आई एस एस एन 0971-9873

आई सी एम आर पत्रिका

वर्ष-26, अंक-2 फरवरी 2012

इस अंक में

- उड़ीसा की जनजातीय बहुल आबादी में व्याप्त स्वास्थ्य समस्याएं 9
- दक्षिण एशियाई स्वास्थ्य अनुसंधान फोरम की चतुर्थ बैठक 14
- परिषद के समाचार 15

संपादक मंडल

अध्यक्ष — डॉ विश्व मोहन कटोच
महानिदेशक
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
एवं सचिव, भारत सरकार
स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग

सदस्य — डॉ बेला शाह

प्रमुख, प्रकाशन एवं सूचना प्रभाग — डॉ सुधा चौहान

संपादक — डॉ कृष्णानन्द पाण्डेय
डॉ रजनी कान्त

प्रकाशक — श्री जगदीश नारायण माथुर

उड़ीसा की जनजातीय बहुल आबादी में व्याप्त स्वास्थ्य समस्याएं

बंगाल की खाड़ी के पूर्वी तट के साथ स्थित उड़ीसा का भू-भाग 482 किलोमीटर तक फैला हुआ है जिसमें तटीय नदियों, विशाल झरनों तथा वन्य जीव बहुल पूर्वी घाट युक्त सघन वनीय क्षेत्रों की उपस्थिति है । वर्ष 2001 के आंकड़ों के अनुरूप इस राज्य का कुल 34.2 प्रतिशत क्षेत्र वनों से आच्छादित था । यह राज्य भौगोलिक विभिन्नताओं के आधार पर चार भौगोलिक क्षेत्रों में विभाजित है : उत्तरी पठार और उच्च भूमि क्षेत्र, केन्द्रीय टेबललैण्ड, पूर्वी घाट क्षेत्र और तटीय क्षेत्र ।

उड़ीसा की 22 प्रतिशत आबादी जनजातीय है जो इन चारों क्षेत्रों में निवास करती है । भारत में कुल 645 जनजातीय श्रेणियां हैं जिनमें उड़ीसा में 62 से अधिक जनजातियां हैं । अधिकांश जनजातीय आबादी उत्तर-दक्षिण दिशा में राज्य के मयूरभंज, सुन्दरगढ़ और कोरापुट जिलों में स्थित पूर्वी घाट के पहाड़ी क्षेत्रों में निवास करती है । वैसे उड़ीसा के सभी जिलों में जनजातीय आबादियां पाई जाती हैं, कुछ जिलों में इनकी उपस्थिति सर्वाधिक तो कुछ में बहुत कम पाई जाती है । कोरापुट, मयूरभंज, रायगड़, कालाहाण्डी, नवरंगपुर और मलकांगिरी नामक कुछ जिलों की आधी से अधिक आबादी जनजातीय है । कुल 62 जनजातीय आबादियों में कुछ की आर्थिक स्थिति बेहतर है और वे आधुनिक समाज के साथ भली-भांति घुल-मिल गई हैं, जबकि कई जनजातियां पूरी तरह अलग-थलग जीवनयापन करती हैं, उनका सामाजिक विकास अभी भी आदिम है, हालांकि, उनकी संस्कृति, परम्परा, भाषा और उनके रीति-रिवाज में अन्तर है । इस राज्य में 13 ऐसी जनजातियां हैं जिन पर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है।

अनुसूचित जनजातीय आबादी, जिनमें बोण्डा, दिदाई, लांगिया सौरा और डंगरिया कांधा नामक चार आदिम जनजातियां सम्मिलित हैं, में अल्प पोषण, स्थानिक मलेरिया और अन्य संक्रामक रोगों की उच्च घटनाएं पाई जाती हैं । जनजातीय आबादी में व्याप्त स्वास्थ्य स्थितियों के पीछे व्यापक निर्धनता, निरक्षरता, कुपोषण, सुरक्षित पेय जल एवं स्वच्छता युक्त निवास स्थितियों की अनुपलब्धता, अपर्याप्त मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाएं तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं पोषणज सेवाओं के अप्रभावी विस्तार जैसी स्थितियां पाई गई हैं ।

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के भुवनेश्वर स्थित क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र द्वारा उड़ीसा राज्य और पड़ोसी क्षेत्रों में मलेरिया, विषाणुज यकृतशोथ, अतिसारीय रोगों, हीमोग्लोबिनविकृतियों तथा जनजातीय स्वास्थ्य एवं पोषण से संबद्ध विकारों जैसे संचारी एवं असंचारी रोगों पर दो से अधिक दशकों तक अध्ययन किए गए हैं । इस केन्द्र द्वारा रोग निगरानी गतिविधियों, जानपदिकरोगविज्ञानी अध्ययनों, रेफरल नैदानिकी, कार्यक्रम मूल्यांकन तथा जनशक्ति प्रशिक्षण जैसे पहलुओं पर राज्य स्वास्थ्य विभाग और राष्ट्रीय कार्यक्रमों को सहायता भी प्रदान की गई है ।

मलेरिया

उड़ीसा में मलेरिया की उच्च रुग्णता एवं मर्त्यता दर्ज की जाती है, जोकि मुख्यतः पूर्वी घाट क्षेत्र से रिपोर्ट होती है तथा जनजातीय आबादी इससे अत्यधिक प्रभावित होती है । इसलिए, मलेरियाजनक सूचकों, क्लोरोक्वीन संवेदनशीलता प्रतिरूप, परजीवी आबादी तथा रोगवाहक प्रजातियों के आकलन के लिए इस क्षेत्र में कई सर्वेक्षण किए गए हैं ।

वर्ष 2003 के दौरान 4 आदिम जनजातियों के वर्ग में किए गए सर्वेक्षण के परिणामस्वरूप उच्च स्लाइड धनात्मकता दर (9.5 से 14.2%) का पता लगा, जिसमें *प्लाज्मोडियम फाल्सीपेरम* की दर 91 से 93.5% तथा बच्चों में स्प्लीन (प्लीहा) दर 25 से 35% के बीच थी । वर्ष 2005-09 के दौरान 7 जनजातीय बहुल जिलों में *पी.फाल्सीपेरम* की क्लोरोक्वीन के प्रति अंतर्जीव रूप से सुग्राह्यता देखी गई । अध्ययन के द्वारा 58-100% मामलों में क्लोरोक्वीन उपचार में असफलता देखी गई। इसी के अनुसार, राज्य रोग नियंत्रण कार्यक्रम द्वारा इन सभी रिपोर्टेड क्षेत्रों में मलेरिया के उपचार के लिए प्रथम लाइन औषधि के रूप में आर्टीसुनेट आधारित सम्मिश्रण चिकित्सा (ACT) को अपना लिया गया है ।

जनजातीय क्षेत्रों में उच्च मर्त्यता के लिए *पी.फाल्सीपेरम* को एक महत्वपूर्ण प्रजाति के रूप में देखा गया है । *प्लाज्मोडियम वाइवेक्स* दूसरी अतिव्याप्त परजीवी प्रजाति थी जो रुग्णता के लिए जिम्मेदार पाई गई । क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र (RMRC), भुवनेश्वर द्वारा प्रथम बार कोरापुट जिले के 2 पर्वतीय जनजातीय गांवों में 3 जनजातीय रोगियों में *पी.ओवेल* का संक्रमण रिपोर्ट किया गया । वर्ष 2009 में जनजातीय बहुल जिले में सम्पन्न एक अन्य अध्ययन में माइक्रोस्कोपी के द्वारा कुल 8.3% रक्त के नमूने *पी.मलेरी* के लिए धनात्मक पाए गए, जबकि पॉलीमिरेज़ चेन रिएक्शन के द्वारा 44% मामलों में *पी.मलेरी* पाया गया ।

