आर. ओ. ने मणिपुर में मोरे हेतु “क्रॉस बोर्डर” बेस लाइन मूल्यांकन को सुगम बनाया।
- पूर्वोत्तर राज्यों में परियोजना दिवा को शुरू करने के कार्य को सुगम बनाया।

दिशा निर्देश/फॉर्मेट विकास

- पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय ने नाको में “और अधिक प्रभावी नए पी. पी. टी. सी. टी. पद्धति के लिए तकनीकि और प्रचालन दिशा निर्देशों का विकास” पर बैठक में भाग लिया।
- पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय के अधिकारी ने नाको, नई दिल्ली में आई. सी. टी. सी. व्यक्तिगत रिकार्ड रखने संबंधी एस. आई. एम. एस अनुप्रयोग के विकास के बारे में राष्ट्र स्तरीय बैठक में भी भाग लिया

परिवर्तन

पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यालय ने मणिपुर तथा नागालैंड में टी. आई. की परिवर्तन प्रक्रिया को शुरू करने के कार्य को सुगम बनाया तथा परिवर्तन हेतु दूसरे बैच टी. आई. का मूल्यांकन पूरा कर लिया गया है। परिवर्तन प्रक्रिया की स्थिति तालिका 12.4 में दी गई है।



► जुलाई 2012 में HIV/AIDS शोध से जुड़ी नैतिकता पर क्षमता निर्माण कार्यशाला

तालिका 12.4 : नागालैण्ड और मणिपुर में प्रकार - वार परिवर्तन स्थिति

प्रकार	लक्ष्य	परिवर्तन	संभाव्यता मूल्यांकन पूरा किया गया तथा अनुबंध प्रक्रिया जारी	संभाव्यता मूल्यांकन की प्रक्रिया जारी जो मार्च 2013 तक पूरा किय जाना
नागालैण्ड				
आई. डी. यू.	6	3	1	2
एम. एस. एम.	1	1	0	0
एफ. एस. डब्ल्यू	2	0	2	0
कोर कंपोजिट	4	2	1	1
कुल	13	6	4	3
मणिपुर				
आई. डी. यू.	7	3	3	1
एम. एस. एम.	1	1	0	0
कोर कंपोजिट	8	0	0	8
कुल	16	4	3	9

प्रमुख एच. आर. जी. आबादी का वैधीकरण

वर्ष 2008 – 10 के दौरान अधिकतर पूर्वोत्तर राज्यों में एच. आर. जी. मैपिंग की गई। मैपिंग के आंकड़े के विशलेषण से मौजूदा टी. आई. कवरेज तथा अन्य स्रोतों/अध्ययनों से एस. ए. सी. एस. के पास उपलब्ध आंकड़े के साथ तुलना में एच. आर. जी. की अनुमानित संख्या में अंतरों का पता चलाता है। इससे नजदीकी टी. आई. के भौगोलिक कवरेज में ओवरलेप तथा इसी प्रकार के टी. आई. के बीच एच. आर. जी. द्विरावृति के बारे में चिन्ताएं भी हुई।

नाको द्वारा दिल्ली में 28 – 29 अगस्त, 2012 को सभी पूर्वोत्तर राज्यों में आयोजित टी. आई. समीक्षा के बाद एन. ई. आर. ओ. ने और अधिक सटीक एच. आर. जी. अनुमानों पर पहुंचने के लिए मैपिंग और कवरेज आंकड़ों के मिलान के उद्देश्य से प्रमुख एच. आर. जी. आबादी के वैधीकरण हेतु पूर्वोत्तर एस. ए. सी. एस. के साथ मिलकर एक प्रचालन मैनुअल तैयार किया। यह निवारण कार्यक्रम हेतु संसाधन आवंटन को युक्तिसंगत बनाने तथा उच्च जोखिम वालों के लिए सेवा की व्यवस्था सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है। नाको ने वैधीकरण टूल्स को अंतिम रूप दे दिया है और उनको अनुमोदित कर दिया है। अरुणाचल प्रदेश, मिजोरम और नागालैण्ड को छोड़कर सभी पूर्वोत्तर राज्यों में टूल्स के बारे में एस. ए. सी. एस. तथा पी. ओ. का अभिमुखीकरण पूरा कर लिया गया है। आरंभिक आंकड़ा संग्रह का कार्य सभी राज्यों में शुरू हो गया है।

ऐड रिबन एक्सप्रेस

ऐड रिबन एक्सप्रेस (आर. आर. ई.) ने जुलाई – अगस्त, 2012 के दौरान पूर्वोत्तर राज्यों की यात्रा की तथा एच. आई. वी.

/एड्स के बारे में जनजागरूकता पैदा करने के उद्देश्य से विभिन्न आयु वर्ग के लोगों तक पहुंच बनाया। एन. ई. आर. ओ. ने एस. ए. सी. एस. को रेड रिबन एक्सप्रेस परियोजनाओं की आयोजना एवं कार्यान्वयन में सहायता दी तथा इसने असम में पांच जिलों, नागालैण्ड राज्य में दिमापुर को कवर किया।

मल्टी मीडिया अभियान

एच. आई. वी./एड्स, रेड रिबन सुपर स्टार, 15 – 29 वर्ष वाले लक्षित युवाओं के संबंध में मल्टी मीडिया अभियान मिजोरम, नागालैण्ड और सिक्किम में सफलतापूर्वक कार्यान्वित की गई है। अरुणाचल प्रदेश फरवरी 2013 के दौरान अभियान चला रहा है। इस अभियान में राज्य स्तरीय मेगा इवेंट के रूप में चरम पर ले जाते हुए जिला स्तर पर आयोजित संगीत प्रतियोगिताओं, ड्रामा और फुटबाल प्रतियोगिताओं को संयुक्त रूप से काम में लिया जाता है। टीवी, रेडियो, समाचार और आउटडोर मीडिया का उपयोग करके इन्हें और गति दी थी। पूर्वोत्तर की संस्कृति के कारण, 100 से अधिक मत आधारित संगठनों को सुग्राही बनाया गया और अभियान में शामिल किया गया। राज्यों में विद्यालय न जाने वाले युवाओं तक पहुंचने के लिए विषेश प्रयास किया गया। बीसीसी संदेश तैयार किए गए और आरआरसी केन्द्रों और कॉलेजों के नवयुवाओं द्वारा इनका प्रचार-प्रसार किया गया। संगीत प्रतियोगिताओं के विजेताओं को 'युवा आइकॉन और सुपर स्टार' की पदवी पाने वाले नवयुवक प्रत्येक जिले के गांवों और प्रखंडों में रोड शो के जरिए समुदाय को एचआईवी/एड्स के विशय में संदेश पहुंचने रहे हैं। एन. ई. आर. ओ. ने विगत वर्ष आयोजित अभियान के सुचारू मूल्यांकन के लिए एस. ए. सी. एस. तथा अनुसंधान एजेंसी को सुगम बनाया।

मिड मिडिया और आउटडोर

असम, मणिपुर, त्रिपुरा और सिक्किम के एस. ए. सी. एस. ने आई. ई. सी. प्रदर्शनी वैनो, लोक समूहों तथा कण्डोम प्रदर्शनी आउटलेटों के माध्यम से ग्रामीण क्षेत्रों में प्रमुख आउटरीच क्रियाकलापों के रूप में लोक मिडिया अभियान चलाया है। असम और नागालैण्ड में, जहां से रेड रिबन एक्सप्रेस गुजरा, वहां इन क्रिया कलापों को रेड रिबन एक्सप्रेस परियोजना से जोड़ा गया। इसके अतिरिक्त एच. आई. वी./एड्स के बारे में सूचना का प्रसार करने के लिए राज्यों द्वारा होलिंग, बस पैनल तथा सूचना पैनल को लगाया गया।

रेड रिबन कलब

एच. आई. वी. की रोकथाम के बारे में संगी साथी संदेश, एच. आई. वी./एड्स से जुड़े संदेहों और मिथिकों के बारे में स्पष्टीकरण प्राप्त करने के लिए युवा लोगों हेतु एक सुरक्षित स्थान को प्रोत्साहित करने के लिए कॉलेजों और संस्थानों में रेड रिबन क्लब बनाए गए हैं। पूर्वोत्तर क्षेत्र में 481 से अधिक रेड रिबन क्लब कार्य कर रहे हैं।

एड्स संबंधी विधायी फॉरम

असम, मेघालय, मिजोरम, नागालैण्ड, त्रिपुरा, मणिपुर और सिक्किम में राज्य एड्स नियंत्रण समितियों की सहायता से एड्स संबंधी विधायी फॉरम कार्य कर रही है। नहारलागुन में अरुणाचल प्रदेश राज्य विधान सभा सचिवालय में नोकमे नामाती हॉल में विश्व एड्स दिवस के अवसर पर एच. आई. वी./एड्स के बारे में अरुणाचल प्रदेश विधाय फॉरम की एक दिवसीय प्रसार बैठक आयोजित की गई।

पूर्वोत्तर क्षेत्र के लिए दाता समन्वय बैठक

अपर सचिव, नाको की अध्यक्षता में एक समन्वय बैठक पूर्वोत्तर क्षेत्र में कार्य कर रहे विभिन्न दाता सहभागियों तथा पूर्वोत्तर क्षेत्र में एस. ए. सी. एस. के परियोजना निदेशों के साथ नई दिल्ली में दिनांक 19 अगस्त, 2012 को आयोजित की गई। बैठक में संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों (यू. एन. ए. आई. डी. एस., यू. एन. ओ. डी. सी., यूनिसेफ तथा यू. एन. डी. पी.) इमेनुअल अस्पताल संगठन, पी. एच. एफ. आई. कैथोलिक रिलिफ सर्विसेज, पोपूलेशन फाउन्डेशन ऑफ इंडिया, नाज फाउन्डेशन इटरनेशनल, इंडिया एच. आई. वी./एड्स एलायंस, टीयर फंड, कैथोलिक बिसप कॉन्फ्रेंस ॲफ इंडिया, मेडिसिन्स सन्स फ्रंडियर्स, वर्ल्ड विजन, इन्फ्रास्ट्रक्चर लीजिंग एण्ड फाइनेसियल सर्विसेज, सी. एम. ए. आई. तथा साथी के प्रतिनिधियों ने हिस्सा लिया। एजेंसियों के बीच प्रयासों की द्वीरावृति को रोकने तथा ऐसे क्षेत्रों में संसाधन को लगाने जहां राष्ट्रीय कार्यक्रम उद्देश्यों के अनुसार प्राथमिकता दिया जाना आवश्यक है, के लिए जरूरत पर जोड़ दिया गया। बैठक में चर्चाएं कार्यान्वित की जा रही परियोजनाओं के बारे में राज्य-वार माल सूची तैयार करने, एस. ए. सी. एस. को सूचित करने तथा संबंधित एस. ए. सी. एस. तथा एन. ई. आर. ओ. की भागिदारी से तालमेल से काम करने पर केन्द्रित रही ताकि परियोजना के



► असम के कामरूप जिले में एड्स नियंत्रण गतिविधियों की समीक्षा करती हुई अपर सचिव, जिला कलेक्टर, परियोजना निदेशक और SACS के अधिकारियों के साथ



► आईजौल, मिजोरम में मल्टी मीडिया अभियान



► रि भोई, मेघालय में HIV/AIDS पर जागरूकता बढ़ाने के लिए रोड शो

अंत में परिवर्तन योजना के कार्यान्वयन और विकास को सुगम बनाया जा सके। अगली बैठक पूर्वोत्तर में आयोजित करने का निर्णय लिया गया।

क्षमता निर्माण

क्षमता निर्माण, कार्यक्रम के क्रियाकलापों के प्रबंधन के लिए, सक्षम मानव संसाधन की सेवा सृजित करने में मदद करता है और इसलिए नाको विभिन्न स्तरों पर राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम पहलों के कार्यान्वयन, मानीटरिंग एवं समन्वय में कार्मिकों के समय पर प्रशिक्षण पर जोर देता है। नाको ने क्षमता निर्माण क्रियाकलापों को सुदृढ़ करने के लिए, सूचना संसार प्रौद्योगिकी के उपयोग को बढ़ाने में भी पहल की है।

प्रशिक्षण, कार्यक्रम प्रबंधन, आउटरीच आयोजना, वित्तीय प्रबंधन, लक्षित हस्तक्षेप में परामर्श से लेकर एसटीआई उपचार एवं एआरटी उपचार के बारे में संबंधित प्रभागों द्वारा मेडिकल अधिकारियों के प्रशिक्षण के लिए आयोजित किए गए। जहां बुनियादी सेवा प्रभाग संपूर्ण रक्त जांच, पीपीटीसीटी मल्टी ड्रग रेजीगेन, पूर्ण स्थल सुग्राहीकरण और साथ ही उनके परामर्शदाताओं तथा प्रयोगशाला तकनीशियनों के आरभिक एवं

पुनर्शर्चर्या प्रशिक्षणों के लिए अपने कार्मिकों को प्रशिक्षित कर सके, वहीं मानीटरिंग एवं मूल्यांकन प्रमाण ने मेडिकल कालेजों, अनुसंधान संस्थानों, आदि के फेकल्टी एवं अधिकारियों को प्रचालन अनुसंधान एवं एचआईपी/एडस अनुसंधान से संबंधित, नैतिक मुद्दों पर प्रशिक्षित करने की पहल की।

प्रयोगशाला सेवाओं के अंतर्गत स्टाफ को गुणवत्ता मैनुअल लिखने, आंतरिक लेखा परीक्षा, जैव चिकित्सीय अपशिष्ट प्रबंधन, शुरू में ही शिशु निदान से लेकर डीएनए-पीसीआर जांच विषयों पर प्रशिक्षित किया गया। डीएपीसीयू स्टाफ को जिला स्तर पर एनएसीपी क्रियाकलापों की मानीटरिंग एवं समन्वय के लिए मानक प्रशिक्षण मॉड्यूल पर प्रशिक्षित किया गया।

तालिका 13.1 में अप्रैल से दिसम्बर, 2012 तक नाको के विभिन्न विभागों द्वारा कार्मिकों की विभिन्न श्रेणियों के प्रशिक्षण में प्रगति का व्यौदा दिया गया है।

तालिका 13.1 : अप्रैल से दिसम्बर, 2012 तक नाको के विभिन्न विभागों द्वारा कार्मिकों की विभिन्न श्रेणियों के प्रशिक्षण में प्रगति का व्यौदा दिया गया है।

प्रतिभागी	परीक्षित लोगों की संख्या
लक्ष्यगत हस्तक्षेप	13,784
कार्यक्रम प्रबंधन पर टीआई का कार्यक्रम प्रबंधन	961
आउटरीच आयोजना पर आउटरीच कार्यकर्ता	3,762
परामर्श पर परामर्शदाता/एएनएम	807
संगी-साथी प्रशिक्षक	7,103
वित्तीय प्रबंधक/एम एवं ई की वित्तीय प्रबंधन पर	899
ओएसटी केन्द्रों एवं आईडीयू टीआई के कर्मचारी	252

प्रतिभागी	परीक्षित लोगों की संख्या
लिंक कार्यकर्ता योजना	15,993
डीपीआर पर्यवेक्षक	
प्रेरण एवं मानचित्रिकरण	85
आउटरीच, प्रचार प्रसार एवं सहयोगी पर्यवेक्षण	149
पुनश्चर्या	233
लिंक कार्यक्रम	
प्रेरण एवं स्थिति आवश्यकता मूल्यांकन	466
आउटरीच वकालत एवं सूक्ष्म आयोजना	1,035
– पुनश्चर्या	1,480
स्वयंसेवी	12,545
मूलभूत सेवाएं प्रभाग	26,409
आईसीटीसी परामर्शदाता – प्रेरण	244
– पुनश्चर्या	1,818
एचआईवी / क्षयरोग प्रशिक्षण	251
पीपीटीसीटी बहु औषध नियम	1,755
दल प्रशिक्षण	189
आईसीटीसी प्रयोगशाला तकनीशियन	
एसए-आईसीटीसी प्रेरण	117
एसए-आईसीटीसी पुनश्चर्या	2,033
एफआईसीटीसी प्रेरण	540
एफआईसीटीसी पुनश्चर्या	158
दल प्रशिक्षण	198
स्टाफ नर्स / एएनएम – प्रेरण	3,032
– पुनश्चर्या	589
संपूर्ण रक्त जांच	1,521
दल प्रशिक्षण	106
जिला आईसीटीसी पर्यवेक्षक – प्रेरण / पुनश्चर्या	22
पीपीटीसीटी बहु औषध नियम	52
आईसीटीसी स्वास्थ्य अधिकारी (एमओ) – एचआईवी / क्षयरोग प्रशिक्षण	779
दल प्रशिक्षण	120
पीपीटीसीटी बहु औषध नियम	1,083
एआरटी स्वास्थ्य अधिकारी	
एचआईवी / क्षयरोग प्रशिक्षण	112
पीपीटीसीटी बहु औषध नियम	403
स्वास्थ्य अधिकारी – क्षयरोग केन्द्र	1,115
आरएनटीसीपी एसटीएस / एसटीएलएस	
एचआईवी / क्षयरोग प्रशिक्षण	474
संपूर्ण रक्त जांच	33
एचआईवी क्षयरोग / डॉट्स प्लस पर्यवेक्षक	151
संपूर्ण रक्त जांच पर आरएनटीसीपी प्रयोगशाला तकनीशियन	146
पीपीटीसीटी बहु औषध नियम पर अन्य पराचिकित्सक स्टाफ	5,092
पूर्ण स्थल सुग्राहीकरण पर जिला अस्पताल स्टाफ	1,646
पूर्ण स्थल सुग्राहीकरण पर उप जिला अस्पताल स्टाफ	2,630

प्रतिभागी	परीक्षित लोगों की संख्या
देखभाल, सहायता एवं उपचार प्रभाग	1,241
एआरटी स्वास्थ्य अधिकारी	131
एआरटी दल सदस्य (मेडिकल अधिकारी)	220
सीसीसी स्वास्थ्य अधिकारी	25
एलएसी स्वास्थ्य अधिकारी	204
एआरटी नर्स	369
एआरटी परामर्शदाता प्रेरण	183
एआरटी परामर्शदाता पुनश्चर्या	109
एसटीआई प्रभाग	7,242
डीएसआरसी में डाक्टर	1,146
एनआरएचएम सुविधाओं के डाक्टर	1,096
स्टाफ नर्स	542
प्रयोगशाला तकनीशियन	470
एनआरएचएम सुविधाओं में नर्सिंगकर्मी	1,776
एनआरएचएम सुविधा केन्द्रों में प्रयोगशाला तकनीशियन	669
पीपीपी	1,112
एसटीआई परामर्शदाता प्रेरण	41
एसटीआई परामर्शदाता पुनश्चर्या	390
जिला एड्स निवारण एवं नियंत्रण इकाई	321
जिला एड्स नियंत्रण अधिकारी— प्रेरण / पुनश्चर्या	37
जिला कार्यक्रम प्रबंधन — प्रेरण / पुनश्चर्या	60
जिला आईसीटीसी पर्यवेक्षक — प्रेरण / पुनश्चर्या	77
लेखा सहायक — प्रेरण / पुनश्चर्या	22
एम एवं ई सहायक — प्रेरण / पुनश्चर्या	46
कार्यक्रम सहायक — प्रेरण / पुनश्चर्या	79
आईईसी एवं मुख्यधारा में लाना	3,26,363
पंचायत सदस्य / पीआरआई	8,229
एसएचजी सदस्य	98,356
आशा / आंगनबाड़ी कार्यकर्ता / पर्यवेक्षक / सीडीपीओ	46,166
एएनएम / एलएचवी / नर्स	12,478
युवा समूह	39,901
पुलिस / कारागार कार्मिक	19,609
सरकारी अधिकारी	34,581
कैदी एवं कारागार साथी	2,359
पर्यटन उद्योग	778
विश्वास आधारित संगठन और सीवीओ के सदस्य	4,559
औद्योगिक कार्यकर्ता	8,184
परिवहन कार्यकर्ता	1,657
सहाकारी सदस्य	260
राज्य स्तरीय चुनिंदा लोक समूह कलाकार	2,541
अन्य	46,705
रक्त सुरक्षा	4,868
मेडिकल तकनीशियन	556
प्रयोगशाला तकनीशियन	993