अतिसार

अतिसारीय विकार उड़ीसा के तटीय एवं जनजातीय क्षेत्रों दोनों में देखे गए हैं । हालांकि, रोग का परिमाण तटीय बेल्ट में ज्यादा है परन्तु रुग्णता एवं मर्त्यता तब ज्यादा हो जाती है जब यह जनजातीय आबादी को प्रभावित करता है जो कि, क्षेत्रों के दूर होने एवं आबादी में स्वास्थ्य जागरूकता के अभाव में होता है । उड़ीसा की 4 आदिम जनजातियों में सम्पन्न एक क्रॉस सेक्शनल अध्ययन (2002-03) में पूरे वर्ष अतिसार की घटनाएं देखी गईं जिसका सर्वोच्च शिखर मान वर्षा ऋतु में था । रेक्टल स्वैब के जीवाणुविज्ञानी अध्ययन में संवर्धन धनात्मक मामलों में *विब्रिओ कॉलेरी* (2.5%), *इशीरेशिया कोलाई* (39.2%), *साल्मोनेला* (0.2%) तथा *शिगेला प्रजाति* (1.8%) की उपस्थिति देखी गई । ऐसा अपर्याप्त स्वच्छता, सुरक्षित पेयजल का अभाव, निम्न साक्षरता, अन्धी सांस्कृतिक मान्यताएं तथा स्वास्थ्य सुविधाओं तक मुश्किल पहुंच के कारण था ।

उड़ीसा के एक जनजातीय क्षेत्र में वर्ष 2007 में जुलाई से सितम्बर के दौरान *वी.कालेरी* के कारण एक गंभीर अतिसार का प्रकोप देखा गया जिससे 162 मृत्यु की घटनाओं के साथ 1 लाख से अधिक जनजातीय आबादी प्रभावित हुई । इसका कारक जीव क्लासिक उपभेद के ctxB जीन के साथ *वी.कालेरी* 01 ओगावा बायोटाइप EITOR पाया गया जिसे हाइब्रिड *वी.कालेरी* 01 के रूप में भी जाना जाता है । केन्द्र द्वारा प्रकोप का अध्ययन किया गया तथा समय से रिपोर्टिंग एवं जल के नमूनों के परीक्षण के द्वारा शीघ्र बचावकारी उपायों को लागू करने में सहायता मिली । महामारी के पश्चात खतरे संभावित क्षेत्रों पर निगरानी रखी गई ताकि इसके और प्रसार को रोका जा सके ।

अरक्तता एवं हीमोग्लोबिन विकृतियां

इस क्षेत्र की जनजातीय आबादी पोषणज़ अरक्तता एवं हीमोग्लोबिन विकृतियों दोनों से प्रभावित होती है । समुदाय में अरक्तता, कृमि संक्रमण तथा सिकिल कोशिका रोग, थैलासीमिया एवं G6PD अल्पता जैसे हीमोग्लोबिनविकृति विकारों की व्यापकता का पता लगाने के लिए अध्ययन किए गए । वर्ष 2002-03 के दौरान सम्पन्न एक अध्ययन में बोंडो, डिडायाई, कान्धा तथा जुआंगा आबादी में अरक्तता की कुल व्यापकता क्रमशः 53.1, 60.5, 52.1 एवं 44.6% पाई गई । G6PD अल्पता की व्यापकता बोंडो, डिडायाई, कान्धा एवं जुआंगा आबादी में क्रमशः 0.6, 1.6, 7.5 एवं 4.3% पाई गई । सभी G6PD उड़ीसा उत्परिवर्त वैराइटी के थे ।

उच्च श्रेणी की माइक्रोसिटिक हाइपोक्रॉनिक अरक्तता की व्यापकता का एक प्रमुख कारण विशेषकर हुकवर्म के कारण फीताकृमि (हेल्मेन्थिक) संक्रमण की उच्च व्यापकता का होना था । आयरन (फर्सोलेट; 60mg एलीमेन्टल आयरन) के साथ एल्बेन्डाजॉल तथा साथ में सूचना, शिक्षण एवं संचार (IEC) गतिविधियों की इंटरवेंशन के पश्चात अरक्तता में सुधार देखा गया ।

उड़ीसा की 20 प्रमुख जनजातियों में सिकिल कोशिका विकास का वितरण 0-22.4% के बीच पाया गया । यह गोंड में उच्चतम (22.4%) था, जिसके पश्चात भातरा (18.1%), पाराजा (14.8%), खारिया (7.4%) तथा सओरा (7.3%) का स्थान था, जबकि मुइयन, किसान, कोल्हा, लोधा तथा ओरॉन में यह विकार नहीं पाया गया । बीटा थैलासीमिया के वितरण द्वारा उनमें 0-8.5% की विविधता देखी गई तथा थैलासीमिया ट्रेट की उच्च घटनाएं पाराजा (8.5%), सन्ताल (8.0%), लोधा (6.7%), भातरा (6.6%),कोन्ध (6.3%) तथा सओरा (6.2%) में देखी गई । उड़ीसा की बोंडो (0.6%), डिडायाई (3.2%), जुआंग (1.3%) तथा कुटिया कोंध (1.5%) में सिकिल कोशिका जीन की निम्न आवृत्ति पाई गई ।

अतिरक्तदाब

अतिरक्तदाब अर्थात हाइपरटेंशन, जिसे सामान्यतया आधुनिक जीवन शैली से जुड़ा रोग माना जाता है, उड़ीसा की कुछ जनजातीय आबादी में बहुत सामान्य (50% से अधिक) है । इससे विकास से काफी दूर इस आबादी में असंचारी रोगों के प्रति खतरों की उपस्थिति और उनकी जीवन शैली में बदलाव आने का संकेत मिलता है । तीन जिलों के 3 आदिम जनजातीय वर्गों की लगभग 48% आबादी में प्रि हाइपरटेंशन (अतिरक्तदाब की पूर्व स्थिति) की उपस्थिति पाई गई जिनमें 4.5 से 9.1% व्यक्तियों में प्रथम अवस्था के हाइपरटेंशन की स्थिति पाई गई । लांजिया सौरा नामक जनजातीय आबादी के 63% पुरुषों और 68% महिलाओं में हाइपरटेंशन की व्यापकता पाई गई ।

उड़ीसा के 13 जिलों की 17 जनजातियों के 18 वर्ष से अधिक आयु के वयस्कों में माइक्रोएलब्यूमिनयूरिया (वृक्क रोग का एक चिन्हक) और अतिरक्तदाब की उपस्थिति ज्ञात करने पर एक पाइलट अध्ययन किया गया । अध्ययन में सम्मिलित कुल 5.4% व्यक्तियों में सिस्टोलिक हाइपरटेंशन जबकि 68% व्यक्तियों में डायस्टोलिक हाइपरटेंशन

की पहचान की गई । कुल 27% जनजातीय आबादी में माइक्रोएलब्युमिनयूरिया की उपस्थिति पाई गई और हाइपरटेंशन ग्रस्त 37% व्यक्तियों में माइक्रोएलब्युमिनयूरिया की उपस्थिति देखी गई ।

विषाणुज यकृतशोथ

कुछ आदिम जनजातियां लुप्त प्राय हैं जिनकी आबादी में गिरावट आती जा रही है । उनमें उच्च मर्त्यता के संभावित कारणों के रूप में यकृतशोथ संक्रमण जैसे पहलुओं का अध्ययन किया गया । पांच आदिम जनजातियों यथा- लोधा, साओरा, मनकिडिया, खाडिया और जोंगा में यकृतशोथ (A,B,C,D और E विषाणुओं) की व्यापकता ज्ञात की गई । अध्ययन आबादी के 0.8 से 3.7% व्यक्तियों में HBs Ag की व्यापकता पाई गई । दो जनजातियों में यकृतशोथ सी विषाणु (HCV) संक्रमण की उपस्थिति उच्च (13.4% और 8.47%) पाई गई । इन आदिम जनजातियों में टैटू (गोदना) गुदवाना, रेज़र का आदान-प्रदान करना और एक ही सिरिंज से कई लोगों को इंजेक्शन लगाना यकृतशोथ B और C संक्रमण के लिए संभावित खतरे थे ।

विटामिन ए अल्पता

वर्ष 1995-1999 के दौरान बारगड़ जिले में एक सर्वेक्षण के दौरान स्कूली बच्चों में चिकित्सीय जांच करने पर क्रमशः 5.6% (n=3088) में बिटोट्स स्पॉट तथा एंगुलर स्टोमेटाइटिस के द्वारा 5.8% (n+177) में विटामिन बी काम्प्लेक्स अल्पता के प्रमाण के साथ विटामिन ए अल्पता देखी गई ।

स्कूल जाने से पूर्व आयु के बच्चों एवं स्कूल जाने योग्य आयु के बच्चों (6-14 वर्ष) में रतौंधी एवं बिटोट्स स्पॉट्स के रूप में 4-PTGs (2006-07) में इंटरवेंशन्स के पश्चात प्रारम्भिक एवं फॉलो-अप के दौरान विटामिन ए अल्पता की व्यापकता देखी गई । बिटोट्स स्पॉट, कंजक्टीवल जीरोसिस तथा रतौंधी की व्यापकता बोंडो जनजाति में क्रमशः 8.9, 25.9 एवं 11.4% देखी गई; डिडाई जनजाति में क्रमशः 13.7, 24.2 तथा 27.6%, जुआंगा में 14.9, 17.9% एवं 7.4% में तथा कोंधा जनजाति में इनकी व्यापकता क्रमशः 3.4, 12.6 एवं 6.9% थी । इंटरवेंशन अवधि के पश्चात विटामिन ए अल्पता में गिरावट देखी गई ।

वर्ष 2008 के दौरान राष्ट्रीय पोषण मॉनीटरिंग ब्यूरो (NNMB) के सर्वेक्षण द्वारा विटामिन ए की लक्षणहीन अल्पता, जिसकी माप रक्त रेटीनॉल मात्रा द्वारा की गई थी, की उपस्थिति 57% स्कूल जाने से पूर्व आयु के बच्चों में देखी गई तथा अन्य वर्गों के बच्चों की तुलना में जनजातीय बच्चे उच्च संख्या में प्रभावित थे ।

आयोडीन अल्पता विकार (IDD)

आयोडीन अल्पता की उड़ीसा में एक स्वास्थ्य समस्या के रूप पहचान हुई है । उड़ीसा के पुरी (1989), कटक (1998) एवं केओंझर (1999) जिलों में आयोडीन अल्पता की एक प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्या के रूप में पहचान की गई जहां घेंघा की व्यापकता 10% से अधिक पाई गई । वर्ष 1995-1999 के दौरान भाटली एवं पाइकमल ब्लॉक्स में PPS क्लस्टर सैम्पलिंग को अपनाकर बारगड़ जिले में एक अध्ययन किया गया जिसके द्वारा दोनों ब्लॉक्स में घेंघे की व्यापकता क्रमशः 7.5% एवं 22.8% पाई गई, जिससे रोग स्थानिकता का पता लगता है । वर्ष 1995-97 के दौरान 6-12 वर्ष की आयु के 3088 स्कूल जाने वाली आयु के बच्चों में एक सर्वेक्षण किया गया। कुल घेंघे की दर 10.8% पाई गई तथा लड़कों (9.7%) की तुलना में लड़कियों (12%) में घेंघे की व्यापकता ज्यादा पाई गई । हालांकि, दृश्य ग्रेड-II घेंघे की व्यापकता लड़कों एवं लड़कियों दोनों ही में लगभग समान थी । ड्राइ ऐश विधि द्वारा आकलन किए गए मूत्रीय आयोडीन उत्सर्जन स्तरों (UIEL) के अनुसार, 90.8% बच्चों में उनके मूत्र में आयोडीन के स्तर कम थे, इनमें से 1.5%, 59.4% तथा 29.9% में क्रमशः मामूली, मध्यम एवं गंभीर आयोडीन अल्पता विकार के स्तर थे । कुल 89.3% मूत्रीय नमूनों में UIEL के स्तर 50mg/L से कम थे । अध्ययन द्वारा TGR के मापदण्डों के अनुसार मध्यम स्तर की आयोडीन अल्पता विकार का संकेत मिला तथा UIE स्तर के अनुसार गंभीर श्रेणी की अल्पता का पता लगा, जिससे बच्चों में आयोडीन अंतर्ग्रहण की वर्तमान स्थिति का पता लगता है । विभिन्न पेयजल स्रोतों से एकत्र किए गए कुल 95 जल के नमूनों में आयोडीन की मात्रा 31.6%, 58.9% एवं 9.5% नमूनों में क्रमशः 5-20µg/l, 21-50µg/l तथा 750µg/l पाई गई । नवजात शिशुओं के कॉर्ड ब्लड (रक्त) स्कूल जाने वाली आयु के बच्चों के वीनस ब्लड में थायराइड हॉर्मोन के स्तरों की माप की गई । थायरॉक्सिन (T_4) स्तरों से संकेत मिला कि 58% लड़कों एवं 53% लड़कियों में इसके स्तर निम्न (<4µg/dl) थे । थायरोट्रॉपिन अथवा जिसे थायरॉयड प्रेरक हॉर्मोन (TSH) के रूप में भी जाना जाता है के मान 16 कॉर्ड रक्त नमूनों में से 6.2% नवजात शिशुओं में सामान्य से अधिक (5.1 uU/ml) पाए गए । समुदाय में ज्ञान, आचरण एवं व्यवहार अध्ययन से पता लगा कि 37% पुरुषों एवं 29.3% स्त्रियों ने इसे एक रोग के रूप में देखा तथा केवल <5% लोगों को ज्ञान था कि यह आयोडीन अल्पता से होता है । सर्वेक्षण की गई केवल 16.4% आबादी नियमित रूप से आयोडीन युक्त नमक का सेवन कर रही थी । इससे आबादी में निम्न स्तर की जागरूकता का पता लगता है ।

कुपोषण

उड़ीसा में अनुसूचित एवं अन्य जातियों की तुलना में अनुसूचित जनजातीय आबादी में अल्पपोषण की व्यापकता बहुत अधिक है । भुवनेश्वर स्थित क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र द्वारा वर्ष 1995 से उड़ीसा की अतिसंवेदनशील आबादियों जैसे कि अनुसूचित जनजाति में व्याप्त पोषणज समस्याओं के हल ढूंढने पर अध्ययन किए जा रहे हैं । इन अध्ययनों में प्रोटीन-ऊर्जा कुपोषण, आहारीय सेवन के स्वरूपों और सूक्ष्मपोषक तत्वों की अल्पता संबंधी कुपोषण से जुड़ी समस्याओं की व्यापकता पर अध्ययन सम्मिलित हैं ।