प्रतिभागी	परीक्षित लोगों की संख्या
नर्स	184
दाता प्रेरककर्ता एवं संगठनकर्ता	3,135
प्रयोगशाला सेवाएं	994
गुणवत्ता मैनुअल लिखित पर तकनीकी अधिकारी / गुणवत्ता प्रबंधक	119
सूक्ष्मजीव विज्ञान विभागों के फेकेल्टी एवं एसटीआई प्रयोगशालाओं के प्रमुख	87
एनएवीएल लीड एसेसर प्रशिक्षण एवं एचआईवी –2 पुष्टिकारक जांच पर एनआरएल / एसआरएल प्रभारी	30
एलटी+ मेडिकल अधिकारी रक्त बैंक	330
एलटी (सीडी4 जांच उत्तम प्रयोगशाला पद्धतियों (जीएलपी, इआईडी, डीबीएस संग्रह)	330
कार्यक्रम अधिकारी	1
तकनीशियन अधिकारी – इंडक्शन / एचआईवी–2 पुष्टिकारक जांच / डीएनए–पीसीआर जांच / पुनश्चर्या	97
कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन	
अनुसंधान	109
एसटीआई प्रचालन अनुसंधान पर नाकों के साथ क्षेत्रीय एसटीआई प्रशिक्षण केन्द्रों, मेडिकल चिकित्सा कॉलेजों और अनुसंधान संस्थानों के सदस्यों का प्रशिक्षण	46
निहार संस्थान के नेटवर्क और पूर्वोत्तर राज्यों के एसएसीएस से प्रतिभागियों का एचआईवी एड्स अनुसंधान में नैतिकता पर प्रशिक्षण	32
मूलभूत सेवाओं के अन्तर्गत प्रचालन अनुसंधान पर विभिन्न अनुसंधान संस्थानों, उत्कृष्टता केन्द्रों, चिकित्सा कॉलेजों और एसएसीएस के शोधकर्ताओं का प्रशिक्षण	31
निगरानी	3,786
क्षेत्रीय संस्थान दल	42
राज्य संस्थान दल	300
केन्द्रीय दल सदस्य	43
एसएसीएस दल	70
डाक्टर (एचएसएस स्थल प्रभारी)	1,021
प्रयोगशाला तकनीशियन (एचएसएस स्थल)	1,021
परामर्शदाता (एचएसएस स्थल)	1,021
अनु जीव विज्ञानी (एचएसएस परीक्षण प्रयोगशाला)	125
प्रयोगशाला तकनीशियन	125
एसआईएमएस पुनश्चर्या प्रशिक्षण	6,847
आईसीटीसी	3,423
टीआई	1,005
सीसीसी	296
डीएसआरसी	925
डीएपीसीयू—डीपीएम	197
आईईसी / मुख्यधारा	28
एलएस	45
बीबी	928
कुल	4,07,939

अधिप्राप्ति

अधिप्राप्ति (प्रोक्योरमेंट) का कार्य पूल निधि ग्लोबल फंड फार एड़स, ट्यूबरक्लोसिस एण्ड मलेरिया (जीएफएटीएम) तथा मैसर्स आरआईटीइएस लिमिटेड के जरिए घरेलू निधियों का उपयोग करके एक अधिप्रापण एजेंसी के माध्यम से किया जाता है। मैसर्स राइट्स लिमिटेड ने नाको, एड़स नियंत्रण विभाग को प्रोक्योरमेंट एजेंट के रूप में सेवा प्रदान करना जारी रखा। प्रोक्योरमेंट एजेंट सेवायें नाको व राइट्स लिमिटेड के मध्य हस्ताक्षरित अनुबन्ध दिनांक 16 फरवरी 2010 में वर्जित शर्तों के अधीन की गई।

अतीत में, कार्यक्रम के लिए आवश्यक सभी मुख्य वस्तुओं यथा जांच किट, एचआईवी (रेपिड), एचआईवी (एलिसा), एचबी एजी (रेपिड), एचबी एजी (एलिसा), एचसीवी (रेपिड), एचसीवी (एलिसा), आरपीआर किट, झग (एआरवी झग, एसटीआई / आरटीआई झग किट) तथा ब्लड बैग केन्द्रीय रूप से प्राप्त कर राज्य एड़स नियंत्रण समितियों को मुहैया करायी जाती थी। वस्तुओं की अधिप्राप्ति में केन्द्रीय स्तर पर दिसम्बर 2012 तक लगाया गया व्यय निम्नलिखित है:

तालिका 14.1 : अधिप्राप्ति में केन्द्रीय स्तर पर आने वाले व्यय

	(रुपए करोड़ में)
बजट अनुमान	440.71
व्यय की राशि (31.12.2012 के अनुसार)	211.88

सामान के प्रापण में पारदर्शिता सुनिष्ठित करने के लिए निविदा दस्तावेजों, निविदापूर्व बैठक के कार्यवृत्त एवं निविदा खोलने संबंधी कार्यवृत्त को मैसर्स राइट्स लिमिटेड (www.rites.com) एवं नाको (www.nacoonline.org) की वेबसाइट पर अपलोड किया गया।

राज्य स्तर पर अधिप्राप्ति नाको के लिए एक महत्वपूर्ण क्षेत्र रहा है। सुचारू और प्रभावी अधिप्राप्ति के लिए नाको मुख्यालय के अधिप्राप्ति प्रभाग द्वारा राज्य एड़स नियंत्रण सोसाइटियों को सहयोग प्रदान किया जा रहा है।

राष्ट्रीय कार्यक्रम के अंतर्गत बढ़ती हुई सुविधा केन्द्रों (आईसीटीसी, एआरटी केन्द्र, रक्त बैंक, एसटीआई विलनिक) को मददे नजर रखते हुए आपूर्ति चैन प्रबंधन, नाको का एक महत्वपूर्ण अंग बन गया है। उपभोक्ता यूनिटों तक विभिन्न आपूर्तियों के आपूर्ति चैन प्रबंधन को सुचारू बनाने के लिए किए गए प्रयासों में राज्य एड़स नियंत्रण सोसाइटी के प्रापण कार्यक्रमों को आपूर्ति चैन प्रबन्धन के बारे में प्रषिक्षण प्रदान करना, राज्य एड़स नियंत्रण सोसाइटी के समूह के लिए प्रापण एवं संभार तंत्र समन्वय कर्ता उपलब्ध कराना शामिल है।

प्रशासन

रवास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अधीन एडस नियंत्रण विभाग का दिसंबर 2008 में एक नए विभाग के रूप में सृजन किया गया, जिसका नेतृत्व केंद्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री श्री गुलाम नबी आजाद कर रहे हैं और उनका सहयोग स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण राज्य मंत्री श्री एस गांधीसेल्वन और श्री अबू हसीम खान चौधरी कर रहे हैं।

एडस नियंत्रण विभाग का नेतृत्व भारत सरकार के सचिव द्वारा किया जाता है और इनका सहयोग अपर सचिव, चार उप महानिदेशक, तीन सहायक महानिदेशक और दो निदेशक एक संयुक्त निदेशक करते हैं। श्री सयान चटर्जी का सचिव के रूप में कार्यकाल दिनांक 31.12.2012 को अधिवार्षिता पर खत्म हो गया तथा श्री लोव वर्मा ने 1.1.2013 को कार्य भार ग्रहण कर लिया।

संगठनात्मक चार्ट “अनुलग्नक—।” में है। विभाग में ग्रुप ए, बी, सी और डी के कर्मचारियों की कुल संख्या 64 है और इनमें सचिविय और तकनीकी पद भी शामिल है। इसके अलावा विभाग को सौंपे गए कार्यों के निष्पादन के लिए संविदा पर नियुक्ति कर्मचारियों की भी सेवा ली जाती है।

मौजूदा कार्य आबंटन नियमावली के अनुसार एडस नियंत्रण विभाग को आवंटित कार्य इस प्रकार है :

- एचआईवी/एडस नियंत्रण और रोकथाम से जुड़े क्षेत्रों में केन्द्र और राज्य सरकार के बीच अंतरखंड, अंतर-संगठनात्मक और अंतर-सांस्थानिक समन्वय कायम करना।
- एचआईवी/एडस नियंत्रण और रोकथाम, इलाज और प्रबंधन के लिहाज से तथा सभी के बीच समन्वय स्थापित करने के लिए उच्चस्तरीय शोध के लिए सांस्थानिक ढांचा प्रदान करना।

- एचआईवी/एडस से जुड़ी सूचनाओं का सही, पूर्ण और समयबद्ध लेखा-जोखा रखना ताकि बीमारी के प्रसार को रोकने के लिए प्रभावी निरोधक उपाय अपनाने के साथ-साथ लागों को जागरूक, प्रेरित और सशक्त बनाया जा सके।
- राष्ट्रीय एडस नियंत्रण संगठन (नाको)
- एचआईवी/एडस प्रबंधन और अनुसंधान का प्रशिक्षण देना, अंतरराष्ट्रीय सहयोग और कार्यक्रमों का आदान-प्रदान करना।
- एचआईवी/एडस रोकथाम के क्षेत्र में अनुसंधान अध्ययन को बढ़ावा देना।

विभाग एवं इसके विभिन्न कार्यकलापों की सूचना विभाग की वेबसाइट <http://www.nacoonline.org> पर दी गई है और इसे समय-समय पर अद्यतन किया जाता है। वेबसाइट को प्रशासनिक सुधार एवं लोक शिकायत विभाग, कार्मिक लोक शिकायत एवं पेंशन मंत्रालय की केन्द्रीयकृत लोक शिकायत निवारण एवं अनुश्रवण प्रणाली से जोड़ा गया है।

राज्य एडस नियंत्रण सोसायटियाँ (एसएसीएस)

राज्य सोसायटियाँ राज्य स्तर पर राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम के लिए प्रमुख कार्यान्वयन निकाय हैं। उनकी स्थापना संबंधित राज्य सरकारों के अंतर्गत स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के अधीन सोसायटियों के रूप में की गई है। उनके प्रमुख एक आईएस अधिकारी होते हैं जो एसएसीएस के परियोजना निदेशक के रूप में कार्य करते हैं। प्रत्येक कार्यक्रम घटक के लिए संयुक्त एवं सहायक निदेशकों के पद होते हैं, उनमें से कुछ राज्य सरकार से प्रतिनियुक्ति पर होते हैं, जबकि कुछ पदों को संविदा आधार पर भरा जाता है। एसएसीएस राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम के अधीन विभिन्न घटकों के अंतर्गत सेवा प्रदानगी, वित्तीय प्रबंधन तथा रिपोर्टिंग के लिए जिम्मेदार होते हैं।

जिला एड्स निवारण नियंत्रण यूनिट (डीएपीसीयू)

जिला एड्स निवारण एवं नियंत्रण यूनिटों की स्थापना एनएसीपी -III के अंतर्गत 22 राज्यों में फेले 189 प्राथमिकता वाले जिलों (ए एवं बी श्रेणी) में की गई है। डीएपीसीयू स्टाफ का प्रमुख जिला एड्स नियंत्रण अधिकारी होता है और सहायता जिला कार्यक्रम प्रबंधन तथा कुछ अन्य सहायता स्टाफ द्वारा प्रदान की जाती है।

dk Z , oa nk; Ro% डीएपीसीयू का प्रमुख कार्य कार्यक्रम की निगरानी करते हुए जिला स्तर पर एनएसीपी क्रियाकलापों का समग्र समन्वय एवं मानीटरिंग करना है। डीएपीसीयू से यह भी अपेक्षित है कि वे जिला विशिष्ट पहले करें, एचआईवी कार्यक्रम को औपचारिक स्वास्थ्य आधारभूत ढांचे के साथ एकीकृत करें तथा जिला प्रशासन के जरिए जिला में उनको अन्य इस प्रकार के विभागों के साथ मुख्य धारा में लाएं।

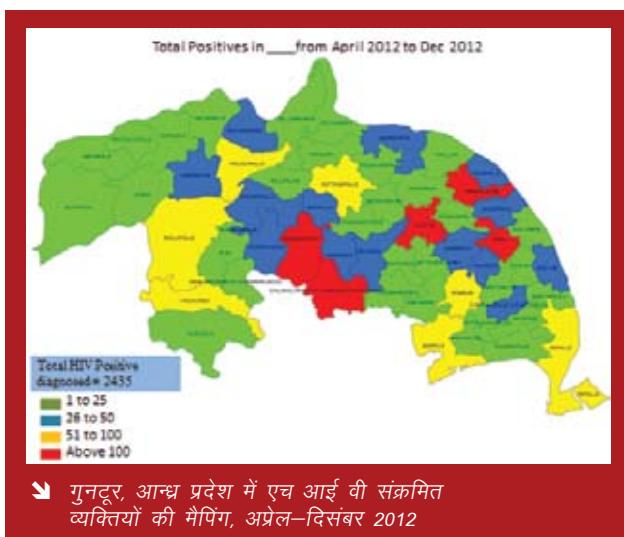
ij le' KZ% डीएपीसीयू एसएसीएस एवं नाको को मासिक रिपोर्ट भेजते हैं जिसमें समन्वय, कार्यक्रम प्रगति एवं तालमेल के महत्वपूर्ण सूचक शामिल होते हैं। नाको उनके मासिक रिपोर्ट, दूरभाष पर चर्चा एवं क्षेत्र दौरों के आधार पर लिखित फीडबैक के जरिए डीएपीसीयू को लगातार फीडबैक प्रदान करता है। परामर्श सहायता भी राज्यों के विभिन्न डीएपीसीयू से मामला अध्ययनों के आदान-प्रदान के जरिए प्रदान करना जारी रखा गया है।

वर्ष 2012-13 में डीएपीसीयू द्वारा की गई कुछ पहलों की झलक

- 95 प्रतिशत से अधिक डीएपीसीयू ने मासिक रिपोर्ट भेजी है तथा इनमें से 50 प्रतिशत ने मासिक फीडबैक के आधार पर की गई कार्रवाई रिपोर्ट भी भेजनी शुरू कर दी है।
- 177 जिलों में डीएपीसीयू ने अपने जिलों में एचआईवी महामारी को समझने तथा जिला प्रशासन के साथ इसके आदान-प्रदान करने के लिए स्पेशियल मानचित्रों को तैयार किया। 82 डीएसीयू ने अपने मानचित्र अद्यतन कर लिए। आशा है कि डीएपीसीयू एसएसीएस की सहायता से प्रत्येक तिमाही में अपने मानचित्र को अद्यतन करेंगे।
- डीएपीसीयू ने सामाजिक लाभ की योजनाओं को प्राप्त करने के लिए एचआईवी पीडित व्यक्तियों तथा एचआरजी को सहायता प्रदान की तथा 98 डीएपीसीयू जिलों से यह सूचना मिली है कि 15 जिलों के 93,927 एचआईवी पीडित व्यक्तियों ने 209 विभिन्न योजनाओं का लाभ उठाया तथा 7 राज्यों में 16 डीएपीसीयू जिलों में 41,858 एचआरजी ने 51 योजनाओं का लाभ उठाया।
- डीपीसीयू दलों ने संसाधनों के राष्ट्रतम उपयोग के लिए मोबाइल आईसीटीसी मार्ग योजनाओं सहित अपने जिलों के लिए क्रियाकलाप योजनाएं तैयार कर ली।
- डीएपीसीयू ने जिला स्तर पर एनएसीपी सामग्री के लिए भंडारण सुविधाओं के बारे में सूचना संग्रह किया। इससे जिनके लिए कॉल्ड चैन की आवश्यकता होती है और जिसे रुम तापमान पर रखा जाता है, के लिए उपलब्ध भंडारण

सुविधाओं की स्थिति पर राज्य एवं राष्ट्र स्तरीय रिपोर्टों के संकलन में सहायता मिली।

- डीएपीसीयू ने जिला विशिष्ट पहल करना शुरू कर दिया है तथा इसके लिए स्थानीय संसाधन को जुटाने का कार्य कर रहे हैं।
- डीएपीसीयू ने एचआईवी प्रिमिग्राविदा पर आंकड़े को संग्रह किया जिसमें विशिष्ट भौगोलिक स्थानों में एचआईवी की घटना के विश्लेषण में सहायता दी।
- डीएपीसीयू यह सुनिश्चित करने में कि सुविधा के एसआईएमएस में रिपोर्टिंग कर रहे हैं तथा इसे एसएसीएस / नाको भेजने सेपहले सूचित आंकड़े का वैधीकरण (वेलिडेशन) कर रहे हैं, महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहे हैं।
- डीएपीसीयू स्पष्ट, एक मोडरेटेड ब्लॉग फरवरी, 2012 में शुरू किया गया। इससे डीएपीसीयू के अनुभव के हर क्षेत्र में शिक्षण को बढ़ावा देने की योजना है। आठ स्वैच्छिक डीएपीसीयू दल सदस्यों को ब्लॉग के मोडरेट पर प्रशिक्षित किया गया। उनकी स्थिति के अनुसार 187 से अधिक पोस्टर ब्लॉग पर हैं तथा विश्व भर एवं भारत के 8500 से अधिक व्यक्तियों ने इसे पढ़ा है।



→ दक्षिण कन्नड़, कर्नाटक में डीएपीसीयू के नेतृत्व में अभियान का शुभारम्भ

डीएपीसीयू ब्लॉग की एक झलक

समीक्षा तंत्र

राष्ट्रीय स्तर की एक बैठक जुलाई 2012 में आयोजित की गई जिसमें सभी डीएपीसीयू के नोडल अधिकारियों ने भाग लिया और डीएपीसीयू के कार्यकरण की समीक्षा की तथा सहायता की आवश्यकता वाले और क्षेत्रों की पहचान की समीक्षा बैठक ने एसससीएस को डीएपीसीयू को लगातार नेतृत्व प्रदान करने एवं मानीटरिंग करने के लिए सक्षम बनाया। कई एसएसी अब नियमित आधार पर अपने डीपीसीयू की समीक्षा बैठक कर रहे हैं। आंध्र प्रदेश विडियो कान्फ्रेंसिंग सुविधा के माध्यम से डीएपीसीयू की बैठकों की समीक्षा कर रहा है।

डीएपीसीयू कार्य निष्पादन की समीक्षा करने में नवीनतम प्रगति स्व—मूल्यांकन टूल की शुरुआत के माध्यम से रहा है। इस टूल लाइन में डीएपीसीयू कार्यनिष्पादन को मापने के लिए नौ सूचकों की सूची बनाई गई है। सूचकों में जिला प्रशासन के साथ समन्वय, जिला विशिष्ट अभियानों, कार्यक्रम में लिंकेज एवं रेफरल्स, स्टॉक प्रबंधक, लेवरेजिंग संसाधन, सामाजिक कल्याण योजाएं एवं अन्य अभिनवीकरण को कवर किया गया है। टूल्स सितंबर 2012 में 8 डीजीपीसीयू के साथ शुरू किया गया। फीडबैक के आधार पर संशोधन किए गए तथा फिर टूल के बारे में सभी डीएपीसीयू को बताया गया। ताकि वे स्व—मूल्यांकन कर सकें। 128 डीएपीसीयू ने दी गई समय—सीमा में टूल को पूरा

किया तथा इस सूचना के आधार पर एक रिपोर्ट तैयार की गई एवं सभी एसएसीएस को इसके बारे में बताया गया। आशा है कि डीएपीसीयू एसएसीएस की सहायता से अपने कार्यनिष्पादन का मूल्यांकन करने के लिए प्रत्येक तिमाही में एक बार इस टूल का प्रयोग करेगा।

पिछले वित्तीय वर्ष में एसएसीएस एवं एनईआरओ की सक्रिय सहभागितासे डीएपीसीयू जिलों से कई मामला अध्ययनों की पहचान की गई तथा डीपीसीयू शृंखलाओं के जरिए सूचना आदान—प्रदान की गई ताकि एक दूसरे से सीखने की प्रक्रिया को बढ़ावा मिल सके।

सूचनाधिकार अधिनियम, 2005 का कार्यालयन

सूचना का अधिकार अधिनियम इस दृष्टि से लागू किया गया कि सरकार की कार्य प्रणाली में पारदर्शिता तथा जवाबदेही लागू की जा सके ताकि नागरिकों की, जन प्राधिकारियों के नियंत्रण में, सूचना तक पहुँच सुनिश्चित किया जा सके। इसे 12.10.2005 को लागू किया गया है। सूचनाधिकार अधिनियम, 2005 के तहत विभिन्न विषयों के लिए एडस नियंत्रण विभाग में 03 केंद्रीय सार्वजनिक सूचना आधिकारियों और 09 अपीलीय अधिकारियों की नियुक्ति की गई है। वर्ष 2012–13 के दौरान सूचना पाने के लिए 108 आवेदन और 10 अपीलें 31 दिसम्बर, 2012 तक प्राप्त हुई और उनके उत्तर दिये गये।

कार्यनीति सूचना प्रबंधन

भारत की एच.आई.वी./एडस महामारी से निपटने में सफलता अंशतः इस बात में निहित है कि भारत ने किस प्रकार महत्वपूर्ण नीति और कार्यक्रम संबंधी निर्णय लेने के लिए अपने साक्ष्य आधार को विकसित किया है और उनका उपयोग किया है। विगत 15 वर्षों में आंकड़े स्रोतों की संख्या बढ़ी है तथा आंकड़ा सूजन की भौगोलिक इकाई, विश्लेषण तथा आयोजना के लिए उपयोग राष्ट्रीय स्तर से स्थानांतरित होकर राज्य, जिला और अब उपजिला स्तर तक पहुंच गया है। इससे भारत सभी भौगोलिक क्षेत्रों, आबादियों पर ध्यान केन्द्रित कर सका है और अपनी कार्रवाई को सुचारू कर सका है। आंकड़ा स्रोतों में वृद्धि तथा आंकड़े के विश्लेषण और उपयोग के लिए भारत के भीतर बढ़ती क्षमता को देखते हुए जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तरों पर कार्यक्रम के संबंध में बेहतर निर्णय लेने की प्रक्रिया के लिए आंकड़े के उपयोग को सुदृढ़ करने हेतु इन अवसरों की पहचान करना आवश्यक है।

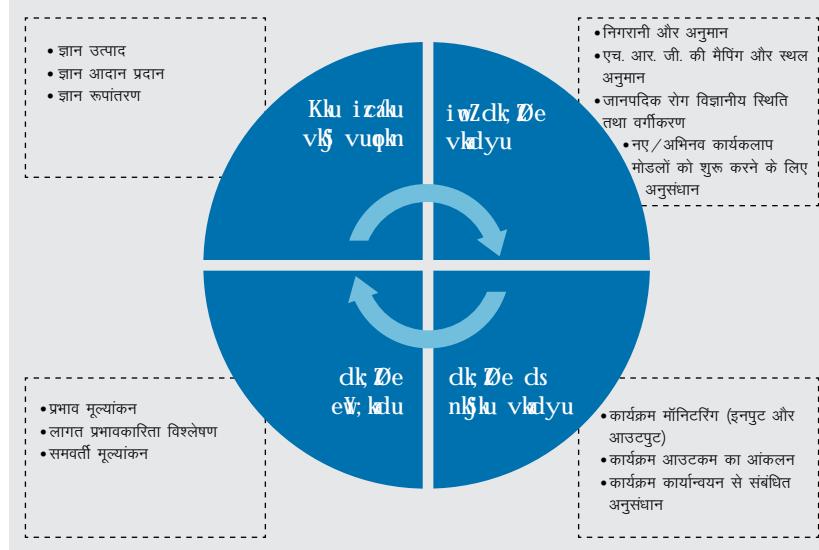
कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन भारत के राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम का प्रमुख आधार है। एन.ए.सी.पी.- 4 के अंतर्गत एक समग्र ज्ञान प्रबंधन कार्यनीति रखने की परिकल्पना की गई है जिसमें आंकड़ा सूजन से लेकर इसके प्रचार प्रसार और प्रभावी उपयोग तक के कार्यनीतिक सूचना क्रियाकलापों के संपूर्ण क्षेत्र शामिल हों। इस नीति को योजनाबद्ध ढंग से चार्ट 16.1 में दर्शाया गया है। कार्यनीति में निम्नलिखित सुनिश्चित किया जाएगा।

- आंकड़ा सूजन प्रणालियों अर्थात् निगरानी, कार्यक्रम मॉनिटरिंग और अनुसंधान की उच्च गुणवत्ता।

- विभिन्न रूपों में ज्ञान उत्पादों के चरणबद्ध विश्लेषण, सिंथेसिंस, विकास और प्रसार को सुदृढ़ करना।
- ज्ञान रूपांतरण सभी स्तरों पर नीति निर्माण तथा कार्यक्रम प्रबंधन का महत्वपूर्ण घटक है।

निगरानी प्रणाली को उभर रही महामारियों पर ध्यान केन्द्रित करते हुए आगे और सुदृढ़ किया जाएगा। ठोस रिपोर्टिंग और कार्यक्रम मॉनिटरिंग सुनिश्चित करने के लिए, कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन प्रणाली, वैब आधारित एकीकृत प्रणाली को देश भर में दृढ़ता से स्थापित किया जाएगा। साक्ष्य आवश्यकताओं तथा अनुसंधान प्राथमिकताओं को कार्यक्रम की उभर रही जरूरतों के अनुसार निर्धारित किया जाएगा। कार्यक्रम में प्रमुख प्रश्नों का

एन.ए.सी.पी.- 4 के अंतर्गत कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन के लिए कार्यालय



उत्तर देने के लिए अपेक्षित विश्लेषण और एच.आई.वी./एडस अनुसंधान करने के लिए विशेष प्रयास किए जाएंगे। कार्यक्रम के अंतर्गत विभिन्न कार्यकलापों के प्रभाव मूल्यांकन तथा आउटकम के लिए ठोस मूल्यांकन प्रणालियां स्थापित की जाएंगी। एन.ए.सी.पी. – 4 कार्यक्रम और अनुसंधान आंकड़े के प्रभावी उपयोग के लिए साक्ष्य को प्रलेखित, प्रबंधित और प्रसार करेगा। ज्ञान रूपांतरण के घटक को सर्वोच्च प्राथमिकता दी जाएगी ताकि कार्यक्रम के सभी स्तरों पर ज्ञान और कार्रवाई के बीच कड़ी सुनिश्चित की जा सके। कार्यक्रम में जानपदिक रोग विज्ञानियों, मॉनिटरिंग अधिकारियों, सांख्यिकीयिदों तथा राष्ट्रीय, राज्य तथा जिला स्तरों के कार्यक्रम प्रबंधकों के क्षमता निर्माण पर विश्लेषण और मॉडलिंग के उपयुक्त तरीकों तथा साधनों में समुचित ढंग से जोर दिया जाएगा। इसके विश्लेषणात्मक जरूरतों के लिए कार्यक्रम को सहायता प्रदान करने हेतु संस्थागत संबंधों को विकसित और सुदृढ़ किया जाएगा।

नाको में एस. आई. एम. यू. का ढांचा एवं कार्य

एस. आई. एम. यू. में चार प्रभाग हैं : मॉनिटरिंग एवं मूल्यांकन प्रभाग, अनुसंधान प्रभाग, निगरानी एवं जानपदिक रोग विज्ञान प्रभाग तथा आंकड़ा विश्लेषण और प्रसार यूनिट। वे एच.आई.वी. महामारी और इसके नियंत्रण – असुरक्षाओं तथा जोखिम पूर्ण व्यवहारों, एच.आई.वी. के प्रसार के स्तरों, रुझानों और पैटर्नों तथा इसके लिए जिम्मेदार कारकों, रोग में वृद्धि, उपचार आवश्यकताओं तथा पद्धतियों आयोजना और कार्यान्वयन कार्यकलापों, मॉनिटरिंग सेवा प्रदानगी तथा लाभार्थियों की ट्रैकिंग, कार्यकलापों की प्रभावकारिता और प्रभाव के संपूर्ण क्षेत्र के बारे में महत्वपूर्ण सूचना सृजित करते हैं और उसका प्रबंधन करते हैं। एस. आई. एम. यू. का अन्य महत्वपूर्ण कार्य राष्ट्र, राज्य, जिला और रिपोर्टिंग यूनिट स्तर पर नीति निर्माण, कार्यक्रम आयोजना, कार्यान्वयन और समीक्षा के लिए आंकड़े के उपयोग को बढ़ावा देना है। राष्ट्रीय, राज्य और जिला स्तरों पर आंकड़ा विश्लेषण और उपयोग के लिए तंत्रों को संस्थागत रूप देने के लिए नाको में आंकड़ा विश्लेषण एवं प्रसार यूनिट स्थापित की गई है। एक जानपदिक रोग विज्ञानी और कार्यक्रम अधिकारी (सांख्यिकी) को यूनिट में रखा जाता है। एक महामारी और सूचना सेवा अधिकारी को राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केन्द्र (डी.जी.एच.एस.), दिल्ली द्वारा आयोजित ई.आई.एस. प्रशिक्षण कार्यक्रम से नाको सौंपा गया है।

कार्यक्रम मॉनिटरिंग

- प्रणाली विकास एवं रख-रखाव, रिपोर्टिंग प्रपत्रों को अंतिम रूप देने, फीडबैक के आधार पर परिवर्तन/सुधार सुनिश्चित करने, इसके प्रयोग में कार्यक्रम कार्मिक को प्रशिक्षित करने, कठिनाई की बढ़ोत्तरी एवं मेनटोरिंग सहित कार्यक्रम यूनिटों से नियमित रिपोर्टिंग के लिए कंप्यूटरीकृत सूचना प्रबंधन प्रणाली (सी.एम.आई.एस./कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन प्रणाली) का प्रबंधन करना।
- सी.एम.आई.एस./एस.आई.एम.एस. के जरिए देशभर में कार्यक्रम कार्यान्वयन की मॉनिटरिंग तथा संबंधित कार्यक्रम

प्रभागों एवं राज्य एडस नियंत्रण सोसाइटियों को फीडबैक प्रदान करना।

- आंकड़े गुणवत्ता, कार्यक्रम यूनिटों से समय पर और पूरी रिपोर्टिंग की मॉनिटरिंग करना और इसे सुनिश्चित करना।
- आंकड़ा प्रबंधन, विश्लेषण और प्रकाशन
- आंकड़े का आदान-प्रदान एवं प्रसार
- नाको की वेबसाइट का रखरखाव
- आंकड़े संबंधी अनुरोधों पर कार्रवाई करना।
- कार्यक्रम मॉनिटरिंग एवं आंकड़ा प्रबंधन में क्षमता निर्माण
- कार्यक्रम स्थिति नोट एवं रिपोर्ट (वार्षिक रिपोर्ट, मासिक मंत्रिमंडल नोट, परिणाम कार्य ढांचा प्रलेख, यू.एन.जी.ए.एस.एस.रिपोर्ट, वैशिक पहुंच वाली रिपोर्ट आदि तैयार करना) आदि।
- राष्ट्रीय/अंत राष्ट्रीय दस्तावेजों के प्रलेखों के लिए आंकड़ा प्रदान करना।

कार्यनीति सूचना प्रबंधन प्रणाली

एस.आई.एम.एस. एक वैब आधारित एकीकृत मॉनिटरिंग और मूल्यांकन प्रणाली है, जो विभिन्न स्तरों अर्थात रिपोर्टिंग यूनिट, जिला और राज्य से सीधे ही आंकड़े को प्राप्त करने तथा सही समय पर कहीं भी इसको देखे जा सकने में मदद करता है। यह प्रमुख सूचकों का ऑटोमेटिक सकल योग तैयार करता है जिसे किसी भी स्तर पर मानक और प्रयोक्ता अनुकूल रिपोर्टों के जरिए समीक्षा की जा सकती है। यह केन्द्रीय रूप से वैध आंकड़े के जरिए पर्याप्त आंकड़ा गुणवत्ता सुनिश्चित करके कम्प्यूटरीकृत मॉनिटरिंग और मूल्यांकन प्रणाली की क्षमता बढ़ाता है। इसे सभी अन्य डाटा बेसों अर्थात निगरानी, पी.एच.एल.ए.डाटा बेस, अन्य सर्वेक्षण आंकड़े आदि के साथ एकीकृत किया जा सकता है। यह परामर्श एवं जांच केन्द्रों तथा ए.आर.टी.केन्द्रों से व्यक्तिगत स्तर की सूचना को प्राप्त करने में सहयोग करता है जिसमें व्यक्तिगत सूचना की आंकड़ा विश्वसनीयता सुनिश्चित करने के लिए सभी सुरक्षा उपाय किए जाते हैं। यह स्लाइस एवं डाइस क्षमताओं से मापे जा सकने योग्य, मोड़लर और विस्तार योग्य है। इसमें एस.ए.का उपयोग करके उन्नत विश्लेषण के लिए विकल्प है और इसे स्पेशियल विश्लेषण हेतु जी.आई.एस.सिस्टम से जोरा जा सकता है। यह प्रणाली प्रमुख कार्यक्रम क्षेत्रों (अर्थात आई.सी.टी.सी., ए.आर.टी.) के लिए व्यक्तिगत स्तर पर आंकड़ा संग्रह करने के कार्य को सफल बनायेगा तथा इसमें निर्मित वास्तविक समय विश्लेषक, द्रायएंगुलेशन एवं आंकड़ा वैधीकरण क्षमताएं हैं। एस.आई.एम.एस. को दिसंबर 2011 से देश भर में शुरू किया गया है।

एस.आई.एम.एस. का प्रशिक्षण और कार्यान्वयन

एस.आई.एम.एस. के सफल कार्यान्वयन के लिए स्पष्ट दिशा निर्देश तैयार किए गए हैं जिनमें नाको और एस.ए.सी.एस. के विभिन्न अधिकारियों के कार्यों एवं जिम्मेदारियों की रूपरेखा प्रस्तुत की गई है। प्रत्येक घटक के लिए प्रशिक्षण समाप्ति तथा प्रयोक्ता मैनुअल तैयार किए गए हैं। परिभाषाओं, अंकों (न्यूमरेटर) आदि के क्षेत्र-वार व्यौरे देते हुए

एस. आई. एम. एस. के घटक

एस. आई. एम. एस. के अनुप्रयोग के भाग के रूप में विकसित फॉरमेटों और मॉड्यूल्स की सूची नीचे दी गई है

निगरानी	एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी	
रोगी स्तर	आई. सी. टी. सी., पी. एल. एच. ए., टी. आई.	
एम. आई. एस. रिपोर्ट		
मासिक	तिमाही	
रक्त बैंक एस. टी. आई. टी. आई. आई. सी. टी. सी. ए. आर. टी. सी. सी. सी. डी. आई. सी. नाको – एन. आर. एच. एम. – एस. टी. आई. ई. आई. डी.	वायरल लोड प्रयोगशाला – एस.आर.एल. प्रयोगशाला – एन.आर.एल. आई. ई. सी. ए. ई. पी. एल. उल्लू. एस. – जिला एल. उल्लू. एस. – राज्य प्रशिक्षण	रक्त बैंक आर. एस. टी. आर. एल. आर. आर. सी डैस बोर्ड
आंकड़ा स्थिति रिपोर्ट	सभी स्तरों पर प्रारूप/अग्रेषित मोड	
विश्लेषण	मॉनिटर रिपोर्ट सूचक रिपोर्ट प्रगति रिपोर्ट मांगकीकृत रिपोर्ट डैस बोर्ड रिपोर्ट	
जी. आई. एस.	जिला/राज्य/देश स्तर पर आंकड़ा सहित सचित्र रिपोर्ट	

आंकड़ा शब्दकोश तैयार किया गया है। एम. आई. एम. एस. के बारे में विशिष्ट वाल चार्ट तैयार किया गया है ताकि प्रयोक्ता एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग के उपयोग के बारे में सूचना और सभी प्रमुख अनुदेशों को तुरंत प्राप्त कर सके।

एस. ए. सी. एस. तथा नाको में सभी रिपोर्टिंग यूनिटों, डी. ए. पी. सी. यू. के कार्मिकों तथा कार्यक्रम अधिकारियों का आरंभिक पुनर्शर्चया प्रशिक्षण आयोजित किया गया है। प्रयोक्ताओं से प्राप्त फीडबैक को चरणबद्ध तरीके से लॉग किया जाता है तथा सापटवेयर दल के समन्वय से आवश्यक तकनीकी सुधार एवं संशोधन किए जाते हैं। रिपोर्टों को मानकीकृत करने तथा कार्यक्रम में आंकड़े के व्यापक प्रयोग के लिए एस. आई. एम. एस. के लिए विश्लेषक मॉड्यूल और जी. आई. एस. घटक के लिए प्रयास चल रहे हैं।

मासिक कार्यक्रम रिपोर्टिंग

सीधे ही स्वास्थ्य केन्द्रों तथा कार्यकलाप स्थलों से सेवा प्रदानगी के बारे में सूचना की वैब आधारित रिपोर्टिंग के लिए देश भर में कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन प्रणाली (एस. आई. एम. एस.) शुरू की गई है। चूंकि एस. आई. एम. एस. वर्ष 2012–13 के दौरान क्षेत्र में दृढ़ता से स्थापित किए जाने तथा स्थिर किए जाने की प्रक्रिया में है इसलिए कार्यक्रम के अंतर्गत आंकड़ा संग्रह करने का काम कम्प्यूटरीकृत प्रबंधन सूचना प्रणाली (सी. ए. आई. एस.) के जरिए किया जाता है। इस समय 35 एस. ए. सी. एस. और 3 नगरपालिका एड्स नियंत्रण सोसाइटियों से सी. आई. एम. एस. के जरिए मासिक रिपोर्ट प्राप्त हुई है

तालिका 16.1 : एस. आई. एम. एस. पुनरुच्चर्या प्रशिक्षण 2012-13 में प्रगति

वर्ष	प्रगति
आई. सी. टी. सी.	3423
टी. आई.	1,005
सी. सी. सी.	296
एस. टी. आई.	925
टी. ए. पी. सी. यू. – डी. पी. एस.	197
आई. ई. सी./मुख्य धारा में लाना	28
प्रयोगशाला सेवाएं	45
रक्त बैंक	928
कुल	6,847

जबकि 15000 से अधिक रिपोर्टिंग यूनिटों ने सीधे एस. आई. एम. एस. में रिपोर्ट करते हैं। प्रस्ताव है कि अप्रैल 2013 से कार्यक्रम रिपोर्टिंग का कार्य पूरी तरह एस. आई. एस. को स्थानांतरित कर दिया जाएगा।

प्रत्येक राज्य को प्रत्येक महीने 10 तारीख तक सी. आई. एम. एस. को मासिक रिपोर्ट प्रस्तुत करना होता है। रिपोर्टिंग की समय सीमा तथा पूर्णता की मॉनिटरिंग मासिक आधार पर की जाती है तथा उनमें सुधार लाने के लिए एस. ए. सी. एस. को फीडबैक दिया जाता है। एस. ए. सी. एस. को रिपोर्टिंग की

सर्वोत्तम पद्धतियां - 1 : ओडिशा में ई. - रक्त बैंकिंग प्रणाली

ओडिशा सरकार ने एन. आर. एच. एम. तथा ओडिशा राज्य एड्स नियंत्रण सासोइटी एवं राज्य रक्ताधान परिषद की तकनीकी सहायता से एस. एम. एस. और आई. वी. आर. एस. के जरिए नागरिकों से इन्टरफेस के साथ एक वेब आधारित रक्त बैंकिंग प्रणाली कार्यान्वित की है।

इस साप्टवेयर में औषध एवं प्रसाधन समाग्री अधिनियम के अनुसार अपेक्षित रक्ताधान सेवाओं की सभी बुनियादी सूचनाओं पर कार्रवाई करने के लिए कम्प्यूटर आधारित प्रबंधन प्रणाली की रूपरेखा तैयार की गई है। इसमें संग्रह से पहले सभी चरणों का ट्रैक रखा जाता है जैसे कि दाता पंजीकरण, दाता की प्रश्नावली को भरना, दाता की शारीरिक जांच तथा फिर रक्त दान के लिए रक्ता दाता को अनुमति देना। उसके बाद रक्त बैग के जांच परिणाम को साप्टवेयर में डाला जाता है और फिर रक्त बैग जारी किए जाने के लिए उपयुक्त हो जाता है। यह प्रणाली वास्तविक समय आधार पर कार्य करती है तथा इसमें उपकरणों की कार्य निष्पादन योग्यता जांच करने के लिए साप्टवेयर में अंतर्निर्मित स्ववैधीकरण तंत्र है। इलिशा रिडर्स से साप्टवेयर में स्वतः जांच अद्यतन की प्रक्रिया चल रही है ताकि रक्त बैंक को साप्टवेयर में जांच के परिणाम की प्रविष्टि करने की जरूरत न हो। प्रभावकारी रिपोर्ट तैयार करने संबंधी मॉड्यूल से औषध एवं प्रसाधन समग्री अधिनियम के अंतर्गत आवश्यक