प्रोटीन-ऊर्जा कुपोषण और सूक्ष्मपोषक तत्वों की अल्पता जैसी दोनों ही स्थितियों के अंतर्गत अल्पपोषण का शिशु विकास पर सीधा प्रभाव पड़ता है। उनका शारीरिक एवं मानसिक विकास मन्द हो जाता है और संक्रमित होने की संभावना बढ़ जाती है । वहीं प्रोटीन-ऊर्जा कुपोषण की स्थिति बढ़ने के साथ उनकी प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर हो जाती है । यही कारण है कि कुपोषित बच्चों को गंभीर अतिसार और न्युमोनिया जैसी स्थितियों की चपेट में आने की अधिक संभावना होती है । अल्पपोषण के परिणामस्वरूप शिक्षा और उत्पादकता पर भी कुप्रभाव पड़ता है जिसका आय और आर्थिक वृद्धि पर प्रतिकूल पड़ता है। इसके विपरीत मलेरिया, कृमियों जैसे संक्रामक रोगों, स्वच्छता एवं सुरक्षा में कमी, सामाजिक-सांस्कृतिक रिवाजों/कुप्रथाओं, पारिवारिक स्तर पर शिशु की देखभाल में कमी जैसी स्थितियां भी अल्पपोषण की स्थिति को प्रभावित करती हैं ।

मातृ कुपोषण और प्रसवपूर्व सुरक्षा में कमी के परिणामस्वरूप कम भार सहित (2500 ग्राम से कम) शिशुओं का जन्म होता है जिन्हें संक्रमण और रोग की चपेट में आने की अत्यधिक संभावना होती है । सगर्भता पूर्व अल्पभार अथवा ऊंचाई सहित महिलाओं को मातृ मर्त्यता का अत्यधिक खतरा होता है, इस स्थिति में भी प्रसूति संबंधी कठिनाइयां उत्पन्न होती हैं । इसके अतिरिक्त कुपोषित लड़कियों की भावी संतानें भी कुपोषित होती हैं ।

उड़ीसा भारत के उन पांच राज्यों (राजस्थान, उड़ीसा, उत्तर प्रदेश, बिहार और मध्य प्रदेश) में एक है जहां अल्पपोषण की अत्यधिक व्यापकता है । अनुसूचित जनजातियों जैसे निम्न आय वर्ग के अन्तर्गत महिलाएं और बच्चे सर्वाधिक प्रभावित होते हैं । हाल के सर्वेक्षण के अनुसार इस राज्य के 30 प्रतिशत से अधिक बच्चे गंभीर कुपोषण का शिकार हैं । तीन वर्ष से कम आयु के 40.7 प्रतिशत बच्चों का भार कम पाया गया । 45 प्रतिशत बच्चे बौने और 19.5 प्रतिशत दुर्बल थे । छः से 35 माह की आयु के 65 प्रतिशत बच्चे अल्परक्तता का शिकार थे । अनुसूचित जनजातियों में सूक्ष्मपोषक तत्वों की अल्पता की भी व्यापक उपस्थिति है । जनजातीय जिलों में आयोडीन अल्पता की स्थिति स्थानिक है । स्कूल जाने से पूर्व आयु के 57 प्रतिशत बच्चों में विटामिन ए अल्पता की स्थिति पाई गई है और लगभग तीन चौथाई बच्चे लौह अल्पतायुक्त अरक्तता के शिकार हैं ।

जनजातीय आबादी में आहार सेवन की स्थिति

वर्ष 2006 में उड़ीसा के रायगड़ जिले की डोंगरिया कोंध जनजाति की आहारीय स्थिति का सर्वेक्षण करने पर पता चला कि उनके द्वारा अनाजों, मोटे अनाजों (ज्वार, बाजरा, आदि) और हरी सब्जियों को छोड़कर सभी खाद्य पदार्थों का सेवन संस्तुत आहारीय अंतर्ग्रहण (आरडीआई) के स्तर से नीचे था । डोंगरिया कोंध जनजाति द्वारा सुबह के नाश्ते और मध्यान्ह भोजन में ऊर्जा के प्रमुख स्रोत के रूप में माण्डिया का सेवन किया जाता था । लगभग आधे (51.3%) घरों में अनाजों और मोटे अनाजों का सेवन संस्तुत सीमा से कम था । डोंगरिया कोंध और डोम्ब दोनों समुदायों में दालों का औसत अंतर्ग्रहण (14.7 ग्राम और 18.5 ग्राम) कम था, जबकि ग्रामीण उड़ीसा में दालों का औसत सेवन 35 ग्राम और इसके सेवन की संस्तुत सीमा 40 ग्राम है । डोंगरिया कोंध और डोम्ब समुदायों में सूक्ष्मपोषक तत्वों के मुख्य स्रोत के रूप में हरी पत्तेदार सब्जियों का औसत अंतर्ग्रहण क्रमशः 24 ग्राम और 26 ग्राम था, जबकि इसका संस्तुत स्तर 40 ग्राम था । अन्य सब्जियों का दैनिक सेवन संस्तुत सीमा (60 ग्राम) की तुलना में कम था। अध्ययन वर्गों में कन्द और मूल का औसत सेवन संस्तुत सीमा (50 ग्राम) की तुलना में 50 प्रतिशत कम क्रमशः (29 ग्राम और 18 ग्राम) था। इन दोनों समुदायों में दुग्ध और दुग्ध उत्पादों का औसत सेवन काफी कम था । डोंगरिया कोंध आदिम जनजातियों द्वारा गाय के दूध का सेवन वर्जित था, क्योंकि उनका मानना था कि गाय का दूध उसके बछड़े के लिए है, मनुष्य के लिए नहीं । जहां मसालों, फलों, मछली अथवा गोश्त उत्पादों का दैनिक अंतर्ग्रहण लगभग बराबर था, वहीं वसा/तेलों, शर्करा और गुड़ का औसत दैनिक सेवन संस्तुत सीमा से काफी कम था । इसके अतिरिक्त, खादिया/मनकिडिया, पौडी भुइयां और डोंगरिया कोंध नामक तीन आदिम जनजातीय वर्गों में मौसम के अनुसार खाद्य उपलब्धता और अंतर्ग्रहण में विभिन्नता के कारण पोषणज अल्पता के प्रति अति संवेदनशीलता देखी गई । इनसे अलग-अलग आदिम जनजातीय वर्गों में बृहत सर्वेक्षणों की आवश्यकता को बल मिलता है जिससे मौजूदा राष्ट्रीय पोषण कार्यक्रमों का उपयुक्त कार्यान्वयन किया जा सके और जनस्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता और उपयोग, खाद्य सुरक्षा, आय सृजन, शिक्षा और संचार के लिए संसाधनों को मजबूत किया जा सके ।