सभी रजिस्टरों को सृजित करने में सहायता मिलती है।

लाभ: ऐसे ऑटोमेशन का लाभ यह है कि इस प्रणाली में इंटरनेट, एस. एम. एस. और आई. वी. आर. एस. के माध्यम से राज्य में सभी रक्त बैंकों को जोरा जाता है ताकि जनता अपने नजदीकी रक्त बैंकों में रक्त यूनिटों की स्थिति जान सके तथा आवश्यकता पड़ने पर दुर्लभ रक्त समूहों को किसी भी रक्त बैंक से उपलब्ध कराया जा सके। रक्त बैंक अधिकारी के लिए लाभों में जांच किए गए, जांच नहीं किए गए तथा बफर स्टॉक को देखने के लिए डैस बोर्ड तंत्र, कागज रहित रजिस्टर रख-रखाव, लाइसेंस के लिए अलर्ट तंत्र आदि शामिल है। नियमित दाता और संगठन जो स्वैच्छिक रक्तदान शिविर चलाते हैं ऑन लाइन रजिस्टर कर सकते हैं। एस. आई. एम. एस. साप्टवेयर को ई-रक्त बैंक से जोड़ने का कार्य चल रहा है। समय पर रक्त बैंक के लाइसेंस के नवीकरण से संबंधित मुद्दों के निराकरण के लिए उडिसा के औषध नियंत्रक इस प्रणाली के भाग है। रोगी रक्त यूनिटों को जारी किए जाने के बाद वैबसाइट से इनके ब्यौरे का ट्रैक रख सकते हैं। एस. बी. टी. सी. राज्य स्तर पर तुरंत मियाद समाप्त होने वाली रक्त यूनिटों या उपभोज्यों की मॉनिटरिंग कर सकते हैं। दाता संबंध प्रबंधन मॉड्यूल तथा थैलिसिमिया रोगी सूचना प्रबंध प्रणाली तैयार की जा रही है।

Daily Blood Status

Select Blood Status: All Blood Status | [Create](#)

Whole Blood Received				Urea Blood Received			
No.	Blood Group	No. Received	Blood Group	No. Received	No.	Blood Group	No. Received
1	A+	0	A+	0	1	A+	40
2	B+	0	B+	0	2	B+	100
3	AB+	0	AB+	0	3	AB+	100
4	O+	0	O+	0	4	O+	100
Total: 0				Total: 300			

Buffer Level				Stock Level			
No.	Blood Group	Buffer Level	Blood Group	Buffer Level	No.	Blood Group	No. Stock
1	A+	0	A+	0	1	A+	20
2	B+	0	B+	0	2	B+	20
3	AB+	0	AB+	0	3	AB+	0
4	O+	0	O+	0	4	O+	34
Total: 0				Total: 100			

Donor who Delivered Bag		Stage value Delivered Bag			
No.	Donor Name	No. Delivered	No.	Stage Name	No. of Delivered
1	HSC	0	1	Generalization	0
2	HSC	0	2	Physical Test	0
3	HSC	0	3	Blood bag issue	0
4	BALASA	0	4	Blood bag verification and collection	0

► दैनिक रक्त की स्थिति तथा साप्टवेयर में दाता पंजीकरण की स्थिति का चित्र

Manage Donor Registration

Do you need help to use this page? [Click here to see the tips](#)

[Click Here To Go To The New Donor Registration Process](#)

Search By: Select

ID	Photo	Name of Donor	Blood Group	Update & History	Donor Type	Date Of Creation	Add to Queue
1		Mr. Ajit Kumar Ray Donor ID: 2110111090	A+ve	View Reg Data Edit Delete History	Replacement Donor Select Patient Name Mr. Apna Panigrahi [52421101] 05.10 gms	26/05/2011	Currently in Generalization Stage Queue In time 05.59 pm
2		Mr. Jayadev Behera Donor ID: 2110111089	B+ve	View Reg Data Edit Delete History	Replacement Donor Select Patient Name Mr. Apna Panigrahi [52421101] 05.10 gms	26/05/2011	Currently in Physical Test Stage Queue In time 05.54 pm
3		Mr. Kishore Ray Panigrahi Donor ID: 2110111088	O+ve	View Reg Data Edit Delete History	Voluntary Donor	26/05/2011	Currently in Physical Test Stage Queue In time 05.51 pm
4		Mr. Sudan Ray Donor ID: 2110111087	A+ve	View Reg Data Edit Delete History	Voluntary Donor	26/05/2011	Currently in Physical Test Stage Queue In time 05.46 pm

NACO
National Accreditation Council
for Organizational Excellence
नेशनल अक्यूडेटिव काउंसिल
फॉर ऑर्गेनाइजेशनल एक्सेलेंस

STRATEGIC INFORMATION MANAGEMENT SYSTEM (SIMS) – AN OVERVIEW

BACKGROUND

- Web-based application for data entry of content for its including Reporting Unit (RU), Cluster & State
- Provides differential data management rights to reflect roles
- Ability to enter multiple users, data systems and data set references
- Validates similar to physical reporting systems, but automatically aggregates to reflect overall intent
- Both online and offline modes of data entry
- Data entry is entered at the RU level, higher levels can view the data in real-time
- Ensures data quality checks across various reporting levels
- Generates basic to advanced reports using analytic tools (BISS-GIS)
- As of September 2013, there are over 15,000 reporting units registered in the SIMS

FLOW OF INFORMATION

```

graph LR
    DE[Data Entry] --> DR[Data Reporting Phase]
    DR --> A[Analyse]
    A --> M[Meetings]
    M --> P[Policy]
    P --> D[Decision Making]
    D --> R[Reporting]
    R --> FE[Finalized Reports]
    FE --> FE[Feedback]
    FE --> DE
  
```

The flow starts with Data Entry, leading to Data Reporting Phase (DR). DR leads to Analyse, which then leads to Meetings, Policy, Decision Making, and finally Reporting. Reporting leads to Finalized Reports (FE). FE leads to Feedback, which then loops back to Data Entry.

COMPONENTS

Module	Description
APT	APT Special Surveillance
T (Weekly)	Integrated Consulting & Testing Committee (ICTC)
State	State Level
NACO	Regional Accreditation (RA)
APT	Special Technical Initiatives (STI)
DC	Geographical Units (GU)
STI-Cluster	Additional Education Programmes
STI-State	Community Care Centres (CCC)
LGU	Sub-Centres (SC)
LOU	Local Level Groups (LLG)
Training	DATA/GIS Qualification & Guidance
Analytical Reports	
State Status Reports	Monitoring reports
Date Wise Reports	Progress reports
Date-wise Performance	Standardized reports
Month-wise Reports	Dashboard reports
Annual Reports	Customized reports
GIS	District/State/Country level GIS mapping reports

INSTRUCTIONS FOR DATA ENTRY & FORWARDING

Steps of Online Data Entry & Forwarding

- After logging into the SIMS online system, under RU, enter your address.
- Select the financial year and the reporting month for which data needs to be entered.
- After the data entry screen opens, enter data.
- To save the data after entry, click "Save".
- On clicking the "Save" button the next confirmation opens for data entry.
- On the last confirmation, enter click the "Save" button this message "Data has been saved".
- Select the "Send to External" button under the "Save" button. Date File – a file containing all data entered till now and ready for which data has been entered and then click "Send".
- User gets various features of entered data. User needs to verify data. B Click the "Verify button" to verify the data of SIMS file in the active SIMS report.
- If satisfied with entered data, click the option of the acceptance authority data may be forwarded to the user level by clicking "Forward to user".

After clicking the "Send to External" button the following message appears:

DO

- Provide Data Definition to clarify what data is required without using jargon.
- DO NOT USE JARGON OR ACRONYMS WHICH ARE UNKNOWN WHEN THAN INTERNET TRANSLATOR NEED TO BE MADE IN A EXISTING DOCUMENTED REPORT
- Use "Add comment" function to include extra information about entered data.
- Enter data in strict format of SIMS offline Excel formats.
- Enter data with level (STATE or DISTRICT or TALUK or VILLAGE) of NACO to reflect password.
- While entering a "User ID", choose NACO official name instead of state level code. Refresh page by pressing Ctrl+F5 while Forwarding to user.
- Use strict formats for date entries, instead of different formats like DD/MM/YY, MM/DD/YY etc.
- Use strict formats for date entries, instead of different formats like DD/MM/YY, MM/DD/YY etc.
- In case of system errors, issue corrected SIMS File (either in SIMS or BISS-GIS).
- Upload offline Excel format instead of saved SIMS format.

DON'T

- Provide Data Definition to clarify what data is required without using jargon.
- DO NOT USE JARGON OR ACRONYMS WHICH ARE UNKNOWN WHEN THAN INTERNET TRANSLATOR NEED TO BE MADE IN A EXISTING DOCUMENTED REPORT
- Use "Add comment" function to include extra information about entered data.
- Enter data in strict format of SIMS offline Excel formats.
- Enter data with level (STATE or DISTRICT or TALUK or VILLAGE) of NACO to reflect password.
- While entering a "User ID", choose NACO official name instead of state level code. Refresh page by pressing Ctrl+F5 while Forwarding to user.
- Use strict formats for date entries, instead of different formats like DD/MM/YY, MM/DD/YY etc.
- Use strict formats for date entries, instead of different formats like DD/MM/YY, MM/DD/YY etc.
- In case of system errors, issue corrected BISS-GIS File (either in BISS-GIS or SIMS).
- Upload BISS-GIS format instead of saved SIMS format.

ROLES & RESPONSIBILITIES BY REPORTING LEVEL

Reporting Unit	APT	SACD	SACD Sub-Offices	RU	
Appointed Persons	NACO, Regional Accreditation, AP, STI, DC, LOU, APT	Centralised (NACO), Regional Accreditation, AP, STI, DC, LOU, APT	State-Level Agency, AP, STI, DC, LOU, APT, Data Transcription	State-Level Agency, AP, STI, DC, LOU, APT, Data Transcription	Centralized (NACO), Regional Accreditation, AP, STI, DC, LOU, APT, Data Transcription
Advisors	Data Entry, Verify data before submitting by reviewing the data entry, Forward data to appropriate authority, Forward data while providing internally to SACD or SACD-II or SACD-III, Data analysis	Review forwarded data internally and provide feedback to RU and report form as needed (as data can be re-submitted)	Review forwarded data internally and provide feedback to RU and report form as needed (as data can be re-submitted)	Review forwarded data internally and provide feedback to RU and report form as needed (as data can be re-submitted)	Review forwarded data internally and provide feedback to RU and report form as needed (as data can be re-submitted)
Financial Department Responsible	Generalist, Data entry, General In-charge Verification	NACO Assistant, Monitoring of RU, SACD-II Monitoring Manager, SACD-II, Verification of submitted data and Feedback to RU	District Head, ED (M&E) and M&E Officer in collaboration with relevant programme officers (including all SACDs) and verification of submitted data	District Head, ED (M&E) and M&E Officer in collaboration with relevant programme officers (including all SACDs) and verification of submitted data	District Head, Programme Officer, Technical Officer/M&E Officer and M&E Officers User in collaboration with relevant programme officers (including all SACDs) and verification of submitted data
Timeline for Submission	By 15th of each month	By 15th of each month	By 10th of each month	By 10th of each month	By 15th of each month

Output from SIMS

■ एस. आई. एम. एस. बॉल चार्ट

समय सीमा तथा पूर्णता वर्ष 2012–13 के दौरान 97 प्रतिशत है।

अन्य क्रियाकलाप

राज्य जानपदिक रोग विज्ञानियों और मॉनिटरिंग एवं मूल्यांकन अधिकारियों के लिए क्षमता निर्माण कार्यशाला एफ. एच. आई.– 360, सी. डी. सी. की सहायता से 19–21 अप्रैल 2012 के दौरान नई दिल्ली में आयोजित की गई। उनको एच. आई. वी. निगरानी तथा जानपदिक रोग विज्ञान, मॉनिटरिंग और मूल्यांकन एवं प्रचालन अनुसंधान के बारे में बताया गया।

दस्तावेजों और रिपोर्टों को तैयार करना : कार्यक्रम मॉनिटरिंग कार्मिक विभिन्न आयोजना दस्तावेज तैयार करते हैं और समय समय पर रिपोर्ट करते हैं। मंत्रीमंडल सचिवालय, के लिए उपलब्धियों की स्थिति पर मासिक नोट वैश्विक एडस प्रगति रिपोर्टिंग 2012–13 के लिए परिणाम कार्यालयांचा दस्तावेज तथा परिणाम बजट दस्तावेज 2012–13 को वर्ष 2012–13 के दौरान तैयार किया गया। राज्य तथ्य सीट और राष्ट्रीय एच. आई. वी./एडस नियंत्रण कार्यक्रम की स्थिति नोट नियमित आधार पर तैयार किया जाता है जिससे कार्यक्रम आंकड़े का प्रसार किया जाता है।

आंकड़े अनुरोधों पर कार्रवाई करना : मानक फार्मेट में प्राप्त सभी आंकड़े अनुरोधों की समीक्षा प्रभागीय प्रमुखों समीति द्वारा की जाती है। आंकड़े के आदान प्रदान करने संबंधी दिशा निदेशों तथा सक्षम प्राधिकारी के समयक अनुमोदन के अनुसार आवेदन को आंकड़े के बारे में जानकारी दी जाती है।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य समीक्षा – 4 dh vk kt uk ea ; lknu नाको के अधिकारी एन. एफ. एच. एस.–4 तकनीकि सलाहकार समीति तथा उपसमूहों के भाग रहे हैं और एन. एफ. एच. एस.–4 के अध्ययन की रूपरेखा, नमूना आकार एवं प्रश्नावलियों की योजना बनाने और उसको तैयार करने में योगदान दिया।

राष्ट्रीय/अंतर्राष्ट्रीय दस्तावेजों के लिए आंकड़ा

प्रभाग ने राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय दस्तावेजों अर्थात् आर्थिक सर्वेक्षण, राष्ट्रीय स्वास्थ्य स्थिति, इंडिया रिपोर्ट, योजना दस्तावेज, संयुक्त कार्यान्वयन मिशन समीक्षा रिपोर्ट, यू. एन. जी. एस. रिपोर्ट, यूनिवर्सल एक्सेस रिपोर्ट तथा सार्क रिपोर्ट जैसे राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय दस्तावेजों के लिए सूचना एवं इनपुट प्रदान किए हैं।

नाको की वेबसाइट: नाको की सरकारी वेबसाइट (www.nacoonline.org) कार्यक्रम के अंतर्गत नीति, कार्यनीति एवं

सर्वोत्तम पद्धति -2 : तमिलनाडु में एस. एम. एस. आधारित दैनिक रिपोर्टिंग प्रणाली

तमिलनाडु राज्य एडस नियंत्रण सोसाइटी ने सक्षम आंकड़ा प्रबंधन प्रणाली के लिए एन. आई. सी. की मदद से राज्य में दैनिक एस. एम. एस. आधारित रिपोर्टिंग प्रणाली को शुरू की है। लक्ष्य दैनिक आधार पर केन्द्रों में एच. आई. वी./एडस क्रियाकलापों की मॉनिटरिंग करना था। इसने आंतरिक क्षमताओं को बढ़ाया है तथा सेवाओं के प्रदानगी को सुगम बनाया है। एस. एम. एस. दैनिक रिपोर्टिंग प्रणाली सुविधा केन्द्रों में क्रियाकलापों का दैनिक अद्यतन प्रदान करते हैं। इस प्रणाली में सभी आई. सी. टी. सी. और ए. आर. टी. केन्द्र एक विशिष्ट पॉर्मेट में एस. ए. सी. एस. के किसी केन्द्रीय मोबाइल नम्बर को विशिष्ट तरीके से एस. एम. एस. भेजते हैं। प्राप्त किए गए सभी आंकड़े एस. ए. सी. एस. में स्थित सरवर में रखा जाता है तथा दैनिक आधार पर रिपोर्ट तैयार की जाती हैं।

निम्नलिखित सूचना का संग्रह दैनिक आधार पर किया जाता है:

- आई. सी. टी. सी. : कुल जांच किए गए, कुल पॉजिटिव और ए. एन. सी. पॉजिटिव (दैनिक)
- ए. आर. टी. केन्द्र : वयस्क पूर्व ए. आर. टी. पंजीकरण, बाल पूर्व ए. आर. टी. पंजीकरण, ए. आर. टी. पंजीकरण तथा सीडी-4 जांच (दैनिक)

● एस. टी. आई. क्लीनिक : कुल आये हुए व्यक्ति, टी. आई. – ए.जी.ओ. रेफरल, एम. एच. सी. और आई. सी. टी. सी. को रेफरल, एस. टी. आई. औषध स्टॉक स्थित।

● आई. सी. टी. सी. किट की स्थिति : केन्द्र – वार किट की स्थिति।

यह रिपोर्टिंग रिकार्डों को एम. आई. एस. रिपोर्टिंग (मासिक समेकन) और परिवेशीय दौरों के दौरान जांचों रजिस्टरों से प्रति सत्यापित करके आंकड़े/सूचना गुणवत्ता को भी वैध करने में सहायता करती है। यह उच्च पॉजिटिविटी वाले पॉकेटों तथा कार्यकलाप कार्यनीति तैयार करने के लिए दैनिक आधार पर सेवा कमियों तथा आगे विश्लेषण के माध्यम से अंतराल को पाठने में भी मदद करती है।

प्रणाली की समीक्षा नाको और ए. पी. एस. सी. एस. के अनुश्रवण एवं मूल्यांकन अधिकारियों द्वारा की गई। इसका लाभ यह होता है कि इसकी लागत बहुत ही कम और वहनीय तथा दैनिक आधार पर कार्यक्रम के उपयोग और मॉनिटरिंग में आसानी होती है। सूचकों और जटिल एस. एम. एस. फॉर्मेट के बारे में समुचित प्रशिक्षण की आवश्यकता होती है इसके साथ ही समुचित निष्कर्ष निकालने के लिए अनुवर्ती विश्लेषण आवश्यक होता है।

प्रचालन मार्गनिदेशों के संबंध में सभी दस्तावेजों तक पहुंच प्रदान करता है। एस. आई. एम. प्रभाग नियमित रूप से नाको, राज्य एडस नियंत्रण सोसायटी, अन्य सरकारी विभागों के विभिन्न प्रभागों एवं सहभागियों से जानकारी/सामग्री प्राप्त करके नाको की वेबसाइट को अद्यतन करता है। यह वेबसाइट की सामग्री को समय पर अद्यतन करना सूचित करता है और अपलोड किए गए विषय के सही एवं वास्तविक होने की बात को भी सुनिश्चित करता है। सुविधाओं एवं कार्यक्रम कार्यकलापों की स्थिति को समय-समय पर अद्यतन किया जाता है। इसे नौकरी के विज्ञापनों, निविदा दस्तावेजों, अद्यतन स्थिति नोटों तथा महत्वपूर्ण घटनाक्रमों की कार्यवाहियों से लगातार अद्यतन किया जाता है।

अंतर्राष्ट्रीय प्रतिनिधिमंडलों से अभिमुखीकरण : नाको में नाइजिरिया और युगान्डा के प्रतिनिधिमंडलों को क्रमशः 08 जून 2012 और 31 अगस्त 2012 को एन. ए. सी. पी. के बारे में अभिमुखीकरण प्रदान किया गया। एन. ए. सी. पी. क्रियाकलापों का अभिमुखीकरण 07 दिसंबर 2012 को संसद के पुस्तकालय भवन में युगान्डा के सांसदों प्रतिनिधिमंडल के लिए दिया गया।

एच. आई. वी. अनुमान 2012

राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम में उच्च जोखिम वाले समूहों और आम आबादी में एच. आई. वी. प्रहड़ी निगरानी के वार्षिक दौरों

से आंकड़े का उपयोग करके निम्न आधार पर देश में एच. आई. वी. भार का अनुमान लगाता है। एच. आई. वी. अनुमान देश में एच. आई. वी. महामारी की मौजूदा स्थिति के बारे में अद्यतन सूचना का प्रमुख स्रोत है। अनुमानों से राष्ट्रीय और राज्य स्तरों पर रुझानों की विविधता को उजागर किया जाता है तथा प्रत्येक स्तर पर प्रमुख सूचकों के लिए रुझानों, महामारी के विशिष्ट वाहकों, असुरक्षा को उजागर किया गया है। कार्यक्रम के अंतर्गत विशिष्ट जनसंख्या समूहों के बीच एच. आई. वी. अनुमान का उपयोग रोगथाम संबंधी कार्यनीतियों की प्राथमिकता तय करने, विशिष्ट क्षेत्रों में कार्यकलापों की साक्ष्य आधारित आयोजना के लिए किया जाता है।

एच. आई. वी. अनुमानों का नवीनतम दौर नवंबर 2012 में पूरा किया गया और इसके परिणाम विश्व एडस दिवस के अवसर पर 30 नवंबर 2012 को जारी किए गए। राष्ट्रीय सांख्यिकी संस्थान (आई. सी. एम. आर.), नई दिल्ली, भारत में एच. आई. वी. अनुमान के लिए नोडल एजेंसी है। एच. आई. वी. अनुमानों 2012 के लिए राष्ट्रीय कार्य समूह में नाको, एन. आई. एम. एस., एन. आई. एच. एफ. डब्ल्यू, एम्स, यू. एन. एडस, डब्ल्यू एच. ओ. और सी. डी. सी. के विशेषज्ञ शामिल थे। क्षेत्रीय कार्य समूहों में राष्ट्रीय और राज्य स्तरों के जानपदिकरोग विज्ञानीय, जैव सांख्यिकीय तथा राज्य एडस नियंत्रण सोसाइटियों के एम. एच. ई. अधिकारियों, एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी के लिए क्षेत्रीय