जनजातीय वर्गों द्वारा पोषक तत्वों का अंतर्ग्रहण

डोंगरिया कोंध और डोम्ब परिवारों द्वारा औसत प्रोटीन अंतर्ग्रहण संस्तुत आहारीय मान (60 ग्राम) का क्रमशः 45% और 54% पाया गया। लगभग तीन चौथाई परिवारों में इसका सेवन संस्तुत मान से कम था (डोंगरिया कोंध में 32% और डोम्ब में 37%) । डोंगरिया कोंध और कोंध जनजातियों में दैनिक ऊर्जा अंतर्ग्रहण क्रमशः 1724 किलोकैलोरी और 1845 किलोकैलोरी था जो आहारीय संस्तुत मान 2425 किलोकैलोरी से कम था । हालांकि, कैल्शियम का औसत अंतर्ग्रहण संस्तुत मान (400 मि.ग्रा.) की तुलना में पर्याप्त (963 मि.ग्रा.) और 759 मि.ग्रा. था । रागी का नियमित सेवन करना पाया गया जिससे कैल्शियम की आवश्यक मात्रा की पूर्ति होती है । डोंगरिया कोंध और डोम्ब जनजातियों द्वारा लौह का अंतर्ग्रहण संस्तुत स्तर 28 मि.ग्रा. की तुलना में क्रमशः 27 मि.ग्रा. और 31 मि.ग्रा. पाया गया जिससे लौह के पर्याप्त सेवन का संकेत मिलता है । इसके लिए आहारीय लौह के प्रमुख स्रोत के रूप में रागी का दलिया, सूखी मछली और अन्य मांसाहार के सेवन को जिम्मेदार माना जा सकता है । डोंगरिया कोंध और डोम्ब जनजातियों में विटामिन ए का अंतर्ग्रहण संस्तुत मान 600 माइक्रोग्राम की तुलना में क्रमशः 730 µg और 517 µg पाया गया । इन समुदायों के लिए स्थानीय फलों (आम और कटहल) तथा हरी पत्तेदार सब्जियों की पर्याप्त उपलब्धता होती है । अधिकांश घरों में थायामीन और राइबोफ्लैविन की उपस्थिति अपेक्षित स्तर पर पाई गई, हालांकि, नियासिन का सेवन संस्तुत स्तर 16 मि.ग्रा से कम (11 मि.ग्रा.) पाया गया । अध्ययन आबादी में आहार अंतर्ग्रहण की स्थिति का अध्ययन करने पर पता चला कि कैलोरी के अपर्याप्त स्तर की तुलना में प्रोटीन के अपर्याप्त स्तर का विस्तार अधिक था । मौसम के अनुसार आहार सेवन में बहुत अधिक विभिन्नता पाई गई, वर्षा ऋतु में आहार की उपलब्धता कम होने के कारण उनके द्वारा स्थानीय रूप से उपलब्ध आम की गुठली, सलप पाउडर और इमली के बीज के पाउडर जैसे वैकल्पिक खाद्यों का सेवन किया जाता है ।

प्रोटीन-ऊर्जा कुपोषण

बच्चों की शारीरिक वृद्धि और विकास पर संपन्न अध्ययनों से किसी समुदाय के स्वास्थ्य और पोषण पर सूचना प्राप्त होती है । अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति जैसे अल्पसुविधा प्राप्त समुदायों के बच्चे बहुधा कृश और वृद्धि मन्दता के प्रति अत्यन्त संवेदनशील होते हैं । वर्ष 1996-97 के दौरान जनजातीय आबादी बहुल एवं सूखा प्रभावित कालाहाण्डी जिले के स्कूल जाने से पूर्व आयु के बच्चों में प्रोटीन -ऊजा कुपोषण की स्थिति का अध्ययन करने पर इसकी उच्च व्यापकता पाई गई, 42% बच्चों की आयु आधारित ऊंचाई कम पाई गई और 28% बच्चे दुर्बल (ऊंचाई के आधार पर कम भार) पाए गए, जिससे सर्वेक्षण अवधि में तीव्र कुपोषण की स्थिति का संकेत मिलता है । लगभग 2% बच्चों में कुपोषण की स्थिति क्वाशिऑर्कर और मरास्मस रोग की अभिव्यक्ति के रूप में पाई गई ।

सुन्दरगढ़ और मयूरभंज जिलों में जनजातीय आश्रम पाठशालाओं में रहने वाले 6-15 वर्षीय 1040 बच्चों पर संपन्न सर्वेक्षण से वृद्धि मन्दता की स्थिति काफी अधिक पाई गई । भुवनेश्वर की मलिन बस्तियों में शहरी स्कूल के 611 लड़कों और 637 लड़कियों के एक समूह पर संपन्न एक सर्वेक्षण से पता चला कि 47% बच्चों का भार कम था, 39% में बौनेपन और 29% में दुर्बलता की स्थिति थी । अन्य समुदाओं की तुलना में अनुसूचित जनजातीय समुदायों में प्रोटीन ऊर्जा कुपोषण की उपस्थिति अत्यंत उच्च दरों में थी ।

वर्ष 2007 में खाडिया, मनकिडिया, पौडी भुइयां और डोंगरिया कोंध नामक आदिम जनजातियों के अन्तर्गत विभिन्न आयु वर्गों के कुल 1621 व्यक्तियों का अध्ययन किया गया जिनमें 837 (51.6%) पुरुष थे और 737 (48.4%) महिलाएं थीं । तीन आदिम जनजाति वर्ग के अंतर्गत स्कूल जाने से पूर्व आयु के कुल 44-69% , 42-57% और 28-40% बच्चों में क्रमशः अल्प भार, बौनेपन और दुर्बलता की व्यापकता पाई गई जिससे तीव्र और चिरकारी दोनों ही श्रेणी के अल्पपोषण की स्थिति का संकेत मिलता है । जन स्वास्थ्य के दृष्टिकोण से औसत और गंभीर श्रेणी के अल्पपोषण की उपस्थिति सहित बच्चों को 'संभावित खतरे वाले वर्ग' में माना जा सकता है । ऐसे खतरे सहित बच्चों का अनुपात 44% था जिनमें 16.2% बच्चे गंभीर अल्पपोषण की श्रेणी के अंतर्गत थे । गोमेज़ वर्गीकरण के अनुसार 0-5 वर्षीय आयु के 53.9% बच्चे और 6-12 वर्षीय आयु वर्ग के 64.2% स्कूली बच्चे अल्पपोषण की श्रेणी में थे तथा 12-18 वर्षीय 68.4% किशोरवय में वृद्धि के दौरान पोषणज आवश्यकता में वृद्धि देखी गई । चिरकारी ऊर्जा अल्पता की कुल व्यापकता 36% पाई गई : पौडी भुइयां में 53.3%, हिल खारिया/मनकिडिया में 42% तथा डोंगरिया कोंध में 27% थी । यह स्थिति पुरुषों (30-6%) की तुलना में महिलाओं में अधिक (40.8%) थी । अतिभार/स्थूलता सहित वयस्कों (बीएमआई <5.0 किग्रा./मी^{2}) का अनुपात बहुत कम (1.5%) था ।

उड़ीसा के कालाहांडी जिले में प्रोटीन-ऊर्जा कुपोषण

वर्ष 1996-97 के दौरान उड़ीसा के सूखा प्रभावित कालाहांडी जिले में छोटे बच्चों प्रोटीन-ऊर्जा कुपोषण के विस्तार को ज्ञात करने के लिए समुदाय आधारित एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन किया गया । पांच वर्ष से कम आयु के कुल 751 बच्चों की मानवमितीय और पोषणज अल्पता के चिकित्सीय लक्षणों की जांच की गई । इन अध्ययन में प्रोटीन-ऊर्जा कुपोषण की उच्च व्यापकता पाई गई, 57% बच्चों का भार कम था, 28% में दुर्बलता की स्थिति थी जिनसे तीव्र कुपोषण का संकेत मिलता है । क्वाशिऑर्कर एवं मरासमस की स्थिति बहुत कम (<1%) बच्चों में पाई गई । पोषणज स्थिति के दृष्टिकोण से लड़कों और लड़कियों में विशेष अंतर नहीं था ।