► राष्ट्रीय एच. आई. वी. अनुमान एवं प्रक्षेपण पर प्रशिक्षण कार्यशाला, 1-5 मई 2012, नई दिल्ली



संस्थानों तथा अन्य सहभागी संगठनों के विशेषज्ञ शामिल थे। तकनीकी सहायता उल्ल्यू एच. ओ./यू. एन. एडस ग्लोबल रेफरेंस ग्रुप ऑन एच. आई. वी. एस्टीमेशंस एण्ड प्रोजेक्शंस से प्रदान की जाती है। निगरानी और अनुमान के बारे में नाको तकनीकी संसाधन समूह जिसमें राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय विशेषज्ञ शामिल है कि बैठक एच. आई. वी. अनुमान प्रक्रिया की समीक्षा करने तथा अंतिम निष्कर्षों को अनुमोदित करने के लिए नवंबर में बैठक की।

एच. आई. वी. अनुमान के इस दौर में जानपदिक रोग विज्ञानीय और जनानकीकिय आंकड़े इनपुट, जो कि एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी के नवीनतम दौर, भारत की जनणना 2011 तथा अन्य कार्यक्रम आंकड़े के माध्यम से उपलब्ध कराया गया है, के सर्वाधिक व्यापक समूहों का प्रयोग किया गया।

मॉडलिंग और अनुमानों में शामिल सभी इनपुटों की सत्यता सुनिश्चित करने के लिए व्यापक प्रयास किए गए। ग्लोबल रेफरेंस ग्रुप ऑन एस्टीमेशंस, प्रोजेक्शंस एण्ड मॉडलिंग द्वारा सिफारिश की गई विधियों एवं नवीनतम टूलों का उपयोग किया गया। भारती आंकड़े के अनुकूल बनाए गए अद्यतन एक्सपेक्ट्रम पैकेज का उपयोग प्रत्येक राज्य के लिए ठोस अनुमानों की अनुमति देने के लिए किया गया है। एक्सपेक्ट्रम के इस रूप में अंतरनिर्मित अनुमान और प्रक्षेपण पैकेज शामिल था जिसको देश और राज्यों की एच. आई. वी. स्थिति के लिए भारतीय आंकड़े के आधार पर इनपुटों का समुचित उपयोग करने के लिए अनुकूल बनाया गया। अनुमानित प्रमुख सूचकों में वयस्क एच. आई. वी. व्याप्तता, नए संक्रमण, घटना, एच. आई. वी. पीडित व्यक्तियों की संख्या, एडस से जुरी मौत, उपचार जरूरतें तथा पी. पी. टी. सी. की जरूरत वाली गर्भवती महिलाएं शामिल हैं।

प्रत्येक राज्य में सच्चे जनानकीकीय परिदृश्य को प्रदर्शित करने के लिए प्रवासन के पैटर्नों को शामिल करने तथा जनानकीकीय अनुमानों को रिफाइन करने के लिए एक गहन कार्यकलाप एच.

आई. वी. अनुमान के इस दौर के लिए एक प्रमुख बात थी। इनका उपयोग अन्य स्वास्थ्य एवं सामाजिक क्षेत्र के कार्यक्रमों में किया जाएगा। इस वर्ष की प्रक्रिया की अन्य विशेषता एच. आई. वी. मॉडलिंग में सुविज्ञता के पूलों को सृजित करने के लिए देश के लगभग 50 जानपदिक रोग विज्ञानियों तथा सांख्यिकी विदों का क्षमता निर्माण और योजनाबद्ध भागीदारी है। 5 क्षेत्रीय कार्यसमूहों में संगठित और क्षमता निर्माण एवं समीक्षा कार्यशालाओं के 3 दौरों के जरिए उनको राज्य स्तर पर महामारी मॉडल विकसित करने में पूरी तरह शामिल किया गया।

एच. आई. वी. अनुमान 2012 की प्रमुख विशेषताएं

1. विकेन्द्रीकृत नीति – जानपदिक रोग विज्ञानियों, सांख्यिकीविदों जनानकीकीविदों तथा कार्यक्रम अधिकारियों की प्रक्रिया में सहभागिता।
2. जानपदिक रोग विज्ञान, जनगणना और मॉडलिंग के बारे में राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय विशेषज्ञों के साथ व्यापक परामर्श।
3. अन्य कार्यक्रमों के लिए उपयोगी जनानकीय अनुमानों को प्रिशोधित करने के लिए गहन क्रियाकलाप।
4. प्रत्येक राज्य और जोखिम समूह में जानपदिक रोग विज्ञानी आंकड़े और महामारी पैटर्नों की गहन समीक्षा।
5. कार्यक्रम के आंकड़े को अंतिम रूप देने के लिए नाको और एस. ए. सी. एस. में कार्यक्रम प्रभागों के साथ गहन परामर्श।
6. बहु नीतियों के माध्यम से परिणामों का पूर्ण वैधीकरण।

आंकड़ा स्रोत एवं इनपुट

एच. आई. वी. अनुमान 2012 की विश्वसनीयता बहुत अधिक है क्योंकि यह अनुमान एक नहीं बल्कि कई प्रमाणिक आंकड़ा स्रोतों से गहन गुणवत्ता जांचों, आंकड़ों वैधीकरण तथा सफाई के बाद लिए गए हैं।

1. जनगणना आबादी अनुमान (1981 – 2011)।
2. नाको/एस. ए. सी. एस. द्वारा वर्ष 2007 – 09 के दौरान किये गए तथा प्रत्येक वर्ष लक्षित हस्तक्षेप के जरिए वैध किए

- गए उच्च जोखिम समूहों के मौपिंग कार्यों पर आधारित उच्च जोखिम वाले समूह की आबादी का आकार अनुमान।
3. एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी (1998–2001) से आम आबादी, ब्रिज आबादी तथा उच्च जोखिम वाले समूह की आबादी में एच. आई. वी. व्याप्तता।
 4. राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण – 3 (2006) से आंकड़े।
 - (क) राज्य, आयोग, लिंक आधार पर एच. आई. वी. व्याप्तता।
 - (ख) राज्य – वार स्तर पान व्यवहार।
 - (ग) छोटे राज्यों के लिए आई. एम. आर.,
 5. आई. बी. बी. ए. (2006 एवं 2009) से एच. आर. जी. में एच. आई. वी. व्याप्तता।
 6. ए. आर. टी. एवं पी. पी. टी. सी. (कवरेज वर्ष 2004–11) पर कार्यक्रम आंकड़े तथा उपचार की पात्रता के लिए राष्ट्रीय दिशा निर्देश।
 7. भारत सहित विभिन्न देशों से ग्लोबल रेफरेंस समूह के आंकड़े पर आधारित जानपदिक रोग विज्ञानी धारणाएं।

एच. आई. वी. अनुमान की प्रक्रिया में चरण

1. जनगणना के अनुरूप जनांकिकीय अनुमानों का परिशोधन।
2. सही, वैधता, गुणवत्ता, आंतरिक एवं बाह्य संगतता के लिए आंकड़े इनपुटों की समीक्षा और परिशोधन।
3. जनांकिकी एवं धारणाओं के बारे में भारतीय आंकड़े के साथ स्पेक्ट्रम पैकेज को अनुकूल करना।
4. प्रत्येक राज्य में मॉडलिंग के लिए महामारी ढांचे की रूपरेखा प्रस्तुत करना।
5. स्पेक्ट्रम पैकेज में जानपदिक रोग विज्ञानीय आंकड़े की प्रवृष्टि करना।

6. एन. एफ. एच. एस. – 3 एच. आई. वी. व्याप्तता के साथ कर्व फिटिंग, मिलान तथा प्रत्येक राज्य में प्रत्येक जोखिम समूह में एच. आई. वी. व्याप्तता रुझानों की मॉडलिंग।
7. एच. आई. वी. महामारी के उपयुक्त चित्रण को सुनिश्चित करने के लिए प्रत्येक राज्य में जानपदिक रोग विज्ञानीय प्रैटर्नों एवं एच. आई. वी. रुझानों की गहरी समीक्षा।
8. प्रभाव सूचकों का सूजन।
9. परिणामों, परिशोधन और संशोधनों की आलोचनात्मक समीक्षा एवं वैधीकरण।
10. अनिश्चितता विश्लेषण।

एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी (2012-13)

एच. आई. वी./एड्स के लिए दूसरी पीढ़ी की निगरानी में एच. आई. वी. व्याप्तता रुझानों के संपूर्ण अध्ययन तथा किसी क्षेत्र में महामारी रुझानों को प्रेरित करने वाले जोखिम व्यवहारों तथा संवेदनशीलताओं की गहरी समझ पर ध्यान केन्द्रित किया गया है। भारत की वार्षिक एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी, भारत में दूसरी पीढ़ी की निगरानी के प्रमुख घटकों में से एक, को वर्ष 1998 से कार्यान्वित किया जा रहा है (तालिका 16.2)। एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी का 13वां दौर 01 जनवरी, 2013 से देश के 763 ए. एन. सी. तथा एस. टी. डी. स्थलों में चालू किया गया है। यह राष्ट्रीय एवं स्वास्थ्य परिवार संस्था, नई दिल्ली, 6 क्षेत्रीय संस्थानों, (एम्स, नई दिल्ली, पी. जी. आई., चंडीगढ़, नारी, पूर्णे, एन. आई. ई., चेन्नई, एम. आई. सी. ई. डी., कोलकाता, रिस्स, इम्फाल), 35 राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटियों, 117 राज्य संदर्भ प्रयोगशालाओं तथा 13 राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाओं तथा कई मेडिकल कॉलेजों और संस्थानों के सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों और सूक्ष्म जीव विज्ञानीयों की सहायता से कार्यान्वित किया जा रहा है।

तालिका 16.2 : भारत में प्रहरी स्थलों में वृद्धि, 1998 – 2013

स्थल प्रकार	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008-09	2010-11	2012-13
एस. टी. डी.	76	75	98	133	166	163	171	175	251	248	217	184	13
ए. एन. सी.	92	93	111	172	200	476	390	391	636	654	668	693	750
आई. डी. यू.	5	6	10	10	13	18	24	30	51	52	61	79	-
एम. एस. एम.	-	-	3	3	3	9	15	18	31	40	67	98	-
एफ. एस. डब्ल्यू.	1	1	2	2	2	32	42	83	138	137	194	267	-
प्रवासी	-	-	-	-	-	-	-	1	6	3	8	20	-
ट्रन्स जेंडर	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	3	-
ट्रकर्स	-	-	-	-	-	-	-	-	15	7	7	17	-
क्षय रोग	2	2	-	-	-	-	7	4	-	-	-	-	-
मछुआरा समूह /समुद्री लोग	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
कुल	176	177	224	320	384	699	694	703	1122	1134	1215	1361	763*

* एच. आर. जी. और ब्रिज आबादी में एकीकृत व्यवहार और जैविक निगरानी वर्ष 2013-14 में आयोजित की जाएगी।

एच. एस. एस. 2012-13 के अंतर्गत प्रमुख पहलें

पिछले दौरों के दौरान एच. एस. एस. के कार्यान्वयन में पता लगाए गए प्रमुख मुद्दों के निराकरण के लिए तथा निगरानी प्रक्रिया की गुणवत्ता तथा समय सीमा में सुधार करने के लिए नाको ने एच. एस. एस. के 13वें दौर के लिए नमूना संग्रह से पहले और उसके दौरान कई पहले की।

- स्थल स्तरीय कार्मिकों के लिए क्रिया विधि को सरल बनाने तथा देश भर के सभी प्रहरी स्थलों में दिशा निर्देशों का एक रूप कार्यान्वयन सुनिश्चित करने के लिए मानक प्रचालन मैनुअल, वालचार्ट और द्विभाषी डाटा फार्म तैयार किए गए।
- प्रत्येक राज्य में एच. एस. एस. के लिए प्रक्रिया की गहनता से मॉनिटरिंग और आयोजना के लिए आंशिक क्रियाकलापों हेतु एस. ए. सी. एस. जांच सूची तैयार की गई। सभी आंशिक क्रिया कलापों को स्पष्ट समय सीमा के साथ विशिष्ट कार्यों में विभाजित किया गया तथा एस. ए. सी. एस. को उनमें से प्रत्येक के बारे में कार्य पूरा करने की स्थिति को प्रस्तुत करना था। नाको के अधिकारियों के एक दल ने यह सुनिश्चित करने के लिए की सभी राज्यों में आंशिक क्रिया कलाप समय सीमा के अनुसार हों, दैनिक आधार पर राज्य नोडल व्यक्तियों के साथ समन्वय किया। इसके परिणामस्वरूप 2 को छोड़कर सभी राज्य योजना अनुसार 01 जनवरी 2013 तक ए. एन. सी. एवं एस. टी. डी. प्रहरी स्थलों में एच. एस. शुरू कर सके। हालांकि प्रतिकूल मौसम के कारण पूर्वोत्तर राज्यों को 15 जनवरी, 2013 से इस दौर को शुरू करने की अनुमति दी गई।
- ए. एन. सी. और एस. टी. डी. प्रहरी स्थलों को पूर्व निगरानी प्रहरी स्थल मूल्यांकन प्रहरी स्थलों में मानव संसाधन तथा आधारभूत ढांचा संबंधी मुद्दों का पता लगाने तथा निगरानी

के शुरू होने से पहले आवश्यक सुधारात्मक कार्रवाई करने हेतु किया गया। इसने स्थलों की पृष्ठभूमि प्रोफाइल जैसे कि सुविधा का प्रकार, औसत ओ. पी. डी. उपस्थिति, एच. आई. वी./एड्स सेवाओं की उपलब्धता, एच. एस. एस. प्रयोशालाओं से सुविधाओं की दूरी आदि के बारे में सूचना प्रदान किया।

एच. एस. 2012-13 के दौरान प्रशिक्षण

- प्रशिक्षण की गुणवत्ता में सुधार लाने के लिए कदम।
 - यह सुनिश्चित करने के लिए कि विभिन्न स्तरों पर एच. एस. में लगाए गए सभी कार्मिक जिम्मेदारी संबंधित क्षेत्रों में पर्याप्त रूप से और सामान रूप से प्रशिक्षित है, सुगठित प्रशिक्षण कार्यक्रम अपनाया गया है।
 - प्रशिक्षण एजेंडा, पाठ्यक्रम और समाप्ती, आयोजना और रिपोर्टिंग फार्मेट सभी मानकीकृत हैं और सभी राज्यों में इनका उपयोग किया जाता है। एकरूपता सुनिश्चित करने के लिए प्रहरी स्थल कार्मिकों के प्रशिक्षण में उपयोग में लाए जाने वाले मानक स्लाइड सेट्स और प्रशिक्षण मैनुअल तैयार किए गए।
 - "अपने प्रहरी स्थलों को जाने" के बारे में समूह कार्य तथा अभ्यास को शामिल करके प्रशिक्षण को परस्पर बनाया गया जिससे प्रतिभागियों को उनके स्थलों में रोटीन कार्यों की पहचान करने में मदद मिली जो निगरानी के कार्यान्वयन को प्रभावित कर सकता हो तथा इनको दूर करने के लिए कार्रवाईयों की सिफारिश की गई।
 - स्थल स्तरीय प्रशिक्षण के दौरान प्रत्येक प्रतिभागी के लिए जांच पूर्व और जांत उपरान्त मूल्यांकन किया गया। इसके विश्लेषण ने पर्यवेक्षीय दौरों के लिए प्रथमिकता

HSS 2012-13: DATA FORM FOR ANTE-NATAL CLINIC ATTENDEES (ANC)	
एच. एस. एस. 2012-13 प्रशासनीय जांच केंद्रों में जाने वाली महिलाओं के लिए डेटा प्रपत्र	
(Please fill all the site details in the box below OR Paste the sticker with site details/Stamp the site details in the empty box after page no. or serial no. that/which follows)	
Site Name / स्थल का नाम	Officer's Phone:
<input type="checkbox"/> (One Click) <input type="checkbox"/> (Multi Click) <input type="checkbox"/> (One Click)	
1. Age (in completed years) / वय (वर्षों में पूर्ण)	
2. Marital Status / समाजी स्थिति	3. Literacy and 10 th standard / विद्या और 10 th कार्य
4. 1 st to Graduation / वापर्ती तक का कार्य	5. Post Graduate / एवं अधिक कार्य
5. Order of Current Pregnancy / वापर्ती तक का कार्य	6. Post or more / ऐसी या असाधारण
7. Source of ANC clinic/प्राप्ति स्रोत जिस से वेतन का ज्ञात होता है	8. Family/Relatives/Neighbours/Friends / परिवार/जीवित विदेशी/जीवित विदेशी/जीवित विदेशी
9. Self Referral / अपनी विवाहित विदेशी	10. Private Hospital (Doctor/Nurse) / वापर्ती का विवाहित विदेशी/जीवित विदेशी
11. Govt. Hospital (including ASHA/VANMIS) / प्राप्ति स्रोत विवाहित विदेशी/जीवित विदेशी	12. ITC / ART Centre / वापर्ती का विवाहित विदेशी/जीवित विदेशी
9. Current Place of Residence / वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की स्थिति	
13. Urban Municipal Corporation/Council/Commissioner / वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की स्थिति	14. Rural/ज़रूरी
10. Duration of Stay at Current Place of Residence / वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की अवधि	
15. Current Occupation of the Respondent/वापर्ती का वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की स्थिति	16. Current Occupation of the Spouse/वापर्ती के पति का वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की स्थिति
17. Current Occupation of the Spouse/वापर्ती के पति का वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की स्थिति	18. Non-Agricultural Labourer / वापर्ती की स्थिति
19. Skilled General worker / वापर्ती की स्थिति	20. Petty business/small shop / वापर्ती की स्थिति
21. Service Sector / वापर्ती की स्थिति	22. Large Business/Self-employed business owner / वापर्ती की स्थिति
23. Head Staff / वापर्ती की स्थिति	24. Truck Driver/Chowkidar / वापर्ती की स्थिति
25. Head Staff / वापर्ती की स्थिति	26. Agricultural cultivator/Agricultural labourer / वापर्ती की स्थिति
27. Household / वापर्ती की स्थिति	28. Unemployed / वापर्ती की स्थिति
29. No Applicable (For Never married/Widows/Divorced/Separated) / वापर्ती की स्थिति	30. Not available / वापर्ती की स्थिति
11. Does spouse reside alone in another place/village away from wife for work for longer than 6 months? / वापर्ती की पति वापर्ती के घर से दूर वापर्ती की स्थिति	
31. Yes / हाँ 32. No / नहीं 33. Not Applicable (For Never married/Widows/Divorced/Separated) / वापर्ती की पति वापर्ती के घर से दूर वापर्ती की स्थिति	
Signature / दाखिला :	
Name / नाम :	Signature / दाखिला :
(Person who filled the form) / वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की स्थिति	(Person who signed the form) / वापर्ती वास स्थल में वापर्ती की स्थिति

► एच. एस. एस. 2012-13, ए. एस. सी. प्रहरी स्थलों के लिए द्विभाषी डाटा फार्म एवं वालचार्ट



वाले स्थलों की पहचान करने में राज्य की दलों को सहायता मिली।

- प्रशिक्षण के अंत में मानक फॉर्मेट में बैच-वार प्रशिक्षण रिपोर्ट प्रस्तु की गई।

प्रशिक्षण के व्यौदो

- प्रशिक्षण राष्ट्रीय निगरानी पूर्व बैठक के 2 बैचों के साथ शुरू हुआ जिसमें एच. एस. एच. 2012–13 के लिए आयोजना की महत्वपूर्ण पहलूओं पर चर्चा करने के लिए तथा ऑनलाइन एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग के जरिए सहायक परिवेक्षण हेतु प्रणाली को समझने के लिए क्षेत्रीय संस्थानों और एस. ए. सी. एस. के लगभग 90 कार्मिकों ने भाग लिया।
- इसके बाद एस. ए. सी. एस. अधिकारियों और राज्य निगरानी दलों, जिनमें सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ और सूक्ष्म जीव विज्ञानी शामिल थे, के लिए क्षेत्रीय संस्थानों द्वारा 2 दिवसीय आयोजना एवं प्रशिक्षण कार्यशालाएं आयोजित की गई। इनका उद्देश्य राज्य स्तरीय मास्टर प्रशिक्षक पैदा करना तथा स्थल स्तरीय प्रशिक्षणों के लिए योजना बनाना था।
- उसके बाद कई बैचों में सभी राज्यों में स्थल स्तरीय प्रशिक्षण (प्रत्येक बैच के लिए 8–10 स्थलों के अनुसार प्रत्येक बैच हेतु 2 दिन) आयोजित किए गए। क्षेत्रीय संस्थानों के प्रतिनिधियों ने यह सुनिश्चित करने के लिए की प्रशिक्षण प्रोटोकॉल के अनुसार प्रदान किए जाते हैं तथा सभी सत्र निर्धारित सत्र योजना के अनुसार कवर किए जा रहे हैं, पर्यवेक्षकों के रूप में प्रशिक्षणों में भाग लिया।
- एच. एस. एस. के लिए एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग के माध्यम से निगरानी जांच प्रोटोकॉलों तथा प्रयोगशाला रिपोर्टिंग तंत्रों के बारे में 117 ए. एन. सी./एस. टी. डी. जांच प्रयोगशालाओं तथा 13 राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाओं से सूक्ष्म जीव विज्ञानियों एवं प्रयोगशाला तकनीशियनों के लिए पुथक प्रशिक्षण आयोजित किए गए।

- कुल मिलाकर 40 केन्द्रीय दल के सदस्यों, 6 क्षेत्रीय संस्थानों के 30 अधिकारियों, प्रभारी निगरानी, जानपदिक रोग विज्ञानियों और एम. एवं ई. अधिकारियों सहित 95 एस. एस. सी. एस. अधिकारियों, 280 राज्य निगरानी दल सदस्यों, निर्धारित जांच प्रयोगशालाओं से सूक्ष्म जीव विज्ञानियों एवं प्रयोगशाला तकनीशियनों सहित 260 प्रयोगशाला कार्मिकों, मेडिकल अधिकारियों, नर्स/परामर्शदाताओं तथा प्रयोगशाला तकनीशियनों सहित 3000 से अधिक प्रहरी स्थल कार्मिकों को एच. एस. एस. 2012–13 के अंतर्गत प्रशिक्षित किया गया।
- एच. एस. एस. 2012–13 के लिए प्रयोगशाला प्रणाली को नमूनों की जांच को निर्धारित राज्य संदर्भ प्रयोगशालाओं तक सीमित करके सुदृढ़ किया गया है। एच. एस. एस. के लिए एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग के जरिए ऑनलाइन रिपोर्टिंग शुरू करके रक्त नमूनों और प्रयोगशाला प्रक्रियाओं की गुणवत्ता की सही समय पर मॉनिटरिंग सुनिश्चित की गई। एस. आई. एम. एस. का उपयोग करके ऑनलाइन रिपोर्टिंग तत्र के जरिए जांच प्रयोगशाला तथा संदर्भ प्रयोगशाला के बीच डिस्कार्ड जांच परिणामों के मामले में रिस्पॉन्स को सुचारू करने तथा एच. एस. के अंतर्गत नमूना जांच के गुणवत्ता आश्वासन पहलूओं को मानकीकृत करने के लिए प्रयास किए गए।
- एच. एस. एस. 2012–13 के लिए पर्यवेक्षीय तंत्र कार्यान्वयन और आंकड़े की उच्च गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए सभी एच. एस. एस. क्रियाकलापों के पर्यवेक्षण पर सर्वाधिक ध्यान दिया गया। एच. एस. एस. के लिए एक व्यापक पर्यवेक्षीय प्रणाली स्थापित करने तथा नमूना संग्रह शुरू करने के पहले 15 दिनों में शत प्रतिशत स्थलों का दौरा सुनिश्चित करने के लिए व्यापक तंत्र विकसित किए गए। अपनाए गए सिद्धांतों में कार्यान्वयनीय पर्यवेक्षण, सही समय पर मॉनिटरिंग एवं फीडबैक, फीडबैक प्रदान करने और कार्रवाई करने के



► एच. एस. एस. 2012–13 के लिए राष्ट्रीय निगरानी पूर्व बैठक, एन. आई. एफ. डब्ल्यू, नई दिल्ली 5–6 अक्टूबर, 2012

लिए जवाबदेही तथा पर्यवेक्षण की पहुंच और प्रभावकारिता बढ़ाने के लिए एकीकृत प्रणाली शामिल है।

पर्यवेक्षण के घटक (एच. एस. एस. के लिए ऑनलाइन एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग में सभी एकीकृत)

1. {k- i ; Z{k k % प्रशिक्षित पर्यवेक्षकों के जरिए जो प्रहरी स्थलों का दौरा करते हैं, एच. एस. और स्थलीय पक्रियाओं में नमूनों में भर्ती की गुणवत्ता की मॉनिटरिंग करते हैं।
2. v{kMk i ; Z{k k % क्षेत्रीय संस्थानों में आंकड़ा प्रबंधकों के जरिए, आंकड़ा संग्रह और परिवहन की गुणवत्ता की मॉनिटरिंग।
3. iz k'kyk i ; Z{k k % जांच प्रयोगशालाओं के जरिए, रक्त नमूनों तथा प्रयोगशाला प्रक्रिया की गुणवत्ता की मॉनिटरिंग।

क्षेत्र पर्यवेक्षण के स्तर

1. j{kV{t % नाको, एन. आई. एच. एफ. डब्ल्यू. और केन्द्रीय दल के सदस्य।
2. {k-h % क्षेत्रीय संस्थान दल।
3. राज्य निगरानी दल
4. एस. ए. सी. एस. कोर दल

एकीकृत मॉनिटरिंग योजना

1. क्षेत्रीय संस्थानों, एस. ए. सी. एस. और एन. आई. एच. एफ. डब्ल्यू. द्वारा संयुक्त रूप से प्रत्येक राज्य के लिए एक मॉनिटरिंग योजना तैयार की गई।
2. क्षेत्रीय संस्थानों, एस. ए. सी. एस. और एस. एस. टी. सदस्यों द्वारा दौरों का प्रथम दौर, केन्द्रीय दल के सदस्यों द्वारा दौरों का दूसरा दल, पहले दौर के दौरान पहचान किए गए प्रथमिकता वाले स्थलों का।
3. सभी स्थलों को प्राथमिकता वाले स्थलों के दौरों के बीच पर्याप्त अंतर के साथ कवर करने का उद्देश्य, तथा विभिन्न दलों द्वारा दौरों के ओवरलेप से बचना।
4. प्रत्येक पर्यवेक्षक के लिए पर्यवेक्षक किट।
5. स्थल प्रभारी और पर्यवेक्षक जो बाद में स्थल का दौरा करते हैं, के रिकार्ड और संदर्भ के लिए प्रहरी स्थल पर पर्यवेक्षीय विजिट रजिस्टर में प्रत्येक पर्यवेक्षक द्वारा विस्तृत टिप्पणियों को लिखना।
6. प्रहरी स्थल के दौरें के 3 दिनों के भीतर तुरंत फीडबैक प्रस्तुत करना।
7. वेब आधारित तंत्र जो इस बारे में सभी समय पर सूचना प्राप्त करता है कि किन स्थलों का दौरा कब और किसके द्वारा किया जाए।
8. सभी क्षेत्रीय संस्थानों, एस. एस. टी. सदस्यों, एस. ए. सी. एस., केन्द्रीय दल सदस्यों, शीरम जांच प्रयोगशालाओं तथा राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशालाओं को एच. एस. एस. के लिए एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग हेतु लॉगइन आई. डी./यूजर आई. डी. जारी किया गया। ,

9. प्रत्येक प्रहरी स्थल में मुददों के बारे में सही समय पर फीडबैक तथा एच. एस. एस. के लिए ऑनलाइन एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग के जरिए एस. ए. सी. एस. द्वारा की गई कार्यवाई रिपोर्ट प्रस्तुत करना।

10. एच. एस. एस. के लिए एस. आई. एम. एस. अनुप्रयोग के माध्यम से सही समय पर मॉनिटरिंग के कार्यान्वयन हेतु तथा प्रयोगशालाओं, एस. ए. सी. एस., एस. टी. सदस्यों, आर. आई. एवं एन. आई. एच. एफ. डब्ल्यू. के साथ दिन – प्रतिदिन के समचय के लिए नाको में समर्पित दल।

प्रहरी स्थलों से एस. एम. एस. आधारित दैनिक रिपोर्टिंग

1. प्रत्येक प्रहरी स्थल में एक पंजीकृत मोबाइल नम्बर से एस. एम. एस. के जरिए प्रत्येक दिन संग्रह किए गए नमूनों की संख्या की दैनिक रिपोर्टिंग सेन्ट्रल सर्वर को करना।
2. सही समय पर एक्सेल फॉर्मेट में स्थल वार आंकड़े के ऑटोमेटिक समेकन और प्रदर्शन।
3. एस. ए. सी. एस., आर. आई., एन. आई. एच. एफ. डब्ल्यू. एवं नाकों तक वेब आधारित पहुंच।
4. निम्नलिखित में सुधारात्मक कार्यवाई शुरू करना तथा निम्नलिखित की आसान पहचान को सुगम करना।
 - (क) स्थल जो एच. एस. एस. को देरी से शुरू करते हैं।
 - (ख) स्थल जहां नमूना संग्रह का कार्य बहुत धीमा या बहुत तेज है।
 - (ग) स्थल जहां नमूना संग्रह में व्यापक अंतराल है।

राष्ट्रीय एकीकृत जैविक और व्यवहार संबंधी निगरानी

देश में एच. आई. वी. महामारी की निम्न स्तरीय तथा संकेन्द्रित प्रकृति को देखते हुए आई. वी. बी. एस. योजना उच्च जोखिम समूहों तथा ब्रिज आबादी में निगरानी को सुदृढ़ करने के लिए एक कार्यनीतिक फोकस के रूप में की जा रही है। यह एक जनसंख्या आधारित/संभावना आधारित सर्वेक्षण है जिसका उद्देश्य जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तरों पर एच. आई. वी. व्याप्तता और प्रमुख व्यवहार संबंधी सूचक प्रदान करना है। क्रियाविधि और टूलों के विकास सहित इसके लिए आंरभिक क्रियाकलाप 2012–13 के दौरान शुरू किए गए हैं। पहचाने गए जिलों में सर्वेक्षण पूर्व मूल्यांकन को मार्च 2013 में शुरू किया जाना नियत किया गया है। सर्वेक्षण के अंतर्गत प्रथमिक आंकड़ा संग्रह का कार्य वर्ष 2013–14 के दौरान किया जाएगा।

एच. आई. वी./एड्स अनुसंधान

अनुसंधान राष्ट्रीय एड्स कार्यक्रम के अंतर्गत कार्यनीतिक सूचना प्रबंधन का एक प्रमुख घटक है। एच. आई. वी./एड्स अनुसंधान में व्यापक क्षेत्रों को कवर किया जाता है। अर्थात जनपदिक रोग विज्ञानीय, सामाजिक, व्यवहार संबंधी, नैदानिक एवं प्रचालन अनुसंधान, इनमें में प्रत्येक की कार्यक्रम कार्यनीतियों तथा नीतियों को एक दिशा प्रदान करने में अहम भूमिका है।

नाको ने कार्यक्रम के अंतर्गत अनुसंधान क्रियाकलापों को सुदृढ़ करने पर अत्यधिक जोर दिया है।

एन. ए. सी. पी. के अंतर्गत अनुसंधान एजेंडे का मुख्य उद्देश्य नाको को अग्रिम राष्ट्रीय निकाय का दर्जा देने, एच. आई. वी. /एडस पर राष्ट्रीय रूप से तथा निम्नलिखित के माध्यम से दक्षिण एशिया क्षेत्र में अनुसंधान को संबंधित और समन्वित करना है।

- एच. आई. वी./एडस अनुसंधान करने के लिए दिशा निर्देश, मानक एवं मानदंड तैयार कराना।
- मल्टीपल स्टेकहोल्डर तथा स्थापित राष्ट्रीय शैक्षणिक एवं अन्य अनुसंधान संस्थानों के साथ भागीदारी एवं नेटवर्किंग।
- एच. आई. वी./एडस से संबंधित अनुसंधान में क्षमता निर्माण को सहायता देना।
- देश में एच. आई. वी./एडस के बारे में सभी संगत संसाधनों, अनुसंधान दस्तावेजों तथा डाटा बेस के केन्द्रीय संग्रह के रूप में कार्य करना।
- अनुसंधान आउटपुटों को कार्यक्रम कार्रवाई तथा नीति प्रतिपादन में रूपांतरित करने को सुनिश्चित करना।

अनुसंधान प्रभाग के मुख्य क्रियाकलाप निम्नलिखित हैं :

1. एच. आई. वी./एडस में मूल्यांकन तथा प्रचालन अनुसंधान तथा अनुसंधान प्रोटोकॉलों के विकास के लिए प्राथमिकता वाले क्षेत्रों को निर्धारित करना।
2. अनुसंधान प्रस्तावों को प्रोत्साहित करना, उनको प्रोसेस करना तथा अनुमोदित करना।
3. अनुसंधान और विकास संबंधी तकनीकी संसाधन समूह तथा नाको आचार शास्त्र समीति के क्रियाकलापों को समन्वित करना।
4. एच. आई. वी./एडस अनुसंधान आउटकम का प्रसार करना।
5. एच. आई. वी./एडस अनुसंधान के लिए भारतीय संस्थान के नेटवर्क के क्रियाकलापों का समन्वय करना।
6. एच. आई. वी./एडस अनुसंधान में आचार शास्त्र तथा प्रचालन अनुसंधान में क्षमता निर्माण संबंधी पहले।
7. एम. डी./एम. फील/पी. एच. डी. छात्रों के लिए नाको अनुसंधान फेलोशिप योजना।

वर्ष 2012-13 के दौरान किए गए प्रमुख क्रियाकलाप

1. टी. आर. जी. – आर. एवं डी की वर्ष 2012-13 में दो बार बैठक हुई। इन बैठकों में स्वास्थ्य मंत्रालय की स्क्रीमिंग समिति, आई. सी. एम. आर. द्वारा भेजे गए भारत-वेदेशी अनुसंधान प्रस्तावों सहित 38 अनुसंधान प्रस्तावों पर चर्चा की गई। वर्ष 2012-13 में आयोजित बैठकों के माध्यम से टी. आर. जी. – आर. डी. द्वारा निम्नलिखित नाको सहायता प्राप्त अनुसंधान प्रस्तावों की सिफारिश की गई।
- एच. आई. वी. रोकथाम को नाको ए. आर. टी. क्लीनिकों में एच. आई. वी देखभाल से जुरना।

- उच्च जोखिम समूहों तथा ब्रिज आबादी में एकीकृत जैव-व्यवहार निगरानी।
- एच. आई. वी. निगरानी के लिए पी. पी. टी. सी. टी. के आंकड़े के उपयोगिता।
- नागपुर, जिला महाराष्ट्र में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्रों में आने वाले उच्च जोखिम समूहों को बेहतर स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं तथा राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम के अंतर्गत कार्यात्मक समाभिरूपता : एक संभावना का पता लगाने संबंधी अध्ययन।
- बड़ोदरा जिला, गुजरात में सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधा केन्द्रों में आने वाले प्रजनन आयु समूह के व्यक्तियों के लिए बेहतर स्वास्थ्य देखभाल हेतु प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य तथा राष्ट्रीय एडस कार्यक्रम के बीच कार्यात्मक समाभिरूपता : एक संभावना का पता लगाने संबंधी अध्ययन।
- तमिलनाडु, भारत के चुनिंदा जिलों में प्रसव पूर्व क्लीनिकों में आने वाली गर्भवती महिलाओं में सिफलिंस मामले का पता लगाने और उपचार करने के लिए देखभाल जांच के केन्द्र तथा मल्टीसेंटर कलस्टर रेंडोमाइज्ड परीक्षण जिसमें त्वरित प्लाजमा रियागिन की तुलना की जाती है, 2012-13
- हैदराबाद, आंध्र प्रदेश में सरकारी तृतीयक स्तरीय देखभाल अस्पताल के प्रसव कक्ष में भर्ती की गई महिलाओं में सिफलिस सीरों-पॉजिटिवीटी पर एक अध्ययन।

2. नाको अनुसंधान फलोशिप योजना

नाको अनुसंधान फलोशिप योजना की संकल्पना एच. आई. वी./एडस अनुसंधान करने के लिए देश में युवा अनुसंधानकर्ताओं के क्षमता निर्माण को सुगम बनाने तथा नीति एवं कार्यक्रम को प्रभावित करने के लिए अनुसंधान निष्कर्षों की सूचना देने के उद्देश्य से की गई थी। नाको अनुसंधान फेलोशिप अनुसंधान करने के लिए वित्तीय सहायता के रूप में अवसर प्रदान करेगा जिसके परिणामस्वरूप अंततः अनुभवी शिक्षा विदों तथा अनुसंधानकर्ताओं के अधिन एम. फील/एम. डी./पी. एच. डी. डिग्रियां प्राप्त होगी। ये फेलोशिप एच. आई. वी./एडस के क्षेत्र में गुणवत्ता युक्त एवं आवश्यकता आधारित अनुसंधान करने के लिए उनके लिए प्रोत्साहन का काम करेंगे। नाको अनुसंधान फेलोशिप योजना के चौथे दौर के लिए प्राप्त आवेदनों पर कार्रवाई की जा रही है।

3. एच. आई. वी./एडस में प्रचालन अनुसंधान पर क्षमता निर्माण

- (क) एस. टी. आई./आर. टी. आई. के प्रबंधन पर प्रचालन अनुसंधान के लिए क्षमता निर्माण कार्यशाला सी. डी. सी. की सहायता से राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली में 9-13 जुलाई, 2012 को आयोजित की गई। सात क्षेत्रीय एस. टी. आई. प्रशिक्षण केन्द्रों तथा राष्ट्रीय संस्थानों के कुल 46 प्रतिभागियों ने इस कार्यशाला में भाग लिया। कार्यशाला में दोपहर से पहले परस्पर सत्र की अनोखी नीति तथा दोपहर



► एस. टी. आई./आर. टी. आई. के प्रबंधन के लिए प्रचाल अनुसंधान पर समीक्षा बैठक – सह – क्षमता निर्माण कार्यशाला, नई दिल्ली में राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान में 9–13 जुलाई, 2012

के बादे के सत्रों में परामर्शदाताओं के मार्गदर्शन के अंतर्गत अनुसंधान प्रोटोकॉल तैयार करने की नीति अपनाई गई। एस. टी. आई./आर. टी. आई. में चार प्रमुख प्राथमिकता वाले अनुसंधान क्षेत्रों पर आधारित 6 अनुसंधान प्रस्तावों को इस कार्यशाला के जरिए तैयार किया गया जिनपर अनुसंधान एवं विकास के बारे में टी. आर. जी. के जरिए कार्रवाई की गई है।

(ख) बुनियादी सेवाओं पर प्रचालन अनुसंधान के लिए क्षमता निर्माण कार्यशाला विश्व स्वास्थ्य संगठन की सहायता से लाला राम स्वरूप क्षय रोग एवं श्वसन रोग संस्थान में ओयोजित की गई। विभिन्न अनुसंधान संस्थानों, मेडिकल कॉलेजों, उत्कृष्टता वाले केन्द्रों और राज्य एडस नियंत्रण सोसाइटियों के कुल 31 प्रतिभागियों ने इस कार्यशाला में भाग लिया। 8 जाने-माने परामर्शदाताओं तथा 8 संसाधन व्यक्तियों ने इस कार्यशाला के जरिए प्रतिभागियों का मार्गदर्शन किया। आई. सी. टी. सी., पी. पी. टी. सी. टी., परामर्श एवं एच. आई. वी. – क्षय रोग के अंतर्गत प्राथमिकता वाले अनुसंधान क्षेत्रों पर आधारित 7 प्रारूप अनुसंधान प्रस्ताव इस कार्यशाला के जरिए तैयार किए गए जिनपर अनुसंधान एवं विकास संबंधी टी. आर. जी. के जरिए कार्रवाई की जाएगी।

(ग) एच. आई. वी./एडस अनुसंधान में आचार शास्त्र के बारे में क्षमता निर्माण कार्यशाला में क्रम में चौथा, यूनिसेफ तथा श्रीमत शंकर देव यूनिवर्सिटी ऑफ हेल्थ साइन्सेस, असम की सहायता से 26–28 जुलाई 2012 को पूर्वांतर क्षेत्र के लिए एन. ई. आर. सी., गोवाहाटी में ओयोजित की गई। एन. आई. आई. एच. आर. निटवर्क के संस्थानों, एस. ए. सी. एस., अनुसंधान संस्थानों और पूर्वांतर क्षेत्र