वर्ष 1995-97 के दौरान कालाहांडी जिले में कुल 589 माताओं की पोषण संबंधी मानवमितीय और उनकी चिकित्सीय प्रोफाइल का मूल्यांकन किया गया । उनकी औसत शरीर ऊंचाई, उनका शरीरिक भार, बॉडी मास इंडेक्स (बीएमआई), मिड-आर्म परिधि और फैट फोल्ड एंट ट्राइसेप्स के मान क्रमशः 148.9 से.मी., 41.1 कि.ग्रा., 18.5 बीएमआई यूनिट्स, 22.4 से.मी. और 6.7 मि.मी. पाई गई । कालाहांडी में महिलाओं के औसत शरीर भार और स्किन फोल्ड के मान राष्ट्रीय ग्रामीण औसत मानों से कम पाए गए । विटामिन ए, विटामिन बी-कॉम्पलेक्स और आयोडीन अल्पता के मान उच्च पाए गए । लगभग 52.2% महिलाएं चिरकारी ऊर्जा अल्पता से पीड़ित पाई गईं (बी एम आई < 8.5 कि.ग्रा./मी^{2}) ।

सूक्ष्मपोषक तत्व अल्पता संबंधी विकार

विश्व भर में 2 बिलियन से अधिक लोग विटामिन ए, लौह, आयोडीन जैसे पोषक तत्वों का पर्याप्त सेवन नहीं करते । सूक्ष्मपोषक तत्वों की कमी बालकालीन रोगों और मर्त्यता से सीधे जुड़ी है परन्तु अल्पता की इन स्थितियों से बचा जा सकता है । अन्य सूक्ष्मपोषक तत्वों में थायामीन, नियासिन, राइबोफ्लैविन, फोलेट, विटामिन सी और डी जैसे विटामिन तथा कैल्शियम, सेलीनियम और ज़िंक जैसे खनिज सम्मिलित हैं । विटामिन ए अल्पता, लौह अल्पता अरक्तता और आयोडीन अल्पता विकार सूक्ष्मपोषक तत्वों के कुपोषण के अत्यन्त सामान्य रूप हैं । बहुधा इसकी कमी के प्रत्यक्ष लक्षण नहीं उभरते, और प्रभावित लोग इनकी कमी के विषय में अनभिज्ञ होते हैं परन्तु शरीर में इन सूक्ष्मपोषक तत्वों की कमी के परिणामस्वरूप मानसिक ह्रास स्वास्थ्य और उत्पादकता में गिरावट और यहां तक कि मृत्यु होने जैसे गंभीर परिणाम देखने को मिलते हैं ।

सूक्ष्मपोषक तत्वों संबंधी कुपोषण को प्राथमिकता के आधार पर रोकने की आवश्यकता है । ऐसे कुपोषण को रोकने के लिए आहार में विविधता, खाद्यों के पुष्टीकरण, सम्पूरण और जन स्वास्थ्य उपायों को अपनाने की आवश्यकता है । भारत सरकार द्वारा विटामिन ए अल्पता को समाप्त करने, बच्चों, किशोरवय, सगर्भता सहित एवं दुग्ध स्रवण संबद्ध महिलाओं में औसत और गंभीर अरक्तता में कमी लाने, नमक को सार्वजनिक रूप से आयोडीनीकरण करने, आयोडीन अल्पता विकार की व्यापकता में कमी लाने की दिशा में ठोस कदम उठाए जा रहे हैं ।

जनजातीय क्षेत्रों में रोगों के प्रकोप

राज्य स्वास्थ्य विभाग द्वारा सुदूर जनजातीय क्षेत्रों से आकस्मिक मौतों और पहचान रहित रोगों की अनेक घटनाएं दर्ज की जाती हैं । उनमें से अधिकांश की पहचान नहीं हो पाती । केन्द्र द्वारा कुछ प्रकोपों पर अध्ययन किए गए, कारणों की पहचान की गई और कारगर नियंत्रण उपायों के लिए राज्य को सिफारिशें की गई । कोरापुट जिले से मेनिंगोकॉक्कल मेनिंजाइटिस (1986) कंधमाल से चण्डीपुरा मस्तिष्कशोथ (2009) और के बी के क्षेत्र के 4 जिलों से *विब्रिओ कॉलेरी* हाइब्रिड स्ट्रेंस (2007) जैसे प्रमुख प्रकोपों के कारण बहुत बड़ी संख्या में मौतें हुई थीं ।

निष्कर्ष

स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता में कमी, सुदूर दुर्गम क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता में कमी जैसे कारणों से जनजातीय क्षेत्रों में अनेक स्वास्थ्य समस्याएं विद्यमान हैं । राज्य सरकार द्वारा जनजातीय आबादियों के बेहतर स्वास्थ्य के लिए अनेक कदम उठाए जा रहे हैं । विशिष्ट प्रकोपों के अवसर पर केन्द्रीय स्तर पर शोधपरक अध्ययनों के परिणामस्वरूप समय-समय पर अनेक सुझाव प्रस्तुत किए जाते हैं जिनके कुशल कार्यान्वयन से जनजातीय स्वास्थ्य को और बेहतर बनाने में मदद मिलेगी ।

यह लेख परिषद के भुवनेश्वर स्थित क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र द्वारा *''ट्राइबल हेल्थ रिसर्च इन उड़ीसा 2011,''* शीर्षक से प्रकाशित पुस्तक पर आधारित है ।

प्रस्तुति : डॉ के.एन.पाण्डेय, वैज्ञानिक 'ई' और डॉ रजनी कान्त, वैज्ञानिक 'डी', आई सी एम आर मुख्यालय, नई दिल्ली ।

दक्षिण एशियाई स्वास्थ्य अनुसंधान फोरम की चतुर्थ बैठक

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद द्वारा दिनांक 5-7 फरवरी, 2012 के दौरान नई दिल्ली स्थित इंडिया इंटरनेशनल सेंटर में आयोजित दक्षिण एशियाई स्वास्थ्य अनुसंधान फोरम (*साउथ एशियन फोरम फॉर हेल्थ रिसर्च,* SAFHeR) की चतुर्थ बैठक सम्पन्न हुई । इस बैठक में दक्षिण एशिया के आठ देशों- भारत, पाकिस्तान, थाईलैण्ड, भूटान, मालदीव, श्रीलंका, बांग्लादेश और नेपाल के प्रतिनिधियों ने हिस्सा लिया । दिनांक 5 फरवरी, 2012 को केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री माननीय श्री गुलाम नबी आज़ाद ने दीप प्रज्ज्वलित करते हुए अपने उद्घाटन सम्बोधन में सदस्य देशों के प्रतिनिधियों से कहा कि

दीप प्रज्ज्वलित करते हुए माननीय केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री श्री गुलाम नबी आज़ाद

वे आपस में ज्ञान बांटकर चिकित्सीय शोध को मजबूत बनाने का प्रयास करें जिसके परिणामस्वरूप चिकित्सीय समस्याओं से जूझ रहे सभी देशों के लोग अत्यन्त लाभान्वित होंगे । उन्होंने हैजा जैसी संक्रामक बीमारी को सदस्य देशों के लिए खतरा बताया । श्री आज़ाद के अनुसार मधुमेह, कैंसर और हृदय रोग जैसी समस्याएं भी खतरा बनती जा रही हैं । यदि क्षेत्रीय सहयोग में कार्य किया जाए तो इन समस्याओं पर काफी हद तक काबू पाया जा सकता है ।