के विभिन्न मेडिकल कॉलेजों के कुल 32 प्रतिभागियों ने इस कार्यशाला में भाग लिया। एच. आई. वी./एडस अनुसंधान में विभिन्न आचार शास्त्र संबंधी मुददों में युवाकर्ताओं को सुग्राही बनाने के लिए एक अनोखी मामला अध्ययन नीति अपनाई गई है।

4. एच. आई. वी./एडस अनुसंधान – वैशिक एवं भारती परिप्रेक्ष्यों में प्रगति एवं प्राथमिकताओं पर एक सत्र सचिव एवं महानिदेशक, नाको तथा अपर सचिव की मौजूदगी में नाको, नई दिल्ली में 15 मई, 2012 को आयोजित किया गया। राष्ट्रीय एडस अनुसंधान संस्थान, यू. एन. ए. आई. डी. एस. तथा नाको के विशेषज्ञों ने इस महत्वपूर्ण चर्चा में भाग लिया।
5. नाको ने 13–14 अगस्त 2012 को नई दिल्ली में 'निवरक एच. आई. वी. वैक्सीन हेतु अनुसंधान के बारे में भारत के रिस्पान्स को तेज करना' के बारे में अंतर्राष्ट्रीय संगोष्ठी आयोजित करने में जैव प्रौद्योगिकी विभाग, स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग, एच. आई. वी./एडस के संबंध में सांसदों का फारम तथा ए. आई. वी. आई. के साथ सहयोग किया।

विश्लेषण और अनुसंधान योजना

एन. ए. सी. पी. – 3 के अंतर्गत अगरानी, मॉनिटरिंग एवं मूल्यांकन तथा अनुसंधान के जरिए कई सूचकों के बारे में मल्टीपल रिपोर्टिंग फॉर्मेटों के जरिए संग्रह किए गए आंकड़ों की बहुत बड़ी मात्रा से आंकड़ा सृजन करने हेतु व्यापक प्रणालियां हैं। मुख्य रूप से ध्यान आंकड़ा के सृजन तथा रिपोर्टिंग पर ध्यान दिया गया। विश्लेषण प्रमुख कार्यक्रम सूचकों तथा अनिवार्य अपेक्षाओं तक सीमित था। व्यापक एवं वैज्ञानिक आंकड़ा विश्लेषण तथा सिंथेसिस पर जोर बहुत कम था।

साक्ष्य और अनुसंधान के संबंध में कार्यक्रम की आवश्यकताओं को पूरा करने तथा उपलब्ध आंकड़े का अधिकतम उपयोग करने के लिए विश्लेषणात्मक आवश्यकताओं तथा अनुसंधान प्राथमिकताओं की पहचान करने तथा तदनुसार विश्लेषणात्मक कार्य / अनुसंधान शुरू करने हेतु एक सुगठित विश्लेषण और अनुसंधान योजना तैयार की गई है। नाको, एस. ए. सी. एस. में कार्यक्रम प्रबंधकों तथा विकास सहभागियों को शामिल करते हुए कार्यक्रम में मौजूदा सूचना अंतरालों तथा साक्ष्य अपेक्षाओं का मूल्यांकन करने के लिए एक विस्तृत क्रियाकलाप किया गया तथा विश्लेषण और अनुसंधान के लिए क्षेत्रों की प्राथमिकता तय की गई है। विश्लेषण और अनुसंधान कार्य करने के लिए जानपदिक रोग विज्ञानियों, जैव सांख्यिकीय विदें मॉनिटरिंग एवं मूल्यांकन, मॉडलिंग एवं सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों/संस्थानों का एक पैनल निर्धारित किया गया है।

विश्लेषण योजना के उद्देश्य

- (क) विषयों/थिमैटिक क्षेत्रों की पहचान करना जिनका उपलब्ध सूचना (कार्यक्रम आंकड़ा) का विश्लेषण करके अध्ययन किया जा सकता है।
- (ख) विश्लेषण के लिए महत्वपूर्ण प्रश्नों तथा उपयुक्त क्रिया विधि/टूल की पहचान करके विश्लेषण का ढांचा तैयार करना।
- (ग) संस्थानों, कार्यक्रम यूनिटों और परामर्शदाताओं के रूप में वरिष्ठ विशेषज्ञों को शामिल करते हुए सहमत हुई समय सीमा के अनुसार सहयोगी नीति के जरिए विश्लेषण शुरू करना।
- (घ) समय समय पर कार्यक्रम के उपयोग के लिए विश्लेषणात्मक परिणामों को समेकित करना, उनपर चर्चा करना तथा उनका प्रसार करना।
- (ङ) शोध पत्रों/लेखों/रिपोर्टों/ब्रिफों आदि के रूप में कार्यक्रम के भीतर वैज्ञानिक लेख को बढ़ावा देना।

अनुसंधान योजना के उद्देश्य

- (क) कार्यक्रम में सूचना अंतरालों तथा अनुसंधान आवश्यकताओं की पहचान करना जिसके लिए नये साक्ष्य सृजित करने हेतु अनुसंधान की आवश्यकता हो।
- (ख) कार्यक्रम प्रभागों, सहभागियों तथा तकनीकी विशेषज्ञों के

परामर्श से अनुसंधान प्राथमिकताएं तैयार करना और उनका अंतिम रूप देना।

- (ग) निर्धारित संस्थानों/संगठनों के माध्यम से जानपदिक रोग विज्ञानीय, सामाजिक – व्यवहार संबंधी, प्रचालन संबंधी, जैव चिकित्सा अनुसंधान शुरू करना।
- (घ) समय समय पर कार्यक्रम के उपयोग के लिए अनुसंधान परिणामों को समेकित करना और उनका प्रसार करना।
- (ङ.) शोध पत्रों/लेखों/रिपोर्टों/ब्रिफों आदि के रूप में वैज्ञानिक प्रकाशन को बढ़ावा देना।

अगले छ: महीने के भीतर निर्धारित प्राथमिकता वाले क्षेत्रों के बारे में विश्लेषण शुरू किया जाएगा तथा विश्लेषण उत्त्वादों अर्थात् वैज्ञानिक शोध प्रत्र जर्नल लेखों, रिपोर्टों, नीतिगत ब्रिफों आदि को तैयार किया जाएगा जिनको राष्ट्रीय एवं राज्य स्तरों पर व्यापक उपयोग के लिए प्रकाशित एवं प्रसारित किया जा सकता है। इसीप्रकार अनुसंधान प्राथमिकताओं को जानपदिक रोग विज्ञानीय अध्ययनों, सामाजिक – व्यवहार संबंधी अध्ययनों, जैव चिकित्सा / नैदानिक अनुसंधान, प्रचालन अनुसंधान तथा विशेष अध्ययनों के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है। उनको प्रस्तावों के मांग के बाद प्रतिष्ठित संस्थानों के जरिए शुरू किया जाएगा।

वर्ष 2012-13 के दोरान प्रकाशन

1. एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी 2000–2011 – एक तकनीकी ब्रिफ।
2. भारत एच. आई. वी. अनुमान पर तकनीकी रिपोर्ट, 2012
3. एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी 2012–13 : ए. एन. सी. प्रहरी स्थलों के लिए प्रचालन मैनुअल।
4. एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी 2012–13 : ए. एन. सी. प्रहरी स्थल कार्मिकों का प्रशिक्षण – प्रशिक्षुओं का मैनुअल।
5. एच. आई. वी. प्रहरी निगरानी 2012–13 : ए. एन. सी. प्रहरी स्थलों के लिए वालचार्ट।
6. डाटा ट्रायऐंगुलेशन का प्रयोग करते हुए जिला जानपदिक रोग विज्ञानीय प्रोफाइलिंग : जिला तथ्य पत्र (खंड – 1), मध्य प्रदेश, पंजाब, उत्तराखण्ड एवं राजस्थान के लिए।
7. एस. आई. एम. एस. वालचार्ट।
8. राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम : राज्य तथ्य पत्र (दिसंबर 2012)

परिणाम कार्यदांचा दस्तावेज

वि

भाग का परिणाम कार्यदांचा दस्तावेज (आरएफडी) मूल्यांकन एवं अनुश्रवण दोनों के लिए एक प्रणाली है जो विभागीय कार्यनिष्पादन का व्यापक राय लेता है तथा ‘प्रबंधकीय’ कार्यनिष्पादन पर ध्यान केंद्रित करता है और कार्यनिष्पादन का एकीकृत एवं एकल राय प्रदान करता है।

आरएफडी में तीन बुनियादी प्रश्नों को उत्तर दिए गए हैं। वर्ष के लिए विभाग के मुख्य उद्देश्य क्या हैं? इन उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए कौन सी कार्रवाईयों प्रस्तावित हैं? इन कार्रवाईयों को कार्यान्वित करने में प्रगति का निर्धारण कैसे किया जाता है?

डॉ. एस. वेंकटेश को एड्स नियंत्रण विभाग के लिए आरएफडी हेतु विभागीय समन्वयकर्ता के रूप में नामंकित किया गया है। विभाग समयबद्ध तरीके से आरएफडी तैयार करता रहा है तथा मंत्रिमंडल सचिवालय के कार्यनिष्पादन प्रबंधन प्रभाग (पीएमडी) को प्रस्तुत कर रहा है।

एड्स नियंत्रण विभाग को वर्ष 2009–10 के लिए 92.89 प्रतिशत एवं 2011–12 के लिए 91.27 प्रतिशत के समग्र अंक की उपलब्धि से आरएफडी में “उत्कृष्ट” की रेटिंग मिली है। आरएफडी 2011–12 के लिए विभाग ने “बहुत अच्छा” रेटिंग से 87.22 प्रतिशत का अंक प्राप्त किया है।

वर्ष 2012–13 के दौरान विभाग ने आईएसओ 9001 प्रमाणन के कार्यान्वयन के लिए एक कार्य योजना तैयार की है। विभाग द्वारा प्रस्तुत आरएफडी 2011–12 में की गई प्रतिबद्धता के संबंध में की गई कार्रवाई रिपोर्ट प्रधानमंत्री कार्यालय द्वारा प्रकाशित “लोगों के लिए रिपोर्ट” का हिस्सा है। एड्स नियंत्रण विभाग के नागरिक चार्टर को मंत्रिमंडल सचिवालय के कार्य निष्पादन प्रबंधन प्रभाग द्वारा प्रकाशित कार्यान्वयन में शामिल किया गया है।

एड्स नियंत्रण के अधिकारियों ने भारतीय विदेशी व्यापार संस्थान, नई दिल्ली में कार्यनिष्पादन प्रबंधन प्रभाग द्वारा आयोजित निम्नलिखित कार्यशालाओं में भाग लिया।

- भारतीय गुणवत्ता परिषद के साथ मिलकर दिनांक 4 दिसंबर, 2012 को आईएसओ:9001 का कार्यान्वयन शुरू करके विभाग का मार्गदर्शन करने हेतु क्षमता निर्माण
- दिनांक 13 फरवरी, 2013 को आईएसओ : 9001 का कार्यान्वयन

आरएफडी 2012–13 को 22 मार्च, 2012 को तदर्थ कार्यबद्ध की बैठक में अंतिम रूप दिया गया जिसे बाद में मंत्रिमंडल सचिव की अध्यक्षता में उच्च अधिकार समिति द्वारा अनुमोदित की गई। विभाग ने 29 अक्टूबर, 2012 को विभाग की मध्यावधि उपलब्धि को प्रस्तुत किया है। आरएफडी 2012–13 के लक्ष्य के मुकाबले उपलब्धियों की मानीटरिंग विभाग में मासिक आधार पर की जा रही है।

वित्तीय प्रबंधन

वि

त्तीय प्रबंधन एनएसीपी-IV (2012-17) कार्यक्रम ढांचे के अंतर्गत एक महत्वपूर्ण एवं अभिन्न घटक है। वित्तीय प्रबंधन में वार्षिक योजनाओं एवं बजटों के अनुमोदन एवं समीक्षा, निधि प्रवाह तंत्रों, वित्तीय शक्तियों का प्रत्यायोजन, लेखा एवं आंतरिक नियंत्रण प्रणाली के संबंध में कार्यवाई की जाती है ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि निधियों का प्रभावी ढंग से कार्यक्रम के उद्देश्यों के लिए उपयोग किया है। इसमें आयोजना, बजटिंग, लेखा, संवितरण, प्राप्त, वित्तीय रिपोर्टिंग, आंतरिक, बाह्य लेखा, परीक्षा सहित आंतरिक नियंत्रण, कार्यक्रम अद्यतनों और संवितरण अनुरोधों को प्रस्तुत करना, तथा संसाधनों का प्रभावी एवं सक्षम रूप से प्रबंधन करने को एक साथ लाया जाता है। वित्तीय प्रक्रिया में कार्यक्रम एवं प्रबंधन उपयोग के लिए वित्तीय विश्लेषण तथा सभी स्टेकहोल्डरों के लिए रिपोर्टिंग दायित्वों को पूरा करने तथा सही समय पर सूचना प्रस्तुत करने पर जोर दिया जाता है जो बेहतर निर्णय, देरी एवं बाधाओं को कम करने के लिए आधार है। न्यासी अपेक्षाओं को सभी स्तरों पर प्रभावी लेखा परीक्षा तंत्रों की रूप रेखा बनाकर तथा इनको कार्यान्वित करके पूरा किया जाता है। यह समुचित आश्वासन देता है कि (i) प्रचालन प्रभावी एवं कारगर ढंग से तथा एनएसीपी के वित्तीय मानदंडों के अनुसार किए जा रहे हैं; (ii) वित्तीय एवं प्रचालन रिपोर्टिंग भरोसेमंद हैं; (iii) कानूनों वं विनियमों का अनुपालन किया जा रहा है; और (iv) परिसंपत्तियों एवं रिकार्डों का रख-रखाव किया जा रहा है।

एनएसीपी-4 के दौरान ध्यान दिए जाने वाले क्षेत्रों में वित्तीय शक्तियों का प्रत्यायोजन, परिसंपत्ति प्रबंधन, लेखा परीक्षा ढांचा, एनजीओ वित्तपोषण एवं लेखा, अग्रिमों का समय पर समाधान, अंतर यूनिट अंतरणों, कम्प्यूटराइज्ड परियोजना वित्तीय प्रबंधन प्रणाली, वित्तीय प्रबंधन के लिए मानव संसाधन शामिल होंगे।

वित्त प्रभाग के प्रमुख कार्य एवं जिम्मेदारियाँ

- ईएफसी ज्ञापन एवं मंत्रिमंडल नोट तैयार करना एवं उनका परिचालन
- व्यय संबंधी सभी मामलों पर वित्तीय सलाह देना और प्रस्तावों को कार्यक्रम प्रभागों से एकीकृत वित्त प्रभाग (आईएफडी) को सहमति के लिए भेजना
- स्वीकृत अनुदान के मुकाबले व्यय की प्रगति अनुश्रवण एवं समीक्षा मासिक एवं तिमाही आधार पर करना, मितव्ययिता / व्यय को युक्तिसंगत बनाने के बारे में व्यय विभाग जारी द्वारा अनुदेशों का अनुपालन सुनिश्चित करना।
- वित्तीय / लोक लेखा समिति एवं लेखा परीक्षा (ऑडिट) पैरा पर संसदीय स्थायी समिति द्वारा उठाए गए मुददों पर सूचना / उत्तर देना
- बजट तैयार करना तथा अनुदान के संबंध में संबंधित कार्य करना
- वित्त मंत्रालय के परिणामी बजट तथा अनुदानों के लिए विस्तृत मांग का समन्वय एवं समेकन

प्रमुख कार्य

- बजटिंग
 - अनुदान की मांगों को तैयार करना
 - कार्यक्रम प्रभागों के परामर्श से बजट अनुमान / संशोधित अनुमान तैयार करना
 - योजना आबंटन को अंतिम रूप देने के लिए योजना आयोग के साथ पत्राचार
- लेखा कार्य
 - वार्षिक कार्य योजना तैयार करना
 - अनुमोदन पर विचार करना एवं अनुमोदन देना
 - राज्य एडस नियंत्रण विभाग, एनजीओ, परामर्शदायी एजेंसियों, केन्द्रीय संस्थानों को रिलीज
 - नाको एवं एसएसीएस का व्यय लेखाकरण

- व्यय विवरण (एसओई) के साथ लेखा परीक्षित लेखाओं का मिलान और उपयोग प्रमाण पत्रों की मानीटरिंग / जांच / स्वीकृति
- व्यय प्रबंधन, लक्ष्य, अग्रिमों के समाधान के बारे में एसएसीएस को सहायता करने तथा वित्तीय प्रबंधन की निगरानी
- ईओआई, आरएफपी तथा संविदाओं आदि की जांच
- वित्तपोषण एजेंसियों को प्रतिपूर्ति दावा प्रस्तुत करना
- लेखा परीक्षा कार्य
 - एसएसीएस की सांविधिक एवं आंतरिक लेखा परीक्षा के लिए समन्वय
 - मंत्रालय, दाता एजेंसियों आदि को लेखा परीक्षा रिपोर्ट प्रस्तुत करना
 - नाको स्तर पर लेखा परीक्षा को सुगम करना
- आंतरिक वित्तीय सलाहकारी कार्य
 - बिलों की आरंभिक जांच
 - आंतरिक मामलों पर सलाह
 - वार्ता बैंकों में प्रतिनिधित्व करना
- दाता समन्वय
 - यूएसएआईडी, सीडीसी, यूएनएडस, बीएमजीएफ आदि जैसे बाह्य बजट दाताओं के साथ
 - राज्य समन्वय समितियों के साथ
- समीक्षा बैठकों को बुलाना
 - एसएसीएस वित्तीय प्रबंधन पर पीडी समीक्षा
 - तकनीकी सहायता यूनिट
- वित्तीय मामलों पर एमआईएस रिपोर्टिंग
 - योजना प्रयोजन के लिए सचिव एवं कार्यक्रम अधिकारियों को
 - रिपोर्टिंग प्रयोजन के लिए दाताओं एवं मंत्रालयों को
 - कमजोर राज्यों को सहायता
- सीपीएफएमएस को वित्तीय सहायता
 - कमजोर राज्यों को सहायता
 - आवधिक अद्यतन
- प्रतिपूर्ति के लिए दावों को प्रस्तुत करना
 - वित्तीय प्रबंधन रिपोर्ट एवं अंतरिम बिना लेखा परीक्षित वित्तीय रिपोर्ट तैयार करना
 - सहायता लेखाओं तथा लेखा परीक्षा नियंत्रक के माध्यम

- से विश्व बैंक
- ग्लोबल फंड को प्रगति अद्यतन तथा संवितरण दावों को प्रस्तुत करना
- ग्लोबल फंड के लिए प्रस्तावों को तैयार करने तथा वैश्विक निधि के साथ बातचीत में कार्यक्रम प्रभग को सहायता करना।

एनएसीपी-III (2007-12) में निधियों का उपयोग

एनएसीपी-III (2007-12) को व्यापक कार्यकलापों को कार्यान्वित करने के लिए 11,585 करोड़ रुपए की राशि के साथ अनुमोदित किया गया था जिनमें से 8,023 करोड़ रुपए को सरकारी बजट सहायता के जरिए प्रदान किया जाना था तथा ई बैलेंस बाह्य वित्तपोषण था। एनएसीपी-III के लिए निर्धारित संसाधन समूह में विकास सहभागियों से बाह्य वित्तपोषण (बजटीय एवं बाह्य बजटीय सहायता दोनों), द्विपक्षीय एवं बहुपक्षीय एजेंसियों तथा संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों से वित्तपोषण शामिल इन बाह्य बजटीय संसाधनों से भारत सरकार द्वारा घरेलू अंशदान को सम्पूरित किया। एनएसीपी-III अवधि के दौरान, 6237.48 करोड़ रुपए का व्यय बजटीय स्रोतों के जरिए हुआ। तालिका 18.1 में एनएसीपी-III में हुए वर्ष-वार वास्तविक व्यय को दर्शाया गया है।

इसके अतिरिक्त, विकास सहभागियों ने बाह्य बजटीय सहायता के भाग के रूप में प्रत्यक्ष कार्यान्वयन के जरिए लगभग 2671.84 करोड़ रुपए व्यय किए थे जो भारत की समेकित निधि से नहीं आये थे।

राज्य ढांचे के जरिए उपयोग

यह कार्यक्रम सभी राज्यों एवं संघ राज्य क्षेत्रों में राज्य एडस नियंत्रण सोसायटियों के माध्यम से कार्यान्वित किया जाता है। राज्यों के लिए अनुमोदित योजनाओं में काफी वृद्धि हुई है क्योंकि योजनाबद्ध कार्यकलापों स्तर बढ़ा है और स्थिर हुआ। संसाधन सहायता के स्तरोन्नयन का ग्राफ में प्रस्तुति चित्र 18.1 में दर्शाया गया है।

इसके अतिरिक्त, वित्तीय संसाधन प्रदान करने के लिए सामग्रीगत एवं उपकरण संबंधी सहायता केन्द्रीय प्रापण विधि को अपनाकर नाको द्वारा सुगम बनाया गया है।

तालिका 18.1 : एनएसीपी III के दौरान हुए वर्ष-वार व्यय

स्रोत	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	कुल
घरेलू बजट सहायता	287.38	188.00	200.75	303.22	136.27	1,115.62
पूल निधि (डब्ल्यूबी+डीएफआईडी)	500.62	506.99	445.94	588.92	536.89	2,579.36
ग्लोबल फंड	377.49	480.99	404.02	522.32	616.42	2,401.24
यूएसएआईडी	23.22	26.25	24.97	33.89	11.52	119.85
यूएनडीपी	3.83	2.68	7.11	3.93	3.86	21.41
कुल	1,192.54	1,204.91	1,082.79	1,452.28	1,304.96	6,237.48

राष्ट्रीय एडस नियंत्रण कार्यक्रम-IV (2012-17)

एनएसीपी चरण IV (2012-17) को सरकारी विभागों, विकास सहभागियों, गैर सरकारी संगठनों, विधि सोसायटियों, एचआईवी/एडस से पीडित व्यक्तियों के प्रतिनिधियों, पॉजीटिव नेटवर्कों तथा विभिन्न विषयों के विशेषज्ञों सहित कई सहभागियों के साथ व्यापक परामर्श के बाद तैयार किया गया है। यह परामर्श 35 कार्य समूहों, उप समूहों और राष्ट्रीय एवं क्षेत्रीय परामर्शदात्री बैठकों जिनमें 1000 से अधिक प्रतिभागी थे, के साथ वर्ष 2011 में छह महीने से अधिक समयावधि में किया गया। एनएसीपी IV की अनुमानित लागत 15,815 करोड़ रुपए प्रस्तावित किया गया है।

एनएसीपी IV के बजट अनुमान एनएसीपी IV के लिए अनुमति लक्ष्यों के आधार पर और अगले पांच वर्षों के लिए समुचित रूप से समायोजित मौजूदा लागत मानदेयों का प्रयोग करते हुए तैयार किया गया है। एनएसीपी IV के लिए प्रस्तावित बजट 15,724 करोड़ रुपए है जिसमें सरकारी बजटीय सहायता, विश्व बैंक एवं ग्लोबल, से बाह्य रूप से प्राप्त सहायता तथा अन्य विकास सहभागियों से बाह्य बजटीय सहायता शामिल है।

वित्तीय प्रणालियों को सुदृढ़ करने तथा एस.ए.सी.