इस अवसर पर भारत की विदेश राज्य-मंत्री श्रीमती प्रनीत कौर ने कहा कि कोई भी रोग देश की सीमाओं में बंधा नहीं रह सकता । पड़ोसी देशों को भी इसकी चपेट में आने का खतरा रहता है, अतः क्षेत्रीय सहयोग अत्यन्त ही आवश्यक है ।

इस अवसर पर विज्ञान तथा प्रौद्योगिकी विभाग के सचिव डॉ टी. रामासामी; राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन के महानिदेशक श्री सायन चटर्जी, प्रतिष्ठित जैवप्रौद्योगिकीविद एवं आई सी एम आर के पूर्व महानिदेशक डॉ निर्मल कुमार गांगुली; स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के सचिव श्री पी.के. प्रधान; वैज्ञानिक एवं औद्योगिक अनुसंधान विभाग के सचिव एवं सी एस आई आर के महानिदेशक डॉ समीर ब्रह्मचारी, आदि जैसे प्रतिष्ठित वैज्ञानिकों/ अतिथियों ने इस सम्मेलन से संबद्ध विषयों पर अपने बहुमूल्य विचार व्यक्त किए । इनके अलावा देश के विभिन्न शोध संस्थानों में कार्यरत प्रतिष्ठित वैज्ञानिकों, विशेषज्ञों एवं शोधकर्ताओं ने भी स्वास्थ्य संबंधी अनेक प्रासंगिक विषयों पर अपने विचार प्रस्तुत किए ।

SAFHer का नई दिल्ली घोषणा पत्र

दिनांक 7 फरवरी, 2012 को इस बैठक के समापन समारोह में इस फोरम के वर्तमान अध्यक्ष एवं भारत सरकार में स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग के सचिव और आई सी एम आर के महानिदेशक डॉ विश्व मोहन कटोच ने कहा कि इस क्षेत्र की अधिकांश जनसंख्या गरीबी और बीमारियों की चपेट में है । ज्ञान विज्ञान के क्षेत्रों में भी जानकारी के आदान-प्रदान में हम झिझकते रहे हैं । दक्षिण एशिया की 2 अरब आबादी में मानव संसाधन और बौद्धिक शक्ति की कमी नहीं है । परन्तु अब स्वास्थ्य के क्षेत्र में मिलकर शोध कार्य करने का समय आ गया है ।

डॉ विश्व मोहन कटोच, सचिव, डी एच आर एवं महानिदेशक, आई सी एम आर सम्बोधित करते हुए

आठों देशों के प्रतिनिधियों ने तीन दिनों तक चली इस (SAFHeR) बैठक में दक्षिण एशिया के लोगों पर दवाइयों पर होने वाले चिकित्सीय परीक्षणों जैसे पहलू पर गंभीर चर्चा की । इस बैठक में स्वास्थ्य अनुसंधान पर एक साझा घोषणा पत्र तैयार किया गया । इस क्षेत्र में अनुसंधान को बढ़ावा देने की प्रतिबद्धता, स्वास्थ्य अनुसंधान को विकसित करना, शोध के सहयोगी क्षेत्रों की पहचान करना, बहु-देशीय शोध करना, आंकड़ों का आदान-प्रदान करना तथा उपयोग के लिए संयुक्त प्रोटोकॉल विकसित करना सम्मिलित है । डॉ कटोच ने आश्वस्त

आमंत्रित प्रतिनिधियों के साथ ग्रुप फोटोग्राफ

किया कि दक्षिण एशिया के लोगों को 'गिनी पिग' नहीं बनने दिया जाएगा । उन्होंने कहा कि इस सम्मेलन में स्वास्थ्य संबंधी 21 समस्याओं की सूची बनाई गई है जिसमें 8 रोगों पर 5 से अधिक सदस्य देश मिलकर काम करेंगे । इन कार्यों में डेंगी, चिकनगुन्या सहित अन्य रोगों के लिए संयुक्त अनुसंधान शामिल है । इस क्षेत्र में आर्सेनिक, फ्लोरोसिस, मधुमेह, आदि से जुड़ी स्वास्थ्य समस्या भी एक साझी समस्या है । इस बैठक में इन सभी पहलुओं पर भी मिलकर कार्य करने का निर्णय लिया गया । मालदीव, नेपाल, पाकिस्तान, श्रीलंका, थाईलैण्ड और भारत ने मिलकर डेंगी पर अनुसंधान हेतु एक टीम का गठन किया है जबकि बांग्लादेश, भूटान, मालदीव, नेपाल, श्रीलंका और भारत देशों से गठित टीम मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पर शोध करेगी । इस तरह अन्य बहुत से क्षेत्रों में साझा कार्यक्रम तैयार किए जाएंगे ।

डॉ कटोच ने कहा कि दिल्ली में संपन्न इस बैठक के साथ ही एक ठोस कार्यक्रम की शुरुआत हो गई है । अगले कुछ वर्षों में इसके सकारात्मक परिणाम मिलने लगेंगे ।

समापन समारोह के अवसर पर अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रभाग के प्रमुख डॉ मुकेश कुमार ने अंतिम सिफारिशों और भावी योजनाओं की संक्षिप्त प्रस्तुति की । इस अवसर पर मुख्य अतिथि के रूप में उपस्थित राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन प्राधिकरण के अध्यक्ष मेजर जनरल डॉ जे.के. बंसल ने प्राकृतिक आपदाओं के दौरान चिकित्सीय जरूरतें पूरी करने हेतु सभी देशों द्वारा एक साझा मंच बनाने की आवश्यकता पर बल दिया । स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अन्तर्गत स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग के संयुक्त सचिव श्री एस.के.राव के धन्यवाद ज्ञापन के साथ इस बैठक का समापन हुआ ।

परिषद के समाचार

परिषद के विभिन्न तकनीकी दलों/समितियों की नई दिल्ली में सम्पन्न बैठकें:

न्युमोनिया हेतुकविज्ञानी परामर्शक दल की बैठक	18 जनवरी, 2012
जराविद्या के क्षेत्र में वयोवृद्ध लोगों में मनोभ्रंश के अध्ययन पर टास्क फोर्स दल की बैठक	19 जनवरी, 2012
मधुमेह में परियोजना पुनरीक्षण दल की बैठक	19 जनवरी, 2012
हीमोग्लोबिन कलर स्केल पर विशेषज्ञ दल की बैठक	20 जनवरी, 2012
डाटा रिपाज़ेटरी एवं बिजनेस इंटेलिजेंस पर विशेषज्ञ सलाहकार समिति की बैठक	20 जनवरी, 2012
आई सी एम आर - इंडिया डायबिटीज़ अध्ययन पर टास्क फोर्स परियोजना की बैठक	20 जनवरी, 2012
गैर एल्कोहलिक वसीय यकृत रोग पर आई सी एम आर टास्क फोर्स विशेषज्ञ दल की बैठक	23 जनवरी, 2012
नैनोमेडिसिन पर फेलोशिप विशेषज्ञ दल की बैठक	23 जनवरी, 2012
ISSRF-2012 अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन के आयोजन समिति की बैठक	27 जनवरी, 2012
HRRCs के नए फील्ड स्टेशनों के पुनर्स्थापन/शुरू करने हेतु शीर्षस्थ समिति की बैठक	27 जनवरी, 2012
मूल कोशिका अनुसंधान एवं चिकित्सा के लिए दिशानिर्देश पर ड्राफ्टिंग समिति की बैठक	28 जनवरी, 2012
युवावस्था में शुरुआत सहित भारत में मधुमेह ग्रस्त लोगों की रजिस्ट्री शीर्षक परियोजना की विशेषज्ञ समिति की बैठक	1 फरवरी, 2012
आर्थोपेडिक्स पर परियोजना पुनरीक्षण समिति की बैठक	2 फरवरी, 2012
श्रवण दोष पर NTF परियोजना की बैठक	3 फरवरी, 2012

राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय गतिविधियों में परिषद के वैज्ञानिकों की भागीदारी

मुम्बई स्थित आंत्रविषाणु अनुसंधान केन्द्र के वैज्ञानिक 'डी' डॉ वी.के. सक्सेना तथा पुणे स्थित राष्ट्रीय विषाणुविज्ञान संस्थान के वैज्ञानिक 'डी' डॉ प्रसन्ना एन. येरोगोल्कर एवं तकनीशियन श्रीमती एम.शैलजा ने SEAR (दक्षिण पूर्व एशिया क्षेत्र) पोलियो लेबोरेटरी नेटवर्क के विषाणुविज्ञानियों की चियांगमाई, थाइलैण्ड में सम्पन्न इन्टर-कन्ट्री परामर्श में भाग लिया (23-25 जनवरी, 2012) ।

पुणे स्थित राष्ट्रीय एड्स अनुसंधान संस्थान की वैज्ञानिक 'डी' डॉ शीला गोडबोले, चेन्नई स्थित राष्ट्रीय जानपदिकरोगविज्ञान संस्थान के वैज्ञानिक 'सी' डॉ सी.पी.गिरीश कुमार तथा डॉ तरुण भटनागर, डिब्रूगढ़ स्थित क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र के वैज्ञानिक 'सी' डॉ विश्वज्योति बोरकाकोटि, जबलपुर स्थित क्षेत्रीय जनजातीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र की वैज्ञानिक 'डी' डॉ ज्योति भट्ट एवं वैज्ञानिक 'सी' डॉ पी.के.भारती, चेन्नई स्थित राष्ट्रीय यक्ष्मा अनुसंधान संस्थान के वैज्ञानिक 'डी' डॉ सी. पदमाप्रियदर्शिनी तथा नई दिल्ली स्थित राष्ट्रीय आयुर्विज्ञान सांख्यिकी संस्थान के वैज्ञानिक 'डी' डॉ दामोदर साहू एवं वैज्ञानिक 'सी' डॉ तुलसी अधिकारी ने स्टाकहोम, स्वेडन में सम्पन्न इंण्डो-स्वेडिस पब्लिक हेल्थ इनीशिएटिव फॉर रिसर्च एक्सेलेन्स (INSPIRE) में भाग लिया (24-28 जनवरी, 2012) ।

मुम्बई स्थित आंत्रविषाणु अनुसंधान केन्द्र के वैज्ञानिक 'डी' डॉ वी.के.सक्सेना ने साउथ एशिया रीज़नल सर्टिफिकेशन कमीशन फॉर

पोलियो इरेडिकेशन (SEA-RCCPE) की चियांगमाई, थाइलैण्ड में सम्पन्न द्वितीय बैठक में भाग लिया (25-27 जनवरी, 2012) ।

नई दिल्ली स्थित राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान की निदेशक डॉ नीना वलेचा ने मलेरिया नीति सलाहकार समिति की ज़ेनेवा, स्विट्ज़रलैण्ड में सम्पन्न बैठक में भाग लिया (31 जनवरी - 2 फरवरी, 2012)।

नई दिल्ली स्थित राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान के वैज्ञानिक 'सी' डॉ वी.पी. सिंह ने सरकारी सेक्टर में कार्यरत वैज्ञानिकों एवं प्रौद्योगिकीविद् के प्रशिक्षण हेतु राष्ट्रीय कार्यक्रम के अंतर्गत वैज्ञानिक प्रयोगशाला/संस्थानों के ब्राज़ील में सम्पन्न भ्रमण में भाग लिया (30 जनवरी से 3 फरवरी, 2012) ।

चेन्नई स्थित राष्ट्रीय यक्ष्मा अनुसंधान संस्थान के वैज्ञानिक 'ई' डॉ पी.वेंकेटेशन ने सियोल, कोरिया में सम्पन्न पूर्वी एशिया क्षेत्रीय बायोमीट्रिक सम्मेलन 2012 में भाग लिया (2-3 फरवरी, 2012)

चेन्नई स्थित राष्ट्रीय यक्ष्मा अनुसंधान संस्थान की वैज्ञानिक 'बी' डॉ बीना थॉमस ने ''एल्कोहल एवं संक्रामक रोगों'' पर केपटाउन, दक्षिण अफ्रीका में सम्पन्न तकनीकी परामर्श बैठक में भाग लिया (5-7 फरवरी, 2012) ।

आगरा स्थित राष्ट्रीय जालमा कुष्ठ एवं अन्य माइकोबैक्टीरियल रोग संस्थान की वैज्ञानिक 'सी' डॉ डी.एस.चौहान ने पैराट्युबरकुलोसिस पर सिडनी, आस्ट्रेलिया में सम्पन्न 11वीं अंतर्राष्ट्रीय कालोक्विम बैठक में भाग लिया (5-10 फरवरी, 2012) ।

नई दिल्ली स्थित राष्ट्रीय विकृतिविज्ञान संस्थान की वैज्ञानिक- 'ई' डॉ पूनम सलोत्रा ने RAPSODI परियोजना की ला सेनि सुर, मेर, फ्रांस में सम्पन्न संचालन समिति की बैठक में भाग लिया (8-10 फरवरी, 2012) ।

समाचार पत्रों के पंजीकरण नियम 1956 के नियम 8 के अन्तर्गत आई सी एम आर पत्रिका के स्वामित्व तथा अन्य मुद्दों से संबंधित विवरण

प्रकाशन	भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद, अंसारी नगर, नई दिल्ली -110 029
प्रकाशन की अवधि	मासिक
मुद्रक का नाम	श्री जगदीश नारायण माथुर
राष्ट्रीयता	भारतीय
पता	भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद, अंसारी नगर, नई दिल्ली -110 029
प्रकाशक का नाम	उपर्युक्त
राष्ट्रीयता	
पता	
सम्पादक का नाम	डॉ कृष्णानन्द पाण्डेय
राष्ट्रीयता	भारतीय
पता	भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद, अंसारी नगर, नई दिल्ली -110 029

मैं, जगदीश नारायण माथुर यह घोषणा करता हूं कि ऊपर दिए गए तथ्य मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं।

ह. जे.एन. माथुर
प्रकाशक

आई सी एम आर पत्रिका भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद की वेबसाइट www.icmr.nic.in पर भी उपलब्ध है

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद्

सेमिनार/संगोष्ठियां/कार्यशालाएं आयोजित करने के लिए परिषद द्वारा आंशिक वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है, वित्तीय सहायता के लिए निर्धारित प्रपत्र पर पूर्णतया भरे हुए केवल उन्हीं आवेदन पत्रों पर विचार किया जाएगा जो सेमिनार/संगोष्ठी/कार्यशाला आदि के आरम्भ होने की तारीख से कम से कम चार महीने पूर्व भेजे जाएंगे।

तकनीकी सहयोग : श्रीमती वीना जुनेजा एवं श्रीमती सरिता नेगी

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के लिए मैसर्स रॉयल ऑफसेट प्रिन्टर्स,
ए–89/1, नारायणा औद्योगिक क्षेत्र, फेज़–1, नई दिल्ली–110 028 से मुद्रित। पं. सं. 47196/87