एस. के लिए के लिए वार्षिक कार्य योजना तैयार करने एनएसीपी-III के दौरान की गई पहलें

बेहतर अनुमोदन प्रणालियां

- वार्षिक कार्य योजना विकास प्रक्रिया :** दिशानिर्देश तैयार किए गए हैं और सभी राज्य एडस नियंत्रण विभाग के परियोजन निदेशकों को परिचालित किए गए हैं जिनमें कार्य योजना में ध्यान दिए जाने वाले महत्वपूर्ण क्षेत्रों को उजागर किया गया है। नाकों के अधिकारियों के दलों ने

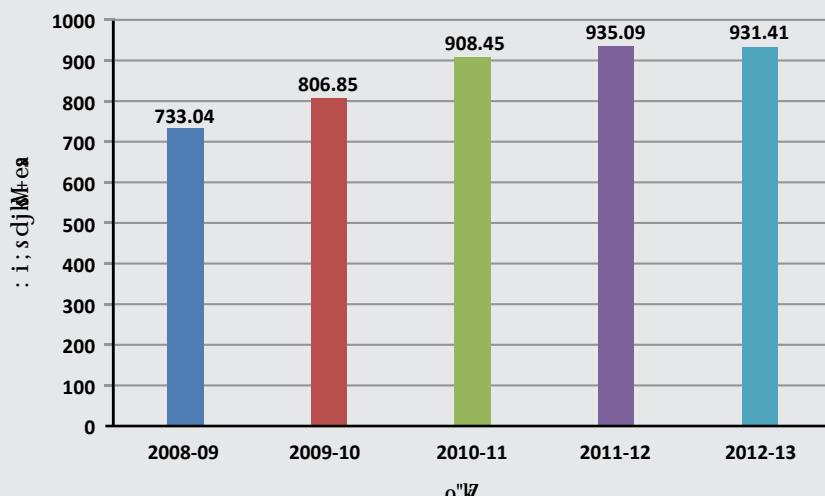
वर्ष 2013-14 की राज्य वार्षिक कार्य योजनाओं को तैयार करने के कार्य को सुगम बनाने तथा बाधाओं को दूर करने के लिए विभिन्न राज्य एडस नियंत्रण विभाग का दौरा किया। इसके बाद, वर्ष 2013-14 के लिए वार्षिक कार्य योजना पर चर्चा करने तथा इसको अंतिम रूप देने के लिए फरवरी-मार्च 2013 के दौरान परियोजना निदेशकों सहित एसएसीएस के अधिकारियों के साथ नाकों में बैठक की गई।

- पिछले वित्तीय वर्ष की समाप्ति से पहले प्रशासनिक अनुमोदन देने के लिए पिछले चार वर्षों में कार्यवाई की गई है ताकि राज्य कार्यकलापों की समुचित योजना बना सकें और कार्यान्वयन अवधि के प्रारम्भ से ही कार्यान्वित कर सकें। यह समय सीमा का अनुपालन करते हुए कार्यकलापों की आयोजना एवं कार्यान्वयन में काफी सहायक रहा है।
- परिधीय यूनिटों तक नकद प्रवाह की घनिष्ठ मानीटरिंग करते हुए चरणों में राशि जारी करने के लिए प्रणालियां स्थापित की गई हैं ताकि राज्यों को किसी भी समय संसाधनों की कमी न हो। इसकी मानीटरिंग किसी भी समय संसाधन स्थिति का अनलाइन प्रणालियों के माध्यम से की जाती है।

बेहतर मानीटरिंग प्रणालियां

- बेहतर वित्तीय प्रबंधन हेतु कम्प्यूटरीकृत परियोजना वित्तीय प्रबंधन प्रणाली तेयार की गई है एवं कार्यान्वित की गई है। यह प्रणाली व्यय प्रबंधन का ट्रैक रखने, वित्तीय आंकड़े प्राप्त करने एवं अग्रिम राशि के उपयोग एवं मानीटरिंग के लिए सभी राज्य एडस नियंत्रण सोसायटियों में कार्य कर रही है। वित्तीय आंकड़ों के आनलाइन अंतरण के लिए एनआईसी की तकनीकी सहायता से वीपीएन के जरिए राज्यों को नाकों में केन्द्रीय स्तर से जोड़ा जा रहा है।

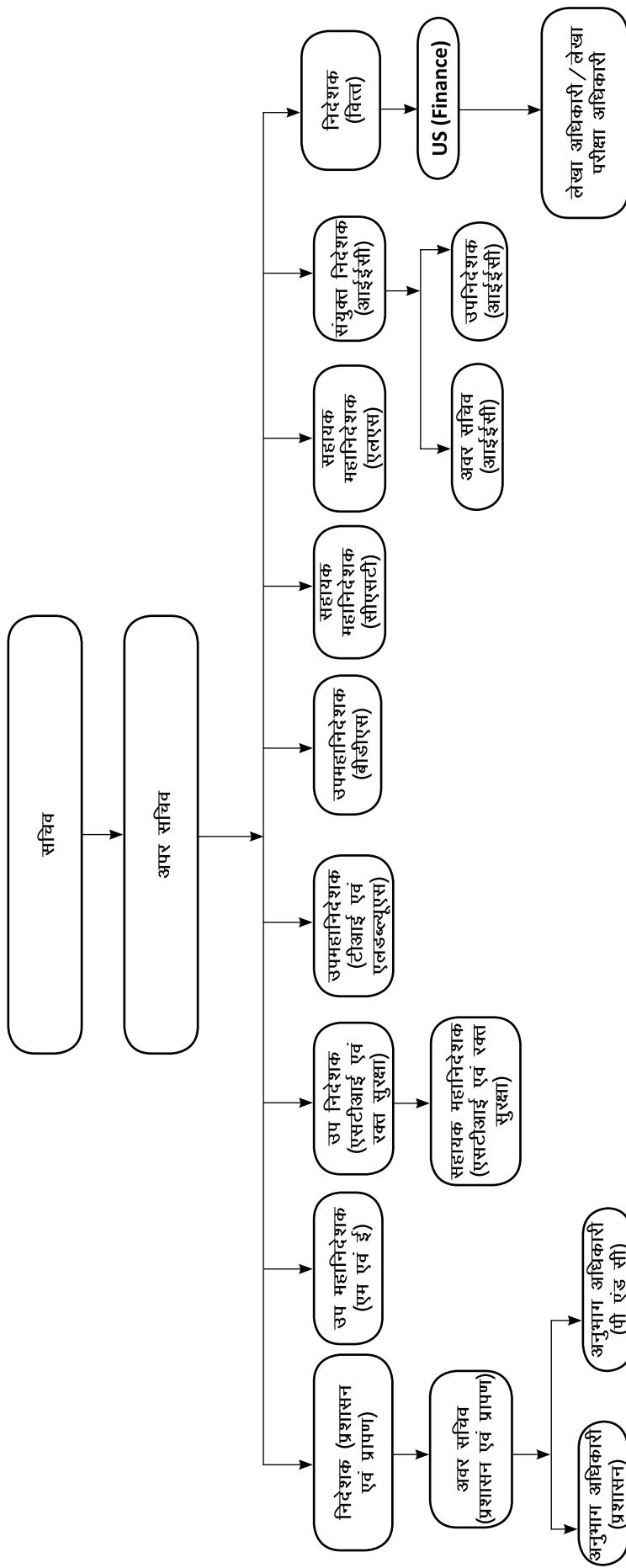
चार्ट 18.1: वर्ष 2008-09 से 2012-13 तक राज्य ढांचे के जरिए संसाधन आवंटन में वृद्धि



- राज्यों को निधियों के अंतरण में देरी से बचने के लिए ई—अंतरण सुविधा कार्यान्वित की गई है। यह सभी राज्यों में अब स्थापित कर ली गई है और राज्य से जिला को और परिधीय यूनिट स्तर पर अन्य कार्यान्वयन एजेंसियों को राशि के आगे अंतरण हेतु उपाय किए गए हैं।
- जिला एवं परिधीय यूनिटों में स्टाफ को वेतन के भुगतान को पूरी तरह ई—अंतरण के जरिए किया जा रहा है तथा इसने कार्यान्वयन एजेंसियों में निधियों के संचयन को कम किया है और इस प्रकार अग्रिमों को कम किया है।
- मंजूरी आदेशों एवं मार्गनिर्देशों, अनुदेशों की प्रति को नाको की वेबसाइट पर डाला गया है एवं इसे समय—समय पर अद्यतन किया गया है ताकि सूचना का व्यापक प्रसार सुनिश्चित को सके।
- **परियोजना निदेशक समीक्षा बैठक:** राज्यों में कार्यक्रम कार्यान्वयन के विभिन्न घटकों की समीक्षा नाको में 3—5 अक्टूबर, 2012 को एड्स नियंत्रण के विभाग के सचिव द्वारा सभी राज्य एड्स नियंत्रण विभाग के निदेशकों के साथ की गई।

अनुलेखनक-१

दिनांक 31.1.2013 की स्थिति के अनुसार इस नियंत्रण विभाग का संगठनात्मक चार्ट



नोट : ये इस नियंत्रण विभाग के लिए स्थीकृत नियमित पद हैं

अनुलेनक-2

राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी/म्यूनिसिपल एड्स नियंत्रण सोसायटी का संपर्क विवरण

आंध्र प्रदेश एड्स नियंत्रण सोसायटी, मेडिकल तथा स्वास्थ्य सेवा निदेशालय सुल्तान बाजार, हैदराबाद-500059	अंडमान निकोबार एड्स नियंत्रण सोसायटी, जीबी पंत हॉस्पिटल भवन पोर्ट ब्लेयर-744104	अरुणाचल प्रदेश एड्स नियंत्रण सोसायटी, स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, नेहरलागन, पिन-791110, अरुणाचल प्रदेश
असम एड्स नियंत्रण सोसायटी, खानापरा, गुवाहाटी-781022, असम	अहमदाबाद नगर निगम एड्स नियंत्रण सोसायटी, पुराना निगम डिस्पेंसरी, सीजी रोड, अहमदाबाद-380006, गुजरात	बिहार राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, स्वास्थ्य तथा परिवार कल्याण राज्य संस्थान, शेखपुरा, पटना-800014, बिहार
चेन्नई नगर निगम एड्स नियंत्रण सोसायटी, 82, थिरु विका सलई, माइलापुर, चेन्नई-600004, तमिलनाडु	चंडीगढ़ एड्स नियंत्रण सोसायटी, एससीओ नं० 14-15, पहला तल, सेक्टर-8 सी, चंडीगढ़-160018	छत्तीसगढ़ राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, राज्य सेवा प्रशिक्षण केंद्र, कालीबाड़ी चौक के पास, रायपुर-492001
दादर तथा नगर हवेली राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी श्री विनोबा भावे सिविल हॉस्पिटल कैंपस, सिल्वासा-396230	दमन और दीव एड्स एड्स नियंत्रण सोसायटी, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, मोती दमन, दमन-396220	दिल्ली राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, डॉ बाबा साहेब अंबेडकर हॉस्पिटल, धर्मशाला ब्लॉक, सेक्टर-6, रोहिणी, दिल्ली-110085
गोवा राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, पहला तल, दयानंद स्मृति भवन, स्वामी विवेकानन्द रोड, पांजी-403001	गुजरात एड्स नियंत्रण सोसायटी, ०/१ ब्लॉक, न्यू मेंटल हॉस्पिटल कॉम्प्लैक्स, मेंगहनी नगर, अहमदाबाद-380016	हरियाणा एड्स नियंत्रण सोसायटी, सी-15, आवास भवन, सेक्टर-6, पंचकूला, हरियाणा
हिमाचल प्रदेश एड्स नियंत्रण सोसायटी, ब्लॉक 38, ग्राउंड फ्लोर, एसडीए कॉम्प्लैक्स, कसुमपट्टी, शिमला-171009	जम्मू एंड कश्मीर एड्स नियंत्रण सोसायटी, 48, समंदर बाग, एक्सचेंज रोड, श्रीनगर	झारखण्ड एड्स नियंत्रण सोसायटी, सरदार हॉस्पिटल कैंपस, पुरुलिया रोड, रांची-834001, झारखण्ड
कर्नाटक एड्स नियंत्रण सोसायटी, ४/१३-१, क्रीसेंट रोड, हाई ग्राउंड बैगलूर,	करेल राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, आईपीपी बिल्डिंग, रेड क्रॉस रोड, तिरुवनंतपुरम, करेल-695035	लक्ष्मीप राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, चिकित्सा तथा स्वास्थ्य सेवा निदेशालय, यूटी ऑफ लक्ष्मीप, कावरत्ती-682555
मध्य प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, १, अरेसा हिल्स, सेकंड फ्लोर, ॲयलफील्ड बिल्डिंग, भोपाल-462011, मध्य प्रदेश	महाराष्ट्र राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, एकवर्ध लेप्रेसी हॉस्पिटल परिसर, आरए किंदवई मार्ग, वडाला ओवरब्रिज के पास, वडाला (प), मुंबई-400031	मणिपुर राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, न्यू सेक्रेटेरिएट, एनेक्स बिल्डिंग, वेस्टर्न ब्लॉक, इम्फाल-795001, मणिपुर
मेघालय राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, आइडियल लॉज, ओकलेंड, शिलाँग-793001	मिजोरम राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, एमवी-124, मिशन विंग, साउथ, आइजोल-796005	मुंबई जिला राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, ग्रेटर मुंबई का नगर निगम, आर/ए किंदवई मार्ग, एकवर्ध कॉम्प्लैक्स, वडाला, मुंबई-400031
नागालैंड राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, चिकित्सा निदेशालय, कोहिमा-797001	ओडीशा एड्स नियंत्रण सोसायटी, ऑयल ओडीशा बिल्डिंग, नया पल्ली, भुवनेश्वर	पुदुचेरी राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, नं० 93, पेरुमल कायल स्ट्रीट, पुदुचेरी-605001
पंजाब राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, प्रयास बिल्डिंग, सेक्टर-38 बी, चंडीगढ़	राजस्थान राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, चिकित्सा तथा स्वास्थ्य निदेशालय, स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग, जयपुर-302005	सिविकम राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, एसटीएनएम, हॉस्पिटल कॉम्प्लैक्स, गैगटोक-737101
तमिलनाडु राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, 417, फैथेओन रोड, एममोर, चेन्नई-600008	त्रिपुरा राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, अखोरा रोड, आई.जी.एम. अस्पताल के सामने, रेड क्रॉस भवन के समीप, अगरतला-799001	उत्तर प्रदेश एड्स नियंत्रण सोसायटी, ए ब्लॉक, चौथा तल पीआईसीयूपी भवन, विभूति खंड, गोमती नगर, लखनऊ
उत्तराखण्ड एड्स नियंत्रण सोसायटी, 1037, चंदर नगर देहरादून	पश्चिम बंगाल राज्य एड्स नियंत्रण सोसायटी, स्वास्थ्य भवन, जी.एन.-29, सेक्टर-5, सॉल्ट लेक, कोलकाता-700091	पूर्वोत्तर क्षेत्रीय कार्यशाला बनफूल नागापथ, हाउसफेड बस स्टॉप के पास, बैल्टोला रोड, गुवाहाटी, जिला कामरुप 781006 असम

अनुलूङ्घनक-3

अद्यतन एवं महत्वपूर्ण लेखा प्रेक्षण

क्रमांक	वर्ष	पैरा संख्या/पीए रिपोर्ट जिस पर लेखा परीक्षण द्वारा पुनरीक्षण के बाद पीएसी को एटीएन सौंपे गए	पैरा/पीए रिपोर्ट के विवरण जिन पर एटीएन लंबित हैं		
			एटीएन की संख्या जो मंत्रालय द्वारा पहली बार भी नहीं भेजी गई	भेजे गए एटीएन की संख्या जिसे निरीक्षण के बाद वापस कर दिया गया तथा लेखा परीक्षण को मंत्रालय द्वारा उसके पुनः भेजे जाने का इंतजार है	एटीएन की संख्या जो अंततः लेखा परीक्षण द्वारा पुनरीक्षित की गई किंतु मंत्रालय द्वारा जिसे पीएसी को नहीं सौंपा गया
1.	2004–05, वर्ष 2004 की रिपोर्ट संख्या 3 राष्ट्रीय एड्स नियन्त्रण कार्यक्रम पर पूरी रिपोर्ट	रिपोर्ट लोक लेखा समिति के निरीक्षण के अंतर्गत है। पीएसी की अनुसंशाहं (पीएसी 2005–06 की 19वीं रिपोर्ट)। अन्य अनुसंशाहं (द्वारा पीएसी 2007–08 की 19वीं रिपोर्ट के एटीएन पर 63वीं रिपोर्ट)। 63वीं रिपोर्ट की अनुसंशाहों पर एटीएन को पीएसी को 29.06.2009 को भेजा गया।			
2.	वर्ष 2010–11	वर्ष 2011–12 की सी एवं एजी रिपोर्ट सं.9 का पैरा 7.2	वित्त मंत्रालय, व्यय विभाग को एटीएन भेजे जाने से पहले इसे दिनांक 09.11.12 को लेखा परीक्षा के लिए प्रस्तुत किया गया है	शून्य	शून्य
3.	2011–12	वर्ष 2011–12 की सी एवं एजी की रिपोर्ट सं.16 का पैरा 8.3	वित्त मंत्रालय, व्यय विभाग को एटीएन भेजे जाने से पहले इसे दिनांक 09.11.12 को लेखा परीक्षा के लिए प्रस्तुत किया गया है	शून्य	शून्य



NACO

राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन

एड्स के विरुद्ध भारत की आवाज़
एड्स नियंत्रण विभाग

स्वारक्ष्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार

www.nacoonline.org